

衛生福利部全民健康保險會
第4屆109年第5次委員會議事錄

中華民國109年7月24日

衛生福利部全民健康保險會第4屆109年第5次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國109年7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

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 台灣醫院協會謝常務理事文輝(10:06以後代理)

馬委員海霞

商委員東福

張委員文龍

張委員煥禎 中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠(代理)

張委員澤芸

許委員美麗

許委員駢洪

陳委員有慶

陳委員炳宏

陳委員莉茵

黃委員金舜

黃委員啟嘉

葉委員宗義

趙委員銘圓
滕委員西華
蔡委員明鎮
蔡委員登順
鄭委員建信
鄭委員素華
盧委員瑞芬
謝委員佳宜
羅委員莉婷

肆、請假委員：
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
戴組長雪詠
周執行秘書淑婉
張副執行秘書友珊
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 商委員東福(12：36以後代理)

紀錄：范裕春、彭美熒

柒、主席致詞

各位委員、各位好夥伴們，大家早安、大家好。

很開心又跟大家見面，首先我要跟大家分享3個驕傲、2個感動和1個肯定。第1個驕傲，最近日本新聞周刊(Newsweek Japan)發布了日本智庫的研究報告，分析49個國家因應武漢肺炎的防疫及經濟受損情況，依研究統計結果，台灣的防疫成績，在多項評比中拿下滿分，成為各國評比的第一名，有此佳績當然要感謝陳部長時中，

還有勞苦功高作為後盾的李署長伯璋帶領的健保署全體同仁，以及在座醫界夥伴，在第一線為民眾的健康把關。

第2個驕傲，就是最近BMJ(The British Medical Journal)世界頂尖期刊發布台灣的防疫成果，台灣的防疫有成，要感謝李署長伯璋所率領的團隊，在BMJ發表的是，我們可以從台灣面對新冠肺炎的防疫經驗中學到什麼(What we can learn from Taiwan's response to the covid-19 epidemic)，在此也要向李署長及健保署同仁表示肯定，請大家掌聲鼓勵。

第3個驕傲，是李委員偉強不僅在公務做得有聲有色，擔任台北榮總醫務企管部主任、又是國際醫療衛生促進協會秘書長，同時也是台灣醫學中心協會秘書長，醫務行政工作這麼繁忙，但仍然勤於進行研究，日前獲得陽明大學教授升等成功，也請大家掌聲鼓勵。

其次，我要分享2點感動。第1點感動，是很感謝中華民國牙醫師公會全國聯合會，在王理事長棟源、徐總額代理主委邦賢、許前總額主委世明、羅總額執行長界山及各位夥伴的策劃、帶領之下，於7月9日至7月10日辦理兩天總額參訪活動，非常感動安排在嘉義、高雄、屏東，讓委員看到牙醫夜間急診的推動，已超乎預期成果，也看到牙醫部門廣為號召民間資源，投入牙醫照護，包括在偏鄉建設五星級照護，以及創世社會福利基金會附設機構對於身障夥伴朋友的照顧，也不遺餘力，讓我們相當感動。對於牙醫夥伴的努力成果，我們都看到了！在此感謝牙醫部門。另外，也要感謝蔡委員明鎮，在參訪活動中給予諸多屏東在地的協助。

第2點感動，感謝中華民國中醫師公會全國聯合會，在柯理事長富揚的帶領之下，辦理第90屆國醫節慶祝大

會，同時舉辦第12屆台北國際中醫藥學術論壇，和來自世界各國好友齊聚一堂，探討中醫未來發展與定位，在這一次的活動當中，還特別策劃全民健保中醫門診總額20週年回顧座談會，本會有多位委員共同與會討論，成果相當豐碩，也替中醫部門感到可喜可賀，從過去的經驗醫學走向實證醫學，特別是讓中醫能夠走向國際，透過中醫進行國際外交，也請大家給中醫部門掌聲鼓勵。

最後，還有一點要肯定的地方，感謝周執行秘書淑婉與所有健保會同仁的努力，完成全民健康保險會108年年報；已置於各位委員桌上，請委員酌參，也請大家給予健保會同仁掌聲鼓勵。今天會議正式開始。

捌、議程確認

決定：確認。

玖、請參閱並確認上(第4)次委員會議紀錄

決定：確認。

拾、上(第4)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請鑒察。

決定：

一、上(第4)次委員會議決議(定)事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤案(共4項)：依委員意見，將項次4改列繼續追蹤，其餘3項依幕僚之擬議，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤案(共1項)：依上開委員意見及幕僚之擬議，2項繼續追蹤。

二、依四總額部門代表委員抽籤結果(如附件)，110年度各部門總額協商順序，依序為：中醫門診、西醫基層、牙醫門診、醫院總額，最後為其他預算。請幕僚據此並依協商程序進行協商會議細部時程之安排，提報下次委員會議。

三、有關「109年度全民健保各部門總額協定事項相關計畫之辦理情形」，其中各總額部門及其他預算尚未完成之項目，請中央健康保險署盡速辦理。

四、餘洽悉。

拾壹、優先報告事項

第一案

案由：110年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍交議案。

(本案因行政院於會議當天尚未核定，致衛生福利部亦未交議本會)

決定：

- 一、為利110年度全民健康保險醫療給付費用總額協商，請本會幕僚收到衛生福利部交議案後，盡速轉知本會委員，並函請中央健康保險署及各總額部門，遵循衛生福利部交付之110年度總額協商政策方向，在本年8月14日前提出「110年度總額協商因素項目及計畫(草案)」，俾於8月28日本會辦理之總額協商會前會中說明，並請於9月3日前提出9月總額協商之最終版本。
- 二、本會委員所提意見，提供各總額部門及中央健康保險署研提「110年度總額協商因素項目及計畫草案」時參考，餘洽悉。

第二案

案由：中央健康保險署「109年第2季全民健康保險業務執行季報告」，請鑒察。

報告單位：中央健康保險署

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、報告事項

第一案

案由：提升中醫用藥品質之具體規劃(含提升用藥品質之執行方式與擬新增藥品給付品項)，請鑒察。

報告單位：中央健康保險署

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署後續與中華民國中醫師公會全國聯合會檢討推動成效之參考。

第二案

案由：本會辦理完成兩項委託研究計畫成果及其應用報告，請鑒察。

報告單位：本會及受委託之研究單位「中華經濟研究院」

決定：本案洽悉。研究結果及委員所提意見，請中央健康保險署及各總額部門參考。

拾參、臨時動議：無。

拾肆、散會：下午13時18分

110 年度各部門總額協商順序抽籤結果

抽籤日期：109 年 7 月 24 日(健保會 109 年第 5 次委員會議)

序位	總額部門	
1	中醫	柯富揚
2	西醫基層	黃啓嘉
3	牙醫	徐邦賢
4	醫院	翁文毅

監票人：蔡登順

第4屆109年第5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4)次委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

主任委員、各位委員，大家早安，雖然現在時間還沒到，不過還是先跟主委和各位委員報告，現在出席的人數已經過半，達法定開會人數，請示主席是不是時間一到就宣布開會。

周主任委員麗芳

一、各位委員、各位好夥伴們，大家早安、大家好。很開心又跟大家見面，首先我要跟大家分享3個驕傲、2個感動和1個肯定。第1個驕傲，最近日本新聞周刊(Newsweek Japan)發布了日本智庫的研究報告，分析49個國家因應武漢肺炎的防疫及經濟受損情況，依研究統計結果，台灣的防疫成績，在多項評比中拿下滿分，成為各國評比的第一名，有此佳績當然要感謝陳部長時中，還有勞苦功高作為後盾的李署長伯璋帶領的健保署全體同仁，以及在座醫界夥伴，在第一線為民眾的健康把關。

二、第2個驕傲，就是最近BMJ(The British Medical Journal)世界頂尖期刊發布台灣的防疫成果，台灣的防疫有成，要感謝李署長伯璋所率領的團隊，在BMJ發表的是，我們可以從台灣面對新冠肺炎的防疫經驗中學到什麼(What we can learn from Taiwan's response to the covid-19 epidemic)，在此也要向李署長及健保署同仁表示肯定，請大家掌聲鼓勵。

三、第3個驕傲，是李委員偉強不僅在公務做得有聲有色，擔任台北榮總醫務企管部主任、又是國際醫療衛生促進協會秘書長，同時也是台灣醫學中心協會秘書長，醫務行政工作這麼繁忙，但仍然勤於進行研究，日前獲得陽明大學教授升等成功，也請大家掌聲鼓勵。

四、其次，我要分享2點感動。第1點感動，是很感謝牙醫師公會全國聯合會，在王理事長棟源、徐總額代理主委邦賢、許前總額主委世明、羅總額執行長界山及各位夥伴的策劃、帶領之下，

於7月9日至7月10日辦理兩天總額參訪活動，非常感動安排在嘉義、高雄、屏東，讓委員看到牙醫夜間急診的推動，已超乎預期成果，也看到牙醫部門廣為號召民間資源，投入牙醫照護，包括在偏鄉建設五星級照護，以及創世社會福利基金會附設機構對於身障夥伴朋友的照顧，也不遺餘力，讓我們相當感動。對於牙醫夥伴的努力成果，我們都看到了！在此感謝牙醫部門。另外，也要感謝蔡委員明鎮，在參訪活動中給予諸多屏東在地的協助。

五、第2點感動，感謝中華民國中醫師公會全國聯合會，在柯理事長富揚的帶領之下，辦理第90屆國醫節慶祝大會，同時舉辦第12屆台北國際中醫藥學術論壇，和來自世界各國好友齊聚一堂，探討中醫未來發展與定位，在這一次的活動當中，還特別策劃全民健保中醫門診總額20週年回顧座談會，本會有多位委員共同與會討論，成果相當豐碩，也替中醫部門感到可喜可賀，從過去的經驗醫學走向實證醫學，特別是讓中醫能夠走向國際，透過中醫進行國際外交，也請大家給中醫部門掌聲鼓勵。

六、最後，還有一點要肯定的地方，感謝周執行秘書淑婉與所有健保會同仁的努力，完成全民健康保險會108年年報；已置於各位委員桌上，請委員酌參，也請大家給予健保會同仁掌聲鼓勵。今天會議正式開始。

周執行秘書淑婉

一、本次議程安排相對單純，有優先報告事項2案，第1案是有關配合總額協商作業時程，安排110年度全民健康保險醫療給付費用總額及協商政策範圍交議案，在此要跟委員報告一下，因為行政院還沒有發出核定函給衛福部，所以本會尚未收到衛福部的交議，但等一下本會同仁會向各位委員報告後續辦理情形。第2案是健保署109年第2季業務執行口頭報告。

二、報告事項2案，第1案是依照本年度工作計畫排定，第2案是安

排本會108年、109年辦理與評核及協商有關的研究計畫研究成果，我們覺得還不錯可供委員參考應用，於是安排受委託的研究單位中華經濟研究院到會上報告。以上是今天的議程安排。

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4)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與 會人員發言實錄

同仁宣讀

周執行秘書淑婉

- 一、說明一是上(第4)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4項，繼續追蹤1項，最後仍依委員會議定結果辦理。
- 二、請各位委員翻至會議資料第13頁，上(第4)次委員會議決議(定)事項擬解除追蹤案件：
 - (一)擬解除追蹤第1項，是有關歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，委員所提出的意見，社保司和健保署回復說明，請委員參閱會議資料第17~18頁。
 - (二)項次2，有關討論特殊材料「經導管置換瓣膜套組(TAVI)」以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案，決議是請健保署提供更詳細規劃內容及配套措施後再議，本會幕僚於6月24日請辦健保署，請其重新審視後再重新提會，健保署回應會依照委員意見辦理，所提相關意見說明在第18~20頁。另外本會幕僚補充報告，健保署於109年4月1日同時與TAVI提出但未及提會討論之自付差額品項尚有兩案(人工頸椎椎間盤、特殊功能與材質脊椎間體護架)，本會於7月2日請辦健保署，請其參酌本案決議，一併檢討提出更詳細規劃內容及配套措施後，再重新提送本會討論。本案因需要重新提會，建議解除追蹤。
 - (三)項次3，有關109年5月份業務執行報告部分，委員所提意見，健保署回復說明在第20頁，請委員參閱。
 - (四)項次4，有關分級醫療相關的委員意見，健保署回復說明在第20~24頁，請委員參閱。
- 三、請委員翻回會議資料第8頁說明二，本次會議實錄依照規定應於會議後10日內公開，爰本次會議實錄須於本(109)年8月3日

(星期一)前上網。茲因7月28、29日(星期二、三)適逢本會各總額部門108年度執行成果發表暨評核會議，幕僚作業繁忙，在此拜託委員，會後同仁們會加班，在本週日把相關發言實錄草案送請各發言者確認，敬請於7月27日(星期一)下午5時前回復修正內容，俾能依法完成上網公開作業。

- 四、說明三，依照本會通過的110年總額協商程序，本次委員會將進行各部門總額協商順序的抽籤作業，請各總額部門抽籤代表到會場右前方進行抽籤，也請資深公正人士蔡委員登順協助監票，稍後會將抽籤結果向大家報告，抽籤結果將作為9月份總額協商議程安排的依據。
- 五、說明四，有關於109年西醫基層一般服務費用地區預算分配案，衛福部已在7月6日函復同意本會所報的分配方式，並在7月9日公告，相關資料請委員參閱第109~110頁。
- 六、說明五，中醫師公會全聯會於6月16日、17日辦理新竹縣竹北市及桃園市復興區訪查，幕僚整理的實地訪查報告，請委員參閱附錄二(第111~116頁)。
- 七、說明六，有關109年全民健保各部門總額協定事項相關計畫之辦理情形，依照108年12月份委員會議的決定，健保署要在這一個月提報執行情形，請委員參閱會議資料第9頁。
 - (一)經幕僚檢視辦理情形，四總額部門及其他預算完成情形，請大家看一下統計結果：總計有101項的應辦事項，只有約12項尚未完成，詳細內容請參閱第27~58頁。
 - (二)109年各部門總額附帶建議參辦情形，健保署辦理情形在附件4第58頁，請委員參閱，其中2個附帶建議，1個是罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏疾病的費用部分，建議在總額分別編列，另1個為免疫療法藥品返還費用希望能用於新醫療科技項目，健保署皆已回覆。
- 八、說明七，剛剛主委有提及，本會完成了108年度健保會年報，已放在各位委員桌上，請委員收藏指正；如果委員覺得太重而

不想拿回去，請留在桌上信封袋中，幕僚會帮大家寄回去，在此說明。

九、說明八，衛福部及健保署本年6月至7月份發布及副知本會之相關資訊，7月14日皆已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，請問委員有無要提出垂詢？請朱委員益宏。

朱委員益宏

一、請大家參閱第22頁的追蹤事項，因上次委員會議我有提出關於分級醫療政策，雖然帳面上醫學中心、區域醫院大部分都達標，但是病人確實沒有下轉，希望健保署做檢討。很高興看到健保署於109年有1個委託研究計畫，希望若有初步成果，期中或期末報告時，能否讓委員知道大概狀況。

二、再者，健保署提到這個研究計畫，主要是分析轉診當次有進到轉診平台之轉診病人的流向，但我想要看的是另外很大一部分根本沒有進到轉診平台的人，健保署沒有說明該如何處理，也就是說會不會有一些醫院用申報的方式，把原本該轉診的病人改成自費的方式而沒有轉診？會不會有這個情形，如果是這樣的話病人不會進到轉診平台，但就診次數看起來卻是下降的，但是病人不會出來，他還是留在大醫院治療，所以我認為這部分健保署要有另外的方案去處理。看起來這個研究計畫只有針對進到轉診平台的病人流向、能不能轉診成功，或者是病人的意願，但是如果沒有進到轉診平台，這些病人到哪裡去健保署應該要有一個說法。如果說真的是改成自費，依照全民健康保險法本來是不該改自費的，健保署是否應該有查核機制？所以我認為這個案子是否能持續追蹤，下次希望健保署能說明沒有進到轉診平台的這類病人是什麼情形，是真的不來還是有其他狀況？會不會有像上次台北市立聯合醫院那樣，後來才發現而造成很大的社會問題？

周主任委員麗芳

請問委員還有要垂詢的嗎？請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、請大家參閱第13頁，項次2，有關特殊材料經導管置換瓣膜套組這個建議案，我相信會議上大家都是秉持理性來研討此案，而上次會後付費者代表的記者會結束後，有部分團體針對我和蔡委員登順以前所待的單位或所從事的行業，有所謂的就業歧視與言語霸凌。
- 二、我認為能讀到醫學院畢業、幫人民做醫療服務，這樣的情操和態度，我們當然是尊重且佩服，但若是在記者會、公開的臉書專頁對別人的職業做嘲笑及言語霸凌，就算書讀得再多，我絕對看不起這種人。憲法有規定，人民有就業自由，對不對？我們算是國營事業，還是全國產業總工會推出的，也是代表全國性的團體，怎麼可以說你們推出的代表是代表，而我們推出的代表就不是代表？我在此鄭重提出來，不該有這樣的歧視，我了解醫界有醫界的想法，但也希望你們能尊重付費者有付費者的想法，希望大家都能理性討論。
- 三、再者，據了解，這會議結論是健保署開了44次會議後所得的結果，若這結果無法代表醫界，那根本就沒有人可以代表每1個單位，我想這樣是不對的。你們團體所推出來的代表去參加會議，如果必須是經過別人認同，才能代表你們團體。我想這太過分了，也不應該，以上是我的建議。至於項次2是否要解除追蹤，我沒有意見。
- 四、另外，請大家參閱第17頁，有關免疫療法部分，雖然健保署持續與藥商進行藥價協商，不過據了解，健保署所提方案是否能讓藥商接受，若是單方面提出嚴苛的要求，將所有人民的健康做為談判的籌碼，我覺得不好。希望健保署可以理性溝通的方式，大家各退一步，讓案子盡快通過。
- 五、另外，針對晚期肝細胞癌的部分，其實已經提過很多次，我們

都希望可以放寬，既然C肝新藥都可放寬至F0(無肝纖維化)的患者接受治療，但對於肝癌患者卻一定要到第4期才能使用癌症免疫藥品，因第4期肝癌患者本身抵抗力已經很弱，然而在這樣的情形下還是有百分之20幾的成功率，建議健保署還是應該考慮放寬適應症。

六、針對何委員提到每個試辦案都有3年試辦期，這項癌症免疫藥品才給付1年多，現在就取消，後續肝癌、胃癌患者就沒有藥品可以使用，我們覺得很不公平。雖然健保署認為其成效不佳，但若能放寬使用期程，或許療效會比較好，以上是個人建議。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、主委、署長、副署長、各位委員，大家早，原本我想說的，剛好趙委員銘圓也提及。第一件事情，我去訪查了「經導管置換瓣膜套組」的價格，剛好訪查到一位鄭先生的堂哥，他來台北裝這項特材，醫院向他收了109萬元，他說何先生你說的價格和我付的一模一樣。有關這8類360多項的特殊材料，健保支付比例30%，付費者都很支持。至於如何與醫院達成協議，希望健保署能盡快完成，造福所有的患者。

二、前天中午跟經濟部長餐會，我也跟他做健保簡報，因為健保未來增加保費，對產業增加很多負擔。除了健保，我也講到勞退年金、基本工資等很多事情。昨天早上拜訪游院長，我跟他報告健保法很多條文需要修正，他也很贊成，希望除了立委提案及衛福部提案外，工商界也能提案，共同探討健保法如何改得更好。所以上次會議我的意見是先通過同意實施，價格部分再請醫界與健保署趕快達成共識，給我們一個結果，什麼時候實施，也給一個明確的日期。

三、剛才趙委員銘圓提到的照片事件，事實上照片一上傳到Line群

組，陳委員炳宏就打電話給我，照片都被醫界用箭頭指名。不瞞各位說，我要參加公共事務就不怕死，不管參加勞資會議，或是付費者與醫界會議，醫界也搜尋到我家去，每次都在群組上謾罵我、批評我，我都無所謂，我20幾歲從嘉義出來，有甚麼好怕的。

- 四、我上次開會就提到過，原本台北市有個醫師群組熱情邀請我加入，我也樂意與他們溝通，但我一加入不到1秒，裡面就有醫師說這個人加入我馬上退出。你們西醫基層的人是這種態度嗎？我已經很友善，你們邀請我加入群組，大家共同探討，我也願意聽你們的意見，你們也聽聽我的意見，大家互相良善互動。但就有醫生開始在群組上表達這樣的意思，如同我上次說的，當我想伸出友誼的手，你就拿棍子從我的手打下去。所以現在對很多西醫基層的事情我都要追蹤，花錢我都要做調查，我沒什麼好怕的。
- 五、為了公共事務，很多事我都置身事外，不然我不能混到今天，老早就夭折了。希望醫界的朋友能尊重我們付費者代表團體的意見，我們意見都不是代表個人，我們與醫界也沒有恩怨情仇，我也有家人當醫生，但我不想講那麼多，我們對醫師都很尊重，但我們代表團體，團體會給我們一些指令、建議，需要我們表達什麼意見，所以我想勞工團體代表也是這樣，回去要聽理事會的建議和理事長的意見。
- 六、希望不要因為一件事情，就拿我們的相片在上面畫箭頭，然後說這是何語你們要注意，連資深委員也被箭頭指名，這樣做好嗎？這是不是愈來愈增加對立，黃委員啟嘉不要一直笑好不好。(黃委員啟嘉：等你講完我要回應你)所以我的意思就是說，不要把事情搞到那麼難堪，不要一直在網路上想修理我們，我都無所謂。坦白講，我的孩子、家人都有醫生，我怎麼會怕你們這些，只是希望大家互相尊重。我對醫生向來都非常尊重，包含專家學者都一樣，若有教授問我有沒有空談一談，即使不認識，我都會抽時間見面聊一下。健保署也不要提很多

案讓我們很為難，造成很多爭議，我也希望事先好好溝通，未來都很順暢。最後，我要呼應趙委員銘圓，我想說的都跟趙委員一樣。

周主任委員麗芳

謝謝何委員語，接下來請盧委員瑞芬、干委員文男、黃委員啟嘉。

盧委員瑞芬

剛好現在大家都在談TAVI(經導管置換瓣膜套組)，但是我是針對健保署的說明，我和周委員穎政針對本案所提的是比較政策面的詢問，但是健保署的說明其實都沒有回覆到我們的建議，其實你大可跟我們講說，你的建議我們有收到會研議。比方說周委員穎政根本沒有講到DRGs(Diagnosis Related Groups，住院診斷關聯群)的事情，但你們的回覆就講到DRGs，他在意的是你們怎麼付專業的錢，但你們只是提供一些數字，沒有回覆我們給的意見。所以我只是希望說，以後回覆我們的提問，不要文不對題，我只有簡單這個意見，請你們看一下我們提的問題，與你們的回覆其實沒有太大的關係。

干委員文男

- 一、主席、署長、所有與會同仁、健保署所有同仁，大家都辛苦了。這個案子雖然還沒執行，但有關歷年的呆帳，幕僚都提供給我們了，非常感謝，寫得很清楚。還是要請商司長特別注意，健保署每個月的報告中，都是談權責發生制，權責發生制就是有發生，你有多少人就付多少錢，協商以後錢都要給他們。話說回來，權責發生制我們都收不足，一睜開眼就是要欠多少錢，應該要特別注意。
- 二、既然已決議呆帳部分要研議由公務預算補助或想其他辦法，應該要有一個交代，我們協商時要提出這個問題，不然會很難做。在此也感謝紀錄上網以後，我們的工會會員，誠如何委員語所說，有在監控這部分，給我很多的意見，非常謝謝提供的資料很齊全。等一下在110年度總額範圍交議案時，我還是會

再重提相關意見，在呆帳部分要怎麼處理，不要眼睛一張開，還沒有收錢就先欠錢，以上建議。

周主任委員麗芳

等一下黃委員啟嘉發言結束後，就請健保署說明，因為時間關係，請黃委員最後一位口頭發言。

黃委員啟嘉

- 一、剛剛很多付費者代表對於醫界有很多指教，我沒有參加任何工商團體的群組，為什麼呢？因為我認為不管是趙委員銘圓或是何委員語以及在場的各位委員，都是經過嚴謹的程序被六大工商團體或是由衛福部所徵詢的團體，各自推派為團體代表，所以你們的發言已經整合內部意見，醫界只要對你們就好，知道你們沒有罵我們，就知道你們不會對醫界有意見。換言之，大家不要在意Line群組內單一個人說的話，因為並不代表整體。
- 二、對整體西醫基層來說，我們醫界和各位委員互動，也是先經過整合，就像我在這裡講的每句話，回去也要面對群眾，他們也會經過嚴謹的程序，檢視我們是否能代表這個團體。我就是代表西醫基層，我們團體有一萬多人，你可以將一萬多張嘴全部做成一致嗎？這樣違反民主程序。但大多數的共識都在我身上發表，所以若西醫基層對於付費者代表有一些意見，就由我統一代表，這個責任如果我不敢扛，明年1月我就不坐在這裡了。
- 三、工商團體對於西醫基層的指教，我也是看何委員語或是發言的委員，我不會去管某個工商團體的成員，或是其中一個單位的某職員或員工，他們對於醫界有何看法，並不代表那個團體，所以請大家不要在意Line裡面的話，我們都是健保會的代表才能在此發言，不然我們就不用派代表了，大家應該這樣想。醫界與工商團體在健保會我想也沒有什麼誤會或衝突，很多事情都是透過會議溝通，例如像是呆帳問題，要就事論事，而不是直接讓醫界怎麼去承擔，這就離題了。所以在這裡的事情，就

是在健保會解決，至於外面Line群組的言論，我沒有參加你們的Line，若我有參加我也會很痛苦，但我相信各位的代表性，所以不用去看那些Line。

周主任委員麗芳

如果還有委員要發言的話，請提供書面意見，接下來請健保署李署長伯璋回應。

李署長伯璋

針對趙委員銘圓與何委員語對於TAVI的詢問，請醫審組戴組長雪詠回應，另對於盧委員瑞芬提到的TAVI與DRGs的部分一併說明。其次，再請回應趙委員銘圓提到肝細胞癌和胃癌的IO(Immunology Therapy，癌症免疫療法)用藥問題。

戴組長雪詠

- 一、向委員說明，有關TAVI與另外兩項自付差額全新類別的特材部分，因為上次健保會決議請本署攜回再議，所以我們會將資料重新送到健保會。這類全新特材，是用類似部分負擔的概念，健保署用實證等級訂定自付比率，就是部分負擔的比例，整體制度是朝向良善的方向進行。
- 二、有關肝細胞癌與胃癌治療，因為在IO的部分，現在與廠商持續協商中，但在這段期間內，我們最近已經將胃癌、肝癌標靶藥物納入給付，也就是說若有更新、更有效的藥品，我們就會列入給付。跟廠商的協商會持續進行，務期能夠讓被保險人有更好的新藥可以用。

周主任委員麗芳

針對本案的預擬決定如下：

- 一、上次會議決議辦理情形，擬解除追蹤案原列4項，其中原先擬解除的追蹤項次4，改列繼續追縱，同意依照幕僚擬議及委員意見，擬解除追蹤改為3項，擬繼續追縱改為2項。
- 二、其次，依四總額部門代表委員抽籤結果，110年度各部門總額協商順序，依序為中醫門診、西醫基層、牙醫門診、醫院總

額，最後為其他預算，請幕僚依據順序來進行協商後續相關細節安排，提報下次委員會議。

三、有關「109年度全民健保各部門總額協定事項相關計畫之辦理情形」，請中央健康保險署就各總額部門及其他預算尚未完成之項目盡速辦理。

四、餘洽悉。接下來進行優先報告事項第一案。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)書面意見

有關健保署提供的「歷年呆帳提列情形統計表」(附件二，會議資料第27頁)，有關「支出面-應收醫療款呆帳」之定義為何？

參、優先報告事項第一案「110年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍交議案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請幕僚說明。

陳組長燕鈴

- 一、有關110年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍，截至今天還沒有收到衛福部交議奉行政院核定的總額範圍，因為9月就要正式協商，為了顧及各部門總額協商準備作業的時效，向委員報告，本會幕僚將於收到交議案後，盡速轉知本會委員，並且盡快函請健保署及各總額部門，在本年8月14日前提出協商草案，以利8月28日本會辦理的會前會中說明，所提的協商因素項目請與政策方向相扣連。依照協商程序請於9月3日前提出最終版本。
- 二、後面的附件是幕僚彙整本年4月份委員會議總額範圍諮詢案，及衛福部召開的相關座談會中，本會委員與專家學者對110年度總額協商的意見。請翻開第2頁跟第3頁附件，主要意見，第一、歷年總額投入預算之節流成效應該納入總額協商考量，第二、總額協商項目應該避免重複編列預算，第三、協商因素項目應提出提升民眾照護品質或有實質成效的服務，第四、宜配合政策目標研擬協商項目，並加強慢性病管理。詳細的委員意見請委員自行參閱。以上說明。

周主任委員麗芳

本案因為目前還沒收到本部交議案，所以幕僚同仁謹就目前進度做報告。請蔡委員登順、陳委員炳宏。

蔡委員登順

有關110年度總額範圍交議案，幕僚所彙整的委員意見我都很贊同，另外提出幾個個人意見：

- 一、非協商因素所增加的預算有219億元，考量健保資源有限，協

商因素項目不應該與非協商因素項目重複。因為非協商因素已經反映醫療服務成本變動、投保人口成長、人口老化以及疾病型態改變對醫療費用的影響等等，但是近年來，醫界所提協商因素項目常涉及人口老化、疾病別的費用調整，這些都已經包含在非協商因素中，不宜重複提出預算需求，也不宜重複給預算。

- 二、現在一般服務已涵蓋的服務或過去有編列類似預算者，不應重新提出新項目或專款計畫。例如支付標準的調整，依照權責應該在健保署的共同擬訂會議處理，而且非協商因素已經有反應，建議不要針對個別項目重複提出預算需求。
- 三、另外專款計畫的預算應該要扣除目前一般服務預算已經支應的部分，這也不應重複給預算，以上建議。

陳委員炳宏

- 一、由於行政院還沒有交付所核定的110年度總額範圍案，因此下次委員們討論全民健保總額，將是1個月之後了。考量會議在做決議時需要有佐證參考資料，敬請健保署於下個月(8月28日下午)會議中，如期提供「以110年度總額(高推估及低推估)評估健保財務收支情形」試算表供參，亦即依本會在108年12月27日委員會議討論事項第三案(案由：近年健保「應提列安全準備來源」未依健保法計算，影響安全準備之實際權責數，為維繫現行費率適足，建請逐期提供健保財務收支情形試算表，持續健全財務監理)之決議辦理。
- 二、再次提醒，拜託權責單位確實依照108年12月27日委員會議「討論事項第三案的說明二及決議內容」，在110年度總額協商草案座談會，即109年8月28日下午會前會中，確實提供數字供委員參考，以利會議中大家有效討論。

周主任委員麗芳

請干委員文男、朱委員益宏。

千委員文男

- 一、針對總額範圍交議案問題，我剛才向商司長提出建議，請商司長參考。不要用權責發生制，以所有的投保人口數來設算收入，以為眼睛一張開就可以有多少收入，其實沒有那麼多收入。收入沒有那麼多，但光是已經有決議的支出就超過收入，對於公家政策編進來的支出，政府要有個交代，應該要貼補。不然沒有收那麼多，你又支付那麼多出去，將來健保財務會越欠越多。
- 二、總額的基期逐年擴大，過去增加的速度沒有這2年這麼多，這2年增加的金額特別多，我想再過2年，將會超過8,000億元。今年受到疫情影響，百業蕭條，我們要共體時艱，政府都在發紓困基金，年輕人收入在2萬4千元以下每人都發3萬元紓困。我想今年的保費收入會更加困難，希望總額支出要節流，重大政策支出，加上大量的非協商因素一計算下去，總額支出成長快速，我們一點辦法都沒有。
- 三、希望能夠提出總額可以減少的部分，以減輕保費調漲的壓力。過去總額投入很多預算，我們一再要求健保署檢討雲端藥歷、分級醫療包含鼓勵轉診，C肝新藥等等，投入那麼多預算效果為何？但到現在都有人質疑我們花這麼多錢的成效，在署長的臉書有發表相關成效，C肝部分都做得非常好，我的身邊很多人C肝已經治癒，身體恢復健康。我一個人無法說服大家，你要呈現成效、多宣傳。
- 四、有些政策需要多溝通、多解釋，尤其在DRGs方面執行不力，已經編了很多預算，但難賺的醫界不做，重新編預算時要多多考慮能不能執行，減少浪費。
- 五、這一次疫情的關係，透過媒體大家都知道少了500多萬次的門診，我說這是好事，我們會員問我健保使用減少了，錢要不要給？我說要，依據總額協商結果該付的錢就要付，會員質疑說你們的功能在那裡？我說總額就是這樣，不管使用超過預算，

或使用低於預算，總額不會變。我代表參加總額協商只能給他罵，你們常講付費者協商砍預算、虧待你們，但是如果編列的預算超過支出你們就安安靜靜，你們也要講幾句公道話。如果預算高一點你們高興，那麼少一點也不要在那邊抱怨，希望大家可以合理協商，明年總額協商都能達成共識。

朱委員益宏

- 一、有關本會9月份的總額協商，剛剛幕僚提出所整理的一些意見，包括協商草案要扣連政策，或是需要怎樣、怎樣的建議，包含蔡委員登順也有一些指教。個人認為，最後的協商是在9月份，且是雙方對等協商，我認為除了5月份委員會議所決議的協商共識外，不應該再加上很多框架。特別是剛剛幕僚提到協商因素一定要提出計畫內容等等，但那不是專款，事實上當初總額設計時，就是因為非協商因素無法含括進去，不能百分百反映，所以用協商因素做調整，協商因素有它原本的功能在。協商因素不像是專款，針對某個特定項目，研擬計畫、執行，效益是不一樣的。
- 二、近年協商方向有點不一樣，但我認為應該還是要回歸整個協商架構跟當初原始設計的精神。協商因素與專款原本就有不同目的，所以我認為不該在委員會做一個特殊的框架去把它匡定，畢竟協商還是由付費者與醫療提供者雙方對等協商。所以，個人表達意見，不要在此用委員會的決議去匡住協商因素只能談甚麼、非協商因素只能談甚麼、專款只能怎麼樣，以上。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、主席，各位委員，因為時間的因素，所以剛才我沒有回應黃委員啟嘉所提的內容，我的意思就是你們在醫師群組上一直攻擊我們的時候，你是健保會委員的代表，或是相關的人員，並沒有在群組上表達一些友善的言詞，如果你們有出來表達一些友

善的言詞，我們還會接受，可是你們完全都沒有，所以你們不要在我們這裡講風涼話，我們真的聽不下去了！如果你真的有站出來說某某醫師不要講到這樣子，我們在開會的時候是怎麼樣，我們都會接受你們的說詞。以上是第1點順便回應黃委員啟嘉。

- 二、第2點，建請衛福部能不能夠把10年來我們國民所得的平均成長率跟醫護人員所得的平均成長率，列1個表給我們參考，我們不希望醫護人員的所得成長率低於全國國民所得收入的成長率，我認為高一點是沒關係，但是高多少，也讓我們知道，請問健保署有沒有這個大數據能夠提供給我們參考。有關10年來國民所得成長率是多少等資料，主計總處都會有這些數據。
- 三、第3點，今年5月底前，也就是1至5月份死亡77,000多人，但是出生只有68,000多人，我們人口負成長0.13%，今年預計整個人口是負成長，所以我們在過去幾次委員會議，對於總額協商有提出一些建議內容，今天這只是一個報告案，我們無法做成任何決議，只能建議健保署納入編製110年總額的參考。付費者可以買哪些項目，付費者有哪些項目無法買、買不起，建議我們做個通盤檢討，若醫界要賣這個項目，付費者已經買不起，你們再編這些預算有什麼用？在每個項目中加上非協商因素成長金額，這些當然不宜，因為後續有110年總額座談會，健保署也希望藉此聽聽付費者的意見，建議今天在這裡討論不用太久，因為未來還有座談會可以發表意見。
- 四、第4點，我上次有提案，蘇院長貞昌要增加紓困3.0項目，要編列2,100億元，我希望健保署跟衛福部討論，你們要從2,100億元裡面，可以爭取多少預算給醫界補償，比方說400多家醫院，160家納為防疫醫院，現在我去訪問的結果，每家醫院都說他們少20%的營業額，這些都要顧慮到。
- 五、我們認為行政院已經編2,100億元紓困3.0案，醫界應該從那個紓困案中獲得補償，不能用健保的錢來做補償，這個應該要分

開，要分清楚，政府的補償歸補償、紓困歸紓困、健保費用歸
健保費用，以上這是我的建議。

周主任委員麗芳

請鄭委員建信。

鄭委員建信

- 一、主席，各位委員，我要請教也是回應剛剛朱委員益宏提到的，所謂的專案跟協商因素是不是要做一個當然區隔，我覺得專案的經費上應該明確多少經費要怎麼去執行的目標，但我們審視協商因素時，還是需要有所本，包括具體的執行指標、評估指標、明確醫療服務內容、經費估算基礎等，我覺得這些是協商因素必須要去審視才能夠判斷的，這是第1點。
- 二、第2點，有關於最近有些新聞報導費率是否會調整乙事，我認為明年費率調整當然跟安全準備有關，但也跟總額協商有關，需要考量付費者能力有限跟健保財務問題，建議110年總額協商因素可能要更審慎評估，對於必要項目再提出具體需求，對於新增預算項目，在過去經驗來看，是不是能夠明顯區別化，跟現在照護不相同者再提出。另外有關整個醫療品質提升，應該將抽象的品質轉換成具體的評估指標，這樣對於付費者代表，才能更易理解不是單純服務量的增加，以上，謝謝。

周主任委員麗芳

- 一、本案為利110年度全民健康保險醫療給付費用總額協商，請本會幕僚收到衛福部交議案後，盡速轉知本會委員，並函請中央健康保險署及各總額部門，遵循衛福部交付之110年度總額協商政策方向，在本年8月14日前提出「110年度總額協商因素項目及計畫(草案)」，俾於8月28日本會辦理之總額協商會前會中說明，並請於9月3日前提出9月總額協商之最終版本。
- 二、本會委員所提意見，提供各總額部門及中央健康保險署研提「110年度總額協商因素項目及計畫草案」時參考，餘洽悉。進行優先報告事項第二案。

肆、優先報告事項第二案「中央健康保險署109年第2季全民健康保險業務執行季報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

李署長伯璋報告：略。

周主任委員麗芳

非常感謝李署長伯璋對健保很有使命感，也不斷去精進，看看還有哪些地方可以帶領同仁一起去做，非常感謝他，接著請委員發言。請干委員文男、滕委員西華、吳委員榮達、林委員錫維及蔡委員登順。

干委員文男

- 一、非常謝謝李署長伯璋，能精進把這些都做得很好，請問健保醫療資訊雲端查詢系統已經開始上線了嗎？這是第1個問題，如果沒有的話，要趕快上線，而且藥物的交互作用，希望你透過電視要講出來，讓全民都知道，這個是健保署努力的地方。
- 二、請看口頭報告重點摘要第5頁下面，第2個問題是設有戶籍出國6個月以上辦理停保爭議，雖然保費收入大於醫療支出，是不透支，但事實上嚴格來說是不公平，希望將法規由6個月是不是可以改為1年，這樣我們比較好交代，要不然民眾開口就講這些問題。
- 三、接著是財務的問題，高雄市政府的這個欠款已經還了20幾億元，剩下2億元預訂在7月14日撥還，現在是7月24日，是不是都付清了？其他部分，我等一下再請教。

滕委員西華

- 一、我有2個請教，第1個是提升暫付金額方案中，因為干委員文男上個月也是提到呆帳的部分，在歷年呆帳提列情形統計表，可以看到收入面跟支出面的呆帳提存數，其中支出面有4億多元的呆帳提存數，我對於暫付金額有2個疑問，第1個是這個暫付之後一直到年底，我們要盤點整個總額的點值跟點數的時候，我們是怎麼去合併處理，也就是我們預先付給人家了，應該是

要在整個年度中間做盤點的時候併入，所以應該不會發生多付錢給他，但他沒辦法還錢的情況才對，不知道這樣理解有沒有錯誤。

- 二、第2個是我們補付或暫付的金額其實有3百多億，會不會造成當季點值的假象，就是說他其實沒有醫療服務，但是我們付給他，還是說其實不影響，點值還是看醫療服務，但是因為當季已經暫付多給他費用了，這樣會不會影響到當季計算浮動點值。
- 三、第3個是關於旅外國人廢除出國停復保規定或是除保政策，除籍是根據戶籍法，在100年健保法修法訂出來，除籍後國民權利義務就不同，若沒有除籍照理說即使出國可以繼續納保，我們限定2年內，除籍後就算想繼續納保也不能納保，而且他也必須退保之後回來納保，李署長伯璋剛才沒有提到等待期，需不需要等待期這可能涉及到修法，但是停復保規定沒有涉及到健保法的修法，健保法第13條規定，失蹤滿6個月、不具第8條、第9條的納保資格才停保，也就是在臺灣有名目的都是納保的對象，而停復保規定在健保法施行細則第37條至第39條，如果健保署真的建議廢止停復保制度，社保司應該要表態，衛福部自己修改健保法施行細則就可以了，若是這個政策要推行，建議請社保司回應一下停復保規定怎麼處理。以上，謝謝。

吳委員榮達

- 一、我是針對109年6月份健保業務執行季報告，還有李署長伯璋口頭報告的部分，一起綜合請教，請看季報告第90頁的部分，有關「表25-7全民健康保險_呼吸照顧所申報情形」部分，在109年5月件數成長率很高，成長率62.8%，申請點數成長率是62.12%，部分負擔反而是下降的，成長率負10.95%，所以想了解成長率高的問題，還有部分負擔成長率為何是負數的問題。

- 二、第2個問題是在季報告第41頁及第138頁，有關愛滋病醫療費用，請看第138頁，「表35 109年1-5月愛滋病醫療費用申報情形」，金額是非常非常驚人的，整個支出是17億多，若換算成全年度的話大概會到達35億左右，這是很嚇人的數字，人數是2萬6千多人，這也是很嚇人的數字，是否可以在此建議，這也是疾管署的責任，針對愛滋病防治的部分，就邀請疾管署做1個說明與報告。
- 三、第3個問題是季報告第101頁，「表31全民健康保險醫學中心病床增減情形」，高雄長庚總病床一下減少了17床，上面註明是關掉急性一般精神病床51床，這樣關得頗多，對高雄或整個南部地區精神病部分影響很大，想了解一下原因。
- 四、再回到李署長伯璋剛剛口頭報告部分，請看重點摘要第3頁，有關C肝全口服用藥成果，提到停藥的部分，人數很多，且65%是自行停藥，請教一下，C肝治療過程的停藥原因為何？
- 五、有關109年第1季門診特定藥品重複用藥管理成果，是否可以連同後面特材、檢驗的部分，請健保署提供有關目前重複用藥、特材、檢驗的管理辦法。
- 六、接著看重點摘要第5頁的部分，剛剛李署長伯璋有報告過，對於藥品交互作用電腦主動提醒作用，我們看到只是家數，能否提供百分比的部分，這是1,487家，實際上跟所有醫療院所比起來還是相對較低，是否可以看到百分比，了解實際的狀況。
- 七、重點摘要第5頁，第7項部分，下面有3個政策建議，有關「就醫率(%)」的意思是什麼？所謂68%，是否表示這些人口中有68%就醫？若是這樣，這很嚇人，很值得探討。在這3個表內，我們看不到一個就醫項目的數據，我覺得應該了解一下，這些回來的人，是為了就醫而繳保費，建議提供就醫項目的數據。

林委員錫維

- 一、主席，各位委員，以及李署長伯璋，健保署團隊，大家好。

- 二、我們非常肯定李署長伯璋所帶領的團隊對於整個健保的付出跟用心，但是我們認為這整個醫療費用一直增加，這是一個非常令人憂心擔心的事情，為什麼呢？年輕人越來越少，年輕人付得起相關的費用嗎？以後的健保欠費跟呆帳是不是會更嚴重呢？這些都值得我們去思考。
- 三、第2點，我們一直在談開源節流，大部分都是在談開源，對於節流的話，談到或提出來的非常少，我們現在什麼都在談，對於無效醫療，是否也可以來談一談，擬定相關的辦法，讓家屬是否也共同來負擔一部分的醫療費用？我希望健保署這邊是不是能夠來擬定相關的辦法，你們可以算算看無效醫療這個費用，可能非常的龐大，但是我的意思不是不重視生命，我的意思是家屬是否也可共同來承擔，不要都讓這些年輕人來承擔這樣的費用，我認為這是一個非常重要的事情。
- 四、再來，有關於李署長伯璋談到重點摘要第5頁，整個旅外國人參加健保公平性的問題，現在社會對於整個制度不清楚，甚至於對於這些回來就醫者這種社會觀感非常的差，認為說我們在繳保費，這些回來者給我們使用醫療費用，是否有必要做相關的修改，或是供給社會相關的表格或說詞，我們也可以向基層民眾做一些疏通或是了解，其實不是他們想得那麼嚴重。
- 五、我在整個Line群組也好，臉書也好，甚至於報章雜誌，已經看到相關健保費率以及部分負擔的調漲規劃跟方案，我大概念給大家聽一下，健保一般費率4.69%會調到5%以上到5.5%，補充保費費率1.91%會調到2.04%或2.24%，甚至於補充保費門檻的2萬元，會下降到5,000元，關於藥品的負擔本來是20%上限1,000元，最多負擔200元，現在可能要調到300元到500元，慢性病連續處方箋也會調整，甚至於相關檢查、檢驗部分負擔，也由200元調整到300元至500元。為什麼我們這邊根本就沒有討論到這些問題，卻已經設定說要怎麼調、調到多少？我真的感覺到很奇怪，甚至於健保署要公布這些資料，應該也要讓健保會預先知道，但是我們都不知道，最近我們工會都召開代表

大會，反而是非常多最基層工會代表幹部提出說林委員錫維，你在那裏幹什麼，什麼東西都要調，就是我們薪水沒有調，這些人真的付得起嗎？這樣調下去的話，不是勞保先倒，是要健保先倒，費用這要調，社會都已經非常憂心，整個費用一調，什麼都調，請李署長伯璋深思，要怎麼調應該有個緩衝期，要漸進式，不是一次5、6項全部都調，部分負擔需要調一點，我們沒有意見，應該使用者多付一點費用，不要讓這些年輕人一直在加他們的保費，我認為這個可以接受，其他則需要看情形而論，我先提出這樣的質疑跟建議。謝謝。

蔡委員登順

- 一、李署長伯璋的健保業務口頭報告，我看到的資料，因為新冠肺炎疫情的影響，截止到7月20日，20家醫療院所接受紓困，已核定4家診所補償金額是212萬元。各行各業營業都有困難，接受政府補助是合理的，經統計109年1至5月門住診整體成長率為負10%，109年6月以健保IC卡就醫件數來看，整體成長率為負4.2%，已略有回升，但牙醫總額與中醫總額呈現成長，並沒有因為疫情而受影響。
- 二、為協助醫療院所維持正常營運，健保署自109年2月起辦理「提升暫付方案」，並每月持續滾動檢討，經統計每月多補付金額70至84億元，109年1至5月共補付319.8億元，這金額也相當高。
- 三、今年第1季基層診所門診量減少349萬人次，4月下跌更嚴重，醫院門診也減495萬人次，急診減少16萬人次，住院減少約5萬人次，健保資料顯示近幾月死亡人數與往年無異，顯示國人愛逛醫院，無效醫療狀況確實嚴重。因為疫情因素，門診量明顯減少，主要是三高、慢性病，症狀較輕的患者不敢到醫院就醫，但病情較重者，就醫行為改變不大。
- 四、健保推動分級醫療多年，成效有限，沒想到新冠肺炎疫情卻落實這項改革措施，此外因為民眾養成勤洗手、戴口罩的生活習

慣，近幾個月呼吸道症狀患者明顯減少，連帶讓兒科、家醫科、耳鼻喉科等相關科別門診人數減少，精神科就醫人數則逆向成長，比去年同期高。

五、新冠肺炎疫情導致就醫人數大減，對醫院管理營運造成重大衝擊，許多人以為病患變少健保收入就會變少，但在總額制度下，影響不大，反倒是掛號費、自費、停車場、美食街等相關收入大幅縮減，讓醫院叫苦連天，健保李署長伯璋說就醫人數減少，健保申報點數減少，今年暫付款額度與去年度相同，也就是提升點值，醫院不見得會少賺，這就是服務量降下來了，點值就會提升，所以這些錢最後也會流到各醫療院所的口袋內，因此你們收入在第3、4季點值會明顯提升，這些錢不會回到健保來，還是會回到醫界口袋內，大家應該要有這個想法，前兩季少賺，後兩季會大賺，以上是我的看法。謝謝。

周主任委員麗芳

等一下葉委員宗義發言完後，接著趙委員銘圓是最後一位口頭發言，然後就請健保署回應。請葉委員宗義。

葉委員宗義

我非常感動，剛才我覺得有點冷，主席與周執行秘書淑婉就發現是冷氣太冷，讓我感覺到健保會是非常溫馨的，尤其我最近眼睛開過2次刀，許多委員也來關心我，沒有比健保會更好的了，所以常來開會會更好。以下有幾點個人意見：

一、回應剛才趙委員銘圓提到的問題，我的Line群組有21個，其中有3個群組是與醫療有關的，其中一個群組有500個人左右，都是醫師介紹我進去的。我常講健保署、付費者與醫療服務提供者是共同體，共同體應該相輔相成，如果付費者把錢都存起來，不代表沒有醫療需求，而是效果不彰，我父親常說認真賺才會富有，存錢不會富有。

二、我之前與商業界的朋友討論，談到藥價差的問題，我就請他說明藥價差的癥結點在哪，他說做生意不可能完全公平，藥廠品

牌有大有小，怎麼可能買來的藥量會一樣，後來在醫療群組中也有提到這個問題，我就雙邊互相溝通，現在兩邊都要我趕快解決，不然問題會越拖越大。其實我是要表達，遇到問題要相互溝通，我沒有偏袒醫界，也沒有偏袒付費者。

- 三、另外有人提到醫院分為財團法人與社團法人是不公平的，因為財團法人有一部分可以免稅捐，免稅問題有多大？可能是幾億也可能是幾百億，這些錢如果拿出來可以做什麼，剛剛我說認真賺錢才會富有，只要大家公平競爭就沒問題，國家為了鼓勵產業發展提出獎勵政策，但是要獎勵到何種程度？
- 四、還有一個問題，也是商會的問題，原本各縣市約有2,200個公會，現在剩不到一半，人都跑到職業工會了，因為中央政府補助健保費40%，以及補貼37元的行政作業費用，公會有嗎？公會沒有功能怎能抱怨其他人，所以我從沒說過職業工會搶我的會員，自己不檢討怎麼能說這種話，問題久了，會員當然會流失。
- 五、有很多問題需要大家從長計議，想遠一點，不然會產生更多的弊端。今天因為李署長伯璋在場我才說這些話，幫他捧場一下。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓，接下來是朱委員益宏、何委員語，之後的委員如果還有意見，請提書面。

趙委員銘圓

- 一、健保署資料整理得很好，我想請教C肝新藥的部分，自106年1月24日起將C肝新藥納入給付，截至目前已經治癒多少人，以及還有多少C肝患者，健保署有沒有統計？
- 二、今天自由時報A1版刊登「重大傷病考慮取消優待」，我認為重大傷病取消免部分負擔茲事體大，剛剛林委員錫維也有談到這部分，無論是取消相關措施或是調整規定，健保會似乎都沒有參與，在整個作業程序上，我覺得有點遺憾。對於重大傷病

的改革，原則上健保署都應該會考量，我認為需要再審慎思考幾點：

(一)中低收入戶的部分，應該將他們排除。

(二)近貧戶，以及收入少又負擔大的人，這些人也應該設法排除，雖然他們有工作，但是收入很少或是家境不好，這部分我認為要慎重考慮。

三、自由時報A2版刊登「醫師診療費走低，擬調高支付標準」，我不清楚報上資訊是不是健保署提供的，假如確有其事，想請教背後的原因是什麼？

(一)健保署業務執行報告中有提到醫事服務機構特約數增減，但卻未對醫師數做統計，我如果沒記錯，每年西醫約有1,000名畢業生，中醫及牙醫各約400名，總額預算就是這麼多，如果醫師數一直增加，預算當然會被稀釋。

(二)一般行業都有65歲必須退休的規定，醫生、律師似乎沒有，當然年長者有很好的經驗，台灣市場有限，如果有機會到國外幫助其他國家也很好，但在現況下，近年總額預算雖然成長很多，可是醫師獲得的反而減少，我認為可以思考每年醫師的容額數，以上建議請大家參考。

朱委員益宏

會議補充資料2第2頁提到，截至109年7月21日，C肝新藥使用人數約占今年預計治療人數的4成，之前也有報紙報導今年可能會用不完，於是健保署有提出一些篩檢措施。以下幾點請教：

一、因為篩檢包含檢驗檢查還有診斷，並請國健署及地方衛生局辦理，請問篩檢費用是由哪個總額別支付？是醫院總額或西醫基層總額？如何支付相關費用？

二、目前篩檢費用已累積使用多少？去年總額協商時，醫院總額提出編列「109年使用C肝新藥後所需之檢測費」，因為進入C肝療程後需定期檢查，包含使用前以及使用後一段時間都還要再查，費用相當可觀，現在又要加入篩檢，對於大部分沒有症狀

的病人，可能也不是C肝患者，在未進入療程前就先做普篩，人數約有12萬人，請問預估費用多少？

- 三、如果由總額支付費用，請健保署要提供詳細數字給受託單位，9月份就要總額協商，如果明年辦理方式未變，是否請健保署考量在協商相關費用時，應協助該總額受託部門爭取預算。

何委員語

- 一、署長報告得很詳細，最近也很辛苦。我很敬佩葉委員宗義，說了很實質的內容，他父親說從小認真努力才會富有，存錢不會富有，但我小時候聽到的不是這樣，我父母親教導，認真打拚會富有，這是事實，但後面還有一句，大富由天、小富由儉，小富是要靠勤儉，我們是老朋友啦，說一點輕鬆的。
- 二、前幾天中午與經濟部長有午餐會議，討論基本工資問題，主管機關提了幾個方案，當然我不能透露，部長問我，健保不調可以嗎？我說不調不行，不調明年就要負債很多，但政府可以思考調整的策略。
 - (一)第1種策略，明年不調，開始向中央銀行借錢，反正現在利息很低，借到明年下半年再向百姓說明「你看，健保已經借了5、6百億元了，不調不行」，這樣百姓的反應就會降低很多，如果不調保費，年底就要負債好幾百億元，後年勢必一定要調漲。
 - (二)第2個策略，明年1月1日起就調漲，但要調漲到足夠支撐2年，若只調一點點，後年還是要再調漲，被罵1次就好，不要被罵2次。只是這樣一來，院長、部長，甚至署長可能只能做到明年。
 - (三)第2種策略可能因為百姓一直罵就下台了，第1種策略不會被罵，借錢繼續做，給後年的新院長、新部長去決定，這2種策略都可以評估一下。我跟經濟部長說，政府決策由上面決定，因為健保調漲與整體經濟有連結關係。
- 三、會議補充資料2第1頁「院所停診或部分停診補償事宜」，內文

提到有7家診所及7家醫院提出補償，請問這7家醫院是不是區域醫院要降級至地區醫院？署長剛才說是他們收到衛生局的停診通知，請問是什麼原因被停診？有沒有補償辦法？也請署長再說明一下。

四、至於其他的報告內容，包括修法建議，我都很贊成。我們都看得出來李署長伯璋非常努力盡責，而且非常親民，讓委員們都很敬佩。但是健保體系很龐大，總統曾說第二任期要進行健保改革，請問到目前為止，有沒有推動健保改革？

五、另外，先前健保署曾答應，今年要召開教學醫院、區域醫院門診減量的檢討會議，但據我所知，今年教學醫院、區域醫院的門診量都減少20%以上，是不是要一筆勾銷？當然地區醫院可能會反對，那是否要利用今年疫情狀況，重新檢視政策的未來性，既然上次答應要召開檢討會議，希望下半年能召開。

周主任委員麗芳

請謝代理委員文輝簡短發言。

謝代理委員文輝(翁委員文能代理人)

一、剛剛署長提到，健保很多利益都是醫院老闆獲得，可能有少數，這我不敢否認，但我作為台灣醫院協會代表，也提出一些看法給大家參考，到去年為止，領取保險醫療費用2億元以上的醫事服務機構需要提出財務報告，從之前的6億元、4億元，到現在2億元就要提報，可以看出醫院已經不是獲利很好的行業，長庚體系獲利最好，大約有上百億元的獲利，其實大部分都是股票、業外，從健保或是其他醫療本業的獲利，很多醫院是負數，或是只有一點點獲利。請大家了解，在健保總額下，醫院已經不是一個高獲利的行業。

二、至於防疫期間，病人就診次數下降，就像署長所說，領的錢不會比去年少，因為大家件數都減少、點值提升，但是錢也不會比去年多，就差不多是這個價錢。大家不要忘了，在防疫期間，醫療院所在人力、設備、管制等等的付出與投入，這些都

是增加成本，院所拿到的錢不會比去年多，但他們的付出卻是更多。

三、我也同意葉委員宗義所提，現在很多財團法人醫院一直在擴充，政府應該要檢討政策，因為在財團法人的醫療項目投入一定比例才能免稅，所以醫院只能不斷投資。請健保署向衛福部建議，台灣市場有限，無限制擴充醫院的話，健保有沒有辦法負荷？對整個環境有沒有什麼衝擊？這是衛福部要做政策性的決定，不然現在任何鄉鎮縣市，都希望住家旁邊就有醫學中心，當然這是不可能的，但幾乎每個地方首長去爭取都不會失敗，因為有地方民意的支持，可是對整體、對健保、對台灣的醫療生態都是負面的，醫療擴充某方面與稅制有關，衛福部應該介入修訂，以統整醫療資源的配置，才能改善現況。

四、這次防疫，醫療院所付出很多，即使所得與去年相同，也沒有佔到便宜，因為付出的人力、物力都很多，希望各位委員能夠了解，現行醫療院所絕對不是一個高獲利的行業。

周主任委員麗芳

請李署長伯璋回應。

李署長伯璋

一、有關干委員文男詢問：

(一)藥品交互作用比對項目上線時間，中西藥交互作用在7月上線，西藥交互作用則是增加比對項目。

(二)高雄市政府還款本來就是按照進度。

二、有關滕委員西華詢問：

(一)呆帳部分，健保本來就要面對呆帳，因為政府政策，目前保險對象欠款並沒有鎖卡，據承保組同仁分析，長期追蹤呆帳沒有太大差別。

(二)因為疫情，醫療院所病人數減少，導致自費項目收入及掛號費也減少，但健保給予的暫付款不會有差別；做分級醫療時，我們會看病人人數及醫療費用點數，這次的疫情，

就如同實驗組跟比較組，醫療行為減少，但總額一樣多，點值就變大，只是今天我們還要面對血汗醫院這個問題。

(三)至於停復保制度問題，我們也在討論，這都是影響民眾公平性的問題，我們會持續關注。

三、有關吳委員榮達詢問：

(一)為什麼呼吸器數會增加，稍後請醫管組說明。我認為一開始若能提供病人完善的呼吸照顧，未來脫離呼吸器的機會就會提升，若不能脫離，則要長期使用呼吸器，這是一個現實問題。我最近發現這部分的支付標準不太理想，想要做調整。

(二)各位也清楚衛福部政策，愛滋病確診2年後的醫療費用由健保署支付，負擔確實很重，疾管署也一直在做愛滋病防治，到底病人有沒有減少，我想大家都盡力了。

(三)高雄長庚病床數調整的問題，稍後請醫管組回應。

(四)C肝治療過程中的停藥人數我們有數據，C肝治療人數將近10萬人，目前還有12萬人可能是潛在個案，委員也很關心費用給付問題，但請大家理解，我們並不是以保障醫療收入為前提，而是以病人為中心，假如病人需要治療，我們就是要把病人治好，這是比較重要的。

(五)重複用藥、重複檢查等的管理辦法，我們可以提供。

(六)就醫率就是指這群人有來看病的比率，問題在於健保就是做好人，所以有人覺得不公平，至於就醫項目我們有統計，有些是看牙齒，什麼樣的都有。

四、有關林委員錫維建議：

(一)開源節流部分，你說得很好，我目前能想到的開源就是調高費率，以及部分負擔怎麼突破，這些問題都不容易處理，需要溝通；至於節流部分，剛有提到無效醫療，但這牽涉到家屬的態度，屬於倫理學範疇，我們需要再研議。

(二)目前面臨的壓力就是大家會一直問，假如健保沒有財務風

險，才不會有人問我，如果不回答又被說很奇怪，回答了又說沒討論過，我覺得這位置真的不好坐，一天到晚應付這些事情，但我認為在其位謀其事，要有擔當要多溝通，目前政院的立場是11月再定案，所以請放心，一定會向各位委員報告，讓大家了解。

五、蔡委員登順提到分級醫療，也是我們一直努力在做的，有時候說起來比較簡單，但在這個位置，就會發現大家想法都不同，我一個人面對這麼多想法，其實也不是我說了算，我認為應該用合理的方式，讓大家了解，健保的資源如何用在刀口上，至於如何得到更多資源就是另一回事了。

六、葉委員宗義提到藥價差，這是很現實的問題，醫藥分業需要再努力。

七、趙委員銘圓詢問C肝新藥治療人數，剛剛有提到目前潛在個案約12萬人，106年約治療9,500人、107年約治療19,500人、108年約治療45,800人，全部98,584人。

八、朱委員益宏提到C肝篩檢，先前已有說明。

九、何委員語提到大富由天、小富由儉，其實富貴在天，有沒有錢都沒關係，我覺得你的想法很好，可以向銀行借錢，同仁說健保署以前也有向銀行借過錢，可是借錢是用誰的名義去借？是健保署嗎？但是健保署蓋的印章都是李伯璋，我要先研究好才行，不要到時候蓋下去，讓我一輩子都無法翻身。

十、謝代理委員文輝所提業務外收入也是屬實。

十一、以上報告，不足的部分再以書面回覆。

周主任委員麗芳

接下來請社保司回應(何委員語表示有意見)。

何委員語

剛才我有針對院所停診補償的部分提出請教，請問院所停診的原因為何？

李署長伯璋

院所停診補償主要是針對因照顧新冠肺炎確診病人，而被地方衛生主管機關通知停診的院所。目前針對新冠肺炎雖有居家檢疫或居家隔離的措施，但院所在診療病人當下並無法確認病人是否感染新冠肺炎，當病人確診後，院所的醫事人員因照顧確診病人，需要被隔離而無法執行業務。新冠肺炎疫情的管理，除了要注意旅遊史外，更加入職業史管理，因為曾經有安養機構照服員就醫後才確診新冠肺炎，而擔心其照顧的患者也可能因此被傳染，才會要求照顧新冠肺炎確診病人的相關院所停診。

周主任委員麗芳

請商委員東福。

商委員東福

- 一、剛剛滕委員西華提到出國停復保制度的問題，我認為全民健保是社會保險，是具有強制性的保險，對於保險對象有其權利及義務。然而國民有遷徙的自由，有些人因為是中華民國國民，因此有臺灣的戶籍，假如出境2年內有再入境的紀錄，都可保有戶籍，而有戶籍就會強制納入健保，但其實這些人在國外就醫的可近性較差，因此，在健保開辦時就設計出國停復保的制度。我想各界一直非常關心這個問題，立法委員在立法院衛環委員會也曾有提案，但考慮前述這些問題，在委員會中未能取得共識，後來送到黨團協商也未能處理。
- 二、外界針對出國停復保制度經常有許多的建議，而這個問題在網路上也討論很多，在唐政務委員鳳主持的開放政府協作會議中，曾經各界共同參與討論出兩大原則，一是全面廢止出國停復保制度，這部分如剛才滕委員西華所提，只要刪除健保法施行細則相關條文，不涉及健保法修法；一是嚴格限制出國停復保制度，僅限縮政府駐外人員及遠洋漁船工作者等可停保，限縮的部分就涉及健保法修法。
- 三、健保剛開辦時，並沒有限制停保者須復保屆滿3個月才能再次

停保，這個限制是在102年後才實施的，所以在剛剛李署長伯璋報告的資料中，可以看到目前此類醫療利用的財務是可以保持平衡，現在是這樣，但是未來呢？這個問題不單純只涉及停保的問題，也與誰應該要檢討納保資格有關。停復保是一個問題，要不要等待期(如6個月)也是另一個問題，以及保險費計算是否公平等問題，這些後續都必須去平衡考慮，不能單就一個制度去做討論。此外，過去既然在法上都有相關規定，表示過去也是集眾人智慧以達到現在維持平衡的現況，除非有很強的新事證，才有可能去做改變。

周主任委員麗芳

- 一、本案洽悉，委員所提意見送請健保署參考。
- 二、按照議程安排，現在中場休息5分鐘，再進行報告事項第一案。

伍、報告事項第一案「提升中醫用藥品質之具體規劃(含提升用藥品質之執行方式與擬新增藥品給付品項)」與會人員發言實錄
同仁宣讀。

中央健康保險署黃副組長兆杰報告：略。

中醫師公會全國聯合會詹健保總額執行長永兆報告：略。

周主任委員麗芳

請問柯委員富揚是否補充說明？

柯委員富揚

一、感謝各位委員的支持，有關中醫藥品給付的問題，經由健保會委員的協助幫忙，給予相對合理的預算費用，因此，目前中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)除了推動將民眾常用但須自費的科學中藥納入健保給付外，也持續推動中藥品質提升，除了推動ADR(中藥藥物不良反應通報系統)外，也執行中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫等專案計畫，並持續用研究計畫蒐集對腎臟有毒性之中藥相關的藥物不良反應。除了品質之外，在提升中藥品質的過程中，不論是有效成分、效價以及賦形劑，也都是中全會關心的重點。

二、剛才報告中所提推動中藥藥物不良反應通報系統的規劃，除了於北、中、南辦理各一場中醫師座談會外，還有執行中藥相關品質提升的專案計畫，這部分預計還會再加辦3場。此外，我們也一直與中醫藥司進行相關的溝通會議，會中持續提出科學中藥廠品質提升的做法，目前除了GMP(藥品優良製造作業規範)認證外，也有一個目標是3年內要完成cGMP(動態藥品生產管理規範)認證，這是中全會對於整體中藥品質提升的承諾跟做法，以上簡短補充報告，再次感謝各位委員支持。

周主任委員麗芳

接下來請委員發言，請滕委員西華、吳委員榮達、何委員語。

滕委員西華

針對此案我有4個問題請教，2個問題是請教健保署，2個問題是請

教中全會：

- 一、之前在討論中藥品質議題時，我記得健保署有一個數據，抱歉，我記得不是太清楚，但我印象中有200~300個品項的中藥沒有取得藥品許可證，但健保卻有給付，我想知道目前健保署處理的狀況為何？
- 二、幾年前陳旺全醫師擔任中全會理事長時，我們曾建議中藥應該與西藥採同樣的支付方式，朝論品項、論劑量支付的方向努力，科學中藥的部分應朝向這方面研究。我記得第一年的結論是此議題很難研究，難道後續就沒有持續研究嗎？請問健保署中藥(特別是科學中藥)朝向論品項、論劑量支付的進度為何？否則未來中醫部門如果覺得現行每日藥費支付37點仍不足，又要將每日藥費往上調整，因為中藥越來越貴，民眾使用的劑量也不同，應該要比照藥物支付標準逐步採論品項支付，就不必再另外以每日藥費支應，請健保署說明研議進度。
- 三、請教中全會，這89項新納入健保給付的單方、複方中藥，原本自費金額是多少？這些都是民眾常用的中藥嗎？如果納入健保給付但卻沒人使用，就沒有太大的意義，因此，我認為這些中藥是不是民眾經常自費的品項，納入健保可以替民眾省多少錢是很重要的。健保支付中藥每日藥費由開辦時的30點調升到現行的37點，這個過程中增加數十億的預算，我希望知道健保增加支付點數後，可以替民眾省下多少自付金額？才知道健保署是否達到給付效益？
- 四、中全會推動ADR立意很好，但是中藥沒有仿單，民眾拿到中藥的藥袋上只有藥名，並不像西藥會有副作用說明，因此，民眾並不知道有什麼症狀是產生副作用，也不知道要告知醫師或做相關通報。此外，我也無法查詢中藥的仿單，只能查到這個中藥可以治療什麼，但也知道是不是官方的資料？可信度如何？中藥如果沒有仿單，藥袋上又沒有標示副作用，我滿好奇民眾要怎麼透過有限的資訊，能夠有能力跟醫師反映副作用，

甚至做出通報。ADR的相關資料會被通報到中醫藥司還是食藥署？目前西藥的藥物不良反應資料是通報到食藥署，且會上網公告，中藥的資料會通報到哪個單位？民眾是否能查詢到？其他西醫師也可以查詢嗎？因為很多民眾是中藥及西藥併同服用，產生的副作用，中醫師或民眾要怎麼分辨是不是中藥、西藥交互作用，而單純是中藥造成的副作用呢？以上是我的疑問。

吳委員榮達

- 一、這次的報告內容讓我有點小小失望，因為我覺得整個報告內容有點簡略，但我還是本著愛之深期之切的心情提出幾個請教。請參閱會議資料第70頁的第5張簡報，提到109年新增收載的中藥單方共30項，複方共59項，請教為何挑選這89項當做提升中藥品質的新增品項？因為簡報中並沒有特別說明挑選的經過以及考量。
- 二、如同滕委員西華所提推動中藥藥物不良反應通報系統的問題，會議資料有提到相關推動方式、加強民眾用藥常識及相關的計畫，我特別舉會議資料第80頁為例，對於中藥藥物不良反應通報系統，中全會預計在北、中、南各辦一場次的座談會介紹，事實上，對於民眾的藥物不良反應也好，或是就醫後的各種反應也好，我想光是要靠辦3場座談會，就希望可以推廣中藥藥物不良反應通報系統，我想是很困難的。我認為要讓民眾能夠去通報中藥藥物不良反應，需要更具體而且細膩的方式。我覺得牙醫師公會去年跟心口司合作的牙齒美白計畫就做得很好，分別做了給醫師的手冊以及給民眾的手冊，並且放在各個診所供民眾索取，並且也放在網站上，讓民眾可以馬上獲得資訊，或許參考這種系統性及普遍性的宣導方式，可以讓中藥藥物不良反應通報系統更廣為宣傳及推廣。
- 三、下週就要評核了，我先看了評核會資料，關於民眾對於自費的滿意度，在所有部門中，民眾於中醫自費的滿意度是最低的，

既然在幾個部門內中醫民眾滿意度表現最差，我認為中醫就診收自費的部分，真的還需要再討論與檢討。

何委員語

- 一、關於中全會提出的提升中醫用藥品質具體規劃執行方式與新增藥品給付品項的報告案，其中新增藥品給付品項已提報藥品共同擬訂會議，並同意通過。經過中全會歷任理事長及全體中醫師的努力，近年中醫的醫療品質及臨床病理實證方面都有很大的進步。對於109年中醫門診總額協定事項「醫療服務成本指數改變率所增加之預算，其中2億元併入提升用藥品質4億3,460萬元，共6億3,460萬元，用於提升健保中醫用藥品質」，我支持及肯定中醫師公會的執行成果。
- 二、後面我有幾個建議，這10年來我們政府透過醫學大學培養了很多學士後中醫師，這些學士後中醫師都是大學畢業後再去讀中醫，中醫師的素質也逐漸提升起來。我們希望中醫師應該邁向更科技化跟數位化的方向來培養，加強現任一些中醫師的教育訓練，因為現在有一大部分中醫師都是在中醫課程畢業，但也有很多中醫師是具備西醫資格再去讀中醫，我想若這些知識能共同融會貫通，可以提供患者更好的治療機會。
- 三、另外，我希望要求提供科學中藥的供應商，應該要隨時隨地進行藥物品質、毒物性檢測，這樣才能夠提供中醫師或患者品質更好、更優良的中藥。因為，在製程中隨時有可能污染到毒性的物質，或者中藥在提煉科學中藥過程中，可能含了很多重金屬，畢竟中藥是由天然植物提煉，土壤中的重金屬、水質污染或農藥，甚至其他空氣污染，都可能產生毒性，應該隨時要求這些科學中藥供應商提供有品質的優質中藥。
- 四、現在中醫使用較多的是健保給付的科學中藥，但是水煎藥的部分目前大多為自費，我們政府對於這些水煎藥的品質，有沒有一個加強管控系統，讓這些水煎藥有好的品質，對於病患來說才是好事。另外最近看到因為新冠肺炎疫情，中西醫合

併治療又有很好的成果，我想這些都是未來中西醫要共同合作提供醫療服務，以造福更多的患者，我的立場就是支持及肯定中全會的努力。

周主任委員麗芳

請干委員文男、林委員錫維及蔡委員登順。

干委員文男

- 一、對於中全會的報告，我給予肯定，去年針對提升用藥品質編列的預算，如果與其他總額相比金額是不多，但也是一個突破，我非常肯定中全會能夠公開報告提升品質的努力，這也是提升品質的一個很重要的起點。雖然中全會很努力，但我認為事實上科學中藥，特別是藥材的來源，並非中全會可以監管的，必須由食藥署進行管理，至於中醫師公會，則可以在調配方面多加強管理。
- 二、我特別希望能夠再提升中醫的看診人數，現在中醫也提供很多中西醫合併治療的服務，這個對民眾非常的好，也有很多醫師都是西醫的醫學博士，這是個好現象。但是中醫在實證方面就比較差一點，沒有辦法像西醫，透過對照組及實驗組就能提供實證資料，這部分是中醫要持續加強的。
- 三、最後，我肯定也支持這案子，但我認為剛才何委員語所提，也是我自己時常掛在嘴邊的議題，就是不知道什麼時候才能吃到健保給付的水煎藥？我認為照這個程序進行，再過30年或許水煎藥還是沒辦法納入健保，但這仍是我的期盼。

林委員錫維

- 一、本案性質應屬於報告案，首先還是感謝健保署能夠跟中醫師公會進行溝通及討論，讓本來必須由民眾自費使用的中藥，能納入健保給付，可以由健保署來支付費用，非常感謝。
- 二、過去中全會前幾任的理事長可能比較不喜歡由健保署來統籌或是訂定相關支付價格，因為自費有更多的市場，所以我非常感謝柯理事長富揚有這樣的魄力，讓這個案子能夠順利達成，讓

我們民眾就醫可以少負擔一些，我非常肯定及支持。

- 三、請參閱會議資料第66頁，本會幕僚補充說明所列協定事項摘錄中，包括中醫診所設立無障礙設施等支付標準之調整，因為無障礙設施應該是屬於院所硬體設備，我認為是否能夠把這幾句話拿掉，我這樣講不知道對不對？等一下請柯理事長富揚協助說明一下。還是再次感謝中全會的努力，我對此案表示肯定。

蔡委員登順

感謝中全會的努力，讓許多高貴的中藥材能納入健保，減少民眾負擔，這是一個可敬的措施。現在我要與大家分享一個實例，我有個朋友最近因為牙齒痛，到牙科去就診了好幾次，但都沒有獲得改善，醫生甚至說如果情況沒有好轉大概要拔牙。後來，我朋友非常緊張，又去西醫就醫，但西醫卻說這是牙痛，西醫沒辦法處理，就又請他回去牙醫就醫。最後，我朋友很緊張地跑去看中醫，中醫一看就指出是三叉神經的問題，用針灸配合藥物治療就好了，他的自然牙也就保住了。過去有一個廣告，告訴大家感冒可以看中醫，其實，三叉神經痛也可以看中醫，我朋友並不是牙痛卻被診斷為牙痛，幸好去看了中醫，他的自然牙就保住了，這就是中醫的秘密武器。中醫不僅傳統醫療外，還有很多沒有被發掘的臨床高超的治療疑難雜症有很好的療效，應該可以多加發揮。今天這個案例能夠保住病人的自然牙，確實是功德無量，我覺得中全會可以加以宣傳。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

- 一、謝謝中全會的報告，新增收載中藥品項的挑選涉及專業，我相信你們的專業，這10種藥品應該都選得很好。
- 二、請參閱會議資料第78頁，提到新增中藥品項預期效益為：民眾滿意度調查中科學中藥自費金額降低。剛才滕委員西華有提到，你們挑選這10種藥品納入給付，是不是因為這10種藥品是民眾自費金額比較高的中藥？如果能夠提供我們一點背景資訊

會更好。但是還有一點要請中全會注意，現行健保署做的滿意度調查，其實問項是很簡單的，只是問民眾對醫療院所或是健保，民眾不滿意的項目，例如此次的評核資料顯示，問卷只是問民眾對自費金額的感受，但中醫自費項目最昂貴的部分，並不是科學中藥而是飲片，中全會把這個當成預期效益，我怕會變成設一個圈套自己跳，成效會不太好。我認同中全會的努力，但建議不要把滿意度調查當成預期效益，因為民眾對中醫自費抱怨最多是飲片的問題，也有認為飲片應該納入健保給付，但這又是另一個議題。

三、有關推動ADR的講習，不知道中醫有沒有像西醫一樣，有醫師繼續教育的制度(Continuing Medical Education)，如果有這個制度，像這麼重要的政策目標，就值得納入醫師繼續教育的課程，祇要列入，大家自然會去做，因為目標就是要拿到這個學分，這樣的話可以提升推廣的效率。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

- 一、請教健保署，剛才委員提到無障礙設施的問題，我看了協定事項的內容，無論中醫或是其他部門，關於設立無障礙設施的協定事項，都是要等到各總額部門調整方案定案後辦理，請教健保署，目前此項執行進度為何？
- 二、也藉此機會跟柯理事長富揚小抱怨一下，之前我自己去診所就醫，醫師看完後就給我一個單子，並未事先告知自費項目，而是就醫後接到單子直接列出自費多少錢，健保給付多少錢，你說我要不要付這筆費用？沒有事先告知當然會造成民眾抱怨，滿意度也會下降，類似這樣的問題，我覺得中醫部門要思考一下。

周主任委員麗芳

這個案子已經討論蠻久一段時間，委員們也都非常踴躍參與討論，

也看到委員對於中醫部門還是多所肯定、多所期許。接下來先請柯委員富揚回應，再請健保署回應。

柯委員富揚

- 一、謝謝所有健保會委員給予中醫部門的指正、支持及愛護，首先，回應滕委員西華及幾位委員所提的疑問，這89項新增收載的中藥是如何討論出來？其實是我們花了很多時間調查，例如：十味敗毒湯其實是長庚醫院系統內中藥自費排名第一名的品項。我們一一詢問各中醫院所，瞭解中醫院所向民眾收取自費的中藥品項有哪些，再依調查資料統計出最常見的十味藥品，訂為民眾所需的中藥。其實，當初我們跟健保署談的時候不只這十味藥品，但是有些品項自費金額並不高，所以我們挑的是最貴的十味藥品，很多便宜的品項(例如1罐僅200、300元)，因為金額實在不多就沒有放進來，我們的目標都是高貴的藥材(一罐500、600元以上)。
- 二、針對ADR的推廣，剛才吳委員榮達有提到一個很棒的建議，我們目前主要針對醫師辦理座談會，而未來要更加努力的應是民眾端的宣導，包含讓民眾知道中藥有哪些相對的副作用。這部分我們與衛福部食藥署及中醫藥司，也開過好幾年的會議，關於中藥開放為食品的議題，當時在「中藥吃了幾千年沒有什麼副作用」的前提設定下，一般認為中藥應可開放為食品。但以中全會的立場而言，還是認為吃藥三分毒，藥本身存在副作用，但從中醫最早的典籍如神農本草經、本草綱目、本草備要等，都沒具體提到有什麼副作用，尤其是以現在的病名，這也是我們未來可去努力的方向，將中藥各品項的副作用列出。至於在整體通報系統方面，如同針灸有不良反應系統是向衛生局通報，我想未來中藥不良反應如何通報，似乎可請醫療院所採取類似作法來建立ADR模式，除了上傳至中全會，對於收載那些藥、會跟中西藥如何交叉作用、或單純中藥方面的副作用也好，也應上傳至衛生局端，就能達到更好的防護。

- 三、有關吳榮達委員所詢，為何本次收載89項之理由。如同剛才報告，對民眾端我們需要更具體的作為，這部分我們與中醫藥司有個平台會議，下次平台會議會請中醫藥司協助，期能宣導ADR，讓民眾端可以得到更多相關訊息。
- 四、吳委員榮達及盧委員瑞芬也提到評核資料中，民眾滿意度在自費部分是最低的，在這部分我們的確沒想清楚，不只科學中藥，可能也有其他部分。中醫界已經很努力去做，並呈現於評核會議的資料中，但其中民眾滿意度表現不夠理想，這確實是中全會責無旁貸之處，仍應想辦法提升，我們會全力想辦法提升民眾滿意度，並降低不滿意度。至於自費項目，中全會已要求所有中醫院所須張貼印有投訴專線的海報，若醫療院所在沒有告知民眾的情形下要民眾自費，民眾只要向中全會投訴，我們都會處理，過去也確實處理過這樣的情況，另有些民眾也會向健保署申訴。關於沒有事先告知的情況下收取自費，中全會也會再予檢討改善。
- 五、干委員文男所提科學中藥的監管，這幾年是我們希望食藥署跟中醫藥司兩邊能互相協助來幫忙我們，但他們現在反而是在講該歸誰管。當時研議中藥開放為食品，食藥署公布715項，中醫藥司則公布215項，光是先要把這些統一後再次重新公告，就開了好多年的會，直到目前也還沒有下文。但依目前資料顯示，不管是去中醫院所就診或自行至中醫藥房購買，每年有超過60%的患者曾攝取中藥，考量中藥確實對民眾的用藥健康安全是個重要議題，仍應妥善處理。
- 六、再來是干委員文男提到看診人數要提升、還有中西合治。向委員報告，這次新冠肺炎疫情，三軍總醫院、台中榮總、中國醫藥大學、高雄長庚共有23例中西合治，其中有2例是危重症、1例是重症，不過這些病人目前已全都採陰性出院，且臨床CT(Computed Tomography，電腦斷層掃描)報告都看到確實沒有留下任何後遺症，平安出院，所以我們也希望在西醫住院、中醫會診的醫療服務項目再求努力，這次新冠肺炎疫情期間，我也

是多方奔走，希望能將中西醫合治納入健保給付，但以這次疫情來說，係依傳染病防治法第44條由政府編列預算支付，且因用藥暫時指引並未納入中藥，就無法做到。未來在健保總額協商項目，我們所想到目前呼吸系統疾患者很多，尤其是出院後或是Post-Acute(急性後期)的照護是否可以做這樣的中醫聯合照護，今年也將提出總額協商專款項目。

- 七、至於實證的部分，感謝干委員文男提醒，中醫一直被詬病的就是屬於經驗醫學，我們現在仍不斷努力，希望從經驗醫學變成實驗醫學，再變成實證醫學，還要給中醫界一點時間去努力。至於中藥材部分，目前受限於全台灣沒有GMP中藥材廠，我們不斷鼓勵科學中藥廠，希望早日通過GMP認證，有GMP中藥材廠，納入健保給付才具備合法性。
- 八、林委員錫維所提，會議資料第66頁無障礙設施設立，在中西牙院所會有一樣的問題，這點建請健保署協助回應。
- 九、蔡委員登順提到三叉神經痛可以看中醫，向委員報告，我們去年向民眾呼籲感冒可以看中醫，確實來就診的呼吸疾患病人多很多，第4季中醫利用率也提升；另從上禮拜就開始推廣，而本週三有正式召開一次記者會「火燒心看中醫真有效」(註：俗稱火燒心，是感覺在胸骨後之燒灼不適，究竟屬胃食道逆流或其他疾病仍須就醫診斷)，目前有3千多家診所掛這樣的布條，我們會繼續宣揚中醫的好，發揮傳統醫療的優勢，感謝蔡委員提醒。
- 十、再來是何語委員提到的，感謝委員一路以來對中醫的支持，有關中醫師總量管制議題，以前沒有管制，所以學士後中醫學系一直設立，2年前我代表中全會向教育部高教司、衛福部商談此議題，當時就定下中醫師總量管制，目前為一年有365位畢業生，其中，雙主修者為同時具備中西醫執照，有些人也可能改為擔任西醫師，包含中國醫藥大學中醫學系甲組60位、長庚則有50位。另依數據顯示，這365個中醫師每年會有人申請做

類似西醫PGY(Post-graduate year training，畢業後一般醫學教育訓練)，而也就是中醫的負責醫師訓練約有280位，也就是每年確實投入中醫職場者。另目前也在探討一個議題，如果要加強臨床訓練，我們希望在PGY結束後，後面可以加入2至3年的專科訓練，這部分是先以研究案的方式進行，因為一般來說中醫是不分科，但如果要發揮中醫的優勢，是否可以嘗試分科，例如在針灸或傷科方面學有專精的醫師，沒有排它性，不會說因為他是中醫針傷專科就不能做內科，或是沒有針灸專科就不能做針灸。我們希望確實落實中醫訓練，而中醫未來確實也需要更科技化及數位化。

十一、科學中藥廠這部分，是中醫最大的疑惑，中醫會不會亡於中藥，所以跟委員報告，科學中藥廠目前由中醫藥司會去檢測，在境外查驗、境內抽驗，做出來的科學中藥確實是合格的，不管是農藥、重金屬殘留、微量元素(如馬兜鈴酸)都有做檢測。感謝委員提醒，我們最害怕還是中藥材，因為目前這部分只有做到重金屬檢測，農藥檢測標準曾在台大召開相關會議，已經開了3年會議，目前還沒確認最後目標，也就是要設定那些檢驗項目以及指標設定尚未確定。中藥例如像是水蛭、地龍(中藥名稱，俗稱蚯蚓)，原生活處就是在地裡，多少都會吃到農藥或重金屬，要完全避免很難，目前已向中醫藥司建議，是否可以正面表列，例如因為某些藥品在中藥藥效很重要，容許其超標之可能性，至於其他品項則須另通盤檢討及新藥標準設定。

十二、剛才何委員語也提到中西合治，針對這次疫情達到很好的療效，跟委員報告，國家中藥研究所、中全會、中醫藥司共同合作打造出「台灣清冠1號」，目前已經申請到藥品許可證，並已有一些東南亞國家想要跟我們購買，對於新冠肺炎能以中醫正向治療，確實可執行並享譽國際，感謝委員。

十三、盧委員瑞芬有提到預期效應的部分，因為民眾滿意度會受到一定干擾，未來若再提相關預期效應時，會更加小心。確實民

眾在看我們滿意度時，有幾個部分可能產生混淆，尤其是飲片的部分，習慣使用中醫的患者很喜歡使用飲片，因為飲片療效確實比科學中藥更快速且有效，這也是剛剛干文男委員不斷提醒，中醫界的我們也會想辦法去做到。最後再重申，我們會去鼓勵中藥材廠通過GMP，而ADR認證，未來我會繼續在中全會推廣，每6年120學分中要有納入ADR繼續教育的項目，感謝老師提醒。

周主任委員麗芳

請林委員錫維。

林委員錫維

主席，提出程序問題。據我所知陳委員有慶為了參加今日會議，清晨3點多就出門、疲累想睡，今天會議時間表是預計到中午12點半左右，現在已超過12點半，尚有一個報告案還沒進行，今天會議到底是要不要繼續？若繼續是要延長多久？我看還是要請各位委員表示意見。我們的委員會議，幾乎每次都超過預訂時間表，有些委員尚有其他安排，都會延誤。我想提出建議，看看這樣好不好，以後應按表定時間結束會議，不然也要儘快做個抉擇，看看會議要延到幾點，並儘早告知委員，謝謝。

周主任委員麗芳

謝謝林委員錫維意見，我想先把本案告一段落，感謝柯理事長富揚剛才詳盡說明，對於他的創新想法，也願意對中醫用藥品質方面提升，仍要給予肯定，另還要請健保署補充說明。

蔡副署長淑鈴

有關健保署部分，簡單回應幾項。一個是滕委員西華提到，沒有藥品許可證的品項都已經整理過，並從我們目前品項中拿掉，是在去年做了清理；另外，滕委員西華長關心中醫日劑藥費究竟是否合理的問題，本次藉由中藥提升品質，在中全會的投影片第11張有呈現，這次特別對申報格式有修正，最主要是要收集每日用量，希望將來在市場上收集市場價，這樣就可知道每日日劑藥費與現行給付

相較是否合理，但因為現在科學中藥品項沒有單獨列項，所以要先收集市場價。再來是吳委員榮達提到無障礙設施，請吳副組長科屏向大家報告。

吳副組長科屏

向各位委員報告，108年度中醫、牙醫無障礙設施是納入總額品保款獎勵，109年度因為是放在非協商的部分，目前還在研議，以上報告。

周主任委員麗芳

- 一、非常感謝各位的發言及回應，本案洽悉，委員所提意見送請中央健康保險署後續與中華民國中醫師公會全國聯合會檢討推動成效之參考。
- 二、另對剛才林委員錫維提出的意見也十分感謝，對於我時間掌控的問題，真的很不好意思，因為委員都很踴躍發言。但因為報告事項第二案的報告人，就是研究單位中華經濟研究院學者已來到會場，也不好意思請人家於下個月委員會議再來1次(邱委員寶安：好啦，就繼續)，報告事項可用半小時至1小時進行嗎？(未有委員反對)也向委員致歉，因為我有急事一定要趕到醫院去，所以報告事項第二案拜託商委員東福幫忙主持，懇請大家見諒，謝謝。

陸、報告事項第二案「本會辦理完成兩項委託研究計畫成果及其應用報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

先請本會第三組說明，再請受託單位報告。

陳組長燕鈴

本案2項委託研究，因為內容跟總額協商的任務相關，因此特別邀請受委託之研究單位來向委員報告重要成果，在受託單位報告前，幕僚簡要說明對研究結果的後續運用，請參閱會議資料第82頁說明二，以及會議資料第84、85頁附件一、二之研究結果摘要：

- 一、第1項研究結果顯示，目前健保總額對偏鄉投入3項專款，包括山地離島地區醫療給付效益提升計畫(下稱IDS計畫)、醫療資源不足地區醫療服務提升計畫，醫療資源不足地區改善方案，都有達到正向政策效果，所以建議委員在總額預算協商分配上能持續給予支持；另外也希望善用協定預算，對於盤點之後仍屬醫療資源匱乏的偏鄉，例如東區鄉鎮，能運用總額預算，依當地實際狀況研擬可行方案及融入專案計畫內容，以提升當地民眾就醫可近性。
- 二、第2項研究滿意度調查研析，研究團隊對於問卷題組、問卷一致性之建議，請健保署參考；而研究結果也顯示民眾對整體健保滿意度雖然很高，但對於各部門仍有少部分項目，例如約診容易度、假日能否找到就醫診所、民眾自付費用等，這部分都還有進步空間，建議各總額部門納為未來改善參考；對於評核內容的部分，我們會配合研究提出的建議，納為明年評核內容研修參據，以上說明，接著請計畫主持人報告研究結果。

受委託單位中華經濟研究院簡助研究員毓寧報告：略

商委員東福(代理主席)

謝謝中華經濟研究院簡老師的報告，依序請周委員穎政、李委員偉強、朱委員益宏。

周委員穎政

- 一、我前陣子才參加過相關發表會，看起來本案是健保署的委託計畫嗎？(周執行秘書淑婉：不是健保署，是健保會委託)，我是指做這個問卷，應該是健保署委託進行的調查，那是覺得有點奇怪，為什麼不從設計問卷、做問卷都由健保會，還在中間切一塊去給健保署做，這背後的邏輯有點不解。不過我也只是提供意見而已，要不要考慮事權統一由同一個單位去做，否則是執行上出問題、還是問卷上出問題，那誰該負那一塊責任？我覺得這可能要檢討一下。
- 二、我是覺得這個案子還是蠻不錯，找學者去將近年的東西分析一下，我剛好看過那次的標案，但我那次直覺是有一個大問題該要解決，當初我們去抽樣時，好像每個總額都抽一樣的樣本，但每個總額金額差距非常大，就是用同樣數目的樣本去估算所導致的誤差，你想精準到哪一個程度？這其中可能差異性很大。可能最嚴重的是醫院的總額，只做1,200個樣本，但中醫也是1,200個樣本，醫院總額複雜度比中醫總額複雜10至20倍，且內含東西差異性又大。剛有提到急診這塊沒問到，我想不只在急診，你今天在醫院內從門診、住院、急診所提供的服務包羅萬象，你抽樣的方式又會受限在打電話進去時，剛好那個人或家庭有使用到某一種服務，你這樣去抽樣出來時，我有一種感覺，就是醫院部門可能會心臟蹦蹦跳，因為若抽到少數幾個樣本，可能反應到後面很大的狀況，很多的變動性我認為要稍微小心一點，不過小的總額穩定度可能就大一點。
- 三、第二個，要用市話或手機去調查，也是要面對的問題。現在年輕世代早就沒人在用市話了，我最近也想停掉我家市話，因為市話都是詐騙集團才打來(委員笑)，幾乎可以不用聽，為何還要有市話。所以這個是一個時代的變動，你們一定要面對。好的作法是要有一個過渡期，同步對於市話及手機調查，然後逐步修正跟調整，我鈴響了，留機會給別人發言，這是重大議題一定要調整。

李委員偉強

本案分為2部分研究，感謝中經院進行，2點意見表達：

一、第一個，我覺得這對未來健保署是很好的方向，可以參考，就是從生活圈方向做，現在很多方面都是按照健保六個分局或各個縣市，都是用行政或地理弄，可是你看現在整個醫療體系看就是1個生活圈，細節我先不多談，不過我覺得將來在健保規劃甚至在醫事司的醫政方面資源重新配置，都應該以生活圈為範圍，過去20、30年來以行政或地理界線，這已不合時宜。

二、第二個是關於滿意度調查：

(一)健保滿意度是全世界最高，現在好像是去看如何更高、或是這個高是不是有問題，我覺得滿意度調查是一個魔戒，意思就是說有時候為了維持高滿意度，需要犧牲很多事情，或有的不該做的繼續做，這是1個問題。

(二)就像俗話說考試會引導教學，我的意思是，就是問卷方向也會導引實際情況，例如這邊問卷做就醫經驗，評鑑內也要求醫院要做就醫經驗，醫院一直覺得很有意見，為什麼要把民眾就醫經驗特別拉出來，因為我們也做過就醫經驗相關研究，其實病人搞不好是對醫療很滿意、但對停車不滿意就扣很多分，1個人經驗值是很整體觀的，需要把這整個當作非常重要的嗎，我的意思不是說就醫經驗不重要，而是整體經驗要占滿意度調查的多少比重，是很值得討論的事情。

(三)醫療體系不可能滿足所有需求，像剛剛這些問卷都提到偏鄉或假日看診，但試問我們會期待每個人星期日都需要看中醫嗎？也就是問卷的命題本身也可能會誤導，希望將來健保署真正設計問卷一定是政策導向，不要讓民眾變成如同空白支票般來填，例如希望24小時、連星期天都有想要的醫療服務、跟7-11便利商店一樣方便。我不認為這是對的，國家的醫療資源不應該這樣附和。如果題目這樣不合

理的設計，使得調查拿到的滿意度很低，為了拉高而又要求如何改善，試問難道200個鄉鎮市，每個鄉鎮都要可以提供生產服務嗎？IDS系統每個小醫療體系都要分科到醫學中心這麼細嗎？這些都是有問題的，這是跟分級醫療背道而馳，將來問卷設計要考慮到政策合理方向，不要到時候用問卷綁住自己，不管是好的不好的，以上是我的建議。

朱委員益宏

- 一、主要是針對第1份報告，那特別是對於GIS(Geographic Information System)地理系統用這個來探討所謂醫療資源分布的事情，確實從一個生活圈的概念看整個醫療資源分布是很有興趣的，我們為何會有興趣，是因為最近台灣社區醫院協會與衛福部醫事司探討九期醫療網，就是以社區為中心，所以以此為議題，台灣醫院協會也針對社區醫院分布的地理位置，盤點後發現全台有70、80個鄉鎮，主要醫療是靠一家社區醫院，這也是從GIS的資料搜尋後所得知。
- 二、所以想請問中經院，108年的研究計畫成果能否提供我們參考。因為剛好我們也做這方面社區資源的盤點，不光是醫療資源，還去盤點所謂長照、安寧整體的醫療資源。我想中經院已經先對醫療資源做過部分研究，可能對我們在跟衛福部談相關議題時會很有幫助，所以我想，也藉這個機會拜託中經院將詳細資料提供給台灣社區醫院協會，謝謝。

徐代理委員邦賢(王委員棟源代理人)

- 主席，各位委員大家好，今天牙醫被點名好幾次，在此統一回應。
- 一、首先謝謝研究單位所做出的研究，有關會議資料第99頁投影片第8張，關於牙醫經常被詬病的約診容易度相關的一些指教，其實牙醫服務已經發展到，現今大部分就醫者都是無症狀就醫，也就是定期檢查，與邁向已開發國家牙醫就醫模式類似。這樣的話大部分患者會依照自己時間安排約診方式，有空才去掛號，至於醫院端的第一個是約診、急重症處理，至於定期檢

查的人可能就會被安排在後面一點，可能因此在滿意度方面很難全部符合大家的期待。

- 二、第二個是因為牙科不像是其它科，一個患者從坐上椅子接受診療服務，到完成後下椅子，至少要好幾分鐘甚至到30分鐘，如果我們要完全接受臨時掛號的患者，可能就「順了姑意逆了嫂意」(意指討好了一邊，卻得罪另一方，難以兩全)，要嘛就是椅子上處理得比較快可能會被嫌潦草，不然就是現場等候的人，覺得怎麼讓我等那麼久、牙齒痛得要死，這是來自科別的差異。
- 三、第三個就是其實牙醫就診模式，依我們牙醫全聯會的會內研究顯示，75%就醫病人都是就近方便，但也有25%是慕名就醫，在慕名就醫的約診度方面，的確一個醫生也只有兩隻手可以看診，所以對於慕名而來的醫師，的確約診度會持續下降。有關以前的調查，我的記憶沒那麼好，不知數據是否正確，我記得似乎105、106年的時候，調查的個案數好像有明顯下降，有一年是2千多案，隔年除以2，變1千多案，再加上那時候是以市話進行調查，如同周教授穎政所言，被抽樣抽到一個特殊意見的個案，4個總額心臟會蹦蹦跳，也就是只要說抽到一個對於某總額有特殊意見的，他的意見在加權後，整體調查結果就會很難看。
- 四、以目前牙醫服務人口比來說，台灣民眾是很幸福的，不會出現像最近英國有病患等3個月要拔智齒，結果智齒還沒拔掉，先拔掉自己生命的案例。我想牙醫總額在有限的給付、大家同舟共濟的情況下，會盡量做好我們的服務，以上說明，謝謝。

商委員東福(代理主席)

請何委員語。

何委員語

- 一、目前總額協商分5項，分別是醫院、中醫、牙醫、西醫基層跟門診透析，還有健保署的其他預算。我不知道專案項目有沒有

列入調查範圍內，建議中華經濟研究院未來若進行調查時，應依不同項目、總額來設計調查不同樣本，朝這個方向執行，較具客觀性。

- 二、中華經濟研究院已經辛苦完成研究報告，請將成果報告轉給評核委員參考，評核委員都是相關領域的專家學者，對醫療體系更為清楚，若將這二份研究報告內容列為評核參考資料，評核結果會更客觀，以上建議，謝謝。

商委員東福(代理主席)

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、時間的關係，我簡要說明，首先Echo(附和)以GI地理資訊系統來評估醫療資源的設置，其實在2016年總統大選時，g0v(零時政府，g0v.tw)是一個推動資訊透明化的社群)就曾據此分析各縣市的急診資源30分鐘、10分鐘以內可以到的密度。近年發現許多偏遠地區醫療服務單位設置點，常常隔50公尺就是另外一個鄉鎮，健保給付就不同，早期還沒有很明顯，現在則越來越多，而且這些年來交通運輸情境也有改變，我覺得將來可以利用GIS系統來重新判斷醫療資源不足地區，現在各總額部門都想要自行就偏遠或資源不足地區做更細緻的區分，而各總額間標準不一，也造成執行面困擾。
- 二、有關各總額部門滿意度調查結果，以西醫基層總額(會議資料第99頁)「醫護人員有無進行衛教指導」乙項為例，西醫基層總額有家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)，家醫計畫有提供額外誘因進行民眾衛教指導，如果比較後發現與其他總額有沒有顯著差異，建議健保署應該特別注意。理論上，經家醫群提供衛教指導後，調查結果應該會比較好，但每年滿意度調查中，西醫基層總額「醫護人員有無進行衛教指導」這項，回答「每次都有」的比例只有三成多、不到四成，似乎偏低。假若分析後，發現回答「每次都有」的民眾都集中在家醫群會員

的話，則西醫基層總額在推動分級醫療、留住病患的重要策略就是要加強對民眾的衛教指導，而不是每次病患回診就只是看完報告就好。

三、另外，有些政策推動的項目，以腹膜透析病人的等候時間為例，108年的調查結果很有趣(會議資料第101頁，「等候61分鐘以上之比率」107年為19.6%，108年增加為27.5%)，吳委員鴻來也在現場，當初政策推動腹膜透析是因為病人不需要到醫療院所，在家、在工作場合都可以執行透析，對於病患生活較便利，但若實際上腹膜透析病患還是到醫療院所、等候時間又變長，則調查結果應做為後續政策研析的參考，而不是報告後聽一聽數據就算了。

四、最後，在民眾就醫滿意度調查項目中，無障礙就醫環境部分我稍微懂一點，我覺得「請問您就醫診所是否具備無障礙通道及無障礙廁所？」這個題目要拆開來詢問，無障礙通道跟無障礙廁所在設置上屬於不同的難度等級並且有成本差異。在很多相關會議討論時，都認為要一定坪數以上的院所才能要求設置無障礙廁所，因為需要較大的空間才能設置，一般基層院所可能沒有空間可以設置，當然醫院依法規一定要設置。因此如果要調查的話，在中醫、西醫、牙醫可能要拆開來調查，因為很難一間診所內2個都有，可能聯合診所才能2項兼俱，透析診所可能也是一樣的情況，因為無障礙通道比較容易達成，無障礙廁所比較不容易設置，請健保署再審視題目問項，謝謝。

商委員東福(代理主席)

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

一、謝謝中華經濟研究院的報告，我也擔任這2個計畫的審查委員，簡單做以下提醒：

(一)會議資料第93頁(簡報第15張)提到「多數符合預期，但未達統計上顯著性」，理論上未達統計上顯著性，就是

indifferent、沒有差別，因此結論說「符合預期」，我個人會比較保守，延伸到後面研究成果(會議資料第94頁，簡報第18張)提到「巡迴醫療效果弱，透過醫院推動的效果較佳」，這點是蠻強烈的陳述，因此必須說明這裡指的成效是什麼？因為研究中評估成效部分有很多indicator(指標)，到底是哪一個部分成效好？都必須說明清楚，否則容易讓人斷章取義。

(二)我剛才也有提到，未達統計顯著差異，就是表示觀察到的是noise(無法解釋的變異)，即使是正向，也不適合說符合預期，既然是學術研究，在這部分就要小心一點。

二、剛剛周委員穎政提出「問卷調查是健保署執行，後面由健保會委託這個研究計畫，為什麼不全由健保署執行？」的意見，我倒覺得目前這樣安排沒有錯，因為健保署是執行單位，要有所謂公正第三人或是由健保會、監理健保署運作的單位來做評估才是，總不能自己做、自己評估，健保會委託兩個研究計畫是有其道理，我也給予肯定，加上中華經濟研究院的團隊做得很認真，在讀完研究報告後，覺得真的物超所值。

三、接下來的意見是針對健保署，中華經濟研究院對於問卷調查部分提出很多建議，最近健保署年度滿意度調查計畫也才剛要發包，強烈建議健保署問卷調查部分採用他們意見。事實上從我第一次參與評核會，看到相關資料時，第一個質疑的就是滿意度調查，我個人的評核意見很少針對滿意度調查，因為調查的樣本數很少，以108年健保署的滿意度調查為例，共調查1,034個人，「對全民健保滿意度」這項，只有83個人(8%)對健保不滿意，而看到不滿意主要原因時，有34.1%認為「除部分負擔外，自付費用太高」，34.1%很高、已是1/3，但問題是，8%(83人)除以3，其實就是10、20個人的意見，所以若據此來評論，就導致各總額部門人心惶惶，不知道今年會不會抽到籤王。

四、我擔任評核委員時，很少去看滿意度調查，因為少數人的意見就可能左右結果，這部分中華經濟研究院的報告中有詳盡說明，周委員穎政及滕委員西華對於滿意度調查結果也多有質疑，請健保署採納這些建議，謝謝。

商委員東福(代理主席)

- 一、謝謝，不知道委員還有沒有其他意見？(未有委員表示有意見)感謝委員寶貴意見，幾位委員因為有事提早離開，沒聽到報告真的很可惜，再請幫忙轉告，本案洽悉。
- 二、這是健保會很用心但沒有用很多錢的委託計畫，研究結果及委員所提意見，請中央健康保險署及各總額部門參考，本案就討論到此。
- 三、請問有無臨時動議？請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、不好意思，有關今天會議的時間安排，我覺得幕僚受到蠻大的壓力，才會預定12點半就結束，導致部分委員在會議還沒有真正結束前就陸續離開。我覺得這樣不太好，不能夠因為1個人的意見就要幕僚單位修改時間，我覺得不恰當。
- 二、本會每次會議應該都以下午2點結束為原則，我覺得會議可以提前結束，但不能因為人的關係來修改，變成會議時間沒有確定性，讓大家無所適從，這樣並不太好，雖然現在主委不在場，但委員會議時間應該要穩定，會議該到幾點結束，就安排到幾點結束，可以提前結束，但不該把會議時間隨便調動，以上建議，謝謝。

商委員東福(代理主席)

請干委員文男。

干委員文男

我補充一下，我原本不曉得，還問會務人員說為何會更改？本會開會時間從上午9點30分到下午2點是所有委員的共識，以前曾經有過開到下午3~4點，後來改為2點後也逐漸穩定下來。許委員駝洪買了

今天下午3點多的回程車票，現在散會是要他去逛地下街嗎？會議可以提早結束，延後則是要徵求大家的意見，但也不要將原有的共識時間打破，一旦破壞後，就不容易再訂定，而委員若有事都可以先行離席，這是我的看法，謝謝。

商委員東福(代理主席)

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

我認同趙委員銘圓及干委員文男兩位前輩，他們語重心長、用心良苦的提出議事建議，謝謝。

商委員東福(代理主席)

一、感謝各位委員，我要強調會議進行預定時間表會議之前也都有提供給委員們，不是因為個人而做特別改變，這點我可以保證，是同仁善意提供，讓委員可以參考，像我每次來開會都會詢問周執行秘書今天會議是否能在預定時間內進行？

二、感謝各位委員的用心，大家都很尊重委員會，這部分都會在會議紀錄內呈現，提早離席不在場的委員也都可以看到，大家可以安心，如果沒有臨時動議，今天會議進行到此，謝謝大家，散會！

健保署業務執行報告口頭報告重點摘要

壹、本署近期社會關切議題

109年7月23日版

一、院所停診或部分停診補償事宜

截至7/20止，20家院所(10家醫院、10家診所)收到衛生局停診通知，已有7家診所及7家醫院(台北x4、北區x3、中區x4、南區x2及高屏x1)檢具申請表向本署提出補償，已核定4家診所補償金額212萬餘元。

二、提升暫付金額方案

本署109年2月18日因應COVID-19(武漢肺炎)疫情配套措施討論會議決議「因應疫情期間院所申報量可能減少，請本署研議疫情期間以去年同期暫付款項支付院所之可行性，協助維持院所得以正常營運。」

- (一)經統計109年1-5月門住診整體成長率為-10%，109年6月以健保IC卡就醫件數來看，整體成長率-4.2%，已略為回升。
- (二)以總額別來看，109年6月醫院總額之醫學中心、區域醫院、地區醫院成長率分別為-1%、-1.3%及0.2%，牙醫總額與中醫總額則呈現正成長，成長率分別為5.7%及5.6%，西醫基層成長率為-9.9%，雖仍較去年同期低，但已較5月下降2成有所回升。
- (三)為協助院所維持正常營運，本署自費用年月109年2月起辦理「提升暫付方案」並每月持續滾動檢討，經統計每月多補付之金額70-84億元，109年1月至5月本方案共補付319.8億元。

三、109年醫院總額之醫療服務成本改變率預算用於支付標準調整案，說明如下：

(一)預算來源：

109年醫院總額「醫療服務成本指數改變率」預算103.846億元，協定事項為「優先用於急重難症、藥事服務費、急重症護理費、因應住院醫師納入勞動基準法以及門診減量配套措施等支付標準之調整」。

(二)辦理進度：

- 1.本署於109年5月29日函請23個部定專科醫學會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會，於109年6月30日前函送「急重難症」支付標準建議調整方案予台灣醫院協會，並副知本署；另亦於同日函請台灣醫院協會於109年7月31日前函送完整建議調整方案予本署。
- 2.經初步綜整，計有藥師全聯會、護理全聯會及12個部定專科醫學會提供建議調整方案，本署將俟接獲台灣醫院協會提供之建議調整方案後，依程序研議支付標準修訂事宜。

四、推動 C 肝全口服用藥成果

- (一)自106年1月24日將C肝全口服新藥納入給付以來，因持續納入副作用更低、療程更短、對全基因型病毒有效及適用於12歲至18歲以下兒童之新藥，並不再限制肝纖維化之給付條件，近三年新藥治癒率平均達98.1%。
- (二)109年度全民健康保險醫療給付費用總額，於醫院總額編列「C型肝炎藥費」專款47.6億元，西醫基層總額4.06億元，其他預算編列支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費30億元，合計81.66億元，預計至少可供5萬多人治療。
- (三)109年截至7月21日，使用新藥人數23,924人，約占今年預計治療人數之四成。

部門	109年新藥人數							
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月 (至21日)	合計
醫院	6,241	3,491	3,499	2,069	2,033	2,183	1,538	21,054
西醫 基層	843	369	555	319	283	296	205	2,870
總計	7,084	3,860	4,054	2,388	2,316	2,479	1,743	23,924

- (四)為加強新藥使用進度，協助健康署及地方衛生局辦理社區C肝篩檢作業，本署整合健保資料及健康署之成人健檢資料，彙整出約12萬名C肝潛在個案名單(如表1)，並於6月17日函知各地方政府衛生局，可向本署分區業務組申請資料(如表2)，衛生局可據以列出優先篩檢的對象，讓資源最大化利用，並將病毒檢測為陽性者轉介醫療院所治療。直到7月21日止，名單內已有2千人接受新藥治療。

表 1、C 肝潛在個案名單之人數分布：

名單分類	該分類人數	後續已接受用藥治療人數
可用藥治療(病毒檢測為陽性)	19,631	672
待檢驗病毒量 (抗體檢測陽性或有參加肝炎追蹤方案)	85,052	1,020
待篩檢抗體 (僅費用申報資料有 C 肝相關診斷)	21,398	321
合計	126,081	2,013

表 2、各縣市衛生局申請名單情形：(109/7/23 統計)

分區業務組	縣市	申請情形	分區業務組	縣市	申請情形
台北	臺北市	V	南區	雲林縣	X
	新北市	V		嘉義市	X
	基隆市	X		嘉義縣	V
	宜蘭縣	V		臺南市	V
	金門縣	V			
	連江縣	X			
北區	桃園市	V	高屏	高雄市	V
	新竹市	X		屏東縣	V
	新竹縣	V		澎湖縣	V
	苗栗縣	V			
中區	臺中市	X	東區	臺東縣	V
	彰化縣	V		花蓮縣	V
	南投縣	V			
總計數	22	16(73%)			

備註：V(有申請)；X(無申請)

(五)「108 年」及「109 年 1 月至 5 月」之提前停藥個案人數分別為 1,084 人及 231 人，分別占總治療人數之 2.4%及 1.2%，又 109 年停藥個案中，病人自行停藥 (65%)之比例較醫師評估停藥(35%)高，本署已請分區業務組輔導病人自行停藥較高之院所，加強對治療個案之回診聯繫。

區間	治療人數	停藥人數	停藥比例	醫師評估停藥		病人自行停藥	
				人數	比例	人數	比例
108 年	45,808	1,084	2.4%	277	26%	807	74%
109 年 1 月至 5 月	19,804	231	1.2%	81	35%	150	65%

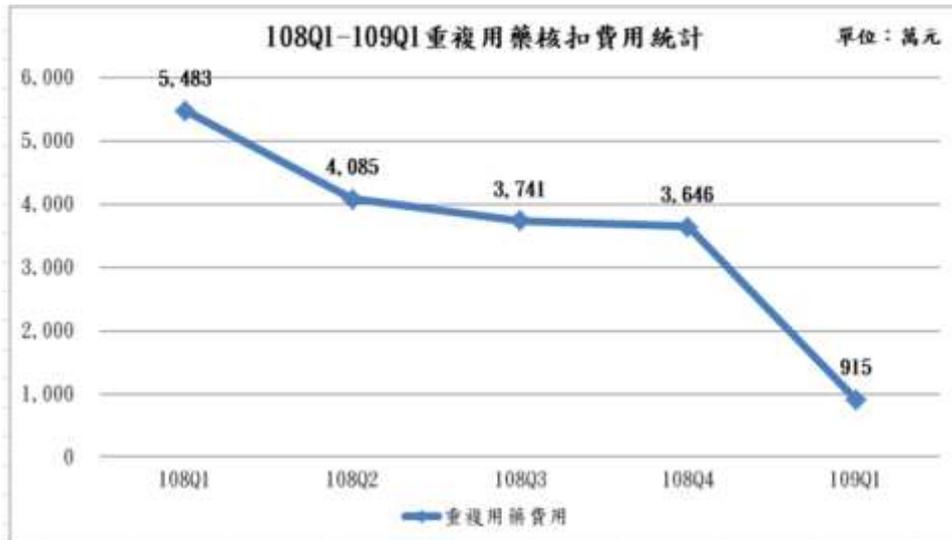
五、109 年第一季門診特定藥品重複用藥管理成果

(一)有關門診全藥類之重複用藥管理方案，考量疫情仍有諸多不確定因素，保留醫療量能以因應未來可能之風險，已函知公協會及醫事機構，管理方式調整為輔導院所正確申報，109年10月起未改善者不予支付。

(二)經健保雲端查詢系統提示功能發揮功用，及本方案之管理措施，統計108Q1至109Q1重複用藥資料顯示，核扣件數逐季減少，摘述如下：

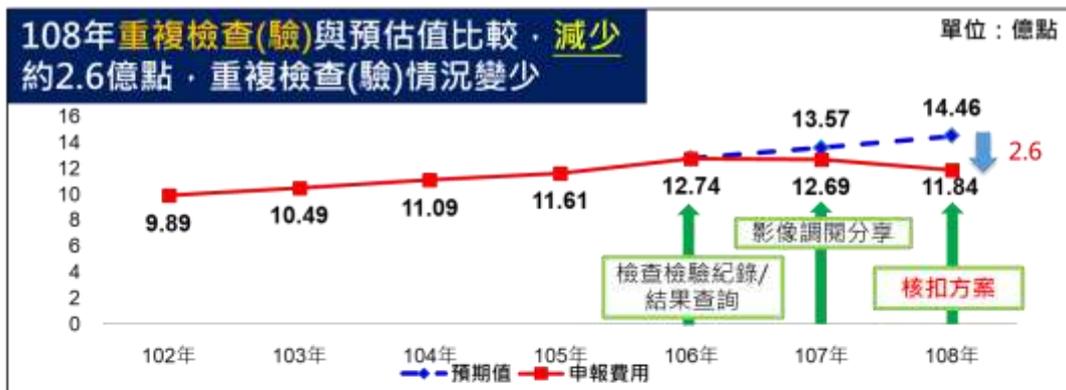
1. 核扣費用：由 5,483 萬元(108Q1)降至 915 萬元(109Q1 調整為輔導)，下降 83%。
2. 核扣家數：由 2,051 家(108Q1)降至 942 家(109Q1 調整為輔導)，下降 54%。

(三)本署將持續管理重複用藥費用高之保險醫事機構，以落實用藥安全。



(四)20 類門診檢查(驗)於合理區間再次執行之管理成效

1. 有關 20 類重要檢查(驗)管理方案，合理區間再次執行之管理已見成效，重複檢查(驗)情況變少，惟初次檢查(驗)病人持續成長，整體檢查(驗)費用仍逐年增加。
2. 經統計 108 年重複檢查(驗)與年化成長率預估值相較，由 14.46 億點降至 11.84 億點，減少約 2.6 億點，惟 108 年整體檢查(驗)與年化成長率預估值相較，由 675 億點上升至 708 億點，增加約 32.59 億點。



六、健保醫療資訊雲端查詢系統精進藥品交互作用電腦主動提示功能（109年6月業務執行季報告P.1）

- (一) 健保醫療資訊雲端查詢系統西藥交互作用提示功能(API)於108年11月25日建置上線，提示院所危及性命並絕對禁忌307個西藥交互作用比對項目。
- (二) 統計自108年11月25日至109年6月22日，西藥交互作用API累計查詢紀錄為460萬筆，含16家醫學中心、58家區域醫院、140家地區醫院、1,019家基層診所及254家特約藥局，共計1,487家院所使用。
- (三) 為提升病人用藥安全，本署於109年7月起擴大提示禁止併用、避免併用之西藥交互作用比對項目(448個)。另提供可能危及生命或須醫療介入以預防嚴重不良反應發生之中西藥交互作用比對項目(3,110個)，供醫師診間處方參考。

七、提升旅外國人參加健保公平性及改善大陸人士參加健保合理性—建議修法

(一) 政策建議：廢除出國停復保制度

目前爭點 設有戶籍出國6個月以上，辦理停保，暫停繳納保費。返國可以立即復保使用健保資源，影響權利義務的公平性及合理性，國人普遍認為有改革之必要性。

影響人數 每年辦理停保者約16萬人，有半數以上(約9萬人)回國復保後，短期1年內又再度辦理停保，惟保費收入與醫療支出相當。

政策分析 1. 可提升國人對健保制度認同及公平性，符合大多數國人訴求。
2. 引發出國期間持續繳納保費，醫療資源使用的方便性不如國人的爭議。

短期復停保保費及醫療利用概況

年度	人數	保費收入 (億元)	醫療支出 (億點)	就醫人數	就醫率 (%)	平均醫療點值 (點/人)	平均繳納保費 (元/人)
106	86,790	4.25	4.05	58,945	68%	4,667	4,903
107	87,990	4.34	3.97	58,904	67%	4,507	4,928
108	91,066	4.48	4.17	60,295	66%	4,915	4,577

(二)政策建議：除籍退保返國恢復戶籍加保，應等待 6 個月或補繳退保期間保險費

目前爭點 除籍退保2年內恢復戶籍，可立即加保，並自加保日繳納保費即可，造成長期旅外國人遇重大疾病返臺就醫情形。

影響人數 每年回國設籍立即加保者約1.4萬人，健保財務呈現支出大於收入狀況。

政策分析 回應外界對旅外國人平時未繳納保費，返國就醫的合理性及公平性質疑。

年度	人數	保費收入 (億元)	醫療支出 (億點)	就醫人數	就醫率 (%)	平均醫療點值 (點/人)	平均繳納保費 (元/人)
105	14,663	1.24	1.53	9,622	66%	10,434	8,456
106	14,262	1.11	1.53	9,483	66%	10,728	7,783
107	14,259	1.08	1.19	8,841	62%	8,370	7,549

註：108 年退保又加保後一年期間未到，尚無相關資料。

除籍退保 2 年內返國加保保費及醫療利用概況

(三)政策建議：配合兩岸政策檢討大陸人士參加健保資格

目前爭點 不具我國國籍的陸籍配偶，及國人與陸配的未成年子女，衛福部以公告的方式准予加保，引發合法性及公平性爭議。

影響人數 參加健保之大陸人士約 5.4 萬人（陸籍配偶 5.2 萬人；未成年子女 955 人；專業及其眷屬約 300 人），健保財務呈現支出大於收入，主要為育齡婦女相關生產費用。

政策分析

1. 檢討目前公告方式准予參加健保之合法性。
2. 修法可能會影響部分具有陸籍配偶的臺灣家庭。
3. 未來因應社會情勢變更之必要，予以通盤檢討。

大陸人士加保保費及醫療利用概況							
年度	人數	保費收入 (億元)	醫療支出 (億點)	就醫人數	就醫率 (%)	平均醫療點值 (點/人)	平均繳納保費 (元/人)
106	62,041	7.55	8.24	51,211	83%	13,286	12,171
107	54,502	6.96	7.73	46,340	85%	14,190	12,771
108	54,129	7.19	8.04	45,924	85%	14,858	13,292

貳、承保業務 (109 年 6 月業務執行季報告 P. 3)

一、投保單位數統計：

109 年 5 月投保單位約 93.0 萬家(含社福外勞單位 20.6 萬家)，較去年同期增加 1.6 萬家，成長 1.71%，其中以第一類第二目增加約 1.2 萬家佔最大宗，其次為第一類第三目增加約 0.3 萬家。

二、保險對象人數統計：

109 年 5 月保險對象約 2,392.3 萬人，與去年同期比較外來人口增加約 1.3 萬人(屬工作人口約 1.0 萬人)，連同國人合計增加約 2.9 萬人。

三、平均投保金額與平均保險費統計：

109 年 5 月第一類至第三類被保險人平均投保金額為 39,387 元，較去年同期成長 1.81%。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

受本署因應疫情實施之健保費緩繳協助措施及提升暫付金額方案影響，本(109年第2)季保費收入減少 1.07%、醫療費用成長 8.65%。

一、現金收支情形 (109 年 6 月業務執行季報告 P. 7、8)

(一)本(109)年截至第2季保費收入3,303.44億元，醫療費用支出3,428.89億元，其他收支淨餘80.48億元，收支餘額短絀44.97億元，累計收支餘額1,404.64億元。

(二)109年第2季現金收支與去年同期之比較 (詳108年第2季與109年第2季現金收支情形表)

1. 保費收入:較 108 年同期減少 1.07%，主要係本署自 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)緩繳協助措施影響所致。
2. 醫療費用:較 108 年同期成長 8.65%，主要係本署因應疫情實施提升暫付金額方案影響所致。
3. 其他收支:較 108 年同期成長 56.11%，主要係因「菸品健康福利捐分配及運用辦法」於 108 年 5 月 24 日公布修正菸捐分配比例，並回溯自 4 月 1 日起生效，致去年 5 月份菸捐受配款遞延至 7 月撥付所致。

109年第2季與108年第2季與現金收支情形比較表

單位：億元、%

	108年4-6月	109年4-6月	增減金額	成長率
保費收入(A)	1,063.92	1,052.45	(11.47)	(1.07)
醫療費用(B)	1,658.32	1,801.73	143.41	8.65
其他收支 ^註 (C)	23.65	36.92	13.27	56.11
收支餘額(=A-B+C)	(570.75)	(712.36)	(141.61)	

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6月業務執行季報告P.7)

本(109)年度截至第2季，保費收入3,050.67億元、保險給付3,351.20億元、呆帳費用27.19億元、其他收支相抵結餘81.94億元，合計保險收支淨短絀數245.77億元，依法收回安全準備填補短絀，收回後安全準備餘額為1,521.66億元，折合約2.71個月保險給付。

三、高雄市政府欠費情形(109年6月業務執行季報告P.11、P.15)

- (一)截至109年6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6月底止已撥付20.38億元，餘2億元亦於7月14日撥付。

肆、醫療業務

109年1至5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10.2%，申報點數下降3.5%。

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6月業務執行季報告P.25、P.52表14)

109年5月底有21,460家，特約率92.67%，較4月增加13家院所(西醫醫院減少1家、中醫醫院持平、西醫診所增加9家、中醫診所增加2家、牙醫診所增加3家)。

三、醫療費用申報：摘述如下(詳如下表)：

(一)109年第1季(109年6月業務執行季報告P.26-28、P.58-61)

1. 醫院部門：整體件數下降5.6%，申報點數下降0.7%，預估平均點值上升為0.9501。
2. 西醫基層：整體件數下降7.3%，申報點數下降1.7%，預估平均點值上升為1.0195。

3. 牙醫總額：件數下降 3.9%，申報點數下降 1.4%，預估平均點值上升為 1.0069。

4. 中醫總額：件數下降 0.9%，申報點數雖上升 3.6%，惟因預算成長約 5%，預估平均點值仍將上升為 0.9225。

(二)109年4、5月

1. 醫院部門：4 月整體件數下降 16.6%，申報點數下降 9.6%，5 月整體件數下降 12.4%，申報點數下降 7.7%，

2. 西醫基層：4 月整體件數下降 18.7%，申報點數下降 8.4%，5 月整體件數下降 24.3%，申報點數下降 12.7%。

3. 牙醫總額：4 月整體件數下降 11.8%，申報點數下降 6.1%，5 月件數下降 9.3%，申報點數下降 5.3%。

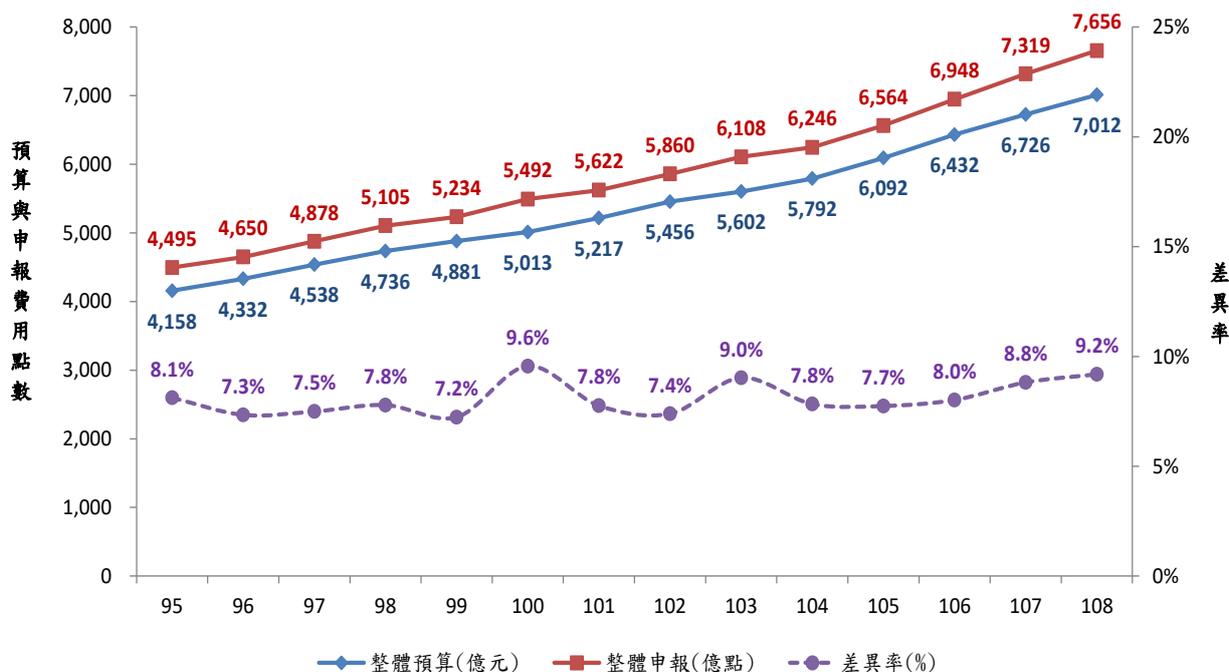
4. 中醫總額：4 月整體件數下降 3.6%，申報點數上升 0.1%，5 月整體件數下降 4.5%，申報點數下降 0.5%。

109 年第 1 季、4 月、5 月就醫件數及費用統計

總額別	109 年第 1 季		109 年 4 月		109 年 5 月	
	次數成長率	費用成長率	次數成長率	費用成長率	次數成長率	費用成長率
醫院總額	-5.6%	-0.7%	-16.6%	-9.6%	-12.4%	-7.7%
醫學中心	-5.9%	-0.4%	-17.0%	-9.5%	-12.0%	-7.8%
區域醫院	-6.1%	-1.8%	-17.0%	-10.6%	-12.9%	-8.7%
地區醫院	-4.7%	0.9%	-15.8%	-7.6%	-12.2%	-5.0%
西醫基層	-7.3%	-1.7%	-18.7%	-8.4%	-24.3%	-12.7%
牙醫	-3.9%	-1.4%	-11.8%	-6.1%	-9.3%	-5.3%
中醫	-0.9%	3.6%	-3.6%	0.1%	-4.5%	-0.5%

(三)109年5月之醫療費用申報除基層、中醫下降幅度較4月大外，其他總額皆較109年4月下降幅度趨緩。

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年各總額部門平均點值，尚稱穩定(109年6月業務執行季報告 P. 39、P. 96 表 28-1)

年季 \ 總額別	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	0.9617	0.9015	0.9644	0.9345	0.8550
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
108年第4季	0.9694	0.8886	0.9542	0.9326	0.8532
109年第1季 (預估點值)	1.0069	0.9225	1.0195	0.9501	0.8529

註：108年中醫點值較低係因108年3月1日調整支付標準。

伍、業務推動主題摘要-109年1-3月分級醫療執行情形(109年6月業務執行季報告P.182)

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：

109年1-3月較106年(基期)同期，醫學中心就醫占率從10.42%減少至9.00%，區域醫院就醫占率從14.60%降至13.20%；地區醫院就醫占率由約9.63%增加至10.41%，基層院所就醫占率由65.35%增加至67.39%。

單位：千件

總就醫次數	106年1-3月		109年1-3月	
	值	占率	值	占率
合計	72,964	100.00%	71,205	100.00%
醫學中心	7,602	10.42%	6,412	9.00%
區域醫院	10,654	14.60%	9,401	13.20%
地區醫院	7,024	9.63%	7,409	10.41%
基層院所	47,684	65.35%	47,984	67.39%

二、轉診案件申報情形(以接受轉診端分析)：

109年1-3月總轉診案件769千件，占總就醫件數比率1.08%(106年同期為0.70%)。其中轉診至醫學中心就醫305千件，占該層級就醫件數比率4.76%(106年同期為2.61%)；轉診至區域醫院就醫322千件，占該層級就醫件數比率3.43%(106年同期為2.39%)，轉診至地區醫院118千件，占該層級就醫件數比率1.59%(106年同期為0.88%)；轉診至基層院所24千件，占該層級就醫件數比率0.050%(106年同期為0.001%)。

單位：千件

接受院所層級	106年1-3月		109年1-3月	
	值	轉診率	值	轉診率
總就醫件數	72,964		71,205	
轉診件數	514	0.70%	769	1.08%
醫學中心				
總就醫件數	7,602		6,412	
轉診件數	198	2.61%	305	4.76%
區域醫院				
總就醫件數	10,654		9,401	
轉診件數	254	2.39%	322	3.43%
地區醫院				
總就醫件數	7,024		7,409	
轉診件數	62	0.88%	118	1.59%
基層院所				
總就醫件數	47,684		47,984	
轉診件數	0	0.001%	24	0.050%