

衛生福利部全民健康保險會  
第6屆113年第1次委員會議事錄

中華民國113年1月24日



衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第1次委員會議紀錄  
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國113年1月24日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：范裕春、彭美瑩

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、周委員麗芳、  
林委員文德、林委員恩豪、林委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠、  
侯委員俊良、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、滕委員西華、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、  
謝委員佳宜

請假委員：鄭委員素華、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、龐副署長一鳴

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31頁)

貳、議程確認：(詳附錄第31~33頁)

決定：確認(更新後之議程，如附件一)。

參、確認上次(112年第11次)委員會議紀錄：(詳附錄第33頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第34~40頁)

決定：

一、上次(112年第11次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦

理情形：

(一)擬解除追蹤1項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤1項，同意繼續追蹤。

二、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬解除追蹤1項，同意解除追蹤。

三、為依衛生福利部來函回復114年總額基期相關扣減情形，請中央健康保險署務必於本年第2次委員會議(113.3.13)提報112年度總額協定事項有關預算扣減及效益評估之執行結果。

四、113年度各部門總額尚有40項未依限完成相關行政作業，請中央健康保險署會同各部門總額相關團體儘速辦理；其中醫院總額、西醫基層總額有7項應提至本次委員會議確認者，為利其能儘早執行，請中央健康保險署務必儘速辦理，並提至最近1次委員會議討論，最遲須於6月份委員會議確認。

五、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第41~44頁)

報告單位：本會第二組

案由：本會113年度工作計畫業務內容(草案)，請鑒察。

決定：

一、確認113年度工作計畫業務內容，如附件二之一。

二、請中央健康保險署除配合工作計畫辦理外，業務執行報告應定期提報之事項，亦請確實依時程辦理(詳附件二之二)。並於每年第1季業務執行報告時，針對前一年全年健保業務執行情形作整體性說明。

陸、討論事項(詳附錄第45~96頁)

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：113年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認之項目案，提請討論。

決議：本次提請同意或確認之項目計5項，討論結果如下：

一、同意或確認之實施計畫如下，請中央健康保險署依委員意見修正後(如附件三)，依程序辦理後續事宜。

(一)西醫基層總額2項：「強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護」、「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」。

(二)牙醫門診總額2項：「牙醫特殊醫療服務計畫」、「高風險疾病口腔照護計畫」。

二、其他預算1項：「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」之實施規劃，經委員討論未有共識，請中央健康保險署參考委員所提意見(含書面意見)，依程序陳報衛生福利部核定，報部核定之規劃內容請同時寄送委員參閱，核定後請副知本會。

三、另請中央健康保險署評估「牙醫特殊醫療服務計畫」、「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目，其與一般服務費用重複或替代情形，併113年7月追蹤執行情形時提報評估結果，以利114年度總額協商。

四、至於放寬「高齡患者根管治療難症處理」加成年齡及近年各部門總額常以「高齡」為訴求爭取預算乙節，請中央健康保險署本於保險人權責，評估其合理性，妥予處理，委員所提意見併請研參。

## 第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：113年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)，續請討論。

決議：請中央健康保險署辦理下列事項：

一、參考委員所提意見，研修113年度方案內容後，依法定

程序陳報衛生福利部核定。

- 二、於113年第4次委員會議(113.5.22)之業務執行季報告，提出112年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略，包含可節省費用，及各管控項目目標值之實際數值。

### 第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：新增「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第2條第1項第3款之附表二指標項目案，提請討論。

決議：請中央健康保險署辦理下列事宜：

- 一、本案請參考委員所提意見，註明新增指標「再住院率」之定義後，依法定程序陳報衛生福利部核定發布。
- 二、持續研議癌症相關及常見疾病之「疾病別照護品質指標」，俾利民眾就醫選擇之參考。

### 第四案

提案單位：中央健康保險署

案由：113年度各部門總額一般服務之點值保障項目案，提請討論。

決議：

- 一、同意中央健康保險署所送之「113年度各部門總額一般服務之點值保障項目」，如附件四。另請於下次委員會議(113.3.13)提出「各部門總額一般服務點值保障之整體檢討」專案報告。
- 二、未來對於各部門總額需保障或鼓勵之一般服務項目，請中央健康保險署應回歸支付標準處理，委員所提意見併請參考。

## 柒、報告事項(詳附錄第97~122頁)

### 第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關各總額部門112年第1~2季動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之結算執行結果如說明，請鑒察。

決定：

- 一、委員表達不同意見，請中央健康保險署妥為處理，並對本會決議應予尊重。
- 二、請研議修正「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序。

## 第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：111年全民健康保險自付差額特殊材料執行概況，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

## 第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：112年度牙醫門診總額依協定事項須提本會報告「預算扣減及節流效益之規劃」之未完成項目，請鑒察。

決定：

- 一、確認所報4項112年度牙醫門診總額協定項目之「預算扣減及節流效益」規劃內容，如附件五。
- 二、其中涉及節流效益檢討之3項計畫，請中央健康保險署將其量化之執行結果，併同於114年7月檢討計畫未來納入一般服務或退場時之重要參據。
- 三、餘洽悉。

## 第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：113年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之

具體實施計畫/規劃，請鑒察。

決定：

- 一、委員所提意見，請中央健康保險署研參，尤其對於暫時性支付之執行方式、療效評估等建議應審慎考量。
- 二、有關牙醫門診總額「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」：
  - (一)請中央健康保險署依協定事項，確實將本項經費用於評估特定疾病病人用藥情形後，擬定對應之個人牙醫治療計畫執行，並落實稽核機制。
  - (二)「預期效益之評估指標」之指標1(註)未有具體評估方式，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後提報本會。

註：指標1「使用抗凝血劑患者，牙科處置後24小時內因牙科處置相關之口腔出血至院所就診比率降低」，尚未提出指標定義、比較年度與計算方式等。

三、餘洽悉。

第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：112年12月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提書面意見，請中央健康保險署回復說明。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午14時02分。

衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第1次委員會議議程(更新)

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(112年第11次)委員會議紀錄

四、本會重要業務報告

五、優先報告事項

本會113年度工作計畫業務內容(草案)

六、討論事項

(一)113年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認之項目案

(二)113年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)續請討論案

(三)新增「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第2條第1項第3款之附表二指標項目案

(四)113年度各部門總額一般服務之點值保障項目案

七、報告事項

(一)有關各總額部門112年第1~2季動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之結算執行結果如說明

(二)111年全民健康保險自付差額特殊材料執行概況

(三)112年度牙醫門診總額依協定事項須提本會報告「預算扣減及節流效益之規劃」之未完成項目

(四)113年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之具體實施計畫/規劃

(五)中央健康保險署「112年12月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)

八、臨時動議

全民健康保險會 113 年度工作計畫-按會議時間排序

113 年第 1 次委員會議(113.1.24)通過

日期	工作項目
1 月 24 日 (委員會議)	<p>討論事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.113 年度各部門總額一般服務點值保障項目之討論</li> <li>2.113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認之計畫/項目(附表 1)</li> </ol>
	<p>報告事項：</p> <p>113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之具體實施規劃/計畫 (附表 2)</p>
3 月 13 日 (委員會議)	<p>優先報告事項：</p> <p>全民健康保險業務執行季報告(口頭，併同提出分級醫療執行情形、急診品質提升方案指標執行結果)</p>
	<p>討論事項：</p> <p>各總額部門 112 年度執行成果評核作業方式(草案)之討論</p>
	<p>報告事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.111 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形</li> <li>2.「112 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果(附表 3)及「111 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估執行結果」之後續辦理結果(附表 4)</li> <li>3.新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告(註1,半年資料)</li> </ol>
3 月 28、29 日	<p>業務訪視活動</p> <p>預定地點：東區業務組轄區特約院所</p>
4 月 24 日 (委員會議)	<p>優先報告事項：</p> <p>衛福部 114 年度總額範圍(草案)併同健保署之財務試算諮詢案</p>
	<p>報告事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.112 年度全民健保年終決算報告、114 年度全民健保預算備查案</li> <li>2.全民健康保險監理指標研修建議及監測結果之具體改善策略報告</li> </ol>
5 月 22 日 (委員會議)	<p>優先報告事項：</p> <p>全民健康保險業務執行季報告(口頭，併同提出 112 年度抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略(含可節省費用)、分級醫療執行情形、急診品質提升方案指標執行結果)</p>
	<p>討論事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.114 年度總額協商架構及原則(草案)之討論</li> <li>2.114 年度總額協商程序(草案)之討論</li> </ol>

日期	工作項目	
	報告事項： 1.「家庭醫師整合性照護計畫」之專案報告(朝全人照護方向整合之具體規劃及實施方案與導入一般服務之評估規劃) 2.強化住院護理照護量能之專案報告(含歷年相關預算執行檢討結果)	
6月26日 (委員會議)	討論事項： 1.114年度總額協商架構及原則(草案)之討論(續) 2.114年度總額協商程序(草案)之討論(續) (各總額部門112年度執行成果評核獎勵標準案之討論，依3月評核作業方式議定之時程提會)	
	報告事項： 1.「代謝症候群防治計畫」之專案報告(含歷年執行情形及成效評估檢討) 2.「在宅急症照護試辦計畫」之具體實施方案及照護成效監測指標(含照護品質及替代醫院費用情形)報告 全民健康保險業務執行報告(併同提出「『藥品及特材給付規定改變』協商因素項目，經費若有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」之辦理情形、「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」協商因素項目預算之執行情形)	
7月15、16日	各總額部門112年度執行成果發表暨評核會議	
7月24日 (委員會議)	優先報告事項： 衛福部交議114年度總額範圍案	
	討論事項： (各總額部門112年度執行成果評核獎勵標準案之討論，依3月評核作業方式議定之時程提會)	
	報告事項： 1.113年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目(含須於113年7月提報項目及預算扣減方式之規劃)(附表5) 2.各總額部門112年度執行成果評核結果	
8月21日 全天	上午 (委員會議)	優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭，併同提出分級醫療執行情形、急診品質提升方案指標執行結果) 報告事項： 「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」(含四部門總額之網路寬頻補助費用)，依退場期程(110~114年)提出退場之執行方式規劃及辦理進度

日期		工作項目
	下午 (協商 會前會)	114 年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會
8 月 28 日	上午	114 年度總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會
9 月 25 日	全天	114 年度總額協商會議 (若有未儘事宜，則於 9 月 26 日上午 9 時 30 分繼續處理)
9 月 27 日	(委員會會議)	討論事項： 114 年度各部門總額及其他預算協商結論之討論 (委員可選擇視訊方式參與)
10 月 23 日	上午 (委員 會議)	優先報告事項： 114 年度總額協商結果之整體成長率及部分協定事項之確認
		討論事項： 114 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論
		報告事項： 新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告(註1，全年資料)
	下午 (諮詢 會議)	114 年度保險費率審議前專家諮詢會議
11 月 20 日	(委員會會議)	優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭，併同提出分級醫療執行情形、急診品質提升方案指標執行結果)
		討論事項： 1.114 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論(續) 2.114 年度保險費率方案(草案)之審議
		報告事項： 112 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告
12 月 25 日	(委員會會議)	優先報告事項： 114 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項
		討論事項： 健保署擬訂 114 年度抑制資源不當耗用改善方案之討論

日期	工作項目
	<p>報告事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告(含開放半年後之檢討改善情形)</li> <li>2.「代謝症候群防治計畫」之專案報告(含 113 年執行情形及成效評估檢討)</li> </ol> <p>全民健康保險業務執行報告(併同提出「『藥品及特材給付規定改變』協商因素項目，經費若有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」之辦理情形、「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」協商因素項目預算之執行情形)</p>
視健保署提出相關案件之時間安排	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論(暫訂於 3、5、8、11 月)</li> <li>2.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告(暫訂於 12 月)</li> <li>3.健保署擬訂調整保險給付範圍方案之審議</li> <li>4.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議</li> <li>5.健保署修訂醫療品質資訊公開辦法草案之討論</li> </ol>

註：1.依 111 年第 4 及 5 次委員會議(111.4.21 及 111.5.27)決議，自公告實施日起，每半年定期提報。

2.委員會議若另有決議(定)事項，配合安排或調整相關工作項目。

## 全民健康保險會 113 年度工作計畫-按業務性質分類

113 年第 1 次委員會議(113.1.24)通過

類別	工作項目	預定 時程	主辦(協辦) 單位	備註
	<b>一、例行監理業務</b>			
	1.全民健康保險業務執行季報告	3、5、8、 11 月	健保署	每季業務執行報告以口頭報告方式進行，為完整呈現前一季資料，安排於 2、5、8、11 月(2 月改為 3 月)進行口頭報告，其餘月份以書面提報
	2.111 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形	3 月	健保署	依健保法第 73 條辦理
	3.全民健康保險監理指標研修建議及監測結果之具體改善策略報告	4 月	健保署	
	4.112 年度全民健保年終決算報告、114 年度全民健保預算備查案	4 月	健保署 (本會)	依健保法施行細則第 3 條辦理
業務 監理	5.新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告(提報半年、全年資料)	3 月、10 月	健保署	依 111 年第 4、5 次委員會議(111.4.21、111.5.27)決議(定)，自公告實施日起，每半年定期提報
	6.112 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告	11 月	健保署 (本會)	季指標另納入 3、9 月業務執行報告
	7.自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告	12 月	健保署	1.依 105 年第 6 次委員會議(105.6.24)決議之「健保會討論自付差額特材案之作業流程」辦理
	8.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告	視健保署提出相關案件之時間安排	健保署	2.自付差額品項開放半年後之檢討改善報告，每半年配合健保署送會時程安排(暫訂於 12 月)
業務	<b>二、業務相關活動</b>			

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
監理	業務訪視活動 預定地點：東區業務組轄區特約院所	3月	本會	預訂於3月28、29日辦理
總額協議訂定	1.113 年度各部門總額一般服務點值保障項目之討論	1月	健保署	依113年度總額核(決)定事項辦理
	2.113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認之計畫/項目(附表1)		健保署	
	3.113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之具體實施規劃/計畫(附表2)		健保署	
	4.各總額部門112年度執行成果評核作業方式(草案)之討論	3月	本會	
	5.「112年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果(附表3)	3月	健保署	依112年度總額核(決)定事項及112年第6次(112.7.26)、113年第1次(113.1.24)委員會議決定事項辦理
	6.「111年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估執行結果」之後續辦理結果(附表4)	3月	健保署	依111年度總額核(決)定事項及112年第2次委員會議(112.3.22)決議事項辦理
	7.衛福部114年度總額範圍(草案)併同健保署之財務試算諮詢案	4月	社保司、健保署	依健保法第60條、第5條辦理
	8.114年度總額協商架構及原則(草案)之討論	5、6月	本會	
	9.114年度總額協商程序(草案)之討論	5、6月	本會	
	10.「家庭醫師整合性照護計畫」之專案報告(朝全人照護方向整合之具體規劃及實施方案與導入一般服務之評估規劃)	5月	健保署	依113年度總額核(決)定事項辦理
	11.強化住院護理照護量能之專案報告(含歷年相關預算執行檢討結果)	5月	健保署	依113年度總額核(決)定事項辦理

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
總額 協議 訂定	12.「代謝症候群防治計畫」之專案報告(含歷年執行情形及成效評估檢討)	6、12月	健保署	1.6月請提報歷年執行情形及成效評估檢討 2.12月依113年度總額核(決)定事項辦理
	13.「在宅急症照護試辦計畫」之具體實施方案及照護成效監測指標(含照護品質及替代醫院費用情形)報告	6月	健保署	依113年度總額核(決)定事項辦理
	14.「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」(含四部門總額之網路寬頻補助費用),依退場期程(110~114年)提出退場之執行方式規劃及辦理進度	8月	健保署	依113年度總額核(決)定事項辦理
	15.各總額部門112年度執行成果評核獎勵標準案之討論	依3月評核作業方式議定之時程提會討論	本會	
	16.各總額部門112年度執行成果發表暨評核會議	7月	本會(健保署)	預訂於7月15、16日召開,5~7月準備資料
	17.衛福部交議114年度總額範圍案	7月	社保司	
	18.113年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目(含須於113年7月提報項目及預算扣減方式之規劃)(附表5)	7月	健保署	依112年第8次委員會議(112.9.22)決議事項辦理
	19.各總額部門112年度執行成果評核結果	7月	本會	
	20.114年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會	8月	本會	預訂於8月21日下午召開
	21.114年度總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會	8月	本會	預訂於8月28日上午召開
	22.114年度總額協商會議	9月	本會(健保署)	1.依健保法第61條辦理 2.預訂於9月25日召開(若有未盡事宜,則於9月26日上午9時30分)

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
				處理), 7~9 月前置作業
總額協議訂定	23.114 年度各部門總額及其他預算協商結論之討論	9 月	本會	依健保法第 61 條辦理
	24.114 年度總額協商結果之整體成長率及部分協定事項之確認	10 月	本會	依健保法第 61 條辦理
	25.114 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論	10、11 月	本會	依健保法第 61 條辦理
	26.114 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項	12 月(暫訂)	本會	
費率審議	1.114 年度保險費率審議前專家諮詢會議	10 月	本會(健保署)	1.依健保法第 24 條辦理 2.預訂於 10 月 23 日下午召開
	2.114 年度保險費率方案(草案)之審議	11 月	本會(健保署)	依健保法第 24 條辦理
保險給付及其他應討論法定事項	1.健保署擬訂 114 年度抑制資源不當耗用改善方案之討論	12 月	健保署(本會)	依健保法第 72 條辦理
	2.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論	視健保署提出相關案件之時間安排	健保署(本會)	1.依健保法第 45 條第 3 項及 105 年第 6 次委員會會議(105.6.24)決議之「健保會討論自付差額特材案之作業流程」辦理 2.各季配合健保署送會時程辦理(暫訂於 3、5、8、11 月)
	3.健保署擬訂調整保險給付範圍方案之審議			依健保法第 26 條辦理
	4.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議			依健保法第 51 條第 12 款辦理
	5.健保署修訂醫療品質資訊公開辦法草案之討論			依健保法第 74 條辦理

註：委員會議若另有決議(定)事項，配合安排或調整相關工作項目。

表 1 113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認之計畫/項目

總額別	項目	核(決)定事項
醫院	提升醫院兒童急重症照護量能	於 113 年總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至本會最近 1 次委員會議確認。
	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	
	地區醫院全人全社區照護計畫	於 113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近 1 次委員會議確認。
	區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作	
	區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作	
西醫基層	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費	於 113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報本會最近 1 次委員會議確認。
	強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護	於 113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近 1 次委員會議確認。
	因醫療品質提升，增加之醫療費用	於 113 年總額公告後，完成擬訂新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報本會最近 1 次委員會議確認。
	提升國人視力照護品質	113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報本會最近 1 次委員會議確認。
牙醫	牙醫特殊醫療服務計畫	妥為研訂 113 年度具體實施計畫(含醫療團服務對象、醫療費用加成方式)，於 112 年 12 月前提報本會同意後，依程序辦理。
	高風險疾病口腔照護計畫	(1)請妥為研訂具體實施計畫(含醫療服務內容、各項服務適用對象、支付方式及成效監測)，於 112 年 12 月前提報本會同意後，依程序辦理。 (2)執行目標及預期效益之評估指標：涉及具體實施計畫之醫療服務內容，請併同上開報告提本會確認。
其他預算	因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能	(1)於 113 年總額公告後將具體實施規劃，提報本會同意後，依程序辦理。規劃建議如下：①設定適用對象、動支條件、獎勵費用計算及撥款方式②訂定監測指標(含護病比、薪資調整情形)③建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式。 (2)另依 112 年 10 月委員會議決議事項，「執行目標」達一定比率之目標值，請提報具體實施規劃時，一併提報。

**表 2 113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之具體實施規劃/計畫**

總額別	項目	核(決)定事項
醫院	暫時性支付(新藥、新特材)	在額度內妥為管理運用，於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(包含執行及費用支付方式、預算估算、擬暫時收載年限、療效評估與退場機制等)及作業時程，俾落實管控。
牙醫	特定疾病病人牙科就醫安全計畫	<p>(1)請妥為研訂完整之具體實施計畫(含適用對象之特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及成效監測)，於 112 年 12 月前提本會報告。</p> <p>(2)另依 112 年 10 月委員會議決議事項，「預期效益之評估指標」之具體評估方式(含：指標定義、比較年度與基礎、計算方式等)，請妥為研訂，併具體實施計畫於 112 年 12 月前提報。</p>

表 3 「112 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果

請依 112 年第 6 次委員會議(112.7.26)、113 年第 1 次委員會議(113.1.24)決定事項，於 113 年第 2 次委員會議(113.3.13)提報預算扣減及節流效益之執行結果

總額別		項目【協定事項】	112 年委員會議決定事項及規劃內容(摘要)
牙醫門診(註)	專款項目	1.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 【依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用】	113 年第 1 次委員會議(113.1.24)決定 1.扣減方式：112年執行 P7101C 青少年齲齒控制照護處置(排除案件分類14醫不足方案)且沒有申報91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」+91004C「牙結石清除-全口」者，於111年一般服務申報91004C+91014C，則扣減91014C 之費用。 2.扣減時程：112年第4季點值結算時執行。
中醫門診	一般服務	1.多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度 【依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度】	112 年第 6 次委員會議(112.7.26)決定 修正預算扣減方式為： 「當年度執行之額度」為112年 A91「整合醫療照護費加計(70點)」全年實際申報點數，若未達協商額度(4.767億元)作為扣減當年度未執行之額度。
		2.提升中醫小兒傷科照護品質 【依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。其「當年度執行額度」，應以點數調升所增加之費用計算】	112 年第 6 次委員會議(112.7.26)決定 修正預算扣減方式為： 「當年度執行之額度」為112年 E90「未滿7歲兒童傷科治療處置費加計(200點)」全年實際申報點數，若未達協商額度(0.025億元)作為扣減當年度未執行之額度。
		3.針傷合併治療合理給付 【依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度。其「當年度執行額度」，應以調升針傷合併治療給付增加之費用與原申報費用之差額計算】	112 年第 6 次委員會議(112.7.26)決定 修正預算扣減方式為： 「當年度執行之額度」為112年針灸合併傷科支付標準調整前後差異點數，全年實際增加點數，若未達協商額度(3.04億元)作為扣減當年度未執行之額度。

部門		項目【協定事項】	112年委員會議決定事項及規劃內容(摘要)
中醫門診	一般服務	4.增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69) 【依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度。其「當年度執行額度」，應以新增腦血管適應症(診斷碼 I69)與既有適應症申報費用之差額計算】	112 年第 6 次委員會議(112.7.26)決定修正預算扣減方式為： 「當年度執行之額度」為112年「特定疾病門診加強照護」腦中風後遺症(診斷碼 I69)全年實際申報點數，若未達協商額度(0.172億元)作為扣減當年度未執行之額度。
	專款項目	5.照護機構中醫醫療照護方案 【依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用】	112 年第 6 次委員會議(112.7.26)決定同意健保署所報扣減方式： 以本方案112年新增申報費用之住民(即扣除111年已接受本方案服務之住民)，回推其111年中醫門診申報醫療費用點數，並排除中醫專款計畫/方案及代辦案件，視為自一般服務轉移至專款之費用，於112年第4季結算時予以扣減。
醫院、西醫基層	一般服務	1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) 2.藥品及特材給付規定改變 【若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度】	112 年第 6 次委員會議(112.7.26)決定同意健保署所報扣減方式： 若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度。配合於尚未結算之季別(如第3、4季)結算，扣減當年度未執行之額度。

註：有關 112 年度牙醫門診總額「超音波根管沖洗計畫」、「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」協定事項【檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源】之提報：

依 113 年第 1 次委員會議(113.1.24)決定，請健保署將其量化之執行結果，併同於 114 年 7 月檢討計畫未來納入一般服務或退場時，納為重要參據。

**表 4 「111 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估執行結果」  
之後續辦理結果**

依 112 年第 2 次委員會議(112.3.22)決定事項，請健保署辦理下列事項，並將結果提報 113 年第 2 次委員會議(113.3.13)，以納入總額協商參考。

總額別	項目	112 年第 2 次委員會議(112.3.22)決定事項
牙醫	高風險疾病口腔照護	「提出節流效益並納入總額預算財源」部分，請持續研提可實質扣連節流效益及預算影響之計算方式及結果。
	高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫	
醫院	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	
醫院及西醫基層	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	「未依時程導入或預算執行有剩餘之扣減」部分，請檢討並提出本案執行數之精準估算方式。
	藥品及特材給付規定改變	
牙醫	高風險疾病口腔照護	「111 年執行數過低或過高之協定項目」部分，請持續追蹤至 112 年度執行情形(含：實際增加費用、未執行額度等)。
中醫	提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護	
西醫基層	提升國人視力照護品質	

**表 5 113 年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目(含須於 113 年 7 月提報項目及預算扣減方式之規劃)**

類別	總額別	項目	核(決)定事項
預算扣減方式之規劃	牙醫	12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	依 113 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請議定後，於 113 年 7 月提本會報告。
	中醫	中醫利用新增人口	1.依 113 年中醫實際就醫人數成長情形，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減，扣減方式如下： 以「113 年實際就醫人數」扣除「112 年實際就醫人數」，乘以「113 年就醫者平均每人就醫費用」計算，若低於 113 年協定增加之預算 588 百萬元，則扣減未達之差額。 2.請依上開議定之預算扣減方式，提出其執行細節後，於 113 年 7 月提本會報告。
		照護機構中醫醫療照護方案	依 113 年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用，其預算扣減方式規劃，請議定後，於 113 年 7 月提本會報告。
	醫院及西醫基層	藥品及特材給付規定改變	若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度。
執行報告	中醫	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	持續檢討計畫執行情形(含完整療程照護人數及比率)及結果面之成效，於 113 年 7 月前提本會報告。
	門診透析	鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質	具體實施方案請於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

業務執行報告應定期提報事項之時程及內容

項次	應提報事項	提報時程及內容
1	前 1 年全年健保業務執行情形之整體性說明	於每年第 1 季業務執行報告時提報。
2	前 1 年度抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略	併同於 5 月業務執行季報告提報前 1 年度完整之執行結果及檢討。
3	分級醫療執行情形	併同於 3、5、8、11 月業務執行季報告呈現最新之辦理情形。
4	急診品質提升方案指標執行結果	
5	「『藥品及特材給付規定改變』協商因素項目，經費若有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」之辦理情形	併同於 6、12 月份委員會議之業務執行報告提報；並於 6 月提報前 1 年度完整資料。
6	「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」協商因素項目預算之執行情形	

表 1 113 年度西醫基層總額「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」協定事項之「品質監測指標」(修正如劃線處)

項目	內容
品質監測指標	<p>1.未滿 4 歲兒童於基層就醫人數或人次之<u>占率</u>，較前 1 年增加。</p> <p>【註：1.分子：未滿 4 歲兒童於西醫基層就醫人數或人次。 分母：<u>全國未滿 4 歲兒童就醫人數或人次</u>。 2.排除全民健康保險重大傷病範圍。】</p> <p>2.請參考委員意見研議增訂結果面之品質監測指標。</p>

表 2 113 年度牙醫門診總額「高風險疾病口腔照護計畫」協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(修正如劃線處)

項目	內容
執行目標	<p>1.113 年服務高風險病人執行牙結石清除(91090C)達 80,000 人次。</p> <p>2.齶齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)預估服務人次 202 萬人次。</p>
預期效益之評估指標	<p>1.國人牙齒保存數較 <u>110~111 年衛福部口腔健康調查結果</u>增加。</p> <p>2.1 年後(113 年起)高風險疾病病人平均齶齒填補顆數增加率減緩(註)。</p> <p>【註：評估指標之定義：</p> <p>(1)<u>年度高風險患者的平均牙齒填補顆數(牙位歸戶)</u>。  <u>分子：當年度高風險患者之填補顆數(牙位歸戶)</u>。  <u>分母：當年度高風險患者之就醫人數</u>。  <u>公式：分子/分母</u>。</p> <p>(2)<u>每年之平均牙齒填補增加率</u>。  <u>分子：(當年度高風險患者的平均牙齒填補顆數)－(前一年度高風險患者的平均牙齒填補顆數)</u>。  <u>分母：前一年度高風險患者的平均牙齒填補顆數</u>。  <u>公式：分子/分母*100%</u>。】</p>

## 113 年度各部門總額一般服務之點值保障項目

總額部門	保障項目及支付方式
中醫門診	「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件(每點 1 元支付)。
西醫基層	1.論病例計酬(每點 1 元支付)。 2.血品費(每點 1 元支付)。 3.「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280 點×季申報總住院數(每點 1 元支付)。
門診透析	1.腹膜透析之追蹤處理費(每點 1 元支付)。 2.偏遠地區之門診透析服務(每點 1 元支付)。
醫院 (註 3)	1.門診、住診之藥事服務費(每點 1 元支付)。 2.門診手術(每點 1 元支付)。 3.住院手術費、麻醉費(每點 1 元支付)。 4.血品費(每點 1 元支付)。 5.主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數(每點 1 元支付)。 6.地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)。 7.經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(註 2)。 8.地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點 1 元支付)。 9.區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費(每點 1 元支付)。 10.地區醫院住院病房費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)、一般病床住院診察費、住院護理費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)。

註 1.藥費依藥物給付項目及支付標準辦理，不列入。

- 2.以前一季該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付。
- 3.應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1年內不得適用地區醫院保障項目【地區醫院急診診察費、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費】，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準者，其醫療服務得比照區域醫院保障【區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費】；另自醫院評鑑不符合之日起1年後，仍不符合區域醫院評鑑者，不得適用地區醫院保障項目，亦不得比照區域醫院保障。

## 112 年度牙醫門診總額協定項目之「預算扣減及節流效益」規劃

### 一、12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫：

【依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用】

#### (一)扣減方式：

112 年執行 P7101C 青少年齲齒控制照護處置(排除案件分類 14 醫不足方案)且沒有申報 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」+91004C「牙結石清除-全口」者，於 111 年一般服務申報 91004C+91014C，則扣減 91014C 之費用。

(二)扣減時程：112 年第 4 季點值結算時執行。

### 二、超音波根管沖洗計畫：

【檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源】

#### (一)成效指標：

使用超音波根管沖洗的牙齒二年內根管治療之再治療率比未使用者低。

#### (二)指標定義：

1.使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率。

分母：112 年度執行根管治療項目，且同時申報 P7303C「超音波根管沖洗」者(依個案、牙位歸戶)，統計牙齒顆數加總。

分子：分母之牙齒根管充填項目，自申報結束日起兩年內申報 90094C「根管難症處理」之牙齒數(牙位歸戶)。

公式：分子/分母\*100%

2.未使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率。

分母：112 年度執行根管治療項目，且未同時申報 P7303C「超音波根管沖洗」者(依個案、牙位歸戶)，統計牙齒顆數加總。

分子：分母之牙齒根管充填項目，自申報結束日起兩年內申報 90094C「根管難症處理」之牙齒數(牙位歸戶)。

公式：分子/分母\*100%。

#### (三)轉換為量化節流效益金額之方式：

1.根管治療使用超音波根管沖洗的牙齒平均根管再治療費用(A)

分子：112 年度執行根管治療項目，且同時申報 P7303C「超音波根管沖洗」者，追蹤同牙位於申報結束日起兩年(730 日)至兩年半(913 日)之區間，再執行根管治療項目之醫療點數加總。

分母：112 年度執行根管治療項目，且同時申報 P7303C「超音波根管沖洗」者，追蹤同牙位於申報結束日起兩年(730 日)至兩年半(913 日)之區間，再執行根管治療項目之牙齒顆數加總。

公式：分子/分母

## 2. 根管治療未使用超音波根管沖洗的牙齒平均根管再治療費用(B)

分子：112 年度執行根管治療項目，且未同時申報 P7303C「超音波根管沖洗」者，追蹤同牙位於申報結束日起兩年(730 日)至兩年半(913 日)之區間，再執行根管治療項目之醫療點數加總。

分母：112 年度執行根管治療項目，且未同時申報 P7303C「超音波根管沖洗」者，追蹤同牙位於申報結束日起兩年(730 日)至兩年半(913 日)之區間，再執行根管治療項目之牙齒顆數加總。

公式：分子/分母

## 3. 節流效益之金額(C)=[根管治療未使用超音波根管沖洗的牙齒平均根管再治療費用(B) — 根管治療使用超音波根管沖洗的牙齒平均根管再治療費用(A)] \* 112 年根管治療使用超音波根管沖洗的牙齒顆數總和。

### 三、高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫：

【檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源】

#### (一) 成效指標：

執行 P7301C 後，89013C 及 89113C「複合體充填」二年內重補率較未執行 P7301C 者低(跨院所計算)。

#### (二) 指標定義：

1. 111 年有執行 P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」之個案(案件分類 19)，後續 730 天內申報 89013C 及 89113C「複合體充填」之比率(跨院所計算)。

分母：111 年度申報 P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」之個案(案件分類 19)，前於 110 年、111 年申報 89013C、89113C「複合體充

填」之填補顆數(跨院所計算)。

分子：前述牙齒，於申報 P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」後，追蹤同牙位 730 天內再申報 89013C、89113C「複合體充填」填補顆數(跨院所計算)。

公式：分子/分母\*100%。

2.未執行 P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」之個案(案件分類 19)，後續 730 天內申報 89013C 及 89113C「複合體充填」之比率(跨院所計算)。

分母：110 年、111 年申報之 89013C、89113C「複合體充填」之個案(案件分類 19)，且後續未有申報 P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」者，其 110 年、111 年申報 89013C、89113C「複合體充填」之填補顆數(跨院所計算)。

分子：前述牙齒，追蹤同牙位 730 天內再申報 89013C、89113C「複合體充填」填補顆數(跨院所計算)。

公式：分子/分母\*100%。

(三)轉換為量化節流效益金額之方式：

1.減少之填補率(A)=「未執行 P7301C 之個案(案件分類 19)，後續 730 天內申報 89013C 及 89113C 之比率」—「111 年有執行 P7301C 之個案(案件分類 19)，後續 730 天內申報 89013C 及 89113C 之比率」。

2.節流效益之金額(B)=111 年 89013C 之填補顆數\*減少之填補率(A)\*1,000 (89013C 支付點數)。

#### 四、齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫：

【檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源】

(一)成效指標

齲齒經驗之高風險患者 113 年起平均齲齒填補顆數增加率降低。

(二)指標定義

1.當年度高風險患者的平均齲齒填補顆數(牙位歸戶)。

分子：當年度高風險患者之填補顆數(牙位歸戶)。

分母：當年度高風險患者之就醫人數。

公式：分子/分母。

2.當年度之高風險患者平均齲齒填補顆數增加率。

分子：(當年度高風險患者的平均齲齒填補顆數) — (前一年度高風險患者的平均齲齒填補顆數)。

分母：前一年度高風險患者的平均齲齒填補顆數。

公式：分子/分母\*100%。

(三)轉換為量化節流效益金額之方式：

1.減少之填補顆數增加率(A)=112年高風險患者平均齲齒填補顆數增加率 — 113年高風險患者平均齲齒填補顆數增加率。

2.節流效益之金額(B)=112年高風險患者填補顆數\*減少之填補顆數增加率(A)\*600(89008C 後牙複合樹脂充填支付點數)。



第6屆113年第1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(112年第11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，會議時間到了，出席委員已經達 25 位已經過半，可以開始開會，主席致詞之前先跟大家說會議室外有桂圓紅棗茶，因為今天天氣很冷，請大家喝個熱茶，是不是先請主席致詞。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝各位委員，這禮拜天氣都很冷，所以請各位多保重，今天議題因為很多，本會秉持著今年事、今年畢的精神，今天一定要把議題都走完，所以我會嚴格控制時間，時間到了麻煩委員言猶未盡的部分，就請提書面意見，幕僚也一定會繼續跟催。

原本今天健保署有一位新任的副署長，蔡淑鈴副署長退休以後，由龐一鳴副署長繼位，對不起，是繼任。因為他還沒到，所以就未能跟各位打招呼，待會到的時候再請他跟各位打個招呼。

今天一樣每位發言委員，每 3 分鐘按鈴 1 次，請各位委員遵守本會的會議規則，現在請進行議程確認。

### **同仁宣讀(議程確認)**

**周執行秘書淑婉：**主席、各位委員，這次的修正議程安排是隨著補充資料寄送給委員，主要修正是優先報告事項名稱，還有就是調整討論事項的案由及順序。優先報告事項的部分，其實在上一次委員會議已經先跟委員報告 113 年度安排的會議時間，讓委員能夠先預空出時間，這一次就業務內容安排進行報告。

討論事項有 4 案，第一案是將寄出去的議程裡面的第四案提到第一案，原先的案由是 113 年度牙醫門診總額須要提到本會確認的協定事項，但因為健保署在 1 月 19 日也另行提報須確認的項目，包含其他預算 1 項和西醫基層 2 項，所以幕僚就依照工作計畫，變更案由為「113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認之項目」案，以符合實際。而且因為這個程序須經本會確認或同意，所以希望這幾項都能夠及早執行，因此就優先調整到第一案做討論。

第二、三案都是上次會議保留的案子，其中第二案健保署依照委員上次的意見更新了資料。第四案是 113 年度點值保障項目案。

報告事項有 5 案，第一案是委員關切「有關各總額部門 112 年第 1~2 季動支『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目之結算執行結果」案，第二案與第三案是上次會議保留，健保署依照委員書面意見更新後提會，第四案、第五案是依照年度工作計畫來做安排，以上。

**盧主任委員瑞芬：**請問各位委員有沒有意見，如果沒有意見就確認議程，請李永振委員。

**李委員永振：**議程確認的部分，剛剛提到討論案第一案，本來只有 1 案，事實上資料在上個禮拜就給了，另外 2 案前天晚上 6 點多才給，而且這 2 案其中至少有 1 案是部核的，是護理人員的部分，本來協商 20 億元後來給了 40 億元。在會議資料第 278 頁，上次會議王惠玄委員的發言有提到，這種政策性方式是政府的意思，健保署拿到這裡讓付費者確認，它的意義是怎麼樣，王委員有提出建言。基於這些理由，若是說有急迫性的話應該早就提出來。護理人員那部分在上禮拜的共擬會議有提到，當時是甲、乙 2 案，這一次提出來的話，除了甲、乙 2 案之外，健保署又有 1 案，當然護理師公會與醫界這部分有達成協議，但即便這樣還是有 2 案。你有 2 案在這裡，資料給委員又這麼急，我不知道其他委員有沒有辦法掌握，我個人承認沒有辦法掌握，所以這部分是不是列在後面討論，或是暫時今天不能討論，是要委員在這次會議裡背書，是這個意思嗎？所以這個我有意見，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**其他委員還有沒有針對議程部分要詢問的？我請健保署稍微說明這個案子，為什麼會提這個案子放在第一案討論，請健保署說明。

**石署長崇良：**主席、各位委員，這個案子很抱歉時間上確實比較緊迫，上禮拜先在共擬會議進行討論，之後才提到今天的健保會，因為考量每年在過年前後都有離職潮，為了趕快穩定住護理人力，所以很

希望說既然有這樣的津貼或者是獎勵，能夠儘快發下去，希望在 2 月份農曆年前把錢趕快發下去到護理人員的帳戶，所以時間上是比較緊迫，因此才在上禮拜開完共擬會議後，就立刻整理資料送到健保會向各位委員做一個報告。

**盧主任委員瑞芬：**請劉淑瓊委員。

**劉委員淑瓊：**我附議李永振委員，因為這個案子真的怎麼看都很奇怪，第一個是這 40 億元本來也不是健保會做的決議，是政府自己往上加碼的。第二個是最重要的，健保署提出來的方案，與護全會還有醫院協會協商討論的又不一樣，今天早上護全會又提供新的資料給委員，所以我不知道今天的會議是要本會委員做什麼樣的決定，因為本來的認知是健保署要跟相關的團體做成一個方案，然後來本會得到大家的共識，現在是 2 個方案，而且這 2 個方案也沒有提供足夠的數據讓委員瞭解健保署站在什麼樣的基礎上，只要去補夜班護理人員？所以我認為今天要來討論這個議題，是為難了健保會，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**我請周執行秘書說明一下。

**周執行秘書淑婉：**我想這部分應該是依照協定事項，當然委員剛剛講的都已經是實質內容，幕僚認為這是在議程的確認，所以是依照工作計畫，這是屬於協定事項需要依規定報到會裡做確認或同意的，所以剛剛委員關心的部分是不是等一下在實質討論時再做處理，現在是在做議程確認。以幕僚來看這個議程安排應該是依照協定內容處理會比較適當，以上。

**盧主任委員瑞芬：**所以我想在這樣的情況下就按照議程走，剛才各位關心的點就在實質討論的時候進行，謝謝。

**同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)**

**盧主任委員瑞芬：**請問委員針對上次會議紀錄有沒有意見？如果沒有意見就確認，好，會議紀錄確認，接下來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：**主席、各位委員好，本會重要業務報告，項次一是本會依照上次委員會議決議(定)事項辦理情形如下：

(一)討論事項第一案，是抑制資源不當耗用改善方案，已在去年12月29日請辦健保署參考委員意見及本會研析說明，研修113年度方案，健保署已檢送修正方案，業安排在本次委員會議討論事項第二案做討論。

(二)是上次委員會議決議(定)列管追蹤事項有2項，依辦理情形，建議解除追蹤1項，繼續追蹤1項。建議解除追蹤的部分，請委員翻到會議資料第62頁，是112年第3季業務執行報告，委員所提意見，健保署回復在會議資料第65~71頁，建議解除追蹤，但最後仍依照委員會議的議定結果辦理；個別委員關切的事項含書面意見，健保署回復在會議資料第269~279頁附錄一，請委員參閱。

項次二，歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，建議解除追蹤者，計有1項，在會議資料第64頁，是111年監理指標監測結果報告，已依照委員意見做修正，完成定稿並上網公開，建議解除追蹤，但最後仍依照委員議定結果辦理。

項次三，113年各部門總額地區預算分配關於風險調整及特定用途移撥款執行方式送本會備查案的辦理情形，健保署已在去年12月13、15日分別將西醫基層總額、牙醫門診總額、中醫門診總額執行方式函報本會備查，執行方式摘要請委員參閱，目前還剩醫院總額部門，請趕快討論定案後送會備查。

項次四，請委員看會議資料第55頁，是衛福部1月12日來函，請本會提供114年健保總額基期之扣減項目及額度，本會已於本年度工作計畫安排健保署在3月13日第2次委員會議提報「112年度總額協定事項中有關預算扣減及效益評估之執行結果」，請健保署依照時程提報，以利本會提供衛福部參考。

項次五，今年7月份評核作業，本會現在已經開始做一些準備，

將於 2 月初函請四個總額部門受託團體及健保署，對於本會研修的 112 年評核項目及內容草案提供建議，並提出 113 年度重點項目及績效指標，請各總額部門受託團體及健保署如期在 2 月中旬回復。

項次六，是下次委員會議年度工作計畫安排的報告事項，請委員參閱，如果委員有需請健保署說明的問題，請在 2 月 2 日前向本會提出，我們會轉請健保署提供說明。

項次七，是衛福部及健保署去年 12 月到今年 1 月份發布跟副知本會的相關資訊，詳細內容已置於健保署全球資訊網，本會於 1 月 16 日也有寄至各委員的電子信箱。比較重要也是大家關心的部分，是衛福部在 12 月 27 日來文副知，行政院核定 113 年度全民健康保險一般保險費率維持 5.17%，不予調整。

另外，請委員翻閱補充資料第 2 頁，項次八，有關健保署依 113 年度各部門總額核(決)定事項辦理情形的說明：

(一)各部門總額應於 113 年 1 月前依法定程序辦理或提本會同意或報告的事項，共有 74 項，目前已經辦理完成的項目有 34 項，尚未完成的項目有 40 項，未完成率 54.1%，整理如下表，請委員參閱。

(二)其中比較重要的應辦事項，依照上次委員會議決議須要送本會確認、同意或報告的事項計有 15 項，其中有 7 項未依限提出，包括：醫院部門 5 項、西醫基層 2 項，如下表，在補充資料第 3 頁，請委員參閱。

(三)對於 7 項未依限提報的決定事項，健保署來函說明，因醫院跟西醫基層部分項目，還須跟總額相關團體討論或謹慎研議，所以時間會晚一點；但基於該 7 項是衛福部為政策考量逕予決定的事項，希望能夠在年度開始就順利推動，請健保署儘速會同相關團體研議後，提至本會最近 1 次的委員會議確認，以上。

**盧主任委員瑞芬：**請問委員對於重要業務報告有沒有意見？請李永振委員。

**李委員永振：**主席，各位委員大家早，我這邊有 3 個請教跟期待，第

1 點，是項次四，有關總額預算扣減及效益評估之執行結果，衛福部請本會在 3 月 18 日之前提供，首先感謝衛福部已經將這件事情放在心上特別來函，更期待健保署積極努力，因為過去應該也有，只是最後提出的執行事項都落空了，希望健保署可以積極加油一點。這個議題已經講很多次，在上次會議有提到 112 年 5 月時健保署報告 111 年抑制資源不當耗用改善方案執行情形，擲節費用約 36.28 億元，這很明確，要講績效時就提出來，但真的要講效益、要如何連結總額又不見了，希望今年在 4 月份委員會議 114 年度總額諮詢案的會議資料真的可以看到，不要衛福部來函就說期待健保會提出意見再納進去，年復一年都這樣感覺很奇怪，這是一個建議跟期待今年可以真的踏出成功的第一步，這是第 1 點。

第 2 點，項次六，提到健保署在下個月的報告有 2 個專案報告，之後會排進委員會議的議程，我的建議是除了委員新的意見之外，如果碰到相關的議題，能將以前委員所關心的全部翻出來、找出來，做一個總整理，可行、不可行總是一個答案，有些繼續追蹤可以解除追蹤，不要一直追到最後不了了之，希望每一次遇到相關議題時，都可以把所有的議題不管大、小都做一個總整理，這樣可能會好一點，不要一直提出意見，都快堆成 101 大樓的高度，還沒有解決，這樣也不好。

第 3 點，在會議資料第 61 頁的表中，公告去年第 2 季的各部門總額平均點值，這點值對照報告事項第一案，有關於 43 億的部分加進去之後<sup>(註 1)</sup>，也有一個第二季的點值，但兩邊的點值是不一樣，譬如說中醫在會議資料第 61 頁是 0.8712，後面(會議資料第 199 頁)同樣第 2 季是 0.9042；醫院是 0.9499，後面是 0.9002；西醫基層是 0.9192，後面是 0.9352，有高有低，不是全部都高，也不是全部低，我知道一定是基礎不一樣，但這樣呈現會讓人覺得，健保署通常給的是會議資料第 61 頁，健保署第一次在 112 年 10 月 18 日提出來的時候，也是同會議資料第 61 頁的資料，如果按照公告的數值就沒有評估進去，但後來行政院拍板的又有，這樣會讓外界很混淆，我們參與會議的人大概知道其中原因，但外界看的話會霧煞煞<sup>(註 2)</sup>，將來是否

兩種數據都提供，還是要用什麼方式，讓人看得一目了然，這樣是不是比較好，健保署提供的資料有時會有不一致的情形，希望能有一致性，因為要對外公開，就是要讓投保大眾能夠了解，這樣是不是會更好一點，謝謝。

註1：健保署前於本會112年第9、10次委員會議(112.10.18、112.11.15)提出「因新冠疫情造成各部門總額112年醫療費用顯著影響，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』項提案」，決議略以：委員多支持以112年度總額「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」(預算8億元)挹注，至於其餘撥補不足數之預算來源，委員表達不同意見送請健保署參考。經健保署簽奉行政院核可，由於行政院112年度已由公務預算挹注健保基金240億元，不足部分由該基金支應。經健保署統計實際各總額撥補金額合計約51億元，由112年度總額「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8億元預算挹注，不足數(43億元)則由健保基金撥補。

註2：霧煞煞(台語，模糊不清)。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請吳榮達委員。

**吳委員榮達：**我要提的問題是今天會議資料第67頁，也是上次針對病床增減問題提出詢問，健保署的回復看起來好像又跟上次的回復意見差不多，還是沒有把實際關床的數據呈現出來。我們問這個問題，就是希望能夠瞭解各層級醫院實際關床的狀況，以瞭解醫院經營問題，依照健保署的回復好像還是沒有呈現關床的數據，這還是有失真，希望健保署能夠呈現關床的數據，如果有什麼困難也能夠告訴我們，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**因為每個議案都有分配時間，這部分已超時，所以就到朱益宏委員發言完，其他委員請提出書面意見，現在請劉淑瓊委員。

**劉委員淑瓊：**謝謝主席，我是針對轉診支付標準，健保會於今年1月18日mail委員有關健保署預告修正醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目，其中有關轉診支付標準，因為我們5月還會再討論這個案子，我先提的目的是希望健保署能夠提供更多資訊，因為這是112年度核定事項，當時決議是要請健保署會同西醫基層跟醫院總額相關團體，檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效。所以增加點數的目的是要提高下轉，因為上轉問題不大，主要是下轉能夠落實分級醫療，但現在共擬會議中提出的全部是提高點數及增加誘因，所以我們就想請教健保署，尤其是5月

要再討論的時候，能夠給我們詳細的資料。

第1個，支付點數都是調升而沒有調降，這個我相信大家皆大歡喜，但是重點還是 accountability(課責)，還是要讓我們知道，這是要增加已經執行項目的點數報酬，或是真的要提升執行成效，如何讓付費者知道確實有提高成效，是否有訂定指標？

再來是如何透過電子平台來加強上下游照護的協調性？因為你們說即使是上轉也是要寫很多資料，其實上、下轉很關鍵的就是醫生跟醫生之間對於病人資料銜接的周詳性，讓病人與家屬能夠放心。上次委員會議，委員們尤其王惠玄委員也提到要有追蹤稽核制度，這個我們希望能夠看到。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請朱益宏委員。

**朱委員益宏：**謝謝主席，我的問題也是在會議資料第61頁，公告各總額部門的點值，我覺得很遺憾，其實前兩三次委員會議也都有談到包含中醫門診總額、西醫基層總額跟醫院總額部門的浮動點值非常差，但這邊還是沒有呈現，我記得上次委員會議我也要求能夠呈現醫院總額初核後的浮動點值，也就是扣掉所謂的攤扣、單價核減等，全部先不予計算，呈現出原始浮動點值，包含平均點值，但這邊都沒有呈現，我不曉得這是要健保署做還是未來由健保會直接提供，不然看到的都是健保署經過美化後的點值，無法完整呈現實際上各部門總額經營的狀況，這個議題不是只有這一次，去年度賴準總統有承諾希望逐步補，在去年能夠處理，但是未來呢？我們希望每年都能夠如實反映各部門總額真實的點值狀況，而不是經過美化處理，所以要請健保署如實提供，如果健保署不如實提供，是不是請健保會給我們委員正確的資訊，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請健保署回應，尤其是點值的部分。

**劉組長林義：**有關委員提到點值的部分，請委員翻到會議資料第61頁，我們都會例行性提供結算後的點值，會議資料第61頁的表格就是呈現112年第2季各部門總額結算後的平均點值，再請看會議資料第208頁，報告案第一案有提到一些補助點值的款項，這裡會呈現補助前

跟補助後的點值，補助前就是結算的點值列於會議資料第61頁表格，補助後點值的變動是多少則列於會議資料第208頁。剛才朱委員提到攤扣前跟攤扣後的點值，在會議資料第208頁已呈現攤扣前的醫院點值，供委員參考，以上。

**盧主任委員瑞芬：**其他還有沒有要補充？

**石署長崇良：**另外委員關心關床的情形，我想大家比較不能夠理解什麼叫關床，我們也不知道到底有多少床關，不過我們下次可整理數字給大家參考，就是申報床跟開放床，在醫事管理系統裡有許可床跟開放床，在健保則有申報床，就是什麼床有申報健保費用，這都不能直接說就是關床，不過我們可以呈現這3個數字，我們與醫事司管理系統界接看看，一個叫許可床，一個叫開放床，以及健保有申報費用的申報床數，用這3個數字讓各位委員參考，我們下次提供。

**盧主任委員瑞芬：**有關議案部分，健保會同仁會再努力把歷久積壓的部分，於追蹤上做一些說明，委員如沒有其他意見……，請李永振委員。

**李委員永振：**時間關係我簡單講一下，剛才健保署的答覆還是沒有解除我的疑惑，這個資料是要對外公開，要讓人一目了然，還是只要讓今天與會人員知道就好？因為這資料將來是對外公開，應該設法讓人看懂，剛才提到要嘛就兩個數字都呈現出來，解釋清楚，你花那麼多時間整理那麼多資料才有用，資料是要用的，不是只是參考美化而已，我的意思是這樣，剛才一直在繞理由嘛！

**盧主任委員瑞芬：**OK，所以請健保署用附註的方式寫得清楚一點。

**李委員永振：**不是，要把數字放在一起讓人家知道怎麼回事啦！不要說平常看到這數字，要分錢又是另外一套，這樣外界怎麼會信服，尤其我們預期114年，最晚115年一定會調漲保費，付費者會怎麼想。

**盧主任委員瑞芬：**好，委員意見很重要，請健保署納入參考，以後公布數字的時候多一點說明，這部分應沒有其他意見了……，請王惠玄委員。

**王委員惠玄：**請教一下會議資料第72~74頁，有關醫學中心、區域醫院

與地區醫院病床增減的情形，這邊用 moving average<sup>(註)</sup>，我不太知道用意是什麼。這邊只是列出有異動的部分，但我不太確定為什麼要用3個月的移動平均，因為這也是有一點模糊了病床異動的狀況。

註：moving average(移動平均)。

**盧主任委員瑞芬：**好，這部分請健保署書面告訴我們為什麼是用3個月的移動平均。有關重要業務報告的決定就是，上次(112年第11次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形，擬解除追蹤共1項，同意解除追蹤；擬繼續追蹤共1項，同意繼續追蹤。

第二點，歷次委員會議繼續列管追蹤事項，達解除追蹤條件，擬解除追蹤共1項，同意解除追蹤。

第三點，為依衛福部來函回復114年健保總額基期之扣減項目及額度，請健保署務必於本年第2次委員會議提報112年總額協定事項有關預算扣減及效益評估的執行結果，剛才委員也有提到。

第四點，113年度各部門總額總共有40項未依限完成相關作業，請健保署務必會同各部門總額相關團體儘速辦理，其中醫院總額、西醫基層共有7項要提到本次委員會議確認或同意，為了能儘速進行，請健保署務必儘速辦理且要提到最近一次委員會議確認，也就是3月份委員會議，最遲須於6月份委員會議確認，其他洽悉，接著進行優先報告事項。

參、優先報告事項「本會113年度工作計畫業務內容(草案)」與會人員  
發言實錄

## 同仁宣讀

**邱組長臻麗**：主席、各位委員大家好，本案主要是依照法定任務及衛福部113年度總額核(決)定事項、歷次會議決議(定)事項，擬具本會113年度工作計畫業務內容(草案)，並徵詢健保署意見後研擬完成。

說明二，我們臚列健保署建議調整的4項提報時間，第1項，原列在業務執行季報告「分級醫療執行情形」，健保署建議併同「急診品質提升方案指標執行結果」改列於3、6、9、12月份委員會議之業務執行報告中，本會處理說明，請健保署仍依業務執行季(口頭)報告時程，就應提報事項報告最新辦理情形。

第2項，健保署建議將擬安排於3月份的「111年度健保收入超過2億元之醫療院所財報報告之公開情形」，能夠容許健保署因突發狀況調整報告時間，本會處理說明，屆時如需調整時間，請該署具名理由再議。

第3項，「113年度各部門總額依核(決)定事項，需提本會同意或確認之計畫/項目」，本項已經安排在討論事項第一案，其中有7項尚未提出，其中「地區醫院全人全社區照顧計畫」健保署表示還要請台灣社區醫院協會提出具體內容及評估可行性後，再提報本會確認，本會處理說明，因這是新增項目，請最遲於6月份委員會議(113.6.26)確認。

第4項，排定於6月份「『代謝症候群防治計畫』之專案報告(含執行情形及成效評估檢討)」健保署建議改到12月份，因為本項自111年開始執行，也請健保署能在6月份提報歷年執行情形及成效評估檢討，以利114年度總額協商，並依113年度總額核(決)定事項於113年12月份前提出專案報告。

說明三，是本會完成113年度工作計畫(草案)，依照會議時間排序，如附件一(第79~82頁)及附表(第87~93頁)，依業務性質分類，如附件二(第83~93頁)。

說明四，本會彙整歷次委員會議決議及總額協定事項中涉及應定期於業務執行報告提報之事項，請健保署依時程提報。

接下來請委員翻到第78頁，本案擬辦，第一為請確認113年度工作計畫業務內容，並請健保署配合辦理；第二為有關應定期於業務執行報告提報事項，請確實依說明四所列時程辦理，以上說明。

**盧主任委員瑞芬：**請問委員針對這部分有沒有意見？李永振委員。

**李委員永振：**我有3點建議跟請教，第1點，會議資料第76頁，我是贊同幕僚的意見，但我是有一些想法提供參考。在第1項業務執行報告的部分，我個人認為健保署的季報告類似民營企業季結算的董事會一樣，3月份應是針對前一年全年的營運做一個整體性的回顧，讓委員澈底瞭解及掌握，為4月份的112年終決算報告與114年預算備查案做鋪路，這樣4月份我們討論才有意義。本來如果按照時間序應在2月份提，因今年剛好2月份農曆春節，所以延到3月份已經有一點嫌晚了，還是應要把季報告相關資料先提供給委員瞭解清楚，其他比較細節部分留到4月份再提供沒有問題，但3月份的季報告一定要把整體概況先RUN一下，這樣大家比較瞭解，回去才有時間思考，不然4月份一報告完就要馬上討論，我自己是覺得我記不起來啦，是不是可以朝這個方向努力。

第2點，在第3項應該要分成兩類，如果是醫界提出來的，他們動念提出該項目時即應開始構想，協商後也還有3、4個月時間，所以沒有再延後的理由；但如果是屬於政策性質，因為核定下來的時間太短，去年有比較早在12月就核定下來，就可依幕僚建議，最遲於6月份提出還可以接受，應該分成兩類來看這部分。但不管你是自提的還是部核的，以後應從公告後開始生效，不可以追溯，這樣的話有一點PUSH的意思，因為剛才我已經把原因解釋清楚，醫界自提的項目應該早就開始構想了，不能先要到錢才開始想，這樣有點怪怪的。

第3點，在第4項有關代謝症候群的部分，「代謝症候群防治計畫」已經進入到第3年了，到6月份也有兩年的實際經驗，希望到

時候提出來可以看到一些真正有意義的檢討結果，不要又虛晃一招就過去了，從兩年前開始討論的時候就有很多意見，到去年提出報告後好像也沒有針對那些意見解決，去年還有理由說剛開始，給一點時間 ok，今年提出來已經有兩年的實際運作經驗了吧，這個理由應該不存在才對，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請朱益宏委員。

**朱委員益宏：**關於會議資料第 76 頁說明二項次 3 的地區醫院全人全社區照護計畫，這部分我再做點補充說明，這個計畫算是署方的政策性計畫，約匡列 5 億元，內容分成 2 大部分，第 1 部分就是所謂的在宅住院，我了解這部分健保署大概是在去年年底，就組成專家委員會，現在正在密集討論，當然討論的過程中間，還沒有具體的結論，但是大的方向應該已經有了。

第 2 部分，就是關於地區醫院執行大家醫計畫，台灣社區醫院協會在最近這 2、3 天才收到健保署的計畫草案，收到以後我們內部也會很積極並儘快有 1 個小組來討論，同時也會跟健保署密集地展開討論，希望就地區醫院執行大家醫計畫的部分，儘快有個雛形上路，2 大部分拼起來就會比較完整，時程的話，我想應該不會到 6 月，應該會儘快，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請陳石池委員。

**陳委員石池：**主席、各位委員大家早安，首先謝謝周執行秘書帶領的團隊，今年我還是有收到你們的生日卡片，雖然很小，但是禮輕情意重，非常感謝。但是我也希望你們對會議的用心，能夠跟關注委員的程度是一樣的。

有關地區醫院全人全社區照護計畫，我也跟朱益宏委員意見一樣，覺得 6 月份出來太晚，至少在 3 月份就要提出來，應該早一點，不然年度無法執行。

另外，那個代謝症候群防治計畫，我也跟李永振委員意見一樣，就是說計畫已經執行 3 年了，到底這個是期中還是期末報告？最好是年度結束後 3 個月內就要提出報告，這樣才算合理，假如拖太久，

這樣不太對，而且要去比較每年改善，還是說變化的情況，才知道計畫推展有沒有成功，這樣才有意思嘛！你要每年去比較，不能只說上年度結果是怎麼樣，這樣就不對啊！你做3年，應該將第1年、第2年、第3年的所有數據都提出來，要讓人家看得出推動這個計畫確實是有幫助的。

**盧主任委員瑞芬：**以上是優先報告事項，其實我們幕僚很用心，是給大家多一點時間，但那個提報時程是 deadline，是最後最後的期限，如果在那之前健保署可以提出，我們都會非常樂意配合，非常高興將案子排入議程。

本案決定確認 113 年度工作計畫業務內容，並請健保署配合辦理。至於業務執行報告應該定期提報的事項，請健保署確實依照預定時程辦理，尤其李永振委員提到 3 月份口頭報告，委員有很多期待，應該是對過去 1 年健保署業務有明確的說明和報告。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 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認之項目案」與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

**陳專門委員依婕：**主席，委員大家好，健保署說明本案的提案，本案是依照衛福部 113 年全民健康保險其他預算「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」的決定事項辦理，如補充資料第 28 頁，第 2 點的(一)到(三)請委員參考。

第 3 點，為了改善醫院護理人員的執業環境，所以本部的照護司依日前與各界溝通的三班護病比標準試算，各層級醫院的護理人員缺口以醫學中心最高，區域醫院其次，地區醫院最低，而且多集中於夜班，詳細的數據，各層級的數據如下表，給各位委員參考。

第 4 點，考量本預算是鼓勵醫院夜班護理人員的留任，而且決定事項有敘明優先用於強化夜班護理照護量能，所以本署研擬了強化醫院夜班護理照護量能的方案。

本方案將預算分為 2 個部分，第 1 部分是急性一般病床護理人員的夜班獎勵，此部分的預算分配為 27 億元，這部分的內容(1)醫院要每個月來提報他們夜班排班的資料。(2)夜班的獎勵是依照下表的標準，依照不同的層級訂有不同的獎勵標準。(3)本署會依照醫院填報的夜班資料以及上表的獎勵標準來每月發放。(4)本項預算經費如果有不足的話，會以本方案的另外 1 個部分其他護理獎勵的費用來支應。(5)如果有特殊情形本署得預撥。

本方案的第 2 部分的獎勵是關於其他護理獎勵，這部分的預算是 13 億元，就如同剛剛有提到會優先支應急性一般病床護理人員夜班獎勵的不足，其餘再依照各醫院急性一般病床夜班獎勵金的占率來半年撥付。另外，醫院也應該在方案公告後的 30 個工作日內提交本款項，就是這 13 億元的運用方式，其中要有 8 成以上運用在其他需輪值夜班單位的護理人員夜班費給本署備查。

(二)預期效益評估指標部分，包含：(1)提升護理人員夜班獎勵的醫院要達 100%。(2)各醫院每月大小夜班的護病比不高於基期，基

期是以 112 年第四季平均來做訂定。(3)急性一般病床年資 3 個月以上護理人員離職率，年資 3 個月以上但未滿 2 年護理人員離職率不高於 112 年同期。(4)整體護理人員空缺率不高於 112 年同期。這些指標目前的表現情形我們有彙整在補充資料第 54 頁的附件二。

(三)稽核機制跟罰則部分，包含：(1)款項限用於撥付急性一般病床護理人員夜班獎勵，或者是調高其他需輪值夜班單位的護理人員夜班費，用於強化護理照護量能跟提升護理人力的配置，不得用於其他用途。(2)如果醫院護理人員對於薪資有所爭議的話，可以透過本部及健康照護司的「護助 e 起來平台」跟「護理職場爭議通報平台」來做相關的申訴。(3)本署得不定期辦理稽核，如果查有未如實將夜班費撥付給護理人員或登錄不實的情況，將依本保險的特管辦法予以處分，並追扣本方案獎勵款項。

本案在 113 年 1 月 16 日提到醫療服務共同擬訂會議討論，台灣醫院協會跟護理師護士公會全國聯合會代表，建議本案的獎勵不要限於夜班護理人員，由護全會訂定不同單位別跟班別的權重來進行分配，並提出兩會的建議方案有 2 案。甲案是依照醫院執登護理人員數分配本案的獎勵金，再由醫院依照護全會訂定的權重分配來撥付給護理人員。乙案則是由本署依護全會訂定的權重，計算各個權重可以分配的獎勵金額度，再由醫院依照獲配的獎勵金撥付給護理人員。

考量上述甲、乙兩案是以醫院全數護理人員計算撥付的獎勵金額度，沒有完全扣合總額公告的決定事項內容，所以本署建議今年度本項預算依補充資料的第 50~53 頁的附件一的方式執行。至於其他班別或其他單位的護理人員獎勵，本部照護司跟本署將會列為第 2 階段爭取公務預算的支應重點。本案的擬辦是於貴會同意後將依程序報衛福部核定，以上。

**陳組長燕鈴：**由本會向委員報告本會的研析說明，本方案是 113 年其他預算的 1 個新增項目，依核(決)定事項，這個方案要提到本會來同意，同時我們也訂有執行目標，執行目標有提到就是說，我們目標

是調升護理相關費用的醫院家數達一定比率，並以健保署跟護全會的一個共識方案去設定目標值，請委員參閱補充資料第 32 頁，剛才健保署已經提出完整的方案，經我們檢視健保署所提出來的內容，我們的研析說明是執行目標的部分，依據公告的事項，執行目標的部分是調升護理相關費用的醫院家數達一定比率，而且是需要健保署跟護全會去訂出這個比率，而健保署所提的方案並沒有設定執行目標，也沒有提出它的目標值，這部分就是建議訂定目標值，才能夠符合部的核(決)定事項。

有關於預期效益評估指標的部分，健保署在補充資料第 30 頁訂有 4 項指標，第 1 項是調升護理人員夜班獎勵的醫院占率達 100%，第 2 到 4 項是屬於比較是結果面的指標，包含一般護病比、離職率跟空缺率，而且健保署訂有指標的定義跟實施前基礎數值，尚屬合理，只是第 2 到第 4 項指標的目標值都是不高於 112 年，看起來是以維持目前的護理人力不流失為主要的目的，建議未來能夠訂定更具積極性的一個效益評估指標。關於支付方式，剛才健保署已經說得很清楚，它分為兩筆，按這兩筆的預算都是用在提升住院的護理人員的夜班獎勵為主，就請委員參考。

請委員參閱補充資料第 33 頁，有關於健保署所提出來的稽核方式，主要透過 2 種管道，1 個是照護司通報平台的申訴，而且健保署也做不定期的稽核，也訂有罰則，另 1 個是處分跟追扣的機制。這是健保署的方案，健保署同時也在剛才的提案內容第 5 點說明，就是在 113 年 1 月 16 日的醫療服務共同擬訂會議中，護全會跟醫院協會都有提出建議方案，依據健保署的研析是認為說，這 2 個建議方案沒有完全扣合總額的核(決)定事項的內容，所以建議今年度是依健保署所提的方案去執行。依總額的核(決)定事項，這個方案需經過本會同意，委員是不是同意就請委員討論，以上說明。

**盧主任委員瑞芬：**本案進行方式是 5 個案子都報告完以後，再開始逐案討論，現在請報告第二案。

**同仁宣讀**

**陳專門委員依婕：**接下來是有關 113 年西醫基層的部分，分為 2 個預算，第 1 個預算是強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護，第 2 個預算是因應基層護理人力需求提高 1~30 人次診察費，決定事項如補充資料第 34 頁的第 2 點。

第 3 點是有關強化未滿 4 歲兒童的基層專科醫師照護的部分，本案的執行內容說明如下：(一)預算運用方式：經過 113 年 1 月 16 日醫療服務共同擬訂會議討論，決議修訂未滿 4 歲兒童第一段門診診察費之專科醫師加成都調升到 13%。(二)支付方式：將現行基層診所診治未滿 4 歲兒童，在申報第一段門診診察費的專科醫師加成時，由現行內、外、婦產科醫生的專科醫師加成是 13%，另外，整形外科、骨科，還有泌尿科及神經外科，目前加成是 10%，其餘專科包含兒科專科醫師加成率是 9%，本案是建議不分專科別，只要是診治未滿 4 歲的兒童，其加成均調升到 13%。(三)品質監測指標：未滿 4 歲兒童於基層就醫的人數或人次的比率較前 1 年增加，這部分會排除符合重大傷病範圍的兒童。(四)本署說明：為了鼓勵兒童到鄰近的診所就醫獲得即時的照顧，提升就醫的可近性，並考量到各專科醫師照護未滿 4 歲兒童的心力跟支付的衡平性，所以建議訂定上述的品質監測指標，我們也有統計，以 111 年未滿 4 歲就醫的人數共 66.6 萬人，1,169.6 萬人次，其中於西醫基層就醫的人次占率分別為 89%跟 74%。

第 2 個預算是有關於因應基層護理人力需求，調高 1~30 人次診察費預算，說明如下：(一)執行內容：本項預算的運用方式也是經過上開醫療服務共同擬訂會議討論，決議提升護理人力照護品質的門診診察費加計，由去年的 6 點調升到 12 點，申報的方式會改由本署後續勾稽診所實際的護理人員調薪情形來核付費用，所以刪除了支付標準，改用獎勵計畫的方式，獎勵計畫完整的內容如補充資料第 56~58 頁的附件四。(二)支付方式：第 1 個是有關反映護理人員薪資調升的門診診察費加計，這項是限聘有護理人員，而且有達調薪幅度的西醫基層診所，在申報 1~30 人次門診診察費的這些案件，每件給予獎勵 12 點；第 2 是提升護理照護品質的獎勵，額度會視

本項預算最後一季的結餘，然後依照當年，如果有結餘的話，會依照當年度各診所調升護理人員薪資的人月占率來發放有達調薪幅度的基層診所。(三)執行目標跟品質監測指標：在上開醫療服務共同擬訂有討論，修訂如下：

第 1 個是有關執行目標，聘有護理人員的診所，他們調升護理人員薪資的比率的診所家數要從 66% 調升到 70%，雖然看起來只有調升 4%，可是有關於裡面，診所是否有達調薪幅度的認定，其實有做大幅度的調整。在去年是只要這間診所所有調升半數以上護理人員薪資，我們就算他有達標，但是今年醫師全聯會跟護全會有達成共識，就是診所會依照它的執業登記護理人員數來設定不同的調薪是否有達標的標準，以聘有 4 位以下護理人員的這些診所為例，他們要調升全數護理人員的薪資，這間診所才算達標，當聘有 5~10 位護理人員的這些診所，他們要調升 90% 以上的護理人員薪資才算有達標，聘有 11 位以上護理人員的這些診所，要調升 80% 以上的護理人員薪資才算有達標。

請翻到補充資料第 36 頁的本署說明，每家基層診所要調升的薪資達次 1 級距的這個人數的操作型定義，就如同剛剛的說明，已經有調整，我們用新的操作型定義來算，在 112 年 10 月達標的比率看起來是 32.3%，所以目標值訂在 70%，其實是現行執行情形的 2 倍以上。第 2 點品質監測指標，聘有護理人員的診所調升護理人員薪資的比率，本案的擬辦是於貴會確認後，將依程序報請衛福部核定，以上。

**陳組長燕鈴：**向委員說明本會的研析，這個部分是西醫基層部門需要本會確認的有 2 項一般服務項目，第 1 項是有關於因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費，這個項目其實是在 112 年度，也是部決定的項目，預算是 6.593 億元，113 年本會協商也是沒有共識，這是衛福部的決定事項，金額是同 112 年，決定的結果是具體的實施方案要提本會確認。

健保署剛才已經報告了方案的內容，我們檢視健保署所報的內

容，去跟 112 年度的執行方式比較的話，可以看到，就是說在 112 年的執行方式新增了 1 個診療項目，由院所自己去申報，健保署在 113 年已經有訂定 1 個完整的品質獎勵的方案，而且原先是由診所自己申報，現改由健保署勾稽診所實際調升的情形去核付費用。支付方式有 2 種，1 個是門診診察加計的獎勵，這個部分健保署今年也對於基層診所調薪幅度的認定，有更精細的比率規範，請委員參考。第 2 個項目是說，如果說這些分配還有結餘的話，也會把剩下的款項去分配給有調升護理人員薪資的基層診所，有關於品質監測指標的部分，我們可以看出來 113 年的執行目標，目標值是有比 112 年提升，從 66% 提升到 70%，同時對於診所是否調升護理人員薪資及調薪幅度的部分，剛才都有說明操作型定義，也根據定義去調整，做更精細的處理。

請委員翻到補充資料第 38 頁的(三)，相關的比較表就請委員參考。我們檢視了健保署的提報內容，就是已經擬訂具體的實施方案，建議尊重健保署跟總額相關團體的研訂結果，當然健保署這邊提到有稽核的機制，這個部分就請健保署能夠落實去稽核各個診所的調薪情形，這個部分要請委員確認。

第 2 個部分是，有關於另外 1 項一般服務的項目，是強化未滿 4 歲兒童的基層專科醫師照護，這個部分是 113 年新增的，全新的，本會協商的時候其實是沒有共識，這項也是衛福部決定的事項，要提出具體實施方案經過本會確認。檢視健保署剛才的提案說明，它的執行方式主要是作為支付標準的加成調整，基層院所沒有診治未滿 4 歲兒童第一段診察費的專科醫師加成，不分科別都調升到 13%，現行跟 113 年擬調整的幅度請委員參考。這是支付的方式，有關於品質監測指標，訂有監測指標，就是未滿 4 歲兒童於基層就醫人數或人次的比率高於前 1 年增加，是有提出指標定義跟基礎數值，只是說依總額的決定事項是要擬訂以結果面為導向的品質監測指標，這個指標就是比較難認定說它是結果面為導向的品質監測指標，所以這個部分就請健保署再加強補充說明，依總額決定事項這個案子也是要經本會確認，那就請委員討論是否確認，以上說明。

## 同仁宣讀

朱科長文玥：有關修訂「牙醫支付標準通則五『高齡根管治療難症處理』」加成，由原先 70 歲放寬至 65 歲(含)以上」，與 2 項牙醫專款計畫「牙醫特殊醫療服務計畫」、「高風險疾病口腔照護計畫」健保署提案說明如下：

說明二、旨揭的項目依本署 112 年 12 月 14 日的醫療服務共同擬訂會議決定辦理，需提報貴會討論，修訂重點說明如下：

(一)有關修訂牙醫支付標準一節，牙全會建議以 113 年非協商因素成長率的預算，約 16 億元，調整 16 項支付標準，惟其中「牙醫支付標準通則五『高齡根管治療難症處理』」加成由原先 70 歲放寬至 65 歲(含)以上」，於共擬會議上付費者代表表示，可能產生與其他總額比照適用之爭議，牙全會提出補充說明，本診療項目提出時，原來設定之適用對象即為 65 歲以上的高齡者，因其牙髓的空間狹小，器械難以進入，惟因 110 年的預算有限，才先以 70 歲以上的對象先施行，113 年以非協商因素成長率的預算，不另爭取成長率，修訂本項的年齡調整。

(二)有關 113 年牙醫門診總額特殊醫療服務計畫，修訂重點說明如下：(1)加成的方式統一調升為 2 成，原 113 年協商時，牙全會僅提出調升輕、中度障礙等級的加成，惟協商時委員表示可能會造成醫療團逆選擇輕、中度病人，爰該會考量預算的分配公平性，且經費足已支應，故將 4 個障礙等級一併調升 2 成。(2)醫療團服務對象，新增不符合現有牙特計畫適用對象但持有身心障礙證明者，於醫療團地點就診時，費用亦由本計畫支應，並得加成 2 成，牙全會表示本項修訂，係考量為能服務所有全部的收容對象，不因其障別、等級而有不同的待遇，建議一併納入計畫，與一般服務預算重複的部分，將會由一般服務移撥至專款。(3)新增支付標準項目 89304C-89315C「特殊狀況之各複合體充填」，本項是比照高風險口腔照護計畫增列。(4)調升符合牙醫門診加強感染管制身心障礙者門診診察費，並將重度以上分為重度及極重度，牙全會表示，因本項多年來

均未調升，未考量合理的成本，另外將不同的等級身障別的一個門診診察費拆分分列。經本署推估，本項計畫所需的經費，包含上開修訂事項，推估共需 752.6 百萬元，在本計畫的經費額度內，足以支應。

(三)有關新增 113 年高風險疾病口腔照護計畫，麻煩請參閱補充資料第 42 頁，修訂的重點及方案的內容彙整如補充資料第 86~92 頁的附件九跟附件十。牙全會補充說明，包含：(1)修訂高風險疾病病人的定義第 7 項，不符合牙特計畫，原來限定是 3 個類別，本次修訂再擴大病患的範圍，牙全會表示係考量身心障礙者均須加強口腔照護，將不符合牙特計畫的身障患者在這個項目納入，以符合本計畫的設計概念。(2)增訂支付標準 89204C~89215C「複雜性複合體充填」一節，本項牙全會原先在 113 年協商時，提出因為高風險的患者治療較為困難應加計 2 成，本次的調整是使用預後更好的充填材料「複合體」，以期能夠加強照護。經推估 113 年本計畫所需的經費，包含上開事項的修訂，共需 1,016.2 百萬元，在本計畫的經費額度內足以支應。本案的擬辦是在貴會通過之後，依程序報衛福部核定，以上。

**陳組長燕鈴：**接著向委員說明本會研析，關於牙醫門診總額的部分，這 2 項是牙醫特殊醫療服務計畫以及高風險疾病口腔照護計畫，是依據本會委員的協定事項辦理，這是屬於 9 月本會在總額協商以後，委員認為有共識但仍有所保留，後續要再處理的事情，所以，當時決議的協定事項是說，要提出具體的實施計畫，經本會同意後依程序辦理，所以這 2 個計畫是健保署會同牙全會研訂以後提過來的，要請委員來看一下，是否同意這個具體實施計畫。

請委員看到補充資料第 43 頁牙醫特殊服務計畫。我們先檢視健保署所提報的內容跟協商時委員所關切的重點，然後進行研析。首先是有關於醫療團的服務對象，這次主要是修訂醫療團的服務對象，在 113 年新增不符現有牙特計畫適用對象之特定身障者共 8 類，請委員參考補充資料第 43 頁中間的表。目前，在還沒有修訂以前，這些不符現有牙特計畫適用對象的這 8 類對象，其實醫療團去機構

的時候，都可以接受醫療團的服務，而且是所有的牙醫服務都可以提供，只是說他的預算來源是由一般服務支應，同時醫療費用也沒有加成。113 年專款計畫把這 8 類病人納入專款的支付範圍之後，這些病人原來在一般服務支應的部分，就轉由牙特計畫的專款支應，而且納入以後，有些治療處置項目的頻率會比一般服務增加，同時它的費用也會加成 20%，這主要是對象放寬以後對費用的影響。

協商的時候，委員關切的重點跟牙全會的說明，請看補充資料第 44 頁上面有個表，委員關切的是，現行的障礙等級，醫療團也可以服務，所以並沒有影響，就是說如果這個對象變由專款支應的話，原來一般服務支應的醫療費用就應該扣除。相對應的說明，牙全會是認為應該不要有不同的待遇，同時他們也同意，有關於一般服務費用跟專款費用有重複的部分，同意在協商的時候討論由一般服務費用移撥到專款，這是對象的部分。

有關於費用加成的部分，協商的時候牙全會僅建議將輕度及中度障礙者加成調升 20%，這次牙全會是全部所有的等級都調升 20%，請委員參閱補充資料第 44 頁的對照表，原適用對象及剛才新增的 8 類對象，其加成均調升 20% 的部分。委員關切的重點剛才已說明，請委員自行參閱。

最後在補充資料第 44 頁最下面還有 1 個表，說明這個計畫還有增修 2 項診療項目，(1)是調升加強感染管制身心障礙者診察費的部分，此外，請看到補充資料第 45 頁的(2)，新增特殊狀況的複雜性複合體充填共有 8 項，依健保署規劃及試算的財務影響，是還可以支應。請看補充資料第 45 頁的(三)，本會這邊要提出來的就是說，如果委員同意醫療團服務對象新增不符現有牙特計畫適用對象的這 8 類對象，那麼就需要考量從一般服務扣除重複費用的這件事情，我們的建議是說，因為目前其實也還沒有實際執行的資料可以去估算說要扣款或移撥的額度，可是各部門總額今年都有扣除重複預算的協定事項，牙全會也同意在總額協商的時候，來處理這件事情，所以我們就建請健保署評估這個計畫跟一般服務重複費用的部分，

在今年 7 月份追蹤執行情形的時候，提報跟一般服務費用重複部分的估算結果，這樣的話，我們在 114 年度總額協商的時候，才能夠納入參考，這是本會最主要的建議，也要看委員是不是同意。

接著第二部分，有關「高風險疾病口腔照護計畫」計畫部分，這項是 113 年把過去三項協商項目<sup>(註 1)</sup>合併為一個 4.05 億元的專款計畫，主要是把一些性質相同的牙結石清除、氟化物治療項目，整併為同一個計畫。請委員參閱會議補充資料第 46 頁，核定事項講到，提報本會具體實施計畫時，須一併確認其執行目標及預期效益之評估指標，所以健保署提報的部分，本會研析說明請看會議補充資料第 46 頁表，適用對象的部分，因屬原來 3 項計畫整併，所以適用對象也有做為調整，右邊是 113 年計畫，左邊是原適用對象，113 年差異是刪除腦血管疾病並增加心血管疾病，請健保署補充說明原因。

此外，也跟「牙醫特殊醫療服務計畫」一樣，把障別跟障度不符合牙特計畫的服務對象放寬到所有的身心障礙對象，計新增五類病人，細項請委員參閱。

請看會議補充資料第 47 頁，有關服務內容及支付方式，除保留原提供之牙結石清除及氟化物治療服務外，新增 8 項「複雜性複合體充填」支付項目，委員在總額協商時，牙全會提出「高風險患者補牙費用加計 2 成」，付費者委員認為僅就現已提供的補牙項目給予費用加成，與補牙難度、品質之關連性待審酌。牙全會也參考付費者代表的建議，新增 8 項複雜性複合體充填的支付項目，讓病人補牙能夠有更好的材料。健保署推估這 3 項用途的財務影響請委員參考會議補充資料第 47 頁最下面的表。

請看會議補充資料第 48 頁，有關於併同確認的 KPI<sup>(註 2)</sup>，執行目標部分，113 年提出來的執行目標是牙結石清除 8 萬人，相較於 111 年目標是 27 萬人，目標數低於 111 年目標數，請牙全會補充說明目標值訂定之考量。

有關預期效益評估指標部分，提出 3 項預期效益評估指標，其中

第 1 項跟執行目標是相同的，建議刪除；第 2 項是「國人牙齒保存數較 104~105 年衛福部口腔健康調查結果增加」，查衛福部是每 6 年辦理 1 次，最近 1 次調查時間為 110~111 年，建議比較基礎改為與 110~111 年調查，進行比較；第 3 項指標是「一年後高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩」，這是沿用過去計畫的指標，建議指標定義跟計算方式沿用原來計算方式，這是本會研析說明的部分。

接著請委員討論，若同意新增 8 項「複雜性複合體充填」支付項目，則需考量於一般服務扣除替代費用事宜，例如取代原一般服務之銀粉、複合樹脂、玻璃離子體充填等，財務的部分是不是有替代的效果，這個也需要委員考量，本會的建議是，目前尚無實際執行資料可估算本項替代一般服務費用情形，爰請健保署在 113 年 7 月追蹤執行情形時，併同提報替代一般服務的估算結果，這樣 9 月才能做為協商 114 年度的總額時參考，這部分請委員討論。

請看到會議補充資料第 49 頁，有關健保署同時併送一個支付標準放寬適用對象請本會討論，這不是本會的協定事項，健保署提出係因牙全會建議用 113 年非協商 MCPI<sup>(註 3)</sup>修訂所增預算「高齡患者根管治療難症處理」難症處理得加計 30% 之適用對象，由從 70 歲放寬到 65 歲。先說明背景，本項支付標準源於 110 年度總額協定事項，編列預算用在高齡患者根管治療難症處理，提供 70 歲以上處理加成 30%，這一次牙全會要用非協商因素的預算把適用對象放寬。本會研析說明是，對於 MCPI 所增加之預算，總額核定事項並未核定其用途。有關支付標準調整，建議健保署依照健保法相關規定妥處。另近年各部門總額常以「高齡」為訴求，爭取預算以調升支付點數或費用加成，但各部門對高齡界定不同，建議健保署本於保險人權責，就調整的其合理性與必要性做處理。

註 1：「高風險疾病口腔照護」、「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」及「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」等 3 項。

註 2：KPI(Key Performance Indicators，關鍵績效指標)。

註 3：MCPI(Medical Care Consumer Price Index，醫療服務成本指數改變率)。

**盧主任委員瑞芬：**好，這部分健保署及健保會報告完畢，討論事項第

一案有 3 個子案 5 個協商項目須處理。現在進行第 1 個子案，有關其他預算-「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」專款運用方式，請委員發表意見，是不是先請護全會說明，接下來請朱益宏委員、陳石池委員。

**林委員綉珠：**主席及各位委員大家早安，非常感謝這個案子引起了這麼多的關注，不管是之前的 20 億元或到現在的 40 億元<sup>(註 1)</sup>，我想整個經費運用都是希望能留住護理人員。跟大家報告，剛剛李永振委員跟劉淑瓊委員都特別提到怎麼有那麼多個版本，健保署版本跟護全會、醫全會版本又不太一樣。跟大家報告，我們在最早預算編列 20 億元的時候，就已經對所有護理人員做過調查，若只補助夜班獎勵的話，一定是會增加白班護理人員對工作的不平，在護全會臨時提供的資料中提到，我們做了問卷調查，問了 2 萬多位的護理師，90% 都認為如果只給夜班獎勵這個是非常不公平的事情，因為以整個工作量來看，白班是最重的，只獎勵夜班會因為工作量跟收入不同，造成同事之間的不平等。

事實上這個案子我們跟台灣醫院協會有蠻多的討論跟共識，討論結果，大家都以整體做思考，怎麼真正提升醫院護理人員量能，不希望造成三班、層級之間的流動，也不希望護理人員因為班別不同造成一些窮分<sup>(註 2)</sup>、糾葛，大家都搶著上夜班，反而在白班最重要的工作時段會有缺口。

另外以性平來看，若只獎勵夜班，所有懷孕、哺乳的婦女是不能上夜班，一定是領不到獎勵，是否也懲罰只能上白班的護理人員，尤其是懷孕或哺乳期護理人員，所以希望三班護理人員都兼顧。第二個部分，我們希望不要造成三層級<sup>(註 3)</sup>之間的流動，三層級獎勵能夠一致，這個部分也感謝醫學中心跟區域醫院大家都能有同樣的看法。

剛剛提到須扣合決定事項的部分，事實上護全會也以公式進行計算，大家可以看一下本會補充資料第 3 頁，特別提出計算結果，白班分配金額是 12 億元，夜班是 27 億元，整個夜班分配占比跟健保

署所擬定 7 成的部分相當的扣合，以上簡短跟大家說明，也請參閱我們花了很多心力計算出來上班天數、各種班別組合的結果，雖然字比較小一點，請大家看一下，用班別種類試算月領獎勵金額組合，所謂的 D、E、N 就是白班、小夜班、大夜班，算出來如果純白班每個月還有 3,000 多元，純大夜班、純小夜班金額更高，我們希望三班都能得到相同照顧，以上簡單說明，詳細資料請大家參閱，謝謝。

註 1：本會於 112 年 11 月 1 日、11 月 2 日將本會協定之「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」函陳報衛生福利部核(決)定，其中「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」專款項目預算編列為 20 億元，經衛福部決定金額為 40 億元。

註 2：窮分(台語，意指計較。計算、比較，唯恐自己吃虧。)

註 3：係指醫學中心、區域醫院及地區醫院等 3 醫院層級。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請朱益宏委員。

**朱委員益宏：**主席，關於這個案子，第一個我要先表達遺憾，因為在部長的核決定事項(註)中，這案子應該由健保署跟護全會共同研議以後提出一個版本再送到本會，但現在顯然是護全會一個版本、健保署一個版本，且直接就送到本會來討論，我相信一開始的時候委員對於這樣的程序質疑。部裡面希望 2 個單位大家討論出一個版本，我們這邊各委員再去做修正或是提供一些建議，這樣可能會比較完整一點，但現在 2 個版本，而且顯然非常不一樣，不知道等一下委員會怎麼樣繼續討論下去，所以這一部分，我先提我的建議，是不是先退回去讓健保署跟護全會，甚至與醫院協會充分討論之後，下一次委員會再提到本會做討論、確認，這是我第 1 點意見。

第 2 點，我也對於健保署提供的意見有不同的看法，第 1 個，會議補充資料第 28 頁第 3 項，依照健保署這個表看起來，醫學中心是護理人員缺最多的，上次在王必勝次長召開一個會議找 3 個醫院層級代表、護理師公會、護理師工會、護理團體大家一起來討論，那個討論的內容有好多表，不是只有這個版本，會議中也沒有說要依照這版本進行，但是今天健保署拿出這個表，好像現況醫學中心缺最多護理人員，這顯然跟現實不符，且僅擷取一個會議部分的内容，我覺得健保署可能是要...我不太好意思講太不好聽的話，是不是請健保署這一部分能夠再...或許等一下再做一個說明，我認為在

這裡用這個表強化健保署的訴求並不適合。

第3點，我要補充剛剛護全會林綉珠委員的講法，現在護全會跟台灣醫院協會共同提出的版本，分成白班、小夜班及大夜班，白班權重2、小夜班跟大夜班權重都是4，這樣大概80%的金額都會放在小夜班跟大夜班。我不理解在討論過程中，健保署說護全會的版本跟核定的不相符合，我不是很清楚。第一個核決定事項是要健保署跟護全會共同擬定，結果健保署逕送一個版本，也沒有跟護全會共同擬定，顯然與核決定事項不合；護全會的版本大部分用在夜班加成，但健保署說不符核決定事項，這也有點奇怪。

最後一點，我要強調，健保署這版本是非常不可行的版本，因為對於不同醫院層級有不同的加成，我已經聽到我們地區醫院很多護理人員跟主管反映，只要實施就要離職，寧可去大醫學中心上夜班，如果在醫學中心包夜班一個月，薪水比在地區醫院包夜班，多了接近1萬元，這案子顯然對於地區醫院非常不公平，不但無法獎勵地區醫院護理人員，更可能掏空地區醫院護理人員，造成3個層級醫院護理人員的流動，我覺得這是非常不妥適的案子，謝謝。

註：113年度總額「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」專款項目衛福部核(決)定事項如下略以：

- (一)全年經費40億元，優先用於強化住院夜班護理照護量能。
- (二)執行目標：調升護理相關費用之醫院家數達一定比率，並以健保署與護全會對調升護理相關費用的共識方案設定目標值。  
預期效益之評估指標：調升護理相關費用之醫院家數占率。
- (三)請健保署會同護全會將具體實施規劃，提報本會同意後，依程序辦理。規劃建議如下：
  - 1.設定適用對象、動支條件、獎勵費用計算及撥款方式。
  - 2.訂定監測指標(含護病比、薪資調整情形)。
  - 3.建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式。

**盧主任委員瑞芬：**這個案子有很多委員有意見，現在看到有7位委員要發言，因為只剩下5分鐘，所以發言就到第7位，其餘意見就以書面提供，接下來請陳石池委員。

**陳委員石池：**大家早安，健保署提出的方案立意良好我也非常贊同，但執行細節上有一些小問題，第1個就是只重視住院病房護理獎勵，但非住院單位就沒有獎勵嗎？像是醫院住院病人來自急診，急診的

護理人員也非常辛苦啊！手術房的護理人員不辛苦嗎？他們的壓力也很大啊！我看健保署方案也有編列「其他護理獎勵」13億元，當初好像也有想到這個問題，但現在提出的方案全都沒有。健保署提到「至於其他班別或其他單位之護理人員獎勵，本部護理及健康照護司及健保署將列為第二階段爭取公務預算支應重點」，你要爭取公務預算，到底有沒有不知道，畫一個餅給其他人看而已，萬一沒有呢？多少？不知道！這是非常不均的地方。你只給住院護理人員，其他單位的護理人員沒有，分配不均屆時仍會引起爭議。

第2，對於護全會提出的三班分配權重比2、4、4我仍有意見，剛剛林綉珠委員也有講到白班工作量最大，但你給最少權重，且本來小夜班跟大夜班就有夜班費，本來就很多又給更多，那不是更不均嗎？這樣分配還是會引起很大的爭議。

第3個，我同意朱益宏委員提到的，不同醫院層級獎勵要一樣，不然會造成不同醫院層級護理人員流動，也不見得會改善護理人力問題，以上。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請劉淑瓊委員。

**劉委員淑瓊：**這個案子我附議剛剛朱益宏委員，今天我覺得不宜在這裡逼我們健保會委員做決定，我也不希望健保署對外說是健保會委員杯葛，所以沒辦法很快地把這個好消息給護理人員。

事實上我們都認為這個案子很重要，但健保署不應該把一個沒有談好結論的草案丟到健保會來讓我們「國是論壇」，我覺得是非常不妥當的一個做法。

因為在總額協商跟衛福部的核(決)定事項，就寫了「優先用於強化住院夜班護理照護量能」，這是具體寫在決定事項的，現在提出來的案子又不一樣，健保署應該在這個地方明確說明。

**盧主任委員瑞芬：**健保署規劃是獎勵夜班護理人員。

**劉委員淑瓊：**再來就是稽核機制，我要針對稽核機制跟評估指標提出意見，本來113年總額協商健保會付費者決議是20億元，其後衛福部加碼到40億元，OK，但我們要看看到具體成效。在這部分我們的

目的是，既然是把它擺在要強化住院護理照護量能，健保署就要承諾 2 件事情，第 1 個是過程評估，也就是要有稽核機制，簡單講就是「資訊公開全民監督」，請大家看到補充會議資料第 30~31 頁，每個月健保署會請醫院填報護理人員夜班排班資料，建議健保署公開資訊、全民監督。

其實大家都很關心，有沒有真正地撥給護理人員，所以請健保署比照勞動檢查，每一季公開稽核情形，如果有登錄不實，除了依照「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」要做處理之外，還要追扣這個案子的獎勵款，同時要公布違規院所的名單，我覺得這樣才能符合付費者代表關心的，真正有給護理人員。稽核過程要跟衛福部護理及健康照護司原有的「護助 e 起來」、「護理職場爭議通報平台」，以及勞動部「違反勞動法令事業單位(雇主)查詢系統」的資料相互勾稽，這是在過程評估的部分。

再來就是結果評估，目前在補充資料第 54 頁訂的護病比、離職率、空缺率目標值都不高於 112 年，如果把它翻成白話，就是說健保投入 40 億元，只求別再惡化。這可能是實務現場的真實狀況，但跟我們標舉的強化護理量能有落差，民眾不希望只是這樣。

補充資料第 54 頁，健保署提出來 112 年第 3 季離職率，我們只看 112 年，如果去查 106~111 年的長期資料，就看到 2 個數據，1 個是年資 3 個月以上護理人員離職率，106~111 年大概是 2.3% 至 2.7%，這當中有的年度下降、有的持平但增加的沒有。我們再看年資未滿 2 年護理人員離職率，有資料的是 108~111 年，大概從 2.4% 到 1.8%、1.5% 再到 1.4%，所以是逐年下降的，這種情況下現在訂定的 KPI 是不低於 112 年，我覺得好像不太說得通，請健保署再思考一下。

再來就是剛剛陳石池委員講的，也是我認同的，「其他護理獎勵」13 億元，沒有具體的說這 13 億元要怎麼用，所以也是我不能接受的。

補充資料第 34 頁「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」，這個我要特別強調，這是歷史共業，現在要這樣調升，我也沒意見，

因為是部裡決定，但開幕僚講得非常重要，我們明白的講，要結果面的指標，但你現在用「未滿4歲兒童於基層就醫人數或人次之比率，較前1年增加」，這是不對的，所以請修正，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請侯俊良委員。

**侯委員俊良：**謝謝主席，剛剛前面幾個委員都針對第一個案子有提出，我簡單針對第一案。第1個，我附議前面幾個委員，我認為這個案子應該退回去處理。不過我這邊要聲明，我絕對是支持應要提升護理人員的待遇，包括醫院協會各方面都了解這個問題點，代表這問題非常大，所以我們是支持，但請衛福部尊重護全會跟醫院討論出的結果作處理。

第2，回到我們方案的目的，衛福部提出希望解決住院夜班護理照護量能的部分，但很明顯地，依剛剛的討論，如果沒有辦法解決住院夜班護理照護量能，反而產生更多的問題，後面會造成護理師各層級的流動還有白班護理人員不平等問題，其實並沒有完全解決問題。已經很明顯有提出這樣的聲音，我認為應該要尊重委員的意見，回去研商來做討論。

第3個，我想我們比較關心的是，護理人員非常辛苦，最後獎勵是否真的可以到達護理人員的戶頭裡，我覺得還要再作細部討論，我就不進到細節處理，我們看不到，還是會擔心，我想多數醫院跟基層診所都體諒護理師的辛苦，一定會撥付獎勵，但如果少數醫療院所沒有撥付，且沒有處理機制，比方說，本來各醫院就有支付夜班費，醫院可能先降，再補本方案的夜班獎勵進來，其實很多細節操作影響護理人員是不是真的能收到這些錢，後續應該要有一些探討。

另外，應該要借重護全會的力量，我覺得稽核的部分應該引進護全會的人去偕同稽核，才有辦法了解。

最後，我問過很多護理人員，他們都搞不清楚他們的薪水結構，若本身都不清楚，要怎麼去投訴？所以我想，整個方案要很清楚地讓護理人員知道，才能夠比較。政府給我這樣獎勵，到底是不是真

的有拿到。若連整個計算公式都不清楚就無法比較。應該要公開透明讓護理人員了解，他的錢原本是怎樣、增加哪些，他才有辦法處理，幾點建議，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請最後 1 位，李永振委員。

**李委員永振：**第 1 個部分其他預算，我們在總額協商時，大家就有很多意見，核定下來也跟我們協商的版本不一樣，上週共擬會議也沒有做很深入的討論，因為那時候還有甲乙兩案，就期待協調出一個結果，期待今天看到結果，但時間很急迫，今天還是有 2 案，所以我認同前幾位委員的意見，尤其朱益宏委員提到退回重擬，這樣會比較慎重一點。

那第 2 個西醫基層的部分，也是一樣時間很急迫，這 2 個案應該在重新考量剛剛健保會幕僚報告中還有很多要強化的部分，應一起納入考量，這是有關前 2 個部分。

第 3 個部分是有關牙全會的部分.....

**盧主任委員瑞芬：**對不起，李永振委員，我們先討論其他預算的案子，其他案後面再逐案討論。公正人士目前還沒有發言，請吳榮達委員，這是最後 1 位。

**吳委員榮達：**謝謝主席，這個案子請大家再多考量一下，因為下次委員會議是 3 月份了，2 月份沒有開會，如果 3 月才討論通過的話，會不會影響到護理人員的流失問題，這應該要慎重考量。如果真的要退回 3 月份委員會議再討論，請護全會應該要跟所有護理人員說明一下，就算是 3 月討論通過，還是會溯及來處理，不會影響他們的權益，這樣可能會比較好一點，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**我們接下來先請健保署回應各位委員的疑問。

**石署長崇良：**，謝謝各位委員對這個案子很多的指教，不過整個護理政策不是只靠這 40 億元，這不足以挽回現在護理人力缺口，剛才已經有看到。追根究柢一定要改善護病比的情形，讓整個護理執業環境能夠改善，最終目標是護病比的改善。可是要做到護病比改善，仍有程度上的不同，我們提供的資料可以看到，現在護理人力最短

缺是小夜班跟大夜班，距離目標護病比是最遠的，因此在有限預算，這一筆預算是希望優先投入在小夜班跟大夜班的部分，至少先能夠留住護理人力不要再流失。特別是現在接下來又是農曆春節假期，這都是每年護理人力要流失的關口，年終獎金領完就開始離職，會有下一波離職潮，這一個護理人力的問題，確實是相當地嚴峻，這是第一個。我們是希望透過各項的政策，衛福部也在行政院提報計畫，整合各部會共有 12 項策略<sup>(註)</sup>，後續會持續爭取預算挹注，所以本方案獎勵是先放在夜班護理人力上。

第二個，因為我們目前能夠馬上掌握的只有急性一般病床三班護病比，這已經有明顯的登錄，但確實還有其他輪值夜班的護理人力，包含在加護病房、開刀房、急診室都會有夜班護理人力，因此在這一筆預算的運用上，我們也預留一些款項，就是另外的 13 億元要使用在醫院其他輪值夜班護理人員的獎勵津貼。

至於能不能真正落實到護理人員的口袋，我們會有明顯計算讓護理人員很好計算，就像 COVID-19 期間上一班就是 1 萬元，他們都計算得很清楚，沒有拿到的就會上報紙，他自己就算得很清楚，我們也是用同樣的方式明定，一班就是多少，屆時會由醫院代收代付的方式直接進護理人員的帳戶，有沒有拿到是很清楚。

剛剛劉淑瓊委員所提到的那 3 個勾稽方式，我們都會採納使用，就是會公開透明，也會跟照護司合作，他們也有一個投訴的平台，所以我們把支付的標準都寫得很清楚，他們自己計算，醫院就代收代付，不會跟薪資混在一起，不然跟薪資混在一起，他就搞不清楚是醫院加薪給他還是健保會委員要給大家的，這就會分得很清楚，由健保署直接轉帳進去的，會希望是這樣的方式執行。還是再次地拜託各位委員能夠支持健保署的提案，讓我們能夠儘快在農曆年前將這一筆夜班費用進到護理人員口袋，謝謝。

註：本部於 112 年 9 月 28 日至行政院 3873 次會議提報「臺灣護理人力供需分析與政策整備」，護理人力政策整備整合衛福部、教育部、考選部、國防部、退輔會等 5 部會，共有 12 項策略計畫，計畫包括：  
(1)醫院全日平均護病比改三班護病比填報、(2)完成三班護病比標準訂定、(3)增加護理師國考次數及應試科目之題數改為 50 題、(4)建立跨部會護理教考用協力整合平台、(5)護理人員夜班費獎勵、(6)三班護病比達標醫院獎勵、(7)護理友善職場典範獎勵、(8)公職護理師比例調升、(9)智慧科技減輕護理負荷、

(10)護理新手臨床教師制度、(11)教育部投資護理人力培育與(12)逐步全面推動住院整合照護計畫。以12項策略計畫經行政院核定後啟動實施，12項策略計畫全面實施所需的預估經費每年約需180億元。

**陳委員杰：**好，支持。

**盧主任委員瑞芬：**因為40億元真的杯水車薪，要解決整個護理缺人力部分真的很困難，現在健保署有幾個重要的目標，其實我覺得再開幾次會議都不可能共有共識，各位委員意見都非常重要，包含稽核的部分，我想健保署都有聽到也會採行，本案是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，請健保署務必參考各位委員所提的意見，依法定程序報衛福部核定並且副知本會，我們也會持續監督本項預算的運用，我們進入西醫基層的案子。

**陳委員杰：**好，謝謝。

**滕委員西華：**所以不用再提到本會了？結論是不必再提到本會了嗎？

**盧主任委員瑞芬：**不會有結論。

**滕委員西華：**然後我們支持健保署的方案嗎？

**盧主任委員瑞芬：**健保署這個案子也是要衛福部核定。

**滕委員西華：**所以決議的意思是採健保署的規劃嗎？

**盧主任委員瑞芬：**沒有，我們是請他們一定要參考我們委員的意見，按程序報衛福部，因為包括護全會的意見，健保署都要參考。

**滕委員西華：**對不起，因為主席說不能發言了，我本來想說下次會再報告，我下次再發言就好了。我釐清一下您結論的意思，所以這個裁示之後，健保署會送什麼方案給衛福部，我們只會事後知道，不會事前知道。本來報我們的意思是希望事前知道，然後雖然沒有辦法完全同意……

**劉委員淑瓊：**就是國是論壇。

**滕委員西華：**對，我的意思是本來報本會的意思是說，就算沒辦法完全的被採納但我們至少事前知道長什麼樣子，現在如果不再來報告，我們會事後才知道健保署參採的程度是什麼，就是剛剛講的稽核要不要參採，或是如果要獎勵小夜班大夜班避免層級流動，夜班都一樣辛苦，那分層級的差異是什麼，這跟支付點數也不太一樣，又不

是用 ICU<sup>(註 1)</sup>、特殊病房獎勵，如果都是夜班好像應該三個層級要 400 元就都 400 元、要 600 元就都 600 元，類似一樣，你是獎勵時段不是獎勵負荷量，負荷量可能是有病房不同，像 ICU、NCU<sup>(註 2)</sup>，很多不一樣的，應該是這樣的邏輯才對。

我的意思是如果真的要送衛福部，然後又不再提到本會，有沒有空間是健保署要送衛福部的時候，透過 email 或什麼其他形式給健保會委員，至少讓我們知道資料是什麼，我們可以反饋給健保署，甚至可以回應給部長參考。

註 1：ICU(Intensive Care Unit，加護病房)。

註 2：NCU(Neurointensive Care Unit，神經重症加護病房)。

**盧主任委員瑞芬：**我們會在健保署報衛福部之前，將委員今天講的建議跟提的書面意見全部都給健保署參考。

**劉委員淑瓊：**主席，一句話，那個 13 億元看起來是給醫院，我不懂為什麼。沒關係，石署長，就是剛剛滕西華委員講的，再給我們詳細的資料好嗎？

**盧主任委員瑞芬：**對，健保署已經同意送衛福部的版本會知會各位委員，各位委員今天口頭、書面意見都會參採，因為今天時間真的很有限，不要再口頭發言，請你們提書面，這個案子就討論到這，接下來討論西醫基層的「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」、「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」項目運用方式。

**朱委員益宏：**主席，對不起，我覺得是這樣，我要提.....

**盧主任委員瑞芬：**你們不能都這樣都不尊重主席的裁決，我們今天有很多案子一定要解決。

**朱委員益宏：**我就是對主席的裁決有點意見，不是針對內容，我是對主席的裁決有點意見，我要表達的是說，主席如果要裁決就要很明確說健保署現在有 2 個案子，而且本委員會對這 2 個案子沒有共識。

**盧主任委員瑞芬：**對，沒有共識。

**朱委員益宏：**我覺得要非常清楚讓衛福部知道結論是沒有共識，健保署參採健保會委員意見後逕提衛福部，所以這案子不是經我們委員

會充分討論、決定，我覺得主席要很清楚的在結論上做裁定。

**盧主任委員瑞芬：**我剛才第一句話就是這個案子沒有共識，我們再繼續討論下去還是沒有共識。

**朱委員益宏：**那如果是這樣，主席的結論就要把剛剛主席講的，如果我們繼續討論下去也不會有共識，所以請健保署參採委員意見後逕提衛福部。

**盧主任委員瑞芬：**實言錄裡面我講的每一句話都會……

**朱委員益宏：**不不不，主席，我覺得這不是實言錄，我覺得要放在結論裡面，因為每一次的會議紀錄上，都會追蹤這件事情。

**盧主任委員瑞芬：**實言錄就是把所有話都記錄，但決議第一句話就是沒有共識，所以請健保署要參採委員意見，因為醫界的確提出很多意見都是執行上有困難點，但健保署最大的困難是只有 40 億元，無法解決所有護理人力短缺的問題，他們也提到他們會有其他的辦法。

我會尊重各位的意見，本案沒有共識，所以現在請健保署參採各位委員的意見，不管是口頭還是書面，請健保署送衛福部之前知會各位委員，用 email 的方式給各位委員知道，其他就按照法定程序辦理。這個案子討論到這，拜託，我們已經超過 17 分鐘，現在進入西醫基層的 2 個案子。

**王委員惠玄：**主席，不好意思，我要提程序問題，就是說今天這個提案是要健保會確認，所以主席的決議是無法確認全部，還是說我們可以就有共識可以確認的部分寫下來，至於授權的部分也講清楚，授權的主題跟範疇，我覺得沒有共識是一個太模糊而且有違這個提案的目標，因為健保會被授予的是要確認提案，我們到底確認了什麼，就算沒有辦法確認，決議就是無法確認，如果無法確認，到底今天這個案子是有通過還是沒通過，我覺得這是程序問題，當然我也瞭解主席的難處，我也很支持主席，但是我覺得這個是違反我們被賦予的任務，要不要直接講無法確認，如果是無法確認，到底要不要再來確認一次，I don't know，我們今天到底有沒有達成任務？

**盧主任委員瑞芬：**我們就算是沒有共識，但我們都有記錄各位委員的

意見，也都提供給健保署來做參考，健保署現在也同意在送衛福部之前先知會各位委員，我們的權責其實非常有限。

**劉委員淑瓊：**我可不可以請健保會的同仁說明，就是有沒有任何的議事辦法有說明，這案子確實像王惠玄委員所說，須提本會同意或確認，她剛剛只講到確認，其實還有同意，所以我們 say no 或沒有確認就應該是擱置，我們議事辦法是不是有任何地方說明針對這樣的情況最後是怎麼樣？

**周執行秘書淑婉：**我們在議事規則中並沒有特別規定到這部分，但以過去的案例來講，如果討論沒有辦法達成共識，就是蒐集所有委員的意見送給衛福部做最後的政策決定，尤其是這個案子當初也是衛福部政策核定下來的，我們的意見代表不同的團體，不管是付費者或醫界、護全會，其實都有不同的意見，我們會完整呈現給衛福部，因為基本上我們就是一個民意溝通平台，我們無法確認、無法同意的情形下，我們就是把決策權回給衛福部，我覺得比較適當，我們不能因為不能確認，一直開，一直開，開到最後工作就做不了，對民眾來講也不是好事，以上。

**盧主任委員瑞芬：**我們現在就進行西醫基層的 2 個案，吳榮達委員、陳石池委員、陳相國委員、林文德委員。請吳榮達委員。

**吳委員榮達：**謝謝主席，我要針對的是「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」的部分，請參閱補充資料第 35 頁的四、(三)有 2 個執行目標，第一個執行目標是聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數由 66% 調升至 70%，如果薪資上有這樣調升就符合目標。另外一個目標是根據診所聘有護理師人數的不同，有不同需要調升的比例標準。

我對這 2 個執行目標的標準都有意見，第 1 個是所謂的薪資調升，到底怎麼樣的調升數據或是比例才算數，調 2 元、3 元、10 元、100 元算不算數？因為這對於計算基礎上有非常大的影響。

第 2 點是有關於聘用人數的問題，計算基準點是什麼？要用平均月數的人數還是依照哪一個月的最後那一個數額來當計算標準？

這是我對這 2 個執行目標的疑點，以上，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請陳石池委員。

**陳委員石池：**這案子立意良好，但我有一些疑問想請教，依照 111 年就診人數及人次來看，事實上並不是全部就醫都在基層診所，大概高達 26% 人次是在醫院，這方案有沒有可能除了基層醫師以外，醫院類似照顧小兒也要給獎勵，這是第一個意見。

第二個意見，我對不同專科通通給加成 13% 也有意見，本來小兒科醫師對診治小兒的訓練就比較專門，婦產科對小兒科一竅不通，但也給加成 13%，這不太合理，不能全部專科給同樣的加成比例，兒科應該要最高。無緣無故增加加成比例也不對，應該要接受繼續教育才對，沒有學小兒科的東西怎麼可以看未滿 4 歲小孩子呢，這很奇怪，我們的概念就只有以前在 intern，就是實習醫師時期對小兒科的概念，後來就不太懂，要與時俱進，我覺得要加可以，要接受繼續教育，像是我們醫師要拿專科證書也是要再繼續教育，我同意要接受繼續教育才可以。

再來就是你們的獎勵，獎勵最怕不均，50%、80%、90%，不均會引起很大困擾，而且沒有說一次給多少額度，獎勵應該是 100%，但程度是有不同對診所內的護理人員才有激勵作用，你做比較好給比較多，你做比較差給比較低，大家都有獎勵，大家才會高興，獎勵不均一定會引起診所內的護理人員之間的紛爭。

再來就是品質指標，剛才好像劉委員有談到，用人次是不對，人次怎麼增加品質呢，起碼應該用再次門診的比例下降，也就是說真的有進步，減少轉診，給他看好就不用轉診，代表品質有提升，這樣才真的是品質指標，不然用人次是沒什麼意義，以上，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請陳相國委員。

**陳委員相國：**先跟大家報告我們基層第一個案子，因應基層護理人力需求提高診察費的部分，我們跟護全會、健保署開過好幾次會，才訂出支付標準的調整、評核標準及稽核機制，在 1 月 16 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議通過，這案子等於

是護理師、健保署、醫全會都有共識的。

吳榮達委員提到評估指標操作型定義，不是說提升薪水 100、200 元就符合標準，是要提高投保薪資的級距，每個投保薪資都有一定級距，比方 2 萬多元，級距可能是 1,200 元，護理師平均薪資是 3 萬 9,000 元，提高一個級距是 1,900 元，所以有一定的評核標準。每家基層診所聘有 4 位以下的話，要達 100% 才會拿到這筆增加的給付，5~10 位要 90% 也是跟護全會達成充分共識才定下來。

接下來報告未滿 4 歲兒童的基層專科醫師，因為現在兒科醫師真的非常辛苦，看一個小朋友要比大人大概多 2~3 倍的時間，還要負擔很高的醫療糾紛，會這樣調是因為兒科醫師看 4 歲以下小朋友，比外科、婦產科醫師給付還要低，部長覺得這樣不是辦法，所以同意把專科醫師加成由 9% 調整到 13%，1 年費用 1 億多元而已，這項也是醫全會、兒科醫學會、健保署都有同意，而且在 1 月 16 日醫療服務項目共擬會議通過，所以我覺得基層這 2 項的提案目前應該是都 OK。

稽核機制，費用是鼓勵爸媽帶小朋友就醫不要拼命往醫學中心或醫院擠，如果給付提高，鼓勵多一點爸媽帶兒童來基層就醫，所以會用就醫的人數或人次來比，有提昇就表示這個獎勵方法對鼓勵兒童來基層就醫是有幫忙的，以上報告。

**盧主任委員瑞芬：**請林文德委員。

**林委員文德：**有關基層專科醫師照護的部分，有幾個問題想請教，就是題目叫做強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護，但指標是所有的基層就醫，所以到底是只有專科醫師的加強還是所有基層的加強？這個部分我不是很瞭解，因為指標是基層就醫的人數及人次都要增加，是所有的基層醫師嗎？還是只有專科醫師？那家庭醫師算不算專科醫師？是算基層還是算專科？就是有點不太瞭解它涵蓋的範圍是什麼。

第 2 個，這個計畫好像是要強化之後能夠減少民眾需要去醫學中心或其他醫院就醫的需求，可是成效指標好像沒有看到這部分，就

是如果增加民眾到基層就醫，應該就會減少到醫院就醫。還是增加基層就醫，但看不到還要轉診到醫院就醫，這樣沒有達到效果，就是基層增加，醫院也增加，等於我們花很多錢沒有達到成效，建議把成效部分再明確化。

像美國有一些 pediatric quality indicators，就是兒科品質指標，比如氣喘、尿道炎、腸胃炎這幾個疾病的住院，來看到底門診有沒有照顧好，提供你們參考，如果要達到這個計畫的成效應該是要有一些具體成果的指標，以上。

**盧主任委員瑞芬：**請滕西華委員。

**滕委員西華：**因為我們所有的專案項目都是點，都沒有做全面的考量及比較，所以支付標準在各層級之間就變得非常零碎化，這一個案子是調基層專科醫師的診察費或其他照護費，健保署不會去想一下，究竟現在基層醫師的診察費跟三個醫院的層級比，看一模一樣的病人一模一樣的病，診察費到底有什麼差別，不要最後加一加，醫學中心專科醫師的診察費比基層低，醫院分層級，還要跟民眾收很高的部分負擔，還要做轉診，這不是笑話嗎？我覺得這要整體盤點，不要這邊聲音大一點，趕快這邊錢調了，哪一天那邊聲音大一點，又調那邊，我覺得我們國家對在各個不同醫療層級的哪一種醫師看哪一種病人，應該得多少診察費沒有想法是不對的，這是第一個。

第2個，一樣都是制度的問題，我看不懂，剛剛林文德委員講的也是我想問的，題目是強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護，支付方式有由現行整形外科、骨科、泌尿科及神經外科，其餘專科還(含兒科)，請問是除了正面表列專科外，到底你的專科是誰，我覺得應該告訴我們，還是說你不管，我只認人，凡是看4歲以下小孩的醫生我都付，這也是一種方式。兒科醫師看兒科很專門沒有錯，但如果是要獎勵其他科醫師看4歲以下小孩，就獎勵看病人的診察費，不是專科的診察費，也就是說我不知道獎勵的邏輯是什麼。

第3個，醫院有夜班，診所就沒有嗎？如果你們要獎勵的話，診所也有夜診，我不知道診所有沒有白班跟夜班的差異，甚至少數婦

產科診所所有病床，可能也有因為孕婦待產而需要值班的護理人員，我不曉得，所以是不要管基層班別的意思嗎？或健保署也不要管，還是等哪一天基層的人來跟我們說夜班護理人員也很辛苦的時候，你再用夜班的方式來調，就是我們都很欠缺整體思維。

第 4 個，這獎勵很特別，跟醫院獎勵不一樣，它隱含像支付標準的調升，請問如果這案子今年實施後就沒有了，明年就沒有那 6 點了，你們是要用支付標準調升嗎？獎勵就是花完了就沒有了，今年有錢就今年花，明年沒有就沒有，到底將來有沒有涉及支付標準的調升？

再來，為什麼薪資提高等於護理品質提高？剛剛林委員也有提到所有都是加薪，我要問 2 個根本問題，第一個，只有聘有護理人員的診所才有獎勵，難道不能獎勵那些本來沒有聘的診所，我給你調了，你去聘人啊，為什麼不行呢？我們目的是不是希望每一家診所都有護理人員，就跟我們要求中醫、牙醫要有護理人員，你沒有聘護理人員，獎勵你去聘護理人員，這裡只有用在有聘護理人員的診所強制要求加薪，不加薪但增聘護理人員不行嗎？原來已經有聘護理人員的診所，我再聘護理人力，半個也好一個也好，讓現有的護理同仁負荷降低，為什麼一定是要求加薪才是改善護理品質？或診所聘 NP<sup>(註)</sup>不行嗎？聘骨科專科護理師不行嗎？聘直腸專科護理師不行嗎？增聘專業人力這才是提升護理品質。

還有我算了一下錢，不知道醫師公會有沒有算，如果調升 6 點，1~30 人次，我算到滿都 30 人次，診所很努力一天開 3 班，一個月開 26 天，6 點乘以 30 人次乘以 3 班乘以 26 天，一個月總共得到 14,040 點，你又要求每個人全部都要加薪，幾個人分，然後又沒有分科別，我的意思是這意義是什麼？給紅包的概念嗎？我看不出來這樣可以提升護理照護品質。如果目的只有一個，就是我希望能夠因應基層護理人力的議題，如果是人力，我剛剛說了就不應該只有加薪的議題，增聘人的診所，原先沒有聘護理人力的診所聘人，不是也有基層護理人力的需求嗎？我覺得這案子完全不符合這個邏輯，就是要給錢。

註：NP(Nurse Practitioner，專科護理師)。

**盧主任委員瑞芬：**請周慶明委員。

**周委員慶明：**其實醫院的護理人員加薪是一個天秤兩端，因為基層也是非常需要護理師，醫院一直加的話，診所如果沒有加，天秤兩端會變得非常不平衡，所以醫院加了，基層也要加，非常感謝部長這次體諒基層的辛苦，像我的診所一直很難聘到護理師，不光我的診所而已，其他診所也有同樣的反映。我先回答剛剛滕西華委員講的，我們在評定的標準中，新聘護理師也算是符合加成的條件，我們是非常鼓勵新聘護理師，只要有新聘護理師都可以得到加成，其實我們最希望的是能有新聘的，新聘的其實是最需要的，因為要有活水，有人進來，整個護理師的工作環境、薪水得到一個很好的調升，這是這次調升的主要目的。

這個議題我們1月9日跟護全會已經做過會前會的溝通，這些溝通結果在1月16日醫療服務項目共擬會議也通過，在醫療服務項目共擬會議後，我們也一直跟護全會溝通，才產生最後的版本，我們會有幾個不同標準，例如聘有4位以下護理人員需調升全數護理人員薪資，聘有5至10位護理人員需調升90%以上護理人員薪資，主要是有一些診所醫師少，但護理師很多，有的5~10位護理師，有的10位以上護理師，但診所只有1~2位甚至3位醫師，因為它的護醫比非常高，所以標準會比較不一樣，我們當然鼓勵他們都盡量給護理師調薪，所以才會訂定4位、5~10位、10位以上的比例。有關剛剛吳榮達委員提到的，其實我們的標準是要達到次一個投保等級的加薪才算，不是加200、300元，至少我們看等級都要1,500元以上的調薪才會達到標準，比較基準是以111年12月當做比較基準，不是沒有基準在那邊調整的。

也有委員提到未滿4歲兒童加成的部分，補充資料非常清楚，請參閱補充資料第39頁，是所有專科醫師有診治未滿4歲者都可以加成，基層已經走向全民的家庭醫師，就是不分科別針對診治未滿4歲兒童進行加成，因為未滿4歲的小朋友也可能看骨科、外科、泌尿科、耳鼻喉科，其實每個科別的專科醫師都可能看到未滿4

歲的兒童，所以我們是以專科醫師的標準來擬訂，這也在醫療服務項目共擬會議通過了，所以健保署也都非常清楚，以上報告。

**盧主任委員瑞芬：**最後請健保署同仁回應，對不起，在回應之前，龐副署長到了，請他先跟各位委員打個招呼。

**龐副署長一鳴：**請多指教，謝謝，離開6年再回來。

**盧主任委員瑞芬：**請健保署回應。

**劉組長林義：**剛委員詢問的問題主要有2個，第1個是「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」的部分，第2個是「強化未滿4歲兒童之基層專科照護」的部分。

請參閱補充資料第56頁，有關「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」，健保署有擬訂1個方案，也跟醫全會、護理師護士公會全聯會都有做過討論，方案部分，請參閱補充資料第56~58頁，剛才吳榮達委員講到怎麼確定護理人員薪資有調整？請參閱補充資料第57頁一、(四)薪資認定，到底調整多少才算有調整？依照本署建議是依照護理人員當月健保的投保金額進行認定，各診所在調升薪資後，投保金額的級距就是要調一級，這是很清楚的。調整當月才可以向本署申報這個費用。

護理人員怎麼認定，請看到一、(五)核付作業，就是當月所有執登在診所的護理人員，只要有執登就算。剛才滕西華委員提到新聘的算不算？請參閱補充資料第58頁，在分子、分母部分就講得很清楚，請看到捌、(二)分子，包含新聘護理人員。剛剛周理事長也說，原有的護理人員是看有沒有調薪，新聘的護理人員就自動歸到分子，所以不但鼓勵調薪，也鼓勵新聘護理人員，這是這個方案的重點。

請參閱補充資料第38頁，有關未滿4歲兒童基層專科醫師照護，這個方案的重點在於未滿4歲兒童，所以只要是針對未滿4歲兒童的照顧，加成都調成一樣，為什麼有這樣的差距？可以看補充資料第39頁，目前各專科加成都不一樣，兒科9%、婦產科13%，只要是診治未滿4歲的兒童，加成統一調整為13%，這是這個方案目的。

有委員提到監測指標部分，加成統一調成13%也是為了促進分級

醫療，指標訂在未滿4歲兒童在基層就醫人數或人次的比率，這就是占率的意思，亦即在基層診治未滿4歲兒童人數或人次的占率應該要比前1年增加，是跟醫院占率這兩個之間做個比較。

剛才陳石池委員也有提到，西醫基層有兒童加成的方案，醫院有沒有？當然健保署非常重視兒童照護，基層有編列，醫院也會有編列，醫院總額有「提升醫院兒童急重症照護量能」，編列預算3.38億元，所以針對兒童加成部分除了西醫基層有，醫院也有。

**盧主任委員瑞芬：**這部分我們也確認，因為這個部分醫療服務項目共擬會議也討論過，剛才委員很多意見健保署也回應了，醫全會代表也回應了。就是未滿4歲兒童指標的部分，將比例改成占率會好一點，在補充資料第39頁附註的部分，分母改為全國未滿4歲兒童，這樣的說明應該會比較清楚，可以彰顯想要強化分級醫療這個部分，這是剛剛跟石署長討論過的。

**劉委員淑瓊：**未滿4歲兒童的案子不只是占率，即使是占率仍然不是1個結果指標，我同意用占率，但還是請健保署再思考，剛剛林文德委員也有建議請健保署思考哪些是更能夠呈現 outcome 的指標。

**盧主任委員瑞芬：**沒有錯，針對現行指標，請把占率講清楚，就林文德委員提的意見，請健保署參考。

在西醫基層部分，確認「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」及「強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護」2個計畫，委員所有的書面和口頭意見提供給健保署，請健保署依照委員意見修正後做後續辦理。

**滕委員西華：**主席，健保署沒有回答我的問題，這個是單純以專案專款做的獎勵費，還是涉及支付標準的調整？

**劉組長林義：**這項是在一般服務。

**盧主任委員瑞芬：**一般服務。

**滕委員西華：**一般服務。

**盧主任委員瑞芬：**對，接下來進行2個案子是有關牙醫門診總額的部分，請委員發表意見。牙醫門診總額的部分，哪位委員先發言？

周執行秘書淑婉：朱益宏委員。

盧主任委員瑞芬：請朱益宏委員，然後陳石池委員、李永振委員，先請朱益宏委員。

江委員錫仁：主席，我可以先講嗎？

盧主任委員瑞芬：您要先講，還是最後聽他們講完再回應？會不會好一點？

江委員錫仁：好。

盧主任委員瑞芬：請朱益宏委員。

朱委員益宏：謝謝主席，對於牙醫門診總額的內容，我不表示任何意見，但我唯一的疑義是，因為會有調到基本診療的部分，這部分勢必會影響到醫院總額，因為醫院總額，有部分住院病人或許會經門診轉住院或是在急診轉到住院，申報時會併到住院一併申報。我記得在109年時，牙醫門診總額也有發生過類似的情形，調整部分診療項目，也確實影響到醫院總額申報，那時為了這個案子，其實還耽擱很長一段時間，最後將影響到醫院總額的金額由牙醫門診總額撥補到醫院總額。我記得在109年時，也發生過醫院總額調升部分急診診療費，或許會影響到牙醫門診總額，就互相撥補。

這議題我在醫療服務項目共擬會議也有提出來，健保署說要統計一下相關資料，但在今天提到健保會的案子中，並沒有把這個議題給突顯出來，健保署也沒有說明萬一發生這個情形該怎麼處理。因為這部分，在113年度醫院總額並沒有編列相關的預算，但如果牙醫門診總額調升了，影響到醫院總額，雖然我相信金額不多，但因為沒有預算的編列，所以就會擠壓到醫院總額的一般服務，這對醫院總額並不公平，我想今天如果討論牙醫門診總額的案子，要一併檢討，如果發生這個情形，對醫院總額應該要做什麼樣的處理？謝謝。

盧主任委員瑞芬：請陳石池委員。

陳委員石池：主席，各位委員大家早安，補充資料第45頁(三)若同意醫療團服務對象新增「不符現有牙特計畫適用對象(共8類)」，則需考量於一般服務扣除重複費用事宜，我想這是合理的事情，請牙全會充

分配合。

有關「高風險疾病口腔照護計畫」，我不瞭解補充資料第46頁中間，把腦血管疾病刪除，腦血管疾病常有手腳不靈活、肢障的問題，所以對牙齒保健更有問題，心血管疾病不見得有手腳功能的問題，要增加心血管疾病我沒有意見，但不該把腦血管疾病刪除，因為他手腳動作不靈活機會比較高。謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請李永振委員。

**李委員永振：**我有3點建議。第1點，請參閱補充資料第44頁中間，就是醫療費用加成的現行規定和113年規劃修訂的對照表，誠如上個議題，陳石池委員說到獎勵最怕不均。113年計畫將各障礙等級的醫療費用通通加成20%，例如：輕度的，原來加成10%，極重度是90%，113年調升後，輕度變30%、極重度是110%，這角度來看差很多。後來我試算一下，如果以醫師治療極重度及輕度病人拿到的整體費用比例來看，兩者差距大概是從1.72倍降到1.62倍<sup>(註)</sup>，約差了10%，差了10%，這樣的話，到底處置難易度和支付費用衡平性間合不合理，牙全會可以再考慮看看。

第2點，補充資料第48頁的成效監測部分，我認同健保會的研析說明，請牙全會可以考量一下。

第3點，有關以非協商因素將年齡從70歲放寬65歲，在醫療服務項目共擬會議曾經提出，我們一向是不太主張放寬年齡，尤其怕別的部門會比照，後來牙全會加以說明的理由，我個人還可以接受，就是本來牙醫門診總額，在110年一開始就想提了，因為經費不足就延到今年，今年大概經費比較充足就提出來，而且是用非協商因素去調整，所以這部分我可以認同，但請健保署要加註這些背景，不然以後就會很容易看到有部門提出牙醫可以從70歲調到65歲為什麼我不可以？那個條件要匡得很清楚，如果有一樣情況時，拿出來討論，大家才會有有個比較，不然過幾年、換屆後，大概都已經新的委員了，這個過程就忘掉了，這很重要。謝謝。

註：原極重度加成 90%、輕度加成 10%，加上原本費用，整體費用分別為 190%、110%，差距 1.72 倍(190/110)；

113 年計畫調升極重度加成 110%、輕度加成 30%，整體費用分別為 210%、130%，差距為 1.62 倍

**盧主任委員瑞芬：**請王惠玄委員。

**王委員惠玄：**我只是想確認1件事情，在補充資料第43頁提到持續監測不同障礙別及障礙等級的醫療利用，但我記得去年從評核到協商都沒有辦法看到這個資料，不曉得健保署是不是有具體辦法可以協助牙全會解決這個議題，牙全會說限於個資無法勾稽，理論上，技術性是可行，但實際上怎麼樣做，是不是能夠請健保署說明並給予協助，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請滕西華委員。

**滕委員西華：**剛剛李永振委員有提到，他在醫療服務項目共擬會議時，有去請教關於70歲放寬到65歲這件事，我不知道什麼理由說服他勉強同意，但是我很勉強他的勉強，我很難理解65歲叫高齡。不僅是包括過去其他的醫療總額，西醫基層、醫院也好，在調年齡這件事情時，最先的討論一開始是65歲，當時都沒有通過65歲，我們不想在特定年齡上面去做加成，只有小朋友有年齡的差別，就是幾個月、幾歲、0~6歲、0~4歲，但在年長者的部分，曾經有討論過80歲，或因為併發症或慢性疾病比較複雜的問題，所以有在診察費加成。我不是很能理解，原先70歲放寬到65歲的理由是65歲的牙髓腔狹小、視野限制，在這5歲之間的差距有這麼大，放寬到65歲視同高齡。雖然這是用非協商因素，照理說牙全會內部的專業自律跟健保署說好就好，我們是不必有意見，但是如果我們同意65歲是高齡，我覺得那個外溢效果是很明顯的，其他總額部門可能也會提出要調整，中醫也有年齡的問題，如果大家要比照調整，委員哪裡可以不同意變成65歲。

在補充資料第41頁，提到醫療團的部分，牙醫部門是不是對逆選擇有什麼誤會？牙全會提出調升輕度、中度障礙加成，總額協商時，委員表示可能造成醫療團逆選擇。因為逆選擇，所以其他障礙等級都調，我們說的逆選擇是不該調輕度、中度，而是應該調重度、極重度，是不要你們調輕度、中度，這樣調才會是逆選擇啊，是等於調了後，重度、極重度的錢和輕度、中度一樣啊，是不要全部都調，

這樣調還是會逆選擇，牙全會是不是對逆選擇有什麼誤會？這樣調才會逆選擇而且非常嚴重。我個人非常反對調輕度及中度，尤其是醫療團的部分。

第2個補充資料第41頁(2)，醫療團新增不符合現有牙特計畫但持有身障證明者，我想確認一下，在醫療團就醫但不符合牙特計畫的身障者可以來看病，但不加成的意思嗎？其他具身障證明者得加2成。這個都身心障礙者，都持有身心障礙證明，這句話什麼意思可以不可以再說明一下，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請吳榮達委員。

**吳委員榮達：**節省時間我只講一句話，我反對由70歲放寬到65歲。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請江錫仁委員回應。

**江委員錫仁：**謝謝主席，還有在座各單位的長官，及最重要各位親愛的委員，非常感謝有好幾位委員對我們今天的案子提出非常寶貴的意見，我們也都同意在將來做一些調整。

不過剛滕西華委員講到，為什麼會放寬到65歲，因為我們知道並不是說高齡就醫一定有複雜性，我們也不同意這樣子。這是針對一些項目，剛好在根管治療的部分，我想大家都還不算高齡，其實不一定是高齡，確實牙齒使用的時間越久或是磨損時間更長的話，牙齒的根管更容易鈣化及變得更細小，所以在根管治療，確實有治療的複雜性。在110年時，共識就是65歲沒有錯，其實有一些50幾歲或吃檳榔的民眾，他的牙齒就磨損得很嚴重，在根管治療不一定是65歲以上的民眾有治療的複雜性，總不能說連有吃檳榔都要給加成。其實在110年的共識就是65歲，沒有說今年就特別要調到65歲，是因為110年的經費有限，那時大家的共識就是從70歲開始。

「牙醫特殊醫療服務計畫」，醫療團去提供服務時，那些障別不是牙醫師可以控制的，都是由機構他們安排有需要的民眾，例如他們3個月就定期就診，其實我也有在醫療團服務，像是我在文山特殊教育學校，都是校方安排的，我看到的幾乎不是重度，就是極重度，當然他們都是定期洗牙，以保持口腔清潔，若有進一步口腔治療，

我們仍會轉介到醫院處理，我幾乎沒看到輕度、中度，還有因為我們無法挑選病人，不會因為輕度、中度有加成，大家就會看輕度、中度，在醫療團不會有這個現象發生。

有關「牙醫特殊醫療服務計畫」，希望適用的對象能隨時針對現實的情況做調整，在機構中的身心障礙朋友，雖然不是特殊計畫的適用對象，其實他在就醫的權益跟一般人相比還是相當弱勢，所以我們只是要求，在醫療團部分，領有身心障礙證明的朋友，雖然他不是原本適用的對象，經過這次修訂後，他一樣可以適用這個計畫，而且費用加成是有分級的，加成的費用還比輕度少，所以我們本來有4級，把原本不適用牙醫特殊醫療服務計畫的身心障礙者納入，而且是限於醫療團內，沒有說在所有醫院或診所提供服務，因為我們希望這些住在機構中，原本不適用的身心障礙者能夠納進來。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請健保署簡短回應剛才委員的提問。

**劉組長林義：**就簡單回應一下王惠玄老師講的，補充資料第43頁，不同的障礙別和障礙等級這件事情，不同的障礙別可能分為視障、聽障、肢障，的確健保署沒有這些資料，但我們有障礙等級資料，假如是輕、中、重、嚴重障礙等級資料，我們是有這些資料，以上。

**盧主任委員瑞芬：**這2個案子委員提供蠻多意見，本案確認，因為委員還有很多意見，健保會幕僚也提出一些意見，請健保署評估牙醫特殊醫療服務計畫及高風險疾病口腔照護計畫專款項目，跟一般服務重複或替代情形，剛才都沒有回應這個部分，併同113年7月追蹤情形提報評估結果，以利114年度總額協商。

第2點，大家對於高齡者有蠻多意見，放寬高齡根管治療難症處理加成年齡的部分，其實現在各總額常以高齡作為訴求來爭取費用，所以請健保署本於保險人權責評估以高齡為理由合理性予以妥處。其他委員口頭及書面意見全部提供給健保署，請健保署參考再依照程序辦理後續事項。

已經12點了，請各位委員邊用餐和開會，接著進行討論事項第二案，請同仁宣讀。

**林委員恩豪會後書面意見：**討論事項第一案之其他預算「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」，該預算既以「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」為目標，惟所涉最直接的兩個團體—台灣醫院協會及中華民國護理師護士公會全國聯合會，均本其專業與實務考量提出不同意見的執行建議方案，本案應由健保署取得共識後再重新送會討論，通過後依程序報衛生福利部核定後據以執行，避免匆促上路衍生後續爭議，造成原本立意良善的政策為德不卒。

中華民國護理師護士公會全國聯合會

討論案一、其他預算-「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」

專款運用方式說明

壹、本會參與此案討論過程

日期	會議名稱	健保署方案重點	本會方案建議
1/4	中央健保署召開溝通會議	1. 分三層級夜班獎勵不同 2. 對象: (1) 27 億:急性一般病床(含精神)護理人員夜班獎勵 (2) 13 億:部分用於補急性一般病床獎勵不足,8成用於特殊病床夜班獎勵	應包括所有執登在醫院的護理人員,金額不分層級、不分工作單位、亦不區分是否輪值夜班
1/16	共擬會議	方案同前 請護理全聯會與台灣醫院協會儘速協商訂定權重	為扣合健保協商事項之「強化住院量能」及「夜班優先」精神,及避免人員在醫院層級之間流動 與台灣醫院協會初步共識如下 1. 獎勵不分醫院層級 2. 三班均有獎勵 3. 以權重方式強化夜班所得為使護理人員有感,權重仍需試算
1/18	護理公會全聯會與台灣醫院協會共識會議		1. 獎勵不分醫院層級 2. 三班均有獎勵 3. 訂定三班權重(2、4、4) 4. 訂定發放對象以提升住院量能之單位護理人員為優先 共識結果於1/22行文健保署
1/24	全民健保會	方案同前	

貳、本會多次提出不宜只補助夜班費的理由

一、112年9月28日報載行政院通過12項政策其中包括夜班獎勵,

(一) 衛福部於112年9月28日期間發佈補助夜班費的新聞,引發基層護理師於社群媒體中議論紛紛,由於白班的護理工作更為繁重,且各醫院已有夜班費制度,為避免造成單位排班問題,本會於29日召開記者會回應只調整夜班恐造成反效果

(<https://udn.com/news/story/7266/7472585>)

- (二) 本會為實質反應醫院第一線護理師的看法，特彙整相關言論研擬問卷，調查期間112年10月6日至10月9日，共回收34,841份，扣除無效問卷，總計25,519份。問卷調查結果
- 1.91.4%之護理人員認為「補助護理師夜班費」政策，會讓只能上白班的護理師覺得不公平，因為白班工作負荷很重，但沒有補助。
  - 2.70.4%之護理人員認為「補助護理師夜班費」政策，為了排班公平反而造成花花班。
  - 3.66.7%之護理人員認為「補助護理師夜班費」政策，護理師要預約班別或換班會更困難。
  - 4.76.5%之護理人員認為「補助護理師夜班費」政策，會因工作負荷與收入不均造成同事不平。
  - 5.60.3%之護理人員認為「補助護理師夜班費」政策，會讓病房的工作分派會變困難。

參、 本會與台灣醫院協會共識重點

- (一) 為符合部核定「強化住院護理量能」及不希望造成人員在三層級之間流動，獎勵金含括三班且發放不區分醫院層級別。
- (二) 為扣合協定事項之「優先用於強化住院夜班護理照護量能」，以白班權重(2)、小夜班權重(4)及大夜班權重(4)之加權方式計算獎勵金額。
- (三) 為符合協定事項之「提升住院量能」精神，發放對象係依醫療機構設置標準之醫院病床分類，並排除非住院式病床後之執登護理人員(不含專科護理師)，臚列單位如下：
  1. 一般病床：包括急性一般病床(含精神)、慢性一般病床(含精神)
  2. 特殊病床：包括加護病床、精神科加護病床、燒傷加護病床、燒傷病床、亞急性呼吸照護病床、慢性呼吸照護病床、隔離病床、骨髓移植病床、安寧病床、嬰兒病床、嬰兒床、性侵害犯罪加害人強制、治療病床、急性後期照護病床、整合醫學急診後送病床、戒護病床及司法精神病床。
- (四) 餘未被表列單位之護理人員如急診室、門診及手術室等，待爭取到其他經費來源或於114年總額協商擴大爭取專款，再斟酌予以納入獎勵。
- (五) 獎勵金由醫院代收代付直接入護理人員帳戶

有關獎勵撥付方式，由醫院提報各班別護理人員予健保署，健保署依各班別權重計算總點數，換算成點值分配至全國醫院，另依健保署撥付規範，每月月底前撥付，款項名目註記，醫院須將相關薪資明細案例交由健保署備查。

護理公會全聯會試算(僅供參考) 床數 113/1/18

(1)急性一般病床(含精神)

(2)特殊病床：慢性一般病床(含精神)、安寧病床、加護病床(ICU)、亞急性呼吸照護病床、燒傷病床、精神加護病床、燒傷加護、慢性呼吸照護病床、普通及正負隔離 病床、其他(骨髓移植、國際醫療及整合醫學急診後送病床)、急性後期照護病床、嬰兒床、嬰兒病床

	D	E	N	總計
一年總班次加總 revised-2	7,018,968	4,164,354	3,695,282	14,878,605 (班次)
班次權重	2	4	4	
<b>權重班次</b>	<b>14,037,937</b>	<b>16,657,417</b>	<b>14,781,128</b>	<b>45,476,482</b>
40 億分配	1,234,742,534	1,465,145,662	1,300,111,804	4,000,000,000

每一權重班次金額(元)	88 (以 89 元計算，因特殊單位估算過程未用估床率)
白班分配金額 1,234,742,534 元	
夜班分配金額 2,765,257,466 元	

全聯會試算 revised					
夜班依照 112 年 11 月 17 日照護司分享預估出勤班次+白班依前述夜班資料估算班次，計算總班次乘以班別權重所計算之金額					
	89 元/每點	權重	金額	上班天數	小計
白班	89	2	178	9	1,602
小夜	89	4	356	6	2,136
大夜	89	4	356	6	2,136
			890	合計	5,874

照護司計算資料

班別	天數/月	護理夜班獎勵費用 (元/班)	金額合計 (元/月)
白班	9	-	-
小夜	6	醫中600	3,600
		區域500	3,000
		地區400	2,400
大夜	6	醫中1,000	6,000
		區域800	4,800
		地區600	3,600

護理公會全聯會試算月領獎勵金額

班種類別	D	E	N	總金額
白小大混合	9	6	6	5,874
小夜+白班	5	16	0	6,586
大夜+白班	5	0	16	6,586
大夜+小夜	0	11	10	7,476
純小夜	0	21	0	7,476
純大夜	0	0	21	7,476
純白班	21	0	0	3,738

建議採(1)班別定額給付，以 40 億先預估每班別定額支付，各院提供上班班次及人員清冊，由健保署依班次班別計算當月該院應核發護理人員獎勵金總額，醫院再依照清冊核發獎勵金給護理師，款項備註護理師薪資明細，清冊送健保署備查。(2)40 億先分攤至 12 個月份(40 億/365 天\*當月天數=月小總額)，各院提供上班班次及人員清冊，由健保署依班次班別及權重計算當月該院應核發護理人員獎勵金總額，醫院再依照清冊核發獎勵金給護理師，款項備註護理師薪資明細，清冊送健保署備查。

伍、討論事項第二案「113年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)續請討論案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

**林科長沁玫：**請參閱會議資料第99頁說明三，本案依照前次委員會議建議增修內容，說明詳見附件一(會議資料第104~106頁)。

提升目標值的部分共有6項，下修目標值的部分有3項，請翻到會議資料第105頁。項次11「全藥類藥品重複用藥日數下降率」、項次12「門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率」，這2項管控項目的管理措施已推動多年，自108年推動至今已分別下降12%、13%，再下降空間有限，2項管控項目的目標值訂定係參考上次委員建議進行調整。項次18「住院案件出院後3日以內急診率」，因112年目標值在訂定的時候，計算基期涵蓋 COVID-19疫情期間(110~111年)，考量民眾於疫情相關管控措施下，到醫院就醫的部分會減少，導致本署在訂定112年目標值時，有高估的情形。為避免113年目標值訂定受到疫情期間影響，因此改以108年第3~4季及112年第1~2季之平均值訂定，未來本署將持續監測本指標，並逐年調升目標值。

請翻回會議資料第99頁說明四，有關在上次會議委員所提建議，本署參採及說明，如附件三(會議資料第114~116頁)，請委員參閱。另有關112年執行結果含節省醫療費用部分會在今年5月會議報告。

**盧主任委員瑞芬：**其實這是上個月的案子，但我們覺得不夠完備，所以這次會議再做討論，健保署根據委員意見已經做了修正，請劉淑瓊委員。

**劉委員淑瓊：**謝謝主席，首先要謝謝健保署有依照上次委員意見修正這個改善方案，但對於項次11、項次12這兩個管控項目下修目標值，我還是有不同的意見，我們醫改會同仁有去確認，其實從109年到112年第3季，管控項目項次11、項次12都有達標，而且加上健保署也沒有提供實證資料，以佐證下降的空間已經飽和，所以不知道為何要從5%下修到1%，因為這是個很大的幅度，尤其是健保署的理由是，

人口老化利用趨繁，醫療費用也不斷成長，拿這個理由來下修。反過來講，因為這理由，更要去分析一下到底重複用藥的問題在哪裡？要怎麼去精進？這點請健保署說明一下，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請李永振委員。

**李委員永振：**首先感謝健保署從善如流，針對上次委員會議的意見有做很大的修正，不過還是有下列幾點要請教及建議。

第1個，管控項目項次5的113年度目標值，在修訂增加下轉100點的前提之下，仍維持112年的63,486件的目標值是否合理？這樣的話，我們投下去的獎勵不是白花了嗎？雖然錢不多，但也有4,000多萬元。

第2個，在重要業務報告中提到衛福部來函要求114年健保總額資料應該在113年3月18日前提供，去(112)年5月健保署的業務執行季報告，110年方案有擲節32.68億元醫療費用尚未納入效益考量，112年方案減少醫療費用，若等到5月份再提的話，是不是又趕不上火車？這樣年復一年重複演出，永遠看不到相關效益回饋總額基期。希望健保署加快腳步，今年能夠跨出第一步，將以前提及的數據成效做個整理，在3月份委員會議提報時可以提出來。

第3點，會議資料第102頁二、(一)多項目標值之設定採成長率與實際數值同時呈現，健保署參採委員建議，這個在報部核定時就應該確定，要先提出，至於113年5月份的業務執行季報告要提再提，如果沒先提出來，到5月時才提就真的趕不上火車，永遠都趕不上火車這樣很奇怪。

第4點，回應國發會110年的意見，檢視健保各項支出面改革措施之成效及節流效果，以合理回饋至總額預算的調控，並據以務實檢討基期的合理性，從110年到今年又經過了一段期間，事實上更早曾經提過，110年應該再度提到，所以除了希望今年跨出第一步之外，建議在附件二的改善方案中，第陸項預期效益項下，增加第四點內容如後，就是四、依據本方案所擲節之醫療費用支出，每年應回歸健保總額並納入預算調整因素據以合理調整基期，這樣的話會比較

明確而且有法遵，同時健保署比較不會忘記，以上，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請陳相國委員。

**陳委員相國：**主席，各位委員，大家好，請看項次 11 是重複用藥日數下降率、項次 12 是檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率，感謝健保署積極管控重複用藥與重複檢驗，我們在門診看病，7 成以上診所都有裝重複用藥與重複檢驗的 API<sup>(註)</sup>，若你萬一開藥開到重複的話，API 馬上跳出來要求你修正，檢驗也是一樣，所以重複用藥與重複檢驗在西醫基層已經很少了。

我這邊有數據呈現，108 年重複用藥下降目標設定 10%，可是執行率有 27%，重複檢驗的下降部分，目標設定 5%，執行率到 9%，每年都幫我們健保約節省 10、20 億元的檢驗費與藥費，因為已經施行很多年，這些指標已經鈍化了，就是幾乎扣無可扣，無從再下降，這些指標的意義與各方面都變成價值非常低，健保署訂 113 年目標值 1%，因為幾乎扣無可扣，我們醫全會認為沒有參考意義，乾脆要不要把項次 11、12 拿掉，因為沒有具備太大指標性意義，對管控、節省醫療費用的貢獻度有限，以上報告。

註：API(醫療資料傳輸共通介面)。

**盧主任委員瑞芬：**請陳石池委員。

**陳委員石池：**各位委員，大家午安，對於這個抑制資源不當耗用改善方案，我想立意非常好，但對其中指標有點意見，請看會議資料第 104 頁項次 3，門診就醫次數全年大於 90 次之保險對象就醫次數下降，目標值應該比率增高才有進步，維持好像不是很好。

再來是項次 4，基層與地區醫院門診占整體件數之占率，現在在講分級醫療，目標值比率不能維持，應該要增加才對。

項次 9，提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)，這目標值也是要增加才對，這是分級醫療的概念，還是需要增加。

會議資料第 105 頁項次 18，住院案件出院後 3 日內急診率，這目標值反而要增加，很奇怪，應該要下降，住院品質照護好的話，就不用回來急診啊！以上是對這幾個指標有一點意見，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請滕西華委員。

**滕委員西華：**謝謝健保署回應委員的意見，我滿期待接下來對於醫療資源耗用管制結果的報告，所以希望下次的報告，可以讓我們覺得有亮眼的感覺，這是特別期許，龐一鳴副署長 6 年後回歸健保署，希望回歸後的報告比以前精彩。

關於門診用藥的部分，因為黃金舜理事長在這邊，我太久沒有讀研究報告，現在不是很曉得，過去有個研究報告是 65 歲以上的老人在 polypharmacy<sup>(註 1)</sup>，就是重複用藥以及吃錯藥的比例是比年輕人高很多倍，過去 FDA<sup>(註 2)</sup>也有委託民間團體在做一些調查。

我覺得在高齡化社會，關於重複用藥這個項次，剛剛也有委員說到及健保署說明可能指標鈍化，但我覺得重複用藥在不同族群的意義是不太一樣，我們這是算平均值當然感覺會有鈍化的情況，因為我們有非常多雲端藥歷與檢驗的管理。

我建議健保署可以考慮針對特定人口做重複用藥的監測，我剛剛提到 65 歲以上的長輩在重複用藥的情況是相對其他年齡組群嚴重，當然後果也更嚴重，就是因為這樣的關係，所以如果可以把這個指標調整為特定的族群，我覺得可能對於將來健康的管理跟促進會更有意義，特別是在輔導他們更正確用藥的時候。

其實滿多的 app<sup>(註 3)</sup>都有在做老人用藥的提醒，只是在病人端的使用也都效果不是很好，我建議這個如果將來要改，是不是不要放掉，但針對特定人口族群做監測，謝謝。

註 1：polypharmacy(多重用藥)。

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

註 3：app(mobile application 之簡稱，手機應用程式)。

**盧主任委員瑞芬：**請健保署回應委員的提問。

**黃組長育文：**主席，各位委員，大家好，我們這邊所寫指標 11、12 重複用藥等部分，我再稍微說明一下，沒有把基期講清楚，我們從 108 年到 112 年都是跟疫情前的 108 年基期做比較，所以下降率都有達到 5% 目標標以上，113 年設定目標值是跟去年 112 年做比較，因為已經是疫情後，我們想回歸正常，我們再做 1 年，剛剛委員提到我

們可以對特定人口的部分，我們再來研議修正，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請林文德委員。

**林委員文德：**我對剛剛滕西華委員講的非常贊同，並不是重複用藥的問題，而是多用藥的問題，是 polypharmacy 的問題，一張處方箋開 5 種藥、7 種藥，這才是不當的用藥，而不是去看他們藥物有沒有重複，所以我覺得這部分的指標應該再去精進一點，到底是否有用藥過當的問題，這部分是否可以列入考慮，以上。

**盧主任委員瑞芬：**請黃金舜委員。

**黃委員金舜：**非常謝謝在座委員讓藥師公會有表達的機會，我想在整個健保的統計，台灣 65 歲以上人口有 8 成患有慢性病，所以人口老化用藥的問題越來越嚴重，藥師公會針對到偏鄉，發現有很多獨居老人用藥的確是非常嚴重，拿回來的藥包含 1 張處方有 5 種到 8 種藥品，同時有高血壓、糖尿病等，慢性的部分非常多，今天醫生跟他交代，你要早晚服用，他回去因為年紀大記憶力不好，有時候上 1 個鐘頭吃了藥，下 1 個鐘頭忘了到底有沒有吃藥。

所以不是只有重複用藥，我們認為不當使用藥物的部分，應該要讓藥師有機會去發揮他的專業，實際上藥師公會不斷爭取，在健保會、共擬會議就很多委員有意見，讓藥師的專業沒辦法做一個真正的發揮，也讓整個國家在培養藥師真的是浪費人才，這是我語重心長跟在座委員建議，應該要擬一個計畫案，針對某一個縣市，讓藥師先來做，做了成績好時再擴展到全國，謝謝各位。

**盧主任委員瑞芬：**針對這個案子，請健保署辦理下列事項：

第 1 點，其實這個報告是每年都在做，委員提的意見其實就針對內容的部分，請在下個年度就先做好一次到位，讓這個討論案一次會議就可以完成。請健保署參考委員所提意見研修 113 年度方案內容以後，依照法定程序陳報衛福部核定。

第 2 點，113 年第 4 次委員會議，就是 5 月 22 日的委員會議之業務執行季報告，請健保署提出 112 年度抑制資源不當耗用改善方案的執行結果和檢討改善策略，包括可以節省的費用及管控各個項目

目標值的實際數值，請健保署配合，接著進行討論事項第三案，請同仁宣讀。

**朱委員益宏會後書面意見：**第103頁附表有關「前次委員意見/本會研析說明」之「(三)不建議新增『醫學中心慢性病案件數占率』管控項目，因無法明確反映醫療品質」，健保署回應說明「先觀察趨勢變化再予檢討」，本人意見如下：

- 一、本項指標由本人於 111 年第 12 次委員會議中建議新增，今已經過 1 年，各月變化趨勢及連續變化走勢應已有資料，不知要觀察多久變化，才會檢討？
- 二、醫學中心在分級醫療政策之下，穩定慢性病本來就不是鼓勵項目，如果看太多穩定慢性病，會排擠急、重、難症醫療及教學、研究之資源，應與醫學中心的醫療品質有關，不明白為何說本指標無法明確反應醫療品質。

陸、討論事項第三案「新增『全民健康保險醫療品質資訊公開辦法』  
第 2 條第 1 項第 3 款之附表二指標項目案」與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

**何科長小鳳：**主席，各位委員，大家好，本案係健保署提案新增全民健康保險醫療品質資訊公開辦法第 2 條第 1 項第 3 款之附表二指標項目，這是依照全民健康保險法第 74 條第 2 項的規定，有關這個醫療品質資訊公開辦法的範圍內容、公開方式，及其他應遵行事項，由保險人擬訂提到本會討論後，報主管機關核定發布。

本署針對研擬新增疾病別醫療品質指標，係為持續發展民眾關心具臨床專業意義的疾病別醫療品質資訊能夠公開，我們從 110 年開始發函請台灣醫院協會、醫全會、台灣內科醫學會等 13 個專科醫學會及台灣癌症基金會等 6 個消費者團體，提供相關專業意見。

本署就疾病別、指標項目名稱等召開 4 次討論會議後，終於達成修訂內容及操作型定義之共識，請委員翻到會議資料第 126 頁，這次提會討論的新增部分，包含肺炎 2 項，第 1 項是肺炎出院後三日內因肺炎再住院率，以及住院手術採全身麻醉出院後三日內因肺炎急診或再住院之比率等 2 項指標，慢性阻塞性肺病部分，為肺阻塞出院後十四日內因肺阻塞再住院率的指標，這 3 項指標是召開 4 次會議後大家有共識的結論，以上提請本會討論，相關資料請參考會議資料第 127~144 頁，以上。

**陳組長燕鈴：**向委員說明本會研析部分，這是健保署依據健保法規定將醫療品質資訊公開辦法，要修改其中疾病別指標，請看會議資料第 124 頁，先說明一下背景，目前健保署公開疾病別指標共有 10 類疾病，用途是公開以後，可以提供大眾一些衛教跟個別醫療院所的資訊，讓民眾做就醫選擇的參考。

健保署曾召開多次會議，一些結論在 112 年 2 月份委員會議有提案修正一些品質指標項目，當時委員會議決議請健保署積極研議增加疾病別照護品質指標，這一次健保署就依據本會上述決議研擬了新增 2 項疾病別跟總共 3 項指標，這些指標訂定在我們看起來是屬

合理，這個案子要經本會委員討論後，健保署才能報衛福部核定，委員所提意見是作為健保署報部前審視的重要參據。

請看會議資料第 125 頁，就健保署研擬過程，其實還有很多癌症別指標還在研擬，我們考量癌症是 111 年十大死因的首位，尤其肺癌、腸癌、乳癌等等，也是常見疾病，所以建請健保署持續跟相關單位研議有關癌症相關及常見疾病的疾病別照護指標，提供民眾就醫選擇的參考，以上說明。

**盧主任委員瑞芬：**請問這個案子委員有沒有意見？請陳石池委員。

**陳委員石池：**各位委員，大家午安，我想增加一些醫療品質指標是好事，但有關會議資料第 126 頁第 17 項肺炎，項目名稱 2 住院手術採全身麻醉出院後三日內因肺炎急診或再住院之比率，這個非常不錯，但項目名稱 1 肺炎出院後三日內因肺炎再住院率，可是有些病人的病沒有好還是會來急診，我建議改成因肺炎急診後再住院率，第 18 項也是一樣，建議改成肺阻塞出院後十四日內因肺阻塞急診後再住院率，這才是看到品質，事實上有些病人的病就是沒好，又去急診也是同樣的概念，應該將急診後再住院也算在內。

**盧主任委員瑞芬：**委員如果沒有其他意見，健保署能不能回應一下陳石池委員提到，因肺炎急診後再住院率？

**何科長小鳳：**跟委員先報告一下，我們目前因肺炎再住院率是包含急診或直接到醫院住院的都有計算在內，所以如果特別只挑急診後，會不會有一些直接住院的就 miss 掉了。

**盧主任委員瑞芬：**所以如果不是很清楚的話，可能就用附註的方式說這是含括，包括住院跟急診後，這樣會比較清楚一點。

**何科長小鳳：**好。

**盧主任委員瑞芬：**本案是健保署依健保法規定提本會討論，請健保署辦理下列事項，第 1 個剛才陳石池委員提供的意見，健保署就以附註方式將計算內涵敘明清楚，接下來依法定程序陳報衛福部核定發布。

另外我們持續關心的是，持續研議癌症相關及常見疾病的疾病別

照護品質指標，也請儘速研議，以方便民眾就醫選擇的參考。接著進行討論事項第四案，請同仁宣讀。

## 柒、討論事項第四案「113 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案」與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

洪專門委員于淇：大家好，接下來報告一般服務的點值保障，是依據 113 年公告結果以及貴會去年第 9、10 次委員會議決議辦理，請看本案說明二，過去年度只要是新增點值保障項目，事實上在當年度的一般服務都有編列相關預算支應，並納入基期隨成長率而成長，113 年度的保障項目在會議資料第 148 頁。

請看會議資料第 149 頁，基本上 113 年度保障項目與理由跟 112 年度大都是一樣，唯一有變化是第 149 頁保障理由的項次 6，就是 113 年度一般服務保障項目同 112 年度，但應該申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院標準者，自評鑑不符合之日起，1 年內不得適用地區醫院保障項目，就是保障項目 6、8、10 部分，如果他的護病比符合區域醫院評鑑標準，則其醫療服務就比照區域醫院加以保障，另外若從評鑑不符合之日起，1 年後仍不符合區域醫院評鑑，就不適用地區醫院保障，也不得比照區域醫院的保障。

請翻回會議資料第 148 頁，我們已經把各總額保障項目及支付方式、保障理由，以及最近 1 年非浮動點數占一般服務預算比率臚列在這張表上，有關門診透析的部分，111 年占率是 3.1%、110 年占率是 1.6%，請看保障理由，事實上腹膜透析的追蹤處置費從 95 年就予以保障，但因為它在 95 年的點值是 1.2，100 年是 1.1，於是就列為浮動點數予以統計，因此 110 年數字有點誤植，應該更正為 3.2%，所以 111 年跟 110 年的占率是相近。

在醫院部門部分，110 年占率是 13.1%，在 111 年是 18.5%，之所以造成誤差是因為 111 年跟 110 年保障項目略有不同，另外實施期間也不同，111 年開始生效時間是 110 年 4 月，保障項目請看項次 8，地區醫院假日跟夜間門診診察費跟項次 9 的護理費，在 110 年 4 月生效，但 111 年項次 9 診察費、病房費及項次 10 部分，在 111 年

才生效，才會造成占率誤差，以上報告。

**盧主任委員瑞芬：**本會有沒有要補充？沒有，現在就開放給委員提問，請李永振委員。

**李委員永振：**感謝剛才的報告，健保會幕僚也有做很深入的分析，在 4 個部門部分，雖然牙醫總額當然沒有，其他 4 個部門非浮動點數占一般服務預算的比率都有提高，但是我們看到會議資料第 148、149 頁，中醫跟西醫基層只是小小的提高，而且百分比也都還可以接受，尤其中醫都不到 1%，所以這兩部分應該比較沒有問題。

但對於透析跟醫院部門之比率提高的還滿多的，這裡面只看到這些資料也沒有看到檢討內容，到底這些繼續下去是不是具有合理性，在這邊的話，中醫部門當然看得出來是加強偏鄉醫療照護而且比率不到 1%，大概不需要進一步解釋。

西醫基層部門由 3.4% 提高到 3.6% 也還好，但在門診透析部門，我們從去年又多了 4.3 億元給他，就因為這個因素要追蹤，追蹤結果增加幾乎 1 倍，從 1.6% 跳到 3.1%，這個到底多少錢，也沒有講清楚，這部分讓我們覺得越獎勵越糟糕，保障得越來越高，這樣合理嗎？

另外醫院部門的變動也不大，只有那個醫院評鑑的部分，有做了稍微的一個變化，這個變化就會產生到 5% 以上的增加嗎？而且增加到 18.5%，快兩成了，以後又提出來說點值不夠，這樣會互為呼應，而且在這裡面我們看得到很多都是從 97 年、94 年就開始做的，算一算也 10 幾年了，都沒有檢討就這樣一直 run 下去，合理嗎？這些應該要有進一步的檢討出來，我們才有辦法做一個比較明確說認同這樣可不可以。不然的話，總額已經給了，我們就不過問，你將來會講到點值的問題，這是有因果關係的，所以我們才會比較關心。

**盧主任委員瑞芬：**請滕西華委員。

**滕委員西華：**有關非浮動點數占一般服務預算比率的這個一般服務預算，有沒有包含藥費？雖然註 1 有寫藥費每點 1 元沒有算在這裡面，沒錯，但分母有沒有包含藥費？謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請吳榮達委員。

**吳委員榮達：**我一直滿反對保障點值，除非很有它的必要性，因為保障點值相對的就會排擠其他醫療服務的點值，所以基本上要非常非常審慎，就這次資料中，我看到會議資料第 149 頁，因為醫院部門從 13.1% 提升到 18.5%，提升還滿高的，其他部分我大概意見比較小一點，只有針對保障項目第 1 點，門診跟住診的藥事服務費每 1 點 1 塊錢支付，我不曉得它的必要性，為什麼在藥事服務費要特別 1 點 1 塊錢，難道醫師診療費比藥事服務費不重要，難道就有它輕重之別嗎？在一般服務預算的醫師醫療診察費來講，沒有這樣的保障點值，在這裡對藥事服務費有保障點值，我百思不得其解。

我基本想法是對於保障點值部分，應該要非常非常慎重，除非它有它的必要性存在，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**健保署要不要回答一下定義部分，有沒有包含藥費？

**劉組長林義：**我們算法如同上面寫的，非浮動點數占一般服務預算的比率，所以分母就是所有一般服務預算，因此有含。

各個保障項目當初列入保障都是在總額那邊有協商一筆金額，像醫院部門保障項目第 1 項藥事服務費，本來當初要保障每點 1 元就有一個相對的金額導入總額，理論上是對點值不會有影響，以上。

**滕委員西華：**我可不可以進一步麻煩健保署下次提報這個資料時請扣除藥費，因為這都是醫療給付項目，你把分母算進來會稀釋掉占比，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**我想原則上大家是同意健保署所送 113 年度各部門總額一般服務點值保障項目，至於裡面的細節，剛才吳榮達委員也有提到，列入保障點值部分要審慎評估，請健保署未來對於各部門總額需要保障或鼓勵的一般服務項目，儘量回歸到支付標準處理，其他委員的意見就請健保署參考。李永振委員還要補充嗎？

**李委員永振：**但是主席這樣結論的話，每年都是這樣結論啊！健保署提出來都是一樣，沒有改善啊！這樣就不用提這邊了，我們就不用去背書了。

**盧主任委員瑞芬：**李委員有特別要表達的嗎？你剛才提到的具體建議，我們列入說委員對這個項目的部分……

**李委員永振：**今年這個也要讓它通過嗎？什麼檢討報告都沒看到，這樣合理嗎？

**周執行秘書淑婉：**因為這個部分我們是依照協定項目的事項，辦理確認它的服務項目，委員講的檢討部分，我們是不是請健保署在下一次委員會議就可以提出他的整體檢討，這樣會不會比較好一點？

**李委員永振：**這個可以同意，但將來不可以用這個再講點值的問題，不然這邊弄到兩成，以後才說點值怎樣，這是 linking 在一起，需要一起考慮，不能說這邊怎樣那邊怎樣，最後又整個霧煞煞，大家抓不到重點了嘛。

**盧主任委員瑞芬：**有關點值保障整體檢討部分，請健保署下次委員會議做一個專案報告，因為趕進度的結果，只落後 8 分鐘，所以我們還是休息 5 分鐘，接下來有兩個工商時間，1 個是中醫參訪部分，另外 1 個是西醫基層部分，現在是工商時間，各位就自便。

(中場休息約 5 分鐘)

**盧主任委員瑞芬：**工商時間結束，我們開會時間又要到了，只剩下 28 秒，各位如果需要休息一下就抓緊時間，我們馬上要開始了。

捌、報告事項第一案「有關各總額部門 112 年第 1~2 季動支『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目之結算執行結果如說明」與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

**洪專門委員于淇：**主席，各位委員，大家好，請看本案說明二，我們在貴會 112 年第 10 次委員會議提出討論，我們已評估 112 年第 1、2 季中醫及 112 年第 2 季西醫基層總額符合非預期風險動支程序規定如附件二，至於醫院部門係採分區共管方式，由各分區因地制宜訂定目標管理點值後，各醫院自主於申報前核減點數，或於申報後視當季成長率及占率，於共管會議決定核減方式，所以無法以前開動支程序加以評估。

我們在去年 10、11 月跟醫界團體討論，於去年 12 月 5 日簽奉行政院核可，並於同年月 11 日報部同意，於去年 12 月 14、15 日付款補助給院所，補助金額計算方式說明如下：

首先是動支預算的計算方式，第 1 階段是計算 112 年 COVID-19 跟類流感申報量高於 108 年同期點數，以每點 1 元補助。第 2 階段是如該分區平均點值，因為醫院部門比較特殊，依照該分區共管模式不同分別認定，在第 1 階段撥補後，如果點值未達 0.9，會補到每點 0.9。

預算來源優先由 112 年調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費 8 億元支應，因為行政院 112 年度已經由公務預算挹注全民健康保險基金 240 億元，不足部分由該基金支應。

各總額第 1、2 季撥補金額合計約 51.34 億元，各分區撥補金額見附件三會議資料第 207 頁，請委員參考，醫院部分第 1 季撥補 15.04 億元，第 2 季是 25.95 億元。西醫基層部分第 1 季不符合，第 2 季是 5.65 億元。中醫部分第 1 季是 1.9 億元、第 2 季是 2.8 億元。牙醫部分經評估不符合動支條件。撥款前後的點值變化情形在附件四會議資料第 208 頁，請各位委員參考，以上。

**盧主任委員瑞芬：**會議資料有本案的本會研析說明，請委員針對本報

告案發表意見，請問有沒有委員有意見？請周慶明委員。

**周委員慶明：**感謝委員及衛福部針對 112 年第 2 季點值撥補挹注，去年第 2 季雖然看起來平均點值都到 0.9，但是大家可以看到台北區的浮動點值滑落得非常嚴重，去年的第 2 季約 0.82，預估第 3 季可能要到 0.79，第 4 季或到今年 1 月狀況持續，甚至越來越嚴重，因為疫情其實沒有衰退，反而越演越烈，大家可以看到最近的新聞報導，疫情一直持續在增加，特別是 COVID-19 疫情，甚至有的病人直接變成大白肺，到醫院就直接插管，我認為現在疫情狀況是越來越嚴重。浮動點值占台北區的申報點數 73.5%，對台北區的診所營運會造成非常大的衝擊，因為浮動點值的費用是診所收入的基本核心。所以我們建議去年第 3、4 季還是要審慎考量用浮動點值撥補到 0.9，特別是在台北區，以保障所有台北區民眾就醫的權益。

**盧主任委員瑞芬：**請李永振委員。

**李委員永振：**今天報告的議題應該算是 112 年度的偶發事件，算是當年度最嚴重、最爭議的議題，藉由這次的報告可以彙整我們的處理過程，從彙整資料可以看得出來，處理過程很不合邏輯，不知道健保署是遵循什麼辦法、什麼法令，作為政府決策的依據，讓我們一頭霧水，提出 3 點看法。第 1 點，112 年 10 月 18 日提案討論的資料分析與 112 年 11 月 15 日提案內容完全不一樣，沒有中心思想。

第 2 點，提案到健保會討論，又不尊重健保會決議，112 年 10 月委員會議的決議是還要再提會討論才能處理，但是只隔半個月就直接提行政院並拍板，健保會的位置到底在哪？以後要不要再提健保會討論？而且在 112 年 11 月 15 日至 11 月 30 日短短半個月間，金額又長大 9% 左右，會議資料第 199 頁的表格，金額從 47.11 億元成長到 51.34 億元，健保署的估計水準會讓我們質疑。

第 3 點，對於預算科目定義凌駕主責單位主計總處的解釋，黃委員在 112 年 11 月 15 日講得很清楚，但是這樣硬搞，還有依法行政嗎？完全沒有總額的概念，這樣處理，以後我們還要討論什麼東西？有明確要遵循的都不遵循了，這樣讓我們很寒心。

我們認同剛才周委員提到的事實，但保險人應該基於立場向相關單位說明分析，去爭取公務預算，我常說最近3年稅收超徵，沒有辦法去那邊爭取，卻把重點放在我們這邊經費本來就已經比較艱困的地方，經費好不容易稍微好轉一下，就把重點放到這邊來，這樣不好，我們有應該遵循的相關法令辦法，應該去跟行政院爭取經費才對。

**盧主任委員瑞芬：**請吳榮達委員。

**吳委員榮達：**我覺得醫院部門經營健保真的很辛苦，我本來是不忍再多置一詞，可是看到這次點值撥補的狀況，我還是要講一些話，特別是會議資料第209頁一、(三)「醫院部門係採分區共管方式，由各分區因地制宜訂定目標管理點值後，各醫院自主於申報前核減點數，或於申報後視當季成長率及占率，於共管會議決定核減方式，爰難以前開動支程序加以評估」。

因為由共管會議決定刪減方式，所以沒有比照西醫基層做動支評估。也就是說，現在補醫院點值的部分，是攤扣前所有申報都算在裡面，我不曉得有沒有誤解，如果是這樣，已經把整個總額制度全部都破壞掉，以後大家都申報，點值下降不到0.9，甚至不到1，就來補，這個制度是非常非常不對的。就算要做一個攤扣制度，合理性的值在哪裡？應該還是要訂一個標準出來，因為會有這樣一個事先的審查制度，表示有自律的制度，或是要避免醫療資源浪費，現在全部拿掉，點值不夠時再來補，我覺得這是非常不合理的，還是建議要訂出一個客觀的標準。

**盧主任委員瑞芬：**請林恩豪委員。

**林委員恩豪：**我只是有個疑問想詢問，會議資料第200頁的動支程序，之前好像有討論過是要用季平均或是全年平均，看哪個較合理，可是動支程序第二點已經寫明是單一季別，請問動支程序文字有修正過嗎？都沒有修正過？好吧，我還是希望釐清是用季平均還是全年平均比較正確，我感覺應該要用全年平均比較好。

**盧主任委員瑞芬：**請滕西華委員。

**滕委員西華：**因為已經花掉了錢，特別是 43.34 億元不在調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費裡面，就不再提。關於動支程序，就像林恩豪委員講的，必須要再進一步討論。

關於點值，即使是重大災害，也不是只有產生當月當季的費用，費用本身都有移動，包括時間、區域、醫療層級的移動，其實都會有變化。所以用單季的浮動點值來看，剛剛幾位委員說不符合總額精神的發言，我全部都同意。單季浮動點值原本就把醫療做的單一切割，並不是很好，應該要看整年的，或有一些疾病有延續性照護，很難只看單一個月或單一個季度，要看整年醫療利用率的合理性。

我覺得確實要去討論這部分的動支程序，如果要一整年來看，還要看全年的平均點值是比較合理，在結算之後。否則下一季之後可能有某一季點值又超過 1，我們一樣會說你不能超過 1，但這可能是因為上一個季度大家做有效的管理才產生的，所以會有遞延作用，我覺得可能要審慎思考動支程序的問題。

**盧主任委員瑞芬：**關於滕西華委員、林恩豪委員提到的適用範圍、動支程序部分是我們委員會討論的，106 年 4 月 28 日是最後一次討論結果，這部分請周執行秘書說明。

**周執行秘書淑婉：**我們當初對非預期風險都以單一傳染病，時間是短時間，才會用季別，這是過去的經驗。COVID-19 之後，我們發現不適用，這個文字我們會修正得比較彈性一點後，再提到會裡討論報告，可能要因應疫情影響長短或許會更適合，我們再看看怎麼樣比較實際，這也是給我們很好的例子檢討。

**盧主任委員瑞芬：**本案是報告案，委員剛才已經表達了蠻多對於這個案子的意見，這部分還是請健保署妥善處理，尤其包括對本會的定位，委員會議之前做的決議，應該要尊重，接著進行報告事項第二案。

**劉委員淑瓊會後書面意見：**112 年第 10 次委員會議中，針對「中央健康保險署所請關於撥補 112 年第 1、2 季受新冠疫情影響總額部門之

醫療費用」，會中醫改會等多位委員主張，應有充分的類流感與 COVID-19 流行病學分析，及道德風險的校正等評估資料，當時主席裁示：「請中央健康保險署參考委員意見，對各總額部門實際受影響及撥補額度詳細分析及估算，再提本會討論。」

然而，健保署不但無視健保會決議，於 11 月 23 日逕行報部，且後續歷經 112 年第 11 次、113 年第 1 次委員會議，健保署仍未能提出類流感與 COVID-19 流行病學分析，及道德風險的校正等評估資料，未善盡保險人責任，醫改會予以嚴厲譴責，並再次要求提供完整評估資料。

玖、報告事項第二案「111 年全民健康保險自付差額特殊材料執行概況」與會人員發言實錄

同仁宣讀

張副組長惠萍：略。

邱組長臻麗：接下來進行研析說明，本案是健保署依照健保會的「健保會討論自付差額特材案之作業流程」及 112 年度工作計畫辦理，針對前次會議資料中本會提供之研析意見，第 1 個是依作業流程規定須補充的 3 項資料，以及請醫療院所落實於明顯處公布自付差額特材相關訊息之改善作為，健保署有說明並更新簡報內容，我們檢視過後，將更新部分用劃圈標示出來。

健保署剛剛提到有 3 類在 110 年的佔率已經超過六成以上，請看會議資料第 215 頁附圖劃圈處。會議資料第 214 頁序號 3「冠狀動脈塗藥支架」，112 年 9 月申報佔率 72.3%，健保署說明專家諮詢會議有共識納入全額給付，主流市場廠商均無共識，他們後續在今年上半年會再召開專家諮詢會議討論，本會研析及建議是建請健保署儘早納入全額給付項目，以降低民眾財務負擔。序號 7「腦脊髓液分流系統」，健保署有說明已將市佔率較高的 2 項次功能分類納入健保全額給付，申報佔率就降低。序號 10「特殊功能及材質髓內釘組」，健保署也有做說明，我們建議請健保署於兼顧民眾就醫權益及健保財務平衡下，評估納入健保全額給付之可行性。

盧主任委員瑞芬：現在請委員發表意見，請滕西華委員。

滕委員西華：從全民健康保險法修法讓醫材納入自付差額，每年我都會關切品項的納入全額給付或使用率的進度，十幾年來報告都大同小異，老實講百分比對我們來講其實效用很低，會議資料第 217 頁簡報第 4 張，各類的收載品項數都超過 1 種。

使用率越高的，包括剛剛提到的冠狀動脈塗藥支架，廠商不願意，廠商當然不願意，因為獲利空間大，價格落在中間等級，如果價格數十萬元的納入全額，廠商當然很高興，因為負擔得起的人太少，如果腦脊髓液分流系統納進來就很好。價格從 2~8 萬元的價格，使

用率越高，越不願意納入全額給付，這顯而易見，納入全額給付之後，廠商受到的管理跟醫療院所受到的管理很有程度上的差別。我建議下次做分析時，把項目別拆開，比方冠狀動脈塗藥支架有二代、三代，每個不同品項占率多少，我們看平均數其實不太準。

特別是特殊功能人工水晶體，有 159 個品項，水晶體的問題我們都知道，就不在這邊講，不同品項的價差也非常大，如果有一天要把自付差額的某一種人工水晶體可望納入全額給付，我當然要從 159 個品項中，看哪一個比較早上市、安全性沒問題、療效明確的納入全額給付，經濟效益是好的。

我們不求全部都納入，比如二代、三代塗藥支架的衝擊很大，是指二代全部納入嗎？還是不是呢？至少可以分不同的品項數去分批納入，就會對後面不納入的有壓力，會加速納入的使用，這才是相對有效。

我們也知道健保署很努力，特別在塗藥支架花費蠻多力氣跟廠商協調，廠商確實也不願意，如果要讓這個報告的監測變得有意義，像是我剛剛提出的建議，請健保署能多考量，至少健保會委員對外或是在相關的會議中，可以去支持納入給付，甚至在估預算的時候可以配合編列，也會比較相對準確一點。

**盧主任委員瑞芬：**請吳鏘亮委員。

**吳委員鏘亮：**肯定健保署對於照顧民眾上面的努力，很多特材都要花費很多心力去處理，這些特材都是相當貴，納入全額給付對民眾來講當然是非常好的事情，我想所有委員都很肯定，只是在納入全額給付時，應該規範經費來源，因為全部納入全額給付，對總額的衝擊蠻大，因為這都是高價的，是否等有經費挹注的時候，再來考量全額給付。

**盧主任委員瑞芬：**請李永振委員。

**李委員永振：**首先感謝健保署對這個議案真的很用心整理，但看這些資料，我個人感覺好像走入迷宮，數字太多了，到時候撞牆了繞不出來，我贊同滕委員提到基本資料可以放著參閱，但重點資料應該

列出一些焦點，這樣委員才會看得比較清楚。

感謝健保會同仁有稍微整理，請各位看到會議資料第 214、215 頁，可以協助我們了解目前在考量的 3 個項目，我們知道第 7 項「腦脊髓液分流系統」是如何決定納入，是要申報占率 3 年都超過 8 成以上，不只有 3 年，因為 111 年 11 月才納入全額給付，等於是快 4 年，觀察期間很長。剛才提到的第 3 項「冠狀動脈塗藥支架」占率一直在增加，好不容易突破到 7 成。第 10 項「特殊功能及材質髓內釘組」申報占率已經突破 8 成，按照第 7 項「腦脊髓液分流系統」的經驗，第 3 項「冠狀動脈塗藥支架」可能要 5、6 年，第 10 項「特殊功能及材質髓內釘組」可能還要再 3、4 年才會納入。

請各位看到會議資料第 224 頁，冠狀動脈塗藥支架已經有一個趨勢，我記得好像 2 年前在追蹤事項就提到過，又經過 2 年，還是沒有進度，當時就已經提出來估計 29 億元，現在還是估計 29 億元，但這次有呈現更詳細的資料，相較於傳統支架，塗藥支架統計上顯著降低死亡(31%)與心肌梗塞(28%)風險。另外，塗藥支架組的病人醫療資源耗用情形統計上顯著低於傳統支架組。若有這種效益，到底顯著到什麼程度？我的意思是可以省下多少金額，如果是可以省下 15 億元，很抱歉又要講在商言商，我用 29、30 億元去買那個差額 15 億元，可以降低死亡率 31%，心肌梗塞 28% 的風險，值不值得？如果值得，應該就要採取行動，因為這個很具體，有成本效益。所以是不是要這樣來考量，這樣你們可能覺得不是都在講財務有困難嗎，但這個有需要的時候不能再講財務有困難，因為成本效益是值得的，我不曉得顯著程度，是 15 億元？還是 25 億元，25 億元的話，可以馬上採取行動，當然廠商那邊還要協調，這樣對於這個議案考量的時候，不會一直觀察，痛失一些機會，我是有這一點感受提供大家參考。

**盧主任委員瑞芬：**請問健保署同仁有沒有要簡短回應一下？可以馬上做的？

**黃組長育文：**主席、各位委員，健保署做補充說明，謝謝健保會幫我

們把 3 個正在研議納入全額給付的類別特別拉出來。我補充說明李委員提到的腦脊髓液分流系統，不是只觀察 3 年，而是說我們一開始監控到它的占率超過 6、7 成時，我們就已經開始積極研議，健保署的積極研議分跟醫院溝通、跟專業溝通，也還要跟廠商溝通，沒有共識的時候，如果不是主流的類別納進來的時候，會造成醫療行為上很大的改變，所以我們必須要全盤的考量，我們是研議 3 年，才終於納入全額給付。塗藥支架已經研議 2 年，面臨衝擊、考量及意見仍非常分歧，我們今年上半年會再找學會再做一次溝通。我們下次會如滕西華委員指導的，做次類別的分析，會更清楚。

醫界的建議是要以主流市場的類別為主，如果是這樣的話，跟廠商的溝通又會不一樣，所以健保署有時候就是會很積極地討論，最後如果面臨廠商不同意或醫界還有一些意見，我們仍會持續溝通到大家有共識，剩下的類別我們也會持續監控與溝通。

**盧主任委員瑞芬：**本案委員提供很多寶貴的意見，就請健保署研參，我們進行報告事項第三案。

**劉委員淑瓊會後書面意見：**醫改會於 109 年召開「面對自費五大民苦，正視自費醫療管理問題」記者會，揭示民眾面對自費醫療的五大民苦，並直指「價格」不全是民眾考量自費或自付差額的重點，自費醫療重點在於：「知的權益」與「遇到問題如何處理？」

我們曾在全民健康保險會 110 年第 8 次委員會議中提及，醫材比價網的各品項說明排版不足、文字艱澀而難以閱讀，迄今未見改善，如今再次重申，應建立民眾可簡易查詢健保全給付、自付差額品項與全自費品項三者使用情形的頁面，以及適用對象或範圍的比較表，應增加易讀性與可用性。

拾、報告事項第三案「112 年度牙醫門診總額依協定事項須提本會報告『預算扣減及節流效益之規劃』之未完成項目」與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

**朱科長文玥：**健保署報告如下，依據本署召開之全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 112 年第 3 次研商議事會議，決議如下：

有關「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」扣減方式，係以 112 年執行 P7101C 青少年齲齒控制照護處置排除案件分類 14 且沒有申報 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」+91004C「牙結石清除全口」者，於 111 年一般服務申報 91004C+91014C，則扣減 91014C 之費用。

有關「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、「超音波根管沖洗計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」3 項計畫之節流效益計算方式與量化金額，本署已與牙全會雙方討論共識如附件第 241~245 頁，請參閱。

**陳組長燕鈴：**向委員說明本會研析，這案子是去年 7 月委員會議，請健保署就各部門總額扣減方式及節流效益提出規劃，那次很多部門都已經完成，牙醫部門還有 4 項沒有完成。今天健保署把還沒規劃完成部分，完成後提報本會，我們有將健保署規劃的結果跟本會研析說明放在附表，會議資料第 237~240 頁，這次提報總共 4 個項目。

請看第 237 頁第 1 項「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，112 年 7 月我們已經研訂扣減方式，只是當時健保署跟牙全會就案件排除還有一些計算細節沒有共識，請看加黑加底的部分，這一次健保署提報過來，把排除案件跟計算方式列得很清楚，我們覺得合理，建議予以尊重，請健保署循例在 112 年第 4 季結算時要做扣減。

第 2~4 項是有關於 3 項牙醫專款計畫，112 年 7 月有關成效指標的部分，大部分已經底定，但要完成的部分是如何研議把成效指標轉化為量化節流效益的金額，這也是付費者委員特別 care 的部分。這一次健保署已經請牙全會提報過來，委員可以參閱附件，會議資

料第 241~245 頁，我們先看第 237 頁，舉例來講，「超音波根管沖洗」計畫，健保署跟牙全會已經提出整個節流效益計算方式，主要計算有使用、沒使用超音波根管沖洗的牙齒，2 年到 2 年半以後根管在治療率的差距，用這個差距計算節流金額，我們覺得這個計算方式尚屬合理，建議尊重專業意見。

請看第 238 頁，這 3 項計畫都有共通性，協商總額時都有核決定事項都有說，每個新的計畫有一個檢討期限，這些計畫以 3 年為檢討期限，滾動式檢討，本來在協商時就已經決定 114 年 7 月健保署就要做整體檢討，提出這些計畫到底要納入一般服務或退場，這是歷史。

我們看到第 3 點我們的說明就是，根據健保署及牙全會提出的指標定義，追蹤其效益需要 2 年到 2 年半，故實際節流金額要到 114 年才能完成統計，所以我們建議健保署在 114 年 7 月提出納入一般服務或退場之檢討時，一併依已確定之計算節流效益金額的方式去進行實際計算，計算結果可以在該次檢討提出報告，並且建議把量化節流效益的成果，做為建議計畫納入一般服務或退場的重要參據。

接下來第 3 項及第 4 項是有關高齲齒氟化物治療的相關計畫，一樣要請他們提出量化成效的計算方式，牙全會也都有提出，分別列於 241 頁、245 頁，我們看起來也都合理，所以我們都建議尊重專業意見，但也一樣請健保署於 114 年 7 月時，提報這些量化計算結果，做為建議計畫納入一般服務或退場的重要參據。

我們希望這次能有量化的執行結果，其實這也是付費者一直期待的，希望到時候可以看到健保署計算的結果，做為未來計畫專款到底要納入一般服務或退場的重要參據，這也是我們不希望一直累積專款的重要協商精神，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**接下來就請委員針對這個案子發表意見，原則上我們幕僚的研議結果都是同意，但後面還是要有澈底的檢討，以做為將來繼續或退場的參考。

這案委員沒有意見，決定如下：一、確認所報 4 項 112 年度牙醫門診總額協定項目之「預算扣減及節流效益」規劃內容。二、其中涉及節流效益檢討之 3 項計畫，請健保署將其量化之執行結果，併同於 114 年 7 月檢討計畫未來納入一般服務或退場的重要參據。三、餘洽悉。接下來進行報告事項第四案。

拾壹、報告事項第四案「113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之具體實施計畫/規劃」及報告事項第五案「中央健康保險署『112 年 12 月份全民健康保險業務執行報告』(書面報告)」與會人員發言實錄

## 同仁宣讀

**張副組長惠萍：**主席及各位委員好，健保署先報告醫院總額之暫時性支付具體實施規劃及作業時程，請參閱補充資料第 94 頁，很謝謝健保會本(113)年 1 月 16 日請辦本署補充相關資料，我們也參採健保會意見，回復如補充資料第 94~96 頁劃線部分。

近期為滿足臨床迫切需求，及加速與國際治療接軌，健保署推動多項措施，包括「擴大新藥預算」、「實施暫時性支付制度」、「推動平行送審」及「成立國家級健康政策及醫療科技評估中心」等等。其中暫時性支付制度，主要針對已獲得食藥署核准上市許可證，且屬於臨床迫切需求(Unmet medical needs)的藥品，但可能只完成一期或二期的臨床試驗，而尚未完成三期的臨床試驗者。其實不只台灣，世界各國藥政主管機關為了增加民眾用藥可近性，對於這類 Unmet medical needs 藥品都會採加速核准，但其長期療效及安全性，可能尚待觀察，針對這類藥品，健保規劃採暫時性支付方式先行收載，然後跟廠商簽訂 MEA<sup>(註 1)</sup>，也就是藥品給付協議，就是在暫時性支付期間要蒐集真實世界使用資料，2 年後再來評估是否要繼續支付或停止支付。

預算來源，113 年主要由醫院總額「暫時性支付(新藥、新特材)」專款項下支應，至於預算預估模式，最主要是參酌廠商在 horizon scanning<sup>(註 2)</sup>平台上所填列，預計在 113 年會納入健保的藥費及財務衝擊做為基礎，再使用過去經驗值做參數校正，據以編列。列入暫時性支付的藥品，不包括其他專款已支應之藥品類別，也就是說不包括精神科長效針劑、罕見疾病用藥、血友病用藥、C 肝全口服新藥、HIV<sup>(註 3)</sup>用藥等等。根據廠商在 horizon scanning 平台上所登錄的，113 年預計收載暫時性支付新藥 22 項，其中癌藥 19 項、非癌

藥 3 項，若當年度暫時性支付申報藥費超出預算，超出的部分就依照廠商申報比率分攤。

至於執行方式，有關納入給付與否的評估程序，我們一樣會提到本署專家會議上討論，並於共同擬訂會議決定，除了依照健保法第 42 條規定，我們會考量人體健康、醫療倫理、成本效益及財務衝擊等因素作全面性評估之外，會進一步確認暫時性支付的理由及 2 年後想要解決的療效或財務不確定的點在哪裡；至於費用支付方式，則是依現行申報作業暫付及結算方式辦理。暫時性支付收載年限，原則上是 2 年，最長不超過 3 年。

療效評估資料，廠商在暫時性支付期間要持續蒐集正在進行的臨床試驗及觀察性研究的結果，也就是 2 年後廠商需要提出台灣或其他國家病人使用暫時性支付藥品的資料，必要時健保署也會建立個案登錄系統，以蒐集國人使用經驗。2 年後就會把這些資料再提到專家會議討論，也會提到共擬會議去做決定，去評估暫時性支付藥品在真實世界使用結果有無如同當初收載時的預期，若有如當初收載時的預期，我們就會持續支付，若沒有的話我們就會暫停給付予新病人，以上報告。

註 1：MEA(Managed Entry Agreement，藥品給付協議)。

註 2：horizon scanning(前瞻性評估)。

註 3：HIV(Human Immunodeficiency Virus，人類免疫缺乏病毒)。

**洪專門委員于淇：**請參閱會議資料第 248 頁，接下來報告牙醫門診總額之特定疾病病人牙科就醫安全計畫，計畫內容請參閱會議資料第 256~264 頁，說明計畫重點如下。

首先是適用對象，包括糖尿病病人、高血壓病人等 7 種疾病及其他未明示之疾病病人。

醫療服務內容，醫師當年第一次申報須填寫特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表，如果申報本項項目，也要查詢雲端藥歷，並需在病歷上載明適用對象的相關資料，例如糖尿病人空腹血糖相關數值、用藥情形。

支付方式，新增支付標準 1 項，P3601C「特定疾病病人牙科就醫

安全」(100 點)。

稽核機制，本署將配合建置申報端的檢核邏輯，勾稽每筆案件是否有確實查詢雲端藥歷；另外抽審計畫所屬案件時一併查核醫師自我考評表。

成效監測，年度執行目標設定為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。

預期效益之評估指標有 2 個，第 1 個指標「使用抗凝血劑患者，牙科處置後 24 小時內因牙科處置相關之口腔出血至院所就診比率降低」，這塊操作型定義容我們會後跟牙全會確認；第 2 個指標是「使用抗骨鬆藥物患者，牙科處置後顎骨壞死風險降低」，操作型定義如下，考量計畫初期，因此沒有背景資料可參考，主要用個案數作為評估，以上報告。

**陳組長燕鈴：**本會研析說明關於牙醫門診總額「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」的部分，請參閱會議資料第 251 頁，這項是 113 年度新增專款計畫，本次主要是要請健保署提報具體實施計畫，包含服務內容、稽核機制、成效監測等等。此外在去年 10 月份委員會決議此計畫之目標及預期效益評估指標，其中關於預期效益評估指標的部分，那時候沒有具體評估方式，包含指標定義、比較年度與基礎、計算方式等等，所以請健保署併同於本次會議提報。

我們檢視健保署提報的內容，請委員參閱會議資料第 252、253 頁，我們可以先看到 253 頁，就健保署研訂內容來看，適用對象的部分，健保署已明訂 9 大類，我們建議予以尊重。

關於醫療服務及支付方式的部分，健保署有新增 1 個診療項目，也就是特定疾病病人牙科就醫安全支付 100 點，並規範它的服務必須填寫自評表、查詢雲端藥歷跟及記載病人相關資料。但 113 年的總額核定事項有特別提到「本項經費用於評估特定疾病病人用藥情形後，擬定對應之特定牙醫治療計畫者」，我們提出的問題是，若依照這個核定事項，目前服務內容沒有辦法呈現所擬定的牙醫治療計畫在哪裡，所以我們也建議是不是自評表或相關表件，能有個地方

可以讓牙醫師書寫，因為評估了病人用藥的特殊需要，而需要書寫的地方，也就是於自評表增列治療計畫擬定情形(例如增列治療計畫書寫處，或勾選已於病歷載明治療計畫等)，以利健保署後續稽核或抽審時能夠有個依據，這是我們的建議。

關於預期效益之評估指標部分，請參閱會議資料第 254 頁，健保署提出 2 個比較具體指標。其中第 1 項是「使用抗凝血劑患者，牙科處置後 24 小時內因牙科處置相關之口腔出血至院所就診比率降低」，雖有這個指標，但沒有看到指標定義、比較年度與計算方式，請健保署依去年 10 月份委員會議決議把比較細節的計算方式訂定出來之後提報本會。第 2 項指標「使用抗骨鬆藥物患者，牙科處置後顎骨壞死風險降低」，健保署提報內容是認為此項計畫實施初期沒有資料可供參考，所以它有再分成 3 類抗骨鬆藥物病人顎骨壞死進行統計，主要以病人發生顎骨壞死的個案數進行評估。我們了解初期可能是先統計顎骨壞死的個案數，但這樣就沒有比較基準來評估成效，建議以後等計畫實施累積資料後，應該滾動式調整這個評估指標，能訂定真正反映病人就醫風險有降低的結果面指標為佳，以上是我們的研析意見，請參考。

**盧主任委員瑞芬：**這部分請問委員有沒有什麼意見？依序請滕西華委員、吳鏘亮委員、林文德委員、李永振委員。

**滕委員西華：**關於暫時性支付，健保署所訂定的內容仍然有非常多不明確的事項，在此請教，如果可能應該要修正。

第 1 個，實施暫時性支付是屬於有臨床迫切需求的，這個 Unmet medical needs 是指台灣沒有任何已支付的藥品可用於此疾病，是不是這個定義？就是此疾病都沒有藥可用，所以現在暫時性支付的藥品是符合 1A 這個新藥定義的意思？還是說不是？這是第 1 個請教。

第 2 個，適用藥品是指未完成三期臨床試驗，太寬了，應該倒過來，至少要完成二期吧，這意義完全不一樣！僅通過一期或二期，也是未完成三期，但如果連二期臨床試驗都沒有完成，可以說基本的安全性都備受質疑，就要納入暫時性支付，那病人的安全要怎麼

辦？

第3個，就是因為它可能連二期都沒有完成，我是認為至少完成二期，否則等同於無視病人安全，因為它不是循一般正常的臨床試驗程序，食藥署核准後再進入健保的審核，請問病人若遭受藥害要怎麼認定？安全性還不是很確定，我們就先不要講療效，先講安全性，先確定安全性及藥品毒性是臨床試驗中很重要的一環，到底藥害應該要怎麼認定？

再來是，以前因為二期之後要擴大收案進入臨床試驗三期，過去都是藥廠用臨床試驗的程序收案以及追蹤與蒐集資料，現在則因為已經納入暫時性支付，請問這些從真實世界收集到的 data 可否供藥廠做為臨床研究的參考資料，這很重要，這本來是藥廠的成本，變成健保成本轉嫁給病人，病人形式上不是做臨床試驗，但實質上就是做臨床試驗，你應該要跟病人講，使用暫時性支付藥品的風險可能等同於參加臨床試驗的風險，有一些未知的副作用、未知的人體安全性問題、甚至未知的療效，你要跟病人講得很清楚，這跟已完成程序、循正常程序經過 PBRs<sup>(註1)</sup> 審完上市的藥品，是完全不一樣的，這就是為什麼總額協商時我對暫時性支付這麼地焦慮跟擔憂的問題。所以提供暫時性支付藥品之治療，要告知病人有以上提到的問題。另外，real world data<sup>(註2)</sup> 蒐集起來要做什麼樣的應用，誰擁有這個資料的所有權也很重要，以前藥廠做當然是藥廠，公開到什麼地步，這些資料會不會公開？是做了 HTA<sup>(註3)</sup> 然後健保署自己收好就好？

最後我要問關鍵的事情，應該在此補充，第1個怎麼監測暫時性支付藥品在病人身上的安全性及療效？第2個，誰來追蹤？要監測就要有追蹤，誰去追病人？是賦予藥廠、醫師、還是健保署要負責追病人？怎麼追蹤，追蹤是誰負責要給我報告？是藥廠、醫師、醫療機構、還是病人要給我報告？向誰報告，是向健保署、CDE<sup>(註4)</sup> 還是向藥廠報告？也就是應該要釐清，誰該報告，報告給誰，這2個都不一樣。第2個，在何時？健保署什麼時間要如何做確認，是3個月嗎？總是要知道病人吃下去就會有變化，是服用藥物1個月、

3 個月、還是半年嗎？原則不超過 2 年，那 2 年內只做一次評估嗎？你要定期也要覈實，就是要釐清多久期間、用什麼樣的方式，去確認我剛剛提的那些問題，如果這個沒有回應，就不應該貿然實施，謝謝。

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

註 2：real world data(真實世界數據)。

註 3：HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)。

註 4：CDE(Center for Drug Evaluation，財團法人醫藥品查驗中心)。

**盧主任委員瑞芬：**請吳鏘亮委員。

**吳委員鏘亮：**謝謝主席，我很贊成滕委員，開放暫時性支付制度的話，我想執行多數在醫院中，不會在其他的總額部門中做這件事情，剛才滕委員已經講很多，這對我們而言執行上會有很大的疑慮，滕委員已講很多我就不贅述。只是對於民眾來講，他們不知道這是在實驗當中，因為未完成三期臨床試驗就是實驗，對民眾來講他只關心健保有無給付，健保沒給付跟健保有給付，而對醫院端來講，是健保給付的話都可以用，但對民眾來講確實是一個很大的風險，這部分對醫院執行也是很大的風險，細節不詳述因為滕委員已經講過，在此重申，我們還是很質疑暫時性支付制度的執行，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請李永振委員。

**李委員永振：**有關於暫時性支付議題，我很認同剛才滕西華委員及吳鏘亮委員所提到的，因為他們所提到的這些問題，對一個新的計畫在實施的時候尤其重要，這個沒弄好，將來要追蹤及檢討都沒有根據，這是第 1 點。另外除了剛才所提之外，本會幕僚還有提到裡面還有一些東西要補齊的，剛才健保署說明的時候講的很快，我沒有留意到有沒有補充到這裡，如果沒有則要補齊，整個計畫才會比較完整，這是關於第 1 個議題。

第 2 個議題，有關牙醫門診總額「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，這是 1 個新增的專案計畫，剛才陳組長有提到我們協定事項的內容，我就重複一下，事實上，付費者委員最主要的是希望牙醫師能確實評估病人用藥及風險後，再給予相應的處置，這樣的話並

不是只有在查雲端藥歷。事實上對雲端藥歷已獎勵這麼久，本來就是要執行的，應該還有進一步的動作才對。

第 2 個要請教健保署在提出計畫內容中，如何確認牙醫師「有擬定對應的牙醫治療計畫」？如何落實稽核？這跟剛才第 1 個議題一樣。這稽核的部分還蠻重要的，所以有 2 點請教：第 1，會議資料第 253 頁，健保署研訂內容二(一)提到，醫師當年第 1 次申報需填寫自評表，是指每年只需填寫 1 次自評表嗎？如果是這樣每人都可以給 100 點？這樣好像怪怪的，你 1 年寫 1 次就好，這樣的話好像沒有辦法去呼應；第 2，如果 1 年只自評 1 次，則健保署在會議資料第 254 頁提出的稽核機制，抽審案件時一併查核自評表，如何確認牙醫師有確實為每位病人擬定相應治療計畫？後面這個才是我們所 care 的，不然的話你要怎麼去查。

為落實協定事項，建議健保署設計呈現醫師因應病人特殊用藥情形，擬定治療計畫的欄位或表件，並納入病歷，這樣才有辦法落實稽核機制。所以新的計畫大概這些都不能免，以上建議，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請林文德委員。

**林委員文德：**有關牙醫的「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，很肯定已提出 2 個具體的預期效益評估指標，包括使用抗凝血劑及抗骨鬆藥物的患者，但是前面的那個適用的病人條件，就不限於這 2 種藥物使用的患者，我不知道除了這 2 種藥物使用的病人之外，怎樣去評估非使用抗凝血劑及抗骨鬆藥物病人的成效。尤其適用對象的第 9 點「其他未明示之疾病病人」就幾乎是所有病人，只要查雲端藥歷就可以申報 100 點，我覺得有點無法呈現出其成效。

所以我覺得病人應該要再更 specific，更特定一點，不然就會變成只要查雲端藥歷就好，預算是 3.071 億元，若 1 年牙醫就醫人次有 800 萬人次，就等同於幾乎有一半的人申報這筆費用的話，就可以花掉這筆 3 億多元的費用，所以我覺得病人的定義，所謂特定疾病應該要再更特定一點，以上。

**盧主任委員瑞芬：**請蔡麗娟委員。

**蔡委員麗娟：**關於剛才大家提到暫時性支付的問題，或許我們這裡看的時候，字面上的意涵看起來不是非常清楚，不過暫時性支付這一次能夠在總額協商以專款方式編列這樣一個新的支付機制，當然要很感謝健保署在去年 5 月署長帶領一些相關的夥伴到英國參訪，其實它是來自於英國一個癌症新藥給付的機制。

因為現在癌症新藥研發非常快，有些確實是還沒有完成三期，我記得之前在一些文字呈現上，健保署寫的也都是未完成三期，為解除大家的疑慮，但所謂暫時性支付的新藥，一定是美國 FDA<sup>(註)</sup>通過，且在台灣已取得藥證，但第三期的臨床試驗，有些是已經有藥廠在進行當中但還沒有結案完成，有些是因為現在癌症治療走向精準治療，這類藥物研發都是根據病人基因突變、基因變異而研發，所以不像過去某一種癌症，以人數較多的方式進行臨床試驗，尤其現在有些罕見基因，這類病人收案人數就比較少。

我們台灣過去其實在暫時性支付，所謂的未滿足或臨床上迫切的需求，大部分是指過去以來沒什麼新藥，像是我們暫時性支付一個就是肝內膽管癌，一直以來它都沒有新藥，後來有一個根據基因變異的標靶藥物上市了，很快的健保署就有支付，就是以暫時性支付的方式來讓病人及早用藥，當然這是對於癌症病人在長期沒有新藥突破之狀況下的照顧，這是非常感謝。

還有就是說，因為要蒐集 2~3 年資料，這個不是替健保署解釋，因為癌症病人跟相關團體對這樣的機制長期以來都非常關注，像過去我們在免疫治療給付時，我們也有一個監控機制，看實際數據與臨床試驗數據到底有沒有一致。過去因為健保署用藥時，有事前審查還有中間 monitor 的機制，所以我們也曾經把 2 個免疫治療藥物，因為跟實際上真實世界數據不是那麼好，所以就把它取消支付，就是胃癌、肝癌免疫治療藥物，用這樣的方式去看真實世界的數據跟臨床表現結果是否一致。如果我們有這樣的機制，在真實世界數據的呈現上，如果真的是好或比臨床試驗的結果更好，健保的錢可以更用在刀口上，若真的不好就停止支付，這是在臨床真實的治療上，我們從病人的治療去取得更明確的 evidence。

至於病人是不是就變成類似在臨床試驗中的白老鼠，其實現在看國際治療的指引，很多也是因為病人的生命不能等，所以有些國際治療的指引也是有這樣方式，讓病人去使用藥物，但它絕對不是安全性有問題，很多是還沒完成臨床試驗，但是它們已經在臨床試驗的指引上可以用這樣的藥物，以上據我所瞭解的部分做一些說明，謝謝。

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

**盧主任委員瑞芬：**接著請健保署醫審組回應一下。

**黃組長育文：**主席、各位委員，健保署這邊再做一些說明，謝謝各位委員。有關暫時性支付部分，確實滕委員提到很多意見都很重要，我們再次強調是已經完成食藥署核准，也就是已經拿到許可證，也有完整的仿單，並且也適用藥害救濟。至於藥害救濟怎麼釐清認定，則是尊重藥害救濟機制的審查，看跟藥品有沒有關係來認定，這是第1點。

第2點，有關於 Unmet medical needs 的定義，我們主要是看現在臨床，就如同剛剛委員也提到，因為現在很多都是精準治療，跟很多的 biomarker<sup>(註 1)</sup>是有相關的，某個 biomarker 突變或表達不同，就會影響到治療的準確性，所以才會說在某個特殊族群裡面，如果一直沒有新的藥或在治療上一直沒有突破的時候，我們就會在專家會議裡面討論是否認定它為 Unmet medical needs。

再來是因為這些藥品都已經拿到食藥署的核准，不管它是否已經完成三期或正在進行三期，雖然它對健保而言是屬於暫時性支付，可是因為已經有許可證，所以也是可以在臨床上提供給病人治療，只是就如同剛剛吳委員提到的，病人會有健保會不會支付的期待。

因為每個案例、藥品後面還有一些正在做的臨床試驗，有些正在進行第三期、有些是進行 confirmatory study<sup>(註 2)</sup>，有的是進行 phase IV<sup>(註 3)</sup>，我們都會要求廠商，無論如何就是在這段時間內要把這些資料提供給我們，我們跟廠商都簽有風險分擔協議，在協議裡面會有監測指標及時間點，有些是半年、有些是1年，會看案例的多寡、監測指標達到怎樣才算有效，跟臨床試驗比較或是跟真實世界裡現

有的治療比較，在合約裡面會寫清楚，每到追蹤時間點廠商必須要把這些資料送進來。

另外，我們去年收載時，有 1 款是孩童特別期待的用藥，它雖然只完成一期的臨床試驗，但在美國是屬於加速 accelerated approval<sup>(註 4)</sup>的產品，罹病的孩子也很期待，這是治療 GIST<sup>(註 5)</sup>的藥品，所以後來經過專家會議、共擬會議的討論，大家同意用暫時性支付的方式納入健保給付，我們會依照合約簽訂的時程來做指標評估，倘若沒達到指標，我們可能會請廠商再歸還款項，這也在合約裡面會寫清楚。

有一些藥品會由健保署建置登錄系統，登錄系統裡面的資料包括 RWD<sup>(註 6)</sup>也好、或是最後產出的 RWE<sup>(註 7)</sup>，所有權都是屬於健保署，有些部分將來會公開在健保署全球資訊網，讓大家都可以查得到目前監測跟評估的結果。

剛剛李永振委員特別提到會議資料第 250 頁有一些應該要補充的資料，請參閱黃色封面補充資料畫底線的部分，以上簡單說明，謝謝。

註 1：biomarker，生物標記。

註 2：confirmatory study，確認性試驗。

註 3：phase IV，第四階段臨床試驗。

註 4：accelerated approval，加速核准機制。

註 5：GIST(gastrointestinal stromal tumor，胃腸道基質細胞瘤)。

註 6：RWD(Real-world Data，真實世界數據)。

註 7：RWE(Real-world Evidence，真實世界證據)。

**盧主任委員瑞芬：**剛才滕西華委員提到，你們說未完成三期是否就是至少完成二期，這部分可否說明一下？如果確認沒有完成三期以前是指至少完成二期的話，我會建議在文字上修正。

**黃組長育文：**謝謝主席，我剛剛有特別舉一個例子，是只有完成一期的臨床試驗，如果要寫進去，就會變成前述小孩子很期待的癌症用藥沒有辦法使用，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**好。

**滕委員西華：**不好意思，因為既然要提到小孩，我們就 trail，我們在受

試者保護協會做病人保護，兒童做臨床試驗更是易受傷害的族群，必須要經由 IRB(註)非常嚴謹的評估，根據收案標準去走。每個病人都想活，特別是沒有藥醫的病人更想活，但是不能利用病人想活的心情，包裝一個道德的高度說因為他真的很可憐、他那麼小、小孩很急迫有需求。當然急迫，不要說小孩、老人也很急迫，面對疾病傷害的時候大家都很急迫。你舉這個例子我就更擔心，它連一期都沒有完成，早期做愛滋病藥品臨床試驗，就是一個 milestone，因為它死亡非常的快、又非常多，開始做一期研發時，由美國政府破例用其他收案的方式公告說這等同臨床試驗，病人要自己承擔風險，才有一些這樣的例外，至今這樣的例外非常少，而且要經由國家整體評估，而且你還提小朋友，我們怎麼可能說一個美國有效、然後到台灣來一期試驗都沒有完成、二期試驗都沒有收，只因為小孩子真的沒有藥醫了，所以沒有關係，你就加入我們健保的臨床試驗吧，我們不能這樣子做啊。

如果藥廠認為這麼有效，它在台灣做臨床試驗，請問為什麼不能在 FDA 的監管下，就讓藥廠用臨床試驗收病人呢？以前病人參加藥物的臨床試驗是不用付錢，成本是由藥廠負擔、風險也是藥廠承擔，不是藥害救濟基金付。現在健保署要收錢、幫它收個案，還不用確定安全性，就是告訴它病人真的很需要。哪個病人不需要？都需要，罕病也需要還排除罕病、長效精神科也很需要，不知道你為什麼排除這些都沒有理由，甚至排除這些疾病的適用，也不符合暫時性支付的理由，你要救人，要確保國家的體制跟廠商不一樣、跟生技公司不一樣，國家至少要確認這個產品在臨床試用下，不會置醫師、藥師、醫療機構、病人於風險之中。你連一期臨床試驗都沒有做，我覺得這樣不對，而且一期要活下來進到二期，二期藥品要活下來進到三期，對藥廠來說是什麼？它篩選的有效性是很重要的，如果沒辦法在二期確認安全性，根本無法活下來進到三期，多少藥物在二期就死掉，連疫苗都是，你還記得 COVID-19 疫苗一期、二期臨床試驗的 challenge 嗎？一期的病人甚至在個位數，很多還沒有到病人的階段、還在健康人的階段，二期才有少部分規模的病人，

我們國家真的要這麼做嗎？

註：IRB (Institutional Review Board，人體試驗倫理委員會)

**盧主任委員瑞芬：**另外牙醫計畫的部分是不是請健保署也回應一下？剛才林委員、李委員都針對安全性的部分提出意見，牙醫計畫部分是不是要回應一下？藥物暫時性支付討論到這裡。

**黃組長育文：**主席，讓我講一句話好不好，就是說安全性一定是重點考量，這是食藥署已經確認過，我們不會走在食藥署前面，確實是在安全性他們已經確認過的，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**是否請健保署回應委員對牙醫計畫部分的提問。

**劉組長林義：**牙醫部分是剛才林文德委員有提到第 256 頁牙科就醫安全計畫，提到說特定疾病到底包含哪些疾病。其實我們當初討論的確有講到就是一些特定疾病在長期服用藥物，除了這些慢性病外，應該還有其他因素，會後我們會參採林委員的建議再跟牙全會討論。

**盧主任委員瑞芬：**還有李永振委員提到的問題。

**江委員錫仁：**主席，我就針對李委員的意見來說明，這個計畫施行當年第 1 次收案時，我們會填寫自我考評表，若病患在幾個月後可能因為其他的問題來就診的話，我們還是會針對第 1 次填寫的內容，再詢問服用的藥物有沒有變化，不會說第 1 次寫完考評表、第 2 次再來看診的時候，完全都沒有進一步詢問，跟委員報告。

為什麼沒有提出牙醫治療計畫表，因為我們尊重每位醫師針對病人所擬定的計畫表格，他們有自己呈現表格的方式，如果委員認為我們必須要有統一的表格格式當然也 OK，我們現在沒有提供是因為尊重每位醫師自己在病人的治療計畫中的呈現方式與表格。

**盧主任委員瑞芬：**請李委員，麻煩各位委員借我 2 分鐘。

**李委員永振：**江理事長提到的實務考量我可以理解，但是當時我們給這筆錢要的是要針對個別性才有意思，如果沒有這樣的話你就給錢，看不到甚麼動作出來會很奇怪，這樣的話我們這筆預算投進去就沒有買到的東西，我們沒有辦法掌握後面的成效，問題是在這裡，應該是對每個患者你有甚麼想法、要怎麼處理，這樣我們投入這筆預

算才有意義。

**盧主任委員瑞芬：**本案委員都提供了很多寶貴意見，請健保署研參，尤其是部分委員對暫時性支付也還有 concern，請健保署一併納入考量。

第二個是有關牙醫門診總額「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，請健保署配合本會的研析意見辦理：第一點是請健保署依照協定事項，確實將本項經費用於評估特定疾病病人用藥情形後，擬定對應之牙醫治療計畫執行，並且落實稽核機制。第二點是預期效益評估指標的指標 1 還沒有具體評估方式，請健保署會同牙醫門診總額團體議定後再提報本會，其餘洽悉。

第五案因為是書面報告，我們 3 月開會的時候就會有口頭報告，我想今天就不開放口頭發表意見，請各位委員提書面意見，我們會請健保署回復說明。

接下來有沒有臨時動議？如果沒有的話，就謝謝各位委員，今年的案子今年畢，我們把今年的案子都討論完了。敬祝各位委員新春愉快、身體健康、鴻圖大展，謝謝，散會。

### **李委員永振會後書面意見：**

一、112 年度健保財務收支初步自決已出爐，結餘 344 億元，若扣除政府特別撥補的 240 億元及非總額補點值的 43 億元，則尚有 61 億元的結餘，優於預期，但仍有下列疑惑請教：

(一)12 月保費收入 822 億元，較前 11 個月平均的 62 億元多收取 193 億元，約多 30.7%，111 年度情形類似，亦約多收取 27.4%，原因為何？

(二)費率審議諮詢會議時，委員多次點出估算精準度尚有改善空間，似仍未見成果，如初結結餘數 344 億元，較 11 月提出的 228 億元，增加 116 億元，短短 2 個月差了 51%，又如 112 年補充保費也少估了 52 億元。

(三)估算的假設沒有規則性，使閱讀者較難掌握數據的意義，加

以比較，如結餘數據的呈現，費率審議時與自決的基礎一致，但 112 年 12 月委員會議報告 113 年總額核定時財務估算又加入補點值因素，使 3 個結餘數字依時間序分別為 228、184 及 344 億元，如何顯示可使人一目了然？

二、112 年健保資金年收益率為 1.34%，拜全球銀行利率調升之趨勢，成長較往年佳，但資金的 86.54% 都放在銀行定存，似仍有極大的運用空間可改善。媒體報導，至 11 月底，勞動基金收益率 10.82%，勞保基金收益率更高達 12.31%，雙創新高，各種基金的性質雖略有不同，但追求的原則均會考量安全、穩健、收益等，似有他山之石可借鏡！