

衛生福利部全民健康保險會
第 2 屆 105 年第 12 次委員會議事錄

中華民國 105 年 12 月 23 日

衛生福利部全民健康保險會第2屆105年第12次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國105年12月23日上午9時30分

貳、地點：本部301會議室(台北市忠孝東路6段488號3樓)

參、出席委員：

干委員文男

何委員語

吳委員肖琪

李委員永振

李委員成家

李委員來希

李委員偉強

李委員蜀平

林委員至美

林委員敏華

林委員惠芳

邱委員泰源

侯委員彩鳳

商委員東福

張委員文龍

張委員煥禎

張委員澤芸

陳委員幸敏

陳委員旺全

陳委員義聰

陳委員聽安

黃委員偉堯

黃委員啟嘉

楊委員芸蘋

楊委員漢涖

葉委員宗義

趙委員銘圓

滕委員西華

謝委員天仁

中華民國中小企業總會李副理事長育家(代)

中華民國醫師公會全國聯合會張理事金石(代)

中華民國勞工聯盟總會陳監事會召集人順來(代)

中華民國牙醫師公會全國聯合會陳常務理事彥廷(代)

佑民醫療社團法人佑民醫院謝董事長文輝(代)

謝委員武吉
羅委員紀琮

肆、請假委員：
莊委員志強
陳委員平基
黃委員淑英

伍、列席人員：
本部社會保險司
中央健康保險署

本會

楊副司長慧芬
李署長伯璋
蔡副署長淑鈴
龐組長一鳴
施組長如亮
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

陸、主席：戴主任委員桂英

紀錄：邱臻麗、劉于鳳

柒、主席致詞

各位委員、李署長及所有與會人員，大家早！

首先預祝大家聖誕快樂，今天是第二屆委員的最後 1 次會議。這 2 年期間，第 1 年由鄭教授守夏擔任主任委員，第 2 年由我為大家服務，在各位委員的共同努力下，順利完成眾多議案，在此誠摯感謝大家在這段期間的支持與協助！

捌、林部長奏延致詞(當天下午 13 時 10 分蒞會)

戴主任委員、各位委員、李署長及所有與會同仁，大家好！

今天是全民健康保險會第二屆委員的最後 1 次會議，感謝各位委員過去 2 年來奉獻一己的時間與智慧，為健

保事務努力，並完成諸多深具挑戰性的任務，非常感謝大家！尤其感謝委員對本部所推動分級醫療、提昇基層醫療服務量能及 C 型肝炎新藥等政策提出諸多寶貴意見，促使政策內涵更臻完善。

希望委員未來仍秉持維護全民健保制度穩健發展的精神，繼續策勵本部及健保署，讓全民健保往更好的方向發展。在此，特別感謝戴主任委員，以其豐富的行政經驗，嫻熟且耐心地處理議事，讓這一屆的委員會議能夠圓滿。最後祝福各位委員及在座先進新年快樂！身體健康！

玖、議程確認

決定：依委員建議，將 2 項臨時報告案「中央健康保險署函請本會釋示有關 106 年度醫院總額協定事項『醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年之 90%，超過部分，不予分配』，其『不予分配』之處理方式」、「有關 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」，移至討論事項之前；專案報告第三案「政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之計算」移至討論事項第二案之後，優先提報；臨時討論案於最後處理，餘照議程之安排進行。

拾、例行報告

第一案

案由：確認本會上(第 11)次委員會議紀錄，請鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第 11)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請鑒察。

決定：

- 一、上次委員會議決議(定)事項辦理情形洽悉。
- 二、本(第 2)屆歷次委員會議未結案件辦理情形中，擬解除追蹤項次 1，「建請部長與本會委員能建立定期對話溝通機制」，改列「繼續追蹤」；擬繼續追蹤項次 11，「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法增修案」，改列「解除追蹤」；另有關繼續追蹤項次 9，「C型肝炎新藥之預算來源，建請衛生福利部及中央健康保險署積極爭取公務預算等財源挹注」，除中央健康保險署外，建請衛生福利部思考宜有更適合爭取公務預算之單位，餘洽悉。
- 三、本屆歷次委員會議之未結案件，將移請下屆委員繼續關心。

第三案

報告單位：本會第三組

案由：中央健康保險署提報「106 年度各部門總額點值保障項目案」，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉，106 年度各部門總額一般服務保障項目及支付方式，如附件。
- 二、重申「需保障或鼓勵之醫療服務以回歸支付標準處理才是正途」，未來請中央健康保險署依此原則辦理，並減少點值保障之項目。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「105 年 11 月份全民健康保險業務執行報告」，請鑒察。

決定：洽悉。

拾壹、臨時報告

第一案

報告單位：本會第三組

案由：中央健康保險署函請本會釋示有關 106 年度醫院總額協定事項「醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年之 90%，超過部分，不予分配」，其「不予分配」之處理方式案，請鑒察。

決定：經審視 106 年度全民健康保險總額協商會議議事錄，醫院總額尚未有與本案相關扣減預算或基期之商議。爰以中央健康保險署所擬乙案「超過部分，不予分配預算，預算保留於醫院總額併點值結算」較符合協商內容。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「有關 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」，請鑒察。

決定：

一、請中央健康保險署參酌委員所提意見，朝對民眾最有利的方向修正計畫內容，盡速啟動實施，同時應隨時評估計畫之執行成效。本會委員肯定該署的努力，本案同意備查。

二、針對委員所詢事項，請中央健康保險署就尚需補充說明部分，提供書面資料。

拾貳、討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：106 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，續請討論。

決議：

一、一般服務(不含品質保證保留款)地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範

圍區分為六個地區。

(二)分配方式：用於「計算」地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

1.門診服務(不含門診透析服務、品質保證保留款)之預算分配參數：人口占率為 50%。

2.住診服務(不含品質保證保留款)之預算分配參數：人口占率為 45%。

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

4.所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之。

二、同意醫院總額自一般服務費用移撥部分經費，作為風險調整基金，所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之。

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

第二案

提案單位：本會第三組

案由：106 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，續請討論。

決議：

一、一般服務(不含品質保證保留款)地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.預算 2.22% 歸東區，97.78% 歸其他五區。

2.東區外，其他五區依下列參數占率分配之：

(1)各區實際收入預算占率：69%。

(2)各區戶籍人口數占率：11%。

(3)各區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。

(4)各區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：5%。

(5)各區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

(6)偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則歸入依「各區實際收入預算占率」分配。

3.所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之。

二、同意中醫門診總額自一般服務費用移撥部分經費，作為風險調整基金，所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之。

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，送本會同意後執行。

第三案

提案單位：本會第三組

案由：「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之適用範圍與動支程序修正草案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會會議討論。

拾參、專案報告

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：保險對象自付差額特材之實施情形，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險業務監理指標之監測結果，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：政府應負擔健保總經費法定下限 36%之計算，請鑒察。

決定：

一、本案洽悉。

二、基於保險業務之監理屬本會權責，爰請中央健康保險署於計算各年度政府應負擔健保總經費法定下限 36%所採之邏輯，應具有一致性，計算公式需宏觀與合理思量，本項持續列入追蹤。

拾肆、臨時提案

提案單位：中央健康保險署

案由：配合勞動基準法修正案一例一休政策於 105 年 12 月 6 日立法院三讀通過，致西醫基層假日開診成本增加，請准由 106 年「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目，支應增加之費用案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

拾伍、散會：下午 13 時 18 分。

106 年度各部門總額一般服務保障項目及支付方式

部門別	保障項目與支付方式
中醫門診	「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件(每點 1 元支付)。
西醫基層	一、論病例計酬案件(每點 1 元支付)。 二、「促進供血機制合理方案」之血品費(每點 1 元支付)。 三、西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案。(註 1)
醫院	一、門診、住診之藥事服務費(每點 1 元支付)。 二、門診手術(每點 1 元支付)。 三、住院手術費、麻醉費(每點 1 元支付)。 四、「促進供血機制合理方案」之血品費(每點 1 元支付)。 五、急救責任醫院之急診醫療服務點數(每點 1 元支付)。 六、經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(註 2)。
門診透析	一、腹膜透析之追蹤處理費(每點 1 元支付)。 二、偏遠地區之門診透析服務(每點 1 元支付)。

- 註：1.每季各婦產科診所撥付款項=280 點 x 季申報總住院日數，每點以 1 元計算後撥付應用於提升護理人員之夜班費、超時加班費、提高薪資、加發獎金等用途。
- 2.以前一季各區門住診平均點值支付，如前一季該分區門住診平均點值小於當季浮動點值，該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付。

第 2 屆 105 年 第 12 次 委員 會議
與 會 人 員 發 言 實 錄

壹、「議程確認」、例行報告第一案「確認本會上(第 11)次委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

主任委員、各位委員，大家早安，報告現在委員出席人數為 22 位已過半，達法定開會人數，請示主任委員是否宣布召開今天的委員會議。

戴主任委員桂英

一、各位委員早安！(委員回應：早)，目前已達法定開會人數，首先預祝大家耶誕快樂，今天是本(第二)屆委員最後一次會議。這 2 年期間，第 1 年由鄭教授守夏擔任主任委員，第 2 年由我為大家服務，在各位委員的共同努力下，讓眾多議案都能順利完成，在此誠摯感謝各位的協助。

二、接著進行議程確認，本次會議共安排 4 項例行報告、3 項討論事項，及 3 項專案報告。另外，委員桌上有健保署提出的 2 項臨時報告案及 1 項臨時提案，請問大家對於今天議程的安排有何建議？臨時報告案要列在例行報告案之後或討論事項之後，亦或專案報告之後？請李委員永振。

李委員永振

本次為本屆最後一次委員會議，議程也非常緊湊，不知今日是否會將所有議案討論完畢？因本會委員對「政府應負擔健保總經費法定下限 36%之計算」乙案經多次討論，仍尚有疑義，委員任期將屆，建議能將專案報告第三案順序提前，希望本次會議能說明清楚並獲致結論。

戴主任委員桂英

一、李委員永振建議專案報告第三案「政府應負擔健保總經費法定下限 36%之計算」進行順序提前，請問委員意見如何？(委員回應：同意)好，本案就提前報告。

二、此外，若 2 個臨時報告案列於例行報告案之後、臨時提案列在專案報告之後的臨時動議討論，請問委員有無意見？(委員回

應：沒有)好，就依之調整進行順序。

三、接下來進行例行報告第一案，請同仁宣讀。

同仁宣讀

戴主任委員桂英

一、請問各位委員對上次會議紀錄內容有無修正意見？(委員回應：沒有)好，會議紀錄確定。

二、接下來進行例行報告第二案，請周執行秘書淑婉報告「本會上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」。

貳、例行報告第二案「本會上(第 11)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

一、本會上(第 11)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請各位委員翻到會議資料第 10 頁，說明一，上次委員會議決議(定)事項，計有 8 項次，依辦理情形建議解除追蹤 4 項，繼續追蹤 4 項，但最後仍依委員議定結果辦理，以下就辦理情形簡要說明：

(一)請各位委員翻到會議資料第 12 頁，擬解除追蹤共 4 案：

- 1.項次 1，請健保署於下次委員會議就政府應負擔健保總經費法定下限 36%計算方式提出專案報告，健保署將在本次會議提出專案報告。
- 2.項次 2，有關 106 年度醫院總額的裁定結果為自一般服務移列 9.43 億元至「C 型肝炎用藥」專款項目乙節，其相關金額之計算方式，請本會幕僚會同社保司及健保署確認，本案經本會、社保司及健保署確認無誤，相關資料亦於 12 月 20 日寄送請委員參閱。
- 3.項次 3，委員針對 106 年度總額之裁定結果及執行面所提建議與期許，請社保司及健保署納為日後裁定、執行之參考，社保司及健保署已錄案參辦及依會議決定辦理。
- 4.項次 4，健保署針對委員就 10 月份健保署業務執行報告關切議題，補充說明及提供書面資料，如會議資料第 15 至 17 頁，請委員自行參閱。

(二)會議資料第 13 頁，擬繼續追蹤共 4 案：

- 1.項次 1，「106 年度各部門總額中應於 105 年 12 月底前完成之協定事項辦理情形」援例於本次委員會議請健保署提報，該署回覆內容已於會議資料第 18 至 23 頁中載明，因部分工作尚未完成，故繼續追蹤。
- 2.項次 2，106 年度全民健保保險費率之審議結果，本會於

11 月 28 日陳報衛福部，衛福部亦於 12 月 6 日報行政院，將俟院核定並於主管機關公告後解除列管。

3.項次 3，請健保署持續推動各項抑制醫療資源不當耗用之短、中、長程措施，並加強民眾就醫習慣之衛教宣導，該署回覆將持續辦理。

4.項次 4，委員對推動分級醫療所提之建議，醫事司及健保署皆會納為政策研擬之參考，相關回覆在今天補充資料的第 1 頁，請委員自行參閱。

二、請各位委員翻回會議資料第 10 頁，說明二，本會第 2 屆委員會議(期間：104 年 1 月 1 日至 105 年 12 月 31 日)其他未結案件截至 11 月底共計 18 項，依辦理情形建議解除追蹤 6 項，繼續追蹤 12 項，將併上開未結案件移請下屆委員繼續關心，以下就辦理情形簡要說明：

(一)請各位委員翻到會議資料第 24 頁，擬解除追蹤共 6 案：

1.項次 1，建請部長及本會委員能建立定期對話溝通機制，期使全民健保之業務運作更符合社會期待，社保司回覆，部長已於 105 年 5 月 27 日出席本會，多位委員於當場表達意見，日後若有重大議題，將適時請示部長裁定。

2.項次 2，委員建議國健署宜有正面回應之意見，國健署回覆該署依權責請本會將菸草控制框架公約(簡稱 FCTC)之精神，納入政策推動之參考，該署亦另進行相關教育訓練活動。

3.項次 3，建請衛福部責成相關單位研擬中長期醫護人力改善計畫，醫事司針對五大科醫師人力缺口部分，回覆相關數據如會議資料第 24 頁，照護司針對護理人力改革計畫成效，回覆相關資料如會議資料第 31 頁，請委員自行參閱。

4.項次 4，有關「健保藥品品質監測計畫」(草案)，請健保署持續與立法院溝通及爭取預算，以利「健保藥品品質監測計畫」之執行，健保署回覆該計畫已於 105 年 11 月 2 日宣

布決標，將依程序與相關單位協調進行藥品抽樣調查。

5.項次 5，委員針對「全民健康保險會組成及議事辦法」所提修法意見，送請衛福部納入研修參考，社保司回覆經考量立法意旨與現況後，目前無修正之需要。

6.項次 6，委員對 106 年度總額協商政策方向所提建議，供衛福部未來擬訂政策方向時參考，社保司回覆已錄案參辦。

(二)請各位委員翻到會議資料第 26 頁，擬繼續追蹤共 12 案：

1.已提報各案最新辦理情形，因時間因素，不再一一報告，未來將依案件類別進行追蹤，如納入 106 年度工作計畫或請健保署定期提報進度，請委員自行參閱。

2.另請委員翻開會議資料第 29 頁，項次 11，有關「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條第 1 項第 2 款及第 3 款之附表一及附表二指標項目增修案，本案健保署已經在 105 年 9 月 26 日預告，並於 10 月 31 日報部核定，經衛福部於 12 月 25 日完成修正發布，相關資料在今天補充資料的第 2 頁，建議本項次改列解除追蹤。

三、請各位委員翻回會議資料第 10 頁，說明三，依據健保法第 5 條規定，本會之會議實錄應於會議後 10 日內公開，本次會議實錄須於明年 1 月 2 日前上網。因為 1 月 2 日為調移休假日，上網日期將提前至 12 月 30 日。為利作業，本次實錄預定於本(105)年 12 月 26 日送請各發言者確認，敬請配合於 12 月 27 日下午 4 時前回覆修正內容，以利即時完成上網公開作業。

四、說明四，衛生福利部及中央健康保險署本年 9 至 12 月份發布及副知本會之相關資訊共 5 項，擇要向委員報告：

(一)衛福部於本年 12 月 6 日修正發布「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第十七條之一，本次係修正在我國為國際間第一個上市新藥之定義，不限於新成分新藥，擴大其適用範圍至新劑型、新給藥途徑及新療效複方等新藥。

(二)衛福部於本年 12 月 15 日修正發布「全民健康保險投保金額分級表」，並定自明(106)年 1 月 1 日施行。本案係配合基本工資調整，修正後投保金額分級表之下限金額為 21,009 元(調整前為 20,008 元，增加 1,001 元)，上限金額維持 182,000 元不變。以上報告。

戴主任委員桂英

謝謝周執行秘書淑婉的報告。有關上次委員會議決議(定)事項、本屆會議其他未結案件中建議解除追蹤或繼續追蹤事項，及周執行秘書所報告的事項，請問委員有無意見？是否依幕僚建議辦理？請李委員永振。

李委員永振

一、請看會議資料第 24 頁，本屆委員會議其他未結案件(擬解除追蹤)第 1 項，個人認為辦理情形與待辦事項之內容並不相稱。

(一)當時委員建議為「建請部長與本會委員能建立定期對話溝通機制」，辦理情形為部長已於 105 年 5 月 27 日出席本會等，該次應是部長初次上任禮貌性拜會，且當日委員雖有相關建議，亦未見後續辦理情形。

(二)回覆中提到重大議題可進行溝通，但以 C 肝新藥費用為例，本會從 7 月份討論迄今，不算重要議題嗎？為何未見相關安排，或因部長公務繁忙，無法安排定期會面，但重大議題亦不見部長與會溝通，似與委員建議之定期對話機制有落差，建議本項改列「繼續追蹤」。

二、請看會議資料第 25 頁，本屆委員會議其他未結案件(擬解除追蹤)第 5 項。

(一)有關委員對健保會組成及議事辦法所提意見乙案，為 6 月之決議事項，社保司亦於 8 月回覆，本案於 8 月委員會議時曾提出報告，當時列為「繼續追蹤」，為何經過 4、5 個月，相同的內容卻建議解除追蹤？

(二)建議未來如有即時訊息，應即提出報告並確認是否解除追

蹤，不需要等到半年才提報。因本屆委員任期將屆，相關訊息應即早通知委員為宜，對本案列為「解除追蹤」沒有意見，但建議可思考如何讓作業方式更細緻、溝通更有效率。

戴主任委員桂英

請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

主席，各位委員好，請看會議資料第 29 頁，本屆委員會議其他未結案件(擬繼續追蹤)第 9 項，有關 C 肝新藥預算爭取公務預算等財源挹注乙案。

一、相關單位辦理情形，社保司答覆：「本部已錄案參辦，並由健保署持續爭取公務預算中」。請問爭取公務預算是健保署的職責嗎？健保署支應 C 肝治療的經費來源應該是保費，即所謂的醫療費用。

二、以部的角度，公務預算由健保署爭取，機會大不大？公務預算應該不適合從健保署的角度切入，建議部再重新思量，謝謝。

戴主任委員桂英

請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

請看會議資料第 26 頁，本屆委員會議其他未結案件(擬繼續追蹤)第 3 項，關於北、高 2 市政府欠款的問題，截至 105 年 11 月底，北、高 2 市政府累計保費欠費約 190 億元，台北市政府目前已如期繳還欠款，但高雄市政府之還款計畫是否如期進行，仍不是很清楚，為避免民眾有政府帶頭欠費之觀感，請健保署再補充說明。

戴主任委員桂英

請李委員永振。

李委員永振

一、請看會議資料第 29 頁，本屆委員會議其他未結案件(擬繼續追

蹤)第 10 項，有關 106 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額醫療服務成本及人口因素成長率案，委員所提意見供衛福部檢討公式時參考，8 月份討論時提到，國發會建議若公式有不合理之處，影響太大，應即時檢討，不一定要等 3 年後才修正(註：修正後公式適用 3 年，即適用 105~107 總額)，今年已是第 2 年，明年是第 3 年。社保司回覆：屆時將請本會提供修正建議。不清楚「屆時」是何時？8 月迄今已有 4、5 個月，尚未見後續作業。

二、上次會議討論中我也提出建議，健保的財務結構不僅是收入面應檢討，支出面亦同，未來健保的收入成長有限，支出面的成長將是使安全準備快速減少的原因。明年又適逢委員屆期更替，建議社保司應儘快擬定相關時間表，否則第三屆有許多新任委員，至其熟悉相關內容又需要時間，將不利後續討論。

戴主任委員桂英

請滕委員西華。

滕委員西華

一、各位委員早，請看會議資料第 29 頁，本屆委員會議其他未結案件(擬繼續追蹤)第 10 項，涉及地區預算分配，今日亦有相關提案，但社保司的回應等於沒有回答。地區預算之分配爭議已久，至少在西醫醫院部門，從 96、97 年起就凍結 R 值(各地區校正風險後保險對象人數)的成長，S 值(總額開辦前 1 年各地區保險對象實際發生醫療費用)屢有爭議但無實質檢討，本案社保司回覆「針對總額公式之檢討，後續將召開檢討會議」，後續是怎樣計畫？社保司應該訂出時間表。

二、健保會本年度亦委託台灣大學郭助理教授年真進行「從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式之研究」計畫，即欲建立各總額部門地區預算分配模型，惟尚未完成。此爭議再不處理，到 106 年協商 107 年度總額時，也將和現在一樣得到相同的結論，個人認為一直拖下去並非解決之道。請社保司儘

快訂出 timetable(時間表)，並補充說明後續規劃進度。

戴主任委員桂英

謝謝，委員發言到此告一段落，先綜整目前的意見。有關本屆委員會議其他未結案件之追蹤，處理如下：

- 一、會議資料第 24 頁，擬解除追蹤第 1 項「建請部長與本會委員能建立定期對話溝通機制」，依李委員永振建議，改列「繼續追蹤」，委員意見列入發言紀錄，作為後續安排之參考。
- 二、會議資料第 25 頁，擬解除追蹤第 5 項「委員對健保會組成及議事辦法所提意見」，李委員永振對於解除追蹤沒有意見，但建議幕僚的作業方式應更精進，請記錄下來做為後續幕僚作業之參據。
- 三、會議資料第 26 頁，擬繼續追蹤第 3 項，吳委員肖琪關心地方政府欠費是否如期還款部分，請健保署在進行業務執行報告時，針對北、高 2 市政府欠費的問題一併說明，本項仍列「繼續追蹤」。
- 四、會議資料第 29 頁，擬繼續追蹤第 9 項，有關社保司回覆 C 肝新藥由健保署爭取公務預算乙節，黃委員偉堯提到除健保署外，宜思考是否有更適合爭取公務預算的單位。本項列為「繼續追蹤」，請社保司未來回覆辦理情形時，除了健保署外，建議宜列有其他更適合的單位一起努力爭取公務預算。
- 五、會議資料第 29 頁，擬繼續追蹤第 10 項，有關 106 年度各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率案之後續規劃時程，請商委員東福簡要說明。

商委員東福

主席，各位委員好，日後將請同仁回覆時，提供更明確資料。在此先向委員報告，社保司即將在下周召開總額公式檢討會議，本案已按既定時程進行檢討作業中，未來再提供時程表供委員參考。

戴主任委員桂英

請陳委員聽安。

陳委員聽安

這並無相關，編列公務預算非健保署權責，希望不要打太極拳。

戴主任委員桂英

跟陳委員聽安說明，有關擬繼續追蹤第 9 項「C 肝新藥預算爭取公務預算等財源挹注」，先前已決定，建議社保司後續的努力方向，除健保署外，應思考由其他更適合、更有力量的單位來爭取公務預算。請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

剛才滕委員西華提到總額公式檢討，個人對總額公式的檢討有 2 點建議，首先，公式與總額涵蓋醫療服務的內涵應有直接連帶關係，其次，公式的檢討應有 Evidence-based(實證基礎)，要有相關實證研究的基礎，再來做調整，透過這樣的過程進行討論，而不是淪為喊價，否則開完檢討會議後還是治絲益棼(整理絲線時，不先找出頭緒，以致越理越亂。比喻行事不得要領，反而越做越糟)，謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝，委員的發言都會記錄下來供社保司參考。接下來進行例行報告第三案，請同仁宣讀。

參、例行報告第三案「中央健康保險署提報『106 年度各部門總額點值保障項目的案』」與會人員發言實錄

同仁宣讀

戴主任委員桂英

謝謝同仁宣讀，本案除列在會議資料外，尚有部分更新內容列於補充資料，委員若對書面資料有疑問，可舉手請幕僚協助，本案健保署是否要補充說明？(健保署回應：沒有)請問委員針對本案是否有詢問或意見？請干委員文男。

干委員文男

本案我沒有意見，但以下意見也請列入紀錄。委員會議的相關文件，應盡量即早提供給委員，或可列入各總額部門評核時之參考，否則常常拖到最後一刻才提供資料，委員都要當天到會場才看到書面文件，資料內容繁重且深奧，實在無法立即理解吸收，這會影響後續議事之進行。

戴主任委員桂英

請記錄委員意見，供健保署及健保會幕僚努力參考。請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、本案似與總額協定公告內容無直接相關，如血品費每點 1 元、住院手術費及麻醉費每點 1 元、腹膜透析追蹤處理費等，這些不都是在部門總額研商議事會議處理的嗎？是否需送本會核備？若這些是本會要同意的，請日後都照此規定辦理。
- 二、委員一直有持續反映，儘量不要有點值保障項目，總額部門下有很多每點 1 元的項目，事實上無法反映其真實價格，這些項目像違章建築一樣，是便宜行事的結果，雖有其特殊時空背景，因為當時不知道該怎麼處理比較好，但近年來已同意合理調整支付標準，現況已不同以往。未來應以回歸支付標準處理為原則，不要再有點值保障項目。建議按照總額的精神去執行，否則很多項目以每點 1 元支付，與總額的精神相悖，也難

以反應合理價格，建議健保署通盤檢討。

戴主任委員桂英

感謝委員天仁，待會請健保署補充說明。請滕委員西華。

滕委員西華

一、參閱會議資料第 32 頁，西醫基層總額的保障項目三、「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，註 1 說明係「用於提升護理人員之夜班費、超時加班費、提高薪資、加發獎助金等用途」。同意健保可以發給醫療院所獎勵金，但從本項的文字看來是發放給「護理人員夜班費和超時加班費」獎勵金，我覺得名稱不宜。健保支付標準中並沒有「加班費」，更何況是「超時加班費」。這幾年一直討論關於納入勞基法是否要配合調整醫療成本，我們可以理解產婦可能突然要生產，會跑來院所就醫，醫護人員就必須要加班，應該是要針對夜間或是特定時段突發的生產，訂定支付標準項目及費用，而不是使用「超時加班費」的名義支付費用，如同之前「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」討論的偏遠地區衛生所有夜間留觀，不應該用加班費的概念或保障點值獎勵，而是應該訂定支付標準項目或是於支付標準項目給予特殊加成。提醒健保署以後不要再出現此類的費用，西醫基層有這類的費用，醫院部門顯然也會產生同樣的費用，但因為醫院是 24 小時都要有人輪班，所以他比較不會以加班費的方式呈現。

二、若 106 年仍然要使用超時加班費，健保署可能要重新估算費用，因為勞基法修正生效後，加班費用是倍數增加，可能會低於當時估算的費用。一直用這種發獎勵金的方式是不對的，應該回歸支付標準調整才對。

戴主任委員桂英

謝謝滕委員西華，各位委員的發言暫時告一段落，請健保署說明。

龐組長一鳴

一、向各位委員說明，這些點值保障項目確實是在各總額部門研商

議事會議討論通過，本署是依照健保會的決議，彙整各部門討論結果提報健保會。

二、剛剛滕委員所提西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，以及謝委員所提醫院總額的各項保障項目，本署在過去 1 年已花費時間進行檢討，大方向如同謝委員及滕委員所提回歸支付標準檢討，檢討結果是部分項目維持現狀，部分項目改採浮動點值處理，本署長期會朝此方向改善。

戴主任委員桂英

謝謝龐組長一鳴的說明，委員再度提醒，各部門需保障或鼓勵的醫療服務，以回歸支付標準調整為原則，106 年度仍有一些項目採點值保障，以後請儘量回歸以支付標準處理為原則。請謝委員天仁。

謝委員天仁

建議本報告事項的案由應該做調整，這並不是「106 年度各部門總額協定事項中需經本會同意後方可施行之項目」，協定事項並沒有這項，健保署要提報沒有問題，但這並非總額協定事項要求的項目，如果認為此項目涉及預算分配，各總額部門研商議事會議討論後決定要報健保會同意，這樣沒有問題，但不用講「總額協定事項」。

戴主任委員桂英

請本會幕僚對案由進行適度修正，因會呈現在會議紀錄中。保障項目確實提經各部門總額研商議事會議討論決定，健保署應該沒有意見。請何委員語。

何委員語

一、延續剛剛謝委員天仁的發言，保障項目違反總額協定精神，若有些項目需要保障，我們也不是全部反對，要澄清的是，這是每年都要提健保會同意才能執行？還是今天的決議會變成定案，保障項目永遠受到保障？本次會議是本(第二)屆最後一次委員會議，我們只能決定 106 年的保障項目，無法決定未來年度的保障項目，若每年的總額保障項目在總額協商後有才提

出，則每年都要提報健保會同意，才不會違反總額協商精神。
本屆委員只能同意 106 年的保障項目，此點請列入紀錄。

二、每年都有保障項目，未來會不會擴大保障項目，希望這點能釐清，若是如此，則違反總額協商精神，這點也希望列入會議紀錄。

戴主任委員桂英

謝謝何委員語，何委員的意見會列入委員會議紀錄。保障項目確實需要逐年檢討、逐年審定。委員若無其他意見，接著進行例行報告第四案。

肆、例行報告第四案「中央健康保險署『105 年 11 月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

今天的業務執行報告是提供書面資料，不進行口頭報告。剛剛有委員詢問北、高 2 市政府欠費的問題，先請健保署說明，再徵詢其他委員的意見。

唐研究員薏文

一、主席、各位委員，剛剛吳委員詢問北、高 2 市政府欠費目前狀況，請委員參閱業務執行報告第 8、9、12 頁及會議資料第 26、27 頁書面說明。另口頭說明，台北市政府目前有提出 104~107 年的 4 年還款計畫，欠費本金及利息都配置在還款計畫內，105 年前有落實執行還款計畫。至於高雄欠費，有提出還款計畫，欠費本金是 102~108 年償還，利息部分則是 103~109 年償還，今年行政院曾召開會議決定，中央協助北高欠費原則，以應繳納數做基礎，按同比率補助北、高 2 市政府，因應協助原則調整，並請高雄市政府修正還款計畫，高雄市目前所提修正還款計畫，期限延長到 111 年，還款原則由「行政執行屆滿前 1 年的欠費」調整成「行政執行屆滿前 3 個月的欠費」，為促請其儘早還款，目前還款計畫還在協商中。

二、今年 11 月高雄市有還款 1,888 萬元，未來有關還款計畫調整及還款進度，我們會定期提報健保會。

戴主任委員桂英

謝謝唐研究員薏文的說明，請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

業務執行報告第 8 頁，高雄市政府 104 年要償還 38.98 億元，目前還有 11.83 億元沒有進來；105 年應償還 31.75 億元，已撥付 1.81 億元，待撥付 29.94 億元。今天已經是 12 月 23 日，2 年加起來還有 40 億餘元的金額還沒有償還，我擔心是若還款計畫延長到 111 年。上次委員會會議曾提到，109 年勢必會調整健保費率，而且當年

為選舉年，111 年連安全準備都用罄，我們不能等到 109 或 111 年健保錢不夠時，還有一堆欠費，這對政府威信是不好的，所以殷切期望能儘早解決。

戴主任委員桂英

謝謝吳委員肖琪，請干委員文男。

干委員文男

今天的委員會議資料有健保署回覆說明我上次委員會議的詢問，關於北高欠費，無論如何協商，都不可以違反健保法第 28 條 8 年期限的規定(第 28 條規定「各級政府於本法中華民國一百年一月四日修正之條文施行前，未依修正前之第二十九條規定將所應負擔之保險費撥付保險人者，須即向保險人提出還款計畫，其還款期限不得逾 8 年，保險人並應依修正前之第三十條規定向其徵收利息」)。未來若要調整費率，我們會站不住腳，希望一定要依法行政。

戴主任委員桂英

待會請健保署針對本項提問簡短回應，請林委員敏華。

林委員敏華

最近媒體報導屏東縣同時有 2 家醫院發生問題，小康醫院歇業，國仁醫院則是傳出財務問題，這 2 家醫院屬於偏鄉，擔心會對屏東地區的醫療造成衝擊，請問健保署是否有因應計畫。

戴主任委員桂英

請李委員永振。

李委員永振

- 一、業務執行報告第 7 頁，105 年截至 11 月安全準備收回 5.99 億，請問有沒有包含收回的那 9 項社會福利支出 116 億元？
- 二、明年度的平均眷口數究竟為 0.6 或 0.61？曾經聽聞是 0.6，但上次委員會議「106 年度全民健保保險費率方案(草案)暨全民健保財務平衡及收支連動機制建議修正方案」的財務推估資料之數據為 0.61。

戴主任委員桂英

請干委員文男。

干委員文男

健保署設計的 APP 非常好，將相關資訊都公開，內容還包括提供給民眾的健保資訊，關於雲端藥歷的部分，有 1 則「醫藥界及民眾共同努力 重複領藥年減約一半」報導要特別提出來，希望未來健保署同仁的發言要審慎，這則資訊發布後，有民眾來電向我詢問，是否真的可以節省一半的藥費？節省一半的藥費用到哪裡？這當然是件好事，請問節省的藥費是用於新藥？還是用於原先未給付的藥品？希望未來發言要符合比例原則，也要說明節省的藥費用於哪裡，讓大家明瞭。

戴主任委員桂英

謝謝干委員文男，委員的詢問到此告一段落，有關財務部分，先請健保署回應。

唐研究員蕙文

- 一、關於干委員文男所提健保法第 28 條政府欠費還款計畫期限部分，相關協商我們會留意適法性。
- 二、有關李委員永振所詢 105 年截至 11 月安全準備提列是否已包含 104 年度 9 項政府負擔之補列數 116 億元，目前該筆金額是還沒有列帳。
- 三、106 年平均眷口數為 0.61 人。

李署長伯璋

- 一、關於北高欠費，我上個月拜會行政執行署署長，針對還款問題進行討論，目前確實有在執行還款計畫，而且衛福部何次長啟功來自高雄，亦大力協助，高雄市選區的立法委員非常關切本案，但該做的我們還是會做，儘力維護健保署的權益。
- 二、關於屏東 2 家醫院經營出現困境，健保署高屏業務組組長在第一時間就指派同仁到醫院瞭解，針對委員擔心是否影響當地的醫療服務，我們會密切注意並協助。

三、雲端藥歷如同健康存摺，確實有助於節省醫療費用，我也提醒同仁要小心發言。當初推動雲端藥歷時，曾考慮採罰款方式，但我告訴同仁宜儘量用鼓勵的方式，而且民眾也會主動跟醫療人員反映，相信大家都會共同節省健保資源。

吳委員肖琪

關於屏東 2 家醫院經營出現困境，與這幾年醫院大型化，醫學中心及區域醫院病床數增加很多有關，增加的床數愈多，會需要更多的醫師，則偏鄉愈難找到醫護人員，偏鄉醫院的經營成本會更高。謝謝委員點出屏東地區的醫療問題，搞不好花蓮也會面臨這個問題，醫院大型化會造成醫師缺額，讓偏鄉會更難找到醫師。

戴主任委員桂英

- 一、謝謝各位委員，本案洽悉。
- 二、原先議程安排的 4 項例行報告已經完成，接著進行臨時報告第一案，請同仁宣讀。

伍、臨時報告第一案「中央健康保險署函請本會釋示有關 106 年度醫院總額協定事項『醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年之 90%，超過部分，不予分配』，其『不予分配』之處理方式案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

戴主任委員桂英

本案是健保署來函希望能釐清某些事項，本會幕僚經審視發言實錄後，認為乙案(超過部分不予分配預算，預算保留於醫院總額併點值結算)較貼近本會協商內容，請問各位委員的意見？請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、看到這個議案，第一個感覺健保署是來亂的，怎麼會來問這種問題，總額是 1 個部門、1 個部門協定，總額框定金額後，除了專款項目或其他預算，沒有支用部分才會有保留於健保基金的問題，一般服務預算就是用於點值結算，怎麼會有其他的想法？
- 二、總額協定事項中，並沒有任何決議要醫院部門或西醫基層部門處理什麼事項，決議醫學中心與區域醫院初級照護案件超過 105 年之 90% 部分，不予分配，不予分配的預算，是要醫院回歸重症等其他非初級醫療照護。我覺得幕僚建議的內容很好，希望健保署對自己要有信心。

戴主任委員桂英

為節省時間，不再徵詢其他委員的意見，本案支持幕僚的看法，請同仁依之回覆健保署。委員若無其他意見，接著進行臨時報告第二案，請同仁宣讀。

陸、臨時報告第二案「有關 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」與會人員發言實錄

同仁宣讀

健保署施組長如亮報告

戴主任委員桂英

謝謝健保署施組長如亮的報告，本項執行計畫已於「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論通過，依照醫院總額核定事項，本執行計畫及治療適應症須提本會備查後預算才可動支。請委員表示意見，請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、總額協商時，付費者協商版本寫得很清楚，要求「宜選擇對病人最有效益之治療方式」，不能限定病人必須使用干擾素無效後才能使用 C 肝新藥，衛福部也依照付費者版本公告，等同於法規命令，藥物共擬會議有何權利推翻這項決議，要求「先前使用長效干擾素加雷巴威林治療失敗且肝臟纖維化 F3(含)以上者納入治療」，要求先使用干擾素治療，失敗後才能使用 C 肝新藥，我們的醫療費用要用這樣的方式浪費嗎？

二、他們有他們的考量，我們尊重，但是法規命令不容推翻。我的看法是健保署把症狀寫出來即可，或是請健保署直接管控，這 2 種方式我都可以同意。報告內容訂出這樣的條件，我認為與公告內容相牴觸，這部分無效，請健保署好好思考應如何做調整。我同意某些部分費用可用於收治干擾素治療失敗的病人，但病人已經「肝臟纖維化 F3(含)以上」，為何不能直接使用 C 肝新藥，藥物共擬會議是諮詢性質，決定權在健保署，責任也是由健保署承擔，我認為健保署對這部分要好好做調整。

戴主任委員桂英

請陳委員聽安。

陳委員聽安

一、依照報告內容必須要滿足某種條件才能給付 C 肝新藥，我很

好奇投影片第 12 張「初估 106 年病人分配數」，南區 2,060 人最多，其次是台北區 1,550 人，第 3 是中區 1,544 人，第 4 是高屏區 1,440 人，第 5 是北區 1,139 人，第 6 是東區 267 人，請說明分配依據。

二、總額協定 C 肝新藥費用 20 億元，加上移列 11.01 億元，合計 31.01 億元。分配到多少人，錢應跟著分配，我的問題是，該地區初估病人數也許跟實際人數並不相符，不知道經費可否流用？報告並未說明，人數與經費是否符合，到時候經費用不完，或不夠用，這種情況下，總共只有 31 億多元經費，可否加以說明如何分配，讓我們進一步了解。

戴主任委員桂英

請何委員語。

何委員語

- 一、我要提出希望能嚴格控管對 C 肝病人治療的服藥療程，管控 C 肝新藥有外圍群組發生，因為已有詐騙集團謀動勾結醫師來詐騙高價藥品，將整個療程轉換出去。詐騙集團是道高一尺、魔高一丈，希望政府、健保署針對此事有預防措施，而且嚴格管控 C 肝新藥，不要相信百分之一千的醫師都不會犯錯，有少數醫師為了圖謀私利，會用高價藥品跟詐騙集團勾結，現在坊間已有傳聞，所以提醒健保署特別嚴格管控。
- 二、原本協商時建議政府應編列對等公務預算來推動，可是報告中並無公務預算，又移列很多經費，原來保留的經費又未減少，所以好像又增加 4.96 億元，跟原來總額協商經費混在一起。既然已決定推動 C 肝治療，希望能做到非常有效、有成果，確實照顧病患，不希望在某一天報紙的頭條新聞看到，C 肝治療療程的高價藥品，被不法集團跟醫師勾結、挪用，這樣不好，不希望看到這種頭條新聞，謝謝。

戴主任委員桂英

請李委員永振。

李委員永振

- 一、我完全贊同謝委員天仁剛才所提，因為我記得部長開始宣布此事情時，健保會委員已提供很多意見，現在報告的結論仍然一樣，誠如剛才謝委員天仁所提，還是沒有改嘛！
- 二、從剛才報告看到，此案從 104 年 12 月已開始研究，到今年 3 月，有 4 個月的時間，研究之後認為可行，但並未考慮新增預算會用到健保的錢。健保財務應是健保會的職掌，為何一直都未提出討論，直到總額協商時才講，講完之後又未照協商結論執行。本案依核定要提健保會報備才可開始做，但我前天就看到報紙報導健保給付 C 肝新藥，可是還沒提健保會報備通過，所以怪怪的，應尊重健保會的位階、職掌。
- 三、執行時應設法累積經驗，到明年協商的時候，才有資料可參考，再繼續 follow(追蹤)，但剛才報告中，不知是我沒聽清楚，或沒考慮到，這點應列入我們執行過程應掌握的重點，上次我就曾提過，若試辦不行，還可伸縮，現在直接做就有去無回了，既然要這樣做，經驗相當重要。

戴主任委員桂英

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、首先代表 C 肝患者對於政府通過 C 型肝炎全口服新藥健保給付給予肯定和感謝。另，針對此議題，我也非常認同剛剛謝委員天仁所提，總額協商結論已很清楚，但實際執行卻違背協商結論，健保署應改善。但我必須說，這案能通過，非常不簡單，因為在短時間內得到認同。
- 二、目前執行方式是規劃分季、分區來做，總名額只有 8 千人，每季名額只有 2 千人，但台灣 C 肝帶原者將近 75 萬人，其中 55 萬人需要治療，且 15 歲以上 C 肝病毒帶原率為 3.87%，每年約增加超過 1 萬人感染。站在根絕 C 肝的治療立場上，分季、分區的方式顯然緩不濟急，基於落實保障全民健康的精

神，建議健保署應體民所苦，將整個 C 肝新藥納入健保政策來執行。對此提出 2 點意見：

(一)以病人角度而言，當然是越快接受治療越好，我們拖 1 天，他們病情又進一步惡化，健保署應思考是否必要分季，符合目前給付範圍的 C 肝病人，越晚接受治療越不利。陳副總統建仁今(105)年 3 月在亞太肝臟學會發表研究報告，分析健保數據及流行病學資料，發現台灣 C 肝病人晚 1 年接受全口服新藥治療，未來每年至少新增 3,900 人死於肝炎，相當於每天 11 人因肝炎死亡，健保署首要考量的應是民眾健康，分季、分區恐延誤病人就醫速度，進而威脅病人生命，健保署應審慎評估。

(二)各區分配數應有明確計畫，並依盛行率分配。肝病防治學術基金會曾發布全國最大規模 C 肝篩檢調查，國人的 C 肝盛行率為 4.2%，雲嘉南地區以健保卡篩出率為 7.3%，估計當地每 14 人就有 1 人感染 C 肝，如此看來，雲嘉南地區的名額數應最多，剛才看報告是比較多，但跟事實還是有些差距。健保署應定期追蹤嚴重患者的病況，有計畫的分區分配名額，並提供大眾了解。目前媒體的訊息相當混亂，有媒體提到明年 1 月就施行，也可能遲至 1 月中旬，甚至 2 月才能上路，健保署應提出時程表，才能緩和民眾的擔心。

三、基於以上 2 點說明，最近也接到一些民眾表示，曾去健保署了解情況，健保署人員表示目前所定給付範圍嚴格，要民眾毋須擔心分季分區的問題，那麼，健保署為何多加限制造成民眾擔憂。治療 C 肝病人刻不容緩，如何讓民眾得到合適的治療，健保署應正視民眾感受。

戴主任委員桂英

一、謝謝，剛才表示要發言的委員，依序有吳委員肖琪、滕委員西華、李委員來希及葉委員宗義。

- 二、先補充說明，剛才健保署口頭報告時已修正名額分配方式，從「分季」修改成「前半年分 3 期處理，後半年再重新分配」，委員可能還是按之前的書面資料提供意見。請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、我要呼應謝委員天仁，雖然我不是消化系醫師，但要思考 Michael E. Porter(麥可·尤金·波特，美國著名管理學家和經濟學家)來台灣所演講的 value-based(Value-Based Health Care Delivery，以「價值為基礎的健康照護系統」)，是指若有 2 個需洗腎的新病人，1 個 85 歲，1 個 30 歲，必須思考把資源放在哪最好。請大家看第 5 張投影片，105 年 10 月藥物共同擬訂會議結論，依台灣消化系醫學會建議之優先治療對象，第 1 年先就「先前使用長效干擾素加雷巴威林治療失敗且肝纖維化 F3(含)以上」者納入治療，若已肝纖維化，吃 C 肝新藥後，可改善纖維化嗎？在資源有限的情況下，應先治療尚未纖維化的 C 肝病人，健保署為何規定需經使用干擾素治療無效才能使用新藥，而干擾素又可能有自殺、憂鬱的風險。一開始就把資源用在治療年輕人身上，對家庭及個人會有最好效益。
- 二、若 C 肝是國家重視的疾病，不論是由疾管署或衛福部爭取公務預算，不應擠壓經費，讓上次 Lucentis(治療黃斑部新生血管病變新藥)事件再發生。
- (一)為何要規定使用干擾素無效，而且肝纖維化到某程度才可治療？應選擇年輕尚未纖維化的 C 肝患者優先治療，我覺得這是個嚴肅的問題。
- (二)若預算不夠，應由衛福部爭取，而非健保署，健保署如何能爭取？
- 三、以上 2 點，提醒衛福部思考，若 25 萬元可把 1 個年輕人 C 型肝炎治好，比住院安寧治療 1 個月花費 18 萬元，或急性後期照護 1 個月花費 14 萬元有價值，依 value-based 觀點，讓我們在未來幾年或今年預算就不夠的情況下，應思考如何調整資源

配置，讓資源做最有效運用。

戴主任委員桂英

請滕委員西華。

滕委員西華

一、投影片第 2 張「C 型肝炎新藥納入健保給付大事紀」，總額協商結論「106 年度醫療費用總額協商，新增 20 億元預算用於 C 型肝炎全口服新藥治療費用。為醫院總額相關預算置於專款或其他預算需兩案併陳報請衛生福利部核定」，但漏掉「需相對編列公務預算」的結論。部長公告年度總額及其分配時，巧妙地規避掉這部分，卻採經費運用需報健保會備查才能使用，我必須說，健保會就是一張嘴而已，協商沒什麼用，健保署也沒什麼力量，這是衛福部的事，因為公告總額及其分配是衛福部部長的權責。雖然前次會議追蹤事項，列有要健保署持續爭取公務預算治療 C 肝，何委員語對此發表意見，認為健保署沒能力爭取公務算，我雖不知健保署有沒有能力爭取，但事實擺在眼前，根本沒有要編公務預算這件事，C 肝新藥「106 年應編列相對比例之公務預算」的結論都被抹掉了；總額協商結論「107 年新藥應全部由公務預算支應」，也沒有這回事，C 肝新藥在公務預算全面歸零，已是鐵的事實。若衛福部今年放棄爭取公務預算，明年度立法院審 107 年預算，衛福部有辦法爭取 20 億元公務預算嗎？令人非常存疑。

二、投影片第 3 張「C 型肝炎全口服新藥比較」，3 家廠商裡只有 2 家廠商答應以 25 萬元支應，還有 1 家新廠商不參與健保給付，所以基因型 2 沒藥。目前把大量的錢都放在基因型 1，20 億元全部分配在基因型 1，若未來 1 年內，基因型 2 的廠商願意進來，健保署如何因應其影響及衝擊？另外，也未考慮 2 家原本參與健保的藥品有無抗藥性，或其他委員所提重複花在同一病人身上的費用。

三、再一次說健保會協商其實沒有用，因為消化系醫學會早在協商

前就已建議，現在訂出支付標準，與在藥物共擬會議第 1 次討論治療適應症、優先順序、人數並無太大差異。情況已是這樣，反對也沒有用，既然健保署已鐵了心要這麼做，我也不想當壞人，但投影片第 6 張「藥品給付規定(草案)-1」，限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」之成人慢性病毒性 C 型肝炎患者，我堅決反對。健保有個問題是過度把經費用於試辦計畫病人，沒有參加試辦計畫的病人，難道沒有 C 肝的問題嗎？這樣不對，應把適應症匡列出來，就算規定須經干擾素加雷巴威林治療失敗才能用 C 肝新藥，也不能只限於參加過試辦計畫的病人，試辦計畫已花了多少錢，嘉惠多少病人？剛才趙委員銘圓提到 C 肝 75 萬人、55 萬人，試辦計畫才幾萬人，為何又要把資源再用在這幾萬人身上，其他病人怎麼辦？病人能否加入試辦計畫，最主要因素是看醫療院所收案速度、分配到的名額。

四、我們提出用公務預算、要先用 DAAs(direct-acting anti-viral，其他同類全口服直接抗病毒藥物)健保署都不採用，還要限制是試辦計畫的病人，我對這議題實在是灰心，健保署不採納，我也沒辦法，可是還是要表達，只限於試辦計畫的病人是不行的。另外，剛才陳委員聽安提到人數與經費分配，我想問的是：這與總收案數是否有關，若收案滿了之後，當然不能跟慢性 C 肝新藥經費流用，匡定專款就是專款，病人有先來後到，若以台北業務組 1,550 名額滿了，或病人會流動，知道試辦計畫就往醫學中心密集的区域流動，優先收滿病人數。健保署只是提大概的量、預備分配的金額，或其他情況，請再說明。

戴主任委員桂英

請李委員來希。

李委員來希

簡單說一下，健保署設定給藥條件及人數上限，全國 8 千人，再分

區分配名額。個人覺得條件符合就應該給付，不是錢的問題，若先來者先看，病人只好搶快。再談全國各區，包括陳委員聽安所提，若各區出問題，全國都會出問題。設定要件是違反病人平等權，為何你可以，我不可以，只因為我來得慢。我覺得這樣不對，既然設定要件，可從嚴或從寬，我也贊成謝委員天仁意見。若從人道考量，不要只預估 8 千人。可用過去經驗值大概預估，粗估差不了多少，自然會達到條件，所以不應限縮 8 千人、各分區不應限縮人數，竟然還有零頭，真厲害，若剛好差 1 個就不能治療嗎？病人死了誰負責，所以我認為這是不可以的。

戴主任委員桂英

請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、我及張委員文龍是藥物共擬會議的代表，這個案子在藥物共擬會議已提過 3 次以上，真的很痛苦，外界的壓力蠻大的。醫院端一方面考量昂貴藥品會侵蝕總額預算，但又對外說一定要通過，問題出在何處？剛才幾位付費者委員所提意見，雖與我們 2 位雇主代表的想法有點不同，但也很有建設性，我們並沒有反對。
- 二、C 肝新藥的問題出在部長及署長剛上任時，還有點不知如何做，就先宣布要做，一旦宣布就無法收回(委員們笑)，因此後續要去解決。總額協商時有人說，C 肝新藥經費不能決定的話，就兩案併陳送衛福部裁定，因此本案送衛福部也可自行裁定，可能就演變成此情形。
- 三、現在外面傳 C 肝新藥納入健保給付的風聲很大，已經無法停止，但不止此藥，B 肝等也一直期待新藥給付。大家必須了解，此昂貴藥，之前 1 個療程得花 1 百多萬、甚至 2 百萬，現在納入健保給付，預計只要 25 萬元左右。目前健保署雖只設定 8 千人由健保給付 C 肝新藥，但其實可能很多病人會自費使用，因為價格降低了，搞不好不需 25 萬元，以後只要 10 多

萬元就可買到。例如以前眼睛黃斑部病變打一針樂舒晴(Lucentis)3~4 萬元，現在降為 1 萬 2 千元，新藥開放後可能降價，降價對誰不利？對藥商公會會員不利，因為花好幾十億元的研發成本，結果藥價直落。因此其實不用擔心新藥多貴、或目前僅有幾千名額可接受治療，說不定明年包含自費購買使用者就達好幾萬人，因為藥品價格與過去相比實在下降很多。

四、我們 2 位委員也在藥物共擬會議跟其他代表爭論許久，他們說要送來健保會，我們覺得其他委員可能未必比我們清楚，送來健保會做什麼。所以，應該不要再著重 C 肝新藥的細節，應要解決如何公平，也就是分配的問題。現在本案已不可能再走回頭路，未來如何預防弊端，才是最重要的目標。

戴主任委員桂英

請羅委員紀琮。

羅委員紀琮

一、首先要說很佩服健保署提出這個又大、又重要、又關鍵的議題，看到此議題就想到 1 個英文字：rationing(配給)。因為全民健保沒有強制性分配，沒有配給，以致於不需要等待(queueing)，這是健保滿意度極高的重要原因。但是現在 C 肝新藥的使用辦法，提供 1 個新的方向，就是強制性分配。目前健保署規劃的分配方式是分季及分區進行。剛剛知道分季的想法有稍微調整，淡化分成上、下半年；分區則仍然維持。可能發生的情況是台北沒名額就跑到花蓮，會占掉花蓮的名額，也會讓民意代表關切。我對如何分配有限的醫療資源沒有意見，但配給制是非常強制性的原則，裡面隱含著行政上的強制作為，而不是真正從總體層面來看的作法。

二、剛才謝委員天仁提到，分配原則若轉為 priority setting(設定優先順序)，如年輕人有優先獲得配給的方式；此優先性代表社會的價值意涵，因為是從「對整個經濟體系及生產力較有貢獻者優先獲得」的思考出發的 priority setting，我相信社會大眾應

能接受這種想法。

- 三、是否一定要先經過干擾素治療，或一定要參加過 B 型及 C 型肝炎試辦計畫這 2 個條件，才符合本案給付條件？我個人以為，與其考量前述條件，不如直接用資源的有效性來衡量，而不要用行政規範。如當大家討論門診要先透過基層診所轉診，才能到大醫院就醫的轉診制度，就造就了許多院前診所，所以本案應以更大刀闊斧的想法來執行。
- 四、套用前開標準及邏輯，也可用來洗腎問題。例如一旦開始洗腎，終身都得洗腎；但洗腎是否要給付到 90 多歲？現在從 C 肝訂出 guideline(準則)，等於訂出 1 個基準，未來醫療資源的有限性更凸顯時，這個分配準則就可以適用。
- 五、葉委員宗義剛才提到新藥給付會降價，自費額會增加。這樣的做法聽起來像是藥品差額負擔。如果真是這樣，需要很小心，因為一旦開始有藥品的差額負擔，未來這個門就會愈開愈大。
- 六、若真的覺得如陳副總統建仁所說，使用 C 肝新藥可拯救很多生命，也可節省未來很多醫療費用(就是醫療的有效性)，可以藉著本案推展這個醫療資源有效性的概念。未來檢討無效醫療時，也可運用同樣的概念，所以此時是關鍵時刻。我非常贊成今天本案稍微轉圜，不要使用行政上的程序限制，而改用 priority setting 的思維，從資源有效運用，且是以整體社會資源使用有效的觀點來訂定。

戴主任委員桂英

各位委員對本案已充分發言，請健保署回應。

李署長伯璋

- 一、首先感謝各位委員從制高點，對本案提供建議。剛才聽滕委員西華及謝委員天仁等多位委員所提意見，有關 C 肝治療，病人的選擇是經專家會議提供的建議，以干擾素治療失敗後及參加過 B 型及 C 型肝炎試辦計畫的病人為使用 C 肝新藥的目標群，似乎是我們的盲點，這部分可以檢討。

- 二、我認為在有限資源下，如何公平地分配是很大的挑戰。各位委員看「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」只用幾個要件來選病人，我之前也注意到這個盲點，我擔任財團法人器官捐贈移植登錄中心董事長已 5 年多，有限的資源分配就是要透明、公開，以及最重要的公平；在醫療人權上，資源分配很難做到 value-based，除非有完善、清楚的計分標準，但 C 肝尚未建立；目前台灣進行器官分配時有嚴格計分標準，列出優先次序，請各位委員了解。
- 三、使用干擾素治療失敗的病人約有 6 千多位，趙委員銘圓提及部分病人死亡率提高，是因那些病人肝功能已失去代償作用，屬於肝衰竭期群組，專家建議治療未達該程度的族群。先前我報告過，C 肝患者從感染病毒到肝硬化、肝衰竭，理論上需 15 年左右；當然，一檢測到 C 肝病毒立即治療，病情就無惡化可能，但在有限經費下，有諸多問題需考量。
- 四、請各位委員放心，雖然專家會議已召開過，本署仍可參酌委員建議與專家繼續討論研究，其實很多試辦計畫我跟部長都持續再檢討。健保署向來尊重健保會，從未訂定 C 肝新藥實施日期，如有經費明年度會盡快開辦，至於報紙刊登的開辦日期應為媒體自行判斷所為，我們尊重各位委員看法。
- 五、本計畫藥品限消化系內科專科醫師才能開處方，是消化系醫學會與衛福部開會討論後決議，健保署尊重專業，信任學會考量，2 位參與藥物共擬會議的委員應該很清楚。
- 六、事緩則圓，我向各位委員承諾，健保署會再 revise(修訂)計畫，委員的意見我都有記錄，以上向委員簡單說明。

戴主任委員桂英

謝謝李署長伯璋從大方向予以說明，請施組長如亮。

施組長如亮

- 一、不好意思，剛剛講得太快，有些細節說明沒有講清楚，衛福部及本署絕對是尊重健保會委員意見。

- 二、有關委員質疑為何要 interferon(干擾素)及 ribavirin(雷巴威林)合併治療失敗才能使用 C 肝新藥的部分，本署確實有經過成本效益考量，參考美國肝臟疾病協會發表的資料顯示，相較於初階段疾病嚴重度較輕微病患，使用於 advanced stage(較嚴重)病患更具有成本效益，因為可避免可能即將進入肝硬化、肝癌，耗費更多醫療費用。
- 三、同時也有詢問 C 肝旗艦辦公室，台灣也有類似研究結果，肝纖維化程度 F3 以上者的成本效益優於肝纖維化程度 F0-F2，因此本署確實是朝最有效益的方向規劃。
- 四、有委員詢問，肝纖維化後再治療能否回復，臨床醫師表示確實可回復。
- 五、委員在意的治療成效，本署會藉由個案登錄系統，收集個案資料，觀察 outcome(結果)，明年一定會向委員報告，以上補充。

戴主任委員桂英

謝謝施組長如亮，請謝委員武吉。

謝委員武吉

主席、各位委員，以下幾點問題請教：

- 一、投影片第 3 張「C 型肝炎全口服新藥比較」，2 項 Gilead(吉立亞)廠牌的藥品未納入健保給付，能否請健保署告知廠商為何不賣藥給健保署？
- 二、公務預算部分不再贅述，目前各分區醫院總額下另設有小總額，而小總額下又有藥品小總額，請問 C 肝新藥費用是外加或內含於藥品小總額？
- 三、106 年初估可治療人數為 8 千人，雖然前面有提到干擾素合併雷巴威林治療失敗且肝臟纖維化 F3 者才可納入治療，但我還是有疑問，如何精準算出是 8 千人？我認為很難。
- 四、投影片第 13 張「個案登錄及管控作業-(1)」，有關個案登錄及管控作業，以前似乎有談到要事前審查，但簡報內容卻沒有提

到，請說明一下。

五、投影片第 9 張「醫事服務機構及醫師資格」，C 肝新藥限消化系內科專科醫師處方使用，過去 B 肝用藥也是如此規定，最後則是開放具消化系內科專科的支援醫師也可執行，C 肝新藥是否能比照辦理？

戴主任委員桂英

請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

一、無法理解施組長如亮的說明，除非 C 肝新藥對病程較輕的個案無效，否則是最省錢才對，因為病程不會繼續往後發展，如果是因為 C 型肝炎進展到肝纖維化後醫療耗用多，那在更前期就治癒不是省更多？若是以施組長的說法，用在肝纖維化病人的效益較高，會誤導癌篩也不需早期發現，癌症第 3 期醫療耗費一定比初期多；從公共衛生的角度，C 肝新藥用在尚未肝纖維化的年輕人效益較高，如果在初期就阻斷疾病進展，疾病就不會向後發展。

二、我不是專家，但我很努力思考，3 個病人，1 個 30 歲、1 個 50 歲、1 個 90 歲，應該怎麼安排醫療資源，是需要認真面對的嚴肅課題，甚至可以舉辦公民會議 debate(辯論)，在有限資源下，治療的優先次序，既然肝炎是國病，政府就需要編列預算防治，或許可藉由公民會議的力量，促使政府編列經費，不失為 1 種好方法。

戴主任委員桂英

謝謝，2 位委員的意見請健保署考量並回覆。先就本案的處理方式徵詢各位委員意見：

一、方案一，請健保署參酌委員意見 revise 計畫。剛才李署長伯璋提到計畫可以再修訂，惟若 revise 後再將計畫送本會備查，則須由下一屆委員處理。1 月份適逢農曆過年，會不會召開委員會議？(幕僚表示目前沒有預計開會)所以可能要到 2 月份才能

處理本案。

二、方案二，同意今天先予備查，請健保署參酌委員意見並盡量處理。不過健保署恐怕無法一一處理，因為目前最大的問題是經費有限，也沒有公務預算挹注，而委員的建議大多會擴大治療人數。

三、請教委員對以上 2 種建議處理方式的意見，亦或還有其他建議方式？請何委員語。

何委員語

一、吳委員肖琪認為要優先治療經濟效益較高的，但這很難判斷，50 歲的榮民跟 20 歲的年輕人，孰輕孰重？如果說 70 歲以上治療順序排後，但他未來可能會選上總統，很難取捨。

二、我認為綜整今天意見，請健保署完善評估、規劃、管控，先執行看看，下次再報告，現在很多民眾已經吵著要醫師用 C 肝新藥治療，如果到春節都無法執行，會不會有人去包圍總統府？這不是好現象，民間期盼下不盡快執行，老百姓會罵翻天，既然要做就盡快執行，至於最有利的計畫方案可以下次再報告，如有好的意見也可中途修正，又不是今天執行明天結束。

三、至於用年齡來判斷經濟效益是很困難的，也無法判別每個人的重要性，40 幾歲酗酒又不工作的人跟 60 幾歲努力工作的人，哪個重要？真的很難取捨。

戴主任委員桂英

請張委員文龍。

張委員文龍

我跟葉委員宗義都有參與藥物共擬會議，類似的案例太多了，例如「人工電子耳植入體」每組 30 幾萬，兒童越早植入改善越明顯，可以增加語文能力且對聽能復健具有療效，問題是經費不足，沒錢就困難重重；回到本案，雇主代表支持第 2 個方案，授權健保署朝民眾有利的方向修訂，否則就如何委員語所說，可能又有人要上街

頭。

戴主任委員桂英

先請干委員文男，再請謝委員天仁。

干委員文男

本案已經討論許久，再討論健保署也很難立刻就公平執行，反正健保署一向是打帶跑，從民國 84 年開辦以來都是如此，我同意第 2 個方案，何委員語也提到，先執行再檢討，有問題下次委員會議再提出來，本案談很久了，已經耽擱後面議案。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

我不反對本案，可以先啟動，畢竟費用不需馬上支付，支付是 1、2 個月後的事情。我要提醒適法性問題，適法性沒有任何妥協空間，衛福部公告後，執行機關可以任意更動的話，何必要部長，健保署應該調整。先執行，支付是後面的事情，我可以同意下次再報告。

戴主任委員桂英

請陳委員聽安。

陳委員聽安

既然決定要做就請盡快執行。許多委員提出意見，如吳委員肖琪提到 Michael E. Porter 講有效分配醫療資源，然而涉及到醫療人權又是完全不同的標準，我說這是大哉問，醫療資源如何分配、如何排優先順序是談不完的，今天先到此為止，委員的寶貴意見供健保署參考。

戴主任委員桂英

一、謝謝，各位委員提出的寶貴意見，幕僚會詳細記錄，請健保署盡可能參酌委員意見，朝對全民最有利的方向修正執行計畫內容。委員們非常肯定健保署的努力，請健保署於修訂後盡速啟

動，而且要隨時掌握、評估執行成效，不但本屆委員關心，下屆委員也會持續關注。

二、部分委員的詢問無法當場說明，請健保署以書面回應，最後請辛苦的李署長講幾句話。

李署長伯璋

謝謝委員的支持，大數據來看，C 肝療程的確很長，我自己做器官移植，也看到很多病人要做肝臟移植，感謝委員的信任，我向各位承諾絕對不會讓委員們失望，做得好的話，就是台灣醫療的新紀元。完善登入相關個案數據，清楚呈現治療結果，給社會交代，讓人民知道政府的用心，既然要做就會全力以赴，請各位拭目以待。

戴主任委員桂英

謝謝李署長伯璋，本案同意備查。執行計畫啟動後，健保署跟醫界的挑戰才正要開始，請加油！接下來進行討論事項第一案，請同仁宣讀。

柒、討論事項第一案「106 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

戴主任委員桂英

請醫院部門說明建議方案。

謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)

一、主席、各位委員，從民國 93 年到現在，每年地區預算分配對醫院 3 層級都是折磨。基本上大家都贊成「錢跟著人走」，但我認為「錢跟著實際需求走」會更精確，不同區的 10 個年輕人跟 10 個老人需求不同，絕對不能只算人頭。公式大多由專家學者建立，但醫界認為與實務有差距，10 幾年來醫院代表常常挑戰公式，但最後只修訂 4、5 次，絕大時候是維持原狀，我長期參與健保會及前身費協會，每次都說要研究比較公平的公式，但幾乎每次訂出來就被打臉。

二、這次健保會很期待醫院協會想辦法解決問題，我們也希望能一勞永逸，不要每年都爭執，我們認為健保開辦 20 年，其實資料庫已相當完善，不需再請專家學者設計公式、模擬試算，先前向健保署索取許多資料，得到初步構想：

(一)各分區以 5 歲為組距做統計，因為各年齡層醫療費用差距大，60 幾歲跟 20 幾歲差好幾倍。將分區各年齡層人數的醫療費用加總，就是各分區的基本盤。

(二)其次，特殊疾病另外獨立考量，如罕見疾病 1 個個案就耗用好幾千萬，各分區依特殊案例數再外加費用。可再討論哪些疾病有重大影響需要獨立，或是某些地區因為特殊變數須要調整，例如雲嘉南空氣不好，影響醫療資源耗用。

(三)分析結果如和目前地區預算分配有很大差距，應以漸進方式，逐步逐年調整。

三、就目前現況而言，北區人口增加快速，每人使用醫療點數最少，但服務滿意並沒有比較差，長庚醫院、壠新醫院等都做得

很好、管理得很好，表示現行制度並未造成大衝擊。如果全部依照人頭分配，北區分配的預算會比現在多很多，所以北區每年都提出此議題，我們也能體會。所以我們覺得應該要處理，醫院協會也已經有大約的共識。

四、請健保署協助提供資料，以 5 歲為組距來計算，排除特殊疾病，再回算特殊疾病的醫療費用。細節部分則可由醫院總額 6 分區進行內部檢討，如剛專家學者詢問，新竹地區的年輕人都沒日沒夜工作，醫療費用會不會比其他區年輕人高？我認為可以藉由健保資料分析，假如其他地區年輕人醫療費用比該區低 2 成，那麼該區該年齡層的醫療費用就加 2 成。至於戶籍人口比較沒有問題，雖然民眾不是 100% 在戶籍地就醫，但目前總額結算機制有進行跨區就醫調整，跨區就醫之醫療費用會（從投保分區）歸回就醫分區。

五、以上所提是我們的共識，3 層級 6 分區都能服氣，現行地區預算分配公式是專家學者所模擬，悖離實務。我建議以 20 年的健保資料為基礎，以 5 歲為組距計算醫療費用，再外加特殊疾病以及偏遠地區加成，徹底解決長期的爭論；醫院部門好不容易有基本共識，希望藉助健保署幫忙，能協助產出資料，盡快訂出模式，有結果後盡速討論，以解決過去爭議不斷的問題，不要再檢討公式了。

戴主任委員桂英

謝謝，請張委員煥禎。

張委員煥禎

一、人之將逝，其言也善；第二屆委員任期即將結束，健保會從沒有那麼友善過，剛剛許多委員表示「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」由健保署決定，李署長伯璋有感受到溫暖吧？從來沒有這樣過，委員提供建議請健保署參酌改進，讓民眾享有最大利益；醫院總額也一樣，謝代理委員文輝說地區預算分配公式調整過 4、5 次，其實只調 3 次，從第一屆費協會到現

在只調3次。

- 二、醫院部門4位委員都是代表6分區，不會只代表特定分區，雖然我任職於北區醫院，但我不能只代表北區，而是要代表區域醫院層級，每次討論地區預算分配，對醫院3層級的代表而言很痛苦，因為我們要對6個分區負責。
- 三、我同意謝代理委員文輝剛剛所提，但我覺得要先講好原則，不要算完數字之後，有的分區看到預算減少，6區又互相爭執，這樣永遠無法解決問題。大家同意原則之後，算出結果，大家就要歡喜甘願，即使北區預算不增反減，依然要遵守規則。
- 四、地區預算分配是在總額下分配至6區，對消費者代表較沒影響，公平分配是健保會的核心價值，多年來從未解決，該調整而沒調整，不只是對北區，對受影響的分區都是不公平的。今天是本屆委員最後一次委員會議，能否授權健保署，依謝代理委員文輝的意見試算，並蒐集6區贊成或反對的意見。我自從擔任健保會委員，就不參與北區對地區預算分配的討論，因為我是區域醫院代表。我不知道以年齡為基礎是否合適、也不清楚費用會差多少，若能提出北區的年齡較輕的數據，我同意調整。
- 五、請健保署依謝代理委員文輝所提方法試算，並綜整6分區意見，訂出分配方式並提委員會議，我不清楚時程是否來得及，來得及就提下次委員會議，我想消費者代表不會有太大意見，因為總額沒改變，也符合合理性，我們醫院代表就不要再多說，畢竟是代表6分區。另外，也要合乎情理法，謝代理委員文輝提到，如果試算後調整幅度過大，情理上是否可循序漸進，但仍要以法為基礎，專家學者意見不是不對。
- 六、建議本案依6分區意見及會上委員建議，請健保署重新試算，若程序來得及就提下次委員會議，由新一屆委員討論，將16年的事情做個了結，以上建議。

戴主任委員桂英

有 4 位委員同時舉手，請盡量精簡發言。因為部長重視及關心本會，幕僚也很用心安排，所以預計 12 點半部長會前來與各位委員拍照留念。不過重要的議案今天一定要討論完成，否則議案延至下次會議討論時恐怕已是明年 2 月。請何委員語。

何委員語

先請滕委員西華發言。

滕委員西華

- 一、地區預算分配的 R 值(校正人口風險後保險對象人數占率)已經吵很久，醫院部門門診部分 R 值，從 97 年凍結，持續 5 年，直至 102 年才前進一點點，97 年由 38%前進至 45%，直到 102 年才再前進至 46%，進步其實非常慢。剛剛醫院代表提的理由都不是新理由，包括去年認為中醫、西醫基層、醫院部門要 R 值前進，去年的理由與今年一樣，每年都說公式不好，先不要前進，這個公式有缺點，但沒有更好的公式之前，R 值就是要前進，牙醫部門 R 值進到 100%，其實牙醫也有自己面臨的問題，中醫及西醫基層 R 值都要前進，所以無法支持醫院部門 R 值再用同樣的理由不前進。
- 二、我也同意公式應該要變動，健保會的委託研究已經在做幾個模型試算，其中 1 個包括現有模型加上其他因子，如果這個東西不好，分配 10 幾年都用這樣的模型，R 值哪有理由不前進？若有人因這樣得到好處，10 幾年都一樣，若有缺點也是一樣，實在想不出來不前進的理由。尤其 106 年要推行分級醫療，某些大家有共識的制度，包括初級照護率下降、壯大基層、加強轉診措施等，門診服務會產生變化，加上全面實施 DRGs (Diagnosis Related Groups，住院疾病診斷關聯群)，住診效率會提升，沒道理 R 值不前進。不同意本案由下一屆委員決定，這一屆就要決定，R 值今天要拍板定案。

戴主任委員桂英

因為時間關係，請精簡發言。委員的意見是 R 值一定要前進，只是進多少的問題。

滕委員西華

至於 R 值要進多少？請參考會議資料第 49 頁，表 1-3「106 年度醫院總額門、住診服務地區預算模擬試算表」，建議門診部分 R 值前進至 50%，住院部分至少要前進至 45%，至少要調整成這樣，若要低於這數字，請說明原因。我們之前說過，請醫院部門與健保署先協商，若協商不出來，就由我們決定。

陳代理委員順來(侯彩鳳委員代理人)

贊成滕委員西華的看法，記得在費協會時代，每年討論 R 值都說有問題，但也沒改成新的制度，這個制度一定有它存在的理由，我認為 R 值應該要調整，贊成滕委員的建議，門診 R 值前進至 50%、住院前進至 45%。至於事後檢討，若有更好的方法，明年再提出來，而不是現在就換，只不過好方法可能好幾年都弄不出來，因此同意門診前進至 50%，住院前進至 45%。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

我沒舉手，突然被點到(眾委員笑)，我贊成滕委員西華的方案，不能每次到年終才提緩兵之計，這問題永遠無法解決，若沒有更好的方案，抱歉，我們接受會議資料試算的結果，就照這個方式做。

干委員文男

主席可能看錯，第一個舉手的是我，謝委員天仁有公信力，讓他優先發言。我贊成滕委員西華的看法，若有更好的辦法，請試算出來，明年再提，不要一直說會議資料試算的都不準，R 值與 S 值已考量人口結構、醫療利用，跨區也有回歸，不要一直說不準，希望按照滕委員的說法，R 值就這樣前進。

戴主任委員桂英

請何委員語。

何委員語

- 一、我要回應剛才醫院代表提的內容，因為我們沒有人之將死，其言也善的情形。我擔任委員已經 6~7 年，一直以來，都是衡量每個議案的情況做決定。剛剛滕委員也提出來，會議資料第 49 頁，門診的 R 值前進至 50%，住院前進至 45%，若以這張表來看，桃竹苗地區費用分配占率有無進展，請健保署說明。
- 二、當健保會的委員是憑自己的良心與職責，說一句實話，我沒拿禮物，也沒去吃飯，但是我該說的話會說，該爭取就爭取，該反對就反對，這是我做人的原則，所以 5 個政府部會總共頒給我 9 個獎章，中小企業沒有一個人像我這樣，我秉於自己的職責，衡量每個案子怎樣是最適宜的決策。

戴主任委員桂英

先請林委員惠芳，再請羅委員紀琮。

林委員惠芳

我的意見很簡單，8 天以後，106 年就開始了，我也不同意延至下一屆討論，這屆委員應該要扛起責任，支持剛剛滕委員西華的說法，門診及住院 R 值前進至 50% 及 45%。

羅委員紀琮

- 一、綜合剛才幾位委員的意見，剛才有委員提及 10 幾年來公式都照樣運作，別的部門可以做，現在醫院部門沒有道理不做，我對這個意見非常尊重。但是我看這個問題，沒有包袱，因為我不像各位有很多年的經驗。如我過去所言，我認為政府部門應該要管大的、總體層面的部分；若大總額及醫院總額已框定預算，則醫院總額底下分區如何分配，應該要尊重醫院部門的意見。因為是他們要承擔責任，我贊成由他們自己決定。因為需要由他們擺平內部的問題。
- 二、請大家考慮，剛剛滕委員西華提及，健保會委託的相關研究成

果即將要出來，我擔心若研究結果與 R 值往前進的方向不一致，而今天卻做了往前進的決定，等於又製造一些利益團體，建議下決定宜審慎。若未來可能會有大的改變，則建議現在先不異動。

戴主任委員桂英

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

每個委員的意見都有道理，但站在消費者代表的立場，今天是本屆委員最後一次會議，不希望延至下一屆討論。最好今天能釐清問題並做出決議，支持與贊成 R 值一定要前進，應該依據會議資料的模擬試算表來前進較合適。當然醫院部門也會有內部問題，請將問題與健保署雙向溝通，盡量以你們的意見為主，但 R 值是一定要前進的。

戴主任委員桂英

請謝代理委員文輝，若意見相同，請簡要發言。

謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)

- 一、依據滕委員提出的意見，門診及住院 R 值前進至 50% 及 45%。然而事實上，東區人口萎縮，人口愈來愈少，老化也愈來愈嚴重，所以平均每人醫療費用是各區最高。若採用這個占率，東區錢會更少，將受到更大的衝擊，也突顯這個公式有問題。大家都贊成錢跟著人走，但不是跟著人頭走，應該跟著實際需求走，目前各區會擺不平，是因為公式無法顯現實際狀況。
- 二、拜託各位委員，今天可以決議，請醫院協會做出符合錢跟著實際需求走的分配模式，我代表楊委員漢淥，醫院協會會盡快整合大家的意見並進行討論，看看各分區有何困難，因為最後的決定是由各分區去推動。
- 三、東區人口萎縮最多，醫療需求最大，平均每人醫療費用很高，東區醫療資源並不充足，若充足，醫療需求會更多，目前東區

的點值已經是 6 區最慘的，若這樣決定，會對各分區實質產生很大的衝擊。我們承諾，等健保署資料算出來，6 分區會盡快一起討論出符合「錢跟著實際需求走」的分配方式，這樣健保會就已盡到責任。不反對錢跟著人走，但需要精確，錢是跟著實際需求才對。我們這次承諾要徹底解決問題，也將方法提出來，以實際數據計算就不會有爭執，若有爭執則由 6 區討論處理，應該要以錢跟著實際走為原則，不然東區會更慘。

戴主任委員桂英

先嘗試做決議，若委員不滿意可再討論。請謝委員天仁。

謝委員天仁

分配是健保會的權限，我們是否採取比較概略的分配，並將權限下到健保署做較細緻的操作，權限在委員手上。原則上，總額框定後，若發現各總額部門各區分配的結果不公平，就要將權力收回來，若沒有不公平，就放手讓他們去協調。但是目前看到有些地方有扭曲，我認為健保會適時介入是應該的，責無旁貸，付費者委員已提出 R 值前進的意見，請主席裁示。

戴主任委員桂英

在做決議以前，請問健保署有無補充意見？

蔡副署長淑鈴

- 一、請看會議資料第 49 頁，表 1-3 的模擬試算表，左上角的試算結果是現狀(同 105 年度 R 值門診 46%、住院 41%)，右下角是現在付費者代表的建議(R 值門診 50%、住院 45%)，我們尊重付費者代表的意見。
- 二、但是有個小小的建議，醫院部門若單純以現行公式調升門診、住院 R 值的比率，確實東區會有點問題。本署尊重委員對 R 值比率的調整，但決議時，建議保留一點彈性給東區，在預算分配至 6 區前，先撥部分預算到東區做微調之後，再照一定比率進行分配，這樣較能兼具各地的需要。

戴主任委員桂英

請問李署長伯璋同意嗎？

李署長伯璋

我記得滕委員西華曾問我對 R 值的意見，因為當時沒有看到實際數據，所以無法明確回答，回去之後有請同仁提供數據給我參考。地區預算分配，其實人口數是很重要的指標，當然醫療的花費也很重要，剛剛與蔡副署長淑鈴討論，本署完全尊重委員的意見，我擔任署長半年以來，在很多事務的溝通與協調上難免受到挑戰與壓力，但今天在這個位子，面對台灣的醫療生態，須要有擔當，以上向各位委員報告。

戴主任委員桂英

請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

- 一、2 點意見，首先，依現行公式，會議資料第 49 頁，表 1-3 的模擬試算表，其 R 值已校正人口風險因子(包含年齡性別指數及標準化死亡比)，與剛剛謝代理委員文輝所提，人口數須經年齡校正是一致的。
- 二、其次，建議程序上，應該由醫界先提出計算原則，再由健保署試算，若沒有共識的原則，等到健保署算出數據後，醫界內部還是會要求異動，屆時還是一團亂。如同張委員煥禎所言，不管結果如何，共識原則先出來，試算的結果大家都要接受，不要讓健保署先試算，看到結果之後，又要回頭調原則，這樣又會重來一遍。

謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)

- 一、同意黃委員偉堯的意見，已向大家報告，我們很不容易已經凝聚這個共識，原則就是要很精準的計算，事實上健保已有 20 年實際的數據，這次就依照實際數據試算，結果出來後，由 3 個層級及 6 分區代表聚集討論。不過各分區還是會有些差異，有些醫療資源較多，民眾使用會較多，國外研究是這樣，還有

特殊區的問題，因為大家都是同行，該做哪部分的調整就調整，就是希望不要讓各分區受到太大的衝擊，若真的和目前有很大的差異，也會逐年引導。

二、若一下子決定門診、住院的 R 值前進至 50% 及 45%，剛剛健保署已提出，東區會發生很大問題，以後每年都會遇到同樣的問題，又需要弄個違章建築，東區這樣，留個預算給東區，若發現哪個分區又有問題，這樣就等於沒原則。地區預算分配 10 幾年來吵成這樣，這次請給醫界 1 個機會，讓我們朝凝聚共識的方向去解決問題，這次 3 個層級代表都有基本共識，我們會想 1 套共識的原則，請健保署幫我們試算後，內部會盡快整合，若很快有結論，明年就做，若沒有，至少明年不會有爭議。

戴主任委員桂英

請干委員文男。

干委員文男

這個案已經討論很久，怎麼討論也不會有結果，尊重蔡副署長淑鈴提的建議，對東部保留些彈性，其他依付費者委員所提的意見。今日工作今日畢，明天還有新工作，醫界的想法或新的辦法，明年可以儘早提出來，若大家認同就沒問題。今年這個分配公式沒有問題，其他部門都在用，你們提的方式，也有人提出反對意見，這個案已經討論太久了。

戴主任委員桂英

請陳代理委員順來。

陳代理委員順來(侯彩鳳委員代理人)

健保署建議給予東區保留彈性，但似乎每年都會保留一些經費給東區，是否公平請健保署再評估，不要每次都提東區，好像有特殊的原因，若真有特殊原因，我也同意。

戴主任委員桂英

請羅委員紀琮。

羅委員紀琮

- 一、若我們已經訂出原則，就不宜說哪個地方，如東區，有特殊性再另外考量。若明年又發現北區有甚麼問題，又須另外考量；那麼分配原則及分配結果會無效。若已經訂出分配公式，就不宜在公式之外另增加特殊考量，這樣以後大家會將力量放在後面。要不然就在前端先考慮特殊性，之後再分配其他。
- 二、大家一直提到的原則是講求公平，贊成黃委員偉堯與陳代理委員順來意見，訂定分配公式時，對於如何調校人口結構，如何做未來推估等需要提出來討論，因為這會影響分配結果。

戴主任委員桂英

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、剛剛大家一直聚焦在東區，我對醫院總額沒有意見，提供 1 個資訊供大家參考，東區與西部有 2 個很大差別，即東區族群結構與西區不同，東區有 3 成是原住民，其健康與公衛需求與西部不同的。
- 二、東區因為過去歷史因素，在精神科病床占 13%，一般來說西部醫院平均值在 5% 以下，在統計學上有顯著差異，精神科病床的資源耗用比西部高很多，這部分東區醫院與西部耗用情況不一樣的。
- 三、由結果面來看，東區的醫院沒有 1 家財團法人醫院，不是軍醫院，就是佛教或基督教醫院，代表東區醫院多是靠捐款維持營運，因為醫療規模經濟不合成本。事實上東區採 Trans(門診市場占有率或稱為轉診型態)作為西醫門診之風險校正因子是不對的，1 個醫學中心需要有 100 萬人口支撐，但花蓮才 30 幾萬人口就有 1 家慈濟醫院。在座各位有些是工商業大老，知道經濟規模不到一定程度就不應該投資，但東區情況不同，以救護車來說，從花蓮開到最近的西部醫學中心車速再快都需 3~4 小時，病人可能在路上就過世了，所以必須違反規模經濟的思

維，在東部設立醫學中心，所以醫療執行面在東區與西部有很大的差異，這一點請大家考量。

戴主任委員桂英

- 一、考量本案有許多委員關注，且是本屆委員應該決定的事項，剛剛詢問過健保署，若今天未做成決定，接下來健保署會很難處理，所以今天本案應該要有決議。
- 二、對於醫界提出的建議方向，以及專家學者委員所提建議，醫院協會代表委員都聽見了，希望專家學者的好意，加上醫院協會內部的協調，未來能與健保署共同研議具體方案，在明年協商前提出討論。
- 三、至於 106 年度醫院總額地區預算的處理方式為：門診部分 R 值前進至 50%，住院部分 R 值前進至 45%，並同意自一般服務移撥部分經費，作為風險調整基金，至於風險調整基金的額度及所涉執行面及計算等相關細節，授權健保署會同醫院總額相關團體議定。委員若無其他意見，接著進行討論事項第二案，請同仁宣讀。

林委員惠芳書面意見

- 一、醫師/院代表如有可行的方式，建請第三屆開會後即可納為重要議題進行商議，切不可如今年年初即已說要調整制度，卻一直沒有具體策略可以討論，年底再來反對調整。
- 二、東區主要並非老化，因人口危險因子已有年齡調整，而是因為運用(資源運用性不足)，因此同意 106 年先予東區風險調控，惟未來討論公式修正時應將區域資源特性納入正式思考。

捌、討論事項第二案「106 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳委員旺全

- 一、中醫師公會依健保會 11 月份委員會議的決議，於 12 月 18 日開會，形成共識的過程中，尊重民主的機制，提出相關方案。請各位參看會上補充資料，第 1 份是中醫師公會將建議案函送健保署，第 2 份是健保署回覆中醫師公會之電子公文。非常感謝健保署的協助，我們發文日期是 12 月 22 日，當天健保署就發文回覆本會，請看健保署回覆的電子公文，對本會所提 3 個建議案，提供建議及試算結果。
- 二、向各委員說明，對方案一，健保署認為所提內容定義不明確，建議我們以委託研究方式，請專家學者通盤考量或建立適合中醫之地區預算分配模型。換句或說，健保署無法試算結果。對方案二及方案三，健保署建議相關指標修正如電子公文之附件，請主席容我請這 2 個方案的提案人補充說明。先請陳醫師憲法說明。

戴主任委員桂英

請陳醫師憲法。

陳醫師憲法(中醫門診醫療服務審查執行會中區主委)

- 一、主席、各位委員及在座長官好，有關地區預算分配方案，中醫內部有許多的討論，方案二由我草擬，並送健保署試算，本案主要透過支付不同點值，使更多資源挹注到「較不足區」、「不足區」，以鼓勵醫師至更偏遠地區執業，落實不同地區有不同的點值。
- 二、中醫總額執行這麼久了，地區預算分配參數中，人口占率的提升，對於引導中醫師分布方面仍不盡理想。希望透過本方案支付不同點值的分配方式，鼓勵醫師至更偏遠地區執業，提升民眾就醫公平及促進各區醫療資源均衡發展，避免城鄉差距惡化。

三、當然方案實施初始，醫師分布不可能快速移動，希望幾年後，新開業的醫師能往支付點值較高的偏遠地區開業，達到計畫目的。分配方式計算，主要透過前 1 年的基期做分配，目前 R 值已前進至 8%，北區因人口占率提升，因此先挹注 3 千萬元補其不足，經計算後，各區的分布情形較為均衡，請大家參閱，謝謝。

戴主任委員桂英

接著請方案三的提案人。

陳委員旺全

請黃醫師科峯說明。

黃醫師科峯(新竹市中醫師公會理事長)

一、主席、各位委員及長官午安，北區一直以來都依循健保會決議，希望調升人口占率，朝錢跟著人走的方向分配預算。106 年度地區預算分配方式，是遵循中醫師公會之前通過的版本，也就是施醫師純全所提的分配案做為提出的新方案，若未獲通過，就依健保會的決議，「各區戶籍人口占率」5 年調升 10%，106 年調升 3%。

二、因為要提備案，中區及北區各擬 1 草案，北區提出的方案三，依上述所提之精神，再做部分修正，主要分為 2 部分說明：

(一)明年新增預算部分，先行提撥 106 年度一般預算之 1%(2.4 億元)彌補北區人口快速成長的醫療需求，過去這幾年，北區湧入 20 多萬的人口(註：北區戶籍人口 104 年較 95 年增加 29.2 萬人，成長率 8.7%，相較全區成長率為 2.7%)，過去預算分配並未真實反應北區之醫療需求，故在此草案中提出，剩餘的部分，就依照各區戶籍人口占率進行分配。

(二)原本舊有的預算分配，希望指標 2(各區戶籍人口數占率)106 年調升 3%。指標 1 (95 年第 4 季至 98 年第 3 季之 5 分區實際收入預算占率)，以近 3 年為基期，做整體通盤的規劃。

三、草案的提出是 1 個備案，北區仍會依循健保會的決議，新的方

案提出來都希望能符合「各區戶籍人口數占率」5 年前進 10%，106 年前進 3% 的決議，以上報告，謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝。請問陳委員旺全還有補充嗎？

陳委員旺全

非常抱歉，因為昨天剛收到健保署的回覆，今天才將資料送達委員手中，跟委員報告，這麼長久以來，中醫地區預算都沒有談妥，自我接任理事長至今剛好滿 2 個月，這麼短的時間內，要我急速提出相關方案，真是非常急迫。請參看健保署回覆之電子公文，說明二、(一)是版本一，(二)是版本二，(三)是版本三，健保署已非常明確提出試算結果供參考，本會尊重各委員指示辦理，謝謝。

戴主任委員桂英

針對中醫師公會來函所建議的 3 個方案，健保署也已回函逐一說明，因為方案一無法試算，今天的討論重點是否放在方案二、三，還是委員有其他意見？

滕委員西華

不管是哪個方案，都是第一次看到，即使是健保署協助試算的後面 2 個方案，對照今天會議資料第 67 頁「106 年度依『各區去年同期戶籍人口數占比 8~13%』分配之各區預算估計值」，我看不到健保署認為這 2 個方案，哪個可行，請健保署針對試算版本，與中醫師公會所提的方案做對應比較說明。

戴主任委員桂英

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

委員好，剛才陳委員旺全前 2 句話就道盡了我們跟你們一樣的狀況，本署前 2 天收到中醫師公會送來的公式，當天就將試算結果回覆中醫師公會，試算過程中，看到一些結果，但合理性與否未有足夠時間研議，但就目前資訊可以作如下觀察：

一、方案一，因定義不明確根本無法試算。

二、方案三，試算結果北區成長 11%，其餘分區成長較低，若中醫師公會接受方案三，則有待擺平內部各區的聲浪。

三、目前可考量的是方案二及現行方案，誠如剛才委員的建議，中醫總額自 95 年以來，即未使用 R 值(各地區校正風險後保險對象人數)及 S 值(總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用)當參數，另外訂定其他參數計算。若中醫師公會能提出更好的方式，健保署是給予尊重。但方案二的參數只剩下 3 個，比原來(6 項參數)稍微減少，此方案之「各區戶籍人口數占率」僅 10%，剩下的參數為醫療利用情形。這與健保會決議 R 值往前進的方向不相符，提出來供委員參考。因為時間緊迫，署裡與各委員一樣，資料僅初步試算，也尚未進一步研究。以上報告，謝謝。

戴主任委員桂英

請滕委員西華。

滕委員西華

一、第 1 點，不管是方案二或三，都是先提撥 1 筆經費予北區，1 個是提 3 千萬元，1 個是提 2.4 億元。第 2 點，這 2 個方案都少了中醫部門之前所提的區中有區的概念，以補足某些因 R 值前進後，某些縣市內之醫療資源不足區鄉鎮，不知道為何區中有區的概念都不見了。以中區為例，南投縣與台中市醫療資源分布完全不一樣，所以希望有 1 筆預算保障這些地方，類似區中有區的概念，我記得當時健保會付費者代表是支持的，方案二、三看不到區中有區的概念，不論提撥 3 千萬元或 2.4 億元予北區，都無法告訴我們提撥額度是合理的。

二、方案二的分配參數來看，都是以醫療利用率為主要參數，醫療利用率直接 link(連接)到點值，還要保障某些地區點值每點 1 元，此已違反總額協商原則，我們只有在特殊項目做點值保障。原分配方式的參數中，是以「偏鄉人口預算分配調升機制」參數做保障，除了偏鄉撥補點值至 1 元或 1.1 元之外，個

人無法接受其他撥補點值的作法。

三、目前所提方案二、三，都沒有比現行方案 R 值前進的處理方式更好，中醫師公會所提出分配參數，80%要用在醫療利用率(前 1 年各區各季之就醫保險對象就醫人數占 5 分區各季就醫保險對象就醫人數占率)，10%為「各區戶籍人口數占率」，10%為當年前 1 季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率」，若沒有透過 R 值分配，而以醫療利用率作為主要參數，中醫師還是會集中在都會區開業，高利用地區又會再墊醫療利用，然後再說點值很差，須要再以其他機制撥補點值到每點 1 元，怎麼說都是總額吃虧。怎麼可以呢？

四、依我的初步理解，方案二、三都沒有比人口占率前進更有說服力，剛在醫院總額時已經說過類似的話，醫院總額 R 值也前進了，中醫目前的分配方式，已有 6 個參數納入調整，就算「各區戶籍人口數占率」調升至 11%，相較其他總額部門，人口占率還是較低。中醫地區預算分配參數中之「各區戶籍人口數占率」以 5 年調升 10%，是去年妥協後的決議。中醫師公會所提出的方案並沒有說服我，我不知其他委員想法，但我覺得仍要依去年決議，「各區戶籍人口數占率」之參數前進至 11%，謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝，請問其他委員有無意見？請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

一、我需要釐清一些問題，請問方案二，是否依序扣除東區 2.22% 預算、風險校正基金 1.5 億元(含北區 3 千萬元)，扣完之後再扣除前 1 年 5 分區一般部門預算分配數，扣除前開 3 項後，餘款再依 80%「各區去年同期人數利用占率」、10%「各區去年同期戶籍人口成長率占率」、10%「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數指標加權校正後之占率」進行分配？我不知扣除前開 3 項後，餘款會有多少，也許剩下金額很少，若依此分配方

式，則人口因素的影響就不見了。這是我的理解，還請補充說明。

二、方案三是否比照方案二，先扣除部分預算，再做「各區戶籍人口數占率」分配，可否先說明用來依「各區戶籍人口數占率」分配的金額是多少。

三、再者，剛才中醫師公會提出過去以 R 值進行地區預算分配，對中醫師人力分布無太大的影響。實際上中醫總額實施後，直到 2005、2006 年以前，R 值調升對中醫師分布具有影響力，也就是地區預算於 2006 年首次改為東、西 2 區制之前，對醫師人力分布有正面影響。若記得沒錯的話，施醫師純全曾經計算，醫師人力確實有改變，但改為 2 區制後，醫師人力的變化就不受 R 值影響。因為改變後的分配方式，「各區戶籍人口數占率」參數多年僅維持 5%，其他 95% 的預算分配不受人口因素影響，以上補充說明，謝謝。

戴主任委員桂英

因為時間緣故，不再徵求委員意見，我先嘗試做決議，若大家可以接受...(陳委員旺全舉手表示發言)請陳委員旺全。

陳委員旺全

有關黃委員偉堯之質疑，請陳醫師憲法說明。

陳醫師憲法(中醫門診醫療服務審查執行會中區主委)

一、說明黃委員偉堯提出的問題，黃委員說的沒錯，方案二是以前 1 年 5 分區一般部門預算分配為基期，剩餘的成長率部分再依指標分配。方案中也含有區中有區的概念，透過不同區不同點值分配，讓醫師選擇在區中較弱勢地區開業。這是依循健保會決議，希望透過區中有區的方式進行地區預算分配。

二、至於扣除前 1 年 5 分區一般部門預算後還剩多少可分配預算，請參看健保署試算資料，可依參數分配之金額約 7.4 億元；風險調整基金 1.5 億元，扣除提撥北區 3 千萬元後，尚餘 1 億餘元，再優先撥補中醫師數較不足區之鄉鎮浮動點值，以上說

明，謝謝大家。

戴主任委員桂英

請問黃委員偉堯有進一步詢問嗎？

黃委員偉堯

與我所理解是相同的，只有扣除 3 項費用(東區 2.22% 預算、風險校正基金 1.5 億元，前 1 年 5 分區預算分配數)之後，剩餘的預算才依 3 項參數分配，其中「各區戶籍人口數占率」參數占 10%，若此，可依參數分配的預算數，僅占一般服務預算的 3.3%(7.4 億/228.4 億=3.3%)，換算之後，地區預算之分配僅約 0.3% 受 R 值影響。

戴主任委員桂英

請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

我支持滕委員西華的意見。

戴主任委員桂英

一、先試著做決議，本案與前一案相同，健保署表示，若今天沒有決議，無法處理後續相關的行政作業。在此特別感謝中醫師公會努力協調、溝通，但中區所提的方案架構改變過大，建議來年再繼續評估。

二、106 年度中醫門診總額地區預算的分配方式，還是採用現行的分配架構，請參看會議資料第 64 頁(二)：

(一)指標 2「各區去(104)年同期戶籍人口數占率」，由 8% 調升至 11%，本項調升 3%，請問其他指標如何配合調整？健保署有無意見？是指標 1「95 年第 4 季至 98 年第 3 季之 5 分區實際預算占率」配合調降 3% 嗎？(健保署表示：對)第 3~6 指標暫時不調整。

(二)所以指標 1 調整為 69%，指標 2 調整為 11%，本案就此定案，請問各位委員有沒有意見？(委員表示：沒有意見)

三、接著，個人有個徵詢，依照議程安排雖然還有 1 個討論事項，但若要討論完成，恐怕需要花費一些時間，可否依李委員永振的建議，先進行「政府應負擔健保總經費法定下限 36%之計算」專案報告，其餘討論事項及專案報告則移由下屆委員再行評估是否列入，大家是否同意？(委員表示同意)好！

陳委員旺全

主席，抱歉，同意您所做的決議，但是建議有風險調整基金，並授權由健保署與本會協調。

戴主任委員桂英

一、中醫師公會希望有風險調整基金(委員表示同意)，同意中醫門診總額比照醫院總額，自一般服務移撥部分經費，作為風險調整基金，至於風險調整基金的額度及所涉執行面及計算等相關細節，授權健保署會同中醫門診總額相關團體議定。

二、剛才委員已同意調整議程，請健保署進行專題報告。

黃委員啟嘉

主席，今日健保署提出一例一休相關的臨時提案，一例一休影響民眾權益甚鉅，且將衝擊整體醫療生態，是否有機會今天討論臨時提案。

戴主任委員桂英

黃委員啟嘉提議優先處理臨時提案，請問委員有無附議？(干委員文男：沒有附議)沒有附議，請黃委員啟嘉多包涵，可否先進行專案報告，因為未來本會委員，包括我自己也將有變動，建議今天先將過去委員關注的議題做個結束，現在優先進行「政府應負擔健保總經費法定下限 36%之計算」專案報告，謝謝。請健保署報告。

玖、專案報告第三案「政府應負擔健保總經費法定下限 36%之計算」
與會人員發言實錄

健保署蔡科長佩玲以投影片作報告

戴主任委員桂英

感謝健保署財務組蔡科長佩玲的報告，本會委員，同時也是財務專家的李委員永振非常關注此議題，請您先提供評論。

李委員永振

- 一、主席、各委員好，雖然接近中午肚子餓了，但還是要花一點時間說明一下。首先感謝健保署近 3 個月來想盡辦法說明本案，也感謝健保會幕僚同仁從旁協助，洪組長慧茹這 2 週以來一直與我聯絡，想早一點獲得 1 個合理滿意的結果，更要感恩各委員這段期間一同思考這看似簡單的議題，但實際上卻是個複雜的問題，今日說明之後，還是有模糊的地方，故希望在今天畢業典禮上能有個好的結論。
- 二、自接到健保署的報告後，我反覆的思考 2 週，終於找到造成健保署與我計算版本結果不同之關鍵點，是因為有 1 項與社會保險不相干的社會福利經費，竄入健保的財務收支結構內。
- 三、健保署是依法令進行計算，剛才已經詳盡的說明，105 年度政府應負擔健保總經費是以收入面計算，7 項政府已實質負擔保險費約 68.5 億元就變成 107 億元，而我們就是一直在討論其中的差異。感謝健保署列出 106 年度計算金額，因為 106 年度無應提列或增列安全準備金，此欄位值為 0，故可以用支出面來計算，若用支出面計算，3 個版本(含 7 項、不含 7 項、李委員永振版)的金額就一樣。
- 四、在此提出 1 個疑問，105 年度 7 項政府已實質負擔保險費約 68.5 億元，健保收入為何會減少 107 億元，而 106 年度 7 項政府已實質負擔保險費約 70.6 億元，健保收入減少也是 70.6 億元，怎麼會有這樣的結果？重點在這裡，同樣是 7 項政府已實質負擔保險費，但 105 年度被放大，多了約 38 億元，106 年

度同樣的 7 項政府已實質負擔保險費，健保署的計算與我的計算結果是相同的，這樣合理嗎？

五、再來說我的部分，我是用健保法第 10 條所規範被保險人、第 15 條投保單位、及第 27 條保險費負擔之加總計算出來的。社會福利的補助經費，應該是補助被保險人及投保單位，再依法繳交保險費，所以不應該在計算公式中被扣除，如此計算之後就不會有 38 億元的差異。

六、在 106 年也是同樣計算模式，減少的收入都是 7 項政府已實質負擔保險費，感謝健保署對我的計算公式提出是否重複計算 7 項政府已實質負擔保險費之質疑，確實是，但是針對剛才所提強行加入的不速之客，我們需要調整做法，因為這 7 項政府已實質負擔保險費會影響到安全準備金。

七、請參看剛才所發的資料，105 年度安全準備金含 7 項政府已實質負擔保險費是 36 億元，不含 7 項是 143 億元，但因要扣除政府已實質負擔保險費 68.5 億元，修正之後，事實上安全準備金提存為 75 億元。接著請看 106 年度，安全準備金欄位呈現負值，其意思是安全準備金無法再提存，但非不能變動，而是由安全準備提列數 2,000 多億元再收回來，若依健保署的算法，需再收回來 164 億元，依照我的算法，請更正書面資料為 94 億元，但是還需再減掉 7 項政府已實質負擔保險費，計算結果與健保署相同為 164 億元。

八、用我的方式，這 7 項政府已實質負擔保險費對健保費的收入影響是相同的，提列安全準備經過修正之後，也是一樣的，並沒有產生 2 個年度結果不一樣的情形。這裡是有點複雜，簡單說，健保署 105 年度是將含 7 項政府已實質負擔保險費 68.5 億元，變成 107 億元，106 年度計算結果 70.6 億元還是 70.6 億元，這 2 年度的計算結果是不一樣的。我的算法是將政府補助社會保險福利交給被保險人及投保單位後，再繳交健保費，故不會多出 38 億元，但是這算法必須修正應提列或增列安全

準備，106 年度亦相同，經過調整之後，減少的部分是一樣的，安全準備提存也是相同。

九、但是還有個問題，這裡可能與健保法第 76 條提列安全準備之遵循有關，此部分需請健保署與社保司再深入研究。若計算上違反健保法第 76 條，還需再考量健保法施行細則第 45 條之修訂，是否會牴觸母法第 27 條之規範，聽說健保法施行細則修訂結果今日會公布，提醒社保司注意法規是否牴觸，因健保法第 27 條對保險對象、投保單位及政府的保險費負擔比率已有規定，現又納入 7 項政府負擔費用，將來還不只 7 項，若與健保法第 27 條有所牴觸，將失其效力，應再審慎研議。若無牴觸，健保署依法計算的公式 2 年結果不一致，故將這 7 項視為政府已實質負擔保險費由政府直接繳納是不合理的！差異點就在這裡。

十、最後，健保署在背景說明中提到，在二代健保修法前，政府負擔保險費占一般保險費之 33~34%。為照顧全民，故修法時提高至 36%，當初雖是立委所提，也是政府美意，我期許未來執行時，能掌握原立法意旨，不要想盡辦法打折扣。就像剛才討論的 C 肝新藥，應打鐵趁熱，不要拖拖拉拉，等實施時都已冷掉了。

戴主任委員桂英

謝謝李委員永振，其他委員對本案有無意見？請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

一、本案癥結點除李委員所提意見外，主要在 2 位前政務委員於協商會議所作結論，是否違反健保法相關規定？另，背景說明第 2 項提到「本案尊重主管機關衛生福利部對健保之法令解釋權及計算方式」，但「另原住民健保費等 9 項均屬健保收入面中政府已實質負擔之保險費，應予列入」，後面還加註「自 104 年度起實施」，2 位前政務委員所做的結論可以違反相關法令規定嗎？

二、衛福部在協商過程中，並未堅守自己的立場，以致造成現在的結果，還有健保財務現為政府其他政策收拾善後。但，法令規定很明確，卻以會議決議來推翻，這是很不應該的。

戴主任委員桂英

請羅委員紀琮。

羅委員紀琮

一、我非常佩服李委員永振的認真。對這個問題，經過仔細聆聽後，不知有無理解錯誤？首先，在討論 105 年及 106 年計算原則有無不同時，我認為健保署最初在 105 年政府應負擔總經費 36% 的計算上，與李委員永振看法是一致的，亦即那 7 項保費補助款的金額並不是直接計入政府應負擔健保總經費 36% 的金額，而是按照分攤比率計算，因此這部分的總金額會從 68.5 億元增加為 107 億元。

二、就我對健保法第 27 條的解讀，這個條文規定各類目保險對象分擔比率，各類目保險對象保費加總後的金額，是政府應負擔健保總經費 36% 的計算基礎，換句話說，原來過去政府負擔的部分大約只有 34%，因此現在就必須再增加負擔的金額。但從實質負擔這個觀點來看，105 年健保署就會將那 30 幾億元(107 億元減 68.5 億元)，列入政府應負擔健保總經費 36% 的額度內。

三、106 年起適用新規定後，上述的問題就不會發生，新解釋的那個金額也就不存在，因為 7 項政府已負擔保險費是在最後才加以扣除，因此就沒有以上計算方式不同的問題，這是我的理解。如果我的理解正確，那麼健保署的計算就沒有問題，除非我們要用其他新的解釋或是觀點來看待此事。

李委員永振

一、我知道時間很趕，但我還是需要再加以說明，因為癥結點在這 7 項政府保費補助款是社會福利，講不客氣點，是硬拗進來的，但沒關係，拗進來就拗進來了，因為已經完成立法。但關

鍵是這些保費補助款要如何繳？我剛才一直解釋，根據健保法第 10 條、第 15 條及第 27 條規範，這些社會福利的補助款應該是應該由各類保險對象、投保單位來繳交給健保署，因此 105 年計算政府應負擔健保總經費 36% 時，就不可以把公式中保險對象、投保單位的 68.5 億元減掉，因為減掉之後就會放大多出那 30 幾億元的差異，癥結點在這裡。

二、106 年何以沒有這個問題，因為是以支出面去計算，沒有除以 64%。我所質疑的是同樣的社會福利補助款，為什麼 2 年的金額會不一樣，事實上，公式並沒有錯，錯是錯在這些錢是怎麼繳的？健保署的看法是這些保費補助款是政府實質繳的，因此直接就算在政府應負擔健保總經費 36%，所以要扣掉那 68.5 億元，但扣掉之後，再依公式回推，總金額就會被放大啊！但是 106 年沒有去除以 64%，算出來的結果就沒有被放大。

三、因此我才會質疑，健保法施行細則第 45 條的修正是否會抵觸到健保法母法，等一下或可請法律專家謝委員天仁解釋。誠如剛才趙委員銘圓所言，2 位前政務委員於協商會議所作結論，最後不是也被立法院打臉嗎？當時何委員語、滕委員西華跟我等幾位委員到立法院抗議，結果成功要回 116 億元，抗議到最後也算是有點成果，但是立法委員可能無法想清楚所有的細節。聽說健保法施行細則第 45 條修正案今天就會公布，但這幾天反覆思考，還是要在此提出看法，請社保司及健保署再予以考量。

戴主任委員桂英

謝謝李委員永振。剛才主計總處的陳委員幸敏也有意見要表達，請陳委員。

陳委員幸敏

一、我簡短說明一下，有關政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之計算，健保署這次所提的報告資料中寫的很清楚，當時行政院是採用衛福部的算法，所以現在的計算方式是衛福部的算法。

- 二、至於未來是否要改變算法，當然各界有很多的意見，但將來無論是採收入面或支出面的算法，很重要的是要考慮前後年度的一致性，不能說這個年度以收入面數據計算有利，就以收入面計算，下一年度以支出面數據計算有利，又改成以支出面計算，前後年度的一致性是我們要注意的。
- 三、如果前後年度採用不同的計算方法，會讓外界認為是有選擇性的處理方式。而且健保的財務收支，將來都要面對外部監督單位審計部的相關審核，所以在此，請衛福部及健保署未來處理時，務必要留意前後年度一致性處理的問題。

戴主任委員桂英

- 一、非常感謝李委員永振長期以來對本案的關注，李委員最後也肯定健保署，認為他們其實相當努力。我們都了解，政務委員主要處理部會間不同的意見，本案歷經一番協調才走到現在的結果，建議本報告案就洽悉。
- 二、至於未來的處理方向，李委員永振建議，應該要好好研析。主計總處的意見也很重要，不能因某個年度以收入面計算比較有利，就以收入面計算，下個年度以支出面計算比較有利，就以支出面計算，計算的邏輯應該要有一致性，本案討論可否告一段落？請李委員永振。

李委員永振

- 一、針對主計總處的意見，我要補充說明，事實上我一開始的主張也不應單純視為支出面，因為健保法第 2 條對保險經費的定義是指保險給付支出及應提列或增列之安全準備，而提列或增列的安全準備也包含了收入，只是它的計算比較複雜。106 年因為沒有安全準備這 1 項，所以很簡單，就是用保險給付減掉法定收入就可以了，但健保署剛才的報告中，105 年安全準備部分，因為沒有政府的數字很難計算，所以健保署就用另一種方式，從收入面處理，雖然用數學方式證明，這個算法可以成立，但問題在不應該扣掉那 68.5 億元，癥結是在這裡。

- 二、現行的公式可以成立，收入面跟支出面計算的邏輯也是一樣。我只是主張扣掉的那部分不能被扣掉，因為扣掉之後，數字的影響就會被放大。如同剛才主計總處代表所言，前後年度的基礎應該要一致。
- 三、今天這個報告案要洽悉，我不反對，但請將這個議案繼續列入追蹤，因為監理健保財務是本會的職責，如果就這樣模糊帶過，將來我們第 2 屆的委員都要負責。

戴主任委員桂英

- 一、本案健保署已報告完畢，所以洽悉。但是李委員永振關切的計算問題，以及未來計算方式是否有改變等意見還是繼續追蹤。
- 二、經過大家熱烈的討論，目前還剩下 1 個討論案、1 個臨時提案及 2 個專案報告，不得已只好留待下次會議再處理。請問委員是否有反對意見？(未有委員表示反對)
- 三、今天很高興，林部長奏延及督導全民健保業務的蔡常務次長森田都蒞會給予委員鼓勵，現在邀請林部長跟大家說幾句話。

林部長奏延

- 一、戴主委、各位健保會委員、健保署李署長及各位同仁，大家好！首先要跟大家抱歉，今天因為監察院到行政院巡察，因此本人必須配合待在行政院，回部的時間比預計稍微晚了些。
- 二、今天是健保會第 2 屆委員的最後一次會議，真的很感謝各位委員在過去 2 年，犧牲自己的時間，積極投入健保事務，健保會的會議很是困難，聽說大家都很優雅的開會，並完成諸多深具挑戰性的任務。我們都知道全民健保是國家安全最重要的一環，健保絕對不能倒是全民的共識，但如何使健保永續發展，各位委員真的貢獻良多，例如最近本部所推動的分級醫療、提昇基層醫療服務量能及 C 型肝炎新藥等政策，雖然大方向都正確，但經過各位提出寶貴意見，才使我們有機會將政策內涵修正得更好，非常感謝大家，期盼大家能攜手，一起往更好的方向繼續努力。

三、未來希望本屆委員仍秉持一貫維護健保制度穩健發展的精神，繼續給予鞭策，日後若有相關建言，隨時透過電話或簡訊等管道來聯繫李署長、蔡次長或是我本人都可以，相信大家最近也都發現，現在的健保署變得好溝通。此外，要特別感謝戴主任委員，以豐富的行政經驗，嫻熟且耐心地處理議事，使這一屆的委員會議能夠圓滿。最後祝福各位委員及在座先進新年快樂！身體健康！

詢問(委員會議)日期：105 年 11 月 18 日
電子郵件回覆委員日期：105 年 12 月 20 日

表 106 年度醫院總額付費者代表方案與部裁定公告比較表

項目	付費者代表方案		部裁定公告		部裁定與付費者方案之差異	
	成長率(%)或金額百萬元	預估增加金額百萬元	成長率(%)或金額百萬元	預估增加金額百萬元	部裁定公告事項	付費者建議事項
一般服務						
醫療服務成本及人口因素成長率	4.203%	16,337.2	4.203%	16,337.2	醫療服務成本指數改變率所增加之預算(8,967.4百萬元)，應用以調整「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，並優先以6,000百萬元調整重症項目，整體調整方案應送全民健康保險會備查。	醫療服務成本指數改變率所增加之預算(8,967.4百萬元)，應用以調整「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，並優先調整重症項目(費用比率至少占本項預算60%)，整體調整方案應送全民健康保險會備查。
投保人口預估成長率	0.113%		0.113%			
人口結構改變率	1.778%		1.778%			
醫療服務成本指數改變率	2.307%		2.307%			
協商因素成長率	0.239%	929.0	0.382%	1,486.0		
品質保證保留款	0.100%	388.7	0.100%	388.7		
新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.531%	2,063.0	0.531%	2,063.0		
移列C型肝炎藥品費用至專款項目	-0.386%	-1,500.0	-0.243%	-943.0	公告版本 少移列557百萬元至專款	
違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.006%	-22.7	-0.006%	-22.7		
一般服務成長率	增加金額	17,266.2		17,823.2		
	總金額	4.442%	405,969.1	4.585%	406,525.0	總金額=一般服務基期費用(388,702.96百萬元)*(1+一般服務成長率)，因成長率已考慮扣減數不同，金額差異並非557百萬元(555.9百萬元)。
公告版本一般服務，因少移列C肝藥費，致增加557百萬元						

項目	付費者代表方案		部裁定公告		部裁定與付費者方案之差異	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	部裁定公告事項	付費者建議事項
專款項目(全年計畫經費)						
C 型肝炎用藥		2,655.0	2,655.0	2,655.0	1.包含自一般服務移列 943 百萬元。 2.本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式，並送全民健康保險會備查後，予以動支。 (部核定函：建議 C 型肝炎用藥，應編列相對比例之公務預算，持續爭取中)	1.包含自一般服務移列 1,500 百萬元。 2.宜選擇對病人最有效益之治療方式。 3.106 年應編列相對比例之公務預算。所提之執行計畫及治療適應症，送全民健康保險會備查，否則本項之新藥預算不得動支。
公告版本 專款金額同付費者方案						
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	12,452.5	3,500.0	12,452.5	3,500.0		
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	4,215.7	53.7	4,215.7	53.7		
醫療給付改善方案	997.5	121.2	997.5	121.2		
急診品質提升方案	120.0	-40.0	160.0	0.0		
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	300.0	-814.0	300.0	-814.0		
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	60.0	0.0	60.0	0.0		
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	800.0	0.0	800.0	0.0		
公告版本 增加 40 百萬元						
公告版本專款 增加 40 百萬元						
專款金額	21,600.7	5,475.9	21,640.7	5,515.9		

項目		付費者代表方案		部裁定公告		部裁定與付費者方案之差異	
		成長率(%)或金額百萬元	預估增加金額百萬元	成長率(%)或金額百萬元	預估增加金額百萬元	部裁定公告事項	付費者建議事項
成長率 (一般服務+專款)	增加金額(註1)	5.618%	22,742.1	5.765%	23,339.1	公告版本總計增加597 (一般增557+專款增40) 百萬元	
	總金額		427,569.8		428,165.7		
門診透析 服務 成長率	增加金額	2.975%	598.7	2.975%	598.7		
	總金額		20,724.0		20,724.0		
總成長率 (一般服務+專款+門診透析)	增加金額(註1)	5.493%	23,340.8	5.633%	23,937.8	公告版本總計增加597 (一般增557+專款增40) 百萬元	
	總金額		448,293.8		448,889.7		
較105年度核定總額成長率		5.881%	—	6.021%	—		

註：1.衛福部核定公告之「增加金額」，較付費者版本增加597百萬元(移列C型肝炎藥品費用至專款項目差異為557百萬元、急診品質提升方案差異為40百萬元)。

2.因應106年度醫院總額編列C型肝炎用藥專款項目，自一般服務移列943百萬元之C型肝炎藥品費用至專款項目，故計算107年度醫院總額一般服務之基期費用(即106年度醫院總額一般服務費用)，將不包含943百萬元之C型肝炎藥品費用。

委員會議日期：105 年 12 月 23 日
會議現場發送資料(中醫師公會提供)

檔 號：
保存年限：

中華民國中醫師公會全國聯合會 函

會址：新北市板橋區民生路一段 33 號 11 樓之 2
電話：(02)2959-4939
傳真：(02)2959-2499
E-mail：tw.tm@msa.hinet.net
承辦人：王逸年 分機：17

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國 105 年 12 月 22 日
發文字號：(105)全聯醫總全字第 0089 號
速 別：
附 件：如主旨

主 旨：檢送「中醫門診總額地區預算分配」建議案，請 查
照。

說 明：

一、依據 105 年 10 月 28 日衛生福利部召開全民健康保險
會第 2 屆 105 年第 10 次委員會議及本會 105 年 12 月
18 日召開中醫門診總額執行會第 21 次委員會議辦
理。

二、本會 105 年 12 月 18 日中醫門診總額執行會第 21 次
委員會議決議：三方案併呈 (詳附件一、二、三)。

中醫全聯會
校對章(四)

正本：衛生福利部全民健康保險會
副本：衛生福利部中央健康保險署

理事長 陳昭全

附件一 中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫(方案一)

- 一、依據 105 年 10 月 28 日衛生福利部召開全民健康保險會第 2 屆 105 年第 10 次委員會議及本會 105 年 12 月 18 日中執會第 21 次委員會議辦理。
- 二、全民健康保險中醫門診總額支付制度迄今，不斷面臨「預算分配」與「資源分布」的問題，並嚴重影響部門內醫療院所的和諧與相互合作。為導引中醫醫療資源均衡分布，促使保險對象獲得公平待遇，兼顧中醫部門的發展，擬研提地區預算分配校正建議，引導資源有效分配，使中醫門診總額支付制度之地區預算分配方式更臻完善。
- 三、104 年全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核委員建議：請各總額部門針對六分區之醫療資源，可進一步再分為「較充足區」與「不足區」，並透過支付不同點值，使更多資源挹注到不足區，以鼓勵醫師至更偏遠地區執業。

擬辦：

一、地區預算：

(一)地區範圍：以衛生福利部中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1、以每人平均中醫醫療費用方式分配地區預算，校正每年六區戶籍人口之實質變動：以資料完整一年之六區一般醫療費用每人平均中醫醫療費用預算做為來年地區預算每人平均中醫醫療費用分配基礎(排除專款專用預算)。

2、新增醫療費用預算分配：

A.採區中有區方式支付不同點值：針對各區區內醫療資源缺乏地區及次缺乏地區訂定不同點值保障方案，以「預算分配」導引中醫醫療資源均衡分布，反應實際醫療利用需求，以期透過支付不同點值，使更多資源挹注到不足區，以鼓勵醫師至偏遠地區執業。

B.針對上述點值保障預算不足部分優先撥補。

C.將各區相較於現行方案基期之人口成長率差距分年納入地區預算分配之校正。

D.其餘預算依各醫療費用影響因子占率及權重進行分配。

註 1：影響因子包含：性別、年齡、人口【例：實際就醫地區投保人口涵蓋率(以六區當年戶籍人口數佔率替代)】、就醫率【例：實際就醫地區就醫人口占率、跨區就醫人口占率】、每萬人口中醫師數、平均家戶所得…等。

註 2：90-94 年度資料，依上述影響因子進行分析：

a.以相關係數探討各因子對醫療支出之相關程度。

b.以複回歸 (Multiple Regression) 方式探討各因子影響醫療支出之權重。

c.以逐步回歸 (Stepwise regression) 去除影響醫療費用因子解釋力過低之因子。

E.前述醫療資源缺乏地區、次缺乏地區，醫療費用影響因子及占率之定義，由衛生福利部中央健康保險署會同中醫門診總額受託單位並邀請衛生福利部全民健康保險會代表及專家學者代表，共同研議訂定之，議定後送交衛生福利部全民健康保險會備查。

F.醫療資源均衡獎勵分配：設定醫療資源均衡績效指標【例：基尼係數改變率、大島指數改變率…等】，對於達成醫療資源均衡績效之分區提供額外分配之獎勵，前述獎勵建議得納入來年之醫療費用總額協商。

G.前述分配除東區以外，五區間任兩區點值變動範圍若超過 10%(或平均點值落差大於 5%)，應立即進行調校分配。

H.新方案執行推動時，應設立風險調控基金，並於東區以外，五區間任兩區間平均點值落差大於 5%時啟動。

I.監測指標:檢討原方案實施以來醫療資源均衡績效指標【例：基尼係數改變率、大島指數改變率…等】改善情形並推估原方案戶籍人口占率，5 年調升 10%之預期成效作為監測指標，新方案醫療資源均衡績效指標之實施成效，若未能達到原方案之預期目標則停止實施新案。

二、其他：藥品以每點 1 元核算，自地區預算預先扣除。

附件二 中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫(方案二)

(中區草案)

壹、依據：

全民健康保險會協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

- 一、為規範中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配之實際操作方式、品質與醫療資源分布之管控，特訂定本計畫。
- 二、東區以外之五分區（以下稱五分區）分為「充足區」、「次充足區」、「較不足區」、「不足區」，按季分配，透過支付不同點值，使更多資源挹注到「較不足區」、「不足區」，以鼓勵醫師至更偏遠地區執業，落實不同地區有不同點值，並促進「民眾就醫公平及各區醫療資源均衡發展之分配」，避免惡化城鄉差距。

參、計畫期間：106年1月1日起至106年12月31日止。

肆、預算分配：

當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算（不含品質保證保留款），按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依下列方式依序進行預算分配：

一、東區預算占率2.22%，先予撥付。其餘五分區預算占率97.78%。

二、風險基金提撥及其分配：

(一)設立風險調整基金，全年提撥1.5億元，按季均分，每季3,750萬元。

1. 其中先提撥3,000萬元予北區，按季均分，每季750萬元。
2. 依各鄉鎮每萬人口中醫師數分為「不足區」、「較不足區」、「次充足區」、「充足區」，每季結算時，「不足區」鄉鎮之浮動點數，以該區前一季浮動點數，優先補至最高每點支付金額1.1元結算；「較不足區」鄉鎮之浮動點數，次以補至最高每點支付金額1.05元結算；「次充足區」鄉鎮之浮動點數，再以補至最高每點支付金額1元結算。

註.每萬人口中醫師數定義以健保署公布前一年(104年)11月

各鄉鎮每萬人口中醫師數區分：

- a. 「不足區」係指 $1 > \text{每萬人口中醫師數} > 0$ ；
- b. 「較不足區」係指 $2 > \text{每萬人口中醫師數} \geq 1$ ；
- c. 「次充足區」係指 $3 > \text{每萬人口中醫師數} \geq 2$ ；
- d. 「充足區」係指 $\text{每萬人口中醫師數} \geq 3$ 。

(二)每季風險基金分配後若有結餘，則回歸五分區當季一般預算。

三、五分區一般服務預算以前一年(105年)一般部門分配預算為基期，另加下列各分區分配款，北區一般服務費用另加各季移撥款。

四、105年中醫總額一般服務預算扣除風險基金提撥款、五分區基期預算，並加回風險基金分配剩餘款後，若金額不足則依五分區基期預算占率扣回，如有餘額則依下列參數分配(操作型定義詳附件)：

(一)80%金額以「各區去年同期人數利用占率」分配。

(二)10%金額以「各區去年同期戶籍人口成長率占率」分配。

(三)10%金額以「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率。

伍、管理機制：

一、中華民國中醫師公會全國聯合會（以下稱中醫全聯會）應成立「中醫總額共同管理組」，負責本計畫六分區總額事務之協調與管理。

二、中醫全聯會與全民健康保險保險人（以下稱保險人）成立共同管理機制，含各分區全民健康保險中醫門診總額支付制度保險委員會分會與保險人分區業務組，負責本計畫之管理、監控與檢討。

陸、執行與檢討：

保險人與中醫全聯會按季對醫療費用、品質與醫療資源分布及共管機制進行檢討。

柒、本計畫由中醫全聯會至全民健康保險會報告通過後，與保險人研訂執行細節，並報請主管機關核定後公告實施。屬執行面之修訂，由保險人逕行修正公告。

附件：指標之操作型定義

※各項指標計算過程結果，四捨五入取至小數點以下第6位（如：
 $99.9905\% \approx 0.999905$ ）

※計算時程：每季

指標1：前一年各區各季之就醫保險對象就醫人數占五分區各季就醫保險對象就醫人數占率

條件說明：

一、分子：前一年各區各季之就醫保險對象人數(身分證號相同者計一人)

二、分母： Σ 前一年五分區各季之就醫保險對象人數

註:保險對象身分證號相同者計一人。

三、不含職業災害案件等代辦事項(案件分類 B6、A3)、中醫醫療照護專案計畫(案件分類22)案件。

指標2：各區去年同期戶籍人口比占率

戶籍人口比=各區去年(105年)同期戶籍人口數/各區前年(104年)同期戶籍人口數

戶籍人口比占率：

分子：各區戶籍人口比

分母： Σ 各區戶籍人口比

註.五分區戶籍人口比占率加總為1

條件說明：

一、資料來源採用內政部戶政司統計資料(採季中戶籍人口數)

http://www.ris.gov.tw/zh_TW/346 (首頁 > 人口資料庫 > 人口統計資料
> 近期各月人口資料 > 03鄉鎮戶數及人口數)

二、各分區之各鄉鎮市區採用內政部戶政司之地區分類。

指標3：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

分母： Σ 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

一、「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」。

二、「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「特約醫事機構醫事人員」公務統計。

三、戶籍人口數及中醫師數採用季中數值。

四、各分區業務組之各鄉鎮市區如附表。

五、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數

= 各分區各鄉鎮市區中醫師數÷(各分區各鄉鎮市區戶籍人口數÷10,000)

六、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

(一)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

*該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 ≥ 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)

= -5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

*該鄉鎮市區~~本季~~每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(二)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 ≤ 全國平均值：

*該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 ≥ 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)

= +5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

*該鄉鎮市區~~本季~~每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(三)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(指標3)之權值和(Σdr_peop)

= 各分區 Σ 各鄉鎮市區權值(dr_peop)

*成長率之計算係與前季季中比較。

附件三 中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫(方案三) (北區草案)

壹、依據：

全民健康保險會協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

為規範中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配之實際操作方式、品質與醫療資源分布之管控，特訂定本計畫。

參、計畫期間：106年1月1日起至106年12月31日止。

肆、預算分配：

當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算(不含品質保證保留款)，按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依下列方式進行預算分配：

一、東區預算占率2.22%，其餘五分區(以下稱五分區)預算占率97.78%。

二、五分區各季預算分配方式如下：

- (一)106年自新增預算中，先行提撥2.4億元(約占106年度一般預算之1%)予北區，預算按季均分，每季提撥6千萬元。
- (二)各區以前一年一般部門分配預算先行撥付，以避免各區負成長。
- (三)預算餘額以105年各區戶籍人口佔率分配給各區。

伍、管理機制：

- 一、中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)應成立「中醫總額共同管理組」，負責本計畫六分區總額事務之協調與管理。
- 二、中醫全聯會與全民健康保險保險人(以下稱保險人)成立共同管理機制，含各分區全民健康保險中醫門診總額支付制度保險委員會分會與保險人分區業務組，負責本計畫之管理、監控與檢討。

陸、執行與檢討

- 一、保險人與中醫全聯會按季對醫療費用、品質與醫療資源分布及共管機制進行檢討。

柒、本計畫由中醫全聯會提至全民健康保險會報告通過後，與保險人研訂執行細節，並報請主管機關核定後公告實施。屬執行面之修訂，由保險人逕行修正公告。

電子公文

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
聯絡人及電話：歐舒欣(02)27065866轉2615
電子信箱：A110666@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國105年12月22日

發文字號：健保醫字第1050068993號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：見說明 (A21000000IUC03000_1050068993-1.xlsx, A21000000IUC03000_1050068993-2.doc, A21000000IUC03000_1050068993-3.doc)

主旨：貴會所提「中醫門診總額地區預算分配」三建議案，復如說明，請查照。

說明：

一、復貴會105年12月20日(105)全聯醫總全字第0083及0084號函。

二、貴會所提「中醫門診總額地區預算分配」三建議案，本署不做合理與否之判斷，僅就指標能否操作提供建議及試算結果供參考：

(一)版本一((105)全聯醫總全字第0083號函)所提之內容因定義不明確或無相關資料，本署無法協助試算。

1、案內所提「較充足區」、「不足區」、「校正六區戶籍人口之實質變動方式」、「不同點值撥補方式」、「區中有區」、「相關係數」、「風險調控基金金額」、「啟動風險基金後撥補方式」、「監測指標啟動時點」等因子請提供明確定義及計算參數與公式。

2、保險對象之所屬分區請提供明確定義。

3、基尼係數與大島係數為財富是否公平分配之指標，本署並無該類資訊。

48

48

衛生福利部全民健康保險會收發



105/12/22

1053340230

- 4、建議貴會採委託研究模式委請專家學者通盤考量後建立最適中醫之地區預算分配模型，相關資料可至本署資訊整合應用服務中心申請。

(二)版本二((105)全聯醫總全字第0084號函之中區草案)：

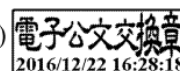
- 1、因原計畫分配指標1、指標2定義未明確，建議指標修正如附件1。
- 2、依修正計畫試算結果(附件2)：全年依序扣除東區2.22%預算、風險校正基金1.5億元(含北區3000萬元)後，預算餘額依3項分配參數加回5區，各區成長率介於3.26%至4.9%，全國成長率為3.52%。

(三)版本三((105)全聯醫總全字第0084號函之北區草案)：

- 1、建議修正後草案部分內容如附件3：
 - (1)修正預算分配中分配方式(包含提撥北區2.4億元、預算餘額依各區各季戶籍人口占率分配各區)。
 - (2)刪除原105年計畫指標1定義調整、指標2占率調整部分。
 - (3)因無剩餘預算作點值落差撥補，刪除該部分條文，修正計畫草案內容。
- 2、依修正後草案試算結果(附件4)：全年依序扣除東區2.22%預算、北區提撥款2.4億元後，預算餘額全數依104年各季各區季中戶籍人口占率分配至5分區，各區成長率除北區為11.2%外，餘5分區介於1.49%至4.06%，全國成長率為3.12%。

正本：中華民國中醫師公會全國聯合會

副本：衛生福利部全民健康保險會、本署醫務管理組(均含附件)



106年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫

(中區草案)

壹、依據：

全民健康保險會協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

- 一、為規範中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配之實際操作方式、品質與醫療資源分布之管控，特訂定本計畫。
- 二、東區以外之五分區（以下稱五分區）分為「充足區」、「次充足區」、「較不足區」、「不足區」，按季分配，透過支付不同點值，使更多資源挹注到「較不足區」、「不足區」，以鼓勵醫師至更偏遠地區執業，落實不同地區有不同點值，並促進「民眾就醫公平及各區醫療資源均衡發展之分配」，避免惡化城鄉差距。

參、計畫期間：106年1月1日起至106年12月31日止。

肆、預算分配：

當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算（不含品質保證保留款），按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件（每點以1元支付）後，再依下列方式依序進行預算分配：

一、東區預算占率2.22%，先予撥付。其餘五分區預算占率97.78%。

二、風險基金提撥及其分配：

（一）設立風險調整基金，全年提撥1.5億元，按季均分，每季3,750萬元。

1. 其中先提撥3,000萬元予北區，按季均分，每季750萬元。

2. 依各鄉鎮每萬人口中醫師數分為「不足區」、「較不足區」、「次充足區」、「充足區」，每季結算時，「不足區」鄉鎮之浮動點數，以該區前一季浮動點數，優先補至最高每點支付金額1.1元結算；「較不足區」鄉鎮之浮動點數，次以補至最高每點支付金額1.05元結算；「次充足區」鄉鎮之浮動點數，再以補至最高每點

支付金額1元結算。

註. 每萬人口中醫師數定義以健保署公布前一年(104年)11月各鄉鎮每萬人口中醫師數區分：

「不足區」係指 $1 > \text{每萬人口中醫師數} > 0$ ；

「較不足區」係指 $2 > \text{每萬人口中醫師數} \geq 1$ ；

「次充足區」係指 $3 > \text{每萬人口中醫師數} \geq 2$ ；

「充足區」係指 $\text{每萬人口中醫師數} \geq 3$ 。

(二)每季風險基金分配後若有結餘，則回歸五分區當季一般預算。

三、五分區一般服務預算以前一年(105年)一般部門分配預算為基期，另加下列各分區分配款，北區一般服務費用另加各季移撥款。

四、105年中醫總額一般服務預算扣除風險基金提撥款、五分區基期預算，並加回風險基金分配剩餘款後，若金額不足則依五分區基期預算占率扣回，如有餘額則依下列參數分配(操作型定義詳附件)：

(一)80%金額以「各區去年同期人數利用占率」分配。

(二)10%金額以「各區去年同期戶籍人口成長率占率」分配。

(三)10%金額以「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率。

~~伍、五分區預算分配之計算及各分區點值之核算詳附件2。~~

伍、管理機制

一、中華民國中醫師公會全國聯合會（以下稱中醫全聯會）應成立「中醫總額共同管理組」，負責本計畫六分區總額事務之協調與管理。

二、中醫全聯會與全民健康保險保險人（以下稱保險人）成立共同管理機制，含各分區全民健康保險中醫門診總額支付制度保險委員會分會與保險人分區業務組，負責本計畫之管理、監控與檢討。

陸、點值落差撥補執行與檢討

~~一、每季結算，西部任兩區浮動點值落差大於10%，或平均點值落差大於5%，立即進行撥補。~~

保險人與中醫全聯會按季對醫療費用、品質與醫療資源分布及共管機制進行監控與檢討。

柒、本計畫由中醫全聯會至全民健康保險會報告通過後，與保險人研訂執行細

節，並報請主管機關核定後公告實施。屬執行面之修訂，由保險人逕行修正公告。

附件：指標之操作型定義

※各項指標計算過程結果，四捨五入取至小數點以下第6位（如：
99.9905%≈0.999905）※計算時程：每季

指標1：前一年各區各季之就醫保險對象就醫人數占五分區各季就醫保險對象就醫人數占率。

條件說明：

一、分子：前一年各區各季之就醫保險對象人數(身分證號相同者計一人)

二、分母： Σ 前一年五分區各季之就醫保險對象人數

註：保險對象身分證號相同者計一人。

三、不含職業災害案件等代辦事項（案件分類 B6、A3）、中醫醫療照護專案計畫（案件分類22）案件。

~~四、本項為正向指標。~~

指標2：各區去年同期戶籍人口比占率

戶籍人口比=各區去年(105年)同期戶籍人口數/各區前年(104年)同期戶籍人口數

戶籍人口比占率：

分子：各區戶籍人口比

分母： Σ 各區戶籍人口比

註、五分區戶籍人口比占率加總為1

條件說明：

一、資料來源採用內政部戶政司統計資料（採季中戶籍人口數）

http://www.ris.gov.tw/zh_TW/346（首頁 > 人口資料庫 > 人口統計資料 > 近期各月人口資料 > 03鄉鎮戶數及人口數）

二、各分區之各鄉鎮市區採用內政部戶政司之地區分類。

指標3：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

分母： Σ 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

一、「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」。

二、「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「特約醫事機構醫事人員」公務統計。

三、戶籍人口數及中醫師數採用季中數值。

四、各分區業務組之各鄉鎮市區如附表。

五、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數

=各分區各鄉鎮市區中醫師數÷(各分區各鄉鎮市區戶籍人口數÷10,000)

六、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

(一)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

*該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 ≥ 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)

= -5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

*該鄉鎮市區~~本季~~每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(二)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 ≤ 全國平均值：

*該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 ≥ 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)

= +5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

*該鄉鎮市區~~本季~~每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(三)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(指標3)之權值和(Σdr_peop)

= 各分區 Σ 各鄉鎮市區權值(dr_peop)

*成長率之計算係與前季季中比較。

106年度地區預算分配中區草案試算版

年度/項目	成長率	第一季	第二季	第三季	第四季	全年合計
106年基期費用調整項目						
人口成長率差值所調整(+)		29,594,349	22,435,537	24,284,110	17,370,269	93,684,265
106年基期費用		5,549,248,188	5,685,583,855	5,609,527,421	5,961,227,197	22,805,586,661
106年一般部門預算	3.291%	5,731,873,946	5,872,696,420	5,794,136,968	6,157,411,184	23,556,118,518
step 1:品質保證保留款	0.100%	10,887,353	11,162,463	11,011,064	11,709,583	44,770,464
106年一般部門預算(未作四季分配)		5,720,986,593	5,861,533,957	5,783,125,903	6,145,701,601	23,511,348,054
step 2:扣除東區2.22%		5,593,980,691	5,731,407,903	5,654,740,508	6,009,267,026	22,989,396,127
風險校正基金提撥全年1.5億元	-	37,500,000	37,500,000	37,500,000	37,500,000	150,000,000
提撥完風險基金之全國金額		5,556,480,691	5,693,907,903	5,617,240,508	5,971,767,026	22,839,396,127
step 2:撥補每萬人口中醫師數低於1之鄉鎮至每點1.1元						
原105年各季各區預算						
補編鄉鎮與醫師數量金額(核對用,未列入預算推估)		31,072,961	27,399,584	31,215,003	32,338,034	122,025,582
台北		1,518,463,662	1,668,383,300	1,698,823,323	1,672,677,827	6,558,348,112
北區		639,890,550	699,081,865	715,183,424	714,434,804	2,768,590,643
中區		1,374,355,079	1,469,223,679	1,480,594,432	1,521,823,779	5,845,996,969
南區		779,440,611	807,813,187	806,120,743	855,298,003	3,248,672,544
高屏		866,967,557	914,078,605	914,027,639	949,629,037	3,644,702,838
東區		117,834,615	126,245,375	127,616,875	129,893,968	501,590,833
		5,296,952,074	5,684,826,011	5,742,366,436	5,843,757,418	22,567,901,939
東區與北區重新計算後(A):						
台北		1,518,463,662	1,668,383,300	1,698,823,323	1,672,677,827	6,558,348,112
北區		647,390,550	706,581,865	722,683,424	721,934,804	2,798,590,643
中區		1,374,355,079	1,469,223,679	1,480,594,432	1,521,823,779	5,845,996,969
南區		779,440,611	807,813,187	806,120,743	855,298,003	3,248,672,544
高屏		866,967,557	914,078,605	914,027,639	949,629,037	3,644,702,838
東區		127,005,902	130,126,054	128,385,395	136,434,576	521,951,927
小計		5,313,623,361	5,696,206,690	5,750,634,956	5,857,798,026	22,618,263,033
可依參數分配之差額						743,085,021
參數1:去年同期利用人數						
104年就醫人數 (80%)(a)						
台北		942,382	1,020,429	1,010,047	995,376	
北區		428,729	462,781	458,519	455,053	
中區		847,666	883,094	870,063	872,607	
南區		471,670	476,224	464,510	481,516	
高屏		503,566	512,284	503,277	514,348	
東區		58,118	61,895	60,205	60,089	
104年就醫人數比率 (80%)(C)=a/Σa						
台北		29.5046%	30.4169%	30.5481%	29.9911%	
北區		13.4229%	13.7945%	13.8676%	13.7110%	
中區		26.5392%	26.3232%	26.3144%	26.2921%	
南區		14.7673%	14.1953%	14.0487%	14.5083%	
高屏		15.7659%	15.2701%	15.2212%	15.4975%	
104年比103年戶籍人口比(10%)(D)						
台北		20.0330%	20.0139%	20.0999%	20.0130%	
北區		20.1257%	20.1750%	20.3096%	20.3211%	
中區		20.0001%	19.9996%	19.5744%	20.0172%	
南區		19.9138%	19.8943%	19.9926%	19.8046%	
高屏		19.9273%	19.9171%	20.0234%	19.8441%	
各分區各鄉鎮每萬人口中醫師數占率(10%)(E)						
台北		29.0469%	29.6510%	30.0831%	28.9681%	
北區		12.0353%	12.1763%	12.3978%	12.1863%	
中區		26.8002%	26.9237%	26.8302%	27.0640%	
南區		15.1566%	14.5861%	14.3408%	15.1018%	
高屏		16.9610%	16.6629%	16.3481%	16.6798%	
分配參數=80%C+10%D+10%E						
台北		28.5117%	29.3000%	29.4568%	28.8910%	
北區		13.9544%	14.2708%	14.3648%	14.2195%	
中區		25.9114%	25.7509%	25.6920%	25.7418%	
南區		15.3209%	14.8042%	14.6723%	15.0973%	
高屏		16.3016%	15.8741%	15.8141%	16.0504%	
假設依參數分配之差額四季平均分配(B)						
台北		52,966,553	54,430,964	54,722,225	53,671,212	215,790,953
北區		25,923,300	26,510,984	26,685,638	26,415,756	105,535,677
中區		48,135,944	47,837,762	47,728,293	47,820,802	191,522,802

年度/項目	成長率	第一季	第二季	第三季	第四季	全年合計
南區		28,461,813	27,502,030	27,256,991	28,046,407	111,267,241
高屏		30,283,646	29,489,517	29,378,108	29,817,077	118,968,348
最後部分(加回原有預算)(A)+(B)						
台北		1,571,430,215	1,722,814,264	1,753,545,548	1,726,349,039	6,774,139,065
北區		673,313,850	733,092,849	749,369,062	748,350,560	2,904,126,320
中區		1,422,491,023	1,517,061,441	1,528,322,725	1,569,644,581	6,037,519,771
南區		807,902,424	835,315,217	833,377,734	883,344,410	3,359,939,785
高屏		897,251,203	943,568,122	943,405,747	979,446,114	3,763,671,186
東區		127,005,902	130,126,054	128,385,395	136,434,576	521,951,927
全區		5,499,394,617	5,881,977,945	5,936,406,211	6,043,569,281	23,361,348,054
106年各季各區預算成長率						
台北		3.49%	3.26%	3.22%	3.21%	3.29%
北區		5.22%	4.87%	4.78%	4.75%	4.90%
中區		3.50%	3.26%	3.22%	3.14%	3.28%
南區		3.65%	3.40%	3.38%	3.28%	3.43%
高屏		3.49%	3.23%	3.21%	3.14%	3.26%
東區		7.78%	3.07%	0.60%	5.04%	4.06%
全區		3.82%	3.47%	3.38%	3.42%	3.52%

106 年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫

(北區草案)

壹、 依據：

全民健康保險會協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

貳、 目的：

為規範中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配之實際操作方式、品質與醫療資源分布之管控，特訂定本計畫。

參、 計畫期間：106年1月1日起至106年12月31日止。

肆、 預算分配：

當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算（不含品質保證保留款），按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件（每點以1元支付）後，再依下列方式進行預算分配：

一、東區預算占率2.22%，其餘五分區（以下稱五分區）預算占率97.78%。

二、五分區各季預算分配方式如下：

- (一)106年自新增預算中，先行提撥2.4億元(約占106年度一般預算之1%)予北區，預算按季均分，每季提撥6千萬元。
- (二)各區以前一年一般部門分配預算先行撥付，以避免各區負成長。
- (三)預算餘額以105年各區戶籍人口佔率分配給各區。

伍、 管理機制

- 一、中華民國中醫師公會全國聯合會（以下稱中醫全聯會）應成立「中醫總額共同管理組」，負責本計畫六分區總額事務之協調與管理。
- 二、中醫全聯會與全民健康保險保險人（以下稱保險人）成立共同管理機制，含各分區全民健康保險中醫門診總額支付制度保險委員會分會與保險人分區業務組，負責本計畫之管理、監控與檢討。

陸、 執行與檢討

- 一、保險人與中醫全聯會按季對醫療費用、品質與醫療資源分布及共管機制進行監控與檢討。

柒、本計畫由中醫全聯會提至全民健康保險會報告通過後，與保險人研訂執行細節，並報請主管機關核定後公告實施。屬執行面之修訂，由保險人逕行修正公告。

106年度地區預算分配北區草案試算版

年度/項目	成長率	第一季	第二季	第三季	第四季	全年合計
106年基期費用調整項目						
人口成長率差值所調整(+)		29,594,349	22,435,537	24,284,110	17,370,269	93,684,265
106年基期費用		5,549,248,188	5,685,583,855	5,609,527,421	5,961,227,197	22,805,586,661
106年一般部門預算	3.291%	5,731,873,946	5,872,696,420	5,794,136,968	6,157,411,184	23,556,118,518
step 1:品質保證保留款	0.100%	10,887,353	11,162,463	11,011,064	11,709,583	44,770,464
106年一般部門預算(未作四季分配)		5,720,986,593	5,861,533,957	5,783,125,903	6,145,701,601	23,511,348,054
step 2:扣除東區2.22%		5,593,980,691	5,731,407,903	5,654,740,508	6,009,267,026	22,989,396,127
提撥北區全年2.4億元(每季6000萬元)	-	60,000,000	60,000,000	60,000,000	60,000,000	240,000,000
提撥後全國金額		5,533,980,691	5,671,407,903	5,594,740,508	5,949,267,026	22,749,396,127
原105年各季各區預算						
總預算與實際總金額(核對用，未算入預算提估)		31,072,961	27,399,584	31,215,003	32,358,034	122,045,582
台北		1,518,463,662	1,668,383,300	1,698,823,323	1,672,677,827	6,558,348,112
北區		639,890,550	699,081,865	715,183,424	714,434,804	2,768,590,643
中區		1,374,355,079	1,469,223,679	1,480,594,432	1,521,823,779	5,845,996,969
南區		779,440,611	807,813,187	806,120,743	855,298,003	3,248,672,544
高屏		866,967,557	914,078,605	914,027,639	949,629,037	3,644,702,838
東區		117,834,615	126,245,375	127,616,875	129,893,968	501,590,833
		5,296,952,074	5,684,826,011	5,742,366,436	5,843,757,418	22,567,901,939
東區與北區重新計算後(A):						
台北		1,518,463,662	1,668,383,300	1,698,823,323	1,672,677,827	6,558,348,112
北區		699,890,550	759,081,865	775,183,424	774,434,804	3,008,590,643
中區		1,374,355,079	1,469,223,679	1,480,594,432	1,521,823,779	5,845,996,969
南區		779,440,611	807,813,187	806,120,743	855,298,003	3,248,672,544
高屏		866,967,557	914,078,605	914,027,639	949,629,037	3,644,702,838
東區		127,005,902	130,126,054	128,385,395	136,434,576	521,951,927
小計		5,366,123,361	5,748,706,690	5,803,134,956	5,910,298,026	22,828,263,033
可依參數分配之差額						443,085,021
分配參數(104年各區各季季中戶籍人口)						
台北		33.4012%	33.3832%	33.5424%	33.3551%	
北區		15.7430%	15.8046%	15.9363%	15.8834%	
中區		19.7840%	19.7842%	19.3602%	19.8042%	
南區		14.7840%	14.7618%	14.8232%	14.7224%	
高屏		16.2879%	16.2662%	16.3380%	16.2348%	
假設依參數分配之差額四季平均分配(B)						
台北		36,998,919	36,978,994	37,155,289	36,947,905	148,081,107
北區		17,438,707	17,506,918	17,652,800	17,594,251	70,192,676
中區		21,914,949	21,915,243	21,445,537	21,937,405	87,213,134
南區		16,376,408	16,351,853	16,419,793	16,308,192	65,456,247
高屏		18,042,272	18,018,248	18,097,835	17,983,502	72,141,857
最後部分(加回原有預算)(A)+(B)						
台北		1,555,462,581	1,705,362,294	1,735,978,612	1,709,625,732	6,706,429,219
北區		717,329,257	776,588,783	792,836,224	792,029,055	3,078,783,319
中區		1,396,270,028	1,491,138,922	1,502,039,969	1,543,761,184	5,933,210,103
南區		795,817,019	824,165,040	822,540,536	871,606,195	3,314,128,791
高屏		885,009,829	932,096,853	932,125,474	967,612,539	3,716,844,695
東區		127,005,902	130,126,054	128,385,395	136,434,576	521,951,927
全區		5,476,894,617	5,859,477,945	5,913,906,211	6,021,069,281	23,271,348,054
106年各季各區預算成長率						
台北		2.44%	2.22%	2.19%	2.21%	2.26%
北區		12.10%	11.09%	10.86%	10.86%	11.20%
中區		1.59%	1.49%	1.45%	1.44%	1.49%
南區		2.10%	2.02%	2.04%	1.91%	2.01%
高屏		2.08%	1.97%	1.98%	1.89%	1.98%
東區		7.78%	3.07%	0.60%	5.04%	4.06%
全區		3.40%	3.07%	2.99%	3.03%	3.12%

委員會會議日期：105 年 12 月 23 日
會議現場發送資料(李委員永振提供)

102年度至106年度政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數

單位：億元

項目	102年度	103年度	104年度		105年度(P)		106年度(P)		李永振 委員版
			含9項	不含9項	含7項	不含7項	含7項	不含7項	
保險對象負擔 保險對象負擔不含中央政府已實質負擔保險費 中央政府已實質負擔保險費	1,956	2,037	2,001	2,068	1,944	2,005	1,953	2,016	2,016
民營雇主負擔 民營雇主負擔不含中央政府已實質負擔保險費 中央政府已實質負擔保險費	1,558	1,640	1,641	1,649	1,609	1,616	1,657	1,664	1,664
政府應負擔健保總經費(安全準備C為負值則以0代入) $A = 36\% \times (B + C - D)$	1,977	2,068	2,049	2,090	1,999	2,037	2,123	2,123	2,123
保險給付支出B	5,021	5,181	5,381	5,381	5,696	5,696	6,076	6,076	6,076
應提列或增列安全準備C	728	811	539	655	36	143	0(-164)	0(-93)	0(-164)
法定收入D	259	247	229	229	179	179	179	179	179
政府已負擔E	1,547	1,558	1,631	1,557	1,579	1,510	1,587	1,517	1,587
一般保險費	1,506	1,516	1,515	1,515	1,469	1,469	1,475	1,475	1,475
補充保險費	40	42	42	42	42	42	42	42	42
中央政府已實質負擔保險費	-	-	74.25	-	68.48	-	70.58	-	70.58
原住民健保費	5.38	5.51	5.64	-	5.64	-	5.73	-	5.73
65歲以上離島地區居民健保費	1.21	1.30	1.42	-	1.37	-	1.41	-	1.41
70歲以上中低收入老人健保費	6.07	6.11	6.17	-	6.03	-	6.19	-	6.19
中低收入戶未滿18歲兒童健保費	9.81	9.54	9.52	-	9.29	-	9.54	-	9.54
中低收入戶健保費	5.75	6.25	6.68	-	6.52	-	6.69	-	6.69
中重度身心障礙者健保費	32.21	32.77	33.49	-	32.45	-	33.42	-	33.42
失業被保險人及其眷屬健保費	0.36	0.31	0.35	-	-	-	-	-	-
受僱者(勞工身分)育嬰留職停薪期間繼續參加社會保險應由政府補助之全民健康保險費	5.56	6.37	7.52	-	7.18	-	7.59	-	7.59
經濟弱勢者健保費	2.05	4.78	3.45	-	-	-	-	-	-
政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數 $F = A - E$	430	510	417	533	420	527	536	606	536
保險對象負擔占保險經費扣除法定收入後之比率	35.63%	35.45%	35.16%	35.61%	35.02%	35.44%	33.13%	34.20%	34.20%
民營雇主負擔占保險經費扣除法定收入後之比率	28.37%	28.55%	28.84%	28.39%	28.98%	28.56%	28.10%	28.23%	28.23%
政府應負擔健保總經費占保險經費扣除法定收入後之比率	36.00%	36.00%	36.00%	36.00%	36.00%	36.00%	36.00%	36.00%	36.00%

製表日期：105/12/20

藉此釐清「經費渠道」、期盼落實「行政管理」

(攸關「政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算案」之補充建議)

提供 105.12.23 健保會議參考

一、表列「政府負擔 7 項保險費」權責歸屬、釐清社福「經費渠道」管理

1. 事前是否落實行政權責歸屬：檢視衛福部未來將政府已負擔 7 項保險費之實質內涵及其補助民眾之身份，以及各項經費預算來源(如下表)，原皆有其權責單位負責其經費管理。

序號	項目	法源依據	主管機關及經費管理
1	原住民健保費	原住民族基本法第 26 條第 2 項、原住民族委員會補助原住民全民健康保險保險費實施要點第 8 點。	<ul style="list-style-type: none"> 主管機關：行政院「原住民族委員會」按年編列預算支應(補助原住民健保費實施要點#8) 「業務督導」之規定→該會與健保署，不定期前往各鄉鎮市區公所督導是項業務辦理情形。(補助原住民健保費實施要點#6) → 是否落實
2	65 歲以上離島地區居民健保費	離島建設條例第 13 條第 2 項	<ul style="list-style-type: none"> 主管機關：在中央為「行政院」；在直轄市為「直轄市政府」；在縣(市)為「縣(市)政府」。(離島建設條例#4)
3	70 歲已上中低收入老人健保費	老人福利法第 22 條、老人參加全民健康保險無力負擔費用補助辦法	<ul style="list-style-type: none"> 主管機關：在中央為「內政部」；在直轄市為「直轄市政府」；在縣(市)為「縣(市)政府」。(老人福利法#3) 投保身份如不符規定時→已補助者應予追回(老人健保費用補助辦法#10) → 是否落實
4	中低收入戶未滿 18 歲兒少健保費	兒童及少年福利與權益保障法第 27 條第 2 項、兒童及少年醫療補助辦法	<ul style="list-style-type: none"> 主管機關：在中央為「衛生福利部」；在直轄市為「直轄市政府」；在縣(市)為「縣(市)政府」。(兒少法#6) 投保身份如不符規定時→由直轄市、縣(市)主管機關追回補助費(兒少醫療補助辦法#9) → 是否落實
5	中低收入戶健保費	社會救助法第 19 條第 1 項	<ul style="list-style-type: none"> 主管機關：在中央為「內政部」；在直轄市為「直轄市政府」；在縣(市)為「縣(市)政府」。(社會救助法#3、#19) 投保身份如不符規定時→主管機關應停止其社會救助，並以書面行政處

序號	項目	法源依據	主管機關及經費管理
			分命其返還所領取之補助。(社會救助法#5-1、#9) → 是否落實
6	中重度身心障礙者健保費	身心障礙者權益保障法第 73 條、身心障礙者參加社會保險保險費補助辦法第 4 條	主管機關：在中央為「內政部」；在直轄市為「直轄市政府」；在縣（市）為「縣（市）政府」。(身保法#2、#12) 投保身份如不符規定時→已予補助者，應予追回。(身心障礙社保費補助辦法 #10) → 是否落實
7	受僱者保險費育嬰留職停薪期間繼續參加社會保險應由政府補助之全民健康保險費	性別平等工作法第 16 條第 2 項（於育嬰留職停薪期間，受僱者得繼續參加原有之社會保險，原由受僱者負擔之保險費，得遞延三年繳納；而原由雇主負擔之保險費，免予繳納。）	主管機關：在中央為「勞動部」；在直轄市為「直轄市政府」；在縣（市）為「縣（市）政府」。(就業保險法#4) 無健保經費來源規定(不須編列健保相關預算)→受僱者於育嬰留職停薪期間，得繼續參加原有之社會保險，原由受僱者負擔之保險費，「得遞延」三年繳納。

2. **實應回歸社福「經費渠道」**(目前本會暫時妥協)：上述各項經費預算來源，皆有其主管機關負責其經費支出管理，且區隔於「社會保險支出」項目以外(如社會救助支出、福利服務支出、國民就業支出等)的政府總預算編列，為落實政府預算管理，敬請衛福部釐清社會福利之「經費渠道」(行政如已落實、何來推諉給健保經費處理)。

二、該 7 項被保險人仍屬本法「保險對象」並須遵循保險費之收繳及計算

政府負擔該 7 項保費雖歸屬社會福利補助，但就健保法第 10 條(被保險人分類)及第 15 條(各類被保險人之投保單位)規範，實際繳費義務還是歸屬於各類保險對象、投保單位之責(目前乃政府代繳之)；該 7 項相關被保險人仍屬本法第二章「保險對象」並遵循第四章保險費之收繳(健保法第 27 條等規範)；因此，在計算整體健保經費時，應將此納為各類(如第二類、第三類、第六類等)保險對象、投保單位所負擔保費計算內涵中(105 年收入面將可增加 38 億元)。

【健保法第十條、第十五條規定各類被保險人之投保分類表】

投保類別		被保險人	投保單位
第一類	第一目	公職人員、公務人員、教職員 (私立學校)	所屬服務機關、學校、事業、機構、雇主或所屬團體。
	第二目	受僱者(公、民營事業、機構)	
	第三目		
	第四目		
	第五目		
第二類		職業工會會員、外僱船員 (攸關本案之被保險人)	所屬職業工會、船長公會、海員總工會
第三類		農、漁民、水利會會員 (攸關本案之被保險人)	農會、漁會、水利會
第四類	第一目	義務役軍人、軍校軍費生、在恤遺眷	「國防部」
	第二目	服替代役期間之役齡男子	「內政部」役政署
	第三目	矯正機關之收容人	「法務部」及「國防部」
第五類		合於 <u>社會救助法規定</u> 的低收入戶成員	戶籍地的鄉（鎮、市、區）公所(由社政主管機關補助)
第六類	無職業榮民或榮民遺眷家戶代表		戶籍地的鄉（鎮、市、區）公所(由國軍退除役官兵輔導委員會補助)
	無職業一般家戶戶長或家戶代表 (攸關本案之被保險人)		戶籍地的鄉（鎮、市、區）公所(由政府補助)

註解：1、原住民健保費

法遵：原住民族委員會補助原住民全民健康保險保險費實施要點 第二點

1.原住民身分，須符合投保全民健康保險「第六類」第二目之保險對象資格，且年齡未滿 20 歲及年滿 55 歲以上者。

2.設籍臺東縣蘭嶼鄉，投保全民健康保險「第二類、第三類」、「第六類第二目」之原住民。

補助單位：原住民事務委員會(全額)

2、65 歲以上離島地區居民健保費

法遵：離島地區六十五歲以上老人全民健康保險應自付保險費補助作業要點

另依：行政院在 102 年 5 月底逕自決議由 102 年度「離島建設基金」補助結餘經費支應。(排擠到地方建設)

補助單位：衛生福利部(全額)

3、中低收入戶健保費

法遵：(台北市為例)中低收入戶參加全民健康保險之保險應自付之保險費，由中央主管機關補助二分之一。

洽辦單位：戶籍所在地區公所社會課。(1/2)

4、70 歲以上中低收入戶老人健保費

補助單位：衛生福利部(全額)

5、中重度身心障礙者健保費

補助單位：衛生福利部(重度全額、中度 1/2)

6、中低收入戶 18 歲以下兒少健保費

補助單位：衛生福利部 (全額)

7、受僱者育嬰留職停薪期間，政府補助原由雇主負擔之保險費

說明：留職停薪期間投保單位應負擔該員工的保險費→係改由政府負擔

三、立法院已明文決議：不應將經濟弱勢者健保費之補助款，納入政府負擔經費之計算！

有關健保法施行細則第 45 條修正案，依立法院第 9 屆第 1 會期社會福利及衛生環境委員會第 33 次全體委員會議審查，並提報立法院第 9 屆第 2 會期第 7 次會議討論決議(台立院議字第 1050705506 號函知衛福部)，第 45 條規定政府應負擔健保總經費，不應將失業被保險人及其眷屬健保費及「經濟弱勢者」健保費之補助款，納入政府負擔經費之計算。若上述為「原則性結論」，則「經濟弱勢者」實已涵蓋該 7 項保險對象，則更不宜將其納入政府負擔經費之計算，未來仍應回歸社會福利之預算管理來支應。

立法院第 9 屆第 1 會期第 19 次會議議案關係文書

保費等 9 項保險費補助，確實由政府實質負擔，而施行細則本為補充母法內涵之細節性規定，故本部配合現行中央政府之補助項目，修正施行細則第 45 條，使政府每年度負擔本保險之總經費內涵，更為具體明確。

- 此外，依健保法第 3 條規定，政府負擔本保險之總經費係依「年度」計算，同時施行細則第 50 條第 3 項亦明定，各機關應負擔或補助之保險費，保險人應「按年結算」，有撥付不足者，保險人應於 12 月底前，送請各機關於次年 1 月底前撥付。

三、與會委員於聽取說明及詢答後，旋即進行縝密討論，審查結果如下：

- (一)本案業經審查完竣，依立法院職權行使法第六十二條第一項規定將本案退回，通知衛生福利部更正。擬具審查報告提報院會討論；院會討論本案時，由林召集委員淑芬補充說明；不須交由黨團協商。

(二)通過決議 2 項：

1. 衛生福利部於 104 年 12 月 15 日發布之《全民健康保險法施行細則部分條文修正案》中，第 73 條第 2 項規定該次修正之第 45 條條文溯及自 104 年 1 月 1 日施行，違反不溯及既往之法律原則。爰此，立法院社會福利及衛生環境委員會決定依《立法院職權行使法》第 62 條規定，提報立法院院會議決後，通知衛生福利部更正該細則第 73 條，將 104 年 12 月 15 日發布之《全民健康保險法施行細則》第 45 條條文，更正為自 105 年 1 月 1 日施行。

提案人：吳玉琴

連署人：林淑芬 陳曼麗 吳崑裕 林靜儀

2. 衛生福利部於 104 年 12 月 15 日發布之「全民健康保險法施行細則部分條文修正案」中，第 45 條原規定政府負擔經費，係指政府依全民健康保險法第 27 條及第 34 條規定負擔之保險費，不應將失業被保險人及其眷屬健保費及經濟弱勢者健保費之補助，納入政府負擔經費之計算，及第 73 條第 2 項規定該次修正之第 45 條條文溯及自 104 年 1 月 1 日施行，違反不溯及既往之法律原則。爰此，立法院社會福利及衛生環境委員會決定依「立法院職權行使法」第 62 條規定，提報立法院院會議決後，通知衛生福利部更正之。

提案人：王育敏

連署人：陳宜民 蔣萬安 李彥秀

C型肝炎全口服新藥 健保給付執行計畫

中央健康保險署
105年12月23日

C型肝炎新藥納入健保給付大事紀

時間	事由
104/12~105/3	C肝全口服新藥3家廠商共4款藥品向本署建議納入給付，廠商建議每人療程費用為33萬元~164萬元不等
105/3~105/6	新藥案件提送藥品專家諮詢會議討論
105/6	健保會付費者代表提案建議，在新藥治療費用降低至與現行療程相當的情形下，優先將C肝新藥納入健保給付，並編列足夠預算
105/8/18	新藥案件提送藥物共同擬訂會議討論，決議先確認預算來源(公務預算、部分負擔、健保總額)再行討論
105/9/14	本署舉行「台灣C肝治療面面觀公聽會」
105/9/23~24	106年度醫療費用總額協商，新增20億元預算用於C型肝炎全口服新藥治療費用。惟醫院總額相關預算置於專款或其他預算需二案併陳報請衛生福利部核定。
105/10/20	新藥案件再提送藥物共同擬訂會議討論，就106年新增預算額度內討論新藥療程價格及優先適用之病人條件
105/11/2	衛生福利部核定106年C肝新藥預算列於專款項目
105/12/15	再次確認給付規定細節

C型肝炎全口服新藥比較

商品名	Daklinza +Sunvepra	Sovaldi	Viekirax +Exviera	Harvoni
成分名	daclatasvir +asunaprevir	sofosbuvir	ombitasvir /paritaprevir /ritonavir +dasabuvir	sofosbuvir /ledipasvir
廠牌	BMS 必治妥	Gilead 吉立亞	AbbVie 艾伯維	Gilead 吉立亞
基因型	1b	2	1	1
治療週數(週)	24	12	12~24	8~12
用法	Daklinza每日1次、 每次1粒 Sunvepra每日2次、 每次1粒	每日1次、 每次1粒	Viekirax每日1次、 每次2粒 Exviera每日2次、 每次1粒	每日1次、 每次1粒
即將納入給付	√	X	√	X

3

106年度醫療費用總額協商結果 C肝藥費部分

	醫院總額	西醫基層總額	合計
新增 (C肝新藥)	17.12億元	2.88億元	20億元
移列 (原治療方式)	9.43億元	(1.58億元)	(11.01億元)
合計	26.55億元	(4.46億元)	(31.01億元)

註：上述費用皆列於專款項目，西醫基層總額含於「加強慢性B型及C型肝炎治療計畫(含C肝新藥)」專款項目6.88億元。

4

105年10月藥物共同擬訂會議結論

- 依106年度醫療費用總額協商結果，約新增20億預算用於C肝全口服新藥治療，以每人每療程25萬元計算，治療人數為8,000人。
- 依台灣消化系醫學會建議之優先治療對象，第一年先就「先前使用長效干擾素加雷巴威林治療失敗」且「肝臟纖維化F3(含)以上」者納入治療。
- 請健保署另訂C型肝炎使用全口服新藥治療之管理方案公告周知，請病患及醫事服務機構遵循辦理，包括醫事服務機構及處方醫師之資格限制、106年申請給付之名額以8,000人為上限、規定病毒量之定期追蹤、並由醫事服務機構於VPN系統進行個案資料之登錄等。

5

藥品給付規定(草案)-1

- 限用於參加「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」之成人慢性病毒性C型肝炎患者
- Anti-HCV陽性超過六個月、HCV RNA為陽性
- 先前曾以interferon及ribavirin合併治療失敗且無肝功能代償不全者
 - 以interferon及ribavirin合併治療12週未到EVR而停藥者；或
 - 治療完成時仍測得到病毒者；或
 - 治療完成時，血中偵測不到病毒，停藥後血中又再次偵測到病毒者

6

藥品給付規定(草案)-2

- 肝纖維化程度大於或等於METAVIR system F3
 - 肝組織切片
 - 肝臟纖維化掃描(如Fibroscan ≥ 9.5 Kpa 或 ARFI ≥ 1.81)
 - Fibrosis-4 (FIB-4) = (Age x AST) / (Platelet count x ($\sqrt{\text{ALT}}$)) ≥ 3.25
 - 超音波診斷為肝硬化併食道或胃靜脈曲張
 - 超音波診斷為肝硬化併脾腫大
- 限未曾申請給付其他同類全口服直接抗病毒藥物 (direct-acting anti-viral, DAAs)，且不得併用其他 DAAs。

7

藥品給付規定(草案)-3

治療組合	基因型	肝硬化狀況	給付週數	每日藥費
Daklinza + Sunvepra*	1b	無肝硬化/ 代償性肝硬化	24	1,488
Viekirax+ Exviera	1b	無肝硬化/ 代償性肝硬化	12	2,976
Viekirax+ Exviera+ ribavirin	1a	無肝硬化	12	2,976
Viekirax+ Exviera+ ribavirin	1a	代償性肝硬化	24	1,488

*使用前應檢測血液病毒非結構性蛋白5A處(NS5A)不具抗藥性病毒株者方可使用

- 醫師每次開藥以4週為限
- 服藥後需定期監測病毒量，使用4週後病毒量未能下降超過二個對數值(即下降未達100倍)者，應停止治療，給付不超過6週

8

醫事服務機構及醫師資格

- (一)須為全民健康保險特約之醫事服務機構，且為具有消化系內科專科醫師之醫院或基層院所。
- (二)本計畫藥品限消化系內科專科醫師處方使用。參與之醫師須透過院所行文至保險人所轄分區業務組申請，始能登入個案登錄系統（網址：<https://medvpn.nhi.gov.tw/iwpe0000/IWPE0000S01.aspx>）；惟已加入「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」者無須重新申請。
- (三)肝臟病理組織檢查，得依代檢相關規定辦理。

9

名額分配方式

- (一) 106年專款額度為20億元，醫院可使用6,848人、診所可使用1,152人，總使用人數8,000人，以前半年分3期及分區方式分配辦理。
- (二) 依「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」中曾登錄之C肝病人於各分區之比例分配各分區名額。
- (三) 前三期分別依年度總額度之30%、35%、35%分配，半年後再就前三期之未執行數重新分配。
- (四) 同區內第一期名額有未執行數(包括不予支付者)可保留至第二期及第三期。
- (五) 個案因故未完成療程而有剩餘專款時，保險人得再視額度開放足夠於年度內使用完畢之名額。

10

現行BC型肝炎治療計畫登錄系統 -C型肝炎登錄病患人數

	醫院總額								西醫基層總額	
	醫學中心	占率	區域醫院	占率	地區醫院	占率	總計	占率	基層診所	占率
臺北業務組	9,672	11.86%	7,050	8.65%	644	0.79%	17,366	21.30%	411	7.95%
北區業務組	4,170	5.11%	3,867	4.74%	1,385	1.70%	9,422	11.55%	1,564	30.24%
中區業務組	6,074	7.45%	7,633	9.36%	2,303	2.82%	16,010	19.63%	897	17.34%
南區業務組	2,820	3.46%	15,279	18.74%	2,940	3.61%	21,039	25.80%	1,317	25.46%
高屏業務組	6,951	8.52%	6,569	8.06%	1,581	1.94%	15,101	18.52%	769	14.87%
東區業務組	1,029	1.26%	1,311	1.61%	269	0.33%	2,609	3.20%	214	4.14%
總計	30,716	37.67%	41,709	51.15%	9,122	11.19%	81,547	100.00%	5,172	100.00%
資料來源：DWM_NHBC_DATA										
資料條件：計算各院所CASE_TYPE為2或5(HCV + HCV復發)之人數(ID+BIR)										
資料擷取日:105年11月9日										
製表日期:105年12月2日										
製表單位:醫審及藥材組藥品支付科										

11

初估106年病人分配數

	醫院	西醫基層	總計
臺北業務組	1,458	92	1,550
北區業務組	791	348	1,139
中區業務組	1,344	200	1,544
南區業務組	1,767	293	2,060
高屏業務組	1,269	171	1,440
東區業務組	219	48	267
總計	6,848	1,152	8,000

單位：人數

12

個案登錄及管控作業-(1)

- (一) 個案必須參加「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」且符合藥品給付規定相關條件，始得收案。
- (二) 經核准後個案經醫師評估符合收案條件，醫事服務機構必須上傳個案資料至「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」之「C肝口服抗病毒藥物」個案登錄子系統。
- (三) 個案之首次資料登錄，應填報包括起始治療之前6個月內(基因型除外)證明符合收案條件之相關檢查結果或紀錄、用藥治療組合，得先暫存維護，於病患實際就診日當日填報「起始用藥日期」且上傳取得「登錄完成號碼」後，方得處方藥品，否則不予支付。

13

個案登錄及管控作業-(2)

- (四) 特約醫事服務機構於受理保險對象就醫後，應於24小時內，經由健保資訊網線路將就醫紀錄上傳予保險人備查。但有不可抗力或因特殊情況經保險人同意者，不在此限。經保險人勾稽處方日期與起始用藥日期不符者，不予支付。
- (五) 個案接受治療後，醫事服務機構必須依時序登錄個案後續追蹤之病毒量及相關檢驗結果（使用後第4週、療程結束時及療程結束後第12週），並於療程結束後12週登錄完成病毒量檢查及相關檢驗結果時通報「結案」。
- (六) 個案開始治療後之前8週，宜每次處方2週藥量，並觀察病患用藥反應。

14

個案登錄及管控作業-(3)

- (七) 接受治療之個案，應在同一位醫師照護下之完成療程。
- (八) 每位個案僅能選用一種治療組合，並限給付一個療程。
- (九) 接受治療之個案，有下列情形之一者，必須停止後續治療：
1. 中途放棄或中斷治療超過1週
 2. 服藥後4週，經檢驗病毒量未降低100倍以上
 3. 其他因素，經專業醫療評估必須停藥者

15

個案登錄及管控作業-(4)

- (十) 因故未能完成療程之個案，醫事服務機構亦應上傳通報個案「結案」並登錄結案原因。
- (十一) 醫事機構醫師應詳實填妥相關資料，經查有登錄不實資料為病患取得「登錄完成號碼」者，由保險人取消該醫師參加本計畫資格。
- (十二) 登錄後發現有登載資料錯誤者，應通知該分區業務組進行補正。
- (十三) 保險人應於登錄系統首頁公開該分區該季之限額及累積至當日已完成登錄之名額。

16

支付方式

- (一) 藥品費用以治療組合醫令代碼申報，支付價格為每日藥費，依處方日數申報藥費。
- (二) 治療組合內含ribavirin者，不得另申報ribavirin費用。
- (三) 其他診療項目則按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準採核實申報，惟使用Daklinza + Sunvepra治療組合所需確認抗藥性病毒株之檢測費用由供應商支付，醫事服務機構不得向病患收取。
- (四) 病患用藥後之病毒量檢測，僅限申報使用後第4週、療程結束時及療程結束後第12週。

17

費用申報及費用審查

- 費用申報
 - － 門診
 - 醫令清單段：與現行核實申報方式相同
 - 點數清單段：案件分類「E1：支付制度試辦計畫」、特定治療項目代號「HE：C型肝炎全口服藥品治療」
 - － 住院：與現行核實申報方式相同
- 費用審查
 - － 依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，C肝治療將依照相關給付規定及本執行計畫進行立意審查，案件送審時應附一年內病歷(包括影像檢查報告)。

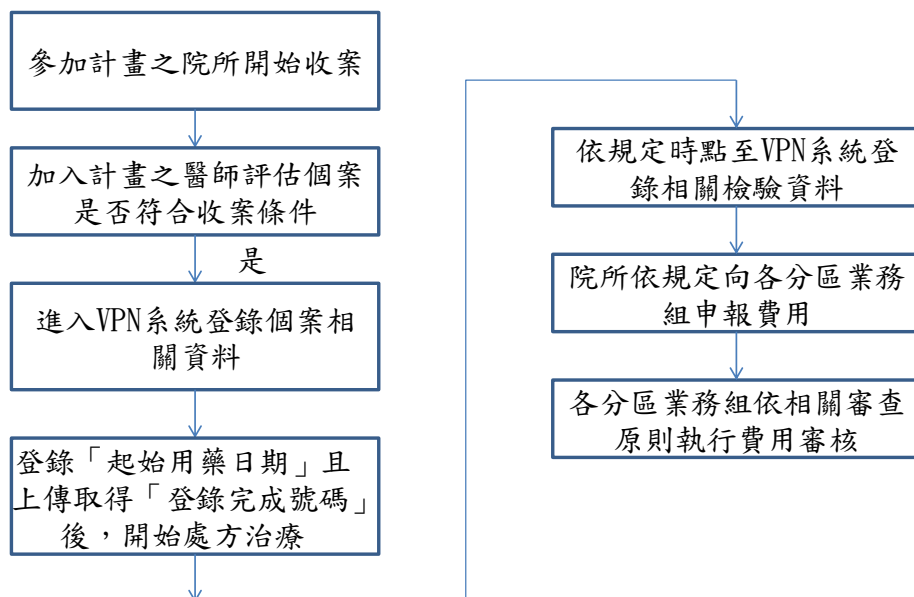
18

其他注意事項

- 相關規範務請於收案之初即對個案清楚說明，並取得其同意。
- 未依保險人規定內容登錄相關資訊，包括未依規定登錄結案，或經保險人審查發現登載不實者，不予支付該個案之藥費，並依相關規定辦理。

19

作業流程



20