

衛生福利部全民健康保險會  
第3屆107年第2次委員會議事錄

中華民國 107 年 3 月 23 日



衛生福利部全民健康保險會第3屆107年第2次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國107年3月23日上午9時

貳、地點：新北市萬里區翡翠路17號B1會議室

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

李委員偉強

周委員麗芳

林委員至美

林委員敏華

林委員惠芳

林委員錫維

翁委員文能

商委員東福

張委員文龍

張委員清田

張委員煥禎

張委員澤芸

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

葉委員宗義

趙委員銘圓

劉委員志棟

蔡委員登順

蔡委員麗娟

國家發展委員會陳科長靜雯(代理)

中華民國農會徐課員珮軒(代理)

中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠(代理)

中華民國醫師公會全國聯合會黃常務理事振國(代理)

中華民國全國工業總會何常務理事語(代理)

盧委員瑞芬  
謝委員尚廷  
謝委員武吉  
羅委員莉婷

中華民國牙醫師公會全國聯合會羅常務理事界山(代理)

肆、請假委員：  
李委員育家

伍、列席人員：  
本部社會保險司  
中央健康保險署

本會

陳專門委員淑華  
李署長伯璋  
蔡副署長淑鈴  
戴組長雪詠  
劉副組長玉娟  
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  
邱組長臻麗

陸、主席：傅主任委員立葉

紀錄：馬文娟、曾幼筑

柒、主席致詞(略)

捌、議程確認

決定：確定。

玖、請參閱並確認上(第 1)次委員會議紀錄

決定：確認。

拾、上(第 1)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、上(第 1)次委員會議決議(定)事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤之項次 3，「上(106 年第 11)次委員會議  
決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」，有關謝

委員武吉所提 3 家廠商之進價等意見，請中央健康保險署併入「專利期內各層級醫事服務機構藥價調查結果」專案報告補充說明。該專案報告移至下次委員會議安排於討論事項之前報告。本項次於專案報告後再行解除追蹤。

(二)餘洽悉。

二、有關「106 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告」備查案，因委員所提意見尚待釐清，保留至下次委員會議續議，並請幕僚召開會前討論會。請中央健康保險署於討論會前，就委員所提疑慮提供相關說明資料，送請李委員永振協助檢視，倘有不足，再請中央健康保險署補充。

## 拾壹、討論事項

### 第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：107 年度西醫基層總額一般服務保障項目，提請討論。

決議：

- 一、同意中央健康保險署所送之 107 年度西醫基層總額一般服務之點值保障項目，如附件一。
- 二、本會前已決議「需保障或鼓勵之醫療服務以回歸支付標準處理為原則」，未來請中央健康保險署依此原則辦理，並減少點值保障項目。

### 第二案

提案單位：本會第三組

案由：辦理 106 年各部門總額執行成果評核之作業方式(草案)案，提請討論。

決議：

- 一、本案依委員建議，修正附表三「健保署(含其他預算)及各部門總額之年度重點項目—必要項目」，及酌修部分文字外，餘照案通過。訂定「辦理 106 年各部門總額執行成果評核之作業方式」，如附件二。
- 二、請中央健康保險署及各總額部門配合時程提供所需資料。
- 三、請幕僚於未來研擬「健保署(含其他預算)及各部門總額之年度重點項目—必要項目」及規劃評核作業方式時，納參委員意見。

### 第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：有關「藥品價量協議(PVA)回收金額回歸總額」，本署之執行方式一案，提請討論。

決議：中央健康保險署所提有關藥品價量協議回收金額處理方式，有委員認為其係因新藥實際費用超出原預估金額，爰應回歸該部門總額，以減少對點值之衝擊；或可全部或部分專用於支應新藥及擴增藥品給付規定；亦有委員認為回收金額應比照過去方式由全民共享，回歸健保基金。本案未獲共識，委員所提意見，請中央健康保險署參考。

### 第四案

提案單位：中央健康保險署

案由：有關 106 年度醫院總額部門「新醫療科技」項目之新增新功能特材預算，未於年度內支應之額度，請准予於 107 年度支應案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

### 第五案

提案單位：中央健康保險署

案由：建請 106 年度之「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即

時查詢病患就醫資訊方案」節餘款可流用至 107 年度同項方案支應案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

#### 第六案

提案單位：中央健康保險署

案由：有關謝委員武吉提案建請中央健康保險署公布全國各醫院之各項感染率，包含「門診感染率」、「開刀感染率」、「住院同一病房感染率」、「住院同一病室感染率」、「住院感染率(a.內科、b.外科)」等項目案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

#### 第七案(併案討論)

提案人：趙委員銘圓

代表類別：保險付費者代表

案由：建請衛生福利部暨中央健康保險署重新考量「調漲慢性病連續處方箋領藥收取部分負擔之作法」，以避免增加民眾負擔及民怨，提請討論。

提案單位：中央健康保險署

案由：「慢性病連續處方箋比照一般處方箋收取部分負擔」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。

#### 第八案

提案人：張委員煥禎

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：為落實推動分級醫療並兼顧民眾就醫權益與醫療生態平衡，建請設立區域醫院層級總額，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：「107 年 1 月份及 2 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，如有意見，請以書面方式，於會後提供本會幕僚送請中央健康保險署提供書面說明。

### 第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「健保藥品品質監測計畫」之進度報告，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

### 第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：專利期內各層級醫事服務機構藥價調查結果報告，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。請依本會議紀錄「拾、上(第 1)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(一)辦理。

### 第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：105 年健保收入超過 4 億元之醫療院所財務報告之公開情形，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

拾參、散會：中午 12 時 30 分。

## 107 年度西醫基層總額一般服務之點值保障項目

### 保障項目與支付方式

- 一、論病例計酬案件(每點 1 元支付)。
- 二、「促進供血機制合理方案」之血品相關項目(每點 1 元支付)。
- 三、西醫基層總額「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×季申報總住院日數(每點 1 元  
支付)。

註：依健保法第 62 條之規定，藥費係以元支付。

## 辦理 106 年各部門總額執行成果評核之作業方式

第 3 屆 107 年第 2 次委員會議(107.3.23)通過

### 壹、評核範圍

- 一、106 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診四部門總額之一般服務及門診透析服務執行成果。
- 二、106 年度四部門總額及其他預算之專案計畫/方案執行成果。

### 貳、辦理方式

#### 一、評核委員

- (一)函請四部門總額推薦評核委員人選。
- (二)幕僚彙整四部門總額回復之推薦名單，及本會現任、曾任專家學者委員後，請委員推薦適合人選，再由主任委員依據委員之推薦序位，排定邀請名單。幕僚依邀請名單依序邀請 7 位擔任評核委員。

#### 二、評核會議之資料

- (一)請四部門總額及健保署於評核會議前 1 個月，提供 102~106 年一般服務及專案計畫之執行成果書面報告(報告大綱及提報單位，詳附表一~四)，供評核委員事先審閱，及本會推派擔任健保署「醫療給付費用總額研商議事會議」、「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之代表參閱。
- (二)書面報告內容以精簡為原則，部門提報之一般服務內文限 100 頁，各專案計畫內文限 10 頁，並編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
- (三)請四部門總額及健保署於評核會議前 2 周，提送口頭報告(簡報)；另請健保署提供四部門總額一般服務及專案計畫/方案之自評建議，供評核委員參考。

#### 三、評核會議

- (一)會議期程：2 天。
- (二)第一階段：公開發表會議(1 天半)。
  - 1.健保署統一報告各部門一般服務之整體性、一致性項目(如：利用概況、滿意度調查結果、品質指標監測結果等)，及分區共管執行成效。

- 2.由接受健保署專業事務委託之四部門總額受託團體報告一般服務、專案計畫之執行成果；為利評核委員及與會者掌握及聚焦於重點項目，簡報內容請以「年度重點項目之推動與未來規劃」為主，請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 106 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。
- 3.評核委員評論各部門總額一般服務及專案計畫之執行成果報告，並開放與會者提問。

#### 4.參與人員

除本會委員、四部門總額相關團體與健保署外，另邀請衛福部相關單位與附屬機關，如：社保司、醫事司、照護司、心口司、中醫藥司、全民健保爭議審議會、國健署、疾管署等，以及民間團體，如：病友團體、社福團體、醫策會、消基會、醫改會等，預估約 160 人。

### (三)第二階段：評核內部會議(半天)。

- 1.評核委員就四部門總額之執行成果，充分溝通後以「共識決」評定等級；並針對四部門總額之一般服務、專案計畫/方案提出共識建議，供協商參考。
- 2.參與人員：主任委員、評核委員、本會幕僚。

## 參、評核項目與評分方式

一般服務與專案計畫分開評核之後再加權合併計分。該二項評核之計分權重為，一般服務：專案計畫=80%：20%。各部門總額執行成果評核項目及配分如下表。

評核項目	權重
<b>壹、年度重點項目之推動與未來規劃</b> 一、必要項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 106 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。(附表三) 二、自選項目：部門自行提報，最多 2 項， <u>建議可提出改善最多或有所突破之項目</u> 。	80
<b>貳、一般服務執行績效</b> 一、就 106 年評核委員評論意見與期許之回應說明 二、維護保險對象就醫權益 (一)醫療服務品質調查結果之檢討及改善措施 (二)民眾諮詢及抱怨處理	

評核項目	權重
(三)民眾自費情形及改善措施 (四)就醫可近性與及時性之改善措施 (五)其他確保民眾就醫權益之措施 三、專業醫療服務品質之確保與提升 (一)品質指標監測結果之檢討及改善措施 (二)其他改善專業醫療服務品質具體措施 四、協商因素項目之執行情形 (一)新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等) (二)給付項目及支付標準修訂 (三)其他協商因素項目(依協定結果分列) (四)品質保證保留款實施方案 五、總額之管理與執行績效 (一)醫療利用(含全國及各分區)及費用管控情形 (二)點值穩定度 (三)專業審查及其他管理措施 (四)院所違規情形及醫療機構輔導	
<b>參、專案計畫/方案執行成效</b> 一、就 106 年評核委員評論意見與期許之回應說明 二、106 年計畫/方案執行成果 三、102~106 年執行情形及成效評估(含自選 3 項關鍵績效指標) 四、檢討與改善方向(含 107 年計畫/方案修正重點)	<b>20</b>

註：列入評核之專案計畫/方案如附表四。

## 肆、評核結果之應用

一、評核結果區分為下列五等級：

評核分數	等級
90 分及以上	特優
85 分至未達 90 分	優
80 分至未達 85 分	良
75 分至未達 80 分	可
未達 75 分	劣

二、評核等級作為108年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給「品質保證保留款」之預算，以茲鼓勵。

三、評核委員針對四部門總額一般服務、專案計畫/方案之共識建議，作為協商108年度該部門總額一般服務成長率及專案經費增減及續辦與否之參據。

### 伍、107 年評核作業時程表

時間	作業內容
2 月	1.本會函請四總額部門推薦評核委員人選。 2.幕僚彙整四總額部門回復之推薦名單，及本會現任、曾任專家學者委員後，請委員推薦適合人選，再由主任委員依據委員之推薦序位，排定邀請名單。
3 月	1.依邀請名單依序邀請 7 位擔任評核委員。 2.召開評核委員會前會，提供評核作業之建議。 3.研擬評核作業方式(草案)提委員會議定。
4 月底	請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。
5 月中旬	請健保署提供四總額部門所需數據；四總額部門視需要另洽請健保署提供相關資料。
6 月中旬 (評核會議前 1 個月)	健保署及四總額部門提送執行成果之書面報告，供評核委員審閱，及本會推派擔任健保署「醫療給付費用總額研商議事會議」及「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之代表參閱。
7 月初 (評核會議前 2 周)	1.健保署及四總額部門提送「各部門總額執行成果發表暨評核會議」之口頭報告(簡報)。 2.請健保署於評核會議前提供四部門總額一般服務及專案計畫/方案之自評建議，供評核委員參考。
7 月下旬 (預定 7 月 19、20 日)	召開為期 2 天之「各部門總額執行成果發表暨評核會議」。

## 年度重點項目及各部門總額一般服務之執行成果報告大綱

評核項目	健保署提報	部門提報
<b>壹、年度重點項目之推動與未來規劃</b>		
一、必要項目： <u>請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 106 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。(附表三)</u>	V	V
二、自選項目： <u>部門自行提報，最多 2 項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。</u>	V	V
<b>貳、一般服務執行績效</b>		
一、就 106 年評核委員評論意見與期許之回應說明	V	V
二、維護保險對象就醫權益		
(一)醫療服務品質調查結果之檢討及改善措施	調查結果	檢討及改善
(二)民眾諮詢及抱怨處理	成案件數統計	V
(三)民眾自費情形及改善措施	調查結果	檢討及改善
(四)就醫可近性與及時性之改善措施	調查/統計結果	檢討及改善
(五)其他確保民眾就醫權益之措施	—	V
三、專業醫療服務品質之確保與提升		
(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施	監測結果	檢討及改善
(二)其他改善專業醫療服務品質具體措施	—	V
四、協商因素項目之執行情形		
(一)新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等) (本項僅適用於醫院及西醫基層部門)	預算及申報情形	推動情形、 檢討及改善
(二)給付項目及支付標準修訂		
(三)其他協商因素項目(依協定結果分列)		
(四)品質保證保留款實施方案	核發結果統計	V
五、總額之管理與執行績效		
(一)醫療利用(含全國及各分區)及費用管控情形	醫療利用情形	檢討及管控措施
(二)點值穩定度	點值	檢討及改善
(三)專業審查及其他管理措施	審查核減統計	V
(四)院所違規情形及醫療機構輔導	違規情形統計	輔導改善情形
<b>參、附錄</b>		
如：品質確保方案、品質保證保留款實施方案及其他視需要提供之方案內容。	—	—

註：1.請健保署配合於 5 月中旬提供各總額部門所需數據，以利各部門提報檢討與改善措施；  
門診透析服務，各項目均由署提報。報告內容請至少提供 5 年(102~106 年)之數據。

2.部門提報之執行成果報告內文限 100 頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。

## 各部門總額及其他預算專案計畫/方案之執行成果報告大綱

項目	健保署提報	部門提報
一、就 106 年評核委員評論意見與期許之回應說明		
二、106 年計畫/方案執行成果		
(一)計畫目的		
(二)執行目標		
(三)經費來源與協定事項	—	
(四)費用支付		
(五)執行內容		
(六)評核指標及退場機制		
三、102~106 年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率	V	V
(二)目標達成情形	V	
(三)執行概況及結果，包含醫療服務提供及民眾利用情形、獎勵情形等	—	
(四)成效評估，包含評核指標達成情形、就醫可近性及健康狀況改善情形、相關退場情形等(含自選 3 項關鍵績效指標)	V (請健保署儘量提供含收案控制組與對照組之執行成果資料)	
四、檢討與改善方向(含 107 年計畫/方案修正重點)	—	
五、附錄：各項專案計畫/方案內容	—	

註：1.由各總額部門負責之專案，請健保署提供執行情形之數據，並提出 3 項自選指標，最好含收案控制組與對照組之比較；由健保署負責之專案，各項目均由署提報。各計畫/方案之提報單位如附表四。

2.各專案之執行成果報告內文限 10 頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。

## 健保署(含其他預算)及各部門總額之年度重點項目一必要項目

單位	項目
健保署	(1)整體資源配置與未來規劃
	(2)分級醫療推動成效
	(3)C型肝炎預算執行與治療成效
牙醫門診總額	(1)約診不易之現況與改善情形
	(2)自費項目之現況與改善情形
	(32)牙周病統合照護計畫於108年回歸一般服務之規劃
中醫門診總額	(1)就醫率之檢討與改善規劃
	(2)自費項目之現況與改善情形
	(32)專案計畫之整體檢討與後續規劃
西醫基層總額	(1)加強基層量能之策略與執行現況
	(2)假日開診之現況與改善情形就醫方便性(包含假日開診情形)
醫院總額	(1)初級照護減少之策略與執行現況
	(2)護理人力(護病比)之現況與改善情形
其他預算	(1)提升保險服務成效(含藥品品質監測計畫)之檢討與規劃
	(2)推動醫療體系整合(含以病人為中心、整合性照護、急性後期照護)之檢討與規劃

附表四

## 各部門總額及其他預算專案計畫/方案執行成果之提報單位

部門別	計畫/方案名稱	提報單位
牙醫	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 醫療資源不足地區改善方案</li> <li>- 特殊醫療服務計畫</li> <li>- 牙周病統合照護計畫</li> </ul>	牙醫師公會全聯會
中醫	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 醫療資源不足地區改善方案</li> <li>- 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫(包含 1.腦血管疾病;2.顱腦損傷;3.腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護;4.脊髓損傷)</li> <li>- 中醫提升孕產照護品質計畫</li> <li>- 乳癌、肝癌門診加強照護計畫</li> <li>- 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫</li> <li>- 癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫</li> </ul>	中醫師公會全聯會
西醫基層	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 西醫醫療資源不足地區改善方案</li> <li>- 強化基層照護能力「開放表別」</li> </ul>	醫師公會全聯會
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 家庭醫師整合性照護計畫(醫界配合推動情形)</li> <li>- 家庭醫師整合性照護計畫(含計畫檢討與管控)</li> </ul>	健保署
醫院	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 急診品質提升方案</li> <li>- 西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層)</li> <li>- 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫</li> <li>- 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型)</li> <li>- 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材(非計畫型)</li> <li>- 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型)</li> </ul>	台灣醫院協會
醫院、西醫基層	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫(註)</li> <li>- C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫</li> <li>- 醫療給付改善方案(糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦全程照護及慢性阻塞性肺疾病)</li> </ul>	健保署
其他預算	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫</li> <li>- 非屬各部門總額支付制度範圍之服務(含居家醫療整合試辦計畫)</li> <li>- 高診次者藥事照護計畫</li> <li>- 支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費、罕見疾病特材及器官移植、西醫基層總額原慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費</li> <li>- 推動促進醫療體系整合計畫</li> <li>- 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費</li> <li>- 鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案</li> <li>- 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫</li> <li>- 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫</li> <li>- 提升保險服務成效</li> </ul>	健保署

註：醫院之慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫，已於 102 年由專案計畫移至一般服務項下



第 3 屆 107 年 第 2 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 1)次委員會議紀錄」  
與會人員發言實錄

傅主任委員立葉

各位委員大家早安，距離表定開會時間 9 點，尚有 2 分鐘，目前已達法定開會人數，現在開始今天的委員會議。今天的會議場地只租借到 12 點半，所以在這之前一定要結束會議。剛好昨天的共識營委員對於會議進行，已有些共識，希望今日委員會議能依之進行，更有效率，現在開始今天的議程。

周執行秘書淑婉

- 一、各位委員早安，有關本次議程安排，討論事項計 8 案。第一案係西醫基層點值保障項目，因涉及本(107)年度第 1 季點值結算，具時效及急迫性，故列為第一優先；第二案「辦理 106 年各部門總額執行成果評核作業方式(草案)案」係依本會本年度工作計畫所排定，討論本會總額評核作業方式；第三至七案是上次會議保留提案，第八案為委員本次所提之新提案。
- 二、報告事項計 4 案，請委員參看今天補發的更新議程，不好意思，寄出時遺漏報告事項第一案「中央健康保險署『107 年 1 月份及 2 月份全民健康保險業務執行報告』」，已補列於本份更新議程。以上為本次預先安排之議程。

傅主任委員立葉

請問委員對議程安排有無意見？請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、主委，各位委員，還有最辛苦的健保委員會工作伙伴們大家早。我這邊有些意見提出來討論，我曾在幾次會議中，提出一些議案供會議討論，本次也對於花蓮地震造成東台灣死亡的事件及造成醫療龐大支出提出 1 案，不過此案似乎還在請示中未列入本次會議資料中，因為「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」還需認定，就是請健保署對於地震發生後 2 個月內的點值浮動進行評估後，再來正式列入討論提案，不過目

前沒看到相關往返的公文附在本次會議資料，原則上我們是尊重應有的處理流程，會提出此案，畢竟是對花蓮重大傷亡感同身受。

- 二、另外，我個人覺得，在好幾次的提案中，聽到某一個代理委員一個說法，說本會是委員制，也有個慣例叫做共識決，但我不曉得「共識」要如何定調？什麼叫共識？這部分我不是要請教主委，而是要請教業務主管機關，也就是主管法令的衛福部社保司，到底可不可以透過所謂的表決？表決才有所謂的多數。但共識就是大家都同意才能形成共識，最重要是尊重少數，所以我在健保會覺得，似乎好幾個案在討論時，好像都沒有共識，因為我一直反對到底，但問題是那些議案最後還是被裁決通過了！在此就教衛福部社保司商司長東福，希望能就法令主管機關的觀點說明一下。

#### 傅主任委員立葉

- 一、現在係確認議程，陳委員亮良所詢「花蓮地震能否適用及動支『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』」案的處理情形及何謂共識，稍後請周執行秘書淑婉及社保司說明。請問委員對今天議程安排還有沒有意見？(未有委員表示意見)
- 二、對於共識的部分，陳委員亮良未能參與昨天的共識營，實在很可惜，因為在共識營，委員對議程安排方式已獲致共識，原則上會把討論事列於報告事項之前，但健保署每季的業務執行口頭報告，則安排於討論事項之前；另經本會幕僚審視，若具有時效性之報告案，亦可視需要移至討論事項之前，委員也可於收到會議資料後，協助檢視議程安排之妥適性，如需調整，可於會議前告知幕僚。幕僚整合委員意見後，於會議當天提出修正後的議程，再由委員討論及確認變更後的議程，就無需再花太多時間討論。
- 三、今天議程確認，接下來進行下一案。請問各位委員對於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。

- 四、昨天共識營的另 1 項結論，有關上次委員會議紀錄確認，將只針對文字需要修正之處才提出，因為議事錄(含會議紀錄及實錄)已寄送委員，且委員於開會前收到之會議資料，亦包含上次會議紀錄。若上次會議紀錄有錯誤之處，請儘量在開會前告知幕僚，將可以節省委員會確認紀錄的討論時間。
- 五、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 1)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、依昨天共識營決議，本案會加快報告速度。說明一，上次委員會議決議(定)事項計有 13 項，依辦理情形建議解除追蹤 8 項，繼續追蹤 5 項；另依過去會議決議情形，需在本年 3 月回覆的部分有 2 項，依相關單位提供之資料，幕僚建議解除追蹤 1 項，繼續追蹤 1 項。前述案件最後還是依委員議定結果辦理。以下就辦理情形簡要說明。

(一)上次會議決議(定)事項擬解除追蹤共 8 案，請各位委員翻到會議資料第 24 頁：

- 1.項次 1，請幕僚依委員意見，對 1 月 5 日「精進全民健康保險醫療給付費用總額協商及評核方式」專家諮詢會議會議紀錄進行補正。這部分已補正，並呈現於會議資料第 141、142 及 147 頁劃線處，請委員參閱。
- 2.項次 2，四部門總額相關團體於 2 月 9 日前提供評核委員推薦名單，並需把委員的意見也納入作業方式。有關這部分，四部門推薦的名單已提送至本會，並已依之完成評核委員的遴選，委員相關意見已納入今日討論事項第二案，併同考量及討論。
- 3.項次 3，委員對健保署公告內容的建議，包含吳委員榮達、謝委員武吉及李委員永振提供意見。健保署業以書面回覆如附錄二第 150~152 頁，請委員參閱其回覆情形。
- 4.項次 4，有關衛福部及健保署公告之相關附件，未來請幕僚將電子檔寄送給委員。本會幕僚已遵照辦理，於 3 月 9 日及 12 日均以電子郵件附加檔案之方式寄給委員，未來亦將遵辦。
- 5.項次 5，關於第 4 季全民健康保險業務執行報告委員所提意見，健保署回覆之書面意見如第 153~160 頁。

6.項次 6，職業工會會員健保投保金額申報下限之規定與檢討，委員之建議業於 2 月 6 日函陳衛福部。

7.項次 7，保險對象自付差額特材之實施情形，因時間因素請委員參閱提出書面意見。委員提出意見，認為自付差額的財務評估應該包含申報數量及自費價格預估，健保署就這部分的評估方式已提供書面回覆，內容較多請委員自行參閱。

8.項次 8，業務監理指標之監測結果，因時間因素請委員參閱提出書面意見。這部分是李委員永振提出意見，健保署回覆請參閱第 162~163 頁。

(二)歷次委員會議決議(定)事項擬解除追蹤計 1 案，係為違反健保法規相關情事之書面意見送請相關單位審慎研議，依 106 年 12 月份委員會議決定，須於 3 個月內回應。社保司已彙整健保署意見，研議一系列說明資料，如第 32~38 頁。

(三)擬繼續追蹤的部分，就依據昨天共識營之決議，請委員參閱不再報告。

二、請各位委員翻回會議資料第 15 頁，說明二，健保署依健保法施行細則第 3 條規定，函送「106 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告」請本會備查，幕僚已擬具決算分析資料，併同決算報告各 1 份，於 3 月 9 日寄給委員參閱，也希望委員能夠提供書面意見。目前已收到之意見已彙整送健保署，請健保署於會中回應。

三、說明三，有關 5 月 4 日本會將舉辦「全民健康保險相關業務座談會」，邀請國健署、疾管署、食藥署及醫事司等相關司署進行交流，安排之內容請參考，亦請各位委員預留時間與會。

四、說明四，有關本年各部門總額評核作業及評核委員之產生方式，請委員參閱會議資料第 16 頁，係依上次委員會議決議，以委員共同決定之精神，由委員電子郵件票選，票選結果作為主委遴選之參據。14 位票選名單，是來自四總額部門推薦、

本會現任及曾任之專家學者委員名單。由本會 35 位委員對前開名單進行票選，票選作業已完成，將於討論事項第二案就教委員。

五、說明五，關於衛福部公告「107 年度全民健康保險各部門醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式」，公告內容係依本會報部內容辦理。

六、說明六，醫師公會全聯會於 2 月 1 日函送健保署並副知本會，有意參與「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」新增院所名單，本次新增 9 家，截至會議資料印製時，計 74 家診所。另，嗣後健保署於 3 月 13 日又函送新增 51 家診所名單，幕僚於 3 月 16 日以電子郵件寄送委員參閱。爰此，目前共計 125 家診所有意參加前開計畫，相關資料均已提供委員。

七、說明七，衛福部及健保署本年 1 月至 3 月份發布及副知本會之相關資訊如下：

#### (一)衛福部

1.本年 1 月 31 日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，修訂重點已於會議資料呈現請委員參閱，相關附件業於 3 月 9 日寄至各委員電子信箱。

#### (二)健保署

1.公告修正牙醫門診、中醫門診、西醫基層與醫院總額及其他預算相關計畫/方案共 14 項，修訂重點已於會議資料呈現請委員參閱，相關計畫/方案業於 3 月 12 日寄至各委員電子信箱。

2.會議資料第 24 頁，公告 107 年「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」等 4 項中醫醫療照護計畫之新增承辦院所及醫師名單，相關資料業於 3 月 12 日寄至各委員電子信箱，各分區承辦院所數、醫師數統計如會議資料第 21 頁之表格。

3.2 月 1 日公告修正「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」，修正重點請委員參閱。

4.2 月 2 日修正發布「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，相關資料業於 3 月 9 日寄至各委員電子信箱。

5.3 月 7 日公告修正全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式，相關資料業於 3 月 12 日寄至各委員電子信箱。

6.106 年 12 月至本年 3 月公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目，藥品計 16 件，特材計 9 件。

八、說明八，本會幕僚整理 107 年 1 至 2 月份健保重要新聞剪輯資料，請委員參閱。

傅主任委員立葉

一、謝謝周執行秘書淑婉的報告。有關總額評核作業之評核委員遴選，在此補充說明，依上次委員會議的意見，本來是希望提送評核委員名單至委員會議討論，及由委員共同決定，經與幕僚討論後，考量時間因素，以及在評核結果出來之前，不宜公開評核委員的名單，乃改採由 35 位委員投票。

二、本次遴選，幾乎完全按照委員投票結果，除因得票很高、去年也擔任評核委員之楊銘欽教授，渠表示希望將機會禮讓其他優秀學者，因此今年就不參與，其退出產生之缺額，由票選結果同列於第 7 名的 2 位人選，並考量評核委員宜包含各部門總額所推薦人選後，擇一遞補。

三、請問委員對本案還有沒有意見？依序請吳委員榮達、何代理委員語、李委員永振、謝委員武吉。

吳委員榮達

一、會議資料第 15 頁，有關說明一，因為健保署對於我提問處之答覆，尚有不清楚之處，為了節省時間，我再用書面請教健保

署；另有關決算的部分，等一下似乎沒有要報告，那我也再用書面向健保署請教。(書面意見如第 44~45 頁)

二、會議資料第 20 頁「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」之「1.施行區域計 115 個鄉鎮區，較 106 年減少 1 個鄉鎮區」，按理我們應該是期待施行區域增加，但反而減少 1 個，請健保署讓委員知道一下原因。

三、會議資料第 217 頁「公告修正全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式」，本項公告包含附件 1、2，因未附於會議資料內，請健保署事後再提供給我參考。

傅主任委員立葉

採取統問統答方式，委員詢問後，再一併回復。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

剛剛主席報告關於評核委員的遴選，若人員均已確定，就沒有進一步意見；但若還沒有，我認為可以再考量一下。因為健保會委員需要利益迴避，那評核委員要不要迴避？若配偶是醫師，那似乎就不適合擔任評核委員，因為容易不客觀，我的看法是這樣，無論該評核委員另一半是先生或太太，是擔任醫界的醫事服務人員，晚上不會交換意見嗎？我們無法了解實際情形，但利益迴避還是應該要做的，因此我認為評核委員還是需要有利益迴避之規範。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

一、首先感謝幕僚對委員意見辦理情形之追蹤，及健保署配合回覆。我是感覺到健保署進步很多，不過對其回覆尚有問題須請教。會議資料第 156 頁，有關雇主代表關心的平均眷口數議題：

(一)健保署答覆的第 1 點提到，若衛福部有核定，該署才會公告，因過去 2 年平均眷口數沒有變動，故未公告。但依健保法施行細則第 68 條規定，應該是不論有無變動，每年都

應該要公告，乃因該條文規定為：「應」每年公告。

(二)署答覆之第 2 點提到「最近一年(105 年)的平均眷口數為 0.60 人，考量國發會推估未來扶養比會由逐年遞減改為逐年上升趨勢，故 106、107 年平均眷口數不調整」，但署說目前平均眷口數為 0.61 人，只是因為國發會說未來會降，因此健保署目前該降卻不降，屆時該升是否也不用上升？

二、會議資料第 154 頁，是有關本人先前就政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算所提質疑，因為這個議題已經爭議 1 年多還沒有結論，所以在上次委員會議，請健保署於提「106 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告」報告時，將 105、106 年計算的詳細資料提供委員參考。因為今天健保署已將報告提送本會備查，以下將提出我的看法，發言時間會較久。可能沒辦法符合昨天的共識(註：「每次發言 3 分鐘為原則」之共識)。

三、請委員翻到會議資料第 160 頁，我不知道委員們是否有看懂，本人是沒有看懂，這邊的資料很簡陋，我手邊沒有完整數據，而健保署也沒有交代很清楚。我認為這邊是先將「政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數」算出來，再加上政府已負擔的部分而得到政府負擔保險總經費是錯誤的，根據健保法第 3 條第 1 項規定，應該是先算出 36% 的下限，算出這個數目後，再檢視政府所繳的額度，如果已經超過這個額度，那麼政府就不用再繳；若有不足，那政府就要再補足，而不是先計算不足多少加上已負擔多少，等於政府要出多少，以上是一個邏輯錯誤。

四、105~106 年的數字，應該還是用非政府繳交的保險費 $\div$ 64% $\times$ 36% 的方式進行計算，這也是我一直不能理解的部分。健保法第 3 條第 1 項規定，政府每年度負擔本保險之總經費的下限是保險經費扣除法定收入後金額之 36%。依健保法第 2 條的解釋，保險經費是指保險給付支出加上應提列或增列之安全準備。依我的邏輯計算得到的 36% 不足數，與健保署計算的結果

會有 30 多億元的落差。雖然健保署解釋，106 年應提存安全準備應帶入-88.11 億元，若是如此，等一下就要再進一步討論法令遵循的問題，法律專業的吳委員榮達在此，大家可以討論我的看法是否正確。

- (一)定義保險經費的時候，應提列或增列之安全準備，應該是正數，如果是負數，應稱之為收回安全準備，這樣才合理，但是健保署的公式中，並未如此定義。在健保署 105 年的相關試算中，安全準備為負值時是以 0 代入，為什麼現在計算 106 年之 36%不足數時，又帶入負數，這豈不「昨非今是」嗎？這是第一點疑問。
- (二)第二點，請各位參看決算分析報告(會議資料第 167 頁)，剛才提到 36%不足數，用我的或健保署的 2 個公式，將產生 30 億元左右的差異，因為我沒有詳細的數字，也沒辦法正確算出。因為去年的 38.5 億元的爭議，還沒要回來，所以昨天跟周執行秘書提到，很後悔去年沒有支持干委員文男的意見，不要准予備查就好。因為備查之後，就沒有結果了。
- (三)會議資料第 167 頁(5)102~106 年度政府應負擔健保總經費法定下限 36%差額合計為 2,393 億元乙節，後面有很多解釋，但可能要請健保署交代更清楚，我原看不懂這邊所提待撥付 628 億元，經過健保會同仁說明，我才瞭解，這個待撥付的 628 億元，與之前 102~104 年因政府預算編列不足須在 105~108 年分 4 年攤撥的 628 億元，兩者內涵是不同的，請各位委員注意。請健保署下次在業務執行報告，將 102~106 年度政府原負擔的數額、經爭議後補編列差額(如 104 年依行政院協商補列 490 億元、105 年因施行細則的修正，補列 116 億元)、各年度預算編列數，及分年攤撥(如 105~106 年已各撥付 157 億元)等情況，依年度清楚列出，委員們才會清楚，因為 1 個是決算數字，另 1 個是權責數字，過去編列不足的款項到底在哪些時點有還款，用列表的方式，委員在監理健保業務時才會比較瞭解。

(四)同樣在會議資料第 167 頁，提到安全準備的來源，內容我就不贅述，依健保法第 76 條有 2 項規範，第 1 項是安全準備的來源，包含年度收支結餘，在此要強調是「結餘」，結餘的意思是正數，應該要放入安全準備，但如果結餘不是正數，應該就是「0」，沒有結餘。倘若是如此，106 年的安全準備來源就剩下滯納金收入、安全準備所運用之收益、菸酒健康福利捐及其他收入等，整個加起來是 187 億元左右，照理講，按健保法第 76 條第 1 項規定，安全準備還是有來源的，但是明明就已經不夠 88.11 億元，為什麼還會有來源，原因就在同條文的第 2 項：「當保險收支發生短絀時，由本保險安全準備先行填補」，如剛才所說明，安全準備的提列，當收支結餘是正數就提列，若收支沒結餘是負數時，就應該由安全準備先行填補。我認為這個部分與政府應負擔健保總經費是不相干的。

(五)另外，請健保署解釋「法定收入」的內涵，我並未在健保法找到相關規定，雖過去聽過一些說明，但好像又不一致。法定收入的數額，會牽涉到健保法第 3 條規定對政府應負擔保險總經費不得少於 36% 計算及應該扣掉的部分，這也就是為什麼我要提到健保法第 76 條第 2 項規定。過去我們分析健保財務時，102~104 年因修正計算方式補編列之 628 億元，及 105 年補回的 116 億元，都是將其放在「雜項收入」，如此會有什麼影響呢？因為法定收入不是保費，應該要先扣掉，但如此一來，政府就可以規避掉這筆收入的 36%。我需要釐清什麼是「法定收入」以及健保法第 76 條第 1 項規定所敘「保險收支結餘」，指的是保費收入減掉保險支出，抑或是有其他計算公式？很抱歉耽誤大家太多時間，但唯有這些爭點釐清後，問題才會解決。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

李委員永振

主席，我還要補充一點，這很重要，因為上述問題所涉並非幾千萬元，而是好幾億元，建議暫時不要備查，若有需要，下次會議再提，因為監理健保業務是健保會的職責，不要像去年一樣，備查之後好像就沒有結果，讓幕僚很辛苦一直要追蹤，也不知道要追到何年何月何日，我們就把問題癥結弄清楚，可以就備查，不可以就將意見彙整後陳送部長裁決。雖然部長也會很辛苦，手心手背都是肉，無論部長最後如何裁決，健保會基於職責，總是要將意見表示清楚。

傅主任委員立葉

李委員永振所提，前已討論多次，建議可在下次委員會議前召開專案會議討論，可能的話，甚至可以在專案會議先有共識，於下個月委員會議再做決定。各位委員是否同意這樣安排？

李委員永振

若委員們都同意，就可以。

吳委員榮達

但李委員永振的建議，是今天先暫時不予備查。

傅主任委員立葉

對！今天不予備查，等下次委員會議再說。請謝委員武吉。

干委員文男

因為是同一問題，我先講一下(謝委員武吉同意禮讓)。這個問題雖然由來已久，但本質上是因為算法不一樣，建議依李委員永振意見，今天先不備查。但在專案會議召開之前，請社保司及李委員永振分別就各自觀點，以對照表方式呈現，讓我們了解差異到底在哪裡，這樣專案會議才有意義，否則還是會像去年一樣，講很久但得不到結論。

傅主任委員立葉

在召開專案會議前，請社保司及李委員永振分別提出各自的算法，供委員參考。

## 謝委員武吉

- 一、關於上次委員會議解除追蹤案件第 3 項，對於健保署的說明(詳會議資料附錄二)我是完全沒有辦法接受，認為還是應該繼續追蹤。就我所指出的這 3 家公司，裕利、久裕及大昌華嘉等，健保署表示管理這些公司非屬健保署權責範圍，對此我不能接受。因為藥品的販售，是從原開發廠商、代理商到醫療院所，健保署怎麼能說沒有權責去了解他們實際利潤是多少，實務上，每次砍藥價的時候，很多國內藥廠公司會因為賠錢、不敷成本，到最後就不想作了，但這樣是完全不對的。
- 二、如果健保署認為因為非權責範圍，不能對這 3 家公司藥品交易價格進行了解，這句話我不能接受，因為健保會是監督單位，我要求相關政府單位一定要對藥品的價格進行監督。若是用非權責範圍的說法，只會讓這些公司胡作非為，想怎麼賣就怎麼賣，沒人能管得住他們，變成無法無天，我是絕對不能接受。既然你們是管理醫療院所的單位，就應該對藥品價格有所掌握並追蹤，否則藥品財團越來越大，像這 3 家公司都已經變成財團，其中 1 家是華僑經營，1 家是洗腎中心出來的，利潤越來越高，所以我要求一定要繼續追蹤，並追蹤到底。
- 三、健保法主管機關是衛福部，此段的權責範圍是屬於衛福部不是健保會，所以衛福部要有擔當，在此也拜託商司長東福多關心一下，這樣的話，才能讓台灣的老百姓安心、放心，體制內的事情，需要有改善的機制，但是這邊回答委員的方式，讓我感覺到非常不妥，我們不需要敷衍了事的機制，因此反對解除追蹤。

## 傅主任委員立葉

先請何代理委員語，再請陳委員亮良。

## 何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、有關剛才李委員永振所提平均眷口數的問題，過去只要平均眷口數有變動，就會公告，照理說 106 年的數據是 0.60 人才

對，不應該用 0.61 人來計費，應該要調降。

二、最近我參加勞動部及國發會幾次的會議，了解今年是老年人口死亡率首次低於嬰兒出生率，顯示我們國家人口老化的問題很嚴重，出生率又很低，不到 18 萬人，以我們現在的人口數 2,348 萬人來看，估計到 120 年就會降到 2,100 萬人，勞動人口也會下降。

三、我認為平均眷口數未來若反轉，時間點也許就在明後年，所以現在平均眷口數若是有下降，就應該公告調降。等到將來平均眷口數反轉，也許會到 0.7 人或 0.8 人也不一定。對於產業界來說，平均眷口數該多少就多少，但現在應調降卻不調降，而且過去平均眷口數很多年都不曾調整，超收我們好幾百億元的保費，我認為你們應該依法行政，該調降就調降，現在數據是 0.6 人，竟然不調整，我認為這是失職的行為，健保署應該再評估，我們並不反對將來平均眷口數依實際數據調整，這樣才是合理公平的政策。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

一、有關評核委員遴聘，希望在評核醫療服務品質的時候，涉及會有經費獎助，也會有專款。而在本次評核委員的推薦名單中，我詳細了解被推薦人的專業背景，發現其中似乎沒有性別平等方面的專家學者，因為在醫療服務的領域，應該也會需要性別平等的專家參與，特別是針對女性就醫便利性，這有助於我國在性別平等工作上的推動，同時讓付費者獲得會更妥適的醫療服務措施。下次遴聘評核委員，希望可以納入性別平等方面的專家學者，如果不知道名單，可以上勞動部性別工作平等委員會下載名單參考。

二、會議資料第 21 頁，講實在的，我個人對於中醫是非常的信任，也非常肯定，我感冒、鼻子過敏時，都是去中醫診所就

醫，畢竟中醫是華人的驕傲，中國人的國粹。就健保署提供有關「中醫特定疾病輔助醫療計畫」資料，在雲林只有一個點，就是北港媽祖醫院，但這個點離斗六有一個半小時的車程，對於居住在斗六地區的民眾並不方便，尤其是住在山線地區的民眾，人數又更多，現在好不容易中醫門診總額提供這些計畫，無論是對於癌症患者加強照護、或是提升孕產婦照護品質也好，我認為這些都非常重要。但同時又感覺到雲林人很可憐、很悲哀，尤其最近 2,000 噸蔬菜運來台北市果菜運銷公司，好好的東西，結果連續休假多天沒有通知產地，沒有辦法賣擺到爛掉，農民的痛不僅是收入的問題，而是這些好好的蔬菜可以食用被糟蹋掉了，沒收入不打緊，每公斤還要付 4 元垃圾處理費，雲林人真的很需要被政府來重視。所以，針對偏鄉醫療問題，之前我也有提案，希望 108 年 4 大醫療部門，可以關切偏鄉這個議題，尤其各位沒有住在中南部，可能不了解，我們為了就醫，總是大費周章跑到台北或高雄，這是屬於公平正義的議題，希望針對雲林山線地區，增加這方面的診療。

三、剛才謝委員武吉對健保法第 61 條的意見，也希望社保司予以重視。

傅主任委員立葉

委員還有沒有意見？請李委員永振第 2 次發言。

李委員永振

這是第 2 次發言，剛才干委員文男建議很好，請社保司及我分別提出兩造的計算內容，以利委員對照，但是我這邊弱勢，沒有資料我沒有辦法計算，應該是健保署，不知道社保司有沒有算，我沒有講社保司，但我認為健保署應該對我所提出的質疑列出數字，剛才講，如果保險收支結餘是正數就提列安全準備，如果是負數就收回，應該很清楚。另外，還有健保法第 76 條的解釋，你們提出來，我們這邊有法律專家，現在可以先請教吳委員榮達，或等健保署提出來再說。

吳委員榮達

等健保署彙整後再談。

李委員永振

- 一、那就等健保署的資料，可能這樣才能解決問題。剛才提到，依照我的邏輯，計算出來大約有 30 多億元的差異，但這不是正確的數字，我手邊沒有資料，所以不敢講。這一點很抱歉，請健保署努力看看能否提出可說服我的資料。
- 二、其實也不一定要召開專案會議，只要健保署將資料整理好，提供給大家參考，若有意見再說，但是希望要有充裕的時間讓大家研究，不要臨時提出來。臨時說明我也沒問題，因為我的理論是整套的，其實健保署也知道。臨時的溝通會讓人措手不及，這樣不好。

傅主任委員立葉

這部分可以先做決定，專案會議之前，請健保署就李委員永振所提論點，提出資料說明，同時也請李委員永振先檢視，若有需要再補充資料，可由幕僚聯繫健保署準備，有資料後才可以在會議中討論。委員還有沒有意見？請謝委員武吉。

謝委員武吉

剛才要求繼續追蹤的第 3 項，一定要針對那 3 家公司的現象，提出將來管理的方法，假如沒有著落，我會講出更嚴重的話。

傅主任委員立葉

委員還有沒有詢問？(未有委員提問)請周執行秘書淑婉回應。

周執行秘書淑婉

針對剛剛何代理委員語提到評核委員利益迴避，其實這一次在邀請評核委員，或請部門推薦的時候，我們都有提供各部門「本部聘任外部委員利益衝突注意事項」。本會幕僚對於所推薦進來的人選，也有針對利益衝突的部分做一些評估。基本上，受評核的是部門，不是個人，所以會從比較大的範圍來考量利益迴避，包括財產及非財產上的利益，都參考本部利益衝突的防範注意事項，所以有特別

對這部分做處理，請各位委員放心，我們的評核委員都是非常公正的。

傅主任委員立葉

一、剛剛何代理委員語提到，評核委員有沒有排除配偶一方是醫療服務提供者，我想如果依照這樣的原則，聘任作業可能會很困難，而且評核是針對部門及團體，並沒有針對個人，所以我認為應該還好，而且我們也會去考量相關事項。

二、陳委員亮良提到性別比例的問題，剛剛算了一下，今年 7 位評核委員有 5 位是女性，這樣以後是不是反而男性需要被保障？  
(眾委員笑)

陳委員亮良

我的意見不是比例問題，現在國際間總統都是女性在做了，反而男性是要受到保障，真的是時代趨勢在變，我的意見是要有兩性工作這方面的學者或是專家(不論性別)來參與評核工作，這點我特別要強調。

傅主任委員立葉

其實評核委員裡面，很多委員雖然不是專門從事性別研究者，但他們所做的研究都有涉獵相關議題。

陳委員亮良

這部分的相關資料，在勞動部的性別工作平等委員會，裡面其實很多委員都是專家學者，我是覺得我們可以提供一些名單讓所有的委員來圈選，這是我的意見，並不是抹煞或是否定參與評核委員對於性別工作方面的專業，但是學有專精，各方面的事情由專家學者參與，我想對於醫療服務品質會更臻於完善。

傅主任委員立葉

陳委員亮良所提意見，供幕僚參考。不過我也補充說明，雖然這次我並未擔任評核委員，但還是會擔任評核內部會議的召集人，我自己其實一直都在做性別研究，也教授相關的課程，所以我們這次並不會缺乏性別平等的觀念，應可以達到陳委員亮良的要求。關於評

核作業就討論到這裡，接下來請健保署及社保司回應。

蔡副署長淑鈴

- 一、先回應吳委員榮達提的「107 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，為什麼減少 1 個鄉鎮，是因為人口數變少，醫人比小於 2,600 人。另一個原因，減少的那個鄉鎮，當地的衛生局也評估不需要去巡迴，所以少了 1 個鄉鎮。
- 二、陳委員亮良提到的「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，現在雲林北港媽祖醫院是有參與，但是慈濟斗六分院本來有參與，後來又退出，是因為它改成斗六慈濟診所，所以就沒有再設中醫部。陳委員亮良希望這個計畫多一點醫院能夠參加，這個計畫參加資格就是西醫醫院有附設中醫部的醫院就可以，所以如果雲林地區的醫院願意設立中醫部，就可以來參加。

陳委員亮良

雲林本來有很多西醫醫院附設中醫部，像是虎尾若瑟醫院、中國醫藥大學北港附設醫院，但我還是希望再努力一下。

蔡副署長淑鈴

沒問題，如果他們願意來參加，只要是符合資格，我們都非常歡迎。另外平均眷口數還有政府應負擔 36% 經費，請財務組陳專門委員振輝來回答；有關謝委員武吉藥價的問題，請戴組長雪詠來回答。先請戴組長雪詠。

戴組長雪詠

謝委員武吉的指教，我們非常感謝，但是我們要和委員說明，依照健保藥價調查的相關規定，會針對醫療院所與其上一層直接交易的藥商，請雙方提供藥價，做雙向勾稽，如果裕利、久裕及大昌華嘉這 3 家廠商直接提供給醫療機構，那本署就會照相關法規，針對他們的藥價做雙向勾稽和確認，但如果這 3 家物流公司是對各層藥商，而非直接對醫療機構，的確在健保相關法規裡面，沒有辦法找到相關規定去做規範。

## 謝委員武吉

我對這個回答不能夠同意，所謂的藥價黑洞，我要講更難聽一點，是不是有利益輸送的問題？此項的回答，我很早就提示了，但是你們逼著我一定要講出來，利益輸送的問題，我剛才是故意不講健保署，我是講政府單位，你要了解我用心良苦，結果你們還是這樣的回答，如果還是不能讓我們了解的話，我建議送廉政署和檢調單位好好處理一下，應該就能夠了解了！為什麼不能夠了解呢？這我之前有講過，藥價調查這是一條龍喔！你說廠商他是物流公司，你有沒有去做功課及查到他的資料，他不是物流公司，他是藥品代理商，你們還講物流公司，你們有沒有認真在做事？完全都沒有嘛！你們這樣做事不行，蔡副署長這邊我了解了非常多，但，你們這邊的工作力度夠嗎？我非常的存疑，為什麼這個問題到現在已經快 1 年了，還是在這樣打馬虎眼，我是建議，如果你們說藥價調查不能怎樣、不能這樣，可以改藥價調查的方式嘛！不是嗎？剛才我最後有說要做出一個妥善的處理，結果你們還是這樣硬梆梆、硬著來幹，你越硬著來幹我就越硬的回去，我不客氣了喔！直接送檢調、送廉政署！

## 戴組長雪詠

- 一、跟委員說明，剛剛的意思是，如果這 3 家公司，簡單講，所謂的藥商，如果直接賣給的對象是醫療機構，那絕對是在我們的法規規定內，可以去做調查，但是如果藥商是販售給下一層的藥商，這是市場的交易行為，在相關法規裡面的確沒有辦法做規範。
- 二、剛剛委員提到藥價黑洞的問題，對健保署而言，應該說藥品給付價格與醫療院所所報價的資料，這個黑洞，在現行的健保規定與機制就是允許的，就是有藥價差異的空間，但是我們透過藥價調查去砍他們的藥價。我知道委員是專家，也許我到健保署沒有太久，也在跟委員學習，但這的確是我所理解整個健保制度的設計，如果委員還有指教，等一下我們再跟委員請益。

謝委員武吉

我還是要回應，這種回答我還是不能接受，我的個性沒有處理好就沒辦法，這個事情你們已經跟我拖了非常久，你們拖這麼久我都沒有再講，你今天又回答我這樣，什麼叫允許的？什麼叫不允許的？我剛才才講過嘛，藥價調查你可以再修正嘛，是不是怎麼來調查他們？這是一條龍的事情喔，不是你說的這個問題，這就有一間洗腎公司在做，你們不敢說，我敢說，也有華僑來做，結果你們講這樣，我是要前面這段的藥價黑洞，但是你今天用這個跟我搪塞，說不能夠調查怎麼樣、不允許，什麼叫不允許的？法律有這樣的漏洞可以鑽嗎？你鑽漏洞，我們法律專家在這裡，法律有漏洞的話，也是要妥善處理。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

我是這樣認為，因為我們後面還有提案的討論，不適合在會議場合一來一往，我看謝委員武吉也已充分表達他的意見了，健保署就委員的意見，你們還有什麼意見，口頭也好，書面也好，做一個回應，回應完後再請謝委員武吉，看你是打算正式提個什麼案子，或是要採取什麼樣的法律程序，你再去做決定，這樣好不好？讓我們的會議能往下走，不然實在不是辦法。

周執行秘書淑婉

謝委員武吉關心藥價差已經非常久了，其實今天議程的報告事項第二案「專利期內各層級醫事服務機構藥價調查結果報告」，亦與之相關。我想今天的時間，可能沒辦法進行到這個報告案，建議就剛才委員建議及關心之處，請健保署補充說明，併入該報告案呈現，且下次會議將此報告案排在討論事項之前，讓健保署能夠做一個比較完整的報告向委員說明。

謝委員武吉

這樣可以。

傅主任委員立葉

那我們就照這樣的方式來處理。社保司有沒有要補充？(社保司表示沒有)請陳委員亮良。

陳委員亮良

一、請參閱會議資料第 21 頁，要特別提一下，非常感謝牙醫部門，針對醫療資源不足地區改善方案，我想台中市牙醫師公會在南投仁愛鄉設了一個巡迴點，在座部分委員也有參加揭牌儀式，我個人也有感而發，我這幾年觀察，中醫部門的點值太低了，希望以後中醫在陳理事長旺全的領導，把總額點值提升。為什麼我特別有感，因為在台大雲林分院有一個癌症安寧的專區，在那裡都是一些絕望的癌症患者，化療都已經沒有希望，都在打嗎啡了，我覺得中醫是他們最後一個希望，所以我個人非常支持這項計畫，希望明年這個計畫能盡量匡列，因為中醫在這幾年來確實點值偏低、總額偏低，這也是基層的聲音，我想在雲林有辦法辦全國第一屆的中西牙整合醫療學術發表，確實是不容易，有辦法把中醫、西醫、牙醫三個部門整合起來做學術論壇，很多學者，包括國外學者也都提到，中醫在特殊疾病的診療成果，所以我也希望健保署能搭起橋樑，不管是虎尾若瑟醫院也好，台大醫院也好，有辦法再加入中醫方面的診療。

二、另外，我們雲林也有好幾個鄉鎮，也有像仁愛鄉這個案例，剛好羅代理委員界山也在現場，希望也能分享給雲林的牙醫師公會，因為我們雲林包括元長、口湖鄉沒有牙醫診所，我記得好像是水林鄉沒有中醫診所，希望各縣市這種有特殊性的鄉鎮來做一個示範作用，我們在這邊也特別肯定，羅代理委員界山也是醫療奉獻獎的得主，確實是不容易，在這邊以付費者的心情來肯定醫療提供者，願意到偏鄉來設點，我想這都是正面的能量。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、剛才有人講到藥價黑洞的問題，在商業總會裡面也有一個委員會，專門在討論這個議題，但這個委員會本身就是藥物的，不過各人有各人的想法，但是當然醫療體制有生意上的問題，所以我說台灣過幾年，醫生會沒有頭路(台語，工作的意思)，因為孩子少、老人多，很多孩子找不到工作，沒有職業要當什麼，要當醫生、醫療人員，醫療人員越多，醫生不要到大醫院去，就自己開業，所以未來這個問題會更複雜。
- 二、當然我們要改革，其實台灣現在最嚴重的問題就是老人多，老人多就是用藥的問題，其中藥物浪費的問題最重要，因為老人多，慢性病就多，一天叫他吃好 5、6 種藥，他都不記得，吃到錯亂，怎麼辦，結果就不願意吃，這是很嚴重的問題。65 歲以上的老人越來越多，有人吃幾百種藥，所以我認為現在被浪費的藥比藥價差更嚴重，這點我們必須檢討，這其實是侵蝕到我們的健保，現在藥費占四分之一，以後可能會到二分之一，要怎麼樣來改革，不然都沒有辦法解決這個問題。
- 三、我剛剛跟何代理委員語講，現在的社會已經改變了，我種田我兒子就也種田，我做醫生那我一定娶當醫生的太太，當然有護士嫁給醫生也很多，所以提到考核時要分開那個專業比較難一點，所以說有時候要理解別人的專業。
- 四、陳委員亮良他很用心，他都講雲林的問題啦，但是我有一個觀感，因為在座每個人都是各行各業派出來的，不能講到各行各業去，絕對要公平，因為每個人現在都是健保會的委員，這才是正確的，回到自己家才講自己家的事，我也不能在這裡為我們商業會的會員爭取利益，不然如果我賣藥，那在這邊爭取藥物經費，那我一定會被別人質疑，當然我們非常佩服陳委員亮良，他的家鄉在鄉下，當然是情有可原，不過這是浪費時間的事情。

五、因為我有在吃藥，所以我知道最重要的問題是，藥太多常常搞不清楚，有吃眼睛的藥、吃心臟病的藥，問藥師為什麼不幫我寫清楚，早上吃哪一個、中午吃哪一個、晚上吃哪一個，藥師公會的古委員博仁有來勸？(委員回應：有啦！)你應該在整個社區去宣導，宣導用藥的問題，你如果做得好，藥物不要浪費這麼多，你要多少也都可以給你嘛！這是循環的，憑良心講，藥物浪費有人就覺得買越多越好，結果都放在家裡不吃。

陳委員旺全

- 一、因為陳委員亮良一直提到中醫，非常感謝，不過既然你問了，我就繃緊神經，現在在雲林，其實只有東勢和湖口沒有中醫，當然牙醫部門羅代理委員界山也都非常注意，說一定要共同來協助。
- 二、剛剛葉委員宗義提到，醫生沒有頭路，其實我一直在想，葉委員宗義提到、擔心的問題，健保署這幾年真的是非常用心，推廣做雲端藥歷，所以我們有很多同業說，要這個做什麼，要將CT(Computed Tomography，電腦斷層掃描)、MRI(Magnetic Resonance Imaging，核磁共振攝影)、用藥資訊上網，減少醫療資源浪費，所以有時候我們醫師要做宣傳，同業也要做宣導，知道用藥的情形之後，就不會再重複用藥，我相信這樣應該會減少很多不必要浪費的比例，不然我們醫生也要繳保險費，浪費的話醫生也要負擔，所以我想業界委員擔心的，讓我們在做總額的承辦單位也都會非常的小心，我們也一直在做宣導，大家共同來努力。

傅主任委員立葉

上次會議決議(定)事項辦理情形，已討論的差不多，剛剛陳委員亮良、葉委員宗義，請健保署參考，至於謝委員武吉所提到的藥價問題，併到下次委員會議專案報告中，所以對於上次會議決議的部分還是解除追蹤，委員是否同意解除追蹤？

謝委員武吉

下一次還沒報告。

周執行秘書淑婉

下次報告完再解除追蹤。

傅主任委員立葉

好，那就下次委員會議報告完再解除追蹤。

謝委員武吉

下一次報告要讓我們所有的委員同意。

傅主任委員立葉

好，本案先討論到此。

李委員永振

健保署還有財務的部分沒有回答。

傅主任委員立葉

請健保署答覆財務部分。

陳專門委員振輝

- 一、有關平均眷口數部分，相關說明請委員參閱會議資料第 156 頁，此項數據若未調整，本署不會再做公告，如有變動才會公告。
- 二、以 105 年資料計算平均眷口數約 0.60 人，考量國發會人口推估未來扶養比將逐年上升，平均眷口數將由逐年遞減轉為逐年遞增，且因與目前 0.61 人差距不大，所以暫未調整，今年將會再做評估。
- 三、關於政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額部分，二代健保在 102 年開辦時，考量民眾及民間雇主負擔增加，政府有必要提高應負擔的比率。另依健保法第 76 條規定，當保險收入高於保險支出，保險收支結餘會轉入安全準備，但保險收支發生短絀，也會從安全準備填補，所以安全準備以當年的營運實際值計算，不管從收入面或支出面計算政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額，都是一樣。

四、李委員永振提到健保法第 2 條規定，安全準備如果是負數，是不是要用「0」來計算乙節，因為若當年虧損，安全準備以「0」來計算，變成當年政府負擔會超出 36%，當年的虧損僅由政府單獨就短絀數額外負擔，似未盡合理。為符合立法精神及行政作業一致性，去年業經行政部門獲得共識，且邀集專家學者討論，安全準備計算原則，是以當年的營運實際值計算較為合理。

傅主任委員立葉

這部分建議先討論到此，因為還會召開專案會議。

李委員永振

- 一、對於平均眷口數的答覆，我不是要健保署再唸一次會議資料。對於健保法施行細則第 68 條的規定，應依法公告，那有什麼先核定才公告，也沒有法遵。我才和何代理委員語講，政府要求企業都要法遵，結果政府口頭上一直掛著依法行政，自己都不法遵。平均眷口數沒改變就行文給衛福部核定，維持不調整，但仍然要公告，以符合法遵，白紙黑字寫出來，人家一看就發現沒有法遵。剛才的問題是，現在平均眷口數 0.60 不降，還是維持 0.61，將來若變成 0.74，是否仍不調整？健保署也沒有答覆。
- 二、剛才的提問健保署還是沒領悟到，會議紀錄出來後再請好好研究，我的建議是，先將健保法第 2 條修正為「應增列(收回)」，這樣就有法源，增列是正數，負數要收回。提列的部分其實有 2 項，第 1 項是來源，來源的第 1 項是收支的結餘，結餘就是正數，有虧損那有結餘，有虧損就是「0」。都講的這麼清楚了，提供的資料還是一團亂，我都看不懂，相信大部分委員也看不懂。
- 三、尊重剛才主席的裁示，將政府應負擔健保總經費 36% 釐清之後，先提供書面給委員參考，讓大家了解，下次委員會議再提案討論。

傅主任委員立葉

其他相關問題於專案會議再討論。李委員永振提及關於法遵的意見，請健保署參考。

干委員文男

補充李委員永振的說法，每年此時就會產生爭議，希望這次能釐清到底誰是誰非，不要每年決算就提出這個問題。李委員永振的算法應該沒有問題，我過去也學過一點，應該找出計算清楚的方法，不要每年都在討論這個問題。

傅主任委員立葉

在進入討論事項之前，因為會議開始時，陳委員亮良詢問他的提案為何沒有納入議程，另有關共識的問題則請社保司說明。先請周執行秘書說明提案的部分。

周執行秘書淑婉

陳委員亮良於本年2月9日提出「花蓮地震能否適用及動支『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』」案。依規定，提案前須由健保署與受影響之總額部門，先針對該案是否屬「非天災所致之大型事件，且該事件發生後，前2個月之預估醫療費用達該地區當季平均總額預算之0.3%以上」進行評估。因此，幕僚在收到陳委員提案後，已於2月23日函請健保署協助評估該案是否適用動支程序，經健保署回復需2個月時間計算，預計於5月份才能完成，故該案刻正進入處理程序。相關辦理情形都有副知陳委員，以上說明。委員提案幕僚都會處理。

傅主任委員立葉

接下來請社保司說明。

商委員東福

關於陳委員亮良詢問的「共識」，其實剛剛大家在討論過程中，已經在實現共識。大家按照昨天討論的想法和概念，有人盡量縮短發言時間，當有人堅決反對時，就提出解決辦法，或討論如何修改，或以專案會議方式來解套，這是會議進行的藝術和智慧。若硬要說

明何謂「共識」，教育部的字典上也是這樣寫：共同體認的觀念和想法。先做以上回應，因為法規上並未明文規範何謂「共識」。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、針對何謂共識，其實我於中正勞研所就讀時，曾進行深度研究及撰寫論文。若上網搜尋維基百科對「共識決」的解釋，所謂共識就是要在多數裡面尊重少數，而不是都不能講話。剛才葉委員宗義說，我都幫雲林講話，我是雲林人，當然會幫雲林講話，這是天經地義。
- 二、在健保會什麼議題都可以談，尤其我是公務機關代表，什麼議題都可以侃侃而談。所謂的共識，只要有委員反對，例如剛才謝委員武吉堅持反對到底，我也敬佩他是健保會的藍波。針對委員的意見，既然要採共識的決定，就是要充分尊重少數，不能以多數暴力壓榨少數。
- 三、很多委員會提出議題，但不發言的居多，健保會成員有部分來自公部門，可能不好意思講話，只有我代表公務機關，因為我是全國公務人員協會推薦的代表。很多議題共識很重要，既然不表決，一定要讓委員充分表達，不要限制發言，每位委員不同的論述，都值得參考，並不是幾位委員持不同意見就是代表多數，這才是建全的委員制及共識制，不然以後就都表決。

傅主任委員立葉

- 一、謝謝陳委員亮良，我們的看法一致，本會從來沒有限制委員發言，即使是少數意見，任何意見都可以充分表達，從來不會制止委員的發言。
- 二、順帶一提，昨天的共識會議，大家形成的共識是，針對每個議案，每位委員的發言次數以3次為限，之後就不再請其發言。但並非3次以後就沒有發言機會，3次口頭發言之後，若還有其他意見，可以提供書面意見。

三、既然是共識，其實就是更尊重少數，也就是不會採表決的方式，以多數暴力來做決定。委員的個別意見，都會列在議事錄，並請健保署參考。未來如能形成共識，將可提供衛福部或健保署做為政策制訂或修法參考，基本上我們並沒有違反共識的精神。接下來進行討論事項第一案。

#### 謝委員武吉書面意見

有關「專利期內各層級醫事服務機構藥價調查結果」：

- 一、本席對此案如此慎重與關切，是因於其中產生許多不該存在的弊端。聽聞某大財團對加盟其採購(藥品、特材、衛耗材、儀器設備等)的醫院，採購時就第一手抽成 15%，年度再有盈餘就又再抽成一次。難道健保會可以坐視不理、不督促政府機關嚴正對待嗎？
- 二、依健保法第 46 條「保險人應依市場交易情形合理調整藥品價格；藥品逾專利期第一年起開始調降，於五年內依市場交易情形逐步調整至合理價格。前項調整作業程序及有關事項之辦法，由主管機關定之。」據此，藥商售予代理商如：裕利、久裕、大昌華嘉也屬市場交易情形，按全民健康保險法母法之規定，健保有法源也有權利查詢相關資料。
- 三、藥商銷售藥品予保險醫事服務機構之贈品數量與折讓金額等情形，除按醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所與藥局，請於分類補充藥商售予代理商如：裕利、久裕、大昌華嘉的數據資料。
- 四、目前健保署報告之藥價差皆採百分比及預估值呈現，請補充絕對數據，即各層級、各類別的藥品金額、價差金額。
- 五、本報告案呈現專利期內藥品價差比率，醫學中心罕見疾病用藥 8.5%、癌症用藥 9.0%、B 肝藥品 11%、其他 27%，再以各層級藥品支付金額，計算出各層級整體價差。以此數據評定三層級各類藥品價差顯有失真，也與事實有所不符或背離，請補充

提供「各層級各類別藥品佔健保該類別藥品」的比例與價差情形。

六、建議檢討「全民健康保險藥品價格調整作業辦法」，依母法增設可供健保署查詢藥商售予代理商如：裕利、久裕、大昌華嘉的相關具體文字。

吳委員榮達書面意見

針對健保會第 3 屆 107 年第 2 次委員會會議資料中第 156、157 頁應請健保署為補充說明之事項，列述如下：

一、關於會議資料第 156 頁項次 4(一)健保署對於本委員於 107 年第 1 次委員會會議所提出之詢問所為之說明「106 年 12 月較其他月份保費收入增加約 100 多億元，主要係因 12 月份適逢年終獎金及股利發放，致補充保費增加，政府應負擔 36% 差額亦隨之增加；又配合年度結算作業，相關差額列於 12 月，致 12 月政府應負擔 36% 差額較其他月份增加。」等語，因該等說明尚有疑義之處，故請健保署對於下列問題再為補充說明：

(一)一般年終獎金及股利之發放，大部分是在每年上半年之 1 至 5 月進行，此處卻說 12 月保費之大額增加，係因年終獎金及股利發放，實令人費解，請健保署應提出詳細統計數字，以為釋疑。

(二)健保署於說明中稱「因 12 月份適逢年終獎金及股利發放，致補充保費增加，政府應負擔 36% 差額亦隨之增加；又配合年度結算作業，相關差額列於 12 月，致 12 月政府應負擔 36% 差額較其他月份增加。」，但該說明甚為簡略，無法清楚瞭解概貌，故有請健保署能提出更詳細統計數字資料，以為釋疑。

二、關於會議資料第 156 頁項次 4(二)健保署對於本委員於 107 年第 1 次委員會會議所提出之詢問所為之說明「本署每年估算保險費率方案，係以權責基礎之應計保險費推估保險費收入，因此政應負擔之保險費(含待撥數)皆已內含於保險費收入的權責基

礎中。」等語，過於籠統含糊，亦有請健保署提出相關推估計算資料，詳為說明，以為釋疑。

- 三、關於會議資料第 157 頁項次 4(四)健保署對於本委員於 107 年第 1 次委員會議所提出之詢問所為之說明「業務執行報告第 36 頁呈現之醫院部門平均點值為 0.8995，係本署依 10 月至 11 月資料所預估之點值，尚非結算點值。」等語，由於現已是 107 年 3 月，故 106 年各季之點值應該均已結算確定，故可否請健保署提供 106 年第三季、第四季結算後之確定點值，提供本人比較參考。

參、討論事項第一案「107 年度西醫基層總額一般服務保障項目」與  
會人員發言實錄

同仁宣讀

劉副組長玉娟

有關 107 年西醫基層總額一般服務保障項目，本署已於 107 年 3 月 2 日與西醫基層總額團體討論，決議比照 106 年保障項目辦理。有關這些項目及其支付方式，請委員參閱會議資料第 41 頁表格內容，藥費每點 1 元係依據健保法第 62 條規定辦理。除西醫基層總額外，107 年牙醫、中醫及醫院總額點值保障項目，已於去(106)年 12 月底委員會議通過，以上報告。

傅主任委員立葉

請問委員對本案有無意見？請干委員文男。

干委員文男

總額在談判時都以「點」為基礎，若換成「元」，是否基期要重新計算？以後都用「元」，不用「點」計算，用「元」打折也是一樣。本案宜請考量，否則費用結構都須再變動。

蔡副署長淑鈴

- 一、向干委員文男說明，總額談的都是金額，但實際醫療費用講的是點數，用點數和金額去比才有點值。
- 二、本案討論的是各部門總額有哪些服務項目要保障每點 1 元，真正在計算點值時，要將每點 1 元的服務項目先扣下來，剩下的服務才會有點值。各部門總額都會希望部分服務保障點值，這是總額內的共識，107 年牙醫、中醫、醫院總額的點值保障項目，已經在健保會通過，今天是西醫基層總額的保障項目提請討論，以上補充。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

本案過去討論過也曾做成決議，應防止保障項目太多，以免影響其他服務項目的點值，所以請慎重評估，過去既然做過這樣的決議，建議還是要遵守。

傅主任委員立葉

以上建議請健保署參考，若委員沒有其他意見(委員表示無意見)，本案照案通過。接下來進行討論事項第二案。

肆、討論事項第二案「辦理 106 年各部門總額執行成果評核作業方式(草案)案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

一、本會預訂於本年 7 月 19、20 日，援例辦理各部門總額執行成果評核會議，為籌辦會議，須先研擬本年度評核作業方式。請委員參閱補充資料第 1 頁第 2 點，幕僚經檢視本會歷次委員會議、歷年評核會議及本年 1 月 5 日專家諮詢會議，委員及專家學者對評核作業之相關建議如下：

(一)對評核級距與獎勵：

- 1.106 年 3 月份委員會議決議：「委員對於有、無接受專業事務委託之總額部門，其評核結果之獎勵是否宜有區別之建議，將另案討論」。
- 2.106 年 8 月份委員會議決議：「委員建議是否訂定更細緻的評核級距等，請本會幕僚於 107 年研擬評核作業方式草案時納入考量」。
3. 針對上述建議，本年 1 月 5 日專家諮詢會議建議相對於訂定更細緻的評核級距(目前為 5 個等級)，宜更關切品質保證保留款之核發，是否能達到鼓勵院所精進品質的目的，故不建議朝訂定更細緻的評核級距方向規劃。

(二)對評核內容的規劃：

- 1.往年評核內容較偏重專案計畫的評核，但考量總額 95%的預算為一般服務，建議宜強化一般服務執行績效之評核，並納入國際評比醫療保險之指標，部門亦可自行提出改善項目。
- 2.評核報告宜更突顯執行重點及精簡內容，同時也期待健保署以保險人角色，提供初評建議及更佳之關鍵績效指標與更細緻分析資料，供評核委員參考。
- 3.對上開建議，希望能召開評核委員會前會，就相關事項進

行具體討論。

二、依照 107.1.5 專家諮詢會議之建議，幕僚於 107.3.19 召開「評核委員會前會」，就過去建議研修本年度評核作業方式，並依會前會結論擬具草案如補充資料第 5~12 頁，重點摘要如下：

(一)明定今年度評核範圍，為評核 106 年度四部門總額之執行成效，106 年度四部門總額全部都有接受健保署專業事務委託，因此會有各部門總額承辦團體進行相關報告。

(二)評核項目部分：

1.為利聚焦，將「壹、整體規劃與執行檢討」修訂為「壹、年度重點項目之推動與未來規劃」。評核委員希望部門能以政策目標、總額協定事項及滿意度調查之民眾關切議題為主軸，提出 106 年度執行成果及短中期之具體目標及作為。依據專家學者的建議，幕僚初擬各部門總額須提出之必要項目，請委員參閱資料第 11 頁，若有修正意見，也請指正。另外，有部分是自選項目，由部門自行提報改善最多的項目等。

2.«參、專案計畫/方案執行成效»，評核項目不變，惟請各部門總額及健保署針對各計畫/方案，提出 3 項可反映成效之績效關鍵指標。並期待健保署盡量提供含收案控制組與對照組比較之執行結果資料，較易進行客觀比較。

(三)評核會議之資料：

1.請四部門總額及健保署依上開評核項目準備書面、口頭報告(簡報)。

2.為突顯執行重點，本年度有限制頁數及編製目錄的要求，另外將「各部門總額執行成果摘要」之重要數據，整併至「總額協商參考指標要覽」，合為 1 冊。

3.請健保署於評核會議前提供四部門總額一般服務及專案計畫/方案之自評建議，供評核委員參考。

(四)評核委員就四部門總額之執行成果充分溝通後，以「共識

決」評定等級，評核等級將提委員會議定獎勵額度；並針對四部門總額之一般服務及專案計畫/方案提出共識建議，供總額協商參考。

三、有關研議「區分各部門總額共通事項及總額專業事務委辦事項 2 部分，訂定評核指標」、「對於有、無接受專業事務委託之總額部門，獎勵原則宜有區別」之建議，考量 106、107 年四部門總額均已委託相關團體辦理，將納入未來研修參考。

四、依上述修訂內容，幕僚已排定 107 年評核作業時程，請健保署及四部門總額配合時程，提送相關資料。

傅主任委員立葉

先請何代理委員語，再請干委員文男。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

就本案提出下列幾點建議：

- 一、當初評核級距是我在費協會時提出，主要參考教育部大學評鑑的考核級距，過去比較寬鬆，修改後級距比較窄一點，變成 5 個級距，至於要不要分的更細，尊重大家的意見。
- 二、堅持評核委員要利益迴避，如果其配偶自己開洗腎醫院，就不宜擔任洗腎的評核，至少分科別利益迴避，若配偶在教學醫院任職，就不應評核教學醫院，配偶如果是牙醫，就不能評核牙醫部門，這樣比較客觀。
- 三、配合雲端數位影像的推動，我希望將其列入評核項目之一，以了解院所的配合程度及推動成效。另外，我認為醫療服務科技化不能停住不動，健保已經開辦 23 年，應有所進步，導入醫療服務科技化，並將醫療服務科技化程度、進展納入評核項目，評估其成效。
- 四、建議增列上述評估指標，不是主要評核項目而是參考項目，藉此推動醫療進步及醫療服務科技化，並結合資訊產業及 AI (Artificial Intelligence, 人工智慧) 產業，才能更方便、迅速、有效的服務全民。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

我同意何代理委員語看法，但評核委員已經聘任，卻回過頭要評核委員利益迴避，我認為今年應該暫緩，先依現行作業方式執行，明年如要改變制度，應該要事先處理，現在已經3月，7月就要開評核會，中間還要準備資料。請何代理委員語諒解，今年先按往例，而且評核委員都已選出，如果要重來...

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我的意思是評核委員與評核部門間要迴避，不是所有評核部門都迴避。

傅主任委員立葉

意思是針對評核部門迴避嗎？

干委員文男

- 一、我認為評核結果的獎勵要事先溝通，不要評核完才討論，事先公佈讓部門有努力目標。
- 二、另外，計算獎勵額度以各部門一般服務費用為基礎是不公平的，中醫的基礎最小，再來是牙醫、透析、西醫基層，醫院的基礎最大，如果要達到公平公正，我們應該怎麼處理？做同樣的事情，結果卻有差異性，尤其醫院總額有部分是由健保署執行，即使醫院部門執行不利，評核還是能過、獎勵款照拿，這樣不公道。計算基礎應該要檢討，獎勵額度也要有共識，不要事後才談，豬殺死了才再講價，這樣不好。

傅主任委員立葉

先請張委員清田，再請陳委員亮良。

張委員清田

我對評核項目及評核結果獎勵有幾點建議：

- 一、評核項目，我認為四部門總額的性質不同，像中醫是幾千年來

的國粹，但在新醫療、新科技方面要如何與西醫、牙醫比較，西醫、牙醫有很多科技產品，我不清楚中醫有沒有，我對這點不了解，但以此做為評核項目之一，中醫的分數一定很差，我也常當評核委員，當成果沒有呈現時，分數就會打得比較低。

二、如干委員文男所言，評核結果獎勵以各部門一般服務費用為基礎有點問題，大一點的部門，如西醫基層，0.1%的獎勵款就上億元，是否考慮採用特定額度來獎勵，或是綜合百分比及特定額度2種計算方式，以上建議。

### 陳委員亮良

一、張委員清田講到重點，我的意見也一樣，為什麼每次中醫部門的評核結果好像不是非常好，他們很認真，我們也非常肯定中華民族千萬年的國粹，各部門確實有結構性不同的問題。

二、因評核委員是由在座的健保會委員所勾選、推薦，資格沒有問題，我支持主委的裁決。

三、剛剛張委員清田提到評核項目，我認為各部門總額共通性項目的配分比例要高一點，至於部門特殊性的專業項目在配分比例上就相對低一點，資優生可以好幾個，不是只有1個，在評核的過程中能有不同的思維，期望中醫在新年度的評核能更上一層樓。

### 傅主任委員立葉

委員意見都很值得參考，但有些改變需要提前準備，先提出以下建議：

一、何代理委員語所提利益迴避問題，因本屆評核委員已聘請，事先沒有向評核委員提及這方面的考量，且評核委員也是經由委員票選，建議今年依現行作業方式辦理，至於是否針對評核部門進行利益迴避，觀察過去歷年評核會議，似乎也沒有因未利益迴避而產生弊端之情況，但會加以考量，研究更細緻、更周全的作法。

二、有關何代理委員語建議納入評核的指標，今年評核有請健保署

提供關鍵績效指標資料，請健保署納入考量。

- 三、張委員清田與陳委員亮良都很關心評核項目，每個部門需要改進的目標也許不同，評核項目是否要有部門差異，可以納入考量，評核作業需要更精細、繁複的規劃，今年可能來不及。
- 四、關於評核獎勵，有委員建議採用百分比加上額度的計算方式，很值得考量，但目前很難即刻做決定，建議今年先依現行作業方式執行。
- 五、其他意見請幕僚研議可行性，若有大變動從明年開始，今年僅微調部分規範。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、我也當過評核委員，付費者委員很少被邀請當評核委員，累了2個月，晚上都睡不好，一直在看資料，我能體會評核委員的辛苦。
- 二、當初請委員勾選評核委員時並沒有註明其配偶的服務單位，我們是在未知情下推選。我建議至少分配評核部門時可以利益迴避，若評核委員的太太在牙醫診所服務，那就分配他評核醫院、西醫基層或中醫，若評核委員的先生在教學醫院服務，那就分配她評核西醫基層，藉由技術性分配來避開。明年勾選評核委員時，如在候選名單備註其家人職業，可能會產生很大爭議，我建議由主委稍微調整分配即可。
- 三、多年來，我一直建議中醫部門應該有共通及不共通的評核項目，畢竟中醫有其特殊性，如果評核項目跟西醫一樣會有誤差，我不反對共通的評核項目，但也要有不共通的評核項目。
- 四、有關利益迴避的建議是提供主委參考，至於今年是否執行，再請主委評估。

傅主任委員立葉

先請羅代理委員界山，再請葉委員宗義。

羅代理委員界山(謝委員尚廷代理人)

今年評核的年度重點項目中，只有牙醫、中醫的必要項目有「自費

項目之現況與改善情形」，這是對牙醫、中醫的歧視還是特別的愛護？以牙醫部門來說，牙醫本來就有一些自費項目，不知道未來規劃方向，是不是要將牙醫的自費項目都歸到健保，我認為應該針對不該收自費而收取自費的情形做處理，如果不應收自費而收自費的院所，即依相關辦法直接處理。

傅主任委員立葉

稍後一起回應。

葉委員宗義

我提個牙醫部門的問題，我不知道臺北有沒有這個現象，但在雲林、彰化等縣市都有，民眾如果臨時牙齒痛，去牙醫診所都不能馬上診治。平常是可以用預約的方式，但臨時牙痛怎麼辦，要如何解決這個問題？並不是說所有的牙醫都這樣，但大多數都要等預約間隙才能處理，患者就要一直忍痛，應該要改善這個現象，對付費者才有合理的交代。

傅主任委員立葉

先請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

- 一、先回應羅代理委員界山，有關必要項目「自費項目之現況與改善情形」，此項目是依照滿意度調查所列，民眾針對牙醫、中醫的自費項目有較多意見，所以評核委員想進一步了解，不是針對特定部門，事出有因。
- 二、干委員文男提到，提早讓部門知道獎勵額度、方式等，其實有作業困難，我們必須知道明年總額匡列額度，才知道有多少空間可以給予獎勵，所以要等到8月份左右才能提會討論，至於是採用百分比還是特定額度，到時候再請委員提供意見，目前無法事先定案。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達，再請陳委員亮良。

吳委員榮達

剛才談到很多利益迴避的問題，我本來不想發言，尊重主委的建議即可，但既然談了那麼多迴避的問題，我也提出一些建議：

- 一、我參加過很多委員會，在聘任委員時，挑選的方式並不是對委員進行身家調查，迴避問題大多針對個案，如健保署共同擬訂會議，於寄送會議資料時，即會針對該次會議所討論的藥品、特材，請委員逐一檢視並勾選有無需利益迴避之議案，該迴避就迴避。
- 二、評核委員聘任也一樣，利用勾選的方式，避開可能有利益迴避問題的部門，其他部門就沒問題了，建議可以採取這樣的方式，比較能夠被大家接受。

傅主任委員立葉

吳委員榮達建議由評核委員自評有無需要利益迴避。先請陳委員亮良，再請吳委員國治。

陳委員亮良

- 一、我從付費者的角度來檢視評核內容，會議補充資料第 11 頁，如剛剛羅代理委員界山所提，中醫及牙醫必要項目包含「自費項目之現況與改善情形」，我認為自費是很普遍的醫療行為，不應該列入必要項目，我支持羅代理委員界山的看法。
- 二、另外，醫院及西醫基層的必要項目都只有 2 項，唯獨牙醫及中醫多了自費項目，消費者會選擇自己需求，像植牙及中醫的龜鹿二仙膠都是自費，沒用到健保經費卻要評核，把自費納入評核項目實在沒有道理，對牙醫、中醫特別嚴謹，有另眼看待的感覺。
- 三、其他部門也有自費項目，不是只有中醫、牙醫才有，像骨科打玻尿酸也是自費，最近趙建銘還被封為玻尿酸之神，我支持羅代理委員界山的意見，中醫、牙醫必要項目的「自費項目之現況與改善情形」應該拿掉。

傅主任委員立葉

請吳委員國治。

## 吳委員國治

- 一、請問年度重點項目中的必要項目是如何訂定的？各部門總額好幾個的必要項目都有提到「改善情形」，一般是認為不好才需要改善，意思是中醫、牙醫的自費項目太多嗎？健保不給付就能不做嗎？
- 二、另外，西醫基層的必要項目「假日開診之現況與改善情形」，是認為現在假日開診率太低嗎，有無客觀的比較基準？我剛請教張委員澤芸，像醫院總額的必要項目「護理人力(護病比)之現況與改善情形」，護病比是有客觀數據存在，但其他項目有客觀數據嗎？
- 三、我建議拿掉「改善情形」4個字，呈現自費項目的現況讓委員參考即可，畢竟沒有客觀標準，自費項目要達到多少百分比才叫高。

## 傅主任委員立葉

請林委員惠芳，再請盧委員瑞芬。

## 林委員惠芳

- 一、我與吳委員國治一樣很關注改善情形，我認為應該要先有各個項目的目標值，在評核前產出具有共識的目標值，否則要評核改善的情形會很難評量，端看現況也很難評比，因為這是評核，需要給出建議，沒有基礎點確實有困難。
- 二、我也關心羅代理委員界山所提，中醫、牙醫的必要項目「自費項目之現況與改善情形」，重點應該放在不應該收自費卻有收取自費的情形，以及健保特約中、牙醫診所為了收治自費病人，讓原本應以健保為主的事情沒有做到，這些問題比院所收取自費項目還來得重要。
- 三、但我也在想該如何評估，如不應收自費卻收自費的院所，民眾不知道或不舉報，我們難以得知，如果要評核的話，我們需要加以討論該用什麼資料、指標來反映。
- 四、另外，不管是必要項目或自選項目，有沒有項目限制？因為各

部門總額的項目數都不同，會訂出今年要看的主要項目嗎？

傅主任委員立葉

先請盧委員瑞芬，再請黃代理委員振國。

盧委員瑞芬

- 一、記得前幾天健保會曾召開「全民健保各部門執行成果評核會議之評核委員會前會」，就指標的部分，將再召開會前會討論指標的選取，前提是就目前有的資料進行指標討論，現在不可能蒐集到的資料，則留作明後年參考。
- 二、有關利益迴避的部分，如果配偶需要迴避，是否一等親，姻親皆須迴避(同時不只醫師，醫療專業人員皆須納入?)，重點是利益迴避規範要有法源(或是明列細則)的依據，而不是由評核委員自行提出是否需要利益迴避，因為評核委員無從判斷。若多數委員對此有質疑，則建議討論利益迴避規則，此外評核委員沒必要去揭露一等親的職業及姓名等資料，若屬重大情節，更應該有法源來解決。

傅主任委員立葉

請黃代理委員振國。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

- 一、有關評核的年度重點項目，必要項目應該是指重要的項目，建議無論過去做得好壞與否的項目都應該納入，並以提升醫療品質為重，這樣對整個評核才具公平性。評核委員認為會影響各部門的服務品質的內容，則建議要有標準化的過程，而不是一直變動，比如各部門過去就做得很好的，理應繼續維持，而不是將該項目拿掉，拿掉之後就做不好，這不是評核的目的，評核的目的是希望各部門除了維持以往的優質醫療服務，且能更加提升品質，例如，牙醫、中醫認為自費項目不該只有他們有，各部門都應納為評核項目。
- 二、利益迴避已經討論很多，除了夫妻關係，還有很多的親友關係等，現在很多年輕人結婚，親密友人算嗎？甚至族繁不及備

載的，這樣會變成在懲罰婚姻。既然有專家學者願意擔任這樣的挑戰，在評比時，能保持公正才是重點。

三、利益迴避有 2 種，一個是直接正向的利益迴避，但是負面的要迴避嗎？請大家思考，有些團體自有定見，這樣的團體成員可能有負面的想法，是否要利益迴避？這樣錯綜複雜的因素，建議不要考慮，應該要對公正的評核委員嘉許，且對未善盡原則的評核委員也有機制處理，請主委也能依其機制，隔年不要再遴聘，這才是重點。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

一、2 個具體建議，就利益迴避的部分，建議今年度尊重目前主委的遴聘，對於利益迴避的問題，應該是自律。若希望有法源的依據，建議先擬個草案或辦法，提至委員會討論產生共識，下年度再執行。

二、有關自費的部分，這次只有中醫及牙醫納入評核項目，會產生公平性的問題，因為這部分有的部門未納入評核項目，今年度的評核，建議中醫及牙醫的自費項目先暫緩納入，至明年度有更細膩或較公平性的思考，再來考慮。

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、向各位委員說明，健保法只有評核任務職責，但未做規範，規範是在整個評核的進度、工作項目，細節是由健保會去決議，這是個施行細節規範，不是法定實施，是授予健保會主委聘請評核委員，請不要提到法源，法源是在健保會的職責裡，不然為何要提這個案，若法律已經寫得很清楚，本案就不必提至健保會討論通過。

二、請大家看清楚內容，各部門都要提供 102~106 年執行成果，評

核委員要看 102~105 年的執行狀況，至 106 年有無改善或進步，這是改善情形，所以「改善情形」文字不能拿掉。評核委員不是只評當年度的工作內容，還要與前 4 年比較，我相信擔任評核委員非常辛苦，大家都很認真且努力，希望將這份工作做好，因為除了要看到 102 年的資料，且都要有中間的成果報告，所以「改善情形」文字不能拿掉，請各位委員了解。

傅主任委員立葉

先請林委員錫維，再請周委員麗芳。

林委員錫維

本案已經討論許久，建議請健保署回應及解釋，例如，牙醫、中醫為何自費項目要納入評核，請說明理由及重點，自費是在保護被保險人嗎？收的自費是否合理？這個項目每個部門應該全有或全無？剛有委員提到這個項目在各部門應該全有或全無，但是目前只有牙醫、中醫有納入這個項目，請健保署說明為何只有牙醫與中醫要納入自費項目之現況與改善情形，醫院及西醫基層為何不用納為重點項目，請健保署說明後，再做結論。

傅主任委員立葉

這部分是健保會的業務，等一下請周執行秘書淑婉說明。

周委員麗芳

- 一、評核對四部門總額是年度非常重要的事情，剛剛討論評核項目的調整，大家還有很多意見要溝通，因為時間太趕，今天已經是 3 月 23 日，按照原定的時間，6 月中旬四部門總額需要提送全部的資料，但是他們的同仁要如何去準備這麼多的資料，調整及精益求精有其必要，但是考量時間關係，若今年度立即適用，似乎時間太趕，建議今年度援例辦理，讓各部門能準備相關資料。
- 二、至於精益求精的部分，今天未必要討論出結論，建議事後大家再好好研商，有關評核項目的調整，建議下年度才適用，今年度暫不適用，因為時間真的很緊。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良，提醒各議案發言以3次為限。

陳委員亮良

我支持主委的意見，評核委員的部分今年照往例實施，另外中醫、牙醫自費的項目，我堅持要拿掉，若不拿掉，這個項目各部門都應納入，不然不合法。

周執行秘書淑婉

- 一、有關自費項目剛才已向委員報告，幕僚擬案將此部分納入必要項目，是因為從民眾滿意度調查發現，民眾對牙醫及中醫的自費項目滿意度不如其他項目好。這也是回應評核委員會前會的意見，專家學者認為，雖然滿意度調查結果，多數項目民眾的滿意度都很好，但部分項目，如自費、假日約診不易等問題，是民眾最在意的部分，宜納入必要提報項目，並加以重視。幕僚依照專家學者建議，從滿意度調查項目中，納入可以再改進的部分。若委員認為文字呈現不妥，建議改為民眾滿意度調查結果滿意度最低之前幾項目，或是民眾有疑慮的項目，並請各部門進行資料分析與說明，不知這樣處理是否可以？
- 二、有關盧委員瑞芬提到，針對評核項目是否再召開會前會討論，依照評核委員會前會的結論，請幕僚以書面方式調查評核委員對評核指標之增修建議。幕僚會儘速與評核委員確認。有關周委員麗芳提到，各總額部門很緊張，到底評核報告須呈現哪些資料，因有時效性，幕僚會儘速辦理。黃代理委員振國提到評核的必要項目，依照規劃，總額協定及政策相關事項，是總額執行的重點，故今年將之納入必要項目以進行檢視。
- 三、年度重點項目，除「必要項目」外，還有部門「自選項目」，請各部門自行選擇提報項目，各部門可提出做得特別好，或改進最多的項目。

傅主任委員立葉

請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

- 一、剛剛一再討論評核處理項目，因為標題是健保署及各部門總額(含其他預算)年度重點項目，就這個定義，是針對有拿到健保的費用項目做評核，若從這個標準，自費項目不是健保支付的費用，但從目前由總額的評估項目來看，這樣項目的定義不是那麼切合。
- 二、至於民眾不滿意的項目，應該是就醫時，希望哪些地方要再改進，若不滿意的項目，也可從過去的評核知道，針對過去不滿意的項目來看是否有逐年改善，這可作為1個加分的項目，不是因為健保的總額給付而去執行的，在定義上應有更切合這個評核的項目，最主要是在執行健保總額時應該有的協定事項，包括就醫的便利性、約診等，這些是醫界拿到給付時，必須要評比的服務，這部分要嚴格審核，若不是總額的部分，建議要有屬於其他項目的評核。

傅主任委員立葉

謝謝委員的意見，不論是利益迴避或其他意見，有些只能作為將來改革的參考。

干委員文男

明年才適用嗎？

傅主任委員立葉

- 一、明年才適用，委員的意見將在今年度作為參考，我們盡量在執行時參考委員的意見，若要改變，可能要做更細膩的規範。有關利益迴避，我認為擔任評核委員真的很辛苦，專家學者願意幫我們做評核的工作，應該要非常感謝，這真的是很辛苦的工作，專家學者的自我要求很高，他們自己也都有一定的標準，過去這部分也沒發生過問題，既然大家這麼關切，我們就再研究看看。
- 二、評核項目中，討論最多的自費部分，剛剛有委員提到應該要界定清楚是可以健保給付，卻要民眾自費，這部分應該要關切，

至於本來依法不在健保給付範圍的項目，民眾當然也會不滿意，所以希望能看到這些資料，但是可能無法列為總額的執行績效。若委員對自費項目有意見，牙醫、中醫的自費項目先拿掉，其他的項目，像剛剛周委員麗芳建議，今年大部分是依照往例，建議明年總額評核的重點項目，在會前就先讓委員參與及提供意見，這樣會更好，因為目前這些都是專家學者的意見。

傅主任委員立葉

請黃代理委員振國。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

- 一、這樣的結論很好，但是西醫基層有「假日開診之現況與改善情形」的項目，現在政府實施一例一休的法令限制，不只西醫基層，所有牙醫、中醫都有受到影響，對於此項目應該要有共同的標準，即就醫的方便性，而不是針對假日這個名詞，建議所有的總額都應該納入「就醫方便性的現況與改善」項目。
- 二、我剛強調評核項目做好的要留下，做不好的要加強改善，同樣做不好的也沒鼓勵，其實不管做得好壞與否都應該精進，建議至少用同樣的項目評比，會比較適當。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

這個問題大家已經討論太久，現在已經是 11 點半，我支持就醫的便利性，今年過年我發現在雲林的診所都休息，我找不到診所看感冒，這個問題非常大，這部分希望有普及性，讓付費者就醫較便利。

傅主任委員立葉

委員是否同意將西醫基層總額年度重點必要項目之假日開診，改為「就醫方便性」？(有委員回應可以)好，本項修改為就醫方便性，但包含假日開診的情形。

傅主任委員立葉

請林委員惠芳。

林委員惠芳

建議評核委員在會前討論時，針對每個項目設個目標，今年度希望要看到的結果，以及實際的狀況是甚麼，若要逐年提升，每個年度要有指標定義，否則不會有太大的改變，這件事情要拜託評核委員。(會後補充意見：可以接受目前評核要看的已是過去的執行成果，所以不能為難評核委員訂出今年的目標值，但是建議評核委員是不是可以提出未來目標值的建議，以利後續跟進)

傅主任委員立葉

- 一、林委員惠芳建議評核委員提出目標值，今年在時程上可能來不及，因部分評核委員是新聘的，並沒有評核的經驗，也不知道過去的執行成果，恐怕不清楚目標應訂在哪。這點值得考量，早點將目標訂出來，可以讓各部門即早準備。
- 二、剛剛黃代理委員振國建議仍應留下做得好的評核項目，在評核委員會前會，有評核委員建議採滾動式檢討，因為評核項目很多，如已經做得很好的項目，也許可以畢業；黃代理委員振國擔心，若刪除指標後，可能會執行不好，自然就會因執行較差，滾動回來再評核。
- 三、總結來說，未來擬定年度重點項目時，會納入委員意見，並讓委員了解選擇這些評核項目的考量因素。目前幕僚所提出來的項目，主要是針對民眾滿意度調查結果中，不滿意的項目及其改善情形。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、主席，我認為西醫基層總額之重點項目可以刪除「假日開診」4個字，但「就醫方便性」中要包含2個項目，1個是假日的就醫方便性，1個是平時就醫方便性。
- 二、目前評核項目中已包含「就醫可近性」，「就醫方便性」要分2個層次，第1個是假日的就醫方便性，另外1個是平日就醫

方便性，若要做問卷調查，應這樣區分，讓民眾來勾選、確認，這樣才是對的，而不能只呈現就醫方便性，因為「就醫可近性」原來就涵蓋在評核項目內。

傅主任委員立葉

「就醫方便性」包含假日就醫的方便性，在呈現假日就醫方便性時，就會涵蓋假日開診情形，若假日沒有開診的話，民眾就醫當然就不方便了。請黃委員委偉堯。

黃委員偉堯

主席、各位委員，我補充 2 點意見：

- 一、關於剛才所討論的必要項目內容，其實都是每年部門要提報的內容。因為部門報告是全面性的，這些必要項目，就我看來，涵蓋民眾滿意度調查的結果、去年及前年評核委員覺得部門應該改進、要特別注意的重點。所以，我想健保會幕僚是希望把這些項目標示出來，提醒部門歷年來評核委員評核的重點在此，不要只侷限於當年度的狀況，要觀察的是趨勢的改變與改善。我覺得這些必要項目是個提醒，其實本就包含在每年部門提報的內容中，也都不是新的項目。
- 二、剛才，林委員惠芳提到有關目標值的設定，目前評核委員應該沒有辦法做到「建議目標值」。因為年度評核是評核前一年的執行成果，而當年度評核委員聘任時，各部門前一年都已執行完畢，若事後訂定目標值，部門可能無法達成目標。因此，依現行的作業流程，當年度目標值是無法由當年度的評核委員來訂定；目標值的訂定需要另外建立機制或蒐集意見。

傅主任委員立葉

- 一、評核作業是針對已執行的結果進行評核，但若評核委員願意的話，也可以建議來年努力的目標值。但評核作業本身就是評核過去已執行的成果，不適合在執行後訂定目標值。
- 二、委員都很關切評核的重點項目，往後在研擬年度評核重點項目時，會即早納入委員意見，不要等到委員會提案時再來討論。

- 三、委員若無其他意見，今年先按照剛才的修訂，並刪除牙醫及中醫門診總額年度重點必要項目之「自費項目之現況與改善情形」，雖然「自費項目之現況與改善情形」乙項從必要項目刪除，但部門評核報告中仍需提供相關內容。
- 四、其他委員意見納為未來努力目標，若委員沒有其他意見，接著進行討論事項第三案。

伍、討論事項第三案「有關『藥品價量協議(PVA)回收金額回歸總額』，本署之執行方式一案」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

- 一、健保署報告，PVA 就是藥品價量協議回收金額，是因為藥品實際產生的費用，如果超出當初廠商的預估，有一些差額時，這部分可能會造成總額點值的風險，以往 PVA 回收金額是回到健保基金，本署認為既然會造成總額點值的風險，希望改列為總額結算藥品點數的減項。本案原列為 106 年 12 月份委員會議之報告案，因委員建議故改為討論案。在 107 年 1 月 5 日的座談會中，委員希望本署再提出一些資料予以說明，本署今天另提供簡報資料於會議資料第 47~50 頁，請委員參閱。
- 二、簡單說明如下，所謂藥品價量協議(PVA)回收款項是按照全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 41 至 43 條來執行，目前回收的款項是回歸健保基金，並沒有特定的指定用途。請看會議資料第 48 頁，經彙整 102~105 年 PVA 回收款項，每年金額約在 8~15 億元間，委員也關切是哪類藥品回收金額較多，可以看到第 48 頁下方的表格，102~105 年 PVA 回收金額，主要來自「抗腫瘤及免疫調節劑」類藥品。
- 三、再看到會議資料第 49 頁，先說明第 48 頁 2 個表格金額差異原因，主要是因為本署通知還款及廠商實際入帳金額會有時間差。至於 PVA 回收金額列為減項時要如何執行，若本案經健保會通過，健保署提議自當季起，假設於 3 月份委員會議通過，健保署就從第 1 季起開始，將 PVA 回收金額列為結算藥費點數之減項。至於如何分配，請委員看到會議資料第 50 頁，假設某藥品 PVA 回收 1 億元，若該藥品於醫院與西醫基層總額各申報 60% 及 40%，則醫院總額減列藥品申報金額 0.6

億元，西醫基層總額減列藥品申報金額 0.4 億元，大致上會以這樣的方式做分配。

- 四、至於後續的影響，因為若估算不準，會影響部門總額一般服務點值，將 PVA 回收金額回歸總額，則可減少對部門總額一般服務點值的影響。

傅主任委員立葉

請問各位委員對本案有無意見？請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、主席，請問為何健保署 22 年來都將藥品價量協議(PVA)回收金額回歸健保基金，過去有很多類似的建議，健保署都認為要回歸健保基金，為何到今年提出要回歸總額，原因何在？執行的困難點在哪裡？希望健保署能夠詳細說明。
- 二、為何藥商要選擇還款方案，藥商選擇還款方案是否損及藥商利益？葉委員宗義是商業總會藥商的代表，這些藥商是不是損失很大的利益，讓其他醫療單位獲得更大的利益？這些利益合理不合理？平衡不平衡？
- 三、本案提出迄今，委員仍無法了解哪 1 項藥品醫院總額回歸多少，西醫基層總額回歸多少，是否能提供明細表讓委員做更詳細的分析，剛才健保署只簡略說明 60%給醫院總額、40%給西醫基層總額，這樣是否公平？有些藥品醫院用的多，或許要回歸 70%、80%，部分藥品西醫基層總額用的多，要回歸 65%、70%，現在用 60%、40%去分配是否合理，目前各部門總額有 PVA 回收金額回歸總額都很高興，因為有多錢出來，但是不要忘了，本案今年一通過，明年各部門總額就會開始吵著要多拿，每個部門總額又想要多拿錢，這樣不清楚回歸各部門總額比率的議案，要委員今天通過，我認為並不合宜，我想吳委員榮達應該也很清楚，本案在程序上並不完整，我建議健保署能否將各單項藥品價量協議(PVA)回歸金額依部門總額實際申報占率列出細目明細表，讓委員能夠清楚了解，才能做後續藥品

價量協議(PVA)回歸金額要怎麼處理。否則為何 22 年來都是回歸健保基金，今年卻要回歸部門總額，原因何在？謝謝。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

本案我與何代理委員語意見一致，我也採取反對意見，原因：

- 一、藥品價量協議(PVA)回收金額本來就沒有在 106 年度總額協商的範圍內，不宜於本會報告後即列為結算藥費點數之減項。
- 二、藥品價量協議(PVA)回收金額回歸健保安全準備基金已實施多年，沒有實施不當或健保署沒有提出就有做法不宜的狀況下，突然做此改變，我覺得不適宜。
- 三、健保署報告中提到「產生之差額，恐造成總額點值調降風險」之虞，但委員並未看到相關資料，若有具體資料，委員才能來考慮看看。健保署也提到「PVA 回收金額係不固定之收入」，一個不固定的收入我們放在安全準備金不是更好嗎？建議俟年度總額協商時再來討論。
- 四、藥商的回饋應該是全民共享，所以回歸至健保安全準備也是合宜的。
- 五、PVA 回收金額至健保安全準備後，也可減少未來保險費率調整的壓力，相對的，也因為安全準備基金沒有下降的那麼快，在年度總額協商時，各部門總額預算的成長也會較有空間，以上建議，謝謝。

傅主任委員立葉

先請黃代理委員振國，再請王委員雅馨、干委員文男及蔡委員登順。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

- 一、我有 1 個問題及 1 個說明，問題是「健保署報告中提到，『抗腫瘤及免疫調節劑』的藥品 PVA 回收金額最多」，其實藥品價量協議(PVA)回收金額最大的來源是來自於上市的新藥，以

類風濕藥品來說，若是依當時估算對財務的影響跟最後所產生的落差，每年在全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議討論時，藥品預估的評估是否就是失準的。

- 二、剛才委員提到如何健全健保的財務，但很清楚的是，這些藥品已經在當年度或上年度被民眾使用了，而在部門總額中耗用的結果，造成部門總額點值的下降，委員也清楚，目前大部分醫療服務點值都小於每點 1 元，所以多申報的藥品費用從原有的部門總額中扣除，我建議錢從哪裡支出，就應該回歸哪裡。
- 三、在年度總額協商時，有一個項目為「新醫療科技」，都是先通過下年度新藥預算後，健保署再逐月召開全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議，討論有哪些新藥可以納入給付，往往先後開放的順序是不妥適的，所以造成預估費用與實際使用有極大的落差。所以我們很期待，假若大家希望健全健保財務，新藥的估算跟後續使用或開放項目，應請健保署再詳細估算，否則實際上金額落差太大，對部門總額點值造成影響，每年年度總額協商都流於喊價，今天會議資料都有金額數字，建議健保署能夠提供新藥的估算跟最後使用的費用，若能完整呈現，相信委員能夠理解為何 PVA 回收金額要回歸到各部門總額，否則委員以為 PVA 回收金額是憑空回到部門總額，沒辦法諒解，謝謝。

傅主任委員立葉

請王委員雅馨。

王委員雅馨

- 一、我第 1 次發言，但需要占用大家多一點的時間。剛才聽到很多其他委員的意見，有些想法要跟大家分享，站在病患的立場，非常感謝台灣醫護人員對病友的貢獻，昨天參訪台大金山分院讓我非常感動，醫院提供了多面向的服務，真的是要懷抱感恩的心。我有 2 點要說明，健保署有提到 PVA 的來源主要是藥品數量大所產生的折扣，為何量大會有折扣？要達到一定條件

才會「量大」，若是孤兒藥、罕見疾病用藥，沒有辦法達到一定的數量，就沒有辦法談條件，要有一定數量的病患來使用這類的藥品，條件才能成立。而這些使用對象是病患，也反映出病患的需求是大於當時的預估，這並不是說有些病患不需要用藥，而是表示有些病患真的因為接受治療可以回歸正常生活，提高社會生產力。

- 二、全民健保的存在就是要照顧病友，病患面臨了疾病的問題，若能獲得解決，則對整體社會都會有幫助，這些都是環環相扣的。若病患能獲得他適合的藥品，可能可以解決部分病患疾病的問題，尤其現在多數病患都是慢性病患者，有些共病的問題，大家會覺得部分病患到處就醫，或是耗用很多健保資源，其實就我接觸病友十幾年的經驗，很多病患並不是他喜歡去逛醫院，而是他的疾病並沒有得到妥適的照護和改善，因此他必須反覆去就醫，這是 1 個問題所在，而且因此還會造成醫護人員的負擔，造成血汗醫護，產生惡性循環。若病人沒有辦法得到有效治療，也可能會將小病拖成大病，而醫師若能使用新藥來治療病患，也可以減少「巧婦難為無米之炊」的窘境。
- 三、因為我們知道 PVA 的來源是量大有折扣，這是病友的無奈，沒有人喜歡生病，所以本席主張 PVA 回收金額應用在照顧病患的需求上，而且要回應到健保創立的目的一要照顧病友，所以 PVA 回收金額應有一定比例用在新藥及擴增給付的藥品上，目前國際在健康照護系統，都在談「以病人為中心」，我近年參與很多國際會議，主題都環繞以病人為中心，包含國際醫療科技評估、國際病友聯盟等，整個健康照護的層面就是要照護病友，在預算分配上，請大家一定要深思，如果疾病或是病友需求的根源沒有解決的話，其實很多醫療資源都被最末端的治療消耗，這部分也不是大家所樂見，因此再次強調，希望 PVC 回收金額的資源分配上，應該有更積極的作為，能反映在照顧病友上，而且有一定比例放在新藥及擴增給付項目的藥品上，以上是我的說明，也希望健保能繼續照顧病友及弱勢團

體，在病友需求上能多照顧病患。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

- 一、我贊成吳委員榮達的意見，在這 20 多年來 PVA 回收金額都是回歸健保基金，並無特定用途，而且我們每年都有編列新藥新科技的預算，若有不足，可以在下年度反映，新藥新科技預算若有結餘應回到健保基金，PVA 回收金額回歸健保基金對健保基金及大家都有益，較合乎整體利益。
- 二、若依健保署目前規劃，可能會產生更複雜的副作用，未來戰場還會延長到這個方向，我是希望能減少困擾，建議 PVA 回收金額回歸健保基金，以減少爭議。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

請看到會議資料第 50 頁，有關 PVA 回收金額回歸總額之後續影響，請教健保署「PVA 回收金額將改為撥付醫療費用之一部分」，到底是多少費用，能否說清楚，以避免造成後續的困擾。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、大家午安，再過 2 分鐘就 12 點了。我認同王委員雅馨所提意見，我想特殊或罕見疾病，有些新藥都是病友救命的機會，民眾罹患罕見疾病是不得已的，對這些罕見、特殊疾病患者來說，有新藥就有希望，但若負擔不起，沒有經費或收入能夠支應醫療費用，得不到健保制度適度的照護，狀況更為困難，我想王委員雅馨的意見，希望健保署要重視。
- 二、我也認同干委員文男的意見，PVA 回收金額應回歸健保基

金，但在回歸的同時，希望能同王委員雅馨所提，在新年度能適度將一定比例來回饋、編列在特殊罕見疾病上，這對台灣健保制度的完整性，或推動台灣健保永續發展，有適度的幫助。

三、新的時代來臨，台灣人民面臨很多挑戰，包括特殊疾病的發生，這些是弱勢，也是弱勢中的弱勢，需要健保會或健保經費適度挹注在這些照護上，這是我的意見，謝謝。

#### 傅主任委員立葉

- 一、委員都已充分表達意見，因時間關係，先徵求大家的同意，如果委員對於本案還有其他意見，可否提供書面意見。目前本案無法獲得委員一致的共識，委員所提意見，請健保署參考。
- 二、若未來健保署擬再提出改變藥品價量協議回收金額的處理方式，請提出更為具體、充分之說明，例如為什麼要改變做法、或困難為何等。
- 三、如果委員同意的話，是否就做成這樣的決議？剛剛舉手的蔡委員麗娟、吳委員國治及謝委員武吉，是否覺得需要再發表意見？如果需要，我們再繼續討論，依序請蔡委員麗娟、吳委員國治，再請謝委員武吉。

#### 蔡委員麗娟

- 一、有關 PVA 回收金額部分，如同何代理委員語之詢問，藥商為什麼要還錢？王委員雅馨也提及因為實際使用量大，與當初估算的落差等問題。
- 二、仍有一個問題是台灣必須要重視的，現在仍有許多新藥新科技持續研發與精進，台灣藥價是公開透明的，在全球化市場，藥商經藥品訂價方式以參考其他國家的藥品價格，以作為另一國家訂價參考，尤其在中國大陸藥品價格，一定會參考台灣藥品訂價。
- 三、對病友團體而言，希望能快速地接受新藥治療，但在藥價公開透明情形下，其他國家也會知道台灣藥價，因此廠商可能會延緩將新藥引進台灣，就會處於不利的情況，對病友也會有影

響，對醫師而言則沒有更好的武器來治療病人。

- 四、如剛才委員所提，若能及時讓病人盡快的接受新藥治療，其治療成效也會比較好，生活品質比較好，回到職場仍有生產力，對於後續醫療支出也會較少。PVA 回收金額回歸健保基金部分，雖可延緩調漲保費，但可能只是數字上的增加。
- 五、我們是希望 PVA 回收金額能活化運用，也就是讓病友可以更快更及時去接受最好新藥治療，基於這樣的觀點，若大家覺得回到健保基金是共識，且在可明確計算金額約 8~15 億元(會議資料第 48 頁顯示，102 年價量協議返還金額 8.33 億元，105 年 15.26 億元)的情況下，該部分金額是否能酌加在隔年總額編列新藥新科技項目，編足費用，支應新藥新科技，才不會造成總額財務的衝擊，這是連動的問題，也請大家考量一下。

傅主任委員立葉

請吳委員國治。

吳委員國治

請給我 10 秒鐘的時間。還是呼籲委員思考一個問題，PVA 回收金額，實際上是醫界已經開藥給病人使用的費用，病人也已使用到了。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、其實我們不是要爭吵的，我們都是講道理的，這裡是講道理的場所。問題發生在價量協議所產生的費用，錢到底從哪裡來。我來說給大家聽，會議資料也有一點錯誤，只寫到醫院和西醫基層，沒有牙醫，但牙醫也有用到西醫的，藥局的也沒寫到。
- 二、這個費用是從醫院、西醫基層及牙醫總額出來的，如果全數回歸給安全準備基金，合理嗎？中醫沒有貢獻啊！這要請大家思考一下。我今天沒有想要和大家辯論，要講道理，能把道理講出來，沒有貢獻度的人，想要來拿這筆錢，合理嗎？這應該是

大家要思考的大方向。

- 三、這是從醫院、西醫基層及牙醫總額的小部分提出來的費用，這個費用應該是否要回歸給這些單位？這才是大家要審慎思考的。我對署長是非常的敬佩，勇於提出這些改進的方向，這不對的方向，已經 10 幾年了，難道還要繼續錯誤下去嗎？署長是來改變的，應該要給署長一個掌聲鼓勵才對。
- 四、我還是要講一下，什麼叫公平，什麼叫合理，大家都有目共睹，剛才王委員雅馨、蔡委員麗娟及陳委員亮良都講得非常好，其餘的委員也都講得非常有道理。但是道理要理出公論，理出公論才能在社會生存，若理不出公論要在社會是難生存，可能會有遇到絆腳石，我要求的就是公平和合理，錢從哪裡出去，就要回歸那個被拿的單位才對，不要說全部 pooling 在一起，這是不對的方向。

傅主任委員立葉

請翁委員文能，再請何代理委員語。

翁委員文能

代表醫院協會第 1 次發言，基本上醫院協會贊成西醫基層代表及謝委員武吉的意見，PVA 回收金額應該回到總額。若各位委員不贊成回到總額的話，至少應該專款專用支應在新藥新科技上，不應回到健保基金。

傅主任委員立葉

請何代理委員語，再請王委員雅馨。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、依據加拿大、英國及日本中央藥品委員會的做法，統一採購藥品，到年底結算時，只要這個藥品的量成長很高，第 2 年就調降藥品價格。這有點類似 PVA 性質，折讓價格的產生，但這些國家做法，不會回歸給醫療單位，還是保留在新藥的開發上。
- 二、剛王委員雅馨所提，讓我有個想法是先回歸健保基金，之後再

研究要拿多少比例的錢給新藥使用，是比照加拿大、英國、日本中央藥品委員會的做法，這樣會比較合理，藥品折讓價用在藥品上，不應該用在醫師上，這是我的觀點。

三、如我剛才所詢問，為什麼過去 22 年都回歸健保基金，是否有何困難和原因呢？及有關謝委員武吉所提，能否明列出醫院、西醫基層、牙醫 PVA 回收金額各占多少比例？若能清楚明列細項，才能接續討論，所以我認為本案今日無法做成決議，以上是我的淺見。

傅主任委員立葉

請王委員雅馨，再請黃代理委員振國。

王委員雅馨

一、首先非常感謝陳亮良委員、翁文能委員的支持，我剛剛所提是真的有感而發。因我本身長期第一線接觸病友團體，也知道醫療體系的問題，但也真的要解決病友的問題。我一再強調，這是不分你、我的事，要根源解決的問題，生病不分士農工商，這也為了國家長遠的發展來磋商，真的會影響一個國家的競爭力。

二、如某些疾病發生在青壯年，若能及時提供適合的藥物治療，費用不多，尤其現在少子化的情況下，是可以翻轉一個人的人生，提升國家社會的生產力及競爭力。我身旁有非常多的個案，醫療費用不多，但對社會生產力貢獻高，這不單只是今日本案 PVA 回收金額的問題而已，應該以整個國家及健康政策發展更高的層級來看，及如何規劃更好的健康照護政策。

三、5 年來，我參加許多國際研討會，前年在日本東京舉辦 Health Technology Assessment international (HTAi，國際醫療科技評估協會年度會議)，以病人為中心評估健康系統，以病人觀點來做思考，請大家可以以利他性來思考，不是說這個資源一定要歸給誰，要以病友立場及整個國家社會發展來思考。

四、我實在不願意說這句話，但生病不會挑人，也不會挑職業或年

齡性別，有時候免疫系統不好就生病了，我覺得大家可以從長思考，可將這部分撥來回應照顧病人，以病人為中心的照護觀念，也是國際潮流，我們跟歐美許多病友團體組織也有交流，這是一個國際潮流，若以後有機會再和大家分享，以上是我的感想。

傅主任委員立葉

請黃代理委員振國。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

- 一、健保基金是財務面的考量，不只是付費者關心，在場的醫療提供者也非常關心，健保基金的穩定，也穩定醫療產業。有關 PVA 回收金額部分，總額是支出面，新藥新科技多耗用的部分，就影響當季診察費及診療費的點值，這些耗用就排擠現有總額的其他部分。現在多耗用的部分，因當時廠商提供的資料，甚至新藥財務低估，因此才會有 PVA 回收金額的部分，既然是支面多的部份，當然要回歸支出面。
- 二、許多委員提到，PVA 回收金額能適度回歸下年度總額新藥部分，以及國外是由中央機關採購藥品，這些建議都非常好。有關新藥部分，常碰到每年廠商財務評估不準，甚至送到藥品共擬會議時財務評估也不準，是不是明年新藥新科技就由健保署採購？用不完的就留到明年繼續使用，PVA 回收金額也回到健保署，我們也不用擔心任何新藥估算不準的問題，至於廠商低估就被調降藥價。
- 三、在座認為 PVA 回收金額不能回歸醫療院所，但別忘了當時當季已排擠醫療院所的診察費及診療費，這公道和公理何在呢？所以這個錢就應該要回歸。我呼應謝委員武吉所提，真的要講道理，若要回到年度總額協商的話，每年總額協商都會很辛苦，不是立場對立的問題，而是我覺得要講道理。
- 四、如果覺得這個制度不好，回收金額也難以估算，就由健保署專款專用，這樣在討論新藥時，該給的給，這樣也不會排擠到其

他費用，也適度的針對某些弱勢團體，或須要新藥治療的患者，就能多編一點費用，多的錢就回到健保基金，也很好啊，這樣就沒有支出面和財務面衝擊的問題。哪有錢從支付面來，錢多了就回到財務面，我想這道理說出去大家也不太認同，最根本解決之道就是專款專用。

傅主任委員立葉

- 一、委員已提出許多寶貴意見，我們還需要繼續討論下去嗎？也可以提供書面意見給健保署參考。
- 二、有關 PVA 回收金額回歸總額，是無法達成共識。委員所提建議，請健保署參考。請劉代理委員碧珠。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

- 一、我今日第 1 次發言，應該符合昨日共識營會議的共識。現在重點不是在 PVA 回收金額回歸醫院或回歸哪裡，剛有委員提到加拿大或日本是由中央機關採購，節省下來的錢，沒有回歸總額。
- 二、但要跟大家講的是，現在各個醫療部門總額浮動點值都在 0.8 多，是被壓縮的，藥品被保障是每點 1 元。過去用藥每點 1 元，是壓縮浮動點值，西醫基層代表講得比較含蓄，我就直接講了，就是用醫療部門提供的勞務服務去補貼那塊，現在那塊省下來的錢，稍微回補到浮點點值，不要讓醫療部門這麼辛苦，就如同各位昨天參訪看到的。
- 三、我們理事長已充分表達意見，我們認為不回到總額一般部門，最起碼也應該是專款專用在新藥新科技上，才是合理的行為。我們每次來這裡協商，都感到很難過的是，在這裡談錢，但每次回去之後，那種轉身又看到醫護團隊的辛勞付出之後所獲得的給付，心裡真的是很難過的。現在醫院部門所提供醫療服務，健保是以浮動點值 0.8 多來支付，但醫院付給醫護人員薪資，或採購醫材、藥品，沒有人是以 0.8 多在算的。
- 四、現在好不容易節省下來的錢回補一下浮動點值，不要讓浮動點

值這麼難看，我想我直接說明是希望能讓在座委員更加清楚。如果現在浮動點值全部每點 1 元，節省下來的錢要放在健保基金或哪裡都可以，這就不是我們今天要討論的問題。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、我們也聽到醫界提出的意見，也非常尊重，劉代理委員碧珠也說明她的心聲，我想我們付費者都有聽到。但我從政府部門來看，我從事公職 32 年，以政府預算的角度，每年年度預算編列後，不一定會百分百全數支用完畢，年度結算後會有剩餘款，年度支出後剩餘款通常都是回歸預算總額內。
- 二、剛謝委員武吉提到公平正義，這才是台灣正統的精神，在這過程中，要如何取得大家共識，這也要認真思考，我想本案今日是無法做結論，委員的意見都很多元。現在時間快 12 點半，也請主席做裁示。

傅主任委員立葉

我剛剛已經做 2 次裁示(眾委員笑)，本案沒有共識，但委員對於 PVA 回收金額處理方式，提供許多寶貴意見，請健保署參考。請干委員文男。

干委員文男

有關翁委員文能及黃代理委員振國也明確說明和建議，如由健保署採購，現在許多新藥新科技的問題是否都可以解決呢？能否請健保署說明。

吳委員國治

最好所有的藥都由健保署採購(眾委員笑)。

傅主任委員立葉

- 一、李署長伯璋表示攜回研議。本案討論到此。
- 二、因時間因素，討論事項第四至八案保留至下次委員會議討論。

報告事項第一案健保署「107年1月份及2月份全民健康保險業務執行報告」，請委員提供書面意見；報告事項第二至四案保留至下次委員會議報告。

謝委員武吉書面意見

有關「藥品價量協議(PVA)回收金額」回歸總額執行方式乙案：此的執行應符合公平正義原則，藥品於健保總額是採每點一元優先扣除，超出的部分，是由發生的部門先行支出，因此建議回收金額應回補各發生部門的總額。

盧委員瑞芬書面意見

健保署107年2月份業務執行報告第8~9頁：建議在表5(第9頁)說明保險給付的定義；表4的(2)醫療費用與表5的(2)保險給付的差別為何？是否表5的保險給付為表4備註(1)的撥付醫療費用。

傅主任委員立葉

委員有沒有臨時動議？請吳委員國治，再請陳委員旺全。

吳委員國治

今年西醫基層舉辦醫療資源不足地區巡迴醫療服務參訪活動，安排到台東縣東河鄉及太麻里鄉，那裡真的是醫缺中的醫缺，歡迎委員蒞臨指導。

陳委員旺全

主席、各位委員，中醫舉辦醫療資源不足地區巡迴醫療服務參訪活動，地點是彰化縣、台中市和平區包含梨山，可以吃蘋果(眾委員笑)，時間是5月10~11日，恭請委員蒞臨指導。

傅主任委員立葉

本次會議進行到此，謝謝大家，散會！

有關健保會 107 年 1 月份(107 年 1 月 26 日)委員會議與會人員發言實錄，委員對於討論事項第二案「『107 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案』(草案)」所提意見(議事錄 P.66-81)，健保署補充說明如下：

項次	委員意見摘要	健保署補充說明
1	<p>黃委員偉堯</p> <p>(一)今年有新的強化立意抽樣機制，提高審查效能，目前是規劃中還是已有方案呢？如果已有方案，也就是已有確定的執行方式的話，是否能介紹內容；如果是規劃中，還請具體方案完成時，再讓委員瞭解作法。(發言實錄 P.66)</p> <p>(二)關於會議資料第 61 頁 107 年方案差異之重點，是比較今年和去年的差異部分，原 106 年由保險人執行減少無效醫療之耗用及減少不必要高耗用部</p>	<p>本署本(107)年建立新的強化立意抽樣機制，即為「提高篩異之精確度」，作為持續精進審查效率，並節省特約醫事機構的行政成本之策略，實施方式摘述如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 已規劃「20 類檢驗(查)管理方案」及「藥品 80/20 管理方案」，針對執行率高、耗用資源高及重複使用之院所、醫師進行資訊回饋及立意抽審。</li> <li>2. 運用歷年申報資料及經驗，發展多項門診用藥異常、住院次數過於頻繁、檢驗檢查重複等精準抽樣指標，並按月(季)篩選出疑似異常之案件，進行專業審查，達到「提升整體效率」之目標。</li> <li>3. 請醫療服務審查受託單位與專科醫學會持續研訂抽審指標，使醫療費用案件審查模式由減少「隨機抽樣審查」，偏重「立意抽樣審查」方式，朝創造優質醫療環境及積極防弊之目標努力。</li> </ol> <p>不論 106 年或 107 年方案之各項指標，本署均透過各分區業務組結合院所共同努力；故 107 年本署考量保險人及醫事</p>

項次	委員意見摘要	健保署補充說明
	<p>分，107 年改由醫事機構執行，醫事機構將如何處理？(發言實錄 P.66)</p>	<p>機構得以著力之面向，將「強化即時資訊」之面向回歸保險人執行，而將配合或推動各項方案，由醫事機構持續努力。</p>
2	<p>張委員煥禎</p> <p>目前上傳特定檢查影像(如 CT、MRI)，僅能透過單一軟體，建議由健保署統一購置該軟體權限供院所使用，我們很高興上傳特定檢查影像，大家也覺得滿好的，但在下載時就會遇到問題。像下載雲端藥歷時也遇到一點問題，像我們將資料上傳了，但如果軟、硬體不好時，會造成醫生和病人花時間等待下載資料。(發言實錄 P.69)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 特約院所之資訊設備仍應由院所自備，惟為獎勵院所配合，本署業於方案中訂定上傳影像之論量支付獎勵機制。</li> <li>2. 目前健保醫療資訊雲端查詢系統分為經醫事機構卡、醫事人員卡、健保卡三卡認證後線上查詢模式；以及醫療院所取得病人同意書，並於預約掛號病人就醫前 2 日內上傳病人資料(包含機構代碼、病人身分證號、病人就醫日期、病人簽署書面同意書有效日期起迄日)供本署勾稽後提供上開病人醫療資料批次下載模式。</li> <li>3. 目前線上查詢回應速度約 10 秒；而批次下載經本署監測統計，醫療院所看診前皆已下載完成，應無須等待下載。</li> </ol>
3	<p>吳委員榮達</p> <p>(一)這個方案我沒看到健保署 107 年的指標，106 年有指標，請問 107 年的指標在哪？(發言實錄 P.71)</p>	<p>107 年方案計畫甫於貴會 107 年 1 月 26 日會議討論通過，將由本署依法定程序陳報衛生福利部核定；本方案已明訂各細項策略，本署將俟衛生福利部核定後，據以凝聚各策略項下具體執行之指標與目標值，並依貴會安排援例於 107 年 12 月份進行報告。</p>

項次	委員意見摘要	健保署補充說明
	<p>(二)有關 CT 及 MRI 上傳部分，我曾在座談會提及已有上傳制度，但無法避免有些已經上傳，還再次檢查的情形，所以第 2 次或第 3 次檢查時，究竟是重複的浪費，還是有其必要性？署內需要訂個標準，避免已經上傳還重複檢查，對於重複檢查的部分會有誤會存在，有無可能訂個準則或辦法……(發言實錄 P.71)</p>	<p>1. 醫療屬高度專業，本署健保醫療資訊雲端查詢系統係作為醫師診療之輔助參考，醫師仍需基於臨床醫療專業提供病患適當之診療處置。</p> <p>2. 針對 CT 及 MRI 執行率高及重複使用之院所、醫師按月資訊回饋，並提醒若為醫療必要應於病歷詳載理由；重複次數偏高則列入立意抽審，由審查醫師專業認定醫療之合理性。</p>
4	<p>李委員永振</p> <p>請健保署補充資料，會議資料 54 頁，幕僚也整理的很清楚，但看不到第 1 項「106 年方案之具體、量化執行成果，及 107 年方案之預期效益」的補充資料！(發言實錄 P.72)</p>	<p>1. 有關 106 年方案各指標具體量化之執行情形，請參考 107 年 1 月份委員會會議資料(第 58-59 頁)，其中包含全年目標值、本署截至 106 年第 3 季止之執行值、未達原因之檢討等說明。另就抽審件數說明如下：</p> <p>(1) 指標名稱為(a)同院所同日申報相同藥品(b)急性上呼吸道感染抗生素用藥比率大於 6% 院所(c)Zolpidem 首次就醫開藥 7 日(d)同個案同院所腹部超音波及過敏原檢驗次數疑似偏高等四大類。</p> <p>(2) 106 年抽樣件數共計 30,434 件(抽樣率 2%)、經審查醫藥專家審查，核減件數共計 10,228 件(占抽審件數 33.6%)、核減點數 3,052,162 點數(核減率 9%)。</p> <p>(3) 106 年符合監測指標件數約 154.7</p>

項次	委員意見摘要	健保署補充說明
		<p>萬件，較 105 年的 207.9 萬件減少，顯示醫療院所有配合改善，本署仍將持續監控。</p> <p>2. 本方案預期效益(如本方案第陸點，會議資料第 70 頁)，係希望透過民眾、保險人、醫事機構等三方面之共同努力，加強民眾正確就醫觀念、提升醫療資源使用效率、降低民眾重複就醫、提升就醫用藥安全、增進病患獲得適切之醫療服務等。另就檢驗檢查及藥費管理說明如下：</p> <p>(1) 檢驗檢查：</p> <p>A. 管理策略:本署精進「健保醫療資訊雲端查詢系統」，鼓勵醫事機構共享與查詢病人就醫資訊；回饋醫療院所檢驗檢查項目執行率與短期內再次執行率資料，供其自我改善，另對異常申報案件進行立意抽審。</p> <p>B. 健保雲端醫療系統檢查檢驗報告資訊跨院分享後，106 年 7 至 11 月整體 CT、MRI 及超音波申報檢查次數已較 105 年同期減少 61.7 萬次，申報費用則減少 7.8 億點。</p> <p>C. 另 106 年 7 至 11 月 CT、MRI 及腹部超音波檢查跨院所 30 日內再次執行比率分別為 8.82%、2.62%及 3.23%，均較 105 年同期下降(9.25%、2.79%及 3.80%)。</p> <p>(2) 藥費管理：</p>

項次	委員意見摘要	健保署補充說明
		<p>A. 管理策略：除鼓勵院所查詢「健保醫療資訊雲端查詢系統」外，擴大辦理「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」，將原六大類重複用藥重點管理藥品，擴增至 12 類。</p> <p>B. 原六大類重點管理之藥品，其跨院所用藥日數重疊率逐年降低，105 年較 103 年減少 5 成，106 年前 3 季仍持續減少，惟降幅趨緩。</p>
5	<p>趙委員銘圓</p> <p>健保署推動分級醫療，大家都很有贊成，但是按照目前的情形，似乎後面的結果就是增加民眾負擔，沒有轉診的病人直接至大醫院，可能要增加 100~400 元的負擔。剛剛李委員永振提及 107 年度分級醫療增加 32 億元支出，另外有 60 億元要做重症的部分，現在又要取消指示用藥，還有拿慢性處方箋通通都要收費，就是在推動分級醫療的所有費用，還有額外去做的部分，就是整個分級醫療的費用，還有哪些是要付費者負擔，請說清楚。請保署彙整成 1 個表，對於後續想推動的政策，希望民眾負擔的部分，請讓付費者清楚。(發言實錄 P.75)</p>	<p>1. 有關民眾部分負擔部分：</p> <p>(1) 本署已於 107 年 1 月 26 日於貴會提案討論「慢性病連續處方箋比照一般處方箋計收藥品部分負擔」案。</p> <p>(2) 慢性病連續處方箋病人總領藥量高，為落實受益者付費及加強醫療資源合理使用，建議比照現行一般處方箋收取藥品部分負擔。亦即藥費 100 元以下者免收部分負擔，藥費 101 元以上者以 20% 計算後以定額收取，上限為 200 元。</p> <p>2. 有關指示用藥，現行健保仍給付之指示藥品品項共有 900 多項，105 年藥費申報金額約 17 億元。目前針對指示用藥之給付，考量在保障民眾用藥權益及減少社會衝擊之前提下，逐步規劃取消給付。後續本署將採雙軌方式進行：</p>

項次	委員意見摘要	健保署補充說明
		<p>(1) 如有醫學相關專業團體提出取消給付，本署將進行專業評估後推動不予給付。</p> <p>(2) 本署主動蒐集專業醫學會之評估意見，並依使用人數多寡逐步推動不予給付。</p>
6	<p>李委員永振書面意見</p> <p>資料尚無列出 107 年指標，請補充說明具體指標與相關作法，以及與 106 年之重要差異。</p>	<p>107 年方案計畫甫於貴會 107 年 1 月 26 日會議討論通過，將由本署依法定程序陳報衛生福利部核定；本方案已明訂各細項策略，本署將俟衛生福利部核定後，據以凝聚各策略項下具體執行之指標與目標值，並依貴會安排援例於 107 年 12 月份進行報告。</p>

## 衛生福利部全民健康保險會第3屆107年第2次委員會議議程

- 一、主席致詞
- 二、議程確認
- 三、請參閱並確認上(第1)次委員會議紀錄 ----- 1
- 四、上(第1)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告 ----- 15
- 五、討論事項
  - (一) 107年度西醫基層總額一般服務保障項目案 ----- 41
  - (二) 辦理106年各部門總額執行成果評核之作業方式案 ----- 43
  - (三) 有關「藥品價量協議(PVA)回收金額回歸總額」，健保署之執行方式案 ----- 46
  - (四) 有關106年度醫院總額部門「新醫療科技」項目之新增新功能特材預算，未於年度內支應之額度，請准予於107年度支應案 ----- 51
  - (五) 建請106年之「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」節餘款可流用至107年同項方案支應案 ----- 53
  - (六) 有關謝委員武吉提案建請健保署公布全國各醫院之各項感染率，包含「門診感染率」、「開刀感染率」、「住院同一病房感染率」、「住院同一病室感染率」、「住院感染率(a.內科、b.外科)」等項目案 ----- 68
  - (七) 「建請衛生福利部暨中央健康保險署重新考量『調漲慢性病連續處方箋領藥收取部分負擔之作法』，以避免增加民眾負擔及民怨」及「慢性病連續處方箋比照一般處方箋收取部分負擔」案 ----- 72
  - (八) 為落實推動分級醫療並兼顧民眾就醫權益與醫療生態平衡，建請設立區域醫院層級總額案 ----- 83
- 六、報告事項

(一) <u>中央健康保險署「107年1月份及2月份全民健康保險業務執行報告」</u>	
(二) 「健保藥品品質監測計畫」之進度報告 -----	99
(三) 專利期內各層級醫事服務機構藥價調查結果報告 -----	104
(四) 105年健保收入超過4億元之醫療院所財務報告之公開情形 -----	109

## 七、臨時動議

### 第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：107年1月份及2月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

(資料由中央健康保險署另行提供)

本會幕僚補充說明：

依102年2月22日委員會議決定，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月提供，但口頭報告改採季(每年1、4、7、10月)報方式辦理。爰本次提供書面資料，不進行口頭報告。

決定：

## 第二案

提案單位：本會第三組

衛福部健保會第3屆107年第2次委員會議  
討論事項第二案更新資料(會議資料第43頁)  
(會議現場健保會補充資料)

案由：辦理 106 年各部門總額執行成果評核作業方式(草案)案，提請討論。

說明：

一、為檢視各部門總額計畫之執行效益能否符合預期，並落實檢討與回饋機制，歷年來於次年度總額協商前，均安排專家學者就前一年各部門總額一般服務及專案計畫/方案之執行成效進行評核，對於其執行方式及問題，提出改善建議。成效結果優良者，則於次年度總額酌予獎勵額度；對專案計畫/方案之成效，並作為次年度總額協商該項專案經費增減及續辦與否之依據。107 年度擬援例辦理。

二、檢視本會、歷年評核會議、107.1.5 專家諮詢會議，對評核作業建議，重點摘要如下：

(一)評核級距與獎勵：

1.106 年 3 月份委員會議決議略以：「委員所提『對於有、無接受專業事務委託之總額部門，其評核結果之獎勵原則是否宜有區別』之建議，將另案討論」。

2.106 年 8 月份委員會議決議略以：「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」。

3.107.1.5 專家諮詢會議意見：相對於「訂定更細緻的評核級距」，宜更關切品質保證保留款之核發，如何達到鼓勵院所精進品質的目的。不建議朝訂定更細緻的評核級距方向規劃。

(二)評核內容與資料：

1.目前評核內容較偏重專案計畫，宜強化一般服務執行績效之評核。並參採國際評比醫療保險之指標，強化醫療成效評估。另可考量由部門自行提出改善項目及目標。

2.評核報告之呈現，宜更突顯執行重點，精簡報告內容。

(三)對健保署建議：

建議以保險人角色，提供初評建議，及更佳之關鍵績效指標及更細緻分析資料，供評核委員參考。

(四)建議召開評核委員會前會，就相關事項進行討論，以增進評核效益。

三、依照 107.1.5 專家諮詢會議之建議，於 107.3.19 召開「評核委員會前會」，就「精進評核項目及報告準備」、「改善評核作業之評分方式」及「107 年度評核作業時程表」等進行討論，會議結論詳參考資料(第 13~15 頁)。

四、依據上開評核委員會前會結論，擬具「106 年各部門總額執行成果評核作業方式」草案(如附件，第 5~12 頁)，修訂重點如下：

(一)明定評核範圍：107 年係評核 106 年度四部門總額之執行成效(106 年度四部門總額均有接受健保署專業事務委託)。

(二)評核項目：

1.將「壹、整體規劃與執行檢討」修訂為「壹、年度重點項目之推動與未來規劃」，以利聚焦。內容分為：「必要項目」、「自選項目」，說明如下：

(1)必要項目：請部門以政策目標、總額協定事項及民眾關切議題為主軸，提出 106 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。建議項目如附表三，第 11 頁。

(2)自選項目：部門自行提報，最多 2 項。

2.«參、專案計畫/方案執行成效»，維持原定評核項目，惟請各部門總額及健保署針對各計畫/方案，提出 3 項可反映成效之績效關鍵指標。另請健保署盡量提供含收案控制組與對照組比較之執行結果資料。

(二)評核會議之資料：

- 1.請四部門總額及健保署依上開評核項目準備書面、口頭報告(簡報)。
- 2.為精簡書面報告內容，突顯執行重點，一般服務限 100 頁、各專案計畫限 10 頁，並請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
- 3.將「各部門總額執行成果摘要」之重要數據，整併至「總額協商參考指標要覽」，合為 1 冊。

(三)請健保署於評核會議前提供四部門總額一般服務及專案計畫/方案之自評建議，供評核委員參考。

(四)評核委員就四部門總額之執行成果充分溝通後，以「共識決」評定等級，評核等級將提委員會議定獎勵額度；並針對四部門總額之一般服務及專案計畫/方案提出共識建議，供協商參考。

五、有關「區分各部門總額共通事項及總額專業事務委辦事項 2 部分，訂定評核指標」、「對於有、無接受專業事務委託之總額部門，獎勵原則宜有區別」之建議，考量 106、107 年四部門總額均已委託相關團體辦理，將納入未來研修參考。

六、依上開修訂內容，排定 107 年評核作業時程如下表，請健保署及四部門總額配合時程，提送相關資料。

時間	作業內容
2 月	1.本會函請四總額部門推薦評核委員人選。 2.幕僚彙整四總額部門回復之推薦名單，及本會現任、曾任專家學者委員後，請委員推薦適合人選，再由主任委員依據委員之推薦序位，排定邀請名單。
3 月	1.依邀請名單依序邀請 7 位擔任評核委員。 2.召開評核委員會前會，提供評核作業之建議。 3.研擬評核作業方式(草案)提委員會議定。
4 月底	請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。

時間	作業內容
5月中旬	請健保署提供四總額部門所需數據；四總額部門視需要另洽請健保署提供相關資料。
6月中旬	健保署及四總額部門提送執行成果之書面報告，供評核委員審閱，及本會推派擔任健保署「醫療給付費用總額研商議事會議」及「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之代表參閱。
7月初 (評核會議前2周)	1.健保署及四總額部門提送「各部門總額執行成果發表暨評核會議」之口頭報告(簡報)。 2.請健保署於評核會議前提供四部門總額一般服務及專案計畫/方案之自評建議，供評核委員參考。
7月下旬 (預定7月19、20日)	召開為期2天之「各部門總額執行成果發表暨評核會議」。

擬辦：請健保署及四總額部門依議定之作業方式提供相關資料。

決議：

## 辦理 106 年各部門總額執行成果評核之作業方式(草案)

第 3 屆 107 年第 0 次委員會議(107.0.0)通過

### 壹、評核範圍

- 一、106 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診四部門總額之一般服務(含品質保證保留款)及門診透析服務執行成果。
- 二、106 年度四部門總額及其他預算之專案計畫/方案執行成果。

### 貳、辦理方式

#### 一、評核委員

- (一)函請四部門總額推薦評核委員人選。
- (二)幕僚彙整四部門總額回復之推薦名單，及本會現任、曾任專家學者委員後，請委員推薦適合人選，再由主任委員依據委員之推薦序位，排定邀請名單。幕僚依邀請名單依序邀請 7 位擔任評核委員。

#### 二、評核會議之資料

- (一)請四部門總額及健保署於評核會議前 1 個月提供 102~106 年一般服務及專案計畫之執行成果書面報告(報告大綱及提報單位，詳附表一~四)，供評核委員事先審閱，及本會推派擔任健保署「醫療給付費用總額研商議事會議」、「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之代表參閱。
- (二)書面報告內容以精簡為原則，一般服務內容限 100 頁，各專案計畫限 10 頁，並編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
- (三)四部門總額及健保署於評核會議前 2 周提送口頭報告(簡報)；另請健保署提供四部門總額一般服務及專案計畫/方案之自評建議，供評核委員參考。

#### 三、評核會議

- (一)會議期程：2 天。
- (二)第一階段：公開發表會議(1 天半)。
  - 1.健保署統一報告各部門一般服務之整體性、一致性項目(如：利用概況、滿意度調查結果、品質指標監測結果等)，及分區共管執行成效。
  - 2.由接受健保署專業事務委託之四部門總額受託團體報告一般服務、專案計畫之執行成果；為利評核委員及與會者掌握及聚焦於重點

項目，簡報內容請以「年度重點項目之推動與未來規劃」為主，請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 106 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。

3.105 ~~年度未接受健保署專業事務委託之總額部門，由健保署報告執行成果，未受託團體得補充報告，並予以評分。~~

3.評核委員評論各部門總額一般服務及專案計畫之執行成果報告，並開放與會者提問。

#### 4.參與人員

除本會委員、四部門總額相關團體與健保署外，另邀請衛福部相關單位與附屬機關，如：社保司、醫事司、照護司、心口司、中醫藥司、全民健保爭議審議會、國健署、疾管署等，以及民間團體，如：病友團體、社福團體、醫策會、消基會、醫改會等，預估約 160 人。

(三)第二階段：評核內部會議(半天)。

1.評核委員就四部門總額之執行成果，充分溝通後以「共識決」評定等級；並針對四部門總額之一般服務、專案計畫/方案提出共識建議，供協商參考。

2.參與人員：主任委員、評核委員、本會幕僚。

### 參、評核項目與評分方式

一般服務與專案計畫分開評核之後再加權合併計分。該二項評核之計分權重為，一般服務：專案計畫＝80%：20%。各部門總額執行成果評核項目及配分如下表。

評核項目	權重
<p><b>壹、<u>年度重點項目之推動與未來規劃</u></b>整體規劃與執行檢討</p> <p>一、<del>整體資源配置與未來規劃</del></p> <p>二、<u>年度重點項目之推動與檢討</u></p> <p>一、必要項目：<u>請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 106 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。(附表 3)</u></p> <p>二、自選項目：部門自行提報，最多 2 項。</p> <p><b>貳、一般服務執行績效</b></p> <p>一、就 106 年評核委員評論意見與期許之回應說明</p> <p>二、維護保險對象就醫權益</p> <p>(一)醫療服務品質調查結果滿意度調查結果之檢討及改善措施</p>	80

評核項目	權重
(二)民眾諮詢及抱怨處理 (三)民眾自費情形及改善措施 (四)就醫可近性與及時性公平性之改善措施 (五)其他確保民眾就醫權益之措施 三、專業醫療服務品質之確保與提升 (一)品質指標監測結果之檢討及改善措施 (二)其他改善專業醫療服務品質具體措施 四、協商因素項目之執行情形 (一)新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等) (二)給付項目及支付標準修訂 (三)其他協商因素項目(依協定結果分列) (四)品質保證保留款實施方案 五、總額之管理與執行績效 (一)醫療利用(含全國及各分區)及費用管控情形 (二)點值穩定度 (三)專業審查及其他管理措施 (四)院所違規情形及醫療機構輔導	
<b>參、專案計畫/方案執行成效</b> 一、就 106 年評核委員評論意見與期許之回應說明 二、106 年計畫/方案執行成果 三、 <u>102~106 年執行情形及成效評估(含自選 3 項關鍵績效指標)</u> 四、檢討與改善方向(含 107 年計畫/方案修正重點)	<b>20</b>

註：列入評核之專案計畫/方案如附表四。

## 肆、評核結果之應用

一、評核結果區分為下列五等級：

評核分數	等級
90 分及以上	特優
85 分至未達 90 分	優
80 分至未達 85 分	良
75 分至未達 80 分	可
未達 75 分	劣

二、評核等級作為108年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給「品質保證保留款」之預算，以茲鼓勵。

三、評核委員針對四部門總額一般服務、專案計畫/方案之共識建議，作為協商108年度該部門總額一般服務成長率及專案經費增減及續辦與否之參據。

### 伍、107年評核作業時程表

時間	作業內容
2月	1.本會函請四總額部門推薦評核委員人選。 2.幕僚彙整四總額部門回復之推薦名單，及本會現任、曾任專家學者委員後，請委員推薦適合人選，再由主任委員依據委員之推薦序位，排定邀請名單。
3月	1.依邀請名單依序邀請7位擔任評核委員。 2.召開評核委員會前會，提供評核作業之建議。 3.研擬評核作業方式(草案)提委員會議定。
4月底	請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。
5月中旬	請健保署提供四總額部門所需數據；四總額部門視需要另洽請健保署提供相關資料。
6月中旬	健保署及四總額部門提送執行成果之書面報告，供評核委員審閱，及本會推派擔任健保署「醫療給付費用總額研商議事會議」及「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之代表參閱。
7月初 (評核會議前2周)	1.健保署及四總額部門提送「各部門總額執行成果發表暨評核會議」之口頭報告(簡報)。 2.請健保署於評核會議前提供四部門總額一般服務及專案計畫/方案之自評建議，供評核委員參考。
7月下旬 (預定7月19、20日)	召開為期2天之「各部門總額執行成果發表暨評核會議」。

## 年度重點項目及各部門總額一般服務之執行成果報告大綱

評核項目	健保署提報	部門提報 (未受託由 健保署提報)
<b>壹、年度重點項目之推動與未來規劃</b>		
一、必要項目	V	V
二、自選項目	V	V
<b>貳、一般服務執行績效</b>		
一、就 106 年評核委員評論意見與期許之回應說明	V	V
二、維護保險對象就醫權益		
(一)醫療服務品質調查結果之檢討及改善措施	調查結果	檢討及改善
(二)民眾諮詢及抱怨處理	—	V
(三)民眾自費情形及改善措施	調查結果	檢討及改善
(四)就醫可近性與及時性之改善措施	調查/統計結果	檢討及改善
(五)其他確保民眾就醫權益之措施	—	V
三、專業醫療服務品質之確保與提升		
(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施	監測結果	檢討及改善
(二)其他改善專業醫療服務品質具體措施	—	V
四、協商因素項目之執行情形		
(一)新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)	預算及申報情形	推動情形、 檢討及改善
(二)給付項目及支付標準修訂		
(三)其他協商因素項目(依協定結果分列)		
(四)品質保證保留款實施方案	—	V
五、總額之管理與執行績效		
(一)醫療利用(含全國及各分區)及費用管控情形	醫療利用情形	檢討及管控措施
(二)點值穩定度	點值	檢討及改善
(三)專業審查及其他管理措施	—	V
(四)院所違規情形及醫療機構輔導	—	輔導改善情形
<b>參、附錄</b>		
如：品質確保方案、品質保證保留款實施方案及其他視 需要提供之方案內容。	—	—

註：請健保署配合於 5 月中旬提供各總額部門所需數據，以利各部門提報檢討與改善措施。報告內容請至少提供 5 年(102~106 年)之數據。

## 各部門總額及其他預算專案計畫/方案之執行成果報告大綱

項目	健保署提報	部門提報
一、就 106 年評核委員評論意見與期許之回應說明	—	
二、106 年計畫/方案執行成果		
(一)計畫目的		
(二)執行目標		
(三)經費來源與協定事項		
(四)費用支付		
(五)執行內容		
(六)評核指標及退場機制		
三、102~106 年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率	V	V
(二)目標達成情形	V	
(三)執行概況及結果，包含醫療服務提供及民眾利用情形、獎勵情形等	—	
(四)成效評估，包含評核指標達成情形、就醫可近性及健康狀況改善情形、相關退場情形等(含自選 3 項關鍵績效指標)	V (請健保署儘量提供含收案控制組與對照組之執行成果資料)	
四、檢討與改善方向(含 107 年計畫/方案修正重點)	—	
五、附錄：各項專案計畫/方案內容	—	

註：由各總額部門負責之專案，請健保署提供執行情形之數據，並提出 3 項自選指標，最好含收案控制組與對照組之比較；由健保署負責之專案，各項目均由署提報。各計畫/方案之提報單位如附表四。

## 健保署及各部門總額(含其他預算)年度重點項目一必要項目

單位	項目
健保署	(1)整體資源配置與未來規劃
	(2)分級醫療推動成效
	(3)C型肝炎預算執行與治療成效
牙醫門診總額	(1)約診不易之現況與改善情形
	(2)自費項目之現況與改善情形
	(3)牙周病統合照護計畫於108年回歸一般服務之規劃
中醫門診總額	(1)就醫率之檢討與改善規劃
	(2)自費項目之現況與改善情形
	(3)專案計畫之整體檢討與後續規劃
西醫基層總額	(1)加強基層量能之策略與執行現況
	(2)假日開診之現況與改善情形
醫院總額	(1)初級照護減少之策略與執行現況
	(2)護理人力(護病比)之現況與改善情形
其他預算	(1)提升保險服務成效(含藥品品質監測計畫)之檢討與規劃
	(2)推動醫療體系整合(含以病人為中心、整合性照護、急性後期照護)之檢討與規劃

附表四

## 各部門總額及其他預算專案計畫/方案執行成果之提報單位

部門別	計畫/方案名稱	提報單位
牙醫	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 醫療資源不足地區改善方案</li> <li>- 特殊醫療服務計畫</li> <li>- 牙周病統合照護計畫</li> </ul>	牙醫師公會全聯會
中醫	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 醫療資源不足地區改善方案</li> <li>- 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫(包含 1.腦血管疾病; 2.顱腦損傷; 3.腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護; 4.脊髓損傷)</li> <li>- 中醫提升孕產照護品質計畫</li> <li>- 乳癌、肝癌門診加強照護計畫</li> <li>- 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫</li> <li>- 癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫</li> </ul>	中醫師公會全聯會
西醫基層	- 西醫醫療資源不足地區改善方案	醫師公會全聯會
	- 強化基層照護能力「開放表別」	
	- 家庭醫師整合性照護計畫(醫界配合推動情形)	健保署
	- 家庭醫師整合性照護計畫(含計畫檢討與管控)	
醫院	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 急診品質提升方案</li> <li>- 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)</li> <li>- 西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層)</li> <li>- 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫</li> </ul>	台灣醫院協會
醫院、西醫基層	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫(註)</li> <li>- C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫</li> <li>- 醫療給付改善方案(糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦全程照護及慢性阻塞性肺疾病)</li> </ul>	健保署
其他預算	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫</li> <li>- 非屬各部門總額支付制度範圍之服務</li> <li>- 高診次者藥事照護計畫</li> <li>- 支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費、罕見疾病特材及器官移植、西醫基層總額原慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費</li> <li>- 推動促進醫療體系整合計畫</li> <li>- 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費</li> <li>- 鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案</li> <li>- 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫</li> <li>- 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫</li> <li>- 提升保險服務成效</li> </ul>	健保署

註：醫院之慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫，已於 102 年由專案計畫移至一般服務項下。

## 全民健保各部門總額執行成果評核會議之評核委員會前會 會議紀錄

壹、時間：中華民國 107 年 3 月 19 日上午 9 時 30 分

貳、地點：本部 205 會議室(台北市忠孝東路 6 段 488 號 2 樓)

參、主席：傅主任委員立業  
紀錄：陳思縝、方瓊惠、  
盛培珠、劉于鳳、  
陳淑美

肆、主席致詞(略)

伍、討論事項：

### 第一案、精進評核項目及報告準備

結論：

一、評核項目之修訂建議：

(一)「壹、整體規劃與執行檢討」修訂為「壹、年度重點項目之推動與未來規劃」，以利聚焦，提報內容分為：「必要項目」、「自選項目」：

1.必要項目：請部門以政策目標、總額協定事項及民眾關切議題為主軸，提出 106 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。

2.自選項目：部門自行提報，建議可提出改善最多或有所突破之項目。

(二)「貳、一般服務執行成效」：維持原定評核項目。

(三)「參、專案計畫/方案執行成效」，維持原定評核項目，惟請各部門總額及健保署針對各計畫/方案，提出 3 項可反映成效之績效關鍵指標。另請健保署盡量提供含收案控制組與對照組比較之執行結果資料。

(四)維持原定配分，惟評核委員考量一般服務之預算占比達 95%，

未來應更重視一般服務之執行成效，爰請受評部門、健保署配合提供更為具體反映成效之指標、資料。

## 二、評核報告及資料準備之修訂建議：

- (一)請四部門總額及健保署依上開評核項目準備書面、口頭報告(簡報)。
- (二)為精簡書面報告內容，突顯執行重點，一般服務限 100 頁、各專案計畫限 10 頁，並請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
- (三)請健保署於評核會議前提供四部門總額一般服務及專案計畫/方案之自評建議，供評核委員參考。
- (四)將「各部門總額執行成果摘要」之重要數據，整併至「總額協商參考指標要覽」，合為 1 冊。

三、請評核委員依評核項目，另行提供評核指標之增修建議。

四、建議未來針對「區分各部門總額共通事項及總額專業事務委辦事項，訂定評核指標」、「對於有、無接受專業事務委託之總額部門，獎勵原則宜有區別」進行研議。

五、參考 107 年 1 月 5 日專家諮詢會議之建議，著重在品質保證保留款之核發比率，不訂定更細之評核級距。

## 第二案、改善評核作業之評分方式

結論：

- 一、107 年各總額部門評分方式，於評核內部會議，由評核委員充分討論後，以「共識決」評定等級，再各自評分。由委員會依評核等級議定獎勵額度。
- 二、針對四部門總額之一般服務及專案計畫/方案提出共識建議，供協商參考。
- 三、健保署提供之自評建議，提供評核委員參考，不列評分比重。

## 第三案、107 年度評核作業時程

結論：建議 107 年度評核作業時程(如下)

時間	作業內容
2~4 月	本會函請四總額部門推薦評核委員人選；並請各總額部門及健保署依一般服務及專案計畫報告大綱格式準備資料。
5 月中旬	請健保署提供四總額部門所需數據；各總額部門視需要另洽請健保署提供相關資料。
6 月中旬	健保署及四總額部門提送執行成果之書面報告，供評核委員審閱，及本會推派擔任健保署「醫療給付費用總額研商議事會議」及「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之代表參閱。
7 月初	健保署及四總額部門提送「各部門總額執行成果發表暨評核會議」之簡報資料；並請健保署於評核會議前 2 週提供初評建議供評核委員參考。
7 月下旬 (預定 7 月 19、20 日)	召開為期 2 天之「各部門總額執行成果發表暨評核會議」。

陸、散會：中午 12 時 10 分