

衛生福利部全民健康保險會  
第6屆112年第9次委員會議事錄

中華民國112年10月18日



衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第9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10月18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、李岳蓁

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、江委員錫仁、吳委員榮達、吳委員鏘亮、李委員永振、李委員飛鵬、周委員慶明(中華民國醫師公會全國聯合會黃常務理事啓嘉代理)、周委員麗芳、林委員文德、林委員恩豪(全國勞工聯合總工會賴秘書長元暉代理)、林委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠、侯委員俊良、張委員清田、陳委員石池、陳委員杰、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、詹委員永兆、劉委員玉娟、劉委員守仁、劉委員淑瓊、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉(全國產職業總工會杜秘書韋蓁代理)、鄭委員素華、謝委員佳宜、韓委員幸紋

請假委員：滕委員西華

列席人員：

本部社會保險司：陳專門委員淑華

中央健康保險署：石署長崇良(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、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第12頁)

貳、議程確認：(詳附錄第12~17頁)

決定：

- 一、為利各項議案均能有充分時間討論，同意議程變更，將原排定報告事項3案，移至下次委員會議報告。
- 二、中央健康保險署所提臨時提案「因新冠疫情對中醫門診總額112年第1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」，經徵詢委員意見，尚不符本次會議亟待決定之緊急事件或具時效性事項，爰不列入本次委員會議議程。請中央健康保險署參考會中委員建議提供醫院總額相關資料，整體評估對四部門總額之影響後，一併提案。

三、餘照議程確認。

參、確認上次(第8次)委員會議紀錄：(詳附錄第17~21頁)

決定：

一、依委員意見修正如下：

討論事項第一案決議：一、(一)附件三其他預算「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」協定事項第6點，加註文字，如附件一劃線處。

二、餘確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第22~27頁)

決定：

一、上次(第8次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤共2項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共1項，同意繼續追蹤。

二、委員若對移至下次會議之報告事項有意見或問題，請於112年10月23日前向本會提出，俾轉請中央健康保險署說明。

三、對於委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形及委員所提意見，請中央健康保險署具體回應，餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第28~54頁)

提案單位：本會第三組

案由：113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項確認案，請鑒察。

決定：

一、確認113年度總額協商結果之整體成長率，如下表：

113 年度 醫療費用	達成共識			未獲共識兩案併陳				年度總額	
	牙醫 門診	中醫 門診	其他 預算	醫院		西醫基層		付費者 方案	醫界 方案
				付費者 方案	醫界 方案	付費者 方案	醫界 <sup>註2</sup> 方案		
金額 (億元)	520.4	322.9	178.2	6,006.3	6,066.2	1,639.4	1,665.3	約 8,667.1	約 8,753.0
成長率/ 增加金額	2.436%	4.221%	增加 20.39 億元	3.626%	4.660%	3.066%	4.697%	3.645%	4.672%

註：1.計算成長率所採之基期費用，係依衛福部交議奉行政院核定之總額範圍，113 年度總額之基期(採淨值)，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，故 113 年度總額基期淨值約 8,362.3 億元。

2.門診透析服務總成長率 3%、總金額 459.953 億元，其中醫院總額為 239.875 億元，西醫基層總額為 220.078 億元，已分別併入醫院及西醫基層總額計算。

3.年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

二、確認牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算新增或延續性項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(如附件二)，將併入113年度總額協商結果，報請衛生福利部核(決)定。

三、委員對於總額草案形成過程相關建議(包含：訂定「執行目標」及「預期效益之評估指標」與成效檢討)納入研修總額協商程序之參考，研修結果提12月份委員會會議討論。

陸、討論事項(詳附錄第55~76頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：113年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、113年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(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：

經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之建議分配方式，報請主管機關決定。與會人員發言實錄併送主管機關參考。

1.付費者代表委員建議分配方式：

(1)自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 3.887 億元)移撥 6 億元，作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展。

(2)扣除上開移撥費用後，用於計算地區預算所採之門住診費用比為 45:55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

①門診服務(不含門診透析服務)：

預算 53%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，47%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

②住院服務：

預算 46%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，54%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

③各地區門住診服務，經依①、②計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

2.醫院代表委員建議分配方式：

(1)自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 3.887 億元)移撥 4 億元，作為風

險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展。

(2)扣除上開移撥費用後，用於計算地區預算所採之門住診費用比為45:55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

①門診服務(不含門診透析服務)：

預算 52%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，48%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

②住院服務：

預算 45%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，55%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

③各地區門住診服務，經依①、②計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

二、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醫院總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

三、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醫院總額相關團體議定後，於112年12月前送本會同意後執行。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。

## 第二案

提案單位：本會第三組

案由：113年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、113年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務項目之地區預算分配方式：

(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：

1.自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)移撥6億元，作為風險調整移撥款，依序用於臺北區、保障東區浮動點值不低於每點1元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)、因112年度校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數占率前進而減少預算分區、點值落後地區(不含臺北區、東區)。

2.扣除上開移撥費用後，預算69%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，31%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

二、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西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

三、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西醫基層總額相關團體議定後，於112年12月前送本會同意後執行。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。

### 第三案

提案單位：本會第三組

案由：113年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：



一、113年度全民健康保險牙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：

(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：

1.自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.164億元)移撥3.3億元，作為特定用途移撥款，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」及「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」等4項特定用途，移撥經費若有剩餘，優先用於「112年度0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用」，其次用於「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

2.扣除上開移撥費用後，預算100%依各地區校正人口風險後之保險對象人數分配。

二、所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之，其中特定用途移撥款執行方式請送本會備查。

三、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牙醫門診總額相關團體議定後，於112年12月前送本會同意後執行。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。

#### 第四案

提案單位：本會第三組

案由：關於「總額範圍擬訂之低推估公式中，醫療服務成本指數改變率(MCPI)數值採4年平均方式或單年度數值

計算方式」諮詢案，提請討論。

決議：委員所提意見，送請衛生福利部作為研擬114年度總額範圍參考。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午12時55分。

## 附件三 113 年度全民健康保險其他預算及其分配(節錄)

## 二、預算分配相關事項：

(十三)因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能(113年新增項目)：

- 6.歷年醫院總額均編列「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」，建議應有相對金額用於提升住院護理照護量能。(註：本項為付費者代表及健保署之共識，未經與醫院總額部門協商)

## 【配合修正附表】

附表 113 年度其他預算協定項目表(節錄)

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能 (113年新增項目)	2,000	2,000	6.歷年醫院總額均編列「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」，建議應有相對金額用於提升住院護理照護量能。(註： <u>本項為付費者代表及健保署之共識，未經與醫院總額部門協商</u> )
總計	17,818.2	2,039.0	

牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算新增或延續性項目協定事項  
之「執行目標」及「預期效益之評估指標」

部門	新增或延續性項目	「執行目標」及「預期效益之評估指標」
牙醫門診總額	專款項目 特定疾病病人牙科就醫安全計畫	1.執行目標：執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率達3成。 2.預期效益之評估指標(註)：特定疾病病人就醫風險降低，至少包括： (1)使用抗凝血劑患者，牙科處置後口腔出血風險降低。 (2)使用抗骨鬆藥物患者，牙科處置後顎骨壞死風險降低。 <b>【註：本項指標之具體評估方式(含：指標定義、比較年度與基礎、計算方式等)，請健保署會同牙全會妥為研訂，併具體實施計畫於112年12月前提本會報告。】</b>
	高風險疾病口腔照護計畫	依協定事項，本項併同健保署112年12月前提報本會同意之具體實施計畫，一併確認。
中醫門診總額	一般服務 中醫利用新增人口	1.執行目標：113年就醫人數大於112年就醫人數。 2.預期效益之評估指標：113年就醫人數大於112年就醫人數。(就醫人數均不含U07.1(確認COVID-19病毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示)、職災及預防保健部分)。 
	專款項目 中醫急症處置	1.執行目標：參與院所數為7家及服務人數以4,000人為目標。 2.預期效益之評估指標：依本計畫所訂各類疾病適應症使用之相關量表，如：視覺類比量表(Visual Analogue Scale, VAS)、數字等級量表(Numerical Rating Scale, NRS)、現在疼痛狀況(Present Pain Intensity, PPI)等工具進行評估，評量結果後測較前測呈現改善。
		照護機構中醫醫療照護方案

部門	新增或延續性項目	「執行目標」及「預期效益之評估指標」
其他 預算	居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務	新增「在宅急症照護試辦計畫」： 1.執行目標：113年至少100家院所參與服務。 2.預期效益之評估指標：本計畫收案對象結案後14天內轉住院率(註)較前1年醫院住院同診斷病人14天內再住院率下降。 <b>【註：在宅急症照護個案結案後14天內住院人次/在宅急症照護總人次。】</b>
	因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能(113年新增項目)	1.執行目標：調升護理相關費用之醫院家數達一定比率(註)，並以健保署與護理師公會對調升護理相關費用的共識方案設定目標值。 2.預期效益之評估指標：調升護理相關費用之醫院家數占率。 <b>【註：本項達一定比率之目標值，請健保署於提報本會具體實施規劃時，一併提報。】</b>

另：113年度中醫門診總額一般服務第1項「中醫利用新增人口」協定事項(2)之扣減方式，其中「就醫者平均每人就醫費用」，同意依健保署建議修正為「113年就醫者平均每人就醫費用」，以臻明確。



第6屆112年第9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8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，現在會議時間已經到了，委員出席人數已經有30人，已達法定開會人數，可以正式開會，先請主委致詞。

**盧主任委員瑞芬：**各位好，今天需要討論的案子蠻多的，下午1點鐘還有費率審議前專家諮詢會議，故今天需要比以往更掌握會議時間。因為台灣醫院協會理事長改選，所以就會異動本會委員代表，現在醫院協會的一席是由新任的理事長，李飛鵬院長擔任，歡迎李委員(委員鼓掌歡迎)，聘期是從112年，就是今年的10月4日到明年年底12月31日，歡迎李委員，參加這個委員會議蠻辛苦的，接下來就由周執秘確認議程。

#### **同仁宣讀(議程確認)**

**周執行秘書淑婉：**各位委員，其實在做議程說明之前先跟委員報告，依照全民健康保險會組成及議事辦法第8條及本會會議規範第6點規定，健保署署長是法定列席人員，健保署在10月17日，就是昨天來函告知石崇良署長因為須主持重要的訪賓會議不克列席，所以請李丞華副署長代表，來函影本放在各位委員桌上(如本議事錄第77頁)，請委員參閱。

這次議程安排計有優先報告事項1案，為113年度總額成長率與部分協定事項，即達成共識部門的執行目標與預期效益評估指標的確認案，昨天健保署才提供資料，本會也有研析意見，完整內容在黃色頁補充資料第31~55頁。

討論事項有4案，第一案到第三案分別是113年醫院、西醫基層、牙醫門診總額的地區預算分配案，第四案是本會的提案，就是總額範圍低推估公式中有關醫療服務成本指數改變率MCPI<sub>(註1)</sub>採4年平均或者單年度數值計算的1個討論案，本來寫的是意見蒐集案，因為要配合本會依照健保法第5條規定，辦理保險政策法規的研究

諮詢法定任務，所以修正案由為諮詢案，完整提案資料在補充資料 1 第 59~62 頁，請委員參閱。

報告事項有 3 案，分別是 111 年度監理指標監測結果與研析報告、促進醫療服務診療項目支付衡平性的規劃，就是 RBRVS<sup>(註 2)</sup>的規劃，還有健保署的業務執行季書面報告。

今天議程真的有點多，另外還有 1 項臨時提案，本案是因新冠疫情對中醫門診總額 112 年第 1 季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。

這個案子健保署本來在 9 月 28 日的時候提進來，因為提案內容經幕僚檢視後發現數據計算有點錯誤，請健保署修正後再送，健保署在 10 月 11 日重新送會，本來是在提案時限內提出的，但是因為修正再提進來後已經超過提案時間，故以臨時提案方式，依照本會會議規範第 3 點第 2 項第 2 款規定，臨時提案要以本次會議亟待決定的緊急事件，或是具有時效性的事項，而且必須要跟法定任務有關者，且必須有出席委員的附議或連署始可成立，若不符合要件，主席得決定提到下次委員會議。本案是否屬於亟待決定的緊急事件或是具有時效性，建請主席徵詢委員意見，決定在這一次或下次委員會議討論，如果決定在這一次委員會議討論，因為是屬討論性質，建議安排在討論事項後面當作第五案討論。

本次會議資料非常多，剛剛主席也有提到下午 1 點鐘還有費率審議前專家諮詢會議，為了讓每項議案都有時間可以充分討論，建議變更議程，將原排定的報告事項 3 案，移到下次委員會議，我有確認過下次委員會議沒有報告案，委員將可以有充分時間表達意見，以上。

註 1：MCPI(Medical Care Consumer Price Index，醫療服務成本指數改變率)。

註 2：RBRVS(resource-based relative value scale，醫療資源耗用相對值表)。

**盧主任委員瑞芬：**請劉淑瓊委員。

**劉委員淑瓊：**我的發言與臨時提案無關，是針對署長又請假這件事情，我建議健保會同仁，以後在報告的時候，能夠告訴我們今年度署長

第幾次請假，因署長本來就應該列席，石署長上任不久，我認為他在這個會議中，常常能夠跟委員有些實質對話，是挺不錯的。另外我常聽到署長在媒體上面說明健保署的一些政策，但是這些訊息健保會委員都不知道，我認為這是不合理的，署長應親自參加健保會，讓健保會委員可以第一手知道這樣的資訊，經過討論之後，再對媒體發表，這樣子好像比較適切。所以第 1 個是希望署長就算公務繁忙，還是能夠來參與；第 2 個是健保會在報告署長請假的時候，能夠同步讓委員知道是今年第幾次請假，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**好，謝謝劉委員，我們會送給署長參考。針對臨時提案部分，有沒有委員附議？(大部分委員：附議)，請朱益宏委員。

**朱委員益宏：**我反對，因為那個案子其實在醫院總額也有相同問題，因為剛剛才看到這個案子，我認為醫院總額應該併案討論，這次不宜討論，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**好的，還有沒有委員有意見？請李永振委員。

**李委員永振：**我看到健保會的補充資料，有請健保署提供各總額部門的資料以利衡平考量，審視的結果第 1 季應該沒有問題，第 2 季看來，當然實際數字還沒出來，但是推估啦，就是第 2 季中醫與西醫基層有可能跨不過門檻，所以這樣看來，應該剛才朱委員提的這個問題，並沒有違背到原來的意思，因為第 2 季也預期到了，而且我個人認為說，這個問題，就是新冠肺炎的問題，5 月份都已經降級了，如果要用這個因素來講非預期，大概到 6 月底就可以了，後面應該不能再列入，而且照疾管署的說明，就是 4、5、6 月份，6 月份最高，7 月份就 down 下來跟 5 月份差不多，所以第 3 季應該就沒有這個現象了，這是根據目前所有的資料綜合來看，建議應該可以列進來，除非中全會認為不那麼急沒有關係，若是不那麼急就到 12 月份再討論，因為討論議題裡面有提到，12 月份時第 2 季的實際點值就會出來，到時候再一起來看，這是另一個方法。

健保會同仁也有同樣第 2 點建議，就是到 12 月份，第 1、2 季再一起看，這是大家可以再一起考量的問題點。不過朱益宏委員提到

的大概比較沒有問題，牙醫與醫院大概第 1、2 季都跨不過去，西醫基層第 2 季也有可能，但是那個可以往後再處理、沒有問題。

**盧主任委員瑞芬：**請朱益宏委員。

**朱委員益宏：**剛剛李委員說醫院應該跨不過去，我有意見，因為在上次討論中醫第 1 季時，我就表達醫院確實受到很大的問題，包括李委員看到的所謂跨不過去，都是攤扣後的資料，什麼叫做攤扣？就是點值太低，每家醫院自己割一塊肉還給健保署，這叫做攤扣。我覺得用攤扣後的情形來看說跨不過去，這對醫院總額是二次傷害，我認為健保署應該把醫院總額在實際上有攤扣或單價核減的行政作為，都排除掉以後，就是申報點數經專業核減後，也就是所謂初核狀況的資料讓所有委員了解。光台北分區業務組來講，一年的攤扣接近 70、80 億元，扣掉 70、80 億元之後，然後說點值 0.92、0.93 已經達標，就不符合標準，對醫院總額是非常大的傷害，所以我認為這個案子今天不要討論，下次委員會議時請健保署把四個總額部門，特別是醫院總額，尤其是在攤扣之前實際上的狀況，要如實表達出來，然後經過委員會議再仔細討論，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請陳石池委員。

**陳委員石池：**主席各位委員大家早，剛剛朱益宏委員講的是事實，攤扣實施好多年了，每年都是這樣，表面上看起來點值不錯，其實是假象，現在沒有攤扣點值看起來比較不好，李永振委員說要四總額部門整體來討論，沒有攤扣之前真正數字是多少，這樣才公平，這案子不是不重要，但是要四總額部門全部一起來討論才公平。

**盧主任委員瑞芬：**醫院攤扣問題其實蠻大的，這個部分其他委員有沒有意見，請李永振委員。

**李委員永振：**2 位委員所提的我可以接受，但我認為那是另外一個議題，上次討論是第一次，第一次都沒有這些問題，現在又產生這些問題，如果要討論是另外一個議題去討論，因為這個等於第 1 季延續下來的，整個的話不只這個問題而已，因為我看到之後還跟健保會的同仁討論，到底是按季，還是按半年，上一次去年的 3、4 季是

半年，但是半年是因為跨到今年用去年的預算，而且是數字都出來之後一起提出來的，所以這也有一個模糊點；另外一個 8 億元的預算要怎麼用，先用先贏嗎？還是整個弄完之後？這都是問題，如果要的話，整個整理後應該以另一個議題去討論。目前中全會如果認為有需要的話，應該是延續上一次先處理第 1 季，所以建議應該可以納進來討論，如果中全會覺得沒關係要延後也可以。

**盧主任委員瑞芬：**請吳榮達委員。

**吳委員榮達：**我覺得現在好像進入實質討論，是不是可以先解決程序上的問題，第 1 個有沒有緊急性跟必要性的問題，第 2 個有沒有附議，看起來有附議，然後先解決有沒有急迫性的問題，看起來沒有急迫性，所以我認為臨時提案應該不符合會裡的規定。

**盧主任委員瑞芬：**因為金額只有 8 億元，這部分我想徵詢一下健保署的意見，這 8 億元要來分，目前看到的資料，第 1 季是只有中醫符合，第 2 季看起來西醫基層跟中醫都會符合，但是第 2 季的資料要 12 月才出來，所以在這樣情況下……

**朱委員益宏：**我要抗議，第 1 季不是只有中醫符合，中醫第 1 季在談的時候，醫院已經表達出來，醫院也直接符合，但是大家沒有注意到，因為健保署資料沒有出來，所以我要抗議一下，不是只有中醫符合。

**盧主任委員瑞芬：**按照目前遊戲規則的資料看起來是第 1 季只有中醫符合，我知道因為醫院有攤扣的問題，健保署這邊只有 8 億元，8 億元要如何分，健保署有沒有意見？

**蔡副署長淑鈴：**如果就「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，在 112 年預算確實只有 8 億元，委員想要在 1、2 季一起談，健保署沒有意見，就尊重。若大家認為中醫門診總額也覺得沒有急迫性，我們也同意今天不討論，可以第 1 季、第 2 季併同討論，包括朱委員剛才講的問題也一併檢討，看會議怎麼做決議，健保署都可以配合。

**盧主任委員瑞芬：**在沒有進入任何實質討論時，吳榮達委員剛才有提到覺得本案沒有急迫性，因為第 2 季看起來也是有一樣的情況，所以中全會是不是可以同意今天先不討論，然後下次一起討論，可以嗎？

**詹委員永兆：**其實中醫門診總額第 1 季真的一樣是成長 20%，所以基層醫師覺得點值怎麼這麼低，因為真的是看了大量病人，所以基本上非常感謝健保署算出整個狀況，當然在中醫角度來講，如果是已經定案早點結案的話，對中醫基層來講是有一個鼓勵作用，以上，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**現在看起來急迫性的部分，好像沒有這麼迫切，上次討論也是 2 季一起看，所以今天是不是這個臨時提案就不併入今天的議程？在下次會議時，請健保署提供更多資料，以利全面檢視，至於醫院代表提出目前健保署提供的資料是攤扣後的數字，這個議題比較大，到時候也請健保署一併提案，這次就不列入臨時提案。

議程確認，報告案都移到下個月，今天的臨時提案就不列入議程，接下來進行會議紀錄確認。

#### **同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)**

**盧主任委員瑞芬：**請問各位委員對上次會議紀錄有沒有意見？朱益宏委員、李永振委員，先請朱益宏委員。

**朱委員益宏：**謝謝主席，在上次會議時，其實我有針對其他預算的「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」，協定事項第 6 點，有建議醫院總額要編列「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」要有相對的金額用在這邊，上次委員會議就有表達，事涉到總額的對等協商，雖然其他預算是由健保署跟付費者協商，但是牽涉到醫院總額的內容，上次委員會議我就有表達不可以這樣寫。上次是健保署跟付費者達成共識的協議，我是建議在報部的時候，要附加醫院總額對於這條有意見，因為沒有經過與醫院總額部門的協議，如果只是確定會議紀錄的話，因為等下優先報告事項也是有類似議題，所以在確定會議紀錄時我先提出來，或是等一下在優先報告時希望

能夠做一個處理，至少在要報部的時候，特別是社保司也在場，我要特別聲明，這部分並沒有與醫院總額部門協商，所以不能說其他預算或是其他人協商以後，就建議部裡面要去動支這筆預算，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**好，接下來李永振委員。

**李委員永振：**謝謝，關於這個會議紀錄內容，請看會議資料第 3 頁討論事項第一案決議項次一、(一)達成共識之部門包含其他預算，但是在會議資料第 4 頁上方又加註健保署建議維持原提各項預算金額，併同各部門總額協商結論一併陳報衛福部，這 2 個放到會議紀錄會不會有邏輯衝突的問題？既然達成共識為什麼還有另外一個建議，你的附註就是沒有達成共識嘛！而且在我們協商過程中，也都考慮到健保署現在堅持的問題，第一個健保署要增加的 2 項<sup>(註 1)</sup>，其中一項是 114 年要落日的，而且是按照 112 年實估數，沒有減預算，另外那一項已經爭議很久，應該用公務預算，但是已經延大概至少 3、4 年了吧，明年要落日，今年還會給預算，只是金額差了一點點。

另外一點在協商過程裡面，健保署有提出一個看法給付費者代表參考，不要每一項去討論，直接用 175 億元讓健保署他們自己去喬，後來就是因為強化住院護理照護量能給了 20 億元之後，付費者代表給的比 178 億元還多，還超過 3 億元以上，現在爭議那 2 項大概 4 億多元，如果這樣一直堅持，會讓付費者代表覺得好像被偷襲了，健保署要的得到，另外還繼續這樣，而且這樣會形成好像兩案併陳的方式。

另外請看會議資料最後 1 頁，健保署其他預算 112 年第 1 季的預算執行率只有 15.9%，所以給的這個預算，照理講應該是夠的吧！如果扣掉 20 億元，明年還增加 3,900 萬元，為什麼一直堅持，要違反目前有關我們看得到的法令規定？這樣不是怪怪的嗎？健保署要表示這個建議，沒有關係，用其他方式。但我建議不要列到會議紀錄裡面以加註的方式，因為這樣加註進去雖然不是會議內容，但是將來上網公開外界的人看得霧煞煞<sup>(註 2)</sup>，哪裡有什麼達成共識，沒有嘛，是兩案併陳的意思啊！這是我個人看法，謝謝。

註1：「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，自110年度總額協定事項即明訂於114年退場；  
「提升保險服務成效」，付費者代表委員認為應由公務算支應，並於113年度總額協定事項明訂於114年度總額退場，請健保署爭取公務預算支應。

註2：霧煞煞(台語，模糊不清)。

**盧主任委員瑞芬：**好，謝謝，其他委員對於會議紀錄還有沒有其他意見？詹永兆理事長。

**詹委員永兆：**主席、各位委員大家早安！關於我們最後總額分配的紀錄，中醫界有一點小小意見，上次在9月22日委員會議討論執行目標時，我覺得112年門檻蠻高的，但是經過各位委員的說明後，我們中醫界是同意的，但是後來回去其他與會人員發現到，扣減方式跟我們當初協商時候談的扣減方式有蠻大的出入，因為當初後面我們是說113年就醫人數若大於112年就醫人數，就達到目標、不予扣減，理論上應該是說，如果真的要扣，是以「『未達目標值之人數』乘以『113年就醫者平均每人就醫費用』」這樣去扣，我們大部分人認知是這樣子，所以我們就同意了。

但是現在看起來那個寫法是，「113年實際就醫人數」減掉「112年實際就醫人數」，乘以「就醫者平均每人就醫費用」，相當於又多了一個門檻，因為中醫門診總額在111年其實已經超申報16億點，112年上半年也多申報13億點，真的中醫門診總額因為看了太多病人，如果能達到112年就醫人數就不扣減，可以讓點值不要掉這麼快，但是現在又另外一個門檻，我想點值一定長期跑不上來，因為就醫人數真的一直在成長。希望各位委員是不是可以同意，把扣減方式改為「『未達目標值之人數』乘以『113年就醫者平均每人就醫費用』」計算點數扣減額度，以上，謝謝！

**盧主任委員瑞芬：**其他委員還有沒有意見，如果沒有的話就是有3點，林文德委員要發言嗎？

**林委員文德：**剛剛私底下理事長有詢問過上次我們協商決議的狀況，如果沒有記錯的話，當時候是說這一筆預算是因為考慮到之前疫情中醫利用率增加的狀況，所以才會編列這樣的預算，當時候的目標是中醫就醫人數要增加到某一個程度才能夠用這個預算支應，如果沒有達到目標人數就要扣款，所以其實增加的那個預算是要用於利



用人數的增加，如果利用人數沒有增加到那個目標值的話，就要把這個預算扣除掉，而且是要在基期上面去扣除，當初的決議應該是這個樣子，而不是說只要比 112 年就醫人數多，這個預算就不扣除，不是這個意思，以上。

**盧主任委員瑞芬：**好，謝謝！綜合委員意見大致有 3 點，朱益宏委員提到其他預算部分，其實上次委員會議朱益宏委員提的時候我已有說明，因為其他預算是付費者代表跟健保署協商，所以他們有權做任何建議，但都只是建議而已，我們上面有加註其實也不違背規定，因為他們可以建議，就像你們也可以建議一樣。

第 2 件事情是李永振委員提到我們用加註方式，當時協商時真的是兩邊堅持不下，但我們協商的原則是付費者代表跟健保署在其他預算部分是不能夠兩案併陳，真的不能兩案併陳，所以當時權衡之下，我們其實還是按照議事規則，在不能兩案併陳的情況下，我們能夠做到的 compromise 就是用加註方式，但是原則上應該是有達成共識的，因為付費者代表比較像是委託健保署來經營，這個是付費者代表覺得他們要給多少錢。那天談到後來因為已經很晚了，所以我們權衡之下用這樣的方式，請您見諒，是我自己決定可以用加註的方式，但文字上無論如何在某些程度上都要寫有達成共識，這個部分我們可以再研議一下，明年如果還有一樣的情況，希望不會，我們應該用怎樣方式比較能妥善處理，我們事先會跟健保署做好完整的溝通。

至於詹永兆委員提到的 113 年新增項目「中醫利用新增人口」的扣減方式，剛才詹委員也有看到協商會議的錄影檔，當時便已確認過協商結論，我們這邊只是確認會議紀錄，當時實況有錄下來，我們無法更動會議紀錄，所以這點很抱歉。請朱益宏委員。

**朱委員益宏：**主席剛剛回復，拜託主席就把這一點用加註的方式，在第 6 點妳可以用括弧或是註明，此項建議未經與醫院總額部門協商，僅為健保署跟付費者代表的建議方案，就這樣子，要加註一下，因

為確實沒有經過協商，我們甲乙雙方講完說叫丙去跳樓，有這種事嗎？你覺得丙會照辦嗎？

**盧主任委員瑞芬：**好，我們再加註。請李永振委員。

**李委員永振：**謝謝主席剛才又解釋一次，問題是，這樣呈現，請法律專家稍微留意一下，這樣會不會被看為兩案併陳啦！

**盧主任委員瑞芬：**這是當時協商會議時吳榮達委員提出的建議。

**李委員永振：**如果是這樣沒有問題，OK 啊！

**盧主任委員瑞芬：**好，這部分已經確認很久了，且超過時間蠻多，我們進行下一個議案。

**韓委員幸紋會後書面意見：**關於「因新冠疫情中醫門診總額 112 年第 1 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」，說明第 4 點中，若補至 0.9 元方式約需 5 億元左右，另推估中醫及西醫基層第 2 季約需 12 億元左右，這樣一來才第 2 季遠超過該項目 8 億元預算，建議健保署下次提案時連同超出預算時將如何分配預算的方式一併列出，這樣討論時才能做通盤考量。

## 貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

**周執行秘書淑婉：**主席、各位委員好，本會重要業務報告，項次一是上次委員會議決議定事項辦理情形，列管追蹤共 3 項，依照辦理情形，建議解除追蹤 2 項，繼續追蹤 1 項，附表在會議資料第 109~110 頁，最後還是會依照委員會議的議定結果辦理。

(一)建議解除追蹤之第 1 項，在會議資料第 109 頁，請委員參閱。主要是委員對於健保署業務執行報告的意見，健保署的回復在會議資料第 111~115 頁，建議解除追蹤。

(二)建議解除追蹤之第 2 項，在補充資料 1 第 29 頁，有關 113 年度總額達成共識的中醫、牙醫及其他預算須提報的「執行目標」跟「預期效益之評估指標」，健保署已在昨日提交，並排入本次會議的優先報告事項，建議解除追蹤。

(三)另外個別委員的關切事項含書面意見，健保署也回復在會議資料第 211~213 頁，請提出詢問的委員參閱資料。

項次二，本會業於本年度第 8 次委員會議完成 113 年度醫療給付費用總額協商結論的初步確認，健保署依照協商結果及健保法第 24 條規定提出費率草案，依照健保法規定費率草案必須要先做審議前的專家諮詢。專家諮詢會議今天下午 1 點會召開，已邀請精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供諮詢意見，敬請委員列席參加。

項次三，依照健保法第 61 條規定，本會協定年度總額及其分配，所以今天討論事項第一案到第三案就是針對地區預算分配做討論。請看到括弧三，目前只剩中全會尚未提出地區預算分配之建議方案，請於 11 月 5 日前提送，若未提出，則由本會掣案提 11 月份委員會議討論定案。

項次四，是說明剛才臨時提案的健保署提案過程，請委員參閱，因為本案已移到下一次委員會進行討論，提案過程就不再說明。

項次五，請參閱會議資料第 105 頁資料，衛福部於 9 月 28 日依

委員對於菸品健康福利捐分配及運作辦法修正草案所提意見，有正式回復本會及本會各團體代表委員，回復內容摘要在括弧一跟二，詳細回復內容在會議資料第 216~217 頁，請委員參閱。

項次六，有關 112 年度醫院總額「健全區域級(含)以上醫院門診住院結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」2 個協定項目的執行內容，健保署曾在第 6 次委員會議提本會確認。委員會議決議是沒有共識，請健保署參考委員意見，依照法定的程序報主管機關決定，並副知本會。該署在 9 月 26 日把兩個計畫合併為一個計畫報部核定並公告，計畫重點摘要在會議資料第 105~106 頁，請委員參閱。

項次七，本會針對上次委員會議總額協商結果作為會訊報導主題，內容已置於本會網頁，請委員轉知所屬團體之會員參閱。

項次八，是健保署在 9 月到 10 月發布並副知本會的相關資訊，詳細內容及相關附件在 10 月 11 日已寄到各位委員的電子信箱，請委員參閱我們整理的摘要。

另外今天的報告事項 3 案都移到下一次委員會議討論，如果委員有意見或是有需請健保署說明的話，請在 10 月 23 日前向本會提出，我們會轉請健保署提供說明，以上。

**盧主任委員瑞芬：**這個部分委員有沒有意見？李永振委員。

**李委員永振：**第 1 點，請各位委員看會議資料第 105 頁第 6 點說明，有關 15 億元的專案計畫，雖然已經公告了，但個人認為有下列 3 點疑慮，若不解除，將來如何說服付費者再繼續投資健康？

第一，預算都用在提高或額外加成補付點數，優化的具體作為都看不到，就是預算用法跟原來編列預算的目的不同，這在討論時已經講很多了。

第二，計畫 9 月 26 日才公告，卻追溯回 1 月 1 日補付差額點數，如何產生激勵效果？只是平白給錢，好像有消化預算的嫌疑。

第三，除疫情 3 年投入之預算，112 年度特別再投入 15 億元，得到的結果只是回到 108 年的水準，這樣是不是合理？那這樣中間所

投進去的錢不是都打水漂嗎？

第 2 點，在會議資料第 110 頁，繼續追蹤事項項次二，健保署回復「將提報 113 年共擬會議蒐集各總額團體的意見」，但是根據今年共擬會議開會的實況，討論的案件蠻多，時間很緊湊，類似這樣的意見蒐集，是不是可以利用其他的方式來進行並提早作業，經整理後再提共擬會議來討論，議事效率會比較好，這樣會不會比較好？

另外要請健保署依據 108 年 12 月 17 日本會討論的決議，提供依據健保法規定計算之健保財務收支情形報表，以供委員在 11 月 15 日有效執行 113 年度費率審議。健保署於需要時候雖然都曾提供歷年健保財務收支情形表，但是編表的假設，或未遵循健保法，或產生邏輯矛盾，經歷次會議提醒、質疑、監理建言，但可惜的是，看到的報表內容不變就是不變，一直堅信行政院의 協商結論可凌駕法律規定，實令人不解。

今天所提出的懇請，雖然前面曾經 9 次提出請求，依然沒有用，今天提出來是第 10 次了，盼望在 11 月份委員會會議能看到真正依照當時討論的決議提出來，雖然你內部有簽說不能提出兩種算法，但委員站在監理的立場，就是需要看這個資料啊！為什麼不能提 2 個，以上懇請，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，韓幸紋委員。

**韓委員幸紋：**在會議資料第 104 頁項次一的建議解除追蹤事項，這項是對應會議資料第 109 頁的相關單位辦理情形欄位，在健保署回復的辦理情形，提到委員所提意見說明如會議資料第 111~115 頁的附件。我閱讀文字其解除的原因是健保署已經做回復，但是我看會議資料第 112 頁的文字，像是吳榮達委員提到的西醫基層及醫院門診的慢性病占比一直在下降，健保署說明將會持續監控；或者像是在會議資料第 113 頁提到，關於健保署其他預算提升護理照護量能 20 億元的部分，在健保署說明一、(三)部分提到將持續觀察各醫院填報的三班護病比相關資料，我覺得若依健保署回復內容來看，感覺都還要持續追蹤，而且當時總額協商討論其他預算 20 億元的時候，我記得協商結論也有訂了一些條件，比如健保署後續要進行一些報告，

讓大家了解過去歷次相關政策的成效。不管從文字和上次會議的決議，不像是可以解除追蹤的情況，為什麼把它列在解除追蹤？這是我看完資料後覺得有點納悶的地方，所以在這邊請教，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請吳榮達委員。

**吳委員榮達：**我要提的是會議資料第 105 頁，這個和李永振委員剛才所提到的是同樣的問題，就是菸捐分配問題，雖然衛福部有做回應，但是回應中留了 1 個尾巴，就是在項次五(二)，健保署於編列相關預算時，要明確的劃分應用於公務或是基金的預算，所以健保有關項目的部分，到底哪個屬於公務預算的部分，哪個部分屬於基金預算的部分，因為這跟健康署是有關係的，所以對於這是屬公務預算範圍或是基金的預算範圍，是不是健保署應該再跟健康署有一個協調，然後對於這些項目的使用部分，應該要有個明確的項目協商後，再跟健保會來做報告，這樣才會符合原來提案的委員代表所關切的內容，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**委員有沒有其他意見？如果沒有的話，我先簡單回應一下韓幸紋委員。原則上追蹤事項是健保署有回復，就會解除追蹤，但是健保署的回復，若委員覺得還要再繼續追蹤時，可以提出來，就會繼續追蹤。但是因為我們無法從健保署的回應中看到是不是符合期望，所以這是為何針對提問部分，要麻煩委員先看一下健保署回應的部分，原則上只要健保署有回應，不是已讀不回，基本上會解除追蹤，但是委員仍可提出關心的事項，再請健保署回應。先請健保署就剛才委員的提問進行回應。

**劉組長林義：**有關李永振委員提到會議資料第 105 頁的項次六，醫院總額的「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」與「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」2 個專款計畫，總共 15 億元的部分，因為這 2 個專款計畫在第 6 次委員會議上討論沒有共識，沒有共識的部分就要報部核定，報部核定時會把兩方的意見都如實陳給衛福部參考，我們再根據部核定的內容公告，所以委員看到的是部核定的內容，剛才李永振委員講的建議，我們以後會納為政策參考。

另外委員提到會議資料第 110 頁，有關網路頻寬補助費用的項目，

要跟醫界討論的部分，我們會參考委員的意見，會在與醫界討論的相關會議上先詢問醫界的建議，再把醫界的建議彙整到共擬會議討論，也謝謝委員的意見，以上。

**盧主任委員瑞芬：**請劉淑瓊委員。

**劉委員淑瓊：**其實我要呼應韓幸紋委員剛剛的發言，當然主席講的沒有錯，就是健保署只要有回應，這個案子就解除追蹤，除非委員還要再追問，但我在這邊3年，我真的要講，很多時候我們都不知道如何追起，所以其實也是建議健保署，儘量減少使用持續監測、持續監控，因為這些字眼，其實都沒有回應到委員的期待，但是委員考量到會議時間很緊湊，也就算了，我覺得這不是一個健康的會議，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，如果委員沒有其他意見的話，重要業務報告決定是，上次(第8次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形，擬解除追蹤共2項，同意解除追蹤；擬繼續追蹤共1項，同意繼續追蹤。

剛才委員所提意見，健保署尚未回應到的部分，我們也會用書面方式請健保署繼續回應。另劉淑瓊委員的意見，請健保署參考，希望健保署能夠儘量回應到委員的提問，其餘洽悉。接下來進行優先報告事項。

## **劉委員淑瓊會後書面意見**

### **一、111年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告**

護理人力指標—全日平均護病比達加成之占率提升：醫改會過往多次提醒，「全日平均護病比」是非常寬鬆的標準，但健保仍分出級距，給予不同比例的獎勵加成，是不是符合公平、鼓勵精進的目標，應該有所評估。

政府為推動三班護病比，已委由國家衛生研究院、藥品查驗中心等單位進行「實證本土三班護病比暨照護品質監測可行模式研析(112年)」。研究透過健保VPN資料，將全日平均護病比，採乘以0.5、0.3、0.2的方式，回推108~111年的白班、小夜、大夜班的護

理人數，以及平均三班護病比，也同時證實有一定比例的醫院的小夜班、大夜班，不符合國家衛生研究院建議的三班護病比標準。

據前述資料，以疫情前 108 全年及國衛院標準，來探討後發現：

- (一)醫學中心的大夜班 95% 以上不符合、小夜班 70% 以上不符合；
- (二)區域醫院的大夜班 95% 以上不符合、小夜班 85% 以上不符合；
- (三)地區醫院的大夜班 60% 以上不符合、小夜班 40% 以上不符合。

總而言之，健保這種雨露均霑、欠缺實證基礎的獎勵加成方式，已非常過時且有嚴重脫離現實的疑慮，應儘速修正，才能夠實際獎勵到持續精進護理人力的醫院。

## 二、有關「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」之具體實施規劃

過去 RBRVS 的挫折，主要是因為，醫院的人事成本資料是機密，涉及院內次專科的營收、資源分配。從健保署的報告中，並不清楚可以如何避免重蹈覆轍。

目前 RBRVS 的雖有執行方法與調整原則(依急迫性、影響層面及預算額度)，卻沒有設定理念議程，健保署雖表示會盤點各學協公會提出的修訂診療項目建議，但費用有限，建議台灣的 RBRVS 要以「問題為導向」，盤點較難羅致人才的科別、急重難罕等醫療院所較難營利、自費較少的科別、具前瞻性且未滿足的醫療需求等，來作優先調整。

### 韓委員幸紋會後書面意見

- 一、關於監理指標之監測結果及研析報告此事項中，是否整理一個表格將各項指標預期變化跟實際數據變化加以比對才知道哪些指標變化趨勢不符預期，或後續應加強努力改善。
- 二、部分指標(例如全民健保醫療支出占 GDP 比率)的近年變化到底是持平好還是成長好某種程度也可以藉此了解政府的施政方向。但是目前報告內的說明看不出來。甚至 110 年有相較於前兩年較為明顯的下降，但是文字中卻說是持平。另外，目前效果構面只有三項指標，未來是否有考慮擴充指標？



參、優先報告事項「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項確認案」與會人員發言實錄

## 同仁宣讀

**陳組長燕鈴：**優先報告事項主要是確認 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率和部分協定事項，因為我們已經完成總額協商，且協商結果已經確認，但是要辦理後續報部事宜還需要確認以下 2 個事項。

請參閱補充資料 1 第 31 頁，第 1 個是要確認整體總額成長率，因為在醫院和西醫基層兩個總額部門是沒有共識，經總額計算公式估算之結果，若採付費者方案，年度總額的金額是約 8,667.1 億元，較基期成長 3.645%，若採醫界方案的話，總金額是約 8,753 億元，成長率是 4.672%，這部分確認後會報部核定。

第 2 個部分是要確認我們有達成共識的牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算，有一些新增或延續性項目的 KPI<sup>(註)</sup>，就是「執行目標」及「預期效益之評估指標」，請看補充資料 1 第 31 頁，針對這部分，在 9 月委員會議有決議，請健保署會同總額部門相關團體參考委員意見共同討論，研修後提報這次委員會議確認。

健保署已經在昨日把研修結果送給本會，請參閱補充資料 1 第 46~55 頁，因為資料很多，先就本會研析向委員說明，請參閱補充資料 1 第 32 頁，研析結果建議如下，在整體性意見部分，健保署提報本會的內容，其中執行目標多數都有量化數值，這樣可以呈現怎麼去評估執行目標。預期效益評估指標的部分，多數是呈現改善的方向，例如減少負向情形(再住院率下降)，或是增加正向情形(例如疼痛改善)，但是今年並沒有提出一個量化評估指標的閾值，請委員一起討論是否同意。

先說明研訂 KPI 的背景，今年總額協商訂定這兩部份是依據衛福部 111 年 3 月 15 日的 112 年總額交議函指示，本會未來協商各部門總額計畫之前都應該訂定好相關 KPI，包括成效評估指標是什麼，同時也應訂定評估標準，以利未來後續評估擴大(或持續)辦理或減

少預算、退場。過去的年度本會在同意預期效益評估指標時，多數都訂有量化閾值，以利後續評估是否達到預期效益，作為評核及預算協商的參考。今年健保署提報的預期效益評估指標主要呈現改善方向，可能考量到這些新增項目第 1 年執行，尚無法提出明確如何量化效益的數值，如果委員同意健保署提報這些內容的話，建議對各總額部門的要求要有一致的標準，不要有些部門有訂量化數值，有的部門只是訂改善方向而已。若委員同意，我們就建議健保署和各總額部門，未來在提報執行成果，不管評核或總額協商，要對正向、負向的指標趨勢進行解讀，並就投入預算及執行結果提出成本效益的最終結果，因為如果只是一個方向的話，是無法確定評估是否具有效益，以上是整體性意見。

至於 2 個部門及其他預算的個別協定事項意見，在補充資料 1 第 34~45 頁。請先看牙醫門診總額部門，在補充資料 1 第 34 頁，牙醫門診總額部門這次提出的新增或延續性的項目有 2 項，第 1 個是全年經費 3.071 億元的「特定疾病病人牙科就醫安全」的專款計畫，牙全會提出的目標是執行特定疾病病人牙科就醫安全的院所數達 2 成。這部分健保署沒有提出意見，本會的研析意見是，就執行目標的部分，如果是執行本計畫的院所數達 2 成的話，目標值設定好像比較低，要請牙全會說明理由及合理性，如依照協商當時預算推估 3.071 億元，其實是有 1 個人數及就醫率的換算標準，若用這個換算標準可以得到年度服務人數 99.7 萬人，也可以考慮用這個執行目標，所以對於指標修正的部分，請委員參考最右邊的欄位，決定是否同意健保署與牙全會研議的結果，也就是執行特定疾病病人牙科就醫安全的院所數達 2 成，或者也可考量用協商預估的服務人數為執行目標，全年是 99.7 萬人為基準，但以 113 年度修訂支付標準後實施時程等比例換算目標值，這個部分請委員考慮是採最右欄對指標修正之建議的(1)或(2)。

有關預期效益評估指標，牙全會提出來的是執行特定疾病病人牙科就醫安全院所數自我評估合格率，本來是達 6 成，後來依照健保署的建議是同意調到 8 成。健保署在預期效益評估指標的意見也是

建議牙全會能研修提出符合預算執行目的之結果面指標，因為這比較像是過程面指標。本會研析意見為，本項專款協定事項已經明訂「用於評估特定病人用藥情形後，擬定對應之牙醫治療計畫者」，所以就這個協定事項，不是有查詢雲端藥歷就可以申報費用，這是協定事項要先說明的。另外，牙全會建議的院所自我評估合格率屬於過程面指標，比較無法反映預算目的要達到的就醫安全的提升，建議評估指標是否要符合預算執行的目的。在本會「研析意見」欄位的第(3)點，本會 review 協商當時牙醫門診總額部門的主張，其提到使用抗凝血劑、抗骨鬆藥物的患者，容易於進行牙科處置時發生特定風險，所以才編列這筆預算，若依照這個邏輯，建議修正為特定疾病病人就醫風險降低的結果面指標。綜合來講，對指標修正的建議，請委員參閱最右邊的欄位，就預期效益指標是否同意健保署與牙全會提出院所自我評估合格率 8 成，還是採本會建議的以降低特定疾病病人風險為指標，執行 1 年後這些病人的就醫風險降低，至少包括當時協商提到，「使用抗凝血劑患者，牙科處置後口腔出血風險降低」、「使用抗骨鬆藥物者，牙科處置後顎骨壞死風險降低」，不過這只是指標，後續還是要請健保署和牙全會妥為研訂具體評估方式和定義，請委員討論評估指標預期效益是要採最右欄的(1)或(2)。

接著請翻到補充資料 1 第 36 頁，是另外 1 項全年經費 15.99 億元的「高風險疾病口腔照護計畫」，這個部分牙全會及健保署提很多內容，但依照協定事項，因為這個計畫的 KPI 與具體實施計畫之醫療服務內容相關，具體實施計畫要提本會同意後才能執行，上次委員會議已經決定健保署於 12 月前提報具體實施計畫併同確認 KPI，也因如此，今天暫不討論及確認。

接著進入中醫門診總額部分，請翻到補充資料 1 第 38 頁，第 1 個一般服務，是全年經費 5.88 億元的「中醫利用新增人口」，中全會提出的執行目標是 113 年就醫人數大於 112 年就醫人數，預期效益評估指標也是一樣的，只是詳細定義要排除的部分。健保署對這部分沒有表示意見，對扣款方式有修正一些文字，等一下回到前面會再說明。對於執行目標，本會的研析意見是，因為健保署及中全會

是用 113 年就醫人數大於 112 年就醫人數，看起來比較寬鬆，無法達到用於鼓勵提升就醫人數的意義，所以請健保署及中全會說明指標設定的依據。預期效益評估指標是一個量、利用的增加，無法呈現資源投入之具體效益，所以請健保署及中全會能否提出就醫人數增加，對於中醫品質或是增加效益的結果面指標。

對指標修正之建議，就是請委員考量是否要同意健保署及中全會提出 113 年大於 112 年就醫人數的目標，或是參考本會決定的扣款計算方式所設定執行目標，113 年就醫人數大於 112 年，以本項 5.88 億元除以「113 年就醫者平均每人就醫費用點數」計算新增就醫人數為目標。請委員考量是選擇採最右欄的(1)或(2)。有關預期效益評估指標的部分，是不是同意健保署與中全會研議的結果，或是請健保署與中全會提出指標修訂。針對提升醫療品質或效益之結果面指標，本會沒有建議，請健保署及中全會能否提出效益之結果面指標。

專款項目部分，有「中醫急症處置」，這是延續性項目，因為預算增加 5 百萬元，中全會提出的執行目標為就醫人數是 2,500 人，健保署建議服務人數以 4,000 人比較合理，本會建議參採健保署的意見，執行目標建議是以參與院所數 7 家，及服務人數 4,000 人為目標。有關預期效益的評估指標，再請參閱補充資料 1 第 40 頁，中全會提出一些量表，以評量對於疼痛狀況等評估改善情形，這個部分，我們覺得是合理，建議尊重，只是酌修文字，讓量表的文字出處更明確，修正文字如劃線處，基本上沒有什麼大的問題。

在補充資料 1 第 41 頁，「照護機構中醫醫療照護方案」也是延續性計畫，預算為 4,800 萬元，這部分健保署同意中全會提出的目標或是預期效益評估指標，我們覺得都是合理的，建議依照健保署及中全會提出的結果。

接著進入到健保署的其他預算部分，請參閱補充資料 1 第 43 頁，第 1 項就是有 1 個在宅急症照護試辦計畫，這是 113 年新增的計畫，健保署提出的執行目標是 113 年至少 100 家院所參與服務，本會研析因為是第 1 年執行沒有病人數的資料，所以鼓勵院所積極參

與屬於合理，本會建議依照健保署所提目標 113 年至少 100 家參與服務，但也建議未來朝訂定照護服務病人數的目標為宜。預期效益評估指標部分，健保署提出，在宅急症照護的病人結案之後，14 天內轉住院率較前 1 年下降，113 年為觀察年度。本會研析，以 14 日內轉住院率為結果面指標是合理的，只是因為比較基準是較前 1 年下降，但是這是新試辦計畫，沒有前 1 年的資料，所以建議酌修文字為「較前 1 年醫院住院同診斷病人的比較」，修正文字在最右邊的欄位，請委員看這樣的修正是否妥適。

再看到補充資料 1 第 44 頁，最後 1 項，是全年經費 20 億元的「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」，健保署提出來的執行目標是調升護理相關費用之醫院家數達一定比率，這部分本會分析是認為「調升護理相關費用」、「醫院家數達一定比率」都是不明確的目標值，考量本項協定事項明訂「預算優先用於強化住院夜班護理照護量能」，建議目標明訂為調升醫院住院夜班費用的醫院家數，建請健保署補充說明達「一定比例」的目標值是多少。預期效益評估指標的部分，健保署的評估指標也是「調升護理相關費用之醫院家數占率」，這個還是比較屬於過程面的指標，考量在協商這項預算時，主要訴求解決護理人力不足的問題，就是留任的問題，建議這個效益評估應該要回歸預算用途，呈現資源投入的效益，我們去查在各年度評核時，醫院總額執行成果評核指標，有包含 5 項護理人力的監測指標，在補充資料 1 第 45 頁，請委員參考。這部分可反映護理人力增加的情形，或許委員可以參採作為效益評估指標。預期效益評估指標部分，就請委員討論，是否同意健保署提出的指標，就是調升護理相關費用之醫院家數占率，但是這個部分，本會建議修正文字為「調升醫院住院夜班費用之醫院家數占率」；或者委員要參採評核的指標，選取以下的指標，包含「醫院護理人員總人數較 112 年成長」、「平均每月實際於一般急性病床照護之護理人員較 112 年成長」、或者是「醫院 2 年以上年資護理人員比率較 112 年增加」，這是我們提出來給委員參考的，這部分都是要請委員做出決定。

請委員翻回補充資料 1 第 33 頁，我們已經對個別項目說明了，因為健保署的回復內容提到，健保署與中全會對於中醫門診總額一般服務的「中醫門診中利用新增人口」建議修正文字，將「就醫者平均每人就醫費用」新增年度，修改為「113 年就醫者平均每人就醫費用」。因為新增採計年度的話，健保署在計算指標時會更明確，也不影響實質內容，應尚屬合理，建議同意修正。

在說明的第三項，這次委員會議要確認整體成長率，以及剛剛講的 2 個部門及其他預算的協定事項後，會併入 113 年度各部門醫療給付費用總額協商結果，報部核(決)定。至於醫院及西醫基層總額部門，是兩案併陳報部決定，其中新增或延續性項目之 KPI，也就是「執行目標」及「預期效益之評估指標」，請衛福部就政策要求，逕予核定。

請翻回補充資料 1 第 34~45 頁的 KPI 部分，要請委員決定，本會才能併同報部。

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

**盧主任委員瑞芬：**因為這個要報部，所以要逐項討論，請各位委員翻到補充資料 1 第 34 頁，先從牙醫門診總額第 1 項開始，本會同仁花很多時間研擬建議，要請委員表示意見，我們逐項通過才可以報部，第 1 項的牙醫門診總額，請委員參閱補充資料 1 第 34 頁，牙醫專款項目「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，這部分委員有沒有意見？請李永振委員。

**李委員永振：**現在主席要逐項討論，但是進行討論前，我先 overall 講一下，因為對於執行目標及預期效益的評估指標，以前也都有，但是最近 2 年我們追得比較嚴，所以醫界可能還比較不習慣，這個我可以同意，但是不能用這種理由，每年一直過下去，這樣不好，所以是不是請各部門及健保署，應該要弄 1 個模式出來，期程規劃為何？2 年、3 年，我個人都可以接受，但是不可以每年都這樣子，例如，像是我剛才講的編列 15 億元的「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」與「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」2 個專款計畫，要有個理由去說服付費者

嘛，那不然的話我會覺得說你再丟 15 億元下去，又回到疫情之前，這樣這些錢不是都浪費了嗎？如果這樣的話，應該是沒有那種效益，我們會覺得錢花得不值得。尤其預期效益的部分，我們一直在強調要放到總額協商的減項，已經講了大概 5 年了吧，到現在還看不到一點點的效果，明年社保司提出的總額範圍，在討論總額時一定又是同樣的內容，就這樣一直下去，我不曉得到什麼時候才会有，總是要提出 1 個期程，不然每年都這樣講，會覺得怪怪的。

剛才陳燕鈴組長報告提到新增项目的部分，新增项目沒有經驗是事實，但是這種答覆似是而非，為什麼？您沒有提出來，那這個計畫怎麼擬出來的？經費是怎麼估算出來的？這說不通嘛，您一定有構想的假設，那個假設要拿出來，大家再看這樣合理不合理，將來有實際數字，當然就用實際數字作成評估依據，這是合理的。

有關牙醫部分，我先講我個人意見，本會幕僚分析得蠻深入的，在各項的部分，我個人先表示，我同意本會幕僚所提的建議，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，所以第 1 項的部分，李永振委員表示同意，請王惠玄委員。

**王委員惠玄：**我想請教一下，整體而言，醫院和西醫基層總額，因為沒有達成共識，所以不管是新增或是延續项目的執行目標及預期效益評估指標都不在本會委員會議討論了嗎？全權授權衛福部嗎？

**盧主任委員瑞芬：**目前，對。

**王委員惠玄：**那我不確定衛福部對於兩案併陳方案的範疇是不是包含執行目標及預期效益評估指標？就我所了解，過去衛福部在核定兩案併陳時都沒有針對執行目標及預期效益評估指標做任何的評論，所以我不確定占總額相當高比率的醫院及西醫基層總額的執行目標及預期效益評估指標部分，在下一年度的評核有沒有辦法符合付費者代表的期望或是甚至全體民眾的期望，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝王惠玄委員，請委員翻到補充資料第 33 頁第 3 點，兩案併陳的部分，新增或延續性项目的「執行目標」與「預期效益之評估指標」，其實是要請衛福部就政策要求逕予核定，所以我

們在這邊就沒有辦法進一步討論。我知道王委員 concern 的是核下來的內容是否符合付費者代表的期望，但是在還沒有核下來前我們也無從討論，目前我們能做的就是等部核定後，委員可以針對核定內容提出意見給部裡參考。

**王委員惠玄：**謝謝主席的說明，我也查了一下相關規範，有關兩案併陳的「執行目標」跟「預期效益評估指標」，其實是沒有執行面的指引，是不是可以先就付費者代表跟醫界代表都同意執行的項目，就執行目標跟預期效益評估指標也做一下釐清跟確認，我想衛福部或許對有共識的項目也不會去著墨。

**盧主任委員瑞芬：**好，這部分我們幕僚再.....

**周執行秘書淑婉：**王委員的意思是，要把有共識項目的「執行目標」、「預期效益評估指標」，提到委員會議討論嗎？

**王委員惠玄：**其實所謂有共識的項目，是指同意這個計畫的金額、目標，同意執行這個計畫，可是我印象中部分計畫的執行目標跟預期效益評估指標，可能還是會有一些不同的要求。

**陳組長燕鈴：**跟各位委員補充報告，剛才已經請負責醫院跟西醫基層總額的同仁去查，目前這2個部門已經有共識的項目沒有需要提 KPI 的。

**周執行秘書淑婉：**因為延續性項目增加的金額如果不到一定程度，就不用提 KPI，因為它是延續的。

**盧主任委員瑞芬：**對，因為有共識的延續性項目，之前都已經講過了，所以就不會再提到會上討論，現在主要是針對新增的部分才要討論，但是新增的項目如果沒有共識的話，也是沒有辦法討論。

**王委員惠玄：**謝謝主席、執秘、跟組長的說明，我印象中不管新增或延續項目，其實都要提出執行目標跟 KPI，因為誠如剛才組長所報告的，不同年度的 KPI 或許會有所差異。新的計畫第 1 個年度或許可以接受過程面的指標，譬如參與院所的比率，但是隨著計畫的延續、執行效果的擴大，就會傾向採用結果面的指標。所以對於延續計畫不需要 KPI 這個說法，我的理解是違背先前會裡的決議。



盧主任委員瑞芬：王委員的意見我們同意，這部分等整理後再來討論，請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：謝謝主席，其實剛剛王惠玄委員講的就是最根本的問題，我們在座所有的人應該也都沒有辦法被現在的運作所說服。也就是說，我們的執行目標跟預期效益評估指標應該是跟我們給的經費要鉤在一起，兩者有很大的關聯性，可是現在它們之間是脫鉤的。

剛剛燕鈴組長有報告，111年3月15日薛瑞元次長主持的會議決議，當時很清楚的說，我們的總額在提出預算需求的時候，必須要有預期效益跟執行目標，可是每次交過來的都是斷簡殘篇，我們必須要這樣講。然後健保會的困難是不敢退件，不敢退件的東西就來到我們付費者這裡，大家就是在一個不清楚的基礎之上討價還價，這整件事情我相信在座所有委員都是全台灣、不管在每個領域都是最菁英的人，我們沒有辦法說服自己我們在做什麼。

所以我還是要再重申一次，既然我們有決議在那個地方這麼清楚，我們也知道這是協商最重要的基礎，所以是不是我們這邊做一個決議，授權健保會只要是送來的資料有任何缺漏，都拜託幫我們追到，因為有這個東西，我們才有辦法往下談。

即使是兩案併陳到部長那邊，因為剛才王惠玄委員講到非常重要的一點，如果預期效益跟執行目標是模糊的，那我們每年7月的總額執行成果評核要評核什麼呢？因為評核的基本概念，就是要去問當初設定的目標有沒有達成，這是 performance evaluation 最基本的概念，所以我再次希望我們能夠在這次的會議當中，把這些規則定下來，讓我們的協商越來越成熟、越來越具有說服力，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝劉淑瓊委員的意見，其實健保會同仁一直都有在追資料。

劉委員淑瓊：有好多個洞嘛。

盧主任委員瑞芬：對，我們有追資料，但沒有回。

朱委員益宏：主席，對於剛才王惠玄委員提出來的部分，我個人有不同意見，因為歷年總額協商如果是兩案併陳時，在協商過程或許某

些項目是有共識，但是可能因為某些項目卡住，所以談不成。而協商過程中有共識的部分，也是互相退讓達成的結果，如果一旦兩案併陳，之前的共識可能就都沒有了，所以你很難說在協商過程中有所謂的共識部分，這個共識跟真正兩案併陳的時候是不是同樣的版本，我覺得是有爭議的，而且歷年來協商的情況也不完全一樣。

像是醫院總額協商時，跟付費者可能某些項目有共識，但是兩案併陳的時候，醫院總額跟付費者都退到原來的方案，就會變成用這樣的兩案併陳，所以很難說哪些項目有共識、哪些沒有共識。

第 2 個就是說，當然部長過去也有裁示，就是說如果提出方案一定要有 KPI 才能執行，但是兩案併陳下，舉例來講，其實我在委員會有提過，醫院總額這邊如果付費者有不同意見，付費者理應去提出相關的 KPI，因為那並不是醫事服務提供者這邊的意見，如果付費者去修正，當然就要提出相應的 KPI。

但是事實上好像是沒有的，所以兩案併陳時都是，譬如說醫院總額部門會很負責地提出醫院總額版本的 KPI，但是付費者版本似乎沒有提出相關 KPI，一個版本有 KPI、一個版本沒有 KPI，部長怎麼去裁 KPI，當然部長就要請幕僚提供意見。

所以剛剛王委員提的問題，其實還蠻難解答的，這樣就是如果兩案併陳的話，就要 2 個版本都要提出相應的 KPI，部長才能夠就 2 個版本的 KPI 去處理。

當然這幾年的部長裁示，可能兩案都不採納，中間可能自己有一些想法，這時是不是衛福部的幕僚也應該就部長的裁示，要提出相應的 KPI，這樣子在評核的時候才能夠給予評核。

另外，我也要提一下，現行總額評核的作法是有缺點的，因為在執行面，比如說醫院總額兩案併陳最後裁示的版本，或是某些項目並不是醫院部門提出的版本，結果評核時說我們沒有達到目標，其實可能是部長的裁示、可能是付費者的意見，既然是兩案就表示醫院總額這邊認為這個版本沒有辦法實施，所以沒有辦法接受，但是最後評核的時候，又要針對不是醫院總額提出版本的執行效益打分

數，我覺得這樣的機制也是非常奇怪。

所以我覺得健保會可以考慮評核這件事情，以後是不是針對有共識的才可以評核；沒有共識的時候，要怎麼樣處理所謂的沒有共識這件事情，我覺得大家要去考量。因為既然沒有共識，然後用沒有共識的版本要評核執行單位的執行項目，我覺得這樣也不是很公平。

**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。我想我還是贊同每一個方案應該要有它的 KPI，只不過問題就是萬一部長裁示下來時沒有 KPI，這樣是不是就很難執行。萬一有這種情況，是不是主席徵求剛剛提案的那一方，先提出初步的 KPI 到健保會討論，大家有了共識再執行，不然有方案沒有 KPI，根本沒有辦法執行，就等於消化預算，這樣是對不起人民，我不太贊同。不管是誰提的版本，我覺得都應該要有 KPI 才對(盧主任委員瑞芬：對，我們現在就在討論)。

回到這個討論案，有關牙醫部門特定疾病病人牙科就醫安全計畫的執行目標，我比較贊成第 2 個選項，就是以人數來算，因為第 1 個選項就是執行的院所數達到 2 成，這樣不太清楚到底要做多少個案，第 2 個選項是比較正確的方向。

有關預期效益評估指標，我也是比較贊成第 2 個選項，第 1 個選項是採自我評估合格率，我會把自己分數打不及格嗎？這很困難，所以這個指標沒有意思。

第 2 個選項是比較好的，有指定以哪些疾病來評估，這樣是比較清楚，但是有個地方我不太清楚，比如說①「使用抗凝血劑患者，牙科處置後傷口風險降低」，它的基期是什麼？是跟什麼時候比？不太清楚，這可能要寫清楚，是不是從 113 年開始，要有可以比的基期會比較清楚，①、②兩個指標都是一樣的問題。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，在請劉淑瓊委員發言之前，我想先問一下李永振委員，因為李委員剛剛針對這案子說同意健保會擬的，但是健保會研析意見都有 2 個選項，李委員是同意哪 1 個？

**李委員永振：**就是健保會同仁的意見。

**盧主任委員瑞芬：**他們都有寫 2 個選項，第 2 個選項是不是？好，那我們現在請劉委員。

**劉委員淑瓊：**部長裁決的時候是根據什麼基準來裁？我們假設部長的裁決是 1 個理性的決策，那部長一定是看我們總額提出來承諾的服務內容、承諾的 KPI，應該是這個價格就可以了。所以簡單講部長裁下來的這個金額，總額提出來的條件應該都不變，沒有調整空間，這跟政府採購法裡面的標案議價之後，那個金額會比公告的金額低，但是所有的受委託者，你要做的事情一件也沒有減少，我覺得是要用這個邏輯去思考。

第 2 件事情是，10 月 5 日付費者代表跟部長見面時，部長對現在的這個作法，就是一個方案兩個價格，叫做兩案併陳，是有不同的想法，他認為付費者也應該提出付費者的方案。也就是說我們醫界的專家認為要做這些，但是付費者也有他們的需求，所以就有點像是朱益宏委員講的。但是我要講的是說，我們兩邊武器不對等，我們醫院總額兵多將廣，但是付費者代表就 1 個人，所以我想這件事情還有很大的討論空間，以上，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**李永振委員還是針對這案？

**李委員永振：**我完全同意剛剛劉淑瓊委員所提的意見，不過我比較擔心的是，如果授權給健保會幕僚退件，他們壓力會很大，可能還要再考量一下。

另外我覺得這整個議題裡，還有時程的問題需考量，可能要把整個協商的時程拉長，像今年 8 月 16 日才開始提一些總額項目計畫出來，健保會的同仁忙得人仰馬翻，接著我們 9 月 20 日就開始協商了，前後大概 1 個月左右，資料還要提前 1 個禮拜寄送給與會人員。如果對整個流程真的去深思熟慮，會發現時程上可能有些問題，所以是不是請健保會同仁，依據你們過去的經驗、作業的時間，看是不是新增項目的部分要提前在 5、6 月就提出來，整個構想一下。這樣的話跟付費者充分溝通後，大家才有一個相同的認識，這樣談

才談得出來啊。不然的話，從8月16日開始一直忙忙忙，因為我們其他付費者代表不像我是退休老人比較有時間，他們還有其他事務要忙，真的要對這些計畫深思熟慮有時間上的困難，談到後面的結果，尤其是到協商最後那個禮拜，都是只看數字啦！我上次就提到過，沒有辦法看到數字後面的內容，所以是不是要把期程稍微拉長一下，這樣也才有辦法解決這個問題。

另外我也曾經提到1個關鍵問題，我們在講協商架構原則的時候也常常提到，是不是將來可以有一個比較正式的規定，就是這些項目的要件如果沒有具備，就是不管是付費者、還是醫界提出來，對方認為說這個我就不買了，那就不用討論嘛。不要大家討論半天，結果都是浪費時間。

所以剛剛有委員提到說，你要兩案併陳，應該是用大家花這麼多時間、用最後那個沒有辦法協商的版本兩案併陳才對。不然的話，你又回到付費者、醫界原來的版本，像今年醫院總額協商的話，前面3個小時都浪費掉了，這樣雖然不會浪費青春，但是也浪費時間。

**盧主任委員瑞芬：**這部分其實今年協商時我就有拜託雙方，不要沒談成的時候就退回原位，就是沒有結婚也可以當朋友，我們以最靠近的距離去兩案併陳。剛才大家討論的意見都非常好，我們虛心接受，會再全盤考量，包括協商時程還有內容的部分，我們12月再提案到會上跟各位討論。現在是不是直接進入剛才的這個案子？我們只剩下16秒，但還沒有討論到實質內容。

**黃代理委員啓嘉(周委員慶明代理人)：**第一次發言。主委、各位尊敬的付費者代表，我想我們醫事服務提供者在發言的時候，都有1個先決條件，就是我們盡量不得罪付費者，原因大家大概都知道，我接下來講的話，如果醫界夥伴們有不一樣的意見，如果有人反對的話，可以提出異議。

第2點，剛才付費者所提的意見，跟醫事服務提供者之間是沒有共識的，這點我想如果有異議也可以提出來。

第3點，針對剛才牙醫門診總額的指標修正建議，大概講一下我

的意見，第 1 個執行目標就是應該以金額，就是採第 2 個選項，也就是前面兩個議題都是採第 2 個選項。為什麼？因為第 1 個，我們既然是給錢，當然要看金額有沒有用到、有沒有達到效果；第 2 個風險當然要看它有沒有確實降低風險，而不是自我評估合格率有幾成，所以基本上這兩個議題我都是主張第 2 個選項，這裡先回答主席的問題。

**盧主任委員瑞芬：**好，謝謝，我先看看其他委員對這個項目還有沒有意見。

**黃代理委員啓嘉(周委員慶明代理人)：**後面項目的這兩個指標就沒有需要其他醫事服務提供者的共識了。

**盧主任委員瑞芬：**對，目前有發言的委員對於執行目標跟預期效益都贊同採第 2 項選項，請問這部分有沒有反對意見？現在請牙醫部門代表江錫仁委員回應。

**江委員錫仁：**謝謝主席跟各位委員的意見，同時我也想感謝各位委員讓我們牙醫部門新增專案項目。講到執行目標跟預期效益評估指標這部分，當然我很尊重、也很贊成大家說要以服務人數作為標準沒錯，但是我們講的是用牙醫院所的幾成來做目標，因為增加服務的院所數目跟增加服務人數，其實是有正相關的；我們沒有辦法掌握有多少病人來找我們看牙齒，但是我們可以增加我們的院所數目，然後由增加的院所數來服務更多的民眾。

因為現在是第 1 年，所以我沒有辦法掌握人數，當然我很同意實施 1 年後，也就是在第 2 年，能夠用服務人數做為執行目標，所以我希望各位委員能夠同意，第 1 年讓我們還是用參加院所的數目做為執行目標，以上報告，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**這個部分我要請教一下健保署的意見，目前討論下來，委員已說明為什麼他們會支持第 2 個選項，但是江錫仁委員則表示不管是執行目標或者是預期效益的部分，希望用原來的第 1 個選項來做，請問健保署聽了委員意見後，是否同意委員所建議第 2 個選項是比較合適的？

**李副署長丞華：**請醫管組說明。

**劉組長林義：**本署提出的意見在事前已經跟牙全會討論過，因為這項等於是新的項目，所以我們覺得第 1 年的話，贊成牙全會這邊的提議。不過剛才委員的建議是，不管他是第 1 年或怎樣，就直接用就醫風險降低這個指標，這部分我們也沒有意見，尊重健保會的決議。

**盧主任委員瑞芬：**OK，好，目前有發言的付費者委員，其實意見蠻一致的，執行目標跟預期效益評估指標都希望採用第 2 個選項。健保署剛才給的建議是說執行目標可以用第 1 個選項，但預期效益可以用第 2 個選項；江錫仁委員希望都能按照原來的第 1 個選項。

我們今天一定要有決議，因為這個案子要報部，其實在健保會討論這樣的議題應該是以委員的意見為主，所以我可能要對江錫仁委員抱歉，因為目前委員意見蠻一致的，都是同意第 2 個選項，請王惠玄委員。

**王委員惠玄：**主席，不好意思，我可以補充一下。從第 1 個執行目標來看牙醫界的代表們，是很謹慎保守的說院所參與數要達 2 成，但是我們健保會幕僚是要達到原先預算估計的 99.7 萬人，這中間的落差非常大，當然 2 成的院所數是不可能服務到 99.7 萬人，這樣對吧？

因為今年度的總額執行成果評核，也發現牙醫門診總額在部分新計畫的執行，碰到很大的阻礙，就是參與院所數因為種種原因沒有達到預期。所以如果維持健保會幕僚建議的 99.7 萬人，我可以預期這個項目明年執行率會非常慘淡，牙全會會非常辛苦。

雖然病人的就醫安全其實是困擾基層牙醫診所非常大的問題，但是真的要大家都知道怎麼做、然後進一步把它做好，真的需要一點時間。所以可否請牙全會思考，把院所數的參與率稍微提高一點，不要只有 2 成；在人數部分是否可以考慮分階段，因為是新計畫，分第 1、2、3 年逐步達成是否合理一點？因為如果第 1 年就要達到 99.7 萬人，我覺得也是蠻高的門檻，我怕付費者會失望，牙全會也會承擔很大的壓力。

有關第 2 個項目就醫風險降低，我不確定健保署是不是有資料可以評估這個計畫執行前，使用抗凝血劑跟抗骨鬆藥物的民眾到牙醫院所就診之後產生的問題，這個有紀錄在健保資料庫裡面嗎？如果沒有的話，恐怕雖然剛剛付費者都支持第 2 個選項，預期效益評估指標採取第 2 個項目風險降低，但是以我粗淺的認知，我想不出來有什麼資料可以去回答這個問題。所以這個部分是不是也請健保署能說明一下，雖然這邊講說後續再妥為研訂，但我認知是沒有資料可以用。

**盧主任委員瑞芬：**好，在健保署回應之前，先請陳石池委員。

**陳委員石池：**主席、各位委員，大家好。我想牙全會有這樣的意見，是否可以採取折衷方式，就是執行院所數達到 2 成、但服務不到 99 萬人，服務到 60 萬人，很簡單只要達到 2/3，我就給你 2 億元。

**盧主任委員瑞芬：**這項是專案，就是用多少就多少，不是一般服務，沒有服務到這麼多量，就拿不到那麼多錢。

**陳委員石池：**出血風險這語意確實不太清楚，應該說「處理以後出血比率」這樣就比較清楚。

**盧主任委員瑞芬：**請周麗芳委員。

**周委員麗芳：**主席、各位委員，我也認同王惠玄委員說的，就是可以分階段來做一個考量，另外 1 個議題就是說，因為很多專案，最後在跟健保署協商公告上路的時候，往往不是 1 月 1 日就開始實施；如果不是在 1 月 1 日實施、也不能歸因於總額部門的話，可能到時候在目標這部分還是要做一些校正，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**這個會，請江錫仁委員。

**江委員錫仁：**也麻煩主席可否同意請徐邦賢主委再補充說明一下。

**盧主任委員瑞芬：**OK，好。

**徐主委邦賢：**謝謝主席、謝謝各位委員，還有各位醫療部門的同仁，我想就這個案子簡單跟各位說明。目前為止，牙醫跟健保署還沒有確定特定病患的範圍，到底是哪些範圍的病人能夠納入這個計畫。所以我們對於病人數跟呈現所謂結果面的指標，對不起，我們因為



病人範圍還沒有確定，還沒有辦法訂出來相關的指標，所以才會退而求其次，要求牙醫同仁自己要積極去參與。

至於 2 成院所數容我跟大家說明，這個計畫我們牙醫門診總額原來所提出來服務的患者所需要的經費達到 10 億多元，後來同意的經費是 3 億多元，所以基本上來講我們核算起來，等於我們是獲得這個計畫原本計算範圍不到 3 成，所以才會訂出執行院所數達到 2 成，能夠把經費做最確實的運用。這是今年剛開始在這個時候，我們能夠拿出來比較確實可以計算的目標。如果實施 1 年之後，相關數據出來，容我們明年再修正呈現出符合各位委員期待的結過面的指標，以上。

**盧主任委員瑞芬：**剛才你提到的，其實我們在協商的時候，病人的範圍是有匡列的，所以你現在說病人範圍不確定是什麼意思？因為當時協商時有匡列是針對使用抗凝血劑、抗骨鬆藥物的患者，現在你們說不確定病人範圍的原因為何？

**徐主委邦賢：**是，報告主席，現在使用抗凝血劑的患者，不是單純只有當初健保署協商時定義的高風險病患，因為當初健保署是用高風險病患就醫人數推估預算，現在被拉過來當做計畫執行目標的服務人數。但是實際上抗凝血藥物的使用人數，遠超過健保署所定義的高風險患者人數，比如高血壓患者，也會使用抗凝血劑，但是當初健保署推估預算 3.071 億元所用的高風險患者定義，沒有包括高血壓患者，所以在計畫的服務對象範圍尚未和健保署討論確定之前，我們實在難以提出相關目標人數，或是相關結果面的指標，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請李永振委員。

**李委員永振：**雖然討論的議題好像快跑掉了，但是過程裡面越講越清楚，為什麼這樣講，因為這個項目丟出去時，牙全會認為說他們是勉強接受的樣子，但是問題還是在這裡啊！所以我剛才提到要拉長討論過程的意思就是這樣，對不對？不然的話，雞同鴨講到最後沒有結論，剛才講到原本是 10 億元，現在只給 3.071 億元，所以目標已經不一樣，當時如果可以說清楚，現在的討論起來會比較切題。

另外剛才有提到 2 個標準，1 個是診所數，1 個是人數，這應該是在要達成就醫人數的過程，牙全會認為說剛開始，所以先用院所數，但是付費者要的是有多少人就醫，那個才是重點，這個會回到原來預算怎麼去算，要 link 在一起，剛才主席好像也有談到，3.071 億元是怎麼估出來的，健保署這邊應該有個試算，當時是用診所數嗎？應該不是吧，應該是就診人數，所以這樣會比較明確。當然我知道，牙全會比較 care 的是如果達不到執行目標，將來評核成績不好看，會影響成績，所以才會在這邊爭取用達成診所數作為執行目標，那這樣的話，是真的很難下結論。

**盧主任委員瑞芬：**請李飛鵬委員。

**李委員飛鵬：**第 1 次發言，我看到這個專款 1 年是 3.071 億元，我查到全國的牙醫診所數有 7,000 家左右，如果有 2 成診所要建立就醫安全的環境，大概要有 1,400 家的診所加入，其實每家約可分 21 萬元，進一步計算，如果說要訂 99.7 萬人為基礎，每家都必須服務 7,412 個人，也就是每個月都要服務 600 人，牙全會真的執行得來嗎？這個標準會不會訂得太嚴？對不起，我是用一個醫院管理者的角度幫他們算一下，其實 2 成的診所要用 3.071 億元去執行，也是非常辛苦，我跟大家分享一下估算的結果。

**盧主任委員瑞芬：**好，剛才王惠玄委員詢問健保署是否有資料可評估就醫風險，請健保署回應。

**劉組長林義：**假如最後的決議是，要用就醫風險來做為評估指標的話，我們會跟牙全會討論，看是不是有個評估表之類的，可以當成資料，以上。

**盧主任委員瑞芬：**好，吳榮達委員。

**吳委員榮達：**有關第 2 個方式的部分，因為這邊的建議是 99.7 萬人，是不是建議改成 99.7 萬人次，應該會比較明確一點，人次跟人數是不同的，是 99.7 萬不同的人就醫嗎？還是人次？這可能要再釐清一下。

**周執行秘書淑婉：**因為就醫安全的重點是人，在病人第 1 次就醫時，

其實就應該針對有特殊疾病的患者擬訂用藥計畫，所以病人第2次再就醫時，其實就沒有這件事，不能每次就醫都要算1次，應該是這樣計算。

**吳委員榮達：**這樣困難度不是更高了嗎？

**盧主任委員瑞芬：**應該是用service的population來計算。這個部分現在兩邊是堅持不下，剛才王惠玄委員有建議，如果牙全會覺得人數過高，不太能做得到的話，是否可以提高達成的院所數成數？因為2成的目標值太低了，所以提高達成院所數的成數是另外1個選項。

大家現在可以考慮一下，因為這是專款，如果沒有用到那麼多量，是不會拿到那麼多錢，所以是還好。如果做不到，就不能向健保署申報費用。請問牙全會願不願意提出更高一點的承諾？請周慶明委員代理人黃啓嘉代理委員。

**黃代理委員啓嘉(周委員慶明代理人)：**我有點好奇，就是說當初牙全會提的預算，我記得牙醫門診總額是不是提10億元？奇怪，如果3億元執行都有困難，為什麼會提10億元，這是我很好奇的第1點，真的很好奇。第2個就是說，怎麼在協商的時候KPI沒有一起討論完？就是說，3億元都有執行面的問題了，那時候為什麼會提10億元？就是總額協商的時候為什麼提10億元，這是第1個問題。第2個問題是，為什麼在協商的時候沒有把KPI弄好？這個是第2個問題，怎麼會這樣還可以協商成功？所以我真的是好奇，但是我要講，如果今天說執行診所數達2成，但是服務病人只有1萬人，不知道付費者代表能否接受？

**盧主任委員瑞芬：**好，我們趕快把這個案子結束，討論很久了。

**江委員錫仁：**謝謝，王惠玄委員的折衷方案，我想我們牙全會可以把診所達成的數目再提高。

**盧主任委員瑞芬：**所以你們要提高到幾成？

**江委員錫仁：**我們先提高到3成可不可以？3成好嗎？

**王委員惠玄：**只是影響明年評核的結果啦，不會影響經費的執行，所以用分階段的方式，我們第1年可能接受process參與率，但是可能下

一年度的協商內容就會從成果或是接受服務的人數，這樣的方向去走，好不好？

**江委員錫仁：**謝謝，我再回應一下剛剛黃代理委員的意見，那時候我們提出 10 億元跟後來接受 3.071 億元，是因為適用的對象不一樣，才會有這樣的差別，這部分跟黃代理委員報告。

**盧主任委員瑞芬：**好，在執行目標部分，我建議採折衷的方式，採執行特定疾病病人牙科就醫安全院所數達 3 成，因為是第 1 年，所以我們採院所數達 3 成，但在預期效益的部分，剛才委員們的意見，都覺得採自我評估合格，好像太過主觀，所以這部分我建議還是採用以特定疾病病人就醫風險為評估指標，這個部分有沒有反對的意見？如果沒有的話，這個項目就照我剛才的提議通過。

第 2 個專款項目是高風險疾病口腔照護計畫，這個部分因為不討論，所以我們就跳過。接下來就是到中醫門診總額的部分，第 1 項是一般服務的中醫利用新增人口，請問委員有沒有建議？我們是要採取同意健保署跟中全會研議的結果，就是 113 年就醫人數大於 112 年就醫人數，或者是參考健保會所提扣款計算方式來設定執行目標，各位委員在這個部分有沒有什麼建議？然後，一樣還有預期效益之評估指標，是同意健保署跟中全會研議的結果？或是請健保署及中全會考量中醫就醫人數增加對於提升醫療品質或效益結果面的指標，是不是可以提出指標的修正，這個部分委員有沒有建議？請詹永兆委員。

**詹委員永兆：**關於執行目標，本來我們當初談判、協商的時候，其實就認為說 113 年大於 112 年，後來到現在又變成扣款方式，這個方式我們剛才已經含淚接受，所以希望執行目標就是按照我們原來協商的樣子，基本上中醫來講這 1、2 年，第 1 年，在 111 年我們大概多看了 110 萬人，不是人次，今年上半年我們又多看了將近 70 萬人，我們看的人數真的是一直成長，包括我們的利用率從 27% 已經衝到 29.5% 以上，確實我們的利用率整個上升。但是對新增人口的補貼，說實在，對我們來講，還是沒辦法彌補中醫大量病患的使用，

以上，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，既然委員對這部分沒有發表其他意見的話，我們同意健保署跟中全會研議的結果，執行目標跟預期效益的評估指標都同意健保署跟中全會的研議結果。

專款項目部分，在補充資料 1 的第 39 頁，我們建議採取健保署的意見，在文字的修正上面，是以 4,000 人為目標，參與院所數為 7 家及服務人數以 4,000 人為目標，有沒有反對的意見？如果沒有的話，我們就通過；預期效益的評估指標部分，健保會建議酌修文字，這個部分不曉得健保署跟中全會是否都可以接受？好，那就照案通過。

第 3 項在補充資料 1 的第 41 頁，照護機構中醫醫療照護方案，這個部分目前也是建議依健保署跟中全會的研議結果，就是 113 年至少服務 90 家照護機構、服務人次 2 萬人次、服務總天數 3,500 天；預期效益的評估指標部分，是照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比例較 112 年減少，所以這個部分應該也沒有問題，一樣照案通過。

接下來最後 1 項就是其他預算的部分，在其他預算的部分，健保會在預期效益的評估指標部分提出建議修正文字，不曉得健保署是不是同意？可以嗎？

**李副署長丞華：**我們會盡量去做。

**盧主任委員瑞芬：**可以，那我們就照案通過。請王惠玄委員。

**王委員惠玄：**主席不好意思，補充資料 1 的第 43 頁在宅醫療項目，我想釐清一下，就是健保署原來提出的是結案後的 14 天內轉住院率較前 1 年下降，是歸戶的概念嗎？是接受在宅病人前 1 年的住院率的狀況嗎？因為健保會同仁所提出的這個建議，其實是沒有歸戶喔！是用所謂的住院同診斷病人，但是醫院的同診斷病人的疾病嚴重度，跟在宅某種程度上是重度失能的民眾，他們的疾病嚴重度或是所謂的醫療資源消耗，其實是不太一樣的，所以這樣的比較是不是符合這個計畫想要減少重症、失能住院，應該講重度失能民眾長期住院，

或是說偏輕症的住院問題，請教一下這個建議的評估方式，是不是有回應到這個計畫原先的初衷？謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請林綉珠委員。

**林委員綉珠：**主席、各位委員大家午安，我要提的是補充資料 1 第 44 頁專款的部分。

**盧主任委員瑞芬：**我們還沒到那邊，現在還在討論第 1 項居家醫療照護、在宅急症照護計畫。

**林委員綉珠：**好，我能不能順便補充一下居家的部分？

**盧主任委員瑞芬：**好。

**林委員綉珠：**因為剛剛王惠玄委員有特別提到居家這塊，就是說醫院住院同診斷病人 14 日再住院率的下降，這塊的指標是不是歸戶的部分。我個人覺得是不是除了住院之外，還有急診就醫，因為我們前面的部分講的是急症照護試辦，所以是不是除了住院之外，應該也能夠把同一診斷的急診就醫這塊放進去？以上。

**盧主任委員瑞芬：**這個部分請健保署回應，其他委員好像沒有意見。

**李副署長丞華：**因為這是一個努力的方向，我們會尊重。急診就醫那部分是不是要這次放進去，可能我們要再看一下，實務上容不容易做到，然後就是，是否對整個系統好，還是也對病人好，我們可能要再商量。

**盧主任委員瑞芬：**針對王惠玄委員的提問，王委員問這個是歸戶嗎？

**李副署長丞華：**對，這個部分的話，就可能會照健保會的建議，我們可能會跟醫院，然後同樣疾病的來做一個比較，應該會這樣來做處理。

**盧主任委員瑞芬：**好，所以這個部分，就是健保署同意健保會提議的文字嗎？好，那我們就通過。第 2 項因應醫院護理人力需求強化住院護理照護量能的部分，在補充資料 1 的第 44 頁，請林綉珠委員。

**林委員綉珠：**謝謝主席，這個部分我想最近在網路上，或者是在媒體上有很多的討論，我們非常感謝大家的支持。針對執行目標跟預期效益的評估指標部分，健保署的修訂是希望能夠把著重在夜班費的

部分，就是醫院住院夜班費用調升的家數。根據我們對會員做過很多的調查，大家都覺得光是夜班費，事實上並不足以真正的回應到這個新增項目的目的，因為原來的目的是要能夠強化我們住院的照護量能，所以我們當初在提的時候是一個留任的概念，而不是只有夜班費的概念，所以建議能夠保留原來的建議，就是調升醫院住院的夜班費之外，也能夠調升護理相關費用，因為調升護理相關費用當然我們就會去定義，例如說他的留任獎金、加薪，或者是員工的激勵福利，這一些事實上就會跟我們的留任，跟強化住院護理量能的部分有直接的相關，而不只是在夜班費的部分，所以我們建議是不是可以保留原來執行目標的部分，細項的部分，我們會再跟健保署做更詳細的討論，不曉得可不可行？

**盧主任委員瑞芬：**這裡只有 20 億元喔！

**吳委員榮達：**對啊！

**劉委員淑瓊：**現在還在講這個。

**盧主任委員瑞芬：**朱委員益宏。

**朱委員益宏：**我不太贊成幕僚的意見去把它匡定成夜班費，因為夜班費是行政院院會講的，並不是經過這邊協商，如果是行政院院會的意見，那應該撥公務預算來補這塊，去調夜班費。既然在當初協商達成共識的時候，是由健保署跟護全會再來協調，且護全會這邊也表達，他們希望並不是只有在夜班費去做處理，所以我覺得幕僚這邊去給它匡定夜班費，可能是順了行政院的意，但是跟本項當初協商的目的是可能就有所偏差，所以我是建議還是依照原來健保署提到的意見，就是執行目標是調升護理相關費用，醫院家數達一定比率就可以了，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**王惠玄委員。

**王委員惠玄：**各位委員，請教一下這個項目先前的決議是不是請健保署跟護全會，在今年 10 月底把具體實施規劃向本會報告同意後，再去建立所謂有共識的執行目標？因為當天協商到這個項目時，已經晚上 11 時 20 分，我想大家都有點混亂，雖然我們有錄音，甚至於

錄影，事後很多團體都有意見，包括護全會的前輩們也都有很多不同的聲音，所以我可不可以請教，我們要在今天這裡討論嗎？還是要等 10 月底有具體計畫再討論？因為牙醫也有 1 個項目是等健保署提報具體實施計畫的時候併同確認，本次暫不討論及確認，在補充資料 1 第 36 頁牙醫的高風險疾病口腔照護計畫，好像有這樣的處理方式，那我不知道這個案子是不是要比照牙醫的高風險方案處理？謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**韓幸紋委員。

**韓委員幸紋：**我也是在護理的相關費用這個部分提問，比如說，剛才前面我們看的健保署的回應，也是提到這個專款專用是期望能夠提升護理人員薪資，鼓勵護理人員的回流跟留任，那可是執行目標裡又提到夜班費用，就是你前面講的回流、留任跟後面的調升夜班費，實在是沒有直接的關係。

然後，比如說預期效益的評估指標，是建議參採像評核的指標，像是如果醫院的護理人員總人數，如果較 112 年成長，單就這個指標來看，能不能回應這個項目原本的目的，就是希望提升護理人員的留任跟回流？我舉個比較極端的例子，我不是說醫院一定會這麼做，假設醫院真的就是聘了很多比較資淺、比較年輕的，但是資深的離職了沒有補，總人數來講是增加的，可是這樣的變化到底是不是大家要的？這就是每次遇到相關的案子，我們會一直很困惑，就是明明希望能夠達到的政策目的是這樣，可是後面不管是在實際的操作層面，或者是後續的評估指標，其實都完全扣連不上，這是我對於這個部分比較大的疑問。

**盧主任委員瑞芬：**好，謝謝，這個部分可不可以請健保署回應一下，因為委員關心提升護理相關費用的部分是不是已有共識？你們有比較明確的方向嗎？

**劉組長林義：**是，健保署這邊建議的執行目標，其實就是保留比較大的彈性，大家可以看到我們這邊的執行目標，就是調升護理相關費用的醫院家數達一定比率，跟調升護理相關費用的醫院家數占率，



就是這兩個指標，這也跟剛剛護全會代表的說法一致，就是保留一些彈性，以上。

**盧主任委員瑞芬：**所以這是護全會也同意的項目，好，如果是這樣子的話，一定比率是目前還沒有試算出來嗎？請李永振委員。

**李委員永振：**請大家回憶一下當時協商的情況，協商的時候有談到說 20 億元只是杯水車薪，如果要普發的話，1 個人平均 1,000 元，後來才會說同意 20 億元，它相對有另外 20 億元，這樣至少針對關鍵的這個部分，大概會有點作用，是這樣來的嘛！當時也是有談到夜間加班的問題，怎麼現在回到這裡好像又翻盤了，那這樣怎麼談呢？就很奇怪啊！

**盧主任委員瑞芬：**對，其實我們當時談的時候有匡列預算是針對夜班，但那個時候也有說，我們就授權健保署跟護全會去討論，現在他們討論出來的結果，就是要用調升護理相關費用的醫院家數達一定比率。

**李委員永振：**離題啦，要在原來的範圍去討論，如果像現在這樣，錢就不夠用嘛！

**盧主任委員瑞芬：**對！其實 20 億元真的是杯水車薪，當時我們也覺得護理人力問題很大，考量護全會應該是最會替護理人員爭取權益的，所以請健保署和護全會討論，健保署建議執行目標為醫院家數達一定比率，這些都沒有很明確的情況下，護全會是否都接受？

**林委員綉珠：**跟李委員報告，我們當初在協商的時候，有特別提到就是說優先用在夜班費，所以事實上夜班費這一件事情，我們也是把它放在我們的相關費用裡面，並沒有說夜班費就沒有，因為它是優先使用。另外一塊就是說，因為我們覺得在所有的這些留任措施當中，理論上應該不只是有夜班費的部分，而是應該有用在加薪、全面加薪，或者是留任獎金，這一塊是我們多數的會員覺得比較重要的一個部分，所以夜班費這塊我們也會放進來，如果說要整個計算到底有多少家醫院可以達到這個目標，因為我們跟健保署還沒有很詳細的去估算，所以我們可以跟健保署討論有沒有什麼樣的目標，

當然對我們而言，期望不是每家都加個 2 元、3 元，而是真的有一些必要的醫院，例如說，因為現在看起來比較重要，比較困擾的是醫學中心跟區域醫院的部分，在醫院的層級裡面會是比较困難的，所以這個部分，我們想跟健保署再做更詳細的討論之後，月底的時候再來明定要有幾%、幾成的醫院要達到這樣相關的指標。

**盧主任委員瑞芬：**好，陳石池委員。

**陳委員石池：**主席、各位委員大家午安，我不太贊同就是調升夜班費用，因為事實上就是說雖然薪水增加，但是三班裡面事實上最辛苦是白班，夜班反而病人問題比較少，是心理的問題比較大而已。所以你用夜班費來增加，很多人就會挑上夜班，所以這樣沒有辦法增加護理量能。我覺得護理相關費用，簡單來講就是有加薪的比例就好，最簡單的概念就是加薪，因為錢多的話，大概留任機會就比較高，留不住人是因為外面，譬如說醫美的工作較輕鬆，待遇又比醫院高，當然留不住人，所以加薪，大家不好意思講那麼清楚，事實上是加薪最重要，薪水多的話，再苦他也撐下去，所以應該簡單一點，就是薪水有提高的醫院家數這樣就可以，簡單的概念就好，不用限制夜班費用，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**吳鏘亮委員。

**吳委員鏘亮：**謝謝主席，我也是不贊成說一定要匡列在夜班加班費，因為在各醫院、各層級跟各地區，其實有相當不同影響的因素，要讓護理人員能夠留任跟回流，其實會有不同的考量，所以如果把它鎖定在夜班費，我覺得在操作上對於醫院來講，其實相當困難。所以我贊成用調升相關費用的作法，主要是要讓護理人員的薪資能夠讓他們回流跟留任，我想這個部分比較重要，以上報告。

**盧主任委員瑞芬：**好，謝謝，現在聽起來就是在執行面上，其實還有蠻多空間，所以健保署提的執行目標跟預期效益的評估指標，基本上是要爭取工作的空間，我們在協商的時候的確有講夜班費優先，但是夜班費也包括在護理相關費用，我也知道委員很關心這個部分，但是 20 億元真的杯水車薪，我建議是否就照他們提的案通過，但請

健保署在有明確方案時到健保會來做報告，屆時委員可再提出意見。本案就按照健保署研提的執行目標。請吳榮達委員。

**吳委員榮達：**若依照主席的建議，有太多不明確的文字，我是不是可以建議修正一下文字，執行目標是依健保署與護全會所達成調升護理師相關費用方案之共識所達成的醫院家數比率。

**盧主任委員瑞芬：**這個已經是他們的共識，這是他們討論出來的，吳委員是建議要討論具體家數嗎？

**吳委員榮達：**不是，還沒有討論具體共識，是依照健保署跟護全會所達成的調升護理師相關費用方案的共識，然後達成的醫院家數比率，我建議這樣的文字。

**盧主任委員瑞芬：**針對吳榮達委員建議的文字修正，請問其他委員還有沒有意見？如果沒有的話，就按照吳委員的建議修正，前提就是依照健保署跟護全會達成的共識，然後來看達成的醫院家數，本案就照這個方式通過，採取吳榮達委員剛才的建議，在文字上更明確。

本案確認 113 年度總額協商結果的整體成長率，依委員決定，確認牙醫、中醫門診總額及其他預算之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，將併入 113 年度總額協商結果，報請衛福部核定。

委員剛才對於總額草案形成過程的相關建議，我們會納入研修總額程序的參考，研修的結果會提 12 月委員會議一併討論，接著進行討論事項第一案，請同仁宣讀。

## 肆、討論事項第一案「113 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案」 與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

**陳組長燕鈴：**討論案第一案要討論 113 年度醫院總額一般服務之地區預算分配，依健保法規定，本會總額協商之後還要將預算往後分配到 6 分區，醫院協會已經提報建議方案在附件一。醫院總額方案是沒有共識，對於要用地區預算分配的一般服務成長率有 2 案，付費者代表方案是 5.152%、醫院代表方案是 4.721%，我們現在要討論的是一般服務預算分配的方式。

我先說明歷年的執行概況，地區範圍是以健保署所轄 6 分區分為 6 地區分配預算，這 6 分區的分配參數有 2 個，一個是「各地區校正風險後保險對象人數」R 值，還有「總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用」S 值，用這 2 個值的占率，加起來 100% 計算，其中 R 值要反映就醫人口需要，所以風險校正因子會做人口風險的校正。門診部分會先校正人口風險因子含年齡、性別、標準化死亡比，之後再校正轉診型態；住診部分主要是校正人口風險因子。

請翻到會議資料第 122 頁，分配方式是總額開辦時，主管機關交代從 93 年起，原則以 8 年為期，逐年達成 100% 依據 R 值分配，但是期程可以看實際狀況檢討修訂。

第 4 點是門、住診費用比率，剛剛講到校正參數不同，所以要先議定門、住診費用比率，從 94 年起門、住診費用比率都是 45:55。

第 5 點說明合併門、住診費用，把各區的門、住診預算合併以後，按季結算，歷年 R 值跟 S 值各年協定情形在會議資料第 122 頁下面的表，今年 112 年門診部分已經有調升 1%，從 51% 調到 52%，住診從 106 年起到 112 年都是維持在 45%，沒有調整。

有關於風險調整移撥款，108~110 年有達成共識，分別移撥 1.5~2 億元左右，分配因素包含偏遠地區、身心障礙、低收入等等 6 項參數分配預算，過去評核委員也認為分配方式合理。但是在 111、112 年風險調整移撥款就沒有共識，是兩案併陳，不過最後部都決定採

付費者建議的額度 6 億元。其中 2 億元維持剛才講的 6 項分配因素去分配，4 億元是以過去幾年 R 值、S 值的平均占率計算，這是目前過去幾年的情形。

有關於 113 年度的地區預算分配，台灣醫院協會提報的建議方案在會議資料第 123 頁第四點，醫院協會認為基於 112 年部已經核定 R 值占率已有提升，門診從 51%變成 52%，建議維持 112 年的分配方式，門住診 45:55，門診 R 值占率維持 52%、住院 R 值維持 45%，風險調整移撥款還是以 2 億元為原則。這部分有請健保署提供執行面意見，跟過去移撥款的執行情形，請委員參考附件三，基本上健保署是配合本會協定事項辦理，沒有特別意見。

請看會議資料第 124 頁，有關於 113 年醫院總額的待討論事項，(一)是門、住診費用比率，基本上我們是建議援例依歷年的方式，用 45:55 去計算，最重要的是對於門、住診的 R 值分配比率，醫院協會建議不調整，我們希望討論，本會也做一些研析。依照主管機關當時規劃地區預算是採取錢跟著人走的原則，漸進達成，保證民眾的就醫公平性，建議還是要適度調升 R 值，但是門診部分，因為 R 值已經調升 1%，明年是否要依照醫院協會建議不調整，委員可以考量；住診部分因為已經 7 年都沒有調整了，考量如果人口占率不前進的話，對於人口較高的分區，如北區投保人口成長率長年居於各區之冠，且超出很多，如果都沒有調整的話，分配的平均每人預算數跟成長率，相對其他分區比較低，可以看表 2-1、2-2，所以委員可以考慮住院部分是不是要適度調升 R 值。

我們也模擬試算給委員參考在會議資料第 125 頁，門診部分，不論 R 值維持或前進，6 分區預算成長率均為 4.42%以上，門診占率增加 1%，由 52%增加到 53%，北區增加 60 百萬元，其他各區少增加 3~22 百萬元。住院部分請看會議資料第 126 頁的表，不論 R 值維持不動或者是前進，6 分區預算的成長率都有 3.77%以上，若 R 值占率增加 1%，北區會增加 1.08 億元，台北區也增加一點點，其他各區就沒有這麼多，少增加 1~46 百萬元。

過去委員關心東區，如果這樣東區預算沒有增加這麼多會不會影響，東區人口負成長比較嚴重，預算影響比較少，試算住院 R 值提升 1%，東區較 112 年增加 3.35 億元，如果不調整增加 3.74 億元，對東區影響只是少增加 39 百萬元，查 112 年 6 億元風險調整移撥款，2 億元以 6 項分配因素分配，東區因為原住民、偏遠地區、身心障礙或是 65 歲以上人口較多，依照參數其實也分配到較多預算，112 年東區合計分配到 1.034 億元，所以也有達到風險調整目的，建議若 R 值占率調升，113 年要持續編列風險調整移撥款。

請翻到會議資料第 126 頁，另外要決定的是風險調整移撥款，是否同意醫院協會建議移撥 2 億元，或是維持 112 年衛福部核定 6 億元，請委員討論。

其他行政部分就是依 113 年度醫療給付費用總額協商架構及原則，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，請健保署會同醫院總額相關團體議定後，於 112 年 12 月前送本會同意後執行。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。相關參考資料我就不另述，請委員參考。

擬辦的部分要確認地區預算分配方式後報部核定，所涉執行面及計算等相關細節授權健保署會同醫院總額相關團體議定之，但是對於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：**請各位委員發表意見。請吳榮達委員。

**吳委員榮達：**我建議 R 值維持，移撥款還是維持 112 年的 6 億元，把移撥款移撥比較多到東區，大概這樣可以彌補到東區的缺口，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請李永振委員。

**李委員永振：**這邊有 3 點建議，第一，在 R 值方面，我們配合主管機關對於預算採用錢跟著人走，當時決議是 93 年，說 8 年為期但是可以檢討，現在已經在講 113 年，算一算也 20 年，20 年才 52%，剛好超過一半多一點點，再根據會議資料第 125 頁的說明，如果門診前進 1%，還有 4.42% 以上的成長，這時候不前進，什麼時候才要前

進，所以門診部分我認為至少要前進1%。住院部分，45%已經維持7年，我比較堅持要往前走。

第二，風險調整移撥款建議還是維持6億元。

第三，保障點值部分，請醫院部門可以思考一下，我們今年在討論的時候，我記得醫院部門保障點值好像約13%，是不是有點偏高，而且還一直講從非協商因素去處理，今年非協商因素還蠻高的，醫院部門我記得約4.1%，是不是這樣會比較合理來處理，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請李飛鵬委員。

**李委員飛鵬：**有關R、S值，每次調動R值，6地區預算都要重分配一次，今年有調整門診R值，建議113年能暫時維持不要再往前，住診因為邊際成本的問題，也沒有辦法前進，至於風險調整移撥款，我們經過3個層級討論，希望2億元就好，以上。

**盧主任委員瑞芬：**這是醫院的部分，請問付費者代表還有沒有意見？目前聽到李永振委員認為門診跟住院R值都要前進1%，然後風險調整移撥款保持6億元，付費者代表風險調整移撥款都表示6億元，但是吳榮達委員贊成R值可以維持今年的水準，醫院部門則是建議維持目前水準，但是風險調整移撥款要從6億元降到2億元，委員還有意見嗎？請黃啓嘉代理委員。

**黃代理委員啓嘉(周委員慶明代理人)：**首先感謝吳榮達委員，我是基層總額代表，我也來自東區，剛剛聽到吳榮達委員說風險調整移撥款要多給一點東區，我也跟委員說明，健保要求不能賺錢，醫院本身要損益兩平，財團法人醫院基本上是公益組織，稅務上享受很多政府優惠，就不能夠以營利為目的，但事實上醫院要營運，要維持水準，必須靠美食街、停車場、靠群聚的邊際效益去維持醫院的品質提升跟經營，東區的醫院沒有美食街，也沒有停車場，事實上也沒有財團法人醫院，東區有的醫院，第1種叫做佛教醫院，就是慈濟；第2種是基督教醫院，就是門諾；第3種是公立醫院，就是部立醫院；第4種是軍方醫院，沒有財團法人醫院。

為什麼會這樣子呢？因為東區的醫院邊際效益非常低，懇請所有

付費者代表在醫院總額的分配上，風險調整移撥款可以多眷顧一下東區，我知道東區的平均每人醫療利用及費用點數是比西部高，這牽涉到社會經濟的問題，還有交通偏遠的因素，我們很難責怪那些病人為何用到這麼多費用，同樣是化療，西部可以門診處理，東部必須要住院，因為來回車程就3小時，不能化療結束就離開，感謝剛剛吳榮達委員提到多分點錢給東區。

**盧主任委員瑞芬：**請林文德委員。

**林委員文德：**我建議門診的R值占率要往前進，因為門診比較是照顧到local的病人，所以依照人口的數量來做分配，而且這比率要增加，這個精神應該要維持。但是住院有很多病人是跨區，沒有往前進我是覺得合理。我贊成門診部分R值再往前提進，住院部分是維持現況。風險調整移撥款的部分也是贊成依照現在6億元的預算來做分配。

**盧主任委員瑞芬：**請周麗芳委員。

**周委員麗芳：**主席、各位委員，有關R值的部分，我記得在去年協商的過程當中，委員也有相關的意見，去年翁文能理事長的說明如同剛剛李飛鵬理事長所說的，調整住院跟門診比率對他們來講，衝擊很大，所以去年他們建議調整門診R值到52%，來換取住院不調整，依據過去大概是2年左右做變動，所以說今年如果按照吳榮達委員建議113年R值暫時不動，114年再考慮看看要不要動，我個人覺得是可以接受，至於風險調整移撥款就尊重大家的意見，當然花東部分確實也是值得重視的，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請陳石池委員。

**陳委員石池：**主席、各位委員，午安，事實上不是只有住院有跨區，門診也有跨區醫療，R值、S值動的話對6區影響很大，去年才調升門診R值，建議再觀察1年看看，建議門診、住院R值通通不調整。有關風險調整移撥款，好幾年都是編6億元，也許可以調到4億元看看，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**醫院部門的版本是R值都不動，但是風險調整移撥



款，理事長說 2 億元，陳石池委員是可以調到 4 億元，請李飛鵬委員說明醫院部門的方案。

**李委員飛鵬：**我們就是維持 R 值不再前進，可以接受風險調整移撥款 4 億元。

**盧主任委員瑞芬：**請王惠玄委員。

**王委員惠玄：**我沒有要討論 R 值，相對於我們執著 R 值跟 S 值的目標是希望透過總額機制，促進區域醫療資源分布的均衡，但是我看到醫院總額執行應該超過 20 年，各位請看會議資料第 135 頁，醫院總額一般服務預算數，平均每人預算數北區 18,001 元，跟全區比起來有 3,000 多元的落差，請看到會議資料第 136 頁，每萬人口醫院醫師數，北區也是最低的，每萬人口醫院醫師數 11.4 人，跟全區 14.9 人相比很低，全國急性一般病床數北區是 28.9 床，比起全區 33.0 床，也是很低。

我不太了解執行這麼多年總額制度，R 值、S 值討論這麼久，我們有提升區域資源分配更均衡嗎？其實 5 年的趨勢看起來是惡化了，後面還有就醫次數我就不贅述，就醫次數也是偏低，我不太確定是北區民眾比較健康，還是沒有被滿足的需求？謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**其他委員還有沒有意見？我們目前看到醫院的版本是 R 值在門診是維持 52%，住院是 45%，風險調整移撥款為 4 億元。付費者、專家學者、公正人士部分，有人認為 R 值維持，有人認為門診 R 值要增加 1%、住院不動，只有一位付費者代表李永振委員建議 R 值門診跟住院都要加 1%，風險調整移撥款是 6 億元。如果沒有共識就兩案併陳，兩案併陳會有付費者代表的版本，就是門診、住院都要前進 1%，風險調整移撥款 6 億元；醫院的部分是 R 值維持不變，門診是 52%，住院是 45%，風險調整移撥款是 4 億元。

我剛才的總結是否符合雙方表示的意見？如果是的話，現在就做成決議，本案沒有共識，按照全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，就付費者代表跟醫界代表版本報請主管機關來決定，與會人員的發言實錄都會併送主管機關參考，付費者代表建議門診、住院之風險校正後各分區保險對象人數(R 值)分配比率，門診是 53%，

住院是 46%，風險調整移撥款 6 億元；醫院代表委員建議門診、住院之風險校正後各分區保險對象人數(R 值)分配比率，門診是 52%，住院是 45%，風險調整移撥款是 4 億元，其餘內容按照會議資料說明及擬辦方式，請本會同仁協助整理，請陳石池委員。

**陳委員石池：**主席，我對你的結論有點意見，好像並不是全部付費者委員 R 值都要增加 1%。

**盧主任委員瑞芬：**剛才只有一位付費者代表委員發言，其他付費者委員看起來都沒有其他異議，其他的發言者是學者專家及公正人士，是供參。接著進行討論事項第二案，請同仁宣讀。

## 伍、討論事項第二案「113 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

**陳組長燕鈴：**向委員說明這個案子是要討論基層的地區預算分配，各部門在地區預算引用的相關規定都跟醫院部門相同，所以相同部分我就不再贅述，以免浪費大家時間，我簡要說明。

基層部分協商共識也是沒有共識，付費者代表一般服務成長率是 3.704%，基層代表是 5.464%，基層地區預算分配一樣是採 R 值、S 值，R 值校正因子是人口風險，包括年齡、性別、標準化死亡比跟轉診型態。

請看會議資料第 151 頁，總額開辦時，對於基層規劃是 90 年度起原則以 7 年為期逐步達成 100% R 值分配，過渡分配可看實際情況檢討。衛福部今年 112 年 1 月 9 日總額公告，揭示未來西醫基層總額地區預算分配比率之 R 值，請每 2 年增加 1%，逐步調整至 75% 再做評估。歷年協定情形，在 112 年有調升 1%，從 68% 調到 69%，今年已經調整 1%，今年風險調整移撥款的部分，過去幾年的公告每年額度都是 6 億元，用於保障東區浮動點值及撥補點值落後地區，實際執行情形在附件二，請委員參考。這次醫全會的建議方案是希望維持 112 年度 R 值占率，也就是 R 值 69%，S 值 31%。

請看會議資料第 152 頁，有關風險調整移撥款是建議 6 億元，按照順序撥補，第 1 個是台北區，第 2 個是優先保障東區浮動點值不低於每點 1 元，第 3 個是因占率前進而減少的預算分區，第 4 個是點值落後地區，不含台北區跟東區。

健保署對建議方案執行意見跟風險調整移撥款執行結果如補充資料 1 第 56 頁，基本上健保署也配合本會決議，無其他意見。

本案主要討論各地區人口 R 值分配比率，醫全會建議不調整維持 69% R 值占率，本會依衛福部公告事項，每 2 年提升 1%，調到 75% 再評估，因為 112 年已經調升 1%，所以依部的公告，113 年度可以維持 69% 暫時不調升。

風險調整移撥款，醫全會建議 6 億元，用途就是剛才講的那 4 項，不過其中第 3 項叫做因占率前進而減少預算的分區，如果 113 年 R 值不前進，這項就應該刪除，所以用途只有 3 項，這是我們要說明的。

如果要保障點值，一樣要跟醫院協會送本會同意後執行，相關參考資料也都放在後面附表、附件參考，擬辦部分跟醫院一樣，以上說明。

**盧主任委員瑞芬：**請問委員有沒有意見？如果沒有意見的話，就表示大家都同意今年就不動，然後風險調整移撥款的部分也是一樣維持 6 億元，那這個案子很簡單，沒有反對的聲音，本案決議如下：113 年度西醫基層總額地區預算分配方式，各地區校正風險後保險對象人數(R 值)占率為 69%。自一般服務費用移撥 6 億元，作為風險調整移撥款，用在醫全會建議的 3 項用途項目，也就是會議資料第 152 頁除了第 3 項以外的 1、2、4。其餘內容依照會議資料說明及擬辦文字，請本會同仁協助整理。接著進行討論事項第三案。

## 陸、討論事項第三案「113 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

**陳組長燕鈴：**請參閱會議資料第 171 頁，牙醫門診總額今年協商有達成共識，113 年度牙醫門診總額涉及需進行地區預算分配之一般服務成長率確定為 2.055%。歷年以來，牙醫部門自 95 年度起，100% 依照各地區校正人口風險後之保險對象人數占率(R 值)分配；特定用途移撥款部分，自 99 年度起就移撥部分經費用於特定用途，請參閱會議資料第 172 頁，我們把歷年資料及 113 年的建議方案，彙整在會議資料第 174 頁的表格中，等一下再向委員說明，牙全會也已經把建議方案送過來。

請參閱會議資料第 174 頁表格，我們整理了歷年特定用途移撥款的用途，最右邊欄位為牙全會建議的 113 年度用途，建議移撥合計 3.3 億元，其中第 1 項是用在醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用 2 億元；第 2 項是弱勢鄉鎮服務提升獎勵計畫 0.8 億元；第 3 項是投保人口就醫率全國最高二區的保障款 0.3 億元，這 3 項基本上跟過去幾年都一樣，屬延續性項目；第 4 項是用於特定疾病病人牙科就醫安全計畫，這是 113 年新增的計畫，所以第 4 項屬新增用途；第 5 項，移撥款若有結餘之用途，113 年他們建議優先用於「0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」，其次再用於「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，若有剩餘再回歸一般服務費用。接下來關於「牙周病統合治療方案」，要向委員說明，過去這部分移撥款金額都編列很大，自 108 年起牙全會規劃以 5 年為期，健保會 110 年也決議 113 年度要落日，回歸 R 值占率，所以牙全會在 113 年建議方案中也已經沒有再提撥經費，另外「牙醫特殊醫療服務計畫」、「高風險疾病患者牙結石清除－全口」也都配合刪除。

請回到會議資料第 172 頁，有關健保署對於牙全會建議方案之執行面意見，列於補充資料 1 第 58 頁，該署也沒有意見。

接下來請參閱會議資料第 173 頁，本案主要的待討論事項為「特

定用途移撥款」內容，剛剛已說明，請看會議資料第 173 頁說明六之(二)，有關第 5 項移撥款若有結餘之用途，優先用於「0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔試辦計畫」這部分，要補充說明 113 年已經沒有這項試辦計畫，協商時已刪除此計畫，可是 113 年的移撥款用途卻要用在這部分，本會覺得有需要釐清之處，所以洽請牙全會補充說明，牙全會表示因該計畫 112 年度的品質獎勵費用會遞延至 113 年才結算，所以需要 113 年的移撥款結餘來支應，我們認為這理由是合理，所以建議酌修第 5 項的文字，若有結餘優先用於「112 年度 0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用」，主要修正畫線部分，其餘未有修正。

其他部分，有關點值保障，一樣要送本會同意後執行，至於參考資料及擬辦都跟其他的部門一樣，以上說明。

**盧主任委員瑞芬：**請問各位委員有沒有意見？這部分應該是都蠻有共識的，請李永振委員。

**李委員永振：**有關會議資料第 173 頁說明六(一)之 2，新增第 4 項移撥用途「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」(經費 2,000 萬元)，這剛才在優先報告事項討論很久，後來執行目標是由執行此計畫的院所數 2 成提高到 3 成，那預算已經編這麼多了，這邊又推，這樣邏輯是合理嗎？怪不得他一直強調要用院所數的成數，不是用就診人數啊！牙全會是不是可以再說明一下？謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**好，這個部分請江錫仁委員。

**江委員錫仁：**請徐邦賢主委說明。

**徐主委邦賢：**謝謝主席及李永振委員提出詢問，其實我們移撥款移撥到這計畫總共只有 2,000 萬元，希望能確保在這個計畫推行時，因為是專案，萬一遇到預算不足的時候，怕點值會往下降，希望不要有這種情形。目前為止我們所獲得的預算，以推估 3 成來講，預算是非常的緊，我們怕會有每點支付金額少於 1 元的情況發生，所以才只有移撥 2,000 萬元作為預備用，當然如果第 1 年實施情況尚沒有這麼踴躍的話，來年預算就不會再提出，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請李永振委員。

李委員永振：感謝說明，但是我覺得好像邏輯怪怪的。

盧主任委員瑞芬：不過這是他們使用的方式，委員的意見就請牙全會納入考量，本案決議如下：113 年度牙醫門診總額地區預算分配方式，100%依各地區校正人口風險後之保險對象人數占率(R 值)分配。自一般服務移撥 3.3 億元作為特定用途移撥款，用於牙全會建議的 5 項用途項目。其餘內容依會議資料說明及擬辦文字，請本會同仁協助整理。接著進行今天最後一個議案，討論事項第四案。

柒、討論事項第四案「關於『總額範圍擬訂之低推估公式中，醫療服務成本指數改變率(MCPI)數值採4年平均方式或單年度數值計算方式』之諮詢案」與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

**陳組長燕鈴：**請委員參閱補充資料1第59頁，對討論事項第四案進行說明，依照健保法第60條規定，基本上每年度醫療給付費用總額是先由主管機關在年度開始前6個月擬訂其範圍，經諮詢健保會之後，報行政院核定。其中擬訂的總額範圍，包含低推估值及高推估值，低推估值主要反映醫療服務成本及人口因素改變造成的影響，也就是反映自然需要的費用成長，其中包含MCPI、投保人口預估成長率、人口結構改變率等3項。其中MCPI屬於醫療服務成本變動的情形，是支付標準調整的參考依據。

說明二，近年衛福部本於主管機關權責及行政院109年函示「請衛福部儘速進行總額公式檢討，以合理反映社經環境改變下，醫療費用需求之變動」，所以主管機關持續研議、精進總額低推估值的計算方式，今年3月17日召開113年總額範圍擬訂會議時，提出除現行採單年度數值計算MCPI的方式以外，也提出4年平均的計算方式，為了讓委員了解這兩方式的不同，也請社保司提供低推估公式中MCPI採4年平均或單年度數值之計算方式、模擬試算及優缺點比較資料如附件，請參閱補充資料1第61~62頁，稍後請社保司說明。

說明三，針對MCPI與支付標準調整關聯性分析，如果是採取單年數值計算時，由MCPI預算調整支付標準，可是單年幅度變動較大，要視其額度決定支付標準調整內容；如果改採4年平均方式計算，MCPI趨勢似相對平穩，可以建立調整支付標準機制，或是可考量每年總額協商時，爭取一部分預算調整支付標準。

說明四，衛福部為研擬114年度總額範圍案，對於MCPI究竟要採取現行的單年度數值計算或4年平均計算為宜，期能事先取得各界對MCPI計算方式之共識，乃提出本諮詢案。



擬辦部分，本案委員討論結果，我們會送請衛福部做為研擬 114 年度總額範圍的參考。補充資料 2 是林文德老師對於本案提供的資料，這 2 個方式經過時間累積以後會有些差異，也受到採用年度當年成長率與 4 年平均成長率之差異的影響，這部分也請委員參考，以上說明。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，先請社保司說明。

**黃技士曼青：**社保司報告，在此依健保會本次提案內容進行補充說明，說明二的部分，有關行政院 109 年函示，當時提到請我們盡速就總額公式進行研議，所以在最近這幾年有進行一些研擬及討論。除了現行的計算方式之外，我們在今年 3 月份有提出另外一種可能的計算方式，這個計算方式細節請參閱補充資料 1 第 61~62 頁，主要先說明 MCPI 也就是醫療服務成本指數改變率部分，定義就是用來反映醫療服務成本變動之情形，也是比較當年度跟前 1 年度各類項目的指數增減情形，使用數據是採用擬訂時最近可取得的年度行政院主計總處發布公告的成本指數，再依據個別的權重去計算而得，指數共有 5 個項目，包括人事、藥品、醫療材料、基本營業費用、其他營業費用等 5 項成本項目，權重則是自 109 年起採用主計總處 105 年工業及服務業普查調查結果來計算，至於 110 年工商普查調查結果，目前主計總處尚未公告。

接下來請參閱補充資料 1 第 61 頁計算方式的差別，先看到項次一、(二)單年度數值，以往計算的方式就是以剛才所提之指數及權重計算，這個指數因為主計總處公告時程的關係，所以是落後 2 年的數值。比如說 113 年是採 111 年的 MCPI 數值去計算。另關於項次一、(一)4 年平均，則是以最近 4 年 MCPI 的數值加總後計算平均值，這數值一樣有落後 2 年的情形，因此以 113 年為例，最近可採用的 4 年就是 108、109、110、111 年的 MCPI 數值，請委員看到下面的表格，模擬數據方面，單年度數值就是單年度計算好的，至於 4 年平均的表格，我們從 104 年開始去模擬 4 年平均的狀況，直到 113 年。舉例來說，在單年度數值表格的 111 年是負值，但是 4 年平均表格的 111 年變成 1.032，就是正值，可能是平均效果。表格中

也有 113 年，也就是今年度的數值，就請各位委員參考。

請參閱補充資料 1 第 62 頁項次二、(三)2 方案比較趨勢圖，可以看到在單年度數值部分，也就是以往的計算方式，MCPI 的趨勢會有 4 年一個波動，高高低低的起伏會比較明顯，若是 4 年平均的趨勢，則可能是相對平緩的曲線，所以總結在這 2 方案歸納可得，在單年度數值變動幅度會較大，而 4 年平均相對趨勢較為平穩，在單年度數值可能出現負值，而 4 年平均比較不容易產生負值。

另外也請參考健保會提案說明三，如果假設採單年度數值，也就是目前計算方式，可以考慮在 MCPI 數值高或低的情況下，來判斷要不要調整支付標準，也就是比較高可以調整，比較低就不調整這樣的考量，另外 4 年平均的部分則是可考量，在總額協商的時候，爭取一部分的預算去調整支付標準，以上補充。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝。西醫基層代表想針對剛才討論事項第二案要補充意見，請說。

**陳委員相國：**謝謝主席讓西醫基層有機會補充說明一下，請參閱會議資料第 152 頁最上面，風險調整移撥款 6 億元分配順序如下共 4 項，其中第 3 項，不好意思這裡可能語意有點不明，我們的意思是，因 112 年占率前進而減少預算之分區，這個 R 值對西醫基層影響非常大，如果 R 值一直往前進，經費會一直跑到北區去，為了因應 112 年 R 值往前進，各區有些經費不太公平之處，所以我們做了微調，這部分不影響整個總移撥款 6 億元，也不影響整個總額，健保署好像有點誤會我們的意思，因為這 4 項是我們西醫基層經過很詳細的討論後做出的決議，我們想補充就是第 3 項，因 112 年占率前進而減少預算的分區，希望這項不要刪掉，以上報告，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**好，謝謝，剛才討論事項第二案所做決議第二點，金額沒有變，還是移撥 6 億元，但是本來用於醫全會建議的 3 項用途，現在是改為 4 項，也就是維持原來醫全會所擬，但是第 3 項的文字要修改為因 112 年度占率前進而減少預算的分區，會議紀錄作此更正。

**陳委員相國：**感謝主席。

**盧主任委員瑞芬：**在請委員討論之前，我想先請林文德委員，謝謝林文德委員針對 MCPI 部分提供書面意見，先請林文德委員說明，謝謝。

**林委員文德：**謝謝主席，主席交代我說明，因為今年度原本要按照 4 年平均這樣的方式來進行 MCPI 的計算，但是後來發現今年 MCPI 高於 4 年平均，那時候開會也有提到，這樣的狀況可能會導致累積的成長率，經過多年之後都還是無法彌補回來，所以變成今年就暫緩這樣的狀況。事實上那時候開會也有提到，如果要做 4 年平均成長率的話，有一些校正部分需要考慮，這邊就提出一個校正方法給大家參考，當然這部分後續社保司還需要再進一步研議，這邊只是先提供一個校正方式供大家參考。

首先請參閱補充資料 2 的表格，先稍微解釋一下，這個表格是參考社保司提供的資料，單年度成長率用百分比呈現(表格第 3 欄「累積成長(A)」)，如果我們以 107 年這年來作為實施 4 年平均成長率的起始年，我們可以看到以 106 年來當作 base 就是 1，當作基礎的話，107 年應該就會成長為 1.0066，也就是成長率 0.659%，所以四捨五入後為 1.0066，以此類推，經過多年之後累積成長率會達到 8.39%，就是 1.0839，所以這就是實際乘上 100% 的 base 之後，得到累積成長的結果，所以 113 年成長率實際上是 8.39%，稍微說明一下這數字的意義。

相對應的，請看一下，若用 4 年平均的方法去做(表格第 6 欄「累積成長(A)」)，就可以看到若用 4 年平均來計算，累積成長經過多年之後，在 113 年度會變成 1.0897，那就會比剛才的單年度累積成長 1.0839 還要來得高。所以當時有提到這樣的狀況，就是如果我們當年度成長率比 4 年平均成長率還來得低的時候，用 4 年平均成長率去計算累積成長率，會比用單一年度計算來得高一點點，反過來就會變得比較低。

反過來，若我們用 109 年當作實施起始點，就會遇到今年的狀況，

就是當年度成長率是比 4 年平均成長率來得高，如果是這種情況，請看到表格第 4 欄「累積成長(B)」之 113 年度是 1.0673，第 9 欄「累積成長(B)」之 113 年度是 1.0589，如果當年度成長比較高，用 4 年平均計算累積成長就會比較低。因此，這就是我們用 4 年平均計算會有這樣的困擾，會遇到當年比較高，可能對醫界來講就比較不利，如果當年比較低，對醫界來講就比較不利，會有實施年度的當年度成長率跟平均成長率，有落差的狀況。那要怎麼樣去校正呢？可能要回到前面的公式，或許大家會看得很頭痛，但基本上去講，如果是用 4 年平均，實際上是多算了前面 3 年的成長率，這個多算的部分就要去把它抵銷掉，所以會除掉之後，再乘上少算的後面 3 年的成長率，經過這樣的校正，得到校正後的成長率，就會跟用單一年度計算出來的累積成長率是一樣的。

回到表格來看，校正因子就是把前面 3 年跟後面 3 年所造成的影響考慮進來，乘上校正因子之後，校正後的累積成長率就會跟單一年度計算的累積成長率一樣，我們可以看到累積成長率在 110 年度單一年度是 1.051(第 3 欄「累積成長(A)」)，經過校正後也會變成 1.051(第 8 欄「校正後累積成長(A)」)，這樣就不會有誰吃虧、誰占便宜的問題，不管什麼狀況，經過校正都會得到跟單一年度成長率一樣的狀況。不過這比較麻煩的是，每 4 年就要校正一次成長率，這樣就可以跟採用單一年度的成長率是完全一樣的成長率，而且可以減少單一年度波動太大的問題。這是我想出來的，不知道正不正確，還要請各位給予建議，以上。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，請李飛鵬委員。

**李委員飛鵬：**非常感謝林文德委員費了很大的功夫，研究出這個計算方式，我們經過討論後，想法是這樣，就是過去都用單年度的數值來算，往例就是這樣，那現在要採 4 年平均的時候，我想應該是以最近 4 年啦，不曉得這 4 年是最近 4 年或是哪時候的 4 年？那因為最近 4 年大家也知道有疫情、戰爭及物價波動很厲害的時候，難免我們的會員大家都會去算並說如果改了這個方式，以後到底對我們有利或有害，各方都會去權衡這件事情，過去 4 年就是劇烈波動的

時代。如果要採取這種 4 年平均方式，在世界和平、經濟穩定、醫療環境穩定的時候，4 年都是穩定，應該是不錯的選擇，可是過去 4 年變動很大，我們則是建議，仍依照往例維持單年度計算，後續先觀察一下、試算一下，然後未來再實行，以上。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，請陳相國委員。

**陳委員相國：**非常感謝林文德老師精算這麼好的公式，不好意思小弟資質魯鈍看半小時看不懂，但我理解林文德老師的善意，他希望維持成長率公平性，不過西醫基層醫師大家看到老師的補充資料，MCPI 現在是每年度計算，有時候如果運氣好數值就高一點，運氣不好像 111 年就是 -0.228%，我覺得用這樣的方式計算很多年了，大概若是經濟好轉，然後物價固定上漲的話，我們得到的成長率就會比較高，可是如果物價下跌經濟不好，當然成長率會比較低，我是覺得因為這種方式已計算及使用多年，有其公平性，如果要改變，我想應該要再經過詳細的研議，因為在 MCPI 上升過程中，當然我們用 4 年平均的話是比較不利的，成長率比較低，可是在下跌過程中，醫界當然採取 4 年平均是比較有利，所以哪個有利、哪個有弊，我覺得要經過詳細評估，所以我們的意見是先維持目前每年度計算就可以了，以上意見，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**其實林文德委員提出來的計算方式，沒有吃虧也沒有占便宜，因為他會去校正，所以原本如果一直都採 4 年平均而沒有校正的話，就會產生基準年是從哪一年改採 4 年平均而影響成長率高低，會有所謂的吃虧、占便宜的情況，但是經過校正以後就沒有，所以這就是公式裡面為什麼從單一年度計算而得  $X_4X_5X_6X_7$ ，我們要把它變成用 4 年平均計算出來的，也會等於  $X_4X_5X_6X_7$ ，而不是  $Y_4Y_5Y_6Y_7$ ，這是校正最大的目的。如果有經過校正的話，其實用 4 年平均計算與單年度計算，意思是一樣的，而且可以避免承擔單年的 fluctuation，所以這是為什麼請林文德委員特別計算一下校正方式，當然這校正公式還可以怎麼樣修正或是 refinement 都有可能，不過我們先聽委員的意見，請陳杰委員。

**陳委員杰：**謝謝，有關目前在討論本案，我也非常尊重所有專家學者跟醫界的意見，不管採取4年平均或單年數值的計算方式，我只有有一點比較不解，依照健保法第3條規定，我念原文給大家聽，政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之36%，我只是質疑一點，因為每年健保給付總額到年底時都有結算數，那一個實際發生數，政府是不是有真正的達到補助36%，假如沒有就等於政府帶頭違法，被保險人依法可以提出訴訟，因為政府本身已經違反法律規定，因為健保法經過立法院三讀通過，明定政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之36%。當然現在大家爭的，不管是4年平均或單年度數值的計算方式，大家都為了保險經費，當然大家都非常瞭解保險經費不夠，政府這36%一定要補足，萬一沒有補足，被保險人可能依法可以提出訴訟，我特別提醒一下健保署這點，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請李永振委員。

**李委員永振：**我對這個案子沒有意見，但是我要提一下剛剛提到的緣由，會有這個案是因為西醫基層建議，現在西醫基層反對，如果這樣的話，原來產生的問題沒有解決，因為回到舊的計算方式就是起伏會很大，花那麼多心血，頭已經都洗下去了，不洗好也不行，建議社保司整理這些意見，提前提出來，不要3月中、4月才提出來，像林文德委員提出的太艱深，不曉得在座的有幾位聽懂，我看不懂，還沒有體會到，是不是可以用比較白話的方式剖析給委員參考再來做決定。

**盧主任委員瑞芬：**今天不決定，本來就是諮詢案。

**李委員永振：**但是部長希望早一點，不要看到實際翻出來之後，像今年一樣吵半天，本來已經要做的結果反悔，4月都提到委員會議上，大家同意了，結果後來又加開會議，現在好像又回到原點，這是浪費青春，不是浪費時間而已，所以應該是比較慎重，用比較白話的方式讓大家取得共識，這樣走下去會比較好，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請黃啓嘉代理委員。

**黃代理委員啓嘉(周委員慶明代理人)：**因為我前 2 年都沒有參與健保會，休息了 2 年，今年是代理又出來，我大概知道當年西醫基層代表是誰，他原意是所有東西都在漲價，為什麼我們是負的，他希望能夠找一個方法去把負的校正過來，但沒有建議用 4 年平均，他有建議嗎？(有委員說有)那這樣我可能要查一下會議紀錄，我知道他原意希望負的想要校正，我只能這樣講，因為後來我們內部也沒有完全同意他那時候的意見，他自己在發言的時候就照他自己的想法去講，所以回來之後我們西醫基層希望照原來的就好了。

**盧主任委員瑞芬：**請韓幸紋委員。

**韓委員幸紋：**其實我參與了這個公式檢討小組 3 年，所以是我的青春，是吧？我聽到現在我覺得剛才發言並不是真的排斥 4 年平均，而是到底哪個時間點實施，今年規劃完之後與實際數字落差太大，我覺得如果先撇開何時實施，就是確定醫界代表對於 4 年平均這件事情，能否接受相對穩定這個優點？因為單就財務能夠穩定可預期，我自己覺得這件事情蠻重要的。

      社保司把各年的 MCPI 數值列出來，大家可以看到上上下下幅度非常大，因為疫情、戰爭等等因素影響非常大，所以這幾年的趨勢是一直往上升，我後來對這件事情覺得也許可以保留看一下，因為我現在看這個趨勢已經上升好幾年，就是最近這幾年剛好一直往上升，到底會不會繼續往上升？因為這是特殊的情形，不然事實上之前是蠻穩定在波動，所以第一個是剛好最近真的比較情況特殊，然後可以觀察看看，第二個我覺得還是先掌握一個重點，4 年平均的概念對於財務比較可預期而且穩定，大家覺得是不是可以接受？然後再去討論實施時間點要在什麼時候，我覺得是不是把一些問題先釐清。

      雖然剛剛大家有提到當時會有這個提案是因為西醫基層看到 MCPI 是負數，但是不管怎麼樣他還是你們的代表，我們也確實因為這個意見開啟公式檢討小組的部分，也討論了 3 年，也結合非常多專家的意見，其實大家確實認為穩定是非常重要的，所以接下來

問題只是討論什麼時候實施，哪一個時間是可能比較合適的時間點，也許就像剛才講的，林文德老師不好意思，您這個真的有點複雜，我也沒看懂，但我覺得概念可能是對的，只是容我回去再好好研究公式怎麼算。有時候時間點就是對這邊有利的話，對那邊就不利，所以不容易找出好的時間點時，我覺得至少先把握大方向，適時做校正，可能也是一個蠻好的方向，我覺得這樣才會比較完整，不然真的討論3年，一干子打翻，這個方案就不要了，我覺得有點浪費啦！

**盧主任委員瑞芬：**林文德委員，我都不好意思說我好像有看懂。

**林委員文德：**真的很抱歉寫了一個大家都看不懂的東西，我說明一下，剛才可能只有講數字但沒有解釋公式，大家可能真的會不太瞭解，一般概念4年平均是加起來除以4，但是在計算這種成長時，實際上是乘起來然後開4次根號，那個 $1/4$ 就是開4次根號的意思， $Y_4$ 就是第1年乘以第2年乘以第3年乘以第4年然後開4次根號，算出幾何平均，所以我們如果用幾何平均的概念來計算的話，把4年平均的幾何平均乘以後面4年，就會得到累積的成長率，累積的成長率實際上是由各年不同的指數，上面那是指數，就是1次方、2次方、3次方、4次方，下面是代表第1年、第2年、第3年、第4年、第5年，所以事實上做4年平均成長率計算4年的累積成長會用到7年的成長率資料來計算，之所以會跟單一年度的計算結果不一樣，是因為單一年度只用4年的資料，但是4年平均實際上是用7年的資料，等於有些多用了、有些少用了，我們就做一個校正，有分子分母，分別把多的拿掉、少的補上去，所以會有個校正因子，經過這樣的校正之後得到一個結果，就會跟用單一年度做出來的結果完全一樣，不會有哪一年實施才比較適合，哪一年都可以實施，不管那年高或低，經過4年校正之後，就會完全跟單一年度算出來一樣，不會有人吃虧跟占便宜的問題，但是不是要用4年是可以討論的，主計總處調查好像是5年換一個base、換一個調查權重，所以不一定要用4年，用5年也是可以討論的，這只是提出一個校正的方法，當然大家可能有不同的考慮，這都是可以討論的，基本上用這公式



來看的話是沒有太大的問題，以上。

**盧主任委員瑞芬：**其實林文德委員講的跟我剛才補充的也是差不多，但是我們跟其他委員頻率好像不太一樣，不過我想概念就是這樣子，今天這個案子是諮詢案，各位也都充分表達意見，我做個決議：委員所提的意見送請衛福部作為研擬 114 年度總額範圍參考，也像李永振委員剛才提的要盡早做，作為下個年度的考量。

所有的討論案都結束了，開會之前就已經說報告案都會移到下一次，裡面也有包括健保署 112 年 9 月的業務執行季報告，各位委員對於本來列在這次議案中的 3 個報告案有任何意見，都麻煩在 10 月 23 日以前提到健保會，我們會請健保署回復。今天的會議是否有臨時動議？如果沒有的話，今天的會議到這邊結束，待會 1 點要開 113 年度保險費率審議前專家諮詢會議，謝謝。

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：吳箴

聯絡電話：02-27065866 分機：2531

傳真：02-27029964

電子郵件：all1158@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10月17日

發文字號：健保企字第1120682548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10月18日第6屆112年第9次委員會議，因本署石崇良署長當日主持重要訪賓會議，故不克列席，委請本署李丞華副署長代表，敬請諒察。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：電 2023/10/17  
交 17:48:43 文 章



## 2

### 討論事項四相關意見(林文德)-更新表格

一、四年平均成長率與單一年度成長率兩種方式經過時間累積後，累積成長仍會存在差異，且受採用年度當年成長率與四年平均成長率之差異的影響。

二、兩者的差異以數學式呈現如下：

以單一年度成長率計算四年的累積成長： $X_4X_5X_6X_7$

以四年平均成長率計算四年的累積成長： $Y_4Y_5Y_6Y_7$

$$= (X_1X_2X_3X_4)^{\frac{1}{4}} \times (X_2X_3X_4X_5)^{\frac{1}{4}} \times (X_3X_4X_5X_6)^{\frac{1}{4}} \times (X_4X_5X_6X_7)^{\frac{1}{4}} = (X_1^1X_2^2X_3^3X_4^4X_5^3X_6^2X_7^1)^{\frac{1}{4}}$$

$$\text{校正方法：} \frac{(X_1^1X_2^2X_3^3X_4^4X_5^3X_6^2X_7^1)^{\frac{1}{4}}}{(X_1^1X_2^2X_3^3)^{\frac{1}{4}}} \times (X_5X_6^2X_7^3)^{\frac{1}{4}} = X_4X_5X_6X_7$$

$$\text{校正因子：} \left( \frac{X_5X_6^2X_7^3}{X_1^1X_2^2X_3^3} \right)^{\frac{1}{4}}$$

三、以 104~113 年度的實際數值試算結果如附表，其中累積成長(A)為單一年度成長率低於四年平均成長率時，累積成長(B)為單一年度成長率高於四年平均成長率時。

註：107 年度後之四年平均成長率係以幾何平均加以計算，故與討論事項四之附件數據略有不同。

採四年度平均成長率之累積成長校正結果表

總額年度	單年度(%)	累積成長(A)	累積成長(B)	四年平均(%)	累積成長(A)	校正因子	校正後 累積成長(A)	累積成長(B)	校正因子	校正後 累積成長(B)
104	0.095									
105	2.44									
106	2.192	1			1					
107	<b>0.659</b>	1.0066		<b>1.342</b>	<b>1.0134</b>					
108	0.888	1.0155	1	1.542	1.0290			1		
109	<b>2.181</b>	1.0377	1.0218	<b>1.478</b>	1.0442			1.0148		
110	1.285	<b>1.0510</b>	1.0349	<b>1.252</b>	<b>1.0573</b>	<b>0.9940</b>	<b>1.0510</b>	1.0275		
111	-0.228	1.0486	1.0326	1.028	1.0682			1.0380		
112	0.401	1.0528	<b>1.0367</b>	<b>0.906</b>	1.0779			<b>1.0474</b>	<b>0.9898</b>	
113	2.952	1.0839	1.0673	1.095	1.0897			1.0589		

註：累積成長(A)自107年起算，累積成長(B)自109年起算