

衛生福利部全民健康保險會
第4屆109年第3次委員會議事錄

中華民國 109 年 5 月 22 日

衛生福利部全民健康保險會第4屆109年第3次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國109年5月22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
朱委員益宏
何委員語
吳委員國治
吳委員榮達
吳委員鴻來
李委員偉強
周委員穎政
林委員敏華
林委員錫維
邱委員寶安
柯委員富揚
翁委員文能
馬委員海霞
商委員東福
張委員文龍
張委員煥禎
張委員澤芸
許委員美麗
許委員騏洪
陳委員有慶
陳委員炳宏
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

中華民國中醫師公會全國聯合會詹常務監事永兆(12:00以後代理)

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
謝委員佳宜
羅委員莉婷

肆、請假委員：(依委員姓名筆劃排序)

李委員育家
賴委員進祥

伍、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

陸、主席：周主任委員麗芳

紀錄：范裕春、彭美熒

柒、主席致詞

各位委員、健保署李署長伯璋及在座各位先進，大家早安、大家好。首先向大家簡短報告一下醫護團隊正在努力進行的事情。

非常感謝在健保署李署長伯璋帶領之下，與醫界共同的努力，特別是中華民國醫師公會全國聯合會的邱理事長泰源，可以看到在這一期的台灣醫界，刊登非常多，除了在第一線帶領大家防疫之外，並努力運用大數據技術，把有關COVID-19(Coronavirus disease 2019，嚴

重特殊傳染性肺炎)的數據整理出來，台灣如何運用醫療資訊技術，以及利用創新的分級醫療防疫模式，以長期對抗COVID-19。我們確實看到台灣，在陳部長時中帶領下，不僅在COVID-19防疫作業上超前部署，特別是在健保署，還有醫界同仁的努力之下，有關未來長期對抗COVID-19及學術研究上，都向前跨了一大步。

再來就是感謝台灣醫院協會，在翁理事長文能的帶領之下，於本年4月30日舉辦第1次108年度醫院總額風險移撥款成果發表會，發表會中可以看到不同分區在協助弱勢、照顧偏鄉民眾健康上，都有非常豐碩的成果表現，特別是平衡各區醫療資源發展、鼓勵各區強化醫療服務，以及促進區域內醫療體系整合，都有很好的成果，感謝翁理事長文能率領的台灣醫院協會團隊。

其次在中醫部分，要特別感謝柯理事長富揚，在這期中醫會訊介紹有關COVID-19的防疫，中醫是不缺席的，而且在中西醫合治，也有很好的成效，特別是中醫部門跟衛福部中醫藥司，在黃司長怡超帶領之下，中醫部門爭取中醫納入COVID-19感染臨床處置暫行指引當中，希望中藥抗疫療效能提供民眾有效的醫療照護，嘉惠台灣民眾，非常可圈可點。

接著感謝牙醫部門王理事長棟源，他上任之後讓牙醫部門邁向感染管制品質新紀元，牙醫部門在這段期間，非常努力地提升全面性感染管制品質，同時提出具體的規劃以及管制機制，今天在會議中特別請到王理事長棟源，帶領牙醫團隊跟我們分享在提升全面感染管制品質所作的努力。

其他還有中華民國藥師公會全國聯合會，這是每一次一定要感謝的，藥師公會在黃理事長金舜帶領下積極協助民眾抗疫，這部分我們有目共睹。護理界也是一

樣，張委員澤芸以及所有護理同仁相當辛苦，都是我們敬佩與感恩的對象。最後也要感謝委員們的積極參與及健保會幕僚同仁的辛勤準備，今天會議就正式開始。

捌、議程確認

決定：確認。

玖、請參閱並確認上(第 2)次委員會議紀錄

決定：確認。

拾、上(第 2)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(第 2)次委員會議決議(定)事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤案(共 3 案)：同意依照幕僚之擬議，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤案(共 2 案)：同意依照幕僚之擬議，繼續追蹤。

二、歷次委員會議決議(定)事項達解除追蹤條件擬解除追蹤案(共 2 案)：同意依照幕僚之擬議，解除追蹤。

三、全民健康保險各總額部門 108 年度執行成果發表暨評核會議，訂於本(109)年 7 月 28、29 日在衛生福利部召開，會議議程詳附件一，敬請委員踴躍參加。

四、委員所提意見，送請衛生福利部(社會保險司)及中央健康保險署參考研議，餘洽悉。

拾壹、討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)，提請討論。

決議：

- 一、依委員建議酌予修正「六、其他原則」文字，餘照案通過。修正後之「110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，如附件二。
- 二、委員所提有關總額範圍擬訂公式之意見，送請衛生福利部納為未來公式檢討參考。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)，提請討論。

決議：

- 一、照案通過，訂定「110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，如附件三。
- 二、委員所提有關總額協商作業執行細節之意見，請本會幕僚參辦。

第三案

提案人：趙委員銘圓、干委員文男、陳委員炳宏、鄭委員健信、何委員語

代表類別：保險付費者代表

案由：有關健保署針對免疫療法中「胃腺癌」與「晚期肝細胞癌」免疫新藥，以療效不佳而停止健保給付申請案，專業醫師提出該理由並不具合理性，也違反健保會總額協商，建議該署應立即恢復給付「晚期肝細胞癌」和「胃腺癌」免疫新藥，以維病友用藥權益案，提請討論。

決議：本案涉及藥品給付規定之修訂，係屬中央健康保險署權責，委員關心廣大病友之權益，所提意見送請中央健康保險署審酌納參。

拾貳、報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：109 年 4 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。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關牙醫全面提升感染管制品質之具體規劃(含確保院所全面符合感染管制之執行方式與管理機制)，請鑒察。

決定：

一、109 年度「全面提升感染管制品質」總額協定事項未達目標之扣款處理方式，如下：

(一)因 109 年調升感染管制診察費之支付標準項目自 109 年 4 月 1 日始生效，爰按比例扣款機制自 109 年 4 月 1 日起計算。

(二)扣款時機：於本會協商 111 年度醫療給付費用總額時(110 年 9 月)列減項，協定減列金額。另請中央健康保險署於協商該年度總額前，提供自 109 年 4 月 1 日起本協定事項之執行結果(含申報情形及查核結果)，作為協商參據。

(三)扣款之計算基礎：以 109 年度總額協定之協商因素項目「全面提升感染管制品質」預算(5 億元)，作為核扣基礎。

二、餘洽悉。

拾參、臨時動議：無。

拾肆、散會：下午 13 時 59 分。

全民健康保險各總額部門 108 年度執行成果發表暨評核會議議程

日期：109 年 7 月 28 日、29 日(星期二、三)

地點：衛生福利部會議室(台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)

(將視疫情變化再安排適合之會議場地)

7 月 28 日(二)	報告內容	報告單位
09：00~09：15	報到	
09：15~09：20	開幕致詞	
09：20~10：10	各部門總額(含門診透析)一般服務執行成果報告(50 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.各部門整體性、一致性項目執行成果 3.門診透析服務	報告單位：中央健康保險署
10：10~10：40	中場休息(30 分鐘)(出席人員大合照)	
10：40~11：20	跨部門及其他預算專案計畫執行成果報告(40 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.專案計畫/方案執行成效	報告單位：中央健康保險署
11：20~12：30	評論及意見交流(70 分鐘)	
12：30~13：30	午餐	
13：30~14：20	醫院總額執行成果報告(50 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：台灣醫院協會
14：20~15：10	評論及意見交流(50 分鐘)	
15：10~15：30	中場休息(20 分鐘)	
15：30~16：20	西醫基層總額執行成果報告(50 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：醫師公會全聯會
16：20~17：10	評論及意見交流(50 分鐘)	

— 賦 歸 —

7月29日(三)	報告內容	報告單位
08:50~09:00	報到	
09:00~09:50	牙醫門診總額執行成果報告(50分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：牙醫師公會全聯會
09:50~10:40	評論及意見交流(50分鐘)	
10:40~11:00	中場休息(20分鐘)	
11:00~11:50	中醫門診總額執行成果報告(50分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：中醫師公會全聯會
11:50~12:40	評論及意見交流(50分鐘)	
— 成果發表會結束 —		

註：依健保會 109 年第 1 次委員會議(109.2.21)通過之評核作業方式，重提報重點如下：

- 1.簡報內容以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請以政策目標、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。
- 2.本年度於協商因素項目及專款項目之評核內容，新增「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」，請一併提報。

110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

第4屆109年第3次委員會議(109.5.22)通過

壹、總額協商架構

一、總額設定公式

■年度部門別^{註1}醫療給付費用總額＝

[前一年度校正後部門別一般服務醫療給付費用^{註2、註3}×(1+年度醫療服務成本及人口因素成長率+年度協商因素成長率)]+年度專款項目經費+年度門診透析服務費用^{註4}

年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

(年度部門別醫療給付費用－前一年度核定之部門別醫療給付費用)/前一年度核定之部門別醫療給付費用

■年度全民健保醫療給付費用總額＝

$\sum_{i=1}^4$ [前一年度部門別(i)醫療給付費用×(1+年度部門別(i)醫療給付費用成長率)]+年度其他預算^{註1}醫療給付費用

年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

(年度核定之全民健保醫療給付費用總額－前一年度核定之全民健保醫療給付費用總額)/前一年度核定之全民健保醫療給付費用總額

註：1.部門別(i)=牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2.因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自97年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即110年總額基期須校正108年度總額投保人口成長率差值)。

3.依本會108年第4次委員會議(108.6.28)通過之「109年度全民健康保險醫療給付費用總額協商原則」，109年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入110年度總額協商之基期費用。

4.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

二、醫療服務成本及人口因素

(一)按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」合併計算成長率。

(二)成長率計算公式

$[(1+\text{投保人口結構改變對醫療費用之影響率}+\text{醫療服務成本指數改變率})\times(1+\text{投保人口預估成長率})]-1$

(三)各項因子之計算公式與方法如附件，將依行政院核定之醫療服務成本及人口因素內涵辦理。

三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新科技醫療及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

反映其他醫療服務利用及密集度改變，對醫療費用之影響(排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分)。

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式

先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

(三)計算公式

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用=前一年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用×(1+成長率)

年度門診透析服務費用=年度醫院門診透析服務費用+年度西醫基層門診透析服務費用

貳、總額協商原則

一、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

總額協商之前提，應考量全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨；且所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，對有限健保資源，應予合理配置。

二、基期

以穩定為原則。若確需變動，應於前一年 6 月前提經議定；6 月以後所議定調整事項，適用於下年度總額。

三、醫療服務成本及人口因素

各總額部門醫療服務成本及人口因素成長率，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式。

四、協商因素

(一)給付項目之調整

健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案，請依本會第 2 屆 104 年第 2 次(104.3.27)委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」辦理。本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目給予合理配置，不涉及個別給付項目之決定。

(二)各部門之「品質保證保留款」

- 1.列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。
- 2.考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款合併運用，並須提經本會通過。

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款

- 1.列為協商減項，扣減 108 年度違反特管辦法第 37、39、40 條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件，且不納入 111 年度總額協商之基期費用。
- 2.本項扣款數值，以協商時中央健康保險署提供者為準。

- (四)一般服務之協商因素項目，應於年度協商時提出執行目標及預期效益(含評估指標)、醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。並於年度實施前提出具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。
- (五)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。

五、專款專用項目

- (一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。
- (二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。
- (三)有特殊性、鼓勵性、目標性之新增計畫，宜列為專款項目，俟其執行具相當成效後，再移至一般服務項目。
- (四)新增計畫應於年度協商時提出試辦期程、執行目標及預期效益(含評估指標)、醫療服務內容、費用估算基礎、實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)，以利檢討退場或納入一般服務。
- (五)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

六、其他原則

- (一)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (二)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：
- 1.衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」之復議案程序辦理。

- 2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。
- (三)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值。
- (四)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (五)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (六)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。

附件一醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法

一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以 107 年醫療費用點數為基礎，計算 108 年納保人口年齡性別結構相對於 107 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，並以 1 歲為一組做調整(人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均)。

二、醫療服務成本指數改變率

(一)成本項目之權數

採行政院主計總處 105 年「工業及服務業普查」所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。

(二)成本項目之指數(均沿用 109 年度總額之計算方式)

採行政院主計總處 109 年 4 月發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」資料。各總額部門指標類別如下：

成本項目	指標類別	
人事費用	1/2「醫療保健服務業」薪資及 1/2「工業及服務業」薪資	
藥品費用	醫院	躉售物價指數—西醫藥品類
醫療材料費用		躉售物價指數—醫療儀器及用品類
藥品、藥材及耗材成本	西醫基層	健保西醫基層藥費權重及躉售物價指數—西醫藥品類
		躉售物價指數—醫療儀器及用品類
	牙醫	健保牙醫門診藥費權重及躉售物價指數—西醫藥品類
		躉售物價指數—醫療儀器及用品類
	中醫	躉售物價指數—藥品類之中藥濃縮製劑
		躉售物價指數—醫療儀器及用品類
基本營業費用	躉售物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	
其他營業費用	消費者物價指數—總指數	

註：1.醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」；「電子醫療用儀器及設備」；「放射照相或放射治療器具」；「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」及「其他醫療器材」。

2.«躉售物價指數—西醫藥品類»指數，其內涵排除「動物用藥」、「中藥製劑」、「中藥材」項目，不納入計算，由行政院主計總處另行提供，另西醫基層及牙醫之健保藥費申報權重，以 105 年為基期。

(三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以 105 年指數為基值(訂為 100)，計算 108 年相對 107 年各指數年增率。總醫療服務成本指數改變率，係將各部門之服務成本指數改變率，按其 108 年醫療給付費用占率加權計算而得。

三、投保人口預估成長率

以最近一年可取得之實際投保人口成長率計算，即以 108 年對 107 年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第4屆109年第3次委員會議(109.5.22)通過

一、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<p>一、協商前置作業</p> <p>(一)討論 <u>110</u> 年度總額協商架構及原則與協商程序。</p> <p>(二)召開各部門總額執行成果評核會議： 檢討、評估各總額部門 <u>108</u> 年度協定事項執行情形。</p> <p>(三)<u>110</u> 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向。 2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。 3.提供協商參考資料「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽-<u>109</u>年版」。 4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算規劃草案。 <ol style="list-style-type: none"> (1)規劃草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (2)各總額部門與健保署擬訂規劃草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。 <p>(四)安排總額協商之相關座談會/會前會。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.召開 <u>110</u> 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會： <ol style="list-style-type: none"> (1)請各總額部門及健保署報告所規劃之 <u>110</u> 年度總額協商因素項目及計畫草案，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之詳細說明如下： <ol style="list-style-type: none"> ⊙執行目標及預期效益(含評估指標，若能提出分年目標值尤佳)。 ⊙醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。 (2)請幕僚彙整評核會議評核委員之共識建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。 	<p><u>109</u> 年第 3 次委員會議(<u>109</u> 年 5 月 22 日)</p> <p><u>109</u> 年 7 月 28、29 日</p> <p><u>109</u> 年第 5 次或第 6 次委員會議(<u>109</u> 年 7 月 24 日或 8 月 28 日)</p> <p><u>109</u> 年第 6 次委員會議(<u>109</u> 年 8 月 28 日)</p> <p><u>109</u> 年 8 月</p> <p><u>109</u> 年第 6 次委員會議結束後(<u>109</u> 年 8 月 28 日下午)</p> <p><u>109</u> 年 8~9 月</p>

工作項目及內容	預訂時程
<p>2.召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。</p> <p>3.請各總額部門及健保署提送所規劃之「<u>110 年度總額協商因素項目及計畫草案</u>」(各協商項目或計畫之詳細內容同上開說明)：</p> <p>(1)<u>請針對新增項目提出「執行目標」及「預期效益之評估指標」，以結果面為導向，呈現資源投入之具體效益。</u></p> <p>(2)<u>請如期提送協商草案資料，送會後不宜臨時提出新增項目或更動內容。</u></p>	<p>109年9月2日下午</p> <p>109年9月3日前</p>
<p>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</p> <p>(一)協商各部門總額成長率及分配方式。</p> <p>1.召開總額協商會議。</p> <p>(1)<u>協商四部門總額及其他預算之總額及分配。</u></p> <p>(2)<u>請部門當日依據協商結論，於協定事項調整新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。</u></p> <p>2.協商結論提委員會議討論、確認。</p> <p>(1)<u>確認四部門總額及其他預算之總額及分配。</u></p> <p>(2)<u>確認協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。</u></p> <p>(二)協商各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p> <p>1.<u>請各總額部門於9月總額協商完成後，2週內提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提10月委員會議討論。</u></p> <p>2.<u>若部門未達成協商共識或未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提11月委員會議討論，最遲於12月委員會議完成協定。</u></p> <p>(三)年度整體總額協定成長率及其分配之確認及報請衛福部核定及公告。</p>	<p>109年9月24日全天，若有未盡事宜，於9月25日上午11時繼續處理</p> <p>109年第7次委員會議(109年9月25日下午)</p> <p>109年10月9日前</p> <p>109年第9次或第10次委員會議(109年11月20日或12月25日)</p> <p>109年11~12月</p>
<p>三、協定事項之執行規劃與辦理</p> <p>(一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。</p> <p>(二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。</p>	<p>109年10月~110年12月</p>

二、協商共識會議

(一)時間：109年9月24日(星期四)上午9時30分起，全天；9月25日(星期五)上午11時~下午2時(若有協商未盡事宜)。

(二)與會人員：

1.付費方：付費者代表之委員。

2.醫界方：

(1)保險醫事服務提供者代表之委員。

(2)牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門協商時，由該總額部門代表之委員主談，各部門並可推派9名代表協助會談，推派之協商代表需經充分授權。

(3)護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之會談。

(4)門診透析服務：由西醫基層及醫院部門代表之委員主談，並邀請台灣腎臟醫學會推派1名代表列席說明。

3.專家學者及公正人士、國家發展委員會及主管機關代表委員。

4.社保司與健保署相關人員及本會幕僚。

(三)進行方式：

1.分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門總額，及健保署管控之「其他預算」。

2.各部門之協商順序，於7月份委員會會議抽籤確定後，不可臨時要求變更。

3.各部門協商時間如下表：

部門別	第一階段 ^{#1} 提問與意見交換		第二階段 視雙方需要自行召開內部會議		第三階段 部門之預算協商		合計	推估 最長時間
			付費方	醫界方				
醫院	30分鐘	門診透析 20分鐘	30分鐘	30分鐘	60分鐘	門診透析 20分鐘	130~170分鐘	130~230分鐘
西醫基層	25分鐘		20分鐘	20分鐘	50分鐘		115~150分鐘	115~190分鐘
牙醫	20分鐘		20分鐘	20分鐘	40分鐘		60~80分鐘	60~120分鐘
中醫	20分鐘		20分鐘	20分鐘	40分鐘		60~80分鐘	60~120分鐘
其他預算	20分鐘		20分鐘		35分鐘		55~73分鐘	55~93分鐘

註：1.各部門之協商草案已於會前會報告，若本時段仍須說明，請簡要說明並以5分鐘為限。

2.門診透析服務預算之協商時間，併於西醫基層或醫院部門中協商順序較前者之時段(時間外加)。

3.合計不含各自召開內部會議時間；各部門協商時間若確需延長，以不超過該部門第三階段時間之50%為限。

4.相關原則：

所有委員均可入場，惟非該協商場次之總額部門委員，可以提問與發表意見，但不參與預算協商。個別部門之協商場次安排分為三個階段，與會人員之參與方式如下：

協商階段		場次	
		四部門總額協商	其他預算協商
第一階段	提問與意見交換	總額部門委員及協商代表： 說明協商草案與回應提問	健保署： 說明協商草案與回應提問
		所有委員：均參與提問與意見交換 (若協商草案中，有部分項目涉及其他總額部門者，相關之醫界委員得表達其看法；另必要時，得請健保署人員提供說明)	
第二階段	視雙方需要自行召開內部會議	付費方或醫界方： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚與健保署人員協助試算或說明)	付費方或健保署： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚協助試算)
		由「付費方」與「醫界方」雙方進行預算協商 (得請健保署人員提供說明)	
第三階段	部門之預算協商	由「付費方」與「健保署」雙方進行預算協商	
		若雙方初步協商無法達成共識時： 由專家學者、公正人士、政府機關代表委員，在不涉及特定金額下提供專業見解及中立意見，供雙方參考，再決定是否召開內部會議或繼續協商	

5.若部門與付費者代表順利完成協商，達成共識，則於其預算協商時段當場試算，作成共識方案。倘未能達成共識時，其處理方式如下：

(1)付費者代表委員間無法達成共識時：

由付費者代表之委員召集內部會議協調之，若無法以共識決形成一案時，得以多數決定付費者方案。

(2)總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表之委員召集內部會議協調醫界方案。

(3)總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員各自提出一個建議方案。

6.經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得再重新協議，並酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。

- 7.各部門總額年度預算之協商終止點，訂為 9 月份委員會議之前，經委員會議確認後定案，不得變更。
- 8.為利瞭解年度總額之協商過程，與會人員之發言內容，將以實錄方式上網公開。

三、委員會議

- (一)時間：109 年 9 月 25 日(星期五)下午 2 時起，半天。
- (二)確認協商結論(共識方案或雙方建議方案，含成長率、金額、協定事項)，協定事項(含「執行目標」及「預期效益之評估指標」)之文字在不違反原協商意旨前提下，可酌予調整修正。
- (三)依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，未能達成共識方案時，應將委員會議確認之付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員建議方案，報請主管機關決定。至於個別委員對建議方案有不同意見時，得於建議方案確認後，提出不同意見書，由健保會併送主管機關。

第 4 屆 109 年 第 3 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2)次委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

主任委員、各位委員，大家早安。現在時間9點30分，出席的人數已經過半，達法定開會人數，今天會議可以開始，請主席致詞。

周主任委員麗芳

一、各位委員、健保署李署長伯璋及在座各位先進，大家早安、大家好。首先向大家簡短報告一下醫護團隊正在努力進行的事情。

二、非常感謝在健保署李署長伯璋帶領之下、醫界共同的努力，特別是中華民國醫師公會全聯會的邱理事長泰源，可以看到在這一期台灣醫界，刊登非常多，除了在第一線帶領大家防疫之外，並努力運用大數據技術，把有關COVID-19(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)的數據整理出來，台灣如何運用醫療資訊技術，以及利用創新的分級醫療防疫模式，來長期對抗COVID-19。我們確實看到台灣，在陳部長時中帶領之下，不僅在COVID-19防疫作業上超前部署，特別是在健保署，還有醫界同仁努力之下，有關未來長期對抗COVID-19及學術研究上，都向前跨了一大步。

三、再來感謝台灣醫院協會，在翁理事長文能的帶領之下，於4月30日舉辦第1次108年度醫院總額風險移撥款成果發表會，發表會中可以看到不同分區在協助弱勢、照顧偏鄉民眾上，都有非常豐碩的成果表現，特別是平衡各區醫療資源發展、鼓勵各區強化醫療服務，以及促進區域內醫療體系整合，都有很好的成果，感謝翁理事長文能率領的台灣醫院協會團隊。

四、其次在中醫部分，要特別感謝柯理事長富揚，在這期中醫會訊介紹，有關COVID-19的防疫，中醫是不缺席的，而且在中西醫合治，也有很好的成效，特別是中醫部門跟衛福部中醫藥司，在黃司長怡超帶領之下，中醫部門爭取中醫納入COVID-

19感染臨床處置暫行指引當中，希望中藥抗疫療效能提供民眾有效的醫療照護，嘉惠台灣民眾，非常可圈可點。

五、接著感謝牙醫部門王理事長棟源，他上任之後讓牙醫部門邁向感染管制品質新紀元，牙醫部門在這段期間，非常努力地提升全面性感染管制品質，同時提出具體的規劃以及管制機制，今天在會議中特別請到王理事長棟源，帶領牙醫團隊跟我們分享在提升全面感染管制品質所作的努力。

六、其他還有中華民國藥師公會全國聯合會，這是每一次一定要感謝的，藥師公會在黃理事長金舜帶領下積極協助民眾抗疫，這部分我們有目共睹。護理界也是一樣，張委員澤芸以及所有護理同仁相當辛苦，都是我們敬佩與感恩的對象。最後也要感謝委員們的積極參與及健保會幕僚同仁的辛勤準備，今天會議就正式開始。

同仁宣讀

周執行秘書淑婉

本次議程安排，計有討論事項3案，第一案和第二案是依照年度工作計畫排定，分別為110年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則、程序(草案)，第三案為委員提案。報告事項有2案，都是依年度工作計畫排定，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。

貳、「上(第2)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、請各位委員參閱會議資料第12頁，說明一，上(第2)次委員會議決議(定)事項計有5項，依辦理情形建議解除追蹤修正為3項，繼續追蹤修正為2項；歷次委員會議決議(定)事項達解除追蹤條件，建議解除追蹤者，計有2項，最後仍依委員議定結果辦理。
- 二、請各位委員參閱會議資料第16頁，上(第2)次及歷次委員會議決議(定)事項擬解除追蹤共5項：
 - (一)擬解除追蹤部分，上次委員會議的3案中先報告2案，第3案待會再報告。項次1為上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，項次2為健保署109年第1季全民健康保險業務執行季報告，決議(定)內容皆為委員之意見送請相關單位參考，健保署針對委員所提意見之回復說明如附件一(第20~28頁)，建議解除追蹤。
 - (二)會議資料第17頁是歷次委員會議擬解除追蹤部分(2案)，項次1是有關109年度醫院總額、中醫門診總額、牙醫門診總額風險調整基金執行方式，這3個總額部門調整執行方式健保署已討論結束，業於本年3月20日、2月13日、2月17日提報本年第2次委員會議(109.4.24)備查。項次2是有關全民健康保險109年度保險費率方案之審議，委員關心呆帳的部分，健保署業於本年第1次委員會議(109.2.21)提報「近10年健保保費呆帳分析及作業辦理情形」專案報告。以上兩案建議解除追蹤。
 - (三)請委員參閱黃色補充資料第1頁，內容為前面所提增加1項解除追蹤的第3案，為上次委員會議原擬繼續追蹤的項次3「110年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮

詢案，本會幕僚彙整委員關切意見，併同發言實錄與書面意見，於本年5月1日函陳衛福部參考。衛福部於本年5月18日將該案報請行政院鑒核，建議110年度全民健康保險醫療給付費用成長率範圍訂為2.907%~5%，本會委員關切重點與相關發言實錄隨文送給行政院，請委員參閱補充資料第34~35頁、41~45頁，這部分已完成，建議解除追蹤。

(四)擬繼續追蹤部分有做更新，請委員參閱補充資料第2頁，關於「109年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」，上次委員會議已決議R值(各地區校正風險後保險對象人數占率)為68%，風險調整基金執行方式授權健保署會同西醫基層總額相關團體議定之，但風險調整基金之金額及用途需送本會備查。醫師全聯會於本年5月20日函復本會，該會經討論後仍無法獲致適當之處理方式，本會於本年5月21日函復醫師全聯會，本案已超過法規時限，請全聯會依照上次決議盡速將風險調整基金之金額及用途送本會備查，本案繼續追蹤。

(五)請委員翻回會議資料第12頁，說明二是有關本會訂於本年7月28日、29日在本部辦理108年度各總額部門執行成果發表暨評核會議，議程如附件三(第30~31頁)，敬請委員踴躍參加。

三、說明三，有關109年度醫院總額協定事項：「請健保署檢討免疫療法藥品給付規定，如：檢討癌症提早期別適用之可行性，以利及早治療增進病人治療效益，並於109年5月底前提出檢討結果」，健保署已於5月8日回復辦理情形如下：

已參考委託醫藥品查驗中心進行實證分析之結果，並提請109年2月份藥物共同擬訂會議通盤檢討癌症免疫藥品之給付規定，後續此類藥品給付規定將持續滾動式檢討，請委員參閱會議資料第32~55頁。因此案與討論事項第三案相關，建議委員如有意見，可以在討論該案時再提出。

四、說明四，健保署本年4月至5月份發布及副知本會之相關資訊，本會業於5月8日寄至各委員電子信箱，請委員參閱。

周主任委員麗芳

謝謝周執行秘書淑婉的報告，請問委員有沒有要垂詢？請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

一、剛剛提到的擬繼續追蹤事項，請大家翻閱會議資料第18頁，項次3的委員連署提案：「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，維繫現行費率之適足，持續強化財務案」，提案之前，社保司係以「既經行政院協商確立法律見解及計算方式」回復，因此我們希望健保署能協助本會提高溝通層級，拜託安排我們委員能進一步與行政院溝通。

二、請大家翻閱會議資料第19頁，謝謝社保司的回復，惟其回復內容提及「健保法施行細則第45條」的部分，可否請社保司補充說明，此案與健保法施行細則第45條之相關性為何？另，社保司回復中提及「據以計算各年度政府應負擔健保總經費，皆符合法定下限36%之規範」，請詳細說明這是符合健保法「第幾條規定」據以計算？謝謝。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

一、我支持陳委員炳宏所提關於擬繼續追蹤事項項次3的部分，我認為社保司的回應好像每次都一樣，幾乎有點千篇一律，這案子已經很久了，我希望社保司能真正開始執行，你們說通通都要配合健保法研修納入考量，那何時要研修？有沒有辦法主動出擊直接做健保法的修正？

二、剛剛陳委員炳宏所提健保法施行細則第45條，到底有無違背健保法？不能用健保法施行細則代替健保法。法律有其位階(法律優位原則)，當法律牴觸憲法時，當然是法律無效，憲法為主。希望社保司不該只有這樣的回應「你們的意見我通通都接受，但我仍按我的方式這樣做」，這樣是不負責任，謝謝。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

一、有關上(第2)次委員會議呆帳的答復(會議補充資料之追蹤表項次6健保署說明)，依據行政院主計總處作業基金作業原則科目，是採企業會計準則，為了健保要永續經營，不該用這種方式處理呆帳，舉例來說，你預估可以收到7,000億元，就把7,000億元全部分配出去，最後收不回來的錢就變成呆帳，還要變成隔年各總額分配的基礎。依據健保署4月份全民健保業務執行報告第11頁，呆帳已經926億元了，還在繼續成長，例如這926億元呆帳滾入基期，到現在要翻多少倍，這樣基金要損失多少？在108年度健保基金附屬單位決算書裡也很清楚。我不是企業家，不清楚這作帳方式是否正確，這是監理方面的問題。我希望健保署或者社保司能提出更完善的一個方式，不能把所有呆帳的錢全部分配出去，連還沒收回來的呆帳也分配出去，且所有分配出去的預算往後還會跟著明年各總額基礎成長分配，哪一個企業是在錢還沒有完全收回來的時候，就先當成利潤分出去，之後呆帳再列為企業的成本，企業不是就被掏空了？這樣企業還能生存多久？

二、健保若要永續的經營，我不曉得在這一方面是否應該有一個改變，只能說這種方式不對，應該有檢討空間，民眾也有疑問。如果有很多保險費或醫療費用收不回來而變成呆帳，政府如要補助，應該有貼補的方法，不能拿健保基金來貼補，畢竟這是眾人繳的保費，不能讓呆帳一直成長下去，這是很大的監理問

題，為了健保永續經營，這跟所有總額分配無關，是這個制度應該要檢討，希望今天能有一個明確的做法，若有必要，可在修法的時候一併訂定，或者也不一定要修法，總之要能確實妥善處理。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

有關政府應負擔健保總經費36%計算方式，過去與現在政府的計算基礎，依社保司司長說法都一模一樣，即103年、104年以前的計算基礎與現在相同，但103年以前經費不足的全部都撥補了，那105年以後，既然計算基礎與方式都一樣，政府只要去修改一些健保法施行細則與公文就不撥補了？所以表示以前政府補差額是犯法，現在不補差額是合法囉？我認為這是很大的矛盾，希望社保司及衛福部，可以找行政院國發會、主計總處與付費者代表坐下來詳談，計算基礎相同之下，為何以前可以補，現在不能？只是一紙公文就不補嗎？以付費者立場期望能全部弄清楚，不然這樣每年都短差，我們應該要務實的解決，謝謝。

周主任委員麗芳

有關於政府負擔的部分，請社保司商委員東福協助回應。

商委員東福

謝謝主席及幾位委員的關心，其實過去大家都很關心這個議題，我就剛剛提到幾個問題說明：

一、有關法令遵循的問題，我已經講過許多次，公務人員最精準的就是符合法遵，社保司負責法令解釋，這件事也特別說明過，為什麼健保法的條文是只要法令規定的都算，並且要搭配細則說明，也將當時立法的精神跟各位說明過。除此之外，我們也特別邀集專家、學者，包括一些委員來共同討論，討論的結果也是認為，現在的處理方式是符合法令規定，並不是社保司單方面的意見。

二、何委員語剛才提到為什麼過去能補，現在卻不能，其實過去跟現在的處理方式都是一致的。我利用一分鐘解釋一下過去政府為什麼再補編經費。因為過去政府主張付費者出了1,000億元，假設用三分之一的概念，那麼雇主、政府也應各出1,000億元，但如果最後是用了2,700億元，除以3的話是900億元，政府主張只要拿出900億元就好，因為大家不同意這樣，所以很多前輩努力去爭取到，付費者、雇主及政府都要各出1,000億元，這是過去政府補列經費的原因；現在的問題是，當付費者付了1,000億元，雇主跟政府也各出了1,000億元，但最後用了3,300億元，若要用除以3的方式，單獨要求政府出1,100億元，這怎麼會同意，政府的立場當然還是跟過去一樣，大家各出1,000億元，這個邏輯從頭到尾都是一致的，沒有過去可以補，現在不能補的問題，因為政府按照同樣的邏輯一直在履行這個承諾。

三、上次陳部長時中也在本委員會會議中提過，我們已邀請法律與相關領域專家學者以及行政院，大家都坐下來談，其實很多前輩、各位委員也都有參與此過程。即便如此，我們也認為將來可以再去檢討，陳部長在此承諾過，他也還在任內，所以這個承諾是有效的，在此特別補充說明。

周主任委員麗芳

有關於本案的決定，上次委員會會議決議事項，擬解除追蹤、繼續追蹤部分，同意依據幕僚意見辦理。

陳委員炳宏

一、對不起，我還是要補充。我的第一個發言就問到，社保司的回復內容引用到健保法施行細則第45條，敬請社保司解釋健保法施行細則第45條與本案的「相關性」是什麼？另外，你們剛剛說符合法規，那麼是符合健保法的第幾條規定？你們也沒有說明清楚。為什麼我要提到健保法施行細則第45條，這是因為過去逾越母法不當修訂該條施行細則所認列「其他法律規定」之

補助款項，事實上是權責單位未落實其原屬「社會福利或救助」之其他公務預算管理，反而藉由修法，認列到社會保險這裡；而現在健保也讓你門認列到政府「已負擔」的健保經費之中，但我們本案討論重點，是在政府「尚未負擔」的健保經費，也就是政府負擔未達36%的差額。

- 二、請讓我再重複，我們的提案重點是政府「尚未負擔」健保經費36%的部分，所以請你們說明健保法施行細則第45條與本案的「相關性」是什麼？另，請問你們認定的合法公式(據以計算政府應負擔健保總經費)，究竟依照健保法第幾條規定、哪一個法定公式？拜託說明清楚。待會讓我接續干委員文男的呆帳議題繼續作補充。

周主任委員麗芳

謝謝委員的垂詢意見，本案是屬於繼續追蹤，請商委員東福。

商委員東福

真的很感謝陳委員炳宏對這議題的關心，利用一分鐘再次回應。

- 一、依照健保法的文字是依法令，所以他的範圍非常大，當然不可能全部納入，而以施行細則予以說明，有那些法令跟健保法相關。
- 二、雖然施行細則尚非法律位階，但其修正也經過立法院的實質審查程序，在場很多資深委員都關心過，甚至參與過。所以我要再次說明，健保法施行細則的修法程序完備。既然陳委員一再問，我也再次回應，表示對委員的尊敬。

周主任委員麗芳

- 一、有關於政府負擔健保總經費36%不足數部分，我想就討論到這邊，因為這是繼續追蹤案，過往在會上都是針對解除追蹤案，才會持續討論，繼續追蹤案部分，委員若還有意見，就給相關的主管機關帶回去，繼續辦到好。
- 二、這個案子是不是可以先到這邊，剛剛委員關切的幾個議題，例如呆帳部分，也是請健保署帶回去，把委員的意見處理好。

干委員文男

- 一、也許我表達不清楚，再重新表達一次，不只是呆帳問題，是監理問題，關於健保要永續經營的方式，採用企業會計作業準則，健保署是用這種方式，我不曉得這種方式是會計人員的專門用詞，不適合健保使用方式，主要是說你把所有收進來的錢全部分出去，分出去之後，等到結算，就成了呆帳，像是今天這本全民健保業務執行報告，像上個月的結算書就發生，決算將近50億元，然後成為呆帳。總額分出去後，明年跟著各總額成長，變成來回損失，他是跟著成長，連呆帳也跟著成長，這種方式會造成基金損失，基金都被用完了，我們還不知道是從哪邊流失，就是連呆帳也要跟著成長，這樣方式不對。
- 二、我希望說這個應該要想出一個方法解決這個問題，不然現在累計呆帳926億元，往前追就更多了，我也不知道這個什麼方式對不對？我不是會計人員，希望他不要用這個方式，應該值得檢討改變，不是繼續追蹤的問題，因為我的質詢案，健保署只答覆是要用企業作業方式，這是會計人員專用名詞，我不知道這是什麼東東，但是我認為這樣不合理，也是讓健保基金一直減少，沒有辦法永續經營，希望能夠找出一個適合我們健保的作業方式，這個是我的要求。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏、吳榮達委員。

陳委員炳宏

- 一、因為時間有限，呆帳的形成，我暫時從社會面與制度面因素，接續干委員文男的補充與建議。社會面因素，不外乎就是繳費意願與繳費能力，而疫情爆發之後，M型社會的失業情形嚴重，就更不在話下；我現在要跟大家討論制度面因素，保險是一個雙務契約，投保人欠繳保費，保險人要不要負起醫療給付義務？保險既然是雙務契約，投保人欠費，保險失效之後，保險人則不負給付責任。

- 二、回顧過去施政措施上釋出健保「全面解卡」，請教大家這是不是已經跳脫社會保險制度面，是否有其必要，導致大家後續在會中關注「欠費」與「就醫權益」，以及其日後所衍生的轉銷呆帳等議題；若以剛才所提的雙務契約規範，欠費就會導致保險失效，但全民健保仍提供就醫權，後續會衍生不只是執行追繳欠費的問題，還有5、10年後的呆帳作業，然後相關的議題就在這裡繼續被討論；政務官的政策成本，卻默默轉移到我們健保的經營成本；剛才干委員文男提到的呆帳累積金額是多少，從開辦健保到現在已經900多億元，大家是否感到無奈、也無解。
- 三、所以大家來開會，我們總要討論可行的解？因此，請大家樂觀地關注「欠費協助機制」，也就如何持續發揮「欠費協助機制」的推動成效！而我們目前「欠費協助機制」主要有「分期繳納、紓困基金、愛心轉介」等。回顧108年，「分期繳納」欠費協助機制的規模擴大到25億元，相對看到「紓困基金」，去年的規模是1.6億元，是不是很有發揮空間？是仍有很大空間，所以需要大家持續關注；而且目前配合行政院積極推動的紓困措施，是不是在制度面，我們可以持續去協助，不僅是低收入戶而已，而且是中低收入戶，或是符合本險經濟困難的紓困認定標準者，協助他們償還欠費，減緩呆帳的逐年成長，最重要的是要減輕健保經營成本。謝謝。

周主任委員麗芳

最後一位口頭發言請吳榮達委員，其他委員若還有意見請用書面意見，因為這案子超過時間較久。

吳委員榮達

在上次委員會議，曾針對108年度醫療費用前20大疾病特別詢問第10、11、19這3項(第10項「因其他特定健康照護而接觸者」、第11項「思覺失調症、準思覺失調症及妄想性疾患」、第19項「關節(病)症」)，因為這幾項費用都有100多億元，金額蠻大的，想請教

有關原因的分析。我沒看到健保署針對這一點回應，我不曉得有沒有資料看錯或漏看？但我沒看到，這部分是不是再請健保署做一個書面補充？

周主任委員麗芳

社保司要不要最後回應？(商委員東福表示不用)。好，請健保署。

蔡副署長淑鈴

- 一、有關呆帳的部分，謝謝干委員文男跟陳委員炳宏，其實講的都很有智慧，也滿有道理的。先請大家看一下，109年4月份全民健康保險業務執行報告第11頁，確實如干委員文男所講，從健保開辦到至今，26年來呆帳累計926億元是沒錯的，但相對於分母(保費收入)是10兆68億元來看，呆帳的提列比例是0.9%，雖然絕對金額看起來是高的，但相對於收進來的保費，呆帳尚不到1%。
- 二、健保署是行政機關，提列呆帳這件事，有一定的法定程序，提列之前就像陳委員炳宏所說，一直都有積極進行欠費的協助。您也提到有分期紓困、愛心轉介、公益團體，還有健保署爭取公益彩券結餘、菸捐部分款項，這些通通是挹注欠費的協助。也正因為有這些措施，現在看到的呆帳金額是926億元，若沒有這些協助措施，結果可能會更多。因為M型社會的趨勢，未來這些事情會繼續發生。呆帳的內容，其中屬源自保費的呆帳佔絕大多數，干委員文男提到企業、公務會計作業準則，以及解卡之後問題，依序請主計單位及承保單位的專門委員補充。

李專門委員淑芳

- 一、跟委員報告，政府的會計處理都按照行政院主計總處相關規定，因為健保基金是屬於作業基金的性質，相關的會計報表都是按照行政院主計總處核定的「作業基金採企業會計準則適用途別科目」辦理。
- 二、健保基金的呆帳，屬於保險成本項下用途別的科目，是保險成本的加項，會影響保險收支餘絀，進而影響安全準備餘額。

108年度呆帳47億元，其中保費無法收回的將近99.9%，極少數是屬於醫療費用的呆帳，約600多萬元。

三、另外委員提到欠費沒有收回，不能分配出去，其實因為現在並沒有按照「健保財務平衡及收支連動機制」來處理，就是呆帳跟這個醫療給付費用的成長是沒有關係的。

盧專門委員麗玉

- 一、就委員關心保險欠費及全面解卡後續的處理跟檢討，做個補充說明，全民健保畢竟還是屬於社會保險，跟商業保險比起來，我們更關心的是弱勢族群就醫障礙的排除。不過在全面解卡後，從保費的收繳率來看，並沒有太大的影響。
- 二、至於有經濟能力卻惡意欠費的情形，健保署一直都有在監控及檢討，我們也不允許這樣的情形發生。107年已針對旅外國人欠費進行健保卡查核作業。未來仍會持續滾動檢討，對於欠費惡意不繳的情形，持續提出改善措施，請委員放心。

千委員文男

- 一、健保署的答復千篇一律都是採用企業的方式，在場很多企業界大老闆，企業界都用這種方式嗎？錢都收不回來了還分給股東，欠費交到資本額中，這企業還能生存幾天？
- 二、很簡單，我要表達的就是這樣，收錢通通分出去，不管有沒有收回來，收回來不足的時候，年終配股、分紅就通通分完了，呆帳就留在資本額，這公司還能撐多久？我們希望健保永續的經營，不能用這種方式掏空健保基金，我主要是要談這個意思，不要再書面提案，說得很清楚明白嘛！不要用什麼準則，用一般的方式能解決，真正企業用這樣的方式我也不相信，在場很多企業人士，這樣企業不是馬上就倒了嗎？企業界能接受嗎？還要提書面嗎？

周主任委員麗芳

一、謝謝千委員文男的語重心長，本案決定如下：

(一)委員所提意見送請社保司及健保署參考研議。

(二)上次會議及歷次會議決定事項擬解除追蹤、繼續追蹤案，
同意依照幕僚意見辦理

(三)全民健康保險各總額部門108年度執行成果發表暨評核會議
訂於7月28、29兩日在衛福部召開，會議議程請委員詳閱附
件，敬請委員踴躍參加

(四)餘洽悉。

二、請進行討論事項第一案。

參、討論事項第一案「110年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請健保會第3組說明。

陳組長燕鈴

- 一、請參閱會議資料第59頁，本案主要討論今年9月協商110年度總額及其分配方式，過去本會均依健保法規定，於行政院核定年度總額範圍內，協定總額及其分配。歷年也都是依據行政院核定的總額範圍與架構，以及衛福部交付的政策目標進行協商，故援例事先議定9月份協商架構及原則，以利協商進行。
- 二、本會研提的草案，主要參考衛福部4月份提本會的總額協商範圍草案諮詢資料，以及去年所議定的109年度總額協商架構與原則，擬具110年度總額協商架構與原則，擬具的草案如會議資料第61~66頁的附件，請參閱會議資料第61頁，以下逐項說明本次調整重點：
 - (一)因為過去的年度協商架構跟原則是分開的兩個提案，但考量架構與原則有其相關性，為了委員便於查閱，將二者合併為一個提案，名稱為「110年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」。
 - (二)總額協定架構設定公式的部分，修訂成長率的計算方式，因為歷年行政院核定之總額成長率計算，係以「前一年度核定之總額」為計算基礎，過去幕僚都會算兩個成長率，一個是有調整基期的成長率，一個是較前一年度核定的成長率，常會有委員覺得混淆，為了利於跟行政院核定之成長率範圍比較且避免混淆，這次協商公式就予以修正，都是用前一年度核定總額作為計算基礎，與行政院核定的方式一致。

(三)「醫療服務成本與人口因素」這部分計算方式，跟109年度相同，也與衛福部報行政院計算方式一樣，只是為了方便呈現，將各項因子之計算公式與方法，移列到會議資料第66頁的附件，3項參數跟109年相同，主要是「投保人口結構改變對醫療費用影響率」、「醫療服務成本指數改變率」、「投保人口預估成長率」，配合年度更新資料採計新年度，計算方式沒有改變。

三、請參閱會議資料第62頁，關於協商因素部分，專款項目跟門診透析內容跟過去協商架構相同，也沒有改變。

四、請參閱會議資料第63頁，關於協商原則部分，內容跟109年相同，只是酌修年度。協商原則中的違反特管辦法之扣款，每年都列為協商減項，主要是扣減108年度違反特管辦法醫療費用，已經請健保署提供各部門108年度查處追扣金額，列在會議資料第67頁參考資料一，惟本項扣款數值，以9月協商時健保署提供的數值為準，這邊先提供給委員參考。

五、會議資料第63頁有一個誤植處，違反特管辦法的第1點，是扣減108年度的違反扣管辦法醫療費用，不是107年度，請予更正。

六、會議資料第64、65頁其他總額協商原則都沒有改變，請參閱會議資料第59頁，除了108年度各部門查處追扣金額外，也提供協商原則提到的作業原則與流程，以及109年度的協商架構與原則，都附在參考資料，提供給委員參考，以上說明。

周主任委員麗芳

委員針對本案有無垂詢意見？請吳榮達委員。

吳委員榮達

有關會議資料第63頁，違反特管辦法扣款的部分，剛剛陳組長燕鈴有說要更正為108年，請參閱會議資料第67頁參考資料一，108年度各部門查處追扣金額表，請問扣減有無包含其他這項？所謂其他，依照註記，係其他因查處案件造成可行政追扣之點數，如：院所坦

承、雙方協商等可追扣之金額，這雙方協商的追扣金額是否在扣減範圍？

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

謝謝幕僚的報告，我有兩點請教：

- 一、110年度總額協商比較特別，因為可能涉及到費率調整，付費者代表也有發出一些聲明送給行政院參考，今年協商如果各部門提出的成長率，算出來的金額如果涉及費率調整，也就是依據104年的決議，安全準備金會低於1.5個月時，要啟動費率調整程序，我想請問各總額部門要不要依照健保法提出財務平衡方案？也就是說，在提出各個不同要增加費用項目的時候，要不要提財務平衡方案？
- 二、請參閱會議資料第64頁，我想再釐清一下，因為健保法第61條是法定年度開始3個月前要完成協商，其他原則的第(二)項提到，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，於衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，這是不是指健保會會議規範的復議案？如果是的話，就不是只有協商代表同意而已，還有人數、同意比例等規定，而且本項是在核定前，核定前要再協商嗎？那核定後程序有沒有不一樣？還是核定後提復議案？核定後可以提嗎？請再說明。

周主任委員麗芳

請周委員穎政。

周委員穎政

我倒是覺得有件事情要注意，我認為COVID-19對整個醫療體系的衝擊勢必相當大，可以觀察到全世界各國為了這次COVID-19的整個準備工作，包括醫療器械，甚至很多操作流程，顯然到明後年都有巨幅的改變，這樣的東西要不要建在總額精神，這需要去思考。

很多說法是，只要沒有集體免疫力，在未來一兩年，全球都會有這樣動盪的現象，台灣算是幸運，沒有那麼大的衝擊，但歐美很多醫療機構中，為了因應改變所改變的醫療程序、增加的設備、防護措施，都會對醫療成本及醫療本身產生很大衝擊。總額既然要預測明年的醫療費用，這算是一個相當重要的因素，是很核心的問題，不要等總額協商完，到時候又要用特別的方式，像是用紓困來處理。我認為COVID-19不是一個暫發性的事件，而是對醫療執業行為會有一個長遠的影響。

周主任委員麗芳

請鄭委員建信。

鄭委員建信

我想請教以下幾點：

- 一、會議資料第61頁，關於醫療服務成本及人口因素，其實上一次總額協商完大家就有檢討，有關於這個公式，我個人真的是看不懂，比方說，已經有「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」，之後再加「醫療服務成本指數改變率」，最後又把「投保人口預估成長率」放進去，光看字面意思好像很多都重複累加計算，會談到這個問題，其實是因為總額協商完之後，馬上面對的就是，因為安全準備金下降，可能要調漲保費，如何要嘗試說服他人或自己。這樣的公式過去大家俗稱非協商因素，我覺得它會不斷膨脹，是不是要做一下修正，或是即便要依照此公式，但知道何時可以看到檢討、改變的可能。
- 二、會議資料第63頁的總額協商原則，去年協商的時候，就協商因素會有很多的溝通，但就醫療服務成本及人口因素的部分，最後在談到一些文字建議時，醫界都很有意見，說這不可以協商，也不能有建議範圍，但依照健保法，這些本來應該都是本會可以審議的事項。所以我認為：
 - (一)第三個原則「配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源」建議拉到項次一，「基期」跟「醫療服務成本及人口

因素」順序下移。

(二)「醫療服務成本及人口因素」、「協商因素」建議修正文字，例如：醫療服務成本及人口因素，或許改為一般性協商事項或原則性協商事項，可以不做太多的內容討論，但原則上仍經過本會審議；協商因素，或許改成必要性協商事項之類的概念。

三、健保總額雖然有這麼大的預算規模，但每次總額協商本會能關心的範圍有限，因為我就對於總額協商架構及原則的理解，是拘束本會爾後的協商應該如何進行，這部分是不是應該做些討論或修正，就教大家。

周主任委員麗芳

請何委員語、李委員偉強。

何委員語

一、我要請教社保司，這個成長率的計算公式要用到民國幾年？套一句廣告詞，報告皇上，這個公式要用到民國幾年？而且我認為這個公式已經很不合理，當初在訂公式時，付費者真的是很外行。

二、最近我們請精算師來精算明年醫療費用成長率，也提供很多合理的數據，但是精算師算出來的不是這樣，所以我們也發公文給行政院、國發會、衛福部。

(一)我們也用人口成長率、投保人口數來預測多少錢，也將醫療成本換算，把去年的薪資平均成長率都換算進去，將近10個因素換算後，我們算出來的低推估是2.158%、高推估是2.7%，這是明年很合理的醫療費用成長率，經濟成長率我們估1%。

(二)現在公式的醫療服務成本指數改變率，醫療服務成本是會成長，但是要用經濟指數、社會付費能力、薪資成長率評估，我們都加進去了。還有投保人口預估成長率也加了，我們都推測今年開始，人口數成長是負數，但我們預估明

年外籍新娘加上移工有多少萬人都加進去後換算。

(三)「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」跟「投保人口預估成長率」有點重疊，發現在數字上是重疊計算，所以我認為這個公式明年用完後年不能再用了，因為這是很不合理的公式。

三、協商原則第三項「配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源」，考量健保財務狀況，回歸提供醫療服務為意旨，協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收支情形連動，對有限健保資源，應予合理配置，但這公式已經脫離協商原則第三項。所以我認為付費者跟醫療提供者就像是買賣，我要買什麼、你要賣什麼給我，付費者可以不買這項，醫療提供者也可以不賣這項，我覺得這樣觀點走向比較好。當然我知道歐洲國家是社會福利主義，所有醫療支出是政府全部支出，美國是自由經濟主義，全部自己付錢，台灣是社會福利和自由經濟制度的綜合，所以我們才有保險費、自付額，還有政府負擔36%總經費。

四、這個公式當初說要用3年，今年滿3年了嗎？還是要繼續用，不提出跟我們討論？我在此提出。

周主任委員麗芳

請李委員偉強。

李委員偉強

一、長話短說，我認為110年的總額協商應該會滿精彩的，一方面有COVID-19對醫界的衝擊，而另一方面整體經濟情況也對民眾荷包及企業界有衝擊，相信付費者代表應該也有一些想法，但今天只討論總額協商架構及原則，我想就尊重社保司的設計，但要呼應周委員穎政的一點意見，按照全世界評估來看，病毒應該不會像SARS(Severe Acute Respiratory Syndrome，嚴重急性呼吸道症候群)突然消失，可能會撐很長一段時間也不一定，醫界今年第1季點值約在0.95左右，雖然業務量掉這麼

多，也沒有到每點1元。

二、但不管從哪個角度解釋，在討論明後年健保預算時，我覺得我們要保留一筆錢，當作醫界特別針對COVID-19所受的的衝擊，現在第一波疫情看起來還不錯，因為大家守得很好，對於醫界的衝擊共441位確診案例，跟若干疑似案例，但萬一未來如果像國外大爆發的情況，可能就不能保持現在這樣，和各位委員簡單報告，國外很多醫院都把其他服務全部關掉，除了緊急急診之外，其他所有醫生全部來照顧肺炎病人，包括牙醫師在內，可能在台灣很難想像，因為我們門診、基層仍開業繼續看診，我當然不希望台灣會變成國外那樣，但我們還是要預備。

三、這次我們跟政府爭取紓困的過程中，政府覺得醫界已經有總額預算，所有的事情要先在總額預算想好，將來想要申請紓困，等於要和其他行業去爭取，我覺得是很困難，所以在協商明年健保預算時，應該要把這些因素放進去，放在哪個預算可以好好討論，希望大家一起努力把財務規劃好，讓將來醫界在面臨衝擊時能夠無後顧之憂。

周主任委員麗芳

謝謝李委員偉強，非常前瞻性的想法，我想這也是值得我們思考的，接下來請周委員穎政。

周委員穎政

一、我還是想要說一下，除了在醫療體系的布局外，剛剛何委員語特別談到經濟局勢，我覺得這是可能是國發會更要多加注意的，這次全世界COVID-19的疫情結束後，旅遊業不是那麼短期就可以回復的，再說大量的服務業人口要何去何從？如果認為壓抑一個領域會解決另一個領域的失業問題的話，那是大錯特錯，所有的國家都已經發現，製造業就業人口會越來越少，一定要擴大服務業，所以過去擴大了旅遊業，現在短期旅遊業也無法回復，因為只要COVID-19還存在，就會有旅遊的限

制。

二、醫療、長照這方面的照護產業一定要適度擴大，才可以解決很多就業人口，如果從這個大方向來說，台灣是有空間，從過去的經濟數字來看，最好的指標還是醫療支出占GDP比重，簡單來說就是賺的錢到底花多少在醫療服務，就這個指標，台灣的水準差不多是墨西哥跟土耳其一樣的，代表其實有很大的成長空間，可以吸納台灣未來有一陣子因COVID-19所造成失業的問題，我只是提出這樣的想法，希望國發會能慎重考慮，不要摧毀最後能振興台灣經濟的最佳方案。

周主任委員麗芳

委員有沒有其他意見？請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、剛剛有委員問到「投保人口預估成長率」跟「投保人口結構改變率」(對醫療費用之影響)是否有重複，我想這其實就是質跟量的問題，假設一個人所需的健保經費是一樣的，「投保人口預估成長率」則是代表當一個人變兩個人，需要的健保經費就是兩倍，所以「投保人口預估成長率」講的是量的變化。但「投保人口結構改變率」，講的是質的變化，一個年輕人變成一個老人的時候，老人用的醫療資源會比較多，所以是依照老化程度需要的經費，兩個並沒有重疊，因為一個是量，一個是質。
- 二、如何評估老年人跟年輕人使用的醫療費用應該是多少，健保已經有20幾年的費用經驗作為大數據的基礎，可以算出人口結構變化時，應該增加的醫療費用是多少，以西醫來說，年紀越大醫療費用就越多，但牙醫可能反過來，年紀越大需要的牙齒醫療服務越少，但自費的假牙跟植牙會變多，可是這並不在健保費用中，所以牙醫的「投保人口結構改變率」幾乎沒有什麼增加。
- 三、健保現在面對到人口快速老化的社會狀態，醫療需求到底是剛

性或非剛性需求，大家可能要思考。健保本身是政治問題，如果完全用收支平衡來看待的時候，就會牽涉一個問題，就像何委員語講的，醫療服務可以買也可以不買，但我從來沒有看過健保哪一項支付項目，原本有支付的，後來因為不買就不支付，這應該會引起政治風波，事實上健保本身具有社會保險的性質。

- 四、現在還面臨到費率調整問題，我記得3年前，討論健保保險費率從4.91%降低為4.69%的那場委員會我有在場，前署長說如果這時候調降費率，將來要調升會很驚人，那時候很多學者專家也說不要看安全準備金超過很多，要考量未來人口老化非常快速。那時候因為安全準備金太多而調降費率，當要面臨人口快速老化要調升就會覺得困難，因為健保費率易降難升，這是政治問題，而健保照顧是易升難降，只會增加不會減少，不可能把健保有給付醫療服務項目突然改成不給付，這也都是一個壓力，所以有些問題要請大家看遠一點。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

因為黃委員啟嘉很喜歡提我的名字，那我就來回應你一下：

- 一、我剛剛有講到，我們有把投保人口結構改變率算進去，包括人口老化的占比、預估人口成長率，算了之後，也把外籍新娘、移工每年的繳費率、醫療支出占比考量進去，老化之後會成長多少醫療費用，我們也有列入考量，這就是我們講說會有重複計算的疑慮，可以跟我們的精算師好好談一下，這樣以後就有很多政見可以發表。
- 二、我們有將近10個指數，有考慮到整個醫療成本會增加的面向，並不是沒有，上次開會，付費者代表有提到費用零成長，但我們這裡並沒有這樣算，基期還有2.1%左右，表示我們在計算基礎上，是有衡平考量很多因素。剛剛周委員穎政提到，整個經

濟狀況，我們也把失業率、去年薪資平均成長率2.61%、薪資裡面有多少錢可以付醫療費用，都有算出占比，是有精細的計算，不是一個攏統的公式，這樣說下去我可能要說30分鐘，所以簡單回應就好。

三、今年就是照這個方向去走，最後把意見給行政院、國發會，這星期一也已經派人跟我談，我說醫療，包含健保法，就是未來要改革的一個重要的項目，包括長照的勞動基準法、醫療基準法，談了2小時，所以我是很多面向去談這些事情。

周主任委員麗芳

謝謝何委員語對健保的用心，接下來請社保司針對委員垂詢的內容進行回答。

商委員東福

剛剛何委員語提到總額推估公式要用多久，上次106年談的時候，本來就是3年為一期，也就是從108到110年間適用，所以還會找各位專家、團體檢討公式。我想這公式不能講說是落伍的公式，而是過去大家，包括各位委員及專家學者智慧的結晶，只是必須要滾動式的思考，所以何委員語講說是不是該修正，確實就適用到明年，以上補充說明。

周主任委員麗芳

剛剛商司長東福說這公式適用到明年，那何委員語也提到，今年度原則上能夠接受先以這版本來審核，但明年度檢討公式的時候，拜託社保司針對整個公式的內涵，還有委員所提出的意見，包括參數採用的面向，期待都能夠納入，讓委員的用心沒有白費。針對滕委員西華問到提案的部分，請陳組長燕鈴回答。

陳組長燕鈴

請委員參閱會議資料第64頁，剛剛委員詢問「其他原則」第(二)點「協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，於衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依『全民健康保險會會議規範』正式提案，才得進入討論程

序」的意涵，說明如下：

過去付費者委員會制訂這樣的規定，是因為各項目的金額或協定事項，程序上是經過9月協商會議付費者跟醫界雙方協商結果之後，提經委員會議確認的，如要改變決議，基本上也需要循原程序，先經過協商雙方委員同意重新協商，再提委員會議討論。也就是說，若要符合此點，第一，協商雙方委員要同意，因為協商代表到10月份委員會議不會全部在會場，因此是雙方具有委員身分的協商代表同意要重新談；第二，雙方同意之後才依照健保會會議規範正式提案。因為是復議案，所以需要符合所有復議的條件及程序，這兩個步驟的目的是希望程序更嚴謹。至於「才得進入討論程序」這句話，可能會造成委員誤解，可以修為「依照全民健康保險會議規範正式提案」。

滕委員西華

就沒有核定前後差別？

陳組長燕鈴

衛福部核定前，若提出改變建議，等於是推翻本會原本決議，理應要走復議程序。但如果是衛福部核定之後，總額的金額及協定事項是衛福部的核(決)定，對本會來說，已經是衛福部的政策決定，本會無權改變，縱使提案討論有結果也只是建議而已，所以就不涉及原來協定結果，因為本會原本的協商結果已經被衛福部核(決)定所取代。

滕委員西華

所以核定前要再改變，是走復議程序，但我的疑問是，核定之後還能討論嗎？因為「於衛生福利部核(決)定後，則依『全民健康保險會會議規範』正式提案」這一句話，看起來的意思是總額費用協商跟分配，協商後如果要改，有分核定前跟核定後，剛剛才會問說核定後還能討論嗎？應該不行，因為已經核定了。

周執行秘書淑婉

對，就只是建議案。

滕委員西華

還有一個問題是，因為涉及明年可能要調漲保費，總額協商完就要討論費率，今年協商各部門提出的成長金額跟項目，算起來不管低推估還是高推估，過往也有部門提出的方案是超過高推估的，該總額部門要不要提財務平衡方案？

周主任委員麗芳

財務平衡方案可能還是要委請健保署協助。本案子就原則通過，至於會議資料第64頁「其他原則」的文字，請幕僚同仁酌予修正，請進行下一案。

周執行秘書淑婉

扣款的部分還沒有說明。

陳組長燕鈴

請委員參閱會議資料第67頁，各部門查處追扣金額，依照協商原則是只扣民眾檢舉跟健保署主動查核違規案件，不減列總額受託單位或相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件，所以扣款範圍只有非總額舉發這列，非總額舉發包含扣減、罰鍰跟其他，金額就是後面的小計。

周主任委員麗芳

- 一、本案依委員建議酌予修正「六、其他原則」文字，餘照案通過。
- 二、委員所提意見，送請衛生福利部納為總額範圍擬訂公式檢討參考。請進行討論事項第二案。

肆、討論事項第二案「110年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、請參閱會議資料第79頁，本案是為了準備今年討論110年度總額協商，歷年均會事先議定相關程序等事宜，以利各總額部門依照程序推動協商作業，並提高議事效率。
- 二、依循去年12月份委員會議通過的會議時間表安排時間，安排在今年9月24日(星期四)舉辦全天協商共識會議，若有協商未盡事宜，在9月25日上午11時繼續協商，下午2時接著召開委員會議，進行協商事宜確認。
- 三、幕僚所擬的程序草案，考量總額協商任務有法定時效，需要依照健保法執行，另外參照去年的總額協商程序跟實務運作酌修，擬具的草案在會議資料第82~86頁，請委員參考。主要修正重點如下：
 - (一)明訂總額協定事項「執行目標」及「預期效益之評估指標」之作業程序。先說明修正背景，因為過去委員希望協商時確切買到應有服務跟品質，為利總額協商跟後續預算檢討，近年總額協商原則均訂有，各部門提出協商草案應該要有執行目標跟預期效益，去年作法是在9月總額協商完成後，請部門依協商結論補正「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提10月委員會議確認。但是專家學者建議很有道理，認為執行目標跟評估指標都是重要協定事項，應於9月份確認協商結論時一併議定，爰將調整及確認時機訂定到協商工作項目中。請參閱會議資料第83頁，工作計畫表內劃線處修正重點如下：
 - 1.第一點(四)項之3.(1)，主要明訂9月初提送協商草案時，就要先提供「執行目標」及「預期效益之評估指標」，所提需以結果面為導向，呈現具體效益，讓付費者可以評估。

- 2.第二點第(一)項之1、2，明訂9月總額協商會議時，各部門當日就要依照協商結論，調整新增項目的目標及預期評估指標，於隔日委員會議確認，這與過去於10月份委員會議才確認，有所不同。第一天協商完畢後，已有金額及協定事項，請各部門依據金額修正原提目標及指標，第二天幕僚據以提會討論及確認，這是第一個修正重點。
- (二)明訂提送協商草案之規範時程，請參閱第一點第(四)項3.(2)，考量協商是重要的法定任務，協商資料應於協商前就要完備，讓委員雙方可以通盤審酌。其實去年開始就已經這樣做，請部門能如期提送協商草案資料，送過來的資料也不宜臨時新增或更動內容，若臨時更動，資料準備作業會比較混亂或來不及補正。因此，需請部門及早規劃及確認草案內容。
- (三)依照健保法，本會應於年度開始前3個月完成總額協定及分配，報主管機關核定，最遲也應在年底前完成。本項修正的理由，是考量本屆委員將於今年12月31日任期屆滿，在任期屆滿前，110年度地區預算分配是本會法定職掌，應該要在年度前完成。因此，於第二點第(二)項明訂，請各總額部門於9月總額協商完成後，2週內提供地區預算分配之建議方案，以能及時在10月份委員會議討論。若部門沒有達成共識或沒有提送建議方案，幕僚則會先掣案提11月委員會議討論，最遲應該在12月份委員會議完成地區預算分配。以上3項是今年度的主要修正重點。
- 四、請參閱會議資料第84頁，關於二、協商共識會議的安排，因為去年據此進行很順暢，過去也經過大幅修正，本次就沒有修正；另請參閱會議資料第86頁，三、委員會議的部分，僅配合酌修文字。因此，除了剛剛報告的3項修正外，其餘沒有大幅修正，另預計7月份委員會議抽籤決定協商順序，再據此排定各部門協商時程表，並提報委員會議，以上說明。

周主任委員麗芳

謝謝陳組長燕鈴的說明，委員有沒有意見或詢問？

張委員澤芸

- 一、主席、各位委員，大家平安。與會委員坐在這裡，都是代表各種角度的聲音，角度或許不同，但目標是一致的，就是為了讓有限資源更有效運用、讓民眾健康、健保永續。我身為醫事服務提供者的護理代表委員，在此已4年，但每年到9月協商會議這2天，我都覺得自己很失職，因為無地自處，不知道應該要將自己擺在哪裡，今年看到會議資料第84頁第4~6行「各部門可推派9名代表協助會談」、及「護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之會談」，這兩處的「會談」，是否一樣？讓我燃起一絲曙光？我希望並懇切請求，今年我們可以加入相關部門的總額協商代表。
- 二、有幾個理由，第一，這是健保委員的法定重要職責之一，全民健康保險法第五條明確規範，健保會應辦理保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配，過去本會的醫事服務提供者，唯獨只有護理及藥師委員無法加入協商會議，我們身為健保會專業代表的一員，我們認為應該積極參與在總額年度協商中，讓協商代表更多元，考慮面向更周全。
- 三、若以醫院為例，我想大家都可以理解，在醫院照顧的流程中，不管門診、急診、住院、甚至檢驗(查)單位都有護理人員的參與，所以我們很有自信的說，對於醫療現況跟民眾醫療需求，我們護理界是最貼近的。另外，依照衛福部統計處107年資料顯示，全國服務於三層級醫院的護理人員數為112,379人，占全國護理人員總執業登記數169,671人的66%；另相較於全國19類醫事人員總數178,895人，護理人員也占了62.8%。基於以上，除了藥師代表外，護理界代表也應該納入總額協商代表成員，在此再次提出我們看法，敬請各位委員支持。

周主任委員麗芳

謝謝張委員澤芸代表護理界發聲，請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

請參閱會議資料83頁，就今年修改處提出詢問，這邊提到若部門未達成協商共識，或是沒有提送分配建議，幕僚將於11月委員會議提案討論。若沒有達成協商，兩案併陳部長，最後都是送到衛福部由部長定奪。但過去都到12月才定奪，若這時候還沒有定奪，請問11月幕僚要如何提案及討論？我們過去如果是兩案併陳要部長定奪，時間拖得滿晚的，若要做到這一點，是要push(敦促)部長於11月前做成決議嗎？

周主任委員麗芳

請黃委員金舜。

黃委員金舜

一、主席、李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、各位委員大家好。我是藥師公會代表黃金舜，健保總額協商分成醫院、牙醫、西醫基層、中醫於每年9月進行部門協商，但就如同剛剛張委員澤芸所提，部門協商唯獨排除護理師及藥師。我想在部門協商，醫院部門大部分由台灣醫院協會來主導，因為3層級醫院的關係，各層級各派3位協商代表，但9位都是醫師。至於西醫基層部門則由醫師公會全聯會主導，9位協商代表也全部都是醫師背景。

二、然而，在整個醫療費用總額中，藥費支出約占25%，但相關議題的討論，藥界及護理界因為無法參與協商，我們的發聲管道完全都被阻礙，長期這樣發展，對藥師、護理界來說相當不公平，所以我個人建議，在9月的部門協商，9名協商代表之外，一定要再加入藥界及護理界，9加2，共計11位協商代表。按全民健康保險法第61條第1項至第3項規定，健保會應依行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式；醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率，而門診醫療給付費用總額，得依醫

師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度，雖然目前健保總額協商並未依該規定辦理，惟從法條可看出，藥事人員是醫師以外唯一被列入門診總額分配項目之醫事人員，顯見其重要性，卻在現行總額協商制度把藥師及護理師排除，嚴重違反公平正義原則。

周主任委員麗芳

謝謝黃委員金舜代表藥師發聲，請朱委員益宏。

朱委員益宏

幾點意見提供：

一、第一，因為這次有提出修正，於協商時就要總額受託單位提出執行目標及預期效益的評估指標，在醫院總額這一塊，以往年協商經驗可知，醫院提出結果跟付費者意見往往有很大差異。醫界在醫院總額提出意見時，當然可以提出針對自己所提方案之執行目標、預期效益的評估指標。但相對的，付費者要修改時，是否也應該要提出他們意見的執行目標及預期效益的評估指標？這樣協商時才有依據。

如果在協商過程中有共識，當然在執行目標及預期效益的評估指標就會成為共識之一，相關的東西也應會酌予修正，而且若金額修正，相關處即需配合修正。但接下來看到第二部分，若沒有共識時將由部長裁決，請問這該怎麼處理？因為是部長意見，就無法由醫療服務提供者提供相關指標及預期效益的評估指標，由部長裁示時，這部分要由誰處理？因為總不可能要部長提出，那麼到底應該由誰來提？事前應先予釐清。因為若是部長裁示，理論上不應該由醫院協會來處理。

二、第二，剛剛2位委員代表護理師護士、藥師公會提出成為協商代表的要求，請參閱會議資料第82頁工作計畫表，在每年協商時，健保署都會召開會前會，徵求各方意見，這過程我相信也會向付費者徵求意見，當然醫院協會也會受到健保署的徵詢，

而第82頁寫的還有護理、藥事服務、門診透析等都會被徵詢相關意見。所以，事實上護理、藥師的意見並非沒機會表達，何況每年協商時，醫院總額部門都會特別針對護理方面調整，例加護病房護理費，對藥師也是，例如109年提出藥事服務費之調整。整個醫院來說，面對不只護理、藥師等2類人員，還有其他20幾個職類醫事人員，他們法定地位跟醫師、護理、藥師地位都相同，只是他們沒有參與會議。如果就因為本會有護理、藥師委員要參與協商，我相信其他職類也會跟進，想要有更多意見，我覺得真的是需考慮清楚，若要這樣的話，不光是協商會議，所有職類甚至應該一併邀請參與健保會，因為他們聲音沒有被聽見。

三、最後一點，事實上在協商機制中，是部門代表於協商後承擔相關財務責任，例如醫院總額是由醫院協會，而並非由藥師公會、護理公會來承擔，所以我覺得還是要回歸到權責概念，既然由總額受託單位承擔相關的財務責任，當然應該以總額受託單位作為協商主體。

周主任委員麗芳

在此再徵詢一下各總額部門的意見，有關剛剛黃委員金舜、張委員澤芸所提，藥師、護理師希望能參與作為協商代表，請表達各總額部門的看法，先請翁委員文能。

翁委員文能

一、主席、各位委員，其實剛剛朱委員益宏已經說得很清楚，我再次補充2點。每年醫院部門9位協商代表中，都有1位陳瑞瑛代表是藥師前輩，而區域醫院協會秘書長劉碧珠則是護理背景，這2位一直都有參與，我們也都很重視。另外，醫院是一個團體，有16個師字級的醫事團體都包含於內，醫師、護理師、藥師、醫檢師等，而社工師還不包含在16個醫事團體內。我是覺得歡迎大家都參加，若邀請16個醫事類團體及社工師都參加，我也不反對，樂觀其成，大家都很重要，只是時間可能會花比

較多，談不完。護理、藥師算是占的比例比較高，一直都有這2位代表，我想黃委員金舜、張委員澤芸2位委員都知道，我們也不是每個代表都是醫師，也有藥師及護理背景的代表，大家可能有點誤會了，除了幾位理事長是醫師之外，其他都是行政同仁，我們當醫師的懂得不多，比較會看病，協商談的主要是醫療經濟，是行政人員規劃，謝謝大家的指教，過去雖然花了1天半的時間來協商，第1天還要挑燈夜戰，後來也完成了。

二、雖然協商時會有意見不同的情況，但這幾年健保政策執行是所有民調最高的，過去幾年健保讓台灣的醫療防衛在世界上最堅強的，這次COVID-19雖然我們是離發源地中國最近，只隔一個海峽，但我國的防衛力量最強。歡迎藥師公會及護理公會一起來幫我們訂定總額，2位也是委員，所以相信應該有足夠的時間來發表意見，如果真的要參加，其實我是樂觀其成，歡迎16個師級職類，包括社工師等等都加入，將達到20幾個職類的人員，可以進來一起討論，討論完再進入總額協商，不過1天半可能不夠，可能要一個禮拜。

周主任委員麗芳

先聽完各總額部門意見，其他委員發言請稍待，請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、可能黃委員金舜、張委員澤芸有點誤解，我來嘗試說明，其實總額協商代表是付出，而不是為了自己職業別來爭取權益。所謂在付出，是指為整個醫療服務提供者，不含職業類別，跟付費者bargaining(討價還價、協商)，但爭取回來的資源怎麼分配，並非在協商中決定總額分配，協商中爭取到的醫療資源，回到總額部門時，是由另外的會議決定怎麼分配資源。
- 二、所以協商時，參與的代表是純付出，我們歡迎20幾個醫療服務相關的職業類別加入。說實話，我當爭取者，覺得我一個人那麼渺小，為何要承擔那麼大的責任，有時候回來想想都覺得怪。若有很多職業類別願意共同承擔爭取資源的責任，我們很

誠摯歡迎。但要先了解什麼是總額協商，是為整個部門爭取資源，而不是為自己分配資源。若他們願意也樂意加入，歡迎所有醫療服務相關的職業類別都加入一起爭取，看看能否爭取到付費者認同，為整個醫療服務團體爭取到更多資源，這是OK的。

周主任委員麗芳

請何委員語、黃委員金舜。

何委員語

- 一、主席、各位委員，有個前提先說明一下，今天只討論110年總額協商的程序，而我們是沒有辦法去討論，111年度衛福部要不要把那20幾個醫療職業類別都派來當委員。既然我們現在討論的是明(110)年度總額協商程序，比較能認同的一點，就是在健保法及健保會組成及議事辦法的規定下，目前有請藥師、護理師這2團體指派人員擔任本會正式委員，不是候補委員、也不是旁聽委員，更不是列席委員，既然是正式的委員，我很認同明年度讓這2個團體的委員來參加看看，不然他們回去可能會被說是側室的兒子、而不是正室的兒子，用台灣話來說是細姨的兒子、不是大房的兒子。在此建議，僅110年度總額協商程序適用，醫界方面可推派11名代表協商，會議資料第84頁，二、協商會議(二)2.(3)，文字修正為「護理及藥師公會全聯會代表委員參與相關部門總額之會談當然代表」，原來句子中的「可」字拿掉，後面加「當然代表」，這樣就把事情解決掉。
- 二、至於明年的下一屆委員，要不要讓這2位委員參加協商，111年度總額協商程序，則由110年度的委員去決定。本會現在的委員，只能決定明年的總額協商程序，我個人是贊成至少明年度讓他們參加，不知道其他付費者意見怎麼樣。
- 三、至於明年上任的第5屆健保會委員，可以把11個協商代表改為9個、也可以把11個改15個，我想並無前例讓現任委員去跨越或

代替下屆委員決定之後的總額協商，因此，我目前只針對110年的總額協商代表，贊成11個代表參與，讓護理、藥師公會委員成為當然代表，因為至少他們在健保會是正式委員。

四、剛剛醫界提到是否其他20幾個醫事相關職業類別要參與健保會，但除非衛福部去修改健保會相關組織規則，把其他類別納入為當然委員，這樣就沒話說，以上是我的淺見。

周主任委員麗芳

請黃委員金舜。

黃委員金舜

感謝何委員語仗義直言，我想剛剛黃委員啟嘉說過，在醫師部分，他是付出，我們也理解，醫師是醫療整個核心地位，但同樣藥師及護理師也同樣希望在醫療體系付出，既然都願意付出，為何要排除護理師、藥師，我至今仍搞不清楚。

周主任委員麗芳

依序請趙委員銘圓、林委員敏華、蔡委員登順。

趙委員銘圓

非常認同剛剛何委員語所提意見，另外對於西醫基層及醫院總額的部分，我想你們的代表人數都仍保有9名，並不會影響到，所以我同意何委員語的意見，將藥師、護理師加入。

周主任委員麗芳

請林委員敏華。

林委員敏華

一、聽了前面幾位委員發言，我也有幾個意見提供。醫界那邊也點到，請參閱會議資料第82頁工作計畫表，第一點第(三)項之4.寫得很清楚，要談總額前，健保署已規劃邀請各部門代表進來研商。等到真的要協商時，就我參加多次協商以來，醫界要派誰，沒問過我們消費者的意見，但今天突然要插入2個人，我持較為保留的態度，畢竟醫界提出的資料都是內部的共識，消費者就是跟醫界代表談，但突然加2個人，藥師、護理師也在

醫院等各總額部門內工作，他們有他們意見，若雙方意見不同時，付費者要跟誰談？這是我個人意見。

- 二、護理師、藥師我們都尊重，在體制內已有相關會議可以反映其意見，剛才醫院及西醫基層的委員也提到，協商談判的結果，是他們要負責的，所以就權責相符而言，我比較不同意增加這2位代表的訴求。還是覺得，各總額部門要推派誰當協商代表，付費者沒意見，但我們仍照舊的方式來談，我比較能同意。

周主任委員麗芳

先請蔡委員登順，再請干委員文男。

蔡委員登順

- 一、感謝藥師、護理師在總額協商前提出自己的權益，因為整個醫療體系，藥費占率及護理相關費用占整個總額的金額是相當高的，西醫藥品費就占整個西醫醫療費用約1/4，護理師人數約占6成，這相當高，所以衛福部請這2個團體推派人員擔任委員。
- 二、何語委員談的部分我基本上是同意，但是醫療產業相關社團頗多，若都要邀請參加，恐怕人數無法容納，我們還是針對藥師、護理師這兩位委員是否可參加總額協商，藥費占比高及護理師人數眾多，顯現這兩種職務的重要性，一定要維護他們的權益，所以在修改文字處，何語委員的修正意見還算保留，我幾乎都同意，不過建議「會談當然代表」改為「協商當然代表」，我想徵詢何語委員的意見。(何委員語：可以)

周主任委員麗芳

干委員文男發言後，請朱委員益宏、林委員錫維。

干委員文男

剛才藥界及護理界所提的訴求，早上有發說帖，剛剛何委員語也提供意見，其實參與都可以，不然藥界占的金額、或護理界付出的勞力方面都很多，在參與協商的過程中，他們可以提供意見，不要將

之排除在外，不然他們回去怎麼對他們各自團體交代。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、我想有關醫界總額協商代表這件事情，第1點，我認為還是要依照全民健康保險法的相關精神，本來就是醫療服務提供者跟付費者的協商，也就是為何存在4個總額部門推派協商代表，就是要避免產生這樣的問題，剛才翁委員文能提及，醫院內有10、20幾種醫事人員，他們也都是醫療服務提供者，如果那些人都要參與總額協商，則這個制度會走不下去了！
- 二、第2點，我認為在這裡決議由誰代表醫療服務提供者參與協商總額是不適當的，若是這個案子可以決議推派何者，醫療服務提供者是否也可以提議付費者代表參與總額協商一定需有某人，這樣子天下會大亂，應該回歸到尊重醫療服務提供者推派誰參與總額協商，醫療服務提供者每年對於付費者推派的9名總額協商代表，也是非常尊重其內部決議，若今天破例，則以後醫療服務提供者也可以建議付費者每次總額協商一定由誰代表參與，這樣子就權責不相符了！
- 三、第3點，如果今天真的指派誰是醫界當然委員可以參與總額協商，當其意見跟總額受託單位不同時，到底以誰的意見為主？也就是一方說不同意這個意見，需要送部裁決，另一方說可以接受，則以何方決定為主？這樣會產生權責混亂，對於如此權責混亂，我覺得需要另外再開會處理，然而我們只要涉及到總額協商，依照健保法規定就是雙方對等協商，也不是依照我們這個大會就能夠決定，我覺得若這樣會產生很多困擾，萬萬不可破例。
- 四、對於藥師全聯會與護理師護士全聯會的建議，翁委員文能有提及總額協商代表就有藥師、護理師代表在裡面，不能說一定要有誰參與總額協商才算數，這樣的想法也不對，我們歡迎藥師

全聯會跟護理師護士全聯會於總額協商前有相關意見，可以到台灣醫院協會來內部討論以凝聚共識，但從開辦協商總額到現在，藥師全聯會與護理師護士全聯會也都直接提案，並未在台灣醫院協會內部提供相關意見，我覺得本次會後如果藥師全聯會與護理師護士全聯會覺得參與度不夠，希望他們在正式總額協商之前，除了跟健保署反映外，也可以透過管道跟台灣醫院協會反映，我相信翁理事長文能帶領的台灣醫院協會會非常歡迎。以上。

周主任委員麗芳

先請林委員錫維，再請何委員語。

林委員錫維

- 一、大家好！有關本案對於總額協商工作項目的內容與局部的修改，我沒有意見，就是同意。
- 二、有關護理師護士全聯會跟藥師全聯會也非常關心總額協商的問題，本案也討論了很久，至於醫界9名協商代表，剛才何委員語也談到是否可以增加到11名，他沒有意見，我個人意見還是支持林委員敏華，醫界總額部門以9名代表為原則。
- 三、黃委員啟嘉也提到，整個總額協商在你們內部裡面已經做過非常多次的討論而產生出來的結論，甚至於決定由哪方面做代表發言，翁委員文能也說得很清楚，我認為醫界沒有必要再增加協商代表，在各部門總額內總有一些細部的東西，若涉及討論增減項目的問題會產生時間上的延誤，9位協商代表都談不完了，還要增加到11位，屆時協商可能要各自進去5、6次內部討論會議，因此，我不認同總額部門要增加協商代表，這些應該是屬於你們內部的問題。
- 四、黃委員啟嘉說得非常清楚，協商代表不是為了個人利益，而是為部門在爭取總額，醫界應該之前已經談完細部，為何你們20幾種醫療人員認為被排除，我是比較不認同，但是藥師全聯會、護理師護士全聯會願意關心總額協商，我沒有意見，惟要

增加協商代表我就有意見，我想這個案子已經討論這麼久，是否可以請主席裁奪，趕快做決定，謝謝。

周主任委員麗芳

剛剛林委員錫維已經說要請主席裁奪，等何委員語、黃委員啟嘉發言後，就結束討論。請何委員語。

何委員語

- 一、主席、各位委員，在二代健保實施以前的醫療費用協定委員會總額協商時，醫界推派10位代表，付費者也推派10位代表，這才是對等協商，就這樣來協定總額，可是10位對上10位，也是協商到晚上兩點半啊！二代健保開始實施時，醫界有提出，付費者委員改成15位為協商代表，醫界認為醫界、付費者應都推派10位代表協商，但若這樣則另外5位付費者委員不就是細姨仔囡(台語，不受重視之意)，我講細姨仔囡比較不好意思，這不是污辱人家，這是民間習俗的話語。
- 二、因為付費者委員15位要推派10位協商代表就有問題啦，最後付費者委員認為15位都是協商代表，也同意醫界推派15位協商代表，當時是這樣子，可是到最後醫界說不必了，比照醫療費用協定委員會總額協商時推派10位就好，是你們自己決定推派10位協商代表喔，不是我們不同意，現在這1屆付費者委員增加到19位，我們也不能只指派15位參與協商，另外4位怎麼辦？他們心理上會想我們是卡細漢(台語，不受重視之意)？一樣都是委員，我們4位為何不能參加協商？所以現在是19位對10位。你們剛才又說要對等協商，以前你們就問付費者到底要推派幾位協商代表，我們當時同意你們推派15位喔，建議你們去查健保會第1年的會議紀錄，我們不要降到10位協商代表，這樣很難解決，所以我們推派15位，你們推派10位，是你們自己決定的。我們現在也同意你們推派19位啊，對等協商就是19位對19位，但到目前為止，我們19位對你們10位總額協商，還沒有到深夜兩點半。

三、要說句公道話，既然被聘請擔任正式委員，為何不能參與總額協商？今天我們付費者推派15位出來協商，另外4位怎麼辦？所以我們付費者19位一起參與協商。我同意你們醫界增加到19位協商代表，你們剛才也有說對等協商，就是19位對19位，協商到天亮也沒關係，我曾經說過，既然來當委員就算拚到天亮，也沒關係，要當委員就要犧牲。

周主任委員麗芳

先請黃委員啟嘉，待葉委員宗義發言完，請幕僚同仁補充說明。

黃委員啟嘉

- 一、等我講完後，藥師全聯會、護理師護士全聯會代表可能還會想發言，請主席讓他們發言。
- 二、我剛剛的意思並不反對他們加入總額協商，我只是把參加協商的性質跟大家說明，我們協商爭取回來的資源是還沒有分配的，不會因為由誰參加協商而使醫師或護理師增加多少錢，這是包裹式的總額，是協商代表爭取回來。
- 三、我老實講，我愛做細姨仔困，最好藥界幫西醫基層爭取回來後我再去分配，這樣何樂不為，多麼輕鬆和愉快！所以我不反對他們參與，只是表達總額協商要做這樣的事情，不區分自己或別人，也不管醫師、醫檢師、藥劑師或護理師等，不是爭取職業部門的權利，是爭取包裹式總額回來後在別的會議去分配，在爭取過程中，藥師全聯會與護理師護士全聯會願意協助我們共同爭取資源，我們非常贊成。

周主任委員麗芳

待葉委員宗義、張委員澤芸發言完，這個案子就算討論到一個段落，請幕僚同仁補充說明。請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、主席，現在戴口罩很難講話(把口罩取下)，今天討論藥師全聯會與護理師護士全聯會是否納入總額協商代表，裁決權在主席跟社保司，不能說我們決議通過就增加他們為協商代表，這是

有利益關係。

- 二、藥師是我們的會員，都是加入西藥公會，我是絕對支持藥師全聯會，但是有一個問題，他們因為有利益關係，所以要爭取到利益，若沒有要爭取到利益則為什麼要參加總額協商，總額協商就會牽涉到醫療各部門的利益，因此裁決權在主席跟社保司。
- 三、以前我們給藥師、護理師等一些預算，後來每次都討價還價卻降低額度或沒有成長，他們很沒有面子，我想是這個問題，他們回去開會，感覺權力好像受到約束，我們付費者認為這是利益的問題，又變成總額協商的問題，這關係到很多面向。
- 四、我站在商業總會立場上，是支持他們兩位，記得以前給藥界5千萬元預算，因我們老人很多，老人用藥也很多，有些老人看了慢性病5、6次，所得到的藥因為搞不清楚就沒有吃，現在藥的浪費很大，我們付出很多藥費，希望藥師全聯會往這邊多琢磨，讓老人用藥有規則，辦個講習讓他們了解，這才是最重，若這個成功，結果節省所有藥的浪費，若沒有預算叫他們這麼做也是不可能。

周主任委員麗芳

請張委員澤芸。

張委員澤芸

- 一、首先謝謝各位委員的寶貴意見。
- 二、因為這個議題，是由我第一個引發，大家貢獻這麼多的智慧與討論，大家剛剛都談得很多，我們都虛心接受。
- 三、我知道參加總額協商不是爭取一己的私利，說實話就算我們加入成為協商團隊一員，也僅是11分之1，就這比例，我們也不可能有什麼機會可以為自己職類爭取私利，更何況護理人員是受僱於醫院與基層診所，不可能將爭取到的費用是直接歸入護理人員的口袋內，這些道理我們都懂，只是希望履行健保會委

員該有的法定職責，在大家參與時可以集思廣益、共同參與。
以上補充，謝謝。

周主任委員麗芳

請幕僚同仁補充。

陳組長燕鈴

跟各位委員報告，協商程序其實是累積過去多年協商經驗的結果，我說明一下當初設計的意旨：

- 一、協商原則已明文要求總額部門9月初提出來的協商草案，不要再有新增項目或更動，目的是希望醫界提出的是有共識的草案，請看會議資料第82頁，過去也曾有相關的醫療團體想反映意見，所以預訂時程中已規劃在109年8月，請健保署會同各總額部門預擬協商規劃草案，因為部門內涵蓋相當多的醫療服務項目與專業人員，我們不知道該年度哪些項目需要加強或增加預算，才會請健保署與各總額部門擬定草案時，對於相關的醫療服務項目，例如護理、藥事服務、門診透析、物理治療等，得邀請相關團體參與。如果是協商的重要項目，就需在那裏提出計畫、預算與經費規劃等，俟醫界形成共識後才將方案提到健保會來協商，方案以白紙黑字呈現在會議資料，不希望協商時出現總額部門內有不同意見，因為這樣會讓總額協商更為混亂，因此，在每年8月時，醫界要形成共識的方案，這個共識方案是經過醫界內部或醫療服務提供者討論出來的結果。
- 二、請看會議資料第84頁，等到9月總額正式協商時，是由各總額部門承辦團體推派協商代表協商，因為護理師護士全聯會與藥師全聯會過去曾反映過意見，所以在(二)與會人員2.醫界方(3)提到，護理與藥師全聯會就相關部分，於意見交換時就可以表達意見。
- 三、如果在協商時這9位或11位醫界代表有不同意見，對於協商達成共識所需要的時間可能會拉得更長，這需要大家考量。
- 四、剛才委員提到人數對等協商這件事，健保會剛成立時就已經過

討論，那時委員的共識是人數對等不是真正的對等，而是協商雙方彼此在協商知識、能力對等才是重點，所以醫界與付費者對彼此協商內容的了解與協商能力的增強很重要，醫界自己要有共識，付費者也要有共識才是協商成功的關鍵，參與協商的人數不是重點，就算付費者委員有19、20位，協商時也會推出主談人與協談人，也是4、5位參與協商而已，參與9月總額協商人數增多，對協商的效率是否有幫助，還請委員審酌。以上說明。

周主任委員麗芳

- 一、有關這個案子，我們非常感謝張委員澤芸與黃委員金舜，代表護理師護士全聯會與藥師全聯會來提出他們的想法，也激發起我們委員對於藥師全聯會與護理師護士全聯會的重視跟尊重。
- 二、目前這個案子在會上討論顯然未達成共識，但我想需要一點時間去醞釀，或許明年大家就有一些不一樣的想法，但在現階段看起來是有困難，剛才幕僚同仁提到，依據現階段已經要求各總額部門與健保署於擬訂規劃草案時，需要邀請相關單位，特別是護理部門與藥師部門進來表達意見，沒有進入醫界內部協商討論室，除了藥師、護理師的代表之外，我想在座的公正人士、專家學者也都是坐在301會議室來表達意見，我們每一位委員都是一樣大，沒有誰大誰小，只是擔負不同的任務。
- 三、本案因為目前沒有共識，我們還是援例照案通過，今天討論的議題，後續可以持續重視，關於委員垂詢還沒回答則請幕僚同仁說明，還有請社保司回應部長裁決事項。請商委員東福。

商委員東福

謝謝主席，有關協商時所提執行目標跟預期效益，部長會尊重健保會的協商結果，但如果兩案併陳部長核定一樣就是一樣，如果部長核定內容有不一樣時，一定會說明修正執行目標與預期效益，以上給大家參考。

周主任委員麗芳

請陳組長燕鈴。

陳組長燕鈴

有關盧委員瑞芬提及，如果總額部門於協商時沒有共識，而部長在11月未核定，如何討論地區預算分配的部分，說明如下：

- 一、因為地區預算分配是將各部門整體費用分配到6個分區，若總費用核定得高，也是各區一起高，總費用核定得低，也是各區一起低，地區預算分配主要是6區預算的競合，涉及R值(各地區校正風險後保險對象人數占率)前進多少的問題。
- 二、若總額部門於協商時沒有共識，幕僚可就醫界與付費者提出的總額成長率分別做地區預算分配模擬，提委員會議討論。過去部長大概都會在醫界與付費者所提成長率中間核定一個成長率，有時候衛福部核定下來都已經12月，考量今年委員有換屆問題，幕僚會盡可能提供模擬試算，讓委員能在年底前議定地區預算要如何分配，這是我們預計的處理方式。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

這樣模擬，幕僚同仁太辛苦了！做這麼多模擬，有太多未知數，何況像R值要不要前進，跟醫界要拿出多少錢做風險基金都有影響，這樣幕僚同仁可能會做2次工作，最好是可以跟部長協調定奪宜有一定期限，因為健保會於核定後需要後續的討論，醫界內部也要有協調時間。

周主任委員麗芳

朱委員益宏是最後一位發言。請朱委員益宏。

朱委員益宏

對於剛剛社保司的回復，我個人同意，會尊重部長權責，依照部長裁示辦理。對於具爭議部分，醫療服務提供者提出，付費者修正時是不是要有相對的目標與預期效益、評估指標？若依最後部長裁示，醫療服務提供者執行確實有困難，無法達到預期目標與效益的

話，是不是會被歸責次年協商作為一個負面的指標？我覺得這樣可能就不好，所以希望列出來，權責要相符，如果說醫療服務提供者提供一個數字與指標，付費者提出另一個數字、指標，若部長裁決付費者這邊，這樣就不能課責醫療服務提供者未達標，需要有這樣的共識，不然會變成權責不相符。以上。

周主任委員麗芳

一、本案討論到此，照案通過。

二、接著因為李署長伯璋於防疫期間事務繁忙，還有其他公務必須離開，請各位委員同意我調整議程，先進行報告事項第一案，雖然健保署今天不用口頭報告，但李署長伯璋有重點項目要跟大家說明，是否可以先讓李署長伯璋說明一下(委員回答可以)，謝謝。

(以下先進行報告事項第一案，之後再回到討論事項第三案)

伍、報告事項第一案「109年4月份全民健康保險業務執行報告」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

請李署長伯璋。

李署長伯璋

- 一、首先，我跟各位委員謝謝，因為時間真的過得很快，一下子就當4年署長，也是各位委員幫忙，健保署同仁都力挺，過了本年5月20日，就是第2任期，今天跟各位委員簡單報告。
- 二、剛才翁委員文能提及，過去3年，各位委員真的很幫忙，我們VPN(健保資訊網服務系統)由原來ADSL(Asymmetric Digital Subscriber Line，寬頻上網)變成光纖，委員同意月租費沒有靠指標來要求，而是我們幫忙出，當時40幾%的藥局、診所、地區醫院用光纖，現在是90幾%，所以當政府希望用我們的健保卡作為旅遊史的防疫工作，還有做口罩實名制作業，都只有兩、三天時間，但我們醫管、醫審、資訊同仁透過程式設計，利用原本的結構來滿足需求，這是讓政府看到我們台灣健保的優秀表現。
- 三、在我的文章中寫到謝謝健保會委員願意支持政策，3年前做的分級醫療申報作業，讓影像可以上傳，沒想到今天的防疫工作，成為世界學習的模式，這真的很不容易。
- 四、最近有振興券議題，民眾自費1千元，可利用振興券消費3千元，昨天蘇院長貞昌跟立法委員談話時，媒體刊登蘇院長認為可考慮依循口罩實名制，利用健保卡處理會比較順，我想這是另一個議題。
- 五、各位委員也知道這段疫情期間，整個醫療行為的點數變少，總額都有按季分析狀況，當時有跟部長請求，這段防疫期間的錢，依照去年核定的錢來給付，這樣對醫院或診所在現金流方面比較沒問題，但是屬於特別預算紓困是另一部分，健保署蔡副署長淑鈴、李組長純馥都有在盡量爭取，目前大概有一個進

度而已。

- 六、在立法院的時候，很多立法委員都希望我們做到給的錢就不要拿回來，我們內心也有這樣的想法，給出去的錢就是希望醫界好好使用，但有一些醫療院所的特材或藥費今年沒用，去年有使用，按照同樣的費用給付確實會造成困擾，這部分我們都很小心處理。
- 七、我當時一開始就跟同仁說，第1、2季推分級醫療，希望減少不必要的醫療行為，當點數減少，點值就會上來，這是跟醫界做溝通。
- 八、至於藥物部分，今天討論事項第3案，關於肝癌、胃癌的免疫療法用藥，說實在的，當時8種癌症需要治療，每種藥品對不同癌症都有機會治療，我同事說資源有限可不先對胃癌去治療，可是我說正常情況胃癌病人較少，就不給這少數人機會治療，對於所有有適應症癌症的病人都要給予治療。
- 九、蔡副署長淑鈴有跟醫界針對實際治療效果在觀察，我們看到肝癌跟胃癌治療的效果跟我們傳統的化療或標靶治療的效果沒有太大差異，我們對於治療有效的病人繼續給他使用，至於一些預算保留就是希望給那些真的需要治療的病人，讓他們有機會治癒，剛剛干委員文男一直講我們在做企業，坦白講我的心態就是這樣，我小時候住在鄉下，是雲林縣虎尾鎮，高中時到台北念師大附中，我父親是公務員，每個月給的生活費是固定的，所以我從小就有總額概念，不可能每天吃牛排，我記得當時住的地方有賣陽春麵，在虎尾賣的陽春麵都有肉片，台北的就純粹一碗麵，錢要很小心的使用。
- 十、健保若有不合理的給付就要改革，也不會容許不合法。最近新聞報導顏清標在高雄做肝臟移植。目前台灣C肝病人演變到肝硬化的人數一直減少，這是因為一開始就治癒了C肝病人；台灣B肝病人很多，但健保只給付3年的治療，若日後病人復發，前面就白花錢了，所以最近與B肝專家一起討論如何改善

問題；我本人是做器官移植，病人做器官移植後要吃抗排斥藥物，如果因為沒問題就不繼續吃藥，病人就會產生慢性排斥，那就白做工了。

十一、各位委員可以放心，本署醫審組同仁會持續與藥廠溝通，最近有一個疾病SMA(脊髓性肌肉萎縮症，Spinal Muscular Atrophy)，1個病人1年的治療費用要900~1,000萬元，每個病人平均治療5年就要5,000萬元，當然還是要支付，蔡副署長淑鈴也一直在與藥廠溝通，但廠商也有他們的立場，實在很困難。

十二、剛剛有委員提到呆帳議題，目前欠款是申請強制執行，只要10年內有收入還是要繳，上次林委員錫維提到，有些雇主想要延遲繳交保費，我們可以同意晚交但不能不交。最近立法院可能比較關切僑胞停復保的情形，也是我們要務實面對的問題。從新聞媒體上可以看到一些醫療院所違規，進行處罰後又是長期抗戰，從申復、爭議審議會、訴願、行政訴訟一關關走，處理這些事情也都要很小心。

十三、今天早上8點我在對面開會，會上提到進行醫療網第9期，整合台灣醫療體系讓民眾得到最好的照護，提升醫療品質也很重要。這次COVID-19疫情，我非常感謝醫療同仁，無論診所、醫院都很努力，我們確診者不像其他國家一直跳出來。前幾天我在國發會與美商、歐商協會對話，他們國家醫療費用占GDP比率都很高，台灣健康照護的花費比較低，但我們看得到台灣的醫療照護品質，錢不是花得多就好，但也不表示這不重要，而是在有限的經費中，把錢用在刀口上，這絕對是我的職責，感謝委員的信任，稍後若有其他問題就請蔡副署長淑鈴與其他同仁回應。謝謝各位委員。

周主任委員麗芳

我們給李署長一個掌聲，這段時間很辛苦，署長的努力我們有目共睹，感謝署長繼續帶領健保署前進。請林委員敏華。

林委員敏華

- 一、我前幾天在雜誌看到一篇報導，法國因為口罩保存不易，最後全部作廢，產生許多問題。經過這次COVID-19疫情，我想不僅台灣，全世界應該都一樣，對於醫療器材、藥品等物資，都認為國內需要有一定產量。
- 二、我們知道健保署很會看家，對於醫療器材、藥品一直有價量調查，但這次疫情之後，建議署長重新思考，應該用健保的力量來保護國內廠商，若不保住國內廠商，台灣抗疫不會那麼成功，尤其政府在口罩問題上反應很快。當然這會牽涉到利益輸送問題，未來在法令上、執行上及國家安全上如何平衡，建議健保署要超前部署，新興傳染病隨時會出現，守護台灣國民健康，我想健保署責無旁貸。

周主任委員麗芳

李署長伯璋表示要一個一個回答。

李署長伯璋

這部分請委員放心，總統就職演說時有交代蘇院長貞昌，未來無論藥品或戰備物資都盡量買國產，也不要低價競標，這是政府未來的政策。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

謝謝李署長伯璋與蔡副署長淑鈴，2位都很辛苦。以下幾個問題請教：

- 一、干委員文男提到呆帳問題，呆帳作為年度收入即應收款，但應收款實際上沒有收到，就放到會計科目的預備金帳上，我想知道，明年總額成長的基期有無包含未收帳款。如果未收帳款併入基期，未來這筆呆帳會持續膨脹，建議健保署要區隔開，未收帳款不能列入基期成長。
- 二、回應黃委員啟嘉，付費者也有不買的項目，過去健保署同意支付胃藥等指示用藥，後來發現不需要了，健保署就取消這些項

目，算下來1年能節省好幾億元；另外，有些專案項目推動後成效不彰，最後也取消了，健保署幫付費者做好把關。至於討論事項第三案所提胃腺癌、晚期肝細胞癌因療效不佳而停止健保給付，稍後在另案討論。

三、請黃委員啟嘉不要把健保政治化，太沉重了，雖然每個人的行為、講話都有政治意涵。政府至少負擔36%健保保費，將近1/3，執政者當然會有所考量，畢竟牽涉到老百姓的醫療福利政策。最近看到關於調漲健保費的調查，有76%反對、20%左右贊成，政府會看民意再下政策決定。

李署長伯璋

我們會好好研議，因為呆帳分醫療呆帳及保險呆帳，可以再討論。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

一、謝謝李署長伯璋，在防疫期間關心醫界營運上的現金流量，也提出一些政策補助，請大家翻閱健保署業務執行報告第42頁，從表17「總額部門別醫療點數統計_總表」左下角，可以看出，109年3月份門診件數下降13.12%，住診件數下降13.71%，但相對其「申請點數」則受到前述政策補助，影響較小；基於數據，醫界應該可以感受到健保署對於醫療院所的關心及協助。

二、回到「總額協商範圍」及本週健保新聞「衛福部擬調升費率」相關議題，上次月會大家熱烈討論明年總額範圍之擬定，而總額預算若逐年複利疊加，大家想想是否真的能夠建立良性的健康保險體制？如果「新增的醫療」與「改善人民的健康體質」之相關性是正向、是有效改善，那麼反映在罹病發生率將會是下降的，那麼本週就不應該有媒體所說衛福部擬「調升」費率的初步構想，反而應該是「調降」費率才對吧！

三、我們每年因政策推動所新增醫療預算，應該要改善人民健康體

質才是，我們是有看到積極性的政策支出，但相對民眾的「自我健康管理」在哪裡？我們觀察到民眾在住院、就診時是「靜態平衡」，出院後又恢復不良習慣，健康又回到「動態失衡」。民眾依賴新醫療，而健康體質能否實質改善？值得我們深思。

四、有幸，這次防疫已經提供我們很重要的衛教，那就是喚醒民眾「自主健康管理」的責任，並已實際降低就醫率，前述數據顯示，3月份門住診的件數皆下降約13%；所以，持續強化民眾自主健康意識，健保就不會虧錢，這才是全民之福。謝謝。

李署長伯璋

我們會參考委員的意見繼續努力。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

一、李署長伯璋辛苦了，剛剛的報告讓人很欣慰，健保署與衛福部很有智慧，將健保卡應用得淋漓盡致，比我們想像的還多，但是還有進步的空間，去年11月份健保卡雲端藥歷精進使用藥物相剋研究做得很好，希望能融入使用，實現研究成果。署長也很明智的指示討論事項第三案的討論方向，將來對這議題要更審慎。

二、目前腎臟病人、透析人數只增不減，醫療支出持續增加，但是一打聽，電視也有報導，食藥署應該要嚴格把關食品，不應該放任市面的沾醬，如醬油一大罐才50元，加水也做不到，即使賣貴一點也可以接受，不要弄壞身體要大家共同承擔，我沒辦法向食藥署反映，這是食安問題，希望署長有機會反映，請他們用心一點。

周主任委員麗芳

接下來請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、這次的疫情讓全世界對台灣另眼相看，對衛福部、健保署都是正面的看法。
- 二、他們又問，之前有在美國待很久的人，回來後確診，卻要由健保支付醫療費用，如果這樣的人很多，健保是不是會倒？我說不清楚，要看對方有沒有符合健保規定，如果符合也不能剝奪對方的權利。由此可見，民間還不是很了解健保體制，希望有機會能讓民眾更了解健保。
- 三、我的孫子問我，電視上說「喙罨(台語，口罩，tshui-am)」的是誰啊？那就是李署長伯璋。如果牛戴口罩就是牛喙罨，猴子戴口罩就是猴喙罨，很有教育性的台灣話。

周主任委員麗芳

謝謝葉委員宗義給予李署長的鼓勵與肯定。

李署長伯璋

- 一、有關美國回來的國人被診斷出COVID-19，其實蘇院長貞昌原本也認為不該帶病回來還要花健保，但陳部長時中表示民眾回來時並不知道他有感染，加上他們也是健保的被保險人，於是蘇院長還是聽從朱主計長澤民與陳部長時中的建議，基於民眾就醫權利，我們也無法拒絕，但事後會再進行檢討、改進。
- 二、其實我從沒說過喙罨，是拍防疫宣傳影片時才去學，錄影時有讀稿機，問題是腦袋沒跟上讀稿機還是念不出來，我也是被NG(No Good，拍攝中犯錯)好幾次才搞定喙罨的講法，很高興可以用台灣話來宣傳，蘇院長還稱讚我講得不錯，畢竟我是鄉下小孩，基本的台語都會講，但比較特定的用詞就沒辦法了。

周主任委員麗芳

請張委員煥禎。

張委員煥禎

最近常提到血液透析的問題，因為血液透析的醫療支出是最高的，以下幾點想法提供各位委員參考：

- 一、醫療支出最多不代表最壞，我本身是長庚內科出身，後來在台

大期間取得家醫科專科，在內科當了幾年的腎臟專科醫師，所以我也很清楚。過去健保會對血液透析常有著墨，但醫療支出最多不是最罪惡，只是看有無需要。

- 二、台灣血液透析品質大概僅次日本，但醫療費用只有日本的40%，這是我們應該驕傲的部分。我們一直說要降低血液透析費用，其實是打擊士氣，現在因為老年化及醫療品質好，使得癌症及血液透析病人越來越多，治療越好死亡率越低。
- 三、我同意干委員文男所說，我認為進入血液透析的把關要更嚴格，若還不需要血液透析就不要做，在前面就要做防治，即預防加治療，預防民眾進到血液透析的階段。當人民的生活週期越來越長，慢病管理沒做好導致腎臟病惡化需要治療，就可能會有很多人需要血液透析，這個時候血液透析的品質很好，反而是一件好事情。但不能浪費，不該接受長期血液透析的就不要進來，我們不只要預防，更要宣傳，教育民眾重點是不要得腎臟病，就算得了要好好保養，不要很快就進入血液透析階段。
- 四、血液透析過程到最後插三管，表示已經沒有希望，能否比照國外，不是不讓他們做血液透析，但可以減少透析頻率，多的次數則是自費，這制度我提倡了10幾年，但都沒有回響。
- 五、最後結論是，建議透析醫院、診所或透析科別，將腎臟病的防治列為品質指標之一，做為給付的必要條件或獎勵條件。不要每次談到費用就是要砍，有時候會砍到好的人，當然讓不需要用的人繼續用是不好的，資源要集中，用在血液透析後可以恢復生活機能的人。如果總額減少，能使用的人數也會減少，但血液透析會有自然成長率，需要未雨綢繆，現在最流行超前部署，血液透析既然是醫療支出最大的，超前部署能獲得的成效應該是最多，建議健保署加以琢磨。

李署長伯璋

- 一、謝謝張委員煥禎的意見，非常務實，這也是何次長啟功定調的

部分，我們也在檢討。今天有新聞提到透析，可能又會是一個話題，我們會持續改進，把錢用在刀口上。

二、至於醫療浪費的部分希望大家一起幫忙，我們很重視降低重複檢驗檢查、重複拿藥的問題，有一些委員支持、有一些不支持，在重複檢查的部分，我們發現成效很好，因為檢查會留下證據，28日內不能再次檢查，但整體來說檢驗檢查的費用還是在成長，因為醫生專業判斷病人需要檢查，做了健保署就要出錢。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

以下3點請教：

一、請健保署說明C型肝炎全口服新藥在偏遠地區、受刑人、身心障礙者的使用情形，因為有接獲反應這些比較特別的族群，難以接觸到這類藥品。

二、有關使用健保卡購買口罩部分：

(一)雖然大家都很自豪透過健保卡就可以在4大超商或其他通路買口罩，但這些單位都不是與健保特約的機構。原本是由特約機構透過設備讀取健保卡資料與留存，現在4大超商與其他通路的機器或口罩機也能讀取健保卡，請問如何確保被保險人的個資安全？我去購買口罩的時候，插了健保卡就有先前的購買資料，連電話都不用輸入，只要曾在APP買過，資料就能抓下來，直接可以顯示我的電話號碼。當民眾使用健保卡去超商或口罩機買口罩時，相關資訊系統可以留存什麼紀錄、保留多久、會如何被運用、資料會不會外流、會被做怎樣的連結？這都涉及民眾個人資料安全。

(二)本項措施僅是依照行政院、疫情指揮中心的指示或未來將會補足相關法源依據？剛剛署長有提到振興券也想利用健

保卡，未來或許不要叫健保卡，要改稱萬能卡。現在報稅也可以用健保卡，利用健保卡可以做太多事情，健保署可能要幫它改名字。剛才干委員文男也說，連醬油都會吃出問題。在此提醒主管機關注意口罩機或其他利用健保卡辦理非健保相關業務時，相關法律授權是否完備。

- 三、有關重大傷病卡部分，請教109年4月份全民健康保險業務執行報告第75頁重大傷病證明有效領證統計表中第12項「重大創傷且其嚴重程度到達創傷嚴重程度分數16分以上者」，請問本項的範圍？而第14項中「給予全靜脈營養已超過30天，口攝飲食仍無法提供足量營養者」，請問本類是核發臨時卡嗎？日後是否有恢復的可能或是有定期檢視的機制？謝謝。

蔡副署長淑鈴

回應滕委員西華的提問：

- 一、重大傷病種類中第12及14類其嚴重程度都已經達到永久無法恢復的狀態，才會核發重大傷病卡，會後再補送相關細節內容給委員參考。
- 二、有關C型肝炎全口服新藥在偏遠地區及受刑人的執行情形，目前很多C型肝炎收案病人都來自南區(雲嘉南地區)，這也表示我們對偏遠地區非常重視，我們也知道偏鄉有很多C型肝炎病人，但因當地缺乏腸胃專科醫師，因此醫界都有組團隊到偏鄉進行C型肝炎篩檢，並於當地收案。目前受刑人及透析病患也列為優先對象，相關數據資料整理好之後，再提供給委員參考。
- 三、有關使用健保卡購買口罩部分，事實上在民眾利用健保卡去買口罩這個行為中，健保卡只是做為登錄網路系統的1個身分確認，超商業者應該是在行政院跟關貿公司的協議下，處理民眾因購買口罩所留下的資訊，細節部分請張組長鈺旋補充說明。

張組長鈺旋

- 一、有關於口罩實名制作業及超商業者協力搭配的部分，疫情指揮

中心會再跟關貿公司訂定相關委託合約，在合約事項中，針對業者保有資料內容、資料刪除等都會有明確規範。

二、在疫情指揮中心之下設有法務組，涉及民眾個資部分也會在法務組中進行討論，相關防疫措施都有考量民眾個資及資安保護。

周主任委員麗芳

一、感謝各位委員集思廣益提出寶貴意見，本案洽悉，委員所提意見送請中央健康保險署參考。

二、接下來休息10分鐘，再進行討論事項第三案。

陸、討論事項第三案「有關健保署針對免疫療法中『胃腺癌』與『晚期肝細胞癌』免疫新藥，以療效不佳而停止健保給付申請案，專業醫師提出該理由並不具合理性，也違反健保會總額協商，建議該署應立即恢復給付『晚期肝細胞癌』和『胃腺癌』免疫新藥，以維病友用藥權益案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任員麗芳

請提案委員趙委員銘圓補充。

趙委員銘圓

- 一、謝謝主席，大家午安，健保署於上周已針對本案做出回應，但我還是想要在本會正式提案。
- 二、健保署停止「胃腺癌」及「晚期肝細胞癌」給付的理由，有醫師直言有失專業也不合理，依據109年3月30日聯合報報導，健保署4月延續癌症免疫新藥政策，預算從8億元增加到8.4億元，但以反應率不佳為由，將胃腺癌及晚期肝細胞癌剔除。台北榮總趙毅醫師提到，用所有癌症拿來評比反應率，把反應率差的拿掉，對患者而言，情何以堪。健保署用跨癌別比較以肝癌、胃癌療效不佳為由，中斷給付申請並不合理、也有失專業。
- 三、胃癌晚期用藥稀缺，而晚期肝細胞癌在去(108)年共擬會送審時，提供客觀反應率(Objective Response Rate, ORR)14.5%，健保署今年1月份的結案數據分析結果反應率增加到19.8%，已經比過去提高。台北榮總趙毅醫師分析90位晚期肝癌患者，接受免疫治療結果，發現有效率達24.4%，而且已發表於國際期刊，現在健保署終止申請給付，是否自打嘴巴？而病友無健保的支應，經濟弱勢的病人是否只能等死？不符合健保保障「就醫平權」不因病而貧的精神。
- 四、台灣癌症基金會蔡麗娟副執行長指出，肝癌死亡率在台灣是第2高，去年給付創新治療，臨床數據都認為，免疫藥物治療比

傳統療法及標靶治療好，胃癌用藥選擇少，今年卻突然都不能給付，非常讓人遺憾。蔡麗娟副執行長也是本會上屆委員，她說病人無法選擇自己罹患什麼癌，但當無健保給付時，經濟弱勢患者將失去用藥權利，病人及家屬也非常傷心，希望藥廠與健保署考量病友用藥權益及爭取治療機會，應該再進行協商。

五、109年2月20日召開共擬會議結論，針對免疫療法肝癌與胃癌經參考真實世界證據(Real World Evidence, RWE)，為將有限資源分配運用於有反應之病患，對於胃腺癌與肝細胞癌，請健保署與廠商協議以療效為基礎之給付方案，倘達成協議，始持續開放新個案申請用藥；至業經核准用藥者，按原給付規定予以給付。依全民健康保險藥物給付項目及支付標準第44之1條中明訂以療效為基礎返還保險人相關藥費的方式，請健保署積極作為保障付費者權益與病人需求。

六、健保署對免疫療法申請的條件規範很嚴格，原訂8.4億元提供8個癌別、11個適應症，其中又對晚期肝細胞癌用藥特別嚴格，現在卻片面中斷，在決定中斷之前，健保署是否有採取其他積極作為，例如：協商藥價的配套措施與進度？況此決定並未優先考量病友的權益與需求，是否直接剝奪晚期肝細胞癌和胃腺癌的病友用藥權益？這部分希望健保署按照108年通過的內容繼續辦理，當初報章媒體報導健保給付8個癌別、11個適應症的免疫藥品時，病友們都歡欣鼓舞，現在片面取消是否恰當，請健保署再做考量。

周主任委員麗芳

本案提案委員有趙銘圓委員、干文男委員、陳委員炳宏、鄭委員建信及何語委員，非常感謝他們關心病友權益，請何委員語。

何委員語

一、主席、各位委員好，目前健保署有匡列8.4億元、給付癌症免疫藥品，這是一個德政，癌症病患需要有強烈的求生意志，病友們也都期待治癒的機會。

- 二、目前健保署規定癌症四期患者才能申請，實際上癌症一、二、三期病患在治療過程中，病患及其家庭就需要自行負擔很多費用，當癌症四期患者申請免疫藥物療法時，都心存著希望，希望細胞檢驗出來可以順利申請到藥物，做為有效療法。很多癌症患者打電話給我，說這是最後1個希望，若可以申請成功，那未來存活的機會就很高。
- 三、但當病程到癌症四期時，患者常併發敗血症、多重器官衰竭等，因此病程發展到四期時，就不容易救治，所以我今年提出希望能把限制放寬到二期，若醫生有特別提出患者不適合化療、標靶、放療時，則考慮能否開放使用癌症免疫藥品。
- 四、我認為已經開放給付的藥品又停止給付，對很多胃癌、肝癌、晚期肝細胞癌症患者來說都很難接受，坦白說，我也知道晚期肝細胞癌症患者，神仙也難救，因此我建議應該讓醫生慎重調查這類患者，至少給他們留一線希望，若病患不適合執行標靶、放療、化療時，能否開放使用免疫藥品。我看過長庚醫院官裕宗醫師送我的1本書，書中表示免疫藥品頗有療效，官醫師自己也罹患癌症，但他去日本進行免疫細胞療法，搭配禪修、練內功，竟然就痊癒了。
- 五、我認為健保署應該重新思考本案，有限度開放，讓醫師找出適合使用免疫藥品的胃腺癌、肝細胞腫瘤、頭頸癌等病患。據我了解，若醫生有心，不只國內藥品，也可以從各國臨床報告中，尋找適合病患的國際藥廠藥品，再請醫院從國外專案進口來治療病患，若僅用國內現有藥物，有的不見得有效，所以我建議健保署重新思考配套措施跟慎重的規劃方案，讓胃腺癌、晚期肝細胞癌患者保有最後求生機會。
- 六、另外還有1種細胞治療，目前衛福部已經開放20多家醫院可執行，但是打1針要價20~30萬元，有的診所打1針要13~15萬元，每個療程約8~13針。我很佩服趙銘圓委員用心提案，我們希望健保署重新規畫相關配套措施，謝謝。

周主任委員麗芳

請蔡委員登順、干委員文男。

蔡委員登順

有關健保停止給付癌症免疫療法用於「晚期肝細胞癌及肺腺癌」部分，委員有不同的意見，所以本席持平的做以下表達：

- 一、從108年4月健保給付癌症免疫藥品至今已有1年的時間，依健保署收集的國內病人用藥資料，胃癌及肝癌病人對於免疫藥品的反應率及無惡化的存活情形，僅與傳統胃癌化療及肝癌標靶治療之效果相當，但藥費卻多了數倍。另外從健保署提供的說明，其他先進國家基於療效及財務考量，也沒有給付胃癌及肝癌的免疫藥品。
- 二、依健保法，藥品給付適應症之修訂，是由健保署邀集各方代表於藥物共擬會議討論決定，因此對藥物共擬會議決定將錢花在刀口上、將有限之癌症免疫藥品資源分配運用在具療效反應的其他癌症病患，並延長給付為2年；對反應率差且不符合成本效益的胃癌與肝癌，若能與廠商達成以療效為基礎的給付協議，再開放新個案申請用藥的討論結果，本席認為應尊重共擬會議決議。
- 三、惟考量廣大病友權益，請健保署持續與藥商協商以療效為基礎的給付協議，爭取更低的支付價或對健保有利的還款機制，盡可能降低財務衝擊後重新考慮恢復給付。並應持續蒐集國內外實證資料，滾動式檢討給付規定，讓病人皆有機會獲得有效益的治療。以上是我的意見，謝謝。

干委員文男

- 一、聽李署長伯璋剛才致詞的話意，在考量療效跟健保財務後，應該是可以考慮繼續給付胃腺癌與晚期肝細胞癌免疫新藥，就算停止開放新個案申請健保給付，至少也不能讓原本已接受給付的病人中斷，應該讓目前已給付的個案用到一個段落。
- 二、健保署委託醫藥品查驗中心所做的分析報告提出，免疫療法與

健保已給付之一般胃癌化學治療或肝癌標靶藥物相當，不符成本效益，但是趙毅醫師發表於國際期刊卻說有效，我希望健保署應該也要尊重醫師的專業意見，謝謝。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、本案已在全民健保藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議討論過，因為我是共擬會議委員，所以也有參與討論。先就程序而言，依據健保法第41條，免疫新藥是否納入給付屬於共擬會議權責，就算本會通過本案，也只能建議該會再予考量，我們無權要求納入給付。
- 二、會議資料第88頁說明一提到，有醫師直言健保署停止給付的理由不合理且有失專業，我覺得這句話講得太沉重了。因為共擬會議所提意見，是經過專科醫學會代表組成的專家委員會討論過的，不是個別醫師的意見，雖然有個別醫師認為該項決定不合理、有失專業，這可能是他個人認知的不同，不能因此否定委員會或專業醫學會的意見。
- 三、在會議資料第90頁，健保署回應意見也提到，依據真實世界證據分析結果，胃癌與肝癌免疫藥品給付1年後，效果跟一般化療類似，既然效果沒有特別好，繼續使用又要花費那麼多金額，我相信就健保會整個總額預算分配的角度來看，也是顯不合理。
- 四、我同意幾位委員所說，健保署應該跟藥商繼續協調以療效為基礎的給付方案，若廠商同意沒有療效不收錢，因此可以多給1個病人機會是好的，但是若廠商不願意用療效作為基礎給付，一直要全民健保買單就不合理，應依照109年2月20日藥物給付項目及支付標準共擬會議結論辦理。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我要附議朱委員益宏的想法，我認為病人不該成為健保署與藥商談判的籌碼。健保署應該把會議資料第90頁的意見，用民眾聽得懂的話說明，公開透明的讓病人知道，讓外界瞭解健保署跟藥商再協議，是因為該項免疫藥品的療效、安全性未達預期，而不是單純價格談不攏。一旦健保署清楚對外說明，對想要自費使用免疫藥物的病人而言，也是很好的參考資訊。
- 二、健保署在回覆意見中，引述了很多國家對相關藥品的給付情形，所以我相信共擬會議決定暫停藥物給付是經過慎重討論的，還是要給予尊重。但是既然有委員關切本案，肯定就是有病人反應，應該更重視對相關病人的訊息傳播與溝通。
- 三、是否可請健保署跟共擬會議討論未來新藥納入健保給付的進場、退場機制及相關的檢測標準，並且明確地讓病人及社會大眾知道這些訊息，不要讓人誤會健保都是以跟廠商討價還價的結果，來決定藥品的進退場。
- 四、我建議還要進一步討論，不同癌症間要不要有共同的比較基礎，例如討論到癌症免疫藥物時，不同癌症間的PR(Partial Response，部分有效)、CR(Complete Response，完全有效)，例如肝癌與肺腺癌，要不要拿來比較？我沒有認為要或不要，只是建議要討論出標準，比如說肺腺癌是自己比較使用前後的療效是否顯著，還是跟胃腺癌比較CR、PR？我覺得這標準可能要訂出來，不要讓外界誤解健保是藉由不同癌症治療結果比較看是否要給付。

周主任委員麗芳

請問其他委員有無意見？請黃委員啟嘉、吳委員鴻來、趙委員銘圓。

黃委員啟嘉

我非常支持以療效為基礎的新藥給付方案，免疫療法未來還會有層出不窮的新藥，但是它的使用效果仍具高度不確定性，若未嚴格把

關，民眾的治療就容易失效，也會浪費健保的資源。如果新藥給付能以療效為基礎，廠商就不會貿然提出帶有實驗性質的療法，會更嚴謹提出有效療法。癌症患者對疾病治癒的希望有很高的渴望，只要有希望就會想嘗試，以療效為基礎的給付方案是解決這問題很好的方法，希望健保署能盡速協議出來。

周主任委員麗芳

請吳委員鴻來。

吳委員鴻來

- 一、謝謝朱委員益宏、滕委員西華提醒大家，共擬會議應該已經對本案有充分討論。但是健保署當初因為知道免疫新藥費用很高，經過審慎考量，所以訂定了嚴苛的收案條件，相較之下，退場機制似乎就沒有這麼慎重討論，好像僅僅是因為療效不是很好，就決定停止給付這2項藥品，所以我呼應滕委員西華的意見，應該將這些資訊透明公開，讓病友了解，或者多方溝通退場機制。
- 二、會議資料第90頁，健保署意見第三點提到，胃癌與肝癌患者對於免疫藥品之反應率，與健保已給付之一般胃癌化學治療或肝癌標靶藥物相當，我對這點有些疑問，胃癌化療是2線藥物、IO(Immuno-Oncology Therapy，癌症免疫療法)是3線藥物，不同線藥物適合直接比較嗎？據了解，肝癌標靶藥物副作用很強，聽說很多病人熬不過副作用就放棄治療。我不否認IO價格非常高，但是成本效益及所謂的療效「相當」都還有討論空間。
- 三、台灣人體質跟歐洲人、美國人不同，盛行的癌別也不同。肝病是台灣國病，肝癌病人很多都是B型肝炎、C型肝炎轉變來的，所以肝癌在台灣相較於歐洲，算是大家重視的癌症。據了解歐洲腫瘤醫學會的亞洲治療指引，有納入台灣醫師意見，似乎對於免疫新藥的建議跟健保署意見是有出入的，是否可以再瞭解一下。

四、會議資料第44頁，免疫新藥資料分析日期是109年1月9日，現在已經是5月底了，請問有更新的數據嗎？雖然已經執行1年以上，但是呈現的資料不到1年。

五、我看到李署長伯璋在3月底精準防癌高峰論壇的簡報提到癌症免疫新藥藥費是6.44億元，請問這是實際執行數嗎？請問現在預算實際執行狀況？

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

一、既然台灣食藥署已經核發免疫新藥的適應症，代表應該稍微有點療效，若健保署以其他國家使用療效尚不理想，所以就不予給付，這理由是不是有點牽強。吳委員鴻來也提到，肝癌、胃癌及消化道癌症在歐美國家未必是主要癌別，但是肝癌、胃癌在台灣可能能稱為國病，免疫療法給了這些患者一線希望，我想還是可以再做觀察，起碼今年做完，如果免疫新藥真的沒有療效再下定論，或許會比較好。

二、剛才吳委員鴻來也談到，我們現在是拿肝癌一線治療藥物臨床試驗結果來取消二線藥物的給付，是不是有失科學臨床專業，雖然共擬會議對本案已經有相關結論，但是之前就已經使用免疫新藥的患者可以使用，後面要使用的患者要怎麼辦。希望有機會讓這些病患繼續使用，謝謝。

周主任委員麗芳

請陳莉茵委員。

陳委員莉茵

我對本案有以下3點意見：

一、健保署在回應意見中提到，當初藥物共擬會議同意給付時，就要求健保署在給付1年後要重新檢討，所以本案當然要尊重共擬會議的決定，我相信他們對於這樣的醫療決定，也是經過審慎考量。

- 二、呼應滕西華委員跟吳委員鴻來的意見，既然有退場機制，應該公開說明，免得有很多末期病患反而轉向民間不確定療效的細胞治療，可能會更危險。
- 三、會議資料第88頁說明三當中，蔡麗娟副執行長提到，末期病患的選擇非常少，尤其是胃癌，我也知道有些癌症不適合化療、沒有標靶藥物、也不能做放射治療，建議能否考慮在其最後階段嘗試定時定期的療效治療，最後當然還是尊重共擬會議委員的決策。

周主任委員麗芳

請許委員美麗。

許委員美麗

- 一、在會議資料第89頁，本案提案委員的說明四，及會議資料第91頁健保署回應意見第七點，都有提到以療效為基礎的給付方法，而且健保署回應意見也提到，將會持續與藥商溝通，一旦達成協議就可以恢復給付，所以我想大家對於本案的基本共識，就是以療效作為給付基礎。
- 二、但是如同前幾位委員所說，免疫新藥進來的時候嚴格把關，現在如何跟病患說明退場機制是很重要的，否則可能會讓病患認為健保署放棄了我的一線生機。健保署必須說明共擬會議當時同意給付免疫新藥，有要求給付1年以後檢討，以及檢討結果為何所以才做此決定，而不是健保署放棄病患，以健保署的立場不可能這樣做。但是如果沒有充分溝通，會使病患難以理解為什麼現在就停掉健保給付申請。所以相關資訊或是退場機制的公開，真的是很重要。
- 三、藥商的想法一定是只要拿到錢就好，所以我覺得健保署應該積極跟廠商協商，說明只要沒療效就不予給付，讓廠商自行決定要不要提供，有療效的廠商自然還是會來爭取。健保署應該為病友爭取有療效的給付，並且保障那些尚有療效的患者，我想這是在場委員共同的心聲。我們既希望病患獲得保障，同時也

要兼顧健保財務跟療效。只要錢花在可以幫助病患的地方，大家都有一樣的基礎共識，就看健保署基於什麼立場保護病患，如何在細節上做調整。

周主任委員麗芳

我想委員對於本案都有共識，希望能以療效為基礎作為給付，接下來請健保署針對此案進行說明。

戴組長雪詠

感謝委員的提問，請各位委員參閱會議資料第89~92頁健保署說明資料，以下謹就此案向委員進行完整的說明：

- 一、由於當時討論健保是否給付癌症免疫藥品備受各類病友團體關注，108年確實是將食品藥物管理署核准之藥品適應症(8大癌別)皆全部納入健保給付，即使部分適應症(如：肝癌、胃癌)當時僅完成第二期臨床試驗，甚至尚未規劃或開始第三期臨床試驗，健保也先予納入給付。然而，依108年1月藥品共擬會議決議，健保署應蒐集真實世界證據進行療效評估，並持續滾動式檢討給付範圍。當然健保署行政同仁並不是藥品專家，因此健保署也藉助相關臨床專家學者的協助，每3個月至少召開1次會議討論，前後共經7次的大、小型專家會議討論。就算是專家建議胃癌、肝癌不給付的決定，也是在大型專家會議前先經小型專家會議的討論。因此，臨床專家提供的專業評估及意見是健保署需要仰賴的標準。
- 二、當時專家評估確實認為癌症免疫藥品用於胃癌及肝癌，與健保已給付的胃癌化療及肝癌標靶藥品療效相當，甚至有療效差一點的情形，但是癌症免疫藥品的費用卻是以數倍來計算，因此，專家學者認為給付肝癌及胃癌並不具成本效益。今年2月份藥品共擬會議也經過非常漫長且反覆的討論與確認，認為癌症免疫藥品用於胃癌及肝癌病人，實證資料顯示整體醫療效益較差，故決議授權健保署持續與廠商談判，簽訂以療效為基礎的藥品給付協議，若有達成協議，才持續開放新個案使用。目

前為止，健保署與廠商協議的大門仍然持續敞開，健保署並沒有片面決定不給付。然而，在今年2月份藥品共擬會議決議後，健保署也依據決議和廠商做了3次面對面溝通與協商，只是目前尚無法達成協議。

- 三、有關剛才幾位委員垂詢肝癌及胃癌的療效比較基礎為何？事實上，健保署邀請的專家都是臨床醫師，甚至皆為專精肝癌及胃癌的專家，專家們主要依據臨床實證使用資料及各國文獻進行比較，確實發現癌症免疫藥品與傳統健保給付的化療或標靶藥品相比，沒有比較好的療效。但是，專家認為若健保署能夠透過與廠商簽訂給付協議，將整體財務衝擊降低，則健保應可再考慮給付癌症免疫藥品予肝癌及胃癌病人。
- 四、在今年2月份藥品共擬會議結束後，健保署也曾發布新聞稿向各界說明共擬會議的結論，對於療效較差的肝癌及胃癌適應症，健保署會持續與廠商進行協商，若達成協議就可以恢復給付用於新病人，至於已用藥的肝癌及胃癌病人健保仍會持續給付其用藥，並不會損及已用藥病人的權益。健保署希望能將有限資源投注在具療效反應的病人身上，如：延長疾病穩定病人之治療期程、延長給付具療效反應病人之用藥期程(最長至2年)，期望有效率的導引健保資源用在刀口上。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴補充說明。

蔡副署長淑鈴

謝謝戴組長雪詠的完整說明，我再做個最後補充：

- 一、有關委員提到取消給付導致病人斷藥的問題，其實對於已用藥且有療效的胃癌及肝癌病人是可以持續用藥，並沒有因給付規定修訂而中斷用藥，而109年4月1日給付規定修訂生效後，才不接受新的病人用藥申請。雖然，109年2月份藥品共擬會議決議，請健保署與廠商協議依療效還款以降低財務衝擊，但此部分確實尚未達成協議，若後續廠商願意跟健保署複談，健保署

也會持續努力溝通，若可以達成協議讓健保支出負擔降到最低，健保署也樂觀其成，並會再提專家會議及藥品共擬會議討論給付規定的修訂。

二、剛才委員提供了許多很好的建議，例如：健保署如何與病人進行有意義的溝通，用病人聽得懂的方式使其理解健保署所做的決定，這部份健保署後續會持續努力精進。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

呼應剛才何委員語提到關於癌症免疫藥品用於肝癌病人是否能提早給付期別的意見，我也認為目前肝癌用藥條件嚴苛，但肝癌在台灣確實是值得重視的疾病，有無可能適度的放寬給付條件，不要到晚期(第四期)才予以給付，若能提早到第二期或第三期即予以給付，病人的療效或許會更好。依現行癌症免疫藥品用於肝癌之給付條件，病人除需為晚期肝細胞癌，仍需符合已使用過第一線標靶藥物治療失敗，並需經過至少3次經動脈導管肝臟腫瘤注射化學栓塞(T.A.C.E)局部治療失敗，且病人還需具備基本的肝、腎功能。然而，晚期肝癌病人的肝腎功能通常不佳，故用藥的療效也會較差。若能適度開放第二期及第三期之肝癌病人用藥，在病人肝、腎功能較好的情形下，恢復的情形或許會更好。如同現行C肝新藥已放寬給付用於無肝纖維化的病人，為何肝癌就完全沒有放寬給付期別的空間，我認為這對於肝癌病人並不公平。

周主任委員麗芳

本案已經過大家充分交換意見，相信在場所有委員的初衷皆相同，最關心的都是廣大病友的權益。考量本案涉及藥品給付規定之修訂，係屬中央健康保險署權責，委員所提意見，送請中央健康保險署審酌納參。請進行報告事項第二案「有關牙醫全面提升感染管制品質之具體規劃(含確保院所全面符合感染管制之執行方式與管理機制)」。

柒、報告事項第二案「有關牙醫全面提升感染管制品質之具體規劃
(含確保院所全面符合感染管制之執行方式與管理機制)」與會人
員發言實錄

同仁宣讀。

中央健康保險署劉專門委員林義報告：略。

牙醫師全聯會審查執行會感染管制小組吳召集人迪報告：略。

周主任委員麗芳

剛才健保署尚未報告規劃扣款方式，先請健保署補充說明，再請牙
全會王理事長棟源回應說明。

蔡副署長淑鈴

請李組長純馥說明。

李組長純馥

請各位委員參閱會議資料第96頁之說明二，健保署本次提案係依據
109年牙醫門診總額協定事項「所有申請門診診察費者，均應符合
感染管制標準」以及「若執行全面提升感染管制品質院所未達
100%之目標，將按比例扣款」。因應前述協定事項，請委員就本
署所提扣款方式表示意見：

- 一、會議資料第96頁，說明四，109年調升感染管制診察費之支付
標準項目自今年4月1日生效，故實際推動是從第2季開始，即
今年1~3月並未執行提升感染管制診察費之支付標準，故是否
應以全年預算(1067.5百萬元)為基礎按比例扣減第1季預算
(1067.5百萬元/4)，請各位委員指教。
- 二、會議資料第97頁，說明五，自109年4月1日起適用調升之診察
費支付標準，健保署會查核院所是否符合感染管制標準，若出
現訪查不合格的院所也申報感染管制門診診察費之情形，健保
署勢必要予以扣回費用，至於應整筆診察費予以扣減或僅扣減
其與一般門診診察費之差額，亦請委員指教。

周主任委員麗芳

有關剛才健保署所提希望徵詢委員意見之扣款規劃，先請牙全會表

示意見，請王理事長棟源。

王委員棟源

- 一、事實上牙醫界不論是在過去SARS(嚴重急性呼吸道症候群)期間，或是面對近期的新冠病毒肺炎疫情，皆致力於執行感染管制，特別是在本次疫情中，我們牙醫師出身的陳部長時中，也將全國的感染管制及病例篩檢做得非常好。牙醫師全聯會在去年提出一人一機、高溫及高壓消毒的感染管制目標，係因一人一機與患者口腔是否發生直接感染息息相關。至於提升抽查比例及院所100%執行感染管制的部分，若沒有執行完全，我們當然願意接受扣款。
- 二、然而，調升感染管制診察費之支付標準在109年4月1日才生效，也是歷經了一段時間的討論，去年12月牙醫總額研商議事會議及醫療服務給付項目及支付標準共擬會議才做出相關決議，意味著全國至少6,000多家院所皆需重新送件申請，而在2月份健保署才公告「牙醫門診加強感染管制實施方案」，至3月底才公告調升感染管制診察費之支付標準，並於4月1日生效。因此，有關健保會建議以10億6,750萬元為基礎按比例扣減109年1~3月預算，此金額中尚包含非協商因素成長所增加預算，我認為將其扣減對牙醫部門並不公平，因為前述所提調升感染管制診察費之支付標準的延遲生效，並不是牙醫部門造成的，希望健保會能多做考量。
- 三、另外，我請牙醫師全聯會審查執行會徐首席副主委邦賢為大家補充說明細節部分。

牙醫師全聯會審查執行會徐首席副主委邦賢

- 一、109年度牙醫總額所爭取到全面提升感染管制品質的預算，主要是以牙醫院所能夠完全符合滅菌標準為努力的目標，並非沿用以前所訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」的標準。我們依照109年度總額協定事項，全部牙醫院所執行提升感染管制須達100%之目標，懇請各委員體諒牙醫部門，給我們一點時

間去推動。因為，其中涉及約15,000名牙醫師及近7,000家牙醫院所，皆不僅要執行原本該做的感染管制，還必須提升感染管制的標準。

- 二、從去年9月總額協商後，到「牙醫門診加強感染管制實施方案」及調升感染管制診察費之支付標準生效的這段期間，牙醫部門一直很努力地在推動提升感染管制，雖然調升感染管制診察費之支付標準是109年4月1日始生效實施，實際上，109年1~3月已有很多牙醫院所已經符合新的感染管制標準。
- 三、若因為調升感染管制診察費之支付標準自4月1日才生效，1~3月牙醫院所不能申報提升感染管制診察費就予以扣款，對牙醫部門是不可承受之重，因為這段期間牙醫院所仍持續努力中，若予以扣款，對牙醫部門情何以堪，也會讓大家失去努力的動力。
- 四、非協商因素預算的編列應該是雨露均霑的性質，可反映所有支付標準的成本變動而給予成長率。去年協商過程中，牙醫部門願意從非協商因素挪出部分預算支應全面提升感染管制品質，這是牙醫門診總額費用內自行重分配的概念。因此，在1~3月期間牙醫部門努力推動之餘，若連非協商因素的預算都被扣減，牙醫部門會感到非常受傷。

周主任委員麗芳

在請委員表示意見前，先請本會幕僚同仁簡短補充說明。

陳組長燕鈴

- 一、請參閱會議資料第97頁本會幕僚補充說明，109年度總額協定事項包含應提報牙醫全面提升感染管制品質之具體規劃，若執行感染管制院所未達100%之目標，將按比例扣款。
- 二、請參閱會議資料第98頁，本次健保署及牙全會已提報相關具體規劃，此外，健保署也依總額協定事項提出其建議按比例扣款的處理方式。經幕僚查閱歷年各部門總額協商資料，對於總額扣款之處理共有2種方式：

(一)方式(一)，如健保所提建議，於當年度總額點值結算時予以扣款。如醫院總額之「新醫療科技」項目，如未依時程導入，則於當年度點值結算時予以扣減。若採用此方式，則循醫院總額模式，由健保署與牙全會研訂扣款方式與金額，於點值結算時逕予扣款。

(二)方式(二)，於111年或112年度總額協商時扣款，即於協商時列為減項。過去本會曾於協商105、106年度中醫及牙醫門診總額時，考量其於102年、103年度一般服務部分協商項目執行率未達一定比例，所以本會俟有1~2年完整執行資料後，在總額協商時將其列為協商減項。若採用此方式，則於明年或後年協商111年或112年度總額時，請健保署提出本項執行結果，包括：感染管制的申報情形及查核結果、扣減額度之計算方式，以供本會委員協商參據，並協定減項金額。

三、另外，若委員決定採方式(一)，依健保署意見於今年度扣款，則需釐清扣款的基礎為何，健保署於說明四提出，109年第1季沒有執行的部分，應按比例扣減2.66億元。其中，1.41億元屬非協商因素所增加之預算，此部分是否予以扣款，幕僚說明如會議資料第99頁請委員參考，簡要說明如下：

(一)總額之公式設定，「醫療服務成本指數改變率」主要是反映醫療服務成本的上漲，以及減輕財務的風險，維持醫療品質。

(二)雖然109年度總額協定事項決議「醫療服務成本指數改變率所增加之預算，優先併入『全面提升感染管制品質』項目使用」，但是當時並未明訂是否併入扣款範圍，爰請委員審酌。

周主任委員麗芳

考量時間因素請委員盡量簡短發言，以下依序請蔡委員登順、干委員文男、許委員駢洪、滕委員西華及林委員敏華發言。

蔡委員登順

有關109年度牙醫門診總額「全面提升感染管制品質」之扣款處理方式，本席意見如下：

- 一、醫療服務成本指數改變率為非協商因素項目，每年各部門總額均編列不同的成長率，用意是在維護醫療品質及反映物價的波動。109年1~3月牙醫感染管制未執行2億6,687萬5,000元，其中1億4,187萬5,000元是屬於非協商因素所增加之預算，如同王理事長棟源所提意見，若予以扣款是不公平的，本席有同感，故建議不納入扣款範圍。
- 二、有關扣款時機，建議採方式(二)，參考其他總額扣款方式，於總額協商時列為減項。要請牙全會加強牙醫感染管制之執行，也請健保署於執行滿1年後，提供本會申報情形、查核結果及扣減額度等資料，於本會總額協商時處理。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

我贊同蔡委員登順的意見，採用方式(二)，因為此方式較為簡單。另外，我想請教會議資料第107頁中之牙全會簡報資料，有關本會近20年努力與方向(三)，其中所提「要求A級醫院應有70%工作人員，每年參加1小時感管教育訓練課程」，所謂A、B級醫院應如何區分？

周主任委員麗芳

請許委員駢洪。

許委員駢洪

我建議感染管制核績效評核標準應規格化，包括：規章、辦法、SOP(Standard Operation Procedure，標準作業程序)及相關表單都可以納入規範，不能只有訂定SOP作為規範而已。我認為若沒有嚴謹的執行感染管制是非常危險的，對病患可能造成很大的傷害。因此，我不認為扣款能夠代替感染管制執行的嚴謹度，我們應該

致力於建立一套感染管制的標準，及院所自我管理的辦法，才能真正嘉惠所有病人，不能只靠扣款來解決所有問題。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、關於會議資料第98~99頁所提扣款方式部分，不論採方式(一)及方式(二)，我都有不同意見。就扣款的計算基礎部分，我不支持減列非協商因素的預算。「全面提升感染管制品質」共有2筆預算來源，分別是非協商因素中的醫療服務成本指數改變率及協商項目的「全面提升感染管制品質」，我認為應該扣減協商項目所編列的預算。
- 二、自93年起牙醫總額之一般服務就已經編列「加強感染控制」預算，因此，就扣款部分，建議優先從協商項目「全面提升感染管制品質」所編列的5億元進行核扣是較合理，和採扣款方式(一)或方式(二)也是息息相關。一般服務費用都是滾入基期，非協商因素所增加的預算也涵蓋在內，扣減一般服務預算會影響次年度總額基期的計算，所以要扣也要扣一般服務預算。
- 三、若採扣款方式(二)，於協商111年度總額時列減項，也就是2年後扣款，將衍生另外一個問題，原本應於109年度點值結算時扣款卻未扣減，也就是原編列的預算會納入110年度總額基期計算1次，111或112年度總額時，再滾入基期計算2~3次，換言之，2~3年後已經不是原來所編列的預算額度，牙醫還是賺，因為整筆預算已經滾入基期並乘上總額成長率2次。假設需核扣的費用是1億元，109年度總額核扣1億元和111年或112年度總額所核扣1億元的價值不同，已經不是原來的1億元而已。
- 四、基於這樣的理由，我支持採用方式(一)的扣款方式，今年度未執行的費用於109年度點值結算核扣，不會滾入110年度總額基期，以上是我的意見，也就是我支持採用方式(一)的理由，以

一般服務協商項目「全面提升感染管制品質」編列5億元作為等比例核扣的處理方式。

五、請教有關牙醫感染管制SOP作業考評的問題：

- (一)目前看來是全面調升診察費，只有在支付標準調整中只有看到對象，目前是有納入山地離島地區，但是沒有看到牙醫巡迴醫療的牙醫服務感染管制 SOP 作業考評的部份。
- (二)在考評表中是否有巡迴醫療服務不容易做到且會被扣分的項目，看到會議資料第111頁的「修訂SOP作業考核表」，如是否無法達到「1.適當洗手設備」評分標準「B」或「2.良好通風空調系統」的評分標準「C」的規定。因為硬體不良問題，不是他自己不改善，在提供巡迴醫療服務時，跟在診所內可以自己裝潢、添購設備的便利性不同。或者沒有「4.診間環境清潔」評分標準「A」的櫃子。甚至在軟體的部分，會不會沒有評分項目「5.完善廢棄物處置」規定所需的冷藏設施，或是滅菌後的器械應儲存於何處。還是要改至支援醫師的開業診所查核其設備，會不會有些支援巡迴醫療服務的醫師，自己沒有診所或醫院，這些是否會形成考核問題，謝謝。

周主任委員麗芳

請林委員敏華。

林委員敏華

主席、各位委員，我個人傾向支持方式(二)於總額協商時列減項，因為今年COVID-19的關係，相對來說，牙醫師要做宣導或教育訓練時，會受到衛福部防疫措施的限制，稽核的環境受到很大的影響，這部分我認為不能苛責他們。至於扣醫療費用問題，我支持健保會幕僚提出的方式(二)，就是不能扣除非協商因素的預算。只是剛剛滕委員西華提到應該要採用方式(一)，我認為既然都知道扣款的數字，若未來真的考慮扣除的話，其實到時候都可以再扣除。另外今年牙醫門診加強感染管制實施方案的執行期間尚未結束，加上

又有特殊不可預期因素的影響，在這裡苛責牙醫也不太對，我個人傾向支持方式(二)。

周主任委員麗芳

接下來請林委員錫維、何委員語、趙委員銘圓。請大家簡短發言，2點以前要結束會議。

林委員錫維

有關本案健保署也提出相關扣款方式的說明，牙全會也有提出相關的說明。長話短說，我還是傾向採健保會所提出的方案，採方式(二)在於協商年度總額減項時做處理，所以我是建議採方式(二)，謝謝。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、主席、各位委員，若依109年度全民健康保險醫療給付費用總額協商原則規定，新增項目服務內容及其淨增加之費用，於年度實施前提出具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協考量。如果109年總額協商原則所訂定的規範是如此，各位委員認為協商的原則是否要繼續遵守，這就是第1個考量。
- 二、第2個，我認為今年是很特別的1年，因為疫情的影響，牙醫生意非常慘，坦白說，在這段時間只要經過牙醫診所時就會觀察一下，看到診所裡沒有人，為什麼沒有人？因為除非牙痛很厲害不得不去就醫，補牙、裝假牙的民眾都暫時不去牙醫看診，每間牙醫診所的椅子都空蕩蕩的。有人跟我說牙醫的門診量剩2~3成，我不知道是否真的有降到剩2~3成。如果不違反總額協商的條文，因為考量今年疫情造成這樣的狀況，反而我比較支持於「109年調升感染管制診察費之支付標準項目」，自4月1

日正式實施後，再來檢視扣款事宜，我認為第1季不要扣款，4月1日後再追蹤執行情形，若未達到再扣款。

三、第3個，扣款的項目應該以「全面提升感染管制品質」的5億元作為核扣的基礎，不該核扣「醫療服務成本指數改變率」的費用。若要扣款要以協商因素編列的5億元為基礎進行扣款。我支持從4月1日正式實施以後，才進行扣款，因為今年疫情是很特別的，我也認為雖然沒有表達支持方式(二)，但我遵守109年總額協商原則的條文，我沒有違反條文，加上考量今年疫情的特別狀況，而「109年調升感染管制診察費之支付標準項目」，自4月1日才開始正式實施，以4月1日才開始做扣款起始日期比較合理，另外，以「全面提升感染管制品質」5億元的預算作為扣款基礎，謝謝。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

因時間因素，我簡單發表，原則上我贊成方式(二)，若採方式(一)，「109年調升感染管制診察費之支付標準項目」前期作業已經拖延，這不能歸責於牙醫。另一個部份我記憶沒錯的話，我記得以前中醫總額部門也發生過這種情形，假設前面中醫總額可以是採方式(二)，牙醫應該也可以，以上，謝謝。

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉代馬委員海霞發言。

周執行秘書淑婉

這邊有馬委員海霞的書面資料，我簡單報告，馬委員贊成方式(二)於總額協商時再討論；另外扣款部分，認為應以協商因素「全面提升感染管制品質」的5億元作為核減基礎。

周主任委員麗芳

一、因為時間關係，本案我們首先還是要肯定牙全會，因為在疫情期間，他們不只是說生意差，其實我最關心感同深受的是，他

們面臨最大、最大的風險，就是直接接觸病人的風險，所以說在這點上面不只給鼓勵還有給他們比較大的支持。

二、剛剛委員已經達成共識了，「109年調升感染管制診察費之支付標準項目」自4月1日正式實施後，開始才起算，扣款時機於本會協商111年度醫療給付費用總額時(110年9月)列減項，協定減列金額，以協商項目「全面提升感染管制品質」所編列的5億元作為核扣的基礎，這是本案的決議，是不是大家也同意？

三、如果沒有意見，請牙全會用1分鐘的時間回應剛剛滕委員西華的問題。

牙醫師全聯會審查執行會感染管制小組吳召集人迪

因為時間關係，今天沒有呈現巡迴醫療的牙醫服務感染管制 SOP 作業部份，針對巡迴醫療服務，有另一份考評表，因為場地不能究責於醫師的部分，審查時是採相對比較寬鬆的方式認定，在每次SOP作業考評訪查前舉辦的審查醫師共識營時，都會強調這一點，請委員不用擔心。

周主任委員麗芳

今天的會議非常圓滿於1點59分結束，有沒有臨時動議，沒有的話會議進行到此，感謝大家參與。散會！

馬海霞委員書面意見

一、建議自109年4月開始執行。

二、贊成(二)於111年總額協商時討論。

三、建議醫療成本指數預算不扣款，於全面提升感染管制品質預算扣款。

有關衛生福利部全民健康保險會第 4 屆 109 年第 2 次委員會議(109.4.24)主席指示就委員所詢事項請相關單位提供資料，各單位說明如下：

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」

委員意見摘要	相關單位說明
<p>張委員煥禎(議事錄 P.28-29)</p> <p>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。</p> <p>(一)(略)。</p> <p>(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</p>	<p>健保署說明：</p> <p>一、近 10 年 65 歲以上、重大傷病醫療點數約增加 1,520 億，而同期間健保整體總額預算(含門診透析、其他預算)合計約增加 2,452 億，重大傷病及老年人口增加費用占整體增加費用約 6 成。</p> <p>二、另非協商因素係依公式計算而得，本署依貴會決議辦理；以近 5 年反應人口成長及結構改變因素增加金額約占非協商因素增加金額約 5-7 成。</p> <p>三、有關藥品價量調查差異係與每年成長率設定及實際藥費支出狀況而定，另藥品價量協議節省結果，係依與廠商簽訂之藥品給付協議書及每年實際申報之醫令費用，辦理檢討之作業，因年度檢討品項及申報費用之差異，節省結果也會有所不同。</p> <p>四、特材價量調查部分：健保特材品項分為 4 個調查輪序類別，循序辦理。自付差額項目及新功能類別品項，每 2 年調查 1 次，另申</p>

委員意見摘要	相關單位說明
<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>報點數成長快速，或市場價格明顯扭曲者，則列入機動調查。爰每年不同調查品項之臨床使用情形，節省之特材費用略有差異。如議事錄 P.29 表 3 所列 104 年至 106 年特材價量調查節省費用約為 0.89~4 億點，107 年~108 年為 0.51~1.2 億點，應尚屬合理範圍。</p> <p>五、特材價量協議部分：依與廠商訂定之價量協議內容及特材年度申報情形，依合約調整特材支付點數，爰每年價量協議之品項及其支付點數有差異。如議事錄 P.29 表 3 所列 107 年與 108 年價量協議節省費用之差額比率應尚屬合理範圍。</p> <p>六、有關「110 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」圖 5(優先報告事項第 1 案會議資料第 28 頁)係運用 99 年至 102 年重複用藥歷史資料之年化平均成長率推估，假設如無雲端藥歷系統、核扣方案、API 等各相關管理政策介入下，103 年至 108 年可能產生之重複藥費(如圖 5 虛線)，再將其與每年實際重複藥費(圖 5 實線)相減，所產生之差值約 77 億元推估為相關政策介入後減少重複藥費之綜效。</p>

委員意見摘要	相關單位說明
<p>千委員文男(議事錄 P.29)</p> <p>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。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>查全民健康保險基金係屬作業基金性質，會計表報所列之會計科目悉依行政院主計總處核定之「作業基金採企業會計準則適用用途別科目」辦理，有關健保基金的「呆帳」，係列於預決算書收支餘絀表中，屬保險成本項下用途別科目，為保險成本的加項，會影響保險收支餘絀數，進而減少安全準備餘額。</p>
<p>黃委員啟嘉(議事錄 P.33)</p> <p>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。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>謝謝委員建議，本署將持續與醫界團體討論以提升服務效率與醫療品質。</p>
<p>何委員語(議事錄 P.35-36)</p> <p>五、接下來請問健保署：</p> <p>(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</p>	<p>健保署說明：</p> <p>一、非屬治療法定傳染病之醫療費用，符合健保給付範圍者均可給付，若不符健保給付範圍者則，可以專案申請事前審查方式辦理。</p>

委員意見摘要	相關單位說明
<p>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。</p> <p>(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。</p>	<p>二、謝謝委員建議，本署將持續關注 COVID-19 武漢肺炎新型肺炎疫情對健保醫療費用之影響，並每月提供健保業務執行報告予貴會參考。</p> <p>三、另以貴會 109 年 4 月 24 日第 2 次會議本署提供之 109 年 3 月份業務執行季報告為例，已監測至 109 年 1-2 月醫療費用申報情形，109 年 5 月依院所申報時點，預計可於 109 年 7 月提供之健保業務執行季報告呈現。</p>
<p>吳委員榮達(議事錄 P.43)</p> <p>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：</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>一、有關委員詢問第 10 項「因其他特定健康照護而接觸者」、第 11 項「思覺失調症、準思覺失調症及妄想性疾患」、第 19 項關節(病)症等 3 類主要申報醫療費用之類目如下：</p> <p>(一)因其他特定健康照護而接觸者 (Z40~Z53)：主要以類目碼 Z51「來院接受其他照護(抗腫瘤放射線治療、抗腫瘤放射線治療來院接受抗腫瘤免疫療法、緩和照護、治療性藥物值監測等)申報醫療點數佔 89%。</p>

委員意見摘要	相關單位說明
<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>(二)思覺失調症、準思覺失調症及妄想性疾患(F20~F29)：主要以類目碼 F20「思覺失調症」申報醫療點數佔 87%。</p> <p>(三)關節(病)症(M15~M19)：主要以類目碼 M17「膝部骨關節炎」申報點數佔 72%。</p> <p>二、本署統計 108 年醫療費用前二十大疾病，係以院所申報主診斷碼為 ICD-10-CM 前三碼類目碼(Category Number)章節分類列表下之相似或接近之次分類群組(block)做為分類，其中內涵請委員參考 ICD-10-CM/PCS 分類規則彙編。</p>
<p>何委員語(議事錄 P.46)</p> <p>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。</p>	<p>本會幕僚說明：</p> <p>依據全民健康保險法施行細則第 3 條規定，保險人應依全民健康保險業務計畫及安全準備運用狀況，編列年度預算及年終決算報告，報主管機關，並分送健保會備查，本案循例均安排於本會重要業務報告中呈現，明(110)年起是否請健保署就年度預算及年終決算報告提本會備查，提 1 個報告案，並納入年度工作計畫，將再行考量。</p>

案由：109 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案

委員意見摘要						相關單位說明																									
<p>盧委員瑞芬書面意見(議事錄 P.24)</p> <p>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。</p>						<p>健保署說明：</p> <p>本署說明如附件(第 7~8 頁)。</p> <p>本會幕僚說明：</p> <p>本項將俟 109 年度西醫基層一般服務地區預算分配方式議定後再完整提供，未來協商地區預算時，幕僚亦將一併提供本表資訊供委員參考。</p>																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">總額別</th> <th rowspan="2">R 值</th> <th colspan="2">人口風險因子</th> <th rowspan="2">風險調整基金</th> <th rowspan="2">執行方式</th> </tr> <tr> <th>年齡性別占率</th> <th>標準化死亡占率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						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																		
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																												

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																		
醫院總額 1.門診 2.住診	門診 51% (S 值 49%) 住診 45% (S 值 55%)	門診 80% 住診 50%	門診 20% 住診 50%	於分配六分區預算前， 自一般服務費用移撥 2 億 元，作為風險調整基 金，用於偏鄉地區須扶 弱或援助照護之人口。 六分區分配金額如下： <table border="1" data-bbox="778 568 1051 940"> <thead> <tr> <th>分區</th> <th>109 年金額 (元)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>臺北</td> <td>17,388,194</td> </tr> <tr> <td>北區</td> <td>13,447,924</td> </tr> <tr> <td>中區</td> <td>16,589,588</td> </tr> <tr> <td>南區</td> <td>17,606,916</td> </tr> <tr> <td>高屏</td> <td>42,996,209</td> </tr> <tr> <td>東區</td> <td>91,971,169</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>200,000,000</td> </tr> </tbody> </table>	分區	109 年金額 (元)	臺北	17,388,194	北區	13,447,924	中區	16,589,588	南區	17,606,916	高屏	42,996,209	東區	91,971,169	合計	200,000,000	移撥款分配因素如下， 每項權重為 1/6： <ol style="list-style-type: none"> 1. 山地離島非原住民 人口於各區投保人 口相對占率。 2. 偏遠地區人口於各 區投保人口相對占 率。 3. 重度以上身心障礙 人口於各區投保人 口相對占率。 4. 台閩地區原住民人 口於各區投保人口 相對占率。 5. 低收入戶人口於各 區投保人口相對占 率。 6. 6 歲以下及 65 歲以 上各區戶籍人口於 各區投保人口相對 占率。
分區	109 年金額 (元)																				
臺北	17,388,194																				
北區	13,447,924																				
中區	16,589,588																				
南區	17,606,916																				
高屏	42,996,209																				
東區	91,971,169																				
合計	200,000,000																				
西醫基層	68%	90%	10%	本署依據貴會決議辦 理。	本署將俟貴會決議 後，再與西醫基層總 額團體討論執行方 式。																
牙醫	100%	100%	—	109 年度牙醫門診總額地 區預算分配方式調整， 自一般服務費用，移撥 22.606 億元。	風險調整基金之分配方 式如下 <ol style="list-style-type: none"> 1. 「醫療資源不足地 區改善方案之論量 計酬費用」(經費 2 億元)。 2. 「全民健康保險牙 醫門診總額弱勢鄉 鎮醫療服務提升獎 勵計畫」(經費 0.65 億元)。 3. 「該區投保人口就 醫率全國最高二區 之保障款」(其中中 區 0.2 億元，高屏 0.1 億元，合計經費 0.3 億元)。 																

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		
					<p>4. 「牙周病統合治療實施方案」(經費 19.656 億元)：六分區預算按 107 年 7 月至 108 年 6 月「牙周病統合治療第二階段支付(91022C)」之申報件數占率分配。</p> <p>5. 各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 107 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。</p>
中醫	<p>1. 一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度) 2.22% 歸東區，97.78% 歸其他五分區。</p> <p>2. 其他五分區預算，依下列參數占率分配：</p> <p>(1)各分區實際收入預算占率：67%。</p> <p>(2)各分區戶籍人口數占率：13%。</p> <p>(3)各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。</p> <p>(4)各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：5%。</p> <p>(5)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。</p> <p>(6)偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則歸入依「各分區實際收入預算占率」分配。</p>	<p>於分配其他五分區(不含東區)預算前，自五分區預算移撥 4,200 萬元，作為風險調整基金。</p>	<p>風險調整基金之分配方式如下：</p> <p>撥補東區以外之鄉鎮市區僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，其浮動點值補至每點 1 元，撥補後剩餘款 55% 予臺北區、45% 予北區。</p>		

有關 109.4.24 健保會議事錄 P104~105 之釐清說明

陳炳宏 1090520

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。

因此規定：政府負擔健保經費「至少」36%
亦即政府負擔健保
可以超過36%
(健保法第3條第1項)

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：

請教「應依負擔比例退還」的法律規定？

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。

曲解本案建議
近年短絀皆由大家貢獻的安全準備填補(如左下方註解之說明 1)，委員並未建議由政府單獨負擔。

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。

敬請釐清「社會福利經費」，回歸「社會保險預算管理」。

謹期政府依法如實承擔 36%健保經費。
追蹤 105 年 35%、106 年 34%、107 年 34%、108 年 33%

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。

相對地，影響未來全民健保「費率調漲」，是否符合「整體社會期待」？！

1 「短絀」本來就已經先由健保安全準備「填補」，如下
〔106 年收回 98.40 億〕 〔107 年收回 266.48 億〕 〔108 年收回 336.60 億〕
餘額：105/12_2474.1 億 → 106/12_2375.7 億 → 107/12_2109.1 億 → 108/12_1,772.8 億

2 癥結在計算「應提列安全準備」來源時，(本法第 76 條第 1 項「第 1~5 款」)
(1) 「短絀」不應該在此再被「重複扣除」。(第 1 款明文「結餘」、非「短絀」)
(2) 「法定收入」(第 2~5 款)居然先被扣除，並在下列公式「再次被扣除」
政府每年應負擔法定經費下限 (本法第 2 條、第 3 條)
= 36%×(保險給付支出 + 應提列安全準備(須包含「法定收入」)- 法定收入)

3.敬請依本法第 76 條第 1 項法定計算項目補正！

行政行為，應具誠信，且健保法是成文法律，仍應以文理解釋為先，如無視法律條文之文字，逕作顯然違背文義之解釋，非僅「成文」法失其存在之價值，更讓民意機關通過之法律「有名無實」，人民無所適從！

藥師全聯會及護理師護士全聯會建請藥師及護理代表 應列入醫院總額及西醫基層總額協商會議代表成員

109.05.22

- 一、 健保總額協商分為醫院、牙醫、中醫及西醫基層四大部門，向來均由該職類全聯會組成協商代表(如牙醫部門由牙醫師公會全聯會、西醫基層部門由醫師公會全聯會)，僅醫院總額部門因跨及各醫院層級，爰由台灣醫院協會主導，邀集各層級醫院代表組成協商成員。然而，藥師及護理師均有代表列於健保會醫事服務提供者代表名單當中，雖於醫療體系中不如醫師居於核心地位，但也是不可或缺的重要成員，卻一直未能參與各部門協商；尤其在醫院部門，總額內容往往涉及藥師與護理師的給付及相關權益，卻總因無法即時表達意見而犧牲吾等權益，實難謂公平。因此，考量整體服務量能比例，藥師及護理代表在此建請各位委員支持，醫院總額及西醫基層總額協商會議應將我二代表列入各部門推派9名代表以外之協商代表成員。
- 二、 按全民健康保險法第61條第1項至第3項規定，健保會應依行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式；醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率，而門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度，雖然目前健保總額協商並未依該規定辦理，惟從法條可看出，藥事人員是醫師以外唯一被列入門診總額分配項目之醫事人員，顯見其重要性，卻在現行總額協商制度被完全架空，實不合理；此外，健保開辦以來，藥費支出大約占整體醫療

費用 25%，「以藥養醫」的黑名始終揮之不去，報章雜誌也常見民眾領藥後卻整包帶到藥局回收以及每年廢藥達 193 公噸等報導，藥費過高已經造成健保資源的耗費。而藥師在醫療體系的角色，除了調劑藥品，更重要的是為醫師所開立的處方內容把關，藉由醫師及藥師之雙重確認，避免民眾有用藥錯誤之風險，核對處方也可以減少不必要的開藥；再加上，上至醫學中心下至社區藥局，都能看到藥師的身影，用藥是診療過程的最後一站，藥師形同民眾健康的守門員，因此，醫院總額及西醫基層總額協商過程實不應排除藥師發聲，應讓藥師代表得以秉持專業表達意見。

三、依 107 年衛生福利部統計資料顯示，執業護理人員數佔整體醫院醫事人員六成以上，承蒙健保委員的支持，自民國 98 年起以專款實施「提升住院護理照護品質方案」，並自 104 年起，將每年 20 億元專款移列至一般服務部門，用於調整住院護理費支付標準及施行急性一般病房護病比與健保住院護理費給付連動，使各界及醫院管理者重視護理人員工作負荷及病人安全問題。依健保署 VPN 系統公開全日護病比之結果顯示，雖已朝向較佳之全日平均護病比趨勢前進；然相較於 OECD 公佈的國家醫護人力人口比報告，台灣仍是屬於醫護雙雙偏低的國家，在總額制度下，醫院基於人事成本管控，一直存在護理人力不足、護病比過高及護理人員執業意願低落的問題，均與護理費給付習習相關。因此，期有機會在總額協商會議表達，誠摯希望護理代表能列入醫院總額擔任協商代表。

四、總額協商會議多年來都開會至半夜才能結束，甚至隔天一早還需繼續開會，如能讓藥師及護理代表適時表達，廣納各界意見並先行整合，亦能避免協商會議因意見紛歧造成會議冗長。