

衛生福利部全民健康保險會
第4屆108年第1次委員會議事錄

中華民國108年3月8日

衛生福利部全民健康保險會第4屆108年第1次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國108年3月8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：(依委員姓名筆劃排序)

干委員文男

古委員博仁

中華民國藥師公會全國聯合會曾秘書長中龍(11:45以後代理)

何委員語

吳委員國治

吳委員榮達

吳委員鴻來

李委員偉強

周委員穎政

林委員敏華

林委員錫維

中華民國全國職業總工會李秘書長毅生(代理)

邱委員寶安

翁委員文能

馬委員海霞

商委員東福

張委員文龍

張委員煥禎

張委員澤芸

中華民國護理師護士公會全國聯合會劉主任淑芬(代理)

許委員美麗

許委員騏洪

陳委員有慶

陳委員旺全

中華民國中醫師公會全國聯合會陳執行長憲法(代理)

陳委員炳宏

陳委員莉茵

黃委員啟嘉

中華民國醫師公會全國聯合會黃常務理事振國(12:35以後代理)

葉委員宗義

趙委員銘圓

滕委員西華

蔡委員明鎮

蔡委員登順

鄭委員建信
鄭委員素華
盧委員瑞芬
賴委員進祥
謝委員佳宜
謝委員尚廷
謝委員武吉
羅委員莉婷

肆、請假委員：

李委員育家

伍、列席人員：

本部社會保險司
中央健康保險署

疾病管制署
本會

盧副司長胤雯
李署長伯璋
蔡副署長淑鈴
李組長純馥
戴組長雪詠
黃組長彥芳
周執行秘書淑婉
洪組長慧茹
邱組長臻麗
陳組長燕鈴

陸、主席：周主任委員麗芳

紀錄：馬文娟、廖尹嫻

柒、部長致詞

各位健保會的朋友們大家早安！大家好！健保會的重要任務之一為保險財務收支連動，健保會是一個非常辛苦的會，委員所承受的壓力非常大，因健保會委員來自不同團體而有不同立場，要從紛歧中凝聚共識，為健保找出一條對人民最有利的路，著實不易。

今年初我向衛福部同仁提出 3 個希望，最重要是希望大家都能快樂的工作；對於健保會的期許是希望各位

委員能快樂的協商。如何才能夠快樂的協商？我認為傾聽很重要，而且要互相傾聽對方的需要，唯有了解彼此立場及需求，才能找出共同合作的路。

對人民有利是協商與溝通的終極目標，如何有效率的運用健保資源，建立有效率的醫療體系，讓全民可以獲益，是非常重要的且艱鉅的任務。各位委員為所代表團體發表意見，其他團體代表也願意好好聽，大家一起找出合作的路，才能共同完成對民眾有利的終極目標。在此誠懇地拜託各位委員，在本屆任期互相合作，相互傾聽，為健保找出一條活路。今天是婦女節，謹用玫瑰花獻給所有委員，祝福大家身體健康、萬事如意，謝謝大家！

捌、主席致詞

感謝各位委員，共同來關心健保議題，為健保把關。特別感謝陳部長時中在百忙之中，排除萬難來為委員及全體同仁加油打氣。首先介紹本屆委員，依序為付費者、醫事服務提供者、政府機關代表、專家學者及公正人士，並請列席的衛福部、健保署、陪同委員出席之幕僚起立，讓委員們認識。

為落實部長的期勉，快樂協商、虛心傾聽、團隊合作，本屆議事安排新增中場休息 10 分鐘(過去的會議時間是從上午 9 時 30 分馬拉松式的進行到下午 14 時)，也謝謝幕僚的體貼，為各位委員製作進出衛福部的通行證。此外部長提到，健保會要有效率的協商，本屆委員人數從 35 位增加到 39 位，發言時間的掌控就很關鍵，請幕僚說明提升議事效率的作法，未來讓我們一起努力，在尊重委員發言權利，同時兼顧虛心傾聽的環境條件下，共同完成健保會的使命。

我相信各位委員從各個專業團體來參加健保會，擔

任這麼重要的職務，大家都有一個共同心願，我們要擔任社會良心，以社會良心照亮台灣健保，再次感謝委員、也謝謝部長對我們的期勉。

玖、議程確認

決定：

- 一、為提升議事效率，本委員會議之進行將落實「全民健康保險會委員會議提升議事效率作法」(如附件一)。
- 二、臨時提案「建請以健保會名義向衛福部表達反對『預告修正菸捐分配』並請恢復『70%供健保安全準備』」，因菸品健康福利捐分配及運作辦法修正草案預告期間至 108 年 4 月 15 日，確具時效性，同意將其列入議程，安排為討論事項第四案，餘照議程之安排進行。

拾、請參閱並確認上(第3屆107年第11)次委員會議紀錄

決定：確認。

拾壹、本會第 3 屆委員會議未結案件辦理情形及重要業務報告，請鑒察。

決定：

- 一、第 3 屆委員會議未結案件辦理情形：
 - (一)擬解除追蹤案(共 9 案)：同意依照幕僚之擬議，解除追蹤。
 - (二)擬繼續追蹤案(共 34 案)：同意依照幕僚之擬議，繼續追蹤，其中項次 9「建議檢討健保給付價較高之品項(如：電腦斷層、磁振造影、正子造影等)支付點數及給付規範，防杜藉由高單價檢查項目不當圖利之情形案」，請中央健康保險署參考委員意見，在 3 個月內研擬可行之配套措施。
- 二、請中華民國醫師公會全國聯合會盡速將 108 年度西醫

基層總額一般服務地區預算之「風險調整基金金額」送本會備查，俾憑辦理報請衛生福利部核定及公告事宜。

三、本會 108 年度工作計畫、委員會議預訂時間表如附件二；業務訪視活動暨共識營行程表如附件三。108 年度各工作計畫項目，請相關負責單位配合辦理；業務訪視活動則請中央健康保險署暨所轄南區業務組協助安排。

四、另委員如有未及表達部分，請於會後 3 天內以書面或口述請幕僚代為整理成書面方式，提供本會幕僚送請中央健康保險署參考或提供書面說明。

五、餘洽悉。

拾貳、中央健康保險署「107 年第 4 季全民健康保險業務執行季報告」(併「108 年 1 月份全民健康保險業務執行報告」)，請鑒察。

決定：本案洽悉。另委員如仍有未及表達部分，請於會後 3 天內以書面或口述請幕僚代為整理成書面方式，提供本會幕僚送請中央健康保險署參考或提供書面說明。

拾參、討論事項

第一案

提案單位：本會第一組

案由：推派「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議」及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之本會代表案，提請討論。

決議：經抽籤結果，推派委員代表如下，嗣後委員若有異動，則援例由續任之委員擔任代表：

會議名稱	代表屬性	人數	推薦名單
醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議	雇主	1	何委員語
	被保險人	1	馬委員海霞
醫院總額研商議事會議	保險付費者	2	林委員錫維 邱委員寶安
西醫基層總額研商議事會議	保險付費者	2	陳委員莉茵 羅委員莉婷
牙醫門診總額研商議事會議	保險付費者	2	林委員敏華 干委員文男
中醫門診總額研商議事會議	保險付費者	2	許委員美麗 蔡委員明鎮
門診透析研商議事會議	保險付費者	2	鄭委員建信 趙委員銘圓

第二案

提案單位：本會第三組

案由：辦理各部門總額 107 年執行成果評核之作業方式(草案)案，提請討論。

決議：

- 一、本案依委員建議修正後，通過「辦理各部門總額 107 年執行成果評核之作業方式」，如附件四；及「各部門總額及健保署 108 年『年度重點項目—必要項目與績效指標』」，如附件五。
- 二、請中央健康保險署及各總額部門配合作業時程提供相關資料。
- 三、107 年度各部門總額評核結果之獎勵額度案，訂於本(108)年 5 月或 6 月份委員會會議討論決定。

第三案

提案人：謝委員武吉、曾代理委員中龍(古委員博仁代理人)

連署人：張委員澤芸、謝委員尚廷、陳委員旺全、黃委員啟嘉、吳委員國治、翁委員文能、李委員偉強、林

委員錫維、陳委員亮良、張委員文龍、李委員育家、葉委員宗義、吳委員榮達、張委員清田、滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)、劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：

- 一、針對台鐵重大事故(普悠瑪)所造成重大傷害之醫療支出，請健保署統計，並於下次會議做一初步報告，並討論是否向台鐵追償。
- 二、由於德國麻疹現擴大流行，其費用應屬疾病管制署提供費用(公務)，為保護健保資源不流用至其他應付款單位，敬請本會於下次會議提供其所付費用，提請討論。

決議：

- 一、請中央健康保險署本於權責，就 107 年 10 月 21 日台鐵普悠瑪列車出軌事故執行代位求償，確保健保資源不用於支付其他非健保應負擔之費用。
- 二、委員所提意見(含書面)請衛生福利部、中央健康保險署參考。

第四案(原臨時提案，如附件六)

提案人：陳委員炳宏

連署人：何委員語、趙委員銘圓

代表類別：保險付費者代表

案由：建請以健保會名義向衛福部表達「反對『預告修正菸捐分配』並請恢復『70%供健保安全準備』」，提請討論。

決議：基於健保之財務永續考量，本會委員反對預告之「菸品健康福利捐分配及運作辦法」修正草案，將菸品健康福利捐之 50% 供全民健保安全準備及補助經濟困難

者之保險費，並建請應恢復為分配 70% 供全民健保安全準備之用，委員相關意見併發言實錄送請衛生福利部參酌。

拾肆、報告事項

第一案

報告單位：疾病管制署

案由：有關「愛滋感染者慢箋領藥時已超過 2 年之醫療給付」，本署對於本項修訂之重點，提請報告。

決定：本案洽悉。委員關心本案恐加重全民健保財務負擔，爰委員對本案表達不支持，委員所提意見(含書面)，建請中央健康保險署參考辦理。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：落實指示藥品不納入健保給付之規劃報告(含配套措施及對健保財務之影響評估)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面)，建請中央健康保險署參考辦理，並請依所規劃策略研擬妥適配套措施，切不能影響民眾用藥權益，至於執行進度與成果請於第 4 季業務報告提報。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：107 年度「基層總額轉診型態調整費用」動支方案報告(包含醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面)，建請中央健康保險署參考。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：推動促進醫療體系整合計畫(「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「區域醫療整合計畫」、「提升急性後期照護品質試辦計畫」，及「跨層級醫院合作計畫」)之執行情形，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面)，請中央健康保險署參考辦理。

第五案

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。

決定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

第六案

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。

決定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

第七案

報告單位：中央健康保險署

案由：106 年健保收入超過 4 億元之醫療院所財務報告之公開情形，請鑒察。

決定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

拾伍、散會：下午 14 時 20 分。

全民健康保險會委員會議提升議事效率作法

108年3月8日委員會議通過

一、背景說明：全民健康保險會(下稱本會)委員會議之進行，係依全民健康保險會組成及議事辦法第13條規定及本會會議規範辦理；另基於本會歷屆委員對議事效率提升之期許，幕僚乃依106年3月、107年3月本會委員於共識營針對「提升議事效率」所達成之共識事項，綜整作法如下。

二、為提升議事效率，本會委員會議依以下方式進行：

(一) 議程確認：

1. 授權主委及幕僚安排，具急迫及重要性議案，委員可於會議前10日向幕僚反映，作為排定議程之參考。
2. 將「討論事項」提至「報告事項」之前，僅健保署按季(1、4、7、10月)進行業務執行口頭報告時，將其提至「討論事項」之前。
3. 以遵照授權主委及幕僚安排之議程進行為原則。議程確認後，應遵照議程安排進行。

(二) 確認會議紀錄：

1. 確認時僅能就文字提出修正建議，不能涉及實質內容討論，或與紀錄無關的發言，若涉及實質內容，應另行提案，或於相關議案時再表達意見。
2. 會議紀錄於下次委員會議確認前，均已函送委員參閱在案，若委員有任何修正意見，應即早於會前向幕僚反映處理。

(三) 委員會議決議(定)事項追蹤：

1. 解除追蹤事項：幕僚僅就此部分案件進行說明。
2. 繼續追蹤事項：為節省會議時間，除幕僚不再進行說明，亦不再開放討論。如委員對此類案件之辦理情形仍有意見或疑問，請改以書面方式提出，會後由幕僚轉請相關單位另行補充說明。
3. 委員應就相關單位是否達成原決議(定)事項加以檢視，若是，則解除追蹤；若所提意見是針對執行後的成效，則應另行提案，而非於原案再提出新的要求，並繼續追蹤。
4. 逐步建立「追蹤事項處理原則」：例如每一追蹤案件如未能於次月解除追蹤，則需於委員會議確定該案之「預訂完成期限」及「管考週期」，以利後續追蹤並提升效率。

(四) 發言次數及時間：

1. 同一議案每位委員發言以3次為限，每次不超過3分鐘。由幕僚按鈴提醒，逾時則每分鐘響鈴1次。超過3次者，原則上主席不再請其發言，敦請其改以書面方式提供意見，除非已無其他委員發言且獲在場委員同意，方可進行超過3次的發言。
2. 委員意見雷同時，應表明贊同某委員意見，或僅就不同見解、需補充部分論述，避免重複發言內容。
3. 委員發言內容離題、與議案本質不符或涉及人身攻擊，主席應適時提醒、制止。

三、委員提案倘內容超出本會權責時，主任委員可提醒委員非屬本會職權範圍，其結論將轉請權責機關處理。

全民健康保險會 108 年度工作計畫

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註	
政策諮詢	部長與委員業務座談	視部長行程，至少安排1次	本會	依 106 年 7 月份委員會議決定事項辦理	
業務 監理	一、業務相關活動				
	業務訪視活動暨共識營(兩天一夜) 預定地點：南區業務組轄下院所	3 月	本會 (健保署)	1.依 106 年 11 月份委員會議決定事項辦理 2.預訂3月21、22日辦理	
	全民健保相關業務座談會	5 月	本會 (國健署、 疾管署、 C 肝旗艦 辦公室)	1.依 106 年 12 月份委員會議決定事項辦理 2.預訂5月7日召開	
	二、專案報告				
	1.106 年健保收入超過 4 億元之醫療院所財務報告之公開情形	3 月	健保署	依健保法第 73 條辦理	
	2.家庭醫師整合性照護計畫之監測指標及執行成效—落實以病人為中心之照護與執行面監督 (註 1)	5 月	健保署	依 107 年 9 月份委員會議決定事項辦理	
	3.牙周病統合照護計畫之管理機制及醫療利用情形(含管控措施及監測指標) (註 1)	6 月	健保署	依 107 年 9 月份委員會議決定事項辦理	
	4.強化基層 照護能力及「開放表別」項 目之檢討 及規劃	(1)各項開放表別項目之民眾利用情形及改善方向 (2)「開放表別項目之中長程規劃(含具體目標及開放期程)」	6 月	健保署 醫全會	依 107 年 9 月份委員會議決定事項辦理
	5.罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費成長原因分析及因應管理作法 (註 2)	7 月	健保署	依 107 年 9 月份委員會議決定事項辦理	

註：1.本項請健保署報告，並併入下列內容(請總額承辦團體提供健保署資料)，總額承辦團體亦可視需要列席補充說明：

(1)家醫計畫：請醫全會提供「落實以病人為中心之照護策略」資料。

(2)牙周病統合照護計畫：請牙全會提供「牙周病之品質管控措施及成效監測指標」資料。

2.本項原應於 108 年 6 月底前提出專案報告，惟考量 108 年 6 月才有完整數據，乃安排於 7 月進行報告。

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
業務 監理	6.持續監控 C 型肝炎全口服新藥之藥品給付規定修訂所產生之相關檢查(驗)費用及其對點值可能的影響	7 月	健保署	依 107 年 12 月份委員會議決定事項辦理
	三、例行監理業務			
	1.107 年度全民健保年終決算報告備查案	4 月	健保署(本會)	依健保法施行細則第 3 條辦理
	2.109 年度全民健保預算備查案	4 月	健保署(本會)	依健保法施行細則第 3 條辦理
	3.全民健康保險業務監理指標之監測結果報告	6、12 月 (季指標另納入 3、9 月業務執行報告)	健保署(本會)	1.依 107 年 6 月份委員會議決定事項辦理 2.本會訂於 6 月產製 107 年度監測結果報告
	4.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告	5、12 月	健保署	1.依 105 年 6 月份委員會議決議之「健保會討論自付差額特材之作業流程」辦理 2.開放半年後之報告視新品項收載狀況而定，107.6 納入之「鈦合金加長型伽瑪髓內釘組(長度 180mm 以上)」品項，如於 107 年 12 月尚未提報，則需於 108 年 5 月提報
5.自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告	12 月	健保署	依 105 年 6 月份委員會議決議事項辦理	
總額 協議 訂定	1.各部門總額 107 年執行成果評核作業方式之討論	3 月	本會	
	2.109 年度總額範圍報行政院前之諮詢	4 月	社保司(本會)	依健保法第 60 條辦理
	3.109 年度總額協商架構、通則及程序之討論	5、6 月	本會	

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註	
	4.提報各總額部門 107 年執行成果評核結果 (註 3)	7 月	本會	預訂於 7 月 18、19 日辦理評核會議，5~7 月準備資料	
總額協議訂定	5.108 年全民健康保險各總額部門評核結果獎勵案之討論	5 或 6 月	本會		
	6.109 年度各部門總額及其分配方式之協議訂定	9 月	本會	1.依健保法第 61 條辦理 2.預訂於 9 月 26、27 日辦理總額協商暨委員會議，7~9 月前置作業	
	7.109 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論	10、11 月	本會	依健保法第 61 條辦理	
費率審議	1.109 年度保險費率審議前專家諮詢會議	10 月	本會 (健保署)	1.依健保法第 24 條辦理 2.健保署於本會協議訂定總額後 1 個月提請審議 109 年度保險費率案	
	2.109 年度保險費率案之審議	11 月			
保險給付及其他應討論法定事項	1.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論	2、5、8、11 月	健保署 (本會)	1.依健保法第 45 條第 3 項及 105 年 6 月份、106 年 5 月份委員會議決議事項辦理 2.各季辦理時程配合健保署送會時程	
	2.健保署所擬修訂醫療品質資訊公開辦法之討論	11 月			依健保法第 74 條辦理
	3.健保署所擬訂 109 年度抑制資源不當耗用改善方案之討論	12 月			依健保法第 72 條辦理
	4.健保署所擬訂調整保險給付範圍方案之審議	配合健保署送會時程	健保署 (本會)	依健保法第 26 條辦理	
	5.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議			依健保法第 51 條第 12 款辦理	

註：3.有關 107 年 9 月份委員會議決議之「檢討總額預算挹注『推動分級醫療』之執行成效(含規劃中長期目標與策略)」，將併入評核會報告。

4.預定時程已參酌健保署建議安排。

5.委員會議若另有決議(定)事項，配合調整相關工作項目。

**全民健康保險會
108 年度委員會議預訂時間表**

會議次別	會議時間	會議地點
第 1 次	3 月 8 日(星期五上午 9 時 30 分)	衛生福利部 301 會議室(臺北市忠孝東路 6 段 488 號 3 樓)
業務訪視活動 暨共識營	3 月 21 日(星期四上午 9 時)全天 3 月 22 日(星期五上午 9 時)全天	健保署南區業務組
第 2 次	4 月 26 日(星期五上午 9 時 30 分)	衛生福利部 301 會議室(臺北市忠孝東路 6 段 488 號 3 樓)
第 3 次	5 月 24 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 4 次	6 月 28 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 5 次	7 月 26 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 6 次暨 109 年度總額協商 草案座談會	8 月 23 日(星期五上午 9 時 30 分)全天	
109 年度總額 協商暨第 7 次 委員會議	9 月 26 日(星期四上午 9 時 30 分)全天 9 月 27 日(星期五下午 2 時, 若有協商 未盡事宜, 則提前至上午 11 時處理)	
第 8 次	10 月 25 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 9 次	11 月 15 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 10 次	12 月 27 日(星期五上午 9 時 30 分)	

備註：

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

衛生福利部全民健康保險會 108 年業務訪視活動暨共識營行程表

108 年 3 月 21 日(星期四)第一天			
時間	內容	地點/訪視主題	
09:50	集合(高鐵雲林站)		
09:50~10:20(30 分鐘)	路程(高鐵雲林站→斗六慈濟醫院)		
10:20~10:40(20 分鐘)	實地訪視	斗六慈濟醫院 (雲林縣斗六市雲林路二段 248 號)	
10:40~11:10(30 分鐘)	健保署簡報	訪視主題一：「斗六診所改置醫院層級」 對當地醫療服務提供之影響	
11:10~12:00(50 分鐘)	綜合座談(含午餐)		訪視主題二：C 型肝炎 口服新藥執行成效
12:00~13:00(60 分鐘)	路程(斗六慈濟醫院→共識營會場)		
13:00~17:30(270 分鐘)	健保會共識營	大合照(20 分鐘)	台南市大內區二溪里唎子瓦 60 號
		法定任務及會務運作、 委員關切議題簡報(40 分鐘)	
		上屆委員經驗分享/健保 重要政策說明(分級醫療) (80 分鐘)	
		休息(30 分鐘)	
		意見交流(100 分鐘)	
17:30~18:10(40 分鐘)	路程(共識營會場→晚餐地點)		
18:10~20:20(130 分鐘)	晚餐(含業務溝通)	台南市中西區忠義路二段 84 巷 7 號	
20:20~20:30(10 分鐘)	路程(晚餐地點→台南大飯店)		
20:30~	住宿	台南大飯店 (台南市中西區成功路一號)	

衛生福利部全民健康保險會 108 年業務訪視活動暨共識營行程表(續)

108 年 3 月 22 日(星期五)第二天		
時間	內容	地點/訪視主題
07:00~08:40(100 分鐘)	早餐	台南大飯店 (台南市中西區成功路一號)
08:40~09:00(20 分鐘)	路程(台南大飯店→奇美醫院)	
09:00~09:30(30 分鐘)	健保署簡報	奇美醫院 (台南市永康區中華路 901 號)
09:30~10:20(50 分鐘)	綜合座談	訪視主題三：慢性腎臟 病照護及病人衛教 計畫執行成效
10:20~11:10(50 分鐘)	實地訪視	訪視主題四：推動分級 醫療之執行成效
11:10~12:10(60 分鐘)	路程(奇美醫院→高鐵台南站)	
12:10~	賦歸(午餐便當)	

備註：參與人員：訪視活動一本會委員、健保署及其南區業務組暨轄下相關院所代表
共識營一本會委員、健保署

辦理各部門總額 107 年執行成果評核之作業方式

第 4 屆 108 年第 1 次委員會議(108.3.8)通過

壹、評核範圍

- 一、醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診四部門總額107年度之一般服務項目及門診透析服務執行成果。
- 二、四部門總額及其他預算107年度之專款項目執行成果。

貳、辦理方式

一、評核委員

- (一)函請四部門總額推薦評核委員人選。
- (二)幕僚彙整四部門總額回復之推薦名單，及本會現任、曾任專家學者委員後，請委員推薦適合人選，再由主任委員依據委員之推薦情形，排定邀請名單。幕僚依邀請名單依序邀請 7 位擔任評核委員。

二、評核會議之資料

- (一)請四部門總額及健保署於評核會議前 1 個月，提供 103~107 年一般服務項目及專款項目之執行成果書面報告(報告大綱及提報單位，詳附表一~四)，供評核委員事先審閱，及本會推派擔任健保署「醫療給付費用總額研商議事會議」、「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之代表參閱。
- (二)書面報告內容以精簡為原則，部門提報之一般服務項目內文限 100 頁，各專款項目內文限 10 頁，並編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
- (三)請四部門總額及健保署於評核會議前 2 週，提送口頭報告(簡報)。

三、評核會議

- (一)會議期程：2 天。
- (二)第一階段：公開發表會議(1 天半)。
 - 1.健保署統一報告各部門一般服務之整體性、一致性項目(如：利用概況、滿意度調查結果、品質指標監測結果等)及門診透析與其他預算之執行成果。
 - 2.由接受健保署專業事務委託之四部門總額受託團體報告一般服務項

目、專款項目之執行成果；為利評核委員及與會者掌握及聚焦於重點項目，簡報內容請以「年度重點項目之推動與未來規劃」為主，請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 107 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。

3.評核委員評論各部門總額一般服務項目及專款項目之執行成果報告，並開放與會者提問。

4.參與人員

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

(三)第二階段：評核內部會議(半天)。

1.評核委員就四部門總額之執行成果，充分溝通後評定等級；並針對四部門總額之一般服務項目、專款項目提出共識建議，供協商參考。

2.參與人員：主任委員、評核委員、本會幕僚。

參、評核項目與配分

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

評核項目	配分
壹、年度重點項目執行成果與未來規劃^{註1} 一、必要項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 107 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。(附表三) 二、自選項目：部門自行提報，最多 2 項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。	20
貳、一般服務項目執行績效 一、就 107 年評核委員評論意見與期許之回應說明 二、維護保險對象就醫權益 (一)醫療服務品質調查結果之檢討及改善措施 (二)民眾諮詢及抱怨處理 (三)民眾自費情形及改善措施	60

評核項目	配分
(四)就醫可近性與及時性之改善措施 (五)其他確保民眾就醫權益之措施 三、專業醫療服務品質之確保與提升 (一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施 (二)品質保證保留款實施方案執行結果 (三)其他改善專業醫療服務品質具體措施 四、協商因素項目之執行情形 (一)新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)(本項適用於協定事項有新醫療科技項目之部門) (二)支付標準修訂及其他協商因素項目(依協定結果分列) 五、總額之管理與執行績效 (一)醫療利用(含全國及各分區)及費用管控情形 (二)點值穩定度 (三)專業審查及其他管理措施 (四)院所違規情形及醫療機構輔導	
參、專款項目執行成果^{註2} 一、就 107 年評核委員評論意見與期許之回應說明 二、107 年計畫/方案執行成果 三、103~107 年執行情形及成效評估(含自選 3 項關鍵績效指標) 四、檢討與改善方向(含 108 年計畫/方案修正重點)	20
總分	100

註：1.年度重點項目係就「一般服務項目」及「專款項目」中，擇與政策目標、總額協定要求及民眾關切之議題，進行重點報告，以利評核聚焦於年度重要事項。
 2.列入評核之專款項目如附表四。

肆、評核結果之應用

一、評核結果區分為下列五等級：

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

二、評核等級作為109年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給「品質保證保留款」之預算，以茲鼓勵。

三、評核委員針對四部門總額一般服務項目、專款項目之共識建議，作為協商109年度該部門總額一般服務項目成長率及各專款項目經費增減及續辦與否之參據。

伍、108 年評核作業時程表

時間	作業內容
107 年 12 月	本會函請四總額部門及健保署提供建議之 107 及 108 年度重點項目及績效指標，並請就本會研擬之評核內容(草案)，提供修正建議。
108 年 1~2 月	研擬評核作業方式(草案)。
108 年 3 月	1.研擬評核作業方式(草案)提委員會議議定。 2.請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。 3.本會函請四總額部門推薦評核委員人選。
108 年 4 月	1.彙整四總額部門回復之推薦名單，及本會現任、曾任專家學者委員後，請委員推薦適合人選，再由主任委員依據委員之推薦情形，排定邀請名單。 2.依邀請名單依序邀請 7 位擔任評核委員。
108 年 5 月中旬	請健保署提供四總額部門所需數據；四總額部門視需要另洽請健保署提供相關資料。
108 年 6 月中旬 (評核會議前 1 個月)	健保署及四總額部門提送執行成果之書面報告(含 108 年度績效指標目標值)，供評核委員審閱，及本會推派擔任健保署「醫療給付費用總額研商議事會議」、「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之代表參閱。
108 年 7 月初 (評核會議前 2 週)	健保署及四總額部門提送「各部門總額 107 年執行成果發表暨評核會議」之口頭報告(簡報)。
108 年 7 月下旬 (預定 7 月 18、19 日)	召開為期 2 天之「各部門總額 107 年執行成果發表暨評核會議」。

年度重點項目及各部門總額一般服務項目執行績效/成果之報告大綱

評核項目	健保署提報	部門提報
壹、年度重點項目執行成果與未來規劃		
一、必要項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 107 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。	V	V
二、自選項目：部門自行提報，最多 2 項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。	V	V
貳、一般服務項目執行績效		
一、就 107 年評核委員評論意見與期許之回應說明	V	V
二、維護保險對象就醫權益		
(一)醫療服務品質調查結果之檢討及改善措施	調查/統計結果 及重點說明	檢討及改善
(二)民眾諮詢及抱怨處理		
(三)民眾自費情形及改善措施		
(四)就醫可近性與及時性之改善措施		
(五)其他確保民眾就醫權益之措施	—	V
三、專業醫療服務品質之確保與提升		
(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施	監測結果 及重點說明	檢討及改善
(二)品質保證保留款實施方案執行結果	核發結果統計	
(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施	—	V
四、協商因素項目之執行情形		
(一)新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等) (本項適用於協定事項有新醫療科技項目之部門)	執行情形 (含成效)檢討 ^{註3}	推動情形、 檢討及改善
(二)支付標準修訂及其他協商因素項目(依協定結果分列)		
五、總額之管理與執行績效		
(一)醫療利用(含全國及各分區)及費用管控情形	醫療利用情形	管控措施、 檢討及改善
(二)點值穩定度	點值	
(三)專業審查及其他管理措施	審查辦法之修訂 、審查核減統計	
(四)院所違規情形及醫療機構輔導	違規情形統計	
參、附錄(如：品質確保方案、品質保證保留款實施方案及其他視需要提供之方案內容)		

註：1.請健保署配合於 5 月中旬提供各總額部門所需數據，以利各部門提報檢討與改善措施；門診透析服務，各項目均由署提報。報告內容請至少提供 5 年(103~107 年)之數據。另請健保署於書面報告提供各項調查/統計結果時，重點說明其結果。

2.部門提報之執行成果報告內文限 100 頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。

3.依據 108 年總額協定事項，請提出各總額部門前 1 年一般服務各協商項目之執行情形(含成效)檢討。

各部門總額及其他預算專款項目之執行成果報告大綱

計畫型項目	健保署提報	部門提報
一、就 107 年評核委員評論意見與期許之回應說明	—	V
二、107 年計畫/方案執行成果		
(一)計畫目的		
(二)執行目標		
(三)經費來源與協定事項		
(四)費用支付		
(五)執行內容		
(六)評核指標及退場機制		
三、103~107 年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率	執行情形之 統計結果	推動情形、 檢討及改善
(二)目標達成情形		
(三)執行概況及結果，包含醫療服務提供及民眾 利用情形、獎勵情形等		
(四)成效評估，包含評核指標達成情形、就醫可 近性及健康狀況改善情形、相關退場情形等 (含自選 3 項關鍵績效指標)		
四、檢討與改善方向(含 108 年計畫/方案修正重點)	—	V
五、附錄：各項專案計畫/方案內容		
非計畫型項目	健保署提報	部門提報
一、就 107 年評核委員評論意見與期許之回應說明	—	V
二、103~107 年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率	執行情形 之統計結果 及改善建議	推動情形、 檢討及改善
(二)執行結果及成效		
三、檢討與改善方向	—	V

註：1.由各總額部門負責之專款項目(計畫型及非計畫型)，請健保署提供執行情形之數據(其中計畫型應含 3 項自選關鍵績效指標)；由健保署負責之專款項目(計畫型及非計畫型)，均由署提報。各專款項目之提報單位如附表四。

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

附表三

各部門總額及健保署107年「年度重點項目—必要項目與績效指標」

單位/部門	必要項目與績效指標
健保署— 整體總額	必要項目1：分級醫療之推動成效 績效指標：民眾知曉分級醫療政策之比率大於60%
	必要項目2：推動健保醫療資訊雲端查詢系統之成效 績效指標：合理使用12類藥品重複用藥日數下降比率達5-10%。
	必要項目3：整體資源配置與未來規劃
牙全會— 牙醫門診 總額	必要項目1：牙醫院所感染管制之現況與改善情形 績效指標：院所感染管制申報率〔最近3年全國平均值*(1-10%)〕
	必要項目2：國人牙齒保存現況與改善情形 績效指標：有就醫者平均拔牙顆數〔最近3年全國平均值*(1+10%)〕
中全會— 中醫門診 總額	必要項目1：中醫醫療資源不足地區就醫可近性的改善 績效指標： (I)服務人次成長率 (II)醫師數成長率 (III)服務地點成長率
	必要項目2：中醫腦中風整合性照護計畫之整體規劃 績效指標： (I)服務人次成長率 (II)醫師數成長率
醫全會— 西醫基層 總額	必要項目1：西醫基層轉診執行概況 績效指標： (I)轉診占率 (II)基層接受轉診率 (III)基層接受慢性病人轉診率
	必要項目2：醫療給付改善方案成效 績效指標：糖尿病病人照護率
醫院協會— 醫院總額	必要項目1：醫院分級醫療執行成效 績效指標： (I)醫院層級轉診率 (II)分級醫療垂直整合策略聯盟涵蓋率
	必要項目2：護病比執行現況 績效指標：護病比分級達成率
健保署— 其他預算	必要項目1：居家醫療照護整合計畫之推動成效 績效指標：居家整合收案對象門診次數降低
	必要項目2：C型肝炎藥費預算執行與治療成效 績效指標： (I)C型肝炎藥費預算執行率達95% (II)C型肝炎治療涵蓋率(年累計)

註：各項績效指標定義詳參考資料

各部門總額及其他預算專款項目執行成果之提報單位

部門別	計畫／方案名稱	提報單位
牙醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 特殊醫療服務計畫 - 牙周病統合照護計畫 	牙醫師公會 全聯會
中醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫(包含 1.腦血管疾病；2.顱腦損傷；3.脊髓損傷) - 中醫提升孕產照護品質計畫 - 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 - 中醫癌症患者加強照護整合方案 - 中醫急症處置計畫 	中醫師公會 全聯會
西醫基層	- 家庭醫師整合性照護計畫(含計畫檢討與管控)	健保署
	<ul style="list-style-type: none"> - 家庭醫師整合性照護計畫(醫界配合推動情形) - 西醫醫療資源不足地區改善方案 - 強化基層照護能力「開放表別」(非計畫型) - 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(非計畫型) 	醫師公會 全聯會
醫院	<ul style="list-style-type: none"> - 急診品質提升方案 - 西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層) - 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫 - 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型) - 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材(非計畫型) - 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型) 	台灣醫院 協會
醫院、 西醫基層	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療給付改善方案(糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦全程照護、慢性阻塞性肺疾病及提升醫院用藥安全與品質方案) - C型肝炎藥費 - 鼓勵院所建立轉診之合作機制(非計畫型) 	
其他預算	<ul style="list-style-type: none"> - 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 - 居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務(含居家醫療照護整合計畫) - 推動促進醫療體系整合計畫 - 鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案 - 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 - 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫 - 高診次者藥事照護計畫 - 基層總額轉診型態調整費用(非計畫型) - 支應醫院總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及C型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費(非計畫型) - 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費(非計畫型) - 提升保險服務成效(非計畫型) 	健保署

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

各部門總額及健保署107年「年度重點項目—必要項目績效指標」定義

單位/部門	必要項目績效指標定義
<p>健保署— 整體總額</p>	<p>必要項目1：分級醫療之推動成效 績效指標：民眾知曉分級醫療政策之比率大於60% 定義(分子/分母)=依照健保署107年辦理「全民健康保險業務宣導認知情形調查結果」之定義。</p> <hr/> <p>必要項目2：推動健保醫療資訊雲端查詢系統之成效 績效指標：合理使用12類藥品重複用藥日數下降比率達5-10%。 定義(分子/分母)=12類藥品之重複用藥日數/12類藥品之總給藥日數</p>
<p>牙全會— 牙醫門診 總額</p>	<p>必要項目1：牙醫院所感染管制之現況與改善情形 績效指標：院所感染管制申報率〔最近3年全國平均值*(1-10%)〕 定義(分子/分母)=申報加強感染管制診察費的院所數/申報總院所數</p> <hr/> <p>必要項目2：國人牙齒保存現況與改善情形 績效指標：有就醫者平均拔牙顆數〔最近3年全國平均值*(1+10%)〕 定義(分子/分母)=拔牙總顆數(簡單性拔牙92013C+複雜性拔牙92014C)/就醫人數</p>
<p>中全會— 中醫門診 總額</p>	<p>必要項目1：中醫醫療資源不足地區就醫可近性的改善 績效指標： (I)服務人次成長率 (II)醫師數成長率 (III)服務地點成長率 定義(分子/分母)= (I)服務人次：(107年-106年)/106年 (II)醫師數：(107年-106年)/106年 (III)服務地點：(107年-106年)/106年</p> <hr/> <p>必要項目2：中醫腦中風整合性照護計畫之整體規劃 績效指標： (I)服務人次成長率 (II)醫師數成長率 定義(分子/分母)= (I)服務人次：(107年-106年)/106年 (II)醫師數：(107年-106年)/106年</p>

單位/部門	必要項目績效指標定義
醫全會— 西醫基層 總額	必要項目1：西醫基層轉診執行概況 績效指標： (I)轉診占率 (II)基層接受轉診率 (III)基層接受慢性病病人轉診率 定義(分子/分母)= (I)基層轉診件數/西醫部門轉診件數 (II)基層接受轉診件數/醫院轉至基層件數 註：基層接受轉診件數排除平轉案件 (III)基層接受醫院慢性病轉診件數/醫院轉至基層慢性病件數 註：慢性病定義：案件分類為04、08案件
	必要項目2：醫療給付改善方案成效 績效指標：糖尿病病人照護率 定義(分子/分母)=當年度申報糖尿病方案相關費用之歸戶人數/ 當年度糖尿病之符合收案條件之歸戶人數
醫院協會—醫 院總額	必要項目1：醫院分級醫療執行成效 績效指標： (I)醫院層級轉診率 (II)分級醫療垂直整合策略聯盟涵蓋率 定義(分子/分母)= (I)各層級醫院轉診件數/醫院部門各層級總就醫件數 (II)完成建立與其他院所策略聯盟合作機制之家數/醫院部門醫 院家數
	必要項目2：護病比執行現況 績效指標：護病比分級達成率 定義(分子/分母)=各層級達成各分級護病比家數/各層級總家數
健保署— 其他預算	必要項目1：居家醫療照護整合計畫之推動成效 績效指標：居家整合收案對象門診次數降低 定義(分子/分母)=照護對象(收案滿一個月)後每月平均門診就醫 次數較收案前低。
	必要項目2：C型肝炎藥費預算執行與治療成效 績效指標： (I)C型肝炎藥費預算執行率達95% (II)C型肝炎治療涵蓋率(年累計) 定義(分子/分母)= (I)C型肝炎藥費結算金額/協定之合計預算 (II)至當年底已接受治療人數/慢性C型肝炎患者人數

各部門總額及健保署108年「年度重點項目-必要項目與績效指標」

單位/部門	必要項目與績效指標
健保署- 整體總額	必要項目1：分級醫療之推動成效 績效指標：區域級(含)以上醫院回轉率
	必要項目2：推動健保醫療資訊雲端查詢系統之成效 績效指標：合理使用60類藥品重複用藥日數下降比率
	必要項目3：整體資源配置與未來規劃
牙全會- 牙醫門診 總額	必要項目1：牙醫院所感染管制之現況與改善情形 績效指標：院所感染管制申報率〔最近3年全國平均值*(1-10%)〕
	必要項目2：國人牙齒保存現況與改善情形 績效指標：有就醫者平均拔牙顆數〔最近3年全國平均值*(1+10%)〕
中全會- 中醫門診 總額	必要項目1：符合中醫針灸標準作業程序(SOP)規範 績效指標： (I)符合「中醫針灸標準作業程序(SOP)規範」合格院所比率(80%) (II)訪視合格院所比率(90%)
	必要項目2：中醫假日就診方便性之整體規劃 績效指標： (I)服務人次成長率 (II)醫師數成長率
醫全會- 西醫基層 總額	必要項目1：西醫基層轉診執行概況 績效指標： (I)轉診占率 (II)基層接受轉診率 (III)基層接受慢性病病人轉診率 (IV)慢性病病人轉診照護情形
	必要項目2：醫療給付改善方案成效 績效指標：各方案病人照護率
醫院協會-醫 院總額	必要項目1：醫院分級醫療執行成效 績效指標： (I)醫院層級轉診率 (II)分級醫療垂直整合策略聯盟涵蓋率 (III)就醫民眾對分級醫療轉診政策實施滿意度調查
	必要項目2：護病比執行現況 績效指標：護病比分級達成率
健保署- 其他預算	必要項目1：居家醫療照護整合計畫之推動成效 績效指標：居家整合收案對象門診次數降低
	必要項目2：C型肝炎藥費預算執行與治療成效 績效指標：C型肝炎藥費預算執行率 (I)C型肝炎藥費預算執行率 (II)C型肝炎治療涵蓋率(年累計)

註：各項績效指標定義詳參考資料

各部門總額及健保署108年「年度重點項目—必要項目績效指標」定義

單位/部門	必要項目績效指標定義
<p>健保署— 整體總額</p>	<p>必要項目1：分級醫療之推動成效 績效指標：區域級(含)以上醫院回轉率 定義(分子/分母)=分母案件之回轉件數/區域級(含)以上醫院接受上轉之門住診申報件數合計</p>
	<p>必要項目2：推動健保醫療資訊雲端查詢系統之成效 績效指標：合理使用60類藥品重複用藥日數下降比率 定義(分子/分母)=60類藥品之重複用藥日數/60類藥品之總給藥日數</p>
<p>牙全會— 牙醫門診 總額</p>	<p>必要項目1：牙醫院所感染管制之現況與改善情形 績效指標：院所感染管制申報率〔最近3年全國平均值*(1-10%)〕 定義(分子/分母)=申報加強感染管制診察費的院所數/申報總院所數</p>
	<p>必要項目2：國人牙齒保存現況與改善情形 績效指標：有就醫者平均拔牙顆數〔最近3年全國平均值*(1+10%)〕 定義(分子/分母)=拔牙總顆數(簡單性拔牙92013C+複雜性拔牙92014C)/就醫人數</p>
<p>中全會— 中醫門診 總額</p>	<p>必要項目1：符合中醫針灸標準作業程序(SOP)規範 績效指標： (I)符合「中醫針灸標準作業程序(SOP)規範」合格院所比率(80%) (II)訪視合格院所比率(90%) 定義(分子/分母)= (I)符合「中醫針灸標準作業程序(SOP)規範」合格院所數/申報針灸處置費之院所數 (II)訪視合格院所數/訪視院所數</p>
	<p>必要項目2：中醫假日就診方便性之整體規劃 績效指標： (I)服務人次成長率 (II)醫師數成長率 定義(分子/分母)= (I)服務人次：(108年-107年)/107年 (II)醫師數：(108年-107年)/107年</p>
<p>醫全會— 西醫基層 總額</p>	<p>必要項目1：西醫基層轉診執行概況 績效指標： (I)轉診占率 (II)基層接受轉診率 (III)基層接受慢性病病人轉診率 (IV)慢性病病人轉診照護情形</p>

單位/部門	必要項目績效指標定義
醫全會-西醫基層總額	<p>定義(分子/分母)=</p> <p>(I)基層轉診件數/西醫部門轉診件數</p> <p>(II)基層接受轉診件數/醫院轉至基層件數 註：基層接受轉診件數排除平轉案件</p> <p>(III)基層接受醫院慢性病轉診件數/醫院轉至基層慢性病件數 註：慢性病定義：案件分類為04、08案件</p> <p>(IV)慢性病轉診病人持續就醫歸戶人數/醫院轉至基層慢性病歸戶人數 註：(i)持續就醫定義：醫院轉至基層慢性病病人於同院所因慢性病持續就醫兩次以上 (ii)慢性病定義：案件分類為04、08案件</p> <hr/> <p>必要項目2：醫療給付改善方案成效 績效指標：各方案病人照護率 定義(分子/分母)=當年度申報各方案相關費用之歸戶人數/當年度各方案之符合收案條件之歸戶人數</p>
醫院協會-醫院總額	<p>必要項目1：醫院分級醫療執行成效 績效指標：</p> <p>(I)醫院層級轉診率</p> <p>(II)分級醫療垂直整合策略聯盟涵蓋率</p> <p>(III)就醫民眾對分級醫療轉診政策實施滿意度調查</p> <p>定義(分子/分母)=</p> <p>(I)各層級醫院轉診件數/醫院部門各層級總就醫件數</p> <p>(II)完成建立與其他院所策略聯盟合作機制之家數/醫院部門醫院家數</p> <p>(III)-(建議健保署於108年度醫院部門滿意度調查增加就醫民眾對分級醫療轉診政策實施之滿意度調查)</p> <hr/> <p>必要項目2：護病比執行現況 績效指標：護病比分級達成率 定義(分子/分母)=各層級達成各分級護病比家數/各層級總家數</p>
健保署-其他預算	<p>必要項目1：居家醫療照護整合計畫之推動成效 績效指標：居家整合收案對象門診次數降低 定義(分子/分母)=照護對象(收案滿一個月)後每月平均門診就醫次數較收案前低。</p> <hr/> <p>必要項目2：C型肝炎藥費預算執行與治療成效 績效指標：</p> <p>(I)C型肝炎藥費預算執行率</p> <p>(II)C型肝炎治療涵蓋率(年累計)</p> <p>定義(分子/分母)=</p> <p>(I)C型肝炎藥費結算金額/協定之合計預算</p> <p>(II)至當年底已接受治療人數/慢性C型肝炎患者人數</p>

臨時提案

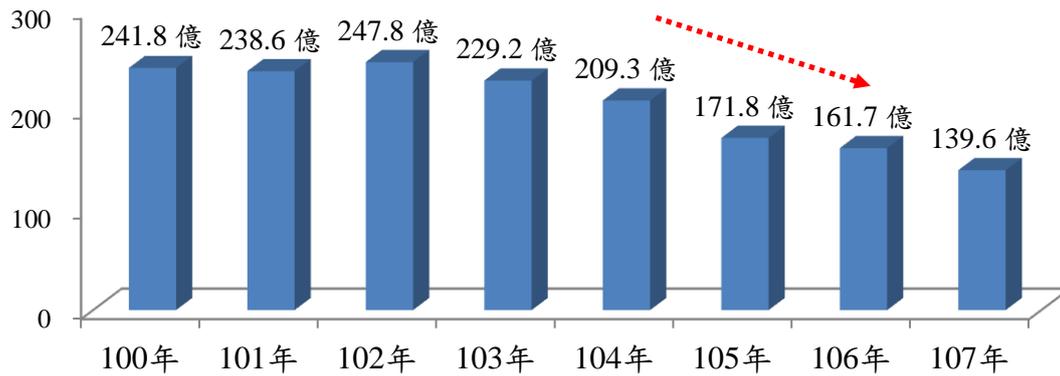
提案人：陳炳宏、何語、趙銘圓

案由：建請以健保會名義向衛福部表達「反對『預告修正菸捐分配』並請恢復『70%供健保安全準備』」，提請討論。

說明：

- 一、衛生福利部於 108 年 02 月 01 日預告修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」第 4 條、第 5 條、第 7 條修正草案，其中修訂「該辦法第 4 條」攸關菸品健康福利捐分配予全民健保安全準備，減少未來健保收入，不利於該安全準備之提存，長期影響未來健保費率適足性，如須再調整費率時，將造成全民的負擔，擬向衛生福利部陳述建議。
- 二、正視「菸捐」與「健保安全準備」的顯著關聯及醫療承擔責任
醫學研究顯示，吸菸導致癌症、中風、心臟病、氣喘等疾病，已有明顯的因果關係，另健保署 106.03.02 公開文獻(題目：歷年來菸品健康福利捐補助健保安全準備)揭示，菸害造成的疾病醫療費用約占各國醫療費用的 10% (6~15%，中推估 10%)，依當時估計國內因菸害造成的健保醫療費用最保守估計每年至少 500 億元；惟綜觀近年政府分配予健保的菸捐金額逐年明顯下降(如下圖)，以 107 年健保的菸捐分配(收入)更降至 139.6 億元(較 106 年下降 13.6%)，再與前述最保守估計的菸害健保醫療費用至少 500 億元(支出)，等同入不敷出，何來厚實健保安全準備(積蓄支應未來菸害醫療費用)；菸捐對於菸害在健保醫療的彌補功能，逐年被弱化(統計如下圖)，何來期待政府對健保財務責任的提升。

【附圖：統計近年菸捐分配予健保之金額】



三、菸捐分配在其他款項居然爆出未專款專用情形

年節期間，其他行政機關發生核銷菸捐「未專款專用」的新聞，監察院調查指出，財政部對於地方政府菸捐分配在查緝經費之支用情形，長期以來僅以消極函文要求地方政府應依專款專用原則辦理，未落實執行菸捐經費運用要點所定之實地查核機制，糾正財政部；前述不當行政案例，與課徵菸捐之行政目的，已不符合實質的內在關聯關係。

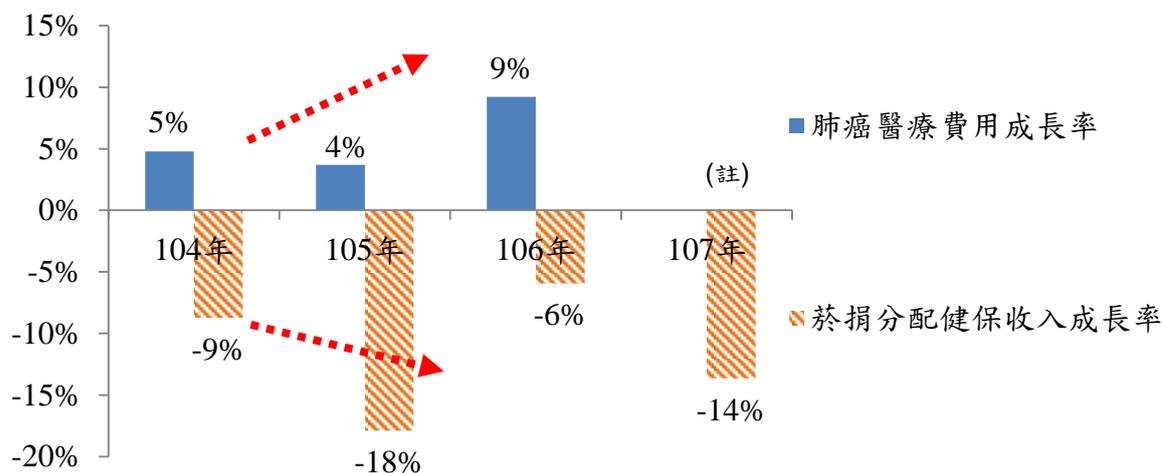
四、本次修法未提供適法合理之評估程序

檢視 108 年 02 月 01 日預告修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」第 4 條第 1 項第 1 款規定「50%供全民健康保險之『安全準備』及『補助經濟困難者之保險費』之用」，相較 104 年 10 月 15 日該辦法原規定(原各自獨立：50%供安全準備之用、5%供補助保險費之用)，未來如果併入同款條文，等同將菸品健捐分配予全民健保安全準備之比例「調降至 45%」以下，且未明文規範分配「安全準備」與「補助保險費」兩者帳戶的區隔情形，何來預算管控的有效性？而追蹤可歸因於吸菸之疾病治療費用，以及其耗用健保醫療資源的成長情形，本次修法說明尚未公諸其適法合理的評估程序。

五、敬請回歸菸捐與分配健保資源的正當關聯性

追蹤近年「肺癌醫療費用逐年增加」與「菸捐分配健保收入卻逐年減少」(如下圖)，兩者之成長情形「互為反向」，不符合「課徵菸捐」與其「分配在健保醫治菸害資源」的正當性及關聯性。

【附圖：統計近年「肺癌醫療費」與「菸捐分配健保收入」成長率(呈反向)】



註：健保尚未公布 107 年度肺癌醫療相關費用

而公告有關本次「菸品健康福利捐分配及運作辦法」第 4 條第 1 款規定的修訂對照說明，係以「酌作文字修正」簡單略述，卻逕將原各自獨立條文「補助經濟困難者之保險費」併入本款條文，尚未說明「健保安全準備」及「補助經濟困難者之保險費」共用同一款經費的分配比例性，亦未公允說明其正當合理關聯；且追蹤其歷次修正調降菸品健捐分配予全民健保安全準備之比例，實乃逐年減少全民健保的收入，以 104 年 10 月 15 日修訂案為例，已減少 105~107 年度健保安全準備合計 189 億元(如次頁之附表 1)，明顯不利安全準備的累積！如此一來，108 年健保安全準備將再減少約 15 億元，不符合課徵菸捐主要目的，是為了支應未來菸害做好醫療之安全準備；建請本次修法，恢復 98 年 4 月 17 日「菸品健康福利捐分配及運作辦法」第 4 條第 1 項第 1 款原來規定「分配 70% 供健保之安全準備」。

擬辦：由於吸菸實已造成周遭的健康風險，所以菸捐更應該重點分配在全民健康保險的安全準備上；揭示 107 年度計提健保安全準備金額已轉為負數(-249.9 億元，支出大於收入)，敬請正視我國菸品健康福利捐的立法良意，「菸捐取之於菸害，用之於健保菸害醫療」的正當關聯性，並厚植健保安全準備之提存，以防範菸害之未然；因此，(1)反對本次預告修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」草案，並(2)建請衛生福利部恢復 98

年 4 月 17 日「菸品健康福利捐分配及運作辦法」第 4 條第 1 項第 1 款原規定「分配 70%供健保之安全準備」，強化「菸捐」對於「健保安全準備」的顯著關聯及醫療承擔責任，以落實政府在實施二代健保時，所宣導「要提升政府財務責任」之美意。

決議：

【附表 1】：追蹤歷次修訂菸品健康福利捐分配及運作辦法之影響

項目	菸捐分配及運作辦法第 4 條第 1 項第 1 款規定	評估對安全準備之影響
訂定日期 96 年 10 月 11 日	90% 供健保之安全準備	略
修正日期 98 年 04 月 17 日	90% → 70% 供健保之安全準備	該修訂已長期減少 99~104 年度健保安全準備 430 億元(累計 6 年)
修正日期 104 年 10 月 15 日	70% → 50% 供健保之安全準備	該修訂已減少 105~107 年度健保安全準備 189 億元(累計 3 年)
預告修正 108 年 02 月 01 日	50% (註) 供「全民健康保險之安全準備」及「補助經濟困難者之保險費」之用	預估將減少 108 年健保安全準備約 15 億元

註：健保安全準備及補助經濟困難者的保險費，由原先各自獨立的 50% 及 5%，合併為 50%。(即原 104 年 10 月 15 日修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」第 4 條第 1 項第 1 款規定「50% 供全民健康保險之安全準備」、第 4 款規定「5% 供補助經濟困難者之保險費之用」，兩者互為區隔帳戶管理。

【附表 2】：統計「氣管、支氣管和肺癌(ICD-10 碼 C33-C34)」病人醫療費用

項目	醫療費用(千元)	成長%	就醫病人數	成長%
104 年	11,326,059	4.8%	53,976	5.8%
105 年	11,745,280	3.7%	55,526	2.9%
106 年	12,829,464	9.2%	59,416	7.0%

第 4 屆 108 年 第 1 次 委員 會議
與 會 人 員 發 言 實 錄

壹、「主席致詞(介紹新委員)及部長致詞」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

各位委員早安，現在時間 9 點 30 分，會議即將開始，請各位委員就座。

周主任委員麗芳

- 一、陳部長時中、李署長伯璋、商司長東福、健保會第 4 屆委員及列席好友們，大家早安，大家好，今天是健保會第 4 屆委員第 1 次委員會議，非常感謝各位委員，在天候不好的狀況之下，仍能準時與會，共同來關心健保議題，為健保把關。我們也特別感謝陳部長時中在百忙之中排除萬難，來參加第一次會議，為委員及全體同仁加油打氣。在部長致詞之前，我先介紹健保會的委員，讓委員之間相互認識，也讓部長認識大家。
- 二、首先是保險付費者代表，中華民國全國教師會常務理事鄭委員建信、全國產業總工會會員代表趙委員銘圓、中華民國全國總工會常務理事干委員文男、全國工人總工會榮譽理事長鄭委員素華、中華民國律師公會全國聯合會商事法委員會主任委員許委員美麗、中華民國農會保險部主任林委員敏華、中華民國全國漁會理事陳委員有慶、中華民國全國職業總工會副理事長邱委員寶安、全國產職業總工會副理事長許委員駢洪、台灣總工會理事長蔡委員明鎮、台灣社會福利總盟副理事長馬委員海霞、臺灣病友聯盟常務理事吳委員鴻來、全國勞工聯合總工會榮譽理事長林委員錫維、罕見疾病基金會創辦人暨董事陳委員莉茵、中華民國全國工業總會常務理事何委員語、中華民國全國商業總會監事會召集人葉委員宗義、中華民國工商協進會國泰人壽保險股份有限公司資深副理陳委員炳宏、中華民國工業協進會秘書長張委員文龍、中華民國全國中小企業總會理事長李委員育家(請假)。
- 三、接著是行政院主計總處專門委員羅委員莉婷；保險醫事服務提供者代表，台灣醫院協會理事長翁委員文能、台灣醫院協會醫

學中心協會秘書長李委員偉強、台灣醫院協會區域醫院協會名譽理事長張委員煥禎、台灣醫院協會社區醫院協會理事長謝委員武吉、中華民國醫師公會全國聯合會常務理事吳委員國治、中華民國醫師公會全國聯合會常務理事黃委員啟嘉、中華民國牙醫師公會全國聯合會理事長謝委員尚廷、中華民國中醫師公會全國聯合會理事長陳委員旺全，今天請假，由陳執行長憲法代理，中華民國藥師公會聯合會理事長古委員博仁、中華民國護理師護士公會全國聯合會副理事長張委員澤芸。

四、接下來是政府機關代表，國發會副處長謝委員佳宜，衛福部社保司司長商委員東福；接續是專家學者及公正人士，首先是我自己周麗芳，在政大財政學系服務，接著是長庚大學醫務管理學系教授盧委員瑞芬、陽明大學公共衛生研究所及醫務管理研究所教授周委員穎政、財團法人寶佳公益慈善基金會董事長賴委員進祥、中華民國身心障礙聯盟秘書長滕委員西華、花蓮縣政府勞資爭議調解委員會調解委員蔡委員登順及中華民國消費者文教基金會秘書長吳委員榮達。

五、接著是列席的健保署代表，李署長伯璋、蔡副署長淑鈴，以及社保司盧副司長胤雯。請健保會同仁站起來，讓大家認識你們，還有健保署列席的同仁們，是否也站起來一下，謝謝；其他陪同委員們一起過來關心我們健保事務之列席同仁們，也請站起來，歡迎大家。接下來，請部長為我們健保會勉勵幾句，謝謝。

陳部長時中

一、各位健保會的朋友們大家早安！大家好！健保會是一個非常辛苦的會，凝聚各種不同的立場及想法，目的是要替我們舉世聞名的健保，找出一條對人民最有利的路，也因此，這相對是困難的。每個團體都有他的立場，我們可就各個團體的立場，進行辯論、討論，但盡量避免爭鋒相對，因為爭鋒相對的結果，就是大家都堅持，就沒有辦法找出最好的路。健保會整個設計

上是收支連動，大家知道在收支連動的體系之下，每一個團體承受的壓力都非常大，甚至超過我們個人所能承受，不過這個重中之重，是要靠各位來承擔。

- 二、在今年過年時，我向我們同仁提出我的 3 個希望，最重要的是希望大家要快樂的工作；我對健保會的期許，是希望大家能快樂的協商。如何能夠快樂的協商？我認為傾聽很重要！在這個會裡面，並不是大家急著要說服別人來聽你的意見，而是互相傾聽對方的需要，從每個人的需要裡面，我們就可以找出合作的路，所以第 2 個是要傾聽。第 3 個我認為合作才會成功，唯有大家站在互相要體諒對方的立場及需要，才可能找出一條合作的路，最終極的目標是對人民有利，對人民有利當然有很多的方向，減輕人民的負擔，這是對人民有利，保障人民的健康，這也是對人民有利。如何利用健保資源建立我們有效率的醫療體系，讓全民可以得到這樣的利益，我想這也很重要。
- 三、基本上，大家站在個別的立場去講，去讓大家聽，聽的人願意好好聽、願意找出一條合作的路，但目標是對人民有利。可是對人民有利的角度非常多，有各種不同的有利方式，我們今天省錢，民眾平均餘命降低，當然就對人民不利，或是對健康沒有很大幫助，卻花了很多錢，這對人民也是不利。所以大家怎麼樣在一個有效率的醫療體系之下共同合作，替我們的消費者看緊荷包，看緊荷包的意思，就是要有效率的運用健保資源，讓全民都能共享這樣的利益，在這裡非常誠懇地拜託各位，互相合作，相互傾聽，為健保找出一條活路，謝謝大家。
- 四、每到婦女節就有些感傷，大家都說現在兩性平權做得不錯，本委員會男性委員居多，想要提醒一件事，雖說男女平權，但大家注意一下，在健康面向上男女是不平等的，女性可以活到 84 歲，男性只有 76 歲，這還有相當大的差距在，未來說不定要考慮如何特別保障男性的健康。無論如何，今天還是非常高興，在婦女節謹用 1 朵玫瑰花獻給所有女性同胞、委員，祝福大家身體健康、萬事如意，謝謝大家。請周主任委員麗芳代表

女性的委員接受此項祝福。

周主任委員麗芳

- 一、感謝陳部長時中剛剛對我們的期勉，快樂的協商、虛心的傾聽、團隊的合作。為落實部長的期許，在快樂的協商當中，我們有一個改變，過去我們的會議是從上午 9 時 30 分馬拉松式的進行到下午 14 時，中間完全沒有休息，但這次同仁硬擠出 10 分鐘，讓大家起來活動筋骨，上個洗手間，稍微聊聊天彼此認識。這是第 1 個改變。再來剛才部長也提到，健保會要做有效率的協商，從我們進衛福部那一刻就要做到，健保會的幕僚非常積極有效率，今天桌上有進出衛福部的委員通行證，有這張通行證，以後就不用拿開會通知，萬一找不到開會通知，還要打到會內求助，以後就可使用這張通行證，這就是展現效率的第一步。
- 二、其次，等一下請幕僚同仁說明，因為我們的委員從 35 位增加到 39 位，包括署長總共 40 位，若大家每次發言 3 分鐘，一輪跑下來就要 120 分鐘，也就是 2 小時，所以讓我們一起努力，看怎麼樣在尊重各位委員發言權利，同時兼顧虛心傾聽的環境條件下，共同完成健保會的使命。我相信在部長的期許下，各位委員從各個專業團體來參加健保會，擔任這麼重要的職務，大家都有一個共同心願，我們要擔任社會良心，以社會良心照亮台灣健保，再次感謝委員也謝謝部長對我們的期勉，謝謝。

司儀

再次感謝部長於百忙之中撥空前來，為了感謝部長對本會支持，請跟隨本會同仁引導至 1 樓拍照區，與部長合影留念。

(至 1 樓大廳合照)

貳、「議程確認」、「請參閱並確認上(第3屆107年第11)次委員會議紀錄」與會人員發言實錄

司儀

大家好，會議即將開始，請各位委員及與會人員盡速回座。

周執行秘書淑婉

主委及各位委員大家早安！首先，非常歡迎各位委員擔任我們健保會第4屆委員，剛剛主委有交代，幕僚這邊要針對委員會議的提升議事效率作法，簡單跟各位委員們做個報告。

一、在報告提升議事效率作法前，先跟委員們介紹，在桌子下面的抽屜，有本黑色資料夾，裡面備有健保相關的法規及議事規範等文件，是比較詳細的資料，請委員參閱。

二、以下簡單報告，上屆委員對於議事效率提升作法的共識，請委員看到桌上藍色紙張的資料，簡單摘要議事提升效率作法，也請委員稍後能依照此原則進行會議。

(一)議程確認授權由主委及幕僚安排，具急迫及重要性議案，委員可於會議前10日向幕僚反映，我們將會做為排定議程之參考。

(二)確認前次會議紀錄部分，確認時僅能就文字提出修正建議，不能涉及實質內容討論，若涉及實質內容改變，就須要另行提案，或於相關議案時再表達意見。會議紀錄於委員會議確認前，均已函送委員參閱，若委員有任何修正意見，請於會前向幕僚反映處理。

(三)委員會議決議事項追蹤的部分，請委員採以下原則處理。幕僚僅就解除追蹤事項進行說明。至於繼續追蹤事項，幕僚不再進行說明，亦不開放討論。若委員對繼續追蹤案件之辦理情形有意見或質疑，請以書面方式提出，會後可由幕僚轉請相關單位做說明補充。

(四)翻到下一頁是發言次數與時間限制，這個最重要。同一議案每位委員發言以3次為限，委員發言次數將由投影幕顯

示。每次請勿超過 3 分鐘，超過時幕僚會按鈴提醒，超過 3 次後，原則上主席將不再請委員發言，敦請其改以書面方式提供意見。我們是覺得委員若意見相同，可以表明贊同某個委員的意見，或是就不同意見再提出論述就好。以上是我們對於議事提升的重要說明，其他詳細內容，請委員參考提升議事效率作法。

周主任委員麗芳

非常感謝！謝謝周執行秘書淑婉的說明。期許各位委員，不管是續任、新任，我們一起發揮團隊合作精神，讓本屆委員會議順利進行。

何委員語

主席、各位委員大家好，我是何語，代表全國工會總會參加健保會。從 99 年起我就當費協會及監理會委員，健保會委員到第 2 屆。第 3 屆因為硬被改為代理委員，但也當了 2 年，在今天的名單變成新任委員。我也是唯一曾擔任評核委員的付費者代表。剛才討論到議事程序的部分，各方面的提升效率措施，我都非常贊成，但我要提出以下看法。

- 一、依據健保法第 5 條規定，健保會的法定任務包括：保險費率之審議、保險給付範圍之審議、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配、保險政策、法規之研究及諮詢，以及其他有關保險業務之監理事項。我希望所有委員把這 5 項法定任務背得滾瓜爛熟，至少自我擔任委員開始，有關健保法及相關辦法及健保會議事規則等，我每天都在看。此外，當上述審議或協議訂定，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應請保險人同時提出資源配置及財務平衡方案，併案審議或協議訂定。我想這是健保會的任務，也是健保委員被部長聘任那一刻開始，我們就具備的職責。
- 二、請教社保司司長，因為我從小到大都沒有讀書，對於「全民健康保險會組成及議事辦法」第 15 條之 1 的內容，一直想不

通，昨天晚上 2 點想到 5 點還在想，第 15 條之 1 是「被保險人、雇主及保險醫事服務提供者代表之委員或其代理人，應本於其代表性，出席會議、發言及參與表決」，這裡面模稜兩可、模糊空間很多，社保司司長可不可以明確的說，代表工業總會來開會，就只能講工業總會的利益，請問這樣是否違背健保法母法第 5 條前面 5 項的規範？是不是有違背？請社保司司長給我們明確答復，做成紀錄，以後我才能比較明確的依循，不然我真的弄不清楚，什麼叫做代表性出席會議發言及參與表決，以上詢問委員的權益問題。

周主任委員麗芳

謝謝何委員語，請商委員東福回應。

商委員東福

謝謝何委員語，事實上，這個規定是希望團體的代表，要為他所代表的團體做些發言，但是剛剛您所提是通盤性的意見，您是委員當然就可以像您所說的，在健保法第 5 條規定的權責範圍內的職責都是被允許的。

周主任委員麗芳

跟各位委員提醒一下，桌面上有一張紅色的議程時間安排，今天就依照這樣順序，請開始。

周執行秘書淑婉

- 一、今天議程的安排，優先報告項目有 2 案，第 1 案是本會第 3 屆委員會議未結案件辦理情形及重要業務報告，另 1 案是中央健康保險署「107 年第 4 季全民健康保險業務執行季報告」口頭報告，也會併「108 年 1 月份全民健康保險業務執行報告」進行。
- 二、討論事項有 3 案，其中第 1 案是涉及本會委員擔任健保署相關會議代表之推派，具有時效性，所以列在第 1 案。第 2 案是涉及辦理各部門總額 107 年執行成果評核之作業方式的討論，這也是依據年度工作計畫所排定。第 3 案是上屆委員提出，尚待

討論的議案，所以總共有 3 案。

三、報告案的部分計有報告事項有 7 案，第 1 案至第 6 案都是上次委員會議保留案件，第 7 案依照年度工作計畫排定。

四、另本次會議有 1 項臨時提案，是陳委員炳宏提出，案由為「建請以健保會名義向衛福部表達反對菸捐分配並請恢復 70% 供健保安全準備案」。依照本會會議規範第 3 點第 2 項第 2 款規定，臨時提案以當次會議亟待決定之緊急事件或具有時效性事項，且與本會法定任務有關者為限，並應有出席委員附議或連署始得成立；如果不符要件，主席得決定提下次會議討論，考量這項臨時提案涉及「菸品健康福利捐分配及運作辦法」修正草案預告陳述意見期間到 108 年 4 月 15 日截止，確具有時效性，請委員決定是否於本次會議進行討論，若同意納入討論，議程安排部分，幕僚建議安排在討論事項第 3 案之後進行。

周主任委員麗芳

有關陳委員炳宏的提案，因為具有時效性，大家是不是同意將這個議案納入討論事項，周執行秘書淑婉剛提出可在討論事項第 3 案之後進行，是不是可以？(委員表示同意)若沒有其他意見，議程確認，請繼續。

何委員語

何語第 2 次發言，在上屆委員會議未結案件繼續追蹤事項的第 4 項，是請健保署針對平均眷口數補充說明部分，我要說平均眷口數已經降到 0.6，我們一直反映到現在，但還是沒有具體決定出來，我在此再次提出，希望這個部分我們要保留。

周主任委員麗芳

謝謝何委員語，現在是先確認議程，您幫我們趕進度，已經進入確認上次委員會紀錄。

干委員文男

議程沒有問題。

周主任委員麗芳

好，請問各位委員對會議紀錄的確認，是否有意見？請吳委員國治。

吳委員國治

- 一、在會議資料第 5 頁，有關西醫基層地區預算的分配案，我要提出文字修正。上次承蒙委員們建議，西醫基層總額的 R 值已經往前推展至 67%，我們回去後，請各區就風險基金分配方式做規劃，但因紀錄文字無法確認，造成 6 區之間在做費用規劃時產生一些阻力，所以要在此跟委員們抱歉，這部分我們還沒有完全定案。
- 二、我記得當時在討論風險基金額度時，結論是由全聯會帶回去討論，分配的辦法就授權給全聯會處理。紀錄所載(二)分配方式的阿拉伯數字 2「...東區一般服務費用，另加風險調整基金撥予該區之各季提撥款。風險調整基金金額盡速送本會備查，...」，但如此一來就把分配方式訂下去了。內部討論時，我們希望有更好的方式來處理東區預算，若依原來的文字敘述，就需要用外加的方式處理，因此懇請委員們同意將這句話刪掉，我們的思考點不用外加的方式，而是要從保障點值的方式去處理。

周主任委員麗芳

請問各位委員對於剛剛吳委員國治所提的內容有無意見？他提到會議資料第 5 頁，希望刪除「東區一般費服務費用，另加風險調整基金撥予該區之各季提撥款」這句話。請問各位委員是否同意？請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、上次討論這個議案時，我也曾發言，但吳委員國治所提的會議紀錄修正，涉及實質內涵改變。因為時間很久了，我不敢保證我的記憶百分百正確，當時我們討論很久，在討論過程中，對於風險調控基金並未有觸及以保障點值這些不同方式處理，因此，我認為若涉及實質內容改變，不應該修正會議紀錄，而是

應該重新提案才對，不是修正文字。

二、針對上次的會議紀錄，本屆的委員代表也可以表示意見，但在上屆付費者代表委員所提出意見中，確實沒有吳委員國治所說的這些內容。幕僚如果有錄音可以重新確認，我個人不同意修正第 5 頁第 2 小點的這些文字，如果西醫基層總額部門另外有其他意見，以新的提案方式來討論，也不失為一種辦法。

周主任委員麗芳

請吳委員國治。

吳委員國治

一、我有回去仔細研讀議事錄，前一年是 5.5 億元，這次額度是多少授權給我們處理，分配內容也是授權給全聯會處理，東區應該包含在裡面，我們希望可以給東區更好的狀況，鼓勵大家到東區開業。

二、因為我們有請教健保會幕僚，他們回答是要外加，一定要這樣處理，但這樣會造成我們有些模糊部分，無法釐清。

何委員語

因為上次決議內容是上屆委員所做，也已經確定，所以我支持滕委員西華的意見，若涉及實質內容修正應重新提案。上屆委員還建議 R 值要向前調整 1%，希望調整後再向本屆委員會議提出報告，故請西醫基層提案時把上次的建議一併提出來向新的委員會報告，並重新提案。

周主任委員麗芳

現在是在確認上次會議紀錄，並不處理實質內容的修正，在專業自主情形之下，建請吳委員國治把你們的共識版本提送本會，謝謝！

吳委員國治

我希望跟周執行秘書淑婉確認議事以及當時發言的內容跟精神。

周執行秘書淑婉

我們有去確認，基本上只有風險調整基金金額的部分，授權讓西醫

基層內部討論，但您剛所提到東區的部分，若在調整基金的部分要做一個額外的處理，如同滕委員西華及何委員語的意見，須重新提案，您所建議的分配方式可在擬案中敘明，讓全體委員們來看看可否接受那樣的處理方式，建議不宜修改上次會議的決議。

吳委員國治

事實上，前次會議紀錄的文字是「風險調整基金金額盡速送本會備查」，所以我們把方案送到健保會備查就可以了嗎？是不是這個意思？按照會議紀錄的文字是這樣(主席：對)。好，那就這樣。

周主任委員麗芳

如果各位委員沒有其他意見的話，會議紀錄確認，請進行下一案。

參、「本會第 3 屆委員會議未結案件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、請各位委員看到說明一，本會上屆委員會議期間，自 106 年 1 月 1 日至 107 年 12 月 31 日，未結案件計有 43 項，依辦理情形建議解除追蹤 9 項，繼續追蹤 34 項，整理如附表，請各位委員參閱會議資料第 24 頁，以下僅就解除追蹤案件向各位委員報告，請委員翻到會議資料第 24 頁。

(一)擬解除追蹤(共 9 案)

- 1.項次 1，是請中央健康保險署針對各總額部門承辦團體為地區預算分配，提供所需資料。108 年度各部門總額之地區預算分配案，均已在委員會議中討論完畢，建議解除追蹤。
- 2.項次 2，關於 108 年度全民健康保險保險費率審議結果，本會建議維持 4.69%，並依法報請主管機關轉報行政院核定，行政院業於 107 年 12 月 24 日核定維持 4.69%，不予調整。
- 3.項次 3，委員建議更正 107 年第 10 次委員會議紀錄第 8 頁，這部分幕僚業於 107 年 12 月 28 日完成更新本會網頁資料。
- 4.項次 4，委員對「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式核定結果及後續相關事項」所提意見，健保署的回復說明，已列在會議資料第 47 頁，請委員參閱。
- 5.項次 5，是重申請衛福部尊重本會委員對「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，衛生福利部於其他預算增編 C 型肝炎口服新藥費用 13.7 億元部分所提意見。這部分本會幕僚業於 108 年 1 月 2 日，將委員意見再次函陳衛福部參考。
- 6.項次 6，是關於西醫基層需保障或鼓勵之醫療服務，點值

保障項目的部分，業於 107 年 12 月 21 日的委員會議討論通過。

7.項次 7，是有關「107 年 11 月份全民健康保險業務執行報告」因時間因素，請委員參閱書面資料，如有意見，請於會後 3 天內以書面提出，未有委員提出書面意見，這部分也請同意解除列管。

8.項次 8，是為及早規劃辦理 107 年各部門總額執行成果評核作業，請各部門總額受託團體及中央健康保險署於 108 年 1 月 21 日前，提出相關執行建議，這部分大家都已經提出意見，將在今天的第 2 案進行討論。

9.項次 9，是有關「108 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」委員所提意見，尤其是有關病人自主權利法生效實施後，對於醫療資源耗用及健保財務影響持續監測，這部分健保署業已納入，依法定程序陳報衛生福利部，在 108 年 1 月 31 日核定。

(二)繼續追蹤的 34 案，就不進行報告，請各位委員參閱。

二、請各位委員翻回會議資料第 13 頁說明二，有關於 108 年度各部門總額一般服務之地區預算分配案，剛剛其實已經大概討論，牙醫門診跟中醫門診、醫院總額部門部分在 107 年 11 月已經完成協定分配，已呈報衛福部核定，並於 108 年 2 月 27 日公告，目前僅西醫基層的分配方案尚未完成，要請西醫基層加油，盡速把風險調整基金額度提到本會做討論。

三、說明三是依照全民健康保險法及施行細則所列法定事項、歷次委員會議決議事項等，擬具 108 年度工作計畫，並已 email 給各位委員審閱，有關 108 年度工作計畫草案內容，在附件一，會議資料第 62 頁至第 64 頁，請委員確認，同意的話，幕僚就據以辦理。其中有一些會議目前是暫訂，確切日期會微調，屆時我們會再通知委員。

四、說明四是有關於委員會議的時間，上屆的會議時間均安排於第

4 週的星期五，從上午 9 時 30 分進行到下午 14 時左右，若本屆繼續沿用的話，幕僚已經將會議日期整理在附件二，其中 11 月份為配合費率審議，循例提前一週，在 11 月第 3 週的星期五召開，若委員覺得每個月第 4 個禮拜五的模式不沿用，等下可以討論。

五、說明五是因本屆委員新任，為加強彼此溝通，以及了解健保業務實際推動情形，幕僚安排在 3 月 21 日至 22 日辦理業務訪視活動及共識營，為期兩天一夜，相關行程表在會議資料的第 66 頁及第 67 頁，幕僚這幾天正請各位委員回復參與情形，詳細規劃內容，請委員參閱。

六、說明六的部分，是衛福部及健保署在去年 12 月至今年 2 月發布及副知本會的資訊，這些資料都在本部或健保署全球資訊網詳細登載，幕僚也整理摘要，在今年 2 月 21 日寄到各位委員電子信箱，相信各位都收到了，簡單說明如下：

(一)衛福部：

- 1.去年 12 月 25 日公告訂定「108 年全民健康保險保險對象住院應自行負擔費用之最高金額」，並自本年 1 月 1 日生效，「因同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額」、「全年累計住院應自行負擔費用之最高金額」較 107 年增加 1,000 元。
- 2.去年 12 月 27 日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分的診療費用，本次修正基本上是配合總額的協定結果辦理，包括醫療服務成本指數改變率的增加費用，用於提升重症護理照護品質及持續推動護病比與健保支付連動，另外是地區醫院假日西醫門診案件加成，及配合實施醫學中心、區域醫院門診件數逐年減量政策，暫不實施門診合理量措施。
- 3.行政院核定 108 年度全民健康保險一般保險費率，維持現行費率，不予調整。

4.另外是與本次會議臨時提案有關菸品健康福利捐分配比例法規修正案預告，等一下會進行討論。

5.1月30日核定健保署所報「108年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，已納入委員意見。

6.有關2月12日修正發布「全民健康保險會組成及議事辦法」第2條、第15條之一的修正重點，剛剛何委員語也有詢問，請各位委員參閱。

(二)健保署的部分因為涉及的技術層面比較多，幕僚已就細節部分整理重點摘要，請各位委員參閱。

周主任委員麗芳

謝謝周執行秘書淑婉詳細的說明，接下來請委員表示意見。

干委員文男

會議資料第14頁，有關提升重症的護理照護品質及護病比與健保支付連動，去年雖然有分配這項費用，但是我請教過基層的護理人員，他們都是無感，不清楚預算分配後的執行情形為何？請健保署說明或提供詳細書面資料。

周主任委員麗芳

還有委員要表示意見嗎？請吳委員榮達。

吳委員榮達

請教下列幾項問題：

一、會議資料第14頁，最後倒數第2行第1個部分，有關配合醫學中心每年降低門診量2%的問題，後面有提到暫不實施醫學中心及區域醫院門診合理量措施，請健保署說明為何有這樣的考量？

二、第16頁倒數第5行，關於放寬C型肝炎給付標準，從今天的業務執行報告來看，給付標準放寬以後，C型肝炎的就診好像是急遽升高，是否有預算不足的問題，請健保署說明。

三、第18頁表格第2欄，有關牙醫門診總額特殊醫療服務計畫的

阿拉伯數字 3，提到放寬氟化物防齲處理重度以上患者施行頻率，原為 90 天申報 1 次，現在降為 60 天即可 1 次，請教所謂重度的定義，以及將原本 90 天縮短為 60 天的考量為何？

四、第 18 頁表格第 3 欄提到影像傳輸問題，有關牙醫的部分，我曾經請教過牙醫部門有關上傳資料，原本我們希望牙醫患者就診的時候，可以從健保署資料庫中調取他過去已經存在的檢驗或影像資料，避免醫療資源浪費，但健保署仍規定，牙醫申請健保給付時，仍需檢附上新的 X 光片。若是如此，則影像傳輸為避免重複檢查、醫療浪費的建置目的，豈非多花經費且無實益。影像傳輸的利用，好像沒有發揮原有功能，這部分也請說明，以利委員了解。

周主任委員麗芳

謝謝吳委員榮達，請何委員語。

何委員語

會議資料第 13 頁說明三，依全民健康保險法及其施行細則之法定事項，以及歷次會議決議(定)事項，經徵詢健保署意見，擬具本會本(108)年度工作計畫如附件一，在第 62~64 頁，如經同意，將據以辦理。我從第 62 頁到 64 頁看的很詳細，在此提出我剛才所報告的，包括：政策諮詢、業務監理，總額協議訂定、費率審議、保險給付及其他應討論法定事項。另外從第 179 頁到 186 頁，其中都有非常詳細的規劃，我非常贊成與同意，支持本案據以辦理。

周主任委員麗芳

感謝何委員語給予工作同仁的勉勵與期許，接下來請健保署說明。

李署長伯璋

一、有關干委員文男提到護病比的部分，早期護病比的補助是放在專款，前幾年才納入醫院總額一般服務，至於醫院處理時是否回歸護理人員身上，與院長的態度有關。本項費用從專款改為一般服務後，護理部主任在處理時，權限會被擠壓，這是很現實的。

- 二、吳委員榮達提到合理門診量的問題，各位委員也知道，我們現在實施區域級(含)以上醫院門診量減少 2%，很多醫學中心、區域醫院病人數會逐漸減少。過去醫學中心實施合理門診量，前面一定人數的病人，診察費較高，若後面看的病人比較多，診察費就比較少。所以目前來說，醫學中心減少門診人數，但診察費都一樣，沒有限制，主要是為了整體制度，讓醫學中心比較好做事情，希望逐漸調整。
- 三、有關 C 肝就診人數問題，我國 C 肝防治計畫中，對於 C 肝篩檢一直在增加。前幾天看到報導，有位密醫看牙科的病患，本署曾經分析過，台灣在施打疫苗後，39 歲以下 B 肝病人大幅減少，但 C 肝病人數並未減少。我們後端花很多錢在治療 C 肝病人，可是 C 肝病人製造出來後就很麻煩。雖然現在透過篩檢把很多病人找出來，但是目前會有血液傳染機會的話，牙科看診是其中之一，我剛才請謝委員尚廷一定要注意，目前已經不會像以前一樣共用針頭，但牙科治療見血的機會很高。依目前追蹤的 C 肝病患，發現很多人還是會到牙科治療，C 肝病患去看牙時，不一定會告訴醫師他有 C 肝，牙醫師若自己會看雲端資料，得知病人有 C 肝是最好。此外，牙科診所分為兩種，一種是經過感染管控合格的診所，另一種則是未合格診所，目前有 6 千多家牙科診所，但 3 百多家第 1 批檢查，發現有合格感染管控診所，還有 10%複驗時不合格，若感染原本就是沒在管控內，有 50%有問題，牙科在進行消毒時要花費很多成本，所以未來也考量如何合理給付。
- 四、有關影像傳輸部分，目前有 6 項，包括：電腦斷層、核磁共振、超音波、一般 X 光片、胃鏡、大腸鏡等是屬於雲端資料上傳時給予補助。吳委員榮達提到的問題，資料上傳後由另一家診所查詢，不會再給錢，但若報費用還要附新的 X 光片，相關細節還要再進行了解。謝謝何委員語提到追蹤的事情，健保署的態度是，能力範圍可以做到的事，我們會盡量做好。至於牙科塗氟的部分，請謝委員尚廷說明。

謝委員尚廷

- 一、重度在定義上有分輕、中、重，重度是比較不能自理的病人，詳細的部分我再回復吳委員榮達。剛剛李署長伯璋有提到牙科管控的問題，說明一下，牙科診所所有 6 千家，約 90% 納入感染管制 SOP(Standard Operation Procedure，標準作業程序)申報，大概有 10% 在去年審查時沒有通過。
- 二、有關 C 肝的問題，我們有仔細了解，南區牙科診所 100% 通過感染管制，做的非常好，但 C 肝在南區有一些地方比率很高，南區的牙科密醫比例其實很高，不知道有沒有直接關連。之前在討論這個問題時，嘉義地區的醫師說他們有一個鄉就有 10 幾家密醫。對於牙醫感染管制，最近這段時間我們有仔細檢討，會朝向一個目標，就是將 10% 不合格率，降到 5% 以下，密醫的部分是比較大的漏洞，需要共同努力處理。

李署長伯璋

請醫管組回應牙科照 X 光片，申報費用的情形。

謝委員尚廷

有部分項目在申報時要檢附新的 X 光片，但有些全口 X 光片不一定要一直拍，若是在 1 年內拍的就不要再拍，對於一些比較細部的治療，申報時需要附 X 光片，就會再照，回復吳委員榮達，需附 X 光片的只是部分項目而已。

周主任委員麗芳

非常感謝健保署李署長伯璋的回應，未回應的部分可以用書面資料補充。請張委員煥禎。

張委員煥禎

剛剛署長提到醫學中心與區域醫院門診合理量，因為實施門診減量 2% 所以暫緩實施。事實上，不是因為門診減量 2%，所以暫緩實施門診合理量，而是因為門診合理量其實已經在 2% 門診減量核扣了，事實上已經在做了，而不是因為門診減量 2% 所以沒有做門診合理量，因為這個意義已經在 2% 核扣裡面了，應該這樣說明比較

清楚。

周主任委員麗芳

請劉代理委員淑芬。

劉代理委員淑芬(張委員澤芸代理人)

非常謝謝剛才干委員文男的提問，也謝謝署長的回應。有關護病比，目前已經陸續納入醫療機構設置標準，雖然尚未達到我們的目標，但還是期望未來在預算編列上，針對護病比與健保支付連動，可以提供護理人員更好的工作條件。誠如署長提到，目前這些預算已滾入基期，各家醫院作業方式不同，由各院自行決定，但終極目標還是希望藉由降低護病比，配合好的支付連動，降低護理人員的工作量。

周主任委員麗芳

先請趙委員銘圓，之後再請李委員偉強。

趙委員銘圓

針對護病比的部分，不知道有沒有聽錯，剛剛李署長伯璋提到由專款轉變為總額一般服務後，反而壓縮空間，假如是這樣子的話，還不如乾脆回復到專款。當初已經投入那麼多的專款，希望改善血汗護士的現象，但經詢問護理人員，好像並沒有拿到實質的鼓勵，該給的似乎都沒有給，都被醫院拿走，這樣的話乾脆回歸專款。

李委員偉強

一、剛剛有委員關心 C 肝病人，確實 C 肝治療是國家政策，經過報紙大幅報導後，很多人就會想要來檢查。在座有 30、40 位委員，能確定自己有沒有 C 肝嗎？如果你很重視你知道，又或許檢查過但忘記了，因為 C 型肝炎很多人到現在還誤以為是透過飲食感染，擔心自己有 C 型肝炎感染的話，老婆小孩會不會有？其實有很多誤會。因為現在報紙報導後，很多過去不知道的人會跑來檢查，檢查量大幅增加，當然這當中很多人沒有 C 肝。

二、之前曾經提案希望 C 肝變成一個 package(包裹給付)，因為我

們知道在臨床上，很多人看到新聞會來做檢查，為了避免重複檢查，國家應該要建立檔案，若檢查過確定沒有 C 型肝炎，短期內可以不用重覆檢查。更重要的是，有 C 肝或 B 肝的人更應該建檔，將是否治療痊癒的資料建立全國性檔案，既然花費幾十億元，而且不是 1 年是好幾年，建議健保署應陸續整理相關資料，讓錢花在刀口上。

周主任委員麗芳

請李署長伯璋補充說明。

李署長伯璋

- 一、謝謝趙委員銘圓的建議，之前提升住院護理照護品質是編列專款，後來覺得專款是固定額度，若放在一般服務可隨之成長。看起來很有善意，但就實務面來說，反而無法真正照顧到護理人員，因為醫院體系運作時，該筆費用會變成醫院的收入，所以要對護理人員好，專款專用是最好的策略，過去我曾經詢問過同仁為何改列一般服務，同仁說是健保會的決議。個人建議假如真的要落實護病比，編列專款預算可以讓護理人員好好運用，護理科主任自己會去運用這筆錢，但需要逐年編列是另外一個考量。
- 二、李委員偉強所提的 C 肝治療問題，健保署不會只是盲目的治療，1 年花費 60 幾億元這麼多錢治療 C 肝病人，另外一邊又製造新病人，C 肝是慢性病，有些是看不到的，為了避免浪費，健保署會加強處理。

周主任委員麗芳

因為時間關係，非常感謝各位委員，還有委員要發言，請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、會議資料第 16 頁有關 C 肝的部分，提到刪除原本患者用藥後 4 週後檢測病毒量的規定，同時放寬給付條件，顯而易見不是錢會用完而已，搞不好錢會很快就用完。生病的人不能選擇何

時生病，健保署應進一步規劃平均分配金額，若無法做到，應該在預算使用上，注意不同時間點病人使用的權益。

- 二、第 20 頁，我在來之前上健保署網頁看全民健保急診品質提升方案，108 年新增 OHCA(Out-of-Hospital Cardiac Arrest，到院前心跳停止)是很好，但有幾點不明白，第一是出院存活者和目前推動的病主法及安寧緩和之間的競合是什麼？這些個案是否有納入，如果簽署後又救活會計算在內嗎？還是直接排除簽署安寧緩和意願書或病主法不予急救的個案？另外，存活的定義為何？是出院回家後幾小時或存活之後的狀態？請再進一步說明。

李署長伯璋

- 一、C 肝治療和現在免疫療法治療一樣，都是有限的錢要治療不可預測的病人數，憑良心講是很為難，再怎樣都有遺珠之憾。希望大家健康，不過現實面就是如此。
- 二、OHCA 病人出院存活的意思就是心臟還在跳，病人神智清楚，以前急診醫師救 OCHA 病人的給付好像比按摩還便宜，所以現在是盡量提供合理的給付。至於其與安寧緩和及病人自主權利法是切割的，因為安寧病人多屬慢性病人，急性的突發性意外則在我們權責中會盡量救治，雖然有時候急診室病人已簽署放棄急救，但若可以救治，醫師還是會和家屬溝通。

蔡委員登順

- 一、有關護病比及提升護理照護品質計畫，98、99 年時就是因為血汗護士問題，鬧的風暴很大，所以才提出這項專款，當初編列的預算是 20 億元，一度增加至 25 億元，後來又降為 20 億元。當時也規定要增加護理人力，降低護理人員工作量及降低護病比，薪資及夜班津貼要再加碼，以專款方式比較好監理，施行一段時間也很順利，護理師公會反映也非常好。
- 二、幾年後醫界表示這筆錢未滾入基期，無法和一般服務一起成長，要求滾入基期，護理師公會也行文表示同意，為什麼護理

師公會轉換支持醫界所提的方案，當時內幕不清楚，或許與醫界溝通後，是你們放棄自己的權益。這筆錢回歸到一般服務後，無法落實照顧護理人員，應該要好好省思，若又回過來要求放在專款，很難計算 20 億元滾入基期到現在是多少？每年跟著一般服務成長率一起成長，應如何核算？建議護理師公會要提出政策。這筆錢如果在一般服務，分配到各層級醫院再核發到各護理師薪資，我們也無法監理；專案可以監理。到底你們要哪一塊？請護理師公會要說清楚。

周主任委員麗芳

一、謝謝各位委員踴躍表示意見，本案決定如下：

- (一)第 3 屆委員會議未結案件之 9 項擬解除追蹤案，同意依照本會幕僚之擬議，解除列管；擬繼續追蹤案共 34 案，同意依照本會幕僚之擬議，繼續列管。
- (二)請中華民國醫師公會全國聯合會盡速將 108 年度西醫基層總額一般服務地區預算之風險調整基金金額送本會備查，以便辦理後續報衛福部核定及公告事宜。
- (三)本會 108 年度工作計畫、委員會議預訂時間表及業務訪視活動暨共識營行程表如附件。108 年度各工作計畫項目，請相關負責單位配合辦理；業務訪視活動則請健保署暨所轄南區業務組協助安排。其餘洽悉。

二、接下來進行下一案。

劉代理委員淑芬(張委員澤芸代理人)

主席，這邊可以補充嗎？

周主任委員麗芳

因為時間關係，委員如還有其他意見，請以書面方式。

謝委員武吉

- 一、主席，程序問題。為了縮短時間，繼續追蹤就不再逐一唸出來，感覺上我們應該要有一個管理辦法，如會議資料第 30 頁項次 9，我記得這個案子是我提的，到現在為止將近 2 年都沒

有完成，106、107 年到現在都沒有完成，這不是我一個人講，當時鄭前主委守夏到日本考察回來報告，他說日本的 CT(Computed Tomography，電腦斷層掃描)、MRI(Magnetic Resonance Imaging，核磁共振攝影)，已經差不多 5、6 年前了，CT 降到 2,000 點，MRI 3,000 多點而已，但是我們到現在為止已經 2 年多，為什麼這個案子到現在都沒有進度？健保署應該有一個設定進度的方向，什麼時候要檢討 CT、MRI 支付標準，才不會讓人家認為我們是專門在圖利廠商的單位，建議要趕快處理。我只講這一點，其餘的部分我會用書面補充資料。

二、這 34 項繼續追蹤案件，希望也要訂定完成時間表。

周主任委員麗芳

感謝委員武吉提出的建議，有關項次 9 繼續追蹤案，請問健保署需要多少時間？3 個月可以嗎？請提出回復說明。其餘的結論就按照剛才的決定進行。

謝委員武吉

不是做提案說明，而是要請教鄭前主委守夏去日本考察後的結果，他們降多少我們也跟著降，不要再浪費醫療資源。

周主任委員麗芳

請健保署依據委員意見，研究可行之配套措施。其他的決定如同剛才的宣讀內容，接下來進行下一個議程。

劉代理委員淑芬(張委員澤芸代理人)書面意見

有關護病比與健保支付連動，現行以滾入基期方式執行，原來(民國 98 年)雖以專款方式，期待提升護理人員薪資、夜班費等方式來鼓勵護理人員回流與留任。就短期成效而言，確實有增加部分的護理師以及提高同仁的薪酬，但工作量負荷仍是非常繁重，如何提供合理工作負荷，使護理師願意長期留任醫療職場，合理護病比，才是長期留任護理師之長久策略方案，如何再提升護病比連動級距與增加護理費支付點數，給予護理費獨立成長方案，以鼓勵醫院更願

意投入更多護理人力，以降低護病比，提升護理師工作品質，全日護病比 1：7 以下，是本會期待目標，也是真正實質回饋護理人員。

陳委員炳宏書面意見

敬請健保署提供健保年度決算及預算備查案相關說明，如下：

有關本會議程四(如該會議資料 P13_重要業務報告)說明三之 108 年度工作計畫，所提 4 月份即將召開「109 年度全民健保預算備查案」之例行業務監理(如該會議資料之附件一_P63)，敬請健保署於該會議召開之前，提早提供下列年度之健保決算、預算備查案相關差異說明(如攸關「政府應負擔健保總經費 36%」及「應提列安全準備」之「計算基礎與遵循法規」)：

一、109 與 108 年度全民健保「預算」備查案之差異說明。

二、107 與 106 年度全民健保年終「決算」備查案之差異說明。

謝謝健保署的協助。

肆、中央健康保險署「107 年第 4 季全民健康保險業務執行季報告」
(併「108 年 1 月份全民健康保險業務執行報告」)

同仁宣讀

中央健康保險署李署長伯璋報告：略

周主任委員麗芳

謝謝李署長伯璋的報告，李署長帶領的健保署團隊做了很多事情，提出很多的創新作為，在開放討論前，借所有健保會委員的手，給他們鼓掌一下，感謝他們(委員熱烈鼓掌)。接下來請葉委員宗義、張委員煥禎、何委員語、陳委員炳宏。

葉委員宗義

主席好，今天我為什麼等到李署長伯璋報告本案後發言，是因為署長對於 B、C 型肝炎的防治，花費很大心力。今天我非常感傷，因為我的兒子上個月 20 日住院開刀、24 日往生，近日將辦告別式，我今天會特別來開會，我是位老委員，這問題發生在我的身上，我沒有悲哀的權利，但有些想法我必須讓各位了解。

一、我的兒子今年 52 歲，6 年前至彰化基督教醫院檢查身體，發現是酒精引起的肝硬化，他每個月都做追蹤、檢查，5 年後，有天醫院通知需要換肝。我非常震驚，馬上請教李署長，他非常關心我，並幫我介紹 1 個非常好的換肝醫生，是彰基的醫生，他問我兒子有沒有 B 肝？我說沒有，都沒有聽說。因為要換肝，配對檢查結果卻發現他有 B 肝，5 年來定期門診都不知道有 B 肝，B 肝有藥可治療，C 肝的藥也可治療 B 肝，但是怎會變成這樣？

二、檢查後馬上轉至員榮醫院，張院長克士非常幫我，但因為肝硬化，產生很多腦中風、腹膜炎、細菌感染等合併症，因為他不能凝血，治療手術時間要很久，每次開刀都要輸血 10、15 包以上的血，非常辛苦。處理過程中非常感謝醫院的醫師、醫療人員盡心醫治，我非常欽佩，更誠摯感謝。經過這些治療，我兒子的病情也逐漸恢復平穩。病情穩定之後，醫院說他的凝血

功能不好，必須要換肝，我們選擇換肝，等待換肝的 1 年期間，也接受 B 肝藥物治療，吃了半年病情就非常穩定，可以跟家人出去玩。

三、我兒子最後往生是因為換肝。換肝那天，有 3 位病人與捐贈者配對成功，其中 2 位放棄，因此我兒子可以換肝，接到醫院的通知可以換肝，全家都很高興，以為換肝以後就都沒事了。結果 21 日換肝，榮總的鄭主任說換肝有 20% 的風險，80% 成功，一般手術約 7 個小時完成，請我放心。結果手術了 15 個小時，手術後醫師跟我說，手術非常成功，但是他的肝硬化很嚴重，肝硬得像石頭一樣，血管也很硬。新的肝臟非常好，但因為需要大量輸血，導致腎臟快衰竭，連累心、肺，醫師非常用心照顧，24 小時輪流監測，非常辛苦，醫師犧牲他的家庭及健康照顧病人，每天都向我說明病情。到最後在 24 日往生，是因他沒辦法凝血，全身都出血，這段時間雖然用儀器控制，讓腎臟、肝臟沒有問題，但是因為肺臟功能不好而影響心臟，心臟不太能跳，我馬上請教署長，署長很關心，建議用葉克膜趕快處理，但我的媳婦看到這情景，認為他歷經多次開刀已經很痛苦，至少花了健保經費 150 萬元，家裡也花費 100 萬元，我們最後決定拔管，雖然非常傷心，但還是選擇讓他安詳、瀟灑地離開。

四、這情形讓我感觸，99.9% 醫生非常盡職，我非常敬佩。但是為什麼到最後往生的 1 年前才知道患了 B 肝，最後死亡診斷是心肺衰竭，不是肝臟問題，因為已經換肝了。情形為何會變成這樣，細節我也不瞭解，我不是專家，我是擔任委員時間最久的委員，我會繼續為全民健保服務，義不容辭，我沒有流淚。兒子過世第 3 天，我媳婦帶著我孫子跪下說，爺爺您一生中幫忙那麼多人，家中這件事讓您警惕，也許是 B 肝也不一定。希望您能活到 100 歲，當天我感動哭了，我不只要活到 100 歲，還要活到 120 歲，還要當健保委員，繼續為健保服務。

五、經過這件事想讓各位瞭解，如果當初一開始就用 B 肝的藥治

療，他現在會怎樣我不知道，我不是專家無法瞭解。使用 B 肝的藥要申請，健保署有案可查，署長也很支持。一個 B 肝會變成這樣，不僅他個人、家人或醫生，我們都花費很多心力，很多事情讓我們很痛心，真的要檢討，如果對整個醫療環境有損害的事情，一定要設法去改善，否則一個小事結果會變成大事。

六、我沒有權力向醫院討價還價，沒有跟醫生說到底是什麼問題？我只講給在座委員聽，我是最資深委員，結果事情發生在我身上，希望未來很多醫院前輩要特別留意，因為這確實是很大的損失。我們每個人都很辛苦、戰戰兢兢為全民健保努力，我非常支持李署長，他真的是位好署長，他對國病 B、C 肝炎治療大力推動。我是以前費協會、監理會的委員，同時我也是藥物共擬會議的代表，希望這個問題可以趕快解決。也感謝周主任委員麗芳、周執行秘書淑婉，還有很多委員的關心，我非常感謝，我真的非常傷心，但希望藉由這個機會，讓 B、C 肝可以徹底消失，謝謝各位。

周主任委員麗芳

請葉委員宗義接受我深深一鞠躬，我在此非常欽佩，因為在您遭受人生至痛，您強忍悲傷今天仍準時出席健保會，尤其您分享個人切身的遭遇與經驗，用那麼細心的態度給予社會、醫界及健保署細心叮嚀，再次感謝您，預祝您的公子一切圓滿，登極樂世界，最重要是請葉委員宗義，一定要好好保重，節哀順變，也要祝福您活到 120 歲，永遠陪伴健保會，再次希望您能夠節哀。請張委員煥禎。

張委員煥禎

一、我跟葉委員宗義一樣也擔任多屆委員，向葉委員致意，我有很多想法今天不提，日後整理後再向各位委員報告。回到業務執行報告案，會議資料第 37 頁，追蹤報告第 23 項的辦理情形，提到有關分級醫療部分，健保署已於 107 年 9 月份季報告，提供最近執行情形，預計於 108 年 1 月向健保會報告，因為我們

1、2 月沒開會，今天應該要有資料，107 年 12 月、108 年 1 月份的業務執行報告裡沒有相關資料，但是今天健保署的補充資料，剛剛李署長伯璋報告資料第 5 頁，第 5 項第 1 個部分，已有這個資料。

二、我再提 1 次，這部分仍只給我們三個層級，我已要求多次，希望可給 6 區資料，但是今天的補充資料有依照我們決議執行，但我仍希望可以看到 6 區的資料，這部分我在前兩屆都已提過，後來有改善，但是這次沒提供，請由今年或去年第 3、第 4 季開始，給我們 6 區的資料，供我們參考。

周主任委員麗芳

這部分請健保署未來配合辦理。請何委員語。

何委員語

一、因為 228 連假，我整天都在看這些資料，看的非常詳細，我就打電話給葉委員宗義跟他交換一些內容及意見，才知道他公子的事情，我跟他說人生無常，我也連絡其他的雇主委員，因為連假期間電話都打不通，我也不便向其他付費者代表說，因今天他會來，就由他發言，醫療過程中，確實李署長伯璋上任後做了很多改善。

二、謝謝周執秘淑婉，從上一屆開始，她就幫我們準備餅乾跟水果，已經 11 點多了，請大家享用。我最近去很多醫院看雲端藥歷，確實進步很多，也讓一些患者不必重複拿藥，確實改善不少，但是我另外訪查一些醫院後，南部有些區域醫院，為了健保會通過 5 年降 10% 的門診量，每年降 2%，所以南部有些區域醫院自動調降為地區醫院，我不清楚有多少家區域醫院降為地區醫院，這部分請讓我們瞭解，因為地區醫院不受門診量管控，現在教學醫院、區域醫院有這種現象，希望重新考量整個全民醫療的福利措施。

三、聽了葉委員宗義一席話，我非常佩服他，我們是工總、商總代表，最近這幾天我一直拿衛福部第 4 屆全民健康保險會委員利

益自我揭露及利益迴避聲明書，我每天唸 1 遍，委員應秉持專業及良知，公正行使職務，不受任何請託與關說，及接受或要求個人私益，尤其擔任衛福部全民健康保險會委員任期內，不得假借委員名義或利用委員職權，向健保業務相關利益團體，要求或接受對個人或代表之團體有各種形式之不當利益。例如向醫療服務團體要求提供政治獻金或捐獻，付費者代表團體不應接受醫療服務團體的捐獻，也建議醫療服務團體不要送禮、請客，大家秉持聲明書內容做事。

四、我問心無愧，我跟葉委員宗義一樣忠心耿耿，沒動用私人關係去做醫療團體的關說，我還請醫師吃飯，且幫醫師賣書，各位手上有收到 1 本我送的書，醫師只要出書我就幫他賣，希望這屆委員秉持聲明書的迴避內容做好委員職責。我感謝也欽佩葉委員宗義對健保會的付出及忠心耿耿的表現，請他節哀，因為人生很多無常的事情都在發生，今天是土地公誕辰生日，希望在座委員都可以照土地公的精神，無私無我照顧全民的利益。

周主任委員麗芳

謝謝何委員語，一方面感謝他剛剛的叮嚀，再者每位委員桌上，何委員也有致贈一本「搶救失智的大腦」，再次感謝何委員對健保的貢獻。請陳委員炳宏，再請干委員文男。

陳委員炳宏

請參閱 107 年 12 月業務執行報告第 9 頁，表 5「全民健保財務收支分析表」，可以看出歷年的呆帳項目，104~106 年度成長率都是個位數，至 107 年度成長率變成兩位數，已達 13.83%，而其備註說明僅簡述由相關經費減少，敬請相關單位詳細補充說明，因呆帳攸關整個健保安全準備的計提。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

一、謝謝李署長上任後，努力將器官捐贈從有限制到現在不用看幾

等親就可捐贈，希望捐贈者要多，不然仍不夠用，捐贈者多，可以減少很多健保資源。也謝謝將醫院過年期間開診情形寫出來，健保快易通 APP 也可以看出開診情形。12 月份的業務執行報告中寫到，門診特定用藥從 12 大類擴大至 60 類，現在雲端藥歷已開始使用，很多可以用科技方式解決，只要你在各個縣市拿藥，雲端藥歷都有紀錄，用 1 年的時間可以做緩衝計算，如果是長期的慢箋，他 1 次可拿 1 個月，1 年時間內總數沒有超過就可以，若管制會造成很多不便之處就會變成擾民。

二、再來我要提醒藥師公會，在各種管制裡，重複用藥的雲端藥歷已有管制，但是我們今年協商的錢，是希望藥局或醫院前面丟棄的藥要特別加強管控，這是今年的重點，多門診重複用藥現在雲端藥歷已有管控。

三、我要請教醫師平台，現在流行 PRP(高濃度血小板血漿，platelet-rich plasma)增生醫療，請問這個有沒有效？安不安全？如果適宜，是否開放被保險人來做治療，因為它可以解決很多麻煩，例如要換腳踝，增生醫療做了之後可用 5、10 年，這樣可以節省很多健保資源，我對這個不懂，但我要提出來，若你們評估可行，我們可以開放進去，1 年有多少換腳踝之案例，是否可以減少很多資源的浪費。

周主任委員麗芳

因為時間關係，我們口頭發言到謝委員武吉、吳委員榮達、趙委員銘圓，如還有委員想發言請以書面方式，這 3 位委員口頭發言完後，請健保署回應。

謝委員武吉

一、謝謝主席，我講話一貫都是很短的，剛才李署長伯璋報告資料第 3 頁，高雄市政府的欠款情形，以前我談到高雄市都沒有臉可以講這些話，不敢說話啦，別人都叫我說話但我不講，現在我們要瞭解的是以前我們跟高雄市政府說的人和事和物，物就是我們的錢嘛，人、事就是和哪些單位在談的？這是第 1 點。

二、第 2 點，這邊寫到我們(高雄市政府)應該到 110 年要清償完畢，到目前為止 108 年應清償 30.75 億元，但為什麼很快在 1 月份就撥付 18.14 億元，是因為有韓流的關係，風很大，我們也可以要求韓流多加一點風，還給我們健保署快一點啦，這兩項就是今年為什麼 1 月份就提撥 18.14 億元給我們，這是由哪個單位提撥？由誰做出這些決定？要給我們全體委員瞭解。

趙委員銘圓

- 一、剛剛葉委員宗義提到 B 型肝炎部分，現在對於剛出生的孩子通通都有施打 B 肝疫苗，這部分非常好，原則到 40 歲以上的部分，當時醫療環境可能不好，健保署有無這樣可能性，對早期醫療環境較差的狀況下，這些人去醫院是否可以先做 B 型肝炎檢查？這樣剛剛葉委員宗義所談的憾事就不會發生。
- 二、現在政府對於整個 C 型肝炎非常重視，也編列非常多的預算，對 C 肝患者是非常好的喜訊，相對 B 型肝炎部分，是不是可以比照 C 型肝炎這樣處理？現在 C 型肝炎已成立旗艦辦公室，在上一屆的委員會議上我有提過，是否考慮納入 B 型肝炎，讓肝炎演變到肝癌的人數可以大幅度減少。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

抱歉，我還在角色調適中，針對 108 年 1 月份業務執行報告，我有幾個問題要請教：

- 一、第 1 頁「一、108 年『家庭醫師整合性照護計畫』公告」，我贊成家庭醫師整合性照護計畫，在(一)的最後 2 行提到「每一會員每年度分別支付 500 點」，看起來是九牛一毛，沒什麼用處，對每個會員每年只支付 500 點，哪有鼓勵作用？真的要鼓勵的話，還要再多加思考，否則每個會員每年只有支付 500 點，不痛不癢，我想這種獎勵制度沒有達到鼓勵作用。
- 二、第 5 頁「表 2 全民健保各類保險對象人數統計表」，請看第 6

類被保險人人數，在 107 年 12 月底約 264 萬、11 月底約 261 萬、106 年底約 260 萬，顯示第 6 類被保險人持續增加。對照第 12 頁「表 6-2 投保單位及保險對象一般保險費收繳統計表」，第 6 類保費收繳率為 83.83%，顯示第 6 類是保費欠最多的、呆帳最多的，在第 6 類被保險人持續增加之下，呆帳金額也會逐漸增加，這當然不是健保署權責，但衛福部應該將這樣的統計數據反映給行政院，加以重視此問題，第 6 類一直在增加當中，對保費收支也有很大影響。

三、第 17 頁「表 10 全民健保保險安全準備金運用概況表」，備註 3 提到，91 年起健保署財務收支情形，累積投資收益為 11.69 億元，投資損失為 10.51 億元，概況表中確實列出投資損失的 10.51 億元，但卻沒有看到累積投資收益的 11.69 億元，不知道是不是我眼花，我在表中找不到，請教 11.69 億元投資收益是列在哪邊。

四、第 37 頁「表 16-1 全民健康保險特約醫事服務機構查處統計-按處分類別」，備註二「扣減費用」的違規項目(四)、(五)、(六)，與備註三「停止特約 1~3 個月」的違規項目(一)、(二)很相近，請教為什麼有的會列在扣減費用、有的會列在停止特約？

五、第 73 頁「表 28 全民健康保險重大傷病證明有效領證統計表(108 年 1 月)」，其中有 2 項疾病的統計數字不錯，但也有幾個不是很理想，第 1 項「需積極或長期治療之癌症」的有效領證數成長率是下降的，這個很好，第 25 項「肝硬化症」的有效領證數成長率也在下降，從這個統計數字來看，B、C 肝炎治療納入健保給付後，對於重症的幫助可以從數字看出來。至於比較不好的數據，如第 4 項「慢性腎衰竭(尿毒症)，必須接受定期透析治療者」、第 5 項「需終身治療之全身性自體免疫症候群」、第 13 項「因呼吸衰竭需長期使用呼吸器者」，重大傷病有效領證數是在上升，請健保署重視此趨勢。

六、第 75 頁「表 30 全民健康保險-醫院總額各層級醫院急診下轉件數」，醫學中心的下轉件數是正成長，但區域醫院及地區醫院卻是在下降，醫學中心在進步當中，區域醫院及地區醫院下轉卻是負成長，請健保署重視。

七、第 84~87 頁，是我們非常重視的醫療品質，我看了幾個指標的屬性，只有牙醫門診總額是正向指標居多，其他總額大多為負向指標，請健保署說明原因為何，有無防治或解決之道，除了牙醫門診總額之外，其他總額的負項指標太多了，以上幾點請教。

周主任委員麗芳

請李署長伯璋說明。

李署長伯璋

請主計室李專門委員淑芳說明。

李專門委員淑芳

有關委員詢問 107 年呆帳較 106 年成長 13.83%，在全民健康保險紓困基金中，我們以菸捐為財源，補助經濟困難者的健保費，因 107 年度菸捐擴大補助經濟弱勢民眾欠費的經費減少 6 億元，導致呆帳提列數增加。

李署長伯璋

一、何委員語提到醫院降等的問題，有 2 間變成地區醫院，一間是彰化基督教醫院雲林分院，另一間是台南郭綜合醫院，之前郭綜合醫院在台南做得不錯。

二、干委員文男詢問器官捐贈人數，人數確實有在增加，畢竟我們一直在宣導觀念，不過捐贈的器官還不夠，大多是捐眼角膜，這是我們要努力的方向。

三、趙委員銘圓提到 B 型肝炎篩檢，其實很多病人因為沒症狀而未檢查，未來我們會積極與健康署加強宣導。

四、吳委員榮達詢問家醫計畫問題，請蔡副署長淑鈴回應。

蔡副署長淑鈴

簡單回應吳委員榮達詢問事項：

- 一、第 1 頁，家庭醫師整合照護計畫中新增多重慢性病人門診整合費，希望基層可以一起參與慢性病人整合醫療，而不是只有醫院，因為推動分級醫療，現在也慢慢有慢性病人、多重慢箋病人願意到基層就醫，我們有給予一些誘因。吳委員榮達認為 500 點太少，其實總金額也很少，建議未來協商時多給予預算機會。
- 二、第 37 頁，扣減費用的項目(四)、(五)、(六)與停止特約 1~3 個月的項目(一)、(二)很類似，其實是非常不類似，扣減費用的對象基本上是個案，違規情節比較輕的，而停約就是涉及虛報，無中生有的才會停約，細節再與吳委員榮達字字推敲。
- 三、第 73 頁，有些重大傷病病人，如癌症病人，隨著醫學進步，癌症早期發現就比較容易治癒，現在對癌症重大傷病卡有效期限制，一旦治癒就會停止效期，人數隨著癌症治療的進步確實有減少。肝硬化部分，B 肝、C 肝都有做早期防治計畫，也許有幫忙。至於透析與呼吸器是最尾端的治療，我們不斷地推動安寧、病人自主、腎病防治等，雖然病人人數年成長率有下降，但總人數還是持續增加。
- 四、第 75 頁，有關醫院下轉率，我們從 106 年開始推動分級醫療，107 年比 106 年好，但好還要更好，還有努力空間，我們會持續推動。
- 五、第 84 頁，醫療品質指標部分，吳委員榮達可能誤會了，你看到很多負向指標，只有牙醫是正向指標，其實這是表示指標之屬性，若為負向指標係指該指標越低越好，減少是好的，並非表現不好，表現好不好是看後面數字，而不是指標的屬性。

李署長伯璋

請財務組回應謝委員武吉的問題。

陳專門委員振輝

- 一、高雄市政府提的還款計畫，每年分 2 次撥付，分別是 1 月及 7

月，1月撥付18.14億元，是按照還款進度在進行。

二、有關吳委員榮達詢問108年1月份全民健康保險業務執行報告第17頁的備註3投資收益列示問題，投資損失是列在安全準備金去路，投資收益是列在安全準備金來源的運用收益項下。

李署長伯璋

投資怎麼損失？

陳專門委員振輝

因為健保開辦初期有投資股票，91年起財務收支日益吃緊，後來健保資金不足需要處分股票變現，造成投資損失。

李署長伯璋

請回應保險對象第6類增加的問題。

蔡副署長淑鈴

有關保險對象第6類欠費比較高，請楊專門委員玉美說明。

楊專門委員玉美

向吳委員榮達說明，第6類保險對象成長，可以從第5頁表2看出來，明顯都是第2類、第3類保險對象的移轉，第6類是屬無一定工作的人口，收入來源本來就不固定，幾年監控下來，大致維持在穩定的收繳率，針對第6類保險對象的欠費，還是依照欠費監控、催繳、強制執行等程序，按時間、按階段持續執行，長期以來收繳率還是維持在穩定的狀態。

李署長伯璋

一、剛剛提到各層級醫院下轉件數，我想李委員偉強回去也要幫忙宣導，分級醫療是部長的政策，我們怎麼拿捏好，讓醫療生態朝向目標努力，很多原因我都了解，但醫師要有擔當，有時常講病人要來我也沒辦法，有些輕症的還是要配合政策，部長在這方面很堅持。

二、何委員語提到南部有醫院調降層級，我也很怕崩盤，我們往政策方向走，導致有些醫院降成地區醫院，部長是認為要降就

降，降了以後要再升就不是那麼容易，未來政策方面，可能地區醫院的福利也不會那麼多，整個醫療生態我們是很堅持的。

三、最後總結，我在健保署也快3年，醫療是尊重專業，在醫療浪費部分，藉由健保醫療資訊雲端查詢系統，醫院也能慢慢適應。在違約、虛報浮報的部分，請各位委員支持，這是署裡下一個重點，我們一直在檢討辦法，因為人力有限，只能查核幾家院所，大多也只停約1個月，但我認為如果是累犯或是有紀錄，只要有查核到，不需要很多家，直接停約1年院所就會怕，至於情節輕的就讓院所自清，希望錢能回到總額，錢如果回到安全準備金，醫師會覺得沒有用途，針對虛報、浮報問題，各位委員可以放心，我們會努力處理健保財務。

謝委員武吉

- 一、財務部門對我的回答，好像我不認識字一樣，我已經說18.14億元在1月攤還，我要的是以前的人跟事，是如何談判的？
- 二、第2點，今年為什麼在1月我們高雄市馬上就償還18.14億元，我記得上一屆委員在12月份曾說過，因為上面有他的人，當時是他在編還款計畫，這原因我們要探討一下，要給各位委員了解一下，當時委員講的是對還是不對？如果對的話，我們回去可以再找我們新任的市議長許崑源，跟他講一下，是不是要怎樣來處理，像謝委員尚廷也是高雄來的，林委員也是高雄來的，非常沒面子你知道嗎！我希望的就是，你要讓我們了解情形最重要。

李署長伯璋

當時是幾月幾日，市長是1月以後才換，是他要走就多還錢？

謝委員武吉

12月25日。

陳專門委員振輝

還款計畫是配置於106年到110年分年償還，每年1月、7月撥款。

謝委員武吉

和誰談判的？

陳專門委員振輝

還款計畫是以公文函復。

李署長伯璋

不是個人談判。

謝委員武吉

署長我報告一下，因為上一屆委員有人講，說有坐在上面的人主導一切。

李署長伯璋

依計畫就是 1 月、7 月還款。

謝委員武吉

現在就是說，上屆委員有人說，現在坐在上頭的某個人，就是當時主導還款計畫的人，我也不提出是哪個委員說的，我現在是說上屆有委員懷疑，不希望這屆的委員也有懷疑，我們要讓大家都知道，到底欠款是怎麼欠款的，為什麼一延再延，是什麼原因？但健保署都還沒有提出一延再延的原因，請發文要求高雄市政府以書面方式說明作業流程，是由誰做出(還款計畫)決定的，並於下次健保會議報告。

周主任委員麗芳

有關謝委員武吉關心的問題，請健保署以書面說明來澄清，請李委員偉強。

李委員偉強

一、本來沒有要發言，但李署長伯璋提到我，還是回應一下。葉委員宗義已經先離開，我剛在門口也給予他安慰，我們委員其實扮演很重要角色，一屆 2 年，錢與政治我沒有興趣，我們把病人照顧好最重要。

二、我們的角色決定將近 7,000 億元的分配，目標是讓民眾得到應

該有的健康，這是很基本的目標，民眾付了錢，大家一起把關，努力把錢用在刀口上，但目的不是讓他看病，過去 20 幾年來，健保得到很多稱讚，因為就醫可近性很高，這是無庸置疑的，可是在醫療品質評比方面卻沒想像中的好，葉委員宗義舉了自身例子，我相信在座委員或多或少都有親身經歷，不管是本人還是親戚，但不在此討論。

三、希望未來這 2 年討論重點能更聚焦，回歸到讓民眾買到健康，健康不代表醫療，醫療是後段的，目標應該是預防及早期篩檢，剛剛好幾個委員都有提到的，包括 B、C 肝炎等，把錢用在刀口上，長久而言可以省更多錢。

周主任委員麗芳

本案洽悉，謝謝健保署提供非常多的說明。接下來進行討論事項第 1 案。

滕委員西華書面意見

健保署 107 年 12 月季報告之 p.1 二、「健康存摺的新增功能」，意見如下：

一、健保快易通之「行動版」者，目前開放預覽前 10 張 JPG 檔查詢功能。關於健康存摺，我們去年請視障者測試，不符需求，如按鈕沒替代文字、驗證沒語音提示等，而目前的 JPG 檔更是完全無法讀取，建請健保署將 APP 以無障礙規格建置，並邀請視障者進行使用測試，據以改善缺點。

二、另，健康存摺是為了提供民眾使用、了解，然部分資訊過於專業，如用藥資訊，藥品的使用分類很好，但目前是使用藥理分類名稱，大多數民眾根本無法理解。建議使用 ACP 分類或給予民眾藥品名稱的連結說明。

伍、討論事項第一案「推派『全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議』及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之本會代表案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

洪組長慧茹

- 一、幕僚就本案簡單說明，為讓保險付費者可以參與總額研商相關會議討論，依全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點規定，研商代表必須包含 2 名保險付費者，因此在各個總額部門，包括醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診及門診透析服務，將由本會推派 2 名保險付費者代表來參與。
- 二、另依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法規定，共同擬訂會議應邀請被保險人及雇主代表參加，原規定是被保險人代表 2 名及雇主代表 2 名，最近衛福部修正相關條文，已於 2 月 25 日修正發布，修正為由本會推派被保險人代表 1 名及雇主代表 1 名參加。
- 三、本案主要討論，推派總額研商議事會議及共同擬訂會議的代表。目前本會有 39 位委員，其中有 20 位保險付費者代表，包含被保險人代表 14 位、雇主代表 5 位及行政院主計總處 1 位。請委員參閱會議資料第 74 頁，表格已呈現會議名稱、代表屬性及推派人數。
- 四、依照往例是採用抽籤方式，或是代表屬性相同之委員如事先協調出人選，就可以不透過抽籤，直接告知幕僚。目前雇主代表 1 席已協調出人選，就不再以抽籤方式處理，其他席次，包括共同擬訂會議的被保險人 1 席及各總額研商會議的保險付費者代表 2 席，建議照往例採抽籤方式處理，待會幕僚會到委員旁邊協助抽籤，抽籤完成後就請主席公布結果。以上報告。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

從一代健保到二代健保的第 3 屆健保會，醫療服務項目共擬會議都是被保險人 2 位、雇主 2 位，為何這屆改為被保險人 1 位、雇主 1 位，是不是過去這 4 位有 2 種現象，第 1 個，他們了無發揮、沒有表現，所以 4 位可有可無嗎？第 2 個，這 4 人在醫療服務項目共擬會議，讓健保署及醫療服務提供者非常頭痛，所以 4 位降為 2 位？我請教李署長伯璋是健保署決定的嗎，署長回復說是社保司決定的，請社保司司長說明一下，是因為過去這 4 人表現不良還是表現惡劣呢？

周主任委員麗芳

請商委員東福說明。

商委員東福

謝謝何委員語第 2 次請我回應，實際上沒有那麼負面，是正面的，希望讓更多人可以參與討論，關心健保議題的人，不管是付費者或被保險人，不一定是健保會的委員，我們希望有擴大參與的概念，當然也不是社保司自己修訂的，法令要因應外界需求，二代健保之後，不管法律上或實務上都希望有擴大參與的概念，我們是回應外界期待，絕對不是委員所說的表現不好。

何委員語

請教商委員東福，是外面再另外聘請雇主代表幾位、付費者代表幾位，是否如此？我沒聽你說明，是衛福部健保會只推薦雇主 1 位、被保險人 1 位，其他名額由外界遴選，是這樣嗎？

商委員東福

是，總人數沒有變。

周主任委員麗芳

謝謝商委員東福的說明，本案醫療服務項目共擬會議的雇主團體已有共推代表，至於其他代表委員的推選，我們正好有 10 分鐘中場休息時間，我們先尊重所有團體，不管是被保險人、保險付費者，大家先協調，有共識就依共識，沒有共識就抽籤，我會請周執行秘書淑婉及幕僚同仁協助委員擬訂名單，現在開始中場休息 10 分

鐘。

(中場休息 10 分鐘)

周執行秘書淑婉

各位委員請就坐，休息時間到了。

周主任委員麗芳

一、各位委員，我來宣讀本會推派的代表：

(一)醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議：被保險人代表 1 人，為馬委員海霞；雇主代表 1 人，為何委員語。

(二)醫院總額研商議事會議：保險付費者代表 2 名，分別為林委員錫維及邱委員寶安。

(三)西醫基層總額研商議事會議：保險付費者代表 2 名，分別為陳委員莉茵及羅委員莉婷。

(四)牙醫門診總額研商議事會議：保險付費者代表 2 名，分別為林委員敏華及干委員文男。

(五)中醫門診總額研商議事會議：保險付費者代表 2 名，分別為許委員美麗及蔡委員明鎮。

(六)門診透析總額研商議事會議：保險付費者代表 2 名，分別為鄭委員建信及趙委員銘圓。

二、接下來進行討論事項第 2 案。

陸、討論事項第二案「辦理各部門總額 107 年執行成果評核之作業方式(草案)案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、各位委員好，因本會核心業務之一為負責全民健保 7 千多億元總額預算分配，為了解各部門總額執行結果是否達到應有效益，本會每年定期在 7 月都會辦理評核會議，評核各部門總額的執行成果，評核結果若是優良，將會於下年度總額酌給品質保證保留款專款金額予以獎勵，專款項目執行成效也會納入協商參考，因此評核作業是非常重要的程序。
- 二、幕僚援例在 3 月份委員會議提案討論今年度的評核作業方式，而且在議定完成後，據以辦理後續籌辦評核作業及請各總額部門準備評核報告，因此需要在本次會議討論並完成議定。
- 三、請委員看到會議資料第 75 頁說明二，為研擬本作業方式草案，幕僚已檢視去年委員、評核委員對於評核作業相關建議，主要有 3 項建議：
 - (一)本會委員建議各部門總額提報的年度重點項目及相關評核內容，應該事先收集受評部門意見，且預先對評核項目訂定目標值，這樣才有努力目標。對此，本會在 107 年 12 月 28 日，函請四部門總額及健保署提供年度重點項目並對幕僚研擬之評核相關內容草案給予建議，相關建議已納入草案內容中。
 - (二)本會委員建議評核結果獎勵原則，包括品質款獎勵額度應如何計算等等，應該在 7 月評核會議前事先議定，本部分過去本會都是在 8 月份討論，主要是等衛福部交議年度總額範圍、確定上下限空間後，再討論獎勵額度會比較精確。但也有委員建議在評核會議前，就事先擬訂規則，對此幕僚在下一頁研擬甲、乙兩案供委員討論議定時程。
 - (三)有評核委員建議，請健保署對各部門總額的執行結果，除

統計數據外，能夠再多加以說明，因此於本案說明三(四)報告大綱中，納入修訂健保署提報內容。以上是有關過去建議事項的處理。

四、請委員看到會議資料 76 頁第三點，本年度研擬的評核作業方式草案列在附件一(會議資料第 79~86 頁)，修正處已畫上底線標記，主要依照上開 3 項建議及四部門總額與健保署回復意見修正，說明修正重點：

(一)研擬年度重點項目部分：

- 1.經收集各部門跟健保署意見，彙整年度重點項目列在會議資料第 87~91 頁，請委員討論是否同意，若委員同意，將納入評核作業方式內，請部門提報相關資料。
- 2.為預先設定績效指標目標值，請各受評單位於提報 107 年度執行成果時，一併提報 108 年度目標值，這樣明年(109 年)才有評核依據。另，台灣醫院協會附帶建議健保署，於 108 年度滿意度調查中增加民眾對分級醫療及轉診政策滿意度調查，此部分請健保署納入參考。

(二)調整評核項目配分：請委員看到會議資料第 80~81 頁，評核項目配分表，過去把「年度重點項目」跟「一般服務」合併為 80 分，今年度為了凸顯「年度重點項目」，因為其內容很多是重大政策或民眾重大關心事項，因此把原來 80 分拆分成 20 分與 60 分，將「年度重點項目」獨立配置 20 分，預算最多的「一般服務」配分 60 分，「專款項目」維持 20 分，這是第 2 個修正重點。

(三)請委員看到會議資料第 77 頁，說明三(三)：

- 1.有關評核內容，已徵詢健保署及各總額部門意見，在一般服務部分，相關單位都沒有修訂意見，同意幕僚所擬草案，因為草案共有 100 多頁，且都屬於執行細節，因此沒有列入會議資料。
- 2.專款計畫部分，因為部門表示有一些專款不是計畫型，若

按照過去的提報大綱，內容太繁雜，因此這次修訂了專款計畫報告大綱(會議資料第 85 頁)，將專款計畫名稱修正為專款項目，並拆成「計畫型」與「非計畫型」，若屬於非計畫型專款項目，其提報內容較為簡化，以符合實務運作。

(四)依照評核委員建議，請健保署調整提報內容：請委員參看會議資料第 84~85 頁的報告大綱，主要是請健保署在一般服務部分增加重點說明成效檢討，專款項目部分增加改善建議，另考量不須重複提報，因此過去請健保署提供自評建議之文字一併配合刪除。

(五)過去委員關心的獎勵原則議訂時間點，因獎勵方式會影響總額中整體品保款額度的大小，幕僚建議應參考 109 年度總額協商空間後，再綜合考量較宜。幕僚研擬甲、乙案供委員討論：

1. 甲案是根據往年作業時程，等行政院核定年度總額範圍上下限，確認本會委員可以協商的額度空間後，於 8 月份提案討論品保款獎勵原則。但因為評核會議是 7 月舉辦，因此這個時程會在評核會議後才訂定。

2. 乙案是將討論獎勵原則的時間點於 8 月提前到 5 或 6 月，但因為 5~6 月還沒有行政院核定年度總額成長的正確範圍，只有衛福部擬訂的草案可以供參考。若採乙案，就會在評核會議前事先議定品保款的計算方式跟額度。

(六)其他部分是文字酌修。最後請看到會議資料第 82~83 頁，有關 108 年評核作業時程表，有各總額部門、健保署等相關單位需要配合的作業跟時程，也請相關單位會配合辦理及提供相關資料。

五、有關擬辦部分，請委員看到會議資料第 78 頁，請委員針對幕僚擬的評核作業方式草案，及各部門、健保署提出的 108、109 年度重點項目重點績效指標(會議資料第 79~90 頁)進行討

論。其次就是請委員討論品保款獎勵原則議定時間點是採甲案或乙案，委員議定之後，幕僚會根據時程提案討論，以上說明。

周主任委員麗芳

謝謝陳組長燕鈴說明，現在分 2 個部分討論：

- 一、第 1 個部分先針對 107、108 年評核績效指標跟評核作業方式，各位委員是否有意見？本部分先確定之後再接續討論，有關於評核獎勵原則的議訂時間點。
- 二、有關績效指標部分，請問委員有無意見？請蔡委員登順。

蔡委員登順

本案台灣醫院協會建議 108 年度醫院部門滿意度調查增加民眾對分級醫療轉診政策實施調查乙項，我跟大家做 1 個報告：

- 一、106~108 年度總額編列分級醫療相關預算非常龐大：

- (一)106 年度包含強化基層照護能力「開放表別」及推動促進醫療體系整合計畫(包含醫院以病人為中心門診整合照護計畫、區域醫療整合計畫、提升急性後期照護品質試辦計畫，及跨層級醫院合作計畫)等共編列 40 億 3 千萬元。
- (二)107 年推動促進醫療體系整合計畫協定事項並包含「預算盡量運用於推動轉診制度及分級醫療」，107 年相關預算共編列 68 億 6,300 萬元。
- (三)108 年繼續編列分級醫療相關預算共 77 億 2,800 萬元，包含於其他預算項下編列「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」8 億元，於四總額部門編列「網路頻寬補助費用」計 5 億 3,500 萬元(分別為牙醫 1 億 3,600 萬元、中醫 7,400 萬元、西醫基層 2 億 1,100 萬元、醫院 1 億 1,400 萬元)。

- 二、106~108 年編列分級醫療相關預算合計 186 億 2,100 萬元，金額很龐大，所以我特別提出來報告。這金額既然如此龐大，但目前看不出成效，分級醫療推動將近滿 2 年，目前醫院壅塞問

題是否有解決？這方面仍有待努力，至於將分級醫療滿意度調查當作 108 年度醫院總額之績效指標，我個人非常支持，已投入巨額預算，當然要有相關的指標來讓委員會監理。

周主任委員麗芳

委員有沒有其他意見？請陳代理委員憲法。

陳代理委員憲法(陳委員旺全代理人)

- 一、今天陳理事長旺全請假，由我代理出席，先邀請委員參加 2 項活動，請大家先看到手上這份國醫節邀請函，本會將於 3 月 17 日在新北市政府大禮堂舉辦第 89 屆國醫節慶祝大會，另外今年中醫門診總額專案計畫實地訪視活動，安排在 4 月 10 日、11 日於嘉義縣阿里山鄉及台南市大內區進行，我在此代表陳理事長旺全邀請各位委員參與。
- 二、關於 108 年度重點項目之必要項目，請委員看到會議資料第 89 頁，之前中全會提出的必要項目 1「中醫急症處置計畫成效評估」，經陳理事長再次評估，考量這個計畫才剛開始執行，目前執行率非常低，所以理事長要求我們進行更換，在此提出修正為「符合中醫針灸標準作業程序規範」，也就是 SOP 規範，績效指標有 2 個，(1)院所針灸標準作業程序符合率，(2)訪視院所合格率，也就是對符合 SOP 規範的院所，我們將抽出一定比率進行現場訪視，以上補充。

周主任委員麗芳

- 一、謝謝陳代理委員憲法代表陳委員旺全提出說明。
- 二、請問委員對於幕僚所擬意見及中醫部門提出的修正，是否有其他意見？請何委員語。

何委員語

- 一、我支持中醫部門提出的修正內容。
- 二、依目前幕僚修正草案，重點有訂定年度重點項目、修正專案計畫名稱及報告大綱等，在調整評核配分部分，將原來一般服務項目 80 分，拆分為 60 分、20 分，我支持目前修正的方向。

評核結果維持區分為：90 分以上「特優」、85~90 分「優」、80~85 分「良」、未達 75 分「劣」，但評核會議有史以來沒有評定過「劣」，最少都有「良」，我支持幕僚單位提出的修正建議。

三、建議今年各部門總額評核資料不要再寄給付費者代表參閱，因為共 20 多本、將近 10 公斤，我想付費者代表要全部看完有其困難，建議提供各部門總額評核結論給付費者代表就可以。因為這是我在擔任第 3 屆委員時提議新增的，所以在此提出建議要取消。

周主任委員麗芳

請鄭委員建信。

鄭委員建信

會議資料第 79 頁「壹、評核範圍」中列有 2 項，1 項是一般服務項目、1 項是專款項目，然第 80 頁的評核項目與配分，應該還有「年度重點項目」，提醒幕僚是否漏列。

周主任委員麗芳

一、有關評核方式與年度重點項目部分，將依據委員建議修訂「辦理各部門總額 107 年執行成果評核作業方式」、「107 及 108 年『年度重點項目—必要項目』與績效指標」，這是關於本案第 1 部分決議。

二、現在進行第 2 部分，有關評核結果獎勵原則議訂時間點，要採取甲案，於 8 月份委員會議討論，或是採乙案，於 5、6 月委員會議就先行討論？請委員表示意見，若委員沒有意見，就依照往例，請干委員文男。

干委員文男

我建議最好是在 5 月份委員會議進行討論，若沒有先訂定原則，會讓人家說先射箭再畫靶。

周主任委員麗芳

先請謝委員尚廷，再請蔡委員登順。

謝委員尚廷

- 一、去年委員會議就有針對這個議題進行討論，很多委員都認為應該要在評核會議前進行討論，不要等評核結果出來後再討論怎麼獎勵。
- 二、如果提前作業沒有問題，希望在評核會議之前議定。

周主任委員麗芳

先請蔡委員登順，再請林委員錫維。

蔡委員登順

- 一、我的意見跟干委員文男及謝委員尚廷相同，應該先把獎勵的標準討論好，不要在評核會議之後才討論。
- 二、若評核結果已經確定，得到「優」的單位希望獎勵高一點，得到「良」的單位可能還好，而得的到「可」的單位根本沒有獎勵，他會認為要盡量節省，這樣會造成不公平，所以評核會議之前先議定獎勵標準，減少困擾。

林委員錫維

- 一、本案非常重要，有關獎勵原則議訂時間點，我也是支持乙案，提前議定才不會說評核等級都已經確定了，再來討論獎勵原則，會有一點預設立場。
- 二、何委員語提到評核相關資料部分，事實上我們這些被保險人代表都不是專家，甚至也沒有相關助理可以深入研究，我認為有需要的委員再向健保會索取資料即可。何委員語所提的建議非常好，只需在評核會議後將重點結論讓付費者代表參考即可。若像往年一樣，相關的資料真的太多，從我過去參與監理會到現在的健保會，已經留有約 30 箱的 A4 資料，我不敢丟掉，也不知道怎麼處理。假設不需要那麼多資料，也可以很明確的決定相關的事項，我覺得這樣更好。

周主任委員麗芳

- 一、感謝何委員語及林委員錫維的指導，有關評核相關書面的報告，今年度依委員建議，事前僅寄給評核委員審閱，若委員想

要閱讀相關資料，請隨時告訴幕僚同仁，幕僚一定會準備給大家。

- 二、依剛才討論的結果，有關評核結果獎勵原則議訂的時間點，多數委員是建議採乙案，所以暫定在5月份委員會議提出討論，我會跟幕僚同仁一起努力達成。

周執行秘書淑婉

不好意思，我再補充說明本案兩個時間點的差異：

- 一、若在5月份就決定評核獎勵額度等相關遊戲規則，對各總額部門較為公平。
- 二、但近年總額協商的可協商空間越來越小，5月還沒有可協商範圍供參考，若先決定獎勵額度，將有可能會壓縮到9月總額協商時的協商談判空間，這部分提醒各位委員考量。

周主任委員麗芳

- 一、謝謝周執行秘書淑婉的細心提醒，因為剛才多數委員也有提到，希望遊戲規則比較公平合理、應預先擬訂，因此有關評核結果的獎勵原則，訂在5月委員會議討論。剛剛第1點決議我已經宣佈了，這是第2點決議。
- 二、第3點決議請健保署及各總額部門配合時程提供相關資料。請問委員是否有其他意見？請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

剛才主席對本案已經做出裁示，大多數付費者代表也傾向按照乙案方式處理，但我個人覺得，像這樣的案子以後是不是可以先請幕僚單位說明得更完整，不要等到委員都已經發言完了，再來做補充說明，這樣對我們付費者委員來說並不好。

周主任委員麗芳

- 一、謝謝趙委員銘圓的指導，以後相關案件我們會做改進，請幕僚在說明時說得更清楚、完整，這次請委員見諒。
- 二、先請蔡委員登順，再請滕委員西華。

蔡委員登順

過去評核等級「特優」級的獎勵成長率是 0.5%，曾有團體認為太高，降為 0.25%，我想牙醫部門一定點滴在心頭，牙醫部門從過去到現在，評核結果都保持「優」級，我覺得獎勵部分若再下降並不好，我們還是要重視醫療品質，獎勵品質好的單位，我建議要朝這個方向邁進。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

我只是對於剛剛主席的裁示有一點小小的建議，主席裁示要在 5 月議定評核獎勵原則，我建議可改為 5 月或 6 月，因為依幕僚前面的報告，目前 5 月已排定 5 個議案，加上牙醫部門另安排參訪活動，我怕本案會排不上 5 月的議程。

周主任委員麗芳

- 一、感謝滕委員西華的提醒並給予幕僚彈性，原想讓幕僚展現效率，盡量提前討論，既然委員提醒並體恤幕僚，就修正為 5 月或 6 月，另剛才委員指導的建議，我們以後會再說明得更清楚、完整。
- 二、委員若無其他意見，請進行討論事項第 3 案。

柒、討論事項第三案「『針對台鐵重大事故(普悠瑪)所造成重大傷害之醫療支出，請健保署統計，並於下次會議做一初步報告，並討論是否向台鐵追償』及『由於德國麻疹現擴大流行，其費用應屬疾病管制署提供費用(公務)，為保護健保資源不流用至其他應付款單位，敬請本會於下次會議提供其所付費用』案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

先請提案委員補充說明。

謝委員武吉

- 一、我提這個案件是在保護我們健保的費用，其中很重要的一環，像是汽車責任保險，如果一發生事故，都要先攤還汽車修理等費用之後，才來攤還我們健保所發生的醫療費用，這在整個制度上對我們健保署是非常不公平的。向署長報告，我們建議就是，如果健保法要改，這也要拜託立委諸公修改健保法，不應該先支付給汽車損壞的費用，而是應該先還給我們這些在第一線拯救生病的醫護人員、健保署才對，這樣對我們老百姓的健康一定會比較好，才不會說一下子又要漲費率，這樣就不太好了，這是我附帶要求的。
- 二、普悠瑪事件中 18 人死亡，亡者多少也有使用到醫療資源，而 190 人受傷，其總計使用到多少醫療費用？請署長說明。
- 三、另外，107 年累計至第 42 週德國麻疹共 9 例，各醫院都沒有通報德國麻疹嗎？為什麼沒有通報德國麻疹？這樣醫院向健保署申報的是什麼費用？若沒有確實申報，是不是有偽造文書的嫌疑？謝謝。

周主任委員麗芳

請李署長伯璋說明。

李署長伯璋

- 一、跟各位委員報告，依照健保法規定，重大交通事故健保署所提

供之醫療費用可以向投保單位申請求償。事實上 107 年 11 月 21 日台鐵普悠瑪事故發生時，在第一時間國發會陳主委美伶就有交代我，各醫院以照顧病患為第一優先，之後健保署再向肇事者求償。截至目前為止，本事件前面 30 天相關的醫療費用是 705 萬元，我們也跟承辦台鐵相關保險的明台產險公司申請損害賠償，但該公司回復：「本署的代位求償不是他們保單的承保範圍，沒有辦法理賠」，因此本署在 3 月 4 日函文給台鐵，請台鐵於文到 30 天內與本署討論賠償金相關撥付事宜。

- 二、我個人認為，以國家的立場，不管是台鐵或國發會，這筆錢本來就不是健保署要負擔的，各位委員可以放心，相關行政程序部分，該走的我們會把它走完。至於德國麻疹部分，請問疾病管制署是否有代表在現場？(疾病管制署代表回復：在)請疾病管制署補充。

黃組長彥芳

向各位委員報告，德國麻疹的病患都有通報，107 年截至 10 月底就是 9 例。

曾代理委員中龍(古委員博仁代理人)

- 一、我一直想了解普悠瑪事故那個花費多少錢，可是隔了那麼久，我還是沒有看到健保署統計資料。
- 二、依照健保法第 95 條規定，健保署的處理是妥當的，但是目前代位求償的規定很奇怪，建議修改，因為代位求償是向侵權行為人，也就是向台鐵請求，而受害人是民眾，民眾對台鐵有受害賠償請求權，但現在法規規定得不清不楚，健保署可以代替民眾求償，但這是民法上概念。
- 三、台鐵跟保險公司訂定保險，發生重大事故的受益人是台鐵，所以保險公司事實上可以拒絕健保署代位求償，因為你跟他請求賠償，必須經過受益人同意保險公司直接賠償予被害人，才可主張代位未被害人請求賠償。建議這部分未來要想清楚，因為官司打下去，保險公司的律師抗辯之後，健保法絕對是普通

法，保險法是特別法，在法律適用上是會出問題的，而且民眾可能也會有疑慮，特別高雄氣爆發生後，高雄市政府也要求代位求償，結果有很大的紕漏麻煩。未來除修改健保法，可能要請立委一併修訂保險法、健保法，這樣才不會產生法律扞格和衝突。

周主任委員麗芳

請商委員東福說明。

商委員東福

- 一、感謝委員關心健保代位求償，關於強制汽車責任保險部分，事實上是我們先墊，上次修法時已經回復到不是一般的代位求償，我們的訴求是先代墊，再求償，這樣就沒有那樣的問題。
- 二、關於修法，這是一直被關注的重點，在每次有修法的機會，不管是從金管會、保險業或是我們這邊，我們都會關注。

周主任委員麗芳

本案請健保署本於權責執行代位求償，確保健保資源不用於支付其他非健保應負擔之費用，本案確定。請黃代理委員振國。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

針對代位求償議題提出個人想法，健保法只針對國民一般健康，不包含重大意外事故，重大意外事故屬於國家社會安全保險的一環，應該由類似急難救助金去支付相關醫療費用，支付後再向台鐵求償，跟健保一點關係都沒有，修法時應該強調這一點。當國家發生重大災難，例如台鐵事故或八仙塵爆，應該由政府急難救助金去支應相關醫療費用，之後再由政府向台鐵求償，與健保署無關，現在的狀況是健保署公親變事主，民眾喜歡用健保資源，建議從法的層面研議，以後健保基金才不會因為國家非健保給付範圍所衍伸相關費用，而造成困擾。

周主任委員麗芳

委員意見提供衛福部、健保署參考，進行下一案。

捌、討論事項第四案(原臨時提案)「建請以健保會名義向衛福部表達反對預告修正菸捐分配並請恢復 70%供健保安全準備」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

先請提案委員說明，請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

- 一、感謝各位委員、幕僚對本提案的支持及協助，相關資料可參閱會議資料第 192~196 頁，「菸品健康福利捐分配及運作辦法」的預告期間適逢農曆新年及健保會未開會，我整理本次修正案內容、量化其影響，讓大家更容易掌握重點，並感謝趙委員銘圓多方指導及經驗傳承。
- 二、菸品健康福利捐挹注健保資源之分配比例，從早期的九成被降到七成、五成，而本次修正亦已實質被調降到四成五。請大家正視菸捐與健保安全準備的關聯性，以及我們要承擔菸害所造成的醫療成本。參閱健保署 106 年 3 月 2 日公開文獻(題目：歷年來菸品健康福利捐補助健保安全準備)，菸害造成的健保醫療費用保守估計每年至少 500 億元，從臨時提案資料第 1 頁下面附圖可看出，菸捐分配予健保之金額逐年下降，從 100 年的 241.8 億元，到 107 年被調降至 139.6 億元，500 億的菸害支出對照 139.6 億元的菸捐分配收入，根本是入不敷出。
- 三、至於菸捐分配的其他款項使用情形又是如何？春節期間的新聞報導，有關菸捐分配在其他款項，居然發生其他行政機關核銷菸捐「未專款專用」的情形，監察院也有相關調查報告。而從這次預告「菸品健康福利捐分配及運作辦法」第 4 條第 1 款規定的「修訂對照說明」，係以「酌作文字修正」簡單略述，隨即擬將原第 4 款獨立條文「補助經濟困難者之保險費」併入本款條文之中，未說明兩者共用同一款經費的分配比例性，亦沒有適切合理的提出「評估程序」。原本的挹注健保安全準備之

分配比例已被降到 50%，現在又併入原本獨立的「補助經濟困難者之保險費」科目，若修正案通過，未來這兩個科目合併成同一科目，兩者如何使用同一筆款項，請問預算管控的有效性在哪裡？

四、臨時提案資料第 2 頁下面附圖可看出，近年癌症費用成長率是逐年「正成長」，但菸捐分配健保收入成長率則是持續「負成長」，兩者之成長情形卻「互為反向」，應該要回歸「課徵菸捐」與其「分配在健保醫治菸害資源」的正當關聯性。希望我們一起對本次「菸品健康福利捐分配及運作辦法」修正草案提出中肯建言，強化「菸捐分配」對於「健保安全準備」的醫療承擔責任。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

我們在 104 年 8 月就曾對菸捐分配提出建議，現在已是 108 年 3 月，當初是將 70% 挹注健保安全準備調降到 50%，減少 20%，卻只拿 3% 去做長照，有 17% 並未用於長照，我們當時就一直建議國健署或衛福部應該把這 17% 的菸捐回歸健保的安全準備。但目前為止看來，好像有一點軟土深掘，不但未把它回復，現在打算將補助經濟困難者之保險費併入，這筆費用目前看來是 5%，實際上是否會超過 5%，我看是有很大的疑問。不知道中央健康保險署在修法過程中有沒有表達你們的意見？我們在 105 年就提出建議，健保署應該適時將這筆費用拿回來，但到目前為止來看並沒有，而且越來越厲害，挹注健保安全準備的比率越來越低，準備不夠的結果就是調整健保費率，這部分對付費者來說非常不應該。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、我支持提案內容及趙委員銘圓的說明，今天提案資料很充裕，

但我要提出一點，當初制訂長照法草案時，我也有參與草案的制訂工作，當時並沒有說要挪健保菸捐來支應長照，整個法條都沒有，這是社會福利法要支付的。現在又要將挹注健保安全準備的費用挪去補助經濟弱勢困難的保險費。每年社會福利的預算有 3,000 多億元，我認為用菸捐來補助經濟弱勢者保險費是奇怪的一件事情，歲入、歲出將近 2 兆元的預算中，有 2,000、3,000 億元用於當時內政部的社會福利，現在有一部分移到勞動部去，勞動部分配到 1,300 多億元，建議衛生福利部應該重新思考，應該以國家的福利措施支付經濟弱勢者保費補助，而不是用菸捐。

二、因為從去年就短收菸捐，有立委主張要降菸捐，我們也跟立委提過一個概念，菸捐太高，走私就太多，走私沒辦法控制，這是很麻煩的事情。另外，現在很多年輕人轉吸電子菸，收不到菸稅，這有很多因素，希望社保司審慎思考，不應該用菸捐補助經濟困難弱勢者的保費，應該用國家歲入、歲出的福利經費支應。

周主任委員麗芳

請商委員東福說明。

商委員東福

- 一、謝謝何委員語第 3 次請我回應，社保司與健保署的立場是很明確的，我們在出席相關場合時，絕對是持捍衛健保的立場，剛剛委員關心的汽車強制險，我就表明健保會委員的立場並且最後也捍衛成功了。
- 二、本修正案是 2 月 1 日預告，預告期有 60 天，各位委員可以表示意見。本辦法的主責單位是國健署。如同何委員說的，經濟困難的中低收入戶的二分之一自付健保費是由菸捐支應，但低收入戶健保費是由本部編列公務預算補助。
- 三、剛剛委員提到將補助經濟困難者之保險費併入安全準備，擔心會擠壓到安全準備。跟各位委員報告，在第一時間內部討論

時，我們就強烈提出健保會委員的關注，安全準備沒有從 50% 恢復到 70% 就已經很嚴重，現在還有這樣的情況，我們內部有一番討論，但必須說明這一筆 5% 補助經濟困難者之保險費是累存基金，現在基金還有 10 幾億元，每年使用金額已經控管，短期內對健保的安全準備沒有衝擊，特別提出這說明。

四、針對剛剛委員所說的社會福利，社保司除了掌管健保業務，還有國民年金業務。

周主任委員麗芳

請蔡委員登順、趙委員銘圓。

蔡委員登順

一、104 年在菸捐從 10 元漲價到 20 元時，我曾到立法院關心，被當時國健署長說我是菸商，當時趙委員銘圓還曾在本會提案聲援我，說我不是菸商，是菸酒公司的退休員工也曾是健保委員，關心這個議題合情合理，對健保挹注安全準備從 70% 調降為 50% 表達關切。

二、顧名思義菸捐要用於吸菸造成的危害，如同提案人提到 1 年要多支出 500 億元醫療費用，這費用用在健保名符其實，要跟大家報告，菸捐與長照費用是兩碼子事情。現在一包菸課長照 20 元、菸捐 20 元，菸稅 11.8 元，加值營業稅 5%，現在一包菸的稅約 56 元，所以菸品健康捐與長照費用是兩碼子事情。

三、長照財源除了菸捐 20 元，還有遺產稅，這是主要來源，今天討論的重點不是長照而是菸捐。我們要一起努力關切菸品健康捐的使用，國民健康署對菸捐費用的使用有許多不妥當之處，我們沒有權責去了解，各位委員可以請認識的立委要國健署公開菸捐 50% 的用途。因菸稅高的關係，每包菸約在 100 元以上，消費者覺得菸很貴，跟總統反映，總統考慮降菸價，目前行政院正在協調中。我呼籲支持本案，將菸捐的錢拿回來，挹注在健保費用才是王道。

趙委員銘圓

剛剛商司長東福提到補助經濟困難者之保險費基金還有 10 餘億元，事實上，今年可以看到不管是菸品健康捐或菸稅都會大幅下滑，所以安全準備是很快的都不見了，甚至可能要去討論費率。建議各位委員是不是可以共同連署，本預告案是 2 月 1 日公告，有 60 天公告期，請大家去公共政策平台表達意見，請所有委員正式連署給部長，請他在做這個決策時要慎思，因為安全準備金越來越少，到後來要調漲費率。

許委員美麗

- 一、就修正條文來看，第 1 款是安全準備、補助經濟困難者之保險費 2 個部分共用 50%，沒有設但書、上限，沒有說經濟困難者只可以使用 5%，雖然商司長東福說有累積基金，可是基金何時會用完？大家不知道，所以當基金用完時，是否會擠壓到另外一個部分(安全準備)，這樣安全準備金隨時會低於 50%，到底會低到什麼程度，我們不知道，所以提案建議安全準備金要跟經濟困難健保費補助切開，是有道理的。
- 二、從現行條文來看有 1~6 款，立法者用意是將類似地擺在一起，經濟補助困難者的保費補助是第 4 款，比較適合與第 5 款合併，與第 1 款的性質是截然不同，若要合併，應該是第 4、5 款合併，第 1 款單獨，我覺得修正草案暗藏玄機，就是說有可能調降安全準備金，現在可能不用動到，但將來隨時可能會被調降，假設經濟困難者的保費補助基金用完，隨時會用到安全準備的經費，隨時被降低到什麼程度，我們完全不知道，我認為修正草案會讓安全準備處於不確定的概念。若立法原意是最多 5% 補助經濟困難之保險費，應該要有但書。
- 三、若要將補助經濟困難者之保險費、安全準備兩者切開，且認為安全準備金要調降，應該明白說要調降到什麼程度，這樣國民或與會者才會清楚可不可以這樣調降？這部分我還是比較傾向於臨時提案，至於調降比率，大家可以討論。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

我也非常支持本案，安全的定義就是讓全民有安全感，剛剛講得很清楚，我建議是不是可以設但書，訂定菸捐挹注健保安全準備的下限，應優先提撥安全準備，而且不可以低於多少金額，不然總額減少時，分配的金額也會減少，建議設下限。

周主任委員麗芳

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、我非常贊同陳委員炳宏、何委員語還有趙委員銘圓的提案，為我們整個健保達到保護的作用，但我對於第 2 頁說明第四點「本次修法未提供適法合理之評估程序」感到非常納悶，請問是哪個單位提出修法案，應該要說清楚講明白，如果是社保司，那就社保司要承擔，不要一天到晚做這些不對的事。
- 二、我發現現在衛福部想怎麼做，就怎麼做，這樣是不對的欸，尤其商司長你來之後，和曲前司長同光就不一樣，該協商就要協商，請問你有協商嗎？沒有。你看臨時提案資料後面第 4 頁附表 1，我們在 104 年已經被調降 20% 了，安全準備金被減掉 20%，現在又少 5%，這是什麼道理？搞不懂耶，當作我們健保安全準備金是金山、銀山，用不完嗎？用完不夠的時候再來漲保費？這樣對嗎？你有盡到公務人員保障老百姓生命財產安全的基本原則嗎？請回答。

周主任委員麗芳

本案的修正主責單位是國健署，商委員東福也有提到在會議中，包括健保署都據理力爭，我們委員的心情是相同的，謝謝商委員東福和李署長伯璋在會議中爭取，看來委員都很有共識。請吳委員榮達。

吳委員榮達

看來所有委員都有一致共識，輿論上都知道弱勢補助跟安全準備合起來 50%，這樣調整之後對於健保的影響是什麼，媒體都沒有進一步說明。建議主委帶領我們召開記者會，說明對全民健保的費率調

整會有什麼影響，這樣說出來才有支持的力量，不然我們說爽的，上面要做什麼，就做什麼，一定要有輿論力量，這樣力量才大，建議由主委帶領我們開記者招待會。

周主任委員麗芳

謝謝吳委員榮達建議，請李委員偉強。

李委員偉強

- 一、當初菸捐挹注健保是因為抽菸會造成自己本人、旁人得到肺癌，會消耗健保資源，現在肺癌一年新發生 1 萬 3,000 人，其中 9,000 人會過世，因為 7 成人發現時都是末期，每年消耗健保費用 117 億元，這是 106 年的數字。現在是希望肺癌能早期被發現，特別是有家族史的民眾能做低劑量電腦斷層，花費約 5,000、6,000 元，會有一些效果。假如今天菸捐省下來的錢能夠作為早期發現，可以讓這些 7 成的人減少到 2、3 成，才是真正節省健保資源。
- 二、我們現在的訴求是「以免減少安全準備金」，安全準備金有幾百億元，多一點少一點其實一般民眾是沒有感覺的，安全準備表示未必用的到，所以將來要訴求應該是回歸當初菸捐的最基本用意，對菸害尤其是肺癌病人，這些連續 7 年台灣第一名癌症的病人，能夠專款專用，民眾才能感受到這筆錢用在早期發現高危險群的病人，讓他們早期發現，甚至早期治療，這才是回歸到對民眾的訴求。回到原來提到的，我們的角色及目的是希望買健康，早期發現早期治療，這些包括來自於菸捐的錢，甚至將來有空汙費等，我們都應該爭取這些費用的部分比例用於預防醫學。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我支持這個提案，當初菸捐用於供健保安全準備金由 90% 降到 70%、70% 降到 50%，比例確實逐漸在下降，但我的意見和李

委員偉強類似，我們的論述要注意一下，首先，回到菸害防制法，之所以把菸捐的分配挹注到全民健保安全準備跟其他的經濟困難，是因為母法的第 4 條明定，菸捐應評估「可歸因於吸菸之疾病，其罹病率、死亡率及全民健康保險醫療費用」，才讓菸捐分配給健保安全準備金，不是菸稅，長照裡面才是菸稅比較多，菸捐少，因此在菸捐分配辦法才有以前 90%、70%，現在 50%的這個比例，我覺得要講清楚。

二、剛剛主席跟商司長東福說到一個重點，這個辦法是國健署主管，我們要思考為什麼國健署要這樣改。

(一)國健署改的應用分配比例，不管是不是合併，在使用上面其實都是用於疾病防治，也就做臨床醫學，該辦法修正兩點，一個是 27.2%用於罕病等醫療費用、癌症防治及衛生保健，還有 16.7%用於提升預防醫學與臨床醫學品質、補助醫缺等等，這些事實上都是屬於預防醫學的概念，或是醫療資源缺乏地區，它甚至調降了社福跟長照的比例。

(二)如果我們反對的話，不要講整體公共政策跟效益，我們應該倒過來說，增加的這些項目，為何需要增加百分比？

1.罕見疾病及癌症的健保費用是逐年在上升，其上升的幅度可能是比其他公務預算增加的科目還大，所以菸捐裡面即使要增加其他防治，在全民健保的效益來說，從 70%降到 50%已經遞減，但全民健保這些費用並沒有因此降低，包括家醫群也好，其他在整個預防醫學的投入也有增加。

2.增加的部分，有幾個是屬於國民健康署主管的法規，比方說罕見疾病，今年有陳委員莉茵，是罕見疾病基金會創會人暨董事，也許可以請陳委員莉茵說一下罕病情形。國健署及疾管署也是一樣，在自己應管轄法規所應自行編列的費用也是逐年遞減，公務預算逐年遞減不夠用，就把菸捐當作替代性預算，這才是我們要說的。

(三)今天健保署吸納很多費用，大家都以為有自有財源，隨收

隨付，就想說來健保拿錢最快，所以國健署它的策略上，是不是想提升菸捐在其主管業務預算分配比例的理由，才來砍健保安全準備的錢？我們應該這樣去說，那健保署應該要提供給委員會一個資料是，這樣合理嗎？因為吸菸導致的疾病跟肺癌等，這幾年有下降嗎？如果沒有下降，那挹注健保金額減低，當然合理性就會降低，也就是我們負擔的疾病照護費用是在上升，但菸捐因為母法分配這樣的理由比例下降，應該要這樣去提，不是說下降之後我們就反對，我們反對的理由應該是要說，如果醫療費用是在上升，分配卻是下降，這邏輯就不對，但我手上沒有數字，所以不知道健保署在支付相關的醫療費用是不是有增加。

(四)最後我要說一下安全準備，安全準備是按照健保法母法，但菸捐之所以指定安全準備，是因為它沒有指定特定項目，就像指定給長照也只是這個範圍，沒有指定特定項目在使用，所以指定全民健保用的話，最好、最安全的方法就是滾入安全準備，因為安全準備在總額不足的時候會撥補，但是按照健保法的精神，健保安全準備就是我們保費的事情，就是自己在健保法裡面要自行去補足安全準備金法定下限，所以我還是一樣那句話，我不支持調整，就是按照陳委員炳宏的提案，大家連署我也願意連署，但我們不管要做記者會、訴求，可能幕僚給的資訊或我們的說法，要有比較合乎健保使用方向的說法才比較妥適。

周主任委員麗芳

接下來先請趙委員銘圓發言，再來是陳委員莉茵，之後若還有要發言的委員，則請用書面意見，請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

一、我同意滕委員西華的意見，不過從這幾年看來，政府對於健保安全準備，可能金額還比較多，所以把很多不相關的東西都一直加進來，這才是真正最大的問題。菸捐 50%用於健保安全準

備金的部分，現在又要把「補助經濟困難者之保險費」加進來，當然相對會有影響。

- 二、其實在政府應負擔 36% 健保總經費，還有愛滋病用藥的部分，及 7 項社會福利，本來全部都不是健保應該要支出的，但現在通通都塞到健保裡面來，馬上就可以清楚到健保安全準備是越來越低，低到後面，當然一定會要調整所有付費者的費率，我想真的要談，可能要將這些原本不該由健保支付的，通通這次都要講清楚，這樣才有輿論的壓力，單獨講菸捐 50% 加入補助保險費進來，這樣說服力可能不夠，但把本來不是健保應該支付的資料弄出來，我想民眾會有更多共鳴。

陳委員莉茵

- 一、我是陳莉茵，第一次發言，因為是新的委員，原本想說不好意思，應該要多學習才對，但講到罕見疾病，剛剛滕委員西華也提到，我就有苦要訴一訴，尤其是菸捐修改，增加 3% 用於罕見疾病「等」，但「等」就等掉很多，據我所知，從 2015 年到 2017 年，依據罕見疾病法第 33 條，每一年的補助，基本上是奶粉，就是有些罕病代謝異常的奶粉，約 9,000 多萬元，還有一些是國際代檢的部分，現在我沒有帶國健署的資料來，基本上加起來是 1.1~1.2 億元不等，其實是非常少的。
- 二、2016 年的數據，我沒記錯的話，其實是把新生兒聽力篩檢、孕婦乙型鏈球菌的檢驗，一共 2.3 億元都算在罕見疾病法的預算、決算，2017 年我還沒看到決算的部分，基本上大家要注意這個「等」字，是沒有完全用於罕病費用的。另外一個資料，在 2015~2017 以前，應該都有約 2.5 億元的菸捐費用回到健保署，我記得 2016 年是 2.43 億元，我們也寫過說帖，也開過記者會，說明罕見疾病法的執行是非常需要專款，要專門的預算和決算來做這件事情，不要「等」來「等」去，修法把我們的名字放在裡面，卻是沒有用在罕見疾病，我們每個努力都去查過，如果健保署需要更完整資料，我們可以提供給各位。

三、我原則上是贊成這個案子，因為健保安全準備金是非常重要的，而且健保是全世界聞名的，罕見疾病也非常感謝健保的照顧。

周主任委員麗芳

謝委員武吉一定要發言？

謝委員武吉

一定，一定要(發言)的，因為在這裡的醫界，只有謝武吉理事長有正式發文反對這案子，只有我本人，因為我叫我們的同仁努力去查，結果被我查到，我就提反對的意見，和何委員語和陳委員炳宏都一樣，所以我也絕對、絕對的反對，但是我剛才要請教的商司長你都還沒有告訴我說，你何時去開會？開會是不是跟我們林委員被國健署趕出來這樣？大家都極力譴責嘛，所以說你在這邊要說，那他這個公告是公告 4 月底，是不是要我們這些委員，或者是我們的這個健保會做成一個正式的決議文，跟他們說我們所有的委員都是全力的反對他這種作法。欸，我們從 70% 被人減到 50%，還要再降 5%，這哪有道理？對我們罕見疾病也沒有保障，這也很沒意思你知道嗎！應該說，我們就是要去做這工作，因為台灣社區醫院協會早就正式行文去了，所以我請商司長一定要回答，他們什麼時候和你開會？應該他要開這個會，是要找大家在各層級的代表或各層次的代表來參與，怎麼他就可以這樣來決定呢？我們署長不被尊重耶，他也是個博士你知道嗎。

周主任委員麗芳

可否請商委員東福於會後，向委員說明開會的情形？

謝委員武吉

要講給大家聽啦！

商委員東福

1 分鐘簡短報告，開會日期是 1 月 22 日。我還是補充一下，低收入戶的保險費補助 100% 是社工司編的預算，其實部裡面這方面是有做到這樣的責任，我必須要利用這個機會說明。

周主任委員麗芳

再請雙方多溝通，感謝提案委員和各位委員都提出寶貴的意見，基於健保財務永續之考量，本會委員表達反對衛福部國健署於 108 年 2 月 1 日公告之「預告修正『菸品健康福利捐分配及運作辦法』草案」中，將菸品健康福利捐之 50% 供「健保安全準備及補助經濟困難者之保險費」之用，並應恢復為 70% 供健保安全準備之用，相關委員意見併發言實錄送請衛福部參酌。請進行下一案。

玖、報告事項第一案「疾病管制署『愛滋感染者慢箋領藥時已超過 2 年之醫療給付』修訂重點」、報告事項第二案「落實指示藥品不納入健保給付之規劃報告(含配套措施及對健保財務之影響評估)」、報告事項第三案「107 年度「基層總額轉診型態調整費用」動支方案報告(包含醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件)」、報告事項第四案「推動促進醫療體系整合計畫(『醫院以病人為中心門診整合照護計畫』、『區域醫療整合計畫』、『提升急性後期照護品質試辦計畫』, 及『跨層級醫院合作計畫』)之執行情形」與會人員發言實錄

同仁宣讀

疾病管制署黃組長彥芳報告：略

周主任委員麗芳

各位委員，我有個建議，因為這些案子都是第 3 屆委員會留下來的案件，是不是一併請相關單位分別報告 5 分鐘，全部報告完後，看到 2 點前還有多少時間，再請委員發言，如果時間不夠就請委員以書面表示意見，先讓這些準備很辛苦的同仁進行報告，委員是否同意？(未有委員表示反對)請進行報告事項第 2 案的報告。

中央健康保險署戴組長雪詠報告：略

周主任委員麗芳

請進行報告事項第 3 案的報告。

中央健康保險署劉專門委員林義報告：略

周主任委員麗芳

請進行報告事項第 4 案的報告。

中央健康保險署洪科長于淇報告：略

趙委員銘圓

主席，現在已經 13 點 45 分了，如果報告完就應該兩點了，案子還要討論嗎？還是只要報告？

周主任委員麗芳

今天先報告到第 4 案，開放 15 分鐘大家來做討論，現在進行討

論，請委員表示意見。請吳委員榮達、趙委員銘圓、滕委員西華、謝委員武吉、黃代理委員振國，還有周委員穎政。

吳委員榮達

針對第 1 案、第 2 案，兩案性質上滿相近的，我就這兩個案子提出請教，特別是第 2 案已經算是老案子了，從 106 年到現在，我一直對第 2 案的部分非常的強調，健保法既然規定指示用藥，不應該納入健保給付，就應該依法來做，我也一直不斷強調，如果健保署認為有部分的指示用藥，病患確實有它的需求，那就修法，把這些民眾特別有需求的指示用藥項目，立法除外來解決，我覺得就是應朝合法的方向來做，不是讓違法的狀態一直持續，雖然有做檢討，但到現在還有 900 多項，所以違法狀態還是一直在持續中，一定要馬上做處理，不然就要修法，用一個除外的立法方式來處理。同樣的，在第 1 案的部分，現在看起來依照疾管署的說法，是一個違法的狀態，那就修法嘛！2 年之內和 2 年之後沒有什麼差別性，就修法都用公務支出就好了，我是比較建議朝向修法的方向趕快解決。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、我想針對第 1 案的部分表達反對，這部分其實是當初疾管署做規劃時沒有想好，現在想用健保支付，我覺得這是不應該的，要去解決的話，政府也還有第二預備金，應該可以用第二預備金去處理。
- 二、第 2 案的部分，對於「落實指示藥品不納入健保給付之規劃報告」這個名稱建議改成研議，當然吳委員榮達的建議是說，應該按照既有的健保法法規執行，原則上我大部分認同，但其實我們決議中也有說，若有窒礙難行的地方就去修法，既然還有修法的空間，很多指示用藥不應該完全取消，這對於整體用藥情形，還有民眾需求、便利性，以及醫生處理的醫療習慣、相關背景，其實也都要納入考量，不是像健保署報告的，通通都

要解除，這部分是不應該，因為我們當初決議是可以朝修法方式做改變，使其可以符合健保法規定，也讓民眾可以得到應有的需求與便利性。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

一、首先疾管署的這個案子，我也不是很支持疾管署的做法，理由包括：

(一)雖然疾管署說由公務預算支付沒有法源，但要由健保署支付也沒有法源，特別是「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」修法公告之後，感染者確診服藥 2 年後的全部費用都由全民健保支付，該法也沒有說慢箋不屬於原本機關所要支付的範圍，並沒有特定指有無領慢箋的第 2 次跟第 3 次。

(二)既然公告是以就醫日期認定，已經公告的事項就應該要遵循，不管是當時公告沒有考量清楚，還是現在錢不夠想要由健保吃下來，我覺得這 1.8 億元都不該由全民健保來支應。

(三)但是如果 108 年開始，我們覺得慢箋的第 2 次、第 3 次有就醫日和領藥日的差別，即領藥日確實已經滿 2 年，這部分健保署願意接受系統上做修正，我覺得讓健保署增加每年 2,000 萬元，也會比較有道理。

二、對於指示用藥，我呼應吳榮達委員的意見。

三、在強勢推動分級醫療轉診、提高部分負擔，也就是分級醫療六大措施的時候，我們就表達過是與「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」這個計畫有競合的，在健保署的報告裡，該計畫 105、106、107 的照護人數在下降，有幾個原因：

(一)我們推動分級醫療或社區家醫群的整體照顧計畫裡面，新增的病人和這個計畫的病人是有重疊的。

(二)病人收進去三高整合或是主責照護高齡醫學等，除了罕見疾病和重大傷病比較特別以外，其他的病人都沒有因為這樣而減免，還是要繳部分負擔，病人參加了整合計畫，結果是醫療院所領獎勵費，其他費用也下降，但病人的部分負擔卻因為要參加獎勵計畫而上升，這不合理。

(三)如果因為罕病和重大傷病比較難下轉，基層暫時沒辦法收納，也應該優先去針對醫院整合照顧門診的病人，是不是要下轉，由家醫群去整體收案，我覺得這應該要考慮的，否則推動分級醫療卻加重民眾部分負擔，沒有去處理醫院整合照護中心的門診病人，又要求醫院提高成效，我覺得這是矛盾的政策。

四、最後，在 PAC(Post Acute Care，急性後期照護)的部分，雖然有提到結案數要轉照管中心，但其實上轉照管中心之後要接長照的比例並沒有掌握，特別是出院準備計畫有多少？目前在 PAC 計畫有幾個問題：

(一)從 107 年 10 月開始，在長照體系裡面有辦居家復能，是否原本該在健保 PAC 做的都沒做，轉到長照，這是一個應該要考慮的，因為現在復健醫學會也講說 OT(Occupational therapist，職能治療師)、PT(Physiotherapist，物理治療師)都跑去做長照復能。

(二)那我們要講的不是金流和人流的問題，而是當 PAC 裡面，原本在腦中風或其他推動成效本來就沒有很好，才會新增到其他科別，但現在又因為人員流動的問題，轉到長照的話，這些應該要在黃金 6 個月內去積極復健的病人，沒有在 PAC 計畫得到非常好的照顧，我覺得這是不應該。

(三)所以健保署應該增加 PAC 追蹤，究竟病人失能等級，不管是轉到照管中心之後，到底有沒有增加？銜接住院準備計畫的這些人，到底在門診或是其他情況的追蹤是怎麼樣？這些應該才是對 PAC 比較好的後續追蹤，才符合真正照護

品質指標，否則出院那一天可能很好，出院一個禮拜後就不好，我也會相當擔心出院的照護品質指標所呈現的數據是不是正確。

周主任委員麗芳

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、第 1 案我對於吳委員榮達、趙委員銘圓和滕委員西華，我完全呼應他們，這不應該是再由我們來負擔，如果要繼續這樣負擔的話，我們台灣就可以乾脆改名字，改成愛滋國，愛滋的王國，這樣中共也不會打我們，不用怕嘛！愛滋的王國，這樣的話變成我們變成愛滋的王國了嘛，都可以來替他們出錢，這樣我是覺得說這個 CDC 太沒有負責任的作法，這是不行的，他要編列預算嘛。
- 二、那第二點就是對指示用藥，大家剛才已經說了，但是我要對於簡報第 8 頁的 glucosamine(葡萄糖胺)，我們健保署當時的規定有分成慢性病用 3 個月、停 3 個月，又可以用 3 個月，再停 3 個月，這種道理是怎麼來治療病人的？治療有好一點的時候，結果藥不可以吃，又要好了藥又不可以吃，現在這個藥不是沒有效，我以前也是，我 40 幾歲就有一點這個毛病，但是我就是吃 glucosamine，結果現在走路也很勇健。所以說要請教健保署，這個你們怎麼樣，指示用藥這個你當時是怎麼訂出來的，現在改過來沒關係，你跟我說以前吃 3 個月、再停 3 個月，吃 3 個月、再停 3 個月，這是什麼原因？也要叫醫學會也要說明一下。再來就是說，我上次有拜託署長，就是說類固醇的管理，和那個抗生素的管理，抗生素是在評鑑的時候有管理得非常嚴，分成一級、二級，都管理的非常嚴，所以說我們感覺上，應該是等一下署長你也可以稍微給我們報告一下，這到底是怎麼樣的。
- 三、那第三點就是對於醫療體系的整合照護計畫，我們非常謝謝健

保署對於地區醫院有跨層級整合的照護計畫的補助方案，但是我要跟各位委員報告一下，這個補助方案，這些錢並沒有落到我們地區醫院的口袋裡面，這些錢醫學中心，不要說醫學中心，我這樣說，如果地區醫院互相支援，大家互相支援、執行跨層級合作計畫，我都不會去想收超過錢，普通都收 4,500 開始第一人，來的就 6,000、6,800、7,500、1 萬、1 萬 2,000、1 萬 5,000，這個我們都有資料，今天隨時要都可以提供。

四、所以說，我們在這裡要誠摯的呼籲大型醫院，如果我們要做成做好這個分級醫療轉診制度，一定這個費用不要收的太高，而且從他們醫院能夠直接下轉到地區醫院或診所，尤其如果診所來的，也不會向地區醫院拿 5,000 塊錢以上的，頂多是 4,000、4,500 而已，所以說我是拜託一下。因為那個地區醫院和那個基層診所現在被歸類一個層級，所以我們也是很合作的，我們拜託大型醫院，早上有委員提到說有兩家醫院改成地區醫院，其實我要向委員報告，那兩家醫院規模都不大，所以它乾脆改地區醫院。所以說，在此我再三呼籲，大型醫院支援地區醫院，不要把地區醫院「當肉砧來揍」(台語，意指毆打欺負)，聽得懂嗎？

周主任委員麗芳

何委員語表示也要發言，本案口頭發言的部分就到何委員語為止，其他委員如尚有意見，請改以書面方式提供。先請黃代理委員振國、周委員穎政及何委員語等 3 位委員發言後，再請健保署李署長伯璋回應。現在已近 2 點，會議也該結束，請與會人員再稍微忍耐幾分鐘。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

一、對於報告事項第 1 案，個人支持前幾位委員的意見，CDC 不應該把完整醫療行為這樣處理，所謂慢性處方箋，就是針對個人病情穩定者才可以開連續處方箋，那應該歸屬到診察時同一個醫療行為，不該用計算方式切割，而且法源無據，所以我反

對第 1 案。

- 二、報告事項第 2 案，我個人支持健保署方案。現在指示用藥會在每年 4 月時進行藥價調整，因為指示用藥沒有下檔保護，健保支付價逐年下降。逐年下降有兩個情形，就是藥商做不出來或賣不出去，所以指示用藥的處理，支持健保署提出的方案，以現有狀況依照使用者人數多寡，逐年去處理，使用者少的品項列入優先淘汰對象，我想這樣對大家衝擊是最少的。
- 三、報告事項第 3 案，針對健保署提案「基層總額轉診型態調整費用」的說明，據我了解，107 年健保署在計算所謂的轉型型態費用時，採用最嚴格的方式，就是只採計醫院端在 VPN(健保資訊網服務系統)有登錄下轉，診所端也同時在 VPN 接受下轉病人，這樣才可以被完整計算為一個有效的下轉。我們戲稱這只是方便 VPN 登錄，這嚴重低估病人的實質下轉。很多病人在基層醫師的努力之下，已經整合到基層醫療院所，在這一塊都沒有計算到相關費用，其影響所及，可見於 107 年第 3 季台北區、中區點值突然下降的情況。也就是這部分對於基層接收下轉病人實質上產生的費用，並未適當回補。因此建議除了最嚴厲的一個 VPN 登錄的定義之外，應該也要採計病人的實質下轉行為；另，目前因為部分醫院積極配合，但也有很多的醫院並沒有積極下轉病人，建議健保署公布積極推動下轉的醫院，或是公布沒有積極推動下轉的醫院名單，謝謝。

周主任委員麗芳

請周委員穎政。

周委員穎政

- 一、主要針對剛剛的對分級醫療的意見再予發言，分級醫療有相當的重要性，但計算公式太過於保守，而且最重要的是，這樣的計算方式會低估健保署的努力。比如說剛剛西醫基層部門的委員提到，我們有直接的效益，也就是指有直接在 VPN 登錄及下轉的病人；另外一個則是藉由的很多間接方案或措施，而發

生間接的效益，當病人覺得他可以直接在基層得到信任與保障的時候，就不會去醫學中心。例如李署長伯璋推動的雁行計畫，若推的非常成功，病人就不需要再跑到醫學中心去讓院所下轉。這就是因為病人知道在直接到基層院所就醫，就可得到保障，不會再去上面的醫院層級。

- 二、若以學術觀點來說，比較好的切入點，應該是去看長期而言，有沒有看到上升趨勢。過去不斷看到病人流向區域醫院或醫學中心，經過這一年對分級醫療的積極努力後，有沒有轉換過來變成流向基層院所，把這部分校正回來，把這些錢用以鼓勵基層醫療，這裡面可以再努力，也會彰顯出健保署行動的有效性。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、因為時間關係，我會盡快報告。我們5個雇主代表委員，一致要我表達，未來對於議案的建議及意見，我們會有一致的行動。
- 二、有關愛滋病感染部分是否回溯改由健保支付，我們雇主代表支持前面幾位委員意見，我們表達贊同趙委員銘圓的意見，我們不支持用健保支付。
- 三、對於有關指示藥品納入健保給付這部分，我們支持吳委員榮達的修法意見。到目前為止，其實有很多指示用藥，是非用不可，不可以完全消滅掉，建議署長可再詳加考量。現在有很多醫療院所已經開始給病人簽署自費用藥同意書，如果這個病人同意某些藥品自費，那就簽個同意書，才給你這些藥。但其實有些疾病非得開立指示用藥不可，例如有些剛做完手術或重大疾病，有些指示用藥必須搭配整體用藥，一併開給病人，屬於非給不可。因此健保不宜朝向完全不付指示用藥，所以我們支持吳委員榮達的看法，可以修法的部分就修法，不可以修法的

部分，就看用什麼方式來解決。

四、至於基層總額轉診型態的調整，我們支持基層轉診型態的費用 13.46 億元，落實分級醫療，我們希望訂定醫院與西醫基層病人流動的監測指標及動支條件，當病人流動達一定門檻時，方能相對動支一定比率預算，我們 5 位雇主代表支持這個建議。另本會前已於 107 年第 3 次委員會議將本案列入重要業務報告，並建議考量本項為 107 年度總額協定事項，請健保署盡速完成並提出專案報告，因此今天健保署提出專案報告，給我們做最後的確定。另外因扣減支應鼓勵院所轉診機制專款項目經費不足之預算，希望未來在實施 108 年總額協定事項中，我們支持配合辦理，這一點我們表達我們的意見，謝謝。

周主任委員麗芳

接下請李署長...趙委員銘圓仍有意見，先請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

對於取消指示用藥的報告，簡報中有看到專科醫學會也是持反對立場，而中華民國醫師公會全國聯合會也是反對。我覺得應該重視專科醫學會及醫師公會全國聯合會等專業團體的意見。

周主任委員麗芳

請李署長伯璋回應。

李署長伯璋

- 一、我想剛剛報告的這幾個議題，說難不難，說難也的確是很難，因為的確牽涉到不同背景利益的問題。有關指示用藥，剛剛趙委員銘圓也提到相關意見，透過各個專科醫學會及公會，了解指示用藥個別品項之病人使用量，來做適當的處理，需要修法的部分，我們也朝這個方向去努力，畢竟有一些東西臨床實務上常需使用，但它就不屬於處方用藥。
- 二、有關愛滋病，似乎看到台灣愛滋病病人數一直在增加，雖然有時候媒體報章的數據不太一樣，不過 CDC 是認為病人數已在控制中、也有減少，可是報紙看到未必是這樣。剛剛謝委員武

吉提到愛滋王國，這個我們也非常留意，錢的問題，部裡面有政策，這部分也涉及 CDC 與健保署，我上面還是有老闆，不過我們會把意見反映出去。窒礙難行的部分，能夠修法的部分我們會去努力。

- 三、另外有關整合門診的部分，分級醫療一路走來，我只能講一句話，真的非常謝謝很多醫學中心及區域醫院院長忍辱負重，願意支持健保署的推動此政策，要是他們不理健保署的話，也沒辦法對他怎樣，因為他們還是有他們的病人要看。說句實在話，他們真的很認真在推分級醫療。但我還是要跟吳委員國治說，你要注意基層，說實在的，賴清德院長也特別指示我要注意，不要讓病人像乒乓球、羽毛球轉來轉去，應該在病人需要轉才去轉，病人不需要轉的，就不該轉，不要只為了轉診費而去轉。數字顯示病人的就醫人次，在基層越來越多，因此這點還是要跟你講清楚。剛剛說，過去 3 個月我們是依法行事要停掉，但是還是有委員一直溝通，後來他有同意。
- 四、至於類固醇及抗生素，我還是要跟基層說，醫學中心及區域醫院都有固定呈現，而藥廠賣多少量，我們也會去了解銷售數字。可是我們看到，賣到藥局及社區醫院類固醇的量，是醫學中心、區域醫院的 3 倍。但向藥廠購入那麼多量，但在健保申報資料呈現出來，卻只有銷售量的 3 成，現在其實一直要鼓勵，有開這類藥品就要申報，否則我們台灣人都一直在吃那麼多類固醇還得了，至於其他藥如 Quinolone(奎諾酮類抗生素)也是一樣的情況，都有數據及 Evidence-based(實證基礎)。
- 五、告訴你們數據，大家互相幫忙去處理一下好嗎？台北區的下轉低，點值低，要怪誰？說來說去就是還是醫療行為太多了，總額就那麼多，醫療服務量也這麼多，那點值就一定會掉下來，若未有專業自律及管理，每個問題都要怪健保嗎？會議時間差不多該結束，似乎委員還有意見要表達？

吳委員國治

被署長點名，我一定要回應一下。

- 一、署長說病人被轉來轉去，好像在講基層院所故意把病人轉來轉去，但要有證據顯示，我們也反對基層院所這樣的處理方式，請署長提出數據。
- 二、類固醇在藥品申報與銷售量方面有不符合之處，這不是只有單純醫療界的行為，是不是也有藥局在賣？這因素非常多，需要確實分析。若處方上沒有呈現的，就抓出來，管理辦法內已有處理原則，我們也一直在宣導，請會員如實申報，署長要有證據。不能這樣就只單用說的，這我反對。

李署長伯璋

我現在開始抓虛報浮報，請不要跟我說，這只是少數而已，我現在跟你表明，我就是為健保財務控制，千萬不要虛報浮報，健保署絕不寬待，依法停業 1 年。

吳委員國治

現在就有管理制度在，請署長要拿出證據，大家一起來檢討。絕大多數的基層院所都是兢兢業業的在為民眾的健康努力。這種說法會讓人以為多數院所均違法，這絕不是事實！

李署長伯璋

就是要好好管理，當然有證據。

周主任委員麗芳

- 一、現在趕快來做這 4 個報告案的決議，首先，有關報告事項第 1 案，委員關心本案恐加重全民健保財務負擔，爰委員對本案表達不支持，委員相關意見建請健保署參考辦理。
- 二、第 2 案，委員所提建議，建請健保署參考辦理，並請依所規劃策略研擬妥適配套措施，切不能影響民眾用藥權益，至於執行進度與成果請於第 4 季業務季報告提報。
- 三、第 3 案及第 4 案，委員所提建議，請健保署參考辦理。
- 四、今天議案進行到此，請各位委員給自己掌聲(委員們鼓掌)，也請健保會同仁站起來向委員致意，幕僚同仁很可愛，製作了 3

次發言後要給予委員的乖乖牌(註：放置桌面之小立牌)，若有委員發言 3 次，將給予該委員良性提醒，很可惜準備了一堆牌子，都沒有搬出來用，可見各位委員確實掌握議事效率，令人敬佩。

五、再次提醒本會將於 3 月 21、22 日舉辦業務訪視活動暨共識營，請大家撥冗踴躍參與，今日會議至此結束，謝謝大家！

曾代理委員中龍(古委員博仁代理人)書面意見

完全支持吳委員榮達等付費者代表之意見。也提出一個建議，依報告指出，指示藥給付品項已從 1,200 項降至 900 多項，依此標準來推論，降 1/4 品項，竟用了 22 年(健保推行至今)，則目前 900 多項，豈非尚需 66 年來處理嗎？如此踐踏法律實在不妥。建議在未修法情況下，此 900 多項不納入之時程也應訂出規劃時程。

盧委員瑞芬書面意見

目前依健保法，指示用藥不屬健保給付範圍，但是尚未完全依法執行。指示用藥是否應在健保給付範圍，可以討論，如果認為現行健保給付指示用藥之舉利多於弊，則應立即修法，否則應該依法盡快取消指示用藥的健保給付。在實施社會保險的國家中，如德國，曾修法將指示用藥排除於健保給付範圍，當時的考量一大部分是基於節制健保支出，讓民眾自行負擔價格較低金額較小的指示用藥。但是醫界亦提出，如果一味摒除指示用藥，將使醫師以較貴但療效差不多的處方用藥取代原先的指示用藥，如此有可能反而導致健保費用增加。我們應要先瞭解健保法排除指示用藥於給付範圍之外的決策理由，如果係以節制健保支出為主要考量，在用藥安全的前提下，仔細盤整目前仍在給付範圍的指示用藥，考量指示用藥替代性及成本，擬出符合成本效益的指示用藥清單，並進而修法，以落實執行健保之合法性。

詢問(委員會議)日期：107 年 12 月 21 日
 電子郵件回復委員日期：108 年 2 月 21 日

有關健保會請健保署針對 107 年 12 月份(107 年 12 月 21 日)委員會議與會人員發言實錄(議事錄 P.79~84、91)提供相關書面資料，健保署說明如下：

一、 討論事項第一案「108 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」與會人員發言實錄(議事錄 P.79~84)

項次	委員意見摘要	健保署說明
1	<p>盧委員瑞芬</p> <p>簡單請教一下，剛才所提內部管控項目是否有具體的執行定義？在資料上並沒有看到，可否會後提供給我參考，謝謝。</p> <p>盧委員瑞芬書面意見</p> <p>108 年內部管控項目，管控項目的操作型定義攸關是否能達成政策目標，建議涉及指標的操作型定義應隨會議資料事先提供，以資瞭解並評估適當性。</p>	<p>有關本署依據 107 年方案擬訂管控項目之執行定義如附表；另 108 年方案甫於貴會 107 年 12 月 21 日委員會議討論通過，本署將參採委員意見，規劃擬訂後續具體之執行定義。</p>
2	<p>黃委員偉堯</p> <p>內部管控項目是為了本案的抑制資源不當耗用目的，能否呈現這些內部管控項目指標與不當耗用的連結意涵。也就是呈現管控項目的指標意涵，這樣對項目意涵會有抑制資源不當耗用直覺式的瞭解。</p>	
3	<p>干委員文男</p> <p>關於蔡副署長淑鈴所回應將檢驗檢查上傳後，再次執行的比率能下降，不知能否在今年結算資料呈現重複減少利用的相關資料呢？金額多少？</p>	<p>透過健保雲端查詢平台，避免不必要的 CT 及 MRI 檢查，估計每月節省健保 3,500 萬點 CT 及 MRI 檢查費用及病患 139 萬元複製影像費用。</p>

項次	委員意見摘要	健保署說明
4	<p>林委員惠芳書面意見</p> <p>一、本席能瞭解蔡副署長淑鈴所說滾動式修正。</p> <p>二、但本席在意的是計畫中於策略方法提出的同時，應對想達成的成效有清楚的定義，及可行的作法。以推動分級醫療為例，其方法中提及精進轉診資訊交換平台，但是目前轉診資訊交換平台產生的問題為何？要解決到什麼程度，可代表分級推動成功，建議將來在執行報告時應有呈現。</p> <p>三、建議未來整體計畫規劃時，即應將現行問題需求分析做清楚呈現，才能找到適切策略，避免執行無故再換作法的方式，以避免浪費資源。</p>	<p>1. 本署為推動分級醫療陸續擬訂相關配套措施(如：六大策略..等)，其中「轉診資訊交換平台」係為強化連續性醫療服務之一項；目前已有超過 9,900 家院所使用本署之轉診資訊交換平台，亦陸續就院所反應問題持續處理，以提升院所使用效益。</p> <p>2. 本署已於全球資訊網公布並按月更新推動分級醫療之執行情形；並每季定期於貴委員會議提報執行重點。</p>

二、討論事項第三案「有關擴大 C 型肝炎治療所將產生之相關檢查(驗)費用，應併入專款專用 C 肝藥費預算中編列，不宜由醫院總額(或西醫基層總額)一般服務預算中勻支，造成排擠效應案」與會人員發言實錄(議事錄 P.91)

委員意見摘要	健保署說明
<p>謝委員武吉</p> <p>我再補充一點，健保署既然今天提出這個報告，健保署應該要估算增加 3.6 億元或 5 億元，點值會下降多少，不管下屆我是不是委員，一定要提下一次委員會議報告。</p>	<p>依貴會安排時程提出專案報告。</p> <p>(註：健保會預訂於 108 年工作計畫，7 月份安排「持續監控 C 型肝炎全口服新藥之藥品給付規定修訂所產生之相關檢查(驗)費用及其對點值可能的影響」專案報告)</p>

107 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案

附表

項次	管控項目	指標項目(或指標分母)	指標分子	與107年方案之連結
1	民眾知曉「分級醫療」政策之比率大於60%	民眾藉由宣導管道(如：大眾傳播、新媒體等)知道「分級醫療」政策之比率大於60%		一、保險對象 (一)深化民眾珍惜健保資源宣導
2	知曉「分級醫療」政策比率上升2%。	民眾知道「分級醫療」政策比率，較106年同期相同民調結果上升2%		一、保險對象 (一)深化民眾珍惜健保資源宣導
3	持續精進健康存摺2.0	健康存摺系統107年新增4項功能		一、保險對象 (二)強化自我照護能力
4	輔導高診次門診就醫次數下降率	106年全年門診就醫次數≥90次者。	分母對象經107年全年輔導後，門診就醫次數較前1年同期下降比率	一、保險對象 (三)正確就醫觀念及行為
5	電子轉診平台使用率	醫療費用申報案件為轉出及轉入案件	電子轉診平台之轉出及接受轉入案件數	二、保險人 (一)持續推動分級醫療
6	居家整合收案對象門診次數降低	照護對象收案後每月平均門診就醫次數，較收案前下降		二、保險人 (一)持續推動分級醫療
7	出院無縫銜接長照2.0件數比率	申報健保「出院準備服務且完成長照2.0需求評估之件數	分母對象出院後7日內接受長照2.0服務之件數。	二、保險人 (一)持續推動分級醫療
8	(非長照)出院後銜接其他醫療服務件數比率	申報健保「出院準備及追蹤管理費」及申報急性後期整合照護計畫中結案評估費之件數。	分母案件中出院後30日內接受居家醫療照護、家庭醫師整合式照護計畫(於收案院所就醫)、PAC之件數。	二、保險人 (一)持續推動分級醫療
9	基層門診人次占率逐年提高	醫院及西醫基層總額之門診申報件數	分母案件中屬西醫基層總額申報之件數	二、保險人 (一)持續推動分級醫療
10	區域級以上醫院門診人次較去年同期下降	區域級(含)以上醫院以上之門診案件，其中符合操作型定義(載於本署107年6月27日醫院總額研商議事會議第2會議決議)之件數較去年同期下降2%		二、保險人 (一)持續推動分級醫療
11	檢驗(查)結果上傳率	院所申報「應上傳檢驗(查)結果項目」醫令數	院所已上傳「應上傳檢驗(查)結果項目」醫令數	二、保險人 (二)精進雲端醫療資訊系統
12	區域醫院以上層級醫療檢查CT及MRI上傳率	醫學中心及區域醫院申報「應上傳醫療檢查CT及MRI」醫令數	醫學中心及區域醫院已上傳「應上傳醫療檢查CT及MRI」影像醫令數	二、保險人 (二)精進雲端醫療資訊系統
13	違規查處訪查家數(季累計)	依前一年設定之目標值進行院所訪查		二、保險人 (四)強化違規查處機制
14	跨院所同藥理用藥日數重疊率(口服降血壓藥等)	6類藥品(口服降血壓、降血脂、降血糖、抗思覺失調、抗憂鬱安眠鎮靜與抗焦慮藥物)較去年同期用藥重疊日數下降		三、醫事機構 (一)減少重複醫療利用
15	跨院所同藥理用藥日數重疊率(口服抗血栓藥等)	6類藥品(抗血栓、前列腺肥大、抗癲癇、心臟疾病、緩瀉劑及痛風治療用藥)較去年同期用藥重疊日數下降		三、醫事機構 (一)減少重複醫療利用
16	檢驗檢查合理使用-門診10項檢查28日內再次執行率	門診10項檢查(電腦斷層造影、磁振造影、正子造影-全身、腹部超音波及追蹤、超音波心臟圖、杜卜勒氏超音波心臟圖、胃鏡(上消化道泛內視鏡檢查)、大腸鏡檢查、子宮鏡檢查、全套血液檢查)申報醫令數	門診10項檢查28日內再次執行醫令數	三、醫事機構 (一)減少重複醫療利用
17	合理使用_西醫門診復健高利用次數降低	西醫門診年復健次數>180次之異常件數減少10%		三、醫事機構 (一)減少重複醫療利用
18	病患死亡前安寧利用率	107年累計死亡(係投保狀態為死亡退保者且退保日之年度為107年)之人數	分母死亡者於死前一年利用安寧療護(接受住院安寧、安寧共照及安寧居家任一項)之人數	三、醫事機構 (二)減少無效醫療之耗用
19	呼吸器依賴病人安寧利用率	呼吸器依賴患者人數	分母對象中接受安寧照護(緩和醫療家庭諮詢、住院安寧療護、安寧共照及居家安寧照護等任一項)之人數	三、醫事機構 (二)減少無效醫療之耗用
20	可避免住院率	當年度各分區18歲以上西醫門診病人	當年度各分區可避免住院疾病之案件	三、醫事機構 (三)持續推動疾病管理
21	醫療群雙向轉診	會員門診/住院經醫療群電子轉診件數	會員轉診就醫/出院後3個月內回診人次	三、醫事機構 (四)增進院所之合作機制

健保署 107 年 12 月份全民健康保險業務執行季報告重點摘要

壹、本署近期重點工作(P.1-P.2)

一、108 年「家庭醫師整合性照護計畫」公告

本年度計畫於108年1月15日公告修正，有關多重慢性病患收案及其照護獎勵費用，及收案時程，修正重點：

- (一)為減少家醫會員於不同院所就醫，由收案診所提供慢性病人門診用藥整合及避免重複用藥，新增「多重慢性病人門診整合費」，該會員該慢性病連續處方箋之處方調劑日份達 56 日(含)以上及 169 日(含)以上者且無重複用藥情形，每一會員每年度分別支付 500 點。
- (二)為利收案會員連續性、完整性照護，社區醫療群會員資料上傳採 2 階段上傳，分別為先上傳較需照護族群收案名單及每位醫師自行收案人數 200 名，再依上年度評核指標結果，上傳自行收案個案加收之 100 名。

二、公告 108 年 1 月、2 月、3 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限

- (一)依據「全民健康保險法」第 55、56 條規定，保險對象於臺灣地區外發生「不可預期之緊急傷病」，須在「當地醫事服務機構立即就醫」者，得於門、急診治療當日或出院之日起六個月內向本署申請核退自墊醫療費用。另依全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條規定，發生於臺灣地區外之案件，由保險人依本保險醫療費用支付及給付規定審查後核實給付。但申請費用高於其急診、門診治療日或出院之日前一季本保險支付特約「醫院及診所」急診每人次、門診每人次、住院每人日平均費用基準者，其超過部分，不予給付。
- (二)最近一季 108 年 1 至 3 月份之上限門診為每次 916 元、急診每次 2,783 元、住院每日 5,135 元，相較前一季(107 年 10、11、12 月份)核退上限金額，門診（每次）減少 46 元，急診（每次）減少 60 元，住院（每日）減少 710 元。

三、健保署全球資訊網及健保快易通 APP，開放各層級院所登錄長假期開診情形及服務時段

為使民眾長假期間能查詢社區院所及藥局開診情形，本署已於 107 年 12 月 12 日函請西、中、牙醫師公會全國聯合會、藥師公會全國聯合會及相關學協會協助轉知所屬會員自 108 年 1 月 2 日起登錄春節(2 月 2 日至 2 月 10 日)及自 108 年 1 月 28 日起登錄和平紀念日(2 月 28 日至 3 月 3 日)假期開診情形及服務時段。截至 1 月 28 日登錄率達 99%，除夕至初五每天各層級開診率：醫學中心 16-100%、區域醫院 29-93%、地區醫院 58-72%、基層診所 3-37%、藥局 25-67%。

貳、承保業務(P.3-P.6)

一、投保單位數統計(P.3)

107 年 11 月投保單位約 90 萬家，其中社福外勞單位 20 萬家，較去年同期增加 2 萬 4 千家，成長 2.77%。投保單位成長數第一類投保單位占逾 99%，其中民營事業機構增加 1 萬 5 千家（含社福外勞單位 8 千家）。

二、保險對象人數統計(P.3)

保險對象 2,391 萬 5 千人，這一年外來人口增加 3.8 萬人（其中工作人口 3.2 萬人），連同國人納保率提升增加 2 萬人及其他投保異動，合計增加約 6.7 萬人。

三、平均投保金額統計(P.3)

107 年 1 月基本工資調升為 22,000 元、軍公教調薪 3%、第二類及第三類最低投保金額調整為 24,000 元，第一類至第三類平均投保金額為 38,077 元，較去年成長 3.18%，第四至至第六類與去年相同。

參、保險財務業務(P.7-P.24)

一、現金收支情形(P.7)

107 年度截至 12 月保費收入 6009.2 億元，醫療費用支出 6192.06 億元，其他收支淨餘 171.82 億元。

二、 權責收支情形(P.7)

107 年度截至 12 月，保費收入 5,931.94 億元、保險給付 6,316.35 億元、呆帳費用 45.17 億元、其他收支相抵結餘 179.67 億元，合計保險收支淨短絀數 249.91 億元，依法收回安全準備填補短絀，收回後安全準備餘額為 2,125.98 億元，折合約 4.04 個月保險給付。

三、 高雄市政府欠費情形(P.11)

(一)截至 107 年 12 月底，高雄市政府 101 年以前健保費補助款欠費 85.89 億元。

(二)高雄市政府已提還款計畫，預計於 110 年清償完畢，截至目前皆落實還款計畫。108 年度應償還 30.75 億元，截至 1 月已撥付 18.14 億元，餘 12.61 億元將於 7 月撥付(108 年 1 月份全民健康保險業務執行報告第 10 頁)。

肆、 醫療業務(P.25-P.47)

一、 107 年健保總額全年預算為 6853 億元，預算成長率為 4.711%。

二、 醫事機構家數(P.25)：

107 年 11 月底有 21,280 家，特約率 92.78%，較 10 月增加 31 家院所(西醫診所增加 8 家、中醫診所增加 11 家、牙醫診所增加 12 家)。

三、 醫療費用申報：

(一)總費用點數(P.26)

1. 107 年第 3 季為 1845 億點、成長率為 2.84%，主要係醫院部門成長較大(醫院 3.6%、基層 0.93%、牙醫 0.2%、中醫 2.85%)。
2. 107 年 1-3 季之成長趨勢(7.99%、5.61%、2.84%)，逐步下降。

(二)醫院(P.26)：

1. 107 年第 3 季為 1245 億點、成長率為 3.6%，分析如下：

(1). 門診：為藥費成長貢獻最大(占增加點數之 47%)，係因 107

年增編 C 肝(65 億元)、新藥(19 億元)..等預算影響。

(2). 住診為手術費用成長貢獻最大(占增加點數之 36%)，係因 106 年 10 月配合分級醫療調整急重難等支付標準(60 億)之影響。

2. 107 年 1-3 季之成長趨勢(9.22%、7.08%、3.6%)，逐步下降。

(三)基層(P.27)：

1. 107 年第 3 季為 289.4 億點、成長率為 0.93%，呈現穩定。

2. 107 年 1-3 季之成長趨勢(6.69%、1.37%、0.93%)，逐步下降。

四、推動分級醫療及區域以上門診減量措施

(一)107 年推動分級醫療相關措施：

1. 自第 3 季起推動區域醫院以上醫院門診減量。

2. 強化醫院與診所合作，鼓勵轉診獎勵措施(P.37-P.38)：

(1) 增列「轉診費_回轉及下轉」等 5 項。

(2) 新增「地區醫院假日門診診察費加計」4 項。

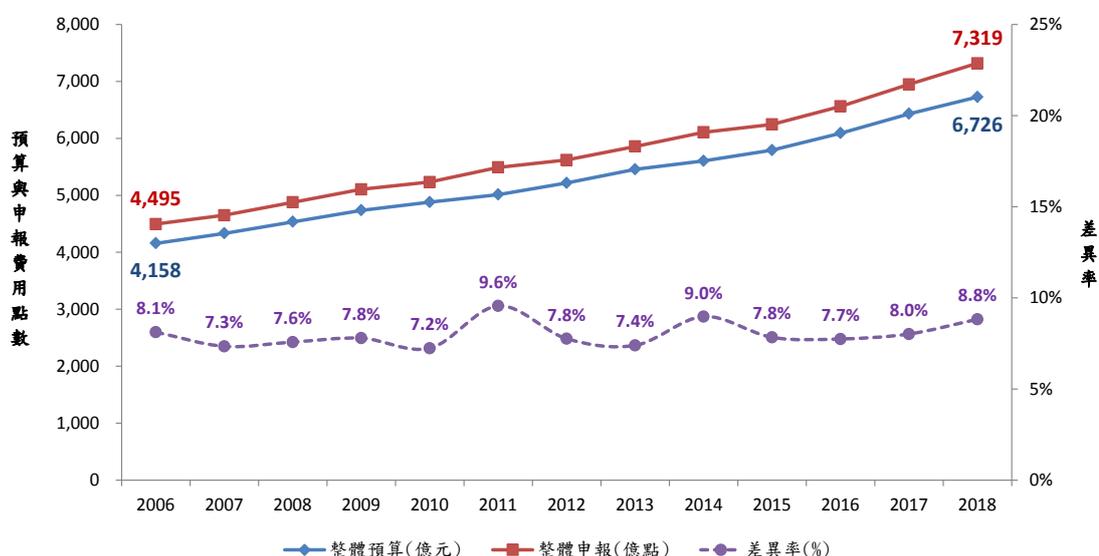
(3) 暫不實施醫學中心及區域醫院門診合理量措施。

3. 提升基層服務量能，開放跨表及家醫計畫

4. 資訊共享，健保雲端查詢系統。

五、歷年總額預算與申報點數_四大總額合計(不含其他部門)

2006 年至 2018 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。



六、 106 年至 107Q2 各總額部門平均點值，尚稱穩定(P.35)

總額別 年季	牙醫	中醫	西醫基層	醫院	門診透析
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

註：5大總額部門平均點值約為0.92

伍、 業務推動主題摘要(P.155-P.160)

一、 107 年 1-11 月分級醫療執行情形(P.155-P.159)

本項資料更新至 107 年底，請委員參考

(一)總就醫次數申報及各層級占率變化情形：醫學中心及區域醫院就醫次數占率較去年下降，醫學中心就醫人數占率些微下降。

接受院所層級	106年1-12月		107年1-12月	
	值	總就醫次數 層級占率	值	總就醫次數 層級占率
合計				
人數	22,911,750		22,994,954	
總就醫次數	295,563,428	100.00%	302,000,301	100.00%
平均每人次數	12.90		13.13	
醫學中心				
人數	5,488,985	23.96%	5,506,952	23.95%
總就醫次數	31,483,047	10.65%	31,661,821	10.48%
平均每人次數	5.74		5.75	
區域醫院				
人數	7,429,708	32.43%	7,482,747	32.54%
總就醫次數	44,597,742	15.09%	44,993,426	14.90%
平均每人次數	6.00		6.01	
地區醫院				
人數	5,207,892	22.73%	5,320,594	23.14%
總就醫次數	29,350,422	9.93%	30,686,148	10.16%
平均每人次數	5.64		5.77	
基層院所				
人數	21,813,518	95.21%	21,896,836	95.22%
總就醫次數	190,132,217	64.33%	194,658,906	64.46%
平均每人次數	8.72		8.89	

(二)轉診案件申報情形：轉診件數及轉診率較去年同期增加。

接受院所層級	106年1-11月		107年1-11月	
	值	轉診率	值	轉診率
總就醫件數	276,652		281,002	
轉診件數	2,038	0.74%	2,449	0.87%

二、重複用藥與檢查管理新制(P.160)

本署自 108 年 1 月起，實施「門診特定藥品重複用藥管理方案」暨「門診跨院 28 日內再執行 CT 及 MRI 檢查卻未調閱影像或報告之管理」，以減少重複用藥及非必要之檢查，為民眾健康把關，重複用藥與檢查管理新制說明如下：

(一)門診特定藥品重複用藥管理方案：

將範疇由 12 類擴大至 60 大類，每年預估減少重複之藥費 2.8 億，且因雲端藥歷及 API 之建置，近 5 年來節省約 3.67 億元藥費支出。

(二)門診 20 類檢查(驗)管理及門診跨院 28 日內再執行 CT 及 MRI 檢查卻未調閱影像或報告之管理：

20 大類檢驗(查)於 107 年上半年較去年同期成長率為 4.0%，與 106 年上半年成長率 7% 比較已收管理成效，另估計 CT/MRI 每月節省健保 3,500 萬點及民眾支出 139 萬元。

(三)配套措施：

加強宣導。提供醫療院所 API，即時回饋病人餘藥及檢查資訊，以供醫師臨床處置之參考。(已有 99% 的醫院與 6 成的診所使用 API)

用藥及檢查(驗)之管理

