

衛生福利部全民健康保險會
第6屆112年第2次委員會議議事錄

中華民國112年3月22日

衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第2次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國112年3月22日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：馬文娟、張琬雅

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、吳委員榮達、吳委員鏘亮、
李委員永振、周委員慶明、周委員麗芳、林委員文德、林委員恩豪、
林委員綉珠、花委員錦忠、侯委員俊良、翁委員文能、翁委員燕雪、
商委員東福、張委員清田、陳委員石池、陳委員杰、陳委員彥廷、陳
委員相國、陳委員節如、陳委員鴻文、游委員宏生、黃委員金舜、楊
委員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗(中華民國工業區廠商聯合總會許執行副秘書
長文龍代理)、詹委員永兆、劉委員淑瓊、滕委員西華、蔡委員麗娟、鄭
委員力嘉、鄭委員素華、謝委員佳宜、韓委員幸紋

請假委員：林委員淑珍、劉委員守仁

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、李副署長丞華、蔡副署長淑鈴

本會：周執行秘書淑婉、邱組長臻麗

壹、主席致詞：略。(詳附錄第22頁)

貳、議程確認：(詳附錄第22頁)

決定：確認。

參、確認上次(第1次)委員會議紀錄：(詳附錄第23頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第24~33頁)

決定：

一、上次(第1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3項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共3項，同意繼續追蹤。

二、餘洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第34~57頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：各總額部門111年度執行成果評核之作業方式(草案)，提請討論。

決議：

- 一、依委員意見修正通過「各總額部門111年度執行成果評核之作業方式」，如附件一(修正如畫線處)。請中央健康保險署及四總額部門依作業方式及時程，提供所需資料。
- 二、評核內容保留2項醫療院所具備無障礙設施之細項指標，請四總額部門提供資料，但不納入評分。
- 三、有關評核結果獎勵標準之議定，提本(112)年5月份或6月份委員會議討論。
- 四、依委員意見修正通過「112年度重點項目與績效指標(含目標值)」，如附件二(修正如畫線處)，請中央健康保險署及四總額部門據以執行，並展示執行成果。

第二案

提案人：周委員慶明、陳委員相國

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：有關新醫療科技預算，未依時程導入或預算有餘時，財務扣減之配套機制案，提請討論。

決議：

- 一、111年度西醫基層總額部門新醫療科技協定項目，請中央健康保險署依照總額決定事項辦理預算扣減事宜。
- 二、新醫療科技預算移列專款項目之建議，請中央健康保

險署會同醫院及西醫基層總額相關團體，共同討論、評估其可行性(包含與一般服務預算之切割、預算額度編列及控管措施等執行面規劃)。

陸、報告事項(詳附錄第58~91頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：110年健保收入超過2億元之225家醫療院所財務報告之公開情形，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關「111年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估之執行結果」，請鑒察。

決定：

一、有關「111年度總額預算扣減」部分，請中央健康保險署依所提報之執行結果，於結算111年度點值時處理扣減事宜；前揭執行結果併同委員意見，送請衛生福利部參考。

二、對於本案所提各項總額協定事項，請中央健康保險署辦理下列事項，並將辦理結果提報113年3月份委員會議，以納入總額協商參考：

(一)有關「提出節流效益並納入總額預算財源」部分^{註1}，請會同各部門總額相關團體，持續研提可實質扣連節流效益及預算影響之計算方式及結果。

(二)請檢討並提出本案執行數之精準估算方式^{註2}；至於執行數過低或過高之協定項目^{註3}，請持續追蹤至112年度執行情形(含：實際增加費用、未執行額度等)。

三、餘洽悉。

註：

- 1.有關「提出節流效益並納入總額預算財源」部分，包含：牙醫門診總額「高風險疾病口腔照護」、「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」；醫院總額「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」。
- 2.有關檢討並提出本案執行數之精準估算方式，包含：醫院及西醫基層總額「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」、「藥品及特材給付規定改變」。
- 3.有關持續追蹤至 112 年度執行情形，包含：牙醫門診總額「高風險疾病口腔照護」；中醫門診總額「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」；西醫基層總額「提升國人視力照護品質」。

第三案

報告單位：中央健康保險署(書面報告)

案由：112年2月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署回復說明。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午12時59分。

各總額部門 111 年度執行成果評核之作業方式

第6屆112年第2次委員會議(112.3.22)通過

壹、評核範圍

- 一、醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診四總額部門111年度之年度重點項目、一般服務項目及門診透析服務執行成果。
- 二、四總額部門及其他預算111年度之專款項目執行成果。

貳、辦理方式

一、評核委員

- (一)函請四總額部門受託團體(下稱總額部門)及全民健康保險會(下稱本會)付費者代表委員，每部門/人至多推薦3名評核委員人選，包括：醫務管理、公共衛生及財務金融等健康保險相關領域專家學者。
- (二)本會同仁就四總額部門及本會付費者代表委員推薦人選，加上本會現任、曾任專家學者及公正人士委員，排除具有付費者代表或醫事服務提供者身分者後，彙整為建議名單，請本會委員就該建議名單票選適合人選(每人7票，超過或未達7票者視為無效票)，依據委員票選結果之票數多寡，依序邀請7位擔任評核委員，評核委員名單不事先公開。本會委員票選評核委員時，請兼顧四總額部門之衡平性與差異性，並為鼓勵專家學者廣泛參與，請避免專家學者服務機構過度集中。

二、評核會議之資料

- (一)請四總額部門及健保署於評核會議前1個月，提供年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果書面報告，另對於111年執行未滿半年及112年新增之總額協商因素項目，請說明執行現況與未來規劃(報告大綱及提報單位，詳附表一~四)，供評核委員事先審閱。
- (二)書面報告內容以精簡為原則，部門提報之年度重點項目及一般服務項目內文限100頁，各專款項目內文限10頁，並編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
- (三)請四總額部門及健保署於評核會議前2週，提送口頭報告(簡報)。

三、評核會議

- (一)會議期程：2天。
- (二)第一階段：公開發表會議(1天半)。

- 1.健保署統一報告各總額部門一般服務之整體性、一致性項目(如：利用概況、滿意度調查結果、品質指標監測結果等)及門診透析與其他預算之執行成果。
- 2.由接受健保署專業事務委託之四總額部門報告年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果；為利評核委員及與會者掌握及聚焦於重點項目，簡報內容請以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 111 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。
- 3.評核委員評論各總額部門年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果報告，並開放與會者提問。
- 4.參與人員：除本會委員、四總額部門與健保署外，另邀請衛福部相關單位與附屬機關，如：社保司、醫事司、照護司、心健司、口健司、中醫藥司、全民健保爭議審議會、健康署、疾管署等，以及民間團體，如：病友團體、社福團體、醫策會、消基會、醫改會等，預估約 160 人。

(三)第二階段：評核內部會議(半天)。

- 1.評核委員就四總額部門之執行成果，充分溝通後評定等級；並針對四部門總額及其他預算之年度重點項目、一般服務項目及專款項目提出共識建議，供協商參考。
- 2.參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁，由評核委員互相推選主席。

參、評核項目與配分

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

評核項目	配分
壹、年度重點項目執行成果與未來規劃^{註1} 一、年度重點項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 2~3 項 111 年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。(附表三) 二、自選重點項目：部門自行提報，最多 2 項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。	20
貳、一般服務項目執行績效 一、就110年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明 二、維護保險對象就醫權益	60

評核項目	配分
(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施 (二)民眾付費情形及改善措施 (三)就醫可近性與及時性之改善措施 (四)民眾諮詢及抱怨處理 (五)其他確保民眾就醫權益之措施	
三、專業醫療服務品質之確保與提升 (一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施 (二)品質保證保留款實施方案執行結果 (三)其他改善專業醫療服務品質具體措施 四、協商因素項目之執行情形 (一)111年新增項目(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標)之執行情形 (二)延續項目之執行情形 1.新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)(本項適用於協定事項有新醫療科技項目之部門) 2.支付標準修訂及其他協商因素項目(依協定結果分列) (三)111年執行未滿半年及112年新增項目之執行與規劃 五、總額之管理與執行績效 (一)醫療利用及費用管控情形 (二)地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理 (三)點值穩定度 (四)專業審查及其他管理措施 (五)院所違規情形及醫療機構輔導 (六)其他 六、COVID-19疫情對醫療服務之影響與因應作為	
參、專款項目執行績效/成果^{註2} 一、就110年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明 二、111年計畫/方案執行成果 三、107~111年執行情形及成效評估(含自選3項關鍵績效指標) 四、檢討與改善方向 (一)計畫/方案112年修正重點 (二)111年執行未滿半年及112年新增項目之執行與規劃	20
總分	100

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

肆、評核結果之應用

一、評核結果區分為下列五等級：

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

二、評核等級作為113年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給「品質保證保留款」之預算，以茲鼓勵。

三、評核委員針對四總額部門年度重點項目、一般服務項目及專款項目之共識建議，作為協商113年度該部門總額一般服務項目成長率及各專款項目經費增減及續辦與否之參據。

伍、112 年評核作業時程表

時間	作業內容
112 年 1~3 月	1.函請四總額部門及健保署提供建議之 112 年度重點項目及其績效指標、操作型定義及目標值，並請就本會研擬之評核內容(草案)提供修正建議。 2.研擬「各總額部門 111 年度執行成果評核之作業方式」(草案)。
112 年 3 月	「各總額部門 111 年度執行成果評核之作業方式」(草案)提委員會議議定。
112 年 4~5 月	1.請四總額部門及本會付費者代表委員推薦評核委員人選。 2.本會同仁彙整四總額部門及本會付費者代表委員推薦名單，加上本會現任、曾任專家學者及公正人士委員， <u>排除具有付費者代表或醫事服務提供者身分者後，彙整為建議名單</u> ，請本會委員就該建議名單票選適合人選。 3.依據委員票選結果之 <u>票數多寡</u> ，依序邀請 7 位擔任評核委員。

時間	作業內容
	4.請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。
112年5月下旬	健保署依評核報告大綱及評核項目表，先提送監測/調查/統計結果(報告上冊)予本會，供評核委員審閱及四總額部門參用，總額部門可專注於提報執行檢討與改善結果。
112年6月中旬 (評核會議前1個月)	四總額部門及健保署提送執行成果之書面報告(健保署提送報告下冊)予本會，供評核委員審閱。
112年7月上旬 (評核會議前2週)	1.健保署及四總額部門提送「各總額部門111年度執行成果發表暨評核會議」之口頭報告(簡報)，供評核委員審閱。 2.本會同仁彙整「各總額部門111年度執行成果評核指標摘要」供評核委員參考。
112年7月中旬 (7月17、18日)	召開為期2天之「各總額部門111年度執行成果發表暨評核會議」。

年度重點項目及各部門總額一般服務項目執行績效/成果之報告大綱

評核項目	健保署提報	部門提報
壹、年度重點項目執行成果與未來規劃		
一、年度重點項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 2~3 項 111 年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。	V	V
二、自選重點項目：部門自行提報，最多 2 項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。	V	V
貳、一般服務項目執行績效		
一、就 110 年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明	V	V
二、維護保險對象就醫權益		
(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施	調查/統計結果及重點說明	檢討及改善
(二)民眾付費情形及改善措施		
(三)就醫可近性與及時性之改善措施		
(四)民眾諮詢及抱怨處理		
(五)其他確保民眾就醫權益之措施	—	V
三、專業醫療服務品質之確保與提升		
(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施	監測結果及重點說明	檢討及改善
(二)品質保證保留款實施方案執行結果	核發結果統計	
(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施	—	V
四、協商因素項目之執行情形		
(一)111 年新增項目(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標)之執行情形	執行情形(含成效)檢討註 ³	推動情形、目標達成情形、檢討及改善
(二)延續項目之執行情形		
(三)111 年執行未滿半年及 112 年新增項目之執行與規劃		
五、總額之管理與執行績效		
(一)醫療利用及費用管控情形	醫療利用情形	管控措施、檢討及改善
(二)地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理	預算分配結果	
(三)點值穩定度	點值	
(四)專業審查及其他管理措施	審查核減統計	
(五)院所違規情形及醫療機構輔導		
(六)其他	違規情形統計	
六、COVID-19 疫情對醫療服務之影響與因應作為	—	V
參、附錄(如：品質確保方案、品質保證保留款實施方案及其他視需要提供之方案內容)		

- 註：1.請健保署於 5 月下旬依報告大綱及評核項目表，先提供監測/調查/統計結果(上冊)予本會及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料。
- 2.報告內容請涵蓋評核項目表各項評核內涵及指標，並提供 5 年(107~111 年)之數據。另請健保署提供各項調查/統計結果時，重點說明其結果。部門提報之執行成果報告內文限 100 頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
- 3.依據 112 年度總額協定事項，請於 112 年 7 月底前，提報延續項目之 111 年執行情形及成效評估。

各部門總額及其他預算專款項目執行績效/成果之報告大綱

壹、計畫型項目	健保署提報	部門提報
一、就 110 年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明	—	V
二、111 年計畫/方案執行成果		
(一)計畫目的		
(二)執行目標		
(三)經費來源與協定事項		
(四)費用支付		
(五)執行內容		
(六)評核指標及退場機制		
三、107~111 年執行情形及成效評估	執行情形之統計結果、關鍵績效指標及改善建議	推動情形、檢討及改善、目標達成情形
(一)預算執行數及執行率		
(二)目標達成情形(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標達成情形)		
(三)執行概況及結果，包含醫療服務提供及民眾利用情形、獎勵情形等		
(四)成效評估，包含計畫所訂之評核指標達成情形、就醫可近性及健康狀況改善情形等(含自選 3 項關鍵績效指標)		
四、檢討與改善方向	—	V
(一)計畫/方案 112 年修正重點		
(二)111 年執行未滿半年及 112 年新增計畫/方案之執行與規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃
五、附錄：各項專案計畫/方案內容	—	V
貳、非計畫型項目	健保署提報	部門提報
一、就 110 年度執行成果之評核委員評論意見與期許之回應說明	—	V
二、107~111 年執行情形及成效評估	執行情形之統計結果及改善建議	推動情形、檢討及改善
(一)預算執行數及執行率		
(二)執行結果及成效		
三、檢討與改善方向	—	V
(一)112 年修正重點		
(二)111 年執行未滿半年及 112 年新增計畫/方案之執行現況與未來規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃

註：1.各總額部門及跨部門之專款項目，請健保署於 5 月下旬依報告大綱，先提供執行情形摘要表(上冊，其中計畫型應含 3 項自選關鍵績效指標)予本會及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料；由健保署負責之專款項目(計畫型及非計畫型)，均由署提報，各專款項目之提報單位如附表四。

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

健保署及四總額部門「111年度重點項目與績效指標(含目標值)」

部門/單位	年度重點項目	績效指標
整體總額 —健保署	項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目]	
	項目2： 分級醫療之推動 成效 [延續項目]	指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率 目標值： $\geq 3.77\%$ 操作型定義：分母案件之回轉件數/區域級(含)以上醫院接受上轉之門住診申報件數合計
	項目3： 推動健保醫療資 訊雲端查詢系統 之成效 [延續項目]	指標：全藥類藥品重複用藥日數下降比率 目標值：較108年下降5% 操作型定義：全藥類藥品之重複用藥日數/全藥類藥品之總給藥日數 健保署之指標目標值說明： 管理方案因COVID-19疫情於109年Q1~Q3及110年Q1~Q3暫停啟動，故以108年為基期進行比較。
醫院總額 —醫院 協會	項目1： 醫院分級醫療執 行成效 [延續項目]	指標：醫院層級轉診率 目標值：轉診率維持成長10% 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數。 觀察指標：醫院層級疾病嚴重度CMI變動 醫院協會對於觀察指標之目標值說明： 配合專家學者建議暫列觀察指標，但鑑於醫院總額獨立資料區僅限於審查相關案件查詢且不得涉及各院，爰醫院部門無法逕自就各院資料進行查詢，疾病嚴重度CMI的運算須仰賴健保署協助運算並提供，且CMI偵測僅可就住院DRG案件，無法顯示門診情形，另CMI值每年皆會受DRG相對權重所影響，礙於資料運算難以回溯，爰無法進行年度間的比較，無法訂定目標值。
	項目2： 護病比執行現況 [延續項目]	指標： <u>全日平均護病比達加成之占率提升</u> 目標值： <u>整體全日平均護病比達加成之月次占率較前一年增加或持平</u> 操作型定義：1. <u>整體醫院達護病比加成的月次/整體醫院申報住院護理費總月次</u> 2. 「加成」係指全日平均護病比達一定比例之住院護理費加成。

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
西醫基層 總額 一醫全會	項目1： 西醫基層轉診執行概況 [延續項目]	<p>指標(1)：基層接受轉診率 目標值：較前1年度增加1.5% 操作型定義：基層接受轉診件數/醫院轉至基層件數 註：基層排除平轉案件</p> <p>指標(2)：基層接受慢性病病人轉診率 目標值：較前1年度增加1.5% 操作型定義：基層接受醫院慢性病轉診件數/醫院轉至基層慢性病件數 註：慢性病定義：案件分類為04、08案件。</p> <p>指標(3)：慢性病病人轉診照護情形 目標值：較前1年度增加1.5% 操作型定義：慢性病轉診病人持續就醫歸戶人數/醫院轉至基層慢性病患者歸戶人數 註：持續就醫定義：醫院轉至基層慢性病患者於同院所因慢性病持續就醫兩次以上。慢性病定義：案件分類為04、08案件。</p> <p>觀察指標(1)：轉診回復率 ①基層上轉至醫院後，醫院回復比率 目標值：較前1年度增加 操作型定義：醫院接受基層上轉後，回復基層之件數/基層上轉至醫院轉診件數 ②醫院下轉至基層後，基層回復比率 目標值：較前1年度增加 操作型定義：基層接受醫院轉診後，回復醫院件數/基層接受醫院轉診件數</p> <p>觀察指標(2)：基層接受轉診病人之跨表比率 目標值：較前1年度增加 操作型定義：基層接受轉診病人申報跨表件數/基層接受轉診件數</p>
	項目2： 居家醫療照護整合計畫成效 [延續項目]	<p>指標(1)：承作診所數 目標值：較前1年度增加 操作型定義：有參加居家醫療照護整合計畫的診所。</p> <p>指標(2)：承作醫師數 目標值：較前1年度增加 操作型定義：有申請居家醫療照護整合計畫費用的醫師。</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		指標(3)：收案數 目標值：較前1年度增加 操作型定義：居家醫療照護整合計畫的收案數。
牙醫門診 總額 一牙全會	項目1： 國人牙周現況改善情形 [延續項目]	指標：牙周病統合治療第三階段完成率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：當年度完成第三階段人數(當年1~9月申報第一階段案件於180天內申報第三階段件數)/當年度執行第一階段人數(當年1~9月申報第一階段件數)
	項目2： 青少年口腔照護改善狀況 [新增項目]	指標：年度12~18歲青少年就醫率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：當年度12~18歲青少年牙醫就醫人數/當年度12~18歲青少年投保人口數
中醫門診 總額 一中全會	項目1： 提升複雜性針灸傷科醫療服務品質 [延續項目]	指標(1)：中度高度複雜性針灸醫療利用率 目標值：中度高度複雜性針灸醫療服務利用率呈現正成長 操作型定義： $(111\text{年中度及高度複雜性針灸人次}/111\text{年針灸人次}) - (110\text{年複雜性針灸人次}/110\text{年針灸人次})$ 指標(2)：中度高度複雜性傷科醫療利用率 目標值：中度高度複雜性傷科醫療服務利用率呈現正成長 操作型定義： $(111\text{年中度及高度複雜性傷科人次}/111\text{年傷科人次}) - (110\text{年複雜性傷科人次}/110\text{年傷科人次})$
	項目2： 提升中醫醫療服務 [延續項目]	指標(1)：中醫醫療服務人數成長率 目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長 操作型定義： $(111\text{年中醫醫療服務人數} - 110\text{年中醫醫療服務人數})/110\text{年中醫醫療服務人數}$ 指標(2)：中醫醫療服務人次成長率 目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長 操作型定義： $(111\text{年中醫醫療服務人次} - 110\text{年中醫醫療服務人次})/110\text{年中醫醫療服務人次}$ 指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率呈現正成長 操作型定義： $(111\text{年中醫居家醫療服務人數} - 110\text{年中醫居家醫療服務人數})/110\text{年中醫居家醫療服務人數}$

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(111年中醫居家醫療服務人次-110年中醫居家醫療服務人次)/110年中醫居家醫療服務人次</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率為正值 操作型定義：(110年無中醫鄉數-111年無中醫鄉數)/110年無中醫鄉數</p> <p>指標(6)：無中醫鄉服務人數成長率 目標值：無中醫鄉服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(111年無中醫鄉服務人數-110年無中醫鄉服務人數)/110年無中醫鄉服務人數</p> <p>指標(7)：無中醫鄉服務人次成長率 目標值：無中醫鄉服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(111年無中醫鄉服務人次-110年無中醫鄉服務人次)/110年無中醫鄉服務人次</p>
其他預算 一健保署	項目1： 居家醫療照護整合計畫之推動成效 [延續項目]	<p>指標：居家整合新收案對象門診次數降低 目標值：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前低 操作型定義：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前低</p>
	項目2： C型肝炎新藥治療成效 [延續項目]	<p>指標：C型肝炎治療涵蓋率(年累計) 目標值：C型肝炎治療涵蓋率(年累計)，較去年同期提高 操作型定義：至當年底已接受治療人數/慢性C型肝炎患者人數</p>
	項目3： 腎病防治成效 [新增項目]	<p>指標：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫照護率 目標值：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫照護率較去年同期提高 操作型定義：參與末期腎臟病前期病人(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫之人數/個案符合前12月門診2次或住診1次就醫主診斷為N184-186、049符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及死亡人數</p>

各部門總額及其他預算專款項目執行績效/成果之提報單位

部門別	計畫/方案名稱	提報單位
牙醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 牙醫特殊醫療服務計畫 - 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫 - 0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫 - 12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫(111年新增) - 高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫(111年新增) - 超音波根管沖洗計畫(112年新增) - 齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫(112年新增) 	牙醫師公會 全聯會
中醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫(含112年新增適應症) - 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(含112年新增3項癌別) - 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 - 中醫急症處置計畫 - 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 - 照護機構中醫醫療照護方案(111年新增) 	中醫師公會 全聯會
西醫基層	<ul style="list-style-type: none"> - 家庭醫師整合性照護計畫(含計畫檢討與管控暨執行成果) - 家庭醫師整合性照護計畫(醫界配合推動情形) - 西醫醫療資源不足地區改善方案 - 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 - 強化基層照護能力及「開放表別」項目(非計畫型) - 因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用(非計畫型) - 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(非計畫型) - 代謝症候群防治計畫(111年新增) - 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫(111年新增) 	健保署 醫師公會 全聯會
醫院	<ul style="list-style-type: none"> - 急診品質提升方案 - 西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層) - 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫 - 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型) - 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型) - 住院整合照護服務試辦計畫(111年新增) - 鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫(111年新增) - 腹膜透析追蹤處置費及APD租金(非計畫型)(111年新增) - 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增(112年新增) - 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(112年新增) 	醫院協會

部門別		計畫／方案名稱	提報單位
		- 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(112 年新增)	
門診透析		- 腎臟病照護及病人衛教計畫 - 鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫(112 年新增)	健保署
跨部門	醫院、西醫基層	- C 型肝炎藥費(含其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費」) - 醫療給付改善方案(含糖尿病等 9 項方案)(111 年醫院總額新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」) - 鼓勵院所建立轉診合作機制(非計畫型) - 基層總額轉診型態調整費用(非計畫型) - 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材(非計畫型) - 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費(非計畫型) - 精神科長效針劑藥費(非計畫型)(111 年新增) - 癌症治療品質改善計畫(112 年新增) - 慢性傳染病照護品質計畫(112 年新增) - 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(112 年新增) - 因應長新冠照護衍生費用(112 年新增)	健保署 (相關總額部門提供配合推動情形)
	四部門	- 獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用	
其他預算		- 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 - 居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務(含居家醫療照護整合計畫) - 推動促進醫療體系整合計畫 - 提升院所智慧化資訊機制(111 年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(含各部門總額之網路頻寬補助費用執行成果) - 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 - 提升用藥品質之藥事照護計畫 - 支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費(非計畫型) - 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費(非計畫型) - 提升保險服務成效(非計畫型)	健保署

健保署及四總額部門「112年度重點項目與績效指標(含目標值)」

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
整體總額 —健保署	項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目]	
	項目2： 降低門診10項 重點檢查(驗)非 合理區間再次 執行 [新增項目]	<p>指標：門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率</p> <p>目標值：較108年同期下降$\geq 5\%$</p> <p>操作型定義：(當期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率-108年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率)/108年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率</p> <p>註：考量109年至111年因受COVID-19疫情嚴重影響國人就醫行為，又第一線醫護人員應以防疫為優先，故本指標以108年為基期進行比較。</p>
	項目3： 分級醫療之推 動成效 [延續項目]	<p>指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率</p> <p>目標值：$\geq 3.85\%$</p> <p>操作型定義：分母案件之回轉件數/區域級(含)以上醫院接受上轉之門住診申報件數合計</p>
醫院總額 —醫院協會	項目1： 醫院分級醫療 執行成效 [延續項目]	<p>指標：醫院層級轉診率</p> <p>目標值：轉診率維持成長10%</p> <p>操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數</p> <p>觀察指標：醫院層級疾病嚴重度CMI變動</p> <p>註：同111年暫列觀察指標，但鑑於醫院總額獨立資料區僅限於審查相關案件查詢且不得涉及各院，爰醫院部門無法逕自就各院資料進行查詢，疾病嚴重度CMI的運算須仰賴健保署協助運算並提供，且CMI偵測僅可就住院DRG案件，無法顯示門診情形，另CMI值每年皆會受DRG相對權重所影響，礙於資料運算難以回溯，爰無法進行年度間的比較，無法訂定目標值。</p>
	項目2： 護病比執行現 況 [延續項目]	<p>指標：全日平均護病比達加成之占率提升</p> <p>目標值：整體全日平均護病比達加成之月次占率較前一年增加或持平</p> <p>操作型定義：1. 整體醫院達護病比加成的月次/整體醫院申報住院護理費總月次</p> <p>2. 「加成」係指全日平均護病比達一定比例之住院護理費加成。</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
西醫基層 總額 一醫全會	項目1： 西醫基層診所 糖尿病病人整 體照護情形 [新增項目]	<p>指標：照護率、HbA1C<7%(控制良好率)、HbA1C>9%(控制不良率)</p> <p>目標值：1.照護率：55%以上 2. HbA1C<7%(控制良好率)：54%以上 3. HbA1C>9%(控制不良率)：6%以下</p> <p>操作型定義：1.照護率：糖尿病病人(E08-13)於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上/該院所診斷糖尿病病人數。 2.HbA1C<7%(控制良好率)：分母病人中，其最後一次HbA1C檢驗值<7.0%(80歲以上病人HbA1c<8.0%)之人數/糖尿病病人於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數。 3.HbA1C>9%(控制不良率)：分母病人中，其最後一次HbA1C檢驗值>9.0%之人數/糖尿病病人於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數。</p>
	項目2： 檢驗(查)結果上 傳率 [新增項目]	<p>指標：上傳率</p> <p>目標值：60%以上</p> <p>操作型定義：檢驗(查)結果上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果)/「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案」附件五-「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」之診所申報醫令數</p> <p>計算條件：1.採診所歸戶(即檢驗所上傳資料併回診所計算)。 2.排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、病理報告及出院病歷摘要資料。</p>
牙醫門診 總額 一牙全會	項目1： 國人牙周病治 療改善情形 [延續項目]	<p>指標：牙周病統合治療第三階段完成率</p> <p>目標值：最近3年全國平均值*(1-10%)</p> <p>操作型定義：1.分子：當年度完成第三階段人數(當年1~9月申報第一階段案件於180天內申報第三階段件數)。 2.分母：當年度執行第一階段人數(當年1~9月申報第一階段件數)。 3.計算：分子/分母。</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
	項目2： 國人罹患牙周病後續維護追蹤情形 [新增項目]	指標：牙周病統合治療實施方案後之追蹤治療率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：1.分子：當年度牙周病統合治療第三階段支付91023C 執行人數往後追蹤一年(112年度)接受牙周病支持性治療(91018C)之執行人數。 2.分母：當年度(111年度)牙周病統合治療第三階段支付91023C執行人數。 3.計算：分子/分母。
中醫門診 總額 一中全會	項目1： 提升中醫醫療服務 [延續項目]	指標(1)：中醫醫療服務人數成長率 目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(112年中醫醫療服務人數-111年中醫醫療服務人數)/111年中醫醫療服務人數 指標(2)：中醫醫療服務人次成長率 目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(112年中醫醫療服務人次-111年中醫醫療服務人次)/111年中醫醫療服務人次 指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長2% 操作型定義：(112年中醫居家醫療服務人數-111年中醫居家醫療服務人數)/111年中醫居家醫療服務人數 指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長2% 操作型定義：(112年中醫居家醫療服務人次-111年中醫居家醫療服務人次)/111年中醫居家醫療服務人次 指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率大於1% 操作型定義：(111年無中醫鄉數-112年無中醫鄉數)/111年無中醫鄉數 指標(6)：無中醫鄉服務人數成長率 目標值：無中醫鄉服務人數成長2% 操作型定義：(112年無中醫鄉服務人數-111年無中醫鄉服務人數)/111年無中醫鄉服務人數 指標(7)：無中醫鄉服務人次成長率

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>目標值：無中醫鄉服務人次成長2%</p> <p>操作型定義：(112年無中醫鄉服務人次-111年無中醫鄉服務人次)/111年無中醫鄉服務人次</p>
	<p>項目2： 提升中醫治療慢性腎臟病醫療服務品質 [新增項目]</p>	<p>指標：延緩慢性腎臟病第3、4、5期病人腎功能惡化程度</p> <p>目標值：慢性腎臟病第3、4、5期病人收案1年(或12個月)後，腎絲球過濾率值(eGFR)較新收案時改善，或糖尿病慢性腎臟病人eGFR下降速率小於6ml/min/1.73m²/year，或非糖尿病慢性腎臟病人eGFR下降速率小於4ml/min/1.73m²/year</p> <p>操作型定義：針對慢性腎臟病第3、4、5期病人，其中若為糖尿病慢性腎臟病人需符合下述第1點或第2點；非糖尿病慢性腎臟病人需符合下述第1點或第3點：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.第3、4、5期慢性腎臟病人：112年eGFR值-111年eGFR值為正數 2.糖尿病慢性腎臟病人：111年eGFR值-112年eGFR值小於6 3.非糖尿病慢性腎臟病人：111年eGFR值-112年eGFR值小於4
其他預算 —健保署	<p>項目1： C型肝炎新藥治療成效 [延續項目]</p>	<p>指標：C型肝炎治療涵蓋率(年累計)</p> <p>目標值：較去年同期(____%)提高</p> <p>操作型定義：至當年底已接收治療人數/慢性C型肝炎患者人數</p>
	<p>項目2： 居家整合新收案對象門診次數降低 [延續項目]</p>	<p>指標：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數</p> <p>目標值：較收案前半年(____次)低</p> <p>操作型定義：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前半年低</p>
	<p>項目3： 腎病防治成效 [延續項目]</p>	<p>指標：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫照護率</p> <p>目標值：較去年同期(____%)提高</p> <p>操作型定義：參與末期腎臟病前期病人(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫之人數/個案符合前12月門診2次或住診1次就醫主診斷為N184-186、049符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及死亡人數</p>

第6屆112年第2次委員會議

與會人員發言實錄

壹、「主席致詞」、「議程確認」、「確認上次(第1次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉：報告主委、各位委員，大家早安！現在時間已經9點30分，委員出席人數也已經過半，所以已經可以開始開會，是不是就先請主委致詞？

盧主任委員瑞芬：歡迎各位委員來參加健保會，我們今天的議程還算簡單，希望今天能夠儘快地完成會議，謝謝。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：議程確認之前先有1件事情要報告，本會有9位同仁上週末確診染疫，目前通通請假在家，今天出席的同仁都是健康寶寶，請放心，所以要提醒委員，因為今天的會議時間還是長，人數也多，為了委員的健康，拜託委員，如果可以的話儘量把口罩戴好。桌上有酒精擦、外面也有酒精，請委員多多把防疫措施落實。另外因為本會同仁人力只剩下6成，如果今天會議安排有什麼不足，請委員多多見諒。也要請委員幫忙，等一下舉手要發言時，請舉高、舉久一點，讓我們同仁有時間登打發言序，這要拜託委員，謝謝委員。

今天議程確認安排，除了討論事項第二案是委員提案之外，其他都是依照112年工作計畫排定。討論事項這2案，第一案是為了7月份的總額執行成果評核，相關的一些作業需要預先議定，是評核作業方式草案的討論。第二案是周慶明委員與陳相國委員提案，是關心新醫療科技預算管控的問題。

報告事項有3案，第一案是依照健保法第73條，針對醫院財務報告的公開；第二案是有關於111年度總額核(決)定事項，有關預算扣減與效益評估的執行結果；第三案是健保署的業務執行報告，本次是書面方式，不做口頭報告，以上。

盧主任委員瑞芬：委員如果沒有什麼意見的話，議程就確認，請開始本次的會議。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

盧主任委員瑞芬：委員沒有意見，上次委員會議紀錄確認。

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：本會重要業務報告，項次一，是上次委員會議決議(定)事項的辦理情形：

(一)本會 4 月份要辦理的 10 週年成果及未來展望研討暨共識營，有關議程或與談人名單，截至 3 月 1 日下班前都沒有委員提出建議，所以我們將照原定規劃做安排。

(二)有關委員希望對年度工作計畫安排的各項報告事項，可以事先請健保署特別說明或準備的內容，幕僚會在每次委員會議的本會重要業務報告時，我們會跟委員預告，提醒委員下次委員會議的報告事項主題。委員如果有特別關切的意見，希望能夠在報告時程 1 個月前回復本會，幕僚就可以轉給健保署來準備資料，或者是在報告時來做回應說明。

(三)關於委員對地區預算分配，及總額計算公式有些意見，我們已在 3 月 7 日把相關意見轉送衛福部社保司做參考。

(四)有關上次會議依照健保署來函請本會推派擔任共擬會議或研商議事會議的代表名單，本會於 3 月 6 日已經把名單函送該署辦理聘任事宜。

(五)有關委員交通費的支給，這部分其實是參照中央政府各機關學校出席費跟稿費支給要點的規定辦理，這要點 112 年開始已經取消交通費支給必須要 30 公里外的限制，至於報支起點的認定也是很多委員關心的，非常謝謝翁燕雪委員協助，幕僚後續也跟本部的會計處來做溝通協調，翁委員也幫好大的忙，本部會計處後來同意了，就把原來是以機關所在地報支起點，可以改為衡酌實際狀況覈實報支的認定方式，以後幕僚會據以辦理。

(六)上次委員會議決(議)定列管追蹤事項有 6 項，依照辦理情形建議解除追蹤 3 項，繼續追蹤也有 3 項，最後還是會依照委員議定結果辦理。至於個別委員關切的事項與書面意見，健保署的回復在附

錄一第 127~137 頁，另外吳榮達委員的書面意見，健保署的回復已列在黃色封面的補充資料第 2、3 頁。

請委員翻到會議資料第 69 頁，有關上次委員會議擬解除追蹤的 3 項，簡單做個說明如下：

(一)項次 1，是請醫院、西醫基層與健保署針對評核的部分提出建議，這部分健保署與 2 個總額部門都已經回復了，所以解除追蹤。

(二)項次 2，是請健保署在 3 月份委員會議提出 111 年總額協定事項中有關預算扣減與效益評估的執行結果，已經安排在本次委員會議的報告事項第二案，將於等下報告後解除追蹤。

(三)項次 3，是關於季報告委員所提的意見，健保署回復在第 72~80 頁，這三案建議解除追蹤。

項次二的部分，請委員再翻回會議資料第 62 頁，依照年度工作計畫安排，下次委員會議的專案報告主題，這是提醒委員，希望委員最晚在 3 月 26 日前向本會提出需要請健保署提出或說明的問題，報告主題包含 111 年的決算、113 年的預算備查案，另外就是代謝症候群防治計畫的改進方案，還有藥費管控策略及檢討，這是大家非常關心的幾個議題。

項次三，是有關於衛福部與健保署在本年 2~3 月，發布及副知本會的相關資訊，詳細資料在健保署的全球資訊網，請委員參閱網頁的內容，幕僚在 3 月 10 日也已寄摘要到委員的電子信箱，這部分請參閱。

項次四，請翻到黃色封面補充資料第 1 頁的部分，健保署在 3 月 15 日來函請本會協助勘誤上次委員會議的資料，裡面提到 109~112 年健保財務收支情形表，因為有數字誤植，會議資料現在都會連同議事錄上網公開，怕外界誤解，勘誤內容在附件二第 5 頁，委員確認以後我們就勘誤。

項次五，是有關於會議發言實錄的製作事宜，這部分在上一屆 111 年第 11 次委員會議決定，發言實錄是以錄音檔併同速錄內容為主，

如果委員想補充現場發言的內容，須在會後 3 天內以書面方式送本會併入發言實錄，並註明是會後書面補充說明。因為發言實錄現在不用送委員確認發言，但是仍有委員擔心專有名詞會有誤植情形，所以希望還是有確認的需要，現在就修正為如果委員認為有需要，還是可以向本會同仁提出確認要求，不過委員只能就錄音檔有出入，或是同仁摘錄錯誤之處予以更正，不增刪文字，發言實錄還是希望以如實呈現錄音檔為主，如果委員會後認為自己發言後有需要補充、調整，就加註為會後書面修正，這樣比較能夠符合發言實錄的立法原意，以上大概是我們重要業務的報告。

盧主任委員瑞芬：請問委員針對重要業務報告有什麼意見？請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：謝謝，首先針對抑制資源不當耗用改善方案，有關健保署針對我上次的發言回應，請委員翻到會議資料第 127~128 頁，首先謝謝健保署的說明，但是在第 128 頁時，健保署提供的 111 年 12 月的資料，總上傳率雖 60.4%，看起來成長蠻不錯，但是醫療檢查影像的上傳率仍低，只有 4.5%，包含 CT、MRI、超音波，都是相對高單價，近年來這樣的影像件數都快速攀升，費用也遽增，像現在影像上傳率這麼低，就表示病人若到其他醫療院所就醫，被重複檢驗檢查的機率是高的，但是健保署卻說，要抑制浮濫，所以要加收民眾的部分負擔，從這個地方也看到這政策的正當性、合理性都受質疑。

另外健保署在資料裡面建議希望落日條款可以延後，當然可以理解，就基層診所資訊能力跟設備的問題，但是希望健保署也能夠有 1 個規劃期程，就是不只是上傳率提高，其實包括這個上傳的速度，以及影像的品質等，希望不要一直延後，要有 1 個時間表的規劃。

第 2 個跟指示藥品有關，在會議資料第 137 頁與補充資料第 2~4 頁，首先要謝謝吳榮達委員提出非常重要的議題，從資料裡面看起來申報人數是 1,852 萬人，申報金額是 20 億元，表面上看起來不高，但是誠如藥物共擬會議的主席陳昭姿委員，在受訪的時候提到

表面上看起來 20 億元好像不多，但其實真正關鍵是健保給付指示用藥根本改變民眾就醫行為，民眾即使是小病也會因為這誘因跑到大醫院就醫，不只分級醫療破功也增加健保支出，光是感冒 1 年就大概 200 億元左右。

所以健保署有 3 件應做而未做的事情，第 1 個就是應該要盤點哪一些指示用藥用量高，但是處方藥的可替代性低？我覺得應該盤點出來。

第 2 個要去估算健保給付指示藥品，因而引導民眾就醫行為，造成的隱形成本有多少。

最後是要來評估民眾常用的，就像在統計中申報人數跟申報金額裡面的前幾名，止痛藥、咳嗽與感冒用藥、抗組織胺藥物、腸胃機能失調用藥等，如果退出給付的話，對於不同族群的健康衝擊是什麼？我想針對健保署的回應，希望健保署能夠進一步深入分析，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，我現在先請李永振委員發言，待會再請健保署回應。

李委員永振：謝謝主席，各位委員大家早。對這個部分我有 2 點回應，第 1 點記得上次探討 DET^(註)議題時，發現藥費的占率，由 108 年的 26.9%，109 年的 27.9%，到 110 年的 28.9%，1 年以 1% 的速度在增加，所以我建議應儘速檢討，也感謝新署長在上任不久，在下個月委員會議就要提出藥費管控策略檢討事宜，個人有極高的期待。近期在 3 月 15、16 日，恰有黃金舜委員及周麗芳委員分別在自由時報 A16 版發表缺藥相關的文章，個人覺得它的內容在 4 月份的提報有值得參酌的地方，譬如說黃理事長在文中提到，健保給付項目中，學名藥約占七成，但在支出面卻不及三成，這有深入檢討的部分，到底是學名藥被砍了怎樣，還是說原廠的藥怎麼樣，這中間的來龍去脈是不是可以再探討看看，在下個月的報告裡面可以參考，也稍微說明一下。

另外回顧歷年醫院及西醫基層總額均編列新醫療科技預算，近幾

年每年差不多 30 多億元，並明定預算用途包括新增診療項目、新藥及新特材，但會議資料第 62 頁揭露衛福部公告的醫療服務給付項目及支付標準修正，除第 1 項明確符合預算用途以外，其餘 3 項我才疏學淺看不太懂，尤其在第 4 項，角膜內的注射，只是移列章節就要調升點數，雖然它申報點數是不高，但所代表的意義應該去把它釐清，為了瞭解該項預算使用情形是否符合預算用途，請健保署在下次會議一併說明本項預算項目的定義跟適用範圍。

第 2 點是在回應的部分，會議資料第 132 頁，上一次有呼應滕西華委員說 4 月份要審議結算，所以把政府應該負擔 36% 的部分，是不是可以事先說明一下？很感謝健保署有說明，但是這部分我看了之後，還是沒有解惑，我個人都沒有解惑，不要說其他委員，因為看了之後，各位請看會議資料第 138、139 頁，在這則說明裡面，套 1 句李前署長伯璋所講的也是了無新意，看了之後見到健保法第 76 條還是缺席，沒有法遵，無法令人信服。

在會議資料第 138 頁附表 1，應提列或增列安全準備，未依健保法第 76 條第 1 項規定計算，110 年已經短絀 155 億元，負值帶入公式這是違法錯誤的，這請署長瞭解一下，111 年只提列盈餘，在健保法第 76 條第 1 項中有 5 項，它只提列第 1 項盈餘 103 億元，這也是不對的。2 年應提安全準備，應分別為 110 年 171 億元、111 年是 272 億元，所以 110 年政府少負擔了大概 117 億元，就是把短絀的 155 億元跟應該提存的 171 億元，一來一往少負擔了 117 億元，就是會議資料第 139 頁附表 2 中 326 億元的 36%，111 年雖然有結餘但是少負擔，因為安全準備提列不足，差額是 169 億元的 36%，大概是 61 億元，健保這 2 年政府就少負擔了 178 億元，178 億元是什麼概念？今年很感謝政府又挹注了 240 億元，178 億元就占 240 億元的 74%，所以上次提到感謝政府的 240 億元之餘，我說沒有關係多多益善，但是如果政府能法遵把 900 多億元拿出來，就是 240 億元的將近 4 倍了。

在會議資料第 139 頁附表之中的二，111 年安全準備相關收入，

169 億元，那是不對的，剛才有提到過，應要改為 272 億元，169 億元是其他事項，結餘還有 103 億元，兩者加起來才是當年應該提列的安全準備；下一行的填補安全準備 65 億元也不對，它是把 169 億元減掉 103 億元變 65 億元，那個也不對，因為這項應該是收回安全準備，填補就是收回嘛，是應該 169 億元。

另外說明 5 的定義也不對，你自己在這個表裡面就自打嘴巴，你說第 5 項是在講收支短絀，但是你填在那邊 65 億元怎麼是短絀呢？也不對，因為有盈餘嘛，所以看到這個之後，最後的感覺就是好奇，提供這些不正確的資訊，不但沒有讓委員瞭解，將來怎麼根據這個去審結算的資料，那個結算資料你提出來，都很不好意思、不客氣講，是不對的，怎麼去審？以上謝謝。

註：DET(Drug Expenditure Target，藥品費用支出目標)。

盧主任委員瑞芬：謝謝李委員，目前 2 位委員發言都是有關健保署的回應的部分，可不可以先請健保署簡單回應有關藥品跟影像上傳等。

李副署長丞華：剛剛 2 位委員分別提了 6 個問題，有一些問題會在下 1 次會議報告的時候報告，至於政府負擔部分我特別要澄清一下，因為從二代健保以後就鎖定 36%，你可以從收入的 36%或是從支出的 36%，都可以，但是要一以貫之，不能說收大於支的時候，我們就用收，收小於支的時候就用支，這樣跨年度就會不平衡，這點我們特別澄清一下，這部分事實上主計總處是非常配合，而且也非常支持。

蔡副署長淑鈴：有關劉委員還有李委員都有提到藥費的部分，包括 OTC_(註)跟 DET，還有學名藥為什麼量大金額少，如何處理的問題，這些因為都排定 4 月份嘛！4 月份會有 1 個有關藥品政策的報告，這些其實都在裡面，所以我想我們 4 月份的報告再一併跟大家報告。

註：OTC(Over the Counter，非處方用藥)。

盧主任委員瑞芬：李永振委員第 2 次發言，謝謝。

李委員永振：這個是在 4 月 12 日才來講的，既然李副署長有提到，我就先簡要提一下，我在這裡已經講好幾次了，我尊重行政院的協商

結果，也一直這樣講，所以我剛才虧你嘛，健保法第 76 條就缺席了啊，最重要的 1 條缺席，當時 104 年的協商是針對第一階段主計總處跟健保署的爭議，那邊協商出來的，現在我們談的問題，都是 105 年以後發生的事情，所以我常常開玩笑說你用明朝的劍斬清朝的官，你不是針對這個地方協商的結果來解釋這個東西，講 1 句不客氣的話，狗屁不通啦！所以我剛剛提到這麼明顯，你那都違法嘛，我上次也跟李前署長說沒關係，你如果可以把依法行政吞下去我就不問。

我現在是在追依法、遵法的問題，不是跟你要錢怎麼樣，遵法，公務人員都是依法行政啊，你又解釋不出來，我們在歷次會議大概提不下 20 次了吧，結論也有提到說如果委員講的沒有道理，請提出反駁意見，你們一直說 104 年協商原則，那個協商原則不能改嗎？第 2 次協商也沒有結果啊！上次翁委員有補充。但是那 2 篇文章我也看過了，事後還要再講嘛，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝李委員，現在請滕西華委員。

滕委員西華：謝謝，就是在會議資料裡面，回復我上次提的資料，在會議資料第 129 頁，我想進一步請教健保署，因為這邊提到的 11 個月新藥核價平均時程，後面提到 PBRs^(註 1)討論藥價的時候會再給，如果藥商有意見要在 3 日內答復，然後 2 個月內提出，所以我想請教一下，現行的議價程序裡面，因為過去即使是藥物共擬會議核准之後，我們也花相當的時間跟藥商議價，所以形成一種，已經公告藥品，已經通過健保審查，沒關係，等一下蔡副署長再幫我修正一下理解，已經公告藥品已經支付，可是議價一直沒有跟藥商通過，所以就形成病人看得到藥已經核准，但事實上還沒有在市場上可以用健保給付方式得到藥品，現在是不是這樣？如果不是，麻煩說明一下^(註 2)。如果是的話，這議價程序平均拖多久？過去常有這種情況發生，會形成形式上已經通過健保給付，但實質上並沒有的現象，這是第 1 個。

第 2 個，因為李永振委員也有提到安全準備的問題，我想請教會議資料第 139 頁附表 2，112 年的安全準備相關收入的金額，我上

次好像問過 1 次，但是這表的金額看起來不太像，有沒有含立法院已經通過或是要通過的行政院退稅撥補給健保的 240 億元，這是我的第 2 個問題。

第 3 個問題是，我要呼應剛剛劉淑瓊委員提到的，吳榮達委員這個書面意見是非常的好，過去在指示用藥不給付的討論其實非常多年、非常多次，不是第 1 次，我記得過去也有醫學會表達反對，他們認為會因小失大，當然此一時彼一時是可以理解，但是你說因為指示用藥有給付就衝擊缺藥，我覺得這個推論其實欠缺科學論證的基礎，且會導致社會上仇視使用健保給付指示用藥的族群，我們看這表格裡面，其實在總數跟申報數裡面有落差，所以如果有機會回應剛剛李副署長也提到、劉淑瓊委員請教的或是吳榮達委員關切的這些問題，能不能也進一步補充說明是不是有些藥品其實從來沒有申報過，如果這樣，長期沒有處方的藥品，才應該要把它慢慢退出健保給付，評估後如果同時可以調查市場價，因為過去有醫學會反對或我們反對，都是因為它落入自費之後，金額常常是健保給付的 10 倍到數 10 倍，所以如果是這樣，會因為指示用藥造成健保財務的衝擊，應該是訴求民眾多花一點點的保費，去支持這些必要的指示用藥納入健保給付才對，我的意思是這種評估其實都應該要同時納進去作為政策的參考，謝謝。

註 1：PBRs(Pharmaceutical Benefit and Reimbursement Scheme Joint committee，全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議)。

註 2：新藥給付流程，新藥建議案件先經健保署藥物專家諮詢會議討論通過後送藥物共同擬訂會議，討論通過後，健保署將與廠商進行協議或議價，廠商如同意供貨，健保署再公告暫予收載，並於次年第一季報請衛福部核定公告。

盧主任委員瑞芬：吳榮達委員，對不起，朱委員剛才先舉手了，朱益宏委員。

朱委員益宏：因為好幾位委員都提到指示用藥這件事情，我也表示一下我的想法。其實不管指示用藥有些人認為說有所謂必要健保給付的指示用藥的概念，但是我要請各位健保會委員，也要提醒一下，健保法明文規定指示用藥是健保不給付的項目，如果說這些所謂健

保必須要使用的指示用藥，那應該透過食藥署改為非指示用藥，改成處方用藥，再不然就要去修改健保法，我覺得這樣才是正軌，而不是說現在明文規定的指示用藥健保不給付，結果我們還給付，當然會有些專業團體的壓力，甚至包括基層總額在藥費給付是用日劑藥費的概念去處理，這都會影響到指示用藥到底健保給不給付的問題，所以我覺得後面衍生出來的，有一些反對指示用藥從健保拿掉的議題，我覺得都跟這些議題有關，但是不管任何理由，健保法明文規定指示用藥不給付，我覺得健保署應該要依法行政。那至於評估了以後剛剛幾位委員也提到的，評估後覺得某一些藥物有不可替代性，就應該透過衛福部內部程序去跟食藥署反映，是不是把指示用藥納成處方用藥，納成健保給付的，我覺得這樣才是正軌，再不然就是衛福部也要去修法把這條給修掉，以上。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請吳榮達委員。

吳委員榮達：我本來不想對指示用藥發言，要分析以後再發言，可是已經都提到了，我大概在4、5年前擔任健保會委員就對指示用藥有發言過，我一直講說健保法已經做這樣規定，健保署不應該違法狀態繼續持續，上次發言到現在4、5年了，可是違法狀態還是持續，我覺得健保署應該特別特別注意到這一點，看是要修法還是要把它移出去，再做評估啦，如果要修法，修法動作要快一點，不然就是違法的狀況繼續當中，其他有關的問題，我會再繼續分析然後提出來就教。

第2個，因為上面寫業務報告的部分，我請教業務執行報告第25頁，這個是針對112年1月份各級的申報狀況，其他部門大概是非常正常，因為是負成長狀況，1月份本來休息假日就比較多一點，所以負成長是正常的。但是我們看業務執行報告第25頁(四)中醫門診的總額部分，不但不是負成長反而是正成長，所以想要瞭解一下這個(周執行秘書淑婉提醒現在是重要業務報告)，對不起，那等一下業務報告的時候再說，謝謝。

盧主任委員瑞芬：黃金舜委員。

黃委員金舜：剛剛談到指示用藥的部分，我是贊成朱理事長講的，指示用藥在明文上規範很清楚，健保不能給付，我當全聯會的理事長講4年了，健保署也沒有理我，我也不知道到底原因出在哪？過去維骨力也是健保在給付，每年支付費用5.2億元，我記得健保署都說，如果指示用藥不給付會造成民怨，5.2億元沒有給付，有看到民怨嗎？現在人工淚液1瓶42元，每年健保署支付2億元，我們看到的表面是2億元，我上次也提過，為了人工淚液42元，民眾要繳掛號費200元，健保要支付診察費及調劑費等，那些都是成本耶！表面上2億元，政府要花好幾10億元，我不瞭解為什麼健保署一直在反抗，反抗原因在哪裡？我也希望可以做1個解釋給我聽。

盧主任委員瑞芬：陳石池委員。

陳委員石池：大家早安，從各位委員的發言，我才發現原來指示用藥是違法的，而且4、5年了，這情況是蠻嚴重，也是蠻嚴肅的問題，健保署署長剛剛上任，是不是有可能今年就解決這個問題，拖了4、5年，公務部門帶頭違法好像不是很理想，是不是今年有辦法來幫忙解決這個問題，謝謝。

盧主任委員瑞芬：目前有2個重點，1個是財務部分，另1個是藥的部分，請健保署簡單回應一下，因為下個月健保署會報告財務平衡方案及預決算案，另外藥費控管策略檢討也是排在下個月，剛才的提問請署長簡單回應一下，我們就結束這個部分。

石署長崇良：謝謝各位委員的指教，這2個問題都不是4、5年的事情，都是數10年的事情。OTC，確實我也支持依法行政啦，但是為何這麼久都無法依法行政，這背後一定有一些問題，所以容我們再仔細瞭解分析後，最後看看到底要修法、還是要做什麼因應。至於36%，我想這裡也有來自主計總處的委員，大家也都討論甚久了，我們繼續討論，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，針對現在重要業務報告，我做1個決定，第1次的委員會議決(議)定列管追蹤事項辦理情形，擬解除追蹤有3項，同意解除追蹤，擬繼續追蹤也有3項，也同意繼續追蹤，其他洽悉。

參、討論事項第一案「各總額部門 111 年度執行成果評核之作業方式(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

劉科員于鳳：請委員看到會議資料第 85 頁說明一，為了落實總額的檢討與回饋機制，本會援例於總額協商前，舉辦執行成果評核作業，並邀請專家學者就前一年度各總額的執行成效進行評核，評核成效優良的部門，將於次年度總額給予品質保證保留款獎勵，評核建議則會列為總額協商參據。本年預訂於 7 月 17、18 日辦理各總額部門 111 年度執行成果發表及評核會議，為了完成上開事項，本會研議 111 年度執行成果評核作業方式(草案)，如附件一，在會議資料第 90~102 頁。

重點說明如下，在說明二(一)的部分，評核委員的組成有分為三階段，第一階段會先請四總額部門及付費者委員，每個部門及每人最多推薦 3 名人選，加上本會現任、曾任專家學者及公正人士委員，綜整為建議名單。第二階段由本會全體委員就建議名單進行票選，每人 7 票。第三階段，依據票選結果依序邀請 7 位擔任評核委員，評核委員名單不事先公開，請看到下一頁。

在(二)評核項目及部門提報內容的部分，主要是沿用過去的作業方式，配合年度有酌修文字及各項目的細項內容及指標，並且請四總額部門及健保署提供意見。各部門的回復意見還有參採情形詳附件二，在會議資料第 103~105 頁。重點摘要如下，其中西醫基層部門建議刪除 2 項無障礙設施相關的細項指標，但本會考量這 2 項指標是四部門共通性指標，而且我國已經邁入高齡社會，設置無障礙設施有助於提升長者及身心障礙者的就醫可近性，另外去年也有決議這 2 項指標僅需提供資料作為參考，不納入評分，因此本會建議沿用過去的方式，仍然請總額部門及健保署提供資料參考，但不納入評分。另外健保署有回復將視實際作業面可取得資料調整新增內容，本會尊重健保署意見，並請健保署儘可能於資料可及範圍內提供。

在(三)評核作業辦理方式部分，過去 2 年因為疫情，所以我們改採書面評核，不辦理公開的成果發表會議，今年將恢復過去作業模式，在 7 月 17、18 日召開為期 2 天的執行成果發表及評核會議。對此健保署有提出建議，請本會邀請中長期改革計畫的業管單位參與評核作業，說明計畫推動情形及成效等。本會考量評核作業是在評核總額執行結果，而非規劃、研議內容，且健保署應盡管理及檢討之責，因此建議維持由健保署來統籌提報評核作業資料及說明。此外歷年公開發表會議均有邀請衛福部的相關單位與會，本次亦將邀請中長期改革計畫的司署，包含照護司、健康署等，如果司署有需要補充說明，可於會議當天的意見交流階段回應。

第三點，有關 112 年度重點項目與績效指標之研訂，為了明年評核 112 年度總額執行成果，本會已經函請四總額部門及健保署提報 112 年度重點項目與績效指標，各部門及健保署均已回復，彙整在附件三，會議資料第 106~109 頁。

請委員翻開會議資料第 107 頁，本會有檢視部門提報的資料，其中牙醫部門項目 2 的國人罹患牙周病後續維護追蹤情形，這項指標的操作型定義沒有載明指標年度，本會建議增列指標的擷取年度，修正就像會議資料第 107 頁下方的畫線處，請委員確認是否依幕僚所擬來做修正。另外西醫基層部門有 2 項指標沒有提供目標值，該部門已經有補充了，更新資料在黃色封面的補充資料第 7 頁灰底處，請委員參閱。

第四點，評核結果獎勵標準議定時間點，對於評核結果「良」以上的部門會給予品保款的獎勵，獎勵額度依照評核等級給予對應獎勵成長率，例如去年得到「優」的部門會給予 0.2% 獎勵成長率，得到「良」的部門是給予 0.1% 獎勵成長率，近年品保款獎勵額度，請委員參閱附件四，會議資料第 110 頁。獎勵成長率的多寡是每年議定的，因為品保款額度是總額預算之一，所以本會需要在 9 月總額協商前，提案討論獎勵的成長率。歷年的議定時間點多在 7 月的評核會議後，少數是在 7 月的評核會議前，過去品保款額度的議定時

間點有以下幾點考量，如果我們在評核會議後議定，也就是8月才討論，優點是可以依照年度總額範圍調整獎勵成長率，但是有部分委員表示會有先射箭再畫靶的疑慮。如果在評核會議前才議定，也就是5月或6月來討論，優點是部門可以事先得知獎勵額度，較具鼓勵的效果，但就無法配合年度總額範圍來調整，有壓縮可協商空間的疑慮。

至於今年的評核結果獎勵成長率議定時間點，稍後請委員討論決定，在擬辦的部分，要請四總額部門及健保署依照議定的評核作業方式及時程提供所需的資料，評核結果獎勵成長率議定時間點將依委員討論結果來辦理，有關112年度重點項目與績效指標，則請四總額部門及健保署配合執行，以利執行成果的展現，以上說明。

盧主任委員瑞芬：請問委員針對這個部分有沒有什麼意見？

石署長崇良：主席，健保署這邊補充，我們本來的意見，因為涉及到有一些是屬於中長程改革計畫的部分，所以我們建議由各相關司署列席，我們可以來統籌，但還是需要各相關司署列席來回應委員的提問，希望能以這樣的方式來執行。

盧主任委員瑞芬：我們本來就會請他們列席，沒問題，請陳節如委員。

陳委員節如：對於醫師公會全聯會建議刪除「就醫院所具備無障礙通道及無障礙廁所的比率」和「醫療院所提供無障礙友善設施情形」2個細項指標部分，社會福利總盟的立場是希望保留這2個細項指標，因為無障礙設施對於身障者的就醫可近性和及時性來說，相關性是存在的。

現在政府雖然是採取補助的鼓勵措施，但對於健保體制來說，仍然需要有機制可瞭解無障礙就醫環境的實際樣貌。況且，高齡社會下，無障礙環境與設施，理論上需求只會越來越普及，而這幾年積極推展的分級醫療，就是希望民眾分級就醫，其中當然也包括身障者，這個指標的保留，其實相對地，也體現醫界對於身障者、高齡者、推嬰兒車的家長等各項無障礙需求的理解。

因此，我支持健保會的建議「沿用 110 年方式，續予保留，但不納入評分」。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請朱益宏委員。

朱委員益宏：會議資料第 85 頁說明二、(一)關於評核委員的組成，第 1 點由委員推薦 3 名，另外加上本會現任學者專家及公正人士組成的名單，在去年討論評核委員時，是希望付費者委員跟醫療服務提供者委員都不要參與，由比較公正的人士來參與評核，但是去年卻發現有些付費者的委員是某某教授或學者，結果也被推薦，用學者名義來參加評核。

事實上，醫療服務提供者也有很多是教授、學者，但是我們沒有用學者名義推薦醫療服務提供者參加，所以我覺得是不是在今年要明定清楚？因為總額協商時，是利害雙方彼此的談判，這個就是有一些利益衝突的問題，如果是由付費者來評醫療服務提供者，會不會把在談判的情緒或想法帶入評核裡面？我想去年就花很多時間討論，最後決議是希望付費者跟醫療服務提供者都不要參加，但是由我們來推派公正人士跟學者專家參加，我希望今年能延續這樣的做法。同時我們在座很多，不管是醫療服務提供者或付費者，有很多也有教授、副教授、學校教職，我覺得不要用這種方式去巧立名目，以上。

盧主任委員瑞芬：好，請周麗芳委員。

周委員麗芳：主席好，各位委員大家好，我要回應一下剛剛石署長所提到的，各個業務單位的積極參與，我覺得這是非常值得樂見的。剛剛主席有提到說，我們會讓相關的業管單位列席，但是因為在評核當天通常它的時程，連報告時程甚至後面 Q&A 時間都很緊，是不是不只是讓他們列席？可能還要排定時間讓業管單位有時間能夠把他們觀念、想法，甚至看到的評核結果提出他們更具體的論述，讓所有委員清楚。所以我是建議除了列席之外，可能還是也要排定時間讓他們能夠發言，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝。陳石池委員。

陳委員石池：主席、各位委員大家早，我剛才蠻認同朱委員有關評核委員產生的方式，蠻贊同他的意見，對於這個辦法我有 2 個意見，請看會議資料第 90 頁，裡面說每人 7 票，語意不太清楚，假如我投 6 票到底算不算？還是最多 7 票？這要講清楚。

依序邀請，依序是依照號碼順序還是得票順序？是否應改依得票高低順序？這樣比較清楚，前面 7 個是一定要 7 票，還是最多 7 票？我想是不是講清楚一點？對於總額的年度評核我蠻贊同的，我蠻支持朱委員的想法，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，李永振委員。

李委員永振：針對評核結果獎勵的議定時間，我記得去年好像討論蠻久的，在去年執行了 1 年，1 年如果不是有很大的差異的話，是不是還是繼續用去年的方式？但在這裡我有一個看不懂，會議資料第 88 頁，評核會議前議定，怎麼會有 112 年度呢？這是不是誤植了，這會議資料誤植要拿掉，不然今天討論就敲定了，這樣會鬧笑話。

盧主任委員瑞芬：對不起，李委員，您指的是哪一頁？

李委員永振：會議資料第 88 頁評核會議前議定，就是在評核會議前就討論完的，109、111 年 OK，112 年不是今天在討論嗎？怎麼會已寫在這裡了！

周執行秘書淑婉：報告委員，這邊簡單解釋一下，我們是用總額的年度來看，因 112 年度總額是在去年議定，我們可能沒有把語意寫清楚，因為去年評核結果的獎勵會放進 112 年度總額裡面，所以我們是用年度總額的方式去呈現。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，現在請林綉珠委員。

林委員綉珠：主席、委員大家早安，會議資料第 97 頁，醫院總額—醫院協會的項目 2，提到全日平均護病比達成率，因為現在的全日平均護病比已經立法了，理論上法立在那邊，達成率是否應要 100%，而不是說還可以容許 20% 的空間，所以我建議這部分是否應回歸法的部分，合格率應該就是要 100%，以上。

盧主任委員瑞芬：謝謝，如果沒有其他委員有意見，但是還有 1 項要

確認的，就是品保款獎勵額度是要在評核之前還是之後議定？請朱益宏委員。

朱委員益宏：我個人意見支持評核會議之前就議定，若是之後才議定，假設今天是某一個總額評核結果拿到了優，結果有一些人覺得你不應該拿到這麼高的獎勵比例，應要調降，這會產生一些爭議。所以議定前、翻牌之前，大家一翻兩瞪眼願賭服輸，謝謝。

盧主任委員瑞芬：如果沒有其他委員有意見的話，我先簡單回復，陳石池委員有提到是否要 7 票，少 1 票就是廢票，多 1 票也是廢票，標準就是 7 票，再來依序的確是按照得票高低來排列。

周委員剛才有提到，建議將各業管單位說明排入議程，考量 2 天的評核會議議程時間其實非常緊，因為評核委員是大家票選出來的，故先以評核委員的評核為主，但會請各業管單位列席，如果有需要，他們可以在意見交流階段補充說明，但無法另外安排他們說明的時段，因為時間很緊。

另外朱委員剛才提到，去年的評核委員是沒有付費者代表的，就是…

朱委員益宏：去年有。

盧主任委員瑞芬：沒有！沒有！去年真的沒有。

朱委員益宏：有啦！

周執行秘書淑婉：沒有！

盧主任委員瑞芬：去年我也是評核委員，我可以 assure 你，我們去年沒有付費者代表，這點請放心，醫療提供者跟付費者代表事實上都沒有列在裡面。

朱委員益宏：所以是不是多 1 個結論，付費者代表跟醫療服務提供者都不列入，就算有人推薦作為專家學者也不列入投票，以上。

周執行秘書淑婉：可以，這個部分我們就把它變成說，如果本身已經具付費者或醫界委員的身分，如果有委員推薦，我們就不納入建議名單。

朱委員益宏：不列入投票。

周執行秘書淑婉：對！建議名單才會去投票，所以這部份就排除。

盧主任委員瑞芬：好，那根據我們這個項目，第一案作幾個決議，第一個就是「各總額部門 111 年度執行成果評核作業方式」照案通過，請健保署跟四個總額部門依照作業方式及時程，提供所需資料。

第二，評核內容保留 2 項醫療院所具備無障礙設施之細項指標，請四個總額部門提供資料，但不納入評分。

第三，有關於評核結果獎勵標準議定，我們提今年 5、6 月份委員會議討論，剛剛大家覺得要事先討論。

第四，依照委員意見修訂 112 年度重點項目跟績效指標(含目標值)，請健保署跟四總額部門據以執行，俾利執行成果的呈現。

滕委員西華：主席，等一下，剛護理師公會提的指標…

盧主任委員瑞芬：對不起，這 1 點，80%跟 100%，依法應該要 100%，健保署這邊的回應？

朱委員益宏：我請教一下是什麼法規定護病比入法？

林委員綉珠：護病比的部分是在醫療機構設置標準當中，事實上已經明定了。

盧主任委員瑞芬：現在目標值設定 80%，事實上依法應該 100%，是不是把 80%改為 100%？滕西華委員有意見。

滕委員西華：我覺得百分比是不是事後確認，因為設置標準跟過去獎勵標準不太一樣，獎勵其實有不同的 range，有的高、有的齊，等於評鑑有 ABC 一樣，所以這裡的 80%是指什麼樣的 80%？因為如果是已經落入醫療機構設置標準，那沒得談，根本不能設，就是這病房不能收，跟我們有無評核沒有關係，是醫事司或評鑑的事情，但當初健保設這個標準是鼓勵更好一點點，特別是不同病房的標準，所以我們是否請同仁或健保署，會後去確認這個獎勵，因為這邊都沒有講獎勵標準是否維持原來的比例，這個比例跟醫療機構設置標準有無出入？若比它低不用講，不是 100%的問題，你應該要拉上

來，或者根本不評了，因為已是設置標準了為何還要再獎勵？這沒有理由，甚至健保署都要考慮變更獎勵內容，那如果有比較高，用80%或可接受，所以是不是事後去確認一下？

石署長崇良：過去有所謂的護理費加成，就像滕委員講的，它是優於設置標準的加成，舉例來說，設置標準規定醫學中心每1護理人員住院照顧病人數是設在9人以下，也就是全日平均護病比1:9，如果照顧病人數達到7人以下，健保給予護理費加成20%，若全日平均護病比在7~9人的range間，也會給予不同的加成率，所以那是優於設置標準的時候，有加成。但是會議資料第97頁的指標是達成率，這因為當時是醫院協會提出來的，我不曉得醫院代表們，當時候這項是用哪一個標準？因為健保是屬於加成的部分，是優於設置標準的加成，但這個達成率，我就不曉得用達成率是指達哪一個？

盧主任委員瑞芬：朱益宏委員。

朱委員益宏：醫院協會補充一下，理事長還沒到，剛剛副秘書長跟我講，這支指標是當初健保會訂的，並不是醫院協會訂出來，是在健保會開會時健保會委員要求訂入的，以上。

盧主任委員瑞芬：滕西華委員。

滕委員西華：應該這麼說，如果我的記憶沒有出錯，這是10年前為鼓勵護理費專款的部分，因為護理的勞動負荷問題，所以就訂了1個像石署長講的是獎勵標準沒有錯，這也落入醫療品質指標，所以我們才在評核項目裡有特別去看它有無達到，這不是只有這樣，還涉及每年給護理費用的專款，因為過去專款後來落入支付標準，專款執行到底合理與否？錢給了以後，因為護病比的計算區間討論過非常多次，到底是否像醫院評鑑一樣，是那個月才滿，還是全年平均？還是用總數除？還是用單一病房？都經過非常多的討論、資料也都有，所以確實當時健保會委員關心總額協商的項目執行的效率跟效益，才會有這指標，提出時也沒有反對。

當初關心這指標時，某種程度上，確實也對護理人員的進用也好、服務量能增加、醫療品質也達到鼓勵的效果，不過我其實是呼應石

署長的回應，也是我剛前面講的，如果你要跟設置標準做一些比較，應該是優於設置標準才存在，如果沒有的話就要拿掉，也沒有什麼考不考核的問題。

盧主任委員瑞芬：好，林綉珠委員。

林委員綉珠：謝謝滕委員的補充，這塊事實上在之前是納入所謂的獎勵標準，就是護理費加成部分，可能醫院協會事先沒有跟我們再做一些討論，所以整個看起來，剛才我們也在確認，所謂的全日平均護病比的合格率，指的不曉得是什麼情形，所以我們才建議，如果要用全日平均護病比，既然設置標準都已明定了，就應該符合設置標準才是符合法令規範，若是獎勵的話，是否依照原來的獎勵辦法，可能達到多少%，例如醫中是小於7人就可以獲得加成20%的獎勵。我不知道當初在設定時，是不是有這個考量？是不是我們可以再重新思考或再做一些討論？

盧主任委員瑞芬：林委員文德。

林委員文德：有關西醫基層總額的績效指標部分，我有一點不瞭解的地方，在會議補充資料1的第7頁，糖尿病當然是重要的照護指標，所訂的目標值看起來非常合理，但計算的合理性上面，我有疑問，如果上傳率不是很完整的話，怎麼去知道他的血糖控制好不好？譬如說現在有100個病人，只有60人上傳，可能這60人不是全部資料都有上傳，在計算控制是否良好的狀況，是以最後1次的資料來認定嗎？也許這個病人有4次資料，它有3次都是控制得很好，但是最後1次沒有控制好，可能就會被誤認為沒有控制很好；或是反過來，前面都控制不好，只有最後1次，或是只有最後1次才有上傳，這個資料的上傳就不是很完整，我們用這不完整的資料來認定他到底有沒有做得很好，這可能就會有一些疑慮，所以這部分想請教一下到底這指標要怎麼去訂可能會比較完整一點，然後對健保署來講，是不是在資料的計算跟蒐集上面，是比較容易一點的方式，不然這看起來有點奇怪，以上。

盧主任委員瑞芬：請陳相國委員。

陳委員相國：主席、各位委員大家好，我回答一下林文德老師的問題，會議資料補充資料 1 的第 7 頁，上傳率，因為西醫基層的上傳包括數字型的，還有文字型(書面報告)。數字型就比如血糖、HbA1c(註)、腎功能，文字型就是譬如說超音波、胃鏡等報告。

健保署上傳率統計的，因為那時候他們統計的基準是用診所，現在上傳方式就是誰申報費用誰上傳，因為基層診所大部分的數字型檢驗都已經交付給檢驗所去做了，所以那部份給他們上傳，變成西醫基層診所在這方面可能只有 100 件文字型，上傳比例比較低，好像數字變得不太好，感謝健保署有回應西醫基層的訴求，就是說他們以後會把數字型在檢驗所上傳的部分，回歸到我們診所，那如果這樣子的話，根據我們最新資料顯示，數字型上傳比例大概有 90% 以上都有做到，這部分請委員不用擔心。

所以如果說 A1C(註)跟血糖，這 2 個都屬數字型，診所上傳應該有到 90% 以上，健保署之前統計的方法也有納入，統計就是數字型加文字型都一起計算，變成這指標就沒有什麼疑義，這樣可以回答老師的問題嗎？謝謝。

註：糖化血色素(Glycated Hemoglobin，簡稱 HbA1c 或 A1C)。

盧主任委員瑞芬：好，這樣的話就是這部分基本上都有納入，那文字上面林委員有建議要再做進一步修正嗎？應該可以了嘛！

好，針對這部分，剛才有關於重點項目跟績效指標的部分，我們剛有討論了，護病比的執行現況因已經修法，這個指標就沒有存在的意義，我們就把它刪除掉，也就是刪除醫院總額第 2 個項目。

蔡副署長淑鈴：定義醫管組講一下，它的意思不是這樣，是不是請林義或是依婕講一下？

盧主任委員瑞芬：護病比執行現況的部分。

劉副組長林義：我剛才跟他們確認，他們不是指合格率，是指加成率，就是我們剛才講得比設置標準還要更好的那塊。

石署長崇良：把分子、分母講清楚，是什麼率？說明一下，林義。

劉副組長林義：就是有獲得護病比加成的加成率。

石署長崇良：所以分母、分子是什麼？

陳專門委員依婕：分母建議為有申報的月份數，分子就是有達加成的月份數。

盧主任委員瑞芬：這跟原來的操作型定義完全不一樣，差很多。

陳專門委員依婕：我們在健保會監理指標有提報護病比達加成月份數的指數，有這樣的指標，在我們監理指標有，是不是建議醫院協會把指標改成跟我們監理指標是一致的？

盧主任委員瑞芬：醫院協會這個部分同不同意健保署的建議？在文字上做修改？OK，好，謝謝。

我們第4項的決議就是依照剛才委員的意見，還有健保署的回復，修正「112年度重點項目與績效指標(含目標值)」，請健保署及四總額部門據以執行，俾利執行成果的展現，接續進行討論事項第二案。

肆、討論事項第二案「有關新醫療科技預算，未依時程導入或預算有餘時，財務扣減之配套機制案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周委員慶明：主席、各位委員大家好，今天我們提出這個議案，是將整個新科技新藥導入的一些狀況向大家說明，這個說明裡面說得很清楚，111年編列3億元但未執行1.94億元，我這邊大概說明一下，我們111年開放的新增診療項目，它有9項，其中有4項在6月1日公告實施，另外有5項是在12月1日才公告實施，所以在整個公告時程上面，其實大家在使用上，在提供的醫療的服務其實是有一些時間上的落差，第1個說明。

第2個說明，這個預算其實在第1年大概整個使用率大概比較低的，但是到第2年、第3年以後大家開始使用後，其實整個預算是增加得非常多，第2年、第3年剛開始編列的預算其實就已經不夠了。所以就是在97~106年大家可以看數據其實整個total算起來超支了31.7億元，第6年、第7年是沒有再算進來了，第6年、第7年如果再算進來的話，這個超支的狀況其實是更加的嚴重，所以我們希望說，在針對這個議題，當然我們健保會在整個預算的管控，我們是同意，但是就是說我們在預算管控精神裡面，其實除了管理機制以外，同時也要考量到民眾使用實際的需求，那如果真的要扣減預算，我們也不反對，但是我們希望也能夠建立每年基期補回的機制，因為光算1年，其實整個資料是失真的。

第2，我們希望如果這狀況沒有很好改善的狀況下，我們是不是可以提列到專款的項目來編列？這是我們覺得如果專款使用穩定以後，再導入一般服務的預算基期裡面來計算，這對這個問題的長期來看，還有對民眾的需求來看，是會比較準確，以上報告。

盧主任委員瑞芬：好，現在請委員針對此案發表意見，還要繼續補充是不是？陳相國委員。

陳委員相國：主席、各位委員大家好，我補充說明一下，會議資料第114頁最上面一行，這個收載年度，我們現在預算都是1次編5年，

每年看多少錢，像是 97 年度當年度預算是 4 千 900 萬元，5 年預算是 2 億 4 千 600 萬元，97 年執行只有 400 萬元，可是第 2 年後跳躍式成長，5 年申報合計 6 億 500 萬元，5 年預算只有 2 億 4 千 600 萬元，預算不足，負的 3 億 5 千萬餘元，每年都是一樣，新藥新科技這個協商項目對於西醫基層總額相當重要，這預算已經執行大概有 10 幾年，每年總額協商都會出現這項目，也是基層能夠獲得成長率很重要的項目。

扣減是第 1 次出現扣減總額，扣減總額對我們西醫基層總額來說是很大的傷害，今年西醫基層總額成長率只有 2.9%，若扣掉的話，將剩不到 2%，所以我們這邊誠摯呼籲盡量不要做出扣減總額這種傷害西醫基層的動作，讓我們基層相當傷心，大家看到統計 97~106 年不足預算已達到 31 億 7 千 700 萬元，這部分都沒有補給基層，我們建議如果真的要扣減，是不是要有回補的機制，比如第 1 年預算執行率不足，不足 1 億元，第 3 年如果變成執行超過 2 億元，是不是要有適當機制回補給我們？這樣才比較公平一點，以上意見，謝謝。

盧主任委員瑞芬：在邀請委員發言之前，先請健保會的幕僚針對這個案子做一點說明。

劉科員于鳳：請委員翻到會議資料第 112 頁本會補充說明，依 111 年度西醫基層總額新醫療科技的決定事項如下表，其中粗體字提到「若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度」，經查四總額部門協商項目如果有涉及扣款事項均有類似文字表述。

為利本案討論，本會在 3 月 10 日請辦健保署提供新醫療科技預算執行與扣款的計算方式，以及對提案擬辦事項的處理建議，健保署已經提供資料了。請委員看到黃色封面補充資料第 11 頁，第 3 點畫線處，健保署已經在 3 月 17 日提供資料，在第 14~16 頁，本會就健保署的說明內容摘要如下：

說明一的部分，健保署針對新醫療科技的新診療項目、新藥提供詳細預算執行情形以及扣減金額，在說明二的部分，健保署提供新

藥預算編列的現況，主要是以「近五年」引進的新藥項目推估所需增加的費用，也就是 111 年新藥預算是支應 107~111 年 5 年間收載的新藥，在 111 年所增加的費用。第四點有關本案擬辦所提到的 2 項配套管理機制，依照健保署回復內容本會研析意見如下：

西醫基層的擬辦一提到「本項新醫療科技預算觀察 5 年後，再於基期減列未導入的預算」，本會考量 111 年度總額決定事項已明定當年度預算執行的處理方式，且四總額部門均有類似的處理要求，應該有一致性的做法，建議 111 年度的預算扣減依照總額決定事項辦理。

另外擬辦一還有提到「如預算有使用超出的情形應予補足」，本會建議尊重健保署的說明意見，考量健保醫療資源有限，衛福部整體政策規劃，勢必就各總額項目訂定上限，當有預算編列不足之情事，除爭取新醫療科技的預算外，亦同時管控藥費並加速檢討藥價，以支應新藥收載。

有關擬辦二「新醫療科技移列專款項目的可行性」，目前新醫療科技列於一般服務項目，主要考量引進新科技，部分項目會取代傳統治療，其所產生的療效及品質提升也難與一般服務切割或是單獨計算，所以歷年均列於一般服務項目統籌運用。依照健保署的初步計算，以 112 年總額為例，108~112 年生效的新藥在 112 年申報的總藥費大約是 303 億元，如果「新醫療科技」要改列專款項目，須適度自一般服務移列費用。

另外健保署建議在協商 113 年度總額時，一併處理預算移列事宜，本會考量醫院及西醫基層總額均有編列「新醫療科技」預算，且大多數引進的新醫療科技是兩個總額部門都有適用，應該有一致性的做法。本會建議健保署會同醫院及西醫基層總額相關團體共同討論、評估本項預算移列專款項目的可行性，還有基期減列金額的計算方式及預算超出的配套機制等，以上說明。

盧主任委員瑞芬：請問委員針對這個討論案有沒有什麼意見？朱益宏委員。

朱委員益宏：謝謝主席，這個案子我覺得非常感謝西醫基層陳相國委員，還有周慶明委員提出來，這個就是醫院總額長年非常痛的地方，我們在很多場合都反映這件事情，但是都沒有受到重視。

剛剛西醫基層的報告裡面有 1 個附表，1 年大概幾千萬元，然後到了幾年又變幾億元，不知道大家知不知道醫院的費用？我舉 1 個例子，醫院在 106 年引進 42 個新的藥物，只有新藥而已，當年給醫院總額的預算是 11 億元，在 106 年執行 3.12 億元，但是累計到 110 年的時候，這 5 年間總共用掉了 120 億元，結果你才給 11 億元的預算，就算每年給他固定 2%、3% 的成長率，還是遠遠不夠啊！這就是吃醫界、醫療提供者的豆腐嘛！

因為四個總額都有，當然新醫療科技在醫院總額使用最大宗，但是這邊看到核定的用不完要扣減，但是超支怎麼辦？健保會的幕僚說這叫做上限制的總額，所以用超過的話醫院要自行吸收^(註)，哪有這種事情啊！我覺得幕僚這個作業應該本於客觀立場公正解釋，確實應該要有補充機制啦，雖然是上限目標制，但是總不能一直吃 provider 的豆腐，吃豆腐的結果最後就是醫療品質變差、點值變差、醫療機構變得更血汗。

這個效益其實在基層累積已經有 30 億元，我看在醫院這邊效益再加個 0 也不為過，所以我覺得健保署要正視這件事情。我建議解決這件事的方案其實醫院協會已經提出 N 次，在很多場合好幾年前就提出來，我印象中在健保會我們也有提過，就是把它的預算放到其他預算，由健保署來管控，等到穩定以後再滾入一般的總額嘛！

現在健保署只管控到 5 年的費用，超過 5 年呢？第 6 年、第 7 年的成長率其實還是很驚人，它並沒有達到穩定的狀況，因為每一種藥物可能不一樣，但是我看到的資料大部分在第 6 年、第 7 年還是有很高的成長，這就不管了嗎？

所以我建議把新醫療科技考慮放到其他預算或放到專款裡面，當然放到其他預算由健保署管控更好，因為所有新醫療科技要引入，大部分都是健保署的政策，尤其新的藥物都是健保署政策要引進

的，我覺得既然權力跟責任要相符的話，放到其他預算由健保署管控它的額度，這樣才比較合理。總不能政府一直說我要吃這個，一直點菜點了半天，一下要吃鮑魚、一下要吃魚翅，結果都是醫療服務提供者買單，這樣我覺得不好，所以我建議權責相符，放到其他預算，這個我們其實已經呼籲非常多年，希望社保司，特別是社保司在總額研商的時候，這件事情也要去考慮，謝謝。

註：有關本會補充說明「如預算有使用超出之情形，亦應補足」，係建議尊重健保署之回復內容(補充資料附件第 15~16 頁)，考量健保醫療資源有限，衛福部整體政策規劃，勢必就各總額項目訂定其上限，倘有預算編列不足之情事，除爭取增編新醫療科技預算外，亦同時管控藥費並加速檢討藥價，以支應新藥收載。

盧主任委員瑞芬：謝謝，現在請蔡麗娟委員。

蔡委員麗娟：謝謝剛剛幾位委員的發言，其實剛剛陳醫師有說，西醫基層對這樣的方式非常傷心，但是病友團體對於新醫療科技的使用，預算沒有用完也非常地遺憾。

因為這幾年來新藥、新醫療科技的發展非常非常地快速，真的有一些創新藥物是可以穩定地控制病情、提升存活率，因為副作用比較少，所以病人的生活品質也會比較好，當然對於這樣的新藥，病人或臨床醫師都會期待能夠及早用到新藥。但是我們也都知道新藥真的非常非常貴，所以健保在財務的衝擊考量之下，的確我們在等待時間上面是長的。

剛才看到健保署書面回復西華委員的提問，新藥核價時程平均大概是 11 個月，可是如果引述 PBRs 共擬會議陳昭姿主席的統計，到 2020 年平均為 730 天，到 2022 年去年 4 月的平均是 787 天，還不包括申請藥證所需要時間，所以病人等待時間相對是長的。健保署估算的 11 個月可能是健保署實際作業的時間，可是病人從申請到使用真的就是要等這麼久，即便健保給付了還是有財務的衝擊，所以病人的給付條件也嚴格限縮，大概只有 3 成的病人合乎給付範圍，通常比較後線、或者不是第一線的使用。

我們在服務癌症病友的過程當中，發現自費用藥慢慢變成癌症家庭的常態，自費用藥全有或全無，對於很多的家庭 1 個月要花 10 幾

20萬元是平常的事情，所以很多的家庭面臨病友要不要自費用藥很艱難的選擇，這是講到困境，也讓大家瞭解。

去年健保署的官方網站上面看到執行率的狀況，總額一旦協商完成之後，付費者跟醫界同意在這範圍裡面去使用新藥，可是去年從官網上看到的執行率是偏低的，所以很多病友團體都在反映這個問題，署裡面的回應是因為計算基準不同，所以造成解讀上執行率偏低。今年1月10日立法委員及厚生會共同舉辦的「提升臺灣癌癥新藥可近性委員會」，在會議裡面，健保署有說明，那時候粗估的執行率大概會到70幾，但現在是3月了，去年的整個執行率現在應該會有比較清楚的數字，是不是下次也提供給我們參考，去年整年到底新藥、新醫療科技的執行狀況為何？

最近也很感謝石署長在媒體採訪的時候提到，聽到病友團體的聲音，也有說到未來新藥新醫療科技是先鬆後緊，鬆不是無條件的鬆，而是有條件的給付，會蒐集真實世界數據再決定要不要收載，繼續收載或是條件改變、價格改變，當然這對病人的即時性比較好。石署長非常非常的感謝您，您有說到要有用好用滿，我們病友團體非常期待，尤其是新藥可近性可縮短病人跟新藥的距離。

剛剛有幾位醫師提到新醫療科技變成專款，這件事情茲事體大，如果專款金額通過以後，未來預算用完，這些病人在治療過程當中專款用完怎麼辦？是停止用藥還是自費，這件事情是不是能夠再請HTA^(註)做政策評估，我們再來看看怎麼樣做，對於付費者還有對於醫界，以病人為中心的考量也要納進去，以上，謝謝。

註：HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝。目前發言序排到滕委員有8位委員，就到滕委員做口頭提問，其他委員如果後面還有問題麻煩提書面，因為後面還有議程，接下來請李永振委員。

李委員永振：對這個提案有3點看法，第1點因為認知的看法不一致，所以這個議題一直存在，醫界跟付費者代表應該不太一樣。醫界的看法認為我沒有用完就要扣，如果超過是不是應該要再補？我個人

的看法是你用不完當然要扣，為什麼？因為當時給這個預算就是 1 個年度，誠如周委員剛才提的，新增的診療項目在去年 6 月 1 日新增幾項、12 月 1 日新增幾項，你才 1 個用半年，1 個用 1 個月而已，我給你全年的預算，你沒有用完為什麼不能扣？不夠要不要給，這我就沒辦法，這是朱委員跟商司長的戰爭，從上一屆延續到現在，還沒有解決。一般的看法總額就是這樣，最多就是這樣，超過怎麼再給？

至於說這樣的話好像不一致，也不是不一致，因為總額給你，你要控管啊！不是說不控管就一直用，用超過就要再拿回來，所以剛才朱委員提到給健保署控管，我個人認為健保署又不是執行單位，怎麼去控管？當然執行的部分要自己去控管，總額的錢就這麼多可以用。因為我代表的是生意人，生意人在經營企業的時候，哪有說不夠的話去借錢，借錢要還，政府要給我嗎？像是疫情期間，整個虛累累^(註)的時候政府要給嗎？有，他有紓困啦，那夠嗎？認知上可能要先把它釐清之後才有辦法談，不然爭議永遠都存在，觀點不一樣嘛！

第 2 點，剛才有提到 5 年的事情，醫界有資料所以可以提出很多數據，付費者這邊沒有，不過還好健保署保險人是中立的，感謝健保署提供一些資料。根據健保署所提出來的，當年度是將 5 年期間都算在裡面，並沒有少啊！我認知不曉得對不對，健保署可能等下要說明一下，欠他 30 億元、60 億元到底怎麼回事，因為健保署說沒有，這 1 年裡面都有涵蓋到前 5 年，前 5 年所用的新藥在當年發生的都算在裡面，這樣沒有什麼不夠啊！

第 3 個，既然這是既定事實，而且健保會的同仁分析很深入，我建議就依同仁的建議先這樣處理，如果還有什麼問題，後面還有提到未來還可以研議，謝謝。

註：虛累累(台語，表示很慘)。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，現在請黃金舜委員。

黃委員金舜：目前我們的藥費占整個健保 1/4 以上，甚至還超過，但

是台灣現在很多的病人新藥跟罕藥都拿不到，所以我們主張，在目前健保的架構要做 1 個重大的變革，主張藥費要獨立總額的概念，藥界希望藥費不要占到其他專業服務的項目。

西醫基層這個提案跟我的概念，我覺得相同，匡出新藥的預算及藥界基期。但我要提醒各位委員，慢性病目前藥費也占很大比例，這塊有 40% 的處方流到社區藥局，但是我們占到醫院的總額，這對醫院來說也不公平，所以我們希望整個藥費獨立總額。慢性病的部分，應該健保署要做規劃考慮。

盧主任委員瑞芬：好，接下來請翁燕雪委員。

翁委員燕雪：謝謝主席，各位委員，我的意見其實跟前面幾位委員差不多，就是剛剛李永振委員也有提到，我們健保一直在強調是總額制，總額制就是已經匡列在那邊，在這個預算底下去做所有事情，就像政府預算一樣，預算編好送到立法院審議通過，當然只能在這個額度裡面去做所有的施政。

當初會有這項新醫療科技預算的導入，我想他的目的應該是希望提升醫療品質，然後讓醫生跟病人都好，剛剛有委員提到病人會有比較好的醫療品質，對他的影響也會比較少，醫院也不會病人多到都塞車，醫生每天都看診到半夜還看不完。所以當初導入這項應該是要用新的去取代舊的，以我們的邏輯，新的去取代舊的是因為它的效果好，理論上也會減少健保支出，但是醫界的訴求要我們再提高給付，這會跟當初提出這個項目的初衷有所違背。

我個人覺得目前的執行應該沒有什麼問題，而且剛剛健保署的回應裡面也有提到這預算其實是有寬估的，現在醫界也說他們執行率沒有那麼高，既然有寬估，應該沒有欠費的問題，如果有欠費就不是所謂寬估了。目前看起來是夠的，沒用完又不准我們收回，就怪怪的啦！因為像政府預算沒用完也不能支，最後就變成剩餘的結果，說我們不能收回好像怪怪的。超出要補足又回到總額制的問題，預算就這麼多怎麼補？要補就是挖東牆補西牆，也許我們去挖另一塊來補這塊，醫界還是會有意見，所以這樣的設計原理上看起來是

沒有問題。

要不要導入到一般預算^(註)，我是覺得還是要持比較保留的態度啦，我想當初的設定就是希望新取代舊，提升醫療品質，降低健保支出，我們一直都沒有做這樣的比較，所以根本看不出效益怎麼樣，現在貿然導入一般預算^(註)更看不到成效了，所以建議還是維持現狀。

不好意思我多花一點時間，就是剛剛 36% 的事情，這屆有很多將近一半的新委員，可能不太知道我們到底在吵什麼，我很簡單的回應。我來到健保會真的是非常敬重李委員，他對這一塊真的鍥而不捨一直在探究這個問題，但是我要跟在座委員講，這個案子在 104 年，就是在 100 年修法之後，所謂的二代健保中加入了 1 個條文，政府對健保支出要負擔至少 36%，這個算法到底要怎麼算？

我們主計總處跟衛福部一直有爭議，所以到 104 年的時候，院長交代政委出來主持會議，也有找行政院的法規會，李委員一直在質疑我們法遵的問題，我敢跟各位保證，在法上面我絕對是站得住腳的，因為我們也接受過監察院、立法院的監督，都是站得住腳的。但是我要強調一點，這個法的設計是否合理，當然有探討空間，但目前的執行上是沒有問題的。您剛提到 105 年那次，其實不是沒有結論，而是結論說認為我們 104 年的結論是合理一致的，所以繼續執行。

另外剛剛滕委員有提到說，112 年政府另外編列 240 億元撥補健保，那是考慮到這 2 年通膨很嚴重，不是在 36% 裡面，是另外編 1 筆預算 240 億元。那我們這次發現金 6,000 元的疫後特別預算，又再多編了 200 億元，所以 112 年另外有 440 億元的挹注，但是這都不是算到 36% 裡面，以上說明。

註：目前新醫療科技列於一般服務預算，此處應為專款預算。

盧主任委員瑞芬：謝謝，我們現在請侯俊良委員。

侯委員俊良：謝謝主席，簡單 2 點意見。第 1 個我同意健保會的研析意見，這些文字已經在總額決定事項裡面，四部門總額要有一致的

做法，所以我覺得不宜現在馬上處理。

第 2，這是 1 個長期以來的問題，確實西醫基層或是各部門提出這樣的困境，但是在總額精神底下，我覺得很難去處理這部分。所以除了這樣的方式，是不是還有其他的方式可以解決？既可以符合付費者想要新醫療科技優質醫療品質的目的，也可以達到醫事提供者在勞務付出的部分可以得到衡平，我覺得這部份可能各部會、健保會、健保署是不是去做 1 個縝密的研析，看有沒有辦法解決問題，不然這個問題會一直吵下去啦！

盧主任委員瑞芬：謝謝，最後 1 個請滕西華委員。李永振委員對不起，後面真的只能提書面意見，36%的問題我們下個月還會有機會討論財務的部分。

李委員永振：因為翁燕雪委員下個月就高升了，給我 2 分鐘。

盧主任委員瑞芬：先請滕西華委員。

滕委員西華：好，謝謝主席，這案子分 3 個來談，第 1 個就是預算能不能用完，除了我們每年預估編列的預算額度，還牽涉到新藥核准的效率，這是第 1 個。

第 2 個是醫師處方的情況，因為沒有處方就沒有使用，處方還包括替代、包括新增病人，所以並不是單純沒有用完就表示新藥速度不好，審查速度不好，或者不夠認真，或者用完就表示病人的需求可能暴增，我覺得複雜的概念可能沒有辦法這樣推估，但是一定跟這個有關係。

第 3 個是跟 DET 有關，我要講的是連帶 DET，沒有這麼單純要不要滾入基期或做專款的問題。我們先談到 DET，健保法第 62 條第 4 項原本就說你設了這個支出目標之後，當然次年會做藥價修正。次年做藥價修正中，第一類新藥其實是 2 年調整 1 次，但是仍然在 DET 的範圍之內，而且在第 62 條第 4 項還說超出目標的，應該自當季醫療費用扣除，所以意思是什麼？如果沒有用完的當然就是要扣除，按照這樣的精神，超出還要從醫療費用中扣除，表示它在總

額一般服務的概念就是這樣，核准的這些藥品裡面，再依照第 62 條的精神，原本就應該滾入一般服務的操作，才會有在醫療費用扣除的概念。

所以這裡面沒有執行完當然就是總額的預算，先不管沒有用完的原因，沒有用完就是要扣減回來，表示多給你錢但沒有用，這本來就是總額的精神。按照第 62 條第 4 項超出是要扣掉的，沒有補足的概念，因為它就是在一一般服務，按照健保法 62 條精神應該沒有超出要補足的概念。

剛剛黃金舜委員特別提到藥費總額跟本案，這 2 件事情完全不一樣，我等一下會談到專款的事情，如果要用藥費總額的概念，對不起，不能編 5 年，你只能編當年，看當年多少錢。但現在的新藥、新醫療科技是編「近 5 年」，就是從核准之後隔年生效，更不要講中間如果卡 1 個 DET，還有進一步藥費計算公式跟 R-Zone^(註)的調整，所以它產生的費用已經不是跟健保署一開始藥物共擬會議通過的費用一樣，更不用講替代的問題非常複雜。

我也贊成往藥費總額去規劃，但如果跟藥費總額掛勾，對不起，編專款就是只有新的東西，不是 5 年內。因為這個概念回來推要不要 5 年內基期扣除的事情，現在編列藥費專款的 C 肝，之後可能也會逐步滾回一般服務，罕病加血友病藥費專款的議題就不用談了，我們都知道為什麼要編列，新增的精神科長效針劑藥費 27 億元，因為它非常貴要大幅獎勵，無法預測它的衝擊，所以暫時在醫院跟西醫基層總額編列專款來補足，鼓勵醫界加速使用。

如果是這樣的話，目前新藥、新醫療科技、新適應症的編列有符合這精神嗎？如果要符合這樣的精神，我還是說，對不起，只能編 1 年，也就是今年 PBRs 通過的新藥，如果這樣就就可以考慮編專款。如果不採行這樣的方式，仍然是近 5 年內的藥物，我完全不支持用專款的方式，它仍然必須在一一般服務，花掉了就是滾入基期，因為就跟一般用的藥品處方，隨著處方會產生藥品費用一樣的道理，全部滾入基期，隔年在做醫療服務收入計算的時候，仍然會看

到相對的變化。如果按照這個提案裡面，我比較支持第 1 個按照目前 5 年規劃不應該列專款，如果要專款的話，請健保署跟醫界修正只能編當年度新藥的費用，而不是近 5 年。

第 2 個是它如果沒有用完當然就應該要從基期裡面去扣除，也符合健保法第 62 條的精神，以上，謝謝。

註：R-Zone (Reasonable Zone, 合理藥價區間)。

盧主任委員瑞芬：李永振委員，還是要跟您抱歉，36% 議題在最後進行健保署業務執行報告案時，可以再花點時間討論。根據以上意見，這個案子有 2 個決議：第一，有關 111 年度西醫基層總額新醫療科技的預算扣減，請依照總額決定事項辦理。

第二，至於新醫療科技預算金額移列專款項目的建議，因為涉及醫院與西醫基層兩個總額，所以請健保署會同醫院及西醫基層總額部門相關團體，共同討論它的可行性，包含與一般服務預算的切割、預算額度編列、管控措施等執行面的規劃，以上，繼續進行下一個議案。

陳委員節如會後書面意見

- 一、醫界提案認為只算五年不夠，忽略第六年、第七年的狀況，是否意味著這些新的給付項目並不是每一項都有健保署所說的「新科技部分會取代傳統治療(如新藥取代舊藥)」的情況？(例如：新增適應症，或其他特殊樣態)這點請健保署協助釐清？
- 二、針對醫界所提「移列專款，待執行成熟後，再導入一般服務」，移列專款就可以改善現在醫界認為的問題嗎？再者，新藥(和舊藥)的替代率屆時怎麼算？以及，所謂執行成熟是什麼意思？現在財務既然已經編列五年，執行成熟是指更久嗎？

吳委員榮達會後書面意見

- 一、提案單位未就被替代藥品減省的數據一併呈現，不能正確判斷是否真有執行超額，或真正超額金額。

- 二、健保署這幾年推動之節流措施及分級醫療制度，總額每年均編相當多的預算為支付，此不但墊高每年總額基期，且節省之數額目前均滾入總額，而為點值計算，故提案單位所稱新藥超預算部分應補足者，是否亦應相同考量，將節流措施及分級醫療制度所節省之數額，不滾入總額，而提列於安全準備。
- 三、各級醫療院所所有相當大的藥差收益，如醫療院所為加大藥差收益，而衝量造成新藥超過預算數額，反過來又要求補足超額數額，並無道理。
- 四、每年總額之分配既已列定，醫療院所自應在預算範圍內為執行，超額部分自應於總額分配或點值計算，無另行要求於總額金額外再請求補足之理。

伍、報告事項第一案「110 年健保收入超過 2 億元之 225 家醫療院所財務報告之公開情形」與會人員發言實錄

同仁宣讀

朱科長文玥：法令依據，為全民健康保險法第 73 條及全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法第 4 條，規定略以：醫事服務機構自 102 年起，領取的保險醫療費用超過一定數額者，應該要在次年向健保署(保險人)提報財務報告。各院所財務報告的審核機關為各該院所的主管機關，報告編製完成後，由審計部審定或經會計師簽證後，提供本署予以公開。

辦理經過，財報公布從 102 年至今已辦理 9 年，因提報財務報告的門檻降低至 2 億元，102~110 年提報的院所數，請參閱報告事項提案資料(完整版)第 5 頁的表 1。本次公告 110 年財務報表共計 225 家，其中包括 3 家診所：遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所及 1 家醫事檢驗所(登全醫事檢驗所)。

本次財務報告資料重點：107~110 年健保收入超過 2 億元的醫療院所總家數為 220 家左右；醫務收支有結餘的家數占率在 68.5%~78%之間，請參閱第 6~7 頁的表 2；整體收支結餘的家數占率在 84.5%~91.2%之間，請參閱第 8~9 頁的表 3。110 年相較 109 年，請看第 10 頁的表 4，在整體收支及醫務收支 2 部分，有結餘家數的占率均較 109 年微幅提升，顯示除了健保總額的支持外，疫情期間政府特別預算的挹注，也支撐醫界共渡難關，也確保民眾在疫情下能獲得適切的醫療服務。補充說明今年公布的財報，已於 3 月 15 日發布新聞稿。

另健保會有轉知滕西華委員關切本案，請本署分析近 5 年各層級院所的收入變化，以及三級醫院中，資產設備與不動產增加之比例、人事費的比例變化、非醫療業務收入之變化等資料。因院所財報資料均為 PDF 檔，需重新建檔約 1 千餘家院所的資料，將俟彙整完成後提供委員，以上報告。

范視察裕春：各位委員好，請委員看桌上報告事項提案資料(完整版)第

2 頁，依健保法第 73 條規定，保險醫事服務機構提報財務報告辦法由保險人擬訂，提健保會討論後，報主管機關核定發布。本次財報公開辦法雖未修正，可是歷屆委員很關切特約醫事服務機構經營情形，需瞭解醫療服務機構財務報告公開內容，才能於該辦法修訂時提出建議，因此循例將本案納入例行工作計畫。

健保署剛才已針對滕西華委員所提的關切內容予以說明，本會就健保署提報 108~110 年健保收入超過 2 億元的醫療院所公開財務報告結果，摘要如第 3~4 頁，請委員參閱。

最後 1 點，建議健保署除提供統計數據外，可提出更多解讀資訊，財報公開內容與醫療院所服務量能、醫療品質有關，如併同相關指標進行分析，可回應外界關切醫療院所結餘是否用於改善醫護人員勞動環境的意見。

健保署也可對醫療院所收支短絀部分，探討可能的原因及協助改善，促使醫療院所能穩健經營，以保障民眾就醫權益，並針對各層級院所醫務收支結餘，列出醫務收入來自民眾自費收入占率，及分析自費收入占率變化，以上。

石署長崇良：主席，健保署補充，首先謝謝滕西華委員對於財務報告案的關心，也提出一些要分析的方向。不過因為近日才知道，健保署歷年拿到的醫院財報是 PDF 檔，還好滕委員只要 5 年的資料，如果要 10 年資料的話，同仁的手可能就要去掛職業傷害，因為每 1 筆資料都要重新鍵入。

由於這件事情做起來會相當耗時，而且也沒效率，所以特別提出來，希望透過今天的會議請委員指教，建立一些指標，有了共識之後，我們再研議是否請醫院重新提供歷年財報電子檔，例如 Excel 檔，避免讓同仁逐筆鍵入資料，也能避免鍵錯數字，這是補充說明。

剛剛健保會也提出了一些建議，如果能夠具體提出希望呈現哪項指標，或報表呈現的方式，可以提供給我們參考，我們再來跟醫院討論。

因為在過去提供財務報表，大家都知道是固定的格式，但是如果
要產出指標的話，可能需要要求醫院提供時，就不是以現在 PDF 方
式提供財務報表，才有辦法快速的產製，以上補充說明。

盧主任委員瑞芬：謝謝署長說明，請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：謝謝主席，每一次健保署根據健保法第 73 條公布醫院財
報之後，照例記者都要來問。我覺得非常遺憾，健保署自我限縮，
健保法第 73 條只規定我們要公布財報，所以我們就把醫院給我們的
資料轉手貼上去，任務就解除了。

石署長剛才講的，也是說請健保會跟我們講，你們要什麼資料我
們再去跟醫院要。我想要回歸 1 個很重要的概念，就是健保署作為
健保的保險人、管理人，你們應該比我們所有的付費者更關心，到
底這些 2 億元以上的醫事服務機構，所提供的財報到底呈現出什麼
樣重要的、具洞察性的資訊，這對於你們的管理來講是重要的，我
覺得這是委員們在這個議題裡關心的焦點。

我記得在 111 年 7 月份的委員會議裡，就已經講過，財報公開應
該要回歸二代健保資訊透明公開的原則，而事實上健保署過去在公
布醫院財務報告的時候，也都提到財報公開要達到民眾共同參與跟
監督的功能。

你現在只提供這麼有限的資訊，是非常不夠的，所以我要呼應健
保會同仁在這個案子裡面的建議。

另外就是在健保署，上次李署長在這裡也非常自豪地跟我們報
告，你們有財務報告視覺化的部分，事實上醫改會也反映這個網頁
介面跟設計都有很多不足的地方。我舉最簡單的例子，今天如果資
訊上網是要達到民眾參與跟民眾監督目的的話，前提是民眾要看得
懂，但是請教像財報上醫務利益率這個名詞會有多少人懂？我們
在上面完全沒有任何說明，所以品質資訊的公開、財務資訊的公開，
不只是公開，更要達到民眾能看得懂。

其實在 2018 年的時候，田秋堃監察委員調查醫院財報議題的時

候，綜整了民間團體跟學者專家的意見，就已經建議能夠比照公開資訊觀測站財務比較E點通的做法，作為財報公開改革的模板，所以再講1次，我們希望健保署第1個能夠針對財報再做進一步多元而有洞察力的分析，第2個是在視覺化上能夠做到再優化，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請吳榮達委員。

吳委員榮達：有關財報的分析，建議能否特別針對醫務收支的部分再做區分，1個是健保收支部分、另1個是非健保醫務收支部分，這是非常重要的。

因為醫療院所一直認為他們在健保給付方面是虧損的，但從財報的數字上看不出來虧損的狀況，而這也會涉及到付費者代表評估是否調高健保費率時非常重要的參考，建議是不是就這個部分做1個呈現。不但是這樣呈現，我還是建議甚至要就各部門，例如說牙醫部門、中醫部門或者是藥物的部分，也應該就健保給付收支狀況、非健保給付收支狀況有所呈現，才知道各部門的健保收入、自費收入狀況，進而能比較分析，這是第1個建議。

第2個，如果從現有報表的收支結餘分析來看，109、110年在各醫療院所不管哪一個層級來看，呈現結餘增加、虧損減少，不管家數也好，或是數額也好，所以看起來是如果沒有做健保跟非健保醫療收入分析的話，會認為說醫院做得還不錯，這2年好像還是賺錢的，而且還賺得不少，這樣對健保給付部分會有失真狀況，所以做以上建議，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請朱益宏委員。

朱委員益宏：我有1點意見，另外1點就是對剛才石署長的建議稍微回應，就是如果要醫院提供Excel檔會有一些難度，因為現在醫院所提供的檔案都是經過會計師查核簽證，如果改成Excel檔的話會有一些質疑，萬一數字有錯誤的話，會產生一些困擾，所以應該還是以會計室查核簽證的原始PDF檔案提供，因為PDF檔無法修改，這件事情我覺得是比較重要的。

當然健保署在處理資料時要採手動鍵入，或是可以問 PDF 軟體公司，比如可不可以用程式把 PDF 檔格式轉換成 Excel 或 Word 檔，我是比較建議用這種方法，如果說要為了報表分析請醫院額外再產出其他數字，我覺得也會造成醫院財務單位的困擾，這是我要先補充說明的。

第 2 點就是說在財務報表公開的部分，目前私立醫院都是以會計師查核簽證，公家醫院就是用審計部的規範，但是這 2 個規範格式不同，變成公家、私立醫院的數據之間沒有辦法比較。特別是在公立醫院，剛才吳榮達委員也有關切到健保收入、非健保收入，這在審計部資料裡是無法呈現的，沒有這個資料，它的醫務收入沒有區分健保或非健保，這是審計部的規範，我覺得如果不管公立、私立醫院，表格呈現方式能夠統一的話，會比較容易統計分析、做比較，這部分是不是能請健保署，或是透過衛福部去跟審計部做協調，因為牽涉到公立醫院財務報表訊息的揭露，是不是能夠比照健保署、衛福部對法人醫院財務報表管理揭露內容一致，這部分是不是再拜託石署長透過衛福部來做統一規範？謝謝。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員

李委員永振：我這邊有 2 點。第 1 點，我完全贊同剛才劉淑瓊委員所提的意見，這麼多資料，但是只有資料蠻可惜的，尤其健保署有國外都稱羨的大數據技術，是不是可以多加一點分析，讓委員、有心人士、甚至健保署透過媒體向全體被保險人說明時，應該會更清楚一點。

第 2 點，在本案裡面是把 110 年跟 109 年的數據做比較，從健保署所提供的報表裡面，不管是整體或是單就醫療這個部分，都有進步。剛才健保署報告的時候有提到，把進步歸因為政府當年因疫情挹注了約 5% 總額的特別預算，這個我不知道是不是確實如此，因為從分析資料裡面看不出來。

我提供另外 1 個角度的看法，是不是也要考量這因素，因為 110 年度是疫情的第 2 年，在 3 月 15 日媒體報導裡，有就民眾整體就

醫的情況做 1 個報導，第 2 年民眾整體就醫件數，差不多是疫情前 108 年的 86.1%，那麼當然 109 年也是降下來約為疫情前的 90 多%，這 2 個年度的醫療量能都有下降，但是我們的總額成長，基期的增長是照樣，109 年上升了超過 5%、110 年上升了超過 4%，2 個年度複利算起來，把基期墊高了 9.6%。當就醫醫療件數下降、但是預算基期上升時，這樣一來一往，直接判斷這對財務的挹注會比特別預算來得多，因為我手邊沒有資料，所以再給健保署 1 個功課，是否可以用大數據的技術進一步分析看看，到底這兩者影響怎麼樣？這樣的話可能會比較好一點，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：請滕西華委員。

滕委員西華：非常感謝健保署對我意見的回應，也辛苦同仁，第 1 個對這個簡報覺得有點可惜，我覺得健保署在記者會上呈現得比今天好，今天就只是告訴我們發生什麼事，但是沒有告訴我們分析結果，至少在記者會上提到的醫務收支結餘前 10 名或是非醫務收支結餘前 10 名，都是委員很關心的議題，例如記者會上的資料，醫務收支結餘前 5 名跟非醫務收支結餘前 5 名，竟然只有 1 家醫院相同。非常有趣！它是靠非醫務收支，就是剛才我們關心的，到底是什麼自費收入可以讓醫院支撐？

這需要在財報裡看，到底健保給付目前在整個特約院所裡面的收入比率是呈現什麼樣的變化，才知道回應財報帶來的分配或收入來源是什麼，但是我都沒有看到。所以如果有機會下次至少應該提供這些訊息，因為我相信健保署要公布給民眾知道的資訊有它的意義，民眾會想知道的，委員應該也想知道。我記得過去財報的簡報中好像都有這些資訊在裡面，但是這次沒有看到，我覺得有點可惜。

第 2 個就是我想請教健保署，譬如這次入列的登全醫事檢驗所，他是登記在台中，有非常多的標案，我想知道他跟醫院或衛生所合作的標案所拿到的健保收入，是算他的還是算院所的？就是他如果跟院所合作得標，他得標是做檢驗的部分，這樣健保收入是算醫事檢驗所，還是算跟他合作醫院的收入？謝謝。

盧主任委員瑞芬：請張清田委員。

張委員清田：主席、各位先進，大家早安。我看到健保法第 73 條規定要在期限內向保險人提報經會計師簽證或審計機關審定之全民健康保險業務有關之財務報告，但是今天看健保署提供的資料，我在想可能健保署要求醫院提報的會計師簽證報告，就是一般的簽證報告，所以滕委員請健保署拿一些資料根本就不可能拿得出來。我在會議前用手機看這個資料老半天，似乎每年賺錢、虧錢的就差那 1、2 家院所，我看整個幾個頁面差不多就是在分析這資料，看一看也不知所以然。

是不是可以請一群專家來討論我們到底要請醫院提供什麼資料，然後再請會計師簽證，因為會計師簽證有好幾種，一般就是年度簽證，你現在提供的就是年度簽證。這個隨便找會計師簽一簽，醫院一定是找最便宜的會計師，1 件可能收費 3、5 萬元，就簽個名，這樣的資料你能夠怎麼分析？

我們應該要訂出到底要什麼資料，健保法規定是要跟保險業務有關的財務資料，到底要請會計師簽證什麼？會計師有特殊目的的財簽報告，所以我覺得要請健保署釐清，否則你們每年弄這份資料實在超級無聊，弄這要幹嘛。今年虧錢 33 家、明年虧 32 家，差 1 家有什麼意義？我們要的不是這個。我們要的是重點，請健保署考慮一下，甚至可以邀請一些學者專家，到底我們要什麼，請醫院就是要配合提示，要這樣討論才有意思，不然以現在的報表討論 3、5 天都是沒有意義，浪費大家的時間。

盧主任委員瑞芬：請韓幸紋委員。

韓委員幸紋：我要先說其實我做過健保署這個計畫，就是剛才大家提到的，就是希望醫療院所提供什麼樣的資料。剛剛也提到公、私立院所不同權屬，因為主管機關不同、財報格式就完全不同，就算大家想要看到很多數據，但是目前的財報是根本提不出這些數據，因為財報上面就沒有。

先幫健保署澄清，他們沒有自廢武功，其實健保署很積極，我記

得我 2 個月就做完報告，他們押給我的時間很短，請我們設計 1 套一致性格式，希望醫療院所照那份格式填寫，很多資料才會有一致性的比較基礎。特別是成本面的部分，就是要請院所分攤成本，這樣才能進一步分析。比如說大家很關心人事費比率，剛好上個禮拜有開會，醫院協會也有計算人事費比率，一般來講人事費比率是 40%~50% 左右，但是臺大醫院才 20%，那是因為臺大醫院的醫生很多都有教授身分，教授部分的薪水是掛在學校，可是他幾乎都在醫院服務，這部分可能要請臺大另外提供 1 個資訊，比如我們當時建議按照依工作時數分攤到醫院的人事費中。

所以實際上是有人做過相關研究的，但是確實當時遇到的困難就是，醫院會反映說他們各自主管機關已經有要求格式，就是現在大家看到的格式，要請他們額外填，我聽到的資訊甚至是要改系統，但我們設計的原意不是這樣，就是帳外調整就好。

因為財報的總數，例如資產總額就是這些金額，一般會計人員認列的金額就是這些，收入、成本總數是一定的，現在只是分項的問題，特別是法人的財報中，成本面只有幾個大項，也沒有把健保跟非健保分開，收入面的部分，雖然公立醫院的收入面沒有把健保跟非健保收入分開，但是健保署自己會有他們的健保收入，所以把醫療院所目前提供的醫務收入總額減掉健保署付的錢，剩下就是非健保收入，收入面相對好處理。只是成本面如果沒有醫療院所的配合，基本上大家有興趣的議題都很難在現有的財報計算得出，所以財報一致性，特別是成本面資訊要請醫療院所協助，把它合理地分攤到我們需要的一些項目上面，而且把健保跟非健保分開，我記得我那時候甚至建議門診、急診、住診都分開，因為它的成本結構差異很大，這部分真的需要醫療院所協助，本來設計那套表單就是帳外調整就好，並沒有要醫療院所從原始的系統上去更動。

所以真的就是有一點把 PDF 轉成 Excel，不過這有幾個部分，若以法人來講，如果我沒記錯，衛福部本身已經把法人財報數據鍵為 Excel 檔，現在是公立醫療院所的部分，因為公立醫院的格式細項特

別多，因為畢竟是公立的，涉及預算問題，所以要求他們呈現的細項是非常細的，就變成要先做加總動作，再轉為 Excel 檔，比較不適合細項去呈現。

盧主任委員瑞芬：針對本案請朱益宏委員作最後 1 位口頭詢問。

朱委員益宏：謝謝主席，韓老師特別提到希望醫療機構提供財報時，在成本面也要區分健保跟非健保，這對醫院來講是不可能的事，做不到。

因為所有的病人都是 1 次性的療程，這當中不會去區分護理人力照顧的這段時間叫做健保、那段時間叫做自費，或是這段時間護理照顧的人事費用 2/3 是健保、1/3 是自費，是沒辦法分出來的，會有非常大的困難，因為成本面是整體的照顧。當然如果說有一些特材，例如健保不給付的特材或藥品，或許可以做某些程度的區分，但是在非特材藥品、非計價的東西，例如房租，健保是多少%要怎麼分攤？有些醫院如果有做到成本會計或許會有分攤原則，但是每家醫療機構分攤的原則也不同，所以那其實是無法比的。除非衛福部訂 1 個整體的成本會計分攤原則，規定人事費到底要怎麼分攤、房租、水電怎麼去分攤，這才有可能，不然的話，由每家醫院自己去訂定會有很大困難，而且沒有可比性。

第 2 個，這裡面我要再次呼籲，雖然健保法規定是 2 億元以上的醫療機構都要公開財務報表，但是這裡面有很多 2 億元以上的機構是私人機構，現在沒有 1 個產業，包括上市、上櫃公司，也沒有 1 個產業除了財務報告或重訊公開之外，它的整個營運內容、細節，甚至包括剛剛有委員提到的外包細節都要公開，這是不可能的事情，我要呼籲政府對這件事情要審慎。

因為有些委員提到因為是拿健保的費用，我換另個角度來看，我們有多少公共工程的企業也是拿政府公務預算去支應，為什麼這些公務預算沒有更詳細的資料去提供？你只有要求醫療機構做超出政府規定財務報表以外的資訊還要公開，甚至包括外包內容怎麼分攤？醫院抽成多少？外包抽成多少等，或是成本到底有多少用是在

健保或非健保？這顯然已經超過政府的要求，這部分我們也要慎重表達，政府在施政上面不能只有針對醫療產業，特別對於非常小眾只有 400~500 家的醫療機構做出這種超出其他一般產業的要求，以上。

盧主任委員瑞芬：好，張清田委員是會計師，請您做最後 1 個口頭發言。

張委員清田：對不起朱委員，因為他提到健保署到底有無權利要求醫院提供比較細節的資料，我就這點提出意見，他說什麼其他民間私人企業部分，對不起因為我們做這個行業常有這種情況，很多公司、私人企業甚至國外企業，比如說接到廠商要買或賣東西給他，都會要求那個企業提供一些比較明細的資料，包括營運情形或是人事資料，經過會計師核簽的資料也是有的，不是沒有這個權利，我釐清這個，這是我給健保署的建議，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，現在請健保署回應。

石署長崇良：謝謝各位委員的指教，雖然在母法裡要求健保相關財報，不過確實如剛剛幾位醫院代表所言，在醫院裡大概很難將健保與非健保完全切割，所以我們還是以完整的財報呈現，只是用健保申報金額達到一定規模以上就要呈現財報，但是財報還是以整個醫院的財報呈現為主，至於要怎麼呈現法，過去也曾經委託韓老師幫我們做研究，才知道還是有些困難要突破，不過這也經過一段時間，所以我們接著也會再委託一些專家，剛才大家的建議都很好，看看從消費者端希望看到什麼樣的財報，甚至是視覺化的分析，另外我們也會透過這個計畫跟醫院這邊看看執行面上有什麼樣的困難，大家一起來努力突破，大概先這樣，我們會委託 1 個計畫來做這件事情。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝各位委員提供寶貴意見，針對報告事項第一案決議，本案洽悉。委員所提意見，請健保署研參。接下來進行報告事項第二案。

韓委員幸紋會後書面意見

- 一、目前已公布的醫院財報內容，當初依據資訊公開原則公布財報，卻只達到公開的形式目標，實質目標應該是讓民眾對於院所經營狀況有所瞭解。然而目前不僅財報格式不一致，而且成本面難以將健保與非健保(自費)部分加以區分，將使得民眾想瞭解的部分無法自醫院財報取得相關資訊。過去本人執行健保署計畫時，針對各項成本應如何分攤在健保及非健保部分，甚至如何分攤至門急住診部分，皆有列出分攤公式，建議健保署可以 2~3 年的時間，以開課說明等方式，輔導院所將現有財報資訊填入一致性格式的報表，並實際瞭解院所填寫過程中可能遭遇的困難，並尋找可能的解決方式，唯有在有一致性的財報格式下，才有可能進行後續的比較分析，以增加醫院財報內容的使用價值。不僅如此，醫院財報數據未來亦可能可作為醫療成本指數計算參考基礎之一，雖然使用在醫療成本指數上有內生性的疑慮，但因所有調整行為皆存在成本(租稅成本等等)，內生性程度仍有其限制，醫院財報資訊可以用來作為醫療成本指數上下限參考及觀察趨勢變化，但要用加權平均，不宜用簡單平均方式計算。
- 二、關於全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫，雖才剛剛上路，但提醒健保署應注意醫院照護人力流向問題，由於目前健保與長照 2.0 分屬保險制及稅收制，因此在同為照顧人力的市場價格上有所差異，在開始住院整合照護服務試辦計畫之前，即已出現醫院照顧人力流向居家式服務(長照 2.0)的情況，健保署應持續監控此現象在試辦計畫開始後有無更加惡化的情況。

長照內部人力及市場價格

	醫院照顧	住宿式服務	社區式服務	居家式服務
家庭經濟負擔程度	60,000 元/自己顧	35,000-60,000 元	0-20,000 元	10,200-36,000/ 移工 17,000 元
照顧人力比	1:1 (24 小時) 無勞基法規範	1:3-1:8 勞基法規範 至少二班制	1:6-1:8	1:1
長照人力勞動薪資	2,400 元/日	40,000 元/月	30,000-40,000 元/ 月	50,000-60,000 元/月
工時	24 小時	12 小時	8 小時	210-350 元/時薪制
其他勞動成本	0	5,000 元	5,000 元	5,000 元

資料來源：陳正芬教授提供。

陸、報告事項第二案「有關『111 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估之執行結果』」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳專門委員依婕:請各位委員參閱報告事項提案資料(完整版)第 14 頁,健保署由第 14 頁開始說明,第 1 項「高風險疾病的口腔照護」1-1,希望扣減當年度未執行額度,最右邊欄位是健保會的研析及建議,本項預算用於加強高風險患者之全口牙結石清除,在去年 3 月 1 日開始實施,新增診療項目「高風險疾病患者牙結石清除-全口」(91090C)。本署提報結果及處理方式的說明 2,本項預算 111 年度是 4.05 億元,扣減當年度未執行額度,試算結果如下,實際增加費用以申報本項 91090C 的費用約 1,080 萬點,扣除這些個案,他們過去在 108~110 年任 1 年一般服務曾執行原相關服務的基期費用約 730 萬點,扣除完後的結果是 350 萬點。未執行的額度是以預算 4.05 億元減掉實際增加費用 350 萬點,未執行額度是 4.015 億點。

說明 3,考量第 4 季點值穩定,規劃分攤在第 3 季先扣減 2 億元,另外第 4 季考量院所會補報費用,所以會再依實際執行結果來扣減費用。說明 4,考量 111 年未執行金額未必等同 112 年未執行額度,我們建議前開未執行額度不列入 112 年總額基期減項,至於 112 年是否要計算,我們尊重健保會的決議。

請參閱第 16 頁第 1-2 項,同樣是這個預算要提出節流效益,並納入總額預算財源,本署回應,這部分我們已先請牙全會提供本項實施成效,牙全會建議以「高風險患者洗牙覆蓋率提高」項目,比較實施前後的覆蓋率,覆蓋率有分別提供分子及分母的操作型定義。本署說明,考量牙全會所提項目與本項在 111 年協定事項的預期效益評估指標,高風險患者利用全口牙結石清除比率,分別在 111~113 年訂定的目標值是 40%、45%、50%一致,且有提供具體操作型定義供我們計算,所以沒有修正意見,本項如果委員同意,我們會做相關後續評估。至於右邊健保會的意見是希望我們換算為可量化的節流金額,我們會再與牙全會後續討論怎麼樣據以量化。

請參閱第 17 頁，第 2 項「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，本項用於青少年齲齒控制照護處置及氟化物治療，本署說明第 2 點，本項預算額度 2.715 億元，111 年要在一般服務扣減與本項重複費用，經試算本項重複費用是 91014C 這個項目的服務點數，計算實際發生的點數約 110 萬點，所需扣除額度約 110 萬點，扣減方法比照上一案是在第 3 季及第 4 季分別扣減。

請參閱第 18 頁，第 3 項「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」，本項預算用於高齲齒患者塗氟，希望減少後續齲齒、牙周病發生。本署說明第 1 點，牙全會提報本項實施成效，建議以「高齲齒病患牙齒保存率提高」，以 89013C「複合體充填」，也就是補牙，2 年內自家重補率較未實施本計畫前有下降，也有提供分子分母的具體操作型定義。本署說明部分，因為本項是塗氟，有規範限同院所曾申報 89013C 或 89113C，就是包含特殊狀況複合體充填者才可以執行這項塗氟。因為牙全會提報的指標只包含其中 1 個醫令 89013C，所以我們建議也將 89113C 針對特殊狀況的複合體充填也納進來。因為現在複合體充填支付規範規定，同 1 顆牙 1 年半內不可以在同 1 家院所重複申報，所以同院所同牙位 1 年半內不會重複申報，就不會有申報資料可以做相關勾稽，可是病人可能會跨院接受治療，所以建議這個指標可不可以修改為同院、跨院都合併一起做計算。綜合起來結論，建議以第 3 點這個底線部分，以「89013C 及 89113C『複合體充填』2 年內重補率較未實施本計畫前低」來做評估。至於節流效益金額，我們後續再與牙全會討論。

請參閱第 20 頁，第 4 項「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」，本項用於放寬現在目前中醫針傷處置的申報限制，分別在去年 3 月及 7 月放寬每位醫師的合計申報量上限，還有刪除相關不予支付指標。本署辦理情形第 2 點，本項預算 5 億元，我們依照申報資料計算，執行數 8.18 億點，計算結果如下，第 1 個，關於針傷處置，扣除自然成長後推估全年增加 5.77 億點。另外關於針傷處置的密集度提升，也會伴隨增加診察費 1.62 億點，藥費約增加 0.8 億點，全部

加起來執行額度 8.18 億點已經超過預算 5 億元，所以 111 年不需核減點數。第 4 點，本項 112 年是否要繼續計算，我們尊重貴會的決議。

請參閱第 22 頁，第 5 項「照護機構中醫醫療照護方案」，本項從去年 1 月 1 日開始實施，考量照護機構居民外出就醫不便，所以由中醫院所到機構提供服務，這個項目的扣減額度是考量機構的住民已經可以在機構接受中醫服務，不用再外出就醫，所以回推他們過去外出就醫相關的醫療費用點數，算起來總共額度約 168 萬點，會依照前面案子的做法，於第 3 季及第 4 季做扣減。第 4 點特別提一下，中醫的醫界代表曾在總額研商議事會議特別提到，不應該針對未執行數扣減，如果未來超過執行額度導致到院外就醫，建議將預算補足，以利他們回歸到院內就醫。

請參閱第 24 頁，第 6 項「鼓勵 RCC^(註 1)、RCW^(註 2)病人脫離呼吸器、簽署 DNR^(註 3)及安寧療護計畫」，本項是去年 10 月 1 日實施，預算編列目的是鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR，以及執行安寧療護。這個項目的預期效益及評估方式之前已經在本會委員會議做過確認，至於如何轉化為可量化的節流金額，這部分我們會與醫院總額團體來做後續討論。

請參閱第 25 頁，第 7 項「提升國人視力照護品質」，本項我們用於去年 3 月 1 日放寬白內障手術事前審查限制，就是將手術超過 40 例要事前審查的限制予以刪除。本署說明第 2 點，本項預算 1.2 億元，白內障手術扣除實際成長率，發生的件數是 9,100 多件，換算成金額後全年執行 1.893 億元，已經執行完畢，所以不予扣減。第 3 點一樣是詢問 112 年是否要計算，這個結論我們會尊重貴會的決議。

請參閱第 27 頁，第 8 項有關新醫療科技部分，我們會分新增診療項目、新藥及新特材做說明，首先是有關新增診療項目部分，醫院預算額度 2.736 億元，依照總額協商協議事項辦理，全年已經執行完畢，所以無需扣減。另外西醫基層部分，預算 5,859 萬元，全

年生效項目，我們推估全年執行增加約 300 萬點，未執行額度 5,559 萬元，預計一樣的做法，在第 3 季及第 4 季來扣減。至於第 28 頁特材部分，醫院預算是 7.64 億元，也依照總額協議事項已經執行完畢，所以無需扣減。至於西醫基層特材部分沒有編列預算。

藥品第 1 個部分，先說明預算執行與扣減的相關規劃，醫院預算編列 20.26 億元，整體新藥申報費用扣除替代藥費後計 18.66 億元，考量院所可能會補報藥費，而且高價格的癌症新藥多於醫院導入使用，所以擬不扣減。西醫基層預算編列 2.41 餘億元，整體新藥申報費用扣減掉替代藥費後是 1.02 億元，未執行額度 1.39 億元，也會分 2 季在第 3 季及第 4 季做扣減。至於第 29 頁下方第 2 點提到，新藥預算執行計算方式，新藥是支應 5 年內給付，以去年為例，就是以 107 年至 111 年的新藥，總共有 213 項在 111 年所增加的費用，107~110 年收載的新藥因為在 111 年可以計算全年實際申報的金額，所以就以實際申報醫令點數來做計算，至於 111 年生效項目，包含 5 年內新藥給付規定改變部分，因為考量在 111 年陸續生效，所以會以 HTA 做整年的財務衝擊報告來做為執行情形。

請參閱第 30 頁，第 9 項「藥品及特材給付規定改變」，藥品部分，111 年生效具財務衝擊的給付規定修訂總共有 29 項章節，第 1 個部分，醫院預算編列 5.6 億元，111 年申報費用與 110 年同期申報費用相差 7.22 億元，預算已經執行完畢，第 2 個部分，西醫基層預算編列 3.54 億元，裡面包含 111 年總額協定事項提到其中有 2.92 億元用於反映近年使用糖尿病藥物增加的費用，計算結果 111 年申報費用與 110 年同期相較，差值為 1.77 億元，預算已執行完畢。另外特材部分，醫院預算 0.9 億元，依總額協定事項辦理，預算已經執行完畢，沒有需要扣減，西醫基層預算是 0.13 億元，依總額協定事項辦理完畢，所以無需扣減，以上是健保署的報告。

註 1：RCC (Respiratory Care Center，呼吸照護中心)。

註 2：RCW(Respiratory Care Ward，呼吸照護病房)。

註 3：DNR(Do Not Resuscitate，不施行心肺復甦術)。

盧主任委員瑞芬：謝謝，現在請幕僚補充說明。

陳研究員思縝：請委員參閱報告事項提案資料(完整版)第 11 頁本會幕僚說明部分。本案係健保署依 111 年度協定事項，及去年委員會議決議定的規劃處理方式，與衛福部來函要求辦理。該署已於 3 月 15 日將 11 項「預算扣減及效益評估」的執行結果提報本會。

請委員翻到第 12 頁說明四，本案將請健保署依總額核(決)定事項及實際執行結果，於結算 111 年度點值時處理，以落實 111 年度總額核(決)定事項的要求。至於衛福部函請本會提供「113 年度總額基期之扣減項目及額度」部分，建議將健保署本次提報的資料及委員意見，送請衛福部參考。說明五，經逐項檢視健保署提報的 11 項執行結果及處理方式後，幕僚補充「本會研析及建議」如附表最右欄，詳細內容請委員參閱第 14~32 頁。就健保署提報資料，研析摘要如下。

第 1，有關 111 年度總額協定項目，預算扣減的執行情形：依健保署計算實際執行結果，共有 4 項需扣減「未執行預算或與一般服務重複部分」，建議依健保署提報的執行結果，於結算 111 年度點值時處理。至於健保署詢問，部分項目「112 年是否仍須計算執行金額」，考量一般服務新增項目執行初期尚不穩定，建議健保署就執行數過低或過高的項目，持續追蹤 112 年執行情形，須包含實際增加費用及未執行額度等，並於 113 年 3 月委員會議提報本會，以納入總額協商參考。

第 2，有關檢討實施成效部分，提出節流效益並納入總額預算財源部分，共有 3 項。目前提出的節流效益指標，多屬過程面指標或無法轉換量化的節流金額，難以提供總額協商參用。剛才健保署報告說明，部分項目的效益指標會計算可量化的效益結果，後續也會再與總額部門討論。另外考量新增項目短期尚難評估節流效益，建議健保署會同各部門總額相關團體，研提可實質扣連節流效益及費用的計算方式與結果，並於 113 年 3 月委員會議提報本會，以納入總額協商參考。以上說明。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請問委員針對這個案子有無意見？請李委員。

李委員永振：首先感謝健保署同仁詳細的說明以及健保會同仁深入的分析建議，但是對於第 8 及第 9 項尚有一些不解，請看報告事項提案資料(完整版)第 27 頁第 8 項，醫院部分健保署可能只是推估全年可執行完畢無需扣款，就 1 句話帶過，為什麼用這種方式？怎麼樣去推估也沒有交代，醫院新診療項目、新藥及新科技提供詳細執行結果，是不是健保署可以補充說明計算方式及執行結果？在未來提報結果時一併提出來，這樣會比較完整讓委員瞭解。

接下來請看第 30 頁第 9 項，裡面也是一樣，健保署所提 111 年度醫院及西醫基層總額藥品部分，給付規定改變的估算方式是用整體章節碼，以 111 年較 110 年同期總體申報費用之差計算，所計算費用除涵蓋同章節碼之其他藥品，且沒有考量非協商因素，人口成長、老化等影響，又沒有扣除替代效應，恐無法呈現實際的執行成果，處理方式有點抽象，我們抓不到實際的情況。健保署應該用精準的估算模式計算藥品給付規定改變項目的預算執行結果，在未來提報結果時也一併補充出來，這樣會不會比較好？

第 2 點，有關節流效益議題我們已經談好久了，但是目前還停留在摸索階段，我記得 110 年曾向李前署長請教 C 肝新藥投入幾百億元到底效益怎麼樣，結果他提給我的資料也沒有具體數據，怎麼提高 90%...，生意人就是投入進去就要看到回報，剛有委員提到新藥投進去一定效果比較好，是取代舊藥或新藥未來可以節省醫療支出，這樣整個投資才有意義，不然像現在的分級醫療、家醫 2 個黑洞，一直投入不知何時才会有成果，尤其家醫計畫試辦 20 年，沒看過試辦這麼久的計畫，不知道還要試辦幾年，這邊幕僚有提出來，健保署還是用抽象的方式去做，我們無法實際掌握效益到底是怎麼樣？就嗷嗷待哺在那等扣基期，也沒有什麼成果出來，是否可以趕快強化處理，衛福部也在要求，上次我們也提到請健保署怎麼積極處理會比較好，因為健保會沒資料，沒有辦法處理，這要麻煩健保署，又給你們工作很抱歉，署長我不是欺負你，真的是很久了，希望石署長不要像商司長一樣都在擦屁股，我常常這樣形容，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，現在請朱益宏委員。

朱委員益宏：主席，我想對於這個項目，我有一點建議，就是健保會幕僚都要求健保署所謂節流的效益要跟節省多少錢去扣連，我覺得這樣子可能不是很妥適，因為所謂節流效益，就是我們健保在執行時，並不是說看做這個專案省了多少錢，我覺得你要看整體對於國人的健康，提供多少的服務，這才是一個進步，如果單純就是以錢來看，事實上醫界所有項目我都不要做啊，因為越節流我的總額越少，我做的品質越好錢越少，這樣子誰要做冤大頭的事情，所以我覺得包括剛剛李永振委員用生意人的角度來看健保生命的事情，可能也跟生意人來談這種事情會不一樣。

當然生意人覺得節流少花錢就不要給你錢，但事實上我們的醫療並不是這樣子，剛剛舉例來說提到 C 肝藥這件事情，到底用了 C 肝藥是節流，還是提高醫療支出呢，這個其實在學界就有不同的爭議，我記得好像在 197 幾年於 JAMA^(註)有 1 篇非常有名的報導，抽菸的病人，跟抽菸後戒菸的病人所花費的醫療費用，統計非常久的時間，結果發現抽菸的病人反而花費的醫療費用比較少，這在 JAMA 是 1 篇非常有名的文章，這在衛生經濟學上有正反不同意見，我覺得這就是切點，如果只有切戒菸後 3 年、5 年不會得肺癌，或許戒菸的醫療費用比較省，但是因為他不會得到肺癌，延長生命 20、30 年花費的醫療費用反而更高。

C 肝藥也是同樣的問題、情形，你今天用 C 肝藥物，結果病人可能在 3、5 年不會轉換成肝癌，或許看起來 3、5 年之內的肝癌藥費節省下來，但是因為他沒有得肝癌，可以再活 10、20、30 年，因為壽命延長，整體醫療費用增加，所以你所謂的節流效益是從哪個切點去看？我覺得這是有爭議，在短期你用新措施會節省健保多少錢，我就要給你扣減基期費用，因為做了這些措施，病人生命得以延長，生命品質更好之後，總共花費多少錢呢？我覺得這件事情我非常不喜歡，也非常不樂見，到時候健保會去 monitor 所謂的節流效益，都是從錢的層面去看節省多少錢，目的就是要扣減總額，我

覺得如果這樣子，對整體台灣醫界的醫療品質是重重打擊，是非常負面的影響，以上，謝謝。

註：JAMA(The Journal of the American Medical Association，美國醫學會雜誌)。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請陳節如委員。

陳委員節如：我記得我們上禮拜在台大醫院才成立 1 個特殊視障的門診，可是經過反映，我們這些特殊兒童要開白內障手術必須要事前申請，這個部分你剛剛在報告事項提案資料(完整版)第 25 頁，你們說 111 年 3 月 1 日就開始放寬白內障手術施行前的審查限制，可是目前是不是只有特殊兒童還要特別來先申請才能開刀？才能手術？這個部分是不是等一下可以回答一下。

還有回到我們剛剛上一議題，我要補充一下，我們的會計師也談過，我覺得醫院要做這種統計數據，像是西華提出來的那種醫院費用的統計不是不能做，人家日本也能做，美國也能做，為什麼我們不能做，我們只是要用心去處理，只是要用什麼方式去做，不是說健保跟民眾的費用全部合在一起，在那邊混了就不能計算，什麼樣的計算都可以，公司再繁複的報表都可以出來，為什麼每次醫院的核報就非常含糊，以前我們看好像只有統計哪 1 個醫院大概健保用得最多，這個部分好像就是在比較哪 1 個醫院的病人最多，所以我想在統計數據的部分，應該請署裡面這邊做 1 個長時間的研究，應該可以統計出來，不是說不能統計，以上 2 點，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請滕西華委員。

滕委員西華：謝謝主席，我要就報告事項提案資料(完整版)第 23 頁，中醫總額專款項目 5.「照顧機構中醫醫療照顧方案」的扣減部分，我其實要提中醫這個照護機構的照護方案，他這個不上不下，你又不是像西醫，也不像牙醫特需^(註)，如果中醫在協商明年總額時應該要審慎考慮，因為我們可以發現，現在連扣減費用都已經出現爭議，就是源於這個方案本身設計問題，第 1 個，如果特管辦法沒有排除中醫的話，就應該跟西醫一樣，或是走牙醫特需，牙醫特需走這麼多年，整個辦法，像醫療團要怎麼運作，要不要開放機構外就醫都

很完整，你們 2 個坐隔壁可以聊一下，詹醫師跟陳彥廷醫師聊一下，不然就是走牙醫特需那邊，在這裡又不是走那樣，但是我們在醫療照護機構裡面，又不是住在那裡的人，健保又不是強制他只能在照護機構就醫，他當然是可以到外面去看他想看的中醫師，我們提供的權利又不是被保險人的義務，你看這個超過執行額度，他要到外面就醫，你要編列預算補足，這是違反健保的精神，他本來就是在一般服務裡面就會產生這樣的費用。

我建議中醫這邊，要嘛你就是與支付標準相關要回歸去支付標準裡面，你就不會有基期的問題，要嘛你要有專款部分，你就學牙醫做特需的時候，用一些專款來支應特殊的對象，或是醫師的論次或是其他的相關的成本你去計算出來才對，才不會有這個扣除的問題，因為如果是這樣的話，你專款用剩下自然就會被扣掉，如果明年總額中醫要續提這個方案，我建議若特管辦法有問題就去修特管辦法，就是比照西醫用原本支付標準去做，不然就是比照牙醫提特需，以上，謝謝。

註：牙醫特需，為牙醫特殊醫療服務計畫。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請陳杰委員。

陳委員杰：好，謝謝，後學陳杰發言，有關目前討論的報告事項第二項，當然是針對去年度我們整個效益評估之執行結果，我藉這個機會還是要向我們所有醫界、藥界、健保署表達最大感謝，但是仍有美中不足，我相信現場有很多出席的代表都提到 1 點，可能我們本身總額給付的金額還是多少有點問題，是否能夠借用這個機會做具體建議，有關全民健康保險法第 3 條，政府負擔之保險總經費，是不是原來為 36%，看有沒有機會再往上調，因為我們國人健康平均壽命已經遠低於南韓，這是值得我們 1 個警訊，所以我做這第 1 點的建議。

第 2 點，我本身來自於勞工，目前我們那個勞工事實上也非常可憐，我們目前健保署在今年 2 月 1 日針對所謂的關節注射液 3 劑型部分，屬於濃稠度比較高的玻尿酸，點數居然大幅度調降，他從原

本的點數 709 點調到 548 點，當然調降以後會針對所謂的健保署給醫療機構的醫療給付就會減少，在減少過程中導致，我相信應該不會，我怕有部分醫院是不是變相去鼓勵所謂被保險人採取其他自費事項，假如勞工患者本身要申請 1 年 1 劑或半年 1 劑的玻尿酸，但是我們健保署這邊訂的門檻又非常高，申請不易，在這種情況之下，是不是也能夠做具體的建議？目前有多人都更換人工膝關節，希望能針對人工膝關節的點數，我們健保署或健保會這邊大家有個共同的共識，將它的點數拉高，當然要給被保險人能夠用到比較好的材質，例如所謂的鈦金，因為我本身來自於工會，包括有很多勞動工作者，不管是做鐵工、做模板、做木工，甚至是台灣鐵路管理局，還有其他的一些國公營事業，他們本身工作都非常繁重，他們在一定年齡之後膝關節都會出問題，目前把這個 3 劑型關節注射液點數從 709 點降為 548 點，所以對整個勞動業者衝擊很大，我藉這個機會做以上 2 點具體建議。

當然我剛剛提到有關全民健康保險法要政府負擔部分拉高，很多人在笑，好比我上次開會時說，是不是有關去年政府稅課收入超過 3,800 億元，可不可以去爭取，每個人普發 6,000 元，台灣 2,300 萬人口，算起來就有 1,380 億元，還有其他機構在申請，目前經過健保署新任署長努力之下，已經向行政院爭取，聽說是 240 億元，所以借此機會，還是要向署長跟衛福部表達最大的感謝，這樣我們健保費率就不需要調整了，我剛剛 2 點建議希望在這 1 次會議裡面共同討論後能夠採納，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請林恩豪委員。

林委員恩豪：謝謝主席，關於節流效益這個評估可量化成節流金額這件事情，我想要提出跟朱委員有點不太一樣的觀點。

關於這件事情，我認為把他換算成可量化的節流金額，其實我們之前也是討論過好多次，通常這些節流效益的評估都是只有執行率而已，最後都是跑出執行率，每個項目執行率好像都很好，但是最後到底真正的效益是什麼，根本無法展現出來，換算成可節流的金

額扣減基期也是應當的，因為基期已經膨脹到 8 千多億元了，如果照朱委員這個邏輯的話，基期就是無限膨脹，因為都沒有辦法扣減，其實這樣也不是在打擊醫療人員或醫事服務提供者，因為這個計畫做下去有效益有節流而予扣減，剛剛朱委員也有講，人的生命品質會提升，人的生命週期會延長，就一定也會有別的新增項目產生，我們在預算裡面就會增加那邊的支出給付，所以這對打擊醫療人員或打擊醫事服務提供者，這 2 個概念是完全不一樣的，我只是提出這樣的觀點，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，請李永振委員。

李委員永振：李永振第 2 次發言，剛才因為可能時間比較緊迫，所以講的表示不夠精準，事實上生意人不一定只有看數字啦，所以我完全同意朱委員的講法，你的效益會有幾種方式表現沒有關係，不一定是降低醫療費用，這又要講一下故事，當時 102、103 年要導入 statin 降血脂藥就有爭議過，滕委員有點頭，她當時應該有參與，當時健保署不給，我也主張不用給，但因為降血脂藥比較好，將來醫療費用應該會減少，所以現在先付出去的將來會回收，我回去跟我的團隊研究後認為應該要給，因為你雖然這邊沒有省，但是至少病人的醫療效果或是他的生命會延長，這也是效益啊！我並不是主張一定要降，但是要有 1 個合理、完整的說明，像是剛才恩豪委員講的 1 個表現出來，說服付費者可以接受，這是 OK 的，但是我不認同醫界的想法，你給他那個效果好的，但是他本來不敢吃肥豬肉，現在大開繼續吃肥豬肉，這樣效果又抵銷了，這樣就沒完沒了，就是要有 1 套很完整、經考量各方面後提出來，這個效益我相信我們付費者代表是可以接受的，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請健保署回應。

陳專門委員依婕：跟各位委員說明一下，剛剛陳節如委員有問到，小朋友做白內障手術為何要事前審查，因為現在支付標準規定未滿 55 歲以下的人，如果要執行白內障手術仍是需要事前審查，去年 3 月 1 日刪除的是醫生每個月如果執行白內障手術超過 40 例，需要事前

審查這個限制刪掉，這是 2 個部分，至於未滿 55 歲要事前審查這部分，我們曾經在 2、3 年前討論過，是否針對身心障礙者如有白內障手術需求時予以排除，不要事前審查，但是經專家討論後，仍建議先維持，如果身心障礙患者真的有需要執行白內障手術的話，事前審查的通過機會還是很高，以上回應。

陳委員節如：感謝回答，現在問題是在很急的情況下，你申請的時間就拖長醫療，延後的話，你會損到他眼睛的治療時間，所以我是希望這個部分應該要來放寬，很多的案家都跟我反映，所以我希望這個部分，署裡面可以研究一下好不好，趕快來做。

石署長崇良：謝謝委員，我們研究看看，因為當時候原本每位眼科醫師都有開白內障手術的案例數限制，後來考量到不應該用這樣的限制，但是也不希望病人太早就被開掉，所以經過專家討論才以 55 歲作分界來為病人把關，所以 55 歲以下算是比較早，如果要開白內障、換水晶體手術的話就要經過事先審查，但是如果特殊兒童這邊有一些狀況的話，因為這些人可能更需要有人幫他把關，所以這個事前審查是不是要免除或是我們加速一點，可能優先審查，也許用這樣的方式會比較好。

盧主任委員瑞芬：健保署還有沒有要回應的？

蔡副署長淑鈴：剛剛陳杰委員提到玻尿酸是屬於我們的特材，之所以會打折是因為我們的價量協議，量太多了，所以依照我們當時與他們協議是量到一定程度就單價要打折，這部分是這樣的原因造成，但是對病人是沒有影響。

盧主任委員瑞芬：請陳杰委員。

陳委員杰：對不起，是不是能夠順便請教一下，有關於我剛才提到的 1 點，既然你把 3 劑型的關節注射液，玻尿酸的這個部分，你把其點數從 709 點減到 548 點，這個數字絕對沒有錯，我來擔任這個委員是很認真，我有去查證，我是來學習，我是建議可不可以把人工膝關節的這個部分點數可不可以拉高，現在有很多做模板、綁鐵的，這些營造業，還包括台鐵很多人都做粗工或鐵工，他們到一定年齡

一定要換人工關節，這個點數可不可以拉高。

蔡副署長淑鈴：這部分我們就帶回去再查證一下，因為要不要提高這也涉及到預算的來源，所以是不是讓我們帶回去再來整體評估一下。

陳委員杰：好，那還是拜託啦！還是拜託再拜託，謝謝。

盧主任委員瑞芬：先請林文德委員，之後是王惠玄委員。

林委員文德：主席、各位委員，有關報告事項第二案一些新增的項目的效益跟節流的評估這個部分，剛才聽起來報告內容大部分都是比較著重在預算執行的狀況，但是好像從這個題目來看，是要看我們給了多的預算之後，對於一些預防效果的呈現部分，到底有多少？可以在整個總額預算上面有多少的節流？這個部分好像比較少看到具體的數字，這個可能會比較困難，可能短時間內也沒辦法得到這樣的訊息，但至少可能要朝這樣方向去努力，不然我們實際上無法看到他的成效跟成本效益的呈現，所以這個部分可能未來可以再去做一些加強，以上。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請王惠玄委員。

王委員惠玄：這個主題誠如剛剛林委員談到的，有所謂的預算執行，但是所謂的效益部分，真的是幾乎沒有看到，剛剛幾位委員發言談到錢到底用得適不適當，我建議能否特別關注於新項目的納入，因為新藥、新特材的納入，現在都有經過 HTA 評估不是嗎？若要納入這些新的支付項目，能否列入預期成效指標，在提出納入時一併考量，所以預期成效，可以是效能 Effectiveness，譬如預期減少的住院人數、急診人數等等，可以從健保的申報資料去取得，或是用所謂的效益，預期減少的金額損失，這裡面可能是預期可以減少的住院費用，或是預期減少的急診費用，當然也可以適用效能，我們國家到現在還沒有 1 個 DALYS^(註) 的數字計算。

所以健保長期投注這麼多經費，對於國人的健康衝擊，有沒有除了醫療費用消耗以外，或是 1 個很綜合性的平均餘命之外的別項指標可以參考，這部分是否也回應署長提到，對於所謂成效評估，可

不可以有不同的見解，在這裡我也要回應朱益宏委員提到的，做得越好，收入面減少，是不是會影響總額？我想倒是不必要有這樣的焦慮，因為節省下來的金錢，我們可以放到新藥、新科技，剛剛前一個案子也談到新藥、新科技的預算不夠，在總額的制度下，學理上本來就有這個疑慮，是否會延誤新科技的引入，所以如果舊的沒有去替代掉、節省掉，新的很難進來，在總額的大邏輯下，的確會有這樣的問題，所以並不是做越好收入越少的這樣疑慮而已，我們可以把資源放到新的部分或是收益更好的部分，以上，謝謝。

註：DALYs(Disability Adjusted Life Years，失能調整生命年)。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請吳榮達委員。

吳委員榮達：本來這個議題我不想發言，但林文德委員有發言，我跟你報告一下，如果是老委員都知道，這個問題我早幾年就有提過，健保署要推動分級醫療也好，或是節流措施也好，我們花好幾百億元，然後節省下來的錢，也不用去談效益，因為他滾入總額裡面，不是說他可以計算出來節省多少錢，這些錢再把他拿出來放到責任準備裡面，如果是這樣的話去看到底節流多少意義會比較大，但是醫界堅持又把他放到總額裡面，等於對點值有影響而已，對總額大概沒有什麼太大影響，跟你報告一下。

本來上一個議題我要發言，因為主席有做1個裁示，我補充一下，可以思考看看，我剛剛講過我們為了節流措施跟分級醫療，真的很多獎勵措施，花好多錢，好幾百億元，之前已經算了兩、三百億元，在這2、3年不知道有多少，2年之前已經花了兩、三百億元，這些節省下來的錢，其實醫界可以考慮看看，屬於費用超額部分，這些錢能不能足以補彌。

第2個，我們知道藥價差，醫院收入裡面有一個是藥價差的，而且這個藥價差金額應該還不小，有沒有考量到你們是為了要衡量，為了藥價差收入，而有超額，有沒有這個可能性，也不是完全沒有，用藥價差這樣的收入收益來補這塊，這個可能性大不大，我覺得應該有可能，一來一往、一加一減的話，是不是還有你們所說要補足

的問題，還有替代部分你們沒有在數字上呈現出來，替代部分應該也要扣掉，所以你們提出那個數字看起來應該是失真的，可能要重新檢視看看，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝委員提供寶貴的意見，如果健保署無法及時回應也一定會以書面回復各位。有關報告事項第二案，我做以下的決定：第一，有關「111 年度總額預算扣減」部分，請健保署依所提報的執行結果，於結算 111 年度點值時處理扣減事宜；前揭執行結果併同委員意見，送請衛福部參考。

第二，針對本案所提各項總額協定事項，請健保署辦理下列事項，並將辦理結果提報 113 年 3 月份委員會議，以納入總額協商參考，包含 2 部分：(一)有關「提出節流效益並納入總額預算財源」部分，請會同各部門總額相關團體，持續研提可實質扣連節流效益及預算影響之計算方式及結果。(二)請檢討並提出本案執行數的精準估算方式；至於執行數過低或過高的協定項目，請持續追蹤至 112 年度的執行情形(包含：實際增加費用、未執行額度等)。

第三，餘洽悉。

本來要休息 10 分鐘，但是今日議事進行得非常順利，所以我們就不休息了，各位也用餐了。接續進行報告事項第三案。

柒、報告事項第三案「中央健康保險署『112年2月份全民健康保險業務執行報告』(書面報告)」與會人員發言實錄

盧主任委員瑞芬：報告事項第三案是健保署的業務執行報告，本次是書面報告，但是委員仍可提出口頭的質詢。先請李委員，因為我承諾您可以先回應政府應負擔健保總經費法定下限36%的事情，第二位再請吳榮達委員。

李委員永振：謝謝主席還記得。首先，我先回應翁委員，因為翁委員質疑我對於它的法遵，事實上，104年行政院協商的時候，健保署提的是收入面，主計總處提的是支出面，但是我看2篇論文之後覺得兩邊都沒有法遵，所以我才會質疑這個地方。為什麼呢？第1個，健保署提的收入面在健保法裡面引不到法條規定，所以依法無據。第2個，主計總處所提的支出面是健保法第3條支出面，但是又加1個減掉1個月的安全準備，是改變公式，不是法規定的，所以前提假設已經倒了，後面協商結果提供給主管機關結論是錯誤的嘛！後來尊重衛福部的解釋權，是照健保署的做法，這是為了解決當時協商的計算爭議，安全準備以1個月還是3個月的計算，是解決這個有達到目的。

現在提的政府應負擔健保總經費法定下限36%，經過1年後106年才開始提案。很抱歉，應該不會為難署長吧！剛才說的政府應負擔健保總經費法定下限36%還沒有進小學，它只有5年多不到6歲，我是這個意思啦，這些問題一直存在。之前結論也提到委員提出的意見如果有不對的話，請提出指正，但也沒有指正，就一直說要修法修了5、6年也沒有看到結果，如果修法依法行政就沒有爭議，這是補充說明。

有關健保署的業務執行報告，有2點意見。第1點，上次向健保署提出3點建議，在會議資料第73~74、79~80頁，健保署說明一(三)之3，我一直強調資料沒有用權責基礎，健保署說明中提到104年結餘含有102年、103年結餘490億元，104年參照102、103年怎麼會是權責基礎呢？490億元歸到102、103年才是權責基礎，你

自己就自打嘴巴了！

會議資料第 74 頁健保署答覆業務季執行報告的第三點，顯示的補充保費數字沒有標示是權責基礎，不明就裡的研究人員如果誤用，情何以堪！既然強調表 5-1 是採權責基礎的話，健保署說明中為什麼又提到 111 年 1 月補充保費還有估計應收的文字，權責基礎怎麼會有估計，實際發生後就歸在那一年，都已經發生的數據怎麼還會有估計呢，怎麼會是應收呢。

第 3 點是疫情對總額影響的回復，會議資料第 79~80 頁統計資料，我覺得文不對題又歪樓了！且 109~111 年 3 年的住院人數較 109~112 年 1 月底，多 1 個月的人數還高出 2,006 人，申請金額也多了 3 萬元，有提供這個資料在備註裡，提供的資料就不正確嘛！我就看不懂，因為沒有得到答案，上次提到疫情期間，不幸往生的人，多是癌症或是慢性病病人，因為提早死亡了，本來要花費醫療費用，不能講省下來但是就不會發生，到底有多少，多不多我們不知道，但請進一步分析評估還有就醫習慣等資料。

另外，依照健保署發布的統計資料，3 月 15 日媒體報導 109~111 年 3 年疫情期間民眾就醫件數分別是疫情之前 108 年的 93.8%、86.1%及 97.8%。111 年雖有恢復的跡象，但是仍較 108 年減少 2.2%。不過這 3 年的總額已分別成長 5.237%、4.107%、3.320%，似乎 3 年跳空漲了，把基期墊高 13.2%，就醫件數是降低的，但是總額基期已經墊高 13.2%。

再看業務執行報告第 77 頁，各總額部門歷年總額平均點值，在牙醫、中醫、西醫基層總額很多季的平均點值超過每點 1 元，門診透析以前都比較低，但也快到 9 成，醫院部分沒有 1 季是超過每點 1 元，醫院 108 年平均點值每點 0.9345 元，111 年第 2 季最高達到每點 0.9937 元。你說以前不夠是點值每點 0.93 元的時候，現在總額已經多 13%了還抵不過，請健保署深入分析後提出說明，要不然醫界一直感到很委屈，付費者覺得預算已經編列這麼多，3 年一毛都沒有減，為什麼還有這種現象呢，再怎麼講也講不清嘛！請健保署

分析，還是要依靠健保署的大數據技術啦！謝謝！

盧主任委員瑞芬：謝謝，請吳榮達委員。

吳委員榮達：執行業務報告第 25 頁，針對 112 年 1 月份各總額別醫療費用點數申報情形，我們都知道 1 月放假很多天，大家都是負成長，只有中醫部門呈正成長，有點不解，可以不用現在答復。(詹委員永兆：可以回復。)可以嗎？好，請理事長再幫忙說明，或是健保署幫忙回應，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來，請滕西華委員。

滕委員西華：業務執行報告的「本署近期重點工作」提到，達文西機械手臂手術得比照胸(腹)腔鏡手術申報手術費，新聞也都有寫達文西相關的醫材要民眾自費，自費金額仍然非常高，約 10~25 萬元不等。也就是說健保署仍應持續關注 2 件事情，第 1 個雖然已經納入給付，可是醫材還要民眾自費，給付金額表面上由健保吸收，但市場上醫材收自費的金額有沒有出現變化、波動或是漲價的狀況，因為他們兩邊都拿到。

第 2 個，達文西手術也有過程面的必要醫材，如果過程面的必要醫材因為一定要用到的話，卻讓民眾自費是非常不合理，原本手術就有過程面的醫材包裹在內，建議健保署持續關注 17 項達文西手術開始給付以後，監測哪幾項醫材是屬於過程面的必要醫材，如果一直都會使用到的話，把它拆解，對民眾來說是為德不卒，經濟有困難的民眾要再自費 10~25 萬元，還是付不起這個價格。現在是逐步放寬，本來 2 項現在 17 項，但我們知道至少將近 40 項手術使用達文西手臂，我蠻肯定健保署在評估新興手術相當謹慎，有 HTA 做基礎才核准這 17 項，可是不要准了以後就付出去，卻沒有觀察是哪些族群在使用，如果偏向投保金額比較高的被保險人使用，我們可以合理推測，一般投保金額比較低的被保險人在自費醫材上面有相當程度的困難，所以才無法使用達文西手術，越窮的人越需要趕快恢復體力去工作賺錢，結果因為付不起醫材，反而無法真正享用到健保給付的新興手術，我覺得這是健保不能夠避免的道德危害，所

以請健保署持續關注，謝謝。

盧主任委員瑞芬：如果其他委員沒有其他意見，先請中醫代表詹委員回應剛才吳榮達委員的提問。

詹委員永兆：主席、各位委員午安，關於中醫為什麼會成長，111年中醫就醫人數已經成長20%，只有就醫人數，就醫人次超過30%。因為新冠後遺症，很多人發現中醫確實可以治療得蠻好的，尤其確診後咳嗽，常常會有喉嚨乾癢、上火，經過中醫調理後很快速地恢復，大家也會互相介紹，造成中醫就醫率大增。也回應剛才提到的提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護為何會成長，大家突然發現中醫的好，整個就醫人數大幅提升，雖然1月只有20天卻比去年同期的30天成長，以上報告。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請朱益宏委員。

朱委員益宏：我echo滕西華委員提到的事情，健保署確實要關切達文西手術，原來達文西手術在市場上收費約20幾萬元，現在健保納入手術費後只剩下特材費，但原來收費20幾萬元有報備到衛生局收取自費項目，但是現在納入健保後，醫院是不是用報備衛生局收取自費的相關項目，這件事情我覺得健保署要透過醫事司瞭解一下整體自費收取的部分，就是報備給衛生局那段是不是有相應的調整。健保給付手術費，理論上就只能收達文西材料費，據我瞭解達文西材料費大概10幾萬元，請健保署需要再後續追蹤，以上是我呼應滕西華委員的意見。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接續請健保署回應委員的提問。

石署長崇良：剛才幾位委員特別關心達文西手術，我們還會持續檢討相關的執行面，再因應病人需要持續開放。目前政策上是以相同的內視鏡手術做給付，對健保財務的影響比較小，但是民眾自費、手術品質部分是我們關切的，但也因為它納入健保給付才有機會來做後續的監測，我們會持續努力。我已經請同仁成立專家小組研議，關於達文西手術的醫師資格、品質指標監測機制，及後續納入健保給付適用的手術項目等。

以達文西手術來講，目前有另外 1 個機器手臂，應該不要講達文西，就是 Robot System Surgery，就是機器手臂輔助的手術，已有另 1 家得到 TFDA(註)的查驗登記許可，未來市場上應該會有競爭性，對民眾也是有好處，讓有競爭性的產品進來，相對的在費用上或是特材部分會有下降的可能性，以上補充。

註：TFDA (Taiwan Food and Drug Administration，臺灣食品藥物管理署)。

盧主任委員瑞芬：接下來請陳節如委員。

陳委員節如：講到醫材，現在很多人反映醫材沒有 1 個規矩，讓醫生開口多少就是多少，民眾使用者非常的無奈，所以才會聽到用健保的會復原比較慢，可能復健要很久等等，之前有位老先生就是這樣，因為沒有錢就是用健保，有錢的人大部分 90%全部就是自費，這樣聽下來，將來台灣的健保如果像醫材這樣的話，還有什麼健保？健保等於讓民眾非常的痛苦啊！還有很多心臟的自費醫材，價格非常高，但是生命很寶貴的，大家也是沒辦法、非常無奈。

因為廠商、廠牌也很多，希望健保署趕快整理一下，可以有 1 個評比的制度，例如效率或是什麼的，我知道這很難，但是還是要去管控，不能無限上綱啦！我們付費的人健保已經付那麼多，世界各國也常稱讚我們健保是最好的，可是我們一開刀這些就要自費，這部分是不是請署長剛剛您允諾成立小組，不要只有研究達文西，要把醫材部分列入，做 1 個統整的、標準的價格，否則對病人非常不公平，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請楊玉琦委員。

楊委員玉琦：大家好，我要講 1 個親身的經驗，去年我父親跌倒導致肩膀骨折，需要用醫材以鎖螺絲方式固定，因為我自己是健保委員，我相信在我們層層的把關下健保給付的特材是很適合的，就是符合民眾需求、可以安全保護病患等等，但是在診間時醫師跟我說如果用健保的材料螺絲會掉出來，建議用鈦合金的材料去做固定，當然這是我自己的親身經驗，當下真的很訝異，為什麼 1 個醫生可以說出健保的特材螺絲會掉出來，如果說效果不好我可以接受，因為費

用不同可以有不同的效果呈現，但是說到螺絲掉出來這樣的話，對我來講真的沒辦法接受，我覺得大家很認真、嚴謹的在為民眾健康及健保努力，因為現在討論醫材這件事情，我把親身的經驗分享給大家。(楊委員玉琦會後書面補充說明：一、本次意見主要希望未來能有更多新的特材及藥物能更快的進入健保給付，讓病患能夠更快恢復健康。二、希望健保署能夠強化宣導，讓各界瞭解通過審核的特材及藥品都是經過健保署嚴格審查的好產品，絕對可以為國人的健康把關。)

盧主任委員瑞芬：請署長回應。

石署長崇良：我想聽到委員這樣講，我們心都很痛啦！特別是坐在您後面那排醫界代表都很不以為然，所以麻煩把這個醫師名字給我們，我們來處理。

盧主任委員瑞芬：謝謝，對於本案，委員沒有其他意見的話，就做以下的決定，本案洽悉。委員剛才提出許多的寶貴意見，請健保署回復說明。

今天議案已經順利完成，請問大家有沒有臨時動議？如果沒有臨時動議，在會議結束之前有 2 件事情跟各位說明，第 1 是我們健保會的風水相當好，有 2 位委員都高升了，國發會代表謝佳宜委員，由人力發展處副處長升為處長，未來她仍將繼續和我們共同努力，謝謝！(委員鼓掌聲)

第 2 個就比較傷感一點，翁燕雪委員高升海委會主計處副處長(委員鼓掌聲)，因為要到高雄就職，接下來沒有辦法繼續在健保會和大家共同努力，非常謝謝翁委員過去的貢獻，謝謝您！

滕委員西華：感謝您替大家爭取差旅費。

盧主任委員瑞芬：謝謝，這是非常重要的貢獻。今天會議到此結束，在 13 點以前，12 點 59 分結束，謝謝大家，散會！

陳委員節如會後書面意見

從服務使用者的角度，目前醫材的使用資訊大都是來自醫師。有錢的

人可選擇自費購買，沒有錢的人使用健保給付的醫材。市場上，各種醫材廠商及產品非常多，現在雖然有醫材比價網可提供查詢。但是，對於全自費醫材或差額負擔醫材的價格合理性及使用品質等相關資訊如何公開使民眾知悉。建請健保署對於醫材的價格及品質研議，提出合理控管機制。