

衛生福利部全民健康保險會  
第5屆110年第4次委員會議事錄

中華民國 110 年 8 月 20 日



衛生福利部全民健康保險會第5屆110年第4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8月20日上午9時30分

方式及地點：實體會議(本部209會議室)、視訊會議(使用Webex線上會議系統)

主席：周主任委員麗芳

紀錄：范裕春、李德馥

出席委員：(依姓名筆劃排序，\*為參與視訊會議)

干委員文男、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮\*、李委員永振、李委員麗珍、卓委員俊雄\*、林委員恩豪\*、林委員敏華\*、侯委員俊良\*、柯委員富揚、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、陳委員建志、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\*、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(中華民國醫師公會全國聯合會黃常務理事啟嘉13:23以後代理)、台灣總工會張秘書長鈺民\*(代理)

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、陳組長燕鈴

壹、主席致詞(介紹新委員)：略。(詳附錄第6~8頁)

貳、議程確認：(詳附錄第8頁)

決定：確認。

參、確認上次(第3次)委員會議紀錄：(詳附錄第8頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第9~15頁)

決定：

一、上次(第3次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤事項，共 1 項：同意依擬議，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤事項，共 3 項：同意依擬議，繼續追蹤。

二、111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議安排如下：

(一)確認「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程」如附件。

(二)為利協商銜接順利，請同仁通知各總額部門協商代表依議程時段提早到場準備協商，另因應 COVID-19 疫情，協商場地受人數限制，需予精簡，請與會人員屆時務必依本會安排之會議室分配及規劃容額派員出席。

三、本(110)年 8~10 月本會除例行委員會議及總額協商會議外，尚有以下兩項重要會議，敬請委員預留時間與會：

(一)8 月 31 日(星期二)上午 9 時 30 分召開「111 年度總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會」。

(二)10 月 15 日(星期五)上午 9 時 30 分召開「全民健康保險 111 年度保險費率審議前意見諮詢會議」。

四、餘洽悉。

伍、優先報告事項：(詳附錄第 16~54 頁)

第一案

案由：衛生福利部交議 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案。

報告單位：

(一)衛福部社會保險司：說明行政院核定之 111 年度總額

範圍及協商政策方向。

(二)本會：確認 111 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額之醫療服務成本及人口因素成長率。

決定：

一、確認 111 年度各部門總額「醫療服務成本及人口因素成長率」如下表，將作為各部門總額協商之依據。

總額部門別	醫療服務成本指數改變率(A)	人口結構改變率(B)	投保人口預估成長率(C)	醫療服務成本及人口因素成長率 (1+A+B)*(1+C)-1
醫院	-0.258%	2.042%	0.136%	1.922%
西醫基層	-0.218%	1.257%		1.176%
牙醫門診	-0.175%	0.309%		0.270%
中醫門診	0.192%	0.756%		1.085%
整體	-0.228%	1.746%		1.656%

二、請各總額部門及中央健康保險署遵循衛生福利部交付之 111 年度總額協商政策方向，及參考本會委員所提意見，於本年 9 月 2 日前研提「111 年度總額協商因素項目及計畫(草案)」之最終版本。

## 第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「110 年第 2 季全民健康保險業務執行季報告」，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，送請中央健康保險署回復說明。

陸、討論事項：(詳附錄第 55~66 頁)

提案人：何委員語、李委員永振、張委員文龍、劉委員守仁、賴委員博司、許委員駢洪、干委員文男、陳委員有慶、楊委員芸蘋、林委員恩豪、馬委員海霞、鄭委員素華、李委員麗珍

代表類別：保險付費者代表

案由：為使本會審議健保費率更具彈性、切合實際情勢，建請依據健保法第 78 條規定，以維持 1~3 個月安全準備法定條文規定，做為健保費率審議依據，提請討論。

決議：本會審議健保費率依全民健康保險法第 78 條<sup>註</sup>規定辦理。

(註：全民健康保險法第 78 條 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。)

柒、報告事項：(詳附錄第 67~75 頁)

報告單位：本會第三組

案由：各總額部門 109 年度執行成果之評核結果，請鑒察。

決定：

一、依評核結果，確認 111 年度各部門總額「品質保證保留款」專款之獎勵額度如下：

總額部門別	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
獎勵成長率	0.2%(優)	0.1%(良)	0.2%(優)	0.1%(良)
111 年品保款 額度 <sup>註</sup> (億元)	9.298	1.203	0.912	0.265

註：計算方式：以各總額部門評核年度(109 年)一般服務預算\*評核等級獎勵成長率(「良」級 0.1%、「優」級 0.2%、「特優」級 0.3%)。

二、評核委員所提各項建議，送請中央健康保險署及各總額部門參考。至於專款項目續辦與否及經費增減之建議，作為本會協商 111 年度總額參據。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午 13 時 55 分。

附錄：與會人員發言實錄

## 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程

時間	內容	與會人員
<b>110 年 9 月 23 日(四)</b>		
09:00~09:30	報到/預備會議(供付費方、醫界方「視需要」召開會前內部會議)	
09:30~11:30	1-1.醫院總額協商(120 分鐘)	本會委員、醫院部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
11:30~12:30	午餐	
12:30~13:20	1-2.醫院與西醫基層總額之門診透析服務協商(50 分鐘)	本會委員、醫院與西醫基層協商代表，及社保司、健保署與本會同仁 (本節之協商，邀請腎臟醫學會列席)
13:20~13:30	中場休息	
13:30~15:10	2.西醫基層總額協商(100 分鐘)	本會委員、西醫基層部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
15:10~15:20	中場休息	
15:20~16:40	3.中醫門診總額協商(80 分鐘)	本會委員、中醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
16:40~16:50	中場休息	
16:50~18:10	4.牙醫門診總額協商(80 分鐘)	本會委員、牙醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
18:10~19:10	晚餐	
19:10~20:23	5.其他預算協商(73 分鐘)	本會委員、健保署，及社保司與本會同仁
20:23~22:23	付費者、醫界委員視需要自行召開會議之彈性運用時間 (120 分鐘)	
<b>110 年 9 月 24 日(五)</b>		
11:00~14:00	視需要處理協商未盡事宜	本會委員、相關部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁

註：時間以醫院協商時間 170 分鐘(含門診透析 50 分鐘)、西醫基層 100 分鐘、牙醫與中醫各為 80 分鐘、其他預算 73 分鐘計算，已計列各部門得延長之時間。



第 5 屆 110 年 第 4 次 委員 會議  
與 會 人 員 發 言 實 錄



壹、「主席致詞(介紹新委員)」、「議程確認」、「確認上次(第3次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

報告主席、各位委員，大家早安！我們現在的出席人數，因為包括實體跟視訊，實體會議委員現在有 12 位，視訊部分有 19 位，已經達到法定出席人數，共有 31 位在會議上，報告主席現在可以開始開會，請主席致詞。

周主任委員麗芳

- 一、各位委員、中央健康保險署(下稱健保署)李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、社會保險司(下稱社保司)商司長東福，今天比較特別，衛生福利部(下稱衛福部)很重視本會委員，在今天 111 年度醫療給付費用總額(下稱總額)交議案中，邀請到非常多位貴賓來到現場，包括國民健康署(下稱國健署)魏副署長璽倫、護理及健康照護司(下稱照護司)蔡司長淑鳳、心理及口腔健康司(下稱心口司)譚司長立中、醫事司劉副司長玉菁，都到現場跟我們分享。
- 二、今天健保會大家庭還要歡迎 1 位新成員的加入，8 月 1 日牙醫師公會全聯會(下稱牙全會)進行理事長交接改選，首先非常感謝王理事長棟源，在他任內積極推動牙醫護照、口腔照護長期醫療，提倡全面性、連續性的照護，從兒童到老人，一般民眾到特殊族群，貢獻卓著，雖然王理事長棟源今天沒有在場，我們還是一起鼓掌，肯定王理事長對我們健保的貢獻。
- 三、其次，我們要歡迎新任牙全會陳理事長建志，陳理事長擔任過嘉義市牙醫師公會理事長，同時蟬連五屆牙全會常務理事，目前由他接任理事長，我熟悉的他是以愛出發，最常掛在嘴邊的話是：「這一哩路感謝有您」，所以，這一哩路健保會感謝有您加入，我們歡迎他的加入。請陳理事長講幾句話。

陳委員建志

- 一、主委、各位委員、各位先進，大家早安！大家好！在疫情期間能夠看到大家特別的開心，長久以來也感謝各位委員及主委對牙醫界的鞭策，尤其我覺得非常特別感動的是，牙醫門診加強感染管制實施方案去年的執行率幾乎達 100% 而且都通過，在疫情期間有非常特殊的意義，我們統計有 5 百萬病人因牙痛就醫，因為牙醫的感染控制做到 100%，所以他們來就醫覺得很放心，我們也覺得很棒，感謝對牙醫的鞭策。
- 二、另外，昨天我跟一些醫師聊天，多年來牙醫對身障、偏鄉、在宅醫療這幾方面，真的越做越好，我認為健保不只是 1 個單純的冰冷數字而已，我跟這些醫師談過後，我覺得非常感動，健保對偏鄉、離島、身障項目的給付，每個給付都很溫暖，都有滿滿的故事，昨天聽他們講時，我蠻開心的，今年牙醫總額也會朝弱勢醫療繼續努力，照顧台灣這群辛苦的百姓，謝謝你們，也希望以後大家多多指導。

#### 周主任委員麗芳

- 一、非常感謝陳理事長建志。其次是在 7 月 28 日，109 年度各部門總額的評核結果正式公布，非常感謝周執行秘書淑婉帶領我們健保會同仁，在評核作業付出非常多的心血，當然也要感謝所有參與的評核委員，委員中有參與的，包括滕委員西華、陳委員秀熙，感謝他們。
- 二、大家都知道 109 年開始新冠肺炎肆虐，對於所有醫療體系可以說帶來嚴重的衝擊，但是我們看到在各個醫療部門，特別是在現場的各個理事長都是龍頭，包括醫院部門、牙醫部門、西醫基層、中醫部門、藥師、護理師，大家可以說是越挫越勇，也因為有大家在基層、在第一線，不辭辛勞地守護，才能保護民眾的健康，讓大家依然能夠安居樂業。
- 三、所以各個醫療部門，在新冠肺炎的衝擊之下，仍然交出亮麗的成績單，在我們心中每個部門都是我們的最優部門，先給他們

一個掌聲(全體鼓掌)。回到現實面，因為預算大餅實在有限，所以說沒辦法都給大家最優，還是要有取捨，恭喜醫院跟牙醫門診總額部門獲得優，給這 2 個部門一個掌聲，謝謝。(全體鼓掌)西醫基層、中醫門診總額部門表現也一樣非常傑出，也是給他們掌聲，謝謝(全體鼓掌)。

四、今天比較特別，我們是實體會議跟視訊會議併同舉行，先徵求大家同意，發言順序建議優先邀請現場委員，方便同仁的作業，現場先一輪讓大家舉手發言，接著同仁會把視訊舉手的委員也條列出來，依序發言。今天我們是馬拉松會議，委員會議結束後，還有 111 年度總額協商會前會。現在我們就正式開始，謝謝。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉

主委、各位委員，這次議程安排，除了討論事項為委員提案之外，其餘都是依照本年度工作計畫排定，計有優先報告事項兩案，第一案是衛生福利部交議行政院核定的 111 年度總額範圍及協商政策方向說明，如同剛才主席說的，今天有蠻多司署來向委員做中長期改革的政策說明；第二案是中央健康保險署「110 年第 2 季全民健康保險業務執行報告」，這次進行口頭報告。討論事項一案，是由何委員語等 12 位委員提案，有關於費率審議原則案；報告事項一案，是針對各總額部門 109 年執行成果評核結果，以上報告。

周主任委員麗芳

委員如果沒有意見，議程確定。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳

有關紀錄部分，如果委員沒有垂詢的地方，會議紀錄確認。

## 貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周執行秘書淑婉

### 一、向主席、各位委員報告項次 1 的部分：

- (一)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項計有 4 項，依辦理情形建議解除追蹤 1 項，繼續追蹤 3 項，不過最後還是會依照委員會議結果辦理。
- (二)建議解除追蹤的 1 項，是有關於 6 月份業務報告委員垂詢意見健保署的回覆說明，在會議資料的第 18 頁~第 21 頁，請委員參閱，因為已回復委員，建議解除追蹤。
- (三)繼續追蹤 3 項在第 16 頁，都跟 9 月份總額協商有關，請健保署務必掌握時效，8 月 31 日前提出這部分相關的說明資料。

### 二、項次 2 的部分，是有關 111 年度全民健康保險總額協商會議的議程安排，不好意思，因為這部份我們有一些補充資料，所以請委員翻到今天的補充資料，黃色頁面補充資料第 1 頁：

- (一)議程安排是依照上次委員會議抽籤結果及第 2 次委員會議決議通過之「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，擬定 9 月 23、24 日 2 天的 111 年度總額協商會議議程程序在會議資料第 23 頁，本會近期將函請各總額部門依照議程時段提早到場準備。
- (二)特別提醒協商當天 9 點至 9 點半為預備會議時間，因為過去付費者方在協商前有內部會議，常占用到正式協商時間，所以特別提早半個鐘頭供付費方及醫界方視需要召開會前內部會議，若有需要請事前通知本會同仁，以利協助安排會議場地。
- (三)配合防疫措施，今日的委員會議因容額限制，座位安排有點緊湊，特先致歉。同樣在協商當天會議也須配合二級警戒室

內集會人數不超過 50 人限制，及衛福部會議室之容額規定，安排協商相關場地與人員規劃如下：

1. 主要協商會議地點安排在 301、304 會議室，以雙會議室同步連線方式進行，301 會議室以付費者代表委員、協商場次之總額部門代表委員及協商代表與本會工作人員為主，容額以 50 人為限。這要特別說明，真的很抱歉，304 會議室空間較小，容額只有 16 人，以安排專家學者及公正人士、非協商場次的委員為主。
2. 內部會議，為醫界方跟付費方的內部會議，302 會議室是醫界方內部會議場地，303 會議室是付費方委員內部會議召開地點。
3. 等待區的會議室場地實在擠不出來，只能在 3 樓東側沙發區，是非協商場次之總額部門相關人員在此區做等待。

因為場地受人數限制，也許座位比較不舒服，但我們已經盡最大努力去做安排，防疫為要，不便之處再次說聲抱歉，請與會人員屆時務必依照會議室分配及規劃容額派員出席。另外依照往年經驗，協商當天很辛苦會議從早上開到深夜，為利安排各項餐點及住宿，本會已於 8 月 17 日以電子郵件調查委員的需求，敬請委員儘速回復。

三、項次 3，為準備 111 年總額協商相關資訊，以客觀數據作為協商基礎，本會已在 8 月 18 日寄出 3 本資料，分別是全民健康保險各部門總額 109 年度執行成果評核紀錄、110 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽及全民健康保險各總額部門 109 年度執行成果評核指標摘要，供委員作協商時科學數據的參考，在此也謝謝健保署提供相關統計數據讓本會做資料彙整。

四、項次 4，提醒委員 8~10 月本會除總額協商會議及例行委員會議外，尚有以下兩項重要會議，敬請委員預留時間參加：

(一)8月31日(星期二)上午9時30分召開「111年度總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會」。

(二)10月15日(星期五)上午9時30分召開「全民健康保險111年度保險費率審議前意見諮詢會議」，主要會請專家學者做諮商。

五、項次5，健保署及衛福部在7、8月發布及副知本會之相關資訊，於8月11日寄至各委員電子信箱，摘要部分在會議資料第11~12頁請委員參閱。

周主任委員麗芳

有關本會業務報告，請問委員有無提出垂詢？請李委員永振。

李委員永振

主席，各位委員大家早，我有2個建議：

一、第1，有關於會議資料第15頁要解除追蹤的部分，在上次會議視訊時我已提過，這次健保署回復還是差不多一樣，健保署僅就書面意見的部分回復，讓健保會同仁以為已經處理了，所以提出解除追蹤的建議，但還有許多委員意見看不到回復說明，回復說明是決議事項，意見又將石沉大海，我們監理功能又喪失了！比方本人在6、7月的委員會議，建請健保署就疫情對健保總額預算及新冠肺炎治療費用特別預算加以整理分析，讓全體委員能夠清晰瞭解，這對我們協商應該有幫助，但看起來好像又沒有下文。我為什麼一直在關心這個議題，請大家參閱會議資料第28頁，因為連行政院函的說明也一再提醒，請我們「持續關注疫情對保費收入及醫療利用之影響，以對整體財務做出更合理之評估」，所以可以看出來對疫情瞭解的重要！對本項本會同仁提出的建議，可以解除追蹤，但請同仁就委員具體建議列表追蹤，用這種方式看能否兩全其美。

二、第2點，依本會議程安排有關111年度保險費率審議這重要議

題將在第 4 季登場，建請健保會同仁提前將歷次會議有關這個議題尚在追蹤階段全部整理出來，及早請健保署做充分準備，屆時才能提供財務狀況全貌，供委員清楚瞭解後再進行討論。不要像過去曾就「依法計算財務收支表」這個議題，我翻閱以前紀錄，經 9 次提出至今仍沒有下文，這樣會使本會監理職能蕩然無存，謝謝。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

健保署在會議資料第 12~14 頁，有提到要做山地離島地區醫療給付效益提升計畫(下稱 IDS 計畫)之山地鄉全人整合照護執行方案，比對該方案跟衛生所原來的既有業務，重疊性相當高，不知道承作醫院是否在配合上有什麼樣的規劃？另外，IDS 計畫在過去執行時，就已經出現若干問題，比方說派不出人力、當地醫師要連續值班，或是承作醫院將經費層層轉包給當地衛生所，由當地醫師值班，造成衛生所醫師負擔加重，或是承作醫院因科別或人力不足，而導致派出的專科診也不足，存在很多無法因應在地居民的醫療需求的問題。另外，此試辦計畫旨在推動在山地離島地區的論人計酬，IDS 計畫的既有問題、論人計酬推動過程的爭議，這些問題尚存在，請教健保署公告的 IDS 計畫之山地鄉全人整合照護執行方案當中，有何因應與策進？

周主任委員麗芳

請何委員語、干委員文男。

何委員語

主席，我要提出會議詢問，請問剛才周執行秘書淑婉報告完，後續對衛福部與健保署發布及副知本會的資訊，會繼續報告還是不必報告。

周主任委員麗芳

因為今天健保署有口頭業務報告，建議在李署長伯璋進行業務報告時，再向委員說明，委員可以就健保署公告內容提出意見，再請李署長伯璋、健保署同仁一起回應。現在先聚焦在回應健保會的業務報告，健保署業務部分請待會再回應好嗎？(未有委員表示意見)謝謝。

#### 何委員語

- 一、會議資料第 11~13 頁，目前不進行討論嗎？我要提出的是，在會議資料第 11 頁，衛福部發布及副知健保會的相關資訊第 2 項第(2)點提到，一般服務收入每點 1 元計算後，與 108 年同期比較，未至 108 年同期 9 成者保障至 9 成；超過 9 成者依此金額給付，上限為 108 年同期。後面還有第(3)點、第(4)點及第(5)點。
- 二、全民健康保險法(下稱健保法)總則第 1 條規定，為增進全體國民健康，辦理全民健康保險，以下稱本保險，以提供醫療服務，特制定本法。本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，只有這 3 項，依本法規定給予保險給付。如果去年和今年的上半年，醫療機構實際的服務件數、服務量沒有達到 9 成，卻給付醫療機構 9 成的費用，有沒有違反健保法第 1 條的規定？如果有違反，就是在非疾病、傷害、生育事故時給予給付，且若服務件數和服務量只達 60%，卻給付 90%的費用，有沒有犯法？如果有人檢舉提出行政訴訟、司法訴訟，負責的官員都要被這 1 條條文判刑，這要很小心。
- 三、上次開會我也提出，應該給的要給，如果不該給的給了，是犯法行為，尤其希望付費者委員也瞭解健保法第 1 條的條文精神和立法意旨，這很重要。我要提醒，當三年官二年滿，就回去當老百姓，不要之後被判刑，賺沒多少薪水，就找這個麻煩，這是很冤枉的事情，這個很重要。我只是希望必須紓困的醫療

機構，應該由國家的紓困金 2,400 億元~6,000 億元去支應，也希望健保署很慎重，不要將健保費用於疾病、傷害、生育事故這 3 項給付費用範圍以外之處，提醒所有的官員要特別注意。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

請參閱會議資料第 12 頁，IDS 計畫之山地鄉全人整合照護執行方案，選擇 2 個山地地區試辦，是不是用論人計酬的方式做？如果是的話，要寫得更清楚，選擇的 2 個山地地區是哪裡？因為有幾個山地地區很困難，是不是選對地方？選不對也是等於白做。

周主任委員麗芳

一、因為現在是進行本會的重要業務報告，所以關於健保署的業務執行部分，請李署長伯璋在健保署的業務報告時，再詳細地回應。

二、我統整一下剛才委員的發言，也非常感謝李委員永振，對於擬解除追蹤 1 項，同意解除追蹤，請健保署針對尚未具體回復委員意見的部分，後續回應委員。

(一)有關上次委員會議列管追蹤事項辦理情形，同意擬解除追蹤 1 項，繼續追蹤 3 項。

(二)因應 COVID-19 (Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)疫情，本部場地受人數限制，需予精簡，請與會人員在總額協商會議時，務必依照本會會議場地分配及規劃容額派員出席。

三、另有 2 個重要會議，包括：8 月 31 日上午召開「111 年度總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會」，及 10 月 15 日上午召開「111 年度保險費率審議前意見諮詢會議」，請委員預留時間與會，餘洽悉。

## 陳委員石池會前書面意見

山地離島地區醫療給付效益提升計畫已舉辦多年，其成效如何？是否達成預期目標？又山地離島地區就醫不便，預防保健最為重要，但 110 年計畫第 1 年預防保健指標占率為 80%，醫療照護指標占率為 10%，幾乎沒有醫療品質，此評核指標的占率宜重新考量，另請提供這些評核指標供委員研議。

參、優先報告事項第一案「衛生福利部交議111年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、請委員參閱會議資料第 24 頁說明二，向委員報告四總額部門 110 年度醫療服務成本及人口因素成長率，依照本會通過的總額協商架構及原則，111 年度各部門總額的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的數值及計算公式計算。
- 二、請參閱會議資料第 25 頁，(二)衛福部交付行政院核定之 111 年度總額範圍成長率的低推估到高推估是介於 1.272%~4.4%，預估醫療費用 7,935 億元~8,180 億元，高低推估差值約 245 億元，請參閱下表：
  - (一)本會依衛福部社保司提供的低推估資料，計算 111 年度各總額部門醫療成本及人口因素成長率，就是所謂的非協商因素，這個因素的成長率包括 3 個計算因子，就是醫療服務成本指數改變率、人口結構改變率、及投保人口預估成長率。
  - (二)請看到表格最右欄，依相關的公式計算出各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率，醫院總額是 1.922%、西醫基層總額是 1.176%、牙醫門診總額 0.270%、中醫門診總額 1.085%，這部分會納入 9 月份總額協商「醫療服務成本及人口因素」成長率，請委員確認。
- 三、本會收到交議之後，業於 8 月 11 日函轉各總額部門及健保署，依據之前委員會議決定的總額協商架構及原則，請遵循衛福部交付的 111 年度總額協商政策方向，以及今天下午本會辦理的總額協商會前會中委員提出的意見，修訂協商草案，在 9 月 2 日前提出 9 月總額協商的最終版本。接下來請社保司說明總額範圍與政策方向，簡報部分請參閱黃色補充資料第 3 頁，以上

說明。

社保司商司長東福報告：略

國健署魏副署長璽倫報告：略

照護司蔡司長淑鳳報告：略

心口司謹司長立中報告：略

醫事司劉副司長玉菁報告：略

周主任委員麗芳

非常感謝各司署詳盡的報告，接著請委員提問。盧委員瑞芬、李委員永振、何委員語、陳委員石池、干委員文男、楊委員芸蘋，及線上的陳委員石池，請依序發言。

盧委員瑞芬

- 一、我想瞭解這個報告的計畫後續之影響為何？在黃色補充資料第 6 頁，111 年度總額協商之政策目標及計畫的第 1 點，提到要結合公衛及健保資源，精進照護模式，提升健保支付效益。但我想瞭解的是，今天提的計畫是否都是要健保出錢？
- 二、我想計畫的用意是，如果結合預防性的服務，最終會減少健保支出，因此提出這些計畫。例如在代謝症候群防治部分，提到有介入、沒介入可減少多少健保費用，報告寫 5.2 億元，這是如何估算出來的？所引用的 2 篇文獻，均是針對不介入的話，有多少人會發展成糖尿病？但實際經濟效益到底如何計算？若推行這些計畫，健保可以減少支出，所以需要健保出錢，我想這部分的數字都要再計算。
- 三、今天下午會前會的資料，好像沒有剛剛報告的計畫，所以我不曉得會如何影響到後續的總額協商？我的理解沒錯的話，因為把公衛和健保的資源結合，所以要健保出錢，可是卻沒有在今天下午會前會討論的方案中，所以我不知道它們之間的關係是什麼？若政府能帶槍投靠是最棒的，也就是說建議這麼多好的

計畫，也能把預算帶進來，不要都是健保出錢。

周主任委員麗芳

現在已經有 12 位委員要發言，請何委員語。

何委員語

- 一、我當然感謝衛福部各司署主管的報告內容，但是剛剛盧委員瑞芬也提到，要健保付錢，還是要公務預算付錢，如果全部用公務預算付錢，我們會大力支持，如果健保要來付錢，請修改健保法和長期照顧服務法(下稱長照法)。我也是擬定長照法草案的委員之一，若沒有把健保法和長照法法源依據充分釐清再做整合，有一些預防保健和措施，就是應該由公務預算去支付，我剛才也提到健保法第 1 章總則第 1 條寫得很清楚，保險給付的範圍是疾病、傷害、生育事故，所以我認為要修這 2 個法，建議衛福部修法完成再做整合計畫。
- 二、第 2 個，健保法完成修法後，要調整全民健康保險會的組織，因為我們不是只有做全民健康保險而已，還有全民保健預防、全民安寧照護。
- 三、請參閱今天下午的總額協商會前會會議資料第 9~10 頁，醫院代表的委員已經離席，第 9 頁寫得很清楚，「以健保資源支應公共衛生需求的合理性」，還有提到「各司署所提方案尚未完善，是否合宜編列巨額預算」、「醫院部門負擔國人醫療最後一線，政策執行宜穩健不躁進」。我想第 9~11 頁醫院部門提出的意見，就是很好的證明，醫院部門不支持，但不敢反對，因為醫院部門要領健保的錢、聽您們的指揮，您們評鑑、管控、指揮它，當然不敢反對，但是醫院部門提出很多意見。
- 四、我認為衛福部的構想當然是很好，我沒有說不好，但我的意見，第 1 個先修法，第 2 個用公務預算，不能用健保預算支應，除非釐清後，該項目是屬於健保支付的範圍，第 3 個，希望能聽醫院部門的意見，醫院部門的意見已經寫得很清楚了，

他們認為還沒有成熟。所以請衛福部於 111 年完成修法，和醫院部門做合理、完整和完善的溝通，討論出要怎麼做才會更好，112 年再提出這個計畫，要不然實施後，沒完沒了，承辦的醫療機構很痛苦，可是健保還要支出那麼多費用，這是很麻煩的事情。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

一、聽完各司署長官的報告後，有 1 點感受、2 點建議。感受是 111 年總額範圍核定下來後，發現本會委員的建議(請參閱會議資料第 6~8 頁)，以及這 2 年疫情經驗好像都白搭了。社保司可能就是照他們的想法，我行我素繼續做，建議節省大家的時間，以後可以不要提委員建議了。

二、兩點建議：

(一)很感謝剛剛各司署長官的報告，奉命很用心準備很多資料，但會到健保會報告，我推估是要用到健保經費。如果是這樣，我同意何委員語所言，趕快檢視法規的合理性，不要常把社會福利和社會保險混為一談，常上演「衛福部請客卻要全民買單」，這樣不好。

(二)請參閱會議資料第 26 頁，衛福部函說明三，有個很好的構想，為使健保永續經營，替民眾購買健康，很好的口號。陳部長時中於 109 年 10 月 3 日出席福和會舉辦的「健保國是論壇」會議，曾呼籲國人以投資的角度來看待健保費調漲，當時還沒調保費，但他預估應該會有一些聲音。那是不是可以用部長的角度和想法，請政府也應該投資協助百姓來購買健康，如果屬於政策面推動，誠如何委員語所說，經費應該由公務預算支付，或者依法盡速解決已經爭議 5~6 年的政府應負擔 36%的老問題，這樣可能才有辦法兩全其美。不然只

要求百姓投資健康，政府沒有盡到義務，講一些違反立法精神的話是不通的。

周主任委員麗芳

請陳委員秀熙。

陳委員秀熙

- 一、聽了以上幾個司署的報告，我認為是蠻好的，其實代謝症候群計畫，就是提供慢性病的初段、次段及三段預防的整個連續性照護。蔡司長淑鳳提出的整合性照護，我相信也是看到多項的服務需要做功能整合，長照服務需整合不同醫療部門的資源。也感謝心口司提出精神病人出院後急性後期的整合性照護，特別在 COVID-19 之後，這是很重要的議題。醫事司提到提高偏遠地區照護的可近性、可及性，對這些計畫立意，應該給他們很大的鼓勵，我認為這個計畫結合健康、照護體系和健保，是深具前瞻性的規劃。
- 二、我認為經費部分，根本不可能在健保和目前的公務預算做切割，因為這是從預防一直延續到治療。全民健保和相關部門，不管是長照、國健署的成人健檢預算、菸捐預算都有關連，我呼籲了好幾次，這本來就應該是屬於行政院層次的議題。
- 三、為什麼這議題很重要？我相信各總額部門會遇到 1 個問題，就是年齡結構的問題，在非協商因素計算人口預估成長率、醫療服務成本指數改變率，但其實評估整個醫療需求時，沒有考慮到慢性病、癌症的成長。目前 50~64 歲約 530 萬人、65 歲以上約 370 萬人，這也是開放新冠肺炎疫苗接種後，才發現這些年齡層的人口數有這麼多，所以如果在非協商因素沒有再去調整，我們每年算的預算是對的嗎？我已經提了好幾次要考慮慢性病、癌症的成長，就是因為我們一定要這樣做，但國家也沒錯，以目前的財務狀況來講，特別是疫情之後也沒這麼多預算。

- 四、過去一直希望健保署出來帶領，四總額部門也應該幫忙健保署，以及各單位應精算出所需經費，要花多少錢在誰身上，如何把錢花在刀口上，在預算不變的情況之下，規劃和推動這些計畫，如果不這樣估算，消費者當然要付更多的錢。我擔任評核委員看到很多四總額部門過去的計畫，其實很多東西都沒有改變，包括導入 DRGs(Diagnosis Related Groups，住院診斷關聯群)制度這件事情。這部分如果大家不願意改變，協商因素及非協商因素，通常都不會改變。
- 五、最後關於法源問題，這對慢性病是非常吃虧的，我國癌症防治法歷經近 10~15 年，立法院才修法完成，但我們沒有慢性病防治法，所以在行政院層次爭取預算就很痛苦，我是覺得法源當然也很重要，很需要再討論，不過這部分，在推動健保醫療給付總額中長期改革計畫時，我不認為法源是 1 個很大的問題。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、剛剛聆聽幾個單位的報告，我肯定阿中部長要做好健保醫療給付總額中長期改革計畫，這也是個具前瞻性的規劃。但是剛才前面幾位的委員已經提過，推動這計畫要具適法性。剛聽起來醫院部門和西醫基層部門也有任務，但這些任務會不會像 DRGs 一樣，剛剛陳委員秀熙也講過，經過很多年仍未導入第 3 階段 DRGs，這個計畫會不會也變這樣，沒錢賺不實施。
- 二、希望能做好整合，例如建立住院整合照護計畫，現在是民眾自聘，提供 1 對 1 的照顧的照顧服務員，每天約花費 2,000 多元。如果整合照護人力，對民眾也是好的。希望能夠清楚寫出計畫的實施效益，不要付了錢卻沒有值回票價，所以一定要把執行這些計畫的效益寫清楚，例如，可減少家裡負擔...等，我們很肯定這樣的計畫，但必須考慮經費從哪裡來？

三、剛看到總額成長率低推估值 1.272%，原本的預算就難以支應這些計畫的費用，如果是高推估值 4.4%，明年又要調費率，是不是又抵觸陳部長時中對外宣示 2 年內不調保費的原則。我認為這些計畫的構想很好，也肯定各司署的用心，但是不是能夠逐步、更詳細進行整合。例如醫院有 3 層級，看護是的待遇是否相同？如果完成整合，再提到委員會議討論，我想很快就能通過，也要多向民眾宣導，實施這些計畫的效益。

周主任委員麗芳

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、看到幾個司署的報告後，我蠻肯定這些計畫的可行性，且內容非常詳盡，執行這些計畫後，可節省更多醫療支出，這點大家應該要肯定。應該說這些疾病防治或預防保健的計畫，藉由事前預防及早期治療，以後醫療支出相對會減少，如果能執行這些計畫是最好的，經費上的是不是有違反健保法，我想待會李署長伯璋可以跟委員報告。
- 二、如果健保總額可以負擔一部分的費用，我倒覺得好像也不至於影響總額的預算與運作，若各部門好像也認定可以執行，像是代謝症候群計畫好像西醫基層部門願意執行，是不是醫院部門也可以執行住院整合照護計畫，如果總額部門答應可以執行的話，應該是經過考量後，不會影響到總額部門支出，這點我想應該可以考慮。至於是不是有違法、吃掉總額預算、經營營運上會有影響，可再考慮，我覺得應該不至於違法，這幾個計畫是真的很不錯，大家可以比較事前預防和未來治療疾病醫療支出的差異。

周主任委員麗芳

請線上的陳委員石池發言。

陳委員石池

- 一、有關健保醫療給付總額中長期改革計畫，其立意良好，但有一些問題，尚需考量，剛剛前面幾位委員提到經費的問題，例如國健署的國家慢性病整合防治計畫，這個計畫很好，那是應該由國健署付錢，不應由健保總額付錢。
- 二、「住院整合照護計畫」當初是因為建議要強化護理整合，但現在提出的作法不對，因為只是改善陪病制度，這跟護理品質有什麼關係？跟整個醫療品質又有什麼關係？有人陪病，病就會好嗎？沒有人陪病，病就不會好嗎？所以跟醫療品質的相關性很低啊！但未來社會確實是有需求，所以不應該由健保總額支付，假設要做的話，應該由其他的財源支付才對。
- 三、還有公平性的問題，按「住院整合照護計畫」內容，這是有錢人才可以享受的服務，假設付不起那 900 元的人就無法使用，有些有錢人本來就在請看護，這樣是節省了他的支出，原本有錢支付的就可以少繳一點錢，但本來就沒錢支付的人，就不能享受這樣的福利，這是不是不符合社會公平正義的原則，現在的社會可以接受不公平正義的政策嗎？以照護比例 1:4、1:8 來看，假設病人都在同一病室那還好，照服員可以看得到大家；假設病人是在不同病室，同時間又有 2 個人有照護需求，那照服員要怎麼來處理，到時候的爭議會非常多，我們希望健保推出來的政策能受到民眾肯定，不希望是受到大家的罵聲，我想這樣對你們來說也是很委屈；我覺得強化照護及醫療品質是蠻值得努力做的方向，但政策仍要再考量。
- 四、第四個有關重整醫療體系架構，上次在別的會議我就講過，這不是重整，因為醫療體系沒有改變，只是增加一個服務的項目而已，增加的項目包括腦中風、冠心病、重大外傷等，但這些項目的醫療處置都有時間性的問題。例如冠心病必須在 90 分鐘就要恢復血管暢通，若要做遠距醫療/遠距會診，時間就會被耽誤，你們覺得這樣可以在 90 分鐘內把病人送到醫院救好嗎？我

蠻贊成偏遠地區要推動遠距醫療或會診，但是若應用在重症方面，你們真的要多考慮一下，對腦中風、冠心病、重大外傷的患者而言，很多都是馬上就要開刀，多一個照會、或照 X 光的環節，都會耽誤一些時間，我不相信這樣做會讓病人得到更好的照顧。我認為遠距醫療或會診可以做，但是不應該放在重症患者，因為他們需要的是即時治療，有時間性的壓力，遠距的作法反而會拖長了時間，延誤治療時間，對病人的照護品質而言，雖然可以診斷，但是延誤治療時間對病人的預後可能會有很大的影響，請再仔細考慮。

周主任委員麗芳

接下來請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

首先對於今天提出報告的各個司署表達敬意，不管將來經費要從哪支出，今天所提報的計畫都是切中民怨、民苦。

一、首先，「減少照顧機構住民到醫療機構就醫方案」，現行政策規劃是一個照護機構只可以由單一的醫療機構來報備支援。醫改會在 2020 年有做過長照機構參與安寧療護的倡議計畫，我們發現、也建議長照司要審慎地去思考這個執行上的難度，因為住民有其就醫慣性與信任的醫師，如果僅由單一醫療機構報備支援，有沒有辦法即時滿足住民的照護需要且具有醫療品質，尤其對於目前末期病人頻繁地往返醫院跟機構，這些問題要怎麼解決？

二、第二個，國健署提的國家慢性病整合防治計畫，醫改會也表示高度支持，但是問題來了，這個計畫是以預防跟危險因子的介入為主，也就是潛在慢性病族群，而健保署本來就有家醫計畫，我們上個月委員會也有討論，家醫計畫是以個案的醫療利用為主，目標對象包含慢性病族群，這兩個計畫之間的經費預算來源、慢性病人的管理面怎麼銜接預防及醫療照護，才能夠

達成慢性病連續照護的宗旨，也希望國健署要所有思考。

- 三、第三個是照護司提出來的建議「住院整合照護計畫」，報告提供相當豐富的資訊。針對住院整合照護，由醫院安排照護輔助人力，與護理師形成團隊提供整合照護，從民眾的角度來講是支持的。這樣可以提高照護的品質，可避免看護趴趴走造成破口，也可以減輕護理師跟家庭照顧者的負荷。事實上台灣的醫療管理非常有效率，可是就在這一點上面確實是很大的民苦，尤其是現在大家多是上班族，所以我們希望這一次的改革可以慢慢地導向比較好的制度。當然也呼應陳委員石池剛剛提到的，就是公平性的議題，所以在規劃上面可能需要更審慎。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

我也要謝謝今天包括國健署、心口司、照護司跟醫事司所提出來的配套。自從全民健保實施之後，我們都覺得衛福部的其他單位，其實好像功能都慢慢式微，沒有被看見，大家現在終於看見其實全民的健康，不是只有健保署要努力。但是我對於這次的方案，就不再提細節，但有一些方向上面的疑問提出。

- 一、第一個，要請問商司長，因為剛剛健保會幕僚也有報告，明年的高推估跟低推估之間差值大概只有兩百多億元，扣掉因為評核所產生的獎勵款，其實協商的金額已經很少。我們今天提出來的4個方案，我大概加總一下就要50幾億元，但前面提到的其他方案，社保司都沒有估算費用，所以到底政策交議的這幾個政策項目，究竟佔了多少總額的費用，我覺得社保司可能要回答，因為下午就要做各部門的總額協商會前會，如果沒有這個金額的話，付費者代表怎麼會知道要怎樣去支持政策交議的這幾個方案。

- 二、第二個是關於國健署所提的計畫，我覺得當然預防保健很重

要，前面幾個委員也都提到，但是商司長剛剛也提到這個方案裡面，其實整體是要國家公務預算也能夠配合。可是我們這裡就沒有看到，尤其是預防保健牽涉到非常多公務預算，譬如說國健署過去有做社區健康營造，剛剛前面有委員講到，包括全民健保裡面非常多的這個醫療品質指標，或是我們整合性的照護，其實都有把預防保健的這個效益做進去，甚至是幾個慢性病整合照護計畫裡面，也都有一些追蹤成效的錢。可是我們這裡沒有看到，除了國健署這個計畫所編的 5.39 億元外，我們國家整體包括國健署、健保署在這樣的預算裡面總共已經花了多少錢，又編了多少錢。

- 三、從醫院跟基層的成人健檢的比例裡面，最高大概都只有 30 多%而已，你就知道國人的成人健檢率一直都不高。國健署這幾年也一直都沒有在預防保健人數上面有非常大提升的成效，可是我們卻花很多的錢。在健保體系裡面，我們還會有一些相對衍生的費用，比如說定期的要抽血做一些相關的這個檢驗，或者是這個方案跟國健署其他預防保健的方案，剛剛講的除了社區健康營造，或是戒菸的方案，這些相關的方案彼此的關聯是什麼，沒有達到預期成效時要怎麼辦，還是說只要有做紀錄，其實就都給錢？如果都給錢，為什麼我們在其他很多的健保給付方案裡面也有一些論品質，或者是做衛教的方案裡面有給付，為什麼這裡另外還要再做，或是只有做代謝症候群的給付？我覺得可能要進一步再去做評估，特別是國健署建議這個費用只編列在基層，雖然大部分的人在基層，可是醫院也是有做，所以這樣是表示醫院如果有做到這些事情，其實全民健保是不支持的，這樣邏輯上也不太對。
- 四、關於住院整合照護，我其實個人是非常非常支持全責照護的這個方案，因為從 SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome, 嚴重急性呼吸道症候群)到現在，我們其實都沒有學習，直到

COVID-19 疫情發生，全民都不准去探病，不要說是陪病。陪病的問題，其實我們都已經知道，就不在這邊提，但是這邊也是一樣，我看不到照護司應該要做的事情的規劃，先姑且不論成本分析對不對，或者是其實全民健保也有給付護理及包含基礎的護理費用，其實這邊並沒有看到跟成本計算的關聯，今天我們付這樣的錢跟現行全民健保基礎護理之間費用的搭配是什麼？就照護司來說，就照護司的這個角色裡面，以日本為例，他們聘訓練護佐或者是看護，可能是有納入一部分的護病比計算，我們有沒有要納入？我們說委辦或自聘都可以，照護司在整個規劃中，有無將委辦跟自聘的成本納入考量？但我們明明知道對醫院來說，委辦跟自聘的成本其實是差很多的，對教育訓練的要求也是差很多。單純的抽成跟你把他視為自己的員工，在醫療品質上面，在醫療照護的專業上面都會有所差異，因為看護或護佐在其勞動條件上面是差很多的。可是我們其實沒有看到相關的說明，如果將來全民健保要給付部分費用或者是民眾要自行負擔部分費用，衛福部如何協助醫院建立這樣子的一個專業跟教育訓練的體系。照護司到底編了多少錢在做全責照護的這個制度的協助上，其實也是沒有看到。當然法規面也是，法規面其實有提到可以聘照服員，卻沒有提到這個可能涉及到民眾要部分負擔，不管將來是要付 900 元，還是要付幾百元，這部分法源在哪裡，其實方案中也沒有提到。

五、再來是心口司的部分，我真的第一次很佩服，這次心口司真的有花力氣在做這個急性後期照護(PAC)，其實這個在國外已經做超過 15 年了，終於要做了。我覺得比過去的思覺失調症醫療給付改善方案還要更周延。但是我一直有幾個疑問，因為我覺得這個應該要做，但是我們目前為止，雖然不能夠跟思覺失調症醫療給付改善方案或是居家醫療照護合併申報，但是我看這個計畫的費用比前述 2 個計畫都還要有誘因，就是整個弄起

來，先不要說醫院的這個品質誘因可以有 6 萬元到 9 萬元，光這裡 1 個個案如果這樣全部做起來的話，這個個案就可以收到大概 3 萬元左右的這個費用，如果它全部都做，那還不包含針劑的錢，可能還不包括其他的這個原本就在健保給付的這個醫療費用。所以會不會說因為這個方案的實施，跟其他目前全民健保在做的，整個跟精神病人有關的方案，它產生的競合是什麼？還有這 16 週就結案，當然很好，結案沒有問題，但因為急性後期照護只做 16 週、3 個月其實不算長。那這個轉銜裡面怎麼去評估有用跟沒有用，後續之後針劑的使用跟訪視，怎麼跟社區的社區關懷訪視員或公共衛生護士做結合，其實這裡面提的比較少，那就可能讓急性後期照護的效果，在 3 個月結束之後，因為醫院少了這 1 筆給付之後，有把握醫院可以再延續嗎？因為這個其實是社會安全網的延續，社會安全網其他的基金跟社會福利部門裡面，包括社政單位這些，領有身心障礙手冊的這些精神障礙者，他配合的這個服務是什麼，其實也沒有看到。我的意思跟前面 3 個方案，是因為這個公務部門編的費用的預算到底是多少，這個對全民健保來說，1 年 6 千萬元好像不是非常的多，可是也不能說這個公務預算體系裡面完全沒有對應。

六、最後 1 個醫事司，我就更不解，就是全民健保在 COVID-19 疫情發生後，連電話的診察費都付了，健保付了遠距的費用，也補助了頻寬網路的費用，IDS 也有做整合，那區域聯防還要全民健保出錢，請問醫事司在這裡協助偏遠地區的醫療院所，所增購協助偏遠地區病人或是醫療體系做診斷治療的設備費用，除了醫發基金可以讓人家貸款以外，到底醫事司編列了什麼預算，什麼樣的錢是在健保之外的。不能說將來設備也要健保補助，遠距也是健保補了，結果醫事司編列的費用我們沒有看到。所以總歸一句話，我們下午就要討論整體的健保總額，在

至少提出的 4 個專案裡面，社保司也有責任協助其他衛福部裡面的司署，提出來在衛福部裡面這 111 年在立法院編列的相關的公務預算，或者是特種基金裡面，包括菸捐裡面所支應的費用，讓付費者代表可以參考。

周主任委員麗芳

因為時間的限制，本案的口頭發言就到第 15 位馬委員海霞為止，其他的委員如果還有意見，請以書面提出。等一下發言的委員，拜託以 3 分鐘為限。請張委員澤芸。

張委員澤芸

- 一、對於照護司剛才所提的「住院整合照護計畫」，感謝蔡司長在事前曾經有和護理全聯會做溝通。站在民眾的立場，這個計畫對於部分有需求的家屬來說，的確是立意良好。其實在剛才司長簡報中，提到在本計畫前身，也就是轉型 1.0 實施的時候，本人也曾經是受益於這個計畫的家屬。但與部分委員有一樣的想法，這個計畫最大的問題，還是在財務的來源以及人力的整備上。這個計畫的名稱有出現過兩個不同的版本，之前為「建立住院護理整合照護服務計畫」，而在司長剛才的報告當中，計畫名稱已經改為「建立住院整合照護計畫」，本人認為移除「護理」兩個字的修正，會比原先的名稱更為明確，不致造成誤會。
- 二、因為這個計畫的推動其實是要解決當病人住院時，家屬在旁邊照顧的體力負荷跟經濟的負擔。照服員的角色和提供的服務，與專業護理人員在病房提供的照護，是不一樣的。剛才部分委員提到，這個計畫推動以後，現行護理給付費用及護病比的規定，是否應該做一些修正？個人的看法是，因為兩者扮演的角色與提供照護內容不同，兩者之間不應該有任何連帶消長的問題，這就是我的說明。

周主任委員麗芳

請侯委員俊良。

侯委員俊良

因為時間的關係，我僅提供以下幾點想法。

- 一、健保法講得非常清楚，健保是提供醫療服務及保險給付的處理。我很肯定今天這幾個方案，其實如果放在國家醫護政策裡並由國家來執行，我相信所有的委員大概都不會有問題。所以，我認為國家的醫護政策跟健保會的任務應該有所區隔。
- 二、第二個，剛剛也有些委員提到，如果要加強這些方案的論述，應該提出更精確的數據分析，以及目前問題的成因，為什麼要這樣子做的理由，都應該要講得更清楚，這樣說服力會更好。
- 三、第三個，剛剛也很多委員提到關於預算的部分，一開始我就有提到，其實我也要提醒在座的司署，在規劃方案時，如果可以的話，應該要對於整個法律有所扣連。也就是說，提出的計畫或方案是不是應該有相關法源依據，如果加強這方面的處理，我相信有道理的、確實可以促進整個醫療服務跟提升人民的健康，若其中部分費用由健保來支付，才有那個道理，如果說在業務範疇內沒有相關法令，我就會覺得很困難。
- 四、第四個，請法制人員，如果會裡面有的話，因為剛剛有幾位委員提到修法的部分，若可以先針對剛剛委員就法令層面所提意見說明，我們才知道，如果通過了今天所提報的計畫或方案，或者是我們往這方向去討論，後續的審議或執行，會不會有違健保法的立法意旨。

周主任委員麗芳

請趙委員曉芳。

趙委員曉芳

針對照護司跟心口司所提計畫，我要提供一些回饋的意見，首先我要給予肯定，因為這兩案其實都是看到了社會的需求，進行了前瞻性的規劃，兩個司願意承擔這樣的責任，我覺得是值得肯定。

## 一、照護司的「住院整合照護計畫」：

- (一)我想這個方案已經試辦了這麼久，基本上要擴大規模，確實是必須要尋求穩定跟合理的財源挹注，但是以照護司目前的規劃與論述方向，比較像是為了彌補住院民眾的照顧需求，以及所帶來的勞動力損失，所以必須要去辦理這樣的方案。回到健保會的立場，我們還是期待看到比較多這個方案對於所謂的醫療服務的品質，或者是對於住院的這些服務使用者可能帶來的效益，我建議照護司跟醫院部門共同去做這方向的討論與思考。如果有更多相關的論述，或許對健保會來講，支持的可行性會高一些。
- (二)我看到另一個問題是，在試辦期間，是不是應該要由醫院來扮演照服人力的聘僱與管理的角色，我想應該已有蠻多討論，照護司之前應該也已有所瞭解。我會比較建議以目前的規劃構想，要去思考如果要把管理的責任轉給醫院，目前這樣的誘因對於醫院來說是不是足夠？如果不夠，那是要用什麼樣的方式，可以讓醫院比較願意來協助跟共同承擔這樣的一個護佐人力的管理。
- (三)再者，以月薪來講，我剛剛以每日 12 小時 42,000 元來試算，如果考慮政府的每天 8 個小時工時的平均月薪是 28,000 元，以目前照護人力市場，照服員普遍的薪資來講，這樣的月薪是不是具有競爭力，可能也要再去思考，以上是對照護司的建議。

## 二、心口司的「精神科病人出院後急性後期照護試辦計畫」：

- (一)肯定這個案子對精神科病人的急性後期照護的服務及必要性，可是我要提醒心口司，按照目前的這個規劃，只是在跟社區的公衛護士，或者是關訪員進行個案共管或共訪，對於解決精神病人出院之後進入到社區，生活處境的實質幫助可能比較有限。社區裡面資源的連結跟支持不足，才是造成他

會立即再回到急性醫療的一個主因。

(二)建議心口司在規劃的時候，不只是評估在 30 天內轉入社區資源的比例，而是要將穩定接受社區資源的服務列入成效評估指標，並且我建議心口司，你們在計畫裡面提到的這幾個社區式或居家式的照顧服務或轉介資源，相關的主責單位，包括長照司、社家署、勞動部，應該要有一個資源串聯、共享與佈建的機制與規劃，我覺得這個可以比較根本的解決問題，並且有效的去緩解這些精神病人再進入急性醫療的可能。

周主任委員麗芳

接下來再回到實體會議室，請朱委員益宏。

朱委員益宏

翁委員文能因為醫院有點事情先離開，受他所託我來表達一下醫院協會的立場。

一、第一點，對於政策的大方向，我們是表示支持，在醫院協會內部開會時，與會者表示本案所提出的這幾個政策時間推出太倉促。事實上我們收到資料的時間大概只有 1 個月，剛剛商司長說他們大概從去年年底就開始討論，有學者、專家跟部內的司署一起討論，但是過程中並沒有邀請醫院協會來提供相關的意見，等到案子推出後，大概在 1 個月或者不到 1 個月的時間，才透過健保署這邊的平台跟醫院協會來商量。當然在商量的過程中醫院協會提出非常多的問題，包括付費者代表委員或是一些學者專家的意見，其實醫院協會之前都有提出類似的意見，但是感覺起來，好像政府還是要推動這個案子。雖然醫院協會提出意見後，計畫已做了局部的修改，小幅度的修改。但是我這邊還是要還原，醫院協會收到這個案子，但這個案子並不是由醫院協會跟政府一起規劃的，我們是被動地來接受這樣的案子。

- (一)從醫院協會及整體的醫院總額來看，財源確實是非常大的問題，因為目前醫院的點值，浮動點值大概只有 0.85 左右。更何況在六個分區的很多健保署管理的政策上，包括節流、雲端藥歷、核減的刀砍下來，說實在還蠻重的，李署長這邊花了很多的力氣在做節流，甚至有些行政的處理方式，讓點值能夠提升的一些點值穩定方案。在醫院總額的部分整個財務缺口大概超過 500 億元，這 500 億元目前醫院已經用醫院的方式承受下來，所以這也就是大家可以從每年醫院的財務報表分析裡面看到，醫院事實上那個利潤是越來越低的，雖然很多醫院獲利，但他們的利潤大概都低於 5%，這個長遠來說對醫療產業是非常的不利。
- (二)剛剛大家提到，醫院協會也有提過，就是說這些原來都是公務預算的錢，是不是應該放到總額這邊來由健保承擔，這個我覺得是大家要去考量的。當然如果政府有公務預算進來，帶槍投靠，我覺得這樣子或許對於健保整體的財務才會有所幫助，但如果只用健保總額來承擔公務體系要做的改革，我覺得這個可能真的變成各司、署開菜單，然後付費者跟醫療服務提供者來買單，就會變成這樣的情形，我覺得在整體的制度運作，可能還需要考慮。

二、至於個案的內容，我不多說，但是對於每個案子確實中間有許多需要修正的地方，剛剛大家都提過了，特別是護理照護的這一段，因為用的經費非常多，包括人力的現況、成本的估算等等，確實我們提供很多意見。另外包括國健署的案子、心口司的案子，還有醫事司的案子，其實我們在開會的時候都已經提供了相關的意見，當然我們希望如果政府真的要推動這些中長期改革計畫的話，時間能不能拉長，或許利用 111 年的時間好好地跟相關總額部門一起來規劃，從頭開始來把基礎做好，然後做出一個比較有時程性，比較具體可行的計畫，然後在 112

年視財源的狀況再來逐步推展，這樣或許在推行的過程中也會比較順利。如果說急就章的推進，在明年的總額就要執行，第一個當然這會造成醫療，特別在醫院這邊財務非常大的壓力，整個總額的財務能不能支撐，也是一個大問題。

三、第三個，如果且做且走，已經開始執行然後再修正的話，可能也會造成很多的困擾，所以醫院協會的立場是希望不要那麼急著推動，是不是大家多花一點時間，好好的就這幾個計畫的內容重新修正，在 112 年視整體財源的狀況再來推動。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、非常肯定衛福部照顧全民健康的心意及完整的規劃，但是現實面跟理想面有時候的確是有些差距，其他的計畫我都不談。在此要非常肯定國健署對公共衛生、醫療體系整合及成人預防保健的部分，大家知道成人預防保健是 40 歲到 65 歲每 3 年只做 1 次，每個人的經費寫的很清楚，只有 520 元。至於為甚麼普及率不好、要提升，我個人的經驗是成人預防保健對於所謂一般收入的民眾是照顧，尤其低收入戶非常有幫忙。
- 二、事實上，大家知道很多的民眾都是到醫院去做自費健康檢查，他們是因為經濟能力比較好，而且內容比較豐富。陽春型的成人預防保健只有 520 元，個人去換算成醫院大概 1,000 多元的成本，這樣的服務當然實在，但當民眾檢查完後，卻跟醫療體系並沒有適度的連結。因為人口老化，今天主軸是代謝症候群，代謝症候群除了剛剛表列的疾病以外，事實上跟失智、失能，尤其跟腎臟病都有相當的關聯，如果能夠讓醫療體系跟公衛體系提早連結，這是屬於超前部屬。
- 三、以往很多人拿了健康報告之後就失聯了，尤其這次在施打新冠肺炎疫苗，之前大家知道打 AZ(AstraZeneca)疫苗會有一些血栓

的高風險，所以我們有去看個案雲端藥歷，事實上很多民眾他都不知道自己有相關的代謝症候群，甚至血脂的問題，就來打疫苗，所以造成大家知道的併發症。當然很多人質疑說很多人都有去做檢查，為甚麼他們沒自知。所謂檢查跟後續追蹤是相當重要的，如果能夠花少量的錢，讓這些經濟狀況、收入比較不好的人，能夠得到更多的服務，我覺得這是非常值得。

四、大家可能知道，很多民眾都願意，甚至會搶著買防疫險，防疫險就是居家隔離，甚至打疫苗險，所以民眾對健康的重視很高，如果每個人成本只有幾百塊，我覺得是有價值的，如果由健保署跟健保會一起來讓它通過，這是非常可喜的，也是對全民健康一個很好的保障。

周主任委員麗芳

請馬委員海霞。

馬委員海霞

一、本案提出的 4 個方案都是社會的需求，其中也許有一些適法性的疑慮，剛才許多委員都已經提出了，因為時間的關係，我就不再贅述。

二、對於心口司提出的「精神科病人出院後急性後期照護試辦計畫」，我們可以看到這個方案裡面的適用條件很明確，看起來也還算嚴謹，是很明確的可以看到 1 年有 3 次急性住院的病人以及強制住院的病人等等，所以看起來說他這個方案裡面規劃進去的一些適用病人，還算是蠻明確也嚴謹的，他的執行時間也是提供 3 個月的居家訪視治療，最後成效評量也是很清楚。所以對這個方案，我個人是非常支持。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

我支持醫院協會的立場，他們的意見跟我剛才講的是一樣的。我接

到會議資料以後就開始訪查，你們不要以為對於精神照護計畫我比你們不懂，我問了好多人，所以也跟台北市建議結合衛生局、社會局，及當地醫院及社會公益團體組合精神疾病照護計畫。對於本案所提出的 4 個計畫，在看到醫院協會的意見後，我的結論是請你們明年好好研討，我支持醫院協會的意見。

#### 周主任委員麗芳

委員對於本案的發言都非常踴躍也很關心，從委員發言當中，一致肯定今天 4 個司署，包括國健署魏副署長璽倫的報告、照護司蔡司長淑鳳的報告、心口司謹司長立中的報告、醫事司劉副司長玉菁的報告，4 個司署所提的計畫內容都相當嚴謹，委員都予肯定，因為時間關係，可能無法請 4 個司署逐一回復，請商委員東福統籌向大家簡單回應。

#### 商委員東福

- 一、感謝各位委員的寶貴意見，我想這是特別安排，各單位主管本來可以不用來健保會，我必須說明健保會在過去委員們運用智慧下建立很好的制度，剛剛委員也都有提到，過去總額協商都是醫界提出計畫，健保署提供寶貴經驗給予醫界很好的建議，其中包含項目、金額，或是政府想要推動的政策。因為在衛福部全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫推動協調會報，部長希望總額的中長期政策目標，不只是健保會層級，而是衛福部和行政院層級的規劃，於是我們去行政院以政策目標推動的名義去爭取支持，我們健保會或許可以只想明年財務收支平衡，但是對於政策而言，我們需要長期規劃，部長認為這樣對國民健康比較負責任。
- 二、充分溝通很重要，大家不用擔心，總額程序運作很多年，健保會是 1 個很好的溝通平台，協商機制就是醫界提出計畫與付費者談，假設雙方沒有共識，政府才可能介入去做處理，若大家有共識，就沒有問題，大家都不用擔心。

- 三、我其實講過很多次，但大家仍有疑慮，因為大家都有過去的印  
象，我特別強調，過去委員曾經詢問本部是否想讓屬於公務預  
算的負擔全推給健保支付？我講過這個協調會報，部內各個司  
署都有既定的工作要做，只是因為健保民眾滿意度高達 9 成，  
因此有很多好的制度、方法與工具可以提供各單位在推行政策  
時，有 1 個與健保整合的機會，若整合成功，效益會 1 加 1 大  
於 2 或甚至更多。
- 四、我記得當時回應委員說，剛好相反，因為我們公務預算在醫療  
保健支出佔 GDP(Gross Domestic Product, 國內生產毛額)比例一  
向偏低，然而今天要注入這方面的經費，需要計畫與方法，所  
以我認為我們透過這些計畫引導投入醫療保健更多的公務預  
算。
- 五、以長照司現在提供長照失能個案的疾病管理，或是減少機構住  
民外出就醫次數的健康管理方案，也跟醫療服務有關，但是都  
是由長照司、醫療發展基金等公務預算支付，另外，像國健署  
實施 C 肝篩檢等服務，絕對不會用到健保基金，經費還是可以  
分得很清楚，在各位智慧下建立的制度，也可以把關得很清  
楚，因此公務預算與健保基金在各位監督下，即使有模糊地  
方，我們依據過去經驗仍可以區分清楚，達成共識。
- 六、剛剛部分委員特別關心到錢的問題，我特別再講一下，今年依  
照公式計算計算出低推估值成長率比較低，所以事實上有 1 個  
比往年大的協商空間，但是還有很多需要處理的部分，其中行  
之多年、大家有共識的政策目標，包括新藥、新科技需要進  
來、罕病需要照顧、偏遠地方需要照顧等，大家都有共識。今  
天有關中長期計畫跟外界的溝通，委員問過我好幾次，協調會  
報雖然是去年 9 月才開始推動，但是各司署就單獨政策過去都  
會跟外界溝通，確實我們將來希望像新藥新科技、罕病、醫療  
資源不足的政策目標一樣跟各位有更大、更多的溝通，今天的

政策目標若是大家都有共識，包括健保署、醫界、付費者等都支持的政策目標，這就不只是衛福部自己的政策目標，而是我們大家共同的目標，現在的氛圍也是很多工作都需要由下而上來形成共識。

- 七、111 年度總額高推估值與低推估值有 244 億元的空間，我們 110 年度總額就提出中長期計畫，但是只能在其他預算編了 10 億元，完全無法推行，因為沒有協商空間。因此，即使今年有這樣空間，仍然也需要醫界提出計畫，付費者同意才可以走下去，倘若大家都沒有共識，按照過去慣例部長就會需要依政策方向去核定，所以付費者與醫界有共識和扣連政策目標是非常重要的，我們去國發會爭取總額範圍時，清楚解釋這些計畫跟政策目標扣連，例如引進新藥、新科技、照護罕病、照護醫療資源缺乏地區等等項目，因此獲得國發會的同意，所以只要大家有共識，部長都會尊重。
- 八、高推估值與低推估值之間有 244 億元的協商空間，但是我們這些計畫是預估的，比方照護司計畫會分 5 年推動，今年估 40 億元，像 HTA、DRGs 等項目，健保署今年編 1 千 3 百萬元，也是分年推動，加起來今年約 48.58 億元，這只是預估，因為目前不知道醫界最後會提出多少預算需求，只是他們依據這些計畫跟健保署去談，若要全部推行當然需要很多錢，而我們有很多計畫例如乳癌方案、氣喘方案等，事實上是 1 個你訂出支付條件，有這個能力與把握，可於這時候配合者再納進來，事實上是 1 個多元的方式在運作，這也行之多年，大家可以安心，雖然預估多少錢，但要看大家願意支付多少錢，因為這個很簡單，就是 1 個產品，醫界提出後，付費者要不要買，現在各單位所提出，我講的有一點是技術轉移概念，就像各單位能生產這種產品，提供給醫界參考。
- 九、今年有這麼大的協商空間，要不要提這樣的計畫，或許大家有

一點缺憾說好像沒有參與討論，事實上那是部內會議，在上述 244 億元裡面，中長期計畫經費加起來大概 48.58 億元，分年推動，所以這是 111 年所需費用。長照司還在取得共識中，所以是 0 元，但是延續過去新藥新科技、罕病、醫療資源缺乏地區等項目約 115 億元，以 244 億元協商空間來看，我們還有 80 多億元空間，就看健保署有沒有好的建議，醫界有沒有自己的規劃，付費者覺得想要什麼東西，所以基本上這特別的安排，也辛苦我們幾個單位的主管，特別來這邊報告，我想基本上我們健保會已經有這樣的機制，大家應該可以很安心，愉快地來談這件事情，也就是協商本來就是雙方要合意，以上補充報告。

周主任委員麗芳

一、感謝商委員東福的說明，也要向今天來報告的各司署主管致謝，健保會跟大家都有共同心願，希望創造民眾更高的健康品質，在每年健保的總額協商，也許無法 1 年就把剛剛大家提到這麼好的方案全部納入，但也期待大家攜手努力，漸進式地朝這方向前進，再次感謝今天來報告的司署主管，包含社保司、國健署、護照司、心口司、醫事司(與會者鼓掌)，感謝你們，有關本案，我預做兩點決議：

(一)確認 111 年度各部門總額「醫療服務成本及人口因素成長率」如會議資料第 25 頁表列，將作為各部門總額協商之依據。

(二)請各總額部門及健保署遵循衛福部交付之 111 年度總額協商政策方向，及參考本會委員所提意見，於 9 月 2 日前研提「111 年度總額協商因素項目及計畫(草案)」之最終版本。

二、雖然已經接近中午 12 時，可是李署長伯璋已經在這邊坐了很久，他一直在等待，我也不敢請大家先吃完午餐再回來聽李署長報告，因為他也是我們很重要的靈魂人物，是否進行第二案，如果要用餐，看幕僚怎麼安排。

### 李委員麗珍會中書面意見

有關住院整合照護計畫之照顧費用，民眾負擔 900 元是否有例外情形？現今台灣薪津停頓，呈現低薪時代，對大眾而言，900 元/日其實也是一大負擔。或是以住院日數呈不同費率方式，如果日數短收費高、日數長則收費低，也可以減輕民眾負擔。

### 盧委員瑞芬會後書面意見

我非常肯定「結合公衛及健保資源，精進照護模式，提升健保支付效益。」的政策目標，更認為此政策不僅是提升健保支付效益，更重要的是實施以人為本的照護模式，提升全民健康。但是全民健保目前依法是針對疾病治療，因此結合公衛及健保資源，應由衛福部主導整合，並投入適當資源，方能達成政策目標。姑且不論各提案內容之適當可行性，此案由衛福部相關司署提案，擬納入各部門總額，統一由健保買單，原則上已超出健保的法定給付範圍之原則，亦不是健保會可討論而定案。

肆、優先報告事項第二案「中央健康保險署『110年第2季全民健康保險業務執行季報告』」與會人員發言實錄

同仁宣讀

李署長伯璋

- 一、主委、各位現場委員、各位線上委員，大家午安，你們吃便當，我就簡單報告。
- 二、首先剛剛李委員永振提到特別預算的部分，我想說明一下，事實上在健保署本身(李委員永振表示因為時間因素，不用口頭說明，提書面說明，讓全體委員瞭解)，再來就是陳委員石池與劉委員淑瓊提到的 IDS 計畫的部分，事實上健保署對於 IDS，民眾滿意度是非常好，但有 1 點比較現實，我們對於比較困難的西醫師不足地區，去年廖婉汝立法委員刪我們今年 3,000 萬元，就是說醫院協會對於醫師不足的地方有一些要求，的確有時候困難找不到醫生，不是說不想提供醫生，請委員們了解。
- 三、何委員語提到結算的部分，我是覺得畢竟整個在第 2 季結算的方式跟以前不太一樣，我身為健保署署長，我也知道在去年跟今年於疫情期間要能順利完成度過，也是靠醫界跟健保署所有同仁一起努力，就過去來講，你們也知道，醫院間彼此都有一些紛爭，彼此想法不太一樣，我們也知道 1 年約有數千億的錢，所做的醫療服務我們健保經費無法全額給他們，就是所謂的斷頭，今天這 3 層級醫院在降載的時候面臨壓力，第 2 季按照 108 年的型態去做，的確對醫學中心來說，等同醫療服務的量能，不要因為這樣疫情受到太大的影響，我也不希望他們追求一些營運的部分，不過何委員語有提到是否違法，部長有給指示，我也會把何委員語的意見帶給部長了解。
- 四、干委員文男提到紓困的部分，各位在報紙上看到像是打針、PCR(Polymerase Chain Reaction，聚合酶連鎖反應)檢查，一些相關專責病房等，都是醫事司與 CDC(Centers for Disease

Control，疾病管制署)在操作，健保署只是停診補償等，去年我們是 16.4 億元，今年是 28.1 億元，我一直強調總額跟紓困是兩回事，雖然醫界不太好做，每次都在埋怨，我的口袋能夠 handle(處理)的就是總額，不要讓人家覺得我們對健保總額沒有妥善運用，我們也是朝向最有效運用。

五、接著進行 110 年第 2 季健保業務執行季報告。

健保署李署長伯璋報告：略

周主任委員麗芳

非常感謝李署長伯璋的報告，尤其在這段疫情期間，李署長率領健保署同仁是無役不與，且日以繼夜的付出，我們是否也給李署長跟健保署同仁掌聲(與會者鼓掌)，真的很辛苦，我們感同身受。接著就請委員發言。

周執行秘書淑婉

補充一下，委員對於健保署業務執行有些書面意見，在補充資料第 51 頁，其中包括陳委員石池、干委員文男的意見，請參閱。

周主任委員麗芳

請問委員有無要提出寶貴意見？李委員永振，只有 1 位嗎？干委員文男，2 位，如果線上委員還有要提出，請舉手。請李委員永振。

李委員永振

一、對於剛才李署長伯璋的報告很感謝，但有 1 點，關於分級醫療，上次專案報告時曾經提過，成效都是轉來轉去，付費者代表所希望的是目前已經投入 260 億元，到底有沒有開始節省什麼東西出來，以讓大家瞭解，而量化之後會變成怎麼樣。另外，關於前 1 個報告案，如果經過衛福部相關的司署慎重考量委員的建議後，仍要推動合於法令規定的政策，應該是屬於重大施政計畫，於納入總額預算時，請健保署依照預算法第 34 條規定，提出成本效益分析報告並列出效益追蹤方法。

二、今年總額協商之前，希望健保署把 C 肝新藥的成效列出反映到總額減項中。記得在開辦 C 肝新藥時有評估，相較於傳統干擾素併發症醫療費用，預估從 2017 年到 2025 年，大概要投入 268.2 億元，但可以節省醫療費用 274.3 億元，省下 6.1 億元，目前總額協商只看到丟錢進去，到底產生的效益在哪裡？是還沒有，或是到後面才出現還是怎樣，是不是可以整理一下，讓委員瞭解，謝謝。

周主任委員麗芳

干委員文男之後請劉委員淑瓊，再請何委員語發言，還有哪位委員要發言？請干委員文男。

干委員文男

- 一、配合社家署對於原住民就醫自付額的補助，這個經費是社家署出的還是健保署出的？為什麼原住民已經有很多優待，現在還要再優待，我很納悶！
- 二、李署長伯璋報告偏鄉地區醫師缺乏很多，以往我們去業務訪視，到 IDS 計畫的山地區域訪視，都發現問題是如果派到那些地方的醫師不是當地人，做了幾年後就馬上走，我們也曾經建議希望衛福部徵選當地的子弟就讀醫學院，他們畢業之後回鄉服務，我想也是 1 個很好服務鄉民的機會，他們應該不會反對。
- 三、感謝因為疫情診療，虛擬健保卡擴大試辦，讓醫師與病人減少接觸，就醫問題可以解決，這是德政。
- 四、關於醫院及西醫基層總額的藥品及特材給付規定，這是否在預算內執行？還是健保署另外的錢給付？特材是否自費？剛才於報告中沒有談到很多。
- 五、診所盜刷健保卡獲利 6 千萬元的問題，是怎麼樣情形，請李署長伯璋描述一下，為什麼我們管理得那麼好，還會發生這樣的事情，我覺得很蒙羞，被人家講我感覺真歹勢(台語，很不好意思

思之意)，是否可以說明這個問題讓委員更深入瞭解，對民眾解釋這是如何發生，民眾將來如何配合健保署與政府。

李署長伯璋

發生什麼事情。

干委員文男

診所虛報醫療費用 6 千萬元，報章與電視報導那麼大，請回答。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

- 一、主席，在場各位先進，首先謝謝李署長伯璋非常清楚的報告，但是有 1 個小的建議，其實李署長剛剛在報告時不只是數字，我們更想知道針對這些問題，健保署有沒有對策。
- 二、針對剛剛李署長提出健保署重點工作，第 1 個是虛擬健保卡擴大試辦的部分，過去實體健保卡曾發生照片跟本人不符，落差很大，難以辨識而有使用別人健保卡就醫的情事，現在使用虛擬健保卡，醫改會同仁上傳兔子照片也通過，顯然此項業務確有需要精進的地方。
- 三、有關健康存摺新增「健保資訊運用及共享」意願調查，我們希望健保署知道，就算支持比例很高，但是抽樣有偏誤，恐怕以偏概全。現在健保快易通 APP 的下載量雖然很高，但主要是因為口罩預約與接種疫苗，並不一定是健康存摺的使用者，所以健保署對於調查結果的詮釋，有無其他輔助調查可能是很重要的。
- 四、再來就是「全國偏鄉醫師人力需求平台」，這個標題反映的是健保署要協助完善偏鄉照護服務，所以顯然健保署是假設現在偏鄉醫師人力不夠，原因在於「人求事」與「事求人」的資訊不通，但問題可能沒那麼單純。我們醫改會同仁於 8 月 16 日進

去看這個平台，一共有 128 筆偏鄉醫師人力需求，但如果進一步去分析，我們發現缺額都集中在特定縣市(花蓮縣 62 筆、臺東縣 16 筆、屏東縣 15 筆)、特定院所(部立醫院共 33 筆、玉里慈濟醫院 24 筆)與特定科別(內科 22 筆、眼科 14 筆、家醫科 11 筆等)，換句話說這樣的人力不足，其實仍有其結構因素，希望健保署進一步去探究，也讓我們知道到底透過這個平台使用率、媒合成效有多少。

五、最後 1 個請問是業務執行季報告第 41 頁，全民健保醫院總額醫療品質指標中有 1 項，「每張處方箋開藥品項數大於 10 項的案件比例」，我們從研究裡面知道長者使用 8 項以上的藥物，他們的不良反應機率是 100%，台灣每 1 個病患每 1 張處方箋用藥品項是 OECD (Organization for Economic Cooperation and Development，經濟合作暨發展組織)國家的 2.2 倍，用藥量是 6 倍。該指標有其意義，然而在實務上，我們知道有些醫師為了規避這項指標，會要求民眾自費，或是把急性跟慢性開成兩個處方箋。此外，前述開藥品項數的指標，會不會跟我們另外在推行的整合性照護計畫強碰，就有在宅醫療的醫師跟我們反映，他已經努力去做整合，把 20 幾個品項降到 12 個品項，結果還是被健保署行文警示，這就是我們的指標政策與實務執行存有衝突。我相信健保署很清楚這個問題，希望健保署能夠提出對策，以解決目前這些亂象與矛盾的地方。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、主委、各位委員，李署長伯璋，大家好，李署長報告推動健保署業務非常辛勞，但是可以從這幾次開會看出，希望李署長要有點認知跟瞭解，我們很多老委員都很客氣不太想發言，只有少數幾個老委員在發言，但是新委員對於健保業務與醫療體系

都很深入，且是多廣泛、多元化的瞭解，未來對於李署長的醫療詢問與業務工作上的請教會非常多，你也會非常地辛苦。

- 二、另外，我們看出第 2 季以前，門診件數負成長 8.79%，住診件數負成長 7.31%，去年也是住診跟門診都有減少，所以我認為這個疫情的發展會到明年，因為 1917 年西班牙流感大流行到 1919 年以後才結束，要經過 3 年，這次新冠肺炎疫情也會大概需要 3 年，到明年才會因有疫苗跟新藥品出現而慢慢控制下來，我認為明年還是屬於疫情的年度，應該規劃因應明年疫情的策略。
- 三、今天衛福部提了 4 個重點醫療推動項目，我認為剛剛醫院協會也講 112 年是比較恰當推行改革的年份，明年重點仍應放在疫情之下的醫療推動工作，疫情過後台灣醫療改革與改善才是重要的工作，坦白說需要這樣分野，不可以疫情還沒結束，就弄一大堆醫療推動項目，這樣成效看不出來，大家也做得很痛苦，醫療院所也跟我反映很多，真的做得很痛苦，我們付錢的人也很心痛，所以我們認為應該考量疫情期間門住診件數下降，健保署如何落實健保年度總額預算檢討，讓民眾漸漸回歸自主健康管理，這是很重要的議題。
- 四、過去有諺語說，「大病從死、小病從醫」、「生死有命」、「神仙難救無命人」。我的意思是，不管是從預防醫療、或從預防保健著手，都是政府未來疫情過後要走的路。所以我們希望健保署重新通盤檢討，醫病供給需求的新常態，支出改革措施成效與節流效果，量化對總額預算的調控，務實下修正基期合理性，並強化健保預算的管理。
- 五、我很贊成衛福部、健保署未來轉型走向數位資訊管理、管控的改革方向，剛才報告中也提到遠距醫療的措施，我們也會大力支持偏鄉醫療的推動。另外，對於健保卡變相使用要有預防措施，這項變相使用會造成很多醫療浪費，健保卡如何變相使

用，實際上有很多技巧與眉眉角角(台語，意指訣竅)要注意。  
以上是我的淺見，謝謝。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

謝謝，由於時間關係，我簡短提出 4 點意見：

- 一、我對虛擬健保卡與網路公共資料使用調查的意見，其實跟劉委員淑瓊類似。首先，就虛擬健保卡來講，因為疫情緣故而擴大開放遠距診療，特別是電話診療，都是在不得已的情勢下而為之，同時，健保署提供的資料又說要一直持續到中央疫情指揮中心解散為止。所以，虛擬健保卡的法源到底是什麼？健保法及全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法，都沒有特別針對虛擬健保卡做管理。為了方便病人及醫療體系可以及時提供病人服務而放寬醫療給付，這個不得已的措施會不會使虛擬健保卡的管理變得比較困難，健保署應該找機會跟健保會報告究竟如何管理虛擬健保卡以及預防浮報、虛報。
- 二、對於在健康存摺 APP 所辦理之「健保資訊運用及共享」意願調查，我認為這個調查不是不好，但從問卷可以看到，問題中完全沒有提及病人的個資風險，都是講資料開放的好處，講公共利益、給產業用好不好；沒有提到開放給產業使用的利益如何回饋健保體系，這有點刻意引導往開放的路走；病人或被保險人有沒有選擇退出的機制，問卷選項也不是非常清楚。這樣的調查是否先射箭再畫靶，或是先寫好結論再寫問卷，我不無懷疑，調查很好但問題設計應該更周延。
- 三、健保署業務執行報告第 15 頁跟 16 頁提到保險費收繳執行狀況，從去(109)年開始，投保單位及保險對象保費收繳率一路往下掉，到今年是 94.72%，我們當然知道這現象與疫情、經濟景氣有很大的關連，特別是第六類保險對象的收繳率，受經濟變

動影響很大，而現行保費費基計算機制對第六類也相對不公平，健保署應該要有即時作為，不是只有監測、預防的措施，付費者代表長期關心呆帳問題，這樣下來會不會使呆帳增加，應該要考慮。

- 四、醫學中心病床數這個指標，健保會已經監測多年。今年 5 月，衛福部也下了命令說，醫學中心如果不將原本病房的 1/10 開設為 COVID-19 專責病房，就取消醫學中心資格，我想知道這措施是不是也是到中央疫情指揮中心解散為止？因為其實很多醫學中心的醫師、病人，在疫情期間的診治與病情都受到一定程度影響，COVID-19 專責病房開設的百分比，衛福部也沒有說明是要開自費、健保或差額病房，能否請健保署在下次委員會議的時候，也說明醫學中心開設的專責病房中，到底健保完全給付、差額、或自費病床的分配比例、及開設專責病房對一般病人住院診療有沒有影響、這些影響我們如何因應，以上謝謝。

周主任委員麗芳

請李署長伯璋回應。

李署長伯璋

- 一、李委員永振說的分級醫療成效，我常說醫療體系最重要的是人性、醫學倫理，這些醫師我都鼓勵他們要朝那個方向學習，病人該看就看，不要為了創造病人而做，當然我們在管理上也是越來越緊。
- 二、剛才干委員文男提到配合社家署的業務，用的是社家署的公務預算，只是由我們代辦的概念，健保的錢跟其他各司署的錢，我會分得很清楚。
- 三、關於虛報費用，前幾天有個案例，是 1 間藥局跨區送藥，部內健保爭議審議委員會認為健保署處罰有問題，我在上週四(8/12)的部務會議也說到，健保署是為國家把關，我們所做的行政處

分，除非是違法，否則部內的政策應該是一致，如果我們行政處分被撤銷，我們就沒有辦法做好特約機構的管理。對於違法、不實的申報，我覺得一定要做最好的管理。我們沒有 COVID-19 疫苗施打名單，只有基本資料，知道有些醫療院所打疫苗時順便申報健保診察費，所以有發公文給醫療院所，提醒如果有不實申報一定要自清，在檢調還沒介入前，就比較單純，錢歸還就好。前幾天我去宜蘭參加醫師公會的活動，台北業務組向我報告去年自清案件有 4 億多點回到總額，管理嚴格不是不好，讓好人得到合理給付，不好的人要將錢吐回來。

- 四、劉委員淑瓊所提到的對策，我當然知道每件事情都有對策，即使有了對策，也不是我 1 個人就能夠改善，也是要多跟醫界溝通，需要醫界的協助。有人挑戰虛擬健保卡，用不實相片上傳測試，這點我會注意。
- 五、「健保資訊運用與共享」意願調查並不是刻意為了逃避甚麼而做調查，只是通常要取得民眾資料時，都應該讓對方清楚知道我們要做甚麼，比方開刀時要病人填寫手術同意書，讓他知道手術內容，這對我們是個保障。但今天健保資料累積了 26 年，過去我們沒有跟民眾提及我們要 2 次利用健保資料，今天說坦白的，若大家都不能用健保資料就沒事了，未來資料從現在開始算起；但人類進步都是從過去資料慢慢蒐集，所以我們盡力在健保快易通用健康存摺讓大家可以表達意見，蒐集相關意見作為參考。
- 六、至於偏鄉醫療的事求人，一般人都想找錢多、事少、離家近的工作，所以很多醫療院所找不到醫師，他們也不知道去哪裡讓人家知道他需要醫生，所以我就把偏鄉離島的人力需求放在健保署網頁給大家看。
- 七、至於何委員提到疫情發展成效，我們都會做一些重要整理。說實在的，每個人的健康要靠自己，醫師也無法救每個人，病人

自己要好好管理。至於滕委員西華提到的前幾項意見，前面已經回答，至於醫學中心降載、開設專責病床是醫事司、CDC 的決定，如果需要提報資料，我們還是可以提報，以上跟委員報告。

周主任委員麗芳

非常感謝李署長的詳盡說明，再請楊委員芸蘋、干委員文男。

楊委員芸蘋

- 一、不好意思，用餐時間，大家都吃飽了，辛苦你們 3 位了。剛才署長報告得很詳盡，署長做了好多事情把健保帶動得太好了。我們認同將大數據開放給民眾或團體來申請，請問大數據資料的提供是每個人都可以申請嗎？這是非常偉大的事業，因為有這些大數據，很多人做研究報告都可以用到，謝謝健保署的作業。
- 二、在上次委員會議您有提到，因為疫情期間醫院降載，要給付 108 年同期的 90%，剛才何委員有提過說有沒有違法？署長有沒有要針對這部分做詳細說明，因為我們的費用是根據健保法第 1 條上有規定，適不適用請署長簡單說明。
- 三、商司長東福與幾位司長、長官報告的方案，大家都很支持，您也說希望這裡能做很好的溝通平台，但是剛才醫院協會也說今年可能來不及編列費用，所以明年無法運作，即使 111 年也不見得來得及，您怎麼樣看待這 4 個案子未來推動的期程？我們是要做、還是先把預算經費來源弄清楚，找到財源再做、還是漸走漸做，費用你再去找來源？我是非常認同這幾個方案，可以儘早做更好，只要財源沒有違法，大家都能配合共體時艱一起努力，對民眾是好處，也可以節省將來醫療支出，以上。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

我在會前提出的書面意見，健保署好像沒有答復，請教去年、前年失業民眾人數那麼多，這幾個月收的保費都嚴重不足，差很多，對這個狀況有沒有甚麼因應辦法？現在已經全面解卡了，又不能鎖卡，還有什麼方式應用。再請問商司長，今年協商用的數據，是不是採權責基礎，把呆帳、收不回來的金額也通通放進去？這樣明年債務又更多，有沒有這個現象？你現在沒講清楚，我們不曉得，應該年年預扣這些金額，不然債務一天一天堆高，這樣是不對的。

周主任委員麗芳

有關總額協商的部分，今天下午有「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商因素項目及計畫(草案)會前會」，這個問題會前會再請商司長回應，現在是討論健保署業務報告，請李署長伯璋回應，其他委員若有意見，請以書面提出。

李署長伯璋

- 一、楊委員芸蘋提到的大數據，我們原本重點是希望能讓醫療生技產業利用，但問題在於生技產業不屬醫療體系，所以生技產業仍要透過醫療體系及 IRB(Institutional Review Board，人體試驗委員會)通過後才能申請利用。
- 二、至於剛才何委員語也有提到的，我們比照去年、前年同期給付的方法，也是目前不得不做的，確實所有的醫療院所都有共體時艱的共識，如何將健保總額做最有效的利用，不讓地區醫院、醫院因此垮掉。沒有跟醫療院所一起走過，難以瞭解他們的無奈。
- 三、何委員語覺得說沒有做為什麼要拿這麼多錢，問題就是沒錢就要倒了，最近很多店都倒了。問題是醫療體系要恢復並不容易，我們是以這個方式，但在基層診所因為是不同科、背景不太一樣，診所端我們就無法勉強他們。
- 四、干委員文男提到保費問題，我們都有分析過，現在現實狀況是有人沒有錢、無法繳保費，但是他們只要有能力的時候，就會

慢慢繳回來，健保署都有統計，再請承保組專門委員報告比例到底是多少，請吳專門委員听。

#### 吳專門委員听

- 一、主席、各位委員，大家好，回應干委員剛才提到失業率創新高的部分，本署每年都訂有欠費監控實施計畫，對於有能力而未繳交保費的保險對象，我們都會欠費催收、移送行政執行，只要執行署查到民眾有薪資、存款、股票或利息等，就會扣取抵繳欠費，在這狀況下，其實長期保費收繳率都可以達 99% 以上，呆帳在 1% 內。今年因為疫情關係，影響社會經濟活動，我們有提供保費緩繳措施，今年 4~9 月的保費可以延緩 6 個月繳納，申請期限是到 11 月底，截至目前緩繳金額約 29 億元，至於去年申請金額約 26 億元，目前已到期之收繳率達 93% 以上。
- 二、至於民眾若有經濟、繳費困難，政府除有提供保費補助，本署也有提供分期繳納、紓困基金貸款、轉介公益團體及愛心補助等協助措施，以幫助真的有困難的民眾度過難關。
- 三、另回應滕委員西華針對表 6-1 保險費收繳狀況的詢問，這張表的表側是按照保費年月統計，比較早年的保費，因為經過一段時間催收、移送執行之後，收繳率都可以達 99% 以上，至於近期，如今年 4 月的保險費因疫情緩繳措施，加上可能有一些民眾暫時不方便繳納，看起來收繳率比較低是正常的現象，隨著保費收繳期間越長，收回的金額相對就會越高，長期而言，收繳率都是 99% 以上，以上補充說明。

#### 周主任委員麗芳

- 一、非常感謝署長詳盡的報告及回應，特別是去年跟今年這 2 年，因為 COVID-19 爆發，台灣醫療體系如同李署長所說，確實也是在一個關鍵時刻，我相信大家只要秉持著多一點的包容心、同理心，相互支持、打氣，也謝謝署長這麼細心，幫忙做非常

多的規劃，健保會也會全力相挺。本案洽悉，委員所提意見送請健保署回覆說明。

二、我們休息 10 分鐘，等到 12 點 51 分再回到現場，謝謝。

#### 干委員文男會前書面意見

依據幕僚 8/4 提供的新聞資料，110 年 6 月的失業率創下 99 年 11 月以來新高，失業人數增幅也是歷年同期最大；至於無薪假部分，截至 110 年 7 月 31 日止，家數為 4,388 家，創下開始統計無薪假以來最高紀錄，實施人數為 56,687 人，也僅次於 98 年金融海嘯時期。在此情況下，失業、留職停薪的民眾可能經濟情況大受影響，仍須繳交健保費嗎？這段期間，健保呆帳也可能大幅增加，健保署是否能提供對健保收入的影響金額？

#### 李委員永振會中書面意見

- 一、觀察新冠防疫之後，醫病發展出良性新常態，醫療資源使用情形明顯下降，應具體下修總額推估基礎。有關總體的醫療使用情形，請參閱本次健保業務執行報告第 50 頁，表 16 全民健康保險\_總額部門別醫療點數統計\_總表，呈現最新數據，110 年第 2 季門診件數呈現負成長是-8.79%，住診是-7.31%。
- 二、我們長期統計有關總體醫療的實際使用情形，相關數據已經支持及呼應我們付費者代表在 109 年 8 月份的提案「考量防疫期間門診及住診件數下降，請健保署持續落實年度預算檢討」，亦顯示民眾逐漸回歸自主健康管理！
- 三、因此，新冠防疫之後，民眾自主健康管理的意識提昇，民眾就醫就診情形下降(負成長)，醫病供給需求已呈現新常態，建請健保署重新通盤檢討醫病供給需求的新常態，並檢視健保各項支出面改革措施之成效及節流效果，具體量化至總額預算的調控，並務實下修基期之合理性，有效強化健保預算管理。

(下列三項意見曾於 110 年第 3 次委員會議提出，此為第二次提出)

- 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，請健保署協助去瞭解 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？請提供資料讓委員瞭解。
- 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，讓委員瞭解。
- 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。為瞭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)，以利委員瞭解其變化情形。

伍、討論事項「為使本會審議健保費率更具彈性、切合實際情勢，建請依據健保法第78條文規定，以維持1~3個月安全準備法定條文規定，做為健保費率審議依據」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

還在用餐的委員請繼續，我們進行討論事項。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請何委員語補充說明。

何委員語

周主委、李署長、各位委員，大家好，本案提案人增加李委員麗珍參加連署，本案我們只是將費率審議回歸健保法第78條條文規定作業，這樣比較切合實際需求，坦白講是很簡單，至於以前的健保會決議的部分，我們請李委員說明，謝謝。

周主任委員麗芳

請李委員永振補充說明。

李委員永振

整個提案緣由在會議資料裡面寫得蠻詳細的，我只補充以下說明：

- 一、104年決議訂定的機制是在健保財務充裕時所訂，經過這幾年健保財務狀況已經不同。今年調漲費率，明年如果照目前總額範圍應該也要調漲費率，但是如果也要維持部長不調漲費率的承諾，健保收入到明年一定也會不夠，除非要像民國98、99年舉債經營，所以在這個情況下，才會建議乾脆回歸到健保法第78條，本來健保法就是收支連動，每年都應該對健保財務有所評估考量。
- 二、剛才提過，在99年4月底累計收支短絀最高好像是610億元，那時候虧怕了，在二代健保一開始雖說收支兩平，但是健保有結餘的話，大家認為還是先留著放在安全準備，但是沒想到在

安全準備放得太多了，變成安全準備過高症，才会有付費者代表在 104 年提案要調降保費。

三、我粗估了一下當時調降保費的影響，因為當時政府帶頭減少 1 年的保費大概是 215 億元，所以當時調降保費的時候，也是以 1 年減少 210 億元左右來評估，這樣才使健保財務從 106 年開始都是短絀，一直收回安全準備彌補。

四、請看會議資料第 38 頁健保財務概況，其中預估 110 年年底安全準備約當 1.43 個月保險給付支出，若回歸健保法第 78 條，今年不需要調漲費率，因為 1 個月就夠了，當然，今年沒有調明年會調比較高，但是這樣會比較符合收支兩平的原則，所以才會提這個案。104 年訂定的機制已經不合時宜了，乾脆回歸到健保法第 78 條規定，這樣比較合乎整個考量的法遵的角度，以上謝謝。

周主任委員麗芳

請各位委員表示意見，請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

想請教本案案由提到說要回歸健保法第 78 條，其實在沒有修法以前，原本一直也都是按照法條運作。去年談費率時，有引用 104 年決議訂定的機制試算相關數據，依照當時的試算，費率應調到 5.52%，最後是兩案併陳。我記得當時付費者代表也有提到時空背景不同，所以 104 年的決議已不符實際，所以雖然有 104 年的決議，但我的感覺是在當時的討論就視其為 104 年的一項會議紀錄一樣，並沒有去遵從的意思，就是當年有寫這個決議，但好像沒有法律效力，以至於付費者代表那時候也覺得說認為那是 104 年的，所以不算。若是這樣，今天這個提案的實質意義在哪裡？我不懂。去年討論就沒有 honor(遵從)它，就是把它當成會議決議，認為時空背景不同未必須沿用，現在提這個案意思是要把 104 年的會議紀錄都抹煞嗎？這是我想請教的，我不太瞭解這個提案到底對於法規上或

其實質意義在哪裡，所以請教一下，謝謝。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、謝謝主席，我覺得 104 年決議的機制跟健保法第 78 條規定其實不衝突，第 78 條就是說安全準備金要維持在 1~3 個月之間，104 年的決議是告訴你何時要啟動調升保費、何時啟動調降保費，但是那個何時啟動，在健保法沒有明文規定，104 年決議就是說安全準備金若超過 3 個月就要啟動調降保費，若不足 1.5 個月就要啟動調升保費，不管怎樣調升、調降保費，最後結果要維持安全準備金在 1~3 個月之內，不能說啟動調升之後保費一調安全準備金超過 3 個月，就有違反第 78 條之嫌。但是按照機制啟動之後，安全準備還是在 3 個月之內，不違反健保法第 78 條，這 2 個其實沒有衝突，不能說 104 年機制就違反第 78 條相關精神，我認為這兩個可以並存。
- 二、如果付費者認為安全準備金低於 1.5 個月就要啟動調升保費太寬鬆，希望變成 1 或 0.5 個月再啟動，可能健保署要評估一下，安全準備有時候是應急的需求，如果說把安全準備金壓太低才啟動調升保費，健保日常運作是否會產生資金不足的問題，我覺得可能要考慮進去。至於調降保費，超過安全準備金 3 個月調降保費本來就是第 78 條精神，我認為不違反，以上。

周主任委員麗芳

兩位委員還要補充，請何委員語、李委員永振。

何委員語

- 一、第一點，我要澄清付費者沒有提到要把安全準備降到 0.5 個月這件事，降到 0.5 個月是違反第 78 條規定的，我沒有講過，但是我們訴求費率審議要回歸到第 78 條法律規定的 1~3 個月，因為時空背景不一樣，李委員永振等一下也會再發言。我們認為

在討論健保財務時，到 12 月底有 1 個月以上的安全準備，加上「為原則」3 個字，1、1.2、1.3 個月都不影響，當時那個決定是謝前委員天仁提出的，我們認為現況之下應該回歸 1~3 個月，以現行法規條文的規範做為依據。

二、至於剛才盧委員瑞芬說的，上次委員個人發言，並沒有納入紀錄，個人發言建議內容沒有納入決議案的文字中，所以今天才會很慎重的提案，回歸健保法第 78 條，這層文字上的決議，謝謝。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

我稍微嘗試解釋剛才 2 位委員的問題：

一、第一，104 年決議的機制跟健保法第 78 條沒有衝突的說法是 OK 的，但是機制比第 78 條嚴格，雖然機制不是法令，但是根據我參加會內研究計畫的專家學者會議，發現外人看到機制都是當成法令在用，這個原因是在會議資料上面沒有呈現的。另外健保署也很尊重我們的決議，每年 11 月費率審查時都根據機制提出試算方案，所以剛才我請各位看會議資料第 38 頁，健保署去年就依據 104 年決議的機制提出調漲保費的草案，所以他們是很尊重我們那個決議。現在時空背景已經不同，雖然原來那個決議，並沒有違反第 78 條，但比較嚴格，因為剛才提過如果回歸健保法第 78 條，去年不需要提費率調漲草案，因為安全準備還有 1.4 個月。

二、還有一個剛才沒有提到的原因，若按照 104 年的機制要調漲費率，需調到 111 年底安全準備要有 2 個月，而不是 110 年底有 2 個月的保險給付支出，費率調幅將會相當大。至於今年調漲費率是政策決定，不是我們會內的建議，會裡面兩案併陳並沒有 5.17%，已經不適用 104 年所訂機制。雖然我去年沒有參加委員

會議，但有留意。

三、以上是整個大概的時空背景，所以我們才認為 1 個會內的決議讓大家誤認為法律遵循也不好，沒有那麼高的規格，而且當時討論機制的時候，謝前委員天仁也有說明這不是不能改，但這段期間只要談到機制時的氛圍總覺得好像是不能改的，才覺得好像怪怪的。現在時空背景不同，剛剛提到呆帳好像在增加，雖然說社保司討論說每年都要考慮經濟成長率、人民的負擔，但我參加健保會 9~10 年，好像沒有看到政策落實在這上面，講到這邊往前走、忘記另一邊怎麼走，沒有整體考量，以上跟各位報告。

周主任委員麗芳

請劉委員國隆。

劉委員國隆

一、依健保法第 78 條規定，本保險安全準備總額，以相當於最近精算 1 個月至 3 個月之保險給付支出為原則，雖然 104 年第 10 次委員會議(104.11.20)曾就全民健保財務平衡及收支連動機制進行討論並做成會議決議，但那也只是建議，也就是建議如果當年年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出時，就啟動保險費率調漲機制，但最終是否要調漲保費，我相信還是必須在健保會審議費率時去做決議。事實上，今年跟未來 COVID-19 疫情狀況，可能對整個醫療體系有很大的影響，我知道不只是醫院，可能對西醫基層、中醫門診、牙醫門診等部門也有影響，到底他們的支出跟健保給付費用總額差多少？我個人覺得還是應該要維持原案，就是依 104 年第 10 次委員會議(104.11.20)決議，只要當年年年底安全準備餘額不足 1.5 個月，就可以啟動費率調漲機制來提案討論，至於要不要調漲保費，我認為才是健保會在費率審議時要去討論的。若要到安全準備餘額不足 1 個月時，才能啟動費率調漲機制，是否會緩不濟急？

二、104 年第 10 次委員會議(104.11.20)的決議雖僅供參考，但至少可以讓大家有依據能夠超前布署，及早探討健保費調升及未來規劃方向等。因此，我建議還是維持 104 年的決議，來啟動保險費率調漲機制，但最後健保會仍是要依健保法 78 條規定來審議，如果到今年底安全準備餘額確實剩 1.43 個月，而民眾也真的因為疫情非常辛苦，屆時我們大家再來討論，這樣可能會比較有依據。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、我想針對安全準備金的目的提出一些看法，大家都知道健保的收入來自於保費、政府補貼，甚至是二代健保的補充保費，支出主要是透過下個月要進行的醫療給付費用總額協商來決定，事實上支出面都可以預期，大部分預算都在前一年度都決定了，現在比較有變化的是收入面，比方最近因為疫情的關係，很多民眾付不起保費，或暫緩付保費，還有二代健保補充保費的部分是比較難預測的。
- 二、如果我們把安全準備餘額訂得太少，可能造成費率調整的週期很短，1 年可能要調整費率 1 次或 2 次，對我們行政單位的工作負荷一定會增加，而且民眾也會搞不清楚，如果這個月跟下個月繳的保費常不一樣，會讓民眾感受不好。
- 三、如果我們要把安全準備餘額訂得很嚴謹，一定要有精準的預估，我認為每次調整健保費率時，在座委員都有相當多不同的意見，光是討論費率要調整為多少，就引起許多不同意見。若能精準地預估，我希望預估方式能夠法制化及客觀化，比方說最低工資達到多少時就要去調整費率，盡量法制化，不要再有太多人為的討論，會浪費委員寶貴的時間。大家都知道私人保險是由精算師計算保費，在座委員也有精算師，可以一起提供

意見，到底健保需要多少安全準備才能確保運作安全，又不會造成太多資金停滯，請大家謹慎思考。至於多久調一次保費，我個人沒有意見，但我認為必須達到安全且穩定之目的，不要幾個月就要調整，這會讓執政團隊相當受傷。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、我認為確實是有一點小小的爭議，確實健保法中並沒有規定得很清楚什麼時候要啟動費率調整機制，不像 104 年第 10 次委員會議(104.11.20)的決議，很清楚得訂出調整的時點，甚至是有規定當年年底安全準備餘額高於或低於幾個月保險給付支出時，才會啟動調整保費，這部分確實沒有在健保法規定得很清楚。我建議既然有爭議，衛福部社保司是否要考慮修正健保法施行細則，在施行細則中去做比較明確的規定。不然變成每次健保會開會，不同屆的委員都有不同的想法，用會議紀錄去規範大家，可能會有行政上的爭議與瑕疵。
- 二、我建議社保司直接修改健保法施行細則，明確訂定相關原則，例如：到底什麼時候去計算安全準備總額是否相當 1~3 個月保險給付支出？這在健保法第 78 條並沒有明文規定，加上健保是隨收隨付，每個月都可能有安全準備金高於 3 個月或低於 1 個月的情形，到底計算時點是什麼？何時要啟動相關的費率調整？雖然健保法第 24 條有規定，總額協商後 1 個月要進行費率審議，但萬一年初或年中就有突發狀況，導致安全準備餘額高於 3 個月或低於 1 個月保險給付支出，行政上要如何處理才不違反健保法第 78 條？我認為這不是會議紀錄可以解決的層次，應該從健保法施行細則來處理，建議社保司朝這方向研議。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

- 一、剛才何委員語提到 104 年決議的全民健保財務平衡及收支連動機制是謝前委員天仁的個人發言，但提案資料的說明一提到這其實是 104 年第 10 次委員會議(104.11.20)的決議，是健保會委員會議的決議，所以我們都認知這是會議決議，剛才李委員永振也提到這是會議決議。
- 二、健保法第 78 條的條文很簡短，但我覺得大家好像在法條解釋上有不同看法，提案資料的擬辦提到「調漲幅度以當年年底可維持 1 個月保險給付支出為原則」，這是指哪一年的年底？當年是指哪一年？因為我們每一年審議的都不是那一年的費率，而是下一年的費率，既然調漲或調降是下一年的事情，所以財務的估算當然就是以下一年假設調漲或調降以後，安全準備餘額落在 1~3 個月保險給付支出的範圍內來解釋。也就是我認為提案擬辦文字：「(即：當年年底安全準備累計餘額不足 1 個月保險給付支出時調漲費率，其調漲幅度以當年年底可維持 1 個月保險給付支出為原則；當年年底安全準備累計餘額超出 3 個月保險給付支出時調降費率，其調降幅度以當年年底可維持 3 個月保險給付支出為原則)」，這段文字是否仍有不清楚的地方，尤其是當年年底，因為每次討論費率都是討論下一年的費率，到底是不是指下一年的年底，按照我們總額協商的結果，以及費率審議結果，還會有多少安全準備餘額？這部分應先確認，如果有疑義，則應該要請法規會解釋，才有辦法繼續討論下去。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、回應盧委員瑞芬，我剛才是說 104 年討論的全民健保財務平衡及收支連動機制是謝前委員天仁提案的，並不是說那是他的個

人發言。我們當時也都有參與連署，但當時我們是贊成在今年年底完成隔年總額協商後，如果計算出來隔年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出時，今年底就可以啟動保險費率調漲機制，在隔年的元月份就可依新費率收取保費。

- 二、請各位委員理解，依健保法第 24 條第 3 項，現在 110 年 9 月是要協商 111 年度總額，當年底就是指 111 年度的年底換算出來安全準備餘額如果低於 1.5 個月，就要啟動調整費率，這是當時的決定，但現在我們認為應該回歸到健保法第 78 條的規定。
- 三、我要回應黃委員振國，從健保開辦至今，健保署有沒有欠過醫界錢至今沒有付？有沒有？我認為沒有。所以不管怎樣，不管是安全準備餘額低於 1 個月或高於 3 個月，或是低於 1.5 個月，健保開辦至今 20 多年來，從來沒欠過醫界錢，對不對？既然沒有，你怎麼會擔心明年底算出來安全準備餘額低於 1 個月，如果低於 1 個月，明年 1 月 1 日就要調整保險費。其實如果今年底用 111 年度總額協商成長率去預估 111 年底安全準備餘額不到 1 個月，那今年 11 月份委員會議自然會討論明年 1 月 1 日是否調整費率。
- 四、坦白說，我們提案是希望回歸法律條文，也就是健保法第 78 條及第 24 條第 3 項的規定，那這樣大家就沒有意見。我認為這樣子可以讓健保署明確知道依健保法第 78 條及第 24 條第 3 項規定，年度開始 1 個月前，就是每年 11 月健保會就要審議費率。這是很簡單的事情，只是希望回歸法律條文，現在健保並沒有欠醫界錢，如果有欠醫界錢，付費者同意要調高保費。

周主任委員麗芳

剛才周執行秘書淑婉提醒我，還有 1 個報告案，而且下午 2 點還要接續召開總額協商會前會。為了把握時間，再請李委員永振補充，接著我就要做決議。

李委員永振

- 一、我只補充 1 件事，剛才何委員語已經說得很清楚，雖然有委員有疑慮健保法的條文是不是有問題，但事實上條文沒有問題，從健保法第 24 條就可以看出，每一年總額協商後要做的事情為 11 月的費率審議，但大家好像誤解成只有調漲或調降費率的時候，健保會委員才有盡到職責，這是不對的。法律的規定是每 1 年都要審議費率，只是要不要調整而已，調升或調降都是調整，每年健保會委員都有盡到職責，11 月一定會審議下 1 年的費率，這個應該是沒有問題。
- 二、剛才盧委員瑞芬提到當年、次年的問題，因為 110 年 11 月是要討論 111 年的費率，所以當年底就是指 111 年底。104 年第 10 次委員會議(104.11.20)的決議還提到次年，也就是調漲的幅度為到 112 年年底，安全準備餘額要達到 2 個月的保險給付支出，那個門檻又更高。如果現在只是回歸健保法第 78 條規定，會比原來 104 年的決議稍微寬鬆一點。我剛才也提到，104 年的時空背景是當時財務狀況好，所以調整的標準比較嚴格，想多留一點錢在安全準備金。但是現在財務狀況已不如從前，照 110 年第 1 次委員會議(110.04.30)健保署提供之財務推估資料，用低推估值 1.272% 試算，到 111 年年底安全準備餘額只剩下 1.05 個月，若成長率超過 2%，安全準備餘額大概會降到 1 個月以下。因此，大家在協商的時候應該考量一下，否則健保就是要舉債，跟 98 年一樣負債 600 多億元。再次強調，我個人認為健保法條文沒有問題，也不是解釋上有疑義，是大家的認知需要串聯及整合。

周主任委員麗芳

最後一位發言，請黃委員振國。

黃委員振國

謝謝何委員語關心健保有沒有欠醫事服務機構錢，雖然確實是沒有，不過有件事情要跟各位報告。事實上院所是次月才會向健保署

申報醫療費用，申報後健保署會依法暫付 8 成左右之費用，但後續的費用結算大概須經 4~8 個月才完成。因 COVID-19 疫情的緣故，去年的費用結算延到今年 6 月才完成，我也很感謝健保署長官的體恤，讓這次的結算能順利完成。近 2 年因為疫情關係，院所申報的醫療費用較往常低，所以暫付給院所的費用也比較低，但當疫情和緩，民眾恢復往常的就醫習慣時，安全準備餘額就會耗用比較多，需要特別留意。

周主任委員麗芳

因顏委員鴻順有事先離開，請各位委員一起歡迎黃代理委員啟嘉，他特別從花蓮趕過來代理顏委員鴻順。

黃代理委員啟嘉(顏委員鴻順代理人)

謝謝主委，很高興看到各位委員，大家都是老朋友，我今天是以代理委員的身分出席會議，主要還是會將發言權交給我們的正式委員。

李委員永振

主席，請讓我再補充說明一點。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

回應黃委員振國，我認為委員大概不用擔心，我剛才提到在 98 年安全準備收支短絀 600 多億元時，健保署也沒有少付錢給醫院，健保署會想辦法處理。

周主任委員麗芳

一、感謝提案委員提出這個案子供大家討論，現在換我來跟各位委員說明，請大家真的不用擔心！健保會第 5 屆委員絕對有足夠的智慧來處理費率審議案，健保署每一年都會如期將次年的保險費率草案送請健保會審議，屆時相信大家絕對有智慧來處

理。

- 二、剛才委員們都很關心健保法第 78 條條文內容，自始至終我們都是依循健保法第 78 條來進行相關的討論，只是啟動費率調整機制的時點，健保署必須依實際情形來啟動，特別是最近 COVID-19 疫情期間，有很多的狀況難以預測。大家也不用太擔心 104 年第 10 次委員會議(104.11.20)的決議是否絕對不能改變，因為健保會和健保署各有權責，健保署負責保險費率草案的研擬，提請健保會審議，而健保會的職責，則是依循健保法來進行審議，委員絕對會依權責嚴加把關。
- 三、依據健保法第 78 條規定，本保險安全準備總額，以相當於最近精算 1~3 個月保險給付支出為原則，這個原則自始至終沒有被改變。但因為保險費率草案是由健保署研擬，實際執行狀況也是健保署最清楚，還是要尊重健保署的權責，故不在這邊限制健保署提案的時點。本案決議健保費率審議依健保法第 78 條規定，以當年安全準備維持 1~3 個月保險給付支出為原則，請進行下一案。

陸、報告事項「各總額部門109年度執行成果之評核結果」與會人員  
發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、向各位委員報告各總額部門 109 年度執行成果之評核結果，本年度因為配合 COVID-19 防疫規定，是用書面進行評核及意見交流，並沒有辦理執行成果發表會，但在決定評核等級時，評核委員採視訊會議方式進行討論。
- 二、有關評核委員人選之產生方式，依評核作業規定，由本會全體委員票選產生，依序請得票最高的 7 位專家學者擔任，分別為：滕評核委員西華、陳評核委員秀熙、鄭評核委員守夏、戴評核委員桂英、李評核委員玉春、吳評核委員榮達、許評核委員怡欣。評核委員於完成書面評核後，已於 7 月 28 日上午召開視訊會議決定評核等級結果，當日會議主席為戴評核委員桂英，是由 7 位評核委員互推產生，評核結果請參閱會議資料第 47 頁說明三，評核結果已於會議當天在本會網頁對外公開，並用電子郵件寄送委員參閱。
- 三、依據評核結果及本會 110 年第 2 次委員會議決議，估算四總額部門 111 年品質保證保留款專款獎勵額度分別為：醫院 9.298 億元、西醫基層 1.203 億元、牙醫門診 0.912 億元，中醫門診 0.265 億元。
- 四、請參閱會議資料第 48 頁，本會已於 8 月 4 日將評核委員之意見，送請健保署及各總額部門回應或補充說明，並列入評核紀錄。評核紀錄已於 8 月 18 日寄送各位委員、健保署及各總額部門參考，各項建議請健保署及各總額部門納入未來執行的參考，至於專款項目續辦與否及經費增減，會作為本會 111 年度總額協商之參據。
- 五、有關評核委員書面的評核重點建議，已彙整於本案資料之附件

一~附件六。對於健保署及四總額部門之整體性建議，請參閱會議資料第 50~52 頁之附件一；對四總額部門之重點建議，請參閱會議資料第 53~61 頁之附件二~附件五；對於四總額部門及其他預算專款之建議，請參閱會議資料第 62~65 頁之附件六，請各總額部門及健保署參考。至於各總額部門之專款項目續辦與否、經費增減等建議，請參閱會議資料第 45 頁之彙整表，簡單說明如下：

- (一)醫院：6 項專款項目全數維持續辦，且經費不變。
- (二)西醫基層：7 項專款項目全數維持續辦，其中有 5 項建議經費不變，2 項建議減少經費，為罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材預算，以及這些項目之照護衍生費用，評核委員建議減少經費。
- (三)牙醫門診：4 項專款項目全數維持續辦，其中 3 項經費不變，1 項建議減少經費，為牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫。
- (四)中醫門診：7 項專款項目中，其中 6 項維持續辦，1 項建議停辦並刪除預算，為中醫急症處置計畫，另有 2 項建議減少經費，為中醫提升孕產照護品質計畫及兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫，其餘 4 項經費不變。
- (五)跨部門及其他預算：14 項專款項目全數維持續辦，其中 12 項經費不變，2 項建議減少經費，為 C 型肝炎藥費及鼓勵院所建立轉診之合作機制。

六、請參閱會議資料第 49 頁，評核委員對於本會評核作業也有 2 點建議，本會將納入明年評核作業提案之參考，說明如下：

- (一)建議先評核再決定獎勵成長率：今年的作業方式為於 6 月份委員會議先議定獎勵成長率及品保款計算方式，於 7 月份才進行評核。評核委員認為他們的角色，主要是以專業角度對各總額部門之執行成果進行績效評核及提出建言，不宜於評

核等級時將財務因素納入考量，所以建議本會未來於評核結束後，再由健保會依年度健保財務狀況，議定評核結果之獎勵成長率及額度，以免影響評核委員對於部門等級之評定。

(二)建議由保險人提供初評意見，供評核委員參考：主要是認為健保署為保險人，負責健保業務之執行與管理，對於各總額部門運作情形最為瞭解，建議除現行由健保署提供監測/調查/統計結果及執行成果報告外，健保署也能提出總額部門執行成果之初評建議，供評核委員參考，以上報告。

周主任委員麗芳

今年受 COVID-19 疫情影響，所以沒有讓各總額部門來到現場回應，雖然今天的會議在下午 2 點前必須結束，我認為還有一點時間可以邀請各總額部門代表委員，針對評核委員所提建議進行回應，以下依序先請醫院部門代表委員。

翁委員文能

一、首先感謝各位委員及健保署在 COVID-19 疫情期間對醫界的支持，讓我們能夠順利度過最緊張的疫情時刻。雖然目前疫情似乎比較緩解，但其實各醫院仍非常努力，避免有任何院內感染，造成整個醫療量能崩潰，在此謝謝各位。

二、至於這次的評核結果，也謝謝評核委員及各位委員的支持，醫院部門的成績仍和去年一樣是優等，希望未來一年醫院部門能更努力，至於其他細節，未來會在書面報告呈現，謝謝。

周主任委員麗芳

恭喜醫院部門今年表現可圈可點，評核委員對你們非常肯定，接下來請西醫基層代表委員。

黃委員振國

我只能用平常心來謝謝各位委員，給我們一樣平常的成績，給予評核等級：良。誠如之前我在討論評核獎勵額度案的發言，評核等級對西醫基層無感的原因是，獎勵金額非常少。歷年來評核委員也給

我們非常平穩的成績，西醫基層該努力的地方都努力了，但是有幾個指標，說實在並不是努力就能改善的，會後也希望在座的幾位委員能個別給西醫基層指導，的確有些地方我們值得改進，但老實講有些地方真的沒辦法再改進。西醫基層無法像醫院有強大的管理中心或品管中心，因此醫院的做法會比較有一致性，但西醫基層院所散布在全國各地，城鄉差距大且服務對象多，希望來年讓我們能有修正部分評核指標的空間，不然每年都得到「良」，西醫基層的心也很「涼」，我們的表現不如預期，但希望大家能多多指導，讓我們有機會提升。否則我每次都說評核等級又是「良」了，心又「涼」了，謝謝大家。

周主任委員麗芳

非常感謝西醫基層，但是心不要涼，因為我們都有感受到你們服務的熱情。請黃代理委員啟嘉。

黃代理委員啟嘉(顏委員鴻順代理人)

- 一、主委、各位健保會夥伴，很感謝評核委員給予指導，這些指導我們回去都有做成報告並製成表格，未來我們會在會議中逐項自我檢討，能夠改進的盡量改進，能調整的盡量調整。但有很多事情我建議只要有絕對標準，不要有相對標準，我們能達到絕對標準的就應該要給我們比較好的鼓勵。
- 二、剛剛黃委員振國說大家不在意金額，其實我很在意，一年雖然每家基層診所只有 1、2 萬元，但對基層而言是很大的鼓勵，良、優之間是有差別的，有人拿到良，還跟我說我們乾脆不要的話，我提醒他要小心，因為下次可能是可，那連自我肯定的機會都沒有。
- 三、我覺得西醫基層近年都很努力，評核結果慣例也是良，幾年前曾經拿到優，疫情期間又拿到良。疫情期間我自己做快篩超過千例，幫病人施打疫苗也超過一千支，我知道黃委員振國提供的服務量可能更多，而且我們都是在第一時間還沒有講到錢的

時候，衛生局剛開口時我們都自動請纓幫病人做快篩。我知道醫院也非常努力，但深入社區、家庭去關心病人是西醫基層的責任，有些人根本無法出來就醫，我們是去居家快篩、施打疫苗。台灣最大的特色就是有堅強的西醫基層，世界各國沒有一個國家像台灣有如此遍布密集的西醫基層，而且全年無休，晚上、假日也有提供醫療服務，我的診所是一週 7 天，且早晚都有提供服務，只要病人有需要，西醫基層都不分時地全力以赴，希望大家能對西醫基層多點鼓勵。

周主任委員麗芳

非常感謝西醫基層，尤其台灣有綿密的基層醫師，才能在這次疫情期間安然度過，接著請牙醫部門回應。

陳委員建志

- 一、主委、各位委員大家好，首先感謝各位評核委員對牙醫部門的期許，有一些老師們提的不足部分，比方說預約掛號、牙醫部分自費的部分，牙醫部門六分區會針對老師所提項目做進一步檢討，希望能夠有更好的改善。
- 二、關於 109 年新增計畫「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」列入減項，去年剛開辦就遇到疫情，今年打算提供優質服務量又再次遇到疫情，確實是因為疫情關係影響執行成效，建議能保留經費，基層牙醫師願意犧牲晚上看診時間，到醫院提供牙醫急診服務，若一整晚都沒有病患，無法申請健保支付，這個獎勵試辦計畫對這些醫師來說是一種鼓勵，希望先不要列入減項，讓我們明年再做看看。

周主任委員麗芳

謝謝陳理事長建志建議，也要考慮因為疫情的關係，需要保持一些誘因，我想委員們也聽到了，相信審查時也會做這方面的判斷，接著請中醫部門做回應。

柯委員富揚

- 一、謝謝主委、健保署、衛福部長官、健保會委員，中醫界對這樣的評核結果感到很傷心，我們真的很努力、用心的做，中醫是很小的總額部門，我們很努力提升中醫利用率，但是中醫利用率很容易受到波動，中醫全聯會的利用率召集人已經請辭過 2 次，中醫利用率曾經止跌回升到 27.6%，但是遇到疫情有稍微下降，去年疫情對中醫利用率的影響並不大，對專案執行率影響較大。
- 二、去年 8 月份的鉛中毒事件才是真正是把中醫打趴在地原因，去年 8 月中醫利用率整整減少 1%，從 27.6% 降到 26.6%，我們呼籲司法機關應該嚴懲少數不肖業者，可是中醫市場就這麼小，我們用很多時間、心血，利用中醫界捐出來的錢，像是今年中醫防疫醫療國家隊，號召每縣市要有 3~5 位專任醫師親自接電話提供民眾醫療諮詢，甚至提供醫療服務。
- 三、關於評核結果，我們會很用心、努力去做，感謝評核委員的鞭策與建議。上午的 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案有安排社保司、國健署、照護司、心口司、醫事司簡報，但是沒有中醫藥司，我們不是推卸責任，而是身為中醫團體覺得很辛苦，像是雲端查詢.....。

周主任委員麗芳

請柯理事長不要難過，我們都感受到你的哽咽，中醫部門是最小的部門，可是卻是信心滿滿，我們看到中醫國家隊，我們大家一起支持中醫部門。

柯委員富揚

謝謝主委的鼓勵，中醫有針灸及傷科不需要藥歷查詢，所以我們的雲端藥歷查詢的執行率就降下來，我們也跟醫管組溝通過，希望未來如果是純粹針、傷科案件不要列入查詢，不然我們的查詢率是很高。感謝各位委員的支持，中醫會更加努力。

周主任委員麗芳

謝謝柯理事長，我們也要幫你加油打氣，我們都看到你及中醫國家隊的努力，你剛才也點出一個問題，今天報告沒有邀請中醫藥司，我們以後會注意到衡平，來年會更加謹慎。

商委員東福

主席，馬上回應這點，我們已經特別邀中醫藥司參加協調會報。

周主任委員麗芳

一、向各總額部門報告，剛才西醫基層說心都涼了，現在看到中醫部門理事長的說明，不只心涼，心都碎了，但是我們都感受到大家的努力與用心，整個評核絕對不是要打擊大家的信心，而是集結眾人力量，幫我們看到更多遠景，幫忙解決問題，請大家不要因為這樣的結果受到打擊，接著就是總額協商，相信委員會協助各醫療部門做最好的資源配置，讓民眾都能受到更好的照護。

二、本案我做這樣的決議：

(一)依評核結果，確認 111 年度品保款專款獎勵額度，如會議資料說明四(第 47 頁)表列。

(二)評核委員所提各項建議，送請健保署及各總額部門參考，至於專款項目續辦與否及經費增減之建議，作為本會協商 111 年度總額參據。請李委員永振發言。

李委員永振

一、我覺得今年辦理的評核活動應該有得到很多回饋，尤其讓委員充分瞭解各部門的感受，我們不是評核委員，以後考量這方面情況，可以互相瞭解。建議請會內同仁列出今年的整體建議，並進行後續追蹤，不要只有參考，剛才黃代理委員啟嘉也提到西醫基層這麼努力，有追蹤後續，總額部門有努力就可以提供給下一次的評核委員參考，像是比賽節目一樣，有加分的題材。

二、如果不做後續追蹤，可能「船過水無痕」。整體性建議第一點

提到人口老化，事實上還有少子化問題，我 4 年前就提出，現在才開始被注意，這問題的嚴重性不是只有人口老化之後的醫療支出，我考慮到的是付保費的中間層人數越來越少，少子化、老年化越來越嚴重，負擔會越來越重，這才是真正的問題！將來該怎麼辦，這不是健保會的責任，這屬於政策面，商司長，這可能是你的業務，我簡單提出問題供各位參考，將來碰到這問題時，我應該不會坐在這裡，但商司長可能還會在這裡。這一點建議請會內同仁列出來並追蹤，如果有進步就提供給下一任的評核委員參考，這樣第 3 組的努力也算有點回饋。

周主任委員麗芳

李委員永振剛才所提部分，幕僚同仁都有做，周執行秘書淑婉也說同仁已經彙編成冊，特別是有關於評核委員給各部門的意見，下年度評核時各部門都必須依據評核委員的意見逐一回應，這部分都有在進行。陳委員秀熙有參與這次的評核，請簡短發言。

陳委員秀熙

評核當天，評核委員有決議不公布評核分數，因為這 4 個總額部門的分數都很接近，我也謝謝大家給我這個機會，我為了這次評核，花費 3 個禮拜仔細閱讀 4 個總額部門的資料，我可以誠實告訴大家，我本來 4 個總額都是打良，沒有打 1 個優，我看了 4 個總額部門的資料，心裡有一個感想，近 5 年評核委員提出的建議，代表民眾、健保署、健保會委員的意見，有很多委員建議的意見都沒有追蹤、沒有改善，剛開始我們心裡很掙扎，我知道大家都很努力做疫情，為什麼打良，是希望把錢留下來，讓健保會可以讓錢根據疫情重新做分配。評核委員是多數決，我建議未來評核委員制度有必要檢討改善。

周主任委員麗芳

若沒有意見，有沒有要提出臨時動議？沒有的話，我們現在進行大合照，請視訊委員打開鏡頭，準備拍合照(工作人員拍攝電腦畫

面)。很感謝大家，大家辛苦了，我們 2 點繼續開會。

委員意見摘要	健保署說明
<p>楊委員芸蘋會後書面意見(議事錄 p. 31)</p> <p>一、會議資料第 23~27 頁說明三，有關各總額部門及健保署研提「111 年度總額協商草案」之建議事項，同意滕西華委員建議看法：</p> <p>(一)建議各總額部門研提 111 年度協商草案時，宜審慎評估所提協商項目之必要性、並設定優先順序。</p> <p>(二)歷年投入預算之節流成效，應納入 111 年度總額協考量。</p> <p>健保署的各項政策：1. 健保雲端查詢系統 2. C 型肝炎藥費 3. 分級醫療，都相當有成效也減少很多支出，對提昇醫療品質及醫療服務效率是有貢獻的，但仍然要顧及總額協商草案內容對大眾的影響，提出數據讓委員參考研議。(醫務管理組總額科俐欣、醫審及藥材組)</p> <p>二、會議資料第 39~40 頁附件一之附件「因應 COVID-19 疫情視訊診療醫療院所 IC 卡就醫紀錄上傳-地區分布」中，其中「電話件數」37,518 件，「視訊件數」48,225 件，數字看起來是蠻高的。若能親自就診是最安全可靠的，但若是因應疫情及中央</p>	<p>一、有關本署各項政策之執行成效，說明如下：</p> <p>(一)健保雲端查詢系統：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 透過健保署持續宣導推廣及健保特約醫事服務機構醫事人員配合之下，已有 89.7% 的病人在就醫或領藥時，醫事人員有為其查詢健保雲端查詢系統，平均每月約有 4.5 千萬查詢人次。</li> <li>2. 估算推動雲端系統及各項藥品管理方案、藥價調查等政策之綜效，103 年至 109 年減少重複藥費近 93.5 億元；透過醫療影像共享，估計分享電腦斷層、磁共振造影每月可為民眾節省約 559 萬元影像複製費，估算 107 年至 109 年減少重複檢查檢驗費用約 10.0 億點。透過各項資訊系統及管理政策互相搭配，使健保資源能更有效地運用，對於控制整體醫療支出及維持點值穩定亦有所助益。</li> </ol> <p>(二)C 型肝炎藥費：</p> <p>有關 C 肝病人治癒後所節省相關併發症衍生之醫療費用預估，已於前次會議提供衛生福利部 C 肝辦公室 110 年之評估結果供各委員參考，其中已包含 C 肝口服新藥策略與無治療策略及干擾素策略相較之各年度 C 肝相關併發症醫療費用節省金額</p>

委員意見摘要	健保署說明
<p>流行疫情指揮中心指示下，放寬通訊診察治療辦法，先開放不方便至醫療院所就醫之居家隔離，居家檢疫或自主健康管理保險-對象的視訊診療服務，隨著疫情三級警戒，配合醫療營運降載，運用視訊診療門診病人，再放寬全國醫療機構，經各縣市衛生局提定後，可以通訊方式診察治療門診病人。況且以長期穩定慢性病病人多為年長者，擔心進出醫院增加感染風險，但仍有就醫需求者相信醫師的專業以確保品質及安全。(醫務管理組行政科)</p> <p>健保署另查通訊診察治療辦法第六條規定：實施方式、可採電話為之。綜上：應該在此期間視訊、電話問診應該沒什麼問題，但疫情過後應以實際親自看診為要；醫師們辛苦了，也保護了病人與家屬。</p> <p>三、會議資料第 42 頁附件二「110 年度各部門總額協定事項辦理情形」，第 8 項「0~6 歲兒童口腔健康照護試辦計畫」(110 年新增計畫)，請問擇縣市是哪幾個縣市辦理？(醫務管理組支付科)</p> <p>四、會議資料第 43 頁附件二「110 年度各部門總額協定事項辦理情形」，</p>	<p>預估數據。</p> <p>(三)分級醫療： 本署援例配合貴會於協商前提報相關事項之執行成效，作為總額協商之參考。</p> <p>二、有關通訊診療方式：</p> <p>(一)依衛生福利部 110 年 7 月 23 日衛部醫字第 1101665108 號函，全國醫療機構，經各縣市衛生局指定後，得免提報通訊診察治療實施計畫，以通訊方式診察治療門診病人之期間，延長至嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心解散日止。</p> <p>(二)另考量疫情已較趨緩，為病人就醫品質及用藥安全，放寬「慢性病病人經醫師評估病情穩定後，可選擇以電話問診」之措施，暫定實施期限至 110 年 9 月 30 日止，並視疫情狀況檢討。</p> <p>三、有關「0~6 歲兒童口腔健康照護試辦計畫」</p> <p>(一)本計畫名稱係中華民國牙醫師公會全國聯合會原提案之計畫名稱，原收案對象係針對高風險齲齒兒童，施行區域僅涵蓋新竹縣、新竹市、桃園市及苗栗縣共 4 個縣市。</p> <p>(二)為提升計畫執行效益，使更多兒童獲得醫療照護，爰本署請牙全會評估擴大計畫服務人次及範圍。爰該會業依本署建</p>

委員意見摘要	健保署說明
<p>第 11 項「糖尿病患者口腔加強照護」(110 年新增項目)，110 年度編列 225 百萬元，新增診療項目「糖尿病患者牙結石清除－全口(91089C)」，全台有多少糖尿病患者有牙結石需清除，編此數字是否適當？(醫務管理組支付科)</p>	<p>議，將收案對象已修正為「嚴重齲齒兒童」，計畫名稱配合修正為「0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔照顧計畫」。另將執行目標提升為 12,600 人次，施行地區擴及全國。</p> <p>四、有關新增診療項目「糖尿病患者牙結石清除－全口(91089C)」預算編列，說明如下：</p> <p>(一)依 110 年總額協定事項，本項目標服務人次為 15 萬人。</p> <p>(二)診療項目費用包含牙菌斑偵測及去除維護教導。</p> <p>(三)本項預算係以 150,000 人*1,500 點(牙結石清除 600*2 次+牙周暨齲齒控制基本處置 100*3 次)推估共 225 百萬元。</p>
<p>趙委員曉芳會後書面意見(議事錄 p. 77)</p> <p>一、家醫計畫 110 年度指標偏重過程面，結果面指標項目偏少、比重偏低，且指標訂定與計畫目標，如於不減損醫療品質前提下，減少醫療資源浪費、增進會員正向醫療使用經驗等目標之連結狀況，尚有改善空間。</p> <p>二、建議增加會員 outcomes 相關指標，如：與人口特性、健康狀況 相同人口比較，會員與非會員整體健保支出、出現症狀至接受治療時效是否</p>	<p>一、有關委員所提計畫指標比重調整及修訂，本署將與醫界討論研議修訂計畫。</p> <p>二、本計畫收案對象係擷取前一年西醫基層門診明細清單資料區分為慢性病及非慢性病就醫之保險對象(就醫次數較多、醫療費用較高、門診高利用個案等)，並將較需照護之名單，交付參與本計畫之社區醫療群提供健康管理，其收案會員與非收案會員進行比較可能造成選樣誤差。</p> <p>三、收案會員名單本署交付係以給藥日份最高或門診就醫次數最高之診所，考量醫</p>

委員意見摘要	健保署說明
<p>較佳、罹病存活率是否呈現差異等。</p> <p>三、會員滿意度調查連續 5 年各項施測項目皆達 99%以上，顯見該項評核項目鑑別度有限，建議酌減比重，或調整滿意度調查進行方式。</p> <p>四、針對計畫執行狀況，建議可針對已參加/未參加社區醫療群各地區分布狀況、各地區醫療高醫療利用族群與會員人口分布落差狀況，以利盤點不同醫療資源、需求人口分布狀況地區執行現況落差，以供調整後續推動策略參考。</p>	<p>療資源分布，目前次醫療區均有醫療群提供相關服務，本署將持續分析應照護族群於各縣市鄉鎮之分布情形，並鼓勵當地診所加入本計畫，以提升收案會員照護涵蓋率。</p>
<p>劉委員國隆會後書面意見(議事錄 p. 77)</p> <p>一、家醫計畫 110 年自選指標新增「兒童預防保健檢查率」值得肯定，除能影響醫師積極提供兒童預防保健措施，最重要是可以提高家長重視其子女身心健康發展及對此項服務之使用率。</p> <p>二、本計畫係採取不限制民眾就醫選擇，致無法看出計畫實施對民眾醫療資源利用影響，故建議衛生主管機關可採獎勵和宣導併行方式，鼓勵民眾固定就醫。</p> <p>三、請提供加入和未加入本計畫民眾在醫療資源利用之差異性。</p>	<p>一、有關家醫計畫係為提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護，同時提供家庭與社區健康服務，未限制民眾就醫，並以會員固定就診率(10分)管理，鼓勵民眾於醫療群內就醫。</p> <p>二、109 年會員在群內(含合作醫院)之西醫門診固定就診率為 48.25%。</p>

委員意見摘要	健保署說明
<p>劉委員國隆會後書面意見(議事錄 p. 96)</p> <p>一、 根據衛福部委託牙全會研究，抽樣調查發現高達八成民眾患有牙周病，約四成七民眾牙周病問題嚴重，卻自認沒有牙周病而忽略就醫，顯示口腔衛教觀念有待加強。此外，50~64 歲是牙周病好發率最高的年齡層，故建議可試辦 50~64 歲成人口腔健康照護計畫。</p>	<p>一、 本保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）訂有牙周病統合治療方案章節，經審查符合執行資格之醫師，即可提供病人牙周病治療服務並申報費用，且該方案並未針對收案對象及年紀範圍訂有相關限制。</p> <p>二、 另現行支付標準亦已針對口乾症(91005C)、懷孕婦女(91017C)、特殊狀況(91104C)、糖尿病患者牙結石清除(91089C)等特定族群，支付相較一般人頻率多 2 次之牙結石清除醫療服務。</p>
<p>二、建議衛福部將每 10 年國民口腔健康調查改為每 5 年或每 2 年。</p>	<p>本會說明： 有關衛生福利部辦理國民口腔健康調查，非為健保業務範疇，亦即非屬本會權責範圍。</p>

## 健保署業務執行報告口頭報告重點摘要

110年8月18日版

### 壹、本署近期社會關切議題（110年7月業務執行季報告P.1-5）

#### 一、配合社家署開辦中低收入戶55歲以上原住民自付健保費補助作業（110年7月業務執行季報告P.1）

為減輕中低收入戶原住民繳納健保費之經濟負擔，維護就醫權益，配合社家署訂定「中低收入戶55歲以上原住民參加全民健康保險之保險費補助計畫」，自110年7月1日起至111年12月31日止，符合社會救助法之中低收入戶資格且年滿55歲以上、未滿65歲之原住民，由本署協助辦理補助自付保險費二分之一，財源由該署編列相關經費支應，本案已依本署訂定「協助各政府機關辦理補助全民健康保險保險對象自付保險費作業要點」規定來函申請協辦事宜。

#### 二、健康存摺新增「健保資訊運用及共享」意願調查（110年7月業務執行季報告P.1）

- （一）為促進醫療健康決策技術發展並增進國內研究量能，健保資料開放學研單位申請應用，更可促進我國精準醫療健康等相關產業發展。然而健保大數據廣泛運用，其背後蘊含的公共利益與人權議題的衡平，是各界關切的重大議題。
- （二）為更務實地尋求各界建議的平衡點，本署於健康存摺進行「健保資訊運用及共享」意願調查，收集民眾對於健保資料開放申請運用的看法。填答者可更進一步填寫「個人資料利用告知同意書（試辦）」，本署將根據填答結果，參考歐盟《一般資料保護規範》（GDPR）原則，研議健保資料二次利用的自主權處理方向。
- （三）本項調查已自110年7月10日啟動，調查期間3個月（至10月9日），調查結果將作為後續健保資料開放策略及對外溝通之參考。

#### 三、iHEA 臺灣健保專題線上會議（110年7月業務執行季報告P.2）

- （一）國際健康經濟協會（iHEA）於110年7月7日辦理臺灣健保專題線上會議，

會議由美國普林斯頓大學鄭宗美教授主持，並由英國OHE健康經濟研究室Adrian Towse榮譽主任、東京大學小林廉毅教授及澳洲Deakin大學Cathrine Mihalopoulous教授擔任與談人，線上有超過百位全球健康經濟專家學者參與。

- (二) 本次會議邀請李伯璋署長擔任keynote speaker，分享臺灣健保資訊科技於防疫中扮演的角色(How the IT system of National Health Insurance Plays a Role in Fighting COVID-19: the case in Taiwan)，演講內容包括：臺灣透過健保醫療資訊雲端查詢系統與健保大數據，展開科技防疫與精準防疫的經驗，獲得與會人士的讚賞與討論，展現臺灣數位防疫軟實力。
- (三) 會上亦說明健保行動快易通APP為科技協助防疫重要工具，個人隱私權需重視的議題，加強視訊遠距醫療服務，運用AI判讀影像，發展數位疫苗接種證明等內容，獲得與會專家學者共鳴與讚揚。

#### **四、建置「全國偏鄉醫師人力需求平台」，完善偏鄉照護服務（110年7月業務執行季報告P.2）**

- (一) 為紓解偏鄉離島醫師人力不足問題，本署自110年2月25日於全球資訊網/主題專區建置「全國偏鄉醫師人力需求平台」，並於110年7月19日新增「公費醫師職缺」查詢功能。醫療院所可利用此平台公告醫師人力需求訊息，讓有意願到偏鄉離島地區服務的醫師，可利用此平台查詢各地區之服務缺口，前往提供服務。
- (二) 目前已有33家院所共公告180個職缺，服務地區遍及宜蘭縣、苗栗縣、南投縣、雲林縣、嘉義縣、高雄市、花蓮縣、屏東縣、臺東縣、金門縣及澎湖縣等縣市。本署前已透過發送宣傳海報、製作宣傳影片，並函請相關醫師公會全國聯合會、醫學會及醫院協會轉知會員推廣，未來將持續利用官網、Facebook粉絲專頁等管道宣傳，以提升此平台之利用率。

#### **五、因應 COVID-19 之視訊診療擴大適用對象範圍（110年7月業務執行季報告**

### P.3)

依衛生福利部110年7月23日衛部醫字第1101665108號函，為減少疫情期間人流移動，放寬指定視訊診療醫療機構以通訊方式診察治療門診病人之期間，延長至嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心解散日止。本署配合前開函文持續辦理視訊診療並給付相關醫療費用。

#### 六、開放健保特約藥局即時查詢病人用藥紀錄，提供慢性病連續處方箋預約領藥服務，減少接觸民眾及藥師感染風險（110年7月業務執行季報告P.3）

- （一）為減少民眾外出領藥之暴露風險，本署開放健保特約藥局藥師可透過健保VPN系統「因應天災及緊急醫療查詢作業」，在完成醫事機構安全模組卡及醫事人員卡認證下，輸入病人身分證號可查詢病人之用藥紀錄，以提供慢性病連續處方箋預約領藥服務。
- （二）藥師可依民眾來電或網路預約預先查閱及確認病人用藥資訊，完成調劑作業；民眾再於約定時間持健保卡及處方箋至藥局核對身分、過卡領藥，可縮短等待時間，降低雙方染疫風險。
- （三）本項措施配合本署「因應COVID-19之視訊診療」之擴大適用對象範圍及施行期間，適用至中央流行疫情指揮中心解散日為止。

#### 七、因應 COVID-19 疫情，自即日起至 9 月底止，暫停抽審及事前審查申請作業，後續視疫情調整（110年7月業務執行季報告P.3）

考量醫療人員投入防疫工作需要，本署已於110年7月27日於VPN公告延長：

- （一）所有總額醫療費用案件自110年4月至110年9月（費用年月）暫停例行抽審，包含隨機、立意抽樣及行政審查等，惟得由各分區共管會議進行異常案件管理。
- （二）本署持續進行異常或虛浮報案件之監控及管理，此類案件將依相關法規處理，不受前述暫停審查之限制。
- （三）自即日起至110年9月底止之就醫處方案件，免除其所有事前審查及特殊審查申請及送件作業，院所自主管理，依病人病情及給付規定，提供相關醫療服務，包含醫療服務項目、藥品及特材等；預定110年10月

1日起恢復事前審查申請作業。

## 八、精進醫院及西醫基層總額之「藥品及特材給付規定改變」經費編列及估算方式合理性之檢討機制（110年7月業務執行季報告P.4）

### （一）藥品：

1. 110年度藥品給付規定範圍改變之預算編列方式，係參考108年度全民健康保險藥物給付項目及支付標準修訂內容（未含五年內新藥、罕藥、血友病、愛滋、代辦藥品項目及無明顯財務衝擊者），以該等項目於110年度預估之財務衝擊，預估新增預算額度。
2. 為精進推估預算編列方式，本署參考國際間之作法，已於109年9月完成建置「前瞻式新藥及新給付範圍預算推估登錄作業及平台」，並請廠商於該平台登錄未來預計或刻正申請建議給付規定擴增相關藥品之財務衝擊資料，蒐集到之資料於進行預算編列時納入評估，據以推估所需預算金額，並運用於編列111年之預算，以反映相關之需求。
3. 為促各方意見交流，完善預算推估模式，本署持續與各界溝通討論，於110年3月30日召開健保新藥預算預估模式研究小組討論會議（下稱研究小組會議），就新藥及給付規定範圍改變推估預算方式進行說明，並於110年5月7日參加TPMMA舉辦Horizon Scanning研討會，與藥界、醫界、病友團體代表說明執行現況；又經蒐集藥界對新藥預算編列及Horizon Scanning議題相關意見，於110年7月29日與藥界9大公協會與美、日、歐洲商會召開溝通會議。
4. 本案預計於110年下半年再次召開研究小組會議，持續與各界交流並研議精進。

### （二）特材：

1. 本署特材給付規定改變之預算編列方式，係臨床已提出需求，如醫界建議放寬特材「中空肩韌帶固定螺絲」給付規定，及盤點臨床實務已有需求之特材「埋頭中空加壓骨釘」，並按預估放寬使用之部位及適應症推估年使用量以預估費用。

2. 另 109 年新增新功能特材「亮藍網膜眼用染劑」及「台酚藍囊袋眼用染劑」於醫院部門使用，配合基層院所可申報使用，按基層使用占率推估年使用量以預估費用進行編列及估算。
3. 於每次特材共擬會議，針對放寬給付規定造成財務影響項目，進行監控年度預算支用情形。

## 九、配合 COVID-19 防疫相關資訊系統精進作為（110 年 7 月業務執行季報告 P.5）

- （一）因應「健保卡上傳作業」上傳 SARS-CoV-2 病毒核酸檢驗及抗原快速檢驗之檢驗結果，調整電子轉診平台之社區採檢個案勾稽邏輯，以供「雲端查詢系統」呈現採檢對象轉診提示，已於 6 月 30 日上線。
- （二）新增「非健保特約醫事機構上傳 COVID-19 快篩及 PCR 檢測結果」上傳作業，相關程式已建置完成，7 月 22 日於 Internet 下載專區公告上傳格式及相關說明文件。
- （三）健康存摺於 7 月 9 日整合 COVID-19 疫苗接種、快篩結果、PCR 檢測、抗體檢測等功能，推出「COVID-19 疫苗接種/病毒檢測結果」服務；於 7 月 29 日上線本項功能的英文版，更加方便民眾管理自己的健康紀錄。

## 十、110 年虛擬健保卡就醫模式試辦方案（110 年 7 月業務執行季報告 P.1）

- （一）110 年虛擬健保就醫模式試辦方案於 110 年 7 月 2 日正式上線，民眾可由本署「全民健保行動快易通|健康存摺」APP，完成虛擬健保卡申請後，於參加試辦計畫的醫事機構，接受「居家醫療」、「遠距醫療」，「擴大視訊診療」服務時，出示虛擬健保卡 QR Code 就醫，亦可透過授權機制，由家屬、陪病者或其他授權人協助使用虛擬健保卡就醫。目前已有 237 家醫療院所介接完成，提供民眾虛擬健保卡服務，且本署於 APP「虛擬健保卡」專區設有問卷調查，針對就醫民眾、院所醫事人員、資訊人員與管理階層分別進行調查與分析，瞭解各場域、各縣市與各類身分人員使用虛擬健保卡之意見回饋與改進。
- （二）本署於全球資訊網建置虛擬健保卡專區，提供計畫簡介、參加試辦院

所名單、常見QA及宣導素材等，以利醫事服務機構及民眾利用。

- (三) 為因應行動智慧化需求及提供民眾多元就醫選擇，規劃日後健保虛擬卡得正式施行，本署已研擬「全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法」第3條修正草案，明定健保卡得以「實體卡」或「虛擬卡」方式發行。

## 貳、承保業務 (110年7月業務執行季報告 P.6)

### 一、投保單位數統計：

110年6月投保單位約93.2萬家(含社福外勞單位18.7萬家)，較去年同期增加約0.2萬家，成長0.26%，主要係第一類第二目(公、民營事業機構)增加約2.0萬家，第一類第三目(有一定雇主的受僱者)減少約1.7萬家。

### 二、保險對象人數統計：

110年6月保險對象約2,387.7萬人，較去年同期減少約7.8萬人，其中第一類及第二類各增加6.6萬及1.5萬人，第三、四、五及六類分別減少6.5萬、1.1萬、0.4萬及7.8萬人。外來人口與去年同期相當，總體人數下降與戶政人口統計趨勢一致。

### 三、平均投保金額與平均保險費統計：

110年6月第一類至第三類被保險人平均投保金額為39,908元，較去年同期成長1.56%。自110年1月起，基本工資調升為24,000元，第四類及第五類保險對象平均保險費調升為1,825元，第六類保險對象平均保險費調升為1,377元。

## 參、保險財務業務

### 一、現金收支情形 (110年7月業務執行季報告 P.10、11)

- (一) 本(110)年截至7月保費收入4,745.63億元，醫療費用支出3,846.35億元，其他收支淨餘108.29億元。

- (二) 本年截至7月現金收支與去年同期之比較(詳110年1月至7月與去(109)年同期現金收支情形比較表)

1. 保費收入：較去年同期成長 9.38%，主要係受 110 年一般保險費率調整為 5.17% 及補充保險費率調整為 2.11% 影響。
2. 醫療費用：較去年同期減少 7.14%，主要係因去年因應新冠肺炎實施提升特約醫療院所醫療費用暫付金額方案致給付金額較多所致。
3. 其他收支：較去年同期成長 14.46%，主要係因 110 年 5 月高雄市政府撥入欠費利息所致。

### 110 年 1 月至 7 月與去(109)年同期現金收支情形比較表

單位：億元、%

	110 年 1~7 月	109 年 1~7 月	增減金額	成長率
保費收入(A)	4,745.63	4,338.68	406.95	9.38%
醫療費用(B)	3,846.35	4,141.96	-295.61	-7.14%
其他收支(C)	108.29	94.61	13.68	14.46%
收支餘額 (=A-B+C)	1,007.57	291.33	716.24	

註：其他收支主要包含公益彩券收入、菸品健康福利捐收入、安全準備及營運資金之運用收益等。

## 二、權責收支情形(110 年 7 月業務執行季報告 P.10)

110 年度截至 7 月份，保費收入 4,025.18 億元、保險給付 4,138.93 億元、呆帳費用 31.17 億元、其他收支相抵結餘 95.24 億元，合計保險收支淨短絀數 49.68 億元，依法收回安全準備填補短絀，收回後安全準備餘額為 1,041.68 億元，折合約 1.75 個月保險給付。

## 肆、醫療業務

一、110 年健保總額全年預算為 7,835.54 億元，預算成長率為 4.107%。

二、醫事機構家數：(110 年 7 月業務執行季報告 P.27、P.45 表 13)

110年6月底有21,594家，特約率92.58%，較5月增加6家院所(西醫醫院增加1家、牙醫醫院持平、中醫醫院持平、西醫診所減少4家、中醫診所持平、牙醫診所增加9家)。

### 三、醫療費用申報：摘述如下(詳如下表)：

#### (一)110年第2季(110年7月業務執行季報告P.51-54表17-1至表17-4)

1. 醫院部門：整體件數下降7.9%，申報點數下降0.9%。
2. 西醫基層：整體件數下降5.1%，申報點數上升0.6%。
3. 牙醫總額：件數下降17.7%，申報點數下降17.4%。
4. 中醫總額：件數下降18.5%，申報點數下降15.1%。

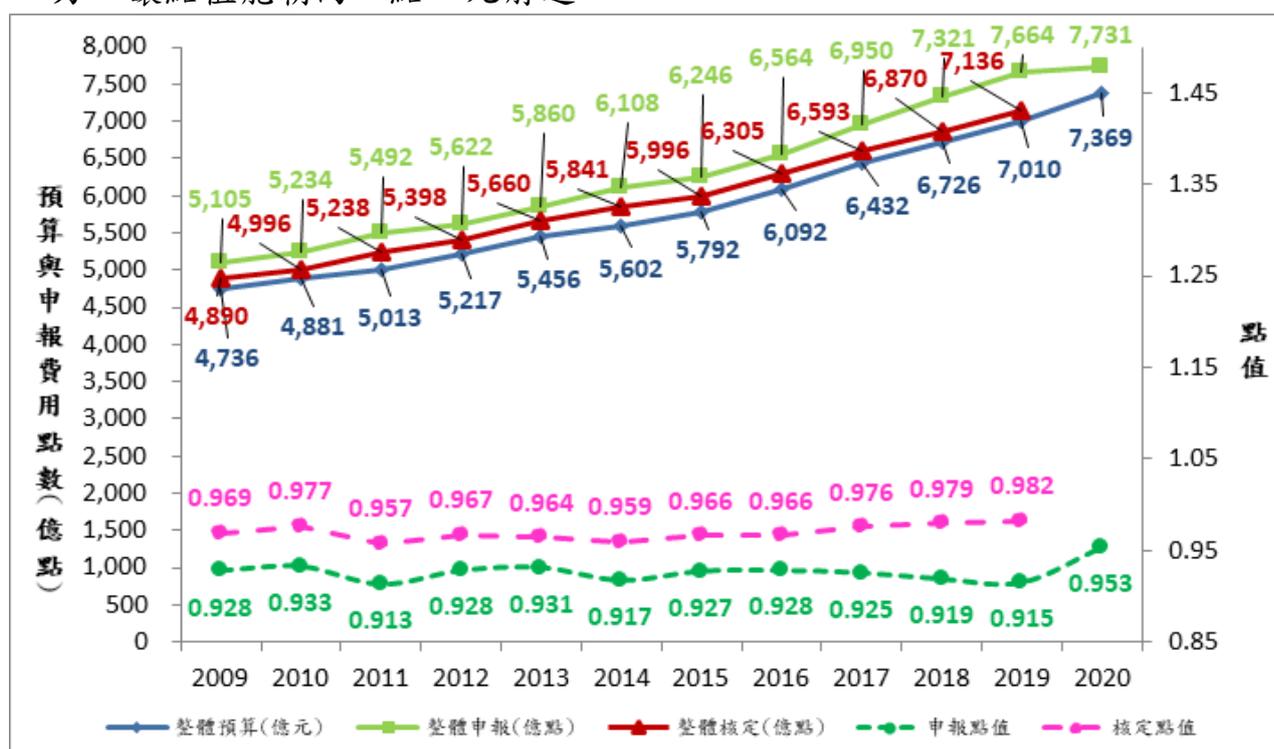
#### (二)110年6月(110年7月業務執行季報告P.51-54表17-1至表17-4)

1. 醫院部門：整體件數下降32.2%，申報點數下降21.6%。
2. 西醫基層：整體件數下降24.3%，申報點數下降14.3%。
3. 牙醫總額：整體件數下降40.3%，申報點數下降37.3%。
4. 中醫總額：整體件數下降33.1%，申報點數下降31.2%。

總額別	108年第2季		109年第2季		110年第2季 (較109年同期)		110年第2季 (較108年同期)	
	次數	費用	次數	費用	次數	費用	次數	費用
醫院總額	1.5%	5.4%	-8.9%	-3.7%	-7.9%	-0.9%	-16.1%	-4.6%
醫學中心	-1.3%	4.1%	-8.2%	-3.3%	-9.7%	-1.4%	-17.1%	-4.7%
區域醫院	-1.6%	3.6%	-9.5%	-5.1%	-8.6%	-2.2%	-17.3%	-7.2%
地區醫院	9.3%	13.0%	-8.8%	-1.8%	-5.1%	2.7%	-13.4%	0.9%
西醫基層	4.4%	4.9%	-17.8%	-7.1%	-5.1%	0.6%	-22.0%	-6.5%
牙醫	2.0%	2.1%	-5.4%	-0.9%	-17.7%	-17.4%	-22.1%	-18.1%
中醫	1.9%	6.5%	-1.0%	3.0%	-18.5%	-15.1%	-19.3%	-12.5%
總計(含透析及其他)	3.1%	5.0%	-12.2%	-3.4%	-8.8%	-2.1%	-19.94%	-5.4%

總額別	108年6月		109年6月		110年6月 (較109年同期)		110年6月 (較108年同期)	
	次數	費用	次數	費用	次數	費用	次數	費用
醫院總額	-0.02%	4.0%	3.1%	6.3%	-32.2%	-21.6%	-30.1%	-16.7%
醫學中心	-3.3%	2.7%	5.2%	7.7%	-35.2%	-22.7%	-31.8%	-16.7%
區域醫院	-2.8%	2.3%	2.1%	4.1%	-33.6%	-23.0%	-32.2%	-19.9%
地區醫院	7.9%	11.4%	2.3%	7.7%	-27.3%	-16.3%	-25.6%	-9.8%
西醫基層	4.4%	4.2%	-9.8%	0.1%	-24.3%	-14.3%	-31.7%	-14.2%
牙醫	-2.2%	-1.8%	5.9%	9.3%	-40.3%	-37.3%	-36.7%	-31.5%
中醫	-0.7%	3.5%	5.3%	9.7%	-33.1%	-31.2%	-29.6%	-24.5%
總計(含透析及其他)	1.9%	3.3%	-2.9%	5.6%	-29.3%	-20.4%	-31.4%	-15.9%

四、歷年總額預算與申報點數\_四大總額合計(不含其他部門)98年至109年，四大總額部門(醫院、基層、中醫、牙醫)之院所申報醫療點數與預算差異率大約介於7-9%，本署將致力於消除重複醫療部分，也請醫界需要加強努力，讓點值能朝向一點一元前進。



五、106 年至 109 年各總額部門平均點值，尚稱穩定(110 年 7 月業務執行季報告 P.37、P.83)

總額別 年季	牙醫	中醫	西醫基層	醫院	門診透析
106 年	0.9475	0.9495	0.9648	0.9348	0.8486
106 年第 1 季	0.9595	0.9515	0.9814	0.9375	0.8248
106 年第 2 季	0.9388	0.9538	0.9604	0.9438	0.8521
106 年第 3 季	0.9298	0.9202	0.9461	0.9295	0.8470
106 年第 4 季	0.9619	0.9724	0.9714	0.9283	0.8703
107 年	0.9489	0.9305	0.9585	0.9274	0.8512
107 年第 1 季	0.9382	0.9366	0.9441	0.9223	0.8223
107 年第 2 季	0.9478	0.9349	0.9725	0.9310	0.8577
107 年第 3 季	0.9520	0.9278	0.9577	0.9287	0.8620
107 年第 4 季	0.9575	0.9227	0.9598	0.9276	0.8627
108 年	0.9617	0.9015	0.9644	0.9345	0.8550
108 年第 1 季	0.9595	0.9100	0.9682	0.9345	0.8577
108 年第 2 季	0.9578	0.9137	0.9822	0.9346	0.8547
108 年第 3 季	0.9601	0.8938	0.9530	0.9361	0.8543
108 年第 4 季	0.9694	0.8886	0.9542	0.9326	0.8532
109 年	0.9870	0.9338	1.0346	0.9553	0.8556
109 年第 1 季	1.0068	0.9224	1.0346	0.9724	0.8564
109 年第 2 季	1.0068	0.9224	1.0346	0.9724	0.8564
109 年第 3 季	0.9460	0.9205	1.0346	0.9370	0.8513
109 年第 4 季	0.9883	0.9697	1.0346	0.9395	0.8582

註：1. 108 年中醫點值較低係因 108 年 3 月 1 日調整支付標準。

2. 109 年基層點值採全年結算。

110 年第 1 季預估點值

總額別 年季	牙醫	中醫	西醫基層	醫院	門診透析
110 年第 1 季	0.9994	1.0216	1.0292	0.9180	0.8661

### 伍、業務推動主題摘要-110年1-6月分級醫療執行情形(110年7月業務執行季報告P.137為110年1-3月資料)

#### 各層級轉診就醫情形

#### 一、總就醫次數申報及各層級占率變化情形：

110 年 1-6 月較 106 年(基期)同期，醫學中心就醫占率從 10.56%減少至 10.29%，區域醫院就醫占率從 14.95%降至 14.64%；基層醫療(地區醫院+基層院所)就醫占率由 74.49%增加至 75.07%。

基層院所總就醫次數下降幅度較大，可能係因自 109 年起疫情期間民眾加強個人防疫措施（如戴口罩、勤洗手及保持社交距離等），降低病毒感染風險，故呼吸道症狀、流行性感冒及腸病毒就醫人數明顯減少所致。

單位：千件

總就醫次數	106 年 1-6 月		110 年 1-6 月	
	值	占率	值	占率
合計	146,146	100.00%	128,746	100.00%
醫學中心	15,438	10.56%	13.25	10.29%
區域醫院	21,843	14.95%	18.85	14.64%
基層醫療(A+B)	108,866	74.49%	96,646	75.07%
地區醫院(A)	14,356	9.82%	14.78	11.48%
基層院所(B)	94,509	64.67%	81.87	63.59%

## 二、分級醫療

### (一) 轉診案件申報情形(以接受轉診端分析)：

110 年 1-6 月總轉診案件 1,506 千件，占總就醫件數比率 1.17%(106 年同期為 0.78%)。其中轉診至醫學中心就醫 589 千件，占該層級就醫件數比率 4.44%(106 年同期為 2.94%)；轉診至區域醫院就醫 629 千件，占該層級就醫件數比率 3.34%(106 年同期為 2.51%)，轉診至地區醫院 238 千件，占該層級就醫件數比率 1.61%(106 年同期為 0.93%)；轉診至基層院所 50 千件，占該層級就醫件數比率 0.06%(106 年同期為 0.002%)。

接受院所層級	單位：千件			
	106 年 1-6 月		110 年 1-6 月	
	值	轉診率	值	轉診率
合計				
總就醫件數	146,146		128,746	
轉診件數	1,138	0.78%	1,506	1.17%
醫學中心				
總就醫件數	15,438		13,252	
轉診件數	453	2.94%	589	4.44%
區域醫院				
總就醫件數	21,843		18,849	
轉診件數	549	2.51%	629	3.34%
地區醫院				
總就醫件數	14,356		14,776	
轉診件數	134	0.93%	238	1.61%
基層院所				
總就醫件數	94,509		81,869	
轉診件數	2	0.002%	50	0.06%

## (二) 各層級轉診流向及上下轉分析

### 1. 110年1-6月各層級轉診流向(不含視同轉診案件)：

- (1) 醫學中心轉出 43,891 件，其中 15.65%轉至區域醫院、43.20%轉至地區醫院、37.53%轉至基層診所、3.62%轉至其他醫學中心。
- (2) 區域醫院轉出 63,652 件，其中 25.52%轉至醫學中心、12.47%轉至地區醫院、34.54%轉至基層診所、27.47%轉至其他區域醫院。
- (3) 地區醫院轉出 82,049 件，其中 49.30%轉至醫學中心、28.53%轉至區域醫院、7.75%轉至基層診所、14.42%轉至其他地區醫院。
- (4) 基層診所轉出 342,932 件，其中 43.08%轉至醫學中心、40.66%轉至區域醫院、14.78%轉至地區醫院、1.49%轉至其他基層診所。

接受院所	轉出院所									
	合計		醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所	
	件數	占率	件數	占率	件數	占率	件數	占率	件數	占率
106年1-6月										
合計	320,739	100.00%	4,969	100.00%	13,920	100.00%	43,765	100.00%	244,477	100.00%
醫學中心	136,062	42.42%	1,305	26.26%	8,234	59.15%	18,983	43.37%	106,444	43.54%
區域醫院	156,874	48.91%	2,465	49.61%	4,078	29.30%	22,523	51.46%	116,065	47.47%
地區醫院	25,883	8.07%	1,187	23.89%	1,323	9.50%	2,074	4.74%	20,532	8.40%
基層診所	1,920	0.60%	12	0.24%	285	2.05%	185	0.42%	1,436	0.59%
110年1-6月										
合計	536,531	100.00%	43,891	100.00%	63,652	100.00%	82,049	100.00%	342,932	100.00%
醫學中心	206,744	38.53%	1,588	3.62%	16,245	25.52%	40,453	49.30%	147,723	43.08%
區域醫院	189,764	35.37%	6,868	15.65%	17,485	27.47%	23,408	28.53%	139,428	40.66%
地區醫院	90,099	16.79%	18,962	43.20%	7,937	12.47%	11,831	14.42%	50,676	14.78%
基層診所	49,924	9.30%	16,473	37.53%	21,985	34.54%	6,357	7.75%	5,105	1.49%

(三) 110 年 1-6 月轉診上下轉件數：

1. 為鼓勵院所建立轉診之合作機制，自 107 年 7 月起於支付標準提供轉診誘因，用於鼓勵基層轉診、醫院接受及回轉轉診個案。
2. 110 年 1-6 月總轉診件數 536,531 件，其中接受上轉 417,933 件，平轉 36,009 件，下轉（含回轉）78,582 件；其中下轉件數較去年同期增加 2%。

轉診方式	109 年 1-6 月		成長率	110 年 1-6 月		成長率
	件數	占率		件數	占率	
接受上轉	419,225	78.29%	-12.78%	417,933	77.90%	-0.76%
接受平轉	35,011	6.54%	-69.57%	36,009	6.71%	2.80%
接受下轉(C+D)	76,711	14.33%	19.14%	78,582	14.65%	2.00%
單向下轉(C)	59,583	11.13%	17.60%	59,100	11.02%	-1.15%
回轉(D)	17,128	3.20%	24.84%	19,482	3.63%	12.88%
資料不全	4,517	0.84%	-10.04%	4,007	0.75%	-11.23%
<b>總計</b>	<b>535,464</b>	<b>100%</b>	<b>-19.49%</b>	<b>536,531</b>	<b>100%</b>	<b>-0.22%</b>