

衛生福利部全民健康保險會
第6屆112年第4次委員會議事錄

中華民國112年5月24日

衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第4次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國112年5月24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：范裕春、李德馥

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(中華民國醫師公會全國聯合會黃常務理事啓嘉代理)、周委員麗芳、林委員文德、林委員恩豪、林委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠(台灣總工會張秘書長鈺民代理)、侯委員俊良、翁委員文能、商委員東福(本部社會保險司陳副司長真慧代理)、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(台灣社會福利總盟馬副理事長海霞代理)、陳委員鴻文、游委員宏生、黃委員小娟、黃委員金舜、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、劉委員守仁、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

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：石署長崇良(請假)、李副署長丞華、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19頁)

貳、議程確認：(詳附錄第19~20頁)

決定：確認。

參、確認上次(第3次)委員會議紀錄：(詳附錄第20頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第21~38頁)

決定：

一、上次(第3次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情

形：

(一)擬解除追蹤共1項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤除原有2項外，新增「112年度西醫基層總額提升護理人員薪資之指標訂定事宜」1項，共計3項同意繼續追蹤。

二、全民健康保險各總額部門111年度執行成果發表暨評核會議，訂於本(112)年7月17、18日在衛生福利部召開，會議議程詳附件一，敬請委員踴躍參加。

三、本會112年委託研究計畫預擬以「新藥可否採行差額負擔」為議題，於本年6~8月間分別在北、中、南、東地區辦理公民參與活動，敬請委員協助所屬會員團體派員參加事宜。

四、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第39~52頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：112年第1季全民健康保險業務執行季報告(含111年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略)，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。

陸、討論事項(詳附錄第53~83頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)，提請討論。

決議：

一、總額協商架構部分暫列，俟衛生福利部交議總額範圍後定案，再提委員會議報告。

- 二、總額協商原則，依委員意見修訂五.協商因素(四)、六.專款項目(三)，另原專款項目(三)修正文字後移列七.其他原則(一)(修正如附件二劃線處)。
- 三、餘照案通過，訂定「113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，如附件二。
- 四、委員對總額設定公式之「醫療服務成本指數改變率」所提意見，送請衛生福利部研參。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)，提請討論。

決議：

- 一、依委員意見修訂二.協商共識會議(三)進行方式，另配合討論事項第一案通過之總額協商原則修訂相關文字(修正如附件三劃線處)。
- 二、餘照案通過，訂定「113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，如附件三。
- 三、另門診透析協商場次，台灣腎臟醫學會仍維持推派1名代表列席說明。

第三案

提案人：陳委員節如

連署人：楊委員芸蘋、楊委員玉琦

代表類別：保險付費者代表

案由：有關極偏遠地區之巡迴醫療支援看診成本高，應適切提升診察費案，提請討論。

決議：本案屬中央健康保險署權責，委員所提意見，請中央健康保險署研參。

柒、報告事項(詳附錄第84~100頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：推動分級醫療之成效檢討(含各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效)，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：「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」之「執行目標」、「預期效益評估指標」，及具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)案，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。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午13時55分。

全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議議程

日期：112 年 7 月 17 日、18 日(星期一、二)

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂(台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)

7 月 17 日(一)	報告內容	報告單位
09:00~09:15	報到	
09:15~09:20	開幕致詞	
09:20~10:10	各總額部門(含門診透析)一般服務執行成果報告(50 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.各總額部門整體性、一致性項目執行成果 3.門診透析服務	報告單位：中央健康保險署
10:10~10:40	中場休息(30 分鐘)	(出席人員大合照)
10:40~11:10	跨部門及其他預算專案計畫執行成果報告(30 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.專案計畫/方案執行成效	報告單位：中央健康保險署
11:10~12:30	評論及意見交流(80 分鐘)	
12:30~13:30	午餐	
13:30~14:10	醫院總額執行成果報告(40 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：台灣醫院協會
14:10~15:10	評論及意見交流(60 分鐘)	
15:10~15:30	中場休息(20 分鐘)	
15:30~16:10	西醫基層總額執行成果報告(40 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：醫師公會全聯會
16:10~17:10	評論及意見交流(60 分鐘)	
— 賦 歸 —		

7月18日(二)	報告內容	報告單位
08:50~09:00	報到	
09:00~09:40	牙醫門診總額執行成果報告(40分鐘)	報告單位：牙醫師公會全聯會
	1.年度重點項目之推動與未來規劃	
	2.一般服務執行績效	
	3.專案計畫/方案執行成效	
09:40~10:40	評論及意見交流(60分鐘)	
10:40~11:00	中場休息(20分鐘)	
11:00~11:40	中醫門診總額執行成果報告(40分鐘)	報告單位：中醫師公會全聯會
	1.年度重點項目之推動與未來規劃	
	2.一般服務執行績效	
	3.專案計畫/方案執行成效	
11:40~12:40	評論及意見交流(60分鐘)	
— 成果發表會結束 —		
12:40~13:30	午餐	
13:30~16:00	評核內部會議(不公開)	參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁

註：依健保會 112 年第 2 次委員會議(112.3.22)通過之評核作業方式，重提報重點如下：

- 1.簡報內容請以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請以政策目標、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。
- 2.111 年執行未滿半年及 112 年新增項目之執行現況及未來規劃，請一併提報。

113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

第 6 屆 112 年第 4 次委員會議(112.5.24)通過

壹、總額協商架構(暫列，俟衛生福利部交議總額範圍後定案，再提委員會議報告)

一、總額設定公式

■年度部門別^{註1}醫療給付費用總額＝

[前一年度校正後部門別一般服務醫療給付費用^{註2、註3、註4}×(1+年度醫療服務成本及人口因素成長率+年度協商因素成長率)]+年度專款項目經費+年度門診透析服務費用^{註5}

年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

[年度部門別醫療給付費用－(前一年度核定之部門別醫療給付費用－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}]/(前一年度核定之部門別醫療給付費用－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}

■年度全民健保醫療給付費用總額＝

[前一年度部門別醫療給付費用×(1+年度部門別醫療給付費用成長率)]之合計+年度其他預算^{註1}醫療給付費用

年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

[年度核定之全民健保醫療給付費用總額－(前一年度核定之全民健保醫療給付費用總額－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}]/(前一年度核定之全民健保醫療給付費用總額－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}

註：1.部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2.因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 113 年總額基期須校正 111 年度總額投保人口成長率差值)。

3.依本會 111 年第 6 次委員會議(111.6.24)修正之「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，112 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 113 年度總額協商之基期費用。

4.依衛福部報奉行政院核定之 113 年度總額之基期淨值，係以 112 年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「111 年未導入預算扣減」部分。

5.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

二、醫療服務成本及人口因素

(一)按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成

本指數改變率」及「投保人口預估成長率」合併計算成長率。

(二)成長率計算公式

$[(1+\text{投保人口結構改變對醫療費用之影響率}+\text{醫療服務成本指數改變率})\times(1+\text{投保人口預估成長率})]-1$

(三)各項因子之計算公式與方法如附件，將依行政院核定之醫療服務成本及人口因素內涵辦理。

三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新科技醫療及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

反映其他醫療服務利用及密集度改變，對醫療費用之影響(排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分)。

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式

先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

(三)計算公式

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用=前一年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用 $\times(1+\text{成長率})$

年度門診透析服務費用＝年度醫院門診透析服務費用＋年度西醫基層門診透析服務費用

貳、總額協商原則

一、依據行政院核定之年度醫療給付費用總額範圍及政策目標進行協議擬訂，使健保政策延續並連結醫療給付費用總額。

二、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

總額協商之前提，應考量全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨；且所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，對有限健保資源，應予合理配置。

三、基期

以穩定為原則。若確需變動，應於前一年 6 月前提經議定；6 月以後所議定調整事項，適用於下年度總額。

四、醫療服務成本及人口因素

各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式。

五、協商因素

(一)給付項目之調整

健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案，請參考本會第 2 屆 104 年第 2 次(104.3.27)委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」辦理。本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目給予合理配置，不涉及個別給付項目之決定。

(二)各部門之「品質保證保留款」

1. 列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。

2. 考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款合併運用，並須提經本會通過。

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款

1. 列為協商減項，扣減 111 年度違反特管辦法第 37、39、40 條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體

發揮同儕制約精神而主動舉發之案件，且不納入 114 年度總額協商之基期費用。

2. 本項扣款數值，以協商時中央健康保險署提供者為準。

(四) 一般服務之協商因素項目：

1. 應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用。新增項目需提出執行目標及預期效益之評估指標(新增項目)，延續性項目需提出過去執行成果效益或檢討改善規劃(延續性項目)，並須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料。

2. 並於年度實施前提出具體實施方案，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則得核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(五) 需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

六、專款項目

(一) 回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。

(二) 新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。

~~(三) 有特殊性、鼓勵性、目標性之新增計畫，宜列為專款項目，俟其執行具相當成效後，再移至一般服務項目。~~

(三) 新增計畫應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用、執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料，並提出預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)，以利檢討退場或納入一般服務。若為續辦性專款項目則須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標。

(四) 其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

(五) 112 年度專款項目，若因為疫情或委員會作業耽誤，導致執行

率未達 50%，113 年度專款項目可照列 112 年度之預算及協定事項。

七、其他原則

- (一) 新增協商項目或計畫，宜先列為專款項目，俟執行穩定且具成效後，未來年度再考量移至一般服務項目。
- (二) 年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (三) 醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：
 1. 衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」之復議案程序辦理。
 2. 衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。
- (四) 年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值。
- (五) 醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (六) 對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (七) 各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。

附件一醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法

一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以 110 年醫療費用點數為基礎，計算 111 年納保人口年齡性別結構相對於 110 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，並以 1 歲為一組做調整(人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均)。

二、醫療服務成本指數改變率

(一)成本項目之權數

採行政院主計總處 105 年「工業及服務業普查」所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。

(二)成本項目之指數

採行政院主計總處 112 年 4 月發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」資料。各總額部門指標類別如下：

成本項目	指標類別	
人事費用	1/2「醫療保健服務業」薪資及 1/2「工業及服務業」薪資	
藥品費用	醫院	躉售物價指數—西醫藥品類
醫療材料費用		躉售物價指數—醫療儀器及用品類
藥品、藥材及耗材成本	西醫基層	躉售物價指數—西醫藥品類 躉售物價指數—醫療儀器及用品類
	牙醫	健保牙醫門診藥費權重及躉售物價指數—西醫藥品類 躉售物價指數—醫療儀器及用品類
	中醫	躉售物價指數—藥品類之中藥濃縮製劑 躉售物價指數—醫療儀器及用品類
基本營業費用	躉售物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	
其他營業費用	消費者物價指數—總指數	

註：1.醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」、「電子醫療用儀器及設備」、「放射照相或放射治療器具」、「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」及「其他醫療器材」。

2.«躉售物價指數—西醫藥品類»指數，其內涵排除「動物用藥」、「中藥製劑」、「中藥材」項目，不納入計算，由行政院主計總處另行提供。

(三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

1.113 年度總額醫療服務成本指數改變率以 4 年(113~110 年)平均值計算。

2.單年度之醫療服務成本指數改變率數值計算方式：以 113 年度為例，係依前述各指標項目，以 105 年指數為基值(訂為 100)，計算 111 年相對 110 年各指數年增率。總醫療服務成本指數改變率，係將各部門之服務成本指數改變率，按其 111 年醫療給付費用占率加權計算而得。

三、投保人口預估成長率

以最近一年可取得之實際投保人口成長率計算，即以 111 年對 110 年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第 6 屆 112 年第 4 次委員會議(112.5.24)通過

一、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<p>一、協商前置作業</p> <p>(一)討論 113 年度總額協商架構及原則與協商程序。</p> <p>(二)辦理各總額部門執行成果評核： 檢討、評估各總額部門 111 年度協定事項執行情形。</p> <p>(三)113 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向。 2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。 3.提供協商參考資料「<u>112 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽</u>」。 4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算協商草案。 <ol style="list-style-type: none"> (1)協商草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (2)各總額部門與健保署擬訂協商草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。 5.由本會將各總額部門提出之協商草案，送請衛福部業管單位評估是否與其政策規劃方向及施政目標相符，提供意見供協商參考。 <p>(四)安排總額協商會前會及座談會。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.召開 113 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會： <ol style="list-style-type: none"> (1)請各總額部門及健保署報告所提出之「<u>113 年度總額協商因素項目及計畫草案</u>」，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之<u>具體說明</u>如下： <ol style="list-style-type: none"> ①問題分析及需求評估。 ②醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。 ③新增項目之執行目標及預期效益之評估指標(以具體、可量化之結果面為導向，若能提出分年目標值尤佳)。延續性項目則須持續檢討。 ④新增專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)。 	<p>第 4 次委員會議(112 年 5 月 24 日)</p> <p>112 年 7 月 17、18 日</p> <p>112 年第 6 次或第 7 次委員會議(112 年 7 月 26 日或 8 月 16 日)</p> <p>112 年第 7 次委員會議(112 年 8 月 16 日)</p> <p>112 年 8 月</p> <p>112 年 8 月</p> <p>112 年 8 月 16 日下午 (112 年第 7 次委員會議結束後)</p>

工作項目及內容	預訂時程
<p>(2)請幕僚彙整評核委員之建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。</p> <p>2.召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。</p> <p>3.各總額部門及健保署<u>提送</u>之「<u>113年度總額協商因素項目及計畫草案</u>」，應提報內容及格式如附表： (1)新增項目之「<u>執行目標</u>」及「<u>預期效益之評估指標</u>」，請以<u>具體、可量化之結果面</u>為導向，呈現資源投入之具體效益。<u>延續性項目則須持續檢討</u>。 (2)請如期提送協商草案資料，送會後不宜臨時提出新增項目或更動內容。</p> <p>4.<u>113年度總額協商因素項目及計畫草案溝通會議</u>。</p>	<p>112年8~9月</p> <p>112年8月23日上午</p> <p>112年8月25日前</p> <p>視協商資料及討論需求評估是否辦理</p>
<p>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</p> <p>(一)各部門委員代表自行抽籤決定各部門之協商順序，並據以排定總額協商會議議程。</p> <p>(二)協商各部門總額成長率及分配方式。</p> <p>1.召開總額協商共識會議。</p> <p>(1)協商四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請部門當日依據協商結論，於協定事項調整新增或<u>延續性項目</u>之「<u>執行目標</u>」及「<u>預期效益之評估指標</u>」。</p> <p>2.協商結論提9月份委員會議討論、確認。</p> <p>(1)確認四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請委員就協商結果，提供各總額部門所提新增或<u>延續性項目</u>之「<u>執行目標</u>」及「<u>預期效益之評估指標</u>」之修正建議，會後由健保署會同各總額部門共同討論研修。</p> <p>3.«<u>執行目標</u>»及«<u>預期效益之評估指標</u>»之確認：</p> <p>(1)達成共識部門：健保署將研修後之「<u>執行目標</u>」及「<u>預期效益之評估指標</u>」，提報10月份委員會議確認。</p> <p>(2)未達共識部門：請衛福部就政策要求，逕予核定。</p> <p>(三)協商各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p> <p>1.請各總額部門於9月份總額協商完成後，2週內提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提10月份委員會議討論。</p> <p>2.若部門未達成協商共識或未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提11月份委員會議討論，並完成協定。</p> <p>(四)年度整體總額協定成長率及其分配之確認及報請衛福部核定及公告。</p>	<p>112年第6次委員會議(112年7月26日)抽籤^註，於第7次委員會議(112年8月16日)提報排定議程</p> <p>112年9月20日全天；若有未盡事宜，於9月21日上午9時30分繼續處理</p> <p>112年第8次委員會議(112年9月22日上午9時30分開始)</p> <p>112年第9次委員會議(112年10月18日)</p> <p>112年11~12月</p> <p>112年10月2日前(適逢國慶連續假期，請各總額部門及早準備)</p> <p>112年第10次委員會議(112年11月15日)</p> <p>112年11~12月</p>

工作項目及內容	預訂時程
三、協定事項之執行規劃與辦理 (一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。 (二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。	112年10月~113年12月

註：若各總額部門無法派員抽籤，則由本會執行秘書於會上代為抽籤。

二、協商共識會議

(一)會議時間：

- 1.預備會議：112年9月20日(星期三)上午9時至9時30分。
供付費方、醫界方視需要召開內部會議(請事前通知本會同仁協助安排會議場地)。
- 2.協商共識會議：112年9月20日(星期三)上午9時30分起，全天。
- 3.若有協商未盡事宜，則於112年9月21日(星期四)上午9時30分至12時30分討論。

(二)與會人員：

- 1.付費方：付費者代表委員。
- 2.醫界方：
 - (1)保險醫事服務提供者代表委員。
 - (2)牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門協商時，由該總額部門代表委員主談，各部門並可推派9名代表協助會談，推派之協商代表需經充分授權。
 - (3)護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之會談。
 - (4)門診透析服務：由西醫基層及醫院部門代表委員主談，並邀請台灣腎臟醫學會推派1名代表列席說明。
- 3.專家學者及公正人士、國家發展委員會及主管機關代表委員。
- 4.社保司與健保署相關人員及本會幕僚。

(三)進行方式：

- 1.分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門總額、門診透析服務費用及健保署管控之「其他預算」。
- 2.各部門之協商順序，於7月份委員會議抽籤確定後，不可臨時

要求變更。

3.各協商場次預計分配所需時間如下表：

各協商場次	第一階段 ^{註1} 提問與意見交換	第二階段 視雙方需要自行召開內部會議		第三階段 部門之預算協商	合計 (最長時間含各自召開內部會議時間)
		付費方	醫界方		
醫院	30 分鐘	30 分鐘	30 分鐘	60 分鐘	90~150 分鐘
門診透析 ^{註2}	10 分鐘	10 分鐘	10 分鐘	20 分鐘	30~50 分鐘
西醫基層	25 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	50 分鐘	75~115 分鐘
牙醫	20 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘	60~100 分鐘
中醫	20 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘	60~100 分鐘
其他預算	20 分鐘	20 分鐘		35 分鐘	55~75 分鐘

註：1.各部門之協商草案已於會前會報告，若本時段仍須說明，請簡要說明並以 5 分鐘為限。

2.門診透析之協商場次，援例安排於醫院或西醫基層抽籤序優先之場次後進行，不另行抽籤。

4.相關原則：

所有委員均可入場，惟非該協商場次之總額部門委員，可以提問與發表意見，但不參與預算協商。協商場次安排分為三個階段，與會人員之參與方式如下：

協商階段		場次	四部門總額及門診透析服務 費用協商	其他預算協商
第一階段	提問與意見 交換		總額部門委員及協商代表： 說明協商草案與回應提問	健保署： 說明協商草案與回應提問
			所有委員：均參與提問與意見交換 (若協商草案中，有部分項目涉及其他總額部門者，相關之醫界委員得表達其看法；另必要時，得請健保署人員提供說明)	
第二階段	視雙方需要 自行召開內 部會議		付費方或醫界方： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚與健保署人員協助試算或說明)	付費方或健保署： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚協助試算)
第三階段	部門之預算 協商		由「付費方」與「醫界方」雙方進行預算協商 (得請健保署人員提供說明)	由「付費方」與「健保署」雙方進行預算協商
			若雙方初步協商無法達成共識時： 由專家學者、公正人士、政府機關代表委員，在不涉及特定金額下提供專業見解及中立意見，供雙方參考，再決定是否召開內部會議或繼續協商	

5.若總額部門與付費者代表委員順利完成協商，達成共識，則於其預算協商時段當場試算，作成共識方案。倘未能達成共

識時，其處理方式如下：

(1) 付費者代表委員間無法達成共識時：

由付費者代表委員召集內部會議協調之，若無法以共識決形成一案時，得以多數決定付費者方案。

(2) 總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表委員召集內部會議協調醫界方案。

(3) 總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表委員、保險醫事服務提供者代表委員各自提出一個建議方案。

6. 各協商場次之協商結果，於主席宣布協商結論後即定案，禁止任一方提出變更或推翻前開結論。惟經雙方代表同意，得再重新協議，並酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。
7. 各部門總額年度預算之協商終止點，訂為 9 月份委員會議之前，經委員會議確認後定案，不得變更。
8. 為利瞭解年度總額之協商過程，與會人員之發言內容，將以實錄方式上網公開。

三、委員會議

(一) 時間：112 年 9 月 22 日(星期五)上午 9 時 30 分。

(二) 確認協商結論(共識方案或雙方建議方案，含成長率、金額、協定事項)，協定事項之文字在不違反原協商意旨前提下，可酌予調整修正。

(三) 依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，未能達成共識方案時，應將委員會議確認之付費者代表委員、保險醫事服務提供者代表委員建議方案，報請主管機關決定。至於個別委員對建議方案有不同意見時，得於建議方案確認後，提出不同意見書，由健保會併送主管機關。

附表、各部門總額協商草案(協商大表)應提供之內容及格式

項目類別	○○部門草案	健保署草案	健保會補充說明
新增項目	<p>協商方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.問題分析及需求評估 2.醫療服務內容及說明 3.費用估算基礎及淨增加之費用 4.執行目標及預期效益之評估指標(以<u>具體、可量化之結果</u>面呈現資源投入之具體效益) 5.專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果) 6.請檢附上開 1~4 項之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參 	<p>對醫界方案提出保險人之評析及建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.評析醫界方案之問題分析、需求評估及醫療服務內容之合理性與必要性，並提出保險人意見 2.試算醫療費用、淨增加費用，並提出合理之預算建議 3.對執行目標及預期效益之評估指標提供建議 4.對專款項目之預估試辦檢討期限提供建議 <p>若新增協商項目或計畫屬政策交辦項目，且未納入各總額部門協商草案：</p> <p>請健保署提供完整之協商方案(比照部門草案內容)</p>	<p>彙整相關資料供參考：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> 是否為政策交付項目：是者，摘錄政策內容 2. <input type="checkbox"/> 資料是否完整：否者，提出需補充內容 3. 提供評核委員及會前會專家學者意見 4. 彙整相關統計數據與總額協商相關規範 5. 提供協定事項執行情形與研析，不作任何預算額度及經費增刪的建議。另提供協定事項建議文字
延續性項目	<ol style="list-style-type: none"> 1.醫療服務內容及說明(含問題分析及需求評估) 2.費用估算基礎及淨增加之費用 3.過去執行成果效益(以結果面呈現資源投入之具體效益)，或檢討改善之相關規劃 4.延續性項目則須持續檢討「執行目標」及「<u>預期效益之評估指標</u>」 5.請檢附上開內容之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參 		

第6屆112年第4次委員會議
與會人員發言實錄

壹、「主席致詞」、「議程確認」、「確認上次(第 3 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉：報告主席、各位委員，大家早安！現在會議時間已經到了，委員人數也到達法定出席人數一半以上，可以開會了，委員會議就開始，首先請主席致詞。

盧主任委員瑞芬：各位早，今天議題說多不多、說少不少，但是我想過去這 1 週，有蠻多健保會的新聞，可能委員有很多意見要發表，但是就提醒各位，委員發言請以 3 分鐘為限，幕僚同仁一定會按鈴提示，請各位儘量遵守，以上，謝謝，不浪費各位時間。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主席、各位委員，早安。依據全民健康保險會組成及議事辦法第 8 條、本會會議規範第 6 條規定，健保署署長是本會法定列席人員，因為健保署於 5 月 18 日函知，石署長崇良到瑞士日內瓦參加第 76 屆世界衛生大會，所以不克列席，這次會議請假，相關來函影本放在委員桌上請參閱(如本議事錄第 101 頁)。

本次議程安排除了討論事項第三案是委員提案之外，其他都是按照本年度工作計畫排定，優先報告事項是：健保署 112 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告，這次要做口頭報告；另外依照第 5 屆 111 年第 1 次委員會議決議，針對抑制資源不當耗用的執行結果與檢討改善，要在每年第 1 季季執行報告時提出前 1 年完整成果併同做報告，這 1 次也會包含這部分。

討論事項 3 案，第一案、第二案都跟今年度總額協商有關，本會要訂定架構、原則與程序，第三案是陳節如委員提案，有關於極偏遠地區醫療巡迴相關事宜。

報告事項 2 案，第一案是推動分級醫療成效檢討，第二案是鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質的計畫案，都是過去總額協商時委員所關心的事項，以上是今天議程的安排。

盧主任委員瑞芬：請問委員對於議程安排有沒有意見？請李委員永振。

李委員永振：主席、各位委員，大家早。對於本次會議議程安排沒有意見，但對於以後會議資料未於本會議事規定時間提出的討論案或報告案要怎麼處理，請大家審視一下，謝謝。

盧主任委員瑞芬：對，這個部分還是請相關單位儘量配合，在一定時間內提供，總不能記點警告，我想同仁真的工作業務量蠻大的，本會幕僚一直都有認真跟催，相關單位就請全力配合，謝謝。議程確認。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

盧主任委員瑞芬：這個部分沒有問題，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：主席、各位委員，項次一的部分，先請委員看到黃色補充資料第 1 頁，本會依照上次委員會議決議(定)事項辦理情形如下：

(一)有關優先報告事項的辦理，本會在 5 月 5 日已經把 113 年度全民健保總額範圍本會的決定與各位委員所提的諮詢意見，送給衛福部參考，在會議資料第 79 頁附錄一。補充資料也提到在 5 月 17 日衛福部的函復說明，衛福部也會將委員的意見跟實錄資料報請行政院參考，請委員參閱。

(二)請翻回會議資料第 12 頁，今年 5 月 8 日已經把上次會議的報告事項，有關 111 年度健保基金決算、113 年度健保基金預算備查案不予備查的決定，以及委員所提意見，都函送給權責機關健保署參考。另外主席也有指示，針對政府應負擔健保總經費法定下限 36% 的法定依據及 2 種爭點的計算方式，分別請社保司與李永振委員提供說明資料，在附錄三、四，也請委員參閱。

(三)決議定事項列管追蹤內容有 3 項，依照辦理情形建議解除追蹤 1 項，繼續追蹤 2 項，最終會依照委員會議決定辦理。我們看到第 17 頁附表，解除追蹤部分係針對健保署 3 月份業務執行報告，委員書面意見有做回復，在第 20 頁到第 21 頁，這部分建議解除追蹤。另外個別委員關切的事項，也包含書面意見，委員個別關心事項真的蠻多的，有 21 個問題，相關單位回復在附錄五，在會議資料第 112 到 131 頁，請關切委員看一下健保署的回應是否符合您的需求。

項次二，是本會訂於 7 月 17、18 日在本部大禮堂召開各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議，議程在第 22 到 23 頁附件二，請委員預留時間，本會後續會發函邀請委員報名參加。

項次三，是健保署依照委員要求，在 4 月 28 日提出 111 年度委託台灣醫院協會辦理的地區預算分配方式評估委託計畫的報告電子

檔，本會有整理報告結論摘要在附錄七，第 134 到 136 頁，請委員參閱。

項次四，是牙醫師公會全聯會在 4 月 27、28 日 2 天的參訪活動報告，有 15 位委員參加。項次五，也是醫師公會全聯會在 5 月 2、3 日辦理的訪查活動報告，也有 15 位委員參加，訪查報告分別整理在附錄八跟附錄九，請委員參閱。

項次六，為了落實健保法第 5 條規定，本會對於保險有關重要事項，得辦理公民參與活動以蒐集民意，所以本會今年為了要練兵，要瞭解怎麼做公民參與，在 6 月到 8 月間有預擬 1 個「新藥是否採行差額負擔」的議題，將分別在北、中、南、東辦理公民參與活動，主要是要熟悉公民參與的運作方式，會拜託付費者委員代表所屬會員團體派員參加，到時候再請委員協助推派事宜，這部分也是委託給台北護理健康大學張博雅教授的研究團隊辦理。

在此也要特別拜託大家，因為有收到立法委員關切，詢問這次公民參與活動議題是否已經真的形成，我還是要跟大家報告，本會只是預擬重要議題，只是要知道未來做公民參與活動時怎麼運作，所以各位委員不要太過慮，以至於請立法委員關心這個問題，因為已經有說會議資料是保密的，相信這應該是有委員開始關切，但這活動還沒有對外公開，只是預擬要做這樣的事情，在此跟大家說明，請不要誤會，只是要了解如何做公民參與活動。

項次七，是下次委員會議依照年度工作計畫安排專案報告的主題，希望委員最晚於 5 月 29 日前向本會提出需請健保署回應或說明的問題，包括：罕病、血友病、特材執行結果，及結算邏輯改變前後的影響，還有其他預算相關事項辦理情形有 3 項，請委員參閱。我在這邊也拜託各位委員，如同剛剛李永振委員的意見，本會現在已經跟健保署說了，下次專案報告有這些議題，也請委員可以事先安排準備，這樣資料才來得及彙整，不然又會現場補充資料 1 大本，資料太晚提送也來不及看，在這回應李永振委員的意見。

項次八，關於上次委員會議選擇藥費管控策略與檢討作為委員關切重要議題的會訊報導主題，請委員參閱。

項次九，是衛福部跟健保署在本年 4 月到 5 月發布副知本會的相關資訊，已經在 5 月 11 日寄到各委員電子信箱。看到黃色補充資料有提到 1 個補充，補充的部分是衛福部在 5 月 17 日依照行政程序法，預告修正「全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」草案，委員對預告公告內容如果有意見或修正建議，可以在 30 日內陳述意見或洽詢衛福部，日期到 6 月 16 日截止。我剛才看了健保署的資料，在健保署業務執行季報告時會特別說明部分負擔，幕僚也有整理修正前後比較表，相信等一下蔡副署長報告會更清楚。其餘部分請委員參閱，以上。

盧主任委員瑞芬：請問委員對於本會重要業務有沒有意見？請林綉珠委員。

林委員綉珠：主席、各位委員，大家早安。護理公會全聯會要針對在會議資料第 17 頁，剛剛要解除列管的部分做說明，因為這案是韓幸紋委員會後的書面意見，內容提到西醫基層總額因為因應基層護理人力需求，反映護理人員薪資，建議解除追蹤的案件，事實上健保署在 3 月 8 日有函文給護理公會全聯會，提到西醫基層因應基層護理人力需求提高 1~30 人次的診察費的執行目標、評估指標，要我們提供意見。

我記得上次委員會議，我有特別提到應該要有一些指標出來，健保署有行文給我們，我們也提供意見。健保署的建議是聘有護理人員診所，調升護理人員薪資的診所家數要達 60%；另外醫師公會全聯會建議提到要調升護理人員薪資，建議以至少 1 位護理人員計算。

護理公會全聯會查了資料，全部西醫基層有做執業登記的護理人員共 27,365 位、分布在 9,015 家診所，診所大小規模不一，有的診所只請 1 位護理人員，也有診所最多請到 84 位，若只提升 1 人，另外 83 人就可以不用被提升。護理公會全聯會當初的建議是根據

健保署給的資料，是以調升護理師或護士的薪資達健保投保金額至少 1 個級距的總人數，希望達到 80% 以上，可是醫師全聯會建議至少 1 位。我們覺得至少 1 位對於現況只有 1 人的診所來講，當然就是提升了；可是如果是請到 84 人的診所，只提升其中 1 人的話，我們覺得這部分不符合比例。建議至少要達到 80% 的護理師或護士有所提升，以上請各位委員支持。本案請繼續列管。

盧主任委員瑞芬：這個部分就繼續列管，先請其他委員發言，請黃代理委員啓嘉。

黃代理委員啓嘉(周委員慶明代理人)：針對上次議程優先報告事項中，有關 MCPI^(註)指數採 4 年平均，也講到 3 月 17 日有找付費者代表跟醫事服務提供者代表一起開會，當天公版的決議是：「有關總額範圍擬訂低推估公式之醫療服務成本指數(MCPI)一節，請綜整與會者之建議，於 113 年總額範圍擬訂作業通盤分析與評估。」，沒有作任何決議，沒有說要採 4 年平均，只說綜整與會者建議進行分析與評估，表示當天與會者大多數對詳情並不了解，希望提供更多背景資料再做決定，但到本會報告時已經改變了。

事實上醫事服務提供者，是不接受最後的結果，我想後面醫事服務提供者跟我意見不會差別太大，我必須要還原 3 月 17 日當天的會議紀錄是這樣子。

如果採用 MCPI 能夠更穩定是正確的事情，應該在民國 89 年總額基期開辦就預告未來要這麼做，因為總額制度在基期年開始之後，是用一個穩定計算成長的公式慢慢堆疊出來。堆疊 20 幾年突然改變不是不行，但要有 1 個步驟叫做基期重置，就是從幾年開始，要先講好若明年開始，今年的基期當基期，也就是 112 年當基期，看醫療服務點數多少。

疫情期間跟平常不一樣，要以正常年份來算，基期重置以後，明年開始用 4 年平均，我沒有意見。但如果沒有做基期重置，直接用過去累滾的基期，用新的公式去計算，這個在處理上是有問題的。

我的比喻並不恰當，這樣講就像是公務人員年改，怎麼可以溯及既往？說錢不夠可以往後改，可是不能往前改，基期是過去堆疊出來的，不能把過去槓掉，用新的公式用過去的基期做，不漲保費不是政績，提供合理醫療資源才是政績，這是醫事服務提供者的意見。

註：MCPI(Medical Care Consumer Price Index，醫療服務成本指數改變率)。

盧主任委員瑞芬：接下來請陳相國委員。

陳委員相國：主席、各位委員，大家好。上次4月26日委員會議衛福部商東福司長有報告113年的低推估跟高推估，其中明顯改變低推估的計算公式，本來是說前1年的MCPI當作基準來計算，今年改成4年平均，MCPI指數就很明顯的從2.9%降成1.1%，外界算法是1年總額大概是8,300億元，少1.8%就是少150億元，媒體看到就說衛福部今年少給我們150億元。

這個新聞就是被媒體發現之後廣泛在各媒體炒作，不論是聯合報、中國時報或是各方面媒體都有大幅報導，造成醫界很大的反彈，不論是從北到南、從大到小各群組都對這件事情非常反彈。

感謝衛福部都有良好回應，像是商司長就說醫界有誤解，而且這個決議是經過大家共同開會溝通而決議的。事實上還原4月26日當天情形，這議案並沒有通過討論，是商東福司長直接報告，在場很多醫事服務提供者及健保會委員都有提供意見，商司長都不接受，然後這報告就這樣定案，還請大家共體時艱。醫界反彈不是沒有道理或是無的放矢，我們是有理論、科學與根據的。

現在衛福部官方有3位長官對外發言，商司長說醫界誤解了，政府絕對不會給少於150億元；周志浩次長說成長率一定不低於4%，大家不用擔心，不但會補150億元，還會多60億元；王必勝次長說大家不必擔心，成長率至少4%以上。可是如果照他們3位長官的講法，那是否低推估、高推估的公式要重新計算，因為如果按照王必勝次長說法，成長率不低於4%，那現在的計算公式就失效。

我們強烈建議公式要重新評估計算，因為低推估 2.9%並不是最高的，像以前在 109 年低推估有到 3.708%，所以醫界希望公式重新核定、重新計算，理出一個比較合理的低推估、高推估的公式，也符合醫界的需求及照顧全民健康。

盧主任委員瑞芬：請朱益宏委員。

朱委員益宏：主席，我代表醫院團體，我也要對社保司提出嚴正的抗議，因為社保司司長要退休了，他今天沒有來，但我還是要講。商司長那時候在媒體上表示說，本會在 4 月份開會的時候，大家對於低推估用 1.1%及 MCPI 用 4 年平均沒有意見，大家有共識，這個我要強烈的抗議。

在今天會議資料第 6 頁，就有摘要付費者、醫事服務提供者、專家學者及公正人士的意見，醫事服務提供者的意見其實寫得很清楚，對這部分就是沒有共識嘛！我不知道為什麼社保司用這樣的講法去對媒體公開放話，說健保會有背書同意低推估 1.1%，所以我要提出嚴正抗議，健保會也不應該作為背書的工具。我想等一下主席也應該要澄清一下，對於社保司低推估 1.1%，我們沒有大家都一致同意用這種方式，我覺得等一下主席也要就我們健保會的立場去做嚴正聲明，這是第 1 點我要表達抗議。

第 2 點，在補充資料第 3 頁有檢附衛福部回函，這邊講到衛福部函復本會，就是我們上次開完會以後，衛福部回復我們委員的意見，衛福部回函裡面講得更離譜，說低推估公式從去年 3 月社保司就有找大家開會。去年 3 月確實有找大家開會，但去年開會討論議題是要把低推估放到協商因素裡面去，那個會議我有參加，當初開會的主題就是要把低推估要放到協商因素，結果在醫界引起很大的反彈，後來就沒有執行。然後在 11 月開了專家會議，專家是少數幾個委員，事實上醫界也沒收到徵詢，開會之前書面意見也都沒有表達。至於今年 3 月，剛剛我們代表也講了，事實上那個會議的結論就是沒有結論，就是蒐集及徵詢大家意見，結果這邊寫今年 3 月討論大部分委員都同意。我覺得這樣子的會議紀錄，會讓長官接收

到不實的訊息，我覺得社保司不可以這個樣子，我覺得這件事情不應該這樣子，我做為醫事服務提供者，我要對社保司、衛福部提出嚴正的抗議。

第 3 點，就是剛才講到的會議資料第 12 頁說明三，就是醫院協會有承接健保署的研究計畫，是對於醫院總額地區預算分配方式的一個研究計畫，這邊有做摘要，我不知道這個案子到底在健保署這邊評估可不可行，不然做了計畫，健保署也沒有回復到底可不可行。如果可行，是不是能夠請健保署做個試算，能不能形成一些大的公式或是具體的方向。因為如果確實是可行，只是有一些小的內容，包括指標定義或選項定義要去做修正，是不是能夠請健保署再跟醫院協會或醫院團體代表再來作一些協商。

如果確實可行，也建議新的社保司司長，她今天沒有來，能不能考量在今年醫院總額研議時，地區預算就用新的公式來逐步實施。不然做完研究計畫，醫院協會花了很多時間來凝聚 6 個區的共識，然後就放到一邊，希望健保署針對這一項，看看有沒有可能繼續往下推，希望健保署能做一個回覆。

盧主任委員瑞芬：接下來請李永振委員。

李委員永振：謝謝主席，我今天要提的是有關於政府負擔 36% 法定下限的問題，資料裡面已經提到很多了，但這個已經爭議 6、7 年了，主席是不是可以允許我多用一點時間，稍微把重點跟補充的部分說明一下。

首先，要感謝社保司首度將行政院針對政府應負擔健保總經費法定下限爭論的 2 次協商結論在委員會議資料揭露，在經過研讀相關資料後，再提出幾點心得跟重點供大家參考。

第 1 點，細讀協商結論或歷次所提說帖，衛福部只一再強調目前的處置方式合乎情理，但是對於遭質疑的法遵爭議，則沒有提出令人信服在法面向的論述。綜觀 2 次協商都是在沒有法令遵循資訊下所獲致的結論，衛福部依照協商結論辦理後續事宜，將再衍生是否依法行政的質疑。就是說你的前提假設是不合法的，那你用這個結

論去做，那也是沒有依法行政。

第 2 點，請參考螢幕上第 1 張投影片(如本議事錄第 102 頁)，目前主要的爭議點是在於「應提列或增列之安全準備」依法該如何計算，目前衛福部的做法有 2 點未依法，沒有清楚交代：

(一)依會議資料第 82 頁註 2 所列公式，就是投影片下半部所列公式導出來，應提列或增列之安全準備=保險收入-保險給付支出，這個定義跟健保法第 76 條第 1 項，請各位看投影片上半部，所規範的安全準備來源不符，當收入大於支出會出現收支結餘，但是這個結餘只是 5 種安全準備來源中的 1 種，也就是投影片上標示紅字的收支結餘部分，只用這個數值代入公式，其他 4 種安全準備來源沒有計入公式，明顯減少政府應負擔保險費的責任，這應該很清楚了，沒有依法。

(二)第二階段協商結論是，有關應提列之安全準備處理方式應採實際值計算，也就是說當收支短絀時可以用負值代入公式，這個解釋更明顯違反上述安全準備來源第 1 款只有當年度有收支結餘的法令規範，那麼這沒有依法，其理甚明，不用再爭了。衛福部依不合邏輯的假設，才導出收入面與支出面所算的結果是相同的，但在不合情理的前提下所獲致的結果，如何認定有法令遵循。

第 3 點，請看螢幕上第 2 張投影片，我就把前面拉拉雜雜講了這麼多列出來大家比較一下，我是根據本會 3 月 22 日第 2 次委員會議健保署所提供的資料來整理，分成 3 個部分，第 1 個部分就是政府應負擔不足數怎麼算的公式，我就不再唸了。

第 2 個部分是 110 年度(短絀時)怎麼算，健保署依照第 1 個公式算出來的結果不足數是 745 億元，那麼依我剛才說明的依法正解算出來是 862 億元，這 2 個數字相差多少？117 億元，也就是政府少負擔了 117 億元。所以各位可以看一下，健保署依那個結論，應提列安全準備是代入-155 億元，雖然那 1 年沒有結餘，但是安全準備的來源還有 4 項，4 項合計為 171 億元，這一來一往就差了 155 億元加 171 億元，就是 326 億元，它的 36%，就是我剛剛提出來的差異 117

億元。

第 3 個部分，111 年度(有結餘)的算法，健保署也是依照那個公式算出來政府應該再補 886 億元，但是依照正解來算是應該補 947 億元，結餘還是差了 61 億元。所以單單這 2 年看起來就差了 117 億元加 61 億元，共 178 億元，所以我常常講累積 7 年為什麼會達到 973 億元，他的緣由就是這樣來的，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝李永振委員，接下來請吳榮達委員。

吳委員榮達：主席您好，各位委員大家早。我要看的是會議資料第 121 頁，健保署回復我的意見，這個意見我覺得會陷醫師於不義，這是要非常非常小心的事。因為就我詢問的問題，健保署回復有關代謝症候群的防治計畫，目前沒有其他醫事人員參與，只有醫師來執行個案的追蹤管理。但事實上應該不是由醫師親自從頭到尾處理或追蹤有關代謝症候群防治計畫個案，這是不太可能的事，一定有其他個管師或護理人員來做追蹤管理，所以這樣的回復反而會使醫師陷於不義，是不是應該讓定義上更明確一點，是醫師親自執行，及醫師指導有關個管人員或有關醫事人員執行，這應該要有一個清楚的定義，健保署可能要做明確的說明。

盧主任委員瑞芬：接下來請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：謝謝，針對 150 億元的事情，我想社保司確實是應該要說清楚。但是我要對於王必勝次長在自由時報報導上披露的內容，如果沒有錯的話，我要對次長表達抗議，也就是今年的總額協商都還沒開始，儘管衛福部有最後的核定權，為什麼您可以在媒體上提出要保證總額成長率在 4% 以上，雖然他講的是積極爭取，我覺得這個會給我們總額協商很大的壓力，我認為我們的衛福部次長越界了，所以我在這個地方要提出抗議，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請韓幸紋委員。

韓委員幸紋：大家早安，我是就健保署對我上次提出書面意見的回復再提出詢問，我的書面意見裡有詢問到未來健保署的開源方案，我想要了解目前的相關進度，健保署回應是已經成立健保法修法小

組，但是在回復內容中其實並沒有非常清楚提出開源方案到底要往哪一個部分來思考。

我自己做了一些估算，我看了一下總額的歷年成長率，其實原則上都有在 3% 以上，只有在 2011 年的時候比較低，是 2.855%。那 1 年我查了一下，是因為 MCPI 剛好是負成長的情況，除了那 1 年之外，原則上目前總額歷年成長率都在 3% 以上，所以我做了一點簡單推估，也呼應剛才劉委員提到的，因為衛福部現在好像有一點在為成長率作保證的感覺。我設算了很多組數據，我提供其中 2 組數據給大家參考，1 組是從今年要協商的總額成長率開始，如果往後都維持在 3.75% 的水平，到 2026 年剛好平衡費率會破 6%，我這邊的假設前提是安全準備累計餘額只有 1 個月，我都是壓邊線來算的，所以這個費率估算應該滿保守的；另 1 組數字是如果總額成長率維持在 4%，到 2026 年費率是 6.07%，會突破 6%。

我這邊要提的是修法的急迫性，明年 2024 年新任的總統才會上台，所以比較明確的修法方向，我相信不太可能在這個時候做出來，一定是等新任總統上台之後。問題是以過去經驗，比如說補充保費，應該是在 100 年就修法完成，但正式上路是到 102 年，也就是其實會有 1 年的修法期、討論期，還有 1 年是宣傳期。所以，事實上比較保守預估，健保至少要努力撐到 2026 年，不要讓費率破 6%，因為一旦破 6% 要回頭砍總額，雖然從未啟動這 1 條條文，但目前健保法裡面是這麼規定的。

因為目前我從健保署回復還沒看到相關的開源方向，我覺得更保守的想，可能要撐到 2027 年，但是我剛才講，如果總額成長率這幾年都維持在 4% 水準，是撐不到 2027 年的，在此情況之下，政府必須要像這 2 年另外撥補 340 億元左右，才有可能盡量達到 2027 年不要破 6%，然後大家才有修法、討論及輔導上路的時間。

不過還是有另外 1 組數字要提供給大家參考，因為你要政府出錢，也要看政府有沒有能力出錢，目前其實在勞保部分，政府已經承諾要撥補 1,000 億元，這個數字也給大家參考。

總而言之，提供這些數字，我其實要說的是修法有很大的急迫性，即便要等新任總統選出來，但我覺得這個政府是一個持續性的運作，目前社保司、衛福部應該積極對於開源相關方案做出一點研究，要先做研究，這樣新任總統上台之後，才能很快的有一個方向趕上 2026 年相關的修法。如果說方案只是單純提高費率上限，2027 年平衡費率已經接近 6.5%，所以我的意思是未來平衡費率成長速度很快。

另外呼應林綉珠委員的意見，其實我有幾次在不同的場合中提到，事實上健保署可以積極將護理人員 ID 去串聯所得資料，我覺得推了政策也花了錢，真的要去確認政策效果如何。可是每一次健保署回應大概都是違反個資法、ID 這樣使用不符合原本蒐集目的。可是我提這個建議的原因是因為這個政策效果或後續評估很重要，不然每次都推類似政策，但是都不知道它到底有沒有效果，這樣大家對政策效果也會有質疑，所以我建議請健保署思考這個部分，雖然可能有點疑慮，但是不是有一些方法可以積極突破？

盧主任委員瑞芬：因為陳石池委員是第 1 次發言，我先請陳石池委員發言，待會再請李永振委員第 2 次發言。

陳委員石池：李委員對不起，主席、各位委員，大家早安。上次我提到有關重複用藥管制的成果，去年我有提過同樣的問題，你們說管制以後有成果，但是後來重複藥費還是逐漸上升，結果你們跟我回復說什麼重複用藥有減少，這根本就文不對題嘛，我問說你們的管制方法有問題，結果你們跟我說重複用藥下降多少百分比，但你們上次報告重複藥費明明就是逐年增加嘛，我現在已經忘記了，不曉得哪 1 年它是降到最低，後來逐年再上升上來，去年又上升，今年又上升，結果你回答說重複藥費有比 108 年減少，這個回答文不對題，是不是你們再檢討一下，好不好，謝謝。

盧主任委員瑞芬：我想麻煩委員質詢時，可不可以把會議資料頁數告訴我們，這樣翻起來會比較快一點。

周執行秘書淑婉：是在第 126 頁。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請李永振委員。

李委員永振：主席，李永振第 2 次發言。我要呼應劉淑瓊委員跟韓幸紋委員的發言，劉淑瓊委員的發言是在自由時報 5 月 19 日 A7 版的報導，我這邊有，如果有興趣的人可以拿去參考。王次長他的講法是說，行政院已支持明年成長率達 4% 以上，我看到這個心裡就有 OS，我們上一次的會議，醫界跟付費者就有很多不同的意見，那麼在 5 月 5 日，剛才執秘報告的，諮詢意見資料才送出去，怎麼就知道行政院支持 4% 以上？今年協商要怎麼進行？剛才韓委員所提到的，應該不是只有開源，節流應該也要開始去考量了，不然的話，每一次協商成長率一直增加，今年 4% 還不夠，還要再增加，上一次在健保會 10 週年研討暨共識營的時候，有專家學者提到大概是 116 年費率會超過 6%，剛才韓委員試算又提早了 1 年、115 年費率會突破 6%，這個問題即使修法提高法定費率上限也沒辦法解決，只是把時間延後而已，將來還是要面對，要怎麼樣去澈底解決才是真的可長可遠。

對於剛才醫界的發言，我看到媒體報導就感覺到奇怪，去年 3 月 15 日會議討論的時候，MCPI 的部分指數是負的，所以提出要改善，今年 3 月 17 日提出改善之後，MCPI 改用 4 年平均，你說這不是會議結論，這樣的話，我也不曉得社保司要怎麼去做，你說負的不行，應該要平穩，現在改用 4 年平均去平穩又不行，因為 113 年 MCPI 原數值太高，是 2.952%，所以又提出這樣的爭議，那這樣的議題可能永遠都沒辦法解決，這可能社保司要去想想看怎麼辦，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，因為朱益宏委員是第 2 次發言，請周麗芳委員先發言。

周委員麗芳：主席、各位委員，大家好。剛剛大家發言中也關心到整個健保財務，包括總額成長，我倒是提出是不是有可能請衛福部可以積極爭取，因為行政院目前在疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別條例中已經編列了 3,800 億元的預算額度，雖然目

前也有給健保大概 200 億元左右，但是這 200 億元相對於 3,800 億元的額度，還是相當有限。大家其實都知道全民健保對整個國家的貢獻，尤其在疫情及疫後期間，是國家穩定經濟成長的基石，所以說，200 億元相較於 3,800 億元實在是相對太低了。健保會也可以作為衛福部的後盾，積極來跟行政院爭取更多預算，如果說在既有總額預算不夠支應的情形下，我想從這 3,800 億元的疫後相關條例基金中應該還是有彈性來爭取，謝謝。

盧主任委員瑞芬：現在請朱益宏委員第 2 次發言。

朱委員益宏：謝謝主席，我只有一點建議，因為對於明年的總額範圍，衛福部社保司是諮詢我們健保會委員的意見，最後還是要報行政院，我是不是能夠請求社保司報行政院的時候，把報行政院的內容副知給本會委員，讓我們知道一下。因為以前是沒有啦，所以我是希望這一次，因為這個有很大的爭議，而且已經產生了新聞事件，更何況剛剛幾位委員也有講到，2 位次長都在媒體有講了一些狀況，所以我們想知道你報行政院時到底怎麼處理，是不是能夠讓我們知道。

說真的，因為剛剛也講到衛福部會把委員意見跟實錄全部都報行政院，讓行政院參考，所以我們也希望知道報行政院的時間點及內容，不然我們到時候真的去跟行政院說明的時候，結果牛頭不對馬嘴，因為不知道衛福部到底報給行政院的內容是什麼，我覺得這樣也不好，所以這次是不是破例，請求社保司報行政院時可以函文讓委員都知道一下，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請陳杰委員發言，陳杰委員發言完以後，請劉淑瓊委員第 2 次發言，這個部分就結束，因為本案時間已經超過，等下還要請相關單位回應。

陳委員杰：謝謝，感謝給我發言機會，因為剛剛很多委員大家都非常關心健保財務問題，那也提到一個問題，當初我記得是上個月、還是上上個月，我來參加會議時有提到政府超收稅課收入 3,800 億元^(註)，希望能夠向總統府或行政院反映爭取更多經費來挹注健保基

金，後來好像聽說是爭取到 200 億元，我當初是希望如果沒有分到 500 億元、最起碼也要分到 300 億元，因為該筆款項本身是稅課收入超徵，大家都可以去爭取，這次爭取 200 億元我認為事實上還是不夠。

相對來說，我當初有提到一個問題，因為未來健保基金缺口大概會繼續擴大，也牽涉到所謂收支問題，我們一直在強調錢再多都分不夠，當然我也提到一點，希望能修改健保法第 3 條，將政府補助 36% 至少提高到 40% 就好，這樣能夠把分母做大，將來也能夠解決醫界代表一直認為支付都不夠的問題。但是我還是要求一點，不要去動到付費者，因為付費者事實上大家苦哈哈，目前整個台灣經濟結構並不是非常優，所有健保被保險人沒辦法再負擔沉重的健保費、勞保費，所以我藉此機會，還是做一個建議，要如何懂得所謂的開源與節流，開源的話，盡量找政府要，節流的話，當然也希望醫界代表能夠共體時艱，為了台灣土地的所有國民，希望大家能夠稍微忍耐一下，拜託！拜託！

註：依財政部 112 年 1 月 10 日發布之新聞稿，111 年稅收超徵金額為 4,950 億元。

盧主任委員瑞芬：現在請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：我要請社保司把 MCPI 討論成 4 年平均的大事紀做出來，呼應剛剛李永振委員，事實上這整個討論過程，也是有一些醫事服務提供者團體的提案，我建議把它整個討論過程、做成決議的大事紀逐一列出來，我想這對於決策做參考是有幫助的，謝謝。

盧主任委員瑞芬：今天討論的內容，委員的質詢基本上蠻多是在 MCPI 及政府應負擔 36% 的部分，所以這部分先請社保司回應，接下來一些委員的質詢內容，再請健保署回應。

陳代理委員真慧(商委員東福代理人)：首先謝謝各位委員的指正跟指教，剛剛綜整各位委員的說法，我這裡再提供幾點說明。在討論總額公式檢討的部分，確實大家也都有收到紀錄，所以各位委員說的是我們並沒有做決議，我們會綜整大家討論出來的意見，來做最後陳核的參考。

另外，關於剛剛黃啓嘉代理委員所提的這點，基本上某種程度我個人是認同，但是未來在做計算時，絕對都會當作我們最後的參考，也謝謝淑瓊委員剛剛所提，我們都有整理綜整大事紀，就是過往對於總額公式的歷經，畢竟我們都沒從頭參與到尾，所以這部分我們已經有整理，作為幕僚的責任會如實反映給長官知道。

我要提到最近媒體上的報導，我們在跟長官報告時，確實都說明總額案子是依法提到健保會諮詢，並不做成任何決議，這點身為幕僚單位要向各位說明，至於媒體上的報導我無法置評，確實這都還在研議階段，所以並沒有所謂一定要砍多少費用，目前還沒有報行政院函，剛剛朱委員說到報行政院函希望副知健保會的事情，會後我再了解，就過往印象中是有副知的，我再確認，若過往是有副知健保會的，我們就依這樣的方式處理。

委員關心的部分我們也有向長官提到，長官都非常清楚我們報行政院是基於衛福部的立場報行政院，行政院還要再核定，也就是行政院核定完之後，接下來的步驟是經過健保會協商，所以我們絕對沒有誤導長官說要壓迫健保會的協商空間，我很清楚表達這個過程，長官也都非常清楚。

基本上所謂積極爭取的意思，是指因為我們要報行政院，過程中希望積極爭取行政院可以讓我們不低於 4% 去核報，但是最後行政院仍有權核定，核定完之後，我們會依照核定函送給健保會，健保會就有協商機制，所以這中間我也可以體會大家的憂心與憂慮之處，身為幕僚我們會如實將該呈現的資料呈現給長官做決策，我身為幕僚就說到此，謝謝各位提出的指正。

對於總額公式的一些檢討，相信是未來社保司持續必須要做的，至於未來要朝哪個方向，因為這是不好處理的問題，我們會持續找相關專家學者，甚至是醫事服務提供者一起共同討論這個議題，因為與大家有關，關於 MCPI 與總額這部分我說到此。

另外關於李永振委員所說，也謝謝李委員您的指正與指教，這次社保司提供相關完整的資料，我的同仁也告訴我以前也都有提供，

但是我們這次很綜整的將資料放到會議資料第 81~90 頁中，您提到的部分我明確回應，因為我們法律條文不管是健保法第 3 條或第 76 條、第 78 條部分，其實它書寫的部分並沒有很明確的指出計算法是怎麼計算法，所以這也會衍生我們有兩階段的爭議，跟主計總處有不同看法，這部分我們也深以為知未來在相關法律、法治程序部分，現在本來就有在擬訂修法議題，所以這也納在我們修法考量裡。

未來是不是應該再將條文寫得更明確，這部分我們會依照委員的說法，我仍要強調過往是因為法條上沒有寫的很清楚，但是我們都有依照行政程序向行政院，甚至主計總處予以溝通、協調，最後獲得共識，所以未來會朝這樣的方向去進行，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接著請健保署針對委員質詢做簡單回復。

李副署長丞華：請我們醫管及財務同仁先回應一下。

劉副組長林義：主席、各位委員，有關朱益宏委員所詢，會議資料第 134~136 頁有關醫院總額地區預算分配這部分，先感謝台灣醫院協會願意承辦這個案子，最後得到的結論也具有參考性，主要重點在於是不是有某些特定對象或疾病在各分區的分布與現行 R 值^(註 1)、S 值^(註 2)會有些差異，假如有差異是不是要針對這點做個校正，這點當初算的時候，像是疾病別我們用十大癌症的分配來看，疾病別好像沒有與現行地區預算有極大差異，但進一步考量到特定對象好像有特定差異，特定對象就是山地原住民與機構型精神病人，這部分統計出來的結果與東區現行分配的預算比例蠻有差距。

這部分數據我們已經開始評估，不過因為數據出來之後就是深水區，這要六分區有共識，這部分我們會慢慢再與醫院協會就統計出來的數據進行討論，若有共識，因為地區預算分配屬於健保會權責，我們會再提至健保會，假如可以才報部實施，程序上是這樣。

第 2 個，吳榮達委員提到有關代謝症候群，會議資料第 121 頁這邊提到因為代謝症候群是屬於國健署與健保署兩單位合作部分，上次國健署也有來做報告，它的資料的確是寫到有關對病人用電話、

訪視、定期追蹤、提供衛教指導部分，這邊明白寫的就是醫師，這與健保署其他計畫有所不同，因為我們都寫醫療團隊或醫療人員，國健署希望試辦計畫在剛開始試辦初期要講求品質，所以還是先寫醫師，因為現在個案也少，不過因為這個計畫會滾動式檢討，所以我們再與醫界討論，就實施狀況看有沒有比較困難之處再做修正，以上說明。

註 1：R 值(校正人口風險後保險對象人數占率)。

註 2：S 值(保險對象實際發生醫療費用)。

盧主任委員瑞芬：謝謝。

陳副組長振輝：有關委員提到擴大費基部分，譬如加徵營業稅、碳稅，這部分衛福部已經成立健保法修法工作小組，本署會配合衛福部辦理，以上說明。

李副署長丞華：重複用藥部分請醫審回復。

黃組長育文：有關陳石池委員對重複用藥的意見部分，應該是說上次有張我們的推估，如果核扣方案沒有介入我們行政措施時，可能重複用藥推估有個藍色線圖會一直增加，實際核扣下降之後持平又有點微升，1 個是實際、1 個是推估，我們這邊解釋是針對整個真正重複用藥減少下降 10.23% 部分，還有重複用藥日數與推估的不太一樣，我先做這樣的解釋，為節省時間會後再向陳委員解釋。

盧主任委員瑞芬：我們已經超時很多，針對重要業務報告做以下幾點決定，上次(第 3 次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：第 1 點，擬解除追蹤共 1 項，同意解除追蹤；擬繼續追蹤共 3 項，就是本來的 2 項加上 112 年度西醫基層總額提升護理人員薪資之指標訂定部分持續追蹤，所以擬繼續追蹤有 3 項，同意繼續追蹤。

第 2 點，全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議，訂於 7 月 17、18 日在衛福部召開，會議議程在會議資料附件二，請委員踴躍參加。

第 3 點，本會 112 年委託研究計畫預定於本年 6~8 月間預擬以「新藥可否採行差額負擔」為議題分別在北、中、南、東地區辦理公民參與活動，敬請委員協助所屬會員團體派員參加會議。

委員如果有對書面質詢的回復不是很滿意的，請委員提書面意見，另外剛才沒有回復到的部分，我們也會持續請相關單位回復，餘洽悉。接下來進行優先報告事項。

李委員永振會後書面意見

- 一、4 月份委員會議曾請教健保署，有關大陸港澳人士及外籍人士，第 2、3 類之被保險人及眷屬近 2 年理賠率都超出 100%，其原因及改善措施？健保署雖很認真說明，但看不到具說服力的數據或證據！問題重點在：110、111 年因疫情醫療量能下降、但該類人員之理賠情形顯得特別突出，且有惡化之傾向，才会有此一問！署的說明可以理解，但沒有解惑。
- 二、有關 6 月份委員會議健保署將提出之 2 項專案報告(詳 5 月份委員會議資料第 13 頁)，請健保署檢視近 5 年(107 年~迄今)在健保會進行相關報告時，委員所提出的意見及建議，逐項提出具體回應與說明。

劉委員淑瓊會後書面意見

有關衛福部依行政程序法規定於本年 5 月 17 日預告修正「全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」之草案，醫改會意見如下：

- 一、醫改會肯定石崇良署長與民間團體溝通。
- 二、部分負擔新制應以分級醫療、珍惜醫療資源的原政策目的來作考量。以急診為例，雖解決用檢傷分類訂定不同收費標準不合適的問題，但新制有無變相懲罰在大醫院急診的急重症病人之疑慮。
- 三、針對門診藥品部分負擔的調整，國內慢性病人數已突破千萬，而慢性病人有長期就醫的需求，應正視其年度可能累積的就醫負擔，以及是否對多重慢性病人造成潛在健康與就醫行為衝擊，建請健保署說明。

參、優先報告事項「中央健康保險署「112 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告」(含 111 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

蔡副署長淑鈴：各位委員，今天就由我代替署長向大家口頭報告。首先說明本署近期重點工作，請大家參閱簡報資料(如本議事錄第 103~107 頁)。

首先，配合疫情指揮中心 5 月 1 日解編，在健保雲端系統持續提供疫情診療資訊方面，其中有關 TOCC^(註 1)提示功能我們就停止服務了，不再提供 TOCC，但過去已經累積查詢逾 23 億次，對於疫情控制其實是有幫忙的。健保雲端系統還會持續提供 COVID-19 診療所需資訊有以下 4 項：1.口服抗病毒藥物的用藥紀錄，2.清冠一號的用藥紀錄，3.快篩/PCR 檢驗結果，4.Paxlovid 藥品交互作用查詢功能，以上是會持續提供的。

下一張，接下來跟各位報告，有關今年編的新增特材預算是 6.32 億元，截至今年 4 月，已經通過新特材 35 項並公告 31 項，其中費用最多的，就是今天要報告的「外科手術電動縫合器」，這已經在 2 月 1 日公告生效，本項預估使用預算超過 1 億元，所以在這邊特別跟大家報告。這項特材是可以提高手術安全及便利性的電動縫合器，基本上已經是臨床共識且是國際趨勢，其對於切割縫合有比較高的穩定度，也可以減少組織拉扯出血滲漏，增加手術安全及便利性，提供晶片型及進階型 2 種電動縫合器供臨床使用，納入健保給付，絕對可以減少自費支出。

接下來有關罕病新藥的部分，罕病藥物納入健保給付，一直是罕病病友團體非常希望能夠納入的，而且這些藥物金額都算是很高，在這邊跟大家報告，截至今年 5 月 1 日，新增罕病藥物共 5 項，這邊有列出藥名，其實這些藥品的使用人數不是很多，但是每 1 個藥品的單價都非常非常高，所適用疾病包括：多發性硬化症、龐貝氏症、SMA(脊髓肌肉萎縮症)、FAP(家族性澱粉樣多發性神經病

變)，還有性聯遺傳型低磷酸鹽佝僂症，這 5 項罕病新藥陸續在今年 3 月 1 日、4 月 1 日、5 月 1 日生效；還有 1 項藥品是用於肌肉萎縮症的 Spinraza，擴充適應症至小朋友 3 歲內發病確診，且起始治療年齡滿 7 歲者且臨床評估運動功能指標 RULM \geq 15 者。以上都可以使用我們的罕病藥物，這對於罕病病人而言，都是非常重要的健保給付。

再來要跟大家報告，這次的部分負擔新制，因為各位有很多建議，所以檢驗檢查的部分負擔是暫緩，至於其配套措施係透過多元管理措施，加強檢驗檢查的醫令管理以減少醫療浪費，在這邊簡單跟大家報告：首先是資訊提示，這是在雲端系統來做提示，針對重要的、病人 1 年執行超過一定程度的檢驗檢查報告，不管是半年、1 年內的，都透過雲端系統，讓醫師看病時就主動提示，並在醫師處方前就先提示，以影響醫師處方行為；其次是資訊回饋，在醫師處方之後，已經申報費用的這部分，是否顯有異常，我們會定期回饋報表，希望醫院及醫師自我管理，讓院所及醫師可以掌握，對於重要的檢驗檢查若有過度浮濫或是 Outlier^(註 2)，會是我們的管理重點；最後一步，我們會啟動精準審查，這部分透過我們的 REA 醫令自動化檢核，這些都已經在資訊系統導入，我們會用自動化審查，對於不符合給付規定的檢驗檢查，落實核扣或請專家審查。以上是我們配合暫緩實施檢驗檢查部分負擔，對於檢驗檢查中，大家及委員關心希望我們加強管理的部分，所提出的配套措施。

接下來跟大家報告部分負擔新制，剛剛健保會也已報告，衛福部在 5 月 17 日正式重新預告修正門診藥品及急診部分負擔新制的草案，會接受外界提供意見 30 天，所以到 6 月 16 日截止，看看大家陳述的意見，做為是否修正的參考。

這一次公告的門診藥品部分負擔、急診部分負擔，請參閱投影片第 9 張現行與新制的比較，紅字的部分當然就是修正的部分，這次最主要是對於一般民眾門診藥品部分負擔，在區域級以上醫院的部分，是會增加部分負擔的；慢性病連續處方箋的部分負擔，在醫院第 1 次調劑會加收部分負擔，第 2 次、第 3 次是免收的；急診的部

分負擔有一個比較大的變動是，原來主要是用檢傷分類收取，這次改為不區分檢傷分類、按就醫醫院層級別收取，但是區域跟醫學中心較過去略有提升，這部分就請委員參閱。

接下來有關弱勢族群權益保障，對於中低收入戶及身心障礙者原則上大部分都不調整，只有急診在醫學中心的檢傷分類原來 1~2 級的部分負擔略有提升，至於重大傷病、分娩、山地離島地區就醫，這些大部分都是法定免部分負擔。

以上是有關近期重點工作的摘要報告，其他沒有口頭報告的部分，就請大家自行參閱。

接下來請大家回到這一本全民健康保險業務執行季報告，簡單跟大家報告目前的業務執行情形。請看報告第 7 頁承保業務，112 年 3 月投保單位有 949,837 家，較去年同期增加 23,309 家，成長率 2.52%；保險對象人數約為 2,375 萬人；第 1 類到第 3 類被保險人投保金額是 42,826 元，較去年同期成長 3.85%，投保金額的成長跟今年 1 月調整基本工資，第 2、3 類最低投保金額調升到 26,400 元及投保金額分級表上調 5 級到 219,500 元，還有第 4、5 類平均保險費調升為 2,063 元有關。

接下來請看報告第 11 頁的保險財務收支，截至今年 4 月，保費收入是 2,507.73 億元，保險給付 2,581.31 億元，呆帳費用 23.20 億元，其他收支相抵結餘 175.07 億元，合計保險收支淨結餘 141.30 億元，全數提存安全準備，累積安全準備餘額 1,180.94 億元，折合 1.87 個月保險給付，還在可控範圍內。報告第 15 頁一般保險費總收繳率有 99.18%。接下來是資金運用情形，還有逾期未繳保險費、滯納金移送強制執行情形，請大家參閱。

接著請翻到報告第 28 頁醫療業務，今年 3 月底總醫療家數是 21,891 家，特約率 91.86%，請大家參閱。第 29 頁總醫療費用申報情形，今年第 1 季相較於去年同期，疫情後件數上升 13.05%，點數上升 6.12%。各總額成長最多的是第 31 頁的中醫總額，件數成長 24.09%，點數成長 20.47%。成長幅度第二高的是第 30 頁的西醫基層，整體件數

成長 17.54%，點數成長 11.97%。接下來是第 29 頁的醫院部門，件數成長約 6%，點數成長約 5%。第 31 頁的牙醫成長幅度稍小，疫情後門診都相較去年同期有顯著成長。

接著請看到第 36 頁藥費申報，今年第 1 季門住診合計藥費約 598.2 億元，較去年同期成長 7.85%，較整體成長率為高，醫療總點數成長率是 6.12%，藥費成長率 7.85%，代表昂貴藥物顯著影響藥費支出。

接著報告第 39 頁的點值，中醫部門整體件數跟點數都大幅成長，111 年第 3 季平均點值是 0.8941，第 4 季預估點值是 0.8620，這是目前需要關心的部分。

請看到報告第 40 頁及第 100 頁的重大傷病領證人數，目前有效的領證人數是 1,017,319 件，領證數最多的是癌症 45.4 萬件，其次是慢性精神病約 19.4 萬件、全身性自體免疫症候群約 13.3 萬件。今年 4 月領證數新增最多的也是癌症，有 9,432 件；其次是呼吸器病人 1,179 件，112 年 4 月增加 13,096 件的重大傷病核發。

接下來說明分級醫療，請看第 42 頁的表格，今年第 1 季 4 個層級的門診件數占率，基層是 65.06%、地區醫院是 10.80%、區域醫院是 14.30%、醫學中心是 9.84%。106 年是分級醫療政策之前的基期，中間跨過疫情期間。今年第 1 季與 106 年同期比較，應該已經蠻接近我們的基期分布，疫後還要再重新啟動未來的分級醫療。第 43 頁轉診案件申報情形，今年第 1 季跟基期比較，轉診件數略有增加 1.49%，但是各層級的轉診件數都較總件數低，簡單來講，醫學中心的總門診病人裡面透過轉診的比例是 4.86%，供大家參考。

再來就是健保會主動要求我們今天要補充報告的是 111 年抑制資源不當耗用改善方案年度執行報告，請參閱第 159 頁的表格，抑制資源不當耗用指標共有 16 項指標，每項指標的管控項目都訂有目標值，目標值和執行值中間若有 1 個星號代表有達標，沒有星號表示沒有達標。考量時間有限且後面有附上簡報，我不一一報告，只針對沒有達標的部分跟大家說明。

沒有達標的共有 4 項，分成 3 類，首先是指標 2「門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率」，目標值是希望能夠減少 18%，執行值是減少 16.1%，沒有達到原來預設的目標值。沒有達到的原因主要是高診次病人因人口結構高齡化、疾病型態慢性化等因素影響。特別是就今年高診次的個案來看，有精神疾病的患者占 4 成，這些個案受心理因素影響，無論用什麼方式輔導或是加強輔導力道，輔導成效都比較不顯著。另外 111 年還在疫情期間，為了減少一線醫事人員負擔，我們暫緩部分高診次個案輔導措施。未來的改善策略部分，會持續在雲端提示病人是否已經看病很多次，讓醫師參考。其次是會研議部分負擔的微調，課予保險對象財務責任。第三是希望結合醫事服務機構及相關社福單位協助，特別是這些精神疾病的病人，我們將跟心理健康司討論怎麼樣幫助這些人在醫療使用上能夠更加合理，這部分我們會持續進行。

其次是指標 4「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加」及指標 8「提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率」，目標值及執行值請看第 159、160 頁。原因檢討包括疫情期間大家比較少看病，導致下轉量能提升有限。另統計「未於 90 日內完成回轉」比較多的科別是急診、眼科跟耳鼻喉科，如果是輕症，是否需要回轉也有討論空間。改善策略在第 161 頁，台北業務組跟東區業務組都將利用分區總額風險移撥款提供誘因促使醫院共同推動雙向轉診，另會按月回饋分級醫療管理指標現況值供醫院自主管理參考並持續加強宣導。

第 3 個是指標 14「死亡前安寧利用率」，目標值是大於 33.35%，目前執行值是 30.87%，沒有達到的原因也跟疫情有關，有一些病床改為專責病房，導致可提供之安寧療護服務量能有落差，不只是安寧病床受影響，還有一般病床的安寧共照利用也受影響。還有受到疫情影響，醫療人員投入防疫工作，導致提供安寧療護人力不足。改善策略包括透過品質保證保留款的指標，有一項是「建立安寧緩和醫療跨院際合作」來改善，另外也爭取總額預算來調升安寧居家的醫師、護理師的訪視費用，來反映醫院提供這些服務人員的

辛勞。

第 162 頁是詳細的簡報內容，因為時間的關係就不一一報告，請大家自行參閱，以上報告。

註 1：TOCC(Travel history 旅遊史、Occupation 職業別、Contact history 接觸史、Cluster 是否群聚)。

註 2：Outlier (極端值)。

盧主任委員瑞芬：請問委員對於健保署的報告有無提問。請吳榮達委員。

吳委員榮達：我有幾點請教，第 1 個，有關業務執行季報告第 6 頁(九)的第 2 及第 3 點，都是與達文西手術相關，建議就第 2 點部分，蒐集臨床資料來了解發生不良事件及術中出血量種種狀況，就是手術不良情況和療效資料能定期公布及報告；第 3 點，也是針對這個達文西手術執行狀況，我們要了解真正執行的實際件數及使用點數，有沒有濫用狀況，在執行一段時間應該讓健保會了解，是不是在明年度可以就第 2、3 點部分的資料向健保會報告。

第 2 個在報告第 21 頁，請看 112 年截至 4 月為止第 4 項收入是 45.06 億元，換算後與 111 年相較有偏少，而且降得不少，所以依照計算後整年度是 130 多億元而已，與歷年金額比較差了 20 億元左右，所以想了解大概減少收入的原因。

第 3 個，報告第 52、153 頁都是有關膝關節手術的問題，第 52 頁(6)人工膝關節置換手術感染率問題，這個可以參照第 153 頁，看起來 111 年第 2、3 季是歷年感染率最高的，這也要了解一下，請教署裡有沒有做原因分析及因應措施，大概是這 3 點請教，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請朱益宏委員。

朱委員益宏：主席，個人 2 點意見，第 1 點，在業務執行季報告第 40 頁，關於急診品質提升方案這邊的轉診件數，不管是醫學中心或區域醫院下轉都只有幾百件而已，與他們整個急診件數其實分母非常的大，所以百分比換算起來非常低，既然每年有撥補 3 億元用於急診品質提升，在第 102 頁其實有清楚定義哪些病人下轉可以計算到分子裡統計，而且有獎勵，既然在急診治療穩定應該符合下轉，但事實上沒看到下轉的現象，所以健保署可以再與急診醫學會研商如

何讓下轉率再有效提升，或許在等一下的專案報告，對於分級醫療的措施這件事情也是至關重要，這是第 1 點。

第 2 點，請教一下，健保署剛剛報告沒有特別提到，其實從報告第 71~74 頁的表，醫學中心的慢性病從 110 年開始，慢性病占門診件數高達 54%，慢性病產生的醫療費用占門診醫療費用高達 65%，也就是醫學中心看慢性病人非常多，而且這裡面所謂慢性病病人定義，包括拿慢性病連續處方箋是比較穩定的慢性病，給藥超過 14 天才會納進來統計，區域醫院也高，反而地區醫院與基層診所相對較低，所以剛剛健保署的報告沒有針對慢性病說明，是不是也說明一下，對於穩定慢性病怎麼樣讓醫學中心下轉到地區醫院與診所就醫。

這件事情很重要，因為我們只看到 110 年開始的資料，到底疫情前是怎麼樣的情形呢？或是從 106 年推動分級醫療以來，到底是有進步或沒有進步，我們也不知道，所以這部分麻煩健保署在待會報告裡也可以再詳細說明這件事情，穩定的慢性病下轉，健保署是不是可以列入未來很重要的政策。

盧主任委員瑞芬：接下來請陳石池委員。

陳委員石池：主席、各位委員，大家早安。2 件事情請教，第 1 個，有關保險費收繳執行情形，在業務執行季報告第 15 頁，政府保險費補助款收繳率 99.99%，雖然將近 100%，可以這是不對的，還有 0.1% 政府不繳費，政府怎麼可以帶頭違法呢？所以我希望健保署公告是哪個單位不繳保費好不好？第 2 個，有關投保單位及保險對象保險費收繳率是 98.78%，只差 1.22%，可是差 1.22% 是多少錢？請各位看到第 17 頁，應收保險費與實收保險費相減是 243.25 億元，這是非常高的比例，請健保署仍要積極，雖然呆帳部分有進步，但是還是要積極收繳保費，差太多了，這是第 1 件事。

第 2，有關部分負擔的事情，我覺得第 1 個有失公平原則，急診就醫每個病人都要多收費用，但是門診病人並不是每個人都會多收費用，假設沒有拿藥就不再增加收費，這是第 1 個不公平。第 2 個

不公平，是急診方案在處罰重症病人，因為急診壅塞大部分發生在醫學中心，之前檢傷分類 1、2 級收 450 元比較少，3~5 級收比較多是 550 元，現在通通改成 750 元，表示處罰重症病人，可是沒有 1 個病人願意是重症 1、2 級病人，所以這是在處罰重症病人，這是第 2 個不公平。第 3 個，中低收入及身心障礙者不影響就醫權益，可是明明講急診部分負擔不調整，但是醫學中心檢傷 1、2 級增加 100 元，明明是不公平，還說不影響就醫權利。

急診壅塞大部分發生在醫學中心，之前檢傷 1、2 級收 450 元、3~5 級收 550 元是認為要抑制輕症，所以輕症加錢是合理的，可是現在通通收成一樣的費用，所以是在處罰 1、2 級的病人，這是不對的概念，可是 1、2 級反而比較嚴重，你們要了解一下，其實是怕引起爭議，為什麼會有爭議？檢傷分類是電腦判讀，除非有人為因素不然怎麼會出問題？或這個系統有問題，假如有問題就不應該推 5 級檢傷，這個地方要重新檢討，假設 5 級檢傷是對的還是要做，事實上輕症病人要多付費，重症病人要少付費，才有辦法抑制急診壅塞問題，以上報告，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請張清田委員。

張委員清田：主席、各位前輩大家好。業務執行季報告第 13 頁，呆帳部分的金額累積下來嚇死人，總共 1,000 多億元，這應該是好看而已，因為裡面 84 年到 106 年有 800 多億元，這部分大概是雇主可能是倒閉解散清算，沒有支付能力或是沒有工作，搞不好都是萬華流浪漢或台北車站的流浪人員，我猜是這些原因，這個金額要特別標明一下，我記得上次參加會議，好像有委員提到呆帳沒辦法收回的有 1,000 多億元，請健保署趕快積極催繳，實際上這個沒有 1,000 多億元，應該是 107 年之後或許要催收，106 年之前大概收不回來，這個地方是不是要特別標明才不會造成錯覺。

再來是第 14 頁利息收入部分，我看這張報表是有做比較，1 個是今年 1 月 1 日到 3 月 31 日，還有去年同期，就 3 個月利息怎麼差這麼多，多了好幾倍，但是利率好像沒有調這麼多，應該有地方錯

了，請健保署查一下。

再來是第 28 頁違規查處部分，第 1 季總共處分 40 幾家，然後牙醫如果按照比例好像金額比較大一點，請看第 60 頁追扣金額，北中南好像中區與高屏區比較認真，其他金額很小，照理台北、北區應該醫療院所更多，怎麼好像比較少，是不是不努力？我只是從數字看，這個請參考一下，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請陳杰委員。

陳委員杰：謝謝，主席、各位委員大家好。針對健保署業務執行季報告的投影片第 10 張，我提出 1 個小小的建議，它裡面提到 1 點就是擴大弱勢族群就醫權益保障，特別提到中低收入戶及身心障礙者不影響就醫權益，既然不影響就醫權益，而且本身又是中低收入戶及身心障礙者，醫學中心檢傷 1、2 級增加 100 元，增加這 100 元要做甚麼我也不清楚，既然本身是中低收入戶，而且又是身心障礙者，建議不要調漲這 100 元，因為畢竟是弱勢族群，就這點做個建議。

第 2 點，剛剛有委員提到關於業務執行季報告第 6 頁(九)第 2 點，17 項達文西機械手臂手術得比照胸(腹)腔鏡手術申報手術費，這點因為有提到達文西機械手臂，我藉此機會做個建議，上次共擬會議因有個議案將達文西 3 個字拿掉，等於將來只要是機械手臂本身能比照達文西能夠進行相關醫療動作，當然這點我是支持，但是有 1 點，因為本人有詳細了解，目前大體上針對達文西這部分拿掉的狀況，可能台灣有個叫做美敦力機械手臂要進入台灣市場，我們也熱烈表示歡迎。

但是依照我了解，它沒有得到美國認證，而且只得到歐洲 CE^(註 1) 認證，認證只有 2 項，它本身是有婦產科及泌尿外科，但是聽說它進到台灣市場要開放肝膽胃腸科也能進入醫療市場，這點我比較擔心，因為它沒有經過美國 FDA^(註 2) 認證，而且只是歐洲 CE 認證，在台灣沒有實體醫療認證，過程當中會不會造成病患本身產生更高的危險，希望藉此機會做個建議，能夠比照歐洲 CE 認證，只有做

2 科，婦產科、泌尿外科除外，其他科暫時不要讓它進入市場。

另外還有 1 點是支付標準，因為它在台灣沒有經歷那麼多實體認證，無法跟目前達文西做比較，所有的醫療費用可不可以比達文西減少一點，最起碼能夠減少醫療浪費，藉此機會 2 點建議，希望健保會能夠採納，謝謝。

註 1：CE(Conformity of Europe，歐洲共同體)。

註 2：FDA(Food and Drug Administration，食品藥物管理署)。

盧主任委員瑞芬：請蔡麗娟委員。

蔡委員麗娟：謝謝主席，業務執行季報告第 3 頁，有關 112 年門診重要檢查檢驗的管理重點策略，其實剛剛蔡副署長已經有很詳細報告，這頁寫到我們 106 年 6 月就開始推動這個管理措施，但是我們看到推估，就是現在去計算 107~111 年 5 年期間總共減少重複檢查費用約 22.57 億點，其實 1 年大概只有 4.5 億點左右，這樣的比例如果與整個前二十大檢查費用申報是 538 億點，這個是不到 1% 的。

雖然剛剛提到有醫師處方前的提示，也有處方後或申報後有些資訊回饋與精準檢查，可是這些年執行下來顯然減少費用還是有限，所以應該要去分析，假設這 538 億點能進一步去分析了解，哪些屬於健保給付規定裡在開藥之前必須要做的相關功能評估檢查，因為我們知道有很多癌症用藥，尤其是一些新藥，都必須要做一些事前檢查，而且是很多高端的檢查，很多用到 CT^(註 1)甚至 MRI^(註 2)，這是屬於法規面規定必須要去用及遵守的。

另外高齡化社會慢性病共病機率其實增加很高，慢性病病友甚至慢性病處方箋繼續開立時，有些也必須做些檢查、檢驗，作為是不是要調整劑量的參考，所以這是臨床上的必須。當然有些影像檢查，現在有雲端可以看到病人半年內的影像檢查，但是在各醫院之間的影像品質是不是相容，譬如可以看得清晰及很清楚判讀與了解，這些都我們要進一步分析，雖然這些管控做得很多及全面，但是我們要分析了解 538 億點有多少錢是屬於在給付規定上一定需要這麼做的、哪些是臨床的必要、哪些是不合理，期間可能沒有必要

的一些重複檢查，這樣我們才可以在這個節流措施上有個合理期待的目標值，也比較知道這個費用到底是花在一些臨床所必要的或是要節流，還有哪些措施可以更進一步去強化與管理，以上，謝謝。

註 1：CT(Computed Tomography，電腦斷層掃描)。

註 2：MRI(Magnetic Resonance Imaging，核磁共振攝影)。

盧主任委員瑞芬：接下來李永振委員最後 1 位，剩下請提書面意見，我們時間有點趕。

李委員永振：謝謝，有關抑制資源不當耗用改善第 14 項，死亡前安寧利用是病人拒絕被醫療勒索的選擇權，能夠讓他們自己有尊嚴的謝幕，本項指標連續 2 年未達標，剛才蔡副署長有說明是因為受到疫情影響，現在疫情大概已經初步結束了，是不是可以在這方面更積極推動，以上建議，謝謝。

盧主任委員瑞芬：現在請健保署簡要回應，委員如果有其他意見也可以會後提書面。

李副署長丞華：我們醫管、醫審、財務 3 位先回答一下。

劉副組長林義：主席、各位委員，有關達文西手術的部分，吳榮達委員有提到臨床療效，就是我們現在蒐集的資料以及未來的件數、點數等費用資料是不是要到貴會來報告，這一點沒有問題，我們尊重貴會的決議。不過因為這個系統是從今年的 4、5 月才剛開始建置，資料可能需要一段時間，起碼要有 1 年才有初步成效。剛剛陳杰委員也提到有關達文西機械手臂的部分，因為達文西是商品名，所以我們後來把達文西拿掉，只要是機械手臂都可以進來申請，當然我們進來申請都是有一定的程序，陳杰委員也可以放心，還有相關醫學會做嚴格的把關，另外也會經過共擬會議大家的討論。

第 2 個是朱委員提到有關在業務執行季報告第 40 頁有講到「急診品質提升方案」，裡面急診下轉件數還不夠，3 月醫中急診下轉件數是 151 件，其實已經比去年成長大概 25%，這個部分其實配合分級醫療政策也會再提升，我們目前配合分級醫療有推動部分負擔，以及相關一些策略會持續進行，以上。

另外有關部分負擔的部分，各位委員有提出一些建議，因為現在部分負擔已經在預告了，我們也有考慮到規劃可能還有一些不完善的地方，這部分歡迎大家在預告期間提出建議，相關意見我們都會收納做參考，以上。

黃組長育文：以下針對關於醫審部分，委員關心人工膝關節置換術後 90 日內感染率好像有提升，那部分是因為它的分母跟分子可能在疫情期間的關係，我們有去看指標的分母案件數從 109 年到 110 年呈現下降趨勢，我們會持續關注。針對感染率上升的部分，我們也會觀察今年之後，會持續分析再來報告。

另外提到新特材有廠商只有得到歐盟的認證、沒有美國認證的部分，主要我們在審查的時候一定會經過專家會議，是以衛生福利部食品藥物管理署核准的仿單為主，因為這畢竟是國內主管機關對於安全品質效能的把關，所以我們會以仿單為主，其他國外的我們會當作參考，委員的意見我們收錄，會再請教專家。

另外有關於重複檢驗檢查減少 538 億點的部分，我們會再做分析，但也跟委員報告，很多必要跟合理區間的檢查，我們會搭配指標跟計算公式，作一個分析之後，可能還會有一些限制，我們分析完之後再一併說明，以上謝謝。

陳副組長振輝：有關委員提到政府補助款 1 月份還有欠費 1 億多元，這個部分是新北市補助 112 年 1 月份的 65 歲以上老人，因為我們是 3 月開單，到期日是 5 月 15 日，其實沒有逾期，在 5 月 3 日已經入帳了。

另外針對張委員提到利息收入大幅增加，這個部分最主要是因為今年央行多次升息，所以會大幅成長，在 111 年一整年我們資金收益率是 0.57%，在今年 1~4 月的收益率已經升到 1.28%，整個平均收益率是 1.28%。

張委員清田：對不起，我回應一下，利率不可能提升 3 倍，我只是說 1~3 月利率提高最多是零點幾%而已，問題是利息收入怎麼會增加到 3 倍多？哪有可能，我是就這個提問。我知道利率有提升，但不

可能利率提升 3 倍吧。我可能再查一下，我是怕你可能第 1 季利息是不是估錯了或怎麼樣。

陳副組長振輝：是，這個數字是沒錯，因為利率提升，然後我們也積極去爭取優惠存款，所以平均收益率會比較高，以上說明。

李副署長丞華：還有主計單位要回答。

吳科長珠鳳：好，有關主計這邊補充報告，業務執行季報告第 21 頁表 8 部分，這張表主要是指每個月安全準備提列情形，所以它不是跟去年比較，截至到 4 月份，4 月份的保費滯納金是 0.42 億元，安全準備運用收益是指利息收入是 1.76 億元，公彩還有健康福利捐收入是 12.27 億元，然後再來第 5 項是保險收支餘(絀)是指 4 月份短絀 57.93 億元，所以第 6 項的安全準備淨提列數是-43.48 億元，是指這個，整個前面 1 到 5 項加起來是-43.48 億元，所以安全準備餘額是從 1,224.42 億元扣掉 43.48 億元，結餘才是 1,180.94 億元，以上說明。

李副署長丞華：剛剛總共 7 位委員詢問了 17 個問題，我們多數已經回答，如果還回答不足我們再補書面資料給各位。

盧主任委員瑞芬：好，這個案子做下面的決定，本案洽悉，委員所提意見剛才沒有回復完整的，再請健保署回復說明，現在進行下一個議案。

李委員永振會後書面意見

業務執行季報告第 24 頁有關資金投資概況，年收益率為 1.28%，較前有大幅改善，也較上月的 1.26% 進步，主因雖為整體金融利率調升，但針對一般活存的活化也有努力，值得肯定。今有 2 點請教：
1. 目前資金餘額 1,559 億元，但備註提及的存款才 92 億元，還不到餘額的 6%，看不出全貌。
2. 收益較佳的附賣回交易票、債券，則由去年同期 173 億元下滑到 99 億元，占資金的 6.4%，一成不到！建議依健保法第 77 條的規範，持續積極改善健保資金投資組合績效，提高收益率。

林委員恩豪會後書面意見

健保署報告案關於抑制資源不當耗用之改善方案，健保署概以執行率呈現，但其中有部分策略之管控項目係屬於可具體量化者(例如「減少重複利用」策略的三項管控項目)，請健保署提出量化之執行結果，以估算的具體金額來表達實際節省費用的成效，俾利後續逐年滾動檢討策略的有效性及目標值的合理性。

肆、討論事項第一案「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴：向委員說明，這個案子主要是依健保法在今年度要協商 113 年度總額，依法需要在行政院核定範圍內做協定跟分配，過去每年都會預先就這個協商架構及原則先議定，所以我們就提出這個案子。這個草案主要是依據衛福部 4 月份諮詢本會的 113 年度總額範圍草案資料，也參考 112 年度總額協商架構及原則，跟去年協商運作經驗做研修。

主要研修重點分 2 部分說明，括弧一總額協商架構部分，就如剛才所講，本會協商需要在行政院核定範圍內去協定，所以我們在計算總額公式，尤其是非協商的時候，必須跟行政院一致，目前的架構是先依據衛福部 4 月提的總額範圍草案暫列，後續等行政院核定總額範圍後會定案，若有要修正我們會修正再提到委員會議向委員確認。

依 4 月份總額範圍草案，設定公式整體架構沒有變，基期的計列也跟 112 年度原則相同，只是就之前討論的，在「醫療服務成本指數改變率」的部分，目前先配合修正改採 4 年平均值，其他的部分都是更新參數資料年度跟酌修文字。已經向委員報告這是暫列，最後依據行政院核定的部分，再配合提報委員會議。

第 2 個部分是總額協商原則部分，請委員翻到會議資料第 28 頁，主要是沿用 112 年度的原則，也審酌去年協商的經驗跟委員的意見來研修，我們主要提出 2 個研修重點，首先我們研修會議資料第 33 頁協商原則的第五點跟第六點，主要是要明定一些延續性的協商項目，希望能夠依預算額度的增減修訂執行目標跟預期效益評估指標。

本會依據衛福部近年給我們的政策指示，協商時要先訂好 KPI_(註)，在協商原則對於新項目都有說協商時就要提出目標跟預期效益評估指標，但依去年的協商經驗有一些延續性的項目預算增減

很多，例如代謝症候群，可是在協商時沒有提出相對應的 KPI 的修正，所以我們沒有辦法展現合理目標跟效益，未來要如何設定跟評估，也就是因為這樣的理由，於總額協商原則第五點跟第六點，在會議資料第 33 頁中，增列 1 點延續性的一般服務項目或是續辦性的專款項目，預算有明顯增減較前 1 年達 20% 以上者，也需要提出執行目標跟預期效益之評估指標，這是第 1 個修正的點。

第 2 個請看到會議資料第 34 頁，在第七點其他原則的部分明定，新增協商項目或計畫要有觀察期跟處理原則。說明一下因為根據近年的協商經驗，有一些部門提出的新項目，它執行第 1 年有時候需要一些討論定案的時間，所以無法在年度一開始就執行，而且執行不穩定，成效也不明確。如果這個新項目一開始就列到一般服務的話，除了增加協商困難外，若執行率不佳，近年也都會處理扣款的事宜，徒增行政困擾，如果編在專款就是零基預算專款專用，就沒有這個問題。所以我們研擬將原來第六點對於專款項目就有原則性的文字，把它綜整移列到第七點，增修文字「新增協商項目或計畫，執行初期尚不穩定，宜列為專款項目，俟執行穩定且具成效後，未來年度再考量移到一般服務項目」，在會議資料第 34 頁劃線的地方，這是 2 個主要的修正重點。

接著有一些參考資料，1 個是 112 年度的協商架構及原則，另外因為都有特管辦法之扣款的協商項目，所以 113 年度會採用健保署提供的 111 年度各部門查處追扣金額表，這個部分最後還是以協商時健保署提供的數值為準，各部門若對扣款有疑義，請各總額部門跟健保署核對，另外提供的是協商原則裡面一些相關參考資料。

總之，擬辦的部分是請委員就我們提出來的草案中，劃線修正處進行討論，主要請委員決議，就剛剛講的延續性項目，若預算增減達 20% 以上者，要不要重新修訂目標跟評估指標，還有新增項目跟計畫是不是宜先列為專款項目，穩定或有成效以後，未來年度再考量移列到一般服務，以上說明。

註：KPI(Key Performance Indicators，關鍵績效指標)

盧主任委員瑞芬：這一個案子基本上要討論有 2 點，就是在會議資料第 29 頁擬辦有 2 點，請委員針對這 2 點進行發言，朱益宏委員。

朱委員益宏：因為我等一下可能有點事情要先離開，所以我先發言。我要提的並不是在劃線 2 點範圍裡面，在去年討論協商原則時，其實醫院協會有強烈的表示，說去年 112 年度協商原則有疑義的，但是今年你現在附的這個 112 年度協商原則並沒有把醫院協會的意見再列上去，特別醫院協會有表達不同意各部門總額不能超過行政院核定範圍上限這件事情，因為這是於法無據，我覺得這個不能列為協商原則，雖然這句沒有劃線，但是我這邊還是要提出來，就我們醫院總額部門強烈反對列為協商原則。本來協商就是對等協商，如果沒有共識就是報部裁定。不能把這件事變成雙方共識列為原則。

第 2 個會議資料第 40 頁的去年協商原則有說，如果醫療效率提升，部分用以獎勵醫事服務提供者，部分回歸保險對象，這件事情我們也有疑義，所謂回歸保險對象如果今年還是列為協商原則，我覺得就要明訂怎麼回歸保險對象。如果是扣減總額基期叫回歸保險對象的話，這樣子醫事服務提供者實際上不要去提升效率嘛，因為提升效率就要扣減基期反而是處罰，所以我認為這也不是一個共識。

這 2 點不在劃線範圍裡面，但我希望可以列入等一下的討論，至少在醫院總額，我們強烈建議這 2 點不列入協商共識，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請李永振委員。

李委員永振：我先針對剛才主席提到 2 個重點發言，第 1 個就是延續性的項目，依零基預算的編列精神，應先進行執行狀況檢討，找到問題以後，再提相關的執行目標及預期效益之評估指標。最好的評估指標是能對具體醫療效益的節省提出數據。新增的項目本就需有完整的構想才能提出動議，不應該要到錢以後才開始想，本末倒置。

以後在考量的話，如果當時協商沒有提要怎麼處置，這個也是另外一個重點，所以總歸第 1 點的意思就是說，並沒有 20%、幾%的

問題，應該通通要檢討以後，再提執行目標以及預期的效益，這樣才會比較合乎我們預算在編列時的精神。至於第 2 項新的項目先列專款，我個人是贊成，除了這個之外還有幾點建議跟請教。

第 1 點，資料內容有 2 項在邏輯上卡卡的，是不是可以再略加修飾使它更為明確清楚。第 1 個是會議資料第 27 頁說明二(一)，總額範圍既經行政院核定，為何需再提報委員會議確認，行政院都已經核定了我們要確認什麼？這個表示方法是不是要修正一下，不然邏輯上怪怪的。

第 2 點，是會議資料第 30 頁最上方，總額協商架構及原則，既然經過委員會議通過，說明裡面為什麼還說最終以行政院核定內容為準？既然我們通過了，那我們通過不算嘛，當然行政院對於有一些公式最後做確認，這可以了解，但是表達上要怎麼會更明確。

第 3 點，在會議資料第 33 頁(五)須保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，那要落實這一條精神的話，保障點值的作法應該需要檢討，看要把它刪除還是設定一個合理的百分比，這樣的話整體才會比較明確，在協商的時候會比較容易進行。

第 4 點，其他原則的(五)，效益回歸的議題已經討論很久了，不知道保險人什麼時候才能提出具體的作法？另外剛才朱委員提到去年大概爭議很久，等一下要討論的話，我這邊再提 1 個數據給大家參考，如果最上限可以打開的話，各部門之間的費用比例差很大，我去年曾提及，如果醫院超過 1% 的話，中醫部門要用 19% 才抵得上，如果你超出 0.1%，會吃掉中醫部門 1.9%，這樣怎麼去拿掉上面的蓋子？這給大家考慮一下，各部門之間額度差太大，不是五五波吃來吃去沒什麼影響，但是真的差太多了 1 對 20，可能大家需要考量一下，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請陳相國委員。

陳委員相國：主席、各位委員，大家好。我們有 2 點意見，根據擬辦第 1 點，延續性項目預算額度增減達 20% 以上，需重新修訂執行目標及預期效益之評估指標方面，我們意見是請會裡面明確定義這個

延續性項目是屬於一般服務預算還是專款，因為這個差很多，如果只強調是專款項目我們比較可以接受。以代謝症候群來講，是屬於專款，代謝症候群是 1 個很好的項目計畫，但剛開始因為只從去年 7 月開始執行，1 年 3.08 億元，推行期間從去年 7 月到 12 月只 6 個月而已，醫界大部分都不了解這個計畫，所以去年度的執行效率可能比較不好，但第 2、3 年度應該會越來越好。所以我們建議請會裡面明確定義延續性項目是什麼意思。

第 2 點，有關新增協商項目或計畫，宜先列為專款項目，俟執行穩定之後再移至一般服務預算，這點我們是考慮到西醫基層的情形，如果協商項目涉及支付標準項目調整以及醫療服務密集度增加，這個是沒有辦法先編專款再移入一般服務預算，所以會裡面如果要做這樣決定的話應該多加考量，基本上我們不贊成這項決議，我們覺得像支付標準或服務密集度應該是要列入一般服務預算，不宜列入專款，以上 2 點意見，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請黃啓嘉代理委員。

黃代理委員啓嘉(周委員慶明代理人)：主席、各位委員，大家好。我們知道部門有大有小，其實有時候很難去講各部門裡頭誰的預算會去影響到誰，因為事實上每個部門它的從業人員不同，可能大部門預算非常多，可是需要提供服務的人也非常多，服務的量能也非常大，服務重要性也很高，我想最重要的服務部門是醫院部門，我不是替它講話，因為我本身也不是醫院部門，但是當我們訴諸最終的生命價值是在醫院部門，事實上不管部門大小要考量到每個部門的需求性，到時候如果大部門被忽略，有時候反而對民眾健康權益是一種傷害，這一點很重要。

再來專款的部分，其實延續性專款的東西，重新定 KPI 其實意義不大，因為專款沒用完就是回到健保基金裡頭，就回歸給付費者。至於一般服務預算裡頭牽涉到，剛剛我們相國副理事長已經提示了，像支付標準的改變，我們大部分都用到的是非協商因素，那個東西是不需要去訂定 KPI 的，可以用的就是非協商裡面服務成本的

改變，另外服務密集度那是牽涉到醫事服務提供者服務面提供的密度造成的一些影響，所以這個都不是可以用 KPI 決定的。

專款部分因為是回歸給付費者，如果專款增加 20% 或增加 50% 只是把空白支票拉大，但實際上之所以會增加費用，就是為了要提供更多的民眾能夠享受這個服務，如果沒有用完就是回歸到健保基金，所以訂 KPI 事實上沒有太大的意義，我只能這樣講，今天對於某些延續性項目去訂 KPI 不是這麼絕對的必要性，這點我採保留的態度。

盧主任委員瑞芬：接下來請林文德委員。

林委員文德：有關醫療服務成本指數改變率 4 年平均的方法，上次有提到說有可能會受到當年度成長率的高低影響，就是說 4 年平均之後，如果跟當年度的差距比較大的話，這個可能會造成一些比較大的影響。因為我擔心會議資料第 35 頁有提到未來還是要用這種方式，如果是照這樣的方式其實可能這個影響會一直持續下去，所以我在這邊提出一些試算的結果讓大家參考(如本議事錄第 109 頁)。

這邊是用消費者物價指數年增率當作計算，因為消費者物價指數的數據年度比較久可以做比較長遠的推估，我用這邊當 1 個例子。用 1 個極端的例子舉例，比方說民國 77 年當年的物價指數是負的，隔年反彈很大變成 4%。如果我們以 4 年平均計算，77 年的時候平均起來會變成正的，78 年會稍微降下來，這個也是當初為什麼要用 4 年平均的基礎，這樣比較不會有太大的變動，我想當初應該有這樣的想法。

上次也有提到方向是正確的，但實際上我們如果採用的起算年，當年度的成長率是高的話，其實這個影響會一直持續下去，比如說我們以 4 年平均成長率累積計算，用高年增率那 1 年起算，也就是從 78 年起算的話，可以看到經過 4 年平均之後，成長率是 1.27%，第 1 年會累積成長至 1.0127，就是平均之後的成長，原來的成長率是 4.11%，累積成長應該是 1.0411。

1 個是用平均成長率去累積計算，1 個是用原始的成長率去累積計算，就可以看到其實算出來剛開始每 1 年都會有大概 0.04，甚至有到 0.05 左右的差距。我們一直往下拉，拉到最近的 111 年，可以看到經過 34 年之後這個差距還存在，也就是每 1 年都有差距，而且是以高基期的部分會比實際的來的低，到 30 幾年之後這個差距有縮小，大概縮到差不多 0.01 左右，如果換算成總預算大概差了 80 億，但如果是剛開始的話差 0.04 到 0.05，可能差距就達到 3、400 億的水準。如果我們開始實施那 1 年剛好遇到高成長率就會有這個情況，如果剛開始實施那 1 年是低成長率，就反過來變成一直都會估計得比原始的來得高，剛好反過來。

所以意思就是說，我們要用 4 年平均的這種方式來計算的話，剛開始辦的那 1 年的成長率其實會有影響，所以上次會議就有提到說其實要有一些調整，不然這個誤差會一直累積下去，這部分雖然今年可能大家已經有一些意見表達，但我這邊要表達未來可能還是要考慮這個問題，就是實施當年的基期真的會影響往後數十年的費用，以上。

盧主任委員瑞芬：謝謝林委員對於 MCPI 的補充。對不起，陳石池委員是第 1 次發言，所以我們先請陳石池委員。

陳委員石池：主席、各位委員，大家早。有關第 2 條新增協商項目或計畫宜先列為專款項目，對於新增計畫我沒有意見，但對於協商項目我有一點疑慮，假設是原來服務項目有協商，那要變成專款嗎？剛剛黃委員有提到這概念，對計畫我沒意見，但是協商項目有點疑慮。

第 2 個，你說俟執行穩定且具成效後，什麼叫執行穩定？比如說是 KPI 達到 80% 以上還是甚麼東西？你沒有定義嘛！還有年限到底多久，一直都沒有達到一直做每年每年都這樣子，要 10 年、20 年還在做嗎？所以你這個要不要定義清楚一點，比如說幾年之內，目標達多少以後才算具體成效，不然你這個很難執行，好不好，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請李永振委員。

李委員永振：因為剛才林委員很認真把它分析出來，但我一下子反應不過來，聽到那個數字覺得怪怪的。剛才說 34 年後，兩者誤差 0.1%，我算一下大概是 0.15%。誤差 0.15% 的話，如果用 8,300 億元，取一個整數，我算出來是差約 12 億元而已，怎麼會是 80 幾億元？前面差比較多，如果差到 0.6%，大概是 0.15% 的 4 倍，也才約 40、50 億元，怎麼會有好幾百億元？剛才聽了後，有一點疑問要請教。

另外，剛才有委員提到專款項目要不要訂 KPI，本來有預算就需要有 KPI，跟之後預算收不收回來應該沒有關係，因為我要看執行結果就是根據 KPI 嘛。剛才提到代謝症候群計畫，為什麼從去年吵到今年，勉強就通過了，今年是安排為報告案，就是計畫內容沒有很完整去考量，也都沒有採納委員的意見，計畫立意良善但執行有問題，簡單講結論就是這樣，所以才須要訂定 KPI 去 follow，不是預算編給你後或將來可能收回來就可以不管嘛，不是爭取到錢就不用去管了，我一直覺得醫界這邊好像有這種概念，就是我爭取到錢你就不要管我，沒有這回事，本來就要 follow，你醫院拿到錢也要去管理，不是只有健保署管理而已，基層應該要自律，人家才會信服，付費者才會願意掏錢，不然這樣的想法，將來怎麼協商？怎麼繼續談下去？保險人也很難做，謝謝。

盧主任委員瑞芬：因為王惠玄委員是第 1 次發言，先請王委員，然後請林文德委員。

王委員惠玄：有關擬辦第一項，延續性項目預算增減額度達 20% 以上，這部分是不是有討論的空間，就我所知，有些項目實際金額非常的小，增加幾百萬元可能就達到 20%，我也認同剛剛李委員提到，不管什麼樣的項目都應該要有執行目標、KPI。

至於後段文字提到須重新修訂預期效益之評估指標，指標有一定要因為預算增減而重新修訂嗎？是不是建議改成須重新檢討指標，必要時再修訂。因為這個文字會牽涉到未來的強制力，剛剛組長也

提到實際上已經有訂 KPI，但在執行面、落實面是力有未逮，如果我們把文字訂得很清楚，未來在執行上，就可以達到合理的公平性和效力，謝謝。

盧主任委員瑞芬：現在請林文德委員第 2 次發言。

林委員文德：其實我是要回答李永振委員講的，最後經過 30 幾年後的差距是 0.016 左右(註：也就是 1.6%)，乘上約 8,000 億元，所以大概約 120 幾億元左右。

李委員永振：沒有，多一位數了吧，0.0016。

林委員文德：是 0.016，不是 0.0016。

李委員永振：沒有，你 show 出來，沒有差那麼多啦。

王委員惠玄：李委員，這數據部分是不是我們之後有時間再來討論。

盧主任委員瑞芬：對。

王委員惠玄：因為現在在這邊可能會討論很久，沒有辦法建立共識，這個數據是不是讓我們會後……。

盧主任委員瑞芬：對。其實 MCPI 是社保司的決定權，關於這個部分，我們會把委員的意見提供給社保司。綜合剛才委員的發言，針對會議資料第 29 頁列出的 2 個討論項目，委員有幾個討論點，就是有委員認為延續性項目預算額度增減達 20%，要不要設定 20%，後面的比較簡單，就是要重新修訂或檢討？我想檢討應該是比較有空間，所以我們把修訂改成檢討。至於要不要設定 20% 部分，我知道醫界代表也有對要不要設定門檻提供相關意見。委員針對擬辦的第一項還有沒有什麼意見？請王惠玄委員。

王委員惠玄：不好意思，我不曉得業務單位幕僚是不是有試算過，可不可以建議達 20% 且 5 億元或是 1 億元以上，因為過去我曾經看過有些計畫案的增加數是以百萬元或千萬元而已，其實要超過 20% 是很容易的，如果超過 20% 就要重訂指標，我覺得是有點消耗大家的有限時間，所以不曉得業務單位有沒有試算過所謂的門檻或是合理的金額是多少？

盧主任委員瑞芬：目前業務單位沒有試算這個部分。

陳組長燕鈴：專款項目的金額可能從 1 千萬元到 10 幾億元都有。

盧主任委員瑞芬：OK，第 1 項關於延續性項目預算額度增減達 20% 部分，看起來大家都有點意見，剛才李永振委員是說不要設定 20% 嗎？

周執行秘書淑婉：只要增減就要。

李委員永振：就是要先檢討，檢討後就要提出來。

蔡副署長淑鈴：更嚴啦！

盧主任委員瑞芬：對，這樣的話範圍就蠻大的，只要有增減就要提出來檢討的話，基本上大概每個項目都需要提出來檢討，這個蠻耗時間。請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：延續性計畫本來就要檢討、策進，這是一定要的。至於 20% 的部分，剛剛王委員講的是有道理，因為四個總額的規模落差很大，訂 20% 可能對小總額來講是有意義的，我建議是不是還是維持 20%，因為總比李永振委員說全部都要，我覺得對醫界負擔大，但是第 1 個就是延續性項目一定要有一個 review 的過程，第 2 個就還是維持 20%，謝謝。

李委員永振：我修正一下啦，不要那麼嚴格我也可以接受啦，但是一定要檢討，檢討之後是不是像是王惠玄委員所講的超過 1 億以上或一個百分比或一個金額，達到其中一個條件就要提出來，就是對那些比較小的，增減額度達 20% 約幾百萬元，對比整體總額 8 千億元，幾百萬元就在談的話，好像也怪怪的，有一個定額是 OK 的，這樣可以篩掉一些小額的。

盧主任委員瑞芬：不是，定額會涉及到分母的問題。

李委員永振：但是如果太大的話，20% 又會太高，對不對，例如這個項目預算 20 億元，20% 就 4 億元，可能 1 億元的話，大家就會有意見了，這樣要到 4 億元才需要重新檢討，這兩個要怎麼去折衷啦。

盧主任委員瑞芬：第 1 個是幕僚目前沒有設算，所以我們沒有這個數字，再來就是這樣可能太過瑣碎，講到定額就會牽涉到分母的問題。

題。請黃代理委員啓嘉。

黃代理委員啓嘉(周委員慶明代理人)：剛才李永振委員可能有點誤解我的意思，我並不是說不要設 KPI，因為剛才你講完以後，我想如果沒有什麼事情我就不要重述。但我想訂定 KPI 是 OK，沒有增減要訂 KPI 也 OK，但是會有預算增減 20% 的項目絕對不是在一般服務預算的項目，一般服務預算每個項目的成長率是按照該年協商最後結果的成長率來做一般服務預算每個項目的成長，只有專款項目可能才有大幅的變動，所以設定 20% 部分一定是專款項目。

第 2 個，我剛才解釋 KPI 並沒有影響付費者的權益，因為錢之後還是會還回去，但訂 KPI 可以監控醫療品質，這點我很支持，即使沒有增減要訂 KPI，我也都覺得 OK，但沒有增減也訂 KPI 可能對行政部門造成很多困擾，因為每次都要討論，所以用增減 20% 我覺得這是對行政上的一個妥協，我支持提案的延續性項目預算額度增減 20% 以上者訂 KPI，我解釋一下我的用意並不是說不要訂 KPI。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝。

李委員永振：主席，我是不是說明一下，因為我們彼此互相誤解，第 1 點，我的重點是不要因為專款是可以收回來的就不管。第 2 點，要不要 KPI，坦白講我不 care，但是要提出一個追蹤機制讓大家可以接受，這樣就 OK。

盧主任委員瑞芬：我們修改這個條文也是這個用意，現在先請林恩豪委員第 1 次發言。

林委員恩豪：謝謝主席，我只是想確認一下這句話的意思，這個是不是也可以反面解讀，如果增減較前 1 年未達 20% 以上，就不用檢討了？可是剛剛李永振委員和其他委員的意思是都要檢討，這個會不會有反面的解讀，就變成都不用管這個東西。

陳組長燕鈴：主席，我可以補充說明嗎？

盧主任委員瑞芬：請幕僚補充說明。

陳組長燕鈴：請委員看到會議資料第 61 頁的附表，這是討論事項第二案的部分，協商程序裡面協商大表，已經規定延續性項目應提供

的內容，請看到表格最下面的延續性項目欄位，過去就已經明確規定在提出草案時，延續性項目就須要提供過去執行成果效益或檢討，所以不會因為我們現在討論這個案子，而不去檢討，在會議資料第 61 頁，已經明定每一個協商項目提報內容須具備這些要件，以上補充。

盧主任委員瑞芬：請周執行秘書淑婉。

周執行秘書淑婉：我覺得如果變成延續性項目都需要重新檢討執行目標和評估指標，其實也可以，就如同劉淑瓊委員剛剛提的就是要精進。剛剛燕鈴組長講的是，每年都會把執行效益成果提出來，未來再去檢討執行目標和評估指標有沒有修訂的必要，那是一個程序，所以我建議就直接改成延續性項目須重新檢討執行目標和預期效益之評估指標，這樣就好了。

盧主任委員瑞芬：其實延續性項目一直都有在檢討，不是沒有檢討，這樣我們就把 20% 的部分取消掉。請執秘回應第 2 個部分，剛才委員有提到新增協商項目或計畫的差異，及執行穩定是不是有一定的年限。

周執行秘書淑婉：其實新增計畫要先列為專款項目，原本在專款項目就有明定，我們會把它移到後面來，是因為發現一般服務也會有一些計畫，現在計畫協定事項就會寫未執行額度就要扣減，與其去扣減一般服務中未執行額度，還不如先把這個部分列為專款。此外，關於新增計畫，健保署和醫界可能也需要花一點時間討論計畫執行內容，一般都會在半年以後才開始推動，其實放在一般服務只是虛胖，也沒有那個意義，所以我們覺得這部分直接列為專款可能會比較適合。

至於剛剛陳相國委員提到的部分，是屬於支付標準調整，如果放在一般服務就不會把它列為專款去扣除，因為不適合，所以這個是比較屬於新的計畫或較明確的項目才把它列為專款。至於屬於支付標準檢討就是核在原來執行項目，就不是新的，我想這樣會比較適合。

盧主任委員瑞芬：執行穩定的部分？

周執行秘書淑婉：關於陳石池委員提到的，如同我剛剛講的，其實前頭都要討論好久，執行穩定的部分，像過去牙醫門診總額的牙周病統合照護計畫，原本也是專款項目，執行率逐年慢慢增加約 50%、60%、70%、80%後，才思考是不是可以導入一般服務，這要看計畫的特性後再去定義執行穩定，但我相信執行穩定有一個基本條件是這個計畫要已經實施、可行，也可以擴大到全面推動，像是現在的 skill-mixed^(註)就是這樣，現在還在試辦，等到變成 business model 的時候才有可能變成全面推行，再放到一般服務，我覺得執行穩定仍要依照計畫特性來認定，我認為這個部分不用訂得太細，這也是協商的討論空間、彈性，以上說明給大家參考。

註：skill-mixed(在此指醫院總額之住院整合照護服務試辦計畫)

盧主任委員瑞芬：有關朱委員剛才提到，醫院協會表達反對設上限的問題，我請燕鈴回應說明，這部分衛福部去年已經回應過了，請燕鈴說明。

陳組長燕鈴：補充說明，確實如朱委員講的，去年醫院協會行文給衛福部，請衛福部釋示各部門總額成長率設上限部分，我們查到當時衛福部函復醫院協會的理由是，現行係分 4 個總額部門協商，如單一部門總額成長率較高，將影響其他部門總額分配，健保會為讓各部門總額均有公平的協商空間，所訂的「各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值」內部規範，已行之多年，亦屬合理，衛福部是尊重健保會當時通過之總額協商架構及原則。以上補充。

盧主任委員瑞芬：針對這個案子，有關朱委員剛才提到醫院協會反對設上限部分，燕鈴組長已經回應過了。考量付費者委員及衛福部都是支持各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限原則，更何況兩案併陳最後的裁決權都在衛福部，我建議這部分還是維持，我們最終協商都是以 9 月總額協商結果為準，所以不超過上限的部分就維持原來的規範，也就是我們不動，還是一樣各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍的上限。

本案要討論的 2 點，第 1 點，延續性項目須持續檢討執行目標及

預期效益之評估指標；第 2 點，新增協商項目或計畫宜先列為專款項目，待執行穩定且具成效後，未來年度再考量移至一般服務項目，這部分做一點文字修改，已經做決議，滕西華委員還有其他意見嗎？

滕委員西華：不好意思，臨時有事晚到，可不可以請主席考慮一下，在第 2 點決議做一個附帶決議，因為我覺得剛剛陳石池委員說的有點道理，我記得過去在討論什麼時候叫做具有成效的執行年度時候，剛剛主席和各位委員說得確實沒錯，因為一開始新的專案確實會有宣導、協商、執行辦法等，因此延宕執行期程，所以在第 2 年要執行扣款時，也都會出現這樣的爭議，但記得一開始提成效指標有提到，醫界是不是可以初估 3 年內預計達到的成效是什麼，當時是有的，所以有的專款項目醫界不僅提出短期指標，還提出中期或長期指標。

我建議附帶決議，因為這邊寫的是穩定、具成效、未來年度這些名詞比較沒有客觀參照的標準，之後幕僚可不可以整理過去在各部門總額專款項目大多是執行幾年後，在總額評核會議提出納入一般服務的意見或總額協商時納入一般服務，至少有過去歷史的資料可以提供給委員們參考，不會有的 3 年、5 年，有的認為 10 年，才有未來年度這件事情。像提早評估也是，像健保署其他預算的網路頻寬補助和上傳獎勵於 114 年落日，之前委員一直提出要檢討，這個項目要不要檢討、何時要檢討，我記得這個項目也是講了 2、3 年左右，健保署也同意這個項目可以在 114 年落日，以後不再編列這個款項。我沒有反對這個決議，就是建議做個附帶決議，整理過去歷史資料，讓大家可以做參考，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請吳鏘亮委員。

吳委員鏘亮：主席，不好意思，關於會議資料第 34 頁第(五)項，剛才朱委員提到的部分，並沒有明確回應說明，是不是請再做清楚的說明。

盧主任委員瑞芬：請周執行秘書淑婉補充說明。

周執行秘書淑婉：其實是部分回歸，不是完全回歸，不是如同朱委員說的扣基期，可能要依照每一個效益的結果，大家再評估、討論怎麼回歸，其實把比例訂死也不一定是比較好，這部分還要看後續實際執行效益情形，也要看看是醫界努力的多，還是付費者努力的多，總是要有一定比例的回饋才是合理的。

吳委員鏘亮：部分回歸保險對象，這部分是會撥到什麼地方？是不是有比較明確的說明？謝謝。

盧主任委員瑞芬：回歸總額。

周執行秘書淑婉：回歸總額。

盧主任委員瑞芬：回歸保險對象。

周執行秘書淑婉：回歸總額，就是會回到安全準備，這樣就不會去調整費率，意思是這樣的，不會去扣基期，他擔心會扣基期。

吳委員鏘亮：所以確定不會扣基期？

周執行秘書淑婉：這就要看看項目，我覺得這個這很難說。

吳委員鏘亮：所以沒有辦法明確的說明？

盧主任委員瑞芬：原則上回歸保險對象，其實就是回歸總額。

周執行秘書淑婉：我覺得回歸保險對象是回歸總額的意思。

黃代理委員啓嘉(周委員慶明代理人)：總額和健保基金是兩件事，健保基金是收入面，對保險對象有益的是健保基金的增加，總額本身是一個預算。我覺得這項是一個宣示，所有東西都會牽涉到服務密集度，如果這個有效益的話，服務密集度會下降，將來在協商的時候，付費者就不需要提供這麼高的服務密集度的協商，這就是部分的回歸。對於醫事服務提供者，因為服務密集度在那時候有下降了，所以點值會上升，這也是回歸到醫事服務提供者。

事實上，我要講的是醫療效率的提升，就是讓服務密集度沒有那麼密集，服務密集度有分兩種，有的是好的密集，有的是不好的密集，好的密集就是本來沒有受到照顧的民眾得到照顧，這就是好的密集，本來品質沒有辦法提升到的地方，或沒有照顧到民眾的醫療需求後來得到照顧了，這也是好的密集。不好的密集就是出現浪費

造成的服務密集度增加或效率不彰造成服務密集度增加，這就是壞的密集，所以這東西很難說。列在這裡應該是一個宣示，不要牽扯到總額預算或健保基金，不管牽扯到哪一個，有一邊都會受傷，都會無法產生共識。

周執行秘書淑婉：我建議這個部分後續是用協商的方式，因為這也是屬於協商的一部分。

盧主任委員瑞芬：王委員還有意見。

王委員惠玄：我想要幫幕僚單位確認這個文字，請大家一邊吃飯一邊看到會議資料第 33 頁，這個案子的標題是總額協商架構及原則，其實剛剛主席已經決議，延續性項目還是要有執行目標和預期效益之評估指標，是不是就把會議資料第 33 頁第(四)項第 3 行的「執行目標及預期效益之評估指標」，就不要特別限定是新增項目，因為現在看起來不論是新增或是延續性項目，在總額協商時都要提出執行目標及預期效益之評估指標，不是嗎？第(四)項最後 2 行劃底線部分就不必要再拉出來特別講，如果剛剛主席裁示的決議是不論新增或延續都要提出執行目標及預期效益之評估指標，這個提出的部分應該就是檢討了，因為下一段文字就已經有講了，延續性項目要提出過去執行成果效益或檢討改善規劃，建議是不是文字做這樣的調整會更順暢一點，免得前面跟後面又有一點落差。

接下來是會議資料第 33 頁六、專款項目之(三)倒數第 4 行，這個是不是就維持主席裁示，續辦性專款項目預算增減，也不要增減這 2 個字了，就是續辦性專款都要重新檢討執行目標及預期效益之評估指標，必要時並應修正。針對專款項目跟前面一般協商文字應該是不一樣的，我是想要幫幕僚釐清作業的規範，也讓大家理解，甚至操作總額協商時更明確一點，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝王委員的意見，我想意思我們都溝通到了，文字的部份我們會再做確認，下一次會議也會讓各位委員確認。

李永振委員提到會議資料第 27 頁說明二、(一)總額協商架構部分，改成「俟衛生福利部交議總額範圍後定案，再提委員會議報

告」，事實上我們不需要確認，衛福部給我們什麼就是什麼，所以文字上再做一點修改。

這個案子就討論到這裡，今天真的很抱歉，進度嚴重落後，接下來討論事項第二案和本案有關，所以我們接著進行下一個議案。

伍、討論事項第二案「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴：向委員說明，本案也是為了今年 9 月 20~22 日召開的 113 年度總額協商共識會議，事先做協商程序的議定，以提高議事效率，其實每年都會像這樣議定每年協商的程序。今年度提出的草案，除了更新年度日期及酌修文字以外，主要是參考去(111)年衛福部的政策指示及協商實務運作經驗微調部分內容，擬具的協商草案在會議資料第 50~55 頁，修正的部分在劃線處，請委員參考。

先重點說明調整的協商程序部分：第 1 個調整是在工作計畫表的第一項協商前置作業中，有增訂協商程序。主要是因為衛福部 111 年 11 月 25 日內部會議決議「未來總額協商前，由健保會就各總額部門提出的計畫，請本部業管單位表示意見，事先評估有無悖離本部政策規劃方向及施政目標」。因此建議修訂的內容是在工作計畫表「一、協商前置作業」第(三)款第 5 目增訂 1 個程序，就是在 8 月份各總額部門提出協商草案時，健保會幕僚就會送請衛福部業管單位去評估，是否跟政策規劃方向及施政目標相符，各個相關單位提供的結果，我們會把他們的意見提供給委員，作為總額協商時的參考。

第 2 個調整是，有關協商共識會議的進行方式，請參閱會議資料第 48 頁，我們增列門診透析協商的場次。目前門診透析費用是醫院及西醫基層兩部門總額共同分攤，依協商原則，先合併醫院及西醫基層兩個總額部門門診透析服務費用後，變為一筆門診透析的費用去統合運用，兩總額部門的費用要怎麼分攤呢？基本上，協商時會先協定整體的透析費用成長率，再依兩部門協商當年第 1 季的點數占率分配預算，會計算出醫院及西醫基層總額在各部門門診總額透析的成長率及費用。協商時，根據協商程序是由醫院及西醫基層部門代表推派醫界代表進行協商，同時也會請腎臟醫學會列席說明。

過去門診透析的協商安排是依據醫院及西醫基層兩個部門抽籤順

序，假使醫院部門抽籤順序優先的話，就會在醫院部門協商場次之後進行透析預算的協商，沒有單獨把門診透析列出來。我們希望讓協商程序比較明確，所以明列透析協商場次，在會議資料第 53 頁「二、協商共識會議」之「(三)進行方式」的時間分配表裡面，就把門診透析服務預算的協商場次單獨列出來，這是第 1 個研修的部分。

第 2 個研修部分在會議資料第 48 頁(3)，因為將門診透析單獨列為協商場次後，我們重新檢視協商時候透析代表的角色。因為透析預算分別列在醫院跟西醫基層總額裡，所以過去都是由兩部門共同推派代表主談，此外考量透析涉及專業，所以會邀請腎臟醫學會列席說明，現在把門診透析單獨列為協商場次以後，我們再來 review 一下。

因為以往總額協商時，腎臟醫學會代表多次向本會表達，該會應該有協商代表的名額，希望能直接參與門診透析服務的協商，而不是只有列席說明，所以請委員考量，在門診透析場次協商，台灣腎臟醫學會是否維持現狀 1 名列席說明，或是修正為該會可推派 1 名代表協商。過去門診透析的協商代表，是由醫院及西醫基層兩個部門共同推派代表進行協商。

會議資料第 49 頁提到各部門協商順序會用抽籤決定，另外檢附 112 年度協商程序供委員參考。綜上所述，主要修訂內容為：是不是把門診透析服務單獨列為協商場次，以及腎臟醫學會的角色是列席、還是推派 1 名代表參與協商？以上說明。

盧主任委員瑞芬：這個案子請各位翻到會議資料第 49 頁，我們接下來的討論就聚焦在這 2 點。剛才燕鈴組長有說過，第 1 點就是門診透析服務是否列為單獨協商場次；第 2 點是有關門診透析協商場次，台灣腎臟醫學會的代表是以列席的身分，還是以正式代表的身分參與協商，請各位聚焦在這 2 點，請委員發表意見。請滕西華委員。

滕委員西華：謝謝主席跟幕僚的說明，我其實是不太支持腎臟醫學會

列協商代表，理由有 2 個。第 1 個，原本總額協商就是各部門跟付費者協商，目前透析預算協商是列一個專案協商，如果透析要單獨列一個部門，但它其實還是在西醫基層跟醫院總額裡面執行，過去邀請腎臟醫學會列席，是西醫基層跟醫院總額對腎臟醫學會的尊重，否則在部門協商代表中，應該要推派跟總額項目有關的相關專長的人擔任代表參與協商才對。

如果腎臟醫學會因為透析服務可以單獨推派代表參加協商的話，那麼護理師長期爭取的護理費在總額協商時也應該列為代表，藥師在整體藥費或其他的藥事服務時，也不無道理應該列單獨代表，但當時沒有列代表的理由都是因為我們是交由總額各部門的 9 個代表，依照提出的協商項目去邀請或組成協商代表團，所以如果有這樣的情況，將來我們增加其他的專科別服務時，難道又要再請另外的專科別都進來加入協商總額代表嗎？我覺得這是治絲益棼，個人不太支持。

盧主任委員瑞芬：請吳榮達委員。

吳委員榮達：我也贊成滕西華委員的意見，事實上我們歷年來協商的狀況，腎臟醫學會代表就是列席的單位，但是好像對他們協商的權益上沒有任何的影響，所以我附議滕西華委員的意見，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請問委員對第 1 點門診透析服務是否列為單獨協商場次部分有沒有意見，請陳杰委員。(有委員表示：贊成他們 2 位委員的意見)贊成他們 2 位意見。

陳委員杰：我也支持滕委員西華的意見，醫學會不是只有腎臟醫學會，還有很多科別的醫學會，為什麼能夠單獨讓台灣腎臟醫學會列席說明，這點我也覺得怪怪的，所以我支持滕西華委員提出的意見，也希望大家可以共同支持。

盧主任委員瑞芬：請楊芸蘋委員，對不起，剛才沒看到。

楊委員芸蘋：沒關係，因為您的角度不好看到前後委員，我知道。謝謝主席跟各位委員，其實滕西華委員的意見，應該是我們大家的意見。我認為如果增加 1 個協商代表，衍生很多的問題，各類別醫事

團體很多誰要來參與，甚至議事會議或規範也需要處理等。其實大家協商時都很和諧，而且都是醫師，西醫基層跟醫院總額部門派代表就可以了，請他們推派代表參與會議，在和諧氣氛下談出來的結果應該不會不好，以上。

盧主任委員瑞芬：第 1 個部分他們要單獨列 1 個場次，幕僚的建議主要是考量在協商時我們要做試算，所以建議門診透析服務費用應該列為單獨協商場次，這點委員有沒有反對意見？

陳委員杰：沒有。

盧主任委員瑞芬：謝謝陳杰委員。如果沒有的話，我們這個案子就做這樣的決議：第一，門診透析服務列為單獨協商場次，從今年 9 月協商開始；第二，關於門診透析協商場次，台灣腎臟醫學會代表仍以列席身分出席協商會議，不是正式代表，以上決議。請李永振委員。

李委員永振：關於主席的第 2 個決議，我們不要去弄這個決議，讓醫界自己去邀請他進來就好了，不要定義腎臟醫學會代表是諮詢還是協商代表。

盧主任委員瑞芬：我們這個討論是說我們同不同意給腎臟醫學會 1 個正式代表名額，如果委員不同意，當然就是他們自己去協商。重點是目前在會議上我們聽到的意見，是不同意撥 1 個指定席的名額給他，他是以自由席的身分出席，最後就看醫院跟西醫基層是不是要推腎臟醫學會的醫師來當協商代表，決議是這個樣子。

李委員永振：那他算不算是 9 個協商代表之一，如果算，他就是協商代表。

盧主任委員瑞芬：若讓他坐指定席的話，表示醫院、西醫基層兩總額協商時都要各扣 1 個名額，這就是滕西華委員剛才說覺得這樣非常不妥，其實醫療涉及非常多專業人員，如果給他 1 個名額，以後涉及其他的專業人員也都給名額進來，會影響兩個總額部門推舉代表的方式或是他們的決定權。

李委員永振：了解，但是這樣的話，就變成我們不給他多 1 個，如果

有請腎臟醫學會進來，他就是協商代表，不是諮詢代表，沒有所謂的諮詢代表。

盧主任委員瑞芬：長期以來他都是列席身分參加，就是諮詢代表。

李委員永振：那他就不能列席，他沒有資格為什麼可以列席？他不是協商代表。

盧主任委員瑞芬：他就是列席代表。

陳組長燕鈴：請委員看會議資料第 52 頁，原協商程序條文就有明定可以列席說明。

盧主任委員瑞芬：我們本來就明定他是列席。

周執行秘書淑婉：我們會提這個出來討論，是因為腎臟醫學會長期來跟幕僚反映，希望在協商會議時有一個正式的角色，過去都是用列席，列席跟出席的差異是發言權不同，因為列席得徵詢主席同意才可以發言。

其實在實際運作時，他也都很認真在講話，也沒有列席和出席的差別。現在只是說我們回應他們的需求讓委員討論之後，下次就可以跟他說：「抱歉！只能列席，沒有出席」這個結果了。

我們只是想讓委員把這個問題討論清楚，幕僚好做後續安排，所以腎臟醫學會代表本來就是列席。

李委員永振：對不起，我再說明一下，這樣我了解，但是這樣要去修我們的辦法，不應該讓他列席，你要嘛就請醫界那邊邀請他當談判代表啊。

盧主任委員瑞芬：李委員，其實列席就是諮詢，讓他列席這件事情行之有年、也沒有不恰當的地方，我們是不是不要這個時候再去修改裡面的內容，因為真的對整個協商沒有影響，也不要讓醫院或者是西醫基層硬要擠出 1 個代表的名額來談透析的部分。

李委員永振：但是這樣對腎臟醫學會不公平，因為他每次都列席啊，他是參與程度很高的，結果把他排除在外，把他當成列席，這樣不是很奇怪嗎？講一句不客氣的話，欺負人嘛。

盧主任委員瑞芬：我先請王惠玄委員，她是第 1 次發言。

王委員惠玄：我想李永振委員是希望不要剝奪腎臟醫學會的發言權利，但我想剛剛幾位委員發言是想要強調說我們沒有要指定名額或是保障名額在總額協商代表裡面，任何一個專業都不宜，但是這樣的文字的確是有可能會誤解。

門診透析協商我們已經在擬辦一同意是 1 個獨立場次，這個場次其實是從醫院部門跟西醫基層部門裡面再度協商，所以這個是大總額裡面的小總額的概念。這個小總額怎麼協商，我覺得就尊重西醫基層跟醫院部門的處理方式，其實要不要介入都不是任何人可以講的，因為攸關透析服務，所以腎臟醫學會列席說明，甚至於在這個大總額中的小總額，實質角度講是協商也不為過，但是在文字上要不要做保證名額的文字，恐怕有其他爭議，所以我支持幕僚單位的文字措辭。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝各位委員的意見及王委員進一步的說明，我們這個案子的討論就到這裡，決議的部分剛才已經說過了，請吳鏘亮委員。

吳委員鏘亮：謝謝主席。我對這案兩個決議沒有意見，不過剛才很多委員有提到說，醫療那麼多專業，是不是各學會都要有代表在這邊(盧主任委員瑞芬：沒有，我們沒有這個意思)。我想跟大家解釋，因為現在是門診透析預算獨立出來，所以腎臟醫學會來這邊做代表也好、諮詢列席也好，我想他有他的角色。

如果今天有 1 個總額是護理費總額，護理的團體大概一定要進來，我的意思是說剛才很多委員提到說，是不是因為醫療部分有很多專業，是不是各專業醫學會都要進來，我覺得這個是因應總額的分割，所以在透析部分才會請腎臟醫學會進來參與這些事情，我想這是應該的啦。其他專科別的部分，如果總額獨立出來，當然也是要請他們進來做諮詢，以上報告，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝吳委員的說明。這個案子我想現在應該是有共識，第 1 個是門診透析的部分有獨立協商場次，第 2 個部分是腎臟醫學會的代表仍維持推派 1 名代表以列席身分出席，以上是決議的

部分，本案討論到這邊。下一個案子相對簡單，我們就進行下一個議案以後再休息，謝謝。

陸、討論事項第三案「有關極偏遠地區之巡迴醫療支援看診成本高，應適切提升診察費案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

盧主任委員瑞芬：請說明，請馬代理委員海霞。

馬代理委員海霞(陳委員節如代理人)：謝謝主席，大家午安。我們提出本案的原因已經在書面資料說明了，醫師在極偏遠地區巡診確實在時間和交通上的成本都非常高、也非常辛苦。所以我們希望能夠產出以鼓勵更多醫生投入偏遠地區巡診的方案，讓極偏遠地區及醫療資源不足地區的醫療可以不缺席，以上。

盧主任委員瑞芬：健保署的回應就在補充資料上，非常清楚，我們接下來就先開放給委員發言，請黃代理委員啓嘉。

黃代理委員啓嘉(周委員慶明代理人)：首先簡單感謝提案委員，因為偏鄉情況真的跟都會區不太一樣，在都市居家看診車程可能只要20分鐘，但在偏遠地區來回交通動輒1、2小時都有可能，巡迴醫療點也是這樣，絕對不是在家附近，今天會場剛好有2位東區的區域醫院協會理事長也在這裡，他們的貢獻更多。所以非常感謝委員在此時提案照顧偏鄉，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請吳榮達委員。

吳委員榮達：我看補充資料從第8頁一直到第11頁裡面，其實看不到提案委員可能最想看到的交通費補助。因為這次我們到吉貝島參訪，才知道巡迴醫療醫師，從屏東坐車到高雄、在高雄坐飛機、再搭船到吉貝島，對於交通費的部分完全沒有補助。對於這些犧牲奉獻的醫生，確實有對不起他的地方，是不是能請健保署斟酌考量以交通距離當作交通費的資助或是補充的依據，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請王惠玄委員。

王委員惠玄：主席、各位委員，首先我支持提案委員的提議，也謝謝各總額部門邀請委員參加偏遠地區巡迴醫療的業務訪視活動。我個人雖然只參加1場，但是在過程中也充分體會到很多人辛苦的付出，以目前的制度來講，補償真的是有限，這是第1點，也echo吳

榮達委員剛剛的意見。

謝謝健保署提供的補充資料，資料中看到不同總額部門對巡迴醫療偏遠地區的認定、補助的對象、條件的設定以及分級是不一樣的，有些鄉鎮其實是重複的。我不太曉得為何同一偏鄉在不同的總額會分在不同的級別，甚至給付的方式也不一樣，包括論次的單次費用、還有是否分為一般日跟例假日。

我支持提案委員的建議，也建請健保署重新思考巡迴醫療支付的公平性、衡平性，譬如吳委員特別提出來成本的實例體驗，目前的巡迴醫療點都相對是少了，是不是可能針對不同巡迴醫療點有一些特定的補助方式，這都其實是可以考量的，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請李永振委員。

李委員永振：剛才吳委員跟王委員意見我完全贊同，但是依法令規定，研商及推動總額支付制度係屬保險人的權責，依法我們應該送給保險人處理。當然透過委員的關心，也可以讓健保署了解我們實地訪視後的感受，應該也是有幫忙。

看過這些資料之後，底下我有 1 點請教、1 點建議。要請教的是在會議資料第 64 頁，西醫基層在 109 年、110 年疫情期間，預算執行率不到非疫情期間的一半，但是 4 年的目標數也訂得都差不多、兩段期間的目標達成率也相當接近，這整個數據呈現是不是怪怪的？預算執行率不到非疫情期間的一半，但是執行的目標達成率接近，而且目標又訂得差不多、不是特別低，這是不是可以說明一下。

第 2 點要請教是健保目前的政策是強調預防重於治療，需有投資健康的思維，這對醫療資源不足地區的保險對象更是重要。就我了解，中醫對這方面是屬於固本的，我們既然強調預防重於治療，是不是可以請中醫部門思考一下怎麼強化？因為偏遠地區醫療資源不足，如果不要生病就比較 ok，這樣就可以克服一部分醫療資源不足的問題，這也能呼應到中醫的強項，我做這一點粗淺的建議。

盧主任委員瑞芬：接下來請滕西華委員，其實李永振委員講的沒有

錯，這案子其實是屬於健保署權責，委員的意見當然非常寶貴，我們都會提供給健保署參考，請滕西華委員。

滕委員西華：謝謝。提案的部分，提案的案由跟說明二、三的內容其實不太一樣。提案是要增加、提升，不是調整而已，是要提升診察費，但說明裡面的擬辦還要併同退場機制，先講這其實是兩件事。

針對退場機制，當然各總額部門跟健保會有立場討論，就是我們在做總額專案協商的時候，要加進甚麼樣的退場機制到偏鄉專案，但是診察費就是各總額部門跟健保署的權責，這是我第1個想法。

第2個，各總額部門在偏鄉的服務，各位委員可以參閱健保署提供的補充資料，其實很清楚，雖然各部門有不一樣的計費標準，可能是論次或論量，就像剛才王惠玄委員也有提到對偏鄉的分級也不一樣，這當然是屬於各總額部門自律的範疇。

其實很早以前我們也建議過到底要不要一樣，因為鄉鎮就在那裡，不會因為西醫去、山就長得不一樣，中醫去、海就不一樣，山跟海都是一樣的，為什麼偏鄉的分級會不一樣，這中間比較複雜，涉及到醫療資源的分布，它不是單純的用地理與人口來做分級，它還有考量到醫療資源的分布，才會使得各總額的分級變得不同。

可是即使偏鄉在各總額的分級不同，但旅運成本是相同的，不會因為這個鄉鎮在牙醫是特別偏遠、在中醫沒有那麼偏遠而不一樣，但偏偏各總額在給付的時候，論次或論量都是包裹車馬費。

委員是關切費用包裹車馬費時，會因為不同的總額或論次、論量或診次不同，醫師或醫療團隊的cost不同，就會造成相對的剝奪。也就是如果旅運成本含住宿是1萬元，去幾天不一樣，可是我拿到的給付可能是2萬、3萬、4萬，cost不一樣，當然比較之下，就會有一些付出跟收穫之間的剝奪感。

這幾年來的參訪我們都曾提到，醫事司跟衛生局在偏鄉醫療的角色都已經消失了，所以健保的錢裡面不得已要包裹車馬費這件事。包括車馬費、房租、空間合併使用這些問題，長期在全國衛生行政會議裡面都沒有被檢討到，我覺得健保署承擔了過多的責任，各個

總額部門也是，各總額的醫師公會非常非常地辛苦，還要勸募設備等等，所以不單純是診察費的問題。

第2個是這裡如果要提診察費，我不知道診察費加2成夠不夠，只有牙醫是用整體醫療費用加成，但是診療費的成本差異很大。診察費跟診療費不一樣，診察費是醫師去對病人，但是診療費是跟病人有沒有外傷、要不要帶很多的工具、帶甚麼樣的藥去、西藥跟中藥的攜帶及儲存方式、是否需要護理或藥事人員一起前往有關，這個成本會因為服務性質的不同相差很多，像牙醫可能不需要藥事人員，但西醫可能某種程度要，當然西醫有調劑上的例外沒有錯。我的意思是如果要考慮調整費用，應該去看不同總額的特性，以及它的診療費有沒有需要被檢討。

診察費就是醫師的付出，可能頂多再 cover 跟診護理人員的費用，但其他專業人員的診療成本在越來越高齡化的社會，或是到宅的服務裡，是沒有被考慮到的。如果本案要在共擬會議檢討或各總額部門要跟健保署檢討時，我也期待一併討論診療費，而不是只針對診察費檢討。

盧主任委員瑞芬：接下來請周麗芳委員

周委員麗芳：謝謝主席、各位委員。我非常贊同提案人、還有剛剛幾位委員提出來的意見，因為我們這次的業務訪視中，不管是西醫基層、牙醫部門或是中醫部門，其實普遍都有碰到這個問題，尤其這些在偏鄉服務的醫師數十年如一日，真的很令人感佩，但是讓我們更覺得無力的是，當我們整輛遊覽車要離去的時候，這位在偏鄉長期服務的醫師，走上遊覽車特別請我們一定要幫他們請命。

他確實是憑著服務熱忱撐下去的，現在百工百業的成本都在上漲，剛剛講到的診療費跟大家提到的交通費，也牽涉到整個成本的議題。所以我非常感佩提案人把這次參訪碰到最大的心得提到會上來，我也建請衛福部跟健保署是不是可以針對這議題進行研議，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請馬代理委員海霞。

馬代理委員海霞(陳委員節如代理人)：極偏遠地區交通、時間成本都非常高，我們都知道雖然交通給付可能不符合健保支付的原則，也知道所有的支付方案皆須做通盤考量。只是因為我們看到偏遠地區醫師真的很辛苦，時間、交通成本那麼高，所以才會建議健保署能夠建立一些鼓勵醫師到偏遠地區的方案，希望大家能夠支持，以上。

盧主任委員瑞芬：我再重複提醒，本案屬於健保署權責，請吳鏘亮委員做本案最後 1 位發言人。

吳委員鏘亮：再次謝謝各位委員，終於看到偏鄉地區的需求，確實是有熱忱的醫師才有辦法投入偏鄉醫療，但是偏鄉醫療的問題，不光是熱忱就可以解決的。

除了剛才有委員提到交通成本高之外，還有很多委員也提到時間成本。我們在偏鄉要做這件事情確實有很多困難，不是醫師一個人出去就可以解決所有問題，也需要很多配合的同仁一起出去，問題是很多時候會受到勞檢關注，所以上班時間又不能加班太久，這樣交通時間算下來，其實真正在偏鄉服務的時間會被縮減，這情形對偏鄉民眾來講還是不太公平、不是那麼平權，人力的問題怎麼解決，也是我們在偏鄉服務很頭痛的問題。

我們服務的很多地點很偏鄉，這次參加的委員也都看到了，我們目前也是持續在做 IDS^(註)的計畫，也是例行針對山地離島的提供醫療服務，我想是不是有機會討論本案時，能夠一併考量檢討整體 IDS 服務的點值或給付，以上報告，謝謝。

註：IDS(Integrated Delivery System，山地離島地區醫療給付效益提升計畫)。

盧主任委員瑞芬：我知道大家都很感激提案人，除非有新的內容，要不然這真的是健保署的權責，他們也承諾會好好檢討，所以是不是其他委員提書面意見，因為開會到現在大家都還沒休息，這案是不是就討論到這裡，我知道各位都很支持。

楊委員芸蘋：我知道主席您很難為，我只要 1 分鐘，給我 1 分鐘我給你全世界好不好。

盧主任委員瑞芬：我給您 1 分鐘，我就必須也給陳杰委員 1 分鐘。

楊委員芸蘋：不好意思，我真的要講一下這案，每 1 年都在參訪，參訪的很多，每年都有這個問題但為什麼都沒有討論，我想每個委員都有的想法，但我們遲遲沒有討論這個問題，我覺得健保署真的要負起最大的責任，不好意思，2 位副座。

多年前我就參與這樣的活動，回來都有講但都沒有正式提案，馬委員提出來我們真的很感謝她。不過剛剛提到牽涉層面蠻多的，像當地衛生局及醫事相關團體等，但我覺得當地里長、民代都應該一起來討論，共同分擔一些業務、事務、人力等部分，這樣可以減少健保署的壓力或是更多事情可以處理到位，這樣的問題每年都會有也都會發生，我希望真正全面性深入地討論才会有真正的結果，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：請陳杰委員發言，真的是最後 1 位發言了，時間 1 分鐘。

陳委員杰：謝謝，關於現在提到的提案，首先，對在極偏遠地區巡迴醫療支援看診的人員，包括醫師以及護理人員，向他們表示最高的致敬，因為真的非常辛苦。但有一點需要釐清，議案內容寫得非常不錯，是極偏遠地區不是偏鄉，因為台灣偏鄉很多，彰化縣就有 6 個偏鄉，所以藉此機會請大家共同支持本案能夠通過，然後再讓健保署擬訂 1 個方案來補助醫師及護理人員到極偏遠地區提供巡迴醫療看診服務，希望能夠支持他們，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，關於本案其實一再強調是屬於健保署的權責，各位提供的寶貴意見，就請健保署研參，這個議案討論到這裡結束。接下來休息 5 分鐘，然後再開始另外 2 個議案，謝謝。

劉委員淑瓊會後書面意見

醫改會關切的是，偏鄉醫療不能夠只靠醫護人員來當「活菩薩」，目前針對偏鄉醫療，健保主要有 IDS 計畫、總額醫療資源不足地區改善方案、醫療不足地區醫療服務提升計畫等，長年投入費用從

31億元乃至106億元以上不等，衛福部其他司署亦有相關計畫，應通盤檢討。目前在健保相關偏鄉醫療計畫的指標中(參會議資料，第64~67頁)，仍以執行數、達成率、滿意度為主，而看不見一些偏鄉醫療計畫面對的困境：

一、巡迴醫療的限制：依據盧敬文(2016)研究，居民會去使用巡迴醫療，大多是為了控制慢性病，但醫師受限於鄉內通常也可能沒有藥局，不一定能夠釋出處方箋，拿藥還是要到衛生所或等巡醫。也會有部分民眾因感染症(像是蜂窩性組織炎等)就醫，但嚴重的感染症無法單以口服抗生素治療，需要輔以針劑甚至住院等，巡迴醫療就會顯得緩不濟急。

醫師雖然會建議病情嚴重的居民至醫院治療，並開立轉診單，但是對沒有交通工具的居民來說，「包車」通常就是第一道阻礙。因為衛生所的巡迴醫療和門診不收掛號費，加上部分負擔減免，在鄉內就醫幾乎等於免費，若轉診到鄉外就醫或住院治療而衍生費用，則是第二道阻礙。偏鄉中經濟能力差的居民，大病、小病通常只能等待巡迴醫療，也會讓山地醫師面對延遲、複雜的病情。

二、醫療品質缺乏指標：我們關注偏鄉醫療計畫，能夠實現偏鄉居民哪些「未滿足的醫療需要」(unmet medical need)，且若巡迴醫療是以照顧慢性病人為主，目前慢性病照護品質的指標IDS計畫中僅有「可避免住院數」，總額的醫療資源不足地區改善方案的品質指標則尚不足，有精進的空間。在第五屆110年第4次委員會議中，陳石池委員也有提出相關意見，並建議重新考量評核指標。

柒、報告事項第一案「推動分級醫療之成效檢討(含各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

洪專門委員于淇：略。

盧主任委員瑞芬：請幕僚補充說明。

陳組長燕鈴：簡單說明一下，分級醫療政策部分在會議資料第 71 頁，補充說明分級醫療的背景，分級醫療政策是衛福部從 106 年起推動的醫療策略，政策包括調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務、提升基層醫療服務量能，及強化醫院與診所醫療轉診服務。請翻到第 72 頁，因為配合分級醫療政策，健保總額從 106 年起 7 年間編列非常多的預算及項目，整理資料詳第 73 頁表格，請委員參考。

至於醫院和西醫基層各項投入的預算及執行情形，剛才健保署已經報告了，我就簡要說明，請參閱會議資料第 73 頁，考量分級醫療政策已推行多年，健保總額配合投入很多的預算，希望藉由本次整體的成效檢討，建議也要檢討疫後對分級醫療的影響，及檢討之後未來的規劃方向，故建請衛福部及健保署參考委員意見，並考量 COVID-19 之後的供需情形，能夠研訂未來更有效的分級醫療策略以及相對應的政策目標，以上說明。

盧主任委員瑞芬：請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：謝謝主席，謝謝健保署的報告，不過關於這案根據健保會 112 年度工作計畫所列的標題是成效檢討，但是今天聽到健保署報告只有成效沒有檢討，請看投影片(如本議事錄第 110~114 頁)。我們醫改會根據健保署既有的這些資料，會內同仁重新計算，大概看到 5 個問題，請看下 1 張投影片。對於這 5 個待檢討的問題，希望健保署可以提出具體的回應，誠如健保會同仁說明，我們已經投入不少的資源，這也是對整個醫療體系、體質健康非常重要的一件事情。請看下 1 張投影片，第 1 個問題是從這個數據看到分級醫療的效果其實是鈍化的，也就是過去我們用了這麼多的策略，但是從

全區轉診數及轉診率其實都沒有明顯改變，各位請參閱。

請接續看第 2 張投影片，接受下轉的案件占比還是很低，我們姑且接受健保署的定義，這麼寬的一個定義，但是我們發現接受下轉的案件在轉診案件占比不到 1 成 5，如果除以總就醫次數甚至不到 1%，目前下轉案件裡面其實還灌了水，也就是沒有排除病人下轉之後又因為同一個原因到不同的醫院層級去就診，這個沒有排除掉，在沒有排除的情況下占比都這麼低，所以這也是 1 個問題。

請接續看下 1 張投影片，第 3 個問題是現在祭出的各種轉診支付誘因，但仔細看這些誘因非常的不合理，第 1 個是醫院下轉可以拿到 400 點~500 點，當然我們鼓勵醫院下轉，可是大家看 400 點~500 點是什麼概念，醫生看 1 個病人診察費是 358 點，也就是說下轉 1 個病人等於多看 1.4 個病人，這個合不合理呢，如果可以達到效果我們也不反對，但是從前面資料來看好像效果有限。上轉誘因的正當性更不足了，上轉可以拿到 200 點，我們都知道分級醫療的目的是壯大基層，這是一個基本精神，所以希望能有比較多的下轉，至於上轉部分，如果你不上轉的話，病人有需要、自由就醫還是會去，所以 200 點用於鼓勵上轉其實有待商榷。

現在健保署又在研擬平轉，平轉的議題也希望健保署再審慎思考，這個會不會和社區醫療群的功能重複，也有正當性的問題。其實應該要鼓勵院所之間的合作，現在每轉 1 個就給 1 個支付點數，這個支付點數又沒有提供有價值的服務，這很難說服我們付費者。

第 4 點，基層診所是不是留不住病人，去年第 7 次會議劉林義副組長曾報告過慢性病人病情穩定之後下轉，但下轉之後到基層停留時間有縮短，我們鼓勵下轉但不是轉了之後又很快回來，而是希望病人留在基層穩定就醫，但 110 年慢性病下轉至診所停留時間只剩 108 年的一半，108 年 142.79 天降到 110 年 63.8 天這也是問題，建議應該要追蹤分析慢性病人下轉到診所前後的就醫情況，更能夠幫助我們了解基層是不是還有精進空間。

最後，門診減量政策，過去大家都知道這是齊頭點砍 2%，現在

也沒有實施了，這裡面有很多的因應行為，甚至整個醫療服務量是往上走，卻要逆勢叫它下來，當然就會有很多對策出來，這些對策我相信健保署都有掌握。最後，在今年共識營中鄭守夏老師給我們一個 talk，分級醫療很重要，但如果過去的策略都不 OK、沒有明顯的成效要不要來個典範移轉，不要再一直加點數、一直做數據，反而要思考有沒有辦法真正做到服務提供者之間的整合，對他們之間上下游照護的協調性，如果能夠做到這個，我們的分級醫療才有希望，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請吳榮達委員。

吳委員榮達：補充資料第 14 頁第 3 點說明，為了讓醫院致力於急診及重症照護，研擬減少西醫基層上轉誘因，支付點數由 200 點~250 點調降為 50 點。我比較質疑的是既然希望醫院致力於急診及重症照護，西醫基層上轉的病人不分一般疾病、急症或急重病一律調降為 50 點，這樣會不會反而將西醫基層急重症照護部分，就沒有誘因上轉給醫院治療，這是我的 1 個疑點。

第 2 個是補充資料第 24 頁、投影片第 19 張，各層級醫院收入費用占率，看得出來影響最大的是區域醫院，從 106 年的 38.8% 到現在 111 年只占 36%，可想而知分級醫療措施實施以後衝擊最大的是屬於區域醫院，健保署可否就分級醫療措施對區域醫院的衝擊、經營困難等狀況做一個分析，或是進退場狀況的分析，這是第 2 點。

第 3 點是補充資料第 25 頁、投影片第 21 張，提到很多未來努力的方向，包括預防保健、長照、居家照護，擴展到全人全程的照護，除了預防保健部分我有意見之外，其他部分基本上是可以接受，但具體計畫是怎麼樣，希望有機會或是哪個時間點能夠提出這些具體計畫讓健保會了解，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：很感謝劉淑瓊委員做這麼深入的分析，我聽到健保署報告的時候，感覺像跟 107 年當時請教的時候一樣，當時 107 年請教的時候是實施第 2 年，所以回應是剛開始實施，因為剛開始推動就

不要要求太高，但是現在已經進入到第 7 年，在分級醫療投入的預算約 219 億元，如果再加上家醫計畫約 224 億元，全部投入合計 443 億元，但一直期待不到我們要的成效和成果，這樣應該要整個翻修而不是檢討。所以不曉得健保署有沒有什麼想法，當然健保署也很為難啦，這是衛福部的政策想要把它廢掉也不太可能，但是像這樣下去也不是辦法，1 個家醫計畫已經實施 20 幾年也成年了，現在這個已經第 7 年也進小學了，要等到什麼時候呢，應該要再深切地思考而不是檢討而已，我的感受是這樣，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請王惠玄委員。

王委員惠玄：大家好，也謝謝健保署同仁的報告及努力，分級醫療是一個相當大的挑戰，尤其在我們國家的制度和很多分級醫療實施成功的國家而言稍有不同，但我也認同劉委員及李委員所提的檢討面及成效面，也執行一段時間，成效部分是不是可以考量有更多指標或是 tracer 的制度，病人的轉診包含上轉、下轉、回轉甚至未來的平轉，有沒有可能透過病人的追蹤，了解轉診後病人的病情，不是只有停留在診所多少天，而是了解疾病嚴重度是否降低或病情有無穩定。對部分病人而言，可能需要定期回到醫學中心就醫，病情穩定的病人可以持續在診所就醫一段時間、甚至更長，但不表示不需要回到醫學中心就醫。所以關於在診所停留時間的定義有沒有可能透過 tracer 的追蹤制度，有一個更詳盡的成果或成效的評估。

再來是基層開放表別部分，我有機會看到一些資料，就目前開放品項越來越多的情況下，是否所有品項都有合理的使用比率。就我所知，有些項目使用的比預期多很多，有些項目也是寥寥可數，開放表別的效果如何，是不是有達到預期的效果，希望有機會也讓我們知道執行情形及檢討結果。

最後，關於投影片第 19 張各層級醫院收入費用占率，其中呈現財團法人、社團法人、公立、一般醫院，想要傳遞的訊息不是很明確，不曉得如何解讀，社團法人的占比比較高是因為家數比較高、規模過大，還是個別服務量增加，無論是哪 1 個狀況希望傳遞的訊

息是什麼，也希望補充說明，謝謝。

盧主任委員瑞芬：其他委員沒有意見的話，現在請健保署回應。

李副署長丞華：醫管組說明。

劉副組長林義：主席、各位委員，大家好。首先，關於劉淑瓊委員提到分級醫療成效檢討部分，貴會安排連續 2 個月進行分級醫療的報告，這個月報告是屬於推動分級醫療的整體成效，下個月會就轉診部分進行報告，包含 2 個主題，第 1 個主題是基層總額轉診型態轉診費用，就是剛才劉委員所提的，轉給基層之後會停留在基層多少天等，這部分會在下個月報告，另一主題是鼓勵院所建立轉診合作機制，所以下個月還有這 2 個主題。

這個月主要是針對整個推動分級醫療的成效來報告，最主要的成效呈現在投影片第 17 張，推動分級醫療真正的目的在哪裡，就是為了提升西醫基層門診占率，大醫院門診占率有一些下降，所以我們一直以這張作為主要的結果。

剛才劉委員指教第 1 個是關於轉診率部分，轉診率似乎不是很高，這需要進一步看計算轉診率的分子及分母，現在計算的分母是總就醫人次，因為實在不曉得到底哪些人需要轉診而沒有被轉，這些是看不出來，所以現在用總件數計算，如果總就醫件數比較多的話，即使分子部分成長，相除之後轉診率率還是很低，關於這部分我們也正積極就教各位學者看看有沒有更好指標，可以提供給我們參考。

第 2 個是關於轉診誘因部分，的確從 107 年訂定上、下轉誘因之後，其實我們中間也有試圖去扭轉，希望能夠用於鼓勵下轉，上轉則是有必要才上轉，所以我們認為上轉支付點數不應該太高，有需要的才轉，而不是看到 250 點就轉，剛剛委員講到補充資料第 14 頁說明的部分，有需要才轉診，是這樣的因素，不過這個部分還要再跟醫界這邊做個協調，因為也是有相當多的意見，目前這個誘因能否調整，還在積極協調中。

另外委員提投影片第 17 張，似乎對區域級醫院的影響程度比較

大，這部分如能再做細部分析，我們再辦理。

剛才王委員有提到投影片第 19 張，為什麼這樣分，因為我們以前都用 3 個層級費用占率來看，有委員提到地區醫院很多是新設的大型醫院，他們可能冠上財團法人或社團法人，他們想跟純粹的一般地區醫院做比較，所以我們就做這 1 張給他們看，其實就費用占率來講，地區醫院不管是財團法人或社團法人都有提升，我們主要想跟醫院代表報告這件事情，以上說明。

盧主任委員瑞芬：本案大家如果沒有其他意見的話，委員提供的寶貴意見都送健保署研參，請進行下一個議案。

李委員永振會後書面意見

自 106 年總額起每年都有持續編列鼓勵分級醫療的預算，過去 2~3 年因為 COVID-19 疫情，影響分級醫療政策推動而未見成效可以理解。但今年疫情已解封，民眾生活也漸回歸常軌，建議健保署檢討疫情對分級醫療的影響，並考量疫後之醫療供給及民眾需求，研訂未來推動策略及政策目標，才能真正有效推動分級醫療。否則投入預算卻不見成效，非付費者支持政策的初衷。

捌、報告事項第二案「『鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質』之『執行目標』、『預期效益評估指標』，及具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

朱科長文玥報告：略。

盧主任委員瑞芬：接下來請燕鈴組長補充。

陳組長燕鈴：請看補充資料第 28 頁本會補充說明的部分，這個案子其實是健保署依據總額決定事項，將所研訂的專款執行目標、預期效益評估指標跟實施計畫的一些措施，及獎勵方式跟品質監控指標向我們報告。

本會研析部分請看到第 29 頁，有關健保署所提執行目標跟預期效益評估指標的部分，第 1 點就是我們的執行目標，我們去查最新的 2021 年台灣腎病年報數值跟他的目標值比較，如第 29 頁的表裡面可以看到就是說，部分指標項目的目標值過於寬鬆，建議重新審酌這些目標值是不是恰當，其次就是所提的執行目標跟預期效益評估指標都是重複的指標，其中以腹膜透析病人 1 年跟 3 年存活率，確實是反映健康照護的成果，可是存活率的影響因素很多，我們去查健保署目前有門診透析品質確保方案，也都有定期監測腹膜透析的腹膜炎發生率，跟透析的效率與住院率等直接反映腹膜透析照護品質指標，列在第 68 頁的歷年執行監測結果，這部分建議做為未來評估本計畫執行的品質表現指標。

請看第 29 頁下面，獎勵方式跟給付項目部分，剛才健保署有講到腎臟醫學會在共擬會議已經通過之後，有再跟健保署建議有關於加強病人自我照護品質處置費，請看第 30 頁，應該要有給付規範，有做了再給支付，還有刪除一些重複獎勵項目，這部分我們認為台灣腎臟醫學會建議合理，建議本會予以支持。

另外有關於本案相關設定的獎勵方式跟支付點數，我們建議考量成本效益以及跟其他健保專業支付獎勵的衡平性，我們有去查健保

署在 112 年曾經統計過，以 111 年申報資料來看，血液透析病人整年門住診費用，平均每人是 74 萬點、腹膜透析是 68 萬點，今天所提的獎勵方式，對腹膜透析的獎勵點數，我們粗估都加起來，對於新的病人獎勵每人每年最多支付到 20 萬點的獎勵費，所以換算額外獎勵費用占腹膜透析全年費用最高可到 3 成，相較於其他健保專案計畫為高，需要審酌這個成本效益。

其次我們有去看他的支付衡平性，這部分也建議能夠通盤考量，我們簡單舉 2 個例子，本方案有 1 個新照護個案的獎勵費跟轉診費，例如我們看第 30 頁的表裡面，本計畫的新發個案獎勵費，同一院所持續透析 6 個月以上的話，每 1 個個案支付 3.6 萬點~7.2 萬點，第 7~12 個月每月 1 萬點~2 萬點，同樣西醫基層總額的代謝症候群也有新發現個案獎勵費，其新發現個案且要開始追蹤治療，每個個案給付是 150 點，如果就轉診費來看，本計畫轉診費平轉一次是 5,000 點，上轉、下轉跟回轉是 1 萬點，在醫院總額急診品質提升方案裡面，也有轉診獎勵，急診的上轉跟平轉的話，轉出跟接收轉診醫院只有 500 點，下轉是 2,000 點，甚至像是重症病人直接轉入到加護病房的上轉跟平轉，轉出跟接受轉診各 5,000 點，所以綜合上述，我們建議健保署能夠考量支付衡平性跟進行財務評估，就算預算投入，也要評估後續的成本效益跟推動成效去監測對病人的照護成果。

最後是主任委員有指示，就是天下雜誌剛好在 4 月份辦理居家透析的現在與未來的論壇，也請我們整理相關資訊給委員參考，我們整理在補充資料在 69~131 頁，讓委員能夠了解最新透析資訊跟國內外現況，這些請委員參考，以上說明。

盧主任委員瑞芬：謝謝燕鈴，我稍微補充一下有關於天下雜誌辦的這個 forum，其實主要有兩個部分，一個部分是署長跟國外的美國負責 Medicare^(註 1)的 CMS^(註 2)下的 CMMI^(註 3) Deputy Director 的對話，我是 Moderator，所以這裡面也可以讓各位稍微了解美國在做腹膜透析跟推廣腹膜透析的一些作法，因為天下雜誌他們有 copyright，所以我特別請他們同意我們可以跟委員分享，他們也很樂意提供給

委員參考，請問委員對這個案子有沒有什麼意見？請張清田委員。

註 1：美國聯邦老人醫療保險。

註 2：CMS(Center for Medicare and Medicaid Services，美國聯邦老人醫療保險與低收入戶醫療保險服務中心)

註 3：CMMI(Center for Medicare and Medicaid Innovation，美國聯邦老人醫療保險與低收入戶醫療保險創新中心)

張委員清田：主席，各位先進，大家好，這個案子我是覺得好像是衛福部的政策，其實他的政策當然也考量到病人，我覺得患者很可憐，洗腎一次需要 4~5 小時，甚至 5~6 小時，慢一點還要等，1 個禮拜至少洗腎 3 次，如果家裡沒有一些人可以照顧，真的對他們是一種負擔。

我相信使用腹膜透析對患者是好的，而且我們衛福部在支持，現在我們去年總額協商至少給 1% 的成長率來做這件事情，從這個獎勵的金額還有計畫，我覺得好像是為了消化預算而做，因為金額好像很大，實際上這樣做不到幾個患者，我是覺得我們是不是對這個獎勵，我覺得還是有一點問題，這個醫界是不是能夠支持衛福部的政策。

從剛剛主委請幕僚提供的資料來看，台灣腹膜透析的比例可以說是世界上幾乎是最低的，人家都已經 2~30%，3~40%，我們現在還這麼低，現在為了做這個，我們健保署還要用很高額獎勵，以後這個乾脆血液透析也不要成長，反正你都不做，以後我們協商不要支持這個總額成長，因為你都不做，我想這一塊請健保署考慮一下，那個獎勵真的是有點高，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請蔡麗娟委員。

蔡委員麗娟：主席，以下的說明是腹膜透析病人請我代為表達的幾點意見，他們提到洗腎人數雖然持續成長，但是近年來我們在腹膜透析上的占率其實是逐年減少的，從補充資料第 71 頁看來，甚至在疫情期間，照理說病人比較不願意去醫院，但是疫情期間腹膜透析的占比還是下降，人數也是負成長，在 106 年是 7.5%，在 111 年也就是去年是 6.7%，所以這些病友他們認為，是不是要有幾個考量，第 1 個就是調升給付以提供院所更多的誘因，剛剛在報告有看到署

裡面已經有一些說明，他們認為對很多院所來講如果都是洗腎，可能血液透析的處理方式比較方便，利潤也可能比較好，因為腹膜透析很多成本是花在藥費，所以對院所來講在服務上主要都是在藥費方面的支出。

也是因為腹膜透析的人數下降，所以能夠提供腹膜透析的院所也跟著下降，病人使用的便利性就降低了，特別是在社區醫院這個腹膜透析的人數萎縮非常多，有一些院所的腹膜透析中心也因此關閉，若需要重新建立也要誘因，剛剛有些數據都有提到。

另外他們也有提到上下轉診的獎勵，其實西醫基層對這個可能是看得到吃不到，因為西醫基層照顧這類的病人並不多，但是對於住在偏鄉的病人來講，獎勵下轉應該還是可以提供病人便利性。另外他們提到一點就是腹膜透析的護理人力，這是跟品質相當密切的重要關鍵，因為腹膜透析的護理人力一定要夠才能維持品質，腹膜透析的護理人員需要額外的訓練，不像血液透析護理人員開班比較頻繁，所以在訓練上他們比較沒有那麼多的訓練機會，在這樣的情況下可能會影響病人照護品質，過去他們就有經驗到專職腹膜透析的護理師改為由血液透析的護理師兼職，但是病人一旦接受腹膜透析，在初期護理師需要花很多時間，因為病人需要跟護理師密切聯繫，甚至在晚上，因為很多病人都是在晚上睡覺時間做腹膜透析，其實護理師的 loading 也大，因為病人有問題的話也是會聯繫他們，若病人在訓練上不夠紮實，回到家裡沒有得到充分資源，常常遇到困難還是乾脆改成血液透析，所以這樣計畫目標就比較不容易達到。

另外也提到就是說，過去 2008 年到 2010 年，我們的腹膜透析獎勵計畫曾經出現問題，就是直接獎勵點值的 1.2 倍，就有一個可能為了衝量問題，不見得適合腹膜透析的病人也收進來，但是可能洗了幾個月以後，狀況不理想或是洗不乾淨，所以又回到血液透析，總括來說，就是他們認為在現有的環境對於制度上要有誘因，另外就是品質的管控，對這些病人來講他們覺得非常重要，然後這個計畫到年底，只剩下半年的時間，所以在這個半年裡面希望能夠掌握

進度，讓病人能夠趕快有更好的環境去接受腹膜透析的治療，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接著請滕西華委員。

滕委員西華：謝謝，我比照後面附件一的支付標準，其實都看不太懂，所以做一些請教。第 1 個，就是提升腹膜透析新發個案照護費裡面的(1)、(2)、(3)，就從後面的支付標準也是一樣，開辦 1 年內設了有一個病人我們就給，沒有量的要求，就是說沒有你們要做幾個的量，但是按照支付標準 60 萬點可以做蠻多的個案，沒有量的要求，這是第 1 個。

第 2 個，重新部分是前 1 年你有設沒有收案，所以前 1 年我們給開設了，比方說是 111 年，以今年算去年 12 月 31 日以前有設這個腹膜透析中心，但 1 個個案都沒有收，因為沒有收，今年收了個案，領不到 60 萬點的新設，但領到 40 萬點，也是沒有量的要求。

輔導醫院設立腹膜透析中心的獎勵費 20 萬點，也沒有說什麼樣的醫院可以輔導別人設置，你要很績優嗎？你要收腹膜透析病人，健保署覺得你做得非常好嗎？或是你要多少個案量、要多少年的經驗才能夠輔導別人，也沒有這個 criteria，可能有，但後面標準都沒有看到，如果一家醫院自己設了又去輔導別人就拿到 80 萬點，只做 1 個個案就可以了，或是這家醫院去年設了但沒有收案，今年重新回來就有 40 萬點，他如果也可以去輔導別人就收到 60 萬點，我的意思是可能不是這樣，我猜健保署也沒有這麼 naive，可是在標準裡面沒有看到講到這些。

新發生個案獎勵費，我們都知道透析最大疾病病因是跟糖尿病、高血壓都有關係，那麼新個案的發現費或轉診費會發生在誰身上，可能是其他內科醫師發現，就是心血管醫師或是新陳代謝醫師，糖尿病整合照顧計畫醫師發現這個病人需要透析，refer 到透析中心，新發個案到底算誰的，算新陳代謝專案的嗎？算家醫群專案的嗎？不太知道，轉診費問題我完全同意幕僚意見，實在差距太大了！不知道為什麼上轉、下轉還可以到幾萬的轉診費，我完全不是很理

解，因為轉診上去後面還沒有看到他的醫療品質，我們前面分級醫療還說不要讓他亂轉就降到變成 50 點，這邊突然之間，也不管這個轉診適不適切，我們就一大筆給非常多的錢，前面的透析獎勵費沒有講到資格部分。

再來就是追蹤照護費，團隊的獎勵費我更是不懂，剛剛蔡麗娟委員也有提到，其實他比較像是疾病管理師或個案管理師的概念，就是腹膜透析不管在家、在上班地方甚至出國，都有非常多的衛教跟確保自我照顧能力，全球在推廣也是因為這樣病人的生活品質會提高，但唯一的 issue 就是病人的 self-care 能力好不好，以及醫療團隊對他的支持，可是這裡又沒有量，例如我一個疾病管理師或個案管理師，我們又沒有把個案管理的概念納進來，我連愛滋病的追蹤管理都有個案量，一個個案管理師，不管 background 是護理還是其他背景，領這個錢，醫院不用告訴健保署說我這個追蹤管理師是需要追蹤多少腹膜透析個案才能領到這個錢嗎？

還有原本舊的支付標準，請看補充資料第 35 頁，可以說追蹤時處置費要做什麼事，現在沒有了，可是我追蹤這個腹膜透析個案，請問這個追蹤的護理師，我們姑且稱護理師好了，因為裡面講護理費，但我認為他應該是個案管理師，你要追蹤什麼事情，你要不要記錄，譬如說你每一個病人的 frequency 會不會不一樣，剛開始來的，是不是要求他最少一個禮拜或多久追蹤一次，已經到了 7~12 個月，他比較穩定，self-care 比較好，是不是就可以變成 2 個禮拜或 1 個月追蹤一次，就我們對追蹤頻率領到這個錢沒有要求，我們對追蹤內容的基本也沒有 follow up 的記錄，更沒有說這個人要負擔幾個個案，如果這個院所收了 20 個個案，一個護理師追蹤兩個跟 20 個的品質會是一樣的嗎？剛才有人提到，這跟追蹤品質很有關係，護理師跟他怎麼保持聯絡，用他聽得懂的語言，因為這跟病人的社會經濟地位跟能力也有關係，更不要講萬一合併糖尿病、高血壓，你可能還要跟別的團隊合作，maybe 他還是家醫群個案，還有分工的問題，所以我覺得這些都沒有講得很清楚。

如果這裡面獎勵費原本是血液透析，是 HD^(註1)轉 PD^(註2)我們有獎

勵嗎？我們這個案子不就是要鼓勵他做腹膜透析，這裡反而沒有本來是在血液透析個案，其實是可以轉成腹膜透析的，這才比較難吧！不是只有新個案，這部分也沒有獎勵，所以我覺得可能還要再思考一下。提升品質照護費更是沒有病人數，一個病人 5,000 點，什麼樣叫做提升品質獎勵的病人數有沒有上限，如果沒有，我滿同意張委員清田是不是你就是要把錢花掉，因為我看這裡面有很多我不太懂的議題，如果可以的話，請進一步說明，謝謝。

註 1：HD(Hemodialysis, 血液透析)

註 2：PD(Peritoneal dialysis, 腹膜透析)

盧主任委員瑞芬：現在請李永振委員。

李委員永振：在 4 月 27 日參加醫療服務給付項目及支付標準共擬會議，在討論「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」這案的時候，健保署曾經提出 2 個修正建議重點，其中包括：1.應以結果面為導向呈現資源投入之預期效益評估指標，並提出明確反映整體效益的量化指標；2.針對相關支付項目，訂定支付規範要考量支付衡平性及區隔性。但是今天所談的本案內容，上述 2 個重點應提出來，但好像又看不到這些強調的點，在幕僚這邊有分析，就是執行目標、預期效益之評估指標均重複，而且目標值太過寬鬆，甚至比 108 年的數值都還要低，這樣的話，讓我們覺得本計畫整個來說花了 4 億多元，但它的意義在哪裡？另外也沒有顧慮到執行的衡平性，剛才各位委員也都有提到，我個人覺得本計畫實在應該再精準深入去考量這 2 個主題，不然的話，這樣通過以後執行起來，雖然只剩下半年的時間，但你既然要做，就要做得比較像樣，不是錢要到以後、有做就好，我是這樣的建議，謝謝。

盧主任委員瑞芬：現在請健保署回應。

李副署長丞華：今天有請腎臟醫學會的專家來到現場，幫我們協助說明一下。

許秘書長永和：主席以及各位委員，感謝各位委員的指導及建議，我想這是一個既定政策，基本上時間也比較倉促，首先是我們距離現在到年底大概只有 7 個月執行期間，以致於我們訂定目標的部分稍

微訂得比較保守，因為這些慢性腎病走到要洗腎的病人其實本身也不是那麼多，第 2 個我們要影響病人放棄血液透析，去選擇腹膜透析，實際上也沒有那麼容易，以致於我們訂這些目標值的時候，可能跟大家熟悉的觀念有點差別，基本上因為只有 7 個月不到的執行期間，要馬上看出在整個台灣腹膜透析的盛行率、發生率增加，甚至 1 年、3 年的存活率增加，這 7 個月期間可以改善的事項有限，以致於我們訂得稍微比較寬鬆。

有一些數字，今天會依委員建議，我們會再修正，基本上原來引用的數據，有的是來自健保、有的是腎臟醫學會自己統計的數據，這部分我們一定會做修正。至於預期效益之評估指標，健保會建議加入「腹膜炎發生率」、「住院率」、「透析效率」這點我們也會加進去，有關這 3 項本來就是在獎勵措施之第 3 項品質獎勵部分已經有做呈現，所以我們當初才沒有加進去。

本案最主要是想要提升整個腹膜透析的盛行率或發生率，還有它的品質，所以我們當初設預期目標這些 KPI 時，主要還是在提升人數占率方面為主，但我們還是會把今天會議的意見納入，在預期指標的部分再做一些修正。

第 2 個就是有關台灣腹膜透析的盛行率，目前最新的資料，在 2021、2022 年我們報到美國 USRDS^(註 1)，109 年的數據，我們在整個盛行率是 7.94%，美國 USRDS 所公布的全世界 60 幾個國家，GPD 占率大概平均 10 點多%不到 11%，美國大概是這樣的百分比，日本跟韓國就更低，日本大概 2 點多%，韓國 4.5%，跟我國相對鄰近的國家裡面，我們還是比日韓都來得高，我們的 survival、我們的預後的這些，也比歐美、日本都來得更好一些。至於腹膜透析的占率為什麼不會這麼高，最主要牽涉到台灣人口非常稠密，還有健保的方便性，以致於病人從家中到醫療院所去做血液透析相當方便，跟相較於在紐西蘭、加拿大幅員廣闊的國家，可能要開車 2、3 個鐘頭去 HD，實在不便利，只好選擇腹膜透析，所以腹膜透析的占率其實是一個包含政策、人文、地理的結果。

有關健保會指示我們的幾點，第 1 點，我們的解釋是，我們會重新修正指標之訂定；第 2 點，有關於衡平性的問題，基本上因為只有在草案七之(四)項裡面才會納入支付標準，會跟大家做一點比較，其中有一個上下平轉的部分，我想我們若改到第一項獎勵費用，可能比較可以降低疑慮。其中有一個我必須要講的，整個草案精神最主要是提升腹膜透析的占率，但以臨床來講我們看到，目前因為腹膜透析還是有一點類似需有經濟規模效益，如果我們在 1 個醫療院所中成立 1 個腹膜透析中心，可是裡面只有 5 個病人，但我們要養 1 個護理同仁、還要有 1 個空間、有醫師，其實一般醫院沒有辦法這樣做，因為這完全不敷成本，所以我們才在這個草案中置入幾個精神，就是說我們過去在這些地區醫院或基層診所，在設立之初可能有一些障礙，例如在金錢、SOP 或技術指導的部分，我們希望能趁著這一次，讓還沒設立、或有設立但收不到病人的院所，我們都有鼓勵措施，讓腹膜透析病人到附近醫療院所設有 PD center 之處就可以執行，這樣 PD 占率就會增加。

第 2 個，我們也有做一些 SDM^(註 2)，剛剛委員有提到的讓 ESRD 就是末期腎病病人，有比較多鼓勵方式像是藉由做 SDM 等等，來選擇 PD 的方式，那我想這幾個部分雖然看起來有一些不合理，也不能說不合理，就是我們在設計草案的精神就還是希望能夠廣推，因為目前無法推的 niche^(註 3)，就是在於比較規模較小的醫療院所無法去做，第 2 個，有一些病人無法完全接受到充分的知識，也能讓他們能選擇到 PD 作為 ESRD 的治療方式，以上，謝謝。

註 1：USRDS(United States Renal Data System，美國腎臟登錄系統組織)。

註 2：SDM(Shared Decision Making，醫病共享決策)。

註 3：niche(利基市場)。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員第 2 次發言。

李委員永振：感謝腎臟醫學會說明背景資料，聽到他的說明以後，我似乎回到去年我們在討論代謝症候群案的場景，理由都差不多一樣。你既然要接受我們建議來進行修正，為什麼第 1 次提出的標準，我講離譜是比較外行的說法，但我的感受是這樣。請參閱補充

資料第 29 頁，你訂的執行目標，在存活率方面，不管是 1 年還是 3 年，都比 2021 年還低，這資料讓病人看到，他會是什麼感受？你們多拿了 4 億多元，結果生命的存活率竟然比原來還糟糕，怎麼會訂這種目標？即使你提出來再修正，但信任感已經降低了，而且又講時間因素，我建議不要因為時間因素，就想趕快像去年的代謝症候群案一樣急迫通過，要就應該好好推，你要推就應該要推一個像樣的案子，讓病人也有信心，才能提高成功率，若病人沒有信心、意願就不高，這樣怎麼會成功？因為本案的資料比較晚拿到，雖然我有參加共擬會議，但看了本案之後，好像健保署的建議，人家提出來又接受了，自己建議的重點也沒有去掌握，這樣囫圇吞棗就讓它過去好嗎？我們健保會的委員要做這個背書嗎？我個人是這樣感覺，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，健保署沒有補充。這個案子就做成以下決定：本案洽悉，委員所提意見請健保署研參。

今天的議案都已經完成了，請問各位有沒有臨時動議？如果沒有，今天會議到此，散會，謝謝！

劉委員淑瓊會後書面意見

- 一、根據林文源教授的研究：「就實務上而言，如果說過去的問題是因為 HD 較為普及，而讓可能適合 PD 的病患必須遷就 HD，那目前只將眼光放在醫療給付引誘醫生推廣的策略，則可能將不適合採用 PD 治療的病患帶入 PD。更重要的是，目前 PD 治療本身就存在一些與病患生活無法協調的問題，需要病患自行摸索適應。在目前統一、標準的 PD 規劃下，不但由病患自行摸索，並且自行承擔不必要的醫療風險與道德風險。」而病人需要的是：「如何面對能力不一的病患，提供各種支持，使其能安全且有彈性地協調 PD 操作與生活。」
- 二、在疾病治療初期，護理師可能需要花費大量時間衛教與指導，新病人初期常常需要密切跟護理人員聯繫，甚至夜間也可能需

要值班接電話(部分腎友在晚上睡覺時間治療)，如果病人訓練不夠扎實，回到家治療又沒有充分支援，當遇到困難時，可能就會轉做血液透析了，與計畫目標背道而馳。因此，腹膜透析需要支付誘因，除誘因的衡平性需考量，且更重要的是，支付誘因能不能買到具價值的醫療服務，並反映在醫療照護與品質上，需監測與評估。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：吳小姐

聯絡電話：02-27065866 分機：2531

傳真：02-27029964

電子郵件：a111158@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年5月18日

發文字號：健保企字第1120681019號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：無

主旨：有關貴會112年5月24日第6屆112年第4次委員會議，因本署石崇良署長赴瑞士日內瓦參加第76屆世界衛生大會（World Health Assembly，WHA），不克列席，敬請諒察。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：



◆ 健保法第76條

- 1 本保險為平衡保險財務，應提列**安全準備**，其**來源**如下：
 - 一、本保險每年度**收支之結餘**。
 - 二、本保險之滯納金。
 - 三、本保險安全準備所運用之收益。
 - 四、政府已開徵之菸、酒健康福利捐。
 - 五、依其他法令規定之收入。
- 2 本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。

◆ 112年5月份會議資料第82頁 社保司說明資料 註2第②式

$$\begin{aligned} \text{保險收入} &= \text{保險給付支出} + \text{應提列或增列之安全準備} \\ \Rightarrow \text{應提列或增列之安全準備} &= \text{保險收入} - \text{保險給付支出} \end{aligned}$$

◆ 政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數計算公式

(112年3月份會議資料第138頁)

$$\begin{aligned} &\text{政府應負擔健保總經費法定下限36\%不足數} \\ &= (\text{保險給付支出} + \text{應提列或增列安全準備} - \text{法定收入}) \times 36\% - \text{政府已負擔保險費} \end{aligned}$$

◆ 110年度(短絀時)

36% 不足數	}	健保署	= [7,274 -155-129] × 36% -1,772=745
		依法正解	= [7,274 +171-129] × 36% -1,772=862(多117億元)

◆ 111年度(結餘時)

36% 不足數	}	健保署	= [7,498 +103-129] × 36% -1,804=886
		依法正解	= [7,498 +272-129] × 36% -1,804=947(多61億元)

衛生福利部全民健康保險會
第6屆112年第4次委員會議



112年第1季
全民健康保險業務執行季報告

中央健康保險署
蔡淑鈴副署長
112年5月24日

1



健保雲端系統持續提供疫情診療所需資訊

配合指揮中心112/5/1起解編，本署TOCC提示功能停止服務



109年至今
TOCC累計查詢次數

逾23億次

持續提供COVID-19相關診療所需資訊

- COVID-19治療用口服抗病毒藥用藥紀錄
- 公費臺灣清冠一號用藥紀錄
- 快篩/PCR檢驗結果
- Paxlovid藥品交互作用查詢功能



2

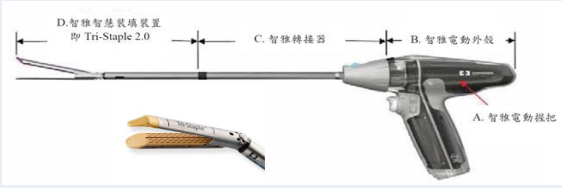



新功能特材經共同擬訂會議通過及公告情形 以「外科手術電動縫合器」為例

提高手術安全及便利性之電動縫合器

預估預算為1.09億元
陸續於112/2/1起公告生效

- 目前電動式縫合器已成國際趨勢，電動式用於切割縫合時有較高之穩定度，可減少組織拉扯出血及滲漏等併發症，增加手術的安全及便利性。
- 包含**晶片型**及**進階型**2種電動縫合器：

晶片型	進階型
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 搭配晶片縫合釘使用時，可偵測夾住的組織厚度 ◆ 依照組織不同厚度自動調整擊發速度以達到最佳的縫合效能 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 槍與釘一體成形，具有釘槽的改良設計，具較高阻止傷口滲漏壓力，減少爆釘風險 ◆ 且進行兩段式加壓，提供傷口組織更好黏膜抓持力，減少組織傷害
	

圖片出處：特材仿單 3



罕病新藥納入健保給付

健保照護罕病病患 增加民眾用藥選擇

- 截至112年5月1日，新增罕病新藥**5**項

	藥名	適用疾病	生效日期
1	Zeposia (成分ozanimod)	多發性硬化症	112/03/01
2	Nexviazyme (成分alfa-avalglucosidase)	龐貝氏症	112/04/01
3	Evrysdi (成分risdiplam)	SMA (脊髓肌肉萎縮症)	112/04/01
4	Onpattro (成分patisiran)	FAP(家族性澱粉樣多發性神經病變)	112/05/01
5	PhosAdd Tab. (成分 $\text{KH}_2\text{PO}_4 + \text{Na}_2\text{HPO}_4 + \text{NaH}_2\text{PO}_4 \cdot \text{H}_2\text{O}$)	性聯遺傳型低磷酸鹽佝僂症	112/05/01

- 擴增給付規定**1**項

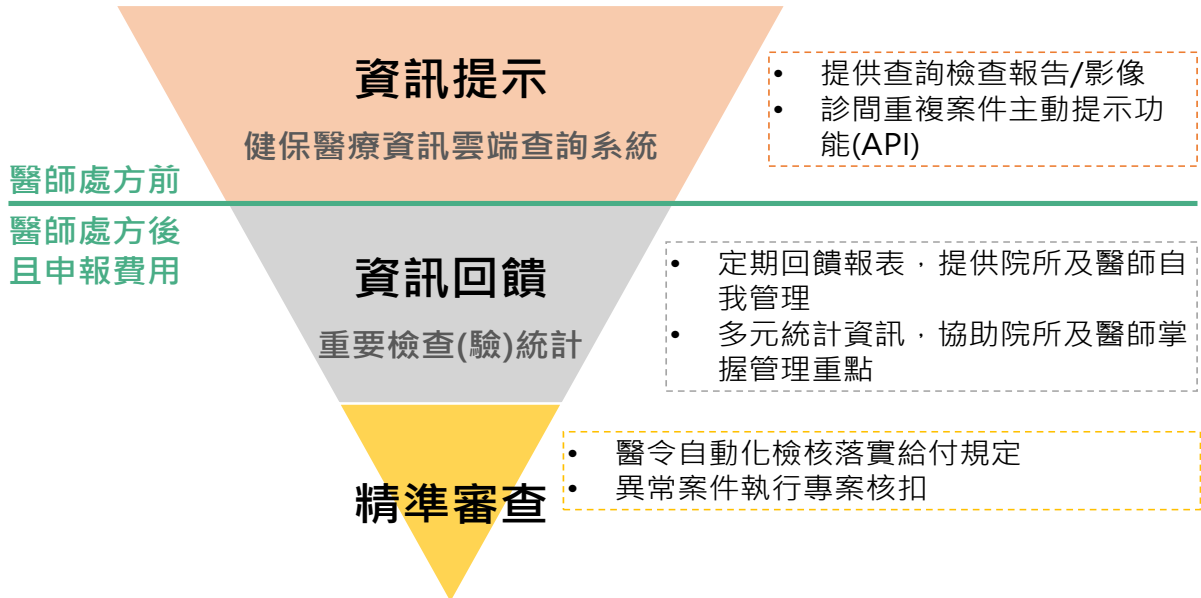
	藥名	給付範圍	生效日期
1	Spinraza (成分nusinersen)	由原本給付於「出生12個月內發病確診且開始治療年齡未滿7歲」族群，擴大給付於「3歲內發病確診者」，且若「起始治療年齡滿7歲者且臨床評估運動功能指標RULM \geq 15者」	112/04/01

4



重要檢查(驗)管理策略

- 運用多元管理措施，協助院所檢視病人執行適當性及再次執行合理性，調整處方減少浪費。



5



部分負擔新制

- 衛生福利部於本(112)年5月17日預告修正「全民健康保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」草案。
- 對於公報內容有意見或修正建議者，請於公告刊登公報次日起30日內(6月16日截止)陳述意見或洽詢。

6



藥品部分負擔

調整醫學中心及區域醫院 藥費百元以下收取10元、上限增加100元
醫院慢性病連續處方箋第一次調劑 比照一般藥品計收

院所層級	一般藥品		慢連箋 第1次調劑	慢連箋 第2次以後調劑
	藥費100元以下	藥費101元以上		
基層院所/中醫	免收 【現況相同】	比率20% 上限200元 【現況相同】	免收	免收
地區醫院		比率20% 上限300元 【現況免收】		
醫學中心 區域醫院	10元 【現況免收】	比率20% 上限300元 【現況上限200元】	比照一般藥品 【現況免收】	

註：

- 1.依全民健康保險醫療辦法第15條規定，保險對象持特約醫院、診所醫師交付之處方箋，應在該特約醫院、診所或至特約藥局調劑。
- 2.避免定額收取造成找零，採比率20%以定額計收，藥品費用每增加100元，部分負擔增加20元。
- 3.考量公平性、一致性、便利性及鼓勵慢性病患穩定持續用藥，各層級(含特約藥局)第2次以後調劑皆免收部分負擔。

7



急診部分負擔

不區分檢傷分類 按就醫醫院層級別定額收取
醫學中心增加200-300元；區域醫院增加100元

特約類別	現行方案		新方案 不區分檢傷
	檢傷1-2級	檢傷3-5級	
基層診所	150		150
地區醫院	150		150
區域醫院	300		400
醫學中心	450	550	750

8



部分負擔現行與新制對照表

項目	對象	現行制度				新制			
		基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心
門診藥品部分負擔	一般民眾	0-200元				0-200元	10-300元		
	中低收入身心障礙	0-200元				0-200元	0-200元		
	法定免除	全免				全免			
急診部分負擔	一般民眾				【檢傷1-2級】 450元	150元	150元	400元	750元
	中低收入身心障礙	150元	150元	300元	【檢傷3-5級】 550元	150元	150元	300元	550元
	法定免除	全免				全免			

9



擴大弱勢族群就醫權益保障

中低收入戶及身心障礙者 不影響就醫權益

門診藥品部分負擔**不調整** 比照**基層診所**收取
 急診部分負擔**不調整** 僅醫學中心檢傷1-2級**增加100元**

法定免部分負擔	其他單位補助
重大傷病 分娩 山地離島地區就醫	(一)低收入戶 (二)無職榮民、榮民遺眷之家戶代表 (三)三歲以下兒童 (四)警察消防海巡空勤軍人 (五)油症患者 (六)替代役役男 (七)列管結核病患至指定特約醫院就醫 (八)持有「全國醫療服務卡」愛滋感染者 因愛滋病就醫等

10

衛生福利部中央健康保險署「112年4月份全民健康保險業務執行季報告」第40頁及第101頁勘誤內容如下：

十五、全民健康保險醫學中心病床增減情形(詳表29)

112年1月至112年3月醫學中心平均病床數為32,549床(急性病床30,464床，急診觀察床1,316床、慢性病床769床)，與111年12月至112年2月平均病床數減少0床。

表29 全民健康保險醫學中心病床增減情形

醫事機構簡稱	111年12月-112年2月平均				112年1月-112年3月平均				總病床增減情形
	總病床數	急性病床 (不含急診 觀察床)	急診 觀察床	慢性 病床	總病床數	急性病床 (不含急診 觀察床)	急診 觀察床	慢性 病床	
台大醫院	2,239	2,119	120	-	2,239	2,119	120	-	0
臺大兒醫	273	273	-	-	273	273	-	-	0
馬偕台北	886	847	39	-	886	847	39	-	0
馬偕兒童醫	188	188	-	-	188	188	-	-	0
彰基	1,409	1,179	76	154	1,407	1,177	76	154	-1
彰基兒童醫	212	200	12	-	212	200	12	-	0
中國	1,910	1,860	50	-	1,912	1,862	50	-	0
中國兒童醫	256	246	10	-	256	246	10	-	0
三軍總醫院	1,820	1,765	55	-	1,820	1,765	55	-	0
臺北榮總	3,088	3,031	57	-	3,088	3,031	57	-	0
國泰醫院	762	721	41	-	764	723	41	-	1
新光醫院	813	777	36	-	813	777	36	-	0
亞東醫院	1,332	1,272	60	-	1,332	1,272	60	-	0
馬偕淡水	953	931	22	-	951	929	22	-	-2
萬芳醫院	733	700	33	-	733	700	33	-	0
台北長庚	250	227	23	-	248	225	23	-	-1
林口長庚	3,400	3,240	160	-	3,401	3,241	160	-	1
台中榮總	1,574	1,494	80	-	1,573	1,493	80	-	-1
中山醫院	1,113	1,077	36	-	1,113	1,077	36	-	0
成大醫院	1,330	1,255	75	-	1,330	1,255	75	-	0
奇美醫院	1,265	1,189	76	-	1,265	1,189	76	-	0
高雄榮總	1,453	1,400	53	-	1,453	1,400	53	-	0
高雄長庚	2,637	2,095	100	442	2,637	2,095	100	442	0
高雄醫學大	1,656	1,590	66	-	1,656	1,590	66	-	0
慈濟醫院	998	789	36	173	998	789	36	173	0
總計	32,550	30,465	1,316	769	32,549	30,464	1,316	769	-0

製表日：112/05/17

註：1.資料來源：本署醫務管理子系統，其中病床數據係由各醫院經各縣市衛生局核准登記並報本署備查之資料。

2.本資料各類病床欄位係以3個月各類病床總數移動平均值採計並以四捨五入取整數位，非實際病床數。

消費者物價基本分類暨項目群指數

統計期	五.醫藥保健類	年增率 (%)	4年算數平均年成長率	以4年平均年增率計算累計成長(高年增率起算)	原始累計成長率(高年增率起算)	以4年平均年增率計算累計成長(低年增率起算)	原始累計成長率(低年增率起算)	4年幾何平均年成長率	以4年幾何年增率計算累計成長(高年增率起算)	以4年幾何年增率計算累計成長(低年增率起算)
70年	46.86	-								
71年	47.34	1.02								
72年	47.32	-0.04								
73年	48.91	3.36								
74年	50.56	3.37								
75年	50.76	0.40								
76年	51.32	1.10								
77年	51.04	-0.55	1.08			1.0108	0.9945	1.0107		1.0107
78年	53.14	4.11	1.27	1.0127	1.0411	1.0236	1.0354	1.0125	1.0125	1.0233
79年	54.82	3.16	1.96	1.0324	1.0740	1.0436	1.0681	1.0194	1.0321	1.0432
80年	56.83	3.67	2.60	1.0593	1.1134	1.0707	1.1073	1.0258	1.0588	1.0701
81年	59.95	5.49	4.11	1.1028	1.1745	1.1147	1.1681	1.0410	1.1022	1.1140
82年	60.80	1.42	3.44	1.1407	1.1912	1.1530	1.1847	1.0342	1.1400	1.1522
83年	61.94	1.88	3.12	1.1762	1.2136	1.1889	1.2069	1.0310	1.1753	1.1879
84年	62.92	1.58	2.59	1.2067	1.2328	1.2197	1.2260	1.0258	1.2056	1.2185
85年	63.99	1.70	1.65	1.2265	1.2537	1.2398	1.2469	1.0164	1.2255	1.2386
86年	65.50	2.36	1.88	1.2496	1.2833	1.2631	1.2763	1.0188	1.2485	1.2619
87年	66.09	0.90	1.64	1.2700	1.2949	1.2837	1.2878	1.0163	1.2689	1.2825
88年	68.59	3.78	2.19	1.2978	1.3438	1.3118	1.3364	1.0218	1.2966	1.3104
89年	71.41	4.11	2.79	1.3339	1.3991	1.3483	1.3914	1.0278	1.3326	1.3469
90年	72.30	1.25	2.51	1.3674	1.4166	1.3822	1.4088	1.0250	1.3659	1.3805
91年	73.24	1.30	2.61	1.4031	1.4350	1.4183	1.4271	1.0260	1.4014	1.4164
92年	75.59	3.21	2.47	1.4377	1.4810	1.4533	1.4729	1.0246	1.4359	1.4513
93年	77.06	1.94	1.93	1.4654	1.5098	1.4812	1.5015	1.0192	1.4635	1.4792
94年	80.54	4.52	2.74	1.5056	1.5780	1.5219	1.5693	1.0274	1.5036	1.5196
95年	83.51	3.69	3.34	1.5559	1.6362	1.5727	1.6272	1.0334	1.5537	1.5703
96年	87.17	4.38	3.63	1.6124	1.7079	1.6298	1.6985	1.0363	1.6101	1.6273
97年	89.24	2.37	3.74	1.6727	1.7484	1.6908	1.7388	1.0374	1.6702	1.6881
98年	89.76	0.58	2.76	1.7188	1.7585	1.7374	1.7488	1.0274	1.7161	1.7344
99年	90.32	0.62	1.99	1.7530	1.7694	1.7719	1.7597	1.0198	1.7500	1.7687
100年	92.14	2.02	1.40	1.7775	1.8052	1.7966	1.7952	1.0139	1.7744	1.7934
101年	92.82	0.74	0.99	1.7950	1.8185	1.8144	1.8085	1.0099	1.7919	1.8111
102年	93.78	1.03	1.10	1.8148	1.8372	1.8344	1.8271	1.0110	1.8116	1.8310
103年	94.39	0.65	1.11	1.8350	1.8492	1.8548	1.8390	1.0111	1.8317	1.8513
104年	94.67	0.30	0.68	1.8475	1.8547	1.8674	1.8445	1.0068	1.8442	1.8639
105年	95.49	0.87	0.71	1.8606	1.8709	1.8807	1.8606	1.0071	1.8573	1.8772
106年	97.12	1.71	0.88	1.8770	1.9029	1.8973	1.8924	1.0088	1.8737	1.8937
107年	98.15	1.06	0.99	1.8955	1.9230	1.9160	1.9125	1.0098	1.8921	1.9123
108年	98.98	0.85	1.12	1.9168	1.9394	1.9375	1.9287	1.0112	1.9133	1.9338
109年	99.77	0.80	1.11	1.9380	1.9549	1.9589	1.9441	1.0110	1.9345	1.9551
110年	100.00	0.23	0.74	1.9522	1.9594	1.9733	1.9486	1.0073	1.9487	1.9695
111年	101.22	1.22	0.78	1.9674	1.9833	1.9886	1.9724	1.0077	1.9638	1.9848

資料來源：物價統計資料庫<https://nstatdb.dgbas.gov.tw/dgbasAll/webMain.aspx?sys=100&funid=dgmaine>



報告事項一

推動分級醫療之成效檢討

醫改會的分析及建議

2023.5.24

檢討不見了！



- 報告事項一(依據健保會112年工作計畫)
- 案由：推動分級醫療之成效檢討(含各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效)，請鑒察。

推動分級醫療之成效



衛生福利部中央健康保險署 112年5月24日



分析方法

- 方法：既有資料分析
- 資料來源：健保署
 1. 每月公布的「業務執行報告」
 2. 每年公布的「分級醫療執行成效」
- 資料期間：
 1. 106年為基期年
 2. 108年至110年三年比較

政策背景：

106年公布分級醫療六大策略

107年7月起提供轉診支付誘因

2



5 項待檢討

但署方簡報沒有告訴我們的事

3

1 分級醫療效果→鈍化



- 全區轉診件數與轉診率都沒有明顯改變

轉診率依照署方定義：轉診案件 / 總就醫次數 * 100%

年度	106 (基期年)	108	109	110
轉診件數 (千)	2,448	3,550	3,375	3,127
轉診率	0.83%	1.16%	1.19%	1.20%

資料來源：全民健康保險業務執行報告，台灣醫療改革基金會整理

4

2 接受下轉案件→占比低



- 「接受下轉」在「轉診案件」占比不到1成5，在總就醫次數中甚至不到1%

	106年 (7-12月)	107年 (7-12月) 提供誘因	108年	109年	110年
接受下轉案件數	7,485	44,145	149,364	174,508	160,650
接受下轉案件占 轉診案件	2.17%	8.68%	11.01%	14.76%	14.07%
接受下轉案件占 總就醫次數	N/A	N/A	0.05%	0.06%	0.06%

資料來源：分級醫療執行成效，台灣醫療改革基金會整理

5

3 轉診支付誘因→合理性？



1. 支付誘因高，卻沒有相應的成效：轉診支付可達400至500點，已超出一般醫師的門診診察費(約358點)
2. 支付合理性：上轉有200至300點的誘因，署方雖有意降至50點，但考量醫界實務需要，暫緩調整。然而，醫師沒有協助轉診，病人如果覺得療效不如預期，也可能「自行到醫院就醫」，鼓勵上轉的目的為何？
3. 買到什麼具價值的服務：在上轉或下轉前，醫師有沒有提供更多的叮嚀或衛教、轉診的流程是否流暢、資訊的流通是否即時與正確，以及醫療品質是否能夠確保。

標準	醫院	基層診所	支付點數
辦理轉診費 (回轉及下轉)	√		使用轉診電子平台：500點 未使用轉診電子平台：400點
辦理轉診費 (上轉)	√	√	使用轉診電子平台：250點 未使用轉診電子平台：200點
辦理轉診費 (平轉)	研擬中		50點
接受轉診 診察費加算	√	√	200點

6

4 基層診所→留不住病人？



- 健保署在111年第7次委員會議中，健保署曾提及，疫情期間以慢性病人下轉為主要案件，但慢性病人下轉至診所後的**停留時間(天數)**卻有**逐漸縮短**之現象。
- 當時付費者、醫界委員都非常關切，後續追蹤調查為何？

	108年	109年	110年
轉診成功案件	142.79	109.29	63.80
自行就醫的門診案件	105.92	83.61	54.50
自行就醫的住診案件	24.15	18.77	15.69

單位：天數

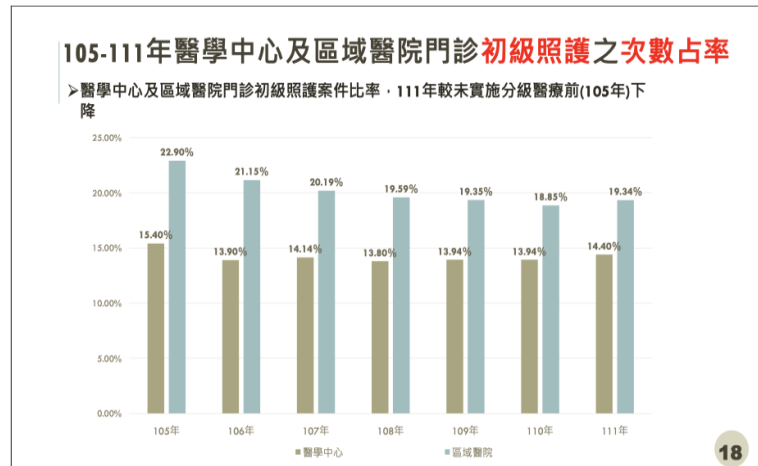
資料來源：健保會第5屆111年第7次委員會議資料

7

5 醫院門診減量政策？



- 初級照護率在區域級以上近5年改變的幅度不大



8



以上

敬請指教與回應說明

9