

衛生福利部全民健康保險會
第6屆112年第5次委員會議事錄

中華民國112年6月28日

衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第5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6月28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(中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠代理)、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、林委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠、侯委員俊良、翁委員文能、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、黃委員小娟、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、劉委員玉娟、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

請假人員：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、張副執行秘書友珊、洪組長慧茹、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第9頁)

貳、議程確認：(詳附錄第9~16頁)

決定：

- 一、中央健康保險署所提臨時提案「112年B肝藥品擴增給付範圍所需藥費以112年C型肝炎藥費專款支應」，有3位委員附議成案，惟對本案是否屬具時效性事項，委員未有共識，爰本案排入報告事項之後，視會議時間允許與否，再行處理。

二、餘照議程確認。

參、確認上次(第4次)委員會議紀錄：(詳附錄第16~17頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第18~36頁)

決定：

一、上次(第4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)擬繼續追蹤共1項，同意繼續追蹤。

二、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬解除追蹤共3項，同意解除追蹤；其餘19項繼續追蹤。

三、請各總額部門及中央健康保險署遵循衛生福利部所擬之政策目標及內涵，及早研擬113年度總額協商草案，並依協商程序所定期程如期提送本會，以利後續協商作業順利進行。

四、委員所提意見(含書面意見)，請社會保險司及中央健康保險署回復說明。餘洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第37~62頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：全民健康保險各總額部門111年度執行成果之評核結果獎勵標準案，提請討論。

決議：

一、各總額部門111年度執行成果評核結果，將納為113年度各部門總額「品質保證保留款」專款獎勵，其獎勵標準計算方式如下：

(一)計算基礎：以各總額部門評核年度(111年)一般服務預算(淨值)為計算基礎。

- (二)評核等級獎勵成長率：評核結果「良」級給予0.1%、「優」級給予0.2%、「特優」級給予0.3%獎勵成長率。
- 二、各部門總額前項專款額度，應與其106年度一般服務預算之品質保證保留款額度(各部門額度：醫院3.887億元、西醫基層1.052億元、牙醫門診1.164億元、中醫門診0.228億元)合併運用，全數作為鼓勵提升醫療品質之用。
- 三、請中央健康保險署會同各部門總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及提升鑑別度，執行結果納為年度執行成果評核之參據。

第二案

提案人：詹委員永兆

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：因新冠疫情對中醫門診總額111年第3~4季之醫療費用造成顯著影響，提請動支其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目案，提請討論。

決議：

- 一、本案依提案內容及中央健康保險署所提資料，尚符合「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目之適用範圍與動支程序」(下稱非預期風險動支程序)之適用範圍。惟請中醫門診總額部門及中央健康保險署依該動支程序規定共同完成「提案前評估」程序(註)，並研議因新冠疫情顯著影響該部門醫療費用之合理估算方式(請考量並排除與新冠疫情無關之費用影響，如：人口結構改變之自然成長、支付標準調整等因素)及建議動支額度，再提本會討論。
- 二、鑑於新冠疫情影響已延續3年，且對四總額部門均造成影響，請中央健康保險署本於保險人管理權責，整體

評估疫情對四部門總額醫療利用及費用之衝擊，並將評估結果提供本會討論本案參考。

三、考量傳染性疾病異常流行具有不同樣態，現行非預期風險動支程序之規範內容及執行規定尚有不足，本會將進行研修，爰請中央健康保險署、社會保險司等相關單位提供修訂意見，俾供本會研修參考。

註：本會第3屆106年第3次委員會議(106.4.28)通過之「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目之適用範圍與動支程序」規定(略以)：

二、動支程序之(一)屬「非預期風險」：

- 1.提案前評估：由受影響之總額部門與健保署於提案前共同完成評估，確定對總額影響顯著，其影響不可歸責於該總額部門。
- 2.提案及議定：由健保署或本會委員提案，並提供前述評估資料與相關數據(含不可歸責於總額部門之評估資料)，供本會討論議定。

第三案

提案人：詹委員永兆

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：112年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配方式，增列風險調整移撥款修正案，提請討論。

決議：

- 一、本修正案通過，同意112年度中醫門診總額之地區預算，自五分區(不含東區)一般服務費用移撥3,000萬元，作為風險調整移撥款，修正後之112年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式如附件(劃線處)。
- 二、因112年度中醫門診總額地區預算分配，業經衛生福利部核定、公告在案，依「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，本修正案建議，送請衛生福利部決定。

第四案

提案人：陳委員節如

代表類別：保險付費者代表

案由：機構住民之急性需求，應開放居家醫療團隊進入治療案，提請討論。

決議：本案屬中央健康保險署權責，委員所提建議，請中央健康保險署研參。

第五案

提案人：陳委員節如

代表類別：保險付費者代表

案由：居家病人之急性照護需求，建立相關配套支付制度案，提請討論。

決議：本案屬中央健康保險署權責，委員所提建議，請中央健康保險署研參。

陸、報告事項(詳附錄第63~79頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」之執行結果(含醫療利用、藥費及其成長原因分析)，及「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響，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：其他預算—「提升保險服務成效」、「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」、「基層總額轉診型態調整費用」核(決)定事項之辦理情形，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。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：「全民健康保險審查制度與執行成效」專案報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：112年5月份全民健康保險業務執行報告(書面報告)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提書面意見，請中央健康保險署回復說明。

柒、臨時提案(詳附錄第80~87頁)

提案單位：中央健康保險署

附議人：朱委員益宏、周委員麗芳、蔡委員麗娟

案由：「112年 B 肝藥品擴增給付範圍所需藥費以112年 C 型肝炎藥費專款支應」案，提請討論。

決議：

- 一、本案不通過。依照「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，專款項目回歸原協定意旨，其款項不得以任何理由流出。為維持總額制度之穩健執行，不宜變動協定項目之預算用途。
- 二、有關112年 B 肝藥品擴增給付範圍，為支付標準改變，屬中央健康保險署權責，請依法定程序通過後，運用112年度醫院及西醫基層總額所編列「藥品及特材給付規定改變」協商因素項目之預算辦理。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午14時。

112 年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務費用 之地區預算分配方式(修正如劃線處)

地區預算：

一、地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

二、分配方式：

(一)一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度22.8百萬元)2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。

(二)自五分區(不含東區)一般服務費用移撥30百萬元，作為風險調整移撥款，用於逐季撥補五分區(不含東區)浮動點值低於0.75元之分區，其浮動點值補至0.75元(預算上限30百萬元)；經費若有剩餘，則餘額於第四季回歸一般服務預算分配。

(三)五分區(不含東區)預算扣除上開移撥費用後，一般服務費用依下列參數占率分配：

1.各分區實際收入預算占率：66%。

2.各分區戶籍人口數占率：14%。

3.各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：10%。

4.各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：4%。

5.各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

6.偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則依「各分區實際收入預算占率」分配。

三、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議

定之，其中風險調整移撥款執行方式請送全民健康保險會備查。

- 四、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，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。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。

第6屆112年第5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4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！會議時間已經到了，委員出席人數也過半、達到法定開會人數，今天會議可以正式開始，先請主席致詞。

盧主任委員瑞芬：謝謝各位委員，今天案子很多，但因需在下午2點以前結束會議，所以會在適當時間節制各位委員發言，先請大家見諒，還是會有發言時間3分鐘的限制。會議開始前先介紹新委員，原來衛福部社保司的商東福司長雖然看不出來，但是他的確已經65歲了，已於6月7日屆齡退休，所以現在改由新任劉玉娟司長來擔任及兼任本會的委員，歡迎劉委員加入我們的團隊。以上。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主席、各位委員，這次議程安排有討論事項5案、報告事項4案，除討論事項第二案到第五案是委員提案以外，報告事項中有3案都是依照委員會議的決議辦理，其餘是按照本年度工作計畫排定。討論事項第一案其實是各總額部門111年執行成果的評核結果獎勵標準的討論，總額評核會將在112年7月17、18日召開，這次評核結果到底要給多少獎勵需要在今天討論。

第二案、第三案是詹永兆委員提案，第二案是中醫總額部門因為疫情影響，清冠一號提升中醫就醫率讓點值明顯受到影響的因應做法，希望動支111年其他預算非預期風險的費用，第三案是有關於112年地區預算中醫希望能夠增列風險調整移撥款的修正案。

第四案、第五案是陳節如委員所提關於機構與居家醫療相關議題，共有2案。

報告事項第一案是罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材的報告，這個執行結果的報告也是依照委員關心的事項排定。第二案是其他預算核(決)定事項的辦理情形，今天要報的有3案，請委員參閱會議資料，就是那3案。第三案則是健保署所提委員關心健保審查制度與執行成效專案的報告。第四案是健保署業務執行報告，這

次是書面報告不做口頭報告。

另外委員的補充資料裡面還有看到 1 個是臨時提案，這個是健保署在這個禮拜一，6 月 26 日提案進來，是有關於 112 年 B 肝藥品擴增給付範圍所需藥費擬以 112 年 C 型肝炎藥費專款支應。

有關臨時提案的處理，基本上依照本會會議規範第 3 點第 2 項第 2 款規定，臨時提案以當次會議亟待解決的緊急事件或具有時效性的事項，而且必須跟本會法定任務有關者為限，必須要有出席委員附議或連署始得成立，若不符合要件，主席得決定提下次會議討論。

臨時提案內容是健保署提出的，幕僚也已經有提出研析意見，所以建請主席是不是就依上開規定先徵詢，是不是有委員附議才可以成案，再討論是否有急迫性、要不要納入這次委員會議來進行討論，以上。

盧主任委員瑞芬：臨時提案的部分，在徵詢委員意見之前我先稍微說明，這次臨時提案真的提的非常臨時，幕僚作業很辛苦，因會議規範並沒有給臨時提案一個期限，正常的提案是開會前 10 日，臨時提案則沒有，所以可以在開會前一天都可以提臨時提案，這會對幕僚單位造成很大困擾，也很辛苦。

針對這部分，我想建議臨時提案是不是在開會前 5 天就必須截止，也就是過了開會前 5 天的時候就不接受任何臨時提案，這次會議不提下次也可以提，如果各位委員同意的話，請幕僚據以酌修會議規範，並於下次會議提出，先針對這一點確認是不是可以？如果沒有反對意見？

滕委員西華：我有意見，不好意思，我認為主席的提議作為提案原則很好，但是因為本會其實是 1 個月開會 1 次，這麼多年來只有 1 次中間有加開臨時會議，不能夠排除真的有非常緊急的案件，所以我的意思是主席剛剛的決議可以列為原則，但還是交由主委與執行秘書可以有裁決的權責，如果確實非常緊急，就可以在這個原則的例外交由主委裁決。

盧主任委員瑞芬：請朱益宏委員。

朱委員益宏：我認為提案這件事情本身就是委員權利，今天限制在開會前 5 天截止，委員難道現場臨時提案不行嗎？所有的會議議程都會有臨時動議，委員可以在那時候提臨時動議，其實意思是一樣的。我認為您提議的那個開會前 5 天截止臨時提案，那就是一定要排入議程，否則如同臨時動議委員提出來以後，經過委員附議再決定要不要討論是由委員會決議，也可以決議不要討論下次正式提案這也是處理方式，我認為那就是臨時動議的處理方式。如果依照主席提議開會前 5 天截止提臨時提案，他只要 5 天之前提臨時提案就一定要排入議程嗎？還是說 5 天之前提了臨時提案，還要經過委員會討論要不要這一次討論嗎？這樣就多此一舉，跟臨時動議是一樣的。我認為如果要用臨時動議就不該限制時間，只是提出來放到最後，第 1 個看有沒有時間，第 2 個看所有委員是不是同意這一次討論，如果沒有就順延，臨時動議不該限制人家提案時間。

如果不走臨時動議，要求 5 天之前提，你可以說提案底線 deadline 是 5 天之前，5 天之後不接受，這就是一般提案、不是臨時提案，只要委員提出經過連署、或一些其他程序，就一定要排入議程，我認為概念上就是一般提案，是不同的情形，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：大家早，前面 2 位委員所提的意見都蠻有道理的，不過今天主席所提議的，坦白講現在就是討論臨時提案了嘛，就本來沒有的啊，既然是這樣的話，對主席的考量是非常贊成的，因為所提議案在這裡是牽涉到 8 千多億元的總額有關的事情，應該及早讓幕僚去做研析，這樣給委員才有辦法深入去瞭解，這樣討論起來才有意思，但如果是臨時提案大家都沒有準備是要大家拍拍手通過嗎？這樣沒有意思啊！所以建議是不是請周執秘這裡辛苦一點，就趁今天把目前的議事規則再稍微審視，整理出來，下一次提出來看要討論還是報告，這樣可能會比較成熟。譬如說剛剛講 5 天為原則，有原則就有例外，例外是什麼樣要納進來，臨時動議又是什麼樣的範圍，把它規範清楚大家比較好遵循，不然大家都會有意見的，是不是這樣比較周全一點。

盧主任委員瑞芬：請陳石池委員。

陳委員石池：各位委員大家早，什麼叫做臨時？臨時的定義是 5 天嗎？臨時就是臨時，突然發生的事情，你講說臨時提案就是誰任何時間都可以提出來，贊成朱益宏委員所講，就是一般提案、沒有臨時提案，其他就是臨時動議而已，你提案什麼時候之前可以接受，中間就不接受了，其他要提案的話就變成臨時動議，不然什麼叫臨時，臨時就是現在、馬上發生的事情，怎麼會有臨時是 5 天前的，這樣不太合理，謝謝。

盧主任委員瑞芬：大家的意見我們都聽到了，這個部分主要是考量重要的提案幕僚都會預擬意見，做一些分析給委員參考，如果沒有適當的工作時間，就很難有實質的討論，建議會後再研究一下本會會議規範，怎樣做比較明確。

當然沒有錯，臨時就是臨時，但即使是臨時，其實開一個門讓你可以 10 天不到的時間範圍內，有個機會提案，但如果放在臨時動議時，沒有任何的資料，絕大部分重要的事情，一定是移到下次討論，尤其會在最後討論。

所以實質上運作怎麼樣最好，需再仔細考量一下，下次再來提出一個修改的建議，參酌各位意見，接下來最重要就是這案必須要有委員附議或連署才可以變成臨時提案，如果不放在今天議程，就是下一次變成正式議案討論，這部分徵詢各位委員的意見，對於健保署提出的臨時提案，有委員要附議或連署，還是下次做正式提案？

石署長崇良：主席可不可以讓提案單位先做提案說明。

盧主任委員瑞芬：可是這樣就進入實質討論。

石署長崇良：要討論要不要納入議程，總是要讓委員瞭解提案原委。

盧主任委員瑞芬：好，2 分鐘可以嗎？1 分鐘，等一下，先請委員發表意見，請李永振委員。

李委員永振：看要不要給健保署說明，這是另外一回事，但昨天寄送的補充資料我瞄了一下，坦白講這案不需要討論，這個不成案，因為 C 肝是專款專用，要用 C 肝的錢，這在預算整體處理是不一致

的，所以 B 肝用到這邊錢，雖然 C 肝的錢剩一半，但是不宜，你打壞這規則，以後就亂掉了。

第 2 個，將來如果要列 B 肝、C 肝要一起用我是持反對意見，因為 C 肝是有一個目標，幾年再追蹤，B 肝加進來以後混在一起又亂掉了，要就另外立一個 B 肝的名目，這樣未來追蹤會比較方便。

盧主任委員瑞芬：健保署在業務上面的督管非常努力，我們給石署長 1、2 分鐘說明一下這案子，但是理論上不進入實質討論，現在只是討論要不要納入今天的臨時提案而已。

石署長崇良：謝謝主席給我們這個機會，基本上其實大家也可以看得到 C 肝的執行情形，雖然很努力在預算上的執行，仍然有很大的空間，其實 C 肝防治的目的，最終是為了防治肝硬化跟肝癌。

事實上大家也知道台灣的肝硬化跟肝癌，最常見的來源就是 B 肝、C 肝，C 肝已經有抗病毒藥物使用；B 肝在 37 歲以下的年輕人，因為有 B 肝疫苗的關係，風險已降低，剩下的是 37 歲以上的人，過去可能有帶原，留下慢性 B 型肝炎。而我們目標是達到 2030 年聯合國 WHO(註)的肝炎根除計畫，這計畫的肝炎是不分 B 肝、C 肝的，如果今天我們只做 C 肝，沒做 B 肝，事情就只做一半，希望讓資源能夠做最有效的運用。

在國家肝炎防治的諮詢會議裡，健康署是主要主持的單位，也一再提出我國 B 肝的防治用藥，已經不合於世界上的指引，所以才希望能夠儘早把專家會議的意見提出，不要因為健保預算無法執行就一直延宕，專家意見提出來讓資源能夠做有效利用，但也不開先例，主要是考量這是同一個目的，都是為了肝炎的防治，雖然是不同的肝炎病毒，但是最終的目的結果是相同，都是為了防治肝硬化跟肝腫瘤，希望能夠儘早讓國人得到適切的照顧，才非常冒昧提出，向健保會請求，讓預算可以 B 肝、C 肝同時有流用的機會，使國人早一點得到 B 肝用藥擴增來控制病毒，以上簡單說明請各位委員支持。

註：WHO(World Health Organization，世界衛生組織)。

盧主任委員瑞芬：謝謝剛剛李委員提出他的意見，我們現在只是要決定，這案必須要有委員附議，才可以成案排入議程，沒有的話就下一次討論。請朱益宏委員。

朱委員益宏：主席，我附議。

周委員麗芳：我附議。

蔡委員麗娟：我這邊也附議。

盧主任委員瑞芬：如果各位要附議的話，那我們就排入……

滕委員西華：我要問法律程序問題，我不是附議，補充資料第 3 頁幕僚提的第四點，這是有程序，這案是新增支付標準，今天除這個案子以外沒有看到 e 抗原陰性的肝癌風險及治療效益是什麼，當初 C 肝要提預算時，有整體評估而且影響將來總額，好不容易 C 肝預算落日，現在 B 肝灌進來，那就永不落日，且會再擴大預算，到底 e 抗原陰性的 B 肝風險是什麼，這邊資料看不到。

有沒有辦法討論不知道，但要討論就會面臨這問題，我要問程序問題，第四點的 PBRS(註)有沒有通過？如果通過，請問是給付多少錢？這裡都沒有 data，如果健保署通過前面程序，在這裡討論都沒有問題；但如果 PBRS 沒有通過討論，我們不能夠越俎代庖，不能夠買單，沒辦法使用這個費用。

註：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)。

盧主任委員瑞芬：滕委員已進入實質討論了。

滕委員西華：程序沒有過，無法提案啊。

盧主任委員瑞芬：現在有委員附議就要排入議程，到時候再來討論，其他意見譬如說內容不完整，都可以在那時討論，委員也可以在那時候表達反對的意見……，請吳榮達委員。

吳委員榮達：我們看會議資料第 75 頁臨時提案的要件，在第 1 點特別講到要與當次會議亟待決定的緊急事件或具時效性的事項，為提案的條件，顯然提案是不符合這個條件，所以在程序上是不符合，以上意見。

盧主任委員瑞芬：時效性是有點見仁見智，因為剛才已經有委員附議，所以就排入議程，放在最後 1 個議案，時間來得及就討論，會議下午 2 點前一定會結束，如果來不及，今天就不討論。

吳委員榮達：主席我有意見，因為需要具備 2 個條件，第 1 款條件加第 2 款條件，不是只具備第 2 款條件就可以列入臨時提案，要 2 個要件都要具備的，剛才主席說的只有具備第 2 個要件，臨時提案是 2 個要件都需具備的。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：我是有點疑惑，有人附議是成案而已，要不要納入議程是另外議題，剛剛署長講的論點我認同，但是他這樣的論點會傷到人，因為如果這個是 2 個一起看的話，那前署長怠惰嗎？為什麼當時沒考慮，106 年 C 肝當時為什麼沒提出來，這是 1 個問題。

另外 1 個問題，你今天討論 10 月才用，差那 3 個月嗎？還有前置作業如果先做好，明年 1 月開始就上路了，不要像代謝症候群防治計畫搞半年，大家還砲聲隆隆，這樣覺得很奇怪。

朱委員益宏：主席，我覺得就像李委員講的，這是 2 件事。第 1，健保署剛剛提出來，我本人也附議，還有其他委員也有附議，所以應該已完成提案程序，應該是成案。現在只是大家要決定是不是今天討論或是下次討論，頂多就是這樣子，今天不討論，下次還是要討論，因為已經成案。

我覺得就算今天不納入臨時提案，健保署還是可以用臨時動議，還是要放到最後由委員決定今天要不要討論，如果大家都決定今天不要討論，就是下一次提案正式討論。所以我同意主席的裁示，先放到最後，然後再由各位委員看看是否有時間討論。因為今天不討論，下一次還是要討論，還是要面臨同樣的問題，如果今天健保會因為幕僚作業來不及，資料可能還沒有辦法完全呈現，如果是這樣，我也不會要求今天一定要討論。

確實是今天不討論，下個月討論就會來不及嗎？可能也未必。所以我同意主席的裁示，本案已經成案，放到最後一案，如果時間來

得及就討論，如果時間來不及或與會有些委員認為今天不要討論，那就下個月討論，不管怎樣你還是要討論這個案子，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，有關時效性部分，依健保署的認定，他們表示因為有牽涉到預算運用。先不講實質內容，我相信有時效性，因為有預算的運用，但是委員可以不同意改變當時協商的結果。為節省時間，我們就排在最後一案，今天討論不完，我們就下次討論，變成正式提案，意思是一樣。

吳委員榮達：我反對，我們看提案內容，就這麼 1 個說明事項、1 個擬辦，沒有任何評估資料，這樣就說有急迫性嗎？就叫有時效性嗎？就要列入提案討論嗎？我覺得這非常不妥、非常草率，那麼重要的事項，竟然任何的辦法、評估什麼都沒有，就要列入提案討論，這樣適合嗎？可以對得起我們老百姓的錢嗎？

盧主任委員瑞芬：吳委員，我瞭解，但是因為其他委員也提出其他的意見，為節省我們開會的時間，讓議事比較有效率，我們把它排在最後，但是您剛才的意見，都可以在我們進入實質討論時來確切的表達。現在只是議程確認，我們排進去但是他們準備不完善，委員可以否決，所以就讓這個案子排在最後，現在趕快進行下一案。

李委員永振：所以最後是在報告案後面嗎？

盧主任委員瑞芬：是在所有案子的最後，形同臨時動議，但是實質內容不一樣，因為他們還是有提供資料，有關議程的安排，臨時提案就排入今天的議程，其餘就按照議程確認。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

盧主任委員瑞芬：針對上次會議紀錄，委員有沒有意見？如果沒有，會議紀錄就確認。請進行本會重要業務報告。

盧主任委員瑞芬：請滕西華委員。

滕委員西華：我只是要跟幕僚確定一下，會議資料第 18 頁有一個協商程序的修正，就是第 6 點劃底線的文字，這個意思是表示，因為我們過去協商的時候，沒有達成共識的部分就要送部裁決，但是會有比如說某一個總額協商完進到下一個總額之後，沒有達成共識的總

額，會再提出可不可以再重新協商一次，這有符合這個原則嗎？

朱委員益宏：須雙方代表同意。

滕委員西華：所以是可以對不對？好，確認就好。

盧主任委員瑞芬：經雙方代表同意就可以。現在進行下一個議案。

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：主委、各位委員，本會重要業務報告請看項次一部分，是本會依照上次委員會議決議(定)事項辦理情形：

(一)我們已經依討論事項第一案決議，在 6 月 6 日把委員對總額設定公式「醫療服務成本指數改變率」的意見，函送衛福部，部也在 6 月 17 日函復本會有關 113 年度總額範圍低推估公式意見他們的處理情形，在附錄二，會議資料第 120~121 頁，請委員參閱。

(二)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項有 2 案，依辦理情形，我們建議解除追蹤 1 項、繼續追蹤 1 項，最後還是依照委員會議定結果辦理。建議解除追蹤 1 項，在會議資料第 26 頁，主要是健保署業務執行季報告委員意見的回復說明，健保署已經回復在會議資料第 48~52 頁，建議解除追蹤。要特別向委員報告，繼續追蹤 1 項在第 27 頁，是關於 112 年度西醫基層總額提升護理人員薪資指標的訂定事宜，健保署回復因為已經召開會議，醫師公會全聯會跟護理師護士公會全聯會沒辦法達成共識，希望提到本會討論。這部分要拜託健保署，這是屬於總額協定事項的執行，是健保署權責，不適合提到本會討論，還是請健保署跟 2 個團體討論達成共識後，再報本會確認。另外，個別委員關切的事項，包含書面意見，健保署的回復在附錄三，會議資料第 122~140 頁，請有關心議題的委員參閱。

(三)有關衛福部在 5 月 17 日預告修正部分負擔，就是「全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔費用」草案，委員在上次委員會議有陳述意見，所以我們把委員意見彙整提送衛福部參考，在附錄四。

項次二，是為了利於委員瞭解歷次委員會議未結案件辦理情形，依例每半年(6 月、12 月)會彙報 1 次辦理情形，到 5 月底為止，未結案事項有 22 項，依照辦理情形建議解除追蹤有 3 案，繼續追蹤有 19 案，如附表二，但最後仍依照委員會議定結果辦理。其中建議解除追蹤的 3 項，第 1 項在會議資料第 29 頁，有關 112 年地區預

算醫院、西醫基層及牙醫門診總額風險調整移撥款的執行方式報備案，3 個部門都已送會備查，所以可以解除追蹤。第 2 項是 111 年度牙醫門診、西醫基層及中醫門診總額未執行預算的扣減結果，這部分在第 4 季點值結算報表已經有處理，所以也完成了。第 3 項是關於專業雙審及公開具名審查制度成效檢討的專案報告，已安排在本次會議報告，我們建議報告後解除追蹤，故共這 3 項建議解除追蹤。

項次三，是衛福部副知本會已經在 6 月 7 日把 113 年度總額範圍草案報請行政院核定，函報重點摘要如下：

(一)113 年度總額範圍草案是 8,581.49 億元，這是下限金額，到 8,780.43 億元的上限金額，跟 112 年度總額相較，成長率是 2.621%(低推估)到 5%(高推估)，我們的協商空間，就是可以增加的金額，是 219.18 億元到 418.12 億元，其中低推估、高推估的計算與政策目標，在會議資料第 146~152 頁，請委員參閱，諮詢委員的意見，也都有檢附上去。

(二)向委員報告，各界關切總額範圍擬訂公式檢討的部分，衛福部在綜整各界意見後，考量疫情後醫療體系量能及物價通膨的各項衝擊，113 年總額範圍擬訂公式，其架構及各項指標計算方式維持不變，MCPI_(註)維持原計算方式，採單年度計算結果，這部分請委員參閱，修訂歷程在報院資料都寫得很清楚，在會議資料第 162~180 頁。

項次四，因為已經報院核定總額範圍，所以本會為利各總額部門與健保署及早規劃 113 年度總額協商草案，已將 113 年度總額協商架構及摘錄健保政策目標與內涵，在 6 月 16 日函送各總額部門承辦團體跟健保署，依協商程序時程如期把協商資料提送到本會，我們才能安排後續協商事宜。

項次五，是牙醫總額地區預算分配協定事項對於特定用途移撥款 12.474 億元的用途，分別列在這 7 項(會議資料第 21 頁)，請委員參閱。

項次六，依照健保法第 25 條規定，健保署每 5 年都會精算 1 次健保財務，每次是精算 25 年。健保署已經在日前完成 111 年度全民健康保險財務評估報告，放在他們的網頁，本會也把報告內容做摘要，在會議資料第 208~213 頁，給委員參閱，委員如果想下載報告，路徑列在第 22 頁，供委員下載參考。

項次七，是下次委員會議依工作計畫安排的專案報告主題，是 112 年度各總額部門依核(決)定事項須提本會報告的項目，項目滿多的，請健保署及早準備。委員如果有關心特別事項，希望委員在 7 月 3 日之前向本會提出需要請健保署回應或說明的問題。這邊也再次拜託健保署，一定要在 7 月 11 日前把資料提報本會，讓我們能順利放到會議資料。

項次八，本會針對上次委員會議，將推動分級醫療跟腹膜透析作為委員關心的重要議題，放在會訊做為報導主題，請委員轉知團體及會員參閱。

項次九，在補充資料的第 4 頁，本會重要業務報告新增項次九，這部分是多了 1 個衛福部的公告，就是剛剛提到的部分負擔，保險對象門診藥品與急診應自行負擔費用，在 6 月 21 日已經修正發布，會在今年 7 月 1 日生效，因為有點急，所以幕僚就放進來給委員參閱，這部分跟預告內容相同，我們有摘錄重點請委員參閱，其他的內容就請委員參閱會議資料，以上。

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：請問委員有沒有意見，請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：謝謝主席，首先針對項次六，在財務的部分，當然要提高保險費率 6% 上限，是希望被保險人財務負擔不要太高，但是要注意到被保險人的負擔不只是健保，其他還有國保、勞保等等，加上這 3 年的疫情影響，建議考量修法時，一定要把這些因素放在裡頭，因為民眾的可支配所得如果不足的話，其實對於民眾的生計消費能力等等都有影響，這是第 1 點。

第 2，針對項次九，住院整合照護服務試辦計畫，請各位看到會

議資料第 23 頁，健保署在 112 年 4 月 27 日有召開共同擬訂會議，在會議裡石署長說，因為現在只是執行過程中的滾動修正，做一些調整，如果沒有意見就通過，所以也就這樣公告了。但是我們要提出來，把這次的修正跟 112 年的總額協商事項去做比對，就發現其實兜不起來，因為 112 年總額協定事項要求建立多元品質監測指標，這個指標包括病人安全、照護聘任模式、照護人力狀況、民眾使用意向、實際收費情形，這些都是醫改會根據實際狀況，同時這些指標本來在照護司所試辦的醫院推動住院病人友善照護模式裡面都是已經出現過的指標，所以它的可行性是很高的。現在公告的指標完全沒有包含在內，要請教健保署，你不訂指標，不開始蒐集資料，如何回應 112 年總額協定事項？這邊我們要嚴厲譴責，照護司跟健保署如果將總額協定事項都可以視之為無物，那將來要訂這些指標做什麼？關於這件事情，希望健保署跟照護司可以提供說明，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，接下來請李永振委員。

李委員永振：謝謝，首先我完全呼應劉委員的意見，因為這個部分我們一直在談，但是一直好像沒有結論，所以未來在協商的時候應該先提出周詳計畫，不然就不要談新增計畫。

另外，本人在詳讀「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)節錄，個人有幾點感受覺得值得省思，在這裡提出來分享跟請教：

第 1 點，對於這次社保司積極回應醫界針對 MCPI 公式的改進及所做的努力，令人感佩，值得肯定。可惜部裡面長官沒有聽進專家學者、公正人士及付費者代表的聲音，也暫時忘記健保財務目前的窘境，讓改革又停在原點，令人惋惜。

第 2 點，依照 4 月份諮詢時所提供的財報基礎占比推估，高推估成長率由 4% 提高到 5%，保險成本約增加 78 億元，推估 113 年底安全準備約當 0.93 個月的保險給付支出。我的推估跟會議資料的 0.97 個月又差了 0.04 個月，因為我是用 4 月份的結構推估出來的，距離法定下限 1 個月，還有 0.07 個月的差距要去努力，當然可能還

有一些其他來源這邊沒有顯示出來。讓我想到以前媒體曾報導部長宣示 113 年不會調整保費，這樣的情況下，是不是會讓部長言詞跳票的風險提高，這邊可能杞人憂天，不過有這個現象應該留意。但我知道他有把握，因為在說明有提到報院下來會打 9 折，今年到目前來看好像補充保費還超收，有可能是我多慮了，不過既然有這個數據，就提出來給大家參考。

第 3 點，對於下列幾項請健保署跟社保司協助剖析，讓實況透明，以利協商工作能順暢、圓滿。第 1 項是依報行政院草案的高低推估，區間差距約 199 億元，政策目標第 3 項，推動支付制度改革大概有 22 億元，第 4 項目標新藥、新科技與檢討支付標準列了 144 億元，2 項共 166 億元。最近 2 年新藥、新科技大概都編 30 億元左右，166 億元扣掉新藥、新科技剩下 136 億元，大概就是可以歸納為跟支付標準有關的預算。請各位思考一下，我們協商空間是 199 億元，但是支付標準就占了 136 億元，差不多 68.3%，將近七成，這是什麼意思？就是說在總額協商裡面，有七成的費用支出之後，我們沒有買到新的東西，因為只是支付標準的提升而已。不曉得行政院核定的結果如何，但是看草案有一種感覺，到時候核下來請健保署或社保司可以把這個地方剖析清楚一點。支付標準如果真的要徹底解決，一定要打掉重練，但一直沒有看到下文，現在只能短期用這種方式處理，看有沒有辦法有一個比較圓滿的結論。因為時間關係，另外 2 點我用書面提出，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來下一位是韓幸紋委員。

韓委員幸紋：我先呼應剛才劉委員提到的問題，就是之後的各項社會保險連同長照，其實也算是社會安全制度，我在 105 年有做過評估，假設連同我們自己付的，雇主幫你付的，因為雇主幫你付的原本是要付給你的薪水，只是他幫你扣掉了，連同政府幫你付的，也是要從稅收來，也是大家負擔，25 年後所有各項社會安全制度大概占我們整體薪資 40%，其實蠻驚人的。這也是為什麼有時候在討論健保的財務問題時，我會建議連同像勞保財務都要一併考量，因為未來財務挑戰是非常大的，如果這些制度都不改，照這樣走，特別對於

年輕人，都是以薪資為主，負擔會非常重。

回到今天會議資料第 21 頁項次六，財務評估報告的部分，在這裡面的一個重點摘要提到的表 1(會議資料第 208 頁)，比較了 106 年版的推估，然後跟實際的發生值做比較之後，發現只有 110 年就是推估值跟實際值有比較大的差異，分析之後發現 110 年實際值是有費率的調升，還有一些像是第六類保險費有調整等因素，所以這樣的推估方式是非常接近，所以 111 年版本延續之前的推估方式。

但我仍有稍微比較 2 個版本裡面的內容，我發現有一個部分是在平衡費率的計算方式，106 年版本的費率調整方式是按照健保會 2015 年的內規，就是當時我們有 1 個規定，安全準備不滿 1.5 個月時要調升費率，而且要調足到第 2 年底有 2 個月安全準備，所以概念是相當於 2 年平衡，那時候考量應該是考慮到健保會委員任期 2 年 1 任，所以走 2 年平衡，而且至少要有 2 個月安全準備，就是 1~3 個月的水平取中間。

但 111 年版都以當期平衡跟至少維持 1 個月的安全準備水平，不可否認其實從 2015 年內規訂下來之後，我實際觀察好像真的有按照內規調降，沒有按照內規調升過，後面幾年都沒有走這個部分，所以 111 年版就沒有按照內規推估相關版本，不然按照內規，今年其實要調升費率。我想請問為什麼 111 年版沒有提供按照內規調整方式的相關數據。當然實務操作上，目前都是走當期平衡或是至少維持 1 個月的安全準備，可是未來呢？因為這其實是做一個長期評估，這到底怎麼調？走當期平衡或 2 年平衡涉及未來費率調整幅度跟穩定，所以我們早晚要討論這個問題。

另外還有 1 個問題是我們現在要討論的總額範圍，目前上限高推估到 5%，通常會打個折，今年大概落到 4.5% 左右，如果未來幾年都維持 4.5% 成長的話，2026 年理論上保險費率要突破 6%，如果來不及修法，要用 6% 計收保費，差額有 175 億元，這時候要思考是不是開徵新財源，比方說酒品健康捐，或是營業稅，大家都在討論但難度有點高，因為別的社會保險也在搶，另外是不是提高政府補

助、政府撥補等方案。但財務評估報告比較沒有針對這部分提出相關建議，就很籠統說未來要做一些收入改革方案，比較沒有相關數據評估，因為不同收入方案能收到的錢差異度蠻大的，所以如果當差額超過 150 億元以上時，選項會變少，這部分在財務評估報告也比較少呈現。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請陳杰委員。

陳委員杰：謝謝，目前進行的議程是重要業務報告，我呼應李永振委員的意見，請大家看一下會議資料第 168 頁，一路發，我發現大家都不發了，第四節總額範圍諮詢健保會委員的意見彙整，有提到剛剛很多委員提起的總額成長率下限是 1.053%到上限 4%，但是我又看到會議資料第 144 頁，衛福部行文給行政院，裡面明白寫著：爰建議 113 年全民健康保險醫療給付費用總額範圍為 8,581.49 億元至 8,780.43 億元，換算起來總額成長率從 2.621%到 5%，增加金額達 219.18 億元到 418.12 億元。

雖然去年政府的總決算超收 6,800 億元，但是透過衛福部及健保署大家共同努力，向行政院爭取 200 億元，事實上差額還不夠，這樣的情況下，尤其健保會所有委員大家共同的意見。結果今天非常遺憾，在會議資料第 20 頁重要業務報告裡面提到，等於鐵定最起碼總額成長率要增加到 2.621%到 5%左右，這樣會不會影響到所有健保給付，將來可能要跟被保險人爭取調高健保費，對於這一點我個人非常擔憂。因為目前付費者部分，包括所有的工會，大家非常關心在問說，明年的健保費會不會漲，我說明年應該是不會漲，今年有一件重要的事情要做，應該不會漲，但是在目前情況下，可能搞不好真的會調高健保費，這一點我非常擔憂。相對也請健保署另外正視一個問題，不要只是配合相關團體一直要調高健保給付，我發現外面很多怨言提到，包括醫材、藥品缺貨的問題，但是到目前為止可能都無法一次解決。我隨便舉 2 個例子，心臟類型的醫材品項 IABP_(註)，有關於主動脈內氣球幫浦這個問題，這是用來救命的，但目前缺貨非常嚴重，還有 IgM 的感染發炎指數檢驗試劑目前缺貨非常嚴重，但是到目前為止，我來參加健保會沒有聽到這些問題被提

起，看到非常遺憾，讓我匪夷所思的是，一直聽到健保要再漲，給付要再增加，在這個情況之下，可能造成全民非常恐慌，我相信大家很擔心景氣這麼差，健保如果要再漲，我們勞工怎麼辦？我們付得起嗎？我藉此機會提出這個問題，希望能夠維持在會議資料第 168 頁所提的，衛福部本來於 112 年 4 月 26 日諮詢健保會的內容，希望總額下限能夠維持在 1.053%到上限 4%，以上借這個機會做 1 個具體建議，謝謝。

註：IABP(Intra-Aortic Balloon Pump，主動脈內氣球幫浦)。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請蔡麗娟委員。

蔡委員麗娟：謝謝主席，請看到會議資料第 22 頁，這個地方提到全民健保癌症治療品質改善計畫，是 1 個新增的計畫，主要是對於癌症篩檢異常個案做追蹤管理，當然陽性個案的追蹤非常重要，因為可以在癌前病變，甚至更早期的時候發現癌症，減少後續醫療支出，這裡總共編了 5.17 億元，對象是從四癌篩檢已經增加到五癌篩檢，多了 1 個肺癌是從去年 7 月 1 日開始。從服務內容裡來看，如果篩檢的醫療院所有去做追蹤管理，就會支付 400 點或 800 點，如果是診斷品質管理費就有 1,200 點或 1,700 點的支付點數，但是這裡看到服務的內容，譬如說疑似個案的追蹤管理，就有包括健康指導、確診檢查之準備、個案溝通就醫意向，到最後提供同院所或是跨院轉診服務，因為這個內容其實是一個過程，所以是不是要完成到最後，到個案有去做轉診服務才能夠支付？同時在癌症品質管理也是，剛開始是指導、評估，到後來確認及後續排程，是不是這 4 個步驟都一定要完成我們才會支付？最主要是以追蹤率來說，其實 111 年四癌篩檢追蹤率，乳癌跟子宮頸癌都有 90%，大腸癌是最低，只有 72.9%，這是陽性追蹤的追蹤率，因為大腸癌陽性追蹤可能要做大腸鏡，是比較侵入性的檢查，所以病人再去檢查的意願有時候較低，如果追蹤管理時，病人的意願是不想做，然後就沒有做後續處置，那這個支付的實際執行會是怎麼樣？

還有 1 點我要特別提醒，去年 7 月 1 日開始有低劑量電腦斷層的肺癌篩檢補助，因為當初肺癌篩檢是針對高危險群和重度吸菸者，

所以在做篩檢之前，有跟各個醫學會，尤其肺癌醫學會，有訂 1 個肺癌篩檢後的後續處置指引，在這個指引中，如果發現的實心結節在 0.6 公分以下要追蹤 1 年，0.6~0.8 公分要追蹤半年，0.8 公分以上才經由胸腔外科來決定要不要再開刀，所以這個指引非常重要。為什麼我要特別提呢？當然找到早期的肺癌很好，能避免晚期非常昂貴的治療費用，但其實在還沒有肺癌篩檢之前，因為我們長期在做宣導跟病友服務，很多民眾只要篩檢到有 1 個結節或是毛玻璃狀的變化，就會非常非常地焦慮，覺得要趕快切除才放心，事實上我們是有指引的，所以在後續處理上，追蹤也好，管理也好，應該是要確實地去遵守指引，以免造成健保資源的浪費。其實有胸腔科醫師開玩笑地說，以前他要花時間勸病人開刀，現在是要勸病人不要開刀，這個時間還比原來勸病人應該開刀來得多。在執行層面上我們撥了這樣的經費，當然是很好，能夠找到早期癌症、異常個案，讓他早一點做進一步檢查去確認是不是癌前病變，但是尤其在肺癌追蹤上應該要根據處置指引，就是在執行面上特別要注意，以上。

盧主任委員瑞芬：謝謝，我們現在離表定時間已經開始落後了，所以下來委員如果還有意見麻煩請提書面，我們一定竭盡所能幫你們追蹤，接下來請陳相國委員。

陳委員相國：主席、各位委員，大家早，醫師公會全聯會表達 2 點意見，感謝社保司跟衛福部瞭解民間醫療需求，體恤民眾醫療辛苦，將總額上下限調整成 2.621%~5%，而且 MCPI 不是採用 4 年平均，而是用舊的估算方式，這點我們表達感謝跟肯定。

第 2 點，請大家看到會議資料第 146 頁，關於總額基期扣減的部分，我們有不同意見，社保司說根據 111 年度未導入預算計算起來，應該扣減 1.8 億元，不但扣減 1.8 億元，還要乘以 112 年度西醫基層總額一般服務成長率，所以變成要扣減 1 億 9,100 萬元左右，這一點我們表示非常痛心，因為每次總額爭取預算都非常不容易，新藥新科技在 111 年只爭取到 3 億元預算，現在一扣就扣了 1.8 億元，等於扣了 60% 左右的預算。新藥新科技預算一直不夠，請大家看到我們提供的補充資料，這張表格有各年度的計算，請看 107 年度新

藥新科技預算是 1 億 1,600 萬元，5 年預算是 5 億 8,000 萬元，收載有 51 個品項。107 年開始執行，第 1 年只執行 4,200 萬元，可是第 2 年就超出預算，變成 1 億 6,200 萬元，第 3 年是 2 億 9,200 萬元，所以累滾 5 年，預算是 8 億 8,500 萬元。我們可以看到新藥新科技執行情形，第 1 年申報會比較少，第 2 年持平，第 3 年以後是倍數上升。如果一直堅持要扣減總額基期，以後如果預算不夠是不是要補回來給西醫基層？我覺得這種扣減非常不合理。

希望以後不要再這樣，甚至今年度有沒有辦法導正不要再扣減基期，因為扣減基期對西醫基層總額傷害非常大，另外也不應該再乘以一般服務成長率，如果你要用 111 年度預估 113 年度總額基期的情形，那你不知道 112 年度執行情形，所以你還要乘以 2.172%，多扣了 400 多萬元，我們覺得非常不合理，若你要這樣扣，應該再評估一下今年度新藥新科技執行情形再做扣減，這部分等下請社保司說明，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請陳石池委員。

陳委員石池：主席、各位委員，大家早安，因為我本身從事急診業務，所以對於急診部分負擔的增加非常地關心，請大家看到會議資料第 142~143 頁，上次我們也有提到這個問題，我一直講部分負擔有 3 個不公平，第 1 個是急診部分負擔每個人都要增加，但是門診不見得每人都增加，這是第 1 個不公平。

第 2 個是關於急診重症病人，他本來部分負擔是 450 元，現在調到 750 元，檢傷分類 3~5 級是 550 元調到 750 元，表示 1~2 級病人要增加 300 元、3~5 級病人要增加 200 元，這是變相處罰重症病人，大家可以看第 143 頁，劉淑瓊委員跟我有同樣的意見，你在處罰 1~2 級重症病人。

第 3 點，你們說中低收入及身心障礙者不影響就醫權益，你現在最新公告，請看新的補充資料第 5 頁，你說這些人急診就醫部分負擔維持現行規定 550 元，可是你不要忘記本來 1~2 級病人是收 450 元，現在變 550 元，你還是增加 100 元，這點陳杰委員跟我意見一

樣，不曉得我們要怎麼講，你們才會接受我們的想法？

我個人非常沉重提出這個概念，假設你們真的沒有反應，大家知道朝令夕改是不好，但假如朝令夕改是對的，是會被接受及備受歡迎的，假設你們真的沒有反應，我會考慮訴諸社會大眾，讓社會大眾看你們是不是真的在處罰急診重症病人，處罰這些低收入戶、弱勢族群。我們不是第 1 次提出來，這些發言都已經送到健保署，你們都沒有動作，假如你們再沒有動作就換成我們有動作，我們先小人後君子，我先講清楚，我就報告到這裡，我心裡非常沉重，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請朱益宏委員。

朱委員益宏：主席，我有 2 個意見，第 1 個是在會議資料第 36 頁項次 6，對於新醫療科技健保署有報告案，特別是在包括 DET^(註)上次討論時有提出來，但是健保署回復這些內容，我比較關注的是會議資料第 38 頁相關單位辦理情形第 7 項，健保署回復查近 5 年醫院跟西醫基層增修診療項目之預算未有超支情形，我是覺得這個很奇怪，藥費每 1 年就超過 DET 40、50 億，藥費就超支了，健保署在很多場合就跟我們講當然慢性病是原因，但是很多新藥大家也都知道藥費非常昂貴，更何況在醫院總額研商議事會議，健保署也承認對於藥品擴增給付規定費用，確實超支了大概 1 億多，這個都是有超支，但我不曉得，在健保會正式資料上講查 5 年醫院及西醫基層增修診療項目之預算未有超支情形，這個我就完全看不懂，怎麼會未有超支？這是非常奇怪。特別是對於新的藥品，我們覺得其實預算是不足，我們一再反映預算不足，但健保署告訴我們預算未有超支，而且是 5 年之內都未有超支，我覺得健保署可能要找機會好好算一下，至少跟醫院總額這邊要算清楚，到底為什麼我們一直質疑有超支，健保署一直說沒有超支，在所有場合都雞同鴨講，我覺得這樣也不好，所以這件事情我有意見，希望也能記錄下來。

第 2 個意見是在會議資料第 48 頁，在上次委員會會議我有提出來，健保署 5 月份業務執行報告的那本資料，有資料顯示慢性病在 4 個層級，醫學中心、區域醫院、地區醫院跟基層診所中，慢性病占門

診人次的比例醫學中心高達 65%，我當時提出希望健保署要去瞭解到底是什麼原因，不應該有這個情形，但是健保署的回復好像雞同鴨講，好像是打空包彈，看起來並沒有具體的回應為什麼會有這個情形，那這個情形白紙黑字寫的是，醫學中心慢性病病人占門診人次高達百分之六十幾，這件事情是事實，健保署應該比較負責任去檢討為什麼會有這樣的情形，如果確實有這樣的情形怎麼樣去檢討，而不是打空包彈說民眾就醫習慣不容易改變，疫情程度難以預測，然後健保署會持續監測。那監測結果其實還是這樣，因為你看歷年來就是這個樣子，很多資料雖然健保署只有在今年度才開始公告，但是健保署可以查到所有資料，歷年的資料就是這個樣子，我期待健保署應該針對這個問題去做檢討，而不是回復打空包彈。然後回復第 2 點說用部分負擔處理，我也不相信部分負擔就能夠解決這樣的困境，所以我是覺得健保署沒有針對問題去解決，希望健保署下次能夠再針對我的提問具體再做 1 次說明，謝謝。

註：DET(Drug Expenditure Target，藥品費用分配比率目標制)。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請周慶明委員。

周委員慶明：我要回應本會重要業務報告第三項，關於 113 年度健保總額範圍的案子，我們知道 MCPI 這個計算公式其實在之前就行之有年，我們查過資料，大概從 104 年的時候就訂定 105~107 年的計算公式，106 年訂定 108~110 年，109 年訂定 111~113 年，所以每訂 1 次適用年度就是 3 年，最後 1 次訂定是適用到 113 年，所以照原來的遊戲規則，訂定的公式應該適用到 113 年。今年 113 年又弄了 1 個新的公式出來，MCPI 改用 4 年平均值，第 1 個已經破壞原有遊戲規則，第 2 個就是非常不公平，因為我們知道 MCPI 還有低推估是民眾最基本的醫療需求，也是醫療院所要營運的必須成本，這幾年物價一直上漲大家都知道，包括基本工資也是在調漲，我們聘用的醫師、護理師、藥師其實也都一直在調薪，CPI^(註)指數其實也是連 18 個月超過 2% 通膨警戒線，所以等於是物價一直漲，我們今天訂定 4 年平均計算公式其實是對現實狀況很大的違背，真的是維持在一個不合理的穩定，我們當然是希望它是一個穩定的公式，

但我們覺得現在物價在漲，應該維持在反映現有狀況基礎之上，而不是用幾年前很低的狀況來維持，這並不合理，所以我們當然對報行政院的這個內容表達支持。

再來提到 113 年基層總額基期扣減項目，社保司有提到關於西醫基層新科技扣減金額，未導入金額應該再乘上 112 年一般服務預算成長率 2.172%，其實會多扣 400 多萬元，我們表達反對意見。因為其實在 5 月 25 日基層總額研商議事會議報告的是 1 億 8,759 萬元這個數字，社保司召開的會議其實也沒有提到要加成，真的要加成也應該要在 1 個合理的計算公式下，因為新藥新科技這一塊，其實它的成長率 111 年是 0.242%，而不應該用一般服務的 1.831%，抱歉，不應該用 112 年一般服務 2.172% 這個比例來扣減，所以我們覺得這個方式不是很合理，而且真的要再做詳細的精算，以上報告。

註：CPI(Consumer Price Index，消費者物價指數)。

盧主任委員瑞芬：謝謝，現在請李永振委員最後 1 位發言，其他委員真的要提書面，剛才有講過，很抱歉。

李委員永振：謝謝主席，李永振第 2 次發言，我要講的也是老問題，就是會議資料第 31~33 頁的繼續追蹤事項，政府應負擔 36% 爭議已經有 6 年了，已經有 2 位司長退休，劉司長是第 3 任接手，如果再談下去對我們委員很不好意思，又老調重彈，但是我本來是想利用會上做個非正式交接，但是我看主席蠻著急的，時間已經超過表定時間這麼多，大概我就點到這裡，詳細內容我用書面提供，劉委員如果有興趣再參考一下，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝李委員的體諒，因為時間已經超出很多，所以請健保署很簡單的回應一下，其他就用書面，謝謝。

石署長崇良：謝謝各位委員的指教，我簡單的先做幾點說明，待會蔡委員和劉委員特別關心的癌症陽追及住院整合照護計畫，再請醫管組補充說明。

我先回應朱益宏委員關心慢性病占醫院各層級門診件數的占比，在我們業務報告資料裡面，待會的健保署 5 月份業務執行報告第 52

頁開始，我們都有在監測，占比上是按照過去大家用慢性病跟非慢性病分別統計，朱委員再指教一下這樣的統計是不是 OK，如果有需要進一步分析再給我們指教。

第 2 個，陳石池委員特別關心對弱勢族群的照顧，我們也非常重視您的意見，所以我們特別去找一下，這次會受到影響就是中低收入戶跟身心障礙者，這裡面會到醫學中心就醫而且是檢傷分類 1~2 級病人大概只有 3%，是很低的，多數其實是 3~5 級或在非醫學中心就醫，這是可以理解的，因為這 23 家醫學中心多數是在都會區，都會區的資源也相對的比較多，如果他是到區域醫院就醫其實是不受影響，那麼等到需要住院再轉到醫學中心，住院之後費用是連同住院去申報，所以他的部分負擔也不會受到這次調整的影響，大概我們的分析是這樣，所以為了讓醫院在執行上方便，同時因為上次也跟各個團體之間達成共識，所以就以這個方式先來執行，這是有關於 7 月 1 日開始調漲部分負擔的部分。接下來我先請醫管組說明一下住院整合照護計畫跟陽追的那個計畫。

劉副組長林義：健保署醫管組說明，有關剛才劉委員關心住院整合照護計畫的指標部分，的確我們是建立多元指標，健保署及照護司有找醫界與護理界共同來協商怎麼樣的指標比較好，當然前提是儘量能夠減少醫院行政作業，或是透過健保資料就可以算出來的為準，因此我們根據結構、過程及結果面建構……。

劉委員淑瓊：資料上面已經有的內容就不要再重複說明，我要您直接回答的是，我們明明白白寫在總額協定事項裡頭的結論，請教您要如何來回應，謝謝。

劉副組長林義：這個就是所謂的多元指標，多元指標所以我們才分成結構、過程跟結果面 3 大面向來做……。

石署長崇良：不是，劉委員的意思是說，那個指標在協定事項裡面跟最後執行的不同，為什麼產生這樣的差異？

劉委員淑瓊：我們的多元指標都已經寫在協定事項裡面，那現在你要跟我講你們的多元指標的定義跟我們的不一樣，那你……。

石署長崇良：我瞭解後再向您報告，下一次我們來說明，再請醫管組整理資料讓我知道為什麼中間有落差，委員關心的是這個。癌症那個計畫……。

劉副組長林義：蔡委員關心癌症陽追的部分，的確蔡委員關心是不是要做到追蹤才支付，那沒錯，這就是這個計畫的目的，我們跟健康署其實也有在合作，比如針對支付點數就分成篩檢院所必須要完成追蹤，而且要把資料登錄在健康署的癌症篩檢及追蹤管理資訊整合系統，他們已經有建置這樣的系統來收錄這些資料，而且不光這樣子，我們還有規定 21 天內原篩檢診所就要完成轉診，在 90 天內接受的醫院就要完成確診，就是有一些期限的限制，達到才可以得到支付點數的鼓勵，以上說明。

石署長崇良：蔡麗娟委員特別關心新的肺癌 Low-dose CT 篩檢，確實 Low-dose CT 作為肺癌篩檢是 1 個爭議性議題，特別很多結果可能是偽陽性，會造成病人焦慮，甚至進一步造成身體傷害，所以健康署要把它納入所謂的癌篩計畫裡面也經過了很長時間評估，包含委託楊泮池教授所率領的團隊去做先期計畫最後才提出來，雖然我們只是針對 heavy smoker，就是重度吸菸者，以及具有家族史的高風險者來做，但是難免也會有外溢效果，譬如病人就自費或是用其他方式，這個還是有可能，所以現在也針對這個事情開始建立一些指標，近期就會修正支付標準，讓 Low-dose CT 獨立申報，因過去無法區分哪一種 CT，連部位都分不出來，所以我們在支付標準上會特別針對肺部 Low-dose CT 新設 1 個支付標準，來瞭解目前國人使用情形，再對應診斷碼去分析，過去比較少分析這塊，我們會監測後續手術情形跟病理報告結果，我們會做監測，未來整理好有機會再跟所有健保會委員來做說明。

盧主任委員瑞芬：謝謝，針對重要業務報告……。

陳委員杰：報告主席，健保署好像沒有回答我的問題，謝謝。

盧主任委員瑞芬：您提的是費率問題，應該是後端……。

石署長崇良：對，陳委員很關心會不會調漲保費，事實上二代健保的

精神就是在健保會先有 1 個共識，也就是我們支出到底要多少，其實我的困擾跟剛才陳委員講的是一樣，又要不砍藥價，但又要增加給付項目，都不知道錢從哪裡來？所以又不調整藥價，又要增加給付項目，那最後的結果就是增加保費，所以大家很擔心。現在按照二代健保的精神，就是在健保會先談定我們總額到底要增加多少，再回頭來計算真正的費率要收多少，所以應該這會在下半年的總額協商過程中去決定。

盧主任委員瑞芬：好。

滕委員西華：我沒有要提問，我要確定一個公告文字，我看新聞、看電視跟公告文字都不一樣，就是部分負擔，在補充資料第 5 頁，剛剛署長也有報告，急診的部分，低收、中低收、年滿 70 歲中低收入老人等，維持依現行規定收取，後面有 1 句話，就是第 5 頁上面註後面，醫學中心收 550 元，不對呀，原規定是醫學中心中檢傷分類 1~2 級病人收 450 元、3~5 級收 550 元，公告文字是醫學中心全部收 550 元，那就是 1~2 級有調升，沒有維持現行規定，所以請問署長公告版本應該是哪一個？

石署長崇良：這個應該是會議資料，這不是正式的公告文字，如果要看公告文字，要看補充資料第 7 頁開始這個是正式公告，第 7、8、9、10 頁是正式的公告文字，應該是這樣，就是……。

周執行秘書淑婉：補充資料的第 10 頁。

盧主任委員瑞芬：對，補充資料的第 10 頁……。

滕委員西華：補充資料第 10 頁就是 550 元，那就不是現制呀，但是你發布的新聞稿寫維持現制，那就不是 550 元，所以檢傷分類 1~2 級是調升嗎？

盧主任委員瑞芬：這個是文字上面……。

石署長崇良：如果新聞稿有誤我們再改。

滕委員西華：不是新聞稿，我是要問，你的政策是不是調升？

石署長崇良：就是按照公告。

滕委員西華：所以檢傷分類 1~2 級就是調升了？

石署長崇良：對。

盧主任委員瑞芬：針對重要業務報告做以下幾點決定，第 1 點，上次(第 4 次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：擬解除追蹤共 1 項，同意解除追蹤；擬繼續追蹤共 1 項，同意繼續追蹤；歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬解除追蹤共 3 項，同意解除追蹤；其餘 19 項繼續追蹤。

第 2 點，請各總額部門及健保署遵循衛福部所擬的政策目標及內涵，及早研擬 113 年度總額協商草案，並依協商程序所定期程如期提送本會，以利後續會議進行。

剛才委員有提到很多重要的意見，說明不清楚的地方，健保署、社保司都會用書面回復，我們也會持續跟催，餘洽悉。接下來進行討論事項。

李委員永振會後書面意見：過去長官常鼓勵民眾要投資健康，就是要肯花錢投入預防醫療，這觀念很好，但提早預防，未來的醫療費用應會少一些吧！？但這 2 年已投入的如代謝症候群防治計畫 9 億多元，癌症篩檢陽性個案追蹤 5 億多元，長期更大的如家醫計畫與分級醫療投入 443 億元(到去年效益 6 億元)，C 肝至去年投入 354 億元，效益 25 億元，但在過去協商時都沒有數據！若進一步請教，得到的答案通常都是「健康改善將活更久，醫療費用也越多」，不細思還真有道理，但活越久年齡增長，在非協商因素的人口成長率及年齡改變率都有給錢，所以投資健康所省的未來醫療支出，要請健保署好好精算一下。

基期扣減項目的節流成效回饋款，113 年度尚無相關扣減額度。(會議資料第 146 頁)但在會議資料第 192 頁講雲端系統績效時卻出現 103~110 年減少重複藥費約 109.7 億元，又前後矛盾！以前在會議中亦曾幾次建議，請健保署與社保司趕快協商，及早擬案提會討論，不要經歷幾屆委員還在原地踏步、重複講這問題！

在繼續追蹤事項中，政府應負擔健保總經費法定下限 36%之爭議

內容可分為 2 部分：1. 計算公式法遵之問題(健保法第 76 條第 1 項)；2. 政府已付保費之內容、範圍(健保法施行細則第 45 條)，此議題始於 106 年 7 月，到這個月剛好屆滿 6 年，經歷 2 位司長退休，今天第 3 位司長接手進入第 3 階段！上個月會議在主委的關心下，做了 1 次總複習，今天看到辦理情形，還是一樣，真是令人失望、灰心！

計算公式對於應提到安全準備之數據沒有法遵，事證明確，完全沒有模糊空間！若社保司認為現行健保法規範不是原先設計的真意，要修法也 OK，6 年的立法院都是朝大野小，卻只聽樓梯響，一直看不到人下來！

至於施行細則第 45 條，衛福部去年 2 月即有意修回原版本，在會議資料第 189~190 頁亦有說明，但就是不知道要到何年何月才會有結果？讓我們齊呼衛福部加油！

有關 111 年全民健康保險財務評估報告，有幾點請教：在會議資料第 208 頁的表 1 中，保險收入 110 年差異數達 760 億元(11.95%)，係因該年費率由 4.69%調至 5.17%所致(10.2%)，問題是推估當時沒有發現 110 年須調費率？若只有現有資料一些數字，這評估有意義？5 年就出現如此大的差異，推 25 年要做什麼？

保險成本的誤差比率在-1.16%~0.15%，功力相當良好，但從另一角度來看，總額的成長早就已有定見，「健保財務收支嚴重結構性失衡」只是口頭說說，並沒有真心謀求改善解決？

會議資料第 209 頁的精算模型公式，第 t 年之安全準備提列數 ΔSt ，是不是與爭議中沒有法遵一樣？依此推出來的成果可有參考價值？

林委員恩豪會後書面意見：關於本會重要業務報告第三項，近年健保財務收支趨於失衡，在總額持續高成長情形下，全民健康保險不斷面臨健保費率調整壓力，衛生福利部於本(112)年 4 月 26 日提案送請全民健康保險會諮詢之內容，原擬下限 1.053%至上限 4%為範圍成長率範圍，並經該次委員會議充分討論，亦符合一般民眾福祉與期待，今衛生福利部將報院之 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率範圍調高至 2.621%至 5%顯屬不宜，建請仍採原案

1.053%至 4%為範圍。

參、討論事項第一案「全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果之評核結果獎勵標準案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴：向委員說明，依據本會過去決議通過的評核作業方式，評核等級會做為 113 年度總額協商參考，本會將在 7 月 17、18 日進行評核會議，評核「良」級以上部門，會給予品保款預算以茲鼓勵，本案就是請委員來議定，7 月評核結果的獎勵標準要如何訂定，這是本案主要目的。

說明二，是近 5 年品保款編列方式，在 106 年度以前是編在一般服務項目，但是從 107 年度起就改列為專款項目；品保款額度的計算方式是由計算基礎乘以獲得評核等級的獎勵成長率，從 108 年起，計算基礎為各部門評核年度一般服務預算，再乘以獲得評核等級的獎勵成長率；近 3 年 110~112 年的獎勵成長率，「良」級是 0.1%、「優」級是 0.2%、「特優」級是 0.3%；統計近 5 年編列金額，四部門加起來的品保款介於 8.77~14.98 億元，請看會議資料第 58 頁，約占各年度可協商空間比率為 6.5%~12.8%，歷年資料在會議資料第 62 頁附件的表 1、表 2，請委員參考。

說明三，第 1 點，今年的協商空間預估約 157 億元，主要是依據衛福部報行政院範圍草案的低推估 2.621%到高推估 5%，增加金額約 219~418 億元，不過最後還是要依行政院核定的總額範圍為準，但我們有參考歷年行政院核定總額高推估值的經驗值，差不多是衛福部陳報的 9 成，因此上限減下限後的可協商空間差不多是 157 億元，再用這 157 億元推估不同的獎勵成長率所占協商空間比率。第 2 點，有關健保財務收支短絀情形，依照衛福部報行政院範圍草案併附的健保財務影響評估，推估 113 年度保險收支會短絀 144 億元~312 億元，所以該年度保險收支累計結餘數約當 1.29 個月~0.97 個月保險給付支出，也就是說，預估安全準備在符合法定 1 個月保險給付支出規定的邊緣，所以健保未來還是要面對收支平衡的財務問題，可能委員在討論成長金額時需要考慮財務收支情形。

說明四，有關於品保款獎勵標準，請委員討論，我們依照 112 年度編列方式提供試算結果讓委員參考，計算方式為了要跟 113 年度總額基期算法一致，以各總額部門評核年度的一般服務預算淨值為計算基礎，再乘以該部門今年評核等級的獎勵成長率。如果維持 112 年的獎勵標準，就是「良」級 0.1%、「優」級 0.2%、「特優」級 0.3%，可以看到會議資料第 59 頁，試算各部門總額所獲得的品保款，我們直接看到品保款合計金額，這是假設，實際上各部門評核結果會不一樣，假設都是「良」級，四部門合計最少會有 7.04 億元，如果都是「優」級合計 14.09 億元，如果都是「特優」級合計 21.13 億元，這些成長率占可協商空間的比率是 4.5%~13.4%之間，這是推估，當委員決定不同獎勵成長率，可能鼓勵的金額大概是多少做一個估算。

說明五，歷次委員會議、評核會議跟品保款相關的決議，跟委員說明相關背景，因為 106 年度以前品保款是列在一般服務項目，所以有部分已經在基期，107 年度品保款改列專款項目，為了合理運用原來 106 年度已經納入基期的品保款，107 年度起每年總額協商均協定，把原來 106 年度一般服務品保款額度提取出來，與當年度品保款專款合併運用，這已經行之多年。此外，評核委員建議持續檢討核發標準，對品質比較好的醫療院所給予較多的鼓勵，提高獎勵鑑別度。根據 108~110 年度各部門總額品保款的核發結果，整理在會議資料第 60 頁，可以看到大概 7 成院所都有拿到品保款，但是評核委員建議，以核發鑑別度來看，前 20%表現較好的院所，領取金額占品保款比例越高表示鑑別度越好，整理在會議資料第 60 頁的表，請委員參考。

委員看到會議資料第 60 頁，中間的表格「品保款核發鑑別度評估面向」，第 1 項是核發表現優良院所是否領到較多品保款，也就是表現優良的前 20%院所，核發金額占品保款比率，從這 3 年來看，牙醫門診總額鑑別度是最好的，大約有 6 成，雖然在 110 年略為降低，醫院維持在 4 成多左右，也有點逐年下降，中醫門診總額大約 5 成左右，110 年略為提升，這是優良院所前 20%的部分。有關核發

指標表現，第 2 項是有多少院所指標表現達滿分，就是表現滿分的院所家數比率，醫院大約有 95% 的院所滿分，西醫基層有 50% 的院所滿分，牙醫跟中醫只有很少比率，醫院跟西醫基層總額的核發指標跟閾值有改善空間。

擬辦部分，第 1 點，要請委員討論獎勵標準，計算基礎剛才已經說明，主要討論評核結果「良」級要給多少成長率，「優」級要給多少成長率，「特優」級要給多少成長率，7 月評核結果出來後，就會用這個成長率計算各部門獲得的品保款，並列入總額協商。第 2 點，剛才講過，我們援例將 106 年度的一般服務品保款額度跟新年度品保款專款合併運用，全數用於鼓勵提升醫療品質。第 3 點，請健保署會同部門檢討品保款核發條件跟結果，訂定更具鑑別度的標準，落實本獎項的目的，以上說明。

盧主任委員瑞芬：請問委員有沒有意見？本案需要議定不同評核等級的獎勵成長率，這部分請委員表示意見。都沒有意見？沒有意見就是照舊，按照 110~112 年的獎勵標準，評「良」級是 0.1%，評「優」級 0.2%、評「特優」級 0.3%。請李永振委員。

李委員永振：有關獎勵成長率我是贊成照舊，但有一點意見，在會議資料第 59 頁，核發實際執行的時候，評核委員已經建議好幾年，會上委員也建議好幾年，鑑別度好像一直沒有辦法提升，以前是牙醫部門比較好，但最近好像稍微掉下來，是往下看齊，不是往上看齊，要不要設個方式鼓勵他們？核發 90% 的跟核發比較嚴格的，比方說前 20% 占比高的是不是要獎勵，都在普發的，講難聽一點，要怎樣 push 他們改變，不然每次講了都沒有用，講一回事、執行一回事，這樣不好，還要討論浪費大家時間，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝李委員，其他委員有沒有意見？好，這部分沒有意見，李委員也表示照舊，就依照原來 110~112 年的成長率，李委員有提到鑑別度的部分，雖然講了很多年，但今年還會繼續講，也會把訊息傳達給評核委員，評核委員都是今年新聘任的，我們會提供過去的意見給他們參考。

本案做以下的決議，第 1 點，113 年度總額品保款專款的獎勵標準：(一)計算基礎：以各總額部門評核年度(111 年)一般服務預算(淨值)為計算基礎。(二)評核等級獎勵成長率：評核結果「良」級給予 0.1%、「優」級給予 0.2%、「特優」級給予 0.3%獎勵成長率。第 2 點，有關品保款執行及檢討相關內容，請同仁依擬辦文字及李永振委員提供的意見做整理。接著進行討論事項第二案，請同仁宣讀。

肆、討論事項第二案「因新冠疫情對中醫門診總額 111 年第 3~4 季之醫療費用造成顯著影響，提請動支其他預算之『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

詹委員永兆：主席、各位委員、各位長官大家早安，首先要感謝大家對中醫總額的關注，111 年中醫健保資源受到民眾的肯定，以 111 年全年度來講，總額是 296.9 億元，實際申報 313.6 億點，整個利用人數全年成長 35%，也就是大概增加 200 萬人來中醫就醫，尤其疫情在去年 5 月爆發，第 3 季、第 4 季疫情最嚴重時，民眾大量湧入中醫診所，所以第 3 季跟第 4 季的就醫人數大概成長 240 萬人，因為那麼多民眾來利用中醫，造成點值受到嚴重擠壓，第 3 季剩下 0.89，第 4 季剩下 0.86。

除了確診就醫，新冠後遺症也同時來看中醫，根據健保資料庫的資料，統計 U099^(註 1)的資料，111 年因新冠後遺症看中醫的大概有 4.8 億點，其他跟新冠後遺症相關的，但沒有用到健保代碼 U099，包括頭痛、咳嗽、睡眠障礙等等，加起來有用到中醫總額，內部統計資料大約 6.1 億點。

因為中醫受到民眾愛戴，健保資源受到嚴重擠壓，同時最近來講，大家都知道中藥原物料狂漲，近 3 年原物料中藥材成長 3、4 成，台灣四大藥廠，以我們目前蒐集到的資料，大概 3 年漲了 10% 左右，所以中醫相對增加 12 億元成本，目前中醫的狀況是點值下降，成本又提高，基本上對中醫師來講相對困難。

非常感謝各位委員給我們關注，剛好健保資源裡面有非預期風險管控基金^(註 2)，所以我們提出申請。我非常感謝健保署，提供非常完整的資料，因為是第一次碰到，我想他們花了很多心血在準備，大家可以看到補充資料第 19~38 頁，他們以平均點值評估，中醫總額是符合申請條件，健保署的估算在補充資料 23~25 頁，跟 108、109、110 年的平均點值來比較，這邊是算平均點值，如果以平均點值來講，我們會傾向跟 110 年比。

剛才講到原物料成本提升，我們原本是希望用浮動點值來補付，因為浮動點值跟平均點值的差別就在藥價，一開始我們提出申請 8.9 億元，就是用浮動點值估算，懇請各位委員在浮動點值跟健保署提供的平均點值 4 個選項裡面，擇一選項，謝謝各位委員支持，以上。

註 1：健保署考量部分 COVID-19 確診者痊癒後仍有後續病況，為因應臨床診斷編碼之需，自 110 年 12 月起新增 ICD-10-CM 代碼 U099「嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示」。

註 2：111 年度其他預算項下「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」預算 10 億元。

陳組長燕鈴：有關本會補充說明的部分，本案是訴求動支 111 年度其他預算項下「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」預算，有 10 億元。依據 111 年度總額公告，這筆 10 億元經費如要動支，需要依照本會 106 年議定的適用範圍跟動支程序來辦理，完整的規定在補充資料第 17、18 頁附件一，到目前為止，10 億元並沒有動支。

依據附件的適用範圍跟動支程序，屬於「非預期風險」條件者，動支程序必須先進行提案前評估，由受影響的總額部門跟健保署在提案前共同完成評估，需要符合 2 個條件，第 1 個是對總額影響顯著，第 2 個是影響不可歸責於該總額部門，2 個要件如果都符合，再進行提案，提案時要檢附剛才講的共同評估資料跟相關數據，供本會議定。

說明三，本案屬於非預期風險的特殊情況，根據規定，提案前要完成「提案前評估作業」，中醫師公會全聯會曾在 6 月 9 日請健保署協助評估是否符合動支程序，也副知本會，但本會直到昨天 6 月 27 日，並沒有收到提案前委員檢附由中醫門診總額部門跟健保署共同完成的提案前評估資料。依據規定，提案資料內容其實是不完備的，我們也一直在等資料，但不完備就不符合提案程序，請委員審酌，本案是不是要進行討論。

說明四，我們提供一些參考資料，本會在 6 月 14 日依據中醫師公會全聯會來函副本，請辦健保署提供相關評估資料，健保署在昨天 6 月 27 日稍晚才提供相關評估資料，在補充資料第 19~38 頁附件二，本會就健保署提供的資料補充研析意見，在補充資料第 39~41

頁附件三，這些資料請委員參考，另外中醫師公會全聯會在昨天下午提供補充資料，在補充資料第 42~45 頁附件四，也請委員參考，很抱歉，補充資料都昨天才給委員，數字相當多，請委員審酌是不是要進行討論，以上說明。

盧主任委員瑞芬：第 1 位請周慶明委員。

周委員慶明：主席、各位委員大家好。首先，針對這個案子我們醫師公會全聯會表達全力支持。第 2 點，看到中醫的慘況，西醫包括醫院跟基層這邊，我個人有唇亡齒寒的感覺，因為現在的狀況不是只有中醫面臨，整個醫院跟診所目前也面臨非常嚴峻的狀況，政府在 3 月 20 日取消了相關疫情給付，全部回歸到總額這邊，但是病毒還是存在，疫情還是存在，特別是在 4 月底、5 月、6 月到現在這段時間，我們在第一線實際面對這些疫情，跟大家報告，其實非常的慘烈，就我所知道，很多開了 20 幾年的診所跟我反映，他們從來沒有碰到 5 月、6 月病人這麼多的，創新高，20 幾年的診所還在創新高，這些病人裡面，以我個人診所的經驗，大概 5 月最高峰的時候，大概有 8 成來看診都是因為發燒，而且燒得蠻高的，疫情還真的是燒得蠻嚴重，這些人裡面我個人判斷有 3 成是確診個案，其中還有很多沒有做快篩的，其實很多也都是確診。

這麼多的確診個案，造成的醫療支出是用健保總額來支付，我個人覺得不管是對付費者還是對醫療提供者都是非常的不公平，造成大家很重的負擔，因為我們今年總額在協商的時候，並沒有把疫情這塊加進來，現在臨時把這個加進來以後，可以想像今年第 2 季點值一定會滑落得非常嚴重，不曉得健保署有沒有初步統計，但我們感覺應該是蠻慘烈的，這邊也要提醒健保署跟衛福部，針對就醫的狀況應該要趕快瞭解，如果點值滑落太嚴重，應該要有因應措施，比如說以防疫行政預算來補疫情醫療支出，不能一昧的把所有醫療支出都推到健保來支付，以上報告。

盧主任委員瑞芬：現在幕僚給了 1 點建議，本案健保署初步評估是符合動支原則，但按照提案方式，必須要中醫門診總額部門跟健保署

共同完成提案前的評估資料，現在目前他們是各提各的資料，沒有完成共同評估，如果依照適用範圍跟動支程序規定，內容比較不完備。

中醫的慘況我們都瞭解，健保署初步評估也是符合動支原則，重點是目前他們沒有共同提案，所以今天到底要討論什麼版本？我們先針對這點來發言，是不是今天討論，還是要等到他們提出共同評估的時候，才按照該版本討論，這是現在的重點。林恩豪委員是不是可以針對這一點發言？

林委員恩豪：是，主席謝謝，我想講的大部分主席都講了。我先講，原則上我會支持中醫的想法，因為是非預期的風險，但是剛剛主席有提到，雖然健保署評估動支條件都符合，但是我們看到後面的補付金額，其實兩邊是各說各話，沒有共同先想好，到底希望有怎樣的數字，像是健保署是用平均點值，中醫總額想要用浮動點值，健保署又算好幾個版本，剛剛詹理事長也提到，變成說，委員們現在有好幾個選項，要不要選選看，我覺得這樣子可能不太好，應該是去討論出一個合理的數值，然後告訴我們、說服我們，當然我前提就講，我是認同這個案子，因為有非預期風險存在。還有中醫前後提出的金額也不一樣，一開始送出來的會議資料說要用到 8.9 億元，可是後來補充資料說 2 季加起來又變成 9.1 億元，這邊是怎麼計算的？所以我的結論就是，可不可以中醫跟健保署都溝通好了，有 1 個共同版本再來跟我們討論，是不是移到下次會議再討論，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：主席、各位委員大家好，其實前面 2 位委員講的話大概都是我的意見，我們都支持中醫想法跟建議，因為大家都看到，這幾年疫情以來，不管是西醫基層或是中醫，使用率、看診率都提高，尤其中醫更高，所以支出一定會有，可是也真的是對患者的病情痊癒有幫助。我覺得既然有這樣的慘狀，健保署確實需要有因應的措施，剛剛周慶明理事長也提過，等到更嚴重的時候再補救，就來不及了，如果可以，像剛剛主席說的，要符合提案標準，把正確的評

估標準提出來，看用什麼樣的方式來解決問題，我想應該每個委員都會支持，尤其這麼慘烈的狀況之下，希望早點把事情做好，讓問題早點解決，讓民眾能夠享受到該有的權益，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請蔡麗娟委員。

蔡委員麗娟：謝謝主席，我的意見大致上跟前面委員一樣，也就是說在疫情之後，其實民眾對於中醫的瞭解跟認同度有明顯提升，因為疫情之後產生的長新冠，有時候對於身體的影響，就會想說是不是用中醫的方式來調理，會更能夠幫助，最近真的觀察到很多中醫診所，就診民眾真的很多，甚至有年輕化的趨勢，但的確也看到中醫點值數據上是 0.8 幾而已，而且中醫藥材成本也增加。剛剛已經提過，已經合乎非預期風險項目的支出條件，現在就是健保署跟中醫師公會全聯會還要聚焦，到底怎麼樣的點值補償才是合理標準，因為這件事情會同時發生在西醫基層，所以在整體考量上面，健保署對於疫情期間、疫情之後，對基層及中醫診所的衝擊應該要一併考量，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請滕西華委員。

滕委員西華：我想要先請教健保署，因為在補充資料第 17 頁開始，附件一提到適用範圍跟動支程序，但是動支程序除了過去有一些比較大型的災難，譬如說八仙塵爆、高雄氣爆、台南大地震以外，大家其實沒有爭議是因為受影響區域非常特定，點值下降或利用率其實是屬於緊急狀態，都沒有討論到像目前新冠疫情的這種情況，動支程序因為這個事情顯然有明顯缺陷，這個缺陷我覺得可能要透過健保署政策說明或請示社保司，因為這是其他部門的專業款項，涉及到政策，社保司應該要參與，因為這是屬於政策。

動支程序的缺陷是什麼？第一個就跟中醫提案類似，參照點值的標準年度到底參採哪一年度？請參閱補充資料第 34 頁表 7，可以看到所有總額平均點值跟浮動點值的變化，事實上中醫從 107 年 4 月開始逐年點值就下降，不管浮動點值還是平均點值，在 108 年 12 月以前都跟新冠疫情沒有關係，109 年的 2 月過年，因為陳時中前部

長說他沒有去過年所以印象很深刻，台灣就開始有因應全球化疫情的管制，那時台灣的新冠疫情沒有達到巔峰，為什麼？台灣是全球之冠，我們還拿這個業績去參加 WHO，所以中醫點值下降的最低點，在 108 年浮動點值低點約是 0.81，平均點值是 0.88，在 109 年除了 7~9 月第 3 季是比較低，這個低還高於 108 年的年底，那到 109 年第 4 季點值還來到 0.9 多。

我的意思是說要因為新冠疫情作為理由，我其實是非常同意，或是說點值到 0.7，真的實在是太少、有虧待，但要參照的理由，如果要用新冠疫情這個理由，發生在那個年度的時候，表示什麼？因為大家沒有去看病，沒有去看病累積的點值是不是中醫應該拿到合理的點值？因為我們剛剛講要參照年度，補到 108、109 年，那我就跟你講，在沒有疫情因素影響下，108 年浮動點值是 0.81，平均點值是 0.88，就算我要採用平均點值也是到 0.88，也沒有到 0.9，在都沒有因素干擾情況下就是如此。

109 年大家都沒有就醫，西醫、牙醫、醫院點值都到 1，不要說 111 年就醫利用率創新低，大家點值都破 1，沒有人要參照高於 0.9 的，所以我覺得這個因素，健保署跟社保司要算清楚，如果要用這個因素做為啟動的議題，就是流行病，應該告訴我們流行病占據的影響力是多少，我們才有辦法選出點值到底要補到多少才是合理，如果沒有疫情點值就已經是 0.88、0.86 了，為什麼點值要補到 0.9？我的意思是說還是可以補，但補的邏輯是什麼？規定沒有說點值上限補到 0.9，點值上限 0.9 是推估出來，是因為平均點值 0.9 而且較前一季下降，所以用平均點值 0.9 來推估點值應該補到上限就是 0.9，按照這個辦法的推測點值上限是 0.9，是不是這樣？政策要說明，動用動支的程序是不是意味著補的時候點值就是要補到 0.9。

第 3 個問題是採浮動點值跟平均點值，那有按季啊，如果只補單 1 季，譬如補第 3 季或第 4 季當然可以採用浮動點值。但如果要採全年補付當然就要採平均點值，到底中醫師公會全聯會跟健保署只是要補助某一季？還是某一區的某一季？還是要補全區全年點值？全年點值當然就採平均點值，如果單季單區可以採浮動點值，

浮動點值補進去之後，健保署要重新清算全年的平均點值，就不會是現在提上來的資料，會影響會改變，這些資料沒有釐清或沒有進到中醫師門診醫療服務審查執行會討論，我覺得現場委員很難去決定應該採納哪個版本。當然按照動支程序的精神，點值都到 0.7，確實應該要考慮補付，因為利用率確實是幾百幾千的比率在上升，這對民眾也是好事，就是中醫提高利用率了。我覺得要不要補？要怎麼補？補到什麼程度？採納什麼？這應該是你們政策商量好再提到本會來議決，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請林文德委員。

林委員文德：非常贊同這次的疫情是屬於非預期風險，適用範圍也是符合的狀況，那有關前面幾位發言者提到需要做一個提案前的評估，提醒疫情的影響評估，不應該只有看利用率上升的部分，如果要評估疫情衝擊的影響，應該是要看整體利用的影響，譬如說補充資料第 34 頁，歷年點值的變動狀況，可以看到點值大幅提升的時候沒有去處理，現在點值大幅下降的時候要來處理，這樣好像只有補利用增加的部分，利用減少的部分要不要綜合起來做考量，因為疫情衝擊在前面是利用下降，後面是利用上升，現在要補利用上升的部分，前面利用下降要怎麼處理，我覺得這是提評估的時候要綜合考量，而不是只有考慮下降的部分，以上。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：我記得上個月討論長新冠時，我曾經建議說，在這方面的話中醫不能缺席，想不到不是未來，是過去就已經不可以缺席，就已經出現了，那麼看到這個資料裡面，不管是中醫師公會全聯會或是健保署的分析，因為很倉促，我 catch 的訊息應該是符合，但是程序不符合，我比較 care 的是剛才周慶明理事長也提到不是只有中醫而已，他當然會贊成，因為他在觀察、在觀望，這樣講如果猜錯了對不起，所以我比較 care 的是，不是只有中醫而已，將來應該還會有，而且剛才很多委員提到有很多因素要考量，尤其有 3 年疫情期間，所以我是建議要給不是這樣子給，應該像剛才林恩豪委員提

到的，兩方兩造，保險人角色應該要出來把它弄好之後，除非這個很急，沒有今天決定不行，因為是首例，弄成一個模型出來，將來大家要比照的時候，比較有一個根據。坦白只有 10 億元，中醫不要說拿到 9 億元，拿一半就好，或是說去年預算，所以不會有這個問題，但總是要弄成一個範例，這樣是不是會比較好，這是第 1 點。就是要不要給？照資料應該是可以給，但怎麼給？要給多少？好像有很多因素還需要深思熟慮。

第 2 個因為牽涉到去年的預算，那我就心裡有一個疑問，將來在健保署的決算是怎麼處理，因為 4 月份已經看過健保基金 111 年度決算報告了，雖然 5 月份的資料顯示，111 年度保險收支結餘由 103 億元跑到 108 億元，多了 4 億 6,000 多萬元，我也不曉得原因，我書面請教啦，但是這樣下去的話要怎麼樣會比較好？如果說這個決定在審計部核了之後，怎麼用去年預算？我比較不瞭解。因為我對財務不太懂，是不是可以說明一下？謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，現在請最後 1 位，周麗芳委員。

周委員麗芳：主席、各位委員，有關中醫提這案子，我覺得也是可以創造一個通則，剛剛周慶明理事長也已經提出來，也就是說我們有編 10 億元其他預算，但是在政府預算法第 79 條提到各機關因為左列情形之一，得請求提出追加歲出預算，其中有一點就是所辦事業因為重大事故經費超過法定預算。也就是我覺得說站在衛福部的話，雖然總額在其他預算只有 10 億元，但看起來不只中醫，西醫基層，甚至未來醫院、牙醫部門也有可能碰到這樣的問題。正好社保司劉司長剛到任，是不是請社保司協助評估，跟健保署一起評估一下，究竟在 111 年其他預算因應新冠肺炎的非預期風險大致會有多少的支出？如果超過 10 億元的部分，我覺得不應該匡在 10 億元之內，應該向行政院額外爭取。

雖然說剛剛提到這是 111 年，可是健保不太一樣是因為健保有一個時間落差，等第 3 季、第 4 季點值估算完勢必已經超出 111 年，比方說現在數據才出來，所以這部分是可以爭取的。我國預算法本

來就有一個彈性可以爭取，我覺得這是衛福部應該去爭取，也就是核實爭取，超過 10 億元就由行政院額外提出特別預算支應。

其次就是拉回來中醫提的這個案子，剛剛大家關注到說中醫 1 個版本，健保署 1 個版本，這地方可能就是請教中醫詹理事長，究竟以你們的角度跟剛剛健保署提出來的版本當中，你們對他們的版本意見如何？還是你們可以討論一下，2 個版本整合一下，還是有什麼樣的意見？謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，現在請健保署，因為健保署是管理單位，先請健保署說明一下。

石署長崇良：謝謝委員，確實我們沒有正式的跟中醫師公會全聯會開過會議，共同提出 1 個建議的方案，不過也因為調節非預期風險經費的適用範圍跟動支程序裡頭，只談到動支條件，沒有談到要調節的費用的計算基準是什麼，所以這確實是在這一個程序書裡面是沒有的，只提到平均點值在 0.9 以下，且較去年同季點值下降幅度 $> 5\%$ 以上以及一般服務之醫療費用點數成長率 $> (\text{當年度醫療服務成本及人口因素成長率} + 5\%)$ 以上。可是怎麼補法？要補到多少？上面通通沒有提到。這也就是說雖然文字裡面是希望受影響之總額部門與健保署於提案前共同完成評估，確定對總額影響顯著，看起來這個評估只是在評估有沒有顯著影響而已，並沒有授權給我們談案子，如果今天健保會委員同意，我們就跟中醫師公會全聯會談怎麼補法，因為這上面都沒有，這裡所寫的完成評估只是確定對總額影響顯著，我們同仁寫出來當然就影響顯著，我們認為已經完成評估，只是要動用預算多少？補多少？這上面沒有授權，今天提到健保會，如果健保會委員同意授權由健保署跟中醫總額部門來討論怎麼樣動用這筆錢的額度，比方說他的計算是要補到多少，是要補到 0.9？還是同期的哪一季的平均點值？還是什麼？就是授權我們跟中醫總額部門討論，討論完了之後下次再提到健保會。

今天只是健保署認為確定對總額影響顯著符合動支程序條件，請求健保會是不是同意，那我們就啟動後面要怎麼來補法，如果沒有

的話就不用了。

盧主任委員瑞芬：謝謝，我想從剛才各位委員的發言，我做個決議說同意授權健保署跟中醫總額部門來提出一個共同版本，就是進行這部分的協調，應該是沒有問題，這個案子我們就討論到這邊，我想各位委員……吳榮達委員是最後1位。

吳委員榮達：可能主席剛才下的決議結論還要更明確一點，是我們授權他們去做協商提出一個版本再送到本會討論，應該要這個樣子才對。

盧主任委員瑞芬：對，是授權他們協商沒有錯。

吳委員榮達：不是授權他們決定。

盧主任委員瑞芬：不是，不是，是授權他們協商而已，詹理事長最後1分鐘。

詹委員永兆：剛剛林恩豪委員講為什麼2個數據不一樣，我說明一下，因為我們原本用全區補到點值0.9，後來看到健保署的資料是用分區去補，我們就改用分區去補，所以中間會有一點點小差異。中醫原本提的版本就是疫情前109年影響不大，所以110年對照109年現況去補點值，但109年第4季點值超過0.95，但是我們設定只補到點值0.9，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，這個案子我想剛才委員提出來的建議，還有就是大概發言內容基本上都認為中醫目前狀況符合動支的條件，但是重點是在於說計算的標準，包括說是浮動點值還是平均點值，甚至還有基準年，因為這是第一個案子，所以我們一定要很小心，委員也授權健保署跟中醫總額部門在這個部分做一個協商，然後把你們有共識的案子再提到會裡面來討論，所以這案子我們就是依照「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費項目之適用範圍及動支程序」的規定，中醫目前的狀況是符合可以動支，但要請中醫總額部門跟健保署完成提案前的評估程序。

我們也會針對這個規定，等到這個例子設好之後，我們會把動支的程序規定做一個完整的修正，包括怎麼計算、應該採用的基準年，

我們會一併修，因為這要請健保署全面考量，不是只有中醫會有，現在是中醫情況很慘，以後涉及 4 個 sector 都會，請健保署仔細考量再提供動支程序規定的一些修改文字。接下來就請健保署跟中醫總額部門按照規定討論出來的結果，再提到我們會裡面進行討論，謝謝，接著進行討論事項第三案。

林委員恩豪會後書面意見：新冠疫情並非只有影響單一總額部門，請健保署本於保險人權責，一併考量四部門總額於疫情影響期間的醫療利用跟財務影響，進行整體評估，並建議健保署可蒐集四總額部門及社保司意見，使評估結果對各總額部門更加公平與周全。

本次新冠疫情，與之前八仙塵暴一次性事件造成當年度醫療利用上升點值下降的情況不同。考量新冠疫情期間(前 2 年 109、110 年)醫療利用減少，若以前 1 年(110 年)醫療利用點數及點值做為比較標準，並不合理，建議以未受疫情影響之最近 1 年(108 年)做為比較基準，再以疫情影響期間累積醫療服務成本及人口因素成長率+5%，當作成長率是否超出常態的評估標準。

醫療利用點數的成長，會受支付標準調升影響，建議一併納入考量。例如 108~111 年中醫門診總額協定項目，多用於調升各項針傷處置支付點數及放寬支付規定，均會對醫療利用點數及點值造成影響。此外，中醫門診總額在 108 年第 4 季沒有疫情流行的情況下，浮動點值已降至 0.82、平均點值 0.88，可見影響中醫點值因素不單只有疫情，還有其他原已存在的因素，例如人口結構老化會使醫療利用自然成長、支付標準調升也會造成點值降低，建議詳細評估醫療利用增加之各種因素分析。並應排除與新冠疫情無關的影響因素，再評估醫療利用增加是否歸因於新冠疫情。

請審慎評估以點值做為撥補預算基礎的合理性，應就新冠疫情本身對部門醫療費用所造成得影響估算所需費用。其他預算設立「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目的意旨，是針對特殊事件之醫療利用造成額外的財務風險，給予預算撥補。但點

值是各種管理措施跟醫療利用的綜合結果，若以補點值方式估算所需費用，請提出合理性評估及說明。

動支經費之預估，應回歸以疫情造成之財務影響為補付依據，健保署部門提出的評估資料，應包含因為疫情所造成的影響力占多少，並排除與新冠疫情無關之費用影響，如人口結構改變之自然成長、支付標準調整等因素，才有辦法進一步討論合理動支的經費額度。

伍、討論事項第三案「112 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配方式，增列風險調整移撥款修正案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

詹委員永兆：主委、各位委員、各位長官，大家午安。因為 111 年談總額的時候，點值還在穩定狀態下，所以那時候中醫總額沒有提風險基金出來，但隨著第 3、4 季疫情嚴重，中醫總額大量民眾進來以後，點值就造成很嚴重的扭曲，尤其今年第 1 季中醫 6 分區來講，其中北區浮動點值掉到 0.7，其他區至少還有 0.79、0.81 附近，數據差距很大，我們才覺得必須設 3,000 萬元風險基金補足就醫率提升太多的北區，全國平均成長 25% 來講，北區成長 35%，就醫人口特別多，我們才提補救措施，希望中醫總額內部提供 3,000 萬元讓點值掉到 0.75 以下的話，就可以動用風險基金起碼把點值補到 0.75，點值 0.75 就診所營運來講是非常低的，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請幕僚補充說明。

陳組長燕鈴：本會補充說明，請看補充資料第 47 頁，112 年度中醫門診總額地區預算分配經過本會在去年 10 月決議通過，而且衛福部今年 1 月公告在案了，分配方式在補充資料第 47 頁有臚列，主要包含東區跟其他 5 分區預算占率以及 5 分區依下列 6 個參數的分配占率去做分配，就不細說了。

本案主要是中醫師公會全聯會對於原來衛福部公告的地區預算分配提出修正案，建議增列風險調整移撥款，用於撥補受新冠疫情影響造成點值過低的分區，對於東區跟其他 5 分區預算占率以及 5 分區分配參數都沒有改變，唯一改變是增列風險調整移撥款從 5 分區移列 3,000 萬元，請看到補充資料第 48 頁，逐季撥補點值低於 0.75 的分區補到 0.75，預算上限就 3,000 萬元，如果有剩餘的話，在第 4 季回歸一般服務。

我們查了一下過去歷史，近年中醫在 106~110 年都有編列風險調整移撥款，金額介於 3,200~4,200 萬元之間，主要撥補就醫率較高之分區，或是資源比較不足地區鄉鎮中醫院所的點值，相關歷史資

料也在補充資料第 53 頁附件四請委員參考。

根據議定的 112 年度協商架構跟原則，在補充資料第 54 頁附件五有列出來，因為規定第七點就是總額協商結束以後，如果有涉及金額的增減或協定事項改變的話，如果是在衛福部已經核決定後，這個事情已經成為政策決定事項，因為我們已經報出去，衛福部也核決定、也公告了，我們就沒有權力再更動了，如果對於這個公告有不同意見的話，就依會議規範提案討論，如果委員有共識的話，我們是向衛福部提出建議，還是由衛福部做出最後決定。

此案是中醫部門考量疫情影響要增列風險調整移撥款，考量中醫過去也有編列風險調整移撥款，也用於撥補就醫率過高的分區，案子理由尚屬合理，但根據剛才說明，地區預算分配已經經過衛福部核定公告在案，就算委員同意修正案，依照協商原則也是由本會提出建議送請衛福部，最後由衛福部做出決定，這是程序的部分。

如果委員同意修正案的話，本會幕僚這邊有參考過去公告建議酌修文字，剛剛說過就不重述，酌修的文字沒有影響中醫提案所要的實質內容，補充資料第 49 頁，加上的文字就是從 5 分區預算扣除移撥款；風險調整移撥款的部分，要授權健保署跟中醫總額部門相關團體議定，風險調整移撥款執行方式要送本會備查，以上說明。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請問委員針對這個案子有沒有什麼意見？請滕西華委員、李永振委員。

滕委員西華：我對中醫要風險調整移撥款的改變沒有意見，但我想請教詹永兆委員，前一個案子點值補到 0.9，這個案子點值補到 0.75，哪一個才是你認為新冠肺炎要調整的合理點值？謝謝。

盧主任委員瑞芬：李永振委員。

李委員永振：謝謝，對於本案本人是贊成幕僚這邊的意見，就是同意他去改變再報部去核准。至於額度 3,000 萬元，我個人是覺得好像不太夠，但是用百分比來看的話，大概是千分之一跟醫院的差不多，但是比西醫基層高啦，那我也知道詹理事長很為難，分出去的東西要去扣回來 3,000 萬元是很辛苦啦，如果還要提高也有困難度，而

且今年的目的跟過去有編的目的不太一樣，以前編的最低都還有 3,200 萬元，所以這個我建議中醫師公會全聯會是不是先用這樣，但是去觀察一下，未來如果還需要編的時候，額度要怎麼去拿捏得比較準，還有這樣的話可能也會符合滕西華委員剛才提到的 2 個就不一致，事實上他沒有經驗啊，只能這樣做，可能是看目前情形估出來的吧，這樣來做是不是會比較周全，謝謝。

盧主任委員瑞芬：現在請吳榮達委員。

吳委員榮達：我的意見跟李永振委員的意見一樣，所以不再重複說。

盧主任委員瑞芬：謝謝，詹永兆委員要不要回應一下？

詹委員永兆：剛才滕西華委員指正的非常棒，其實我心裡也想要補到 0.9，問題是每一區都跌破 0.8 怎麼補，全部一起補嗎？不就白補了，只能找一個最可憐的，第 1 季浮動點值跌到 0.7、平均點值 0.82，我們內部大家協商要救北區，不然太可憐了，以上回應。

盧主任委員瑞芬：謝謝，這個案子如果其他委員……

滕委員西華：追問一下，剛剛後面有一段話沒有說，因為點值補到 0.75，用自己的 3,000 萬元補到 0.75，剛剛李永振委員說不太夠，但我想到你 113 年會不會告訴我，要用風險調控基金補到 0.8 多，就兩邊都補，我覺得要併案考量，點值太低不是我們樂見，確實應該要支持，剛剛那一案石崇良署長已經答應要跟中醫師公會全聯會併案考慮，也請同時考慮到如果是這樣的話，這裡點值只補到 0.75，要用風險調控基金補剩下點值不到 0.8，如果又要提案動支的話，健保署應該要怎麼看待這件事？謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，那我們這案子就做成下面決議：本修正案通過，同意 112 年度中醫門診總額一般服務之地區預算，自五分區(不含東區)一般服務費用移撥 3,000 萬元作為風險調整移撥款。

第二，有關修正以後的 112 年度中醫門診總額一般服務地區預算分配方式，我們會請同仁依照剛才說明六的文字，還有剛才委員提到的一些意見做整理，最後送請衛福部決定，接著進行討論事項第四案。

陸、討論事項第四案「機構住民之急性需求，應開放居家醫療團隊進入治療」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳委員節如：謝謝各位，大家慢慢吃飯、慢慢聽。有關居家醫療進入機構的部分，我提出這個事情已經非常多年，多年來，健保署回應已經有提供照護機構的巡迴門診服務，但事實上巡迴門診服務與居家醫療整合照護提供的整體性照顧還是有所落差的，以實際狀況來說，有的照護機構所特約的醫事機構是專科診所，科別相當有限，有的照護機構即使是特約醫院，但也不見得每個科別都有提供巡迴門診服務，所以照護機構以巡迴門診方式獲得的醫療服務，是最基礎也是最受限的做法，因為每個病患需求不同，我認為整合性照顧是以人為中心、以人為本，才能符合病患的需求。

以重度身心障礙者的住宿型機構為例，現在重度身障者年齡提高，多重疾病或共病情況也越來越多，若以特定科別巡診的方式是很難符合所有住民的需求，而且住民年齡越來越高，其家長或家屬年齡也是高的，未必有辦法陪同就醫，最終都是照護機構的人力陪同就醫，不論到門診、急診就醫，整體上這些就醫的社會成本相當高，尤其現在照顧人力相當缺乏，照顧重度障礙者是非常困難，甚至聘不到晚上的照護人力，現在都是照顧機構自行吸收，這個問題一直都存在的。

再者，居家醫療照護所提供的醫療服務比巡迴門診更加整合及完整，當住民有超音波、心電圖等檢查需求的時候，以照護機構照顧端來說，如果住民需要固定回診追蹤，例如膽結石定期回診檢查、門診抽血檢驗等，透過居家醫療整合服務是比較適合。請委員們支持居家醫療照護整合計畫進入照護機構，如果需要符合什麼樣態、標準等可以進一步討論範圍及定義，而不是再以巡迴門診因應住民的需求，身障機構是非常需要整合門診來照顧，而不是用現在的巡迴醫療來提供服務，以上說明，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，這部分先請健保署回復。

石署長崇良：我們非常認同委員的理念及提案，目前並沒有讓居家照護擴及到照護機構，我們完全同意也正朝這個方向規劃，但是有 2 點要要考量：

第 1 個，如何避免與現有服務重疊，現有的照護機構已經提供門診醫療，若開放居家照護進入照護機構後，如何避免重疊或者要如何合作等，這部分我們還要細部規劃。

第 2 個，須考量支付的方式，到家裡面、在宅的照護去一次就是 1 個個案的給付費用，和開放到照護機構群聚型照護的費用，兩者是不相同，因為兩者所耗費的時間和成本都是不一樣，所以支付標準也須要再評估，就是到家裡和到機構型的支付標準是不是一樣還是有差異，因為在日本兩者是有差異的，這也必須要考量，免得以後沒有人要做真正的在宅，通通跑到機構去了。

第 3 個，我們也得評估預算的影響，會儘速在協商明年總額的時候提出財務影響評估，讓健保會委員大家討論。

陳委員節如：我再補充說明，日本的照護機構及在宅照護的支付費用是不同，比方說照護機構付費方式是 3 個人算 1 個人，因為照護機構可以照顧的人比較多，一下子就可以看幾個，但到宅的話則是一次去一個點還有車程等，所以日本的照護機構是約 3、4 個人算 1 個人做為付費，和居家付費方式做區隔。請署長是不是能在這部分考量，因為我提好幾年了，以前某些場合也提過，這對身心障礙機構非常的困擾，每次都送到急診看病，尤其是情緒障礙症患者就醫過程是非常困難，不是 1、2 個人可以解決的事情，所以最好能進到照護機構是最理想的作法，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，還有其他委員有意見嗎？請滕委員西華。

滕委員西華：我覺得這個議案應該跟下一個議案要合併看。

盧主任委員瑞芬：不一樣。

滕委員西華：對，但我的意思是我覺得要合併來看，討論事項第五案健保署提到有另外規劃急診訪視費用及在特定時段加成部分，這個議案提的也是急診問題。健保費用不應該過度投入在機構式照護，

我非常同意剛才石署長提到的，會變成沒有人要去比較辛苦的居家服務，近年居家醫療的費用持續上升，已經約 40 億元，因為高齡化的因素，破百億元是可預期的。

另外健保署提到要討論在家住院制度部分，在家住院制度和照護機構的又不太一樣，現行針對照護機構已經有提供醫療服務，就是健保署意見說明第一點^(註)，照護機構已經開放特約醫事服務機構提供一般門診及復健診療服務，中醫也在 111 年開始開放至照護機構提供中醫服務。現行照護機構已經有提供一般門診服務還不夠，還有急診需求，如果是這樣的話應該不是開放在宅居家醫療團隊進到照護機構提供急診服務，而是要依照現行第一點規定，研議住民有急診需求時，要不要比照討論事項第五案，符合哪些適應症或 condition 之下，特約醫事服務機構可以執行急診業務，而不是再讓別的醫療團隊進到照護機構做急診業務，希望我沒有誤解，應該不是在宅醫療團隊的人又進到機構做急診業務，應該是依照健保署意見說明第一點規定，特約醫事服務機構到照護機構究竟可不可以做急診業務。

如果可以做急診業務，是每個科別都可以嗎？如果是醫院的話，可能提供不同科別的門診服務，中醫今年加入，但中醫可以嗎？牙醫可以做急診嗎？這些都涉及特約醫事服務機構及將來總額協商專款經費支應的範圍。如果已經提供急診服務之後，隔天或當日再去醫院急診，醫療費用怎麼算？假如特約醫療院所在安養機構的門診時間提供急診服務，卻發現需要送醫院或是沒處理好當天或 3 日內再送急診，有沒有品質照護問題？這些都是現行論量計酬下須要考量的。若允許醫療院所在照護機構提供急診業務，應該要有急診處置後的效益。因為現在是論量支付，如果急診送同一家醫院費用怎麼拆，A 醫院的醫師到照護機構提供急診服務，發現卻要送醫院，其費用怎麼給付，我覺得這都是關鍵的議題。

有關陳委員所提的議案，確實是照護機構相當困擾的事情沒有錯，可能照護機構不一定有救護車、無障礙設備或是照護人力足夠等問題，送診不是不能送，而是成本比較多，不是不應該付。我建

議應該朝向特約醫事服務機構應不應該或能不能執行急診業務，如果可以執行急診業務的話，和其他一般服務的支付標準怎麼做競合，不能兩邊都領。我不支持現在在宅醫療團隊再進到照護機構去做急診業務，謝謝。

註：現行特約醫事服務機構至照護機構提供醫療服務，係依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 21 條及 22 條規定提供一般門診及復健診療服務。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請吳榮達委員。

吳委員榮達：基本上，跟滕西華委員的意見差不多，討論事項第四、五案應該合併看。有關第四案部分，如果健保署考慮要開放的話，是不是比照補充資料第 62 頁健保署意見說明一之(二)，針對緊急狀況訂定服務方式、適應症條件、支付方式等規範，是不是這 2 個案合併考量，照護機構住民如果有急性需求，也考慮訂定相關的適應症條件、給付方式等，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：請陳節如委員。

陳委員節如：剛剛可能滕西華委員有一點誤解，急診歸急診，現在的照護機構有和社區醫療群或醫院簽約提供門診服務，但醫生到照護機構提供的服務是有限的，而且無法符合照護機構住民的需求，所以才會提出這個議案，要請社區醫療群的醫生到照護機構真的是很難的，他們有時間就過來，沒時間的話，我們還是要帶去醫院就醫。急診那是分開的，跟這個不太一樣，我講的是固定到照護機構的門診，比較省人力等，帶 1 個住民到醫院就醫要花 3 個人力，還要復康巴士等，如果是帶極重度身障患者就醫是非常困難的，還有情緒障礙患者到醫院怎麼就醫等，不如醫生進來照護機構幫住民看診也會比較安全，醫院的感染風險也非常高，帶住民到醫院就醫機構人手又缺乏，在人力不夠的情況下更加重照顧的負擔，所以這個是分開的，不是急診也要在這裡，不是這樣子，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝陳節如委員補充說明，討論事項第四、五案還是分開討論，針對第四案先請石署長簡單回應。

石署長崇良：陳節如委員所提的討論事項第四、五兩案確實容易搞混，目前有一部分已經在做，但還有一些還沒有做的。現在提到的居家

醫療也就是在宅醫療，不要跟長照搞混，我們正在重新檢視在宅醫療的部分。

第 1 個，過去居家醫療有居家醫療照護整合計畫，分為一般、重症、安寧，都是處理慢性病病人的狀況，只限在家裡面、在宅、就是他自己的住家，至於要不要擴充至照護機構去照顧，如我剛才提過，要先和現有門診提供的服務做一些改變，避免重複，這我們會來做。

第 2 個，居家照護的過程中發生緊急情況時候怎麼處理，有一些還是得送到急診，但現在也有開放緊急訪視，剛才吳委員榮達提到的就是緊急訪視，對於夜間、假日的緊急訪視是以原有支付標準給予加成，因為居家訪視有次數的限制，緊急訪視等於是 extra，這個機制現在已經有了，現在是要不要增加到白天都可以有緊急訪視，剛才提到居家訪視有次數限制，是穩定的情形一個月幾次，緊急訪視是患者有突然的狀況醫師到家裡去看，給予緊急訪視加成，這個次數是另外計算，這是第 2 種需求。

第 3 種需求，發生緊急情況之後變成要住院，可不可以不要住院，就像這次 COVID-19^(註)很多長照機構住民確診，讓住民在當地機構繼續接受治療不要都送到醫院，可以擴大整個醫療的 capacity，不用占那麼多病床，很多國家已經在做，這就叫做 Hospital at Home 在宅住院，最多的就是從治療感染開始做，打抗生素，居家團隊進來，但這又是另外一種給付，這是不一樣的。我們正在全盤檢討，規劃後再向各位委員報告，因為這些支付都是不同的。

註：COVID-19(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)

盧主任委員瑞芬：謝謝，針對本案我做成決議是，本案屬於健保署的權責，剛才委員提出很多寶貴意見，請健保署研參，接著進行討論事項第五案。

柒、討論事項第五案「居家病人之急性照護需求，建立相關配套支付制度」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳委員節如：現在國際上有不少國家都在做在宅住院 HAH，Hospital at Home 制度，澳大利亞、日本、西班牙、美國、英國都在做這個制度，過去推動的居家醫療整合照顧制度的主要原因，就是希望能幫忙無法出門就醫或偏遠地區的患者，像台北市有很多偏遠地區都是在樓上，樓上就是偏遠，希望解決這些家庭的問題，這個制度是要降低難以出門就醫患者的社會成本。我們曾發現有 1 個個案約 17 年沒有下樓過，無法到醫院就醫，沒有電梯也沒有人幫忙，當 119 消防局人員幫忙搬運患者下樓過程中，患者的手就斷掉，因為他瘦到不行，我們碰到很多困難需要幫助的患者，其就醫的社會成本非常高之下，希望解決這些病患的問題。

居家照護從 104 年試辦至今，照護模式已經成熟，甚至因地制宜發展出各區域不同的照護模式，健保署也應該很清楚現在有很多的模式，我認為現在已經是可以開始研議居家住院制度的時候，我們已經落後 10 幾年了，差不多 20 年。關於住家住院制度部分，近年在宅醫療學會好像有承接衛福部醫事司委託案進行我國在家住院實驗計畫，對於就醫困難病患有急性醫療需求，在醫師專業判斷下認為適合在家住院的時候，例如尿道感染、肺炎、傷口感染等，未來可以在家裡治療，不需要到醫院，花費太多的成本。

過去我們也曾做過地區性在宅相關調查，對於長時間居家照顧的病患或是失能者，能夠到醫院就醫算很不錯了，好多病患是出不來的，即使出來就醫是勞師動眾，甚至叫不到復康巴士，復康巴士非常貴、爬梯機也很貴，增加民眾的負擔而且找不到人，住院的感染風險高，在家可以避免院內的感染風險，風險相對較低，我相信剛才提到的這些病患，在家治療是非常適合。現在看起來居家住院好像是高成本的醫療服務，但是以社會家庭整體評估來看，我想還是相對省錢，大家可以一起支持建立在家住院制度，我覺得台灣應該

要朝這方向來走，謝謝，請大家支持。

盧主任委員瑞芬：謝謝陳節如委員提案，石署長說剛才針對這部分已經回應，現在全面研議中，石署長需要再補充說明嗎？

石署長崇良：因為有 3 種不同的需求，需要一併討論。

盧主任委員瑞芬：請吳榮達委員。

吳委員榮達：我想我還是要語重心長跟大家報告，各種醫療的想法或是需求，我想大家都需要、也想要的，但錢從哪裡來？每一項都要健保給付的話，錢從哪裡來，如果在不願意提高健保費率，或是健保費率只能漲一點點，還要考慮大多數民眾負擔能力的情況下，大家要深思熟慮，也必須考量健保給付的項目及範圍，這是我語重心長提供個人意見。

盧主任委員瑞芬：謝謝，如果委員對本案沒有意見的話，決議就是此案屬健保署的權責，剛才委員所提意見請健保署研參。終於迎來中場休息時間，休息 10 分鐘，謝謝。

捌、報告事項第一案「『罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材』之執行結果(含醫療利用、藥費及其成長原因分析),及『罕見疾病藥費』結算邏輯改變前後之影響」與會人員發言實錄

同仁宣讀

張副組長惠萍：略

盧主任委員瑞芬：請問委員有沒有意見？請楊玉琦委員。

楊委員玉琦：剛剛健保署的報告中，有關補充資料第 66 頁脊髓性肌肉萎縮症藥品部分，在 6 月 15 日藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議通過，打一針約 4,900 萬元的藥物，如果小孩出生後發病確診，健保就給付這個藥費。這個藥的適應症是 3 歲以下小朋友發病確診就可以施打這個藥物。

其實透過產檢就能知道小孩是不是罹患脊髓性肌肉萎縮症，家長也可以考慮是否要把這個小孩生下來，若小孩生下來就罹患這個病症，家長會很措手不及，如果在產檢的時候，讓她知道小朋友可能有這樣的疾病，可以做心理準備或是其他措施，我覺得這樣對家長來講是比較好的。因為這個疾病並沒有在現行公費產前項目當中，所以想請健康署把 SMA^(註)納入公費的產前檢查及新生兒篩檢項目，未來也比較不會有這麼多的健保支出及後續照顧的問題等，謝謝。

註：SMA(Spinal Muscular Atrophy，脊髓性肌肉萎縮症)。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請滕西華委員。

滕委員西華：請教健保署，符合健康署罕病檔，但沒有領有罕病重大傷病卡的病人，就醫時是否比照領有罕病重大傷病卡而免部分負擔嗎？這是第 1 個問題。

第 2 個，健康署有沒有針對這些人編列預算補助其使用健保相關費用，原本這些人是使用一般服務並沒有使用罕藥專款，當然都是全民健保照顧對象，但這和第 1 個有關，如果沒有領有重大傷病卡沒有享有部分負擔，健康署會補助他們部分負擔嗎？若沒有領有重大傷病卡而享有部分負擔，法律上怎麼認定？或將來有病友團體提出這樣的要求，這部分的預算健康署有沒有要處理？

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：首先感謝健保署檢視近 5 年本會委員所提的意見，先不看解惑程度如何，但是他們努力蒐集就值得肯定，以下幾點請教。

第 1 點，補充資料第 66 頁使用罕藥病人平均每人年罕藥藥費趨勢圖，我整理一下，106 年平均是 149.6 萬元，111 年增加到 195 萬元，6 年成長率約 30.3%，其中從 108 年 153 萬元增加到 109 年 185.7 萬，6 年成長 30.3% 中這一年就增加 21.4%，單年度就增加很高，請說明為什麼會有這種現象。

第 2 個，同樣第 66 頁趨勢表上有一段文字提到，統計 110 年人年藥費最高為約 5,092 萬元，這個大概是剛才楊委員提到那個一劑藥費就要 4 千多萬元，當然人要救，這該怎麼說呢？如果要調整費率的時候，看到這個資料就會覺得健保費是怎麼在用的。上次也提到是不是可以提供罕病、血友病前 20 名的用藥情況，這應該不會有個資的問題，因為名字沒有出來，只是第 1~20 名年度藥費是多少，為什麼我會一直提這個，我印象很深刻第 1 次健保署說明改善措施有效果的時候，102、103 年曾提出前 20 名用藥資料，102 年用藥第 1 名 103 年變成第 2 名，但是 2 年用多少錢，1 個人約 1 億 5 千萬元，我比較 care 這個，請再補充一下這部分的資料。

第 3 個，補充資料第 67 頁(二)血友病用藥第 4 行提到，截至 111 年平均每人年藥費約 407 萬元，但補充資料第 83 頁投影片第 18 張 111 年平均每人年藥費約 392 萬元，這 2 個數據是不一樣的基礎嗎？不然一個 407 萬元、一個是 392 萬元到底哪一個數據才是正確？我沒有去計算 407 萬元是不是 107~111 年 5 年平均值，是這樣嗎？不然同一份資料有 2 個數據會讓人感到疑惑。

第 4 個，同樣補充資料第 83 頁投影片第 19 張血友病藥費管理措施之一，雲端用藥查詢減少跨院領藥的相關說明，這部分是不是可以進一步說明，如果有存在這種現象的話要如何處置、處理，是要罰款還是怎麼樣。

第 5 個，有關罕見疾病(玻璃娃娃)專用特材「沛佳」法斯樂-杜伸

縮式髓內釘系統」使用部分，由 109 年 294 人降到 110、111 年 140 人，分析近 2 年下降原因可能是因為疫情導致，109 年也是疫情，但 110 年及 111 年比較嚴重，使用人數不到 109 年的一半。我想請教的是這個特材是可以不使用嗎？不然的話，疫情比較嚴重的時候就可以不使用，沒有疫情的時候就可以使用？這個我想不通，請再補充說明，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請健保署回應。

劉副組長林義：先跟委員報告有關部分負擔的部分，補充資料第 79 頁投影片第 11 張，就是我們當初修改罕見疾病藥費專款邏輯，因為我們的確有發現某些人他們是健康署罕見疾病登記檔案的人，但是沒有跟我們申請罕見疾病重大傷病卡，其原因可能是因為他們有某些遺傳疾病，不願意讓別人知道，所以沒有領罕見疾病重大傷病卡，他們假設沒有領任何重大傷病卡，其就醫的時候就要按照一般人收取部分負擔，或者是他們本身具有低收入戶資格，所以不需要領重大傷病卡，因為一樣是免部分負擔，或者是領有其他病的重大傷病卡，也就是患有兩種以上重大傷病，所以沒有領罕病部分，其實就讓醫師判斷，假設他們當次就醫跟重大傷病卡記載的病名有關，一樣免部分負擔，以上是有關部分負擔的部分。

黃組長育文：接下來有關於剛剛委員垂詢到幾個數字的部分，我這邊做說明，關於 6 年的成長率，就是從 106 年每人年的罕藥藥費從 149 萬元成長到 111 年 195 萬元，我們的分析認為是剛剛報告的時候有提到 Spinraza 藥品，它也是基因治療，人年藥費也是非常昂貴，3 個 SMA 的治療藥物之一，因為它是 109 年納入，所以之後 111 年我們就看到整個人年藥費是有增加。

再來就是剛剛有提到藥費，就是 407 萬元，那是我們算平均，在 111 年血友病用藥是單年 392 萬元，是人年藥費單年平均，所以有一點點小差距。

接下來特材部分，其對於玻璃娃娃來講是必要的，可是因為它是手術，就是沒有那麼救急一定要在當下，立刻去醫院以手術治療植

入，可以等疫情稍微緩一點之後，病人再去入院做手術植入器械。

接下來有關前 10 名的罕病，病人用藥的費用部分，我們另外再做分析提供給委員參考，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，委員對於這個案子如果沒有其他垂詢的話，本案洽悉，委員所提意見請健保署研參。

玖、報告事項第二案「其他預算—『提升保險服務成效』、『獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(含四部門總額之網路頻寬補助費用)』、『基層總額轉診型態調整費用(含鼓勵院所建立轉診合作機制)』核(決)定事項之辦理情形」與會人員發言實錄

同仁宣讀

朱科長文玥：略。

盧主任委員瑞芬：請問委員有沒有意見？請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：謝謝主席，首先要謝謝健保署的報告，這次提供非常豐富的資訊，同時也要謝謝健保會的幕僚針對歷年預算編列跟執行情形做了分析。

上次委員會議已經講過，就是轉診的問題，以及點數的不合理，我就不要再提了，針對這次健保署提供的資訊，我們就看到，就層級別來看，我們可以發現西醫基層的就醫人數是在下降，雖然最近有回升，但它基本的趨勢是在下降的，健保署在監理指標的監測結果報告書裡面建議，我們不能夠光看人數，我們還要連同初級門診照護率一起來看，才能夠瞭解各層級的分工，所以醫改會的夥伴同仁就做了一個分析，我們發現在醫院層級的部分，各位可以看到地區醫院的初級門診照護率的下降非常明顯，但我們所關心的醫學中心，因為我們希望4個層級能夠各就各位、各司其職，不要搶別人的病人，但是我們看醫學中心從106年，就是我們實施分級醫療之前，一直到現在其實門診的初級照護率並沒有什麼變化，甚至近年的這個照護率還要高於之前沒有做分級醫療，就是13.94%相對於13.90%。

從剛剛健保署投影片(補充資料第101頁投影片第2張)，看到西醫基層就醫人次占率下降，加上醫學中心初級門診照護率沒有顯著變化，我們要問的是現在的分級醫療政策，是不是對於大醫院的初級門診照護率其實是沒有成效的？這個我們比較希望健保署能夠做進一步的分析。

我們看下一張(本議事錄第89頁投影片第3張)，各位看到這個

圖，最下面橘色那一條就是醫學中心，不管什麼政策下去，它其實都是躺平在那裡，是一樣的，反而最上面那一條綠色的是我剛剛說的地區醫院，所以它是很明顯的下降，但我們其實把地區醫院歸在基層。

請看補充資料第 106 頁投影片第 11 張，我第 2 個要提出的問題，謝謝署方提供慢性病人下轉到基層診所停留的時間變化，所以從數據看起來，下轉病人平均停留基層的天數，還有慢性病人下轉到診所的停留天數都有增加，剛剛我們健保署同仁講得很好，可能是疫情的因素，所以我們很高興總算能夠用疫情因素解釋在這個地方，我們建議還要繼續觀察，這個數據就是希望每次有講到分級醫療的時候，都能夠同時呈現。

但是我們也從這個數據裡面觀察到，病人因為同一個疾病，90 天內回醫院的前 3 大原因，其實跟多數的醫院下轉的原因是一樣的，就是很接近，從 109 年到 111 年前 3 名是糖尿病、高血壓性疾病、急性上呼吸道感染等，都很像，所以我們就不知道這要怎麼解釋，這個也要請健保署進一步說明，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來還有哪位委員有意見？李永振委員。

李委員永振：謝謝，首先我要回應一下劉淑瓊委員，我要回應的是不只我們委員在關心，媒體也很關心，這是自由時報 6 月 23 日的 A2 版，還滿大篇幅的報導，而且他的資料還比剛才劉委員報告的多了 111 年，111 年醫學中心門診初級照護率還是補上去，剛剛是到 110 年 13.94%，他 show 出 111 年是 14.4%，比 106 年的 13.9% 還高，推了 6 年，好像只有一年比較低，108 年比較低，是 13.8%，剩下都比原來 13.9% 還高，所以這一個的話要怎麼辦？媒體都已經在 care 這個事情，我們不得不去正視這一塊領域，因為我們這邊講很多，分級醫療投進去的資源，但是產出好像一直不是那麼滿意。

另外這邊我有 2 點請教，第 1 點是有關基層總額轉診型態調整費用有提到，預算的目的，是避免推動分級醫療後病人可能往基層集中，造成基層總額財務衝擊，這個是正當。但是編列這一項預算，

不過再思考一下，如果是因為衝擊基層所以要編錢給他，那原來沒有轉過來的那些錢呢？好像我們整個狀況講得似是而非，讓人家覺得好像是，可是細想又覺得好像不是，瞭解我的意思嗎？下轉基層這邊量變多沒錯，我們要編錢給他，但原來不是在這裡，原來那些錢就不談了，這樣怪怪的。

再舉一個本來書面要提的意見，這邊也提供給大家參考。我們早上有談論到癌篩陽性，後面追蹤，這個很好，我們長官強調投資健康，所以像代謝症候群防治計畫 2 年就投進去 9.2 億元，陽篩今年也投了 5 億多元，這個投資健康是好的，預防醫學也 OK，但是既然投資健康，將來醫療費用是不是會減少才對，不然提前預防要幹麼？但是都沒有看到。

上次我跟 1 位醫界前輩討論這個問題，他給我的答案是說這個有效果，但可能活得越長，將來會用很多費用，也是事實啊，我當時一時被他唬住了，但是回家搭捷運好好想，不對啊，這些弄好之後，將來被保險人會增加、年齡會增加，用的醫療費用會比較多，這都是事實，但在未來的預算低推估的成長率都已有反映了，既然是這樣，為什麼現在如果會減少未來醫療費用的部分，為什麼不可以扣除掉呢？

我講的意思就是說有些意見當下會反應不過來，聽起來好像都對，但你細思的話，中間都會有問題，所以這邊也是同樣的情況，現在衝擊基層財務是事實，編錢給他，病人轉診過來，錢放在這裡，原來那些錢呢？就投進去了，怪不得我們的總額會一直長大，這是不是可以請健保署未來可以一起考量，這樣比較公平合理。

另外以前在報告分級醫療時，也常常提到這次的資料，我把它整理一下，從 108 年到 111 年基層接收這些下轉的才占上轉的 11.7%，上次我記得 10% 左右，劉委員也曾提到過獎勵措施那些費用是不是應該去檢討，有啦，研商會議在 109 年 3 月、5 月兩次會議有提出調降上轉支付的點數，結果因為疫情所以就暫緩，好啦，沒關係，也已經經過 3 年了嘛，目前是 112 年 6 月了，上一次是 109 年 5 月，

研究3年了，疫情應該也差不多稍微降溫了嘛，是不是應該要有所行動了？我們期待健保署有新的訊息，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請林恩豪委員。

林委員恩豪：謝謝主席，有關補充資料第93頁，健保署的說明關於補助網路頻寬費用，最後的結論是本署將持續與醫界討論規劃適當退場方式，可是照理講這114年不是要退場了嗎？現在時間也很緊迫了，再來是補助這個網路頻寬費用，本就不是健保費應該要支出的，我是認為如果健保署覺得這有必要，是不是你退場方式還是要趕快提出來去執行，那個費用真的有需要的話，就要去爭取其他預算來給醫界用，我的結論是希望趕快把這個退場方式提出來，不然這樣持續討論，討論到114年又說沒有方式，可能又要延了，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請滕西華委員。

滕委員西華：我想要請健保署下次在分析這個資料時，可不可以多分析3樣資訊，第1個就是剛剛劉淑瓊委員有關切的病人下轉平均停留基層的時間，在補充資料第106頁的投影片第11張，排除同一個疾病90天內回診就少了1/3左右，111年為91.91天，更不要提新冠肺炎疫情的因素，因為新冠肺炎疫情留下來不是壞事，但我想知道這個停留期間，病人的就醫率跟醫療費用的變化，因為停留診所時間跟我第2個問題有關，假如我們去到試辦診所，那些有品質支付，照道理說停留時間越長醫療費用不應該持續增加，而是可能有點期待品質要上升醫療費用要下降，所以這裡沒有看到他停留期間就診率跟醫療費用變化，我覺得有機會可以分析一下。

第2個是基層診所上轉、下轉跟接收都有前10大疾病分析，能否加以分析到底是什麼樣的診所樣態在上轉病人與接收下轉病人，因為我們都知道最近尤其是外科系的診所越開越多間，聯合診所也是，台灣的診所跟西方國家不同，我們是專科診所居多也是事實，究竟什麼樣的診所在上轉是很勤奮或是他轉對的？是聯合診所、專科診所，還是什麼樣的專科診所，還是家醫群？因為我們後面有個精進計畫，署裡面特別提到對家醫群的期待，是不是家醫群特別在

診斷病人的正確性與上轉病人其實是最努力的？我不知道，這只是問號，到底誰在這件事情上表現有沒有樣態上差異？

同樣在接收的，就是除了原診所上轉到醫院，原醫院下轉到原診所，因為病人也可能自由就醫，所以上轉後，回到原本轉診醫院的比例到底是多少？這是第1個，第2個是接收的這個診所樣態又是什麼，要轉回來還是轉到原診所，若不是轉到原診所是轉到哪？有哪些病人會讓原本上轉醫院會放下來？放下來又是放到哪些診所？是不是聯合診所，例如癌症病人若轉下來要做更多照護，這樣會不會有影響，會不會就是上轉醫院認為病人可以下轉，但是病人第1個不安心，或是他自己跑去就醫，不信任醫院下轉的建議，為什麼醫學中心初級照護率降不下來，難道是因為他有所顧慮，病人的病情明明可以接受基層照顧，但他還是覺得很複雜，一直轉不下來，或病人不肯回來，診所別會不會有差異，這都是我的疑問，所以如果可以的話，下次嘗試分析這些資料，讓我們知道究竟在轉診型態裡面，哪種形式是最多、最有效率的轉診，謝謝。

盧主任委員瑞芬：這個部分就請健保署回應，林文德委員還有意見。

林委員文德：有關轉診下轉的部分，我覺得健保署這次分析資料裡面，有更深入的一些內容，這個值得肯定，包括就是說下轉他們是哪些診斷，但是否可以再更進一步去瞭解，譬如說是哪一些個案或是說什麼樣的醫院跟診所的合作模式，比較容易促成這樣的下轉機制，未來的獎勵應該要朝這個方向去設計，包括就是我們之前有所謂的醫學中心跟區域醫院的門診減量2%，到底這樣的下轉是哪一些醫院貢獻的，那些沒有減量的醫院是不是在執行下轉這部分成效比較差，未來是不是可以針對這部分去進行一些加強，這樣的話，可以讓我們整個轉診制度更容易成功，這是我的建議，以上。

盧主任委員瑞芬：沒有其他委員詢問，現在請健保署回應。

石署長崇良：各位委員的建議我們再進一步分析，因為沒有什麼數據也不好說，不過在分析模式上，有一個問題就是我們過去傳統用醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層這4級來做分析，但是因為近

年醫院評鑑沒有強制性要求什麼樣的規模要申請地區醫院或區域醫院，已經造成剛剛劉淑瓊委員講的數字已經有了扭曲。

換句話說，你可以看得到地區醫院初級照護在下降，意思是他的重症病人在增加，就不合邏輯了，那是因為在地區醫院裡面已經有大型地區醫院，他的角色類似區域醫院，所以這是 2 種資料混合下造成數值下降，不是地區醫院的初級照護率在下降，而是因為地區醫院已經出現 2 種型態，一種是偏向區域醫院規模在 250 床以上，甚至其服務量超過每個月健保申報量 2 億點以上，性質偏向區域醫院，其初級照護比較偏向區域醫院的比例，所以混合起來之後，讓地區醫院的初級照護率在下降。我們未來分析資料時，如果按照醫院層級、評鑑等級分析，會有前後不一致性發生。

今年評鑑開始強制要求 250 床以上的醫院，一定要申請區域醫院，或地區醫院規模雖未達 250 床，但是健保申報量每月超過 2 億點，也要申請為區域醫院，這樣可以經由服務樣態把地區醫院、區域醫院區隔出來。

我們現在做長期資料分析經常會受到一些困擾，評鑑等級會變來變去，未來可能要以床數規模分析會比較穩定。我們會再重新檢討分級醫療還有什麼策略可以執行，現在回頭看來好像都沒有什麼用。

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！非常感謝衛福部及健保署在這 6 年來一直推動分級醫療，而且訂定 6 大策略 24 項配套，這 3 年間因為受到疫情干擾，我覺得分析這些上轉、下轉數目都受到很嚴重干擾，評估跟指標有一點失真，醫師公會全聯會有提出建議。請看補充資料第 103 頁投影片第 5 張的預算目的，107 年因為剛推行分級醫療政策，預算執行率只有 4.65%，成效不太明顯，可是 108 年執行率 78.08%，109、110 年預算執行達 100%，這是因為基層總額轉診型態動支條件這 3 年出現改變，感謝署方把患者自動從醫院下來基層診所就醫計算進去，造成執行率充分地執行，也合於醫療現

況的分析。目前這個基層總額型態轉診調整的費用，已經將自行就醫的病人刪除，對於基層總額的影響是蠻大的，我們建議應該持續改善轉診的定義，尤其根據統計發現，111年自行就醫的人數已經高於所謂定義轉診成功的人數，請健保署將這個定義修改成自行就醫的部分列入基層總額轉診型態支付動支條件，以上報告。

盧主任委員瑞芬：這是屬於協商的項目，健保署現在無法直接回答。本案洽悉，委員所提意見，請健保署研參。接著進行報告事項第三案，請同仁宣讀。

拾、報告事項第三案「『全民健康保險審查制度與執行成效』專案報告」 與會人員發言實錄

同仁宣讀

涂科長奇君：主席、各位委員好，本報告是依據健保會 112 年第 1 次委員會議紀錄決議於健保會進行報告。本於尊重專業對話，提升醫療品質，健保署建立下列滾動式修正之審查制度，希望可以達到減少個人專業見解差異，提升醫療費用核減合理性的目的。

首先是利用科技輔助審查，精準篩異管理。我們運用健保大數據及資料分析擴大審查能量，即時資訊回饋供院所自我管理。第 1 是針對重要檢驗檢查項目、重複用藥，運用院所申報資料進行分析，回饋院所別或醫師別高於同儕值的資訊，讓醫師檢視自己服務合適性以減少不必要使用。第 2 是利用電腦自動化審查，落實支付標準，健保申報案件每年約有 3 億多件，運用電腦邏輯系統自動核減不符支付標準規定的費用，減少審查的負擔，目前有超過 7,000 個檢核邏輯。第 3 是精準篩異管理，自 107 年起啟動異常管理專案，迄今累計辦理 87 項，依照審查經驗或審查醫師意見開發專案進行指標管理，將疑似異常耗用健保資源的申報項目，由電腦自動篩選出異常案件，列入抽樣樣本輔助專業審查，迄今已開發出約 150 項篩異指標。請各位委員翻頁，在辦理結果部分，透過當期審查及回溯性審查，111 年核減 33.4 億點。

其次是專業審查委託專業醫事團體，審畢評量齊一審查專家尺度。審查是高度專業，基於尊重醫療專業，醫院總額、西醫基層、中醫及牙醫門診總額等審查業務是委託醫院協會、醫師公會全聯會、中醫師公會全聯會、牙醫師公會全聯會承作，112 年 4 總額部門共聘任審查醫藥專家約 3,800 人，各總額會透過跨區的審畢評量方式，來檢查審查醫師的審查品質，減少各區間的審查差異。

第三是推動審查透明化，降低審查爭議。目前有實施專業雙審及公開具名試辦方案，公開具名部分是依照審查醫師的意見，目前有個別具名及團體具名，目前看來團體具名在醫師之間的接受度比較

高，參與率超過 6 成，透過這種方式兼顧外界希望透明公開訴求及減少個人專業見解的差異。目前健保署跟醫院協會溝通的共識，他們也希望積極推動團體具名方式，可以尊重醫師專業和意願之下達到審查資訊的透明公開。個別具名部分，目前仍有醫師有意願參加，所以還會持續辦理。

第四是修訂審查注意事項，建立審查共識。健保署每年都會跟各專業科醫學會及公協會共同討論出審查共識，讓特約院所及審查醫師可以遵循，111 年修正 42 項，112 年度迄今修正 36 項。

第五是設有申復的行政救濟機制，若特約院所對核定內容有疑義，可以依照健保法及審查辦法，向轄區業務組提出申復。

我們希望透過滾動式調整，像是大數據分析、資訊回饋及系統性審查、審查注意事項的修正調整及相關審查作業，來達到保障病人照護品質及審查精準度，以上報告。

盧主任委員瑞芬：請問委員有沒有意見？請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：謝謝健保署的報告，我們認同健保署提出審查制度要建立在尊重專業對話，提升醫療品質的原則，達到資訊透明，降低審查爭議的目標。除了總核減的管理成效之外，醫改會從健保署業務執行報告 102~111 年的資料，發現這 10 年各總額部門的核減率都在下降，各位看到現在呈現在螢幕上的每一條曲線都往下降(本議事錄第 90 頁)。以醫院門診來說，102 年爭審後核減率從 1.65% 降到 111 年的 0.15%；醫院住診 102 年是 1.94%，111 年只有 0.38%。我想付費者都非常關心這個數據，我們可以理解核減率高或低，很難說是好或不好，但是我想要問健保署，你們怎麼樣來解讀這樣的數據。

第 2 個是針對具名審查，我想請教健保署，作為一個管理者，目前這樣的核減率以及核減的合理性，你們怎麼評估？你們可以接受嗎？現在的總額制度下，醫療服務提供者或是醫生，已經開始有人喊出「還我核刪」這句話，他們希望清流變主流，當核減率這麼低，可能大家都很快樂，健保署不像過去幾年受到那麼多攻擊，但有一些認真的醫生也覺得在這麼寬鬆之下，已經影響到他們的權益，請

問健保署怎麼看？

盧瑞芬教授在 2020 年公共衛生聯合年會中，針對具名審查政策影響評估提出 2 點醫改會認為非常重要的論點，第 1 個就是具名審查政策未必能夠提升醫療費用核減的合理性，這是一個非常嚴重的事情。第 2 個是試辦方案沒有贏家，從健保署角度，核刪率下降後，付費者不免要去質疑健保署在費用的管控上有沒有達到預期的效益，更何況做為一個管理者，容許一國兩制，有的地區是具名、有的是匿名，那在制度、管理上是一個很特別的方式。

在醫療服務提供者端，其實參與的意願是不高的，這是人性，任何人要具名做審查，絕對是客氣再客氣，也會擔心冤冤相報，也會造成寬鬆結果，我覺得盧教授的 2 點意見真的都非常重要，我們建請健保署應該要三思，針對核減核刪的制度，恐怕需要再做一個詳細的分析及做一個明快的決定，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝劉委員，請問還有沒有委員針對這案子有意見？
沒有，沒有的話就請健保署回應。

石署長崇良：確實我們也不知道核刪率低跟高代表的意義，到底高是好，還是低是好...

劉委員淑瓊：但是合理性可以。

石署長崇良：背後的合理性是我們比較重視的，我們近年都是先設定一些指標來做精準的審查，而不是像過去比較常做的是隨機抽樣、放大回推，這幾年都是精準設定指標的抽審方式，這些指標有的抽審出來，核刪率會比較高，有些甚至會發動自清，也曾發生過這樣的情形，隨機抽樣的方式核減率是比較低。我們盡可能建立一些指標，來強化我們在審查上的效益、行政的成本，這是我們會努力的。至於這樣的做法要不要特別具名，我們觀察到，如果是用指標挑出的，具名、不具名審查核減率都很高。至於隨機抽審是不是要考慮到具名或不具名，我們再討論看看。

盧主任委員瑞芬：請委員參閱會議資料第 115 頁，現在具名審查只剩下 1 科 1 區，真的是非常少。我在公共衛生學會的評論是根據

Scientific Reports 上面的文章，是由健保署同仁王智廣視察、李前署長伯璋及台大鄭教授守夏所做出來的結果，是 empirical based 的 comment，署長請參考。如果沒有其他意見，本案洽悉，委員所提意見，請健保署研參。接著進行報告事項第四案，請同仁宣讀。

拾壹、報告事項第四案「中央健康保險署『112年5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

同仁宣讀

盧主任委員瑞芬：今天這個案子健保署不做口頭報告，委員如果有意見，請提書面意見，剩下的一點時間就可以討論臨時提案。如果委員同意的話，委員對健保署5月份業務執行報告有意見，就請提書面意見，接著進行臨時提案，請同仁宣讀。

劉委員淑瓊、滕委員西華、吳委員榮達會後書面意見：針對媒體報導健保砍價及原物料上漲，導致醫材缺貨及缺藥問題，臨床醫師無戰鬥武器可用，請健保署研析說明近期醫材缺貨(如葉克膜導管)及上百種原廠藥退出台灣市場，是否與健保砍價有關，並針對各種缺貨的醫材與藥品進行分類分級(例如是否屬於治療必須、有無替代品等)，找出缺貨原因及擬訂因應策略，提出完整報告，向委員說明。

李委員永振會後書面意見：112年適用之平均眷口數0.57人係去年7月下旬公告，當時曾針對數值小數第3位直接進位的處理方式提出質疑並建議處理方式供參，貴署亦承諾日後簽辦決策該數值時納入參考，並依法每年公告。今正值6月下旬，請下次委員會議就此議題之處理情形做一說明。

5月份健保署業務執行報告就下列2點請教：1.健保署業務執行報告第12頁之表5「全民健康保險財務收支分析表」中，111年度之收支結餘由上月報告之103.43億元變為108.08億元，增加了4.65億元，此數額較表下說明分析多項的差異數大很多，卻看不到變化原因，請進一步詳析。2.急診之改善情形是近期委員極關心的議題，依健保署5月份業務執行報告資料第85頁之表33-1「急診病人停留超過24小時比率」，追蹤健保整體的急診病人停留超過24小時占率卻提高至3.15%，其中以醫學中心的增加情形最明顯，請補充說明原因。如果是因疫情結束所致，在疫後又該如何因應？

感謝健保署努力回應有關大陸港澳人士及外籍人士、第2、3類之

被保險人及眷屬在 110 年、111 年因疫情醫療量能下降之情況下，該類人員之理賠率都遠超出 100%，且居高不下，112 年 5 月 24 日第 1 次說明原因是「配偶生產所致」，112 年 6 月 28 日第 2 次回覆則說是該類人員之平均年齡較高，前後不一致！且這些原因似原就存在，與疫情嚴重與否連結不上，原存在心中的疑惑還是未解。

韓委員幸紋會後書面意見：根據 2023 年 6 月 26 日聯合報報導，內文提到新冠肺炎疫情席捲全球 3 年，各國的醫護人員都相當吃緊，台灣更是屢傳護理師過勞，護病比屢創新高。疫情 3 年後，台灣的醫護人力逐漸出走，5 月底更因此出現醫療量能不足，導致急診壅塞，內科病房一床難求，非緊急手術被迫延後執行，癌友至少得等 2 週才有機會住院治療，掛號婦產科、兒科醫師也不一定搶到號，偏鄉更為重災區。

就健保署 5 月份業務執行報告中第 85 頁表 33-1 顯示 112 年第一季急診停留超過 24 小時件數占率 3.15%較 111 年 2.56%提高 0.59 百分點，無論特約類別、檢傷分類、皆呈現相似現象。

在特別類別與檢傷分類的交叉分析中，可以看到急診停留超過 24 小時件數提高幅度最大的是醫學中心第一級(最危急)的部分。

表 33-2 急診後轉住院滯留急診 48 小時以上案件比率也是類似現象；表 33-3A 一至三級急診病人轉入病房<8 小時在區域醫院有些微下降；表 33-4 檢傷四五級離開醫院<4 小時的比例在大醫院呈現下降；第一級最危急的在各特約類別則呈現下降趨勢；也就是說急診呈現壅塞(滯留時間長)，且最危急的病人快速轉入病房的比例也在下降，大醫院輕症快速離院的比例也下降，這系列指標確實呈現急診出現問題。

雖然新聞說是 5 月底開始發生，5 月開始疫情又呈現上升趨勢，但是第一季已經有此現象，加上 7 月急診部分負擔有所調整，急診部分負擔調整是否會使得此現象更加惡化，還是會有所改善，建議健保署應”即時”追蹤。

拾貳、臨時提案「112年B肝藥品擴增給付範圍所需藥費以112年C型肝炎藥費專款支應」

同仁宣讀

盧主任委員瑞芬：請健保署說明。

張副組長惠萍：主席及各位委員好，為因應病毒性肝炎防治需求與配合WHO有關2030年消除病毒性肝炎的全球目標，健保署之前有函請台灣消化系醫學會提供B肝用藥放寬給付的意見，學會有提供他們內部共識意見，建議針對e抗原^(註)陰性病人能夠放寬給付規定，比較符合國際治療指引。我們估算年度藥費支出大概需要11.5億元，如果提共擬會議順利通過，應該可以在112年10月1日生效，預估今年耗用的預算大概是2.88億元。如果共擬會議通過，我們也會持續跟廠商協商，希望再降低價格。

112年C肝專款預算43.2億元，根據112年1月至5月C肝藥費申報費用推估全年藥費約20.1億元，剩餘的額度應該足以支應今年B肝用藥放寬給付範圍所需的費用。

明年我們目前初步規劃是希望能夠將全部B肝藥費自113年起併入C肝藥費專款，並將專款名稱改成病毒性肝炎藥費專款，後續會提出比較具體的規劃。我們希望B肝用藥治療方式能夠符合國際指引，讓更多病人可接受治療，達到2030年消除病毒性肝炎的全球目標，所以提出希望將112年B肝藥品擴增給付範圍所需藥費以112年C型肝炎藥費專款支應，以上說明。

註：B型肝炎e抗原，簡稱B肝e抗原、HBcAg，是B肝病毒的一種病毒蛋白，為病毒複製活躍程度的指標。

陳組長燕鈴：有關本會補充說明，請參閱補充資料第1頁，查112年度全民健保醫療給付費用總額及其分配方式，衛福部已於112年1月9日公告在案，與本案有關的決定事項如下：醫院及西醫基層總額分別在屬於各項經費統籌運用的一般服務項目列有「藥品及特材給付規定改變」，其公告之決定事項請參閱補充資料第2頁，醫院及西醫基層分別編列增加金額，決定事項是：1.請健保署在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付

點數所節省之金額支應。2.歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省的金額，應適度運用於調整給付規定。此外，與以上不同的是，另於醫院及西醫基層總額在專款項目列有「C型肝炎藥費」屬於專款專用，同時在其他預算編列「醫院及西醫基層C型肝炎藥費專款項目不足之經費」，也就是當專款專用之預算不足時，有經費可以挹注，公告事項請委員參考。

請參閱補充資料第2頁下面說明二，另查本會決議通過的「112年度總額協商架構及原則」第六點專款項目，在當時編列預算要回歸原協定意旨，也就是當時專款協定的目的是什麼，支用就要回到原意旨，採用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。尤其在其他預算部分，除非是總額協商已議定事項可以有其他用途之外，各項目之預算不得相互流用。

綜合上述總額公告及協商原則，年度總額預算精神是透過預先協商方式，合理配置與控制年度各項醫療費用，既然112年總額業於111年依法完成協商並公告在案，加上依照歷年總額協商原則，專款項目係有指定專屬用途，且訂有專款不得以任何理由流出之原則，歷年各部門總額專款均遵照此原則辦理。為維持總額制度之穩健執行，建議不宜變動協定項目之預算用途。

此外，因為本案涉及擴增B肝藥品給付規定之提案，這部分是屬於支付標準的改變，還需要依健保法第41條規定的法定程序，提經健保署藥品共同擬訂會議討論，那邊會有保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、醫事服務提供者等代表共同評估這些資料然後做出決定，這部分並不是本會權責，如果健保署完成擴增適用的法定程序，就可以運用剛剛提到的112年醫院及西醫基層總額部門之「藥品及特材給付規定改變」所編費用支應，以上說明。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，這部分請問委員有沒有意見？請滕西華委員。

滕委員西華：第1點，首先我同意健保會幕僚的說明跟建議。第2點，

回到當年 C 肝費用列專款的情境，當然健保會持續 5 年在總額協商時同意 C 肝費用列專款，都有附帶項目就是公務預算要編，但持續 5 年來政府都不管這個協定，狗吠火車，狗還是在這裡，火車照樣往前跑。其實當初同意列專款的理由不能被忽視，第 1 個就是效果真的很好。當年雖有干擾素可供治療 C 肝，但相較之下，C 肝口服新藥的效果真的很好，這是同意列專款的第一個重大要件，且復發率低。第 2 個，是 C 肝口服新藥量大價高，所以如果不列專款對總額衝擊非常大，如果健保給付 C 肝口服新藥、但對總額衝擊大，醫院可能會不願意用，這樣就變成為德不卒，這是當時列專款目的。

至於現在 B 肝也想要進來用這個專款，但問題是 B 肝現在就已經在一般服務預算內給付，按照道理來說，應該要像健保會幕僚講的，是用現行的藥品支付標準或是擴增藥品的適應症來做支應。

但如果 B 肝要併進來 C 肝藥費專款使用，我真的很佩服政府部門，怎麼樣都想把私房錢儘量可以一直用都不落日，你把它改成病毒性肝炎，C 肝專款逐年編列金額越來越少，希望金額移到其他費用，不可能落日，金額就某程度再維持，我其實覺得非常有疑慮。

應該要問這個 B 肝不是新藥，是原本的藥物要擴增適應症，應該要告訴我們的是：第 1 個，e 抗原陰性的不治療風險是什麼？那現在已經給付的治療藥物達到什麼樣的治療效果？疾病演變也要有，C 肝新藥提出的時候也有提出。另外，那行政院 C 肝辦公室難道要改成病毒肝炎辦公室嗎？(石崇良署長表示：是)再說一次，政府真的很聰明。第 2 個，應該要說明目前 B 肝 e 抗原病人、B 肝總人數與即將擴增的病人數差距在哪裡？藥費成長趨勢是什麼？它真的能達到跟 C 肝一樣根治？不治療會怎麼樣？我是說病程發展，e 抗原陰性 30 年沒有發病的人也很多，胎兒的垂直感染率跟其他肝炎相較，可能風險其實也不一樣。

另外一個是，如果我們明年同意在總額協商增加費用並把 C 肝專款改名字，請問新增的長期效益是什麼？這些病人會不會 3、5 年後又得到別的病或是治療無效復發，或是多少年後就會達到從此根

除嗎？我覺得這些資料應該要同時提供到會上，即使是 PBRs 通過擴增適應症，也不代表我們另外要用專款支付這一個藥費，我覺得這是兩件事，首先還是要那邊先通過適應症，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請林委員恩豪。

林委員恩豪：謝謝主席，剛剛滕西華委員講的我都認同，就不重複了，我只是想要再強調一下，這項專款本來就是專款專用，專款用剩則應該回歸安全準備，不能看到現在有剩錢，就又要找新的東西進來用這邊的錢，這樣是不是也會影響到安全準備金，我的重點是這樣，所以我不支持這樣子支用的，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：個人是覺得，健保會幕僚在這麼短時間用心的把所有規定都講得很清楚，坦白講我們不用討論了，如果說贊成本案，那我們就會自己破壞秩序，而且健保署是衛福部的一環，更是重要的一環，你自己去破壞部裡面的規則也是很奇怪，所以不要看到有 20 幾億元就想動用，這樣不行，如果這樣你健保署率先做了，將來四大部門就學你，你怎麼去擋？你就失掉了保險人的立場，以上是第 1 點。

第 2 點，我早上有提到過，B 肝這一個要弄的話，應該要弄另一個科目，不要跟 C 肝併在一起，在協商的話，我坦白先講了，你要是把 B 肝及 C 肝弄在一起我就反對，因為這樣 C 肝沒辦法追，會混在一起。所以你想辦法去找其他的財源，另外為 B 肝立一個預算，如果需要的話來談應該還好談。但若那你想要把它改名字為病毒性肝炎，裡面又包含 B 肝及 C 肝，那將來會整個亂掉了啊，你自己保險人的角色扮演，這樣自亂陣腳這樣不好，我是建議這樣。

而且健保署打算 10 月才開始擴增 B 肝藥品給付範圍，今年財務衝擊也才 2.88 億元，忍一下，趕快去做準備，如果協商可以通過的話，明年 1 月就可以開始。不要像代謝症候群防治計畫，代謝症候群防治計畫真的很糟糕常常被我們唸，搞到半年後才做，這樣空間就不見了。年度中間就趕快準備，最好今年 9 月協商就整套提出來，

如果可以過的話，明年 1 月 1 日就可以開始了，有差那 3 個月嗎？真的那麼急嗎？如果那麼急的話，前面是不是相關的人要打屁股，102 年至今怎麼都沒提？要一體兩面、全面思考會比較周延一點，謝謝。

盧主任委員瑞芬：健保署還要回應嗎？

石署長崇良：不耽誤大家太多時間，不過健保署真的是很想為更多民眾提供服務，當然制度是死的、人是活的，所以健保是基於這個理由希望能夠早一點讓一些病人能夠得到照顧，但如果制度上確實是要求我們循序來做的話，那我們就接受健保會的決議，在今年的後半年，於協商明年總額時，看能爭取到多少就是多少。病人的人數，因為 C 肝跟 B 肝是一樣，其數目是固定的，以 B 肝來講，因為我們有 B 肝疫苗政策的關係，所以這群人是固定的，那肝癌仍然是十大癌症的前幾名，若要等到所有的 B 肝疫苗產生肝癌人數下降之效應，那時間可能還要很久，所以現在有這個藥物來使用的話，應該可以提早達到肝癌病人數下降的目標。那我們過去針對是 C 肝，確實會影響，但是 B 肝其實人數上比 C 肝還要多，所以我們才會希望也讓這些比較是屬於舊世代的 B 肝病人，因為年輕一代都已打 B 肝疫苗沒問題了，這群 B 肝病人是屬於年紀比較大、37 歲以後的這一群，當時沒有 B 肝疫苗可用，現在需要用藥物治療的，希望讓他們有機會用藥，不要走向肝硬化及肝癌。

我瞭解時間上如果大家還是覺得我們應該循序漸進，我們當然接受，我們是經理人，我常定義說我們健保就是經理人，董事會給我們多少錢，我們就把這些錢適當運用。只是要跟大家報告，C 肝預算目前預估到年底的執行率大概是一半，原編列約 40 億元，大概將會用掉 20 億元左右，如果 B 肝這邊能夠早一點開始，就希望早一點開始，但如果健保會認為要遵守原先規定的話，我們會接受健保會的決議。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，還有 2 位委員要發言，先請蔡麗娟委員。

蔡委員麗娟：主席謝謝，很感謝健保署基於清除病毒性肝炎這樣的願

景目標之下，提出本案此一建議，事實上 WHO 對於 2030 年的目標並不是只有根除 C 肝，而是根除病毒性肝炎，病毒性肝炎當然有 B 肝也有 C 肝，在台灣肝癌是十大死因的第 2 位，但是死於肝癌的病人當中，7 成是 B 肝病人，2 成是 C 肝病人，當然過去這幾年在 C 肝的預算編列上，其實是非常積極，主要是因為 C 肝有新型口服藥物是可以治癒，因為反應力很高，所以我們從之前編列到現在，大概已治療了 14 萬名口服新藥的病人，那剩下的大概還有 6.5 萬名 C 肝病人，所以在陳時中前部長任內時，才會說台灣要在 2025 年提前達標，也就是 80% C 肝病人都獲得治療，這是台灣提前達標的情況。

現在數據看起來還有 6.5 萬名病人需要做 C 肝治療，但是 C 肝治療也面臨到小小瓶頸，因為沒有明顯的症狀，病人即便有 C 肝，他也不知道他是不是需要做篩檢或是知道自己有這樣的問題，所以我們還是需要積極找出 C 肝病人。但是 B 肝的藥物，不像是 C 肝可以治癒，至於 B 肝在開始打疫苗之後，全台灣還有 190 萬的 B 肝帶原者，這些帶原者如果沒有好好治療、追蹤，以後就是肝炎、肝硬化、肝癌三部曲一定會持續進行，對台灣來講這是一個很重大的公衛議題。

當然今天看到在總額流用的機制上，可能無法即時用 C 肝省下的錢去治療 B 肝，不過可參考陳建仁院士的公衛模型，B 肝若能擴充給付，之前曾有一次給付擴充，但治療指引跟國際指引仍差一截，若現在追上國際 B 肝治療指引，對於後續由 B 肝帶原變成肝硬化或是肝癌的病人將可大幅減少，醫療費用也會降低，不管從公衛角度或臨床治療角度，都會有這樣的重大影響。

所以雖然現在無法流用預算，期待在今年總額協商時，因為這是病毒性肝炎，其實 B 肝在裡面可以占更大一部分，有藥物控制之後，可以阻止病程的進行，而且這些人是現在的中壯年，因為 37 歲以下打了 B 肝疫苗，疫苗斷層是在 37 歲以上，他們仍有很高的風險有 B 肝帶原，且可能繼續惡化成肝硬化、肝癌，所以我支持，如果可以流用，當然越早治療越好，但若基於規範不可流用，也期待今年總額協商，在病毒性肝炎清除的願景目標下，對 B 肝病人可以有更

好的醫療及藥物給付。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來最後 1 位，請林恩豪委員。

林委員恩豪：謝謝主席，我想要回應署長的說明，我覺得署長剛剛的說明，好像我們沒有支持你的案子，就是害得病人無法獲得及時治療，我想我們也不是這個想法，它現在本來就還是有正確正常的管道及途徑可以用，我們只是建議，不能支持健保署另外生新的東西進來用掉剩餘的專款，所以你這樣的回應，感覺有點像情緒勒索，好像我們害得病人無法得到及時治療、病情加重一樣，我覺得回應不能這樣。

石署長崇良：這個我道歉，講得實在是太快了，只是說因為預算有限的關係，所以無法擴充適應症，才來爭取，可以用的話我們就擴充適應症，沒辦法擴充適應症，我們就等有預算再來討論，大概是這樣。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，李委員是本案最後 1 位發言，我們要趕快下結論了，請李永振委員。

李委員永振：我是要提出建議，這樣林委員回去才睡得了覺，因為我的看法是，如果林委員會這樣擔心的話，那健保署責任更大，為什麼現在才提出來，為什麼不是去年協商的時候就提出來。

盧主任委員瑞芬：署長今年剛上任。

石署長崇良：委員這樣是在譴責前任不好。

李委員永振：譴責前任，我早上就譴責過了。對於將來的財源，我是這樣建議，剛才滕委員有提到，現在 C 肝這邊只用一半，明年是否可以從這邊去考量，因為我看前一陣子找 C 肝病人找得很辛苦，當然 B 肝病人也是要找，另外一個就是，你如果那邊可以考量的話，把預算拿到這邊來，對比較急的，剛才蔡委員有提到 B 肝還這麼多人，對於比較急的，就從明年度開始，如果比較不那麼急的，反正 2030 年的根除目標，我們已經提早 5 年，後面還有 5 年時間，就不會突然對總額增加那麼多，這樣會不會比較順，先後緩急這樣考量比較好，我是這樣建議。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，那就做成以下決議，本案不通過，原因是遵循前已決議通過的 112 年度總額協商架構及原則之規定，有關已經議定的專款項目，各項目預算不得相互流用，為了維持總額制度穩健執行，不該變動協議項目的運用項目用途，擴充 B 肝藥品給付範圍之提案屬於支付標準改變，健保署有一定的流程要進行，委員提供這些寶貴意見給健保署參考，留待明年總額協商時納入考量，以上。

請問有沒有臨時動議？如果沒有的話，今天會議就順利結束，謝謝！



健保會第5次委員會議

台灣醫療改革基金會 2023.6.28

1

報告事項

第二案

案由：

其他預算—「提升保險服務成效」、「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(含四部門總額之網路頻寬補助費用)」、「基層總額轉診型態調整費用(含鼓勵院所建立轉診合作機制)」核(決)定事項之辦理情形，請鑒察。



2



【表】各層級醫院初級門診照護率(106-111)

年度	醫學中心	區域醫院	地區醫院	小計
106	13.90%	21.15%	35.69%	22.93%
107	14.14%	20.19%	35.12%	22.54%
108	13.80%	19.59%	34.11%	22.22%
109	13.94%	19.35%	32.31%	21.61%
110	13.94%	18.85%	30.86%	21.03%

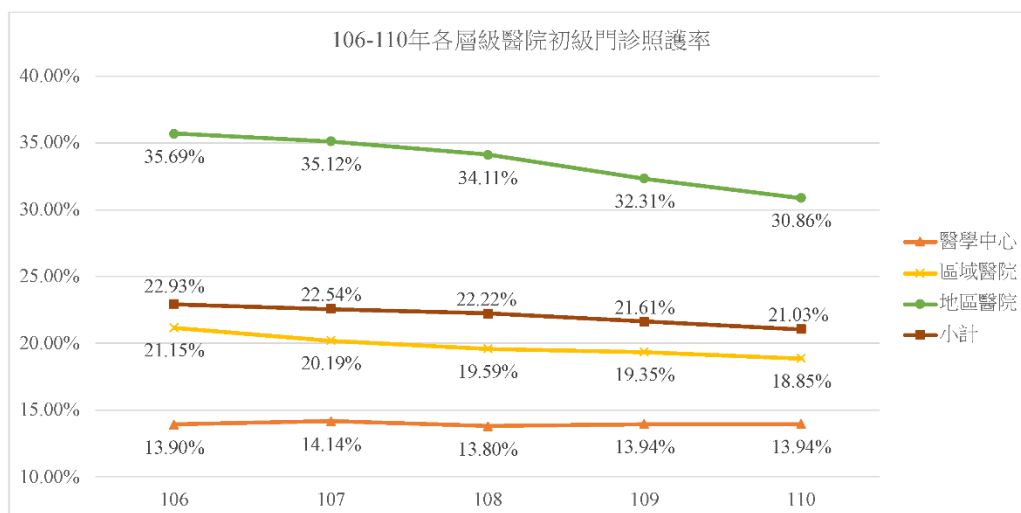
資料來源：全民健保監理指標之監測結果報告書，台灣醫療改革基金會整理

3



【圖】各層級醫院初級門診照護率(106-111)

醫學中心的初級門診照護率在分級醫療實施前後變化不大。



4



報告事項

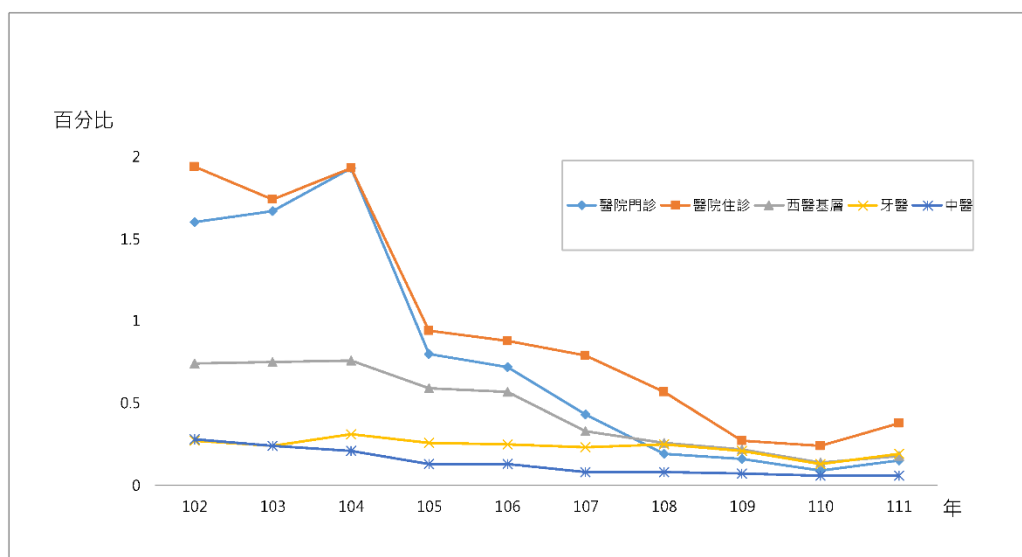
第三案

案由：

「全民健康保險審查制度與執行成效」專案報告，
請鑒察。

5

【圖】102-111年總額部門爭審後核減率



6



以上
敬請指教與回應說明