

衛生福利部全民健康保險會
第5屆110年第1次委員會議事錄

中華民國110年4月30日

衛生福利部全民健康保險會第5屆110年第1次委員會議紀錄

時間：中華民國110年4月30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：盛培珠、張薔云

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常務理事邦賢代理)、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮、李委員永振、李委員麗珍、卓委員俊雄、林委員恩豪、林委員敏華、侯委員俊良、柯委員富揚(中華民國中醫師公會全國聯合會詹執行長永兆 12:00 以後代理)、胡委員峰賓、翁委員文能、翁委員燕雪、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍、張委員澤芸、許委員騏洪、陳委員石池、陳委員有慶、陳委員秀熙、黃委員金舜、黃委員振國、楊委員芸蘋、趙委員曉芳、劉委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊、滕委員西華、蔡委員明鎮、盧委員瑞芬、賴委員博司、謝委員佳宜、顏委員鴻順

請假委員：

鄭委員素華

列席人員：

本部社會保險司：盧副司長胤雯

中央健康保險署：李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、張組長禹斌、戴組長雪詠

本會：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

壹、主席致詞(介紹委員)：略(詳與會人員發言實錄，第34~36頁)。

貳、議程確認

決定：確認。

參、確認上次(第4屆109年第10次)委員會議紀錄。

決定：洽悉(另送請第4屆委員確認)。

肆、本會重要業務報告：略(詳與會人員發言實錄，第40~53頁)。

決定：

一、上(第4)屆委員會議列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤事項，共8項：

1.項次3改列繼續追蹤；項次6、7待優先報告事項第二案及討論事項第二案討論後再解除追蹤(經報告及討論後，無後續應辦事項，爰解除追蹤)；其餘5項同意依擬議，解除追蹤，共計7項解除追蹤。

2.請中央健康保險署於年度總額協商及費率審議相關會議提供財務收支情形表。

(二)擬繼續追蹤事項，共10項：同意依擬議繼續追蹤10項外，加上前述改列繼續追蹤項目，共計11項繼續追蹤。

二、餘洽悉。

伍、優先報告事項：略(詳與會人員發言實錄，第54~92頁)。

第一案

案由：本會運作說明及110年度工作計畫(草案)，請鑒察。

決定：

一、確認110年度會議時間表及工作計畫(如附件一、二)，請委員預留時間與會，各工作計畫項目請相關負責單位配合辦理。

二、111年度委員會議時間，仍維持於每月第四個星期五召開。

第二案

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及其分配方式」核定結果及後續相關事項，請鑒察。

決定：

一、請中央健康保險署會同各部門總額相關團體辦理下列事項：

(一)盡速辦理 110 年度各部門總額協定事項未於 109 年 12 月底前完成之工作項目(如附件三)。

(二)確實依 110 年度各部門總額協定事項所列時程，完成法定程序及提報本會等相關事宜。

二、請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，盡速將「110 年度西醫基層總額一般服務費用地區預算之風險調整移撥款執行方式」函報本會備查。

三、餘洽悉。

第三案

報告單位：衛生福利部社會保險司、中央健康保險署

案由：衛生福利部「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢案及中央健康保險署「111 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」，請鑒察。

決定：委員所提諮詢意見摘要併同發言實錄(含書面意見)，送請衛生福利部參考。(委員所提諮詢意見摘要如附件四)

陸、討論事項：略(詳與會人員發言實錄，第 93~109 頁)。

第一案

提案單位：本會第一組

案由：推派本會委員擔任健保署「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」及「全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議」之代表案，提請

討論。

決議：

一、本會推派名單如下：

會議名稱		代表屬性	人數	推薦名單
醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議		雇主	1	何 語
		被保險人	1	劉國隆
醫療給付總額研討會	醫院	保險付費者	2	林恩豪 侯俊良
	西醫基層	保險付費者	2	馬海霞 許駢洪
	牙醫門診	保險付費者	2	劉守仁 賴博司
	中醫門診	保險付費者	2	李永振 林敏華
	門診透析	保險付費者	2	干文男 蔡明鎮

註：由本會遴選推派者，於任期內失去委員身分時，由該團體推派的接任人選替補之。

二、有關委員希望列席中央健康保險署相關會議乙節，請依該署規定辦理。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：各總額部門 109 年度執行成果評核之作業方式(草案)，提請討論。

決議：

- 一、本案依委員建議修正(貳、辦理方式一、評核委員)後，通過「各總額部門 109 年度執行成果評核之作業方式」(如附件五)，請中央健康保險署及四總額部門依作業方式及時程提供本案所需資料。
- 二、同意中央健康保險署及四總額部門所提之「110 年度重點項目與績效指標(含目標值)」(如附件六)，請據以

執行，並將專家建議納為長期規劃與努力方向，以提升總額執行效益。

三、111 年度總額「品質保證保留款獎勵額度」，訂於 110 年 6 月份委員會議討論。

柒、報告事項：略(詳與會人員發言實錄，第 110~118 頁)。

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「109 年第 4 季全民健康保險業務執行季報告」(併「110 年 1、2、3 月份全民健康保險業務執行報告」)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提書面意見，送請中央健康保險署回復說明。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：108 年度健保收入超過 2 億元之 223 家醫療院所財務報告公開情形，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署回復說明。

捌、散會：下午 14 時。

附錄：與會人員發言實錄

全民健康保險會 110 年度委員會議暨重要會議預訂時間表

會議次別	會議時間	會議地點
第 1 次	4 月 30 日(星期五上午 9 時 30 分)	衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 2 次	5 月 21 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 3 次	6 月 25 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 4 次	7 月 23 日(星期五上午 9 時 30 分)	
各總額部門 109 年執行成果發表 暨評核會議	7 月 27 日(星期二上午 9 時)全天 7 月 28 日(星期三上午 9 時)半天	衛生福利部 1 樓 大禮堂
第 5 次	8 月 20 日(星期五上午 9 時 30 分)	衛生福利部 3 樓 301 會議室
111 年度總額協 商草案座談會	8 月 20 日(星期五下午 1 時 30 分)	
111 年度總額協商 之保險付費者代 表、專家學者與公 正人士及政府機關 代表委員座談會	8 月 31 日(星期二上午 9 時 30 分)	
111 年度總額協 商會議	9 月 23 日(星期四上午 9 時 30 分)全天 若有協商未盡事宜，則於 9 月 24 日 上午 11 時處理	
第 6 次	9 月 24 日(星期五上午 11 時)	
費率審議前 意見諮詢會議	10 月 15 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 7 次	10 月 22 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 8 次	11 月 19 日(星期五上午 9 時 30 分)	
業務訪視活動	12 月 16 日(星期四上午 9 時)全天	健保署東區業務組
第 9 次	12 月 17 日(星期五上午 9 時 30 分)	

備註：

- 1.各次委員會議時間或地點如有更動，另行通知。
- 2.如須召開臨時委員會議，其時間與地點另行通知。

全民健康保險會 110 年度工作計畫-按會議時序排列

日期	工作項目
4 月 30 日 (委員會議)	<p>優先報告事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本會運作說明及 110 年度工作計畫 2.110 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項 3.111 年度總額範圍報行政院前之諮詢、全民健康保險資源配置及財務平衡方案
	<p>討論事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.推派本會委員擔任健保署「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」及「全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議」之代表 2.各總額部門 109 年度執行成果評核作業方式之討論
	<p>報告事項：</p> <p>108 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形</p>
5 月 21 日 (委員會議)	<p>優先報告事項：</p> <p>全民健康保險業務執行季報告(口頭)</p>
	<p>討論事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.111 年度總額協商架構及原則之討論 2.本會委員會議公開會議實況可行性之討論
	<p>報告事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.「中醫針灸、傷科處置品質提升」之具體規劃(含提升針灸及傷科處置品質之執行方式與新增治療項目) 2.109 年度全民健保年終決算報告、111 年度全民健保預算備查案
6 月 25 日 (委員會議)	<p>討論事項：</p> <p>111 年度總額協商程序之討論</p>
	<p>討論事項：</p> <p>各總額部門 109 年度執行成果評核獎勵額度案之討論</p>
	<p>報告事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.「基層總額轉診型態調整費用」與「鼓勵院所建立轉診之合作機制」執行成效評估(含長期效益評估指標、病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形) 2.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告

日期	工作項目
7月23日 (委員會議)	報告事項： 1.家庭醫師整合性照護計畫執行情形與成效檢討(含強化執行面監督與退場機制及納入更多結果面成效指標) 2.牙醫門診總額 109 年度協定事項執行結果： (1)「牙周病統合治療方案」之執行結果 (2)「全面提升感染管制品質」之執行結果(含申報情形及查核結果)
7月27、28日	各總額部門 109 年度執行成果發表暨評核會議
8月20日 全天	優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭) (含醫院及西醫基層總額之「藥品及特材給付規定改變」經費編列及估算方式合理性之檢討結果(請將藥品之節流效益納入考量))
	討論事項： 健保署所提自付差額特殊材料品項之討論(暫訂，視提案情形安排)
	報告事項： 各總額部門 109 年度執行成果評核結果
下午 (協商會前會)	111 年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會
8月31日上午	111 年度總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會
9月23日 全天	111 年度總額協商會議 (若有未盡事宜，則於 9 月 24 日上午 11 時處理)
9月24日 (委員會議)	討論事項： 111 年度各部門總額及其他預算協商結論之討論 (若有總額協商未盡事宜，於未盡事宜處理完畢後召開；若無未盡事宜，則於上午 11 時召開)
10月15日上午	111 年度保險費率審議前意見諮詢會議
10月22日 (委員會議)	討論事項： 111 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論

日期	工作項目
	報告事項： 全民健康保險業務監理指標之監測結果報告
11月19日 (委員會議)	優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭)
	討論事項： 1.111年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論(續) 2.111年度保險費率之審議案 3.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論(暫訂，視提案情形安排)
12月16日	業務訪視活動 預定地點：東區業務組轄區特約院所
12月17日 (委員會議)	優先報告事項： 111年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項
	討論事項： 健保署所擬訂111年度抑制資源不當耗用改善方案之討論
	報告事項： 自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告(含開放半年後之檢討改善情形)

- 註：1.預定時程已參酌健保署意見調整。
- 2.配合健保署送會時程，安排之討論事項如下：
- (1)健保署所擬訂調整保險給付範圍方案之審議。
 - (2)健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議。
 - (3)健保署所擬修訂醫療品質資訊公開辦法之討論。
- 3.委員會議若另有決議(定)事項，配合安排或調整相關工作項目。

全民健康保險會 110 年度工作計畫-按業務性質排列

類別	工作項目	預定 時程	主辦(協辦) 單位	備註
業務 監理	一、專案報告			
	1.108 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形	4 月	健保署	依健保法第 73 條辦理
	2.「中醫針灸、傷科處置品質提升」之具體規劃(含提升針灸及傷科處置品質之執行方式與新增治療項目)	5 月	健保署、 中全會	1.依 109 年 9 月份委員會議決議事項辦理 2.請健保署統籌，醫療專業部分得邀請中全會併同報告(依健保署建議)
	3.「基層總額轉診型態調整費用」與「鼓勵院所建立轉診之合作機制」執行成效評估(含長期效益評估指標、病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)	6 月	健保署	依 109 年 9 月份委員會議決議事項辦理
	4.家庭醫師整合性照護計畫執行情形與成效檢討(含強化執行面監督與退場機制及納入更多結果面成效指標)	7 月	健保署	依 109 年 9 月份委員會議決議事項辦理
	5.牙醫門診總額 109 年度協定事項執行結果： (1)「牙周病統合治療方案」之執行結果 (2)「全面提升感染管制品質」之執行結果(含申報情形及查核結果)	7 月	健保署、 牙全會	1.依 109 年度牙醫門診總額協定事項辦理 2.請健保署統籌，醫療專業部分得邀請牙全會併同報告(依健保署建議)
	二、例行監理業務			
1.全民健康保險業務執行季報告	5、8、 11 月	健保署	1.每季業務執行報告以口頭報告方式進行，其餘月份以書面提報 2.為完整呈現前一季資料，安排於 2、5、8、	

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
業務 監理				11 月進行口頭報告(依健保署建議) 3.依 110 年度總額核定事項，及參考健保署提報方式之建議，請健保署於 8 月份委員會議之業務執行季報告提報醫院及西醫基層總額之「藥品及特材給付規定改變」經費編列及估算方式合理性之檢討結果(請將藥品之節流效益納入考量)
	2.109 年度全民健保年終決算報告、111 年度全民健保預算備查案	5 月	健保署(本會)	依健保法施行細則第 3 條辦理
	3.全民健康保險業務監理指標之監測結果報告	10 月	健保署	季指標另納入 3 月、9 月業務執行報告
	4.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告	6、12 月	健保署	
	5.自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告	12 月	健保署	
	三、業務相關活動			
	業務訪視活動暨第 9 次委員會議(2 天 1 夜) 預定地點：東區業務組轄區特約院所	12 月	本會(健保署)	預訂於 12 月 16、17 日召開
總額 協議 訂定	1.提報 110 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項	4 月	本會	
	2.各總額部門 109 年度執行成果評核作業方式之討論	4 月	本會	
	3.111 年度總額範圍報行政院前之諮詢、全民健康保險資源配置及財務平衡方案	4 月	社保司、健保署	依健保法第 60 條、第 5 條辦理

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註	
總額協議訂定	4.111 年度總額協商架構及原則之討論	5 月	本會		
	5.111 年度總額協商程序之討論	6 月	本會		
	6.各總額部門109年度執行成果評核獎勵額度案之討論	6 月	本會		
	7.各總額部門109年度執行成果發表暨評核會議	7 月	本會 (健保署)	預訂於 7 月 27、28 日召開，5~7 月準備資料	
	8.提報各總額部門109年度執行成果評核結果	8 月	本會		
	9.111 年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會	8 月	本會	預訂於 8 月 20 日下午召開	
	10.111 年度總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會	8 月	本會	預訂於 8 月 31 日上午召開	
	11.111 年度總額協商會議	9 月	本會 (健保署)	1.依健保法第 61 條辦理 2.預訂於 9 月 23 日召開(若有未盡事宜，則於 9 月 24 日上午 11 時處理)，7~9 月前置作業	
	12.111 年度各部門總額及其他預算協商結論之討論	9 月	本會	依健保法第 61 條辦理	
	13.111 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論	10、11 月	本會	依健保法第 61 條辦理	
	14.提報 111 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項	12 月	本會		
	費率審議	1.111 年度保險費率審議前意見諮詢會議	10 月	本會 (健保署)	1.依健保法第 24 條辦理 2.預訂於 10 月 15 日召開
		2.111 年度保險費率案之審議	11 月		依健保法第 24 條辦理
	保險	1.健保署所提自付差額特殊材料品項	8、11	健保署	1.依健保法第 45 條第 3

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
給付及其他應討論法定事項	之討論(暫訂，視提案情形安排)	月	(本會)	項及 105 年 6 月份委員會議決議之「健保會討論自付差額特材之作業流程」辦理 2. 各季配合健保署送會時程辦理
	2. 健保署所擬訂 111 年度抑制資源不當耗用改善方案之討論	12 月		依健保法第 72 條辦理
	3. 健保署所擬訂調整保險給付範圍方案之審議	配合健保署送會時程		依健保法第 26 條辦理
	4. 健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議			依健保法第 51 條第 12 款辦理
	5. 健保署所擬修訂醫療品質資訊公開辦法之討論			依健保法第 74 條辦理
其他	推派「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議」及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之本會代表	4 月	本會	依全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法辦理
	本會委員會議公開會議實況可行性之討論	5 月	本會	依立法院審查 110 年度中央政府總預算案決議辦理

註：1. 預定時程已參酌健保署意見調整。

2. 委員會議若另有決議(定)事項，配合安排或調整相關工作項目。

110 年度各部門總額協定事項未於 109 年 12 月底前完成之工作項目

部門	工作項目	應完成時限
牙醫門診總額	需經本會同意或向本會說明	
	1 新醫療科技(新增診療項目) ※協定事項：於 109 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程	109 年 12 月委員會議(說明)
	2 牙醫特殊醫療服務計畫 ※協定事項：擬新增之牙醫特定身心障礙者社區醫療網，需提出共識之具體實施方案，並於 109 年 12 月底前提報本會同意後執行	109 年 12 月底前
	3 0~6 歲兒童口腔健康照護試辦計畫(110 年新增計畫) ※協定事項： (1)本項經費不應支付預防保健相關服務 (2)擇縣市試辦，具體實施方案於 109 年 12 月底前提報本會同意後執行	
中醫門診總額	依法定程序辦理相關事宜，送本會備查	
	1 中醫針灸處置品質提升(110 年新增項目) ※協定事項：以新增複雜性疾病特殊針灸治療及協同輔助治療項目為優先考量，於 109 年 12 月底前提出具體實施方案(含分類標準、醫療服務內容及確保品質之標準作業程序)，並提報本會核備	109 年 12 月底前 (於 110 年 5 月份委員會議安排專案報告)
	2 中醫傷科處置品質提升(110 年新增項目) ※協定事項：以新增複雜性骨傷疾病之整復治療及協同輔助治療項目為優先考量，於 109 年 12 月底前提出具體實施方案(含分類標準、醫療服務內容及確保品質之標準作業程序)，並提報本會核備	
西醫基層總額	依法定程序辦理相關事宜，送本會備查	
	1 醫療給付改善方案 ※決定事項： (1)持續辦理 7 項方案，通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容 (2)新增糖尿病與初期慢性腎臟病共同照護服務；持續加強推動糖尿病與慢性腎臟病整合照護	109 年 11 月底前
醫	依法定程序辦理相關事宜，送本會備查	

部門	工作項目	應完成時限
院 總 額	1 醫療給付改善方案 ※決定事項： (1)持續辦理 9 項方案，通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容 (2)新增糖尿病與初期慢性腎臟病共同照護服務；持續加強推動糖尿病與慢性腎臟病整合照護	109 年 11 月底前
	2 急診品質提升方案 ※決定事項：精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形	
	3 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	
其 他 預 算	依法定程序辦理相關事宜，送本會備查	
	1 基層總額轉診型態調整費用※協定事項： (1)持續檢討經費動支條件，並建立長期效益評估指標 (2)本項動支方案(含經費動支條件及相關規劃)應於 109 年 11 月底前完成相關程序，並送本會備查	109 年 11 月底前
	2 推動促進醫療體系整合計畫 (1)醫院以病人為中心門診整合照護計畫 (2)急性後期整合照護計畫 (3)跨層級醫院合作計畫 ※協定事項：檢討執行方式，以增進計畫執行效益。 另請加速推動「遠距醫療會診」服務	109 年 11 月底前
	3 腎臟病照護及病人衛教計畫 (1)末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫 (2)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案 (3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫 ※協定事項：新增急性腎損傷(AKI)病人照護與衛教	109 年 12 月底前
	4 提升保險服務成效 ※協定事項：於 109 年 12 月底前訂定提升保險服務成效之評估指標	
5 提升用藥品質之藥事照護計畫 ※協定事項：盡速研訂計畫，以利執行	109 年 11 月底前	

註：110 年執行情形於本會 110 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 110 年 7 月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含 109 年執行情形)。

111年度「全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」及「全民健康保險資源配置及財務平衡方案」本會委員所提諮詢意見摘要

一、付費者委員意見：

(一)對111年度總額範圍(草案)之建議：

- 1.所擬總額範圍推估金額高達7,935億元(低推估)~8,207億元(高推估)。依據健保署財務模擬試算，111年度當年保險收支將短絀222億元~492億元，以低推估值1.272%計算，當年底保險收支累計結餘數，僅剩1.05個月保險給付支出，若以高推估值4.746%計算，更只剩下0.59個月，低於法定應至少有1個月保險給付支出之安全準備總額。110年剛調漲費率至5.17%，部長曾對外宣示2年不再調整，依上述財務推估，衛福部應說明相關作為，否則111年又要再次調漲，很快就需面對法定費率上限6%的問題。建請行政院核定111年度總額範圍時，考量健保財務狀況，再行評估調整。
- 2.受到 COVID-19疫情影響，許多產業停滯，國內傳統產業及內需產業就業機會減少，雖然 GDP 成長，但主要是科技產業成長所致，無法反映整體民眾的付費能力。實際上，民眾平均收入變低、所得分配惡化，付費能力下降，加上人口負成長，保費收入恐無法繼續支撐不斷成長的總額。建請考量被保險人的財務負擔能力，合理設定總額範圍，確保健保制度永續發展。
- 3.總額預算每年以複數方式滾動成長，基期費用逐年擴大，建議相關節流成效應回饋總額，合理調控基期或納入總額調整因素，以減輕調漲保費壓力。
 - (1)歷年總額配合政府政策投入相當多的預算，如健保醫療資訊雲端查詢系統、C 型肝炎藥費等，惟衛福部擬訂 111 年度總額範圍時，並未呼應國發會 110 年度之審議建議，將預算投入後之節流效果納入考量。

(2)COVID-19 疫情讓民眾健康意識提升，改變民眾就醫行為及疾病需求，109 年整體醫療利用減少，應通盤檢視醫療供需變動，並納入總額調整因素，以反映醫療需求的改變。

(二)對111年度總額政策目標之建議：

- 1.所擬111年度調整因素金額高達272億元，政策目標多元，結合公衛、照護模式、醫療照護體系、支付制度改革等諸多項目，惟現階段健保財務及付費能力都有困難，增加政策項目預算宜審慎，建議先進行專業評估及取捨，若無實際效益，現階段可不必增加預算。
- 2.所提各項政策目標，應有相對應的支出金額與說明，另「健保總額中長期改革計畫(2021~2025年)」為重大政策方向，建議陳報行政院時，提供相關資訊，以利後續評估預算及總額範圍設定之合理性。
- 3.許多政策目標係由政府及健保合作推動，應詳細區分各項政策目標的預算來源及額度，尤其涉及政府政策推動之項目，應由公務預算支應，不宜轉由健保支付。

二、醫事服務提供者委員意見：

(一)請確實檢討低推估之設定及計算公式的合理性：

111年度之「醫療服務成本指數改變率」為負值，主要係匯率波動所致，惟實務上藥品、醫材的採購成本未降反升，且其採用之指數為抽樣調查資料，難以反映實際醫療成本。此外，「躉售物價指數—醫療儀器及用品類」選取的查價項目，並非多數醫療院所常使用的品項，建請檢討指數合理性。

(二)建議運用健保大數據資料，分析最近1年各年齡層的醫療費用，以了解人口結構改變下，每多1歲會增加多少醫療需求(包括新藥、新科技等)，未來即可以前1年各年齡層實際醫療費用，推估未來1年各年齡層的醫療費用，使數據更貼近實際需求。

三、專家學者及公正人士委員意見：

(一)對111年度總額範圍(草案)之建議：

- 1.受到 COVID-19 疫情影響，整體醫療利用減少，高推估值(4.746%)卻高於110年度總額成長率(4.107%)，其理由及立論基礎為何？應審慎評估其必要性，否則依健保署財務模擬試算，111年將需要再次調漲保費。
- 2.歷年總額配合政府政策投入相當多的預算，依據健保署估算資料，節省金額高達183.97億元，建議相關節流成效應納入111年度總額考量。

(二)對111年度總額政策目標之建議：

請確實檢討政策目標之預算來源，涉及政府政策推動項目，應由公務預算支應。

(三)請確實檢討低推估之設定及計算公式的合理性：

「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」有過度反應醫療費用、墊高計算基礎之虞，請檢討計算公式，並排除其他因政策鼓勵或協商因素項目投入預算(如 C 肝藥費、新醫療科技預算)所造成的影響。

各總額部門 109 年度執行成果評核之作業方式

第 5 屆 110 年第 1 次委員會議(110.4.30)通過

壹、評核範圍

- 一、醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診四總額部門109年度之年度重點項目、一般服務項目及門診透析服務執行成果。
- 二、四總額部門及其他預算109年度之專款項目執行成果。

貳、辦理方式

一、評核委員

- (一)函請四部門總額受託團體及本會付費者代表委員推薦醫務管理、公共衛生及財務金融等健康保險相關領域專家學者為評核委員人選。
- (二)本會同仁彙整四部門總額受託團體及本會付費者代表委員推薦名單，加上本會現任、曾任專家學者及公正人士委員後，請本會委員就該建議名單票選適合人選，依據委員票選結果，排定邀請名單，依序邀請 7 位擔任評核委員，評核委員名單不事先公開。本會委員票選評核委員時，請兼顧四部門總額之衡平性與差異性，並請鼓勵專家學者廣泛參與，避免專家學者之服務機構過度集中。

二、評核會議之資料

- (一)請四總額部門及健保署於評核會議前 1 個月，提供年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果書面報告，另對於 109 年執行未滿半年及 110 年新增之總額協商因素項目，請說明執行現況與未來規劃(報告大綱及提報單位，詳附表一~四)，供評核委員事先審閱。
- (二)書面報告內容以精簡為原則，部門提報之年度重點項目及一般服務項目內文限 100 頁，各專款項目內文限 10 頁，並編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
- (三)請四總額部門及健保署於評核會議前 2 週，提送口頭報告(簡報)。

三、評核會議

- (一)會議期程：2 天。
- (二)第一階段：公開發表會議(1 天半)。
 - 1.健保署統一報告各部門總額一般服務之整體性、一致性項目(如：利用

概況、滿意度調查結果、品質指標監測結果等)及門診透析與其他預算之執行成果。

- 2.由接受健保署專業事務委託之四部門總額受託團體報告年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果；為利評核委員及與會者掌握及聚焦於重點項目，簡報內容請以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 109 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。
- 3.評核委員評論各總額部門年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果報告，並開放與會者提問。
- 4.參與人員

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

(三)第二階段：評核內部會議(半天)。

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

參、評核項目與配分

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

評核項目	配分
壹、年度重點項目執行成果與未來規劃^{註1} 一、年度重點項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 2~3 項 109 年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。(附表三) 二、自選重點項目：部門自行提報，最多2項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。	20
貳、一般服務項目執行績效 一、就109年評核委員評論意見與期許之回應說明 二、維護保險對象就醫權益	60

評核項目	配分
<p>(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施</p> <p>(二)民眾付費情形及改善措施</p> <p>(三)就醫可近性與及時性之改善措施</p> <p>(四)民眾諮詢及抱怨處理</p> <p>(五)其他確保民眾就醫權益之措施</p> <p>三、專業醫療服務品質之確保與提升</p> <p>(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施</p> <p>(二)品質保證保留款實施方案執行結果</p> <p>(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施</p> <p>四、協商因素項目之執行情形</p> <p>(一)109年新增項目(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標)之執行情形</p> <p>(二)延續項目之執行情形</p> <p>1.新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)(本項適用於協定事項有新醫療科技項目之部門)</p> <p>2.支付標準修訂及其他協商因素項目(依協定結果分列)</p> <p>(三)109年執行未滿半年及110年新增項目之執行現況與未來規劃</p> <p>五、總額之管理與執行績效</p> <p>(一)醫療利用及費用管控情形</p> <p>(二)地區預算分配(含風險調整基金)之執行與管理</p> <p>(三)點值穩定度</p> <p>(四)專業審查及其他管理措施</p> <p>(五)院所違規情形及醫療機構輔導</p>	
<p>參、專款項目執行成果^{註2}</p> <p>一、就109年評核委員評論意見與期許之回應說明</p> <p>二、109年計畫/方案執行成果</p> <p>三、105~109年執行情形及成效評估(含自選3項關鍵績效指標)</p> <p>四、檢討與改善方向</p> <p>(一)計畫/方案110年修正重點</p> <p>(二)109年執行未滿半年及110年新增項目之執行現況與未來規劃</p>	20
總分	100

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

2.列入評核之專款項目如附表四。

肆、評核結果之應用

一、評核結果區分為下列五等級：

評核分數	等級
90 分及以上	特優
85 分至未達 90 分	優
80 分至未達 85 分	良
75 分至未達 80 分	可
未達 75 分	劣

二、評核等級作為111年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給「品質保證保留款」之預算，以茲鼓勵。

三、評核委員針對四部門總額年度重點項目、一般服務項目及專款項目之共識建議，作為協商111年度該部門總額一般服務項目成長率及各專款項目經費增減及續辦與否之參據。

伍、110 年評核作業時程表

時間	作業內容
110 年 1~3 月	1.函請四部門總額受託團體及健保署提供建議之 110 年度重點項目及其績效指標、操作型定義及目標值，並請就本會研擬之評核內容(草案)提供修正建議。 2.請四部門總額受託團體推薦評核委員人選。 3.研擬評核作業方式(草案)。
110 年 4 月	1.評核作業方式(草案)提委員會議議定。 2.請本會付費者代表委員推薦評核委員人選。
110 年 5 月	1.本會同仁彙整四部門總額受託團體及本會付費者代表委員推薦名單，加上本會現任、曾任專家學者後，請本會委員就該建議名單票選適合人選。 2.依據委員票選結果，排定邀請名單，依序邀請 7 位擔任評核委員。 3.請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。
110 年 5 月下旬	健保署依評核報告大綱及評核項目表，先提送監測/調查/統計結果(報告上冊)予本會，供評核委員審閱及四總額部門參用，總額部門可專注於提報執行檢討與改善結果。

時間	作業內容
110年6月下旬 (評核會議前1個月)	四總額部門及健保署提送執行成果之書面報告(健保署提送報告下冊)予本會，供評核委員審閱。
110年7月中旬 (評核會議前2週)	1.健保署及四總額部門提送「各總額部門 109 年度執行成果發表暨評核會議」之口頭報告(簡報)，供評核委員審閱。 2.本會同仁彙整「各總額部門 109 年度執行成果評核指標摘要」供評核委員參考。
110年7月下旬 (訂於7月27、28日)	召開為期2天之「各總額部門 109 年度執行成果發表暨評核會議」。

年度重點項目及各部門總額一般服務項目執行績效/成果之報告大綱

評核項目	健保署提報	部門提報
壹、年度重點項目執行成果與未來規劃		
一、年度重點項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 2~3 項 109 年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。	V	V
二、自選重點項目：部門自行提報，最多 2 項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。	V	V
貳、一般服務項目執行績效		
一、就 109 年評核委員評論意見與期許之回應說明	V	V
二、維護保險對象就醫權益		
(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施	調查/統計結果 及重點說明	檢討及改善
(二)民眾付費情形及改善措施		
(三)就醫可近性與及時性之改善措施		
(四)民眾諮詢及抱怨處理		
(五)其他確保民眾就醫權益之措施	—	V
三、專業醫療服務品質之確保與提升		
(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施	監測結果 及重點說明	檢討及改善
(二)品質保證保留款實施方案執行結果	核發結果統計	
(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施	—	V
四、協商因素項目之執行情形		
(一)109 年新增項目(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標)之執行情形	執行情形 (含成效)檢討 ^{註3}	推動情形、 目標達成情形、 檢討及改善
(二)延續項目之執行情形		
(三)109 年執行未滿半年及 110 年新增項目之執行現況與未來規劃	執行情形	
五、總額之管理與執行績效		
(一)醫療利用及費用管控情形	醫療利用情形	管控措施、 檢討及改善
(二)地區預算分配(含風險調整基金)之執行與管理	預算分配結果	
(三)點值穩定度	點值	
(四)專業審查及其他管理措施	審查核減統計	
(五)院所違規情形及醫療機構輔導	違規情形統計	
參、附錄(如：品質確保方案、品質保證保留款實施方案及其他視需要提供之方案內容)		

註：1.請健保署於 5 月下旬依報告大綱及評核項目表，先提供監測/調查/統計結果(上冊)予本會及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料。

2.報告內容請涵蓋評核項目表各項評核內涵及指標，並提供 5 年(105~109 年)之數據。另請健保署提供各項調查/統計結果時，重點說明其結果。部門提報之執行成果報告內文限 100 頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。

3.依據 110 年度總額協定事項，請於 110 年 7 月底前，提報延續項目之 109 年執行情形及成效評估。

附表二

各部門總額及其他預算專款項目執行績效/成果之報告大綱

壹、計畫型項目	健保署提報	部門提報
一、就 109 年評核委員評論意見與期許之回應說明	—	V
二、109 年計畫/方案執行成果		
(一)計畫目的		
(二)執行目標		
(三)經費來源與協定事項		
(四)費用支付		
(五)執行內容		
(六)評核指標及退場機制		
三、105~109 年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率	執行情形之統計結果、關鍵績效指標及改善建議	推動情形、檢討及改善、目標達成情形
(二)目標達成情形(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標達成情形)		
(三)執行概況及結果，包含醫療服務提供及民眾利用情形、獎勵情形等		
(四)成效評估，包含計畫所訂之評核指標達成情形、就醫可近性及健康狀況改善情形等(含自選 3 項關鍵績效指標)		
四、檢討與改善方向		
(一)計畫/方案 110 年修正重點	—	V
(二)109 年執行未滿半年及 110 年新增計畫/方案之執行現況與未來規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃
五、附錄：各項專案計畫/方案內容	—	V
貳、非計畫型項目	健保署提報	部門提報
一、就 109 年評核委員評論意見與期許之回應說明	—	V
二、105~109 年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率	執行情形之統計結果及改善建議	推動情形、檢討及改善
(二)執行結果及成效		
三、檢討與改善方向		
(一)110 年修正重點	—	V
(二)109 年執行未滿半年及 110 年新增計畫/方案之執行現況與未來規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃

註：1.由各總額部門負責及跨部門之專款項目，請健保署於 5 月下旬依報告大綱，先提供執行情形摘要表(上冊，其中計畫型應含 3 項自選關鍵績效指標)予本會及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料；由健保署負責之專款項目(計畫型及非計畫型)，均由署提報，各專款項目之提報單位如附表四。

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

健保署及四總額部門「109年度重點項目與績效指標(含目標值)」

部門/單位	年度重點項目	績效指標
整體總額— 健保署	項目1：整體資源配置與未來規劃	
	項目2： 分級醫療之推動 成效	指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率 目標值： $\geq 3.77\%$ 操作型定義：分母案件之回轉件數/區域級(含)以上醫院 接受上轉之門住診申報件數合計
	項目3： 推動健保醫療資 訊雲端查詢系統 之成效	指標：全藥類藥品重複用藥日數下降比率 目標值：較去年同期下降5%或 \leq 低於全國值 操作型定義：全藥類藥品之重複用藥日數/全藥類藥品之 總給藥日數
醫院總額— 醫院協會	項目1： 醫院分級醫療執 行成效	指標(1)：醫院層級轉診率 目標值：轉診率維持成長10% 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數 指標(2)：分級醫療垂直整合策略聯盟 目標值：分級醫療涵蓋率80% 操作型定義：完成建立與其他院所策略聯盟合作機制 之家數/醫院部門醫院家數 註：醫院協會建議健保署新增「就醫民眾對分級醫療轉診政策 實施滿意度調查」，並列為績效指標3。
	項目2： 護病比執行現況	指標：全日平均護病比分級達成率 目標值：全日平均護病比合格率80% 操作型定義：【參考醫院評鑑基準】(醫院急性一般病床 床位數 \times 占床率 $\times 3$)/全日平均三班護理人員 數(同健保署全民健康保險醫療品質資訊公 開網指標-急性一般病床全日平均護病比) 註：1.急性一般病床：包含急性一般病床、經濟病床、精神急 性一般病床、精神急性經濟病床。 2.醫院不含未設置「急性一般(經濟)、精神急性一般(經濟) 病床」醫院。

部門/單位	年度重點項目	績效指標
西醫基層 總額一 醫全會	項目1： 西醫基層轉診執行概況	<p>指標(1)：轉診占率 目標值：較前1年度轉診占率增加3~5% 操作型定義：基層轉診件數/西醫部門轉診件數</p> <p>指標(2)：基層接受轉診率 目標值：較前1年度接受轉診率增加3~5% 操作型定義：基層接受轉診件數/醫院轉至基層件數 註：基層接受轉診件數排除平轉案件</p> <p>指標(3)：基層接受慢性病病人轉診率 目標值：較前1年度接受慢性病病人轉診率增加3~5% 操作型定義：基層接受醫院慢性病轉診件數/醫院轉至基層慢性病件數 註：慢性病定義：案件分類為04、08案件</p> <p>指標(4)：慢性病病人轉診照護情形 目標值：較前1年度慢性病轉診病人持續就醫人數比率增加3~5% 操作型定義：慢性病轉診病人持續就醫歸戶人數/醫院轉至基層慢性病歸戶人數 註：1.持續就醫定義：醫院轉至基層慢性病病人於同院所因慢性病持續就醫兩次以上。 2.慢性病定義：案件分類為04、08案件。</p>
	項目2： 醫療給付改善方案成效	<p>指標：糖尿病病人照護率 目標值：較前1年度照護率增加1~3% 操作型定義：當年度申報糖尿病方案相關費用之歸戶人數/當年度糖尿病方案之符合收案條件之歸戶人數</p>
牙醫門診 總額一 牙全會	項目1： 牙醫院所加強感染管制之現況與改善	<p>指標：院所加強感染管制申報率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：申報加強感染管制診察費的院所數/申報總院所數</p>
	項目2： 國人牙齒保存現況與改善情形	<p>指標：有就醫者平均拔牙顆數(負向指標) 目標值：最近3年全國平均值*(1+10%) 操作型定義：拔牙總顆數(簡單性拔牙92013C+複雜性拔牙92014C)/就醫人數</p>

部門/單位	年度重點項目	績效指標
中醫門診 總額一 中全會	項目1： 中醫利用的檢討 與規劃	指標(1)：中醫服務人數成長率 目標值：中醫服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：服務人數(109年-108年)/108年 指標(2)：中醫服務人次成長率 目標值：中醫服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：服務人次(109年-108年)/108年
	項目2： 中醫醫療資源不 足地區就醫可近 性改善	指標(1)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率為正值 操作型定義：無中醫鄉數(108年-109年)/108年 指標(2)：無中醫鄉服務人數成長率 目標值：無中醫鄉服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：無中醫鄉服務人數(109年-108年)/108年 指標(3)：無中醫鄉服務人次成長率 目標值：無中醫鄉服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：無中醫鄉服務人次(109年-108年)/108年
其他預算一 健保署	項目1： 居家醫療照護整 合計畫之推動成 效	指標：居家整合收案對象門診次數降低 目標值：照護對象(收案滿一個月)後每月平均門 診就醫次數較收案前低 操作型定義：照護對象(收案滿一個月)後每月平均門診 就醫次數較收案前低
	項目2： C型肝炎藥費預 算執行與治療成 效	指標(1)：C型肝炎藥費預算執行率 目標值：C型肝炎藥費預算執行率達95% 操作型定義：C型肝炎藥費結算金額/協定之合計預算 指標(2)：C型肝炎治療涵蓋率(年累計) 目標值：C型肝炎治療涵蓋率(年累計)較去年 同期提升 操作型定義：至當年底已接受治療人數/慢性C型肝炎 患者人數

附表四

各部門總額及其他預算專款項目執行績效/成果之提報單位

部門別		計畫/方案名稱	提報單位
牙醫		<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 牙醫特殊醫療服務計畫 - 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫(109年新增) - 0~6歲兒童口腔健康照護試辦計畫(110年新增) 	牙醫師公會全聯會
中醫		<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 - 中醫提升孕產照護品質計畫 - 中醫癌症患者加強照護整合方案 - 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 - 中醫急症處置計畫 - 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(109年新增) 	中醫師公會全聯會
西醫基層		- 家庭醫師整合性照護計畫(含計畫檢討與管控暨執行成果)	健保署
		<ul style="list-style-type: none"> - 家庭醫師整合性照護計畫(醫界配合推動情形) - 西醫醫療資源不足地區改善方案 - 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(109年新增) - 強化基層照護能力及「開放表別」項目(非計畫型) - 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材(非計畫型) - 因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用(非計畫型) - 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(非計畫型) 	醫師公會全聯會
醫院		<ul style="list-style-type: none"> - 急診品質提升方案 - 西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層) - 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫 - 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材(非計畫型) - 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型) - 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型) 	醫院協會
門診透析		- 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	健保署
跨部門	醫院、西醫基層	<ul style="list-style-type: none"> - C型肝炎藥費(含其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費」) - 醫療給付改善方案(含糖尿病等9項方案) - 鼓勵院所建立轉診之合作機制(非計畫型) - 基層總額轉診型態調整費用(非計畫型) 	健保署 (相關總額部門提供配合推動情形)
	四部門	- 獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用	
其他預算		<ul style="list-style-type: none"> - 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 - 居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務(含居家醫療照護整合計畫) - 推動促進醫療體系整合計畫 - 獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用(含各部門總額之網路頻寬補助費用執行成果) - 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 - 提升用藥品質之藥事照護計畫 - 支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及狂犬病治療藥費(非計畫型) - 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費(非計畫型) - 提升保險服務成效(非計畫型) 	健保署

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

健保署及四總額部門「110年度重點項目與績效指標(含目標值)」

部門/單位	年度重點項目	績效指標
整體總額— 健保署	項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目]	
	項目2： 分級醫療之推動 成效 [延續項目]	指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率 目標值： $\geq 3.77\%$ 操作型定義：分母案件之回轉件數/區域級(含)以上醫院 接受上轉之門住診申報件數合計
	項目3： 推動健保醫療資 訊雲端查詢系統 之成效 [延續項目]	指標：全藥類藥品重複用藥日數下降比率 目標值：較108年下降5%或 \leq 低於全國值 操作型定義：全藥類藥品之重複用藥日數/全藥類藥品之 總給藥日數 健保署之指標目標值說明： 管理方案因COVID-19疫情於109年Q1-Q3暫停啟動，故本指標 以108年為基期進行比較。
醫院總額— 醫院協會	項目1： 醫院分級醫療執 行成效 [延續項目]	指標(1)：醫院層級轉診率 目標值：轉診率維持成長10% 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數 指標(2)：分級醫療垂直整合策略聯盟 目標值：分級醫療涵蓋率80% 操作型定義：完成建立與其他院所策略聯盟合作機制 之家數/醫院部門醫院家數 註：醫院協會建議健保署新增「就醫民眾對分級醫療轉診政策 實施滿意度調查」，俾利納入績效指標。
	項目2： 護病比執行現況 [延續項目]	指標：全日平均護病比分級達成率 目標值：全日平均護病比合格率80% 操作型定義：【參考醫院評鑑基準】(醫院急性一般病床 床位數 \times 占床率 $\times 3$) \div 全日平均三班護理人員 數(同健保署全民健康保險醫療品質資訊公 開網指標-急性一般病床全日平均護病比) 註：1.急性一般病床：包含急性一般病床、經濟病床、精神急 性一般病床、精神急性經濟病床。 2.醫院不含未設置「急性一般(經濟)、精神急性一般(經濟) 病床」醫院。

部門/單位	年度重點項目	績效指標
西醫基層 總額一 醫全會	項目1： 西醫基層轉診執行概況 [延續項目]	<p>指標(1)：基層接受轉診率 目標值：較前1年度接受轉診率增加1.5% 操作型定義：基層接受轉診件數/醫院轉至基層件數 註：基層排除平轉案件</p> <p>指標(2)：基層接受慢性病病人轉診率 目標值：較前1年度接受慢性病病人轉診率增加1.5% 操作型定義：基層接受醫院慢性病轉診件數/醫院轉至基層慢性病件數 註：慢性病定義：案件分類為04、08案件</p> <p>指標(3)：慢性病病人轉診照護情形 目標值：較前1年度慢性病轉診病人持續就醫人數比率增加1.5% 操作型定義：慢性病轉診病人持續就醫歸戶人數/醫院轉至基層慢性病歸戶人數 註：1.持續就醫定義：醫院轉至基層慢性病病人於同院所因慢性病持續就醫兩次以上。 2.慢性病定義：案件分類為04、08案件。</p> <p>醫全會之指標目標值說明： 考量COVID-19疫情期間，暫緩實施「執行區域級以上醫院門診減量」，爰前開指標之目標值均修訂為較前1年增加1.5%(109年目標值為3~5%)。</p> <p>觀察指標(1)：轉診回復率 ⊕基層上轉至醫院後，醫院回復比率 目標值：較前1年度比率增加 操作型定義：醫院接受基層上轉後，回復基層之件數/基層上轉至醫院轉診件數 ⊖醫院下轉至基層後，基層回復比率 目標值：較前1年度比率增加 操作型定義：基層接受醫院轉診後，回復醫院件數/基層接受醫院轉診件數</p> <p>觀察指標(2)：基層接受轉診病人之跨表比率 目標值：較前1年度比率增加 操作型定義：基層接受轉診病人申報跨表件數/基層接受轉診件數</p> <p>醫全會之觀察指標說明： 考量尚無資料可供參考，爰先列為觀察指標，未來若合適或做滾動式修正後，再列為績效指標。</p>

部門/單位	年度重點項目	績效指標
西醫基層 總額一 醫全會	項目2： 居家醫療照護整合計畫成效 [新增項目]	<p>指標(1)：承作診所數 目標值：較前1年度診所數增加 操作型定義：有參加居家醫療照護整合計畫的診所</p> <p>指標(2)：承作醫師數 目標值：較前1年度醫師數增加 操作型定義：有申請居家醫療照護整合計畫費用的醫師</p> <p>指標(3)：收案數 目標值：較前1年度收案數增加 操作型定義：居家醫療照護整合計畫的收案數</p>
牙醫門診 總額一 牙全會	項目1： 牙醫院所加強感染管制之現況與改善 [延續項目]	<p>指標：院所感染管制申報率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：申報加強感染管制診察費的院所數/申報總院所數</p>
	項目2： 國人牙齒保存現況與改善情形 [延續項目]	<p>指標：有就醫者平均拔牙顆數(負向指標) 目標值：最近3年全國平均值*(1+10%) 操作型定義：拔牙總顆數(簡單性拔牙92013C+複雜性拔牙92014C)/就醫人數</p>
	項目3： 國人牙周現況改善情形 [新增項目]	<p>指標：牙周病統合治療第三階段完成率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：當年度完成第三階段人數(當年1~9月申報第一階段案件於180天內申報第三階段件數)/當年度執行第一階段人數(當年1~9月申報第一階段件數)</p>
中醫門診 總額一 中全會	項目1： 提升複雜性針灸傷科醫療服務品質 [新增項目]	<p>指標(1)：中度高度複雜性針灸醫療利用率 目標值：中度高度複雜性針灸醫療服務利用率呈現正成長 操作型定義：(110年中度及高度複雜性針灸人次/110年針灸人次)-(109年複雜性針灸人次/109年針灸人次)</p> <p>指標(2)：中度高度複雜性傷科醫療利用率 目標值：中度高度複雜性傷科醫療服務利用率呈現正成長 操作型定義：(110年中度及高度複雜性傷科人次/110年傷科人次)-(109年複雜性傷科人次/109年傷科人次)</p> <p>中全會之指標說明： 1.110年度修正中度高度複雜性針灸及傷科給付辦法，其申報規</p>

部門/單位	年度重點項目	績效指標
中醫門診 總額一 中全會		<p>定要求正確使用ICD-10診斷碼，增加醫療服務時間(中度≥10分鐘、高度≥20分鐘)，同時增加輔助治療項目，以大幅提升中度及高度複雜性針灸傷科之醫療品質，是故中醫院所必須提升針灸傷科醫療品質才能合乎申報條件。</p> <p>2.民眾若能使用中度高度複雜性針灸及傷科服務，且院所能正確申報，代表民眾獲得之中度高度複雜性針灸及傷科醫療品質得到一定的提升，並可提高中醫利用率。故使用利用率來觀察是否提升其醫療服務品質，以利後續中醫健保規劃。</p>
	<p>項目2： 提升中醫醫療服務 [延續項目]</p>	<p>指標(1)：中醫醫療服務人數成長率 目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：中醫醫療服務人數(110年-109年)/109年</p> <p>指標(2)：中醫醫療服務人次成長率 目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：中醫醫療服務人次(110年-109年)/109年</p> <p>指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數(110年-109年)/109年</p> <p>指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次(110年-109年)/109年</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率為正值 操作型定義：無中醫鄉數(109年-110年)/109年</p> <p>指標(6)：無中醫鄉服務人數成長率 目標值：無中醫鄉服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：無中醫鄉服務人數(110年-109年)/109年</p> <p>指標(7)：無中醫鄉服務人次成長率 目標值：無中醫鄉服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：無中醫鄉服務人次(110年-109年)/109年</p>

部門/單位	年度重點項目	績效指標
其他預算— 健保署	項目1： 居家醫療照護整合計畫之推動成效 [延續項目]	指標：居家整合新收案對象門診次數降低 目標值：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前低 操作型定義：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前低
	項目2： C型肝炎新藥治療成效 [延續項目]	指標：C型肝炎治療涵蓋率(年累計) 目標值：C型肝炎治療涵蓋率(年累計)，較去年同期(____%)提高 操作型定義：至當年底已接受治療人數/慢性C型肝炎患者人數
	項目3： 腎病防治成效 [新增項目]	指標：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫照護率 目標值：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫照護率較去年同期提高 操作型定義：參與末期腎臟病前期病人(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫之人數/個案符合前12月門診2次或住診1次就醫主診斷為N184-186、049符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及死亡人數。

第 5 屆 110 年 第 1 次 委員 會議
與 會 人 員 發 言 實 錄

壹、「議程確認」、「確認上(第 4 屆 109 年第 10 次)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，請示主任委員是否開始開會。

周主任委員麗芳

一、各位委員、健保署李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、社保司商司長東福及各位在座先進，大家早安，大家好。今天是全民健康保險會第 5 屆委員任期第 1 次委員會議，健保會核心精神是建構一個全民參與的溝通平台，很榮幸在這 2 年當中有機會與第 5 屆的委員共同攜手為健保努力打拼，39 位委員來自各界，有付費者代表、醫界代表、專家學者及公正人士與政府部門代表。相信大家都有共同的信念與決心，以全民福祉作為最大依歸，守護健保，完成健保會的使命，包括總額協商、費率審議、給付範圍審議及健保業務監理。相信未來 2 年在大家的努力下，一定會讓健保資源發揮最大的社會效益。

二、在介紹委員之前，有 2 件喜訊與大家分享。首先，恭喜 2 位委員，中醫師公會柯理事長富揚及藥師公會黃理事長金舜，以他們專業成就及對國家的貢獻，獲得總統府敦聘為總統府國策顧問，請 2 位委員接受大家的恭喜(在座委員鼓掌)。另 1 則喜訊，是健保署李署長伯璋在任期當中非常認真，率領健保署全體同仁共同撰寫的新書出版，於今天 4 月 30 日發表，書名為「走向雲端醫病雙贏健保改革日記 2.0」，是一本值得向大家推薦的好書。

三、接下來進入今天最重要的任務，要介紹全體委員。首先介紹付費者代表，中華民國全國教師會理事長侯委員俊良、全國產業總工會會員代表李委員麗珍、中華民國全國總工會常務理事干委員文男、全國工人總工會理事長鄭委員素華，鄭委員今天請假、中華民國全國建築師公會理事長劉委員國隆、中華民國農

會保險部主任林委員敏華、中華民國全國漁會理事陳委員有慶、全國勞工聯合總工會理事長林委員恩豪、全國產職業總工會副理事長許委員駢洪、台灣總工會理事長蔡委員明鎮、台灣社會福利總盟副理事長馬委員海霞、中華民國全國職業總工會理事長楊委員芸蘋，楊委員稍後會到、臺灣病友聯盟理事長吳委員鴻來、台灣醫療改革基金會董事長劉委員淑瓊、中華民國全國工業總會常務理事何委員語、中華民國全國商業總會副秘書長劉委員守仁、中華民國工商協進會國泰人壽保險股份有限公司監察人李委員永振、中華民國工業協進會秘書長張委員文龍、中華民國工業區廠商聯合總會理事長賴委員博司、行政院主計總處公務預算處專門委員翁委員燕雪。

四、接下來介紹保險醫事服務提供者代表，台灣醫院協會理事長翁委員文能、台灣醫院協會副理事長及醫學中心協會理事長陳委員石池、台灣醫院協會會員醫院代表及區域醫院協會理事長吳委員鏘亮、台灣醫院協會副理事長及社區醫院協會理事長朱委員益宏、中華民國醫師公會全國聯合會常務理事黃委員振國、中華民國醫師公會全國聯合會常務理事顏委員鴻順、中華民國牙醫師公會全國聯合會理事長王委員棟源，今天請假由徐常務理事邦賢代理，中華民國中醫師公會全國聯合會理事長柯委員富揚、中華民國藥師公會全國聯合會理事長黃委員金舜、中華民國護理師護士公會全國聯合會副理事長張委員澤芸。

五、接下來是介紹政府機關代表，國家發展委員會人力發展處副處長謝委員佳宜、衛生福利部社會保險司司長商委員東福；接續介紹專家學者及公正人士，其中之一是我本人，我是政治大學財政學系教授周麗芳，請大家多多指導，接著是長庚大學醫務管理學系教授盧委員瑞芬、台灣大學公共衛生學院教授陳委員秀熙、東海大學法律學院院長卓委員俊雄、台灣大學社會工作學系副教授趙委員曉芳、台灣社會心理復健協會理事長滕委員西華、中華民國消費者文教基金會董事胡委員峰賓，以上 39 位委員。

六、很榮幸能參與健保會，歡迎大家，希望在未來 2 年當中，能夠充分溝通並理性討論、相互尊重，讓議事效率能更加提升。同時介紹健保會執行秘書周執行秘書淑婉。今天會議正式開始。

同仁宣讀(進行議程確認)

周執行秘書淑婉

- 一、謝謝主任委員、各位委員，在確認議程之前有件事情向委員們報告。在委員座位上有一份資料提袋，裡面放了最新的全民健康保險法規要輯 1 本，新委員的提袋多了 1 本「109 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」，請委員參考。另外，提袋裡還有 1 支筆，特別介紹這支「防疫筆」，筆蓋頂端打開後可以噴出酒精，只能噴 20 次，之後需自行添加酒精，這是本會一點心意，希望在疫情嚴峻時委員能隨身攜帶這個防疫小幫手，請委員多加利用。
- 二、本次議程安排，基本上都是依照 110 年度工作計畫排定，優先報告事項 3 案，第 1 案是本會運作說明及 111 年度工作計畫(草案)，第 2 案是「110 年度健保醫療給付費用總額及其分配方式」核定結果及後續相關事項，第 3 案是衛生福利部擬訂「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢案，報行政院核定前依照規定送本會諮詢，併同健保署提出「111 年度健保資源配置及財務平衡方案」。
- 三、討論事項 2 案，第 1 案涉及本會委員參與健保署相關會議代表推派，第 2 案是辦理各總額部門 109 年度執行成果評核之作業方式，以上 2 案有急迫性，建議本次會議完成討論。
- 四、報告事項 2 案，第 1 案是健保署例行業務執行報告，因為很久沒開會，業務執行報告有 4 本，分別為 109 年第 4 季及 110 年 1、2、3 月份全民健康保險業務執行報告，請委員參閱書面報告，本次不做口頭報告，下個月才會口頭報告。第 2 案是健保署提出 108 年度健保收入超過 2 億元以上的醫療院所財報公開情形，以上是今天的議程安排。

周主任委員麗芳

如果委員沒有其他意見，議程確認。補充介紹健保署李署長伯璋、蔡副署長淑鈴，請健保署出席的同仁起立讓新委員了解陣容堅強的健保署團隊，也請健保會的同仁站起來讓委員認識。各位委員知道業務同仁的位置，如果私底下有業務要諮詢，都可以向健保署及健保會同仁請教。接下來進行上次(第4屆109年第10次)委員會議紀錄確認。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

各位委員對上次會議紀錄內容有無修正意見？請李委員永振。

李委員永振

對上次會議紀錄的內容沒有意見，但對於確認會議紀錄方式我有3點建議：

- 一、第1點，本次是新一屆委員的第1次會議，於換屆時，可不可改變方式？因為39位委員中，有18位是新委員，將近一半沒有參加上次的會議，要去確認會議紀錄好像怪怪的。上次的會議紀錄，建議用書面讓第4屆委員確認之後，整理給新一屆委員參考，這樣也能兼顧傳承意義。是否思考「確認」2字要怎麼修正？
- 二、第2點，會議紀錄內容有6頁，但委員實際花費很多時間討論的內容，卻占不到3頁，這裡有2項建議：
 - (一)首先，目前的呈現方式行之有年，是否把出席委員、請假委員、列席人員用橫列式呈現？過去可能是為了尊重各位委員，而依序直式列出委員姓名，但這就占了1頁半。建議用橫列呈現比較節省頁面，雖然節能減碳功效有限，但總是一個心意。
 - (二)其次，對主委比較抱歉，主委致詞部分，已經面面俱到。建議把精華部分摘錄出來，而完整的內容則列在發言實錄中，這樣可以精簡紀錄內容，讓紀錄的重點擺在委員們討

論、監理的議案上面，呈現委員討論過程中，所付出的心力。

三、第 3 點，上次會議所下的決議，多為參考、酌參或研參，只有 1 個提案決議是照原案通過。討論事項應該有具體的結論，若沒有具體結論則應該寫出理由，將來議事錄會上網公開，這樣民眾才會知道我們努力討論的結果是什麼，也呈現事情可以處理的方向。譬如上次會議第三案(臨時提案)，委員是依法提出的，如果決議只是研參、酌參的話，法遵上會有問題。我看了提案內容，有一些證據還蠻有道理的，如果能有具體結論，以後公開議事錄時，健保會比較能盡到被賦予監理的職責，該案的提案人滕委員西華在座，如果有意見也可以補充。

周主任委員麗芳

其他委員對上次會議紀錄內容有沒有修正意見？請何委員語。

何委員語

對上次委員會議紀錄，我建議用第 5 屆委員洽悉，不能用確認。因為 18 位新委員沒有開過會，無法確認，只能用「洽悉」2 個字。

周主任委員麗芳

好，就如何委員語建議，本案決定為第 5 屆委員洽悉。請進行下一案。

貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

一、說明一，是上(第 4)屆委員會議列管追蹤案件及其辦理情形，本會第 4 屆委員會議期間在 108 年 3 月 1 日至 109 年 12 月 31 日，移請本屆第 5 屆委員繼續列管追蹤事項計有 18 項，不好意思，會議資料所列 19 項為筆誤。依辦理情形建議解除追蹤 8 項、繼續追蹤 10 項。最後仍依委員會議議定結果辦理。擬解除追蹤 8 項，請參閱第 19 頁的附表：

- (一)項次 1，有關總額協商相關會議、保險費率審議會，請健保署提供相關財務收支情形表。健保署目前均已按照期程提出，未來本會將於年度辦理前述相關會議時，要求健保署例行提供，建議解除追蹤。
- (二)項次 2，有關去年保險費率之審議結果及與會人員發言實錄要依法呈報衛福部。本會已於 109 年 11 月 30 日以書函報衛福部，衛福部於 110 年 1 月 11 日公告全民健保費率，建議解除追蹤。
- (三)項次 3，有關 108 年全民健康保險自付差額特材執行概況案委員所提建議。健保署說明如附件，請參閱第 33 頁，健保署已納入評估，建議解除追蹤。
- (四)項次 4，有關 109 年度西醫基層總額一般服務費用地區預算分配案，其中風險調整基金執行方式送本會備查案。健保署已於 110 年 3 月 23 日提送，稍後重要業務報告會再做說明，建議解除追蹤。
- (五)項次 5，請參閱第 20 頁，110 年度全民健康保險給付費用總額協商結果之整體成長率跟部分協定事項，相關的執行目標及預期效益之評估指標，已陳報衛福部，衛福部於 110 年 1 月 8 日核(決)定本會所報總額及其分配方式，稍後在優先報告事項第二案會做詳細報告，建議解除追蹤。
- (六)項次 6，牙醫門診總額、中醫門診總額及醫院總額 110 年度

一般服務地區預算分配案，其中風險調整移撥款執行方式要送本會備查。3個總額部門分別在109年12月29日、110年1月21、3月23日函送本會，稍後在優先報告事項第二案會做詳細說明，建議解除追蹤。

(七)項次7，第一部分有關109年各總額部門評核作業內容修正建議，請各總額部門及健保署提出相關意見。各總額部門及健保署皆於2月24日前提出資料，稍後在討論事項第二案會討論，建議解除追蹤。第二部分是請健保署對「藥品及特材給付規定範圍改變」及「其他醫療服務密集度增加」提出定期監測報告，健保署已於109年12月份全民健康保險業務執行季報告提報，今天會議資料也有此份季報告，之後將每半年納入健保業務執行報告中，建議解除追蹤。

(八)項次8，有關「110年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」的意見，健保署已依法呈報衛福部核定，衛福部於1月28日核定，並請健保署依本會委員會議決議，針對109年度未達標之3項管控項目持續加強改善，建議解除追蹤。

(九)繼續追蹤事項共10項，請委員參閱。

二、請委員翻回會議資料第11頁。說明二，是110年度全民健康保險費率調整之相關公告事項彙整：

(一)衛福部於110年1月11日公告，一般保險費費率為5.17%，原為4.69%；補充保費費率依一般費率之調幅，從1.91%調為2.11%，從今年1月1日生效。

(二)健保署因應一般保險費費率調整，依健保法施行細則第68條規定，在同年1月11日公告第4類及第5類保險對象適用之保險費為1,825元、第6類保險對象適用之保險費為1,377元，也是自今年1月1日實施。

(三)本會同仁為了讓委員了解這次調幅對各類被保險人的影響

金額，整理分別對其影響金額表，其中第 1 類到第 3 類被保險人是用平均投保金額為計算基礎，請委員參閱。

- 三、說明三，請參閱第 12 頁，是今年 1 月 8 日衛福部核(決)定本會所報「110 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」及「110 年度各部門總額一般服務費用之地區預算分配方式」，並於 1 月 20 日公告，稍後於優先報告第二案說明。
- 四、說明四，是本會去年 12 月 24 日辦理第 4 屆委員會議及 109 年度業務訪視活動，有 29 位委員參加，擬具參訪活動紀錄，在第 178 頁~184 頁，請委員參閱。
- 五、說明五，是健保署依本會 109 年度各部門總額一般服務費用之地區預算分配之決議事項，於 110 年 3 月 23 日函送 109 年度西醫基層總額地區預算風險調整基金執行方式。大家一定覺得很奇怪，110 年為何會報 109 年度風險調整基金執行方式，在此也拜託西醫基層加快速度，109 年為了因應 COVID-19(Coronavirus disease 2019，新冠肺炎)疫情，西醫基層總額點值採全年結算，還可以在今年 3 月份才提報本會備查，但其實本項報備案應該在 108 年底就要完成。這部分也要再次拜託西醫基層，因為 110 年風險調整移撥款的執行方式目前也還沒送到本會，稍後在優先報告第一案同仁會再說明，請 2 位西醫基層代表委員幫忙。
- 六、說明六，是衛福部跟健保署在去年 12 月到今年 3 月份發布跟副知本會相關資訊之摘要說明，詳細資料及相關附件，同仁都在會前已寄到各委員的電子信箱。會議資料第 12 頁是衛福部相關公告及副知本會之資訊；第 14 頁是健保署相關公告及副知本會之資訊，歸類為藥品、特材、給付項目及支付標準公告的重點如附錄十二至十七；及第 15 頁下方是總額相關公告，請委員參閱。

周主任委員麗芳

謝謝周執行秘書淑婉的說明。有關周執行秘書的說明內容，請問委

員還有沒有詢問？請卓委員俊雄。

卓委員俊雄

基本上對報告內容我沒有意見，但有些追蹤項目是稍後會議才要討論，是否等討論完，委員沒有意見再解除列管？

周主任委員麗芳

卓委員是否可以具體說明是哪幾個擬解除追蹤案？

卓委員俊雄

例如在會議資料第 20 頁，稍後將於優先報告事項第二案報告的項次 6，是否等優先報告案報告完後，委員沒有意見再解除列管。項次 7 也是一樣的情形。

周執行秘書淑婉

跟委員說明，項次 6 是備查性質，一般是提報本會備查就可以了，不過委員提醒不要先解除追蹤，等報告完之後再解除追蹤，會遵照辦理，之後文字會做修正。

周主任委員麗芳

請陳委員石池。

陳委員石池

我跟卓委員俊雄有類似的意見，有關項次 3 要請健保署納入評估，評估的結果還不知道，不應該解除追蹤，要看健保署有何作為後再解除。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

繼續追蹤案第 9 項提到健保署的委託研究「分級醫療制度之轉診就醫流向分析與原因探討」，從題目看起來頗具重要性，而且已經在 110 年 2 月完成，不知道健保署何時可以到健保會說明研究結果及政策規劃方向？另外，這個研究報告可不可以提供給委員參考？

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

周執行秘書淑婉報告中第 12 頁說明五(一)第 5 項括弧 1 提到，西醫基層 108 年風險調整基金執行方式還沒提出完整的報告，109 年也沒提出完整報告，在第 19 頁項次 4「有關 110 年度西醫基層總額風險調整基金執行方式送請本會備查」案要解除追蹤。前面報告時拜託西醫基層委員趕快將 110 年風險調整基金執行方式提出來，但在這裡又要解除追蹤，有點矛盾。我不清楚啦，但我認為西醫基層 110 年至今都還沒提出，我認為本於健保會委員的職責跟權責應該要監督，過去好幾年都是這樣，西醫基層總額是最慢提出風險調整基金執行方式的部門。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

對於追蹤事項我有 3 點建議：

- 一、第 1 點，解除追蹤項次 1，僅看辦理情形似乎健保署已經完成，不過看決議(定)之待辦事項之內容，其中「『應提列安全準備來源』受到社保司自行解釋並逕減，影響安全準備之實際權責數字」，這個內容跟第 24 頁繼續追蹤事項(項次 2)的內容完全一樣。繼續追蹤事項項次 2 的第 4 案和解除追蹤事項項次 1 的部分文字內容一樣，1 項繼續追蹤、1 項解除追蹤，好像怪怪的。
- 二、最主要的重點在第 25 頁，提到健保財務收支情形試算資料中，政府應負擔健保總經費法定下限 36%不足數之金額，請分別依主管機關依法認定及提案委員主張之兩種計算方式及結果呈現，但健保署在第 24 頁的答覆，是按照行政院跨部會研商已確立的法律見解及計算方式辦理，所以只提一種，各位可以參考會議資料第 68 頁，那個表也是用這種方式提出來。但這

個解釋就是有疑義，才會拖了大概有 5 年，有 3 年決算、預算都不予備查，這 1 項我建議繼續追蹤，因為沒有給委員充分資訊判斷，對健保的財務了解會有疑義。

三、第 2 點，繼續追蹤的項次 2，健保會同仁細心依性質做歸納，把性質相同的列在一起，主要是政府應負擔健保總經費 36% 之財務責任不足數之爭議，但這裡面應該再分成兩部分：

(一)一部分是健保法施行細則 45 條，衛福部不需要修健保法就可以執行，但到現在好像沒看到結果。

(二)需要修健保法部分，剛才周執行秘書淑婉報告，健保法有修眷屬的定義，但重要的部分，已經拖了 4、5 年，就是相應不理，管考週期為什麼還是 1 年以後。建議繼續追蹤項次 2 的 6 個案，是不是可以按照性質再做區分，解除追蹤的條件應該不太一樣。追蹤建議只提到衛福部完成法規檢討修正後解除追蹤，但目前好像就是不修法，請思考該如何呈現較好。

四、第 3 點，我請教我的前手上一屆的陳委員炳宏，他認為有幾個案在追蹤過程沒有交代清楚，從去年的 8 月到 11 月，有 5 個正式連署的書面提案及建議，有些案子例如費率調整的提案，有略為調整所以不提，但有些提案應該交代一下？時間關係，我簡要唸一下：

(一)8 月 28 日：考量 109 年防疫期間門診及住診件數下降，建議健保署持續落實期中預算檢討。

(二)9 月 25 日：建議衛福部繼續推動並完成「健康促進相關法規」，開徵「食安健康捐」，挹注健保安全準備，持續維護國人食安的醫療保障案。

(三)10 月 23 日：建議健保署依照 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(包含安全準備提撥法定項目等)。

(四)11 月 20 日：請求政府撥補負擔 36% 保險總經費差額，和上

面所提的案子有關，是不是一起交代一下。

(五)11月27日：臨時委員會正式提案，在政府未撥付補足105年至108年應負擔36%保險總經費差額前，應不調整110年度健保費率案。我們知道健保費率已經調整為5.17%，但交代一下整個過程可能會比較清楚。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、會議資料第28到29頁總額協商項次6，關於社保司的回應，本案繼續追蹤，但我建議修正研擬進度跟追蹤管考週期。本會從105年到現在至少有11次會議提到C肝藥費議題，等一下優先報告事項第三案，關於111年度全民健保醫療給付費用總額範圍的諮詢案，也提到辦理C型肝炎照護為111年度醫療給付費用總額之政策目標。
- 二、總額範圍的諮詢案很重要，想必會有很多的討論，提供的說明，包含公務預算編列，或C肝病人治療之進程，在後面的諮詢案並沒有非常清楚的說明。如果今天總額諮詢案社保司無法按照過去的決議，提供具體公務預算之規劃期程，則建議在管考期限增加說明，應於今年8月總額協商會前會前，請社保司提供完整說明，才可以解除追蹤，而不是管考期限1年，1年期間到年底總額協商也過了。
- 三、資深委員都很清楚，歷年來委員對於C肝預算的關切，政府一直用這種方式迴避，說公務預算會編，剛剛李委員永振也提到，政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之金額應該算給我們，但其實連回應都沒有，這樣不對，C肝藥費已經花了健保幾百億了，最遲應在今年8月前提供具體回應給所有委員，讓委員在9月進行總額協商時參考。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、我補充說明，我們過去每年 9 月份總額協商完以後，很多總額部門的醫療團體，在當年 12 月底就把一般服務之地區預算風險調整移撥款的執行方式送委員會備查了，慢一點的也會在 1 月份，最慢 2 月份以前都會核備通過。包括醫院總額、牙醫門診總額、中醫門診總額，有的速度很快，在當年度 12 月份就通過，最慢最慢到 1 月份都會通過。我們這一屆委員都很尊貴，委員都是鞏金(台語，鑲金)的，所以部長考慮了 4 個月才決定聘為委員，今年已經 3 個月沒開委員會，等於 3 天沒開委員會，今天要決定很多事情，4 天的議程要在今天決定通過，當然很緊迫，希望所有新委員忍耐一點，健保會開會是這樣，2 點開不完開到 4 點也可以。
- 二、我的意思是，每年西醫基層總額地區預算風險調整移撥款的執行方式都是最慢提出來，我不清楚為什麼，像醫院總額很快就提出來了，108 年很慢、109 年也拖得很久，110 年的方案到今天 4 月 30 日委員會議，也還沒提出來，我不清楚西醫基層 1~4 月有沒有進度，坦白講就目前的進度，對委員會的尊重是打折的，如果最慢在 2 月提出方案，我都還能接受。但到今天 4 月 30 日西醫基層還沒將 110 年度風險調整移撥款的執行方式提報委員會議，這樣太離譜了。今天有 2 位新委員出席，我們也不清楚為什麼西醫基層每年都是這樣，以上簡要補充。

周主任委員麗芳

有關何委員語所提的部分，待會請周執行秘書淑婉補充說明。請干委員文男，囿於時間因素，最後 1 位發言。

干委員文男

剛才李委員永振說明很多，近幾年健保決算報告，健保會決定都是不予備查。今天委員出席人數幾乎都到齊了，只有 1 位委員沒有出席，向大家說明，這事情到現在還是沒有解決，希望這次社保司要說明清楚，因為衛福部社保司對於政府應負擔健保總經費法定下限

36%的計算方式和健保會委員主張不同，應該要充分溝通，解釋清楚並讓大家都接受，每年都沒有解決也不是辦法。如果以後新聞媒體報導，近年健保決算都沒有備查的原因，健保會雖然權力不大，但我們每個月都開委員會議討論，到時候講起話來還是鏗鏘有力，建議要說明清楚，不然本屆有 18 位新委員，對政府應負擔健保總經費法定下限 36%的計算公式及內涵都不清楚，如果無法說明清楚，建議會後提供紙本說明，讓所有委員了解，這樣才能對社會公眾有個交代。

周主任委員麗芳

有關追蹤事項部分，先請周執行秘書淑婉說明，再請健保署就相關議案進行說明。

周執行秘書淑婉

依據委員所提依序回應，解除追蹤第 1 項，剛剛李委員永振提到改列為繼續追蹤，考量本項是提報財務收支情形報告，僅就提報這件事情而已，至於提報內容如有問題，則在提報時之會議中，請委員再就內容進行討論。現在只是要求提報健保財務收支情形，建議先解除追蹤，本會同仁也會在後續相關會議要求健保署提報，若委員對所提計算方式及內涵有不同意見，可在提報後再請他們釐清，建議本項解除追蹤。

李委員永振

關鍵是要提報 2 種計算方式的健保財務收支情形，但現在只提報 1 種。

周執行秘書淑婉

因為是依法，法遵的解釋也只有 1 種計算方式，公務機關只能依法所定之公式計算並提報結果，不然會有誤導的情形，也請委員多加包涵，真的有它的限制。

李委員永振

健保署提送的資料是給大家參考而已，而且本會委員會也有做成決議。剛才干委員文男也提到已經過了 3 年，官官相護，這樣送到主

計總處、審計部還可以通過，那健保會就不要再討論這件事情了。

周主任委員麗芳

請商司長東福說明。

商委員東福

剛才李委員永振特別強調 2 種不同的計算方式，事實上，干委員文男提到政府應負擔健保總經費法定下限 36% 的相關議案，還是列繼續追蹤。請委員不用擔心，將來有機會再向大家說明清楚，只怕沒有時間而已，我很願意說明。

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉說明。

李委員永振

抱歉，我再補充說明，商司長既然這樣講，那我再說明清楚一點，讓新委員了解...。

周主任委員麗芳

拜託李委員永振，囿於時間因素，過去對於繼續追蹤事項部分，不會討論的這麼仔細。剛才何委員語也提到本次委員會議的議案很多，累積 1~4 月份的議案，今日會議時間相當有限，因為部分議案仍列入繼續追蹤，請李委員放心，這些議案後續絕對還會再討論，因為本次會議需要討論累積 4 個月的議案...。

李委員永振

我就一句話，我不是不放心，但真的是拖太久了。各位委員請參閱會議資料第 24 頁，上面文字已明確指出，全民健康保險法施行細則第 45 條已違反母法第 27 條，今年也沒有修法，一直解釋也沒有用，在場委員有法律專家學者可以協助大家了解，過去健保會委員也有法律專家，也和大家共同努力爭取。

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉補充說明。

周執行秘書淑婉

向委員說明，建議還是先解除追蹤，有關計算的恩怨列入繼續追蹤（眾委員笑），建議本項先解除追蹤。

李委員永振

我同意解除追蹤，但下次需提送 2 種計算方式的結果，參照繼續追蹤的處理方式，不要只提報 1 種算法，健保財務收支情形只是給大家的參考資料，有什麼困難的，和依法有什麼關係...

干委員文男

我贊同解除追蹤，但針對政府應負擔健保總經費法定下限 36% 已經討論太久了，始終講不出個所以然，可以另請第三方社會公正人士，如會計師、精算師依法所定的方式計算，但你們卻拒絕、偷吃步，沒有真正把問題解決，一直停留在這裡，我希望能訂 1 個時程。我想今天還是無法解決，因為議案很多，尤其優先報告事項第二、三案總額相關議案會討論很久，我贊成本項解除追蹤，但需要訂定相關時程。

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉繼續說明。

周執行秘書淑婉

- 一、關於陳委員石池所提擬解除追蹤項次 3，有關自付差額特材執行概況委員所提意見，請健保署提出評估結果再解除追蹤，建議本項改列為繼續追蹤。
- 二、有關何委員語關心西醫基層總額一般服務地區預算風險調整基金執行方式辦理進度緩慢部分：
 - (一)109 年方案已提送本次委員會議備查，我剛才也有說明，因為西醫基層總額 109 年度採全年結算，依結算時程現在提送本會，雖然晚了，但還是可以處理的。
 - (二)剛才提到西醫基層尚未提出 110 年度方案，又是另外一件事情。就我所知西醫基層快要開會討論 110 年度風險調整移撥款執行方式，待共識後依程序提本會備查。西醫基層的進

度還是有在推進，本會同仁也會繼續追蹤。

三、繼續追蹤部分，剛才李委員永振建議依照議案性質併案與後續修正追蹤建議文字，及滕委員西華建議文字修正部分，我們都會處理。

周主任委員麗芳

請健保署補充回應。

蔡副署長淑鈴

有關劉委員淑瓊所提，繼續追蹤項次 9 有關分級醫療的研究部分，就衛福部而言，分級醫療是一個中長程計畫，推動時程是長期的，推動以來都採 PDCA(Plan-Do-Check-Act，規劃、執行、查核、行動四階段的循環式品質管理)的方式進行檢討。過去曾委託陽明大學進行研究，目前本案係另外委託研究計畫，主要探討病人為何不下轉的原因，因採問卷調查方式，原預計今年 2 月結案，因為受 COVID-19 疫情影響，研究時程有點 delay(延後)，因此，計畫結案時間展延至 6 月。待計畫結案後，將會分享研究成果讓大家知道，研究成果是可以公開的資料。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

我接受剛才周執行秘書淑婉對於西醫基層風險調整基金執行方式案的說明，但今年總額協商時，我要提出如不能於協商次年 1 月底前完成提送總額及其分配方式之相關事項予本會備查，建議酌扣品質保證保留款，因為工作的效率及品質不好，怎麼能領取品質保證保留款呢？因為年度總額是從 1 月 1 日開始起算，但到現在還沒提送風險調整移撥款之執行方式予本會備查，這是不對的。109 年度方案拖到今(110)年 3 月 23 日才提出，110 年度至今還沒提出來，下次委員會開會時間是 5 月下旬，拖延將近半年時間，我認為這是不對的，未來我們可以討論，如果 1 月份委員會無法提送予本會備查，建議酌扣品質保證保留款。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、關於政府應負擔健保總經費法定下限 36%，我提出 1 個折衷建議供健保會參考。這個愛恨情仇從 104 年就開始持續到現在，可以理解商司長東福絕不可能提供第 2 種計算公式的結果讓大家參考，但健保會可以處理。因為是健保會委員提出的要求，即使今天社保司有政策方向或公務員需依行政指示或依法辦理，先不論我們是否認同這些概念，對社保司而言是依法行政，不會算出法沒有的版本，尤其又涉及主計總處撥補費用，高達幾百億元並非幾億元。
- 二、可以看健保會有沒有能力委託精算師，像衛福部國民年金委員會、健保會也有精算師，健保會可以依健保署或社保司提供的資料委託專家進行概算，至少不是政府自己算出來，因為這涉及總額協商及付費能力的問題，包含政府付多少錢、被保險人能夠負擔多少，也涉及本會同意 111 年度總額編列多少錢，以及總額範圍高、低推估值之差距，以上建議供大家參考，最後仍依委員會決議辦理。

周主任委員麗芳

請干委員文男，希望是最後 1 位發言。(胡委員峰賓示意要發言)胡委員峰賓是新委員，第 1 次發言。先請干委員，再請胡委員發言。

干委員文男

呆帳與政府應負擔健保總經費法定下限 36%同等重要，也列入繼續追蹤事項。健保呆帳累計近 1 千億元，優先報告事項第三案 111 年度總額範圍諮詢案，也沒有看到如何處理呆帳的部分，是不是把呆帳都納入總額預算一起計算，呆帳收不回來還是呆帳，年年成長，建議健保署及社保司應該研議相關的解決方案，我想要公務預算補助 1 千億元是很困難的，或者是否能於總額列減項。保險對象以 2 千 4 百萬人計算應收保險費，其中收不到保險費的就會成為呆帳，

呆帳的問題永遠都會存在，建議要研議相關解決方案。今天有很多新委員，在此拋出這個議題讓大家了解。

胡委員峰賓

關於繼續追蹤事項第 1 項，高雄市政府欠費的相關單位辦理情形，這部分要更新進度。健保署回復只寫到 109 年 11 月底，現在又過了 5 個月，我想這 5 個月期間相關單位應該沒有懈怠，仍有繼續辦理，建議提供更新的資料，讓委員了解高雄市政府有沒有按還款計畫還款。

周主任委員麗芳

- 一、有關胡委員峰賓所提的建議，請本會同仁繼續追蹤本項辦理情形。
- 二、感謝各位委員踴躍討論，有關本案決定，原擬解除追蹤第 3 項改列繼續追蹤，第 6、7 項則待優先報告事項第二案及討論事項第二案討論後再解除追蹤，故本案擬解除追蹤案共 7 項，繼續追蹤共 11 項，餘洽悉。
- 三、接下來進行優先報告事項第一案。

參、優先報告事項第一案「本會運作說明及 110 年度工作計畫(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請張副執行秘書友珊報告。

張副執行秘書友珊

就本案進行說明：

一、說明一，為了讓第 5 屆委員了解本會會務運作狀況與委員權利義務，同仁擬具本會運作說明，列在會議資料第 229~250 頁。相關資料已於會前併同委員手冊寄送委員參考，本項請參閱。

二、說明二，為辦理本會 110 年度法定事項，依照健保法、施行細則及歷次委員會議決定，初步擬具 110 年度工作計畫(草案)，相關內容及說明已於會前徵詢及參採社保司、健保署等相關單位意見後完成，包含附件一、本會 110 年度委員會議時間表(草案)，及附件二、110 年度工作計畫(草案)，簡要說明如下：

(一)請委員參閱會議資料第 36 頁，附件一、有關 110 年度委員會議暨重要會議預訂時間表：

1.援例委員會議於每個月第 4 個星期五上午召開，時間從 9 時 30 分開始，最晚下午 2 時前結束。另考量總額協商及費率審議的作業時程，於 5、8、11、12 月份提前一週至第 3 個星期五召開。12 月份則安排 16~17 日 2 天 1 夜業務參訪活動及委員會議，到健保署東區業務組進行參訪。

2.於今日委員會議確認會議時間後，請委員預留時間參與相關會議。

(二)110 年度工作計畫：

1.請參閱會議資料第 37~39 頁，依委員會議時序排列，將 4 月~12 月份預訂進行的相關報告事項及討論事項臚列。另請參閱會議資料第 40~43 頁，工作項目是一樣的，僅就業務性質包括業務監理、總額協定、費率審議等業務分列，

並列出各工作項目所需的主辦、協辦單位。

2.於今天委員會議確定後，則請相關主、協辦單位配合辦理。本會也將依工作計畫的安排，辦理後續相關事宜。

三、請委員翻回會議資料第 35 頁，說明四係有關明(111)年委員會議時間，考量會議實錄所需行政作業時程，及南部遠程委員購票問題，初步規劃調整至每個月第四個星期二召開，明年度 9 月份協商會議及委員會議，建議調整為當月第四個星期二、三召開，若委員同意，將依照此原則安排明年度委員會議時間。

周主任委員麗芳

有關 110 年度工作計畫及 111 年度會議時間，請委員表示意見，是否同意？請何委員語。

何委員語

110 年度工作計畫，12 月 17 日委員會議所列的優先報告事項，建議文字修改為「111 年度『各部門總額』及其分配方式之核定結果及後續相關事項」，以回應我剛才的發言。其他總額部門於 12 月前完成相關事項，但西醫基層都拖延到隔年 2、3 月，甚至是隔年 3、4 月，就如我剛才所提的，就不重複發言，建議延長至隔年 1 月份，要不然酌扣品質保證保留款，我建議修正文字，將「總額」修改為「各部門總額」及其分配方式之核定結果及後續相關事項。

周主任委員麗芳

請問委員有沒有其他意見？請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

第 1 次發言，剛才何委員語的發言也有道理，我們也想聽西醫基層的說明，為何每次都比較晚，剛才何委員提到拖到隔年 3、4 月才完成，西醫基層是否有難言之隱或有不可告人的內容(眾委員笑)，不好意思我比喻的有點誇張。我們也想知道西醫基層的說明，你們沒有說明為什麼比較慢，如果有困難的話，都可以討論，大家都是委員、老朋友，建議請西醫基層代表簡單回應。

周主任委員麗芳

今天出席的委員中有 2 位西醫基層的代表，1 位是黃委員振國，另 1 位是顏委員鴻順，都是新委員，我們也樂見新委員向大家說明，請顏委員鴻順。

顏委員鴻順

- 一、感謝主席、何委員語及楊委員芸蘋的指導，我和黃委員振國都是新加入的委員，今天第 1 次參與委員會議就受到震撼教育。
(眾委員笑)
- 二、西醫基層總額地區預算分配是重要的議題，醫師公會全聯會歷年都是交由專案小組研議，各區都有代表在其中為該區發聲。但參與地區預算分配討論的過程，請大家思考一下，就像何委員語所提，為何西醫基層每年都會 delay(延遲)，我們不是沒有處理，去(109)年共召開 9 次會議，討論過程中有許多不同的意見，有人認為地區預算分配公式有問題，導致六分區點值有所差距，其實六分區都極力在管控醫療費用的申報，但各區點值仍有很大的差距。因此，大家對地區預算分配的機制與公式有很多不同的意見，吵不完，只能一次次召開會議，我們去年總共召開 9 次會議。我想在何委員語指導下，110 年我們一定會努力完成。西醫基層將於 5 月份繼續開會討論 110 年度方案，盡量於 5 月份會議達成共識，並將結論依程序提送委員會議。
- 三、另外剛才何委員語所提，若沒有於一定時間內提出方案，建議酌扣品質保證保留款部分，我覺得似乎太嚴格了，因為品質保證保留款，是回應 1 萬多家健保特約西醫基層診所，一年來為著醫療品質所做的努力，若因為這樣就把大家的努力全部抹煞，似乎不合理，以上說明讓大家了解，感謝各位委員的指導。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、補充說明，剛才顏委員鴻順也特別提到 109 年共召開 9 次會議，請大家不要忘記另一個重要因素，109 年有 COVID-19 疫情，對西醫基層造成很大的衝擊，今(110)年疫情也尚未結束，我們會繼續努力。再補充說明，108 年共召開 6 次會議，110 年將在 5 月召開第 5 次會議討論。
- 二、醫療品質評比與西醫基層總額地區預算分配無關，地區預算分配是六分區西醫基層代表共同研議，僅就預算進行分配至各區，與西醫基層醫療服務品質無關。顏委員鴻順也特別提到，我們會盡量促成六分區達成共識，並盡快將地區預算分配結果向各位報告。在此也向大家說明，為何西醫基層總額地區預算難達成共識，因為六分區點值差距非常大，是我們最難達成共識的主因。
- 三、感謝何委員語長期給予西醫基層的指導，希望何委員在健保會委員會議之外，有機會的話，可以私下多多給予指導，不占用大家的時間，以上簡要說明。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

感謝楊委員芸蘋的提議，西醫基層 2 位委員也有回應。簡要說明：

- 一、第 1 點，過去西醫基層總額地區預算分配都難以達成共識，我曾提出許多建議，也希望他們能將困難點條列出來，讓大家了解及共同協助解決，我知道一定有它的困難點，我也當了 11 年的健保會委員，每年都看到西醫基層拖延很久，不只去年、今年拖延而已，建議列出困難點，請健保署通盤檢討並協助完善規劃。
- 二、第 2 點，我認為健保會要給西醫基層一些壓力，讓他們有機會能達成共識，若我們不提出要求或建議，我想西醫基層內部還會持續來回不斷的討論，很難達成共識，因此，給西醫基層一

點壓力或許有助於他們內部達成共識。

三、第 3 點，我不會扣減全部的品質保證保留款，這 11 年來我很有良心，但建議酌扣 10%~20%，不會全部扣減，以上建議供大家參考。

周主任委員麗芳

本案就...(盧委員瑞芬示意要發言)請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

- 一、抱歉，我理解健保會同仁的行政作業很辛苦，我接聘書的前提，預期是週五開會，現在規劃明(111)年開會時間調整為週二，是有些衝突的，建議簡易調查委員們可以與會的時間，最後仍以多數委員能與會的時間為主。
- 二、過去健保會均固定於週五開會，若調整為週二開會，與學校授課的時間衝突，因此，建議做簡易的調查，我尊重最後的調查結果，也可以瞭解大家可以與會的時間。我想不是少數的人表示同意，就代表其他人沒有意見。

周主任委員麗芳

本屆委員任期為 2 年，110 年週五開會、111 年調整為週二開會。若委員有不同意見，建議下屆聘任新委員時，將 2 年的開會時間調整一致，以利委員安排，下屆委員聘任時再調整會議時間，不要一年週五開會，另一年週二開會，大家很難安排行程，本項就這樣...。請劉委員國隆。

劉委員國隆

明年委員會議的時間，建議如盧委員瑞芬所提建議，調查大家可以與會的時間，如有不能配合者，再提出來。我個人支持健保會同仁所規劃的會議時間。

周主任委員麗芳

111 年度委員會議時間部分暫不決定，請健保會同仁調查。委員會議是一個溝通平台，應盡可能讓每位委員都能出席與會、充分溝通為前提。剛才盧委員瑞芬提到，111 年開會時間與接受聘書的期待

有所落差、若於週二開會無法與會等情形，這對委員來說不盡公平，請健保會同仁加以衡酌，以大家可以共同與會的時間優先。若有委員不能出席，則建議本屆委員會議維持週五召開，下屆委員聘任時再重新調查委員會議時間。至於工作計畫...。請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

近 10 年來委員會議都固定於週五開會，會訂在週五開會一定有許多原因。但畢竟週五比較不好購票，交通往返時間較為緊張，應有更改的必要性，今天幾乎每位委員都出席了，可以進行現場調查，沒來的委員可以回去再做調查，除了週五外，其他時間都可以，因週五有購票問題，花東、台南及高雄等都有這樣的問題，建議進行調查較為公平。

周主任委員麗芳

請林委員恩豪。

林委員恩豪

提案預計是明年調整委員會議時間，不是今年立即改，我認為會提出更改會議時間一定有其原因，除了交通問題，也要考量同仁作業問題。我們一直都在星期五開會，但是同仁需很快完成作業，我們假日可以休息，同仁卻無法休息，應該要考慮同仁作業的辛勞。

周主任委員麗芳

請本會同仁針對會議時間再進行調查，110 年工作計畫照案通過。因為健保署李署長伯璋 11 點有要公需要先行離開，先請他說一說對健保會的期勉。

李署長伯璋

謝謝大家一路相挺，個人在健保署已經工作 4 年 11 個月又 10 天，從中學到很多東西，未來各位委員有事情需要健保署做的，我和蔡副署長淑鈴及全體同仁都會全力以赴，目標是讓全台灣更好。目前碰到很多現實問題，剛剛委員提到政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之計算方式，商委員東福花很多時間向長官溝通，未來分級醫療也是重點，遇到的問題我們都有在思考，只是做得還不夠

好，請各位不要客氣，大家一起努力。

周主任委員麗芳

謝謝李署長伯璋的期勉，未來健保會、健保署及社保司三者之間會更加緊密合作。接下來進行下一案。

干委員文男

聽起來似乎有 2 個部分，工作計畫沒有問題，但是明年開會的時間還要再確認？

周主任委員麗芳

對！明年開會的時間要再進行調查。

干委員文男

表訂有星期五及星期二 2 個時間，您剛才提到要做調查，是調查後再做決定，或是照案通過？

周主任委員麗芳

分為 2 個部分處理，110 年度的工作計畫及會議時間照案通過，只有 111 年度委員會議時間調整至星期二需要再確認，尚未通過。111 年度會議時間要等調查後再決定。

干委員文男

所以明年度的會議時間要等調查後再決定嗎？

周主任委員麗芳

對！明年度會議時間是否調整，等調查完再決定。

周執行秘書淑婉

因為還有一點時間，在今天會議結束前，我們就會完成調查。

周主任委員麗芳

好，委員若無其他意見，請進行下一案。

肆、優先報告事項第二案「『110 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式』核定結果及後續相關事項」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、請委員參閱會議資料第 44 頁第二案，本案主要是本會上屆委員已於 109 年依健保法規定，完成今(110)年度健保總額協定及其分配，且已經報衛福部核定，衛福部已於今年 1 月 8 日核定，並於 1 月 20 日公告 110 年整個總額協定及其分配，列在附錄 31，會議資料第 253~307 頁，請委員參考。
- 二、大家較為關心 110 年度總額核定後整體結果，請參閱會議資料第 46 頁，有 1 個表列，依衛福部核定結果，計算 110 年度核定總額是 7,835.54 億元，相較於 109 年度核定總額，成長率為 4.107%，表列相關數字，請委員參考。
- 三、本會去年 9 月總額協商，牙醫、中醫及其他預算均有共識，這部分衛福部同意本會協定的結果。至於醫院與西醫基層總額因沒有共識，所以本會兩案併陳送衛福部核定，核定結果請翻回會議資料第 44 頁說明二，我們將衛福部核定結果與本會委員協商結果做比較表，在附件二，會議資料第 52~67 頁，向委員報告衛福部核定重點：

(一)醫院總額核定結果：

1. 醫療服務成本指數改變率增加之預算，決定事項不列文字。
2. 一般服務部分，於「藥品及特材給付規定改變」項目，增加 10.7 億元，衛福部也核定其用途，並決定請健保署檢討經費編列及估算方式之合理性，並將藥品節流效益納入考量，詳細的文字列在會議資料第 44 頁說明二，請委員參考。

3.新增「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」項目，編列 5 億元，請參閱會議資料第 45 頁，此外，新增「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變」，編列 10 億元。

4.門診透析服務總費用成長率為 3.25%。其餘採付費者方案。

(二)西醫基層總額核定結果：

1.一般服務部分，新增「其他醫療服務密集度改變」項目，編列 4.42 億元。

2.醫療服務成本指數改變率增加之預算與門診透析服務總費用成長率之核定與醫院總額相同。其餘一樣採付費者方案。

(三)請參閱會議資料第 45 頁最下面，除總額預算分配外，有關地區預算的分配，衛福部同意本會陳報牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院總額地區預算分配方式，分配結果請翻到會議資料第 46 頁，重點摘要請委員參考，這都是過去委員協定的結果。

四、請參閱會議資料第 46 頁最下面，依據 110 年度總額核定結果，健保署提供 107~110 年健保財務收支情形，在附件三，會議資料第 68 頁，請委員參閱。

五、請參閱會議資料第 47 頁，有關 110 年度總額及其分配方式後續辦理情形，本會已洽請健保署提供辦理情形：

(一)各部門總額應於去年 12 月底前完成的協定事項共 41 項，彙整健保署提供的辦理情形在附件四，會議資料第 69~79 頁，請委員參考。

(二)整體而言，已辦理完成的項目計 27 項，其中有 17 項是需送本會備查的計畫或方案，修訂重點摘列在附件五。尚未辦理完成的項目計 14 項，整理在第 47 頁表列，詳細的辦理情形如附件四，請委員參考。

- 六、此外，有關地區預算分配方式，辦理情形有 2 個決議要處理，1 個是點值保障項目，健保署已於去年 12 月份委員會議提報，委員會議已經同意在案。至於風險調整移撥款的部分，如同剛剛周執行秘書的說明，即 110 年部分，牙醫門診、中醫門診、醫院總額已送本會審查，西醫基層總額還沒有完成。請再翻到會議資料第 48 頁，有摘錄 3 個部門所函報的風險調整移撥款執行方式。最後請參閱會議資料第 49 頁，西醫基層總額部分，請於議定後，盡速送本會備查。
- 七、有關前面所報於時程內尚未完成的項目，請健保署會同各部門總額相關團體辦理。此外，在附件六，會議資料第 87~98 頁，本會擬具「110 年度各總額協定事項及相關計畫追蹤時程表」，我們會依照時程表請健保署提供辦理情形，也請各總額部門與健保署依照時程辦理，本會將在 110 年 7 月份委員會議再向委員提報辦理情形。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

有關 110 年度醫院及西醫基層總額兩案併陳送部長裁決，我尊重部長的裁決權，但要提出幾個意見，也讓新、舊委員重新認識了解，在總額協商中部長有權裁決，但裡面有討論的空間。

一、第 1，醫院總額「醫療服務成本指數改變率增加之預算」與西醫基層總額一樣，部長最後決定不列文字。我們尊重部長的決定，但請思考本項預算列在一般服務項目中，醫院總額約有 173.2 億元，西醫基層總額約有 35.5 億元可資運用，不應該再增列相關預算，變成重複增列，健保署心裡有數，這筆錢是不必經過協商而增加的金額，可用在一般服務項目中，請不要重複編列預算。

二、第 2，醫院總額部分：

(一)「藥品及特材給付規定改變」，增加 10.7 億元，其中 2 億

元用於 108、109 年藥品給付規定範圍的改變。我認為應重新思考，依健保法採年度總額預算制度，即總額預算應在該年度用完，若不夠，健保署要用健保調控基金處理，不能挪用後面年度的預算，否則未來的總額協商沒有太大意義，今年花不夠的經費，挪用明、後年的預算，那麼總額預算的精神在哪裡？這已經失去健保法規定及總額預算的精神，總額預算制度之下，預算花完就花完了，若可以回補就不是總額制，而是歲入歲出預算制，我提出來讓大家理解。

(二)藥品及特材給付部分，B 型或 C 型肝炎預算在總額部門已編列預算，其他預算又編列，未來要思考為何要重複編列。

(三)另外，衛福部刪除應分級醫療調整、改變醫療供給型態文字，我支持部長刪除，但是在「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變」，衛福部核予 10 億元，原來付費者不同意編列此項預算，認為應該由「醫療服務成本指數改變率」的 173 億元去調配才對，不應再加預算，增加付費者的負擔。

三、西醫基層總額部分：

(一)有 1 項很奇特，衛福部竟然新增「其他醫療服務密集度之改變」項目，這項協商時醫界及健保署都沒有提出，現在卻變成新增項目，部長自己決定 1 個新增項目 4.42 億元，錢是一回事，衛福部決定新增本項，健保署當初為何沒想到有此需求？這也不應該，應從醫療服務成本指數改變率的 35.5 億元支付才合理，為何再增加錢？不該再增加錢。

(二)我尊重部長裁決權，但發現這些項目可從「醫療服務成本指數改變率」增加的預算去支付，不該再新增很多一般服務的費用，因為一般服務費用會滾入基期，明年的基期會更龐大，累滾之後未來總額基期越滾越大，所以提出我的

意見。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、剛才何委員語提過的我就不再重複，我們尊重部長的決定，最後裁決權在部長。會議資料第 52 頁附件二的比較表顯示，核定與協商結果有差距，主要是核定非協商因素不能附加協定事項，這脫離現實，不知民間弱勢所需。請問非協商因素從哪來？健保法與健保法施行細則都沒有這項，請就法律解釋，我們討論很久始終找不到法律的規定。
- 二、這點我很不服，以往協商時會在非協商因素增加一些項目，對於比較弱勢的部分，健保會可以在協商時增加一點預算，過去都是如此。但是去年協商時，有些數字我們都不能問，這不太合理，請問非協商因素從哪來？這幾年的不合法變成習慣是不對的，希望部長裁決時，一定要尊重我們的意見。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏、滕委員西華。

朱委員益宏

- 一、剛剛 2 位付費者代表針對 110 年部長裁示表示一些不同意見，雖然都說尊重部長意見，但是顯然對於部長裁示仍有意見，我非常尊重何委員語及干委員文男，都是資深的健保會委員，並參與多年協商，在每年 9 月協商過程中，這些意見也都曾被提出來過，若這樣，我站在醫療服務提供者的立場當然有不同的意見，我想剛剛 2 位委員表達的是個別意見，下面我的表達也是個別意見。
- 二、非協商因素在整個協商中，法律沒有規定得很清楚，很多是採用大家的慣例，若這個慣例大家認為有問題，整個協商會產生很大的問題，不會有結果。包括付費者要求協商時，每個部門都不能超過大總額上限，我翻遍所有法律都沒有規定，為何每

次協商各部門總額都不能超過上限？行政院訂有大總額上限，但是沒要求各總額不准超過，每次付費者都要求不能超過上限，這法規沒有，有些事情是大家約定俗成的慣例，有些原則是付費者、醫療服務提供者大家互相妥協的結果，我要先表達，若這樣的共識與妥協在這屆不存在，協商時會產生很大的困擾。

三、對於非協商因素，剛剛 2 位委員都表達要用在政策性的支付標準調整這邊，我也要反映一下，在座很多是工總代表，基本工資調整醫院不用調整嗎？若要調整錢由哪來？就由非協商因素，包含人口老化，從健保開辦平均壽命 70 幾歲至現在 82、83 歲，人口老化醫療費用相對增加，雖然每年台灣人口出生率很低，但是現在仍是正成長，CNN(Cable News Network，有線電視新聞網)預測未來可能會變成負成長，但不管怎樣現在仍是正成長，每增加 1 人就增加 1 筆醫療費用支出。

四、另外，物價成本指數的改變，包括房租、水電、人事費用及採購藥品、耗材等，成本都在增加，難道不需要處理嗎？這些費用本來就該進到總額由點值反映才合乎常理，而不是錢進來後要再提供新的服務項目，這沒有道理，這是我個人的看法，在座有很多新委員，我就也報告一下醫療服務提供者對於非協商因素的看法。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

一、我有 1 個請教，2 個提醒。第 1 個請教，會議資料第 45 頁，「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變」，部長裁定 10 億元，請教健保署這是採目標上限制嗎？因為是用於加護病床之住院診察費、護理費及病房費，但是支付標準這 2 年都持續在調整加護病房的相關費用，10 億元顯然僧多粥少，因為採固定點值，不知超過 10 億元要怎麼

辦？

二、第 1 個提醒：

(一)剛剛有委員提到在衛福部核定程序，部長可否裁定超出協商版本之外的事項？也有委員提到翻遍法規沒有上下限的規定，但依健保法第 60 條規定，即對總額上下限有所規範，總額協商範圍由行政院核定，所以健保法第 61 條規定，依據第 60 條核定的總額範圍交付本會協商，我們協商不成或完成，再報衛福部主管機關核定，權責非常明顯。照往例有共識部分，部長都會尊重，這次是史上第 2 次部長裁出自己想要的方案，第 1 次是在邱前部長文達。

(二)我的提醒是，協商精神首重在取得共識，雖然不能取得共識是常態，但社保司及健保會有責任提醒部長，若裁定 1 個不在協商的版本變成常態，協商就失去意義了。因為政治操弄空間很大，大家在部長裁定前，私下用不同的影響力影響部長採取對他們有利的方案，其實付費者也可以做到，不只有醫療服務提供者，這樣協商就失去意義，以後不用協商到半夜，下午就可結束，因為說說就好，影響部長或行政院比較重要。這樣會違背健保法所定總額對等協商的精神，我們有責任提醒長官應該謹慎為之。

三、第 2 個提醒：

(一)會議資料第 48 頁，風險調整移撥款是個有趣的現象，這幾年來是用來弭平 R 值(校正人口風險後保險對象人數占率)與其他分配因素的爭議，這張表沒有西醫基層總額，照理說當時協商風險調整移撥款是希望以區域為主體，現在 3 個總額部門出現用於撥補計畫型方案的方式。牙醫門診總額全部以專案為主體，中醫門診總額 2 種都有，又有區域又有計畫型方案，只有醫院總額則全部以區域為主。這符合我們當時訂風險調整移撥款的精神嗎？若有計畫型方案需要獎勵，已編列專款，可用固定點值、其他加成或擇優給付，

這些在不同區域服務特定對象或偏遠地區服務，都已經用支付標準或獎勵方式去加強了。

- (二)風險調整移撥款，若是用於補足區域落差，例如，用於蛋白區或其他更需要挹注的地區，例如過去東區型態非常特別，或是有些區中有區，包括之前中醫提的，大區裡面有蛋黃區、有蛋白區，導致蛋白區沒有足夠特約醫事服務機構的現象，所以用風險調整移撥款彌補。
- (三)若用於撥補計畫型方案，可能要審慎考慮。要保障特殊計畫可以用品保款，品保款存在的目的是希望達到品質促進或希望有些地區，例如，牙醫感控在偏遠地區較難執行得與都會區一樣，用品保款獎勵院所的付出，達到品質促進的目的，我沒有意見。但拿風險調整移撥款去補點值或計畫型方案，會失去專案管理及協商時所訂的規矩及精神。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、關於部長的裁定我們相當尊重，原本不想提，但是何委員語提了，會議資料第 46 頁，今年總額成長率為 4.107%，西醫基層成長率為 3.552%，是其中最低的，部長憐惜西醫基層，在其他醫療服務密集度另給予預算。其實我們提出很多有意義的項目，例如，因為防疫所增加的醫療成本，還有大家忽略的新藥、藥品擴大適應症等，新藥的使用是先編預算，後提項目，歷年統計的結果，發現新藥預算都是實際耗用比原預算增加很多，還有藥品擴大適應症的計算，是採用 2 年前的耗用，所以很明顯的，有 2 年時間差。
- 二、之前向衛福部爭取新藥的編列是否可採及時納入的方式，也就是先討論項目，再依項目編列預算，曾在會議中談到，比方最近人口老化，糖尿病有 1 個很好的藥物 SGLT2(糖尿病治療新藥)，現在擴大開放合併劑型使用後，預估 110 年西醫基層就超

過 2 億元，但是今年沒有編列預算，我們醫療服務提供者在總額協商時卑微的態度，我們的聲音很多委員聽不下去，甚至我們都不瞭解為何許多協商項目都是龜苓膏(諧音，歸零)，西醫基層所提項目被部長裁到歸零，剩下唯一 4.42 億元，請何委員語重視我們的聲音，總額是服務民眾，不是維繫醫療院所。

三、大家清楚今天萬物皆漲，剛剛提到基本工資上漲，包含疫情的因素，各項費用都在增加，難道醫療院所的成本沒有增加嗎？醫療院所第 1 線工作人員從頭包到腳，包得緊緊的，最近疫情又再起，員工的心理狀況，醫療機構負責人要多用心及出力，甚至也要獎勵機構的人員，照顧民眾健康的同時，大家難道不在乎醫療品質，只在乎花多少錢？

四、總額是需要的，部長有他的用心，我們尊重，也請委員重視現今的支付標準，很多是沿用 20~30 年前的支付標準，成本的計算已經不同以往，所有百工百業都漲，為什麼醫療體系的人員，包括薪資、一些成本都不能適度反映？非協商因素的內涵，很清楚，除了人口老化，還有醫療科技進步與反映過去的成本，但足夠反映嗎？值得大家深思。這是很大的問題，不能僅就單項討論，否則西醫基層總額採最低的總額成長率，還要遭受這樣的檢視，全國西醫基層夥伴真的會很傷心，謝謝。

周主任委員麗芳

本案事涉 110 度總額，很感謝各位委員的意見，對於衛福部部長的核定也予以尊重。當然，我們更希望今年協商總額的時候，所有的總額部門都能在健保會協商達成共識，這是最佳的結果。對於剛才委員詢問的相關問題，請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

滕委員西華詢問有關會議資料第 45 頁，部長核定之「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變」，編列 10 億元，用於區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費、護理費及病房費採固定點值，若本項採固定點值每點 1 元，真正細算下來，

10 億元絕對不夠。因此，本署醫院總額研商議事會議也有冗長討論，最後經醫院協會協調的結果，110 年這 10 億元只用於調整加護病床之護理費每點 1 元，住院診察費及病房費則沒有納入。若加護病床之護理費以每點 1 元估算，約需 10 億元，經過協調大家也同意，因此這 10 億元會滾入醫院一般服務費用總額。

周主任委員麗芳

請何委員語最後 1 位發言。

何委員語

- 一、醫界代表當然有他們的說詞，但我要講的是，醫療服務成本及人口因素成長率有 3 項，包括：人口結構改變率、投保人口預估成長率及醫療服務成本指數改變率。如剛才干委員文男所說，這 3 項都不必協商，是總額直接增加的費用，110 年度醫院是 170 幾億元，西醫基層是 35 億元多，這些費用本來就是用於反映醫界的成本增加。在總額非協商因素項目中，包括護理費、藥事服務費及其他費用等，都有計算在內。因此，不要被誤導，認為調整基本工資，醫院就不必調整，並非如此。
- 二、110 年西醫基層總額的醫療服務成本及人口因素成長率為 2.954%，西醫基層認為他們的整體成長率只有 3.343%(不計入門診透析服務成長率)最低，但並不是沒有成長。截至今年 2 月底，主計總處可以補充說明，死亡人數為 7 萬 7 千 737 人，出生人數才 6 萬 8 千 886 人，少了 9 千多人，今年人口為負成長，外勞也不能進來，所以投保人數也不會成長。
- 三、能理解大家都希望錢越多越好，醫師、護理人員及其他醫療工作者收入能更好，但我們也希望醫界能提供更好的服務品質。付費者尊重健保署，因為健保署是全民健保委託的專家，等於是我們請健保署經營全部付費者的保費。對於協商項目應該由健保署判斷該不該給，而不是如剛才滕委員西華所說，用政治人物的力量去壓迫部長同意新增的項目，這樣以後我們總額協商算什麼，將付費者代表委員置於何地？以上是我的意見，如

果健保署認為該給或不該給，我們都會尊重健保署的規劃，因為他是專業經理人，這是我的補充說明。

周主任委員麗芳

謝謝各位委員的關切與寶貴意見，委員所提意見，我們在今年度總額協商時來充分考量。本案決定如下：

一、請中央健康保險署會同各部門總額相關團體辦理下列事項：

(一)盡速辦理 110 年度各部門總額協定事項未於 109 年 12 月底前完成之工作項目。

(二)確實依 110 年度各部門總額協定事項所列時程，完成法定程序及提報本會等相關事宜。

二、請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，盡速將「110 年度西醫基層總額一般服務費用地區預算之風險調整移撥款執行方式」函報本會備查。

三、餘洽悉。

干委員文男

剛才我有詢問非協商因素從哪裡來？沒有看到法律依據。

周主任委員麗芳

向干委員說明，剛才我有提到委員意見在 111 年度總額協商時會納入考量，下一案就是要報告 111 年度總額範圍。接下來進行下一案。

伍、優先報告事項第三案「衛生福利部『111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍』(草案)諮詢案及中央健康保險署『111 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案』」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請報告。

社保司林技正蕙卿報告：略。

周主任委員麗芳

謝謝社保司的用心，接下來請健保署報告。

健保署楊科長小娟報告：略。

周主任委員麗芳

謝謝健保署的報告，請黃委員振國。

黃委員振國

一、實在不清楚醫療服務成本指數改變率的計算方式，相信在座的醫療服務提供者都有相同的疑問。有關西醫藥品類的權重及指數，請參閱會議資料第 123 頁(西醫門診分項費用占率趨勢圖)，大家可以很清楚看到，西醫門診藥費是正成長，顯示除了藥價外，用藥數量是增加的。另外很重要的，我們在國內買藥都是用台幣計價，台幣升值與在場各位生活有密切相關，但並不會因為台幣升值，就感覺物價下降，各項民生用品都降價了嗎？沒有。

二、至於進口商成本降低，是進口商利潤增加而已，醫療服務的提供是採用台幣計價，成本並沒有任何減少，而且大家實際看到的結果是藥費增加。此外，目前健保實施藥品費用分配比率目標制(DET)，若藥費實際耗用超過目標值時，隔年健保單一藥價就會進行全面性調降。若以健保單價來看，每項藥品成本都下降，但為何隔年藥費還會成長，表示可能有更具價值的新藥納入給付，或藥品使用量明顯增加。因此，為了解為何實際看到的數字是藥費成長，但成本反而下降，我們一直希望社保司

能提供相關數據及計算方式。今天沒人相信藥品成本會減少，至少我買不到，請告訴我要跟誰買。

- 三、再請委員參閱會議補充資料第 7 頁第 10 張投影片註 3，「躉售物價指數之醫療儀器類」選取的查價項目，除了注射筒及聽診器外，西醫基層真的看不到有多少家診所，是用這些品項提供服務，都是某些特殊的診所或是醫院在使用。而且誠如我剛才所提，今天進口商成本降低，我們的購買價格並未隨之降低。另外，最近台灣物流業的物流成本增加，所以我們被要求單次購買量的金額也要增加，因為 COVID-19(Coronavirus disease 2019，新冠肺炎)的關係，很多廠商叫不到貨，甚至我們需要到處借藥品、醫材，或一次要購買全年的量，所以我們的成本是增加，不是減少。用這些指數，來推估我們的成本是下降的，對這個結果的真實性帶有存疑，真的要好好檢討。

周主任委員麗芳

請侯委員俊良。

侯委員俊良

- 一、肯定社保司所提有關 111 年度全民健保醫療給付費用總額範圍草案。會議資料第 105 頁有提到，政策目標結合公衛與健保資源，精進照護模式，隨著台灣高齡化，在長照這部分是非常需要的，在此予以肯定。
- 二、其中，有關推動住院全責照護，據了解，包括家總、北市產總都有提出呼籲，但依他們粗估全責照護所需的金額高達 188 億元以上，而目前提出的這 4 項總計金額是 82.57 億元，特別在住院全責照護部分，不知道這樣的金額，政策規劃預計做到什麼程度，是否有相關資料？我想 80 幾億元應該不是全部，後續是否有其他規劃，請補充說明或提供相關資料。

周主任委員麗芳

依序請柯委員富揚、朱委員益宏、滕委員西華、李委員永振、干委員文男，然後是楊委員芸蘋。

柯委員富揚

中醫總額部門提出說明，有關會議資料第 121 頁提到，各總額部門預算占率，中醫門診總額及其他預算合計約為 6%，中醫很小，占率一直往下降，不只是牙醫門診總額往下降，我們是難兄難弟。在總額開辦時，中醫門診總額占 4.63%，現在剩下 3.64%。向各位委員報告，中醫門診總額預算是逐年下降，從總額開辦至今，只占全民健保整體費用的 3.64%，不是 6%，6%是因為其他預算一直增加，但中醫的預算一直在減少，在健保總額預算的占率，從總額開辦到現在，中醫萎縮了 22%，以上說明。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、呼應剛才黃委員振國的意見，從這次非協商因素成長率來看，特別是醫療服務成本指數改變率，顯然公式是有問題的，大家可能會去質疑為什麼會有這樣的結果，相關指數本來就是用抽樣調查的資料，完全沒辦法反映現實的狀況。
- 二、在第 3 張投影片有提到，社保司已經組成工作小組，希望針對公式進行檢討。記得去年年底在諮詢醫療服務提供者與付費者的意見時，薛次長瑞元有裁示，希望在今年上半年提出草案跟大家討論，這樣才來得及明年適用，因為草案提出後大家還會再提出修正意見。剛才報告說只開過 1 次工作小組會議，能否請社保司商司長東福等一下再向委員說明相關期程及規劃。
- 三、我們馬上就要進入下半年的總額協商，相關作業是非常的忙碌，大家所有的焦點都放在明年度的總額分配，整個協商作業會一直持續到年底。不曉得什麼時候要對公式進行徹底的檢討，如果大家都認為這是很重要的一件事，或許可以變成提案來追蹤。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、相關資料看了 4 遍，還是不太懂社保司依照健保法第 60 條提出的 111 年度醫療給付費用總額範圍諮詢案。剛才朱委員益宏也有提到，這個諮詢案完全沒有回應過去 10 年來我們對於推估公式的意見，連 1 項都沒有回應，所以我們不得已一直要老調重彈。
- 二、就目前的資料來看，自 95 年以來，低推估值都接近醫療服務成本及人口因素成長率，但人口因素有過度反應醫療費用的問題，專家和付費者代表已經提了 10 年，這就會墊高低推估值，不用懷疑。一旦低推估值墊高後，請參閱會議資料第 129 頁健保財務試算資料，如果今年政策目標金額要增加 272.24 億元(調整因素成長率 3.474%)，加上低推估成長率 1.272%(增加 99.64 億元)。如果不希望調漲保費，明年需維持 1 個月的安全準備，則 111 年度總額就只能增加 131 億元，連政策目標所需金額的一半都不到，可增加的預算空間只有 131 億元，還要包含政策目標。
- 三、事實上，從去年至今年因為疫情的關係，醫療利用一直都在減少，利用率降低，不知道為何政府對於 111 年度總額預算，可以提出高於 110 年度醫療給付費用總額成長率(4.107%)的高推估值(4.746%)？先不要講合不合理，目前的高推估值就是低推估值加調整因素，但去年到今年醫療利用率在下降，高推估值可以高於今年醫療費用成長率的理由及立論基礎是什麼？無法說服我。
- 四、再回頭來看對總額影響最多的政策目標金額，低推估增加 99.64 億元，高推估增加 371.88 億元，兩者相差 2.7 倍的預算。我們來看是如何計算出來的，每年的協商空間已經越來越少，如果政策目標不檢討，外界會以為健保會管 7 千 8 百億元，向新委員報告，我們只有協商 100 多億元而已，就是如此。連政策目標在協商因素中都達 200 多億元，很抱歉，一半以上都是

政府決定好的，我們就是談政府決定的項目，只能 3 千萬元、5 千萬元的協商，醫界覺得很卑微對不對，付費者也是！大家談的都是幾百萬元，沒有在談幾億元，因為政策決定的部分其實非常多。

- 五、政策目標每年增加的額度，又包含應該運用非協商因素預算調整支付標準的項目，因為政策目標中有些項目是用於調整支付標準。請委員參閱會議資料第 105 頁，有很多政策目標相關計畫是調整支付標準，但這些本來就應該運用非協商因素成長率所增加的預算去處理的。
- 六、C 肝新藥應該用公務預算，講了多少年，還有預防保健服務，大家投入公共衛生及預防保健當然很重要，包括國健署推動 B、C 肝炎防治，到底需要投入多少預算？C 肝新藥多少應該用公務預算，我們在之前的 11 次會議提到過，也列入追蹤事項，但 111 年度總額的政策目標仍未說明究竟 C 肝還要投入多少預算？另外，Pre-ESRD(末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫)、Early-CKD(全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案)、糖尿病、家醫計畫、還有牙醫的多項計畫，都是預防性質的服務，這些全部由健保買單，再加上剛才的區域級以上醫院加護病床護理費增加 10 億元，全部滾入基期成長，而且每年是複利成長，比低推估值還要高。
- 七、會議資料第 106 頁，除 C 型肝炎照護外，第 5 項強化精神社區復健照護，我自己從事精神醫療 20 幾年，精神醫療施政計畫明明是要積極減床，協助慢性病床轉型到長照或到社區，但我們卻在監察院糾正不應該增加慢性病床的支付下，仍然強勢在慢性精神病床的支付提升 13%。另外，DRGs(住院疾病診斷關聯群)持續推動了嗎？付費者長期以來強調的節流效益金額列入總額減項呢？
- 八、部長裁定 110 年度總額時，同意將藥品節流效益納入考量。依據健保署的計算，除 MEA(藥品給付管理協議)機制及藥價的各

種調整，包括雲端藥歷所節省的金額(103~109年可減少重複用藥 93.5 億元)、檢查(驗)結果上傳及管理省 10 億元，MEA 省 68 億元，這些減列項目效益高達 183.9 億元(包含 C 型肝炎新藥 106~110 年可節省相關併發症醫療費用 12.4 億元)，這都是健保署自己算的。但這些都沒有列為減項，依然內含在總額中。MEA 之前是回歸安全準備，後來說因為醫界有功勞應該回歸總額，所以自 105 年起就回歸總額，我們也同意，但隔年沒有列為總額減項，全部又再滾入基期，總額成長至 8 千億元就是這樣來的。醫療服務效率的提高，沒有回饋到被保險人，我記得健保剛開辦前幾年，曾提到沒有看病的人，免費送 1 次健檢，但現在是沒有。

- 九、依健保署對保費的推估，假設 GDP(Gross Domestic Product，國內生產毛額)成長可使民眾付費能力提高，先不說疫情讓民眾平均收入是否變低、貧富差距變大。若不看極端值只看平均值，如果是這樣的話，健保署怎麼不算企業的收入增加，企業交的保費應該增加，反過來說，若民眾的實質所得真有增加，照理說保費收入也會增加才對，怎麼沒有估算出來？其次，廢除停復保是部長的政策，這不用修健保法，對保費收入的影響也沒估算出來，只有預估基本工資增加所增加的保費。這些如果都沒有估算出來，在計算低推估或被保險人付費能力時，全部會失衡，更不用講社保司沒有回應過去 10 年來本會對低推估公式的質疑，在不對的公式下，如何計算出正確的費用。
- 十、低推估已經過度反應費用，加上政策目標已經超過我們的協商能力，請問各位付費者代表，你們要和醫界協商什麼？請問醫界還能提出什麼新的項目？政府已經替你們決定要執行的項目，你們能提出不同的協商項目嗎？如果都要的話，今年 10 月份討論 111 年費率的時候，各位就要回應我們的決定，安全準備低於 1 個月，111 年就要再調漲 1 次保費。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

- 一、請參閱剛才的投影片第 11 張，先講低推估，低推估有幾項因素，剛才何委員語已經提過，在人口預估成長率的部分，內政部已經公布統計數字，今年 1~3 月每月的死亡人數都高於新生兒人數，所以人口應該呈減少趨勢，但明年的投保人口預估成長率為 0.136%，有可能會逆轉嗎？建議應予考量。
- 二、投保人口結構改變對醫療費用之影響率為 1.746%，相對較高。大家都認為是因為人口老化造成醫療費用上升，現在健保署有大數據資料庫，為何不針對人口老化的實際影響進行分析，對付費者而言比較有說服力。
- 三、高推估為低推估加上調整因素，調整因素 200 多億元還蠻高的，其中考量了數項政策目標，從健保財務收支情況具體數據來看，請參閱會議資料第 130 頁，剛才滕委員西華也有提到，如果用最保守的低推估，明年底安全準備只剩下 1.05 個月的保險給付支出。若一直沿用 104 年健保會的決議，就應該調漲保費，因為安全準備低於保險給付支出月數 1.5 個月就要調整。粗估一下，如果保守估計總額成長率為 2.1%，安全準備約剩下 1 個月保險給付支出，不小心就違反健保法第 78 條規定，安全準備總額以相當於 1~3 個月之保險給付支出為原則。
- 四、依前述情況，明年勢必再調漲費率，請社保司、健保署應考慮下列 3 點：
 - (一)今年調漲保費時，報紙有報導部長對民眾說 2 年不用調整費率，現在提出本案，是否要讓部長自打嘴巴。
 - (二)記得 99 年 4 月調漲費率，是從 4.55%調至 5.17%，剛好和今年一樣，該費率用了 2 年 9 個月的時間，才進入二代健保，那段期間使收支結餘累積至 820 億元左右，平均 1 年省下 300 億元。二代健保實施後，費率稍微降一點，但補充保

費的增加，每年都有 400 多億元，甚至已經突破 500 億元，在這種情況下，今年又回到當時的保險費率 5.17%，再加上 1 年約 500 億元的補充保費，為何調漲保費只維持 1 年，明年又要考慮調整保費？是否可以分析使委員了解。

(三)我們一直強調收支平衡原則，若預算再這樣成長，據推估，最保守是 114 年，快的話是 113 年，就會遇到法定保險費率上限 6%天花板碰頂的問題，我們應該要未雨綢繆。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、非常贊同剛才滕委員西華的意見。衛福部於本年 4 月 8 日召開的 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)擬訂方向會議，並沒有邀請我們，我們也沒有參與，但會議資料提到有諮詢我們，這點我很懷疑。剛才侯委員俊良也提到，會議資料第 105 頁有關結合公衛與健保資源，編列 82.57 億元，這部分完全是健保支出，但沒看到公務預算編列多少經費，將來用的還是健保經費。
- 二、李委員永振剛才也提到，從以前的保險費率 4.55%調升到 5.17%，我認為保費收入應該會逐年增加，不會像今天的試算結果，看來今年年底又要再調整保費、再一次震盪。依健保署財務模擬試算資料，今年年底恐怕又要再次調漲保費。剛才醫界說他們很辛苦，我們也認同，但是根據行政院主計總處的調查資料，10 幾年來我國的薪資成長率並沒有跟上 GDP 的成長率，薪資停滯非常嚴重，如果再次調漲保費，我們對社會大眾能交代嗎？目前總額範圍草案的協商空間有限，若再扣除需依評核結果給予的品質保證保留款及衛福部政策目標項目等，健保會委員就不用協商了，只要需要過目就好。
- 三、建議應該將本案退回去重新計算，否則明天報紙若刊出年底又要調漲保費的消息，健保會要怎麼向社會大眾交代？我認為不

應該用今年的總額預算當做明年預算的基期，民眾付費能力也沒有那麼高，衛福部的草案並沒有反映主計總處調查的薪資成長情形。本案有必要再重新計算，否則健保會沒有辦法對社會交代，因為本會完全沒有發揮監督及收支平衡的力量。

周主任委員麗芳

請楊委員芸蘋、何委員語。

楊委員芸蘋

- 一、我尊重剛才幾位委員，包括醫事服務提供者代表及付費者代表所提的意見，他們提到的內容都很實際。我個人關心的是，這 10 年來總額範圍的擬訂公式都沒有被深刻地討論，所以在去年年底召開的 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍擬訂公式檢討會議，與會者對於公式的合理性都提出很多意見，也存有很大的疑慮，如果計算公式不合理，則依公式算出的低、高推估值是否合理？既然公式及推估值都有不合理的疑慮，建議考量本案是否有繼續討論的必要。
- 二、去年受到 COVID-19 疫情影響，許多產業的發展停滯了，很多勞工的工作也停擺，甚至外商公司也漸漸移出台灣，因此，台灣的失業率也蠻高的，只是沒有被一一列舉出來。雖然我國的 GDP 成長率是增加的，但主要應該是電子業高成長及轉單效應所致，實際上內需產業是很不景氣的，大家要考慮到基層勞工或一般民眾的收入不高，也不穩定。
- 三、今年初已經調漲保費，可為健保增加一些收入，但看來還是不敷使用，但之前陳部長時中也提過 2 年內不調漲保費，既然不能調整保費，現在討論總額預算擴增的空間就有限，否則如果未來因為總額太高需要調整保費，會讓陳部長時中失信於民眾，使得社會觀感不佳。既然今年剛調漲保費，如果 2 年內再次調漲，民眾會怎麼想，這對衛福部或整個社會都是很嚴重的問題。我認為高推估值達 8 千多億元確實是有點恐怖，而低推估值是否合理，也應該再討論。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、今年的低推估值是 1.272%，這是依照公式計算出來的，過去 10 年來都是用這個公式計算，當然我們付費者代表曾經質疑過公式的合理性，現在連醫界代表也提出質疑。我要補充報告，我剛才提到依內政部統計資料，截至今年 2 月，粗出生率為 6.37%，但是粗死亡率為 8.23%，死亡率大於出生率。另依據政府預測，如果今年第 2~4 季出生率再下降，我國人口數會少 15 萬人，這並不包含外籍移工，今年外籍移工人數已減少很多。
- 二、以整體物價變動情形來看，至 110 年 2 月底，躉售物價指數為 -0.35%，消費者物價指數為 1.37%，但是進口物價指數是 -0.61%，出口物價指數是 -2.61%，代表出口及進口的價格都是下降的，剛才社保司的報告也提到，進出口的價格下降主要是因為匯率因素，供大家參考。
- 三、在 4 月 8 日召開的 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)擬訂方向會議，薛次長瑞元邀請付費者團體來開會，當時會中提供的低推估值是 1.272%，當然醫界認為太低所以反對到底，並質疑計算公式有問題。但我認為實際上低推估值可能更低，以剛才提到的躉售物價指數呈現負值來看，包括進口物價指數及出口物價指數皆為負值，甚至在人口成長部分，雖然衛福部計算的投保人口預估成長率是增加的，但是剛才我也提到依內政部統計，今年人口已經減少，實際上人口成長應為負值。
- 四、在 4 月 8 日的會議中，衛福部並沒有提出高推估值為 4.746% 讓大家討論。如果那天有提出來供與會代表討論，付費者代表就會質疑這個數字是怎麼估算出來的。我認為 4 月 8 日提出的草案並不符合常理，既然提出低推估值，為什麼沒有提出高推估

值，這是過去 10 年從來沒有發生的現象，現在才告訴委員高推估值為 4.746%，政策目標調整因素為 3.474%，我認為是不實際的。

- 五、雖然剛才社保司簡報內容很多，但卻沒有考慮到付費者的付費能力，因為 COVID-19 疫情的緣故，付費者的付費能力是有困難的，雖然現在股票漲很多，但其實是富人更富，窮人更窮，雖然股票新開戶數增加 65 萬多人，但還是有很多人沒有買股票，窮得要命。上個月我接到小學母校來電，告訴我有很多學生付不出營養午餐費或學雜費，於是我 4 月 27 日趕快帶了 128 萬元回去捐給母校，並成立 1 個學生獎助學金的管理委員會，後續錢不夠我也會再捐助。大家可以想像，鄉下的學校已經有很多學生付不出營養午餐費或學雜費，生病也沒錢看病，雖然我們有健保，但病人也有需要自行負擔的費用。我回南部鄉下才發現問題很嚴重，付費者的付費能力是有困難的。
- 六、我發現衛福部所提的政策目標都沒有具體數字，坦白講都是文字敘述，並沒有提出具體要達成的目標。既然付費能力有困難，付費者可以選擇不新增這些項目，明年先把既有的醫療服務做好，其他政策增加的項目，可行且對病人有幫助的，我們也可以支持，但是有一些項目，付費者認為現階段不必增加。
- 七、依目前的 COVID-19 疫情狀況，可能到明年才能結束流行，因為 1917 年西班牙的流感疫情也是到 1920 年才結束流行，如果這次疫情要到明年，甚至後年才結束流行，我認為付費者代表要多為勞工發聲，如同我剛才說的，若去年 3 月 23 日以前沒有買股票的勞工，現在是失掉很財產，財產沒有增加。因此，我認為政策目標的調整因素增加 3.474%並不合理，今天衛福部提這個案子希望健保會委員給予支持，但我還是支持干委員文男的意見，建議在 5 月上旬前另行召開 1 個討論會議，重新檢視草案內容，今天暫時不要做出決議。
- 八、自由時報 3 月 15 日的報導指出，去年健保就醫量大減 2,427 萬

件，其中耳鼻喉科就醫量減少 25%。我理解西醫基層的困難，因為我每 1 季都要去耳鼻喉科拜訪醫生，疫情之前，上午掛號量都在 60~70 件，從去年下半年到今年上半年，同時段掛號量都只有 15~19 件，我很訝異掛號量差異如此之大，護理人員也從 4 位減到 2 位。因此，我也理解醫界有很大的困難，但若我們務實地去考量，1.272%的低推估值，加上 3.474%的政策調整因素，明年能否推動？有沒有效益？若沒有效益為何要增加政策項目預算？建議本案待會再聽一聽被保險人代表更多的意見外，此外，可於 5 月 15 日之前再另行召開會議討論。

周主任委員麗芳

請林委員恩豪、黃委員振國，因為時間關係，其他委員若還有意見請以書面方式提出。

林委員恩豪

- 一、我認為健保總額依照現在的方式繼續成長下去，根本無法談所謂財務平衡，因為總額基期永遠在成長，預算越滾越大，接下來即將突破 8 千億元，這個計算公式已經嚴重違反健保財務收支連動的概念。
- 二、照目前的方式，基本上都是先決定健保總額要支出這麼多預算，接著就開始想辦法拉高收入。今年初剛調漲保費，依照健保署的推估，可能很快又要調整費率，這就是基期太大，並且不斷成長造成的問題。我建議之前總額配合政策投入預算及健保改革措施產生的節流效益，應該先回饋總額預算，讓基期有一些調整後，再來討論如何進行下一年度的總額預算及分配。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、謝謝何委員語提出 1 個很好的概念，就是我們到底有多少錢來決定我們的服務項目，事實上，現在的狀況剛好是顛倒過來。我舉大家比較熟悉的新藥及藥品擴增適應症預算編列為例，往

往前一年健保會協定預算增加金額，但來年健保署才會在「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)」(下稱共擬會議)確認引進的新藥品項或擴增適應症的項目。我個人也是共擬會議的代表，我在會中常語重心長的告訴與會專家學者或病友團體，今年的預算金額在去年就談定了，共擬會議必須依據預算額度，適度的取捨新藥的引進或適應症的擴增，但每次我在會中因預算疑慮提出的反對意見，都會被歸類為有殺人動機，因為某些新藥或擴增適應症的案子不通過，就有侵害特定病人生存權利的嫌疑。我樂見何委員語所提的概念，希望健保署也能參酌，於總額協商時將次年預訂引進的新藥品項及擴增適應症的項目都列出來，讓健保會委員能夠共同決定，要引進哪些有效益的新藥或擴增適應症，當預算充足時，我們可以引進較多項目，當預算不足時，可能就以較具效益的項目優先納入。

- 二、請參閱 110 年 3 月份業務執行報告第 16 頁，我身為醫療服務提供者，對於民眾疾苦都有深切的感受，但是保費的收入及催收是讓健保基金財務穩健的關鍵，我們可以看到目前欠費應收的金額非常恐怖，但大家不要忘了，受到 COVID-19 疫情衝擊的產業，有些民眾無法順利繳出保費，我建議今天做個決議，目前股市的營業額已經創歷史新高，單日達到 4~6 千億元，光證交稅收入一定比往年增加相當多，建議政府提撥部分證交稅金額，來挹注超過 3 年收不回來的健保欠費，以維持財務的平衡，因為剛才很多委員擔心的議題是健保會不會破產，甚至擔心會調漲保費，我的這個建議對社會應該是有幫助的。
- 三、我要呼應剛才李委員永振所提的意見，到底人口老化的影響為何，希望衛福部能確實列入推估。請大家參閱 110 年 3 月份業務執行報告第 31 頁及第 53 頁表 19-1，整體西醫門診慢性病的申報情形，雖然 109 年上半年慢性病門診件數減少，這可能是受 109 年上半年疫情嚴重的影響，到 109 年第 4 季，慢性病門診件數及費用較去年同期皆有成長，大家都知道 108 年並沒有

COVID-19 疫情，可見慢性病的費用確實是有成長，我建議健保署利用健保大數據，分析各年齡層 1 年的醫療費用，以了解人口老化對醫療費用的影響。

- 四、至於剛才何委員語提到今年人口數明顯減少，但卻沒有反應在投保人口預估成長率上的問題，請大家參閱會議補充資料第 6 頁的投影片第 7 張，111 年度投保人口預估成長率是以 109 年與 108 年投保人口數進行比較，假設 110 年人口數減少，則會反應在 112 年的預算，請各位不用擔心，如果人口真的有減少，我相信那一年投保人口預估成長率數值真的會減少。
- 五、我要求健保署透過現有的資料進行大數據分析，必須提供最近 1 年各年齡層實際耗用的醫療費用資料，到底在人口結構改變過程中，年齡增加 1 歲，會增加多少的醫療需求，以及新藥等新醫療科技的實際耗用是多少？這樣可以前一年的各年齡層實際耗用加 1 歲，來當做未來一年各年齡層醫療耗用的預估值。我希望健保署務實地，提供相關數據給各位委員參考，讓委員了解台灣人口老化衍生的實際醫療需求。我認為今天總額不是決定需求，總額只決定給付的費用總額，但是來年到底有多少人需要使用醫療服務，誰都沒辦法準確預測，在座的委員都不是神，只能透過資料分析來貼近實際需求。我希望健保署能開誠布公，否則每次在健保會總額協商決定要管控支出，但在次年健保署的共擬會議，卻一直在預算超支的情形下，要求增加新醫療科技項目，這樣就失去協商的意義。

周主任委員麗芳

請商委員東福回應，若委員還有其他意見請以書面提供。

商委員東福

- 一、剛才共有 10 位委員提供意見，我相信還有更多委員也想表示意見，確實總額預算跟健保制度的永續息息相關，大家都非常關心，所有意見社保司的同仁都很樂於接受。針對大家剛才提到很多關於總額範圍擬訂公式的問題，在此我必須再次強調，

我們現在常用的公式或制度，事實上是過去很多前輩的智慧結晶，在討論中要達成共識，並且讓大家都可以接受的方式，是必須經過一段努力的歷程。

- 二、回顧二代健保實施前，因為監理會與費協會還沒有合併成健保會，總額範圍是由行政院決定，再由費協會協定總額及其分配方式，而在二代健保實施後，我們也充分接受健保會提供的總額範圍諮詢意見，並在調整總額範圍(草案)後送請行政院核定。
- 三、大家提到許多意見是關於計算公式的過去、現在及未來，很多意見都是未來公式檢討需繼續努力的，過去我們也持續檢討公式應如何調整，這是有一段檢討歷程，並不是如大家所說，計算公式 20 年來都不曾改變。從過去到現在，公式還是有變化及進步的地方，例如：低推估值以客觀的方式，採用公式來進行推估，這個計算公式需要使用很多參數資料，當時也曾對資料來源討論很久，到底相關資料要由衛福部自己算，或是要採哪個單位提供的資料，經過一番討論，最後決定以行政院主計總處提供的資料進行估算，因為這是大家都比較能夠認同的客觀資料。因此，資料來源的部分是經過討論，最後決定使用行政院主計總處的資料，當然不可避免地會有一些落後指標，因為現在討論明年的總額，委員總是希望可以預知明年的狀況，但實際上大家都了解這是不太可能的。
- 四、有關未來公式檢討的部分，剛才朱委員益宏也提到薛次長瑞元裁示要繼續進行，社保司也已經召開會議，但現在要推估 111 年度的總額範圍，僅能先採既有的公式計算。我剛才也一再向大家說明，現在的公式，是過去經過討論產生的共識，是 1 個客觀的推估方式。剛剛何委員語也提到，以前醫療服務成本指數改變率都是正值，現在是負的，既然大家認為主計總處的資料是 1 個客觀的資料，就應該尊重計算結果，當然各位委員的意見，未來公式檢討小組會持續納入研議，希望能夠讓大家滿意。

- 五、今天所提的總額範圍(草案)，有的委員認為高推估值偏高，但是我認為醫界在第 1 線真的看到許多民眾的需求，事實上自費項目的增加，某種程度反映目前健保還無法滿足所有人的醫療需求，也因此總額增編預算，希望能及早引進新醫療科技。我認為數據可以某種程度反映客觀事實，例如：健保滿意度高達近 90%，雖然醫界的滿意度絕對遠低於這個數字，但就民眾滿意度的部分，我覺得應該給予目前的健保制度 1 個正面的肯定，也是給各位委員的肯定，因為健保制度就是在大家的守護下屹立到今天。健保總額增加，是因為民眾的醫療需求大，並沒有其他的特殊考量。
- 六、我們也能理解，對一般民眾而言，當然會擔心保費的負擔變高。委員們也提到健保法關於財務平衡的規定，上次在審議 110 年費率時，我也向委員報告，健保費率理論上是年度收支平衡，也就是今年要用多少，費率就是多少，如果依法計算收支平衡費率，絕對不會是現行公告的 5.17%。另外健保法也規定，當發生影響財務平衡的情形，可由健保署擬訂調整保險給付範圍方案，但是大家都很佛心，過去給付範圍幾乎沒有減少過，大多是增加。其實醫界代表也是健保的被保險人，也是需要接受醫療照護的人，很多委員也提過自己的家人是醫療服務提供者，所以我認為大家共同關注的事情沒有不同。剛才我一再強調，雖然大家提到很多公式的問題，但既有的公式是過去眾人的共識，未來公式檢討小組會持續接納相關意見，希望能研議更公平、更有共識的總額範圍擬訂公式。
- 七、至於其他健保制度的改革，包括剛才滕委員西華所提停復保的議題，其實停復保制度的改革還須考慮等待期及負擔公平性的問題，這部分可能就涉及修法，當然我們也希望能盡量簡化處理。今天委員關心的議題面向多元，在這裡可能無法一一向各位說明，但我們願意聽大家提供的諮詢意見，因為行政院核定的總額範圍，最後還是要經過健保會各位醫界及付費者代表委員的對等協商，才能提出能夠落實及推動的方案。在此我也懇

求大家，陳部長時中多次提到投資健康、讓健保加值的概念，我想大家都沒有意見，倘若沒錢要怎麼去執行？國家發展委員會的謝委員佳宜大概知道，我每年一定會提到健保制度是高滿意度的政策，應該加以珍惜並持續發展，所謂發展就是不該去限制範圍，應該持續進行更多健康投資，讓健保更有價值，也讓全民都能有感。

周主任委員麗芳

- 一、謝謝商委員東福的回應，本案是 111 年度總額範圍(草案)諮詢案，主要目的為諮詢健保會委員，了解各方代表對總額範圍(草案)的意見，本案決議循往例將委員所提意見併同發言實錄，送請衛福部參考。
- 二、接下來進行討論事項第一案(何委員語示意要發言)，請何委員語。

何委員語

主席，程序問題。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

建議今天的發言實錄除了送衛福部參考，希望也併送國家發展委員會參考。去年付費者代表團體把精算後的總額相關數據函送行政院及國發會參考，發函後高推估成長率就少 0.5%，如果今年也同樣發函，不知道會不會少 0.5%或 1%，但我們工總會詳細精算數據，今天諮詢案看到的數據不夠精確。

周主任委員麗芳

社保司表示，去年委員的發言實錄都有一併函送國發會。請陳委員秀熙。

陳委員秀熙

- 一、首先感謝有這個機會來參加會議，剛才許多委員提到人口結構問題，我是新委員，今天本來應該是來學習的，但這問題非常

重要，我想利用簡短的 2、3 分鐘時間，向大家說明長期以來被忽視的問題。

- 二、今天不管談論高、低推估成長率，或是政府應負擔健保總經費法定下限 36%，其實全民健保走到今天已經非常不錯了，依社保司提出的總額範圍(草案)，基本上是就全人口結構來看(2020 年)與 2019 年比較並沒有錯，那問題到底出在哪裡？
- 三、向各位報告，我們長久以來不斷在公共衛生、醫療領域及全國民眾提到這個問題，因為戰後嬰兒潮(Baby Boomer，1946~1964 年出生世代)的關係，2000 年相較於 2020 年，55~74 歲這區間的人口數約增加 2 倍，由 280 萬增加到 560 萬，慢性病及癌症醫療需求增加會耗費健保費用，而雪上加霜的是 2000 年時 55~74 歲的人也因老化開始耗用長照費用，但也同時耗用健保資源，所以剛才提到的投保人口結構改變對醫療費用之影響率，必須考慮此重大結構變化，嬰兒潮在 2000 年時還年輕，沒有使用這麼多健保資源，現在來到 2020 年整體醫療需求增加，開始大量耗用健保資源。
- 四、上述嬰兒潮至發病年齡耗用醫療資源問題，如同在立法院公聽會時，有病友團體表示無法排進 CT(Computed Tomography，電腦斷層掃描)檢查，他們提了很多問題，但我認為這不是健保署的問題，也不是醫院或基層的問題，而是整個國家醫療供應能力面對醫療需求高漲的問題。
- 五、我認為社保司設計的公式有一定的參考價值，不能完全否認公式，但我們需要多方面的思考，疾病需求成長很快，如糖尿病及癌症耗用非常多的資源，如同滕委員西華所提到的，投保人口結構改變對醫療費用之影響率的公式若不檢討，低推估的內涵永遠不會改變，因為反映的是只有人口老化的影響，而不是某些特殊人口如嬰兒潮至發病年齡開始產生醫療需求，這群特殊人口就是會使用政策目標所規劃的癌症防治、C 肝防治等醫療資源，請各位未來多加考量，這會對投保人口結構改變對醫

療費用之影響率 1.746%計算有很大影響。

六、另外有關 COVID-19 疫情的影響，請大家要注意，現在門診量下降不代表民眾以後就不會回到醫療院所，美國及歐洲因為疫情無法使用醫療，平均餘命已經下降 1 年，我們不要說現在，這些因為去年疫情而降低的醫療耗用，以後會如何回補？這是難以估算的，對全民而言也是重要的問題，應提早考慮及規劃。

周主任委員麗芳

謝謝陳委員秀熙的發言，接下來進行討論事項第一案。

李委員永振書面意見

- 一、COVID-19 疫情不僅影響經濟，也改變產業結構，讓所得分配惡化。GDP 成長主要來自高科技產業，這些產業高產值高收益，會產生 GDP，但不會產生就業。而很多提供就業來源的傳統製造業及內需產業非常不景氣，民眾所得分配惡化，再加上少子化、移入人口減少，將影響保費收入，恐難以支撐總額成長，建議總額範圍應考量民眾付費能力再做調整。
- 二、行政院去年核定總額範圍時，請衛福部檢視各項支出改革的成效及節流成果，回饋總額預算及檢討基期。惟衛福部擬訂 111 年度總額範圍草案時，並未將過去總額投入預算之節流成果，回饋總額預算。節流成效是衛福部及健保署努力的成果，應該納入總額調整因素，以呼應國發會的審議建議，才能建立良性循環的健保制度，持續經營。
- 三、COVID-19 疫情讓民眾健康意識提升，改變民眾就醫行為及疾病需求，並減少不必要的就醫或急性傳染病。109 年整體總額醫療利用大幅減少，整體門診件數較去年下降 7.44%，應通盤檢討其對民眾醫療利用及落實總額預算檢討，相關費用的減少，應納入總額調整因素，回饋總額預算。
- 四、今年所擬調整因素高達 272 億元，政策目標涵蓋前端預防到後

端長照等諸多項目。在健保財務不佳之際，預算編列應審慎，並先進行專業評估及取捨，而非無限擴大。若屬政府及健保合作推動，應詳細區分預算來源及額度，避免將原由公務預算支應的費用轉由健保支付。

謝委員佳宜書面意見

- 一、有關衛福部所提 111 年度總額範圍草案之高推估值部分，草案在列出政策目標後，直接對應至增加金額，惟內涵說明過於籠統，故建議補充政策目標下，各分項支出的金額及相關說明，俾利後續評估各支出項目之合理性。另草案中提到調整因素擬訂依據之一，係「全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫(2021-2025 年)」，惟並未多做說明。考量該計畫既是規劃未來健保改革的重要方向，故建議後續陳報行政院之草案中應一併提供該計畫相關資訊，以作為後續評估總額範圍的參考資料。
- 二、依據健保署提供之財務模擬試算，111 年度總額成長率即使以低推估值 1.272% 計算，該年度健保收支累計結餘，只剩下約當 1.05 個月保險給付支出月數，而若以高推估值 4.746% 計算，更只剩下 0.59 個月，低於 1 個月。亦即繼 110 年費率由 4.69% 調至 5.17% 後，111 年很可能需要再次調整費率。考量未來人口結構老化，將帶動醫療需求快速成長，逐漸加重健保財務壓力，且除了健保之外，其他社會保障制度，如勞保、長照等制度之財務狀況，同樣易受人口老化影響而負擔加重，長期而言，恐造成國家資源逐步向各社會保障制度傾斜，而排擠其他公共支出，不利於社會經濟永續發展。故建議本案應從整體社會保障角度，評估健保作為社會保障體系的一環，長遠考量政府、雇主及被保險人的財務負擔能力，並合理調控醫療費用支出，以確保健保制度永續，及社會經濟的良性發展。
- 三、有關醫界代表所提低推估公式中的醫療服務成本指數無法反映實際成本狀況，考量行政院主計總處刻正就取消編列躉售物價

指數徵詢各界意見，建議均納入目前刻正檢討總額公式之研究案中一併研議，研議過程中亦建議應多聽取各醫療部門對於成本計算參考指標之意見。另有關委員所提目前人口已為負成長、外籍勞工因疫情影響引進有限，但 111 年度總額低推估值中之投保人口預估成長率仍為正數，似有商榷必要，實際上雖 109 年我國人口負成長、外籍勞工移入減少，然去年國人回台人數增加、外國專業人才及其依親親屬移入人數均有成長，未來如持續強化吸引外國專業人才來台，並檢討放寬移民政策，對健保投保人數與財務之影響仍有待觀察。

陸、討論事項第一案「推派本會委員擔任健保署『全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議』及『全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議』之代表案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請洪組長慧茹說明。

洪組長慧茹

一、有關討論事項第一案，同仁以投影片向大家說明。本案主要是健保署函請本會推派其召開的 2 個會議代表：

(一)醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議：

- 1.會議主要討論醫療服務給付項目及支付標準增修等事項，每 6 個月召開 1 次會議，必要時會召開臨時會，本會需要推派雇主代表 1 名、被保險人 1 名。
- 2.本會付費者代表共 20 名，其中有 5 名是雇主代表，參照以往做法，以抽籤方式產生 1 名雇主代表；另有 14 名被保險人代表，同樣以抽籤方式產生 1 名被保險人代表。

(二)醫療給付費用各總額研商議事會議：

- 1.會議主要討論各總額部門計畫與方案的細部執行事項，每 3 個月召開 1 次會議，其中醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診及門診透析需各推派 2 名代表，一共 10 名。
- 2.為了提升委員參與機會，2 個會議的推派名單不重複，抽到醫療服務共擬會議代表的委員，就不參與總額研商議事會議代表的抽籤，所以是由 18 名保險付費者代表抽出 10 名。

二、稍後中場休息請委員留在座位上，同仁會陸續請委員完成抽籤，委員抽完籤後請簽名留下紀錄，抽籤結果可以協調更動，若有更動請向同仁回報；今天不在場的委員，會請事先指定的他人代抽或由同仁代抽。抽籤程序完成後，請主席公布確認推派名單。

三、稍後中場休息請委員留在座位上，同仁會陸續請委員完成抽籤動作，委員抽完籤後請簽名留下紀錄，抽籤結果可以協調更動，若有更動請向同仁回報；今天不在場的委員，會請事先指定的他人代抽或由同仁代抽。抽籤程序完成後，請主席公布確認推派名單。

周主任委員麗芳

我們先中場休息 10 分鐘，12 點 50 分繼續開會。

千委員文男

主席，我對本案有個建議。依往例是每個會議推派 2 名代表，但考量本屆有很多新委員，如果新委員沒有抽到代表名額，是不是可以去列席，不然好像瞎子摸象，再學習三屆也不知道健保精髓在哪，希望沒抽到的委員可以去列席，給新委員學習的機會。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、有關醫療服務項目共擬會議及研商議事會議，保險付費者代表名額如投影片所列，名額是透過健保會推派，健保會推派出來就是正式代表，由正式代表參加會議、表達意見。
- 二、在這 2 個會議中，基本上列席人員如醫院或基層總額代表的幕僚，因為代表人數有限，所以有些人會帶幕僚，幕僚就是列席人員，以及本署同仁，包括分區業務組同仁。另外在醫療服務項目共擬會議上，在新增給付項目之提案也邀專科醫學會代表說明，也會是列席人員，因為需要他們來說明新增項目的用途、納入健保給付的必要性等，這是目前醫療服務項目共擬會議及研商議事會議的列席狀況。

千委員文男

蔡副署長淑鈴是說以往的經驗，現在新委員那麼多，如果有資深委員帶著新委員列席也沒關係，一起出席可以學習更多。

周主任委員麗芳

有關會議列席問題，因為委員剛剛才提出來，這部分需考量健保署的實務作業，我們先完成抽籤程序。

干委員文男

抽籤前就要先講好，抽完籤後才能讓沒抽到的委員列席。

周主任委員麗芳

列席委員與正式委員的權力不同，他不能發言。

干委員文男

不能發言也沒關係，一同出席可以有知識傳承。

周主任委員麗芳

請劉委員國隆。

劉委員國隆

主席，我認為干委員文男講得有道理，新委員去列席可增加學習的機會，雖然沒有發言或表決權，但會看到更多健保面向。如同蔡副署長淑鈴所述，很多專科醫學會代表有出席，他們會講得更深入，沒被抽中的新委員更應該去多聽、多看，對健保體制會更了解，我附議。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴補充說明。

蔡副署長淑鈴

謝謝委員熱烈參與醫療服務項目共擬會議及研商議事會議，以下幾點補充：

- 一、推派的正式代表，我們例行會通知開會時間，這些會議有時候不得已會開多次臨時會，這個先說明。
- 二、正式委員出席會發出席費、交通費，但列席人員沒有出席費、交通費。
- 三、若委員希望能夠列席旁聽，我們也很歡迎，但目前會議室坐得很滿，我們需要事先安排位置，如果委員想來列席，希望是固

定的人，參加固定的會議，並讓我們事先知道，以利會議室座位安排。但沒有發出席費、交通費，這需要事先說明。

周主任委員麗芳

非常感謝蔡副署長淑鈴，健保署同意委員可以列席，至於列席委員權利部分就請大家諒解。現在中場休息，請委員 12 點 55 分回到現場。

(中場休息 10 分鐘)

周主任委員麗芳

請各位委員就座，請周執行秘書淑婉宣布開會時間調查結果。

周執行秘書淑婉

報告主席及各位委員，有關優先報告事項第一案的 111 年委員會議固定開會時間調查，剛剛已經詢問過所有委員，同意星期二的有 8 位，同意星期五的有 14 位，星期二、星期五皆可的有 17 位，依照統計結果，還是維持星期五開會，因為同意的委員占多數，以上向委員報告。

周主任委員麗芳

確認 111 年委員會議固定開會時間維持星期五，接著是公布抽籤結果。

周執行秘書淑婉

抽籤結果請直接在螢幕呈現。(本會同仁表示需稍候 1 分鐘)

周主任委員麗芳

沒關係，請同仁先宣讀下一案，宣讀完再公布抽籤結果。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

抽籤結果已經出來了，各會議推派代表如下：

- 一、醫療服務項目共擬會議：雇主代表何委員語，被保險人代表是劉委員國隆。
- 二、醫療給付費用總額研商議事會議：

- (一)醫院總額：林委員恩豪、侯委員俊良。
- (二)西醫基層總額：馬委員海霞、鄭委員素華。
- (三)牙醫門診總額：劉委員守仁、賴委員博司。
- (四)中醫門診總額：李委員永振、林委員敏華。
- (五)門診透析：干委員文男、蔡委員明鎮。

三、以上幾位是本會正式推派的委員，若有委員希望列席，請於會後向同仁報備。接下來進行討論事項第二案。

周執行秘書淑婉

不好意思，討論事項第一案推派本會委員擔任健保署「全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議」之「西醫基層」代表原為鄭委員素華，鄭委員素華與許委員駢洪協調後，改為許委員駢洪。

周主任委員麗芳

好，名單確認，接著進行討論事項第二案。

柒、討論事項第二案「各總額部門 109 年度執行成果評核之作業方式(草案)」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

請陳組長燕鈴說明。

陳組長燕鈴

一、請委員參閱會議資料第 137 頁，本案主要討論各總額部門去(109)年的執行成果評核作業方式。本會歷年來為了要落實預算檢討與回饋機制，每年均會在 7 月邀請專家學者，就前一年度各總額部門的執行成效進行評核，若評核結果為成效優良的部門，將於次年度總額酌給品質保證保留款獎勵額度，此外，評核建議則列為協商次年度總額之參考。另，依稍早通過的 110 年度工作計畫，評核會議預定於今年 7 月 27 日、28 日辦理，因為時間已經接近了，希望本案能於今天討論定案，以利各總額部門、健保署及本會同仁進行後續作業。

二、為了完成上開事項，本會擬具「各總額部門 109 年度執行成果評核之作業方式(草案)」，請委員參閱附件一，會議資料第 142~152 頁，主要內容包含評核範圍、辦理方式、評核委員產生方式、評核項目與配分、評核結果之應用及作業時程等，多數內容是參照過去作業方式，以下說明幾項修正重點：

(一)評核項目及部門提報內容：本會於年初時已研擬評核執行成果報告草案，包含評核內容、報告大綱與提報表件等，並已函請四總額部門及健保署提供意見，相關意見及參採情形請參閱會議資料第 161 頁，此外，也針對歷年評核委員建議及配合總額協定事項要求進行評核項目修訂：

1.首先是調整評核項目「協商因素項目之執行情形」細項，配合近年總額協商協定事項，於新增協商項目時，需一併訂定預算「執行目標」與「預期效益之評估指標」。因此建議把評核項目執行情形細分為「109 年新增項目」及「延續項目」，這樣比較容易呈現 109 年新增協商項目的

執行情形，也比較容易聚焦評核。

2.請參閱會議資料第 138 頁，過去跨總額部門專款項目，例如獎勵資料上傳、醫療給付改善方案等，執行結果都由健保署提報。不過，過去亦有委員認為各總額部門也扮演重要共管角色，所以建議修訂 5 項跨部門專款項目，除了維持由健保署提報之外，另相關總額部門也需提報配合推動情形，讓委員了解各部門努力的情形。

(二)修正為分階段提送資料予評核委員：本會過去都在 6 月底，提送資料予評核委員參閱，考量資料量十分龐大，今年修正為分階段提供。5 月份為第 1 階段，由健保署依報告大綱及評核項目表，統一提供各部門總額一些比較屬於監測結果、調查或統計之數據列為上冊，提供評核委員及各部門作為提報執行成果參用。6 月下旬為第 2 階段，援例由四部門提報執行成果書面報告及健保署提供下冊資料。

(三)有關評核委員建議名單之修正：評核委員都是 7 名，108 年以前名單來自「四總額部門受託團體推薦人選」及「本會現任及曾任之專家學者委員」。去(109)年再增加兩個來源，也就是「付費者代表委員推薦人選」及「本會現任及曾任之付費者代表委員」，去年執行結果，建議名單高達 64 名，接到委員抱怨，覺得名單太多很難投票，票數分散不易聚焦。考量 109 年已新增付費者代表委員可推薦人選，可自行推薦理想名單，爰此，把評核委員文字修正為：「建議先彙整四總額部門及本會付費者委員推薦名單，加上本會現任及曾任專家學者及公正人士委員之後，再請所有委員就建議名單票選合適人選，依票選結果排定名單，依序邀請評核委員」。

三、請參閱會議資料 139 頁，說明三為「110 年度重點項目跟績效指標」之研訂，自 107 年起，希望各部門在年度前先設定當年的努力目標，以作為下年度評核依據。我們在今年 1 月已請各

部門及健保署提供重點項目及績效指標，各部門都已回復。本會在今年 2 月 25 日邀請專家學者召開諮詢會議，就提報的內容給各部門建議，部門也都參採建議及修正年度重點項目及執行目標，這部分列於附件二，會議資料第 153~157 頁。至於回復意見之參採情形列於附件三，請委員參考。

四、說明四，請委員決定 110 年度品質保證保留款(下稱品保款)議定時間點：

(一)請參考會場投影之簡報資料，過去是將評核等級作為品保款參考，如果評核是良級以上，都會給予預算以茲鼓勵，所以必須在 9 月協商以前完成。

(二)請委員參閱會議資料第 140 頁，以 110 年度為例，視該部門的評核結果，本會以前一年之該部門一般服務預算乘以獎勵成長率，特優級乘以 0.5%，優級乘以 0.2%，良級乘以 0.1%，作為核給品保款獎勵。會議資料第 140 頁表格，乃整理近 5 年品保款額度，及品保款占當年預算可協商空間之比率，可見 105~110 年期間，行政院所核定的總額成長率範圍上下限之可協商空間介於 86~158 億元，品保款額度則介於 6~14 億元，占可協商空間是 4%到 12.8%。至於 109 年品保款高達將近 15 億元，占可協商空間 12.8%，此年度是最高的。

(三)為何要討論品保款的議定時間點，請委員參看簡報內容，有 2 個時間點，供大家討論：

1.過去本會各年度大多於 8 月份議定品保款獎勵額度，主要是因為 7 月評核結果已經出來，各部門評核等級已經確定，在 7 月底或 8 月初行政院也已經核定總額成長率範圍後可以掌握本會有多少協商空間，因此往年多數在 8 月委員會議討論品保款獎勵額度，也就是討論評核結果按照評核等級，要用一般服務預算乘以多少成長率，此方式之優點就是可配合行政院核定之可協商空間，調整獎勵額度。

但是這樣的方式，也有委員反映，已知道評核結果才去討論獎勵額度，有先射箭再畫靶的疑慮。

2.因此，本會也曾在 109 年度總額先議定獎勵原則，是覺得若能事先就知道，有所努力目標，也比較有激勵效果；但也因為 109 年度總額之原則係為事先訂立，結果 108 年的評核結果成績都很優良，核予品保款將近 15 億元，占可協商空間高達 12.8%也是歷年最高。

3.到底明年度的品保款議定時間要訂在今年 6 月或 8 月，各有優點，還請委員決定。

五、至於擬辦的部分，需要確定評核作業方式，通過後請四總額部門及健保署依照時程作業及提報資料。四總額部門及健保署所提「110 年度重點項目與績效指標(含目標值)」，委員若同意，請各該單位依之辦理，並將專家學者建議納為未來努力方向。至於品保款獎勵額度之議定時間點要在 6 月或 8 月，也請委員決定，本會同仁會遵照辦理。

周主任委員麗芳

一、本案有幾個重點，在此逐一討論。首先是關於品保款的議定時間點，要 6 月事前講好，還是等到 8 月再講？請大家表示意見。之前有不少委員表示應該事前先訂好遊戲規則，是否比照 109 年度總額定在 6 月討論？我們先把遊戲規則訂下，議定時間點就決定為 6 月。

二、有關評核委員的產生，剛才的報告提到，對於評核委員產生做了些微調，微調後將按照全體健保會委員投票結果，依照得票數高低來邀請擔任評核委員。

三、我分享一下過去幾年經驗，過往投票後，會由主委對邀請順序做最後排定。決定時會做一些衡量，7 位委員中，會考慮四個總額部門各自有推薦的委員人選，只要得票率不錯，就會衡平考量，不會讓同 1 個總額部門推薦 3 位都上，而其他醫療部門 1 個都沒上。我會考量衡平性，讓每個醫療部門只有 1 位來擔

任評核委員，且這位也不會擔任其推薦部門的主評委員。其他的評核委員，依上一屆的經驗，是邀請本會的專家學者盧委員瑞芬、周委員穎政，及公正人士滕委員西華、吳委員榮達，擴大參與。

- 四、本會同仁現在擬的方式也不錯，就按照委員投票結果，但與去年的差別在於，若完全按照票數高低排出 7 位委員，就完全沒有任何的彈性空間。比方說同一部門 3 位推薦委員都上，其他部門都沒有上，那也沒有辦法。若名單出來，專家學者 1 個都沒有，那也沒辦法。依照同仁目前擬訂的辦法很簡單，評核委員名單就是按照投票高低報到委員會議來決定。現在請委員決定，對同仁所擬方式是否有意見？還是就維持原來方式？請大家表示意見。請朱委員益宏。

朱委員 益宏

- 一、建議還是要給主委一些彈性，因為確實在不同立場會有不同的想法，若依投票數高低的話，確實可能出現某個單位，可能是醫療服務提供者或付費者，所提委員全部都上，我覺得這對於評核的公平性會讓人產生質疑。既然是評核，就應讓客觀第三者來做評核，因此讓買方、賣方，也就是付費者、醫療服務提供者都認可的人來擔任，會比較好。主委已在任好幾年，評核委員的聘任，大家都贊同主委的專業性，尤其主委是學者，我認為用原本的方式不要改。
- 二、因為真的單純只看票選結果的話，我們也會擔心付費者人數較多，醫療服務提供者就這幾位，若真的這樣，我們要推的評核委員，即使把手腳都舉起來投也不夠票數。現在沒有名單，我這樣講可能有點武斷，但我覺得那等名單出來後，確實會有爭議性，尤其名次有高低比較時，會產生不必要的爭議。我個人建議依照原來的的方式，給主委一些必要的彈性。

周主任委員 麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、因為我曾受費協會江主任委員委東亮臨時邀請擔任評核委員，搞得 1 個月都沒睡覺，20 幾本書每晚看到半夜 2、3 點，真的太累。但我認為不該全部由主委決定。第 1 點，我建議醫界人士及付費者都不要聘請，建議全部聘請公共衛生及醫院管理專家，但這些人不能是醫生，也就是建議應由公衛及醫院管理的專家學者教授來擔任評核委員最為客觀。因為我們不要醫界的醫師代表來評核，因為若讓醫師代表來評核，可能心理上會有些顧忌，另也不宜由付費者擔任，因為我們沒有那麼多專業能力及時間，除非付費者兼具專家學者之身分我就贊成。
- 二、我也贊成由公正人士代表擔任評核委員，例如我贊成在座的公正人士來擔任。如果這樣讓我們付費者投票，看看投票結果如何，若考慮到有些連結，可以跳開。比方說投出來是都是長庚大學有 3 位，我們只選 1 位，若是台灣大學我們也可以只選 1 位，我們也可以再加以評估。其實長期以來運作算是非常順暢，只是我們認為前年在評核方面有很多異議的聲音跑出來，我認為仍應由付費者跟專家學者投票比較客觀。

周主任委員麗芳

好，謝謝，請問剛剛何委員語表達的意思是，建議修正為付費者代表不要擔任評核委員，是這樣的意思嗎？

何委員語

醫界代表也不可擔任評核委員。

周主任委員麗芳

醫界代表本來就不能擔任評核委員，總額部門是推薦專家學者，本會從來沒有讓醫界代表擔任委員(註)。付費者代表委員是去年才剛被納入評核委員人選，請問何委員語的意思是付費者委員不再擔任評核委員了嗎？

(註:為符利益迴避原則，本會推薦表已明定，推薦人選須排除：(1)具醫事服務提供者身份(2)依「衛生福利部暨所屬機關(構)聘請外部委員之利益衝突防

範注意事項」有其他應利益迴避之情事者)

何委員語

若付費者代表兼具專家學者身分，就可以。

周主任委員麗芳

何委員語的意見很簡單，就是評核委員全部都是專家學者，由各界推薦，若是本會專家學者或公正人士代表可以，再讓委員投票。依票數高低再做一些考量，例如來自同樣大學的人數若過多，就需要衡平考量，最後還要報到委員會議來確認。但問題是，評核委員名單不能事前公開，請問委員的意思是要在委員會決定誰擔任評核委員嗎？

何委員語

對。

周主任委員麗芳

好，了解您的意思。請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、我想評核這個機制已經很久了，其實我對於這些評核委員非常的敬佩，他們的用心、專業及公平性面面俱到。雖然我們去年沒有得到特優，但我們都虛心受教。主委歷年來讓各單位推舉人才，坦白說在座委員地位是一樣的，或許你可以質疑醫師公會推派的委員的公正程度，但也可以事後詳加檢視，看看我們推的人是否公平、是不是專家學者、甚至能力如何。
- 二、既然要推派委員，我不反對用各種公平公開的方式，但一定要了解該總額服務內容，先不要講其他跨總額的內容，我個人至今對很多項目都不甚了解。雖然我也開玩笑說，我算老醫生了，頭髮白了，我們必須尊重專家，評核機制不要太複雜，因為我們可能參考某個點而疏忽另一個點。現今的機制，這幾年來，對於西醫基層所提出的評語或缺點，我們都虛心受教，也願意在未來幾年努力改善。我想要盡量幫忙簡化這個事情，不然光討論怎麼產生、或指名道姓說某委員怎麼樣，我覺得對這

些委員都不公平。我建議就是維持健保會原來的方式，但若事後有發生假設性問題，例如某些總額部門發生何委員語所顧及的重大問題，都可以事後再檢討，我建議維持就好，不然光推舉方式可能就討論沒完沒了。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

我贊同剛才何委員語提出的評核委員的推選方式，主席提到的專家學者沒有公衛領域的學者，建議加上公共衛生，包含醫務管理，在座健保會付費者委員不要參與，評核委員從徵選而來，最後在委員會議中決定，這樣就很快解決爭議，也沒有其他聲音出現。

周主任委員麗芳

非常感謝何委員語、干委員文男的意見，推薦人選為醫務管理、公共衛生及財務金融等健保相關領域的專家學者，維持各部門、所有付費者代表委員都可以推薦人選，但與同仁提出方案不同之處。何委員語是建議自我限縮，原來付費者代表委員可以被推薦及投票擔任評核委員，何委員語建議改為付費者代表委員不要擔任評核委員。投票後的結果會再到委員會議做最後討論，再次檢視投票結果是否符合衡平性，例如專家學者的領域是否衡平，請問這樣是否妥適？

周執行秘書淑婉

需向委員說明，依照過去的原則，都是等到 7 月份(評核會議時)才會公開評核委員名單，若在委員會議討論，等於大家事先知道評核委員人選。請委員考量，當初不想太早公布評核委員名單，是不希望讓評核委員產生不必要的干擾，建議大家再思考看看。

周主任委員麗芳

請林委員敏華。

林委員敏華

我剛剛有請教過周執行秘書淑婉，評核會是考評各醫療總額部門去

年度的表現情形，若太早公布名單，對評核委員而言會造成困擾。既然各位付費者委員、各總額部門都可以推薦名單，應該尊重健保會同仁的作業，相信勾選出來的人選都有一定的專業水準，至於評核委員名單提到委員會議討論，我認為不妥。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

我曾擔任過很多屆評核委員，我覺得不需要事先公開名單，委員可以先票選但不公開，委員投票後由同仁處理後續作業，我個人不贊成事先公開。我以往的經驗，審查任何案件，只要有當事人來拜託，我一定退審。所以有人來拜託我就不參審，歡迎大家來拜託我，我就可以不用審。

周主任委員麗芳

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

我贊成盧委員瑞芬意見，委員可推薦人選及投票，但事前不公布評核委員名單，事後何時公布都可以。

周執行秘書淑婉

今天只是討論評核程序，推薦是之後才會進行，現在是討論程序如何進行，先講清楚遊戲規則，今天還沒有要推薦人選。

周主任委員麗芳

我們就尊重大家的意見，票選結果不對外公開、也不提到會上討論，按照投票票數高低，依序邀請評核委員。試行1年之後就可知成效，先以此方式來進行，請同仁按照委員建議修正草案文字。請何委員語。

何委員語

一、我支持剛剛盧委員瑞芬提出的票選後不公開，交由同仁處理，於適當時機公開名單。

二、剛剛主席提到 6 月要決定品保款獎勵額度，去年是在評核後才開會決定特優級品保款獎勵額度 0.5%、優級 0.3%、良級 0.1%，但是被質疑評核完了才決定獎勵額度。建議今天也可以決定品保款獎勵額度，因為現在的基期太大。我建議提前決定，特優改為 0.3%，優級 0.2%，良級 0.1%，若大家都沒有反對意見，就請列入紀錄。

周主任委員麗芳

7 月要評核，若要事前決定品保款獎勵額度，會在 5 月或 6 月決定，請問 5 月作業來得及嗎？

周執行秘書淑婉

剛剛陳組長燕鈴說明 7 月會做評核，如果在評核前決定，就是在 6 月議定獎勵額度，醫界就會有 1 個努力的目標。如果在評核後決定，本會過去多在 8 月決定獎勵額度，好處是我們知道評核結果，有幾個部門是優、良，也知道協商的空間有多大，8 月決定時可以考量自己口袋有多少錢可以做為獎勵額度，但醫界會覺得已經知道評核結果好壞，才決定獎勵金額，這是先射箭再畫靶，而覺得不公平。到底是 6 月或 8 月決定品保款的獎勵額度，一開始的討論是傾向 6 月決定。

周主任委員麗芳

剛剛已經討論出來是 6 月，請何委員語。

何委員語

主席，我很贊成 6 月提案決定品保款獎勵額度，但是評核會議資料在 1 個月前就要寄送給評核委員，6 月討論時各總額部門的資料都已經準備好，各總額部門只是提早知道獎勵額度。

周主任委員麗芳

那我們就確定 6 月決定品保款獎勵額度，接下來最後 1 個課題是關於評核內容、資料提供時程是不是沒有問題，醫療部門是接受評核的單位，請問有沒有問題？請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

針對 6 月、8 月決定品保款獎勵額度，好像很多委員都沒有發表意見。我個人先發表看法，我覺得品保款獎勵額度及成果評核其實是獨立的事件，評核是根據各總額部門的表現考評，我個人覺得品保款獎勵額度跟我們的口袋深不深有關係，品保款也是有一個 budget limit(預算限制)，建議事後再來衡量，若在前面就設定，其實會影響到後面的執行(影響總額協商空間)，不知道其他委員的看法如何，我個人是傾向 8 月再全面考量。

周主任委員麗芳

過去幾年都是評核後，知道評核等第再來決定品保款獎勵額度，就如剛剛幾位委員提到的，可能會有一些聲音出來。所以過去委員建議先訂出遊戲規則，評核之前先訂好遊戲規則，大家全力衝刺，最後大家都沒有意見，之前比較多委員是主張提前決定，剛剛也有做初步討論。

干委員文男

剛剛盧委員瑞芬講得有道理，這與我們的口袋深不深有關係，剛才看到明年度的預算讓我很擔心，到底能夠有多少餘額來做評核的獎勵，所以我想讓大家在 1 個月的時間深思，待 6 月份再提出議案再討論。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

我們過去曾經討論過採定額方式獎勵，而不用百分比，但是後來被推翻。去年是評核完，8 月才決定品保款百分比，醫界說我們是看到總額部門拿到特優才要調降百分比，對他們不公平。我認為應該要提早確定獎勵額度，讓評核委員不考慮各總額部門的等第，公平做評核。評核後再決定品保款獎勵額度確實有點為難，我建議 6 月時提出獎勵方案，包括採定額獎勵或百分比獎勵，幾個方案供大家討論。

周主任委員麗芳

一、請問大家對於評核內容及細項，大家是否都同意？(未有委員表示反對)，如果大家都同意，本案決議如下：

(一)本案依委員建議修正(貳、辦理方式一、評核委員)後，通過「各總額部門 109 年度執行成果評核之作業方式」。有關評核委員部分修正如下：

1.函請四部門總額受託團體及本會付費者代表委員推薦醫務管理、公共衛生及財務金融等健康保險相關領域專家學者為評核委員人選。

2.本會同仁彙整四部門總額受託團體及本會付費者代表委員推薦名單，加上本會現任、曾任專家學者及公正人士委員後，請本會委員就該建議名單票選適合人選，依據委員票選結果，排定邀請名單，依序邀請 7 位擔任評核委員，評核委員名單不事先公開。本會委員票選評核委員時，請兼顧四部門總額之衡平性與差異性，並請鼓勵專家學者廣泛參與，避免專家學者之服務機構過度集中。

(二)同意中央健康保險署及四總額部門所提之「110 年度重點項目與績效指標(含目標值)」，請據以執行，並將專家建議納為長期規劃與努力方向，以提升總額執行效益。

(三)111 年度總額「品質保證保留款獎勵額度」，訂於 110 年 6 月份委員會議討論。

二、接下來進行報告事項，剛剛周執行秘書提醒會議室 2 點之後有其他單位使用，需要掌握時間。接著進行 2 個報告案。

捌、報告事項第一案「『109 年第 4 季全民健康保險業務執行季報告』(併『110 年 1、2、3 月份全民健康保險業務執行報告』)」及報告事項第二案「108 年度健保收入超過 2 億元之 223 家醫療院所財務報告公開情形」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

第 1 個報告案是健保署 109 年第 4 季併 110 年 1、2、3 月份的業務執行報告，本月份是書面提供資料，請委員參閱。第 2 案報告單位也是健保署，稍後先進行第 2 案報告，報告完請委員 2 案一起表示意見，再請健保署一併提出說明，請同仁宣讀。

同仁宣讀

劉專門委員林義

- 一、請翻到會議資料第 166 頁，報告本署最近公布的 108 年度健保收入超過 2 億元的 223 家醫療院所財務報告公開情形，依據全民健康保險法第 73 條規定，只要保險醫事服務機構當年領取保險金額超過一定數額的保險醫療費用，就要在期限內提報，並依照「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」第 4 條，自 102 年開始，領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於次年向保險人提報財務報告，102~108 年總共辦理 7 年。
- 二、各院所財務報告之審核機關為各院所的主管機關，像退輔會所屬榮民總醫院的主管機關就是退輔會，三總就是國防部，學校附設醫院的主管機關就是教育部，縣市立醫院的主管機關就是各縣市政府等。公家單位都依照主計機關規定編製財務報告，由審計部審定。醫療法人機構之主管機關為衛生福利部，並依據醫療法人財務報告編製準則編製，非上開機構則依一般公認會計原則編製，經會計師簽證。醫療院所會在年底提報給本署，本署將這些已經審核過的財務報告予以公開。
- 三、財報公布從 102~108 年，今年是第 7 年，提報門檻逐年降低，請參閱會議資料第 168 頁「102 年~108 年提報院所數列表」，財報年度 102~108 年，102~104 年的提報門檻是 6 億元，

105~106 年降為 4 億元，107~108 年降為 2 億元。這次公布的是超過 2 億元以上的醫療院所財報。

四、本次公告 108 年財務報表共計 223 家，其中包含 3 家診所，220 家醫院。這一次財報的資料重點，請各位委員翻到會議資料第 169 頁「各層級院所醫務收支結餘分析」，左邊是結餘，右邊是短絀，108 年醫務收支有結餘 167 家，占率 75%，收支有短絀 56 家，占率 25%。會議資料第 170 頁「各層級院所整體收支結餘分析」，包括醫務、非醫務，108 年有結餘的家數是 194 家，占率 87%，有短絀的 29 家，占率 13%。

五、我們今年公布的是 108 年的財報，109 年的財報會在年底提報本署，我們會在 110 年初對外公布。每家醫療院所 7 年來的整個財報都公布在本署的全球資訊網供查閱，本署已於 3 月 30 日發布新聞稿公開 108 年財報情形。

周主任委員麗芳

謝謝劉專門委員林義的報告，請委員提供意見。請劉委員淑瓊、干委員文男。

劉委員淑瓊

一、健保署每年都會依法公布財報資料，我們好奇的是除了技術性說明這些醫療院所的醫務及整體結餘狀況外，不知道健保署對於這些數字有什麼解讀。依照健保署網站上說明醫事服務機構財務公開的主要目的，是遵循二代健保資訊透明公開之原則，並「讓全民共同查閱監督，以利民眾更加瞭解院所之經營情形，期使醫療資源之配置與運用更具效益」。但我們每年看公開的資料及健保署發佈的新聞稿，卻很難理解如何做到「使醫療資源之配置與運用更具效益」，而且只揭露這樣的資訊，對民眾也沒有太大的意義，希望健保署可以提供更多數字的解讀資訊。

二、接下來的意見可能不屬於健保署的權責，但卻會影響整體醫療生態及支撐第 1 線健保的醫事人力及醫療品質，直接牽動健保

體質與永續。醫改會認為，除了關心收支結餘，我們應該更關心這些結餘的流向，尤其是非營利性質的財團法人醫院。這當中有的醫療院所的營收與資產規模比上市上櫃公司還大，不僅是領取健保費用的大戶，也享有減免稅負優惠。因此，我們期待主管機關應聚焦在這些結餘是否有用到改善醫事人員勞動條件及醫療環境與品質，以真正落實公開財報的目的。

三、108 年有 3 家診所領取健保費用的金額超過 2 億。近年「巨嬰診所」議題引發關注，這樣的發展是否合理，對整個醫療生態的影響是什麼，我們希望主管機關能進行分析。

周主任委員麗芳

感謝醫改會過去對台灣醫療品質提升的貢獻，謝謝劉委員淑瓊的高見。請干委員文男。

干委員文男

一、醫療院所的財務報告公開是二代健保最核心的財務公開，但看財報公開內容，有的醫療院所虧損，但整體來講是賺錢，但是不管賺錢或不賺錢，對消費者來說都沒有感覺，每一間病人都是那麼多，都是人滿為患，為什麼會有醫療院所虧錢？這是第 1 個問題。

二、財務報告有沒有包含自費？應該是沒有，若沒有，那財報有什麼意義？財報應該要包括自費額，那看起來才有意義，因為可以看到自費額是否高，哪些地方虧損，醫療院所整體賺錢是靠業外賺錢？還是本行？我也看不出是誰在審核這些財報及審核的意義，建議健保署能詳細審核這些財報，審核到真正的問題在哪，我們想知道審核的結果。

周主任委員麗芳

請滕委員西華、朱委員益宏。

滕委員西華

一、會議資料第 168 頁，從 102 年開始公布財報，108 年 475 家醫院只有一半左右(220 家)的醫院是收入超過 2 億元，107 年有 4

家診所超過 2 億元，我相信將來大型聯合診所家數也會逐步增加。內行人要看門道，門道在健保署手上，請問沒有超過 2 億元的醫院究竟是什麼醫院？其醫療資源、區域分布的特性是什麼？若它在區域上是可有可無的存在，就要進行醫療資源盤點；若它很重要，但一直收入不好，就是我們要重點幫忙的醫院。若要進一步壯大基層，推大型的聯合診所可能是很方便的，特別是綜合科的會診，像國外大型的聯合診所很多，可以避免民眾跑到大醫院。但我們發現近年基層吃的虧是一條鞭之下，大型醫院開設診所。雖然健保署在醫療資源規劃上沒有衛福部的責任重，但掌握特約的金流及棒子，是掌握一定程度的影響力，總額的 shifting(流動)，醫院流到基層，這就可能變成醫療體系托拉斯化的問題，這是要重視的，不能只是公布財報就交差了事。

- 二、上次公布時，我有問過公布財報的藥局的收支剛好打平，實在不合常理，會計師作帳可以做得這麼好，應該要表揚那一家會計師事務所，連診所的營業項目都會還有一些盈餘，不管是醫務收支有沒有短絀，如果錢可以這樣搬，那我們可以相信它提報的數字嗎，政昇藥局很了不起，名聲也很好，但是就連整體收支結餘也打平，可以做到這樣嗎？我們都知道藥局有一大部分收入不來自健保，加上健保收支也沒有盈餘。我們花這麼多錢在基層照護，無非是希望藥局服務基層，怎麼會特別奇怪，可能要關切一下。
- 三、關於基層診所的整體收支，診所可以販售的項目很少，不知道販售的物品、產品是什麼，我不知道要不要經過地方衛生主管機關的核准，上次去偏遠地區參觀有看到做小型雜貨店，那是不得已，但診所所有醫務以外收入，我好奇是什麼樣的產品，請問是保健食品嗎？還是保健食品不算醫務收入的意思？我很好奇。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏、盧委員瑞芬發言之後，就請健保署回應，因為 2 點前必須結束。

朱委員益宏

謝謝主席，我簡短說明。剛剛滕委員西華關切的事，我倒認為不用多慮，我的理解是提報資料都要經過會計師簽證，醫院不會亂報，是經過國家公認合格的會計師簽證。再來比較可惜的是健保署的統計資料，只告訴大家有幾家醫院盈餘，但這盈餘有多有少，我理解多數醫院的盈餘是 3~5%，這和商總或其他工總會員可能有 20~30% 的盈餘不能比，因為這資料會公開給大眾，應該統計各個百分比，例如 1~3% 多少家、3~5% 多少家，或是有 1 個平均值，比方醫學中心的平均盈餘，這樣讓大家更客觀評估，不然一般民眾或新聞記者看到這個資料，會說醫院都賺錢還一天到晚說沒錢，但卻不知道可能只賺 0.1% 也是賺錢，賺 3% 也叫賺錢，但是任何企業若盈餘沒有達到 10~20% 是無法永續經營的，但現在台灣醫院淪落到只有 3~5% 的盈餘，不超過 10%，這是很可憐的企業，這些應該客觀公正的讓老百姓知道。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

- 一、我有兩點請教，請問健保領取金額是健保結算或健保申報，我覺得用「領取」這兩個字看起來怪怪的，可以考慮用結算或申報。
- 二、醫療院所於本案提報之財務報告中，有無包括自費收入？有自費收入占率的數據嗎？自費收入相關資訊有助於瞭解醫院經營的實際狀況。

周主任委員麗芳

最後 1 位請陳委員秀熙發言，由於會議時間關係，其他委員如果還有意見的話，請提書面意見。

陳委員秀熙

希望各位不要誤解財報公開的用意，我覺得健保署能做到財報公開是很了不起的事情，英國的 NHS(國民保健署，National Health Service)根本不敢這樣公開。以我過去在行政院相關部門服務的經驗，對民眾而言，公布醫療院所的財報非常重要，因為財務平衡是醫院經營的基本門檻，如果醫院連財務收支都無法達到平衡，怎麼能保證它的醫療服務品質，這也是評鑑醫療院所的關鍵指標，這就是公布財報對於民眾就醫品質保障的意義。至於醫務收支有多少結餘，那是另一個可以探討的問題。以幫人民把關的角度來看，財務平衡在品質保證上是基本的，就像企業若無法達到財務平衡，就難以繼續經營。

周主任委員麗芳

請健保署簡短說明。

劉專門委員林義

- 一、各位委員好，我來回應剛才的問題。首先，健保領取金額指的是健保署開給醫療院所扣繳憑單的金額，只要扣繳憑單的金額超過 2 億元，就會要求醫療院所提供財報。
- 二、表 2「各層級院所醫務收支結餘分析」(請參閱會議資料第 169 頁)及表 3「各層級院所整體收支結餘分析」(請參閱會議資料第 170 頁)中，所謂的醫務收支，是只要與醫療有關的收入、支出都包括在裡面，所以裡面已含有自費項目的收入；至於非醫務收入，主要來自於存款利息、股票股利，或是經營美食街、停車場的收入，以及承接研究的經費。其他如劉委員淑瓊或滕委員西華指教，要分析健保收入未超過 2 億元的醫院之地區與類型分布，我們會納為明年公開財報之參考。

周主任委員麗芳

請問蔡副署長淑鈴有無補充說明？

蔡副署長淑鈴

- 一、請各位委員參考會議資料第 168 頁，雖然現在公布財報的是 2

億元以上的醫療院所，但是他們領取的健保金額已達 95.41%，表示這 46%院所公布的財報幾乎足以讓大家理解整體醫院的狀況。

- 二、會議資料第 169、170 頁的表格，是想讓大家了解醫療院所長期醫務收支盈虧的變化，雖然只提供家數、盈虧金額及家數占率 3 項數據，但是可以看到，從 102 年起，到 108 年還是有虧損的醫院，大家關心是哪些醫院，我們有公布在網站上。由於我們隨著年度降低提報門檻，所以有越來越多的醫療院所財務需透明，各位均可自己上網參考。不過，我覺得很重要的一點是，要長期觀察短絀家數是否越來越多，假定短絀家數越來越多而且又是重要或位處偏鄉的醫院，當然也要關心民眾權益會不會受損，或它是偏鄉的唯一醫院，我們也會很關心它的狀況。
- 三、各位委員問到 2 億元是怎麼定義的，它是指經過點值轉換及核減等過程，最後結算出來的核付現金超過 2 億元，即最後開出去的扣繳憑單超過一定門檻才須提供財報，然而，我覺得真正要關心的重點是短絀的醫院。
- 四、會議資料第 170 頁表 3「各層級院所整體收支結餘分析」，可以看出醫務以外的收入有沒有成為支撐醫院的唯一來源，假定是的話，我們會更關心這樣的院所，因為變成副業支撐本業。目前看起來是有 75%院所的本業都是結餘，有委員提出希望我們再深入關心或解讀的，需要從細項資料再處理。但是目前的資訊是足以作為健保會委員協商總額的參考，因為總額就是要支撐這系統，怎麼在總額協商時加強不足的地方，讓院所能夠平順營運，不至於影響民眾權益，這是可以與總額協商相輔相成的部分。

周主任委員麗芳

- 一、謝謝蔡副署長淑鈴補充說明，報告事項第一案及第二案洽悉，委員所提意見送請健保署回復說明。

- 二、若委員沒有臨時動議，非常感謝各位委員，今天順利完成 110 年第 1 次委員會議，也謝謝所有與會同仁，會議進行到此，散會。

盧委員瑞芬書面意見

- 一、關於報告事項第二案「108 年度健保收入超過 2 億元之 223 家醫療院所財務報告公開情形」：
- (一)各層級院所醫務收支結餘分析，建議列出民眾自費收入占率，以便觀察自費收入占率變化。
- (二)分析表中，建議按地區列表，以便瞭解地區別醫院營運狀況。
- 二、關於報告事項第一案「109 年第 4 季全民健康保險業務執行季報告」：請問 109 年全年補充保險費的金額為何？受股市及 COVID-19 影響的變化程度如何？

滕委員西華書面意見

關於報告事項第二案健保署 110 年 3 月份全民健康保險業務執行報告：

- 一、第 2 頁關於 109 年 1~8 月疫情期間暫付金額案：109 年 1~8 月除西醫基層外的暫付結算至今尚有欠費，而西醫基層應繳回費用中，除今年 6 月預計結算的 13 億元外，看似應尚有 13 億元餘額，這些欠費或應繳回款項預計何時完成？結算時間是否會影響 109 年的總額點值結算？繳回金額是回歸 109 年總額或是滾入安全準備金？若院所未依照規定時間繳回款項，健保署將採何種因應措施？
- 二、第 2 頁關於推動 C 肝全口服用藥成果：健保署應建立接受全口服用藥之 C 肝病人至少 5 年的長期追蹤，包含是否再度感染等，以確認給付效益。另根據國健署本(110)年 3 月 22 日新聞稿，其自 2020 年 9 月起放寬 B、C 肝篩檢對象為 45~75 歲民眾每人終身一次，至今(110)年 1 月底超過 40 萬人的篩檢中，

可發現 1.6 萬陽性個案，其中預估符合健保治療約 6,000 人。請問健保署：所提截至今年 3 月 31 日止有 5,275 人接受全口服藥治療的病人中，多少是由國健署篩檢方案中轉介或發現的？

三、關於第 6 類對象保費：第 4 頁提到第 6 類保險對象平均保險費隨費率調幅同步比例成長，平均保險費來到 1,377 元，換算第 1 類受僱勞工投保對象之投保金額約為 8 萬 9,000 元，然第 6 類中僅 2 目且保費負擔一樣，其中有一部分是失業勞工，已經失業了，卻要負擔相當於受僱者約 9 萬元月薪的保費，顯然過度負擔。若健保署無法透過修法以家戶總所得解決此一荒謬困境，則應考慮將第 6 類中失業民眾保費負擔比例另行規劃，或加強對其保費的救濟或補助措施，如此一來亦可降低保費呆帳。

劉委員國隆書面意見

關於健保開源節流意見：

- 一、健保總額度的使用如何平衡就在於開源與節流，我們是否可以請健保署提出在健保使用上可以改善的優先項目，每年改善 1~2 項，使得我們健保總額的使用更有效益。
- 二、節流部分：未帶健保卡至診所、醫院看病，如果超過 10 日就得自己向健保署申請退費，是否能電子化？直接上網在健保署網站退費，不用下載紙本寄出，如果金額在 1,000 元以下，是否可以直接沖抵下個月的健保費？
- 三、開源部分：請落實各級私立學校對其兼課教師投保健保。