

衛生福利部全民健康保險會
第5屆111年第1次委員會議事錄

中華民國 111 年 1 月 21 日

衛生福利部全民健康保險會第5屆111年第1次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國111年1月21日上午9時30分

地點：本部301會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：范裕春、李德馥

出席委員：(依姓名筆劃排序)

干委員文男、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮、李委員永振、李委員麗珍、卓委員俊雄、林委員恩豪、林委員敏華、侯委員俊良、柯委員富揚、胡委員峰賓、翁委員文能、翁委員燕雪、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍、張委員澤芸、許委員驍洪、陳委員石池、陳委員有慶、陳委員秀熙、陳委員建志(中華民國牙醫師公會全國聯合會徐常務理事邦賢 10:52 以後代理)、黃委員金舜、黃委員振國、楊委員芸蘋、劉委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊、滕委員西華、鄭委員素華(全國工人總工會楊副理事長峯苗代理)、盧委員瑞芬、賴委員博司、謝委員佳宜、顏委員鴻順(中華民國醫師公會全國聯合會張秘書長必正代理)、台灣總工會(補聘中)

請假委員：趙委員曉芳

列席人員：

本部社會保險司：盧副司長胤雯

中央健康保險署：李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、張組長禹斌、戴組長雪詠

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、洪組長慧茹、邱組長臻麗、
陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第8~10頁)

貳、議程確認：(詳附錄第10~11頁)

決定：

- 一、同意將臨時提案「建請健保署針對高死亡率癌別優先給付免疫療法新適應症，並請衛福部設立國家癌症藥品基金，提高癌症病人新藥使用機會」納入本次委員會議程，安排於報告事項後討論。

二、餘照議程之安排進行。

參、確認上次(110年第8次)委員會議紀錄：(詳附錄第12~16頁)

決定：確認。有關委員關心平均眷口數事宜，請中央健康保險署依法辦理。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第17~36頁)

決定：

一、上次(110年第8次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤項次2及達解除追蹤條件1項，解除追蹤；擬解除追蹤項次1改列「請中央健康保險署就109年藥費超過目標值74.6億元的使用情形具體說明」，繼續追蹤。

(二)擬繼續追蹤1項，繼續追蹤。

二、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

達解除追蹤條件項次2~5，解除追蹤；項次1改列「請中央健康保險署提供塗藥支架納入全額給付評估結果之參採情形」，繼續追蹤。

三、請各部門總額相關團體及中央健康保險署於本(111)年2月21日前配合提供下列資料，以利後續辦理評核作業：

(一)110年度執行成果評核項目內容(草案)修訂建議。

(二)111年度重點項目及其績效指標。

四、本會訂於本年4月21~22日至中央健康保險署東區業務組，辦理業務訪視活動與第3次委員會議，時間為2天1夜，請委員預留時間。

五、餘洽悉。

伍、優先報告事項：(詳附錄第37~51頁)

報告單位：本會第三組

案由：「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核定結果及後續相關事項，請鑒察。

決定：

- 一、請中央健康保險署依衛生福利部函示及核(決)定事項所列時程，完成法定程序及提報本會等相關事宜；並儘速會同醫院及西醫基層總額相關團體，研訂新增項目之執行內容，且將「執行目標」及「預期效益之評估指標」提本年3月份委員會議確認。
- 二、委員所提意見，送請衛生福利部及中央健康保險署研參。

陸、討論事項：(詳附錄第 52~96 頁)

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：111 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)，提請討論。

決議：

- 一、請中央健康保險署參考委員所提意見及本會補充說明三，研修 111 年度方案內容後，依法定程序陳報衛生福利部核定。意見摘要如附件一。
- 二、自 111 年起，請中央健康保險署定期於第 2 季(5 月)業務執行報告，提出前 1 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略。

第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：111 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案，提請討論。

決議：

- 一、同意中央健康保險署所送之「111 年度各部門總額一

般服務之點值保障項目」，如附件二。

二、委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：有關「111年度全民健康保險牙醫門診總額12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」(草案)，提請討論。

決議：

一、同意所提計畫，請中央健康保險署依法定程序辦理後續事宜。

二、委員所提意見，送請中央健康保險署研參。

第四案

提案人：林委員敏華、馬委員海霞

代表類別：保險付費者代表

案由：有關「全民健康保險各部門總額執行成果評核會」的委員組成，建議應由本委員會的專家學者及付費者代表等共同擔任，提請討論。

決議：本案併入本年3月份委員會議之「各總額部門110年度執行成果評核之作業方式(草案)」討論。

柒、報告事項：(詳附錄第97~99頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：110年12月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署回復說明。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關「111年度各部門總額依協定事項需於110年12

月底前提本會報告之項目」辦理情形，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

捌、臨時提案：(詳附錄第 11 頁)

提案人：李委員麗珍

連署人：干委員文男、何委員語、吳委員鴻來、李委員永振、林委員恩豪、林委員敏華、侯委員俊良、馬委員海霞、張委員文龍、許委員駢洪、陳委員有慶、楊委員芸蘋、劉委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊、賴委員博司

代表類別：保險付費者代表

案由：建請健保署針對高死亡率癌別優先給付免疫療法新適應症，並請衛福部設立國家癌症藥品基金，提高癌症病人新藥使用機會，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

玖、臨時動議：無。

拾、散會：下午 14 時 15 分。

本會委員對於「111 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」意見摘要

- 一、訂定本方案之預期效益(例如實施改善方案之後可節省之費用)，及對應各項實施策略之具體管控項目與目標值，目標值宜具有方向性，並逐年滾動檢討其合理性。
- 二、就 110 年執行未達標之管控項目，應檢討其原因並提出改善策略，以利 111 年加強辦理。另不宜因為疫情而暫緩追蹤管控項目項次 3、4、8。
- 三、建議增加管控項目，例如：急診病人使用麻醉藥物止痛就醫次數、地區醫院在醫院總額之合理占率、大型醫院門診占整體醫療費用比率等。

111 年度各部門總額一般服務之點值保障項目

部門別	保障項目及支付方式
中醫門診	「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件(每點 1 元支付)。
西醫基層	一、論病例計酬(每點 1 元支付)。 二、血品費(每點 1 元支付)。 三、西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280 點×季申報總住院數(每點 1 元支付)。
醫院	一、門診、住診之藥事服務費(每點 1 元支付)。 二、門診手術(每點 1 元支付)。 三、住院手術費、麻醉費(每點 1 元支付)。 四、血品費(每點 1 元支付)。 五、主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數(每點 1 元支付)。 六、地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)。 七、經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(註 2)。 八、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點 1 元支付) 九、區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費(每點 1 元支付)
門診透析	一、腹膜透析之追蹤處理費(每點 1 元支付)。 二、偏遠地區之門診透析服務(每點 1 元支付)。

註：1.藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

2.以前一季該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付。

第 5 屆 111 年第 1 次委員會議
與會人員發言實錄

壹、「主席致詞」、「議程確認」、「確認上次(110 年第 8 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

報告主席及各位委員，大家早安，現在時間 9 點半，已達開會時間，委員出席人數也達到法定開會人數，可以開始開會，先恭請主席致詞。

周主任委員麗芳

- 一、各位委員、中央健康保險署(下稱健保署)李署長伯璋、蔡副署長淑鈴，全民健康保險會(下稱健保會)同仁、健保署同仁，以及與會貴賓，大家早安！大家好。今天是 2022 年新年第 1 次的會議，可以說是喜氣洋洋，也是農曆年前我們迎接農曆年的會議，先預祝大家新年快樂、虎虎生風。在今天桌上有非常多的資料，首先先感謝李委員麗珍，她帶了 1 份錢母，預祝大家新的 1 年財源滾滾、萬事如意，這個錢母是已經在金山財神廟加持過，感謝她！另外也謝謝護理師公會全國聯合會，持續守護大家的健康，今天桌上的口罩不是普通口罩，是防護力非常高的 KF94 口罩，可以提升大家的防護力。李委員麗珍委員進來了，再次感謝您的錢母(眾人鼓掌)。
- 二、今年的元旦，1 月 1 日在總統府前面的升旗典禮，是由我們醫界的五師共同舉辦，西醫部分，由中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫全會)主辦，包括邱理事長泰源，黃委員振國、顏委員鴻順、翁理事長文能、陳理事長石池、吳院長鏘亮、朱院長益宏等；其次在中醫部分，是由中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)柯理事長富揚帶隊，藥師公會全國聯合會(下稱藥全會)由黃理事長金舜帶隊，護理師公會全國聯合會，由高理事長靖秋、張委員澤芸帶隊。牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)則由陳理事長建志、徐主委邦賢帶隊，再一次感謝所有醫界夥伴，在過去 2 年，以及從今年開始也持續在守護我們，可以說是

防疫的國家隊，尤其今年又有護理國家隊加入，我相信今年我們一定會否極泰來。

- 三、其次再報告，藥全會新會館在 1 月 3 日落成，同時開幕啟用，是不是也恭喜藥全會(眾人鼓掌)，能夠在有關藥師的品質上持續精進，守護國人。
- 四、接著，也很感謝新北市醫師公會顏理事長鴻順，還有醫全會在 1 月 16 日共同舉辦「疫情後，醫療制度的省思與變革」醫療論壇，包含李署長伯璋，陳委員秀熙進行專題演講，在綜合討論當中包括黃委員振國、滕委員西華、干委員文男、馬委員海霞、李委員麗珍等多位委員積極的參與，也激發很多腦力激盪，非常感謝，這個會議相當圓滿。
- 五、再來就是在中醫的部分，很感謝柯理事長富揚，長期為國人的健康奔走，特別是在清冠一號的創新研發上面積極奔走，目前清冠一號衛生福利部已經核准，也納入健保給付，很感謝李署長伯璋也一起幫忙、共同守護人民的健康。
- 六、開春後有非常多活動，是不是邀請幾位理事長簡短說明，先請藥全會，因為請帖最紅，請黃理事長金舜簡短說明。

黃委員金舜

周主委、李署長、在座所有委員，大家好！也祝福新的 1 年所有的委員平安、快樂。藥全會 2 個事情報告，今年我們沒有辦尾牙，是 3 月 16 日在君品飯店 5 樓辦春酒，非常歡迎所有委員可以出席參加。第 2 個部分，在 5 月 18、19 日我們會舉辦參訪活動，本來是去年就要辦，但因為疫情關係停辦，所以這次參訪我們很期盼所有委員都可以出席參加，我們安排 1 間藥局，還有另外在嘉義新港有 1 間藥局，跟當地診所醫生配合做長照、家庭藥師推動活動，希望所有委員可以撥空來出席參加，謝謝。

周主任委員麗芳

謝謝，也請委員踴躍出席。請中全會的柯理事長富揚說明。

柯委員富揚

謝謝主委，還有我們李署長伯璋、蔡副署長淑鈴，在座所有的健保會委員，大家早安、大家好。我們這次的主辦活動是每年 1 次的國醫節慶祝大會，3 月 17 日是從 1929 年延續到現在，是第 1 次中醫走向街頭，那天就稱為國醫節，慶祝大會是在新北市，今年委託新北市中醫師公會承辦，是在 3 月 12、13 日 2 天，我們開幕式是在 3 月 13 日週日早上 10 點，下午 3 點會舉辦中醫門診專案總額成果計畫研討會，6 點半是晚宴；另外在 4 月 6、7 日舉辦偏鄉巡迴醫療訪視，這次的專案計畫實地訪視活動，其實是延續去年因為疫情關係沒有舉辦，這次也是一樣，我們到瑞穗鄉、萬隆鄉，比較偏鄉的地方去看整個巡迴醫療執行的情況，請委員蒞臨指導，給予中醫更寶貴的建議，誠摯邀請所有委員蒞臨指導。

周主任委員麗芳

謝謝邀請，也請委員踴躍出席，陳理事長建志因為是從嘉義趕上來，也謝謝陳理事長，在元旦升旗當中所付出的努力。有關西醫基層部分，因為 2 位委員代表還沒到，等他們到了以後再向大家說明。今天會議開始，謝謝大家。

陳委員建志

主席，我也報告一下。主席、委員，大家早安，牙醫今年的參訪預定在 5 月 12、13 日，也請各位委員到時候撥空來給我們牙醫，尤其是弱勢的醫療服務給予多多指導，詳細行程會再向大家報告，謝謝。

周主任委員麗芳

好，謝謝，讓我們共同期待疫情能夠控制下來，今年所有的實地參訪活動都能夠順利執行，也非常感謝大家費心規劃，會議開始，謝謝。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉

- 一、本次議程安排除了討論事項第四案是委員提案外，其餘都是按照本(111)年度工作計畫排定，計有優先報告事項 1 案，是 111 年度各部門總額及其分配方式核定結果。
- 二、討論事項計有 4 案，前 3 案分別為 111 年度抑制資源不當耗用改善方案，依 111 年度總額協定事項提會之點值保障案，及牙醫試辦計畫案，第 4 案是李委員敏華跟馬委員海霞所提有關各部門總額執行成果評核委員組成建議案。
- 三、報告事項 2 案，是健保署例行業務執行報告，本次不做口頭報告，還有 111 年度各部門總額依協定事項需於 110 年底前提本會報告之項目。以上議案皆有時效性，建議本次會議皆需討論完成。
- 四、另外有一項臨時提案，在補充資料第 1 頁，請委員參閱，是李委員麗珍在 1 月 13 日提案，因為過了提案時間，所以用臨時提案方式處理，本案有干委員文男等 16 位付費者委員全數連署，案由及提案說明內容在補充資料裡，就不做說明，請主席徵詢委員意見是否同意在這次或下次會議來做討論，如果決定在這次會議討論，建議安排在報告案結束以後再予討論，不過要提醒各位委員 2 點半這個會議室有本部其他單位要使用，本會必須在 2 點鐘結束，以上。

周主任委員麗芳

非常謝謝周執行秘書淑婉的說明，關於議程確認的部分，各位委員是不是就尊重幕僚同仁的建議，原先排定的討論事項及報告事項都有急迫性，臨時提案就安排在討論事項及報告事項結束後，再看看是否還有時間，若時間足夠就將臨時提案納入討論，各位委員是否同意？

干委員文男

同意。

周主任委員麗芳

議程確認，接下來進行上次(110 年第 8 次)委員會議紀錄確認。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳

各位委員對上次會議紀錄的內容有無提出垂詢的部分？請李委員永振。

李委員永振

- 一、主席、各位委員，大家早。會議資料第3頁，本會重要業務報告決定的(一)擬解除事項1項，對這結論我沒有意見，但當時要解除追蹤時，我曾提2個請教健保署繼續提供資料，1個是109年的平均眷口數的數字，另1個關於業務執行報告中的安全準備提存情形表。
- 二、平均眷口數我已經請教了2、3次，何委員語也提到平均眷口數是否可以在去年底公告。我看到健保署有回應，但並沒有提供109年平均眷口數的數字，也沒有公告，只回應111年還是適用0.58人，這個我知道就不需要再請教健保署，我是要109年的平均眷口數的數字。至於安全準備提存表的詢問就不見了，連提都不提。為何要強調這個，因為平均眷口數在過去有不好的經驗！就以今年適用的0.58人為例，0.58人是107年底的數字，當年不依法公告，還要提會討論，才從109年開始適用，又被拗了1年。以前平均眷口數由0.7人降到0.62人時就被拗了8年，雇主代表沒有要求退回多繳的保費，但是繼續這樣不好嘛！李署長伯璋不是一直強調公務人員要依法行政嗎？是不是健保署及社保司可以好好研議一下對這部分怎麼來依法行政，2個案都是跟法有關。
- 三、另外1個案是全民健康保險法(下稱健保法)第76條，健保署的答復也是了無新意，是否可以按照目前情況，看怎麼樣去將它規範。我希望這邊解除追蹤，但以上2件事情，另成案追蹤。

周主任委員麗芳

李委員永振的建議，等一下在報告事項健保署的業務執行報告當中，會請健保署做補充說明，請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、謝謝主席，在上次會議時，我有特別提到關於分級醫療的狀況，會前收到健保署的資料，就是健保會同仁準備健保署的回復資料，109 年減量目標已達成。我這邊有個資料，請健保會同仁投影一下(詳議事錄第 103 頁)，這資料非常熱騰騰的，是今年 1 月健保署剛公告在網頁上，每 1 家醫院在 110 年 11 月的門住診申報點數，我將 20 多家醫學中心拿出來給各位看，藍色是門診成長率，跟 109 年比較點數的成長率，看到幾乎有 7、8 家醫學中心 110 年 10 月點數的成長率與去年同期比都超過 10%。我要再強調是門診，橘紅色是住診成長率看到是降低，但是門診看到都是大幅度成長，左邊成長率是 10%，所以大家看到資料是非常恐怖，這是第 1 點。
- 二、第 2 點表格上方有 1 條曲線，是所有醫學中心的門診占率，幾乎都高於 50%，也就是說門診點數占整體申報醫療點數都超過 50%，甚至包括國家級的醫院像是台大醫院也有 56%，還有一些醫學中心的門診申報點數超過 60%，這個概念是說所有申報裡面 60%來自於門診，我們一直強調說醫學中心應該是以急重症，這裡門住診率應該是包括急診，但我手上沒有資料無法算出急診占多少百分比，這有數據上的不精確，但看起來確實醫學中心大部分以門、急診為主。
- 三、這表示 106 年推動分級醫療政策是完全沒有效果的，雖然件數減少，健保署這邊回復件數都達標，但是這裡面有一點吊詭的是，符合分級減量的件數有達標，還有整體件數有達標嗎？整體的件數沒有達標也沒有降下來，這裡面有很多細節我不再贅述，但也拜託健保署跟衛福部針對分級醫療政策，尤其疫情過了後，一些醫療服務的反彈，這時候一定要有作為趕快進來，上次開會有提到，李署長伯璋有回復說衛福部陳部長時中有一些措施在 1 月 19 日選舉完後就會處理，但我不知道社保司這邊有無補充，馬上要過年了，過完年開會就 2 月底，這件事是非常急迫的。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

主席、商司長東福、李署長伯璋、蔡副署長淑鈴，各位委員大家早，剛剛因為電視台追著要訪問夜間降壓措施對於產業的影響，被追到本部大門口去訪問。剛才我進來才聽到李委員永振提到平均眷口數的事情，平均眷口數雖然健保署有修了 1 個辦法，但是健保署 109 年沒有公告也沒有宣布，雖然 110 年寫出 0.58 人，不要心虛，應該還是要公告一下，到底是不是維持 0.58 人？在我感覺這 2 年出生率一直降下來，老人退休越來越多，到底平均眷口數實質上是多少？我們要很明確的數字，如果平均眷口數維持不變，讓大家知道就公告嘛！若有變更，就應該要確實公告變更的數字，不然在工業總會開會，還是有人會問我們到底平均眷口數是多少，不管有無改變，希望這數字可以更明確讓外界知道，這是很重要的，這是我們的建議。

周主任委員麗芳

非常感謝各位委員寶貴意見，也請各位委員放心，李署長伯璋等一下會就委員垂詢部分，在健保署業務執行報告說明。會議紀錄確認，接下來進行本會重要業務報告。請李委員永振。

李委員永振

會議紀錄確認我沒有意見，我要回應剛才主席說對李署長伯璋及健保署的信任，也不是說不信任，但是過去的經驗真的是讓我們很寒心。平均眷口數從 0.62 人降為 0.61 人是依法公告，接下來我就一直追，健保署同仁第 1 年跟我講，說因為是 0.605 人，所以四捨五入，第 2 年是 0.603 人，還是適用 0.61 人，但這不是四捨五入，是直接入，接下來再追就不說了！後來到 107 年平均眷口數已經 0.58 人，還是不公告，直到委員提案討論之後，才從 109 年適用，過程是這樣，是過去的經驗真的讓我們很擔心，所以才一直在追這個數字。是不是還是 0.58 人，就把數字拿出來，或者是說已經是 0.57 人

、0.56人了，但是因為哪些考量還是要用0.58人，如果大家同意的話，我可以接受，但不能說相應不理，好像這樣就可以過去了，這樣是不行的，這是等於逃避監理。

周主任委員麗芳

署長說要劍及履及、展現效力，他要立即回應，請李署長伯璋。

李署長伯璋

不過說實在的，剛才李委員永振跟何委員語的意見，商委員東福要不要回應一下？

商司長東福

...，(李委員永振發言)。

李委員永振

這個我沒有意見，因為公告的職責是健保署的，你們要請社保司回應是會後去協商，雖然決定權是在社保司我也知道，但依法是健保署要公告，不要推給社保司，昨天翻出我們的會議紀錄來看，你們推來推去都沒有答案，很糟糕。

周主任委員麗芳

現在是在確認會議紀錄，所以希望議題不要發散，如果李署長伯璋現在要回應，就請署長直接說明，商委員東福您要補充的話，請等一下。

商委員東福

李署長伯璋的回應是叫我回應。

周主任委員麗芳

拜託各位委員，李署長伯璋跟商委員東福回應後，請不要再發言了，大家若還有意見，等業務執行報告時再討論，不然現在會議紀錄的確認無法結束。

李署長伯璋

請財務組同仁回應一下。

陳副組長振輝

平均眷口數的調整不是單一因素的考量，而係參酌健保財務平衡及民眾負擔等整體考量。去年因為疫情影響對於國內的衝擊很大，保險費率維持 5.17%。在這樣的情況下，平均眷口數是比較適宜維持 0.58 人，以上說明。

周主任委員麗芳

商委員東福您這邊有要補充說明嗎？

商委員東福

我的補充其實如同剛剛李委員永振講的，這是保險人應該公告的事項，我也尊重保險人的說明。

周主任委員麗芳

會議紀錄確認，若還有意見，請在業務執行報告再行討論，進行下一案本會重要業務報告，謝謝！

貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周執行秘書淑婉

一、項次一是本會依上次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形的說明，包括：

(一)我們依照上次委員會議決議，在 110 年 12 月 28 日將西醫基層總額一般服務的地區預算分配方式陳報給衛生福利部核定。另外，上次委員會議決議列管追蹤事項計有 4 項，依辦理情形建議解除追蹤 2 項，達解除追蹤條件及繼續追蹤 2 項，最後會依照委員會議定結果辦理。

1.請委員參閱會議資料第 24 頁，擬解除追蹤的 2 項，分別是委員對健保署業務執行報告，還有自付差額特材執行概況所提意見，健保署回復辦理情形在會議資料第 28 頁及第 29 頁，請委員參閱，建議解除追蹤。

2.達解除追蹤條件 1 項，是西醫基層總額一般服務的點值保障，本案已提報達到解除追蹤的條件，並納在本次會議的討論事項第二案討論，建議決議後解除追蹤。

(二)會議資料第 16 頁(二)有關歷次會議決議(定)達解除追蹤條件事項有 5 項，最後還是依委員會議定結果辦理。請委員參閱會議資料第 26 頁。

1.第 1 項是委員關心的塗藥支架納入全額給付的評估結果，健保署本次已提供評估結果，建議解除追蹤，包括委員關心是不是納入全額給付的評估，這部分也已有說明。

2.項次 2、3、4，分別是屬於醫院總額跟中醫總額還有牙醫門診總額點值保障的部分，這跟剛剛西醫基層總額的點值保障一樣，將在討論事項第二案討論，委員討論後若決議通過，建議這 3 案併同解除追蹤。

3.項次 5 部分，是牙醫門診總額一般服務特定用途移撥款的執行方式，健保署已函報本會備查，並在重要業務報告項次六

提報。建議報告後解除追蹤。以上是歷次委員會議決議事項的部分。

- 二、項次二，依照健保法第 5 條的規定，本會之會議實錄須在會議後 10 天內公開，所以本次會議實錄必須在 1 月 31 日(星期一)前上網，因為 1 月 31 日適逢農曆新年假期，為利作業時程，發言實錄預定在 1 月 23 日(星期日)送請各位發言者確認，希望大家能配合在 1 月 25 日(星期二)中午 12 點前回復修正內容，才能來得及在年假前完成上網公開作業。另外，健保署完成印製最新的健保法規彙編，將併同本次議事錄一起寄出，原本預計放在桌上讓委員攜回，但考量其重量不輕，就改採併同議事錄寄給各位委員參閱。
- 三、項次三，關於本會辦理全民健康保險 111 年度保險費率審議的後續事宜，包括：衛福部副知本會 111 年度的保險費率於 110 年 12 月 29 日函報行政院，奉行政院在 110 年 12 月 30 日核定結果：111 年度全民健康保險一般保險費率，維持現行費率 5.17%，不予調整，相關資料請委員參閱會議資料第 137~138 頁。至於委員關心的各項可能財務微調措施，請委員參閱衛福部的報院函，包括近期、中長期的措施，都有特別說明衛福部的政策方向。
- 四、項次四，是有關於各總額部門 110 年度執行成果評核作業的方式(草案)，預定在 3 月份委員會議討論，為了即早規劃，我們昨天(1 月 20 日)已經函請各總額部門受託團體跟健保署在 2 月 21 日以前，就本會研修的草案及項目內容提出建議，以做為後續研擬 110 年度執行成果評核作業方式的參考。
- 五、項次五，為讓委員實地了解健保業務的推動狀況，各總額部門剛剛都有提出他們規劃的參訪行程，依照本年度的工作計畫，本會也將安排在 4 月 21 至 22 日到健保署東區業務組，辦理業務訪視活動跟第 3 次委員會議，時間是 2 天 1 夜，請委員預留時間，訪視的主題請委員參閱會議資料第 31~ 32 頁，以配合

東區的特性，針對山地離島還有門、住診精神科服務的執行成效為主。特別謝謝吳委員鏘亮的協助，本次訪視活動將參訪門諾醫院壽豐分院。

六、項次六，是健保署依牙醫門診總額地區預算分配協定事項，在 110 年 12 月 16 日函送本會兩項備查案，分別是修正 110 年度的特定用途移撥款的執行方式，及提報 111 年度特定用途移撥款的執行方式，請委員參閱會議資料第 18 頁。

七、項次七是衛福部及健保署在 110 年 12 月及本年 1 月份發布跟副知本會的相關資訊，詳細內容分別在 110 年 12 月 29 日、本年 1 月 5、10 日寄送各委員電子信箱。以下就幾個比較重要的項目向委員說明：

(一)健保署在 110 年 12 月 30 日，依據健保法施行細則第 68 條第 1 款規定，公告第三類被保險人適用的投保金額為 25,250 元，本來是 24,000 元，他們的保險費略有提升，自 111 年 1 月 1 日起實施。另依同條文第 2 款也將第四類、第五類保險對象的保險費修正公告為 1,839 元，本來是 1,825 元。本會整理對上述幾類保險對象的保費影響表格在第 19 頁，請委員參閱。

(二)還有就是健保署 110 年 12 月 28 日修正第二類、第三類被保險人投保單位辦理健保業務補助作業要點，可能跟各位委員工會承辦健保業務有關，請委員參閱，以上報告。

周主任委員麗芳

感謝周執行秘書淑婉的說明、健保會幕僚同仁的辛勞，以及特別感謝吳委員鏘亮對健保會訪視活動的協助。接下來依序請劉委員淑瓊、李委員永振、陳委員石池及何委員語發言。請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

一、針對會議資料第 26 頁項次 1，關於自付差額特材執行概況 1 案，肯定健保署委託藥品查驗中心來做給付效益的評估，目前只看到摘要，請健保署提供完整效益評估報告，以利於委員瞭解

塗藥支架納入全額給付的問題全貌。再來就是，現在醫療特材的給付範圍很廣、項目也很多，在新醫材快速增加之狀況下，國內的學者像李玉春教授的研究中，也特別指出，現在的HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)大部分都是針對新的藥，或者是新的特材去做評估，但是對於既有給付項目很少再做檢討。有些給付項目可能已經逐漸缺乏醫療的必要性，或者是成本效益也不好了，所以這部分的檢討也有待改善。

- 二、我們很期待，健保署除了一方面能幫忙爭取新醫療項目的給付，但是我們也了解到，全額給付後確實會造成健保的負擔，同時廠商的供貨意願也是你們要去努力的。不過如果能夠進一步針對進退場部分再加以著力，我想這樣子一方面可以滿足民眾的需求，二方面也可以兼顧到健保的財務。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

首先呼應劉委員淑瓊提到會議資料第 26 頁，達解除追蹤條件案件的第 1 項，雖然健保署是做很多功課，但是我是覺得最後要百分之百要求符合我們當時決議要解除追蹤的條件，好像還差一哩路，要等最後結果出來，才來解除追蹤，因為現在最後評估結果還沒出來，好像沒有到我們當時所要的結論。另外，我還有 3 點報告。

- 一、第 1 點，在周執行秘書淑婉以及健保會同仁的努力下，本會去年(110)年 11 月份委員會議所提建議國健署加速推動的菸害防制法修法，該修法草案已在本年 1 月 13 日獲得行政院院會通過，除了婦幼團體積極關心外，台灣醫界菸害防制聯盟也按了 3 個讚，所以當時委員會議的討論，也算盡了該有的責任，同時也要感謝周執行秘書淑婉的協調。
- 二、第 2 點，會議資料第 17 頁提到 111 年的保險費率還是維持 5.17%，剛才周執行秘書有報告，健保財務面也有微調措施，

健保署有做了一些剖析，但我對於這些剖析有些不解。因為經過所列配套方案的實施，說可以使 111 年底安全準備提升 0.12 個月的保險給付支出，如果用 111 年度總額核定結果來看，每月保險給付約 624 億元，那麼 0.12 個月大概增加 74.9 億元，相當 75 億元。

我記得在審議 111 年度保險費率時，健保署推估 110 年底應該會短絀 261 億元，但從這個月的業務執行報告出來之後，實際的虧損是 176 億元，所以 261 億元跟 176 億元之間相差 85 億元，也就是說少虧損了 85 億元，意謂可以省下 85 億元挹注到安全準備裡面去。我那邊就省 85 億元了，你結果努力半天使得安全準備只增加 75 億元，那你做這些措施是不是白做了？兩者之間這樣差多少？差 10 億元。這是怎麼算出來的，我不懂，是不是可以再說明是如何計算，因為我算來算去，做這些白工等於虧更多。

另外有個建議，雖然李署長伯璋說 36% 的議題是老生常談，了無新意，不過我看你們的答復也是同樣了無新意，都已經追蹤 5、6 年了，進度仍停在那裡，不過我不要再講這個。我建議衛福部趕快在國家稅收超徵 4,034 億元，在有財源的時候趕快去爭取，針對問題、面對問題才能解決問題，不要再推來推去，永遠都沒有答案。

三、第 3 點是在會議資料第 24 頁，建議要解除上次會議列管追蹤事項的第 1 項，這個跟剛才在會議紀錄確認的時候差不多一樣。在會議資料第 28 頁，當時我的提問就是針對藥價差的 74.6 億元，要如何處理應用。健保署也是很認真的回答，但並沒有解除我心中的疑惑，仍是不及格。所以我建議如果要解除追蹤這個項次，藥價差部分須另案追蹤，因為按照政府研擬健保財務調整措施的 4 個方向去做，也才省 75 億元，若這邊 74.6 億元就這樣解除追蹤，健保署節省這筆錢如何處理應用又沒有很具體說明，這樣應該不行吧？站在監理的立場這樣無法交代，

所以是不是這項次的其他部分解除，但藥價差部分另案繼續追蹤，看看怎麼樣去處理。

周主任委員麗芳

請陳委員石池。

陳委員石池

首先容我說點題外話，月初我收到 1 張小小的卡片，上面密密麻麻有 20 幾人的簽名與祝福，人數剛好跟周執行秘書淑婉所領導的團隊一樣，那是 1 張生日賀卡，我心裡就非常感動，覺得他們是個非常有團隊概念的隊伍，每個人都寫上幾個字，雖然內容差不多，但是感覺很窩心，雖然那麼小一張，看起來很節省，但團隊概念非常好，是否可藉由各位委員的手，給他們掌聲鼓勵好嗎？我相信各位委員也都有收到。以下就會議相關議題提出 2 點意見：

- 一、保險費率維持現行費率 5.17%，我還是蠻關心，健保署提到會有新的配套措施，但這個內容是不是可以讓我們知道？按照你們的估算安全準備大概可以增加 0.12 個月，這些配套措施的內容是不是可以讓我們知道，事實上安全準備還是只有到 0.8 個月到 1.03 個月，可見大部分的時候，安全準備的月數是小於 1 個月，請將相關的配套方案讓委員知道，希望能夠確實做到安全準備能夠在 1 個月以上，這樣比較好。
- 二、另外就是回應一下，剛才朱委員益宏提到醫學中心衝量的問題，我知道有一家醫學中心是衝的蠻厲害，但是其他醫學中心大概沒有這些動作。這個現象的發生，一方面是因為疫情期間的降載對醫學中心影響非常大，另一方面是病人已經忍了很久了，很久沒有看到醫生心裡不太舒服，所以要先看病，因此我要講這問題不見得是醫學中心衝量，有的時候也是一些病人心態的反映。

周主任委員麗芳

謝謝陳委員石池對健保會幕僚同仁的肯定，也讓健保會在寒冬中覺得非常溫暖，接著請何委員語。

何委員語

- 一、有關會議資料第 17 頁，提到近期朝調整部分負擔、檢討旅外國人權利義務及調升投保金額上限等措施，我想這些無法改善整個健保財源的結構，李署長伯璋一直在推動的慢性病處方箋(下稱慢箋)部分負擔應該也要提出來，還有一些醫療服務的部分負擔也應該要提高。如果到目前沒有辦法回歸健保法第 43 條所規定的 20%，至少要漸漸提高，就如同爬樓梯一樣，多爬 1 階、2 階也好，總要慢慢提高，如果再不提高，使用者付費的觀念無法建立，藥品、醫療的浪費還是非常多。所以我建議李署長伯璋，您已擔任署長職務這麼久了，不要怕，該調就調，特別是慢箋的部分，我每次到醫院去就去訪問這些人，他們都說如果是 2 百元，都大力支持，3 百元也沒關係，但也有少數人說 5 百元還可以。所以我的意思就是說，這些都是增加財源收入方式。再來就是保險費率的部分，111 年底安全準備可提升至 0.8~1.03 個月的保險給付支出，可是最近部長核定下來以後，報紙媒體報導今年年底安全準備會是負 1 個月，這些都需要預先規劃改善措施。
- 二、部長核定的結果，新增了精神科長效針劑藥費的支出，我認為這些都需要改善。剛才李委員永振、劉委員淑瓊都有提到，例如冠狀動脈支架特材自付額的部分，最近我也有請教蔡副署長類似議題，包括我們頸椎支架、金屬支架的開放，去年使用量是 1 千例，今年也是 1 千例，每個支架的費用是 23 萬餘元，全部就需要 2 億 3 千多萬元，所以今年也會多支出 2 億 4 千多萬元。可是新申請的案件暴增，原來骨科醫學會預估 1 年只有 1 千例，可是到後來怎麼會暴增那麼多。暴增那麼多以後，健保署核定大概只有 33% 過關，可是你要知道新措施下去，就有很多弊端會產生，這些弊端我私下再跟署長、副署長講，在這裡不要公開講，這些都是很大的問題。我想署長也是醫生，什麼弊端你心裡有數，我不在這邊公開講太多。

三、另外提到補充保費，補充保費費率是 2.11%，政府要不要改變策略，再予以提高？因為補充保費都是有錢人，就從有錢人去挖。另外，會議資料第 17 頁提到，依健保法補助始列入政府負擔 36% 之計算，若把上面這些列入 36% 計算，那我們健保費又少收了很多。另外就是剛才李委員永振提到，去年國家稅收超徵 4 千多億元，那麼欠我們的 7 百多億元能不能爭取回來啊？

四、另外順便也提一下，最近健保署在討論有關肋骨骨折復位固定手術要健保支付，我認為這個給付項目是應該要限制以專科醫師執行，不是骨科醫師就能夠做，因為肋骨的挫傷有 39%~47% 可能合併肺部挫傷、55%~68% 合併氣胸、11%~18% 合併血胸、11%~18% 合併肋骨骨折。肋骨骨折是骨科醫師可以處理，但是如果還有血胸、氣胸，還有肺部挫傷，在整個外科來講，是很難處理的，所以骨科醫生一定要經過胸腔外科的訓練後才可以加入這個行列，如果骨科醫師沒有經過胸腔外科訓練的話，就不能做此項手術，因為這牽涉到整個肺部挫傷、外傷科，他能做的範圍很有限，骨科醫師要完整的接受胸腔外科訓練才能夠來做這些工作，而不能全面開放給骨科醫師都來做，這樣血胸、氣胸、肺部挫傷這些狀況怎麼處理，表面骨頭弄好了，裡面的問題還無法解決啊！所以我認為要這必須重新考量，慎重處理才對，現在我們健保一直開放，支付很多診療項目，那是好事啦！對老百姓來講是好事，可是我們一定要有專業科目的醫師來做才是合乎醫療的水平跟水準。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

幾點意見如下：

一、首先是剛剛何委員語提到有關肋骨骨折復位固定手術，那是昨天在健保署特材共同擬訂會議的討論項目，昨天的會議也有付

費者代表參加，開完會也有決議，在此跟何委員報告會議決議，就是後來適應症取消了所謂的肺部挫傷這件事情，只有單純就肋骨骨折進行討論，如果單純就肋骨骨折這個適應症來討論，就無涉所謂的胸腔外科能做、骨科不能做，因為當時會上的討論認為，若真的是骨折，搞不好胸腔外科還要去接受骨科的訓練，所以後來大家就都同意外科、骨科，甚至外傷科都能執行肋骨骨折固定，而且它其實有蠻嚴格的規定，也請何委員放心。至於誰能執行或誰不能執行，牽涉了非常高度的醫療專業，昨天的特材共擬會議上，所有的專科醫學會都有表達意見，且主持會議的特材共擬會議主席，就是現在骨科醫學會的理事長，所以他也非常瞭解狀況。因為剛才何委員語有提出疑問，我就把我原本要發言的話題岔開，先跟何委員做說明，這部分的說明如果有不足的地方，健保署或許可以再補充。

二、下面是我自己要提出的意見：

- (一)我剛剛特別有提到，李署長曾說在公投結束後，部長就會對分級醫療提出一些措施，但目前並沒有看到相關的措施，不知道李署長伯璋還是商司長東福要稍微回復一下？雖然目前可能細部方案還沒有訂好，但是不是要先讓我們知道大方向是什麼？總是要規劃分級醫療的精進措施，不然就像我剛才講的，醫學中心門診點數成長率這麼高，總是要有一些作為，希望等下李署長伯璋能回復。
- (二)有關會議資料第 17 頁費率的部分，剛才大家討論非常多，現在行政院已經核定費率不調漲，維持 5.17%，併同考量衛福部及健保署研擬之財務配套方案後，111 年底安全準備可以提升到 0.8~1.03 個月。但是我在這邊要特別提醒保險人，也就是健保署，依照健保法第 26 條規定，一旦安全準備低於 1 個月，可能在今年 6 月、也可能在 7 月或 8 月，只要安全準備低於 1 個月，保險人就應該要擬訂調整保險給付範圍方案，提健保會審議，並不是在健保署內部會議討論，而是要正式提到健保會審議，這是健保法第 26 條明文規定，所以我希

望再次提醒健保署，一旦安全準備金低於 1 個月時，健保署就要擬具調整保險給付範圍方案到健保會討論。

(三)請參閱會議資料第 20 頁，健保署有擬訂醫事服務機構收取自費特材費用規範，我覺得健保署可能要深思的部分是會議資料第 20 頁(3)之 1 的規範內容，所有特材廠商必須要跟健保署提出納入健保給付申請，如果沒有提出申請，則健保不予給付，且醫事服務機構也不得向保險對象收取自費。也就是即使食藥署已核准這個特材的許可證，它在市場上還是不能被使用，因為所有醫事服務機構都不能跟保險對象收取自費，但是現在 99% 以上的國民都是健保的保險對象，如果是這樣，我認為應該由食藥署核准許可證後，直接移送健保署列申請給付，而不是由廠商提出。此外，醫事服務機構其實也不知道特材廠商有無向健保署申請給付，申請的進度如何，醫事服務機構也不知道，若他們用了自費特材，又不能向保險對象收費，到時候是處罰醫事服務機構，不是處罰特材廠商，對醫事服務機構壓力太大、太沉重，希望李署長伯璋能夠再予以考量。

周主任委員麗芳

侯委員俊良為本案最後 1 位發言者，若其他委員還有意見請提書面(滕委員西華舉手)。因為李署長伯璋接著會回應大家的諸多提問，滕委員西華為本案最後 1 位口頭發言者。請干委員文男。

干委員文男

一、我在此先向大家拜個早年，祝福大家新的 1 年，都能平安順心！針對會議資料第 17 頁，剛才何委員語提到的調整部分負擔議題，我也要請李署長伯璋留意，1 萬元對有錢人來說只有 1 塊錢的價值，金額很小，但對窮人來說，1 萬元就是 1 萬元，是 1 筆很大的數目，因此同樣的金額對有錢人和窮人來說意義大為不同，所以我們不是反對調整部分負擔，確實可以調整，

但是要從多元的面向去做考慮及規劃，這是我們付費者的期待。

二、有關剛才討論肋骨骨折固定特材的事情，若站在消費者的立場，哪個科別能夠執行，是醫療端本身的問題，我們一再談醫院整合照顧，或以病人為中心的照護。消費者被送到醫院時，並不會知道哪個醫院有骨科專科，哪個醫院沒有。所以，我希望醫院整合照顧本來就要照顧好病人，消費者不可能都知道這些訊息。不然如果我骨折到台大就醫，我也知道哪個醫生是專科醫生，甚至到地區醫院就醫，我也不知道有沒有專科醫生，甚至有一些署立醫院都還沒有專科醫師，消費者如何去瞭解，這是我的心聲。

三、再來，我想請問費率調整的問題，第4類及第5類被保險人的保險費全部是由政府負擔，這我不反對，但我想問政府負擔的這些保險費，將來是不是會算在政府負擔健保總經費36%中。如果是，那調整費率後，政府負擔的保費部分雖然增加，但政府負擔健保總經費還是36%，並沒有實質改變，政府負擔的部分並沒有增加。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

一、各位委員早安。首先邀請各位委員參加醫全會在今年5月5日至5月6日辦理的醫療資源不足地區實地訪查活動，這個行程是去年就規劃好的，但因為COVID-19疫情延到今年辦理，希望今年的疫情沒有如去年那麼嚴峻，讓我們委員能到醫療資源不足的地區去，實地關心當地醫療情況，這次我們是安排到竹、苗地區做深度訪查，希望委員都可以踴躍參與。

二、針對剛才討論的健保財源問題，這是一個大家都很重視的議題，健保分為財務面、供給跟需求面，現在是我們的財務面臨到

比較嚴峻的挑戰，尤其安全準備預估到 111 年年底不足 1 個月，那解決的方法當然很多元：

- (一)第一個，由政府來挹注，很多委員也建議，政府在財源許可的情形下，把歷年來撥補不足的部分先來補足，用於挹注健保基金。
- (二)第二個，包括對富人增加補充保費的收取。
- (三)第三個，何委員語也蠻認同的，就是使用者付費的精神，針對某些高利用者增加部分負擔，我們不是要欺負弱勢或生病的人，只是大家用邏輯去思考，當這些人沒有去檢視自己的利用、需求時，往往會忽視醫療的價值。有 1 個很明顯的例子就是藥品的使用，引用 1 個數字給大家參考，2019 年鄰近的日本、韓國藥費支出都是占總醫療支出的 20% 左右，台灣當時是 27.2%，到了 2020 年，日本、韓國藥費支出占總醫療支出比例已下降到 16%，但台灣不降反升，占率已成長為 29%。也因為健保署醫療雲端查詢系統，發現很多病人不是固定在院所拿藥，他們在很多地方就診拿藥，尤其是中老年的慢性病患者，往往拿了一、二十種藥物，但卻沒有全部使用，就算真的全部使用，所造成的不只是健保財務負擔，也是病人健康的負擔。
- (四)因此，我們很希望能逐步、重點式的適當調整部分負擔，讓部分負擔除了挹注健保財源的功能之外，也可以讓病人能夠檢視自己醫療使用狀況。現今全民健保部分負擔只占整體費用的 5%~6%，針對弱勢族群，我們也希望政府有適當機制去減免他們的部分負擔，整體都要去做考量，才不會對中老年人甚至低收入戶造成歧視的感覺。有關財源的議題所有委員都應該重視，不管各位委員來自哪個代表團體，我們都要一起深入探討。

周主任委員麗芳

黃委員振國代表西醫基層部門邀請委員參與西醫基層業務參訪，也

請委員踴躍出席。另外，也要謝謝黃委員及顏委員鴻順，這次元旦升旗他們費心非常多，使活動辦得非常圓滿，謝謝他們的奉獻。請侯委員俊良。

侯委員俊良

- 一、我一樣是要關切會議資料第 17 頁有關行政院核定費率部分，我特別看一下會議資料第 135 頁中衛福部副知健保會的公文，說明段的五之(三)有關研擬措施跟財務效果，其實已經有提到若 111 年底安全準備要達到 1 個月的保險給付，財務缺口大概是 58~197 億元。也就是說如果我們要符合法定的安全準備，可能要透過各種改善措施去補足財務缺口，會議資料第 136 頁也有提到衛福部及健保署已研擬「全民健保財務調整措施」，就如會議資料第 16~17 頁第三之(二)之 1.提到的內容。我認為這裡面所提到的不管是近期或中期的規劃，包括調整補充保費，或是剛才委員們關心的調整部分負擔，及檢討旅外國人權利義務及調升投保金額上限等，應該都是要在今年度實施。但是對於實施內容，我想我們委員也不太清楚，也不瞭解這些調整措施研議的過程，但基本上這是衛福部和健保署打包票要處理的。
- 二、在會議資料第 17 頁三之(二)之 2，提到「全民健保財務調整措施」不只是補足財務缺口，還可提升安全準備到 0.8~1.03 個月的保險給付支出。我要提醒健保署，既然有規劃這些調整措施，是否後續在實施的過程中，應該也要隨時公布調整內容，也要去做一些檢討修正，如果可以，實施前也可以預先做一些公布，供大家瞭解。不管如何，我想 111 年底安全準備是否可以達到法定標準，中間應該是滾動式修正相關措施，以達成目的為主要目標，不要到最後又提出什麼理由或檢討報告，告訴大家無法達到目標，那大家對於健保署業務執行或者擬定策略的信心都會有所打折。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我也是要提到會議資料第 26 頁，剛才劉委員淑瓊也有關切的歷次委員會議達解除追蹤條件項次 1，有關冠狀動脈塗藥支架納入全額給付的議題。事實上，我從 95 年塗藥支架納入差額給付就開始關心這個議題，到目前塗藥支架已經發展到第三代了，在前幾次要評估納入全額給付的原因，除了民眾自付差額特材的使用比率過高外，絕大多數的醫師都已經推薦病人使用差額負擔的塗藥支架，此外研究顯示塗藥跟一般傳統的冠狀動脈支架的療效、存活率及平均壽命，其實已經沒有特別的差異。從健保署的回復資料中，我看不出來健保署要表達什麼？健保署提到塗藥支架納入全額給付的財務衝擊很大，這是將第一代到第三代塗藥支架都納入評估嗎？也許新出來的第三代塗藥支架，其實尚沒有足夠證據可以證明它與第二代相比有較好的有效性，也應該要把前面第一代、第二代這些已經長期納入差額給付且有明確療效驗證的特材，納入健保全額給付，健保署回復的納入全額給付預估年所需費用約 29 億點，是怎麼估算出來？剛才劉委員淑瓊也提到我們並沒有看到財團法人醫藥品查驗中心(CDE)的報告，健保署的回復內容很難讓我們可以同意解除追蹤。
- 二、健保署回復內容提到若考量納入全額給付財務衝擊過大，可朝提高健保支付點數方向研議，提高健保支付點數至 2 萬點，是指所有的品項都提高，包括第一代到第三代的塗藥支架嗎？因為剛才提到第三代塗藥支架療效還不是很確定，是否跟第二代一樣？或者跟傳統冠狀動脈支架相比的效益如何？也要將它的支付點數提高 2 萬點？健保署估算，若將支付點數提高至 2 萬點，預估健保需增加費用約 3 億點，這 3 億點的費用是健保署可以接受的嗎？看起來好像 3 億點，對於健保的財務負擔比較小，是否可以理解成健保署的政策方向，是想要藉由提高支付點數來降低民眾差額負擔作為手段，但提高健保支付點數這個

手段，會不會造成自付差額特材的市場價隨之提高，也就是我們常說提高價格再打折的情況。健保署也應該同步去告訴我們如果提高支付點數，如何去監控自付差額特材市場中末端價？不然健保白付那麼多錢，市場價又漲價，其實對民眾沒有幫助。

三、因此，我的疑問是要怎麼去選擇及面對，因為這些都是錢的問題，錢不是問題，問題是沒有錢。這個困境不是只有發生在自付差額特材，在藥品也是，在等下很多的提案都是，但我們仍然在這困境底下，我們付出了很多費用給付新藥品或特材，如果在實證療效的基礎下，對病人有幫助，超過 15 年以上的自付差額特材，到現在都還是因為財務理由無法納入全額給付，那可以想像其他更有效、更新的新特材，更加面臨無法納入全額給付的困境，我認為健保署應該去逐步嘗試提解決方案，所以本案建議請健保署再做詳細的報告後再解除追蹤。

周主任委員麗芳

請吳委員鴻來。

吳委員鴻來

我簡短發言，我知道因為大家都很關心健保財務，所以剛剛有幾位委員提到關於藥費成長的問題，也提到可能之後要做一些部分負擔的調整。我這邊只想說明一下，因為大家可能常常聽到民眾用一些藥物浪費，或是拿了十幾種藥，去好幾個院所拿了又不吃，只是我這邊想要澄清，浪費不是單方面是民眾或是病友的責任，因為坦白說畢竟民眾去就醫，藥品也是經由醫師處方開出。那剛剛提到我們調整部分負擔，可能可以抑制一些浪費，當然或許是有一些效果，但根本還是要去解決民眾的需求，為什麼民眾會有拿這麼多藥品的現象，那我們應該要提供一些服務，像是門診或者整合的藥事服務，來協助民眾，以免病友傷荷包也傷身，我個人覺得重點是這個。我相信這應該也是健保署努力的方向，真的要迫切去解決這個問題，因為現在是人口老化的社會，老人家很多，確實看醫生會有一些

實際需求，這應該是目前我們服務還比較缺乏的部分，可能要請醫療院所、醫師、藥師及民眾一起來努力。

周主任委員麗芳

請何委員語最後 1 位發言。

何委員語

剛剛朱委員益宏提到健保署特材共擬會議的主席是骨科醫學會理事長這件事，我也很理解，12 年來我也參加相關共擬會議的討論，我認為各專科的科別本位主義太強烈，我想李署長伯璋也很清楚。我今天提出來複數肋骨骨折外，合併多重胸部併發症，如肺部挫傷，還有氣胸、血胸，那肋骨骨折只有占 11~18%，我要請教李署長，這個由誰來判定他是多重複數肋骨骨折，加上多重胸部併發症，最重要的是這樣的判斷，如果說判斷病人只有肋骨骨折，那就讓骨科醫師去做沒問題，如果他已經合併多重胸部併發症，如肺部挫傷、血胸、氣胸，只有骨科有辦法處置嗎？我不知道。我剛才講的是，不是骨科不能做，骨科要接受胸腔外科訓練，要接受外科專業訓練後也可以做，不是不能做。我剛剛沒有講那句，不准做、不能做，我沒有講這句話，所以請朱委員益宏理解我的用意，有多重併發症的時候，要有相關專科訓練的醫師來處置，所以我請教李署長伯璋，這要由誰來判定？

周主任委員麗芳

接下來請李署長伯璋回應。

李署長伯璋

一、謝謝各位委員對健保署的期待。有關劉委員淑瓊提到自付差額特材部分，也是目前健保很重要的議題，其實我的錢就是那麼多，當然每一個小錢加起來就是很大的一筆錢，的確是在整個管理上要注意到。你們也知道目前還有一些新特材，有一些的確功能稍微差一點，但價格卻拉得很高。因為我常常強調，我們健保署的同仁不是商業的背景，所以有時候跟人家議價的過

程也是很困難。那不管是藥品或特材給付協議的還款，藥廠還款時已經是下 1 個年度，難免當年度會對很多醫院造成困擾。

二、回應剛才滕委員西華提到冠狀動脈塗藥支架的部分，冠狀動脈支架分為塗藥和沒有塗藥，那塗藥支架理論上作用機轉是可以讓我們血管內皮細胞不會增生，所以這個事實上也不是壞事，但是的確很多論文也不見得認為差異那麼大，不過就是因為每個醫師會跟病人說塗藥支架效果和傳統的差很多，剛才提到假如我們把塗藥支架納入全額給付，會增加約 29 億點的財務衝擊，假如是將健保支付點數提高到 2 萬點，財務衝擊大概是 3 億點。不論如何，我實在是很小心朝這個方向在處理，畢竟這也牽涉到很多民眾的權益，你看有心臟血管毛病的人很多，在座說不定也有人換過支架。像我自己也有同事，平常跟我打球看起來身體很好的，有 1 天就說心臟不舒服去檢查，結果就要換支架。所以我是覺得這是難免，問題是心臟內科和心臟外科對這個治療也會有不同意見，因為如果每個病人都被心臟內科抓去做支架，就沒有醫生要選擇心臟外科。所以這是 1 個很重要的議題，目前我們對於這 2 個科別，就是希望他們做決定時需要有共識，這是目前在討論當中的議題，要不然心臟內科醫師在病人討論及解釋決策的時候，不問心臟外科醫師的意見，就會是 1 個問題。

三、剛才李委員永振提到藥價差的議題，的確那個事實上是 1 個很現實的問題，不過我憑良心講，剛才何委員提到，李署長你已經做這麼久不要怕，其實我從頭到尾都不害怕，只是我希望把基本制度做好，藥價差的確對醫療院所來說可以彌補收入不好的部分，當然藥價是商業自由市場，我也有注意到這個情況。

四、剛才李委員永振詢問的 85 億元及 75 億元的差異，其實說也說不清楚，我們私下來說。

五、另外陳委員石池提到的財務調整配套措施，的確當然會有配套，這本來應該是由社保司來告訴委員，我們都是配合他的政策

指導做決定。坦白講，在整個現實的政治面，我們要考慮到民眾觀感，不過剛才何委員語一直有提到的，像是使用者付費的部分負擔，我們不希望把所有的財務壓力放在醫院跟醫師身上，其實病人在某一部份需要負起一些責任。但是部長也一直強調我們要保護弱勢，所以其實我們規劃部分負擔的概念，並不是為了要拿到更多的錢，那些錢總共才 120 多億元而已，但是如果調整部分負擔會造成民眾就醫行為的改變，那就差別很大。假設民眾少看 1 次門診，大概就差 300 多億元，少看 3 次就 1 千多億元，這些都有數字可評估。但是其實在政府高層也很留意這樣的影響，會影響到民眾負擔，這都有精算，主計長也是提醒我們要注意這件事情，高層長官也很在乎民眾的感覺。不過因為部長還沒有正式宣布，就請各位委員多保留，當部長有正式宣布相關的政策時，我們健保署的責任就是要跟各位委員溝通，讓你們知道有這樣情況，如果有哪些部分做得不夠好，我們會再去注意。

- 六、有關何委員語提到慢箋的議題，的確在健保署的處理態度，對於使用者付費牽涉到 2 個重點，1 個是要落實分級醫療，所以上次你有提到我們不應該把區域醫院門診量減少 2%，的確如果要醫學中心及區域醫院門診減量 2%，對很多醫院來說目前的狀況其實是很難去處理。那未來怎麼讓民眾到社區藥局去拿藥，到基層診所去拿慢箋，這都是我們未來的 1 個方向。至於部分負擔的額度，都會配合定額、定率去估算。
- 七、有關何委員語剛才提到 1 千例頸椎特材的部分，的確目前有一些病人會有不符合適應症的情況，這個我們會留意一些弊端。
- 八、有關補充保費的部分，我想本來應該是由社保司來說明，的確今年的時候，因為整個股市交易比較熱絡，其實政府在補充保費收了更多錢，所以剛才你們也有提到既然政府收這麼多錢，應該要協助我們健保的費用，不過人家拿到錢不一定要給我們健保。

九、有關肋骨骨折特材的部分，剛才朱理事長益宏也有提到，不過何委員語你剛剛問我誰要判斷的問題，事實上這個是醫師本身的醫療專業要去判斷怎麼處理。這跟剛才吳委員鴻來提到病人整合照護很重要是相同的概念，不是要分很多很細的次專科照顧病人，今天病人一定有主治醫師去負責照顧，給他最好的處置，假如不是他的專業他會去判斷要照會誰，我想這都是很重要的概念。

十、有關剛才委員提到安全準備小於 1 個月的部分，我們當然都會很留意這樣的狀況，另外剛才干委員文男提到有錢人和窮人負擔能力差異的問題，我也會很留意，不論如何都會去考慮這樣情況。有關黃振國委員提到的部分，也是一樣，我們都會來留意。

十一、有關侯委員俊良剛才提到財務調整措施要和委員溝通，沒錯，我們一定會溝通，只是部長還沒有宣布的時候，我自己也不方便先講，但我們會朝這方向努力去做，以上簡單回應。

周主任委員麗芳

一、非常感謝李署長伯璋詳盡地回答各位委員的寶貴意見，也很感佩李署長伯璋在 COVID-19 疫情期間，非常辛苦地帶領同仁。幫健保署做個廣告，有關疫苗護照，可利用健保快易通的 APP(mobile application，手機應用程式)，作為民眾施打疫苗之證明。

二、本案做以下決定：

(一)上次(110 年第 8 次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

1.擬解除追蹤，共 3 項，擬解除追蹤 2 項及達解除追蹤條件 1 項，同意依擬議，解除追蹤。

2.擬繼續追蹤，共 1 項，同意依擬議，繼續追蹤。

(二)歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形，達解除追蹤條件計 5 項，惟因委員對於項次 1 有所疑慮，改列繼續追蹤

，其餘4項同意依擬議，解除追蹤。

(三)請總額相關團體和健保署於111年2月21日前，配合提供下列資料，以利後續辦理評核作業：

1.110年度執行成果評核項目內容(草案)修訂建議。

2.111年度重點項目及其績效指標。

(四)本會定於111年4月21日、4月22日至健保署東區業務組，辦理業務訪視活動，請委員預留時間。

三、接下來進行優先報告事項。(李委員永振舉手)

周主任委員麗芳

李委員永振剛才提到，上次委員會議決議(定)列管追蹤事項，擬解除追蹤事項項次1，有關藥費超過目標值的部分，我有特別提醒李署長伯璋，李署長伯璋還親自記錄下來，我們都很仔細聆聽您的意見，還特別交代。

李委員永振

請列進結論。

周主任委員麗芳

發言實錄都有記錄下來。

李委員永振

請列入結論，不然下次會議紀錄確認，我還要發言，比較麻煩啦。

因為藥費超過目標值的金額有約75億元....。

周主任委員麗芳

好，藥費超過目標值部分改列為繼續追蹤。請進行優先報告事項。

參、優先報告事項「『111 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」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

一、衛福部已於 111 年 1 月 6 日、12 日核定本會所報 111 年度健保總額及地區預算之分配，公文如附件第 37~38 頁)，核定結果摘要如下：

(一)111 年度整體總額成長率部分，全年經費約 8,095.62 億元，相較於 110 年度核定總額，成長率為 3.320%，增加 26 億元。醫院總額成長率是 3.504%，西醫基層總額成長率是 2.744%。

(二)四部門總額部分，本會達成共識的牙醫、中醫門診總額成長率及分配，衛福部均同意照辦。至於本會未達成共識的醫院總額及西醫基層總額部分，本會整理協商結果與衛福部決定結果比較表，詳附件三，第 48~77 頁，等一下會向委員說明。

(三)請參閱會議資料第 34、35 頁，就兩案併陳的部分，摘要衛福部對於醫院總額與西醫基層總額的決定重點，若沒有摘要，就是依本會共識結果辦理，故不另外摘要。

二、為方便委員瞭解衛福部核定與本會協商結果之差異，請參閱會議資料第 48 頁「111 年度醫院總額之本會協商結果與衛福部決定比較表」，表的左半邊主要呈現協商結果，右半邊主要是衛福部的核決定；備註的部分，主要是摘要兩者的差異。若整列沒有特別的備註，代表此項係依共識辦理，就不再特別說明。部特別之決定向委員說明：

(一)醫院總額：

1.一般服務：

- (1)新醫療科技：依共識增加金額 30 億元，決定事項文字採醫院代表方案，因為文字很多，所以列在附表的項次一，如果委員想瞭解詳細的核定文字，請參閱會議資料第 53 頁。
- (2)藥品及特材給付規定改變：依照付費者代表方案增加金額 6.5 億元。標示灰底的部分，就是衛福部採用的方案，所以本案係採付費者代表的方案。至於決定事項文字，刪除「藥品價量協議(PVA)之還款金額，可做為本項預算不足之財源」，其餘的決定事項同付費者代表方案。相關的文字，請參閱會議資料附表項次 2。
- (3)促進醫療資源支付合理：本項是衛福部 111 年的新增項目，增編 0.94 億元，主要是配合西醫基層總額「提升國人視力照護品質」項目，所以醫院總額也新增 0.94 億元。
- (4)持續推動分級醫療，壯大社區醫院：金額是依照醫界方案編列 10 億元，但特別核定用於地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，及提升照護品質，優先用於反應住院首日護理費支付點數加成 30%。
- (5)提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變：金額依醫院代表方案增加金額 20 億元，核定用途為用於區域級(含)以上醫院加護病房之住院診察費及病房費採固定點值，同前項也是用於提升住院照護品質，反應住院首日護理費支付點數加成 30%。
- (6)研修病房費給付原則(RCW)、研修住院護理費給付原則(含 RCW)：這 2 項沒有編列預算，但是 RCC、RCW，於專案款項目有編列專款。
- (7)移列精神科長效針劑藥物至專款項目：在專款項目衛福部有新增「精神科長效針劑藥費」，從一般服務移列 12.41 億元至新增專款項目。
- (8)醫院總額的一般服務成長率是 3.049%。

2.專款項目：

- (1)C 型肝炎藥費：採醫界代表方案編列 34.28 億元。
- (2)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：衛福部增列金額 81.06 百萬元，用於鼓勵腎臟移植手術之施行。
- (3)醫療給付改善方案：本項衛福部增列 1.271 億元，決定事項文字比較像是採用付費者代表方案，新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」0.6 億元，並納入「思覺失調症醫療給付改善方案」，不另立專款項目。
- (4)請參閱會議資料第 51 頁，有 7 項採共識就不再說明。
- (5)住院整合照顧試辦計畫：本項屬於健保總額中長期改革計畫，是 111 年新增項目，金額也是依共識增加 3 億元，決定事項採付費者方案。
- (6)精神科病人出院後急性後期照護服務試辦計畫：這也是屬於健保總額中長期改革計畫，是 111 年新增項目，本項沒有另列專款，採付費者方案，整合納入思覺失調症醫療給付改善方案。
- (7)鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼器、簽屬 DNR 及安寧療護計畫：採付費者方案編列 3 億元。
- (8)「精神科長效針劑」：依衛福部核定函示，為改善精神科病人服藥順從性，希望利用長效針劑協助穩定病情，特別新增專款項目，編列 26.64 億元，其中 12.41 億元是從一般服務預算移列。

3.門診透析部分：付費者方案門診透析服務總費用成長率為 2.8%，醫界方案總費用成長率為 3.6%，衛福部核定的總費用成長率為 3.25%，經計算醫院的門診透析服務成長率為 2.015%。

4.整體醫院總額的成長率為 3.504%。

(二)西醫基層總額，請參閱會議資料第 61 頁「111 年度西醫基層總額之本會協商結果與衛福部決定比較表」：

1.一般服務：

- (1)新醫療科技：依共識增加金額 3 億元，決定事項文字同樣也是刪除「藥品價量協議(PVA)之還款金額，可做為本項預算不足之財源」，其餘同付費者代表方案，請參閱會議資料第 67 頁附表項次 1。
- (2)藥品及特材給付規定改變：衛福部核定增加金額 3.67 億元，特別提到其中 2.92 億元用於反映近年使用糖尿病藥物增加之費用，並調整部分協定事項，其餘同付費者代表方案，請委員參閱附表項次 2。
- (3)促進醫療資源支付合理：核定增加金額 1.26 億元，決定事項文字提到，為鼓勵分級醫療、雙向轉診，用於提升西醫基層量能之診療項目。從 112 年度總額起，請朝醫院、西醫基層部門相同診療項目支付點數連動調整辦理。
- (4)配合醫院總額調整支付標準所需費用、蒸汽吸入治療加成：未編列經費。
- (5)提升國人視力照護品質：金額是採共識增加金額 1.2 億元，決定事項文字是採付費者方案。
- (6)移列精神科長效針劑藥費：同醫院總額，移列 0.11 億元至專款項目。
- (7)西醫基層總額一般服務的成長率是 1.831%

2.專款項目：

- (1)家庭醫師整合性照護計畫：金額採付費者方案，增加 2.78 億元。
- (2)代謝症候群防治計畫：金額採共識方案的 3.08 億元。

(3)強化基層照護能力及「開放表別」項目：採醫界方案增加 3 億元。

(4)鼓勵院所建立轉診合作機制：採付費者方案維持 2.58 億元。

(5)提升院所智慧化醫療資訊機制：同付費者方案未編列預算，但本項已於其他預算編列預算。

(6)因應新興疾病，診所感染管控作業守則：採付費者方案未編列預算。

(7)精神科長效針劑藥費：編列 1 億元，其中 0.11 億元由一般服務費用移列。

(8)西醫基層總額的成長率(一般服務+專款項目)為 2.456%。

3.門診透析：依門診透析服務費用之分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.689%。

4.整體西醫基層總額的整體成長率為 2.744%。

三、請參閱會議資料第 36 頁第 4 點，本會達成共識之其他預算，配合「精神科長效針劑藥費」，爰於不足款支付的用途，增加用於支應精神科長效針劑之藥費不足款，但金額沒有變；其餘同意照辦。

四、衛福部核定函提到，請健保署會同總額相關團體和本部相關單位，依核定研訂及推動各新增項目之執行內容，含執行目標及預期效益之評估指標。

五、有關 111 年度各部門總額一般服務項目之地區預算分配方式：本會達成共識的部分，部都同意照辦，沒有達成共識的是醫院總額之風險調整移撥款，核定採 6 億元，同付費者方案，其餘同意照辦。

六、總額核定後，援例請健保署依據 111 年度總額核定結果，提供健保財務收支情形，請參閱黃色頁補充資料第 5 頁，健保署提供 108~111 年財務收支情形，請參閱最右欄：

(一)111 年醫療給付費用總額 8,096 億元、保險成本 7,528 億元，請參閱表格下方灰色欄位，111 年度保險收支餘絀為-323 億元，安全準備約當 0.95 月保險給付支出。

(二)有委員關切歷年總額整體的成長率和增加的金額，其分別來自非協商與協商因素費用成長情形，爰整理 106~111 年度總額相關資料。111 年度總額核定結果總共增加 260.1 億元，其中非協商因素增加 99.7 億元，是歷年最低；協商因素增加 160.4 億元，是歷年來最高。

七、請參閱會議第 37 頁，請健保署依照衛福部的函示、核(決)定事項及總額協商程序，於下次委員會議前完成辦理下列事宜：

(一)會同醫院總額及西醫基層總額相關團體，盡速研訂新增項目之執行內容，並將「執行目標」和「預期效益之評估指標」於下次會議前提本會確認。

(二)請提供 111 年度總額協定事項之辦理情形資料，本會將彙整提報委員會議。

周主任委員麗芳

非常感謝本會同仁詳細、精闢的比較分析，由於本案是由衛福部核定，111 年度的總額及分配方式的核定結果，是不是就尊重衛福部核定。請干委員文男、何委員語、李委員永振。

干委員文男

一、原則上本案尊重衛福部的意見，但心裡的話還是要講出來，這次購買積極治療的服務不多，我特別強調，長久以來，本會忽略視力照顧的議題，之前白內障手術訂有每月超過 40 例醫師之個案須送事前審查的限制，感謝健保署刪除 40 例的限制。以前有限制量，取消限制後，希望能仔細評估白內障手術的量、質及預算是是否足夠。西醫基層總額很貼心地提出「提升國人

視力照護品質」項目，編列 1.2 億元，醫院總額沒有編列相關經費。

- 二、請李署長伯璋評估，若 C 型肝炎藥費用不完，希望把這個預算移作視力照顧之用。我到醫院看到，有些老年人已經等 6 個月了，還排不到白內障手術，希望讓他們可以盡速接受手術，我們講台灣的健保是世界第一，但事實上有白內障的民眾無法及時接受手術，所以希望李署長伯璋，若是可以的話，有其他預算可以挹注，讓民眾都重見光明。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、剛才干委員文男提到醫院沒有提列「提升國人視力照護品質」是錯誤的，因為在會議資料第 48 頁，醫院總額的 111 年新增項目「促進醫療資源支付合理」編列 9,400 萬元，就是用於提升國人視力照護品質，這項目可能就是支付白內障手術的費用，所以醫院有編列，不是沒有編列，可能要非常詳細閱讀資料。
- 二、會議資料第 64 頁，「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫」，總額協商時付費者決議，本項計畫之執行診所需與醫院心臟復健中心簽署合作計畫共同照護病患。如果沒有跟醫院簽屬合作計畫，而執行本項服務怕危險性太高。
- 三、另外可能是文字上錯誤，請參閱會議資料第 64 頁「強化基層照顧能力及開放表列」項目，本項沒有採付費者代表方案編列金額 9.2 億元，衛福部是依西醫基層代表方案編列金額 12.2 億元，所以這是採行西醫基層代表的方案才對，這是文字上的誤植。另外「鼓勵院所建立轉診之合作機制」也是，付費者代表方案編列的金額是 2 億元，西醫基層代表方案編列的金額是 2.58 億元，本項衛福部也是採西醫基層代表的方案，不是採付

費者代表方案。我都會詳細閱讀會議資料，哪邊有文字誤植，就修正一下。

四、我們當然尊重陳部長時中的裁定，但是今年是健保開放以來到 111 年，破例地，衛福部部長核定的金額超過付費者和醫療團體的金額，當然我知道部長有很多醫療政策要推動，我們也支持推動醫療政策。但我要提的是，怎麼開源，開源的構思、策略及計畫，真的很重要；另外 1 個就是節流，怎麼從醫療支付面，實施有效的節流措施，若開源不足，節流又無法控制，我看到報紙上，有專家認為健保會破產，我說哪裡會破產，反正調高健保保費或補充保費，補充保費可調高到 6%，現在補充保費是 2.11%，可以調至 6%，就增加 3 倍，6 百億元增加 3 倍就有 1,800 億元進來。有錢人就一直讓他繳錢，反正企業界老闆也要繳錢，就讓老闆多繳錢，也沒有關係。另外我特別強調要提高部分負擔。當然陳部長時中已經核定下來了，但健保開辦以來，第 1 次衛福部部長核定的金額超過醫院金額，這點我感覺到，一般來說，部長都會在付費者和醫院間提出的金額作裁定，但這次他超越兩方提出的金額。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

補充一下，剛何委員語提到，我沒有注意到細節，我特別強調，在 48 頁第 3 項，醫院總額，原本醫院代表的方案未提出視力照護的服務，在會議 40 頁第 3 項「促進醫療資源支付合理」，衛福部是有新增「提升國人視力照護品質」項目，並增編經費。我是希望，能夠讓白內障的病人盡早接受手術，能夠提升視力照護的速度和品質。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

- 一、請參閱補充資料第 6 頁，首先感謝健保會同仁非常用心整理，這張表可以更清楚呈現總額成長的全貌，若只看全部的總額增加金額和成長率，會認為好像是 6 年來最低，但並非如此。因為增加金額會低，係因 111 年的非協商因素成長率和增加金額低，照理說，今年有機會，把收支結構性不平衡的因素，稍微要一點回來，但很可惜沒有，反而更糟糕。
- 二、我們要看的不是全部總額和非協商因素，而是要看協商因素的增加金額，協商因素 111 年增加 160.4 億元，是 6 年來最高，成長率 2.048%，也是 6 年來次高，所以這個蠻可惜的！為什麼特別強調這個，若不講，將來會有相關單位又要說，111 年總額成長的金額是歷年來最低，不是這樣的，成長的金額是 6 年來最高，所以希望各位正視這張表，不要看到數字，以為增加金額好像很低，不是，今年是 6 年來最高的。

周主任委員麗芳

請翁委員燕雪。

翁委員燕雪

- 一、澄清一點，主計長特別交代要在健保會特別澄清，政府從來沒有欠健保錢，因公務員就是要依法行政，每年預算是預估，預估本來就會有落差，落差都會在以後的年度補足，所以政府真的沒有欠健保錢。
- 二、再來要澄清的是，請參閱會議 17 頁，衛福部的確有到行政院向院長報告全民健保財務調整措施的近期、中長期方案，但會議資料第 17 頁第 2 行提到，強化政府財務責任，依健保法補助始列入政府負擔 36% 之計算，其實這是被否決的，原因是當年二代健保實施就採行這樣的做法，發現違反健保法第 3 條，才修為現行的條文，若又把健保法施行細則修回去，又會回到當初違反母法規定的情形，所以這條沒有被採納，這是我要澄清的。

三、另外要就教的是，剛才的報告，何委員語也有提到，我是第 1 年參加健保會，總額協商在兩造雙方未達共識時，由衛福部仲裁，一般對仲裁的認知，是在 2 個數字間取得一個平衡點，但是例如會議資料第 50 頁最後 2 項專款項目，發現衛福部決定金額是高於兩造雙方的建議金額。不只這 2 項，會議資料第 52 頁的「專款金額」也是。我不知道衛福部是不是有這樣的權力可以增加。總額協商雙方達成協議共識項目的金額是確定的，但若未達共識是不是應該在這 2 個數字間取得一個平衡，而不是衛福部往上增加，我不知道這樣的合法性怎麼樣，就教於衛福部。

周主任委員麗芳

感謝翁委員燕雪依主計長指示的特別說明，但是今天的議案是在討論總額議題，我們不談 36%，請各位委員不要再就此部分回應，請劉委員國隆。

劉委員國隆

一、請參閱會議資料第 37 頁，希望請健保署依衛福部的函示及核(決)定事項，對於 111 年整個醫療體系，尤其是醫院及西醫基層能對於未來的「執行目標」及「預期效益及評估指標」於下次會議提報本會確認。另也看到補充資料第 6 頁 106~111 年度每年增加的總額額度，至於今年則是增加 260 億元，事實上歷年來好像也是一直在增加。至於剛剛大家也在討論，總額一直增加時，要使之能夠達到損益平衡的方向，有可能是補充保費、部分負擔及政府預算。政府預算似乎沒有再被提及，因為政府預算或許稅收有盈餘，但是不是能夠挹注又是另 1 個議題；至於我們知道現在的健保署，尤其是李署長伯璋，對部分負擔的推動是非常好的，我相信部分負擔本身也是非常好的方向，或許可以留下一些醫療資源來更有效應用，不過相對的也要特別拜託健保署，在推動部分負擔的同時，一定要去探討弱勢基層的民眾所受的影響。如果因為部分負擔的推動而產生一些負

面影響，或許署內已經有思考到，會用基金等措施來救急不救窮，但相對來說所謂弱勢基層民眾基本上就是窮，這一些人可能會因為部分負擔的增加，而使得就醫即時性受到影響，例如民眾其實有需要性，但他卻一直忍，忍到變成大病，這或許也是一個亟需探討的方向。拜託署內就這方面研擬補救措施，尤其若未來部分負擔一直持續提升時，我相信這跟健保費一樣會逐年提升，相對的在弱勢基層民眾照顧方面，要拜託健保署詳加探討。

- 二、請參閱會議資料第 49 頁，醫院總額協商因素成長率之「持續推動分級醫療、壯大社區醫院」、「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變」，這 2 個項目分別編列 10 億元、20 億元，衛福部決定依據醫界代表方案決定了這個金額，我們在這邊是沒有意見，但問題是內容如何落實，因為備註這邊提到「優先用於反應住院首日護理費支付點數加成 30%」，那究竟有無落實到對護理人員這些第一線醫療執行人員的費用提升？因為大家都是領薪水的，衛福部提到「首日」，那我們在協商時大家也討論過，首日金額根本就不會增加，無法落實給予工作量增加的第一線執行人員。能不能請健保署研擬如何落實到真正的第一線人員，這些人在執行的時候比較操勞或是工作項目增加，能否有加給等等的落實方案，拜託醫院端跟衛福部可以真正落實，提出一些數字供健保會參考。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、個人有 2 個小小的問題，希望健保署補充一下資料，也可以會後補充資料給我。第 1 個，請參閱會議資料第 34 頁，一般服務之新醫療科技編列 30 億元，藥品及特材給付規定改變編列 6.5 億元，這些項目的個別額度都已匡定，但我知道在新醫療科技項目中又再細分為醫療服務項目、藥品、特材，所以到底

這幾個細項要怎麼分 30 億元的預算，會後請健保署提供給醫院協會，我們在今年執行方面要有數字才有參考基準，往年其實也都是大方向先匡列，但健保署有內部有設定各細項的目標，但我們也都不是很清楚，希望這次正式提供給醫院協會。

- 二、第 2 個就是精神科長效針劑藥費，衛福部核定專款項目全年經費 26.64 億元，其中 12.41 億元由一般服務費用移列。請問是由健保署或衛福部社保司這邊來幫忙釋疑，因為要從總額一般服務移列要有試算，移列基礎是什麼？原本在基期年究竟有多少量？決定要移列 12.41 億元，請問部長核定的基礎是什麼？我們也擔心，會不會原本只有花 10 億元，結果卻變成 13 億元，也就是說原本花得比較少，但是移列比較多，會不會有這樣的情形，想了解一下，看看是由衛福部社保司或健保署在會後跟醫院協會做一下驗算。

周主任委員麗芳

請侯委員俊良。

侯委員俊良

- 一、請參閱會議資料第 49 頁，剛剛幾位先進也有提到，有關「持續推動分級醫療、壯大社區醫院」項目的備註，提到用於地區醫院假日或夜間門診(不含藥費)採固定點值，另外「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變」項目的備註，也提到用區域級(含)以上醫院的加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，我想釐清一下，因為這已經是部裡面這邊決定，但我們今天的討論事項第二案，也是關於採固定點值的項目，若稍後討論第二案我們討論的結果是否定的，這樣程序到底是怎樣？若我們否定，部內的決定會是如何？還是我們根本不能否定？似乎提出討論事項第二案的意義就不是那麼足夠，這是第一點要請教的。
- 二、請參閱會議資料第 59 頁，項次 11「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」，醫院代表方案提到「用於導入第 3 階段 DRGs

項目。推動 DRGs 已延宕多年，請儘速推行」，那衛福部決定事項是採醫院代表方案，但既然都延宕多年，不知道有無定出進一步的時程？若沒有定時程，你決定採醫院方案，但醫院又說延宕多年，到底做或者不做，時程的部分似乎訂出明確時間會比較妥適。

- 三、請參閱會議資料第 64 頁，「強化基層照護能力及開放表列項目」，衛福部核定的金額是採西醫基層方案增加 3 億元，希望透過增編預算強化西醫基層的醫療能量，但是這項目近幾年來的執行率不高，要特別注意，依照決定事項健保署要在 110 年 12 月委員會提出規劃調整項目，似乎也沒有執行，要請健保署加強監測各項服務成長情形，還有診所及醫院是否有重複執行狀況。

周主任委員麗芳

請胡峰賓委員最後 1 位口頭發言，若還有委員要發言請提供書面意見。請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、請參閱補充資料第 6 頁，幕僚很貼心把每年總額核定金額中，協商及非協商因素的增加金額及成長率分別列出，但是衛福部自邱前部長文達當初開始核定出非屬醫院方案、也非屬付費者方案的前例，前面也有幾位委員提到，往後的 2 任部長，也會自己核定其方案。按照健保法第 60 條規定，主管機關擁有最後核定總額權限是沒錯，也不好意思說，是否這樣破壞了協商精神，可是部長核定，當然不只陳部長時中這樣核定，只是他在任最久，但這 2 年經常出現，核定非屬付費者代表、也非屬醫界代表的內容，例如新增 1 個不在原先報部的二案併陳的項目，似乎也不符合協商原則。如果要新增這個項目，那當初協商時，社保司也應該對於部長想要的方案提出相關資料，來尋求納入協商方案才對。

二、近來這幾年都會出現新增兩邊都沒有的項目，那這個成長率到底算誰的貢獻？這種項目可以算是協商因素嗎？根本沒有協商啊！我覺得健保會幕僚可不可以幫忙整理一下，到底部長逕自裁定的金額到底有多少，就是多 1 個欄位讓大家知道，否則你要讓醫療提供者及付費者兩方協商時有個譜，當初協商時是根據國發會核定上下限及付費能力來進行協商，結果部長裁出 1 個可能不在兩方協商時所考慮的因素，我覺得這其實也不太符合民主國家的原則。我沒有批評指教的用意，以後也不知道誰會繼續擔任健保會委員，不過看到這種現象確實不是那麼好。我是建議以後若要這樣，主管機關就要負最後責任，應該把部長裁定的項目另外列出，我相信部長裁定之前，不可能沒去諮詢社保司及健保署就納入那些項目，免得外界誤會那是付費者或是醫界提的，但其實是部長自己提的，應該要算清楚。

周主任委員麗芳

請胡委員峰賓。

滕委員西華

不好意思，還有 1 項意見沒講。剛剛朱益宏委員提到醫院總額專款項目之精神科長效針劑藥費，由一般服務移列專款，其實我有類似的疑問。這項目是因為社會安全網列出來的，可是在沒有這個專款之前，在一般服務中，精神科也有在使用長效針劑，如果這個要移列到專款的話，我想問這個專款是只有用在新病人嗎？也就是沒有在社會安全網的病人都用專款，還是說並非如此？到底這個項目是不是指所有使用精神科長效針劑包括基層診所，全部都使用這項專款？但原本一般服務就有的費用，這部分會在基期年時扣掉嗎？不然就變成重複給錢了。一般服務滾入基期又有成長率，都用專款支應的話，一般服務沒有花到錢還要滾入基期，似乎不太合理，那這可能要說明一下是有什麼差別，否則付費者就付了兩筆錢。

周主任委員麗芳

請胡委員峰賓。

胡委員峰賓

請參閱會議資料第 34 頁，醫院專款項目「住院整合照護服務試辦計畫」全年經費 3 億元，在此就法律及財務部分表示意見。就法律部分，依健保法第 40 條規定，保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，重點是法律規定，健保給付的是醫療服務，但看護部分就不是醫療服務，若就看護部分提供健保給付，有違反健保法第 40 條的問題。至於財務部分，本次試辦是 3 億元，但若就全台灣急性病床數及占床率推估，把 30%~50% 納入試辦，那經費就要 40~80 億元左右，現在只是試辦，如果真的要全面落實推動，健保財務恐怕難以負擔，我們知道國人每年住院人數非常多，平均住院 9.29 天，看護費很貴，每日約 2,400~3,000 元，民眾難以負擔，但這應該是政府想辦法提供社會福利補助，而不是讓健保來支付這部分的費用，尤其是依健保法第 40 條明文規定只限於保險醫療服務，它不是包山包海的。

周主任委員麗芳

本案是報告衛福部的核定事項，委員提供的意見就請衛福部社保司及健保署參考，同時請健保署依衛福部函示及核(決)定事項所列時程，完成法定程序及提報本會等相關事宜，並儘速會同醫院及西醫基層總額相關團體，研訂新增項目之執行內容，且將「執行目標」及「預期效益之評估指標」提下次委員會議確認。接下來進行討論事項第一案。

肆、討論事項第一案「111 年度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

同仁宣讀

周主任委員麗芳

先請健保署說明。

劉專門委員林義

一、請參閱會議資料第 81 頁，本案為 111 年度本署所擬之抑制資源不當耗用改善方案，這個方案依照健保法第 72 條規定，每年都會提到健保會討論，聽取委員建議後據以修正，再報衛福部核定。

二、在陳報 111 年度方案之前，我們先檢討去(110)年方案的執行結果：

(一)到目前為止可以統計到去年第 3 季資料，至於 110 年的方案也是在 109 年 12 月 25 號報經貴會同意後實施，共分為 3 大構面、10 項策略及 16 項指標，那打星字號的是表示已達到預期目標，打雙圈則是因為疫情關係暫緩追蹤，以維護民眾就醫權益。

(二)會議資料第 82 頁有 2 個指標空白，表示說去年第 3 季為止，其實還沒達到預期目標，分別是第 14 項「死亡前安寧利用率」，預定目標值為 33.1%，截至第 3 季為止是達到 32%，第 15 項「呼吸器依賴病人安寧利用率」也尚未達標，目標值是 72%，截至第 3 季是 69.6%。尚未達標原因是我們每年的目標值都會比去年有所提升，像是「死亡前安寧利用率」就由 109 年的目標值酌加 1.1%，因此去(110)年目標提升後為 33.1%，另外「呼吸器依賴病人安寧利用率」的目標值也有酌增，這部分可能受到疫情影響還沒有達標，就會在今(111)年持續列入管控加強辦理。

(三)綜上，110 年共計 16 項指標，沒有達標有 2 項，另有 3 項因為疫情期間沒有追蹤。

三、至於 111 年方案則是建議延續 110 年方案內容，整個 111 年方案草案如附件一，會議資料第 86~90 頁。針對這個方案，有委員詢問可否提出過去 5 年的方案執行情形，請各位委員參閱會議資料第 91 頁，我們整理了 105~109 年有關抑制資源不當耗用方案執行說明：

- (一)請參閱第三點，這方案經過一項變革，在 105~107 年我們是把這方案依照保險對象、保險人、醫事機構切成三大面向及設定指標，不過後來發現，這樣的話其實同一個策略可能分別適用在保險對象、保險人、醫事機構，所以會有重複。
- (二)所以在 108 年進行重整，改為用策略區分，所以 108 年以後分成三大策略，第一個是合理使用保險權益，第二個是鼓勵院所合作與轉銜，第三個則是善用資源合理使用。因此 108~110 年就可以有比較基礎，重整後指標項目大概就只留最重要的 16 項。
- (三)105~107 年分成保險對象、保險人跟醫事機構三大構面的情形，詳如會議資料第 92~95 頁，供各位委員參考。另有關委員所關心的 108~110 年，詳如第 96~97 頁，指標穩定下來，我們僅做小幅度更動，比較具有比較的價值。請參閱第 98~100 頁，108 年到 110 年第 3 季，每項指標可依執行年度、執行目標及執行值來讓委員參考，以合理使用保險權益的構面之第 2 項「輔導高診次門診就醫率下降率」為例，在 108~110 年目標值分別為預期下降 18%、18%、16%，旁邊則是執行值，對於各年度沒有達成的原因有進行分析，未達標原因附在最右欄供委員參考。例如我剛剛提過 110 年第 3 季沒有達標的部分，可參閱第 100 頁的第 14、15 項，有註明未達標原因。

四、請翻回會議資料第 83 頁，有關健保會幕僚的補充說明，再請直接看到第 84 頁，幕僚建議說經過檢視的方案後尚屬合理，但是有一些指標目標可能需要檢討。至於健保署這邊的作業是

，假如委員會這邊通過，就各位委員今天提的建議，本署會參酌修正報部核定，等到方案公布就會召集六分區業務組代表，針對這 16 項指標及目標來討論，原則上目標會逐年增加，我們也希望執行盡量朝向合理目標前進，以上說明。

周主任委員麗芳

再請健保會補充說明。

邱組長臻麗

一、本會第二組說明，剛才健保署已說明本案之依據及執行情形，爰會議資料第 83 頁之說明一、二，請委員自行參閱。接下來請委員翻到第 84 頁，本次健保署提出 111 年度方案內容，相較於 110 年方案僅微調文字，微調處請參閱會議資料第 86~90 頁劃底線處。考量健保署 108 年才剛重整過方案，爰建議 111 年度可繼續沿用，惟請健保署加強辦理下列事項：

(一)有關方案內容，建議增列如第 81 頁附表，以整體呈現各構面、策略及其管控項目與目標值，另 16 項管控項目，有多項未標示大於或小於之方向性，不易判斷，建議應列出方向性，以利監測。

(二)依達成情形，滾動檢討目標值之合理性。

(三)需加強辦理及持續監測之項目，在 110 年有 2 項未達標(項次 14、15)，請健保署加強辦理；另受疫情影響緩追蹤有 3 項(項次 3、4、8)，考量其係為導正就醫觀念與行為及推動分級醫療，仍請健保署持續監測，以利相關策略之推動。

二、本會每年多在 12 月份委員會議討論抑制資源不當耗用改善方案，爰健保署僅能提供至第 3 季執行情形，為利完整呈現執行結果，建請健保署自今年起，定期在 5 月份第 2 季業務執行報告，提供前 1 年全年之執行結果，以上說明。

周主任委員麗芳

請委員表示意見，以下依序請林委員恩豪、劉委員淑瓊、盧委員瑞芬、滕委員西華、陳委員石池、朱委員益宏、李委員永振、翁委員

燕雪、胡委員峰賓、干委員文男、侯委員俊良。現在先請林委員恩豪。

林委員恩豪

抑制資源不當耗用改善方案，目的不就是要降低不必要的醫療資源使用嗎？但我看本案的說明，執行都執行的很好，但執行這麼好，其效益到底在哪？應該不是用執行率評估效益，應該是要告訴我們，健保署執行這麼好，究竟減少多少不必要的浪費，應該要數據化的呈現，是不是可以請健保署說明一下，執行率這麼好，究竟為健保省了多少錢？

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

誠如健保會幕僚所分析，我們也去比對一下這份 111 年度的方案，真的跟 110 年度的版本幾乎完全一樣，僅文字微調，卻沒有清楚交代監測成效的延續性，以及未達標項目的後續改善對策及其成效，是一個很沒有誠意的改善方案。尤其今天有這麼多委員要發言，表示這是一個萬眾矚目、非常重要的方案，希望健保署可以加油。以下就針對分級醫療、高診次就醫、安寧利用率三個議題來談。

一、第一個是「分級醫療」，我們會內大家都非常關心，在疫情期間項次 3(基層與地區醫院門診占整體件數之占率)、4(非同體系區域級(含)以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加)、8(提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計))，健保署因考量疫情下民眾的就醫權益，建議這 3 項要暫緩追蹤，我沒有意見，但雖然暫緩追蹤，還是要把相關數據提供出來。因為我們也想了解在疫情期間供需雙方，也就是醫療端的醫療行為及使用者的醫療利用到底有什麼變化，若是疫情持續，這對政策規劃與評估，都是非常重要的數據。

二、第二個是「高診次就醫」，110 年第 7 次委員會議我跟幾位委員都提過，高診次就醫問題不應該只是公布當事人相關資訊，

結果僅是引發議論、污名化這些病患而已。我們其實真正要去了解的是，高診次就醫者在醫生及醫藥的服務以外，是否還需要其他專業人員，如心理師、社工師的介入。從資料中就醫次數前幾名的症狀來看，多半與頭痛、失眠有關，而這些症狀背後都有社會心理因素，這樣的族群也不適合成為整合門診收案對象，所以針對高診次問題，我們認為健保署應該要提出更有效的對策。那再來要提的是，110 年雖然高診次人數有減少，但舊案的比例是增加的，這也就表示健保署現在的作法，對於遏止高診次就醫行為效果是有限的，或者反映政策效果逐漸鈍化，然而，這部份的分析，在健保署的報告中卻沒有看到。另外從實務面、也就是醫療端得知，健保署會要求醫療院所要提出院所內高診次的個案追蹤報告，院所也照規定提給健保署，但是我們看不到這個報告對於健保署研擬政策、提出本項方案，到底有什麼樣的影響。

三、第三個是「安寧利用率」，講到無效醫療大家立刻會聯想到這項，健保署對於未達標的解釋，說是因為受疫情影響。但觀察 3 年目標值及執行值其實差不多，我們建議健保署不要動輒把「疫情影響」當成方便的理由。尤其是在推動安寧醫療服務方面，醫改會在 2020 年曾召開「在地善終，困難重重」的記者會，我們指出好幾個基金會提出的民調，都顯示民眾對於安寧的接受度高達七、八成以上，現在面對的問題是供給趕不上需求，也就是居家安寧相對於醫院安寧，進展可以說是十分龜速，這跟支付制度的設計有關。我們歸納出「四個沒有」：沒有彈性、沒有支援、沒有藥品、沒有誘因。所以還是建議健保署好好傾聽民團的聲音，我們提出的政策倡議都是有所本，包括最近的整合記者會也是，希望健保署擬訂新方案、設計制度時可以慎重。我也很贊同健保會幕僚提的意見，只用第 3 季的數字沒有意義，很難進行比較，健保署能在 5 月健保業務執行季報告中提出完整執行成效。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

一、主席、各位委員好。我同意幕僚這裡提的幾項建議，包括目標值宜具方向性並持續改善；也同意劉委員淑瓊的意見，即使是暫緩追蹤的管控項目，也應該提供執行率以便瞭解現況。另外，安寧相關的項次 14、15，僅用疫情影響作為未達標的理由，我覺得這樣說明太過簡要，這點我也跟劉委員淑瓊的看法一致。

二、另外提出以下三點意見：

(一)會議資料第 81 頁，項次 1「健保存摺使用人次增加率」，目標值為 $>5\%$ ，執行值卻增加超過 100% (103%)，原因很簡單，因為用健保快易通平台登記購買口罩及預約疫苗，使用人次一定會增加。如果真的要符合草案所說，健康存摺使用人次增加，是為了提供視覺化資料及與相關衛教資訊連結(會議資料第 87 頁)，其實健保署可以運用這部分的點擊率，具體瞭解民眾使用情況。例如，希望知道民眾有沒有查閱自身的就醫資料，你就看該部分的點擊率，具體地去看使用人次，才能知道有無達到目標值。否則現在幾乎所有政策都會結合健保快易通，使用人次一定增加，但有沒有符合我們當時想要監督的目的，這部分可以更細部地去看相關資料。

(二)會議資料第 100 頁，項次 13 違規院所訪查家數，我有點不大瞭解，為什麼 108 年的目標值是 431，109 年大幅減少到 133，到了 110 年 Q3 又變成 130？是否可以解釋為什麼目標值數字變化這麼大？

(三)會議資料第 86 頁的草案，跟第 81 頁說明二的構面、策略，應該要有一致性。例如，在草案的合理使用保險權益項下，有一子項是「深化保險對象珍惜健保資源宣導」，但是構面、策略或管控項目表中沒有出現對應的項目；草案中的「精進雲端資訊系統」也有這個問題。重點是，草案應明列可以

具體量化的測量指標與目標值，因為草案要送衛福部核定，部裡在核定的過程中，應該要能很明確知道各項管控項目怎麼量化以監督目標值，並且跟前面管控項目表應有基本的一致性，以上是我的建議，謝謝。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、會議資料第 85 頁項次 3、4 暫緩追蹤，我反而不支持。如果是疫情為由，醫院跟西醫基層的門診量都是下降的，它的執行率還是應該要呈現，只是若未達標，或許可以用疫情作為解釋原因，疫情期間還是有實施上轉、下轉，也沒有暫緩支付轉診費。這 2 項在 109 年已經暫緩追蹤了，如果 110 年也要暫緩追蹤，我不是很支持。以疫情作為理由有點生硬，因為我們還是有門診，疫情是整體門診量下降的問題，我認為 111 年還是要有數字，不應該暫停，並且可以同時呈現 3 年的數據。
- 二、劉委員淑瓊剛才提到居家安寧的部分，我也非常同意，其實利用率跟支付制度才是金鑰。有沒有鼓勵醫療提供者做安寧服務，才是安寧服務能不能增加的原因，並不是完全在於病人的自主選擇，所以我覺得應該還是要提出居家安寧的策略。
- 三、我對這個項目有一些文字上的建議，提供給健保署參考。因為資料裡都是寫「減少無效醫療耗用」，「無效醫療」易讓社會大眾覺得，是不是沒有用安寧的病人都是無效醫療，所以建議文字可以比照超音波或檢驗，用「減少不必要的醫療耗用」取代，這樣的文字可能比較中性。因為無效醫療是事後諸葛，用了才知道沒效、用之前不會知道沒效，所以我覺得原本的文字不是那麼妥適。
- 四、草案裡提到的預期效益都不是很具體，剛才盧委員瑞芬與林委員恩豪也有提到，到底抑制資源不當耗用方案做了之後，是省錢、省事還是省時？省什麼錢、省什麼事？省什麼我們都不知

道。我們在稽核總額各項專款項目時，都還要部門提出具體執行效益跟目標值，但是健保署的草案反而沒有，建議健保署要嘗試提出具體的目標值、預期效益跟評估方法，謝謝。

周主任委員麗芳

請陳委員石池。

陳委員石池

- 一、大家午安，我首先對於這個名詞有點意見，「抑制資源不當耗用改善方案」，可是草案內容哪一項是不當耗用？除了項次 2 「門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率」似乎確有不當，其他項目好像都不是不當耗用，所以方案名稱建議改為「提升健保資源充分使用改善方案」。
- 二、很多委員提到不同意管控項次 3、4、8 暫緩追蹤，我個人也是不太同意，不能用疫情來解釋；另外，項次 14、15 在 108、109 年有達標，110 年則是說明因為受到疫情影響未達標，但是其中 109 年也有疫情，所以不要每次都把疫情拿來當擋箭牌，應該實際好好地檢討。
- 三、另外有一個建議，因為我在急診部服務多年，發現病人利用麻醉藥止痛的現象蠻嚴重的，他們會遊走在各醫院的急診，對醫院造成很大困擾，因為有些人你不幫他打針止痛，他就會跟你耗上大半天，所以建議增加「使用麻醉藥物止痛急診病人就醫次數」這個項目，藉此了解病人在各醫院遊走的情形，否則他如果從 A 醫院到 B 醫院，B 醫院在不知情的狀況下就會幫他打止痛藥，是不是可以考慮列入這個項目，謝謝。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、第一點，我要表達的意見剛剛幾位委員也都講了，我同意項次 3、4、8 不能由於疫情關係就不追蹤，因為這些項目確實是分

級醫療上很重要的指標，因為疫情就不追蹤是不對的，不但要追蹤，而且趁著疫情發生時要更精進。

二、第二點，我是不是可以建議健保署，增加下列 2 項與分級醫療相關的指標：

(一)第一個指標是關於地區醫院，因為醫院總額是將醫學中心、區域醫院及地區醫院的總額包在一起，總額執行後，從現有資料只能看到地區醫院服務量的占率，但是看不到實際上拿到多少錢的占率，所以建議針對地區醫院在醫院總額的合理占率進行監控，若從監控值發現地區醫院拿的錢越來越少，顯然表示制度有問題，應該將這個數值列入常規監控。

(二)第二個建議的指標，我剛才在追蹤事項時有報告，有幾家醫學中心的門診申報醫療點數占率過高，當初在 92 年開辦醫院總額有個想法是，醫院總額的門、住診各占 45%、55%是最理想的狀況，所以我認為要把大型醫院門診占整體醫療費用比率納入監控，觀察是否有逐年改善。

三、第三點，健保署一直在地區醫院推動分級醫療，但是目前看到很多體系醫院或是超大型地區醫院，隱藏在地區醫院裡，享受地區醫院的優惠政策，例如社區醫療鼓勵措施，甚至有明明是區域醫院等級的醫院，評鑑時故意去評地區醫院，這些取巧的行為，需要健保署、社保司、衛福部用政策處理，就是所謂的胡蘿蔔跟棒子雙管齊下。但是目前沒有看到棒子，只有一再說振興地區醫院有獎勵措施，在大型體系越來越大、甚至變成托拉斯狀況下，到底衛福部有沒有因應政策。舉例來說，整個大彰化就是一個大型托拉斯醫療體系，政府有沒有具體作為？看起來沒有。去年大型醫療體系，在桃園要成立 2 千床病床，今年又看到報紙刊登，大型醫療體系又要在屏東成立 2 千多床，這些大型醫療體系都是在人口集中都會區成立大型地區醫院，政府除了監控外，是否也應採取具體措施處理。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

- 一、首先，先呼應林委員恩豪跟滕委員西華的意見，本案主題既然是抑制資源不當耗用改善，應該會節省相關經費，對於健保財務一定有助益，應該將改善效益具體量化。
- 二、會議資料第 84 頁，本會補充說明(三)之 2 提到，項次 3、4、8 受疫情影響暫緩追蹤，但是導正就醫觀念行為跟推動分級醫療是很重要的努力方向，不只要持續監測，在疫情持續情形下，建議進一步檢討修正，研議在疫情下應該如何調整，否則明年又因疫情兩手一攤暫緩追蹤，這樣就失去意義了。疫情第 1 年，因為沒有預期，以疫情作為理由還算合理，但疫情已經進入第 3 年了，還要繼續混下去嗎？
- 三、該頁接續之(四)提到，在 5 月的業務執行報告，應該提出前 1 年的全年執行結果。我認為不只要提出執行結果，還須深入掌握檢討，執行 1 年下來，有哪些不足之處、哪些可以強化，做為擬訂次年方案之參考，大家在委員會議提出的建議才有實質意義。否則以前好像就是例行作業，戲演完就沒了，追蹤也沒有什麼效果，既然要做，就要做出成效。

周主任委員麗芳

請翁委員燕雪。

翁委員燕雪

我的意見跟前面幾位委員一樣，為了節省時間簡單表達。

- 一、首先肯定健保署對本案的付出與努力，有些項目的執行成效也很好。但是本案的重要目的，是為抑制資源不當耗用，應該要將成效反映在健保總額支出上，但這份資料裡似乎完全看不到數字，前面幾位委員也有講到，到底效益如何反映在健保支出的節省上，完全看不出來。建議健保署要把它量化，具體告訴委員節省多少健保支出、將來要怎麼運用這些節省下來的資源

，例如作為當年度表現優良院所的鼓勵，或做為下 1 年度總額協商的財源，應該具體要講出來。

二、第二點，有些執行率不佳的項目，健保署都只寫要加強辦理、輔導。執行率為什麼不佳？應該再深入檢討做法是不是要有所改變，而不是用四個字簡單帶過，以上。

周主任委員麗芳

請胡委員峰賓。

胡委員峰賓

我也有使用健保的健康存摺，來掌握自己的就醫情形、用藥跟檢查結果，健康存摺對於健康管理有很大幫助。我們看到健保署持續推動健康存摺，下載次數也大幅增加，所以使用人次增加率有達到目標值，但沒有看到使用者使用次數的分析，譬如說使用者每個月或每年的平均查閱次數是多少？這樣才知道使用者有沒有真的在用這個 APP；另外也應該分析使用者查閱哪些項目的次數最多，就可以知道健康存摺是哪些項目的功能比較吸引使用者，謝謝。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

一、剛才講過的內容就不再重複，我贊同林委員恩豪的意見。會議資料第 82 頁裡，幾個與重複用藥相關的指標都有下降，這是好現象。剛才吳委員鴻來跟黃委員振國有提到藥物的浪費，但是不曉得藥物浪費要怎麼改善，是不是需要設 1 個指標，才看得出藥物有多少是浪費掉的。我所說的浪費當然不包括用掉、吃掉的，丟掉的才是浪費。要怎麼改善呢？我想藥全會黃理事長也有責任一起關心，你們是不是也加強醫院用藥的監控、審查，希望你能設立 1 個目標，在每個醫院推動，才能真正減少浪費。

二、年年都在談藥物浪費，已經談了 N 年，從來也沒有討論要怎麼改善、解決。如果說藥物浪費能夠減少，那健保可以增加多少

錢，不要每年都只提這個問題。我也要肯定健保署在這方面的作為，但是藥物浪費需要三方，包括病患、醫師、藥師共同配合。現在無論做了很多宣傳廣告，看到院所、藥局還是有很多丟掉的藥，沒有真正去建立一個制度，去查核是哪個病人並註記在健保卡，這樣就可以從付費者追到醫師、再追到醫院，最終就可以解決問題，但是一講再講，從來沒有人敢做。每次講到藥物浪費，都在罵付費者，問題在哪裡？浪費來源有幾個，應該做的要想辦法設一個指標，現在都還沒有指標，每年都在評核、都在看，希望藥師的這個機能可以提升，雖然你們今年度藥事照護計畫的經費實在很少，但是如果做得好，明年可以增加，減少藥物浪費，讓大家可以安心吃藥，不要吃壞身體、腎臟，把藥丟掉又汙染水源、土地也是不好，謝謝。

周主任委員麗芳

- 一、我在侯委員俊良發言前先插播一下，非常感謝何委員語致贈靈鷲山心道法師的新年墨寶給大家，「佛至心田壽福綿綿」，真是溫馨、溫暖破表，何委員語還要跟我們叮嚀幾句嗎？(何委員示意不用)不用，再次謝謝何委員。
- 二、因為陳委員秀熙今天還沒有發言，稍後這輪發言到陳委員就是最後1位，因為今天案子太多了，拜託各位委員先停止口頭發言。請侯委員俊良。

侯委員俊良

我有幾項具體建議：

- 一、關於草案部分，我認為應尋求外部團隊協助整個方案規劃運作，而不是由健保署主責單位自己處理。剛才有多位委員提到草案內容不是非常具體，我這邊也觀察到幾點，像是達標情形說明的文字裡，有提出各項管控項目未達標原因，但是原因的分析裡沒有具體數據；又例如資源浪費，資源浪費的部分有沒有盤點出來？沒有數據、也沒有對應解決的辦法，前面沒有提出問題標的，後續就很難處理，整個解決方案也是。方案提到醫

療浪費成因之一，可能是總額支付制度下論量計酬的誘因，應該進一步分析，論量計酬到底現在有什麼狀況，各醫院各階段預計有多少潛在浪費，如果不了解的話，怎麼知道哪裡產生的浪費數額是比較大的，並進而解決。所以我認為這不是幾個人就可以做的事情，應該要有一個團隊來規劃，所以方案需要整個打掉。

- 二、第二個部分再繼續針對浪費產生的原因，分析是哪些醫療行為可能會產生這個問題，再設法解決，如果說有具體數據，就可以具體估算可以減少的金額。
- 三、我也認為健康存摺確實是很好的工具，但推廣健康存摺不是最終目的，而是要藉由健康存摺這個媒介，讓使用者知道一些正確觀念，例如讓使用者了解哪些行為屬於醫療浪費、可以怎麼改善，所以健康存摺裡面的功能才是重點。健康存摺 APP 到底可以再擴充甚麼，是否可以含括前面分析的原因，我認為這不是簡單的工程。
- 四、如果沒有進一步分析整理，每年提出的方案都不是具體內容，也沒有透過數據呈現執行成效，真的是瞎子摸象。整體方案應該要找專業團隊設計，結合醫療專業人士，甚至醫院裡的實際執行者，醫師宣廣也很重要，因為病人都是依據醫生的開立的處方用藥，所以這個環節也很重要，以上。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、醫療資源使用，可能是醫療院所提供服務的問題、也可能是醫療需求端民眾的問題。我贊同剛剛幾位委員的講法，尤其高診次的使用者，往往不只有健康問題，可能有心理、社會問題，所以蠻贊成針對高診次使用者做檔案分析，能夠進一步了解個案狀況。建請衛福部除了健保署，還要跨單位包括與福利、社

工單位合作，加強輔導幫助這些健康弱勢的族群，也才能徹底了解這些個案是否有需要我們幫忙之處。

- 二、其實很多委員不明瞭，到底診所端對醫療浪費做了哪些努力，請大家參閱會議資料第 93 頁，以西醫基層為例，序號 16~22 的同儕抽審，這幾年我們各區共管委員跟健保署不斷地定期去做 review(審查)，也會不定期針對某些高使用率案子去 review。例如，台北分會在去年六月疫情最嚴峻時，針對成長率過高的醫療院所做實際檔案分析，以了解醫療使用是否合宜。
- 三、剛剛干委員文男說得非常有道理。西醫基層是每月抽審，只要同一醫療院所、同一病人單次使用超過 10 項以上，藥品會直接不讓他申報；還有就診 10 次以上，則採立意抽審。我建議可以比照這種方式，精確分析檔案，尤其雲端藥歷可以顯示餘藥，我曾看到一個病人，重複用藥最多有 36 項，那些病人的特色是，今天 A 醫院看完隔天不滿意，就去 B 醫院，甚至同時去 C 診所同時開立慢箋，這些藥當然沒在吃，就是為了心安才產生這樣的醫療需求。
- 四、既然有雲端藥歷、重複用藥機制，我們可以要求當重複用藥達幾天以上，請健保署可以就這些個案去深入了解，例如重複用藥的餘額過高或項目過多，都可以列為客觀指標，此類個案只要經過輔導，在家庭醫師的幫忙下，一定可以看到效果。以今年家庭醫師方案為例，把重複用藥餘額、重複率當作指標之一，以前只有雲端藥歷查詢率，今年修正以結果面為導向，設計為負向指標，只要重複用藥達多少金額以上，這個醫療群就拿不到原來雲端藥歷的分數，我們也很重視健康問題，希望委員多給我們支持，也能提供相關資訊給醫療服務提供者，讓我們做改進，謝謝。

周主任委員麗芳

本案陳委員秀熙發言後，黃委員金舜是最後 1 位口頭發言。

陳委員秀熙

- 一、方案所訂指標非常重要，我只是要提醒這些指標必須要做滾動式修正，檢視為什麼會這樣設定，譬如項次 6「居家醫療整合照護對象門診就醫次數」的目標值為什麼是 <0 。我知道這些指標是非常複雜跟困難，但不論是過去的設計或為因應疫情也好，這些指標本來就應該做滾動式修正。
- 二、我同意陳委員石池講的，疫情對醫療服務的影響不是只看利用率變高或變低，而是應關注在疫情裡面有沒有人真的需要醫療需求而沒用到，有些人則是多用。我一直在跟醫界說，在疫情下，我們更應該做精準醫療。
- 三、我想跟大家經驗分享，我也是衛福部癌症防治委員會安寧照護成員，健保署代表也曾在會議中提過安寧照護成本效益分析，我認為他們是有做具體分析，只是項目過於繁雜，所以如何整合資訊讓委員也都知道，是可以努力的方向。
- 四、方案節省下來的錢，其目的如同前面包括付費者代表李委員永振、何委員語的意見，這些浪費所節省的成本就是要回饋，才能符合剛才所說三大目標，包括透過部分負擔以強化政府政策及節流，所以最後關鍵還是在成本，這一些指標怎樣透過計畫轉譯成我們節省的經費，這是最重要。
- 五、指標需要滾動式修正，我同意何委員語剛才所言，需要透過委託方式，因為健保署本身業務非常繁忙，要滿足這麼多面向的指標，從醫院、基層、中醫、牙醫總額都有不同特性，我認為要依照這些方向做精準式滾動修正，將真正節省的成本挹注回去三大目標，雖然貢獻不一定很大，我認為強化政府政策目標還是最重要，這些部分供大家參考，謝謝。

周主任委員麗芳

請黃委員金舜。

黃委員金舜

- 一、我回應一下干委員文男剛才所提藥品浪費的部分，有關藥品浪費這部分已經存在 20 幾年，要一下子把它改善，我覺得不容

易也不可能，我曾經問過拿新領藥品來藥局端回收的民眾，你這些藥品都是新領，為什麼拿來回收？他說在就醫門診的時候很清楚跟醫師講，這些藥我家裡還有，但是醫生還是執意開給我，這整個過程我覺得很奇怪，是不是這個藥品有很高的藥價差？這是一個面向。

- 二、我們現存台灣有 6 千多家藥局，幾乎 80% 都在回收藥品，我是誠懇建議，是不是健保署願意撥一點經費給我們，如果有民眾拿藥品來回收，我請我們的藥師跟這些民眾宣導，叫他們要愛惜這些藥品，否則整個藥品的浪費會造成健保一些虧損，我們需要花些時間跟他們談，我想在短時間內，應該不會看到成果，如果這樣做 1 年、2 年，我覺得成果就會出現，這個部分就要拜託委員與健保署，要給我們支持，不要讓我們藥局每天都在做功德，做功德會吃不飽，這是我誠懇的建議。

周主任委員麗芳

謝謝黃理事長金舜，藥師是佛菩薩，特別有佛心。請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、臨時插播一下，我很贊成剛才所有委員的意見，如何抑制資源不當耗用的改善，這項「資源不當耗用」可以改名稱，可能沒有所謂不當耗用，剛才陳委員石池說改名稱可能會更優雅、會好一點，這樣才不會對真正有做事的人有一點羞辱的感覺。
- 二、我也贊成剛才幾位委員的發言，我也向黃委員金舜提過這個問題，你說過同樣的話，我支持政府可以撥出一些經費，研究如何避免藥品浪費，我們委員可以考慮支持這些好的作法或政策。
- 三、至於剛才陳委員秀熙講到，我也認為死亡前安寧利用率等確實有做到一些，會節省一些錢，應該把這些數字列出來，大家都在提此事既然每年都在做這些事情，就應該把數字列出來，讓大家知道我們健保已經省了多少經費，哪些部分還沒有做到應該再加強，如何加強應該有一些數據來說明，剛才林委員恩豪

說得很好，需要把數據跟內容列出來，或許大家能夠更精進討論要改善哪些，如何落實抑制資源的耗用，我想以上各位委員都很關心這些問題，表示大家都很支持健保署做這樣方案，以上簡短報告，謝謝大家的辛苦，請多支持這個事情，也請健保署落實這個方案，謝謝。

周主任委員麗芳

接下來請健保署蔡副署長淑鈴回應。

蔡副署長淑鈴

- 一、主席及各位委員，因為李署長伯璋另有要公，所以先行離開，臨走時交代接下來就由我代理，所以我就代替署長跟大家做回應。
- 二、首先，這個題目叫做「抑制資源不當耗用改善方案」，緣起是健保法第 72 條，我跟大家念一下，這絕不是健保署創立的名詞，是母法所規定，內容是「為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提健保會討論後，報主管機關核定。」所以從 105 年到現在，這個名詞都沒動過，就是因為其有法源依據。
- 三、盧委員瑞芬質疑會議資料第 100 頁，108 年違規院所訪查家數目標值為 431，同仁剛才跟我說是誤植，應是 131，先跟大家釐清。
- 四、針對本案，委員們看到我們有 16 項指標，分為 3 個構面，感覺指標只有 16 項，可是各位委員大概都知道這些指標背後都有很多計畫在推動，最後才能看到這些指標之結果，因此這些是最後收斂的指標，當然指標好不好或精確不精確，大家可以指教與討論，因為如何抑制不當浪費，大家都理解需求面跟供給面都有，健保署所做所有業務內容，都是針對這些部分做努力，例如我們推動分級醫療是整個大計畫在推動這麼多年，絕對是多面向，又例如大家關切的高診次議題，我們也執行很久，我們也知道這是多元問題，確實需要多元的介入，針對這些

人我們也利用非常多的管道在幫助他們，或者是協助他們，我們都有個別的計畫，甚至還有委託社區藥局的藥師也做了幾年。

- 五、死亡前安寧利用率部分，剛才陳委員秀熙有提到，我們有去比較安寧跟非安寧醫療費用成本，這些數據都可以提供，但是推動安寧，溯及比較早是從住院安寧到安寧共照，到現在的居家安寧，也是一步一腳印走到今天，但是要不要安寧，存在病人跟家屬意願問題，所以絕對是緩步前進，這些我們都理解，現在居家安寧是大家認為一個轉變，就是民眾希望在家中安寧，這樣的機會來了，所以我們在居家醫療服務，居家安寧是重中之重，最近也在檢討居家安寧的支付，希望在有限資源內可以提供更好的醫療服務給民眾。
- 六、大家提到一個觀點，管控項目 3、4、8 為暫緩追蹤，同仁說一些理由是疫情關係，我完全同意大家的質疑與 comment(評論)，因為數字還是得顯示出來，至於是不是受到疫情影響，大家可以一起討論，大家想法都是對的，我們都可以補充。
- 七、另外大家在講我們執行成效的數據在哪裡，包括第 1 位林委員恩豪就講，你做這些事省多少錢，可不可以把省的錢拿出來，請各位想想這個觀點，事實上推行每個計畫並不是這些指標省多少錢，而是指標背後的計畫產生多少效益，譬如雲端系統是 1 個非常大的內容，其中有沒有減少重複用藥、重複檢查，這些數據，各位委員可能有點忘記，其實我們在總額協商時都有提供；至於翁委員文能表示，拿出數據是不是可以做為總額如何協商的處理，我們都有提供，委員決定要不要使用是委員最後協商來考慮，所以這些事情我們並沒有任何的隱瞞，事實上我要提的，委員可以再增加好的指標，例如朱委員益宏或陳委員石池都有提出新建議指標，若委員同意，大家也覺得很好，我們都可以加進去，今天提出來就教各位委員，大家覺得要如何處理這樣的計畫。

八、我還是強調你們看到 16 項指標，其背後有很多計畫在推動，最後才收斂成這 16 項指標，你們可以質疑目標值是不是可以訂得更積極，我想可以，大家認為多少是合理，健保署都可以虛心接受，若覺得 16 項指標與 3 大構面還不夠好，可以委託哪個單位 review(審查)或建議，我們也很樂意配合。我還是要跟各位委員報告，現在實施總額預算，剛才也宣讀 111 年度總額核定結果，依我們財務面總額預算就是最後的數額，今天在這裡討論讓資源得到更好的應用與效益，在節流部分，黃委員振國也提到，他們在審查端也做非常多努力，健保署也做不予支付指標審查與精準審查，都在處理可能不當的重複用藥或檢查，這些最後才會貢獻在各位看到的總額實施結果。我想這些都是整體跟各位報告，看看委員最後決議，我們就配合辦理，謝謝。

周主任委員麗芳

- 一、謝謝蔡副署長淑鈴詳盡的說明，本案就請健保署參考委員所提的意見，及本會補充說明三研修 111 年度方案內容後，依法定程序陳報衛福部核定。
- 二、現在已經是 12 時 30 分，在休息 10 分鐘之前，因為陳委員石池特別提到，健保會同仁寫給每 1 位委員，就是 1 張很溫馨的生日卡，我身為主任委員，這幾年來我都有注意到，每 1 年我都代替 30 多位委員，在同仁生日的時候，來幫他們慶生，去年是按季幫大家慶生，今年因為最近疫情有點拉警報，我想超前部署，本來是按季，今天一大早冒著雨拎著 20 幾盒糕餅，還有昨天親自寫給 24 位同仁滿滿的祝福及滿滿的插畫，一直寫到凌晨 3 點鐘(與會者鼓掌)，今天一早冒著雨，1 個人搭計程車，扛著很多盒糕餅，請周執行秘書淑婉代表接受，我也知道各位委員很辛勞，卡片就這麼小張，39 位委員簽完名就沒得寫，我是幫大家一起向全體幕僚同仁致意，請以掌聲再次感謝(與會者鼓掌，健保會同仁起立致敬)，我們很幸福啦！因為在很多場合中，都聽到健保會很溫馨，我有這樣感受，也是因

為有幕僚同仁全力來力挺大家，感謝各位辛勞，是不是我們唱一首生日快樂歌給所有人，好不好？慶祝大家生日，包括全體的委員(與會者一起唱生日快樂歌)。

三、我們休息 10 分鐘後繼續開會。

干委員文男

主席，我對你剛才所做結論沒有意見，但實施 DRGs(Diagnosis Related Groups，住院診斷關聯群)多年了，沒有顯著表現，希望下次在 3 月份開會時，健保署能做 1 個專題報告，我們有列出來也有預算，健保署能夠做的事情，應該要有什麼樣的進度才能節省到錢，這樣對所有的人都會受益，謝謝。

周主任委員麗芳

請問幕僚同仁，剛才干委員文男建議 3 月份有 1 個專題報告，時程上排得進來嗎？請協助看何時方便排進來。請朱委員益宏。

朱委員益宏

剛才干委員文男提到 DRGs 推行進展，我們知道健保署很積極跟醫院協商，但是問題為 DRGs 前進到第 1 跟第 2 階段占住院費用 50% 左右，使用 ICD-10-CM(國際疾病傷害及死因分類標準第 10 版)的版本是 2014 年，現在已有 2021 年最新版本，要去校正 2021 年版與 2014 年版，兩者差距非常大，等於是 1 個大改版，所以要全面實施 DRGs 之前，這個校正工作必須先完成，因為 DRGs 的基礎就是疾病分類，所以健保署在前幾天才跟醫院協會協商，大概過完農曆年以後就跟醫界重啟 1 個工作小組，把整個 DRGs 版本在最快的時間內校正，但也不是 1、2 個月或 2、3 個月可以做到，至少花到 1 年時間，把版本校正完後才套用 DRGs，才有可能實施，這要跟干委員文男報告。

周主任委員麗芳

現在休息 10 分鐘，12 時 48 分回到現場繼續開會。

伍、討論事項第二案「111 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

時間到了，請大家入座，要跟大家拜託，今天尚有很多案子需要討論，等下會議進行時，請大家控制發言時間，現在進行討論事項第二案。

同仁宣讀

劉專門委員林義

- 一、各位委員，大家好，接下來由健保署說明討論事項第二案，請看會議資料第 101 頁，有關 111 年度各部門總額一般服務的點值保障項目案，這個案我們就是循程序，在 110 年 11 月 17 日、11 月 18 日、11 月 23 日、12 月 8 日、12 月 23 日分別跟各個總額部門討論達成共識，如同會議資料第 103 頁所呈現，中醫門診、西醫基層、醫院還有門診透析的保障項目，除了醫院以外，其他部門都跟去年一樣。
- 二、醫院新增第 8 項與第 9 項，是總額核定項目，我們將其列上去，剛才委員講到，若未來衛福部核定 111 年有新增項目，依照衛福部公告為主，我們就比照 110 年，於健保會這邊報告，以上說明。

周主任委員麗芳

謝謝說明，接著請委員提供寶貴意見。請林委員敏華。

林委員敏華

- 一、主席，各位委員，大家好，我想請教有關醫院第 8 項，地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點 1 元支付)點值保障部分，我比較好奇為什麼只挑地區醫院，就我的認知醫院中心與區域醫院好像也有這方面開診，請健保署說明一下。
- 二、有關醫院第 9 項，區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費(每點 1 元支付)，包含前面案子有提到，陳部長時中裁定針對加護病房跟住院頭一天護理費加給部分，是否可以請護理師全

聯會代表委員說明，未來怎麼追蹤，就是這個所加的錢，是否加到他們薪資？我們比較關心這方面議題，印象中我們對於護理人員的加給調整好幾次，我們都很認同他們非常辛苦，但我私下了解他們是月薪制，是否得到他們該有的報酬，健保署是否有其他方案或者公權力可以介入，讓委員同意的費用可以納入護理師薪資，謝謝。

周主任委員麗芳

李委員永振發言完，就請張委員澤芸協助說明。請李委員永振。

李委員永振

我有一點建議，類似今天這樣子，若是彙整出來的項目，是不是可以把這些項目，列出點值保障的原因，及其對總額的影響說明一下，我們新的委員有一半，可讓新委員瞭解，舊的委員也藉這個機會配合目前情境再檢視一下，這樣可能會比較周全。

周主任委員麗芳

請張委員澤芸。

張委員澤芸

- 一、謝謝主委，也謝謝林委員敏華關心，其實這麼多年來，在健保委員支持下在護理費調整上，的確有逐年調升，剛才提到實際上到底有沒有用在護理人員身上？我想這是一個很難直接證明的問題，為什麼？因為健保是跟醫療院所特約，所有護理人員都是受薪制，受僱於醫療院所，所以護理費的調升是否直接影響到護理人員薪水待遇？我沒有辦法拿到直接證明，但近年來我們相當關心，像是勞動部調查，看到這十幾年來護理人員薪水待遇是有調升，這跟一般各行業也有反映類似情形。
- 二、第 2 部分在過去專款階段，我們提報 VPN(健保資訊網服務系統)，也都要醫療院所提供，到底拿到這些費用是花在哪些地方？是用在護理人員身上？但因為納入一般費用後，這部分就沒有再作提報，我知道健保署會不定期針對全台灣 4 百多家醫療院所，發出護理人員相關薪資調整調查。這個調查有兩部分

，一個是醫療院所提供，一個是委託我們護理師全聯會鼓勵護理人員填報，從不同方向來看護理人員自己的主觀感受，我想這些資料都有，我覺得可以持續從這些間接數據做一些分析，讓我們清楚了解，我想大概是這樣，我比較相信一個很大的部分是市場機制，就是護理人員都會互相打聽的薪資待遇，此事涉及供需議題，在護理人力這麼搶手的狀況下，我相信每家醫療院所要聘到 qualified(合格)的護理人力，在薪資待遇調整上，就應該更有競爭力，才可以爭取到護理人員。

三、未來若要用公權力或更進一步了解這問題，我想護理師護士公會全聯會很願意配合，共同瞭解這個問題的狀況，也就是護理人員薪資待遇與護理費給付調升間的關係，以上，謝謝。

周主任委員麗芳

謝謝張委員澤芸的說明，請朱委員益宏。

朱委員益宏

一、謝謝主席，剛才因為有提到地區醫院假日及夜間門診案件的點值保障，雖然請健保署等下再補充，我就個人了解部分先回應表達一下意見，這是因為去年總額陳部長時中核定 5 億元以壯大社區醫院，經過健保署跟醫院協會討論後，地區醫院就把其放在地區醫院夜間跟假日門診保障每點 1 元，同樣地，同時間在區域醫院跟醫學中心另有 10 億元經費，他們就限制在區域醫院跟醫學中心加護病床的住院護理費保障每點 1 元，為什麼要做這樣的保障？主要是為了落實分級醫療，因為在過往健保署調整支付標準的時候，重點都是在調整急重症、四大皆空或五大皆空，106 年就加了 50 億元，然後每年大概都有 20~30 億元去調整急重症支付標準，累積到現在對於急重症的加成超過百億元，但是在地區醫院，我在前面的發言就有表達過，地區醫院劃分在醫院總額存在先天問題，因為地區醫院跟大型醫院所扮演的醫療體系功能不同，地區醫院本來就是應該以門診、社區醫療、與長照銜接為主，而不是投資高端的急重症這樣子

去做軍備競賽，但是健保實施 26 年來，對於這樣子的投注資源是非常少，所以導致頭重腳輕，大醫院越來越多，地區醫院一家一家關了，從健保開辦前的 7 百多家到現在 3 百多家，3 百多家中還有近 1 百家屬於大型體系的地區醫院，即為 4 百~5 百床的大型地區醫院，這是造成整個醫療體系、醫療系統非常奇怪的現象。

二、從去年開始，陳部長時中重視這個現象，才去加成，為什麼在夜間跟假日門診案件做加成？主要是分級醫療的大政策推行下來，希望大型醫院盡量夜間跟假日不要看門診，把醫療資源放在住院這部分，我建議要去監控大型醫院的門住診比例，到底有無達到這樣的政策目標，當大型醫院假日與夜間門診減少，病人的就醫權利怎麼辦？所以那時候陳部長時中與李署長伯璋才在政策上鼓勵地區醫院加強夜間與假日門診，大家也都知道，醫院大部分員工都是在勞基法規範之下，醫院要員工在夜間與假日加班就必須要提高其相關酬勞，所以開診成本也會比較高，才會逐步調整夜間與假日門診加成以做某些程度的保障。當然醫學中心跟區域醫院也有夜間、假日門診，但是這些不屬於鼓勵項目，所以沒有加成保障，以上補充，謝謝。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

我認同李委員敏華所提的，要給護理人員的費用有沒有進到護理人員的口袋，我們的公權力可以介入，可以做稽核，現在是規定健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告要公開，事實上可以公開每家醫療院所的財報，看看醫療院所真正的用人費用、成本費用、用藥費用，財報一攤開來甚麼都知道，剛剛朱委員益宏提到投資，也是屬於成本，但是要瞭解是否正當合用，希望公權力能介入，也希望護理師公會能參與，把問題解決。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、我蠻認同各位委員重視第一線醫事人員的辛勞，尤其站在第一線的基層醫事人員，我也支持各位的想法，加成的部分必須能直接用在第一線醫護同仁身上。建議相關的住院申報可以做個申報代碼，看看每個醫院申報多少金額，金額出來之後能夠跟他們所報的薪資做連動，薪資連動之後在國稅局就可以調出來比對，看看 30% 加給是否反映在第一線醫護人員身上。
- 二、其實真正的基層是西醫基層的代表，很認同部長對夜間及假日第一線醫事人員的加給，全國勞工都受到勞基法保障，基層醫療院所在夜間、假日、國定假日提供服務，也必須要給員工適當的薪資保障，所以增加的成本也是非常高。而且，現在有就業的勞工朋友，白天都要上班，方便就醫的時間都是下班後或例假日，方便性就是他們的需求，希望明年度在西醫基層總額能有一個加給項目，增加對於夜間、假日提供服務項目的加成。

周主任委員麗芳

請翁委員文能。

翁委員文能

主席、各位委員，關於住院護理費問題，剛才很多委員說應該用公權力介入，我很贊成，我也覺得應該請健保署公告，到底健保付給醫院的護理費用跟醫院付給護理人員的薪資，健保到底有沒有給足。我這邊有一個不是很成熟的數字供各位參考，醫學中心、區域醫院、地區醫院 3 層級的理事長都在現場，所有醫院都知道，從健保署名目上付給護理人員的費用大約只夠付給護理人員薪資的一半，有些醫院甚至只有薪資的三分之一，因為是總額，過去幾十年來都是醫院截長補短把它補足，護理人員是醫院的生命，大家知道醫院第一線最多的人力就是護理人員，護理師公會全聯會張副理事長澤芸也在場，我們知道護理人員是醫院動力的最大來源，所以即使健

保付給護理人員的錢不夠，醫院都是從其他地方補貼，現在健保新增加的費用，其實是減輕醫院從別的地方貼補護理人員薪資不足的支出。所以我也贊成公權力介入，讓護理人員也平反，讓護理人員的薪資是由健保署直接支付，站在醫院的立場我絕對贊成，但這不可能，因為醫院經營是截長補短。

周主任委員麗芳

請李委員麗珍。

李委員麗珍

我任職的第一銀行，銀行工會有加入台北市產業總工會，聯合醫院的醫師、護理人員也有加入總工會，他們反映醫院是一個血汗的工作，我們也幫他們爭取很多福利，我真的非常贊成 30% 的費用一定要落實給他們。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏簡短發言。

朱委員益宏

奉主席指示簡短發言，我要回應翁委員剛剛所講的，整體的醫療機構員工薪資結構是非常複雜，如果單純要用護理費加成 30% 付給護理同仁的話，我身為地區醫院協會理事長也要跳出來，健保付給地區醫院的護理費還比較低，如果護理人員一個月薪水 5 萬元，各位可以算算看地區醫院還要加給多少錢，30% 的費用夠用嗎？不夠用，地區醫院護理費比其他層級醫院更低，護理費有很多結構性問題，所以我認為不能夠單從一件事情說這個項目要加，那請問其他項目？我覺得各位委員關心健保總額增加有無反應到醫院員工薪資，每年總額協商的協定項目有無反映到員工薪資，可以看健保署的醫療院所財報公開，裡面就有人事費用，健保剛開辦時，醫院的人事費用約占了 40%~45%，現在拉高到 45%~55%，甚至很多醫院是高於 50%~55%，這可以反映為什麼人事費用逐年增加，當然業務量也增加，但幅度沒有人事費用高，我反對因為單純項目要求醫院一定要將 30% 的費用全部加給護理人員，醫院除護理人員外，還有醫

師、其他醫事人員等員工會群起反彈。

周主任委員麗芳

請陳委員石池簡短發言。

陳委員石池

我講話一向很簡短，請主席放心。除非明文寫說給護理人員的薪資，不然做不到，像防疫獎金就講得很清楚，給付給醫院何種人員，醫院給員工薪水有一定作法，朱理事長剛剛講到，護理人員有，其他人員沒有，其他人一定會站起來反彈，我也反對要全部給護理人員，應該要按照機制來使用，不然醫院其他人員會反彈。

周主任委員麗芳

請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

一、沒想到這一題本來很簡單，結果大家熱烈討論很久，點值保障主要是針對弱勢或必要的項目做保障，希望不要受到浮動點值的影響，可以固定點值。但總額就是固定的，點值保障的占率越高，浮動點值的項目就會受到擠壓，這是環環相扣，所以討論有哪些項目需要點值保障，健保署都要跟總額部門討論，這無所謂對錯，因為是互為影響的關係。會議資料第 103 頁劃線的項目，還沒有包括剛才宣讀的 111 年部長核定總額中項目，特別是第 9 項「區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費」，我們這邊寫的是加護病房住院護理費，核定下來的還有住院加護病房。住院診察費、病房費及原本的住院護理費，這些都是會相關的。既然是一個蹺蹺板，就是固定點數的占率多，浮動點值就會被壓縮，因此這幾年都是爭取額外預算來支應固定點值的財源，111 年有 10 億元、20 億元預算，就是這個由來，是希望不要再壓縮浮動點值。過去以來大家覺得固定點值好像是 Favor(恩惠)，但這次疫情讓浮動點值都超過 1 點 1 元，我們認為疫情是例外的階段。

- 二、最後回應剛才大家討論的，111 年核定下來區域級以上醫院加護病房護理費，住院第一天要加成 30% 以上，這個要回到哪？針對 111 年加護病房護理費有增加預算的概念，過去近十年我們對護理費，在總額內通通都有加碼，不管是編列專款還是回到一般總額均有。每隔一年都會去調查，支付標準調整對於醫事人員薪水有甚麼樣影響，或者醫事人員的反應如何，我們也透過護理師公會調查護理人員的感受，都有調查報告，委員如果需要，我們可以補充報告給大家閱覽，因為是一個調查，所以不見得完全精確，至少代表大家的反應。我們非常感謝醫院對於人力非常珍惜，不管支付標準調整都有反應到受雇人員的薪水、福利、夜班、獎金名目不一，有委員建議說要如何強制，事實上支薪單位是醫療機構，各機構薪資結構各有不同，很難強制，但是善意來看，這幾年觀察下來，醫療機構是非常珍惜人力資源，人事費是只有上升沒有下降，只是個別醫院有多少差別。
- 三、另外護理費調升我們也有反應到護理人員的異動頻率在下降，這都是往好的方向發展，我覺得付費者委員應該對我們的醫療機構要有信心，因為他們都非常珍惜醫師、護理人員或醫療相關人員，不管是待遇、福利或者是獎金，可以給的都盡量給，希望能夠減少這些人的異動，以上是我的補充。

周主任委員麗芳

- 一、本案同意健保署所送之 111 年度各部門總額一般服務之點值保障項目，委員所提意見送請健保署參考。
- 二、委員若無其他意見，接下來請進行討論事項第三案，請同仁宣讀。

陸、討論事項第三案「有關『111 年度全民健康保險牙醫門診總額 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫』(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請健保署簡短說明。

陳科長依婕

一、請委員參閱會議資料第 104 頁，本項專款預算為 2.715 億元，協定事項之一為請本署會同牙醫門診總額相關團體研訂具體實施方案，並報健保會同意後執行。

二、本案經由去年 11 月牙醫門診總額研商議事會議及 12 月醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議通過，計畫內容重點摘要如下：

(一)收案條件是 12 歲以上至未滿 19 歲經診斷為牙齦炎、齲前白斑...等相關疾病的青少年。

(二)新增支付標準：

1.青少年齲齒控制照護處置(300 點)：施行牙菌斑偵測、去除及相關衛教指導，每 90 天限申報 1 次。

2.青少年齲齒氟化物治療(500 點)：針對有齲前白斑的青少年實施齲前白斑患者氟化物治療，每 90 天限申報 1 次。

(三)本方案訂有退場機制，若違反停、終約之相關規定，醫事服務機構負責人或負有行為責任的人不能再參加本計畫。

(四)計畫施行評估：

1.自評指標有申報案件數、申報點數、就醫人數、就醫人次。

2.評估指標是提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率>40%。

三、請委員參閱會議補充資料第 7 頁，健保會幕僚請本署補充說明部分：

(一)如何具體提升 12~18 歲青少年牙醫就醫率>40%，待會請牙全

會代表協助補充說明。

(二)本計畫內容為提升青少年牙周暨齲齒控制頻率，現行支付標準訂有每 180 天可以做 1 次牙周暨齲齒相關控制，本方案是增加青少年頻率，變成每 90 天 1 次。另外，本計畫也新增青少年齲前白斑患者氟化物相關治療。健保會幕僚請本署補充說明本計畫新增 2 項支付標準，是否與現行給付項目重複，未來如何執行協定事項「於一般服務扣減與本項重複部分之費用」。說明如下：

- 1.青少年齲齒控制照護處置：本項與現行支付標準 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」診療項目內容部分重複，91014C 是所有保險對象都可以執行，限每 180 天執行一次，為了避免重複，本項支付規範已明訂不得併同申報 91014C。
- 2.青少年齲齒氟化物治療：本項主要係實施齲前白斑患者氟化物治療，現行塗氟適用對象為口乾症病人、頭頸部病人電療後申報及牙特計畫身心障礙者，為了避免重複，本項支付規範已明訂不得併同申報。

周主任委員麗芳

請健保會補充說明。

陳組長燕鈴

- 一、請委員參閱補充資料第 7~9 頁，本會研析意見主要是比較協定事項及健保署報告內容，執行目標都符合協定事項，預期效益指標部分，因為協定事項要求就醫率達到 40%，但是計畫內容沒有看到，剛才健保署表示會請牙全會協助補充說明。
- 二、補充資料第 8 頁，協定事項有關預算執行的部分，因為協定事項明定：「依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與專款重複部分的費用」，一般服務有 2 項支付標準跟專案新增的支付標準照護內容很類似，所以請健保署說明支付內容是否有重複，及對於協定事項怎麼樣去扣減在一般預算重複編列的部分。針對健保署說明，本會研析意見請參閱補充資料第 9 頁，同一

位病患在一般服務跟專款是不會有重複申報醫令的情形，但是協定事項是考量到原來 12~18 歲的照護是在一般服務支應及編列預算，現在新增專款，原本由一般服務支付的青少年口腔服務，有沒有改由專款支應的情形所以才需要檢討是否有服務移轉後費用重複編列的情形，若有重複，依照協定事項需要扣減，因為計畫還沒有執行，所以不知道有沒有重複。

三、因為沒有資料供檢討分析，建議請健保署在 112 年 7 月有 111 年整年的資料時，提報 107~111 年間 12~18 歲青少年在一般服務及專款相關項目的利用情形，以利評估有沒有服務轉移或是經費重複，而需要依協定事項處理，這是本會研析的意見，待會請牙全會說明。

四、本案的主要依照總額協定，需要本會同意後，計畫才能執行，請委員討論是否同意。

周主任委員麗芳

請牙全會說明。

徐代理委員邦賢(陳委員建志代理人)

一、主席、各位委員，長官大家好，我簡要說明，有關執行率大於 40%，根據牙全會在非疫情期間的會內統計，12~18 歲年齡層的就醫率接近 40%，因為疫情關係，還有家長會擔心，加上牙科本身是高風險，所以執行率有下降。為提升就醫率，我們要让院所消毒，讓患者、家長安心，讓家長帶學童來就醫。

二、各縣市公會與當地的教育系統相當熟悉，互動也良好，我們會授權各個縣市公會到各單位，請地方的教育系統幫我們推廣相關的福利措施，讓家長知道 12~18 歲的學童有這樣的福利。

三、我們每 3 個月都會跟健保署有協商會議，會把相關執行資料做及時了解，當次不會重複，因為支付標準表已經明訂只能 2 邊選 1 邊，申報一般服務就不可以申報專案，申報專案就不能申報一般服務，如果有少數醫師不了解如何申報或者申報錯誤，短期內重複申報，在每次的協商會議都會有資料呈現，我們會

做適當輔導及管理，我們會把執行情況統計出來，做為明年修訂計畫的參考。

- 四、本計畫對於牙醫是往前跨出一大步，我們現在是針對有徵兆先做處理，不要變成疾病，希望這計畫的執行，讓我們朝向8020的目標前進。

周主任委員麗芳

謝謝牙全會非常用心規劃，請何委員語。

何委員語

- 一、主席、各位委員，討論事項第一案、第二案我都沒有舉手發言，我看委員都很進入狀況發言且非常踴躍，我在這裡順帶提出第一點，解除隔離後的醫療費用由健保總額支付，建請健保署今年每季給我們一個金額數字做參考。
- 二、剛剛有委員對護理 30%、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)、區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費點值保障有許多意見，為什麼我不發言，因為我了解太多了以後，發言就變成多餘的。
- 三、首先，這5年來，我們在醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議澀注很多費用給地區醫院，讓地區醫院很多項目拉高到跟區域醫院同樣標準。第二，醫療團體是自付盈虧，我們不能要求給他的費用要全部給醫護人員，實際上很困難，我有一位朋友設立醫療院所，一直不願意加入健保，他聘有 50 多位醫護人員，老闆娘時常與我討論，聘請一位護理人員的薪資一定要比醫學中心加 20%，才可以找到優質、好的護理人員，每次醫學中心薪水調高，他就會調高，他就會跟我講，這幾年來加入健保的醫療團體一直都在提高醫護人員的薪資標準，從以前平均三萬八千元左右，一直拉高到現在將近四萬三千元到四萬八千元之間。剛才張委員澤芸也說，是有調高的，我也去請教很多護理人員，他們說平均調 4~6 千元，剛才翁委員文能說我們健保給醫院的只有 40% 左右護理費，今天很多委員對護理費

提出意見，醫療團體也給答覆，雙向溝通就會更加更了解，這是好的現象。

四、有關牙醫部分，建議健保署統計過去3年來12~18歲青少年的牙醫醫療利用情形供我們參考，我們就可以比較約有多少服務是由一般服務移轉到專案，因為是總額協商的協定文字，希望依照總額協商的協定內容執行。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

本案經過牙全會說明，沒有違背健保署意見，也跟本會沒有衝突，建議本案按照本會幕僚意見通過，如果有重複就扣錢。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我同意干委員文男的說法，但是同意有一個要件，在補充資料第8頁，剛剛健保署同仁及健保會同仁都有提到，就是原本在一般服務裡面，不是不得重複申報就等於沒有多拿錢。本來是申報一般服務，現在拿到專款來，還是要扣除當初一般服務的錢，一定要扣除一定金額，就是不希望付費者兩邊都給錢。
- 二、我發現很多的專款試辦計畫，不管名稱、內容也好，支付標準應該是互斥、疊高或是加成，很多專款試辦計畫，像是牙醫試辦計畫，其實原本在一般服務的支付標準內就有某些服務是重疊，這對支付標準不是好事情，不然A支付標準、B支付標準重複30%，就等於重複的錢，不是服務對象加成，原本牙周暨齲齒控制照護處置是180天一次，青少年試辦方案除了不能併同申報，變成第2個90天，跟原本的180天有沒有關聯？建議可以用申報次數回推，雖然沒有在一般服務申報，還是可以回推在一般服務的金額，作為總額協商時的扣款參考，否則基

期一直重複給錢，各個總額都做專款好了，一般服務可以滾入基期成長，專款又拿錢，這樣不太合理。

三、有關「預期效益之評估指標」，111 年要達到全國 12~18 歲少年牙醫就醫率>40%，剛剛徐代理委員邦賢說得很清楚但我聽得很模糊，不知道是要怎樣達到，我先小人後君子，在有疫情的情況下，假設以疫情為理由，若今年評核時沒有達到 40%，是不是可以原諒？先前有提到疫情前的就醫率已經快 40%了，如果表現很好也不用提專款了，在一般服務的支付標準處理就好，我覺得還是要有具體的推動策略比較好。

四、健保會研析意見提到「建請健保署於 112 年 7 月提報醫療利用情形」，我可以理解，因為那時才有完整的 111 年執行情形及費用移轉資料，可是 112 年剛好委員換屆，換屆問題可能需要考慮進去。今年總額協商一定看不到完整的資料，畢竟現在計畫還沒公告，若是拖到第二季或三月以後才實施，可以取得的資料就更少了，如此一來，可能要請健保署利用支付標準項目及利用率進行費用推估，估算實施後的全年醫療利用情形，就重複的部分先進行扣減，將來再補扣，或是遞延到 112 年再扣減，如果遞延，總額比較佔便宜，因為前面沒扣減的年度可以滾入基期成長，越是遞延扣減對總額部門越有利，請付費者委員加以考量。

周主任委員麗芳

請李委員永振，最後 1 位發言。

李委員永振

我關心的也是重複編列的問題，這部分要如何扣減，需要事先想好，但健保署及牙全會的說法是不會重複，若不會重複編列就衍生另一個問題，剛才滕委員西華也提到，本項是新增的專款項目，新、舊 2 項都是專款項目或是都是一般服務，費用轉移是 OK 的，但由一般服務轉到專款項目，就是重複編列了，這部分應該要釐清，如果真的有重複編列要如何扣減？扣減的方式要先講好，否則到最後

又會事過境遷，大家都忘記了，就會變成基期，以後又一直疊加，這樣支出面要怎麼改善。

周主任委員麗芳

感謝各位委員提供的寶貴意見，因為本案有時效性，懇請各位委員同意本案所提計畫，請健保署依照法定程序辦理後續事宜，委員所提意見送請健保署研參。請進行下一案。

柒、討論事項第四案「有關『全民健康保險各部門總額執行成果評核會』的委員組成，建議應由本委員會的專家學者及付費者代表等共同擔任」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

因時間的關係，請提案委員林委員敏華及馬委員海霞簡短說明。

林委員敏華

- 一、因為時間關係，我簡要補充說明，提出本案的緣由在說明段已經清楚陳述，歷屆評核委員都是外聘的，由於近年受疫情影響，政策、法令時有更改，外聘的評核委員在訊息接受上容易有落差，此外，外聘的評核委員可能是某些領域的專家，會不會只擅長他專精的部分？另外，有些評核指標以前用是 OK 的，但事過境遷，指標開始失真，可能對總額部門造成影響。
- 二、我們會內就有很多專家學者，未來的評核委員是否可以由他們組成，像劉委員淑瓊也很專業，也可以聘請她擔任。
- 三、有關評核納入一定比例的社會責任項目，請馬委員海霞說明。

周主任委員麗芳

請馬委員海霞。

馬委員海霞

- 一、林委員敏華已經說得很清楚了，我再補充幾點，我參加健保會以來，以及在醫策會擔任董事時，看到醫界在社會責任及社區回饋付出了很多，非常有意義，這些付出應該要被大眾看到，所以我建議評核項目應該納入社會責任的相關指標，如社會回饋、員工福利等，指標項目、評分標準可以再討論，是要列為正式分數或是加分項目也可以日後再議。
- 二、有關評核委員組成，我們建議付費者委員應該有保障名額，至於付費者委員應該評核哪些指標項目，後續可以再來細部討論。

周主任委員麗芳

一、本案是由林委員敏華及馬委員海霞所提，主要重點有 2 項：

(一)有關評核委員組成，建議由本屆健保會的專家學者、公正人士以及付費者委員組成。

(二)評核項目應該納入社會責任指標。

二、健保會委員都是由衛福部遴聘，是各領域的專家及領導者，本案所提委員是否同意？請何委員語。

何委員語

非常感謝林委員敏華及馬委員海霞的提案，我提供一些看法，就教於所有付費者委員：

一、有關評核分數的等級，我當年也有提出來，我在 96~101 年擔任教育部科技大學評鑑委員，每次都會收到 2 大箱的學校資料，看資料都要看到很晚很晚，看完所有評鑑資料，我才敢去評鑑，評鑑是早上 9 點到學校，5 點就要寫出結論報告，教育部要求我們 5 點以前要完成評分，因為怕晚上會被校長、主任打電話關說，我們就非常緊張，事前要看 2 箱資料真的太多了，看得非常累，101 年後我就不想再參加。當年我把教育部的評核方式提出來，當時的費用協定委員會也同意改成 90 以上特優、90~85 優等、85~80 良，這個評分等級是我提出來的。

二、因為原費協會江主任委員東亮看到我有 5、6 年擔任科技大學評鑑委員的經驗，他在邀請我參加 101 年的評核會議，我剛開始也答應了，但答應後很後悔，因為醫界會一直送資料過來，他們一直修改、一直修改，一修改我就要重頭看，我不能只看結論，當然我也可以只看結論，用結論來評分就好，可是這樣會顧此失彼，如果沒有了解執行內容，就不知道醫界在執行過程中的效益及成果，總額部門間不做比較，那要評核什麼？這樣主觀意識會太強，所以不能只看單一總額部門的資料，各部門的資料互相比較，才能知道執行結果是優、良，或是還有差距，耗費精神整整 1 個月，每天晚上都睡不好覺，天天都在看資料，非常累，後來我就說不要再找我了。

- 三、坦白說，我很敬佩劉淑瓊委員，她是醫療改革團體的人員，其他委員能不能投入這麼多心血、有沒有時間讀資料並進行總額部門間的比較？最重要的是部門間的比較，如果只評論何語 1 個人的好、壞，我很簡單就能說出他是好人或壞人，可是若要何語與李委員永振比較，說不定何語還可以。付費者委員有人當 2 年就離開了，有人當 4 年，當然干委員文男一當多年，他真的是很夠力量，他每次打電話給我，說晚上看完資料睡不著，我也跟著他睡不著覺，這是心理效應。
- 四、提案只寫專家學者，沒有包含公正人士，除非要修改提案，否則文字中只有 4 位專家學者，3 位公正人士沒有在裡面。另外，付費者委員能否兼顧多面向評核，我不知道有沒有這種功力？畢竟我們的醫療知識很缺乏，也無法深入執行過程。我建議評核委員組成中，本會委員、專家學者、公正人士不可以超過 3 位，其他 4 位要由外面聘請，依據過去經驗，評核委員不是當過健保署署長，就是當過好幾屆的評核委員或健保會主任委員，不然也不會被我們邀請，我們不會懷疑他們的公正性，他們才可以客觀評核總額部門，互相比較優缺點。
- 五、我講的是良心話，如果每個委員都來當評核委員，要 7 個，我們就找 7 個出來，評核出來的意見不痛不癢、講好聽話，都是歌功頌德有什麼用？對醫療改善無法深入、多面向及多元化，所以我建議本會的專家學者、公正人士及付費者委員不能超過 3 個，另外 4 個還是要找有經驗的外部專家學者，才能客觀的提出評論。
- 六、我說一句現實的話，如果我是病友團體，我只會看到醫療團體對病友團體照顧的那個面向而已，無法看到其他更多面向的內容，這是良心話，今天不說我會睡不著，這是我的觀點，請教其他委員的觀點，也請教醫界委員的看法。

周主任委員麗芳

幕僚同仁提醒，連同本案還有 3 個案子需要討論，請委員簡短發言

，請干委員文男。

干委員文男

- 一、我贊同本案精神，但是我也要先聲明，我沒有能力及時間來評核，擔任評核委員需要熱忱、能力及時間，何委員語說我當很久的委員，他也當很久了，我們都差不多。
- 二、我精神上支持本案，因為每次評核時，付費者委員其實都不太了解過程，若有委員參與多少會知道內容，付費者委員也不是沒有人選，剛才就有人指名劉委員淑瓊委員，擔任建築師公會理事長的劉委員國隆也不錯，以上是我的建議。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、我認為本案需要深思，大家不要忘了，今年的醫院及西醫基層總額是兩案併陳，如果由本會的付費者委員擔任評核委員，就會產生所謂的利害衝突，在總額談不攏時又擔任評核委員來評分，如果部長裁決的又是醫界意見，我覺得公正性會受到質疑。
- 二、如果真要執行，建議兩案併陳、雙方沒有共識的部門要沿用原來的的方式，遴聘外部的專家學者擔任評核委員，當然本會的專家學者及公正人士沒有參與協商，如果是他們擔任評核委員，我個人沒有意見，但是付費者與醫療提供者是協商過程的雙方，若本案通過，我強烈要求醫界委員也可以擔任評核委員。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

- 一、基本上我不贊成這個提案，因為總額是由醫界代表與付費者代表協商，所以評核過程應該由立場超然的第三方來參與，我認為由付費者代表擔任評核委員不是很恰當。

- 二、我也擔任過好幾次的評核委員，評核的資料非常詳細、瑣碎，絕對不適合做學術研究(並非學術研究)，也不能做學術研究，所以說淪為學術研究的說詞，我想是有些錯誤的理解。
- 三、誠如委員所提，評核很花時間，許多公衛的專家學者是避之唯恐不及，並不是每個人都願意參加，因為太花時間了，並且需要有相關專業才會適合參與。另外，在評核過程中，有公開的意見交流時段，付費者委員可以表達的意見，如果覺得某位評核委員做得不好，明年投票時就不要選他/她，其實付費者委員對於評核結果、評核委員的表現，有充分表達意見的地方，我不贊成評核委員組成將付費者委員納入，也不贊成納入本會所有專家學者應保留適當名額邀請具健保專業的會外之專家學者。

周主任委員麗芳

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、我與干委員文男的想法一樣，精神上支持本案的宗旨及意義，是想讓比較了解健保會業務的付費者委員擔任評核委員，這個想法是對的，可是要具有專業度，若專業度、敏銳度及公正性不足，我認為不至於所有付費者委員都要擔任評核委員，不過也有些人適合，可以從中挑選，但是不能全部。
- 二、我不贊成全部都是付費者委員，仍要有公衛專家學者擔任較適合，我可以接受付費者委員增加席次，但是仍要有真正的專業人士擔任評核工作，這樣總額協商兩案併陳時，才具公正性。

周主任委員麗芳

請陳委員石池。

陳委員石池

我肯定委員對各部門總額執行成果評核會有高度關懷，健保會委員督導健保的執行，評核公信力會有給外人閉門造車的想法，相信健保會委員不是封閉團體，要能接受外面概念，本案不建議全由健保

會委員擔任，假設委員同意應該可以，但是比例要小於 1/2，仍要外聘一些人進來擔任評核委員，對評核作業才會比較好。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、我對本案精神高度支持，其實我們很多委員不是只有公衛學者或某場域專家，我們每個月都要開冗長的委員會議及很多相關會議，各位委員也都是親自參與。事實上很多專家學者沒有親自參與這麼多會議討論，我們應該廣納，只要是本屆或之前的委員、專家學者在這方面受到大家肯定，也在某方面學有專精，我認同他們能夠加入這樣的團隊。
- 二、另外 1 個想法，請不要排擠醫療服務提供者，只要不評核自己的總額，例如，西醫基層評核牙醫，中醫評核西醫基層，反而會更客觀。若我去評核別的總額，也會站在客觀的立場。
- 三、多元社會不會排擠任何人，重要是有能者擔之，也不要因為有人提這個案子就預設立場，應廣納百川。

周主任委員麗芳

請吳委員鴻來。

吳委員鴻來

- 一、剛剛有些委員重複提的意見，主要是不管評核委員怎麼請，外聘或自己的委員，人不可能面面俱到，多少會有些盲點，所以才請這麼多委員，大家有多元性，結合大家專長截長補短，希望能做好評核，才能作為重要的協商依據。有個實際問題，提案委員會這樣想，可能是觀察到幾年來在評核會議中得到的結果，或開會時聽的意見，可能沒有辦法完全回應付費者委員的意見與要求，包含黃委員振國所提，委員幾乎參與每場會議，很多委員也去聽相關的演講，相信若請外部專家學者，可能事情繁忙無法面面俱到，大家希望能在評核會議過程中加入意見，讓結果更切實符合實際需求。

二、另外一點，剛剛好幾位委員，包括幕僚補充說明，提到過去評核委員均反應工作量繁重，大家避之唯恐不及，應該積極思考怎麼改善評核過程，讓委員不要工作太累，這是一件很重要的事情，應該在流程或設計上面，例如，可以增加一些委員或工作怎樣分配，這比較實際，而不是這麼重要的活動，請委員來評核，然後把他們累得很辛苦。

周主任委員麗芳

請馬委員海霞。

馬委員海霞

我們提出本案也是想聽聽大家的想法，剛剛提到納入公正人士，當時我們在寫提案時漏掉公正人士，我們提出來的意見，若大家同意細節可以再討論，這些實施方法，付費者委員希望有保障名額，但是付費者委員評的指標及項目，以及很多細節可以再討論。吳委員鴻來剛剛提到，有時不見得全部指標都拿出來評，或許可以再慢慢討論，付費者代表評的指標項目是哪些？我們希望能加入評核名單裡，不是全部都是付費者委員，而是希望有些保障名額。

周主任委員麗芳

最後 1 位李委員麗珍。

李委員麗珍

我贊成這個議案，也認為會議當中需要有不同的聲音，有專家學者高階人士的聲音，但是股票分析師做股票不一定賺錢，說不定不是分析師在賺錢，所以付費者委員也有自己的想法，所以我贊成這個議案。

周主任委員麗芳

一、我綜整大家的想法，現在評核委員是 7 位，這屆健保會的專家學者及公正人士有 7 位，扣掉主席，因為我擔任主席不會參與，去年評核時，陳委員秀熙及滕委員西華擔任評核委員，他們是我們的專家學者及公正人士，去年這屆委員中，盧委員瑞芬、胡委員峰賓、卓委員俊雄及趙委員曉芳沒有擔任評核委員。

二、總額協商主要角色是付費者代表，但是本會的專家學者及公正人士委員具有豐富學養，卻沒讓他們有發揮餘地，因為最後仍要投票，投票是按照票數高低，假設投到何委員語、干委員文男，他們表示要考慮看看，我們也有遞補機制，所以今天不討論細節，有沒有可能是委員相互尊重？既然有委員提出來，我們就試辦看看。請何委員語。

何委員語

- 一、我堅持反對到底，我尊重這 2 位委員的提案權，但是我反對這個內容，我參與過評核才知道評核工作真的很累，我的意思是現任的專家學者、公正人士與付費者委員絕對不能超過 3 位，我們同意他們參與，但是不能超過 3 位，要有 4 位社會公正人士提供客觀的意見，這 3 位的意見可以供他們參考。
- 二、我們發現的內容供你們了解，若要每個人評核，剛剛李委員麗珍提到每個人都有盲點，分析師當然不一定賺錢，這是很重大的事情，若評核出來醫界又很不高興時，我們付費者委員為什麼要承擔這麼大的責任呢？我的意見是現任專家學者委員不超過 3 位，這是我的堅持及看法，至於最後怎麼決定我尊重大家，但是有件事情，這 12 年來我看太多，有很多的內幕，實際上不必做到這樣，我當委員曾幫過 2 個病友團體募過各別捐款 1 百萬元，共 2 百萬元，他們請我幫忙我說好，本來就是這個樣子。
- 三、希望各位委員慎重思考，人數還是不要超過 3 位，我不是反對大家參與，但是不要過度參與，真的要讓專家學者來評核醫療執行成果，並提出客觀的意見，現任的 3 位委員可以提供很多意見供他們參考，我反對全部都是當屆的專家學者、公正人士與付費者委員參與。

周主任委員麗芳

向委員說明，今天下午 2 點 10 分全部議案都要討論完，剛才何委員語也說，雖然他有堅持，但也尊重我們的決議，我們今天不討論

細節，好嗎？我覺得要有勇於嘗試的機會，因為有漏掉公正人士，所以專家學者、公正人士、付費者代表及這屆委員，細節怎樣執行，比例怎樣分配，3月份委員會議再討論，請大家討論出1個最放心的方法，並請醫界代表不用擔心，3月份會再討論。

朱委員益宏

主席因為要裁示，我剛剛有提到，若兩案併陳的方案不宜，因為現在有2個總額有協議，達成協議的總額若要試行我沒有意見，但是兩案併陳本來雙方意見不一致，卻要另外一方來評核，同樣對等，另外一方也要擔任委員，這樣才能平衡。

周主任委員麗芳

可以納進來，最後到底要幾個名額？例如，只有7個名額，總共7席當中只有1個名額，應該影響力也不多，3月份會再討論。

朱委員益宏

這是對等與原則的問題，強調兩案併陳用原來方法，若要試行，有共識的依照新的方法適用，這樣先試試看，我不反對，但是兩案併陳本來就有爭議，結果讓一方評核另一方，評核的結果不會讓人心服口服。

周主任委員麗芳

楊委員芸蘋最後1位發言。

楊委員芸蘋

還有干委員文男要發言，我簡單說明，請主席今天先不要做結論，健保會的補充說明寫的很清楚，這是很辛苦的工作，我們不要搶著做，真的要有專家學者公衛專業人士做更好，若有機會，付費者委員增加1席就夠了，剛剛何語委員說3席我覺得也OK，4席是外聘委員，在兩案併陳上不會有失公允，或是討論好更好的細節，下個月再討論也可以。

周主任委員麗芳

今天2位提案委員的精神大家都了解，就將本提案併入3月份會議討論評核細節、委員產生方式、指標等內容。

何委員語

還有 2 位委員要發言，請讓他們發言完好不好，名單掛在那邊，主席卻一直說。

周主任委員麗芳

不是，因為還有兩個案子今天一定要討論。請干委員文男。

干委員文男

尊重主席裁示，剛才朱委員益宏提到醫療服務提供者也要參與，我認為不宜，你們是受益者也是對整個醫界的監評，若讓你們做不是球員兼裁判嗎？裁判都給你們我認為不宜，付費者委員為了要了解事情，至少要有 1 位，這也沒有甚麼苛求，我贊成主席這個裁示。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

我覺得主席太辛苦了，連發言順序都從後面倒著來！我完全認同何委員語的剖析，本會同仁的說明也相當清楚，這些委員是挑過的，不是不知道健保會的業務，唯一擔心是他們離開太久，是不是會有沒有更新的事情，像去年一樣，本會有 2 位委員參與，若脫節趕快補上去就 OK。這工作真的很辛苦，需要專業知識才有辦法判斷，總額協商時，我們看那些資料就已經很辛苦，不要說那 10 幾本評核資料。盡義務才是重點。

周主任委員麗芳

- 一、本案併入 3 月份檢討評核會議作業方式時再進行討論。
- 二、今天的臨時提案移至下個月，但是報告事項有二案，第一案是健保署的業務執行報告，這個月不用口頭報告，第二案請同仁簡單說明。接下來進行報告事項第一案，請同仁宣讀。

捌、報告事項第一案「中央健康保險署『110年12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

周主任委員麗芳

我們先針對報告事項第一案，業務執行報告這次不用口頭報告，請問委員有無詢問？請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

滕委員西華有事先走，她會詳細提出書面意見，但是她請我口頭代為說明，健保署通過虛擬健保卡的公告如有異議需在60天內要提出，滕委員西華希望在3月份會議中，健保署能針對虛擬健保卡之規劃，實施應用範圍，及如何防弊等相關事項進行專案報告。

周主任委員麗芳

請問委員還有沒有垂詢？請李委員永振。

李委員永振

- 一、第1點，請參閱業務執行報告第1頁投保金額調整事項，我記得10、11月委員會議盧委員瑞芬曾提問因基本工資調高導致小部分被保險人的投保金額反而減少？後來解釋是依法處理調降。這樣的依法行政雖然合法，但是感覺不合理，建議健保署考量一下，在相關法令加個但書，不要讓它降下來，使它既合法又合理。
- 二、請參閱業務執行報告第2頁，提到健保資訊運用及共享，我們可以看到調查結果，發現民眾對於健保資料應用持正面態度，建議健保署可以用更開放態度思考這個議題，當公眾利益大於人權議題時，就可大力繼續推動。建議：第1點，務實開放資料，以助提升公共政策的討論品質。第2點，積極量化及揭露健康資料應用是否達到公益目的，既然我們擁有世人欽羨的寶藏，就全力開放運用，不要停留在只是掛在嘴上的政績，這樣比較好。

三、請參閱業務執行報告第 11 頁，去年資料有提供保險收支差異原因分析，在表 5-2。雖然口頭報告改成 2、5、8、11 月，因為今年是 3 月才開會，資料可能屆時才能提供，既然已經整理好，而且是全年資料，是否以後可以一併提供，這樣才有整體的概念。

四、請參閱業務執行報告第 14 頁，有關一段期間的保費收繳率，與去年 12 月比較，總計從 98.47% 降為 98.45%，降了一點點，但問題不在降的部分，而是第 2、3、6 類都提高，只有第 1 類降低，是否可以分析原因及如何改善？

周主任委員麗芳

請李委員麗珍。

李委員麗珍

我的提案已經過所有付費者委員通過，尤其今天大家都連署，包括劉委員國隆及李委員永振也同意連署，我要求依法本案可以通過，因為對大家都有利，不管付費者或醫界代表應該都不會反對，我在此要求依法通過，謝謝。

周主任委員麗芳

李委員麗珍先插播臨時提案，我知道本提案連署委員很多，但因為該案屬於衛福部與健保署的權責，所以委員所提意見送請衛福部及健保署研參，如果提案委員同意的話，我們就決議臨時提案同意通過。回到原本的報告案，請吳委員鴻來最後 1 位發言。

吳委員鴻來

剛剛有點措手不及，本來要針對本報告案發言，臨時被插播。但針對臨時提案，我是有一些意見要表達，但現在有點不知道要說什麼，抱歉。

周主任委員麗芳

因為臨時提案的提案人已經表示意見，該案送請衛福部及健保署研參。請陳委員石池。

陳委員石池

主席，程序問題，這樣不合議事程序，該案未經過討論，只有幾位委員同意就做成決議，這樣不行，應該要符合議事規則。

周主任委員麗芳

因為吳委員鴻來也不是針對報告事項第一案發言，所以第一案的決定就是本案洽悉。

吳委員鴻來

我原本是要針對報告事項第一案發言，只是剛才被插播。健保業務執行報告第 3 頁有提到健保資訊運用及共享意願調查，我只是想提醒，因為我也有好幾次被健保快易通 APP 提醒要做調查，但我覺得在調查內容的呈現上，應給民眾更充分的資訊，而不只是同意或不同意，應提供同意與不同意的後果，而不是粗淺的寫個選項，讓大家選 YES 或 NO，我覺得這樣不行。

周主任委員麗芳

一、委員所提意見送請健保署回復說明，今天不進行口頭說明。報告事項第二案及臨時提案，保留至下次委員會議報告及討論，今天的會議到此結束，謝謝。

二、(有委員詢問臨時提案是否已通過)因為剛才陳委員石池表示這樣不符合程序，臨時提案沒討論不能直接通過。

盧委員瑞芬書面意見

健保署業務執行報告第 17 頁表 8，請在表頭註明係權責基礎；第 18、19 頁表 9、10，請註明係現金基礎。否則安全準備的金額(第 16 頁)與表 8 不一致，易引起誤解。

詢問(委員會議)日期：110 年 12 月 17 日

電子郵件回復委員日期：111 年 1 月 13 日

委員意見摘要	健保署說明
<p>李委員永振(議事錄 p.22)</p> <p>一、首先請教，會議資料第 13 頁上次會議擬解除追蹤事項，我建議解除追蹤之前是否可請健保署再提供 2 個資料，第 1 個是本人跟何委員語已經等待 2 個月的 109 年平均眷口數，算 2 個月應該差不多可以算出來了，是不是可以提供一下？</p>	<p>111 年適用之平均眷口數仍為 0.58 人。</p>
<p>何委員語(議事錄 p.40)</p> <p>我希望平均眷口數能在月底公告。</p>	
<p>侯委員俊良(議事錄 p.24-25)</p> <p>一、會議資料第 10 頁衛福部修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，其中提到居家照護部分，每位居家護理人員每月訪視合理量由 75 人次增加為 100 人次，合理量增加 1/4 算是蠻多的，請問人次的放寬對於整體的居家照護的服務是否會有影響？放寬的原因是什麼？</p> <p>二、在全民健保監測結果報告第 52 頁，提到為提升住院護理照護品質，健保總額從 98 年起挹注很多經費，但整體醫學中心護病比小於 7 的占率還不到 3 成，期待健保署研議提升醫學中心護病比的策略，請問健保署目前進度到哪邊，看起來這是長年問題，是否有比較具體的策略方向？</p>	<p>一、有關合併執行支付標準第五部第一章「居家照護」及第五部第三章「安寧居家療護」者，訪視合理量自 75 人次調整為 100 人次，係配合本保險「居家醫療照護整合計畫」規定修正，以減少行政作業流程差異，減輕院所負擔；其個別訪視次數限制，仍按原規定分別以 100 人次及 45 人次為合理量，經評估應未涉及財務影響。</p> <p>二、為提升醫院護病比，本署自 104 年起編列預算用於護病比與健保支付連動：</p> <p>(一)本署自 104 年 1 月起，於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準推行「護病比與健保支付連動」，加成級距分 3 級，醫學中心護病比小於 9，其住院護理費支付點數可依不同護病比級距加成 7%、8%、9%。</p> <p>(二)106 年 5 月加成級距由 3 級調整為 5 級，加成率調整為 3%、6%、9%、12%、14%，以鼓勵全日平均護病比更佳之醫院。</p> <p>(三)107 年 12 月將全日平均護病比較不佳之加成率下修，並提升較佳者，加成率調整為 2%、5%、14%、17%、20%，以持續鼓勵醫院朝向較佳之護病比。</p> <p>三、本署將持續監測醫學中心護病比資料，並輔導醫院提升住院護理照護品質。</p>

委員意見摘要	健保署說明
<p>朱委員益宏(議事錄 p.26)</p> <p>會議資料第 22 頁，擬解除追蹤事項第 9 項，關於分級醫療政策的成效與檢討，雖然健保署做了很多事情，但相關業務特別是區域級(含)以上醫院門診量年減 2%，跟 106 年比要逐年降低，108 年跟 106 年比要降 4%，但是 109 年跟今年 110 年遇到疫情就全部暫停，完全沒有做。然後在 106 年開始做門診量年減 2% 政策的時候，其實有個配套，就是把醫學中心跟區域醫院的合理門診量全部取消，109、110 年碰到疫情關係年減 2% 政策暫停執行，但合理門診量也沒有恢復，導致疫情舒緩之後，我們看到幾家醫學中心的門診大幅成長，甚至我就點名，因為這是可以查證的。</p>	<p>一、門診減量措施係依據衛生福利部公告 106-109 年醫院總額協定事項辦理，雖為利醫界全力配合防疫，109 年起已暫緩實施，本署仍持續觀察。</p> <p>二、109 年符合門診減量範圍之件數相較基期(106 年)下降 6.0%(醫學中心下降 5.5%，區域醫院下降 6.2%)，已達當年設定目標值。</p> <p>三、110 年 1-9 月符合門診減量範圍之件數相較基期(106 年)下降 13.1%(醫學中心下降 11.7%，區域醫院下降 14.0%)，未來將持續觀察。</p> <p>四、個別醫院問題，將由本署各分區業務組適時輔導。</p>
<p>劉委員淑瓊(議事錄 p.29)</p> <p>分級醫療是指各級醫院有不同的核心照護任務與角色，目的是讓醫院專注照顧急重症病患，民眾有病先找家庭醫師或至附近診所就醫，藉由院所分工合作、雙向轉診，協助民眾找對醫師、看對科，提升醫療照護品質。(健保法)第 43 條也有規範。不僅倡議團體、健保會委員相當關切，健保署也是經常舉出分級醫療是健保重要政策之一，但事實上誠如剛才朱委員益宏的意見，健保署對於醫學中心的監控其實是很不夠的。醫改會在 2015 年曾就「胖門診現象」開過記者會，指出醫學中心輕症照護率過高的問題。2018 年起健保署對醫學中心設定每年降低門診件數 2% 的目標，不僅要求醫學中心門診件數停止成長，甚至要逆成長，但我們都知道，實務上醫學中心「上有政策下有對策」，衍生很多因應行為，我們卻沒有看到健保署有提出什麼對策。在評核會議中也有很多委員提出，我們現在都是很抽象的強調要壯大基層、強化量能、要積極鼓勵等方式，但到底要壯大什麼？要如何強化？這些都是很基本的問題，我們不希望健保署對本會委員的詢問「實問虛答」，僅提供技術性，甚至很空泛的回應。</p>	<p>一、本署自推動分級醫療以來，擬訂 6 大策略 23 項措施如下並依序執行，並委託陽明大學周穎政教授評估各項策略執行成效，經該研究邀集專家委員評估結果，亦認可上述政策實施有效。</p> <p>(一)提升基層醫療服務量能(放寬表別、雙向轉診、轉診資訊交換系統、強化家醫)。</p> <p>(二)導引民眾轉診就醫習慣(提供就醫資訊，開診及就醫資訊查詢-院所檢驗及檢查上傳、雲端藥歷、健康存摺)與調整部分負擔(調降經轉診部分負擔、調高未經轉診部分負擔、急診檢傷 3-5 級調升)。</p> <p>(三)調高醫院重症支付標準。</p> <p>(四)強化醫院與診所醫療合作服務(家醫群之共同門診、PAC、跨層級醫院合作計畫、鼓勵組成 81 個策略聯盟共 7,166 院所參加)。</p> <p>(五)提升民眾自我照護知能:強化健康存摺功能。</p> <p>(六)急重症醫療網區域合作、限制醫院開設附設診所、鼓勵診所聯合執業等。</p> <p>二、區域級以上醫院門診減量措施，係依據衛生福利部公告 106-109 年醫院總額協定事項辦理，雖為利醫界全力配合防疫，109 年起已暫緩實施，本署仍持續觀察。</p> <p>三、每年總額協商亦蒙貴會委員支持，通過推動分級醫療相關預算，110 年相關預算約 64 億元，其中家醫計畫即約 37 億；另為強化基層社區醫院量能，亦已協商預算保障地區醫院假日及夜間門診案件每點 1 元；同時對區域級(含)以上醫院，保障加護病床護理費每點 1 元。相關執行成效將依貴會安排議程提出報告，俾作為後續總額協商之參考。</p> <p>四、本署將再參考各界意見，隨時檢討相關推動措施。</p>

委員意見摘要	健保署說明
<p>何委員語(議事錄 p.28)</p> <p>在分級醫療部分，我認為區域級(含)以上醫院門診減量 2%是不合理，頂多 1%。長期以來，地區醫院認為它的醫療收入比區域醫院還低，它們認為這樣不合理，現在已經爭取和區域醫院相同的收入，所以我認為降 2%的部分，應該重新考慮，而且政策不能再延續，既然公告實施 5 年，5 年到了就應該停止實施，不然發布新公告。</p>	<p>門診減量措施係依據衛生福利部公告106-109年醫院總額協定事項辦理，惟為利醫界全力配合防疫，109年已暫緩實施，110年醫院總額協定事項則未列本項措施，另111年醫院總額協定事項尚未公告，本署將依公告事項辦理。</p>
<p>趙委員曉芳(議事錄 p.28)</p> <p>一、我首先想要多了解的是會議資料第 18 頁有關呆帳的部分，這個追蹤的建議是說要等到健保署研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性後解除追蹤。如果可以的話，可否請健保署再提供多一點有關呆帳的實質的內容，到底是哪些類別的人、呆帳的金額大概是多少，那會比較容易想像可能可以從什麼樣的路徑去解決不同原因引起的呆帳問題。舉例來說，依據公益彩券回饋金運用及管理作業要點，可以運用這個基金來協助弱勢族群排除就醫障礙，是不是在呆帳的類別中，有一些其實不屬於符合作業要點定義的弱勢族群？</p> <p>二、對我們來講，這是有意義的資訊，因為這些族群雖不合法定的弱勢族群，但卻可能是弱勢中的弱勢。傳統假設的弱勢族群，例如低收入戶或者是 70 歲以上老人，他們的健保費都有法源可以編列公務預算去支應，但會列在這邊沒有辦法處理的，可能就是沒有任何財源、沒有任何的途徑可以解決的人，所以如果可以的話，請給我們多一點的訊息，讓我們可以去想像，未來可能有什麼方式可以去解決這個問題。</p>	<p>一、有關健保基金呆帳，絕大部分係保費欠費所衍生，醫療費用欠費僅占約1%，為穩健表達財務資訊，每月會將應收款項依不同催收階段，對應不同的估計呆帳率，計算當期備抵呆帳金額，再扣除前期已提列之備抵呆帳，得出當期的呆帳費用，予以認列入帳。</p> <p>二、本署依據「全民健康保險保險費及滯納金欠費催收暨轉銷呆帳作業要點」辦理欠費轉銷呆帳事宜，近5年平均每年實際轉銷保險費欠費呆帳約40億元，其中投保單位約占7%、個人占93%；個人中又以第六類保險對象占大宗約96%，其次為第二、三類保險對象。</p> <p>三、前開轉銷呆帳中約有87%係移送行政執行因無財產可供執行或執行無實益後核發債權憑證者，其餘為死亡且查無財產、經濟弱勢或經濟困難且無清償能力或小額欠費者。</p> <p>四、至每年爭取公益彩券回饋金補助經濟弱勢者健保欠費，囿於分配額度並為符合申請計畫內容之創新性與獨特性要件，近5年平均每年補助金額約2億元，補助對象包括低收入戶、社政單位通報經濟弱勢者或未成年人且無清償能力者等，尚不以欠費符合轉銷呆帳者為限。</p>

110年11月醫學中心門住診點數成長率

門診占率

成長率

