

衛生福利部全民健康保險會
第5屆111年第8次委員會議事錄

中華民國111年8月19日

衛生福利部全民健康保險會第5屆111年第8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8月19日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：卓委員俊雄(代理)

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、林委員恩豪、林委員敏華、林委員綉珠、侯委員俊良(中華民國全國教師會羅主任德水代理)、柯委員富揚、胡委員峰賓、翁委員文能(台灣醫院協會廖秘書長振成代理)、翁委員燕雪、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍(中華民國工業協進會楊顧問玉琦 11:51 以後代理)、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、陳委員彥廷、黃委員金舜、黃委員振國、楊委員芸蘋、董委員正宗、趙委員曉芳、劉委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊、鄭委員素華、盧委員瑞芬、謝委員佳宜

請假委員：(依姓名筆劃排序)

周主任委員麗芳、滕委員西華、顏委員鴻順

列席人員：

本部社會保險司：陳專門委員淑華

中央健康保險署：李署長伯璋、蔡副署長淑鈴

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5頁)

貳、議程確認：(詳附錄第5~6頁)

決定：確認。

參、確認上次(第7次)委員會議紀錄：(詳附錄第6頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第7~18頁)

決定：

一、上次(第7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 7 項，同意繼續追蹤。

二、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬解除追蹤共4項，同意解除追蹤。

三、請中央健康保險署提供102年起至110年，逐年依照全民健康保險法第29條規定計算之平均眷口數資料。

四、確認「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程」如附件。

五、餘洽悉。

伍、優先報告事項：(詳附錄第19~80頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「111年第2季全民健康保險業務執行季報告」，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

第二案

案由：衛生福利部交議112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案。

報告單位：

(一)衛生福利部社會保險司：說明行政院核定之112年度總額範圍及政策目標。

(二)本會：確認112年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額之醫療服務成本及人口因素成長率。

決定：

一、確認112年度各部門總額「醫療服務成本及人口因素

成長率」如下表，將作為各部門總額協商之依據。

總額部門別	醫療服務成本指數改變率(A)	人口結構改變率(B)	投保人口預估成長率(C)	醫療服務成本及人口因素成長率 (1+A+B)*(1+C)-1
醫院	0.393%	2.128%	-0.264%	2.250%
西醫基層	0.266%	1.402%		1.400%
牙醫門診	0.653%	0.255%		0.642%
中醫門診	0.832%	0.830%		1.394%
整體	0.401%	1.829%		1.960%

二、請各總額部門及中央健康保險署遵循衛生福利部交付之112年度總額範圍、政策目標與執行重點內容，並依本會研訂之協商相關規範，及參考本會委員意見，於本(111)年8月31日前依新修正之協商內容格式，研提「112年度總額協商因素項目及計畫(草案)」之最終版本送會，俾利協商資料之準備。

三、關於112年度總額範圍交議案之政策目標及總額設定公式部分，請衛生福利部協助說明釐清如下：

(一)於總額協商前，提供政策目標三所提「無效醫療」之定義說明。

(二)於本年12月委員會議說明年度總額之「醫療服務成本及人口因素成長率」(低推估)之計算公式、內涵及改革內容。

陸、臨時動議：無。

柒、散會：下午13時18分。

112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程

時間	內容	與會人員
111 年 9 月 21 日(三)		
09:00~09:30	報到/預備會議(供付費方、醫界方「視需要」召開會前內部會議)	
09:30~12:00	1-1.醫院總額協商(150 分鐘)	本會委員、醫院部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
12:00~12:30	午餐	
12:30~13:10	1-2.醫院與西醫基層總額之門診透析服務協商(40 分鐘)	本會委員、醫院與西醫基層協商代表，及社保司、健保署與本會同仁 (本節之協商，邀請腎臟醫學會列席)
13:10~13:20	中場休息	
13:20~15:00	2.牙醫門診總額協商(100 分鐘)	本會委員、牙醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
15:00~15:10	中場休息	
15:10~16:50	3.中醫門診總額協商(100 分鐘)	本會委員、中醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
16:50~17:00	中場休息	
17:00~18:55	4.西醫基層總額協商(115 分鐘)	本會委員、西醫基層部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
18:55~19:25	晚餐	
19:25~20:40	5.其他預算協商(75 分鐘)	本會委員、健保署，及社保司與本會同仁
111 年 9 月 22 日(四)		
09:30~12:30	視需要處理協商未盡事宜	本會委員、相關部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
111 年 9 月 23 日(五)		
09:30~14:00	第 9 次委員會議 (實體及視訊併行)	本會委員及社保司、健保署與本會同仁

註：各部門總額之協商時間已計列各部門視雙方需要自行召開內部會議時間。

第5屆111年第8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 7 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！現在時間是 9 點 30 分，委員出席人數已經過半，可以開始開會。因為今天周主任委員麗芳出國請假，按照全民健康保險會組成及議事辦法第 8 條規定，周主委指定卓委員俊雄為今天會議的主席，請主席致詞。

卓委員俊雄(代理主席)

- 一、感謝各位委員，其實我是本屆新委員，當時曾向周主任委員麗芳表達新委員能主持嗎？她告訴我今天案子比較簡單，只有報告案，所以我想就請大家踴躍發言，同仁都會記錄下來，針對報告內容若有不清楚、需要進一步說明，我們會請相關單位詳細回復委員。
- 二、還有 1 件非常重要的事，我們有新的生力軍加入，介紹新任委員，中華民國牙醫師公會全國聯合會新任陳理事長彥廷兼任本會委員，聘期自 111 年 8 月 8 日起至 111 年 12 月 31 日止，請各位委員熱烈鼓掌歡迎陳委員加入。

陳委員彥廷

請大家多多指教。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉

這次議程安排有優先報告事項兩案，第一案是健保署業務執行季報告，本次為口頭報告，第二案本來依照年度工作計畫應該在第 7 次委員會議報告，但衛生福利部(下稱衛福部)在 8 月 10 日才來函交議之 112 年總額範圍報告案。今天委員會議後，將繼續召開 112 年總額協商因素項目及計畫(草案)會前會，委員會議必須在 12 點 30 分準時結束，拜託各位委員配合，一方面要踴躍發言，但時間還是要控制，謝謝。

卓委員俊雄(代理主席)

請問各位委員針對議程安排有無意見？我們預訂下午 1 點開始總額協商因素項目及計畫(草案)會前會，因此委員會議必須在 12 點 30 分結束，好讓委員有 30 分鐘時間用餐休息，所以若各位委員對議程沒有意見，議程就確認。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

卓委員俊雄(代理主席)

會議紀錄之前都已經提供給委員看過，不曉得各位委員有無需要進一步討論或詢問的地方？若沒有的話，會議紀錄確認。

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(第7次)及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形如下：

(一)上次委員會議決議(定)事項列管追蹤 9 項，依照辦理情形建議解除追蹤有 2 項，繼續追蹤有 7 項，請委員翻到會議資料第 16 頁附表，擬解除追蹤的 2 項，主要是健保收入 2 億元以上的醫院財報公開報告案，與健保署的業務執行報告，委員所提的意見，健保署回復資料在第 23~26 頁，已經回復完畢，建議解除追蹤，但是最後仍要依委員會議議定結果辦理。另外，個別委員關切事項，健保署回復於會議資料第 49 頁附錄一，請委員參閱。

(二)歷次委員會議決議(定)事項，達解除追蹤條件，建議解除追蹤者有 4 項，在會議資料第 20~22 頁附表：

- 1.第 1 項主要是 111 年醫院、西醫基層所新增的協定事項執行目標、效益評估指標提會確認案，已經陸續確認完畢，建議解除追蹤。
- 2.第 2 項是 110 年執行成果評核報告提報資料的部分，評核已經結束，所以資料已經提供了，建議解除追蹤。
- 3.第 3 項是急診品質提升方案提會報告案，這部分已經報告了，建議解除追蹤。
- 4.第 4 項是 109 年藥費超過目標值 74.6 億元使用情形報告案，這部分健保署有說明清楚，本會也有向關心的委員做說明，建議可解除追蹤，但最後仍依照委員會議議定結果辦理。

二、項次二，是本年度的重要工作 112 年度總額協商會議的安排，按照上次抽籤結果和總額協商程序，訂定 9 月 21 日在衛福部 301 會議室舉行 112 年度總額協商，詳細議程時間表在會議資

料第 11~12 頁，請委員參閱。請翻到第 12 頁「(二)協商當天需請付費方及醫界方配合辦理事項」部分，就是協商當天要請大家配合辦理的事項。當天 9 點到 9 點 30 分是預備會議時間，供付費方與醫界方視需要召開會前內部會議之用，當天如果需要召開或要提早召開，都請事先通知本會同仁，我們會做會場安排。

三、第 2 點，當天 9 點 30 分到晚上 8 點 40 分是各部門總額協商的時間，依照協商程序，須按照所定的時間表來做協商，依照協商程序，時間到了，如果雙方無法達成共識，我們會依健保法的規定兩案併陳送部裁決，如果說協商未盡事宜或有再次協商必要，如果能取得協商雙方代表的共識同意，可在隔天 9 月 22 日 9 點 30 分繼續處理，這個提出來要做繼續協商的部分，當然最晚也需在當天 9 月 21 日結束前要告訴幕僚。若部門有提早於表定時間完成協商，下一場協商的總額部門，若雙方代表同意也可以提早進行協商。

四、項次三，是為了完備 112 年度總額協商所需資訊，希望能有客觀數據做協商基礎，所以本會同仁彙整 110 年總額執行成果評核紀錄、指標要覽、評核指標摘要等 3 冊資料，放在各位委員桌上，因為蠻厚的，所以有附上信封，若委員不想今天帶回去就放到信封中，同仁會幫大家寄送。

五、項次四，是健保署於本年 7 月至 8 月份發布及副知本會之相關資訊，這些資訊都放在健保署全球資訊網，詳細內容、相關附件也在 8 月 5 日寄給各位委員了，請委員參閱，以上。

卓委員俊雄(代理主席)

一、本會的重要業務報告總共四大項，第一項是有關追蹤項目，第二項有關總額協商議程表，第三項是健保會幕僚同仁，非常認真幫委員準備的 3 大冊資料，要看完真的是要花點時間，第四項是健保相關重要資訊都有寄送到各位委員的電子信箱，針對重要業務報告，有無需要進一步說明或詢問的地方？

二、另外，向委員說明，因為我是新委員，對委員名字可能比較不熟悉，是否請同仁依委員舉手順序，將委員名字登打在螢幕上，請委員依發言序發言，可以嗎？所以，請委員舉手發言。依序請陳委員石池、李委員永振、干委員文男，請陳委員石池首先發言。

陳委員石池

針對會議資料第 27 頁，上次委員會議擬繼續追蹤項次七，因為上次我有事先離開，請吳委員鏘亮幫我表達一件事情，我一直反對有關急診檢傷四、五級急診病人 4 小時內離開醫院比率，因為這項指標是要輕症病人趕快處理完畢讓他離開，意思是重症病人等候沒關係，這是不對的概念。檢傷一、二、三級是監測住院比率而不是離院比率，讓輕症病人早點離開，延緩處理重症病人的時間，這樣指標是不對的，應該要重症病人處理完再處理輕症病人，讓輕症病人等久了，以後他就不會來，而現在看來輕症病人在急診很快處理，所以輕症病人就會來看急診，指標留著讓輕症病人覺得處理很快，只等一下子，就處理好了，下次會再來，所以這是不對的指標，應該要重症優先處理，輕症是可以等候，等久之後下次就不會來看急診，現在列入指標，反而會鼓勵輕症來看急診，這是不對的概念，所以請健保署長官，再仔細考量此事，謝謝。

卓委員俊雄(代理主席)

我們採統問統答，請李委員永振。

李委員永振

主席、各位委員大家早，這邊我 2 點意見：

一、第 1 點，會議資料第 21 頁項次四，既是依法作業同意解除追蹤，我提供 2 個看法讓健保署斟酌參考：

(一)第 1 個，類似此案之記者會或說明會，代表發言者之措辭，個人覺得需要更精準，以免造成被保險大眾的誤解，例如本案，媒體報導標題為「健保署明年調降藥價(心血管用藥最多)，1 年可為健保省下 74 億元」，大家都以為在健

保財務可以貢獻 74 億元，才會一直追蹤，這 74 億元到底跑哪裡去？解釋 2 次，這次才說依照制度是依法有據的，既然是這樣的話，這筆 74 億元只是回補 109 年超出的部分，對 111 年安全準備並無貢獻一毛錢，省下來的經費也不是用於給付新藥，報導中有些差異，我覺得會造成社會大眾的誤解，所以以後在這方面是不是可以精準一點？

(二)在說明中，健保署有回復，DET(Drug Expenditure Target，藥品費用分配比率目標制)所調整之藥費有助於緩和次年藥費成長情形、降低藥費占率。但我去瞭解一下，106 年到 110 年，5 年藥費占率趨勢往上走，106 年是 26.3%，107 年是 26.6%，108 年是 27%，109 年是 27.9%，去年是 28.8%，一路往上升，說不定今年就會破 29%，這制度也已經從 102 年到 109 年，試辦 8 年，實在應該加以檢討，不然會不會像家醫計畫試辦快 20 年都還沒有納入正軌。

二、第 2 點，會議資料第 49 頁，感謝健保署這麼快回復書面意見，可惜內容又失焦了，問題很明確，是要請健保署「提供自 102 年起至 110 年，逐年依全民健康保險法第 29 條規定計算之平均眷口數資料」，但目前提供的卻是這 9 年適用之數字！

我所請求的數據是貴署據以公告的基本資料，貴署每年一定要算出來，不然要用什麼數字去公告？我在這過程裡，也曾經詢問到 2 個數字，所以貴署應該有這些數據。在貴署說明第 2 點裡有提到數字處理的過程，所以證明你們手中有只是不給。

說明中有提到這次依照健保法第 29 條規定計算結果超過 0.56 人，援例採計 0.57 人，就是超過的未達整數都進位，顯示公告數字並沒有依照健保法第 29 條、施行細則第 68 條之精神處理！我估算一下是每差 0.01 人、投保單位繳費差 12 億元，現在直接進位，若採平均值以 0.005 人計，保費收入差 6 億元。各位印象中，我們在協商時，為了幾千萬，就來來去去的

協商好幾次，說不定還要兩案併陳，但是 6 億元大筆一揮就不見了，好像不符比例原則，這原則性不一致，所以請健保署考量，看你要用四捨五入還是要用到小數點第 3 位，這樣可能會比較公平，以上謝謝。

卓委員俊雄(代理主席)

請劉委員國隆。

劉委員國隆

剛剛陳委員石池講到有關急診檢傷分類及輕症就醫觀點，指標用離院率是鼓勵我們先處理輕症，這論述非常好，可是問題是如果不用離院率做指標的話，是不是醫事服務提供者能夠提出 1 個比較好的指標，因為最主要是降低輕症病患到急診系統去就醫，可是我們知道台灣只要越有名的醫院急診像是菜市場，若要降低，是否拜託醫界提出指標，我們也是希望重症能到急診就醫，如果沒有提供較好指標，當然現在先用離院率，若你們感覺這樣不好，還是拜託提供指標，因為你們畢竟是專家。

卓委員俊雄(代理主席)

請何委員語。

何委員語

有關剛才醫界講的離院率部分，實際上是有問題的，若是在晚上 10 點以後，其實不必到 10 點，晚上 9 點後到第 2 天早上 8 點，那些輕症的病人叫他要到哪裡看病？要去按診所門鈴嗎？急診住院不管是重症、輕症，你要看他發生的時間點在什麼時候，所以我認為在這個指標裡面要有 2 個指標，1 個是離院率、1 個是住院率，所以我建議醫界把這 2 個指標均提出來，除了離院率以外，我認為要增加住院率，那天我跑到 1 家醫院去瞭解夜間門診，院方說現在超過 8 點半不能掛號，醫生看診到 9 點，所以 8 點半以後不准掛號，如果這樣子，那 8 點半後沒辦法掛號的人，當然就去急診掛號，不然要他怎麼辦，所以我認為剛剛劉委員國隆提到的，有什麼更好的計算公式，醫界可以提出來嘛！我建議離院率也要做，還要有住院

率、住院時數的比率，全部都要做出來才對，要不然整體看來對患者而言是不方便，而且指標也不能看得很精準。

卓委員俊雄(代理主席)

各位委員還有沒有詢問？剛剛委員提出的問題最主要集中在兩個部分，第一是會議資料第 27 頁全民健康保險急診品質提升方案之執行情形(含急診壅塞監測指標)，第二個是李委員永振提到的會議資料第 21 頁文字問題，還有會議資料第 49 頁健保法第 29 條平均眷口數的問題，先請健保署回應。

李署長伯璋

- 一、主席好，各位委員早安，剛剛陳委員石池提到急診壅塞的部分，說實在台灣病人就是這樣的生態，關於住院率，當然醫院沒有病床，就是一個麻煩，不過我想在這關鍵時刻，假如分級醫療做得好，看能不能改善醫院這一部分，要不然我想醫院有時候也的確做得很困難，我們有時候評估也會有盲點，我相信急診壅塞的狀況是慢慢有改善，到年底時，假如一些政策能更明朗的話，情況應該會更好。
- 二、李委員永振提到的報紙報導，各位委員也知道媒體報導的標題也不是我們寫的，都是報社總編輯寫的，有時候我們跟他講，他也不會聽，自己要有自知之明，不是我們講人家就會聽。
- 三、有關藥費的問題，我想大家都知道近年 DET 部分，藥費的確都往上成長，昨天也是我第 1 次主持全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(藥品部分)，我想這是我們必須要面對的問題，在薛部長瑞元剛上任的時間點，第 1 個禮拜我就帶著同仁一起去向薛部長瑞元報告有關藥品政策的改革，以台灣目前來講，各位委員也都知道大家在使用藥品的時候，都是浪費、不客氣的，但假如是一些新藥品，像是罕見疾病、癌症用藥等等，每個人都是站在病人角度認為這要納入健保給付，說實在有時候很難，雖然費用已經盡量限縮在 1 億元、5000 萬元，可是加起來就很多，我不是不懂藥費占率 28.9% 的問題，

但是要怎麼控制下來，我們不能只有講空話，使用者付費的部分負擔一定要施行，才能把不必要的費用控制下來，就可以讓病人使用好的藥物，假設藥費占率超過 30%，我看醫院的醫師、護理人員可以得到的健保點值會大幅度下降，這是一個正循環或負循環的概念。

四、至於平均眷口數的部分，我想該回復的我們已經回復，當然有些委員會覺得回應好像不夠精準，不過我想大家會繼續努力，薛部長瑞元具有法律背景，很多事情跟他報告時，他也都能夠有所瞭解，以上。

卓委員俊雄(代理主席)

請陳委員石池。

陳委員石池

主席、各位委員，我稍微說明一下全民健康保險急診品質提升方案之執行情形(含急診壅塞監測指標)，有關指標「檢傷四、五級急診病人 4 小時內離開醫院比率」，因為檢傷五級病人等同門診病人，檢傷四級是輕症病人，當然急診沒有排斥檢傷四、五級病人在夜間來看診，問題是我們不需要針對檢傷四、五級急診病人設指標，這個指標就可能會讓醫院優先處理檢傷四、五級急診病人，就會延緩處理重症病人，指標「檢傷一、二、三級急診病人 8 小時內轉入病房比率」就很合理，先處理重症病人，頂多「檢傷一、二、三級急診病人 8 小時內轉入病房比率」再加上離院比率，如果檢傷四級也住院不就是鼓勵輕症住院，所以我覺得指標「檢傷四、五級急診病人 4 小時內離開醫院比率」不是很好，我們不反對民眾看急診，但是不應該鼓勵醫院優先處理檢傷四、五級急診病人，讓輕症民眾去等，等太久，下次就不會來急診看病，就可以減少急診輕症的病人，當然衛福部現在有採取好的政策，只是還沒執行，以後急診輕症病人要增加部分負擔，就是很好的方式，減少輕症病人到急診就醫。

卓委員俊雄(代理主席)

請李委員永振。

李委員永振

- 一、我完全瞭解剛才李署長伯璋所報告媒體的心態，因為以前我當過發言人一段期間，但是如果他們本來就要挑你毛病，你不精準的話，當然就落入他們的陷阱裡面，如果他硬拗(台語，強詞奪理)的話，事後我們要怎麼辦？事前要溝通，事後要說明！不然的話你造成誤解，大家以後都怪健保署，我知道連委員大概也都掉到陷阱裡面。
- 二、有關平均眷口數，我只是要你提供已經有的資料給我參考，至於要怎麼處理，那應該還值得商榷。所以我剛剛才以總額協商為例子，現在一下就少了6億元，這樣怪怪的，不能說比較有毛的鵝就一直拔，依健保法規定，民眾不得不繳健保費，但要有公平的原則，大家才會繳得心甘情願，簡單說就是四捨五入，到第3位可能會比較麻煩，我曾問到2年的數字，譬如第1年是0.605人，進位成0.61人，第2年0.603人還是進位成0.61人，感覺就怪怪的，因為一般想法0.605人進位成0.61人還可以接受，那0.603人是不是應該四捨五入變成0.60人？一來一往還是有多收保費，但至少這樣大家在公平原則之下，繳費的人可能會比較心甘情願。

卓委員俊雄(代理主席)

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、謝謝主席，謝謝各位委員。剛剛大家針對急診壅塞的專款有很多討論，我也支持陳委員石池剛剛講的，就是離院的指標，原本就希望檢傷四、五級急診病人早點離開，這個指標列入到底是正向還負向？針對離院有無分級？檢傷一級急診病人住院、檢傷一級急診病人離院、檢傷二級急診病人住院、檢傷二級急診病人離院等有無區隔，這就是指標的細節，在談指標的時候，很多細節可能健保署在操作時要定義，屆時年度報告或資

料提出時可以加以區分。

- 二、不管全民健康保險急診品質提升方案執行情形(含急診壅塞監測指標)的指標要如何增加或減少，何委員語也建議要再增加指標，我覺得這專款的目的是要減少急診壅塞，不是增加、減少指標，其實現在已經有急診壅塞監測的指標，包括醫院的資訊揭露、每家醫院資訊公開的指標，已經監測大概 7、8 年了，但是急診壅塞的醫院，急診病人停留 24 小時、48 小時無法轉入病房的醫院，個別的醫院，持續的比例一直都在那裡，其實光有指標不去執行是沒有用的，再訂多少指標都只是增加行政成本，指標訂出來後，然後呢？該怎麼處理？
- 三、上次討論這個議題時，我有提到胡蘿蔔、棒子要一起有，你訂很多指標，達不到指標的，有沒有棒子在那邊？3 億元專款全部都是胡蘿蔔，都是加錢、加錢、加錢，都說品質達到什麼標準就加錢，那達不到的呢？急診病人停留 24 小時無法轉入病房的呢？有沒有棒子在那裏？目前是沒有嘛！所以再訂 10、100 個指標，以現在的執行方式都沒有用，都是做 paper work(紙本作業)，另外也跟李署長伯璋報告，如果想解決急診壅塞的問題，依靠年底的部分負擔新制，我覺得效果會不好。所以健保署是否有更積極的專案輔導急診病人停留 24、48 小時無法轉入病房的醫院？以上。

卓委員俊雄(代理主席)

請陳委員秀熙。

陳委員秀熙

- 一、署長、各位委員大家早安，有關急診問題屬於重要體制問題，從消費者、醫事服務提供者的角度來講，檢傷分類在急診已經非常清楚，但我國民眾的就醫習慣就是這樣，英國急診可以控制那麼好，是因他們有 GP(General Practitioner，家庭醫師)體系在控制，而我國的分級醫療，剛才署長也講有在做，但這需要時間。

二、我建議是我們仍需要評估，我們檢傷分類有五級，第一、二、三級沒問題，那第四、五級的比例是否要朝此方向分級，醫學中心的比例要越來越低，地區醫院應該越來越高，這樣才能達成。可是我們現在因為沒有很好的介入，所以今天的急診在台灣會是這樣，這是體制上大家要共同思考的問題，我覺得應該用區域性的評估方式，讓健保署、醫界有時間去規劃，區域性方式去規劃，看能否降低大醫院第四、五級的比例，分母也有族群的比例，可以用族群來做分母，這些都可做指標評估，以上建議。

卓委員俊雄(代理主席)

請黃委員振國。

黃委員振國

我想急診壅塞是長久以來需要解決的問題，當然用一個離院率來評估是不妥的，我建議增加檢傷分類第四、五級病人轉診率的指標，才有益於分級醫療。因為病人轉診到附近，不管是基層診所，或者是地區醫院，經過分流之後，病人下次遇到同樣問題(輕症)，他知道基層診所也能得到妥善治療，不會一味往醫學中心或區域醫院的急診去就醫。這是我的建議，謝謝。

卓委員俊雄(代理主席)

好，若各位委員沒有進一步詢問，李署長伯璋是否要進一步回應？

李署長伯璋

- 一、說實在的，我覺得並不光是棒子就能解決問題，我是抱著溝通、溝通、再溝通，如果沒有共識的話，我一向都秉持一個態度，我不會把責任壓在醫院跟醫師身上，我覺得民眾也需要負起一些責任，必須要教育，不教育也沒辦法。
- 二、另外，朱委員益宏說要有專案輔導，你要告訴我要怎麼輔導，我也不知道怎麼輔導，今天假如要往前走，一定要提出具體方法。像是台大、長庚醫院的病人很多，因為病人信任他們，我前陣子去新光醫院，他們也是一樣很多病人，這沒辦法，因為

他們做得好，病人就很多，沒有一個醫師喜歡一天到晚看病人，可是病人就是要來看診，他們就必須要面對，當然提供民眾很好的照顧是必然要做的，但我覺得有些事情大家必須換角度去思考，以上。

卓委員俊雄(代理主席)

最後請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

謝謝主席。關於急診品質的議題已經是歷次會議委員關切重點，討論也很多，剛剛各位先進的意見我都非常贊同，陳委員石池前面講的那段，「檢傷四、五級病人離開醫院<4 小時」此指標確實有待商榷，有可能為了達成指標，而造成輕症病人被優先診治的非預期後果。不過，針對急診壅塞問題的解決，剛剛李署長伯璋回應不知道如何輔導，醫改會有點意見，其實急診壅塞問題當然三方面：providers(醫事服務提供者)、民眾及健保署都有責任，但署長您只有針對民眾就醫祭出部分負擔，但講到醫界，付費者代表訴求應改善與輔導，您就說我沒辦法，擺出「不然你厲害你來」的態度，既不恰當也不夠負責，我們認為依健保署所坐擁的大數據和管理職責，都是責無旁貸。

卓委員俊雄(代理主席)

本會重要業務報告主要分為四大項，第一項是有關決議(定)列管追蹤事項，急診壅塞監測指標是繼續追蹤項目，因此各位委員的發言及建議，請健保署參考。本案做以下決定：

一、決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)上次(第7次)委員會議擬解除追蹤共2項，同意解除追蹤；擬繼續追蹤共7項，同意繼續追蹤。

(二)歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬解除追蹤共4項，同意解除追蹤，其中項次四有關109年藥費超過目標值74.6億元的使用情形具體說明案，李委員永振建議未來健保署回復說明的文字應要更精準，請未來

健保署回復時，文字使用能更精確一點。

- 二、有關 112 年度總額協商會議議程安排，因為在上個月會議已經抽籤決定協商順序，故就依照上次抽籤順序，進行相關的議程安排。
- 三、另外李委員永振提到健保法 29 條的問題，請健保署提供 102~110 年，逐年依照健保法第 29 條規定計算平均眷口數的資料，至於數字要到小數點第幾位，是否請健保署內部再討論看看，是不是依照第 29 條的規定來提供，這樣委員可以嗎？
- 四、還有需要進一步確認的部分嗎？沒有的話，因為這是一個報告案，其餘就洽悉。接下來進行優先報告事項第一案。

參、優先報告事項第一案「中央健康保險署『111 年第 2 季全民健康保險業務執行季報告』」與會人員發言實錄

同仁宣讀

李署長伯璋報告：略。

卓委員俊雄(代理主席)

謝謝李署長非常詳細的報告，針對健保署第 2 季的業務執行報告，不曉得各位委員還有沒有詢問？我就依照發言序請委員發言，先請李委員永振。

李委員永振

- 一、大家好，剛才署長報告你的立場我可以體諒，但是因為我們委員的監理職責，也希望署長可以諒解，因為法令就是規定健保署是保險人，就要被追蹤，剩下就要麻煩你去努力。
- 二、剛才署長報告裡面有 2 點請教，投影片第 5 張全民健保財務收支預估，備註說「尚未納入平均眷口數自 112 年由 0.58 人調降為 0.57 人之財務影響(保險費收入每年預估將減少 19 億元)」，這我就不解了，111 年 7 月 27 日就公告調降平均眷口數了，另外在新增及補充資料 1 優先報告事項第二案，所提供的財務模擬試算表，也已經納入了，為何健保署的這份報告不納入？就是要做了嘛！當然 19 億元對 7、8 千億元影響不會很大，但在邏輯上好像怪怪的，這第 1 點請教。
- 三、第 2 點請教就是投影片第 8 張「未成年不具清償能力，欠費不移送」，立意良善，但是幾個月前翁委員燕雪還提到說我們解卡和呆帳的問題，是否有什麼配套措施？我記得一開始的時候，有提出來，但現在也沒有看到，所以呆帳往上飆不完全是這個因素，但它是原因之一，分析時也沒有看到解卡對呆帳有多少影響。未成年者不具清償能力者是弱勢，照理說其欠費應該用社會福利經費補繳，因為健保是社會保險，保險人與被保險人間存在對價關係，雖然政府已承擔健保總經費至少 36%，但不能說出了這一筆錢，什麼費用都用這筆錢來擋，這樣是不

合理的，應該把整個收支分析清楚會比較理想。未來若真的實施未成年欠費不移送強制執行也是 OK，但是有什麼配套措施？以上 2 點請教，謝謝。

卓委員俊雄(代理主席)

請趙委員曉芳。

趙委員曉芳

- 一、我要請教投影片第 24 張「商保補位健保」的部分。商保與健保的設計邏輯是截然不同的，健保作為社會保險，是基於醫療人權的保障，設計上以滿足民眾基本醫療需求為主，盡量平衡醫療資源配置，以及不同族群使用醫療的權益；商保的設計，主要是在健保的基本需求滿足之上，再做額外補充。
- 二、我的請教是，我們對於健保資料已經有很好的掌握、分析能力，商保在基本需求之外額外做補充，雖是可行的作法，但我們對金管會轄下的商保資料，包括：現行台灣商保涵蓋範圍、給付內容、使用對象，一直都不清楚。所以倡導商保補位健保的方向，這是好的理念，但是金管會的商保資料必須要健全，才能談在健保基礎保障之外，商保要補位多少？目前涵蓋狀況大概如何？有何方向可以兩邊互相補充？所以想請教我們有機會拿到金管會的資料，並且做進一步分析瞭解嗎？以上。

卓委員俊雄(代理主席)

請陳委員石池。

陳委員石池

- 一、主席、署長、副署長，各位先進、委員，大家早安。謝謝署長今天的報告，報告內容很清楚。有關投影片第 8 張「未成年不具清償能力，欠費不移送」，這是很好的政策，我本身很贊同。但我覺得應該進一步研議，把不具清償能力者都規劃在這個政策裡，因為不是只有年輕人沒工作、無收入，年紀大者也可能沒有工作做，應一併納請社家署關懷協助，同時請相關單位如勞動部介入，啟動就業輔導，讓他們也有工作機會。

- 二、投影片第 11 張「住院整合照護服務試辦計畫」我也很贊同，但我更關心公平正義，上週社會保險司(下稱社保司)同仁在健保署的報告內容，看起來似乎仍然不懂何謂公平正義，簡單來講，就是政府的政策對任何人都是公平的，這才是公平正義。我上次有舉例，就是不論董事長也好、工友也好，通通都可以參加，這才是公平正義。現在一般社會上有錢人可以請看護，沒錢的人無法請看護，對社會來講這是公平的，人家不會講話。但是政府做事不可以這樣子，政府對任何人不管身分大小、收入多少都要一視同仁，這才是公平正義，所以我要請社保司重視這件事情。
- 三、第 3 點是有關「COVID-19(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)染疫康復者門住診整合醫療計畫」，還是會吃到健保總額，因為本來沒有這些醫療需求，現在染疫後需要增加額外支出，這必須由額外預算來做，不然又吃掉總額，這樣不太合理。
- 四、第 4 點，投影片第 17 張「修正憑證管理辦法，9/1 起不上傳不給付」，我蠻贊同，但是萬一有些醫療院所還是沒辦法配合執行，政府有責任輔導，應該啟動輔導機制，讓它能盡快上路，謝謝。

卓委員俊雄(代理主席)

請黃委員振國。

黃委員振國

主席、各位委員，早安。署長今天報告的很詳盡，但是投影片第 17 張「9/1 起不上傳不給付」這個規劃，我是今天到會場才知道。今年西醫基層所有的醫療院所，包括各分區的幹部、共管都很積極地推動檢驗資料上傳，但面臨幾個問題：

- 一、我們的上傳作業都需要透過 HIS(Health Information System，醫療資訊系統)廠商的作業軟體，HIS 廠商會另外跟我們收一筆設定費，目前設定費跟健保署所提供的獎勵補助金額還有一段很

大的差距。

- 二、現在 HIS 廠商設計的程式，還沒辦法做到像以前 IC 卡或申報資料，可以一鍵上傳，很多 HIS 廠商還在熟悉、甚至改版中。
- 三、有的檢驗報告是來自於檢驗所，檢驗所端上傳的資料要在雲端給醫療院所擷取後上傳，中間還有很多技術上的問題，最重要的是我們上傳到健保署端後，還要有後續檢核，包含遺漏、錯誤等等的問題，都有待我們共同學習磨合。
- 四、另外，還有很多的報告格式是書面文字檔，如 X 光檔案，目前 HIS 廠商還沒有辦法提供良好的文字檔上傳模式，健保署端 VPN(健保資訊網服務系統)目前也是單筆 keyin，醫療院所還有很多需要學習的地方。
- 五、很多醫院都有專職的資訊人員，所以這些技術上的問題不是問題。但基層院所不然，所以請健保署一定要啟動輔導期、溝通期，也希望健保署能跟 HIS 廠商好好溝通，在技術上能做到讓醫療院所只要願意上傳，就能即時一鍵上傳。目前就資料上傳的技術層面來講，仍有很多問題，需要大家溝通學習，基層診所所有意願配合上傳，但希望給我們一段調適期，不然今天距離 9/1 不到 2 週，我覺得困難仍很多，報告到此，謝謝。

卓委員俊雄(代理主席)

請干委員文男。

干委員文男

- 一、主席、大家早安。李委員永振剛才談到投影片第 8 張欠費不移送強制執行，關於這項，我希望健保署還是依法行政。假如欠費不移送強制執行，後續有 2 個處理途徑，其一是轉介給公益團體等管道協助繳納，但是就我們目前所知，這些管道是沒辦法完全填補這些人的欠費，因為欠費金額很多，現在已經高達 1 千多億元了，如果要依法行政，是否要請立法院編列預算補足，不然欠費每年都持續成長、越欠越多，這筆帳怎麼處理？這是第 1 點。

- 二、第 2 點是關於「住院整合照護服務試辦計畫」，我希望健保署能具體說明：1 個人要多繳多少錢？可以得到什麼樣的照顧？有什麼成果？這個計畫已經在 COVID-19 疫情期間實施了，因為不能陪病所以採整合性照護，但很遺憾的是，你們對這個期間內的實施結果，沒有很詳細的報告。希望如果有好的結果，趕快報告給大家知道，可以減少將來實施的阻力。
- 三、再來就是「即時監測白內障手術申報情形」，健保署站在監督立場，為了不浪費採取監控措施，我們可以認同。但我要提醒的是，現在社會上年輕人 3C 產品用得太多，整個眼睛都快壞掉了，將來如果要讀醫科，我想眼科會是熱門科別，我看眼科病人都排很長，這個社會現象應該也要曉得。
- 四、有關「建立事前審查案件之院所自評機制」，自從署長上任以來，以前的核刪率是 6%，現在剩下不到 1%，自評以後健保支出可以更省嗎？如果沒有，這些都是空談。我知道宜蘭醫師抗議事件把你們都嚇死了，這是他個人問題，但是其他同儕對費用審查都沒有什麼問題。他個人要抗議，但是我想社會是不認同的。
- 五、投影片第 24 張，署長講到聰明選擇商業保險補位健保，署長能不能舉更多例子說明，哪個保險是聰明？哪個不聰明？可以保險到什麼程度？很多保險也都是要另外收錢。我知道最清楚的是，健保剛開始的時候，商業保險只要是健保有給付的項目通通刪掉，爾後現在又講說要商業保險補位，這或許是醫師想出來的，不是署長想出來的，也會讓人想到是不是要圖利哪些商業保險。
- 六、我跟李署長伯璋都有參加林口長庚醫院舉辦的 IDS (Integrated Delivery System，山地離島地區醫療給付效益提升計畫)20 週年慶祝大會，我們做的很好，醫界也很努力，那天談了很多，我私下也請教很多問題。在這期間我發現遠距診察的兩端程度要差不多，才能夠達到遠距醫療的效果。我們不反對推動，但如

果要在山地、離島地區普遍推動，需要提前訓練，要不然也等於是跟我們一樣知識不對等，系統要操作也有問題。

七、今天報告中特別提到白內障，我知道長庚醫院自己發展出眼科的智慧型照相，可以協助判斷很多疾病，是一種新的發明。是不是能在各部門總額撥出一些研究經費，鼓勵研發，像他們照 X 光一照，就可以知道有無骨質疏鬆、疏鬆到什麼程度，這算是很新的技術，我希望對醫療院所認真努力的地方，也要盡量補助，謝謝。

卓委員俊雄(代理主席)

請每位委員可能要控制發言時間，請朱委員益宏。

朱委員益宏

我針對署長的報告提出 3 點意見：

一、第 1 點，對投影片第 8 張「未成年不具清償能力，欠費不移送」這項，我的意見跟前面幾位委員相同。健保署是健保法的執行單位，當然應該依法執行。至於欠費者有無清償能力這議題，我覺得責任不在健保署，應該要由國家處理。

假使健保署對未成年不具清償能力者不移送強制執行，就會因欠費產生缺口，健保署現在的做法是用愛心專戶的捐款補貼。這問題我們在健保會一直提，大家都針對健保署，但是健保署根本無力處理，它能做的只是不移送強制執行，欠的錢由愛心專戶去補，這我覺得不是長遠之道。

解決這問題的層級應該在行政院，不是衛福部，我覺得應該用健保會所有委員的名義，發函給行政院，由內政部研議弱勢民眾健保欠費的處理方式，看怎麼用國家資源來補足欠費，看大家能否同意我的建議。

二、第 2 點，投影片第 17 張「修正憑證管理辦法，9/1 起不上傳不給付」，我跟署長報告，我跟黃委員振國一樣，也是到現場才知道。現在已經快要 8 月底了，健保署都還沒開始向各分區宣導，所以看到 9/1 起開始實施是蠻突然的，確實上傳情形比較

差的就是地區醫院、基層診所，健保署是否可以針對地區醫院、基層診所提出更多的輔導措施，比方給予 3 個月或多久時間的緩衝期。我剛查了「全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法」，新的辦法尚未修正公告，現在距 9/1 不到 2 週，馬上公告、馬上實施，我覺得影響實在很大，是否請署長考慮一下。

三、最後 1 點，投影片第 19 張，現在衛福部規定單次使用的醫材不能重複使用，但健保署的給付項目中，很多項目還是沒有把單次使用醫材的成本計算進去，變成醫界要自行吸收成本，在這狀況下是不是允許開放醫界對單次使用的醫材可以收取自費？不然費用怎麼轉嫁？我覺得讓醫界吸收是沒有道理且不公平的事情，以上 3 點意見，謝謝。

卓委員俊雄(代理主席)

請何委員語。

何委員語

- 一、主席、各位委員。李署長伯璋已經做了很多年，行政經驗、醫療系統等各方面知識都非常老練，應該是做的很辛苦、也很有成就感，整個醫療制度受限於法規，實際上有很多困難的地方。我在這邊要提出的是，如果說傳染病防治法要修法，衛福部社保司應提出納入公費預算，因為這 3 年疫情的關係，才發現政府都沒有編列特別預算，紓困款也沒有納入急重症醫院的補助措施。
- 二、第 2 點，政府目前一直想把很多社會福利支出項目，納入健保體系，由健保體系承擔相關費用。
- 三、第 3 點，我過去在很多部會開會也都提過，政府不應該承擔勞健保有雇主保險對象的 10% 保費，以及無雇主的 40% 保費(註)，在 OECD(Organization for Economic Cooperation and Development，經濟合作暨發展組織)的 34 國家中，政府幾乎都不介入勞資雙方要繳交的保費。如果政府沒有承擔這些保費，

會有多少預算可以補助整個健保醫療發展？包括新藥、新科技、新醫材及醫院體制、醫護人員的服務措施改善，會有相當龐大的經費。政府過去為了討好勞工而做的錯誤措施，卻一直承擔編列下去。OECD 34 國勞資雙方要承擔的勞健保，政府有無介入？幾乎完全沒有，雙方出資是 50% 對 50%，只有瑞典等 3 個福利國家是資方 60%、勞工 40%，政府完全都不介入。

四、第 4 點，家庭所得差距每年越來越擴大，未來弱勢家庭對健保欠費現象會更普遍，所以衛福部應該每年評估爭取預算來處理弱勢家庭健保費的短缺，且不是只針對青年。

五、最後 1 點，我認為政府應立法對每支手機要加徵視力保健費，並歸入健保收入，既然說抽煙會損害健康，看手機也會損害視力啊！世界各國對手機影響視力的報告很多，建議政府趕快立法，每支手機收 1、2 千元，健保收入就會增加很多。

註：健保法第 27 條(摘要)

第 18 條及第 23 條規定之保險費負擔，依下列規定計算之：

一、第 1 類被保險人：

(二)第 10 條第 1 項第 1 款第 2 目及第 3 目被保險人及其眷屬自付 30%，投保單位負擔 60%，其餘 10%，由中央政府補助。

七、第 10 條第 1 項第 6 款第 2 目之被保險人及其眷屬自付 60%，中央政府補助 40%。

卓委員俊雄(代理主席)

請李委員麗珍

李委員麗珍

一、剛剛聽到趙委員曉芳講到金管會 3 個字，我眼睛就亮了，因為我在銀行上班。其實我一直反對商保，可是前些日子聽了 1 位淡江教授的演講後，我也有些想法要跟署長建議，我認為商人都是以營利為導向的，是不是我們提到的商保可以由公股或泛公股的保險公司承辦，並且試行看看在什麼情形之下，保險公司不會虧錢、而且民眾投保後也能獲得最大的利潤、理賠。

二、我建議若真的要補健保不足，照李署長伯璋的意思需要由商保補位，可以考慮由公股或泛公股的保險公司試辦，像軍人保險就是由台灣人壽承辦，雖然虧錢，他們理事長哇哇叫，但其他

銀行也有保險公司，在這情形下大家做做看，因為這真的是全民保險、全民的利益，若在泛公股試行之下是成立的，大家可以雙贏，保險公司可以賺錢，人民可以獲得應有的賠償、資源，可以擴行到商保，海綿蛋糕就變成一個翻糖蛋糕，以上是我的建議。

卓委員俊雄(代理主席)

請陳委員秀熙。

陳委員秀熙

謝謝李署長伯璋報告，我有 3 點建議：

- 一、健康存摺使用人數突破 1 千萬，這件事情非常好，對於民眾自我健康管理有很大幫助，可以請健保署未來再進一步規劃瞭解健康存摺產生的效益有多大，因為畢竟健保署對健康存摺已經投入蠻多經費，特別是對政府單位而言，急診壅塞的問題透過健康存摺宣導也有很好的效果，所以應該也將其納入效益評估當中。
- 二、有關 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫，我提出簡單建議，在規劃染疫康復者的門住診服務時，一定要很清楚 Delta 跟 Omicron 的發生傳染不一樣，因為 Omicron 的人數非常多，所以我們要瞭解這些區別並進而提前部署。這次因為感染 Omicron 的人很多，無論是對政府、保險業或醫療量能都產生很大的衝擊。所以它對門住診的影響，以及要不要動用健保經費、甚至滾入基期，都是我覺得要一併考慮的問題。就動用特別預算而言，也不是只有傳染病防治法，災害防救法也是可以動用特別預算的法律，給署長跟健保署這樣的建議。
- 三、有關健保資料庫違憲案，謝謝署長的努力，我想過程也很辛苦，學界有聽到消費者跟學界的對話。建議請健保署協助衛福部建置資料中心，不僅要顧及消費者的權益，也要不影響國家運用這些資料做更進一步的發展，以上簡單建議，謝謝。

卓委員俊雄(代理主席)

最後請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

- 一、針對投影片第 8 張，好幾位委員都關心「未成年不具清償能力，欠費不移送」，今年 5 月時，自由時報曾有 1 則新聞：「悲歌！媽媽繳不起健保費，8 歲童遭移送強制執行」。這裡面有個重點，即使不移送強制執行，其實這筆欠費，無論是透過結合民間資源、愛心專戶、政府社會救助，還是會有款項進來，未必會形成呆帳。
- 二、至於是否移送強制執行？當然不移送是符合 CRC(The Convention on the Rights of Children，兒童權利公約)的精神，但是如果移送強制執行，再由行政執行署(下稱執行署)的執行官，實際瞭解欠費者的家庭狀況，到底是「不為」還是「不能」？是有能力付卻不付、還是真的沒有能力？這時候行政執行官就可以轉介給縣市政府的社政單位，由他們去對家庭做進一步的瞭解，尤其衛福部一直都有「6 歲以下弱勢兒童主動關懷方案」。

簡單講，我們現在要修改作業要點的規定，把它改成不移送，表面上看起來對兒少是友善的，但是就健保署的角度而言，有沒有能力與人力進行審查及判斷，究竟是家長有能力或是真沒能力而不交。如未經審查，凡兒少欠費就直接轉介愛心專戶繳納欠費，恐怕也不符合公平正義原則，所以我認為這件事情可能需要再深思一下，這是第 1 點。
- 三、第 2 點，投影片第 23 張，這是違背社會研究法的錯誤案例，健保署很喜歡用民意調查來支持你們的政策，但我們在委員會議中，好幾次都提到做民意調查的問卷設計時，要特別注意不要在問題中引導作答，比方 Q1 提到「為增進公共利益目的，提升醫療衛生發展...」、Q2 提到「因應數位科技發展...」，其實健保署在問題中都已經指引回答者方向，誘導回答者選擇符合執政意向的答案，這破壞問卷設計的客觀公正原則。所以

我簡單建議，既然是要來作為支援決策的民意調查，還是要盡量注意問卷設計的技術，不要讓人家認為有引導作答的疑慮。

卓委員俊雄(代理主席)

是不是最後 1 位就請盧委員瑞芬，之後如果有委員要提問，等署長回應後，再視時間安排。

盧委員瑞芬

謝謝主席，我只有 2 點意見：

- 一、第 1 點是部長目前已經說今年底一定要實施部分負擔，我們在上次委員會議也針對部分負擔配套措施提出一些意見，目前都是繼續追蹤。雖然不曉得部分負擔會在哪個月實施，希望健保署能儘早針對配套措施給予 1 個確切回應日期。尤其年底以前一定要做的話，現在是 8 月，所剩時間不多，對於委員關心的弱勢團體相關措施，希望健保署能儘早有回應。
- 二、第 2 點，商保補位健保，是署長提出的重要想法。但是我覺得有點奇怪，過去我們在健保署沒有提出這方向時，國內一直都有商保(醫療附加險)在補健保的部分，其實也為健保帶來很多困擾，如日額型醫療險(以住院日計算現金給付)，造成很多道德危害的問題(提供被保人延長住院日的經濟誘因)，但它還是有好處，因為可以彌補健保不足之處，健保不可能樣樣都滿足民眾的醫療需要。

所以這部分我不太理解的是，這事情(商保的醫療附加險)在署長沒有講之前，市場就已經存在，現在署長提出來應該是讓大家瞭解到有這個 option(選項)，而不是政府、健保署要介入，這點應該蠻清楚的。既然市場上已經有了，市場越競爭、消費者才可以得到更多的利益。所以不應該限制市場運作、僅限公股保險業者參與，此會違反自由市場運作。署長意思是提出有這個 option(選項)，民眾可以考慮，並非政府要介入。

現在健保署於法也沒權力干涉商業市場的運作，世界各國政府大多也無要求或限制民眾購買商保補健保的例子。唯一比

較接近的例子是澳洲，澳洲是所得超過一定的範圍，不買商業保險，政府會加徵醫療保險附加稅(Medicare levy surcharge)，要你多付一點稅，這是我唯一看到的例子。所以這部分應該是署長強調有這選擇，大家可以考慮，政府理論上對民眾是否購買不應該介入，而管理商保市場是金管會的事情。

卓委員俊雄(代理主席)

先請李署長伯璋回應。

李署長伯璋

- 一、謝謝各位委員的指教，盧委員瑞芬剛才講得很對，商業保險跟全民健保是完全不同的制度，我今天能做到的，就是把全民健保的資源做最有效的利用，我想跟民眾說的是，健保提供的是基本醫療照護。就像每個產品都有不同等級，我常說有些藥品，例如癌症用藥，乳癌病人很多，疾病有不同層次，例如三陰性、三陽性、二度復發等，假如有藥物對病人是好的，我期待同仁能讓醫界給予病人治療機會，得到更好的治療。
- 二、全民健保資料會讓民眾知道全民健保的保障項目，商業保險可以強化全民健保不給付的部分，假設保戶得到癌症，想要做基因檢測或是某些項目，商業保險都可以幫保戶負擔。商業保險自己要去競爭，就是實支實付的概念，每個商業保險都是一年一保，不能帶病投保，健保不可能介入商業保險的策略，只是協助讓民眾知道買的保單，商業保險有保險存摺，提供保戶知道保障內容，全民健保可以告訴民眾有哪些項目是目前健保沒能力給付的。
- 三、醫界很擔心不上傳不給付，目前有很多要不要管理的問題，如果要管理大家就會有壓力，事緩則圓，但全民健保的錢有限，必須做最有效的利用。HIS 廠商都有他們的打算，都不是做的很到位，現在健保署跟華碩、中華電信討論健康雲，是希望提供給醫界，不過還需要溝通。
- 四、李委員永振剛才提到弱勢照顧，各位放心，理論上欠費我們就

會強制移送執行署處理，但我剛剛強調 18 歲以下民眾，若爸媽也屬於低收入戶，我們是不會列入移送強制執行的名單。執行署很聰明，若覺得移送對象很可憐，爸媽沒能力繳錢，就拍照，說執行署很關心民眾，說全民健保原本就要保護民眾，我們就啞巴吃黃蓮，說我們應該事先過濾移送對象，回過頭來要我們先用愛心專戶付欠費，我是覺得全民健保因此染上不好的名聲。

- 五、至於剛剛提到的平均眷口數，我們會照委員意見處理。趙委員曉芳提到商業保險與全民健保的關係，我們是希望讓健保給付項目更透明，讓商業保險知道哪些項目健保不給付，從健保不給付的項目做介入，給民眾選擇，並非代表我們要介入商業保險。
- 六、陳委員石池提的未成年部分，剛才我已經講我們的態度，我在公家機關工作，這 6 年來我以健保署同仁為榮。我的態度就是做好我能做到的事情，剛剛委員強調公平正義，我也同意，不過我想護理及健康照護司(下稱照護司)要跟大家講清楚，他們對我們的住院整合也有些想法，外界都對全民健保有所批評，我也只能忍耐。
- 七、關於 COVID-19 整合門診，大家也知道，既然長官這樣交代，COVID-19 病人也是病人，只是剛好現在有特別預算可以處理。
- 八、關於整合門診成果，整合門診的病人可能有 2、3 種疾病，提供整合門診，是提供民眾照顧的概念。每個醫師選擇科別不同，有的很厲害就選眼科，有個體系眼科做得很夯，整合很多家眼科診所，很厲害。AI 部分也是如此，用 AI 診療一個疾病時，就希望能納入健保，每個項目都想納入健保，我當然知道，但民眾都要考慮，AI 到偏鄉離島，當地民眾的經濟能力可能比較不好。當然遠距醫療的部分，我們目前都繼續努力在做。

- 九、關於核刪，我不希望同仁用核刪控制健保財務，讓醫界斷頭攤扣，我覺得浮報、虛報才是管理重點，陳前部長時中常提到用健保大數據發現醫療院所不實申報，就要求他們自清，這對他們是尊重，他們也知道該怎麼去做。
- 十、關於朱委員益宏提到的單次使用醫材規定，之前這樣規定，醫療院所就必須符合規定，假如民眾要用單次醫療就應該自己付錢，最後羊毛都出在羊身上，想要用好的，自己就要有能力，社會現實面就是這樣。
- 十一、何委員語提到法規，很多法規可以修改，很多專家說我們對藥品給付辦法規定有一些藥品納入健保後，隔幾年都不能調漲藥價，健保法應適當修改，假設國外藥價調降，我們也應該調整。關於加收保費的部分，慢慢來，這不是我的能力範圍，請商司長東福向部長說明。
- 十二、李委員麗珍講的，我會跟金管會溝通，保險公司在營運時，會知道保障項目是民眾的弱項，商保這部分做的比其他人更好，商保當然希望客戶越多越好，不見得每個人都知道保單保障項目，除非是律師。
- 十三、剛剛陳委員秀熙講的健康存摺，現在的確是如此，成大呂教授宗學有幫我們健康存摺的檢驗項目都有 note，就是檢驗數據是什麼意思，讓民眾可以參考。
- 十四、說實在的，我覺得健保資料庫對台灣未來發展非常重要，每個人的切入點不同，健保署唯一辦法是要把不足的地方補足。
- 十五、劉委員淑瓊今天講出公道話，關於未成年無能力者繳納保費的部分，我也不捨得這些年紀小的人，不是他們要出生在那樣的家庭，他的父母付不出保費，兩者加在一起很可憐，我會去處理。民意調查部分我們會再改善。
- 十六、盧委員瑞芬講的部分負擔配套，說實在我也不知道部分負擔何時施行，從頭到尾人家都說，署長你講的很好，我們怎麼做，屆時又落空，這可能要問我的長官商司長，沒有真正公告

都不算數。

十七、說實在的，我也只能做我能力做到的事情，國家將來如何發展也是靠我們大家一起去努力，以上。

卓委員俊雄(代理主席)

針對李署長伯璋回應，不知道各位委員還有沒有意見？(未有委員表示意見)委員意見提供健保署參考，本案洽悉。接著進行優先報告事項第二案，請同仁宣讀。

李委員永振書面意見

業務執行季報告資料第 3 頁，新增「虛擬健保卡」法源依據，健保署在防疫期間推動「虛擬健保卡」，讓健保卡相關系統作業能順利上線，值得肯定！但仍有幾點提醒建議：1.委外廠商監督不易落實，有無定期執行委外作業之監督或查核？2.政府機關在個人資料雖委外處理，但在執行個人資料保護的實務作業與法律責任強度，並未減弱。作業委外的個資管理風險，健保署責無旁貸。3.如何有效監督虛擬健保卡促使第三方 APP 自律，委外監督不能只是在合約上的文字。

肆、優先報告事項第二案「衛生福利部交議 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」與會人員發言實錄

同仁宣讀

卓委員俊雄(代理主席)

請商司長東福報告。

商委員東福

謝謝主席，待會社保司會報告總額範圍，健保會是監督保險人，今天各單位為了要好好解釋我們去行政院爭取總額成長很重要的計畫，在座有幾位司署主管，包括國民健康署(下稱健康署)魏副署長璽倫、林組長莉茹及吳組長建遠，照護司蔡司長淑鳳、疾病管制署(下稱疾管署)詹副組長珮君及心理健康司(下稱心健司)譔司長立中，待會再麻煩他們跟各位說明，先請社保司同仁報告。

社保司林科長蕙卿報告：略。

照護司蔡司長淑鳳報告：略。

疾管署詹副組長珮君報告：略。

魏副署長璽倫

一、主席，各位委員大家好，社保司報告 112 年度總額目標就是整合公共體系發展，發展以人為本的照護模式。健康署的角色比較像是嫁接，從公共衛生三段五級的概念著重在初段、次段的健康促進、特殊保護跟疾病篩檢，疾病篩檢主要透過早期診斷、早期治療避免疾病惡化及健康水準下降。去年首度推出代謝症候群管理計畫，每年近 200 萬人口的成人健檢中，或許可找出許多代謝症候群疾病病人提早疾病管理介入，避免後面疾病病程衍生。

二、今年又再度提出癌症治療品質計畫，癌症篩檢一年花費約 50 億元，找出許多陽性病人，後續仍要接受醫療診斷、及早治療，所有提出的計畫目的都是降低未來因為疾病進程惡化所產生的醫療支出。

三、112 年的計畫規劃，署方在 7 月 15 日及 19 日分別跟醫院基層代表有交流，8 月 19 日的健保署預擬會議也有報告過，今天先提出兩項計畫，希望健保會委員指導與支持，以下請兩位組長報告。

健康署林組長莉茹報告：略。

健康署吳組長建遠報告：略。

卓委員俊雄(代理主席)

接著請心健司謹司長報告。

心健司謹司長立中報告：略。

卓委員俊雄(代理主席)

接著請健保會報告。

陳組長燕鈴

一、接下來報告 112 年度總額範圍，必須現在確認 112 年度四總額部門之非協商因素，就是醫療服務成本及人口因素成長率，請翻回會議資料第 34 頁，依據今年所訂的 112 年度總額協商架構及原則，今年度四總額部門的醫療服務成本人口因素成長率會採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式，112 年度的低推估是 1.307%，高推估是 4.5%，差距是 258.5 億元，就是政策目標的預算，也就是協商空間。根據衛福部提供的低推估資料，必須試算四部門總額的醫療服務成本跟人口因素成長率，也就是自然成長所需要的費用。

二、請看會議資料第 34 頁的表格，醫療服務成本及人口因素成長率包含 3 個因素—醫療服務成本指數改變率、人口結構改變率、投保人口預估成長率，這 3 項因素綜合計算的結果，四部門總額的成長率分別如下：醫院總額成長率是 2.250%，西醫基層總額成長率是 1.400%，牙醫門診總額成長率是 0.642%，中醫門診總額成長率是 1.394%，這個數值經委員確認後，9 月協商會直接列入協商成長因素。

三、請看會議資料第 34 頁說明第三點，衛福部今年交議函涉及本

會協商部分在此說明，交議函說明四有提到，協議訂定 112 年度之醫療給付費用總額及其分配方式，應納入交議函說明三之 5 項政策目標及執行計畫。

四、交議函之說明五及剛剛社保司的簡報也有說明今年 3 月 15 日「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」中有談到，有關成效回饋款之決議：「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(Key Performance Indicators，關鍵績效指標)，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，將可能產生疑義的地方預先處理，以減少協商後須再協商；同時亦訂定評估標準，以利後續評估擴大辦理(或持續辦理)或減少預算(或退場)」，請本會納入本次協商事宜。

五、依照衛福部交議函所示內容，需請各總額部門及健保署將上開事項納入所提之 112 年度總額協商草案，以利總額協商，也請各部門跟健保署能依據 112 年度總額協商架構及原則與程序，且參考等一下會舉辦的總額協商會前會委員意見去修訂協商草案，請務必在今年 8 月 31 日前提出 9 月總額協商之「112 年度總額協商因素項目及計畫(草案)」最終版本，9 月 21 日要進行協商會議，9 月 14 日之前我們要完成所有資料並寄送到各位手上，請各部門及健保署於 8 月 31 日之前務必提出，提出後就不再變動，以上說明。

卓委員俊雄(代理主席)

請各位委員翻到會議資料第 33 頁，本案是報告案，分為 2 大部分，一個是 5 個政策目標的說明，另外一個是要確認 112 年度四總額部門之醫療服務成本人口因素成長率。關於第一個說明，大家一定有很多寶貴意見要提供各署司參考，我們是否先從簡單的開始，先從第二個確認 112 年度四個總額服務成本及人口因素成長率，也就是會議資料第 34 頁剛才同仁說明的表格，依照衛福部提供的資料，也有跟健保署、社保司確認過相關數字計算出的，應該是比較困難

去做變動，因此我們是先來確認此部分。請翁委員燕雪。

翁委員燕雪

各位委員午安，有關議題二要確認醫療服務成本及人口因素成長率，我記得我在一次會議提出，衛福部計算人口成長率的分子、分母是站在不一樣的基礎，應該做同基礎的調整，那次會議何委員語、李委員永振也贊成我的意見，當初主席的裁示是意見提供衛福部參考。但我們現在看到的是計算結果，根本不知道如何計算，不知道無接受我們的建議去做調整，因為公式是有問題的，只有提出數據計算結果，我們無法得知是如何計算，所以我希望要先釐清。

卓委員俊雄(代理主席)

請健保會說明。

陳組長燕鈴

今年 4 月衛福部有諮詢本會委員對總額範圍的擬定公式意見，當時我們有整理委員的意見呈給衛福部參考，他們會納為明年總額協商低推估公式修改的參考。因為今年協商原則採行政院核定的數值，這已經是行政院核定的數值，今年仍依照這樣的數值，但詳細計算就參照社保司當時研議的結果，明年社保司研議 113 年度總額時會有相關會議檢討公式，以上說明。

卓委員俊雄(代理主席)

請周執行秘書淑婉先補充說明，再請翁委員燕雪發言。

周執行秘書淑婉

我想這部分還是依照衛福部報院核定的為主，核定的內容還是依照他們 4 月份諮詢我們的內容。剛剛陳組長燕鈴也說，這是明年度做調整時才能處理，我想還是依照行政院核定的。

卓委員俊雄(代理主席)

請翁委員燕雪回應。

翁委員燕雪

謝謝主席，我沒有辦法接受剛剛的回應，我印象當初就是討論 112

年度的總額，我們既然有提出意見，且我們的建議合理，怎麼可以說 113 年才要調整，行政院是核定一個範圍(range)，並不是計算出來說應該要多少，且行政院有無討論我們當初提出的意見，我們也不得而知，不能直接說等明年再來處理，以上。

卓委員俊雄(代理主席)

還有一位委員要針對這議題表示意見，請黃委員振國。

黃委員振國

關於翁委員燕雪提醒的成長率，我們從去年到今年在健保會曾多次針對醫療服務成本指數改變率發言，因為去年是負數，跟一般民眾概念不同，萬物皆漲，唯獨醫療服務成本指數是負的，社保司也開過幾次專家會議，唯獨漏了邀請在座所有醫療服務提供者委員出席。我建議既然要檢討，就要全面檢討，本來公式就存在很多跟現實背離的狀況。因為協商在即，我不認同現在馬上就要處理公式的內容。我們呼籲，希望相關主管單位能謹慎思考我們提出的疑點，作為明年計算公式的依據。

卓委員俊雄(代理主席)

請李委員永振。

李委員永振

剛才 2 位委員再次點出我們一向關心的問題，我本來不想發言，現在可能要講幾句話，大概 5 年前的 4 月份，我曾在衛福部召開的相關總額會議，今年是 3 月 15 日召開，4 月份到我們這裡諮詢，時間很趕，所以要求社保司今年馬上處理可能有困難，但是沒有處理，核下來之後，就如剛剛周執行秘書淑婉說的，核定下來就要這樣處理，但是委員的意見，社保司都說有送行政院、國發會，但協商完又忘了，到明年的 3 月底、4 月初才回到這問題，如此年復一年，我算一算大概有 5、6 年跑不掉。所以要解決剛才 2 位委員所建議的，應該在年底之前提出因應的方式，作為明年第 1 次 3 月底、4 月初討論下一年度總額範圍時要有回應，才能確實解決這些問題。今年就不用再追了，再追也是為難幕僚單位，因為行政院已經核下

來了，所以這樣或許可以解決大家長期關心的問題。

卓委員俊雄(代理主席)

請商司長東福。

商委員東福

- 一、謝謝主席，謝謝各位委員的關心，這議題真的年復一年都被大家關心，我們年復一年都檢討，但沒辦法說你們的意見就是共識，共識一定是大家要討論後形成的，並非沒按照你們的方式，就是沒有與你們溝通。
- 二、關於公式的問題，翁委員燕雪是主計總處代表，主計總處一直有參與行政院的會議，我們的程序是訂有時間表，年初時找大家來開會，這是每年都會做的事情，送行政院之前也會在此諮詢各位委員，大家就會提出意見，這些意見會送國發會，他們會交給專家學者做審議時參考，他們很關心每一個數字，在健保會報告時是以附件方式處理，但是送給國發會的委員時，我們是把每個數字怎麼來的都寫很清楚，我們送行政院之前也跟各位報告過。沒錯，這數字已經是核定了，我們就在此範圍中協商，當然大家關心的，很多問題其實是年復一年，一直累積，我們也都有列出討論，有共識都很快執行，但沒辦法滿足個人意見想法，很抱歉。

卓委員俊雄(代理主席)

請何委員語。

何委員語

- 一、主席、各位委員，我們 7、8 個工商團體連續 7、8 年都有自己精算低推估及高推估範圍，並提出建議給衛福部，但是 7、8 年來都石沉大海沒有被採用，政府要怎麼決定就怎麼決定。行政院已經決定低推估 1.307%、高推估 4.5%，這已經核定下來了，剛剛主席說要確認，我認為不必確認，因為行政院核定好，我們沒有比行政院大，除非總統說要請我們確認，要不然沒有用，你們講的都無效，我們 7、8 年的發文都無效了，現

在確認也無效。

二、投保人口預估成長率實際上一一直在變動，像我們海外工作人員原來申報到海外去工作有 78 萬多人，因為超過 2 年沒有回來，今年就被國家除戶 28 萬人，剩下 50 萬人還沒被除戶，人口就減少 28 萬人。接下來若明年疫情結束，這 28 萬人又會跑回來，人口又增加 28 萬人，所以人口一直在流動。我們的出生率剩下 0.89%，是全世界最後一名，人口是負成長。我們明年能不能再當委員還不知道，若社保司願意 3 月份檢討公式，我建議社保司邀集所有委員召開一個會議只討論公式，把公式的各項指標全部詳細地討論一遍，我的建議就是這樣子，不然剛開始大家都搞不清楚狀況，最後行政院核定下來要去改變低推估、高推估、預估投保人口成長率、醫療服務成本指數改變率等都是很困難，已經沒有用了！所以我的意思就是付費者委員從今天開始，拿到醫療團體給你們的資料，需要廢寢忘食，努力地讀清楚資料，再來跟他們論戰一場，只有這樣子而已，能協商多少就算多少，不能論戰就放棄、放手，我的觀點就是這樣子，付費者跟醫療服務提供者在總額協商談判，認為合理的，該給就給，認為不合理的，不該給就不要給，在這樣的原則下完成今年總額協商。

卓委員俊雄(代理主席)

- 一、我嘗試整理一下各位委員在很多不同發言意見下的共識，我們要先承認 112 年度各部門總額「醫療服務成本及人口因素成長率」，這是第 1 個共識，第 2 個共識是大家仍希望社保司能否有 1 個具體的改革說明，因此我們是否先確認 112 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額之醫療服務成本及人口因素成長率，就依照會議資料第 34 頁附表中的相關數字，當作各總額部門協商的依據。
- 二、接下來這個結論對何委員語比較不好意思，因為明年 3 月說不定我也不在這裡，所以請衛福部社保司，在 12 月委員會議就

醫療服務成本及人口因素成長率推估公式、內涵及改革內容，向本會提出完整的說明，我們就將其列為追蹤項目，這樣可以嗎？

商委員東福

很高興有這種機會說明，只怕沒有時間而已，你們要安排時間嗎？

卓委員俊雄(代理主席)

太好了！剩下的 20 分鐘，我們就針對第 1 個部分，也就是這 5 大政策目標，我想各位委員一定有很多意見，請一樣簡短發言，再請今天各相關司署主管來進行說明，劉委員淑瓊是第 1 位發言，其他欲發言委員請同仁登記。請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

因為已經是 12 點半了，本來想說提書面意見，既然主席說有 20 分鐘，既然相關司署代表都在，所以接下來討論方式如何安排？

卓委員俊雄(代理主席)

請想發言者發言，想吃飯者吃飯。

劉委員淑瓊

- 一、這個交議案本來 7 月份委員會議就應該要提出，延至 8 月才提出，已經壓縮委員們的研析及討論空間，這次資料又是在會議前 1~3 天委員才拿到，我們認為這件事很不妥，因為這樣讓委員沒有時間看資料，且影響會議的討論品質，因此，我希望今天有決議，以後這樣的資料能夠依照時限提出，不然健保會就不列入討論，因為這是涉及會議品質問題。
- 二、社保司投影片第 7~8 張「重整醫療體系架構」，看起來有幾個方案是公部門公務預算先行後再導入健保，我們希望採取此一模式的方案，應做好計畫成效評估，並具體說明未來導入健保後各階段或項目的經費來源，與可能問題的因應對策。比方說從「周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫」，還有「優化兒童照護計畫」中發展出周產期照護網絡、幼兒專責醫師制度，立意雖甚佳，但在實務上仍有很多問題，所以我們希望能夠看

到試辦的評估計畫。再者，建議應納入兒保醫療，兒童虐待造成其短期跟長期身心影響非常嚴重，後期的醫療需求跟醫療支出都是非常可觀，所以我們希望能把這個放進去。

- 三、針對照護司的「建立住院整合照護服務計畫」，我們在過去委員會議中都提出很多意見，立委跟民團也正在連署支持中，顯見「住院整合」是民眾與家屬想要、也是病人安全管理重點之一。針對照護司提出的資料，我們有幾個建議：第 1 個是，應該加強說明此方案在感染控制的效果，這件事情對健保財務是有整體效益，建議你們可以把它加入，增加這個計畫的說服力。第 2 個是，針對公平性與道德風險，好幾位委員都很關心，剛剛司長的論述還不夠清晰具體，可以再補強一下。
- 四、疾管署所提出的慢性傳染病照護品質計畫，醫改會瞭解在慢性病整合的相關計畫中，都有 1 個關鍵就是個案管理制度師，若制度設計不好，關鍵人物的個管師流動率可能就高，造成醫療團隊人力不足、個案管理狀況難以銜接，然而，從你們的計畫簡報中，只單就預期效益作說明是相當不夠的，我們不知道疾管署是對於什麼具體困境而提出規劃，所以希望爭取健保支付讓我們的個管師是穩定的人力。
- 五、有關健康署「代謝症候群管理計畫」也是委員長期關注的，我看到歷次委員會議的爭點(執行目標、預期效益之評估指標)，都還沒有完全解釋清楚，但因為才剛開始辦，健康署手上資料也有限，所以我們期待在適切的時向健保會提報階段性結果。但我有個問題，這個慢性病的防治跟管理，其實大概都是屬於輕症或是預防醫學，是不是以西醫基層診療為主？我們在 112 年加在醫院總額，不知道理由是在哪裡？以上請教。

卓委員俊雄(代理主席)

我們採統問統答。請林委員恩豪。

林委員恩豪

- 一、謝謝主席，我有幾個問題，大概 3 個左右，照護司提出住院整

合照護服務計畫，我記得去年提出時預算額度蠻高，最後因醫事服務提供者反映整個人力、配套、訓練等都來不及導入，最後才弄 3 億元試辦，為何今年立刻可以暴增到 60 億元？是因為這 1 年中，所有配套措施、人力、訓練，或是導入方式都已經有大幅提升嗎？這是第 1 點。

- 二、再來是疾管署的慢性傳染病照護品質計畫，這裡提出的第 1 份補充資料第 17 頁的這幾個 KPI，我想請問一下，目前的狀況是如何？計畫實施後的 KPI 是這樣，但現在是什麼樣的狀況？
- 三、第 3 點是健康署的癌症治療品質改善計畫，這裡有說明就是提出這個計畫的原因是要追陽，剛才講已經篩陽的個案卻沒有接受後續的治療，可否說明一下這樣的比例到底多高？一般他都已經得到癌症，他又不想接受治療的比例有多高？想瞭解一下，謝謝。

卓委員俊雄(代理主席)

請翁委員燕雪。

翁委員燕雪

- 一、謝謝主席，我剛聽到我們衛福部各位主管的簡報，聽的感覺怎麼似曾相識，我在當科長時這些案子通通都看過，但是今天的簡報，以疾管署來講，希望發掘結核病與愛滋病的潛在病人，這些經費我們在公務預算上都有支持，但今天簡報好像沒有特別提到。
- 二、我今天看幾個司署的簡報，第 1 份補充資料第 21 頁是健康署的簡報，投影片第 8 張，我覺得他做的很好，可以清楚看到整個計畫的期程，在哪個階段是公務預算支付，哪個階段導入健保，健保法有明確規定健保支付項目是什麼，這樣分析時，我們就能明確判斷到底這個費用該不該由健保出，還是由公務預算來出，所以我會建議，以後是不是各部門做的簡報都可以比照這方式，因為這樣才能見林，若只是針對我要來爭取健保經費去講，會見樹不見林，所有政策一定是政府資源加上民間資

源來統籌運用，很整體讓健保委員知道整個投注在這計畫要花多少錢，政府負擔的是哪一部分，健保要負擔什麼，所以我覺得健康署這張投影片做得很好，希望大家能夠參考。

三、再來就是經費部分，今天每個案子都是希望爭取經費支持，我覺得應該要很清楚呈現，像是健康署的代謝症候群管理計畫，在第 1 份補充資料第 30 頁，只告訴我們 1 個總數，到底單價數量為何？看不出來，也無從評估這樣支出是否合理，因為代謝症候群管理計畫，當初針對收治人數的點數是有意見，他最後用的點數有無依照我們的意見去下修，這裡完全看不出來，現在看起來直接用 3.08 億元換算成 25 萬人數去計算，這樣太粗糙了，希望各機關在提報需求時能再清楚地把單價、數量明確表達，以上。

卓委員俊雄(代理主席)

請陳委員秀熙。

陳委員秀熙

- 一、大家午安，謝謝 4 個司署報告有關今年所提的計畫，我想這些計畫從前面看到都有符合 3E 原則，就是公正性、有效性以及效率性，我覺得這裡面有很重要的是，這 5 個計畫本身其實就是在實踐我們目前的一條龍，從公共衛生前端的預防到臨床結合，這是一個不錯的連結，所以我很支持這個計畫以這樣的經費規模來看，符合整個健保精神走向。
- 二、對於計畫本身，幾個簡單建議，第 1 個在住院整合照護服務計畫，今天長照弄到這個地方，面臨 1 個很重要問題，是入出院的照護，這計畫會有很大的幫忙，我是希望照護司可以再很快精簡、精準上決定哪一些族群、機構、場域能最先做這件事，我們已經發現到長照機構在入出院的病人，特別是照護腦中風的病人很費神。
- 三、謝謝詹副組長珮君的報告，剛才提及 HIV(Human Immunodeficiency Virus，人類免疫缺乏病毒)的治療照護會有

連結，今天長照的 TB(結核病)發生率是有上升，所以他剛才也點出來非常重要，站在國家的公正、公平立場，不要忽視外勞，外勞也會影響到國內民眾，過去有一些報導，請 CDC(Centers for Disease Control，疾管署)規劃這些地方時也把外勞在整個地方的 TB 納入。對於 HIV 當然非常重要，現在看到的 monkeypox(猴痘)，若不是我們 CDC 及早提前部署因應，後果難測，我們也看到 monkeypox 在世界特殊團體間蔓延。

四、有關癌症的計畫，這部分是大家行之有年，也是我剛說一條龍最典型的接軌，但在癌症陽性率中，我們一定要跟健保署做好篩檢族群跟臨床本身，在醫院找到分野的預算規劃，因為畢竟專案之後，要變成這樣的健保給付，涉及整體的預算規劃。

五、代謝症候群管理計畫方面，我希望在心臟血管疾病降低部分要特別強調，對於 10 萬人規模能否可以考慮站在公正、公平觀點來看，以這樣的預算來看能更精準化地來提高人數。最後謚司長立中報告的強化精神照護體系，當然非常重要，精神病人特別是在 COVID-19 裡面非常辛苦，謝謝計畫中對精神病人可近性與可用性的照顧，以上簡單建言請大家參考，謝謝。

卓委員俊雄(代理主席)

是否最後 1 位陳委員石池發言後，其他委員用書面意見表達，現在已經 12 時 45 分了，請委員盡量簡短發言，若有比較多意見是否提書面。請胡委員峰賓。

胡委員峰賓

一、主席，在會議資料第 41 頁，112 年健保總額政策目標，用很多用語，比方提升、增進、持續、加強、提高，第 5 點寫持續加強偏鄉醫療照護，提高資源分配合理性，這更是經典啊！全部都用上了，但既然是政策目標，就要提出怎麼加強偏鄉醫療照護的政策、如何提高資源分配公平性的政策，否則明年提出健保總額政策目標也可以繼續照抄啊，試問哪個年度不須要提高資源分配合理性？健保總額政策目標不是提出很多空洞的格言

跟飄渺的哲理，這是沒有意義。

- 二、我們也看到住院整合照護服務計畫納入健保，於 112 年在重點政策中有提出一個報導，81% 民眾願意多付保費，但是要多付多少，民眾知道嗎？民眾根本不知道，以這樣的報導當作政策的依據，這有前提事實不充足、不當推理的謬誤，就像你問民眾要不要出國做一個每月起薪 3 千美元的工作，我相信很多民眾都願意，但你沒說要去柬埔寨工作，所以這樣問卷是無意義，若民眾願意多負擔保費，現在商保就可讓民眾多負擔保費，以減少住院看護的支出，健保署推動商保彌補健保的不足，也不用照護司規劃。
- 三、若健保涵蓋醫療以外的看護，是有違法問題，健保法第 40 條有規定，保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫療服務機構提供保險醫療服務，所以是限制於醫療服務，看護怎麼會是醫療服務呢？若看護費用可以納入健保給付，民俗療法如刮痧、拔罐、按摩都可以納入，所以政策若要納入，照護司就有責任提出修正草案，法條寫得很清楚，照護司怎麼可以把法條當麵條，想怎麼吃就怎麼吃，違反法律規定而為健保給付，可能導致監察院依照監察法進行糾正跟彈劾，不可不慎，以上，謝謝。

卓委員俊雄(代理主席)

請林委員敏華。

林委員敏華

我這邊也有幾個問題，主要 1 個問題是住院整合照護服務計畫，我想請教如果我認知錯誤可以跟我糾正，因為我看裡面寫新增住院整合照護管理費，每人每日 750 點，再增加住院整合照護輔佐服務費，從 0~1,050 元，但是我們細算的話，就我認知目前推動應該是助理護士的方式，而不是說目前若家屬住院就是依照照護司提的，1 個人 1 天 2,500 元，但這個看護是只屬於這個病人，但就內容看起來他可能是跟護士一樣，1 個照護員照顧 3~5 人，這樣能否符合

民眾的期待？這是我蠻大的疑問，以上，謝謝。

卓委員俊雄(代理主席)

請干委員文男。

干委員文男

- 一、謝謝主席，我想一個大有為的政府，提出很多夢想，我站在消費者、民眾立場，贊成通通納入，經費哪裡來？剛才行政院核定的總額範圍，若通過了，也同意了，會影響到醫療奉獻的程度，我想你們醫師應該更大聲地講，這是對的。
- 二、我也不知道今天來報告的單位，行政預算有沒有事先編列，要拿來具體配合，如果沒有，光要健保總額支付，好像有點過分。
- 三、你們的調整我非常贊成，通通接受，這是政府的德政，受益者是老百姓，如果要真正解決，我提 1 個辦法，把現在哪些政策需要資金，做 1 個全民公投，今年 11 月 26 日要選舉，同時做 1 個公投，我們的會議能夠調整多少，付費者能夠付到什麼程度？醫界能夠接受到什麼程度？大家來做公投，不要說誰反對、誰不反對，希望照顧老百姓哪裡不好，好啊！錢的問題，這樣才能徹底解決問題，人民有願意，投贊成，政策跟著辦，法律也跟著辦，若不贊成，就空口說白話，說了也不一定對。我拜託健保署準備資料，主席也做 1 個決議，通通需要的一起來，我看費率也快到頂了，趕快做 1 個解決、清倉，要不然到下年度、再下年度問題會更大，以上，謝謝。

卓委員俊雄(代理主席)

請趙委員曉芳。

趙委員曉芳

- 一、我對兩個方案有一些想法，第 1 個是照護司的住院整合照護服務計畫，我肯定你們將 111 年度的執行過程及進度做有系統的呈現，這是值得肯定的，這個計畫就我個人認知，就是在醫療場域去完善醫療服務 3 大環節，包括醫療、護理跟照護的最後

一個部分，這會是一個德政，因為受到家人住院影響最大的對象，大概就是必須要依靠工作的收入，來換取生活所需，聘不起看護，尤其住院看護費用對其造成很大負擔的這些人。

- 二、就照護司的簡報有幾個建議，第 1 個是在輔佐服務費 1,050 元的部分，他的收取機制是什麼？是單次收取還是怎樣的設計？是依被照顧者人數收取，還是平均分擔？這些都需要再多做說明。
- 三、第 2 個是品質監控機制部分，建議以分科計算，因為我們想要瞭解不同科別在試行機制之後影響狀況的差異。最後，我在去年也提醒了，針對願意投入的醫院必須要發展獎勵的制度，尤其協助他們在行政管理部分的費用負擔，我想這會是增加醫院願意投入的誘因。
- 四、最後就是協商預算的編列，我想是過於樂觀，比較務實的做法，應該是以目前願意加入的 51 家醫院，估算大概有多少比例的病床會加入，再依照明年度相當比例的成長幅度去試算合理金額，會是一個比較務實的計算方式。
- 五、再來是心健司的強化精神照護體系執行的這個方案，我肯定心健司的努力，尤其是你們行動計畫五 PAC(Post Acute Care, 精神科病人出院後急性後期照護服務)的方案，我覺得成功地把過去我們認為把精神病患送到醫院就是一切服務的結束終點，把這個假設成功地打破，把病患從醫療體系送到社區，讓社區接手，我認為這是非常大的進步，我肯定這部分的規劃，但你們在投影片第 13、14 張，在第 13 頁的門診就醫圖，一樣只有到固定門診就醫到結案，沒有像住院就醫部分，還銜接到社區及公衛體系、居家治療，我想這圖還需要做確認，是否門診部分後面就不處理了嗎？不跟社區接軌了嗎？在投影片第 14 張，建議若願景是要跟社區，包括心衛中心、社安網銜接的話，則獎勵指標應該要加入心衛中心、社安網的轉介率或開案率，作為主要指標之一，以上。

卓委員俊雄(代理主席)

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、主席，第 1 個我覺得非常難得，為什麼難得？難得我的意見跟干委員文男的意見一樣，干委員剛才說通通加入，我也同意通通加入，但是有一個前提，不要做總額，1 點 1 元，這樣子的話，我舉雙手雙腳全部贊成，在總額支付制度下，政府把財務責任轉嫁給醫療服務提供者，政府這樣一直開支票，結果錢不夠了，就點值浮動，我們已經被打 8 折了，被打 7 折了，這樣不夠，還要再打折，這樣子我也會做啊！所有全部都進來，但是條件是 1 點 1 元，不要做總額啊！又要做總額，財務責任又要醫療服務提供者來承擔，又加了一大堆原本公務預算應該要支應的計畫。
- 二、我舉例，住院整合照護服務計畫編列了 60 億元，我們在會議資料第 34 頁告訴各位今年整體預算可以協商的約是 258 億元，60 億元是 1/4 的預算，1/4 的預算就要用在照護司這 60 億元裡面，當然如果今天不做總額我也支持，但做總額就是要醫療服務提供者利用點值來吸收，看 1 個病 200 多點，不好意思喔，我們司署提出很多獎勵方案，都 500 點、1,000 點、1500 點、2,000 點等，但醫師看 1 個診 200 多點，我覺得這是非常不公平的事情，現在醫院總額已經缺口大概有 6、700 億元，政府不去思考所謂全民健康保險中長期改革計劃怎麼去改革以減少這 6、700 億元的財務缺口，然後各司署提出很多計畫要不斷地加碼，不斷把總額的給付範圍擴大，錢已經不夠了還要買東買西，買這個買那個，我覺得這樣其實不好，因為政府不負擔財務責任，錢不夠就調保費，就這樣子啊，調保費後何委員語就不高興了，李委員永振會說保險總經費下限 36% 部分政府付不夠啊，政府責任到底在哪裡？但是我們看到政府一直在加碼，希望把健保的餅越做越大，這是第 1 點。

三、第2點，包括社保司提出投影片第7、8張所列5項試辦計畫，我是今天第一次看到，其中「幼兒專責醫師制度」試辦計畫在投影片內容提到，係以家庭責任醫師制度為基礎，希望對於幼兒健康照顧有所提升。但我剛詢問黃委員振國，他是基層代表，我問他這個計畫有沒有跟西醫基層商量過，他說他不知道，也是今天才看到。而我是社區醫院代表，對於「推動社區化之急性後期照護模式」試辦計畫跟社區醫院很有關係，內容是什麼，我從來都不知道，也是今天才看到這資料，因此我覺得很奇怪。

四、所以我剛剛才講，我真的很難得跟干委員文男意見一樣，政府要做全部都可以進來啊！但是你就把總額拿掉，也就是不要施行總額支付制度，改以每點1元來支付，錢不夠的就編列公務預算來處理，這樣就可以達到民眾需求，包括幾位老師都認為給付不足之處、哪裡需要加強，政府該加強就可以加強，但是政府要出錢啊！不是政府不出錢，而去吃醫療服務提供者的豆腐，點值一直打折扣，再加上健保署因為點值很難看，就用行政處理方式去攤扣或核減，我認為這樣非常不公平，以上。

卓委員俊雄(代理主席)

請黃委員振國。

黃委員振國

一、首先針對112年度總額政策目標來談，這個目標坦白講是很好，第1點「整合公共體系及健保資源，發展以人為本的照顧模式，積極提升民眾健康」，而第2至5點也都很好，但其中第一點提到的「整合」意思是什麼？我想整合通常意指A+B，也就是把A資源及B資源合在一起，比起A或B個別單獨的資源來說，整合應有更好的效果。但是今天的計畫只看到一個結果，也就是只看到公衛體系來整合健保資源，這是政策目標第1點所顯示出來的，完全只看到公衛體系來整合健保。所以就呼應了，原來公衛體系及行政單位的預算在整合過程中，預

算不能少只能多，要讓民眾健康得到更多保障。

- 二、至於政策目標第2、3、4、5點下面幾乎都沒有提到，以第3點「推動健保給付支付制度改革，減少無效醫療，提升給付與支付效率」為例，請問社保司或部裡長官可否告訴我們何謂無效醫療？說實在我當醫生30幾年，能否有前輩指點一下，無效醫療的範圍為何？不然每次跟民眾 argue(爭論)也是很大的問題，所以希望衛福部能夠明定，告訴我們何謂無效醫療。
- 三、我提醒大家，中長期計畫項目所推動的經費是編列在西醫基層及醫院總額，但當一位個案有醫療需求時，並非只有在這2個總額使用，可能會跨總額，例如也可能會使用中醫或牙醫總額，因此成效節省之處可能不是在原有的總額。例如以早期發現的效益而言，一開始病人的篩檢過程是在西醫基層就醫，但減少的醫療支出將會是住院端的總額，所以我們不太 favor(偏好)列在單一總額內，我希望這麼立意良善的計畫，就該編列在專案，由其他預算來進行跨總額的整合。以癌症病人為例，癌症病人往往不只接受西醫治療，也常接受中醫治療，相輔相成有更好的效果。所以我覺得此類立意良善的計畫，請行政部門編列時，以跨總額整合之思維，提供民眾最佳的服務。

卓委員俊雄(代理主席)

請陳委員石池。

陳委員石池

- 一、我非常同意今天各司署所提出的計畫是對民眾健康的把關，但問題是錢哪裡來？各司署都有公務預算，就應該用公務預算，我只同意健康署的早期癌症篩檢，因為早期癌篩治療效果好，晚期才發現治療效果就很差，這樣就可以省下健保支出。能達到節省健保支出的效果，我才同意健保總額可支應此項目。至於其他的項目，我覺得都應該用各單位的公務預算去執行才行。另外，我蠻贊同疾管署的HIV治療，但是花很多錢，但是也許你們應該尋找其他療法，我知道有人一天就可以把愛滋病

病毒殺光，我想你們應該要去找那種療法。

二、此外，我還是感謝照護司很認真去把公平正義的定義找出來，非常敬佩，第 1 點有效的什麼我記不起來，這可能是你的理想目標，至於所提第 2、3 點我是同意的，機會均等，弱勢最大化，我以前就關心這點而已，在機會不均等的情況下，以前是有錢可以享受，沒錢不能享受，今天你若能達到機會均等這個目標那就很好，但若要讓經濟困難的病人由醫院社服基金補助，這就不可行啊！醫院的社服基金有訂定使用辦法，連醫療服務方面都不是所有的服務都會給付，怎麼可能還在照護方面給予補助，這是不可行的方案，要好好想清楚。「住院整合照護服務計畫」要到 111 年 9 月才核定試辦醫院開始執行，也就是現在 111 年經費都還沒使用，112 年就編列 60 億元，真的是獅子大開口。112 年應該還是編列 3 億元就好，要先把試辦計畫做好一點，剛劉委員淑瓊說要評估試辦計畫才知道不可行，我想對於為什麼 112 年要編列這麼多錢，應考量合理性，不要再來這邊獅子大開口。

卓委員俊雄(代理主席)

時間關係，能否請稍後發言的 3 位委員，在 1 分鐘內發言完畢。請許委員駢洪。

許委員駢洪

我現在終於發現何委員語、李委員永振、干委員文男一直以苦口婆心、同理心的立場持續發言，我們也很支持他們的發言，我想我們設定一個目標時，很多都是用 must(務必)原則，一個要能測量、要能計算、要有錢、要能達到的目標，現在各司署想要使用的是健保醫療費用，健保經費來源也就是健保署對民眾收取的健保費，各司署這些工作本來應該要公務預算去做，變成改用健保費支應，對民間來說會變成一隻牛剝兩層皮，民間反應會不好，這是我的想法。

卓委員俊雄(代理主席)

請馬委員海霞。

馬委員海霞

- 一、我的很多想法，前面發言的委員都已提出，又被主席交代發言 1 分鐘，因此我只提 1 個意見，行政院已經請我們通盤檢討健保收支及財務相關制度，我想一定要審慎思考公務預算及健保支出的問題，到底哪些該由公務預算、哪些由健保支出。
- 二、其他先不說，有一個要請教的，住院整合照護計畫當初提的是，若健保增加 1~2% 或許可以支應，現在提出 111 年至 114 年預算想由 3 億元增加到 60、80、158 億元，再這樣一直增加下去，但是卻完全沒有提到錢從何處來，是不是應該要回歸到，健保增加 1~2% 來支應住院整合照護計畫就好呢？以上請教。

卓委員俊雄(代理主席)

委員若有其他意見，歡迎以書面方式提供，我們仍會請各司署書面答覆。請干委員文男。

干委員文男

我很簡短，剛才朱委員益宏說我跟他立場一樣，但我要說明的是，我跟他或許目標是一樣，可是立場不一樣，他以錢為出發點，我以全民照顧為出發點。國家政策一定要以全民照顧為出發點，如果真的要這樣做，你們醫界就把預算先編列出來，也就是如果需要大量資金，乾脆年底進行全民公投一次解決，不然每年都做這件事情，每年健保會付費者委員好痛苦，醫界委員也很痛苦，乾脆一次解決。

卓委員俊雄(代理主席)

現在請各司署簡短回應委員提問，或是提供書面回復也可。依照報告順序，先請照護司。

蔡司長淑鳳

謝謝各位委員的指教及建議，我們就一併納入修正的參考。以下對幾位委員意見予以釐清及補充說明：

- 一、陳委員特別關注的公平正義議題。我的補充是公平正義有 3 個學理上的理論基礎，分別是古典經濟學、福利經濟學以及公共

政策資源分配。整合照護計畫的規劃，也考慮了前述原則：第一，有效的調和政策多元利害關係人的多元目標，換言之包括弱勢民眾以外的利害相關人一併考量進去，第二個原則是機會均等，第三個是弱勢民眾利益的最大化。所以說相對於現在的照護服務，第 1 類利害關係人，即是現有使用者，他們的經濟負擔可以降到 6 成；第 2 類利害關係人就是經濟困難者，經濟弱勢者現行受補助的住院醫療照護補助費是有上限規定，假設負擔的看護費下降時，經濟困難者的使用也可以擴大，這就是住院整合計畫針對多元目標對象兼顧公平正義的共好設計。

二、「建立住院整合照護服務計畫」當時於去年首度提出時是 40 億元，後來變成 3 億元，是因為預算規模最後的決定，不是因為人力或訓練的因素所致。

三、關於住院整合照護的定義，是因為疾病後產生的照護需求，不僅照顧疾病，也照顧疾病下的人，因此提出住院整合照顧，這是定義上的說明。關於家庭照顧者關懷總會所做市場調查，我瞭解的問卷設計是每個人 1 天增加 1.8 元，1 個月 54 元，1 年多增加 648 元的健保費，詢問民眾要不要參加？有約 80% 以上受訪者表達願意，所以並非委員所提是空泛的提問。

四、關於現在提出 112 年度 60 億元預算規模，我們也會參考趙委員提出的建議，試算今年 51 家醫院試辦推估的規模。

卓委員俊雄(代理主席)

請疾管署。

馮科長琦芳

一、謝謝委員們提供的寶貴意見，很抱歉，因為本署詹副組長珮君下午有門診必須先行離開，在此先嘗試初步回復。剛才提到本署「慢性傳染病照護品質計畫」經費希望能用在品質照護提升方面，聘僱專任個案管理師，在結核病計畫部分，目前全國現有專任聘僱的個管師約有 300 位，若加上兼任大概是 500 位，HIV 計畫的部分，目前專任有 100 多位，加上兼任有 150 位左

右，先向委員說明一下這個背景。

- 二、很謝謝剛剛有委員幫我們提到，不好意思今天的資料版本沒有明確呈現各項給付點數，另外有公務預算會相應挹注，將這個計畫在公衛及醫療上一起做好，公務預算投注是每年約 12~17 億元，請容我們後補資料再提供委員(詳議事錄第 72 頁)。
- 三、另外也謝謝陳委員秀熙剛才提到移工 LTBI (Latent Tuberculosis Infection，潛伏結核感染)治療的部分，因為結核病方面，就如歐美先進國家，國人發生率逐步下降，但外籍人士的比例則逐年提高，目前我們是針對新住民提供治療，移工的部分，未來也會希望朝向以公務預算執行。

卓委員俊雄(代理主席)

請健康署。

魏副署長璽倫

- 一、謝謝各位委員的指導，在公共衛生、醫療、及長照嫁接上，衛福部所屬單位或機關是責無旁貸，比方健康促進、特殊群體保護、疾病篩檢，均會以相關公務預算或菸捐來推動，以今天報告的這 2 個計畫而言，公務預算部分會用到菸害防制法的菸捐 70 多億元，也就是呼應剛剛陳教授秀熙所講的，今天公衛、醫療、健保部分是做好嫁接，不是只有整合。
- 二、另外剛才委員也提到癌症追陽的部分，以往沒有 COVID-19 時的追陽率總平均約 8 成左右，但在 COVID-19 影響下，現在追陽率下降至 7 成，甚至在大腸癌、口腔癌方面只剩下 6 成，這也是為何我們很希望透過健保機制，做好早期診斷、轉介追陽，能夠讓篩檢陽性的個案盡快接受治療。
- 三、劉教授淑瓊也有提到慢性病這方面，的確我們本來也覺得是 primary care(初級照護)，當初也朝這方向思考，因為有很多尚待討論，包括剛剛委員提到每位個案的照護給付點數，這都是後續會討論的，會再做滾動式檢討，也會進行計畫評估，瞭解一下目前這樣的計畫內容是否妥適，以上先予補充。

卓委員俊雄(代理主席)

請心健司。

謹司長立中

- 一、謝謝剛剛各位委員的指導，有委員詢問精神病人發病時有多少人進入醫療體系，沒有這樣的資料，但是過去大概都是發病後2年左右才進入醫療體系或精神科，現在這數字已經縮短，會比較快進來，我給一個簡單數字，社區中精神病人，以思覺失調症為例大概12萬人左右，根據健保10年的資料累積起來約12萬人，現在實際就醫的大概9萬人，在衛福部心健司系統列管約7萬人，大家都知道中間還有層層落差，有些病人就醫過1、2次就不來，也沒人會管他、在社區內自言自語、發生問題才被強制就醫或被社會矚目，所以我們需要更積極的態度，由被動轉為主動去處理。
- 二、至於長效針劑的效用毋庸置疑，國外都已有很明顯效益可以看出來，除了成本降低，最主要是生活品質提高，病人可以有比較正常的生活，參加很多支持方案，並與支持性資源連結，也可以就業，否則病人的病情不停發作，只在醫院之間輾轉，對他來說沒有真正的效果與幫助。
- 三、至於指標問題，跟委員報告PAC只有6,000萬元，我們是把它加入原有健保署思覺失調症品質改善方案中，但我們無法改變原有方案的指標，不過有稍微加入我們的指標，但最重要是強調，醫院的個案師必須與原有社區的個案師共訪，有overlapping(重疊或共同之處)，一起認識病人，因為醫院的個案師可能在病人住院時就很熟了，出院時可以把醫病關係帶回社區建立關係，至於進入社區後要做的事情，是另外社區心衛中心會督導及要求的，所以這邊我們只順著原有的方案，再要求必須要有一定的回門診、就醫、降低再住院，雖然看起來像是醫療指標，其實重點是怎麼跟社區之間進行銜接。

卓委員俊雄(代理主席)

- 一、時間關係，真的必須要做個簡單的決定。首先，因為劉委員淑瓊提出希望討論一下資料的繳交時點，我覺得這很重要，我在此以代理主席身分，提醒各單位必須要依照本會決議，如期提交會議相關資料，還請各相關單位配合。
- 二、接下來針對優先報告事項第二案之(一)行政院核定 112 年度總額範圍，決定如下：請各總額部門及健保署遵循衛福部交付之 112 年度總額範圍、政策目標與執行重點內容，同時依本會研訂之協商相關規範，及參考本會委員意見，於 8 月 31 日前依新修正之協商內容格式，研提「112 年度總額協商因素項目及計畫(草案)」之最終版本送會，俾利協商資料之準備。
- 三、再次提醒，建請各司署針對委員意見研修相關計畫，委員意見非常寶貴。

黃委員振國

主席，我剛剛有請教社保司，是不是針對無效醫療能夠明定項目、程度或者是規範，不然我們各總額部門都不知道何謂無效醫療。

卓委員俊雄(代理主席)

這點請社保司於總額協商前提供說明，可以嗎？(委員表示同意)這點黃委員振國特別強調，請你們一定要特別說明。

黃委員振國

醫療提供者都不知道，民眾更不會知道啊！

卓委員俊雄(代理主席)

- 一、請各總額部門及健保署於 8 月 31 日前務必提交 112 年度總額協商因素項目及計畫(草案)，讓委員有時間閱讀，可以嗎？(未有委員表示反對)。
- 二、現在是下午 1 時 18 分，今天會議時間超過約 1 小時，表示我代理不是很成功，謝謝各位的包涵，委員會議到此結束，散會。
- 三、稍後進行「112 年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會」，先休息 10 分鐘進行換場，下午 1 時 30 分準時開會。

李委員永振書面意見

- 一、多年來核定之低推估成長率似都與報部數值相同，今年卻較高，在第 34 頁註 1 雖有列式計算，請分析說明兩者之差異。
- 二、補充資料第 1 頁之財務收支試算表還是出現老問題，112 年高推估保險成本較低推估多 256 億元，政府負擔不足法定 36% 之差額都是 766 億元，這是因計算公式代入負安全準備所致，此因素使政府從 105 年~112 年 8 年少負擔 1,164~1,256 億元，這是今年特別撥補 240 億元後之結果，否則少負擔超過 1,400 億元(1,404~1,496 億元)。
- 三、政府雖撥補 240 億元，但今年推出之政策做法花費由 111 年的 22~億元大增為 112 年的 103 億元，此花費將繼續長大，但撥補是否繼續？不知道！（住院整合服務試辦計畫由 3 億元增為 60 億元，長大 20 倍，代謝症候群防治計畫由 3.08 億元增為 6.16 億元，長大 2 倍，精神科長效針劑藥費由 14.23 億元增為 26.64 億元，增加 87%。只一年試辦，未提有何效益，就大幅增編預算！如 111 年編列 3.08 億元的代謝症候群防治計畫，今年討論時爭議很多，7 月勉強上路，收案人數 4,210 人，後 5 個月須收案 95,790 人，平均一個月 19,158 人，能否達標？未知，但 112 年卻加倍成長，如何說服人？！）
- 四、會議資料第 39 頁，行政院核定函顯示，在已知目前健保財務困境下，還核定 4.5% 上限；須檢討給付範圍，卻交辦那麼多政策做法，實令人不解！可喜的一點是，今年終於注意到本會已提議 4、5 年須及早因應法定費率上限及工作人口占率下降將導致的保費負擔等課題。人口結構改變這是人口老化及少子女化的結果。少子女化在今年大學招生已產生嚴重的現象，只招到 63.2% 的學生，最慘的學校招不到一成！前車之鑑值得未雨綢繆，但可不要像「健保財務結構性失衡」的課題，雖早就知道嚴重性，卻擺到須考量修法提高法定費率上限仍未見有效的動作出現！

2

衛生福利部全民健康保險會
第5屆111年第8次委員會議

111年第2季 全民健康保險業務執行季報告



中央健康保險署
李伯璋署長
111年8月19日

部分負擔新制
今年實施
節約浪費/改善財務

2

薛瑞元上任挑戰 要修健保法「打破費率天花板」

部分負擔新制今年上路



焦點新聞

衛福部長薛瑞元(右圖)接受本報專訪,暢談上任後三大任務方向與挑戰,承諾先因疫情延宕上路的健保部分負擔新制,今年底前一定會上路。本報資料照片、記者蘇健忠/攝影

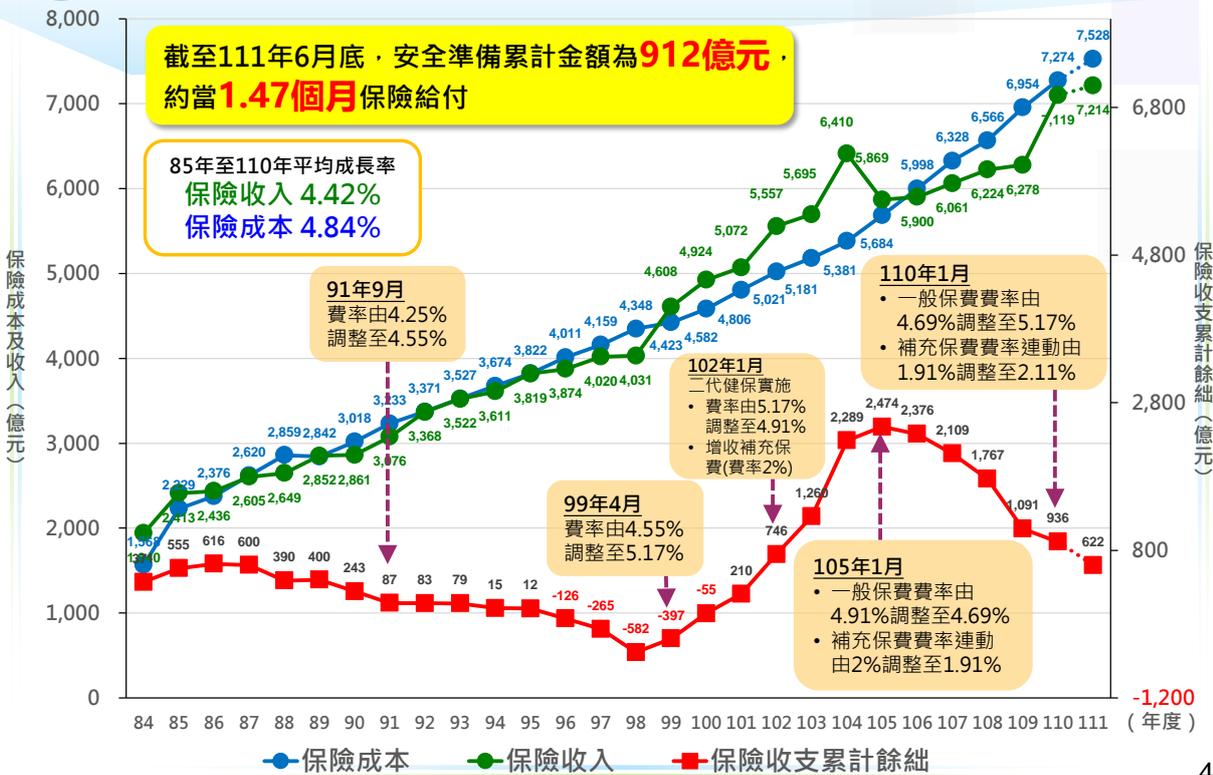


【記者沈能元、陳雨鑫、許政榆、李樹人、魏衍沂/台北報導】衛福部長薛瑞元七月十八日上任,接任新職將屆滿一個月,他接受本報專訪,表示上任後有三項重大政策方向與挑戰,包括推動健保部分負擔、修傳染病防治法及健保法,以及建置兒童醫療網與守護天使制度。他強調,延宕上路的「部分負擔新制」,今年一

3



歷年健保財務支出、收入、安全準備累計情形



4



全民健保財務收支預估

◎112年已納入行政院增核「撥補全民健康保險基金」240億元

◎112年起費率以維持現行5.17%推估

年別	保險費率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額 成長率	保險收支 餘絀 (億元)	保險收支 累計餘絀 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)	不足一個 月之金額 (億元)
108年	4.69%	6,224	6,566	4.417% (低推估2.516%) (高推估4.7%)	-342	1,767	3.23	-
109年	4.69%	6,278	6,954	5.237% (低推估3.708%) (高推估5.5%)	-676	1,091	1.88	-
110年	5.17%	7,119	7,274	4.107% (低推估2.907%) (高推估4.5%)	-155	936	1.55	-
111年(P)	5.17%	7,214	7,528	3.320% (低推估1.272%) (高推估4.4%)	-314	622	0.99	-5
112年(P)	5.17%	7,589	7,739	2.728% (低推估1.307%) (高推估4.5%)	-150	472	0.73	-173
113年(P)	5.17%	7,464	8,032	3.715%	-569	-97	-0.14	-766

註：1、依健保法第78條規定，本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出為原則。

2、尚未納入平均眷口數自112年由0.58人調降為0.57人之財務影響(保險費收入每年預估將減少19億元)。

3、112年起總額成長率以近5年「醫療服務成本及人口因素」成長率與近10年「協商因素」成長率推估。

5



平均眷口數由0.58人調降為0.57人

- 已於111年7月27日公告調整第1類第1目至第3目被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數，並自112年1月1日起實施。
- 預估全年保險費收入減少約19億元。

單位：億元 / 年

財務 影響	保險 對象	投保 單位	政府 負擔	合計
	-	-12	-7	-19

6

強化弱勢照顧/ 革新醫療服務 模式

7



研議**未成年不具清償能力欠費不移送**

- 為保障未成年人權益，針對被保險人為未滿18歲之欠費移送案，重行檢視並就弱勢者**優先以愛心專戶、轉介公益團體等多元管道協助繳納欠費**，並**輔導申請經濟困難資格**。
- 研議修正「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」第5點，**將未成年且不具清償能力者納為得不移送情形之一**。
- 篩選**未滿14歲未成年人欠費者無清償能力並疑似為脆弱家庭者名單**，提供**本部社會及家庭署**納入關懷協助。

8



因應疫情 重啟緩繳協助措施

- 投保單位及保險對象得申請**111年5月至10月保險費緩繳6個月**，緩繳期間免予催繳、免徵滯納金及移送行政執行。
- 申請期間自111年7月5日至12月31日止，得以網路、傳真、郵寄等多元方式辦理。
- 109年、110年及111年申請暨收繳情形：

申請年度	申請件數			緩繳金額 (億元)	繳納率 (%)
	投保單位	保險對象	總計		
109	6,494	980	7,474	25.89	95.75
110	17,257	4,348	21,605	46.39	93.46
111(截至7/31止)	2,089	162	2,251	3.54	尚未屆期

製表日期：111年8月1日

註：

109年可申請緩繳為2-7月保險費，申請作業已於該年9月30日截止，目前各緩繳月份均已逾繳納期限；
 110年可申請緩繳為4-9月保險費，申請作業已於同年11月30日截止，目前各緩繳月份均已逾繳納期限；
 111年可申請緩繳為5-10月保險費，申請作業將於同年12月31日截止，各緩繳月份保險費尚未屆繳納期限。

9



代謝症候群防治計畫

- 公告日期：**111年6月20日**，同年7月1日起開始收案
- 執行目標：提供10萬名代謝症候群個案**疾病危險因子管理服務**
- 預期效益之評估指標：
 - 代謝症候群改善率
 - 介入成效率 $\geq 30\%$

參與診所	935家
參與醫師	1,578人
收案人數	4,210人

註：截至7月31日止

10



住院整合照護服務試辦計畫

- 計畫公告日期：**111年7月18日**
- 預算來源：111 年度醫院醫療給付費用總額中之「住院整合照護服務試辦計畫」專款，**3億元**。
- 目的：**減輕家屬住院之照顧及經濟負擔**。
- 實施方式：由申請醫院提出執行計畫，視申請醫院計畫及遴選結果，**擇優試辦**。
- 費用支付（每人日）

健保給付（點）	民眾自行負擔（點）
750	0~1,050

計有**41家**院所送件

註：
 1.截至111年8月10日
 2.資料尚在整理階段，實際家數尚待確認



11



COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫

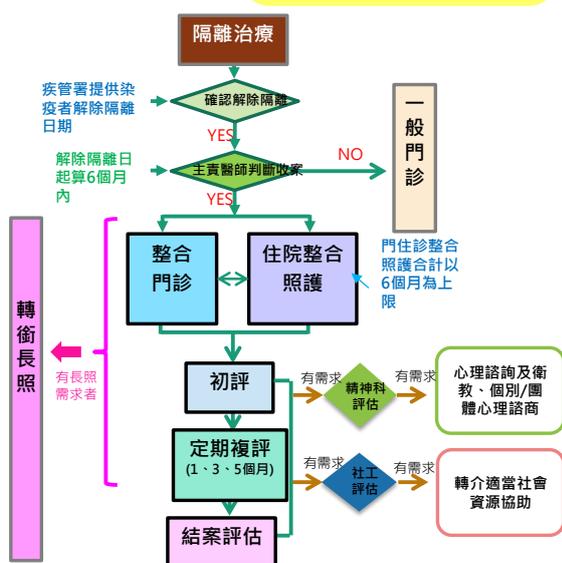
提供以康復者為中心之跨科別門住診整合醫療照護

參加醫院**122家**
 收案**3,628人**
 (截至111.8.11)

隔離期間醫療費用
疾管署編列預算支應

醫療費用
健保總額給付

評估費及獎勵費
 中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興**特別預算**補助



參與院所名單可於健保署官網專區查詢

本署全球資訊網首頁>重要政策>COVID-19保費與就醫權益>COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫



12

強化保險人管理/提升醫療服務效能

15



即時監測白內障手術申報情形

- 為尊重醫療專業、提升國人視力照護品質，自111年3月1日起，支付標準刪除「醫師執行白內障手術40例以上須送事前審查」規定，改以白內障手術個案登錄作業及事後審查等管理措施取代、回歸同儕自主管理。
- 本署應用商業智能分析工具(business intelligence, BI)，持續**即時監測白內障手術健保卡上傳及費用申報情形**。



16



修正憑證管理辦法 9/1起不上傳不給付

- 全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法，業於111年7月1日經衛生福利部法規委員會第172次會議修正通過。
- 預訂111.9.1生效，啟動**不上傳不給付作業**。



- ✓ 新增「**虛擬健保卡**」法源依據
- ✓ 運用健保卡進行管理之實務作業
- 修正**健保卡更新**相關規定
- ✓ 「**醫療專區資料**」**新增得逕傳送予保險人**規範
 - 檢驗(查)結果
 - 醫療檢查影像及報告
 - 出院病歷摘要
 - 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

17



建立事前審查案件之院所自評機制

Check List !



院所自評可選擇**單筆或批次**方式

自評內容包含治療狀態、基因檢測項目、檢測實驗室、報告是否由病理專科醫師簽發並加註專科字號，可選擇單筆（下拉式選單）或批次送件



增設行政檢核

任一自評欄位**未填寫或不符藥品給付規定者**，該筆案件無法送出申請



增設審查重點線上確認

審查醫藥專家逐一核對院所自評內容與檢附之佐證文件是否相符

18



「重處理及使用醫材」 資訊公開更安心

首頁 > 健保服務 > 健保藥品與特材 > 健保特殊材料 > 醫材比價網

醫院重處理及 使用說明書標示單次醫材

經衛福部核准「醫院重處理及使用說明書標示單次使用醫療器材」

1. 依據：「醫院重處理及使用說明書標示單次使用醫療器材作業指引」第19點規定，經中央主管機關核准重處理及使用單次醫材之醫院，須主動將受核准之單次醫材登錄於中央健康保險署醫材比價網。

2. 核准使用期限：110年1月1日起至112年12月31日止。

衛生福利部醫事司洽詢窗口 (02) 8590-7392
(02) 8590-7386

示單次醫材

電燒器械

選擇

內視鏡(內科)

內視鏡(泌尿)

選擇

消毒器

醫院鑑定費用(內科)

醫院鑑定費用(泌尿)

消毒器(內科)

每頁顯示： 10筆 20筆 50筆

醫事機構代碼	醫事機構名稱	醫材種類	尚未納入健保給付醫材品項代碼	醫材中文名稱	醫材英文名稱	型號	許可證字號	重處理次數	醫院認定費用	核定費用
0117030010	衛生福利部臺中醫院	電燒器械	TKY017079003	"阿諾科雷"第二代耳鼻喉科手術系統與附件	"ARTHROCARE"ENT COBLATOR PLASMA SURGERY SYSTEM AND ACCESSORIES	EIC6875-01	衛署醫器證字第 017079號	5次	0	0
1137020511	秀傳醫療財團法人臺南市秀傳紀念醫院	電燒器械	SAY024338001	"愛維康"安普凝二代組織密封器	"Ethicon" Enseal G2 Tissue Sealer	NSLG2C35	衛署醫器證字第 024338號	1次	14300	13125
0117030010	衛生福利部臺中醫院	電燒器械	TKY017079007	"阿諾科雷"第二代耳鼻喉科手術系統與附件	"ARTHROCARE"ENT COBLATOR PLASMA SURGERY SYSTEM AND ACCESSORIES	EIC4845-01	衛署醫器證字第 017079號	5次	0	0
0117030010	衛生福利部臺中醫院	電燒器械	TKY017079001	"阿諾科雷"第二代耳鼻喉科手術系統與附件	"ARTHROCARE"ENT COBLATOR PLASMA SURGERY SYSTEM AND ACCESSORIES	EIC5872-01	衛署醫器證字第 017079號	5次	0	0
0117030010	衛生福利部臺中醫院	電燒器械	SAY021046001	"瓦利普柏"利麗經管手控膠管閉合電燒	"Valleylab" LigaSure Hand Switching Vessel Sealing Electrode	LS3092	衛署醫器證字第 021046號	5次	0	0
0146010013	衛生福利部臺東醫院	內視鏡(關節鏡)	TKY022963001	"露威特"關節鏡手術用電擊	UltraAblator Electrode	ESA-5396	衛署醫器證字第 022963號	7次	1200	1200

- 配合衛福部政策，醫材比價網建置「醫院重處理及使用說明書標示單次醫材」之院所收費，獲核准之單次醫材品項應登錄於醫材比價網。
- 截至111年7月：計8家院所、23自費品項

透過政府把關，確保安全品質，建立重消醫材，合理負擔價格，利於民眾查詢，資訊公開透明。

19



IDS20年~ 跨越空間走入偏鄉的醫療

111.8.5 全國山地離島偏鄉醫療觀摩會暨林口長庚紀念醫院承作桃園市復興區IDS20週年慶祝大會

- 會議兩大主題：
 - 走入偏鄉的醫療-千里醫線牽：IDS計畫及全人整合照護執行經驗分享。
 - 跨越空間的藩籬-偏鄉遠距與人工智慧醫療運用：健保遠距醫療推動、遠距醫療發展、AI醫療運用等主題演講。
- 邀請全民健康保險會、立法委員、衛生福利部相關司署、山地離島地區縣市衛生局、各IDS計畫承作醫院等約**210人**。
- 各電視、電子及平面**媒體露出約20則**。



▲衛生福利部薛瑞元部長、桃園市鄭文燦市長與李伯璋署長慶祝林口長庚紀念醫院承作桃園市復興區IDS計畫20週年



▲李伯璋署長為IDS計畫承作醫院頒贈感謝狀



▲李伯璋署長及與會貴賓合照

20



經驗傳承 向世界分享台灣的健保

務實面對 台灣醫療問題

治療病人 以病人最大利益為考量



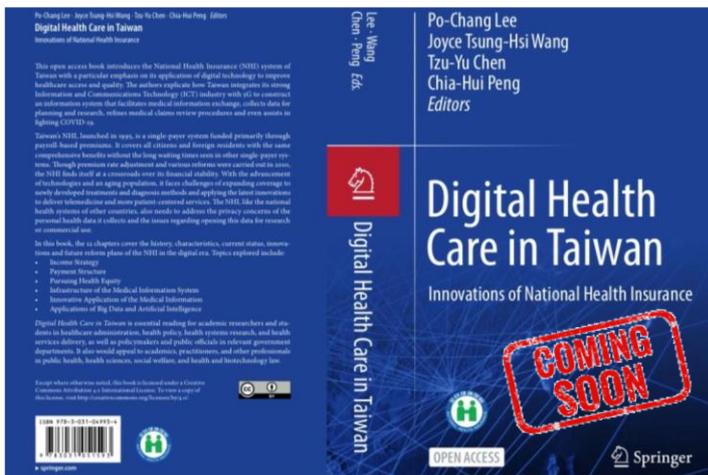
★ 3.0版-籌備中!



1.0版-108/05出版



2.0版-110/04出版



紙本 預購



電子 全文



111/08/15上線

25



慢性傳染病照護品質計畫

-結核病(TB)/潛伏結核感染(LTBI)/愛滋病毒感染(HIV)治療照護

主責單位：疾病管制署

協辦單位：中央健康保險署

111年8月19日



防疫成效良好，但須更精進

- 近年愛滋及結核病之感染人數雖獲良好控制，但為使感染人數持續下降，有效節省醫療費用，須更積極導入新策略

醫療資源利用更具成本效益

- 追蹤資料顯示，參與結核病品質支付服務的個案治療成果較佳，於有限的醫療資源下獲得較佳治療效益

增能病人及照護機構

- 建立以病人為中心之管理照護，穩定治療照護品質，同時強化個案和機構的自我照護



為了更好的慢性傳染病照護品質

增加給付個案管理照護費用

聘僱專職個案管理師，永續維持院所穩定人才



- 個案管理師制度陪伴大家一起經歷氣喘、COPD、糖尿病等慢性病
- 慢性傳染病(結核病、潛伏結核感染及愛滋病毒感染)的治療及追蹤管理，在最需要幫助的時候陪伴您
- 個案管理照護制度可以病人為中心照護，整合醫療與公衛，使病人獲得更佳的治療品質，降低疾病衍生之負擔，並達健保醫療資源能更有效運用

結核菌



- 依據WHO統計，結核病在全球是造成死亡的重要傳染病。
- 在臺灣每年仍有逾七千例確診案例，且超過六成為65歲以上高齡族群。每年有逾四百例死亡案例，超過八成為高齡族群。對於正邁向超高齡社會的臺灣是重要隱憂。
- 最近報導指出，有COVID-19確診者痊癒後仍持續咳嗽，以為是「長新冠」，經醫師診療才發現為肺結核。

結核分枝桿菌
M. tuberculosis

! 結核菌潛伏感染可提早治療

生存力：強

抗生素對其的作用非常緩慢，治療需長期使用特定藥物。

潛伏期：長

潛伏期長達一生，不知何時會發病。

人人都可能是接觸者

如果你的親密夥伴有發病現象，那你很有可能被感染。
如果有接到來自疾管署的通知，請務必去接受檢查！

趁早治療，有益無害

不治療的話，或許會在你最不想要得病的時候發作。
到時還得承受副作用，不如趁潛伏期時就治療！

治療後不易再次發病

肺結核一旦成功治癒，再次發病的機率非常低！
因此在潛伏期時治療，絕對是最佳的選擇！

“關於肺結核，你一定要知道……！”

疾管署動畫/
潛伏的暗殺者

衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

賦權與增能長照機構

免疫力較低

多合併慢性疾病

累積暴露時間長

長照機構內結核病發生率為全國平均的**14倍**

工作人員之照顧風險與擔憂

衍生更多的醫療支出

往返院所回診

增加家屬或機構負擔

忍受服藥副作用

發病後恐傳染給身邊的室友、工作人員或家屬。

發病後醫療費用均由健保支付，且需長期治療。

6



潛伏結核感染檢驗

抽血檢測結核感染



潛伏結核感染治療

提供結核感染者
藥物治療



潛伏結核感染衛教諮詢

說明結核病與結核
感染衛教知識



結核菌快速分子檢測

疑似結核病者，驗痰
快速檢驗結核病



駐診提供治療

醫事人員直接至長照機構
看診治療與處理副作用



醫療機構

提供醫療服務



機構住民

促進長者
健康照護



避免結核病
傳染給室友、
工作人員、
家屬



減少後續結
核病治療之
醫療費用支
出



機構工作人員

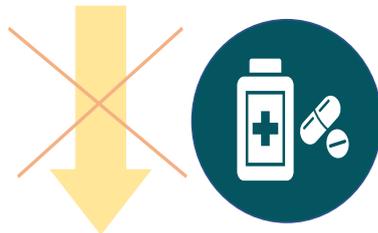


Human Immunodeficiency Virus

「人類免疫缺乏病毒」，俗稱「愛滋病毒」
是一種會破壞人類免疫系統的病毒。

HIV

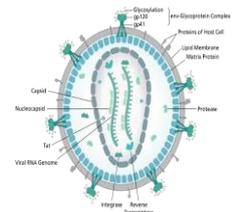
透過帶有愛滋病毒的
血液或體液(精液、陰
道分泌物或母乳)，接
觸黏膜或傷口而傳染。



AIDS

Acquired Immunodeficiency Syndrome

感染愛滋病毒後，若未服藥有效控制體內病毒，可能導致身體
免疫力降低，而發生伺機性感染或腫瘤，稱為「後天免疫缺乏
症候群」，俗稱「愛滋病」。





病毒量測不到
Undetectable



不具傳染力
Untransmittable

目前醫學研究證實，感染者穩定服藥血液中達測不到病毒(病毒量Viral Load小於200 copies/mL)，能維持健康，如一般人正常工作及生活。

及早診斷



穩定持續服藥



維持病毒量受控制



- ☑ 免疫功能保持正常運作，避免發病或伺機性感染等共病。
- ☑ 有效避免抗藥性產生，降低使用更昂貴二線藥物的醫療支出。



提升疾病照護品質，降低健保醫療支出

- 建立以病人為中心之個案管理照護機制
- 促進公衛醫療協力，提升照護成本效益
- 給予醫療院所執行誘因，以提升疾病治療與控制成效，穩健醫療照護管理品質

每年健保支出約**2億元**(醫院總額約1.8億元、基層總額約0.2億元，得相互流用)



結核病及潛伏結核感染
治療品質支付服務計畫

- 運用既有之結核病品質支付服務架構增設潛伏結核感染(LTBI)治療管理照護服務。
- 避免潛伏結核感染者進展成為結核病，減少結核病健保醫療費用支出。



愛滋照護管理品質
支付計畫

- 整合愛滋感染之疾病治療與管理，以及病人自我照護模式，提升個案管理照護品質。
- 減少後續共病、衍生抗藥性之二線藥治療或發病等健保醫療負擔。



長照機構加強型
結核病防治計畫

- 針對長照機構住民及工作人員進行LTBI檢驗及治療，並導入結核菌快速分子檢測及早診斷介入。
- 降低長照機構結核病感染與傳播風險，減少後續結核病治療照護之醫療照護費用支出。



結核病及潛伏結核感染治療品質支付服務計畫 健保給付項目

項次	項目	說明	支付點數
1	開立潛伏結核感染治療費	該個案須經疾病管制署確認開始服藥，才可申報本項費用	500
2	第一階段潛伏結核感染治療管理照護費 (連續管理1/3療程)	個案連續照護滿1/3療程後，於個案回診當次申報此費用。	600
3	第二階段潛伏結核感染治療管理照護費 (連續管理2/3療程)	個案連續照護滿2/3療程後，於個案回診當次申報此費用。	600
4	第三階段潛伏結核感染治療管理照護費暨完成治療費 (完成完整療程)	個案連續照護完整療程後，經疾病管制署確認完成治療。	1,500

醫療院所依本計畫向中央健康保險署辦理申報作業，並由疾病管制署協助核對院所申報內容與結核病追蹤管理系統登錄資料一致性及正確性。

11



愛滋照護管理品質支付計畫 健保給付項目

項次	項目	說明	支付點數
1	愛滋感染個案發現確診費	完成確認檢驗及通報流程	2,000
2	第一階段個案管理照護費	-針對新服藥個案及中斷服藥個案(曾有服藥紀錄，但於本次服藥日期回溯前一年(52週)未有服藥紀錄) -開始服藥日起算3個月內，有3次領藥紀錄且每次間隔28日以上，每月給付一次	1,000/次
3	第二階段個案管理照護費	開始服藥日起算3個月後，每月有領藥紀錄，且每次間隔28日以上，每3個月給付一次	350/次
4	愛滋感染個案治療監測諮詢服務費	於採檢日或收到檢驗報告7天內，正確上傳檢驗資料(CD ₄ 及VL)至指定系統2次以上/年 (CDC愛滋追蹤管理系統 or VPN平台)	900/年



• 醫療院所向健保署辦理申報作業，疾管署協助核對院所申報內容與愛滋追管系統登錄資料一致性及正確性。

12



長照機構加強型結核病防治計畫 健保給付項目

項次	項目	說明	支付點數
1	長照機構結核菌快速分子檢測費	症狀監測5分以上者，留痰進行結核菌快速分子檢測。(每3個月限申報一次)	2,500/人
2	長照機構潛伏結核感染檢驗衛教諮詢費	實施本計畫所需檢驗對象之衛教諮詢費。(每人每機構限申報一次)	100/人
3	長照機構潛伏結核感染檢驗費	實施本計畫所需之潛伏結核感染檢驗費。(每人每機構限申報一次)	3,500/人
4	長照機構潛伏結核感染治療衛教諮詢費	實施本計畫所需潛伏結核感染檢驗結果陽性者之治療衛教諮詢費。(每人每機構限申報一次)	100/人
5	醫事人員駐診費	該機構檢驗人數未達150人	4,700/次
		該機構檢驗人數150人以上未達300人	7,000/次
		該機構檢驗人數300人以上	9,500/次

13



分年經費



14



關鍵績效指標(KPI)



- 提升潛伏結核感染者完成治療比率達**85%**
(110年84%)



- 感染者有服藥比率達**95%**(110年94%)
- 服藥之感染者病毒量檢測不到之比率達**96%**
(110年95%)



- 全國約2,000家長照機構之潛伏結核感染陽性者加入治療率達**70%** (110年129家長照機構 加入治療率74%)
- 全國約2,000家長照機構之完成治療率達**70%**
(110年129家長照機構 完治率75%)



👑 慢性傳染病照護就像長新冠，與你我息息相關

👑 醫療資源利用更具成本效益

👑 增能病人及照護機構

👑 有錢才有更有效率的照護品質和生產力

👑 請支持納入112年健保「醫院/西醫基層總額」

TB + HIV

