

衛生福利部全民健康保險會
第4屆109年第8次委員會議事錄

中華民國109年10月23日

衛生福利部全民健康保險會第4屆109年第8次委員會議紀錄

時間：中華民國109年10月23日上午9時30分

地點：本部301會議室(台北市忠孝東路6段488號3樓)

主席：周主任委員麗芳

紀錄：馬文娟、張琬雅

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(09:30~
10:55及12:10以後代理)

朱委員益宏

何委員語

吳委員國治

吳委員榮達

吳委員鴻來

李委員育家

李委員偉強

周委員穎政

林委員敏華

林委員錫維

邱委員寶安

柯委員富揚

翁委員文能

馬委員海霞

商委員東福

張委員文龍 中華民國工業協進會楊顧問玉琦(11:25以後代理)

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
蔡委員明鎮
蔡委員登順
鄭委員建信
盧委員瑞芬
賴委員進祥
謝委員佳宜
羅委員莉婷

請假委員：

鄭委員素華

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

壹、主席致詞

各位委員、各位與會代表，大家早安！非常感謝各位委員的努力，我們已經完成今年度最重要的總額協商法定任務，10月16日也在健保署協助下召開110年度保險費率審議前的意見諮詢會議，與會的專家學者及委員都提供諸多寶貴意見，幕僚已請中央健康保險署參酌修正「全民健康保險110年度保險費率方案(草案)」，將提送11月份委員會議審議，相信各界也對本會寄予厚望。

另外，黃委員金舜邀請本會委員參加中華民國藥師公會全國聯合會預計在12月10~11日舉辦的社區藥局實

地訪查活動，歡迎委員踴躍參加。

由於今天的議案較多，請委員們發言盡量精簡。接下來開始今天的委員會議，謝謝！

貳、議程確認

決定：確認。

參、請參閱並確認上(第 7)次委員會議紀錄

決定：確認。

肆、上(第 7)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 7)次委員會議決議(定)事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤案(共 1 項)：同意依幕僚擬議，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤案(共 1 項)：同意依幕僚擬議，繼續追蹤。

二、考量討論事項第五案與上開擬繼續追蹤案相關，經委員同意，討論事項第五案提至優先報告事項之前進行。

三、餘洽悉。

伍、討論事項第五案(依會議決定提至優先報告事項之前進行)

提案人：干委員文男、何委員語、吳委員鴻來、李委員育家、林委員敏華、林委員錫維、邱委員寶安、馬委員海霞、張委員文龍、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、葉委員宗義、趙委員銘圓、蔡委員明鎮、鄭委員建信、鄭委員素華(依委員姓名筆劃排序)

代表類別：保險付費者代表

案由：近年政府未遵循健保法承擔 36% 經費，其高額的不足款如滾雪球逐年擴大，如說明一，將加速 110 年安全準備餘額降至 0.5 個月；而在政府尚未撥補不足

款之際，卻頻頻透過媒體廣宣調漲費率？等同將高額不足款轉嫁給全民負擔；費率審議在即，建請健保署配合辦理事項，如說明三(一)及說明四，以供健保會委員有效執行 110 年費率審議程序、嚴謹辨識已發生中的費率審議風險、據實衡量安全準備悖離情形、正確回歸安全準備 2.3~2.5 個月、依法回應現行費率適足，並建置專屬費率審議公開資訊，昭全民公信案，提請討論。

決議：委員所提意見，送請衛生福利部及中央健康保險署研參。

陸、優先報告事項

第一案

報告單位：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結果之整體成長率及部分協定事項確認案，請鑒察。

決定：

一、確認 110 年度醫療給付費用總額協商結果之整體成長率，相關數值如下表：

部門別 項目	達成共識			未獲共識兩案併陳				110 年度總額	
	牙醫門 診總額	中醫門 診總額	其他預算	醫院總額		西醫基層總額		付費者 方案	醫界 方案
				付費者 方案	醫界 方案	付費者 方案	醫界 方案		
金額 (億元)	481.90	284.92	161.53	5,382.04	5,406.84	1,500.45	1,518.34	約 7,810.83	約 7,853.53
成長率 (增加金額)	3.055%	4.306%	增加 4.69 億元	3.995%	4.474%	3.229%	4.460%	3.779%	4.346%

註：1.計算成長率所採基期費用為 109 年度核定總額(約 7526.41 億元)。

2.年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

二、確認各部門總額新增項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(如附件)，將併入本會 110 年度各部門醫療給付費用總額協商結果，報請衛生福利部核(決)定。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「109 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告」，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。

柒、討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：110 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、110 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 388.7 百萬元)移撥 2 億元，作為風險調整移撥款，以持續推動各分區醫療資源平衡發展，促進區域內醫療體系整合及強化弱勢人口之醫療服務。

2.扣除上開移撥費用後，用於計算地區預算所採之門、住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

(1)門診服務(不含門診透析服務)：

預算 51% 依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，49% 依醫院總額支付

制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

(2)住診服務：

預算45%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，55%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

(3)各地區門、住診服務，經依(1)、(2)計算後，合併預算，按季結算各分區浮動點值以核付費用。

3.所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

(三)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，於109年12月底前送本會同意後執行。

二、委員所提意見，送請中央健康保險署及醫院總額承辦團體研參。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：110年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：本案保留續議。請中華民國醫師公會全國聯合會參酌委員意見，於109年11月6日前，重新提送建議方案(含「校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數」占率，及風險調整移撥款建議額度與用途)，以利11月份委員會討論。

第三案

提案人：趙委員銘圓、干委員文男

代表類別：保險付費者代表

案由：為減少健保藥費支出暨保障廣大民眾用藥權益和多重選擇機會，建請中央健康保險署在尊重病友自由選擇前提下，來推動及鼓勵醫療院所使用生物相似性藥品，以減少健保藥費支出及讓病患有選擇機會案，提請討論。

決議：本案涉及藥品給付事宜，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參考。

第四案

提案人：趙委員銘圓、鄭委員建信、陳委員炳宏、吳委員鴻來、邱委員寶安、陳委員莉茵、陳委員有慶、許委員美麗、何委員語、許委員駢洪、林委員錫維、馬委員海霞、蔡委員明鎮、干委員文男

代表類別：保險付費者代表

案由：再次建請中央健康保險署早日與「胃腺癌」及「晚期肝細胞癌」IO 免疫新藥業者達成協議，讓「胃腺癌」與「晚期肝細胞癌」患者能夠使用 IO 免疫新藥，讓病患及家屬有多一種選擇和生存機會案，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，委員所提意見，送請中央健康保險署併同本會 109 年第 3 次委員會議(109.5.22)之決議辦理。

捌、報告事項

報告單位：中央健康保險署、本會

案由：全民健康保險業務監理指標之監測結果及評析報告，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署參考。
- 二、另請本會幕僚參考委員所提意見，及委託研究計畫成果報告，彙製 108 年全民健康保險年度監測結果報告供委員參考。

玖、散會：下午 13 時 45 分。

附錄：與會人員發言實錄

**各部門總額新增項目協定事項之
「執行目標」及「預期效益之評估指標」**

部門別	新增項目	「執行目標」及「預期效益之評估指標」	
牙醫門診總額 — 共識方案	一般服務	新醫療科技(新增診療項目)	1.執行目標：服務疑似乾燥症患者3千人。 2.預期效益之評估指標：服務人數。
		糖尿病患者口腔加強照護	1.執行目標：服務糖尿病患者15萬人。 2.預期效益之評估指標：3個月內進入牙周病統合治療方案人數，試辦1年後較前1年改善。
		高齡患者根管治療難症處理	1.執行目標：70歲以上患者根管(90001C、90002C、90003C、90019C、90020C)難症治療顆數18萬顆。 2.預期效益之評估指標：提升70歲以上根管治療顆數，試辦1年後較前1年增加。
	專款項目	牙醫特殊醫療服務計畫(增列腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務)	1.執行目標：服務17萬人次(含服務腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者2千人次)。 2.預期效益之評估指標：服務人次。
		0~6歲兒童口腔健康照護試辦計畫	1.執行目標：服務0~6歲兒童9千6百人。 2.預期效益之評估指標： (1)中風險兒童接受完整試辦計畫期間內，再發生齲齒填補顆數低於2顆(含)以下。 (2)高風險兒童接受完整試辦計畫期間內，再發生齲齒填補顆數低於3顆(含)以下。
中醫門診總額 — 共識方案	一般服務	中醫針灸處置品質提升	1.執行目標：提升中醫針灸處置照護品質。 2.預期效益之評估指標： (1)新增自費項目，眼部特殊針灸，納入健保給付。 (2)新增自費之輔助治療項目，納入健保給付。
		中醫傷科處置品質提升	1.執行目標：提升中醫傷科處置照護品質。 2.預期效益之評估指標： (1)管控傷科總處置時間。 (2)新增自費之輔助治療項目，納入健保給付。

部門別	新增項目		「執行目標」及「預期效益之評估指標」
	專款項目	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫(新增呼吸困難相關疾病中醫照護)	1.執行目標：至少服務 6,000 人次。 2.預期效益之評估指標：針對住院中之呼吸困難患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到呼吸功能恢復、日常生活能力改善、生活品質提升，併縮短住院天數，降低醫療費用支出。
醫院總額 — 醫院代表方案	一般服務	持續推動分級醫療，壯大社區醫院	1.執行目標：分年提撥預算校正。 (1)調增夜間及假日門診診察費 20%，並回歸每點 1 元支付。 (2)強化社區急診照護-調增急診診察費 01015C、急診檢傷分類第 4 級 00204B 及急診檢傷分類第 5 級 00225B 支付點數由原 19%調至 20%，並回歸每點 1 元支付。 (3)保障地區門診診察費每點 1 元。 2.預期效益之評估指標：提高病人門診醫療可近性。
		應分級醫療調整，改變醫療供給型態	1.執行目標：分年提撥預算，保障區域級(含)以上醫院住診服務項目(住院診察費、護理費及病房費每點 1 元)。 2.預期效益之評估指標：提升區域級(含)以上醫院住院照護品質。
西醫基層總額 — 西醫基層代表方案	一般服務	因應肺炎疫情上呼吸道感染照護費	1.執行目標：保障執行上呼吸道感染照護之醫師，能持續為民眾提供醫療服務。 2.預期效益之評估指標：執行上呼吸道感染照護之院所持續提供服務。
	專款項目	新冠肺炎/武漢肺炎(COVID-19)所造成之醫療成本增加(含風險加給)	1.執行目標：減少院所因新冠肺炎疫情停診風險。 2.預期效益之評估指標：維持基層院所看診數。

第 4 屆 109 年 第 8 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 7)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。開會時間已到，現在出席的人數已經過半，達法定開會人數，可以開始進行今天的會議，請主席致詞。

周主任委員麗芳

- 一、各位委員、各位夥伴、還有李署長伯璋、蔡副署長淑鈴大家早安大家好！非常感謝各位委員的努力，我們已經完成今年度最重要的總額協商法定任務，10月16日也在健保署協助下召開110年度保險費率審議前的意見諮詢會議，與會的專家學者及委員都提供諸多寶貴意見，幕僚已請中央健康保險署參酌修正「全民健康保險110年度保險費率方案(草案)」，將提送11月份委員會議審議，相信各界也對本會寄予厚望。
- 二、另外，黃委員金舜邀請本會委員參加中華民國藥師公會全國聯合會預計在12月10~11日舉辦的社區藥局實地訪查活動，歡迎委員踴躍參加。
- 三、由於今天的議案較多，且今天李署長伯璋特別來進行健保署的業務執行報告，所以等一下請委員們精簡發言。接下來開始今天的委員會議，謝謝。

周執行秘書淑婉

- 一、本次議程安排，優先報告事項有2案，第1案是110年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項確認案；第2案是健保署109年第3季全民健康保險業務執行口頭報告。
- 二、討論事項有5案，第1、2案是依照年度工作計畫排定，是110年各部門總額一般服務之地區預算分配案，這是屬於本會法定任務且必須在今年年底前完成的事項，本次提會討論的是醫院及西醫基層總額。第3~5案都是本次委員提案。

三、報告事項 1 案，是全民健康保險業務監理指標監測結果及評析報告，本來原訂在 8 月份報告，但因為 8、9 月議案比較多，而且有總額協商會議，所以在第 6 次委員會議同意延到本月會議報告。

周主任委員麗芳

如果委員沒有意見的話，議程確認。接下來進行上(第 7)次委員會議紀錄確認。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

委員如果沒有意見的話，會議紀錄確認。請進行下一案。

貳、「上(第 7)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 7)次委員會議決議事項計有 2 項，依辦理情形建議解除追蹤 1 項、繼續追蹤 1 項，最後仍依照委員會議定結果辦理。擬解除追蹤的 1 項，是有關健保署 8 月份業務執行報告中委員的意見，健保署的回復在會議資料第 61~62 頁，請委員參閱。
- 二、說明二，是本會依照全民健康保險法第 24 條第 2 項規定，如同主席剛提到上週五(10 月 16 日)已完成召開全民健康保險 110 年度保險費率審議前意見諮詢會議，會議紀錄在 10 月 22 日發文，其發函正本已放置各位委員桌上，敬請查收。
- 三、說明三，是健保署今年 9~10 月份發布及副知本會的相關資訊，幕僚已在 9 月 23 日及 10 月 8 日寄至委員電子信箱，相關資訊重點摘要，請委員參閱。

周主任委員麗芳

請問委員有無詢問？請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

- 一、會議資料第 60 頁擬繼續追蹤事項，即 9 月份委員會議資料第 16 頁，有關政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足款的議題，為持續強化健保的財務監理功能，我們在去(108)年 12 月份委員會議提案，請健保署依決議於未來各年度逐期提供「委員主張依法計算」財務收支情形報表，讓委員了解，持續強化健保財務監理，並提供於「總額範圍報行政院前之諮詢會議、總額協商會議(含事前之總額協商草案座談會)、保險費率審議會議(含審議前之意見諮詢會議)、提報總額核定結果會議(年底委員會議)」，我們不斷請求提供報表，但從「去年 12 月 27 日，到今年 2 月 21 日、4 月 24 日、7 月 24 日、9 月 24 日、至上週

10月16日」，請問各位有沒有看到這樣的財務收支情形分析報表？數一數都超過6次了，這樣的請求超過6次，顯然都超過手上5根指頭，請問大家，健保署至今有沒有遵照該次決議提供，至今健保署仍未提供，但本次會議擬繼續追蹤事項的期限是109年12月，合理嗎？如果大家覺得這個請求不明確，就請翻閱前述幾個月份的議事錄。請問大家，有沒有藐視本會決議、有沒有罔顧全民託付健保會委員的監理職責，過不過分？

二、敬請健保署拿出良知、良能，下個月即將審議費率，這是很重要的報表，拜託健保署依去年12月份委員會議決議，提供提案委員所主張依法計算的財務收支情形報表，並把本案的完成期限改為「當健保署確實依108年12月27日委員會議決議，提供委員主張依法計算的財務收支情形報表」，這樣的管考才是有意義。這建議案是16位委員連署提案，目的是為了讓本會能辨識財務風險、讓大家衡量目前安全準備的悖離情形，且對於本委員會持續健保財務監理更是具有傳承的意義！在此補充。

周主任委員麗芳

- 一、謝謝陳委員炳宏的意見，陳委員炳宏也是語重心長對有關政府應負擔健保總經費的部分提出意見，請健保署參考。
- 二、委員如果沒有其他意見，擬解除追蹤案1項，同意依幕僚擬議，解除追蹤，陳委員炳宏關心的是繼續追蹤的部分，今天健保署李署長伯璋、蔡副署長淑鈴都在場，相信陳委員炳宏的意見，健保署會帶回去參考，擬繼續追蹤案1項，同意依幕僚擬議，繼續追蹤，餘洽悉，接下來進行優先報告事項。請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、主席、各位委員大家早安，接續剛剛陳委員炳宏所談的，這案歷次委員會議以來，陳委員炳宏已經講了6次，只是希望健保署提供財務收支相關報表，決議(定)通通都列入追蹤，卻都沒有結果，且按照完成期限或管考週期是109年12月，屆時現任

委員還不一定會繼續在健保會裡面(明年換屆)。

二、陳委員炳宏已講得很清楚，健保署應該拿出這份報表，讓大家都做一個公評，而不是用敷衍的方式，讓這案子一直拖，是非常不對的。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

陳委員炳宏提供的補充資料 3，說明得很清楚，其與社保司對法律的見解與看法，意見相左。委員們已多次在會議中提出，陳委員炳宏非常用心，此次提案也花了很多精神，如果現在能夠解決，後面的問題就可更快解決。如果陳委員炳宏講的對，接續應該怎麼做，如果不對，怎樣才是對？應該明確答覆。要不然的話議案的追蹤已經過了，過了以後還要怎麼樣？再繼續提案，每次會議都要提案，每次都連署，這樣不好看，我希望能徹底解決。

周主任委員麗芳

等會先請社保司商委員東福簡短回應，至政府應負擔健保總經費法定下限 36% 的問題，細節內容及具體交換意見，可留待討論事項第五案再討論。請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、政府負擔健保總經費 36% 的議題，確實在第五案還會再討論，我只針對陳委員炳宏剛剛提到歷次委員會議中提案 5、6 次，本會都同意但沒有執行。我個人對此有不同意見，印象中本會並沒有同意，陳委員炳宏及一些付費者代表，一直對政府負擔健保總經費 36% 提出質疑是事實，但並非所有委員都有應該這樣處理的共識。
- 二、我印象中歷次委員會的決議，包含社保司、衛福部都有回應，只是陳委員炳宏或部分委員都不滿意，最後主席結論都是送請健保署參考，大概是這樣的決議內容，所以並非本會決議的要求健保署一直沒有執行，我想這樣澄清，可能是部分委員的提

案，沒有得到滿意的答覆，僅此而已。

陳委員炳宏

感謝...。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏稍等，容我先說明，本案已納入繼續追蹤，今天會議一開始，我已說明今天議案很多，議程已排滿到下午 2 點，在此拜託大家，有關政府負擔健保總經費 36% 的部分，可否在討論事項第五案再討論？本案討論到 9 點 45 分，請陳委員炳宏簡短說明。

陳委員炳宏

- 一、請容許我解釋一下這 2 案的差異，第五案是因應即將要面對的 110 年度保險費率方案審議案，希望健保署能回補以前所提供會議資料中遺失、被刪除及被藏起來的部分。
- 二、36% 的部分，我先謝謝朱委員益宏，但如果詳看健保署提供的資料，確實沒有依照 108 年 12 月份的委員會議決議辦理，我們尊重健保署提供的財務收支報表，但連署委員想要的是依照健保法第 76 條第 1 項，代入同法第 2 條、第 3 條所計算出的報表，卻一次都沒有提供，所以應該要給我機會講話。
- 三、剛朱委員益宏所講的，大家會覺得我又在增加大家困擾，我們所主張的報表，請問健保署有在哪一次委員會議提供過呢？朱委員益宏這樣一說，該提案決議又被失焦、又會被敷衍過去了。我借用何委員語講的一句話，誰是「專業經理人」，我再加一句話，有沒有盡到「善良管理人之注意」？要本著良知良能，不然朱委員益宏這樣一句話帶過後，這議題好像就不是那麼一回事了。而且我剛剛也明確列出 6 次日期出來了。

周主任委員麗芳

請商委員東福說明。

商委員東福

- 一、謝謝主席及各位委員的關注，剛剛陳委員炳宏提到依法提出報表，這部分健保署很為難，因法律適用有疑義時，主管機關有

統一解釋權。每次陳委員炳宏發言我都很想回應他，因為他很用心做這個事情，但怕影響大家時間。然而這聲量彷彿會影響這事情的對錯，故我必須回應陳委員炳宏。

二、當法律上有疑義時，主管機關要統一解釋。我上次有說明，我們與主計總處對法規的見解一直有些爭議，所以行政院召開跨部會的會議來討論，決議「應提列之安全準備」採實際值計算，亦即無論從收入面或支出面來計算都要有一致的結果，所以實質上用收入面來計算也對，然陳委員炳宏在歷次委員會議都主張應採他所認定的支出面，並列出那樣的差距，就我們主管機關來講是無法接受的。

三、剛剛陳委員炳宏問為什麼不提供資料，我上次有回應，如果您私下要一些資料，我們都會提供給委員，健保會同仁都很用心處理，但陳委員炳宏要求的是依法提供，當然就必須依法辦理。等討論第五案時，若有更多時間我可以再解釋說明，過去為節省會議時間，我並未每次會議都有做回應。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

謝謝商委員東福，剛剛說依法提，請問依法提是在哪裡？這是健保署之前提供的資料，我們追蹤到 105 年，請參閱會議資料第 134 頁，就我們應遵循的安全準備計算項目，健保法第 76 條第 1 項明確列出相關的加項...。

周主任委員麗芳

陳委員炳宏，會議資料的第 134 頁是討論事項第五案，進行到第五案再講好嗎？

陳委員炳宏

一、如果不講清楚的話，這案子會一直拖下去，剛剛商委員東福說可以私下要，我曾 E-mail 書面請求提供資料，但並沒有提供給我，我不好意思指名道姓。攸關整個健保收入，有沒有善盡

管理人職責去把關？我不會區隔什麼收入面或支出面，有關政府應負擔健保法定經費的計算方式，我都是依健保法第 76 條第 1 項算出來的數字，再代入第 2 條、第 3 條去演算出來；你們則依主管機關「認定」的計算方式，選擇收入面或支出面中比較小的，對政府有益的來計算 36%。

- 二、請參閱會議資料第 134 頁安全準備計算項目，說明得很清楚，這是引用 105 年 11 月 18 日健保署提供的保險費率審議資料，其中，先講健保法第 76 條第 2 項是「減」項，當收支發生「短絀」時要拿安全準備來「填補」，健保法第 76 條第 1 項是「加」項，在講應提列安全準備「來源」，第 1 項有 5 款來源，第 1 款是每年收支結餘，第 2 款為滯納金，第 3 款為運用收益…等等，舉其中第 1 款收支「結餘」為例，剛剛提到收支「短絀」已經在第 76 條第 2 項拿安全準備來完成「填補」，問題就出在主管機關「認定」的計算方式，你們又把到第 76 條第 1 項第 1 款收支「結餘」混淆成「短絀」，誤認成為減項，但它是加項，總要將第 76 條的「第 1 項」及「第 2 項」清楚區分出陰、陽吧，一陰一陽之謂道，不能混淆「加、減」！剛剛講第 2 項是減項，安全準備已被減、去填補短絀，請釐清第 1 項是加項，健保署裡面有很多會計專家，拜託拿出良知良能，第 1 項第 1 款是講結餘、結餘、結餘，卻還誤用扣錢的方式來對待應提列安全準備「來源」，我們要重複說明幾遍！會議資料第 134 頁，這是你們過去遵循保險費率審議規範所提供的資料，但現在健保經費收入有沒有顧好？

周主任委員麗芳

我徵求各位委員同意…。

商委員東福

拜託主席讓我回應，這不是聲量來決定…。

周主任委員麗芳

既然大家要討論，因為今天沒有多餘時間可在第五案重複討論，可

以將第五案調整到現在討論嗎？不然今天真的討論不完，尤其有點失控，大家各講各的，如各位委員沒有意見，就直接進行討論事項第五案可以嗎？(委員：可以。) 好，請先進行討論事項第五案。
(接著先進行討論事項第五案，之後再回到優先報告事項第一案)

參、討論事項第五案「近年政府未遵循健保法承擔 36%經費，其高額的不足款如滾雪球逐年擴大，如說明一，將加速 110 年安全準備餘額降至 0.5 個月；而在政府尚未撥補不足款之際，卻頻頻透過媒體廣宣調漲費率？等同將高額不足款轉嫁給全民負擔；費率審議在即，建請健保署配合辦理事項，如說明三(一)及說明四，以供健保會委員有效執行 110 年費率審議程序、嚴謹辨識已發生中的費率審議風險、據實衡量安全準備悖離情形、正確回歸安全準備 2.3~2.5 個月、依法回應現行費率適足，並建置專屬費率審議公開資訊，昭全民公信案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏說明。

陳委員炳宏

一、感謝大家！中秋節及雙十期間有 2 位認真的資深委員遭到媒體、團體負面抨擊，深感不捨，我便開始思考怎麼擬稿，本著良知連署 19 位委員提案，110 年度保險費率方案審議案在即，下個月就要討論了，建請健保署回歸 3 個重點：

(一)回歸 102 年開辦初年當時明確決議的健保費率審議規範，詳實提供費率審議資料。

(二)請遵循去年 12 月 27 日健保會決議必須提供「委員主張依法計算的財務收支情形報表」，讓大家嚴謹辨識已發生中的費率審議風險、據實衡量安全準備悖離情形。

(三)參照台電，我們講費率，台電也有費率(攸關全民的電費)，建置健保費率審議公開資訊，以昭全民公信。

二、由於排版編號的調整，先請大家將案由的「說明三-1」修正為「說明三之(一)」；請參閱會議資料第 118 頁，檢視近年政府沒有遵循健保法承擔健保經費，重點是，剛剛干委員文男提及的今天會議「補充資料 3」，我已經回應社保司並釐清說明。

三、請參閱會議資料第 119 頁，過去政府撥補 102、103 年應負擔

健保經費的高額不足款，大家曾經努力過，干委員文男當時也是提案連署人，也成功爭取 490 億元，讓健保署有更多財源運作配置，對醫界也受益。

- 四、拜託社保司捍衛健保法，而不是推給修法，問題真的不是在修法，希望社保司一起協助我們，爭取合法稅賦填補健保經費缺口。體制內我們已盡力爭取了，大家可以看到會議資料第 119~120 頁的表格，共摘錄 14 項，而各次會議爭取過程的詳細說明，可參閱會議資料第 124~129 頁。
- 五、重點是，下個月面臨的保險費率方案審議案，這整個法遵基礎有無失序？預警的基礎安全準備有無失真？而不是政府所擔憂的 110 年安全準備總額折合保險給付支出月數降到 0.5 個月以下？但回歸健保法規定計算，110 年安全準備將是 2.3~2.5 個月，費率是適足的，不必調漲費率！
- 六、另請參閱會議資料第 120 頁，檢視早期提供的費率審議書面資料，例如 105 年 11 月份尚依照健保開辦初年我們所規範的方式辦理，包括安全準備應提撥的項目，即會議資料第 134 頁，條款確實有第 76 條第 1 項及第 2 項；我先講第 2 項「減項」，當收支發生「短絀」時，我們該被扣回去的安全準備，就該拿去填補，但再往回看第 1 項「加項」，該加的就拜託加回來，如果沒得加時，請依規定寫零就好了。而不要在第 2 項扣過的金額，混淆到第 1 項再扣下去，那計算政府的負擔經費就縮水了！
- 七、長期提醒政府儘早撥補不足款，若真能夠實現願望，應依法計入安全準備，現行費率就確實適足。再請翻閱會議資料第 121 頁，下個月費率方案審議案在即，檢視早期健保署提供「費率審議資料」尚依配合辦理，但關鍵資料「安全準備提撥項目」自 106 年 11 月之後已被移除，請健保署回歸健保相關審議規範，如附件二-2，請大家自行參閱第 130~133 頁，我們已經長期努力提醒政府撥補 36% 不足款，至今沒有結果，政府卻頻頻

透過媒體廣宣調漲全民健保費率，等同將政府負擔健保經費的高額不足款轉嫁給全民負擔！所以說當前是我們守護最後一道防線的時候，請問大家要不要依法？應該要「依法不依人」審議費率。

- 八、最後該依什麼樣的規範：健保署可以從此提案的說明三之(一)，好好去把正確的費率審議資料回補回來，而不是移除掉，移除掉後面的格式，反而新增一些於法無據的相關計算公式。今天經過熱絡討論之後，大家已經釐清真實情況，但本屆任期年底即將屆滿，也會被替換，所以永續傳承的最好方法，就是建議參照台電(如附件三，會議資料第 139 頁)，建置健保審議費率公開資訊專區，目的就是去中心化，以昭全民公信，以上補充。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

我想請教商委員東福，請主席等一下能請商委員答覆。

周主任委員麗芳

好。

何委員語

- 一、第 1 點，如果你認為政府沒有應負擔健保法定下限 36% 的短差，為什麼健保署最近提供給委員的資料(健保財務收支情形表)中，保險收入有 1 項是政府負擔不足法定 36% 之差額，為什麼提供此份資料？裡面呈現 107 年、108 年差額多少，累計到 109 年差額多少。如果你認為政府負擔健保經費沒有不足，為什麼要提供這些報表資料，而且註明是政府 36% 的短差金額，這就表示政府承認政府負擔法定 36% 是有不足差額的。
- 二、第 2 點，你剛才說行政院統一解釋以收入面來計算政府應分攤 36%，不是用支出面計算。請教收入面中有沒有包括滯納金？有沒有包括安全準備運用的收益？收益很低只有 0.17%、0.18%，

但也是收益。雖然不像勞工退休金有 3%、私立教職員退休金有 5.8% 的收益，但安全準備運用的收益算不算收入？

三、第 3 點，政府開徵的菸品健康福利捐，還有公益彩券，這些算不算收入？想了解當初在解釋法令的時候，後面括弧有沒有備註這些不算收入？

四、此外，依其他法令規定之收入，有沒有計入收入？如果當時只講收入面，是否包括這些項目，若包括這些項目為何沒有含計在裡面？為什麼把它排除在外面？希望先弄清楚，若行政院解釋是以收入面計算政府應分攤的 36%，那這些滯納金、安全準備運用的收益金額，還有菸品健康福利捐、公益彩券的收入，及其他法令的收入，包括其他這些積欠健保費的利息，有沒有計入收入？須釐清，如果行政院認為以收入面計算政府應分攤的 36%，沒有註明排除以上這些收入，那麼這些收入就要列進去。

周主任委員麗芳

若委員有需要詢問的地方，可先提出來，等一下請社保司及健保署回應。請問委員還有沒有意見？沒有，好，先請健保署就剛剛何委員語的提問做說明。

陳專門委員振輝

一、上個月委員會議資料附表(健保財務收支情形表)所提的政府負擔不足法定 36% 之差額，這個差額是指本署依照法規估算政府當年已負擔之金額不足應負擔 36% 之差額部分，政府依法會編列預算來補足，本署向來於提供健保財務收支報表時一定會呈現。

二、陳委員炳宏所提意見與衛福部前與行政院協商確立的法律見解及計算方式不一樣主要有 2 項，一是「應提列或增列之安全準備」項目，當年度虧損時，要按實際短絀數或以 0 列計？另外，就是健保法施行條細則第 45 條所列的其他法律規定補助之保險費，要不要扣除列入政府已負擔的保險費。

三、至於政府應負擔法定下限 36%如何計算，健保署是執行單位，本署係依照衛福部與行政院協商確立之法律見解及計算方式辦理。

周主任委員麗芳

請社保司說明。

商委員東福

- 一、回答剛剛何委員語的問題，所謂差額，大家都知道當然會有差額，因為要先計算民眾跟雇主繳了多少保費之後，才能對應計算政府需要繳的 36%金額，不足 36%的部分則需要補足。這點我們都知道，只是對計算方法大家看法不同。剛剛陳委員炳宏所提，到底哪些算、哪些不算，或者是該算哪些等爭議，先就這一點補充健保署剛剛的說明，再對陳委員炳宏跟何委員語的提問做回覆。
- 二、上次提到，我們還特別邀請專家學者，包含在場部分委員也有參與，都有經過這樣的討論程序，而且實際上我們做的不只這樣，今天主計總處也在場，其實我們向主計總處爭取，以對健保有利方式計算政府應負擔 36%的力度不會比各位委員小。在爭取時，我不會說政府違法、欠健保錢，都會說健保對政府、全民的貢獻那麼大，政府是不是應該採優惠或更好的方式計算政府應負擔的 36%，雖然做法不同，但我們共識是一樣的。
- 三、有關法規的部分，針對陳委員炳宏和何委員語提出的問題，我一併解釋回答。請看健保法第 76 條，本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下...，所以會有每年度收支結餘，收支結餘大的項目就是保險收入減掉保險支出，但其實還是有一些細項，例如，雜項業務的收入、營運資金的孳息、其他業務收入，這些都列為收入。減項的部分，就是已支出卻沒有收到的費用，例如委員關心的呆帳或健保支付的利息，這也都是減項費用。這會發生在健保法第 76 條第 1 項第 1 款，就是年度收支結餘部分，收入減掉支出，細項就是剛剛唸的東

西，何委員語剛剛提的，我待會會再補充說明。

- 四、滯納金、菸品健康福利捐或是其他法律規定的運動彩券或公益彩券，這也是安全準備的來源，當然也會列為收入。只不過陳委員炳宏認為應算入公式，公式是保險給付支出加上應提列的安全準備減掉法定收入，有部分是法定收入會被扣掉，這點我想陳委員炳宏和我們的看法一致。差別在於陳委員炳宏不認同，我們主張健保法第 76 條第 1 項是在規範安全準備金的來源。同條第 2 項規定，收支短絀時，當然可以用安全準備填補。這個概念是什麼？填補的意思是說，並不是現在已經收了就只能用正值，擺在那邊不能用，而是當有短絀時要填補差距，這也是為什麼從 105 年開始有這樣的爭議，但是還是特別強調，我們用比較嚴謹的作法確認法律見解和計算方式後，這個爭議已經解除了。
- 五、很可惜的是，我一直讓陳委員炳宏講，節省我的時間，但讓各位以為他講的是對的、是合法的，但我必須要講，法不是天道而是人訂出來的，法律就已經訂在那邊，法就是這樣，我們就是要依法，我強調的是這一點。
- 六、上次委員會議本來主席有安排讓我講 20 分鐘，我最後只講 3 分鐘，17 分鐘都讓陳委員炳宏講，所以我夠尊重委員了，但我今天不退讓，因為會積非成是。以 105 年來講，我們的主張是應提列的安全準備是剛提到的那些來源，在會計科目上收支有結餘的情形，當年保險費收入比支出少，當年是-126 億元，滯納金 3 億元、運用的收益 7 億元、菸品健康福利捐有 172 億元，其他公益彩券、運動彩券有 13 億元。在收支是-126 億元的情況下，以安全準備，如滯納金收益、菸品健康福利捐...填補後剩 70 億元，所以當年應提列安全準備剩下 70 億元。
- 七、陳委員炳宏主張是短絀的部分不能填補，所以收支結餘就是 0 元，滯納金是 3 億元、運用收益是 7 億元、菸品健康福利捐 172 億元、其他法令 13 億元，加起來 195 億元，這就是公式裡面，

第 1 個保險經費加上應提列部分，政府應提列 70 億元，但陳委員炳宏是認為應提列 195 億元，這樣算起來按照公式減掉法定收入，我們對法定收入的認知是一樣的，就是菸品健康福利捐、公益彩券...，唯一差別是每年度收支結餘，陳委員炳宏主張不讓我們用所謂第 76 條第 2 項填補的概念，這是繁版，數字比較複雜。

- 八、接下來我講簡版，102 年開辦二代健保，原本擬採家戶總所得後來變成補充保費。當時的爭議是，因為那時是收大於支的情況之下，所以主計總處主張，我用簡版說明先不用 36%，改用三分之一的概念舉例，民眾、雇主各負擔 100 元，原則上政府負擔 100 元，但當時主計總處主張，以支出金額計算政府負擔，假設支出 270 元，再除以 3，政府說我只要出 90 元就好，當時怎麼可能讓政府只有付 90 元，所以我們據理力爭，也是走剛剛提到統一解釋的程序，由行政院召開會議，最後採納本部的版本，就是還是要用收入 100 元的概念作為計算的基礎，所以政府應該要出 100 元。
- 九、現在收入少於支出，健保從民眾收 100 元、雇主收 100 元，結果花費 330 元，就可以先用以前安全準備 30 元填補，應該用 300 元除以 3，政府也是出 100 元，這是我用簡版解釋。
- 十、繁版很複雜，因為支出是 5,683 億元，應提列安全準備金是 70 億元，當年法定收入是 189 億元，健保法第 27 條規定，民眾和政府應負擔的比例，例如無雇主者參加職業工會的被保險人，由政府補助 40% 的部分，也會列為政府已負擔，再扣減回來，其他相關的細則和法令規定，上次已經解釋就不再特別解釋。就是 5,683 億元加安全準備，回算減掉其他法定收入 189 億元，政府應填補 430 億元，按照陳委員炳宏的算法政府要補到 475 億元，相差的金額就是陳委員炳宏一直放在心上的 45 億元，這是以 105 年為例進行說明。但按陳委員算法，政府應補的缺額會越來越多，其實我們不容許這樣的事情發生。再次強調，我們都有共識要依法，這個法不是天道，不是道德經或聖

經，是人訂出來的法，當法有爭議就是透過統一解釋，我們已經用很嚴謹的方式，請專家學者印證。還有必須強調，要修法是我們的善意，並不是這個法錯了，所以按照法令要修法。我曾問過大家，若有比較好的條文內容請再提供出來，不代表我認為這個法有錯要修法，而是為讓大家沒有疑義而修法，我必須要表明我的態度，以上說明。

周主任委員麗芳

謝謝，社保司商委員東福解釋的很清楚，當然我們要肯定社保司這段時間很努力。請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

- 一、謝謝商委員東福，剛商委員東福的話一定會列入會議記錄，我如果不解釋的話，大家又會被模糊，我很簡單講就好，不耽誤大家太多時間。
- 二、剛商委員東福說，健保短絀時，我們不讓他們以安全準備填補？在健保法第 76 條第 2 項規定，健保年度收支發生短絀時，應由保險安全準備先行填補。第 2 項是有關短絀填補的規定，近年發生收支「短絀」，我們有拿安全準備來「填補」，讓你們扣了，商委員東福剛剛說我不讓你們扣？若是如此，安全準備怎麼會逐年減少、到明年將降到 0.5 個月？這裡很多法律專家、也有律師資格者，剛我開宗明義從健保法第 76 條第 2 項「減項」講起，有讓你們用安全準備去填補短絀，這是法條明確規範。而提到健保法第 76 條第 1 項「加項」，「應提列安全準備來源」就是計算政府應負擔 36% 不足數，計有 5 款，剛何委員語有解釋了，我就舉第 76 條第 1 項第 1 款每年度收支「結餘」為例，權責單位計算政府負擔健保經費時，不當將健保法第 76 條第 2 項「短絀(負數)」，混淆再代入第 76 條第 1 項「結餘」，錯誤計算「應提列安全準備『來源』」金額，這是減少健保經費收入來源很重要的關鍵；再看到第 76 條第 1 項第 2、3、4、5 款有沒有在「應提列安全準備『來源』」先被扣掉，公式之外還會再被扣掉，去計算政府 36% 不足數，這樣

大家清楚嗎？

(註：政府應負擔健保經費 $\geq 36\% \times [(\text{保險給付支出} + \text{「應提列安全準備」}) - \text{法定收入}]$)

三、我沒有講道德經，但是訂定法律的人有他的對稱智慧，我先講第 76 條第 2 項「減項」，「減項」已經被扣，後講第 76 條第 1 項「加項」，該加就給我們加，沒有的話，結餘就寫 0 元！這樣說明仍不清楚的請舉手。所以，我不是不讓你們扣，請不要誤會，這點我要釐清。

周主任委員麗芳

本案預計討論 30 分鐘，現在只剩 3 分鐘，請何委員語簡短發言，再請商委員東福做最後的回應，其他委員如果還有意見的話，請提書面意見。請何委員語。

何委員語

- 一、我非常贊成修法，現在法律條文不明確，才造成這麼大的爭議，以前可以補現在不能補 36% 不足數，現在不能補是用行政命令去改變，行政命令改變和行政命令解釋無法讓大家信服。以前法律規定，政府都填補，現在用行政命令宣布 36% 不填補，不填補的說明內容無法讓人民和老百姓，聽清楚、信服、同意，問題出在這裡。
- 二、第 2，剛商委員東福有提到，把政府對無雇主勞工參加職業工會者所補助的 40%、政府分攤有雇主勞工的 10%，都算在 36% 裡面，是不是這樣？若是這樣又有很大的出入，政府補助的無雇主勞工 40%，補助有雇主勞工 10%，這是福利支出，不是健保費支出，要弄清楚這點。在國家稅收、稅賦裡面，那筆錢是幫忙無雇主勞工，是福利支出，不是保險費支出。如果再把 40% 與補助勞工的 10%，算入 36%，當然差距很大，變成把我右手付的錢和左手付的錢，又把右手付的錢計算進去，這樣不對，右手給的是給勞工的福利金，我認為差距就在這裡，所以很贊成法律修改明確，不然這樣下去爭議很大，連政府負擔無

雇主勞工的 40% 都包含在 36% 內，把它從收入面扣掉，差距當然越來越大，我認為應該把不明確的法律規定修改到非常明確。如果現在用行政命令解釋，在法定收入部分，把補助勞工 40% 和 10% 扣除，我想社會大眾都不會接受。

周主任委員麗芳

最後請張委員煥禎發言，再請商委員東福回應，其他委員拜託請提書面意見。

張委員煥禎

- 一、我講的是原則問題，這麼多年來，商委員東福其實是很敬佩的 1 位委員，每次說話都很公正，今天也不改其公正的原則，但我覺得他在維護政府權益。老實講，在健保會如果要講法，檢討起來健保署裡面現在用行政命令違反健保相關法規的太多了(例如部分負擔應用定率，健保署用定額)，過去那麼多年來，一來是無奈，反正行政命令和規範有時凌駕於法律之上，過去學的是行政命令抵觸法律無效，法律抵觸憲法無效，但在健保法，應該還有很多例子。建議下一任的委員，不管是醫界、付費者或學界的委員，應該要好好把相關法規弄清楚，不見得是誰對誰錯，但必須要處理，不然很諷刺，需要的時候講法，但如果把它翻出來好好檢視的地方太多了。建議下一屆委員應該要審慎檢討相關法規一下，很多過去的不談了。
- 二、第 2 個，在這邊大家同樣是健保會的委員，所有委員在第五案提出意見也是為全民把關，健保會的責任也就在這裡，在這裡商司長東福被派來作委員，像我們一樣，不管醫界、付費者代表，目的是幫健保會把關，商委員東福是比較為難，應該不要在這裡討論太多，因為不會有結果。理論上我們和商委員東福是同一條陣線，建議對這個議題應該成立 1 個小組，健保會是不是可以組 1 個小組，討論怎麼用健保會給政府在此議題上是否該修法的壓力，政府當然要站在政府立場，但我們有我們的立場，像剛商委員東福所言，法是人訂出來的，但如果有爭議時應該要協調，至少要让政府知道健保會委員相當重視這問

題，36%不是我們說的算，但也不是他們說的算，要有結果，不然這個爭議已經太久了，為什麼我一定要發言，請主席明智一點，在這屆就算不能解決，是不是也要找出可以解決的方法，以後不要每屆都討論這件事，謝謝。

周主任委員麗芳

請商委員東福回應。

商委員東福

- 一、謝謝 3 位委員的關心，過去沒有浪費大家的時間，今天為了讓大家清楚，要稍微浪費大家的時間，我不是要說服大家而是要說明。
- 二、其實本案有 2 個爭議，第 1 個是何委員語提到哪些應該算政府支出？第 2 個是陳委員炳宏剛提的安全準備的爭議，這 2 個爭議我們都承諾會檢討修法，但這真的要靠眾人的智慧，我想張委員煥禎提這個事情，朱委員益宏也提過，公務員只怕他太守法，不用擔心會違法。公務員是非常信守法遵的，所以我不花時間解釋。
- 三、回應何委員語提的內容，健保是社會保險或社會福利一直有爭議，但在正規檯面上，可以說我國的健康保險是帶有社會福利性質的社會保險，不然政府為何要負擔 36%？至於剛剛何委員語提到行政命令，這是法規命令，是規範在細則中，這不是更低階的行政規則，而是經過立法院審查通過的，上次委員會議我也有提過，在座有幾個委員當時也在現場。健保法第 3 條第 2 項，政府依法令規定應編列本保險相關預算的規定。健保法第 27 條就是依健保法所編列，例如員工自付 30%，老闆付 60%，政府幫他付 10%，政府付的 10%當然也算入政府負擔的部分，所以職業工會、沒有收入者、農民、第 6 類保險對象政府補助至少 40%，還有政府全額補助者，這都要列入政府負擔的部分。大家都認為政府好像只要付 36%，不是這樣的。哪一天這些項目說不定就接近 40%，政府就要付 40%，並沒有自我設限

36%，而是以前大概 34%，因為我們太認真爭取到 36%，不足的地方，政府應該要填補，但也是填補到 36%。我國不是高稅收國家，怎麼可能讓政府太超過其負擔能力。

- 四、針對何委員語說的，這些當然算政府負擔，不然保險就是民眾和保險公司的關係，因為是具福利性質的社會保險，政府有這樣的負擔。健保費率或總額最後都要政府核定，但都會尊重委員意見，這是彼此平衡的概念。
- 五、陳委員炳宏一直提健保法第 76 條，我提到其來源如下，不是用途，我想健保署、主計總處比較懂，這就是 1 個安全準備來源項目，為了說明安全準備來源，而獨立有 1 個項目，但只是 1 個項目，與健保署為製作財務報表，而分項羅列之收支結餘不同。例如健保的短絀以安全準備去填補，並不是財務報表所列的收支結餘，是依整年度收支短絀去填補。
- 六、剛陳委員炳宏提到有讓健保填補短絀，陳委員炳宏可能忘記了，填補的就是其他法定收入，例如菸品健康福利捐、公益彩券...189 億元，我知道陳委員炳宏、李前委員永振也好都是很遵守法遵讓我們扣計算公式中的法定收入，但未讓我們先行填補虧損。例如支出 330 元，1 個人負擔 100 元，收入只有 300 元，支出超過收入，當然用以前的錢填補，因為以前的錢每塊錢都是依照法規大家分擔而來的，怎麼可以說政府支出 110 元，另外 20 元才可以用以前的錢，以前的 20 元政府也有支出，政府不是多出 10 元，而是多出 10 元加上 20 元的三分之一，政府算得很精，政府財務不容易，坦白講，我都是拜託，但不會說政府不合法，要政府依法，以上說明。

周主任委員麗芳

謝謝，社保司剛剛有提到，已著手考慮未來如何修法。

商委員東福

- 一、再補充說明一下，其實陳部長時中也曾坐在這個會場承諾大家可以檢討修改，例如依法令，是健保法所列的項目才列入政府

負擔，還是其他項目也列入？當時包含幾個委員也有參與，健保法施行細則是在立法院通過定案，規範哪些算、哪些不算。若將來把健保法第 3 條政府依法律規定，明確改為依健保法，就只有依健保法政府所支應的補助會列為政府負擔，不會再依健保法施行細則第 45 條將健保法以外的其他補助列入政府負擔。

二、現在政府就是依法行政，修法是要讓法規更明確，但很多事情就是與時俱進，法律不管怎麼修都要隨時去檢討，隨時修正。

周主任委員麗芳

本案委員所提意見，送請衛福部、健保署研參。若委員還有其他意見，請提書面。

(接續進行優先報告事項第一案)

肆、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協商結果之整體成長率及部分協定事項確認案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請陳組長燕鈴說明。

陳組長燕鈴

- 一、本會已於 109 年 9 月份委員會議(109.9.25)完成 110 年度總額協商，為後續報部事宜，有 2 項提請委員確認。
- 二、第 1，確認 110 年度總額協商結果整體成長率，依本會協商結果，牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算有達成共識，醫院跟西醫基層沒有共識是兩案併陳，依照公式計算，醫院跟西醫基層總額採付費者方案，請委員參看中間表格最右邊的兩列，採付費者方案則年度總額費用約 7,810.83 億元，較 109 年度總額成長率是 3.779%，如果採醫界方案則是 7,853.53 億元，成長率 4.346%，這兩個方案都在行政院核定的總額成長率範圍的 2.907%~4.5%之間。
- 三、第 2，確認各部門總額新增項目執行目標跟預期效益。109 年 9 月份委員會議決議，請健保署和各總額承辦團體進行研訂，並提報本會，健保署回復資料請參閱會議補充資料 1 的第 2 頁，健保署提報與各部門總額研訂結果，請看第 2 頁第一點，醫院總額、西醫基層總額、中醫門診總額部分，醫界團體都建議依本會 109 年 9 月份委員會議，協商結論所列的文字，這個部分健保署也予以尊重，所以這 3 個部門意見一致。
- 四、牙醫門診總額的部分，請參閱綠色封面會議資料 1 第 2、3 頁，列出牙醫師公會提出的內容和健保署的建議，牙醫部門總額共有 5 個新增項目，其中一般服務有 3 項，專款有 2 項。
 - (一)一般服務部分，牙醫師公會提供的內容，健保署建議都是尊重牙醫師公會的意見。

(二)請參閱會議資料第3頁，專款部分有2項，對於牙醫特殊醫療服務，健保署也尊重牙醫師公會意見。

(三)專款部分的最後1項「0~6歲兒童口腔健康照護試辦計畫」，全年經費6,000萬元，預期效益評估指標，健保署也尊重牙醫師公會意見。牙醫師公會提出服務目標是服務0~6歲兒童9,600人，請參閱健保署建議的第2點，健保署表示依健保會上個月委員會議的協商議事錄，牙醫師公會委員提出協商經費6,000萬元可服務0~6歲兒童2萬人。目前牙醫師公會提出是9,600人。第3點健保署就牙醫師公會所提服務人數9,600人，用原先提出的支付方式和支付點數推估6,000萬元，可提供的服務人數，請參考估算方式。健保署表示，依協定事項，請牙醫師公會擇縣市試辦，實際執行方案提本會同意後執行。健保署建議第4點，支付內容與點數須由牙醫師公會和健保署討論後，提具體方案到健保會同意後執行。

五、請委員參閱會議資料第64頁，以上2個部分，本次委員會議確認後，會併入110年度總額協商結果，儘速報部決定並辦理後續公告事宜。

周主任委員麗芳

謝謝幕僚的說明，接下來請委員就牙醫師公會提出新增項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」進行討論，討論之前先請牙醫師公會代表徐代理委員邦賢說明。

徐代理委員邦賢(王委員棟源代理人)

一、我代理牙醫師公會王理事長棟源向大家報告，我們在研擬新增項目協定事項之「執行目標」、「預期效益之評估指標」時，主要以能夠確實算得出來的數字為主，因此在與健保署充分討論後，我們才提出相關內容，也很感謝健保署能夠尊重我們的意見。

二、請參閱會議補充資料1的第3頁，有關「0~6歲兒童口腔健康

照護試辦計畫」項目，牙醫師公會本次建議執行目標為服務0~6歲兒童共9,600人，而健保署建議內容中提到本會原先提出6,000萬元經費可服務2萬人的部分，可能是當時我們未注意文字細節，在此做個澄清。此計畫原規劃經費為1億6,000萬元，故原預估可服務約2萬人，但經協商後經費降為6,000萬元，依此經費重新計算，最後預估可服務9,600人。因為此項目屬於專款，若經費不足無法由一般服務預算挹注，倘若將執行目標數訂得太高，可能造成後續專款項目的浮動點值過低，因為過去曾有其他專款項目也遇到這個問題，可能會影響計畫的推動，並影響牙醫師團體的配合意願。所以才會將執行目標數修正為9,600人，這已經是將6,000萬元經費進行最充分有效的運用。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

我對於牙醫師公會的報告沒有特別意見，但我想詢問健保署針對0~6歲幼兒是否訂有相關口腔健康照護的政策？就我所知，日本針對0~6歲已入學的嬰幼兒，由政府運用公務預算去執行口腔保健及牙齒塗氟的工作，至於0~3歲未入學的嬰幼兒，則透過打預防針的時機進行，在施打預防針的地點，會有牙醫師為嬰幼兒進行口腔及牙齒檢查。因此，日本的小朋友進入小學後齲齒率很低。在臺灣，如果沒有透過嬰幼兒打預防針時順便做口腔保健及檢查，等到進入學校後才執行，可能錯過預防的時機，除非家長願意特別帶0~3歲的嬰幼兒去看牙醫，但我們都知道照顧0~3歲的嬰幼兒特別辛苦，我認為衛福部應該要負起責任，我不確定這是衛福部哪個單位應該負責？應該研議商請當地牙醫師駐診衛生所，並編列經費請牙醫師替嬰幼兒做口腔健康檢查，這才是根本之道，否則家長要抱嬰幼兒去看牙醫其實是不太容易，應該要有更好的計畫才能提升嬰幼兒口腔健康。

(註：口腔健康政策規劃與推動屬衛福部心理及口腔健康司執掌)

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

我對牙醫師公會提出的建議內容，非常有意見，以下逐項說明：

- 一、有關「新醫療新科技(新增診療項目)」部分，我認為以服務人數當作預期效益之評估指標，其實是沒有實質效益的，上次我也提醒過不應該用服務人數來當作評估指標。本次牙醫師公會所提執行目標為服務疑似乾燥症患者 3,000 人，我認為至少應該用增加服務人數的概念呈現，例如：增加服務疑似乾燥症患者 3,000 人，所以我個人認為評估指標應該要再加強呈現效益。
- 二、有關「糖尿病患者口腔加強照護」部分，預期效益之評估指標為 3 個月內進入牙周病統合治療方案人數，試辦 1 年後較前 1 年改善。但是具體要改善到什麼程度？效益是什麼？都沒有明確訂定，也沒有說明之後要怎麼進行評估。
- 三、有關「高齡患者根管治療難症處理」部分，牙醫師公會所提執行目標為 70 歲以上患者根管(90001C、90002C、90003C、90019C)難症治療顆數 18 萬顆，但是預期效益之評估指標卻為提升 70 歲以上根管治療顆數且試辦 1 年後較前 1 年增加，請問預期效益與執行目標有相關性嗎？另外請教所謂的難症是指那些項目？而治療難症的預期效益到底是什麼？
- 四、有關「牙醫特殊醫療服務計畫」部分，我不表示意見。針對「0~6 歲兒童口腔照護試辦計畫」部分，牙醫師公會所提執行目標為服務 9,600 人，並提供高、中、低風險病人各 3,200 人，但考量本計畫服務 9,600 人非常有限，建議優先以南部或東部地區等較需要服務的地區進行試辦，這樣可

能會更好，請再做考量。至於預期效益之評估指標為中風險兒童再發生齲齒填補顆數低於 2 顆(含)以下，高風險兒童低於 3 顆(含)以下，請問為什麼不直接訂低於 1 顆(含)以下？因為已經投入經費執行相關照護及宣導，最後只減少一點點齲齒發生率，甚至還發生 2 顆或 3 顆齲齒，我認為這樣很難交代，故我建議把預期效益訂為再發生齲齒填補顆數低於 1 顆以下，這是我的建議，不知道你們能執行到什麼程度。

周主任委員麗芳

請問委員是否還有其他意見？(未有委員表示意見)本案或許牙醫門診總額部門還需要一些時間討論，能否徵求委員同意，本案其他部分先予確認，接下來先進行優先報告事項第二案，等李署長伯璋報告之後，再回來繼續討論本案。今天牙醫部門是由徐代理委員邦賢出席，剛才委員所提的意見中，若有需要斟酌及確認數字的部分，請問徐代理委員邦賢是否能夠立刻回答？(徐代理委員邦賢表示可以)請徐代理委員邦賢。

徐代理委員邦賢(王委員棟源代理人)

謝謝吳委員榮達的指教，補充說明如下：

一、有關「新醫療新科技(新增診療項目)」部分，我們將服務人數訂為評估指標，是因為此項新診療項目是要用來確診乾燥症病人，而不是治療病人，乾燥症並不是單純透過一個步驟就能確診，必須經過唾液腺切片檢查，取一小塊唇部小唾液腺組織做病理檢查，因此，我們希望藉由新醫療科技能讓更多疑似乾燥症患者確診。至於執行目標部分，我們也不敢說要增加 3,000 人以上的服務量，主要是因為現在無法得知屆時會有多少疑似患者需要確診，故我們依目前的經費去規劃醫院醫師能提供的服務量，才訂出服務 3,000 人的目標，希望利用新科技讓乾燥症患者能夠確診，並獲得更好的醫療照護。

- 二、有關「糖尿病患者口腔加強照護」部分，執行目標為服務 15 萬人，預期效益為 3 個月內進入牙周病統合治療方案人數，試辦 1 年後較前 1 年改善。所謂加強照護是讓高風險的糖尿病患者能即早接受牙周的加強照護，可預防牙周病的發生，減少病患因牙周病而接受牙周病統合照護，故預期效益為減少進入牙周病統合治療方案人數。至於評估指標訂為試辦 1 年後較前 1 年改善，是配合加強照護的循環，建議在接受 1 年的完整照護後才做評估。
- 三、有關「高齡患者根管治療難症處理」部分，我們所列的 5 項支付標準代碼(90001C、90002C、90003C、90019C、90020C)，都代表患者的特定牙齒已確實完成根管治療，其實根管治療相關的支付標準代碼很多，我們特別挑這 5 項，是因為只要申報這 5 項代碼，代表根管治療已經完成，並不是還在清創或換藥等治療階段，也就是治療難症的處理，不論如何一定要完成根管治療。至於評估指標訂為提升根管治療顆數，代表經過難症處理，治療完成並保留下來的牙齒越多。此外，試辦 1 年後根管治療顆數較前 1 年增加，代表透過我們對高齡患者根管治療的加碼，醫師能夠在一開始就積極處置這些較難治療的牙齒，並將其盡量保存，故我們還是以治療顆數做為評估指標。
- 四、有關「0~6 歲兒童口腔照護試辦計畫」部分，目前為止我們獲得的數據顯示，中風險兒童若沒有接受照護計畫，平均再發生齲齒填補顆數是 4.5 顆，我們希望經過這樣的照護後，可以降低一半以上的再發生率，即再發生齲齒填補顆數降至 2 顆(含)以下，要完全降到 1 顆甚至 0 顆，尚有許多不確定因素，並非牙醫師能夠掌握的。也因為篇幅有限，我們無法逐一解釋中風險、高風險對象是哪一些，但參考文獻數據，我們願意提供這樣的試辦計畫，將中風險、高風險的兒童照顧得更好，所以我們預期照護後，能夠將再發生齲齒填補顆數減少一半，但要降到 1 顆或 2 顆以下，

確實有點困難，以上跟大家報告。

周主任委員麗芳

- 一、謝謝徐代理委員邦賢的詳細說明，顯然牙醫師公會今天所提新增項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，都是參考非常詳細的相關數據後才研擬出來。委員是否同意尊重牙醫師公會提出的內容，包括：「0~6 歲兒童口腔照護試辦計畫」項目，執行目標訂為服務 9,600 人，委員是否有意見？
(未有委員表示意見)
- 二、本案確認 110 年度總額協商結果之整體成長率，及各部門總額新增項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，如附件，將併入 110 年度各部門醫療給付費用總額協商結果，報請衛生福利部核(決)定。

伍、優先報告事項第二案「中央健康保險署 109 年第 3 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的報告，我們一起掌聲肯定李署長伯璋、蔡副署長淑鈴，以及健保署所有同仁的努力，健保署的業務真的非常繁重，剛剛李署長伯璋也提到所有同仁都非常任勞任怨，要有很堅定的使命感，才能承擔起如此沉重的工作。以下依序請吳委員榮達、蔡委員登順及干委員文男提出詢問。

吳委員榮達

- 一、請參閱會議補充資料 2-1 的第 2 頁(如本議事錄第 84 頁)，第四點之(二)之 2，及第四點之(五)都是提到有關提升暫付金額方案的內容，我想一起請教健保署。第四點之(二)之 2 中，提到「統計至 109 年 10 月 15 日止，本方案先多付金額約 393 億元」，所謂多付是指什麼？是以什麼為基準進行比較？所謂多付 393 億元，是跟去年付出的費用比較嗎？另外，第四點之(五)中，提到「參與本方案院所在取得提升暫付金額後，暫緩依點值核扣或補付醫療費用」，所謂暫緩依點值核扣是指什麼？代表不做核刪嗎？
- 二、請參閱會議補充資料 2-1 的第 3 頁(如本議事錄第 85 頁)，我看完第五點之(一)的說明內容，從文字上還是不瞭解，健保署在雲端查詢系統規劃建立慢性病連續處方箋專區後，民眾遺失慢性病連續處方箋，到底能不能再申請補領該處方箋第 2 次以後的調劑？
- 三、有關點值的部分，從今天提供的補充資料 2-1，或是健保署業務執行季報告第 37 頁都有提到，西醫基層總額部門 109 年第 2 季平均點值高於 1，我想跟門診量下降有關。如同我剛才請教的提升暫付金額方案多付 393 億元，到底這個多付是指什麼意

思？多付的部分是否涵蓋在原本 109 年總額預算範圍內？我們從 6、7、8 月申報資料看來，件數及申報費用下降已經比較和緩，不像之前第 1 季或第 2 季下降幅度達 10% 以上，因此我想請教下半年點值是否會下降？全年的點值預估為何？

四、請參閱健保署業務執行季報告的第 90 頁，今年 9 月癌症重大傷病新領證人數為 1 萬多人，我要提醒大家這數字相當驚人，1 個月內增加 1 萬多個癌症病人領取重大傷病卡，是否可以請健保署跟癌症防治委員會就這個趨勢提醒一下。

周主任委員麗芳

請蔡委員登順。

蔡委員登順

請參閱會議補充資料 2-1 的第 3 頁(如本議事錄第 85 頁)，有關推動 C 型肝炎全口服用藥的成果，提到 109 年編列預算 81.6 億元，預計治療人數 5 萬 1,000 人，截至 109 年 10 月 20 日使用人數為 30,601 人，約占今年可治療人數的 54%，尚有 2 萬多名治療機會。另外，資料中也提到健保署已彙整出約 12 萬名 C 肝潛在病患名單，並於 109 年 6 月 17 日函知各縣市政府衛生局，可向健保署各分區業務組申請資料，衛生局可據以列出優先篩檢對象，讓資源最大化利用，並將病毒檢測為陽性者轉介至醫療院所治療，目前各縣市政府衛生局已提出申請，在 6 月 18 日至 10 月 20 日期間，名單內有 4,864 人接受新藥治療，占該期間所有治療人數之 5 成。由此可知，C 肝新藥預算編列很寬裕，但可能篩檢的經費較為不足，這部分可以在風險調整移撥款支應，以加強篩檢病人，但是若最終治療人數仍是無法達到預期目標，甚至相差很大，那健保署在編列 111 年總額預算經費時，應酌予減編。因為大家都非常憂心健保財務，如果這方面可以節省下來，是可減輕健保財務的負擔。

周主任委員麗芳

請干委員文男稍候再發言，李署長伯璋表示希望能在每 2 位委員提問後先進行答覆，請李署長伯璋。

李署長伯璋

- 一、有關提升暫付金額的部分，跟吳委員榮達及各位委員說明，健保署在醫療院所申報費用的 15 天內，會先給予暫付款，也就是所謂的第一次暫付款，簡稱一暫，若 60 天內尚未能核定費用，就會給予第二次暫付款，簡稱二暫，最後核定費用還會經過結算。舉例來說，健保署去年同期核付某院所 100 萬元，今年同期依照服務量計算一暫只有核付 60 萬元，健保署會先借差額 40 萬元給院所，這些先借給院所的金額加總，就是剛才吳委員榮達所詢多付的錢，這是經過我們精算出來的。
- 二、另一方面，這些錢是健保署多付的，只是先借給院所，最後還是要還回來。在總額點值結算時，點值雖然提高了，但仍有利科別差異的問題，例如：小兒科及耳鼻喉科上半年受疫情影響申報點數少，在點值高的情形下，相對得不到好處，但是眼科及皮膚科，病人數或申報點數沒有變少，在點值高的情形下相對較有利，所以在點值結算也必須盡量兼顧公平，在結算後，該給院所的要給，不該給的也要拿回來。當時在立法院答詢時，我們也答覆目前給的是暫付款，雖然很多立法委員也提出醫界一直反映錢很少，借給院所的錢就不要拿回去了。另外目前暫付款是用 108 年的點值作暫付，因為 109 年點值比較高，在結算的時候，還要再補付，屆時也會與借給院所的金額做沖銷。
- 三、有關慢性病連續處方箋的部分，請醫審及藥材組補充。

戴組長雪詠

有關健保醫療資訊雲端查詢系統規劃建置的慢性病連續處方箋專區已經在系統測試階段，但是有關病人遺失慢性病連續處方箋，可否依雲端查詢系統呈現藥品資料補領第 2 次以後之調劑，目前仍有一些法規的問題正在釐清中，因為醫師公會對於雲端查詢系統顯示的資料可否視同醫師處方箋有疑慮，我們會請辦衛生福利部

醫事司確認，過去醫事司的解釋函曾認定雲端查詢的資料可以視同醫師處方，以上補充。

李署長伯璋

一、另外，剛才委員所詢院所取得提升暫付金額後，暫緩依點值核扣或補付醫療費用的問題。我常跟同仁說，借錢出去很簡單，要把借出去的錢拿回來很難，所以我們的原則是借的錢讓院所不要太委屈，能夠存活下來就可以，畢竟最後還有總額結算去做補付或追扣，因此，如何暫付及結算是很重要的議題。因應疫情，109年1月開始，我們從醫院總額開始陸續實施提升暫付金額方案，於第一次暫付款、第二次暫付款及核定費用先借差額給院所，但最後發現了一些問題，所以自109年8月起，修正為只在第一次暫付款時補付差額給院所，讓院所先拿到與去年同期核定費用相同的金額，能夠維持營運，後續的第二次暫付款或核定費用的差額就先不補付院所，避免後續結算時，醫院須繳回高額費用影響營運。至於疫情比較穩定後，健保署將依正常的程序去進行費用核付與結算，提升暫付方案只是我們就疫情較嚴重的那幾個月，協助院所去做的財務調撥，所有的經費都是涵蓋在總額範圍內。

二、至於委員所詢癌症病人數增加的問題，請醫務管理組補充。

吳副組長科屏

經查重大傷病證明有效領證統計中，新增癌症領證人數8月份是9,759人，9月份則是10,135人，人數是差不多的，以上補充。

李署長伯璋

大家都知道現在肺癌有低劑量電腦斷層掃描診斷，所以很多病人可以發現早期肺癌，經過手術切除後能夠痊癒。針對蔡委員登順提到C肝治療的議題，請委員放心，C肝新藥是健保提供給病人治療的機會，但是很多C肝病人沒有症狀，可能經過10年或20年才會慢慢肝硬化，不像B肝是急性發作，C肝通常沒有症狀，所以如果沒有積極推動篩檢，病人可能沒有就醫。過去治療C肝主要用干擾

素，病人常有很多副作用而感到不舒服，現在口服新藥副作用就很少。健保署並不會把所有資源都只投注 C 肝治療，也不是說當時健保會編的預算太多，因為 C 肝預算是專款，如果找不到新的治療病人，或病人不想接受治療，剩下的錢還是會回到總額安全準備基金。未來假如要減少編列經費，或許可以再依實際治療人數評估。

周主任委員麗芳

請干委員文男、周委員穎政。

干委員文男

- 一、首先要恭喜李署長伯璋開發智慧型專業審查系統(Intelligent Peer Review Learning System, IPL)的精進功能，請問現在是否已經開始使用系統的新功能進行審查？如果已經開始使用，審查成果如何？是否能找出以前沒辦法發現的異常案件？如果可以，才是真正有助益的，否則以前核減率還有 6%，現在已經降到 1% 不到，落差真的很大。
- 二、回應蔡委員登順所提 C 肝治療的議題，我聽到很多基層的聲音反映，如果真的沒有需要治療的病人，就不應該為了消化預算去找病人。如果病人有需求，或是醫師有發現適合治療的病人，就會主動提出用藥申請。如果沒有適合治療的病人，只是一直去找病人，有的病人已經很年長，再去接受治療就沒太大意義，例如：我身邊有朋友已經 82 歲了，還找他去治療，恐怕比較沒有效益，希望李署長伯璋能夠注意。
- 三、另外，與去年對比，今年投保人數增加 2 萬 4,000 人，我很好奇投保人數增加的原因，請承保組提供統計資料表給我參考，以便瞭解是哪一類的投保對象增加，是新增還是外來人口。因為出生人口降低，投保人數應該減少，怎麼會增加？
- 四、剛才李署長伯璋提到臺北市的欠費已經還完了，請問高雄市的欠費是否已還完？這是一個很重要的議題，現在健保安全餘額約 1 千多億元，約當 2.42 個月保險給付支出，這是以權責基礎做計算。依照我所瞭解的權責基礎，保險收入只要有納保就納

入計算，但繳不出保費的人有多少？有沒有算？這1年欠費金額增加多少？除了近5年呆帳外，109年7~9月呆帳金額增加約16.5億元，換言之，累計109年1~9月呆帳金額就等於108年總金額，成長速度很驚人，再這樣下去要如何因應。權責基礎下，雖然把應收保險費全部計入保險收入，但是收不到的部分最後會變成呆帳，實際上收不到，卻又要支出那麼多錢，會是一個問題。

周主任委員麗芳

請周委員穎政。

周委員穎政

一、我想向李署長伯璋澄清1個觀念，剛才李署長伯璋提到COVID-19 (Coronavirus disease 2019, 新冠肺炎)是1個自然試驗，它影響醫療利用率卻沒有影響死亡率，在學術研究上似乎過度推論，幾點說明：

(一)因為自然試驗應該會降低醫療利用率進而影響死亡率，但大家都知道COVID-19的影響層面太大，改變人類行為，例如：民眾都戴口罩，這是很大的改變，大家都戴口罩後對健康的影響如何，則需要我們再進一步研究探討。

(二)許多人也提到COVID-19造成武漢地區觀光減少，也減少空污約減少死亡人數約6萬人，但COVID-19造成武漢地區民眾死亡人數約6,000人，COVID-19也造成交通利用率下降，交通造成的死亡人數也隨之下降。還有COVID-19引起許多國家的關注是許多預防保健或該做的醫療服務利用呈現下降情形，產生delay(延遲)的反應。

(三)最後，醫療服務不單只有延長壽命，更是攸關生命品質，例如：我媽媽罹患椎間盤滑脫造成疼痛，可能不至於立即危害生命，但不處理就會一直疼痛。

二、建議應蒐集更多實證資料加以佐證，若直接提出COVID-19是一個自然試驗，它影響醫療利用卻不影響死亡率，有點過度推

論，建議可從衛福部統計處產出的死因資料進一步分析，因為目前只有死亡人數，還需要進一步分析死亡原因才能得知其相關性。死亡人數沒有增加或沒有減少不代表什麼，經過年齡、性別標準化後許多國家死亡人數呈現下降，死亡人數會隨著時間而改善，關鍵點是改善的幅度為何，以上提供李署長伯璋參考。

周主任委員麗芳

請李署長伯璋回應。

李署長伯璋

- 一、先回應周委員穎政，感謝所提的建議。我想如果是研究報告，我會引述很多數據與證據加以佐證，但我現在擔任健保署署長是把複雜化變成簡單化，但如果撰寫研究報告的話，我也可以複雜化，我可以說我沒有過度推論，是以簡單化的說明讓大家瞭解。
- 二、就像推動健保改革時，大家都提到門診人數多的議題，每個人也可以說出許多理由，如：病人自行來就醫等，但我能怎麼辦？我也是醫生，就像醫生向病人說可以在門診就醫或3天後再回診，簡單一句話可以改變許多的醫療行為。我想我也知道方向，感謝委員。
- 三、剛才干委員文男提到 IPL 系統，請醫審及藥材組回應目前進度如何。

戴組長雪詠

醫審及藥材組補充說明：

- 一、最近1年半逐步精進 IPL 的功能，主要功能在於醫師審查抽審案件時，會有提醒的功能，包含：被抽審的院所可能已經落入異常篩選指標、保險公司黑名單等資訊，提醒醫師仔細審查該案件，若是違規案件，如剛才李署長伯璋提到涉及違法，則會反映在健保署所辦理的違規查處，會增加違規查處的件數。
- 二、剛剛委員提到核減率下降部分，因為2年前修法調降回推倍數

比例，所以減少放大效果。

李署長伯璋

請承保組回應干委員文男提到 COVID-19 疫情為什麼投保人數成長的部分。

李專門委員珊瑩

回應干委員文男所提 2 個問題：

- 一、整體人口數減少，為什麼加保人數增加？健保加保對象除了本國國民之外還有合於資格的外籍人士，委員關心增加 2 萬 4,000 人是和去年同期(108 年 8 月)比較的數值，與整體加保人數的變動趨勢是相同的；今年 COVID-19 疫情，出國人數減少，相對地回來人數增加，故保險對象人數呈現成長，符合監測範圍。
- 二、另外，委員提及會不會因為疫情回國復保增加，影響繳費或欠費增加？相對於國外，台灣疫情相對穩定，目前保險對象六類人數減少，但第一類也就是工作人口數呈現成長，保險費收繳率超過 98.5%，沒有特殊異常的情況，我們也會持續監控。

李署長伯璋

剛才干委員文男提到高雄市欠款部分，請參閱會議補充資料 2-1 第 7 頁(如本議事錄第 89 頁)，高雄市政府欠費依照簽訂的還款計畫還款，欠費將於明年會還完。

干委員文男

何時還完？

李署長伯璋

將於 110 年還完。今(109)年該還的都還了，請參閱會議補充資料 2-1 第 7 頁(如本議事錄第 89 頁)所列的資料。

干委員文男

請教承保組，關於現在保險對象增加 2 萬 4,000 人，是復保人數增加還是新增投保人數增加？增加哪一類？如果復保人數增加，剛才

李署長伯璋所報告設有戶籍出國 6 個月以上辦理停保，回國後即復保使用健保醫療資源，請問有多少人？新增投保來自於外來人口？今年 COVID-19 疫情期間，到台灣來的人口都有管制應該不是很多人，但為什麼會增加？

李署長伯璋

會後再提供補充資料供委員參考。請問委員還有沒有詢問？

周主任委員麗芳

囿於時間因素，本案討論時間也超過預定時程，依序請趙委員銘圓及葉委員宗義，最後 2 位發言，若委員還有其他意見，請提書面意見。請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

請教李署長伯璋，如果您能回答就請協助回答，關於前幾天賴立法委員香伶召開記者會，公共電視有話好說也有深入報導，關於衛福部南區老人之家，長年護士或護理師人力外包，假承攬真外包的方式，公共電視有話好說也提到這群護理人員比血汗護士還要血汗，我不知道健保署是否有管理這些人員的權責，但我覺得不應該發生這種情形，尤其是在衛福部老人之家。

周主任委員麗芳

請葉委員宗義。

葉委員宗義

關於我的發言，李署長伯璋或商委員東福不需回應，幾點意見分享：

- 一、最近從網路看到許多對健保的相關意見，也有來自醫界對健保會的批評與指教，可能大家也都有看到，但我要講句公道話，在場所有委員真的非常辛苦，包括李署長伯璋、商委員東福等都非常辛苦，但有部分資訊有偏誤的，我想我們要共體時艱，為國家及民眾利益著想，這才是對的。
- 二、健保產業不只有醫療還有工商業等各行各業，就像民眾到醫院就診，醫生診療所需的檢查、檢驗儀器、醫療器材及設備都是

從工商產業購買。健保會的委員來自各產業別，如：勞工、商業、農漁業等，像我是全國商業總會所推派的代表，約有 37 個商會與健保相關，包括藥商、醫療器材商等，醫院營運所需的設備儀器均與工商界密切相關，醫院購買醫療儀器設備雖然幾千萬元或幾億元，不是工商業賺錢，而是為了民眾醫療所需，所發展出來的市場機制。我贊成該健保付費就付費，該自費就自費，不該民眾負擔就不要讓民眾負擔，我們要確保民眾的就醫權益。

三、我、張委員文龍、林委員敏華 3 位是「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(特材部分)」的代表，我和張委員文龍也曾參與「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(藥品部分)」(下稱藥物共擬會議)，我們支持藥品及特材納入健保給付，但總額制度下，新增藥品及特材會侵蝕總額。我也常在想如何同時兼顧健保財務、民眾付費能力及工商產業發展間的平衡，這對我們來說壓力很大，參加藥物共擬會議與健保會所面對的問題完全不同，如果站在工商業的立場，我們支持新醫療科技如新特材或 C 型肝炎新藥等納入健保給付，這些發展除了有助於民眾健康外，更有助於工商業及國家發展，但因為要兼顧太多事情，尤其是民眾負擔能力，所以我們常常有苦難言，牽涉範圍實在是太大了。

四、在場的大家都是共同為健保付出，有來自工商業、醫療產業，雖然有時候大家立場不同，有時候講話大聲一點，但我希望大家能多加溝通、互相體諒及共體時艱，健保會這個大家庭是非常溫馨與融洽，像周主任委員麗芳、何委員語、周執行秘書淑婉、蔡副署長淑鈴及許多醫界代表等都曾經在會議上給我很多指導、鼓勵與關心，我想再 2 個月後我們就卸任，健保會委員盡心盡力為健保付出與努力，讓台灣健保舉世聞名，這也是我們對健保最大的貢獻。

賴委員進祥

建議主席維持會議秩序，並且掌握會議時間。

葉委員宗義

我知道健保還有許多的問題，大家互相體諒、共體時艱一起解決，因為最近聽到一些話，提醒各位委員健保會是團結和諧，謝謝。

周主任委員麗芳

感謝葉委員宗義對大家的期許與鼓勵，也道出健保會的精神，在會議上大家理性討論，健保會、健保署及社保司彼此就像是一家人，剛才趙委員銘圓所提的部分，請李署長伯璋回應。

李署長伯璋

關於趙委員銘圓所提南區老人之家，陳部長時中也非常關切此議題，我覺得每個醫療機構的負責人要負責，提供同仁合理的工作環境。關於您提到的這部分不是健保署業務權責，但部長持續關切。葉委員宗義您也委屈，雖然您說不需要回應，但我還是向各位委員報告，4 年半前我就任典禮上所提總統是謙卑謙卑再謙卑，但我知道我要溝通溝通再溝通，轉眼間 4 年半後有長官告訴我耐煩 2 個字。

周主任委員麗芳

感謝李署長伯璋詳盡的報告，再次感謝署長及健保署同仁。最後 1 位發言，請何委員語。

何委員語

因為剛才被指名道姓，所以我先回應幾點：

- 一、坦白說，我目前負責 5 個部會及國發會相關會議，讓我最痛苦的 2 個會議是勞動部基本工資審議委員會及健保會總額協商，基本工資審議的問題在於勞工希望提高薪資，但資方希望視經濟狀況而定，雙方的攻防戰很激烈，健保總額協商是醫界希望提高總額成長率，但付費者希望不要那麼高，兩邊的攻防戰也很激烈，這都是很感傷的事情。
- 二、30~40 年以來，像我今年擔任中華民國全國工業總會常務理事滿 36 年，連任 12 屆。最近也遇到一些事情，我要說出來但不

指名道姓，今年西醫基層代表拜訪當屆委員，對資深委員有諸多的抱怨與批評，我認為沒必要這樣做。許多人打電話跟我說你們一直抱怨與批評，至少有 5 位委員跟我講這件事情，西醫基層跟我無仇無怨，既然我敢出來走跳什麼都不怕。

三、另外，動用 6 個醫療團體批評健保會委員，我也覺得沒有必要，大家可以多加溝通，葉委員宗義所說的還是小事情，我已經被網路搜尋到我家，這種行為會讓我的家人受到威脅或恐嚇，我認為這是不應該發生的事情，這部分不是西醫基層做的。我認為 99% 的醫師都非常好的，醫師的教育水準高、素質高、社會地位高及薪水高，是受人尊敬的醫師，既然搜尋到我家我也不怕，我想是哪個醫師我們心裡有數，我們也理解他的狀況，也可以不要理他，如果他敢到我家吵鬧，我也不怕。

四、我們盡我們該盡的職責，維護健保會的形象，也發揮健保會的功能，盡自己的責任，最重要的是要憑自己的良心做自己的事情，這是很重要的，不然我不可能長期在工商界服務，早就被踢出去工總了。另外有委員在活動場合中公開發指名道姓地批評我，我有證人也蒐集錄音帶，他們一直要我提告，但我認為沒必要這麼做，這是我們付費者委員，我有證人言詞及錄音帶，我們盡心盡力就問心無愧，坦白說我晚上睡很好，問心無愧，沒有私心，完全沒有得到個人利益。

五、剛才葉委員宗義好像在畢業演說，講出許多自己的心聲，我知道我們當得很辛苦，但我認為用良心去做事，問心無愧，自己做的很好，我認為盡了最大的努力把事情做好，我們沒有私利私心。像我也曾經主動邀請黃委員啟嘉一起吃飯，我主動邀請他，大家也可以打電話問黃委員啟嘉有沒有這件事情，我想說的是我們對醫界沒有任何偏見，我們沒有，像干委員文男也是被批評的對象之一，他也聯繫我提到這些事情，坦白說，我都有證據只是我不想講，直到今天才講出來。

周主任委員麗芳

吳委員國治最後 1 位發言，本會同仁已經準備可口的便當，吳委員發言完後中場休息 10 分鐘，休息之後需要趕工，因後面仍有很多議案。

吳委員國治

我理解何委員語的感受，身為公眾人物我也受到很多批評，請不要以偏概全或以單一個案當作通案，好像西醫基層都是壞人，這我無法接受，我尊重何委員的說法，不過剛剛你說西醫基層動用 6 個醫療團體批評健保會委員這個部分應該要澄清，請問西醫基層動用的證據何在？請不要誤導大家的感受。

周主任委員麗芳

討論告一段落。本案洽悉，委員所提意見送請健保署參考。休息 10 分鐘，等一下 12 點 10 分準時開始。

(中場休息 10 分鐘)

陸、討論事項第一案「110 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

各位委員請入座，向大家報告，我們仍有 4 個討論事項、1 個報告事項，等一下請大家發言務必精簡，我們要在下午 2 點前結束，請同仁宣讀。

同仁宣讀

陳組長燕鈴

一、向委員報告，依據健保法第 61 條，本會在協定四部門總額後，須再協定各部門總額下之 6 分區預算分配，第一案是 110 年度醫院總額一般服務之地區預算分配。

(一)先報告醫院總額一般服務歷年地區預算執行概況，請參閱會議資料第 69 頁，說明二，分配參數都一樣，過去是用「各地區校正風險後保險對象人數」(R 值)，「總額開辦前 1 年各地區保險對象實際發生醫療費用」(S 值)這 2 個參數計算。

(二)人數部分有做風險校正，門診是先校正人口風險因子，之後校正轉診型態(醫院門診市場占有率)；住院是校正人口風險因子。

(三)請參閱會議資料第 70 頁，有關門、住診費用比率部分，因門、住診風險校正因子不同，剛剛報告過，分配預算時需將門、住診費用切分以進行風險校正，自 94 年度起，計算門、住診費用比率都是 45：55，根據這個門、住診費用切分後，分別校正 R 值、S 值，合併預算做結算，這是目前的執行方式。

(四)分配參數中，門、住診費用 R 值、S 值占率於各年協定情形如會議資料第 70 頁中間表格，109 年門診 R 值 51%，S 值 49%，住院 R 值 45 %、S 值 55%，近年在 106 年門、住診 R 值有提升 4%，109 年就是今年，門診 R 值提升 1%。

(五)風險調整基金，108、109年分別移撥1.5億元及2億元作為各分區風險調整之用。

二、請參閱會議資料第70頁，有關今年度討論110年度總額地區預算分配建議，說明三之(二)：

(一)醫院協會建議維持109年門、住診R值，主要是因為新冠肺炎疫情對整體醫療服務的提供與需求產生變動，醫院著手調整及推動，考量各式變動情形未明，建議暫維持109年門、住診R值比率，門診R值51%、住診R值45%。

(二)此外，建議預留風險調整移撥款2億元，考量風險調整移撥款是醫院部門近年的實驗性做法，為穩健導引資源發展，建議維持109年預算額度，即2億元風險調整移撥款。

三、健保署對醫院協會所提建議方案之執行面意見，及風險調整移撥款執行情形，請委員參閱綠色封面會議補充資料1的第10~11頁，考量時間關係，請委員自行參考。

四、有關110年度地區預算分配方式，待討論事項有幾項：

(一)門、住診R值占率，是否同意醫院協會建議，110年維持109年比率。

(二)風險調整移撥款：

1.為配合實際與醫院協會來函，將它更名，過去稱為「風險調整基金」，更名為「風險調整移撥款」，各部門都是這樣處理。

2.委員是否同意醫院協會建議自一般服務費用提撥2億元，作為風險調整之用，以持續推動醫療資源平衡發展，促進醫療體系整合及強化弱勢人口之醫療服務。

(三)門、住診費用比率：

1.健保署在本會103年的專案報告，因為因應科技發展，門、住診醫療費用最適比率沒有合理數據，請參閱會議資料第72頁，自94年起都以45：55計算，委員是否同意參考健保署的建議，110年門、住診費用比率是不是維持45：55，請討

論。

(四)根據 110 年度總額協商架構及原則，需保障或鼓勵之醫療服務，要回歸支付標準處理原則。如有部分服務需採點值保障，請健保署會同醫院總額相關團體議定後，送本會同意後執行，過去的公告與協定都有這樣的要求。

五、說明六，幕僚提供參考資料與試算供委員參考，主要模擬 110 年度依不同 R 值占率，分配各區預算估計值如表 1-1~1-3；此外，提供 108 年門、住診分配參數，這部分是盧委員瑞芬在今年提醒我們在地區預算討論時提供給委員參考，整理在表 1-4；另提供歷年人口與利用面的資料供參考，如會議資料第 76~85 頁。過去衛福部及本會地區預算分配公式檢討與研究，相關建議列於附件二，請委員參考。

六、擬辦部分，分配方式依委員會決議辦理後續報部核定事宜；此外，所涉執行面及計算，包含風險調整移撥款執行細節，援例授權健保署會同醫院總額相關團體議定之，有關風險調整移撥款執行方式請送本會備查，以上報告。

周主任委員麗芳

請醫院部門代表翁委員文能說明。

翁委員文能

醫院協會關於這個議案的意見，就如剛剛健保會同仁所報告，主要是因今年疫情加上明年疫情尚未確定，我們希望維持穩定，建議維持 109 年門、住診 R 值比率，即門診 R 值 51%、住診 R 值 45%，風險調整移撥款維持 2 億元。

周主任委員麗芳

請何委員語、干委員文男。

何委員語

因為今年疫情與明年疫情的狀況不明，我支持醫院部門維持 109 年門、住診 R 值比率。第 2 個，支持風險調整移撥款維持 2 億元。第 3 個，建議健保署及醫院部門繼續推動 DRGs(Diagnosis Related Groups，

住院診斷關聯群)，因已經推動前一階段，第 2 階段尚未順利推動完成，請持續推動。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

剛才翁委員文能的報告，第 1 項，維持 109 年門、住診 R 值，這項我沒有意見，但希望風險調整移撥款要調整，若不調整，像 COVID-19 發生時，要用就沒有經費，希望能調至 10 億元，因這經費仍是你們在用。西醫基層部門提 6 億元，今年醫院部門的預算分配也很多，多了也不是在原來的成本拿出的，增加的經費最後仍是你們在用，希望你們有餘裕來應付突發狀況。

周主任委員麗芳

請蔡委員登順、林委員敏華。

蔡委員登順

- 一、關於醫院的地區預算分配，尊重醫院協會函送的方案，但醫院協會也提到鑒於新冠肺炎疫情已對整體醫療服務的提供與需求產生變動，醫院著手思考縮減民眾停留在醫院的時間，並強化新醫療科技的使用，而民眾亦因分級醫療政策的推動，減少到處就醫的機率，但以目前醫療科技日益發展，部分傳統住診之開刀手術由門診內視鏡手術，非侵入性治療，藥物所取代，住院化療服務也漸由門診化療服務所取代。門、住診醫療費用最適比率，因應醫療科技發展，尚無合理之比率數據。因此尊重醫院協會提的方案，如同何委員語所建議，維持 109 年門、住診比率。
- 二、對於這部分有點建議，預留風險調整移撥款 2 億元，為穩健導引各分區妥適運用該款項於各區醫療資源平衡發展，鼓勵強化須扶弱或援助照護人口之醫療服務，促進區域內醫療體系整合。醫院 110 年度總額約 5,390 億元，這是未達成共識的金額，最終要看陳部長時中裁決，風險調整移撥款僅 2 億元，占

一般服務預算比率約 0.041%，占比相當低。現在已經 6 區共同來爭取這筆預算，各區都有偏鄉有弱勢的人(變成 6 區風險調整移撥款)，不是東區風險管控基金，供 6 區的發展使用，落實偏鄉族群照護需求。

三、110 年度醫院總額成長約 215 億元，成長金額蠻高的，況且 109 年評核會議，評核 108 年的績效，醫院成績列入優等，委員亦建議風險調整移撥款應適度提高，今天會議現場有 4 位委員都是當時的評核委員，他們的建議是否受尊重，請翁委員文能考慮將風險調整移撥款提高。

四、全民健保為社會保險，有其保障弱勢醫療資源的使命，現行各總額地區預算之分配，均尊重各總額內部協調決定，在此希望本會能有共識，敦促各總額對弱勢地區預算分配，應有保留預算與調控機制，以符合全民健保之精神。

周主任委員麗芳

請林委員敏華。

林委員敏華

一、基本上我支持醫院協會的看法，因今年 COVID-19 改變人們就醫行為，各行各業，包含各大企業都要異地上班或在家上班，基本上我同意這部分不調整。

二、至於風險調整移撥款，我也贊成醫院協會的看法，因他們來函說風險調整移撥款剛設立，今年因疫情關係造成很多試辦基礎改變，我們應該尊重醫院部門所提建議。

周主任委員麗芳

請李委員偉強、滕委員西華。

李委員偉強

一、我仍要謝謝大家的支持，有關 R 值、S 值我提 2 個意見，但並不是現在討論與決定，而是建議健保署來做深入的研究。第一，R 值、S 值已經討論很多，R 值代表人口數，雖然校正一些東西(年齡、性別及標準化死亡率)，但是現在台灣人口進入

負成長，會往大城市集中，台北分區淨流出，增加在桃竹苗，請參閱會議資料第 73 頁，表 1-1，110 年度醫院門診服務地區預算模擬試算表，當 R 值提高，發現多半區域分配數減少，只有某一區增加，這讓人數減少的縣市更慘，這數字是不是真的反映實際醫療需求及利用，可以研究與討論。

- 二、S 值代表過去的實際使用量，經過很多財務操作後，未必真的反映實際使用量，台北業務組這幾年增加很多醫院床位，未來會增加更多床位，這些新增醫院及病床量都未列入公式，台北業務組的點值是 6 區最低，很多方面我們討論 R 值、S 值區域分配時，仍有些因素未考慮，既然健保署有大數據分析，應可提供更好的數據分析結果，提供明、後年討論時有更好的證據可以公平分配。
- 三、另外，門、住診費用比率 45：55 建議明年先維持不變，不過，這是 94 年度訂出的，現在是 109 年，請不要等滿 20 週年再調整，剛剛有委員提到，現在住院服務都慢慢移至門診，包含化療、門診內視鏡手術，以前希望限制門診不要太多，盡量將經費留在住院，45：55 的比例有其歷史背景，隨著就醫型態改變及門診醫學的長足進步，這數字是否可以 20 年都不改變？要好好討論，這也不是今天立即做決定，會淪為討價還價，應有些實際大數據分析的結果支撐做決定，也許 45% 太多，應是 42%~43%，或許不足，應是 47%~48%。
- 四、國外的趨勢是盡量導入在門診治療，因住院費用較貴，若趨勢對，錢應該適當調整，這樣才能鼓勵在門診治療，大家不用辛苦至醫院住院來減少風險。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我的意見也是門、住診費用比率分配，雖然剛剛李委員偉強或醫院協會代表提到住院減少，科技發達在門診處置量能變多，

105 年開始的門診減量政策，R 值裡雖然有做轉診型態校正，現在看不出影響會有多少。不管門診減量，搭配另外的政策是住院重症給付提升，甚至門診診察費裡，重症部分研議要增加診察費。

- 二、我非常同意檢討 94 年訂出 45：55 比率，其實在民國 100 年前後一直提出 45：55 分配比率是否恰當，我覺得除了將門診處置量能增加這個議題考慮進去，包括門診減量或這 10 年來在重症支付，光總額協商付費者代表就給了數百億元的支付標準，希望提升重症，要整體看這 10 年來門、住診重症比率變化，門診重症量能處置變化也是重點。
- 三、第 2 個，應該考慮不同層級有不同門、住診比率，在分級醫療中，地區醫院在門診型態與其他醫學中心、區域醫院不同，是否不同醫院層級所適用的門、住診比率都要一致？我們都 1 年拖過 1 年，分區預算 R 值或門、住診比率說下次要調整，下次永遠是下次，現在健保會能力很好，幕僚很認真，請健保署、健保會在明年以前，若可以即便委託研究也好，門、住診比率要不要分層級？或適度搭配其他分級醫療政策改變，我覺得很重要。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏、盧委員瑞芬。

朱委員益宏

- 一、第 1 個，大家非常關注門、住診比率，講到這件事情地區醫院協會也要提出來 1 個歷史狀況，總額在 93 年剛開始實施時非常理想，我們訂了 1 個門住診比率，為什麼會訂這個比率，即依照健保法，總額劃分是先劃分門診與住診，才會先訂一個門、住診比率，門診裡再分西醫基層、牙醫、中醫，所以健保法的精神才有門、住診比率。
- 二、但是 93 年醫院總額剛實施依照這個精神做，結果門、住診一劃分之後就分開結算，門診因占的比率較少 45%，大部分金額

資源放在住院後，就導致以門診為主的地區醫院像是保齡球一樣，政府政策一出來就全倒了，引起歡呼，所謂歡呼則是地區醫院上街抗議，為了這件事情，1 個副署長為政策負責下台，政府另外撥 14 億元經費，那 1 年剛好 SARS(Severe Acute Respiratory Syndrome，嚴重急性呼吸道症候群)有特別預算，撥進來補貼地區醫院，因為點值結算以後造成的問題，這是我還原整個歷史，後來在 93 年調整時，雖然前面還是分 45：55，但點值結算又將門、住診合併結算，主要是避免因門、住診分開結算導致的整個醫療型態的扭曲。

三、門、住診比率這件事情，當然是依照健保法訂定，經過很久都維持 45：55，這個制度應該檢討，我所謂的檢討不是門、住診要占多少，是要檢討在分區總額時是不是那一刀要先切門、住診，因為現在實際執行在總額結算，並沒有門、住診分開結算，而且現在的總額劃分也沒有依照健保法第 61 條區分。在這基礎都已經不同的情況之下，未來談總額時，大家認為門、住診要與時俱進，應該重新檢討是不是那一刀要先分門、住診，或是直接就 6 個分區的狀況分區。

周主任委員麗芳

考量時間因素，盧委員瑞芬為最後 1 位發言。

盧委員瑞芬

一、我有 2 點意見，第 1 個，每次討論 R 值、S 值或門、住診比率，這部分我們提出很多影響因素，但沒有數據就不知道事實，這部分雖然由負責的總額部門提議，但牽涉到重要衛生政策，衛福部與健保署的立場，要有實證結果形成政策，再由總額執行，目前只有健保署有數據，可以就幾個較明確的方向，例如，門診手術轉移、轉診、住診重症影響等，這些資料是現有的，這部分先做分析，才有籌碼說下一步怎麼走是對的，我強調這部分必須要有實證依據。

二、第 2 個，風險調整移撥款部分，今年總額評核醫院得到優等，

委員對於醫院部門一開始提出 1.5 億元，後來變成 2 億元，覺得很有決心，這部分要調整一些地區別的差異與不同風險校正因子，醫院占 70% 總額提 2 億元，西醫基層占 20% 總額提 6 億元，這中間差距不小，鼓勵醫院部門提高移撥款，今年獲得優等，積極作為是很大的因素。

周主任委員麗芳

請周委員穎政，最後 1 位發言，並請翁委員文能準備，因周委員發言完，請您評估，有幾位委員建議 2 億元是否可以調高？請您就這部分發言。請周委員穎政。

周委員穎政

我也支持 2 億元可以稍微調高，另外較大的問題是 R 值、S 值公式，多年的資料應該重新估算，整個邏輯都有問題，初期使用錯誤的公式效果影響不大，但是累積 20、30 年，失真問題就很大，有個敏感問題大家不敢談，一定要做的是醫療服務替代性，像中醫、西醫的替代性，中部有很多中醫師，中醫的使用與西醫怎麼產生影響，醫院與基層門診也有替代性，甚至在住院，慢慢透過門診替代住院，整個公式在長期趨勢、替代關係沒有仔細分析，我也同意有時不希望替代，例如希望將病人通通移往基層解決，在設定公式時，也要將政策方向列入考量。

周主任委員麗芳

請翁委員文能。

翁委員文能

- 一、謝謝盧委員瑞芬及周委員穎政的建議，我覺得都非常有見解，因為很多的政策若沒有足夠數據、政策化，大概這些委員只能自己說自己的，有數據、政策，大家覺得這個政策可以走，我們再走下去。
- 二、謝謝幾位委員對醫院的支持與厚愛，尤其今年得到好的成績，有部分是因為風險調整移撥款，我還是要向各位委員報告及拜託，為了這個召開 3 次會議，有 6 區的委員一起開會，有 3 層

級醫學中心、地區醫院、區域醫院，均建議今年不要變動 R 值、S 值，謝謝委員支持我們不變動。

三、風險調整移撥款我們正在摸索，這部分原本是為了東區，因為 R 值變動調整，但後來發現不是這樣，各區有各區的問題，2 億元的風險提撥款，以南區為例，南區後來將風險調整移撥款用在 C 肝，C 肝在南區最多，但去年 C 肝總額只提供藥費，不提供檢查費，每位病人開始接受 C 肝口服新藥治療就會增加檢查費，因為會排擠到其他服務的費用，所以用風險調整移撥款去彌補，讓各醫院醫師能持續進行相關治療。

四、我們為了地區預算分配已經召開 3 次會議，拜託各位委員同意醫院 110 年風險調整移撥款維持 109 年預算額度，讓執行面更為穩健。我今天只能承諾將委員的意見帶回去，讓各層級醫院及各分區知道，明年再考量是否調整移撥款額度。因為這是相當複雜的問題，而且今年難得 6 區有共識。以上說明不知道是否夠清楚，拜託各位委員支持，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，去年出生人數是 17 萬 7,767 人，叫做七七七慘，死亡人數是 17 萬 6 千多人，只成長 1 千多人。今年 1~5 月份出生人數是 6 萬 5,000 人、死亡 7 萬 4 千多人，人口少了 9,000 人。今年主計總處預測人口成長率會減少 1.4%，會不會達到目前還不知道，要看下半年出生率是否會提高。

二、贊成 R 值及 S 值重新檢討，因為是 10 年、20 年前設定的公式，現在整體出生率及死亡率都有變化，今年開始人口數一定是負成長，不可能正成長。建議 R 值、S 值公式重新設定並試算，否則依專家學者的意見，R 值應該要前進，尤其過去有決議 7 年要達到 100% 依校正風險後之各區保險對象人數分配，現在已超過 7 年。因此，我們認為應重新訂定新公式與新規

則。

三、支持風險調整移撥款先維持 2 億元，因為去年才開始執行且做得不錯，尊重醫院的決定。

周主任委員麗芳

謝謝，本案我先預做這樣的決議...

蔡委員登順

一、風險調整基金過去叫東部風險調整基金，現在改為風險調整移撥款，6 區都可以共同爭取，並不是獨厚東區，請委員了解。目前的額度占總額的比率很低，但也發揮相當大的功效，剛才討論到 C 肝議題時我也提到，運用這項經費將 C 肝病人篩檢出來接受治療，沒有這項經費，C 肝病人不知道在哪裡。現在還有 2 萬多名治療機會，扣掉 4,000 多人，還有 1 萬多人找不出來。所以這項經費實用性很高，讓病人可以得到新藥的治療，延長 C 肝病人的生命。

二、去年醫院也說要帶回去研究，但經討論後還是同意增加 5,000 萬元，建議今天至少先承諾是否要擴編額度，成長金額是 1 億元還是 2 億元，才具有實質效益，否則帶回去研究又是石沉大海。

周主任委員麗芳

剛剛翁委員文能也解釋得很清楚。

翁委員文能

我可以再解釋一下，因為蔡委員登順誤解我的意思。

周主任委員麗芳

真的要拜託大家，後面還有 4 個議案，本案已超過預定時間，本屆委員會議從未超過 2 點，請委員接下來的發言務必精簡，希望 2 點可以準時結束會議。

翁委員文能

一、我剛才的說明是解釋去年因為沒有編列使用 C 肝新藥的檢查費

用，造成後遺症，主要是提醒委員編列預算的時候，不要造成新的風險，去年就是因為編列了 C 肝新藥費用，但沒有編列檢查費，使南區不得不用風險調整移撥款來彌補。

二、蔡委員登順說的沒錯，我們一開始是為了東區編列風險調整移撥款，但實際執行後發現各區都有其需要。此外，我們不是沒有增編額度，而是從 108 年的 1.5 億元調整到 109 年的 2 億元，但執行面仍處於摸索階段。今年已開過多次會議，因考量疫情緣故，各區包含東區也同意暫時先維持 2 億元。向蔡委員承諾，我們會將委員意見帶回去慎重考慮，建議等到執行面較為穩健後，再於下年度提出調整的額度。

周主任委員麗芳

我可以先下決議嗎？請干委員文男。

干委員文男

我們希望風險調整移撥款一定要調整，因為非協商因素所增加的預算已經成長這麼多，醫院評核結果也得到很高的獎勵金，因此移撥款應該相對提高，才真正照顧到偏鄉及弱勢人口，若是不調整，我們怎麼交代？

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

一、補充說明，因為風險調整移撥款是從醫院總額扣除，就是在分配各區預算前，先自一般服務費用移撥部分金額作為風險調整之用。至於為何醫院協會決定維持 109 年額度，是因為內部開會時，認為實施初期有很多地方還在摸著石子過河，而且預算編列後，總要有名目分配到大家期望達到的方向。

二、依目前的執行情形，並未發現經費有明顯不足的情況，若依照幾位委員的要求，希望增編經費，甚至干委員文男希望編列 10 億元，有可能會發生錢沒有地方花的情形，最後變成為花錢而消耗預算，會產生很不好的後果。是否拜託委員考量醫院

協會的內部共識，就大家實際的需求編列預算，較為貼近事實，因為各分區實際需求還是醫院協會內部較為清楚，這樣對預算運用效率最好。

周主任委員麗芳

本案決議如下：

- 一、110 年度醫院總額一般服務地區預算分配方式，門、住診校正風險後各分區保險對象人數(R 值)分配比率，門診為 51%，住診為 45%。
- 二、自一般服務費用移撥 2 億元，作為風險調整移撥款，以持續推動各區醫療資源平衡發展，促進區域內醫療體系整合及強化弱勢人口之醫療服務。
- 三、110 年度醫院總額地區預算所採之門、住診費用比率，以 45：55 計算。
- 四、其餘內容依會議資料說明及擬辦文字，請幕僚協助整理。
- 五、委員所提意見，送請中央健康保險署研參。

柒、討論事項第二案「110 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請簡短說明。

陳組長燕鈴

- 一、有關西醫基層總額地區預算分配執行概況，請參閱會議資料第 92 頁說明二之(二)，其分配參數為 R 值及 S 值，R 值的校正因子與醫院一樣，先校正人口風險因子再校正轉診型態，人口風險因子中，年齡性別指數占 90%，標準化死亡比占 10%。各年 R 值、S 值協定情形如第 93 頁最上面表格，109 年 R 值占率是 68%、S 值是 32%，109 年 R 值有提升 1%。
- 二、風險調整基金於 107~109 年都有提撥，其中 109 年提撥 6 億元，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。
- 三、有關 110 年度地區預算分配建議方案，請參閱會議資料第 93 頁說明三之(二)，醫師公會建議維持 109 年度，68% 依據 R 值、32% 依據 S 值分配，6 分區浮動點值以每點 1.1 元為上限。健保署對於醫師公會所提建議的執行面意見及風險調整移撥款的執行結果，因時間關係，請委員自行參閱綠色封面會議補充資料 1 的第 13 頁。
- 四、110 年度地區預算分配需要討論事項如下，請參閱會議資料第 94 頁。
 - (一)請委員討論 110 年 R 值占率，是否同意醫師公會建議，維持 109 年比率。
 - (二)有關風險調整移撥款，醫師公會所提方案沒有建議從一般服務費用提撥部分金額作為風險調整之用，110 年是否需要提撥風險調整移撥款，請委員討論。
 - (三)與醫院部門一樣，需保障點值之服務，請健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，送本會同意後執行。

五、參考資料部分，我們是模擬 110 年度依不同 R 值占率，及有無提撥風險調整移撥款，分配後之各區預算估計值如表 1-1、1-2，請委員參閱會議資料第 95~96 頁。另外，與醫院一樣，對於其他分配參數、人口及醫療利用情形相關資料與建議，我們都有提供，請委員參考。

六、擬辦部分，地區預算分配方式將依據會議決議辦理後續報部事宜，執行面及計算等相關細節，請健保署會同西醫基層總額相關團體議定之。若決議需提撥風險調整移撥款，請醫師公會於 109 年 11 月 6 日前提送建議額度及用途，以利 11 月份委員會議討論。

周主任委員麗芳

謝謝，請醫師公會黃委員啟嘉說明。

黃委員啟嘉

一、各位委員，大家好，醫師公會對 R 值占率，多數都希望維持現狀，即 68%，但對於會議資料第 95 頁表格呈現的數據有疑義。過去 R 值占率不論為何，北區成長率都是最高，為何 110 年試算結果，北區成長率降到只比東區高，東區過去成長率都是負的，不知道為何今年是正的。109 年東區點值是保障每點 1 元，若依試算結果，似乎不需要保障，就是正成長率。不知道計算方式是否與以前不一樣，希望提供說明。如果表格數據正確，我們贊成 R 值維持現狀，但對於表格呈現的數據仍有疑問。

二、R 值有 2 個重要因素，就是 Trans(門診市場占有率或稱為轉診型態)與 SMR(標準化死亡比)，如果 R 值、S 值公式要檢討，Trans 與 SMR 應該同時檢討，這是很多西醫基層代表提出的意見，台北區認為 Trans 要檢討，南區、高屏區則認為 SMR 要檢討，這是有所本，不是我 1 個人講，我是傳達大家共同的意見，這部分希望各位委員了解。

三、風險調整基金是為了讓點值落後太多的分區得到補償，若 R 值

未確定，我們無法預估明年點值，比較無法決定風險調整基金額度，去年依往例提撥 6 億元，如果 R 值有前進或維持現狀，將牽動到風險管控，因為我們希望同工同酬，點值可以有差異，但不要各區差距太大，但我們也希望保障弱勢地區點值可以高一些，比較發達的地區點值不要那麼高，這是西醫基層的理想。

周主任委員麗芳

請問委員有沒有要詢問？請何委員語。

何委員語

主席、各位委員，因為西醫基層過去每年都有提出風險調整移撥款，但本案只建議維持 109 年度 R 值、S 值占率，至於風險調整移撥款沒有明確地告訴我們要列或不列，所以我們今天無法確定本案的完整性。如果建議 R 值、S 值不調整，風險移撥款額度總要提出讓大家參考，建議本案先退回，請西醫基層完整規劃好，再於下個月提送委員會議討論。若今天要先決定 R 值、S 值要不要改變，再決定風險調整移撥款額度，我覺得不好。醫院都有明確提出，為何西醫基層未提，在提案內容不完整的情況下，就要委員切割決定，建議本案先退回，下個月再送會。

黃委員啟嘉

謝謝何委員語的指教，先在此提出下列看法請委員一起討論：

- 一、剛才已提到表 1-1 試算的數據與過去經驗不同，希望健保會幕僚說明計算基礎及詳細計算方式，這樣我們比較容易預估各區狀態，我們擔心數據有問題。
- 二、R 值要不要前進是由各位委員決定，我們是否可以提出不同 R 值希望編列的風險調整基金，因為可能會有差距，再請各位委員選擇同意或不同意，R 值、S 值是醫界與付費者代表共同決定要不要前進，我們尊重委員的決定，同時也表達我們內部的心聲。
- 三、因為不同 R 值可能產生的分配狀況差異很大，所以會有不同的

風險調整基金，我們也會提出不同的風險調整基金供委員決定，但這些分配不會涉及付費者切身的利益，甚至我們的建議可能更符合付費者的利益，因為是我們內部經過溝通協調的結果，會讓基層醫師認為在比較公平的狀況下，提供民眾醫療服務，希望屆時所提出的建議，可以得到委員的支持。

四、至於何委員語提到本案目前不完整，我也認同何委員的意見，可以先收回來，詳細溝通後再徵求各位委員同意，好不好？

周主任委員麗芳

有關黃委員啟嘉提到的表格內容，請幕僚同仁簡短說明，並於會後協助西醫基層試算相關資料。

何委員語

建議西醫基層提出幾個方案，第 1 個方案 R 值、S 值不變時，風險調整移撥款額度多少錢；或是若 R 值前進 1%，風險調整移撥款額度多少錢，可以提出 2、3 個方案供委員討論，於下次會議決定。

周主任委員麗芳

請幕僚同仁先簡短說明。

陳組長燕鈴

有關會議資料第 95、96 頁試算表，幕僚試算的參數都是引用健保署點值結算報表最新數據，包含相關參數及歷年資料，西醫基層及健保署也一樣有完整資料。對於結算參數的引用及計算方法，我等一下可以說明，建議西醫基層幕僚也可以進行試算、共同討論，如果可以提出更好的模擬方式當然更好，我們已經盡可能取得最新參數試算，向委員報告...

周主任委員麗芳

詳細內容請本會承辦同仁與西醫基層幕僚同仁一起討論，因為後面還有好幾案，本案我先做決議...，請滕委員西華。

滕委員西華

一、依表 1-1、1-2 的備註，不管有沒有加 6 億元的風險調整基金，R 值前進 1%，達 69% 時，各區成長率的排序都沒有改變，只

是成長率多寡而已，第一仍是第一，最後的仍是最後。如果真的要重新試算，長期以來 S 值的占率是採 89 年的申報醫療費用，與現在差異很大，大家也有共識 S 值可以改變，若 S 值不變，R 值前進顯然對西醫基層現行的發展比較有利。如果不考慮 SMR 與 Trans，至少過去的共識是 S 值其實已經是太舊的資料，建議比照 SMR 與 Trans 的計算方式，採至少 4 年內，如 110 年採 105~108 年的參數，以較近的資料來試算。

二、我不太相信這次會修改 SMR 與 Trans，雖然黃委員啟嘉講了很多年，但這次看來顯然來不及。如果要試算不同版本，像醫院部門一樣，今年付費者勉予同意醫院協會的版本，至少本次試算版本可以修改 S 值，作為 R 值是不是要前進或停頓的參考。建議如果要重算，不要只算 R 值前進 1%、2% 及風險調整移撥款額度，因為看起來各區成長率排序沒有太大改變。

黃委員啟嘉

謝謝何委員語及滕委員西華的指導。健保會幕僚今年的計算結果，說實話我們可以接受，以前的計算結果我們比較不能接受，我並不是說你們算的不好，只是好奇中間的差異而已。細節無需在此討論，我們另外擇期與健保會幕僚溝通，了解差異所在，我們不是說今年算的不好，今年這樣的計算結果，各區接受度是比較高的。

周主任委員麗芳

本案請西醫基層提供補充資料後，提送 11 月份委員會議討論，接下來進行下一案。

捌、討論事項第三案「為減少健保藥費支出暨保障廣大民眾用藥權益和多重選擇機會，建請中央健康保險署在尊重病友自由選擇前提下，來推動及鼓勵醫療院所使用生物相似性藥品，以減少健保藥費支出及讓病患有選擇機會案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓說明。

趙委員銘圓

- 一、本案說明一很清楚，109年9月4日召開之「國家衛生研究院論壇-全民健康保險藥品給付及支付制度改革政策建言」資料顯示，108年全民健康保險藥費支出已占健保總額7,153億元的29.1%(即2,083億元)，在這樣的情形下，雖然幕僚單位補充說明本案應該由共擬會議處理討論，但站在健保委員的想法及監理的立場，希望在節省健保藥費支出的前提下提出本案。
- 二、長久以來，腫瘤科醫師治療癌症病人時，最難處理的就是明知藥物有很好的療效，但礙於健保給付規定，不能讓他們持續用藥，不少病人也無法負擔龐大的藥費，只能中斷治療。在這樣的狀態下，有了生物相似性藥品問世而且引進台灣，健保也逐步開放給付，可以解決這樣的棘手難題。
- 三、中華民國癌症希望基金會王董事長正旭也表示，相較於原廠抗癌大分子藥物，生物相似性藥品顯得親民許多，透過在國外有效市場競爭，價格僅約原廠的三分之一，不少新進國家為了節省龐大藥物支出，在兼具治療效果下，以政府力量鼓勵生物相似性藥品進入醫療體系。生物相似性藥品在費用上具有一定的競爭優勢，因為藥價相對便宜，醫院端多使用，在同樣的健保給付經費下，可以讓更多癌友用藥，大幅改善中途停藥的治療窘境。
- 四、事實上，最近幾個月健保署也鼓勵醫界多採用生物相似性藥品，多次開會王董事長正旭也建議衛福部對生物相似性藥品的

把關與歐美一致，應該積極讓民眾了解其與原廠藥物的療效相當，而健保署應該提出更多誘因，透過藥價管控，讓醫療院所獲得適當好處，進而樂於採購這類用藥。

- 五、繼英屬哥倫比亞與艾伯達省後，安大略省成為第 3 個實施生物相似性藥品轉換計畫的加拿大省，公立藥品計畫限制昂貴生物藥的使用，進而引導病患使用生物相似性藥品，加拿大內閣大臣稱此舉每年可節省數百萬加幣。
- 六、日本中央社會保險醫療委員會也在 2020 年給付的改革建議，推動生物相似性藥品的處方鼓勵計畫，每月 1,500 日圓，於 2020 年 4 月 1 日生效。這都是在藥費大幅成長下，能夠減少健保的藥費支出。
- 七、雖然健保署也有提出說明，因為生物相似性藥品目前多用於癌症等重症，在目前的藥費負擔有限下，生物相似性藥品推廣關鍵在於醫療人員及病患對於該類產品的信心度，但目前各界還有不同意見。建議是否由公立或市立醫院優先辦理，讓民眾有多一個選擇的機會，相對可以減緩健保的財務壓力。

周主任委員麗芳

謝謝說明，請各位委員表示意見，請李委員偉強。

李委員偉強

- 一、謝謝委員關心，對於原廠藥與學名藥的使用，不僅民眾關心，醫療院所及專業醫師也很關心。記得在其他會議中，好像也在健保會討論過，如果醫院開很多學名藥，民眾會抱怨為何不能用原廠藥，誤會醫院是為了賺差價，更早也曾討論過三同藥品，還在立法院討論過。原廠藥與學名藥的差異，雖然有客觀數據認定在許多方面有相同成份與效果，但在主觀上大家還是覺得不完全一樣。就管理者來看，醫院不會不用學名藥，問題是也要考慮到病人的需求及醫生的專業及習慣，有些醫生覺得某些原廠藥比較有效，某些病人也會認定對某些藥的適應性最佳。

- 二、民眾的經濟條件不同，對藥的需求也不同，同一顆止痛藥，在藥局買原廠藥好貴，但在醫院買學名藥可能價差數倍，但這 2 種對我來說都是一樣成份，有時候我急起來要止頭痛、牙痛等，就算是貴也得去買。本提案應該只是鼓勵性質，本來就是自由市場，大家會依據病人的需求、醫生的專業及藥品的價格，考慮使用的比例並調整。
- 三、過去曾為鼓勵醫院採購台灣自行開發的新藥，還列入醫學中心的評鑑標準，但引起很多不同聲音。建議尊重本案的提出，鼓勵多使用藥效一樣好，價錢更便宜的藥，這是全民之福，將來要做好品質把關，讓民眾對國產藥或是學名藥更有信心。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、其實本案涉及醫師的處方，醫師為病人選用適當的藥物，是基於醫學專業判斷，當然病人也有他的決定權，因為近年政府推動「醫病共享決策」(Shared Decision Making)，就是病人的意見很重要，這涉及醫病雙方個人的一些決策，我認為說這個提案可能是 2 位委員的個別意見，但是醫師到底要不要開立生物相似性藥品，甚至比方說擬辦所建議可先由國、市立醫院優先推廣。我覺得可能也是僅屬提案委員的個人意見。另從法的層次來看，這案子並不是健保會所能決定，依法這是藥物共擬會議(藥品部分)的權責，我們這邊頂多是有 2 位委員提案建議，但是否為共識，我認為也未必。
- 二、當藥品療效一致時，當然應該可以優先考慮使用所謂大分子的生物相似藥，這跟化學成分的學名藥類似，當然這些生物相似藥也不是學名藥的概念，又稍微不太一樣，但在療效相同的前提下，生物相似藥的價格是比較便宜，應該是鼓勵，但是鼓勵的方式，我認為應該是尊重專業，還有病人個人的決定。我個人尊重 2 位委員的提案，不過這應該不是委員會議的共識，我

們可將 2 位提案委員的意見送請藥物共擬會議討論，若當作委員會會議的共識，可能就不太妥當。

周主任委員麗芳

請吳委員鴻來。

吳委員鴻來

從病友角度我提出 4 點建議：

- 一、第 1 點，希望在評估用原廠或是生物相似藥品時，要考量藥物對病人的療效與安全，理想上，我們希望醫院採購時，有 2 種藥物可讓病人依他的經濟狀況或其對治療的了解與期待考量使用何者，希望給他有選擇機會。
- 二、第 2 點，希望到時候醫院系統、藥袋上加註藥品學名、商品名，萬一有一些不良反應等，須要通報時，也希望有這樣的系統讓病友、醫師、醫院端可以通報。
- 三、第 3 點，希望台灣這邊開始使用生物相似藥以後，要建立本土資料庫，收集真實世界數據，長期追蹤藥的療效與安全性。
- 四、建立完善的生物相似藥資訊平台。今年健保署跟食藥署網站有放相關資訊，希望這資訊可以更完善，是不是可以放一些 HTA(Health Technology Assessment, 醫療科技評估)報告上去。網站上目前已有懶人包，希望資訊平台介面讓民眾在使用上更友善，還有第 3 點講的資料庫，如果有新的追蹤結果，希望有簡單報告，定期更新在平台上方便民眾查詢。

周主任委員麗芳

請干委員文男及趙委員銘圓。

干委員文男

- 一、我和趙委員銘圓提出這個案子，我想這裡所有委員都沒有反對的聲音，這個藥也讓病人有多 1 個選擇，至於經濟誘因他也講得很清楚，療效也講得很清楚，吳委員說要建立追蹤療效的資料庫，我們都可以接受，應該都這樣做。
- 二、如果可以的話，也不只是國立和市立醫院，有人要推有人要做

都可以做，通過讓大家知道有這些生物相似藥品可以取代，對健保來說是有益處，這個我還沒有聽到健保署的看法，他裡面寫的也是認同，表示說3方都可以這樣，就沒有人反對，我想這案子也談很久，應該可以通過。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

我想其實可能要麻煩朱委員益宏看看我的案由，我的案由寫得很清楚，當然是要讓病友的自由選擇之下，然後在他經濟負擔可以做這樣的，對於原來的那些專利藥他付不起的時候，這只是讓他可以多做一個選擇，讓他有這樣的選擇機會，而不是說因為沒有錢然後連醫治的機會都沒有，我想這部分在案由跟裡面都寫得很清楚，這裡補充一下。

周主任委員麗芳

請陳委員莉茵。

陳委員莉茵

我呼應剛才吳委員鴻來所提意見，生物相似性藥品在品質安全療效都要有一定的把關，這是醫師的處方權，當然病患可以被溝通，我是覺得如果在品質療效和安全，在非常嚴格把關下，其實生物相似性藥品的確對我們健保財務會有一定的幫助，我也希望如果省下來的錢，這是順便講，省下來的經費是不是可以引進更新的藥品，像是剛才提到的免疫治療藥品或其他藥品，這是我們做病患一點點的希望，也趁機跟大家表達。

周主任委員麗芳

- 一、肯定提案委員的用心，也謝謝各位委員提供寶貴的意見。
- 二、本案涉及藥品給付事宜，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參考。請進行討論事項第四案。

玖、討論事項第四案「再次建請中央健康保險署早日與『胃腺癌』及『晚期肝細胞癌』IO 免疫新藥業者達成協議，讓『胃腺癌』與『晚期肝細胞癌』患者能夠使用 IO 免疫新藥，讓病患及家屬有多一種選擇和生存機會案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

先請趙委員銘圓說明。

趙委員銘圓

針對本案補充說明如下：

- 一、這個案子之前曾提過，也看到健保署最近積極跟廠商做協議，我們希望健保署能儘速與廠商達成協議，只是在過程中，看到一些現象覺得滿可惜。其實肝病是我們的國病，政府十分重視肝病防治，而且1年給付在B肝及C肝的藥費超過100億元，政府的投入就是希望消滅國病，並照顧所有的肝病患者，但晚期肝細胞癌及胃腺癌患者，從剛開始可以使用IO免疫新藥到突然喊卡，對於他們來說，實在是情何以堪！
- 二、目前只有美國給付肝癌及日本給付胃癌，最主要的原因是肝、胃癌等消化道癌症，在歐美國家並非主要好發癌別，因此可能未受到足夠的重視。但是肝癌、胃癌，在亞洲國家卻是盛行率很高的癌症，在台灣肝病甚至被稱為所謂的國病。
- 三、雖然2019年歐洲腫瘤學會(European Society for Medical Oncology, ESMO)不建議使用免疫藥品來治療晚期肝細胞癌，但是針對亞洲地區，ESMO今年初於國際期刊發表的「亞洲治療指引」已經明確指出IO免疫新藥用於晚期肝癌治療是標準治療，台灣臨床醫師也參與這份亞洲治療指引的制定，顯示出台灣醫師對於IO免疫新藥在臨床治療上的需要。
- 五、Checkmate 459的研究為肝癌一線治療試驗，目前核發使用IO免疫新藥的適應症是根據Checkmate 040的臨床試驗，但這是二線治療，也是先前健保給付的原因，現在拿一線臨床試驗結

果去取消二線的給付，有失科學臨床專業。

六、另外，過程中好像也有一些差別待遇，健保署過程中僅要求肝癌、胃癌需要依照「有效才付錢」的原則，並依照反應率來降價，但沒有要求其他廠商、其他癌別依照同一原則降價，甚至在不用調降價錢前提下，放寬肺癌的給付規範，試問為何肝癌、胃癌患者權益不如肺癌的患者，就應該被犧牲？

七、我們支持健保署把錢用在刀口上，當然也支持健保署走向精準醫療，健保署與其完全中斷肝癌、胃癌患者的治療權利，為何不能跟醫界合作，透過精準醫療策略，找出所謂篩選病人的方式，透過精準醫療的策略，去篩選出最能適合 IO 免疫新藥的病人，而不是用財務方式一刀切，不考慮科學證據，隨意限制病人治療權。我想這對肝癌、胃癌的病人實在是非常不應該。建議健保署應該早日跟廠商達成協議，讓這些肝癌、胃腺癌的患者早日使用。

周主任委員麗芳

謝謝說明，請朱委員益宏。

朱委員益宏

因為本案在 5 月份已經討論過，現在再次提出，我覺得在程序上就是應該要用復議案方式提出，如果對於上次的決議，大家認為有問題就應該用復議的程序，而不是上次都已經決議之後又不斷提出，我覺得這樣子會讓我們的議事的品質非常不好。我認為既然這個案子 5 月份已經談過，這次應該不予討論。

趙委員銘圓

我想這部分，其實可以麻煩朱委員益宏看一看，其實這案子還是在列管，並沒有把這個案子結束掉，也沒有所謂復議的程序，請不要過於多慮。

朱委員益宏

列管案件是我們會追蹤，那到底本案在藥物共擬會議有沒有結論是列入追蹤，我覺得這是 OK，等那邊有結論或是健保署跟廠商達成

共識，並在藥物共擬會議經過法定程序重新納入給付時，當然要在健保會這邊做報告案，讓我們了解，才可以予以結案。但是所謂追蹤，不代表我們可以把沒有通過的相同案件，一再拿出來討論，如果大家都這樣，就會變成議而未決，只要決議不符合我的意思，就拿出來重提。

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉。

周執行秘書淑婉

我簡單補充一下，經幕僚檢視本案內容，其實委員本次所提訴求跟上次有點不同，上次是針對已經用藥但因為療效不好，健保署先不接收新的申請案，但這次委員是希望把 IO 免疫新藥提早到第 2、3 期患者使用。其實這 2 個議案內容還是有所差別，所以認定為新的提案內容處理。

周主任委員麗芳

請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

- 一、謝謝趙委員銘圓對於 IO 免疫藥品的關注，特別是為癌友請命，非常感謝。事實上包括提案，IO 免疫新藥可不可以提早用到第 2 或第 3 期，這並非健保會討論的，本署設有藥物共擬會議，在此之前還有專家會議，專家會議之前可能也會有小組會議，因為這麼專業的東西真的需要請專家討論，我想委員的意見同樣可以提到專家會議討論。
- 二、另外有關議價的部分，因 IO 免疫新藥的預算有限，若過度膨脹支出，未來可能很多新藥會受到阻礙，不過議價的這一塊，請戴組長雪詠跟大家說明。

戴組長雪詠

- 一、跟委員說明，目前有關於 IO 免疫新藥用於胃癌、肝癌，我們跟廠商協商持續進行，因為依照藥物共擬會議決定，廠商若能夠提出以療效為基礎，而且最後是無財務衝擊的方向，我們就

可以跟廠商達成協議，目前還是持續進行中。

- 二、我們有請廠商若有新的醫療效果事證，他們提出新的事證申請，我們會立刻召開專家會議討論。原則上健保給付就是本於醫療效果的專業評估，我想就是保障被保險人權益是健保署責無旁貸的目標，請委員們放心，有效益的藥品我們一定會給付。

周主任委員麗芳

- 一、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併同本會 109 年第 3 次委員會議(109.5.22)之決議辦理。
- 二、請進行報告事項。

拾、報告事項「全民健康保險業務監理指標之監測結果及評析報告」
與會人員發言實錄

陳副組長真慧報告：略

邱組長臻麗報告：略

周主任委員麗芳

謝謝，請問委員有沒有要詢問？請滕委員西華。

滕委員西華

一、在會議資料第 147 及 148 頁，有關「急診病人留置急診室超過 24 小時比率」指標，請將投影片第 6 及 7 張的內容一起看：

(一)投影片第 6 張可以看出，醫學中心及區域醫院的急診留置超過 24 小時件數及占率都有增加趨勢，尤其 108 年醫學中心的留置件數與占率大幅上升。而從投影片第 7 張(醫院檢傷分類分級比率統計表)可發現，醫學中心在檢傷分類第 1 及第 3 級案件留置超過 24 小時的比率都增加，但地區醫院則第 1~3 級案件皆下降。

(二)光看數據會覺得醫學中心效能不佳，但地區醫院本項指標改善是否因政策因素影響所致？如：急診品質提升方案補助地區醫院增聘急診專科醫師人力及提供轉診品質獎勵，又 106 年起推動分級醫療政策，調整部分負擔及進行相關措施，都可能使不同層級醫院急診病人留置急診室超過 24 小時比率產生變化，我覺得應做進一步分析。

(三)若醫學中心是因為檢傷分類第 1 級病人增加，導致病人留置急診室超過 24 小時比率攀升，則委員會要關切的重點可能不在其指標監測結果，而是背後反映出「急診病人無法即時收治住院治療」的問題。若因醫院無病床可收治急診病患，致使急診壅塞，則不應將原因歸咎於病人往醫學中心急診室集中。從投影片第 7 張可明顯看出醫學中心急診檢傷分類第 1 級病人留置超過 24 小時比率有明顯增加，因此並非輕症病患使醫學中心急診室壅塞，這也表示付費者代表

支持多年的分級醫療政策及急診品質提升方案，在醫療體系配合下，確實有一定的效果。

(四)我認為地區醫院急診留置指標降低可能是受到政策因素影響，而若病患都已配合分級醫療政策，去到適切的醫院就醫，但醫學中心急診檢傷分類第 1 級病人留置超過 24 小時比率仍攀升或留置時間變長，則健保署跟醫事司更應關注醫院病房使用效率，過去曾有「真正使急診室壅塞的原因是急診重症病人無法即時收治住院治療」的論述，若認為疏導輕症病患不去醫學中心就可以改善急診壅塞，則從投影片第 6、7 張的數據中可發現事實並非如此。未來若持續監測此指標，建議進一步分析相關政策的效益與影響。

二、會議資料第 155 頁，投影片第 21 張「糖尿病初期照護(可避免住院指標)-糖尿病病人住院率」，從監測結果可看到年齡層越低住院率越低、年紀層越高住院率越高，但因為第 1 及第 2 型糖尿病病患致病及住院原因差異大，照護模式也不同，尤其第 1 型糖尿病患者以孩童與青少年為主，建議未來可進一步分析第 1 與第 2 型糖尿病病患住院率差異。

周主任委員麗芳

- 一、請問委員還有沒有其他詢問？若沒有，本案洽悉，委員所提意見送請中央健康保險署參考。
- 二、另請本會幕僚參考委員所提意見，彙製 108 年全民健康保險年度監測結果報告供委員參考。
- 三、若委員沒有臨時動議，藥師公會黃理事長金舜表示要再次邀請大家參與參訪活動。

黃委員金舜

主委、各位委員，藥師公會很久沒有舉辦社區藥局參訪活動，這次有機會籌辦參訪活動，花了很多心思進行規劃，希望可以讓委員了解藥局作業及「提升醫院用藥安全與品質方案」在醫院實際執行情形，期盼委員能踴躍參加。

周主任委員麗芳

謝謝，再次感謝大家，今天這麼多議案，在大家的努力下，如期全數處理完畢，今天會議進行到此，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10月22日版

一、出國停復保制度之檢討修正

(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。

(二)最近3年短期復停保保險對象保費及醫療利用統計

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%	4,577	4,915

二、因應 COVID-19(武漢肺炎)疫情保險費緩繳相關事宜

因應 COVID-19 疫情期間，投保單位及被保險人因受疫情影響，致遞延繳納或無力繳納健保險費，本署提供投保單位及被保險人得申請其本(109)年 2 月至 7 月保險費延緩 6 個月繳納之措施，申請期間至 9 月 30 日已截止，計有 7,474 件申請案，包括 6,494 家投保單位、980 位被保險人，緩繳金額計約 25.89 億元。說明如下：

- (一)規模別以5人以下小單位計3,046家(占46.9%)最高，百人以上中、大型單位計276家(占4.25%)。
- (二)行業別以批發及零售業2,222家為最高，緩繳金額則以製造業約7.06億元最高。
- (三)被保險人身分以職業工會會員691人、緩繳金額約375萬元最多。

(四)因緩繳申請已結束，本署將賡續監控後續保險費收繳情形，確保債權。

三、健保 25 週年·健保資料人工智慧應用研討會

(一)本署訂於109年10月27日於18樓大禮堂辦理「健保25週年·健保資料人工智慧應用研討會」，賴清德副總統將蒞臨致詞勗勉，衛福部薛瑞元次長、國發會龔明鑫主任委員、科技部謝達斌次長及廣達電腦林百里董事長與會。

(二)研討會將呈現本署與成大合作醫院合作之COVID-19防疫、與廣達電腦合作健保大數據應用管理平台之應用成果，並擇優邀請AI應用試辦計畫申請團隊進行簡報，外場同步進行全日靜態海報及動態實機展示。

四、因應疫情期間院所申報量可能減少，研議疫情期間以去年同期暫付款金額支付院所之可行性，協助維持院所得以正常營運

(一)依據本署於109年2月18日召開「因應COVID-19(武漢肺炎)疫情配套措施討論會議」決議辦理。

(二)提升暫付金額方案內容：

1. 對象：今年「暫付金額」低於「去年同期核定金額」，院所可自行選擇參與本方案。
2. 提升暫付金額：依去年同期核定金額計算補付金額，以維持醫事機構實領金額不低於去年同期為原則，統計至109年10月15日止，本方案約先多付金額約393億元。

(三)對院所財務影響：

1. 醫療費用點數較去年同期減少之醫療院所，參與本方案，可維持當月實領金額為去年同期核付金額。
2. 醫療費用點數較去年同期增加之醫療院所，可選擇不參與本方案，依原核付方式辦理。

(四)院所醫療費用申報情形：今年上半年，院所因疫情衝擊服務量雖有下降，近期疫情趨緩，服務量有回升情形，以109年8月之申報情形進行分析，醫療費用申請點數較去年同期成長2.53%。

(五)考量院所服務量已開始回升，本署自費用年月109年8月起調整提升暫付金額方案，參與本方案院所在取得提升暫付金額後，暫緩依點值核扣或補付醫療費用，以免院所於後續點值結算時，需繳回高額溢收醫療費用，影響院所資金運用之規劃。

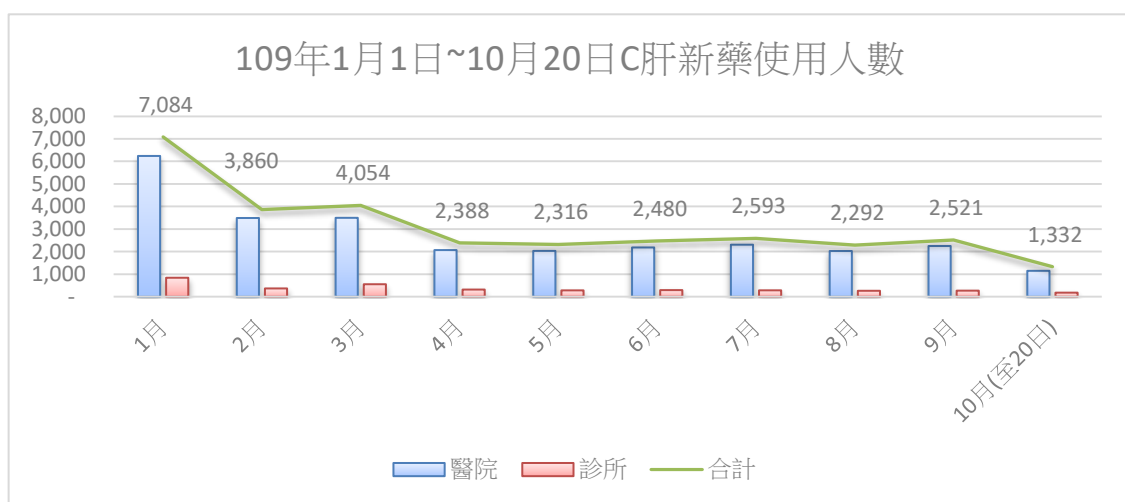
(六)本署仍會持續關注醫療費用申請情形，持續滾動式檢討本方案。

五、健保醫療資訊雲端查詢系統規劃建立「慢性病連續處方箋專區」

- (一)為規劃遺失慢性病連續處方箋且不便回原院所重新開立處方箋之民眾，可依據健保醫療資訊雲端查詢系統所呈現之藥品資料，進行該處方箋第2次以後之調劑，本署於健保雲端系統新增「慢性病連續處方箋專區」。
- (二)本署於本年10月7日邀集醫事司在署本部暨各分區業務組及線上會議同步召開說明會議，共計有645家院所(醫學中心20家、區域醫院70家、地區醫院165家、基層診所160家及藥局230家)，700多人參與本次會議。
- (三)本署將參考與會者建議評估精進系統功能，並就與會者提問彙整後製作問答集。

六、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10月20日之使用人數共30,601人(醫院占88%、診所占12%)，約占今年預計治療人數之54%，尚有2萬多名治療機會。



- (四)為找出更多C肝潛在病患，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，並於109年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，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。目前各縣市政府衛生局均已提出申請，於6月18日至10月20日期間，名單內有4,864人接受新藥治療，占該期間所有治療人數之五成（4,864/9,661）。

七、執行「醫療院所異常項目管理專案」之成效報告

(一)案由：

為提升精準審查，本署於107年起辦理「醫療院所異常項目管理專案」，其經諮詢專業審查醫師意見，並結合大數據分析，發展異常樣態案件篩異管理。

(二)管理措施：

1. 彙整異常管理專案案例後，回饋院所、專科醫學會及總額公協會參考。
2. 統籌建置全署性篩異指標，定期管理。
3. 涉及違規案件深入查核。

(三)108年成效摘要如下：

合計辦理15項異常管理專案，總核扣點數為1.7億點，其中由院所檢視後同意核扣(含查核)1.4億點(82.3%)，另經專業審查部分核扣3,044萬點(17.7%)，109年會持續辦理。

八、智慧型專業審查系統(Intelligent Peer review Learning System, 簡稱 IPL)功能精進與數位推動(109年9月業務執行季報告 P.1)

(一)建置目標：

1. 抽審案件結合半年內就醫紀錄之醫療影像及檢驗檢查報告、給付規定、CIS異常警示等完整資訊，供審查醫師一鍵即查，友善操作。
2. 開發智能警示異常功能，輔助精準審查。

(二)近期已開發之重點功能：

1. 整合病人半年內歷史申報就醫紀錄、醫療影像及檢驗檢查報告資料。
2. 主動提示立意抽審指標內容(含保險公司提供之黑名單)與統計值，以利加強審閱個案異常樣態。
3. 自動偵測院所上傳的送審病歷頁面內容並建立書籤，審查醫師亦可建立標註清單，以利快速索引並查閱核減資訊。
4. 醫令代碼可自動連結支付標準及審查注意事項內容，方便審查醫師查

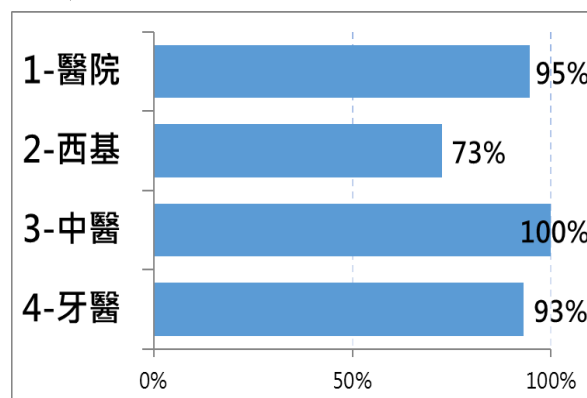
詢。

(三) 推展成效：

1. 108 年醫院、西醫基層、中醫、牙醫等 4 總額之審查醫師使用 IPL 人數占率分別為 93%、73%、100%、93%。
2. 108 年醫院、西醫基層、中醫、牙醫等 4 總額使用 IPL 件數占率分別為 78%、66%、85%、76%。

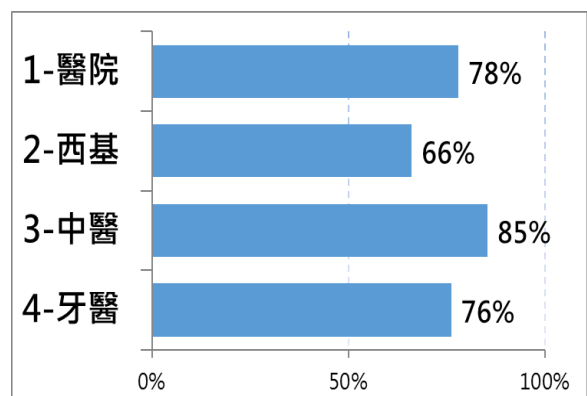
圖表 1-統計 108 年四總額審查醫師使用 IPL 人數占率

總額別	審查醫師人數	使用 IPL 審查人數	人數占率
1-醫院	1,932	1,827	95%
2-西基	662	480	73%
3-中醫	149	149	100%
4-牙醫	218	203	93%
總計	2,961	2,659	90%



圖表 2-統計 108 年四總額使用 IPL 件數占率

總額別	審查總件數	使用 IPL 審查件數	件數占率
1-醫院	38 萬	29 萬	78%
2-西基	68 萬	45 萬	66%
3-中醫	46 萬	39 萬	85%
4-牙醫	92 萬	70 萬	76%
總計	244 萬	184 萬	75%



貳、承保業務 (109 年 9 月業務執行季報告 P. 2)

一、投保單位數統計：

109 年 8 月投保單位約 92.9 萬家(含社福外勞單位 20.1 萬家)，較去年同期增加約 1.1 萬家，成長 1.18%，主要係第一類第二目增加 1.3 萬家，第一類第三目減少 0.2 萬家。

二、保險對象人數統計：

109 年 8 月保險對象約 2,395.7 萬人，較去年同期增加約 2.4 萬人，其中第一類及第二類各增加 8.1 萬及 2.7 萬人，第三、四、五及六類分別減少 5.8 萬、1.4 萬、0.4 萬及 0.8 萬人。另觀察外來人口與去年同期比較減少約 0.4 萬人(屬工作人口約 1.0 萬人)，推測係受 COVID-19 疫情影響，來台人數減少所致。

三、平均投保金額與平均保險費統計：

109年8月第一類至第三類被保險人平均投保金額為39,244元，較去年同期成長1.60%。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3)季保費收入減少0.79%、醫療費用成長14.32%。

一、現金收支情形(109年9月業務執行季報告P.6、7)

(一)本(109)年截至第3季保費收入5,080.14億元，醫療費用支出5,302.21億元，其他收支淨餘124.59億元，收支餘額短絀97.48億元，累計收支餘額1,352.13億元。

(二)109年第3季現金收支與去年同期之比較(詳108年第3季與109年第3季現金收支情形表)

1. 保費收入:較108年同期減少0.79%，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14.32%，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年同期減少14.72%，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，去年5月份菸捐受配款遞延至7月撥付所致。

109年第3季與108年第3季與現金收支情形比較表

	單位：億元、%			
	108年7-9月	109年7-9月	增減金額	成長率
保費收入(A)	1,790.87	1,776.70	(14.17)	(0.79)
醫療費用(B)	1,638.66	1,873.32	234.66	14.32
其他收支 ^註 (C)	51.73	44.11	(7.62)	(14.72)
收支餘額(=A-B+C)	203.94	(52.51)	(256.45)	

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等。

二、權責收支情形(109年9月業務執行季報告P.6、P.9表5-2)

本(109)年度截至第3季，保費收入4,627.87億元、保險給付5,102.93億元、呆帳費用43.69億元、其他收支相抵結餘129.45億元，合計保險收支

淨短絀數 389.30 億元，依法收回安全準備填補短絀，收回後安全準備餘額為 1,378.14 億元，折合約 2.42 個月保險給付。

三、高雄市政府欠費情形(109 年 9 月業務執行季報告 P. 10、P. 14)

(一)截至109年9月底，高雄市政府101年以前健保費補助款欠費33.32億元。

(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，109年截至9月底，該府已依還款計畫，並撥付22.87億元。

肆、醫療業務

109 年 1 至 8 月之院所(含透析)申報資料與去年同期分析比較，總計整體件數下降 8.4%，申報點數下降 1.1%。

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 9 月業務執行季報告 P. 24、P. 43 表 14)

109 年 8 月底有 21,501 家，特約率 92.80%，較 7 月增加 34 家院所(西醫醫院增加 2 家、中醫醫院持平、西醫診所增加 20 家、中醫診所增加 9 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2季(109年9月業務執行季報告P. 25-27、P. 49-52)

1. 醫院部門： 整體件數下降 8.9%，申報點數下降 3.8%，預估平均點值上升為 0.9733。
2. 西醫基層： 整體件數下降 17.8%，申報點數下降 7.1%，預估平均點值上升為 1.0619。
3. 牙醫總額： 件數下降 5.4%，申報點數下降 0.9%，預估平均點值為 0.9953。
4. 中醫總額： 件數下降 1.0%，申報點數上升 3.0%，預估平均點值為 0.9285。

(二)109年7、8月

1. 醫院部門： 7 月整體件數下降 1.7%，申報點數上升 1.0%，8 月整體件數下降 1.0%，申報點數上升 4.0%。
2. 西醫基層： 7 月整體件數下降 13.3%，申報點數下降 3.8%，8 月整體件數下降 9.0%，申報點數下降 1.0%。
3. 牙醫總額： 7 月整體件數下降 0.01%，申報點數上升 3.3%，8 月件數下降 0.9%，申報點數上升 1.8%。
4. 中醫總額： 7 月整體件數下降 0.5%，申報點數上升 4.0%，8 月整體件數

下降 7.7%，申報點數下降 3.0%。

109 年第 1-2 季、7-8 月就醫件數及費用成長率統計

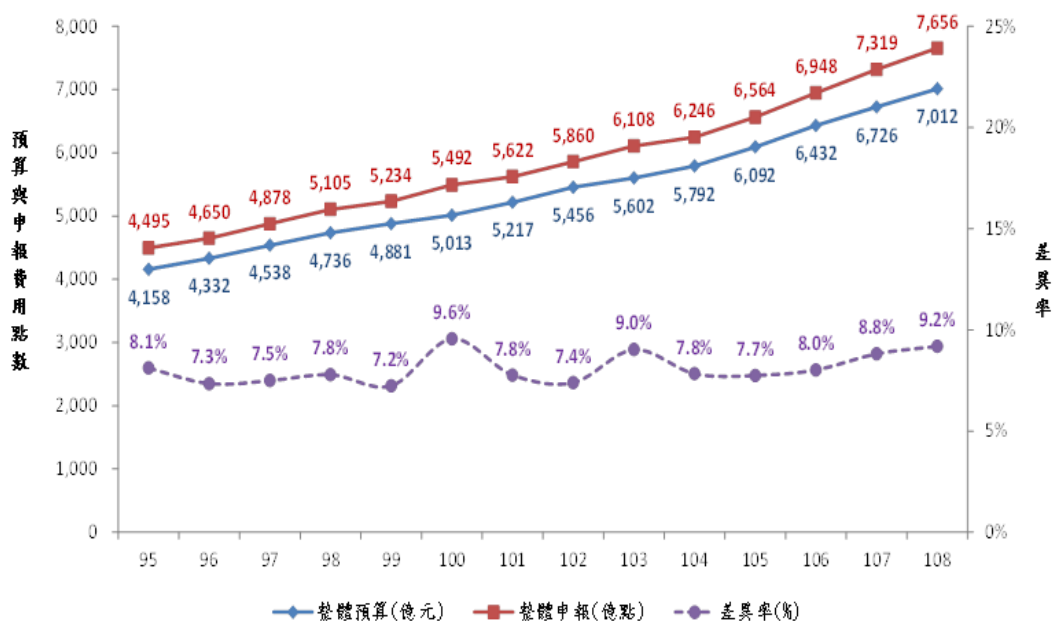
總額別	109 年第 1 季		109 年第 2 季		109 年 7 月		109 年 8 月	
	次數	費用	次數	費用	次數	費用	次數	費用
醫院總額	-5.6%	-0.7%	-8.9%	-3.8%	-1.7%	1.0%	-1.0%	4.0%
醫學中心	-5.9%	-0.4%	-8.2%	-3.3%	0.5%	0.7%	-0.3%	3.7%
區域醫院	-6.1%	-1.7%	-9.5%	-5.1%	-2.5%	0.4%	-1.3%	2.8%
地區醫院	-4.7%	0.9%	-8.8%	-1.8%	-2.7%	3.2%	-1.1%	7.2%
西醫基層	-7.3%	-1.7%	-17.8%	-7.1%	-13.3%	-3.8%	-9.0%	-1.0%
牙醫	-3.9%	-1.4%	-5.4%	-0.9%	-0.01%	3.3%	-0.9%	1.8%
中醫	-0.9%	3.6%	-1.0%	3.0%	-0.5%	4.0%	-7.7%	-3.0%

(三)小結：

1. 基層 109 年 7-8 月醫療點數呈下降趨勢，而 109 年 8 月之降幅(-1.0%)較 109 年 7 月(-3.8%)趨緩。
2. 中醫 109 年 8 月醫療點數呈下降趨勢，其餘總額 109 年 7-8 月醫療點數皆呈上揚趨勢。

四、歷年總額預算與申報點數_四大總額合計(不含其他部門)

95 年至 108 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9月業務執行季報告P.37、P.88-89、表28-1、表29)

總額別 年季	牙醫	中醫	西醫基層	醫院	門診透析
106年	0.9475	0.9495	0.9648	0.9348	0.8486
106年第1季	0.9595	0.9515	0.9814	0.9375	0.8248
106年第2季	0.9388	0.9538	0.9604	0.9438	0.8521
106年第3季	0.9298	0.9202	0.9461	0.9295	0.8470
106年第4季	0.9619	0.9724	0.9714	0.9283	0.8703
107年	0.9489	0.9305	0.9585	0.9274	0.8512
107年第1季	0.9382	0.9366	0.9441	0.9223	0.8223
107年第2季	0.9478	0.9349	0.9725	0.9310	0.8577
107年第3季	0.9520	0.9278	0.9577	0.9287	0.8620
107年第4季	0.9575	0.9227	0.9598	0.9276	0.8627
108年	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
以下為預估點值					
109年第1季 (模擬暫結點值)	1.0084	0.9146	1.0339	0.9606	0.8521
109年第2季 (預估點值)	0.9953	0.9285	1.0619	0.9733	0.8580

註：1. 108年中醫點值較低係因108年3月1日調整支付標準。

2. 模擬暫結點值係指按季結算之點值。

伍、業務推動主題摘要-109年1-6月分級醫療執行情形(109年9月業務執行季報告P.106)

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1-6月較106年(基期)同期，醫學中心就醫占率從10.56%減少至9.98%，區域醫院就醫占率從14.95%降至14.27%；地區醫院就醫占率由約9.82%增加至10.97%，基層院所就醫占率由64.67%增加至64.79%。

單位：千件

總就醫次數	106年1-6月		109年1-6月	
	值(千)	占率	值(千)	占率
合計	146,147	100.00%	136,111	100.00%
醫學中心	15,438	10.56%	13,580	9.98%
區域醫院	21,843	14.95%	19,423	14.27%
地區醫院	14,356	9.82%	14,927	10.97%
基層院所	94,509	64.67%	88,182	64.79%

二、轉診案件申報情形(以接受轉診端分析)：

109年1-6月總轉診案件1,547千件，占總就醫件數比率1.14%(106年同期為0.78%)。其中轉診至醫學中心就醫612千件，占該層級就醫件數比率4.51%(106年同期為2.94%)；轉診至區域醫院就醫647千件，占該層級就醫件數比率3.33%(106年同期為2.51%)，轉診至地區醫院239千件，占該層級就醫件數比率1.60%(106年同期為0.93%)；轉診至基層院所49千件，占該層級就醫件數比率0.055%(106年同期為0.002%)。

單位：千件

接受院所層級	106年1-6月		109年1-6月	
	值	轉診率	值	轉診率
合計				
總就醫件數	146,147		136,111	
轉診件數	1,138	0.78%	1,547	1.14%
醫學中心				
總就醫件數	15,438		13,580	
轉診件數	453	2.94%	612	4.51%
區域醫院				
總就醫件數	21,843		19,423	
轉診件數	549	2.51%	647	3.33%
地區醫院				
總就醫件數	14,356		14,927	
轉診件數	134	0.93%	239	1.60%
基層院所				
總就醫件數	94,509		88,182	
轉診件數	2	0.002%	49	0.055%

三、109年1-6月各層級轉診流向(不含視同轉診案件)：

(一)醫學中心轉出43,824件，其中14%轉至區域醫院、44%轉至地區醫院、37%轉至基層診所、4%轉至其他醫學中心。

(二)區域醫院轉出61,122件，其中28%轉至醫學中心、13%轉至地區醫院、34%轉至基層診所、26%轉至其他區域醫院。

(三)地區醫院轉出79,593件，其中50%轉至醫學中心、27%轉至區域醫院、8%轉至基層診所、15%轉至其他地區醫院。

(四)基層診所轉出346,408件，其中44%轉至醫學中心、41%轉至區域醫院、14%轉至地區醫院、2%轉至其他基層診所。

轉出院所

接受院所	合計		醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所	
	件數	占率	件數	占率	件數	占率	件數	占率	件數	占率
106年1-6月										
合計	320,996	100%	5,009	100%	14,018	100%	43,859	100%	244,502	100%
醫學中心	136,062	42%	1,305	26%	8,234	59%	18,983	43%	106,444	44%
區域醫院	156,874	49%	2,465	49%	4,078	29%	22,523	51%	116,065	47%
地區醫院	25,883	8%	1,187	24%	1,323	9%	2,074	5%	20,532	8%
基層診所	1,920	1%	12	0%	285	2%	185	0%	1,436	1%
109年1-6月										
合計	535,464	100%	43,824	100%	61,122	100%	79,593	100%	346,408	100%
醫學中心	211,093	39%	1,885	4%	16,841	28%	39,553	50%	152,020	44%
區域醫院	188,068	35%	6,221	14%	15,606	26%	21,738	27%	141,431	41%
地區醫院	87,824	16%	19,365	44%	7,967	13%	12,205	15%	47,642	14%
基層診所	48,479	9%	16,353	37%	20,708	34%	6,097	8%	5,315	2%

109.10.23 健保委員會議討論事項第五案
回應有關社保司意見(會議補充資料 P17~21)之釐清說明
陳炳宏 109.10.22

附件

政府應負擔健保總經費法定下限計算公式- 「應提列或增列之安全準備」應依營運實際值計算

一、政府應負擔健保總經費法定下限立法背景

二代健保修法時，為改善健保財務及提升負擔公平性，針對民眾高額獎金等 6 項所得(收入)及雇主支付薪資未計入投保金額之部分，新增 2%補充保險費之規定；由於補充保險費主要由民眾及民營雇主負擔，政府整體負擔率將相對下降，在此之前政府負擔率約為 34%，立法委員基於照顧人民及提升政府對健保財務責任，要求政府負擔亦需相應提高 2 個百分點，於健保法明定政府每年度至少應負擔保險經費扣除法定收入後金額之 36%(以下稱法定下限)

未依健保法第76條第1項規定計算「應提列安全準備來源」實際金額後，再代入同法第2條、第3條規定之公式遵循演算！導致政府負擔比率：105年35%、106年34%、107年34%、108年33%！

探究立法原意，是立基於保險費分攤的角度，政府負擔經費之合理計算方式，應以民眾及民營雇主因加徵補充保險費後所負擔之保險費，按政府原負擔之相對比例(34:66)計算為基礎，並適度提高，俾使二者負擔比例維持在 36:64，修法改變原經費負擔比率後(政府由 34%提高為 36%)，明顯加重政府健保負擔。

二、健保法相關規定與「應提列或增列之安全準備」於計算公式之疑義

依健保法第 2 條規定，保險經費指保險給付支出及應提列或增列之安全準備；同法第 3 條規定，政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%。因此，政府應負擔健保總經費法定下限可以用以下計算式呈現：

$36\% * [(保險給付支出 + 應提列或增列之安全準備) - 法定收入]$

上述公式中，「保險給付支出」、「法定收入」均有明確數值，但「應提列或增列之安全準備」，健保法並未明定計提方式。由於 102 至 105 年度健保每年收支均有結餘，健保署依健保法第 76 條規定，將結餘全數提列安全準備，並將該數額計入公式中「應提列或增列之安全準備」項目，則獲致之政府負擔數，可與政府分攤 36% 總保險費之結果相同。

健保法第76條第1項已明確規定計算「應提列安全準備來源」

$$保險收入 = 保險費收入 + 法定收入 \quad \dots\dots ①$$

$$保險收入 = 支出 + 應提列或增列之安全準備 \quad \dots\dots ②$$

因 ①=②，因此

$$保險費收入 = 支出 + 應提列或增列之安全準備 - 法定收入$$

亦即，可直接以政府分攤 36% 保險費之原則，透過民眾與民營雇主實際負擔數占總保險費 64% 之方式，推算政府應負擔數（民間負擔 ÷ 64% × 36%）。

惟於編列 106 年預算時，預估當年度保險收支將產生短絀，因無結餘可供提列安全準備，若仍維持政府負擔總保險費 36% 之計算方式，則公式中「應提列或增列之安全準備」項目，基於安全準備填補之精神，需以負數將全年短絀數帶入。

健保法第76條第1項

混淆健保法第76條第1項及第2項規定

三、公式中「應提列或增列之安全準備」項目，應不論盈虧皆採實際值計算

健保法第76條第2項

由於健保法對於法定下限之計算方式規定不明確，未來應配合法律研修使相關規定更臻明確。在此之前，「應提列或增列之安全準備」應依立法意旨，不論盈虧皆採實際值計算，使計算方式符合前後一致性，並確保政府依法負擔健保總經費法定下限 36% 之責任。亦即不只是有結餘時將結餘數計入，遇有短絀時，亦應以實際短絀數帶入公式計算。理由如下：

混淆健保法第76條第1項及第2項規定

(一) 用以填補短絀之安全準備是過去年度的結餘，政府已依法

分攤其中的 36%，應納入考量

依健保法第 24 條規定，健保會每年應依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，故其財務係秉持「隨收隨付」、「年度收支連動」的短期平衡觀念建構而成，原則上單一年度之收入應與支出相當，只維持法定安全準備，不就盈餘做長期的提存準備。惟考量費率向來易降難升並避免其頻繁調整，二代健保實施之後，各年度審議完成之費率並非年度平衡費率，在長期財務平衡機制下，勢必出現前期盈餘、後期短絀之情形；因此目前各年度結餘，均依健保法第 76 條規定全數納入安全準備，作為調節收支盈虧、平衡健保財務之用。

請寫清楚
健保法第76條第2項

當年度收入小於支出時，依健保法第 76 條規定，應由安全準備先行填補，而用於填補短絀之安全準備，為政府、民營雇主及民眾三方歷年來分攤保險費累存之結果，政府既已於過去年度承擔其中 36%，計算應負擔數時，納入考量應屬合理。若此時「應提列或增列之安全準備」以 0 或其他正值計入，等同政府當年度除原先負擔保險費之 36%外，尚需額外負擔短絀之 36%，形成政府單方少付要補，多付卻不退之不合理現象，亦不符合健保法第 76 條「年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補」之規定。

混淆健保法第76條
第1項及第2項規定

(二)二代健保增訂之政府責任，立法原意涵蓋保險費負擔比率的觀念

對於政府負擔法定下限之法規解釋，不應僅拘泥於單一條文之字義，應回歸其立法意旨及制度設計內涵。二代健保實施前，政府皆是依被保險人身分類目分攤一定比例的保險費，推動立法過程，亦多次說明將強化政府財務責

任，其負擔保險費之比率將由 34%提高至 36%。因此，在計算政府各年度法定下限時，由政府負擔總保險費的 36% 應符合二代健保之立法原意。

檢視健保法與政府負擔下限有關之條文，亦未違背前述以保險費為計算基礎之原意。依健保法第 2 條規定，保險經費指保險給付支出及應提列或增列之安全準備；同法第 17 條規定，本保險保險經費於扣除其他法定收入後，由中央政府、投保單位及保險對象分擔之。若依健保法第 24 條之當年收支平衡原則，無論是依第 2 條(支出原則)或是第 17 條(保險費收入分攤原則)，計算健保法第 3 條政府應負擔 36%之保險經費，結果皆會相同。

102 至 105 年雖非當年收支平衡，惟因有結餘，健保署將各年度結餘計入「應提列或增列之安全準備」後，二者亦獲致相同的結果。106 年度健保收支出現短絀時，若將年度短絀數以負值計入「應提列或增列之安全準備」，二者結果亦同；然倘於短絀年度，不採計當年短絀數，改以 0 或其他正值計入，則上述收、支二種算法將產生不同結果，無法互相平衡，反而有法規適用上之疑義。

(三)短絀年度「應提列或增列之安全準備」若以 0 或其他正值計入，政府有重複負擔之虞，不符三方分攤比率衡平之原則

於收入小於支出之短絀年度，「應提列或增列之安全準備」以 0 或其他正值計入，等同民眾及民營雇主應負擔短絀數之 64%部分是由安全準備填補，政府則須再就短絀數負擔 36%，因既有之安全準備已內含政府過去年度負擔 36%之數額，政府單獨就短絀數額外負擔，將有重複計算政府負擔之問題，導致政府負擔率**超過 36%**；此種以 0 或

依健保法第3條規定不得少於36%，政府也可以負擔37%、38%、39%，
但近年政府負擔比率：105年35%、106年34%、107年34%、108年33%！

其他正值計入安全準備之計算方式，政府負擔比率將隨之快速成長，有違民眾、民營雇主及政府三方負擔比率衡平之社會保險財務機制。

反之，若本於政府負擔總保險費 36% 之原則，各年度營運結果無論是結餘或是短絀，「應提列或增列之安全準備」均以實際值計入，則計算方式可維持各年度的一致性，政府與民間之保險費負擔比率固定，政府負擔 36%，民眾及民營雇主合計負擔 64%，符合二代健保立法「強化政府責任」及「政府責任明確」之初衷。

依法無據

依健保法第3條規定不得少於36%，政府也可以合法負擔37%、38%、39%！

全民健保是社會安定的重要基礎，穩健經營是政府責無旁貸的重要使命。除了負擔保險費之 36% 外，政府依法開徵之菸捐及公益彩券之盈餘，每年另有一定比率挹注健保安全準備。然而，政府各項支出實際皆為全民負擔，在資源有限下，某項政事別經費的增加將排擠其他施政支出；全民健保係屬社會保險，民眾與企業亦有其各自應盡之基本責任。因此，無論是基於前述之立法意旨、法條內涵、計算一致性，或是社會保險本質，各年度計算政府負擔數時，「應提列或增列之安全準備」項目，均應依年度營運結果，不論盈虧一律採實際值計算，以明確政府法定責任及維護全民最大福祉。