

衛生福利部全民健康保險會  
第5屆111年第4次委員會議事錄

中華民國111年4月21日



# 衛生福利部全民健康保險會第5屆111年第4次委員會議紀錄 (含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國111年4月21日上午9時30分

方式及地點：實體會議(本部 301 會議室)、視訊會議(使用 Webex 線上會議系統)

主席：周主任委員麗芳

紀錄：盛培珠、張嘉云

出席委員：(依姓名筆劃排序，\*為參與視訊會議)

干委員文男、朱委員益宏\*、何委員語、吳委員鴻來\*、吳委員鏘亮、李委員永振、李委員麗珍、林委員恩豪\*、林委員敏華\*、林委員綉珠、侯委員俊良\*、柯委員富揚\*(中華民國中醫師公會全國聯合會詹常務監事永兆代理)、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\*、張委員鈺民、許委員駢洪\*、陳委員石池\*、陳委員有慶\*、陳委員秀熙、陳委員建志(中華民國牙醫師公會全國聯合會徐常務理事邦賢 12:51 以後代理)、黃委員金舜\*、黃委員振國、楊委員芸蘋\*、趙委員曉芳\*、劉委員守仁\*、劉委員國隆\*、劉委員淑瓊、滕委員西華\*、鄭委員素華\*、盧委員瑞芬、賴委員博司\*、謝委員佳宜\*、顏委員鴻順\*(中華民國醫師公會全國聯合會黃常務理事啓嘉代理)

請假委員：卓委員俊雄

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(蔡副署長淑鈴代理)

本會：周執行秘書淑婉、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19~24頁)

貳、議程確認：(詳附錄第24~26頁)

決定：

- 一、中央健康保險署署長依規定為本會應列席人員，不宜無故缺席，如需請假，除函知本會外並應敘明具體理由。

二、本次議程增列優先報告事項「衛生福利部『112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍』(草案)併同中央健康保險署『112年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案』(草案)，請本會表示意見案」。

三、同意將臨時提案第一案「解決民眾餘藥問題之策略與執行方式」、第二案「為確保民國111年5月15日公告實施之『全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用』之執行成效與確實保障民眾就醫權益，健保署應即時提出相關配套措施與監測指標，並定期於本會提出監測報告」列入議程，依序安排為討論事項第二、三案。

四、餘照議程之安排進行。

參、確認上次(第3次)委員會議紀錄：(詳附錄第26~27頁)

決定：確認。

附帶事項：有關評核內部會議，所有參與人員均應簽署保密切結文件，納入作業規範執行。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第28~35頁)

決定：

一、上次(第3次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤共2項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共4項，同意繼續追蹤。

二、餘洽悉。

伍、優先報告事項：(詳附錄第36~61頁)

報告單位：衛生福利部社會保險司、中央健康保險署

案由：衛生福利部「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)併同中央健康保險署「112年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」(草案)，請本會表示意見案。

決定：

- 一、感謝肯定衛生福利部社會保險司重新檢視年度總額預算編列方式之合理性。
- 二、所提112年度總額基期計算方式之變更，考量各界未有共識，且當前新冠肺炎疫情嚴峻，總額擬訂宜以穩定醫療量能、安定醫護人心為要，建請衛生福利部再予審酌，持續溝通，暫緩於112年度總額執行。
- 三、委員所提諮詢意見(含書面意見)摘要(如附件一)，及衛生福利部112年總額擬訂方向會議決議涉及本會部分之回復說明(如附件二)，併同發言實錄，送請衛生福利部參考。

陸、討論事項：(詳附錄第62~104頁)

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：有關「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」(草案)報請同意案，提請討論。

決議：

- 一、原則同意所提計畫。有關收案照護人數及委員所提意見，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體妥處後，依法定程序陳報衛生福利部核定。
- 二、請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體滾動式檢討計畫內容，朝改善病患行為及健康習慣養成之方向努力，並於本(111)年12月提出專案報告。
- 三、委員所提意見(含「執行目標」及「預期效益之評估指標」，摘要如附件三)，併同發言實錄，送請中央健康保險署研參。

第二案(臨時提案第一案)

提案人：黃委員金舜

連署人：干委員文男、林委員敏華、許委員駢洪、胡委員峰賓、劉委員國隆

代表類別：保險醫事服務提供者代表、保險付費者代表、專家學者及公正人士代表

案由：解決民眾餘藥問題之策略與執行方式，提請討論。

決議：本會肯定提案人及委員關心民眾餘藥處理之用藥安全事宜，所提意見送請權責機關食品藥物管理署參考。

### 第三案(臨時提案第二案)

提案人：劉委員淑瓊、滕委員西華

連署人：林委員恩豪、干委員文男、吳委員鴻來、許委員駢洪、翁委員燕雪、劉委員國隆、李委員麗珍、楊委員芸蘋、陳委員有慶、馬委員海霞、林委員敏華、劉委員守仁、何委員語、李委員永振、趙委員曉芳

代表類別：保險付費者代表、專家學者及公正人士代表

案由：為確保民國111年5月15日公告實施之「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」之執行成效與確實保障民眾就醫權益，健保署應即時提出相關配套措施與監測指標，並定期於本會提出監測報告，提請討論。

決議：

一、為確保部分負擔執行成效及民眾就醫權益，請中央健康保險署辦理下列事項：

(一)於本年5月份委員會議，提出對保障經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施；6月份委員會議提出部分負擔調整案實施後政策效益及其改善醫療資源合理利用之監測指標。

(二)前述監測指標之監測結果及成效檢討報告，應提本  
~~年12月份委員會議報告，並自112年起~~應自公告實  
施日起，每半年定期向本會提出報告。

二、委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

柒、報告事項：(詳附錄第105~111頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：111年3月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提書面意見，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：110年度全民健康保險基金附屬單位決算及112年度全  
民健康保險基金附屬單位預算備查案，請鑒察。

決定：本案不予備查。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午14時。

112年度「全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」及「全民健康保險資源配置及財務平衡方案」本會委員所提諮詢意見摘要

一、對112年度總額範圍(草案)之建議：

付費者委員意見：

- (一)所擬總額範圍成長率 1.256%~5.0%，低、高推估增加金額高達 100.71 億元~400.92 億元。依健保署財務模擬試算，112 年當年保險收支預估將短絀 111 億元至 409 億元，當年底保險收支累計結餘數，僅剩約當 0.88 個月至 0.38 個月保險給付支出，低於法定應至少有 1 個月保險給付支出之安全準備總額，明年勢必面臨調漲保費的問題，建請行政院核定 112 年度總額範圍時，考量健保財務狀況，審慎評估再行調整高推估之合理性。
- (二)近年受 COVID-19 疫情影響，我國經濟成長主要來自科技產業，但國內許多產業低迷，一般民眾薪資停滯，依主計總處公布之民眾實質經常性薪資呈現衰退(負成長)現象。此外，受通貨膨脹影響，物價齊漲，民眾經濟負擔加重。考量民眾付費能力下降、經濟負擔加重，建議年度總額範圍之高推估不宜過高。
- (三)近年健保配合政策與政府共同推動許多預算，用於疾病防治及提升醫療服務效率，如：C 型肝炎藥費、分級醫療、健保醫療資訊雲端查詢系統，有助於醫療費用之節流，應將節流成效列為總額減項，並研議自總額基期扣除。目前提出之「減列項目」僅約 14.32 億元，未完全反映節流成效，請檢視扣減內容之合理性。
- (四)近年因 COVID-19 疫情民眾健康意識提升，依據健保署統計，109、110 年門診申報件數分別為 -7.43%、-7.88%，住院為 -4.68%、-7.43%。另報載國內傳染病大減，衛福部統計 109 年不健康餘命較前 1 年減少了 0.43 年，是近 10 年來最大降幅。顯示，因民眾加強自主健康管理後，致醫療需求有所減少，應通盤檢視疫情對醫療利用之影響，並納入 112 年度總額



調整因素。

- (五)近年健保總額中已配合政府推動許多預防醫學項目，應回歸健保法意旨，依法將健保給付用於支付被保險人發生疾病、傷害、生育事故，而預防醫療費用則應由公務預算支應。

#### 醫事服務提供者委員意見：

- (一)各部門總額內有很多配合政策項目，其增加之預算，仍無法補足醫療服務之給付，如C型肝炎藥費，雖有編列藥費，但同時衍生之檢查(驗)係由現有總額支付，就算總額預算有成長，點值仍不到每點1元。
- (二)我國平均每人經常性醫療保健支出(CHE)占平均每人國內生產毛額(GDP)比率數據顯示，多年來僅微幅成長，相較其他OECD國家，國內醫療保健支出尚有增加空間。
- (三)若政策推動真有節省費用不反對列減項，但若預算編列不足也應相對加項。例如健保署提出減少重複檢查(驗)及用藥之效益，但導入各項管控措施後費用仍呈現成長，增加額度大於預算成長，預算編列不足應回補，而非列減項。此外，有關MEA(藥品給付管理合約)，當藥品使用超過目標時，係由當年度總額一般服務費用勻支，後續廠商協議退款之效益，也應回歸總額，不應列為總額減項。
- (四)減列預算項目包含C型肝炎藥費，C型肝炎是傳染病防治法規定的第3類法定傳染病，經費應由公務預算編列，現在由健保支付藥費已加重健保負擔，若再列減項，並不合理。
- (五)回歸健保法意旨，涉及公共衛生、預防保健及配合政策推動等項目，應由公務預算支應，不應轉由健保支付。目前健保財務不佳，若考量要減輕民眾負擔，則建議政府應該承擔更多的責任，提高公部門支出占比。

#### 專家學者及公正人士委員意見：

- (一)所擬112年度總額調整因素金額約增加300.21億元，其中政策項目內涵諸多用於預防保健、研究經費、設備費用等屬公務預算支應範圍，建議審酌政策項目預算來源之合理性，避免壓縮重要服務項目之協商空間。

(二)各項管控措施之節流效益，應列入總額減項或年度總額專項財源。如藥品及特材之價量管理或減少重複檢查(驗)之效益，可做為引進新藥、新特材或給付規定改變之財源，若未納入總額財源運用，則應列為總額減項。

## 二、對112年度總額政策目標之建議

### 醫事服務提供者委員意見：

- (一)政策目標所列項目，包含：延續健保總額中長期改革計畫之擴大推動住院整合照護服務、推動 DRGs 支付制度、試辦門診包裹支付制度等，建議先行與醫界溝通討論。
- (二)政策目標中，整合公共衛生體系與健保資源項目提到「結合公務預算與健保資源」，若無具體內容，恐怕最後都是空談。此外，政策目標提到減少無效醫療，宜先具體定義無效醫療。

### 專家學者及公正人士委員意見：

針對每年提出的諸多政策目標及政策項目，未見從整體角度進行專案檢討，如每年編列 DRGs 預算，但卻無推動進度，建議系統性檢討後再提出政策目標與調整因素。

## 三、對總額設定公式及112總額基期計算方式改變之建議

### 付費者委員意見：

- (一)由於總額基期不斷膨脹，過去付費者一直籲請檢討基期，112年總額終於正視這個問題，規劃於基期扣減未導入預算或未執行額度。惟專款項目本來就是零基預算，與一般服務分開獨立計算，專款扣減未執行額度是否有實質意義，請審酌。
- (二)112 年度總額基期改採淨值，考量一般服務預算會納入基期累進成長，扣減前開未執行額度，應屬合理；但專款項目採零基預算，未執行額度回歸安全準備，建議維持現行做法，並視執行成效檢討編列專款預算。

### 醫事服務提供者委員意見：

- (一)衛福部社保司 3 月 15 日召開 112 年度總額範圍(草案)擬訂方向會議，所提之 112 年度總額基期採「淨值」及低推估公式修正

規劃，與醫界未有共識，建議暫緩實施、維持原案，並持續與醫療團體充分溝通(相關書面意見如參考資料)。

- (二)衛福部社保司所擬 112 年度總額範圍之算法，須建立在醫療服務支付滿足的情況下，才不會影響服務品質。於疫情前，一般服務預算不足，點值未達每點 1 元，若改以此算法，於疫情穩定後，未來服務量能增加，會有預算用盡，影響醫療服務提供的問題。
- (三)112 年度總額基期扣減「110 年未執行額度」，但專款是零基預算，沒有用完就回到安全準備，沒有扣減的問題。且總額部門於編列預算前，已精確估算執行情形再編列預算，實際執行之落差應在可接受範圍內。
- (四)請檢討低推估之設定及計算方式之合理性，近年勞工基本薪資、物價齊漲，「醫療服務成本指數改變率」之藥品、醫療儀器及用品指數，係以躉售物價指數計算，無法反映國內市場價格及醫療院所實際購買成本，建議檢討參數之合理性。
- (五)影響總額基期成長因素眾多，包括人口老化、物價上升及勞工薪資提高等，均非醫界所能掌控。若受限於財務因素，可改變給付方式，若各界有共識減少給付內容，則可降低總額基期。

#### 專家學者及公正人士委員意見：

- (一)有關年度總額基期部分改採淨值，支持一般服務部分扣減未導入預算或未執行額度部分。至於專款項目部分，因採零基預算，實支實付，建議仍維持以「前一年專款預算」作為計算基礎。
- (二)總額推估公式應以實證資料做基礎，並將預防醫學所產生效益的實證資料納入總額推估及基期反映，建議未來可思考以實證精算方式計算年度總額。總額公式歷經多年演變，公式間互有連結及關聯，尚需集思廣益研議修訂。

#### **四、付費者委員之其他建議：**

- (一)協商時，各總額部門及健保署所提之協商項目，應參照衛福部會議對本會之建議，提出包含具體規劃及完整的 KPI 等內

容，以做為總額協商之參據。

- (二)於協商 112 年總額時，請健保署以保險人角色發揮專業，就 112 年度總額各總額部門提出的協商草案，提出保險人的評析意見，供委員協商參考。
- (三)有關健保署提出之財務平衡方案，顯示 109 年導入減少重複檢查(驗)及重複用藥管控措施之成效，惟與整體費用相較，節省效果有限。宜檢討目前管理手段的有效性，請在會後就「近 5 年檢查(驗)支付標準的檢討情況」及「針對重複與不必要檢查(驗)的具體管理措施」提出檢討報告。



台灣醫院協會 *Taiwan Hospital Association*

台北縣淡水鎮251中正東路二段29-5號25樓  
25F, No.29-5, Section 2, Chong Cheng East Road, Danshuei Township, Taipei County, 251, Taiwan.  
Tel: 886-2-28083300 Fax: 886-2-28083304 Web: www.hatw.org.tw E-Mail: hatw@hatw.org.tw

Taiwan Hospital Association

## 擬就衛福部社保司所擬 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍 嚴正表達抗議及反對意見

依據衛生福利部全民健康保險會 111 年 4 月議程補充資料 2 資料所示，社保司擬提送行政院國家發展委員會有關「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍擬訂說明」，針對部分內容顯有缺失，且未經與各部門總額執行單位商議，逕自決定執行，台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會及中華民國私立醫療院所協會等協會聯合嚴正表達抗議及反對意見。

- 一、111 年 3 月 15 日社保司所召開之 112 年總額擬訂方向會議，僅就 112 年政策方向進行說明，另就總額基期計算公式進行初步討論，其中就投保人口結構改變對醫療費用之影響率由人數百分比擬調為實際總人數、非協商因素之醫療服務成本指數改變率由原非協商調為協商因素等項，經激烈溝通未達共識，應續維持原計算方式執行，本會、中華民國私立醫療院所協會及醫師公會全國聯合會皆分別 111 年 3 月 29 日、28 日及 4 月 14 日以院協健字第 1110200164 號、私立醫協會字第 0000111021 號及全醫聯字第 1110001408 號函表達就公式修正不適之意，合先敘明。
- 二、社保司就 112 年總額基期建議減列採以淨值計算，其中諸多內容實屬不當，應立即修正，以維各總額部門運行順暢之權益，確保國人就醫權益之維持及健保永續經營，其爭議分述如下：
  - (1) 參據社保司所提 110 年初成立之「總額範圍擬訂公式檢討工作小組」建議，給付支付改善成效回饋款應於基期扣減並將於 112 年度總額基期進行處理。依據歷年健保會總額基期協商及計算原則，醫療一般費用已就未執行額度進行扣減作業，且行之多年，依據社保司所擬 112 年總額基期扣除 110 年未執行額度扣減及未導入預算扣減部分，基期淨額係以各總額部門各項專項 107-109 年 3 年平均執行率及 110 年預算數估計，顯示社保司就總額基期之計算與實務運作的未深透研究及了解。
  - (2) 各部門一般服務預算於年度協商之際，早就扣減前一年未導入之預算及未執行之額度，112 年總額基期扣除 110 年未執額度，明顯是一帳兩扣，重複扣減。
  - (3) 各部門之專款專用項目，多數為配合國家衛生政策指示，確保執行內容而設，採零

基預算，費用部分採獨立計算並沒有併入基期之中，主張由基期減列未用罄之預算，顯示對零基預算設計精神的不了解，減列專款專用預算額度，勢將造成各部門僅可就有限資源提供服務或無法執行之窘境，請慎思。

(4) 政策所減省費用應列為總額減項或節流效益回饋減列基期(如：藥品給付管理協議 MEA、雲端藥歷、檢查(驗)結果上傳及管理、C 肝新藥等)，明顯違反信賴保護原則

A. 藥品給付管理協議 MEA 或 PVA：依據健保會(107.03.23)第2次委員會議決議中央健康保險署所提有關藥品價量協議回收金額處理方式，改為撥付醫療費用之一部分，預計將略提升各總額一般服務點值，健保會委員意見提供健保署參考，本案現行已採健保署建議撥付醫療費用，今再行要求基期減列，違反行政程序法之信賴保護原則。查據健保會(107.10.26)決議事項辦理情形：衛福部發佈(依據衛生福利部107年6月8日1070035141號簽核定)：新增藥品給付協議之返還金額併入各總額醫療費用結算。

B. 雲端藥歷、檢查(驗)結果上傳：醫院部門配合健保政策努力推行雲端藥歷及檢查(驗)結果上傳作業，這中間的設備變更費用，悉數由醫院自行吸收，在目前尚為鼓勵階段，主張減扣費用是否合宜。

C. C 肝新藥：西醫部門為配合國家2025年消滅C肝之政策，努力執行防治作業，C肝新藥僅在專款中編列藥費，而就治療C肝所需之相關檢驗(查)費用卻是隻字不提，悉數由總額一般服務預算中勻支，造成醫院部門預算排擠效應，今擬以未來節約金額減列現行預算，無法說服醫院部門。

(5) 專款專用預算若未使用完畢，其預算係回歸健保安全準備金，實與各部門總額基期一點關係也沒有。

三、不應再任意加諸全民健保額外負擔，依據【全民健康保險法】第一條第二款已明列：「本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依法規定給與保險給付」，近年社保司皆未經事前溝通協商以確保醫療實務得否執行，即逕自加諸全民健保有關公共衛生、預防保健等所謂之中長期改革計畫項目並要求醫院單位執行且預算編列嚴重偏低，實為不尊重且有侵蝕健保根基之虞，112年仍續要求醫院部門建立癌症篩檢陽性個案診療模式，以醫療品質為導向之癌病病人診療及照護品質。

四、COVID-19 期間全體醫療體系已全力投入防疫及維持醫療體系恆常運作以擔負國人健康之守門員，切莫恣意任行加注額外負擔，加速醫療體系崩盤。

中華民國醫師公會全國聯合會  
西醫基層醫療服務審查執行會 函

地址：10688台北市安和路1段29號9樓

承辦人：陳哲維

電話：(02)2752-7286轉151

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：wei0508@tma.tw

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國111年4月20日

發文字號：全醫基審字第1110000058號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明

主旨：反對衛福部社保司所擬「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」意見，建議應先與各部門總額團體充分溝通，以維護民眾原應有就醫權益，請 查照。

說明：

- 一、有關111年3月15日社保司召開之「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)擬訂方向」會議，會中未就「各部門總額基期建議減列採以淨值計算」進行深入討論，且未有共識。惟社保司於是日會議紀錄逕自列入「除了基期淨值將於112年處理」，此外，在健保會111年4月21日會議前，從未再與各部門總額團體商議，並逕行決定提案至111年4月21日健保會，影響民眾原應有就醫權益，本會表達嚴正抗議，並要求修正前揭會議紀錄。
- 二、本會前於111年4月14日全醫聯字第1110001408號函表達「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」應維持現行公式以「各年齡性別組別占總人口數百分比」計算，不須變更；並反對「醫療服務成本指數改變率(MCPI)」移列至「上限」範圍，應先檢討其為負值之原因，而非變相更改為協商項目之意見(諒達)。
- 三、依據歷年健保會總額基期協商及計算原則，一般服務預算已就未執行額度進行扣減作業，且行之多年，如依據社保司所擬112年總額基期扣除110年未執行額度扣減及未導入預算扣減部分，將



無法反映年度總額之需求、壓縮協商空間及無法反映專款實際需求；且各部門一般服務預算於年度協商之際已扣減前一年未導入之預算及未執行之額度，如 112 年總額基期扣除 110 年未執行額度，將重複計算。

- 四、此外，專款項目多數為配合國家衛生政策指示，確保執行內容而設，專款項目以零基預算進行協商，未執行完之預算均會回歸安全準備金，如於總額基期先行扣減，將造成費用分配不足，實不合理。如西醫部門為配合國家 2025 年消滅 C 肝之政策，戮力執行防治作業，其治療所需之相關檢驗(查)費用均由一般服務預算吸收，先不計可能造成之排擠效應，如逕自刪減預算，亦將嚴重影響民眾就醫權益。
- 五、自 COVID-19 疫情爆發後，全國醫療體系已竭力投入防疫及維持醫療體系正常運作，期主管機關給予醫界支持並挹注合理總額預算，而非以修正公式或逕自列入各種減項之可能，造成醫病雙輸。

正本：衛生福利部、衛生福利部社會保險司  
副本：

基層審查  
執行會校對章

主任委員 黃啟嘉



有關 112 年度總額範圍擬訂說明所提，111 年 3 月 15 日衛福部社保司「112 年總額擬訂方向會議」決議中，涉及本會部分回復如下：

一、社保司會議決議內容：111 年總額各部門總額「成效回饋」部分，待健保會確認後再納入總額基期計算。

本會回復如下：

(一)本會對成效回饋之處理方式：依據本(111)年 3 月份委員會議決定之 111 年度總額協定事項及辦理時程，其中涉及一般服務扣款或節流效益納入總額財源部分，已請健保署分別於 111 年 7 月、112 年 7 月提報規劃之處理方式及執行結果，爰關於成效回饋部分，本會業已納入協定事項並據以辦理。

(二)本會處理方式：依上開本會的處理方式，本會已將「成效回饋」納入年度總額協商考量。未來仍將視健保署提供之各總額執行結果與成效資料，在年度總額協商時考量處理。

二、社保司會議決議內容：建議健保會未來協商各部門總額相關計畫時，應先訂定 KPI、提案為幾年計畫、成效評估標準、如何回饋付費者和醫界，將可能產生疑義處預先處理，減少協商後須再協商。

本會回復如下：

(一)本會目前對總額協商草案已略有規範：查 111 年度協商架構及原則與程序，明訂總額協商草案須包含：執行目標、預期效益評估指標、服務內容及費用估算基礎，已包括 KPI 之訂定，惟尚未包含提案為幾年計畫、如何回饋付費者和醫界等內容。

(二)本會處理方式：本項建議擬納入 112 年總額協商架構及原則與程序案討論(本年 5~6 月份委員會議)，並作為總額協商及協定事項之依據。

「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫(草案)報請同意案」

本會委員意見摘要

- 一、整體而言本計畫具前瞻性，肯定其結合前端預防及治療之方向：本計畫旨在改變個案生活型態及健康習慣養成，整合疾病前期預防與疾病治療，具前瞻性，惟規劃內容尚有改善空間，請再評估檢討。
- 二、請重新訂定所提之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，送本會確認：
  - (一)執行目標：「照護人數」及「每人支付費用」與總額協商原提規劃及協定事項有落差，應增加照護人數，並檢討支付單價。
  - (二)預期效益評估指標：所提「完整照護達成率」屬過程面指標，未能反映計畫效益。請提出明確反映整體效益的量化指標，如減少慢性病、降低就醫次數、減少健保支出等，並提供指標定義。
- 三、所提計畫尚有改善空間，委員之建議摘要如下：
  - (一)費用支付方式
    - 1.每人單價過高，應檢討支付合理性：每案可申報之金額高達2,000~3,450點，遠高於家醫計畫(800點)及協商之預算規劃。目前在健保財務不佳之際，更應妥善使用有限資源。
    - 2.宜降低評估及檢驗檢查費、提高成效獎勵誘因，避免醫療化：多數經費用於評估及管理費，尤其是用於檢驗檢查，而獎勵照護成效費用相對較少。疾病前期照護，應以改善生活型態為主，避免照護往醫療化發展。
  - (二)個案獎勵及診所獎勵
    - 1.個案進步獎勵，宜有客觀標準：從管理角度，個人客製化目標差異大，不易評估整體成效。建議應有客觀衡量標準，可依個案病況分類，設定不同進步區間的目標值。

2. 診所獎勵，宜提高獎勵誘因及鑑別度：診所獎勵雖訂有 8 項反映院所執行績效之評核指標，但相較於評估及檢驗、檢查費用，獎勵績優診所執行績效之誘因相對不足。
3. 對於個案之健康改善，宜有長期追蹤成效之機制，以確認計畫持續效果。

### (三)成效評估與追蹤

1. 建議提出計畫之成本效益分析：應提出計畫成本效益分析，讓各界審視投資是否合乎效益。
2. 應將使用藥物等影響因素納入成效評估考量：為評估健康狀況改善是否為生活型態改變所致，應將是否使用藥物、藥品項數或劑量、其他介入措施(如自費減重)等因素納入評估。

### (四)費用管控措施及其他建議

1. 應避免重複收案，浪費醫療資源：對於同一個案在不同院所重複收案，或結案 1 年後在同一院所(或 1 年內不同院所)重新收案等情形，宜說明如何規範及進行利用控管。
2. 加強跨專業協力合作，並結合社區資源，提供完整照護：為建立個案健康生活型態，計畫應納入營養諮詢、運動指導等多元與完整的衛教及照護，並善用社區資源(如運動教練)，提升照護成效。
3. 個案應被充分告知及掌握個人健康訊息，以利自我管理：診所在收案過程中應充分告知，並提供個案相對的健康檢測等訊息，建議可結合健康存摺或其他工具(如小冊)，另對於健康知能、社會經濟弱勢個案，宜提供合適的介入方式。
4. 給予個案成效回饋，肯定其努力：生活習慣改變或健康行為的建立，大部分需靠病人自身的努力，應有回饋個案之機制，增強個案自我照護動機。
5. 建議修正文字，計畫追蹤管理文字：「提供持續性電話諮商或...」，建議改成諮詢，因諮商是臨床心理師的專業用語。

#### 四、請健保署書面回復所有委員之提問意見，以利總額協商

委員之詢問均為計畫執行重點疑問，因時間因素，健保署未及在會上回復，爰請健保署書面回覆所有委員的提問意見(含書面意見)，以利委員充分瞭解最後執行方式及管理理念，有助於今年度協商所需資訊。

第5屆111年第4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(第 3 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

## 周執行秘書淑婉

主席，各位委員，大家早安！現在已經到會議時間 9 點 30 分，目前到場參與實體會議的委員人數有 10 位，以視訊方式與會的委員有 19 位，已經達到法定開會人數，今天的會議可以開始進行，請主席致詞。

## 周主任委員麗芳

- 一、所有在座的委員、線上的委員，以及所有與會的各位先進、健保署蔡副署長，大家早安！大家好！首先跟各位委員致歉，因為疫情嚴峻，原定今明 2 天在花蓮地區舉辦業務訪視，及全民健康保險會(下稱健保會)的委員會議，因為疫情的關係，我們還是在台北召開健保會委員會議。我們原先安排到門諾醫院實地參訪，也要向吳院長鏘亮致歉。目前是我們防疫的關鍵時刻，感謝所有的醫護人員在第一線守護健康，當然也要拜託所有在座的各位委員來共同守護全民的健康。
- 二、其次，中華民國護理師公會全國聯合會(下稱護理全聯會)理監事改選，由林副理事長綉珠兼任本會委員，我們掌聲歡迎她，謝謝(眾人鼓掌)，林副理事長綉珠目前擔任台大醫院護理部副主任，也非常感謝林委員綉珠的加入，其次也要特別感謝張委員澤芸在過去這段時間對健保會的貢獻。
- 三、我也報告這個月幾件重要的事情，首先藥師國家隊在黃理事長金舜帶領之下，再次推出藥師 3 箭，第 1 箭是建立居家快篩的台灣模式，第 2 箭就是在家照護的 24 小時送藥到府服務，第 3 箭就是在疫情期間協助民眾準備常備藥品，黃理事長在線上，您要不要就這部分，及藥師公會全國聯合會舉辦的參訪活動異動情形跟委員說明。

## 黃委員金舜

- 一、周主任委員麗芳、各位現場、線上的委員，大家好！大家早安！最近希望所有的委員進出公共場所要格外留意、小心，避免被感染，剛才主委給我 1 個機會，可以向所有的委員報告，因為整個疫情相關確診者，還有確診者的同住家人比例上升的很多，中央流行疫情指揮中心(下稱指揮中心)考量確診者、還有確診者家人，在整個醫療還有藥品的使用上，可以得到圓滿的照顧，所以指揮中心希望藥師可以提供，在接到處方以後 24 小時可以送藥到消費者指定的地方，當然這對中華民國藥師公會全國聯合會(下稱藥師公會全國聯合會)工作量加重了很多，但藥師公會全國聯合會基於民眾用藥的品質、安全，會用最大的力氣完成這個任務。
- 二、第 2 個部分，因為疫情的升溫，市面上快篩劑都已經真空，我也跟指揮中心提出報告，基於讓民眾可以買到快篩劑，也可以讓快篩劑平穩、平價的供應，所以指揮中心現在統籌跟國外、還有國內的快篩劑來做徵收，相信很快就會實施快篩實名制，目前藥師公會全國聯合會統計願意來協助民眾發放快篩劑的有 4,000 多家藥局，所以快篩實名制藥師公會全國聯合會也可以圓滿、成功的達成。
- 三、其次抗病毒口服藥部分，指揮中心今天 10 點會召開會議，昨天晚上石次長崇良也跟我聯繫，希望藥師公會全國聯合會可以承擔將口服抗病毒藥送到確診者的手上，當然這個任務又是增加藥師公會全國聯合會人力的付出，但為了讓民眾在用藥可以安心、放心，藥師公會全國聯合會也會全力以赴，民眾有需要，政府有需要，藥師公會全國聯合會會全力以赴。
- 四、再來也利用這個時間向各位說聲抱歉，5 月 18、19 日 2 天 1 夜的健保參訪活動，因為疫情的關係暫時取消、延期，在此代表藥師公會全國聯合會跟所有的委員致歉，謝謝。



## 周主任委員麗芳

非常感謝黃理事長金舜帶領的藥師國家隊勇於承擔。其次感謝 4 月 6、7 日中醫師公會全國聯合會在柯理事長富揚的帶領下，共有 22 位本會委員到花蓮參與門診總額的實地訪視，活動非常成功。可以看到醫療不足地區的中醫巡迴醫療，服務了 213 萬人次、無中醫鄉人口也從 155 萬人降到 72 萬人，目前居家照護者經過中醫師診斷可以提供清冠一號，請線上詹執行長永兆針對中醫嘉年華活動跟清冠一號部分向大家簡單說明。

## 詹代理委員永兆(柯委員富揚代理人)

- 一、主席，各位委員、各位長官，大家早安！很感謝各界的支持，最近非常夯的就是清冠一號，經過國家中醫藥研究所的蘇所長奕彰協助，清冠一號可以預防 COVID-19(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)，報告已經公布，效果非常好，目前確診者我們都可以用視訊來提供藥物，目前反應非常熱絡，感謝各位的支持。
- 二、另外一件事要跟各位委員報告，5 月 15 日預計在大安森林公園兒童遊樂中心旁邊的廣場，要舉辦一場戶外的中醫嘉年華會，中醫嘉年華會是由全國 20 幾個縣市的中醫師公會參與，活動內容是寓教於樂，用迷宮尋寶的方式，裡面設了 20 個攤位，這 20 個攤位會把居家醫療整合照顧計畫，包含中醫急症、偏鄉巡迴醫療、中醫提升孕產照護品質計畫、中醫癌症患者加強照護整合方案，西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫等，會寓教於樂在每個攤位呈現，這是親子活動，在會場同時會有護眼操教學，教你怎麼樣保護眼睛、穴位按摩，甚至有卡通動畫教大家去跳護眼操，還有護鼻操穴位按摩，教你怎麼保護你的鼻子，同時會有卡通的影片帶動，還有現場來的貴賓，我們通通會送 1 個穴位按摩卡，所謂穴位按摩卡，就是教你頭痛可以按百會穴、太陽穴、風池穴，還有穴位按摩卡轉盤，同時會有穴位按摩指引教你怎麼取穴，這中間我們還會像彰化中醫師

公會彰基醫院提供長期照護，這裡面我們結合 AI(Artificial Intelligence, 人工智慧)，裡面有 1 個智能體驗，讓失智的人可以利用 AI 技術活動手腳，呈現在螢幕上面，還有台南市提供的保生大帝藥籤，早期的藥籤，這次也會把中醫的藥籤文化在現場呈現。譬如嘉義市，嘉義縣中醫師公會會提供嘉義長庚醫院他們最擅長的防疫草本淨口液、洗鼻液，也會在現場跟各位分享，謝謝，歡迎各位。

周主任委員麗芳

謝謝詹執行長永兆。其次是關於西醫基層參訪活動，因為疫情關係有異動，請黃委員振國跟大家說明。

黃委員振國

- 一、很佩服藥師公會全國聯合會在疫情中挺身而出參與這次防疫，現在已進入與病毒共存時期，陳部長時中推估台灣誠如世界各國在最後能與病毒共存的過程中，要結束疫情必須要經過 1 個高傳染期，台灣即使確診率低推估 15%，應該會有 300 萬人確診，一想到有 300 萬人確診，這確診數量不是單靠某些醫療院所或人員的幫忙，而需要所有醫療體系，包含醫學中心及西醫基層各個部門醫事人員都要投入防疫工作。
- 二、醫師公會全國聯合會這 2 個月已經超前部署規劃，目前很多縣市的西醫基層已經加入輕症居家照護的行列，陳部長時中宣布時西醫基層也已啟動照護，我個人也積極投入照護行列，所以跟各位說聲抱歉，原訂 5 月 5 日及 5 月 6 日的參訪活動除了疫情外，因為醫師公會全國聯合會所有幹部都投入第一線的防疫工作，我自己也開始收案及照護，所以無法分身辦理這次的活動，待疫情平穩可恢復正常生活時，再籌辦參訪活動。

周主任委員麗芳

謝謝黃委員振國的說明及西醫基層的用心籌劃。其次有關牙醫師公會全國聯合會部分，等陳委員建志到會場，再由他親自說明。接下來進行本會的會議，請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

桌面上有 1 份健保署李署長伯璋不克出席的公文，請教李署長今天不能來的理由是什麼？

周主任委員麗芳

請健保署回去了解一下。

劉委員淑瓊

根據「全民健康保險會會議規範」第 6 條第 2 項，健保署署長是法定的會議列席人員，上次署長來報告時，大家都給予正面的肯定，因為有機會聽到署長對於政策的說明及成效報告，委員也可以跟署長當面溝通，這是非常難得及重要的機會，希望能在今天做成決議：健保署署長為健保會的法定會議列席人員，不應無故缺席，如有必要請假，應敘明理由。

周主任委員麗芳

謝謝劉委員淑瓊，記得先前會議曾有類似的決議，這裡還是會請健保署同仁務必再次轉達。

劉委員淑瓊

希望能夠列入決議，我第 1 次提出此意見是在 110 年第 6 次健保會委員會議，這次已經是第 2 次提出了。

周主任委員麗芳

好，我們列入決議，請何委員語。

何委員語

- 一、我建議主席開會應依據「會議規範」進行，主席致詞就是主席致詞，剛剛有 3 個單位報告，我認同他們的報告內容，但我沒有用會議規範的程序規定制止發言，而是尊重他們的發言。
- 二、因為主席致詞不是會務報告，剛剛這 3 位都報告得很好，我認同，但希望放在本會重要業務報告這個議程裡，那時候再讓他們來做會務報告，也是屬於與本會相關的業務報告，這樣比較恰當。之後在主席致詞階段，主席就完成主席致詞就好，會議

規範沒有主席致詞在做會務報告的，這樣程序有點奇怪，希望依照會議規範程序進行會比較好。

周主任委員麗芳

謝謝何委員語的說明，尊重何委員的意見，為何請他們報告，因為有些是當前最重要的資訊，有必要讓委員了解，再者就是有些活動議程的調整。未來如果有部門需做類似報告時，就請他們在本會重要業務報告的一開始先報告，報告完後接續由周執行秘書淑婉進行本會重要業務報告，請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

會議時間有限，每次會議委員們都很認真討論議案，因為時間非常緊湊，委員發言時間也很壓縮，我呼應何委員語剛剛的發言，對於非急迫性的總額部門布達事項，建議部分改成書面方式，或用電子郵件通知委員即可。

周主任委員麗芳

會視資訊的重要性，必要時還是請他們口頭向大家說明提醒，特別是在疫情期間防疫真的很重要。現在進行議程確認。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉

- 一、主席、各位委員好，有關剛剛委員指教有關議程安排部分，本會幕僚會做改進。在說明議程安排之前，須跟各位委員報告的是剛剛劉委員淑瓊已經提到，依本會會議規範規定，健保署署長為今日會議的法定列席人員，惟健保署於 4 月 20 日函知，李署長伯璋不克出席，本次會議請假，由蔡副署長淑鈴代理，來函影本置於委員桌上，請委員參閱(如議事錄第 112 頁)。
- 二、本次議程安排，計有討論事項 1 案、報告事項 2 案。除了討論事項是 3 月份委員會議撤案後，本次重新提案以外，其餘皆按照本年度工作計畫排定。

三、另於提案截止日(4月11日)之後，本會仍收到3項臨時提案，提案內容於4月19日已提供給委員參考，3項臨時提案分別為：

(一)衛福部提出112年度總額範圍草案併同健保署所擬之健保資源配置及財務平衡方案(草案)之諮詢案。

(二)黃委員金舜提出解決民眾餘藥問題之策略與執行方式，計有5位委員連署。

(三)劉委員淑瓊及滕委員西華2位委員提出部分負擔新制後續定期的成效追蹤，計有15位委員連署。

四、其中第1案總額範圍諮詢案，原即為4月份工作計畫，但來不及在會議資料收件截止日送達，加上本案也是本會法定及具時效性的重要議題，建議增列為優先報告事項。其餘2項臨時提案之處理方式，依本會會議規範第3點第2項第2款規定，臨時提案以當次會議亟待決定之緊急事件或具時效性事項，且與本會法定任務有關者為限；並應有出席委員附議或連署始得成立。這2案基本上已經都有委員連署，是否屬亟待決定之緊急事件或具時效性，建議依規定請主席徵詢委員意見，決定在本次或是下次的委員會議討論；若決定在本次委員會議討論，建議安排為討論事項第二案、第三案。

五、另提醒委員發言順序以主席指定發言為準，因為本次為實體跟視訊會議同時進行，建議第1輪由主席指定參與現場實體會議的委員發言後，再由視訊委員依照舉手順序發言，之後則依照現場及視訊委員之舉手先後順序發言。

周主任委員麗芳

一、剛剛周執行秘書淑婉提到2件事情，第1件是有關於議程臨時提案部分，我想我們尊重委員提案，儘量加快討論，但時間上因為301會議室只能用到2點，在2點前希望能把今天的案子都討論完畢。

二、第 2 件是發言順序部分，第 1 輪先讓現場委員發言，然後再請線上委員發言。各位委員如果沒有其他意見，議程就確認。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳

有關上次會議紀錄各位委員有沒有要提出垂詢的部分？請李委員永振。

李委員永振

主席、各位委員，大家早。有關上次委員會議紀錄討論事項第 2 案「各總額部門 110 年度執行成果評核之作業方式」的決議，我有 1 個想法希望能列入決議。依過去的經驗，評核內部會議結束以後，健保會會公布有共識的評核結論及整體建議，至於內部會議的討論過程及委員個人意見，均不宜對外公開，為了讓評核委員安心的發揮專業能力、暢所欲言，所以建議將「參與評核內部會議的所有成員都應簽署保密切結文件，使會議規範更周全」這段文字納入本案決議。

周主任委員麗芳

請問健保會同仁，目前已經有簽署了嗎？請陳組長燕鈴補充說明。

陳組長燕鈴

評核委員在評核內部會議的時候會共同討論，包含分數跟整體建議，共識的結果會在下次委員會議公開，但是評核內部會議目前還沒有簽署保密切結文件。

周執行秘書淑婉

報告委員，今年的評核委員還沒有票選產生，所以沒有主席說的是否已經簽署保密切結文件的問題，如果本次會議將李委員永振的建議納入決議，未來就會請評核委員跟參與內部會議的所有成員，包含主席及本會同仁，所有在場參與內部會議的人員都必須簽署保密協定。現在今年的評核委員還沒有產生，所以沒有簽署保密切結的問題。

周主任委員麗芳

對於李委員永振關心事項，徵求各位委員的意見，如果各位委員沒有反對意見，就採李委員永振的建議。

朱委員益宏

主席，我有舉手。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

現在是在「確認會議紀錄」，事實上不應該在「確認會議紀錄」的時候修改上次會議紀錄內容，所以如果李委員永振有修正意見，應該用別的方式來表達，因為在上次的會議討論「各總額部門 110 年度執行成果評核之作業方式」時，各位委員都同意依照去年的方式來執行。當然李委員永振提出的意見，我個人並不反對要簽署保密切結文件，但似乎不宜在「確認會議紀錄」的環節來修正上次會議紀錄。

周主任委員麗芳

我有 1 個折衷的方法，就是不修正上次會議紀錄，但在執行層面，執行時會請參加內部會議人員簽署保密切結文件，也請李委員永振放心。請李委員永振。

李委員永振

我尊重朱委員益宏的意見，因為上次會議確實沒提到簽署保密切結文件，但既然目前是「確認會議紀錄」，有不足的地方應該要修正，應將簽署保密切結規定，納入評核作業方式的規範中，讓作業可以更周全。至於作業上怎麼處理我個人沒意見，重點是要簽署保密切結文件，並在辦法中列明。

周主任委員麗芳

謝謝，那我們在實際執行時，讓參與內部會議的成員都簽署保密切結文件，上次會議紀錄確認，接下來進行本會重要業務報告。

## 貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

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、本會重要業務報告，項次一，本會依上次(第 3 次)委員會議決議(定)事項辦理情形如下：

(一)有關討論事項第一案，「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案」。已依照上次委員決議事項，在 4 月 1 日將委員所提意見函送權責單位，國民健康署及中央健康保險署研參，如附錄一，在 133 頁。

(二)決議(定)列管追蹤事項共計 6 項，依辦理情形，建議解除追蹤 2 項，繼續追蹤 4 項，最後仍依委員會議結果辦理。請委員翻到會議資料第 52 頁，擬解除追蹤 2 項如下：

1.項次一是健保署業務執行季報告，委員意見已送請健保署參考，健保署已經回復說明，請參閱會議資料第 55~58 頁。

2.項次二是有關「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，委員有書面意見，健保署已經回復說明，請參閱會議資料第 59 頁，以上是擬解除追蹤案件。

二、項次二，請委員翻回會議資料第 47 頁，原訂今明 2 天於花蓮辦理業務訪視暨委員會議，因為疫情關係，所以取消參訪行程，等疫情趨緩後看是否再行安排，原訂 4 月 22 日委員會議則改為今日召開。

三、項次三，衛福部跟健保署在本年 3~4 月發布及副知本會相關資訊，詳細內容及相關附件已於 4 月 12 日寄至各位委員電子信



箱。其中比較重要的是今年4月8日修正發布「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」，將自5月15日生效。因為之前在委員會議上委員針對本案討論很多，提出許多建議，所以特別跟委員報告。衛福部的函文中也特別提到，請健保署就規劃相關執行細節跟弱勢保障配套措施等，詳細與各界說明並廣為宣導，俾利各項籌備作業順利完成。針對本案，衛福部已請健保署處理後續配套，本次修正重點請參閱會議資料第48~49頁，提供預告版跟公告版的分析比較，請各位委員參閱。

四、報告主席，剛剛何委員語有提到，本會重要業務報告也可以請各部門報告重要事項，中華民國牙醫師公會全國聯合會的陳理事長建志已經到了，請示主席是不是要請陳理事長建志報告？

周主任委員麗芳

請陳理事長建志說明，今天桌上有您的邀請函以及牙醫部門的實地參訪，請您向各位委員說明。

陳委員建志

一、主委，各位委員大家好，今年是中華民國牙醫師公會全國聯合會40週年的日子，訂於5月1日在台中林酒店舉辦40週年活動，我的任期剩下100天，這是我任期內最後的1個大型活動，很開心當天總統、副總統都會蒞臨，也是第1次總統、副總統來參加，維安、防疫都會做到高規格，所以請大家安心參加，有不少委員報名了，拜託還沒有報名的委員，給我1個機會，任內最後1個機會。

二、今年也很特別，因為調了部分負擔以後有一些弱勢族群，牙醫界第1個伸出援手，我們把40週年活動的經費省下來，把錢捐給健保愛心專戶，禮拜一提出後，我今天出門看這3天我們已募到3百多萬元了，希望大家共同來見證我們愛心的捐贈儀式。

三、至於參訪部分，我們還在看疫情的發展，或許不會去花蓮，因為花蓮現在疫情壓力比較大，這幾天我有跟主委提到會做些調整，以前是我們去花蓮訪視，現在視訊、科技這麼發達，可以透過視訊方式，讓他們向我們報告偏鄉醫療資源的情形、整個過程、流程，我覺得這樣也是可以有另類參訪，不用大家舟車勞頓，這我們還在規劃思考中，以上，歡迎大家5月1日來參加我們的40週年的活動。

周主任委員麗芳

非常感謝陳理事長建志率領牙醫國家隊，不只在第一線防護民眾，而且剛剛提到已經募集3百萬元要捐給健保愛心專戶，非常感謝大家。剛剛周執行秘書淑婉報告重要業務報告的部分，請問委員有沒有要提出垂詢的地方？請李委員永振。

李委員永振

在這個部分我有2點請教跟說明，就是有關於會議資料第61~67頁健保署的說明：

一、第1點有關於政府應負擔健保總經費法定下限36%的議題，這跟會議資料第102頁報告的決算預算備查案有關，雖然了無新意，但還是值得複習一下：

(一)各位請參閱會議資料第61頁括弧三健保署歷來依照健保法第2條、第3條及同法施行細則第45條規定，以及行政院協商確立之法律見解及計算方式辦理，我的質疑是為何不遵循健保法第76條第1項規定辦理？這才是關鍵，我們的標準是這個，這邊自己承認沒有依照這樣做。

(二)會議資料第62頁就有提到第76條第1項安全準備來源第1款，本保險每年度收支結餘，特別強調「結餘」，但底下所列的計算公式中，這項馬上變成保險收支餘絀，結餘跟餘絀應該不一樣，我覺得除了平均眷口數不依法行政公告以外，這邊再次公然招認未依法行政，真的很佩服他們。

(三)這會產生什麼樣的影響，請繼續往下看，政府應負擔健保

總經費法定下限 36%，有 1 個公式，就是保險給付支出加應提列或增列之安全準備，扣掉法定收入以後的 36%，感謝健保署提供了 110 年度的資料，我把 110 年的數字帶進來，110 年的保險給付支出是 7,270.83 億元，應提列或增列之安全準備為-175.81 億元，法定收入是 124.74 億元，再乘以 36%，政府在 110 年應該負擔 36%的下限是 2,509.30 億元。在會議資料第 109 頁的報表有顯示，如果依健保法第 76 條第 1 項規定，應提列的安全準備是 170.93 億元，那麼在表內是說 0，就抵掉了。這邊各位請看一下會議資料第 109 頁，對不起數據太多了有時候都會搞混，是 170.93 億元，沒錯。這邊保險收入結餘是帶進去沖掉，這沖掉的數字應該按照第 1 項算出的 170.93 億元，但是目前決算係以-175.81 億元取代，所以一正一負就相差 346.74 億元，其 36%大概是 124.83 億元，意即 110 年政府少負擔的保險經費差不多是 125 億元，那 105 年到 110 年都用同樣方法計算，6 年累積政府就少負擔 920 億元，上次我講 1,000 多億元是加上 111 年，這相當於 1.74 個月的約當保險給付安全準備。

(四)為什麼我一直追這個，這次很清楚我把數字帶進去，讓各位可以詳細去了解，為什麼強調 76 條第 1 項，這會跟後面報告有關，這大家可以思考一下。

二、第 2 點想要請教會議資料第 65 頁的括弧三的第 2 點，這裡面有提到說，行政院在 6 月核定次年度總額協商高低標準推估成長率時，如果高或低推估的成長率，較概算之總額協商成長率低，那主計總處會要求健保署來修訂預算案，由底下的表看得出來：

(一)原來 107 年的概算是 5.642%，但後來核定下來是 5%，就修成 5%，那如果是低推估的話，是不是也要修正，譬如說 112 年採用去年的 3.32%，那如果低推估的假設是 2%的

話，那要修成 2%嗎？還是低推估的沒有？

(二)第 2 點，上面那個表基本工資 111 年是未卜先知嗎？怎麼會是 25,250 元？應該是 24,000 元，不然這邊怎麼會概算時都還沒有出來就知道了，再來是會議資料第 67 頁，表頭是 OK，這個表是在顯示政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額，但上面項目第 1 個是年度，接下來應負擔金額(欄位)應該是差額吧？因為若是金額的話，110 年如剛剛算出來是 2,500 多億元，應該是差額，以上。

周主任委員麗芳

針對李委員永振您所詢問的內容，正好後面相關的案子都會討論到，所以我想回應的部分在相關提案再做處理。今天有總額範圍諮詢案，也有健保基金的預決算備查案，等一下會讓相關單位在這個時間做回應。現場委員先請干委員文男，接下來請何委員語。

干委員文男

一、針對會議資料第 48 頁 4 月 8 日修正發布修正藥品部分負擔及檢驗部分負擔之費用，我知道各界反映了很多意見，但在裡面也沒有看到收到反對或其他意見後，有做甚麼修正或是建議。

二、請參閱會議資料第 103 頁，有關 110 年度全民健保基金決算報告，剛才李委員永振對本案也有表示意見。我不清楚的是，政府所有的預算都是採權責基礎，亦即所有保險對象應繳的數額都要算進去，預算分配也是以這個數據為基礎，但是為什麼在政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額時，就未依照權責基礎編列預算及提撥差額呢？這是我的意見，謝謝。

周主任委員麗芳

請何委員語，再請線上的侯委員俊良發言。

何委員語

一、主席，各位委員，大家早。請參閱會議資料第 25 頁「六、其他預算」，再參閱會議資料第 26 頁第 8 項「提升院所智慧化

資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，第(3)點提到將依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，我們希望本項能確實規劃執行細節，並應該將本項具體節省的醫療費用、藥費及檢驗檢查費用，確實作為 112 年度醫療給付費用總額基期之減項。

二、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用是從 103 年開始辦理，追蹤近 3 年來預算執行情形，不是非常理想，執行率都未達 8 成，108 年為 65.1%、109 年為 72.0%、110 年編列 9.8 億元，目前尚未公布執行率。

三、考量健保資源有限，本項專款之 111 年協定事項，除了 5 年內(110~114 年)退場外，尚包括頻寬上傳獎勵非屬醫療服務，應將其節流效益納入總額預算作為財源。

四、依據健保署之估算，109 年推動健保醫療資訊雲端查詢系統之成效，在重複用藥費用具體減少了約 16.6 億元、重複檢驗費用也減少了約 4.8 億元，但是整體藥費及檢驗醫療費用點數卻仍持續增加。建議健保署應確實改進，檢討金額下降、點數卻一直增加的現象，並希望健保署在報告中提出如何具體節省醫療費用、藥費及檢驗費用，並將其納入 112 年總額基期減項，而不再增編預算，以減輕未來調漲健保費的壓力，以上是我的建議，謝謝。

周主任委員麗芳

請線上的侯委員俊良。

侯委員俊良

謝謝主席。我有 1 點意見，就是會議資料第 47 頁「本會重要業務報告」第二大點，有關原訂 4 月 21、22 日在花蓮辦理的業務訪視及委員會議。剛才一開始陳委員建志也有提到，後續疫情發展趨勢下，未來大家都要與病毒共存，如此一來，參訪活動進行的方式只要能達到目標，是不是還有調整空間，因為以目前情況來看，也無

法知道什麼時候才會進行訪視，所以未來是否會用其他方式進行，是不是能即早確定讓大家知道，而不是一直延後辦理時間。

周主任委員麗芳

舉手的委員是否都已經發言完畢？若都已發言，就請健保署回應，但是其中牽涉總額、健保預決算的部分，因為稍後有相關案子，就留待相關案子再談。

蔡副署長淑鈴

除了有關剛才李委員永振所提政府應負擔健保總經費 36%部分應由社保司回答外，其餘在本署提供的預算編列原則有一些文字上小謬誤，請主計室江專門委員婉華回應。

江專門委員婉華

- 一、主席，各位委員，有關會議資料第 65 頁上方表格中，編列 111 年度預算所採用的基本工資，書面資料數據為 25,250 元是誤植，正確數字應該是 24,000 元，事實上在 111 年預算書上也是呈現 24,000 元。
- 二、同頁(三)2.部分的第 3 行提到，「一旦高或低推估成長率較概算編列之總額協商成長率低...」，這部分也請容許更正，目前遇到的情形，都是概算所列的總額協商成長率比行政院核定的高推估成長率還高，所以要把概算的成長率往下修正，所以這邊的文字敘述要把「或低」這 2 字刪掉，以上說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、江專門委員婉華的意思是該段落中「或低」2 字刪掉。另外，李委員永振也提到會議資料第 67 頁附件四第 2 欄名稱「應負擔金額」應為「應負擔差額」，這部分在表頭已經有「差額」2 字，我們也會一併修正欄位名稱。
- 二、干委員文男提到發布的部分負擔內容沒有參酌各界反應意見修正，其實與原案相比，目前發布修正的部分負擔新制是已經參酌各界意見修正的內容。

- 三、何委員語提到會議資料第 26 頁，有關獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用的預算執行率，其中「網路寬頻補助」之執行率將近 100%，另「獎勵上傳資料」執行率較低是一方面預算有寬編，另一方面我們仍持續努力針對尚未上傳的部分進行溝通，還有最後一哩路尚待完成。
- 四、有關健保醫療資訊雲端查詢系統所節省的費用，請參閱今天會議第 2 份補充資料第 36 頁，我們都有提出成效。至於是否列為減項，未來我們會提供完整的資料，就麻煩委員在協商時決定是否列為減項。
- 五、至於剛才委員提到 110~114 年要規劃退場的部分，本署會依照委員會議的決議辦理，以上，謝謝。

周主任委員麗芳

一、本案做以下決定：

(一)上次(第 3 次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：擬解除追蹤共 2 項，同意依擬議，解除追蹤；擬繼續追蹤共 4 項，同意依擬議，繼續追蹤。

(二)餘洽悉。

二、接下來進行優先報告事項。

參、優先報告事項「衛生福利部『112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍』(草案)併同中央健康保險署『112 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案』(草案)，請本會表示意見案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請社保司報告。

社保司商司長東福報告：略。

周主任委員麗芳

非常感謝商司長東福、社保司對本案的努力，接續請健保署報告。

健保署陳副組長振輝報告：略。

周主任委員麗芳

接下來請健保會報告。

陳組長燕鈴

一、向各位委員報告，有關 112 年度總額協商範圍草案，其擬訂方式與歷年作法比較及本會研析意見，請委員參閱第 2 份補充資料第 2~7 頁。

二、請參閱該份補充資料第 8 頁第四點，衛福部社保司在 111 年 3 月 15 日召開 112 年總額擬訂方向會議，該會議決議中涉及本會部分，要特別向委員說明如下：

(一)第 1 個與本會相關決議是「111 年各部門總額『成效回饋』部分，待健保會確認後再納入總額基期計算」：

1.有關 111 年度總額協定事項，本會已經在今年 3 月的委員會議決定總額協定事項及辦理時程，其中涉及一般服務扣款或節流效益納入總額財源部分，已經請健保署分別在今(111)年 7 月、明(112)年 7 月提報規劃處理方式與執行結果。所以關於成效回饋部分，本會已經依照協定事項辦理。



2.建議回復社保司的說明是：依上開的處理方式，本會已將「成效回饋」納入年度總額協商考量。未來仍會視健保署提供的各總額執行結果與成效資料，在年度總額協商時做處理。

(二)第2個與本會相關決議是「建議本會未來協商各部門總額相關計畫時，應先訂定 KPI(Key Performance Indicators，關鍵績效指標)、提案為幾年計畫、成效評估標準、如何回饋付費者和醫界，將可能產生疑義處預先處理，減少協商後須再協商」：

1.這部分依據本會目前對總額協商草案之規範，特別是在 111 年度協商架構原則與程序中，已經明訂總額協商草案要包含：執行目標、預期效益評估指標等內容，其中已經包含 KPI 的訂定，但尚未包含社保司所建議的「提案為幾年計畫」、「如何回饋付費者和醫界」等內容。

2.建議回復社保司的說明是：社保司的建議將納入 112 年度總額協商架構原則跟程序案討論，並將討論結果作為總額協商與協定事項的依據。

(三)委員若同意上述回復意見，我們會在回復社保司總額範圍諮詢案時，將其一併納入請該司參考。

三、第 2 份補充資料第五點，在第 45 頁的附件四，彙整歷年總額核定情形，包含：行政院核定總額範圍的上下限與衛福部最後核定的總額成長率，請委員參閱；在第 46~48 頁的附件五，也整理了衛福部在 3 月 15 日召開的「『112 年度全民健康保險醫療給付總額範圍(草案)擬訂方向』會議」的與會者意見摘要供參，以上說明。

周主任委員麗芳

先請現場委員發言，第 1 輪依序為黃委員振國、劉委員淑瓊、翁委員燕雪、何委員語、干委員文男、李委員永振、陳委員秀熙，還有

現場委員要發言嗎？還有吳委員鏘亮。稍後這些委員發言完，就請線上委員發言。先請黃委員振國。

黃委員振國

主席，謝謝主管機關提供這麼多複雜詳盡的資料，但是很可惜今天與會才看到資料，下列幾點想請教社保司：

- 一、第 1 點，我們在去年總額協商時，就要求社保司檢討總額協商高低推估值及公式，剛才商司長東福一直強調有充分跟醫界溝通，我們想請問與會的是哪 9 位，這麼重要的會議應該要公開委員名單。
- 二、第 2 點，既然總額基期維持使用現行的移動基期，對於「人口結構改變率」的計算方式，也必須參照去年的方式計算。這部分在上次社保司的會議，我們已經強調不能用實際人口的絕對數，既然剛開始的基期就不是用投保人數的絕對人口數，現在就不宜採用，我們講得很清楚，修訂之計算方式有謬誤，將會造成人口結構重複計算 2 次，我們在會議中已經嚴正提出反對意見。
- 三、第 3 點，社保司在高推估提出的政策目標中，有 1 項是「推動健保給付支付制度改革，減少無效醫療...」，想請教什麼叫做無效醫療，我們一直強調無效醫療，不知道健保會或健保署有沒有定義無效醫療，也說減少無效醫療後，健保將會把減少的費用增加給付給醫界，又說將投入公務預算與現今醫療體系結合。我們很清楚政府光是健保總經費 36% 都已經給的不夠了，現在又畫大餅在高推估中說未來公務預算可以跟現有的健保資源結合，但是這些政策目標的具體內容為何？假設未來付費者不同意，一切都是空談，又如果下屆執政黨不支持這個作法，那民眾醫療服務的保障又在哪裡。貿然做這麼大的改革，為什麼這份資料沒有跟現場的三方代表充分溝通與協調，讓大家都了解，我相信不是只有我，與會委員對本案內容應該都是一頭霧水，是否把這案子暫緩。

- 四、請大家參閱第 2 份補充資料第 56 頁的「各部門醫療服務成本指數改變率」，各醫療院所、特別是診所跟藥局，我們採購用的是躉售物價嗎？大家知道躉售物價是大宗採購價格，但是各位如果今天去市場買東西，我們一般採購不可能用躉售物價，我真的建議如果政府物價控制不好，例如最近雞蛋、快篩之亂都應該由社保司當主管單位，你們跟人民差異太大了，不夠接地氣。補充資料第 56 頁中所有西醫藥品、醫材費用指數都不該用躉售物價指數，因為醫療機構都可能是經由經銷商、代理商、零售商採購的結果，都不是用躉售物價購買，這些指數都應該再被檢討。
- 五、希望今天社保司提出的資料內容，能夠補足相關資訊給醫界團體回去了解，不然今天貿然提出厚厚的報告，相信所有醫界團體都沒辦法接受，謝謝。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

- 一、第 2 份補充資料第 14 頁，有今年 3 月 15 日薛次長瑞元主持 112 年總額方向擬訂會議的決議內容：「未來於健保會協商各部門總額相關計畫之前，提案時應先訂定好相關 KPI，須有相關規劃，包括：提案為幾年計畫、成效評估標準為何、執行後應如何回饋付費者和醫界…」這是非常重要的決議，剛才商司長東福也有再次提到，希望今年的總額協商的資料中都能看到這些內容；同時我們也希望今年健保署對於各總額部門提出來的各方案，除了提供試算結果之外，也應發揮專業做好把關並提出保險人的評估意見。當然我們在 5、6 月健保會會再討論相關細節與程序，我在這裡先提出來。
- 二、再請參閱第 2 份補充資料第 36~37 頁財務平衡方案，健保署在圖 4(減少重複門診檢查(驗)費用管理成效)、圖 5(減少重複藥費管理成效)都只有提到成效，但其實我們更關心的是目前管理

手段的有效性，以及是否還有精進空間，如此才能真正回應此討論提案。依據健保署提供的資料顯示，109 年導入減少重複檢驗檢查費管理作為後，檢驗檢查申報的費用有 23.05 億點，大約節省了 5 億點，但是如果拿這個數字跟門診檢驗檢查 1 年約 700 億點比較，真的是小巫見大巫。所以，我們認為健保署提出的方案，應該要在會後更具體地提出至少下列 2 項資料：

(一)近 5 年檢驗檢查支付標準的檢討情況，上次也提到相對於藥價、特材，更希望看到檢驗檢查支付標準的檢討。

(二)針對重複檢驗檢查與不必要檢驗檢查的問題，具體的管理措施是什麼，希望提出檢討報告。

周主任委員麗芳

請翁委員燕雪。

翁委員燕雪

- 一、主席、各位委員，我主要是要針對本案在第 2 份補充資料第 41 頁裡提到的，「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)」這段提出嚴正聲明。我非常敬重健保會的各位委員，因為大家都是各方翹楚，但是我非常不解的是，政府應負擔健保總經費法定下限 36% 這個議題已經整整糾結了我們 10 年，從 102 年實施二代健保開始，就一直有爭議，到現在已經第 10 年了，為什麼還是無法放下這個心結？
- 二、雖然當年主計總處跟社保司所主張的計算公式不一樣，但是經過行政院協調，以及行政院法規會以公正第三方認定法令解釋權在主管機關衛福部，所以當時就是衛福部說了算，後來就用收入面公式來計算政府應負擔健保總經費。
- 三、我一直強調，依健保法第 17 條來看，是三方平等付費的概念。健保法第 3 條規定政府保費負擔要 36%，反過來就是雇主跟民眾要負擔 64%，從這邏輯來驗證社保司公式其實是正確的。因為今天跟民眾、雇主收了這麼多錢，政府依照第 17 條

三方負擔公平原則倒除 64% 換算成全部應該收的保費，再乘以 36% 算出政府應該要的負擔金額，這是非常合理的。

四、由於保險收入跟保險支出 2 條線的斜率不一樣的，我們擔心收入微增的狀況下，1 年就不夠用了，所以當初二代健保的作法是一下子把費率提高很多，所以收入原本就會超出支出很多，再把剩餘的錢存在安全準備，當有天收入少於支出時，就把安全準備拿出來抵充虧損，這公式非常合理，不知道為何大家會一直糾結說這公式有問題、違反健保法第 3 條，我剛才有解釋，如果反過來推算就是民眾加雇主負擔要有 64%，這公式絕對沒問題。

五、再來我要抗議補充資料第 41 頁提到的強化政府財務責任，當初為什麼會修健保法施行細則第 45 條，就是發現該條文逾越母法規定，健保法第 3 條說依法令規定所編列之政府預算都可以扣掉，並沒有說限於依健保法規定，當初就是因為發現這個缺失才修訂施行細則，結果現在又要走回頭路，當初迷途知返，現在又要誤入歧途，真的很奇怪。而且當健保財務有問題時，政府並沒有說不願意增加財務責任，所以我認同這句話，但後面括弧這句我不認同，這樣修法是不對的。修法，就表示這 5、6 年來做的事情都是錯的嗎？我嚴正抗議。建議衛福部若真的缺錢，希望健保永續經營，要找錢，這幾年稅收不錯，也許可以從稅收希望政府增加補助，但不是走修法，公務員要依法行政，不能做違法的事情，今天如果要健保會背書，我堅決反對。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、主席、各位委員，商司長東福與健保署對本案非常用心，整理了 112 年度醫療給付費用總額協商的相關資料與說帖，但是因為今天現場才拿到這份資料，我們也沒有修博士學位，無法一

下子消化這麼多資訊；雖然上次有參加會議，但會中只討論到低推估，所以這份資料應該要有足夠時讓我們詳細閱讀，以充分地消化、理解，這樣才比較適當。

- 二、我們一直建議健保署應將減少藥費、檢驗費用的成效，反應在總額基期金額的減少，但是 20 年多來，健保署一直強調有推動什麼政策、減少多少錢，可是基期從來沒有減少過，反而一直滾上去，我認為基期一直在膨脹。
- 三、再來要請教 112 年度總額高推估成長率 5% 是怎麼計算出來的，低推估當然是要照公式去算。到今天為止，112 年度總額範圍不僅是醫界不滿意、付費者也搞不清楚為什麼高推估要 5%。台灣經濟成長率沒有到 5%、公務員薪水也只有調漲 4%，高推估成長率為什麼要 5%？5% 是從哪裡來的？本案還沒跟醫界提出 112 年要做哪些事情，就設定為 5%，這樣我想在這裡直接建議設定為 10%，這樣醫界應該就會很高興。
- 四、政府對於預防醫療推動不力，就會加重醫療支出，確實是如此，而且我認為整個健康指數訂定偏低，會使得醫療或藥品支出增加，我要提出 1 個很現實的現象，等一下進行討論事項第一案也會再提。有關飯前、飯後血糖的標準，世界糖尿病協會訂定的是 115mg/dl、160mg/dl，美國糖尿病協會是 130mg/dl、180mg/dl，台灣則是 100mg/dl、130~140mg/dl，所以我國民眾會比其他國家民眾提早吃藥，難怪台灣被稱為東亞病夫，難道台灣人體質比較弱，都要提早他國吃藥？世界糖尿病協會將飯前血糖訂為 115mg/dl，我們為什麼要訂 100mg/dl；飯後血糖是 160mg/dl，我們訂 130~140mg/dl，合理嗎？又如血壓應該要分年齡層觀察，例如：60 歲以上收縮壓可以到 140 mmHg，90 歲可以到 150mmHg，為什麼計畫裡不分年齡採用同一標準。我們一直訂很低的指數，讓大家提早服藥、提早消耗藥品、提早進入醫療階段、提早洗腎，這是醫界要檢討的，我們台灣人的體質真的那麼差嗎？都要比人家提早吃藥嗎？

五、這個月 18 日我到台大看醫生，跟醫生講從今天開始，我 6 個月才要回診 1 次，你給我的 3 個月慢箋我要分 6 個月吃完，2 天吃 1 次藥，醫生就回答說很好，你就這樣子做。健康確實需要自己進行飲食控制，或者也可以學一點中國的氣功，不能一直依賴吃藥。所以我原本就已經減少 1/3 用藥了，又從這個月開始 6 個月回診 1 次，每 2 天吃 1 次藥。所以我認為政府推動健康指數跟預防醫療沒有做好，一直叫民眾吃藥是不對的，以上是我的淺見，供大家參考。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、針對高推估值 5%，增加 400.92 億元，前年、大前年高推估值也將近有 5% 的紀錄，這與市場脫節，因為現在時機很差，尤其疫情之後整個變化，但是最後決定這 5% 都是醫界提出來的預算，低推估是增加 100.71 億元。往年我們協商的結果會送至部裡裁示，以前會按照我們協商的結果裁示，但是現在大部分都不會按照我們的協商結果裁，這是第 1 點。
- 二、第 2 點，剛才我提到政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額，剛才主計總處翁委員燕雪說的很清楚，但是我有些不明白，請參閱會議資料第 67 頁，36% 差額之待撥付金額都全數撥付，但是計算方式已經不同，請問是用全部支出或是全部權責計算，36% 的部分我不知道，剛才已經說過我不再贅述。請說清楚計算的基礎，我們一直談論這個問題，不是說糾結，而是我們不清楚你們的意思，我們雙方都有自己的看法，最主要是總支出扣掉 36%，但是這部分完全是採你們的方式計算，依照這個預算他們提出高推估值，未依照我們的收入，採量入為出的計算。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

## 李委員永振

關於本議題有以下幾點看法：

- 一、第 1 點，總額基期計算方式採淨值方式處理，一般服務部分應該合理可行，但是專款項目屬零基預算精神，視它的執行成效再逐項檢討編列，大概比較近似目前的做法，應該合理。
- 二、第 2 點，112 年總額範圍高推估值 5%約增加 401 億元，我感覺成長金額很高，剛才已有委員回應，高推估增幅扣掉低推估後，約增加 300 億元(調整因素)，這個額度會將已經定案的改革方案對健保財務的挹注，經修訂公告約有 235 億元，全部吃掉。我們曾在 2 月份委員會議對財務改革方案討論很久，所挹注金額馬上又被吃掉了，對於健保財務並沒有幫忙。若照現在的數據推估，至年底安全準備約當保險給付月數約 0.38 至 0.88 個月，若用這個數值，明年勢必要調漲保費，後面又說 112 年總額範圍有考量民眾付費能力，在疫情時若只講經濟成長率，沒考慮產業結構不一樣，一般行業都苦哈哈，又怎麼說有考量付費者能力呢？健保財務更不用說，剛才已經提過，請問高推估值 5%是怎麼思考的？一下說東，一下說西，然後又忘掉剛才說東的部分。
- 三、第 3 點，補充資料 2 第 46 頁，附件 5，有關 111 年 3 月 15 日召開「『112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)擬訂方向』會議」與會代表意見，第 1 點(對 112 年度總額範圍及財務平衡之建議)的前面 5 項很重要，例如，其中第 3 項及第 5 項提到，「應將節流成效納入減項或總額財源」、「推動政府與健保共同合作的政策項目，應有公務預算挹注健保」，這部分很多年前就提過了，目前只聽到樓梯響，沒看到人上來，建議主責單位，應好好考量這 5 點，趕快將落實推動方式拿出來，不要每年諮詢後都不動如山，每年大家在這邊再討論一下，這於事無補。



- 四、第 4 點，補充資料 2 第 17~19 頁，112 年總額配合政策目標約要再投入 300.21 億元(調整因素)，但是都沒看到效益產出，在這邊開會常常說健保推動很多措施，只看到怎麼投入經費，但是後面的成效不見了，就變成錢坑。例如，從 106 年開始投入 C 肝治療的費用，並持續追蹤它的成效，到底節省多少醫療費用不知道，只知道要持續追蹤到 2025 年消除 C 肝。這裡的減列項目這麼多項，只有減少 12 億元嗎？剛才何委員語提到一些過去節流的金額就不只 12 億元，但是這邊減項只有 12 億元，這部分怪怪的。
- 五、第 5 點，補充資料 2 第 40 頁，高推估成長 5%，112 年底安全準備仍有 0.38 個月的約當保險給付，但是今天議案中「112 年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案」，總額成長率依照今年核定的成長率 3.32%，成長率比 5% 低，但是至年底的安全準備剩下 0.21 個月，這部分有問題，可能會解釋是基礎不同，但是都提至今天的會議，怎麼會有 2 個數字，成長率高的反而是 0.38 個月，成長率低的剩下 0.21 個月，這不是很奇怪嗎？
- 六、第 6 點，剛才陳組長燕鈴提到社保司會議決議要本會回應的部分，成效回饋部分我們已經提議好多年，另外執行目標與預期效益的評估也已經列入協商內涵，但是到現在沒看到什麼成果。我認為訂定規範的依據並不難，但是執行上要如何去落實才是重點。
- 七、另外，有關政府應負擔健保總經費法定下限 36% 這個議題，剛才干委員文男有稍作回應，我也要回應翁委員燕雪，現在一直採用的協商決議，是第 1 次對健保法第 78 條安全準備要維持 1 個月至 3 個月之保險給付支出的誤解，目前我們討論的是在那個事件之後發生一直沒有解決的問題。所以我常說用前朝的尚方寶劍去斬今朝的官，你一直用以前不是這個前提的東西去解釋這個，大概當時翁委員燕雪沒在場。有 2 點我再重複 1 次，

第 1 點，政府負擔 36% 是法定下限，不是政府應負擔 36%。第 2 點，二代健保的精神本來就是要政府多負擔責任，但是在解釋時，依社保司與主計總處協調的方式，一直說可以將負的安全準備拿出來抵充，現在爭議是在健保法第 76 條，不是健保法第 3 條，這個問題到底要怎麼處理？

八、我以前曾提過，最早在決定政府應負擔健保總經費法定下限 36% 的時候，現在的執政黨當時是在野黨提出的是 40%，現在的在野黨當時提出的是 36%，在那邊吵半天，我看過會議紀錄，最後折衷以至少 36% 為下限，這個精神是要政府多負擔責任，不是你現在討論這個時候，說什麼收支結餘可以用負數去帶，把安全準備拿出來抵充虧損，好像政府被百姓占便宜，這樣不對。

九、有關健保法施行細則第 45 條的問題，並不是因為健保法第 3 條，而是違反健保法第 27 條，子法違反母法所以無效，但是這個比較有爭議，因為立法委員當時在審議案時沒有用功就讓它通過，所以那個可能難要回來，現在終於部長有注意到這個問題，看看是否要做修正，我們暗自慶幸。但我不知道政府部門之間，同樣依法行政，對健保法的看法有這麼大的不同，從 103 年爭議至現在，第 1 次解決，現在又爭議了 6、7 年，幾年前本會到台南參訪時，我在會議中講故事，說明過去發生的過程，翁委員燕雪沒聽到，若需要請健保會同仁提供她參考。

周主任委員麗芳

本案只剩下 31 分鐘，懇請各位委員發言仍以 3 分鐘為宜。請吳委員鏘亮。

吳委員鏘亮

一、感謝社保司及健保署長官的努力，特別是社保司商委員東福，在 3 月 15 日 112 年總額擬訂方向會議，當時的會議就 112 年政策方向做說明，也對計算公式進行初步討論，這部分商委員東福一直說跟醫界有共識，在這邊要跟所有委員澄清，在當時

的會議對於公式的設定沒有共識。醫院協會及私立醫療院所協會已經行文表達公式修正的問題，所以商司長東福特別在報告中說已經跟醫界有共識，這點我在這邊做個澄清。

- 二、健保總額上確實有些不足的部分，我們大家都很努力在做，健保署也提出很多計畫，在低推估與高推估中間，商委員東福特別強調很多計畫、政策推行是要用公務預算來支援，但舉例來說，雖然 C 肝藥費有編列預算，但 C 肝治療的前置作業有很多檢驗檢查，完全沒有預算編列，都是由現有總額支付，我們醫界願意配合政府政策，讓民眾健康得到照顧，特別是 C 肝用藥治療之前，整個檢驗檢查全部用現有的總額支付。
- 三、目前規定健保費用是針對疾病、傷害、生育、事故來給付，其他部分的公務預算其實都沒有到位，就算低推估有成長，點值仍不到每點 1 元，實際上我們的醫療服務給付不足，在這樣的情況之下，我們的醫療成本就如剛才黃委員振國所提，不管是藥品、設備方面的購買成本，都不是衛福部的計算公式可以推估出來的。
- 四、現在很多檢驗檢查上傳部分，健保署的預算補助有限，很多設備是醫療提供者自己負擔，這些成本也沒有看到納入裡面計算。有很多部分都沒有辦法事先溝通，像本案資料在 2 天前才提出這麼多的資料來諮詢我們的意見，我認為在還沒有充分溝通之前應該暫緩。

周主任委員麗芳

請陳委員秀熙。

陳委員秀熙

- 一、非常感謝社保司及健保署所提報告，首先對社保司所提報告，從過去的參與，在整個低推估及高推估上面，若換個名詞，低推估應該講的是實證科學推估，另外 1 個就是協商推估，我們一直用低推估及高推估個名稱會有幾個缺點。第 1 個，若今天所有的東西在 A 因素要回饋，就像付費者認為節省下來的費

用，例如健保署努力減少重複檢查檢驗的費用如何回到至基期調整，這些在公式中都沒有辦法反映。若今天在沒有實證資料之下去做估算，今天的高推估 5%永遠大於實證推估，這在邏輯上會產生公式上面的爭論。

- 二、之前在談低推估公式時，社保司根據大家的需求做出努力，請參閱補充資料 2 第 55 頁，這次社保司特別將不同年齡層的醫療費用放進去，做年齡的調整，是為了要反映過去付費者及醫界對這個公式的意見，這是在實證推估上面。最後的醫療消費是根據高推估，不是根據低推估的醫療消費。
- 三、這個公式間本來就有很多連結性，剛才聽到今年社保司馬上又要滾動式修正，大家要集思廣益，這個公式從過去到現在，醫界、付費者，包含我是學者都應該負責，這是大家的公式，所以這些公式的推估不是用 1、2 個簡單的觀念就能看到哪裡有問題。今天醫療費用的推估是高推估的醫療費用，可是調整是放在低推估裡，這當然有連結及關聯性，不是今天用 1 個人口之間獨立的觀念，這些公式是經過多年的演變，我們必須集思廣益，將實證推估及高推估部分做調整。
- 四、我認為該放在實證推估的就應該放在實證推估，放在實證推估，才有可能去將預防醫學所節省的費用，反映在基期裡面，我曾說過你們看這些東西時都是線性關係，這個公式也有可能是非線性，在某 1 年人口老化後，突然慢性病、癌症增加，本來費用就增加，可是那年某種因素沒有調整，所以等到今天回頭看這件事情、當然每次都是負的，因為高推估這邊一直成長。
- 五、這個公式大家要集思廣益，是全民的責任，健保署一直努力想從節省的費用來做這件事情，這是值得鼓勵，因為可由預防醫學節省下來，例如，C 肝治療節省肝癌費用，那些肝癌末期的費用應該轉回來在年齡這個地方做調整，所以這部分要精算，

可是精算不容易，我們每個人都很忙，時間因素限制大家可以彼此一起協商。

六、像醫療服務成本這部分，在面對 COVID-19 疫情，付費者與醫界本來就有機會要做協商，問題是我們有什麼機轉可以來做這件事情，這是要去思考的事情，學界希望能夠幫忙大家，創造健保的價值，就像台灣要度過這個疫情流行一樣的奇蹟。

周主任委員麗芳

請林委員恩豪。

林委員恩豪

- 一、關於這個議題我有 2 點意見，第 1 點，基期部分，因為基期一直有膨脹的問題，之前我們一直提到基期扣減，現在終於比較正視這個問題，有規劃來扣減基期。但是關於扣減邏輯，我有一些想法，專款項目本來就是零基預算，與一般服務分開獨立算，沒用完回歸安全準備，專款扣基期總額，這有什麼意義？
- 二、而一般服務項目本來就有膨脹、虛胖的問題，現在要來扣減，請參閱補充資料 2 第 13 頁，委員意見摘要提到政策所節省費用應列為總額的減項，這邊寫的效益有 183.9 億元，可是現在檢討要扣減的一般服務項目只有 10 幾億元而已，這樣不合理，關於扣減的邏輯，請社保司再思考一下。
- 三、第 2 點，關於高推估部分，這次高推估成長 5%，高推估的調整因素提到考量民眾的付費能力，但是真的有考量到嗎？成長 5%那麼多，根據今年主計總處公布的實質薪資，是倒退的，代表付費者的購買能力下降，可是高推估卻成長 5%，成長那麼多。
- 四、現在一直在倡導的觀念，如同會議資料所說明「以投資健康代替醫療購買」，這個觀念很好，但是我們是否將太多不屬於健保支出的部分拿來由健保支付。投資健康有很多的費用應該是由公務預算支出，例如，預防醫學之類的項目不應該一直要求健保支付，給健保這麼多沉重的負擔。根據健保法第 1 條第 2

項的規定，發生疾病、傷害、生育事故時，才能依法給與保險給付，這些屬於預防醫療的部分應回歸公務預算支出，不應由健保支付。

周主任委員麗芳

因時間關係，現在登記最後 1 位線上委員是楊委員芸蘋，之後若再有委員想要發言，請提書面意見，因為今天是意見徵詢，我們都會如實將意見轉陳出去。請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、針對社保司報告我有幾點意見，第 1 個，投影片第 6 張，社保司提到公式檢討一直有跟醫界協商，剛剛很多委員都有提出來，包含 109 年 12 月有個公式檢討會議，會中決議要成立工作小組，請商司長東福說清楚代表醫界的是哪些單位？至少醫院協會沒受到徵詢，也沒參與相關會議，我要再做說明，這部分我們在今年 3 月的諮詢會議已經表達過了，但是商司長東福在這次會議仍用這樣的說法，我們覺得非常遺憾。
- 二、第 2 個，投影片第 9 張所寫的減項，若真有節省費用，我不反對減項，但相對若預算編列不足時，應該有加項，這個是互相的，不能只提節省費用列減項，預算編列不足不檢討，請社保司也應該考慮所謂的加項。剛剛減項提到，例如 MEA(Managed Entry Agreements，藥品給付管理合約)效益也不是減項，因為 MEA 本來就是藥品管理有個目標，超過目標及金額時，當年度就由總額先來勻支，然後廠商再來退款，既然原先是由總額一般費用先勻支，退款當然須還到總額一般服務費用。
- 三、這邊提到的雲端藥歷、檢驗檢查節省費用，請參閱補充資料 2 第 34 頁，健保署的報告顯示，藥費占率從 93 年的 25.2% 增至 110 年的 28.9%，雖然健保署有很多節流措施、雲端藥歷等，但是藥費仍增加，而且增加的幅度遠高於總額成長的幅度。檢驗檢查也是一樣，從 93 年的 9.3% 增至 110 年的 12.7%，也就

是節流措施趕不上因為給付編列不足所造成的費用增加，這怎麼會變成減列？應該是要加項，藥費及檢驗檢查編列不足的要加項，怎麼會變成減項呢？這部分我也搞不清楚社保司的說法。

四、另外，對於 C 肝藥費這個項目，C 肝是傳染病防治法規定的第 3 類法定傳染病，照理說傳染病防治法裡面規定的法定傳染病的治療應該是由公務預算編列，政府將它編到健保已經造成大家的不滿，然後現在還要再變成 1 個減項，這個邏輯在哪裡我也不知道，我們很佩服社保司有這樣的想法。

五、投影片第 11 張寫到 110 年「未執行額度扣減」以 107~109 年 3 年的平均，剛剛很多委員，包含付費者李委員永振都說專款其實是零基預算，沒有扣減的問題，因為沒有用完就回到安全準備，這裡怎麼說專款沒用完也要再扣...(斷訊)。

周主任委員麗芳

聲音聽不到了。

朱委員益宏

對不起。

周主任委員麗芳

可以了，聲音回來了。

朱委員益宏

這樣可以嗎？不好意思，剛剛麥克風有點問題，是不是我重頭講，還是怎樣？

周主任委員麗芳

剛剛都很清楚，只有這幾個字斷訊而已。

朱委員益宏

一、不好意思，麥克風剛剛不小心按到。我覺得要好好的討論所謂的減項。另外，針對我剛提的加項，對等就應該要有加項，還有中長期計畫，健保署一直強調中長期計畫，從去年 6、7 月

開始提出中長期計畫，社保司從來也沒有跟醫界做正式討論，包括今年還要再編列的中長期計畫，例如，投影片第 20 張，提到擴大推動住院整合照護服務，投影片第 22 張，推動 DRGs(Diagnosis Related Groups，住院診斷關聯群)、門診包裹支付制度這些項目，也從來沒跟醫界做相對的協商及說明，這非常不負責任。包括今年 3 月份開會時，這些我們都已經提出來，但是今天看到社保司對於 DRGs、門診包裹支付、擴大住院整合照護這些項目依然編列，社保司在今天開會前，至少要跟醫院協會說明編列的目的。

二、另外，對於健保署的報告，總額從健保開辦的 3 千多億元到今年 8 千多億元，看起來數字增長很多，我要給各位 1 個數字，93 年我們的經常性醫療保健支出占 GDP(Gross Domestic Product，國內生產毛額)比例 5.8%，109 年經常性醫療保健占 GDP 是 6.2%，這表示雖然健保支出成長的數字看起來很多，但跟其實相較於 GDP 的成長率，僅是微幅成長，所以我覺得健保署以後引用這個數字時，應該要再加經常性醫療保健支出占 GDP 比例的百分比，同時歷年的成長率也應該列出來。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

針對這個案子，我有 4 點意見，第 1 點我支持健保會幕僚在於基期要不要扣除...。

周主任委員麗芳

滕委員很小聲，可以大聲一點嗎？

滕委員西華

很小聲嗎？這樣有沒有大聲一點？

周主任委員麗芳

沒有。



滕委員西華

那我調整一下，可不可以優先請陳委員石池發言，之後我再回來發言？

周主任委員麗芳

請陳委員石池。

陳委員石池

- 一、首先謝謝社保司今天的報告以及您們的努力，但是對於今天提出之「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)」，醫學中心協會明確表達反對意見，有關修正總額基期、計算等事項，剛才很多委員都有表示意見，因為大家都很關心，事實上也沒有達到共識，希望先不要做修正。
- 二、第 2 個是有關社保司在總額基期減列部分，事實上有些內容不適當，應該要做修正，比如說各部門一般服務預算，在年度協商之前早就要扣除前 1 年未導入的預算，及未執行的額度，那你 112 年度總額基期又要扣除 110 年未執行額度，這個明顯是一帳兩扣，所以這項部分錯誤請修正。

周主任委員麗芳

陳委員請您再大聲一點，謝謝。

陳委員石池

另外，我也同意林委員恩豪剛才所提有關公共衛生預算的意見，因為事實上健保法裡面就沒有預防保健的給付，而是在發生疾病、傷害、生育、事故時，才依健保法規定給與保險給付，當然公共衛生是非常重要的，以前我也跟署長提過，但應該用公務預算來支付，而不是用健保支付。

周主任委員麗芳

陳委員石池，您的聲音要大一點。

陳委員石池

還是聽不清楚啊？有聽到嗎？

黃代理委員啓嘉(顏委員鴻順代理人)

陳委員石池的發言，我在線上聽得很清楚。

陳委員石池

一、不好意思，我再繼續。有關這個 112 年總額預算，不管是高推估、低推估，當年保險收支都會短缺 111~409 億元，所以我想提個概念，就是大有為的政府應該想一想有沒有先盡到政府的責任，我們現在的醫療費用只占 GDP 的 6.2%，相較於其他 OECD(Organization for Economic Cooperation and Development，經濟合作暨發展組織)國家明確的偏低，政府為什麼不能在這方面提高比例呢？一直跟民眾拿錢，當然健保法有規定，健保可以跟民眾收取部分負擔，這個我也同意，但是要先講政府有沒有盡到自身的責任，假設已盡到責任才跟民眾收錢，這樣才是合理的，所以我要請我們的長官想想這件事情，政府花那麼多國防預算，拿一點點來補助健保就夠用了，事實上這個要好好再考慮，不要一直從人民的口袋拿錢，政府要先盡到自身的責任。

二、第 2 個，我要肯定健保署在減少重複用藥管理的成效，從 99 年開始，重複用藥從 99 年 22.23 億元到 108 年減為 6.87 億元，成效不錯，但是我有個疑問，怎麼突然在 109 年提升為 7.3 億元，110 年提高為 7.88 億元，這個地方不是很清楚，所以請健保署再了解一下，我想既然成效這麼好的話，不應該再發生藥費支出變高的現象，這部分請健保署再努力一下。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

請問現在有沒有清楚一點？請問現在的聲音有沒有大一點，有沒有清楚一點？

周主任委員麗芳

有。

黃代理委員啓嘉(顏委員鴻順代理人)

我在線上，從頭到尾滕委員西華的聲音都很清楚。

滕委員西華

一、第 1 點，有關專款或者是一般服務預算要怎麼樣納入基期計算的這些建議，我是同意幕僚會議資料所提的這 2 點建議(註)。

註:本會補充說明三(三)建議總額基期計算方式：

- 1.一般服務部分:考量預算會納入基期累進成長，對於基期採淨值，扣減未導入預算或未執行額度部分，應屬合理。
- 2.專款項目部分:考量專款為零基預算，未執行額度均回歸安全準備，建議維持以「前一年專款預算」作為計算基礎。

二、第 2 點，就社保司的決議有關 KPI 部分的幕僚說明，雖然目前已經有部分專款的項目及總額部門已提出 KPI，可是其實都不是很齊全、也不是非常的完整，所以我還是蠻建議應該要維持，說如果沒有提出比較具體完整 KPI 的專款，這部分在將來協商的時候，都應該要再謹慎，特別是在付費者代表要同意協商金額的時候，應該要把 KPI 納入參考的標準。

三、第 3 點，剛剛林委員恩豪跟李委員永振也有提到，112 年總額的高推估 5% 裡面，比低推估多出 300 億元，其中屬於政策補助款的部分占了 90%，其實裡面有一些是屬於研究經費，例如藥品支付標準、HTR(Health Technology Reassessment，醫療科技再評估)、HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)的研究，或是屬於公共衛生預防的事項，還有資訊設備等等。其實這些項目所需經費都應該由公務預算來撥補。因為如果這些不由公務預算來撥補，而由健保費來出的話，其實就吃掉將近 90% 的協商空間，還有大家不要忘記，總額評核之後品保款的額度，也會吃掉我們協商的空間，如果這 2 個加起來，再加上低推估，事實上，醫療服務提供者跟保險付費者的

協商空間大概只有 10%左右而已，其實是非常的少，所以我覺得社保司跟衛福部應該要優先檢討自己的政策款項是不是合理。

四、另外，有關配合政策的款項，20 幾年來從來沒看過社保司從整體角度，對每年提出政策目標的諸多政策項目，做過整體的專案檢討。比如說 DRGs，我們講了多少年了，一直都無法完全的導入，每年總額都編列這個項目，又再續編預算，但每年執行都是 0。112 年總額又要再提出 DRGs，還要提出門診包裹式給付項目，這些其實都會占到協商的額度，但是一點都沒有執行的進度，每年都續編。衛福部至少要告訴我們檢討結果提出報告，不能一直擱在那邊，無法執行的理由仍是編碼問題，如果是這樣就不應該提出來。我覺得政府本身沒有做政策的檢討跟相應的措施，其實是相對的不公平。

五、最後一點是有關減列的項目，如果減列項目不列入節流成效，也不扣減的話，我覺得應該要把節流的成效，所節省的费用做為專項財源，比如說 PVA(Price-Volume Agreement，價量協議)返還金額，不應該滾入當年度總額。事實上在 107 年前，沒有修改藥品支付標準辦法的時候，其實 PVA 返還金額並不是滾入當年的總額，而是滾入安全準備。如果說不滾入安全準備的話，像上個月有委員提案建議要做為某些藥品的基金，如果這些 PVA 的返還款或是節省下來的錢，應該要做為新藥財源，或者是成立新藥或其他藥品的基金、專款專用，這也是一種處理方法。或者是檢驗檢查節流成效，節省下來的 10 幾億元，也應該可以放進新科技，或是新檢驗檢查的適應症擴充等等的財源，可是目前這些節流成效都沒有列入財源，如果沒有列入財源的話，應該要考慮列入減項。

周主任委員麗芳

請翁委員文能。

## 翁委員文能

對於社保司提出的草案，我同意前面幾位委員的意見，大家對這個草案都有相當的疑慮，我個人認為應該讓所有健保會委員消化社保司提出的資料，及經過充分的討論及修正之前，這個草案應該要暫緩實施，這是我的意見。

## 周主任委員麗芳

請黃代理委員啓嘉，他代理顏委員鴻順。

## 黃代理委員啓嘉(顏委員鴻順代理人)

- 一、因為時間剩下不多我先講結論，就我所知，西醫部門包含醫院3個層級以及西醫基層，對於社保司所提出的修正草案，是持反對意見的。基本上這個草案跟醫界沒有共識，所以我建議，當沒有共識的時候，還是先維持現狀為宜。
- 二、就低推估公式「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」計算人口結構的部分，在商委員東福提及的協調會後，其實我們找了1位長期以來對醫界比較嚴厲、要求比較多的學者，以一種更公正的角度來探討這個議題，一起檢視我們醫界對於人口結構的想法是否有錯，結果他告訴我們，社保司的想法比較不是那麼正確。
- 三、商司長東福也曾與我透過電話交換意見，當時我感覺並沒有要打算在今年處理，可是現在聽起來，好像並非不可能。長期以來我都是把商司長當作1位非常公正的長官，也是算清流，但在這件事情上我有點失望。希望商司長考慮到醫界在這件事情上是嚴重沒有共識的，事實上是不支持或嚴重反對的，所以一定要審慎考慮，因為一旦錯誤，後面就很難扳回來。
- 四、我非常支持盡量不要再跟民眾收錢，或盡量不要再調保費，那要怎麼辦呢？我認為政府應該承擔起責任來。其實有部分健保支付內容是屬於應該由公務預算支應的，或應該由政府承擔更高的比例，甚至政府如果承擔健保總支出的50%，又有什麼關係呢。如果我們政府願意更有擔當，讓我國經常性醫療保健支

出占 GDP 的比例與其他 OECD 國家相當，同時又減輕民眾負擔的話，就以政府的力量來承擔更多的健保經費，我想我會舉雙手、雙腳支持。

五、對於總額基期的問題，我想醫界也不是盲目的希望基期無限擴大，說實話，總額基期的擴大對醫界來講是很無奈的。

(一)會讓基期減少的因素是人口在減少，當人口減少，基期當然就應該減少，非協商因素自然就是負的。但問題是人口在老化，而老化人口的醫療使用的比例又更高，所以我們很無奈的看著在嚴重、快速的人口老化下，基期不斷擴張，對醫界來講，我們一點都不高興。

(二)物價的上升也會讓基期變高，勞工工資提高，基期也會變高，這些都不是我們醫界願意一直加上去的。如果說我們今年除了人口減少外，人口還年輕化了，物價下降了，勞工的薪資降低，基本工資也降低了，那整個基期絕對會一路負成長，在這種情況之下，醫界也是會接受。我要表達的是，基期的成長並不是醫界一直加東西上去，這部分要請付費者理解。

(三)剛剛何委員語說，如果我們把高血壓或糖尿病的給付標準都拉高，基期也可以降低，如果大家真的有這個共識，說收縮壓在 140mmHg 以下，甚至在 150mmHg 以下都不給付高血壓藥，這樣我想基期也會下降。糖尿病也是一樣，控制血糖要靠運動、不要吃藥，不准開藥，那基期也會下降。這些是可以協商的，若我們想利用給付方式讓基期不要成長那麼快，如果大家覺得某些給付項目健保可以不要給付，或者給付標準拉的比較嚴格，那大家可以開會來協調，協調以後，醫界就不提供這些醫療服務，那基期自然就會下降，所以我覺得這需要理性思考，我並不是站在醫師的立場或利益單方面思考。

周主任委員麗芳

接下來請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

因為時間的關係我也簡短的報告，聽了剛才發言委員的高見，真的是受益良多，可是看起來，好像大家對這些問題還蠻有意見的，包含高、低推估、基期，或者是減項跟加項，都有不同的意見。我覺得既然是這樣子，就像蠻多委員建議，是不是讓委員再看一看草案內容，或者是說再開個協調會，讓每個總額或者每個單位，跟委員做個詳細討論，有了共識以後再來討論，這樣是不是比較適合。

周主任委員麗芳

一、非常感謝剛才多位委員熱心關切本案，提出寶貴的建議，如果還有委員要表達意見的話，麻煩請在 4 月 22 日下班前提出書面意見，給健保會同仁彙整。

二、因為本案是屬於請本會委員表示意見案，我先綜整剛才發言委員的意見，預做幾點決定。由於本案是屬於諮詢性質，暫時不請社保司跟健保署回應。

(一)第 1 點，本會肯定社保司重新檢視總額預算編列方式之合理性。

(二)第 2 點，所提 112 年度總額基期計算方式之變更，疑慮爭議仍多，各界未有共識，恐影響總額協商及實務運作。建議再行集思廣益，不行貿然執行；又當前新冠肺炎疫情嚴峻，總額擬訂宜以穩定醫療量能、安定醫護人心為宜，有關總額基期計算方式之變更，建請衛福部再予審酌、持續溝通，暫緩於 112 年度執行。

(三)第 3 點，委員所提諮詢意見摘要，及對社保司會議決議涉及本會部分之回復說明，併同發言實錄送請衛福部參考。

三、請商委員東福。

## 商委員東福

- 一、因為剛剛主席做了決定，我必須要回應。剛剛有些委員講今天才拿到資料，事實上大家在 3 月 15 日的會議，都有拿到政策目標及總額相關資料。其次，在今天的會議現場，我並沒有一直講說醫界有共識，卻都可能有委員會聽成是我有講，事實上，我說的是醫界有參加總額擬訂相關會議，這個事情我必須要澄清。
- 二、大家的意見很重要，因為本案是諮詢性質，在我們今天的報告中，其實有幾張投影片(第 7、8、9 張投影片)有列出哪些公式修訂規劃有採納、哪些沒有採納，大家看完會發現，其實因為多數沒有共識，事實上是沒有採納的，希望在這邊做個說明。因為總額範圍決定的時間序都是一直在進行，在疫情期間我們開了那麼多會議，大家質疑說工作小組是私下的嗎？其實裡面也有醫界的人士，在 3 月 15 日會議中，這位醫界人士也表明自己就是那位成員，所以請不要一直講都沒有共識或從來沒有共識等等，因此，我必須要澄清這 1 點。

## 周主任委員麗芳

- 一、我們還是再次的感謝社保司在商司長帶領之下，進行總額範圍及擬訂公式檢討非常的辛勞，也很感謝健保署提出這個財務相關的方案，本案討論到此結束。
- 二、接下來中場休息 10 分鐘，先讓大家用餐、休息，後續進行討論事項第一案。

## 陳委員建志會後書面意見

- 一、衛福部社保司所擬「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」之算法須建立在醫療服務支付滿足的情況下，才不會影響服務品質。實際狀況於疫情前，因一般服務預算不足，各季結算之點值未達 1，若改以此算法，於疫情穩定後，未來服務量能增加，該項預算用盡，在不影響其他醫療服務的情況下，只能停止該項服務，非人民之福。



二、健保的目標，應該是以人民的健康為主，切莫讓政策主導醫療模式！此例一開，任何醫療服務若經費用盡，將非常可能轉入自費，非人民之福。

三、牙醫門診總額部門於每一項新增預算編列前，都已精確估算執行率，並非全額編列，實際執行之落差應在可接受範圍內，也可以讓本部門有推動的信心與安全感。

四、綜上述，本會懇切建議 112 年總額計算方式維持原案，待尋求各界共識後再行改革，以免造成更多不必要的問題。

#### 李委員永振會後書面意見

COVID-19 疫情讓民眾健康意識提升，也改變民眾就醫行為及疾病需求，依據 3 月份業務執行報告「表 16、各部門總額醫療點數」統計資料，109、110 年門診申報件數分別為-7.43%、-7.88%，住院申報件數分別為-4.68%、-7.43%，111 年 1~2 月門住診申報醫療利用也是負成長。此外，據報載我國防疫成績在世界名列前茅，國內傳染病大減，衛福部最新統計「國人健康餘命」，109 年(疫情第 1 年)不健康餘命較前 1 年減少了 0.43 年(5.16 個月)，也是近 10 年來最大降幅。由上述資料顯示，疫情期間民眾自主健康管理之提升對醫療需求有所減少，建議應通盤檢視疫情影響，並納入 112 年度總額調整因素，以如實反映實際醫療需求。

肆、討論事項第一案「有關『全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫』(草案)報請同意案」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

請委員們入座，我們繼續開會，請同仁宣讀。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

請醫管組的張專門委員作貞來說明，作貞在嗎？作貞在線上嗎？  
(健保署同仁回應：報告，張專門委員作貞現在暫時離開位置。)

蔡副署長淑鈴

好，那誰來報告？

黃代理委員啓嘉(顏委員鴻順代理人)

要不要讓西醫基層先講？因為稍後健保署會報告，我簡單說明。

周主任委員麗芳

那請西醫基層先說明，再請健保署。

黃代理委員啓嘉(顏委員鴻順代理人)

一、這個案子本來在上次委員會議提案，後來被撤案，原因是因為很多人，尤其是長官的指示，覺得計畫內容還有很多可以精進之處，我覺得這個計畫精進之後，是個非常好的方案，以下 2 個特色，可以跟所有付費者委員分享：

- (一)第 1 個特色，這一次這個案子的精神是醫病共同參與醫療決策，也就是健康促進本身是醫病雙方要有共識，我常常在幫病人控制血壓，他自己都不覺他需要控制血壓，那你醫生再努力他的血壓永遠控制不好，如果 1 個患者他本身覺得他血糖沒關係，除非讓他知道說他血糖不控制，將來真的會洗腎，那如果沒有共識，他跟你也沒辦法達到 1 個有效的治療，所以在這一次代謝症候群計畫裡頭，把醫病共

同決策納進來，也就是說醫生跟病人要訂定共同的目標，也就是要先有共識，才有健康促進，這是計畫的第 1 個特色。

(二)第 2 個特色，就是把生活型態的改變做為主要的手段，也就是剛剛何委員語開示說血壓高、糖尿病可以不要吃藥，我們要運動，要做一些健康促進的處置，這些包括飲食的控制，包括運動在內，代謝症候群計畫裡面就把這個作為主軸。我們當初很反對說把戒菸、檳榔這些跟健保無關的東西放在這個草案裡面，但是現在把衛教納進來，其實就是生活型態的改變，這也是代謝症候群專案的 1 個特色，我們希望透過生活型態的改變，達到健康促進的目標。醫療的價值不是給藥而已，也希望讓付費者知道，今天醫師若沒有給藥，不要以為這個醫師是沒有價值的，醫師靠他的專業協助你把生活方式改變，這個價值比給藥重要。

二、如果這個計畫今天付費者同意實施的話，我非常期待能透過以上這 2 個特色，醫病共同決策，在有醫病共識下達成健康促進，然後以生活型態而非單純的藥物控制來達到健康促進，同時也改善了過去慢性病治療都在 40 歲以後才介入的現象。事實上 40 歲以下有肥胖現象的青年，透過早期協助，可以將他導入比較符合健康型態的生活方式，協助避免未來在中老年以後陷入慢性病的困境。所以代謝症候群這個計畫是個開始，我希望這個專案將來在執行上能夠讓未來的醫療有 1 個新的氣象。

周主任委員麗芳

接下來請健保署說明。

張專門委員作貞

健保署針對全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫進行報告，說明資料請參閱會議資料第 71 頁：

一、本計畫是國健署在健保中長程改革計畫的提案，並且經 111 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配通過，專款預算是 308 百萬元，核定之後，國健署及醫界經過多次的溝通跟討論，本署在溝通的過程當中也提供他們所需要的一些建議跟素材。計畫草案經 111 年 3 月 3 日的全民健保西醫基層總額研商議事會議決議通過，又送經 111 年 3 月 10 日及 30 日的全民健保醫療服務及支付標準共擬會議修正通過。綜上，計畫草案是國健署跟醫界達成相當的共識後，經過上述會議討論後修正通過之版本。

二、本計畫的重點說明如下：

(一)有關於參與計畫的醫療院所及醫師資格等基本要求，是針對於有申辦成人預防保健服務的保險特約西醫診所，另外他的收案條件是屬於 20~64 歲，符合代謝症候群指標任 3 項為收案條件，另外每個診所的收案人數上限是 100 名，前提是不得跟全民健康保險相關的一些 P4P(Pay for Performance，論質計酬)的收案名單或其他特約醫事服務機構重複收案。

(二)有關於他的服務內容跟支付標準，包括有收案評估費是 900 點、追蹤管理費是 200 點、年度的評估費是 500 點，另外還有提供 1 個獎勵費，獎勵費其中包括診所品質獎勵，最主要是指標得分排序在前 25% 的，是提供每個診所 1 萬點，如果指標得分排序是大於 25~50%，每個診所是 5,000 點。另外呢，針對於新發現個案有提供相關的獎勵，每個個案是 150 點，同 1 個個案基本上只能獎勵 1 次，再來就是針對於照護個案有進步的進步獎勵，每個個案是提供 500 點。

(三)再來就是也有提供實際戒菸治療服務每個醫師是 500 元，另外是戒癮的服務獎勵費，每個個案是每次 100 元，上限是 3 次，這 2 個服務費用基本上是由國健署來支應。另外也設

定了相關的評核指標，包括代謝症候群的改善率，總共是 70 分，再來就是個案完整的照護達成率是 15 分，另外還有介入的成效率是 15 分，最主要這個計畫本身在執行目標的設定上面來講，是提供 10 萬名的代謝症候群個案疾病危險因子管理服務，再來就是預期的效益評估指標，是代謝症候群個案完整照護達成率是 30%。

周主任委員麗芳

請健保會說明。

陳組長燕鈴

- 一、請委員參閱會議資料第 74 頁，這個案子依總額的決定事項是需要提本會同意後執行，決定事項在 74 頁上半段有畫框線的地方，請委員參考。
- 二、剛才健保署已經說明「執行目標」跟「預期效益指標」，執行目標主要是 10 萬名個案的危險因子管理，評估指標是完整照護達成率達 30%。我們檢視了總額決定事項跟本計畫內容，提出以下說明及研析意見，請委員確認。
  - (一)會議資料提供去年 9 月協商的時候，對照護人數的規劃，健保署、付費者是 38.5 萬人，醫界是 20 萬人，相關的人數跟每人費用的規劃，列在會議資料 75 頁上方的表，請委員參閱。
  - (二)考量國人罹患代謝症候群的人數眾多，宜增加照護人數以提升健保給付效益，但考量本計畫是新增計畫，而且現在已經 4 月了，今年度的執行期間約剩 8 個月，所以建議尊重健保署所提的執行目標跟預期效益指標，至於下年度的計畫應適度增加照護人數。
  - (三)有關於決定事項裡面提到，不得重複跟家醫計畫或者醫療給付改善方案重複領取個案管理費的部分，經檢視本計畫內容是符合決定事項的要求。

三、有關總額決定事項要求「計畫內容應該包含結果面指標，並依執行績效支付費用」，這個部分我們彙整了計畫草案與家醫計畫支付方式的比較，在會議資料第 75~76 頁的表，簡單說明如下：

(一)家醫計畫的個案管理費是 250 元，訂有給付的標準及條件，要求個案實際醫療費用要少於預估費用，或如果評核指標分數小於 65 分，健保只給付 50%。代謝症候群計畫草案的評估跟管理費用 1 個人最多是 2,000 點，包含開始收案的評估費 900 點，其中有 640 點是檢驗檢查費。年度結束有年度評估費 500 點，檢驗檢查費由一般服務支應。期間還包含 3 次追蹤管理費。

(二)有關獎勵費部分，家醫計畫的績效獎勵費是 550 點，代謝症候群獎勵費部分剛才健保署已經說明了，含個案獎勵跟診所獎勵，個案獎勵又分新發現個案獎勵跟個案進步獎勵。個案進步獎勵部分請參閱會議資料第 75~76 頁。所謂的個案進步獎勵，是指個案原來未達標準的代謝症候群指標，有任 3 項指標經本計畫照護後達到條件的話，就獎勵 500 點。指標包含腰圍跟血壓訂有絕對值條件，而飯前血糖、三酸甘油脂跟低密度脂蛋白膽固醇，是由收案醫療院所醫生跟病人共同決定目標值。診所獎勵的部分，訂有評核指標 8 項，其中有 6 項是代謝症候群的改善指標，列在會議資料第 84 頁，請委員參閱。另外，還有個案完整照顧率跟介入成效率等指標，總共是 8 項評核指標，如果診所這 8 項得分是前 25% 的話 1 年支付 1 萬元，前 25%~50% 是 1 年 5,000 元，同時還有一些收案條件跟上傳率的規定。

四、就健保署所提計畫草案，本會初步的研析結果如下，請委員參考。

(一)有關單價跟項目部分，本計畫的每人費用相較於家醫計畫比較高，而且多數經費會用在檢驗跟檢查。

(二)有關診所獎勵部分，雖然訂有8項成效指標，可是做得好的院所1年只獲得5,000到10,000點的獎勵，對於院所投入個案行為養成跟改善狀況的努力，相對於檢驗檢查跟其他費用，誘因比較不足。

(三)有關個案進步獎勵部分，建議應該訂定1個內部規範，因為有3項是由醫師跟病人共同訂定目標值，雖然有其優點，可是個人客製化的目標，院所間的目标設定寬鬆恐怕會不一致，而且不易做後續整體的成效評估，所以建議醫界內部能夠去設定目標值指引，依不同的病況設定不同目標值，以鼓勵病患達成目標，也讓醫師有所遵循。

五、本計畫旨在透過早期介入改變病患生活型態，達到預防跟延緩慢性病發生的目的，但如果病患是使用藥物達成目標，受限於服用藥物的效果，可能無法符合計畫目的。建議年度評估時將病患參與計畫前後的用藥紀錄納入考量，未來去檢討、審酌獎勵費的合理性。整體來說，本計畫屬於中長期改革計畫，宜儘速推動，建議先予通過。但後續應滾動式檢討計畫內容，朝改善病患行為及健康習慣養成方向努力，支付費用誘因的部分也要檢討，建請健保署於實施1年後，向本會提出專案報告。

周主任委員麗芳

本案請委員表示意見，先請現場的委員發言，馬委員海霞、干委員文男、劉委員淑瓊、何委員語、李委員永振、陳委員秀熙、盧委員瑞芬，之後再請線上委員發言。

馬委員海霞

一、我在西醫基層總額研商議事會議已經表達我的想法，我們去年總額協商時建議每人支付費用800元，原來期待照護人數是38.5萬人，目前草案提出的照護人數是10萬人，但去年協商時所提的執行目標是20萬人。原則上我支持這個計畫趕快執行，剛剛黃代理委員啓嘉講得很好，要改變病人的生活型態促進健康行為，但從這個計畫內容看不出來是因為使用藥物，或

是真正生活型態的改變而達成的效果，計畫裡面並沒有說明是以哪個指標來看預期效益，這是我蠻想要知道的。

二、另外如果病人退出這個計畫，同 1 院所再加入時算不算 1 個新個案？個案換 1 個院所或選擇另 1 個醫師時，算不算 1 個新個案？在個案進進出出計畫的狀況之下，要怎麼確定或是計算 1 個新個案。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

我覺得這個計畫是很前瞻，不過如果按照健保法，這個錢花得很冤枉，不過計畫已經提出了，還是要認真的檢討一下：

一、第 1 個，剛剛馬委員海霞講的，原本健保署建議草案預算是 5.39 億元，協商結果是 3.08 億元，若按照協商結果的人數計算，計畫照護人數就有差距了，計畫照護人數應該沒有協商結果那麼高，這個可以請健保署跟醫界來檢討。

二、第 2 個，個案進步獎勵的標準，用飯前血糖、三酸甘油酯、低密度脂蛋白膽固醇作為條件，三酸甘油酯跟低密度脂蛋白膽固醇可能變化不大，但飯前血糖可能會被前 1 天晚上吃的東西影響而變化很大，這有可議的地方。

三、對於這個計畫健保會幕僚建議請健保署於實施 1 年後，向本會提出報告。我想 1 年太長，希望改為實施半年以後報告執行情形。我們預測跟當初家醫計畫的實施有點類似，前 2、3 年不會有很好的結果，希望能先看上半年實施的結果，因為現在要找案源都有問題。不要像 C 型肝炎藥費一樣，規劃時興致勃勃編列很多預算，最後沒人來參加還要去找，所以我建議改實施半年後向本會提出報告。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。



## 劉委員淑瓊

- 一、這個案子看到健保署跟西醫基層與國健署跨署的合作計畫，把前端預防和治療結合在一起，給予肯定，健保會幕僚的意見我們都贊同，寫得非常好。尤其現在計畫的錢大部分放在評估及管理費，包括檢驗檢查項目，但對執行績效良好的診所獎勵給予的錢非常有限，對於他們的誘因會減少，相對也會減少執行成效，我覺得這點要特別提醒。
- 二、另外黃代理委員啓嘉講得非常好，代謝症候群的改善光是用藥不夠，應該要把健康的生活型態帶進來，我們目前的了解本計畫在執行上大多偏向醫師、藥物方面，這確實不夠，更希望朝向跨專業的 collaboration(協力合作)。比方其他醫事專業像是提供營養諮詢、運動指導，這跟藥物同等重要，我們認為應該要納到計畫裡面，這樣對病友照護會更多元與完整，照護品質及成效也會更好。

## 周主任委員麗芳

請何委員語。

## 何委員語

- 一、我剛剛提出的不是像黃代理委員啓嘉所講的有高血壓不要吃藥，我認為是這樣子，世界醫學會對於每個疾病有訂定標準，我們國家為什麼不依據世界醫學會訂的標準執行？我剛才講的，世界醫學會糖尿病的標準，飯前血糖值是 115mg/dl，飯後血糖值是 160mg/dl，我們一定要訂 100~140mg/dl，就提早吃藥。我不知道台灣醫界是否認為台灣人飯前血糖值超過 100mg/dl，不吃藥的話馬上就會得糖尿病而洗腎，是不是這樣子？如果不是這樣子，為什麼要訂那麼低？
- 二、我剛剛說血壓 70~120mmHg 最標準，是針對小孩子、青少年的血壓，但是年紀越大血壓就會偏高，所以我剛剛有講高血壓的標準，60 歲以上在世界醫學會收縮壓訂 140mmHg，美國 90 歲以上訂 150mmHg，我們為什麼一定要訂 130mmHg？我不知

道，訂 130mmHg，我看台灣 60 歲以上的人全部都要吃高血壓藥，少數不吃而已，這樣可行嗎？我認為 60 歲以上的人收縮壓至少在 130~135mmHg 之間游離，高血壓標準訂 130mmHg，是不是這些 60 歲以上、65 歲以上的人都要吃高血壓藥？人家標準訂 140mmHg、150mmHg，我們為什麼要訂 130mmHg。建議健保署應該要分年齡去定高血壓值，而不是固定在 130mmHg，計畫裡寫了血壓收縮壓 130mmHg、舒張壓 85mmHg，可是收縮壓 130mmHg 要吃高血壓藥嗎？我收縮壓 140mmHg 都不吃了，也是這樣過，為什麼一定要定在 130mmHg。

- 三、我支持本計畫 5~10 月份的執行成果在今年 12 月份委員會議提出專案報告，如果等到 1 年後也許有 1/3、甚至一半的委員沒有續任，這個案子在我們手上通過，所以至少 12 月份給我們做 1 個報告。
- 四、我建議這個計畫不要跟家醫計畫一樣，讓醫療仲介公司介入找對象給醫生做，這已經提了好幾次了啦，就是家醫計畫被醫療仲介公司找對象給院所來做，分獎勵費、管理費的證據。如果這個計畫同樣被醫療仲介公司介入，我想成效就大打折扣，剛剛有委員講了，醫療仲介公司將這票人帶到這間院所做，半年後把這票人移到別的院所做，這樣移來移去 2 邊都在領錢，1 年移 1 次也可以，都算新個案，這樣做醫療浪費很恐怖。
- 五、我很擔心這個計畫獎勵費的支付，干委員文男說如果按照健保法不應該這樣支付，但是黃代理委員啓嘉說希望能夠朝自主醫療的方向走，我也很贊成。坦白講台灣老百姓對醫生非常尊敬、聽話，但如果整個體系沒有建立的很完整，患者會像我剛才講的被左右，所以我很怕這個計畫未來獎勵費每年成長很多錢，到最後跟家醫計畫一樣非常龐大的一筆錢，這也是未來健保署要審慎了解的，我預估 10 年後這也是一筆非常龐大的一筆錢在支付。

周主任委員麗芳

我看線上發言序最後 1 位是黃委員振國，因為時間剩下 4 分鐘，黃委員振國發言後其他委員請提書面意見。請李委員永振。

李委員永振

個人考量以下幾點，認為所提的計畫似未臻完整，建議應再研議：

- 一、第 1 點，會議資料第 75 頁所列去年的協商對照表可看出，本計畫在照護人數或每人年支付費用與原考量各版本構想完全走樣。
- 二、第 2 點，診所獎勵誘因或個案進步獎勵之規範似仍無法達到計畫預期完成之目的。
- 三、第 3 點，投入之預算未來將產生的預期效益，應以節省醫療費用支出之具體數據表現，不要像 C 型肝炎藥費，說未來可以省多少費用，但都看不到。
- 四、第 4 點，這個案子既然是改革新增的計畫，應該要審慎考量，期有顯著的成效，若草率通過，在健保財務不佳的狀況下，是否成為另外的錢坑。

周主任委員麗芳

請陳委員秀熙。

陳委員秀熙

- 一、首先我先問一下，本計畫追蹤管理 5 大指標中提到低密度脂蛋白膽固醇，我記得代謝症候群定義應該是好的高密度脂蛋白膽固醇列為目標，這地方西醫基層可不可以解釋一下。
- 二、再來我要為這個計畫講幾句話，計畫收案條件為 20~64 歲，現在國際間流行更早期叫做前期血壓，血壓值是 120~139mmHg，這是本計畫指標取 130mmHg 可能的原因，前期血糖值是 100~140mg/dl 之間，我想前期血壓、前期血糖的介入是目前全世界朝更早期改善的趨勢，希望這些人不要用藥，經過飲食及生活改變，像健保署提出來的 lifestyle(生活型

態)，尤其像戒檳這些的行為。可是必須要澄清，這群人在目前國際間的定義是希望不要用藥，這跟剛剛付費者何委員語所說精神一樣，換言之，這是該計畫重要的特色，也是我們一直在提倡的，如果今天阻擋前期高血壓、高血脂，就不用擔心以後變成心血管疾病、糖尿病，後續健保就不用支付很多錢。

三、所以這個計畫的 KPI 指標相形之下就變得非常重要，也就是藉由初段預防阻斷讓他後續不要變成高血壓等疾病。計畫用意非常好，健保署支持這個計畫也非常有前瞻性，因此在這些指標上也請西醫基層要從這方向推估，在初段預防階段 5 項指標中的每 1 項指標都有它的意義，飯前血糖、血壓、三酸甘油脂、低密度脂蛋白膽固醇跟腰圍。

四、最後，每次討論這些東西都會說他有沒有成效，希望西醫基層有成本效益分析的資料，讓委員、民眾了解這樣的投資是否合乎效益。我覺得這部分很重要的還有健保署一直在推的轉介，要了解西醫基層做這個計畫時，有一些民眾如果真的血壓、血糖值無法控制得很好，要趕緊轉入區域醫院或是醫學中心去做有關心血管、糖尿病的防治，這就是標準精準醫學的做法，以上提出來非常好的計畫，提供相關建議參考。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

我有 1 點請教、3 點建議，我個人覺得這樣的計畫對於全人照護很有幫助，所以非常謝謝西醫基層還有健保署的努力。

一、第 1 點請教，計畫裡面有特別提到跟家庭醫師整合性照護計畫或其他醫療給付改善方案不能重複，若病人本來參加家醫計畫，後來轉到這個計畫，這算新個案嗎(理論上，此情形不符合所謂新個案)? 我看新發現個案的定義是新發現 40 歲以下的個案有下列這些代謝症候群狀況(會議資料第 75 頁)開始追蹤，新個案的定義是在該診所過去從來沒有被診斷過，從此時此刻

起是新診斷，還是要全面審視其過去診斷紀錄，包括是否曾參加其他的計畫(家庭醫師整合性照護計畫或其他醫療給付改善方案)，如果是這樣定義的話可能就可以避免掉，他原來參加其他的計畫然後換成這個計畫，是不是就變成新個案(因為經濟誘因導致轉移病患參加不同計畫的可能性)，主要請教這個部分怎麼管理？因為這整個計畫強調的是管理的精神，這也是不同於以往單純治療疾病的角度，我覺得是 1 個亮點。

## 二、另外其他 3 個建議：

(一)第 1 個建議，我很贊同幕僚提的建議，非常精簡也很重要，有關於以診所為單位獎勵，我也支持幕僚提出來獎勵應該要有鑑別力，避免雨露均霑，效果就會有差別。另外從管理的角度來講，看個案進步應該要有比較客觀的衡量標準，單純說客製化聽起來很好，但從管理角度來講非常不容易執行，不容易看到病人真的有沒有進步，我覺得這部分要有客觀的目標值，可以把病人分成不同 Category(類別)看他的進步空間，而不是真的將目標做到個人客製化，因為這在管理角度上面會蠻困難的。

(二)第 2 個建議，我覺得病患在整個過程中要完全被告知，所以他應該要有相對等的訊息，計畫後面附件有提到，收案時有各式各樣的紀錄、各種的檢測值，收案後也有各種檢測值，這些 Information(資訊)有沒有辦法讓病人知道，我覺得很重要。我做健檢都是自己做紀錄，隨時回去看，所以我覺得是不是可以結合健康存摺，這些資訊都能在他手指之間能掌握的地方，可以隨時 monitor(監測)上次的檢查結果，甚至可以有 1 個專欄，一旦被收案就有專欄可以點來看，上次檢查是這樣子，現在檢查是這樣，我應該要怎麼進步，甚至後面還可以有一些貼心小提醒。對於那些還沒有使用健康存摺的人，看能不能協助他使用，增加健康存摺涵蓋率，如果病患真的無法使用 3C 的產品，可不可以給

他小紙片，像是預防注射的小黃卡，讓他可以隨時知道自己的狀況，因為我剛剛聽幾位先進都提到，我們都不希望病人吃藥，所以能夠 coach(輔導)病人，讓他知道自己的身体訊息其實很重要。

- (三)最後 1 個建議就是健康教練，當以診所為單位是 1 個機構，其實可以運用一些社區的資源，過去國外有很多在代謝症候群成功的案例，主要是這些以前可能就有這樣疾病的個案(病友)，透過生活方式型態改變，使健康狀況改善，最主要是 life style 生活型態改變，最終這些病友都可以自身經驗協助與他有類似狀況的病人，這是很重要的資源，國外叫做 health coach，所謂的健康教練，由健康教練來做 health promotion(健康促進)對於病人健康有很大的幫助。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、原本討論這個計畫時，我建議應該跟家醫計畫合併，但現在已經獨立出來，每案評估及管理費最少可以領到 2,000 點，若加上所有獎勵費最高可以領到 3,450 點，加上診所獎勵每家 1 年可以領到 5,000~10,000 點，整個計畫的支付標準優於家醫計畫。家醫計畫個案管理費加上績效獎勵費才 800 點，加上點值稀釋，黃委員振國等下會發言，不知道他會不會再提這個。一比較就知道，家醫計畫的獎勵評核指標有 26 項非常複雜，這個計畫只有 5 項指標，但是領取的費用距這麼大，家醫計畫若浮動點值也才領 600 多點。
- 二、健保以治療疾病為主，並不是說預防不重要，我覺得從這個計畫的說明，新陳代謝症候群不一定是病，當然不宜把每 1 個有代謝症候群傾向民眾的照護醫療化，這是不樂見的，我覺得計畫很好，但計畫應該避免代謝症候群照護醫療化，這部分剛剛陳委員秀熙、何委員語也都有提到。

- 三、第 2 部分獎勵費有納入戒菸、戒檳指標，大概有 800 元是由國健署另外給錢，我想知道國健署和健保署合併執行這個方案，醫療體系幫國健署收案、評估，國健署有沒有給健保署代辦費或行管費？我們幫勞保職災承辦都有收一些行管費、代辦費，我們幫他做那麼多，請問這裡有沒有？不然國健署自己可以委託醫療院所做，為何要透過健保再挹注 3 億多元的錢做這件事？
- 四、再來就是健保會幕僚及剛剛劉委員淑瓊有提到，900 點的收案評估費中，檢驗檢查占了 640 點，比例非常的高，請教一下這有沒有計入檢驗部分負擔金額，還是單獨拉出來沒有跟病人收取檢驗部分負擔，就是這個專案裡面檢驗檢查 640 點，是不加入檢驗部分負擔調整裡面的分母嗎？這是我的疑問。
- 五、做這麼多檢驗項目我們都付了，如果這個病人表現的好醫療體系獎勵費也拿了，但這個計畫跟前面幾個委員講的都一樣，大部分要靠病人生活習慣改變或其他健康行為的建立，病人本身有努力，病人也要做血壓監測、運動、熱量攝取控制，那麼為什麼都像總額協商一樣，成效都沒有回饋給被保險人，而是回饋給醫療體系，但大部分其實要靠病人的努力，如果只有靠醫師給藥跟衛教就會成功，那過去所有的健保給付都應該要成功才對啊，何況收案的對象其實包含已服藥的這些人，這裡完全看不出回饋給被保險人，就是參與這個計畫裡面的病人的機制，我覺得有點可惜。
- 六、如果只有醫師的介入就會成功，就不用擴大到社區做健康營造，所以獎勵費裡面有沒有可能加入營養師或是運動教練，鼓勵基層診所跟這些人合作，才可以核發多一些獎勵費，而不是有做到那些指標就可以給獎勵費。我也非常同意盧委員瑞芬的看法，個別診所跟病人個別訂定的目標值，差距會很大，改善值下降的百分比也沒有最低下限的要求，所訂定的這些目標值，可能會產生評核上的障礙。

- 七、另外可能要考慮越來越多病人同時會使用自費減肥項目，西醫診所、中醫診所都有自費減肥方案，如果這些病人同時使用自費減肥項目，要如何檢核是因為什麼因素達成效果？另外收案指標有提到有用藥的人，但檢核指標沒有提到已經用藥的人，收到這個計畫裡面，如果降低用藥品項數或劑量，是否就是比較成功改善率的指標？而不是只有腰圍、糖化血色素、血壓、三酸甘油脂等指標降低。
- 八、個案完整照護達成率其實沒有說明清楚，會議資料第 85 頁的評核指標裡面，也沒有定義什麼叫做完整，到底怎樣給錢，再來在追蹤管理的部分，其實只有電話追蹤。最後有 1 個 722 血壓量測，我要說計畫收案對象，都要是健康知能比較高的、相對經濟能力比較好的人，至少家裡要買得起血壓計，才有辦法做 722 血壓量測。如果收案病人沒有做 722 血壓量測，就不收案嗎？還是順利收進來，萬一這些病人沒有血壓設備的時候怎麼辦？健康知能不足的時候，靠醫療院所同仁打電話追蹤就可以達到嗎？我覺得其實沒有同步考慮到健康知能比較弱的、社會經濟比較弱勢的民眾要怎麼辦。
- 九、整個進步獎勵的規範也沒有說年度收案應該最少執行多少，只有說追蹤管理費跟進步獎勵費以及年度要評估的指標，領取的時間必須要間隔 12 週也就是 3 個月，並沒說領到獎勵費的時候，必須要至少收案 6 個月，或是收案 3 個月以上，還是多少時間，其實都沒有。簡單來說，我覺得方案很好，但是我們花很多錢，個案評估管理費及獎勵費 2 項支付都優於家醫計畫，但評核指標太弱或太個別化，即便要趕著上路，這個錢實在給得太寬鬆，指標應該要更加嚴謹一點。
- 十、最後 1 點，我建議健保署對於會議資料第 82 頁「追蹤管理」中的提供電話「諮商」，諮商是臨床心理師的專業用語，建議改成「諮詢」。



周主任委員麗芳

請趙委員曉芳發言。

趙委員曉芳

- 一、時間有限，就我的建議快速跟大家說明，第 1 個是支付標準，在會議資料第 75 頁，我建議降低計畫的評估跟管理費，提高獎勵費，尤其在個案獎勵跟診所獎勵的部分。目前這樣的給付方式，其實是 1 個非常典型把大部分的費用拿來支付評估跟管理，用於實質執行這個方案、促進方案目標，也就是藉由管理代謝症候群去降低慢性病發生機率實質內容的比重占太低，所以這部分希望可以具有具體的修正。
- 二、再在來就是評核獎勵費有關於進步獎勵的部分，除現行的獎勵計算方式，包括對腰圍、血糖於收案後的具體改變給予獎勵外，建議加上 follow-up(後續追蹤)的測量。簡單來說，個案的腰圍或血壓、血糖改變，可能是因為各式各樣的原因造成單次性的改變，若希望更具體的確定其改變能維持，且是因為方案介入而造成的改善，則應該要觀察到腰圍、血糖、血壓的改變持續 4 或 8 週以上，才能視為因果關係被建立，至於 follow-up 的合理間距，請健保署再行研議。在此建議給予獎勵前，應確保後續追蹤一定時間後，仍然維持同樣的改善幅度。
- 三、個人對計畫執行目標有點困惑，尤其是完整照護率的概念，在計畫中並未被很好的定義，若未能確定完整照護率的計算及評定方式，將明顯造成評估達成率的困難。
- 四、最後，服務人數的執行目標是 10 萬人，但當初協商時醫界版本是 20 萬人，付費者代表與健保署版本是 38.5 萬人。不清楚服務人數大幅降低是否合宜？或是應該回歸之前協商時所期待的服务人數，建議可以提高。

周主任委員麗芳

請林委員恩豪。

林委員恩豪

對於本計畫的政策方向沒有意見，期待可以趕快落實。唯一有意見的是預期效益部分，一直以來都有類似問題，預期效益評估指標為代謝症候群完整照護率達成30%，但達成以後之效益為何？是就醫次數減少還是用藥量下降？如果就醫次數減少或用藥量下降，反映在健保支出的減少又是多少？希望能提供更具體、明確化的量化資料。

周主任委員麗芳

請吳委員鴻來。

吳委員鴻來

呼應劉委員淑瓊的意見，我自己本身也是慢性病人，據我們的觀察，有非常多的病友在飲食衛教上有很大的需求，常常希望能尋求專業的營養師諮詢資源。本計畫主要是希望生活型態的改變，除了看醫師、做檢查，以及相關的運動計畫外，營養諮詢也是相當重要，希望可以在計畫中讓營養師扮演更重要的角色。

周主任委員麗芳

請黃委員振國最後1位發言。

黃委員振國

- 一、謝謝各位委員的指導，剛才有提到1個重點是收案年齡是20歲至64歲，何委員語說得非常好，事實上對於不同年紀的血壓、血糖值會有不同的期望，誠如何委員所說，血糖值若大於100mg/dl，現行臨床也是請個案回去做生活型態及運動的調整，並沒有直接用藥。
- 二、剛剛滕委員西華特別強調，會將代謝症候群個案標籤化，其實不然，我們這次在新冠肺炎疫苗施打中，因為我的診所都有施打疫苗，接觸到很多未滿40歲的年輕族群，他們大多符合本計畫的收案標準，因為成人健檢並未涵蓋20到40歲的年輕族

群，除了例行的職場健康檢查外，其質、量與一般健保醫療院所的服務差距很大，但很多個案不知道自己有此需求。

- 三、很多人問我說，本計畫類似超前部署，健康行為、飲食運動改變後所得到的效益，會否反映在來年的費用節省，這就要問健康何價？健康民眾對國家貢獻的產值有多大？因為服務對象大多不是現在的健保資源使用者，國健署推動的意義是希望即早介入造成行為改變，甚至飲食的指導，包括適當的衛教知識，提供民眾妥善的照顧。
- 四、過去只有經濟許可的人能求教於自費的機構，但本計畫的目的是希望針對弱勢族群全面普及，尤其很多個案並沒有時間、金錢自費享受這樣的服務，因此更突顯本計畫的重要性。至於為什麼第 1 次收案時就要將該做的檢驗都納入，就是不希望診斷出現相關疾病的資訊，對於未來這些年輕族群投保商業、人壽保險不會造成困擾，但是後續的追蹤、評估及結案，所衍生的醫療費用都是西醫基層總額承擔，我們不會逃避該有的責任。
- 五、剛才很多委員指教，為何我們的指標有很多用自訂，這也是我們與國健署最大的差異，國健署多次提供指導，我們原本也是訂定明確的指標及數值，但被國健署打回票，請各位委員多包涵，我們是尊重國健署的指示。
- 六、坦白說，很多醫療院所執行本計畫都是佛心來的，因為很多的檢驗勢必要執行，剛剛滕委員西華講得很好，本計畫目前的評估費或照顧費優於家醫計畫，因為家醫計畫本身有收案量的優勢，所以就成本效益而言，幾乎每家診所醫師收案數上限約為 1 千至 1 千 2 百人，但本計畫設定每家診所只能收案 100 人，所以不用擔心其他仲介機構對本計畫有興趣。其次，很重要的是我們希望所有具成人健檢的診所能一起參與，也希望初期試辦能提高普及性，在此謝謝各位委員的指導。

周主任委員麗芳

考量本案已從上次委員會議延宕到本月份委員會議，多數委員都建議本案有其急迫性，還是要盡速推動，能否做幾點建議：

一、同意所提計畫。

二、考量大家還有一些建議，請健保署會同西醫基層總額相關團體滾動式檢討計畫內容，朝養成民眾健康習慣之方向努力，並於111年12月提出專案報告。

三、委員所提意見，送請健保署研參酌處。

干委員文男

剛才是建議半年提出專案報告。

周主任委員麗芳

何委員語的建議是12月報告。

干委員文男

希望是半年。

周主任委員麗芳

若5月開始實施，實施半年也要到11月。

干委員文男

11月也沒關係啊！

周執行秘書淑婉

實施半年後還要整理資料，建議多給健保署1個月時間。

周主任委員麗芳

應給健保署時間整理資料，所以12月報告好不好？

干委員文男

12月會遇到委員任期屆滿和新聘。

周主任委員麗芳

一、還沒有新聘委員，我們的任期到12月，請干委員文男放心。  
委員對本案如果沒有意見，我們進行下一案。

二、請李委員永振。

李委員永振

若這樣勉強同意的話，我們去年就不用協商了，計畫完全走樣了還要同意，剛才進行優先報告事項時，社保司還要求我們於協商 112 年相關計畫前應先訂好目標、效益評估等等，現在通通沒有。講的時候一套，做的時候又是一套，雖然我知道這是政策推動項目。

周主任委員麗芳

一、向李委員永振報告，考量剛剛多數委員希望還是盡速實施，但是滾動檢討，所以為什麼我們會設 1 個滾動檢討，再考量該計畫的績效。我們進行討論事項第二案，謝謝。

二、請滕委員西華。

滕委員西華

您的決議說要先上路我其實沒意見，但剛剛李委員永振提到，有蠻多委員所提的其他疑問，包括獎勵、評核指標的疑問就算了，至少在收案人數上，當初協商的金額及人數，與目前試辦的人數差太多，健保會如果不對人數有最低要求，提供健保署與西醫基層執行單位，就像李委員永振講的，協商的協定事項都沒有用，到最後執行的時候因為時間很緊迫，照理說 4 月提出來就太慢了，本來 KPI 是去年協商時就要提出來，結果去年一直無法確定，計畫也拖到今年 5 月才實施，現在又不要求執行人數，如果是這樣，協定事項的決議就沒有意義，請多方考量。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

支持滕委員西華、李委員永振，確實這樣的話，我們以後的協商都形同虛文，這差距真的蠻大的。

### 周主任委員麗芳

一、針對收案照護人數，如果委員同意的話，本案我們原則同意，收案照護人數就請健保署會同西醫基層總額相關團體妥處後，依法定程序報請衛福部核定。

二、請李委員永振。

### 李委員永振

建議依照當時協商的協定事項，不要用 3 億 8 百萬元，金額看多少，照原來的協商條件反推。剛才馬委員海霞有提到，協商時付費者方案是每人年支付 800 元，現在支付近 3 千元。健保署原規劃收案人數是 38.5 萬人，後來醫界是提 20 萬人，現在收案人數差那麼遠，雖然專款沒用完會收回，但還是不妥。

### 周主任委員麗芳

一、考量本案因為健保署已經與西醫基層總額相關團體歷經多次討論，現在已經是 4 月份，我想本案還是必須要往前走，個別委員意見我們也都有參採收錄，所以本案這樣處理，我們原則同意本案，有關照護人數部分，請健保署會同西醫基層總額相關團體妥處後，再依法定程序報請衛福部核定。

二、我們還有 1 個檢視的機制，包含干委員文男、何委員語都有提到，要請他們滾動檢討、做報告，本案還是必須往前走，剛剛已經有提到，今年 12 月必須滾動檢討，提出專案報告。

三、我們進行討論事項第二案，謝謝。

### 盧委員瑞芬

想釐清現在如果我們同意本計畫的支付費用方式，就是每人年 2 千點，今年要編列明年預算的時候，就用這 2 千點乘以照護人數嗎？事實上，若相較於去年協商的內容，這會是 1 個變向加價的概念。

### 周主任委員麗芳

當然今年總額協商大家都還可再談，並非一直延續下去，我們現在只是考慮到今年度總額預算內容的執行，明年的總額今年度還會再

談。本案是不是討論到這裡，後續還有 4 個案子要討論。委員如果有其他意見，是否請書面提出。

劉委員淑瓊

我們認為如果以辦理期程緊迫為由，逕由會議主席在缺乏委員共識下自行做出裁示，即可違背協商內容，恐怕會留下 1 個惡例，讓協商結果形同虛文，也違反對等協商的程序公平，明顯沒有辦法說服付費者，所以我們認為主席不宜貿然宣布結束討論、宣讀決議。

周主任委員麗芳

付費者代表除了劉委員淑瓊、李委員永振有意見，其他委員多數聽下來還是希望本計畫盡速上路，本案已經討論超過 30 分鐘，所以必須往下走，我們進行討論事項第二案。其他委員若有意見，請提書面。

劉委員淑瓊

抗議。主席不應超越委員的意見，自己做出決議。還有，除了我和李委員永振，前面還有多位委員發言表達不同意見。

翁委員燕雪

本案剛才我都沒有表示意見，剛剛李委員永振提到當初協商時訂有目標值，現在沒有，如果主席要通過本案，預算應該要按照目標值等比例往下降，當初希望做這麼多，現在沒有做那麼多，結果一樣花這麼多錢，然後以後又要依此往上疊高，不應該如此。

周主任委員麗芳

剛剛目標人數已經處理了，有關照護人數部分，請健保署會同西醫基層討論後再往上陳報，但是我們授權健保署協助把關，照護人數在今天的會議並未確定。我們進行下面的議案，委員若有意見請提書面，請同仁宣讀。

翁委員燕雪

「點數」乘以「人數」才會等於預算金額，若照護人數增加，點數應該往下降，所以不是只有調整照護人數。

## 周主任委員麗芳

- 一、本會真的沒有辦法討論執行細節，本計畫健保署與西醫基層討論這麼久，送請本會同意已經延宕 2 個月了，應該讓他們有 1 個往前走的機會，我們再滾動檢討。
- 二、針對委員的意見，剛剛已經處理，請健保署會同西醫基層針對服務人數，兩造雙方討論好，我們授權健保署協助把關，接下來進行下討論事項第二案，請同仁宣讀。

## 劉委員淑瓊會後書面意見

- 一、中央健康保險署於 111 年 4 月 21 日委員會議，提出「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」(草案)之討論。本計畫屬全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫之一，110 年 9 月 23 日健保會總額協商會議以醫界方案、付費者方案兩案併陳衛生福利部，該部核定說明：
  - (一)全年經費 308 百萬元。
  - (二)研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
  - (三)擬訂具體實施方案(內容應包含結果面品質指標，並依執行績效支付費用，惟不得與家庭醫師整合性照護計畫及其他醫療給付改善方案重複領取個案管理費)，於提報全民健康保險會同意後執行。
- 二、中央健康保險署研擬本計畫(草案)「執行目標」提供 10 萬人服務，「預期效益之評估指標」完整照護達成率 30%，之後由於會議時間緊湊，主席以「本案已討論 30 分鐘」為由，逕裁示本計畫(草案)中央健康保險署會同西醫基層總額討論後，報部核定。
- 三、然，本計畫之「執行目標」與 110 年 9 月 23 日健保會總額協商會議之兩案併陳內容存在出入(參附表)，且「預期效益之評



估指標」中操作定義、計畫執行與監測時程、觀察對象等均未臻明確，且無充分討論，保險人亦無善盡說明之責，後卻逕由保險人會同總額部門修正研擬後報部核定，實有違協商雙方應本對等原則，並有違本會第2屆104年第2次(104.3.27)委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」，恐開總額協商之惡例。

- 四、為求程序之公平，建請中央健康保險署及西醫基層部門，依總額協商內容，以研擬修正本計畫(草案)之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，過程應充分徵詢本會付費者代表意見，並獲得同意後再報部核定。

附表

全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫				
版本 項目	110.9.23 協商結果兩案併陳		111.4.21 討論草案	與原協商方 案之差異
	付費者方案	醫界方案		
預算	3.08 億元	3.08 億元	3.08 億元	不變
照護人數	<b>38.5 萬人</b>	<b>20 萬人</b>	<b>10 萬人</b>	<b>減為 1/2~1/4</b>
每人／年 支付費用	<b>800 元/人/年</b> (38.5 萬人×800 元 /人=3.08 億元)	<b>1,540 元/人/年</b> (20 萬人×1,540 元 /人=3.08 億元)	<b>3,080 元/人/年</b> (10 萬人×3,080 元 /人=3.08 億元)	<b>增為 2-4 倍</b>

資料來源：全民健康保險會 111 年第 4 次委員會議會議資料、111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議事錄，台灣醫療改革基金會整理。

## 盧委員瑞芬會後書面意見

- 一、在協議預算 3.08 億元不變的情況下，目前執行目標設定 10 萬人與原先協商時預計的照護人數，38.5/20 萬人，差距甚大，在此情況下擬定的支付費用方式，若收支平衡，則會是支付費用加倍(價格\*數量=總費用)。請健保署說明，執行目標設為 10 萬人是因為實施時間最多僅剩 8 個月，所以下修人數？若是如此，則原先協議預算 3.08 億元，預計會用多少？若是擬用原先協議預算 3.08 億元收案 10 萬人，是否違反去年協商內容？
- 二、此案當時委員的諸多提問，主席以時間急迫，並未讓健保署回覆，並決議授權細節讓健保署與西醫基層協議，本委員以書面請健保署回覆委員的所有提問意見，如此委員才能充分瞭解最後執行方式及管理理念，亦有助於今年度協商所需的資訊。

## 滕委員西華會後書面意見

關於討論事項第一案，委員之詢問均為計畫執行重點疑問，因時間因素，健保署未及在會上回復，爰請健保署書面回覆，以利今年度總額協商。

- 一、每案評估及管理費最少可以領到 2,000 點，若加上所有獎勵費最高可以領到 3,450 點，加上診所獎勵每家 1 年可以領到 5,000~10,000 點，整個計畫的支付標準優於家醫計畫。家醫計畫個案管理費加上績效獎勵費才 800 點，另家醫計畫的獎勵評核指標有 26 項非常複雜，這個計畫只有 5 項指標，請見健保署說明為何選擇這 5 項指標且給付經費之依據。
- 二、獎勵費有納入戒菸、戒檳指標，大概有 800 元是由國健署另外支付，請說明本案國健署有無支付健保署代辦費或行管費？
- 三、本專案裡面檢驗檢查 640 點，或日後本專案衍生出的檢驗檢查費用，有無加入 5 月部分負擔調漲方案中併入檢驗部分負擔調整裡面的總金額中？或是另計？或是民眾不需要部分負擔？

- 四、本案一大部分要靠病人的努力，請問健保署有無考量訂定獎勵回饋被保險人的指標或方式？
- 五、請健保署說明如何檢核是因為什麼因素達成效果？
- (一)個別診所(醫師)跟病人個別訂定的目標值，可能有所差距，改善值下降的百分比也沒有最低下限的要求，所訂定的這些目標值各異，如何確認效果？健保署如何稽核或應否設定改善百分比的具體指標以為公平？
- (二)檢核指標如何鑑別或區分有已經用藥的病人和未曾用藥的病人的效果歸因？收到這個計畫裡面，如果降低用藥品項數或劑量，是否就是比較成功改善率的指標？
- (三)若病人同時使用自費減肥，如何排除或計算其他方式導致的指標效果？
- 六、請健保署說明何為「個案完整照護達成率」中「完整」的定義。
- 七、若收案病人家中因經濟弱勢而無法購買或沒有血壓計或量尺等設備，或無法填寫 722 表格，如何克服？或非本案收案對象？
- 八、請說明是否於進步獎勵的規範中訂定年度收案應該最少執行多少？領取獎勵費時，必須要至少收案幾個月以上？
- 九、請健保署應依據協商事項與年度執行時間比例與金額後，重新訂定本案執行最低服務人數，以符合本案的協商精神。

伍、討論事項第二案「解決民眾餘藥問題之策略與執行方式」(臨時提案第一案)與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請提案人黃委員金舜補充說明。

黃委員金舜

- 一、謝謝委員給我機會，台灣自從健保開辦以來，診療費在主要醫療費用占率從 42.3% 下降到 35.1%，藥費從 26.1% 上升到 28.9%，但藥價年年砍價，這表示民眾服藥的整體數量年年增加，在此也突顯許多問題，包含醫師源頭處方箋的開立、民眾服藥配合度以及剩餘藥物如何處理等問題。今天提出這項議案，則是希望針對餘藥利用問題進行處理，針對餘藥，我國目前最多也只是執行回收藥品，但回收藥品僅是處理餘藥問題的冰山一角，餘藥問題還包括釐清丟棄動機，分析、統整所有回收藥品及末端餘藥再利用。但我國後續也僅把回收藥品當一般廢棄物處理，不僅浪費，更是對環境造成汙染。
- 二、餘藥問題存在在每個國家，不可能完全根除，但是藥師公會全國聯合會觀察美國、日本等國家對此都沒有完善的政策，如：重複利用廢棄藥品、建立制度避免重複開藥，或民眾丟棄藥品前加以詢問並確定情況等，這些是健保永續發展的正確方向，我國應該加以執行。因此，藥師公會全國聯合會希望能與政府及各專業人士合作，全面盤點其他國家利用廢棄藥品的經驗提出我國可以執行的方式，並挑選適合區域進行試辦並滾動式修正。此外，也一併利用藥師專業，鼓勵藥師進入各場域針對正確用藥習慣進行宣導，預計舉辦約百場宣導講座或活動，以建立我國民眾正確用藥的觀念，從老到少讓我國在解決藥品問題及政策上更加完善，藥品的使用方式直接影響民眾及消費者權益，因此，藥師公會全國聯合會未來執行相關計畫，將邀請消費者文教基金會共同合作及指導。

周主任委員麗芳

現場舉手委員，依序為何委員語、陳委員秀熙、干委員文男，3位發言之後，再請參與視訊的委員發言。

何委員語

本案的用意構想很好，但是依法無據，以下幾點說明：

- 一、第 1 點，依據健保法規定，健保法沒有規定可以支付餘藥的錢，在總額協商也沒有法源依據可以編預算支付餘藥，違反健保法。
- 二、第 2 點，藥師公會全國聯合會應該先訂定法律規範，提立法院通過後，依法有據才能執行餘藥回收再利用，否則會變成偽藥，這是偽藥問題，不是正式藥品，我想法律已經明確規定，民眾不能將自己領取的藥品拿去賣，拿去賣是違法的，我們不能私下買賣藥品，這是偽藥問題。
- 三、第 3 點，藥師公會全國聯合會用心提出這個構想，如果要在醫療服務機構提供新的醫療服務項目，應先和健保署討論並提出可行的方案，讓健保署認同這個可行的方案，才能提到健保會討論。實際上，付費者不懂實務上醫療的作業程序及安全與否，我們完全不懂，本案的連署人不是藥廠從業人員，也不是賣藥的人員，他也不知道藥品有沒有被曝曬過、有沒有潮濕、有沒有過期等問題，當然過期與否可以看標示，但無法判別有沒有潮濕、曝曬的問題，所以這些藥品可不可以再回收利用是有疑慮的。
- 四、我認為本案用意構想很好，但沒有法源依據，也不符健保法規定，因此，我建議應該先和健保署討論如何減少用藥，至於餘藥回收再利用部分則涉及藥師法及藥事法相關法規，藥事法沒有任何規定回收餘藥可以再利用，這是違法行為。雖然本案有幾位委員熱心的連署，但我認為本案擱置，建議先立法，可以和健保署共同討論立法事宜，以上是我的建議。

周主任委員麗芳

請陳委員秀熙。

陳委員秀熙

- 一、本案立意很好，我從國際觀點向跟大家說明為什麼餘藥處理很重要，現在全世界都很關心這個議題。餘藥處理影響層面很廣泛，如果沒有完善處理，經過排水系統等回到動物身上會產生抗藥性的問題，這也是世界各國處理 One Health(健康一體)時面臨的重要議題。整體而言，餘藥問題很重要，除了剛才何委員語所提的法律問題外，應該是衛福部層次要來處理台灣剩餘藥物要如何處理，世界各國及 WHO(World Health Organization，世界衛生組織)處理 One Health 時也是遇到抗藥性的問題。
- 二、藥師公會全國聯合會提出本案具有前瞻性，但以全盤處理的方式部分，建議由衛福部、食藥署及藥師公會全國聯合會共同研議並提出完整方案，因為用藥問題處理，除了法律之外，需要釐清藥品直接丟掉、或有不同使用等情形，世界各國面臨同樣的問題，像台灣抗生素抗藥性也是一大問題，以上說明提供提案人參考。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、我是連署人之一，但我不是藥物專業人士。印象每年 12 月委員會議都會討論「全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，都會提到如何減少浪費，甚至這次部分負擔調整也提到用藥浪費的問題。這個問題已經提過 N 次，也提了 N 年，到現在都沒有具體解決方案，也沒有哪個單位有熱忱提出解決辦法。

二、雖然本案還有 2 個問題需要處理，1 個是沒有法源依據需要立法，另 1 個是回收後藥物能否再利用涉及安全等專業的問題。藥師公會全國聯合會提出本案，希望能和健保署、食藥署共同討論如何處理餘藥的問題，立意良好。否則藥品丟在土地上造成土地汙染，丟在水源造成水源汙染，這是對的嗎？起碼現在有相關單位願意提出解決民眾餘藥問題處理，方向非常好，應該用這個立場來看待。

三、至於餘藥如何處理涉及專業，我想提出疑義這個人不是這方面的專業，我對這個議題也不內行，但是藥師公會全國聯合會敢提出來和敢負責任是值得肯定的。要不然這 10 年、20 年沒有相關單位處理民眾餘藥問題，難道健保署、食藥署、衛福部都沒看到這個問題嗎？當然有啊！但既然看到、也聽到了，卻沒有人處理。我想用藥浪費涉及層面很廣，希望權責單位應該研究，找出可行的解決方法。

周主任委員麗芳

請陳委員石池。

陳委員石池

主席、各位委員大家午安，有聽到聲音嗎？

周主任委員麗芳

陳委員您的聲音可以再大聲一點嗎？

陳委員石池

一、感謝藥師公會全國聯合會提出本案，讓大家正視這個議題，不過餘藥問題不是那麼簡單，有些藥品有過期、變質的情形不見得可以再回收再利用，所以我很同意剛才陳委員秀熙所提意見回收才是重點，關鍵是醫界要減少開藥。

二、上午討論 112 年度總額範圍(草案)諮詢案時，健保署提出減少重複用藥的措施具有成效，但 109、110 年重複用藥費用略微增加情形，我想減少重複用藥需要醫界、民眾、藥師共同努力

才能達到這個目標，醫界要減少開藥給病患使用，藥師告訴病患正確用藥知識，病患按照正確方式服用，這樣才會減少餘藥的問題。

三、我想這不是藥師公會全國聯合會就可以解決的，但是他提出這問題，政府單位也應該正視，建議邀請醫界、社會人士、藥界等相關團體共同討論，才能解決這個問題。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

一、我的意見和前面幾位委員所提意見大致相同，肯定藥師公會全國聯合會提出本案，但所提的擬辦建請由健保署及藥師公會全國聯合會擬訂執行策略與施行方式之相關計畫部分，我個人覺得由健保署及藥師公會全國聯合會來擬訂可能也無法解決，餘藥再利用涉及 TFDA(Taiwan Food and Drug Administration, 臺灣食品藥物管理署，簡稱食藥署)權責，還有剛才何委員語提到法律部分。此外，如何減少藥品開立的事情涉及西醫基層及醫院 2 個單位。

二、我覺得要提高到政府單位層次，由衛福部正視這個問題並統籌處理，邀請 TFDA、健保署及公學協會等單位共同研議、提出解決方案較為妥適才能處理，如果只由健保署及藥師公會全國聯合會擬訂解決方案的話，因為不是健保署權責也無法處理，或處理的效果也有限，所以我建議委員會議的決議，第 1 點是肯定藥師公會全國聯合會的提案。第 2 點本案移請衛福部統籌各司署及各公學協會共同研處。

周主任委員麗芳

請劉委員國隆。



## 劉委員國隆

- 一、其實餘藥問題有部分是因為藥物浪費，也有重複使用等因素造成，所以需要解決餘藥問題。我非常讚嘆藥師公會全國聯合會勇於提出本案，我們也能共同連署，但不能因為開藥出去了，卻沒有餘藥的對應處理原則。
- 二、剛才何委員語講得非常對，需要立法訂定如何處理餘藥，我想需要由衛福部處理，不只是健保署，甚至食藥署也要有所作為。健保會提案有啟動、提醒或壓力的效果，讓衛福部瞭解這個議題的重要性，所以才會連署提出本案，希望大家好好面對餘藥問題，希望未來這1年能提出可行的解決方式。

## 周主任委員麗芳

再請提案人黃委員金舜發言。

## 黃委員金舜

- 一、感謝給黃金舜第2次發言的機會。非常感謝所有委員對本案的支持與肯定，剛才何委員語擔憂藥物回收後再利用部分，我在這邊回應，日本做法是針對個人的殘藥回收，病人回診醫師又開同樣的藥，才有餘藥回收。其他部分涉及個人保管問題，國外做法是其他人的藥品是不能回收，以上說明。
- 二、如果大家同意藥師公會全國聯合會所提建議，希望衛福部、健保署及藥師公會全國聯合會3個單位共同研商，廣納大家專業意見，讓藥師公會全國聯合會對於本案以小規模進行試辦計畫。

## 周主任委員麗芳

請何委員語。

## 何委員語

- 一、對本案進行第2次發言。我還是從法律觀點切入，本案涉及藥事法，藥事法沒有藥物回收再利用的相關條文，健保法也沒有

規定健保費可以支付餘藥費用等，完全沒有，完全沒有法源依據，怎麼做回收呢，這是第 1 點。

二、第 2 點，剛才提案人提到日本的經驗，但提案內容卻沒有具體辦法，我們也不知道什麼具體辦法，所以我認為本案決議，移請衛福部食藥署處理，補充資料之本會補充說明也很清楚，這是食藥署權責，本案就移請衛福部食藥署及健保署提出立法程序，以重視餘藥回收再利用的問題。我們不是說提案內容不好，不是這樣的，我也知道丟棄藥品可能造成水、土地、空氣污染等，大家都懂，但現在的問題在於需要有法源依據才能做餘藥回收再利用。因為提案只寫解決民眾餘藥問題之策略與執行方式，但提案內容卻沒有執行方式或計畫內容，只提到國外的做法和經驗，參考國外經驗作為借鏡也沒有錯，但是要先立法，立法後才能擬訂執行方案。

三、我贊成餘藥再回收，至於能不能再利用需要請專家、藥廠及醫師等專家提供意見，不是由付費者判斷餘藥可回收或能否再利用，坦白講，我們沒有這麼專業，所以建議本案移請衛福部食藥署、健保署提出，並請政府先行立法，有法源依據後才能執行，若沒有法源依據的話涉及偽藥的問題。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

我想藥師公會全國聯合會提出本案是根據每年 12 月份委員會議檢討藥品浪費而衍生出來，過去曾建議藥師要多做些努力來改善，並宣導民眾正確用藥，他們也欣然接受相關的建議才會提出這個提案。另外，餘藥問題所造成的環境污染，這和環保署有關，我也同意剛才何委員語所提的建議，請衛福部食藥署和相關單位處理，我不曉得涉及哪些單位，需要邀請相關單位共同研究及提出真正解決方案，不然造成醫療資源浪費，也造成環境污染等問題。最後，提

到需要立法部分，應該是衛福部的權責，建議如果涉及立法部分請提出法案規定，該怎麼做就怎麼做，由衛福部統籌處理。

周主任委員麗芳

我們還是非常肯定提案人黃委員金舜的用心，本案決議，本會肯定提案人及委員關心民眾餘藥處理之用藥安全事宜，所提意見送請權責機關食藥署參考。再次謝謝黃委員金舜及所有連署委員，接下來進行下一案。

千委員文男

好像權責機關漏了衛福部，這樣好像衛福部都沒事？

周主任委員麗芳

本案的權責機關是食藥署...(黃委員金舜於線上舉手)，請黃委員金舜。

黃委員金舜

我們提案的擬辦是請健保署與藥師公會全國聯合會擬訂執行策略與施行方式之相關計畫，我認為健保署應該也要參與吧？

周主任委員麗芳

食藥署會負責召集，因為本案權責機關為食藥署，我們先送請食藥署參考，當然藥師公會全國聯合會也可以跟權責機關再進一步溝通，請權責機關邀請健保署，甚至也可以一起邀請其他單位參與。本案就先送請權責機關食藥署參考，請問黃委員金舜，這樣可以嗎？

黃委員金舜

好啦！好啦！

周主任委員麗芳

接下來進行下討論事項第三案。

陸、討論事項第三案「為確保 111 年 5 月 15 日公告實施之「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」之執行成效與確實保障民眾就醫權益，健保署應提出相關配套措施，並定期於本會提出監測報告」(臨時提案第二案)與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請請提案人劉委員淑瓊或滕委員西華補充說明。

劉委員淑瓊

十分感謝這麼多委員一起來支持及連署這個案子，這反映出大家對於這個提案有共識，衛福部現在已經決定要從 5 月 15 日開始實施調漲部分負擔，我跟滕委員西華提出這個提案的主要目的是要求政府本於民主政治的課責精神，決策者要對政策的「結果」負責。我們基本上要求 2 件事情，第 1 點，針對健保會委員在歷次會議表達的疑慮及提出的建議，健保署要能在 5 月份健保會委員會議中提出完整配套措施，這也是部長與付費者代表見面時所給的承諾。第 2 點，根據健保署所提方案中提到 4 個政策效益及 5 大現象，我們建議應該要訂定監測指標，而且要定期來跟健保會委員以及社會大眾報告，且至少要追蹤 5 個完整的年度；至於沒有達成成效的部分，也應該要說明如何來改善及執行。因為這一次部分負擔的調整是把財務責任完全放在付費者，也就是民眾的身上，政府絕對有責任來監測。我先做以上說明，接下來請我的共同提案人滕委員西華說明。

周主任委員麗芳

請滕委員西華說明。

滕委員西華

一、請參閱會議補充資料 2 之第 75 頁說明一提到的 5 大現象，事實上我個人，或其他委員都有提到，我們不見得都同意健保署

把這 5 大現象做為調整部分負擔的歸責，比如說「病人不珍惜藥品資源」，這可能是過度臆測；比如說「藥費占所有醫療費用約 29%且成長幅度高」，可能是因為這幾年新藥都很貴；至於「醫學中心及區域醫院一般藥品費用高於社區醫院及基層診所」，那是因為醫學中心、區域醫院使用較多原廠藥，且病人病情嚴重程度較高；至於「檢驗(查)占所有醫療費用約 13%且費用逐年成長」，可能是診斷治療需依賴檢驗(查)，或是新增檢驗(查)支付標準變多或變貴；至於輕症急診就醫的部分，即使在醫學中心，永遠不可能完全避免。如果健保署要證明這 5 大現象是對的，如果要反駁我們剛才提出的論點，健保署當然要提出一些監測的指標，來證明調升部分負擔確實足以改善這 5 大現象，或是足以反駁剛才我們提出來的論點。

二、在 4 大效益的部分也是一樣，1 個政策的實施或改革，不應該只是從民眾口袋拿錢，政府應該告訴我們投入多少錢、人力、物力去提升民眾意識，如何去引導民眾正確就醫，如何去改善不必要的醫療浪費，如何去達到醫病共享決策，而不是只是去跟病人收錢。此外，這些政策要如何回應風險或副作用，比如說民眾因為部分負擔調漲，會不會讓小病等成大病，或者是我們之前研擬提案時，劉委員淑瓊或很多委員有提到，相對重症的病人中，如果有一些經濟弱勢或邊緣戶的部分，會不會造成他們沒有辦法到醫學中心就醫，要如何保障他們的就醫權益。或是會不會有相對重症的病人，由基層院所上轉後，在 1 個月內或一定療程結束後，沒有辦法轉回基層院所就醫，比如說癌症、罕病，或是一部分的重大傷病病人，這些病人都會被持續加收部分負擔。

三、當然相關監測指標的訂定，都是為了因應總額協商，去驗證成效，及設立風險管理與停損的一些機制，所以我們也不自己提這些監測指標，應該由健保署去跟醫界討論，或健保會幕僚也可以提意見，共同提出監測指標，並提到本會來報告。

四、最後一點，提案裡面雖然沒有寫，但其實這也是部長承諾付費者代表的部分，比如檢傷分類第4級到第5級之急診部分負擔要漲到600~800元，其實負擔很重，民眾單次的就醫費用，包含掛號費可能就破千元，所以部長承諾付費者代表，如果在夜間或是假日沒有門診時段，考慮不調高檢傷分類第4級到第5級之急診部分負擔，但在這次公告的內容也沒有提到，那健保愛心專戶要怎麼應用，在公告內容中也沒有提到。雖然5月15日已經要開始實施，但我認為比較負責任的作法是，健保署至少要在5月底前把相關的配套措施及監測指標提到本會報告，以上補充說明。

周主任委員麗芳

非常感謝本案提案委員及連署委員，相信在座的委員對於本案都相當肯定及支持，先請健保署針對委員提案內容說明能否做到、如何做到。請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

- 一、非常謝謝各位委員關心這個政策實施後的效果，這個提案有提出幾個要求，包括：監測指標的訂定、邊緣戶的保障配套措施、定期提出評估報告等，我想這些都是健保署應該做的。
- 二、有關邊緣戶的保障部分，提案人建議健保署於5月份委員會議提出報告，健保署就按照今天的決議來報告。另外有關訂定監測指標及定期提報評估報告部分，確實也都很重要，提案的擬辦建議健保署於8月、12月提出執行狀況報告，但因部分負擔調整其實是5月15日才開始實施，而資料蒐集實際上會落後幾個月，所以8月份健保署其實還沒有太多資料可以報告，我可否建議讓健保署於8月份前提出監測指標，年底前提出評估報告，這樣大家才可以看出執行的全貌，甚至到年底，說不定連半年的資料都還看不到，但是因為實施的初期，大家都非常關心，是不是可以依以上建議的方式來處理，這樣大家就可以共同來看政策實施的效果。

周主任委員麗芳

一、因為後續還有 2 個報告案要進行，剛才健保署也表示可以來配合辦理，只是建議時程略為調整，如果大家都能接受健保署的建議方式，預作本案決議：

(一)為確保部分負擔執行成效及民眾就醫權益，請健保署辦理下列事項：

1.於本年 8 月份委員會議提出部分負擔調整案實施後政策效益及其改善醫療資源合理利用之監測指標，與保障經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施。

2.本年 12 月向本會提出前述政策效益及其改善醫療資源合理利用監測執行結果與改善策略檢討報告。

(二)委員所提意見，送請健保署參考。

二、目前線上還有委員要發言，請陳委員石池。

陳委員石池

我想肯定劉委員淑瓊及滕委員西華提出本案，我想這個案子確實需要持續的關注，但是我希望在監測指標中可以加入民眾以及醫界對這個政策的滿意度，因為之前醫界也曾提出對於檢驗(查)部分負擔退費的流程感到憂心，是否請健保署於 5 月份報告配套措施時一併提出明確的退費流程，讓大家都能夠放心。

周主任委員麗芳

請吳委員鴻來。

吳委員鴻來

一、針對本案，我希望尤其在檢驗(查)部分能有更詳盡的分析，因為之前健保署提供的試算，顯示可能有將近 50 萬人 1 年支出會超過 3,000 元以上，但是 3,000 元以上這個金額到底有多大，我其實是有點擔心，尤其是一些多重共病的病人，因為我之前也常聽到健保署強調重大傷病病人有免部分負擔，可是重大傷病病人其實有很多共病的情形，常需要去看不同的科別，如果

不是因重大傷病相關診斷的就醫，其實還是和一般民眾一樣，並沒有任何的優待，因此希望健保署能有更詳細的分析。

二、我也希望關於邊緣戶等等的相關補助，健保署能趕快去做，因為目前我國低收入戶的審核真的是相當嚴格，所以真的也是會擔心部分負擔的調整對這些經濟弱勢民眾有比較大的衝擊，希望這個部分健保署要趕快做。

三、另外，補充一下，因為前面提到檢驗(查)的部分負擔費用，我也想再提到，這些林林總總的部分負擔項目加起來，未來是不是有可能研議類似健保法第 47 條規定住院部分負擔訂有 1 個年度上限金額，是否這些相關的部分負擔也可以訂有年度上限金額，雖然這個可能涉及未來修法，我仍然希望能有一些方法來保障經濟弱勢民眾，不要讓他們受到太多影響。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

剛才蔡副署長淑鈴也承諾健保署會做 1 個指標監測與成果的報告，我建議健保署在評估成效的時候，應該要考量健保法第 43 條規定，因為現在公告的部分負擔調整內容，其實是 1 個過渡的方案，與健保法第 43 條規定其實還是有一些差距，所以我們在這個過渡期間，除了評估執行成效外，也應思考如何逐步落實健保法第 43 條的規定，因此，我希望健保署在年底報告時，也要把相關實施策略一併納入。

周主任委員麗芳

如果各位委員同意，本案有 2 個執行的時間點，一是健保署 8 月份要提出監測指標及配套措施...(盧委員瑞芬舉手)，請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

主席，我記得我剛才聽到蔡副署長淑鈴的發言是同意 5 月底前提出監測指標，但是 8 月份不做報告，因為本來提案是建議 8 月及 12



月做報告，但因為需要蒐集資料，蔡副署長淑鈴承諾 12 月報告即可，但是監測指標的部分，我聽到蔡副署長淑鈴承諾願意在 5 月份提出。

劉委員淑瓊

主席，我剛才聽到的也是蔡副署長淑鈴承諾在 5 月的時候提出監測指標及邊緣戶保障配套措施，因為政策即將上路，相關保障措施的實施及監測指標的設計有時效性...(蔡副署長淑鈴表示要補充說明)。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴說明，因為要以健保署能配合的時間為主。

蔡副署長淑鈴

- 一、我剛才的說明是，因為現在大家對於邊緣戶的保障非常關心，所以提案的擬辦是希望健保署 5 月能先提邊緣戶的保障，讓大家能夠放心，包括：邊緣戶的愛心基金保障或是菸捐的保障等作業規定，這是大家希望早一點關心的部分。另外，其實陳委員石池剛才所提退費的流程，應該也涵蓋在配套措施的範圍內，這部分我覺得健保署 5 月可以來報告。
- 二、至於監測指標的訂定以及評估報告的部分，剛才委員也有針對監測指標的訂定及評估報告的內容提出建議，這個我們都會錄案辦理，只是我剛才的建議是 8 月份提出監測指標，12 月份提出評估報告，因為評估報告需要有數據，在資料蒐集落後的情形下，即使到 12 月，也不見得有半年的資料可以進行評估，所以大家要看到 1 個完整的評估報告，8 月份太早，所以我建議是不是可以在 12 月第 1 次提出評估報告，以上是我的建議。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

謝謝蔡副署長淑鈴的說明，有關配套措施的部分，確實大家都很關心，就是在5月份來提出。另外有關監測指標的部分，我們能否折衷一下提前到6月份提出，因為監測指標的訂定其實蠻關鍵的，必須訂好指標，健保署才能去統整資料，如果指標沒有訂定，12月要報告當然就資料不全或因資料期程過短尚不足以看到全貌，因此這點要特別請蔡副署長淑鈴費心。

蔡副署長淑鈴

健保署會儘可能提早提出監測指標，但是也要有思考時間，所以先...

劉委員淑瓊

對不起，我再講一句話，不好意思插話...(滕委員西華於線上開啟麥克風發言)。

周主任委員麗芳

請問滕委員西華要發言嗎？

滕委員西華

對，我也支持如果健保署5月份提不出監測指標，最晚應於6月底前提出，不然7月底評核的時候評核委員、付費者代表要看什麼資料？何況是健保署如果於6月提出監測指標，可能健保會委員還有修正的建議，這些修正建議萬一還要再修正及確認，可能7月份才能定案，如果還要再修正又要拖到8月份，就太晚了！原本我們是希望5月底可以提出監測指標，因為至少6月份還有相關修正作業的時間，7月評核會還可以看到健保署提出來的報告，讓所有委員可以參考，拖到8月真的太晚了！因此，還是請健保署多努力一下，因為你跟民眾收費都收得很快，民眾完全沒有喘息的時間，你馬上就收錢了，所以監測指標也應該要請健保署辛苦一點，趕快定案及上路。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

我呼應滕委員西華的意見，因為監測指標的訂定確實非常關鍵，按照薛次長瑞元在3月15日召開的「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)擬訂方向會議」做的決議，以同樣的邏輯，理論上健保署在提出調漲部分負擔方案的同時，就應該把關鍵績效指標都訂好，不是嗎？所以我們期待健保署在6月份提出監測指標，我認為這時點應該是合理的，不然我們12月可能看不到任何有意義的資料。

周主任委員麗芳

我修正本案2個執行時點，一是本年6月份委員會議提出部分負擔調整案實施後政策效益及其改善醫療資源合理利用之監測指標，與保障經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施，這是6月份...

劉委員淑瓊

主席，這應該是5月份要提出的內容。

周主任委員麗芳

因為剛才我們把訂定監測指標提前到6月份，所以要不要讓配套措施在6月份一起來做報告？

劉委員淑瓊

主席，對不起，我稍微講一下，我們開這個會開到2點，大家都很累，但是請不要再讓委員們還要很聚精會神地聽主席下決議。我再講一次，剛剛是確定5月份提出配套措施...

周主任委員麗芳

一、我知道，本來是想折衷一下，讓健保署把監測指標及配套措施一起於6月份提出報告，如果委員們覺得這樣不妥，那就按照委員剛才所提意見，請健保署於5月份針對邊緣戶等弱勢民眾就醫權益提出配套措施，6月份提出監測指標及其他配套措

施，最後於今年年底提出後續執行監測結果與檢討報告，以上3個時間點確認。

二、接下來請進行報告事項第一案。

盧委員瑞芬會後書面意見

有關臨時提案第二案，我表達支持之意。部分負擔的實施，主要強調其會提升民眾成本意識，降低道德危害的程度(即減少因經濟誘因所導致的過度使用)。評估部分負擔效應的實證分析，一向很重視對經濟弱勢的衝擊(這應是部分負擔較嚴重的副作用)。但健保署此次部分負擔新制，亦很強調分級醫療的政策目標，以轉診與否決定部分負擔的高低，所以更令人關心對經濟弱勢族群的影響。貧病一向有強烈相關性，健保署針對新制的成效評估，相關配套及檢測目標，務必將經濟弱勢族群納入考量。

柒、報告事項第一案「中央健康保險署『111年3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

本案本次提供書面資料，不進行口頭報告，若委員有意見，請以書面方式提供，本會將請健保署針對委員所提意見逐一回復。請問委員是否同意？請干委員文男。

干委員文男

有關保險對象轉換投保單位的問題，建議健保署應該恢復以往的作法，將轉出人的勞健保雙聯單提供給原投保單位，否則原投保單位會不知道保險對象已經轉出，造成重複繳交勞健保費。舉例來說，最近發生保險對象入矯正機關服刑，其投保單位轉出至矯正機關，健保費依法由政府負擔，但因作業問題，其原投保單位或家屬可能不知道他入獄，勞健保已轉出，後續衍生勞健保重複投保、重複繳費的問題，雖然健保費重複繳納的部分，健保署會予以退費，然而勞保費繳交後，不論何種原因勞保局都不會退費，就衍生許多保險對象與投保單位或勞保局的法院訴訟，目前已經聽過5、6件。因此，仍請健保署幫忙，像以前一樣將勞健保轉出雙聯單提供原投保單位，這樣可以避免工會衍生後續法院訴訟的問題，謝謝。

周主任委員麗芳

請健保署書面回復，也懇請其他委員如要再發言，請提書面意見，因為還有1個重要的案子要討論，接下來進行報告事項第二案。

李委員永振書面意見

針對「本會重要業務報告」，本人有一點感受，一點請教：

一、感受部分：每次在考量擬解除追蹤項目涉及本議題時，總是百感交集！辦理過程似乎完備，但委員所提意見，或被選擇性回復，或答非所問，甚至沒有下文，感覺委員被賦予之監理職權被敷衍，健保會同仁要徹底追也很辛苦！例如上次會議本人曾

請教 1~2 月保費高成長原因，未見明確說明，僅在 111 年 3 月份全民健康保險業務執行報告第 13 頁備註 5.(1)提及 1~3 月更高的 8.59%成長，除基本工資調漲，增了 1 項補充保費增加，經計算成長 8.5%，約增加 150 億元保費，其中基本工資調漲約 15 億元，即剩餘之 135 億元都是補充保費增加？未見交待！另依法應公告的平均眷口數已請教了半年，仍找不到答案，請主席協助如何妥善處理這些現象。

二、請教部分：依 111 年 3 月份全民健康保險業務執行報告所附 A4 單張資料，檢視表 1，110 年醫療給付點數約 10.5 億點，其中投保第 2、3、5 類之理賠給付率皆超過 100%，分別為 110.62%、112.38%、142.95%；檢視表 2：110 年醫療給付點數約 50.9 億點，其中投保第 2、3 類之理賠給付率亦均超過 100%，各為 128.87%、118.22%，另 2 表中之眷屬理賠給付率，除表 2 外籍人士第 1 類為 92.5%外，均超過 100%，2 表之眷屬合計也都超過 100%，請說明原因及改善措施。

捌、報告事項第二案「110 年度全民健康保險基金附屬單位決算及  
112 年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案」與會人員發言  
實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

各位委員應該相當熟悉本案，所以先暫時不報告。本案每年會討論 1 次，依過去的經驗，過去幾年均不予備查。若本案不予備查的話，不知道健保署有什麼意見要表達？

蔡副署長淑鈴

本案還沒有討論，還沒有結論。

周主任委員麗芳

我知道，因為過去幾年都是先不予備查，不知道有沒有委員有反對意見？請翁委員燕雪。

翁委員燕雪

一、我是本屆的新委員，就我所瞭解，以前不予備查可能和政府負擔 36% 有關，早上李委員永振就我對政府負擔 36% 的說明，有再提幾點意見，剛好趁此機會，我來回應一下，像剛剛委員提到的，是因為這麼多年以來一直弄不清楚，不是他們一直要糾結。

(一)第 1 點，何委員語提到法定下限 36%，既然是下限，政府也可以負擔 40%，甚至有委員說可以負擔 50%。因為本會也有委員是法律專家，如果我講得不對，也可以糾正我。從法條來看，法律明文規定，政府應該負擔的比率，如果計算出來是 40%，政府就是要負擔 40%，但是如果計算出來只有 33%，依法政府就要編列預算撥補至 36%，法定下限的意義是這樣的，所以健保法第 3 條第 2 項規定，若政府負擔不足 36%，要補足差額。法定下限的意義是這樣的，不是無限上綱，若是如此政府也可以負擔 99%，甚至

100%。就我對法律規定政府負擔 36%的理解是，法明文規定，計算出來政府應負擔多少比率，若高於 36%，政府就是負擔那麼多，若低於 36%，要補差額到 36%。

(二)第 2 點，李委員永振提到，我們違反健保法第 76 條提列安全準備的問題，第 76 條規定的安全準備來源有哪幾項呢？第 1 項第 1 款是健保每年度收支之結餘，當收入小於支出時，沒有結餘，不可能提列安全準備。但這樣就都完全沒有提列安全準備嗎？不是。因為每年會從菸品健康福利捐、公益彩券盈餘撥進來，所以每年都有提列安全準備。我提供建議供健保署參考，李委員永振常常提到，健保署製作的「全民健康保險安全準備提列情形表」，算出來的安全準備是 minus(負數)，其實那個 minus 是淨額的表達方式，建議以後可把那個欄位改成 2 欄。安全準備有 1 進、1 出，進項就是剛剛提到的菸品健康福利捐、滯納金、公益彩券盈餘；出項就是用以彌補虧損的項目，用這種呈現方式，就會很清楚看出，實際上，每年都有提列安全準備。

(三)第 3 點，李委員永振提到，我們的算法違反健保法第 27 條？因為他沒講清楚，不知道我們違反哪個規定？針對早上李委員永振提的幾個問題，作以上答覆。

二、至於健保會要不要為預決算背書，我是尊重的，但如果是因為政府負擔法定下限 36%，我們是可以討論目前這個決算有沒有問題。政府的決算是送給審計部審查，審計部審定後就定案了，會計人員和政府機關就把財務責任卸下了，所以健保會要不要幫預決算背書，不會影響它的結果，但如果是因為負責的態度，不想幫他們背書，我也予以尊重，這是決算的部分。

三、預算的部分，請參閱會議資料第 102 頁，本會補充說明一，依健保法施行細則第 3 條規定，健保署於 3 月 21 日將「112 年度全民健康保險基金附屬單位預算」函送健保會備查。但以主計總處籌編預算的程序，在 3 月份時，還在機關內部的籌編階



段，送這個預算案過來，也不是將來要送給立法院審查，也不是最後的審定結果，這個時間點，健保署送來了，但這是 1 個不成熟的預算案，我不知道備查這樣的預算案有什麼意義？我不知道這個時間是不是已經訂死了，如果沒有，我建議可以思考一下。

周主任委員麗芳

接下來請李委員永振，因為這間會議室下午 2 點以後，還有其他單位要使用，所以拜託掌握時間。

李委員永振

- 一、感謝健保署回應上個月我的提問，針對本案，請參閱會議資料第 60 頁，有關健保署 112 年度預算案、110 年度決算之編列基礎，與往年大致相同。早上針對一直爭執的問題點，我應該有詳細地說明了。在 106 年時，本會對本案已經有詳細討論，既然過去 4 年都決定不予備查，基於本會一致的立場，應該還是採不予備查。
- 二、就翁委員燕雪的回應，我稍作說明，雖然這些都了無新意，都談了 5~6 年，但剛翁委員燕雪提到，她第 1 次參加，所以就再說明一下：
  - (一)第 1 個，健保法施行細則第 45 條違反健保法第 27 條，因為健保法第 27 條很明確規範所有類別的被保險人保險費負擔，當他們繳費後，例如補助原住民健保費，若按健保法第 27 條的精神，這是社會福利的預算，但保費是被保險人繳納的，怎麼能算是政府繳的呢？不能 1 頭牛剝 2 次皮，所以健保法施行細則第 45 條是違反健保法第 27 條。若是要這樣適用也可以，就修訂健保法第 27 條，這個商司長東福也很清楚，他都已經不願跟我講了。
  - (二)當時在解釋健保法第 76 條(註)時，將第 1 項、第 2 項混在一起，第 1 項是安全準備的來源，剛翁委員燕雪提到，第 1 項第 1 款，若是健保收支短絀的話，其金額是 0 元，但還

有其他各款的安全準備來源，所以早上我提到，其他各款的安全準備來源加起來還有 170.93 億元，這是要提存安全準備的。但有沒有扣掉菸品福利捐？有，後面有扣掉法定收入約 124.74 億元。但是收支結餘不能用負數去帶，因為這樣會把第 76 條第 2 項混到第 1 項。按第 2 項規定，若健保年度收支發生短絀時，由安全準備先行填補，我們也這樣做啊，但第 2 項與安全準備的提存無關，就是第 1 項各款的安全準備應該要提存放到池子裡，當不夠時，再從池子把它掏出來，但不能跟第 1 項的保險收支短絀相抵。現在變成要提存的沒提，直接帶進去，就相差約 300 多億元，所以乘以 36%，政府就會少負擔約 125 億元，6 年就是少負擔約 920 億元，早上也提到，如果不相抵，明年應該不用調整保費。

[註：健保法第 76 條規定，本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：

- 一、本保險每年度收支之結餘。
- 二、本保險之滯納金。
- 三、本保險安全準備所運用之收益。
- 四、政府已開徵之菸、酒健康福利捐。
- 五、依其他法令規定之收入。

本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。]

周主任委員麗芳

非常謝謝李委員永振和翁委員燕雪。本案不予備查，請問有沒有臨時提案？因為今天有 3 個臨時...

劉委員淑瓊

主席，對不起，剛我和滕委員西華的提案中，有 1 項好像沒有在主席的決議聽到，所以想要確認。除剛剛那幾項之外，還提到 112 年起，每半年追蹤 1 次，至少追蹤 5 個完整年度，每年度第 4 季提出下 1 年度的施政規劃，因為很多政策僅有短期效益，但是長期是無效的，所以定期追蹤政策成效非常重要。

周主任委員麗芳

好，就是 112 年起，每半年定期追蹤。因為今天有 3 個臨時提出的案子，為掌握時間，所以很抱歉，主席要扮演黑臉，讓大家的發言時間縮短一點，如果有一些冒犯的地方，還請見諒。今天會議進行到這邊結束，謝謝大家。

檔 號:  
保存年限:

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140  
號  
聯絡人：吳葳  
聯絡電話：02-27065866 分機：2531  
傳真：02-27029964  
電子郵件：a111158@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年4月20日  
發文字號：健保企字第1110680332號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主旨：有關貴會原訂於花蓮召開111年第5屆本年第4次委員會議，改於本年4月21日(星期四)於衛生福利部召開，本署李伯璋署長不克出席，已指定由本署蔡淑鈴副署長代表，請查照。

正本：衛生福利部全民健康保險會  
副本：本署企劃組、本署蔡副署長室



111.04.20



1113340081



## 台灣醫院協會 Taiwan Hospital Association

台北縣淡水鎮251中正東路二段29-5號25樓

25F, No.29-5, Section 2, Chong Cheng East Road, Danshuei Township, Taipei County, 251, Taiwan.

Tel: 886-2-28083300 Fax: 886-2-28083304 Web: www.hatw.org.tw E-Mail: hatw@hatw.org.tw

### Taiwan Hospital Association

## 擬就衛福部社保司所擬 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍 嚴正表達抗議及反對意見

依據衛生福利部全民健康保險會 111 年 4 月議程補充資料 2 資料所示，社保司擬提送行政院國家發展委員會有關「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍擬訂說明」，針對部分內容顯有缺失，且未經與各部門總額執行單位商議，逕自決定執行，台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會及中華民國私立醫療院所協會等協會聯合嚴正表達抗議及反對意見。

- 一、111 年 3 月 15 日社保司所召開之 112 年總額擬訂方向會議，僅就 112 年政策方向進行說明，另就總額基期計算公式進行初步討論，其中就投保人口結構改變對醫療費用之影響率由人數百分比擬調為實際總人數、非協商因素之醫療服務成本指數改變率由原非協商調為協商因素等項，經激烈溝通未達共識，應續維持原計算方式執行，本會、中華民國私立醫療院所協會及醫師公會全國聯合會皆分別 111 年 3 月 29 日、28 日及 4 月 14 日以院協健字第 1110200164 號、私立醫協會字第 0000111021 號及全醫聯字第 1110001408 號函表達就公式修正不適之意，合先敘明。
- 二、社保司就 112 年總額基期建議減列採以淨值計算，其中諸多內容實屬不當，應立即修正，以維各總額部門運行順暢之權益，確保國人就醫權益之維持及健保永續經營，其爭議分述如下：
  - (1) 參據社保司所提 110 年初成立之「總額範圍擬訂公式檢討工作小組」建議，給付支付改善成效回饋款應於基期扣減並將於 112 年度總額基期進行處理。依據歷年健保會總額基期協商及計算原則，醫療一般費用已就未執行額度進行扣減作業，且行之多年，依據社保司所擬 112 年總額基期扣除 110 年未執行額度扣減及未導入預算扣減部分，基期淨額係以各總額部門各項專項 107-109 年 3 年平均執行率及 110 年預算數估計，顯示社保司就總額基期之計算與實務運作的未深透研究及了解。
  - (2) 各部門一般服務預算於年度協商之際，早就扣減前一年未導入之預算及未執行之額度，112 年總額基期扣除 110 年未執額度，明顯是一帳兩扣，重複扣減。
  - (3) 各部門之專款專用項目，多數為配合國家衛生政策指示，確保執行內容而設，採零

基預算，費用部分採獨立計算並沒有併入基期之中，主張由基期減列未用罄之預算，顯示對零基預算設計精神的不了解，減列專款專用預算額度，勢將造成各部門僅可就有限資源提供服務或無法執行之窘境，請慎思。

(4) 政策所減省費用應列為總額減項或節流效益回饋減列基期(如：藥品給付管理協議 MEA、雲端藥歷、檢查(驗)結果上傳及管理、C 肝新藥等)，明顯違反信賴保護原則

A. 藥品給付管理協議 MEA 或 PVA：依據健保會(107.03.23)第2次委員會議決議中央健康保險署所提有關藥品價量協議回收金額處理方式，改為撥付醫療費用之一部分，預計將略提升各總額一般服務點值，健保會委員意見提供健保署參考，本案現行已採健保署建議撥付醫療費用，今再行要求基期減列，違反行政程序法之信賴保護原則。查據健保會(107.10.26)決議事項辦理情形：衛福部發佈(依據衛生福利部107年6月8日1070035141號簽核定)：新增藥品給付協議之返還金額併入各總額醫療費用結算。

B. 雲端藥歷、檢查(驗)結果上傳：醫院部門配合健保政策努力推行雲端藥歷及檢查(驗)結果上傳作業，這中間的設備變更費用，悉數由醫院自行吸收，在目前尚為鼓勵階段，主張減扣費用是否合宜。

C. C 肝新藥：西醫部門為配合國家2025年消滅C肝之政策，努力執行防治作業，C肝新藥僅在專款中編列藥費，而就治療C肝所需之相關檢驗(查)費用卻是隻字不提，悉數由總額一般服務預算中勻支，造成醫院部門預算排擠效應，今擬以未來節約金額減列現行預算，無法說服醫院部門。

(5) 專款專用預算若未使用完畢，其預算係回歸健保安全準備金，實與各部門總額基期一點關係也沒有。

三、不應再任意加諸全民健保額外負擔，依據【全民健康保險法】第一條第二款已明列：「本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依法規定給與保險給付」，近年社保司皆未經事前溝通協商以確保醫療實務得否執行，即逕自加諸全民健保有關公共衛生、預防保健等所謂之中長期改革計畫項目並要求醫院單位執行且預算編列嚴重偏低，實為不尊重且有侵蝕健保根基之虞，112年仍續要求醫院部門建立癌症篩檢陽性個案診療模式，以醫療品質為導向之癌病病人診療及照護品質。

四、COVID-19 期間全體醫療體系已全力投入防疫及維持醫療體系恆常運作以擔負國人健康之守門員，切莫恣意任行加注額外負擔，加速醫療體系崩盤。

中華民國醫師公會全國聯合會  
西醫基層醫療服務審查執行會 函

地址：10688台北市安和路1段29號9樓

承辦人：陳哲維

電話：(02)2752-7286轉151

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：wei0508@tma.tw

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國111年4月20日

發文字號：全醫基審字第1110000058號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明

主旨：反對衛福部社保司所擬「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」意見，建議應先與各部門總額團體充分溝通，以維護民眾原應有就醫權益，請 查照。

說明：

- 一、有關111年3月15日社保司召開之「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)擬訂方向」會議，會中未就「各部門總額基期建議減列採以淨值計算」進行深入討論，且未有共識。惟社保司於是日會議紀錄逕自列入「除了基期淨值將於112年處理」，此外，在健保會111年4月21日會議前，從未再與各部門總額團體商議，並逕行決定提案至111年4月21日健保會，影響民眾原應有就醫權益，本會表達嚴正抗議，並要求修正前揭會議紀錄。
- 二、本會前於111年4月14日全醫聯字第1110001408號函表達「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」應維持現行公式以「各年齡性別組別占總人口數百分比」計算，不須變更；並反對「醫療服務成本指數改變率(MCPI)」移列至「上限」範圍，應先檢討其為負值之原因，而非變相更改為協商項目之意見(諒達)。
- 三、依據歷年健保會總額基期協商及計算原則，一般服務預算已就未執行額度進行扣減作業，且行之多年，如依據社保司所擬112年總額基期扣除110年未執行額度扣減及未導入預算扣減部分，將

無法反映年度總額之需求、壓縮協商空間及無法反映專款實際需求；且各部門一般服務預算於年度協商之際已扣減前一年未導入之預算及未執行之額度，如 112 年總額基期扣除 110 年未執行額度，將重複計算。

- 四、此外，專款項目多數為配合國家衛生政策指示，確保執行內容而設，專款項目以零基預算進行協商，未執行完之預算均會回歸安全準備金，如於總額基期先行扣減，將造成費用分配不足，實不合理。如西醫部門為配合國家 2025 年消滅 C 肝之政策，戮力執行防治作業，其治療所需之相關檢驗(查)費用均由一般服務預算吸收，先不計可能造成之排擠效應，如逕自刪減預算，亦將嚴重影響民眾就醫權益。
- 五、自 COVID-19 疫情爆發後，全國醫療體系已竭力投入防疫及維持醫療體系正常運作，期主管機關給予醫界支持並挹注合理總額預算，而非以修正公式或逕自列入各種減項之可能，造成醫病雙輸。

正本：衛生福利部、衛生福利部社會保險司  
副本：

基層審查  
執行會校對章

主任委員 黃啟嘉