

衛生福利部全民健康保險會
第4屆 108年第2次委員會議議事錄

中華民國 108 年 4 月 26 日

衛生福利部全民健康保險會第4屆108年第2次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國108年4月26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)

于委員文男

古委員博仁

何委員語

吳委員國治

吳委員榮達

吳委員鴻來

李委員育家

李委員偉強

周委員穎政

林委員敏華

林委員錫維

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

許委員美麗

許委員駢洪

陳委員有慶

陳委員旺全

陳委員炳宏

陳委員莉茵

黃委員啟嘉

葉委員宗義

趙委員銘圓

滕委員西華

蔡委員明鎮

林口長庚紀念醫院管理中心潘副主任延健(代理)

中華民國醫師公會全國聯合會黃常務理事振國(代理)

台灣總工會陳副理事長錦煌(代理)

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

中華民國牙醫師公會全國聯合會許常務理事世明(1120以後代理)

肆、列席人員：

本部社會保險司
中央健康保險署

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
周執行秘書淑婉
洪組長慧茹
邱組長臻麗
陳組長燕鈴

本會

伍、主席：周主任委員麗芳

紀錄：盛培珠、劉于鳳

陸、主席致詞(略)

柒、議程確認

決定：

一、同意將臨時提案第一案「為維護健保財務及資源的穩定，保障大小醫療機構從業人員執業安全與民眾健康，籲請對麻疹疫情延燒及MMR疫苗供應不公問題進行檢討與改正」、第二案「建請 107 年『全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案』全年結算金額超過預算額度部分，由 108 年同項方案其他部門預算『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』項目支應」及第三案「鑑於免疫療法統計後符合條件者約 2,600 人，而今年預算僅 8 億元，約 800~1,300 位患者可接受治療，明顯不符合需求人數，勢必造成爭搶名額、醫病關係危機、患者恐慌等情形，依據公平治療原則，故建議增加明年度免疫療法治療預算數，全面治療符合資格者 2,600 人，至少增加 16 億元；另，已有臨床醫師提出部分癌別給付條件過嚴情形，實屬不公，建議中央健康保險署，重新審視並適度放寬給付條件，讓每位患者擁有公平治療之機會」列入議程，依序安排為討論事項第四、五、六案。

二、餘照議程之安排進行。

捌、請參閱並確認上(第 1)次委員會議紀錄

決定：確認。

玖、上(第 1)次及歷次委員會議決議(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：

(一)擬解除追蹤案(共 8 案)：項次 5「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」及項次 6「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」，改列繼續追蹤。其餘 6 案同意依照幕僚之擬議，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤案(共 3 案)：同意依照幕僚之擬議，繼續追蹤。

二、歷次委員會議決議(定)事項達解除追蹤條件案件辦理

情形：

(一)達解除追蹤條件，擬解除追蹤案(共 3 案)：項次 1

「請中央健康保險署於考量病患權益及減少社會衝擊等情況下，檢討如何落實全民健康保險法第 51 條第 4 款之規定，包括研提『成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品』逐步不納入健保給付之規劃與配套措施，及對健保財務之影響評估；若確有窒礙難行之處，亦請評估有無修法之必要性。請中央健康保險署將前項整體評估結果，提至本會報告」，併入上次委員會議繼續追蹤案項次 3「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」繼續追蹤。其餘 2 案同意依照幕僚之擬議，解除追蹤。

(二)另 108 年 3 月份委員會議資料第 41 頁，本會第 3 屆委員會議移請本(第 4)屆委員繼續關心之相關事項，其中擬繼續追蹤案項次 31「針對『專利期內各層級醫事服務機構藥價調查結果』專案報告，委員所提有關藥價調查作業方式與調查結果呈現等意見，請中央健康保險署妥處。另請該署於未來檢討藥價調查作業方式時，可多諮詢專家學者之意見」，請中央健康保險署於 3 個月內提出檢討報告。

三、本會預定於本(108)年 5 月 7 日(星期二)上午 10 時 30 分至下午 5 時，在本部 301 會議室召開「108 年度全民健康保險相關業務座談會」，並於晚上 6 時與部長進行餐敘，敬請各位委員踴躍參加。

四、中央健康保險署提送本會備查之「107 年度全民健康保險基金附屬單位決算」及「109 年度全民健康保險

基金附屬單位預算」案，不予備查。

五、餘洽悉。

附帶決定：請幕僚安排於本年 5 月 7 日召開「全民健康保險相關業務座談會」之 12 時 30 分至 13 時 30 分，邀請社會保險司就「政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式」進行專案報告，並與委員進行意見交流。

拾、優先報告事項

第一案

報告單位：本會第三組

案由：108 年度西醫基層總額一般服務之地區預算風險調整基金及相關建議案，請鑒察。

決定：照案同意。108 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配方式如下：

一、自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 105.2 百萬元)移撥 5 億元，作為風險調整基金，用於移撥點值落後地區。

二、扣除上開移撥費用後，六分區預算 67% 依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數(R 值)，33% 依西醫基層總額支付制度開辦前一年(89 年)各地區實際發生醫療費用(S 值)比率分配。

三、有關各分區預算成長率下限部分，請中央健康保險署併入執行方案。

附帶決定：請中央健康保險署針對地區預算分配方式召開檢討會議，提出改善建議。

第二案

報告單位：衛生福利部社會保險司

案由：「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)

諮詢案，請提供意見。

決定：就衛生福利部諮詢本會之「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)，委員關切意見整理如下，併同發言實錄提供衛生福利部參考：

一、對 109 年度總額範圍之建議：

所擬總額範圍推估金額高達 7,419 億元(低推估)~7,581 億元(高推估)，目前健保收入 6 千多億元，107 年保險收支已短绌 249 億元，若總額持續成長，將衝擊健保財務。爰建議行政院核定 109 年度總額範圍時，宜考量整體經濟狀況及民眾付費能力，再行評估、調整。

二、對 109 年度總額政策目標與調整因素之建議：

(一)有關「建立中長期(3~5 年)政策推動之協商機制，提升給付效益、服務效能，落實整體制度之改革」之調整因素中「配合國家 C 型肝炎旗艦計畫，增加 C 肝治療用藥 46.6 億元」乙節，涉及跨年度預算編列及支應費用，不符健保法，且違反總額協商精神：

1. 健保法明訂「年度別醫療給付費用總額」之協議訂定程序，年度總額經協定後，即依分配後之總額核付費用。無法跨年度編列總額預算及支應費用。

2. 總額之訂定及保險費率之審議，係依當年度收支為基礎，考量財務平衡原則設算。因此，健保法明定，若增加給付項目、內容或標準致影響保險財務平衡，必須擬定調整給付範圍方案，依法定程序辦理。爰反對以 109 年預算回補 108 年 C 肝治療用藥預算不足數。

3. 總額支付制度旨在預先擬定年度預算，並在額度內規劃使用。若執行超出預算，可以來年預算補

足，將破壞總額協商精神，不利預算管控。

- 4.考量去(107)年總額協商時已對108年C型肝炎治療用藥預算需求進行評估，並匡定金額與適用範圍，且108年度仍在進行中，應該有多少預算，相對執行多少病例，不宜突然擴大適應症或增加新病人。
- 5.建議在匡定的預算額度及治療人數內執行，訂出治療的優先順序，使預算發揮最大效益。若政策推行上，為了讓C肝病人儘速得到治療，需增加治療人數，則建議編列公務預算支應，以免加重醫界的財務壓力。
- 6.重申C型肝炎藥費所增加之費用，不應重蹈去年覆轍，於總額範圍外再予外加，應在總額成長率範圍內，遵循法定協商程序，經本會協商始得納入總額。

(二)有關「因應住院醫師納入勞動基準法所衍生營運成本之增加」乙節：

- 1.付費者、專家學者及公正人士委員意見：
 - (1)對於經費之估算，應提出合理的估算方式及計算依據，並持續進行影響評估。
 - (2)勞基法實施後，在住院醫師固定容額之下，可能會以加班或運用替代人力因應，目前尚難預估實際影響，宜待實際施行後有執行數據，再行評估及預算協商。
 - (3)適用勞基法衍生的人事成本，屬醫院經營成本，並非醫療費用，不應編列總額預算由全民分擔。
- 2.醫事服務提供者委員意見：
 - (1)109、110年度各編列10億元、17億元，與醫界的推算差距很大，請評估並提出計算依據。

(2) 草案中提到「第三年以後評估 MCPI 之反映情形，減少預算」，人力成本指數(人事費用)主要採平均薪資，反映的是單價。在住院醫師員額固定的情況下，納入勞基法後，能值班時數降低，要由其他的人員(專科護理師)來補足，惟其薪資至少差 2~3 倍，MCPI 可能不升反降。因此，不能只單純考量價格因素，宜持續進行整體評估，而非直接減少預算。

附帶決定：諮詢草案中關於建立中長期(3~5 年)之協商機制一節，涉及未來年度總額預算編列，建議逐年提送本會討論。

第三案

報告單位：本會第三組

案由：109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商工作計畫(草案)案，提請鑒察。

決定：

- 一、照案通過，訂定「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商工作計畫表」，如附件一。
- 二、「109 年度總額協商草案會前會」訂於 8 月 22 日全天召開，以利委員充分溝通及討論，請委員預留時間與會。
- 三、配合修正「全民健康保險會 108 年度委員會議預訂時間表」，如附件二。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「108 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告」(併「108 年 2 月份全民健康保險業務執行報告」)，請鑒察。

決定：

一、委員所提意見，請中央健康保險署參考辦理。如有未及表達意見，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。

二、餘洽悉。

拾壹、討論事項

第一案

提案人：張委員煥禎

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：108年區域級(含)以上醫院門診減量措施執行方式，提請討論。

決議：

一、本案因涉及實際執行面，請中央健康保險署協助提供詳細數據，保留至下次委員會議續議。

二、另依提案委員建議，刪除提案內容之說明三及擬辦三。

第二案

提案人：謝委員武吉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：基於加強民眾對美容醫學及手術選擇的慎重度，增進民眾自我健康管理意識，促進提供美容醫學及手術之醫療人員與機構落實品質安全等，建議其所造成事故的健保醫療費用支出，不應由全民負擔及全民健保支付，應由執行美容醫學及手術機構負擔所有健保發生的費用，提請討論。

決議：本案經討論後，考量實務執行面之可行性，予以擱置。

第三案

提案人：翁委員文能、李委員偉強、張委員煥禎、謝委員武

吉、黃委員啟嘉、吳委員國治

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：有關 109 年起西醫部門協商因素-新醫療科技(包括新藥、新特材及新增診療項目等)之協商，應於正式協商前三個月，請健保署相關單位先行提供預擬於 109 年引進健保支付標準或擬擴增適應症之新藥等新醫療科技項目，做為協商之依據，以落實收支連動，避免預算失衡之爭議產生，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

第四案(原臨時提案第一案，如附件三)

提案人：謝委員武吉、黃委員啟嘉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：為維護健保財務及資源的穩定，保障大小醫療機構從業人員執業安全與民眾健康，籲請對麻疹疫情延燒及 MMR 疫苗供應不公問題進行檢討與改正，詳如說明，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

第五案(原臨時提案第二案，如附件四)

提案單位：中央健康保險署

案由：建請 107 年「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」全年結算金額超過預算額度部分，由 108 年同項方案其他部門預算「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」項目支應，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

第六案(原臨時提案第三案，如附件五)

提案人：趙委員銘圓、干委員文男、許委員馮洪、陳委員莉茵、林委員錫維、馬委員海霞、陳委員炳宏、葉委

員宗義、鄭委員素華、吳委員鴻來、鄭委員建信、
林委員敏華、陳委員有慶

代表類別：保險付費者代表

案由：鑑於免疫療法統計後符合條件者約 2,600 人，而今年預算僅 8 億元，約 800~1,300 位患者可接受治療，明顯不符合需求人數，勢必造成爭搶名額、醫病關係危機、患者恐慌等情形，依據公平治療原則，故建議增加明年度免疫療法治療預算數，全面治療符合資格者 2,600 人，至少增加 16 億元；另，已有臨床醫師提出部分癌別給付條件過嚴情形，實屬不公，建議中央健康保險署，重新審視並適度放寬給付條件，讓每位患者擁有公平治療之機會，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

拾貳、報告事項

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執行概況，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：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。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

拾參、散會：下午 13 時 57 分。

109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商工作計畫表

工 作 項 目 及 內 容	預 訂 時 程
一、協商前置作業	
(一)討論 109 年度總額協商架構、通案性原則及協商程序。	本會 108 年第 3 次、第 4 次委員會議 (108 年 5 月 24 日、6 月 28 日) 108 年 7 月 18、19 日
(二)召開各部門總額執行成果評核會議： 檢討、評估各總額部門 107 年度協定事項執行情形。	
(三)109 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業： 1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向。 2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。 3.提供協商參考資料「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽-108 年版」。	本會 108 年第 5 次或第 6 次委員會議 (108 年 7 月 26 日或 8 月 23 日) 本會 108 年第 6 次委員會議 (108 年 8 月 23 日)
4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算規劃草案。 (1)規劃草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (2)各總額部門與健保署擬訂規劃草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。	108 年 8 月 108 年 8 月
(四)安排總額協商之相關座談會/會前會。 1.召開 109 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會： (1)請各總額部門及健保署報告所規劃之 109 年度總額協商因素項目及計畫草案，並進行綜合討論。 除簡報外，請提供各協商項目或計畫之詳細說明如下： ①執行目標及預期效益(含評估指標，若能提出分年目標值尤佳)。 ②醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增	109 年度總額協商草案會前會 <u>(108 年 8 月 22 日全天)</u>

工 作 項 目 及 內 容	預 訂 時 程
<p>加之費用)。</p>	
<p>(2)請幕僚彙整評核會議評核委員之共識建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。</p> <p>2.召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。</p> <p>3.另視需要召開座談會。</p> <p>4.請各總額部門及健保署提送所規劃之「109 年度總額協商因素項目及計畫草案」(提供各協商項目或計畫之詳細說明同上)。</p>	<p>108 年 8~9 月</p> <p>108 年 8~9 月</p> <p>108 年 8~9 月</p> <p>108 年 9 月 5 日</p>
<p>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</p> <p>(一)協定各部門總額成長率及分配方式。</p> <p>1.召開總額協商會議。</p>	<p>108 年 9 月 26 日全天，若有未盡事宜，於 9 月 27 日上午 11 時繼續處理。</p>
<p>2.協商結果提委員會議討論、確認。</p>	<p>本會 108 年度第 7 次委員會議(107 年 9 月 27 日下午)</p>
<p>(二)協定各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p>	<p>本會 108 年第 8 次、第 9 次、第 10 次委員會議(108 年 10 月 25 日、11 月 15 日、12 月 27 日)</p>
<p>(三)年度整體總額協定成長率及其分配之確認，及報請衛福部核定及公告。</p>	<p>108 年 11~12 月</p>
<p>三、協定事項之執行規劃與辦理</p> <p>(一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。</p> <p>(二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。</p>	<p>108 年 10 月~ 109 年 12 月</p>

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)	
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)	
<u>109 年度總額協商草案會前會</u>	<u>8月22日(星期四上午9時30分)全天</u>	<u>地點另行通知</u>
第6次	8月23日(星期五上午9時30分)	
109 年度總額協商會議	9月26日(星期四上午9時30分)全天，若有協商未盡事宜，於9月27日上午11時繼續處理)	衛生福利部301會議室(臺北市忠孝東路6段488號3樓)
第7次	9月27日(星期五下午2時)	
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。

臨時提案第一案

提案人：謝委員武吉、黃委員啟嘉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：為維護健保財務及資源的穩定，保障大小醫療機構從業人員執業安全與民眾健康，籲請對麻疹疫情延燒及 MMR 疫苗供應不公問題進行檢討與改正，詳如說明，提請討論。

說明：

一、世界衛生組織指出 2019 年 1 到 3 月全球麻疹病例數量較去年同期增 3 倍，台灣去年 40 人確診，今年 4 月中旬媒體報導已超過 60 人確診，且疫情持續延燒。

二、4 月 3 日，疾管署網站新聞稿發布「疾管署提前部署，主動協調藥廠因應，並機動調度公費 MMR 疫苗，以穩定自費市場供應。」，文中表示—已協調 2 家自費疫苗藥廠加速進口或增加自費市場供應量，估計目前市面上尚有至少 3 萬劑自費疫苗可供民眾接種，並將視需求機動調度，可釋出約 5 萬劑公費疫苗因應，足敷上半年民眾自費接種所需。(新聞稿詳附件一)

三、據悉，中部因群聚感染，已爆發院所自費 MMR 疫苗搶貨及買不到等問題，試問疾管署有無啟動相關因應？是否設定有相關協調窗口或公費疫苗調度機制？

四、又，裕利股份有限公司 4 月 8 日通知—銷售之默沙東自費 MMR 疫苗，因庫存吃緊，後續疫苗數量將優先供應簽約之醫療院所乙函(附件二)。如同火上加油，給防疫工作添亂，令人質疑裕利股份有限公司是否藉原廠供貨原則名義，趁疫情之危強迫院所簽約。承上，基於維護健保財務及資源的穩定，保障大小醫療機構從業人員執業安全與民眾健康，特此建議：

(一) 疾管署相關作業、管理與因變措施，應切實貫徹，穩定市場供應不能只是紙上文章。

(二)籲請有關主管機關，檢討裕利股份有限公司此類行為，研擬對應的處份或規範。面對疫苗供給，應從防疫角度思考，不該因簽約或機構大小而差別對待。

擬辦：如說明四。

決議：

臨時提案第一案之附件一

衛生福利部疾病管制署

<https://www.cdc.gov.tw/Category/Content/X34YnpCKMUQHTh...>

首頁 傳染病與防疫專題 傳染病介紹 第二類法定傳染病 麻疹
最新消息及疫情訊息 新聞稿

疾管署提前部署，主動協調藥廠因應，並機動調度公費MMR疫苗，以穩定自費市場供應



鑑於近期國際間麻疹疫情頻傳，且時有境外移入個案造成國內感染，民眾自費接種麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗（MMR）需求增加，疾病管制署主動協調國內兩家供應自費MMR疫苗藥廠加速進口或增加自費市場供應量。目前默沙東（MSD）藥廠仍有庫存，優先提供其簽約合作院所，並已向國外原廠爭取3萬劑疫苗，預計於7月上旬到貨，葛蘭素史克（GSK）藥廠則可供應1萬餘劑疫苗。

疾管署表示，今（2019）年1至3月藥廠已提供全國醫療院所約8萬劑自費MMR疫苗，估計目前市面上尚有至少3萬劑自費疫苗可供民眾接種。目前國內幼童常規接種之公費MMR疫苗尚有34.5萬劑，庫存充足，將視需求機動調度，可釋出約5萬劑公費疫苗因應，足敷上半年民眾自費接種所需。

疾管署再次呼籲，麻疹傳染力強，民眾應避免帶未滿1歲或未接種MMR疫苗的幼兒至流行地區；如需攜6個月以上未滿1歲的嬰兒前往，可於出發前自費為其接種1劑MMR疫苗；一般民眾（特別是1981年後出生的成人）近期如計劃前往麻疹流行地區，出國前2至4週可先洽詢醫療院所是否提供自費MMR疫苗接種服務，並由醫師評估接種需求。返國如有疑似症狀，應主動告知機場檢疫人員，戴口罩儘速就醫及告知旅遊史。相關資訊可至疾管署全球資訊網（<https://www.cdc.gov.tw>），或撥打免付費防疫專線1922（0800-001922）洽詢。

最後更新日期 2019/4/3

臨時提案第一案之附件二

FROM :

FAX NO. :

16 Apr. 2019 3:29PM P1

裕利股份有限公司函

聯絡地址：台北市南京東路四段126號10樓之1至之3

聯絡人員：劉小煊

聯絡電話：02-25700064 分機：23341

聯絡傳真：02-25798587

電子信箱：haorder@zuelligpharma.com

受文者：

發文日期：中華民國108年04月08日

發文字號：108 裕字-第000078號

主 旨：本公司銷售美商默沙東藥廠股份有限公司台灣分公司之產品「M-M-R II (MEASLES, MUMPS AND RUBELLA VIRUS VACCINE, LIVE) (麻疹、腮腺炎及德國麻疹三種混合疫苗注射劑)」供貨調整事宜，如說明段。

說 明：

一、本公司銷售美商默沙東藥廠股份有限公司台灣分公司之產品「M-M-R II (MEASLES, MUMPS AND RUBELLA VIRUS VACCINE, LIVE) (麻疹、腮腺炎及德國麻疹三種混合疫苗注射劑)」，承蒙 貴院採用，特此致謝。

二、接獲原廠通知上述產品之供貨原則如下：

(1)、本公司銷售美商默沙東藥廠股份有限公司台灣分公司之產品「M-M-R II (MEASLES, MUMPS AND RUBELLA VIRUS VACCINE, LIVE) (麻疹、腮腺炎及德國麻疹三種混合疫苗注射劑)」屬自費疫苗。目前庫存吃緊，故後續疫苗數量將優先供應簽約之醫療院所。

(2)、原廠將持續與政府密切配合，加速疫苗進口，並以保護國人健康為第一要務，共同達到防疫目標。

三、特此通知，敬請轉知 貴院相關單位。造成不便之處，懇請見諒，並請繼續支持本公司為盼。

附件：廠廠公文。

裕利股份有限公司
負責人：許特明

臨時提案第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：建請 107 年「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」(以下稱方案)全年結算金額超過預算額度部分，由 108 年同項方案其他部門預算「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」項目支應，提請討論。

說明：

- 一、為鼓勵全民健保特約醫事服務機構提升頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊，提供精準醫療，確保保險對象就醫安全，107 年總額其他部門項下之本方案編列 11 億元預算在案。
- 二、107 年本署為落實分級醫療，間接減少醫療重複之浪費，在方案中除繼續收載檢驗(查)結果資料並分享予特約醫事服務機構外，更新新增 CT、MRI、胸腔 X 光、齒顎全景 X 光、大腸鏡、上消化道泛內視鏡及各項超音波等 36 項影像之收載予院所共享，並新增企業型光纖 20~50M 速率供醫院選擇，未在 106 年 9 月 22 日協商上開方案預算估算之範圍。
- 三、107 年方案全年結算金額約 12.49 億元，超過預算額度 1.49 億元，初估全年結算後，浮動點值項目(上傳檢驗結果基本獎勵金與即時上傳檢驗結果額外獎勵金)每點支付金額約 0.73 元，與鼓勵院所上傳之原意相悖。
- 四、108 年方案之其他部門預算 8 億元，以院所外其他醫事機構參與率 70%(截至 108 年 4 月參與率 54%)推估 108 年網路月租費執行數 1.16 億元，另 108 年檢驗(查)結果及影像上傳獎勵條件較 107 年更為嚴格，以 107 第 4 季檢驗(查)結果基本獎勵金、影像上傳獎勵金等高推估 108 年資料上傳獎勵執行數 5.39 億元，初估 108 年方案之其他部門預算約有 1.45 億元之節餘款 (8-1.16-5.39=1.45)。

擬辦：鑑於參與方案院所為配合分級醫療政策落實，積極上傳檢驗(查)結果及醫療影像予院所共享，建請 107 年方案全年暫付金額超過預算額度部分，由 108 年同項方案其他部門預算「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」項目支應。

健保署業務窗口：張作貞科長，聯絡電話：02-27065866 分機 3601

.....

衛生福利部社會保險司意見：

尊重貴會之討論。

本會幕僚補充說明：

本案涉及 107、108 年度總額「其他預算」項下專款項目之預算流用，相關說明如下：

一、107 年及 108 年前揭相關總額協定事項(略以)：

(一)107 年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」：全年經費 11 億元，請健保署加強醫事服務機構即時查詢之執行率及增加網路頻寬。

(二)108 年度「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」：

1.全年預算 8 億元。

2.請提出全面實施本方案期程規劃，並增訂實施鼓勵院所上傳資料之獎勵期限。

3.請於協商次年度總額前檢討實施成效，將節流執行效益，適度納入 109 年各部門總額協商減項。

4.本項預算不用於回補 107 年度不足款。

另 108 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額「網路頻寬補助費用」各編列 1.14、2.11、1.36、0.74 億元，共計 5.35 億元。

二、查本會 107 年 6 月 22 日委員會議，健保署提出「建請 106 年度之『全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案』節餘款可流用至 107 年度同項方案支應案」之決議(略以)：

(一) 本會委員支持健保署推動即時查詢病患就醫資訊的政策，但基於對制度及本會前所議定總額協商通則「專款專用項目之款項不得以任何理由流出」之尊重，不同意 106 年度經費流用至 107 年度使用。

(二) 請健保署於編列下(108)年度總額預算時，檢討該方案具體執行效益，並覈實估算執行所需之充分經費，俾利協商參考。

三、本會 107、108 年度總額協商通則之相關規定如下：

(一) 專款專用項目：回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。

(二) 其他預算：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

(三) 其他原則：年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。但醫療費用總額經衛福部核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在本會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序，不在此限。

四、108 年度總額協定事項已載明「本項預算不用於回補 107 年度不足款」，本案是否同意預算流用，請討論。因前揭總額協定事項業經衛福部核定且公告在案，若本會同意流用，則涉及總額核定事項之變更，需依法定程序重新報部核定，並由部修正公告。

決議：

臨時提案第三案

全民健康保險會提案單

提案日期：108 年 04 月 日

提案者	趙委員銘圓 于文男 許麗洪 唐鈞鴻 林錦輝
委員代表類別	保險付費者代表 馬國安 · 陳炳宏 蔡宗南
提案屬性 (請勾選)	<input checked="" type="checkbox"/> 一般提案 <input type="checkbox"/> 臨時提案 <input type="checkbox"/> 修正案 <input type="checkbox"/> 復議案 鄭孝華
案 由	鑑於免疫療法經統計後符合條件者約 2600 人，而今年預算僅 8 億，約 800-1300 位患者可接受治療，明顯不符合需求人數，勢必造成爭搶名額、醫病關係危機、患者恐慌等情形，依據公平治療原則，故建議增加明年度免疫療法治療預算數，全面治療符合資格者 2600 人，至少增加 16 億元；另，已有臨床醫師提出部分癌別給付條件過嚴情形，實屬不公，建議中央健康保險署，重新審視並適度放寬給付條件，讓每位患者擁有公平治療之機會，提請討論。 尊健信 林錦輝 陳有蘭
說 明	<p>一、免疫療法預算僅 8 億要治療 8 項癌別，11 個適應症，分配下每一癌別的預算比使用標靶治療還少。</p> <p>二、專家統計符合免疫治療給付條件門檻者，約 2600 名，今年僅 8 億治療 800-1300 人，明顯不符合整體患者治療需求。</p> <p>三、名額不足下，醫師背負著病人的期望，若因名額過少而未能成功申請，恐讓病患對醫師信任度降低，造成醫病關係緊張。</p> <p>四、因預算有限，必須規定給付條件，但已有臨床醫師反應，在肝癌給付標準上過於嚴苛，必須同時符合已經移轉、栓塞三次、心肺肝腎功能正常者，才能通過申請，相較之下與其他癌別</p>

	<p>只要腫瘤轉移者，變可符合條件治療，兩者標準相差太多。</p> <p>五、由於健保署希望能盡速通過免疫療法，讓廣大癌症病患更多希望，在今年 4 月 1 日開始給付，但名額數過少，恐造成美意變壞意，讓患者空歡喜，建請健保署應研擬對應作為，明年應編足預算至 16 億治療 2600 人，並重新評估肝癌給付條件，並適度放寬用藥標準，確保每一位患者皆能公平接受治療。</p>
擬 辨	依當天會議結論辦理
內容與本會任務符合情況 (請勾選)	<p>全民健康保險會法定任務：</p> <p><input type="checkbox"/>保險費率之審議事項(第 5、24 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配事項(第 5、61 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>保險給付範圍之審議事項(第 5、26、51 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>保險政策、法規之研究及諮詢事項(第 5 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>其他有關保險業務之監理事項(第 5 條)。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>其他全民健康保險法所定由本會辦理事項(第 45、72、73、74 條)。</p> <p>註：()內為健保法條次。</p>
連署或附議人 (臨時提案、 複議案填入)	

第 4 屆 108 年第 2 次委員會議
與會人員發言實錄

壹、「主席致詞」、「議程確認」、「請參閱並確認上(第 1)次委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

各位委員請就坐，現在已經到了會議時間，目前委員出席的人數已經過半，達到法定開會人數，請示主任委員是否宣布開會？

周主任委員麗芳

一、大家早安，首先非常感謝大家在百忙之中參加 4 月份的委員會議。在會議進行前，有 2 點感謝與 1 點期許。第 1 點要謝謝各位委員踴躍參加 3 月 21 日、22 日本會所舉辦的「108 年業務訪視活動暨共識營」，在這次訪視活動中我們看到很多、收穫也很多，特別感謝健保會在周執行秘書淑婉、還有各位幕僚同仁的努力之下，活動辦的相當成功，也要謝謝李署長伯璋、蔡副署長淑鈴及健保署同仁的大力支持，讓這次活動能夠順利圓滿。

二、第 2 點要感謝中醫師公會的努力，在陳理事長旺全的號召之下，於 4 月 10 日到 11 日舉辦「中醫門診總額專案計畫實地訪視活動」。我們委員出席相當踴躍，除了看到中醫部門的用心跟努力之外，也看到偏鄉醫療需要很多的堅持跟執著，當然也需要健保更多的關懷，感謝中醫師公會這次的努力。

三、1 點期許是社會各界對於健保會有很高的期待，因為我們所處理的議案非常的多，所以也期待我們的會議能夠有效率地來進行，希望所排定的議案都盡可能完成討論，再次期待跟大家共同攜手努力，謝謝。

司儀

議程確認，請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

一、主席、各位委員大家早安！請委員看紅色的議程頁。今天議程的安排，本次具有時效性的優先報告事項有 4 案；討論事項有

3案，均為委員本次所提的議案；報告事項有3案，都是上次委員會議保留案件，請委員參閱書面資料。

二、另本次會議有2項臨時提案，請委員參閱綠色封面的會議補充資料1。第1項為謝委員武吉、黃委員啟嘉所提有關麻疹疫苗供應的提案，第2項為健保署所提有關107年「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」的結算金額超過預算額度的因應處理案。

三、剛剛趙委員銘圓提出有關免疫療法放寬給付條件的臨時提案，所以今天總共有3項臨時提案。臨時提案的處理方式，係依照會議規範第3點第2項第2款的規定，以當次會議急待解決的緊急事件，或具時效性的事項，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，如果不符合作件，主席可以決定提下次的會議討論。上述3案是否屬急待解決的緊急事件或具時效性，建議依照上開規定，請主席徵詢委員的意見，決定在本次或下次的委員會議討論。若決定納入本次會議討論，幕僚建議安排在討論事項第3案之後，其餘依照議程安排進行。

周主任委員麗芳

徵詢各位委員的意見，有關3項臨時提案委員是否同意納入今天的議程一併討論？

干委員文男

如果時間可行的話就放入，沒有的話就照以往，以往都是下一次會議排列在前面。

周主任委員麗芳

請謝委員武吉。

謝委員武吉

我感覺有涉及必要性、緊急性的，我和黃委員啟嘉所提有關麻疹疫苗議案，一定要列入今天的討論案。

周主任委員麗芳

依委員意見，原則上 3 項臨時提案先列入議程。如同剛剛所說希望我們能夠有效率的討論，看看能不能將這 3 個臨時提案都納入討論。若沒有其他意見，議程確認。接下來進行會議紀錄確認。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

有關會議紀錄部分，各位委員是否要提出垂詢？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。

貳、「上(第 1)次及歷次委員會議決議(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、請各位委員看到說明一，本會委員會議決議(定)事項含委員書面意見處理情形：

(一)項次 1，為上次委員會議決議(定)事項計有 11 項，依辦理情形建議解除 8 項，繼續追蹤 3 項。歷次委員會議決議(定)事項達解除追蹤條件，擬建議解除追蹤者，計有 3 項，請委員參閱會議資料第 42~47 頁，最後仍會依照委員議定結果辦理。

(二)項次 2，為謝委員武吉在本年 3 月 25 日提供的書面意見，因為來不及放入議事錄送印，所以幕僚業於 3 月 28 日請辦健保署，健保署回復，會在本會 6 月份委員會議「歷次委員決議建議事項辦理情形」一併回復。

二、說明二是健保署依據健保法施行細則第 3 條規定，分別函送「107 年度全民健保基金的附屬單位決算報告」、「109 年度全民健保基金的附屬單位預算書」，請本會備查。本會幕僚分別擬具了決算分析報告、預算分析報告，已在 4 月 15 日寄送委員參閱並提供書面意見，截至目前只有陳委員炳宏提出書面意見，幕僚已經轉請健保署，希望健保署稍後可以做回應。

三、說明三是本會預定在 108 年 5 月 7 日辦理「全民健康保險相關業務座談會」，將邀請健康署、疾管署及健保署參加。部長當天也會來參加座談會，並於當天晚上 6 點鐘與委員進行餐敘，會議通知跟簡報，本會同仁今天應該都已經親送各位委員，敬請委員預留時間與會。

四、說明四是衛福部在 2 月 27 日公告「108 年度牙醫門診、中醫門診、醫院總額一般服務費用地區預算分配方式」。

五、請委員翻到會議資料第 36 頁，說明五是有關本會在 3 月 21、22 日辦理的業務參訪活動暨共識營，主席在會議剛開始時已向

委員報告，謝謝各位委員的踴躍參加，計有 36 位委員參加，幕僚擬具訪視活動及共識營紀錄列在第會議資料 162~199 頁，請各位委員參閱。

六、說明六是衛福部及健保署本年 3 月份發布及副知本會的相關資訊，幕僚已經在 4 月 3 日、12 日將詳細內容及相關附件寄至各位委員電子信箱供參。相關重點摘要，請各位委員自行參閱。

周主任委員麗芳

謝謝周執行秘書淑婉的說明，特別提醒一下，5 月 7 日部長不僅跟我們餐敘，同時也特別撥出下午的時間來跟各位委員座談，所以希望各位委員把握時間，能夠跟部長面對面地針對健保政策、總額政策進行交流與溝通。請問各位委員對於業務執行、追蹤事項有無提出垂詢？請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

一、有關歷次委員會議未結案件中，感謝何委員語在上次(3 月份)委員會議議程中「請健保署針對平均眷口數作補充說明」，何委員提出平均眷口數已降至 0.6 以下，但健保署尚未具體反應，因此，呼籲此議題要繼續追蹤。

二、平均眷口數攸關全國和政府投保單位保險費的計算因子，此數字自 105 年起訂在 0.61 人，沿用至今，因此，我們雇主代表再次請教 2 項要點：

- (一)第 1 點，目前實際平均眷口數究竟是多少？
- (二)第 2 點，何時要調降平均眷口數？

何委員語

一、依據健保法施行細則第 68 條規定，主管機關每年都要公布平均眷口數，但是去年政府竟然不遵守法律規定公布平均眷口數，還以平均眷口數 0.61 作為徵收健保費基準。施行細則第 68 條並沒有廢除，但是主管機關卻違法，無視於法律存在，心中無法、行為無法、做事無法，107 年不敢公告。

二、因為我國的少子化趨勢，昨天我在國家發展委員會，前天在工業局開會，都在討論人力資源的事情。現在已經統計出來，平均眷口數應該是 0.57 以下，但是健保署不敢公告，不知道為什麼做為主管機關不敢公告，我們要求應該公告平均眷口數，也許只有 0.57，詳細眷口數公告才能確知數據。

三、到目前為止，本案還沒解除追蹤，我認為政府不敢承擔責任，所以我們要求用 0.57 來計算平均眷口數才合理。如果認為我說的不合理，那歡迎跟我討論。雇主方面發現我國整個勞動力已減少很多，但是你到現在還不公告。

周主任委員麗芳

還有沒有其他委員要提出垂詢？如果沒有，請李署長做回應。

李署長伯璋

先請同仁就「政府應負擔健保總經費 36%」部分回應。

陳專門委員振輝

有關陳委員炳宏請本署提供 106 年至 107 年度「政府應負擔健保總經費法定下限(36%)不足數」決算數據的計算過程，我們已經提供(會議資料第 58 頁及補充資料)。至於 108 年及 109 年度「政府應負擔健保總經費法定下限(36%)不足數」預算數據的計算過程，我們也是依照 106 年、107 年度決算的計算原則暫編概算數，嗣後預算數必須要經過主計總處匡列，及立法院的審議通過為準。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

非常感謝健保署的協助及回復。這個議題主要討論 107 年決算及 109 年預算案，現在我就開始進入這個主題：

一、今天要討論的 107 年決算及 109 年預算案，要詳閱的資料很多(「107 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告」及「109 年度全民健康保險基金附屬單位預算書」)，所以我們就聚焦在能

夠淺顯易懂的重點。請看到會議資料第 50 頁下方，我有提出書面意見，請健保署提供年度決算及預算案相關說明(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)；因為去年本會曾對 106 年決算及 108 年預算案，其中部份計算基礎與法令遵循仍有明顯疑義，當時列席委員們決議不予備查，今年我們想要瞭解該情形是否改善？

二、所以，接下來要探討本案有關「政府應負擔健保總經費法定下限(36%)不足數」的計算基礎，健保署是不是繼續沿用到今天要討論的 107 年決算與 109 年預算案，如果是一樣的，我們的結論將會跟去年一樣，以節省大家時間。在會議資料第 58 頁，是健保署事前回復的資料，謝謝健保署將相關計算方式做了補充說明，也將其依循的法令在下方的註解呈現，說明其如何計算；其方式大致與去年一樣，且其法令依據仍沒有提到健保法第 76 條第 1 項之規定。

三、這次決算與預算案，健保署計算基礎如果是跟去年相同的話，會造成什麼樣的影響？我們將其影響差異數做出比較表(其中要謝謝健保署補充相關數字，及幕僚協助列印給大家)，這張比較表主要精簡呈現 1 項差異，即健保署提供的 107 年決算與 109 年預算案，並未把健保法第 76 條第 1 項(提列安全準備來源)第 1 款「本保險每年度收支之『結餘』」的重要因子考量進來(也就是收支「結餘」應該是大於或等於 0、非負數)；而請大家看補充資料「政府應負擔健保總經費下限 36% 不足數」計算比較，表中「應提列或增列安全準備」項目，健保署在 106 年度發生「收支『短絀』」時，居然未將「應提列或增列安全準備」項目代入 0，反而代入「負數」-98 億元，是「短絀」數，與該規定「收支『結餘』」不符；面對 107 年度決算案，由於持續入不敷出，該年度「收支短絀」擴大至-250 億元，健保署仍然未將「應提列或增列安全準備」項目代入 0，反而代入「負數」-250 億元之「短絀」數做計算，皆是減輕政府負擔健保經費的

不當作法，與本法第 76 條第 1 項第 1 款不符。

四、計算「應提列或增列安全準備」的方式，健保署版本與委員共識版本不同，會造成怎麼樣的影響？

(一)請看補充資料單張最下面一欄「『政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數』的差異數」，差異數顯示，用健保署的計算方式，107 年政府應負擔之不足數就直接少了 90 億元，這個差異數字還只是以本法第 76 條第 1 項第 1 款釋例，做簡單的比較說明。

(二)除了本法第 76 條第 1 項第 1 款外，若還考量本法第 3 條、第 27 條，及第 27 條所衍生的施行細則第 45 條規定，那就更複雜了！政府應負擔之不足數的差異數會再擴大，在去年檢討時，107 年政府應負擔 36% 不足數的差異數是少了約 148 億元。

(三)剛剛署裡的說明，我們也瞭解到做預、決算的辛苦，我們在歸納相關的過程中也知道，因為部分數據還沒決算不便公佈，所以試著幫大家推算，108 年政府應負擔 36% 不足數的差異數，健保署版本相較委員共識版本，少了約 196 億元。

(四)而 109 年度預算案推估政府應負擔 36% 不足數，兩方的差異數更是擴大超過 2 百億元，我們推算健保署版本相較委員共識版本，減少約 226 億元。

五、以上說明，只聚焦於本法第 76 條第 1 項，依其所規定之相關計算因子做釋例，說明本案計算基礎尚未落實法令遵循的嚴重性。上述補充說明，希望以淺顯易懂的方式讓大家瞭解，並共同關注後續對健保經營的不利影響。考量 107 年決算與 109 年預算案，計算基礎與去年一樣，疑義仍未改善，因此我們應秉持嚴正監理的精神，建請本會婉拒 107 年度健保決算報告及 109 年度健保預算書，不予備查，敬請健保署見諒。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、到目前為止，政府應負擔健保總經費法定下限 36% 的金額已連續 3 年沒有補足，而且差距越來越大。106 年度健保決算報告是依照現行健保署計算的方式，去年健保會決定是不予備查。
- 二、這次提送 107 年健保決算報告書，也是依據現行計算基礎計算政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足金額的方式去做決算。所以我們認為，既然 2 個年度決算的計算方式、法規及內涵等基礎都是相同的，106 年度不予備查，我們也建議 107 年健保決算報告書不予備查。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、關於政府應負擔健保總經費法定下限 36% 議題，我們對於計算方式及不足額，不僅是多次討論而已，而是討論多年了！我們曾在立法院開過會，也向衛環委員會要求撥足經費，因計算所需補足的額度比較多，但最後付回 1 百多億元，結果還算不錯，但還是不足。
- 二、現行健保署計算的方式，每年都是用這個方式計算，都一樣，所以已經存在不足的情況下，如剛才陳委員炳宏所提意見，我贊成他的看法，不予備查，將來要算清楚才有所本。
- 三、最好衛福部、健保署、國發會及主計總處大家都能當面坐下來與陳委員炳宏商談並計算清楚，究竟他的方法對，還是你們的方法對。今天衛福部社保司都說你們的算法是對的，但我們沒有辦法接受，無法討論下去。因為陳委員炳宏擔任健保會委員每個月領 3,500 元兼職費，很認真精算健保財務，而且算得很清楚，如果委託外面的話，委託費會相當可觀。結果陳委員炳宏精算出來，你們也不信，建議找個時間好好精算一下。我贊

成前面 2 個委員的看法，不予備查。

周主任委員麗芳

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、實際上本案涉及財務專業的領域，感謝陳委員炳宏及何委員語，他們是雇主代表，對此案也相對較敏感，因為他們對健保費的貢獻是最大的。
- 二、如果今天要把本案釐清楚，可能會花費很多時間，所以我支持干委員文男所提，另外找時間，邀請相關單位及雇主代表委員好好來精算，建議討論到此止就好了，或許也可以成立專案小組，大家再好好討論。

周主任委員麗芳

我想先針對預決算部分作處理...(謝委員武吉舉手)，請問謝委員武吉您的發言也是預決算部分嗎？(謝委員武吉：對)請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、看到這議題，我非常感謝李前委員永振和陳委員炳宏，鍥而不捨的提出來，政府應負擔健保總經費法定下限 36% 這個議題不是現在才提出的，商委員東福您實在是太過混了，您完全沒有盡到責任，從李前委員永振到現在，從曲前司長同光時代到現在商司長時代，到現在都沒有辦法把這個議題處理好，到底是什麼原因？你要講清楚啊！
- 二、剛才聽陳委員炳宏所說的，主要是大家對現行的計算公式有 argue(爭論)、有意見的地方嘛！應該把計算公式說清楚、講明白，社保司是白混的嗎？領我們國家的公帑還在混這樣的事情嗎？每次會議都在討論這件事情，我為你們感到羞恥，你們曉得嗎？
- 三、很感佩陳委員炳宏所提的，關於 106 年度、107 年度健保決算報告不予備查，我是很敬佩的。但是我們要有決定的方式，到

底你們現在所提的計算方式是怎麼樣，輸在哪裡，你們都不講啊！含珠不吐，哪有官員這樣的？現在是轉型正義的時代，請改進一下！

周主任委員麗芳

關於健保預決算部分，個人先提出建議再徵詢各位委員的意見。關於政府應負擔健保總經費法定下限 36%，以及應提列安全準備的部分不予備查，其他項次部分，是不是予以備查？因為整本預、決算報告這麼厚，健保署同仁的努力也是要給予肯定。我們僅針對委員提出意見的部分不予備查，請何委員語。

何委員語

一、我認為既然不予備查就是整本不予備查。我也知道商委員東福、衛福部都很努力，希望爭取這部分的經費，但是因為上層的政策是不想給這筆經費，所以我了解商委員所言，只要上面答應撥付，就能將事情圓滿解決，但問題是上層不答應、不開口、不同意，所以商委員兩面為難。我們健保會一直給他壓力，上層長官一直把他擠回來，說不要補了，就這樣處理了！我知道當官很為難，有時候我們很氣啦，但有時候也會考量到官員的為難。

二、全部不予備查，我們健保會才有相罵的本錢，才有討錢的立場。如果今天予以備查，健保會就沒有立場去討錢了。也就是說，我向你借一筆錢，只要我承認一次不用還了，被對方錄音下來，就像今日會上有錄音一樣，以後還要再去向對方討錢那就討不到錢，在法律上你自己承認不討錢了，所以這是不行的，我認為全部都不予備查，全部不予備查。就如剛才干委員文男提到以後去監察院、立法院，也可以請滕委員西華帶我們一起去，因為我們還不知道立法院、監察院在哪裡，所以要有人帶路，再去拜訪立法委員、監察委員們能否將這筆經費爭取回來。

周主任委員麗芳

請問公正人士有沒有要表示意見？都沒有。請吳委員榮達您就法律的觀點，您認為全部不予備查或是部分不予備查呢？

吳委員榮達

對不起，因為我晚到。就法律觀點，既然不予備查應該是全部不予備查，而不是部分不予備查，我贊成這樣的觀點。

周主任委員麗芳

一、關於上次及歷次委員會議決議定事項之追蹤情形，決定如下：

(一)擬解除追蹤案，同意依本會幕僚之擬定意見進行後續處理。

(二)擬繼續追蹤案，同意依本會幕僚之建議，繼續列管。

(三)中央健康保險署提送本會備查之「107 年度全民健康保險基金附屬單位決算」及「109 年度全民健康保險基金附屬單位預算」案，不予備查。

(四)其餘委員所提意見供健保署及衛福部參考。

二、接下來進行下一案，優先報告事項。先請謝委員武吉說明。

謝委員武吉

關於前面解除追蹤案，還是要說明一下，不能這樣就帶過去。

周主任委員麗芳

謝委員您的意見是針對解除追蹤案的部分嗎？

謝委員武吉

解除追蹤、繼續追蹤都要講出來，也要向委員說明一下。

周主任委員麗芳

等一下進行簡要說明，請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

一、關於討論 107 年健保決算報告及 109 年健保預算書案，謝謝健保署於會議資料第 58 頁詳細回復；剛才我所提，也就是今天在會上發放的補充資料「政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數計算比較表」，針對健保法第 76 條第 1 項所做的差異

說明，健保署版本相較委員共識版本，107 年度決算就減少 90 億元，健保署可能有為難之處，剛才何委員語也提到，我們也只能體諒。

二、109 年度預算書案，以健保法第 76 條第 1 項計算的話，如剛才所提，預算差異數突破 2 百億元，健保署版本相較委員共識版本，減少金額約 226 億元，照這樣再花人力回復，也是徒增健保署工作量，我們委員回到工作崗位，仍得各司其職、善盡本分，後續如果要開會可能也還是在原地轉繞，一樣會提到健保法第 76 條第 1 項的「法遵議題」，實在很難跨越過去。109 年度預算書案，如我剛才所說減少 226 億元，怎麼辦？如何解決？考驗政府解決問題的智慧。

三、如同我們長期關心的安全準備金的部分，其額度是衡量未來價值，若沒有落實法令遵循的話，其價值很快就會煙消雲散，因此希望大家支持我提出的建議，婉拒 107 年度健保決算報告及 109 年度健保預算書，不予備查，以利後續議程的進行。

周主任委員麗芳

請林委員錫維。

林委員錫維

一、關於政府應負擔健保總經費法定下限 36% 的問題，已經討論多年，事實上也沒有明確的說明為什麼會沒有辦法補足的原因。剛才有多位委員很適合一起來參與，希望找個時間與被保險人、付費者代表等大家一起坐下來討論，剛才主席沒有裁決何時、多久或期限內，或有沒有必要來辦理相關座談會，我認為這是非常重要的事情，不然像李前委員永振到現在陳委員炳宏均認為此議題是非常不合情、也不合理。

二、保費該漲的要漲，政府該補的都不補，甚至按照健保署呈現的安全準備金，每月會不足 50 億元以上，換句話說，約 2~3 年左右，安全準備金即將歸零，最後還是找被保險人來漲價，不

是調漲費率就是調漲部分負擔，這個是非常非常不公平。

三、基於委員的立場，我們應該要有把關的權利，甚至剛才提到不
予備查，我非常同意，因為這樣拖下去，你說怎麼樣就怎樣，
不尊重委員的意見，也不正視問題的存在。請主席裁決，有沒
有必要或何時舉辦專題座談會等方式來處理這個議題。

周主任委員麗芳

先請葉委員宗義，再請商委員東福回應。

葉委員宗義

這個問題已討論很久，屬於政策案，不管我們決定如何，最後也沒
有辦法真正的解決這個問題。曾經聽過某任的主任委員提過，若我
們與政策有不同意見時，似乎我們所提意見沒有效果的。另 5 月 7
日與部長座談會，相信他也不敢承擔本案，因為國庫沒有錢，所以
為了讓主席您能夠順利決定本案，也考量本案是屬政策案，及兼顧
我們的權責，本案不予備查，以上是我的建議。

周主任委員麗芳

請商委員東福。

商委員東福

一、感謝主席、謝委員武吉、何委員語、林委員錫維、葉委員宗義
及陳委員炳宏長期關注這個問題，因為本案很重要，所以我再
次說明，謝委員武吉基於愛之深，責之切，也很感謝你，何委
員語從第 1 屆開始也給予理解體諒及支持，我很感謝。

二、過去利用很多場合，我至少做了 3 次以上的說明。現在以不超
過 3 分鐘的時間再次簡要說明，政府應負擔健保總經費法定下
限 36% 的議題，為讓大家好記一點，舉例來說，民眾出一半、
政府出一半，這樣比喻大家會比較瞭解，假設民眾出 500 億元，
政府也要出 500 億元，但依照健保法第 3 條，也就是依法令規
定哪些是屬於政府要負擔的，但因為內容包山包海，規定不是很
清楚，因此健保法施行細則有作比較明確的規定。

三、我想在座蔡委員、干委員過去曾參與細則訂定的過程，當母法規定不明確，我們沒辦法接受時，會採用細則做詳細的規定。但過程需要多次的協商，在立法院時，很多委員參與協商，當時原訂(依其他法令規定之收入)是 9 項，後來修訂為現在的 7 項。現在假設我們同意這 7 項算政府出的，因此，原來民眾要出的 500 億元中，其中 10 億元是政府出的，民眾合計出 500 億元。

四、我們知道李前委員永振及陳委員炳宏所主張的，民眾就是出 500 億元，其中政府付的 10 億元也算是民眾出的，所以民眾出 500 億元，相對的政府要出 500 億元。但現在因為政府已付了 10 億元，只需再付 490 億元就好，因此，兩者合計為 990 億元，感謝李前委員永振及陳委員炳宏對於財務的支持與指導，剛才所講的 990 億元也是李前委員永振及陳委員炳宏的概念。

五、政府也是依法辦理，認為民眾端的 500 億元其中的 10 億元是政府付的，民眾付 490 億元，相對的政府需付 490 億元，再扣除已付的 10 億元之後，政府再出 480 億元，這樣瞭解我的意思嗎？

六、當然這對財務有影響，若按照李前委員永振及陳委員炳宏所講 10 億元是政府付的，但是民眾總計付 500 億元，所以政府也要付 500 億元，扣掉 10 億元後，整體財務合計 990 億元。

七、我們政府的主張也是合理的，因為 10 億元真的是政府付的，民眾只有付 490 億元，政府只要付 490 億元，再扣除 10 億元後為 480 億元，因此合計為 980 億元，兩者相差 10 億元，這也是為什麼陳委員炳宏及李前委員永振一再提出不同看法的原因。

八、我也多次說明，這不是算數的問題，類似態度的問題，就是政府要不要多付這筆錢，我也多次提過我們不是高稅收的國家。上次共識會議也有說明，我再次說明，過去我在國際合作組工作時，常跟外賓說明台灣的健保是政府付三分之一、民眾付三

分之一，雇主付三分之一，但二代健保原規劃係採家戶總所得計算費基，因此當時就討論政府應負擔健保總經費法定下限 36% 的議題，如剛才我所提到這是態度問題，政府是不是剛好付 36% 就好了？還是可以付高於 36% 以上，雖然可以付高於 36% 的，但目前是政府只能剛剛好付 36%，因為增加預算額度都已經比以前增加很多。

周主任委員麗芳

- 一、先說明一下，關於政府應負擔健保總經費法定下限 36% 部分，剛剛林委員錫維提供很好的建議，採專題方式討論，因本次會議時間有限，今天會議中真的無法針對此議題再進行討論。
- 二、請委員翻閱會議資料第 156 頁，5 月 7 日舉辦「全民健康保險相關業務座談會議程」，原訂中午休息為中午 12 點~下午 1 點 30 分，建議修改為中午 12 點~12 點 30 分休息，12 點 30 分~下午 1 點 30 分，共有 1 個小時的時間好好討論此議題。邀請社保司針對此議題進行報告，並與委員進一步進行交流。今天關於政府應負擔健保總經費法定下限 36% 的部分先告一段落。
- 三、剛剛謝委員武吉提到關於解除追蹤部分，稍後請周執行秘書淑婉說明。先請何委員語。

何委員語

- 一、我簡短說明，本屆多名新聘任委員，商委員東福的說明太簡單，太簡單化了，此議題涉及另一重點，以實際收入或實際醫療支出換算政府應負擔健保總經費法定下限 36%，兩者立基點及計算方式均不同。提列安全準備的來源，政府要不要負擔？全部付費者負擔還是政府也要一起負擔，這些都牽扯其中。
- 二、為什麼今日我們要提出向政府討錢，國庫困難是國庫的問題，去年稅收節餘約 4、5 百億元，以前就答應撥付給健保，現在怎麼不給，現在實際有短差，而且此計算基礎錯綜複雜。因此，請在座新任委員能進一步了解本案，不是像商委員東福所說的

這麼簡單，真的這麼簡單的話，我們 2 個分一分講清楚就好了，不是這麼簡單的事情。

周主任委員麗芳

- 一、關於政府應負擔健保總經費法定下限 36% 議題，如剛才所說，於 5 月 7 日做深度討論，縱使今日討論到下午 2 點，仍無法討論出具體結果。
- 二、很不好意思，因為要尊重所有委員的發言權，發言達 3 次的委員，會務同仁將提交一個發言 3 次的提醒卡。接續發言超過 3 次的委員，是否可請改提書面意見，提供大家參考。

何委員語

請問是每案 3 次嗎？

周主任委員麗芳

是。請周執行秘書淑婉簡明扼要報告解除追蹤案，因為委員在會前都會先閱讀會議資料，請簡要說明解除追蹤的原因。

周執行秘書淑婉

請各位委員翻到會議資料第 42 頁，擬解除追蹤計 11 案：

- 一、上次委員會議擬解除追蹤計 8 案：

(一)項次 1，有關本會辦理的業務參訪活動，已於 3 月 22 日圓滿完成。

(二)項次 2，關於本會委員會議未結案件辦理情形及重要業務報告委員於會後所提意見，健保署回復書面意見詳會議資料第 49~51 頁。

(三)項次 3，關於 107 年第 4 季全民健康保險業務執行季報告委員所提意見，健保署回復之書面意見詳會議資料第 51~53 頁。

(四)項次 4，關於各部門總額 107 年執行成果評核作業及辦理時程，各單位均會配合辦理。

(五)項次 5，關於請健保署本於權責就台鐵普悠瑪列車出軌事故執行代位求償，健保署已於 3 月 26 日完成代位求償 705 萬

元。

(六)項次 6，關於愛滋感染者慢箋領藥超過 2 年之醫療給付部分，本會委員對本案表達不支持，健保署回復將依權責請疾管署支付費用。

(七)項次 7，有關西醫基層與醫院病人流動監測指標及經費動支條件委員所提意見，健保署回復將委員意見納入未來研修參考。

(八)項次 8，有關推動促進醫療體系整合計畫執行情形委員所提意見，健保署回復意見詳會議資料第 53~54 頁。

二、歷次委員會議解除...。

謝委員武吉

一、等一下，剛才我的發言只有 1 次，怎麼連提示解除追蹤和繼續追蹤案要說明，還怎都列入我的發言次數？這是怎麼算呢？很迷糊不清。這樣我就有意見了！因為說明就是要逐項說明的很詳細清楚啊！

二、項次 5，關於台鐵普悠瑪事件，截至 3 月 21 日止醫療費用是 705 萬，後續的費用要怎麼辦？一定有後續的費用，普悠瑪事故後所產生的後續費用怎麼辦？應該要去思考、要有預估及請求賠償的辦法，這是替我們百姓保護健保費用。

三、項次 6，當時委員大家都不同意，沒有人同意說這部分要由健保署支付第 2、3 次的費用，結果這裡只簡單回復說明，「本署依貴會意見提請疾管署支付費用」，到底疾管署要不要支付？我們都不知道，這樣就要解除追蹤嗎？這事情含糊不清啊！請審慎思考。

周主任委員麗芳

請健保署回應，再看看是否解除追蹤。

陳專門委員振輝

關於台鐵普悠瑪重大交通事故，依照代位求償辦法規定(註)，計算

基礎為健保提供保險給付之日起 30 日內的給付費用總額，經統計後求償金額約 705 萬元。

(註：全民健康保險執行公共安全事故與重大交通事故公害及食品中毒事件代位求償辦法第 5 條第 3 項規定，前二項總額，以本保險提供該保險給付之日起三十日內之給付費用總額，為計算基準。)

周主任委員麗芳

請健保署補充說明項次 6。

蔡副署長淑鈴

關於項次 6，愛滋感染者慢箋領藥時已超過 2 年之醫療給付，由疾管署或健保署誰支付的部分，因上次委員會議委員表示不同意，我們署長也批示不同意，因此還是由疾管署用公務預算支應，這部分與健保會會議決議一致。

周主任委員麗芳

關於上述 2 案健保署均已經解釋清楚，是否可列入解除追蹤？請謝委員武吉。

謝委員武吉

主席，我剛才有講一句話，後續醫療，難道普悠瑪事故所產生的醫療費用，只有那段期間嗎？把病人照顧好到病人出院就好了嗎？還是病人看完病就結束了？病人還有後續醫療啊！主席怎麼如此果斷，今天看起來很跋扈、鴨霸！追蹤案要不要解除，您自己決定，有尊重委員意見嗎？您沒有啊！這部分主席有沒有實際醫療經驗啊！也沒有啊！而且要求償還對健保也是有好處，因此，您要聽我們的意見，建議本項不要解除追蹤。以前傅前主任委員立葉當主席時還會尊重我們委員的意見，結果您不要就不要，哪有這樣果斷，怎麼可以呢？再者，項次 6 只是轉達而已，要求疾管署支付這些費用，這對健保署有好處、全民福利啊！只是這樣而已，您就硬要通過，我覺得您太專制、鴨霸了。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、我非常認同謝委員武吉所提，關於項次 5 台鐵普悠瑪事故代位求償的部分，不可以只用前面發生這一段期間的醫療費用 705 萬元還給健保署後就沒有了，而後續的醫療費用就通通都不管？我想剛才謝委員武吉所提的後續費用的部分，我相信所有委員應該都不會同意。
- 二、另外關於愛滋病，我也跟謝委員武吉的看法完全一樣，就是會尊重本會意見請疾管署支付費用，那後續呢？我看不到後面疾管署會不會付？或是健保署會不會又因為上面的政策因素施壓，然後偷偷摸摸將這筆費用付掉？這邊要講清楚，而不是模糊帶過，怎麼可以就解除追蹤？這個部分，絕對不同意，以上是就解除追蹤案件的看法。另外歷次案件解除追蹤的部分，待會等周執行秘書報告完，再提出我的意見。

周主任委員麗芳

- 一、關於上次委員會議決議(定)事項辦理情形，謝委員武吉、趙委員銘圓針對擬解除追蹤案件之項次 5 及項次 6 還有疑慮，我們尊重委員意見。請謝委員別擔心，我們廣徵意見後，大家也表達看法，既然委員有這麼多疑慮，這 2 項就繼續追蹤。
- 二、請周執行秘書淑婉繼續就歷次委員會議決議(定)事項辦理情形擬解除追蹤案件進行說明。

周執行秘書淑婉

請委員翻到會議資料第 45 頁，歷次委員會議解除追蹤案件：

- 一、項次 1，是關於指示藥品不納入健保給付部分要提出規劃報告，健保署已於 108 年 3 月 8 日提出專案報告，建議解除追蹤。
- 二、項次 2，是關於基層總額轉診型態調整費用動支方案提出報告，健保署已於 108 年 3 月 8 日完成專案報告，也是建議解除追蹤。
- 三、項次 3，是有關委員對評核獎勵額度的意見，這部分幕僚已納

入 108 年的評核作業方式，建議解除追蹤。

何委員語

剛剛項次 7、8 沒有報告，只討論項次 5 及項次 6？

周主任委員麗芳

剛才周執行秘書淑婉已依序報告，委員僅針對項次 5、項次 6 提出意見。對於歷次委員會議建議解除追蹤案件是否還有其他意見？

趙委員銘圓

一、針對歷次委員會議解除追蹤案件項次 1 跟會議資料第 47 頁的擬繼續追蹤案件的項次 3，應該是相同事項，擬解除追蹤案件項次 1，因為已完成報告，解除追蹤沒問題；但與後面的繼續追蹤案件的項次 3 對照，這兩者之間差很多，前者待辦事項敘述是「若確有窒礙難行之處，亦請評估有無修法必要性」，但後者的辦理情形說明則是「有關修法部分，配合立法院決議辦理」。兩者之間，一個是主動由健保署提出，另一個被動由立法院決議。但你沒提出修法案，立法院怎麼會去決議？這是不同的。

二、這案子當初說得很清楚，很多專業醫學會也都反對，但現在看似要將這些東西強行通過，這跟專業的看法完全不一樣。所以建議這個案子，若真沒有辦法改變，就由健保署主動提出修法，立法院現在是執政黨一黨獨大，只要是行政單位提出的應該都會通過，建議這個案子還是依照最初建議，由健保署主動提出，而不是由立法院，健保署不提出修法案，他們也沒有相關資料，憑什麼修法？

周主任委員麗芳

趙委員您所關心是繼續追蹤案件的項次 3？

趙委員銘圓

是項次 1。

周主任委員麗芳

但您剛剛說項次 1 沒問題，而您所關切的是項次 3，項次 3 目前是繼續追蹤，健保署將在第 4 季業務執行報告提報，這個案子目前還是繼續追蹤的。

趙委員銘圓

我知道是繼續追蹤沒有錯，但繼續追蹤的部分，相較於前面解除追蹤的部分，一個是健保署主動，另一個是被動性的。

周主任委員麗芳

所以趙委員意見是，若有窒礙難行之處，健保署可以主動評估有無修法之必要。

何委員語

一、請問一下主席，你知道會議規範有幾條嗎？會議規範 100 條我都記得在腦海，最近被要求講授會議規範講習，今天會議規範紀錄委員發言次數，你知道發言次數怎麼計算嗎？動議怎麼提？討論提案怎麼提？附屬動議怎麼提？修正動議怎麼提的嗎？

二、若認為委員今天只要開口說主席 2 個字，發言次數就算 1 次，就請馬上發口罩給大家，今天沒人敢講話，有這種開會嗎？如果這樣，我跟你講，未來到年底，我都會依據會議規範給你執行，你可以現在馬上問我第幾條會議規範。

周主任委員麗芳

一、向何委員報告，有關您所垂詢的事項是因為本會上次會議中提到，過去在 106 年、107 年委員們都有討論如何提升議事效率，所以我們是依照附件一「全民健康保險會委員會議提升議事效率作法」執行。

二、確實委員您所提的意見很周延，包含發言 3 次該怎麼計算的問題。當然，如果沒有時間限制，也希望讓委員們能暢所欲言，但考量我們有 39 位委員，每位委員發言一輪就接近 2 小時的時間，我們絕對沒有要約束委員的意思，但是站在尊重各位委

員發言的前提下，還是儘量要就發言的部分做一些考量。我們都知道何委員一向很用心，每次會議事前都非常認真、準備很充分，這部分先跟委員報告。

何委員語

主席，你的說明我不接受，未來就請依照會議規範，該表決就表決。對於舉手徵求主席同意發言的，哪些發言應該列入發言次數？哪些是屬於會議詢問？哪些是屬於動議案還是解釋案？應該分辨清楚，我提議針對發言內容重新定位發言次數的計算方式。

趙委員銘圓

- 一、主席，原則上您剛提的解釋，是沒有錯，但之前您自己說過，假設其他委員沒有意見的時候，委員還是可以發言，而且他有徵詢您的同意，又不是沒徵詢主席同意，就自己發言，我想這兩者應該不要相提並論。
- 二、因為原本委員發言 3 次，主席會跟他說已經是第 3 次發言，後面若要發言，是不是要再思考一下，這部分應該可以做提醒，而不是等人家通通講完，才說已超過 3 次並發提醒卡。事實上這樣也不對，原本會議進行方式是假設其他人沒意見，仍有意見的人應該可繼續提出發言。

周主任委員麗芳

謝謝幾位委員意見，請謝委員武吉。

謝委員武吉

今天口氣有火爆一點，當我看到會議紀錄確認，後面第 11 頁的附件一「全民健康保險委員會提升會議效率做法」，當時我也沒參加會議啊！不能就認為當時是正確的，你今天所作所為完全是很跋扈的手段，剛剛何委員也說會議程序，應該要尊重委員發言，不可以說，一來就拿張發言 3 次提醒卡給何委員，有些是提示你們哪邊不對，就被記錄入發言次數，什麼道理嘛！你們跋扈到無法無天。

周主任委員麗芳

一、各位委員寶貴意見，我們都會虛心受教。我們的出發點是希望讓會議順利進行，若有讓委員感到有些不舒服的地方，我在此誠心跟各位委員致歉。也希望何委員大人大量，剛剛絕對沒有冒犯的意思。

二、依照幾位委員的提醒，以後委員發言第 3 次的時候會口頭提醒一下。至於之後若要繼續發言，如同剛才所說，若是很重要的資訊，而其他委員又沒有意見，就可以繼續發言。但回到本案，仍要趕快做出決議，好讓會議繼續進行。

吳委員榮達

有關於歷次委員會議追蹤案件的項次 1 併入會議資料第 47 頁繼續追蹤案件項次 3，建請健保署對於指示用藥的優先順序應該擬具法案至行政院會，然後再送立法院審議，我提出以上建議。

周主任委員麗芳

一、吳委員榮達的意見納入參採。有關擬解除追蹤案件跟繼續追蹤案件的處理，就如同剛才討論結果，上次委員會議擬解除追蹤案件中，有 2 案(項次 5 及項次 6)改為繼續追蹤；另外，歷次會議擬解除追蹤案件中，有 1 案(項次 1)併入繼續追蹤案件(項次 3)繼續追蹤，並進行後續處理。

二、對於健保署所提 107 年度全民健保基金附屬單位決算報告，及 109 年度全民健保基金附屬單位預算書，不同意備查。

三、有關剛剛提到，政府應負擔健保總經費法定下限 36% 這個議題，本會在 5 月 7 日座談會時，將邀請社保司來做專案報告，委員所提的意見，送請衛福部、健保署參考。其餘洽悉，進行下一案。

吳委員榮達

一、會議資料第 46 頁擬繼續追蹤案件還沒有報告，主席就馬上針對繼續追蹤的部分做決議，我覺得不是很妥當。

二、有關於擬繼續追蹤部分項次 1，可不可以請執行秘書說明一下，

因為我看不懂繼續追蹤建議的寫法。特別是在第 2 點「在 3 個月內研擬可行之配套措施後解除追蹤」，事實上，健保署今天在會議資料第 48、49 頁也提出一個報告，我不曉得是否重疊，還是健保署提出的報告，已經可以解除追蹤？我看到第 48 頁是寫了這個部分，我不太瞭解，能否請周執行秘書淑婉說明一下？

周執行秘書淑婉

- 一、會議資料第 46 頁，項次 1 是有關於「請健保署檢討健保給付價較高的品項，像電腦斷層、磁振造影等支付點數及給付規範」，決定是請健保署在 3 個月內提出可行的配套措施。所以我們的追蹤建議就希望健保署在 3 個月內研擬完成配套措施，之後再解除追蹤。
- 二、項次 2 是有關以健保會的名義，向衛福部表達反對預告之「菸品健康福利捐分配及運作辦法」修正草案，並請恢復 70% 分配於健保安全準備的意見，這個部分我們已經轉請衛福部卓參。考量預告修正案於 4 月 15 日才完成陳述意見。所以追蹤建議是等衛福部回復辦理情形之後再解除追蹤。
- 三、項次 3 是有關於指示用藥不納入健保給付之規劃報告，研擬配套措施切不能影響民眾用藥權益，並請健保署於第 4 季的業務報告中提報執行進度及成果。所以追蹤建議是等健保署提報後再解除追蹤。

周主任委員麗芳

我們繼續進行下一案。

葉委員宗義

- 一、主席，有關委員發言超過 3 次的處理，剛剛何委員語跟謝委員武吉都有表示意見，我們要尊重他們，我也提個建議，不要將發言超過 3 次的提醒卡放在委員旁邊，這樣心理會有一點尷尬。聽得出來，在會議主持上，您可能比較強勢，因為上次主

任委員比較弱勢，兩者相較就變成有點不太一樣，好像有點不夠尊重。

二、站在我的立場來看，會議不能總是有人講好多次，會議進行不應該是這樣，我是公平的講話。主任委員您也是一個專家學者，希望對於委員的問題，不要採取太過於強勢的作法，他們2位會很尊重您的，剛才講的話都會一筆勾銷，好不好？

周主任委員麗芳

在這邊誠心的跟何委員語、謝委員武吉致歉(主委起立致意)，我也是很溫柔的！請2位委員大人大量，謝謝。(委員鼓掌！)

鄭委員建信

請問主席，現在會議的進程應該是在議程四的部分，剛剛陳委員炳宏提到107年度決算案不予備查，我看不到議程當中有這個議案。我意思是，如果這是本會權責，應該有單獨議案，討論是否准予備查，怎麼會放在重要業務報告中？

周主任委員麗芳

我們是援例這樣處理，但鄭委員所提建議，我們會列入下次備查案處理參考。

謝委員武吉

有關我的提案，雖然感謝早上主席有給我一份資料，但之前我對於裕利、久裕及大昌華嘉等3家物流公司的提案處理情形，請問把我的案件藏在哪邊？我看不到，是什麼意思，為何不報告。

周主任委員麗芳

建議本案先做個結束，關於謝委員所提個別案件，待會同仁會協助處理逐一向您說明，好嗎？

謝委員武吉

如果你這樣講，就有圖利之嫌。

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

- 一、委員關心的部分，是在上次委員會議列在(第3屆委員會議移請本屆委員繼續關心事項)繼續追蹤第31案，針對「專利期內各層級醫事服務機構藥價調查結果」專案報告，委員所提有關藥價調查作業方式與調查結果呈現等意見，請中央健康保險署妥處。另請該署於未來檢討藥價調查作業方式時，可多諮詢專家學者之意見。
- 二、此案主要合併107年4月、5月、6月及12月委員會議的決定事項，目前仍持續追蹤中。委員剛才所提3家廠商之藥品價格及供應問題，應是在107年4月份的委員會議提出的事項，如果委員覺得不適合併案，我們後續會將詳細的追蹤重點一項一項列出。

周主任委員麗芳

請問謝委員武吉還有意見嗎？

謝委員武吉

當然有啊！沒有意見我不會講啊，我又不是瘋子或傻子。

- 一、我講的3家公司，就是裕利，他是馬來西亞商人來我們這裡開業的，服務項目是倉儲業、西藥批發、西藥零售、西藥製造業，這個難道我們不要查嗎？這是第1家；第2家是久裕，是佳醫集團出來做的，他的營業項目非常多，這家沒有物流業，只有西藥製造業、西藥批發業、西藥零售業，沒有物流業，聽好喔。第3家是大昌華嘉，這是瑞商華嘉集團投資的，服務項目是西藥批發、西藥零售業、倉儲業、理貨包裝業，西藥製造業，但是也沒有物流業。但上次的報告內容，我記得很清楚是說他們屬於物流業，所以我現在知道，一定要追到底，我要求應該對這3家公司結構性問題要深入了解，我們健保會應該去了解，不要說只是放著，一晃就1年多過去。這樣對嗎？太過份！

- 二、第二，這個物流販賣、製造及販售，舉例來說，久裕及大昌華

嘉他們的服務項目也沒有物流，聽說他們可以做物流，都是在做販售的，他們的營運方式是怎麼做？請問一下主席，既然你剛才比較強勢一點，現在說抱歉，我們也接受，但是我們要講的是說，我們要了解他們的販售方式是怎樣？你們有沒有去了解？沒有去吧？或是要求哪個單位了解？最好社保司去負責吧，因為健保是你們(社保司)在規劃的，你不負責就有圖利之嫌啊！

三、我再告訴你們，這 3 家物流公司他們把持賣藥的東西，等於把持台灣 100 多家外國廠商，多數被他們掌控，要賣多少就多少、要漲價多少就漲多少，或是要脫離健保價格，不賣了！還給我們李署長很難做人，這 3 家物流公司，像默沙東是裕利的，百憂解也是他們的，所以有沒有去了解他們的販售，其銷售人員是有分別的，一般在專利期內是由本公司來派員至各大醫院解說，但是銷售時，是有分別的，專業的協商經理人跟醫學中心及區域醫院談，至於其他地區醫院，他的做法是怎樣？是由當地的業務員，業務員多數是沒有藥劑師執照，給地區醫院、診所或藥局說費用就是 5% 到 10%，經由消息人士說其他大型醫院卻是 30% 以上。我最佩服的是成大醫院的院長，成大醫院一進去就是 30%，別再按鈴了，你按鈴幾次我都是繼續說，尊重委員好嗎？成大醫院一進去是 30%，上到談判桌又減少 20%，簽約時又減 10%，所以有些廠商就不願接受，不賣了，我佩服成大醫院的院長，這顯示他很清白，以上是屬於專業人員販售的方式，至於專利期以外的販售時間、方式都一樣，都是專利期以內的由專業的銷售經理人銷售，地區醫院、診所、藥局都不是專業經理人，任何業務員都可以來，所以地區醫院 5~10%、診所 5%、藥局，古理事長有來嗎？藥局都 0%、1%，這種現象很多吧，怎都沒有去調查呢？

四、藥價調查到底是怎樣？我感覺是把 3 個層級總和加起來，再將平均值下降，我們醫院曾經發生過，輝瑞藥廠在脈優(Norvasc，

降血壓藥)賣 12.4 元時，賣給我們醫院是 9.1 元，藥價調查後一降就降到 8.4 元，變成我們小醫院被欺負到不行，藥局應該更厲害。所以說這 3 家公司是專門在坑健保署的，我對我們李署長感到可憐，非常無奈，所以健保會，尤其是社保司應該想辦法處理這 3 家公司，或哪個單位要回答？

周主任委員麗芳

謝謝謝委員的關心，您所說的案件是屬於繼續追蹤，我們也明確請健保署在 6 個月內提出檢討報告。

謝委員武吉

抱歉！上次也是 6 個月內，這次不能再接受 6 個月。

周主任委員麗芳

請問健保署時間可以快一點嗎？

李署長伯璋

3 個月。

周主任委員麗芳

好，那就 3 個月，本案討論到此，我們繼續進行下個議程！

謝委員武吉

等一下！我再給你 3 個月，3 個月有什麼結果，你要先講一下。我資料都準備來了，我是很認真的，不是在開玩笑的。我們不要再圖利廠商。

周主任委員麗芳

您希望 3 個月後健保署提供什麼資料，您關心的意見，會後可以提供出來，請健保署儘量配合提出檢討報告。

謝委員武吉

應該社保司也要加一份啊！

周主任委員麗芳

社保司是督導，我們先請健保署提出報告。

謝委員武吉

要讓社保司一起負責，是他們在規劃的。

商委員東福

您太關愛我，一直點名我，但是這跟我們沒有直接關係。

謝委員武吉

這個跟全民的健康很有關係啊！他們想要退出市場就退出，怎麼會沒有關係呢？

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

一、謝委員提的是整體藥品市場通路及採購問題，這跟藥價有沒有必然的關聯我不敢說，但是這3家廠商的例子不是很好，因為原廠要不要委託他代理跟健保署怎麼買藥關聯不大，社保司也管不到廠商代理商業之間的契約。比如那3家代理廠商中的裕利，百憂解要退出台灣市場，不是裕利決定退出，而是禮來要退出。裕利只是沒這個藥賣而已，至於給多少價差跟原廠的關聯也較深，這涉及他們之間商業的利潤議題，我覺得這跟我們比較沒關係。

二、但剛剛主席所裁示的，像健保署需要關心健保所採購的藥品，如果有些波動時，包含食藥署在談的缺藥、藥品品質，或是退出市場沒有藥等問題。以前也有很多藥(退出市場)，因為是很重要的藥，健保署後來又設法買回來，我覺得這才是健保署需要關心的重點。至於採購問題、代理商資格、有沒有違反商業登記來做商業行為等議題，我覺得那是經濟部跟其他部會的事，衛福部也管不到。

三、謝委員所提，主要表達的不是那3家廠商，而是我們要關切藥品流通市場跟病人之間的權益關係。請健保署在提檢討報告時，說明有什麼預防機制可以預測市場的變化，讓病人跟醫師

能因應這些處方藥變化。例如醫師開慢箋，如果突然沒藥，病人領不到藥，困難會回到醫師與藥師身上，請健保署從這方面來提因應機制，會比較符合健保會的期待。

周主任委員麗芳

本案討論到此，接下來進行優先報告事項第1案。

參、優先報告事項第一案「108 年度西醫基層總額一般服務之地區預算風險調整基金及相關建議案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

向委員報告，剛剛在前一案本會重要業務報告已經說明除了西醫基層部門外，其他三個部門的地區預算已經報衛福部核定及公告，西醫基層因有些未盡事宜，在這裡提出報告。

一、有關 108 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配方式，其實在本會 107 年第 11 次委員會議，已經討論並且有決議，決議請委員參看會議資料第 61 頁附件一。其中決議一(二)的第 2 點，同意西醫基層總額自一般服務費用移撥部分經費，作為風險調整基金，只是當時討論時風險調整基金金額還沒有確定，所以請醫師公會全聯會儘速將「風險調整基金金額」送本會備查，俾憑辦理後續的公告。

二、醫師公會全聯會已經於 4 月 11 日將風險調整基金金額及用途函送本會，請委員參看第 60 頁說明二的(一)，醫全會建議風險調整基金金額 5 億元，用於移撥點值落後地區。

三、但是醫全會來文中，另外提出 2 項地區預算的相關建議，請委員參看第 60 頁說明二的(二)及(三)，醫全會建議六分區各季費用，67% 依「人口風險因子及轉診型態校正比例 (R 值)」，33% 依「開辦前一年各區門診醫療費用占率 (S 值)」比率分配。另對六分區成長率設有保障下限，五分區費用成長率不得低於 2.176%，東區費用成長率不得低於 1.741%。

四、擬辦部分，本案依委員會議決議，將 108 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配方式報請衛福部核定及公告。至於成長率下限部分，若委員同意，請健保署併入執行面及計算細節，併入執行方案執行。

周主任委員麗芳

請問吳委員國治、黃代理委員振國是否要補充說明？

吳委員國治

感謝各位委員關心，大家都知道六區分配很不容易，所以全聯會內部開了6次會議才能凝聚共識提出報告。

周主任委員麗芳

徵詢各位委員的意見，委員是不是同意本案？(有委員表示同意)請黃代理委員振國。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

這次的 R 值造成內部很大的衝擊，我再次建議 R 值公式真的需要檢討，因為目前的公式讓很多分區的點值明顯過低，再用現有的風險基金調控分配實屬困難，所以我們開了多次會議，建請健保會今年適度做 R 值公式探討。

周主任委員麗芳

請問委員是否有不同的意見？請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

請問風險調整基金額 5 億元，寫 500 百萬元是有特殊理由？為何不直接些寫 5 億元？

周執行秘書淑婉

幕僚是依醫師公會全聯會來文內容摘錄，並沒有特殊意涵。

盧委員瑞芬

直接寫 5 億元會比較清楚易懂，風險調整基金我樂觀其成。

周主任委員麗芳

請周委員穎政。

周委員穎政

一、我呼應一下剛剛黃代理委員振國的意見，健保署有很多研究經費，或許健保會也有些研究經費，地區預算費用分配做了多年，我覺得應該要扎實研究去探討後面導致這些成長的因素，

至少將科學部分先解決，剩下的才是協商。

二、我們常常也沒探討出很好的理論，甚至有些東西已經用了很久，但是明顯錯的東西仍繼續用，既得利益打來打去都沒有什麼解決方式，希望健保署或健保會的委託研究案，能針對現在重大議題或多年無解的問題來做深入探討。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

謝謝主席及多位委員的認同，我接受主席剛剛的表達意見。

周主任委員麗芳

謝謝。

何委員語

一、我在政府機關開會 30 多年，從總統府、行政院、立法院、監察院、司法院到各部會，地方的土地公廟，還有主持地方人士的談判協調會議。我認為，如果委員來這裡不能發言，來這裡做什麼？這是我第 1 個觀點。

二、第 2 個，希望主席您重新定位，剛才我看到有人發言沒有記數，超過次數也沒有修正。我一直在看這個發言統計表，我未來仍要依會議規範走，連律師都來問我修正動議跟附議案，我可將手機的 line(手機即時通訊)給您看。

三、我贊成西醫基層提出公式檢討意見，但是我建議你們正式提案，將執行困難詳細告訴委員。如果只是開會時做一點口頭報告，我們委員不清楚問題所在，希望你們可以深入研究，如果 R 值、S 值再前進時，你們的困擾在哪裡？六分區的分配案困難在哪裡？針對這個公式的困難點讓我們清楚時，我們就會支持。

四、健保署也好，健保會好像都沒什麼研究經費，我們支持你們重新將公式做完整的修正。我擔任委員 10 年來，每次總額協商

後，都為了 R 值、S 值很頭痛，希望你們每個總額部門承辦的單位，能提出 R 值、S 值在推動上的困難點讓我們清楚，我們付費者沒有深入其中怎麼會知道問題所在？建議正式提案，去研究個方案讓我們瞭解。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

一、我贊成何委員語跟周委員穎政的意見，R 值問題每年都重複發生，困難點在哪裡？我知道所有專家學者一直希望讓偏鄉的民眾可以享受到公平的醫療，公式已經用了很多年，是不是可以重新試算？將困難提出來重新試算，看要怎麼做或改進，以上是我呼應 2 位委員的看法。

二、剛剛在會議的發言次數計算方法，應該是每個案子計次，不是累計，如果在會議提出詢問，應將意見表達，這沒有計次的必要，不然算法都不一樣，因為在會議中有很多案子，哪些案子是計次 3 次？建議訂個原則，如果是屬於會議詢問，發言者要先表明，讓計算的同仁能夠區分性質，也不要講得很長，這樣大家比較容易接受。

周主任委員麗芳

非常謝謝干委員文男提出來的意見及說明。關於本案決議為，本案照案通過，請健保署針對地區預算分配方式來召集檢討會議。接下來進行優先報告事項第 2 案。

肆、優先報告事項第二案「衛生福利部『109 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍』(草案)諮詢案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

社會保險司梁組長淑政報告：略

周主任委員麗芳

一、謝謝社保司的報告，也謝謝商司長東福率領社保司同仁舉辦過 4 次的座談會。

二、現在有個突發事件向委員說明，李署長伯璋表示，因為我們會議延宕，但是他 12 點有個非常重要的行程，務必要以署長身份出席。處理的方式是會議繼續進行，但稍後署長會離席，或是委員可否同意將優先報告事項第 4 案往前挪，讓署長親自向委員報告？徵詢各位委員意見，將優先報告事項第 4 案提前是否妥適？(委員表示同意)好，請署長就優先報告事項第 4 案進行報告。

(先進行優先報告事項第 4 案，詳第 72~82 頁與會人員發言實錄)

周主任委員麗芳

現在回到優先報告事項第 2 案「衛生福利部『109 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍』(草案)諮詢案」的討論，請滕委員西華。

滕委員西華

一、謝謝社保司的報告，請大家看到會議補充資料 1 第 33 頁，投影片第 17 張「四、調整因素之內涵：162 億(3/4)」，社保司好意思送出 1 張違反全民健康保險法的投影片嗎？就算是衛福部部長、行政院或是任何高層的指示，我們可以在還沒總額協商之前就提出違反總額架構的規劃嗎？

二、總額公式、費率的計算及健保費都是採隨收隨付制，也就是說，今年收的保費今年用。我們在算當年度平衡費率、5 年平衡費率或精算時的假設，都是依當年度收支為基礎，而總額範圍的高低推估值公式也都是以當年度收支做為主要規劃，總額協商

也是。因此健保法中明定(註)，若任何人想要增加給付，必須提出財務平衡方案，總額若可以寅吃卯糧，還要總額制度做什麼呢？就不會有點值稀釋的問題。

(註：健保法第第 26 條規定：本保險有下列情形之一時，由保險人擬訂調整保險給付範圍方案，提健保會審議，報主管機關轉報行政院核定後，由主管機關公告：一、本保險之安全準備低於一個月之保險給付總額。二、本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務之平衡。)

三、總額預算常會匡定部分預算用於特定用途，DET(Drug Expenditure Target，藥品費用支出目標制)也是匡定固定的費用，超出的部分本來就都要扣除。新藥新醫療科技也是如此，今天也有醫界代表提出相關提案，新藥新科技增加適應症，醫界多次表達預算編列不足。去年總額協商過程中，曾有協商代表提出：「若今年新藥給付超出預算，明年要全數補足」，與會代表都反對，認為不符合總額協商的精神。所以若是罕見疾病藥費超出預算，對不起，不能支用；新藥超出預算也不能支用；醫療服務若超過預算，就是以點值稀釋處理。

四、社保司怎麼可以提出「C 肝藥費要跨年度支應」，而且還要在今(108)年先用，再以 109 年的預算補足，若是這樣，健保費率還算得出來嗎？還需要提出財務平衡方案嗎？還需要匡定新藥新醫療科技的費用嗎？如果這樣，各部門還需要做總額嗎？都隔年補足就好了啊！我們去花子孫的保費對嗎？去花明年的保費對嗎？今年收的保費就是今年用，這就是總額協商的精神，怎麼會想去破壞總額協商機制？

五、C 肝很重要，IO(Immuno-Oncology Therapy，癌症免疫療法)也很重要，今天還有 1 個臨時提案跟 IO 有關，如果都這樣今年先用、明年再補足，那我們是要協商什麼？都不用協商了，也不用公式，愛花多少錢就今年儘量花。PBRs(Pharmaceutical Benefit and Reimbursement Scheme Joint committee，全民健康保

險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議)也不用審議了，因為不足的費用明年通通會補足。

六、若 C 肝這麼重要，行政院或總統府也好，要推動國家根除 C 肝政策，那麼不夠的經費，對不起，請行政院自行編列公務預算執行，編多少我們都沒意見。陳委員炳宏跟李前委員永振一直在爭取「政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式差異所造成的短收費用」，多年來沒有結果，我們有多少錢收不回來就算了，怎麼還可以這樣再去花明年的錢？請行政院自己編 108 年不足的 C 型肝炎藥費 46.6 億元，至於 109 年當年度應該編多少？就編當年度的預算，而不應該 108 年先支用，再於 109 年補足 108 年的不足數。而且，我堅決反對預算跨年度支應。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

本案是社保司的政策諮詢案，會議結束後會有決定。「諮詢」2 個字中就有 4 個「口」，所以各人說各話。站在付費者立場，我完全不同意該諮詢案，不同意理由如下：

一、109 年總額成長率範圍(草案)中，低推估值為 3.708%、高推估值為 5.976%，我向各位付費者報告，109 年總額協商的可協商空間約 100 多億元，非常少。我以前說總額協商是協商 2 隻雞翅，現在是在協商雞腳，這是很不應該的編列方式。

二、總額制度是每年決定每年總額範圍，依據健保法規定(註)及健保法精神，總額協商是依照年度 1 年、1 年的進行協商。今年 9 月將協商 109 年度總額，怎麼可以在 109 年度總額編列預算，拿來 108 年度使用。也不能在協商 108 年度預算時，多協商一些錢留到 109 年度使用。總額協商是以當年度要完成的總收入、總支出、整體收支平衡精神來進行，所以跨年度協商總額預算是很奇怪的事情，真的是很奇怪！這不僅違反總額協商

的規則，也違反總額協商的精神。

(註：健保法相關規定略以：第 60 條，本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。第 61 條第 1 項，健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。第 62 條第 3 項，保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。)

三、107 年 9 月在協商 108 年度總額時，通過編列 C 型肝炎藥費 51.66 億元，部長核定時多加 13.7 億元，總共 65.36 億元，部長在總額協商後有裁量權，我們只好接受。當然委員會議中有很多人提出不同觀點，認為部長不該在協商後再增加預算。要加錢應該從衛福部公務預算拿出來，部長有錢為什麼不加？為什麼要拿全民的保險費來加？108 年度 C 型肝炎藥費共編列 65.36 億元，為什麼還要在 109 年度另外編列 46.6 億元補足 108 年不足款，在明年編列預算給今年用，這完全違反整個總額協商及醫療費用管控機制，完全違反！我認為這不應該，不能在 109 年編列預算來補 108 年的不足。

四、假使協商 109 年度總額時，所有付費者代表一致反對、不同意通過此預算，請問該怎麼辦？付費者代表有權力推翻社保司所編列的 46.6 億元金額，既然付費者代表有權力推翻，108 年已經先花掉 46.6 億元要從哪裡支應？請部長由公務預算支出嗎？但他的特支費也沒那麼多，如果部長有上百億元的特支費，我也很贊成，可惜他沒有那麼多特支費，這是很麻煩的事情。如果這個案子拿出來討論，付費者代表一定表示不同意，因為都還沒進入總額協商，怎麼可以同意目前提出的規劃內容。

五、籲請衛福部於 109 年編列公務預算，也要編列 C 型肝炎藥費預

算。現在都還沒進入 109 年度總額協商，社保司就編列這些預算，假使總額協商不通過，要如何解決？因為還沒進入年度總額協商，我們不同意這個諮詢案內容。

六、再次強調，從健保實施到今年已經 24 年，沒有任何 1 年總額協商在跨年度編列預算的，從來沒有在明年度編列今年度的預算，從來沒有！而且這已經違反法規、總額協商精神及總額制度。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

一、有關 C 型肝炎藥費部分，我完全贊成滕委員西華及何委員語的意見，就不再贅述。

二、另外再補充 1 點，希望不要再重蹈去年總額協商覆轍，把 C 型肝炎藥費所增加的費用排除在高低推估值的範圍之外，若要編列，就在總額成長率範圍內來進行協商。

三、請看會議補充資料 1 第 3、11 頁，有關「因應住院醫師納入勞動基準法衍生營運成本之增加」，109 年度編列 10 億元，資料中看不出這 10 億元是怎麼估算出來的。在社保司舉辦的座談會中，醫院部門代表提出需要增加 170 億元預算，所以編列 10 億元夠用嗎？需要有精確的精算，而不是隨口提出 10 億元、20 億元，不然之後在 9 月總額協商時，會有很大很大的困擾與爭議，這部分需要有數據上的精算及補充。

四、會議補充資料 1 第 12 頁中，106 年國民醫療保健支出占 GDP(Gross Domestic Product，國內生產毛額)比率略為上升。第 20 頁中，107 年實質國民所得年增率是-0.58%，也就是目前國民實質所得呈負成長，而健保支出略為上升，這些資料提醒大家於預算匡列或總額協商時參考。

五、會議補充資料 1 第 18、19 頁中，4 個總額部門的人事費用成長

率都是 2.809%，但 4 個總額部門中有無聘任住院醫師，應該有不同人事成本成長率，我認為這樣的編列不符事實。

周主任委員麗芳

先請潘代理委員延健，再請林委員錫維。

潘代理委員延健(李委員偉強代理人)

一、我用醫界心聲回應剛才委員提出的意見。有關投影片第 17 張「C 肝新藥預算之編列」，照總額精神，預算匡列多少，該年度就用多少，有多少錢做多少事！就第 17 張投影片顯示，顯然原來 108 年匡列的 C 肝新藥預算，預定治療 4 萬人，現在突然要擴增到 7 萬人。現在是 108 年 4 月，108 年度還在進行當中，我們應該要非常務實，有多少預算，就相對執行多少病例。雖然病人需求很重要，但是在去(107)年評估本案時，就已經匡定金額跟適用範圍，所以我也是反對這樣編列。

二、投影片第 18 張「因應住院醫師納入勞動基準法所衍生營運成本之增加」，本項是因政策因素致使醫院營運成本增加。社保司提出的方案，把該項目編列在專款，109 年跟 110 年各編列 10 億元、17 億元，我的疑問跟吳委員榮達一樣，計算的依據在哪？跟醫界過去推算的數據差距很大。

三、資料中又提到，「第 3 年要評估 MCPI(Medical Care Consumer Price Index，醫療服務成本指數)反映情形，減少預算」，推測這個寫法是因醫療服務成本指數屬落後指標，會於第 3 年反映。所以前 2 年用 10 億元、17 億元預算去補。人力成本指數(人事費用)主要是採平均薪資，平均薪資是單價，住院醫師納入勞基法，住院醫師員額是衛福部所掌控，各協會再把員額分配給所屬醫事機構，這個規則是不變的。在住院醫師員額固定的情況下，納入勞基法後，能值班時數就降低，一定要由其他的人員來補不足的時數，那就是 NP(Nurse Practitioner，專科護理師)。

四、NP 跟住院醫師的薪資至少差 2~3 倍，如以這個概念計算，3

年後的人力成本指數，不增反降。所以在評估影響金額時，不能只單純考價的因素，醫院中服務從業人員結構會因為政策改變而變化，所以我建議第 1，本項目用來編列預算的數字要有依據，第 2，第 3 年後的評估是必要的，但是要整體評估，而非直接減少預算。

林委員錫維

- 一、剛才幾位委員都提到對社保司本次提案不是很認同。我也要再次強調，會議補充資料 1 第 3 頁第 7 小項有提到，108 年超出的預算，要以 109 年的預算來回補，真是不知道依據哪個法律想出來的。剛才何委員語提到既然社保司屬於衛福部，應該是用衛福部相關預算處理，否則健保會就不需要總額協商，協商了當年度總額後，107、108、109 年的總額還可以補來補去，這樣到底意義在哪裡？我們真的搞不懂，所以我們無法認同今天社保司提出的內容。
- 二、關於會議補充資料 1 第 32、33 頁提到的調整因素內涵，我們不是批評，也不是不認同醫界增加醫療費用或提升相關設備。我的意思是，既然社保司已經預設立場，健保會所能決定的，前後剩不到 2 百億元的協商空間，幹嘛設立健保會，然後再找這麼多人來討論？社保司提出調整因素內涵要增加 162 億元，根本沒有相關明細資料，只略提幾個相關項目就說要編列這些錢。再來，我們對愛滋病相關費用已經講了很久，社保司應該探討，由整個健保體系繼續支付這樣的費用是否適宜。
- 三、會議補充資料 1 第 33 頁提到住院醫師納入勞基法要增加的費用，前幾次會議也探討過，薪資應該是屬於醫院的營運費用，還要健保醫療費用來支付？這項也應該再探討。記得 2 年前開始推動一例一休時，醫院說至少要增加 20 億元預算，後來數字又改來改去，所以我認為應該在勞基法實際實施後，確實因為加班或其他狀況，真的需要用這筆錢時再提出預算協商。這筆費用是適用勞基法衍生的成本，並不是醫療費用，現在都還

沒實行，如何知道今年、明年要編列 10 億元、17 億元？這 162 億元社保司已經預設立場，我認為本案我們要多加考慮，個人不認同。

周主任委員麗芳

請社保司說明。

商委員東福

- 一、感謝諸位委員對本議題的關心，本案投影片第 3、4 張說明今天的諮詢是總額擬訂程序的一部分，並未侵犯健保會協定總額的權責，我們也不敢侵犯委員權責。
- 二、這只是政策面依法在總額範圍送行政院核定前，送到健保會來諮詢大家意見，大家的意見非常重要。剛才很多委員有提到說哪些事應該是由政府出來做的，這些意見都很珍貴，都會成為將來我們到行政院跟國發會、相關政府單位陳述時的能量，希望委員不吝給予建議。
- 三、大家很關切政府的態度、預算分配或給予的協商空間有多大，我們今天就是很坦誠地提出構想，因為去行政院報告時要有前瞻性的規劃，才有說服力，總額範圍草案產生的過程裡有一些故事，接下來請梁組長淑政說明。

梁組長淑政

- 一、謝謝各位委員的指導。大家比較關心的是新增的「建立中長程協商機制」中，有關 109 年 C 肝新藥經費有部分回補 108 年的費用一節，過去年度總額協商大都是依照當年度醫療供需或政策等所需要的金額來協議，在這情形下，沒有一個完整周延的角度來看，長期所需預算的投入以及成效等，因此希望能建立中長程協商機制，有計畫地協商整體所需之經費，預估逐年所需之預算，並於每年協商時微調。
- 二、就 C 肝新藥預算的處理，即是如此，C 型肝炎藥費自 106 年編列專款預算，真正全面開放給付在 108 年，自從全面給付後所

需治療之病人真的增加很多，預算可能在今年 7、8 月就用完。為提升 C 肝治療效益，所以希望能保有一定的彈性。依政策目標，先預估各年所需治療之病人數及經費，因為是估算值，病人之需求量，初期會隨著給付條件放寬或篩檢的增加而增加，到後面年度病人數可能會較為平穩，因此，希望整個預算編列可以有效運用，但是每年還是會在健保會再做討論，而不是一開始訂了就不變動。

三、剛才委員關心住院醫師納入勞基法衍生營運成本增加專款的數字是如何計算？這是依據醫事司委託研究計畫所作的估算，採以住院醫師納入勞基法後，當住院醫師人數不變的條件下，以加班時數的增加，預估可能增加的預算。依據該研究之結果，預估會增加 17~18 億元。第一年因醫院在人力安排的方式還不確定，因此規劃 10 億元專款，但實際情形還要視 9 月份健保會總額協商結果確定。因為在討論過程中，許多付費者、專家學者也曾提出本項與 MCPI 關係產生競合效果，所以我們認為第 3 年要把 MCPI 的影響納入評估，至於增加或減少預算，我們會再修正文字。

四、關於委員問到醫療服務成本改變率之「人事費用」指數，為何各總額部門採用相同數值一節，在指數之計算，雖然各總額部門均採用主計總處公布之「醫療保健服務業」及「工業及服務業」平均薪資，但因各總額部門之人事費用占總成本之權重不同，因此計算結果也是不同的，可反映不同總額部門成本結構的不同。

周主任委員麗芳

請蔡委員登順。

蔡委員登順

一、剛才各位委員對 109 年度總額預算編列有諸多意見我都予以尊重。總額的概念是用浮動點值來核付，當服務效率、品質提升，致使看診件數、人數降低，點值就會高，甚至每點超過 1 元，

當看診件數、次數多了，點值可能就會低於 1 元。總額已實施多年，大家都可以接受這個總額概念。但是我對今天提到的 C 肝新藥預算有不同看法，因為我們當時談 108 年度 C 肝費用是以 4 萬人計，總額在協定後就不能變動。但是現在需求可能會超過 4 萬人，超過預算的部分如果要以浮動點值支付，醫界可能會反對，那這樣我們就只要做到 4 萬人，不需要做到 7 萬人，因為無法跨年度編列預算來挹注，這是大家要共同去面對的問題。

二、本案與趙委員銘圓的臨時提案相似，健保署估列 108 年免疫療法預算 8 億元，可以治療 1,300 位患者，若收治患者增加 1 倍到 2,600 人，治療費用要不要增加？概念上我認同總額協定後不可變動，但因治療人數增加，有那麼多患者需求，為了讓病人可以儘速得到治療，進而需要增加費用，這是大家可以再思考的。若大家一定要求總額已協定不可變動，人數就可能無法增加，C 肝需求者超出部分被迫須延至明年，否則無預算可用，以上是我不同的看法。

周主任委員麗芳

時間因素，趙委員銘圓發言後，其他委員請提書面意見。

趙委員銘圓

一、協議年度總額時有 2 個重要考量因素，一是付費者付費意願，另一是健保財務考量，這 2 個因素是健保會最應該重視的。依 109 年度總額範圍草案，總額低推估會增加 226 億元，總金額就要 7,419 億元。今年總額是 7,153 億元，若照高推估成長率 5.976% 計算，會增加 428 億元，將達到 7,581 億元。這個數字跟保險收入相差非常大，健保收入只有 6 千億元出頭，以去年為例，保險收支餘绌就已經短差 249 億元，假如依照 109 年度總額草案這樣編列下去，我們的健保安全準備金是不是馬上就快要用完了？依照這樣的總額成長速度看來，110 年務必要調漲保費。

二、整個總額協商範圍的擬定，好像沒有考量健保財務狀況，完全與財務狀況背道而馳，所以我建議是不是整個低推估、高推估不一定要那麼高？這樣的話，對整個健保財務的衝擊絕對是非常負面的。

三、剛剛有很多委員提到因應住院醫師納入勞基法的預算，這部分在社保司舉辦的座談會中，幾乎所有付費者委員都是反對的，因為沒有任何企業的人事成本是由全民負擔，這真的說不過去。過去實施週休二日、企業要買機器或排定三班制的費用，通通都要全民來支出嗎？假如都可以的話，這個政府真是大有為的政府，但是事實上根本不可能。所以這部分經費是不是不要再列進總額？因為人事成本就是醫院經營成本，實在不應該由全民來分擔。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

一、針對剛才蔡委員登順提到 C 肝有不一樣情況，我要講的是，這次 C 肝口服新藥放寬適應症，這些病人相對是可以等待的。況且沒有使用 C 肝口服新藥並不代表健保沒有別的藥可以治療，當時 B 肝就是這樣過來的。沒有錯，我們都要儘量支持救治病人，但我覺得 C 肝跟別的政策沒有什麼不一樣，不應該寅吃卯糧。如果說不能等，癌症病人根本就不應該限定用藥啊，癌症病人面對生命挑戰的困境其實更嚴峻。如果這樣，IO 怎麼能夠限定治療 800 位患者？一樣的道理，不管是 800 位或是 1,000 位，IO 是這些癌症病人最後可以救命的藥了。我的意思是說，如果照這個邏輯，其實藥品根本就不應該有總額的上限，也不要對新藥新科技做什麼限定，因為同樣都是拿來救人。

二、C 肝新藥的部分，健保署跟衛福部有責任訂出優先順序，如果它佔了 4 萬人，這 4 萬人裡面，優先要治療哪些人會得到最大的效益？哪些病人是可以等待隔年？如果這些都不能等，當然

就要進一步預估更正確的病人數，提總額協商啊！不能夠突然間大幅擴大適應症或是增加新病人，然後不夠的錢就用明年的預算來補。如果這個邏輯可以成立的話，陳前委員宗獻以前就提過了，藥品新適應症擴充的費用就應該要補給醫界，但我們都沒有補，就是因為我們有總額費用管控的概念。

三、蔡委員登順的意見我十之八九都同意，也非常欣賞他的見解，因為是我們的老前輩。但是就這點 C 肝新藥的費用編列來說，我覺得並沒有急迫到這新增的 3 萬人非得在今年用掉明年的費用。若真如此，行政部門要自己扛責任，因為是你預估錯誤，責任就應該你自己扛。我們在做健保財務規劃時，連安全準備都計算到當年度 1~2 個月的保險給付支出，就是因為當年度的保費計算的原則。

四、我覺得社保司應該問問自己，能說服得了自己的保險專業嗎？你管保險，你覺得這符合健保法的精神嗎？就長遠估計，未來調漲保費時，你覺得有理由告訴民眾你把前後 5 年的錢都在今年花完了，所以明年要漲保費。這種作法會成為調漲保費的阻礙，我們不會永遠當委員，但是制度不能這樣搞。

周主任委員麗芳

請蔡登順委員。

蔡委員登順

一、滕委員西華的理論我支持，但是我剛才強調的是，因為 4 萬人與 7 萬人的預算不一樣，既然不能跨年度來編列預算(編列 109 年度預算挹注 108 年度的不足)，那就不需要增加人數，用這樣的預算去執行，大家都可以接受。

二、但若要超過 3 萬人，當然對醫界也要有個公平的機制，4 萬人變 7 萬人，增加 3 萬人，費用沒有增加，藥費是固定點值，如藥費占率高會稀釋整體的點值，對醫界而言是不公平的。我個人支持不能跨年度編列預算，總額精神就是這樣。

周主任委員麗芳

一、本案是諮詢性質，本會的職責是提供意見，本案決定如下：

(一)對於衛福部諮詢本會之109年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍草案，本會委員關切意見發言實錄提供該部參考。

(二)諮詢草案中有關於建立中長期(3~5 年)之協商機制一節，涉及未來年度總額預算編列，建議逐年提送本會討論。

二、接下來請進行優先報告事項第 3 案。

伍、優先報告事項第四案「中央健康保險署『108 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告』(併『108 年 2 月份全民健康保險業務執行報告』)」與會人員發言實錄

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

非常感謝李署長伯璋詳細的報告，也看到健保署做了很多努力，尤其李署長伯璋帶領健保署苦民所苦的精神，也讓我們很敬佩。請千委員文男。

千委員文男

一、非常謝謝李署長伯璋，還有健保署所有同仁，這個月最大的醫療新聞並非是藥價減價，而是達文西手術雙重醫療收費，即向病人收費，也向健保署申請費用。新聞報導後，我們剛好在開會員大會，我被罵到臭頭，為何健保署沒注意雙重收費問題，也許以前沒有大事情，沒有雲端藥歷，現在有雲端藥歷，應該可以很清楚，健保署這次也很認真的調查使用情形，值得肯定與鼓勵，等一下請健保署說明。

二、感謝健保署這次附上相關業務主管的姓名與聯繫電話，希望每個月比照辦理，我們可以直接詢問，這次我和他們通了多次電話，直接詢問內容，減少浪費會議時間。

三、依會議補充資料 2 第 1 頁，有關「全民健康保險跨層級合作計畫」修訂案，新增「基層診所專科醫師於星期六、星期日支援地區醫院」部分，我有點不解，以前都是醫學中心、區域醫院支援地方診所，現在換成有些診所支援地區醫院，小的支援大的有點奇怪，請李署長伯璋說明讓我們瞭解這個政策，為何診所要支援地區醫院？如果這樣，基層醫師自己假日開業就好，何必要去地區醫院支援？兩者(診所與地區醫院)間醫師看診的費用是不是不一樣？否則民眾到地區醫院看診要多花錢，感覺

有點違反常理。

四、再來是醫院以病人為中心門診整合照護計畫，希望這個計畫確實可以整合有多重疾病的病人，希望醫院多費點心，這個計畫已經實施一段時間，這個政策跟家醫計畫同時實施，現在家醫計畫有點成果，但是天天跑醫院仍是這些人，希望這個計畫再加強點。

何委員語

一、我肯定李署長伯璋勇於推動整個醫療改革工作，他想了很多構想在推動，我們也大力支持及尊敬他。雲端藥歷目前推動的效果很不錯，我也看了很多雲端藥歷電腦的內容，另外對於 C 肝，基層診所得到費用幫助，讓很多參與 C 肝治療的診所減輕負擔，藥品方面我也參與歐美 12 個國家醫療藥品採購措施的研究方案，看到很多國家在藥品採購方面，有些國家成立中央採購委員會，有些以不同的模式或模組在做藥品採購，這些都可以借鏡。

二、剛剛干委員文男提到達文西手術雙重醫療費用部分，我國目前投資 9 億元成立 AI (Artificial Intelligence，人工智能)學校，從去年開始每年預計培養 800 個 AI 人才回歸產業界，其中有項是如何運用 AI 技術人工智能作為醫療檢驗的新技術，他們也做了很好的簡報，顯示將 AI 智能方式導入檢驗技術，效果非常好，希望這部分跟 AI 學校有連結，將其導入醫療體系執行。

三、以下幾點問題請教：

(一)第 1 點，剛剛干委員文男也提到醫院以病人為中心門診整合照護計畫，計畫已經推動這麼多年，希望能降低醫療浪費，是不是可以做完整的報告，提出大數據，讓給我們參考？

(二)第 2 點，目前 DRGs(Diagnosis Related Groups，住院診斷關聯群)的實施狀況如何？推動到現在遇到什麼困難或阻礙，也讓我們理解。

(三)第 3 點，目前洗腎的點數是多少？以前將近 5 千點，現在每次洗腎支付院所多少點數，也請讓我們理解。

陳委員炳宏

感謝健保署提供的業務執行報告資料，上午提到全民健康保險基金附屬單位結算、預算案時，討論到有關全民健保的財務風險，現在試著用業務執行報告資料，與大家討論作業風險，請看到 108 年 3 月份業務執行季報告第 11 頁「表 5-1 全民健保財務收支分析表」，我們曾關注 107 年度的呆帳是 45.17 億元，成長率是 2 位數 (13.83%)，感謝健保署同仁有做回答；而 108 年第 1 季呆帳已達 16 億元，已是去年同期的三分之一強？這種情形 16 億元的呆帳已佔保費收入 1%，就是要提醒大家的作業風險。

周主任委員麗芳

我們採統問統答，請問其他委員還有沒有垂詢？請吳委員榮達。

吳委員榮達

一、我的意見也跟陳委員炳宏同樣非常關心財務的問題。業務執行季報告第 7 頁「表 2 全民健保各類保險對象人數統計表」，上次的委員會議我也提到相同的問題，看到第 6 類人口數增加，請看業務執行季報告第 15 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 類的收繳率 84.2%，所以欠繳或呆帳有很大的比率是在第 6 類，這非常值得觀察。

二、業務執行季報告第 11 頁「表 5-1 全民健保財務收支分析表」，108 年 3 月底呆帳已到 16.1 億元，如果全年每 1 季的比率都是這樣，可以想見呆帳會到 60 億元以上，每年這樣成長，大概離百億不遠，這是很值得我們去注意及觀察的地方。再來是備註 5.(2)，這部分請用書面回復我，有關保險給付成長 5.14%，這邊提到如排除相關影響數，包含年度總額追扣等，因為我不太懂這些計算或數字，可不可以會後針對這數字來作補充？

三、業務執行季報告第 29 頁，我發現 1 個現象，從去年開始，我

們希望醫院區域級以上醫院門診率逐年下降 2%，我們觀察 107 年第 4 季看到醫院門診的件數成長 2.71%，申請點數成長 6.28%，原希望醫院能夠減少門診量 2%，但是件數及點數仍在增加，這個政策並沒有節省健保的支出，因此這部分要再觀察與檢討，這是我比較擔心的部分。

四、業務執行季報告第 32 頁，慢性病的部分，醫院的慢性病件數及占率成長率高於基層，代表慢性病病人仍喜歡到醫學中心去看病，門診量減少沒有改善，因此政策上要再做整體上的檢討。

五、業務執行季報告第 84 頁「表 29 全民健康保險醫學中心病床增減情形」，總病床減少問題，減少較多的是馬偕醫院減少 7 床，台北榮總減少 5 床，都是減少急性病床，請問原因為何？第 85 頁，觀察醫院總額各層級急診下轉件數，有個很奇怪的數字，地區醫院 1 月、2 月，一下子 -50% 及 -82.35%，為什麼本來成長 33%，一下子 -50% 、 -82.35%，請問是什麼原因？

周主任委員麗芳

請黃代理委員振國。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

很佩服陳委員炳宏的細心，根據保費收繳情形提出個建議，欠繳最多的是第 6 類的投保人口，這幾年的收繳率下降，應該跟健保卡解卡有關，既然解卡是基於社會福利的概念，請問現有的因應機制為何？假設欠費達一定期間，可以訂 3 年或 5 年，欠費民眾也的確是社會弱勢，這段期間未繳的金額就應該由社政單位來補，這是社會福利的範疇，並不是全民健保來做社會福利。建議健保署針對解卡的族群，也就是解卡期間所欠的保費設定一定的期限，若民眾真的無力繳，再催可能也催不出來，應轉成社福單位來編列或補足這個缺口。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

請問社保司的報告案也在這個時候詢問嗎？

周主任委員麗芳

我們等健保署業務報告結束後，再回到社保司的總額範圍報告案。
先請健保署回應。

李署長伯璋

- 一、吳委員榮達提到有關慢性病及分級醫療政策推動部分，坦白說，這是件不容易達成的事。我覺得需要社會慢慢教育、改變民眾行為，才能真正落實，因為不是政府叫他不去就不能去，如果強制執行，醫學中心的病患會反彈，也無法達成目標，但我們會持續注意執行狀況。
- 二、另委員重視民眾欠費解卡後保費催繳回收情形，請同仁回應目前催繳情況。

吳專門委員昕

有關委員關切保險費收繳率下降及呆帳提升的問題，本署皆持續監控中，向各位委員報告：

- 一、首先，請翻至業務執行季報告第 14 頁「表 6-1 全民健保一般保險費收繳執行狀況表」，係近 5 年投保單位及個人一般保險費按保費年月統計之收繳狀況。由於一般保險費開計後，若未按時繳納，本署將依法定程序催繳，經催繳仍未繳納則移送行政執行，故經過的期間愈長，收繳金額越高，以 103 年 1 月至 12 月收繳率為例，經過 5 年之收繳率可達 99% 以上，至於 107 年 12 月保費，因收繳期間較短，截至 108 年 3 月底收繳率為 96.14%，係屬正常情形。
- 二、整體而言，收繳率逐年確實有些微下降，委員提到可能與全面解卡高度相關，事實上經過分析，一般保險費按時繳納率，於全面解卡前後皆維持 95% 左右，並無太大影響，即使稍有降低，亦屬短期衝擊。至於長期收繳率呈現下降趨勢，主要係欠

費移送行政執行期間延長，行政執行分署從嚴核發債權憑證，或欠費對象查有不動產將進行處分，又或單位欠費雖已取得債證，本署仍將依健保法第 38 條向負責人求償，故欠費收回或轉銷期間較過去延長，致收繳率下降。

三、至於呆帳部分，本署為允當表達健保財務狀況，會按帳齡分析法，就應收保險費不同催收階段提列備抵呆帳。由於欠費行政執行階段，呆帳率相對較高，故呆帳金額隨之提升。惟長期而言，保險費收繳率仍可達 99% 以上，請各位委員放心。

四、另吳委員榮達提及保險對象類別間人數變化，第 2、3 類保險對象人數減少，第 6 類人數相對提高。隨著人口老化，工作人口逐漸減少，目前的確有此趨勢。由於第 6 類保險對象，屬於無固定雇主，比較弱勢的族群，保險費收繳率約 85% 左右，相對較低。囿於近年菸品健康福利捐補助經濟困難者健保費計畫之預算遭刪減，致連帶影響收繳率。

李署長伯璋

請蔡副署長淑鈴補充。

蔡副署長淑鈴

一、于委員文男提到「為什麼地區醫院假日有診所醫師支援？」，事實上地區醫院主要還是仰賴醫學中心及區域醫院支援，只有非常少數是假日醫師不足又需要提供民眾服務的時候，才請診所醫師支援。

二、何委員語提到「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，本計畫雖然執行很久，但今年有 1 個重大改變，就是要做到實際整合，特別是跨科用藥整合，未來是不是可以更積極減少民眾的就醫次數及重複用藥、重複檢查，待實施一段時間後會再提報告給何委員語。

三、有關 DRGs 推動的狀態，前年確實想要擴大推動 DRGs，但醫界有比較多的聲音，目前各專科醫學會已提出相關建議，因為

意見非常地多，所以還在彙整當中。

四、有關門診透析目前實際給付多少，依現行醫療服務給付項目及支付標準規定，1 次一般血液透析是 3,912 點，現在門診透析點值是 0.86，所以實際上院所執行 1 次一般血液透析拿到的金額約 3,364 元，急重症(血液)透析是 1 次 4,100 點，折算起來約 3,526 元。

五、吳委員榮達提到 108 年 3 月份業務執行季報告第 84 頁中，有 2 間醫院的病床數減少，這需要再跟個別醫院洽詢原因，會後再提供資料給委員。另外在第 85 頁，有關地區醫院下轉案件數較少部分，因為配合推動分級醫療，目前地區醫院都持續有大醫院醫師去支援，因此能夠在地區醫院治療的病患，就會留在地區醫院接受治療，地區醫院是我們希望壯大的地方，所以下轉案件少是好事。

周主任委員麗芳

謝謝健保署的回應與說明，請干委員文男。

干委員文男

剛剛健保署沒有回應到最近報載院所重複申報達文西手術的部分，醫院一方面向被保險人收取自費，一方面又向健保署申請給付，這部分請健保署再說明清楚些，我也可以將健保署會如何努力、未來會有什麼作為等資訊，轉告給所有的會員。

蔡副署長淑鈴

一、謝謝干委員文男的關心，關於您提到達文西手術的部分，目前除了在攝護腺(前列腺)根除術有依照腹腔鏡手術來給付達文西手術外，其他達文西手術，也就是機器手臂所開的手術，經過醫療科技評估，都認為還不具安全及療效實證基礎，而且金額昂貴，不符經濟效益，因此目前都屬於自費的項目。

二、為什麼會有這個事件？大約在這個月初，健保署根據台灣機器人手臂醫學會 106 年各醫療院所執行達文西手術的統計資料，

與健保大數據交叉分析後，發現有所差異，因此進行全國達文西手術分析。達文西手術是自費的手術，目前院所 1 次收費約 20 萬元左右，但醫院還是另外向健保署申報相關的手術費用，所以我們才展開這次大規模調查，希望能跟醫院合作、釐清，請他們返還重複申報的費用。

三、目前所有執行達文西手術的醫院都非常配合，醫院都已完成第 1 階段個案逐案回復，因為 1 年大概有 2 萬多件達文西手術，所以相關作業非常繁重，我們已經收齊相關資料，現正逐案研析，再看要怎樣把申報的規則讓醫院更清楚，若醫院有重複申報的部分要收回，收回的費用就回到總額。本案因為牽扯案件數量大，而且涉及的醫院家數達 30 幾家，所以目前都還在進行中。

干委員文男

再請教一下，現在收回的情形如何？若醫院說明後，需要還他們清白，就還他們清白，如果需要返還費用，希望健保署下個月能夠提出書面的數據資料。

李署長伯璋

一、向各位委員報告，健保署跟院所及醫師間是一個誠信的關係，健保署沒有能力逐件審核，所以院所申報費用時，我們也是相信院所。這次是因為有間醫院申報的數量太低，經過大數據資料庫分析後，才發現院所有異常申報的情形。

二、我覺得重點是在信任，像吳委員國治也在報紙發表意見，坦白說，我的想法是一切依法行政。健保署同仁有跟我講，不是我擔任署長後才有達文西手術，相關規範都經過一定的程序，所以我敢把公文放在健保署對外網頁讓各界瀏覽。其實醫院院長或醫療事務部同仁都沒有人反彈，因為他們都知道健保有相關的申報規定，因此大家都很認真按規定來回應，反而有一些人好像羅賓漢般行俠仗義發表意見，但我覺得，若是不該拿的，就還給健保，若是有模糊空間，需要溝通討論，我們再針對疑

義來處理。

三、蔡副署長淑鈴之前有向我提到，有遇到疑義案件，會有回報機制。昨天署本部也召集六分區業務組，針對相關原則進行討論，最近會再請各醫院就有疑義的案件來澄清。地檢署也在等健保署處理後，才會再有後續動作，因為這個案子新聞媒體大篇幅報導，地檢署也特別留意。台北有 1 間醫院申請 1 億多點，醫院二話不說，全部要退還給健保署，因為台北區本來分區預算就較高，所以影響也不大，但這代表我們對大數據分析結果也是很重視。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、主席，我要提供 1 個意見給署長參考，因為現在新醫療科技推陳出新，據說達文西手術開價 25 萬、核子刀要 20 萬、雷射刀是 15 萬，這些都是自費項目，患者願意自費就自費，但我認為健保署要思考，如果民眾不要達文西、核子刀、雷射刀等，只選用基本手術，健保還是要全額給付，所以健保署應該可以訂定相關規範，讓民眾選用達文西手術自費時，健保可以支付基本手術費用，也讓醫院有規範可循。

二、我不知道目前健保基本手術費用有多少，也許 1 萬元、1 萬 5 千元或者是 2 萬元，若是健保可以給付基本手術費用，則民眾需要自費的金額可能就會從 15 萬元降到 13 萬元，我認為這樣對病患來說也是福利。因此我認為健保不能一毛不給，用雷射刀一毛不給，用核子刀一毛不給，用達文西手術也一毛不給，這樣也不太合理，未來新醫療科技會越來越多，我認為應該開始著手研議。

李署長伯璋

一、謝謝何委員語，我想這就是 value base(價值基礎)，也就是它的

價值。大約在 2 年前，我們針對達文西手術在攝護腺癌手術部分，證實有它的價值存在，因此達文西手術運用在攝護腺癌的費用健保有給付，醫院可以向病患收取差額。

二、目前在法源上沒有差額負擔，但部長有指示，可以跟醫界討論、重新檢視有哪些手術可以使用達文西手術，讓病人得到更好的醫療服務，依何委員語所提建議，我們也可以考慮給付傳統手術費用。

三、但這是兩回事，目前規定是怎麼樣，我們就依照目前的法規去管理，而未來要怎麼去改善，則是我們可以再討論的。

周主任委員麗芳

因為本案討論時間已經超過 22 分鐘，我徵求再 2 位委員意見，謝委員武吉及黃代理委員振國發言完後，其他委員請提書面意見，委員的書面意見健保署依然會做回應。

謝委員武吉

一、在這裡非常感謝各位委員對達文西手術的注重，及健保署李署長伯璋跟蔡副署長淑鈴對於達文西手術大數據的用心。

二、其實大家平心而論，我們醫界也不是想要怎麼樣，有時可能是屬於申報方面的問題。我在這裡再次拜託我們的署長，給我們醫界有自清的機會，如果達文西手術有重複申報，既然健保署的資料已經跑完了，是不是直接告訴醫院是否有問題，若健保署跟醫院的資料，大家都認為相符、沒問題，就簽名。我希望署長跟副署長若發現有重複申報，請給執行達文西手術的醫院 1 個自新的機會，把費用扣回來就好，不要再加以懲罰，因為懲罰下去非常嚴重，牽涉的科別太多，若所有科別都要停止特約，那個是很麻煩的一件事。我在這裡懇求李署長伯璋及蔡副署長淑鈴，拜託一下。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

一、我想署長跟健保署的官員很認真，應該要予以肯定，但就達文

西手術，我贊成何委員語的想法。新科技一直在進步，像達文西手術剛引進台灣時，很多醫院、醫師都不熟悉，但現在很多醫師在技術上已經提升很多。

二、建議比照白內障、人工水晶體的模式，除了給付的基本手術之外，如果民眾要自選達文西手術，由健保署統一規範，也不會造成達文西手術在不同醫院有不同的價差，如此一來，醫院有規範可遵循，民眾也能夠選擇是用「全部健保給付的傳統手術」或是「付價差使用達文西手術」，這樣民眾端也可以節省費用。

周主任委員麗芳

請王委員文男。

王委員文男

抱歉我再講一下，這個提問引起很多回應，不過電視及報章雜誌也都有大幅報導，委員清楚需要了解。我贊成謝委員武吉所提，希望健保署認真去查，但移送法辦很麻煩，既花錢還耗費人工，剛才黃代理委員振國也有提到健保法第 45 條，本來就有給付的項目，現在給付差額，如果達文西手術現在健保給付訂得太低，就要再重新檢討，我感謝健保署這麼認真，也會轉告相關資訊給我們的會員。

周主任委員麗芳

一、有關優先報告事項第 4 案決定為，本案洽悉。委員所提意見提供健保署參考。委員如有未及表達意見，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，提供本會幕僚送請健保署參考或提供書面說明。

二、接著請委員回到優先報告事項第 2 案。

(繼續進行優先報告事項第 2 案，詳第 59~71 頁與會人員發言實錄)

陸、優先報告事項第三案「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商工作計畫(草案)案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

本案是向委員報告今年協商 109 年度全民健保醫療給付費用總額(以下簡稱總額)的整個協商工作計畫，時間有限，所以簡要報告：

- 一、請委員看到會議資料第 65 頁工作計畫表，今年度的工作項目及內容都比照往年，在協商前置作業部分，會先在 5、6 月委員會議討論協商架構、通則及程序，7 月份進行 2 天各部門總額執行成果評核會議，待衛福部於 7 月或 8 月將總額範圍正式交議本會後，本會會提供委員最新的總額協商參考數據及資料，健保署也會會同各部門總額擬訂總額協商規劃草案。
- 二、要特別跟委員報告前置作業第四項「安排總額協商之相關座談會」部分。本會為了讓委員有充分溝通的機會，往年在 9 月總額協商前，都會辦理一連串的座談會，其中第 1 場是在 8 月份委員會議下午舉辦，過去的經驗是在四總額部門及健保署報告協商草案後，能讓委員進行討論、意見交流的時間有限。為了改善這個現象，這次建議提前到 8 月份委員會議前 1 天辦理，也就是在 8 月 22 日召開全天會議，有一整天充分的時間讓四部門總額跟健保署報告規劃草案，讓委員充分溝通及討論，今年度只有這個部分有做調整。
- 三、再請委員看到會議資料第 66 頁，我們會在 8 月底、9 月初再召開第 2 場座談會，由健保署和付費者代表、專家學者及公正人士進行座談，之後也會另視實際需要再召開座談會。各部門則須在 9 月 5 日將正式提案送到本會，之後就不能再改變。
- 四、正式總額協商是在 9 月 26 日、27 日 2 天進行，協商結果會提委員會議確定，並於 10 月至 12 月進行各部門總額的六分區的地區預算分配，最後在年度結束前把整個 109 年度的總額協商

及分配結果，報請衛福部核定與公告，最後再交由健保署會同各總額部門規劃與執行。

五、如果委員同意以上規劃，幕僚將會修改會議資料第 67 頁「全民健康保險會 108 年度委員會議預訂時間表」，將 8 月 22 日協商會前會的時間單獨列 1 天。

周主任委員麗芳

委員對本案有無意見？(委員表示無意見)本案照案通過。我們先中場休息 10 分鐘，稍後繼續進行討論事項第 1 案。

柒、討論事項第一案「108 年區域級(含)以上醫院門診減量措施執行方式」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請提案委員補充說明。

張委員煥禎

一、我在本會擔任委員 10 多年來，幾乎都以醫院代表的身分發言，以區域醫院協會(下稱區協)名義發言大概不到 2 次。因為我是區協選出來的代表，本案在區協理監事會議中有很多討論，個人答應他們會到健保會報告，我也希望健保會不論是各層級代表、公正人士、付費者代表，可以聽聽我們理監事的看法，希望看看是否可能解決問題。

二、我們提出 2 個訴求：

(一)第 1 個是去(107)年開始實施區域醫院跟醫學中心門診減量 2% 的措施，是否應該要實施滿 1 年後再進入第 2 年，不要只短短實施半年減量 2% 後，馬上又要減量 3.96%。第 2 個訴求是，區域醫院的調整量應該要是醫學中心的一半，我會跟各位說明理由。先說明幾個前提，第 1 個是今天的提案內容不會增加區域醫院收入，第 2 個是今天的決定不會改變區域醫院的總額。

(二)第 2 個訴求是，門診減量是不是真的造成病人就醫不便？我要麻煩消費者代表共同關注這個問題。

三、也就是說，當醫學中心門診減量 2%，將病人下轉給地區、區域醫院、診所，或甚至病人自己到診所、區域醫院就診時，我們區域醫院不僅要接受醫學中心下轉的病人，自己還另外要減少 2% 病人，將他們轉到地區醫院或診所，實施門診減量這半年來，我們區域醫院接收到很多病人的抱怨。

四、區協理監事認為，醫學中心下轉的病人，雖然實際上很多病人

可以到地區醫院或基層看病，但有些確實適合留在區域醫院治療，但現在一律必須下轉。地區醫院不用有 2% 限制，所以下轉給它的病人，可以消化得了。但我們區域醫院一方面得要承受上面轉下來的病人，一方面還是跟醫學中心一樣要將 2% 病人往下轉，這樣會造成病人不便。

五、我看到會議資料中健保署建議及健保會幕僚補充說明，內容很清楚，我就不多做說明。只是對健保署建議(二)之 1.「與 108 年全民健康保險會總額協定公告內容不符，請提案至全民健康保險會再議」，2.「各分區自主管理與門診減量 2% 政策之核扣原則，已有決議不同意『以不重複核扣為原則』之處理方式」，關於自主管理的部分，我們區協的會員醫院不斷的反應，目前健保署六個分區執行此案的作法不大一樣，這點我們會在區協理監事會再作討論，看是否就由各分區自主管理方案去內控，各分區自主管理先協商看是否能達成共識，協商不成再協調，所以擬辦三我們就先不提，我們儘量從自主管理方案內部協商。

六、我倒是比較同意健保會幕僚補充說明三「考量提案委員所提訴求，包含執行期間、門診減量降幅比率及各分區自主管理重複核扣問題等，均涉及實際執行面，爰請健保署先進行相關檢討並提出後續處理建議」。關於執行期間，健保署馬上就認為已經決議了，不用再談，但可以提案至健保會再議。從上面看來，健保會幕僚意見與健保署建議兩者抵觸，健保署推給健保會，健保會反過來說請健保署提出建議處理方式。

七、區域醫院介於醫學中心與地區醫院之間，但就合理門診量而言，我們區域醫院也跟醫學中心一樣被要求，無法像地區醫院可以不用考慮。我覺得不可以所有比較嚴格的要求都要求區域醫院比照醫學中心(如設置標準或人力配置等要求)，但在給付上卻又要區域比照地區醫院給付，有些支付標準甚至比地區層級來得更低。所以理監事希望我在委員會議上反映，既然要分

3層級，請健保會、健保署、衛福部考量3個層級的異同。

八、最後提出幾項建議：

(一)請健保署分析醫學中心 2%下轉後有多少病人下轉到區域醫院就診。因為區協理監事很多院長說，感覺醫學中心下轉病人中至少有一半轉到區域醫院，但我認為沒有數據，不能用感覺。

(二)有關擬辦一，希望健保署跟健保會支持門診減量政策可以在今年 108 年 7 月後，再進行比例調整。委員在其他案子也曾提到，執行 1 年後再檢討調整比較合理，為何下降 2% 才執行半年(107 年 7~12 月)，108 年就要再降成 3.96%。或許委員會認為，當時醫界一直要求延後執行，但這是兩回事。如果大家都認為降 2% 執行半年後就可以直接降成 3.96%，但這樣做，真的會對病人權益造成很大的影響。希望健保會委員支持，請健保署可以認真考慮，希望執行滿一年之後再調整。

(三)有關擬辦二，區域醫院門診減量降幅應為醫學中心之 50% 部分，希望委員能慎重考慮。請健保署幫忙分析，如果區域級(含)以上醫院門診減量 2% 部分，多數轉到地區醫院或基層診所，對區域醫院的影響不是太大，那就沒什麼好說，區域醫院就與醫學中心一樣每年門診量減少 2%，但若區域醫院承受醫學中心下轉超過 50%，是否考慮區域醫院門診減量降幅應為醫學中心之 50%。

周主任委員麗芳

本案擬辦三張委員煥禎已經說明，保險醫事服務提供者內部將自行協商，建議僅就擬辦一、二逐項分開討論。第 1 項，委員是否同意政策執行第 1 年，自 107 年 7 月 1 日至 108 年 6 月 30 日為止？

吳委員榮達

程序問題，建議本案移至下次委員會議再討論，理由是本會有很多

新任委員，對區域級(含)以上醫院門診減量 2% 措施仍不太清楚，若在匆忙之下討論並做成決議，非常不適合。建議本案請健保署或提案委員提供較充分的資料，於下個月的委員會議再做討論，會比較合適。

周主任委員麗芳

先徵詢其他委員意見，請何委員語。

何委員語

一、106 年區域級(含)以上醫院初級照護案件數超過 105 年 90% 部分不予分配，是健保會在協商總額時，所有付費者委員共同的決議。健保署為釐清初級照護的定義，共召開 8 次會議持續討論，確定相關編碼指引分類後找出初級照護案件，已經是 10 月份，故於 11、12 月份才開始執行，對執行面而言，當然時間很急迫。

二、107 年衛福部提出以 5 年降低 10% 為目標，每年減少 2% 的政策。在 108 年總額協商時，付費者委員一致支持此政策。以健保署執行者的想法，執行期間一定是 1 月 1 日至 12 月 31 日，且協商當時，健保署並未提出執行期間自何時起算合適，但從總額制度協商的觀點，實施日期就是 1 月 1 日至 12 月 31 日。建議本案回歸健保署，將詳細的檢討醫院實際執行狀況，提出更完整數據後，本會才能做最後的考量與決定。

周主任委員麗芳

吳委員榮達與何委員語所提建議一致，請問在座委員是否同意？請干委員文男。

干委員文男

一、贊同吳委員榮達的意見，因為前因後果很複雜，新委員可能無法在短時間內了解。本案是因為醫界一直反映，病人都跑到醫學中心等大醫院，地區醫院和基層診所沒生意，因此從 106 年開始執行本項措施。現在已實施一段時間，實施初期是編碼有

問題，又遇到 ICD-9-CM(國際疾病分類第 9 版臨床修訂)與 ICD-10-CM/PCS(國際疾病分類第 10 版臨床修訂/處置分類系統)進行轉換，2 種國際編碼要接軌也造成影響。

二、現在的問題很簡單，執行期間是否同意延後。如果今天就進行討論較為倉促，我傾向吳委員榮達的看法，本案延至下個月委員會議再議。

張委員煥禎

一、我希望了解醫學中心下轉至區域醫院的案件數有多少，也請委員針對健保署應提供什麼資料提出建議，我同意今天先不要討論，下個月再做成決議。

二、之所以提出區域醫院門診減量降幅比率應為醫學中心降幅之 50%，是希望健保署能提供資料，委員才能判斷。請大家儘量思考，本案進行討論及做決議所需的資料，讓健保署先準備。現在不討論細節，只討論準備的動作和程序，於下個月委員會議再議。

三、因為下個月就是 5 月份，本案必須在 6 月份做成決議，而且也沒有違反母法，只是執行期間半年和 1 年的問題。請各位委員對於需要健保署事先準備的資料提出建議，以利下個月能做成決議。

周主任委員麗芳

補充說明，會議資料第 73 頁有載明執行期間、門診減量降幅比率等，另各分區自主管理重複核扣率部分，剛才提案委員已同意刪除。若委員有其他希望請健保署提供的數據，可以書面表示。接下來請謝委員武吉。

謝委員武吉

謝謝主席，我是感覺整個會議有個程序的問題，這是屬於復議案，復議案的程序，應該要先釐清，再進行討論。

周主任委員麗芳

剛剛吳委員榮達所提出的...。

謝委員武吉

拜託主席，我提一個字，復議案的程序問題，這是已經違反了。

周主任委員麗芳

謝謝委員的提醒，剛剛發言的幾位委員，都與吳委員榮達的意見一致，所以本案如吳委員所提建議，延至下次委員會議再討論，不知道委員們是否附議？(委員表示附議)本案決議，本案因為涉及實際執行面，請中央健康保險署協助提供詳細的數據。

蔡副署長淑鈴

如果是提供數據，今天會上這些數據都有，並不一定要在下次會議提供，健保業務執行季報告也有，包括期間與減量降幅比例都有，會議資料第 72 頁的表或是更詳細的表，在分級醫療執行報告中都有，數據是完整的，只是本案要如何討論的問題。

周主任委員麗芳

因為委員還是表示關切，趁這段時間，委員回去後若覺得有資料需要補充，也請 3 日內提供書面意見。

何委員語

請教健保署，本案是不是已經在執行中？

蔡副署長淑鈴

一、請委員參閱會議資料第 73 頁，本會幕僚補充說明一，去年總額協商時就有這段文字，寫得非常清楚，協商就是 1 年。張委員煥禎提出本案的緣由，是因為 107 年從 1 月至 12 月，門診本來就是要減少 2%，這是協商結論。但因為是新措施，所以本署與醫界協商如何執行，花了半年的時間討論計算邏輯，直到 7 月 1 日才開始執行。張委員認為 7 月 1 日到 12 月底只有半年，希望能延至 108 年 6 月底，當成第 1 年門診-2%，108 年 7 月以後才是第 2 年度的-2% (亦即減少 3.96%)。但這樣概念有違去年的協定事項，才提到健保會討論。

二、第 2 項訴求是區域醫院與醫學中心現在的協商結論都是-2%，希望區域醫院能否不要-2%這麼多，該 2 項訴求都違反去年的協定內容，所以本署建議到健保會再討論。至於委員提到更詳細的數據，其實今天會議中提供的數據都很足夠。

三、今年的第 1 季點值在 5 月份就要結算，但健保會開會日期在本署醫院總額研商議事會議之後，所以會先結算第 1 季，下個月再討論本案時，研商議事會議已經開完，會有技術上的問題。若今天有決議，有助於後續執行較無爭議。

周主任委員麗芳

謝謝蔡副署長淑鈴的說明，剛才提到本案若延至下次會議，執行上可能稍有困難，但仍要詢問吳委員榮達，剛才的建議是否仍維持？

吳委員榮達

建議本案仍延至下個月討論，因為很多新委員無法進入狀況，即使有數據，要了解實質內涵並做成決議，我覺得不容易，還是建議本案延至下個月再討論。

周主任委員麗芳

好，本案就維持剛剛的決議，因涉及實際執行面，請健保署協助提供詳細數據，提下次委員會議討論。

張委員煥禎

本案有時效性問題，如同蔡副署長淑鈴所提，只有健保會有權建議修正。再次強調，對區域醫院而言，總額沒有差，區域醫院協會建議消費者文教基金會進行民意調查，區域醫院門診占全台灣三分之一，本項措施是不是真的造成民眾就醫不便，消費者應該比我們更關心這個問題。

周主任委員麗芳

本案委員已充分表達意見，今天討論確實有困難。另決議增加一點，依提案委員的建議，刪除提案內容之說明三及擬辦三。請進行討論事項第 2 案。

捌、討論事項第二案「基於加強民眾對美容醫學及手術選擇的慎重度，增進民眾自我健康管理意識，促進提供美容醫學及手術之醫療人員與機構落實品質安全等，建議其所造成事故的健保醫療費用支出，不應由全民負擔及全民健保支付，應由執行美容醫學及手術機構負擔所有健保發生的費用」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請提案委員補充說明。

謝委員武吉

一、全民健康保險屬於社會福利保險，這是我們要確定的方向與方針，依社保司和健保署給的答案，好像社保司都在逃避責任，第 1 項就用健保法第 1 條來卡，最後的二之(三)才把小小的幾個字寫在上面：「另健保法第 51 條明列本保險不給付範圍」。健保署比較有明顯的說法，依健保法 51 條第 3 款，美容外科手術非全民健康保險給付範圍。我今天所提出的案件，因為美容所產生的醫療事故，由全民健康保險費用負擔，對全國的民眾是非常不公平、不正義的事實與行為。

二、我認為，第 1 點，我們要落實健保法第 51 條第 3 款，第 2 點，醫美市場都是自費市場，健保法也寫的很清楚，健康醫學美容。主要是醫學美容以後產生的醫療事故，報紙幾乎每天都可以看到，所以我們應該要去了解，追蹤其適當性與必要性。舉例來說，像是隆乳結束後，隆乳的東西跑到腹腔去，誰要負擔責任？應該由醫美醫師、診所或醫院負擔責任。還有臉部美容腫起來，去醫院住院和門診，都由健保負擔是不正確的。最重要的還有麻醉，很多麻醉都是自己處理，麻醉後所產生的醫療事故需要急救，都是到指定的緊急急救醫院處理，這些費用也是健保負擔，是否應該由診所、醫師、醫院或是美容醫院，這 3 部分由他們負擔。對於我們的操作方式，可以用代位求償或患者檢舉方式，處理的方向是開刀醫院、診所、醫師來負擔在

健保發生的費用，應該由他們負擔，而不是由健保署負擔。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

本案的立意是對的，我們很清楚美容不屬於健保給付範圍，其所衍生的醫療問題，除隆乳外，常見的還有抽脂或雷射造成的燙傷。誠如剛才所說，去年台鐵普悠瑪列車出軌事故的肇事原因，屬於健保不給付範圍，衍生的費用也應該由健保署向發生事故的醫療院所代位求償。醫美診所都有投保商業保險，因為其屬於商業行為，所產生的費用在保險之內，故健保署應該代位求償，讓發生事故醫療院所承受該負擔的責任，由其投保商業保險以規避風險，而不該由健保支付。

周主任委員麗芳

請問其他委員有無意見？請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

支持謝委員武吉及黃代理委員振國的意見，也是健保法在維護醫療資源分配、民眾保險負擔比率、部分負擔等公平性的立法意義之一；健保法第 43 條規範到自行負擔，我們可以考量，自費美容所造成事故的健保醫療費用支出，這部分更需要回歸健保法第 43 條的管控，因為這些都是屬於美容醫療的人為所衍生出來，而不是我們所共識的自然生老病死等醫療保障；認同本案之建議，不該由全民健保支付。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

滕委員西華有要事先離開，她有 3 點意見請我代為表達，原則上我也同意她的看法，以下表示 3 點意見：

一、本案所提為醫美相關事故，看似容易，但臨床定義有待商榷，且事故的範圍很廣，在時效上是 1 年內發生或是有一定時限內，同時是否有其他干擾因素導致？除了考量臨床定義是否清

楚外，要由誰判定是醫美造成的故事？因為難以瞭解成因，醫美過程面尚有諸多考量點。

二、如果本案通過，就需要修改代位求償的相關法規，因為不在目前代位求償的範圍中。假如修改代位求償的法規，那就會衍生邏輯問題，例如，因醫師行為導致的醫療糾紛，依本案邏輯，後續治療就不屬於健保給付範圍，在這種情況下，健保真的能不給付後續治療嗎？同樣，如果因求助密醫導致後續不良影響，是不是也不在健保給付範圍內？

三、本案不能只考量醫美，因為有定義上的問題，相同的邏輯亦須運用到相關狀況，需要全盤考量。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、我原本想請教健保署，如何界定民眾使用醫美的原因，這點很重要，我認為本案要擱置，因為健保署無法列清單說明是因為自認不漂亮想美容，還是因為天生兔唇需要美容，這牽涉到醫療人權問題，也沒辦法界定是為了瘦身才要抽脂，我認為本案不能通過，我建議擱置，要請健保署明確列出健保給付及不給付的項目。

二、假如民眾因意外被毀容、被潑鹽酸，就要向兇手求償，如果兇手沒錢要向誰求償，被害者的醫療權益損失太大了，被潑硫酸都要自付醫藥費用。健保署能否明確規範出健保可給付及不可給付的項目，到時再來處理本案比較恰當，現在通過，以後爭議會很多。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

我贊成何委員語後半段的發言，因為會衍生很多問題，我們還沒有

聽健保署對本案的看法，現在只有片面之言，不清楚健保署執行上是如何，現在就做決議有困難，如果能提供更清楚的資訊，像是項目到底該不該支付，目前執行面是如何處理，不然草率通過以後會有很多的問題。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

一、我也贊成本案擱置，提案是針對美容醫學的部分，若看健保法第 51 條，不列入保險給付範圍項目並不只限於醫美，還包括藥癮治療及其他治療等，若這些治療也造成事故時，是否也同樣要追討健保支出的費用？

二、第 2 點，到底屬不屬於醫美，連醫事司都很難界定，更不要說健保署。

三、第 3 點，如盧委員瑞芬所提，需要先判斷醫療責任，即使是非醫療行為的醫美手術，還是需要先判斷責任問題，如非歸屬於醫療院所責任，這樣還要追討健保費用嗎？我認為提案內容還不成熟，建議擱置。

周主任委員麗芳

請健保署簡短回應。

蔡副署長淑鈴

一、依健保法第 52 條，因戰爭變亂，或經行政院認定並由各級政府專款補助之重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災所致之保險事故，不適用健保法，即保險不給付之意。另，健保法第 51 條是針對所列項目健保不給付，即執行第 51 條所列項目，當次的費用健保不給付。

二、除此之外，依健保法第 1 條，保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，健保都必須給付。所以健保在給付時，不會問生育、疾病、傷害的因果，只要非屬健保法第 51

條、第 52 條，病人在醫師面前就不再論其成因。如剛所提的隆乳，因材料跑到腹部，造成事故來就診，目前都有給付。

三、如果還要論因，有多少案件需要論因？要如何論因？事故要衍生多久的費用？每件都是一個個案，無法一一釐清，而且不知道時間有多久，技術上也會非常地困難。委員應該思考健保法整體架構的精神，我們究竟要從何種角度來看待這件事情。

四、另外，健保法第 95 條提到代位求償，主要針對汽車交通事故、公共安全事故，及其他重大之交通事故、公害或食品中毒事件等，有代位求償的法源，如果還要增加其他代位求償項目，除了要考量技術上能否釐清外，也涉及到修法。

周主任委員麗芳

請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、我感覺上大家講得好像有道理，但是我這個是拋磚引玉，如果我們在這裡就 block(擋置)起來，等一下記者問我，你們都 block 起來，以後大家就儘量鼓勵醫美，這樣好嗎？不好！這個是要保護我們健保費用不要過度支付，這個是最主要的原則，我這是拋磚引玉。

二、我剛才已經舉例了，因為醫美發生了很多事情，今天早上聯合報就報導了，很明顯，這是社會大眾很注重的一件事情，因為有牽扯到我們將來的醫療費用要不要調漲的問題，如果醫療費用太多的時候，我們的保費就會調漲，如果調漲的話，就變成我們委員沒有盡到我們的責任和義務。

三、我是拋磚引玉，健保署要好好思考，應該要如何一樣一樣的把它排列出來，看看哪一項應該是由醫美做的，他們也要賺錢，他們不是財團法人制，都是用公司經營的。我們高雄市，前 2 年就發生過 3 間醫美診所的連鎖公司，一個晚上就把 3 間診所全部關門。

四、所以我在這裡拋磚引玉，希望我們的委員也能夠瞭解這個狀況，到底我們要不要保護？要保護的話，真的是一定要保護，不要把它 block 起來，block 起來對臺灣的老百姓沒有公平和正義。

周主任委員麗芳

有關本案決議，考量現階段實務執行可行性，本案擱置，至於委員所提意見，送請健保署研析未來執行之可行性。

謝委員武吉

不是擱置，不要講擱置這 2 個字，留到以後再討論，不要說擱置。

陳委員炳宏

請容許我融合蔡副署長淑鈴及謝委員武吉兩方的立場，剛剛蔡副署長提到的「因」，我們也關心美容醫療事故所衍生出來的「果」，如果不是自然生老病死等原生醫療費用支出，而是因為美容事故，導致後續消耗醫療資源去補救，我們是在幫一個果；而謝委員武吉建議的是幫一個因，其實我們在企業經營上或者是世代教育上，「幫因」比「幫果」重要，是幫民眾避免無謂的病因，找回全民健康保險中的「健康」，是本提案的初衷，也就確保健康的因，他的發想值得大家重視。

周主任委員麗芳

本案即使擱置，未來仍可以再提案，因為多數委員都是贊同這樣建議。

謝委員武吉

主席剛才也有委員說請健保署先釐清，希望把這個案子留給健保署明列相關的細目。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

一、我想告訴委員一個事實，現在醫美診所，尤其做雷射治療的，大部分背後的老闆都是儀器廠商，就像洗腎一樣，很多醫療人員只是當打工仔而已。現在儀器一直在升級，廣告及促銷比比

皆是。我自己是醫師，也了解健保署在認定上有些模糊地帶，但有些因果關係比較明確的案例，如明顯打了過量雷射造成的燙傷，不管是修法或其他做法，讓這些人知道，過度使用醫療的人要負責，具有提醒功能，也許只有求償一件，但具有宣導的意義。

二、我自己是醫師，醫療單位都是我的好朋友，但我要提醒大家，謝委員武吉的提案是讓大家省思，也許今天用不到，也很難認定，但是隨著案件不斷發生，我們應該從研議的觀點切入，未來有無辦法明確規範這些案件，不是費用的問題，而是讓民眾了解這樣的行為，請大家要謹慎。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

如同吳委員榮達說述，我想本案先擱置，你的意見健保署都有聽到，其他委員也了解你的好意，但案子本身沒有聚焦，我建議本案擱置，謝委員武吉的建議大家都有聽到，本案繼續討論下去也無法決議，我贊成擱置。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

一、我原本不想發言，但不發言不行，我對醫美真的是一肚子火，今年1月1日開始，「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」(下稱特管辦法)中對醫美相關規定的放寬讓我一肚子火，可能很多委員都不知道，抽脂還分成5千毫升以上及5千毫升以下來管理，一個需要專科醫師執行，一個則不需要專科醫師，5千毫升與4,999毫升的危險性有什麼差別？

二、雖然健保會是討論健保相關費用問題，但我對本案的關注性排在特管辦法修正問題的後面，我認為還是要好好研究一下特管

辦法有關醫美部分，那才是攸關全民健康和福祉。

周主任委員麗芳

請許委員馮洪。

許委員馮洪

一、各位委員好，我原本也不想講話，但今天提到好幾次新委員這個身分，其實新委員不會搞不清楚狀況，因為大家都是被遴選進來的委員，我分3個面向，我們有醫療專家委員，我們有財務專家委員，以及被保險人代表，我們被保險人代表關注於是否危害被保險人權益，當被保險人權益損失時，我應該出來表示意見。

二、本案談到醫美，我有個會員的女兒念台大研究所，遭遇八仙樂園粉塵爆燃事件，受到80%燒燙傷，父母親辭掉工作陪伴女兒復健，全家都很辛苦。我很贊同委員所述，事件是有因果的，但她是遭受意外的，我們可以放棄這麼優秀的人才嗎？她後續還是需要許多醫療照顧，我認為應該為被保險人爭取權益。

周主任委員麗芳

有關本案決議，經過各位委員充分討論，本案擱置。另，委員關心美容外科手術非屬本保險給付範圍，其所造成事故的醫療費用不應由全民健保支付之意見，送請健保署參考。

謝委員武吉

主席請教一下，擱置以後再送請健保署來瞭解狀況的時候，以後的power(效力)是什麼樣？

周主任委員麗芳

因為健保署也會研析未來執行的可行性，等到議案成熟之後再來提案。

謝委員武吉

不要說擱置，你可以說這個案子可以列入參考，以後再來繼續追蹤，不要擱置。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

本案在議事上已經提出擱置，也有 3 位委員同意，表示有人附議了，徵求大家的意見以後，本案不能通過，也不能繼續追蹤，即使移請健保署參考，也要看健保署能不能列出完整、詳細的項目，能列出來再重新提案，我覺得這樣比較恰當。如果列入繼續追蹤，下月又繼續追蹤，繼續追蹤的案子就特別多，我還是建議擱置。

周主任委員麗芳

謝委員武吉，不好意思，多位委員是表達本案擱置。

謝委員武吉

那好，如果主席是這樣裁示決議，等一下如果有記者採訪我，我就說我們委員擱置，你們醫美可以儘量做。

周主任委員麗芳

一、我想各位委員沒有此意，謝委員您的提案也很重要，辛苦委員了。

二、目前是下午 1 點 57 分，離會議結束的表定時間還有 3 分鐘，徵求各位委員的意見，是否要進行討論事項第 3 案？(委員：下次吧！)好，討論事項第 3 案移至下次會議討論，今天會議到此結束，謝謝大家！

詢問(委員會議)日期：108 年 3 月 8 日
電子郵件回復委員日期：108 年 4 月 17 日

有關健保會請健保署針對 108 年 3 月份(108 年 3 月 8 日) 委員會議與會人員發言實錄(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」)；議事錄 P.61-62)提供相關書面資料，健保署說明如下：

委員意見摘要	健保署說明
<p>張委員煥禎</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	有關委員建議將配合於業務執行季報告中呈現。
周主任委員麗芳 這部分請健保署未來配合辦理。	

健保署 108 年 3 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.4)

一、「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」部分條文修正案

配合所得稅法第14條修正兩稅合一設算扣抵制之廢除及因應產創條例，我國學術或研究機構分配股票予我國創作人，並針對近年來實務作業情形，部分不可歸責於扣費義務人之情事，需明訂補充保費處理方式，爰衛生福利部於108年4月2日修正發布「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」部分條文，並自107年1月1日施行，修正要點如下：

- (一)配合 107 年 1 月 1 日修正施行所得稅法第 14 條廢止兩稅合一設算扣抵制，刪除股利所得定義之「總額」文字。
- (二)因應 106 年 11 月 22 日修正施行之產業創新條例第 12 條之 2，有關分配股票予我國創作人應扣取補充保險費，明訂保險對象應扣取之補充保險費如無現金或現金不足之扣取方式。
- (三)保險對象因稅務機關更正所得類別而需繳納補充保險費，或其他因不可歸責扣費義務人事由致其未扣、少扣補充保險費情事時之處理方式。

二、「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」修訂案

- (一)108 年 2 月 22 日經衛生福利部衛部保字第 1081260065 號核定在案；108 年 3 月 4 日健保醫字第 1080002593 號公告，並自 108 年 4 月 1 日起生效。

(二)為鼓勵地區醫院假日提供醫療服務，修訂重點如下：

1. 現行規定「基層診所皮膚科、眼科、小兒科、耳鼻喉科專科醫師支援地區醫院急診」維持不變；新增「基層診所專科醫師於星期六、星期日支援地區醫院」。
2. 支援上限由現行規定之 40 診次，修訂為「個別地區醫院每月接受支援上限為 40 診次。當月星期六開診率達 100% 且星期日開診率達 50% 以上者，該月接受支援上限為 50 診次。」。

三、「108年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」開業計畫管理原則修訂案

(一)本修訂案於108年3月12日健保醫字第1080032895號公告。

(二)依108年3月7日召開之108年第1次西醫基層總額研商議事會議，討論近期院所反映本方案開業計畫管理原則執行疑義，修訂重點如下：

1.「執行開業計畫第4個月起每診平均人次未達3人者」，不予支付保障額度一項：考量本方案公告時程及診所因應時間，同意展延至108年1月起第4個月開始執行。

2.保障額度一項：

(1)為使醫療服務量能達一定標準，促使醫療資源不足地區民眾獲得適當醫療服務，閾值及折付比率維持108年原公告。

(2)文字補充修正「第25個月起，須達保障額度60%，未達50%者以50%核付，50%以上未達60%者，以實際申報點數支付」。

(3)開業計畫及巡迴計畫執行情形補充說明如下：

A.開業計畫依施行區域分級每月支付最低保障額度：第一級20萬點、第二級25萬點及第三級35萬點，至第36個月止。

B.108年施行地區共計115個，截至108年3月止，計有12個地區執行開業計畫，114個地區執行巡迴計畫(如附表)。

分級	每月保障額度	執行開業計畫鄉鎮
第一級	20 萬	無
第二級	25 萬	宜蘭縣冬山鄉、新竹縣橫山鄉、高雄市 杉林區、臺東縣太麻里鄉(4個鄉鎮)
第三級	35 萬	新北市石碇區、新北市雙溪區、新北市 平溪區、苗栗縣獅潭鄉、苗栗縣南庄鄉、 臺南市南化區、屏東縣滿州鄉、臺東縣 東河鄉(8個鄉鎮)

四、衛生福利部 108 年 4 月 2 日發布修正「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」第二條附表一案

(一)本辦法自 108 年 4 月 2 日以衛部保字 1081260105 號令發布施行，並自 108 年 4 月 4 日起生效。

(二)修正重點如下：

1. 為減少保險對象接受器官移植手術之財務負擔，將「移植器官」列為重大傷病項目，手術當次由醫師逕行認定，免申請證明，而捐贈器官者摘取器官之相關費用亦免自行負擔部分醫療費用。
2. 為落實於中華民國領域外接受器官移植之法定通報義務，明文要求申請重大傷病證明前，應依法完成器官移植通報。

五、「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」修訂案

(一)本修訂案於 108 年 3 月 14 日健保醫字第 1080003099 號公告，並自公告日起生效，原計畫展延至 3 月底。

(二)本案規定醫院整合門診最低開診診次及承作醫師需完成 6 小時教育訓練，為利醫院準備，給予緩衝期，自(108)年 7 月 1 日生效。

(三)本案修訂重點如下：

1. 執行模式：參與本計畫之醫院(或整合團隊)，應檢附計畫書申請，並經保險人審查通過月份開始實施。

(1) 未開立整合照護門診模式：

醫院(或整合團隊)未開立整合照護門診者，同一保險對象如同一日於參與計畫醫院就診多科，並由最後就診醫師整合開藥及處置者，得僅收一次部分負擔。

(2) 開立整合照護門診模式：

承作醫院應先行報核整合門診之門診時刻表、診次及醫師等，並將相關資料上傳健保資訊網(VPN)。規定醫院整合門診最低開診診次(平日看診日每日醫學中心至少 2 個診次，區域醫院至少 1 個診次)。

2. 開立整合照護門診模式之相關規定：

- (1) 承作醫師資格：不限專科別，但須完成 6 小時教育訓練課程。
- (2) 照護對象：本署不再主動提供名單，由參與醫院依保險對象最近 3 個月符合下列條件之 1 者予以收案照護：
 - 甲、給藥日份 ≥ 28 天之案件中最近 3 個月申報之主診斷中有 3 種(含)以上慢性病，並經 2 位(含)以上醫師看診者。
 - 乙、最近 3 個月至少申報 2 次(含)以上慢性病連續處方箋且最近 3 個月申報之慢性病連續處方箋用藥之藥品品項數合計達 10 種(含)以上，並經 2 位(含)以上醫師看診者。
- (3) 費用核付：診察費依看診階段給付不同點數，分別為門診整合初診診察費(1,500 點)、門診整合複診診察費(1,000 點)共 2 階段，並於整合完竣後，回歸一般門診(每個案限申報 1 次初診及半年內 2 次複診)。

六、居家輕量藍牙方案(108 年 3 月 1 日上線)

為減輕醫護人員到居家提供醫療服務時身分辨識與資訊查詢所需設備之重量，開發以藍牙讀卡機取代健保卡專屬讀卡機，以手機或平板電腦取代手提電腦，及「居家輕量藍牙 app」。醫護人員攜帶藍牙讀卡機、手機或平板(安裝前述專用 app)到民眾家中，可於案家取得健保卡就醫序號、讀、寫與上傳健保卡之就醫資料、查詢健保醫療資訊雲端系統及產製處方箋 QR 碼等類似於診間之看診作業。

七、本署「107 年政府機關(構)資通安全稽核」表現優良獲行政院頒獎

行政院國家資通安全會報(簡稱資安會報)於 107 年度由 150 個候選機關中遴選 30 個受稽機關執行資安稽核作業，本署於 6 月 11 日至 13 日及 7 月 3 日分別接受行政院稽核團隊技術檢測及實地稽核作業，稽核結果本署表現優良，獲行政獎勵及頒發獎座。108 年 3 月 12 日行政院資通安全處函知本署，資安會報於 3 月 20 日由陳召集人其邁進行績優機關頒獎典禮。

貳、承保業務(P.5-P.8)

一、投保單位數統計(P.5)

108 年 02 月投保單位約 91.0 萬家(含社福外勞單位 20.2 萬家)，較去年同期增加 2 萬 2 千家，成長 2.49%。

二、保險對象人數統計(P.5)

保險對象約 2,391.1 萬人，這一年外來人口增加約 3.5 萬人(屬工作人口約 3.2 萬人)，連同國人納保率提升增加 2.4 萬人及其他投保異動，合計增加約 5.9 萬人。

三、平均投保金額統計(P.5)

108 年 1 月基本工資調升為 23,100 元，第一類至第三類平均投保金額為 38,392 元，較去年成長 2.23%，第四至至第六類與去年相同。

參、保險財務業務(P.9-P.26)

一、現金收支情形(P.9)

本(108)年度截至第 1 季保費收入 2,173.71 元，醫療費用支出 1,545.17 億元，其他收支淨餘 45.93 億元。

二、權責收支情形(P.9)

本(108)年度截至第 1 季，保費收入 1,528.07 億元、保險給付 1,595.94 億元、呆帳費用 16.10 億元、其他收支相抵結餘 44.77 億元，合計保險收支淨短绌數 39.20 億元，依法收回安全準備填補短绌，收回後安全準備餘額為 2,086.79 億元，折合約 3.92 個月保險給付。

三、直轄市政府欠費情形(P.13)

(一)截至 108 年 3 月底，高雄市政府 101 年以前健保費補助款欠費 68.67 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 3 月已撥付 18.14 億元，餘 12.61 億元將於 7 月撥付。

肆、醫療業務(P.27-P.44)

一、107年健保總額全年預算為6,853億元，預算成長率為4.711%。

二、醫事機構家數(P.27)：

108年2月底有21,294家，特約率92.75%，較1月減少1家院所(西醫診所增加1家、中醫診所減少5家、牙醫診所增加3家)。

三、醫療費用申報：

(一)總費用點數(P.28)

1. 107年第4季為1896.4億點、成長率為5.06%，中醫部門9.73%成長較大(醫院5.22%、基層3.89%、牙醫3.95%、中醫9.73%)，中醫除自第4季就醫人數轉為正成長且成長率達3.1%外，藥費調升2點(成長15.2%)、針傷科處置費調升5點(成長10.5%)，為成長之可能原因。
2. 107年1-4季之成長趨勢為7.99%、5.63%、2.91%、5.06%，全年成長5.35%，較106年全年成長5.89%微幅下降。

(二)醫院(P.29)：

1. 107年第4季為1,269.5億點、成長率為5.22%，分析如下：
 - (1). 門診：藥費成長貢獻最大(占增加點數之47.2%)，係因107年增編C肝(49億元)、新藥(24億元)..等預算影響。
 - (2). 住診為特殊材料成長貢獻最大(占增加點數之18.3%)，其次為手術費貢獻度12.3%。
2. 107年1-4季之成長趨勢為9.22%、7.10%、3.69%、5.22%，全年成長6.24%，較106年全年成長6.84%微幅下降。

(三)基層(P.29)：

1. 107年第4季為309.2億點、成長率為3.89%。
2. 107年1-4季之成長趨勢為6.69%、1.37%、0.95%、3.89%，全年成長3.21%，較106年全年成長3.69%微幅下降。

四、 106 年至 107Q3 各總額部門平均點值，尚稱穩定(P37)

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
107 年第 3 季	0.9520	0.9278	0.9577	0.9287	0.8620

註：5 大總額部門平均點值約為 0.9256

伍、 業務推動主題摘要(P.136-P.152)

一、 推動分級醫療及區域以上門診減量措施

107 年推動分級醫療相關措施：

(一)自第 3 季起推動區域醫院以上醫院門診減量。

(二)強化醫院與診所合作，鼓勵轉診獎勵措施：

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。

(三)提升基層服務量能，開放跨表及家醫計畫

(四)資訊共享，健保雲端查詢系統。

二、 108 年 1-2 月分級醫療執行情形(P.136-P.150)

本項資料更新至 108 年 1-2 月，請委員參考

(一)總就醫次數申報及各層級占率變化情形(P136)：醫學中心及區域醫院就醫次數占率較去年下降，轉診案件如以接受院所層級來說，108 年 1-2 月轉診率為 1.01%，相較去年同期(0.81%)微幅成長。

接受院所層級	單位：千件			
	107 年 1-2 月		108 年 1-2 月	
	值	轉診率	值	轉診率
總就醫件數	49,144		48,016	
轉診件數	400	0.81%	487	1.01%
醫學中心				
總就醫件數	4,997		4,325	
轉診件數	168	3.35%	191	4.41%
區域醫院				
總就醫件數	7,043		6,240	
轉診件數	186	2.64%	216	3.47%
地區醫院				
總就醫件數	4,692		4,890	
轉診件數	45	0.95%	67	1.36%
基層院所				
總就醫件數	32,412		32,562	
轉診件數	2	0.005%	14	0.042%

(二)區域級以上醫院 107 年 7-12 月門診件數，符合 2%範圍之門診件數，合計較去年同期下降 2.3%(詳表 39)，其中 19 家醫學中心於 Q3、Q4 分別有 13、11 家達標，71 家區域醫院分別有 57、44 家達標。

(三)本案就未達標者將予核扣，107 年下半年約共核扣 5 億點，各分區核扣金額及提升該區點值如下表：

區域級以上醫院 107 年 7-12 月份門診件數未符合降低 2%範圍核扣點數							
分區/項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
核扣點數(億點)	2.24	1.35	0.17	1.03	0.10	0.00	4.89
醫院總額一般服務部門預算金額(億元)	764.38	294.62	387.47	310.83	329.85	60.47	2147.61
點值影響	0.0029	0.0046	0.0004	0.0033	0.0003	0.00004	0.0023

三、 癌症免疫新藥健保給付進度(P.151)

(一)健保自 108/4/1 日起生效給付 PD-1、PD-L1 免疫檢查點抑制劑，適應症範圍包括黑色素瘤、非小細胞肺癌、泌尿道上皮癌、典型何杰金氏淋巴瘤、頭頸部鱗狀細胞癌、胃癌、腎細胞癌、肝細胞癌等 8 種癌別 11 個適應症，108 年預估開放使用名額約 800 人。

(二)截至 108 年 4 月 8 日，已有 320 位癌患順利完成申請，案件經審查醫師優先審查後，已核定 131 個案件開始使用這些免疫新藥，有 62 個案件因不符合給付規定而未予同意給付，另有 32 個案件因資料缺失被退件，其餘案件尚在審查中。

(三)本署會持續密切評估個案申請進度與整體經費使用情形，並適度調整或擴增使用名額。

(四)癌症免疫新藥因其多重適應症特性，致使藥品給付規定繁雜，臨床醫師與藥品供貨廠商陸續提出修訂建議，例如擴增給付範圍與使用名額、放寬生物標記(PD-L1)檢測標準，以及檢測費用納入健保等。本署將於彙整各界意見後，定期檢討，依藥物擬訂會議之決議，修訂藥品給付規定。

(五)為了瞭解這些免疫新藥的實際治療效益，本署已建置登錄系統蒐集患者用藥情形，並已委請醫藥品查驗中心協助進行真實世界資料評估(RWE)，本署亦將參考評估結果定期檢討這些免疫新藥的給付範圍，分析新藥給付是否符合經濟效益，為病人的用藥安全與健保財務把關。

四、配合「全民健康保險藥品費用分配比率目標制(DET)」超出額度所進行之藥品支付價格調整(P.152)

(一)107 年藥費超出「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」額度為 58.3 億元，今(108)年依該超出金額及全民健康保險藥品價格調整作業辦法，所進行之藥品支付價格調整結果，自 108 年 4 月 1 日生效。

(二)此次藥價調整後，可減少藥價差及緩和藥費支出的成長，調整效益可運用於支付新藥及適應症範圍擴大，並穩定醫療付服務點值，使得全民共享藥價調整之效益。

附表_108 年執行巡迴計畫鄉鎮

分區別	承作單位	執行巡迴計畫鄉鎮
臺北	基層	基隆市七堵區、新北市三峽區、新北市坪林區、新北市石門區、新北市雙溪區、新北市萬里區、宜蘭縣頭城鎮、宜蘭縣壯圍鄉、宜蘭縣冬山鄉、宜蘭縣五結鄉、宜蘭縣三星鄉(11 個鄉鎮)
	醫院	新北市石碇區、新北市三芝區、新北市平溪區、新北市貢寮區(4 個鄉鎮)
北區	基層	新竹縣橫山鄉、新竹縣芎林鄉、新竹縣峨眉鄉、苗栗縣公館鄉、苗栗縣銅鑼鄉、苗栗縣西湖鄉、苗栗縣三灣鄉、苗栗縣獅潭鄉(8 個鄉鎮)
	醫院	苗栗縣南庄鄉、苗栗縣造橋鄉、新竹縣北埔鄉、新竹縣寶山鄉(4 個鄉鎮)
中區	基層	臺中市新社區、臺中市石岡區、臺中市大安區、彰化縣福興鄉、彰化縣大村鄉、彰化縣埔鹽鄉、彰化縣二水鄉、彰化縣田尾鄉、彰化縣埤頭鄉、彰化縣芳苑鄉、彰化縣社頭鄉、南投縣集集鎮、南投縣名間鄉、南投縣中寮鄉、南投縣魚池鄉、南投縣國姓鄉(16 個鄉鎮)
	醫院	南投縣鹿谷鄉、彰化縣大城鄉、彰化縣永靖鄉、彰化縣竹塘鄉、彰化縣伸港鄉、彰化縣芬園鄉、彰化縣溪州鄉、彰化縣線西鄉、臺中市外埔區(9 個鄉鎮)
南區	基層	臺南市學甲區、臺南市後壁區、臺南市東山區、臺南市下營區、臺南市官田區、臺南市西港區、臺南市七股區、臺南市北門區、臺南市楠西區、臺南市南化區、臺南市左鎮區、臺南市關廟區、臺南市龍崎區、雲林縣古坑鄉、雲林縣大埤鄉、雲林縣二崙鄉、雲林縣崙背鄉、雲林縣東勢鄉、雲林縣褒忠鄉、雲林縣元長鄉、雲林縣口湖鄉、雲林縣水林鄉、雲林縣四湖鄉、嘉義縣布袋鎮、嘉義縣溪口鄉、嘉義縣新港鄉、嘉義縣六腳鄉、

分區別	承作單位	執行巡迴計畫鄉鎮
		嘉義縣東石鄉、嘉義縣義竹鄉、嘉義縣鹿草鄉、 嘉義縣水上鄉、嘉義縣中埔鄉、嘉義縣梅山鄉、 嘉義縣番路鄉、嘉義縣竹崎鄉(35 個鄉鎮)
	醫院	雲林縣台西鄉、雲林縣林內鄉、臺南市將軍區、 臺南市大內區(4 個鄉鎮)
高屏	基層	屏東縣新園鄉、高雄市內門區、高雄市六龜區、 高雄市永安區、高雄市田寮區(5 個鄉鎮)
	醫院	高雄市杉林區、高雄市甲仙區、屏東縣南州鄉、 屏東縣枋山鄉、屏東縣九如鄉、屏東縣竹田鄉、 屏東縣鹽埔鄉、屏東縣車城鄉、屏東縣滿州鄉 (9 個鄉鎮)
東區	基層	花蓮縣壽豐鄉、花蓮縣光復鄉、花蓮縣富里鄉、 花蓮縣瑞穗鄉、臺東縣東河鄉、臺東縣大武鄉、 臺東縣鹿野鄉、臺東縣太麻里鄉(8 個鄉鎮)
	醫院	花蓮縣玉里鎮(1 個鄉鎮)

註. 桃園市觀音區 108 年截至目前未提供巡迴服務，係因 107 年第 4 季每診次平均就醫未達 5 人，原提供服務醫院於 108 年未申請巡迴計畫。

(補充資料第49頁)

臨時提案第二案「建議107年『全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案』(以下稱方案)全年結算金額超過預算額度部分，由108年同項方案其他部門預算『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』項目支應案」

.....

衛生福利部社會保險司意見：

尊重貴會之討論。

政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數計算比較

單位：億元

計算項目	106年度			107年度			
	收入面		支出面		收入面		
	保費分攤原則 ^{註1} =(A+B)÷ 64%×36%	給付支出原則=(C+D-E)× 36%			保費分攤原則 ^{註1} =(A+B)÷ 64%×36%	給付支出原則=(C+D-E)× 36%	
		健保署	委員共識 (107.4.16會議)	健保署		委員共識 (107.4.16會議)	
保險對象負擔 A	1,970			2,014			
民營雇主負擔 B	1,695			1,780			
保險給付支出 C	-	5,997		-	6,316		
應提列或增列安全準備 D ^{註2}	-	-98	0	-	-250	0	
其他法定收入 E ^{註3}	-	173		-	138		
政府應負擔健保總經費 F	2,061	2,061	2,097	2,134	2,134	2,224	
政府已負擔一般保險費	1,462			1,489			
政府已負擔補充保險費	44			44			
中央政府已實質負擔保險費	71			71			
政府已負擔保險費 G	1,577			1,604			
政府應負擔健保總經費 法定下限36%不足數 B=F-G	485	485	520	530	530	620	
差異數→	-35億			-90億			

備註：

製表日期：107/04/22

- 健保法第3、17條規定，保險經費扣除其他法定收入後由三方分擔之，政府負擔其中之36%，因此由保險對象及民營雇主負擔之64%，反推計算總保險費及政府應負擔健保總經費。
- 有關應提列或增列安全準備，健保署係以保費分攤原則計算所得之實際營運值計入。
- 依健保法第17條規定，法定收入即為保險經費扣除三方分擔保險費後之金額，包含滯納金、保險資金及安全準備運用收益淨額、菸品健康福利捐、公益彩券盈餘、呆帳提列及其他等。
- 部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。