

衛生福利部全民健康保險會
第5屆110年第2次委員會議事錄

中華民國110年6月25日

衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 110 年第 2 次委員會議紀錄(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國 110 年 6 月 25 日上午 9 時 30 分

方式：視訊會議(使用 Webex 線上會議系統)

主席：周主任委員麗芳

紀錄：馬文娟、張靈

出席委員：(依委員姓名筆劃排序)

千委員文男、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 10:30 以後代理)、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮(中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠代理)、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、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、許委員駢洪、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、鄭委員素華、盧委員瑞芬、賴委員博司、謝委員佳宜、顏委員鴻順

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：略。(詳附錄第 25~26 頁)

貳、議程確認：(詳附錄第 26~28 頁)

決定：

一、議程確認。

二、黃委員金舜所提臨時提案「提請討論『全民健康保險提升用藥品質藥事照護計畫』執行事宜」(如附件一)不列入議程，轉請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會依協定事項辦理。

參、確認上次(第 1 次)委員會議紀錄：(詳附錄第 28~33 頁)

決定：

一、上次(第 1 次)委員會議紀錄，依委員意見修正如下：

- (一)本會重要業務報告之決定一(一)1. 「.....解除追蹤」，後段增列「共計 7 項解除追蹤」。
- (二)會議紀錄附件四有關優先報告事項第三案「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」，請依委員代表類別(付費者、專家學者及公正人士、醫事服務提供者)整理修正(如附件二)。
- (三)討論事項第一案，增列一項決議：「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」。

二、餘確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第 34~41 頁)

決定：

一、上次(第 1 次)及歷次委員會議列管追蹤事項辦理情形：

- (一)擬解除追蹤事項，共 3 項(上次 2 項、歷次 1 項)：同意依擬議，解除追蹤。
- (二)擬繼續追蹤事項，共 1 項：同意依擬議，繼續追蹤。
- (三)歷次列管追蹤事項，同意於 110 年 12 月份委員會議提報，惟期間若達解除追蹤條件，則主動提會報告。

二、本會每次委員會議召開前之委員會議資料(含書面資料及電子檔)，依政府資訊公開法第 18 條規定，認屬內部之擬稿或準備作業，符合限制公開或不予提供之條

件，爰會前均需保密，不得對外公開，僅供委員進行內部討論代表團體意見之用。上開保密事項納為本會委員在任期內應遵守之義務，並應填具保密切結書(如附件三)。另為利資訊公開透明，委員會議資料將於委員會議後 10 日內併同會議紀錄上網公開。

三、餘洽悉。

伍、優先報告事項：(詳附錄第 42~89 頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「110 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告」(併「110 年 5 月份全民健康保險業務執行報告」)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

第二案

報告單位：本會第三組

案由：配合防疫規定，調整「各總額部門 109 年度執行成果評核之作業方式」評核會議之辦理方式案，請鑒察。

決定：

一、配合 COVID-19^註防疫規定，同意調整評核作業，以書面進行評核及意見交流，不辦理執行成果發表會；在決定評核等級時，採視訊會議進行。

二、110 年評核作業時程表，配合酌修如附件四。

(註：COVID-19 係指 Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎之英文縮寫)

陸、討論事項：(詳附錄第 90~141 頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)，提請討論。

決議：

- 一、依委員共識意見，增訂 3 項總額協商原則(詳如附件五，貳、總額協商原則劃線處)，餘照案通過。
- 二、訂定「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，如附件五。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)，提請討論。

決議：

- 一、照案通過，訂定「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，如附件六。
- 二、因應 COVID-19 疫情發展，總額協商相關會議辦理方式將滾動調整，並提報委員會議確認。

第三案

提案單位：本會第二組

案由：因應立法院主決議，研議增加以直播或上傳錄影錄音之方式，公開本會會議實況之可行性案，提請討論。

決議：現階段以循序漸進為宜，爰維持現行依法公開方式。

第四案

提案單位：本會第三組

案由：全民健康保險各總額部門 109 年度執行成果評核獎勵方式案，提請討論。

決議：

- 一、111 年度各部門總額「品質保證保留款」專款之額度，計算方式如下：
 - (一)計算基礎：以各總額部門評核年度(109 年)一般服務預算為計算基礎。

(二)評核等級獎勵成長率：評核結果「良」級給予 0.1%、「優」級給予 0.2%、「特優」級給予 0.3% 獎勵成長率。

二、上開 111 年度各部門總額「品質保證保留款」專款額度，與 106 年度各部門總額一般服務預算之品質保證保留款額度(各部門額度：醫院 3.887 億元、西醫基層 1.052 億元、牙醫 1.164 億元、中醫 0.228 億元)合併運用，並全數作為鼓勵提升醫療品質之用。

三、請各總額部門持續檢討 111 年度品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

柒、報告事項：(詳附錄第 142~163 頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：109 年度全民健康保險基金附屬單位決算及 111 年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案，請鑒察。

決定：本案不予備查。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：110 年度全民健康保險牙醫門診總額 0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫(草案)，請鑒察。

決定：

- 一、同意所提計畫，請中央健康保險署依法定程序辦理。
- 二、委員所提意見，送請中央健康保險署及中華民國牙醫師公會全國聯合會執行參考。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：110 年度全民健康保險中醫門診總額「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)，請鑒察。

決定：

- 一、本案同意備查。
- 二、委員所提意見，送請中央健康保險署及中華民國中醫師公會全國聯合會執行參考。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：「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)，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。
- 二、請中央健康保險署依 110 年度總額協定事項，儘速完成「基層總額轉診型態調整費用」動支方案後提報本會備查。
- 三、請中央健康保險署持續精進方案內容並評估執行效益，於 111 年度總額協商前提出量化成果，供協商參考。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午 14 時。

附錄：與會人員發言實錄

臨時提案

全民健康保險會提案單

提案日期：110年6月17日

提案者	黃金舜
委員代表類別	保險醫事服務提供者代表
提案屬性 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 一般提案 <input checked="" type="checkbox"/> 臨時提案 <input type="checkbox"/> 修正案 <input type="checkbox"/> 復議案
案 由	提請討論「全民健康保險提升用藥品質藥事照護計畫」執行事宜
說 明	本會自 108 年初開始規劃本計畫，積極與健保署與其他醫事團體溝通協商，取得執行方式共識。惟今年 4 月 8 日「110 年度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第一次臨時會」上，推翻過去專家審查意見與執行共識，對計畫內容進行重大修正。共擬會議本為預算協商性質，卻對能推翻計畫專業審查結論，且共擬會上反對相關計畫進行代表，與本計畫協商之專業團體相同，均顯不合理。而本會重新修正計畫書後，欲請託 4 月 8 日發言代表協助確認，卻又以消極回應，造成本計畫遲未能執行。此不利健保資源之有效利用，更阻擋提升民眾用藥安全之進程。
擬 辦	建請決議藥師公會全聯會可於 7 月份健保會說明本計畫執行方式及內容。

<p>內容與本會任務符合情況 (請勾選)</p>	<p>全民健康保險會法定任務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 保險費率之審議事項(第 5、24 條)。 <input type="checkbox"/> 保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配事項(第 5、61 條)。 <input type="checkbox"/> 保險給付範圍之審議事項(第 5、26、51 條)。 <input checked="" type="checkbox"/> 保險政策、法規之研究及諮詢事項(第 5 條)。 <input type="checkbox"/> 其他有關保險業務之監理事項(第 5 條)。 <input type="checkbox"/> 其他全民健康保險法所定由本會辦理事項(第 45、72、73、74 條)。 <p>註：()內為健保法條次。</p>
<p>連署或附議人 (臨時提案、復議案填入)</p>	<p>蔡明鎮、許駢洪、張澤芸、林敏華</p>

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。

衛生福利部全民健康保險會 委員會議前提供會議資料保密切結書

衛生福利部全民健康保險會(下稱健保會)委員會議召開前之會議資料(含書面資料及電子檔)，依政府資訊公開法第 18 條規定，屬內部之擬稿或準備作業，符合限制公開或不予提供之條件，僅供會前委員進行內部討論代表團體意見之用，為確保該會議資料在委員會議前合理使用及保密不對外公開，特訂本切結書。

-----<以下資料由委員聲明及填寫>-----

- 一、本人於擔任健保會第 5 屆委員之任期期間，在每次委員會議召開前，取得之健保會會議資料，包括書面資料及電子檔，在此聲明應善盡保密義務，僅供內部討論代表團體意見之用，不得提供代表團體以外之第三人。但會後經健保會併議事錄上網公開後，不在此限。
- 二、如違反前開聲明，認屬全民健康保險會組成及議事辦法第 7 條第 2 項第 6 款之行為，納為未來不續聘重要參考條件，並得依法究處。

立切結書人簽名如下
委員

中華民國： 年 月 日
(本切結書僅作為健保會內部留存，不對外公開)

110 年評核作業時程表(簡化調整版)

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 31 日	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。
110 年 6 月 30 日	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 15 日 (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」。 1.評核委員完成書面評核，在決定評核等級時，採視訊會議進行。 2.本會於網頁公開評核等級，並以電子郵件提供委員參考。
110 年 8 月上旬	本會同仁彙整評核委員意見，於 8 月 4 日送請健保署及四總額部門參考，請就評核委員意見，於 8 月 11 日前提供回應或補充說明。
110 年 8 月 20 日	本會於 8 月份委員會議提報評核結果(含評核會議紀錄)，提供委員納為總額協商參據。

111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

第 5 屆 110 年第 2 次委員會議(110.6.25)通過

壹、總額協商架構

一、總額設定公式

■年度部門別^{註1}醫療給付費用總額＝

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

年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

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

■年度全民健保醫療給付費用總額＝

[前一年度部門別醫療給付費用×(1+年度部門別醫療給付費用成長率)]之合計+年度其他預算^{註1}醫療給付費用

年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

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

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

2.因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 111 年總額基期須校正 109 年度總額投保人口成長率差值)。

3.依本會 109 年第 3 次委員會議(109.5.22)通過之「110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，110 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 111 年度總額協商之基期費用。

4.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

二、醫療服務成本及人口因素

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

(二)成長率計算公式

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

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

三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新科技醫療及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

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

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式

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

(三)計算公式

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

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

貳、總額協商原則

一、依據行政院核定之年度醫療給付費用總額範圍及政策目標進行協議擬訂，使健保政策延續並扣連醫療給付費用總額。

二、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

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

三、基期

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

四、醫療服務成本及人口因素

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

五、協商因素

(一)給付項目之調整

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

(二)各部門之「品質保證保留款」

1.列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。

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

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款

1.列為協商減項，扣減 109 年度違反特管辦法第 37、39、40 條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件，且不納入 112 年度總額協商之基期費用。

2.本項扣款數值，以協商時中央健康保險署提供者為準。

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

六、專款專用項目

- (一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。
- (二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。
- (三)有特殊性、鼓勵性、目標性之新增計畫，宜列為專款項目，俟其執行具相當成效後，再移至一般服務項目。
- (四)新增計畫應於年度協商時提出試辦期程、執行目標及預期效益(含評估指標)、醫療服務內容、費用估算基礎、實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)，以利檢討退場或納入一般服務。
- (五)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。
- (六)110 年度專款項目，若因為疫情或委員會作業耽誤，導致執行率未達 50%，111 年度專款項目可照列 110 年度之預算及協定事項。

七、其他原則

- (一)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (二)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：

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

附件一醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法

一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以 108 年醫療費用點數為基礎，計算 109 年納保人口年齡性別結構相對於 108 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，並以 1 歲為一組做調整(人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均)。

二、醫療服務成本指數改變率

(一)成本項目之權數

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

(二)成本項目之指數

採行政院主計總處 110 年 4 月發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」資料。各總額部門指標類別如下：

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

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

2.「躉售物價指數—西醫藥品類」指數，其內涵排除「動物用藥」、「中藥製劑」、「中藥材」項目，不納入計算，由行政院主計總處另行提供。

(三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以 105 年指數為基值(訂為 100)，計算 109 年相對 108 年各指數年增率。總醫療服務成本指數改變率，係將各部門之服務成本指數改變率，按其 109 年醫療給付費用占率加權計算而得。

三、投保人口預估成長率

以最近一年可取得之實際投保人口成長率計算，即以 109 年對 108 年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第 5 屆 110 年第 2 次委員會議(110.6.25)通過

一、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<p>一、協商前置作業</p> <p>(一)討論 111 年度總額協商架構及原則與協商程序。</p> <p>(二)辦理各總額部門執行成果評核： 檢討、評估各總額部門 109 年度協定事項執行情形。</p> <p>(三)111 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業： 1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向。 2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。 3.提供協商參考資料「110 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」。 4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算規劃草案。 (1)規劃草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (2)各總額部門與健保署擬訂規劃草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。</p> <p>(四)安排總額協商會前會及座談會。 1.召開 111 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會： (1)請各總額部門及健保署報告所規劃之「111 年度總額協商因素項目及計畫草案」，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之詳細說明如下： ①執行目標及預期效益(含評估指標，若能提出分年目標值尤佳)。 ②醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。 (2)請幕僚彙整評核委員之建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。</p>	<p>第 2 次委員會議(110 年 6 月 25 日) 110 年 7 月 28 日</p> <p>110 年第 3 次或第 4 次委員會議(110 年 7 月 23 日或 8 月 20 日)</p> <p>110 年第 4 次委員會議(110 年 8 月 20 日)</p> <p>110 年 8 月</p> <p>110 年 8 月 20 日下午 (110 年第 4 次委員會議結束後)</p> <p>110 年 8~9 月</p>

工作項目及內容	預訂時程
<p>2.召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。</p> <p>3.請各總額部門及健保署提送所規劃之「<u>111</u>年度總額協商因素項目及計畫草案」：</p> <p>(1)請針對新增項目提出「執行目標」及「預期效益之評估指標」，以結果面為導向，呈現資源投入之具體效益。</p> <p>(2)請如期提送協商草案資料，送會後不宜臨時提出新增項目或更動內容。</p>	<p>110年8月31日上午</p> <p>110年9月2日前</p>
<p>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</p> <p><u>(一)各部門委員代表自行抽籤決定各部門之協商順序，並據以排定總額協商會議議程。</u></p> <p>(二)協商各部門總額成長率及分配方式。</p> <p>1.召開總額協商共識會議。</p> <p>(1)協商四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請部門當日依據協商結論，於協定事項調整新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。</p> <p>2.協商結論提<u>9月份委員會議討論、確認。</u></p> <p>(1)確認四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請委員就協商結果，提供各總額部門所提新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」之修正建議，會後由健保署會同各總額部門共同討論研修。</p> <p>3.確認健保署會同各總額部門研修後之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(由健保署提報)：</p> <p>(1)<u>達成共識部門：於10月份委員會議提報、確認。</u></p> <p>(2)<u>未達共識部門：於衛福部核定後最近1次委員會議提報、確認。</u></p> <p>(三)協商各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p> <p>1.請各總額部門於9月份總額協商完成後，2週內提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提10月份委員會議討論。</p> <p>2.若部門未達成協商共識或未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提11月份委員會議討論，最遲於12月份委員會議完成協定。</p>	<p>110年第3次委員會議(110年7月23日)抽籤^註，於第4次委員會議(110年8月20日)提報排定議程</p> <p>110年9月23日全天，若有未盡事宜，於9月24日上午11時繼續處理</p> <p>110年第5次委員會議(110年9月24日上午11時，若有協商未盡事宜則先討論，再進行委員會議)</p> <p>110年第6次委員會議(110年10月22日)</p> <p>衛福部核定後最近1次委員會議(工作時間未達10天可順延)</p> <p>110年10月8日前</p> <p>110年第7次或第8次委員會議(110年11月19日或12月17日)</p>

工作項目及內容	預訂時程
(四)年度整體總額協定成長率及其分配之確認及報請衛福部核定及公告。	110年11~12月
三、協定事項之執行規劃與辦理 (一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。 (二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。	110年10月~111年12月

註：惟若因疫情因素無法召開現場會議，則由本會執行秘書於視訊會議代為抽籤。

二、協商共識會議

(一)會議時間：

- 1.預備會議：110年9月23日(星期四)上午9時至9時30分。
供付費方、醫界方視需要召開內部會議(請事前通知本會同仁協助安排會議場地)。
- 2.協商共識會議：110年9月23日(星期四)上午9時30分起，
 全天。
- 3.若有協商未盡事宜，則於110年9月24日(星期五)上午11時討論。

(二)與會人員：

- 1.付費方：付費者代表之委員。
- 2.醫界方：
 - (1)保險醫事服務提供者代表之委員。
 - (2)牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門協商時，由該總額部門代表之委員主談，各部門並可推派9名代表協助會談，推派之協商代表需經充分授權。
 - (3)護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之會談。
 - (4)門診透析服務：由西醫基層及醫院部門代表之委員主談，並邀請台灣腎臟醫學會推派1名代表列席說明。
- 3.專家學者及公正人士、國家發展委員會及主管機關代表委員。
- 4.社保司與健保署相關人員及本會幕僚。

(三)進行方式：

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

2.各部門之協商順序，於 7 月份委員會會議抽籤確定後，不可臨時要求變更。

3.各部門協商時間如下表：

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

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

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

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

4.相關原則：

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

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

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

由付費者代表之委員召集內部會議協調之，若無法以共識決形成一案時，得以多數決定付費者方案。
 - (2)總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表之委員召集內部會議協調醫界方案。
 - (3)總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員各自提出一個建議方案。
- 6.經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得再重新協議，並酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。
- 7.各部門總額年度預算之協商終止點，訂為 9 月份委員會議之前，經委員會議確認後定案，不得變更。
- 8.為利瞭解年度總額之協商過程，與會人員之發言內容，將以實錄方式上網公開。

三、委員會議

- (一)時間：110 年 9 月 24 日(星期五)上午 11 時，若有協商未盡事宜則先討論，再進行委員會議。
- (二)確認協商結論(共識方案或雙方建議方案，含成長率、金額、協定事項)，協定事項之文字在不違反原協商意旨前提下，可酌予調整修正。
- (三)依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，未能達成共識方案時，應將委員會議確認之付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員建議方案，報請主管機關決定。至於個別委員對建議方案有不同意見時，得於建議方案確認後，提出不同意見書，由健保會併送主管機關。

第 5 屆 110 年 第 2 次 委員 會議
與 會 人 員 發 言 實 錄

壹、「議程確認」、「確認上次(第 1 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

委員會前書面意見及相關單位回復如附件七(詳第 31~33 頁)

周執行秘書淑婉

主任委員、各位委員，大家早安，現在所有委員都已經上線，請主席宣布今天會議開始。

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，健保會周執行秘書淑婉，以及線上的好夥伴們，大家早安，大家好。今天是很特別的一天，在 4 月份開完第 1 次委員會議後，5 月份因為疫情嚴峻而停開 1 次會議，今天是本會第 1 次用視訊的方式召開委員會議，很感謝周執行秘書淑婉帶領本會同仁，非常用心地規劃、安排今天的視訊會議，為能順利完成這次視訊會議，在他們日常繁忙工作中，又再增添相當大的工作壓力，在此向本會同仁、健保署、社保司同仁致上最大謝意。

二、這段期間新冠肺炎疫情嚴峻，特別感謝第一線醫護同仁，因為你們不眠不休，日以繼夜，才得以讓我們安然地度過這樣的危機，尤其這一次醫界可以說是大團結，不只醫院、基層診所，不論是西醫、中醫、牙醫，甚至是藥師、護理界，共同籌組這一次的抗疫國家隊，還有疫苗國家隊，真的是非常艱鉅的任務，充分展現同島一命、團結抗疫的精神。嚴峻疫情之下沒有人能置身事外，相信到場健保會委員也有共同心願，希望能以健保資源作為最大補給力量，支援前線第一線抗疫的醫護同仁們，也期待今天會議能夠順利。

三、另外，非常感謝台灣醫院協會，在翁文能理事長帶領之下，於 5 月 7 日舉辦「109 年度醫院總額風險移撥款成果發表會」，發表會相當圓滿，感謝透過醫院總額風險移撥款，對平衡各區醫療資源均衡發展、鼓勵各區強化醫療服務、促進區域內醫療

體系整合，都有很好的績效。接著要向各位委員報告，相信各位委員都有收到中華民國消費者文教基金會寄給大家的「消費者報導」，特別說明在場的胡委員峰賓就是這一本「消費者報導」雜誌發行人，這一次消基會跟中醫師公會全聯會共同合作，感謝中醫師公會全聯會柯理事長富揚挺身號召，在這期的中醫專刊中說明了中、西醫合治的趨勢，還有中醫在新冠肺炎防疫過程中發揮的重要角色，感謝中醫國家隊的團隊合作。最後也謝謝藥師公會黃理事長金舜，從之前的口罩國家隊，到現在的疫苗國家隊，無役不與，感謝大家！現在會議正式開始。

同仁宣讀(進行議程確認)

周執行秘書淑婉

- 一、主席、各位委員大家早安！這次議程都是依照年度工作計畫安排，因為 5 月份委員會議因 COVID-19(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)疫情爆發關係停開，將其原本議案併入 6 月份會議一起討論，因此議程緊湊，請委員參閱。
- 二、另外有黃委員金舜提出一件臨時提案，是有關「提請討論『全民健保提升用藥品質藥事照護計畫』執行事宜」，有蔡明鎮等 4 位委員連署。本案是 110 年度健保總額中其他預算項下的協定事項，內容是請健保署會同藥師公會儘速研訂計畫以利執行。依照健保法第 61 條第 1、4 項規定，本會和健保署權責分工的規定很清楚，評估本案屬於健保署負責的總額相關計畫的研商及推動事宜，並非本會權責，建議不納入議程，轉請健保署儘速依照協定事項辦理，以上。

周主任委員麗芳

- 一、謝謝周執行秘書淑婉的說明，針對今天的臨時提案，有 4 位委員連署，包括提案委員黃委員金舜，以及連署的蔡委員明鎮、許委員駢洪、張委員澤芸、林委員敏華。
- 二、剛才周執行秘書淑婉已經說明，這個案子是否就請健保署會同藥師公會儘速研訂計畫以利執行。今天健保署李署長伯璋、蔡

副署長淑鈴都在線上，我相信健保署會儘速協助這個案子，委員對今日議程安排有無意見？目前舉手有何委員語、干委員文男，先請何委員語。

何委員語

- 一、主委、各位委員，我為什麼要發言，我希望讓連署的人了解，除了健保會周執行秘書淑婉剛才的說明外，最主要的一點，請看會議資料第 93 頁，110 年度總額協商程序第三項第 7 條明文規定得很明確，「各部門總額年度預算之協商終止點，訂為 9 月份委員會議之前，經委員會議確認後定案，不得變更。」我也要讓所有新進委員知道，總額協定之後，經過政府公告後我們是不得變更的。
- 二、第二點他要提案變更「提升用藥品質藥事照護計畫」執行事宜，他在去年總額提出來的時候，已經向大家報告執行內容了，經過定案，不應該再去變更，而且這個變更也是屬於健保署的職責，健保署會依據健保會總額協商定案的執行內容來作業。
- 三、所以我們認為去年經過總額協商程序提出說明，已經確定他的執行事宜範圍內容，所以今天不應該再提到委員會議裡來要求變更，因已經協商好且依據這個項目給予金額了，是不能再提到委員會議要求變更你的執行事宜。
- 四、我們支持周執行秘書淑婉的報告，回歸健保署協商，但我們仍建議健保署，如果每次總額協商之後還可以變更執行事宜，就失去總額協商當時確認金額和執行事項的意義，建議健保署不該任意變更執行事項，這是我的意見，謝謝大家。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

我對黃委員金舜所提的臨時提案沒有意見，但我認為預算已經通過這麼久、將近半年了，到現在此案還是停滯在那裡，原本我想詢

問，為何到現在還沒看到執行報告，希望健保署趕快執行此案，謝謝。

周主任委員麗芳

請提案人黃委員金舜。

黃委員金舜

向委員報告，本案前後已經協商 2 年，整個協商過程是變化一籬筐，關於剛剛何委員語提的，我們並沒有要變更協定的內容，我們也很希望能像干委員文男所說的趕快執行，也有很多委員問我，這 3 千萬元的計畫案已經通過這麼久，怎麼沒有看到任何成效？其實藥師公會非常冤枉，因為計畫至今尚無法執行，怎麼會有成效向委員報告呢？希望到場委員們能了解整件事的來龍去脈，謝謝。

周主任委員麗芳

請劉委員國隆。

劉委員國隆

本席也是非常贊同周執行秘書淑婉的意見，因為今天會議議程有很多案子，希望能夠依照議程進行，也認同何委員語所說的，謝謝。

周主任委員麗芳

委員如果沒有意見的話，議程確認。臨時提案則轉請健保署會同藥師公會儘速研擬計畫以利執行。接下來進行上(第 1)次委員會會議紀錄確認。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

本會同仁於會前彙整所有委員對本次會議各項議案的回復意見，李委員永振、朱委員益宏對上次會議紀錄都有提出意見，這部分請本會同仁說明。

周執行秘書淑婉

一、報告主委，這部分由我來說明。李委員永振建議在本會重要業務報告的決定，能清楚寫明共計 7 項解除追蹤，因為上次有 1

項原擬解除追蹤，後來改為繼續追蹤，他希望加上共計 7 項解除追蹤，會比較清楚。本會同仁建議可以依李委員意見增列，讓決定內容更加明確。

- 二、第 2 項，是朱委員益宏提出 111 年度總額範圍諮詢案的本會委員意見摘要，是部分委員的建議，並非共識，寫成綜合意見不妥。向委員說明，本會同仁是綜整摘要委員的諮詢意見，並將發言實錄併送衛福部參考。本會同仁建議，可依照委員代表類別整理意見摘要，修正上次會議紀錄之附件四。
- 三、第 3 項也是朱委員益宏提的意見，認為當天會議上有委員提出欲列席健保署共擬會議、總額研商議事會議的部分，應列入但沒被列入會議紀錄。因當天的委員會議健保署也有說明他們的規定，列席者不能支領出席費、差旅費。本會同仁建議可以增列 1 項決議：「關於委員希望列席健保署相關會議一節，請依健保署規定辦理」。
- 四、第 4 項還是朱委員益宏提的意見，「有關評核委員建議名單不納入付費者代表，沒有列在會議紀錄。」朱委員益宏可能沒注意到，評核作業方式本來就沒有納入付費者代表，只納入現任、曾任本會專家學者及公正人士的委員而已，評核作業方式請委員參閱本次會議資料第 19 頁。以上是本會同仁的建議處理方式。

周主任委員麗芳

謝謝周執行秘書淑婉的說明，請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、謝謝主委，還有謝謝周執行秘書淑婉的解說。關於上次的會議紀錄，我提了 3 項意見，第 2、3 項我同意本會同仁的處理方式。
- 二、至於第 1 項，我要特別說明，因為本次會議資料第 17 頁的本會委員所提諮詢意見摘要，列了很多項目，但我發現都是部分付費者代表或是部分專家學者的個人意見，我當時也有代表醫

事服務提供者提出意見，卻沒有列在諮詢意見摘要，我認為不妥，要嘛就是列出所有委員的意見，不然就是按委員代表類別做區分，比方付費者代表有類似的意見，可以綜整成一項，但裡面完全沒有醫事服務提供者代表的意見，我覺得不妥，因為這些意見摘要會留存紀錄，若沒有署名清楚的話，對其他沒有參與會議的人，日後會產生解讀的誤差，因此我認為需要做修正。依照周執行秘書淑婉剛才說的，要區分付費者、專家學者及公正人士、醫事服務提供者等綜整意見摘要，這點我同意，特別應該要把醫事服務提供者代表的意見列進去，以上。

周主任委員麗芳

有關李委員永振、朱委員益宏提出的前 2 項意見，依照委員意見修正會議紀錄，相關文字請本會同仁整理，其餘會議紀錄確認。請進行下一案。

附件七 委員會前書面意見及相關單位回復

一、議程確認

臨時提案	本會說明及建議處理方式
<p>提案人：黃委員金舜</p> <p>連署人：蔡委員明鎮、許委員駢洪、張委員澤芸、林委員敏華</p> <p>案由：提請討論「全民健康保險提升用藥品質藥事照護計畫」執行事宜。(詳如附件一，第7~8頁)。</p>	<p>本案非屬本會權責，建議不納入議程，轉請健保署辦理。說明如下：</p> <p>一、案由所提計畫，係110年度總額公告，其他預算之專款計畫，協定事項：請健保署會同藥師公會全聯會儘速研訂計畫，以利執行。</p> <p>二、依健保法第61條規定(註)：</p> <p>(一)本會權責為：協議訂定保險醫療給付費用總額之對等及其分配方式。</p> <p>(二)保險人(健保署)權責為：於醫療給付費用總額訂定後，研商及推動總額支付制度。</p> <p>三、本會已完成110年度總額之協定分配，本案性質屬「總額訂定後相關計畫之研商及推動事宜」，建議轉請健保署辦理。</p> <p>註：</p> <p>1.健保法第61條第1項：健保會應於各年度開始3個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。</p> <p>2.健保法第61條第4項：第1項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。</p>

二、確認上次委員會議紀錄

委員意見	本會說明及建議處理方式
<p>李委員永振</p> <p>會議資料第3頁「肆、本會重要業務報告，決定一、(一)1.，解除追蹤。」，建議後面加入「共計7項解除追蹤」等文字。</p>	<p>委員意見可使決定更加明確，<u>建議同意辦理</u>。</p>
<p>朱委員益宏</p> <p>一、優先報告事項第三案所彙整之「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」係為部分委員之建議，其中摘要內容於該次會議上亦無達到共識，以此作為本會委員綜合意見實為不妥。</p> <p>二、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)於會上討論後，除名單確認外，主席另有依委員建議裁示「如健保委員欲固定列席旨揭會議者，請提前與健保署聯繫。惟列席者不具代表發言權，亦不得支領出席及差旅費用，併予敘明。」此段未列</p>	<p>一、優先報告事項第三案：</p> <p>(一)本案係衛福部依法諮詢本會，屬諮詢性質，用意在收集所有委員意見，提供衛福部參考，無關共識。故<u>本會係綜整委員諮詢意見摘要併同發言實錄</u>。</p> <p>(二)<u>建議可依委員代表類別(付費者、專家學者及公正人士、醫事服務提供者)整理意見摘要，修正上次會議紀錄之附件四</u>。</p> <p>二、若委員同意，建議討論事項第一案<u>增列一項決議：「關於委員希望列席健保署相關會議乙節，請依健保署規定辦理」</u>。</p>

委員意見	本會說明及建議處理方式
<p>於會議紀錄。</p> <p>三、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)案)，主席有依委員建議裁示「有關評核委員建議名單產生方式修訂：不納入付費者代表，僅由專家學者或公正人士代表(如付費者代表本身為專家學者也可推薦)。」此段未列於會議紀錄。</p>	<p>三、討論事項第二案</p> <p>(一)<u>委員關心之評核委員建議名單，並未納入付費者代表委員。</u></p> <p>(二)評核委員建議名單，請見會議資料p19，評核作業方式之貳、一、(一)及(二)。其中包括：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，以及本會現任、曾任專家學者及公正人士委員。</p>

貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

委員會前書面意見及相關單位回復如附件八(詳第 40~41 頁)

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

我依照螢幕上投影片內容擇要說明：

一、項次 1，上次及歷次委員會議列管追蹤事項，擬解除追蹤 3 項，其中 2 項是上次的追蹤，1 項是歷次委員會議的追蹤，另擬繼續追蹤 1 項。我想委員都已經看過書面資料，我就不多說。要特別向委員說明的是，歷次委員會議追蹤那 1 項，是委員一直都很關心的政府欠費，高雄市政府的欠費已經在本年 5 月 18 日全數清償完畢，故解除追蹤。

二、項次 2，歷次列管追蹤事項辦理情形，依照規定每半年會提報 1 次，4 月委員會議才剛提報過，目前沒有新的進展，12 月會再行提報，期間如已達到解除追蹤的條件，會隨時提會報告。這 2 項委員回復意見，都是同意依擬議辦理。

三、項次 3，依照上次委員會議決議辦理完成事項：

(一)委員對衛福部擬訂之「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)所提諮詢意見摘要併同發言實錄，在 5 月 6 日函送衛福部，在這裡一併回應剛才朱委員益宏的提問，有關委員發言實錄，本會都是一併給衛福部參考，衛福部也在 5 月 28 日函報行政院核定，函報之總額成長率範圍草案為低推估是 1.272%、高推估是 4.746%，請委員參考會議資料第 234~256 頁。

(二)本會推派擔任健保署「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」及「各部門總額研商議事會議」之代表名單，於 5 月 10 日函送該署，另有關希望列席委員的名單也提供健保署。

四、項次 5，請看螢幕上投影片第 4 張，部分委員提出「會前」取

得會議資料電子檔需求：

- (一)本會規劃辦理方式，前於第 4 屆 109 年第 7 次委員會議決議，依照政府資訊公開法第 18 條規定，委員會議資料屬於內部擬稿或準備作業，符合限制公開或不予提供之條件，所以目前僅提供委員書面會議資料，並於封面加註「請勿對外提供」，不提供電子檔，這是目前的做法。有關委員上述的需求，本會參考健保署、外交部處理限制公開或不予提供資料的做法，也諮詢本會目前具有法律專業背景的專家學者，規劃辦理方式是有條件地提供電子檔，也是會前需要取得會議資料電子檔的委員及相關人員，請他簽具委員會議前提供會議資料電子檔保密切結書，切結書內容在會議資料第 57 頁，取得資料的人員需要善盡保密義務，不得對外公開，也不能提供給第三人，如違反保密切結書聲明者，不得再要求提供檔案。會前徵詢委員意見，38 位委員中，初步同意這樣規劃方式有 36 位，不同意有 2 位。
- (二)委員意見摘要在螢幕上投影片第 5 頁，不同意的 2 位，為黃委員振國及顏委員鴻順，認為委員是團體代表，接收的資訊均須全部回報團體，反對填具切結書。本會是覺得委員可能有所誤會，因電子檔的傳播會比較快速及寬廣，且剛才所提依照政府資訊公開法及過去委員會議決議，原則不提供電子檔，有條件切結下就可以提供電子檔，若委員不需要電子檔，就不用填寫切結書。
- (三)有關其他建議，盧委員瑞芬希望本會紙本會議資料也要保密，如剛才所說明，本會於 109 年第 7 次委員會議就決議不對外公開紙本，也在封面備註，至於盧委員瑞芬希望會後對外公開也需要規範，本會處理方式，為使會議資訊公開透明，會議資料併同會後議事錄一併上網公開。
- (四)馬委員海霞關心違反規定的罰則是什麼，剛有說明，對於違反承諾者就不再提供電子檔，本會也問過法律專業的專

家學者，如果造成委員或本會涉及其他法令的損害，就依個案看如何求償。

(五)吳委員鴻來認為這對公益有必要者，得公開或提供，本會議的議程資料是屬於內部擬稿準備而在會前暫不公開，如剛才所說明，會議資料於會後併同議事錄上網公開，所以還是有達到公開的情形。以上報告，謝謝。

周主任委員麗芳

請教本會同仁，切結書是每次會議都需填寫，或是委員填寫之後，在任期內都不需要再填寫？

周執行秘書淑婉

這部分，我們在切結書上會把時間寫清楚，基本上我們覺得在任期內填具1次就好，有變更人員時則再重新填具。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、我的意思是當我們成為健保會委員時，都應該遵照健保會既有規範，無論電子檔案或書面資料，都不宜會前公開揭露。
- 二、我們都是團體推派，不像是專家學者委員代表個人，我們有些意見涉及團體利益時，需要事先跟所代表團體的會員、主要幹部溝通，這是屬於內部交流，我相信歷年來我們也沒有把會議資料事前對外揭露，我建議，這本來就是成為健保會委員的基本要求，所以應該歸納到成為健保會委員的基本權利義務規範就好，至於剛才討論假設只針對電子檔案揭露的違反規定者的罰則，是不再提供電子檔案，那對於書面資料的對外揭露呢？有沒有罰則，難道對於違反者以後不提供書面資料給他嗎？我想在座委員都是很有代表性的社會人物，對於應有的會議規範都會遵守，所以我建議不要逐項簽列，不然未來發生事情，是不是需要另外再簽署切結書？

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、第 1 點，我覺得確實照黃委員振國講的，因為我們都是團體代表，相信不只是醫療服務提供者，而付費者也是團體代表，就不是代表個人，所以我認為所謂的對外，外是指哪裡的外，是不是大家也要有一些共識。
- 二、第 2 點，因為保密切結書並沒有時效性，依照周執行秘書淑婉剛才說明規劃的草案，會議結束以後就會上網公開議程資料，則之前提供的電子檔是否就視同公開，所填寫的保密切結書是否就不具效力，這部分我覺得要在切結書載明清楚，其效力是到什麼時候？是上網公開後或是會議結束後幾天以上就失效，我覺得需要寫清楚，不然變成提供給委員的電子檔都不能公開，造成即使健保會都上網公開了，但這一份電子檔還是不能公開，這樣我覺得有點不太適當，以上提供意見。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、因為這個切結書草案中寫明「擔任健保會委員期間」，就是擔任健保會委員期間只需簽署一次，我認為很合理合情。我認為草案中「不得提供給第三人」的後面，應該加一句，會議後經主管機關公告不在此限，我認為應該可以加這一句，就表示如果主管機關已經公告，那有什麼不能公開讓大家知道，我是認為這樣。我支持健保會委員期間只簽一次，不是每個月要電子檔就要簽一次，而是兩年只簽一次，這樣合情合理，我們應該支持這個切結書。
- 二、我參加政府 5、6 個部會的會議，他們也會要求在會議前不能對外公開會議資料，30 多年來，我目前仍有 5、6 個部會委員的職務，他們也是這樣要求，因此我支持還是要有這項電子檔切結書。

周主任委員麗芳

接下來請法律專家胡委員峰賓。

胡委員峰賓

不管是紙本或者是電子檔，都只是一個文件內容的載體，載體雖有不同，但遵守的規範應該相同，如果電子檔的載體要簽切結書，為什麼紙本的載體不用簽切結書？紙本的載體不用簽切結書，與電子檔規範不同，這邊產生一個矛盾點，我建議不管紙本或電子檔，二者要有一個同等的基本規範，不是僅賴於切結書，以上供參。

周主任委員麗芳

- 一、感謝大家提供寶貴意見，胡委員峰賓剛才也提醒我們，紙本跟電子檔應有同等的處理方式。會議資料第 57 頁會前提供會議資料電子檔切結書的文字，綜整委員意見，建議如下：「於 OOO 擔任健保會委員期間，在委員會議前，商請健保會同仁提供會議資料電子檔，僅供出席委員會議前之準備使用」，刪除「僅供出席委員會議前之準備使用」這句話，後面加上「有條件開放有需要之委員及其團體內部必要人員使用」，另於「在此聲明取得會議資料電子檔後，應善盡保密義務，不對外公開，亦不得提供給第三人」，後面加上何委員語建議之「會議後經主管機關公告，不在此限」，文字再請本會同仁整理。
- 二、立切結書人，是否有需要委員及團體內部必要人員均簽具切結書？因為每次會議的議案內容不同，若某團體人員比較多，不同議案可能會有不同的業務相關人員，且人員變動也可能極大，建議團體內部必要人員無需簽具切結書，因為本會的權利義務只限定委員本人，是否由委員簽署即可？
- 三、紙本會議資料的切結書，請本會同仁比照規劃，或是兩個切結書合併為一份，這樣也符合剛才黃委員振國所提，是本會內部制式化規定，並不是針對特別委員訂定。委員是否同意上述的處理方式？如果沒有反對意見，本會重要業務報告案之決定，第 1 項有關上次及歷次委員會議列管事項及其辦理情形，擬解

除追蹤共 3 項，分別為上次委員會議 2 項，歷次委員會議 1 項，張委員澤芸有意見。請張委員澤芸。

張委員澤芸

我對剛才的決定沒有意見，只是想請問，如果未來申請提供電子檔的委員，是否還可以同步收到書面資料嗎？

周主任委員麗芳

兩者並不相違背，每次開會前本會同仁都會寄送書面會議資料給所有委員，除非有委員非常講求永續環保，特別跟本會同仁叮嚀不需要書面資料，若沒有特別交代，每位委員都是可以收到書面會議資料。

張委員澤芸

好，感謝！

周主任委員麗芳

一、有關本案決定，擬解除追蹤共 3 項，分別為上次委員會議 2 項，歷次委員會議 1 項，同意依擬議解除追蹤，擬繼續追蹤共 1 項，同意依擬議繼續追蹤；另會前提供會議資料電子檔之辦理方式，請本會同仁依剛才建議內容修正，餘洽悉。

二、接下來進行優先報告事項第一案。

附件八 委員會前書面意見及相關單位回復

委員意見	本會說明及建議處理方式
<p>黃委員振國、顏委員鴻順</p> <p>一、每位委員都是團體代表，若個人常未經所代表團體尋求共識，容易造成個人意識超越團體共識之上。所接收到的會議訊息都要向團體報告，且本會有代理人制，不能出席會議時，需要向代理人溝通，反對本項建議。</p> <p>二、不同意填寫切結書。</p> <p>三、健保署的研商會議資料及相關支付共同擬訂會議議程，都是刊登在健保署官網，讓會議代表及團體自行下載；如本項不公開之建議通過，健保署相關會議亦應比照。</p>	<p>一、為避免會前公開會議資料可能引起不必要困擾，依政府資訊公開法第18條規定不予對外提供，<u>本次規劃有條件提供電子檔，予有需要委員及其團體內部必要人員，作為會前內部討論並蒐集團體意見使用。如無需於會前取得會議資料電子檔，則不需填具切結書。</u></p> <p>二、為利本會會議資訊更為公開透明，會議資料將併同議事錄上網公開。</p>
<p>盧委員瑞芬</p> <p>請問紙本資料內容，取得資料人員(如委員)在會議前是否亦應善盡保密義務，不對外公開、亦不提供第三人？如受相同規範，是否亦應填寫切結書？重點是資訊內容，而非僅是格式(紙本或電子檔)。會後，會議資料是否可對外公開，可提供第三人？可公開可分享的時間點亦宜明確規範。</p>	<p>一、本會自109年10月份起委員會議資料封面即註明「<u>本資料未經委員會議討論前請勿對外提供</u>」，爰書面部分不需切結，本案僅就會議資料電子檔部分討論。</p> <p>二、因會議資料電子檔具備較易傳播之特質，為能掌握資料流向，爰研擬由取得資料電子檔之委員及必要人員填寫切結書之方式。</p> <p>三、<u>為利本會會議資訊更為公開透明，會議資料將併同議事錄上網公開。</u></p>

委員意見	本會說明及建議處理方式
<p>馬委員海霞</p> <p>若違反不對外公開之承諾，將依何法究處？</p>	<p>一、獲取電子檔之人員，<u>若違反保密義務，對外公開檔案，本會將不再提供電子檔。</u></p> <p>二、另經諮詢本會具法律專業背景委員，如造成委員或本會涉及其他法令之損害，將可視個案情況，予以求償。</p>
<p>吳委員鴻來</p> <p>委員與團體內部討論蒐集意見，本乃善盡委員職責，提供電子檔可增進討論效率，除填寫切結書外，實務上是否可有更簡便之作法。又政府資訊公開法第18條第3款提到「...但對公益有必要者，得公開或提供之。」健保會委員會議資料實屬公益相關，且其中內容不完全都是草擬政策，也包括許多報告事項等。團體取得資料並非有意散布，而是為了落實其公益目的之討論。</p>	<p>一、為避免會前公開會議資料可能引起不必要困擾，依政府資訊公開法第18條規定不予對外提供，爰於109年第7次委員會議通過暫不公開。</p> <p>二、為利本會會議資訊更為公開透明，會議資料將併同議事錄上網公開。</p>

參、優先報告事項第一案「中央健康保險署「110 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告」(併「110 年 5 月份全民健康保險業務執行報告」)」與會人員發言實錄

委員會前書面意見及相關單位回復如附件九(詳第 65~83 頁)

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請李署長伯璋簡短報告。

李署長伯璋報告：略。

周主任委員麗芳

非常感謝李署長伯璋這麼詳盡的報告，這段期間也很感謝李署長伯璋及健保署全體同仁，不管在抗疫或病毒檢測的過程中，包括剛才所提到的部分，都是為了讓醫療院所不至於營運不下去，健保署也多方設想如何在現有資源下善盡健保責任。除了感謝之外，我想健保會委員也是感同身受。我們依序邀請委員發言，首先請林委員恩豪。

林委員恩豪

一、有關第 12 項，醫院總額部門 110 年第 2 季結算方式，我有一些想法。這個星期三剛開完醫院總額研商議事會議，不管是用什麼方式去執行，最終的結果就是這筆總額的錢都要用完，但是我希望執行過程中，能夠注意到公平性、合理性、適法性，現在要改變以往的結算方式，服務不到 9 成全都保障撥付 9 成，也就是未來服務量不到 9 成不用收回，而服務超過 100% 完全不給錢，這樣是不是造成同工卻同酬，甚至做比較多，服務量超過 100% 的醫院卻完全沒有回報的現象，這邊的合理性與公平性有點問題，另外，講白話一點，把總額被拿去做類似紓困的執行方式，希望要注意適法性的問題。

二、最後，我有些意見，要向李署長伯璋反映，我們醫院總額研商議事會議決議執行方式與健保會決議不同，我在會議中提出希望健保署將這個案子送回健保會討論，讓各位健保會委員知

道，居然還有醫院代表振振有詞的說，錢已經撥了，要怎麼執行是醫院總額的事，不用送回健保會，這完全不尊重健保會的職權，我認為健保會會理性看待與討論，我們也不希望有醫院因為疫情而倒閉，畢竟這也關係到民眾就醫的權利，但是我們希望，在我們試著尊重和理解醫院想法的同時，醫院也應尊重健保會的職權範圍，以上是我的意見，謝謝。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

很感謝健保署在李署長伯璋帶領下非常認真，尤其關於雲端藥歷的查詢很完整，對防疫工作幫忙很大，但最近有一個問題就是防疫的決勝點，在於我們施打疫苗的速度，今年新冠肺炎疫苗施打與申報上傳方式，跟以往每年流感疫苗不同，今年必須在疾管署上的NIIS(National Immunization Information System，全國性預防接種資訊管理系統)系統申報，這有兩個缺點，首先，以往流感疫苗施打健保系統申報、上傳，甚至 IC(Integrated Circuit，積體電路)卡寫入，我們可以很清楚知道每位民眾施打的地點、時間與內容，這次使用 NISS 上傳，難免會遺漏，我們必須詢問民眾在哪邊施打，還有，這次疫苗種類品牌可能是史上最複雜的一次，民眾施打疫苗安全性確實都需要考量，在此請健保會能跟衛福部上達我們的意見，基層醫師都認為最好能採取以往我們施打流感疫苗的申報方式，這樣不但便民且系統具完整性，資料也更正確，報告到此，謝謝。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

一、我有兩點建議跟請教，第 1 點，剛才李署長伯璋提到我們的節流效果很好，應該給予肯定。但是對於節流成果，我們一直希望納入總額協商的減項，已經談了 3、4 年了，但好像都還沒看到健保署規劃的期程，是不是可以把這個規劃的期程提供給

委員了解？

二、第 2 點，剛才提到血友病控管相當有成效，是不是可以把最近 3 年有關血友病以及罕病這方面我們努力的成果，也整理出來給委員了解？謝謝。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

剛才聽到李署長伯璋的報告，內心感到欽佩，但在業務執行報告中，尤其對院所……(收訊不良)。

周主任委員麗芳

聲音聽不到了，斷斷續續的，可以再試試看。

干委員文男

現在可以了嗎？

周主任委員麗芳

現在可以。

干委員文男

業務執行報告中，上傳的影像落差很大……(收訊不良)我從頭說明好嗎？

周主任委員麗芳

好。

干委員文男

聽得到了嗎？

周主任委員麗芳

可以，有聽到。

干委員文男

一、我在這個地方收訊比較不良。

二、業務執行報告顯示院所間檢驗檢查上傳的資料差距很大，我們編列預算也不斷增加，這是我們健保一個最大的資本，如果沒

有再繼續上傳的話，對於我們以往用的那麼多經費，也不好，希望健保署趕快想辦法怎麼處理。

三、再來就是電視媒體每天都在報導 COVID-19 疫情，報到所有的老百姓都害怕了……(收訊不良)。

周主任委員麗芳

干委員文男，我又聽不到你的聲音了，請問其他委員有聽到嗎？還是只有我聽不到。(多位委員反映聽不到干委員文男的聲音)

周主任委員麗芳

干委員文男，我們還是聽不到你的聲音，請本會同仁協助干委員。先請其他委員發言，請何委員語。

何委員語

- 一、非常謝謝李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、健保署同仁辛勞、辛苦。
- 二、我在這裡很簡短的提出一些問題，第 1 點，就是今年到 4 月份呆帳為 24.39 億元，李署長伯璋要有心理準備，下半年呆帳可能更多，因為很多中小微型企業、服務業經營困難，可能會跑出很多呆帳。另外我看到今年 1~5 月份有 54 家醫療院所被函送司法單位辦理，我看了很心酸，因為讀到醫科畢業，是國家培養的人才，為什麼會被移送司法單位辦理，對他們未來的人生、看診、從事工作職業都受到很大的傷害，是不是我們的法規沒有給他們良好的教育，沒有指導、引導他們，我想健保署應該加把勁，不然這麼多好的人才被移送司法單位辦理，很可惜。
- 三、再來我看到健保署業務報告第 36 頁，西醫基層點值尚未確認，他們是年度或是每季結算，我認為應該很明確地告訴我們，為什麼點值尚未確認。再來就是業務報告第 38 頁，愛滋病在去年 1~12 月是 32,320 人，到今年 1~2 月降到 29,545 人，總共少了 2,775 人，我不知道減少的原因，是不是病人治好病不必吃藥了？或是病人已離開台灣沒有在台灣治療？或是病人

死亡？我們要了解一下，這是未來愛滋病，是不是醫療費用會一直下降。

- 四、另外，我要請教李署長伯璋，新冠肺炎疫情治療費用是健保或是公務預算支出，若是公務預算支出的話，剛才我們林委員恩豪講的，我們健保總額是健保法規範，能不能用到紓困案，要明確界定，請法律專家做明確的答詢，不然會發生很大的問題或者會被監督，或有不良的後果產生，我們不希望發生這種事情，以上我提出的，謝謝李署長伯璋給我們簡報。

周主任委員麗芳

請林委員敏華。

林委員敏華

- 一、大家好，有聽到我的聲音嗎？(周主任委員麗芳回答有)
- 二、剛才李署長伯璋報告的投影片還留在主螢幕上，我們看得很清楚，有關醫院總額 110 年第 2 季結算方式，健保署就未達 108 年同期收入 9 成的部分，核付費用補至 9 成，超過 108 年同期部分則不予給付，我跟林委員恩豪的看法相同，這樣對於超過的醫院並不公平，因為他們服務已經提供，檢查也做了、藥品也給付了，未達 9 成的醫院可以拿到 9 成，李署長伯璋說是基於維護醫院營運我同意，但事實上也需考慮已經提供服務的醫院，這部分請健保署一定要好好思考這樣的決策對不對。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、因為李署長伯璋的報告中，這張「保障醫院 108 年同期 9 成收入」是新的投影片，我先對這張投影片表示意見。在表示意見前，先對台灣的醫療團隊，在疫情期間為民眾提供服務和承擔風險，表示我的敬意。
- 二、有關一般服務保障至 108 年同期之 9 成收入，以及 110 年一般服務點值以每點 1 元計算等措施。由於健保總額費用的結算，

所反映的不僅是醫療點數或點值，更是反映實際的醫療利用率和醫療資源分配，這 2 項是總額協商或計算的關鍵，用以決定總額應該有多少？如何分配？要成長多少？這些關鍵直接影響費率要多少？也就是要收多少保費才足以合理支應醫療服務費用。

- 三、在醫療體系中，有非常多的醫院，長期以來致力提供病人、被保險人優質的醫療服務，當然要透過合理的方式支持它們，我也非常同意剛剛林委員恩豪的發言內容，也很感激醫療團體的付出。可是目前對收治和照顧 COVID-19 病人的醫院，政府除透過疾管署，例如對於隔離床比照負壓隔離病房給予給付等等諸多措施外，卻對於醫院因收治 COVID-19 的病人而影響一般病人服務，或是因疫情關係而增加維繫醫療服務困難的醫院，即使行政院嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例，有增加紓困基金，但紓困基金大多是讓其他的產業申請，沒有挹注在承擔第一線照顧 COVID-19 病人的醫院，為什麼紓困基金補助的對象沒有涵蓋這些醫院呢？為什麼政府沒有給予這些醫院補貼、支持呢？
- 四、我們給付是根據醫療服務而來。剛提到一般服務保障至 108 年同期之 9 成收入的措施，完全沒有考慮到醫療利用率，這是一種虛擬服務量的概念，又加上醫院總額部門，原本就有將近 5 成的預算是固定每點 1 元，若現在一般服務點值又是以每點 1 元計算，加上 3 月開始已經不核減，因為核減屬於行政便利的措施，我就不評論好壞，但現在用這種直接忽略醫療服務利用率的方式，符合保險人的做法嗎？這個問題如同我書面提問健保署墊付治療疫苗副作用之屬自費部分醫療費用一樣，其實我很替健保署同仁憂慮，包括一般服務保障 108 年同期 9 成收入的措施。
- 五、基本上，健保是社會保險，不是政府的政治提款機，所有的健保費用是透過收取保費而來，現在還被逼著代墊因疫苗接種衍生副作用之相關自費治療費用，我很替健保署同仁憂慮，也很

佩服他們，他們應該是找遍了法規，才找到行政程序法第 19 條，基於行政一體及互助原則，所以被逼著要違法代墊民眾自費治療疫苗副作用的費用，而且代位求償也沒有法規，要向誰求償？明明疾管署也有防疫的預算，為什麼疾管署應該付的費用，卻要健保署找一個不是健保法的法規，而是藉由行政程序法替長官解套呢？這些代墊的費用都是以安全準備金代墊，因為這本來就不是健保法可以合理支應的項目。健保安全準備金不夠時，其他部會怎麼不基於行政一體，提供協助？代墊沒有法源，也沒辦法代位求償。李署長伯璋提到，為協助被保險人和投保單位度過難關，提供保險費得申請延緩繳納之協助措施，申請遞延繳納的保費，不管有沒有收回來，也是必須要從安全準備金去代墊，要繳回來才會滾回去安全準備金。

六、今年的安全準備都在法定下限徘徊而已，明年總額成長率也因為面對，如代墊費用或保障點值等，原本未包含於總額協商的因素，而直接影響到健保的費率和明年的總額成長率。尤其是第 2 季之後，健保署有非常多的措施，例如放寬慢性病連續處方箋、視訊診療，讓醫療院所和被保險人在取得醫療服務時，可以更加的方便。健保應該考慮用什麼合法和合理的手段，我認為健保署用這種虛擬的服務量的方式，或是不管服務量直接付錢的方式，對健保影響非常深遠，其實這是短多長空的情況。110 年的總額預算其實已經協商確定了，若醫療服務量低於總額預算時，點值就會超過每點 1 元，所以去年有總額部門的點值超過每點 1 元，是否現在若醫院部門的點值超過每點 1 元卻以 1 元計算？建議應該要實際反映點值。對於實際維持營運有困難或因照顧 COVID-19 病人降載醫療服務者，應該要透過公務預算或政府基金去支應，我認為健保不應該在沒有法源依據之下幫長官分憂，或是說不管有沒有法源，為國家扛起責任不是不好，但政府不能違反體制，濫用健保，不然保費不夠不足以支應總額時，還是要向民眾、雇主口袋拿錢，因此這個措施應該要慎重再慎重。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、我有幾點意見，第 1 個，剛剛委員對於健保署李署長伯璋報告第 12 項「保障至 108 年同期之 9 成收入」的措施，提出很多建議，我稍微還原一下這件事。本案是健保署提出草案後，確實依照前面幾位付費者的意見，經過在台灣醫院協會內部，尤其是經過 3 個層級醫院，很多討論和折衝所形成的方案。有很多服務量減少的醫院，也就是服務量低於 9 成的醫院，因為健保署這個方案，可以提高它的給付，但也有些醫院，特別是地區醫院受疫情影響小，其服務量有可能高於 108 年全年的服務量，但台灣醫院協會的 3 個層級，約 300 多家醫院，在疫情期間，體現同島一命的價值，大家都願意捐棄己見，不只考慮自己的利益，在整個醫療體系受到疫情嚴重打擊的情況下，選擇先撐住整個醫療體系和每家醫院，不要讓它崩壞，所以健保署提出本案後，在台灣醫院協會內部、醫院總額支付委員會熱烈討論，各方提出諸多意見，最後經過折衝、退讓，決定共同承擔疫情對於台灣醫療體系造成的壓力，所以才有健保署今天的報告案。我非常感謝李署長伯璋能從善如流，接受醫院協會的意見。在疫情期間，至少讓每家醫院不會因為疫情影響，而擔心醫院的現金流。
- 二、第 2 點，109 年第 1 季，醫院就受到疫情影響，健保署也有紓困案，但 109 年的紓困案和本次紓困案不同，109 年的紓困案執行後，大概在 109 年 9 月疫情結束後，幾乎很多醫療院所都面臨追扣、補付，特別是追扣的問題，在疫情期間，健保署體貼地提供財務的支撐，但疫情過後大家都要還錢，而且還款的金額非常驚人，為什麼驚人？因為在疫情期間，雖然醫院服務量減少，但整體的支出是增加的，醫院投入大量的金錢去支援抗疫、分艙分流等相關人事費用，還有新購的硬體、動線改善

的支出，所以疫情過後，由於沒有像是「保障醫院 108 年同期 9 成收入」這樣的新方案支撐，多數醫院都面臨還款的壓力，當時在網路上也一片嘩然，這就不再提。我非常感謝李署長伯璋這次修正、精進醫療給付費用的措施。雖然剛剛那張投影片提到，可以保障醫院拿到 9 成，但以 110 年總額換算回去約只有 8 成左右，以醫院成本結構而言，8 成剛好支應人事費用、房租及水電。在上次會議中也有報告 108 年醫院財務揭露的情形，一些財務比較好的醫院的獲利狀況，108 年未受疫情影響也不過只有 5%，給醫院 8 成的費用，醫院並不會賺錢，只能勉強支撐，讓這體系不要倒了，後面就回不來。

三、第 3 點，剛剛李署長伯璋報告的第 9 項「因應 COVID-19 之健保醫療資訊雲端查詢系統精進功能」，提到開放慢性病連續處方箋的雲端查詢。台灣醫院協會和台灣社區醫院協會也收到健保署詢問，對於慢性病 1 次連領 3 個月藥物的意見，也就是準備要開放慢性病連續處方箋，可以在社區藥局 1 次領取 3 個月的藥量，目前正在徵詢各方意見，這個政策還沒有確定。藉此向李署長報告，去年疫情剛爆發時，醫院團體曾希望無論是在醫院或社區藥局，能開放慢性病連續處方箋，第 1 次看診就讓病人直接領取 3 個月的總藥量，但或許去年疫情沒有今年這麼嚴重，所以健保署沒有答應。若今年政策上考慮要開放慢性病 1 次領取總藥量，希望不光只有在社區藥局可以 1 次領取 3 個月的總藥量，在醫療機構領取藥物，也能同步開放 1 次領取總藥量，這樣才能達到真正的政策目的。

周主任委員麗芳

因為時間關係，本案的口頭提問，就到何委員語，若其他委員要發言，請以書面提出意見。請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

一、原本我想請教的問題是，110 年 5 月份全民健康保險業務執行報告的表 8「全民健康保險投保單位及保險對象一般保險費欠

費收回統計表」，但在看過報告的內容後，我已經了解，但仍想請問收繳率那麼低是否和疫情有關？顯然是這個原因，4 月份有很多人申請緩繳保費，5 月份也是，而且 5 月份距今時程較短，收繳率比較低，我已經看到內容，沒什麼意見。

- 二、在追收滯納金的部分，考量疫情期間，是否可稍微降低滯納金的金額或不收取滯納金，因為民眾已經很辛苦的繳費了。當然我知道這會稍微影響到健保的財務收支，可是這些人確實很辛苦，因為疫情關係，沒辦法繳納保費又沒有收入，滯納金是不是可以免繳，若沒有違反法律規定，可否給他們一點優惠，若不行的話，就照舊。

周主任委員麗芳

請顏委員鴻順。

顏委員鴻順

- 一、首先感謝健保署李署長伯璋在 COVID-19 疫情期間，給予醫界充分的支持及帶領，同時也感謝今天與會的所有委員對醫療人員在第一線服務和防疫的肯定與支持。
- 二、其實台灣從今年 2 月開始發生部桃事件，當時就帶給大家些許恐慌，3 月開始華航事件、諾富特事件，終於演變成社區感染，5 月 15 日雙北進入第三級警戒，5 月 17 日全台進入第三級警戒，至今 6 月 25 日已經經過 40 天，目前已累積近 15,000 個病例，同時有 600 多人不幸往生。
- 三、或許大家會覺得，實施第三級警戒的這段期間，生活很不便，但台灣醫界和病毒搏鬥，在防疫、醫療過程中，正面臨有史以來最嚴峻、甚至生死相搏的一疫，希望所有委員都能體會到，這段期間國民的辛苦與醫界的辛勞。
- 四、剛才很多委員提到，健保會最重視的總額預算和紓困的費用，其實應該分開，理論上是沒錯，但在醫療執行上很多是切割不開的，我也非常感謝健保署，包含李署長伯璋在很多會議中努力幫醫界爭取，但包含李署長伯璋所提的，以及從一些立委朋

友口中經常提到，還好醫界有健保總額，所以紓困的部分，是不是就委屈一點，讓其他需要的團體來運用，這點我覺得真的要分開看待，也希望所有委員們有機會幫醫界爭取紓困款項，用以挹注醫療體系，而不是完全靠總額來挹注。

五、至於醫院方面，剛才也討論很多，健保暫付 9 成的款項，這是醫院的救命錢，這段期間以來，醫院很辛苦站在第一線防疫，西醫基層也是，甚至上個月新北市三重地區，有個診所醫師因為染疫身亡，醫療人員真的是拿命相搏，站在醫師公會的立場，我們非常支持醫院和健保署共同協商，以 9 成暫付款或是其他方式，讓醫院現金流能充足，以支應人事支出和醫院基本運作。

六、李署長伯璋提到，檢驗(查)結果及影像即時上傳方案，這方案推動幾年了，在醫院通常有自己的資訊人員來協助，比較不會有問題，但診所通常沒有自己的資訊人員，靠的是 HIS(Health Information System, 醫療資訊系統)的廠商，HIS 系統廠商針對這些要上傳的東西，對每間診所都開出幾萬元的價格，診所要花幾萬購買上傳的 API(Application Programming Interface, 應用程式介面)，以全台 1 萬多家診所，恐怕就要花費幾億元購買系統，所以十分期望，這樣的好方案，健保署是不是能出面協助整合 HIS 廠商，把架接的 API 的軟體建置到系統中，早日達成台灣檢驗檢查值正確上傳，將一些基本的資料、雲端藥歷...等，可以串聯成在一起，達成台灣健康雲的目標。

七、回應剛才朱委員益宏提到的，在疫情期間，為減少病人進出醫院，也減輕病人進出醫療院所的擔憂，所以在疫情期間，無論到醫療院所實際看診，或透過視訊診療開出的慢性病連續處方箋，建議疫情期間，都可以讓民眾一次領取總給藥量，減少病人進出院所的擔憂與風險。

周主任委員麗芳

請陳委員秀熙。

陳委員秀熙

謝謝李署長伯璋的報告，以下幾點建議：

- 一、特別佩服李署長伯璋對於健保相關精進措施的看法，目前全世界醫療費用節流措施，不管是考量外部因素、內部因素所協商出來的總額金額，慢慢地都要走到，考量個人化風險，以分層的方式進行調整，也就是說，低風險和高風險者就醫時，所耗費的醫療資源不同，在不同的醫療層級，應該都要往這個方向去規劃和考量，以保障民眾就醫時的醫療服務品質，同時也才能真正達到節流的目標。
- 二、我很同意各位委員所言，不管是暫付醫療院所 9 成款項，或是剛才朱委員益宏提到，醫療服務提供者非常辛苦，還有剛提到醫療費用給付的問題。但我要特別提醒，下半年會更艱辛，因為 COVID-19 疫情，目前很多癌症病人無法及時、早期接受醫療服務，之後會看到很多的癌症的病人，到不同層級醫院就醫，包括慢性病病人也會有同樣的情形。如果下半年疫情趨緩，一切慢慢復甦回來，不同層級的醫療院所，如何適應大量的病人，再湧回來的情形，這也將會對總額及醫療給付方面會造成很大的影響。所以應思考如何保障慢性病及癌症病人，不要讓他們因為 COVID-19 不敢到醫院就醫，我認為各層醫療院所和健保署，對於這個問題應該及早規劃和因應相關的解決方案，以保障民眾的醫療品質。從國際間在疫情結束之後的經驗得知，及早規劃因應措施，才有辦法因應下半年病人回流的情形。
- 三、有關健保總額和 COVID-19 的紓困方案，依照傳染病防治法，應該是整個國家和行政院的事情，不是只有疾管署、衛福部、健保署來承擔責任。除傳染病防治法外，還有災害防救法，可讓大家參考，所以我認為這是整個行政院、整個國家的事情，應該共同來討論。紓困的複雜度非常高，例如雙北所有醫學中心支援防疫，現在的疫苗注射和未來的快篩，需要西醫基層的

支援。因此如果在健保總額談紓困的問題，複雜度非常高，這應該是整個行政院的事情，不應單獨由衛福部或健保署來承擔這個責任。

- 四、最後，關於疫苗注射的問題，李署長伯璋提到，健保署有疫苗預約平台，我認為需要再去評估醫院在執行疫苗接種的作業或民眾預約疫苗的便利性，因為 COVID-19 疫苗接種尚須執行一段時間，所以要盡快評估該系統，以保障民眾預約疫苗接種的可近性及便利性。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、請健保署研擬對策，儘快解決檢驗(查)結果及影像上傳之申報及上傳間落差的問題，以提升上傳率，不然拖愈久愈難解決。
- 二、第 2 個，請李署長伯璋注意健保的財務狀況，今年健保費率調漲至 5.17%，但我們的安全準備金還是減少很多，是不是還有其他的問題。以往我們費率調整之後，前幾個月保費收入成長的金額都很高，但今年至今都沒有這樣的情形發生。
- 三、另要請李署長伯璋幫忙，就是在 COVID-19 期間，電視的宣導非常成功，所有的老病號，都沒有辦法去醫院看病，只能在藥局買藥，是否可以准許研究如何用補登的方式到社區藥局領藥，如果能解決，這對所有的患者是比較有利的，謝謝。

周主任委員麗芳

請劉委員國隆發言。

劉委員國隆

在這裡有幾個議題就教於李署長伯璋：

- 一、第 1 個，因為我是被保險人代表，請問李署長伯璋報告的第 9 項「因應 COVID-19 之健保醫療資訊雲端查詢系統精進功能」，現在民眾健康存摺的登錄人數才 500 多萬人，甚至 50% 以上查詢次數是 5 次以下，健保署研擬何種策略或鼓勵措施？

以提升民眾查詢率。

- 二、第 2 個，台灣的腎臟病盛行率和發生率居全球之冠，而且罹病人數成長相當快，腎臟病相關的醫療費用也逐年攀升，請教健保署有研擬何種有效對策及解決方案？謝謝。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、我想所有健保會的委員，在 COVID-19 的疫情期間，對所有醫療團體、醫療的工作人員所投入的辛勞，大家都表示肯定與尊敬。第 1 個，朱委員益宏提到去年的追扣款項的部分，我也有在醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議提出，請陳部長時中裁定，不加收 5% 的利息。
- 二、剛陳委員秀熙有提到傳染病防治法，還有其他相關法規的部分，但政府已針對疫情編列 8,400 億元紓困預算，衛福部應該積極爭取經費，並訂定相關的紓困條件，對於參與防疫、符合條件的醫療團體給予個別紓困，這應該是合情、合理、合法的作法，例如對於投入支援快篩的 3 百多位耳鼻喉科醫師，政府即應提出明確的紓困方案、合理報酬。
- 三、剛剛滕委員西華也有提到，法律對健保總額支出範圍及項目有明確的規範，如果只引用行政程序法的規定，就要改變總額支出，這樣做是否合宜，我有法律上的疑慮，我不知道是否合法。因為現在很多人吃飽沒事做，萬一若對健保署長、衛福部提出告訴，將會對相關單位增加很大的困擾。再次強調，我們都很支持在這次疫情中參與的醫療團體，也希望給予大力支持。
- 四、剛才陳委員秀熙也提到，最近很多人到大醫院掛號，要看癌症或其他疾病，很多醫生都不收，這是事實；也有找到醫生，醫生說已經請假不看了。我最近有遇到 4、5 個這樣的個案，所以我認為衛福部、健保署在疫情期間，應該提出對醫療團體的

紓困方案，以比較合法、合情、合理的照顧這些醫療團體。

五、我不反對先支付 108 年同期 90% 收入給醫院，讓他們資金能夠順利運轉。但未來這款項是不是要倒扣回來、還有先墊付醫療費用的做法是不是合法，我想請李署長伯璋都須先了解法律規定，不要後來被法律告得一蹋糊塗，以上是我的建議。

周主任委員麗芳

- 一、謝謝何委員語、也謝謝全體委員熱烈討論，提供很多寶貴建議給健保署，我們的初衷都一樣，希望在嚴峻的疫情之下，能夠讓維護民眾健康的醫療體系持續撐下去。剛剛幾位委員特別提到，第 2 季開始的疫情是前所未見的嚴峻，本會也是第 1 次因疫情舉行視訊會議，現階段醫療體系可以說是進入生死相搏的關鍵時刻。委員所提意見，再請健保署回復說明。
- 二、大家比較關心、也交換很多意見的，是口頭報告重點摘要第 12 點「110 年 COVID-19 疫情轉趨嚴峻，全國醫療機構實施『醫療營運降載』，醫院總額部門於 110 年第 2 季之結算方式，將配合予以調整」(如本議事錄第 169 頁)，就是針對醫院總額 110 年第 2 季結算方式的部分，各位委員關心其公平性、適法性，如同最後發言的何委員語所說，委員原則上同意、支持，畢竟這是救命錢，是在跟時間賽跑。
- 三、我先就第 12 點做以下決定：在符合公平性、適法性的前提下，本會原則同意醫院總額 110 年第 2 季結算方式，以保障醫院有 108 年同期之 9 成收入，其他意見則請健保署提供回復說明；另外，請健保署積極爭取紓困經費以利醫院正常營運。因為剛剛委員所提意見相當多，恐怕沒有時間讓李署長伯璋全部回復，李署長是否要再向委員致意，或是就如同我剛才所做的決定？

周執行秘書淑婉

主委，不好意思，黃委員金舜與滕委員西華後面有舉手，這部分是不是要處理？

周主任委員麗芳

黃委員金舜與滕委員西華發言後，其他委員如果還有意見的話，請提書面意見。先請黃委員金舜，稍後再請李署長發言。

黃委員金舜

一、剛才有委員提出，慢性病處方箋可否 1 次讓民眾領 3 個月的藥物。就藥師公會的立場而言，我們憂心的有以下幾點：

(一)如果 1 次領取 3 個月的藥物回家，民眾會不會多吃？

(二)3 個月份的藥物放在民眾家中，有藥品保存、變質的問題，還有遺失的風險。

二、因此，以藥師公會的立場，我們不希望民眾 1 次領 3 個月的藥。我們強烈建議，在疫情期間，健保署應規劃開放電子處方箋，因為全台有 6 千多家藥師公會所屬健保特約藥局，電子處方箋可以讓民眾就近選擇住家、公司附近的健保藥局領藥，對民眾很方便，這是藥師公會的強烈建議。

周主任委員麗芳

接下來請滕委員西華。

滕委員西華

一、主席，非常抱歉，我對剛才就本案口頭報告重點摘要第 12 點所作的結論有點疑惑，因為本案聽下來的總結是，10 多位發言的委員都對醫療院所進行紓困表示支持，但同時也都對以保費進行紓困表達很多疑慮。因為這是報告案，如果本會直接做同意或不同意的結論，我覺得其實不是很恰當。

二、我覺得應該是說，多數委員都肯定醫療院所在這段期間的付出，但對於採用這個結算方式有很多疑問，要請政府多加考量。大部分委員也都了解醫療院所可能面臨的困境，也支持用紓困基金支持醫療院所，保費的部分還是回到總額協商，我建議作這樣的結論比較適當，不要有同意、不同意的字眼。在結論中表示同意或不同意，與以往本會對報告案做決議的方式好像也不太一樣，是不是請主席重新考慮修正一下結論。

周主任委員麗芳

謝謝滕委員西華。

侯委員俊良

報告主席，我剛才已經舉了 2 次手。

周主任委員麗芳

(訊號不穩，視訊軟體未顯示發言者姓名)請問您是哪位委員？

侯委員俊良

我是侯俊良，我的意見與滕委員西華類似，我認為紓困經費不應該由健保會或衛福部處理。

周主任委員麗芳

感謝各位委員的發言，本案是報告案，如同李署長伯璋所說，醫院總額部門 110 年第 2 季點值結算方式，已經在健保署醫院總額研商議事會議中討論，也達成共識。感謝李署長伯璋尊重本會，特別將本案提會報告。對於 110 年第 2 季結算方式的執行細節，在符合公平性、適法性的前提原則下，對李署長報告的內容予以尊重，我們也建議健保署能對外積極爭取更多經費提供給醫界紓困，最後再請李署長發言。

李署長伯璋

- 一、各位委員大家好，謝謝你們給我的建議，我們知道健保總額跟紓困是兩回事，但不論醫院或診所，在這 2 個議題或營運壓力上，都對我們有很大的期待。我個人也認為委員所交代的，讓台灣人民得到最好的健康照顧是最重要的事情，但是怎麼讓醫療體系工作得很快樂也非常重要，假如醫療體系工作壓力很大，民眾也不可能受益。
- 二、剛剛林委員恩豪提到適法性、合理性、公平性，我身為醫療人員也是抱持這樣的心態在規劃推動各項政策；陳委員秀熙提到的疫苗注射，目前需要在疾管署的 NIIS 系統(全國預防接種資訊管理系統)登記，確實很多診所跟我反映不是很方便；李委員永振關心血友病及罕病的費用管控成效，請放心，不論是醫

生或病人端，在血友病藥費皆已有效管理。

- 三、何委員語提到的呆帳問題，的確目前狀況很特別，確實很多民眾有欠款；剛才楊委員芸蘋也提出是否能夠對欠費者優免滯納金的意見，6個月內的欠費，皆放寬免徵滯納金，超過6個月的部分，我們會再研議。
- 四、干委員文男提到基層診所與醫院層級影像資料上傳執行成效落差很大，我們幾年前為了做雲端分享，各位委員協助我們把原來上傳影像資料的ADSL(Asymmetric Digital Subscriber Line，寬頻上網)提升成光纖，台灣這部分在全世界站在很前面。剛剛有委員提到資料上傳系統做得不夠，像顏委員鴻順提到，健保署是不是有公版的HIS系統(Health Information System，醫療資訊系統)讓診所上傳，另1個問題是診所上傳能力不夠，未來我們會考慮讓檢驗所協助上傳，避免重複的檢驗(查)。
- 五、剛剛何委員語提到司法單位，這些違規案件也是我們心中的痛，因為健康存摺使用人數，從之前的30多萬人到現在的571萬人，民眾對於醫療院所的處置如果有提出疑慮，我們都會處理。
- 六、有關COVID-19之醫療費用，若民眾確診，是由疾管署的經費支應處理，若只是疑似罹患COVID-19但是最後診斷沒有確診，還是要回到健保體系治療，這是很重要的。
- 七、有關林委員敏華對110年第2季結算方式所提意見，當然這個結算方式是還有值得商榷的地方，但是這次3個層級的醫院很難得都有同島一命的理念，我們可以從「歷年總預算、核定點數及申報點數之差異圖」(如本議事錄第170頁)看出，108年有將近700億元的費用是屬於斷頭的，但是這次很多醫學中心也認同，假如醫院間都像賽局理論一樣彼此拼命衝量，對整個醫院總額不是好現象。假設能在服務量未達9成時，能夠保障到同期的9成收入，這至少對大家來講是很安全的方法，醫院的服務品質會更好，相反地，如果未來服務量增加，也會讓各

分區加強自主管理。

- 八、滕委員西華提到健保代墊的費用，事實上是有 1 位住在桃園的民眾，在接種疫苗後出現血栓，最後以注射 IVIG(Intravenous immunoglobulin，靜脈注射免疫球蛋白)治療，這是病人自費項目。該由健保給付的，健保署會出。但是不該由健保給付的醫療費用，我們未來也會更加謹慎。
- 九、另外，如同陳委員秀熙提到的，推動分級醫療絕對是現階段台灣最重要的目標，我們也會給予慢性病、癌症病人最好的照顧。我也有聽到干委員文男提到資料上傳的問題，我會注意。關於很多慢性病人無法看診的問題，各位也知道這次疫情開始，本署醫管組就提出很多改善作為及策略，並推動讓所有醫療院所配合，例如提供視訊診療服務，讓很多不敢到醫院看病的民眾，還是能夠持續就診。
- 十、劉委員國隆關心健康存摺推動使用情形，目前登入綁定人數為 571 萬人，若以使用的人次計算，則已累積達到 9 千多萬人次，的確是非常普及。何委員語提到的是不要對追扣的金額計收利息，我跟委員報告，去(109)年是最心痛的時候，因為當時是讓醫療院所有暫付款的概念，只是我們後來再怎麼計算，從第 1、2 次暫付款到結算，給的錢都超過我們應該給的錢，所以在結算的時候，必須依健保總額規定收回來，但是借錢容易、拿錢回來困難，所以去年才有這麼多風波，如果大家能有共識，就不會產生這樣的問題。何委員語提到代墊希望不要造成違法的情況，我會非常小心，以上跟各位報告。

周主任委員麗芳

謝謝李署長伯璋及全體健保署同仁，真的是非常辛勞，尤其在疫情這麼嚴峻的期間，可以說是不眠不休，整個健保署都動起來，非常辛苦，也謝謝署長詳盡的回復。本案洽悉，委員所提意見送請健保署參考，接下來進行優先報告事項第二案。

劉委員守仁書面意見

有關健保署提出 108 年同期 9 成收入一節，本人認為醫療體系於疫情期間貢獻良多，政府及全民也應支持為醫護的後盾，但以健保總額預算支援醫療費用，是否符合全民健保精神及適法性有待商榷；醫療單位受三級警戒致營運降載，與受疫情停業之服務業受傷情形一致，行政院已編列紓困預算(受創與前年比較營收少於 50% 以上始得紓困)，衛福部應與其他部會一樣，提供受創之醫療機構給予紓困或融資協助，由政府提供協助醫療體系得以正常運作。

盧委員瑞芬會後書面意見

我在會前書面意見詢問：「5 月份的業務執行報告，近期重點工作有提到因應 COVID-19 之視訊診療流程，請健保署說明『視訊診療機構』的認定標準，視訊診療的支付方式及相關規範，同時說明目前的利用情形及病患年齡性別區域的分布」，針對健保署說明資料再提出幾項詢問：

- 一、健保署回應「視訊診療機構」係為經衛生局指定之醫療院所(含醫院及西、中、牙診所)，所以視訊診療機構並非由健保署選定？
- 二、另健保署回應「照護對象」為「居家隔離、居家檢疫或自主健康管理者」及「配合中央流行疫情指揮中心防疫政策增列之適用對象(門診病人)」。請問若因疫情嚴峻，高風險病人(如年老長者，多重慢性病患者)或偏遠地區居民(因搭乘公共運輸工具有相對風險)就醫不便，是否亦可以視訊診療方式就醫？
- 三、健保署回覆中並未提供目前使用視訊診療方式之病患的年齡性別區域分布，請補充說明。

劉委員淑瓊會後書面意見

疫情期間，部分醫事服務機構與醫事人員全力投入，其辛勞與貢獻有目共睹，謹致上敬意與謝意。醫療體系的營運，在這波疫情中受極大的衝擊，為維持社會需要的醫療量能，政府在此時給予醫事服務機構紓困，有其正當性與必要性。然而，醫改會不認同

健保署所提出之「保障醫院 108 年同期 9 成收入」的作法。原因有二：

- 一、其一，在健保「保險人—被保險人—醫療服務提供者」的第三方付費關係中，支付係建立在民眾的「醫療利用」之上，疫情期間，醫事服務機構因民眾醫療利用下降導致的營收缺口，要由被保險人所繳交的健保費來支應，其合理性與適法性不足。
- 二、其二是，各級、各類特約醫事服務機構在疫情期間因各種主客觀因素，貢獻度不一，採取的營運策略亦有所不同，健保署以齊一標準「保障」所有特約醫事服務機構收入，其公平性不無疑義。

楊委員芸蘋會後書面意見

- 一、李署長伯璋的口頭報告，時間不多，但內容豐富服務事項很多，為民眾、為疫情做了許多便民及醫療營運措施等付出很多，全民都該感謝健保署、由李署長帶領之下的服務團隊認真負責的工作態度。不僅提昇系統的精進功能，帶動了科技與醫療的整合、去年 109 年藉由資訊系統的建置健保署快易通 APP 的改良，協助民眾在有限的資源下順利購得實名制口罩，今年 110 年本土疫苗大爆發更推動簡訊實聯制，讓民眾快速登錄免去填資料的接觸(今年 5 月份配合公費疫苗預約平台，讓大家便於預約施打)，這些都是為民服務的事項，健保署真的是大眾的後盾。
- 二、全國醫療機構實施「醫療營運降載」，醫院總額部門於 110 年第 2 季之結算方式將配合予以調整(保障醫院 108 年同期 9 成收入)。健保署 110 年 6 月 23 日召開全民健康保險醫療給付費用醫院總額 110 年第 2 次臨時研商議事會議共識重點，110 年第 2 季醫院一般服務之收入與 108 年同期比較，未至 108 年同期之 9 成者保障至 108 年同期之 9 成；超過 108 年同期 9 成者依此金額給付，110 年上限為 108 年同期、也就

是保障所有醫院，一般服務保障至 108 年同期之 9 成收入，一般服務點值以每點 1 元計算，專款及其他部門依原規定執行。有以下 2 點意見：

- (一)這是醫院協會提出的版本，希望在疫情衝擊下盡力維持醫院的正常營運，立意良善，方向是對的，若是醫院 110 年實際服務量為 108 年的 100%，因疫情影響下降到 50%者保障補足到 90%尚屬合理。然而對一些成長型醫院來說若服務量超出 108 年的 150%且是在正常合理合情的成長，但疫情影響下降到 120%，其成本卻落在 150%，當下已經損失慘重，已先服務了，成本已支出，對這些支出及服務應該給予鼓勵與支持，為了疫情大家都過得很辛苦，應給予站在第一線面對疫情冒著高風險守護我們的醫護人員最高保障與關懷。
- (二)所有醫院受疫情衝擊，須兼顧各種不同樣態醫院的生存，服務萎縮者給予協助，但成長型醫院不應被犧牲，造成疫情外的 2 度傷害。應該爭取更多疾管署的公務預算或特別預算來支應正在過寒冬的醫院，希望衛福部應向行政院爭取合理的經費協助醫院。

千委員文男會後書面意見

對於李署長伯璋提到，因 110 年 COVID-19 疫情轉趨嚴峻，全國醫療機構實施「醫療營運降載」，為確保醫院營運需求，所以醫院總額部門 110 年第 2 季之結算方式，將保障醫院 108 年同期 9 成的收入。本人肯定醫療院所在疫情期間的辛勞與付出，但新冠肺炎疫情治療費用究竟是應由健保或是公務預算支出，應該要好好討論，本人認為無論是紓困或補償，其財源都應是由公務預算支應，而不是健保，況且已有幾位委員也表達疑慮，所以務請健保署審慎依法處理，一定要在符合公平性、適法性前提下辦理總額結算事宜。

李委員永振會後書面意見

- 一、政府為因應 COVID-19 疫情，編列「中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算」，用於相關防疫處置、紓困及振興產業。據報載行政院於本年 6 月 3 日通過追加預算，首波紓困 4.0 預算總規模為 2,600 億元，其中預算規模最高的部會為衛生福利部。醫療院所肩負防疫及救治責任，受到疫情衝擊最大，請健保署協助去了解 109、110 年迄今，特別預算用於醫療機構及醫療機構人員的獎勵、補助、津貼等用途，分別編列多少預算？實際執行情形如何？請提供資料讓委員了解。
- 二、另依傳染病防治法，治療 COVID-19 病人的醫療費用應由特別預算支付，不會由健保總額支應。請健保署提供 109、110 年迄今，健保代辦業務中，代疾管署墊付 COVID-19 病人醫療費用之項目及金額，讓委員了解。
- 三、依健保署的業務執行報告，因為 110 年 COVID-19 疫情轉趨嚴峻，全國醫療機構實施「醫療營運降載」，導致醫院服務量下降，所以研擬調整醫院總額 110 年第 2 季結算方式，所有醫院一般服務保障至 108 年同期之 9 成收入。為了解醫院實際受疫情影響程度，請健保署提供醫院總額各層級醫院 108 年至 110 年第 2 季之各季各層級醫院實際服務量(包括：就醫人數、件數、點數)，以利委員了解其變化情形。

附件九 委員會前書面意見及相關單位回復

委員意見	健保署說明
<p>千委員文男</p> <p>一、健保總額預算自105年起，編列獎勵上傳資料的網路頻寬補助費用，但基層診所的執行成效與醫院層級差距很大，請問能否擬訂改善措施，若實務執行上有困難，未來是否考慮縮編是項預算？</p>	<p>一、有關委員對於網路頻寬補助費用之意見，說明如下：</p> <p>(一)有關基層診所檢驗(查)結果上傳率較低情形，經調查主要係因人力及資訊能力不足，需委外請資訊廠商協助上傳，增加財務負擔。</p> <p>(二)本署擬訂改善措施如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.開放檢驗(查)結果單筆登打上傳管道以及X光攝影檢查得以JPG檔上傳降低上傳困難度。 2.規劃研議公版/雲端版HIS系統，減輕基層診所委外請資訊廠商之財務及人力負擔。 3.加強輔導基層診所提升上傳率並於必要時針對未上傳院所加強審查檢驗(查)執行之正確性。 4.實地訪查基層診所瞭解實務作業及困難，並與其資訊廠商協調收費標準。 <p>(三)因基層診所主要係因人力及資訊能力不足致上傳成效差，本署業透過補助網路頻寬費用及相關改善措施強化其資訊能力，並加強輔導及審查作業，以提升基層診所上傳率，爰建議仍維持網路頻寬補助費用。</p>

委員意見	健保署說明
<p>二、106年起編列的C型肝炎藥費，請問至今治癒總人數及預算執行情形？其中有多少是未治癒或復發個案？</p>	<p>二、有關委員對於C型肝炎藥費之意見，說明如下：</p> <p>(一)治癒總人數：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.C肝新藥療程結束後12週若檢測不到病毒量，則代表治癒。 2.根據至110年4月底醫事機構登錄使用C肝新藥之個案病毒量檢驗結果(治療結束後12週)，已有檢驗結果的100,990名個案中，已治癒之總人數為99,361人。 <p>(二)預算執行情形：詳附件九之附件1(第82頁)。</p> <p>(三)未治癒人數：已有治療結束後12週病毒量檢驗結果的100,990名個案中，未治癒人數為1,629人。</p> <p>(四)復發個案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.健保自110年6月1日起給付第二次治療，可得知曾治療成功但目前病毒量檢測為陽性者的人數，但無法得知沒有接受第二次治療者的人數。 2.醫事機構登錄從110年6月1日至6月18日開始第二次治療，且屬於第一次治療後成功但目前病毒量為陽性之人數為15人。
<p>三、健保財務部分，安全準備餘額折合之保險給付月數持續下降中，</p>	<p>三、有關委員對於健保財務部分之意見，說明如下：</p>

委員意見	健保署說明
<p>而呆帳卻持續成長，今年面臨新冠肺炎的衝擊，很多會員至今沒有辦法繳出錢來，可能使呆帳數成長更快更多，請健保署要持續關注並及早因應。</p>	<p>(一)面對今(110)年疫情再轉嚴峻，本署再次提供今年4月至9月保險費得申請延緩6個月繳納之協助措施；並賡續輔導無力繳納保險費者辦理分期繳納或紓困貸款，同時結合社會各界力量，以愛心專戶及轉介公益團體補助等方式，陪伴國人共度難關。</p> <p>(二)參考本(110)年5月底統計，各月保險費之按時繳納率均逾95%，長期收繳率亦維持近99%水準，未有顯著差異。本署謹遵委員建議，持續關注保險費收繳情形，除賡續強化催收機制外，並適時提供各項協助措施，期以減少欠費及呆帳發生。</p>
<p>盧委員瑞芬</p> <p>一、P.142，視同轉診的定義。</p>	<p>一、有關「視同轉診」係依據全民健康保險轉診實施辦法第11條規定：「保險對象具有下列情形之一者，視同轉診，但無需持轉診單：</p> <p>(一)門診、急診手術後之首次回診。</p> <p>(二)前款以外，持轉診單就醫後，因轉診之傷病經醫師認定需繼續門診診療，自轉診就醫之日起一個月內未逾四次之回診。</p> <p>(三)分娩出院後六星期內之首次回診。</p>

委員意見	健保署說明
<p>二、P.145，表37，109年相較於106年，總就醫次數申報及各層級占率變化，各區變化情形不一，但是一致的是地區醫院占率皆上升(南區最多，7→10.03%)，基層診所占率皆下降。而中區和東區則為醫院占率皆上升，診所皆下降，請問健保署對此表的解讀為何？此對分級醫療執行成效的意涵為何？</p>	<p>(四)前款以外，住院出院後一個月內之首次回診。</p> <p>(五)於無特約診所之鄉(鎮、市、區)，逕赴該鄉(鎮、市、區)之特約醫院就醫。</p> <p>前述(一)至(四)，以返回接受轉診之特約醫院、診所就醫為限，並由該接受轉診之特約醫院、診所自行開立證明予保險對象，或依其就醫紀錄逕行認定回診事實，作為視同轉診之依據。」</p> <p>二、有關109年各層級醫療利用：</p> <p>(一)地區醫院家數109年為368家，雖與106年369家差距不大，惟108年有2家區域醫院降為地區(雲林基督教醫院、郭綜合醫院)，109年新增土城醫院，營運量均較一般地區醫院為高，應為地區醫院占率提升之原因。</p> <p>(二)基層下降係因109年受COVID-19疫情影響，整體就醫人次下降，其中基層下降幅度最高，係因大多為初級醫療之故。</p> <p>(三)疫情期間更顯露分級醫療之重要，避免醫院群聚，保存醫院重症量能下，本署將持續推動分級醫療。</p>

委員意見	健保署說明
<p>三、5月份的業務執行報告，近期重點工作有提到因應COVID-19之視訊診療流程，請健保署說明「視訊診療機構」的認定標準，視訊診療的支付方式及相關規範，同時說明目前的利用情形及病患年齡性別區域的分布。</p>	<p>三、有關視訊診療相關規範及利用情形：</p> <p>視訊診療機構：經衛生局指定之醫療院所(含醫院及西、中、牙診所)。</p> <p>(一)照護對象：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.居家隔離、居家檢疫或自主健康管理者。 2.配合中央流行疫情指揮中心防疫政策增列之適用對象(門診病人)。 <p>(二)就醫安排：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.居家隔離、居家檢疫或自主健康管理者：撥打地方衛生局「居家檢疫及居家隔離關懷服務中心服務專線」由衛生局轉介。(109年2月26日起) 2.門診病人：(110年5月15日起) <ol style="list-style-type: none"> (1)以電話或網路方式向指定視訊診療機構掛號，預約視訊診療時間。 (2)如為「慢性病複診病人」，經醫師利用雲端醫療系統「因應天災及緊急醫療查詢作業」查詢過去的就醫資訊，評估病人目前餘藥量及病情是否穩定後，醫師可選擇以電話方式問診。 <p>(三)支付方式：依一般門診診察費支</p>

委員意見	健保署說明
	<p>付，其餘項目依支付標準規定辦理。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.領藥方式：由家屬或代理人至原看診之特約醫療院所繳費、過卡及領藥。 2.由藥師將藥品送至病人住所並收費。 3.如開立慢性病連續處方箋，須交付處方箋。 <p>(四)截至110年5月底參與視訊診療之指定醫療機構計10,456家(醫院403家、診所10,153家)：另截至110年6月17日止，視訊診療(含電話問診)，共46,512件；其中，視訊診療占55%、電話問診占45%。</p>
<p>馬委員海霞</p> <p>COVID-19疫苗注射需過健保卡，刷健保卡之用意為何？若需費用，由哪個經費支出。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 一、依據全民健康保險法第51條規定，預防接種及其他由各級政府負擔費用之醫療服務項目，非屬本保險給付範圍；另全民健康保險法第52條規定略以，由各級政府專款補助之重大疫情所致之保險事故，不適用本保險，故COVID-19疫苗注射所需費用，由公務預算支應。 二、特約院所施打COVID-19疫苗(含預防性投藥)，刷健保卡係為讀取民眾基本資料並進行確認是否為本人，為一般疫苗施打流程。又COVID-19疫苗處置費係疾病管制

委員意見	健保署說明
	<p>署編列公務預算，由全國性預防接種資訊管理(NIIS)系統進行結算並撥付相關費用予各院所，依健保法第51條規定不得申報健保相關醫療費用。</p>
<p>劉委員國隆</p> <p>目前各級私立學校未對兼課教師投保健保的保險費總額？是否追討？</p> <p>本席於第一次委員會議提出意見，近來常接獲私校兼課教師反映學校未為其投保勞保及勞健保，故希冀各級私立學校能落實對其兼課教師投保健保，惟健保署說明僅提到全民健康保險法規定，並無提出私校違法未投保之學校數及欠繳金額。健保署是否應拿出具體行動，主動稽查(全面或抽檢學校)私校是否違法並懲處追查？方式可調閱各校兼課教師名冊，比照健保署投保資料就可查出，畢竟私校欠繳健保費追回可提高健保收入。</p>	<p>一、按健保法規定，全民健保係課以投保單位主動申報之作為義務，投保單位與被保險人間是否具僱傭關係，應由投保單位初步審查認定，本署為健保之承辦機關，對於勞資雙方僱傭關係疑義，應循勞僱主管機關認定後據以辦理投保。</p> <p>二、健保法第10條規定，公私立學校專任有給人員，應以其服務學校為投保單位。惟考量大專院校教師之職業特性，衛生福利部曾函請教育部轉知各大專院校，基於對兼任教師的照顧，請欲以學校為投保單位之兼任教師得於學校辦理投保，本署亦已函各分區業務組應予提供必要之協助。</p>
<p>滕委員西華</p> <p>一、關於四月份(季報告)：</p> <p>(一)P1重點工作一COVID-19期間109年2月至7月健保費申請緩繳者截至本月仍有8%未能收繳完成，</p>	<p>一、有關委員對於四月份季報告之意見，說明如下：</p> <p>(一)有關申請109年2月至7月健保費延緩6個月繳納：</p> <p>1.截至110年5月底，各緩繳月份保</p>

委員意見	健保署說明
<p>請問這些對象是否會加收滯納金？倘有，如何計算？另109年7月後至今年是否仍有延緩繳納的措施？若有，則投保單位與被保險人投保分類、眷屬等分別為多少？</p> <p>(二)P2關於健保新藥預算預估模式，若意欲於111年總額協商時應用該方法，則建議至遲應於八月前提出，並向健保會委員說明該預</p>	<p>險費均已到期，收繳率達93%。</p> <p>2.對於前開申請緩繳但尚未繳納者，本署依全民健康保險法第35條規定，自延緩繳納期限後之15日寬限期限屆滿翌日起至完納前1日止，加徵其應納費額之滯納金；並得將未繳納保險費及滯納金之投保單位及保險對象移送行政執行，以確保本署債權。</p> <p>3.若因疫情影響其經濟收入，至今仍無力繳納申請緩繳保險費者，本署亦持續輔導及協助渠等對象辦理分期繳納或紓困貸款，減輕其經濟負擔。</p> <p>(二)另因應今(110)年疫情再轉嚴峻，本署再次提供今年4月至9月保險費得申請延緩6個月繳納之協助措施，並提供線上、郵寄、傳真、電話等多元免臨櫃申請管道，申請期限至今年11月30日。截至今年6月16日，共計8,532家投保單位、911名保險對象提出申請，緩繳金額計約11.68億元。</p> <p>(三)111年健保新藥預算預估模式說明如下：111年預算係支應107-111年收載之新藥，其中110、111年預估收載之新藥，係參酌廠商</p>

委員意見	健保署說明
<p>估模式之原理與依據，以便協商。</p> <p>(三)請健保署說明家醫群在疫情期間對會員有無提供與防疫有關之服務。</p> <p>二、關於五月份報告：</p> <p>(一)陳時中部長於6月初向媒體表示，某位因為施打AZ疫苗導致血栓，治療期間因自費70萬餘之</p>	<p>於「前瞻式新藥及新給付範圍預算推估登錄作業及平台(Horizon Scanning)」，提報之新藥及其預估於111年申報增加之藥費，並依近年通過率等因素調整，107至109年間已收載品項則依其藥費成長情形預估。</p> <p>(四)前開預估模式提經本署於110年3月30日所召開之健保新藥預算預估模式研究小組(含醫界專家代表)討論會議，搜集意見。110年4月28日於CDE召開之產官學會議，與廠商以視訊直接溝通。又本署於5月7日於TPMMA舉辦Horizon Scanning研討會，與藥界、醫界、病友團體代表當面說明執行現況，持續與各界交流並研議精進。</p> <p>(五)防疫期間家醫群診所共4,200家，因應COVID-19疫情提供視訊診療服務，占參與家醫計畫診所之75%。</p> <p>二、有關委員對於五月報告之意見，說明如下：</p> <p>(一)有關民眾因接種新冠肺炎疫苗引起不良反應就醫後，因醫療院所處置所衍生之涉及非健保給付醫</p>

委員意見	健保署說明
<p>免疫球蛋白，「指示」健保署先行墊付，並代位求償。請健保署說明，健保有無代墊？法規依據為何？</p> <p>1.首先，根據健保法第95條，代位求償法定項目並無施打疫苗產生副作用之醫療費用，退一萬步想，即便有代位求償法源，也是代位求償「健保有給付之項目與費用」，民眾之自費何以代位求償？</p> <p>2.其次，健保署如何能「代墊」病人的自費款項？除了政府委辦健保署的代辦事項之費用，健保署可根據部會機關間「互助」予「合約」予以暫付或代墊外，健保署協助病人代墊疫苗副作用的自費金額，法源依據為何？</p> <p>3.第三，疫苗接種不屬於健保署業務，更是健保法名列不給付項目，藥物藥害與疫苗接種受害救濟二者皆有對嚴重副作用與如何補償救濟人民，設有審核機制與獨立基金，亦更非健保署代管事項。因此，健保對被保險人就醫給付不論傷病原因，若民眾因為施打任何疫苗所衍生之副作用治療，治療中</p>	<p>療費用部分，由醫療院所以VPN登錄向本署申報，本署先予墊付，已請疾管署儘速研議規劃歸墊本署之通則性作業流程。</p> <p>(二)疾管署訂於近日召開會議與本署商議相關作業。</p> <p>(三)依行政程序法第 19 條規定，健保署基於行政一體及互助原則，應於權限範圍內互相協助。</p> <p>(四)有關預防接種及其致發生之副作用病症(依預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法第13條第1項所定與接種疫苗有因果關係者)，似得依據傳染病防治法第30條等相關規定請求救濟補償，其固非屬健保給付範圍(健保法第51條第2項、藥物支付標準第12條第1項第2款)，惟基於行政一體，健保署得與疾管署等相關機關協議，由本署先行代為墊付保險對象因疫苗接種致生副作用之相關自費治療費用，再向其請求返還代墊款項。</p> <p>(五)有關民眾因接種新冠肺炎疫苗引起不良反應就醫後，因醫療院所處置所衍生之涉及非健保給付醫療費用部分，若由醫療院所以VPN登錄向本署申報，本署可先予墊付，再向相關機關請求歸</p>

委員意見	健保署說明
<p>若屬健保給付項目，健保自當給付，治療若使用非屬健保給付項目，當無支付依據。但民眾自可依據疫苗接種受害救濟辦法向C D C提出救濟申請。而COVID-19疫苗目前皆屬緊急授權使用藥物，COVAX平台與相關疫苗藥廠皆要求購買國家自行承擔藥害，與一般疫苗的藥廠義務不同，國家自當對民眾受害的救濟程序應不同。政府為積極防疫應鼓勵民眾施打COVID-19疫苗，並體恤人民，應擴大保障民眾對副作用的擔心與相關副作用的治療費用。政府無論以目前的疫苗基金作為預算來源抑或與許多國家一樣單獨成立COVID-19疫苗副作用救濟補償基金之獨立預算，自可透過「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」編列預算支應，不應由健保違法代償或代墊，自當屬於CDC業務。</p> <p>4.過去健保署從未替任何一種病人自費形態做出墊付，更遑論是代位，此例一開不僅不合法，也不符體制，健保署應向部長秉明無法辦理，要代墊或</p>	<p>墊。</p>

委員意見	健保署說明
<p>代位亦應屬於疾管署業務。先不論這二年健保財務困窘，健保費主要來源是向被保險人等收取保費，保費之計算與平衡費率都是與健保支出項目、金額有關，隨意將非健保給付項目在無法源、且是病人自費項目下，由健保支出，即便代墊，亦不可！健保署若已違法代墊，請立即要求疾管署依職權返還，以免形成呆帳，莫使健保署相關公務員陷於違法情境。</p>	
<p>吳委員鴻來</p> <p>一、近期因疫情停開共擬會，請健保署研擬可行之會議方式，以免延遲新藥新科技引進，影響病友治療權益。</p> <p>二、有關「110年5月份全民健康保險業務執行報告」第1頁「因應COVID-19之視訊診療流程」，健保署盡快推行視訊診療值得肯定，但執行面仍有許多不足之處，例如許多採遠距看診的民眾還是得</p>	<p>一、考量目前COVID-19疫情警戒情形之不確定性，為使相關醫療人員能專注防疫及照顧病患，並顧及健保核價及給付規定修訂案件審議之品質與效率，未來將視疫情趨緩狀況順延召開，必要時加開臨時會或評估以視訊會議方式進行之可行性。</p> <p>二、有關視訊診療後過卡、繳費、領藥相關權宜措施如下：</p> <p>(一)有過卡部分：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療院所得以例外就醫處理(不過卡)。 2.開放健保醫療資訊雲端查詢系統

委員意見	健保署說明
<p>前往醫療機構繳費、過卡及領藥，雖然已可縮短民眾停留於醫療機構的時間，領藥動線也有改善，但仍有群聚風險。請健保署說明目前執行狀況及改善措施。</p> <p>三、近期因疫情影響，醫院屢有急診停診或降載之情形。可理解非常時期須共體時艱，但有就醫需求的民眾因不清楚相關訊息，可能白跑一趟或奔波醫院間，無所適從。雖已有媒體報導整理相關資訊供民眾參考，健保署未來可否研擬於發生疫情等特殊狀況期間，於健保署全球資訊網及全民健保行動快易通App等平台提供即時整合之相關資訊，讓民眾免於奔波之苦。</p>	<p>「因應天災及緊急醫療查詢作業」，醫師得以病人ID查詢過去用藥及就醫資訊。</p> <p>3.使用虛擬健保卡。</p> <p>(二)繳費：各院所自行規劃，部分院所已有提供線上繳款之功能，例如榮總得以該院APP行動繳費。</p> <p>(三)領藥：依醫師法第13條、藥師法第18條及管制藥品管理條例第8條及第10條規定，民眾仍需取得處方箋，由藥師調劑給藥，部分院所設置類得來速窗口以便民眾快速領藥，或民眾至社區藥局領藥。</p> <p>三、有關健保特約院所開診之診療科別及服務時段：</p> <p>(一)本署全球資訊網及健保快易通APP已建置COVID-19專區提供民眾查詢，並持續提供醫療院所透過VPN維護服務項目、診療科別及服務時段等相關資訊。</p> <p>(二)相關停診或開診時間異動，仍需由醫療院所至本署VPN異動或回報；惟疫情期間院所業務繁忙，異動看診時間恐無法即時更新，建議民眾於就診前可先至院所網站查詢，避免奔波。</p> <p>(三)本署仍會持續請醫療院所維護門</p>

委員意見	健保署說明
	<p>診及時異動時間。</p> <p>四、本署於疫情期間已配合防疫政策，於全球資訊網、臉書、Line@提供整合宣導，全民健保行動快易通App亦已配合增加篩檢結果查詢、疫苗紀錄及疫苗預約功能，並做相關宣導，說明如下：</p> <p>(一)健保署於110年5月19日於全球資訊網首頁建置「COVID-19就醫權益與因應作為」專區，彙整「健保署分三階段注入資金 全力支援醫院防疫」、「民眾就醫權益(視訊診療看這裡)」、「醫事機構因應作為」、「全國各縣市快篩/PCR執行地點」、「常見問答集」、「宣導素材」等疫情相關資訊，提供各界運用參考，並且持續更新。</p> <p>(二)健保署5月13日至6月15日期間，同步於健保署FB及Line@發布36則貼文，向大眾宣導視訊診療、居家醫療、慢性病處方籤預約領藥/委託代領藥、APP健保櫃台等減少接觸群聚之應變措施，並提供民眾使用「全民健保行動快易通 健康存摺APP」查詢篩檢結果，透過多媒體平台即時宣導疫情相關資訊。</p>

委員意見	健保署說明
<p>楊委員芸蘋</p> <p>110年5月份健保業務執行報告，P14欠費收回統計表：</p> <p>一、收回率69.46%，尚有256.35億元未收回，請問是何原因未收回。</p> <p>二、報告中提及「備註3.近期收回率相對較低，係因收繳期間較短」。請問：為何較短？</p>	<p>一、有關健保業務執行報告第14頁表8欠費收回統計，整體欠費收回率69.46%，係因近期發生之欠費，其催收作業時程較短，致收回率較低。隨催收時程拉長，多數欠費皆可逐漸收回，收回率亦會提升，如105年之欠費收回率可達91.25%。</p> <p>二、欠費催收作業時程，包含辦理催繳送達及移送行政執行等各項程序。近期欠費因剛屆寬限期，多數尚在辦理前半階段催繳及送達相關作業，未達後續移送行政執行程序，故收繳期間較短。</p>
<p>李委員永振</p> <p>本次業務執行季報告漏未提供「表5-2全民健康保險基金收支餘絀情形表」，請於下個月業務執行報告補附。</p>	<p>一、有關本次業務執行季報告「表5-2全民健康保險基金收支餘絀情形表」，以往皆於3、6、9及12月業務執行報告提供，爰本(110)年第1季「表5-2全民健康保險基金收支餘絀情形表」已於3月份業務執行報告(第11頁)提供(如附件九之附件2，第83頁)。</p> <p>二、本署將依委員意見，於下個月業務執行報告，再次提供110年第1季「表5-2全民健康保險基金收支餘絀情形表」，嗣後亦將配合本署季報告提供時程辦理。</p>

委員意見	健保署說明
<p>何委員語</p> <p>一、1~5月共違規家次很多，且函送司法單位共有54家次。醫生為高教育及上等人才，如此違規函送司法處理，實屬影響人生重大，健保開辦至今為何會發生刑事案件。</p> <p>二、110年1月~5月住院及門診量應是下降的，請明確提出下降量次。</p>	<p>一、為保障多數合法院所權益，防杜少數蓄意違規院所侵蝕健保財務，本署依據「全民健康保險法」第66條第1項及「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」規定，對於特約醫事服務機構涉及違規情事，依違規情節予以違約記點、扣減費用、停止特約及終止特約等處分，對於其中虛報醫療費用者，因涉及刑法之詐欺及偽造文書罪嫌，本署依「全民健康保險法」第81條有移送司法偵辦之義務，爰將具體違法證據，函送司法機關辦理。</p> <p>二、本署對於特約醫事服務機構涉嫌違法函送司法機關偵辦案件，均審慎嚴謹勿枉勿縱，且當事人若態度良好或坦承不諱，亦敘明併送司法機關，作為量刑之參考。</p> <p>三、依本署提報110年5月份全民健康保險業務執行報告「表17醫療點數_總表(第36頁)」，110年第1季、110年4月於門診、住診申請點數及部分負擔較109年同期成長；惟110年5月疫情轉趨嚴峻，健保特約醫療院所5月費用係於6月20日前陸續申報，目前尚無完</p>

委員意見	健保署說明
	整申報資料，預計下次健保業務執行報告將提報至5月之相關分析，供貴會委員參考。

C 型肝炎預算執行情形					
項目 \ 年度	106 年	107 年	108 年	109 年	
預算數 (億元)	31.01	50.36	65.36	81.66	
年度追加後預算 (億元)			73.58		
預算執行數 (億元)	26.91	48.57	70.54	62.41	
--既有 C 型肝炎藥品	4.45	1.37	0.10	0.30	
--全口服 C 肝新藥	22.45	47.20	70.44	62.11	
預算執行率	87%	96%	108%	76%	
年度追加後預算執行率			96%		

註：

- 1) 自 107 年起醫院與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。
- 2) 108 年超出之 5.18 億元由其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」(8.22 億元)結餘款支應。

全民健康保險基金

表5-2 收支餘絀情形表

中華民國110年01月01日至110年03月31日

單位：新台幣元

項目	累計實際數	去年同期實際數	累計實際數與去年同期比較增減	
			金額	%
壹、保險收支餘絀部分				
一、保險收入	178,080,419,869	161,752,633,343	16,327,786,526	10.09
1. 保費收入(含滯納金收入)	174,100,820,732	157,672,625,344	16,428,195,388	10.42
2. 菸捐分配收入	3,254,408,461	3,212,293,596	42,114,865	1.31
3. 公益彩券分配收入	355,416,111	320,106,168	35,309,943	11.03
4. 利息收入	127,746,930	336,069,989	-208,323,059	-61.99
5. 收回呆帳	235,729,287	206,937,531	28,791,756	13.91
6. 雜項收入	6,298,348	4,600,715	1,697,633	36.90
二、保險成本	178,871,512,031	169,227,241,581	9,644,270,450	5.70
1. 保險給付	176,893,486,533	167,439,350,544	9,454,135,989	5.65
2. 呆帳	1,876,780,000	1,698,309,153	178,470,847	10.51
3. 業務費用	100,763,622	89,132,819	11,630,803	13.05
4. 雜項費用	481,876	449,065	32,811	7.31
三、保險收支淨餘絀(一減二) ^(註1)	-791,092,162	-7,474,608,238	6,683,516,076	-89.42

附註：1. 本(110)年度截至3月底止保險收支淨短絀數791,092,162元，依法收回安全準備填補短絀，收回後安全準備餘額 109,678,104,785元，折合約1.87個月保險給付。

2. 本(110)年度截至3月底止累計實際數與去(109)年同期比較增減情形

(1) 保費收入(含滯納金收入)成長10.42%，主要原因說明如下：

- a. 第1類平均投保金額及第4、5、6類平均保險費增加，致一般保險費增加約26億元。
- b. 第2類平均投保金額減少，致一般保險費減少約1億元。
- c. 110年1月1日起一般保險費費率由4.69%調整至5.17%，致一般保險費較去年同期增加約110億元。
- d. 補充保險費較去年同期增加約4.81億元，主要係因110年1月1日補充保險費費率由1.91%調升至2.11%所致。
- e. 政府應負擔36%差額較去年同期增加約27.13億元，主要係本年度一般保險費收入較去年同期增加，致政府應負擔36%差額隨之增加。
- f. 滯納金較去年同期減少約0.13億元。

(2) 菸捐分配收入成長1.31%，主要係菸品健康福利捐實際分配收入較去年同期增加所致。

(3) 公益彩券分配收入成長11.03%，主要係公益彩券盈餘實際分配收入較去年同期增加所致。

(4) 利息收入負成長61.99%，主要係本年度資金日平均營運量較去年同期減少，又109年3月央行降息1碼等影響，致利息收入較去年同期減少。

(5) 收回呆帳成長13.91%，主要係因本署積極控管欠費並加強催收，致收回呆帳較去年同期增加。

(6) 雜項收入成長36.90%，主要係因未兌現支票轉列收入筆數及平均每筆金額，均較去年同期增加所致。

(7) 保險給付成長5.65%，主要係因總額協商成長及預估部分負擔減少所致。

(8) 呆帳成長10.51%，係因本署加強欠費監控控制及110年一般保險費費率調升至5.17%、基本工資調漲，致未逾寬限期、催收及移送行政執行等應收帳款上升，致提列呆帳數增加。

(9) 業務費用成長13.05%，主要係以前年度購置電腦設備及電腦軟體陸續完成驗收，致提列折舊、攤銷費用增加，及相關醫療系統、資安防護系統保固到期，致相關軟體服務費用較去年同期增加。

(10) 雜項費用成長7.31%，主要係保險收支逾期支票重開平均每筆金額，較去年同期增加所致。

肆、優先報告事項第二案「配合防疫規定，調整『各總額部門 109 年度執行成果評核之作業方式』評核會議之辦理方式案』與會人員發言實錄

委員會前書面意見及相關單位回復如附件十(詳第 88~89 頁)

同仁宣讀。

陳組長燕鈴

- 一、本案緣於 4 月份委員會議已經通過評核作業方式，當時規劃除了邀請專家學者進行書面評核外，也同時辦理大型的公開發表會議。但是現在因為 COVID-19 疫情的關係，我們考量需要配合政府防疫規定，停止室內集會活動，也希望讓醫界能專注防疫、減輕醫界負擔，所以提出調整評核作業方式的報告案。
- 二、調整內容是仍維持評核委員書面評核作業，以書面進行意見交流，但不辦理成果發表公開會議，因此，需要配合酌修 110 年評核作業時程表(詳會議資料第 60 頁)。本案調查委員意見結果，多數委員同意所擬調整方案，另有 3 位委員建議以視訊方式進行，有 1 位委員提出其他建議。
- 三、委員意見與詳細說明，請參閱補充資料第 30~31 頁，有 3 位委員建議以視訊會議進行評核並評定評核等級。在本會說明及建議處理方式的部分，考量疫情嚴峻，為減輕總額部門負擔，建議不辦理成果發表會議，至於溝通及意見交流，則安排以書面方式將評核委員意見送請部門回應及補充說明，評核委員意見將會列入評核紀錄，作為總額協商之參考。
- 四、第 2 項是對擬案辦理方式之提問，包括意見交流方式為何、評核委員可否詢問相關團體。擬案的書面交流方式是請總額部門依據評核委員意見回應補充，並將這些資料納入評核紀錄；至於評核委員評核過程是否要召開視訊會議，會依照評核委員需求安排。
- 五、第 3 項是有委員建議修正時程表的文字，因為表中有 2 個字誤植，我們會配合修正相關文字。

六、第 4 項是有委員建議適度延展書面報告繳交期限，並配合順延後續作業的時程安排，對此本會仍建議照原定時程進行，因為在 7 月辦理評核作業後，相關整理結果會影響後續總額協商，且 8、9 月將會辦理一連串的協商會前會、座談會、協商等作業，因此建議依照原訂議程進行。而且評核資料涉及四總額部門與其他預算，很龐大，評核委員需要足夠時間審閱，建議依照原定時程繳交書面報告。

周主任委員麗芳

本案因為在時程上比較急迫，針對本會同仁的擬議，委員比較關心的有 2 點，第 1 點是辦理時程是否要再調整，第 2 點是要不要開視訊會議。時程的部分，陳組長燕鈴講得很清楚，因為後續作業環環相扣，展延繳交期限可能會導致後續作業的困難，建請委員依照本會同仁的擬議辦理。至於是否要辦理視訊會議進行意見交流，本會同仁說明得很清楚，完全尊重評核委員。我也跟大家一樣，對於究竟誰是評核委員一無所知，所以這次的評核絕對是非常公平嚴謹。接下來請陳委員石池。

陳委員石池

我對評核時程或者是否召開視訊會議沒有特別意見，但對辦理成果發表有意見，因為疫情時間不方便辦理成果發表會，我相信大家都理解，但外界可能很想了解總額執行成果如何，因此我建議在健保署、衛福部或其他適當地點，以海報或是書面展示的方式，讓總額執行成果可以透明化，展現健保署、總額相關團體的努力。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

我同意因為疫情嚴峻不辦理成果發表會，但是我強烈建議評核委員要以視訊會議進行評核作業，因為這樣才能促進雙向溝通。對於評核程序，我有 1 個問題想了解，就是這次我們不辦成果發表會，但是總額各部門一樣會如同以往備妥書面資料，評核委員就是根據書

面資料做評核工作，我想澄清是不是用這樣的方式？但如剛才提到的，我可以接受不辦大型發表會減少總額部門負荷，但還是建議評核委員之間應該用視訊方式加強溝通。

周主任委員麗芳

請教盧委員瑞芬，本會同仁是建議屆時徵詢 7 位評核委員意見後，再決定是否召開視訊會議；但盧委員是希望現在就決定是否召開視訊會議，不考慮評核委員的意見嗎？

盧委員瑞芬

因為其實開會的程序也是 1 個紀錄，雖然過去評核委員在發表會之後的討論是不對外公開的，但是我覺得這個會議應該還是要有一個具體的會議可以讓彼此溝通，我瞭解主席剛才提到說要徵詢評核委員的意見，但我覺得我們其實還是可以在委員會議做出明確的建議，希望評核委員透過視訊方式完成這個任務。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、我認為假設今天健保會委員有達到共識，想要請評核委員在書面評核後再做一個報告，是可以利用 ZOOM 這個軟體來辦理的，它只需要申請帳號跟密碼，就可以讓評核委員在 ZOOM 上面發表評核報告，參加者只要有帳號跟密碼，就可以直接上去聽，也可以藉此管控上網人數。我講題外話，現在資訊科技非常發達，很多宗教團體在辦活動時，信徒也是藉由 ZOOM 的系統，以帳號、密碼登入參加法會活動。如果以這個方式辦理評核發表會，任何人當然都可以上去聽。

二、假設我們不用上述方式辦理，是採書面評核的話，建議 7 位評核委員最後要評定總額部門的等級是屬於特優、優、良時，應該召開視訊會議，這樣至少能彼此交換意見及看法，這樣對部門比較公平，這是我的建議。

周主任委員麗芳

- 一、針對剛剛 3 位委員發言，陳委員石池比較關心的是，各個總額部門努力的成果是否有機會讓大家了解，本會同仁考慮的是，現在最重要的工作是前線抗疫。陳委員的意見非常寶貴，本會同仁會評估日後有無適當場合，例如年底的健保會訪視活動，是否有可能做這樣的成果展示，本會同仁會將陳委員石池的意見記下來。
- 二、盧委員瑞芬和何委員語的意見也很寶貴，他們建議評核過程採取書面評核的方式，在最後評核總額部門等級時，則採取視訊會議的方式，亦即部分修正本會同仁擬議，維持不舉辦成果發表會，用書面方式進行評核，但最後在決定評核等級時，與往常一樣以會議方式進行，惟會議是以視訊進行。委員是否同意這樣的修正？如果沒有反對意見，在進行討論事項之前，我們先休息 5 分鐘，請各位委員在 11 時 40 分再回到現場，謝謝。

(休息 5 分鐘)

附件十 委員會前書面意見及相關單位回復

委員意見	本會說明及建議處理方式
<p>建議以視訊會議進行評核：</p> <p>盧委員瑞芬 可以視訊線上會議辦理，書面評核恐流於單向陳述，較無法有效溝通交流。</p> <p>劉委員國隆 視訊會議。</p> <p>何委員語 除了提供書面評核內容外，應召開視訊會議表決評核團體等級事宜。不應由主委引導評核委員投票意向，誠屬不該。</p>	<p>一、擬案係照往例，維持評核委員書面評核，<u>考量疫情嚴峻，為減輕總額部門之負擔、保留防疫量能，僅不辦理成果發表會議。</u>至於溝通交流，則安排以書面方式辦理。</p> <p>二、至於委員關心<u>是否召開視訊會議溝通，將依評核委員需求安排。</u></p>
<p>對擬案辦理方式之提問：</p> <p>盧委員瑞芬 擬案中以書面辦理評核及意見交流，意見交流係指評核委員以視訊進行討論？</p> <p>馬委員海霞 若評核委員對書面報告有疑慮或不清楚之處，可由視訊詢問相關團體。</p>	<p>一、擬案之書面意見交流，係指總額部門依評核委員意見，回應或補充說明，這些意見將納入評核紀錄，供總額協商參考。</p> <p>二、至於委員關心是否召開視訊會議溝通，將依評核委員需求安排。</p>
<p>建議修正評核作業時程表文字：</p> <p>李委員永振 會議資料第60頁，「伍、110年評核作業時程表」最後一列作業內容之文字提到「(含評核會議紀錄)」，惟經檢視執行單位之評核作業規劃，似未提到有辦理相關會議，建議檢視相關文字是否需要增刪。</p>	<p>「會議」二字係誤植，將依委員建議修正紀錄 (修正「伍、110年評核作業時程表」(P60)最後一列文字為：...提報評核結果(含評核會議紀錄))。</p>

委員意見	本會說明及建議處理方式
<p>建議適度展延書面報告繳交期限，並配合順延後續時程：</p> <p>朱委員益宏</p> <p>原訂6月30日四總額部門及健保署需提送執行成果之書面報告，考量前段時間健保署及醫界全力投入防疫，建議可適度展延書面報告繳交期限，並配合順延後續時程安排。</p>	<p>建議照原議定時程進行，以免影響後續總額協商作業，說明如下：</p> <p>一、<u>評核作業訂於7月28日完成</u>並公布評核結果，<u>係配合總額協商法定時程安排</u>。7月完成評核，以利8、9月份接續進行總額協商會前會、座談會、協商會議等事宜。</p> <p>二、評核範圍包含四總額部門及其他預算之執行成果，考量資料量十分龐大，<u>評核委員需有足夠時間審閱書面成果報告</u>，故訂於6月30日繳交書面報告。目前尚未接獲需提報資料之單位提出延後繳交期限之反映。</p>

伍、討論事項第一案「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)」與會人員發言實錄

委員會前書面意見及相關單位回復如附件十一(詳第 111~119 頁)

周主任委員麗芳

各位委員，謝謝大家回到線上，現在進行討論事項第一案。本會同仁曾提醒我今天會議時間原訂 2 小時，但是我們時間有稍微延宕，所以等下請同仁只要宣讀提案案由，暫不宣讀文字內容，請同仁開始。

同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、本案是援例須於每年 9 月總額協商前，先議定 111 年醫療給付費用總額協商架構及原則，以順利完成該年度總額協商。擬案主要是參照 110 年度的總額協商架構與原則，並配合衛福部修訂西醫基層總額「醫療服務成本指數改變率-藥品費用」採計方式，改採「躉售物價指數-西醫藥品類」之權重，依此擬具 111 年健保總額協商架構與原則，相關內容請委員參閱會議資料第 65~70 頁。
- 二、綜整委員對本案之回復意見，其中多數委員同意擬案，另有 3 位建議修訂草案、有 1 位會在委員會議表示意見。關於委員意見的詳細內容，請看補充資料第 32~40 頁，意見主要分成 2 部分，第 1 個部分是協商架構，第 2 個部分是協商原則。
- 三、有關協商架構：
 - (一)第 1 個建議是整體性的，認為醫療總服務量因疫情而下降，衛福部也因此對醫療院所給予紓困與補償，所以建議總額成長率要配合下修，總額公式也要考量新冠疫情的影響以符實情。關於這項建議，因為總額協商架構是依據衛生署(衛福部前身)規劃的方案及衛福部研訂之 111 年度總額公式辦理，所以轉請社保司說明。社保司對本案的摘要說明是，過去就醫價量高於預期，點值長期低於 1 元的情況

下，都沒有追加預算，現在如果因疫情追減預算，未來恐有追加預算的倡議，宜特別審酌，公式的部分請委員提出具體建議，以納入衛福部未來公式檢討工作小組會議討論。本案詳細內容請參閱補充資料第 32 頁。

(二)第 2 項建議是對條文之文字的修正，就是建議修訂非協商因素中的醫療服務成本及人口因素，所採基期要扣除前 1 年度的品質獎勵金額。本會建議維持原條文，主要是因為「醫療服務成本及人口因素」包含 3 項自然成長率，基期是前 1 年的一般服務費用，基期並未包括品質獎勵金額，所以沒有扣除的問題。

(三)第 3 項是建議在「其他醫療服務利用及密集度之改變」協商項目下，增列「照護模式改變」這個協商項目。對這項建議維持原條文，以符總額協議的精神。因為健保開辦時，當時衛生署交議的研議方案已經明列可考慮放在「其他醫療服務利用及密集度之改變」的項目，而且定義很明確，包括就醫型態改變、疾病發生率等，都是以民眾需求面來考量協商因素，而委員所提的照護模式改變，則是屬於供給面的改變，建議回歸原研議方案的精神，以民眾需求面為主。此外，若在協商因素增加照護模式改變，其對醫療費用的影響，會納入來年低推估因素「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」計算，會有費用内生性問題及重複計算之虞。

(四)第 4 項是詢問，為什麼今年西醫基層總額醫療服務成本指數改變率要改變指數計算方式、取消原本門診藥費權重，這部分是配合衛福部修訂，所以轉請社保司說明，該司說明內容在補充資料第 37~40 頁，請委員參考。

四、有關協商原則：

(一)第 1 項是對協商原則的整體建議，建議「依據行政院核定之年度醫療給付費用總額範圍及政策目標進行協議擬訂，

使健保政策延續並扣連醫療給付費用總額」。這部分在會議資料第 69 頁有詳細說明，所以不多贅述，主要是現行協商原則已明定本會總額協商會在總額成長率範圍內進行，協商程序中也有明訂社保司交議本會後，會請衛福部社保司說明政策方向，也會行文給總額部門跟健保署依所附的政策方向研擬協商草案，原則、程序都有，實質上也持續進行，建議不新增。

(二)第 2 項是對文字的修正建議，建議 110 年度專款項目，如果因為疫情或一些作業耽誤，使得執行率沒有超過 50%，那在 111 年度可以照 110 年度預算編列，協商時直接通過。這項意見依照委員討論決議辦理。

(三)第 3 項是建議在其他原則增列，各總額部門研提協商草案時，如果有應用年度總額調整支付標準項目，應評估是否連帶影響其他部門總額，如果有影響，要有相關預算撥補受連動影響部門。這項建議事涉總額部門執行內容的衡平性，且健保署在 8 月將會同各總額部門預擬研商草案，所以建議請健保署於 8 月會同各總額部門研提協商草案時，同時評估衡平性的問題，因此建議不新增，這些意見轉請健保署辦理。

周主任委員麗芳

有關目前提出意見的委員中，商委員東福是代表社保司，社保司在衛福部是主管總額協商相關公式的擬定，社保司提出的意見一定也經過相當考量，是否在其他委員發言前，先請社保司商委員東福，就所提出的 3 點修正意見提出補充說明。請商委員東福。

商委員東福

本案既然是討論事項，我們尊重委員的討論結果，我們這邊提的有些是比較實務的問題，有些是原則，我們希望協商的部分能跟政策目標盡量相扣連，我們知道過去總額成長的同時有一定的政策規劃，朝這樣的方向處理。至於剛才健保會的建議或待會委員討論的

方向，我們都尊重各位委員意見。

周主任委員麗芳

謝謝商委員東福的說明，接下來請黃委員振國。

黃委員振國

一、針對投影片資料某委員提案，有關受疫情影響，醫療總服務量下降，衛福部也給予醫療院所補償及紓困，建議適度下修健保總額成長率，提出我的看法：

(一)首先，我們當然知道現在疫情情況不是大家能預期的，誠如我們去年編 110 年度預算時，並不知道今年疫情走向。其次，我們也很清楚，衛福部有提供醫療院所補償跟紓困，但都是疫情發生後的事後處理，想請主計總處提供 109 年衛福部總共給了醫療院所多少補償跟紓困金額，這第一點。

(二)第二點，也請告訴我，110 年編列多少預算用於補償跟紓困，其實剛剛委員們提到的爭點，就是大家都很肯定醫療院所對這次防疫的貢獻，但屬於傳染病疾病防治部分，應該是由政府部門編列相關預算去支應。很可惜就我所知，目前各醫療院所都感受不到政府到底要補償多少、紓困多少，所以當這個前提不存在的時候，我們怎麼可以預期 111 年的總額要扣多少？所以，我希望在這個議題存在的前提之下，就是政府已經編列了適度的補償跟紓困金額，明訂所謂的給付項目跟內容，如果這些都已明訂，屆時再來討論因為疫情對總額的衝擊，以及 111 年的總額能否需要適度微調。

二、另外很重要一點是，我們當然知道，去年因為疫情的關係，造成服務量能的下降，大家想一想，如果明年疫情結束，服務量是不是就恢復，甚至有所謂的延遲性醫療需求增加的可能性，所以請大家必須要考量各種可能的因素。還有，以往對於總額點值每點小於 1 元的部分，也沒有增加經費去挹注，所以基於

以上種種理由，我希望政府(主計總處)能告訴我們說，110 年編列多少補償跟紓困，還有 111 年將編列多少來因應可能發生的疫情，如果疫情沒有發生，這筆費用也用不到，所以我想政府必須明確告訴我們。

三、還有很重要的是，我們問過很多相關政府單位，包括現在大家看得到的，醫院做的快篩跟治療，到底是疾管署該給付？還是健保該給付？目前我得到的答案是大家都不清楚，也請政府(衛福部)明確告訴我們，今天我們在第一線醫事人員從事的篩檢，還有包括防治等費用，政府會編列多少預算來挹注，以減少對健保的衝擊？

周主任委員麗芳

請翁委員燕雪。

翁委員燕雪

一、有關我所提的建議，先跟各位委員說明，我是今年新加入的委員。去年主計總處在處理醫界紓困案時，我就有些疑問，所以希望能從 110 年的總額協商來處理，因為剛加入健保會，對總額協商的程序尚不清楚，所以就在這裡提出來。剛好今天前面健保署李署長伯璋報告的第 12 點也有提到類似的狀況，保留在這邊發言，我想也可以跟本案的討論有所連結：

(一)剛剛前面討論時，有委員表示，紓困是紓困，健保是健保，應該要脫鉤處理，但是我為什麼認為要掛鉤呢？其實醫療產業跟其他一般產業的紓困，性質是不一樣的。一般產業的紓困是因為民眾減少外出，而且現在餐飲業不能內用、娛樂業也不能開了，造成說整個產業的收入減少，民眾支出也減少，所以政府要針對產業的收入減少來做紓困，但是我們健保制度比較不同，我們是總額支付制度，意即醫療的服務量能減少了，也還是要付出這麼多的健保支出，但是現在針對醫療院所服務量能減少達到一定程度的部分，政府就會給予補償紓困，衛福部在去年就訂出相

關辦法。

(二)至於剛剛黃委員振國所提關於政府到底編了多少預算？這個問題應該是由衛福部來回應，因為預算不是主計總處編，預算是由衛福部提出來，然後我們彙編進來的。既然政府已訂定對醫療機構的補償紓困辦法。從民眾的角度來講，我會認為醫療方面的支出，除了健保以外，政府預算應該也算是我的支出，因為政府的錢就是民眾的錢，是我們納稅人的錢，不然政府的錢從哪裡來？在疫情嚴峻的狀況下，整個醫療服務量能是下降的，結果民眾要從口袋掏出的錢，反而是增加的，所以我認為要去調整的是整個分配制度，假設說我們不去探討所有政府支出增加等於健保增加，至少我們那個公式的試算，不能跟以前承平時期是一樣的。

二、我主要的建議，並不是說一定要去調整 111 年度的總額預算，因為去年總額協商時，疫情還沒那麼嚴重，而且政府對於醫療機構的補償紓困辦法，也是總額協商之後才提出來的，但在已有補償紓困辦法的前提下，我才會認為說今年總額協商時就應該給予調整，而且 111 年度也應該要未雨綢繆。當然民眾減少逛醫院是一個好的發展，健保署也一直希望能夠開源節流，假設民眾減少逛醫院，使醫療服務量降下來的話，點值就會上升，因為在總額支付的制度下健保支出是不會減少的，所以我認為在分配上面，以及公式還是要做一些調整。至於社保司給的回應，要我提出具體的公式建議，看到這個意見非常錯愕，怎麼會要委員自問自答，我提出問題，結果竟然說叫我自己想辦法解決，所以對於社保司這個回應，我真的覺得很難接受。

周主任委員麗芳

接下來請盧委員瑞芬。因為時間關係，依目前委員發言序，顏委員鴻順發言之後，其他委員如果還有意見的話，請提書面意見。

盧委員瑞芬

我的詢問其實就是要請社保司說明，因為這在原本的會議資料上面沒有說明。我就是想請他們說明為何西醫基層總額醫療服務成本指數需要修改，指標修改其實是很重要的一件事情，為什麼取消了門診藥費權重，但社保司在補充資料第 37~40 頁的回復，就只是公文，還有一個會議結論，會議結論就說他們決定採乙案，也就是要取消門診藥費權重，所以事實上是完全沒有回答到我的問題，所以我想以後我們提書面的時候，也希望社保司在回復時，能夠看清楚題目然後確實回答，因為我想要了解的是理由，然後你給我會議結論，完全沒回答到我的問題。

周主任委員麗芳

等一下再請社保司回答，先請朱委員益宏。

朱委員益宏

一、有關剛剛翁委員燕雪提到，認為 110 年因為受到疫情影響，服務量沒有那麼多，所以總額應該減少的這個議題。我覺得說如果是這樣子的話，醫院當點值變差的時候，服務量增加、點值變差的時候，是不是應該要增加總額？如果這樣那就不用總額，反正就是做多少拿多少嘛，服務量少你就少給，政府就少出，但服務量多的時候政府就要多出啊！那就事實上就不需要總額嘛。我覺得說不能看到說現在服務量少了，要求總額要減少，但當醫界因為需求量增加，疫情過後反彈，服務量大增的時候就說你們有浮濫、有浪費，點值自己吸收，這個我覺得是不公平。所以，既然是做總額，我們預先議定預算的金額，然後大家在這裡面執行，當然服務量少，點值會增加，服務量多，點值會降低。這在供給者跟付費者間就是一個取捨，而且這是事前的取捨，不是事後看到服務量少，才說是不是給的錢太多了，我覺得這是不公平的，這個我要先回應一下。

二、第 2 個，是對於商委員東福所提的建議，我有幾點意見：

(一)商委員東福就總額協商架構所提意見，就是所謂的照護模式的改變，本會同仁認為這是所謂的供給面的問題，我覺

得本會同仁可能這邊不太了解醫療實際現場的狀況，所謂照護模式的改變，是因為有被照顧者有相關需求，傳統的照顧可能已經不敷需求，所以才會做改變，這當然也是以需求面來做考量，才會有這個模式的改變，所以我覺得這不是供給者單方面的考量，如果供給者考量的話，表示供給者提出這樣的照護模式，但是沒有需求面，那事實上是沒有用，也不會有任何的服務量，所以我認為說這個在總額協商的時候，確實是應該給予考量。

(二)舉例來說，比如說大家認可的遠距照護，這就是照護模式的一種改變，但是遠距照護，除了傳統面對面看診以外，還要有一些硬體的配置，還要有一些其他的設施，當然，或許因為照護模式的改變，可能會增加醫療效率，所以到底會增加費用，還是減少費用，我覺得這個就是列為協商因素裡面大家來談，所以我認為說這個不應該是依照本會同仁建議的，這個是供給面的需求，不予考慮，我認為本會同仁的意見可能要再重新考慮。

(三)商委員東福就總額協商原則所提意見，是認為如果在總額協商時，如果會因為部門增加或減少支付項目，或是有一些項目調整的時候，會在各總額部門間產生連動影響。對於這點，我認為會連帶影響到其他總額部門，是因為連帶受到影響的總額部門並無相關預算支應，而且該部門可能事先也不知道，這就會產生相當大的困擾。事實上在 110 年就已經發生這樣的事情，所以剛剛本會同仁講說，在健保署協商的時候，跟各總額協商的時候就應該規劃，但我覺得這個也不實際，因為各部門協商的時候，就算健保署規劃了，然後在被影響的部門去提出相對的總額增加，但是協商的時候各部門是分開協商，有可能付費者同意了 A 部門的調整，但是受影響的 B 部門付費者不同意，這時候到底在 B 部門受到影響的時候，該誰來買單，所以這個事情我覺得並不是照本會同仁這邊講的說，健保署這邊可以

單方面決定，除非說因為受到影響單方面決定的時候，這個事情就變成在受影響的部門(B 部門)就是免協商，如果是這樣當然就比較沒有問題，但是如果還是納入協商，協商的結果就有可能不過，所以我認為這是不適當的。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

一、對於剛剛朱委員益宏回應商委員東福，所提的照護模式的改變到底要不要納入醫療服務利用密集度的改變，我的看法跟朱委員比較不一樣，所以也提出來跟大家參考一下：

(一)照護模式的改變確實是可能因應新的服務型態，若有新照護模式出現的時候，不管是醫院的整合型的照護、病人，或是說我們試辦的這些專款計畫，論質也好、論人也好，在這些方案裡面，新的照護模式都會在支付標準裡面去反映。剛剛朱委員益宏也提到，這個照護模式的改變，有可能是增加費用或提升更好的服務品質跟服務效率，或者是在健保的資源裡面，在不同的層級或不同的總額，甚至是在不同的病人之間，可能有更好的分配效率，所以才會有這種照護模式的改變，我們之前提過，可能將來也許要試辦的全責照顧計畫，也是這樣的概念，這樣的東西其實就會反映在支付標準裡面，既然反映在支付標準裡面，它理所當然的應該是要反映在醫療服務成本指數改變，就是我們的非協商因素裡面去支應。

(二)當然如果落入這個非協商因素裡面，甚至是在辦理支付標準調整，它其實隔年也會反映在基期。那如果不是，比如說家醫群好了，它其實在專款專案的部分，其實也會在專款專案裡面，有不同的執行指標跟特別的支付方式，那用完當然就用完，用不完它就滾回安全準備。我覺得這個其實我比較支持本會同仁的建議，應該放在需求端裡面，不

應該是在這個醫療服務密集改變度。剛剛朱委員有一點我也蠻認同，照護模式的改變不一定會增加醫療利用，其實可能是降低醫療利用的部分，比如說這個門診的下降等等。

二、再來是我提到的一個案子，因為螢幕上投影片的文字比較精簡，我再口頭說明一下。剛剛特別提到連第 2 季都要開始考慮這個點值的計算模式不一樣，或是要付的費用要比照 108 年同期的 9 成支付，所以，可見我們的醫療服務利用率已經實質上產生變化，那當然也影響到專款，其實大家在 4 月份委員會議可以看到，許多應該要在 1 月執行的專案，其實都來不及在 1 月執行，中醫總額的專款計畫甚至是在 5 月底的時候才通過，所以這些都會影響評核，其實評核事小，但在 8 月底我們就要討論來年的總額，9 月要協商的時候，可能都會影響專案的執行率。我的意見是，除非各個總額自己撤案，也就是認為執行有困難，111 年不再執行今年提的一些專案，但如果是不撤案的條件底下，如果它的今年執行率是低於 50%，我的意思是，預算就不應該比今年的更多。我們之前有說評核的時候，如果它執行率偏低要檢討，但是因為今年情況真的很特別，所以我建議，如果各總額仍然照提今年的專款項目，而且執行率低於 50% 的，那建議這些應該隨著總額提上來的績效、評估指標這可以不必改變，付費者代表可以考慮在不增加費用的前提下，簡單協商後就可以通過，但如果要減低費用，也可以有新的協商方案。當然我只是建議，最主要還是要付費者代表跟醫界都要同意才可以。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、我認為健保法並沒有條文規定非協商因素跟協商因素，照理講，所有的健保總額都是要經過協商，因為並沒有列出非協商

因素跟協商因素兩項的金額。那麼既然現在已經行之有年，演變到現在了，所以我們到底要健保採量入為出，還是要量出為入，這是很重要的一個概念，可是以健保法的精神來講，他們是比較偏向量入為出，就是收到多少錢，才去付出多少錢的概念跟那個精神：

(一)剛才幾位委員提到照護模式的改變，認為那應該算是其他醫療服務密集度的改變，但我認為應該是以非協商因素的總額內涵，再去做調整，所以我認為本會同仁所提說明是對的，因為他認為會有內生性的問題跟重複計算的考量在裡面，而且這個會影響到來年的低推估的計算。健保應該是以醫療供給面來考量，總額協商的因素是以需求面為主，所以我認為不應該把照護模式改變這個項目納入進去，而應該是由其他非協商因素密集度改變的方向去做。

(二)還有另外一點大家不要忘了，健保署有編了很多其他預算，這些其他預算都是在調節各總額部門的差距金額，所以我希望所有委員了解，健保署的其他預算也編了很多經費，就以 C 肝新藥為例，醫院也編，基層醫療也編，健保署也編，那健保署為什麼會編，就是怕說其他照護模式改變，以後健保署的其他預算可以來支援，所以我還是支持本會同仁的意見，應該照本會同仁提出內容來做為我們的考量。

二、第 2 點，我認為商委員東福所提增列「依據行政院核定之年度醫療給付費用總額範圍及政策目標進行協議擬訂，使健保政策延續並扣連醫療給付費用總額」的意見，坦白講，到目前為止，政策目標並沒有很明確的細項跟內涵，內容細項不明，只是一些文字的概念敘述，所以我認為這也不應該納進去，所以這部分應該要等到總額範圍核定後，健保署跟醫療團體以非協商因素的總額去考量，還有健保署的其他預算去做整個調整。

三、對於滕委員西華就專款專用項目所提文字修正，過去在專款項

目的部分，都會要求要到 80% 以上的執行率，但是我們去年對於牙醫的專款項目也沒有要求到 80% 的執行率。我認為以執行率未過 50% 作為判斷依據，未免過於籠統了，如果執行率只有 1%、3%、5%，也算嗎？過去我們總額協商都要求專款項目的執行率要達 80% 以上，但是我倒認為，可以因為疫情關係，降為執行率要超過 50% 以上才合理，那未超過 50% 的，處理上有 2 個重點，第 1 點，要由所有委員大家共同來決定，第 2 點，如果執行率都沒有到 50%，也不應該增加這個項目的金額。我的意見並不是取消這個項目，不是，而是說這個項目的執行率若不到 50% 以上時，不准再增加預算金額。這與剛才整個藥師公會的臨時提案一樣，他要把他的執行項目要提案改變，我認為這不應該，我們過去對於執行率的要求是 80% 以上，現在因為疫情關係，我們可以要求至少要執行 50% 以上，所以我希望滕委員西華這邊的建議修改文字，不應該是執行率未過 50% 者，而應該是執行率必須超過 50% 以上，這是我的淺見供大家參考。

周主任委員麗芳

請顏委員鴻順。

顏委員鴻順

一、總額協商其實是醫界是非常關注的議題。首先我想大家都很清楚，全民健保是一個社會保險而不是商業保險，所以絕對不會說因為今年的使用率低，明年我們的保費就要下降，或者總額就要下降，這個是完全不對的概念。更何況我們在今天的協商，用的是 109 年的資料來推論 111 年的需求，那大家知道嗎？109 年台灣的 GDP 是逆勢成長 3 點多%，所以，我覺得總額協商架構上，不應該因為新冠肺炎疫情對醫療的耗用可能有一些減少，所以就要影響到總額協商的公式或者是總額協商的內容，我覺得這個在理論上是不對的。

二、回頭來看，從社保司所提出的低推估，低推估其實是由人口結

構改變率、醫療服務成本指數改變率，以及投保人口的成長率，然後依這個公式跟主計處的相關調查去計算。那這個跟一個突發的疫情又有什麼關係？在剛才的討論過程當中，雖然說很多委員提出，我們要有量入為出的觀念，其實我也不完全反對，但是若要因為突發的疫情事件，就要降低明年的高低推估，或者是整個總額的耗用，我覺得這對醫界來講是非常不公平。誠如剛才朱委員益宏所說，這麼多年來我們的點值都低於每點 1 元，也沒有人說要把它補到每點 1 元，那怎麼會因為去年受疫情影響，點值稍微高一點，今年大家就有這樣的倡議，所以對於這一點，我要代表醫界表達我們強烈的意見。

三、至於商委員東福所提到照護模式的改變，我覺得也不用說一下子就要把這個想法打翻，其實疫情期間讓我們有很多不同的想法。比方說我們今天為什麼大家用視訊開會，這不就是疫情造成的嗎？所以將來的醫療服務模式會不會因為疫情，會不會因為將來醫療科技或者處置各方面有所進步，而衍生出不同的照護模式，那這個照護模式也不一定是增加醫療耗用，也有可能是節省了某些醫療耗用，我覺得這都有可能。所以我覺得以商委員東福所提出的這個照護模式的改變，大家還是可以多思考一下，不見得在這裡就要把它否決。

周主任委員麗芳

謝謝各位委員提供寶貴建議，先請商委員東福回應盧委員瑞芬剛剛所提出的意見。商委員東福請問您在線上嗎？

商委員東福

- 一、因為我用手機，先不開視訊。關於盧委員瑞芬所提，社保司回應不夠清楚部分，如果沒有說明的很清楚，真的很抱歉，以後我們會改進。
- 二、我們所附的這個公文其實就有說明，因為在去(109)年 6 月有請各醫界團體及 10 大民間團體的代表提供有關醫療給付費用總額範圍之擬訂公式意見，其後在去年的 12 月 29 日召開

「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍之擬訂公式檢討」會議，會中西醫基層代表提出希望將「醫療服務成本指數改變率—藥品費用」採計方式，改採主計總處「躉售物價指數—西醫藥品類」，取消用健保申報的門診藥費的建議。因為事實上醫院總額部門是用主計總處的躉售物價指數，中醫門診總額也是，所以西醫基層希望他們改回用這個，會中大家也有共識，所以同意做修改。可能在本司的說明上沒有特別再敘述一下，就直接引用該次會議結論回答盧委員瑞芬，在此先抱歉。我先回應到此就好，還是併同回應其他委員的意見？

周主任委員麗芳

好.....(盧委員瑞芬開啟麥克風發言)。

盧委員瑞芬

對不起！我想請問商委員東福，你們做成這樣的決議，就是因為醫界有這樣的反映，但是醫界會反映這樣的意見，應該還是有個理由吧？比如說他們只挑那個部份，是因為原來的指數不能夠適切反映現況，還是怎樣？其實我就是希望你們多說明一下這個理由。

商委員東福

對，西醫基層部門當然有提出他們的理由，希望能改變採計方式，並不是因為數據的關係，畢竟當時也無法得知數據為何，與會的專家學者也同意他們改變，西醫基層部門認為改採「躉售物價指數—西醫藥品類」比較能反映他們的現狀，以上補充說明。

盧委員瑞芬

不浪費大家時間，我再私下請教。

周主任委員麗芳

商委員東福麻煩您繼續說明。請問商委員東福在線上嗎？

商委員東福

請問有聽到聲音嗎？

周主任委員麗芳

有，現在有聽到。

商委員東福

剛剛是不是沒聽到？我剛才是向盧委員瑞芬說明西醫基層部門在會上...。

周主任委員麗芳

剛剛的說明有聽到，請回應其他委員詢問的部分。

商委員東福

一、至於總額架構，從情理法來講，每年的總額協商架構也是大家的共識，不宜在此推翻，另外法上也有明確的總額規範，剛剛醫界也提出說明。去年疫情期間，四部門中也只有西醫基層總額的點值有稍微超過每點 1 元，其他部門的點值還是低於每點 1 元，更不要說過去點值也是低於每點 1 元。

二、大家聚焦的「照護模式改變」部分，我們尊重各位委員的意見，今天的意見也會納入參考，本項是以比較前瞻的想法來修正，現在很多新的照護模式並不是單純的支付標準修正，剛才何委員語提到所有項目都應該協商，沒錯，為什麼我們要提出這項建議，就是因為實務上，在「其他醫療服務利用及密集度之改變」項下反映的多是照護模式改變，若可以透過協商歸納大家的意見，可以讓照護模式更有前瞻性，更有價值及效益，這是社保司提出修正的理由。

三、何委員語提到政策目標不明確，過往我們一定會提出有哪些計畫，或許在投影片中沒有一一敘明時程、費用，但附件上都有。政策目標的計畫很明確，基於健保精神，希望能維持公平、改善健康、提升效率等，並且結合公共衛生與健保資源，如推動國健署的慢性病防治計畫以及 C 肝防治計畫。此外，還有強化健康照護體系，透過新的醫療科技，如遠距醫療、AI (Artificial Intelligence, 人工智慧) 技術，以建構完整的健康照護體系，以上補充說明。

周主任委員麗芳

接下來請教滕委員西華，剛才何委員語針對您的意見做修正，您對於他所提的「執行率需超過 50%」有何看法？

滕委員西華

- 一、謝謝主席再次詢問我的意見，我尊重付費者代表及醫界代表的想法，因為協商是由雙方協商，何委員語提出「執行率超過 50%」當然很合理，但我提出「執行率低於 50%」是因為我認為不太可能超過，因為疫情的關係導致整體服務量下降，不是因為怠惰，所以與消極推動比較沒有關係，與大環境比較有關。
- 二、何委員語提出的很有道理，執行率 1%也是低於 50%，下限要如何訂定，是否要低於 50%，我尊重委員意見，我只是提出一個看法，至於要不要納入協商原則修正，或是按照過去原則，由各總額部門提出協商草案及說帖進行協商，我也沒意見，我也都尊重。

周主任委員麗芳

- 一、滕委員西華所提修正建議有附帶條件，是因為疫情或者委員會議作業耽誤導致執行率未達 50%，至於何委員語關心推行不力導致執行率偏低，應該不在滕委員西華所提的條件內。現在是第 2 季，目前疫情相當嚴峻，我們也不了解未來疫情發展，如果執行率需要超過 50%，以現階段來說，之後恐怕需要滾動式調整。
- 二、針對這項提出意見的是何委員語，滕委員西華已經註明其條件，請教何委員語是否同意滕委員西華所提修正？還是暫時先不納入。

何委員語

- 一、我認為總額協商應該有一個標準，執行率不超過 50%形同沒有標準，1%、0%都算不超過 50%，這不符合總額協商精神及推動內涵。因為疫情，執行率已經從 80%降到 50%，剛剛李署長伯璋也有報告，整體的門診量都有下降，但是醫界並不是完

全停頓，所以降到 50% 是考量疫情的關係，我認為執行率應該要超過 50% 才是比較合理的目標值。

二、針對商委員東福所提的修正建議，我認為在疫情嚴峻的當下，健保署也尚未提出照護模式改變的內容，加上行政院核定總額範圍時都有附帶政策目標內涵，我認為不必在協商架構及原則再增列文字。

(一)我認同照護模式改變，現在很多醫療行為模式有改變，但我尚未聽到健保署召開會議說明未來照護模式如何改變、調整，在聽到健保署專業的說明以前，我認為照護模式改變不宜納入協商架構及原則。

(二)有關政府政策目標，行政院核定總額範圍後都有附上政策目標及內涵，我認為不需要增列文字。

三、今天是大家第 1 次參加視訊方式的委員會議，我們有很多的修正內涵還不太理解，建議今年總額協商架構及原則的修正以本會同仁提出的為主，以上是我的淺見。

周主任委員麗芳

一、有關滕委員西華所提修正建議，是否採用何委員語建議的版本，將滕委員建議「執行率未達 50% 者」，修改為「執行率達 50% 者」。

二、商委員東福所提協商原則第 1 項及第 3 項建議，主要是把協商原則定義的更清楚，也未聽到委員有反對意見，可以納入修正；至於協商架構第 3 項所提「照護模式改變」，大家沒有共識就暫不納入。

三、其他照案通過。接著進行討論事項第二案。

周執行秘書淑婉

報告主席，目前線上有 3 位委員舉手表示要發言。

周主任委員麗芳

不好意思，請 3 位委員發言，先請劉委員國隆。

劉委員國隆

- 一、我尊重主席的決議，但就如何委員語所述，目前是大家都沒有經歷過的情況，在 COVID-19 疫情下，如果限定執行率達 50%，醫療體系已經非常緊繃了，我們還要讓醫界綁手綁腳嗎？建議先不設限，讓醫界放心執行。
- 二、「照護模式改變」也一樣，現在正是推動照護模式改變的時機，依照過去經驗，除非健保預算有重大變動，否則難以改變照護模式，建議先採納修正建議，讓執行單位好好運用這次機會，讓他們放心的執行，或許可以改變未來的照護模式。

周主任委員麗芳

請陳委員秀熙。

陳委員秀熙

因時間關係我簡短說明，有關執行率是否達 50%，我提供幾個看法給大家參考：

- 一、在 COVID-19 疫情當下，執行率 50% 很難計算，口罩及社交距離可能讓傳染性疾病降低，但如同我前面所提到的，我比較擔心的是下半年，第 3、4 季時，癌症、慢性病人回流後，醫療院所的負擔會加重，我們認為臺灣疫情很嚴重，其實有些醫療院所可以在疫情可控下，逐漸恢復服務量能，讓癌症及慢性病人可以恢復就醫。
- 二、我認為執行率不應該是以一個 50% 定值來看，對於疫情可控範圍內的醫院，我們應該鼓勵他們，讓高風險病人盡快回到醫院，依國外經驗，在疫情控制下，逐步分級解封醫院，我建議訂定由 30% 滾動式修正至超過 50%。現在為了因應 COVID-19 疫情，常常提到 EUA(Emergency Use Authorization，緊急使用授權)，類似這種 EUA，若健保會同意，授權給執行單位，在疫情可控情況下，滾動式修訂執行率百分比會比較實際，若大家覺得需要專家學者幫忙計劃此滾動式百分比，我願意幫忙。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

我贊成主席的決議，但是我對「照護模式改變」有疑問，剛剛何委員語也提到很多，照護模式改變到底長得什麼樣子，請衛福部提供書面資料講清楚，能做到什麼程度，要花多少錢？應該讓委員知道，畢竟照護模式改變會牽涉到總額預算，希望能說明一下。

周主任委員麗芳

謝謝3位委員提供的寶貴意見。

何委員語

主席，請讓我說明一下。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

大家可能誤解我的講法，我是說專款專用項目如果執行率沒有超過50%，111年度就不能增編預算，如果執行率超過50%就可以增編預算，這樣才合理。如果沒有設限，到時候部門如果提出預算需求，那我們到底要不要同意？我的意思是，至少有個標準，專款專用項目執行率未達50%，明年度就不能增編預算，執行率超過50%就可以增編預算，我沒有要取消項目，請各位委員了解。

周主任委員麗芳

經過何委員語的解釋後，我發現您跟滕委員西華的看法相同，她所提的是專款專用項目執行率未達50%，就依110年度預算照列，完全沒增編預算，2位的說法不謀而合。

何委員語

我的建議是讓醫界比較有遵循的方向，如果專款專用項目執行率超過50%就可以增編預算。

周主任委員麗芳

一、因為時間關係，剛剛又有幾位委員表達意見，我認為現階段疫

情實在嚴峻，我們也希望給予前線的醫療院所有充分拚搏的能力，因總額協商架構及原則是每年修正，大家對於「照護模式改變」也交換許多意見，有委員認為要前瞻、有委員認為要保守，我建議今年先行試辦，若窒礙難行或是不恰當，明年再提出修正。

二、何委員語的補充說明與滕委員西華的修正建議意思相同，專款項目執行率未達 50%，111 年度不增編預算，所以協商原則的 3 項修正建議，就依照委員建議修正；至於協商架構第 3 項，商委員東福所提修正建議「照護模式改變」，今年先行試辦，其餘項目照案通過。接著進行討論事項第二案。

周執行秘書淑婉

報告主席，黃委員振國舉手表示要發言。

周主任委員麗芳

黃委員振國，如果沒有其他意見可以照上述決議通過嗎？

蔡委員明鎮

不要再發言了，已經講很久了！

黃委員振國

我基本上同意主席決議，但我要補充說明，如老年人白內障手術，因疫情關係，這兩年案件量有明顯下降，因為白內障手術比較不急，所以在疫情趨緩後，手術的需求可能就會恢復，希望給予更多彈性。

周主任委員麗芳

謝謝補充說明。針對本案，在協商架構部分，商委員東福所提「照護模式改變」納入修正，以及協商原則部分……。(滕委員西華開啟麥克風發言)

滕委員西華

主席，抱歉，剛剛去裝水，我想確認一下，我以為「照護模式改變」是醫界委員說不要這麼快否定，但部分付費者委員以及我本人則對於「照護模式改變」是否納入其他醫療服務利用及密集度之改

變有意見，是不是……。

周主任委員麗芳

有幾位委員表示……。(何委員語開啟麥克風發言)

何委員語

我要抗議，不能因為 1 個委員說同意就納入，至少我與干委員文男是不同意的。

周主任委員麗芳

因為時間有限，既然本項沒有共識就不納入修正，至於協商原則的 3 項建議則納入修正。接著進行討論事項第二案。

盧委員瑞芬會後書面意見

我在會前書面意見詢問：「請說明西醫基層總額醫療服務成本指數修改指標，取消門診藥費權重的理由」，社保司的說明在會議補充資料附件 4、附件 5(第 37~40 頁)，僅呈現公文及會議決議(採乙案)，會議中的說明「與會的專家學者也同意他們改變，西醫基層部門是認為改採「躉售物價指數—西醫藥品類」比較能反映他們的現狀」，所以以往採用「門診藥費权重」(中醫牙醫仍包含此項)，對推估造成不合宜影響的情形為何？請補充說明。

附件十一 委員會前書面意見及相關單位回復

委員意見	本會說明及建議處理方式
<p>壹.總額協商架構</p> <p>對架構之整體建議：</p> <p>翁委員燕雪</p> <p>109年及110年受新冠疫情影響，民眾看病次數減少，醫療總服務量隨之下降，衛福部也已針對停業或發生營運困難之醫療院所給予補償及紓困，故健保醫療給付費用總額成長率應配合下修，減少健保支出，且各項醫療給付費用總額設定公式應增列新冠疫情影響因素，以符實情。</p>	<p>協商架構係依據衛生署(衛福部前身)規劃方案及衛福部研訂之110年總額公式辦理，<u>轉請社保司說明如下：</u></p> <p>一、總額支付制度的精神，是付費者與醫療服務提供者，預先以協商方式，協議訂定未來一年內的健保總預算，作為支付給醫療院所所提供的醫療服務與藥物的費用，意即，不論醫療院所提供多少服務或藥物，都不能超過已協定的預算，這樣就可以將醫療費用的成長控制一定的範圍，可合理控制醫療費用的成長。</p> <p>二、總額預算實施多年，其中多數年份，就醫價量均高於預期，導致點值長期低於1元，均未追加預算予以填補，遭遇疫情而門診價量萎縮即要追減預算，未來衍生追加預算之倡議或作法恐成常態，宜特別審酌。</p> <p>三、總額範圍擬訂公式應增列新冠疫情影響因素，請委員提出具體建議。本部已於今(110)年1月成立總額範圍擬訂公式檢討工作小組，委員如能提供新冠疫情影響因素之具體建議，本部擬納入公式檢討工作小組會議上討論，有初步結論再對外召</p>

委員意見	本會說明及建議處理方式
	<p>開會議討論，取得付費者及醫療服務提供者代表之公式後，再修正公式。</p>
<p>對文字之修正建議： 何委員語 <u>建議修訂醫療服務成本及人口因素</u> <u>[壹、二、(二) (P65)]：</u> 基期應扣除前一年度品質獎勵金額。</p>	<p>建議維持原條文，說明如下：</p> <p>一、「醫療服務成本及人口因素」包含三項自然成長因素(詳會議資料第65頁)，<u>總額基期為前一年「一般服務費用」，並未包含品質獎勵金額。</u></p> <p>二、目前各部門總額「品質保證保留款」列於「專款項目」，採零基預算，依據評核結果核予專款，沒有基期問題。</p>
<p>商委員東福 <u>建議修訂其他醫療服務利用及密集度之改變</u><u>[壹、三、(三)(P66)]：</u> 有關(三)其他醫療服務利用及密集度之改變，經查110年總額各部門「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目多屬照護模式改變，而非服務密集度改變，建議增加「照護模式改變」項目。</p>	<p>建議維持原條文，以符合總額研議精神，說明如下：</p> <p>一、查總額開辦時，衛生署(衛福部前身)交議的研議方案已明列協商因素「其他醫療服務密集度之改變」可考慮項目(註)，<u>其定義明確且為以民眾「需求面」考量協商因素</u>，而「<u>照護模式改變</u>」則為醫療「供給面」考量，<u>總額協商之因素應以需求面為主。</u></p> <p>二、若協商因素增加「<u>照護模式改變</u>」，考量照護模式改變為供給面之需求，<u>其對醫療費用的影響，會納入來年低推估因素「投保人口結</u></p>

委員意見	本會說明及建議處理方式
	<p data-bbox="885 235 1476 465"><u>構改變對醫療費用之影響率</u>」計算，<u>有費用內生性問題及重複計算之虞</u>，且費用納入基期滾動成長，宜審視其合理性。</p> <p data-bbox="805 481 1476 851">註：依91年2月25日行政院衛生署交議函之「醫院總額支付制度研議方案」及「醫院總額支付制度研議小組討論議題結論事項彙整表」，其他醫療利用及密集度的改變：因自然成長率(保險對象人數及其人口結構的改變)已反映部分保險對象就醫利用及密集度的改變，故此處採用「其他」醫療利用及密集度改變造成的影響，可考慮的項目如下：</p> <ol data-bbox="837 862 1476 1232" style="list-style-type: none"> 1.反映因醫療科技、診療型態或就醫型態的改變，如大眾對醫療科技期許增加等造成的影響。 2.疾病發生率(如氣喘、癌症)的改變造成保險對象服務利用及密集度的影響。 3.醫療資源缺乏地區因醫療資源增加(如病床數等)後，該地區保險對象利用率或服務密集度的提升。
<p data-bbox="119 1254 406 1299">其他意見或詢問：</p> <p data-bbox="119 1321 311 1366">盧委員瑞芬</p> <p data-bbox="135 1388 782 1489">請說明西醫基層總額醫療服務成本指數修改指標，取消門診藥費權重的理由。</p>	<p data-bbox="805 1388 1476 1489">本案係配合衛福部研訂之公式修正，轉請<u>社保司說明</u>：</p> <p data-bbox="805 1512 1476 1612">請委員參考附件十一之附件1、附件2(第116~119頁)。</p>
<p data-bbox="119 1646 391 1691">貳.總額協商原則</p> <p data-bbox="119 1713 446 1758">對原則之整體建議：</p> <p data-bbox="119 1780 311 1825">商委員東福</p> <p data-bbox="135 1836 782 2060">本部報行政院之總額範圍草案包含年度總額之政策目標，且總額範圍係依據政策目標(調整因素之內涵)擬訂，行政院審查、核定之年度總額範圍亦包含本部</p>	<p data-bbox="805 1836 1476 1937">所提意見已訂於現行協商原則及程序(草案)，建議不新增，說明如下：</p> <p data-bbox="805 1960 1476 2060">一、有關建議「依據行政院核定之總額範圍進行協議擬訂...」部分，已於</p>

委員意見	本會說明及建議處理方式
<p>所擬之政策目標。依照健保法第61條所示，醫療給付費用總額及其分配方式之協議訂定係在行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，爰此，建議於總額協商原則列入「依據行政院核定之年度醫療給付費用總額範圍及政策目標進行協議擬訂，使健保政策延續並扣連醫療給付費用總額」。</p>	<p>本會說明及建議處理方式</p> <p>協商原則明訂「年度總額成長率，應在行政院核定範圍內」[詳會議資料第69頁，貳、六、(三)]。</p> <p>二、有關建議「依政策目標進行協議擬訂...」部分，本會現行作業已遵照辦理：</p> <p>(一)總額協商程序已明訂，衛福部交議後，即安排優先報告案，由社保司向委員說明行政院核定的總額範圍及政策方向[詳會議資料第84頁，工作計畫表一、(三)、1]。</p> <p>(二)實務作業上，本會於接獲衛福部交議函後，即轉請健保署及四總額部門遵循衛福部交付之總額協商政策方向，研提年度協商草案。</p>
<p>對文字之修正建議：</p> <p>滕委員西華</p> <p><u>建議修訂專款專用項目[貳、五(P68)]：</u></p> <p>因疫情加劇，且本屆委員聘任確定作業延遲至四月，導致許多總額專案項目執行延遲，恐難呈現整體總額執行效率。建議110年度專款項目若因為疫情或委員會作業耽誤導致執行率未過50%者，除當年度剩餘款滾回安全準備基金外，111年度可以思考依照110年度之預算、績效指標照列，不提新增項目，原案可以協商時直接通過。</p>	<p>一、本項係建議專款專用項目增列原則：</p> <p>110年度專款項目若因為疫情或委員會作業，導致執行率未超過50%，111年度總額可依110年度協定之專款額度、績效指標照案通過，不提新增項目。</p> <p>二、<u>本項意見請討論，依委員會決議辦理。</u></p>

委員意見	本會說明及建議處理方式
<p>商委員東福</p> <p><u>建議增訂其他原則[貳、六(P68、P69)]：</u></p> <p>其他原則建議新增項目(七)。考量110年牙醫門診總額與醫院總額發生增修、調整支付標準影響另一部門總額預算之爭議，為避免衍生相關爭議，請各部門於9月協商提出「應用年度總額調整支付標準」項目時，應評估是否連帶影響其他總額部門年度總額預算之使用、影響之點數...等，如有連帶影響，應有相關預算撥補給受影響部門後再行調整支付標準，以因應各總額部門間調整支付標準所產生之連動影響。</p>	<p>事涉總額部門執行內容衡平性，建議不新增，所提意見送請健保署辦理，說明如下：</p> <p>一、本項係建議研提各部門總額協商草案時，對「應用年度總額調整支付標準」項目，能考量其他部門之預算影響。</p> <p>二、依總額協商程序，每年8月由健保署會同各總額部門召開會議，預擬協商項目及其預算規劃，再提報本會協商。<u>委員所提意見建請健保署於8月會同各總額部門研提協商草案時即納入評估，並依評估結果研提協商草案送本會。</u></p>

檔 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號
9樓
承辦人：陳哲維
電話：(02)27527286-151
傳真：(02)2771-8392
Email：wei0508@tma.tw

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國109年7月24日
發文字號：全醫聯字第1090000880號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關醫療給付費用總額範圍之擬訂公式，本會意見詳如說明段，請查照。

說明：

- 一、復 貴部109年6月16日衛部保字第1091260239號函。
- 二、依據本會109年7月9日第12屆第4次基層醫療委員會會議結論暨109年7月16日第12屆第7次常務理事會報告通過辦理。
- 三、本會建議修正西醫基層總額醫療服務成本指數之藥品費用計算方式，改採「躉售物價指數—西醫藥品類」。

正本：衛生福利部

副本：電文
2020/07/24
11:15:18
文
章

理事長 邱 泰 源

總收文 109.07.24



1090127128

抄本

衛生福利部 函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：陳信婷
聯絡電話：(02)8590-6754
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgstchen@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國110年1月15日
發文字號：衛部保字第1101260010號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：109年12月29日會議紀錄

主旨：檢送109年12月29日「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」會議紀錄1份，請查照。

正本：國立政治大學財政學系連教授賢明、長榮大學醫務管理學系黃副教授偉堯、國立台灣大學公共衛生學院楊教授銘欽、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國全國工業總會、中華民國全國商業總會、社團法人中華民國工商協進會、社團法人中華民國全國中小企業總會、社團法人中華民國工業協進會、中華民國全國漁會、中華民國農會、中華民國全國職業總工會、全國產業總工會、全國勞工聯合總工會、本部全民健康保險會、衛生福利部中央健康保險署

副本：

「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」

會議紀錄

時間：109 年 12 月 29 日(星期二)上午 9 時 30 分

地點：本部 304 會議室

主席：薛政務次長瑞元

紀錄：陳信婷

出、單位及列席人員：

中華民國全國工業總會	何 語
中華民國全國商業總會	戴毓祐
中華民國全國漁會	張祐禎
中華民國農會	林敏華
中華民國全國職業總工會	楊芸蘋
全國產業總工會	趙銘圓
社團法人中華民國工商協進會	邱一徹
社團法人中華民國全國中小企業總會	李育家
全國勞工聯合總工會	林恩豪(請假)
社團法人中華民國工業協進會	張文龍(請假)
台灣醫院協會	陳瑞瑛、林佩菽、游進邦、 朱益宏
中華民國醫師公會全國聯合會	黃啟嘉
社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會	林敬修
中華民國中醫師公會全國聯合會	陳冠仁
長榮大學醫務管理學系黃副教授偉堯	黃偉堯
國立政治大學財政學系連教授賢明	連賢明
國立台灣大學公共衛生學院楊教授銘欽	楊銘欽
衛生福利部中央健康保險署	劉林義
本部全民健康保險會	張友珊、陳燕鈴、劉于鳳
本部社會保險司	商東福、盧胤雯、黃泰平、 林蕙卿、黃曼青、陳信婷

壹、主席致詞（略）

貳、報告事項：111 年度醫療給付費用總額範圍擬訂公式之緣起及檢討意見彙整（略）

決定：

- 一、本部於 110 年初成立總額範圍擬訂公式檢討工作小組，進行整體性總額公式檢討。
- 二、總額公式檢討之結果至少適用 3 年。

參、討論事項

一、有關「醫療服務成本指數改變率(MCPI)-人事費用」之計算方式，提請討論。

決議：採甲案，即人事費用指數之計算方式，維持原計算方式， $1/2$ 主計總處「工業及服務業-每人每月平均薪資」加上 $1/2$ 主計總處「醫療保健服務業-每人每月平均薪資」。

二、有關「醫療服務成本指數改變率(MCPI)-藥品費用」之計算方式，提請討論。

決議：採乙案，西醫基層總額部門「藥品費用」之計算方式，自現行「全民健保藥費申報權重及躉售物價指數—藥品類指數」，改採「躉售物價指數—西醫藥品類」。

肆、散會：中午 12 時 30 分

陸、討論事項第二案「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)」與會人員發言實錄

委員會前書面意見及相關單位回復如附件十二(詳第 126~127 頁)

同仁宣讀

陳組長燕鈴

一、向委員說明，本案也是循例於總額協商前事先議定協商程序與進行方式以提升進行效率，擬案主要是參照 110 年度協商程序，進行 2 項修正：

(一)第 1 項修正，因去年 9 月總額協商共識會議後，於第 2 天委員會議確認新增協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」時，委員反映確認時間太過倉促且需專業評估，所以在擬案中明訂，將執行目標及評估指標的確認時間改訂於 10 月份委員會議，由健保署會同醫界研訂後提報委員會議確認。

(二)第 2 項修正，增訂協商共識會議前之預備會議時間，希望讓第 1 天的協商共識會議能準時召開。以上是原來擬案。

二、惟本會考量實務運作，雖然訂於 10 月份委員會議提報、確認「執行目標」及「預期效益之評估指標」，但實際協商後可能會有部門達成共識、有的部門未達共識，所以建議調整原來擬案，依部門達成共識與否，調整上開事項的確認時間，達成共識的部門，請健保署會同醫界於 10 月份委員會議提報、確認，未達共識的部門則於衛福部核定後最近 1 次會議提報、確認，若工時未達 10 天可以順延至下一次。擬具的協商程序(草案)於會議資料第 84~88 頁，請委員參考。

三、因為 COVID-19 疫情發展未明，總額協商相關會議的辦理方式依擬案說明，未來如果有需要會滾動調整，並提報委員會議向委員說明。

四、有關委員回復意見，多數是同意，有 3 位委員提出建議：

(一)在工作計畫表部分：有委員建議，各總額部門所提之協定

事項、執行目標及預期效益評估指標，應納入協商程序，向委員說明，這部分已經納入協商程序(草案)，有關確認時間剛才已經報告過，建議調整成不同時間。

(二)在協商共識會議部分：

- 1.有委員建議，為了廣徵專業意見，於 9 月總額協商會議的內部會議，協商雙方可視需求邀請專家學者協助並一起討論，專家學者未必是本會委員，這個意見請委員討論，依照委員會議決議辦理，如果通過，我們會提供需要的行政協助。
- 2.此外，也有 2 位委員詢問，針對提案所提滾動調整總額協商相關會議辦理方式，有無詳細的規劃，並建議預作規劃，以及縮減哪些幕僚等。剛才也有向委員說明，目前疫情發展不明，將保留一些彈性，如果需要調整，會盡快把建議方案提報委員會議確認。

周主任委員麗芳

- 一、謝謝陳組長燕鈴的說明，也感謝本會同仁對於委員的修正意見都盡可能加以協助，並研擬建議處理方式讓委員參閱。
- 二、有關總額協商相關會議將滾動調整會議安排，本會同仁提到希望預留彈性空間。目前需要討論的是滕委員西華所提，建議邀請專家學者參加內部會議，請滕委員西華說明。

滕委員西華

我有 2 點建議：

- 一、我也尊重本會同仁的說明，但有個疑問，假如協商通過的協定事項，於 10 月份確認「執行目標」及「預期效益之評估指標」時沒通過，即付費者與醫界無法達成共識，這樣協商算是完成了嗎？我認為需要進一步確認，不是只有雙方意見不同等部長裁示，我認為目標及評估指標會影響我是否同意專案項目執行。
- 二、我們都知道總額協商是體力戰，是耗費體力、耐力、腦力的工

作，醫界是不同總額部門加上健保署輪番上陣，他們也有許多專業的專家及幕僚提供協助，付費者代表卻完全都沒有輪替，不只協商一整天，還要面對不同的總額資訊，不只是體力、耐力的挑戰，還非常耗費腦力，再加上許多付費者代表並非健康、醫療或公共衛生領域人員，為了使總額協商更加完善，讓協商雙方有更多專業的參考資訊，建議在雙方各自的內部會議，可以邀請專家學者提供意見，專家不一定要本會委員，不是本會委員也可以邀請，大家可以討論看看，我也不堅持這個建議，只是根據過去經驗，加上新舊委員輪替，很多委員可能還不了解總額協商的方式與技巧，對於健保資料也需要時間來消化，以上是我的建議。

周主任委員麗芳

請教滕委員西華，所謂 9 月總額協商內部會議是指協商當天雙方各自的閉門會議嗎？

滕委員西華

對。如果當天不可行，在 8 月底或 9 月初的總額協商相關會議，也可以邀請醫界代表或者是付費者代表想要邀請的專家學者來提供資訊，我覺得也可行，我個人沒有非常的堅持。

周主任委員麗芳

滕委員西華的意見分 2 部分：

一、在協商共識會議之前，於總額協商相關會議邀請專家，我想本會同仁不會拒絕，委員如果有推薦的專家學者，我想本會同仁都會協助。

二、至於在 9 月總額協商的內部會議邀請專家，請大家討論。請何委員語。

何委員語

一、我認為滕委員西華可能考量到付費者代表對於醫療專業方面的認識程度，而且坦白說我也承認我們付費者委員對醫療專業方面是沒有很多的經驗，這是事實。可是我認為在整個總額協商

程序中，並沒有明文規定禁止邀請專家學者提供寶貴意見，10年來我的經驗覺得是利有弊，過去我們也曾經邀請專家學者進來內部會議，但專家學者一直想要指導至某個方向，讓內部會議中 3、4 個委員有所反彈而請該位專家學者出去，演變至此，豈不是更尷尬，反而不是好現象。

- 二、多年來於總額協商前，付費者代表都有幾次聚會，並邀請專家學者與會接受徵詢，聽聽他們寶貴意見，也給我們指導。可是若情況改為總額協商當天，坦白說有幾個因素，第一時間不足，第二大家都很緊張，第三大家都很勞累，情緒也不是很好。有時候專家學者是好的、適當的表達，大家會徵詢及聽聽其意見，無可厚非，我認為沒關係；但有的專家學者很有自己的立場，反而使整個付費者代表之間，情緒都很不好。
- 三、所以我的意見是，既然沒有明文規定禁止的文字，我認為這邊就不必硬性加入這些條文，我們仍以尊重主談人、付費者召集人，看哪一類別需要邀請專家學者來接受諮詢及提供寶貴意見，以此方式來進行，綜上，我的看法是這樣。
- 四、本屆委員於本年 4 月 7 日上任，4 月才開第 1 次會，見面還沒幾次，未及建立共識及付費者委員之間的交情，也還沒多方交換意見，不過未來付費者仍可努力推動整合工作。滕委員西華意見很好，但過去 10 年來經驗可知利有弊，所以我認為只要沒有明文禁止，就可以邀請專家學者，這樣的方式具有彈性，謝謝。

周主任委員麗芳

謝謝何委員語提供的想法，也就是不需要落下文字來規範，請干委員文男。

干委員文男

- 一、針對滕委員西華所提建議，邀請專家學者來討論，我想事前來做比較好，如果當天或事後來做，就會有困難，可能讓人聽不進去、也受到很多壓力。

二、再者，若要增加第二項未達共識部分，在衛福部還沒有核定時最近一次會議來討論的話，我想這個會增加很多的困擾，若說雙方都沒有意願再談的話，也沒必要再聯絡，因為主談人或是召集人都會受到各方面壓力，造成不必要的困擾。重申一下，我想是應該要提前做，也就是大家能溝通的時候來做，至於當天專家學者是否進來協商內部會議，應該有進來的慣例、也有不進來的慣例，這取決當天或事前大家如何達到共識，能整合出共識很重要，我想這樣做比較好。

周主任委員麗芳

何委員語、干委員文男所表達的付費者代表意見，就是文字不用寫進去，視實際需要邀請。本案同意，照案通過。

周執行秘書淑婉

請示主委，本案共識的部分為何。

周主任委員麗芳

按照本會同仁之擬案，不用修正，照案通過。請滕委員西華。

滕委員西華

主席，不用修正決議，但剛剛有個請教，就是如果不修正的話，萬一於本年 10 月份對這些協定項目未能達成共識，總額協商這樣算有沒有完成？或有沒有達成共識？也就是說，若發生一種情況：「協定事項」有共識，但裡面的「執行目標」及「評估指標」沒有共識，要如何認定，這到底屬於有沒有共識？該怎麼決定，請本會同仁回應一下。或是說，這個跟協定事項要不要通過沒關係，只是後續確定目標而已。再說明一下，我剛剛的疑問在於，若是我本人會因為執行目標、評估指標對不對，而去考量要不要通過這個協定事項，我的意思是這樣。我只是想要確定，若沒達成共識的話，效力要怎麼算？

周主任委員麗芳

一、滕委員西華所關心的問題，因為到時候還會協商，我相信雙方會針對這部分聚焦討論。是否今天先照本案所擬通過，實際細

節再留給協商雙方再進一步研討(未有委員表示反對)。

- 二、本案就照擬案，不需修正，照案通過，但因應 COVID-19 疫情發展，總額協商相關會議辦理方式將滾動調整，再提報委員會議確認，因我們仍有必要針對未來疫情的變化預先準備。請進行討論事項第三案。

附件十二 委員會前書面意見及相關單位回復

委員意見	本會說明及建議處理方式
<p>一.工作計畫表</p> <p>對文字之修正建議：</p> <p>滕委員西華</p> <p>P82，各部門總額之協定事項與執行目標、預期效益之評估指標，建議納入111年協商程序。「各部門總額提出協商項目時，應同時提出該項目之執行目標、預期效益評估指標等納入協商內容。若屬協商當場雙方新增之協定項目，若無法於協商時間內提出並完成共識，則最遲於十月於健保會提出討論並完成。」</p>	<p>一、<u>「各部門總額之協定事項與執行目標、預期效益之評估指標」</u>，已納入協商程序：</p> <p>請參閱會議資料第85頁，已明定各總額部門及健保署所提送之協商草案，針對新增項目提出「執行目標」及「預期效益之評估指標」[詳工作計畫表一、(四)、3及二、(二)、3]。</p> <p>二、有關新增協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」之確認時間：</p> <p>本會考量實務運作，達成共識及未達共識部門之行政作業流程不同，故<u>調整提案，本會將於委員會上提出修正版本，依達成共識與否，分別訂定確認時間：</u></p> <p>(一)達成共識之部門，於10月份委員會議提報、確認。</p> <p>(二)未達共識之部門，於衛福部核定後最近1次委員會議(若工作天數未達10天則順延)提報、確認。</p>
<p>二、協商共識會議</p> <p>對文字之修正建議：</p> <p>滕委員西華</p> <p><u>建議修訂相關原則[二、(三)、4(P87)]：</u></p>	<p>一、<u>本項意見建請討論，依委員會議決</u></p>

委員意見	本會說明及建議處理方式
<p>為廣徵<u>專業意見</u>，建議於9月協商共識會議，協商雙方得視協商需求，於內部會議邀請專家、學者(非本會委員亦可)協助並一起討論。</p>	<p><u>議辦理</u>。</p> <p>二、若經委員會議同意，本會將提供必要的行政協助。</p>
<p>其他意見或詢問：</p> <p><u>對擬案說明五「滾動調整總額協商相關會議」之建議：</u></p> <p>謝委員佳宜</p> <p>目前疫情尚未平穩，至九月底是否能完全恢復正常集會亦無法掌握，建請健保會預為規劃符合防疫標準之協商模式。</p> <p>朱委員益宏</p> <p>請教說明五所提「後續總額協商相關會議將縮減幕僚參與人數」之詳細規劃(相關會議包含哪幾場會議？縮減幅度？如何調整)</p>	<p><u>總額協商相關會議辦理方式</u>，將視疫情發展滾動調整，並提報委員會議確認，說明如下：</p> <p>一、目前疫情發展情勢不明，為保留彈性，本會將視疫情發展，滾動式調整會議安排方式。</p> <p>二、若需調整會議安排，本會將盡快將調整方案提報委員會議。</p>

柒、討論事項第三案「因應立法院主決議，研議增加以直播或上傳錄影錄音之方式，公開本會會議實況之可行性案」與會人員發言實錄

委員會前書面意見如附件十三(詳第 131~132 頁)

同仁宣讀

邱組長臻麗

- 一、向委員說明，本案是依據立法院第 10 屆第 2 會期審查 110 年度中央政府總預算案決議辦理，提請委員會會議討論。目前本會已依健保法規定，在會前 7 天公開議程、會後 10 天內公開會議實錄。另在 102 年 4 月份委員會會議也曾有公開會議實況之提案討論，當時委員的共識，認為直播對議案討論之利弊尚難論斷，且受限於經費、場地設備條件，爰以同仁錄影的方式替代。
- 二、在其他機關公開會議資訊的部分，本會、健保署各總額部門研商議事會議及醫療服務與藥物共擬會議、環保署環評會議，這幾個會議都是有事先公開議程；至於公開會議資料的部分，本會目前沒有公開，健保署藥物共擬會議是會後公開；而實錄的部分，健保署藥物共擬會議及環保署環評會議都沒有提供，但藥物共擬會議有提供錄音檔，環保署環評會議則採直播方式公開會議實況。
- 三、本會前於 109 年進行委託研究計畫，當時以問卷徵詢歷屆 46 位委員意見，95.4% 同意現行議事錄公開方式，59.5% 不同意以網路直播方式公開，研究建議應維持現狀公開議事錄，直播方式應審慎考量。
- 四、委員回復意見的部分，建議維持現行做法 31 位、同意直播 5 位、尊重會議決議 1 位、其他意見 1 位，委員意見摘要請委員參考，以上說明。

周主任委員麗芳

謝謝邱組長臻麗，因為時間關係，相信每位委員都已詳閱資料，就

不再逐一邀請委員發言，因為每位委員的書面意見都會列入議事錄，現在已屆午餐時間，大家餓著肚子，我有責任讓今天議程都討論完，另也因不確定 7 月份是否還有機會召開視訊會議，懇請委員同意，於劉委員淑瓊發言後，拜託其他委員不用發言，因為所表達之意見都已列於今日會上資料，是否尊重多數委員意見，本案就維持現行做法？(未有委員表示反對)先請劉委員淑瓊及干委員文男，因為時間關係，拜託其他委員不要再發言，如有意見，可提書面意見。

劉委員淑瓊

- 一、醫改會一向支持資訊公開透明及公民參與，也支持暫時維持現狀。惟需鑑於近年來影音素材由於再製、去脈絡化地在網路上廣泛流傳，而造成負面影響的現象，建議會議實況的呈現方式循階段性原則，逐步開放，以維護健保會充分表達意見、協商以建立共識的理性討論空間。
- 二、當外界對健保會的職掌或決定，有惡意扭曲或錯誤見解之時，本會應即時澄清、詳加解釋與溝通，以建立外界對健保會的信賴，並達到社會教育的目的。

周主任委員麗芳

謝謝劉委員淑瓊，您提到不實指控之言論，感謝周執行秘書淑婉很熱心，必要時都可以看到她挺身而出，及時提出對本會澄清之資料，這部分很感謝本會同仁。

干委員文男

我贊成公開並直播，因為我們的國家總預算也只有 2 兆多元，而健保總額每年有將近 8 千億元，之前聽過前立法委員及醫事服務提供者公開表示健保會職權有多大、幾個人就用掉 8 千億元，但實際今年的協商空間也只有約 100 億元左右，相較於別人的想像額度少很多，因此很多人都不知道健保會在做什麼。直播可以讓社會知曉，健保會對整個社會的貢獻、協商有多麼困難，在健保所有的經費中，無論是醫界也好、付費者也好，都站在自己的本分，澈底把守

自己的崗位，所以我建議應是公開直播較好。

周主任委員麗芳

干委員文男的意見也非常好，但考量到現階段還是循序漸進為宜，本案仍懇請尊重多數委員意見，維持現行做法(未有委員表示反對)。接下來請進行討論事項第四案。

附件十三 委員會前書面意見

委員意見

楊委員芸蘋

同意資訊公開透明的做法，健保會這幾屆的會議紀錄做的很清楚，也符合健保法第5條規定之作為。目前做法易尋之前紀錄，工作人員花了很多心血整理、易找易尋更便於閱讀，直播有作秀的味道，雖有影音視覺效果，民眾可觀影查詢，但設備裝配需要幾百萬元，若有充足預算時再來討論較合時宜。

何委員語

我們委員是代表各付費團體單位義務職，並沒有領人民的薪資報酬。維護個人影像權利和監理職責，健保費協定責任，依健保法規條文負責，又不是人民選票選出來的委員，不應該強迫委員。

吳委員鴻來

健保與全體國民之權益息息相關，應受全民監督。目前雖於會後提供會議實錄，但討論議題往往在會議召開前即引發各界人士及媒體關注。樂見健保會更公開透明，不一定能一步到位，但應朝向此方向規劃。惟應確保做好充分之事前準備與溝通，以免影響議事進行。

侯委員俊良

以直播方式公開會議實況，可提高議事效率，促進開放透明、全民參與，本席表示支持，而文字版會議紀錄較利後續資料查詢，兩者並不衝突，不應為二擇一之選項，建議併行辦理。

滕委員西華

- 一、所附資料P98~99立法院決議，若屬院會決議，則視同法律，本會無否決權，自當遵循規劃辦理。若屬社福衛環委員會決議，如無法遵從，自應有合理之理由。
- 二、國外相關會議錄影方式或在重大議題直播會議者多所有之，故本人支持可以直播或錄影方式公開會議內容，然如屬社福衛環委員會決議，而本會多數委員決議採行目前模式者，建議公開之文字檔案仍請確認必須符合NCC所規定之AA以上無障礙格式，可供身心障礙者閱讀。

委員意見

劉委員淑瓊

視現場討論決定，建議採不記名表決。

商委員東福

建議尊重會議之決議。

捌、討論事項第四案「全民健康保險各總額部門 109 年度執行成果評核獎勵方式案」與會人員發言實錄

委員會前書面意見及相關單位回復如附件十四(詳第 140~141 頁)

同仁宣讀

陳組長燕鈴

一、向委員說明，本案係參考歷年作法，對於評核等級「良」級以上的部門，會酌予品質保證保留款(下稱品保款)的專款預算，以鼓勵提升醫療品質。依上次委員會議決議，本次要討論明年度品保款獎勵方式，參考過去作法對於獎勵成長率研擬甲、乙兩案。請參閱會議資料第 116 頁，現階段行政院尚未核定總額範圍，且品保款額度會影響總額協商空間，爰此本會進行模擬，以經驗值試算各方案品保款額度及占可協商空間比率，也請委員參考。

二、與品保款相關之歷年決議及評核委員意見：

(一)將原 106 年度一般服務預算之品保款額度，與當年度(111 年度)品保款專款合併運用，以使品保款的運用，維持穩定性及達到鼓勵效果。

(二)評核委員也都持續建議檢討品保款核發標準，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準。

三、本案原擬甲、乙兩案，但收到委員意見調查之後，計 6 位委員共同提出丙案。綜合委員意見共計 3 項方案，請委員併同討論：

(一)甲案：依評核等級獎勵成長率分別為「良」級是 0.1%、「優」級是 0.2%、「特優」級是 0.3%，基期是 109 年度一般服務預算。

(二)乙案：考量 111 年度健保財務及整體經濟酌予調整，獎勵成長率分別為「良」級是 0.08%、「優」級是 0.16%、「特優」級是 0.24%。

(三)丙案：由于委員文男等 6 位委員提出，也是考量 111 年度

健保財務及整體經濟予以調整，獎勵成長率分別為「良」級是 0.1%、「優」級是 0.15%、「特優」級是 0.2%。

(四)本會試算各方案依評核等級為良、優、特優，其「品保款額度」及「占可協商空間比率」分別如下：

- 1.甲案：6.6~19.7 億元，2.9~8.6%。
- 2.乙案：5.3~15.8 億元，2.3~6.9%。
- 3.丙案：6.6~13.1 億元，2.9~5.7%。

(五)因為當時並沒有針對丙案進行調查，在此就不呈現調查統計結果。請參考投影片第 22 頁，呈現各方案委員有特別表達出支持理由的部分，請委員參考。

四、甲、乙、丙案各有支持意見，請委員討論，另外有一個其他意見，委員建議各部門應該深思品保款設立目的，檢視核發結果是否達到真正鼓勵院所目的，參考本案之擬辦三之決議事項有類似內容，建議依委員意見修正文字，請參閱螢幕上第 22 張投影片備註文字，以上報告。

周主任委員麗芳

干委員文男等 6 位委員建議丙案，先請干委員文男說明。

干委員文男

按照陳組長燕鈴報告，因為今年可協商的額度剩下不多，雖然差距不多，但是真正能夠應用的錢也非常有限，所以希望能夠採用丙案。雖然會影響到品保款的總額度，但是仍可做為鼓勵用，另也可以使屆時協商所給予的額度要高一點。

周主任委員麗芳

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

其實我對於甲、乙、丙案，並沒有很特別的不支持或支持，但我主要考量到現在疫情嚴峻，是否能有多一點的經費，預留在總額內，讓他們有機會協商、彈性大一點。其實甲、乙、丙案各有好處及優

點，但我仍堅持乙案，係考量目前財務及疫情，希望能多預留總額協商空間，所以提出乙案，也請大家多支持。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、干委員文男與我討論後，就請他提出丙案，依評核等級獎勵成長率，良、優及特優級分別為 0.1%、0.15%、0.2%。雖然上次開會的時候，我曾提出獎勵成長率為 0.1%、0.2%、0.3%的意見，是因為健保總額基期近 8 千億元，基期非常龐大，除了與品保款額度有關外，也和總額協商空間占比有關。因此，我認為干委員提出丙案，評核結果良、優及特優級，獎勵成長率分別為 0.1%、0.15%、0.2%是相當合理的原因。我不希望把良級調降為 0.08%，有點太低，所以給 0.1%。特優級給 0.2%，比良級多一倍，優級為 0.15%，以目前總額預算近 8 千億元計算，品保款金額約 6.6~13.1 億元，以後品保款金額也會越來越龐大。
- 二、我們不否認疫情讓醫療相關團體都很辛苦，但是健保總額及疫情是兩件事情，剛才李署長伯璋提到 COVID-19 陽性就由公務預算支付，這是兩件事情，我認為疫情部分，應該編列更多公務預算給醫療團體，讓健保可以回到正規的運作機制。現在考量疫情因素，但疫情結束以後，如果健保沒有導向正常且健全的運作機制，醫界可能會提出許多意見，因此，我的看法是回歸健保總額制度，這才是正確的方向，這也是我支持丙案的原因。

周主任委員麗芳

請蔡委員明鎮。

蔡委員明鎮

我認為疫情這麼嚴重，所有醫護人員都屬於勞工，一直提到總額預算，但這需要滾動式檢討才對，今年疫情嚴重應該獎勵醫院拯救民

眾生命，一直提到總額預算有什麼意思？我認為可以滾動式檢討，應該鼓勵就鼓勵，如果明年有問題的話，再滾動式檢討就好了。我支持甲案，像現在疫情期間，很多人募款幫助醫護人員，健保會委員好像沒聲音，如果有人向委員募款的話，我第 1 個捐款，我是贊成甲案。

周主任委員麗芳

請顏委員鴻順。

顏委員鴻順

- 一、首先，感謝蔡委員明鎮對醫界的支持及肯定，如同剛才主席開場提到及很多委員發言也非常肯定醫界在 COVID-19 期間守護全民健康，站在第一線用生命與病毒搏鬥的決心。但提到總額預算，大家卻變得理性來看待，健保財務與 COVID-19 紓困應該分開計算，但外界及醫界的觀感真的是這樣嗎？大家會不會覺得疫情期間健保會不但沒有給予挹注，反而在某些項目予以刪減。我非常敬佩周主任委員麗芳一開始就提到希望用健保資源支持醫界站在第一線來防疫，基於這個理由，希望大家支持甲案。
- 二、108、109、110 年評核等級獎勵成長率，已經連續改 3 年，從政策的恆常性來看，若今年又改，連續改 4 年，大家會不會覺得改得太頻繁，基於上述兩個理由，希望大家支持甲案，讓我們能繼續運作，也是對醫界的肯定與鼓勵。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、我先表達我支持甲案，因為品保款是獎勵，我覺得獎勵必須要有感，如果獎勵無感的話，大家不會去爭取，沒有提升的動力。我想良、優、特優差距太小是達不到獎勵的目的。事實上，甲案會比較讓大家有感，這是第 1 點。
- 二、第 2 點，評核結果是不是一定要有百分之多少是拿到特優級，

事實上也沒有，評核委員也可能認為大家都表現不好，評核結果為良級，甚至是一般或怎麼樣。我認為真正表現好的，在獎勵上應該要大方一點，更何況這不會影響總額，不會因為甲案、丙案的特優級獎勵成長率分別 0.3% 及 0.2%，對總額財務會有重大的影響或變動，我認為不至於到這樣，所以我個人認為獎勵要有感，以上。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

我建議委員思考本項預算真正的意義，請委員參閱會議資料第 117 頁所列的表格，看起來好像都在分錢，除牙醫核發表現優良前 20% 院所金額占品保款比例達 66%，真正達到獎勵的意義以外，其他部分則請各位委員參考。除了核發結果的問題外，還有品保款占可協商空間比率，建議應該要將此 2 項因素併同考量比較好。我不反對剛才醫界所提建議，但意義不同，以上意見供大家參考。

周主任委員麗芳

黃委員振國、陳委員石池發言完，其他委員如果還有意見的話，請提書面意見。請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、關於議定評核等級獎勵的成長率應該有合理性及公平性，以近 3 年獎勵成長率為例，108 年良、優、特優級分別為 0.1%、0.3%、0.5%，109 年調降為 0.1%、0.25%、0.5%，110 年調降為 0.1%、0.2%、0.3%，應該思考獎勵的目的，若獎勵只是流於形式，且逐年遞減，我不知道品保款獎勵機制是獎勵醫界還是懲罰醫界。
- 二、目前所提獎勵成長率，0.1%、0.2%、0.3% 或 0.08%、0.16%、0.24% 等，對醫界只是一種感覺，近年也沒有總額團體拿到特優級，特優級獎勵成長率不論是 0.5% 還是 0.3%，都只是形式上而已。我想今年疫情這麼嚴重，第一線醫護同仁都沒有退

縮，如果繼續調降獎勵成長率而且本項預算也不多的情況下，外界觀感可能不佳，請各位委員深思。

周主任委員麗芳

請陳委員石池。

陳委員石池

現在討論 111 年總額品保款專款額度，還不知道 111 年有沒有疫情呢？大家想太多了。剛才委員也提到每年修改評核等級獎勵成長率，似乎不理想。我贊同甲案，我們還是要多獎勵，在不影響總額範圍下，還是多予以獎勵，但每年調整獎勵成長率，不是很好的事情，每年都要討論 1 次，表示這決議不甚理想，是不是請相關單位再思考，如採固定額度，每年多少，以後就不用討論 0.1%、0.2%、0.3%，以後也會比較方便，以上建議。

周主任委員麗芳

一、感謝委員提供寶貴的意見，我也非常感謝干委員文男、何委員語等 6 位委員，考量健保資源而提出丙案，大家也知道疫情的關係，在第一線衝鋒陷陣的醫界夥伴們，我想不只是國內，連國外都希望給予我們更多的支持。

二、考量情況特殊，尤其醫界承擔很大的風險，也沒有退縮，我懇請各位委員，今年情況特殊，近幾年也多次調降評核等級獎勵成長率，為了安定軍心，不希望在前線衝鋒陷陣的醫界朋友們情緒受到波動和影響，懇請大家支持 111 年總額品保款獎勵成長率維持 110 年度方式，也就是甲案，拜託各位委員支持。

三、另外李永振委員所提的意見，將併入擬辦之修正文字。因為今年疫情確實非常嚴峻，委員是否同意維持甲案？(未有委員表示反對)謝謝。如果沒有反對意見的話，非常感謝，感恩大家，我們還是要幫醫界加油，健保會委員及同仁和醫界站在一起，謝謝大家。

四、接下來進入報告事項。

劉委員淑瓊會後書面意見

各總額部門執行成果評核屬於鼓勵性質，若可透過具信度與效度之評核激勵醫療服務提供者提高醫療品質、促進弱勢與偏鄉之醫療可近性等，樂觀其成。醫改會關注的是這些品質保證保留款之流向。我們認為第一線醫事人員的努力應被看見、被回饋，因此建議行政部門應監督這些獎勵金用在實質提升第一線醫事人員勞動環境與待遇之比率。

附件十四 委員會前書面意見及相關單位回復

委員意見	本會說明及建議處理方式																					
<p>支持甲案之理由</p> <p>蔡委員明鎮</p> <p>近期疫情嚴重，所有醫護人員站在第一線所承受的精神、體力、壓力是所有國人有目共睹，我個人認為甲案較為適當，醫護人員是最辛苦的一群人之一。</p> <p>支持乙案之理由</p> <p>侯委員俊良</p> <p>品質保證保留款有鼓勵各部門提供更良好醫療品質之用意，但對整體醫療品質的要求乃是最高目標，過度強調某些指標，恐造成各部門為追求量化成效，而忽略醫療服務的質化內涵，因此建議應考量健保整體財務情形，酌予調整。</p> <p>楊委員芸蘋</p> <p>109年是疫情開始，110年是大爆發的時候，醫護人員很辛苦，點值應該也會下降，為健保財務及整體經濟考量，是否預留一些在總額內便於運用。</p> <p>支持丙案之理由</p> <p>干委員文男</p> <p>考量健保財務及整體經濟調整。</p>	<p>一、有關獎勵成長率，除甲、乙兩個提案外，干委員文男等6位委員建議丙案。</p> <p>二、3個方案之獎勵成長率如下，併請討論。</p> <table border="1" data-bbox="810 775 1474 1077"> <thead> <tr> <th rowspan="2">提案及委員調查結果</th> <th rowspan="2">計算基礎</th> <th colspan="3">評核等級獎勵成長率</th> </tr> <tr> <th>良</th> <th>優</th> <th>特優</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>甲案</td> <td rowspan="3">各部門評核年度(109年)一般服務預算</td> <td>0.1%</td> <td>0.2%</td> <td>0.3%</td> </tr> <tr> <td>乙案</td> <td>0.08%</td> <td>0.16%</td> <td>0.24%</td> </tr> <tr> <td>丙案</td> <td>0.1%</td> <td>0.15%</td> <td>0.2%</td> </tr> </tbody> </table>	提案及委員調查結果	計算基礎	評核等級獎勵成長率			良	優	特優	甲案	各部門評核年度(109年)一般服務預算	0.1%	0.2%	0.3%	乙案	0.08%	0.16%	0.24%	丙案	0.1%	0.15%	0.2%
提案及委員調查結果	計算基礎			評核等級獎勵成長率																		
		良	優	特優																		
甲案	各部門評核年度(109年)一般服務預算	0.1%	0.2%	0.3%																		
乙案		0.08%	0.16%	0.24%																		
丙案		0.1%	0.15%	0.2%																		
<p>其他意見：</p> <p>李委員永振</p> <p>各部門應深思本保留款之設立意義，檢視核發結果是否能真正達到獎(鼓)勵醫療院所之目的。</p>	<p>委員所提有關品保款執行及檢討之意見，建議納入本案之決議事項，文字修正如下：</p> <p>請各總額部門<u>持續檢討</u>111年度品保款之</p>																					

委員意見	本會說明及建議處理方式
	核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

玖、報告事項第一案「109 年度全民健康保險基金附屬單位決算及 111 年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案」、報告事項第二案「110 年度全民健康保險牙醫門診總額 0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫(草案)」、報告事項第三案「110 年度全民健康保險中醫門診總額『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)」、報告事項第四案「『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)」與會人員發言實錄

委員會前書面意見及相關單位回復如附件十五(詳第 157~163 頁)

周主任委員麗芳

開始報告事項之前，先向委員說明，本屆委員繼續維持優良傳統於下午 2 點以前結束會議，我相信現在大家都餓著肚子，請報告單位盡量的簡要報告，全部報告後再進行討論，進行報告事項第一案。

同仁宣讀

洪組長慧茹

- 一、簡要向委員說明，關於本案主要是依據健保法施行細則第 3 條規定，健保署每年應編列年度預算及年終決算報告，並送健保會備查，本會幕僚已於 5 月初將 109 年全民健保基金決算書及 111 年度預算書併同本會同仁分析意見寄送給委員。
- 二、於 5 月底前，計有 4 位委員回復意見，主要包括政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額歷年撥補情形、109 年度健保代位求償的類型及金額、本案預決算近 3 年的推估方式、因應健保財務收支缺口之財務平衡方案相關配套措施及時程規劃等，健保署回復說明納入本次會議資料第 149~164 頁，請委員參閱。
- 三、另 6 月 18 日前徵詢委員意見，初步彙整委員意見分為 2 部分，向委員說明如下：
 - (一)部分委員不同意備查，主要理由係政府應負擔健保總經費

法定下限 36% 差額計算方式的爭議，部分委員與主管機關見解不同，建議應該要解決這項爭議之後，產生有共識的計算方式後才能備查。另外，從 107、108、109 年連續 3 年因為相同理由，本會均沒有備查預決算案，部分委員亦認為應該維持一致立場與堅持。

(二) 另有委員表示原則上同意備查，但對於安全準備計算及提列部分，委員認為必須依照健保法第 76 條第 1 項規定計算補足應有的準備金。

周主任委員麗芳

本案每年都會提報健保會，健保會仍須有一致的立場，委員所提意見，將逐字附上，本案決定不予備查，委員是否同意？(有委員表示同意)。接續進行報告事項第二案。

同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、關於報告事項第二案是因為總額協定事項決定，計畫實施方案須經過本會同意才能執行，因此健保署將實施計畫提送本會同意。檢視報告內容已請健保署補充說明，請參閱會議資料第 167~169 頁，經研析之後屬於合理，建議委員同意本計畫。此外本項協定事項執行目標 9,600 人，計畫執行目標 12,600 人次不相同，建請健保署未來總額協商及評核時，提供計畫服務人數，以評估是否符合協定要求。經委員回復意見調查，多數委員同意所提計畫，3 位委員提出其他意見。
- 二、委員意見主要對於計畫內容的收案年齡、支付標準、品質獎勵及執行等建議，本會已事先請健保署回復說明，請委員參閱補充資料第 49~50 頁。另外 2 項建議，對增減金額及預算用途部分，本會已回復說明，請委員參閱補充資料第 50~51 頁。接下來請健保署報告。

周主任委員麗芳

請健保署報告。

陳科長依婕

一、接續由健保署對於新增「0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」進行簡要報告，請委員翻到會議資料第 165 頁，依據 110 年牙醫門診總額協定事項，新增「0-6 歲兒童口腔健康照護試辦計畫」，預算 6 千萬元。本案於牙醫門診總額研商議事會議多次討論，並提到共擬會議討論後，建議修改計畫名稱為「0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」，主要係與現行國健署預防保健區隔。接續簡要說明計畫內容：

- (一)收案條件，須符合 2 個要件，第 1 個是收案對象為 0-6 歲兒童，第 2 個是收案標準，係依不同年齡層不同齲齒顆數認定是否屬於嚴重齲齒的個案。
- (二)支付標準部分，本計畫有初診診察費，包含診察兒童口腔狀況、齲齒風險及衛教等。初診診察後，還有 1 次初診治療及 3 次複診治療，其支付點數請委員參閱會議資料。
- (三)品質獎勵費部分，係指個案從接受初診治療到複診治療的完整治療期間，再發生齲齒顆數小於 1 顆，給予品質獎勵費，每個個案 1,500 點。
- (四)牙醫師申請的資格，須接受相關學分訓練課程。此外，也訂定退場機制，若治療效果不好或未完成治療比例過高，則 2 年內不可申請本計畫診療項目。

二、接續回應委員所提意見，健保署簡要補充說明：

- (一)請委員參閱會議資料第 168 頁，關於執行目標部分，協定事項為服務 9,600 人，本計畫執行目標訂為 0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔照顧初診治療 12,600 人次。本計畫初診治療每人只能申報 1 次，換言之，也是指執行 12,600 人的意思，牙醫師公會所提建議係提升照護人數，也是希望能擴展更多兒童接受本計畫服務。
- (二)請參閱會議資料第 169 頁，原本項協定事項為擇縣市試辦，考量本計畫收案對象限縮為嚴重齲齒兒童，不希望只

限於 4 個縣市的兒童接受照護服務，因此，本署與牙醫師公會討論決議，將本計畫擴展至全國，讓全國 0-6 歲兒童可以接受到照護，以上報告。

同仁宣讀(進行報告事項第三案)

陳組長燕鈴

- 一、向委員簡要報告，110 年度中醫門診總額新增「中醫針灸處置品質提升」及「中醫傷科處置品質提升」2 項預算，依協定事項須提出具體規劃送本會核備。
- 二、經本會檢視報告內容，健保署已依 110 年度協定事項辦理，納入支付標準修訂並已完成法定程序，爰建議同意備查。
- 三、委員全數同意備查，其中 1 位委員建議，這次修訂新增輔助治療多為原自費治療項目，建議中醫師公會製作宣導海報，供特約院所張貼，廣為民眾周知。委員所提建議，建請健保署及中醫師公會參辦。接下來請健保署、中醫師公會報告共 5 分鐘。

周主任委員麗芳

請健保署報告。

陳科長依婕

- 一、請參閱會議資料第 195 頁的投影片第 2 頁，依據總額協定事項，主要內容剛剛陳組長燕鈴也提到，將原自費項目及自費之輔助治療納入健保給付，並應以新增複雜性疾病特殊針灸或傷科作為優先考量項目。這次的預算來源主要是醫療服務成本指數改變率、中醫針灸處置品質提升、中醫傷科處置品質提升，各自編列預算，總計 829.7 百萬元。
- 二、投影片第 5 頁內容，呈現針灸支付標準修正前後對照表，左邊是原本支付標準規定：
 - (一)原本分為一般針灸、電針治療及複雜性針灸，修正後分為一般針灸、電針治療、中度複雜性針灸及高度複雜性針灸。
 - (二)中度及高度複雜性針灸，分別訂有適應症，同時將點數調

升。支付標準規定，中度複雜性針灸需要針灸 2 個部位以上，且須合併 1 項輔助治療，治療時間合計 10 分鐘以上。高度複雜針灸也訂有相關規範。

三、投影片第 6 頁內容，呈現傷科治療支付標準修正前後對照表，左邊是原支付標準規定：

- (一)修正前分為一般傷科、複雜性傷科及脫臼整復，修正後分為一般傷科，並整併脫臼整復，調整為中度複雜性傷科及高度複雜性傷科，分別有適應症。
- (二)中度複雜性傷科，針對療程第 1 次將點數調升，療程第 2 到 6 次維持一般傷科點數。
- (三)高度複雜性傷科訂有 4 種不同的適應症，包括多部位損傷、中度複雜性傷科合併特殊疾病、脫臼整復及骨折等 4 個部分，並訂有支付規範跟時間限制。高度複雜性傷科規定病人因該疾病第 1 次到醫療院所之治療處置，給付較高的點數，後續治療每次以一般傷科點數支付。

四、衛福部已公告相關支付標準，並於 3 月 1 日生效，在針灸、傷科、針灸合併傷科等章節皆併同修正，後續健保署將持續監測針灸及傷科修正之後的申報狀況，同時了解民眾對這部分自費申訴案件的增減情形，以上是健保署報告。

周主任委員麗芳

接下來請柯委員富揚報告。

柯委員富揚

- 一、感謝各位委員的支持，讓中醫的針灸、傷科的品質提升計畫在今年 3 月 1 日順利實施。
- 二、在針灸作業標準程序上，有 3 個重點，1 個是治療部位，原本沒有規範相關部位，現在要求須針灸 2 個部位以上，治療時間區分為 10、20 分鐘，以及納入原本自費的輔助治療項目。
- 三、修正後的複雜性針灸給付方式分成一般針灸、中度複雜性針灸跟高度複雜針灸：

- (一)適應症按照表列所訂相關疾病做為收案條件。
- (二)原本未限定治療部位，現在規定要針灸 2 個部位以上，包括頭頸、軀幹、四肢等 2 部位以上。
- (三)原本自費之輔助治療，包括拔罐、放血、刮痧、熱療、紅外線、艾灸、電療等治療，眼部特殊針灸也納入。
- (四)在治療時間上的要求，中度複雜性針灸 10 分鐘、高度複雜性針灸 20 分鐘。

四、傷科方面增加 2 個重點，1 個是治療時間限制，以及納入原本自費的輔助治療項目。傷科分為一般傷科、中度複雜性傷科及高度複雜性傷科：

- (一)中度、高度複雜性傷科適應症按照表列所訂相關疾病有詳細規範。
- (二)中度複雜性傷科須合併原自費項目之輔助治療，包括傷科的膏布治療，還有剛剛提到的藥薰、拔罐、刮痧、電療、紅外線等治療，還有夾板固定治療，治療時間至少 10 分鐘以上。
- (三)高度複雜性傷科分成多部位損傷、骨折、脫臼及中度複雜性傷科合併特殊疾病，也須合併上述輔助治療，治療時間規定要 20 分鐘以上。

五、中醫師公會在健保 6 分區分別召開複雜性針灸跟傷科說明會，確保中醫針傷照護品質標準作業如法、如規定實施，讓全民得到更好的照顧品質，以上是中醫師公會的報告。

周主任委員麗芳

謝謝柯委員富揚，非常感謝您帶領中醫國家隊，請簡短說明中醫國家隊提供的醫療照護服務。

柯委員富揚

一、感謝主委及各位委員，中醫國家隊要求全國 22 個縣市公會，必須在正常上班時間有 3 位醫師接專線諮詢電話，目前醫院端的醫療量能真的處於嚴重短缺跟過度付出的情況，我們希望中

醫也能幫幫忙，希望藉由專業中醫師醫療諮詢服務解除確診患者的焦慮不安。有些確診患者在檢疫所，有些在居家隔離，他們抱怨打 1922 或衛生局專線電話都在忙線中，因為大家都在打，1922 專線同仁及各縣市衛生局真的都非常忙碌，我們可以藉由醫療專線電話提供服務幫忙。

- 二、感謝健保署長官德政，我們在遠端的諮詢同時做視訊診療，確診患者在初期，有些輕症在居家醫療，有些在檢疫所，當他們希望接受中醫醫療服務時，我們可以透過視訊診療方式提供 COVID-19 確診患者相關治療。某些慢性病患者因為疫情關係不便就醫，中醫也同樣提供諮詢服務，我也告訴中醫同道一定要竭盡全力幫忙。
- 三、這中間有很多感人的小故事，包括在高雄阮綜合醫院，該醫院沒有中醫部門，確診患者想吃中藥，他們感染科主治醫師及患者都跟我們聯繫，我請我們高雄同仁提供視訊診療。至於送藥問題，感染科醫師跟中醫同道說我過去拿藥就好，你願意免費幫忙，我們更願意免費送藥，這樣例子不勝枚舉，很高興這次疫情中醫確實可以發揮療效及幫上忙，以上是中醫國家隊在防疫過程提供的服務。

周主任委員麗芳

謝謝柯委員富揚及中醫國家隊，接著進行報告事項第四案。

陳組長燕鈴

- 一、有關報告事項第四案主要為近年總額編列多項鼓勵轉診及分級醫療等配合政策的預算，所以在 110 年度醫院、西醫基層總額及其他預算之協定事項，請健保署提出專案報告說明執行成效。
- 二、健保署已依協定事項提出專案報告，經檢視報告內容，請健保署補充協定事項之辦理情形，在會議資料第 212~213 頁。其中 1 項「基層總額轉診型態調整費用」的檢討及動支方案尚未完成。

三、多數委員之書面意見回復「洽悉」，其中 1 位委員建議檢討執行成效，本會建請健保署儘速完成「基層總額轉診型態調整費用」的檢討及動支方案提報本會備查。此外持續評估相關專款之執行效益、精進方案內容，以落實分級醫療政策。接下來簡要說明委員意見摘要，有委員建議健保署就歷年分級醫療……。

周主任委員麗芳

因為時間關係，現在已經是下午 1 點 41 分，還有 4 位委員要發言，我先請健保署簡短報告。

劉專門委員林義

- 一、以下由健保署報告，我的報告重點有 2 個，1 個是「基層總額轉診型態調整費用」10 億元，編列在其他總額部門，另 1 個是「鼓勵院所建立轉診之合作機制」6.58 億元，分別編列在西醫基層及醫院部門。
- 二、簡單回應健保會提出的 2 個意見，110 年度「基層總額轉診型態調整費用」的檢討及動支方案，本來要提報 5 月份西醫基層總額第 2 次研商議事會議討論，不過受到疫情影響，所以延到下一次提案討論，一旦有共識就會提報健保會備查。
- 三、請委員參閱會議資料第 217 頁、投影片第 5 頁，呈現上述 2 項計畫編列的預算及所有分級醫療計畫預算編列的情形，110 年「鼓勵院所建立轉診之合作機制」編列 6.58 億元、「基層總額轉診型態調整費用」編列 10 億元，接下來將分項介紹。
- 四、請委員參閱會議資料第 218 頁、投影片第 7 頁，有關「鼓勵院所建立轉診之合作機制」部分，主要為提供轉診誘因，支付標準規定辦理轉診費_下轉提供 500 點，辦理轉診費_上轉提供 250 點，接受轉診診察費加算 200 點。以下是轉診支付範例，以西醫基層為例，將病人轉診到醫學中心，西醫基層可以獲得辦理轉診費_上轉 250 點，醫學中心獲得轉診診察費加算 200 點。病人從醫學中心下轉到西醫基層，醫學中心可以獲得辦理

轉診費_下轉 500 點，西醫基層獲得接受轉診診察費加算 200 點。這就是整個就醫的方式

五、有關轉診支付相關費用及核付情形，請委員參閱合計欄位：

(一)先看申報結算數，107 年是 1.29 億點，108 年成長到 3.42 億點，109 年受到疫情影響，結算數是 3.43 億點。

(二)至於轉診件數，用合計數來看，107 年上轉件數大約是 44 萬件，108 年成長到 100 萬件，109 年維持在 95 萬件左右。

(三)下轉件數 107 年 9 萬件，108 年成長到 30 萬件，成長約 3~4 倍，109 年受到疫情影響，維持跟 108 年一樣的件數，30.6 萬件。

六、上述為有關「基層總額轉診型態調整費用」部分，為何編列這筆預算？考量實施分級醫療後，如果很多案件轉到西醫基層，會對西醫基層財務造成衝擊，所以在其他部門有編列 10 億元支應這樣的財務衝擊。主要有 2 個情形：

(一)第一，是轉診成功案件，一方面有轉出，另一方面確實有接到，表示轉診成功，才會支付轉診費用。

(二)第二，是在試辦初期時，很多院所沒有申報轉診的醫令，但確實做到轉診效果，所以初期開放允許有自行就醫的案件。

七、請委員參閱書面資料第 221 頁、投影片第 13 頁，整體轉診率在從 106 年 0.83%，107 年 0.96%，108 年 1.16%，109 年 1.19%，呈現逐年提升的狀況.....。

周主任委員麗芳

一、因為時間關係，目前還有多位委員要發言，謝謝劉專門委員林義的報告，未報告完的部分，請委員自行參閱資料。

二、身為主席有責任在 2 點前完成會議，我先向委員致歉，委員發言時間必須控制在下午 1 點 55 分以前，之後就請提書面意見，因為還要保留 5 分鐘做決定。請各位委員簡短發言，發言

時間只剩下 8 分鐘。先請劉委員國隆。

劉委員國隆

一、本席建議報告事項第二案「110 年全民健保有關牙醫門診總額 0-6 歲嚴重齲齒口腔健康照護試辦計畫」中，預算保留 10% 用於幼兒口腔保健衛教宣導。有關衛福部 107 年度「我國六歲以下兒童口腔健康調查工作計畫」期末報告，提到積極強化民眾對兒童口腔健保服務的認識，而健保會回復說明預防保健服務屬公務預算支應範圍，衛福部心口司公務預算執行約 6 億元。事實上，健保署所提計畫 6 千萬元預算，支應齲齒風險評估、幼兒飲食狀況表、口腔衛教及親子衛教資訊，已有提供衛教服務。在此我提出 2 點意見：

(一)第一，衛福部心口司公務預算執行約 6 億元，能否提供執行成效供委員參考？

(二)第二，衛福部 107 年度「我國六歲以下兒童口腔健康調查工作計畫」期末報告提到 2~3 歲齲齒比例上升，雖然公務預算執行約 6 億元，也包含衛教。建議本計畫預算 6 千萬元，執行全面性重點預防式衛教才是重要的，我們希望預防勝於治療，以上是我的期許。

二、另外跟報告事項 4 個案子無關的意見，在會前與會議資料一起寄送予委員的委員意見表中，以紅字提醒：「本意見表務必回復，未回復者，視同未參加會議(無法支給 6 月份兼職費)，務必在開會前，即 6 月 17 日下班前提供本會」，不知是否以前都這樣寫？這樣寫好嗎？請教主席。

周主任委員麗芳

謝謝劉委員國隆，向您致歉，可能是因為第 1 次舉辦線上會議，所以有些程序仍在磨合中，若言詞上有些強烈，請委員不要在意，後續本會同仁將會改進，也謝謝您的意見。

陳委員秀熙

一、我只需要 1 分鐘，提醒「牙醫門診總額 0-6 歲嚴重齲齒兒童口

腔健康照護試辦計畫」很好，這個計畫項目裡已提到可近性，但對於這個計畫要注意不同地理區域，特別是偏遠地區，牙醫在很多醫療資源分配不足的區域，希望在執行時，將地理區域考慮進去，此時也可用健保資料庫引導抽樣，有關地理區域與抽樣部分，我再用書面資料詳細建議。

二、希望不要與國健署的資源重複，因我們不斷提到要節省資源，對於「中醫針灸及傷科處置品質提升方案」正式納入健保很好，但同樣要做到中西醫合診，對西醫輔助方面，有些項目西醫已經有效，中醫儘可能不需重複，如何中西醫互相輔助、發揮兩者各自優點，又可極大化資源利用，就像柯委員富陽剛剛提到感染科的好例子。

三、我支持轉診，對 COVID-19 在基層、醫學中心及區域醫院未來轉診病人，以及防疫會有重要貢獻。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、我正式提議，報告事項第二案，「牙醫門診總額 0-6 歲嚴重齟齬兒童口腔健康照護試辦計畫」納入其他委員意見，先給予通過。

二、第 2 點，報告事項第三案，有關「中醫針灸及傷科處置品質提升方案」的治療項目，柯委員富揚他們中醫表現越來越好，建議先給予通過。

三、第 3 點，有關轉診制度：

(一)109 年西醫基層、醫院總額均編列預算，健保署在其他預算也編列預算，109 年總共編列 64.17 億元。請教健保署 64.17 億元用了多少錢？原健保署編列的預算，還有無剩餘，轉至醫療準備金？110 年西醫基層總額編列 2.58 億元，醫院總額編列 4 億元，健保署又編列 10 億元，總共 16.58 億元，今年仍在執行中，尚未看到成果及最後轉診制

度的健全。

(二)另外，過去都是 3 個團體一直重複編列預算，能不能回歸醫院或西醫基層總額單獨編列，因為編在健保署的其他預算都沒有算到他們的成長率，這是總額的缺口，建議應該慢慢回歸正常化。若 3 個團體均編列預算，則會讓總額失真，這是我的意見。

四、我想了解從去年疫情至現在，西醫基層的「家庭醫師整合性照護計畫」協助哪些成果？請健保署提供成果資料供我們參考，因我們發現很多家庭隔離的人都在家猝死，或在家隔離 2、3 天就死了，到底有多少照護對象在這次疫情死掉？請讓我們了解。

五、我非常感謝西醫基層的耳鼻喉科醫師放下工作，300 多位醫師協助快篩作業工作，感謝他們為大家服務的精神與心血，但是希望知道西醫基層的「家庭醫師整合性照護計畫」，在去年及今年疫情發揮多少功效及功能，請健保署提供資料供我們參考。

周主任委員麗芳

請黃委員振國，但只有 2 分鐘發言，2 分鐘後可能會斷訊。

黃委員振國

一、有關何委員語所提意見，第一點，因疫情關係民眾就醫型態有明顯的改變，尤其台北地區從 4 月至現在，持續發生各大醫院門、住診服務降載，民眾第一時間，尤其是穩定的慢性病患者，從上個月至這個月，很多患者都改至西醫基層開立連續處方箋，延續病人用藥權利，以我自己的診所為例，陸續接到醫院患者來診所就醫，像是失智症患者及心臟疾病患者等，他們的用藥也都很貴，如新型心臟病用藥一天藥費 154 元，這些病人醫療利用原本在醫院端，因疫情關係，醫界共體時艱，讓民眾就醫得到方便性。

二、第二點，何委員語質疑家醫計畫的醫療群在防疫期間做些甚

麼？因應醫師公會呼籲與號召，目前約有一半參加計畫的醫療群醫師參與社區篩檢站，不僅耳鼻喉科醫師，以基隆為例，社區篩檢站是由醫療群與我們基隆市醫師公會推動的，篩檢站的醫師，則由長庚醫院與基層醫師支援，包含小兒科、家醫科，甚至皮膚科醫師等各科別，都挺身而出擔任第一線篩檢醫師，成效非常顯著。而且現在全省各地基層醫師都全心投入，知道現在疫苗注射率必須要提升至7成以上普及率，所以基層醫師都願意挺身，第一時間擔任疫苗注射的幫手。

周主任委員麗芳

一、謝謝黃委員振國，其他委員如果還有意見的話，請提書面意見。經過充分討論及報告，決定如下：

(一)第二案，同意所提計畫，請健保署依法定程序辦理。委員所提意見，送請健保署及牙醫師公會執行參考

(二)第三案，本案同意備查。委員所提意見，送請健保署及中醫師公會執行參考。

(三)第四案：

1.本案洽悉。

2.請健保署儘速完成「基層總額轉診型態調整費用」動支方案後提報本會備查。

3.請健保署持續精進方案內容並評估執行效益，於協商前提出量化成果，供協商參考。

二、若委員沒有臨時動議，今天會議進行到此，感謝大家餓著肚子堅持到最後，預祝大家在疫情當中一切平安健康，好好保重自己，謝謝大家！

黃委員振國會後書面意見

一、據醫師公會全聯會調查，配合各地衛生主管機關規劃安排，已有70-78%縣市的基層醫師投入社區篩檢站、社區疫苗接種站等服務。

二、因應新冠疫情發展嚴峻，醫師公會全聯會號召社區診所萬名

醫師就四大面向進行總動員，全力投入防疫。第一，由「耳鼻喉頭頸外科醫學會」領軍，出面協調並與各相關領域基層醫師自願性迅速投入社區篩檢站。第二，由「精神醫學會」召集精神科醫療團隊及具全人醫療訓練的基層醫師，照顧受身心壓力影響的民眾。第三，預防保健、急慢性醫療照顧、居家與安寧照護等民眾必要的需求，則立即啟動全國社區醫療群家庭醫師計畫的七千名基層醫師、也鼓勵所有基層醫師自願協助，此部分委由「家庭醫學會」負責協調，請各縣市醫師公會協助。第四，未來接種疫苗的重責大任急需診所大力協助。過去疫苗接種大多都由基層院所完成，這部分由「兒科醫學會」協調疫苗接種特約診所，協助社區的 COVID-19 疫苗接種。

三、本會邱理事長泰源主持的研究團隊，發表台灣社區醫療群成就，再度受到國際肯定，研究成果榮登「英國醫學期刊 (British Medical Journal, BMJ Open)」(2021 年 2 月)。

四、醫師公會全聯會將於 7 月 1 日召開會議，研議修改「家庭醫師照護計畫」中部分項目之計分，增加醫療群醫師實際參與第一線(支援各縣市政府社區篩檢站、社區疫苗注射、檢疫所支援等)防疫工作之指標。

陳委員秀熙會後書面意見

針對全民健康保險牙醫門診總額 0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫(會議資料第 170-191 頁)提出以下建議。

一、計畫欲對嚴重齲齒兒童進行介入及完整治療立意良好，目的也包含持續性、周全性、協調性、整合性及可近性的照護，而針對可近性照護，計畫雖已擴及全國，但在許多醫療資源不足且齲齒率較高的偏鄉地區應該考慮進去。偏鄉地區可利用健保資料庫做引導抽樣，依六個健保分區，以各鄉鎮 0-6 歲兒童齲齒率(申報齲齒治療/鄉鎮 0-6 歲人口數)及鄉鎮每千人牙醫人數做抽樣基準，齲齒率越高及鄉鎮每千人牙醫人數越少者，越為優

先抽出為偏鄉服務辦理地區。

二、支付標準 P6702C 項中所提 PXXXXC 是否應為 P6701C。

劉委員淑瓊會後書面意見

針對報告事項第四案，提供執行建議四項：

- 一、在「年度轉診執行成效」中推動醫療體系整合一項，僅提供轉診案件申報及特約院所家數等產出(outputs)數據，無太大意義，應比較加入策略聯盟與否的轉診比率差異，方能凸顯方案成效。
- 二、依「110年第1季全民健康保險業務執行季報告」所揭109年1至12月分級醫療執行情形，與108年相較，即使109年受疫情影響整體就醫人次減少，接受上轉的案件數卻無明顯減少趨勢。除此，多數上轉的案件仍是以上轉醫學中心為主，而醫學中心下轉的案件數則是各層級中最少，「分級醫療」之成效有待商榷。
- 三、贊同分級對策應將慢性病人照護、輕症由醫院下轉至基層診所，但是在簡單的數字之外，應明確交代以下兩件事：(一)目前所呈現的數據之真實性與可信度如何？對於醫院端的「因應行為」，健保署有多少掌握？(二)目前下轉的數字中，這類慢性病人或輕症病人的比率有多少？(三)這類病患下轉後是否能持續獲得兼具便利性、有效性及有品質的醫療照護？
- 四、本方案投入相當的經費，執行成效報告卻失之簡陋、不友善。不僅未能向健保會委員充分說明該方案對醫療體系生態之改變、對民眾就醫與健康維護之實質效益、對健保資源合理配置之貢獻，更未交代方案執行的困難與解方。建議日後健保署此類執行成果報告在簡要的投影片之外，應提出完整的、付費者代表能理解的文字說明，以落實課責。

附件十五 委員會前書面意見及相關單位回復

一、報告事項第一案

委員意見	健保署說明
<p>干委員文男</p> <p>在計算政府應負擔健保總經費法定下限36%時，將應提列之安全準備代入負數，不符健保法第76條第1項之規定。於未釐清36%計算公式前，本案應不予備查。</p>	<p>一、有關委員所提相關政府應負擔健保總經費法定下限36%意見，查衛生福利部社會保險司曾多次於貴會委員會議以口頭及書面方式向委員說明，並分別於107年4月16日「106年度全民健康保險基金附屬單位決算備查案相關疑義」會前討論會、108年5月7日「108年度全民健康保險相關業務座談會」進行專題報告；另於貴會108年第9次及109年第8次委員會議，亦就委員相關提案詳加回應說明，請諒察。</p> <p>二、本署歷來依健保法第2條、第3條及同法施行細則第45條規定，以及行政院協商確立之法律見解及計算方式，據以計算各年度政府應負擔健保總經費及不足法定36%差額。</p>
<p>林委員恩豪</p> <p>有關政府應負擔健保總經費法定下限(36%)差額之撥付，一直存在因為計算方式認定不同，而衍生出撥付不足的爭議，該爭議影響被保險人權利及健保財務甚鉅，所以，應先弭平該項爭議，以有利於被保險人的方向，產生達成共識的計算方式後，才得備查。</p>	
<p>李委員永振</p> <p>一、依健保署健保財務推估，111年底安全準備只有約當0.5個月保險給付支出，依法令規定，111年勢必再調漲健保費率！健保署是否已聯手社保司要讓辛苦抗疫的陳部長成為沒有誠信的官員？</p> <p>二、安全準備之提列故意曲解健保法第76條第1項第1款之規定，將收支結餘以收支餘絀處理，109年依法應提列173.78億元，卻以0元處理。</p> <p>三、政府應至少負擔健保總經費法定下限36%之計算公式中，應提列之安全準備卻以收支短絀之負值代入，致前5年(1</p>	

委員意見	健保署說明
<p>05~109年)政府約少負擔790億元。</p> <p>四、本會自107年起連續3年，歷經第3、4屆委員(主委3次均參加)均因考量前述二項相同理由，不同意預決算之備查，健保會就本案應有一致之立場與堅持。</p>	
<p>楊委員芸蘋</p> <p>原則上同意備查，但是109年度決算安全準備金尚未足夠，必然影響111年度之預算，應依健保法第76條第1項規定實際計算「應提列安全準備來源」金額補足應有之準備金。</p>	<p>一、有關安全準備之計提，係依據全民健康保險法第76條規定，提列安全準備，其來源如下：</p> <p>(一)本保險每年度收支之結餘。</p> <p>(二)本保險之滯納金。</p> <p>(三)本保險安全準備所運用之收益。</p> <p>(四)政府已開徵之菸、酒健康福利捐。</p> <p>(五)依其他法令規定之收入。</p> <p>本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。</p> <p>二、有關本署109年度應提列安全準備來源，已確實依上述規定計算，截至109年12月底安全準備餘額1,104.69億元，折合約1.91個月保險給付，尚符合健保法第78條規定「本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出為原則」。</p>

二、報告事項第二案

委員意見	相關單位說明
<p>對計畫內容之提問</p> <p>滕委員西華</p> <p>一、嬰兒8個月以前未有乳牙，本案適用年齡下限是否可以修正？</p> <p>二、關於支付標準(P165-166)：</p> <p>(一)0-6歲初診是否需符合具備收案標準之任一項才可以申報初診診察費？</p> <p>(二)0-6歲複診治療費，三次複診有無一定間隔或期間內一定要完成才能申報？如一年內？</p> <p>三、關於品質獎勵中「達3次治療再發生齲齒<1」是指第3次治療後的多久期間內？如何確認？</p> <p>四、P175-186相關評估表格和衛教是否限牙醫師本人執行？如何稽核？</p>	<p>健保署說明：</p> <p>一、查本計畫六、收案條件規定，未有乳牙之嬰兒雖為收案對象，惟不符合收案標準，無法依本計畫收案。</p> <p>二、關於支付標準：</p> <p>(一)0-6歲兒童需同時符合計畫收案對象及收案標準，並由符合本計畫執行資格之牙醫師同意收案後，始得提供相關照護服務。前述牙醫師必須經本計畫相關教育訓練並經中華民國牙醫師公會全國聯合會審查後，送本署分區業務組核定，始得申報本計畫初診診察費。</p> <p>(二)三次複診治療皆須與前一次診療間隔90天以上，180天內完成申報。</p> <p>三、品質獎勵費係個案於接受完整試辦計畫期間(複診治療次數達3次者)，再發生齲齒填補顆數小於1顆(含)以下(自家+他家)，本項費用按季結算，由本署統計病人於接受完整計畫治療期間之再發生齲齒填補顆數。</p> <p>四、評估表格及衛教內容</p> <p>(一)查計畫所訂各項評估表格及衛教內容，係由牙醫師依醫療專業，針對病人生活習慣、疾病風險及病況等，與病人、家長共同執行評估，以提供正確且適宜之親子衛教資</p>

委員意見	相關單位說明
	<p>訊，透過醫病共同合作照護口腔健康，控制齲齒發生。</p> <p>(二)另依本計畫支付標準規定，申報計畫診療項目須檢附包含齲齒風險評估表、飲食狀況表、口腔檢查表等資料及病歷供本署審查。</p>
<p>對計畫執行之建議</p> <p>侯委員俊良</p> <p>據媒體報導，2018年我國3~4歲兒童平均蛀牙2.73顆；而日本早在5年前，3歲幼兒的平均齲齒顆數就降至0.6顆。顯示兒童齲齒率偏高，且有城鄉差距(最少顆在台南和台北，最多顆在雲林和屏東)，除應提高服務人數，也須注意是否有達到弭平城鄉落差的成效。</p> <p>李委員麗珍</p> <p>建議此計畫應涵蓋全國，也能為獎勵生育出點力。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>一、有關兒童齲齒照護，全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準已給付包含91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」、91020C「牙菌斑去除照護」等相關齲齒治療項目。本計畫目標族群係針對0-6歲嚴重齲齒之高風險兒童，期望透過早期介入治療，給予持續性、整合性的照護，降低後續齲齒惡化及再發生。</p> <p>二、本署將針對本試辦計畫各縣市執行狀況進行監測，並依照護成效成果，與中華民國牙醫師公會全國聯合會研議計畫修訂及評估擴大照護之可行性。</p> <p>三、本計畫服務範圍涵蓋全國0~6歲嚴重齲齒兒童(詳會議資料第169頁)。</p>
<p>對增減專款預算額度之建議</p> <p>陳委員石池</p> <p>本計畫如執行目標9,600人，則給付經費改以服務人數比率計算(即$9,600/12,600=0.762$)，給付76.2%經費。</p>	<p>本會說明：</p> <p>一、本案為專款專用性質，採核實支付，若經費有剩餘，則回歸安全準備基金。</p> <p>二、查本計畫協定事項之執行目標為服務</p>

委員意見	相關單位說明
	<p>9,600人與計畫所訂服務12,600人次不同，爰難併同比較。</p>
<p>對預算用途之建議</p> <p>劉委員國隆</p> <p>建議「110年度全民健康保險牙醫門診總額0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」預算保留10%用於幼兒口腔保健衛教宣導。</p> <p>一、根據衛福部2012年新聞指出，國民健康局為改善兒童口腔健康，結合牙醫界、教育部等積極推動口腔保健工作，經由多年努力，兒童蛀牙情形已有所改善。為降低兒童齲齒率，國民健康局推動相關策略如：提供一般幼兒口腔篩檢、補助兒童牙齒塗氟與口腔保健、在兒童健康手冊內，列有請醫師轉介至牙醫師執行塗氟之提醒，並將加列給與父母勾填是否完成每半年塗氟之欄位，以及加重有關幼兒口腔保健相關衛教資訊、健康促進校園與潔牙教育推廣。</p> <p>二、衛福部107年度「我國六歲以下兒童口腔健康調查工作計畫」期末報告書之結論與建議中提到：</p> <p>(一)關於主要照顧者對兒童的口腔保健行為部分，僅有約60%的主要照顧者會協助兒童進行潔牙。</p> <p>(二)由調查結果發現，2-3歲是齲齒大幅增加的關鍵時期。</p> <p>(三)針對預防保健政策防齲效果的評估上，調整其他因素後，定期塗氟對預防3-5歲</p>	<p>本會說明：</p> <p>一、依健保法第1條，健保給付範圍係保險對象發生疾病、傷害、生育事故時，所接受醫療服務；預防保健服務屬公務預算支應範圍，衛福部心口司每年均編列公務預算約6億元，辦理兒童牙齒塗氟及預防保健及衛教等服務。</p> <p>二、依據110年度牙醫門診總額公告，本項專款協定事項為「全年經費60百萬元，本項經費不應支付預防保健相關服務。」</p> <p>三、依健保署所提計畫，其支付之初診診察費、初診治療、複診治療等項目，除提供齲齒治療相關處置外，亦包含齲齒風險評估、幼兒飲食狀況表、口腔衛教及親子衛教資訊。本項經費已提供齲齒兒童口腔衛教服務。</p>

委員意見	相關單位說明
<p>學齡前兒童齲齒發生有保護作用，特別是嚴重型早發性齲齒的預防。</p> <p>(四)兒童父母對於塗氟以外的其他預防保健服務認知不足，尤其僅有約1/3的父母知道有第一大臼齒窩溝封填的補助措施。</p> <p>(五)提升學齡前兒童主要照顧者的口腔保健概念及效能，牙醫師提供的服務以臨床醫療為主；而以成本效益來看，學齡前兒童齲齒預防應提升到健康促進及預防保健的層次。</p> <p>(六)除了預防保健措施外，日常口腔清潔對預防齲齒具有重要影響，學齡前兒童手部發展尚未成熟，無法有效的使用潔牙工具進行潔牙工作，因此主要照顧者對學齡前兒童齲齒預防上扮演極重要的角色；然而，由本調查發現，主要照顧者對協助兒童潔牙的自我效能及行為落實上仍亟待加強。</p> <p>(七)民眾對於目前針對兒童推動的各項口腔保健的預防措施了解不足，恐會影響這些預防服務的利用率，因此應積極強化民眾對兒童口腔保健服務的認識，建議加強基層衛生單位人員相關宣導及訓練，並致力於一般大眾的推廣。</p> <p>三、綜上所述，本試辦計畫立意良善，惟0-6歲孩童之主要照顧者在齲齒預防上扮演極重要的角色，故建議應保留預算10%給幼兒口腔保健衛教宣導上。</p>	

三、報告事項第三案

委員意見	本會說明及建議處理方式
<p>對執行方式之建議</p> <p>滕委員西華</p> <p>由於新增輔助治療項目多為原中醫自費</p>	<p>有關委員所提「針、傷治療新增原中醫</p>

委員意見	本會說明及建議處理方式
項目，建議中醫師公會全聯會製作宣導海報供特約診所張貼，廣為民眾周知。	自費項目部分，建議製作宣導海報供特約診所張貼，廣為民眾周知」之意見， 建議送請健保署及中全會參辦。

四、報告事項第四案

委員意見	本會說明及建議處理方式
<p>建議提供協商資料：</p> <p>李委員永振</p> <p>除贊同健保會同仁所提補充說明外，106~110年共投入260億元之預算，請將其產生之成效量化為金額呈現，於今年協商前提供委員參考。</p>	<p>本項建議若經委員會議同意，則建議納入決定事項，新增：</p> <p>請健保署持續精進方案內容並評估執行效益，於總額協商前提出量化成果，供協商參考。</p>
<p>建議未來之預算編列：</p> <p>黃委員振國、顏委員鴻順</p> <p>建議持續編列預算。</p> <p>何委員語</p> <p>醫院編列4億、西醫基層編列2.58億、健保署編列10億，另外配合編列109年計64.17億、110年63.98億元。是否重複編列、浪費健保資源。</p>	<p>建議依總額協商程序辦理，說明如下：</p> <p><u>請健保署於8月會同各總額部門研提協商草案時，評估執行成效</u>，並依評估結果研提協商草案送本會協商。</p>
<p>建議檢討執行成效：</p> <p>何委員語</p> <p>從110年1月~6月新冠疫情嚴重，看不出西醫基層在防治措施方面發揮防疫多大功能和效果，我感謝耳鼻喉科醫師放下工作，支援快篩作業的付出表現。</p>	

附件十六 委員會前書面意見及相關單位回復(對本次會議之其他意見)

委員意見	本會說明
<p>張委員文龍</p> <p>謹向全體的醫護同仁表達敬意，感謝全體夥伴在這次防疫過程的貢獻與付出。</p>	<p>委員意見謹供全體委員參考。</p>
<p>許委員駢洪</p> <p>面對新冠疫情肆虐，為維護國人健康，請大力支持國家生技醫藥發展政策，必須開發具有安全健康保障的疫苗藥品，全民團結鞏固國力。</p>	<p>委員意見謹供全體委員參考。</p>
<p>劉委員國隆</p> <p>全民健康保險會第2次委員會議預計於6月25日召開視訊會議。針對委員意見表部分，本席在收到本表後，竟要在兩天內回復，未回復視同未參加會議。健保會會議資料及健保業務執行報告本應有充分時間詳閱，才能針對問題提出討論，本席實不認同期限內繳交意見表，甚至以意見表取代討論表決。委員意見表應在視訊會議中進行各案討論，方為合理。</p>	<p>一、經查劉委員中華郵政之快捷郵件投遞資料，業於110年6月11日下午2時6分投遞成功。</p> <p>二、委員意見表係為事前收集委員意見，以利減少視訊溝通時間，增進效率之目的，亦並非取代討論或表決，敬請委員見諒。</p>
<p>侯委員俊良</p> <p>為配合防疫措施，採用視訊方式召開會議屬特殊時期安排，但正式會議進行方式應比照實體會議，方能維持正常運作，相關可參與人員(如各單位之幕僚人員)皆應納入規劃，不宜排除。</p>	<p>因本會首次舉辦視訊會議，本會議案複雜度高、委員與會人數多，為使視訊會議順暢，首次暫以最小規模舉辦。將於6月25日視訊會議後，評估未來開放幕僚人員參與之可能性。</p>

健保署業務執行報告口頭報告重點摘要

110年6月24日版

本署近期社會關切議題

一、COVID-19 疫情期間健保費緩繳協助措施

- (一)本署因應新冠肺炎(COVID-19)疫情，於109年提供該年2月至7月保險費得申請延緩6個月繳納之協助措施，至申請截止日共計6,494家投保單位、980名保險對象提出申請，緩繳金額計約25.89億元。目前各緩繳月份保險費均已到期，收繳率達93%，足見本措施在協助企業及個人度過疫情艱難時節發揮積極效果。
- (二)另因應今(110)年疫情再轉嚴峻，本署再次提供今年4月至9月保險費得申請延緩6個月繳納之協助措施，並提供線上、郵寄、傳真、電話等多元免臨櫃申請管道，申請期限至今年11月30日。截至今年6月16日，共計8,532家投保單位、911名保險對象提出申請，緩繳金額計約11.68億元。

二、檢驗(查)結果及影像上傳實地訪查及提升策略

- (一)統計109年檢驗(查)結果，醫院申報493億點、報告上傳375億點，點數落差118億點，基層診所申報50億點、報告上傳4億點，點數落差46億點；醫療檢查影像，醫院申報335億點、影像上傳292億點，點數落差43億點、基層診所申報25億點、影像上傳0.06億點，點數落差25億點。
- (二)為弭平申報及上傳間之落差，本署研議以「有申報應上傳」及「不上傳不給付」為原則，針對申報量高且未全數上傳之醫院實地訪查瞭解檢驗(查)結果及影像上傳機制及困難，以利協助提升上傳率。
- (三)業經實地訪查後，彙整醫院反映問題及建議，包括資訊系統、上傳欄位、作業流程及其他建議，本署規劃提升上傳率策略如下：
- 1.修訂「全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法」及「全民健康保險醫療給付項目及支付標準」，以強化檢驗(查)結果及影像上傳法源依據。
 - 2.針對實地訪查醫院所提問題及建議，評估可行性並重新檢視「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」之獎勵項目及方式，

將相關經驗分享予其他醫院。

- 3.定期回饋院所檢驗(查)結果及影像整體及各醫令項目上傳情形，以利院所針對標的加強改善提升上傳率。

三、因應 COVID-19 之視訊診療流程

(一)就醫流程：

- 1.屬居家隔離、居家檢疫或自主健康管理者：由衛生局轉介至指定視訊診療之醫療機構，安排看診。
- 2.依中央流行疫情指揮中心防疫政策增列之適用對象(暫訂至全國三級警戒或解除之次月底為止，擴大為門診病人)：
 - (1)民眾透過電話或網路至指定之視訊診療醫療機構掛號，約定診療時間。
 - (2)慢性病複診病人，經醫師評估病情穩定可採電話問診(暫訂至全國三級警戒或解除之次月底為止)。

(二)領藥及繳費方式：由家屬或代理人至醫療機構繳費、過卡及領藥，或由醫療機構同意後由藥師將藥品送至病人住所並收費(掛號費、部分負擔)。

四、B、C 肝用藥給付情形

- (一)B肝用藥已於110年3月1日放寬5項給付範圍，分別為「非肝臟器官移植者之預防性使用」、「接受免疫抑制劑治療者之預防性使用或發作時使用」、「肝纖維化程度F3以上者」、「肝硬化者之給付增加肝硬化診斷標準及放寬病毒量條件」及「可接受根治性治療肝癌者放寬病毒量條件」，其中前三項給付範圍受惠人數較多，估計3,880人受惠(依序為70人+310人+3,500人)，年度藥費約2.47億元。
- (二)110年健保總額編列C肝用藥預算65.7億元，可提供4萬多人接受全口服藥治療，截至110年4月30日止有7,421名病患接受治療。

五、血友病藥費管理現況

- (一)109年血友病藥費為38.96億元，較去年下降1.93%；前30名病人(占總藥費21%)，較去年同期下降32%，其中有24人(80%)血友病藥費皆為負成長。
- (二)為了解病人治療狀況，本署109年3月起針對醫事機構未上傳「在家治療紀錄表」者，核扣其藥費，目前上傳率皆在99%以上，並定期分析以確

認病人治療頻率與劑量是否符合規定。

六、成立健保新藥預算預估模式研究小組

- (一)健保新藥預算預估模式研究小組討論會議於110年3月30日邀請社保司、醫界代表、專家學者及CDE等代表與會，針對111年預算參採廠商於Horizon Scanning平台填報預期於111年及110年申報增加之藥費，研擬新藥及給付規定之預算預估模式進行討論。
- (二)將依代表建議以107至109年完整實際申報資料驗算比較新舊預算推估方式。
- (三)有關會議中代表所提各項建議，包括部分藥品因療效或劑型方便使用致更多使用者、新藥收載後與取代藥品使用之消長情形，以及個別藥品預算額度等，後續將研議納入校正模式。

七、健保醫療資訊雲端查詢系統「B、C型肝炎專區」調整資料區間

- (一)為利診療B、C型肝炎病人，健保醫療資訊雲端查詢系統摘要區已於110年3月31日起新增「查詢保險對象最近1次B、C型肝炎就醫紀錄」連結，醫師可依醫療需要點擊查詢「B、C型肝炎專區」，查詢內容包含最近一筆涉及B、C型肝炎之用藥紀錄、檢驗(查)紀錄、檢驗(查)結果、國民健康署成人預防保健之B、C型肝炎篩檢結果及就醫紀錄等5種就醫資料。
- (二)為提升資料完整性，本署於110年4月26日調整上開資料區間，說明如下：
 - 1.可查詢自 104 年起最近一次涉及 B、C 型肝炎之用藥紀錄、檢查(驗)紀錄、檢查(驗)結果及就醫紀錄。
 - 2.可查詢自 100 年本署代辦國民健康署成人預防保健之結果上傳後最近一次 B、C 型肝炎篩檢結果。

八、健保醫療資訊雲端查詢系統開放物理治療師及職能治療師查詢醫療影像

健保醫療資訊雲端查詢權限除開放給醫師及藥師外，因物理治療師及職能治療師在遵醫囑為病人執行治療前，有必要查詢醫療影像以瞭解病人病情，以免意外造成病人二次傷害之醫療需要，本署已於 110 年 5 月 13 日起，新增前述特定醫事人員可查詢健保醫療資訊雲端查詢系統之檢查檢驗結果頁籤(含醫療影像及影像報告)。

九、因應 COVID-19 之健保醫療資訊雲端查詢系統精進功能

- (一)依據衛福部公告「自主健康管理對象應遵守及注意事項」，於現行「健保醫療資訊雲端查詢系統」提供查詢TOCC之管道，新增「通報個案經檢驗陰性」、「經疫調列自主健康管理者」相關提示資訊，本項於5月16日上線。
- (二)「健保醫療資訊雲端查詢系統」檢查檢驗結果頁籤，依指揮中心指示，增加公費COVID-19檢查結果資料，於5月5日版更上線。另自5月23日，增加已收載健保IC卡上傳之SARS-CoV-2病毒核酸檢驗及抗原快速檢驗結果。
- (三)「健保醫療資訊雲端查詢系統」及「因應天災及緊急醫療查詢作業」新增慢性病連續處方箋專區，包含效期內處方箋、已逾期處方箋及資料說明，另可於效期內處方箋查詢特定藥品遵醫囑應餘用藥日數，本項於5月23日版更上線。
- (四)指揮中心請本署協助於TOCC提示視窗之參考資料，增加「COVID-19病人風險評估表」，調整包含雲端查詢系統首頁版、簡易版、因應天災及緊急醫療查詢作業、特定地區旅遊及接觸史查詢作業4個查詢管道之查詢畫面，本項於5月25日版更上線。

十、健保快易通 APP 使用者介面改版

- (一)為提升服務品質，本署全新打造健保快易通App介面設計及使用服務流程，優化使用者體驗，提升健保網路服務的易用性，讓民眾隨時隨地掌握健保署的各項資訊。
- (二)本次改版四大特色：簡潔版面更清晰、手機認證不卡卡、健保服務好上手、智能客服隨時問。
- (三)本署於3月29日上架新版健保快易通APP(iOS版及Android版)，並於3月31日舉辦健保快易通APP改版記者會，配合進行實機操作。
- (四)有關後續各方回饋意見，本署予以記錄，並排程處理，已於4月6日、8日及9日陸續上版更新健保快易通APP。

十一、因應 COVID-19 公費疫苗預約平台之健保署配合作業

- (一)有關「COVID-19公費疫苗預約平台」之建置與規劃，刻正由行政院唐

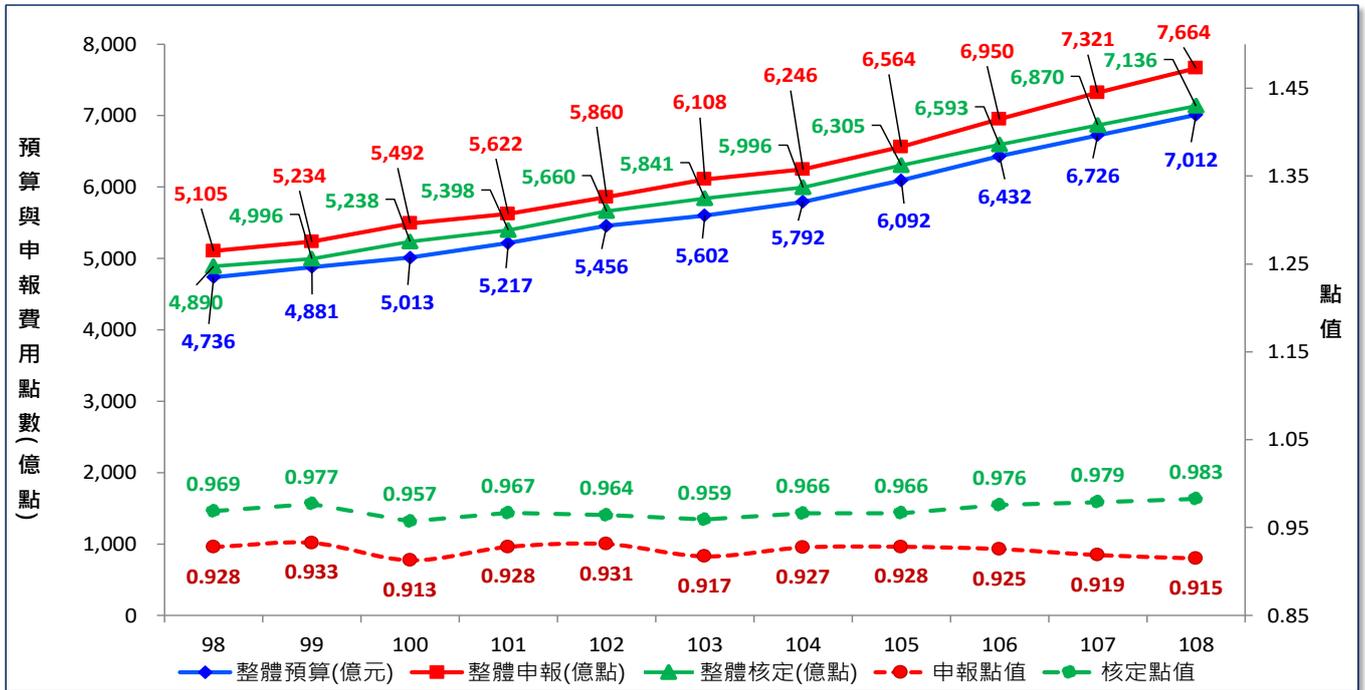
鳳政委辦公室與本署及疾病管制署等相關單位積極研商相關作業之流程、施打站權限架構與VPN佈建、APP使用介面及程式設計等。本署相關資訊配合作業已於6月4日初步完成，持續配合關貿公司進行系統整合測試與壓力測試。

(二)本案採用本署「健保快易通 | 健康存摺APP」超過565萬民眾使用基礎及過去口罩預購使用經驗，以節省民眾時間與避免外出風險之方式，透過四種管道進行疫苗接種之預約：手機、電腦桌機、四大超商KIOSK、藥局。

(三)因應「COVID-19公費疫苗預約平台」之規劃進度，本署已編製「COVID-19公費疫苗預約問答集」，將配合時程公布於本署全球資訊網專區供各界查閱。

十二、110年 COVID-19 疫情轉趨嚴峻，全國醫療機構實施「醫療營運降載」，醫院總額部門於 110 年第 2 季之結算方式，將配合予以調整。

歷年總預算、核定點數及申報點數之差異



◆ 總預算(藍-)、核定點數(綠-)及申報點數(紅-)；不含其他部門

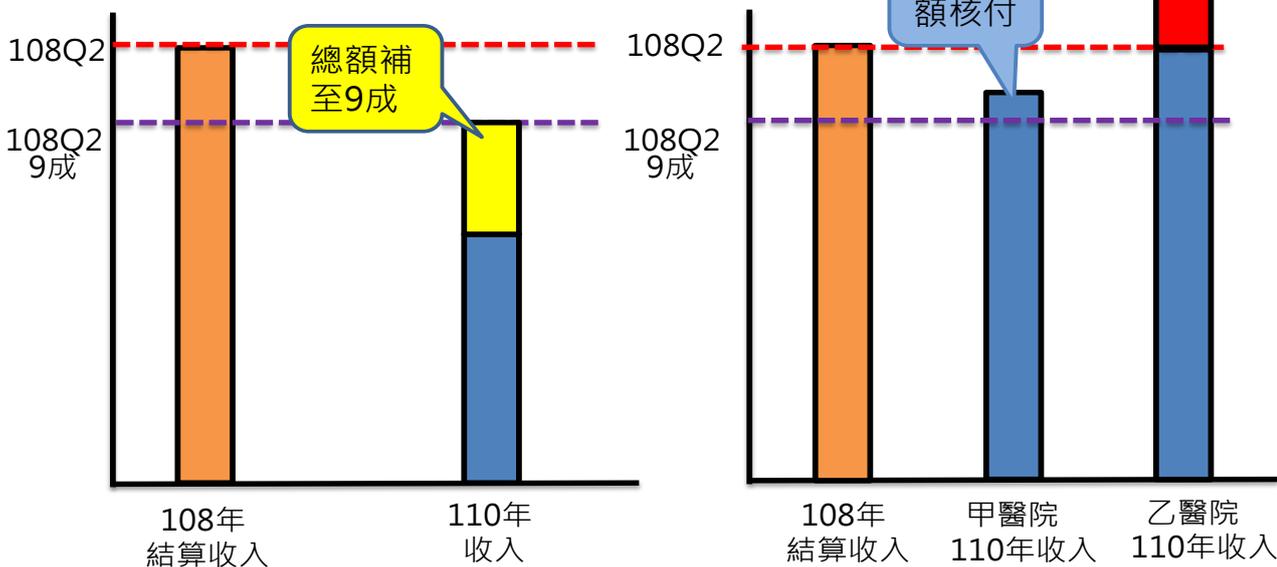
◆ 核定點值：預算/核定點數(綠-)；申報點值：預算/申報點數(紅-)

1



保障醫院108年同期9成收入

- 所有醫院，一般服務保障至108年同期之9成收入。
- 110年一般服務點值以1點1元計算。
- 專款及其他部門仍依原規定執行。



3

- (一)中央流行疫情指揮中心110年5月16日宣布，因應國內COVID-19疫情進入社區流行階段，為確保國內醫療院所對疫情的因應及保全醫療量能，即日起全國醫療機構實施「醫療營運降載」措施。
- (二)台灣醫院協會於10年6月4日以院協健字第1100200233號函提供110年第2季總額分配建議，本署爰於110年6月23日召開全民健康保險醫療給付費用醫院總額110年第2次臨時研商議事會議予以討論。
- (三)上述會議共識重點如下：
- 1.110年第2季分區預算，以當季RS分配之分區預算，並依近3年(107-109年)第2季平均跨區費用占率，校正為各分區就醫別之預算。
 - 2.110年第2季醫院一般服務之收入與108年同期比較，未至108年同期之9成者，保障至108年同期之9成；超過108年同期9成者依此金額給付，上限為108年同期。
 - 3.對於新設醫院、108年基期異常醫院、成長型、特殊醫院服務之剛性需求，以及配合防疫受影響等醫院，由分區共管會議決議。
 - 4.各分區預算經前開分配後如有剩餘，由分區共管會議再予分配。
- (四)本案後續將視疫情發展作滾動式修正。