

衛生福利部全民健康保險會
第6屆112年第7次委員會議事錄

中華民國112年8月16日

衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第7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8月16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(台灣社區醫院協會羅常務理事永達代理)、江委員錫仁、吳委員榮達、吳委員鏘亮、李委員永振、周委員慶明、周委員麗芳、林委員文德、林委員恩豪、林委員淑珍、林委員綉珠(全民健保護理政策小組洪委員世欣代理)、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、陳委員相國、陳委員節如(台灣社會福利總盟潘副秘書長若琳代理)、陳委員鴻文(中華民國全國工業總會何常務理事語代理)、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、劉委員玉娟、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：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良(李副署長丞華代理)、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11頁)

貳、議程確認：(詳附錄第11~12頁)

決定：確認。

參、確認上次(第6次)委員會議紀錄：(詳附錄第12頁)

決定：

一、依委員意見修正(劃線處)如下：

陸、報告事項第二案決定：二、評核委員所提精進作為之建議，送請中央健康保險署及各總額部門承辦團

體，納為未來規劃健保制度及總額預算執行參據，並請於113年評核報告會議提出辦理情形說明。

二、餘確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第13~17頁)

決定：

一、上次(第6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5項，同意繼續追蹤。

二、確認「113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商共識會議議程」(如附件一)，請各總額部門委員轉知協商代表依議程時段提早到場準備。

三、確認「113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」之總額協商架構(如附件二)。

四、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第18~102頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：衛生福利部交議113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案。

報告單位：

(一)衛福部社會保險司：說明行政院核定之113年度總額範圍及政策目標。

(二)中央健康保險署：說明113年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案。

(三)本會：確認113年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額之醫療服務成本及人口因素成長率。

決定：

一、確認113年度各部門總額「醫療服務成本及人口因素成

長率」如下表，將做為各總額部門研擬113年度總額協商草案之依據。

總額部門別	醫療服務成本指數改變率 (A)	人口結構改變率 (B)	投保人口預估成長率 (C)	醫療服務成本及人口因素成長率 $(1+A+B)*(1+C)-1$
醫院	2.940%	2.034%	-0.757%	4.179%
西醫基層	2.837%	1.470%		3.517%
牙醫門診	3.427%	0.267%		2.909%
中醫門診	2.989%	0.799%		3.002%
整體	2.952%	1.784%		3.943%

二、請各總額部門及中央健康保險署遵循衛生福利部交付之113年度總額範圍及政策目標，參考本會委員意見(包含下午協商會前會意見)，於112年8月25日提出「113年度總額協商因素項目及計畫(草案)」最終版本及檢核表送會，俾利協商資料之準備。

三、有關委員就「113年度總額範圍交議案之政策目標及健保總額中長期相關計畫」所提意見，請衛生福利部於9月總額協商前回復說明，以納入總額協商參考。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：112年第2季全民健康保險業務執行季報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署回復說明。

陸、臨時動議：無。

柒、散會：下午12時45分。

113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商共識會議議程

時間	內容(協商時間 ^{註1})	與會人員
112 年 9 月 20 日(三)		
09:00~09:30	報到/預備會議(供付費方、醫界方「視需要」召開會前內部會議)	
09:30~12:00	1.醫院總額協商(150 分鐘)	本會委員、醫院部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
12:00~12:30	午餐	
12:30~13:20	2.門診透析服務協商 (醫院與西醫基層總額,50 分鐘)	本會委員、醫院與西醫基層協商代表，及社保司、健保署與本會同仁 (本節之協商，邀請腎臟醫學會列席)
13:20~13:30	中場休息	
13:30~15:25	3.西醫基層總額協商(115 分鐘)	本會委員、西醫基層部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
15:25~15:35	中場休息	
15:35~17:15	4.中醫門診總額協商(100 分鐘)	本會委員、中醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
17:15~17:25	中場休息	
17:25~19:05	5.牙醫門診總額協商(100 分鐘)	本會委員、牙醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
19:05~19:35	晚餐	
19:35~20:50	6.其他預算協商(75 分鐘)	本會委員、健保署，及社保司與本會同仁
112 年 9 月 21 日(四)		
09:30~12:30	視需要處理協商未盡事宜 ^{註2}	本會委員、相關部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
112 年 9 月 22 日(五)		
09:30~14:00	第 8 次委員會議 (實體及視訊併行)	本會委員及社保司、健保署與本會同仁

註：1.各部門總額之協商時間已計列各部門視雙方需要自行召開內部會議時間。

2.依 113 年總額協商程序(略以)：「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」。若總額部門有重新協議需求，並經協商雙方代表同意，則請於 9 月 20 日 20:00 前，通知健保會幕僚，以利 9 月 21 日議事安排。

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
第 6 屆 112 年第 7 次委員會議(112.8.16)確認

壹、總額協商架構

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總額，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，延續性項目需提出過去執行成果效益或檢討改善規劃，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)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

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)。

第6屆112年第7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6次)委員會議紀錄」
與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉：主委、各位委員，大家早安！現在已經到會議時間，出席委員已經過半、達到法定開會人數，今天的會議就開始，首先請主委致詞。

盧主任委員瑞芬：歡迎各位委員，今天早上突然下大雨，所以舟車勞頓，辛苦各位了。今天的議程相對簡單，但下午還有總額協商的會前會，所以是一整天的會議，要辛苦各位了。因為牙全會理事長改選的關係，需要異動本會委員代表，從這次會議開始將由新任江錫仁理事長兼任本會委員，他的聘期從今年8月7日起一直到明年12月31日。我們一方面歡迎江錫仁理事長、江委員，另一方面也謝謝前1任的陳彥廷理事長1年來的辛勞，我們先歡迎江理事長，以後就辛苦您了，謝謝。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主席、各位委員，在做議程確認的報告之前，先跟大家說明，今天早上石署長臨時跟本會說有重要的會議要開，所以今天請假，因為健保署署長是法定列席人員，署長的請假公文會後補(如本議事錄第63頁)，他請李副署長代理，李副署長可能在路上，等一下就來了。今天的議程安排只有兩個優先報告事項，都是按照年度工作計畫安排，第一案是衛生福利部(下稱衛福部)在8月8日來函交議的113年總額範圍報告，這裡也看到各司署其實非常重視，因為交議內容裡面有蠻重要的中長期計畫，當然除了健保署石署長領軍的大隊之外，還可以看到護理及健康照護司(下稱照護司)蔡淑鳳蔡司長、心理健康司(下稱心健司)陳亮妤陳司長、國民健康署(下稱健康署)魏璽倫魏副署長、疾病管制署(下稱疾管署或CDC)的李組長都分別帶隊前來，表示非常重視這件事情，等一下委員在中長期計畫報告時可以交換意見。

第二案是健保署業務執行季報告的口頭報告，等一下由李副

署長報告，今天沒有討論事項。如同剛剛主席講的，今天委員會議後還要繼續召開總額協商會前會，所以敬請委員配合今天會議時間安排，希望 12 時 30 分能夠結束，以上是議程確認的報告，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請問各位委員對於議程有沒有意見？如果沒有的話，就議程確認。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：主席、各位委員，大家早！對於會議紀錄的內容，在會議資料第 6 頁報告事項第二案決定第二點第 3 行有提到：「並請於 113 年評核報告提出辦理情形說明」，其中「113 年評核報告」，本人建議修正為「113 年評核會議」，明確表示驗收的時間點，不然的話，113 年的報告不曉得是 114 年在評核 113 年、或者還是 113 年的評核會議，會讓人去猜想，乾脆改為「113 年評核會議」就會很明確，以上。

盧主任委員瑞芬：謝謝李委員的指正，這個建議很好，就把這個「評核報告」改成「評核會議」，因為每次評核會議都是評核前 1 年的執行成果，現在這樣表示會有點不太清楚，所以就改成評核會議，謝謝。還有沒有委員有意見？沒有的話，就確認會議紀錄。請進行本會重要業務報告。

貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周執行秘書淑婉：主委、各位委員，項次一的部分，本會依照上次委員會議決議(定)事項辦理情形說明如下：

(一)有關在 8 月 1 日已經按照本會重要業務報告決定，請各總額部門與中央健康保險署研擬協商項目與計畫草案，並須遵循衛福部 113 年總額協商政策方向辦理，希望能在 8 月 8 日前將規劃草案的簡報提出。其中比較重要的，是需要做檢核表的逐項檢視，這就是下午要召開的會前會的資料，謝謝大家都有把資料提出來。

(二)有關依照討論事項第二案的決議，第二案的部分，委員可以看一下會議資料第 4 頁，就是有關於醫院及西醫基層 112 年總額 3 項決定項目內容要報請本會確認案，因為這個案子委員沒有共識，所以希望健保署參考委員意見，依法定程序報主管機關決定，這個部分我們在 8 月 4 日也把委員意見摘要與發言實錄送給健保署參考。

(三)有關臨時提案的決議，委員關心 6 月 27 日預告的菸品健康福利捐(下稱菸捐)分配及運作辦法第 4 條條文的修正草案，針對委員對這部分的意見，也依照決議把提案內容、會議紀錄、發言實錄都送請衛福部酌參，資料在會議資料第 47~49 頁，請委員參閱。

(四)有關於上次委員會議決議(定)列管追蹤事項有 6 項，依照辦理情形，建議解除追蹤 1 項、繼續追蹤 5 項，在附表第 20~23 頁，最後還是會依照委員會議議定結果辦理。其中解除追蹤的那 1 項，是有關健保署業務執行報告委員的意見含書面的部分，健保署的回復在會議資料第 24~25 頁，請委員參閱。

另外在上次委員會議個別委員關心的事項含書面的部分，健保署的回復在會議資料第 50~80 頁，項目蠻多的，請有關切的委員可以確認。

項次二的部分是衛福部在 7 月 25 日已經同意本會所報的 112 年中醫門診醫療給付費用總額一般服務費用地區預算分配方式的修正建議，這個就是要增加預期風險調撥款的部分，本會也在 8 月 8 日辦理公告修正，中醫部門的部分就處理了。

項次三(一)是有關於我們 113 年度總額協商會議議程安排，是依上次的抽籤結果與總額協商程序辦理，我們可以看到會議資料第 15 頁已經把議程排出來了，擬訂 9 月 20 日在 301 會議室辦理總額協商共識會議，當天基本上會從早上 9 點開始進行預備會議、持續進行到晚上 8 點 50 分，大概就是整天做協商，也已經按照抽籤順序排定每個部門的時間。

9 月 21 日基本上是需要處理協商未盡事宜，也是幕僚作業時間；9 月 22 日是委員會議時間，因為委員會議主要目的是要確認協商結果，所以我們會實體跟視訊並行，想說不用讓南部的委員一直跑台北，這是我們大概的安排。

項次三(二)是需要請付費方與醫界方配合的事項，就是 9 月 20 日上午 9 點~9 點 30 分是預備會議，同仁有預借旁邊的 302、304 會議室做會議場地，如果付費方、醫界方需要召開會前內部會議，拜託請在 9 月 18 日之前通知同仁做場地的安排。

9 月 20 日就是剛剛提到進行協商，原則是每個總額部門都是依照議程所訂的時間做協商，如果表定時間到了，沒有達成共識，就依照健保法兩案併陳報部決定，如果有部門提早於表定時間完成協商，下一場協商的總額部門在協商雙方代表同意下，就可以提前進行協商。

在 9 月 21 日 9 點半~12 點半，這個時間主要是處理協商未盡事宜，如果有未盡事宜或再次協商的必要，在協商雙方代表共識下可以繼續處理，但雙方要達成共識，要拜託請最晚在 9 月 20 日的晚上 8 點前提出來，我們才來得及安排隔天會議，在這裡要特別拜託大家。

項次四，有關 113 年度總額協商架構，依照 8 月 8 日交議結果，確認 113 年度整體的協商架構跟附件，資料在會議資料第 28~29 頁，請委員參閱。

項次五，為了讓總額協商能有客觀資訊做基礎，本會同仁彙整評核紀錄跟協商參考指標要覽 2 冊資料，已經放在委員的桌上，旁邊還有公文信封讓委員方便攜帶，如果覺得太重就擺著，我們會幫委員郵寄。這次同仁真的花很多時間彙整資料，請委員參閱。

項次六，向委員報告，本年度做的公民參與活動已經辦理 3 場次，最後 1 場是 8 月 25 日在東區辦理，參加活動的委員團體代表都提供許多意見，我們覺得效果蠻好的，非常謝謝各位委員都有指派相關人員出席。

項次七，上次委員會議我們擇定的會訊報導主題，是以中醫部門因新冠疫情提請動支調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費的討論與結果，做為報導主題。

項次八，是健保署在本年 7、8 月份發布並副知本會的資訊，已經在 8 月 9 日寄到各委員的電子信箱，摘要的部分請各位委員參閱，以上報告。

盧主任委員瑞芬：請問各位針對重要業務報告有沒有什麼意見？

先請李永振委員、接著請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：各位委員好.....

盧主任委員瑞芬：對不起，先請李永振委員。

李委員永振：好，謝謝。剛才周執秘報告會議資料第 14 頁重要業務報告第一項第(一)點，本會依第 1 次委員會議決定之工作計畫，排定作業時程，在 8 月 1 日函請各總額部門及健保署，研擬協商計畫草案時，務必遵循衛福部之政策方向辦理。這邊重點是「務必遵循衛福部之政策方向辦理」，並且在 8 月 8 日中午前提送本會。

但是依據會議資料第 33 頁衛福部函文資料押的日期也是 8 月 8 日，本會收到日期應該更晚，不知道下午的報告草案裡面，各總額部門是否有遵循政策方向？下午報告的時候可以提一下，當然這不能怪總額部門，本會幕僚同仁也急得像是熱鍋上的螞蟻，但就是催不到資料，剛才要進會議室看幕僚同仁還在整理，開玩笑跟他們講說還燙燙的。

2 月份就已經敲定的工作計畫，主責單位未能掌握時間期程，當然這主責單位不是健保會，健保會是被動的，出現作業規則邏輯怪現象，我很喜歡抓邏輯，8 月 8 日才告知，要健保會幕僚去追人家 8 月 8 日就要遵循的方向，這是什麼邏輯我不知道，看到這些現象如何能期待今年的總額協商有多順暢？我懷疑，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：主委、各位委員，大家好。我想了解一下這次會議資料第 47 頁，健保會有發文給衛福部，表示我們不贊成修法，希望把菸捐又恢復到 70%，這個文已經寫得很清楚。這個公文去了之後要不要等衛福部回文？他們的想法又是怎樣？應該讓衛福部知道本會委員的建議，是不是該請他們回復是否同意這樣做？修法才能繼續進行，以上。

盧主任委員瑞芬：如果沒有其他委員有意見的話，現在先請周執秘回應。

周執行秘書淑婉：剛剛李永振委員提的部分，基本上本會在 8 月 1 日把公文發出去的時候，就有把部裡報給行政院的政策方向草案，也轉給各總額部門，那時候就有所謂的草案，8 月 8 日交議的才是行政院核定的完整內容，相信下午的會前會各總額部門應該會把政策方向擺在心裡。

第 2 點是楊芸蘋委員提到的菸捐部分，因為菸捐分配及運作辦法基本上是依照行政程序法在修正預告期間對外公開，我們就是屬於陳述意見給部裡做參考，本部再做綜整處理，後續會

不會參採我們會繼續關注，所提的意見或是最後回復情形如何，再擇期跟委員報告。

楊委員芸蘋：不會給我們文就對了？

周執行秘書淑婉：應該不會特別給我們公文，因為衛福部會收集綜整所有意見後去處理，這部分我們會 follow 再跟委員報告。

盧主任委員瑞芬：如果委員沒有其他意見，重要業務報告決定就是，第 1 點，上次(第 6 次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：擬解除追蹤 1 項，同意解除追蹤；擬繼續追蹤共 5 項，同意繼續追蹤。

第 2 點，確認 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商共識會議議程，請各總額部門的委員轉知協商代表依議程時段提早到場準備，會議資料有提到前一場次先結束，我們就會提前開始。

第 3 點，確認 113 年度全民健保醫療保險給付總額協商架構及原則的總額協商架構，其餘就洽悉。接下來進行優先報告事項第一案。

參、優先報告事項第一案「衛生福利部交議 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳副司長真慧報告：略

劉組長林義：接著由健保署就剛才衛福部講的……(劉委員淑瓊舉手表示要發言)

盧主任委員瑞芬：請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：在各司署報告之前我想先表達：第 1 點，這是一個非常重要的政策項目，過去健保會委員對於衛福部提出的政策項目，基本上都是支持的，不能因為我們支持，這個資料就搞到今天早上才擺在我們桌上，我想這個訊息如果傳出去，真的是把國家大事當兒戲，這件事情真的很不應該，我第 1 個要表達強烈的抗議。

第 2 點是，建議司署等一下報告的時候，不是根據你們原來簡報的架構起承轉合，而是這幾個方案過去在健保會裡，委員對於方案存在的問題，都有提出具體意見，因此等一下在各司署報告的時候，希望能夠針對健保會委員意見直接回應，這是要特別拜託的部分，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，我們現在就請吳榮達委員。

吳委員榮達：我要附和劉淑瓊委員的意見，那麼重要的資料今天早上才拿到，要我們怎麼看，我們看了以後還要經過思考，對資料中所有內容再做一番審視，你叫我們當場看，怎麼做回應？我也表達嚴重抗議，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，還有陳石池委員、李永振委員。先請陳委員。

陳委員石池：主席、各位委員，大家早安。請看健保總額五大政策目標，個人是非常敬佩，可是你們講一套說一套，第三個「推動健保給付支付制度改革，減少低價值服務，提升給付與支付效率」，有關護理費、病房費已經都非常低，不夠使用，我們講了好多年，你們都沒有改，所以你們講的東西到底有沒有在做？你

們說提升給付與支付效率，減少低價值服務，你們根本沒有做。這個目標是非常好，可是你們到底做了多少？根本沒有，談了好幾年，都有跟你們要求，你們都不改善，所以真的是有這個目標嗎？請真的不要說一套做一套，好不好，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，請李永振委員。

李委員永振：謝謝，因為剛才劉淑瓊委員跟吳榮達委員提到的，就是我在本會重要業務報告時點出來的問題，因為這讓委員很為難，今天不報告又不行；但是要報告，劉淑瓊委員在上個月的會議有提議，資料沒有在 7 天前給，我們就不列入議程，這樣的話，今天就不用報告，協商就完蛋了；還是說不報也沒有關係，反正就照走，依樣畫葫蘆嘛，就是過水一下，是這樣嗎？

這裡面會牽涉到很多有關的事情，當然健保會幕僚有先給電子檔，但是也是比較晚了，開會時你們還是要印書面出來，坦白講我很不習慣用電子檔看。

劉委員淑瓊：我沒有收到。

李委員永振：你沒收到？我是有收到，他們上個禮拜好像有寄過來，所以這整個的話，可能要……

劉委員淑瓊：我是指今天的資料。

李委員永振：不是，我是說電子檔。

盧主任委員瑞芬：幕僚說他們是昨天晚上 8 點才寄過來的。

李委員永振：不是，我講的不是下午的資料，我是說社保司報院相關的公文資料，這個有啦，……

周執行秘書淑婉：報院相關的公文資料及說明，在會議資料裡面有，但投影片資料是昨天晚上 8 點才寄來的。

李委員永振：如果是投影片的資料，那就沒有，但是整個有關的函文，在我們會議資料裡面有。整個來說，若資料未能完整提供，就是會產生一些困擾，我剛才提到，今年的工作計畫是 2 月份第 1 次會議訂的，當然我這樣講的話，社保司可能也很委屈，因為中間又遇到高推估 4%、5% 的問題，所以時間又延誤了，他

們的作業時間應該是卡在那裡，但是這不能作為理由，慢了就是慢了，大概情況是這樣，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，請何語代理委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：主席、各位委員，我是中華民國全國工會總會代理委員何語，我是第 1 次發言。首先恭喜盧瑞芬教授擔任主任委員，我今天第 1 次來開會總是要先恭喜你，責任重大、任重道遠，你也是我在健保醫療相關專業知識領域非常尊敬的教授之一，知道你很用心，而且會駕輕就熟地做好主任委員的工作，非常恭喜你。

第 2 點，我今年 1、2 月份就跟陳鴻文委員協調好，今年有 3 次代理會議、還有總額協商的出席，所以我都列書面的意見，當然我也傳真給周執秘了解，我有哪幾次的會議會出席，所以上個禮拜就一直在追資料，一直問、一直問，怎麼資料都沒有來、都沒有來，我一直追資料，因為在我過去的印象裡，8 月份的會議資料應該會看到各總額部門的草案，上個禮拜我在電腦裡才看到中醫跟牙醫的草案出來，但醫院跟西醫基層，還有其他預算都沒有看到。

我印象中，以前在 8 月份的委員會議都會看到這些草案資料，有沒有定案是另外一回事，但總是會先有一些草案出來，所以我也是早上來才看到桌上，我在電腦裡面看到有優先報告事項，我一直要看資料也看不到，我的 ipad 跟帶回家的電腦都看不到，我就覺得很奇怪，衛福部的優先報告事項，這麼重要的議案怎麼都沒有資料，所以早上來才看到。當然我今天來開會，因為今年的會議我前面都沒有開，有點學習的性質，請大家多多指教，謝謝大家。

盧主任委員瑞芬：謝謝，看到何語委員依然智慮清明，很令人高興，接下來還有哪 1 位委員？請吳榮達委員。

吳委員榮達：我先針對社保司報告的部分，因為我看社保司的報告，包括第 4 張投影片跟第 6 張投影片，一個是他們對於健保

總額的五大政策目標，還有 113 年健保總額行政院核定的結果，這 2 張投影片都是政策性的目標，沒有錯，大方向應該都沒有錯，可是我們用一句話來說，就是打高空 3 個字，照理來講這些政策目標，或是行政院所核定的這 3 點，後面應該有具體的措施。

我們看一看，包括健保署、照護司、心健司、健康署、疾管署所提出來的計畫，有多少項符合這五大目標？有多少項是符合行政院的核定結果？很少啦，那不是講假的嗎？後面的幾個機關所擬訂的具體計畫，跟行政院核定的意旨，還有五大目標差距這麼遠，那幹嘛要擺這個目標、幹嘛要擺這個政策，幹嘛要擺行政院的意旨？所以我說打高空，不是這樣子嗎？

因為我昨天就有看到前面的這個五大目標，還有行政院核定的結果，只有 3 個字形容「打高空」，例如裡面講，第六個最後一行「並研議擴增保險收入之可行性，建構更穩健的財務制度」，在 5 個主管機關裡面有哪個單位提出來了？全部都是支出的，收入呢？穩健的財務計畫呢？我覺得實在有時候是看不下去，資料來的慢，看了以後都是在打高空，以上報告，謝謝。

盧主任委員瑞芬：剛才大部分委員提出的意見，其實是針對資料來的太晚，我們是不是請他們全部報告完，再逐項針對實質內容提出質詢比較好？前面委員的意見，其實是要嚴重抗議資料來的太晚，因為這個檔案是昨天晚上 8 點才送到同仁這邊，我們不能要求同仁 stand by 到這麼晚的時間，所以就沒有 forward 給各位委員，只能在今天早上把書面放在桌上提供給各位委員。這點真的請來報告的各司署要務必配合，因為委員需要時間消化，才能夠提出合理的意見及詢問。所以李委員是不是要針對內容發問，如果是的話，就請後面再提出。

李委員永振：我不是針對這個，我要回應剛才劉淑瓊委員提到，就是等一下各司署報告時要提出檢討報告的部分，我當一下和事佬。之前我們講過那麼久的都答不出來，現在對他們臨時出考題

也得不到答案啦！所以我建議是不是有個權宜措施，檢討報告在協商的時候提出來，如果提出來不滿意就打掉，就是不要了、不買了，這樣是不是會比較好？因為我看了代謝症候群防治計畫，那個已經談好久了，今年還特別要求專案報告，雖然公告的內容有稍微修一下，但也不是原來委員會要求的東西，大概修不到一成，等下報告一定是唸修正的那個部分，有什麼意思呢？是不是這樣，如果劉委員同意的話，我們就這樣處理。

呼應吳委員剛才提到的，我也有這種感覺，譬如說，簡報裡面有提到明年財務收支還是入不敷出，但是行政院還是核4.7%，有稍微降了0.3%，減少20幾億元，健保財務差20幾億元嗎？為什麼結果是這樣子呢？衛福部也是一樣，依樣畫葫蘆就這樣子過去了，反正財務列出來高推估還有1.02個月安全準備，就可以過關，關關難過、關關過嘛，每1年都這樣過，那將來到最後，才一次漲很多，那個時候反正就沒有選舉了。所以這個長長遠遠，不是為了選舉在討論這些事情，每1年都要審查會議，這2年都有選舉就200億元、240億元這樣過，那以後呢？政黨輪替以後會不會繼續呢？有很多事情要考量，這樣比較腳踏實地，我們常常在講健保是聞名世界，要可長可久，但是如果像目前這種做法的話，我是很懷疑啦，我先補充這2點，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，滕西華委員最後1位。

滕委員西華：我本來沒有要講，因為李委員說他要回應劉淑瓊委員，要做和事佬。但我覺得不提檢討沒關係，但是回應評核意見、回應健保會意見，我覺得不管來不來得及，今天相關的司長、署長都在場，現場只有健康署的新陳代謝症候群防治計畫有回應健保會委員意見，評核意見也是沒有回應，那大家忙半天意義在哪裡。

下午要談協商草案的各總額部門都有回應，資料也都來了，因為如果付費者代表今天沒有機會聽到相關司署的高階主管意

見，協商當天其實他們不會來；就算是各司署代表在協商的時候來了，也沒有機會做進一步的說明，不像總額協商時，付費者代表還有機會跟各個總額部門對話。

如果是這樣，就應該叫他們要在 8 月 23 日那天再來 1 次，否則 2 頁的資料其實只是政策宣示而已，今天也沒有什麼必要報告，因為每個司都 2 頁而已，住院整合照護服務試辦計畫 2 頁、3 頁，推動抗精神病長效針劑計畫 3 頁，我覺得其實有點浪費大家時間，反而讓大家衍生更多的問題，因為就唸過資料而已，其實也沒什麼好問的，評核資料問了都沒有答案，我覺得有點可惜，不然就不要報了，8 月 23 日再來報告。

盧主任委員瑞芬：好，請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：這是延續性的計畫，所以一定要針對評核委員的意見、針對健保會的委員意見提出回應，謝謝。

盧主任委員瑞芬：今天各個衛福部司署的代表，很多都是司長親自出席，評核會議時，其實評核委員讀的資料大概有小山那麼高，所以他們真的花了很多時間讀這些資料、也去了解情況，然後給了很多的評核意見。所以剛才委員的意見各位都聽到了，第 1 點就是這個資料來的太晚，他們沒有時間消化；第 2 點，他們看過你們現在送來的資料，覺得沒有回應到評核委員給的意見，因為是持續性的計畫，其實付費者代表非常需要各司署所提出來的專業意見。

所以待會在報告的部分，如果可以回應就麻煩現場回應，如果不行的話，不曉得是不是可以拜託各位，就是 8 月 23 日的會議來給委員們一些意見？因為付費者代表，就是來自於社會各個層級、各個專業公會、商會的代表，在健保、醫療部分的了解程度其實是有一些限制，所以他們非常倚重各位專業的經驗以及建議，所以這部分就請各位採納他們的意見，接下來就不再請委員發言，現在先請各司署進行報告。

陳副司長真慧：主席，不好意思，社保司可以補充一點說明嗎？

盧主任委員瑞芬：好。

陳副司長真慧：謝謝各位委員的指正，我想請各位委員體諒幕僚，事實上行政院國發會在 7 月 17 日核定之後就有發布新聞稿，所以那個函稿大家可能都知道，但是我們收到行政院的函，已經是 7 月 31 日，收到之後要做行政作業程序，在核定後我們都跟健保會的幕僚其實都有緊密的聯繫，所以這個部分，基本上還是要請各位委員做……

劉委員淑瓊：社保司不解釋還好，你一解釋真的是更荒謬，這個是司署送給國發會，所以司署本來就有這個資料，並不是國發會 7 月 30 日發文之後，我們的司署才啟動，所以不要跟我談公文的流程好不好，我們在這邊是談很實質的議題，謝謝你。

陳副司長真慧：我想委員誤會我的意思了，因為剛剛聽起來，是說我們的行政流程延誤，所以拖到昨天。但事實上同仁處理公文需要有所依據，在此向委員表達不好意思，司署的資料確實是晚送了，但我們同仁昨天也是工作到很晚，在等資料的彙整，這點是不是往後我們再跟健保會幕僚聯繫，以後再來做改善，不要再發生這種事情。

劉委員淑瓊：要開記者會來檢討衛福部的行政效率了，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，後面有好幾個司署要報告，現在先請健保署。

健保署劉組長林義報告：略。

照護司蔡司長淑鳳報告：略。

心健司陳司長亮好報告：略。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請健康署。

魏副署長璽倫：主席、各位委員，大家好。健康署有 2 個計畫，都是屬於中長程改革方案，是國人最重要的 2 大慢性疾病，健康署每年至少投入 50 億元，針對這些疾病初期做一些診斷治療，就是大家講到追陽計畫概念。在亞洲的日、韓或歐洲國家，其社會保險也有預防的概念，去年 7 月 1 日代謝症候群防治計畫開

始啟動，跟今年 6 月 1 日的癌症治療品質改善計畫執行以來，健康署持續參訪基層並與其合作。想跟各位委員報告，除了收案數增加外，也牽涉到很多醫病關係及觀念行為的改變，暫時效果不是那麼容易彰顯，今天本署有 2 位組長會針對委員關心的內容做報告，先請慢防組吳組長。

健康署吳組長建遠報告：略。

健康署林組長莉如報告：略。

疾管署李組長佳琪報告：略。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，接下來請健保署針對全民健保資源配置跟財務平衡方案進行報告。

陳組長美杏：接下來是健保署針對 113 年度全民健保資源配置及財務平衡方案的部分報告，其中有關資源配置的部分，今天下午會另外報告，所以現在我先就財務平衡的部分報告，請委員看到會議資料第 39 頁 110 年~113 年健保財務收支情形表。

這份資料是架構在 111 年 11 月 18 日健保委員會審議 112 年保險費率方案資料的假設為基礎來推估，另外，整個資料已經納入 112 年 7 月實施部分負擔調整對整個財務部分的影響，以及已經納入 113 年疫後預算撥補健保 200 億元對財務的影響、113 年軍公教調薪 4% 的財務影響。

在這個基礎下，跟委員報告，如果 113 年總額成長率，採低推估 2.621% 時，醫療給付費用總額將會到 8,581 億元，保險成本的部分會達到 7,968 億元，保險收入的部分是 7,854 億元，113 年在低推估的情況下，收支會短絀 114 億元，保險累計餘絀是 867 億元，相當於保險給付支出是 1.31 個月。採高推估 4.7% 的部分，醫療給付費用總額將達到 8,755 億元，保險成本是 8,140 億元，保險收入是 7,853 億元，當年的短絀是 287 億元，保險累計餘絀是 694 億元，相當於保險給付支出的月數是 1.02 個月。

再請委員看到會議資料第 38 頁的部分，剛剛有報告，在總額的高推估跟低推估之間，高推估的部分是達到 8,755 億元，低

推估是 8,581 億元，除了這個之外，我們也針對總額成長率在 3.0% 到 4.5% 之間，以每 0.5 個百分點的間隔來做推估，可以看到如果是 3.0% 的時候，總額的預算會增加 251 億元；4.5% 的時候，總額預算會增加到 376 億元。總額成長率每間隔 0.5%，總額預算會增加 42 億元，保險收支短絀會隨著總額預算的增加而增加，保險收支累計結餘也會隨著總額預算的增加而減少，年底安全準備相當於保險給付支出的月數在 1.31% 到 1.02% 之間，以上報告。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，接下來請本會第三組燕鈴組長，確認 113 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額的醫療服務成本及人口因素成長率。

陳組長燕鈴：好，謝謝，本會報告的部分，請委員參考會議資料第 30 頁跟第 31 頁，有關於衛福部的總額交議案，本會的部分就是要準備 9 月的總額協商，所以在今天的會議上，需要確認四部門總額的醫療服務成本跟人口因素成長率，俗稱的非協商因素，確認以後，我們會作為各部門研擬 113 年度總額協商草案非協商成長率的依據。

請看到會議資料第 31 頁，根據本會在 5 月份通過的協商原則，醫療服務成本及人口因素成長率，是採衛福部報奉行政院核定的數值跟計算公式，請參閱(二)的部分，就今天交議的這個總額範圍成長率來看，我們的成長率低推估是 2.621%、高推估是 4.7%，所以我們今年協商明年的醫療費用預估是介於 8,581.5 億元到 8,755.3 億元之間，高、低推估之間的差距有 174 億元左右，也就是所謂的協商空間。

請看會議資料第 31 頁(三)的部分，根據總額協商原則，依衛福部提供的這個低推估的資料，我們去計算 113 年度各部門總額的醫療服務成本及人口因素成長率，這個成長率是包括下面 3 個因素，在這個表裡面，各總額的成長率都已經列出來了，計算出來的成長率，其實就是各部門總額在自然成長所需要的一

個費用，請看(三)表格的最右邊 1 欄，根據這樣的計算結果，醫院部分的醫療服務成本及人口因素成長率是 4.179%、西醫基層是 3.517%、牙醫門診總額因為人口結構改變率稍微低一點，所以是 2.909%、中醫門診總額是 3.002%。整體來講，醫療服務成本及人口因素成長率是 3.943%。

有關這個交議案，剛剛已經講過，我們在 8 月 8 日已經交給各總額部門跟健保署，請根據這個總額範圍跟政策目標，及參考今天下午的會前會委員提給各部門跟健保署的意見，酌修協商的草案，請務必在 8 月 25 日前提出 9 月總額協商「113 年度總額協商因素項目及計畫」的最終版本。

另外要請各部門能夠檢附資料是否完整的自我檢核表，因為相關的作業都非常需要時間去準備，所以請各總額部門跟健保署務必在 8 月 25 日，準時把協商最終版本交到本會，以利 9 月總額協商，以上說明。

盧主任委員瑞芬：好，現在開放委員提出意見，劉淑瓊委員、吳榮達委員、李永振委員。好，請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：第 1 個，我要謝謝各司署的報告，我也要先確認我們在總額協商之前，能不能看到各司署依照薛部長在去年 3 月 15 日會議的決議，提到總額協商的每 1 個方案都要有問題分析、需求評估，還要有預期效益、KPI 及計算方式，我希望能夠看到，部長的指示應該不只是四個總額，應該大家都一體適用。

首先對於剛剛健保署劉組長的報告，提到 RBRVS^(註)，這個部分其實在 93 年跟 102 年都已經實施過，但是以失敗收場，那時候主要的問題，就是醫院的門診成本資料不透明，我們沒有辦法去估算成本。另外，醫院端也會擔心提高醫師的診察費，會衝擊到醫師費的制度。健保署剛剛的報告是說已經盤點各界的需要，所以希望署方可以說明執行跟討論的過程，因為不希望重蹈 93 年跟 112 年的覆轍，這是第一個。

註：RBRVS(resource-based relative value scale，醫療資源耗用相對值表)

第 2 個是針對健康署的代謝症候群防治計畫，我要先肯定健康署針對這個計畫的指標有委託研究，反而照護司就沒有這樣的計畫，還是說你們已經有指標了，這個部分我等一下再請教。首先就是針對代謝症候群防治計畫，我記得在第 3 次的委員會會議裡面，有擔心這個方案的執行目標照護人數是訂在 25 萬人，當時我記得應該是副署長的回復是說，沒問題，我們看到那個曲線一直在往上走，但是我們看到 7 月也只來到 6.2 萬人，現在今年已經過了一半以上了，所以在人數的部分可能需要再加把勁。

再來就是剛才也提到說，有加入但是沒有實際收案的診所，我剛剛算了一下大概將近 40%，也就是說有 4 成的診所有加入、但是沒有實際收案，這裡面有非常多的問題。在過去的健保會議，我們也提出來這個落差很大，就像剛剛提到行政程序非常複雜，我看到健康署也注意到了，不過一樣，就是你看到問題但你沒有改善，雖然基層辦了非常多的說明會，現在診所仍然非常的猶豫。所以會想知道你們來要 6 億元，明年的規劃有做什麼修正？有什麼樣的策進？可以讓人數達到預期的目標。

針對癌症治療品質改善計畫，醫改會有參加 8 月份，就是前幾天吳玉琴立法委員辦公室舉辦的大腸癌防治政策座談。醫學會有反映很多的問題，因為現在都有支付點數，就是針對 FIT(註)陽性的個案有 800 點的追蹤管理費，然後對於做大腸鏡確診跟大腸鏡報告，還有確診結果有 1,700 點的診斷品質費，這個是誘因，可是對要不要去切息肉、要不要處置，其實沒有後續要求，也沒有強制要上傳檔案，所以就不知道健保署要怎麼稽核，會不會造成說確診之後卻沒有後續處理，等於是最後一哩路沒有做到。所以在缺乏財務誘因底下，會不會造成只願意處理小病灶，反而是造成大醫院在處理這個高難度的病灶。

註：FIT(fecal immunochemical test，定量免疫法糞便潛血檢查)

好，最後一點，住院整合照護計畫，剛剛蔡司長有提到說有 48 個指標，本來我上次就期待今天可以看到這些指標的數據，

才能夠進一步請教，但請在總額協商之前提供。另外，就是指標裡面，其實我們最關心的是人力的勞動條件，剛剛沒有聽到報告，也希望能夠提供資料，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，接下來請陳石池委員。

陳委員石池：主席，各位委員大家早，我想今天所報告的這幾個計畫都對國民的健康有幫助，個人都非常支持，但是有幾個意見。第 1 點有關是 2030 年要消除病毒性肝炎目標，我想這個是目標非常好，可是看起來我覺得很納悶，只有 72% 的慢性病人獲得治療，那會 100% 消除嗎？這很奇怪，是不是健保要幫剩下的 28% 病人祈福，他就會好。要 100% 消除，就要 100% 接受治療才對，怎麼只有 72% 接受治療你們就滿意？這個很奇怪，這是第 1 個問題。

第 2 點，有關住院整合照護計畫，我以前就非常關心到底不符合公平正義的問題，據我所知道你們是要病人繳 700 元或 900 元才能接受這個服務，這個就是不公平啊，經濟弱勢的人就沒有辦法享受啊，你們推這個政策敢面對國人嗎？這是個不公平正義的政策，你要讓你們長官背負一個欺負弱勢、鄙視弱勢的罵名嗎？這個政策我是很支持，可是目前這點是不公平的，你怎麼面對國人呢？

再來有關強化精神照護體系，我也是非常贊同，但是 111 年醫院總額的執行率只有 65.7%，112 年剛開始的話，醫院總額是 33.1%，基層是 9.1%，這個進度有點慢，我不曉得你們 112 年目標要達到多少，好的政策你們要努力去推行，不是有結果就來報告，這樣是沒有辦法面對國人的，好不好。

再來是代謝症候群防治計畫，我是覺得非常好，這是幾個有預防醫學概念的計畫之一，我非常贊同，但是醫界反映的不無道理，案源不易找到，這就很奇怪啦，你們健保署的資料庫不是萬能的嗎？什麼都有嗎？撈一撈就有啦！為什麼不撈出來給診所、給醫院，就可以找到這些病人，這很奇怪。

第3點，你們的行政作業繁瑣，收案10個步驟，這個我不好意思說你們是刁難，你既然要治療病人為什麼不簡化一點程序，這個簡單的概念你們要想辦法去解決，好不好。

不好意思，最後還有癌症治療品質改善計畫也是非常好，有預防醫學的概念，健保政策很少有預防醫學的概念，這2個計畫我都非常非常的認同。但是大家知道癌症死亡率還是近幾年都是第1名，尤其肺癌又是第1名，可是你們現在篩檢的對象只有抽菸的、家族史的病人才能享受，其他人不能享受，所以好的政策有沒有辦法再把這個範圍擴大，因為既然是死亡率第1名的癌症，應該更加重視嘛！你們應該投入更多的心力、人力來做這件事情，所以我建議條件要放寬，這樣才是真的嘉惠國人，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，現在請李永振委員。

李委員永振：首先確認剛才陳組長的報告，在會議資料第31頁，這次提出的113年高、低推估值的差距約174億元，但應該扣掉品保款約7.3億元，可協商空間應該是167億元左右，這數字大家先放在腦筋中。這頁有1個「醫療服務成本及人口因素成長率」的表格，這個表格應該還會經過修正，不然的話，低推估只有2.621%，但表格中整體的醫療服務成本及人口因素成長率就有3.943%，這樣可能會造成誤解。用這個表格編出來的整個平均就接近4%，尤其醫院4.179%，它最大，占了將近7成，這可能要再留意一下。

以下有三個部分要請教，第1個部分是就會議資料第33~34頁衛福部函文內容有2點請教，第1點行政院提及的事項，何時會有具體結果可分享給委員知道，比如113年健保仍收不抵支，應審慎提前規劃因應，什麼時候會有一些因應作法？又如檢視各項節流措施執行成效，在健保會委員會議已經提了很多年，但目前好像都還沒有結果出來，社保司說沒有資料，不過在評估成效時又有提出結果，自己邏輯矛盾。第2點，衛福部所提政策目標，有關推動健保給付支付制度改革的具體實質內容是什

麼？拜託用白話文說明，讓委員能夠有共同的瞭解，協商時才不會各說各話、雞同鴨講，可以對焦討論。

第2個部分，會議資料第39頁的110年~113年健保財務收支情形表，這個是依據不合時宜的行政院協商確立的法律見解及計算方式所編列的，不合時宜的意思就是過時、沒有針對問題，雖然有參考價值，但是參考價值已經大打折扣，但說明中，有幾點需進一步釋疑。

第1點，請先參閱表格下方的說明2，保險收入中有扣除呆帳提存，在說明4其他收入又將呆帳提列當成減項，呆帳是不是重複計算？第2點，說明5安全準備相關收入既依全民健康保險法(下稱健保法)相關規定提列，為何又不含收支結餘，法定有5項來源，現在只採4項，還是未依法行政。第3點，說明6當年安全準備填補金額，是指應用安全準備填補當年保險費收入與保險成本間發生短絀的餘額，針對未法遵的處理方式為自圓其說，自行編造收支短絀的定義。第4點，在113年高、低推估的保險成本相差172億元，政府負擔不足法定36%的差額，為什麼都一樣是826億元，保險給付多的話，政府應該負擔的比較多，還是健保法第76條的問題。第5點，說明9當中113年總額範圍行政院已經核定，為什麼還用草案。

第3個部分，在各司署報告中，編列的預算大概跟112年都是一樣，但一樣是對的嗎？有些計畫已經做到第3年了，應該要檢討，該減的還是該減。另外部長指示，這些計畫是要預防醫學和投資健康，將來應該會減少醫療費用的使用，在報告時，也都有提到，未來的醫療費用是可以減少，但從頭到尾沒有1個司署提出到底減少多少，你投資將來當然是會有減少，但這都是講空話，看不到數字，這樣的話，到底只是在那邊喊爽的嗎？這樣不好吧，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，接下來請吳榮達委員。

吳委員榮達：請看到健保署的投影片第15、16張，先看到投影片第

15張所提出的預算，112年度醫院及西醫基層加總起來共30億元；第16張是診療項目內含單次醫材之不得重處理，在調升點數後推估所需費用約17.61億點。在投影片第15~16張提出的預算，甚至連調升情形的細項都沒有；請再看到投影片第15張，預算編列到底要調整哪些項目？調整的點數如何？完全沒有這些資料，對於要調整的項目、點數合理性、必要性，以及優先順序的選擇，都沒有呈現，以此類推，這會增加113年度協商的困難度。

請看到投影片第16張最後一行第2點提到，考量診療項目內含當次使用醫材之校正的方式需再釐清，這對於1個要提出17.61億點預算的內容，卻看不到到底要釐清的是什麼？都沒有清楚的提供所提出的項目和金額詳細的狀況，這都可能產生協商上的困難，可能在協商前就應該提出有關的資料。

再來是照護司的部分，在其提供的資料中，住院整合照護服務試辦計畫今年1~5月執行率大概約只有15.8%左右，執行率是非常的低，整個內容看不到針對前5個月執行率這麼低，有什麼加強或提高執行率的做法，這可能要補充相關資料。

在住院整合照護服務試辦計畫中是有1個研析計畫，是不是可以在研析計畫完成後，提供給健保會做為參考。整個報告內容中並沒有提到指標項目，我覺得指標項目應該也是預算協商部分的考量，可能要再提供資料。剛有提到幾個滿意度調查的指標，但並沒有提供詳細的滿意度調查資料，很難去做分析，比如到底調查多少樣本？滿意的話，到底哪些項目滿意？不滿意是怎樣？這實在是很難說服我們。更特殊的是，計畫實施後，111年平均住院天數是8.8天，112年反而延長為9.6天，計畫實施後反而造成病患的平均住院天數上升，從評估指標的結果來看，執行的效益是變好還壞？可能要再考量看看。

心健司的部分，剛才司長也有提到，抗精神病長效針劑計畫，111年執行率只有63.9%，但看不到積極改善措施為何？這樣才能在總額協商時，提出這個計畫的預算是維持、增加或減少。

健康署所提的計畫看不到效益評估指標，這部分是否可再提供。在代謝症候群防治計畫的部分，把收案人數上限由300人增加到500人，300人執行率都這麼低了，要提高到500人，也不分大、中、小型的診所，也沒有分析會不會影響到醫療品質？我覺得會影響到小診所，如果它要收500人的話，會影響到醫療品質。上次我也有提過，當時副署長也在，執行這個計畫的人員、項目是什麼？會不會有非醫療人員執行的狀況？會不會有違反醫療法的問題都沒有分析，上次講過，現在還是沒有看到，這可能都是要重新補充相關資料，以上意見，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，現在請王惠玄委員。

王委員惠玄：謝謝各司署的長官親自出席報告，非常肯定健保會同仁辛苦的整理，資料真的很多，我依照報告順序一一請教。首先健保署在C型肝炎藥費執行率，過去5年的執行率節節下降，到2022年整體的執行率只有40.8%，剛剛滕西華委員提到在評核會議中，我們提出蠻多的意見，這部分似乎都沒有被回應到，石署長甚至在今年稍早的健保會委員會議中，提議把C型肝炎藥費的費用移去做B肝，但因跟行政程序不符合，是被否決了。在C型肝炎藥費部分，到底還要不要編列這麼多經費？醫院和西醫基層診所間配置的調整，以2022年來講，醫院執行率是58.3%，西醫基層的執行率一直都是100%，實務上，我們也知道西醫基層有基金會的支持，非常努力地在找案源，剛剛健保署報告也提到找案源的辛苦，目標人數還有6萬5千人沒有找到，所以這6萬5千人怎麼找？醫院和西醫基層的配置要不要調整？這些都可以去思考。

再來是關於家庭醫師整合性照護計畫和健康署的代謝症候群防治計畫，歸戶後重複的比率有多高？這也是在評核會中，我們所提出的疑點，因為病人只有1位，服務提供者也是只有1個團隊，但有不同計畫，不同的計畫又有不同目標，是否在資源投入、成效檢核部分，造成額外的行政成本和資源消耗，請健保署、健康署再了解一下。

接下來是照護司的部分，非常謝謝設定很多稽核和指標的監測機制，有關輔佐人員的訓練，有9成都沒有領證，大概司長也很了解，在結構上，是有蠻多照顧失能者的家屬來參加照顧服務訓練，是不是考慮分流，針對失能者家屬以及未來要進入職場的照顧服務人員提供不同的訓練？未來希望能減少訓練人數和實際投入服務的人數落差非常大的問題。

再來是心健司，抗精神病長效針劑的確在比較效益研究中，有很好的成果，但在報告中也提出來個案遵從率不是很高，花很多精神在鞏固個案的遵循率，因鞏固所耗費的精神和資源都沒有出現在支付項目中，所以未來支付制度設計要不要考慮包裹支付，甚至採論人計酬，對這部分誠懇提出建議。

在健康署的代謝症候群防治計畫部分，有關診所醫師參加數和收案數的懸殊，我們在評核會議有稍微了解懸殊的原因，很多醫師或診所是為了配合特定個案而參加，就只報這個個案，所以這跟實務落差是不是也能在制度上考量，以診所為單位設定收案上限是否合理，因為每個診所的執行醫師數是不同的，是不是把它做醫師數的加成。

在癌症治療品質改善計畫部分，實際加入這個計畫的院所和國家衛生研究院TCOG(註)通過癌症診療品質認證的醫院數有蠻大落差，不曉得為什麼通過TCOG癌症診療品質認證的醫療院所，卻對於參與這計畫的意願低，這個落差也請再了解一下，既然已通過TCOG癌症品質提升，支付要不要加成或提供什麼誘因？

疾管署的部分，肺結核應該是公共衛生的預算，有沒有考慮回歸公共衛生的預算，而非用健保的預算，謝謝。

註：TCOG(Taiwan Cooperative Oncology Group，台灣癌症臨床研究合作組織)。

盧主任委員瑞芬：請林文德委員。

林委員文德：謝謝各司署長官簡短精要的報告，剛剛很多委員都提出建議，就2個計畫提出一些問題詢問，還有1個建議。

有關精神科的抗精神病長效針劑計畫的部分，剛剛聽司長報告說有非常好的成效，覺得非常肯定，報告中提到1年可以節省18億元，請問這18億元的估算是指全部病患都有實施抗精神病長效針劑所結餘的，還是目前實際有接受抗精神病長效針劑所結餘的費用？有很多計畫都在使用健保的經費，當然會希望這樣的投資是有一些回報、效益，甚至可以達到節流的目的，所以聽到其實每年有27億元的預算，這個預算是不是每年都要一直投入？這個投入如果沒有回收的話，好像這樣的投資並不是我們樂見的，至少在費用的節省或病人照顧品質上要有些成效，希望這部分也能夠去思考一下，未來這樣的成效要怎麼回歸到總額節流的部分，有沒有政策上的思考，這是第1點。

再來是請教有關代謝症候群防治計畫的問題，雖然我們知道目前收案人數很多，實際上已經結案的人數並不是很多，這應該是需要一段時間才比較能看到成效，但就目前已結案的個案1,824人中，只有399人是經過介入管理後評估已非代謝症候群，其他是早期診斷出三高的病患，399人有達到預防的效果，可是在健康署投影片的敘述是，實證顯示如果不介入的話，只有5%才會進入DM(註)，表示說我們沒有去介入的話，有5%的人會發生三高疾病，但我們介入1年之後，實際上進入疾病的人有高達7成左右，這樣的話，這個數字到底是怎麼去解讀？也請健康署做個說明。

註：DM(Diabetes mellitus，糖尿病)

盧主任委員瑞芬：接下來請周麗芳委員。

周委員麗芳：主席，各位委員大家好，首先非常感謝各司署的長官到健保會做詳盡的報告，這是對健保會的尊重，對於各司署所提出的計畫，我個人予以支持，現在就執行面幾個細節提出就教。

首先是針對社保司的部分，提到113年總額範圍中有3個重要的目標，在投影片第4張第三點提到減少低價值服務，同時行政院核定下來的核定結果的說明三、(三)，也同樣使用減少低價值服務這個字眼，因此想就教社保司針對這個定義內涵能否再詮

釋，或舉例讓我們了解低價值醫療服務所指為何，因為所謂的低價值，相對地是比較質性的描述，大家對質性描述文字的觀點是不太相同的，怎麼做個具體說明，再請教社保司。

其次要請教照護司，照護司提出的住院整合照護服務計畫，我個人是相當支持，因為聽到很多病患和家屬對這個計畫心存感激，為他們解決很多燃眉之急，只不過在執行上，111年是到10月27日核定，可惜的是執行時間是11、12月比較完整，是40家。看起來今年度也是到了8月，這邊有提到是5月才公告，可是到8月底才完成審查評定，所以就是說，第1年當然大家可以理解，因為有一些準備工作，可是到了今年已經算是第2年，所以今年比較完整的時間也是9~12個月，大概4個月，所以未來是否請在時效上，再強化它的效率。其次，我想請教的是因為112年是1個新的計畫了，一直到8月才核定，是不是代表1~8月之間是沒有在執行的，或是採什麼樣的變通方式，也請說明。

再來是健康署的計畫，在代謝症候群防治計畫的報告中提到，參與的醫界反映未收案的2個原因，感謝剛剛魏副署長提到案源不容易找到的部分會派案，但行政作業繁雜的部分怎麼協助解決，確實這邊也提到收案時，有10個繁複的行政流程，這部分也請補充說明。

健康署在癌症治療品質改善計畫和疾管署的慢性傳染病照護品質計畫，我個人是支持這兩案的，但這兩案同時都有1個問題，都是今年6月1日才開始實施、生效，所以相對的這兩個案子，等於是只有半年的時間可以執行，現在已經要總額協商了，但我們看不到實施成效，這是比較可惜的，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請滕西華委員。

滕委員西華：我參與健保會多年以來，第1次看到專家學者和公正人士在第1輪全部舉手發言，剩韓教授，等一等換你舉手加入。從今天的資料來看，整體上，如果不考慮健保署報告提到，有關處理醫材不得再自行重消使用的費用約17億點，算起來所有計

畫的預算總計大概是在78~88億元之間，這還是以約20億元去估算C型肝炎藥費的預算，在扣除品保款後，這幾項計畫的總預算占協商金額50%以上，這個還是在明年沒有新增費用，以今天報告的這幾項計畫今年的費用估算出來的，如果付費者代表都同意今天提出的這幾項計畫的話，後面的協商空間就更少了，剩不到50億元。整體來說，針對所有的計畫我有4點共同意見，可以在協商之前提供給付費者代表參考。

第1點，多項計畫公務預算相對投入的金額是多少？包括財源的移轉和替代，也就是說健康署原本用自己的預算或菸捐編列的費用，轉到健保來的預算是多少？CDC本來針對愛滋病、肺結核或其他慢性病服務所編列的預算，移轉到健保的預算是多少？或是用來替代公務預算的情況為何？包括C肝防治原本是公務預算在做，如果公務預算都那麼困難了，健保不困難嗎？不應該因為健保有自有財源，就都塞到這裡來，整體來說，公務預算投入、移轉，以及替代的情形都應該要分析。

第2點，我們都在追求整合式的照護服務，在總額評核會議中，這個意見也提了很多年，比如家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、糖尿病論質計酬、Pre-ESRD^(註1)，及CKD^(註2)的收案，這些都有關係，因為相當多的共同指標，都是在降低三高，其實這裡也是，目的都是在延緩或降低糖尿病或腎臟病的發生率，這些都沒有做整合，都散在各個子計畫，每年都在編，加起來都已經投入幾十億元的執行費用，但整體的效果沒有分析出來。剛剛文德老師也問了糖尿病問題，我覺得這個是有點可惜。比如抗精神病長效針劑計畫和思覺失調症計畫，我支持抗精神病長效針劑計畫，但是如果這邊增加27億元、28億元，那邊省18億元，其實也是沒有省到，但若是整合照護服務，提升病人的生活品質、增加病人的社會貢獻度，可能是不一樣，不是單純只有回饋。

因為提到整合照護的效益，就會進一步提到第3點意見，整體方案效益回饋總額的情況，即使沒有辦法從基期扣除，也沒辦

法從成長率扣除，大家都想要省錢，將來能不能省到錢，我們不知道，只知道總額沒有省到錢，做得再有效益，基期也不能扣除，但至少要告訴我們到底拿到了什麼，或是期待病人生活品質有什麼精進，這樣也是一種效益的回饋。

最後，我要回應劉淑瓊委員的意見，這裡沒有看到問題和效益分析，以及監測指標，包含怎樣稽核新增院所？或對於新增計畫院所會不會有防弊的措施？我覺得防弊的措施蠻重要的。

就各個方案的部分，首先針對C型肝炎藥費，之前對這個計畫的批評是已經找不到病人，所以愈來愈放寬適應症，就是把症狀很輕很輕的病人都撈進來，這個有沒有過早治療或過早介入，就是他沒有症狀，甚至很輕微不會影響到他的生活，也沒有共病的情況，就拉進來治療，這樣到底有沒有必要，而且也會有道德疑慮。另外，就是C肝在5年內有沒有復陽，雖然治癒率很高，但其實應該要在將來持續執行計畫時，進一步分析有沒有復陽率的情況。

住院整合照護服務試辦計畫，我從健保退休以前最大的心願和期待就是這個計畫，我希望我老了以後，雖然我現在也老了，我住院的時候，就不用讓我的子孫照顧我，不用花力氣存很多請看護的錢，而是由健保住院整合照護服務計畫提供，剛剛吳榮達委員有提出對這個計畫指標的建議，這個計畫除了一些病人平均住院天數的指標以外，其他都不是品質指標，那些都是量的指標，比如涵蓋率、使用率、人數，如果勉強要算，滿意度是品質指標，我覺得要加強品質指標的監測，甚至病家自費情況到底有沒有因為這個計畫改善，如果沒有改善就是多一筆錢去貼補，這體系並沒有好好的改善。

再來是代謝症候群防治計畫，我支持剛剛吳榮達委員的意見，診所收案人數上限增加到500人，這是量的增加，但診所的能有沒有增加？剛剛提到的399個經介入管理評估已非代謝症候群的個案，其介入模式和分析是什麼？會不會這些病人有一些特

性，社經地位很高、self-care能力很好，不用太管他，自己就會好了，等於相對會有逆選擇的問題，就是比較有困難的個案都沒有撈進來這個計畫，我們介入後，當然表面上的成果就會很好，所以目前缺乏這些分析，我們知道錢都花掉了。要把收案人數上限變成500個，這樣1個小診所，每天至少要看20個代謝症候群的病人，他會花錢花在個案管理師或是個案追蹤嗎？其實付出的成本是相當的大，我覺得要審慎考慮初期衡量是收不回來的。

癌症治療品質改善計畫的部分，剛劉淑瓊委員提出的意見我也同意，現在我們都把預算花在追陽費，我記得是The Lancet或是某個期刊中，有篇paper提到，台灣因為癌篩的問題，已經有過早治療的現象，就是其實不用使用那麼高階的檢查儀器，而我們使用了，這是第1個。第2個就是我們發現非常微小的癌症或是腫瘤增生的指標，我們過早介入治療，它其實可能會自己好，所以在過度醫療下，同時也墊高了健保的費用，包括治療、檢驗的部分，這部分的影響應該要同時去進行分析，否則追陽之後，我們現在都沒有追蹤之後治療的支付點數，到底在第1期early stage或後期介入追蹤追陽病人的效果是什麼，我們意在及早發現、及早治療沒有錯，但我們也希望他不要發展到stage four後面的重症，不然其實就沒有意義。

最後一點，疾管署潛伏結核感染治療品質支付服務計畫就不講了，剛剛王惠玄委員已經講過。愛滋照護管理品質支付計畫，我剛剛講公務預算移轉的就是這個，愛滋病早期的個案管理費是由CDC編錢給各個機構，這機構不僅僅是醫療機構，還有一些民間的NGO(註3)是在照顧愛滋病人的，在這邊也有支付個案管理費，我想知道原本CDC編個案管理費的錢跑到哪裡去了？都沒有編了嗎？這9千萬全部都編在我們這邊嗎？長照機構也是，你到底付給誰的個案管理師？是醫療院所、還是長照機構的個案管理師，還是長照機構是用什麼模式，有沒有在這個費用去滾，過去CDC在編的錢是多拿健保的錢、還是是整個

移轉給健保負擔，這個問題其實是蠻重要的，否則的話健保就等於健康署跟CDC、其他公部門全部都灌進來其實是不對的，謝謝。

註1：Pre-ESRD(末期腎臟病前期)。

註2：CKD (Chronic kidney disease，慢性腎臟病/慢性腎衰竭)。

註3：NGO(Non-Governmental Organization，非政府組織)。

盧主任委員瑞芬：現在請蔡麗娟委員。

蔡委員麗娟：謝謝主席及各位委員，還有剛剛各司署的報告。首先我要請教的是關於 C 肝藥費部分，我們都知道 C 肝之所以在台灣有這麼積極的政策介入，主要是因為 WHO(註 1)有 2030 年消除病毒性肝炎的願景目標。台灣過去在肝炎防治上，尤其是 B 肝是全世界第 1 個施打 B 肝疫苗的國家，所以台灣整個願景目標上更有企圖心，就是說我們要在 2025 年全面消除 C 肝，所以在這樣的一個大目標之下，其實我們在 C 肝用藥相關預算，從 2017 到現在，已經編列 401 億元了。

我們今年預估新增 C 肝全口服新藥治療人數是 1.3 萬人，如果 2025 年要達標的話，根據 WHO 有 90% 的慢性 C 肝病人被診斷、至少 80% 診斷為慢性 C 肝的病人獲得治療的目標，算出來還有 6.5 萬人需要找出來，讓他真正的有治療介入，因為現在 C 肝的口服藥效果其實很不錯，反應率是 99% cure 的狀態。我們現在離 2025 年只剩下 2 年 4 個月的時間，如果有 6.5 萬人要找出來，我們的策略是什麼？我們的行動方案是什麼？

我記得剛剛報告時，有提到可能以後我們要在矯正機關、還有 CKD 或糖尿病的病人，去做更積極的篩檢，看是不是能找出這樣的個案。因為不管是 C 肝或 B 肝，我們都希望他以後不要變成肝炎或是肝硬化，減少後續很多的健保醫療支出。如果知道有這幾個管道，可以趕快找到一些可能感染 C 肝的病人，我們估計全台灣矯正機關大概有多少人？怎麼進入矯正機關做篩檢？

還有像 CKD 或糖尿病的病人，因為他們都要做例行的抽血，

其實可以在例行抽血的時候多做一個檢查，對病人來講不會有多一趟路的問題，同時也顧及病人的便利性、以及我們要取得病人是不是有 C 肝感染的狀況下，是一個有效益的方法，希望能夠有更落實的計畫。

我個人覺得癌症治療品質改善計畫是很好的計畫，因為我們的四癌篩檢，現在已經是五癌篩檢，國家花了這麼多錢，尤其是國健署在經費有限狀況下，投入這麼多資源，當然對於篩檢之後，有異常的個案，要有主動追蹤的機制，讓他們能夠快速知道是不是要繼續地做治療。對後續來講，找到早期癌症病人，治療效果好，而且我們費用國健署也有整理出來，早期跟晚期真的差很多錢。

剛剛劉委員也有提到，這次對原篩檢醫院鼓勵陽性病人追蹤有提供鼓勵性措施，但追蹤時其實臨床醫師有提出一些想法，尤其是大腸直腸癌，我們在處理的時候，有些醫院可能無法處理到 2 公分以下的息肉，或者是無法處理大一點的息肉，變成病人在這狀況下他可能還要再到第 2 間醫院處理，所以不只是增加了健保費的支出，對病人來講也是重複性的就醫，因為他做的是大腸鏡，不太舒服的，重複的檢查跟介入對病人來講也不是那麼方便，所以對於有些臨床醫師發現的問題，當然我們要做同步修正，因為這個計畫是 6 月 1 日開始的，所以我們還有半年的時間可以來做滾動式調整，因為我們希望 5.17 億元的投入，能夠增加陽追率，這成效應該很容易可以從數據上看到。

另外，因為我們去年開始有一個第五篩就是肺癌篩檢，它很容易有偽陽性，而且它的結節或是 GGO(註 2)，這些東西有時候是需要觀察的，但是民眾一旦被篩檢到有結節就很心慌、焦慮，希望趕快把它處理掉。為了肺癌篩檢，國健署請了很多的學會做了低劑量電腦斷層肺癌篩檢手冊，裡面有非常明確地提示篩檢到幾公分要在幾個月以後再來追蹤，或是有一些比較大的才可以去切除，因為我們要珍惜健保資源。因為這個共識，是很多專家學者根據國外還有臨床經驗所建立的一個指引，所以我

們也希望說在找到個案後，真的如果像肺癌應該要落實遵循這樣的指引，不要因為病人焦慮就趕快做後續處理，這樣可能有過度診斷、過度處理的狀況，我們真的要珍惜健保資源，以上。

註1：WHO(World Health Organization，世界衛生組織)。

註2：GGO(Ground Glass Opacity, 毛玻璃霧狀病變)。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，接下來請林恩豪委員。

林委員恩豪：謝謝主席，我有2點意見，第1點是我記得去年報告提出來時，至少會講一下這些計畫的預算是怎麼編列、計算出來的，但是今年的報告大部分都沒有寫到底是怎麼算出來的，不是說沿用去年就是一個數字而已，其實委員應該要知道預算是怎麼算出來的。

再來有個地方我有疑問想請教，會議資料第31頁第(二)點可協商金額，剛才李永振委員有提到，174億元扣掉品保款後約有160多億元可以協商，但是第(三)點不是有個各部門成長率嗎？這個成長率應該就是非協商因素了吧，它根據公式算出來不會再調整了吧？剛剛李永振委員好像有說可能會調整，但這個公式算出來應該是不會再調整了？所以這個非協商因素就是會吃到我們可以協商的錢，我的理解是這樣，我只是想問一下這樣的理解對不對？其實我們根本沒有160多億元可以協商，因為這裡的成長率都超過低推估了，我的意思是要表達這個，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，接下來請何語代理委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：主席，各位委員、各位在座長官，首先謝謝衛福部各司署長官編了今天整個的總額範圍草案出來，供我們付費者委員了解，我知道公務員很辛苦，但是我認為這份資料裡面缺少了效益評估、財務規劃，還有整個預期最後的追蹤成效給大家。

第1個，非常謝謝我們專家教授委員以及公正人士委員，今天提出很多寶貴的建議內容，我今天也要來看看今年的付費者委員這7個多月來，經過盧主委的教導、引導及培訓下，功力到幾

成火侯。所以我希望付費者委員今天聽到專家學者委員、公正人士委員提問題時，如果真的弄不清楚，應該在那個項目中記錄下來，這是眉角，因為9月份就是你們要跟醫療服務提供者進行總額協商、正式面對面的時候，如果什麼都不懂，就無法跟醫療服務提供者進行有效、合理、正確的協商，這點很重要。

我的意思是說，我知道付費者委員在健保法裡被賦予很多任務，但是總歸起來有幾個大項；第1個是年度總額協商，怎麼深入了解應該給醫療服務提供者多少金錢，才是合理、合法、正確的、情理法兼顧；第2個，在整個醫療費用支付出去之後，平常開會時有沒有做監理任務、有沒有認識監理功能？第3個，當然就是費率調整。這些是比較重大的事項，至於其他業務都是枝節。

我今天要提出來的第1項是會議資料第39頁，健保署提出的「110年至113年健保財務收支情形表」裡面，113年總額成長率無論是以下限或上限為基礎計算，政府應負擔保險費法定下限36%差額還是像剛剛李委員提到都是維持826億元沒有增加，以目前的算法7年累積下來會達到947億元左右的差額。未來整個政府負擔不足法定36%的差額，將來絕對是要挹注在醫療資源的配置上，希望政府能夠確實地提供挹注的這些資源進來，我知道我們主計政策的誤導，讓健保長期財務風險的成本，慢慢會浮現在政府負擔不足法定36%差額上，請各位付費者委員用心多支持關注這一項，所有付費者委員要積極了解、支持關注這個差額。

第2項就是說，剛剛蔡麗娟委員有提到大腸，對不起，是C肝的治療，WHO是在2030年要達標，可是我們自己承諾在2025年達標，目前現在還有6萬多人沒有納入治療，我們希望健保署、衛福部這時候能有個政策，從明年開始落實到基層去處理，因為這是一個C肝治療的醫療執行，我們建議2/3落實到西醫基層去完成這個任務，1/3在醫院處理。

為什麼這樣講？因為這些人當中，有些人是出國沒有回來、有些人是散佈在每個角落裡，他不方便跑到大醫院去，所以希望遵守治療C肝的方便性，在基層裡面落實起來，把2/3經費給西醫基層執行、1/3經費保留在醫院，要不然無法在每個角落發掘到未執行C肝治療的人，要讓他們能夠主動跑到醫院很困難。

再談到大腸癌的部分，目前有些基層院所有做大腸癌的篩檢，可是其中有些診所篩檢後不做手術，他請你到大醫院去，但是這些被篩檢出來的人認為不會痛、也不會怎樣，就馬馬虎虎。所以我在幾次開會時建議把轉診制度建立起來，西醫基層如果篩檢到大腸癌、有息肉的時候，就直接用轉診單轉到醫院去，說這個病人有大腸癌息肉我無法做切除手術，希望醫院跟他聯絡、回歸回來做大腸息肉的手術，希望整個醫事機構間建立非常緊密的連結，才有辦法讓這些檢驗出來大腸癌、息肉的病人願意做手術治療，所以這些很重要。

現在很多病人在西醫基層做完篩檢後，並沒有到醫院做大腸息肉的手術，但我們全年支付800點、1,700點，共2,500點被西醫基層拿走，可是後續沒有追蹤治療非常可惜，我們希望建立整個西醫基層跟醫院完整的連結，大腸癌這部分如果做成很好的連結，我想會有產生很好的成效出來。

我們今天整個衛福部各司署提出的，像剛才滕西華委員也講到一個整合計畫，現在三高，1個人做高血壓、1個人做降血脂、1個人做糖尿病，這樣太分散了，如何做一個整合醫療計畫很重要。

最後要講，政府36%的短缺一直沒有補好，可是現在政府又把很多預防醫療的費用加諸由健保費支付，所以一邊不補錢進來、一邊又要你多花錢，所以健保的負擔會越來越嚴重而且會越困難，謝謝大家。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，接下來請羅永達代理委員。

羅代理委員永達(朱委員益宏代理人)：主席、還有各位先進，吃

飯時間，講話最不好了。首先我echo剛剛何語委員提到的，113年預算的編列說實在真的太多政治考量的痕跡，非常明顯，我記得衛福部社保司剛剛說明行文到行政院甚至國發會的時候，當時成長率是5%，後來國發會核定4.7%，只有一個原因，就是怕安全準備小於1個月，所以降到4.7%，結果造成我們非常非常擔心今年的協商。

請大家看到第31頁裡面醫院的部分，光是高推估是4.7%，可是我們光低推估就有4.179%，也就是說今年只有27億元可以協商。這27億元裡面包括幾樣東西：第1個就是新藥、新科技，第2個部分是包括門診透析，還有包括剛剛很多長官、包括健保署提到的特材重複使用的經費，這顯然是不夠的。

剛剛很多委員有提到，政府預算一開始的想法就是這樣子，因為包括今天很多的司署長官都在這邊，目前政府支出嚴重不足很多，可是在這樣的情況之下，他還希望能在健保裡面把很多應該屬於公務預算的部分放到健保。

我說實在話，我今天是代表朱益宏委員參加，我覺得大家怎麼都沒反映這件事情就這樣背書，從一開始4.7%的預算到現在為止，說實在話，今年協商根本沒有很多空間，所有應該由公務預算編列的業務都編到我們這個地方的時候，今年預算就看兩案併陳到底要怎麼併陳，否則的話塞進去就超過27億元，這是個非常簡單的數學問題，也提醒消費者代表，包括所有委員，剛才很多委員都提到有公務預算編列的部分，將來都是我們要堅持的，以上。

盧主任委員瑞芬：謝謝各位委員的意見，時間有限，但是我想因為委員提問非常踴躍，我們還是請各司署簡單地回應一下，不能回應的話，麻煩提供書面資料，應該是下週三開會以前要能提供給委員。現在是不是依序先從健保署開始，社保司，先從社保司開始，社保司有沒有要回應的部分。

劉委員玉娟：剛好周麗芳委員不在位置上。

盧主任委員瑞芬：好，我現在先請健保署。

劉組長林義：有關剛才劉委員提到RBRVS，我們之前在93年、102年執行過2次，我們會汲取這2次經驗，關於劉淑瓊委員提到有關部分資訊不透明的這一塊，因為又經過10年，我們也累積了很多成本資料，我們希望可以克服這樣的問題。

陳石池委員提到C肝治療的部分，當然剛剛很多位委員也提到，C肝就是我們找到多少人、我們就會治療多少人，所以治療一定是100%。我們只是訂1個目標，至少目前要再找出65,000人，這是1個目標值的部分。

李永振委員提到有關推動健保給付制度的改革、減少低價值的服務，所以我們目前有在做有關HTA(註1)或是HTR(註2)的項目評估。至於有關提升給付效率，就是目前一直在做的有關包裹式給付、論人給付、P4P(註3)等等，這些在總額協商的時候都會提出相對應的預算出來。

至於最後王惠玄委員提到有關家醫跟代謝症候群重複的比率，以及滕西華委員提到有關C肝復陽率的部分，這個部分我們在協商時都會提供，以上。

註1：HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)。

註2：HTR(Health Technology Reassessment，醫療科技再評估)。

註3：P4P(Pay for Performance，論質計酬)。

盧主任委員瑞芬：接下來請照護司。對不起.....(陳組長美杏表示要補充回應)

陳組長美杏：健保署針對李永振委員、何語委員提到資料第39頁的部分回應，首先謝謝李永振委員提到說明9不應該加草案2字，謝謝指正，現在已經核定了。

接著按照表格的順序回復，有關保險收入的定義，以及其他收入有關呆帳的部分，其實是沒有重複列計的，因為保險收入是大項，包含了保險費相關收入及安全準備相關收入，其他收入是屬於保險費相關收入的項內，所以一、二加起來是保險收入，是沒有重複列計的。

另外有關當年安全準備填補金額的部分，它是安全準備相關收入及當年保險收支餘絀的加總，所以有關保險收支累積餘絀的部分，在這個表格裡面是單獨呈現的，所以這個要跟委員特別報告，這個在說明5安全準備相關收入的定義裡面是排除的。

另外有關何語委員、李永振委員也非常關心政府應負擔健保總經費36%不足的部分，這部分差額並沒有短缺，目前計算方式是按照行政院協商確立的見解處理的，以上報告。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，現在請照護司蔡司長。

蔡司長淑鳳：謝謝各位委員的提問、評論，我簡單摘要回應。首先劉淑瓊委員提到品質跟人力勞動條件，事實上在計畫進行時，有同時進行輔導跟品質監測，會後我們再提供有關品質監測跟勞動條件相關結果供參。

有關陳石池委員提到公平正義的問題，確實我們在計畫執行過程也監測參加跟不參加計畫、以及會不會有因為經濟困難而導致無法參加計畫的情形。目前蒐集到的資料是，他如果參加跟他現在的支付的費用相比，其實少了6成支付；確實有人因為經濟無法參加，目前實作經驗有63人次，這63人次有參加意願，但考量金錢部分，我們是透過醫院的社服基金提供補助協助，這是有關公平正義。

有關吳榮達委員也提到執行率的問題以及怎麼提升執行率，還有一些相關研究計畫結果，我們在會後一併提供。

有關王惠玄委員提到輔佐人力，我們現在的輔佐人力不是針對家屬的訓練，主要的是針對現行照服員或是領到護理證照、沒有考上護理證照的人、或想要參與照服工作的人的訓練，至於課程訓練結果可以在會後一併提供資料。

有關周麗芳委員提到進度怎麼那麼慢，我們會後會跟健保署一起討論程序，因為有一些程序問題要經過其他健保相關會議之後才能公告，時間上須配合其他會議的公告徵求，所以我們會研議能不能再做簡化。

另外就是有關滕西華委員提到，確實現在4個指標不是品質指標，是使用指標或甚至說是結構指標，這是醫院代表提到很希望剛開始不要造成醫院太多困擾，所以我們compromised的方式是進行一個輔導計畫。所以我們大概有48個指標，大概6成醫院都有加上品質指標，現在最常用的品質指標是跌倒、壓瘡是他們覺得可以一併做的。所以我們相關的指標我們會後一併提供，其他有關共同的問題包括相關的成本效益、預算等等我們就一併處理，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請心健司陳司長。

陳司長亮好：非常感謝各位委員寶貴的意見，因為時間關係，這邊簡短回復，剛才林文德委員有提到關於27億元計畫核定的背景，當時是因為社安網2.0長效針劑希望穩定社會安全網嚴重精神病人的部分，報告一下27億元是怎麼算出來的，是希望跟上先進國家平均嚴重病人長效針劑的使用率40%，在當時核定本計畫時，台灣背景是11%，去年是第1年。

第2點要回應陳石池委員的指教，是關於去年施打率比較低，這一點我覺得確實也是如此，所以心健司、健保署、連同各大學會一定會繼續努力。不過也需補充一下去年的時空背景，當時是很多精神科專科醫院、也就是嚴重病人所在的住院機構，事實上很多是列為精神科機構的防疫病房，所以那個時候蠻大幅度影響精神科病人服務的提供。

第3點是滕西華委員、林文德委員，跟非常多委員都提到效益分析，很抱歉我今天圖沒有附上，我們是簡短地算了一下，其實論文已經發表，比較長效針劑跟口服藥物的使用，平均可以下降病人的再住院率高達20%，如果這個20%去換算我們申報的住院費用，事實上是可以減少18億元的支出，這是只有住院費用，如同西華委員給我們的指教，如果也算進病人的成本、家屬的成本、自殺、因為其他身體共病或因為發病造成的社會成本是更多的，並不是27億元對上18億元，事实上是使用16.2億

元，健保申報就已經省了18億元，其他節省的成本還不算在裡面，所以以上是一些資訊的補充。

還有今天有非常多委員都提到我們的改善計畫，這一點我們一定會在下一次報告審慎納入，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請健康署魏副署長。

魏副署長璽倫：謝謝各位委員提供很多意見，首先針對收案人數的部分，大概有幾個方向，針對診所已經加入代謝症候群防治計畫、可是沒有收案的原因，這部分我們另外做一個計畫瞭解，也希望能夠共學輔導這些診所，瞭解他們沒收案的原因。派案的部分，我們也希望能夠協助解決，避免一些逆選擇的狀況，明年也希望增訂獎勵機制，包括對醫師和民眾，民眾就是由健康署處理，再來是簡化一些行政流程，然後開發相關的工具素材供醫界使用。

當然最近大家可能也有看到民眾對於代謝症候群到底是什麼，知能只有4.8%，我們要繼續努力讓民眾對衛教的知能再瞭解。至於收案後介入的效果，容許我們做更細部分析，有機會再向委員們報告。有關肺癌的部分，因為癌症診療品質計畫只是針對診斷癌症個案數達500例以上的醫院做診療品質，跟癌症治療品質改善計畫是沒有關係的。

至於剛剛講說肺癌篩檢對象要不要再擴大，謝謝蔡麗娟副執行長也跟我們說明，肺癌篩檢對象其實是做過很大型、多年的國內研究才決定是heavy smoker(註1)跟family history(註2)的病人，其實針對家族史的病人提供肺癌篩檢，台灣是全球第1個國家這樣做的，目前效果也是非常好。再來就是大腸癌的部分，本來就有監測品質的計畫，相關病理報告本來就都會要求，至於影像的部分，可能就是未來看健保署和我們再溝通看看是不是有機會。

補充說明，其實從陽性追蹤、確診、收治，這必須從發現端到轉介端到確診端都要完成才可以給付，並不是單一一段就可

以給付，這是計畫的重要核心。最後我只是想說這不是移轉也不是替代公務預算，發現初期病人能及早介入、及早診斷、及早治療。如果以上有疏漏，我們後續再補，謝謝。

註1：heavy smoker(重度吸煙者)。

註2：family history(家族史)。

盧主任委員瑞芬：接下來請疾管署李佳琪組長。

李組長佳琪：謝謝委員的提問及建議，有關慢性傳染病照護品質計畫，簡單補充回應3點，第1點就是有關王惠玄委員提到TB(註)治療部分，補充說明就是現在結核病的治療，本來就在健保體系下治療，結核病的個案管理照護費用，現在也由健保專款品質提升計畫支付，新增的主要是潛伏結核治療個案管理照護的費用。公衛部分的公務預算也有做公衛端的個案管理跟聘任關懷員做都治關懷的部分，所以在公衛及醫療是有分別不同的功能跟服務，一起完成病人整體性的個人照護。

第2點，剛剛滕西華委員有講愛滋治療的部分，公務預算部分在已經確診愛滋感染，只在醫院的個案管理照護，但公務預算這幾年往前做的是暴露愛滋病毒前的預防治療，也有個案管理人員做預防性治療。另外愛滋檢驗有初步檢驗跟確認檢驗，希望初篩陽的人趕快確認檢驗，這也需要一些其他公務端的銜接，能夠加速確診，確診之後，我們就會銜接本來的治療服務，在這個個案品質管理。

第3個部分，補充說明長照計畫主要不是個案管理，是支付醫療院所進入照護機構對住民、工作人員的潛伏結核感染檢驗的相關費用，就不包括個案管理的費用。最後，因為今年6月才開始執行這個計畫，在執行過程中，我們也會參考剛剛很多委員提到相關執行效益評估的建議。

註：TB(Tuberculosis，結核病)。

盧主任委員瑞芬：最後請社保司簡單回應一下。

劉委員玉娟：先回應剛剛周麗芳委員提到所謂的低價值，其實是新藥新科技有HTA和HTR，每一個醫療科技都有生命週期，發展出

來的新藥或新技術從開始使用到過時，到必須要淘汰，才可以收載更多新的藥進來，要不斷的評估把效果不好的、價值不高的淘汰，所以這個意思是在講低價值的服務，這段怕有人誤會什麼東西是不值得做醫療的，這是在做這種評估價值的部分。

第2點，委員也有提到一些行政院核定的內容，那些內容其實有一些是提醒我們未來可能近期要面臨的規劃，我們也知道目前在內部開了第5次法律研修相關會議，這個研修包括幾位委員也很關切的是政府負擔健保總經費36%法定下限等等法律定義，我們也會在這部分再做一些積極的努力和處理。

最後，因為今天比較晚到，前面好像有一些時間上、內容上跟健保會處理的不是很妥當，我怕有一些沒有聽到的，事後我們也可以再補充一些資料，我剛剛請教謝佳宜委員，她說下周會再開一次會，到時候麻煩幾個司署把今天會議重點、委員建議和意見再補充進去，下一次再提早把這些資料送過來讓委員評核，以上補充。也拜託各司署時間上再提早給我們。

盧主任委員瑞芬：最後有關於林恩豪委員提到，到底我們協商金額有多少，請第三組陳燕鈴組長簡單回應一下。

陳組長燕鈴：請委員看到會議資料第31頁，剛才有委員關心(二)整體總額範圍成長率高推估值是4.7%，可是我們看到(三)光是非協商因素，就是醫療服務成本及人口因素成長率，醫院部門就已經到4.179%，覺得幾乎已經快要到高推估的上限，協商空間很有限。

這部分我要就計算方式說明，這2個成長率是不能這樣比較的，先回到(三)，委員記得嗎？我們在協商各部門總額，計算一般服務成長率，乘以這些非協商因素成長率的時候，我們的基礎是一般服務，意思就是說我們的基礎沒有含專款，人口差值該扣的、該加的，我們都會在基礎裡面處理，所以我們的基礎是比衛福部的低推估基礎少，其實兩邊算出來的金額會是一樣的。

為什麼(三)整體的醫療服務成本及人口因素成長率是3.943%？因為各部門有高低低，各部門的A(醫療服務成本指數改變率)、B(人口結構改變率)2個參數不同，算出來的結果，醫院是4.179%、牙醫門診2.909%，但整體來講用這個數字算出來的低推估就是3.943%。

我們來看衛福部的總額範圍成長率低推估值為什麼是2.621%，請看註1，我們跟衛福部用一樣的參數3.943%去算整體成長率，可是衛福部的基礎不只是一般服務，是所有總額包含其他預算、專款，請看註1的第4行，衛福部的3.943%還要打折，乘以一般服務的占率86.205%去校正，而且還要扣掉111年投保人口成長率差值-0.778%之後，扣完後的低推估值是2.621%，數字上看起來衛福部的低推估會比我們低很多，是因為衛福部的分母大，我們的分母小，但最後算出來的總額協商成長率、增加金額是一樣的。

如果以醫院總額來講，我們算出來的醫療服務成本及人口因素成長率是4.179%，我有粗估一下，如果分母改成所有醫院總額，成長率的貢獻只有3.67%，所以協商空間沒有像委員講的那麼少，在下午的會前會我會先跟各位委員報告，醫院的總額協商空間以現在的低推估值2.621%到高推估值4.7%之間大概還有103億元空間，這個計算非常複雜，如果委員有興趣，我們可以在會後算一次給委員看，其實不會有差距，以上說明。

盧主任委員瑞芬：針對第一個報告案，我做以下幾個決定：第1點，確認113年度各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率如會議資料第31頁項次三的附表，將做為各總額部門研擬113年度總額協商草案的依據。

第2點，請各總額部門及健保署遵循衛福部交付的113年度總額範圍及政策目標，參考本會委員的意見，包含今天下午113年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會的意見，於8月25日提出113年度總額協商因素項目及計畫(草案)的最終版本及檢核表

送會，俾利協商資料的準備。

第3點，各位委員其實非常依賴衛福部各司署的專業意見，因此委員針對113年度總額範圍交議案及健保中長期相關計畫所提意見，請衛福部於9月總額協商前回復說明。因為接下來是健保署的季報告，衛福部各司署可以先離席用餐，願意留下來也沒關係，接著進行優先報告事項第二案。

肆、優先報告事項第二案「中央健康保險署『112年第2季全民健康保險業務執行季報告』(口頭報告)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

李副署長丞華：主席、各位委員，大家好。原來表定我們好像要報告50分鐘，所以我們準備了很詳細的資料，現在按照時間12時30分要截止，只有7分鐘時間報告。資料有2份，第1個是投影片的部分，投影片第2張可以看到目前今年到現在生效的癌症用藥有7項，事實上每一項每個人的藥費是蠻高的，後面也分別列出財務衝擊，整體來講新藥新科技的費用不足，所以造成很多標靶治療跟免疫癌症治療留在自費市場上，導致民眾負擔非常高，目前民眾自己付的醫療費用占個人醫療費用又回到38%，回到健保開辦前1年的狀況，健保走了28年好像又回到原點。

投影片下一張是罕藥的部分，有8項，費用有的高到4千9百萬元，有的要1千2百萬元，但是還好因為使用罕藥的病人非常有限，所以雖然1個人的費用高，但整體財務衝擊相對來講比較少。

投影片第4張，是除了罕藥及癌藥以外的其他新藥，包含血友病用藥，成人1人1年要用1,241萬元，兒童1人1年要用537萬元，再來還有像糖尿病傷口用藥1人1年2萬元，類風溼性關節炎1人1年24萬元，異位性皮膚炎費用也是蠻貴的，而且事實上病人數目有可能不見得像現在估得這麼有限，1人1年要30萬元，再來大腸的克隆氏症及潰瘍性結腸炎1人1年要32萬元，這都可以看到一支新藥上市，如果我們不付的話，民眾負擔非常非常高，我們付的話，每年匡的新藥新科技預算嚴重不足。

請看到投影片第5張，我們會管控合理的藥品，避免重複處方。請看到投影片第6張，先天聽損的部分，原來人工電子耳只有一邊，現在放寬變成兩側，這也需要用不少的錢。請看到投影片第7張，對於口腔衛生這邊，也對小孩子包括塗氟、Pit and Fissure Sealant窩溝封填，另外對於高風險的人做氟化物治療，這有一定的費用。

投影片第8張有代謝症候群防治計畫的修正案，因為可以看到雖然參加診所多，有一些非常熱心的、做得很好的，現在200人封頂，那邊放寬成300人，讓第一線工作者有需求能夠做處理，這是投影片的部分。

另外還有1份是我們的書面資料，在業務執行季報告1~7頁就是跟剛剛報告的事實上是重疊的，請各位翻閱到業務執行季報告第8頁承保的部分，到6月份投保單位有96萬823家，保險對象有2,380萬551人，增加10萬9,935人，增加率0.46%。1~3類平均投報金額目前大概4萬2,889元，比去年同期增加1,449元，增加率3.5%，這裡面主要包括基本工資、第2類、第3類最低投保金額調高，基本工資是帶動的重要原因，基本工資調高的時候，投保金額會整個往上。

第4類、第5類的平均保險費也從1,839元調高到2,063元，這些都是政府負擔，所以衝擊比較小。第6類這邊目前是1,377元，是維持跟111年同期一樣的。麻煩各位翻閱到業務執行季報告第12頁有關財務的部分，112年截至7月的保費收入是5,077億元，醫療支出是4,247億元，其他收支淨餘332億元，權責的部分，請各位參考。

請各位翻閱到業務執行季報告第29頁，112年6月特約醫療院所有2萬1,955家，特約率都維持在90%~92%中間，是91.81%。另外我們對違規查處的部分，112年第2季訪查105家，中間有違規的，另外有函送的部分有3家。112年7月訪查23家，違規數目請各位參閱業務執行季報告第29頁下半。其他的資料非常豐富，所以請各位參閱，如果有任何指教或任何詢問得隨時提出來，報告完畢。

盧主任委員瑞芬：謝謝李丞華副署長，現在請問委員有什麼意見？
吳榮達委員。

吳委員榮達：我有2個問題提出來就教健保署，第1個，大方向來看不管是增加癌症、罕病或其他的用藥，基本上從病患的照顧權益

來講，這個方向我們應該是支持的，可是特別在癌症的用藥部分，因為非常非常貴，新的癌症用藥進來會導致藥費占率升高，我也好幾次都在強調說，像是藥費占率的逐年升高，會影響到其他醫療服務點值的問題，健保署不可能分析藥物、新醫療新科技增加健保支出對醫療人員服務點值的衝擊性，這是第1點意見。

第2點意見是剛才李丞華副署長提到，從業務執行季報告第29頁來看，第2季大概涉及刑責函送司法單位辦理的有3個家次，如果往下來看違規查處處分的部分，停止特約27家次，終止特約5家次，事實上會涉及到停止特約或終止特約的話，已經是嚴重違規狀況，都已經到違反刑責犯法的程度才有停止特約或終止特約的狀況，既然停止特約27家次、終止特約5家次，為什麼移送的只有3個家次？這是不懂的。

除了這個問題以外，我也忍了很久，今天終於涉及到這個問題，我也提出來，健保署今年提出1個政策，違規的10萬元以下不移送，不管有沒有涉及犯罪行為，10萬元以下不移送，這個不是在鼓勵僥倖嗎？不是在鼓勵犯罪行為嗎？為什麼會有這樣的思考，我完全完全沒有辦法理解，其實醫界應該要反對才對，因為這會劣幣驅逐良幣，影響到你們的點值，大家僥倖就衝量，反正不超過10萬元就不移送，我可以僥倖衝量就稀釋點值就影響大家權益，不懂為什麼醫界沒有對這個政策提出你們的反對意見，大概是這2個問題請教，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請問其他還有意見？先請林文德委員，再請韓幸紋委員，因為我們1點還要再開會，希望預留一點時間給大家休息，比方15分鐘左右，所以最晚12點45分結束會議。請林文德委員。

林委員文德：謝謝健保署的報告，我有一點疑問想要請教，剛剛代謝症候群防治計畫的報告沒有提到修正的部分，我剛看到最後一張投影片提到，修訂個案績優改善獎勵費是結案日前6個月內

沒有使用三高藥物，請教沒有加入這個計畫的代謝症候群的病人，他沒有使用藥物的比率有多少？沒有加入本來就不會使用，加入之後沒有使用給他獎勵，獎勵效果到底在哪裡？我不太瞭解，所以想請教一下，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請韓幸紋委員。

韓委員幸紋：我就延續也問一下代謝症候群防治計畫的部分，因為投影片裡面修正重點把每間診所收案人數從200人提高到300人，我有一點納悶，前1份投影片有發現參加代謝症候群防治計畫的診所，有近40%參加但沒有收案，剛才又提到有一些診所是非常願意投入這個計畫案，甚至要把上限拉高，是不是能夠進一步分析為什麼在不同的院所當中有這麼大的差異？

因為參加相關的會議，我也開始有關注代謝症候群防治計畫，我覺得我應該是疑似對象，我常去的診所應該要相中我收案才對，我去了幾次，診所都沒有對我有反應，後來我開始在診所逛一下，發現他們有貼海報，那個海報有介紹代謝症候群，剛剛也提到這個問題，一般民眾看到代謝症候群會想到跟我有關嗎？講句實在話，我真的是因為參加健保會，聽了很多會議之後，才大概知道這個東西。

民眾看到會不會有反應是一件事，下面還有一個括弧有一行字，若你有興趣自行向醫生詢問，醫生不會主動了解病人有沒有這方面的需求，所以我就是在那邊晃了很久，但一直沒有被收案的感覺，所以為什麼收案數很低，我一直覺得我應該要被收案才對，怎麼都沒有人要看我，還是想說我減肥怎麼減都不會成功，會拉高他們失敗率所以不想收我？

剛剛提到新藥的部分，就是因為我也有參與一些新藥的會議，我就發現這個問題，確實新藥如果真的要納入健保給付的話，金額非常非常高、非常非常昂貴，所以剛才也提到是不是也在討論把一些低價值，剛才也講所謂的低價值是說，可能臨床上比較舊的藥品有新的治療方法，也許就應該被取代。可是大家

如果看到投影片數字就可以發現一個問題，裡面有一個是藥費推估，如果把這個藥放進來的話，推估近5年醫療院所申報的藥費點數，但你可以看財務影響，除第一項之外剩下的數字差異不大，什麼意思？就是一旦把新藥放進來之後，事實上就算它取代了一些舊藥，可是舊藥本來的支付點數就是少的、是低的，整個財務就幾乎約當於放新藥進來的申報點數，簡單來講新藥放進來之後勢必對財務有很大的影響，即便它會排掉舊藥的使用，但那個財務影響反而是小的，新藥影響確實大。

所以實務上確實會變成，如果真的新藥放進來，可能要限縮它的給付範圍，可能沒辦法馬上全面或是支付標準就要稍微砍一下，所以很多藥廠也會反映我們的支付標準太低了。反正這些問題我想大家都知道，所以我想問的問題是最近在新聞上，其實也看到石崇良署長有幾次的對外提到，他可能想要推有點像是健保的補位險，就是商業保險的部分，可是其實我有稍微問了一下保險公司，如果健保真的要推像這樣的商業保險，健保的補位險的話，保險公司的意願高不高，其實他們的意願是非常低的。

我的意思是說，剛剛也提到把新藥放進來對財務衝擊其實是非常大的，但一直不放進來也確實非常多民眾不能使用，特別是經濟弱勢的，因為經濟能力比較好的，可以自己購買商業保險，或是他自己的所得就能cover這部分，所得相對低、經濟弱勢的民眾怎麼支付，如果他真的得使用這個藥物的時候，制度上怎麼幫助他們，因為自費比例越來越高的情況下，政府應該要討論後面要怎麼做處理。

盧主任委員瑞芬：現在請健保署回應。

李副署長丞華：吳榮達委員提到藥費的占率，藥品是跨國流動的貿易財，所以跟國際的價格比較接近，但是醫療人力費用是國內定價，長期壓得太低，造成藥費占率都是28%、29%，在國際上相對高，但人均藥費跟先進國家比是相對低的，排在很後面。

另外，因為新藥新科技納入健保給付的速度比較慢，所以在自費市場上的價錢蠻高的，以C型肝炎口服新藥為例，一開始沒有納入健保，一個病人要價美金8萬元約新台幣240萬元，不過卻很有效，納入健保給付之後砍到27萬元，後來再降19萬元，從自費市場240萬元到納入健保後降到27萬元，因為他們單一賣主，我們單一買主，事實上我們議價能力比自費市場高很多，如果這些昂貴的藥都不納入健保給付，民眾負擔的自費部分會非常高，這邊順便跟各位報告說，新藥新科技預算太少的後果就是民眾會付很高的錢買自費市場的藥。

第2個是停約函送的部分，過去的做法是只要有刑事的部分就送，但是大量函送的結果，他們到那邊很多要嘛認罪協商、要嘛不起訴，所以事實上造成的效果是有限，所以我們有時候就會去考慮到偷摘蔥跟偷牽牛(註)，是不是通通抓起來都五花大綁，若不把他們五花大綁，就會細漢偷挽蔥，大漢偷牽牛(註)，就跟委員說的狀況一樣，事實上是我們在過去於不同時間有不同的做法，一開始是1、2個月沒函送，3個月就函送，後來有一段時間是通通函送，現在事實上又再做某些調整，我們會跟檢察體系去談，哪一些怎樣函送他們偵察能力會比較好，不會癱瘓他們，像是我們以前移送行政執行署，後來當事人到行政法院救濟，發現我們案件多到他們不好處理，這是我們也有需要跟檢察系統、司法系統去看一下，怎樣在有限資源下達到嚇阻犯罪的作用。

另外，在代謝症候群防治計畫的獎勵，林委員談的我們會再做某些檢討跟調整，韓幸紋委員對診所部分的意見，我們也會再納入韓幸紋委員的建議做某些調整跟檢討，我做這樣的簡單回應，不曉得我們同仁有沒有要再補充？

註：細漢偷挽蔥，大漢偷牽牛(台語，指一味縱容小孩的錯誤行為，反而會使其積惡成習，長大後會變本加厲)。

盧主任委員瑞芬：好，如果沒有要補充的話，其他委員如果有意見，為確保各位至少有15分鐘的休息時間，下午還有一個很長的

會議，這部分若委員還有意見的話，就麻煩請提書面意見。請吳榮達委員。

吳委員榮達：不好意思，對於函送司法單位辦理部分還是有一點意見，蔡副署長就非常清楚，我曾經在會議時候勸進建議比照金管會，因為金管會為了查內線交易，有關違反證券交易法的問題，甚至有駐會檢察官在辦案、指揮監督，為什麼我會一直在提，我一直建議健保署也應該有類似檢察官的駐署辦公，因為我們看到很多違規案件，會受到很大的挑戰，那個很大的挑戰就是我們很多違規案件就是透過訪查獲得，訪查在刑事程序中是不被認為有證據能力，所以很多都是在檢察官那邊做不起訴處分，只要原本被訪查的對象翻口供說沒有，不管是行政程序或刑事程序，被推翻的機會就很大，所以這是健保署需要考量的。

第2點，其實就機關來講，發現有犯罪行為本來就該告發，這是行政機關、主管機關的權責所在啊！若沒有移送就我來看是瀆職，我從法律精神上就是這樣看，剛才講的理由根本不是理由，雖然大部分都是認罪、認罪後緩起訴，或認罪起訴後緩刑，它有它的效果存在，緩起訴再犯就是原來緩起訴被撤掉，新的案子又加重進去，緩刑也是類似這樣子，你不移送他們就僥倖脫逃，他們永遠都是第1次犯罪，我認為不能這樣子，健保署因為移送過去以後處理時間長，不然就緩起訴、緩刑，沒有辦法達到想要的目的，有這樣解釋法律的嗎？有這樣解釋法律精神的嗎？我當然知道大家很討厭我，我常講這樣的話，但這是實在話，機關本身就有權責，發現違法行為就是要移送，本來就是這樣子，以上意見，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，我想委員的意見……

李委員永振：我1句話就好。

盧主任委員瑞芬：我們真的希望各位有休息的時間。

李委員永振：我1句話就好，我回應一下吳委員，因為他很堅持，我剛才跟劉委員講，最近有1個軍官，侵占洗衣機不到8,000元，

被判12年。

盧主任委員瑞芬：委員的意見我相信健保署會謹慎參考，針對我們第二個報告案，我們的決定就是……

滕委員西華：我問一個小問題，在第5頁，健保署調整中醫藥品部分負擔點數上限為400，為什麼比西藥貴？就是這個特定醫令。

盧主任委員瑞芬：請健保署要快速回應一下，在第幾頁？

滕委員西華：在健保業務執行季報告第5頁，因為之前藥品部分負擔公告時沒有這個政策，它調整上限到300，這裡中醫藥品上限調到400。

盧主任委員瑞芬：是第5頁(2)嗎？

滕委員西華：對。藥品部分負擔上限，這是指民眾要負擔的自付out of pocket，還是健保要調整支付藥品費用後由民眾負擔，為什麼跟西藥不一樣？

陳專門委員依婕：健保署說明一下，這個項目因為C05-C09是中醫特定疾病門診加強照護支付標準裡面的案件，現在遊戲規則是規定院所要每個月申報1次這樣的費用就好，不用逐筆申報，就是病人可能就醫8次，我們規定院所每個月只要申報1筆費用進來就好，因為有8次藥品部分負擔，所以把這8次部分負擔加起來有其上限，因此這個上限跟現在公告的上限看起來不一樣，主要是因為申報方式不同。

盧主任委員瑞芬：好，若這部分不是很清楚，健保署私下再跟滕委員溝通。

本案洽悉，委員所提意見及後續書面意見都請健保署回復說明，請問有沒有臨時動議？沒有的話，今天委員會議就結束，下午1點再召開113年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會，請各位休息一下，散會。

李委員永振會後書面意見：一、有關113年度適用之平均眷口數值及去年相關處理建議之研擬進度，前2次的請教可能語辭不夠精

準，貴署所提說明仍無法解惑，今再提第三度請教。貴署依健保法施行細則第68條規定，須公告4項數值之作業方式與公告時間，本人尊重，沒有意見，但依去年的進度，此時相關平均眷口數的數值資料署裡應該已經有，是否可以先讓委員知曉，私底下告知亦可，對於小數第3位之處理方式，亦可讓委員知道研究進度及態度，至於公告作業4項整體一併辦理OK。

二、有關年度收支餘絀數之出現時序已瞭解，即次年之1~4月可看到健保署的自決數、5月為院編決算數、6月才能知道審計部最後的審定數，中間有時間因素須預估及等待，致無法一次修正完成，可以理解、接受。但仍有下列幾點疑惑：(一)1~4月呈現之署自決數並沒預估、修正問題？(二)4月份送健保會報告、備查的財報永遠都只是過程版？如何可讓委員放心背書？(三)政府要求民營企業最近1年每期自行決算之數額與會計師簽證或核閱之決(結)算數差異比率應低於「千分之五」。健保110年度自決數為短絀175.8億元，最終審定為短絀155.2億元，誤差20.6億元(約11.8%)；111年度則由自決數結餘103.4億元，增至審定數結餘112.7億元，誤差9.3億元(約9%)，雖有改善，但誤差仍接近10%，在技術上是否仍有改善空間？

三、7月份健保業務執行季報告第14頁表5-1備註說明2之(1)，提及一般保險費較去年同期增加138.71億元，補充保險費亦增加1.29億元，保費收入較去年同期共增加140億元，若依署較簡易之收入面公式粗算政府負擔法定36%下限之保費增加數約有50億元，實際卻只增15億元?!若以15.17億元之增加數反推，保費收入才增加42億元，與實際增加數140億元有近百億元之差異，是否可略為解惑!?

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：陳勇志
聯絡電話：02-27065866 分機：2595
傳真：02-27029964
電子郵件：A111317@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8月16日
發文字號：健保企字第1120681977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8月16日第6屆112年第7次委員會議，因本署石崇良署長受衛生福利部指派於同日高階主管會議報告議題「健保藥品政策改革方案」，故不克列席，敬請諒察。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本： 2023/09/16 14:48:02 電子公文交換

112.08.16



1123340213



衛生福利部交議113年度 全民健康保險醫療給付費用總額範圍案

【報告單位】

社會保險司
中央健康保險署
護理及健康照護司
心理健康司
國民健康署
疾病管制署

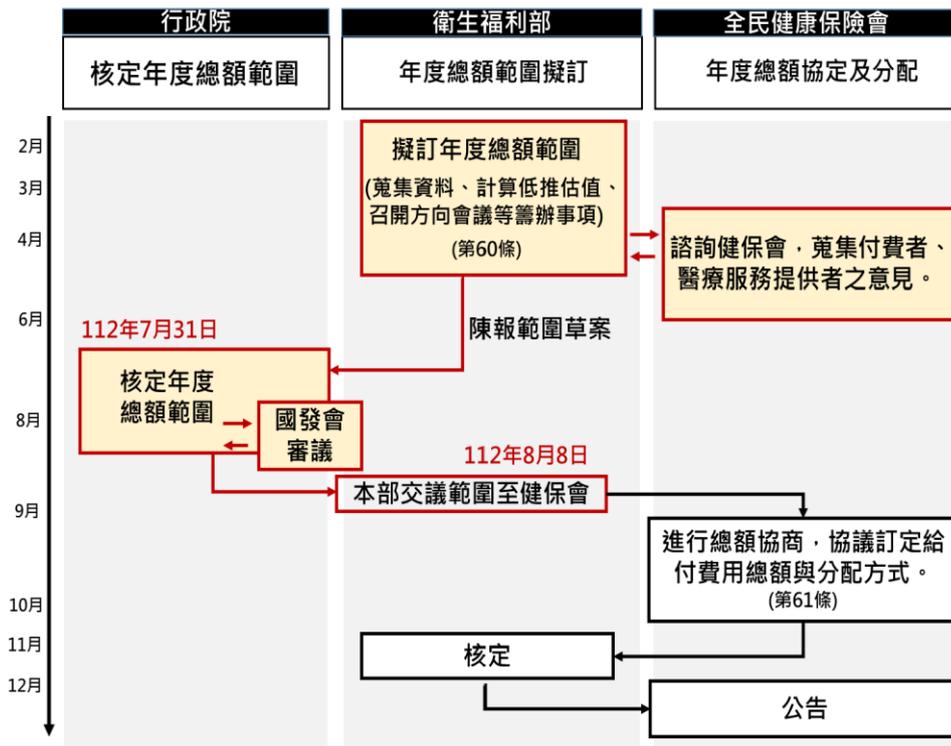


113年度

全民健康保險醫療給付費用 總額範圍及政策目標

衛生福利部
112年8月16日

年度總額擬訂與協定程序

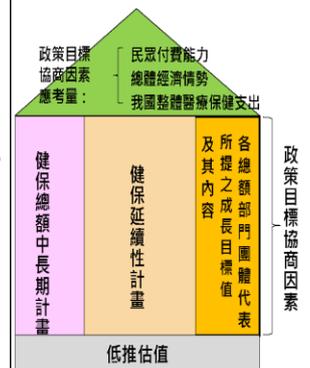


健保總額5大政策目標

113年度總額範圍成長率：2.621%~4.7% (下限金額8,581.49億元至上限金額8,755.35億元)

協商因素之內涵：約173.85億元

- 一、整合公共衛生體系與健保資源，發展以人為本的照護模式，積極提升民眾健康。
(如：住院整合照護服務計畫、代謝症候群防治計畫、癌症治療品質改善計畫等)
- 二、精進醫療照護相關體系，以民眾健康為導向，提升醫療品質與服務效率，及醫療資源合理分配。(如新冠疫情後服務密度提升、精進家庭醫師整合性照護計畫、醫療給付改善方案)
- 三、推動健保給付支付制度改革，減少低價值服務，提升給付與支付效率。(如藥品給付範圍改變、改革藥品給付支付制度、導入健康科技評估再評估制度)
- 四、增進醫療服務價值，提升服務量能，持續引進新藥物、新醫療技術及新服務模式，合理調整給付條件。(如檢討醫療服務支付標準相對值表、新藥新科技、暫時性支付)
- 五、保障保險對象之醫療權益，合理反映偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源之分布。(如罕病血友病藥費、透析、AIDS藥費、發展遠距醫療照護模式、強化孕產婦及兒童醫療照護)



113年健保總額範圍_行政院核定結果(1/2)

◆ 依據行政院112年7月31日院臺衛字第1121030976號函。

◆ 核定全民健康保險醫療給付費用成長率下限為**2.621%**，上限為**4.7%**。

行政院 函

地址：100009臺北市忠孝東路1段1號
電話：02-33665900

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國112年7月31日
發文字號：院臺衛字第1121030976號
類別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：所報113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍一案，核定全民健康保險醫療給付費用成長率下限為2.621%，上限為4.7%。

說明：

- 一、復112年6月7日衛部保字第1121260179號函。
- 二、依據全民健康保險（以下簡稱健保）財務推估，112年保險安全準備金額雖仍高於1個月保險給付支出，惟在維持現行一般保險費率5.17%情況下，預估113年健保仍將收不抵支，安全準備持續下降，應審慎提前規劃因應。
- 三、為因應人口高齡化、工作年齡人口占比下降所帶來之醫療服務供需失衡及健保收支短絀問題，請通盤考量醫療資源配置之妥適性，除持續提升健保運作效率、抑制資源不當耗用外，請強化數位醫療轉型、打造韌性醫療體系，並應增進公衛、醫療及照護服務體系之合作，強化健保與前端預防保健及後端照護資源之連結，以擴大健保資源使用效益，保障民眾醫療權益及提升自我健康維持之能力。
- 四、請持續關注嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情後之遞延性醫療需求，適時調整相關政策；並請積極提升給付價值，持續推動支付制度改革，減少低價值醫療服務，落實預算合理編列及有效管理，並持續檢視各項節流措施執行成效。另請檢討現行費基結構，促進保費分擔公平，並研議擴增保險收入之可行性，以建構更穩健的財務制度。

正本：衛生福利部
副本：國家發展委員會、行政院主計總處

5

113年健保總額範圍_行政院核定結果(2/2)

1. 依據全民健康保險（以下簡稱健保）財務推估，112年保險安全準備金額雖仍高於1個月保險給付支出，惟在維持現行一般保險費率5.17%情況下，預估113年健保仍將收不抵支，安全準備持續下降，應審慎提前規劃因應。
2. 為因應人口高齡化、工作年齡人口占比下降所帶來之醫療服務供需失衡及健保收支短絀問題，請通盤考量醫療資源配置之妥適性，除持續提升健保運作效率、抑制資源不當耗用外，請強化數位醫療轉型、打造韌性醫療體系，並應增進公衛、醫療及照護服務體系之合作，強化健保與前端預防保健及後端照護資源之連結，以擴大健保資源使用效益，保障民眾醫療權益及提升自我健康維持之能力。
3. 請持續關注嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情後之遞延性醫療需求，適時調整相關政策；並請積極提升給付價值，持續推動支付制度改革，減少低價值醫療服務，落實預算合理編列及有效管理，並持續檢視各項節流措施執行成效。另請檢討現行費基結構，促進保費分擔公平，並研議擴增保險收入之可行性，以建構更穩健的財務制度。

6



健保總額中長期計畫



健保署

家庭醫師整合性照護計畫、發展早期介入照護模式(C肝)
促進醫療診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)

照護司

住院整合照護計畫

心健司

強化精神照護體系

健康署

代謝症候群防治計畫、癌症治療品質改善計畫

疾管署

慢性傳染病照護品質計畫

6

THANK
YOU



8



C型肝炎藥費、家庭醫師整合性照護計畫及促進醫療診療項目支付 衡平性（含醫療器材使用規範修訂之補貼）

報告單位：衛生福利部中央健康保險署

2023年8月16日



2017年起C型肝炎全口服新藥納入健保給付

- C型肝炎全口服新藥相較於以往干擾素合併口服 ribavirin 具有較低的副作用、較短的療程期間及高達98.4%的治癒率等優點
- 持續編列C型肝炎用藥預算

年度	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	合計
編列C肝用藥預算	31.01 億元	50.36 億元	73.58 億元	81.66 億元	65.7 億元	56.2 億元	43.2 億元	401.71 億元
C肝全口服新藥治療人數	9,536	19,552	45,798	36,159	20,558	16,445	12,930 (預估)	160,978 (預估)



需治療C型肝炎患者接受抗病毒用藥治療成果

WHO於2030年消除病毒性肝炎目標

在診斷(至少90%的慢性C肝病人被診斷)及治療(至少80%診斷為慢性C肝的病人獲得治療)方面的目標，亦即需有至少72%(90%×80%)慢性C肝病人獲得治療。

目標達成情形

目前已有171,907人接受過治療，治療比率為52.2% (17.2萬人/32.9萬人)，**達72.5% (52.2÷72%)的目標**。

	預估慢性C肝病人數=	WHO 診斷治療目標 ¹ (90%×80%=72%)	目前C肝病人獲得干擾素或全口服新藥治療人數	距72%C肝病人獲得治療目標尚需治療人數
	[A]	[B=A×72%]	[C]	[D=C-B]
特殊族群(不分年齡)	34,075	24,534	22,838	1,696
一般族群(45-79歲)	295,230	212,566	149,069	63,497
合計	329,305	237,100	171,907	65,193

註：預估慢性C肝病人數包含特殊族群(包括透析病人、HIV感染者及美沙冬替代療法病人)及一般族群(45-79歲)，係國健署(原C肝辦公室)以健保署、健康署、心健司等取得資料推估。

11



未來規劃

- ✓ 盤點目前可能具有C型肝炎患者相關資訊之現有資料庫，藉由各資料庫之資訊提供原檢驗診斷之醫療單位，以協助公衛端及醫療端掌握可能的C型肝炎患者名單，
- ✓ 期落實2025年全面消除C肝目標。

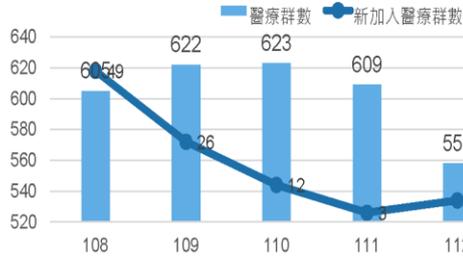
12



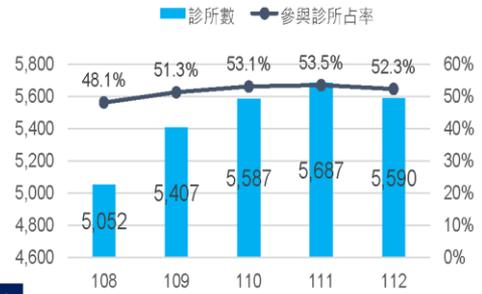
目前家醫計畫執行概況

112年共558個醫療群，診所數5,590家(52%)、醫師數7,807人(45%)，收案達596萬人

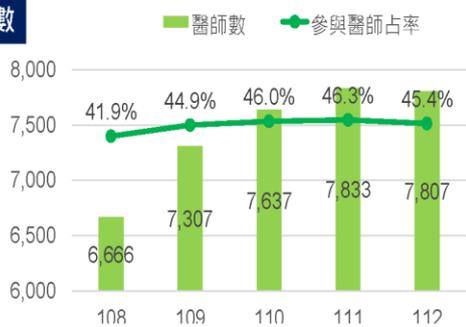
醫療群數



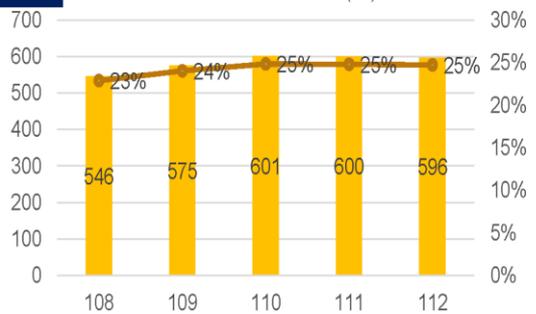
診所數



醫師數



收案人數



家醫計畫未來展望-4大改革方向-8大轉型重點

落實全人全程的醫療照護





促進醫療服務診療項目支付衡平性(因醫療器材使用 規範修訂所致醫療服務成本之提升)

112年醫院及西醫基層總額專款預算：20億元/10億元

通盤檢討支付標準

✓ 預算用途 (問題分析)：

1. 現行多數診療項目係沿用過去公、勞保的支付標準，自健保開辦迄今未曾調整支付點數，以致與實際醫療現況及成本差距趨擴大
2. 近年陸續接獲外界反映支付標準不合理之處，如相同術式不同名稱、章節分類不合理或支付點數無法反應醫療服務成本等

✓ 辦理方式

1. 與醫界共同審視各項診療項目的中英文名稱、支付規範、歸屬章節等合理性
2. 循RBRVS模式，邀請各專科醫學會評定診療項目相對值，以合理調整支付點數，維持各專科診療項目間衡平性

✓ 辦理進度及後續規劃

1. 已盤點各界近期提供之支付標準修訂建議及各項目歷年調整情形。考量調整項目及調整點數幅度，涉及各層級及多個專科別，爰將規劃與醫界多次討論，以達共識
2. 在年度預算額度內，逐年修訂支付標準，以達合理醫療給付之目標

15



促進醫療服務診療項目支付衡平性(因醫療器材使用 規範修訂所致醫療服務成本之提升)(續)

器材使用規範修訂所致醫療服務成本之提升醫療

✓ 預算用途 (問題分析)：

按衛福部單次使用醫材相關規定，自113年1月1日起，醫院不得再自行重消使用單次醫材。現行健保給付診療項目支付點數內含執行過程中必要使用之醫材成本，過往多數係以重消成本列計，惟廠商逐步改成不得重處理醫材，醫院協會反映現行支付點數將無法支應醫材單次使用成本，爰建議調升支付點數，避免壓縮其他人力及設備等成本

✓ 辦理方式

1. 盤點受影響診療項目及其醫材，確認其是否有替代之醫材品項後，推估調升支付點數所需預算
2. 請醫事司評估是否有條件放寬健保診療項目內含之醫材不得重處理之申請原則，並展延得重處理之期限，以緩解醫院表示醫療服務支付點數不符成本之狀況

✓ 辦理進度及後續規劃

1. 參考醫院協會建議，本署規劃調升79項受影響之診療項目支付點數，並提案至112年6月29日112年第2次醫療服務共擬會議討論通過，推估約需17.61億點(醫院：17.33億點 西基：0.22億點)
2. 考量診療項目內含單次使用醫材之校正方式需再釐清，本署將再確認後陳報衛福部

16



簡報完畢
恭請指導



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

住院整合照護服務試辦計畫

主責單位：護理及健康照護司

協辦單位：中央健康保險署

112年8月16日



目前執行成效

醫院總額專款

- 111年10月27日核定**40家醫院計2,847床**辦理（醫中6家、區域16家、地區18家）
- **111年3億元**，醫院申報點數約2,770萬點（醫中8.8%、區域48%、地區43.2%）
- **112年5.6億元**，1月至5月醫院申報點數約8,849萬點（醫中10.3%、區域48.9%、地區40.8%），**整合照護使用率逐步提升，病患、護理人員及輔佐人員皆正向滿意，112年新增醫院試辦**
- **112年試辦計畫**於5月23日公告，共計**106家醫院**送件（醫學中心12家、區域醫院39家、地區醫院55家），床數規模6,230床，預計8月底前完成審查評定

品質監控指標

指標項目	111年 (10-12月)	112年 (1-5月)
全院推動住院整合照護涵蓋率	3.4%	6.7%
住院整合照護病床使用率	14.1%	27.4%
住院整合照護病人總人次數	4,179	12,247
住院整合照護病人平均住院天數	8.8	9.6

指標項目	112年 第1季	112年 第2季
病人及家屬滿意度	89.56%	90.88%
護理人員滿意度	83.38%	84.68%
照護輔佐人員滿意度	80.88%	85%

19



未來規劃（含已推動機制）

醫院推動輔導與宣導

- **輔導培訓**：112年上半年完成4家醫院訪視、3場工作坊及種子人員培訓，**下半年仍規劃3場工作坊進行住院整合照護模式推廣**
- **指引參考**：已完成醫院/民眾版問答集、醫院推動作業指引，建置平台專區予公開參考
- **系統管理**：按月系統登錄，**分析照護人力狀況**（人數、資格及任用方式等）
- **指標監測**：按季問卷調查，掌握試辦執行現況與品質監測指標研議，**精進服務品質指標監測機制**

輔佐人力制度建置

- 112年**開放及輔導聘任**尚未取得護理證照之護理畢業生，已有試辦醫院聘用
- 近期**完成醫院照護輔佐人力制度草案**（含核心能力、資格條件、工作範圍、訓練標準、培訓師資、認定作業），透過本部訂定訓練內容及認證機制，**發展因地制宜、因院創新之輔佐人力**

113年預算規劃

- 「住院整合照護服務」有助改善現行住院照護人力困境，透過護理及照護輔佐人員分級分工，得使護理人員回歸專業工作，減輕護理人員工作負荷及提高住院照護品質
- **113年預算規劃5.6億**，以提供醫院穩定之經費發展本土Skill-Mixed Model，永續醫院醫療服務量能

20



本部全民健康保險會第6屆112年第7次委員會會議

「強化精神照護體系」

心理健康司

112年8月16日

1

壹、II-1強化精神照護體系-進度說明

實施策略	行動計畫	期程/預算額度(萬元)	進度說明
強化精神醫療服務	精神科病人出院後急性後期照護服務(納入全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案)	113年/6,000(健保預算)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 112年預算延續111年新增納入全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案6000萬元。 ■ 113年建議持續編列6000萬元。
	推動抗精神病長效針劑	113年/276,400(健保預算)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 111年1月26日健保署公告全民健保醫療給付，精神長效針劑藥費列為專款項目。 ■ 本案導入後，於精神科醫學會議、6區精神醫療網會議宣導推廣。 ■ 112年預算醫院總額26億6,400元，西醫基層總額1億，得相互流用；113年建議持續編列。

2

行動計畫-

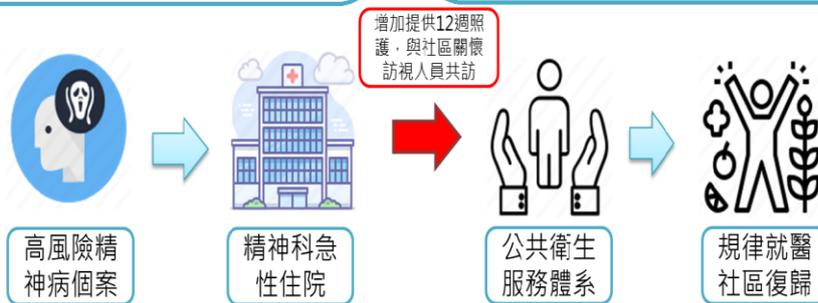
精神科病人出院後急性後期照護服務(PAC)

收案

為鼓勵醫師發掘病人，主動積極介入治療，使**思覺失調症患者**能固定規則接受治療，提高病患治療之依從性，本部修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」，納入「精神科病人出院後急性後期照護服務」。

醫療機構出院後追蹤訪視費

1. 出院後3個月，由醫院主動提供服務。
2. 精神醫療治療(含長效針劑使用)、個案管理服務(公共衛生關懷訪視之連結)
3. 每次訪視支付3,000點/次(3個月內至多申報6次，且其中3次須共訪，共訪對象可為關懷員、心衛社工或公衛護理人員)。



3

行動計畫-推動抗精神病長效針劑(1/4)

思覺失調症藥物治療與施打長效針劑之必要性

1. 部分不規則就醫、抗拒使用口服藥物之病人，有極高機率的再復發、再住院等情形發生，根據統計，**全台約有 1/3 的患者，未能遵從醫囑規律服藥。**
2. 嚴重思覺失調症病人的**再住院率及平均住院天數比一般人來的高。**
3. **首次住院的思覺失調症患者，出院後接受長效針劑治療相較於口服藥物可降低15-20%再住院率；**讓病患使用後精神病症狀明顯改善，可減少急性住院次數，且改善自我照顧能力，增進其生活品質。

行動計畫-推動抗精神病長效針劑 (2/4)

111年執行率佔總額63.9%。

112年1-5月執行率佔總額32.1%。

層級別	開立院所數		使用人數		使用人次		藥費點數	
	111Q1	112Q1	111Q1	112Q1	111Q1	112Q1	111Q1	112Q1
醫學中心	19	19	6,430	7,327	16,389	18,218	125,213,931	147,147,285
區域醫院	73	74	12,718	15,245	36,730	41,883	180,624,497	250,437,401
地區醫院	114	114	5,922	7,561	16,951	20,011	78,009,032	127,274,409
基層診所	68	75	610	701	1,861	2,093	3,500,433	5,639,574
合計	274	282	25,680	30,834	71,931	82,205	387,347,893	530,498,669
成長率	2.92%		20.07%		14.28%		36.96%	

- 111年4月30日完成長效針劑治療參考指引，並辦理政策推廣說明會
- 持續結合台灣精神醫學會於各醫療機構及會議推廣該指引及長效針劑使用

大幅成長

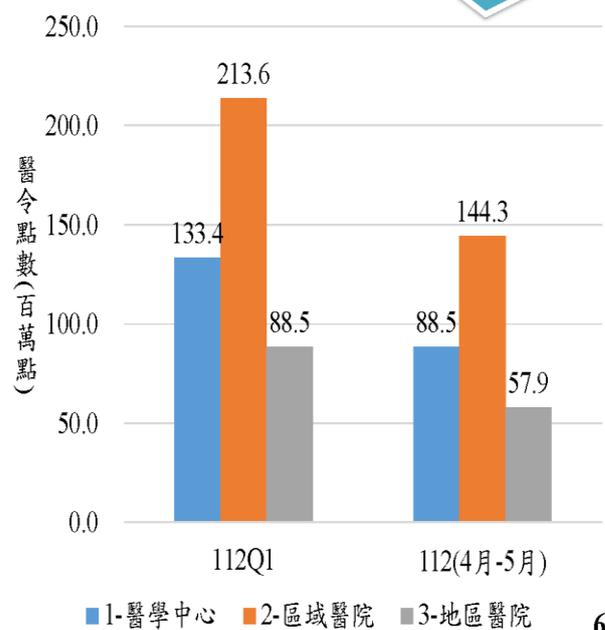
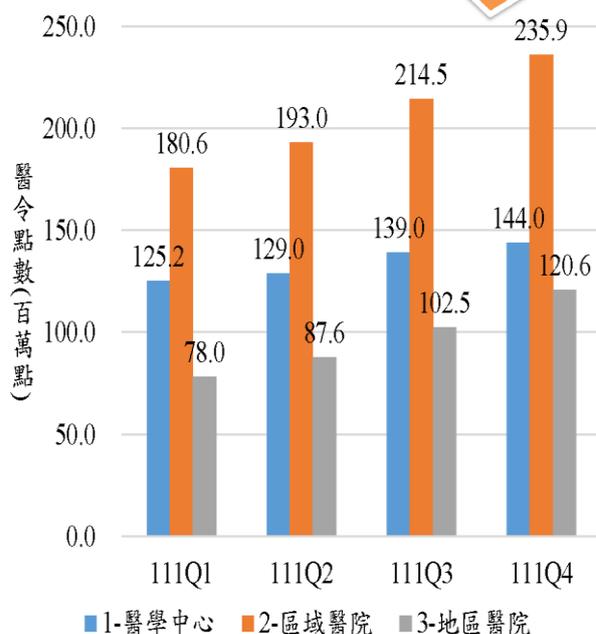


5

行動計畫-推動抗精神病長效針劑 (醫院總額) (3/4)

111年執行率佔總額65.7%

112年1-5月執行率佔總額33.1%

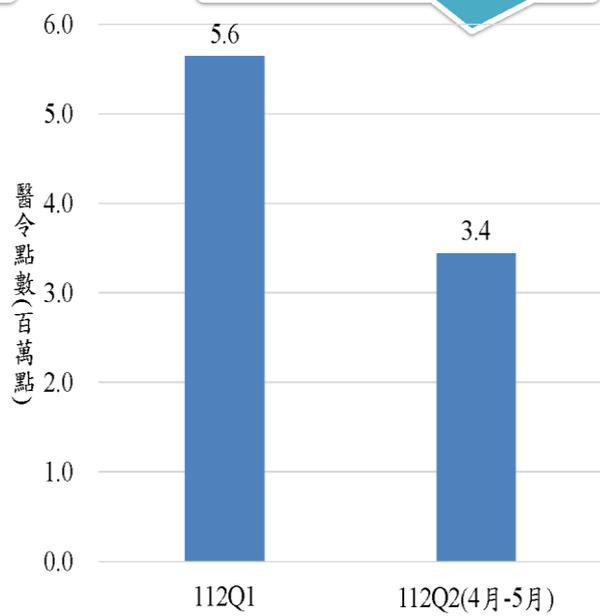
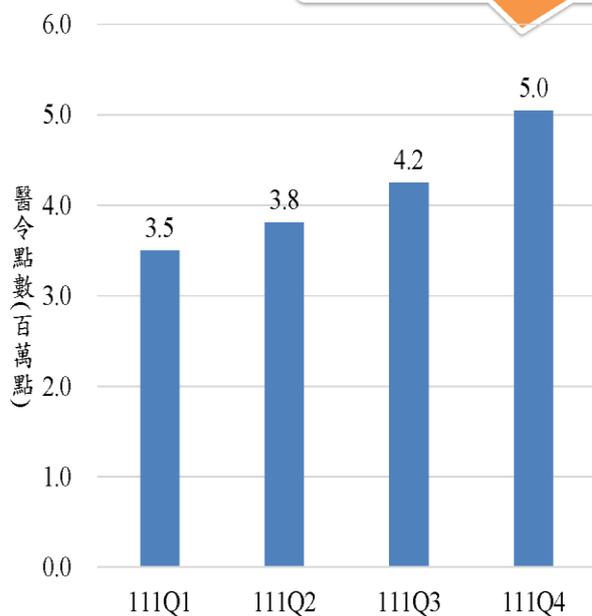


6

行動計畫-推動抗精神病長效針劑 (西醫基層) (4/4)

111年執行率占總額16.6%

112年1-5月執行率占總額9.1%



預期效益

□精神科病人出院後急性後期照護服務：

- ▶對高風險個案之關懷，強化醫療院所對於精神病人個案管理功能。

□推動抗精神病長效針劑：

- ▶運用長效針劑提高病情穩定度，降低個案再住院率，降低醫療負擔。



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE



9



「全民健康保險代謝症候群防治計畫」 113年計畫規劃說明

衛生福利部國民健康署

111年8月16日

113年計畫經費規劃

預算來源：健保西醫基層總額

年度	111	112	113
預算數 (單位：億元)	3.08	6.16	6.16

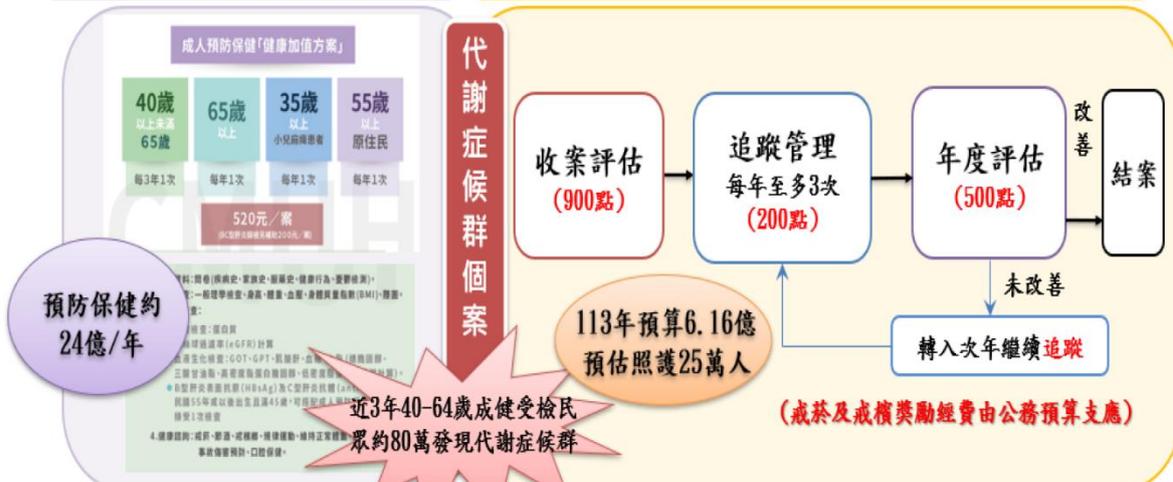
代謝症候群防治預算分配

第一段：健康促進、特殊保護
所有國人之權益—公務預算（菸金）
✓ 成人預防保健服務、戒菸服務、戒癮服務、孕婦產前檢查、兒童預防保健服務

第二段：早期診斷、適當治療
特定個案：疾病診斷與治療—健保

成人預防保健服務

追蹤管理，延緩疾病進程，降低後續慢性病發生



備註：

1. 預防保健預算係為111年決算數，成人預防保健服務的11.23億元、戒菸服務的2.31億元、孕婦產前檢查的7.42億元、兒童預防保健的2.35億元，共計23.31億元。
2. 109-111年40-64歲成健檢查代謝症候群人數的80萬，其中診所約66萬人、醫院約14萬人。(成健結果檔分析)

回應健保會委員意見

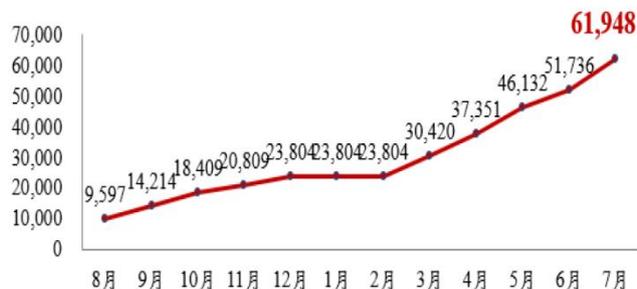
項目	委員意見	回應及執行進度
執行目標	應增加照護人數，並檢討支付單價	1. 113年將研議收案人數上限(200→500人) 2. 建立派案機制，提高診所收案來源
預期效益評估指標 成效評估與追蹤	1. 提出反映效益之量化指標。 2. 建議提出計畫之成本效益分析 3. 成效評估考慮納入使用藥物等因素	辦理「代謝症候群防治品質評估暨輔導計畫」，建立監測指標及診所品質輔導機制
費用支付方式	宜降低評估及檢驗檢查費、提高成效獎勵誘因，避免醫療化。	1. 將3個月內檢驗數據列入收案依據，避免重複檢驗 2. 112年新增「個案績優獎勵指標」，並研議新增腰圍、體重或戒菸等獎勵指標。
費用管控措施及其他建議	1. 應避免重複收案 2. 強化跨專業協力合作，並結合社區資源提供照護 3. 個案應被充分告知及掌握個人健康訊息，以利自我管理 4. 給予個案成效回饋	1. 同一個案不得重複給付追蹤管理費用 2. 結合縣市衛生局連結轄下社區資源予診所應用(行政端協力) 3. 辦理「代謝症候群個案賦能模式計畫」，以提升民眾自我管理能力(風險評估平台+健康存摺)



代謝症候群防治計畫推動現況



每月累計收案人數



每月收案數量升溫中

備註:

1. 健保署醫療資訊系統，統計期間至112.7.31

2. 112年版計畫於112.2.13公告，故112年1-2月收案人數持平



結案原因分析

- 實證顯示若代謝症候群不介入改善，以Pre-DM 為例，一年內會有5%發生DM。
- 計畫執行1年，結案人數1,842人(主要結案原因如下)
 - 「經介入管理後評估已非代謝症候群」399人：介入短期已有個案改善，目前收案6.2萬人中約6成(約3.7萬人)為新收案，將持續管理並觀察改善情形。
 - 「病情變化無法繼續接受本計畫之照護者」1,284人：早期診斷出三高慢性病，讓個案及早銜接所需慢性病照護。

備註:健保署醫療資訊系統，統計期間至112.7.31



計畫初步成果-介入成效

✓ 近3成至少1項指標達標準值

✓ 22.7%自述已無抽菸

✓ 30.8%自述停止嚼檳

健康行為需要長期落實，須持續追蹤個案維持情形。

指標	較收案時改善(%)	達標準值(%)
腰圍	47.2	7.8
BMI	43.3	6.7
血壓	42.5	8.3
血糖	59.0	25.0
TG	60.0	12.3
HDL	53.4	9.8
三高任一指標改善	78.8	28.6

備註:

1. 資料來源：健保署醫療資訊系統，統計期間至112.5.31
2. 有追蹤資料計10,754人。



診所收案現況

加入計畫	具資格家數	有收案家數	未收案家數	收案人數
合計	1,871	1,167	704	61,948

- 約37.6%診所參加未收案
- 約43.6%醫師參加未收案
- 每一診所平均收案數僅**33**人
(有收案診所平均收案數53人)

加入時間	>1月	1~2月	2~3月	>3個月	總計
未收案診所數	83	55	37	529	704

醫界反映未收案原因：
1. 案源不易找到 或 2. 行政作業繁雜

結合縣市衛生局
積極輔導收案

備註:健保署醫療資訊系統,統計期間至112.7.30



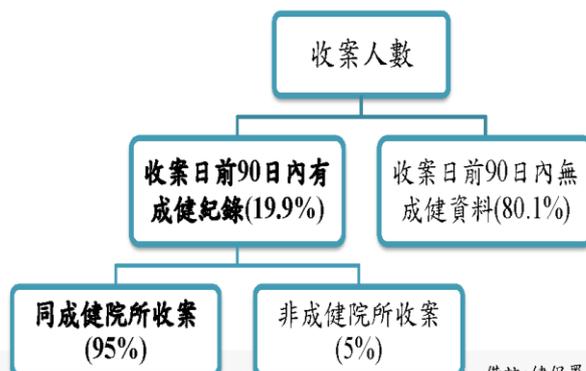
國內代謝症候群人數預估/收案來源現況



- 依據2017-2020年國民營養健康調查,20-64歲國人代謝症候群盛行率約**24.8%**, 預估390萬人
- 110年成人預防保健服務結果,40-64歲接受成健服務的民眾,約**32%**檢查出代謝症候群,近**28.2萬人**

非以3個月內成健異常個案為收案主要來源

20-39歲的收案人數較少



收案年齡層	收案人數	占比(%)
20-39歲	6,515	12.2
40-64歲	47,085	87.8
合計	53,600	100

備註:健保署醫療資訊系統,統計期間至112.6.30



113年計畫推動規劃-提升收案人數

- 擴增診間收案量：112年已將每1診所收案人數上限由200人提升300人，113年研議提升每1診所**收案上限至500人**，輔以品質監測，確保執行成效。
- 擴增收案對象：**建立派案機制**，由健保署定期產出檢驗檢查及成健異常個案名單予院所收案。
- 鼓勵診所收案：精實計畫內容，減少行政作業
- 招募有能力診所加入計畫

DM共照網	加入代謝計畫		總計
	是	否	
診所	683	505	1,188
衛生所	165	78	243

資料統計日期：
 1.糖尿病醫療給付改善方案診所112.4.7
 2.糖尿病健促機構名單112.12.31
 3.代謝症候群防治計畫診所名單112.7.31



113年計畫推動規劃-維持執行誘因

- 保障支付單價
 - 建議維持收案評估900點，鼓勵落實**醫療指導**執行事項

收案評估執行事項

1. 個案收案資料確認(基本檢驗數據)
2. 配合管理所需規劃補充檢驗檢查項目
3. 告知個案計畫管理流程及收案
4. **慢性病風險計算評估**
5. **風險因子評估(菸檳、運動、飲食、腰圍、BMI、三高)**
6. 個案健康指導及衛教(菸檳、運動、飲食)
7. **血壓量測之722指導**
8. **醫病共識改善目標**
9. **完成疾病管理紀錄表交付病人**
10. **個案健康行為及檢驗檢查值上傳VPN系統**



代謝症候群介入成效已有國際實證

- 具有代謝症候群的過重或肥胖成人，在6-12個月的生活型態介入，可降低3.2公分的腰圍^[1]。
- 日本政府自2008年啟動高血脂、高血壓與高血糖早期監測，執行生活型態介入計畫，以預防及減少代謝症候群，分析6年執行成果^[2]：
 - 降低17%-34%使用三高治療藥物風險
 - 降低16%-33%發生代謝症候群的風險
 - 顯著降低BMI與腰圍
- 部長指示本計畫應執行一段時間後，再評估成效(本署已委辦代謝症候群防治品質評估計畫，持續監測執行成效)

1. Rahimi GRM, Yousefabad HA, Niyazi A, Rahimi NM, Alikhajeh Y: Effects of Lifestyle Intervention on Inflammatory Markers and Waist Circumference in Overweight/Obese Adults With Metabolic Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Biological Research for Nursing* 2022, 24(1):94-105.
2. Takeuchi Y, Kashiwabara K, Hosoi H, Imai H, Matsuyama Y: Longitudinal effects of a nationwide lifestyle intervention program on cardiometabolic outcomes in Japan: An observational cohort study. *Preventive Medicine* 2020, 141.

衛生福利部與專家建議

- 部長裁示要點：
 - 本計畫目的在於疾病初期病人之疾病危險因子介入，避免因疾病進展而耗用醫療資源。

■ 專家建議

預防勝於治療，各國健保積極推動預防保健計劃 - 早期發現、早期治療提升健康餘命

- 日本所有健保自2008年起皆納入預防保健與疾病管理，並推動40-74歲特殊健檢與指導計劃藉以改變不健康生活型態，預防代謝症候群減少糖尿病、心血管等慢性之風險。
- 韓國健保給付預防保健，包括健檢、癌篩、代謝症候群、心血管、骨鬆、視聽力篩檢、飲食運動、慢病管理、戒菸等
- 瑞典2014年起推動慢性病國家倡議：強化疾病的預防和早期篩檢，特別針對基層病人生活型態的改變。
- 美國Obamacare (Affordable Care Act) 要求所有健保計畫免費提供臨床與防保健服務(clinical preventive care): 包括疾病早期篩檢與不健康生活型態之改變

資料來源：李玉春教授健保會演講簡報



健康好幫手! --守護國民 促進健康!

促進健康 **Promotion.**
預防疾病 **Prevention.**
安全防護 **Protection.**
共同參與 **Participation.**
夥伴合作 **Partnership!**

民眾為中心的照顧
Person-centred Care

民眾參與
Person engagement
民眾增能
Person empowerment



全民健保癌症治療品質改善計畫 執行規劃說明 (113年總額協商)

衛生福利部 中央健康保險署、國民健康署

112年8月16日



【全民健康保險醫療給付總額中長期政策目標及其相關計畫協調會報】 部長提示 / 裁示事項及預算

- ◆ **113年度總額政策目標**：整合公共衛生體系與健保資源，發展以人為本的照護模式，積極提升民眾健康【改善健康、提升效率與維持公平】。
- ◆ **112年6月1日起實施**，執行一段時間後再看是否需修正（112年6月）。
- ◆ 預算金額維持5.17億元（同112年），惟因應口腔癌項目可由牙科執行，新增牙醫總額（0.1億元），並調整醫院總額（4.14億元）及西醫基層總額（0.93億元）。



36

預期效益-增加發現早期及癌症個案



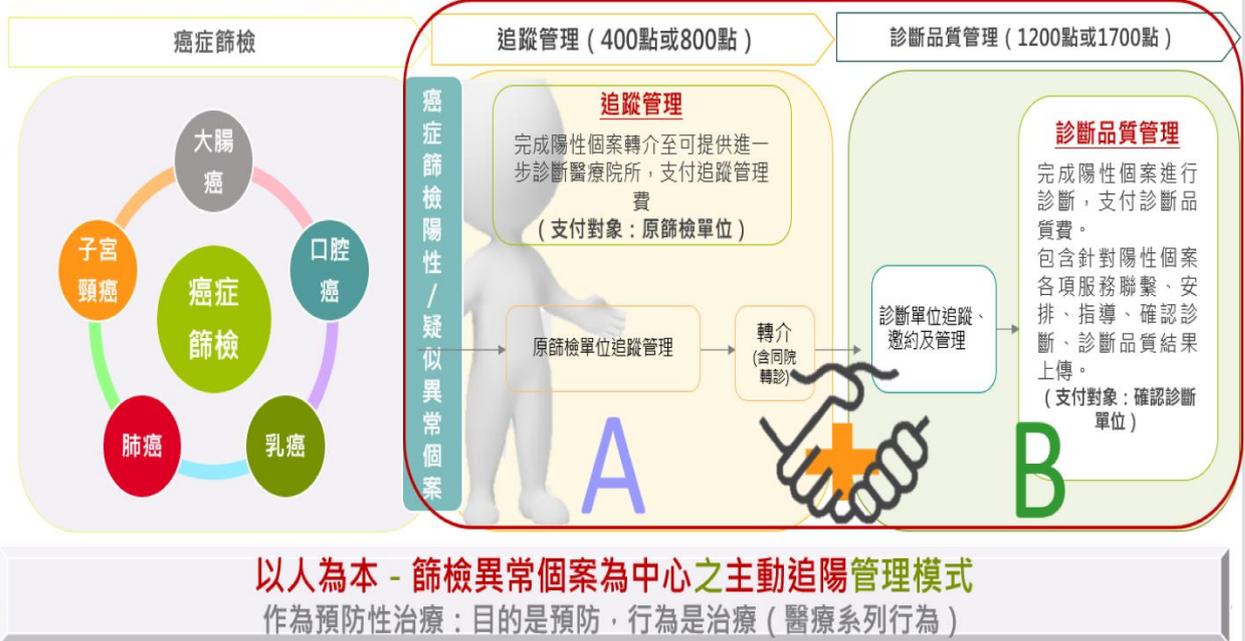
3

計畫規劃方案

第一段：健康促進、特殊保護
所有國人之權益 - 公務預算 (菸金)

- ✓ 促進國民健康、普及預防保健服務
- ✓ 推廣並提供符合經濟效益之癌症篩檢

第二段：早期診斷、適當治療
特定個案：疾病診斷與治療 - 健保



陽性/異常個案資格條件、支付點數及支付對象

癌別	追蹤管理費			診斷品質費		
	陽性/異常個案	點數	支付對象	確診方式/條件及品質指標	點數	支付對象
大腸癌	➢ FIT陽性	800	原篩檢醫事服務機構	✓ 大腸鏡確診+大腸鏡報告及大腸鏡確診結果	1700	接受轉診之確診醫事服務機構
	➢ 經轉診至國民健康署審查通過之「確診醫院」或「確診及治療醫院專科醫師評估需進行切片確診	400		✓ 切片確診+口腔黏膜病變個案複檢(確診結果(含病理報告)	1700	接受轉診之國健署審查通過之「確診醫院」或「確診及治療醫院」
口腔癌 (西醫基層、醫院及牙醫總額)	➢ 高癌化異常者：包括疑似口腔癌、口腔內外不明原因腫塊、紅斑、紅白斑、疣狀增生、非均質性白斑、均質性厚白斑	800	原篩檢醫事服務機構	✓ 切片確診 (如為子宮頸癌，須完成手術或治療)+切片個案資料登記表	1200	接受轉診之確診醫事服務機構
	➢ 抹片判讀結果為AGC/HSIL以上 (5,8-13,15-18)	800		✓ 複診，結果為Category1、2、3結果+陽性個案追蹤表	1200	接受轉診之複診醫事服務機構
子宮頸癌	➢ Category 0	400	原篩檢醫事服務機構	✓ 切片確診 (如為子宮頸癌，須完成手術或治療)+切片個案資料登記表	1200	接受轉診之確診醫事服務機構
	➢ Category 4、5	800		✓ 複診，結果為Category1、2、3結果+陽性個案追蹤表	1200	接受轉診之複診醫事服務機構
乳癌	➢ Category 4、5	800	原篩檢醫事服務機構	✓ 確診/復診後需再進行確診，如為乳癌，需完成手術或治療+陽性個案追蹤表	1700	接受轉診之通過國健署核可之「確診醫院」或「確診及治療醫院」
	➢ Category 3	400		✓ 檢查追蹤+疑似異常個案追蹤表	1200	接受轉診之追蹤醫事服務機構
肺癌 (醫院總額)	➢ Category 3	400	原篩檢醫事服務機構	✓ 檢查追蹤+疑似異常個案追蹤表	1200	接受轉診之追蹤醫事服務機構
	➢ Category 4A、4B/4X	800		✓ 確診/檢查追蹤後需再進行切片確診+疑似異常個案追蹤表	1700	接受轉診之確診醫事服務機構

敬請各界代表繼續支持～
謝謝

40



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

慢性傳染病照護品質計畫

-結核病(TB)/潛伏結核感染(LTBI)/愛滋病毒感染(HIV)治療照護

主責單位：疾病管制署

協辦單位：中央健康保險署

112年8月16日



提升疾病照護品質、降低健保醫療支出

與112年計畫相同

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

每年約2.09億元(醫院總額約1.88億元、西醫基層總額約0.21億元)



潛伏結核感染治療品質支付服務計畫(約2,500萬元/年)

- 運用既有結核病服務架構增設LTBI治療管理照護服務。
- 避免LTBI進展成為結核病，減少結核病健保醫療費用支出。



愛滋照護管理品質支付計畫(約9,000萬元/年)

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



長照機構加強型結核病防治計畫(約9,400萬元/年)

- 長照機構住民及工作人員LTBI檢驗及治療、導入結核菌快速分子檢測及早診斷。
- 降低機構內疾病傳播風險，減少後續結核病治療照護之醫療照護費用支出。



112.6.1公告生效

系統功能修改及上線



製作QA並於本署及 健保署網頁設置專區



召開4場說明會 (衛生局所及醫療院所)



將依健保署8月提供之申報資料分析後，進行滾動式調整

衛生福利部全民健康保險會
第6屆112年第7次委員會議



112年第2季
全民健康保險業務執行季報告

中央健康保險署
李丞華副署長
112年8月16日

1



112年迄今公告生效之癌藥

藥費約 18.72億元~31.55億元

截至112年8月1日，新增癌藥7項

項次	藥品	適應症	人年藥費	健保財務衝擊評估 (第一年至第五年)
1	Tecentriq (atezolizumab) double A	肝細胞癌	300萬元	人數：1,267人至2,072人 藥費 ^註 ：10.36億元至16.95億元 財務影響 ^註 ：3.05億元至4.99億元
2	Tepmetko (tepotinib)	轉移性之非小細胞肺癌 (NSCLC)	250萬元	人數：139人至241人 藥費：4.28億元至7.49億元 財務影響：3.45億元至6.07億元
3	Qarziba (dinutuximab beta)	高危險神經母細胞瘤病人	745萬元	人數：14人至14人 藥費：1.04億元至1.04億元 財務影響：1.04億元至1.04億元
4	Pemazyre (pemigatinib)	局部晚期或轉移性肝內膽管癌	456萬元	人數：27人至54人 藥費：0.70億元至1.39億元 財務影響：0.70億元至1.39億元
5	Xospata (gilteritinib)	復發性或難治性急性骨髓性白血病	249萬元	人數：36人至33人 藥費：0.91億元至0.83億元 財務影響：0.89億元至0.81億元
6	Calquence (acalabrutinib)	被套細胞淋巴瘤成年病人具有17p 缺失的慢性淋巴球性白血病(CLL)	206萬元	人數：74人至149人 藥費：1.21億元至2.96億元 財務影響：0.03億元至0.5億元
7	Zejula (niraparib)	晚期表皮卵巢癌、輸卵管腫瘤或原發性腹膜癌	179萬元	人數：12人至54人 藥費：0.22億元至0.89億元 財務影響：節省0.07億元至節省0.21億元

註：●藥費：HTA推估近5年醫療院所申報之藥費點數 ●財務影響：申報藥費扣除取代藥費後之財務預估

2



112年迄今公告生效之罕藥

藥費約 22.04億元~29.56億元

截至112年8月1日，新增罕藥8項

項次	藥品	適應症	人年藥費	健保財務衝擊評估 (第一年至第五年)
1	Zolgensma (onasemnogene abeparvovec)	脊髓肌肉萎縮症 (SMA)	4,900萬元 (終身)	人數：8人至9人 藥費：3.92億元至4.41億元 財務影響：3.92億元至4.41億元
2	Evrysdi (risdiplam)	脊髓肌肉萎縮症 (SMA)	684萬元	人數：61人至62人 藥費：4.12億元至4.09億元 財務影響：3.98億元至3.67億元
3	Onpattro (patisiran)	家族性澱粉樣多發性神經 病變 (FAP)	893萬元	人數：36人至66人 藥費：3.13億元至5.85億元 財務影響：3.13億元至5.85億元
4	PhosAdd Tab.(KH ₂ PO ₄ +Na ₂ HPO ₄ +NaH ₂ PO ₄ ·H ₂ O)	性聯遺傳型低磷酸鹽佝僂 症	3萬元	人數：36人至106人 藥費：105萬元至296萬元 財務影響：17萬元至48萬元
5	Zeposia (ozanimod)	復發型多發性硬化症	32萬元	人數：72人至170人 藥費：2,260萬元至5,366萬元 財務影響：節省117萬元至節省278萬元
6	Nexvazyme (avalglucosidase alfa)	六個月以上龐貝氏症	1,248萬元	人數：91人至94人 藥費：9.38億元至10.36億元 財務影響：節省5.12億元至節省6.57億元
7	Teglutik (riluzole)	肌萎縮脊髓側索硬化症	8.8萬元	人數：36人至138人 藥費：315萬元至1208萬元 財務影響：節省45萬元至節省173萬元
8	Galafold(migalastat)	法布瑞氏症	561萬元	人數：22人至74人 藥費：1.22億元至4.16億元 財務影響：節省0.59億元至節省2億元



112年迄今公告生效之新藥(罕癌藥除外)

藥費約 12.11億元~26.86億元

截至112年8月1日，新增藥品5項

項次	藥品	適應症	人年藥費	健保財務衝擊評估 (第一年至第五年)
1	Hemlibra (emicizumab)	血友病	兒童537萬元 成人1,241萬元	人數：99人至214人 藥費：10.5億元至21.22億元 財務影響：3.67億元至7.58億元
2	Fespixon (到手香萃取物及 積雪草萃取物)	糖尿病足傷口潰瘍	2萬元	人數：550人至1,280人 藥費：0.11億元至0.25億元 財務影響：0.11億元至0.25億元
3	Jyseleca (filgotinib)	類風濕性關節炎	24萬	人數：334人至2,038人 藥費：0.55億元至3.38億元 財務影響：節省0.16億元至0.96億元
4	Cibinqo (abrocitinib)	異位性皮膚炎	30萬	人數：184人至361人 藥費：0.55億元至1.08億元 財務影響：節省0.27億元至節省0.53億元
5	Entyvio (vedolizumab)	克隆氏症及潰瘍性結腸炎	32萬	人數：301人至708人 藥費：0.4億元至0.93億元 財務影響：節省0.05億元至節省0.1億元

112年公告新藥預估藥費：

- 癌藥：藥費約 18.72億元~31.55億元
- 罕藥：藥費約 22.04億元~29.56億元
- 新藥(罕癌藥除外)：藥費約 12.11億元~26.86億元

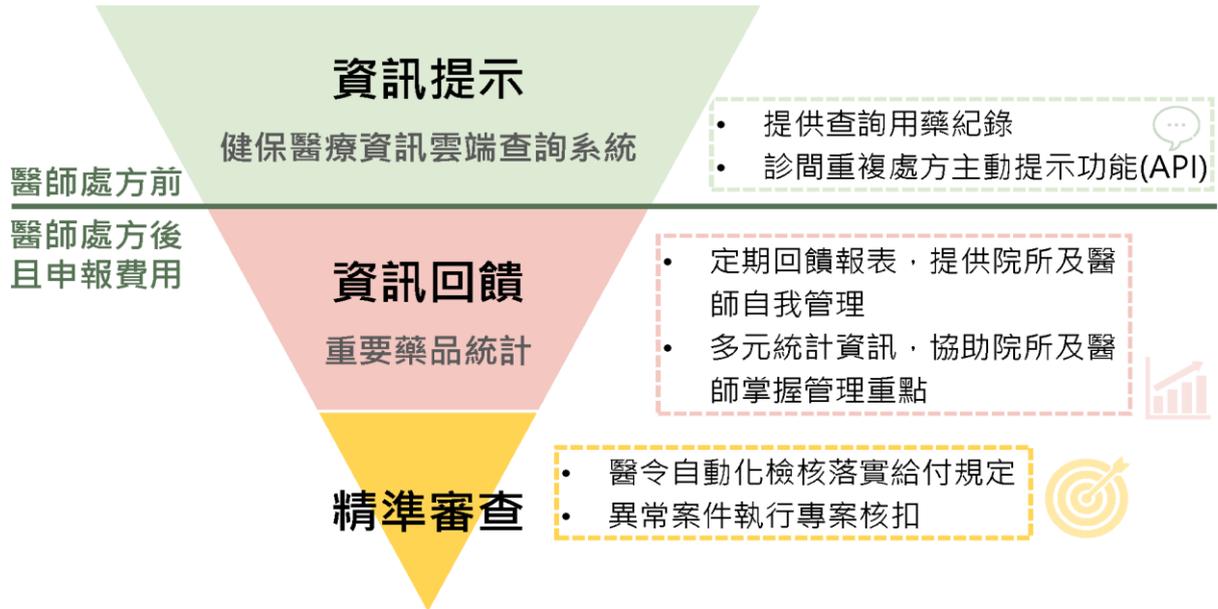
總計

52.87億元
至
87.97億元



合理用藥管理策略

- ◆ 運用多元管理措施，減少醫師重複處方藥品，守護民眾用藥安全
- ◆ 經估算111年減少重複藥費約16.2億元



5



新功能特材及給付規定改變預算，經共同擬訂會議通過及公告情形 以放寬人工電子耳第二耳給付為例

優化
兒童照護

人工電子耳納入健保時程

未滿18歲兒童納入第一耳人工電子耳

106年7月1日生效	放寬人工電子耳第二耳給付
嘉惠277位兒童/年	112年7月1日生效
平均年挹注1.65億點	嘉惠168位兒童/年
	推估預算0.99億

健保給付特材

包含部分：

植入體及聲音處理器

現行支付點數：

570,069點~588,997點

◆ 疾病介紹：

給付**重度及極重度的感音性聽損**，其主要病變處是耳蝸毛細胞的損失，耳蝸後的聽覺神經傳導路徑是完整的，故藉由微量電流刺激殘存聽神經→**需仰賴人工電子耳**，才可改善聽力。



◆ 醫療科技再評估(HTR)：

- 報告顯示人工電子耳雙耳植入為國際趨勢，且能優化兒童聽力發展。
- 目前英國、韓國等國家，建議雙側植入人工電子耳，並訂有給付規定。
- 雙側較單側能改善聽力、言語理解、口語表達能力；第一耳與第二耳植入間隔時間雖可能會影響溝通能力改善的時間曲線，但不影響其改善的幅度。

6



健保雲端系統促進口腔健康

擴增提供醫師診療所需資訊

- ◆ 配合口腔健康司執行醫事司**幼兒專責醫師制度計畫**
- ◆ 發展以幼兒為中心的健康照護制度，落實初級照護與健康促進
- ◆ 精進健保雲端系統資訊完整



- ◆ **112年7月起牙科處置及手術頁籤新增呈現資訊:**

國內兒童近24個月內牙齒塗氟及窩溝封填

(醫令代碼：81、87-89、8A-8P)

近24個月齲齒經驗之高風險患者氟化物治療等10項醫令

(醫令代碼：P30002、P6702C~P6705C、P7101C~P7102C、P7301C~P7303C)

- ◆ 作為醫師診療參考，本署已轉知健保特約院所可善加操作利用

7



全民健康保險代謝症候群防治計畫修正案

112年7月17日公告修正

修正
重點

01

每一診所收案人數上限
由200人**提高至300人**



02

修訂診所品質獎勵費代謝症候群改善率
之戒菸成效指標



03

修訂個案績優改善獎勵費支付條件為
結案日前6個月內，個案無三高用藥紀錄



8

衛生福利部中央健康保險署「112年7月份全民健康保險業務執行季報告」之「肆、醫療業務」之「二十一、分級醫療執行情形」(第43頁)

112年1-6月分級醫療執行情形

(一) 各層級轉診就醫情形：

- 1、112年1-6月各層級就醫占率：醫學中心 10.74%、區域醫院 14.59%、地區醫院 10.77%，基層診所 63.90%。

112年受疫情影響減少，整體就醫次數較106年(基期)同期增加，各層級就醫件數區域醫院及地區醫院減少，餘層級均增加；就醫件數占率醫學中心及地區院所增加，可能與疫情趨緩民眾自行就醫有關。

單位：千件

總就醫次數	106年1-6月		112年1-6月	
	值	占率	值	占率
合計	146,147	100.00%	146,917	100.00%
醫學中心	15,438	10.56%	15,780	10.74%
區域醫院	21,843	14.95%	21,438	14.59%
地區醫院	14,356	9.82%	15,822	10.77%
基層診所	94,509	64.67%	93,877	63.90%

◎資料來源：多模型健保資料平台：門診明細檔(擷取時間：112.8.11)

◎資料範圍：總額內、外案件。

◎總就醫次數：取醫事類別為醫院(12)、基層(11)之案件，排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」及「同一療程及排程」案件。

2、轉診案件申報情形(以接受轉診端分析)：

112年1-6月總轉診案件1,277千件，占總就醫件數比率0.87%(106年同期為0.78%)。其中轉診至醫學中心就醫315千件，占該層級就醫件數比率2.00%(106年同期為2.94%)；轉診至區域醫院就醫300千件，占該層級就醫

件數比率 1.40% (106 年同期為 2.51%)，轉診至地區醫院就醫 149 千件，占該層級就醫件數比率 0.94% (106 年同期為 0.93%)；轉診至基層診所就醫 513 千件，占該層級就醫件數比率 0.55% (106 年同期為 0.002%)。

單位：千件

接受院所層級	106 年 1-6 月		112 年 1-6 月	
	值	轉診率	值	轉診率
合計				
總就醫件數	146,147		146,917	
轉診件數	1,138	0.78%	1,277	0.87%
醫學中心				
總就醫件數	15,438		15,780	
轉診件數	453	2.94%	315	2.00%
區域醫院				
總就醫件數	21,843		21,438	
轉診件數	549	2.51%	300	1.40%
地區醫院				
總就醫件數	14,356		15,822	
轉診件數	134	0.93%	149	0.94%
基層診所				
總就醫件數	94,509		93,877	
轉診件數	2	0.002%	513	0.55%

◎資料來源：多模型健保資料平台：門診明細檔(擷取時間：112.8.11)

◎轉診案件：就醫日期為 106/112 年 1-6 月且申報以下案件，並排除透析案件(案件分類為 05)、申報院所代號第一碼為 A、H、J、Q、R、S 之案件。

▲轉診：(1)申報部分負擔代碼 A30、B30、C30、008、D30、001、002、003、004、005、006、007、008、009、011、801、802、901、902、903、904、905、906、907 且轉代檢註記為 1 且來源院所代號不等於轉入院所代號。

(2)申報部分負擔代碼 A30、B30、C30、008、D30、001、002、003、004、005、006、007、008、009、011、801、802、901、902、903、904、905、906、907 且轉代檢註記為 G9、G5、C6、F3、FT、JA(偏鄉、IDS)且來源院所代號等於轉入院所代號。

(3)接受轉診醫令代碼 01038C。

▲視同轉診：申報部分負擔代碼為 A40、B40、C40、A31、B31、C31 或部分負擔代碼為 C30 且轉代檢註記為 T 之案件。

(二) 112 年 1-6 月各層級轉診流向(不含視同轉診案件)：

- 1、醫學中心轉出 41,272 件，其中 15.86% 轉至區域醫院、46.27% 轉至地區醫院、33.53% 轉至基層診所、4.34% 轉

至其他醫學中心。

- 2、區域醫院轉出 68,554 件，其中 30.58% 轉至醫學中心、13.97% 轉至地區醫院、31.09% 轉至基層診所、24.36% 轉至其他區域醫院。
- 3、地區醫院轉出 100,328 件，其中 51.43% 轉至醫學中心、28.96% 轉至區域醫院、6.88% 轉至基層診所、12.74% 轉至其他地區醫院。
- 4、基層診所轉出 412,999 件，其中 44.57% 轉至醫學中心、39.56% 轉至區域醫院、12.99% 轉至地區醫院、2.88% 轉至其他基層診所。

轉出院所										
接受院所	合計		醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所	
	件數	占率	件數	占率	件數	占率	件數	占率	件數	占率
106 年 1-6 月										
合計	320,739	100.00%	4,969	100.00%	13,920	100.00%	43,765	100.00%	244,477	100.00%
醫學中心	136,062	42.42%	1,305	26.26%	8,234	59.15%	18,983	43.37%	106,444	43.54%
區域醫院	156,874	48.91%	2,465	49.61%	4,078	29.30%	22,523	51.46%	116,065	47.47%
地區醫院	25,883	8.07%	1,187	23.89%	1,323	9.50%	2,074	4.74%	20,532	8.40%
基層診所	1,920	0.60%	12	0.24%	285	2.05%	185	0.42%	1,436	0.59%
112 年 1-6 月										
合計	626,824	100.00%	41,272	100.00%	68,554	100.00%	100,328	100.00%	412,999	100.00%
醫學中心	259,273	41.36%	1,793	4.34%	20,966	30.58%	51,594	51.43%	184,073	44.57%
區域醫院	217,934	34.77%	6,547	15.86%	16,697	24.36%	29,050	28.96%	163,363	39.56%
地區醫院	95,668	15.26%	19,095	46.27%	9,580	13.97%	12,782	12.74%	53,666	12.99%
基層診所	53,949	8.61%	13,837	33.53%	21,311	31.09%	6,902	6.88%	11,897	2.88%

◎資料來源：多模型健保資料平台：門診明細檔(擷取時間：112.8.11)

(三)另各分區 112 年 1-6 月總就醫次數申報及各層級占率變化情形、轉診案件申報情形及各層級轉診流向分析(表 38-表 40)。

表 38 總就醫次數申報及各層級占率變化情形-分區別

總就醫次數	106年1-6月		112年1-6月	
	值(千)	占率	值(千)	占率
臺北				
合計	46,797	100.00%	47,059	100.00%
醫學中心	7,265	15.52%	7,110	15.11%
區域醫院	7,685	16.42%	7,925	16.84%
地區醫院	2,939	6.28%	3,331	7.08%
基層院所	28,907	61.77%	28,693	60.97%
北區				
合計	21,060	100.00%	22,124	100.00%
醫學中心	1,651	7.84%	1,555	7.03%
區域醫院	2,971	14.11%	2,908	13.14%
地區醫院	2,608	12.39%	3,089	13.96%
基層院所	13,830	65.67%	14,572	65.87%
中區				
合計	29,378	100.00%	29,506	100.00%
醫學中心	2,944	10.02%	3,165	10.73%
區域醫院	3,551	12.09%	3,630	12.30%
地區醫院	3,815	12.99%	3,884	13.16%
基層院所	19,067	64.90%	18,826	63.81%
南區				
合計	21,504	100.00%	21,000	100.00%
醫學中心	1,264	5.88%	1,355	6.45%
區域醫院	4,109	19.11%	3,717	17.70%
地區醫院	1,484	6.90%	1,968	9.37%
基層院所	14,647	68.11%	13,961	66.48%
高屏				
合計	24,200	100.00%	24,247	100.00%
醫學中心	1,992	8.23%	2,251	9.28%
區域醫院	3,059	12.64%	2,804	11.57%
地區醫院	3,070	12.69%	3,126	12.89%
基層院所	16,078	66.44%	16,065	66.26%
東區				
合計	3,209	100.00%	2,981	100.00%
醫學中心	322	10.04%	344	11.54%
區域醫院	467	14.55%	454	15.23%
地區醫院	439	13.69%	424	14.23%
基層院所	1,980	61.72%	1,759	59.00%

◎ 資料範圍：總額內、外案件(擷取時間：112.8.11)。

◎ 總就醫次數：取醫事類別為醫院(12)、基層(11)之案件，排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」案件。

表 39 轉診案件申報情形-分區別

接受院所層級	106年1-6月		112年1-6月	
	值(千)	轉診率	值(千)	轉診率
臺北				
總就醫次數	46,797		47,059	
轉診案件	328	0.70%	399	0.85%
醫學中心				
總就醫次數	7,265		7,110	
轉診案件	191	2.63%	120	1.69%
區域醫院				
總就醫次數	7,685		7,925	
轉診案件	119	1.55%	77	0.97%
地區醫院				
總就醫次數	2,939		3,331	
轉診案件	17	0.59%	27	0.81%
基層診所				
總就醫次數	28,907		28,693	
轉診案件	0.3	0.001%	175	0.61%
北區				
總就醫次數	21,060		22,124	
轉診案件	160	0.76%	185	0.83%
醫學中心				
總就醫次數	1,651		1,555	
轉診案件	59	3.56%	23	1.48%
區域醫院				
總就醫次數	2,971		2,908	
轉診案件	84	2.81%	60	2.06%
地區醫院				
總就醫次數	2,608		3,089	
轉診案件	17	0.64%	25	0.81%
基層診所				
總就醫次數	13,830		14,572	
轉診案件	1	0.004%	76	0.52%
中區				
總就醫次數	29,378		29,506	
轉診案件	270	0.92%	267	0.91%
醫學中心				
總就醫次數	2,944		3,165	
轉診案件	97	3.30%	80	2.53%
區域醫院				
總就醫次數	3,551		3,630	
轉診案件	121	3.40%	49	1.35%
地區醫院				
總就醫次數	3,815		3,884	
轉診案件	52	1.37%	35	0.90%
基層診所				
總就醫次數	19,067		18,826	
轉診案件	0.1	0.0005%	104	0.55%

接受院所層級	106年1-6月		112年1-6月	
	值(千)	轉診率	值(千)	轉診率
南區				
醫學中心	總就醫次數	21,504	21,000	
	轉診案件	215	201	0.96%
區域醫院	總就醫次數	1,264	1,355	
	轉診案件	49	40	2.94%
地區醫院	總就醫次數	4,109	3,717	
	轉診案件	147	60	1.62%
基層診所	總就醫次數	1,484	1,968	
	轉診案件	18	21	1.05%
	總就醫次數	14,647	13,961	
	轉診案件	1.05	81	0.58%
高屏				
醫學中心	總就醫次數	24,200	24,247	
	轉診案件	136	193	0.80%
區域醫院	總就醫次數	1,992	2,251	
	轉診案件	48	48	2.13%
地區醫院	總就醫次數	3,059	2,804	
	轉診案件	62	43	1.53%
基層診所	總就醫次數	3,070	3,126	
	轉診案件	25	35	1.12%
	總就醫次數	16,078	16,065	
	轉診案件	0.2	67	0.42%
東區				
醫學中心	總就醫次數	3,209	2,981	
	轉診案件	30	32	1.07%
區域醫院	總就醫次數	322	344	
	轉診案件	10	5	1.45%
地區醫院	總就醫次數	467	454	
	轉診案件	17	10	2.21%
基層診所	總就醫次數	439	424	
	轉診案件	4	6	1.42%
	總就醫次數	1,980	1,759	
	轉診案件	0.000	11	0.63%

◎轉診案件：就醫日期為 112 年 1-6 月且申報以下案件，並排除透析案件(案件分類為 05)、申報院所代號第一碼為 A、H、J、Q、R、S 之案件。

▲轉診：(1)申報部分負擔代碼 A30、B30、C30、008、D30、001、002、003、004、005、006、007、008、009、011、801、802、901、902、903、904、905、906、907 且轉代檢註記為 1 且來源院所代號不等於轉入院所代號。

(2)申報部分負擔代碼 A30、B30、C30、008、D30、001、002、003、004、005、006、007、008、009、011、801、802、901、902、903、904、905、906、907 且轉代檢註記為 G9、G5、C6、F3、FT、JA(偏鄉、IDS)且來源院所代號等於轉入院所代號。

(3)接受轉診醫令代碼 01038C。

▲視同轉診：申報部分負擔代碼為 A40、B40、C40、A31、B31、C31 或部份負擔代碼為 C30 且轉代檢註記為 T 之案件。

表 40 各層級轉診流向分析-分區別

接受院所		轉出院所									
		合計		醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所	
		件數	占率	件數	占率	件數	占率	件數	占率	件數	占率
臺北											
106年1-6月											
合計	80,355	100%	1,227	100%	4,812	100%	7,515	100%	66,881	100%	
醫學中心	55,988	70%	889	72%	3,939	82%	5,923	79%	45,237	68%	
區域醫院	19,765	25%	184	15%	737	15%	1,165	16%	17,679	26%	
地區醫院	4,395	5%	151	12%	132	3%	306	4%	3,806	6%	
基層診所	207	0%	3	0%	4	0%	41	1%	159	0%	
112年1-6月											
合計	194,049	100%	12,160	100%	15,682	100%	22,466	100%	143,284	100%	
醫學中心	102,009	53%	910	7%	7,774	50%	16,729	74%	76,588	53%	
區域醫院	60,053	31%	1,307	11%	2,390	15%	3,647	16%	52,267	36%	
地區醫院	16,504	9%	5,179	43%	812	5%	582	3%	9,924	7%	
基層診所	15,483	8%	4,764	39%	4,706	30%	1,508	7%	4,505	3%	
北區											
106年1-6月											
合計	65,378	100%	210	100%	2,772	100%	31,198	100%	31,198	100%	
醫學中心	21,356	33%	85	40%	1,347	49%	9,962	32%	9,962	32%	
區域醫院	37,005	57%	72	34%	1,187	43%	17,873	57%	17,873	57%	
地區醫院	6,222	10%	49	23%	143	5%	3,015	10%	3,015	10%	
基層診所	795	1%	4	2%	95	3%	348	1%	348	1%	
112年1-6月											
合計	82,673	100%	4,249	100%	12,326	100%	14,995	100%	50,572	100%	
醫學中心	17,581	21%	55	1%	1,971	16%	2,792	19%	12,748	25%	
區域醫院	40,284	49%	702	17%	1,870	15%	8,948	60%	28,297	56%	
地區醫院	16,609	20%	1,712	40%	4,042	33%	1,755	12%	9,051	18%	
基層診所	8,199	10%	1,780	42%	4,443	36%	1,500	10%	476	1%	
中區											
106年1-6月											
合計	80,971	100%	464	100%	1,818	100%	17,702	100%	60,987	100%	
醫學中心	39,418	49%	74	16%	1,126	62%	7,118	40%	31,100	51%	
區域醫院	31,864	39%	65	14%	370	20%	9,564	54%	21,865	36%	
地區醫院	9,600	12%	324	70%	322	18%	995	6%	7,959	13%	
基層診所	89	0%	1	0%	-	-	25	0%	63	0.10%	
112年1-6月											
合計	143,479	100%	12,368	100%	8,849	100%	24,195	100%	96,972	100%	
醫學中心	70,968	49%	223	2%	3,708	42%	16,614	69%	49,703	51%	
區域醫院	37,622	26%	489	4%	590	7%	4,714	19%	31,648	33%	
地區醫院	25,502	18%	7,636	62%	801	9%	1,783	7%	15,088	16%	
基層診所	9,387	7%	4,020	33%	3,750	42%	1,084	4%	533	1%	
南區											
106年1-6月											
合計	66,826	100%	1,845	100%	1,463	100%	7,089	100%	56,429	100%	
醫學中心	13,869	21%	143	8%	800	55%	1,264	18%	11,662	21%	
區域醫院	48,612	73%	1,343	73%	406	28%	5,749	81%	41,114	73%	
地區醫院	3,300	5%	355	19%	71	5%	47	1%	2,827	5%	
基層診所	1,045	2%	4	0%	186	13%	29	0%	826	1%	

轉出院所										
接受院所	合計		醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所	
	件數	占率	件數	占率	件數	占率	件數	占率	件數	占率
112年1-6月										
合計	89,074	100%	5,207	100%	11,079	100%	11,209	100%	61,179	100%
醫學中心	26,229	29%	83	2%	2,156	19%	3,344	30%	20,627	34%
區域醫院	39,980	45%	2,119	41%	508	5%	6,681	60%	30,303	50%
地區醫院	12,059	14%	1,357	26%	2,199	20%	169	2%	8,322	14%
基層診所	10,806	12%	1,648	32%	6,216	56%	1,015	9%	1,927	3%

高屏

106年1-6月										
合計	33,364	100%	1,255	100%	3,039	100%	6,173	100%	23,074	100%
醫學中心	10,603	32%	112	9%	934	31%	2,571	42%	6,986	30%
區域醫院	18,852	57%	798	64%	1,363	45%	3,187	52%	13,504	59%
地區醫院	3,865	12%	305	24%	644	21%	397	6%	2,519	11%
基層診所	44	0%	-	-	-	-	4	0%	40	0%
112年1-6月										
合計	102,313	100%	7,073	100%	16,879	100%	22,513	100%	55,609	100%
醫學中心	39,544	39%	442	6%	4,664	28%	10,282	46%	24,153	43%
區域醫院	31,377	31%	1,704	24%	8,154	48%	3,736	17%	17,583	32%
地區醫院	21,642	21%	2,966	42%	1,506	9%	7,498	33%	9,636	17%
基層診所	9,750	10%	1,961	28%	2,555	15%	997	4%	4,237	8%

東區

106年1-6月										
合計	7,135	100%	8	100%	114	100%	1,080	100%	5,933	100%
醫學中心	1,926	27%	2	25%	88	77%	339	31%	1,497	25%
區域醫院	4,702	66%	3	38%	15	13%	654	61%	4,030	68%
地區醫院	507	7%	3	38%	11	10%	87	8%	406	7%
基層診所	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
112年1-6月										
合計	17,525	100%	254	100%	2,555	100%	3,846	100%	10,177	100%
醫學中心	4,324	25%	12	5%	449	18%	1,105	29%	2,747	27%
區域醫院	8,296	47%	82	32%	1,766	69%	1,101	29%	4,790	47%
地區醫院	3,390	19%	90	35%	88	3%	458	12%	2,629	26%
基層診所	1,513	9%	70	28%	252	10%	1,182	31%	9	0%

◎轉診案件：就醫日期為111年1-12月且申報以下案件，並排除透析案件(案件分類為05)、申報院所代號第一碼為A、H、J、Q、R、S之案件。

▲轉診：(1)申報部分負擔代碼A30、B30、C30、008、D30、001、002、003、004、005、006、007、008、009、011、801、802、901、902、903、904、905、906、907且轉代檢註記為1且來源院所代號不等於轉入院所代號。

(2)申報部分負擔代碼A30、B30、C30、008、D30、001、002、003、004、005、006、007、008、009、011、801、802、901、902、903、904、905、906、907且轉代檢註記為G9、G5、C6、F3、FT、JA(偏鄉、IDS)且來源院所代號等於轉入院所代號。

(3)接受轉診醫令代碼01038C。

◎轉出院所：係指將病患轉出之院所(TRAN_ID_HOSP_ID)。

◎接受院所：接受來自轉出院所病患之院所。