

衛生福利部全民健康保險會
第3屆106年第7次委員會議事錄

中華民國106年8月25日

衛生福利部全民健康保險會第3屆106年第7次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國106年8月25日上午9時30分

貳、地點：本部301會議室(台北市忠孝東路6段488號3樓)

參、出席委員：(依委員姓名筆劃排序)

干委員文男

王委員雅馨

古委員博仁

吳委員國治

吳委員榮達

李委員永振

李委員育家

李委員偉強

台大醫院陳副院長石池(13:54 前代)

林口長庚醫院潘特別助理延健(13:54 後代)

周委員麗芳

林委員至美

國家發展委員會陳科長靜雯(代)

林委員敏華

林委員惠芳

中華民國身心障礙聯盟滕秘書長西華(13:10 後代)

林委員錫維

商委員東福

張委員文龍

中華民國工業協進會楊顧問玉琦(13:00 後代)

張委員清田

張委員煥禎

中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠(代)

張委員澤芸

萬芳醫院護理部劉主任淑芬(代)

郭委員錦玉

陳委員平基

陳委員旺全

陳委員亮良

黃委員偉堯

黃委員啟嘉

楊委員漢淥

葉委員宗義

趙委員銘圓

劉委員志棟

中華民國全國工業總會何常務理事語(9:33 後代)

蔡委員登順
蔡委員麗娟
盧委員瑞芬
謝委員尚廷
謝委員武吉
羅委員莉婷

肆、列席人員：

本部社會保險司
中央健康保險署

陳專門委員淑華
李署長伯璋 蔡副署長淑鈴(代)
龐組長一鳴
黃專門委員兆杰
周執行秘書淑婉
張副執行秘書友珊
洪組長慧茹
陳組長燕鈴

本會

伍、主席：傅主任委員立葉

紀錄：范裕春、曾幼筑

陸、主席致詞

各位委員及所有與會者，大家早！

首先向大家致歉，上個月本人因為重感冒，以致未能出席會議，在此特別感謝周委員麗芳代為主持，讓委員會會議能夠順利召開。另外今天議程安排的議案很多，有 10 項討論事項及 2 項臨時提案，下午還要接續召開「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商計畫(草案)會前會」，大家辛苦了！也請委員幫忙掌控時間，希望今天的委員會會議能夠順利進行。

柒、議程確認

決定：

- 一、討論事項第六案「鑒於維護全民健保之正義與健保的體制、永續，籲請盤點現行健保實務中違反全民健康

保險法之情事，並立即改善或規劃導正期程」，及第七案「全民健康保險法明確揭示『成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品』不列入本保險給付範圍，建議儘速依法改正，其他違反之相同情事，亦應比照辦理」，考量中央健康保險署回應內容均涉及全民健康保險法第 51 條第 4 款，爰併案處理。

二、臨時提案第一案「敬請研議對於 106 年『家庭醫師整合性照護計畫』，收案人數已超出中央健康保險署原預期的倍數成長，其新增超出的部分，不在總額協定時的涵蓋範圍，如何因應案」，及第二案「有關將西醫基層總額 106 年度 C 肝新藥之部分專款額度流用至醫院總額，用於新增新藥使用名額乙案」，涉及 9 月份協商會議之議程安排，應先行確認，爰提前至討論事項第三案之後。

三、餘照議程之安排進行。

附帶決定：請本會幕僚整理委員提案所需連署人數之相關規定，以利提案作業之參考。

捌、請參閱並確認上(第 6)次委員會議紀錄

決定：確認。

玖、上(第 6)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告

決定：

一、歷次委員會議未結案件擬解除追蹤項次 1「為維持全民健保之財務穩健，請中央健康保險署持續推動各項抑制醫療資源不當耗用之短、中、長程措施。另除目前衛生福利部疾病管制署、國民健康署對於民眾預防保健之宣導外，請該署加強對民眾就醫習慣之衛教宣導」，改列「繼續追蹤」，並請補充短、中、長程之措施及衛生福利部疾病管制署、國民健康署之宣導作

為。

二、日後請本會幕僚於委員會議召開前，另行將開會通知單以電子郵件傳送委員，俾下載至手機，供作蒞部開會之憑據。

三、107 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商暨第 3 屆 106 年第 8 次委員會議議程如附件，請委員預留時間與會。

四、餘洽悉。

拾、107 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍交議案。

一、衛生福利部社會保險司說明「行政院所核定 107 年度總額範圍」。

二、確認 107 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額之醫療服務成本及人口因素成長率。

決定：

一、為利 107 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商，請各部門總額相關團體及中央健康保險署，參照衛生福利部交付之協商政策方向，於 106 年 8 月 31 日前研提 107 年度總額協商草案送本會，所列各協商項目之增加金額(例如：一例一休所增加之人事成本)應提出具體之估算方式，以利協商。

二、本會委員所提包括新醫療科技、預防保健、免疫醫療及身心療養等意見，提供衛生福利部未來擬定政策方向或檢討醫療服務成本及人口因素成長率公式時參考，餘洽悉。

拾壹、討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：全民健康保險各部門總額評核結果於 107 年度總額專款之獎勵額度案，提請討論。

決議：

- 一、107 年度各部門總額之「品質保證保留款」專款項目，其計算方式以「106 年度各部門總額一般服務預算」作為基礎，依 106 年評核會議所獲等級，「優」級者給予獎勵成長率「0.3%」、「良」級者給予「0.1%」。
- 二、原 106 年度各部門總額之品質保證保留款額度，與上開 107 年度各部門總額之「品質保證保留款」合併運用。
- 三、請中央健康保險署與各部門總額相關團體依 106 年評核委員建議，持續檢討品質保證保留款之發放條件，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。
- 四、委員所提例如訂定更細緻的評核級距及與獎勵額度相扣連等建議，請本會幕僚於 107 年研擬評核作業方式草案時納入考量。

第二案

提案人：劉委員志棟、李委員永振、葉委員宗義、張委員文龍、李委員育家

代表類別：保險付費者之雇主代表

案由：建請依據 106 年度醫院總額協商分配重症金額 60 億元，請健保署提出書面分配內容之詳細表給委員瞭解卓參案，提請討論。

決議：

- 一、中央健康保險署已提供相關辦理情形，請該署依法定程序辦理後續報部核定公告事宜，並於 107 年提出執行結果之專案報告。
- 二、委員所提意見，請中央健康保險署納入未來研修類似支付標準調整案時參考，期實施時間能更提前、諮詢對象能更廣泛周延。

第三案

提案人：劉委員志棟、李委員永振、葉委員宗義、張委員文龍、李委員育家

代表類別：保險付費者之雇主代表

案由：建請健保署提供截至 106 年 6 月 30 日止，有關 106 年度醫院總額決定事項「106 年醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年的 90%，超過部分，不予分配」之辦理情形，提請討論。

決議：本會委員所提意見，請中央健康保險署參考，並於 106 年第 2 季醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算確認後，提供書面資料予委員參考。

臨時提案第一案(提至討論事項第三案之後)

提案人：黃委員啟嘉、吳委員國治

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：敬請研議對於 106 年「家庭醫師整合性照護計畫」，收案人數已超出中央健康保險署原預期的倍數成長，其新增超出的部分，不在總額協定時的涵蓋範圍，如何因應案，續請討論。

決議：

一、本案依本會前所議定 106 年度總額協商通則四、(一)「專款專用項目之款項不得以任何理由流出」辦理，請中央健康保險署考量在不重啟 106 年度總額協商程序及符合相關規定之前提下，提出適當的處理方式。

二、對於 106 年度「家庭醫師整合性照護計畫」預算超支議題，可納入 107 年度總額協商時考量。

附帶決議：請中央健康保險署及各部門總額相關團體，未來應妥適規劃各項專款項目之預算及其執行方式，並有效控管預算執行，避免發生預算超支情形。

臨時提案第二案(提至討論事項第三案之後)

提案單位：中央健康保險署

案由：有關將西醫基層總額 106 年度 C 肝新藥之部分專款額度流用至醫院總額，用於新增新藥使用名額乙案，提請討論。

決議：

- 一、本案依本會前所議定 106 年度總額協商通則四、(一)「專款專用項目之款項不得以任何理由流出」辦理，於預算額度內支應。
- 二、為維護病人就醫權益，委員所提加強宣導及研擬配套措施、鼓勵 C 型肝炎病患至基層診所接受新藥治療之建議，請中央健康保險署酌處。

第四案

提案人：黃委員啟嘉、吳委員國治

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：敬請研議「臺灣地區外自墊核退費用(海外自墊費用)」編列於 107 年其他總額部門預算案，續請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

第五案

提案人：謝委員武吉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：基於維護台灣整體醫藥生態衡平發展與現行健保藥費議題及藥價支付標準的檢討，建議健保署秉於保險人權責，向藥商調查「專利期內藥品」於各類特約醫事服務機構的折扣狀況，並於本會報告，續請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

第六案

提案人：謝委員武吉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：鑒於維護全民健保之正義與健保的體制、永續，籲請盤點現行健保實務中違反全民健康保險法之情事，並

立即改善或規劃導正期程，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

第七案

提案人：謝委員武吉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：全民健康保險法明確揭示「成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品」不列入本保險給付範圍，建議儘速依法改正，其他違反之相同情事，亦應比照辦理，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

第八案

提案人：謝委員武吉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：呼應健保署李伯璋署長及其同仁之「從健保大數據分析，邁向健保改革之路」乙文，建議檢討健保給付價較高之品項(如：電腦斷層、磁振造影、正子造影等)支付點數及給付規範，防杜藉由高單價檢查項目不當圖利之情形，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

第九案

提案人：陳委員亮良

代表類別：保險付費者之被保險人代表

案由：107 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案建議案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

第十案

提案人：陳委員亮良

代表類別：保險付費者之被保險人代表

案由：建議修正全民健康保險會組成及議事辦法第 15 條條文案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

拾貳、報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「106年6月份全民健康保險業務執行季報告」(併「專業雙審及公開具名」試辦方案之執行情形、健保醫療資訊雲端查詢系統之執行情形、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用成長之合理性分析、「C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」執行情形報告)，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。惟其中「健保醫療資訊雲端查詢系統之執行情形」、「罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用成長之合理性分析」、「C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」執行情形等報告案，與9月份總額協商相關，請委員先行參閱書面資料。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：106年7月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：請委員參閱書面資料，本案洽悉。

拾參、散會：下午15時02分。

107 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商暨第 3 屆 106 年第 8 次委員會議議程

地點：衛生福利部 301 會議室(台北市忠孝東路 6 段 488 號 3 樓)

| 時 間 | 內 容 | 與 會 人 員 |
|-------------|----------------------------------|---|
| 9/21 (四) | | |
| 09:00~09:30 | 報到 | |
| 09:30~11:10 | ①西醫基層總額之協商(100 分鐘) | 本會委員、西醫基層部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚 |
| 11:10~11:20 | 中場休息 | |
| 11:20~12:10 | 醫院與西醫基層總額之門診透析預算協商(50 分鐘) | 本會委員、醫院與西醫基層協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚 (本節之協商，邀請腎臟醫學會列席) |
| 12:10~13:10 | 午餐 | |
| 13:10~14:30 | ②中醫總額之協商(80 分鐘) | 本會委員、中醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚 |
| 14:30~14:40 | 中場休息 | |
| 14:40~16:00 | ③牙醫總額之協商(80 分鐘) | 本會委員、牙醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚 |
| 16:00~16:20 | 中場休息 | |
| 16:20~18:20 | ④醫院總額之協商(120 分鐘) | 本會委員、醫院部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚 |
| 18:20~19:20 | 晚餐 | |
| 19:20~20:33 | ⑤其他預算之協商(73 分鐘) | 本會委員、健保署，及社保司與本會幕僚 |
| 20:33~22:33 | 付費者、醫界委員視需要自行召開會議之彈性運用時間(120 分鐘) | |

9/22 (五)

| | | |
|----------------------------------|-------------|-----------------------------|
| 11:00~14:00 (暫訂12:30-14:00午餐) | 視需要處理協商未盡事宜 | 本會委員、相關部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚 |
| 14:00~17:30 | 委員會議 | |

註：時間以醫院協商時間 120 分鐘、西醫基層 150 分鐘(含門診透析)、牙醫與中醫各為 80 分鐘、其他預算 73 分鐘計算，已計列各部門得延長之時間。

各部門協商時間分配(106 年 6 月 23 日委員會議決議)

| 部門別 | 提問與意見交換 | 部門之預算協商 | 合計 (不含各自召集會議時間) | 付費者委員視需要自行召開會議 | 醫界委員視需要自行召開會議 | 推估最長時間 |
|------|-----------------------|-----------------------|--------------------|----------------|---------------|------------|
| 醫院 | 30 分鐘 | 60 分鐘 | 130~170 分鐘 | 30 分鐘 | 30 分鐘 | 130~230 分鐘 |
| 西醫基層 | 25 分鐘 (門診透析 20 分鐘) | 50 分鐘 (門診透析 20 分鐘) | 115~150 分鐘 | 20 分鐘 | 20 分鐘 | 115~190 分鐘 |
| 牙醫 | 20 分鐘 | 40 分鐘 | 60~80 分鐘 | 20 分鐘 | 20 分鐘 | 60~120 分鐘 |
| 中醫 | 20 分鐘 | 40 分鐘 | 60~80 分鐘 | 20 分鐘 | 20 分鐘 | 60~120 分鐘 |
| 其他預算 | 20 分鐘 | 35 分鐘 | 55~73 分鐘 | 20 分鐘 | | 55~93 分鐘 |

備註：各部門協商時間若確需延長，以不超過該「部門之預算協商」時間之 50% 為限。

第 3 屆 106 年第 7 次委員會議

與會人員發言實錄

壹、「議程確認」、「請參閱並確認本會上(第 6)次委員會議紀錄」
與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

主任委員、各位委員，大家早安。現在出席的人數已經過半，達法定開會人數，請示主任委員是否宣布召開今天的委員會議。

傅主任委員立葉

- 一、各位委員大家早安！首先向大家致歉，上個月我因為重感冒，以致未能出席會議，在此特別感謝周委員麗芳代為主持，讓委員會議能夠順利召開。
- 二、今天議程安排的議案很多，有 10 項討論事項及 2 項臨時提案，下午還要接續召開總額協商會前會，大家辛苦了！也請委員幫忙掌控時間，希望今天的委員會議能夠順利進行。接下來確認今天的會議議程。

周執行秘書淑婉

- 一、如同剛剛主委的說明，今天的議案很多，在確認議程之前，先向各位委員報告，依據本會會議規範的規定，健保署署長為法定列席人員，李署長伯璋今天因公出國不克出席，有正式來函請假，由蔡副署長淑鈴代理。
- 二、本次議程安排如下：
 - (一)有 1 項最重要的「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍交議案」。
 - (二)討論事項有 10 案，第一案是依照年度工作計畫排定，第二至十案都是委員提案，其中第二及第三案是上次委員會議延至本次，第四及第五案是續議案，第六至十案是委員本次提案。
 - (三)報告事項有 2 案，第一案是上次委員會議延至本次，第二案是健保署的業務執行報告。
 - (四)另有 2 項臨時提案，請各位委員參閱補充資料的目錄，包括：「研議對於 106 年『家庭醫師整合性照護計畫』收案

人數已超出健保署原預期倍數成長，其新增超出的部分如何因應」，及「西醫基層總額 106 年度 C 肝新藥之部分專款額度流用至醫院總額，用於新增新藥使用名額」，後者為健保署提案。這 2 項臨時提案，依照本會會議規範第 3 點第 2 項第 2 款的規定，必須為亟待決定的緊急事件或者具有時效性，而且要與本會的法定任務有關，並應有出席委員附議連署才能成立，所以須請主委詢問是否有出席委員附議或連署。考量這 2 項臨時提案，可能涉及重啟協商事宜，如果今天委員會議同意討論的話，就併入 9 月份協商會議的議程。如果委員同意討論這 2 項臨時提案，幕僚建議安排在討論事項第三案之後討論，因同屬續議案，以上報告。

傅主任委員立葉

先請陳委員亮良，再請趙委員銘圓。

陳委員亮良

- 一、感謝主席，感謝各位委員。特別提出議程變更案，「台灣健保世界第一！台灣人民要加油！健保制度也要加油！」。
- 二、本席今天提出討論事項第九及第十案，尤其第十案是有關下個月總額協商，本席認為台灣的健保制度經過好幾年的演化，尤其「全民健康保險會組成及議事辦法」的修正，從民國 102 年至 104 年，陸續都有委員因為關心健保會，也關心台灣健保的發展，而提出修正及建議。本席想要針對「全民健康保險會組成及議事辦法」第 15 條提出修正建議，希望本案可以提前至第一案討論，因為本席認為原條文第 15 條規定，委員要親自出席會議，如果委員沒有辦法出席，應該要在開會前通知健保會的幕僚單位，除了專家學者及公正人士外，可以指派代理人，而受指派的代理人，可以發言及參與表決，但是委員已經出席且在現場時，就不得指派他人代理。另外，當代理委員違反同法第 7 條第 2 項時，就不可再當代理委員。爰建議同法第

15 條第 2 項，對於指派代理人次數，應新增「除有特殊原因每年最多以 2 次為限」之規定。

三、提出本修正案，就是因為我參與健保會，聽到有委員提出，今後 2 年都要由代理委員出席，我覺得這就失去所謂代理人制度的意義。

傅主任委員立葉

這部分的說明可不可以在討論提案時再提出。

陳委員亮良

好，我盡量濃縮。拜託各位委員，討論事項第十案可否提前討論？

傅主任委員立葉

委員對於議程的安排是否還有其他意見。

趙委員銘圓

我想針對討論事項第六及第七案，我看了資料，健保署的回應僅針對健保法第 51 條第 4 款的部分，假設只有此款需要改善，建議這 2 案可否併案討論。

傅主任委員立葉

委員還有無其他意見。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

因為開會通知單是寫總額協商會前會預計下午 2 點召開，我建議委員會議於下午 1 點 30 分結束，讓大家休息 30 分鐘後，下午 2 點再接著召開總額協商會前會。

傅主任委員立葉

還有沒有其他關於議程安排的意見。

謝委員武吉

剛才周執行秘書淑婉有說明，健保署署長今天因公無法出席會議，雖然蔡副署長淑鈴已代理出席今天的會議。但我記得不論是健保會或者以前的費協會、監理會，都是由總經理或署長親自出席，畢竟健保會 1 個月才開會 1 次，而李署長伯璋上任到現在，已經請假

2、3 次了，拜託稍微尊重一下委員的尊嚴與人格，請李署長盡量不要在開健保會的時間因公出國，委員們會覺得怪怪的，不是對署長不信任，而是署長應該要親自參加，而且委員對署長有什麼意見及建議，也能當場聽到，不用透過別人轉述。

傅主任委員立葉

關於議程的安排還有沒有其他意見，沒有的話，我們逐一處理。首先，關於 2 項臨時提案，委員是否附議，可以提前至討論事項第三案之後討論，因為屬於具有時效性的事項。

干委員文男

建議一項一項處理，不要 2 案合併處理。

傅主任委員立葉

我是一項一項處理沒錯，首先是針對周執行秘書淑婉報告的，2 項臨時提案提前至討論事項第三案之後討論，大家是否同意？

干委員文男

陳委員亮良希望他的議案提前討論，而趙委員銘圓的意見是希望第六、七案合併討論，我則建議遵循議事的時間安排。

傅主任委員立葉

一、因為今天委員針對議程變更提出很多意見，所以就委員的建議逐項討論。剛才周執行秘書報告的部分，就是 2 項臨時提案提前至討論事項第三案之後討論，大家同意嗎？(委員回應：同意)。

二、另外關於討論事項第十案要提前討論，大家意見如何？

張委員清田

如果照議程安排，今天可能不會討論到第十案，剛剛陳委員亮良說如果延至下一次會議，可能會影響到委員的參與，我覺得可以提前。

傅主任委員立葉

其他委員有無意見？請陳代理委員石池。

陳代理委員石池(李委員偉強代理人)

我反對提前，開會本來就可以代理，對協商案也沒有任何影響，所以我反對。

傅主任委員立葉

另其他委員有無意見？先請林委員錫維，再請吳委員榮達。

林委員錫維

關於討論事項第十案要提前，我反對。我認為沒這個必要，這些委員的代理人都是經由健保會審查認可，才能擔任代理人。有委員說萬年委員這件事，現在健保會才第3屆，我也只擔任過1屆，有些專業人士也是經由衛福部聘請，所以我認為此案不需要討論，可以直接提到衛福部，更改「全民健康保險會組成及議事辦法」即可，不要在此浪費時間討論，所以我反對提前。

傅主任委員立葉

目前先不要進入實質討論，先決定議程安排。目前有委員贊成第十案提前，也有委員反對。(吳委員榮達舉手示意發言)請先針對議程，不要進入太多實質討論。

吳委員榮達

我不會針對實質部分，但是表達反對意見，因為上次委員會議留下的議案已經很多，我建議還是依照原來議程的安排進行。

傅主任委員立葉

陳委員亮良那請不要提前討論，好不好。

陳委員亮良

我想有機會參與全民健保業務，是一種責任，也是一種榮譽，我並不是第一位提出「全民健康保險會組成及議事辦法」修正案的委員，104年間就有委員提出修正案。我覺得目前的辦法還不是很健全、尚有缺漏之處。有人用代理人身份參加會議，一代理就是2年。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

主席，程序問題。

陳委員亮良

我感覺這是一個很嚴重的問題，我在發言為什麼要插嘴！（拍桌子）

何代理委員語（劉委員志棟代理人）

我徵求主席...。

陳委員亮良

我在發言...。

林委員錫維

大家好好講...。

陳委員亮良

你在發言我有講話嗎？我有插嘴嗎？

傅主任委員立葉

現在僅針對議程...。

陳委員亮良

我在這邊特別強調，我是做良心工作，因為這個制度確實有缺漏，有人用代理人身份，一代理就是2年，加上代理人在健保會發言攻擊其他委員，我被人身攻擊。我身為一個半子，我丈人就在這段時間往生，卻被嗆「人之將死，其言也善」。如果這件事情發生在各位委員身上，各位做何感想？如果可以這樣，下次會議我就開始比照處理，這樣有道理嗎？

趙委員銘圓

- 一、建議有些事情不宜在委員會議上一再討論，也不要針對人做討論，我們應針對健保相關事宜進行討論。另外，希望不要動不動就拍桌子，因為不是拍桌子的就最大。
- 二、請教幕僚人員，我記得我第一次參加委員會議時，當時的國健署署長在媒體上誣指蔡委員登順是菸商代表，當時我曾為此事提案，當時幕僚表示不可以一個人單獨提案，必須要過半數委員才能成案，我想瞭解當初為什麼是這樣子？現在卻又不需

要？另，「全民健康保險會組成及議事辦法」修正案屬於重大議案，是否只要一個人單獨提案，就可以成案？那當時我針對蔡委員登順事件提案，卻還要透過當時的謝前委員天仁協助，商請一些醫界委員連署才成案？我希望重大議案，不應該只有一個人提案就可以成案，並進行討論。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、健保會是協商平台，是受衛福部委託進行協商，協商結果的裁決權還是在衛福部，不是健保會所能決定。
- 二、我花很多時間研究本案，這當中有個人因素存在，如同之前我向主席提過，107 年度總額協商的問題會很大，因為有很多資深委員已經卸任，變成代理人，會青黃不接。所以，我當時跟主席說，若主席主持協商時，態度不夠強硬，協商會很難進行。陳委員亮良有提到何代理委員語，我倒是認為何代理委員語不是問題，因為他每次都有出席會議。若某天報紙報導，健保會有委員一整年都沒有來開會，只有在總額協商時才來協商，會讓協商產生問題，這個問題有可能會發生在其他委員身上。總額協商的最後裁定權在衛福部，健保會也無法否定衛福部的決定。我們並不是立法委員，並不能做最後決定，因為最後的決定權在衛福部。
- 三、我們倒是可以聽聽其他人的意見，大家和和氣氣，年長者提攜年輕人，年輕人敬重長者，這樣才對。剛剛李委員永振表示他是第 3 屆，才擔任 4 年半的委員，「萬年國會」的說法並不成立。目前健保會可以有 3 位代理人，每位代理人若代理 2 次會議，就是半年。我認為平常沒有來開會，總額協商時才來參與協商，這才會產生問題。我並沒有說誰對誰錯，議案提前並不是一定要提前到第一案，提前到第八案也是提前，今天無法解決就下次繼續討論。所以大家心平氣和，不要為了個人的事情

討論，也不要為了健保的事情搞得大家烏煙瘴氣。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

健保會的職責不僅要對外溝通、協調，對內也要溝通、協調，期待主委可以找時間邀請委員一起喝咖啡，聊一聊、談一談，或許可以化解彼此的歧見，先讓每位委員從心理建設起，相信我們會有更大力量可以對外溝通。

陳委員亮良

- 一、我提出本案，心裡是百感交集，也對得起自己的良心，我不是因為個人事件提案，是為了讓往後的健保制度有好的規範。目前「全民健康保險會組成及議事辦法」確實是有缺漏，委員任期 2 年，正式委員都沒來開會，全程由代理委員開會，這已經失去 104 年修正該辦法第 15 條的立法意旨。本案不是只限制 1 年只能代理 2 次，若有特殊原因，例如出國或生病，屬於特殊原因就不列計算。
- 二、代理委員既然敢代理出席會議，就要負法律責任，言論若涉及公然污辱，有違反該辦法第 7 條第 2 項第 2 款的情形，不得再為代理。
- 三、下個月就總額協商，希望本次會議能儘快通過本案，不然下個月的總額協商，又會有代理委員進來參與總額協商。我並不是看不起代理委員，但我覺得正式委員有責任，代表所屬團體表達意見的責任，所以，我語重心長，懇請各位同意將本案提前進行討論，儘快通過本案。

傅主任委員立葉

可以理解陳委員亮良的立場，為避免大家針對本案進行實質討論，請各位委員還是先針對議程的安排進行討論，先決定本案是否提前，請問各位委員是否同意動用表決？

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

本案多人表示反對，只有 1 人附議表示贊成。

傅主任委員立葉

請問要提前到討論事項第一案嗎？請蔡委員登順。

蔡委員登順

過去費協會時代的慣例是不使用表決，如果某個議案動用表決，會破壞慣例。我想我們還是使用共識決，若突破這個慣例，將來可能會更麻煩。

傅主任委員立葉

今天大部分委員的意見是不希望第十案提前討論，希望依議程的安排順序進行。

陳委員亮良

報告主席，我還是建議表決，因為法律並未規定不能進行表決。有委員說慣例，但慣例不是法令，還是回歸法的精神，法律既然有授權可以使用表決這種裁決方式，很多人沈默不代表贊成或反對，總是會有第一次，包括預算審查也會有第一次表決。本案涉及下個月的總額協商，拜託各位委員正視本案。

傅主任委員立葉

委員的意見是希望共識決，但現在看起來大家的意見不太一樣，本案非屬協商事項，是否同意可以針對議程安排動用表決，否則議事會一直繞著議程確認打轉。可否先讓 2 位委員發言後就進行表決。

謝委員武吉

剛剛公正人士蔡委員登順講的是事實，從以前的費協會，到現在的健保會，從來沒有動用到表決，都是採共識決。我希望不要破壞原來的制度。第二點，如果今天陳委員亮良希望將第十案提前討論，大家可以互相商量一下，用非常和諧的方式來解決這件事情，不要再有心理上的疙瘩。我以前也曾遭遇類似情況，但是都忍下來了，一句話都沒有講。建議先休息 5 分鐘，請陳委員亮良與大家討論，看看如何處理。

傅主任委員立葉

拜託陳委員亮良，是否同意先休息，私下溝通本案，讓本案在正式會議中更容易達成共識，本案就不提前。

干委員文男

陳委員亮良關心下個月總額協商的效率，但「全民健康保險會組成及議事辦法」是由衛福部訂定，若本案修正通過，也是適用下屆委員，而且若本次會議通過本案，時效上也來不及適用到下個月的總額協商會議。如果徵得大家同意，我想本案不動用表決，用共識決，還是遵循以往的共識。

傅主任委員立葉

謝謝干委員文男的提醒，本案不會影響下個月的總額協商。請陳委員亮良。

陳委員亮良

我的看法與干委員文男不太一樣，法令、辦法只要經主管機關公告後就生效，不是哪一屆委員適用的問題，只要發布後就生效，一例一休就是發布後就實施。上次有勞工委員提出第2類保險對象投保金額調整案，健保署也在第一時間內配合公告，我當時也是支持該案。所以，只要本案獲通過，相信衛福部會馬上處理。懇請各位委員同意將此案提前到第一案討論，放到最後面，我擔心會影響今年的總額協商。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

我希望主席處理這件事要很慎重，否則以後只要有委員提案要求把他的案子調整到第一案，我們是不是就要將他的議案提前到第一案？若此例一開以後會不會沒完沒了！所以建議既然是排第十案，就依順序到第十案討論，否則一直針對這個案子討論，下面的議程都不用討論了。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

剛剛已經做了這麼多討論，看起來除了陳委員亮良之外，沒有人贊成提到第一案，所以懇請主席裁示。

傅主任委員立葉

希望我們盡量用共識，請陳委員亮良。

陳委員亮良

我想我今天有比較激動，站在我當事人的角度，確實是有點。本案並不是第 1 次議程程序調整，如果有委員說以後都不能這樣提，那是不是以後所有議案都要依這個方式？我堅持用表決，我對自己有信心，希望我的努力得到大家的共鳴，我擔任委員，有責任堅持。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

我絕對尊重主席，健保會未曾像今天這麼激烈過，我也不希望以後健保會委員分裂。健保會是協商平台，並沒有決定權，建議先休息幾分鐘，讓雙方坐下來談，若動用表決，以後會產生很大的問題，能否先私下溝通一下。

傅主任委員立葉

大家都不希望打破慣例，請陳委員亮良包容，我們還是有機會討論本案。剛剛干委員文男也提醒，因為本屆已經進行過幾次會議，若現在修正「全民健康保險會組成及議事辦法」，那前面幾次的會議要如何計算出席次數，是否從下屆的委員開始適用。請周委員麗芳。

周委員麗芳

剛剛有幾位委員提議休息幾分鐘，我附議，是否可以休息 3 分鐘，讓彼此溝通。

謝委員武吉

我同意這樣比較好。

傅主任委員立葉

現在開始，休息 3 分鐘。

(休息 3 分鐘)

傅主任委員立葉

3 分鐘已到，請各位委員入座，繼續確認議程。感謝陳委員亮良為了維持健保會的和諧，能夠繼續維持共識決的良好慣例，同意第十案不提前。請陳委員亮良。

陳委員亮良

主席，各位委員，尊敬的在座兄長，剛剛主委特別關心，為了健保會和諧，健保署李署長也有告訴我，要我好好的配合健保會，跟各位委員好好和諧共事，我想這部分我就不再堅持。趙委員銘圓提到今天只有我提出本案，剛剛張委員清田有附議我的提案，在座很多委員不發言，可能是不好意思。為了健保會和諧，我給主委面子，就不再堅持，不然，我認為慣例跟法規，當然要依照法規，這是我擔任公務人員 32 年的行政經驗，我就不再堅持，接受主委的建議。

傅主任委員立葉

- 一、謝謝陳委員亮良，討論事項第十案就不提前討論，依照原訂議程的順序進行。
- 二、剛剛趙委員銘圓所提，需要多少位委員連署才能提案，健保會似乎並沒有這樣的規範，請幕僚同仁再了解相關規定，以利委員提案作業。
- 三、剛剛委員所提的第 3 個意見，建議討論事項第六、七案併案處理，請問委員是否同意？(委員表示同意)，我們就併案處理。
- 四、還有一個意見是會議時間，建議委員會議進行到下午 1 點半，下午 2 點開始總額協商會前會，請問大家是否同意？(委員表示同意)，那今天會議就到下午 1 點半。剛剛也有委員提到希望下次會議李署長伯璋能夠親自出席，這次李署長是因公出國，就請健保署幕僚代為轉達。

五、今天的議程確認，接著進行「確認上(第 6)次委員會議紀錄」，請同仁宣讀。

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請問各位委員對上次會議紀錄內容有無修正意見？(委員回應：沒有)好，會議紀錄確認。接下來進行「上次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」，請周執行秘書淑婉報告。

貳、「上(第 6)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

一、本會重要業務報告，請各位委員翻到會議資料第 10 頁，說明一，口頭酌做文字修正，上次委員會議決議(定)事項計有 9 項，依辦理情形建議解除追蹤 1 項，繼續追蹤 8 項，另外歷次委員會議決議事項達解除追蹤條件，擬建議解除追蹤者，計有 2 項，但最後還是依委員議定結果辦理。以下就辦理情形簡要說明。請委員參閱會議資料第 14 頁：

(一)擬解除追蹤共 3 項：

1. 上次委員會議附帶決定，請本會幕僚評估製發委員識別通行證之相關事宜，以利委員蒞部參加會議部分，考量製發識別證，委員需要另行攜帶，還是會有一些不方便，經評估之後，現在的作法是在會議前一天會提醒警衛，也會提供委員照片供警衛辨認，我剛剛有詢問，似乎還是有一些狀況，我們後續還是會設法處理。另還是會請一位同仁在會議前半小時到一樓進行引導，建議解除追蹤。
2. 歷次委員會議擬解除追蹤項次 1，有關請健保署持續推動各項抑制醫療資源不當耗用之短、中、長程措施。除疾管署、國健署對於民眾預防保健之宣導外，請該署加強對民眾就醫習慣之衛教宣導。健保署回覆是衛福部已於本年 5 月 26 日核定 106 年抑制資源不當耗用改善方案。宣導部分，已配合分級醫療政策，對民眾宣導說明轉診制度、家庭醫師及部分負擔調整內容，加強民眾正確就醫行為，各類型宣導管道說明在會議資料第 19~20 頁，請委員參閱。
3. 項次 2，有關請本會幕僚在協商 107 年度總額前，提供歷年各部門總額、「醫療服務成本及人口因素(非協商因素)」之成長率與金額，及支付標準之調整情形、各項專款

之執行情形與實施成效等資料。本會幕僚業已彙編完成「106 年全民健保各部門總額執行成果發表暨評核會議紀錄」、「全民健保醫療給付費用總額協商參考指標要覽--106 年版」、「全民健保各部門總額執行成果摘要--106 年版」共 3 冊，放置在委員桌上，請委員參閱。

(二)會議資料第 16 頁~18 頁，擬繼續追蹤共 8 項，辦理情形不逐一說明，以下簡要報告案由：

- 1.研擬設立地區醫院總額案，請健保署提報具體研議結果，再解除追蹤。
- 2.研議感染管制相關公開指標案，請健保署提出具體作法再解除追蹤。
- 3.會議資料提供的時程案，請健保署配合會議補充資料於會前 4 天提供，後續等健保署有此作法再解除追蹤。
- 4.研提健保財務及費率推估試算等相關資料案，於健保署提會討論後解除追蹤。
- 5.專利期內藥品於各類特約醫事服務機構的折扣狀況案，上次委員會議謝委員武吉有提供資料轉陳部長，幕僚已 8 月 8 日簽陳完成，另健保署說明已排入本次會議討論事項第 5 案續議。
- 6.政府當責承擔健保總經費不得少於 36%之財務責任案，俟完成修法後再解除追蹤。
- 7.關於提供全民健康保險自墊醫療費用核退辦法之各界正反意見，詳見會議資料第 43~44 頁，另已排入今天討論事項第 4 案續議。
- 8.有關於地區預算分配草案，請健保署和各總額部門能盡早提出草案後再解除追蹤。

二、請委員再翻回會議資料第 10 頁說明二，107 年度總額協商預訂 9 月 21、22 日於本部 301 會議室召開，特別提醒大家和往年不一樣，本次總額協商是在本部召開，不是在健保署召開。

依照上次會議的抽籤結果，已安排相關議程草案，請委員參閱會議資料第 25 頁。

- 三、說明三，總額協商所需資料有 3 份資料，包括「106 年全民健保各部門總額執行成果發表暨評核會議紀錄」、「全民健保醫療給付費用總額協商參考指標要覽--106 年版」、「全民健保各部門總額執行成果摘要--106 年版」共 3 冊供委員參用。這 3 本資料很重，如果委員今天不方便帶走，請留在桌上，幕僚會協助寄送。
- 四、說明四，依據上次委員會議「建議每年至少安排 1 次委員與部長之座談」，預訂於本年 9 月 4 日晚上 6 時 30 分安排部長與督導次長薛瑞元次長與本會委員進行業務座談，主要就 107 年度總額政策方向與委員進行溝通。
- 五、說明五，衛福部及健保署本年 7 至 8 月份發布及副知本會之相關資訊如下：
 - (一)衛福部於 7 月 18 日公告修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」，相關資料請各位委員參閱。
 - (二)健保署於 7 月份公告中醫專案計畫之承辦院所及醫師名單，詳細名單已置於健保署全球資訊網，各分區承辦院所數、醫師數等統計資料，請委員參閱第 162 頁。另外，7 月 27 日公告修正「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」。
 - (三)針對 105 年慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫，及各總額部門品質保證保留款之核發結果，摘要請各位委員參閱。核發率大約 78% 左右。

傅主任委員立葉

針對本案請問各位委員有無意見？先請林委員惠芳。

林委員惠芳

我其實沒有太大問題，有關上次委員會議擬解除追蹤項次 1，我有 1 個請求，開會通知單能否於會前以 email 寄發。現在委員都使用

智慧型手機，開會通知單若存在手機內，就不會忘記帶。過去會發生問題，是因為大家如果一忙，沒有回去拿開會通知，進入衛福部大門就會發生困難。反正都會 email 寄發補充資料，建議一併寄發開會通知單，如此一來，也不需要同仁在大門口等。以台灣現在的天氣，不要說曬 30 分鐘，曬 10 分鐘就會受不了，這樣可能會違背職安法，所以麻煩 email 開會通知單，以利委員進入本部。

干委員文男

其他單位的常設委員會，委員一定有出入證，問題就解決了。從來沒有說，健保會要派一個會務人員去門口迎接。我們是常設單位，又不是細姨的小孩，更不是拖油瓶，派同仁去接委員，太委屈同仁。健保署也有保全，但是都可以執行得很好，不清楚衛福部是付較少的薪水嗎？為什麼委員進出總是遇到麻煩。

謝委員武吉

- 一、會議資料第 15 頁討論事項第一案，對於解除追蹤這個案件，決議是分成短、中、長期的措施，CDC(Centers for Disease Control，疾病管制署)及國健署都有參與。依第 19 頁的說明，我們也非常感謝健保署非常努力去做，更感謝的是李署長伯璋親自配音，錄製分級醫療廣播三語宣導帶，包括閩南語、普通話及客家話，建議應該還要再增加一個給外配的越南話。
- 二、原本計畫就有分成短、中、長期，但第 19 頁只有健保署提出的辦法，而沒有疾管署和國健署的作法，此項要解除追蹤，我是持反對意見，不能這樣含糊通過，健保署做到死，其他兩個單位在旁邊納涼，世間沒有這回事。我建議繼續追蹤，因為對於他們的作法、策略和檢討方向，完全都沒有，所以此案我認為要繼續追蹤。
- 三、第 16 頁擬繼續追蹤項次 1，有關設立地區醫院總額，應以健保法第 61 條來處理，目前健保總額就已經違反健保法第 61 條，因此我們要求設立地區醫院總額並不為過，要違法就一起違法，不然就全部重新來過，這樣比較公平，乾脆就劃分成門

診和住院總額就好，比較簡單、好處理，不像現在如此麻煩，我認為列繼續追蹤是應該的。

四、項次 2 有關感染控制指標，也是我提的案，我有把那天的會議紀錄帶來。健保署有邀集很多人來參加會議，其實當天會議是有開會，但沒結論，全都把責任推給別人。我提出的建議是健保署有大數據資料庫，應該能用來分析我們要求的項目，我只要求醫院應該要做的院內感控數據而已。這是醫療院所引起的感染，我希望要繼續加強追蹤，但看到那天的會議紀錄，令我傷痛欲絕，我認為不僅要繼續追蹤，應該要「加強」追蹤，我對院內感染是非常注重的。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

一、贊成謝委員武吉剛剛的意見，對於歷次委員會議擬解除追蹤項次 1，當然健保署做了很多事情，而且好像跟我們上次的決議相近，但是如果再細看，好像是看不到成效，案由是對未來的費率和收支連動應該有所貢獻，建議是否可以量化？這樣比較貼切。

二、針對擬繼續追蹤項次 6，很感謝社保司又提供 3 頁書面說明，不過內容和上次差不多，上次會議我提了 1 份回應資料供委員參考，就不再贅述。提出 2 點建議如下：

(一)追蹤事項是否可以針對 105 年部分，先有一個結果，因為根據會議資料第 23 頁說明五，社保司並不否決健保法 27 條規定，也就是這 7 類被保險人的投保單位，應該要有繳費責任，既然有繳費責任，計算公式就不應將 68.5 億元扣除，所以政府相對應負擔 38.5 億元，在 105 年決算中應該先補正。另外 68.5 億元的爭議，你說依法有據，施行細則第 45 條有根據，以後再說，但我認為應該要增列追蹤 105 年的部分。按社保司的講法，公式要先改。

(二)健保法施行細則要納入這 7 項政府依其他規定補助之項目，應該類似健保法第 10 條，有關合於社會救助法規定之低收入戶，就列在第五類，第 27 條第 5 款就提到，由中央社政主管機關全額補助，規定很明確。另第 30 條第 3 款提到，第五類被保險人之保險費，由應補助保險費之中央社政主管機關，於當月五日前撥付保險人(健保署)。上述相關法令規範都很清楚，這樣就沒有爭議。所以我上次在日月潭青年活動中心時也建議修改健保法，這樣就沒有爭議。不然就會變成，法令千萬條，要用自己喬，真的是自己喬。

傅主任委員立葉

- 一、委員有無其他意見？沒有的話，對於繼續追蹤案件，委員提出的意見，請健保署及社保司參考。至歷次委員會議擬解除追蹤項次 1，請補充疾管署及國健署的意見，從解除追蹤改列繼續追蹤。
- 二、上次委員會議擬解除追蹤項次 1，有關製發識別證事宜，剛剛林委員惠芳的建議是很好的解決方法，一方面不需要同仁引導，因為進入本部最主要的困難是要看開會通知單，請問大家是否同意採取這樣的方式處理？

干委員文男

最好還是有通行證。

傅主任委員立葉

因為現在部內有非常多的委員會，如果所有的委員會都要通行證或識別證，不曉得部裡會不會有困難，幕僚應該也徵詢過相關單位的意見。建議暫時以林委員惠芳建議的方式試行看看，可以嗎？(委員表示同意)。很感謝大家都很體恤幕僚，未來開會通知單請以 email 寄給委員，本項解除追蹤。

謝委員武吉

非常感謝主席英明的決定。歷次委員會議擬解除追蹤項次 1，決議

分成短期、中期、長期三個層次，我剛才也提到，相關作法、策略及檢討的方式，請國健署、CDC 及健保署三個單位共同擬定，不應只由健保署來執行，否則對健保署不公平。加上署長本身很辛苦，已經很忙了，還要自己去錄音，向全國民眾宣導，CDC 要做的事情，例如現在愛滋病已經很嚴重了，還有 TFDA 針對食藥安全的說明，因為現在很多藥品都是 PIC/S (Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme，國際醫藥品稽查協約組織)藥廠製造，原料都要用 GMP (Good Manufacturing Practice,優良製造作業規範)藥廠製造出來的，這是我在另外一個會議建議的。所以應該連 TFDA(Taiwan Food and Drug Administration，食品藥物管理署)也要涵蓋在內，目前的藥品民眾吃起來應該是沒有問題，因為都是 PIC/S 藥廠製造，但有的醫生會說，台灣廠的藥品吃起來比較差，這其實不一定。因此，建議上述 3、4 個單位應該共同研討短、中、長期的策略與方針，不要一味由健保署來做苦工，我們實在於心不忍。

傅主任委員立葉

謝委員武吉的意見請健保署參考。

吳委員榮達

請參閱健保署 106 年 7 月份業務執行報告第 10 頁，上次會議探討有關政府應負擔健保總經費不足法定下限 36%收繳情形，備註第 4 點之(3)，我上次特別請教健保署，關於中央政府打算將待撥的 314 億元，分別於 107 年及 108 年各撥付 157 億元。在還沒撥付之前，是不是應該給付遲延利息，上次會議健保署也明確答覆需要給付遲延利息。但本月的健保收入，有關利息收入，有臺北市與高雄市政府遲延給付的利息收入，但就是沒有中央政府應撥付而未撥付之前的遲延利息收入，這部分是否請健保署說明，或列為追蹤事項。

傅主任委員立葉

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

請陳專門委員振輝。

陳專門委員振輝

中央政府若遲延撥付健保費補助款，健保法未明定可以向其收繳利息。

吳委員榮達

連地方政府積欠健保費都要給付利息，中央政府竟然不用，而且上次會議是明確答覆要給付遲延利息。

傅主任委員立葉

針對利息部分，健保相關的法令規定是什麼？

商委員東福

請社保司陳專門委員淑華就法規部分說明。

吳委員榮達

有關法規問題，建議健保署於會後提供書面分析資料。

傅主任委員立葉

請健保署會後提供書面資料。委員有無其他意見？(委員表示沒有) 本案洽悉。接下來進行「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍交議案」，請同仁宣讀及社保司報告。

盧委員瑞芬書面意見

針對「全民健保各部門總額執行成果發表暨評核會議紀錄」第 4 頁之(七)之(2)「惟吉尼係數代表醫療資源『地理分布不均度』」，此段論述有誤。請對照附錄第 54 頁本人發言「吉尼係數是衡量所得分布不均度的指標，若要探討分布不均度，其實應稱之為集中指標」。目前各部門在評核會中的資料，以吉尼係數之名呈現醫療資源分布的不均度，並不適宜。

參、「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍交議案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

梁組長淑政報告：略。

傅主任委員立葉

請問委員對本案有無詢問意見？請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、謝謝梁組長淑政這麼細心的說明 107 年總額方案及政策方向。建議投影片第 8 張總額協商政策方向第七項「建立醫院診所合作機制」，應該要分成建立大型醫院，像是區域醫院和醫學中心 1 組，地區醫院和診所 1 組的合作機制。如果只有基層診所的機制，等於是完全排除地區醫院的存在，建議修正，才能持續落實分級醫療。
- 二、至於應如何落實分級醫療，都沒有寫出來，到底是要怎麼做呢？以目前執行情形，健保署的資料顯示，6 月份流感比較多，所以有增加現象，是不是要調整部分負擔？健保法沒有部分負擔這幾個字，而是叫做自行負擔，是不是要落實健保法第 43 條分級醫療，這裡也沒有寫。另，健保法第 51 條，對於一些不必要的點值保障，除了藥品可保障外，有些不應保障的部分應該排除在外，但這些文字都沒有寫出來，是不是應該有所修正？

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、補充資料第 4 頁，107 年總額協商政策方向「合理反映偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源的分布」，牽涉到本會第 2 屆 105 年第 12 次的委員會決議：同意醫院總額自一般服務費用移撥部分經費，作為風險調整基金，這也是健保署的建議，尊重委員對 R 值(校正人口風險後保險對象人數占率)的

調整，但建議保留一點彈性給東區，在預算分配至六區前，先撥部分預算到東區進行微調，較能兼顧各地方的需求。

- 二、為何要進行微調，又做了第 2 點決議，同意 106 年風險調控為未來檢討公式時，應將區域資源特性納入思考，因為東區的族群結構及精神科的利用及資源耗用，與其他地區不同。因為全國的精神病患都集中在東區，長期耗用東區醫療資源，造成東區醫療資源更加不足，所以點值一向偏低。如果沒有將區域資源特性納入思考，以後精神病人就留在自己家鄉就好，不需要移至東區醫療。你要將病人全部留在東區，當然要有調控機制增加風險調整基金。以上是根據去年 12 月份委員會議的決議，再次呼籲，既然有這樣的政策方向而有共識，一定要貫徹。

傅主任委員立葉

請何代理委員語、陳委員亮良。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、依據去年的經濟成長率及物價指數，都沒有超過 3%，目前台灣依照 6 月份的 GDP(Gross Domestic Product, 國內生產毛額)成長率，只有 2.05%，CPI(Consumer Price Index, 消費者物價指數)只有 0.69，但連續 2 年行政院核定的總額成長率最高值都在 5% 以上，這對於未來民眾的負擔及整體社會經濟力的承擔，是越來越重的。而且醫療的龐大支出，若沒有妥善規劃，會出現傾斜現象。
- 二、有關重症醫療的政策，並沒有看到文字敘述，目前重症醫療的醫師培養要加速推動及未來重症醫療醫師的科技化培訓，因為未來要走向自動化手術，醫生不必靠近病人，從檢驗、X 光照射，到核磁共振及電腦斷層的數字，全部輸入自動化機器人，所以要培訓醫師有 AI(Artificial Intelligence, 人工智慧)的知識。如果醫界不培訓 AI 的相關知識，因為未來 AI 當然是專業人才，國家要培養，但醫生要有 AI 的認識及知識，走上機器

人自動手術，醫師只是在操作電腦，手術過程全部由機器人手臂一次完成，因為手在人體內部無法 90 度彎過去進行手術，但機器人可以。目前英國已有 1 組自動化手術機器人在推動，台灣也有 1 組醫療大學也試著要推動，但發現 AI 科技人才很短缺，所以已經找了很多國際 AI 大廠來推動，未來走向自動化機器人手術的目標。所以我認為重症醫療的投入及重症醫療醫師的 AI 科技，要很重視。

三、分級醫療在這裡沒有看到，要均衡整體國家醫療服務的態樣及層面，需要落實分級醫療的觀念與政策。

傅主任委員立葉

先請陳委員亮良，再請吳委員榮達、干委員文男。

陳委員亮良

- 一、補充資料及謝委員武吉都提到「合理反映偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源之分布」。我來自雲林偏鄉，個人感受更深，落實三級醫療，健保署實責無旁貸。城鄉醫療差距確實很大，雲林縣要進步到有機械手臂，根本不可能，即使再過 10 年、20 年，也達不到這個夢想，我們還是務實一點，回歸到 107 年總額協商政策的討論。
- 二、我認為除謝委員武吉所提三級醫療一定要落實外，我在提出討論事項第九案中也特別提到，尤其我參加基層醫療訪視，深深感受到偏鄉醫療確有不足之處，需要改善，應落實三級醫療制度，確實保障並獎勵偏鄉診所開業。
- 三、目前台灣社會環境有兩個現象，就是什麼都漲，只有兩樣不漲，一是勞工薪資、一是人口數。以雲林而言，0~4 歲兒童僅 1 萬 2,558 人，65 歲以上老人將近 7 萬多人。數據顯示資源不足地區確實需要特殊的醫療考量，希望健保署著重在偏鄉地區，包括花蓮、南投、台東、彰化及嘉義等，針對這些地區制定政策並落實。
- 四、補充資料第 5 頁提到勞動基準法之修正，希望健保署針對一例

一休政策，所衍生各總額部門人力成本之增加，應充分考量。

五、醫院的人口結構改變率大幅成長，但牙醫門診卻是零成長，中醫門診也才 0.409%，落差極大，似有反淘汰現象，希望要審慎考量，不要重醫院而輕門診。

傅主任委員立葉

先請吳委員榮達，再請干委員文男。

吳委員榮達

補充資料第 5 頁有關「107 年總額協商之政策方向」第 8 點「適度反映因勞動基準法之修正或醫療相關政策之改變，例如一例一休政策或住院醫師縮減工時，所衍生人力成本之增加，以健全醫療體系之運作。」適當調整是應該的，但我們希望各醫療院所及健保署對於反映調整，應有客觀數據及計算公式，而非空洞的主觀推估，以利增進協商共識。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

一、有關政策方向，國發會回饋的意見很好，但應更具前瞻性。針對重大疾病患者，我贊同何代理委員語的發言，目前已進入大數據的 AI(人工智慧)醫療時代，但我們的政策未能與時俱進，預算編列與去年協商大同小異，仍然老調重彈、了無新意，例如 DRGs(住院診斷關聯群支付制度)也是一提再提，卻未落實執行。我希望政策面能更高瞻遠矚，因國外 AI 技術已漸趨成熟，再過幾年必能實際應用。

二、新藥新科技均已編列預算，但蔡委員麗娟關心癌症新藥，希望能多引進，但其訴求始終未獲正面回應，本席亦心有戚戚焉，癌症並非絕症，但需有新藥。國發會在 AI 領域上應帶領衛福部制定政策，才能編列相關預算，否則仍在舊制打轉，協商時也很困難。

三、有關勞基法議題，我呼應吳委員榮達的發言，希望能儘快訂出

標準，否則協商時各說各話，為此既傷神又傷感情。因一例一休增加的人力成本，目前尚無客觀標準，希望健保署能儘快提出。

傅主任委員立葉

先請王委員雅馨，再請趙委員銘圓。

王委員雅馨

- 一、感謝干委員文男對病友團體的支持，不只是癌症，包括許多其他，如自體免疫及其他未被滿足需求的疾病都有待提出討論。
- 二、有關「運用醫療科技評估工具，合理引進新的醫療技術與藥物」，順帶一提，我上星期參加 CDE(財團法人醫藥品查驗中心)舉辦的「2017 Health Technology Assessment Symposium: Evaluation of Social Care Under Health Technology Assessment Agency」，邀請英國學者 David Gough, Ph.D.及澳洲學者 Henry Ko, Ph.D.演講，令我獲益良多，包括運用醫療科技評估，合理引進新的技術與藥物，醫療科技評估的品質、過程，與合理引進新的醫療技術及藥物習習相關。以下提出幾點看法供大家參考：

- (一)目前 CDE 的醫療科技評估，連同休假日僅有 42 個工作天，工作人員努力在全省跑透透，與各地病友溝通，針對模板認真修正，但我的了解是人力不大夠，僅有 1、2 人負責全台灣的 HTA(醫藥科技評估) 與各地病友的溝通，個人認為人力資源分配嚴重不足。
- (二)英國學者 David Gough, Ph.D.對於 social care(社會關懷)有 30 多年的豐富經驗，病患證據引用到 HTA 的部分達 100%，但反觀台灣本土的病患證據引用到 HTA 的部分非常低，有許多病友證據未被合理適切運用。如何合理引進新的醫療技術與藥物，HTA 的品質及相關人士的觀點非常重要。在此強烈要求未來針對醫療科技評估，不論在人力投入、病患證據及品質方面，政府都應加強投入資源，才是

全民之福。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、針對「引進新藥物及新科技」，是否包括免疫療法，因資料上看不到。目前免疫療法對於許多難治的癌症，都有很好的治癒率，不知衛福部或健保署是否考慮引進？
- 二、有關醫療機器人，我在上上個月訪問中國青海省，在一般人印象中是落後地區，但實際上該地人民醫院的新院區已有機器人手術室，並裝設兩部最新的 CT(電腦斷層攝影)設備。我們的醫院也應與時俱進，進行醫療設備的提升，相關新藥也應多編列預算。相對而言，許多現行療法花費不見得少，透過新藥引進，說不定還可節省醫療費用，就如 C 肝新藥。
- 三、針對一例一休，大家都看到醫院持續在減診、減床中，我不明白為何人事費用還會增加，更弔詭的是，所有工商業的人事成本，都由企業自行吸收，為何醫療院所的人事成本要由全民健保支應？這點我一直想不透，醫界必須提出能讓民眾接受的好理由。一例一休實施後，若沒有減診、減床，或許還有道理，因民眾就醫需求穩定，合理調整尚可接受。另，當初本會編列 5 年 110 億元，用以解決血汗醫院的問題，但實際撥到護理人員手上所剩無幾。之前我要求健保署必須提出數據，因我所問到的案例都無增加或增加很少，大家必須正視這個問題。
- 四、李委員永振提到國民所得在帳面上有所增加，但實際上成長幅度微乎其微。現在剛進入職場的大學生薪資都很低，但健保總額成長高推估值都在 5% 以上，到底合不合理？我誠心建議應讓民眾可以接受，否則對政府威信也有傷害。

傅主任委員立葉

先請林委員惠芳，再請蔡委員麗娟。

林委員惠芳

我也要呼應第 8 點一例一休政策部分，記得過去我們就曾提過，適度反映人力成本是應該的，但不應全歸健保負擔。許多醫療院所都有自費項目，並有高額盈餘，其雇主也應善盡照顧員工的責任。呼應其他委員的意見，合理的比例應以事實作為基礎點，甚至在不同層級的影響也有不同。部分醫學中心可能已實施週休二日，並減床或減診，其實際影響到底有多少？勞基法適用彈性調整部分，到底影響多少？這些若無明確事實作為基準，將帶來今年協商的困境，我們需要盡快面對解決。

傅主任委員立葉

請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

- 一、首先感謝干委員文男及趙委員銘圓 2 位對癌症治療新藥議題的關注。在交議協商政策方向的第 1 點即提到「持續引進新藥物及新科技，增進健保給付價值」，我們都知道，目前疾病治療，尤其在癌症方面，許多都屬突破性藥物發明，對病人存活率改善或生活品質提升都有很大幫助。但因費用昂貴，目前健保大多不能給付，特別在免疫治療部分，因此，造成經濟能力許可者可自費使用，但其他經濟弱勢者只能看得到新藥，卻用不到，造成心理上的二度傷害。如何在健保資源有限的情況下，儘量讓新藥新科技能提早納入給付，是一個很大的問題。
- 二、未來癌症免疫治療可能成為廣域性藥物，不只限於目前通過的適應症，因其機轉是提高免疫細胞對抗癌症的能力，未來適應症可能很廣。在編列明年預算時，應推估未來 1 年健保需給付的新藥物，另推估時，其替代率的估算也是數據上很重要的參考。在編列明年度新藥新科技預算時，希望能將免疫治療納入，當然也希望有足夠的經費，才不致稀釋到點值。
- 三、編列新藥預算時，必須要有監控費用的機制，視其使用狀況是否與核准當時 PBRs(藥物共擬會議)的預期相符。不只是癌症，許多其他疾病未來也都會面臨新藥新科技的引進，因費用

昂貴可以預見，必須有相關配套，在規劃上也要有更積極的準備與作為。

傅主任委員立葉

先請陳代理委員石池，再請謝委員武吉。

陳代理委員石池(李委員偉強代理人)

- 一、我對總額協商政策方向並無特別意見，但大家都知道「預防勝於治療」，但為何預防醫學都沒有編列經費，這點需要檢討。
- 二、政策方向必須列出明確的具體行動方案才有用，空有方向但無可行方案，於事無補。希望下次能提出明確行動方案，而非流於空談。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、剛才聽趙委員銘圓一席話，他去了非常偏遠的青海省。原本台灣醫務管理學會今年也選定青海省舉辦義診，但因其中央衛計委(中華人民共和國國家衛生和計畫生育委員會)提醒車程遙遠，恐有危險，故改至哈爾濱義診，台灣醫師到大陸義診都非常成功，對我們醫師的滿意度都很高。我上個月到哈爾濱，這個月中又到河南省少林寺探訪，剛才陳代理委員石池也提到，我們委員的提案都很好，都在思考如何治療患者。但最重要的一點，我和陳代理委員石池同樣質疑為何未將預防保健列為優先政策？大陸的哈爾濱也是偏遠地區，冬天零下 40 度，我們在上個月月底到訪時氣溫還有 15 度，人家都可做到預防保健重於治療。另到河南省少林寺訪問時，他們又新增禪學修養教育，要提升身心健康。剛才我建議主席休息 3 至 5 分鐘，讓大家緩和一下，就是禪學的道理。釋延琳法師送我一尊藥師佛，開過光的，我也帶回國內。所以，我們要有禪學修養的教育，要有寬大的心胸，但我仍未見社保司有所行動。
- 二、生病就到醫療院所看病的做法是完全錯誤的。之前我曾提過，

大陸的社區醫療辦得很成功，就是我教的。我認為在這裡推不動的政策，乾脆到那邊教他們比較快，心裡才不會那麼不爽。我是言出必行的人，我希望健保應重視預防保健及心靈療養，最後沒辦法才到醫療院所求診，這樣才是自我健康管理的方式。所以，我們不要稍有輕微病痛就一味到醫院就醫，這種想法完全不對。在此建議社保司商司長要勇於改變現狀，追求以改善國民健康為目標的理想，這也是本會應盡的責任和義務。

傅主任委員立葉

先請蔡委員麗娟，再請陳委員亮良。

蔡委員麗娟

非常認同陳代理委員石池及謝委員武吉的看法，預防非常重要，尤其針對癌症。若能預防或早期發現癌症，對後續醫療費用的節省，有很大的助益。目前癌症預防及早期篩檢屬國健署癌症防治組業務，治療才屬健保署業務，但若資源能在前期投入，對後續醫療費用的節省會有很大的幫忙，例如基層婦產科醫師在看診時，同時鼓勵婦女做抹片檢查，若能在給付方面給予獎勵，可減少後續許多費用的支出。但據我瞭解，目前同時提供抹片檢查的服務，並未在給付上有額外的獎勵，造成基層診所投入在這些早期癌症篩檢服務上所需的額外時間及人力，並未獲得給付上額外的保障，甚至可能衝擊未來的醫療服務量及點值。我認為健康保險的意義應該是希望民眾平時是健健康康的，生病時則可以給予完善的照護及醫療，建議思考健保在早期發現及預防上能適度投入資源，不僅能減少醫療支出，對維護民眾健康才能有更大助益。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

一、有關 107 年總額協商範圍，剛才多位委員提到新醫療科技，我認為應聚焦在特定專案，如 C 肝新藥我們全力支持，另外免疫細胞療法，剛才蔡委員麗娟也曾提及，對癌症患者而言，確

實讓他們看到生機，為什麼不給他們一個機會呢？生命是無價的，所以對於免疫細胞療法這部分，是否也能提撥適當的額度，來推動相關的醫療措施。

二、中南部地區，尤其是雲林，因為最近天氣變化很大，時而燥熱、時而大風大雨，新聞也有披露，對老人家的皮膚過敏、乾癬症有很大影響。乾癬症患者有的是求醫無門、有的是看了好幾個醫生、或甚至使用類固醇，確實造成很多傷病痛苦。因為天氣跟氣候演變、空氣污染、過敏原會造成乾癬、皮膚搔癢，使得乾癬患者夜夜難枕、失眠，我身為乾癬患者的家屬確實能感同身受。

傅主任委員立葉

請王委員雅馨。

王委員雅馨

一、非常感謝陳委員亮良對自體免疫疾病病友的支持。台灣有很多自體免疫疾病的族群，很多病友因為沒有 early detection(早期發現)，所以在後面的治療上會比較辛苦。我們發現往年政府對自體免疫疾病，如僵直性脊椎炎、乾癬暨乾癬性關節炎、SLE(systemic lupus erythematosus，即全身性紅斑狼瘡)、類風濕性關節炎等，所做的預防宣導和衛教力道不夠，這部分可以再加強。

二、乾癬易在秋冬復發，為自體免疫失衡的疾病、皮膚及關節為易被侵犯的部位，全台共有 10 萬多位病友，也間接影響上百萬家庭，很多病友也都有共病，包括憂鬱症、三高等問題，所以真的需要大家共同關心。WHO(World Health Organization，世界衛生組織)甚至在西元 2014 年也針對乾癬暨乾癬性關節炎發表宣言，指出其為嚴重的非傳染性疾病(serious-non-communicable disease，NCD)，希望各國政府制定相關政策，進而對其有效管理。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、本案是「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍交議案」，因為行政院已核定成長率之低推估值為 2.349%、高推估值為 5.00%，所以本會委員只能在 2.349%~5.00%間議定總額，任何委員都無法推翻這個範圍。
- 二、行政院核定總額範圍時也提出附帶意見，即國發會委員會審議結論；另外，社保司也提出 107 年健保總額協商政策方向。所以，委員只能針對政策方向提出建議給衛福部參考，每個人都有自己的看法，但最終還是要回扣到整個醫療環境跟政策面的走向。所以今天無法針對總額協商單一項目表決要不要、也沒辦法決定撥給多少錢。
- 三、我很贊成歐美先進國家已進行的保健醫療，但國內在預防醫療上還做得不夠，所以國人認為不舒服就吃很多藥、以為吃很多藥之後病就會好。但國外並非如此，我 2 個孫子都住在美國時，他們對感冒、甚至皮膚紅腫都不給藥，請病患回家觀察 3 天後再決定是否用藥。主管機關衛福部應大力宣導這樣的醫療觀念、醫療政策，以扭轉全民就醫及用藥的觀念。
- 四、就整體政策而言，我們支持國發會的審議結論，但是我們有很多委員也提到應再加強落實分級醫療，我個人認為還要再加強推動預防醫療。至於健保是否能支付相關款項，或者是否由健保承擔責任，應由衛福部做相關的政策規劃。

傅主任委員立葉

- 一、本案討論至此。剛才委員所提意見，包括對新藥、新醫療科技、免疫醫療及預防醫學等各方面的建議，請社保司、健保署做為未來擬訂政策方向或檢討醫療服務成本及人口因素成長率時參考。
- 二、為利 9 月 21 日協商 107 年度總額，請各部門總額相關團體及健保署，參照衛福部交付之協商政策方向，於 8 月 31 日前將

107 年度總額協商草案提交本會幕僚。本案洽悉。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

主席，還有一例一休的部分沒談到！

千委員文男

有關各部門總額因應一例一休政策部分，請健保署提出有規範、一體適用的建議方案，否則在協商各部門總額時都會遇到同樣的問題，會浪費太多時間。

傅主任委員立葉

請健保署現在回應嗎？還是請健保署在總額協商時提出來？(周執行秘書：建議納入本案結論)請健保署特別針對一例一休提供計算方式之建議。(謝委員武吉表示要發言)請謝委員武吉。

謝委員武吉

主席做的結論，好像沒有提到我剛才的建議(周執行秘書：是有關預防醫學方面的部分)。

傅主任委員立葉

我在決議的第二點有提到預防保健。

謝委員武吉

- 一、除了預防保健，還有免疫醫療、身心療養(傅主任委員立葉：是的。)。如同何代理委員語，我的兒子也在美國，他們不是去看病就開藥，這是台灣應該改善的地方；必要時，甚至應該教導民眾自我健康管理，不要有病就去醫院拿藥吃，結果反而傷到身體。
- 二、我真的很想提案調查類固醇使用量，請 TFDA 提供類固醇賣到哪裡去，這是非常重要的問題，但又怕主席覺得我意見多。我家醫院曾有 1 位患者，在別的診所看不到，就來我們醫院看診，第 1 次拿 3 天的藥回去沒有好，回診時請他拿之前在診所

看診的藥單過來，裡面用到 2 顆類固醇，我們把它改成半顆；第 2 次、第 3 次拿藥後我們就幫他改藥。為什麼洗腎患者這麼多？我真的很懷疑原因為何。所以請主席也能對剛才我跟何代理委員語所提的意見加以重視。

傅主任委員立葉

每位委員所提意見我們都會納入參考，有關預防醫學、預防保健、及身心療養的重要意見，也請相關單位於未來擬訂政策方向時納入參考。由於委員表達意見非常踴躍，所以我簡要的做結論，很抱歉無法一一提及，但各位委員所表達的內容，都會記錄在會議實錄，提供衛福部、健保署未來擬訂政策時參考，本案洽悉。接著進行討論事項第一案，請同仁說明。

肆、討論事項第一案「全民健康保險各部門總額評核結果於 107 年度
總額專款之獎勵額度案」與會人員發言實錄

陳組長燕鈴

- 一、各位委員大家好。106 年各部門總額執行成果評核已完成，依本會決議，應接續討論 107 年度總額品質保證保留款(下稱品保款)的專款額度。說明第一點提到，依據本會前所決議之「辦理 105 年各部門總額執行成果評核之作業方式案」，對評核結果達「良」級以上的部門，應酌給品保款預算，以茲鼓勵。由於 106 年評核結果，牙醫門診總額是「優」級，中醫門診、西醫基層及醫院總額都是「良」級，其次，依據「107 年度總額協商通則」，將首次把品保款由一般服務移到專款項目，故需就專額度的計算方式進行討論。
- 二、「107 年度總額協商通則」中亦提及，各部門總額在取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算，與 107 年度的品保款一起合併運用。
- 三、說明第四點，主要是 102~106 年度對總額品保款的相關決議。首先，過去品保款是列於一般服務項下，對於評核結果為「特優」、「優」、「良」級的部門，會分別給予 0.5%、0.3%及 0.1%的成長率，歷年成長率請委員參閱會議資料第 30 頁附表。其次，過去可合併運用最近 2 年的品保款額度，亦即除當年的品保款額度以外，再加上前 1 年一般服務裡的品保款額度合併運作。會議資料第 30 頁附表呈現各部門總額近 3 年品保款的成長金額，及合併 105、106 年品保款後實際運用的額度。
- 四、說明第五點，是幕僚針對 107 年品保款額度之訂定方式，擬具 2 個方案供委員參考。甲案是以各部門前 2 年(105~106 年)總額品保款額度的平均值作為計算基礎，再乘以獎勵成數。建議「特優」級之獎勵成數為 1.05、「優」級是 1.03、「良」級是 1.01。乙案是參酌過去的計算方式，以 106 年度的一般服務預

算為計算基礎，依據評核等級，乘以該等級相對之獎勵成長率，分別是「特優」級給 0.5%、「優」級給予 0.3%、「良」級給予 0.1%的成長率。

(一)會議資料第 31 頁，分別針對甲、乙兩案提供試算結果，其中灰底的數字就是甲、乙兩案下 107 年品保款額度。甲案是以前 2 年平均值乘以成數，醫院是 3.824 億元、西醫基層是 1.041 億元、牙醫門診是 1.179 億元、中醫門診為 0.226 億元；乙案是以一般服務作為基礎計算，醫院為 4.065 億元、西醫基層為 1.094 億元、牙醫門診是 1.191 億元、中醫門診是 0.236 億元。

(二)表格右邊 2 欄是合併 2 年品保款額度的試算結果，不論採甲案或乙案，107 年累計 2 年可運用的額度都會比 106 年度的累計額度還要高，在部門的運作上會比較穩定。

五、會議資料第 31 頁，說明第五點提供委員參考，106 年評核委員認為，各部門應持續檢討品保款的發放條件，並訂定更具鑑別度的標準，104、105 年各部門符合核發資格院所占率，請委員參閱表格內容。

六、會議資料第 32 頁擬辦第一點，係請委員議定品保款額度採甲案或乙案；第二點，是否依過去累計 2 年額度運用的方式，將 106 年度各部門的品保款額度，從一般服務移併跟 107 年品保款專款合併運用；第三點，是否應持續檢討品保款的發放條件，訂定更具鑑別度的標準，以上說明。

傅主任委員立葉

各位委員有無意見？是否先決定採甲案或乙案，或是參考甲、乙兩案另行提出修正方案。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我想先請教甲案獎勵成數中，1 的計算基礎為何？1 的數字有多大？這樣較能理解兩案差異所在。

陳組長燕鈴

請委員翻開會議資料第 31 頁最上方的表，獎勵成數的 1 是指各部門前 2 年品保款平均值。以醫院部門為例，即 105、106 年品保款金額(分別為 3.686 億元及 3.887 億元)的平均值 3.787 億元。以 3.787 億元為基礎，再乘以獎勵成數(如醫院評核結果良級，獎勵成數 1.01)，就能得到 107 年品保款的額度。

傅主任委員立葉

委員有無其他垂詢？是否從如何決定獎勵額度開始討論。請周委員麗芳。

周委員麗芳

主席，建議是否先請各部門代表表達意見。

傅主任委員立葉

請各部門代表先表達意見。請吳委員國治。

吳委員國治

我建議採用乙案。因為往年都是採用前 1 年度一般服務預算作為計算基礎，不知甲案為何以前 2 年品保款額度平均值作為計算基礎？採用 2 年品保款額度平均值的依據何在？另外，獎勵必須是有相對的獎勵基礎，假設某部門有 1 年的評核結果得到「可」級，獎勵成長率為 0%，就會影響到次年度的獎勵，使獎勵的實質作用不大，所以我覺得還是應該維持乙案。

傅主任委員立葉

請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

我們每年都會進行各部門總額執行成果評核，其實各部門每年的執行成果是獨立的，去年做的不好不表示今年一定做得不好，今年跟去年的評核委員也不會一樣。因此，我傾向採用乙案，因為乙案是用一般服務預算乘以某百分比；若採甲案，則計算基礎會受去年影響，這是蠻奇怪的邏輯。我認為品保款用一般服務預算作為計算基礎可能比較穩定，這是代表醫院團體的意見。

傅主任委員立葉

牙醫及中醫部門代表有無意見？請陳委員旺全。

陳委員旺全

雖然中醫在醫療品質部分也非常努力，但由於品保款是以各部門總額作為計算基礎，且中醫部門本身的總額就比較少，所以就算我們再拼，所分得的品保款也不會太多，希望品保款獎勵制度能對中醫做更具鼓勵性的調整。有關品保款計算方式，我們建議採用乙案。

傅主任委員立葉

請謝委員尚廷。

謝委員尚廷

我 echo(呼應)中醫部門的意見。不論是付費者代表或者是醫界，都很重視醫療品質，所以我們很希望在品質方面能得到更多的鼓勵，希望未來品保款能朝此方向發展。我也是贊成乙案。中醫跟牙醫部門的總額占率不多，但希望在偏遠地區、醫療資源不足地區跟其他品質指標，可以分配並得到更多的資源及獎勵，才能給予努力做出品質的醫師及院所多加鼓勵，也請健保會委員多往這方向考慮，因為我還是覺得這個獎勵比率很低，以上是牙醫部門的意見。

傅主任委員立葉

聽起來各部門都比較支持乙案，可否就採乙案。剛才中醫與牙醫部門代表的意見，就納為明年擬定獎勵辦法時參考，好嗎？請林委員敏華。

林委員敏華

由會議資料第 33 頁，表「各部門總額歷年評核結果等級及獎勵之成長率」，可以看到牙醫部門的表現一直很優秀。但乙案試算出來的獎勵金額，中醫跟其他部門的差距實在太大。就我近年參加健保會協商會議的經驗來講，因為總額都以成長率計算，所以當 Base(基礎)越低時，未來差距會越滾越大。所以建議是否能把中醫計算品保款的基礎先訂個定額，但是當然不能超過牙醫，以免中醫跟其他部門的品保款差距越來越大。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、我個人從付費者的角度，非常認真思考本案。誠如剛才醫事服務提供者的論述，醫療服務品質是付費者最重視的，所以只要部門服務品質夠好，我覺得就應該讓品保款正向成長。
- 二、我個人也認同乙案。贊同剛才農會代表林委員敏華所言，身為雲林人，當地幾乎都是務農，也都是農民子弟，我建議乙案給予的評鑑比率，都能增加 0.1%，變成「特優」級給予 0.6%、「優」級給予 0.4%、「良」級給予 0.2%，讓成長率相對提升。因為成長率過小，給部門的誘因就不大。誘因如果夠大，大家就會拚起來，搞不好中醫就會衝到「特優」級。我從付費者的角度能感同身受，既然要評鑑，希望我們就以正能量、正面的角度予以獎勵，鼓勵他們做到好，付費者就醫時才能享受到好的醫療品質。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

- 一、我也贊成乙案。剛才楊委員漢源提到，甲案的品保款計算方式，會連動到前 1 年的品保款，好像不是很公平。再從會議資料第 33 頁的表格可以觀察到，各部門總額評核結果從 89~99 年之間是一個階段，從 100 年迄今是另一個階段。因為 99 年之前，部門評核等級多是「特優」、「優」、「良」；100 年之後「特優」級就沒有了，多是「優」、「良」跟「可」。不過，近年來可以看到各部門相當認真，每年都持續進步，但我們還是給 0.5%、0.3%及 0.1%的獎勵比例，個人以為在品保款上應該給部門更大的誘因。
- 二、剛才有委員提及，是否在品保款上所給予百分比之外，另外定一個下限，我覺得這個方向是可以思考的。雖然每個部門的計算基礎不太一樣，但我覺得大家可以討論一下，牙醫跟中醫的

計算基礎較小，所獲獎勵額度實屬有限，激勵效果不大，如能對牙醫與中醫部門訂定合理的品保款獎勵下限，值得大家討論。

傅主任委員立葉

先請干委員文男，再請林委員惠芳、何代理委員語。

干委員文男

- 一、甲案是考量 2 年的總額品保款額度合併平均值作為計算基礎，乙案是以今年一般服務預算，我們的會務單位也很貼心，作了優劣點的分析，但剛剛幾位委員提出的意見，大家選擇乙案，則可能屬於今年的優的，明年變成可時，就沒有辦法成長。以 2 年平均值來計算比較穩定，這部分請我們的會務人員再詳細說明給大家。
- 二、對於獎勵辦法，剛剛有幾位委員提出來，其實還有第 3 個方案，因為需要評核，每個單位都做得要命，如果通通得到良，因為 base(基礎)不一樣，所接收到的鼓勵也就不一樣，這個比較不公平，而且醫院總額執行大部分都是健保署在報告，他們自己做的東西，在評核的時候聽起來會比較少一點，其他的人報告得就比較多。
- 三、因為 base 不一樣，對於 base 低的要怎麼解決，今天的方案，去年決定了就不要再討論，明年怎樣辦，就保留一些時間提出來討論，有關第 3 個方案，就是要鼓勵非常努力做的總額部門，請主席裁示。

傅主任委員立葉

請林委員惠芳。

林委員惠芳

- 一、主席，各位先進，我對於甲案或乙案沒有太多的意見，現在乙案對於醫界來講比較有利，但是剛剛干委員文男提到的也有道理，確實需要再思考，因為萬一明年表現沒有今年好，則成長率就會往下掉。

- 二、剛才幾位委員提出來，是否錢要增加，中醫部門最少，牙醫部門次之，我想這些都是跟著預算來的，這些都是根據預算計算出來的結果，如果要調整某一個部門，那其他部門是不是也會有意見，這些本來就是依照預算比例計算出來的，這種結果是很自然的現象。
- 三、假設我沒記錯，這些是我們去年的附帶決議，是希望鼓勵到醫療院所努力提升醫療品質，所以我更關心的是發放標準，但是我覺得品質標準是很專業的事情，這可能也不是我們付費者代表就可以去訂定，而是我期待各部門要訂出品保款的具體發放標準，有關提升專業品質，也只有專業團體最清楚，甚至每年可以依照專業發展階段的需要去調整標準，但一定要自己有一個可以明確參照的標準。
- 四、去年看到這個議題，感覺上醫院部門好像是雨露均霑，比較沒有鼓勵到醫療品質的提升，因此，大家關心相關標準是否更有鑑別度，這些鑑別度，也要回到各部門自己訂定，訂定好了以後，也稍微給大家過目一下，所以，這個事情應該回到專業上來談。

傅主任委員立葉

先請何代理委員語，再請吳委員榮達。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、若以實際狀況來講，評核 105 年的優劣，用 106 年的一般服務預算來換算，這是很合情合理的事情，剛剛也有很多委員提到，萬一明年在評核時沒有拿到良以上，那 107 年可能就沒有品保款。
- 二、我們去年決議要改為專款，甲案雖然金額少一點，但對整體醫療服務團體來講是比較保險的，風險會比較低。乙案若以 106 年來算，是有一點優惠金額，但風險比較高。
- 三、過去牙醫總額表現一直都很好，中醫總額也很積極進步，基本上來講都會擁有一個良好的評核成果。但問題是在於評核標準

可能是過於少項，只有特優、優、良、可、劣，很單純化，沒有再更細分，也許只差一分就從良跑到可，或差零點幾分就從可跑到良，因為打分數時不會那麼精準，所以去年已經決定好的評核標準，今年要去改變是很困難的，我認為今年 12 月以前應該可以重新提出來，討論明(106)年的評核標準能更細項與精緻。

四、基本上我是支持乙案，由他們自己決定的心願，但醫療服務團體也要考量到風險性。如果從評核等級分得更周全，才有辦法決定要不要給他們多一點錢或者少一點錢，不然評核出來都是良，就有存在很大的不公平性。我也理解中醫總額跟牙醫總額的分母比較少，但實際上評核標準表就在那邊。如果有優+、優-，良+、良-等，就像英文成績有 A+或 A-，這樣錢就可以多一點或少一點，才有辦法改變這個事實，我也支持干委員文男的意見，但我覺得還是依照原本的評核標準來走，會比較公平、公正，才不會有很多的爭議。

傅主任委員立葉

先請吳委員榮達，再請謝委員尚廷。

吳委員榮達

剛剛有部分委員提議要提高獎勵的成長率部分，我是反對，因為整個健保收入成長方面趨於緩慢或停滯，甚至已經在討論 2 年後是否調高保費，要調高多少，所以不宜再增加健保的負擔，這是我的建議。

傅主任委員立葉

請謝委員尚廷。

謝委員尚廷

一、我呼應幾位委員的意見，同意對於提升醫療品質的鑑別度很重要，若為 84.9 分，獲得 0.1%的成長率，若為 85 分，獲得 0.3%的成長率，差 0.1 分，就可以差一個等級，成長率差 3 倍，這樣的鑑別度是不夠的，是否將成長率由 0.1%提高到

0.2%，由 0.5% 提高到 0.6%，我沒有意見，我建議若 80 分的成長率是 0.1%，那每增加 1 分就增加成長率 0.04%，這樣到了 85 分，成長率就到 0.3%，86 分，成長率就到 0.34%，90 分就成長率剛好是 0.5%，若得 91 分就得成長率 0.54%，將每 1 分的級距拉出來，這樣感覺到鑑別度增加。

二、我希望要賞罰分明，對於醫療品質做得好的，我們要正向鼓勵，我在還沒進入健保會之前，就提過要將品保款變成專款，這個如果納入一般服務預算，則鼓勵效果更多，我只是提一下這個意見。

三、我們每一年在做評核時，就是在總檢討做的醫療品質好不好，我想每個總額部門都不斷提升醫療品質，我覺得評核老師與其他與會者約有 100 人在那兩天都努力參與，就是希望、督促與鼓勵醫界把醫療品質作出來，評核老師與各位委員也對各總額部門提出很多很好的意見，我當然只參加牙醫總額，今年評核老師與很多委員就給我們很多寶貴的意見，我們要突破現況以擁有好的醫療品質，以致更加精進，我們是很重視且在努力。

四、我希望明年評核標準由醫界共同擬訂出來，若提升醫療品質成果很好，在獎勵醫療品質方面力度能更大些。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

一、大家都在吃便當，「吃飯皇帝大」(台語，表示吃飯很重要)，不好意思！打擾一下。我個人覺得，呼應剛剛周委員麗芳所提到的，她在參與總額評核的過程中，確實評核分數如果差 1 分或差 0.1 分，就可能差一個級數，我還蠻支持剛剛謝委員尚廷提到的，讓評核等級的辨識度能更高一點。

二、剛剛也有委員覺得說，只有獎，應該也要有懲，其實目前也有核扣，不會增加消費者的負擔，但我是肯定這個提升醫療品質的部分，因為這是社會大眾共同希望達到的，如果沒有這個

好的評核制度，以鼓勵醫界提升醫療品質，這對健保制度是不會有幫助的。我是希望讓辨識度能更細膩一點，因為我是雲林農民子弟。會議資料第 33 頁提到中醫部門，94、95、96 年，有好幾年都是「可」，都沒有成長率，中醫部門總額本來就很少，確實需要鼓勵一下。

三、因為要達到辨識度更深切一點，我還蠻贊成謝委員尚廷與周委員麗芳所提出來的，分數確實有小數點會影響到等級的問題，所以我希望健保署要審視採納。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

一、我呼應吳委員榮達剛才提到的，如果健保收入再多一點，我們的鼓勵金就多一點，這是對的。

二、今年甲、乙案已經成定局，只能從中選擇 1 項，但是剛剛提到的，如果要把級距或辨識度拉高，也讓評核委員做裁示的話，可以多一點 range(範圍)，他們在評核時真的非常辛苦，我們非常感謝！今天這個會議資料我看到眼睛都痛了，是否可請主席裁示今天就採用甲案或乙案，於今年底以前提出拉高級距或辨識度的方案，以解決明年的問題。

傅主任委員立葉

先請李委員永振，再請楊委員漢淥。

李委員永振

一、剛剛聆聽各位委員的高見，我在思考一個問題，這個項目是不是應該考慮到就醫者的安全，對於醫療品質的要求應是 100%，做得更好的才給他，若從這個角度切進來的話，我是贊成剛剛林委員惠芳所提到的，我算了一下，乙案比甲案多了 3,160 萬元而已，不是很高，但在會議資料第 31 頁左下角，有一項「符合核發資格院所占率」的百分比，需思考是否達到核發這個項目的目的？醫院核發到 98%，其他的都在 78% 左

右，這樣能不能確保我剛才提到品質已經達到 100%，超過部分才給錢。

二、剛才我跟張委員文龍提到，105 年中醫門診總額 1 家診所才約獲得 7,400 元品保款，這樣有誘因嗎？有的醫院應該有上百萬元，其他的有上萬元，當然中醫總額有兩個角度，1 個是母數太小，剛剛部分委員提到過去的評核結果，還在努力，所以基數比較小，另 1 個是需要達到符合核發的資格，如果中醫過去比較不足的地方，到底在哪裡，需要有努力的方向，是不是可以適當考量給他一點誘因，評量的百分比可以不一樣，往良性發展，剩下的應該是給評核委員去考量。

三、我再強調一次，就醫安全是應 100%，多一點是獎勵的，也不是要普遍這樣來發，從這個角度來考量，會不會找到比較合理的方式。

傅主任委員立葉

請楊委員漢淥。

楊委員漢淥

一、我有 2 點說明，第 1 點，歷年來的總額評核會議，醫院部門大部分都是由健保署來負責報告，其原因是醫院的總額審查是由健保署自己做，但今年已經交由醫院協會負責，所以明年應該會由醫院協會來報告，這跟制度有沒有授權出去有關係。

二、第 2 點，我是覺得獎勵的程式見仁見智，但是我認為什麼叫做品質，是非常重要的，總是要有一些比較客觀的指標或標準來評核，才能呈現出來哪個部門做得好或不好，下次在討論明年評核的時候，應該不是只有在評核會議報告就好，只有幾位評核委員審查而已，而是需要更多資料放在一起做評估，才能更客觀呈現醫療品質的差距。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

我要回應剛剛謝委員尚廷所提到，是不是可以依照不同分數訂定獎勵百分比，建議從明年度開始思考，今年度較不宜，因為今年度評核委員評分時，是從特優、優、良、可、劣的等級思考，沒有與分數做連動。

傅主任委員立葉

本案已經討論一段時間，各位委員對於評核作業方式之建議，因為明年的評核作業方式，還是需要提到本會討論後再決議，屆時還有機會表示意見。請各位委員先針對會影響今天決議的部分發言。先請何代理委員語，再請黃委員偉堯。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、我過去曾有被強迫去擔任評核委員一次，那個月我根本沒有休息，資料真的太多了，看到凌晨 2、3 點。
- 二、我也知道醫事服務團體都非常努力想表現出非常好，我不知道是否要到現場評核，教育部曾經聘請我擔任 6 年的科技大學評鑑委員，當天早上到大學評鑑，有關自己的評鑑報告書、分數、結論等，在 5 點半以前要寫出來交給教育部官員，所以壓力非常大。
- 三、我們這個評核只是從書面上去很努力看資料，這是衛福部的制度，跟教育部不一樣。我知道今年的評核準則，如同周委員麗芳所言已經定案，無法再修正，所以我剛剛有提議，如果在 12 月底前有更精細的方案，則適用明年度來做，這樣會比較好。我是支持醫界希望用的乙案。

傅主任委員立葉

請黃委員偉堯，這是最後一位委員發言。

黃委員偉堯

主席，各位與會者，我有 3 點簡短說明，表達對評核會的看法：

- 一、第 1 點，評核會的目的不是只有針對醫療品質，而是針對總額部門的整體品質表現，包含總額部門管理的結構、過程、產出、效率與執行結果等，這些可以從評核會的評核項目內容看

出來。

- 二、第 2 點，經過評核會所形成的評等結果，擔心對各部門的誘因與動機不大，所以設計出現今的獎勵制度，這個獎勵是因整體總額的品質而來的，但跟醫療品質並沒有直接關係。
- 三、第 3 點，希望總額管理表現優異獲得獎勵的部門，能有效運用這筆獎勵，所以指定用途限定在醫療品質上，而不是部門內均分。由於醫療品質為各部門的醫療專業，因此需要各部門自行設計標準專用在提升醫療品質上。只是醫療品質本來就是應該要做到的基本條件，因此期待部門內發放的標準要有鑑別度，也就是需要超越一般醫療品質水準的特優型醫療品質醫療機構才能獲得；不希望各部門直接或沒有鑑別度地將獎勵均攤給大家，也才不會發生有的部門每家醫療機構只分到幾千元，而失掉獎勵提升醫療品質的意義。

傅主任委員立葉

- 一、綜合大家的意見，做以下 3 點裁示：
 - (一)剛剛委員的意見，請本會幕僚於研擬明年度評核作業草案時納入考量，再提到本會討論、決議。
 - (二)大家很有共識的部分為，應該持續檢討品保款發放的條件，訂定更具鑑別度的標準，以達到提升品質的效益。
 - (三)有關 107 年度品保款專款獎勵額度的計算方式，採乙案。
- 二、這樣可以嗎？(委員表示可以)，就照這樣的方式辦理。接著進行討論事項第二案。

伍、討論事項第二案「建請依據 106 年度醫院總額協商分配重症金額 60 億元，請健保署提出書面分配內容之詳細表給委員瞭解卓參案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

提案委員有無補充說明？請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、主席，各位委員，大家好，這個案子健保署於 106 年 8 月 9 日醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱醫療服務共擬會議)有提出一些細項，以分配重症金額 60 億元，但是今天提給健保會的資料，並沒有明列支付的日期，但是在醫療服務共擬會議，是要公告以後再支付，就變成要到 9 月份去了。
- 二、我認為這是 106 年的預算，應該用在 106 年，即從 1 月 1 日就開始支付，所以希望追溯到 106 年 1 月 1 日實施，這包括地區醫院列的 6.34 億元，若從 9 月份開始，則這 60 億元假使沒有用完，雖然沒有收回去，但剩餘的錢會在一般服務裡面去分配，這對原先在去年總額協商，希望這 60 億元全部用在重症裡面，就沒有達到我們的目的與期望，我們希望重症醫療這一塊能得到合理的醫療總額分配。
- 三、另外，我也希望，雖然今天只是列出大項，沒有列出全部細項給我們委員，但是我們尊重健保署認為哪些都是重症，付費者對醫療也不懂，也很外行，我們尊重健保署拿出來的資料。但是我們還是希望這 60 億元真正用在重症項目，而且可以追溯從 106 年 1 月 1 日給付，因為當時是以 1 整年的數據去換算金額，若從 9 月份才開始給付，則整年的誤差值就很大了！

傅主任委員立葉

若提案委員的說明已經結束(提案委員表示同意)，接下來先請健保署說明，再請干委員文男表示意見。

蔡副署長淑鈴

- 一、有關 60 億元的分配，請參看本案文字說明很清楚，其為 106 年總額協商時，醫療服務成本指數改變率共有 89 億元預算，其中 60 億元指定用於調整重症支付標準，部裡核定下來的時間，是 105 年 12 月、接近 106 年 1 月時，因而本署接收到「60 億元要用在急重症」這樣的指令，就是從今年 1 月開始作業，於是請 40、50 個專科醫學會提供意見。
- 二、徵詢結果為專科醫學會期望的調整總金額達到 220 億元，但我們的預算只有 60 億元，所以涉及項目優先順序如何安排。因涉及專業認定，後來另邀請內外婦兒 10 位專家來協助本署排序完成建議案，其結果已提至 8 月 9 日醫療服務共擬會議討論，並經通過。
- 三、有關何代理委員語及部分委員的質疑，在此進一步說明。首先，時序到 8 月 9 日才通過，接下來還是需按照一定的程序，先預告、再公告，確實執行時程是往後的。不過醫療服務給付項目及支付標準是法規命令，仍須依一定的程序，如有調整，一定是公告後才能生效。跟各位委員報告，過去以來支付標準的調整一向以「不追溯」為原則，曾經有 1 次追溯實施，但衛福部法規會認為不妥，所以後來就都以不追溯為原則，但不追溯不代表費用沒有回到重症，只是晚一點回，因為生效之後，以後就是以新生效的點數來支付。
- 四、至於何代理委員語質疑，晚生效是否就代表預算就沒用完？向各位委員報告，一點都沒有收回來。因為這部分的預算是屬於非協商因素，預算直接進入一般服務，分 4 季結算。時序到現在，第 1 季早就已結算完，且 8 月 9 日通過的調整案將採不追溯的方式，因此這 60 億元於第 1 季的部分就已併入結算，而第 2 季顯然最近也要開始辦理結算，所以本次調整也來不及納入，至於第 3 季，就看從哪個月份開始生效，我們就從那個月份開始會有重新分配。綜上而言，這筆預算沒有用不完的問題，是全部都用完，只不過就如何代理委員語所言，用於重症方面，是從生效日公告之後才開始。

五、詢問 60 億元如何用於醫院 3 個層級，其實 3 個層級都有分配到，就算是地區醫院也有執行急重症的部分，因此部分地區醫院當然也有分配到。

六、8 月 9 日醫療服務共擬會議，雖已經通過 60 億元的分配，但尚未討論到醫療服務成本指數改變率還有 29 億元的部分，因此還要在 9 月初召開該會議臨時會來討論其分配，屆時由共擬會議的代表，進行討論並決定後，循行政程序於預告、公告後生效。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

- 一、本案受到各方團體關心，不只因預算很多，也因為用於重症，若越慢實施，就像是人命被醫界跟健保署忽略了。本來應從 1 月 1 日就要開始執行今年的預算，這 60 億元應該在 1 或 2 月就要執行的，希望醫界內部的協調，也應該要加快以配合健保署。就以本次會議資料第 105~150 頁「西醫醫療給付費用總額相關事宜討論會議」紀錄來說，我看起來是心有戚戚焉，到底是健保署無力？還是醫界自己本身要檢討？
- 二、到目前為止還有 20 多億元沒有分配，而今年度到 12 月就會結束，若有剩下的是多給你們的？還是你們要怎麼用掉？站在消費者立場，我很質疑這個問題。若用不夠而超支，要怎麼辦？或若有用剩的，到時候那些錢要怎麼辦？變成雨露均霑，大家一起分嗎？那我們的錢是否浪費掉了！所以可看出，每次談到錢，我們的效率及能力真的不彰。
- 三、在看前述這份紀錄時，我連續看了 2 次，都有劃出重點，每個人發言都很尖銳，又無法解決問題，沒有效率，這點跟我們健保會一樣，幾次的專案報告都沒有進行報告，現在是 12 點 40 分，但又說預計下午 1 點半今天會議就要結束，這些專案報告要怎麼報？剛要上課，就要談下課，效率在哪裡呢！

- 四、還有 20 多億元應該快點分配，我相信健保署有這個能力，若他們不分，乾脆健保署就自己決定要怎麼分就好，要互相對罵就讓他們自己去罵，每次分錢都在發牢騷，都在講那些。所以看了這個案子我就很生氣，若有不禮貌之處請各位體諒，也都是為了大家好。
- 五、再次重申，希望執行不要一直拖，現在 8 月了，9 月才要開會，等於今年只剩 3 個月可以實施。給你們的錢還沒用完，而沒有用到的那些病人是不是很倒楣？沒用到的是不是形成一種浪費？想請教本會學者專家對此預算執行程度的看法為何，因為你們也看到，醫院部門於評核時，都是健保署在報告，因此想請專家學者委員對其執行效率予以評核。

葉委員宗義

- 一、本案及討論事項第三案是由 5 位雇主代表所提，不過我現在跟另 4 位提案人在講，其實這 2 案不需列為討論案，應該以報告案呈現即可。
- 二、我及何代理委員語是醫療服務共擬會議的代表，另我與張委員文龍則是藥物共擬會議的代表，其實共擬會議都辛苦，例如很多藥物放到會上討論，但到底要聽誰的，還有醫界聲音常認為藥都很貴，若全部通過就變成醫界虧了。因此本案在醫療服務共擬會議時，我及何代理委員語 2 個代表，覺得要負責協調溝通，因此在本會進行報告的理由就在這邊，因為在共擬會議還要跟該會議的其他代表討價還價，也就是真正做出決定的場合是共擬會議。
- 三、因此，本案於本會討論似乎就錯了，還是向主席重申，本案及討論事項第三案在本會應屬報告案，不用再討論，不過委員所提意見可作為改善的參考。

傅主任委員立葉

贊同葉委員宗義的意見，本案是建議健保署報告，其性質比較像報告案，不過也許委員剛好想藉此機會表達意見，希望本案能盡快進

行，因為今天還有很多重要議案尚待討論。先請剛剛已經舉手的委員發言，依序請楊委員漢淙、陳委員亮良、何代理委員語、趙委員銘圓、李委員永振。

楊委員漢淙

看到本案，本來覺得有點奇怪，現在聽了提案委員的說明，了解到提案委員的目的是希望健保署說明分配情形。不過我要說的是，各位覺得好像是醫院在反對，但在此特別說明，自從這筆預算於去年協商通過後，我從來沒有參加過 60 億元怎麼分配的任何會議，也就是既沒有接到開會通知、更沒有參與任何會議。相關研議完全是由健保署自己規劃及進行，我聽說該署邀請了醫界大老或專科醫學會代表，但的確沒邀請醫院團體代表，因為我是台灣醫院協會理事長，有沒有受邀請我很清楚。所以希望不要說醫院沒有效率，事實上並非如此。

陳委員亮良

很多委員關切重症 60 億元的分配及推動，有時候我們可以思考一下，健保署公務員都很認真、爆肝，執行都還是持續有在做，只是可能尚在行政程序的階段，完成法定程序後才有辦法合理分配。也許過程中，醫界各方都有意見，無法形成共識，所以要有時間讓健保署這邊將意見整合，據以推動。我也是公務人員，深知這是公務機關的無奈，要依法行政。政府部門其實很多計畫、工程都有持續在進行，但因尚未結案，就變成需要保留，及進行後續相關政府流程。健保署的公務人員拚的辛苦，也要給他們時間，不要那麼迫切，原則上本案依我來看是一個工作報告案，我想這部分我們還是給健保署時間，讓他們再充分準備跟討論，以提出詳細報告。

傅主任委員立葉

先請何代理委員語，再請趙委員銘圓。(蔡委員登順示意要先發言)

蔡委員登順

大家都認為開會時間不夠，而且議案那麼多，我想拜託各位委員個人發言次數不要那麼多次，自己控制一下發言時間，不要每次都讓

會議一直延宕。除了幾個報告案都沒進行，且有關下個月總額協商的幾個重要議案也還沒處理，再這樣下去，下個月怎麼協商？再次重申，這是對全體委員的建議，希望不要在同一案中發言 3、5 次，這樣似乎變成個人秀不太好，希望大家能一起遵守。

傅主任委員立葉

謝謝蔡委員登順的提醒，這也是我的拜託。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、剛剛葉委員宗義所言，因為我們雇主代表有一個共識，要提案要 5 個人一起連署，葉委員年高德劭，貴人多忘事，講過都忘了。(葉委員宗義：哪有忘記，你亂說！)(全場笑)
- 二、基本上去年協商後，於去年 10 月衛福部部長就已公告，對於本案，據了解好像去年 11 或 12 月就已開過會，但一直到今年 6 月底都還無法定案，所以我們才提出本案，提案的用意是，一方面是想督促健保署跟醫界趕快去完成，因為有人提案才會有壓力，不然沒壓力就會變成拖著無法解決。
- 三、之前在醫療服務共擬會議，也討論過支付標準追溯日期案件(蔡副署長淑鈴：只有 1 次)，並不是沒有。我不清楚的是，若這 60 億元只有第 4 季使用，明年還有沒有這個經費？(蔡副署長淑鈴：有，因為已滾入基期。)滾入基期了，那就 OK。
- 四、其實當初提案用意，還是要給醫界一點壓力，總額協商給的錢，應該要趕快談完如何分配，不能在去年 11 月就開過會而又不能解決，拖了半年以上，我當然知道協商之後都要讓他用完，但我們也希望醫界可以快速把總額協商的金額達成共識，拖到現在都 8 月了，我也才剛收到醫療服務共擬會議 9 月 1 日要開會的通知。

傅主任委員立葉

我們都可以了解，本案提案的用意是為了督促盡快處理。接著請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、本案由報告案改成討論案也不錯，讓大家更瞭解。我有一點意見與干委員文男不太一樣，我認為編列的錢不一定要全部用完，應該是有重症才需要用到這筆錢，沒有重症為何一定要用完？所以這部分我和干委員不太一樣。
- 二、另想請教健保署，7月12日聯合晚報有登了一篇蠻大的報導，是有關輕症改重症的問題。這件事我不知道是否屬實，但連畫面都有報導出來，應該是有一些醫院要賺錢，就把輕症改成重症，況大家所繳的健保費，也是國民的納稅錢，這部分要怎麼防範，應該要做一個把關。

傅主任委員立葉

先請李委員永振，再請黃委員啟嘉、吳委員榮達、謝委員武吉。

李委員永振

- 一、因為我是共同提案人，所以先把提案目的講清楚，剛剛何代理委員語已經說得很清楚，個人補充2點。
 - (一)重症是我們一直很關心的議題。
 - (二)金額總共有60億元，是蠻大一筆費用，我們C肝新藥20億元就已經討論半天，這60億元就更應該要追蹤，這是提這個案子的用意。
- 二、剛剛干委員文男和趙委員銘圓都有提到，這是付費者很關心的，蔡副署長淑鈴提到作業情況有一點時間落差，現在才處理第1季，但是付費者代表的想法是，這一大筆錢應該是一個誘因，辦法出來後，就應當要往這方面順著走，不是事後合理分配就ok，中間如果有空間改善，應該就可以把實際和期待之間的落差融合在一起。

傅主任委員立葉

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、我可能要請健保署確認，我們的想法是不是有問題，這60億元是從非協商因素來的，記得在上一屆健保會，羅老師紀琮講

到，非協商因素是因為人口老化、投保人口成長，以及使用成本增加而來的，所以只要維持原本的服務狀態就應該要有一定的成長。

- 二、健保署可能是用了很大的行政力量，叫醫院把非協商成長去調急重症支付標準，在醫院點值遠遠不到每點 1 元的現狀中，即使沒有調支付標準也無可厚非。我肯定付費者對重症照顧的關心，不過醫院本身在處理這一塊的時候，可能它要考慮的是，是否能夠反映到各科間相對成本的問題。所以需要時間。
- 三、其實調整急重症，會牽涉到 3 個醫院層級之間醫療資源的挪移。3 個醫院層級在同一個總額內部，資源分配也有一些爭議，這些東西都需要處理，付費者代表可能要理解他們內部必須要精算，因為每一科都覺得他們的重症很重要，但錢一定不夠分，而醫院的點值目前也沒有到 1，每個科別都看到自己的重症被低估，都不會覺得調整比別人不急，因為只要牽涉到自己的病一定是最重、最急的，所以在這種情況下，他們需要有協調的空間，這是我對這個問題的認知。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

- 一、就付費者代表的立場，我們關心的是，編了這個預算，到底有沒有用到重症？今天看了健保署的意見，針對大項的部分有做一些說明，只是說這 60 億元分配給哪些項目，實際上是否合乎重症的標準，似乎不太能看得出來，所以建議健保署是不是能夠將核撥的標準定出來。
- 二、建議今年度的 60 億元的核付的狀況，是不是可以在明年的健保會提出一個報告，說明這 60 億元如何核撥、使用在重症上。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉，之後再請盧委員瑞芬。

謝委員武吉

- 一、其實剛剛黃委員啟嘉所說的，關於非協商因素挪過來用，這是從以前費協會的時候，都沒發生過這件事，新任署長也很清楚。對於這 60 億元的問題，剛剛我們楊委員漢涑談過了，醫院協會都不曉得，3 層級的協會都不曉得，我是 3 層級裡面的社區醫院協會的理事長，地區醫院難道沒有急重症嗎？連一個委員都沒有，這是事實面的呈現。
- 二、還有，我們要去追討他到底為什麼會去調整這些的原因，它的因素是在哪裡？它的用法是在哪裡？我們都不曉得。我也曾經投稿，讓社會大眾瞭解過，我出去評鑑，都會去看每家醫院的薪資報表，你們知不知道我們一直在說五大科都缺人，但卻有一科上好(台語，非常好)，地區醫院都是 40 萬到 50 萬之間，有一個「復」字，光復的「復」，那一科都是 40 萬到 50 萬，所以這是不是合理的？五大科找不到人就是這個原因。
- 三、有一個問題，我在這裡要慎重、特別提出一個警訊：
 - (一)會議資料第 35 頁第 6 項，調升手術項目 130 項，調幅從 2%到 150%，到底醫師是拿到多少錢？因為醫院的經營都是用 PF(Physician Fee，醫師費)制度。
 - (二)向各位委員報告，有的醫院是 20%到 35%，大型醫院最高到 40%，中型是 40%到 65%，地區醫院則是 85%到 100%，不然地區醫院請不到醫生，沒有人要去，所以一定要讓他們抽成特別高，因為患者數量少，抽成就一定要高，投資報酬率對地區醫院是非常不利的。
 - (三)這案裡面，剛剛楊委員漢涑也說了，都沒有醫院層級有人參加，所以說我是想提倡，我最 care(在意)的一個問題就是第 6 項調升手術項目的 PF 制度，以後醫療院所是 100 再加 53%，給醫師的醫學中心是 20~45%、區域醫院是 45~65%、地區醫院是 85~100%。
 - (四)所以我是在這裡慎重向各位委員提出說明，應該要注重這

點，給手術醫師一個合理化，像高雄義大醫院的院長杜元坤，他專門做手臂神經叢的醫療，他開個刀就是要 7、8 個小時，但是他曾說過到最後拿到的錢就是 6、7 千元而已。我們是獎勵重症，但是一定要給醫師一個合理的報酬，這是我們要追究的地方。

傅主任委員立葉

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

- 一、討論事項第二案和第三案，應該是要合併考量，因為它是一體兩面，也就是說增加這 60 億元在急重症的部分，其實是因為假設醫學中心與區域醫院，會著重於急重症的服務，同時將病人(僅需基本照護)下放到基層。
- 二、剛剛蔡副署長淑鈴報告說，這 60 億元已經在 4 季平均攤了，以現在的時程來講，到了第 4 季，如果只是 60 億元的四分之一，急重症只要支付標準調高，服務量就算不變，點值一定會下降，這樣醫界自然會覺得錢更不夠，所以在這個執行的方法上，我有這個疑問。
- 三、更值得觀察的是，當這個支付標準調整通過、正式實施的時候，我們更要看加強急重症的支付標準後，醫學中心與區域醫院是不是有真的配合將病人(僅需基本照護)下放到基層，然後加強急重症這方面的服務。

傅主任委員立葉

委員已提供很多的意見及問題，就請健保署參考，針對剛剛委員的垂詢，包括如何擬定支付標準、如何支付等，以及 60 億元的執行狀況，依剛剛委員的建議，請健保署明年進行專案報告，這樣可以嗎？本案就進行到此，請進行下一案。干委員文男要發言，之後再請陳委員亮良。

干委員文男

主席，您作的裁決我不否認，但我今天講的不是情緒話，執行有問

題，1 到 9 月看急重症的人，他要自付的就得要自付，多付的也要多付，這 60 億元是從 1 月就開始給了，還是第 4 季才平均？去年 9 月協商公告之後，為什麼會拖延那麼久，主因是什麼？談了那麼多也還沒說明，到底是因為幾次的協商醫界都談不攏，還是健保署都沒有叫醫界來做？我不喜歡在外面放話，如果有人問我為什麼 60 億到現在才做，公務單位是按季按月在執行，但現在卻到 8 月 9 日才協定，叫醫界先拿錢去，他到底要分得多還是少，有沒有分到，都還是一個很大的問題，所以拜託蔡副署長淑鈴，說明一下讓大家瞭解，每一次都拖到這麼久到底是什麼原因？

傅主任委員立葉

延遲真的有點久，這部分的檢討是否也納入明年的專案報告？

干委員文男

可不可以現在簡單報告一下？

傅主任委員立葉

請健保署簡單說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、謝謝委員，委員覺得我們作業時間太久了，還是重複的再說一遍，其實我們支付項目是非常多，我們簡單講急重症很容易，但是醫療項目有上萬項，這麼多項裡面，哪一項是我們現在認為支付不足的重症項目，係涉及專業判斷。
- 二、健保署的動作是，今年的總額確定之後，就開始啟動諮詢專科醫學會的意見，認為該專業科別裡面，哪些項目現行支付點數偏低，所以有一段徵詢的時間，總共徵詢 45 個專科醫學會，回覆時間也不是我們想像的那麼快，因為接到指令，學會也要花時間去做檢討，所以他們給健保署回復大概在 3 月才收齊，我們也需要整理，相信委員如果有參加共擬會議，項目是非常多的，每一項都要很仔細的去審酌，健保署也要有 1、2 週左右的作業時間。
- 三、因為總金額只有 60 億元，但需求有 200 多億元，如何來排定

這些項目的優先順序，所以才跟各位委員報告，署長認為組 1 個專家小組來協助健保署，專家徵詢小組拿到資料之後，也需要時間來排順序，我們連續開了 3 次的專家會議，一直到了 6 月底 7 月初，才有一個正式的建議案出來。

四、建議案要提到共擬會議，共擬會議的委員是各層級的代表，所以是提一個建議案供大家討論，不是最後定案。大家可以對建議案內容表示意見，所以是公開透明、大家共同參與的過程，最後是 1,716 項來做調整，資料也是厚厚的一本。在 8 月 9 日的共擬會議上，提出一個建議案讓所有的委員討論，請問在場的各位委員，修改認為不妥的地方，最後確定大概一千七百多項來調整。會議紀錄確認後，我們就準備報部了，每一個步驟我們並沒有休息，這是一個複雜的工程。

五、各位委員可能覺得今天協定，明天就應該調，可是該調哪一項、要調多少，這不是三言兩語可以說完的，而且每一個專業都認為他的最需要調，這時候各科之間如何衡平性的調整，不能獨厚哪一個科，是需要一些過程的時間，在這邊跟各位委員簡短的報告，如果各位委員想看到細項，會後可以馬上給大家看，因為現在就準備在預告了，大家一上網也都可以拿到所有的細項，如果委員對細項有意見，上網的預告期間都還可以表示意見，所以這是一個公開透明的過程，但是真的非常複雜和專業，不是委員說生效明天就能生效。以上報告。

千委員文男

謝謝蔡副署長淑鈴的報告，我知道健保署很辛苦，但是我今天講這些話，主要是因為太久才執行，從 9 月通過之後，11、12 月就可以開始做了，因為已經有一個標的物，現在卻等到剩下 3 個月，讓前面看病的人望穿秋水，或是做了卻沒有被補助到的，這個都不好，希望下不為例，有預算以後，快一點開始，不要停滯在同一個地方，9 月了還剩下 20 多億元還沒協商，講起來是很丟臉的事情。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

我來自雲林，那裡大多是社區型的醫院，重症病人往往都要先在第一線社區醫院或診所診療後，才會有三級醫療的轉診。重症醫療的範圍很廣泛，若要討論，建議召集相關的專家學者，社區醫院或診所要有代表進入討論。我認為重症醫療仍要擷節開支，60 億元不一定要分配完。

傅主任委員立葉

先請葉委員宗義，再請陳代理委員石池。

葉委員宗義

我做個總結，這應該在第 1 季就要解決，結果到第 3 季才解決，重症的定義只有健保署才知道，感冒可能算重症，因為流行性感冒也會致死，所以重症的標準在健保署，其他人無法評論，我 9 月初要參加共擬會議，我會再向他們報告。

傅主任委員立葉

請陳代理委員石池。

陳代理委員石池(李委員偉強代理人)

- 一、傅主任委員立葉提及邀請專科醫學會討論，這點我沒意見，但是外傷醫學會向我反映他們未被徵詢，重大外傷也是重症，建議未來也要邀請他們進去討論。
- 二、干委員文男提及去年 9 月就提到要做這件事，剛剛蔡副署長淑鈴也說拖了很長的時間，理論上，應在 106 年做，不能再拖到 107 年，去年就決定要做，所以還要追溯才對。這是配合初級照護，以前也有追溯，這次初級照護也是追溯，這兩案應該要一致，除非規定以後的案子通通不能追溯，要有統一的標準，才公平。

傅主任委員立葉

- 一、委員的意見請健保署參考，也許未來有類似的狀況，諮詢的對象要更廣泛，決策也要更加即時，這部分提醒健保署。
- 二、針對本案，後續健保署會將詳細的資料公開上網預告，請各位委員再看看，若有問題，明年再請健保署針對這部分的詳細執行情形提會報告。

謝委員武吉

調升支付點數，調升手術項目有 130 項，拜託健保署瞭解醫療院所給醫生的抽成是多少？醫師手中拿到多少？這是鼓勵外科醫師及重症醫師能夠多留在台灣最重要的因素，我現在是為我國人民著想，不是為了我個人。

傅主任委員立葉

本案討論到此，接著進行討論事項第三案。

陸、討論事項第三案「建請健保署提供截至 106 年 6 月 30 日止，有關 106 年度醫院總額決定事項『106 年醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年的 90%，超過部分，不予分配』之辦理情形」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請問提案委員有無補充說明？

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、本案是雇主代表共同提案，建請健保署提供截至 106 年 6 月 30 日止的辦理情形並做報告。健保署有電腦大數據在操作，數據應該很快就統計出來，健保署意見說明二，經初步統計 106 年第 1 季區域級以上醫院初級照護管控件數減少 30 萬件，下降幅度為 11%，這數據與健保署提供的附表「106 年第 1 季區域級醫院初級照護管控件項目之情形」不同。
- 二、105 年第 1 季的總件數是 14.65 百萬件，但 106 年第 1 季是 14.55 百萬件，只少了 10 萬件，不是少 30 萬件，這數字與附表數字不符，也沒有下降幅度 11% 這麼多。
- 三、我認為初級照護是要推動整個分級醫療的目標與政策，希望健保署可以落實推動這個案子，原本希望他們 5、6 月報告，但都未報告，7 月才會提出這個案子。

蔡副署長淑鈴

會議資料第 38~39 頁，剛剛何代理委員語提問健保署意見的說明二，106 年第 1 季的件數減少 30 萬件與附表不符。附表列出來的是 105 年第 1 季與 106 年第 1 季的 3 個數據，有總件數、初級照護管控件數及初級照護率，剛剛何代理委員提的是總件數，這是門診的總件數，現在比較的是初級照護管控件數，是附表的 C0 與 C1，105 年第 1 季是 2.75 百萬件，106 年是 2.45 百萬件，相減是 30 萬件。何代理委員可能看錯了，看成總件數 B0 與 B1 相較，在此說明。

傅主任委員立葉

本案因為考量到醫院總額研商議事會議臨時會已經決議，第 1 季不處理初級照護點數核減事宜，併第 2 季扣減點數後合併結算，所以請健保署在第 2 季點值結算確認後，再提供書面資料予委員參考。請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

將輕症改成重症，並變更診斷碼，整體而言，對數據及醫生都非常不好。我想聽健保署的說明，是否真有這樣的事情發生？若真有這些情形，你們要如何處理？因為報紙登了整版，請健保署說明。

傅主任委員立葉

請健保署簡單說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、謝謝趙委員銘圓關心，確實報紙是整版的報導，106 年第 1 季減少 30 萬件，健保署卻未進行扣款動作，因為如同報紙的報導，編碼出現一些問題，有些醫院確實對醫師做了些提示，所以雖然減少 30 萬件，是真的減少 30 萬件？還是編碼做些改變造成的？存在這些疑義，所以本署第 1 季未馬上結算及扣款。
- 二、為解決此問題，本署很慎重的與醫院開會討論，也做一些說明，後來衍生的問題，是醫院質疑健保署對門診編碼原則，並未達成共識，質疑門診病人之診斷究竟要放在第一診斷還是第二診斷等，他們認為沒有事先說明，以至於醫院將第一診斷放在第二診斷，但是本署監控的是第一診斷，出現規則不一致的意見，所以需要規則一致。
- 三、那次會議後，本署商請台灣病歷資訊管理學會的疾病分類專家協助，找到世界衛生組織及美國的老人保險所用的門診編碼原則，我們學習國際經驗，已經統整出編碼原則，目前我們的進度會將編碼原則函請醫院協會再確認，大家有共識後，再將編碼原則行文給各醫院，日後大家有共同的編碼原則，申報出來的疾病碼會較為正確。現在醫院認為遊戲規則沒說清楚，但涉

及後來做些變更，希望導正後，再來研議如何扣款會比較公平。

傅主任委員立葉

請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、會議資料第 38 頁，健保署意見說明三(一)，第 1 季不處理初級照護點數核減事宜，併第 2 季扣減點數後合併結算。我仍有些擔心，我完全贊成分級醫療的精神，但那只是個精神，若真要做得很徹底，第一，整個體系有無建立得很好，分級醫療若要做得很好，整個體系就要建立好，不然是不可能做到的。第二，是病人的就醫的習慣，病人已經走進醫院門口，要不要看？第三，才是編碼的問題，編碼是產生在門診，但在門診要很準確的編碼是不可能的，就算醫師第一眼就認為是初級醫療，病人已經走進診間，哪個醫師有能耐請病人出去。所以要相對性做某些調整，若要完全一切兩段，恐怕沒有一個醫師敢保證可以做到，所以我認為必須要從體系及病人就醫習慣去努力。
- 二、我知道調整部分負擔大家有很多意見，但是調了有無發揮效果，這才是要討論的重點，編碼只是技術問題，看完病才有編碼，我認為要達到分級醫療的目標與期待，大家都不反對，但其執行方法及步驟都要緩和點，不然會製造出不利於醫病關係的氣氛。這是曾經討論過的東西，執行下來有問題，你們可以去問一下醫院，若真要扣他們的錢，對醫院來說又斷頭又去尾，又加上扣款，這樣搞下去，相信沒幾年台灣的醫院就會越來越少，這是大家所不期待發生的現象。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、我接受蔡副署長淑鈴的說明，但是當初在開會時，健保署提供

的數據，初級照護的編碼項目非常多，為了要處理初級照護，就削減一半以上的初級照護的疾病編碼，所以初級照護件數就少 30 萬件，可是總件數才少 10 萬件，另外跑出 20 萬件在總件數，20 萬件以前是編在初級照護裡，現在又為了編碼跑到比較中度照護編碼裡，這很難切得很好。

- 二、希望編碼原則確定後，初級照護的疾病應宣傳讓老百姓知道，讓他們知道初級照護去地區醫院就可以解決，不一定要去大醫院，這是未來努力的方向。

蔡委員麗娟

- 一、剛剛趙委員銘圓提及上個月報紙大篇幅報導醫院將輕症改成重症編碼的問題，當時李署長伯璋為了這事情有寫親筆信做道德勸說，這件事應該要持續高度關注，若真有這樣的情形，不是只有輕症改重症的問題，這影響層面很大，包括病人就醫權益，當然重症在醫院有 60 億元的經費在這邊，規範醫學中心要看較重症的病人。
- 二、就病人來說，若病人輕症被改成重症，權益上會有問題，若他生小病，但診斷卻被改成重症，萬一哪天他要投保，保險公司去調他以前的病歷，發現病歷上有重症的診斷，以後在保險給付或投保條件上都會有很大影響。
- 三、台灣健保有頗為完整的大數據，很多專家學者都用健保資料庫進行研究，如真有醫療院所將輕症病人的疾病分類碼寫為重症，對過去引用健保數據發表的論文也會有很大傷害。我們或可思考如何從制度來規範，以避免錯誤的編碼，能否從數據做勾稽，例如病人的疾病診斷碼為重症，但醫師開的處方卻是輕症的用藥。
- 四、如要讓醫學中心不看輕症病人，可從制度或給付上做調整，讓醫院覺得看輕症病人不符成本效益，沒意願看輕症病人。在場委員中有法律專家，如果醫師將輕症病人的疾病分類碼寫成重症，是否也有法律層面的問題？

五、另大家一再提到的分級醫療，若要成功，須有很多配套措施。其實民眾並不在意去醫學中心看病，須多付一、兩百元的部分負擔，他們擔心的是若在基層診所看病，後續能否獲得好的醫療照護。昨天我參加西醫基層總額研商議事會議時，聽到西醫基層跟醫學中心、或大型醫院有連續性、共同合作的照護模式，只有落實雙向轉診並加強照護的延續性，才有助於達到輕症回歸基層照護，重症由大醫院照護的分級醫療目標。

傅主任委員立葉

現在時間已經超過 1 點半，因健保署會再提供書面資料給委員參考，如果有意見的話，屆時還可再提出，本案是否...

葉委員宗義

主席，我想請問蔡副署長淑鈴，最近有媒體報導改碼問題，改碼已牽涉到偽造文書，從媒體報導後，初級照護件數，有無下降？產生的後果為何？

傅主任委員立葉

一、劉代理委員碧珠係第 1 次發言，先請劉代理委員，之後再請謝委員武吉、滕代理委員西華。

二、現在已超過 1 點半，剛議程確認時決定於 1 點半結束會議，因考量 2 項臨時提案恐與 9 月份總額協商有關，請大家容許再討論 2 項臨時提案，討論完再結束今天的委員會議，並於中場休息後，再召開 107 年度總額協商會前會。請劉代理委員碧珠。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

一、各位委員大家好，區域醫院代表第 1 次發言。剛很多在座先進都提到輕症被編碼為重症，首先應先還原為何會有初級照護件數超過 90%，不予給付這件事？這是去年醫院總額協商時，付費者代表委員提出的，一定要醫學中心與區域醫院的初級照護件數下降 10%；我記得當天會議，醫院部門就已經提出在初級照護定義尚不清楚的情況下，要如何訂下降 10%的目標？我們一再提出，但你們沒有人要聽。最終衛福部核定政策下來後，

健保署在今年初，才開始找專家學者與醫院部門討論什麼是初級照護的定義，直到今年 4 月份才逐漸歸納出初級照護診斷的可能相關範圍。醫界非常關心初級照護的定義，其實醫界也很支持這項政策，但我們一再提出應該要先清楚這項範圍的定義。

二、醫院原先的疾病分類碼是用 ICD-9-CM，105 年全面改採 ICD-10-CM/PCS，整個醫院部門都在努力設法讓第 10 版順利上線。坦白講，醫生的職責是看病、下診斷、開藥、治療等，而非編碼，醫院裡面有疾病分類師，醫師寫好診斷後，疾病分類師再根據醫師下的診斷做 coding(編碼)；這兩套不同版本的疾分系統，本來在對應上就有極大的差異，ICD-10-CM/PCS 上線之初，各醫院的重心都是由住院系統開始教育與修正，疾病分類師透過主治醫師在病歷上所下的診斷，按照規定邏輯系統去編列出正確的診斷碼。現在卻因要落實初級照護的政策，就去討論出這 3 千~7 千項屬於初級照護範圍的診斷碼，接下來門診病人就醫時，醫師給的診斷，只要是對應歸屬到這些碼就算是初級照護，若超過一定件數就要扣錢。這樣扣錢就可以達成政策目標？我們之前呼籲如果要做初級照護，要循序漸進，讓醫院有時間可以教育、宣導醫生什麼叫做 ICD-10-CM/PCS。但因為健保會的決議是今年沒有降 10% 就要扣錢，雖然目前健保署的會議決定 106 年第 1 季先不扣錢，但我告訴各位，我們看到的資料，單單區域醫院的層級，1 季要被扣減上千萬點數的不在少數。

三、大家可以想想看，醫院照顧這麼多病人，提供了 1 整季的醫療服務，並未做錯什麼事，只因不熟悉所謂的 ICD-10-CM/PCS 編碼規則，或是將第 1 位碼放到第 2 位，醫療費用點數就要被扣 1 千多萬點，雖健保署會議已決議第 1 季先不扣錢，第 2 季時再一起結算，但 1 家醫院有這麼好的利潤嗎？如果你們是經營醫院者，你們將心比心，對這些醫療從業人員、醫師、醫院經營者，情何以堪？

四、今天我如果是病人，我不會要求醫師要將疾病分類碼寫清楚，而是拜託醫生幫我做正確診斷。醫師的專業是下診斷，不是編碼，但在座委員卻一直在討論醫師刻意去編重症碼的問題，在座應有醫生，你們認為你們在執行的專業工作是下診斷還是編碼？

謝委員武吉

其實 coding 碼，從 ICD-9 版到 ICD-10 版，我都有參與蔡副署長淑鈴主持的會議。其實我們不要一直苛責健保署不努力，蔡副署長淑鈴與龐組長一鳴都非常努力，我們應該嘉許他們，他們有在做，我們應該要給予稱讚。會議資料第 38 頁，健保署的意見第二點，由於外界擔心醫院可能 upcoding(將疾病嚴重度較低者，虛報為嚴重度較高)或改變編碼來因應，所以李署長 6 月 20 日親自寫信給醫學中心跟區域醫院院長。我對署長感到非常敬佩，他有這 guts(膽識)，那封信我也看過，所以我們對於署長的勇氣應該要嘉許。剛才有很多委員說過，我不再贅述，最主要的是以後如何使 coding 的碼不失真，是很重要的一環，對於失真不失真的方向，誰要負責任，我在這裡就不再說明太多，其實我是瞭解很多的。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、醫學中心與區域醫院的初級照護率下降 10%，係搭配提升重症的支付點數增加的配套。林前部長奏延曾希望下降 20%，我們建議 10%，係因協商時發現根據歷史資料顯示，在區域級以上醫院每年初級照護件數占率約下降 5~8%，只要再努力一點，是可以達到 10%。表面上看起來是不給付、扣錢，但已提高重症支付點數，整體來說醫院的收入不至於會減少，當然只看到減少、沒看到增加的收入，這是人性，是可以理解的。
- 二、我先講 upcoding 問題，我們撇開不談明知為輕症卻診斷為重症，急診可能也有這樣情形，初級照顧要克服及面對的問題是，因為 coding 是診斷碼，但病人來到診間是臨床的症狀表現，要醫師在很短時間靠臨床症狀表現下正確的診斷碼，這中

間本來就有風險與不確定性，咳嗽咳 3 個月或 3 天、頭痛怎麼頭痛、腹痛怎麼痛法、骨頭痠痛是 RA(Rheumatoid arthritis，類風濕性關節炎)的痛還是乾癱性關節炎，在門診治療初期，醫師可能會有些疑似診斷，但因申報費用時需下診斷碼，他可能會傾向往重症方面 coding，我覺得這是可以理解。

- 三、我們可分批定義初級照護，第 1 批先將較無爭議的項目拉出來，如某些上呼吸道疾病，一開始在門診即能準確診斷確實屬於初級照護的疾病。
- 四、我記得在健保署討論時，內科醫學會代表的舉例，讓我們嚇一跳，他說你怎麼知道咳嗽不是肺癌？當然咳嗽有可能是肺癌、也有可能是感冒。我們不是擔心寫什麼診斷碼會被扣錢，而是擔心是否會延宕到病人治療，結果反而因為控管而加速延宕治療，例如拒看病人。建議可採取行政的 double checking(重複確認)措施，例如病人在 1~2 週內有無因同樣症狀再度返診、或檢驗結果的 coding 不是輕症等，就排除列入初級照護的計算中。
- 五、我支持第 1 季的實施結果可以作為監督的指標，而非不給付的指標，因醫界還在熟悉編碼，且某些疾病，謹慎的醫師不會在第一次就確診，也是事實，很多在做重症診療的醫師也有這樣的習慣，這是好的習慣，如果因為這個好習慣卻害他被核扣費用點數，的確是沒有往鼓勵好醫師的方向去走。先不要認定 upcoding 都是騙人的，能否找出一些疾病是可以延遲下 coding 的、或須有什麼檢驗或其他相關資料等。

干委員文男

剛剛劉代理委委員碧珠講的編碼問題，如歸咎為付費者代表要求初級照護率下降 10%，你就錯了，這是在座的醫界委員提出，他已講 N 次了，如果不落實轉診與分級醫療就要提出告訴，這都有紀錄，沒什麼好爭議的。如果你說歸咎於疾病診斷分類代碼版本轉換，從 ICD-9-CM 變成 ICD-10-CM/PCS，也就是從第 9 版轉到第 10 版會

亂，我們相信，去年健保署醫療服務共擬會議曾為此討論很久，我們可理解這個有問題。你們已開過很多次會議討論初級照護定義與執行方式，現卻歸咎健保會付費者代表於總額協商時要求 106 年初級照護件數超過 105 年的 90% 不給錢，那是超過不給錢，不是扣款，事情應講清楚，也請發言前先想一下，你們發言的內容是不是對的，歸咎別人是不對的。

傅主任委員立葉

本案已充分溝通，委員意見請健保署參考，並請於第 2 季點值結算確認後，提供書面資料予委員參考。接下來進行臨時提案第一案。

柒、臨時提案第一案「敬請研議對於 106 年「家庭醫師整合性照護計畫」，收案人數已超出中央健康保險署(下稱健保署)原預期的倍數成長，其新增超出的部分，不在總額協定時的涵蓋範圍，如何因應案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請健保署補充說明。

蔡副署長淑鈴

一、請委員參看本次會議補充資料第 16 頁說明三，本署依上次會議決議略以：「本案未符合『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目之動支條件，爰請中央健康保險署就建議經費來源、經費需求，及本計畫之長期規劃目標與效益等，提出說明後續議」，委員也都瞭解因為推動分級醫療政策，所以收案人數大幅增加，造成經費有所不足，6 月份委員會議亦同意應予經費支持。再請看到補充資料第 16 頁的上方的表格，健保署經估算後，認為在醫療群與收案數增加的情況下，個案管理費還是要如數給予，但 106 年醫療群的績效獎勵費用需在 106 年度結束之後進行評核後才能確定，所以暫時估列；經估算後，考量應適度給予家醫群鼓勵，健保署認為需增加 3.1 億元較合適。

二、經費來源部分，因無法動用「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」的 10 億元預算，健保署盤點後，建議以「106 年度西醫基層部門至年底之專款剩餘款」優先挹注。今年西醫基層有部分專款項目，如：開放表別，編列 2.5 億元，因為跟醫師公會協議耗費了不少時間，至 106 年 5 月 1 日才公告實施，所以今年可能會有剩餘款，其他專款項目也可能會有剩餘，或許足以支應。因此建議經費來源可以由 106 年度西醫基層部門總額專款項目之剩餘款支應。本建議相對於過去，專款項目執行的剩餘款是收回健保基金的原則不同，但今年的狀

況比較特殊，所以健保署才有這樣的建議。

三、另一方面，醫師公會全聯會希望經費能更寬估，所提出的經費需求達到 6 億元，而且希望除了部門專款項目之剩餘款外，可以動用其他預算「區域醫療整合照護計畫」所編列的 3 億元預算剩餘款來支應，這是本署與醫師公會在經費來源及經費需求上差異之處。

四、有關計畫長期規劃目標跟效益的部分，本署認為要持續推動分級醫療跟擴大家醫群，特別是醫院與家醫群之合作關係的建立有助於推動雙向轉診，將持續進行，因此建議要給予充分經費支持，相關經費請委員納入 107 年度總額協商時一併考量。以上說明。

傅主任委員立葉

請問委員有無意見？請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

這是西醫基層的提案，也是基層部門專案計畫的經費不足，我支持由西醫基層總額的專款剩餘款支應，但不應該跨到其他部門；若可以跨部門間流用，則以後其他總額部門專案計畫經費不足也會比照辦理，這樣恐不適宜，我贊成以西醫基層總額部門專款之剩餘款來支應家庭醫師整合性照護計畫之不足經費。

傅主任委員立葉

請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

一、我的看法可能不討喜，跟其他委員的意見不太一樣。以往的總額協商規則就是「專款專用項目之款項不得以任何理由流出」，它的目的我就不再多說。過去曾出現過專款中 BC 肝炎預算不足時，以一般服務預算補足，這是第 1 種情況；第 2 種情況是該專款計畫若超出預期的服務量能，變成非每點 1 元，造成點值稀釋，如去年討論過的牙周病整合照護計畫，這種情況也常發生；亦曾出現計畫之目標值達不到執行率，在隔年協

商時還要扣回一定比例預算。為何要如此？我們不希望預算亂編，估計不準確時，剩下的錢拿去亂補，不然我就給你大水庫就好，專款計畫何必個別談論績效指標與匡定費用，其他錢都給你就好！為什麼？因為你就左手和右手流來流去，那邊用太多，這邊來補，這樣我們就不會知道每個試辦計畫經費執行的狀況。

- 二、試辦計畫不管執行多少年，計畫的目的就是要可以回歸一般服務支付標準內，將來可以實施，結果預算到處流用，每年都估不準，我們如果也可以同意這樣流用、允許估不準，那為何還要協商單項的專款預算呢？我是不支持用這樣的方式處理。若是這樣，牙醫部門是否也能將牙醫部門專款項目之剩餘款來補足牙周病計畫之點值不足；中醫部門也有類似情況，因計畫公告時間較晚，故執行率較差，但預算沒執行完卻被說效率不彰，所以下年度要被扣減 30、50% 預算，那他們也可以拿來補其他超出預算的試辦計畫啊，為何要被扣款。
- 三、家醫群試辦了十幾年，一直以來績效不彰是事實，但都沒有減列，為什麼？因為國家希望支持、發展家庭醫師制度，所以這幾年付費者代表及民間團體在媒體面前，也都一直鼓勵家醫制度，另希望可以擴大家醫計畫收案範圍，如糖尿病、慢性病患者；並且用「開放表別」來擴大基層量能，去年在討論「開放表別」專款時，付費者代表願意編列 6 億元，西醫基層代表只要 2.5 億元，我當初就提出：如果量能擴大一定會影響到費用，家醫群的會員若收得夠多，將來可預期的醫療利用會更合理，長期來說，對醫療點值或醫療合理利用會有更好效果。
- 四、若出現預算不足呢？以中醫部門為例，當初傷科與合理門診量的預算不夠，我們有用當年度的其他預算補給它嗎？沒有。我們是分 2 年協定預算給中醫，現場還有當年度參與協商的委員，蔡委員登順應該最清楚，並沒有用當年的剩餘款回補。對不起，若這個原則被破壞，那這個規則等同沒有了。我其實沒有很支持用專案計畫剩餘款補足，因為本案沒有涉及個案管理

費及一般服務點值，基層部門不會因為家醫計畫收案人數大增而大量影響一般服務點值，這不涉及整體醫療服務的提供。

五、我的意見跟何代理委員語及健保署的意見不同，我完全不支持用這種方式補足。

傅主任委員立葉

先請周委員麗芳，再請趙委員銘圓、陳委員亮良。

周委員麗芳

一、本案之前經充分討論，不能完全歸責於西醫基層，在補充資料第 14 頁中也寫得很清楚，本案係經健保署分區業務組大力推動，也是衛福部及健保署推動的重要政策。因此本案與過去情境不能一概而論，勢必需要去補足經費。

二、另請健保署及醫師公會依對方所提出來之建議經費金額與來源有何窒礙難行或可行之處，表示意見。在雙方都充分表示意見後，我們才能進行後續的討論。

傅主任委員立葉

先請趙委員銘圓，再請陳委員亮良。

趙委員銘圓

這個案子剛剛滕代理委員西華講的非常清楚，以前有太多案例，假設「專款專用項目之款項不得以任何理由流出」這個原則被破壞掉，後面就很難處理，或者以前的可以來要求追溯，請各位委員慎重考量。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

一、原本會議預計到 2 點結束，結果現在已經超過 2 點。我從付費者角度努力思考，在中南部地區，西醫基層是重要的醫療服務提供者。本案上次(6 月份)會議討論時，原規劃由「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項下支應，但多數委

員認為未符合動支條件；另依會議補充資料第 14 頁，家庭醫師整合性照護計畫在 106 年已增加 153 萬，收案對象達 413 萬，可見這個政策推動是有功效存在。

二、俗話說：「又要馬兒跑又要馬兒不吃草」，如同上一案也有委員提到，打 9 折變成醫界亂象，這樣也不好。依使用者付費原則，有使用就要付費，政府收繳這些健保費就是要照顧台灣全民，民眾不管住在哪個區域，都應得到同等的照護，尤其雲林連一個醫學中心都沒有，要看大病都要跑到高雄或是台北，早上 6 點還有一班客運專門載客人去林口長庚，請各位要體諒中南部鄉親的苦。沒有好的醫療設施，對付費者來說非常不公平。我特別要強調，該給人家的還是要給，醫療品質才會好，不應該給的，一毛也不要給。

傅主任委員立葉

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

一、我想這個案子跟過去預算不足的專款項目相較，有個非常大的不同，就是此為政策指導的重要執行項目。說實話，這次會預算超支，絕對不是我們預算估計不準，而是政府機關強力執行政策，而醫界也配合的結果。我們那時候忽略了應該推動時每一階段都要來做估算，但事實上這也很難做到，因為醫界要配合此政策時，有很多繁雜的程序，包含醫師要先受訓、成立執行中心、合作醫院及診所間的協調聯繫等等，這些我們都沒辦法事先預估，最保險的方法當然是寧可少做不要多做，也就是寧可少執行政策也不要多執行，這樣預算就絕對不會超支。

二、長期以來，很多人都在質疑家庭醫師整合性照顧計畫的成效，目前都沒有足夠的 Evidence-based(實證基礎)來評斷計畫的好壞，有很多相關的研究計畫都還在持續進行中。但本計畫的精神呼應了二代健保論人計酬的觀念，醫師要把病人當成照顧對象，要負責預防保健的監控、提供諮詢等，這是鼓勵醫師投入

全人照護的行為，所以應該沒有人否定這樣的政策方向，但政策執行結果造成預算超支，相較於過往其他專案計畫超支的原因，有很大差別。過去委員大概也沒有看過，健保署願意為醫界的專款項目不足主動提案，過去計畫超支是醫療提供者的責任，但本次健保署願意與醫界共同提案，就是本案與其他計畫不同，它是政策執行超越預期進度所產生的問題。事實上西醫基層已經擋住了第二波的名單，不然預算超支不只有這個數目。

三、為何醫師公會全聯會的經費來源會多了其他預算「區域醫療整合照護計畫」的剩餘款？剛剛何代理委員語講的也沒錯，這牽涉到其他部門的預算，但因為「區域醫療整合照護計畫」是要設計推動論人計酬，該計畫無論是在醫院或是基層遇到的阻力都很大，但透過家庭醫師整合性照護計畫可以把「論人計酬」政策的精神實現，我們認為經費用途的意旨是相同的，目前該計畫預算已編列，為何不能移到家醫計畫來執行？這是醫師公會全聯會的意見。

傅主任委員立葉

請吳委員國治，再請干委員文男、何代理委員語。

吳委員國治

- 一、回應滕代理委員西華的疑問，本案感謝委員於 6 月份委員會議決議對於預算超支部分應予適當補償，該次會議滕代理委員西華並未出席。我們是依 106 年度協商通則，按照程序提到會上討論，是符合程序的。
- 二、剛才其他委員也有提到，如果大家認同家庭醫師整合性照護計畫要長久走下去，而且這是對民眾照護是好的計畫，就應該要鼓勵，所以本案跟之前預算超支的狀況是不太一樣的。
- 三、另回應周委員麗芳提問有關預估經費款項來源的問題，因為擔心若年底來個流感大流行，則專款剩餘款恐怕也不足，所以希望把預算來源擴大。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

- 一、本案 6 月份委員會議已決議預算超支部分應予適當補償，討論到目前為止，也沒有人反對給予補償，會議補充資料第 17 頁幕僚補充說明第 5 點，裡面也說得很清楚，希望併入 9 月份總額協商，再提委員會議議決，我想這樣做應該最完美，若大家都同意，則依幕僚建議執行。
- 二、自全民健保開辦到目前為止，預算執行上一直都維持「專款專用項目之款項不得以任何理由流出」的原則，並沒有破壞，所以專案計畫經費若要流用會遇到很多阻礙。現在距離下個月的委員會議時間不會太久，建議於下個月協商會議討論，本案今天討論到此即可。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、我在上次會議有提出，請提供過去 10 年的家庭醫師整合性照護計畫的照護人數及照護率予委員參考，但目前還沒看到。另請提供過去 10 年(家醫計畫實施後)西醫門診次數增減資料，供委員參考。
- 二、依過去慣例，專款項目經費都不能挪用，我剛才同意本案的條件是建立在「若健保署有政策上的考量」，若是如此，我也不反對。但依過去協商精神及總額協通則，專款專用項目不能流用、結餘款需收回。

傅主任委員立葉

請吳委員國治。

吳委員國治

感謝干委員文男的支持，但 9 月份總額協商討論會有個問題，因為那時是協商 107 年的總額費用，今年預估結算點值很低，可能會導

致會員參與意願偏低，不利於推動。技術上可以克服的話，我們也會同意。

傅主任委員立葉

請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

吳委員國治說我上次沒參加會議不清楚過程，會議紀錄每個字我都有讀，我並不是反對補償，假設今天決定要彌補或增加預算，也不應該提出例外的方式，如同中醫部門，是使用次年總額協商預算來彌補，而不是破壞協商原則使用專款項目剩餘款。我並沒有提到是否同意給予、補償或增加預算，只是使用專款項目剩餘款是不符合協商原則，並且與有無參加前次會議無關。

傅主任委員立葉

請周執行秘書淑婉補充說明。

周執行秘書淑婉

向各位委員說明，今天並沒有要實質討論本案內容，只是針對議題詢問委員是否要重啟協商，重啟協商後才是討論補償與否及如何補償，如果委員認為本案有需要繼續討論，會安排於9月份協商會議進行實質討論，再依協商結果辦理，本案今天不做實質內容討論。

傅主任委員立葉

今天只是決定是否重啟協商。請蔡委員登順。

蔡委員登順

家醫計畫人數暴增，不能讓醫師做白工，多數委員都認同應追加預算，但重點是錢從哪裡來。專款項目經費向來都反對流用，如果可以流用，即使專案不執行，錢還是會落到口袋，這樣就沒意義了。專案主要就是配合政府政策，或試辦計畫，大家都有共識預算不得流用，個人是支持9月份協商會議討論，但還是回到原點，錢從哪裡來。我認為西醫基層某些部門沒有努力推動論人計酬造成預算有結餘，這部分還有討論空間，而且論人計酬與家醫計畫關連性很高，請大家思考兩案是否可併用。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達，再請黃委員偉堯。

吳委員榮達

我比較另類思考，妻子是健保署捅出來的，是收案人數預估錯誤，而且差距很大，所以我建議由公務預算來挹注，不行的話就 9 月份協商會議。

黃委員偉堯

以下 2 點建議：

- 一、第 1 點，我支持專案的專款專用原則，不贊成用剩餘款的方式處理本案，因為會打破專案專款專用制度的精神。
- 二、第 2 點，黃委員啟嘉提到家醫計畫有論人計酬的概念，我認為這點很重要；健保署開始推動論人計酬時，醫界不是非常贊同，然而「區域醫療整合計畫」（前身為「論人計酬試辦計畫」）有 3 種試辦模式，其中 1 種模式就是由家醫群來執行；如果進度快一點，可以考慮直接啟動「區域醫療整合計畫」，由家醫群來承接辦理，或許可以彌補家醫群的缺憾，同時推動既定的「區域醫療整合計畫」政策。

傅主任委員立葉

各位委員都同意給予補償，但對於預算來源則有不同意見，按照規定，重啟協商程序後才能在委員會議決，是否就併 9 月份協商會議討論？

黃委員偉堯

如果剛才「區域醫療整合計畫」的建議可行，且預算足夠，同時計畫可啟動，其實是不需要重啟協商。如果不行，就另當別論。

蔡委員登順

主席，應該請蔡副署長淑鈴答覆，家醫計畫是否可以跟「區域醫療整合計畫」合併處理，「區域醫療整合計畫」還有剩餘款，且 2 項專案的同質性很高，如果可以合併就不用重啟協商。

蔡副署長淑鈴

- 一、謝謝各位委員對「區域醫療整合計畫」的重視，黃委員偉堯提到「家庭醫師整合照護計畫」與「區域醫療整合計畫」性質很接近，確實家醫計畫中的健康管理成效鼓勵(VC-AE)帶有論人計酬精神，但與真正的論人計酬還是有差，因為家醫計畫只針對門診，而論人計酬則是門診加住院，所以家醫計畫有論人精神，但無法達到完全一樣，而且「區域醫療整合計畫」涉及其他預算，因此本署建議使用西醫基層部門總額內專款處理。
- 二、各位委員如不願意打破過去原則，也可採行健保會的建議，於9月份協商會議重啟協商，但過去也沒有重啟協商的先例，而且9月份是協商107年總額，再去檢討106年的家醫計畫要不要追加預算，不知最後是否會達成所願。
- 三、實務運作上，下個月再決定也還來得及，因為明年才會進行家醫計畫結算，行政上可以接合，不需要今天做決定。目前爭議點在於是要打破專款不能挪用的原則，還是要嘗試從未有過的重啟協商，這些都與過去慣例不同。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

我覺得各位委員很有共識，西醫基層經費不足部分是要補足的，本案目前缺的就是財務來源，是否可委請健保署協同衛福部籌措，甚至也有委員建議編列公務預算。可以不重啟協商就不要重啟協商，現在只是卡在錢的來源，請健保署及衛福部儘速尋求財源管道。

傅主任委員立葉

請林委員敏華。

林委員敏華

- 一、經過蔡副署長淑鈴說明我才明瞭，原來重啟協商是要討論106年的預算而非107年，我同意明年補償，因為預算是會滾入基期的，假如基期是1千億元，今年增加2百億元，滾入基期

後，明年就是用 1 千 2 百億元計算。如果同意 9 月份重新協商，是要協商 106 年的預算，剛才陳委員亮良提出舉手表決，我們都不願意去打破慣例了，怎麼會同意重啟協商呢？實在很誇張。

二、我們都同意健保署、醫界都很辛苦，希望盡量把握住原則，協商明年預算時用最大限度來考量，而不是把已經協商確認的項目重啟協商，那以後醫界很多案子都能提出來了，消費者只能疲於認帳，處理重啟協商就夠了，以上是我個人看法。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

一、本案大家都有共識，該付的費用就要付。我在政府部門多年，政府編列預算時都是預估數，難以精準，像是遇到 921 大地震、風災水災、高雄氣爆等，都是靠非預期的準備金處理。在預算執行過程中，結餘款在政府部門是可勻支的，只要經過法定預算，勻支是沒問題的。

二、如果打破原則重啟協商，往後動不動就是重啟協商，反而會造成健保會委員困境。預算該給的就要給，沒有經費今年下半年怎麼執行？請各位委員冷靜思考，為了台灣健保體制健全，個人認為應該要補償。

傅主任委員立葉

請張委員清田。

張委員清田

我有個想法，家醫計畫收案人數大增，但病人就這麼多而已，是不是都來自醫院？病人就固定那些，既然跑到基層了，醫院總額就要減少，因為給付是用總額別，醫院總額應該要減少並支付西醫基層，怎麼反而是增加預算，沒這回事，以上總額觀念請大家思考。

傅主任委員立葉

各位委員的意見都傾向不重啟協商，但在 107 年度總額協商時會考

量本案予以補足，至於如何補償，請健保署研議。有委員提到家醫計畫，涉及衛福部重大政策，應該爭取公務預算，委員建議請健保署考量。請羅委員莉婷。

羅委員莉婷

健保總額是專款專用，與公務預算是分流的概念，現在專款出了問題，要公務預算負擔，主計總處無法接受。這部分是屬於醫療，依規定應納入健保基金處理，不宜由公務預算補償。

傅主任委員立葉

委員意見都請健保署參考。

吳委員榮達

我反對羅委員莉婷意見，又不是沒用公務預算補過健保費用。用公務預算補健保支出，本來就有權限，怎會不行。

吳委員國治

協商通則本來就有重啟協商機制。向林委員敏華說明一下，重啟協商談出來的金額還是專款專用，不會滾入基期，這個款項應該要補給醫界，但錢總是要有個來源，不論是專款剩餘款或是重啟協商，我們都不反對，上次會議已有決議。

傅主任委員立葉

請林委員敏華。

林委員敏華

- 一、我解釋一下，首先，很多委員連舉手表決都不願打破了，更何況從未有過的重啟協商。再者，9月份總額協商時可以補償不足之預算，調高一般服務項目預算或是補足點值差額等，補償方式很多，參加過總額協商的委員都清楚。
- 二、既然是多年來都未打破慣例，希望盡量維持現狀，重啟協商是很重大的事情，任何部門只要經費不足，就能丟個案子要求重啟協商，每個月光處理重啟協商就夠了。不是我故意針對，委員都同意或願意補足預算，但方法有很多，一定要急於今年內重啟協商嗎？

三、重啟協商事關重大，影響健保會運作根基，既使不重啟協商也可透過其他方式處理，大家都有補償西醫基層的共識，過去也曾經分 2 年補償中醫部門。這是原則問題，並非不同意補償西醫基層，只是一旦重啟協商，以後產生的問題怎麼解決？

傅主任委員立葉

一、綜合委員意見，重啟協商茲事體大，既然以前沒有重啟協商的慣例，就不要輕易打破；委員也擔心此例一開後，就常常要重啟協商，會產生許多問題。因此，本案不重啟協商，但納入 106 年 9 月協商 107 年度總額時考量。

二、有關委員對本案所提建議，是有共識的，請健保署酌參，針對「家庭醫師整合性照護計畫」預算不足部分，在不重啟協商及符合相關規定之下，研擬適當的補償方式，包含其財源等。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

主席已經下結論，但仍提醒健保署，未來是否還會有類似的事情發生，如果配合政策執行所造成經費不足部分，就要有相關財源因應，豬都殺死了，才抓來這裡，要如何計價呢，應該要有機制配合會比較好。

傅主任委員立葉

謝謝李委員永振的提醒，本案附帶決議，有關總額各項專款項目，請健保署及總額相關團體，未來應妥適規劃預算及執行方式，並有效控管預算執行。請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

年度總額協商編列各項專款計畫時，會預估相關收案人數及所需之經費，本案收案人數暴增如此之多，是否因為執行過程中沒有相關的監控機制，因此，5 月份統計時，才發現預算嚴重超支，這也是呼應李委員永振所提之建議，未來應有嚴密、監督之控管機制。

傅主任委員立葉

請蔡副署長淑鈴說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、向委員說明，有關推動及控管家醫計畫執行不是件容易的事情，這牽涉到基層診所組群之意願及大家是否能達成目標。本次是因為大力推動分級醫療政策，健保署各分區業務組總動員及說服基層診所組家醫群參加計畫，謝謝醫界全力配合，大家的觀念也逐漸改變。
- 二、推動落實分級醫療政策之目標不變，只是進度變快了，原本 5 年才能達成的目標，因進度變快 2 年就達成目標，應該要高興才對。但現在似乎因為推動速度變快，達成目標，反而是健保署管控不力，我可以理解委員所提家醫計畫之經費是專款專用，若苛責健保署因推動速度太快了，是不應該的，這好像與政策的原意相反了。
- 三、事實上，家醫計畫仍要持續推動，今日醫界願意大力配合，共同努力響應這樣的政策趨勢，理論上應該給予很大的肯定，而且這一路上家醫群仍要克服很多困難。倘若如委員所提，當時編列預算時就估計不準，或當時就估計這樣的經費也只能用這樣的額度去支應，也是可以這樣說很簡單，但實際上要推動家醫計畫是要動員很多人來參與，大家熱烈響應的結果反而被認為控管不力，我覺得這是蠻不公平的。
- 四、這次新增超出是績效費用的部分，並沒有擴及到提供醫療服務點數，如果家醫群朝落實分級醫療、雙向轉診的方向努力，也都表現的很好，則部份的績效費用會被打折扣，也是費用浮動的概念，對於這波第 1 次參加家醫計畫的新進基層診所醫師們，難免會有不舒服的體驗，這點也是需要讓委員瞭解。
- 五、我也知道委員對於現行總額費用的相關規則，有很多的堅持，這是可以理解，但如果政策方向是正確的，而且醫界也願意大力配合的結果，是不是也可以作為特例來考量？如果不行的話，我也尊重委員的意見，只是我認為西醫基層診所所提出的

訴求也是非常的合理與正當。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

這個始作俑者都沒有來，你們都很無辜。當時總額協商，有人提出落實分級醫療的想法，談到最後突然決定減少 10%(106 年醫學中心及區域醫院初級照護案件不得超過 105 年 90%)，又正好碰到編碼由 ICD-9-CM 轉 ICD-10CM/PCS，讓執行的人慌張不知道該怎麼做。我也聽到健保署有人抱怨說，雖然當時有推行分級醫療的政策，但執行方式卻是突然決定，讓基層及健保署做到沒日沒夜，就為了要讓初級照護案件降 10%。實際上，若是因為推行分級醫療，而讓醫學中心及區域醫院的輕症病人下轉到西醫基層(造成病人數增加)，這是好事!也請西醫基層忍耐一下。大家要公道的來論事，不能說別人都錯，我都對，對的就對，不對的就不對，希望西醫基層能多忍耐，我對你們抱持很大的希望。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、政府推動分級醫療政策，西醫基層理應要配合，大家沒有說做的不對。如剛才張委員清田所提之意見，我倒是有點認同，整體病人就這麼多，全部的病人都是一個大框框內，這邊多了，那邊照理就會減少了，怎麼會這邊增加的費用會額外再多出來，這部分希望健保署在年度檢討時一併進行評估，假如這邊增加，但那邊沒有減少，是不是就是醫療浪費，這也應該大家要就事論事地去討論的。
- 二、另一方面，政府推動相關政策，就應要事前準備好，不能沒有準備好就推動下去，這樣並不好，這也是剛才委員所提應該要用公務預算支應的部分。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

事實上，我不能講話，葉委員宗義剛跟我說，我講話的話要扣 3 千塊，但我說我沒有 3 千元可以扣，我還自己拿 3 千元出來(委員笑)。從我以前開始參加費協會到現在參加健保會，就一直支持家醫群的發展，我也會盡量撥空參加家醫群的相關訪查。但整個時代的改變，20 年來醫療環境也改變，大家都有共識要補償，但該款項如要由總額支應是需要重新啟動協商，這是大家較不同意的，但我認為健保署是可以研擬出具體補償方案，或私下邀請委員共同研商等，這是我的意見。

傅主任委員立葉

- 一、綜合委員意見，本案不再重啟協商，但委員都認為應該要適度補償西醫基層總額家醫計畫所超出的費用。依何代理委員語所提建議，在不重啟協商條件之下，請健保署研擬適度的補償方案，包含財源及其補償，也可邀請健保會委員共同研擬補償方案。
- 二、剛剛多位委員所提意見，也請健保署參酌，包括財源的部分。我也覺得家醫計畫預算超支係因配合政府推動政策所造成的，衛福部也應對此政策表達支持。請健保署在不重啟協商之前提下，研擬補償方案，並納入 107 年度總額協商考量。接下來進行臨時提案第二案。

捌、臨時提案第二案「有關將西醫基層總額 106 年度 C 肝新藥之部分專款額度流用至醫院總額，用於新增新藥使用名額乙案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請健保署說明。

黃專門委員兆杰

有關 106 年度 C 肝新藥專款部分，西醫基層總額編列 2.88 億元，醫院編列 26.55 億元，但截至 106 年 7 月 31 日止，醫院 C 肝新藥剩餘名額 1,979 個(23%)，預估 10 月使用完畢，西醫基層診所 C 肝新藥剩餘名額 776 個(67%)，預估至年底仍有剩餘名額約 298 個。因 C 肝新藥同時於醫院及西醫基層皆有編列專款支應，為嘉惠更多 C 肝病人及早接受治療，希望西醫基層總額及醫院之 C 肝新藥專款可以互相流用，避免西醫基層該項額度有剩餘，但醫院卻因經費不夠用而不能治療病人，以上說明。

傅主任委員立葉

請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、健保署應該要自己撤案，比照上一案不應流用，現在說要流用，難怪會支持其他總額部門專款項目流用，就是健保署自己也想要流用，這樣對嗎？
- 二、有關醫院 C 肝新藥費用不夠是因為擴大適應症所致，擴大適應症的理由為何？是因為剛開放時，使用人數太少，現在擴大適應症後，卻說 10 月份用完，這也是同樣的應該要管理，當初擴大適應症時，就應要想到經費是否會提早用罄，應有相關配套措施。本案不可能討論，經費不可能互相流用。

傅主任委員立葉

請楊委員漢淶。

楊委員漢淶

- 一、去(105)年編列本項費用時，就爭執了很久，因為這是政府的政策，而且我們也支持採用 C 肝新藥，有更好的藥應該要給 C 肝病人使用，但不應一定只有由健保總額支應 C 肝新藥。因此，去年總額協商時，決議衛福部應要編列足夠的公務預算支應，但到現在都沒有看到公務預算支應 C 肝新藥。
- 二、擴大 C 肝新藥適應症，病人數增加，但在未放寬適應症時，病人使用率不是很高。現在 C 肝新藥，是採事前審查，因此使用量是可以控制的，應請健保署或衛福部該要去執行去年總額協商紀錄，才符合協商時之決定，要不然協商講的話都是假的，也有點呼嚨我們所提的意見。那時候預估接受 C 肝新藥治療約 2 萬多人，但只將約 8 千人納入 C 肝新藥治療，因此，還有很多人是沒有納入 C 肝新藥的照護，萬一經費不夠的話怎麼辦，我覺得這個案子仍有相當多的地方需要重新思考。

傅主任委員立葉

先請蔡委員麗娟，再請吳委員國治。

蔡委員麗娟

- 一、106 年 7 月 31 日止，西醫基層診所 C 肝新藥剩餘名額 776 個 (67%)，預估至年底仍有剩餘名額約 298 個。若專款費用流用是違反專款專用的原則，那麼這個原則是要堅持的。但就病人的立場而言，尚有剩餘名額可以讓病人及早接受 C 肝新藥治療，對病人是有幫助的，也可以減少後續整體醫療支出的。是否應多加強宣導，西醫基層尚有剩餘名額，請病患至基層診所就醫也可以享有 C 肝新藥的治療。
- 二、目前健保署預計醫院及西醫基層之 C 肝新藥預算使用情形，會造成醫院沒有使用名額，但西醫基層仍有剩餘名額之情形，有沒有配套措施來因應。基於維護病人的就醫權利，是否有其他機制可以讓病人知道可以到哪裡去接受 C 肝新藥治療等等。如果可以向民眾宣導，讓民眾到醫院就醫時若已經沒有名

額時，可以知道去該縣市的哪家西醫基層診所仍可接受 C 肝新藥的治療，不只可以消化掉西醫基層診所 C 肝新藥的經費，更重要的是病人能夠及時接受新藥的治療。

傅主任委員立葉

請吳委員國治。

吳委員國治

民眾到西醫基層診所仍可接受 C 肝新藥的治療，不知道健保署有沒有分析使用量低的原因，應該解決其原因，讓病人可以在西醫基層診所順利就醫。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓，再請陳委員亮良。

趙委員銘圓

我認同蔡委員麗娟所提，請健保署向民眾宣導，民眾可以至哪些西醫基層診所就醫。如此一來，也可以將本案由繁化簡。

陳委員亮良

我也認同吳委員國治及趙委員銘圓之意見。本案仍可以透過轉診將病患轉至基層診所就醫，落實轉診制度。前案與本案最大的不同是，前案是預算明顯不足，在總額內自行調節，本案應可以技術上克服的。

傅主任委員立葉

綜合委員意見，本案不再重啟協商，依本會 106 年度總額協商通則，專款專用項目之款項不得以任何理由流出，爰不同意西醫基層總額之 C 肝新藥專款經費與醫院總額 C 肝用藥專款互相流用。剛才委員所提意見，也請健保署參酌處理。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

有關主席的裁示，我沒有意見，只是要提醒，有關會議資料說明

106年7月31日止，醫院C肝新藥剩餘名額1,979個(23%)，預估10月使用完畢，我將此數據還原至100%後，推估約8,600多個名額需要接受治療，7月以後，仍約3,500多個名額，如將基層診所剩餘名額298個算入，仍有大量的不足名額。建議健保署在嚴重不足的情況，於下年度總額協商時，可能要多注意。

傅主任委員立葉

- 一、健保署需要說明嗎？沒有的話，因已下午3點，委員會議可否先告一段落，其餘的討論事項保留至下次委員會議討論。
- 二、有關報告事項第二案「106年7月份全民健康保險業務執行報告」，本月份是提供書面資料，請委員參閱，本案洽悉。報告事項第一案保留至下次委員會議提報。請周執行秘書淑婉補充說明。

周執行秘書淑婉

有關報告事項第一案「醫療資訊雲端查詢系統」、「罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療」、「C肝新藥給付執行情形」等等書面資料，與本會9月份總額協商息息相關，請委員自行參閱。本會幕僚仍會整理相關重要數據資訊併入9月總額協商相關資料，提供委員參閱。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

有關9月份委員會議，優先安排各部門總額協商結論或事項，再安排其他討論案。

傅主任委員立葉

謝謝何代理委員語提醒，會議進行到此，謝謝大家，散會！

詢問(委員會議)日期：106年7月28日
 電子郵件回覆委員日期：106年8月14日

有關健保會 106 年 7 月份委員會議與會人員發言實錄，委員針對乾癬患者等相關資料(議事錄 P.48-49)，及海外就醫乙事所提書面意見(議事錄 P.93)，本署回復說明如下：

| 項次 | 委員意見 | 健保署回復說明 |
|----|--|---|
| 1 | <p>王委員雅馨書面意見：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 乾癬患者依 PASI 大於或等於 10 的定義被診斷為中重度者人數為何？(95 年至 105 年；各別年) 2. 95 年至 105 年乾癬性關節炎為中重度的人數為何？ 3. 民國 95 年至 105 年每年的確診人數、性別及年齡分佈（分別為乾癬確診人數、乾癬合併有乾癬性關節炎的人數、乾癬性關節炎的人數） 4. 民國 95 年至 105 年每年的就診人數及年齡分佈（分別為乾癬就診人數、乾癬合併有乾癬性關節炎的就診人數、乾癬性關節炎的就診人數） 5. 95 年至 105 年依年度、縣市別統計乾癬、乾癬合併乾癬性關節炎患者、乾癬性關節炎患者此三類的人數為何？ 6. 95 年至 105 年依年度，乾癬、乾癬合併乾癬性關節炎患者、乾癬性關節炎患者此三類的致死率為何？ 7. 民國 95 年至 105 年每年乾癬患者至皮膚科及風濕免疫科就診 | <ol style="list-style-type: none"> 1.經查委員所需資料，並無直接涉及健保會監理業務及總額協商之需。 2.另衛生福利部為將個別健康資料予以加值以產生具應用價值之集體資訊，以促進公共衛生決策品質、相關學術研究及醫療保健服務業等相關產業研發創新之參據，設有「衛生福利資料科學中心」，故如有相關需求建議洽詢該中心。 |

| 項次 | 委員意見 | 健保署回復說明 |
|----|---|---------|
| | <p>的人數各為多少（分別為乾癬、乾癬合併乾癬性關節炎及乾癬性關節炎三種類型）</p> <p>8. 95 年至 105 年之間扣掉死亡等其他因素，乾癬患者每年仍有定期回診（如固定每個月一次）的人數佔總就診人數的比例？此題 乾癬患者的定義為乾癬+乾癬合併乾癬性關節炎+乾癬性關節炎的總合</p> <p>9. 乾癬暨乾癬性關節炎患者所使用的相關藥物及治療方式近十年來（95-105 年）每年健保給付的總額各為多少？（Ps.相關藥物如塗抹藥膏 得膚寶、絲玫歐凝膠、類固醇藥膏、口服藥物如 MTX、cyclosporine、生物製劑如 恩博、復邁、喜達諾，可善挺，與照光治療等等）</p> <p>10. 生物製劑（恩博、復邁、喜達諾、可善挺）近五年來（100-105 年）用於乾癬、乾癬同時有乾癬性關節炎的病患、乾癬性關節炎病患的使用人數？於皮膚科及風濕免疫科申請的人數各為多少？台灣北中南東各區域使用的人數各為多少？各層級醫療院所使用的人數各為多少？（醫學中心，區域醫院、地區醫院、診所）各類生物製劑恩博、復邁、喜達諾，可善</p> | |

| 項次 | 委員意見 | 健保署回復說明 |
|----|--|---|
| | <p>挺) 使用在以下各類別疾病 (類風溼關節炎、僵直性脊椎炎、乾癬、乾癬性關節炎的各別金額)</p> <p>11. 乾癬病患於 95-105 年每年有至健保西醫及中醫看診的人數? (此題 乾癬患者的定義有三: 乾癬、乾癬合併乾癬性關節炎、乾癬性關節炎)</p> <p>12. 台灣各區 (北、中、南、東)、 (醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所、 (縣市別) 擁有照光設備的醫療院所家數?</p> <p>13. 民國 95-105 年因乾癬、乾癬性關節炎住院人數、住院天數、等待病房的天數。</p> | |
| 2 | <p>郭委員錦玉書面意見:</p> <p>關於海外就醫, 是長期在海外工作, 還是於國外旅遊時因緊急情況而就醫, 如長期在海外工作者, 身體健康有問題時也應該趕快回台就醫, 海外醫療技術不會比較先進, 又醫療費用比台灣還高, 這種行為是否在浪費醫療資源? 如果有重病應該不會出國旅遊, 像是有小感冒就醫就花了新台幣 60 萬元真是太浪費了, 是否要查一下因為有其他保險要申請, 順便也向本署來申請。</p> | <p>1. 依全民健康保險法第 55 條規定, 保險對象於臺灣地區外, 發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩, 須在當地醫事服務機構立即就醫, 得向保險人申請核退自墊醫療費用。</p> <p>2. 依全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條規定, 本署依本保險醫療費用支付及給付規定審查後「核實」給付, 同時以給付醫學中心急診每人、門診每人、住院每人日平均費用為「上限」。</p> <p>3. 考量同一疾病支付國內及國外之費用差距逐漸擴大, 本署業將前</p> |

| 項次 | 委員意見 | 健保署回復說明 |
|----|------|---|
| | | <p>開以醫學中心平均費用為上限，於 106 年 6 月 14 日陳報衛生福利部，建議修訂為以醫院或診所平均費用為上限，該修訂辦法衛福部研議中。</p> <p>4.有關保險對象投保申請商業保險給付之情形，非本署權責。</p> <p>5.另有關小感冒花費 60 萬元之個案，因目前已訂定每次就醫核退之上限，並非申請 60 萬元即給付 60 萬元，並俟委員提供個案資料後，再予以說明個案實際核付之情形。</p> |

106.7.28 委員會議報告事項第八案

台灣大學郭助理教授年真書面回應委員所提意見如下：

答覆李委員偉強：

1. 感謝李委員對本研究的支持。誠如委員所言，若以過去的預算作為分配的唯一基礎，將導致醫療資源分配不公平的問題延續，這也是為何其他國家發展地區預算分配方法時，所要解決的問題之一。
2. 的確現階段下 R 值若僅用年齡、性別進行預算分配的標準化，在個人層次的變異解釋能力甚低。在健保六區的層次，雖然也是納入罹病狀態後的模型解釋力較高，但不同模型之間的差異已縮小。故在考量科學上的客觀、合理以及實務上的行政便利，到底要採取多複雜的分配模型(公式)，是健保會委員們必須通盤考量的。

答覆何代理委員語(劉委員志棟代理人)：

1. 健保六區藥費利用的差異，的確是可以考慮納入分配公式中進行試算與比較，荷蘭的分配公式也有類似的作法。若借鏡本研究團隊過去相關研究經驗，在同時納入「疾病診斷」的罹病狀態及藥物利用情形，的確對於個別被保險人醫療利用的預測能力有提升，但若將醫療利用加總在健保六區的層次，僅用「疾病診斷」的罹病狀態或同時納入藥物利用的分配結果，可能差距甚微，但確實有多程度的影響，仍舊需要進行分析試算。
2. 關於何代理委員所提論人計酬制度，實屬另一層面之問題，但可與地區預算分配制度相輔相成，至於若決定在論人計酬之後，直接對各醫療體系進行預算分配，其實與目前地區預算分配需考量的技術層面問題是相同的。
3. 委員建議不同縣市(或地區)老年人口、罹病情形之差異，在本研究分配模型中均已同時納入考量。

答覆王委員雅馨：

感謝王委員認同「未被滿足的醫療需求」，是未來分配預算時必須關注的議題之一。也期待未來政府能進行相關資訊的調查與蒐集，以利研議政策時參考。

答覆吳委員榮達：

1. 本報告所提之預算分配試算結果，並未涉及分配機制之調整。現況下地區預算分配仍是在「醫院、西醫基層、牙醫、中醫等四大部門、健保六區」的制度下，在健保會中進行地區預算分配的討論與決議。不同層級醫院在現制下並無獨立總額之設計，亦非本研究計畫案當初被委託進行探討的範疇。
2. 委員建議研究中應納入亞洲、中南美洲等國家，本研究案委託單位係要求針對「國外主要實施總額或先進國家，其醫療費用區域預算之分配方式及運作情形」，故考量英國或大英國協國家由於其制度演進的過程中，早期是以政府預算支應醫療服務，故有強烈的政治面需求必須進行客觀、公平的地區預算分配，故這些國家在地區預算分配的方法發展上最有經驗，故考量有限的研究時間與經費下，優先以這些國家的文獻進行探討。

答覆干委員文男：

關於委員詢問若以縣市分配之結果，本研究報告中亦有呈現。惟地區是否應由現行健保六區調整為以縣市為分配之單位，以及改變「地區」定義後之優、缺點或衝擊，並非本研究探討之範疇，僅是根據專家學者之建議，進行以縣市為單位分配結果之試算，以供委託單位參考。

答覆陳委員亮良：

1. 關於中醫的制度，的確是華人社會獨有之特色，本研究團隊進行文獻資料之搜尋，均未發現有將中醫(或補充療法、另類療法等非西醫常規治療方式)納入常規給付項目，同時配與固定預算之制度。故本研究在進行中醫預算分配模型之建構時，仍採用與其他三個部門相同之作法，且由於中醫在申報健保給付時，也同樣使用西醫之疾病診斷代碼進行申報，由研究結果可知，中醫納入罹病狀

態後之分配模型，與西醫、醫院、牙醫部門相比，其變異解釋力仍相似。倘若中醫界對此作法仍有疑慮，建請中醫界應提出具臨床實證、且能以健保申報資料進行計算之罹病狀態測量工具，以供未來建構中醫地區預算分配模型之參考。

2. 委員擔憂「以全國平均取代區域平均」的概念是否會造成區域失衡，恐是因本案報告時間有限，未能詳細說明而生之誤解。概所謂「以全國平均取代區域平均」，並非以全國「總體被保險人」之平均取代各地區(區域)「總體被保險人」之意，而是指在相同之被保險人特性下(例如相同年齡、性別分組，罹患同樣疾病種類)，以全國這群被保險人之醫療費用平均值，取代各地區(區域)同類被保險人之醫療費用平均值，此為各國進行地區預算分配之核心精神。故不會出現委員擔憂特定地區因人口老化嚴重，而致分配資源不足之情形。根據此分配方法之原理，反而因為係以全國同類型被保險人之醫療利用平均作為分配之參考，故相較於年輕、健康人口比例較多之地區，能分配到較多之人均預算。

答覆黃委員啟嘉：

感謝黃委員所提建議。根據本研究之結果，的確現況下 R 值僅納入年齡、性別分組，與他國相比較略為簡略。然由於台灣總額支付制度所用之「地區」係以健保六分區為單位，所轄人口數遠多於多數國家地區預算分配之地區人口數，由本研究分析結果可知，在僅採納年齡、性別之分配模型，其變異解釋力亦不遜於英國英格蘭地區分配模型之表現。故建議健保會可參酌台灣「以健保六區作為地區預算分配之單位」此一制度特性，勿以目前 R 值納入參考因子較少，而反對提高 R 值分配結果之佔比。

答覆陳委員旺全：

關於陳委員援引黃委員啟嘉之發言，擔憂 R 值佔比是否應持續推進一事，可參見上述說明。另關於建議跨區就醫應建立預算撥補之機制，實屬制度面合理之設計，不論國外之作法或台灣中醫以外其他部門均有先例可循。倘因顧慮跨區就醫撥補之後恐有肇生分配不合理之結果，則應檢討預算分配方法之合理性，而非以另一不合理之制度去進行預算分配後之調整。

答覆謝委員武吉：

1. 感謝謝委員指教，關於簡報資料之提供時間實非研究團隊所能決定，還請委員諒解。
2. 另關於老年人口之需求，本研究在進行地區預算分配模型之建構時，各模型均已將年齡分組納入分配之參考因子，且年齡資訊係由健保申報資料取得，應具有極高之可信度。
3. 關於委員建議應採納日、韓等其他國家，實乃委託單位要求針對「國外主要實施總額或先進國家，其醫療費用區域預算之分配方式及運作情形」，而英國由於其制度演進的過程中，早期是以政府預算支應醫療服務，故有強烈的政治面需求必須進行客觀、公平的地區預算分配，故這些國家在地區預算分配的方法發展上最有經驗，故考量有限的研究時間與經費下，優先以這些國家的文獻進行探討。另外，本研究進行過程中，也未見日、韓等國有地區預算分配制度之相關學術文獻可供參考。

答覆張委員煥禎：

關於張委員擔憂納入「未被滿足醫療需求」時，「有沒有同時說明資源提供方為誰、提供方有沒有代價(略以)」，根據地區預算分配的精神：「錢跟著(有需要的)人走」，當某些民眾有未被滿足醫療需求存在時，若能配與對應之醫療資源，促使這些需求得以被滿足，對於民眾、醫療提供者均是雙贏的結果。並非委員擔憂是在沒有額外配置預算的情形下，要求醫療服務提供者額外提供醫療照護，還請委員鑑察。

答覆楊委員漢源：

英國英格蘭地區所採行之「地區預算分配逐步調整機制」(即「Pace of Change」)，或可作為台灣進行地區預算分配方法調整之參考。另關於楊委員發言第四點，有關地區人口定義一事，目前總額支付制度是以投保機構所在地作為地區之定義，輔以跨區就醫預算撥補之措施，故不致於受到是否為實住人口之影響。此外，有關委員提及縣市政府補助健保費一事，係屬健保「收入面」之問題，與本研究探討之地區預算分配機制，屬於健保「支出面」之制度有所不同，還請

委員諒察。

答覆盧委員瑞芬：

1. 本研究所採用之地區定義，係根據現行地區預算分配方式，以健保六大業務組轄區作為「地區」之定義。至於跨區就醫部分，除中醫外其餘部門已有預算撥補之措施。至於中醫模型預測能力較差，應是不同地區間，同一年齡、性別被保險人之醫療利用差異所致，並非現況下 R 值佔率低所影響。或者從另一個角度來說，本研究試算之結果，可視為 R 值推進至 100% 佔率下之分配結果。
2. 另關於委員詢問：「到底 R 值、S 值最理想大約佔率分別是多少？」相信也是許多委員關切之重點，也是歷來爭論之所在。但現行分配公式下的 R 值、S 值佔比並非問題之核心，因為倘若某些總額部門希望 R 值不要前進，甚至各區預算分配之比例與去年一致，則表示其實該部門希望的是「預算分配盡量接近去年的醫療利用(S 值)，以免變動過大」，而非現行西醫基層、醫院部門所採用，總額開辦前一年的歷史資料計算的 S 值。因此，如果地區預算分配持續在 R 值(人口風險因子校正)與 S 值(開辦前的歷史分配結果)佔比上爭論，恐模糊問題焦點，更無益於解決目前的困境。借鏡其他國家的經驗，台灣真正要處理的問題是：「『反映年齡、性別、罹病狀態、社經地位等客觀醫療需求下』的 R 值、以及『反映即期醫療利用現況的』的 S 值，這兩者佔比分別是多少才合理，也是各界能接受的？」倘若在各地區人口組成維持不變的前提下，理想情形是以 R 值佔 100% 去分配預算，及以去年的醫療利用進行預算分配(也就是「即期 S 值」佔 100%)，最貼近醫療利用的現況，這兩者中間的差距就是需要各方努力之所在，也是英國「地區預算分配逐步調整機制」想要解決的問題。

答覆蔡委員登順：

目前 R 值的計算已經納入年齡、性別組成，但參考其他國家之經驗，未來可再納入其他反映罹病狀態之指標。

答覆林委員錫維：

關於林委員所提居住人口與戶籍人口的差異，因現制下有跨區就

醫預算撥補之機制，故應不致造成太大影響。至於縣市補助健保費問題，如同本研究團隊回覆楊委員漢淶之指教，健保費補助屬於健保收入面，與本案討論之健保支出面，屬於兩個不同面向的問題，又因有實施跨區就醫預算撥補，應不致於對地區預算分配之機制造成太大影響。

答覆干委員文男：

目前具體實施地區預算分配的英國、澳洲、紐西蘭、加拿大等國，並非實施多元保險人的國家。且從本研究整理之德國、荷蘭之經驗，即使是針對多元保險人進行醫療預算之分配，其分配原理也相仿。其實台灣雖然是單一保險人，但現制下以健保六大區進行地區預算分配，跟德國、荷蘭的作法：政府統一收取健保費，再根據被保險人醫療需求差異分配給多元保險人，其實是非常相近的作法。故即使是德國、荷蘭等多元保險人國家，其論人計酬下預算分配之方法，也有值得台灣借鏡之處。