

衛生福利部全民健康保險會
第5屆110年第6次委員會議事錄

中華民國110年10月22日

衛生福利部全民健康保險會第5屆110年第6次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國110年10月22日上午9時30分

地點：本部301會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：馬文娟、張琬雅

出席委員：(依姓名筆劃排序)

干委員文男、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮、李委員永振、李委員麗珍、卓委員俊雄、林委員恩豪、林委員敏華、侯委員俊良、柯委員富揚、胡委員峰賓、翁委員文能、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍、張委員澤芸、許委員駢洪、陳委員石池、陳委員有慶、陳委員秀熙、陳委員建志(徐常務理事邦賢 12:07以後代理)、黃委員金舜、黃委員振國、楊委員芸蘋、趙委員曉芳、劉委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊、滕委員西華、鄭委員素華、盧委員瑞芬、謝委員佳宜、顏委員鴻順、台灣總工會(待聘中)

請假委員：翁委員燕雪、賴委員博司

列席人員：

本部社會保險司：盧副司長胤雯

中央健康保險署：李署長伯璋(蔡副署長淑鈴代理)、王組長宗曦、游副組長慧真、黃副組長育文

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第11~12頁)

貳、議程確認：(詳附錄第12~13頁)

決定：

一、中央健康保險署署長為本會會議規範明訂應列席之人員，如需請假，請衡酌請假事由與列席本會之重要性方得為之。

二、原報告事項第三案調整為報告事項第一案，原報告事

項第一案及第二案順延為第二案及第三案。

三、餘照議程之安排進行。

參、確認上次(第5次)委員會議紀錄：(詳附錄第13頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第14~24頁)

決定：

一、上次(第5次)及歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬繼續追蹤共2項(上次)，同意依擬議，繼續追蹤。其中項次2，請衛生福利部(社會保險司)、中央健康保險署就委員所提意見妥為研議。

(二)擬解除追蹤共3項(歷次)，同意依擬議，解除追蹤。

二、考量COVID-19防疫需要，取消原預訂於本(110)年12月辦理之業務訪視活動，至本年12月17日委員會議維持在本部召開。

三、本會委員索取業務相關資料之原則及流程，遵循歷屆委員會之共識作法辦理。

(一)原則：在符合本會法定權限、政府資訊公開法及相關法規的前提下提供資料。

(二)流程：

1.委員會議決議(定)資料：由同仁洽請中央健康保險署提供，並於下次委員會議提報辦理情形及相關資料。

2.個別委員要求資料：由同仁依議事錄中主席之提示或委員書面意見，洽請中央健康保險署提供後，轉送所有委員參考。

四、請同仁彙整本會102~109年委託研究計畫之成果摘要

供委員參考。

五、餘洽悉。

伍、優先報告事項：(詳附錄第 25~61 頁)

報告單位：本會第三組

案由：111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項確認案，請鑒察。

決定：

一、確認 111 年度總額協商結果之整體成長率，如下表：

111 年度 總額	達成共識			未獲共識兩案併陳				年度總額	
	牙醫 門診	中醫 門診	其他 預算	醫院		西醫基層		付費者 方案	醫界 方案
				付費者 方案	醫界 方案	付費者 方案	醫界 方案		
金額 (億元)	495.18	296.91	165.79	5,540.67	5,639.54	1,538.84	1,569.79	約 8,037.40	約 8,167.21
成長率 (增加金額)	2.756%	4.208%	4.26 億元	2.567%	4.397%	2.239%	4.295%	2.577%	4.233%

註：1.計算成長率所採基期費用為 110 年度核定總額(約 7,835.50 億元)。

2.年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

二、確認牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算新增項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(如附件)，請併入 111 年度總額協商結果，陳報衛生福利部核(決)定。

三、為利評核上開「執行目標」及「預期效益之評估指標」執行結果，以未受 COVID-19 疫情影響之 108 年為比較基準年，惟若 111 年疫情持續，目標值應予調降。

陸、討論事項：(詳附錄第 62~89 頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：111 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、111 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 388.7 百萬元)扣除風險調整移撥款後，用於計算地區預算所採之門、住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

1.門診服務(不含門診透析服務)：

預算 51%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，49%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

2.住診服務：

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

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

二、風險調整移撥款：

(一)自一般服務費用移撥部分金額，作為風險調整移撥款，鼓勵各區就轄內醫療資源需求進行最適之整合及規劃，以持續推動區域間平衡發展。

(二)本項額度經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議額度，報請主管機關決定。其中：

1. 付費者代表委員建議：6 億元。
 2. 醫院代表委員建議：2 億元。
- 三、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。
- 四、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，於 110 年 12 月底前送本會同意後執行。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：111 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

- 一、111 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：
 - (一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。
 - (二)分配方式：
 1. 一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 22.8 百萬元)2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。
 2. 五分區(不含東區)依下列參數占率分配：
 - (1)各分區實際收入預算占率：66%。
 - (2)各分區戶籍人口數占率：14%。
 - (3)各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：10%。
 - (4)各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：4%。

(5)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

(6)偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則依「各分區實際收入預算占率」分配。

3.本年度不列風險調整移撥款。

二、所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之。

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，於110年12月底前送本會同意後執行。

第三案

提案單位：本會第三組

案由：111 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、111 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 105.2 百萬元)移撥部分金額，作為風險調整移撥款。

2.扣除上開移撥費用後，預算 68%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，32%依西醫基層總額支付制度開辦前一年(89 年)各地區實際發生醫療費用比率分配。

二、有關風險調整移撥款部分，保留續議。請中華民國

醫師公會全國聯合會儘快於 110 年 11 月份委員會議前，提送風險調整移撥款之建議額度與用途，以利 11 月份委員會議討論。

陸、報告事項：(詳附錄第 90~109 頁)

第一案(原列第三案)

報告單位：中央健康保險署、本會第二組

案由：109 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署回復說明後，由本會同仁彙製 109 年全民健康保險監測結果報告。

第二案(原列第一案)

報告單位：中央健康保險署

案由：110 年 9 月份全民健康保險業務執行報告(併「110 年 8 月份全民健康保險業務執行報告」)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署回復說明。

第三案(原列第二案)

報告單位：中央健康保險署

案由：醫院總額部門 110 年第 3 季比照第 2 季之結算方式案，請鑒察。

決定：

一、本案洽悉。請參考委員意見，依全民健康保險法規規定，在符合適法性、公平性前提下辦理。

二、委員所提意見，送請中央健康保險署回復說明。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午 14 時 05 分。

附錄：與會人員發言實錄

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

部門	新增項目	「執行目標」及「預期效益之評估指標」
牙醫門診總額	高風險疾病口腔照護	1.執行目標：111 年服務高風險疾病患者 270,000 人。 2.預期效益之評估指標：高風險患者利用全口牙結石清除之比率，111~113 年分別為 40%、45%、50%。
	一般服務 提升假日就醫可近性	1.執行目標： (1)111 年提升假日就醫之急症處置服務人次： ①牙醫急症處置 92093B：服務 17,435 人次。 ②週六、週日及國定假日牙醫門診急症處置 92094C：服務 412,089 人次。 ③牙齒外傷急症處理 92096C：服務 915 人次。 (2)全國假日提供看診服務之院所數較 108 年增加 60 家。 2.預期效益之評估指標：接受治療者，其整體就醫滿意度提升。
	專款項目 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	1.執行目標：111 年服務 12~18 歲少年 900,000 人次。 2.預期效益之評估指標：提升全國 12~18 歲少年牙醫就醫率不低於該年齡層 108 年牙醫就醫率，111~113 年分別為 40%、50%、60%。
	高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫	1.執行目標：111 年服務高齲齒病患(曾接受過複合體填補處置) 92,000 人。 2.預期效益之評估指標：高齲齒病患利用塗氟(完整塗氟 4 次)之比率，111~113 年分別為 30%、35%、40%。
中醫門診總額	一般服務 提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護	1.執行目標：111 年民眾使用針傷於疾病黃金治療期 ^註 醫療次數較 108 年多出 5%。 2.預期效益之評估指標：減少患者同期使用針傷於疾病黃金治療期 ^註 跨院所就醫次數 2%。 註：黃金治療期定義：自首次開立同一 ICD-10-CM 主診斷碼起 3 個月內(含跨院所)。

部門	新增項目		「執行目標」及「預期效益之評估指標」
	專款項目	照護機構中醫醫療照護方案	1.執行目標： (1)111年至少30家院所參與服務。 (2)服務人次15,000人次，服務總天數1,500天。 2.預期效益之評估指標：照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫件數較未被照護前(108年)之件數減少。
其他預算	專款項目	提升院所智慧化資訊機制(111年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用	新增提升院所智慧化資訊機制： 1.執行目標：提升檢驗所(與西醫基層診所合併計算)資料上傳率達50%。 2.預期效益之評估指標：西醫基層於20類檢查(驗)同病人28天內再檢查率，較108年下降10%。
		提升用藥品質之藥事照護計畫	1.執行目標：年度預計服務達3萬人次。 2.預期效益之評估指標：收案保險對象使用藥品項數，較照護前(108年)下降10%。

第 5 屆 110 年 第 6 次 委員 會議

與 會 人 員 發 言 實 錄

壹、「主席致詞」、「議程確認」、「確認上次(第 5 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

報告主席、各位委員，大家早安！現在時間是 9 點半，出席委員人數計 22 位，已達法定開會人數，可以開始進行今天的會議，請主席致詞。

周主任委員麗芳

各位委員、與會代表，大家好！在這個(10)月份當中，本會委員成就了非常多事情，以下逐一跟大家分享。

- 一、首先感謝各位委員參與 10 月 15 日的「全民健保 111 年度保險費率審議前意見諮詢會議」，會議中諮詢委員、健保會委員踴躍提出各種高見，感謝周執行秘書淑婉帶領同仁不眠不休將會議意見摘要整理出來，並列於今天的補充資料中，這個重要議題將提送 11 月 19 日委員會議審議。
- 二、第二件事，要跟大家報告的是 1 個好消息，10 月 15 日世界醫師會(World Medical Association, WMA)世界大會，表決通過支持台灣以觀察員身分參與世界衛生組織(World Health Organization, WHO)及世界衛生大會(World Health Assembly, WHA)，在這邊感謝所有在座醫護同仁及防疫國家隊的努力，這次的防疫可說是不分你我，不僅口罩國家隊，醫院、西醫基層、牙醫、中醫、藥師、護理等也籌組了國家隊，全力守護民眾健康，防疫成果讓國際看到，當然也很感謝醫師公會全國聯合會(下稱醫全會)邱理事長泰源率領團隊長期奔走爭取各國的支持，讓大家知道 Taiwan can help 是我們值得驕傲的事情。
- 三、第三件事情，跟大家分享的也是我們團隊的努力成果，牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)陳委員建志雖然剛就任理事長，但已馬不停蹄推動牙醫的創新改革事項，10 月份也率領牙醫團隊晉見蔡總統英文，提出牙醫在醫療品質提升、民眾照護等

多項改革事項，包括牙醫與長照服務整合、偏鄉醫療照護等，其中最重要是推動口腔司的業務，恭喜他們在蔡總統和衛福部陳部長時中的支持下，希望年底看到口腔司的成立。其次，也要恭喜中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)柯委員富揚，榮登考選部考選集粹 10 月份的典範人物，從典範事項當中，可以看到他帶領中醫團隊發揮既有的國粹，並走向國際獲得大家的肯定，跟牙全會一樣，中全會也大力推動中醫與長照的照護整合，還有中藥查驗、用藥安全、醫病關係等。特別讓大家感動，是在這次高雄城中城大火不幸事件，我們感到很哀痛，而中全會在柯理事長帶領下，在第一時間成立中醫關懷團隊，協助調度中醫人力及資源，在此也要感謝他為社會貢獻。接下來開始今天的會議，謝謝大家！

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉

主席、各位委員，在確認議程安排之前，有件事情先向大家報告，依據本會會議規範規定，中央健康保險署(下稱健保署)署長是應列席人員，健保署在 10 月 12 日函知李署長伯璋因事不克出席，本次會議請假，由蔡副署長淑鈴代理，來函影本放在各位委員桌上。

劉委員淑瓊

主席！

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

健保署署長已經很久沒有來健保會了，前次費率審議前諮詢會議需列席卻也未到。謝謝署長這次有請假，健保會職掌全民健保的監理事項等，保險人有責任列席相關委員會議，但署長的請假事由跟出席健保會的重要性相比真的不相當，我認為此風不可長，抱歉，在這邊提出來，就是請健保署署長重視健保會。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴將委員所提意見帶回去。

周執行秘書淑婉

- 一、有關本次的議程安排，請委員參閱黃色頁補充資料的更新議程，除報告事項第二案是健保署提報以外，其餘都是依照本年度工作計畫排定，計有優先報告事項 1 案，是 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項確認案；討論事項 3 案，都是 111 年度各部門總額一般服務之地區預算分配事項，屬於本會法定任務，必須在本年年底之前完成事項。第一、二案是醫院、中醫門診總額，新增的第三案是西醫基層總額，請委員參閱黃色頁補充資料；報告事項 3 案，第一案是健保署的業務執行報告，健保署 8、9 月份業務執行報告併提，本次會議不做口頭報告、第二案是上次會議保留提案，是醫院總額部門 110 年第 3 季比照第 2 季之結算方式案、第三案是 109 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告。
- 二、由於第三案的報告人健保署王組長宗曦 1 點 30 分須趕赴行政院參加會議，請示主席及各位委員，可否將該報告案調整為第一案，原第一、二案採往後順延的方式處理。

周主任委員麗芳

謝謝，委員是否同意將報告事項第三案移到第一案？(未有委員表示意見)委員如果沒有意見，議程確定。接下來進行上(第 5)次委員會議紀錄確認。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳

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)會議紀錄確認。請進行下一案。

貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

一、說明一，是上次(第 5 次)及歷次決議(定)列管追蹤事項及辦理情形，上次委員會議決議(定)列管追蹤事項有 2 項，依辦理情形，建議繼續追蹤 2 項；歷次委員會議決議(定)事項已達解除追蹤條件，建議解除追蹤者 3 項，最後仍依委員會議定結果辦理。

(一)請委員參閱會議資料第 77 頁的附表，這是上次(第 5 次)委員會議要繼續追蹤 2 項。其中項次 1 的部分，是研修各總額部門 111 年執行目標及預期效益之評估指標，未達共識的部分，於衛福部核定後最近一次的委員會議提報確認。健保署回復請本會於開會前 21 日將各部門函送之相關資料提供該署審視，這部份本會也有補充說明，請健保署本於保險人權責儘早跟各部門研議，俾利依照時程提報本會討論。

(二)第 80 頁是歷次委員會議擬解除追蹤事項，項次 1 是西醫基層 110 年度一般服務之地區預算分配案，有關風險調整移撥款執行方式，本項已於 110 年 9 月 27 日提報本次會議備查，建議解除追蹤。項次 2 是關於「基層總額轉診型態調整費用」動支方案提報本會備查，這部分亦已於 110 年 10 月 6 日提報，可以解除追蹤。項次 3 是有關於西醫基層的轉診執行成效評估，希望能在協商 111 年度總額前提出量化成果，本項也已經提供，所以建議解除追蹤。

二、說明二，是關於 111 年度各部門總額一般服務之地區預算分配方式之辦理情形，相關更新內容請委員參閱黃色頁補充資料，

111 年地區預算分配，依上次(第 5 次)委員會議決議，請各總額部門受託團體於 10 月 8 日前提送地區預算分配建議案，沒有提送的話，本會將於 11 月逕掣案提請委員會議討論。醫院協會、中全會及醫全會已分於 10 月 1 日、8 日及 18 日函送其建議方案，並列入本次會議討論事項的第一、二、三案；牙全會於 10 月 1 日函復本會，針對移撥特定用途部分，他們還要在 10 月 27 日召開內部會議討論再提送本會，希望牙全會這邊於 11 月 3 日前將建議方案提送本會，以利安排於 11 月份委員會議討論，若未提送，本會將逕掣案提送委員會討論。

- 三、說明三，請委員參閱會議資料第 71 頁，為利費率審議，本會辦理兩項工作，第一項是依照委員意見，整理歷次委員會議決議與費率審議有關事項並提出最新辦理進度供參，資料在附件一(第 81 至 83 頁)，請委員參閱，另外上週五依健保法規定召開費率審議的專家諮詢會，會議結論在黃色頁補充資料的第 3~8 頁，紀錄的部分今天應該就會寄出，請委員參閱，並作為 11 月份委員會議審議時參考。
- 四、說明四，是本會依年度工作計畫，原訂於在本年 12 月 16 日及 17 日到健保署東區業務組，辦理業務訪視及召開委員會議，但因考慮防疫需要，還是覺得減少跨區移動比較好，建議取消訪視活動，12 月 17 日委員會議仍維持在本部召開，請委員預留時間。
- 五、說明五，是有關更新 8 月份彙編的「110 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」，一般都會即時更新，過去會印紙本，現在配合政府節能減碳政策，本次更新版就不再印紙本，直接放在本會網頁請大家自行下載，下載途徑請大家參考。
- 六、另外說明六這邊提到為利委員瞭解索取資料程序跟本會歷年進行相關研究成果，我們整理歷屆委員會議共識作法及相關資料，我必須要講一下，因為之前有委員打電話來「指示」同仁

索取其他單位的資料，因故拿不到就對同仁大聲斥責，在此我要嚴正表明態度，本會同仁都是正式公務人員，不應受到不合理的辱罵，各位委員都是社會賢達人士，處事應有一定的風度，我寧願相信這次可能是溝通不良，所以請同仁將過去經委員會通過有關索取資料的共識作法整理列出。

- (一)第1個要講的是，我們對委員都是一視同仁，沒有新舊或親疏之分，都是平等對待，服務熱忱是相同的。我們依照衛福部組織法及處務規程，各單位有分工執掌，並不是衛福部的資料，健保會都可以取得並提供，而必須是跟本會業務有關，我們提供的資料就是符合本會法定權限，如會議資料上載明的本會法定任務，這部分都要是跟健保有關的東西才能索取。
- (二)第2是依照政府資訊公開法，可以對外公開的資料才可以提供，有些資料如果還沒對外公開，還是無法取得，請各位委員諒解，能提供的資料，還是以本會法定權限與任務相關才可以。
- (三)資料索取的流程部分，如果是經委員會議定的資料，會由同仁洽請健保署提供，於下次委員會議提報辦理情形及相關資料，如果是個別委員要求的資料，會由同仁依照議事錄主席的指示或是委員的書面意見，洽請健保署提供之後轉送委員參考，而且我們會參照立法院的模式提供給所有委員，表示這是大家都關心的重要健保業務資料，這是我們的處理方式，希望委員諒解，我們有一定的業務權限。
- (四)至於，該位委員還說「本會同仁只會訂多樣式的便當，什麼事情都不會做」，我必須慎重澄清：這是天大的誤會，對於會議行政庶務，我們本於職責，希望提供委員最周到的安排，在專業部分，如果委員還記得，上次委員會議，我們還被醫界委員說寫太多意見，委員若很認真看歷次的會議資料，應該知道同仁有多努力的準備和研析資料。

(五)本會歷年的委託研究計畫，都是我們儉腸凹肚(台語，省吃儉用)，在有限預算下，執行跟本會任務相關，且能精進業務的計畫。在會議資料第 84 頁的列表，已公開的計畫都可以全文下載，我們希望提供委員最足夠的專業訊息，其實我們一直都很努力。

七、說明七，是健保署依照 110 年度總額協定事項送本會備查，包括剛才提到的西醫基層一般服務的風險移撥款及基層總額轉診型態調整費用等，相關動支方案都已送本會備查，請委員參閱。

八、說明八，是衛福部、健保署近期公告並副知本會資訊，相關資料已於 10 月 12 日寄至各委員的電子信箱，重點摘要請委員參閱。

周主任委員麗芳

一、謝謝周執行秘書淑婉的報告，剛剛提到委員索取資料的部分，我想可能是彼此溝通不良。我們很肯定健保會同仁非常用心，每次委員會議都提供很詳細的資料供委員參考，相信健保會委員也是本於職責，委員跟同仁之間能攜手同心把健保業務做好，是我們共同的心願，我們接續一起努力，在此也感謝健保會同仁，請給他們一個掌聲好嗎？(委員鼓掌)

二、有關健保會的重要業務報告，委員有無意見？請李委員永振，朱委員益宏。

李委員永振

一、主席、各位委員大家早！會議資料第 78 頁繼續追蹤的項次 2，按照社會保險司(下稱社保司)的說明，結論是依總額機制並無財務缺口，提案委員說有財務缺口，社保司回復沒有缺口，這議題等於不存在，將來若要繼續追蹤，不曉得幕僚如何追蹤？如果真要追蹤，建議朱委員益宏等提案委員，好好跟社保司討論，將議題恢復，才有利於幕僚同仁追蹤工作。不管總額缺口是否存在，將來若再增加任何給付內容確實要審慎考量，以免

易放難收，相關意見我已經講過好幾次，未來若須縮減保險給付，就會很頭大。

二、會議資料第 81 頁是歷次委員會議對費率審議的追蹤事項，針對社保司的回復，我的說明內容較冗長，請容許多一點發言時間。

(一) 社保司一再強調目前作法是依行政院協商結果執行。我記得該協商結果是 104 年 5 月達成協議，當年 6 月在健保會轉告委員。全民健康保險法施行細則(下稱健保法施行細則)第 45 條的修正是到 105 年 6 月立法院審議通過，由政府負擔相關經費，繳費率為 100%也是那時候協商出來的，計有 624 億元的預算不足數要分年償付，這些爭議在國民黨執政時代告一段落。但接下來，因為相關的解釋陸續還是有一些疑義，經過 1 年多的努力，甚至有到 2 年，還是無法得到合理答覆，才會開始繼續提案，所以各位委員可以看到這邊的追蹤事項，最早於 106 年 7 月提會。在項次 3，健保署提到有關政府應負擔健保總經費 36%的不足數，是根據全民健康保險法(下稱健保法)第 2 條、第 3 條，還有健保法施行細則第 45 條執行，但我知道當時協商結果並不是依據這幾條規定，而是用健保法第 17 條，從收入面去解釋，但現在是引用健保法第 2 條、第 3 條，用支出面的規定處理，獨缺了第 76 條爭議最大的部分。從這裡可以看出這樣的處理方式，還是有可以討論的地方。我在 111 年度保險費率審議前意見諮詢會議提出，從 105~111 年這 7 年中間，2 種看法的差距達到 1,108 億元，如果按照委員會結論算法，政府再拿出 1,108 億元，明年甚至後年都不需要調漲保費，這麼大的數字，怎麼會說與費率審議沒有關係，我就覺得很奇怪。

(二) 有關健保會的追蹤事項辦理情形，我記得是半年追蹤 1 次，今年因為委員名單比較晚公布，首次開會是 4 月 30 日，當

時執秘提到 4 月 30 日離 6 月底太近，是不是年底一起追蹤，大家也同意。但我在 8 月又提案，是因為費率審議的工作在上禮拜已經開始，這部分是不是可以提前追蹤，看到底要怎樣處理，也給健保署多一點時間準備。但是這不是追健保署而已，大家知道健保會委員的職責，除了費率審議外，還有監理任務，講到監理，感謝健保會幕僚同仁協助很多，才可以讓我們的監理工作順利執行。如果這樣的話，健保會追健保署，健保署後續執行就是根據社保司解釋，我以前常開玩笑，健保署都當箭靶，來健保會讓我們質詢，社保司當藏鏡人，所以藏鏡人有時候要走出來，這樣子比較合理。

(三)為什麼今天會有這些爭議？是因為社保司沒有掌握到二代健保立法的真正精神，坦白講二代健保的立法，就是徵收補充保費的前提下，要政府多出錢，多照顧人民，但社保司卻反向解釋盡量替政府少出錢、節省錢，才會有 7 年差到 1 千多億元的歧異，我希望社保司跟健保署討論之後可以真正解決這個問題，如果有合理的處理方式可以拿出來，若委員建議不合理，項次 2 的結論也有處理方式，就是請舉證委員建議不符現行法規，但你又舉不出來，研究 4 年又沒有進度，剛才又說什麼 1 年才做 1 次。我是覺得這種情況之下，社保司好像沒有掌握真正精神，怪不得解釋出來就會有很多爭議，以上意見提供給社保司參考，希望可以去思考一下，這樣你們提供意見給部長，或是次長做決策時，也比較不會陷他們於不義。

三、健保會在今(110)年 8 月份委員會議，已經把去年討論使用的「全民健保財務平衡及收支連動機制」，修正回歸健保法第 78 條規定，但 9 月份委員會議確認會議紀錄時，可能大家都把目光放在總額協商，所以沒有特別留意，等我看 111 年度保險費率審議前意見諮詢會議資料時，才發現操作性定義未列於決

議。當時委員會議討論要將啟動機制回歸健保法第 78 條規定，操作型定義就是當安全準備不到 1 個月保險給付支出，就要啟動調漲機制。比方說，今年審議保險費率時，若明年安全準備不到 1 個月保險給付額，就要啟動調整保費費率，而且要調整到明年底安全準備有 1 個月才可以。所以當時沒將操作型定義列在決議，有點缺陷。我請教了健保會同仁，但因該次會議紀錄業經委員會議確認並上網公開，現在不能再動，那我們要怎麼補救？上週的保險費率審議前意見諮詢會議結論有提到操作性定義，我建議在 11 月份委員會議正式審議 111 年度保險費率時，請幕僚將 8 月 20 日委員會議的結論以及操作型定義再提一下，這樣至少我們在健保會會議上所做的決議，也是在健保會會議上經過大家同意之後強化說明，有前後呼應比較好。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

謝謝主席，我有以下 2 點意見：

- 一、第 1 點，剛才李委員永振特別提到，會議資料第 78 頁追蹤事項的項次 2，我不了解社保司說沒有財務缺口這件事情，不知道是筆誤，是社保司或是衛福部不想負責任？還是我們小英政府不想負責任？總額支付制度開辦的時候，明明跟醫界的承諾是要共同分擔財務責任，哪有開辦以後，所有的財務責任都說跟政府沒關係，點值 0.01 的時候，也說跟政府沒有關係。民國 93 年醫院總額剛開辦的時候，浮動點值曾低到 0.01，93 年第 4 季浮動點值為 0.01，那時候 SARS(Severe Acute Respiratory Syndrome，嚴重急性呼吸道症候群)疫情剛結束，有些結餘款，政府趕快撥了 10 幾億元來補醫院總額。當時應該是阿扁總統執政時期，很有擔當的馬上處理這個事情，結果我們現在的政府咧？小英政府說總額沒有缺口。明明擺著 500 億元在那

邊，那是哪來的？這 500 億元的缺口是哪來的？如果政府認為，這完全都不是政府的責任，如果真是這樣，政府這麼不負責任，我們醫界只好自力救濟。怎麼自力救濟？就不要看那麼多病人，對不對？政府一天到晚說現在全台灣全年每人平均門診次數 15 次，我們就跟國外一樣降為 5 次，做 CT(Computed Tomography, 電腦斷層掃描)等 1 年，病人罹癌之後，要等半年後再來治療，就用 waiting list(等候名單)。不要看那麼多病患，當然就不會有財務缺口，說不定點值還能變成每點 2 元，真的會這樣嗎？政府希望醫界這樣做嗎？看起來是希望我們這樣做，擺明了這件事情政府沒有一點責任，這不知道是什麼意思？我也覺得很奇怪，社保司回復這件事情跟社保司沒有一點關係，健保署回應只提到 111 年醫院部門醫療給付費用總額相關事項，那接下來是不是健保署要負責研議如何處理，因為社保司的回應擺明這件事情與他們無關，他們並不願意負責任。如果政府都不願意負責任，醫界只好自力救濟，明天開始醫界來全面推動醫療減量，到時候也拜託西醫基層、其他各總額部門一起加入。因為政府不願意承擔財務責任，只好由醫界來自力救濟，政府擺明不管每點點值是多少，0.7、0.6、0.5、0.4... 等，點值再低也是醫界自己倒楣，那我們只好請民眾不要看那麼多病，如果因此健保滿意度降低，也是政府自己要負責，跟醫界沒有關係，如果影響明年、後年的大選，也是由政府自己負責。如果社保司跟健保署是這樣的態度，那本項也不用追蹤，醫界自己來辦，這是第 1 點。

二、第 2 點，有關健保會歷年委託的研究計畫資料，我看每年都有好幾項研究計畫，我不知道把研究計畫放在網路上供委員或各界參考的意思是什麼？做這些研究計畫究竟對健保制度或健保會有何幫助？是否健保會同仁要在適當時候做整理及摘要，包括：哪些建議我們可以採納？哪些建議我們可以修改調整？而不是做完研究計畫就放在網路上給大家參考，最後大家還是不

知道研究計畫對我們有什麼幫助，錢花下去了結果不知道結果是什麼。因此，我建議在某個時間對於這些研究計畫進行重點摘要，讓委員瞭解及參考。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、陳部長時中在 109 年 10 月 23 日答復民進黨林立委楚茵質詢時表示，行政院主計總處於 104 年起編列新台幣 6 百多億元經費，用於撥補政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數。這 6 百多億元，實際上是 104 年撥補 102 年差額約 193 億元及 103 年差額約 297 億元，共約 490 億元，再加上 105 年撥補 104 年差額約 116 億元，共 6 百多億元。但是自 105 年起，政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額分別為：105 年約 45 億元、106 年 103 億元、107 年 157 億元、108 年 182 億元，109 年 301 億元，加起來約 7 百多億元左右。行政院主計總處已完全撥補 102~104 年的差額 6 百多億元，但卻沒有撥補 105~109 年的 7 百多億元差額，再加上剛才李委員永振提到，到 111 年累計差額將高達 1 千多億元。
- 二、如果暫且不算 110、111 年的差額，現在先撥補 105~109 年的 7 百多億元差額，或許明年就可以不必調整費率。可是社保司修改了健保法施行細則第 45 條，並用不同執政時期的法規爭議來進行說明，我認為在法規明確性及解釋上無法取信大家，二代健保政府應承擔 36% 財務責任的立法精神就完全消失了，社保司透過修改健保法施行細則第 45 條條文來處理，恐怕有違反健保法母法之規範，未來可能會有爭議。你們是不是要等到民進黨執政完，或許 3、4 年後不同人執政時再補回這 1 千多億元？陳部長時中可以在 109 年 10 月 23 日立法委員質詢時，回答 102~104 年差額撥補的執行情形，未來是不是還會再發生這種情形？我想這是有爭議的事情。

周主任委員麗芳

請陳委員石池、李委員永振。

陳委員石池

有關健保總額缺口的議題，社保司回復並無所謂缺口，但健保署長官卻在公開會議場合表示有缺口，我認為社保司的回復還算有回答到問題，但你們可以再研議一下，因為確實是有缺口問題。我個人對於健保署的回復非常不滿意，我說你欠我5塊錢，你說明天的錢要讓你們自己去討論，這是什麼意思？根本沒有回答問題，政府機關對1個問題竟然沒有正式的回答，完全是雞同鴨講，太不可思議了。我個人建議應該給予承辦人員考績丙等，連問題都看不清楚，也不會回答，這樣怎麼可以在政府機關做事情，我對這件事情非常不滿意。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

我想再補充剛才何委員語提到陳部長時中答復立委的部分，104年及105年2年，行政院主計總處撥補102~104年政府應負擔健保總經費法定下限36%差額共6百多億元。因此，我剛才強調國民黨執政時期已補回相關差額，目前政府執政的這些問題都還沒解決，卻用前朝的東西來解釋，我不曉得誰才是混淆視聽，社保司認為是委員混淆視聽，請各位委員公斷一下，到底是誰混淆視聽？

周主任委員麗芳

一、有關上次及歷次委員會會議決議(定)列管追蹤事項：

(一)擬繼續追蹤共2項，同意依擬議，繼續追蹤。

(二)擬解除追蹤共3項，同意依擬議，解除追蹤。其中項次2，請衛福部(社保司)、健保署就委員所提意見妥為研議。

二、考量 COVID-19 防疫需要，取消原訂於 12 月份辦理之業務訪視活動，至 12 月 17 日委員會會議維持在本部召開。

- 三、請同仁彙整本會 102~109 年研究計畫成果摘要供委員參考。
- 四、委員索取資料之程序，遵循歷屆委員會之共識作法辦理。
- 五、其餘洽悉。請進行優先報告事項。

參、優先報告事項「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項確認案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

一、向各位委員報告，請參閱會議資料第 85 頁，本會已於 9 月份完成 111 年度總額協商，接續要辦理報部事宜，故還有 2 項事項需提請確認：

(一)第 1 項為確認整體總額成長率，因醫院及西醫基層部門協商結果為兩案併陳，經總額計算公式估算，若醫院、西醫基層部門採付費者方案，則年度總額為 8,037.4 億元，較 110 年度核定總額成長率是 2.577%；若醫院、西醫基層部門採醫界方案，則年度總額為 8,167.21 億元，成長率為 4.233%。

(二)第 2 項為有達成共識的部門，包含：牙醫門診、中醫門診總額及其他預算，其新增項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，依 9 月 24 日第 5 次委員會議決議，請健保署會同總額相關團體進行研修後，提報本次委員會議，本次委員會議確認後將併同總額協商結果報部。

二、有關新增項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，健保署已經回復研修結果，請參閱黃色頁補充資料第 9 頁。其實在 9 月份總額協商後，健保署及醫界已進行討論及修訂，牙全會及中全會都已更新所提之執行目標和評估指標，以下將逐項報告牙全會及中全會之建議、健保署說明及本會研析建議。

三、首先在牙醫門診總額部門，一般服務的部分有 1 個新增項目為高風險疾病口腔照護，說明如下：

(一)牙全會所提執行目標是服務高風險疾病患者 27 萬人，健保署同意此項執行目標。本會建議則是此項目之預期效益評

估指標有分很多年，請牙全會確認這 27 萬人是否為 111 年之執行目標，及如何計算，如果這不是 111 年的執行目標，則應提出 111 年的具體執行目標。

(二)牙全會所提預期效益評估指標分為近程、中程、遠程等 3 項指標，說明如下：

- 1.近程為 111~113 年，主要是增加高風險患者利用全口牙結石清除比率達 50%，健保署同意牙全會所提指標，也提供健保署統計 109 年全口牙結石清除比率為 20%供參。本會建議一樣是請牙全會確認全口牙結石清除比率達 50%是否為 111 年評估指標，也請牙全會提出分年評估指標。
- 2.中程為 114~115 年，牙全會提出會逐年評估有接受完整口腔照護之患者比同期未接受照護者，牙齒狀況改善，同時追蹤服務對象疾病控制樣態，會視近程結果調整及量化，健保署也是同意此項指標。本會建議為考量反映照護成效確實需要時間觀察，但因牙全會沒有提出量化指標，建請健保署會同牙全會於 113 年 9 月協商前，提出具體量化評估指標供協商參考。
- 3.請參閱黃色頁補充資料第 10 頁，遠程為 116~120 年，牙全會提出的遠程指標是依照中程狀況去調整，主要是希望接受完整口腔照護患者牙齒功能改善及平均餘命能夠延長。本會建議考量時程久遠，且平均餘命延長之影響因素很多，不確定性太高，所以不建議列入遠程指標。以上是第 1 個一般服務新增項目...。

周主任委員麗芳

- 一、我打個岔，先徵詢各位委員意見，因為本屆委員的任期只到明年年底，牙全會所提中程預期效益評估指標訂到 114~115 年、遠程指標訂到 120 年，到時候預算是怎樣我們不清楚，可能大家要先有 1 個共識，包括近程指標要訂到 113 年或哪一年，我

想這是核心的重點，接續要討論的項目都會牽涉這個問題，因此，我想先請大家討論確認。

二、很感謝健保會同仁提出來的研析建議，請委員看一下牙醫部門提出來的執行目標，例如：黃色頁補充資料第 9 頁，一般服務項目高風險疾病口腔照護，執行目標為 27 萬人，這是 111 年的執行目標，或是哪一年的執行目標？可能要請牙全會先講清楚。

三、再來，請各位委員提供高見，我們給的是 111 年的預算，預期效益評估指標要訂到 113 年嗎？我們請總額部門提出執行目標，是為能稽核所編預算的執行情形，現在就訂到 113 年的指標，屆時也不清楚會有多少預算可執行。

周執行秘書淑婉

主席，我想補充說明為什麼希望牙全會繼續訂定未來的預期效益評估指標，因為這個項目是屬於一般服務項目預算，會滾入基期，仍需要持續關注執行效益，本會同仁才會建議應於 113 年總額協商前去提出具體量化評估指標。因為是一般服務項目，牙全會拿了這筆錢必須有一些承諾，我個人覺得這樣比較合理。

周主任委員麗芳

請問其他部門的預期效益評估指標也有訂到 114~120 年嗎？最長訂到哪一年？

陳組長燕鈴

請參閱黃色頁補充資料第 14 頁，中醫門診總額的部分，預期效益評估指標訂到 111 年，健保署其他預算的部分，也是訂到 111 年。

周主任委員麗芳

我認為我們要先有共識，訂出來的預期效益評估指標要能夠執行，本屆委員任期只到 111 年，假設本屆委員會議通過訂定 113 年的指標，但是否有權限決定其目標值要達到 50%？或許那時候的委員會希望達成 60%、70%，如果訂 1 個無法稽核的指標，並無助

益。因此，我建議要確定我們真正要稽核的 111 年指標是什麼，這必須訂得很清楚。請健保署蔡副署長淑鈴，就健保署協助總額部門訂定相關內容的部分進行說明。

蔡副署長淑鈴

這個部分牙全會及中全會都有跟健保署稍微討論，其實我們也比較傾向同意其訂定 111 年的指標，健保署在說明中提供的是 109 年的數據，因此，牙全會提出 111 年全口牙結石清除之比率達 50% 是合理的，因為這個部分是有一些挑戰，既然 109 年這些高風險的病人接受全口牙結石清除率是 20%，111 年如果訂為 50%，我相信委員也是樂見的，因為這些病人的口腔狀況會獲得比較好的照護。

周主任委員麗芳

請陳委員建志、滕委員西華。

陳委員建志

我必需特別向大家報告，牙科疾病有其特殊性，不是今年提供照護，明年就可以看到很大的成效，所以我們必須要有一個負責的態度去訂定中程或遠程指標。像我們的國民口腔健康促進計畫，政府也是每 5 年修訂 1 次，世界衛生組織對牙科指標定義也是 5 年作為 1 個觀察期，例如：今年發生蛀牙 5 顆，5 年後降到多少？降到 10%，也就是 5 年後蛀牙是 4.5 顆，絕不會今年蛀牙 5 顆，明年就要求降到 4 顆。因為牙科照護蛀牙，除了提供照顧外，病人還要刷牙和持續回診，不像是一些流行病，像是 COVID-19 經過大家努力或許有辦法很快就能消滅。牙科疾病無法用消滅這個字眼，要經過長期的觀察，這也是牙醫部門的負責態度，預算滾入基期就要努力把成效展現出來。我們做高風險疾病口腔照護，不可能隔年立刻可以看到拔牙率降低，總是要 3~5 年才可以看到成效，這是牙醫照護的特殊性。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

我完全贊成陳委員建志的意見，你如果要去看照護成效，確實是需要時間，但是如果就增加預算希望能對這群人多加照顧的角度，那就是現在的指標增加利用率可以呈現，因為這群人如果不出來接受牙結石清除的照護，他們是不會好的，就短程來看，也是希望能用任何方法請這群人來接受更多照護，這也是反映我們編列預算的目的。至於陳委員建志提到，將來是否這些人口腔狀況轉好，牙齒可以保存久一點，甚至未來壽命延長等，這些都是照護成效，確實是需要時間觀察。但若只是要監測這次編列預算有無達到委員協商當時願意付出的費用，用在這群人身上，確實我們短程就是要增加利用。那我也相信陳委員建志所提關於照護成效的想法，委員也可以同意，但是這需要時間來驗證。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、大家講得都有道理，但是我記得至少在 5、6 年前總額協商時，不管是一般服務項目或專款項目，都沒有提出相關的預期效益評估指標，因為過去我們花了錢但不知道買到什麼，所以近幾年才增訂指標。我也蠻同意有一些計畫其實需要一段時間的規劃、醞釀、實踐才會有結果，就我的印象，如果我有說得不對的，資深委員可以提出指正，當時有說至少要提 3 年的計畫，也就是說這件事情不是突然靈光乍現想到，是總額部門有經過深思熟慮，認為這個計畫這樣做有幫助。當然這是一個假設前提，因為還沒做都不知道效益如何，所以我們希望總額部門提出 3 年的評估計畫，但是每年都可以有不一樣的預期效益評估指標。
- 二、因此，我認為考量的重點不是我們的任期，而是 111 年提的計畫，要至少能說服付費者 3 年後預計達到什麼樣的目標，這是預計的，但在 111 年，也就是實施的當年度，至少可以達到什

麼？這個評估指標不是只有量而已，而是有努力為第3年，甚至是第4~5年更好的照護品質鋪路。所以我們需要知道111年確實有認真執行及實踐，可以告訴民眾，我們是用這個品質指標來要求，付費者付的錢不是只有買到量。不能一方面罵民眾就醫次數高，但訂定的指標都是提高民眾就醫量，提高就醫密集度或利用率的同時，必須買到更有品質的服務。因此，不管照護結果是否5年後才能呈現，都應該追蹤，不然像是初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)及末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫(Pre-ESRD)都做那麼久，甚至糖尿病醫療給付改善方案成效也在幾年後才慢慢出來，但每年仍然有新增的監測項目進來。

三、因此，我認為可以提3年的預期效益評估指標，並隨著近程結果逐步修正，但在一開始提出來時，就必須內心堅定確定品質效度是什麼？我覺得負責任的人是應該提出來，我們是可以根據這3年提出的願景往後逐步去確認未來3~5年的指標。就像各位講的，牙全會提7~10年，付費者代表明年、後年不一定會給錢，要看明年、後年實施狀況而定，實施好的話，3~5年做1個試辦計畫，5年就要評估是否退場或導入一般服務項目，不一定要做10年，不是計畫提10年，我們就要給10年的預算。所以我認為還是應該要提至少3年內的計畫，但是重點可以放在111年具體的預期效益評估指標的實踐，應該用什麼操作型定義才可以達到。

周主任委員麗芳

請劉委員國隆。

劉委員國隆

一、其實我們都知道，畢竟一般服務新增項目會滾入基期，必須知道基期新增預算是不是恰當。至於委員的任期跟健保系統的運作，可能也不會因為我們任期轉換或委員的變動，執行項目就會馬上重新檢討。所以我非常讚許牙醫部門能把真正

要負責任、真正要達到的目標提出來，提出來的內容我們可以每年去評估檢討。

二、我也非常同意滕委員西華的意見，如果這個案子執行結果不如預期，即使預算滾入基期，還是可以終止執行。至於我們要求的標準，也可以逐年來探討，未來新任委員也可以逐年探討，至少他可以知道以前的委員是如何設定整個預期效益評估指標，有總比沒有好。因為預算會滾入基期，因此，我也非常支持，希望各個總額部門，包括：醫院、西醫、牙醫門診、中醫門診，針對新增的一般服務項目，都能提出預期效益評估指標，並確實達到，這將是全民之福。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

如果我沒有記錯的話，27 萬人似乎是當初牙周病統合照護計畫從專款導入一般服務所訂定的執行目標，但我好像記得當初服務人次是訂 28 萬人，不是 27 萬人。我覺得牙全會提出的中程評估指標還蠻合適的，因為不是今天看完牙齒，明天就會變好，這是一個持續性照護的過程。牙全會剛才也說的很清楚，未來會報告這些新增項目的照護成效讓評核委員、新委員瞭解執行效益。

(註：牙周病統合照護計畫 108 年導入一般服務，執行目標服務 30 萬人次。)

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉。

周執行秘書淑婉

補充說明，剛才干委員文男提到的牙周病統合照護計畫服務人數，跟今天討論的高風險疾病口腔照護執行目標 27 萬人，服務對象是不一樣的，高風險疾病有另外的定義，委員剛才應該是有點誤會。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

我有 3 點請教：

- 一、首先感謝主席提出這個議題，讓大家能先聚焦討論凝聚共識，這樣未來在執行上應該沒有問題。不過我記得在上次會議協商完成後，就有提到執行目標與預期效益評估指標，應該在提出計畫時就要簡要說明，照理說在總額協商時就要有簡要的目標和預期效益評估指標供討論，而總額協商後，則是要討論比較細節的內容，將來辦理總額評核時才有辦法追蹤。
- 二、感謝健保署努力整理本案資料供委員參考，在完整閱讀資料後，我覺得健保會同仁好像考量得比較周全，除以下幾點意見外，建議按照健保會同仁提供的意見應該會比較好，有些評估指標訂的期間真的太長，剛主席也提到這點。像健保法規定，健保財務，每次精算 25 年，5 年都看不到了，還說要做 25 年，但還是需要訂未來 3、5 年的評核指標。不過看到 10 年的指標，時程實在是太遠了，所以我認為健保會同仁考量得比較周全。
- 三、以下幾點意見，請牙全會再進一步考量：
 - (一)第 1 個，請參閱黃色頁補充資料第 9 頁，「高風險疾病口腔照護」的評估指標為「高風險患者利用全口牙結石清除之比率達 50%」，健保署認為這是高挑戰，牙全會有這個 guts(膽識)很好，若要挑戰這個目標，請牙全會依健保署所提的建議，說明如何掌握推動時程及策略？另外，健保會研析建議，請牙全會確認所提的執行目標是否為 111 年執行目標？111 年的執行目標應該沒問題吧！每項都需要確認，這也有利追蹤。
 - (二)第 2 個，黃色頁補充資料第 10 頁，「牙齒外傷急症處理」的執行目標訂為 734 人，但這個目標數好像有點偏低，在「健保署說明」提供的資料，訂的目標值好像都比這個高，這點是否可以請牙全會再考量，明年疫情應該不會比

今年嚴峻吧？是否可考量一下？

(三)「提升假日就醫可近性」部分，健保會希望牙全會可以訂出各分區假日提供看診服務之院所數較 106~108 年平均家數增加的百分比。

(四)請參閱黃色頁補充資料第 11 頁，健保會研析建議，「全國 12~18 歲少年牙醫就醫率不低於 106~108 年全國人民平均牙醫就醫率，並朝 60%努力」，這項評估指標於 109 年已有實際的數字，請牙全會是否可以訂出實際的百分比，是否可以填列出來目前是的百分比是多少？朝 60%努力，這樣會比較具體，這幾點還可以加強一下，採健保會研析建議，應該比較可行。

周主任委員麗芳

請陳委員秀熙。

陳委員秀熙

在高風險疾病口腔照護部分，其實是加強腦中風或糖尿病病人牙結石清除的頻率次數…等，基本上，我認為這個方案非常有意義，我想這就是其成為一般服務新增項目，滾入基期的原因。在民眾端常看到很多洗牙的病人，特別是糖尿病、腦中風病人，洗牙的順從性不像一般民眾這麼好。牙醫門診總額提出的「高風險患者利用全口牙結石清除之比率達 50%」，本當是個重要的指標，這個指標後面延伸的效益，例如全口牙結石清除後，會不會改善糖尿病的狀況？其實實證醫學早已證實糖尿病和牙周病的關係。我很建議，如果可以的話，牙全會也可以和西醫結合，進行相關的成效評估，整體而言，這個方案對慢性病人牙結石清除的改善有非常大的意義，也是全民健保追求的目標。以實證醫學的觀點來看，從牙齦出血到牙齒動搖、拔掉之後，到後來沒有牙齒而產生營養不良等等後續狀況，本來就是一系列從短期、中期到長程的觀察，當然每個年度都有具體的指標，可是提出中程、遠程計畫本來就是健保應該追求的典範。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、牙周病統合照護計畫於 108 年從專款項目導入一般服務，其目標人數為 30 萬人次。高風險疾病口腔照護是一般服務的新增項目，我非常敬佩牙全會提出中、遠程評估指標，這很好，因為能讓未來的理事長很清楚知道牙全會向健保署、健保會提出哪些承諾，讓未來的理事長有所依循。
- 二、第 2 點，我認為今天應該先通過 111 年的執行目標和評估指標，以作為評估的參考，若今天通過 111~113 年的評估指標，未列出分年的評估指標，對評核會有點困難。請牙全會應明確分列 111 年~113 年各年的評估指標。
- 三、至於中程和遠程評估指標，是牙全會的目標，也可以提供健保署作為評核的參考，也可提供相關資料供健保會和委員參考。牙全會也隨時可以修正中程和遠程的評估指標，這是好的，並不是說不好，但今天要先通過 111 年執行目標、評估指標，以作為評核的參考。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬發言後，再請陳委員建志回應。

盧委員瑞芬

請教一下，本案陳組長燕鈴剛剛只報告一半而已，還沒講完，現在發言是不是只針對牙醫門診總額部分？

周主任委員麗芳

請先針對牙醫門診總額部分發言。

盧委員瑞芬

- 一、我就繼續發言，高風險疾病部分，牙全會和健保署好像已形成共識，但建議還是要在協定事項說明所謂高風險疾病的操作型定義。例如中醫部門總額提及黃金治療期，就有附註說明其定

義，所以我認為要清楚定義高風險疾病，而且這是有範圍的，不是大家都知道。

- 二、談到預期效益時，就是強調評核 outcome(結果)，真的沒有 outcome，才回到評核 process(過程)的部分，我也同意牙全會陳理事長建志和滕委員西華提到，有些結果要需要一段時間才能評估成效。但訂定過於遠程的評核指標就容易失焦，牙全會提到遠程的評估指標，還包括平均餘命延長，這個時程真的太久遠，而且整個醫療體系進步才會讓平均餘命延長，所以這個評核指標就好像有點不切實際。
- 三、重要的是 111 年要有評核基準，請確切告訴委員，111 年能達成的預期效益評估指標。要列 112 年後的評估指標也可以，這些就像是畫押的性質，就算我們不擔任委員，以後健保會同仁還是可以拿出來檢視。整體而言，我們花這麼多錢，到底能為民眾買到什麼程度的口腔健康？比方說老年人無牙率減少，這都可拿來作為指標，每年檢視其成效，我們現在快 60 歲，5 年以後也會 65 歲以上，有朝一日一定碰得到這個問題，我覺得在這裡放進來也沒關係，但要有確切目標。
- 四、有些評估指標要有 reference point(參考點)，就是要和哪個時期進行比較，我贊成李委員永振提到健保會同仁真的非常用心，寫的意見都非常中肯，若以 109 年、110 年作為 reference point，尤其是和就醫率有關的指標，這樣就不是很好，因為那段期間受疫情影響，相關數據較低，所以 109 年和 110 年不適合用來作為比較的基礎，而是應該往前採用前一個正常時期(如 106-108 年)的數據進行比較才有意義。

周主任委員麗芳

請陳委員建志。

陳委員建志

- 一、謝謝各位委員的指正，我必須說明高風險患者是有定義的，包括洗腎、糖尿病、中風...病人，可能說明沒有寫，但事實上整

個方案的規劃是完整的。至於為什麼 109 年只有執行 20%，剛委員也有提到是因為疫情關係，平常執行率約 40%。

二、27 萬人次是我們預期和希望達到的目標，委員也擔心我們要如何達到這個目標。剛陳委員秀熙提的意見很棒，我們會加強宣導，例如糖尿病和口腔健康的重要性之結合，糖尿病病人看診後，可以提醒他到牙醫接受處置，這是整體的概念，之前在兒童健康手冊或孕婦健康手冊中，都有叮嚀其至牙科接受口腔健康照護或相關處置，希望健保署能協助我們，對高風險病患加強宣導。另外，也會注重偏鄉的口腔健康部分，因為過去我們比較漠視偏鄉高風險病人的口腔健康，這部份我們也都會加強努力。

周主任委員麗芳

剛剛委員有詢問，請教一下牙全會，黃色頁補充資料第 9 頁一般服務高風險疾病口腔照護執行目標為 27 萬人，這是 111 年的執行目標嗎？

陳委員建志

這是我們希望達到的預期目標沒錯。

周主任委員麗芳

就是 111 年的執行目標嗎？

陳委員建志

對。

周主任委員麗芳

黃色頁補充資料第 11 頁專款項目「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」的執行目標為 90 萬人次，也是 111 年的執行目標嗎？

陳委員建志

因為這是專款項目，剛滕委員西華也說得很好，就是若沒有達到預期目標或做得不好，就負起責任下架這個專案，但牙全會會努力達成目標，我們還是認同將錢用在刀口上。

周主任委員麗芳

感謝陳委員建志解釋得非常清楚，委員對於牙全會提出3年的評估指標都很肯定，我們同意所提的執行目標和預期效益之評估指標，也很感謝牙全會提出中程、遠程的指標，但能否請牙全會稍微修正？因為中程指標的時程已經到115年、遠程到120年，若只臚列出近程評估指標，中程、長程暫時沒有列進來，對牙醫部門是否有影響？徐常務理事邦賢，我看您也有意見，要不要說明一下？

徐常務理事邦賢

- 一、不好意思，我是列席人員，謝謝主席讓我發言。
- 二、牙全會是基於對計畫負責任的態度列出近程、中程和遠程的評估指標，但若委員考量到時程的關係，我建議評估指標是不是只列近期，但中、遠期還是會每年修正時，如果時間到我們自然會列上，因為這一個完整的規劃。

周主任委員麗芳

牙全會真的是很負責任，請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我是剛剛發言，就是您剛剛提的，到底要訂出1年，還是5年或10年的評估指標？但逐項我都有不同意見，因為剛剛主席已經要做結論同意本案了，所以我還是趕快發言。
- 二、牙醫部門這次提出的指標確實比前2年好，不是只有人數和人次而已，但還是看到一個情況是，近程指標還是利用率，只是把人次改成百分比，所以還是數量。如果不是只有量的部分，就是剛剛講的品質需要一定時間才能驗證，我認為至少每1項都應該要提出品質監測指標。
 - (一)第1個「高風險疾病口腔照護」，以中程為例，「逐年評估有接受完整口腔照護之患者比同期未接受照護者，牙齒狀況改善的程度...」，是什麼程度應該要列監測指標？列了後，每年都可以看到數字，不管是評核會議，還有未來的

付費者代表都看得到數字，這是列評核，不是只有績效考核時，衡量要不要給錢而已，還是要訂監測指標，否則還是只有量的監測。

(二)第2個，即使是量的監測，剛剛大家有提到，選擇哪段時間作為參考點，以及定義是什麼很重要，例如黃色頁補充資料第9頁「預期高風險患者利用全口牙結石清除比率達50%」，是指有來做牙結石清除1次就達50%？還是要完整利用完原本規劃完成牙結石清除2次的人達50%？這個參照的定義是什麼？

(三)「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」的近程指標「高齲齒病患利用塗氟之比率40%」，是1年4次塗氟達40%，還是有塗過氟就納入計算？有來塗1次、2次、4次，這些做績效指標的管理都不同。

三、在中程評估指標的部分，牙全會都有嘗試提出一些品質方向，請參閱黃色頁補充資料第13頁，例如「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」的中期評估指標「逐年評估有接受完整保存改善服務之患者比同期未接受者，被拔牙的顆數、接受根管治療顆數下降」，或是陳委員建志提到，第9頁的第1項「高風險疾病口腔照護」特別關注偏鄉的口腔照護，這都可以作為績效指標之一，短期無法立見真章的品質項目部分，應該要列為監測指標，例如提升假日就醫的可近性就一直沒有列指標，像是急重症或外傷處理的部分，是否能監測3日內或幾日內同時利用門診的情況，今天看急診，明天又看門診，或是重複利用相同診斷接受相同的處置。我覺得付費者代表應該也要關心這個部分，如果對牙全會不會很困難，更加負責的是，再把品質的項目列為逐年監測的指標，這樣也會讓我們蒐集到那些數字，看到每年的進展，我認為這蠻重要的。

周主任委員麗芳

有關牙全會所提的執行目標和評估指標，因為中程、遠程評估指標，會牽涉剛剛委員提及的參考點、監測指標的問題，比較簡單的方式，因為已經列得很清楚近程要做什麼？近程的評估指標沒有剛剛委員提到的問題，不知道牙全會可否接受先把近程的執行目標納入？至於委員所提中程、遠程評估指標的意見，供牙全會參考，明年再提出較詳細的監測指標。牙醫部分確認，接下來進行中醫。

陳組長燕鈴

請示主委，有一些本會建議，例如增加以 106~108 年為比較基準，研析建議修正的部分，不知道牙全會是不是同意？還是不修正照原來牙全會所提內容？這需要確認，不然沒辦法做決議。

周主任委員麗芳

好，我們逐一看下來，黃色頁補充資料第 9 頁的指標就是近程 111~113 年，從執行目標到預期效益，就是到 113 年有沒有問題？

周執行秘書淑婉

全口牙結石清除比率是 111 年達 50% 嗎？

周主任委員麗芳

不是，是 111~113 年達 50%。

周執行秘書淑婉

不能這樣子，請釐清何時達到 50%？如果是 111~113 年，是哪一年要達到 50%？是不是 111 年就能達到 50%？應該要提出分年評估指標。

周主任委員麗芳

請陳委員建志。

陳委員建志

剛才已經說明過了，「高風險疾病口腔照護」，111 年的執行目標是 27 萬人，希望藉由健保署協助共同宣導，一起努力達到目標。

周主任委員麗芳

剛剛周執行秘書淑婉問的是，現在有 2 種方法，1 個是，111 年列很清楚，執行目標是服務 27 萬人，但近程(111~113 年)高風險患者利用全口牙結石清除比率達 50%，執秘問的是，這 3 年各要達成 50%？還是第 1 年就要衝到 50%？因為評估指標有列一段期間。

陳委員建志

請徐常務理事邦賢回答。

徐常務理事邦賢

基本上爭取到新增項目或額外經費，必須要在穩定中成長，不是說以消耗經費的目的，一下子開放大肆地把資源浪費掉，建議「高風險患者利用全口牙結石清除之比率」訂為 111 年 40%、112 年 45%、113 年 50%，我們能相當紮實、確實地達成目標，而且不會濫用資源，如果第 1 年就誇口達成 50%，為達到 50%，相關資源可能遭受濫用。若牙全會提出 111~113 年分別達到 40%、45%、50%，不知道各位委員能不能接受？達到 40%，也就是第 1 年執行的預算已經達到 8 成以上(有委員表示，以往都是 40%，只有去年是 20%)，40%是 0~100 歲的平均就醫率，不是這個族群，其實這個族群就醫率沒有那麼高。

周主任委員麗芳

建議陳委員建志和徐常務理事邦賢再好好討論一下 111 年的執行目標和評估指標，因為健保會要評核，評核時要看牙醫門診總額達成的情形，請 2 位先討論好，也可以只訂 111 年指標，不要訂近程指標，我們給的是 111 年的預算，可以承諾 111 年做什麼就好，牙全會現在已經承諾到後面 3 年要做到哪裡，請 2 位討論一下。我們先討論中醫門診總額，待會再回頭看牙醫門診總額。請李委員永振。

李委員永振

現在已經出現 1 個很好的實際 case(案例)，錢都已經給了，才在討論 111~113 年「高風險患者利用全口牙結石清除之比率」指標是 40%、45%、50%，50%是 3 年平均，111~113 年的指標應該 45%、50%、55%才對啊，這就是目前總額協商的問題點。提出計畫時，

就應該要有一個 rough(初步)的東西出來，現在已經在討論細節了，不是說錢給了再來講，這樣就很奇怪啊，感謝有這個很好的 case 讓大家認識。

周主任委員麗芳

牙醫門診總額部分，就請牙全會再確認一下，先看中醫門診總額的部分。

陳組長燕鈴

一、中醫門診總額的部分，請參閱黃色頁補充資料第 14 頁，本次中全會有提供更新的執行目標和預期效益指標：

(一)執行目標：111 年民眾使用針傷於疾病黃金治療期醫療次數較 110 年多出 5%。

(二)預期效益評估指標：減少患者同期使用針傷於疾病黃金治療期跨院所就醫次數 2%。

(三)黃金治療期定義：首次開立主診斷碼 3 個月內(含跨院所)為黃金治療期。

二、健保署尊重中全會意見，也以 109 年針傷處置資料推算本項協商項目之件數成長率是 3.4%，提供委員參考。

三、因為協定事項要報請衛福部核(決)定並公告，本會建議以註的方式，說明黃金治療期的定義，這樣比較符合原來的格式。

周主任委員麗芳

有關中醫門診總額的評估指標，有沒有委員要提出詢問？請滕委員西華。

滕委員西華

一、同時請教健保署和中全會，我認為應該要和牙醫門診總額一樣，評估指標不應該用 109 年作為比較基礎，應該要用 106~108 年的數值，不管是 3 年平均或其中 1 年的基期。但是健保署算出 109 年的成長件數，我想知道，過去在中醫門診總額沒有黃金治療期的概念，這是今年提出來，明年要實施的範

圍，抓這些申報人數及訂出執行目標 5%，這是以黃金治療期的定義去跑資料，而訂出的成長率嗎？這很重要，若是和全部的人比，全部的人過去是沒有黃金治療期，所以我想弄清楚，包括健保署 109 年跑出來的分母是全部使用針傷科的人，還是已經有帶入黃金治療期定義，也就是帶入 ICD-10-CM(國際疾病傷害及死因分類標準第 10 版)定義跑出來的資料，這是第 1 個問題。

二、第 2 個問題，假設克服黃金治療期抓的就醫人次的問題，111 年民眾使用針傷於疾病黃金治療醫療次數比 110 年多出 5%，先不管年度，跟比較年度多出 5%是指有有在黃金治療期使用針傷科的 5%，還是整體民眾使用針傷科的 5%，我是問這個定義，謝謝。

周主任委員麗芳

還有沒有委員要詢問？沒有的話，針對這個問題，請柯委員富揚說明。

柯委員富揚

謝謝委員的指教，有關人數算法，我想健保署會說明。黃金治療期，事實上就是指比較需要頻繁使用針傷照護的民眾，這樣的醫療品質才是比較好的。委員提到預期黃金治療期次數較 110 年多出 5%，中全會有信心，也會努力達成這個目標，因為畢竟過去有限制民眾就醫次數和使用頻率，這部分民眾的醫療照護沒有被滿足，先做這樣的說明。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

請教柯委員富揚，請參閱黃色頁補充資料第 14 頁，111 年較 110 年多出 5%，我跟剛剛滕委員西華意見一樣，這是 1 個好的數字嗎？

109、110 年都受到疫情影響，111 年相較 110 年多出 5%，會不會很容易達到？參考點設定的合理性如何？

周主任委員麗芳

請柯委員富揚回答。

柯委員富揚

- 一、我想要跟老師報告，事實上我們看到的是，明年應該還是疫情期間，我們是拿 111 年，也就是明年和今年比較，我想在明年可能疫情影響還是很大，健保會於寫入文字時，有提到要不要扣除疫情期間，如果在沒有疫情情況之下，再回過頭來看今年中醫使用情形。
- 二、今年疫情確實影響到我們在 5 月中之後到 6 月，7 月份幾乎回來 9 成，現在看到的數字，事實上 9 月份跟去年同期差不多，以這樣來看，拿 111 年和今年的 110 年比較，我想基礎應該是差不多。

劉委員淑瓊

我要詢問 1 句話。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

同樣的問題，也請教健保署，跟哪一年比，會比較合適？

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

請教柯理事長富揚，在百分比裡面，健保署也給你量化了，你對這 2 個量化數值有沒有意見？可否就照這個量化數值執行？ICD-10-CM 的病碼都有了，你是不是同意按照量化數值？以後不要說又有問題。

周主任委員麗芳

先請蔡副署長淑鈴回答。

蔡副署長淑鈴

有關中醫門診總額一般服務的黃金治療期項目，請游副組長慧真跟大家說明一下健保署的那段數字，先跟滕委員西華澄清一下。

周主任委員麗芳

請游副組長慧真。

游副組長慧真

一、我來做個說明，這是指針傷項目黃金治療期只要是第 1 次去看診，ICD-10-CM 主診斷碼就會列計，跨院資料都會納入計算，3 個月內都算黃金治療期。

二、我們有算 109 年針傷處置申報件數成長率大約是 3.4%，認同所提目標提升增加到 5%。

周主任委員麗芳

所以已經有提升了，如果委員沒有其他意見，中醫門診總額執行目標與評估指標確認，唯一修正就是把黃金治療期移到備註的地方。牙醫門診總額部分等他們回來再確認。請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

剛才委員有提到基期的問題，也有請教健保署，現在手邊沒有資料，是否應該請健保署算一下 106~108 年的部分？

周主任委員麗芳

剛才健保署游副組長慧真有說成長率 3.4%，提高到 5%。

蔡副署長淑鈴

一、我認為解決這個問題應該有 1 個通則，對於所有項目都適用，不能只針對其中 1 項，應該所有項目的 reference(參照)時間一致，大家都認為 109 年、110 年都是疫情期間，明年是否會有疫情，目前無法預測，若要把疫情拿掉，就要往前再推，以 106~108 年的平均值，或是 108 年，我們都沒有意見，這當 base(基礎)，再來看要成長多少，各項目均一致。

二、另外要提的是，若以非疫情期間數據當基期，就是假設所訂目標值為明年沒有疫情下之目標值，假設明年有疫情，則於評核時就需酌予考量。所以我們現在選擇的基期，若是選疫情前，我們就是假設，現在訂的目標是明年沒有疫情下而想達到之目標，這樣大家有共識就好，我們就不用再逐項討論。

三、其實如果要考慮參考時點，有些項目本來就會成長，用過去 3 年平均值是否合理？或是可用疫情採前 1 年的資料？

周主任委員麗芳

剛才說雖然是 109 年，但已經從 3.4% 提高到 5%，委員沒有意見的話，中醫部門就確認。先進行下面討論事項，等牙醫部門回來再討論。

陳組長燕鈴

主席，不好意思，還有其他預算。

劉委員淑瓊

一、剛才大家討論好像不是以 109 年，蔡副署長淑鈴說得很合理，就大家來決定是否用 106~108 年平均值作為參考點，若大家同意的話，所有項目都用這個方式辦理。

二、第 2 個，假設明年沒有疫情，萬一明年有疫情，評核時是不是要有其他參考點，要先問問看大家是不是同意？

周主任委員麗芳

我們有 2 種方法，1 個是剛才中醫部門的作法，雖然 109 年有疫情，但衡酌其基準，已經有墊高，另 1 個是採 106~108 年平均值。委員是否同意這個通則，就是 109 年有疫情，但我們同意酌予調整？

干委員文男

剛才蔡副署長淑鈴講的是 2 個方案，106~108 年平均值是 1 個方案，如果單年次，是 108 年還是 109 年，建議予以確定，我建議用

沒有 COVID-19 影響的 108 年作為基準，另外牙醫、西醫基層等項目都是用這個基準。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴補充。

蔡副署長淑鈴

- 一、我再建議一下，其實參照時間的選擇，是大家可以一起討論，2 選 1，我剛才講過，沒有疫情的 3 年平均值得當基準，或是最近一年沒有疫情的 108 年，待這個確定後，比方我們選定 108 年，接著現在所有的目標值，可能牙醫、中醫團體當時在訂的時候，有些用 109 年當基期，現在我們若換成 108 年沒有疫情或 3 年平均值得，要不要讓他們有機會回去再算一下，這樣會比較公平。
- 二、第 2 個是我剛才表示，我們做了決定以後，要看明年評核時有沒有疫情，大家要審酌去做 audit(審計)。

周主任委員麗芳

- 一、剛才蔡副署長淑鈴提出 2 個計算基準，第 1 個是 106~108 年 3 年平均值得，第 2 個是沒有疫情的 108 年。如果大家都同意採 108 年，目標值再請中全會算看看，因為有疫情時可能沒辦法成長 5%那麼多，剛才蔡副署長淑鈴也有提到，明年評核時，請各位委員特別注意，訂的指標是在沒有疫情之下，若有疫情則需要予以衡酌。
- 二、請問大家是否同意以 108 年為基期？請問柯委員富揚目標值是否可以達到 5%，還是你們要討論一下再確認？

柯委員富揚

謝謝主委、委員及蔡副署長淑鈴，請委員假設明年真的有疫情，幫我們酌予考量，這對中醫而言是很重要的目標，我們會全力以赴，中醫這麼多年來受困於中醫利用率，要想辦法提升，也不希望中醫

師跟民眾多收取自費，我們是想讓民眾更滿意，我想這部分，我們會非常努力去完成。

周主任委員麗芳

請林委員敏華。

林委員敏華

- 一、剛才蔡副署長淑鈴已經做很多背景說明，但從目前現有新聞看起來，因為最近英國確診病例急遽拉高，他們雖然全面開放，但目前重症、死亡比率也拉高，也許歐洲可以跟病毒共存，但我不認為台灣人可以接受這個狀況，雖然疫苗接種比率提高，但突破性感染也不斷拉上來，我不認為明年可以恢復正常生活。
- 二、不管以 106~108 年平均值，或 108 年當作基準，大家說明年評核時需要考量疫情問題，但這沒有 1 個標準。我是真的不看好明年可以完全開放回到 normal(正常)生活方式，因此建議是否暫時以去年度或今年度的指標來看會比較正常，在設算的時候，大家都不知道未來會怎樣，健保是永續經營，先以這方式做做看，假設明年都正常了，再調整也不慢。

周主任委員麗芳

林委員敏華的意見也很中肯，就是滾動式調整，今年先照中全會提出的，明年再滾動調整。請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

林委員敏華講得也是有道理，但是我們都沒有辦法預測，也不知道明年疫情是否比較嚴重，我們也不知道民眾因應的就醫行為會有什麼改變，這些都是未知，所以我認為還是以 106~108 年或 108 年作為參考點會比較好。至於在評核時萬一碰到疫情怎麼因應，即需請各總額部門清楚敘明理由與影響程度；不論有沒有疫情，都會面臨林委員敏華講的問題，因此只要評核時總額部門清楚說

明，就像 110 年評核 109 年一樣，所以沒有關係，我建議用 106~108 年或 108 年未發生疫情前作為基準。

周執行秘書淑婉

主委，我可以補充一下嗎？

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉。

周執行秘書淑婉

我想委員剛才的討論都非常好，明年到底疫情有無影響，我們都不知道，但建議可以用沒有疫情的 108 年去衡量比較好，由於不知道明年是否有疫情，我認為這應該就是每個總額部門需要去衡量，若真的被疫情影響，影響有多大，你就要在評核報告中提出補充說明，讓委員於評核時知道這個數字的合理性多大，畢竟 108 年是沒有疫情影響的基線，每個總額就要自己評估疫情對你有什麼實質影響，我覺得這就是各總額部門要自己提出來的東西。

周主任委員麗芳

請劉委員國隆。

劉委員國隆

其實我們在探討的是未來不可知，事實上我們當然也希望中全會這邊真正寫清楚，如果是沒有疫情的話，你就用 108 年，有疫情的話就用 109 年，這是明年要評核的，我們就把 2 個都寫上去，也不用再去爭議未來到底有沒有疫情，我們只要一直戴著口罩，對於西醫基層、中醫、牙醫傷害很大，因為大家也不太會生病，我覺得讓他們能夠自主考量，我們需要的只是我們用的錢，效果有沒有達到，如果沒有達到，我們僅用數字在管理，這樣對嗎？我不知道，成效如何反而應該是我們要重視的。

周主任委員麗芳

請林委員恩豪。

林委員恩豪

我的意見是希望以 108 年這個比較正常的年份當作背景參考值，至於剛才提到，如果發生疫情怎麼辦，那就是各總額部門提出自己受到多少衝擊，於評核的時候做出調整的參考依據。

周主任委員麗芳

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、想問柯委員富揚，108 年是沒有疫情，其實到年底的時候稍微有一點點，只是沒有那麼嚴重，你覺得以 108 年來算的話，或是你去回想，據你印象來說，那時候跟 109 年差多少，如果差很大就要趕快提出來，如果沒有的話，用 108 年比較公平。
- 二、我覺得 2 個方案都可行，按照你目前所說計畫作為參考指標，如果明年真的評核時，依照當時實際狀況決定，而且也會降低標準，是沒有什麼差，只是為了讓大家都安心安理得，或許大家認為以 108 年作為比較基準比較公平。你是不是要趁這個時間算一下，看一下影響大不大，若不大就以 108 年作為比較基準，若很大就提出來，比照目前狀況執行。

周主任委員麗芳

最後 1 位，請何委員語。

何委員語

- 一、因為中醫這個項目在提升民眾於疾病黃金治療期的針傷照護，第 1 個，我們希望健保署放寬他的針傷次數，不要時常因超過次數就來抽審，製造很多麻煩。
- 二、第 2 個，我也支持先用 108 年計算，明年若真的有疫情，希望中全會提案到健保會說明發生疫情，因為 111 年的總額是到 112 年才評核，所以我們可以做成 1 個紀錄，111 年又發生疫情，希望 112 年評核時把疫情狀況考量在內，我想做成 1 個建議紀錄，給 112 年評核委員參考，這樣就可以解決很多事情，這是我的建議，用 108 年也沒關係，當初提出要增加到 5 億

元，就是有限制到針傷次數，所以現在能放寬針傷的次數，當然健保署會說不是啦，沒有限制啦，只是抽審！這點我們希望這樣做，我想他們也會很努力提升針傷的看診次數。

周主任委員麗芳

委員發言就到李委員永振為止，因為後面的案子太多了。請胡委員峰賓。

胡委員峰賓

現在都在講明年會不會有疫情，事實上離明年不遠，就是2個月後的事情，但是我們現在沒有看到全球哪個地方疫情有減緩，無法推論明年疫情會不見，所以如果使用疫情期間互相比較，這是比較符合現在實際狀況。

周主任委員麗芳

胡委員峰賓是以現在的狀況，建議採用疫情期間。請陳委員秀熙。

陳委員秀熙

- 一、我想這個問題其實並不困難，我們今天提到參考點，就是找對照組，108年或106~108年平均，這2個我沒有意見，單一年跟平均年都有好處，我沒有很大的意見。
- 二、各位一直在說未來疫情不確定性，第2季與第3季參考點就不一樣，109年第2季就已經有疫情，四總額部門考慮疫情就要參考現在5月流行應用率的降低，不是沒有參考基準點，本來就應該有2個備案，1個備案是沒有疫情的108年或106~108年平均，另1個是遇到疫情的今年5~8月的參考點，本來就有資料可以模擬。會不會比這個更慘或更好，是微調的問題，我不願意把COVID-19再加進來複雜化，我們不是沒有資料，我說好幾次一定要考慮進去，醫療利用率在6月降到30%，這不就是我們可以參考的點，我們可以以此微調。

周主任委員麗芳

李委員永振是最後1位。請李委員永振。

李委員永振

聽到大家充分討論，我認為剛才周執行秘書淑婉講的應該比較可行，蔡副署長淑鈴也有提到，應該用 106~108 年 3 年平均值會比較準，其實 2 個年度的疫情也不一定一樣，我們在討論總額時，應該用沒有疫情狀況下去考量，最終用 106~108 年 3 年平均值，到時候若疫情持續，各總額部門再提出說明，給評核委員參考有無道理，若亂提，評核時就會被打下去，因為不誠實，所以應該有機制存在，不然今年是 5 月、6 月疫情較嚴重，到明年可能是 3 月、4 月疫情較嚴重，或只有半個月，不能說以有疫情、沒疫情就武斷定義 109 年、110 年，這樣好像怪怪的，所以我們就用正常的情況去考量，如果有突發情況，再自己去評估說明解釋給評核委員了解，也就是於評核時，怎麼考量比較各方面都兼顧到。

周主任委員麗芳

綜整大家的意見，多數意見就是以 108 年沒有疫情期間作為基準年，請同仁把剛才大家共識，108 年是沒有疫情的基準年，111 年若疫情持續，111 年目標值應予調降，列入備註。

周執行秘書淑婉

主席，這可能沒辦法在公告內備註，但可以呈現在紀錄，因為這些文字是要公告，我們就在決議納入備註文字，好嗎？柯委員富揚點頭了，我們就這樣。

周主任委員麗芳

柯委員富揚，我還是給你一點時間，因為你們提的 111 年目標是 5%，108 年絕對比 110 年還要少，你再想看看，等一下告訴我們數據就好。我們先進行其他預算。

陳組長燕鈴

一、有關中醫部分，在黃色頁補充資料第 15 頁，照護機構中醫醫療照護方案，基準年是否也為 108 年，待會請確認。

二、最後還有其他預算，請看補充資料第16頁，有2個專款項目，第1個項目是新增提升院所智慧化資訊機制，健保署提供執行目標是提升檢驗所與基層診所合併計算資料上傳率達50%，預期效益評估指標是上傳率，本會建議能提出足以反映預期效益指標，例如減少重複或不必要之檢驗、檢查費用。第2個項目是提升用藥品質之藥事照護計畫，健保署提出執行目標是年度預計服務達3萬人，評估指標是服務人數，本會也是建議提出足以反映預期效益指標，例如收案保險對象使用藥品項數下降。

周主任委員麗芳

請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

- 一、有關第1項，主要是提升檢驗所及西醫基層的檢驗檢查上傳率，希望上傳分享後，可以減少一些不必要的重複檢驗、檢查，我想執行目標有2項，1個是上傳率，另1個是西醫基層有20類的檢查，同1個病人28天再檢查率要下降10%，base line還是一樣為剛才說的108年，28天就是1個月內之重複率，重複率要下降，這2個是我們第1項執行目標。
- 二、第2項是藥師照護計畫，第1個年度目標是要達到照護3萬人，第2個目標是收案病人自己和自己比，藥品品項數下降10%，這也很具體，他的比較基礎也是108年。
- 三、上述2項都下降10%，第2項不是人次，是人，因為輔導的是人，目標3萬人，也許只做到2萬5千人，不管收案多少人，收案病人自己和自己比，自己跟其108年比，藥品品項數下降10%，這樣應該很具體，也能算得出來，謝謝。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

請問蔡副署長淑鈴關於藥品品項數下降的幅度能否換算成金額？是否有困難。

蔡副署長淑鈴

- 一、我們可以到評核時看看能否量化，但先不要訂目標，因為藥品還是有一些選擇，這個計畫是藥師在執行，但是醫師決定是否開藥及用什麼藥，因為這個計畫是針對高耗用、高診次病人的用藥品項數非常多，擔心病人用藥時會重複，而收案對象是跨院所用藥品項達 10 項以上，第 2 種是有 3 張以上慢性病連續處方箋，這些對象表示這些人服用藥品品項數是多的，基於藥師介入，希望 review(審查)處方內是否有不必要、重複的藥品，藉由藥師請醫師重新 order(開立處方)才有可能下降品項數，藥師不可能單獨減少品項數，這是非常重要的藥師與醫師溝通過程，最後民眾可以得到用藥安全。
- 二、收案病人有經過藥師介入，是那群人和自己比，108 年的 base 品項數一定比較多，經過藥師與醫師的 interaction(互動)，接下來是否得到品項數下降，我相信經過互動之後重新思考的處方，怎麼樣去減藥，可以期待會讓不必要的藥品可以減少，至於換算成金錢部分，因醫師的責任比較大，藥師的責任在回饋意見給醫師，我建議先來看品項數應該比較合理。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

我認為 111 年新增項目「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，我們投下 15 億元只達到 50%，我認為不及格，因為考試也要 60 分才及格，50 分不及格，而且每一家院所只補助 2 萬 1 千元做軟體修正，現在老百姓大部分都跑到西醫基層診所做檢驗，因為方便性，左鄰右舍就有診所，可以定期檢驗血糖、膽固醇、尿酸等項目。上傳率 50% 太低，建議第 1 年要 60%，而且每年要成長，目前醫院的上傳率已經超過 80%(蔡

副署長淑鈴：現在西醫基層的上傳率很低)，現在都只有 1%左右，因為沒有編列預算。編列 2 萬 1 千元的預算給院所後，只要軟體設計好，院所的軟體就可以與健保署的雲端連結，可以上傳檢驗報告，並不是很麻煩的過程。當然明年開始推動，沒辦法一下子上傳率就很高，但目前醫院部分已經達 87%，預期未來會超過 90%以上。我認為診所第 1 年，待軟體設定完成後，應該要有更高的上傳率，建議目標值應該訂 60%以上。

周主任委員麗芳

請顏委員鴻順。

顏委員鴻順

- 一、台灣之所以能夠持續維持 8、9 成以上的民眾健保滿意度，就是因為有健全的基層醫療，基層醫療在長期、穩定的慢性病照護上扮演非常重要的角色，若病人在住家附近就可以接受到同醫院一樣品質的醫療檢驗服務，這是民眾之福。
- 二、現在基層診所的檢驗大多採取第三方檢驗，沒有自行設立檢驗所，長期以來與第三方檢驗的配合度都非常好，大概檢驗報告 1、2 天就可以出來，比醫院還快，這是民眾滿意度非常高的原因之一，我們非常肯定健保署對於檢驗、檢查報告上傳的設想及概念，這的確是打造台灣健康雲的一個理想，用藥上傳，病人不必重複用藥；檢驗上傳，大家可以即時分享資料，病人不用在兩邊都抽血，是非常值得推動的。
- 三、以往推動過程中，醫全會也會協助協調，基層診所遇到的問題主要是 HIS 系統(Health Information System，醫療資訊系統)廠商這邊的問題，院所不可能每個月輸入幾百筆、幾千筆資料，一定是檢驗所把資料打包傳到診所，診所再打包上傳給健保署，我記得在協調過程中，HIS 廠商開給每家院所額外的服務價格是 2 萬多元，廠商把資料打包做好、API(醫療資料傳輸共通介面)建置好的費用是 2 萬多元，健保署的編列預算應該是基於這樣的想法。

四、但是醫療院所每個月還要負擔 API 上傳的維護費，且上傳也不是那麼簡單，不是按 1 個鍵就好，因為要即時上傳，每天下班前都要請院所的行政同仁操作電腦上傳資料，這是醫療進步及維護民眾健康的方向，醫全會很願意協助推動及配合，但是希望健保署能幫忙基層解決 HIS 資訊方面的處理問題。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、有關「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，我和何委員語的意見類似，50%的目標值太低，應該要提高。系統建置要一次到位，不然改來改去，如果執行有困難，經費明年可以再討論，不要說做一半，只有一半沒做，明年又要增加一些項目，現在診所病人多，做得也很好，大家都肯定。
- 二、有關「提升用藥品質之藥事照護計畫」，今年的執行目標要達 3 萬人，我們也很認同藥師和醫師間要商量，以往都沒有這樣，醫師開立處方，藥師要真正執行會很困難。但我的理想範圍不僅是這樣子，希望明年能再增加解決用藥浪費的問題，病人都是有病，醫師才會開藥，開藥之後病人不服藥，希望藥師在這方面能研究解決之道，真正解決用藥浪費的問題。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、我們非常肯定健保署對提升基層院所資訊化的鼓勵、獎勵，剛剛顏委員鴻順提過，西醫基層的檢驗都委由第三方大型檢驗所執行，品質都達到國際、台灣的標準。現在資料上傳遇到的障礙在於 HIS 廠商，我也想要提升、突破這部分，所以我就找 HIS 廠商協助我的診所上傳，也就是說我面臨的第 1 個問題

是，基層院所沒有專業資訊人員，不像醫院有專業資訊人員可以做妥善的資訊處理。

- 二、現在上傳規定是 24 小時內要上傳，這是最大的困難之處，今天來看診是申報日，但是檢驗結果往往要明天、後天、甚至隔週一才會收到，上傳時間一定會超過 24 小時。欄位也是很大的問題，我和我的 HIS 廠商討論，比如我今天想要上傳前 2 天的資料就不行，檔名還是今天，前兩天我比較忙，我想要今天補傳資料，發現我的檔案還是今天的日期，造成我有重複上傳的問題，這個計畫立意良善，但技術問題還需要磨合。
- 三、本項計畫是明年度執行，當有經費挹注可請廠商協助醫療院所，坦白講，前幾個月一定是困難重重，尤其這項業務從無到有，我是少數之前就有向 HIS 廠商購買，隔天就能從網路下載檢驗所的資料，但是很多醫療院所並沒有購買這項資源。尤其今年遇到配合施打疫苗之後，上傳的資料更多，但是健保署的 HIS 系統當機的次數比往年多很多，有很多天我們幾乎連線不上去。
- 四、想請問健保署目標值 50% 是指上傳數？還是診所數？我覺得目標值的定義應該比較明確，我們也認同應該要訂定目標值且要逐年提高目標值，但是在計畫第 1 年的磨合期、改革期，包括院所及廠商在第 1 季時還在嘗試及修正(try and error)，第 1 年訂 50% 我覺得是合理的，我也認同目標值應該要逐年上升。
- 五、許多診所的樣態不同、科別不同，有的診所檢驗、檢查項目本來就做得很少，要他為了幾筆去上傳，他們的動機也不會很高。第 1 年請各位容許我們朝 50% 目標努力，我們答應來年提升目標值，若有需要改進的地方，也請大家多多指導。

周主任委員麗芳

請陳委員石池。

陳委員石池

我想檢驗、檢查資料的上傳率對醫師看診數有很大的幫助，目標值訂得愈高愈好，但我同意黃委員振國所說系統建置要花很多時間，醫療院所要和健保署 HIS 系統連接相通，我們醫院的經驗光是和健保署溝通、協商就花很多的時間，所以第 1 年能不能達成 50% 我都很懷疑，建議第 1 年先訂 50%，以後逐年提升到 90%。

周主任委員麗芳

請侯委員俊良。

侯委員俊良

我想重點不是在達成的比例，誠如剛才幾位委員發言的，計畫可能有其困難性，這代表計畫的周延性不夠，執行過程可能需要很多時間，建議是否可以找多一點人處理。大家的發言，代表當初大家都很肯定這樣的計畫，對於醫療進步有貢獻，但目標值訂 50%，我覺得有必要思考一下執行過程有哪些部分可以再精進，可以讓上傳率更高，這是更上位的思考，執行單位也要思考、改進，否則我們喊價 50%、60%、70%，我覺得真的沒有意義。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

主席，我要講的就是我們公務員被這些軟體公司綁架了，坦白講，如果是我們生意人談判，就不是這樣子，為什麼院所會無法上傳，因為院所不是使用專業網路系統，是用自己的電腦，每家院所都找自己的電腦軟體設計系統，當然複雜度很高。今天已經編列 15 億元給西醫基層，健保署和軟體公司簽約時，應該明訂每家院所的軟體系統和健保署的雲端系統應該一致，坦白講沒有那麼複雜，我創業到今年已經 45 年，全球傳遞所有的文件，都不會很麻煩，怎麼國內 1 個雲端系統就很複雜，太麻煩，是外行人被軟體公司欺騙，因為他要騙你，每年才可以拿修正費，讓系統很複雜才會每年找軟體公司。健保署若能邀請專家，並和軟體公司協商好，設計出一致且不會很複雜的軟體系統，只要按 3 個電腦按鍵就可以上傳資料，

請健保署不要再被軟體公司綁架。所以這個目標是很重要的，請問有哪幾位醫師有再去修習資訊專業知識，若有我就修正，系統沒有這麼複雜。

周主任委員麗芳

- 一、非常感謝何委員語從業界的角度切入，很多委員也提供非常多寶貴意見供健保署執行參考，剛剛陳委員石池從醫院推動過程經驗，也是建議先從 50% 做滾動式調整。其他預算的部分，是否先按照健保署提出的內容通過，逐年滾動式調整。
- 二、中醫門診總額部分，柯委員富揚真的兩肋插刀，雖然調整成 108 年，但他們自我期許非常高，願意用超高的 5% 標準達成，但他也要求一點，明年評核時如果疫情還持續，請大家仗義直言，因為他是在受疫情影響的情況下，去執行沒有疫情期間的目標值，明年請大家記得他今年的責任感，就是照原來的內容，指標基準年為 108 年，請本會同仁要特別留意會議紀錄要補上 108 年。
- 三、接下來請牙醫部門陳委員建志報告 111 年度新增項目的執行目標及預期效益之評估指標。

陳委員建志

- 一、請參閱黃色頁補充資料第 9 頁，第 1 項「高風險疾病口腔照護」：
 - (一)執行目標還是維持 27 萬人。
 - (二)預期效益之評估指標：111~113 年「高風險患者利用全口牙結石清除之比率」分別為 40%、45%、50%，主要是因為本項是新增項目第 1 年執行，需要公告新的支付標準，還要向會員宣導等，通常不會 111 年 1 月 1 日開始執行，執行上會有時間落差，所以評估指標 111 年訂為 40%，112 年 45%，113 年達到 50%。
 - (三)至於評估指標中、長程部分先拿掉，我們尊重各位委員意

見，但這是我們未來努力的目標，未來會向大家報告。

二、請參閱黃色頁補充資料第 10 頁「提升假日就醫可近性」：

- (一)謝謝李委員永振的寶貴意見，執行目標 1.「(3)牙齒外傷急症處理 92096C」服務 734 人次有低估，修正為服務 915 人次。
- (二)新增執行目標 2.「全國假日提供看診服務之院所較 108 年增加 60 家」，比照中醫部門，以 108 年作為比較基準，我們會提出較 108 年增加 60 家的理由，係現在牙醫診所的開業成本很高，許多牙醫師聯合執業，所以家數成長不高，但服務的牙醫師數是增加，所以才會提出假日提供看診家數比 108 年增加 60 家。
- (三)請參閱黃色頁補充資料第 11 頁，預期效益之評估指標 1 項，保留「接受治療者，其整體就醫滿意度提升」，以上一般服務新增項目的說明。

三、專款項目「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」：

- (一)執行目標維持服務 90 萬人次。
- (二)預期效益之評估指標修正為「提升全國 12~18 歲少年牙醫就醫率不低於『該年齡層』108 年牙醫就醫率」：原本提出的比較基準是不低於「全國人民」牙醫就醫率，這是不對的，因為服務對象是 12~18 歲少年，所評估指標修訂為「...不低於『該年齡層』108 年牙醫就醫率」，才能與本計畫相符，111~113 年評估指標分別為 40%、50%、60%。
- (三)評估指標中、長程部分先拿掉，但會向委員報告，以示負責。

周主任委員麗芳

先等一下，陳委員建志您剛才提到「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，111 年 40%、112 年 50%、113 年 60%。因為評估指標是 111~114 年，現在只到 113 年，所以修改為 111~113 年？

陳委員建志

是的。

周主任委員麗芳

那就改成 111~113 年。請繼續說明。

陳委員建志

最後，「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」，執行目標維持服務 9 萬 2 千人，預期效益之評估指標為「高齲齒病患利用塗氟之比率」，近程年度修改為 111~113 年，沒有 114 年，111~113 年評估指標分別為 30%、35%、40%。

周主任委員麗芳

牙醫部門提出執行目標及預期效益之評估指標非常明確，很感謝他們這麼有效率在短時間內提出，請問各位委員是否同意？請滕委員西華。

滕委員西華

謝謝陳委員建志補充說明，我就最後 1 項「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」，111~113 年「高齲齒病患利用塗氟之比率」分別為 30%、35%、40%，請問塗氟比率是塗 1 次就算？還是塗滿 4 次才算？請問塗氟比率如何計算？

周主任委員麗芳

請說明。

陳委員建志

請徐常務理事邦賢說明操作型定義。

徐常務理事邦賢

回應滕委員西華對於「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」的塗氟比率的定義，是以完整塗氟 4 次計算。

周主任委員麗芳

一、委員若沒有意見，牙醫部分也確認。本案通過。

二、現在到了午餐時間，休息 10 分鐘。請陳委員建志。

陳委員建志

感謝各位委員對牙醫部門所提的 111 年度方案及指導。我插播一下，11 月 14 日晚上 6 點半在嘉義耐斯飯店舉辦我的就職餐會，歡迎各位委員蒞臨指導。

周主任委員麗芳

- 一、因為之前疫情關係，這也是您理事長新上任的就職典禮。恭喜您！也歡迎各位委員蒞臨。
- 二、先休息 10 分鐘，請大家 12 點 5 分回到現場。接續還有許多重要議案需於今日完成後才能陳報出去，因為時間關係，請大家一起努力完成。

肆、討論事項第一案「111 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請陳組長燕鈴說明。

陳組長燕鈴

- 一、向委員報告，依據健保法第 61 條，本會在協定四部門總額後，須再協定各部門總額下之六分區預算分配，醫院協會於 110 年 10 月 1 日函送 111 年度醫院總額一般服務地區預算分配暨風險調整移撥款建議方案，詳會議資料第 107~108 頁。
- 二、111 年度醫院醫療給付費用總額經 9 月份委員會議協商，付費者及醫院代表委員未能達成共識，將依本會組成及議事辦法第 10 條規定，兩案併陳報部決定。其中，與地區預算分配有關之一般服務成長率(不含門診透析服務)：付費者代表方案為 2.669%，醫院代表方案為 4.650%，現在要討論的是預算六分區的分配。
 - (一)先報告醫院總額一般服務歷年地區預算執行概況，分配參數是「各地區校正風險後保險對象人數」(R 值)、「總額開辦前 1 年各地區保險對象實際發生醫療費用」(S 值)這 2 個參數。
 - (二)人數部分有做風險校正，門、住診不一樣。門診是先校正人口風險因子，其中年齡性別指數占 80%，標準化死亡比占 20%；之後再校正轉診型態醫院門診市場占有率。住診是校正人口風險因子，其中年齡性別指數占 50%，標準化死亡比占 50%。
 - (三)請參閱會議資料第 90 頁，有關門、住診費用比率部分，從 94 年度起，計算門、住診費用比率都是 45：55，根據這個門、住診費用切分後，分別校正 R 值、S 值，合併預算做

結算，這是目前的執行方式。

(四)分配參數中，門、住診費用 R 值、S 值占率於各年協定情形如表所列，109 年門診有提升 1%到 51%，110 年是維持；住院在 106 年大幅調升 4%，至 110 年都是維持 45%。醫院總額在 106 年門、住診 R 值均有提升 4%。

(五)風險調整基金請參閱會議資料第 91 頁，109、110 年都移撥 2 億元，作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區醫療資源平衡發展，促進區域內醫療體系整合及強化弱勢人口之醫療服務。

三、醫院協會所建議方案，建議維持 110 年分配方式，門、住診 R 值占率，主要是因為在疫情未明情況下，維持不變是確保醫療品質的最佳選擇，醫院部門承中長期醫療改革要求，尚有諸多變動待行，建議續維持 110 年門、住診 R 值比率。此外，建議預留風險調整移撥款 2 億元，用於鼓勵各區醫療資源就轄區需求進行最適整合及規劃。

四、健保署對醫院協會所提建議方案之執行面意見，及風險調整移撥款執行結果意見詳會議資料第 113~115 頁，提供因住診 R 值前進 1%，東區預算即相對減少 0.4%，對較小規模東區影響較大之意見，供本會參考。

五、有關 111 年度一般服務地區預算分配方式，待討論事項：

(一)門、住診費用比率：是否援例依歷年之方式，以「45：55」計算，再合併結算？

(二)是否同意醫院協會之建議：門、住診 R 值占率維持 110 年比率不變動；此外風險調整移撥款為 2 億元。

六、說明七，歷年來需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同醫院總額相關團體議定後，於 110 年 12 月底前送本會同意後執行。這是各部門皆採行的通則。

七、說明八，同仁提供參考資料與試算供委員參考，主要模擬 111 年度依不同 R 值占率，分配各區預算估計值如表 1-1~1-3；此外也提供歷史資料，包括 109 年門住診分配參數、歷年人口數據、醫療供給、利用等資料，還有歷年地區預算分配公式檢討會議相關結論給委員參考。

八、擬辦部分，要確認 111 年度醫院總額一般服務之地區預算分配方式後，報請衛福部核定；至於執行面、計算及風險調整移撥款等相關細節，則授權健保署會同醫院總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款要送本會備查。

周主任委員麗芳

接下來請醫院協會理事長翁委員文能說明。

翁委員文能

謝謝健保會的說明，原則上因為明年疫情未明，我們希望暫時都不變，也就是門、住診比率維持 45:55，門診 R 值占率維持 45%、住診 R 值占率維持 55%，風險調整提撥款還是維持跟去年一樣 2 億元，請各位委員支持醫院協會三層級及各區共同的決定，我們已經開過 2 次會，都建議繼續維持 110 年的作法。

周主任委員麗芳

在明年疫情不確定的情況之下，醫院協會內部會議的結論是希望能夠維持跟今年一樣的分配方式，徵詢一下各位委員意見。依序請干委員文男、劉委員淑瓊、何委員語。

干委員文男

一、剛才翁委員文能已報告建議內容，至於醫院部門的 R 值、S 值已好幾年都沒有調整，尤其醫界在 COVID-19 期間也承受壓力，我們也都能體諒，不再要求 R 值要前進，不然會影響你們的分配。

二、但是相較於醫院總額高達 5 千多億元，占整體醫療費用這麼高，只拿出 2 億元當作風險基金，風險基金本就是要因應風險

時刻得以彌補 R 值前進不均及挹注到弱勢需要之處，也不是給任何人都可以用。我是希望風險調整移撥款，不用到 10 億元，但起碼能也拿出 6 億元來使用，至於以醫院協會理事會已通過 2 億元就打算這樣做，這樣的金額是不太好，我是希望最少要有 6 億元。

三、因為若要求醫院部門 R 值要再前進的話，可能你們的困難度更高，所以我還是建議要提高風險調整移撥款，希望要分到比較弱勢的，例如台東、花蓮等經濟能力較差的地方，都需要多加以照顧，所以我建議至少要有 6 億元，我不要求到 10 億元這麼高，提太高淪為喊價沒意思。風險調整移撥款這個預算也是醫院部門在使用及分配，其實也不要感到太困難，因為光今年醫院部門在評核拿到的獎勵很多，也就是品質保證保留款就已不少，若不再多拿一些出來用於風險調整的話，對這樣的運用方式讓人感到有所遺憾。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

一、我要呼應干委員文男，有關風險調整移撥款的問題。醫院總額於整體總額的占率在 109 年度時高達 68.76%，但只提 2 億元作為風險調整移撥款。今年 5 月參加醫院總額部門辦理成果發表會，我們非常感佩，因為在有限的經費下，但也做了創新、試驗性的案子及東區遠距醫療，我們都給予肯定。但我們若去看四個總額部門所提撥的風險調整移撥款占該部門總額的比率，以 108 年而言，相較於牙醫 6.38%、西醫基層 0.36%、中醫 0.12%，醫院總額的比率只有 0.03%，即使是 109 年，醫院總額的比率仍然是最低的，只有 0.039%，也遠低於其他幾個部門。再次呼應干委員所提，希望醫院總額可以在風險調整移撥款的部分，有所提升。

- 二、至於提升風險調整移撥款後，錢如何用在刀口？希望能評估真正的醫療需求，事實上健保會委託研究的建議也提到，中長程目標應該發展社經特性的參考因子，同時調查現況有多少未被滿足的醫療需求。比方說高屏區做急重症醫療的主責醫師，曾經很熱情又熱血的到醫改會分享一些經驗，我們也很感佩。在談到錢用在哪裡的時候，可見比較熱血或熱心的單位，會提出想要做的方案，但這不是醫院總額根據各地區的實際需求所提。比方說高屏地區的身障或原住民議題的需要性，相信也不低於東區的需求，但在這部分就沒有著墨。
- 三、簡言之，建議第 1 個是提高醫院總額的風險調整移撥款，第 2 個是進行整體規劃，強化與地方醫療需求的結合，以符合醫院總額設定的「強化弱勢人口與偏鄉之醫療服務，或平衡各地區醫療資源發展之用」目標。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、剛剛翁委員文能已詳細報告，可是 R 值、S 值過去 106~108 年這 3 年之間都維持同一數值，至於 109~110 年間考量疫情關係也沒有變動。基本上我認為，在平均每人住診就醫次數成長率 21.3%，大於每人門診平均就醫次數成長率的 15.7%，也就是住診就醫成長情形與人口成長情形，較門診更為顯著且有很大關連。目前門診 R 值占率為 51%、住診 R 值占率 45%，再以我剛才報告住診成長率 21.3%、門診成長率 15.7%的觀點來看，門診 R 值占率提高到 51%，但住診 R 值占率事實上不應該長期維持 45%，以門、住診成長率換算起來，看起來有一點不平衡的現象。若照前述觀點來看，有關住診 R 值占率，明年應該要提升 1%到 46%，不過我剛剛請教翁委員文能，他認為明年可能還有疫情，所以醫院還要扮演更大的角色，照這樣來

說，我是同意支持 111 年維持 110 年的門診 R 值占率 51%及住診 R 值占率 45%。

二、另，我認為醫院總額已經成長到 5 千多億元，以付費者版本是 5,540 億元，醫界版本則是 5,639 億元，比起過去幾年的 4 千多億元成長非常大，因此若僅由從一般服務費用提撥 2 億元作為風險調整之用，我也認為占比太低。風險調整移撥款原本就是偏重政策性補助，不容易落實預算管理，所以我們認為醫院各區醫療資源平衡發展，應該回歸人口結構對醫療費用的影響率納入總額公式計算，回歸總額制度有效執行預算。我也跟干委員文男一樣，希望風險調整移撥款 2 億元能再提高，至於提高到多少，希望請翁委員能再考量或協商一下，雖然干委員提出 6 億元，但我不想在這裡講數字，是不是請翁委員嘗試提出數字，目前從一般服務提撥 2 億元，若從醫療服務成本及人口因素成長率的 93.5 億元去嘗試調整，是不是比較可行？2 億元能提高到多少，能不能給我們明確的數字，這是我的意見。

周主任委員麗芳

請林委員恩豪。

林委員恩豪

我有 2 點意見：

一、關於 R 值，我希望 R 值要繼續前進才對，因為參考費協會 94 年委託計畫，當時就提到要分 5~8 年完成理想的 R 值，現在已經 110 年，10 幾年過去了，R 值還是很緩慢地停留在目前的程度，所以我希望 R 值可以繼續前進。

二、剛剛干委員文男提到風險調整移撥款，我也認為一定要再提升。

周主任委員麗芳

請林委員敏華。

林委員敏華

- 一、我的意見是比較希望能尊重醫院部門所提，因為今年在整個疫情期間，在醫院方面，包括醫護人員、管理單位、病患都經歷一個大地震。面對疫情，醫院是我們最後一個防線，所有病患最終生死都在醫院，而今年疫情對醫院衝擊非常大，健保署提供很多特殊的方式，這邊不再討論。我想既然醫院部門，跟我個人意見一樣，都認為明年疫情不會停止，既然如此，我非常尊重醫院所提出的方案，這也代表我對醫院的鼓勵。
- 二、剛才有委員提到風險調整移撥款的問題，但我想醫院既然提出 2 億元這個金額，內部應該都設算過，我個人比較尊重醫院部門提出的金額。

周主任委員麗芳

請趙委員曉芳。

趙委員曉芳

有關過去研究的政策建議，分享 2 個觀點如下：

一、請參閱會議資料第 111 頁，二、政策建議之「可將部分健康公平性指標納入常態性監控之總額監理指標」，在最近我們剛完成的研究中，有幾個現行可得的指標可以作為醫療公平性的指標，包括使用健保的狀況、使用長照的狀況，我們發現有幾個重要的關鍵會影響到個人 health care utilization(健康照護服務利用情形)：

(一)福利身分別：依現有政府資料，我們的研究發現，具有低收入或中低收入戶身分者比較不會去用醫療資源、也比較不會使用政府的長照服務，因為這些人會考量自付額的問題，就寧願不去用。

(二)居住的狀態：現有資料中，較容易取得的，是這個人是否獨居，在我們的研究中，獨居的人是比較不會使用健康及長照資源，因為就醫的困難度很高，包括他必須要自行去掛號、走完整個醫療程序。所以福利身分別及居住狀態這 2 個指標，是我覺得可以取得，並且是容易定位的。

(三)目前長照使用的狀況：因為醫療使用與長照的使用有連動關係，若可行的話，建議也可納入此因素，針對兩邊的使用者做串接與比較。

(四)以上提到的3個指標可以反映各區域變動狀況，例如各區域的低收入戶或中低收入戶的人使用醫療服務的比率有無增高、頻率有無增加，不同居住狀態的人在各區域的醫療使用狀況有無改變。我覺得這是可以列入參考，既簡便又可以作為社經地位及公平性的指標。

二、會議資料第112頁，政策建議之長期部分，關於未被滿足的醫療需求應如何被處理，是否可以定位各地區健康不平等有無縮小？我覺得這點很困難的原因是，到底供給會刺激需求，還是在供給充足的前提下，需求可以被滿足或降低，這個因果關係非常難定義。依據過去我和不同跨領域團隊合作的經驗，經濟學家在這部分有很好的模型及技術可以解決或回答這樣的問題。因為經濟學家非常擅長藉由模擬方式，控制在同樣的供給及同樣人口特性狀態之下，去分析各地區醫療使用或健康的狀況，長期下來有無改變，此外也擅長定位因果關係。所以要回答這個問題，會建議開一個研究案，或採取更為嚴謹的方式，邀請經濟學專家參與，相信會有助回答這樣的問題。

周主任委員麗芳

本案有2個部分要決定，其中1個是門、住診R值比率，聽起來多數委員考量疫情不確定，希望多支持醫院部門在防疫上的持續守護，因此傾向維持現況；但風險調整移撥款部分，委員都建議適度調整，剛剛何委員語也說他不提金額，希望你們在能力所及範圍內，能否再酌予調整。請翁委員文能表示意見。

翁委員文能

一、謝謝大家對我們的建議，尤其干委員文男、何委員語長期關注醫院部門的風險調整移撥款及R值，他們都有相當久的經驗，但R值一變動，會牽動六分區及三層級的神經。也謝謝劉委員

淑瓊、林委員恩豪及林委員敏華的意見，還有趙委員曉芳提供的建議，都可以列入參考及未來長期規劃。

- 二、為了風險調整移撥款及 R 值，我們也開了 2 次會，分別是協會內部的健保委員會及理監事會議，今天健保會委員會議醫院三層級的理事長也都在場，或許也可請他們發表一下意見。今年比較特別，去年及前年我還有被授權，如必要時可有所調整；但今年這次所有層級都告訴我說，希望各位委員可以讓我們專心應付疫情。我必須向各位報告，現在疫情看似西線無戰事，但從 109 年初發生疫情以來，到今年底就要滿 2 年了，整個醫院部門，甚至也包含西醫基層，所有的醫療院所受到衝擊非常大，所有神經都繃的非常緊，若任何一個同仁稍微發燒或不舒服，整個部門幾乎都要被凍結，一旦疫情出現一個破口，一蔓延下來就是非常大的事件，所以我們今年真的是非常艱辛。
- 三、我也希望各層級授權給我，但他們堅持希望大家尊重醫院，而且醫院明年還要打一場戰爭，在座各位都知道我國即將邁向開放邊境，很快就要開放，因為關閉邊境不是醫療業壓力最大，而是其他行業壓力非常大。面對開放邊境對醫療體系的巨大壓力，是否可讓我們專心做防疫？在疫情期間，不論住院或門診病人都減少，但其實我們的工作變的更多、更繁重，因為要花更多時間向門診或住院的病人說明，包括詢問每個病人的旅遊史，問的時候壓力也都很大，因為病人會不耐煩，至於每個住院病人及陪病者都要做 PCR(Polymerase Chain Reaction, 聚合酶連鎖反應)檢測，要探病的親友也要做檢查，溝通的壓力非常大。
- 四、干委員、何委員都知道風險調整提撥款是我任內所提出，雖然做出來有一點成績，但這不是長期性的，我們應該要有長期性的規劃，也許蔡副署長淑鈴可以給我們指教，這些東西過去都在做，只是現在藉由風險調整移撥款再加強一點點，但這不是長期的做法。大家說的也都很對，醫院的風險調整移撥款所占

的比率很低，但我們的做法和其他的部門完全不一樣，我們做的是對於某些部分做得不夠的地方，再做一些加強，但加強之後，還是應該要回歸總額機制才對。

五、綜上，還是要強調，是否讓我們好好做一年防疫，因為我只是代表一個授權而已，這是所有六分區代表跟三層級代表共同的決定，且今年沒有授權給我調整額度，我只能跟各位抱歉，希望還是讓我們維持目前編列的 2 億元。

周主任委員麗芳

很感謝翁委員文能，因為風險調整後撥款這個機制是在他理事長任內提出，且每年都舉辦成果發表，我相信他今天會這樣懇請委員，一定是有執行上的難處，請問大家可以同意嗎？請干委員文男。

干委員文男

翁委員文能，不好意思，我們不是另外要求，剛才也十分肯定在 COVID-19 期間醫界所有的努力及做法，我們都非常感激。希望大家都能盡到本分，付費者也是盡自己本分繳納健保費。還是希望醫院部門能提升一點點風險調整移撥款，5、6 千億元的預算只拿出 2 億元，既然你表示只是代表醫院協會來開會，要決定要調升有困難，那就讓健保會幫你們決定改為 6 億元，這樣你回去再溝通就沒有困難，因為不是你答應的。以往談到地區預算分配都有很多的意見，但現在除了 R 值沒辦法前進，甚至連風險調整移撥款要略為調升也不行，怎樣做都沒有辦法，這小小一點都不能讓步，我們真的覺得很遺憾。

周主任委員麗芳

依序請滕委員西華、何委員語、朱委員益宏。

滕委員西華

一、這一、兩年的外在環境比較特別，R 值不前進，是可以理解。至於風險調控基金要維持 2 億元或再增加多少，其實我也比較支持要再微幅增加金額。原本風險基金的提撥目的，就是為了

彌補 R 值前進之後，有些地區在分配上仍會吃虧，變成六分區內有可能出現部分區域特別倒楣的狀況，這現象在四總額部門都有看到，例如西醫基層是因為北區人口成長，受到的影響比較大，長期以來在點值也都吃虧；至於中醫有特定區，會增加風險調整基金，也是希望在蛋黃區中的蛋白，不一定是真正的蛋白，或譬如說在偏遠地區的部分可以在費用上有所彌補。

二、至於醫院的風險調整移撥款，剛才劉委員淑瓊也提到，很佩服醫院用一些專案去做，但原本的目的也不是為了做專案，反而品質保證保留款應該可以嘗試去做，但沒有做，品質保證保留款的錢反而都分掉了。另談到要鼓勵一些特定的區，例如東區已經不是點值問題，是點值之外醫療資源分布的問題。所以我覺得如果醫院部門在風險調控方面，若要維持 110 年所定 2 億元，其達到的效果想要延續的話，另應該還要酌增一部分，去回應原本設立風險調控基金的目的及使用方式，例如怎麼補貼原本人口成長非常快速、但醫療費用因為 R 值前進而永遠都墊底的區域，在西醫基層及醫院都一直有這樣的情況，這才是風險調控基金設立的目的。我相信在醫院協會內部也不難協調，因為整體 R 值沒有前進，涉及到大區的問題比較小，只是酌增幾億元用來彌補 R 值沒有前進的、醫療資源分配公平性相對比較弱的區，我覺得可以考慮。

三、請健保會及健保署思考，門、住診比率從 94 年到現在都沒有動，整體醫療費用申報，即使不看過去，就看最近這 5 年，門診申請點數一直大於住院，申請點數的比率高，剛好是分配比率倒過來。可是門、住診比率之所以定為 45：55，就是希望能保障住診，使其分配比較高，也希望門診成長不要那麼快。但近年有分級醫療及門診減量配套，醫院部門三層級在醫療的分配利用也慢慢在產生一些變化，是時候考慮重新調整門、住診比率，像門診減量措施，雖然因為疫情關係暫停，但也即將邁入第 4、5 年，而且我們現在有壯大基層的措施，因

此門診比例也發生浮動，在醫院部門若不再檢討門、住診比率，一直這樣下去，即使前進R值也會更失真，因為前面門、住診分配比率費用在六分區就沒有很好的分配。

- 四、今年看似尚無法討論門、住診比率，但如果再不討論就晚了，在此還是要呼籲此議題的重要性，前面列管事項講到費率問題，若費率到頂，則要重新調整保費結構，第一個面對的就是分配正當性。請健保會或健保署，不管是藉由委託研究、或由內部基礎資料計算不同比率分配所造成六分區效益也好，我覺得都應該開始做。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、我剛才提到的是會使門、住診成長率不同的因素，因為從去年開始，健保署將醫學中心、區域醫院的「門診減量」暫停實施。雖然明年情況還不確定，但我預測還是會暫緩實施醫學中心、區域醫院門診減量。只要恢復門診減量，地區醫院的門診量就會大幅提升，前2年狀況就是如此。因為明年疫情可能仍然存在，我也支持翁委員文能，暫時不動門、住診的R值，先觀察明年狀況如何。
- 二、至於風險調整移撥款，剛才滕委員西華已經講得很清楚，我就不多說，近年醫院總額從4千多億元，成長到明年約為5千500多億元，增加將近1千500億元，還是只用2億元做風險調控，坦白說，這對其他那些受影響的醫療院所似乎不大公平。
- 三、我也知道3位理事長在2次會議中，都表明希望不要動，因為獲利的地區當然不希望減少金額。如果蛋白區醫院力量大，蛋黃區的醫院就聽它的；現在蛋黃區醫院的力量大、蛋白區的醫院力量少，所以風險調整移撥款永遠是2億元。我今天不講數字，是希望3位理事長現在能另外討論一下，看願意調高多少

金額，讓本案做成決議。干委員文男希望我們用 6 億元來表決，但是我們不曉得醫院總額用多少金額來做比較合理，萬一我們表決決定 6 億元，但是他們回去又開會吵架有什麼用？今天既然 3 位理事長都有到場，我希望能不能在現場利用一點時間討論，事情就可以解決。如果你們還是認為 2 億元不能動，那就不用干委員文男提出數字的讓大家表決。

周主任委員麗芳

先請朱委員益宏發言，再請翁委員文能彙整醫院代表的意見，因為今天如果不做微幅調整看起來會有困難，但要調整多少請醫界委員討論一下。

朱委員益宏

- 一、首先，回應何委員語提到的表決，本案就算是想表決也沒辦法，因為牽涉到總額分配，就是對等協商。若協商不成，或是等一下如果真的舉手表決，付費者同意調高到 6 億元、醫院 provider(服務提供者)不同意，就是兩案併陳。因為大總額、地區預算分配本來就是協商的一部分，所以也要先跟何委員語報告，這不是表決就可以解決的事情。
- 二、為什麼會有風險調整移撥款，我就不再說明緣由，其實是 R 值、S 值造成的問題。我非常同意翁委員文能剛才講的，風險調整移撥款只是暫時性的解決問題，應該要從根本去解決整個總額分配、包含分區分配公式的不合理性。政府從不檢討制度的不合理性，用總額分配，然後再用風險移撥款調控，又希望風險調整移撥款增加再增加，這是因噎廢食。不去檢討基本問題，用學者想像出的「人跟著錢走」，醫院總額怎麼跟著錢走？所有新開的醫院都是政府決定在哪裡開的，台北市 7 家醫學中心都是政府決定的，也不是醫院協會決定的。政府將結果全都丟給醫界承擔，總額該檢討的公式又不檢討，只希望用風險調整移撥款校正因 R 值、S 值產生的分配差異，我覺得這是因噎廢食。

三、我也要糾正何委員語剛才說的蛋黃區、蛋白區，台北分區應該算是蛋黃區吧，2家國家醫院都在台北分區，但R值、S值分配起來，台北分區點值是最差的，風險調整移撥款台北分區拿的也是最少，蛋黃區變得沒有力、軟趴趴的。所以這跟蛋黃、蛋白區醫院的影響力是沒關係。更何況現在各分區都希望能整合風險調整移撥款，以彌補健保支付的不足，甚至已經做到這個費用應該是長照要去支付的，但醫界願意進行整合讓醫療跟長照無縫接軌。這些事情其實是政府應該做的，政府擺爛不做，把全部事情都丟給醫院，說風險調整移撥款還不夠，希望大家多拿一些出來多做一些事情，我完全不知道政府的責任在哪？長照2.0責任在哪？

四、我覺得R值、S值分區調整制度，該痛下決心、重新檢討，而不是每年在委員會議討論R值、S值要不要增加、門住診比例要不要增加、增加完發現某區分配有問題，不該這樣分配，再用風險調整移撥款補那個區域，這是本末倒置。我認為要痛定思痛，假設疫情期間，真的不動R值、S值，拜託政府趁著這個機會趕快檢討一下，這個問題跟疫情無關，而且疫情期間似乎更易調整。

周主任委員麗芳

黃委員振國發言結束後，其他委員若有意見請以書面提供，先請陳委員石池。

陳委員石池

感謝各位委員肯定醫院部門在COVID-19疫情期間的努力，所以今年暫時不動R值、S值，因為假設R值、S值動的話，要調整的地方蠻多的。醫院總額風險調整移撥款，是針對R值、S值設計的，所以當它們不動時，風險調整移撥款也不需要調整。風險調整移撥款大都是用在東區、高屏區等，確實用在有需求的偏遠地區，但是他們並沒有向醫院協會反映說分配得不夠、需要增加分配金額，謝謝各位委員非常關心，我們也問過他們，他們沒有需求。所以，假

設 R 值、S 值沒有動，風險調整移撥款是不是也可以暫時不要動？

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、呼應剛才很多委員說，風險調整移撥款是要用來照顧弱勢的，能否請健保署統計保險對象跨區就醫的狀況到底有多少，例如投保在台北分區、但是住在東區、南區或是高屏的人，提供給委員參考。大家知道保費收取、經費支出都是以投保地區區分，但實際上很多人不是居住在投保地區，會造成跨區就醫、費用重分配的假象，實際醫療費用卻是分配給投保地區的醫療服務提供者，因此產生落差。我們一直希望補助弱勢，但分配時，因為考量跨區矯正，必須對偏遠地區、弱勢地區醫療院所給予補助，經過多年的矯正，誠如朱委員益宏所說，好像蛋黃區已經不是蛋黃了。
- 二、另外要提醒公式裡有 1 個標準化死亡占比，公式中不是用投保地區而是用戶籍地區，所以公式內涵還是有很多需要大家共同檢討。公式用了這麼多年沒有好好檢討，與會很多專家學者都很用心，希望健保會或健保署可以針對上開問題進行深度探討。

周主任委員麗芳

請吳委員鏘亮。

吳委員鏘亮

- 一、謝謝主席，感謝各位委員對本案的關心，用公式來做六分區的預算分配時，基本條件是每 1 區的就醫條件、醫療成本、醫療使用量、使用情況都一樣，所以，R 值跟 S 值到 100% 是最好。但事實上行不通，因為各區有很嚴重的落差，所以如果按照這公式來做，確實會造成很多問題，所以在四總額部門中都會有風險調整移撥款。

- 二、醫院總額是最後做風險調整移撥款的，是翁理事長文能任內做出來的，翁理事長當時承受很大的壓力，好不容易協調成功，做出風險調整移撥款，但醫院總額在風險移撥款使用上跟其他總額不同，這剛才朱理事長益宏也有提到，醫院總額的風險調整移撥款不是用在六分區分配的不足，而是做醫療資源不足的部分，使得風險移撥款的意義偏掉了。
- 三、謝謝各位委員支持 R 值、S 值暫時不動，是不是也請各位同意暫時不動風險調整移撥款，因為它是短暫性的，而且跟 R 值、S 值分配產生的落差沒有關係。因為現在都是用它來做專案，不是用來彌補因為地區分配造成的落差，當 2 個目的不同時，是不是風險移撥款也可以暫時不動，我們各區在使用這部分，每區已經做很多的專案，也得到各位委員的肯定，我想這部分是否讓各區繼續進行，讓目前很多資源不足的地方可以得到一些些補助。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、我希望朱委員益宏不要還停留在總額協商那晚的情境。本案是健保會第三組提案讓委員討論決定 2 個議題，1 個是決定是 R 值跟 S 值、門住診率要不要調整，另 1 個是醫院總額過去每年提撥的風險調控基金 2 億元要維持或變更。這 2 項不包含在法定總額協商的任務裡，總額協商已經結束了，不要再回味那天總額協商的情境。我看後面的擬辦沒有提到送部裁定，只提到要把決議送請衛福部核定，是核定不是裁定，所以，這個案子大家決定後，不論決議如何都不用送衛福部裁定，是衛福部核定，核定跟裁定這 2 個字不同，請朱委員弄清楚這 2 個字涵義，我們不是總額協商。
- 二、蛋白區、蛋黃區是剛才滕委員西華引用的名詞，我過去也很少這樣講，最主要的就是說，風險調整移撥款是政策性的補助，

哪個區域有偏差、就去做該區域的補助，有獎勵跟補助的性質。翁委員文能在任內提出 2 億元這個數字，一定也有當時的時空背景，但這個數字比其他總額都低。至於 2 億元怎麼分配到各區，坦白說我們不是很清楚，最清楚的應該是健保署。我們的看法是考量到過去好幾年，醫院總額成長了 1 千多億元，不知道風險調整移撥款維持 2 億元夠不夠，因為還沒聽到健保署蔡副署長淑鈴回應，所以我不敢說出 1 個金額，如果蔡副署長認為可以不調或用 6 億元才夠，我們最後就有決定的依據，這是我的看法，今天是討論提案不是總額協商，請大家分清楚。

周主任委員麗芳

在干委員文男發言前，先請周執行秘書淑婉解釋本案性質。

周執行秘書淑婉

剛才何委員語提到本案性質，需要回歸以健保法內容，依照本法第 5 條第 1 項第 3 款，本會法定職掌包括保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配，後者包括地區預算分配，都是屬於協商的一部分，如果兩造雙方沒有達成共識，可以用兩案併陳方式報部裁定，這是合乎法規的處理方式，在全民健康保險會組成及議事辦法第 8 條也寫得很清楚，這部分委員可以思考一下，是否就以兩案併陳方式報部較為合適？

周主任委員麗芳

由於本案占用太多時間，醫界代表已經很清楚地表達要維持原案，何委員語則是本次總額協商總召集人，付費者代表這邊有委員建議移撥 6 億元、也有委員建議微調，既然周執行秘書剛才解釋可以兩案併陳，付費者代表是否先內部討論決定提案金額，我們先進行後面的案子好嗎？

何委員語

我對朱委員益宏表示歉意，因為我一直以為這是提案，不是協商事項。

周主任委員麗芳

一、本案要討論 2 件事情：

(一)第 1 是門、住診 R 值比率，剛剛大家已經達成共識，就是 51%及 45%，這是確認的。

(二)第 2 是風險調整移撥款的部分，採兩案併陳，醫界是維持 2 億元，付費者代表要調整為多少金額，由召集人協調大家決定(付費者委員現場表示要提 6 億元)。好，就是 6 億元及 2 億元兩案併陳。

二、其餘內容依照會議資料說明擬辦文字請本會同仁協助辦理。

三、接下來進行討論事項第二案，由於時間關係，請簡單說明。

伍、討論事項第二案「111 年度中醫總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、中醫部門在 9 月份的總額協商達成共識，一般服務成長率是 4.176%。中醫部門的地區預算分配方式和其他部門不同，從 95 年開始採用試辦計畫，99 年起改用修正後試辦計畫。請看會議資料第 117 頁，它的分配方式是，東區預算占率為 2.22%、其他五分區占率為 97.78%，其他五分區再用六個參數來分配：其中參數一是各區實際收入預算占率，類似醫院總額 S 值的概念，這個占率從 99 年 80% 逐漸降低到 110 年的 67%；參數二是戶籍人口數占率，類似人口占率 R 值，從 99 年 5% 逐年提升到 13%；至於參數三~五，中全會提案都沒有變動，因為比例也很小，請委員參考；參數六是偏鄉人口預算分配調升機制，歷年都維持 1%，因為定義有做修正，稍後會再說明。
- 二、接下來請看會議資料第 118 頁，本會曾在 104 年委員會議決議，自 105 年度起，戶籍人口數占率以 5 年調升 10% 為目標，所以在 105~110 年間該占率已經從 8% 調到 13%，已調升 6%，110 年戶籍人口數占率是 13%。
- 三、風險調整移撥款部分，106~110 年都有移撥經費，用來撥補東區以外鄉鎮市區僅有 1 家中醫門診特約醫療機構的點值，110 年度是 3,500 萬元。
- 四、請看會議資料第 118 頁下方，有關中全會函提的 111 年地區預算分配建議方案，在東區和五分區是維持一樣的比率，只是五分區預算分配之參數一實際收入預算占率，從 110 年 67% 調降 1% 為 66%；戶籍人口數占率從 110 的 13% 調升 1% 為 34%。請再參閱第 119 頁，其他部分都沒有變動，參數六偏鄉人口預算分配調升機制新增「健保署公告山地、離島地區」為分配條件。

五、健保署對中全會的建議方案，基本上是尊重委員決議，有關於 111 年度是否同意中全會建議，請委員決定，是不是參數一調降 1%、參數二人口占率調升 1%，其餘四項參數不變。

六、風險調整移撥款部分，本次中全會建議不移撥；保障或鼓勵之醫療服務部分，則與醫院總額相同，相關資料都列在後面請參考，擬辦也如同醫院部門，需要確認 111 年度地區預算分配方式，執行細節則是授權健保署與醫界議定。

周主任委員麗芳

請柯委員富揚補充。

柯委員富揚

謝謝主委、各位委員及健保署長官，在疫情期間 R 值要進 1% 真的很痛苦。我們開內部會議時，台北區、北區想要進 R 值，中區、南區、高屏區都反對進 R 值，在第 2 季的時候，台北區的點值已經高到 1.2，因為它受疫情影響最大，所以我只能一一說服。因為我本身來自中區，所以也向中區道歉，拜託他們為了整個總額部門忍耐，讓我進 1% 的 R 值。南區、高屏區在意的問題是，R 值前進的時候，也會使風險調整移撥款減少，所以我們真的花了很大的心力溝通，終於讓大家都願意共體時艱，達成 R 值前進 1% 的共識。在偏鄉人口的部分，原本沒有寫到山地離島，所以我們有再加入山地離島。

周主任委員麗芳

非常感謝柯委員富揚，中全會今年很不簡單，在戶籍人口數占率的部分，排除萬難往前進 1%，這是要肯定的。各位委員是不是就尊重中醫部門提出的案子，讓它通過？

干委員文男

可以。

周主任委員麗芳

好，本案照案通過。接下來請進行討論事項第三案，請同仁宣讀。

陸、討論事項第三案「111 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請陳組長燕鈴說明。

陳組長燕鈴

- 一、向委員說明西醫基層地區預算分配案，醫全會已經在 10 月 18 日將地區預算建議方案函送本會，請參閱黃色頁補充資料第 36 頁。西醫基層在 111 年度總額協商沒有達成共識，其中一般服務成長率，付費者代表方案是 1.659%、西醫基層代表方案是 2.410%。
- 二、西醫基層歷年地區預算的執行，也一樣是用 R 值與 S 值作為分配參數，R 值的人口風險校正因子是先校正人口風險因子，其中年齡性別指數占 90%，標準化死亡比占 10%，之後再校正轉診型態西醫基層門診市場占有率。
- 三、至於分配方式，請委員參閱黃色頁補充資料第 24 頁(三)之表格，其中 R 值、S 值占率於各年協定情形。R 值在 108、109 年都各有調升 1%，所以 109 年的 R 值是 68%、110 年則是維持。風險調整移撥款的部分，歷年來都有移撥部分經費撥補點值落後地區或特定分區，109、110 年各移撥 6 億元作為風險調整移撥款，均用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。
- 四、醫全會函提建議方案，主要是考量 COVID-19 疫情還存在很多不確定因素，建議六分區各季費用分配應比照 110 年度，也就是維持 68% 依 R 值、32% 依 S 值比率分配。健保署對醫全會建議方案之執行面意見及風險調整移撥款執行結果，在黃色頁補充資料第 40 頁，請各位委員參考，基本上尊重委員協商結果。

五、本案主要討論 111 年度 R 值占率是否同意醫全會建議，維持 110 年的 68% 不變；在風險調整移撥款部分，由於醫全會所提 111 年方案，沒有建議從一般服務提撥金額，所以 111 年是否要提撥，也請討論。至於需保障或鼓勵之醫療服務，各部門都一樣，不再說明，相關資料請委員參考後面附件。

六、總之，本案需要確認 R 值及是否要提撥風險調整移撥款？如果決定要提撥，請醫全會在 11 月 5 日前提送建議額度與用途，提下次委員會議討論。

周主任委員麗芳

請黃委員振國說明。

黃委員振國

本案原來是由顏委員鴻順說明，由於他臨時接重要電話，所以我先代為發言。誠如各位長久以來的關心，西醫基層在研議六分區分配、R 值要不要前進，都如中醫部門代表表示意見是分歧的，邏輯很簡單，因為 R 值的概念是希望錢跟人走，但在我們內部討論時，都對 R 值公式存有很大的疑問，六分區都有共識，認為 R 值公式真的沒辦法反應錢跟著人走。顏委員鴻順回來了，我請顏委員繼續。

周主任委員麗芳

請顏委員鴻順。

顏委員鴻順

一、因為新北市土城醫院，正好今天辦理醫院評鑑，所以我連線進去做報告。現在是要討論有關西醫基層 R 值、S 值及風險調控基金的部分。首先是延續剛才醫院部門、中醫部門所提到的，因為疫情關係存在著太多不可預期的變數，展望明年疫情，我覺得沒有樂觀的理由，全世界疫苗比我們施打率更高的國家都還面臨第 3、4、5 波的疫情變化。我們昨天在醫全會召開 COVID-19 應變會議，邀請黃醫師立民、顏教授慕庸來演講，

- 他們都覺得未來解封之後，或許將來要接種第 3 劑、第 4 劑疫苗，甚至每年要接種 1 劑 COVID-19 疫苗，恐會變成常態化。
- 二、在這個過程中，我們以往一直期待的「加零」，恐怕要改變這個觀念，或許達到一定程度的疫苗覆蓋率之後，就變成跟流感一樣，民眾還是會被感染，但已經有藥物可以治療、重症死亡率也不高，這樣的情況之下要慢慢開放邊境，但也需要人民的觀念配合改變。
- 三、面對疫情的衝擊，我們一直提到的「後疫情時代」，有些醫療行為、醫療量能是會產生改變的，所以我覺得在疫情期間，建議一動不如一靜，建議 R 值和 S 值占比暫時維持現有(R 值)68 比(S 值)32 的比例。也跟大家分享，在醫全會討論過程中，不僅考慮疫情因素，也考慮到 R 值若變動，西醫基層總額與醫院總額一樣，北區的成長幅度最大，台北區幾乎持平，其他區就受到一些影響，地區預算分配公式是由 S 值、R 值組成，R 值是由 90%的人口結構校正比例(P_OCC)跟 10%標準化死亡比(SMR)加起來後再乘以 TRANS 值(西醫基層門診市場占有率)計算得出。
- 四、醫全會內部對於人口結構校正比例及 SMR 所代表意涵以及指標比例多寡都有不同的看法和討論，而 TRANS 值是我們一直覺得對六分區分配造成最大影響的參數。傳統的概念覺得 TRANS 值是一個 substituted(取代)的概念，例如台北區大醫院很多，就像是大飯店，民眾去大醫院看病就不會去診所，有一種取代概念。但是民眾看病跟吃飯行為是不同的，民眾如果去大飯店吃完自助餐後，並不會跑去隔壁小餐廳再吃一頓，但就醫行為可能會，今天民眾在大醫院看一看，若覺得醫生給他的解釋不滿意、聽不懂，民眾可能回家又去診所掛號問醫師，這是很有可能發生的，所以 TRANS 值完全用「substituted(取代)」的概念不是那麼正確。再來，TRANS 值計算方式中有 1 個地方更奇怪，它是以「醫療費用」做計算，為何不是用「次

數」？假設民眾去小餐館吃 1 餐需 1 千元，去大飯店吃 1 餐需 3 千元，難道民眾到大飯店吃 1 餐就可以 3 天不用到小餐館吃飯嗎？應該也不是這樣，因此 TRANS 值計算的公式應該用次數而不是用點數、金額計算，在 R 值計算過程中充滿大家疑慮，在此請託，如同醫院總額代表所提，或許可以對地區預算 R 值計算公式再做進一步討論。

五、有關風險調整移撥款，我們這一次沒有提出來，是因為希望等 R 值、S 值占比確定後再做出合理決定，在討論過程中，因為 R 值占比沒有確定、疫情因素變化很大，所以從 0~6 億元都有人提出，我想只要 R 值占比確定了，我們一定會負責任的攜回醫全會進行內部協調，提出一個大家都可以接受的風險調整移撥款額度。

周主任委員麗芳

謝謝說明，也就是風險調整移撥款並不是不編列，而是等今天會議確定 R 值占比後再提送，等於分 2 階段，第 2 階段再提出。

顏委員鴻順

是的。

周主任委員麗芳

好，請何委員語發言。

何委員語

主席、各位委員大家好，目前西醫基層總額的 R 值占比是 68%、S 值是占 32%，109、110 年都沒有變動，今天要討論 111 年 R 值占比與風險調整移撥款額度。

一、關於 R 值、S 值占比，因為我去年有說過 1 句話：「如果我繼續擔任委員，我今年會支持不調整」，但明年不一定，我現在不能承諾明年的事情，我在去年有說過這句話，今天我履行我的承諾，其他委員我無法干預，我個人支持 111 年 R 值占比 68%、S 值占比 32%。

二、既然我已經支持 R 值、S 值占比維持，西醫基層總額今天能否確定 111 年同樣移撥 6 億元預算作為風險調整移撥款？在 R 值、S 值占比不變的情況下，是否同意今天就做成決定？我知道西醫基層總額每年討論地區預算都需要開很多次會議進行討論後才能決定，不像醫院總額開 2 次會議就決定了，你們都開 5、6 次會議才能決定，若今天能做成決議，你們就不用再開會討論了，這是我個人淺見。

周主任委員麗芳

請林委員恩豪。

林委員恩豪

我認為該前進就要前進，所以希望 R 值能往前走，剛剛有委員提到計算公式的問題，我覺得若對公式不滿意，應該提出檢討，而不是以公式有疑義為由，因此不前進。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

主席、各位委員，本案跟剛剛第一案是同一場所、時期與氣氛，不能標準不一致，其實在 COVID-19 疫情期間，西醫基層醫師親自看診，且醫護人員都穿厚重防護裝備、汗流浹背的在工作，醫院也一樣，防疫時期大家都很辛苦，你們建議維持現狀，何委員語去年也講過要維持現狀，我當時也有聽到，我不否定他的意見，但其他委員可能會有不同的看法。我個人並不反對，如果西醫基層總額代表現在可以同意提撥 6 億元作為風險調整移撥款，就照舊，照去年的方式，2 句話就解決，不用討論那麼久，請 2 位西醫基層總額代表先溝通一下，但不要吵架，謝謝。

周主任委員麗芳

好，楊委員芸蘋發言後，再來請教 2 位西醫基層總額代表。

楊委員芸蘋

- 一、各位委員，我覺得西醫基層總額今天也蠻有誠意的，主動提出建議方案，R 值及 S 值占比照舊不變。
- 二、雖然我這幾年並未擔任本會委員，但可以看出西醫基層這 1、2 年來真的為民眾做很多事情，甚至我也會請託貴會幫忙、協助，但並不是因為這樣我才同意西醫基層代表的建議方案，我跟其他委員一樣都還是站在監督的立場，若西醫基層總額不願意改變 R 值、S 值占比，我覺得是 OK 的，像其他委員所提，風險調整移撥款可以照 110 年提撥 6 億元，若願意不變動，我也可以接受，如果要改變或是願意提撥更多風險調整移撥款的話，則越多越好，都能接受。

周主任委員麗芳

綜整剛剛多數委員意見，同意照舊，風險調整移撥款金額看西醫基層總額代表是否同意照舊提撥 6 億元。

顏委員鴻順

- 一、謝謝各位委員指導，感謝同意在今年疫情不穩定的狀況下，R 值、S 值占比暫時維持，後續有機會再跟委員請益關於 R 值的內涵，特別是 TRANS 值的部分。
- 二、有關風險調整移撥款，我剛才也有報告，在醫全會上次討論過程中並沒有結論，我們也沒有得到授權，今天真的沒有辦法在這裡代替六分區決定，何委員語很了解我們內部運作情況，常為了六分區地區預算召開 6~10 次的會議，今天我們 2 個若在這邊私下決定，回去會被打死，請容許我們帶回去討論，下次一定會給大家一個好的交代，謝謝。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

也給 2 位西醫基層總額代表 1 個任務，不要帶回去討論之後說不行、風險調整移撥款要更低，這樣下次委員會議就不容易進行討論

了，我不是危言聳聽，實在是有必要先做這樣的提醒，風險調整移撥款也是你們在使用，請分配在比較有需要的地方。

周主任委員麗芳

好，謝謝，所以本案決議分 2 部分：

一、有關 R 值占比部分，依多數委員意見，維持 68%。

二、有關風險調整移撥款的部分，保留續議，請醫全會於 11 月 5 日之前提送風險調整移撥款的建議額度與用途。

何委員語

主席，我可以補充 1 句嗎？我們建議最少提撥 6 億元，超過的話，我們無意見。

周主任委員麗芳

我們有發言實錄，他們會把發言實錄帶回去。

何委員語

建議風險調整移撥款最少 6 億元，若超過 6 億元的金額我們無意見。

周主任委員麗芳

請 2 位西醫基層代表將發言實錄帶回去給會員參考，請於 11 月 5 日之前提出，以利 11 月委員會議討論。

黃委員振國

主席，我想我們會盡快提出，但不好意思，之前因為疫情因素很多會議都延至近期召開，我們答應下次開會之前提出，但 11 月 5 日可能有點趕。

周主任委員麗芳

好，請在 11 月委員會議前提出。

黃委員振國

會，一定會送達，我也會轉達各位委員善意，會將委員的建議通知到醫全會各分區代表，我相信差距應該不會太大，報告到這邊。

周主任委員麗芳

好，請醫全會盡速提送。

柒、報告事項第一案「109 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告」、報告事項第二案「中央健康保險署「110 年 9 月份全民健康保險業務執行報告」(併「110 年 8 月份全民健康保險業務執行報告」)」及報告事項第三案「醫院總額部門 110 年第 3 季比照第 2 季之結算方式案」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

一、有關報告事項，在議程確認時，已將原訂第三案(「109 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告」)改列為第一案，原先的第一案(「中央健康保險署「110 年 9 月份全民健康保險業務執行報告」)改列為第二案，本月不進行口頭報告，原訂第二案(「醫院總額部門 110 年第 3 季比照第 2 季之結算方式案」)調整為第三案，其於上次委員會議中蔡副署長淑鈴已報告過，剩下討論部分，因此在報告事項第一案報告後，委員可就 3 項報告案提出意見。

二、請健保署報告，謝謝。

王組長宗曦報告(略)

周主任委員麗芳

謝謝王組長宗曦的報告，接下來對於 3 個報告案委員都可以提出詢問。先請劉委員淑瓊及李委員永振。

劉委員淑瓊

一、監理指標的設立基本上是要回應全民健保開辦時的初衷與目的，全民健康保險由健保署負責經營管理，監理指標非常重要，本案建議不應該只是 1 個簡報，因為資料內容簡略、報告時間也很快，這樣重要的報告建議以書面方式呈現。

二、有關「109 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告」，醫改會建議如下：

(一)在本報告中，相較於 107、108 年監測結果報告，發現今年有好幾個項目健保署都沒有明確提出若排除掉干擾因素，

或回應監測報告所提建議，會有什麼樣的結果或意見，這是第 1 個希望健保署在未來可以提供更完整的資訊。

(二)醫改會對其中 10 個指標結果有意見或不同的看法，但會另以書面方式提出，請健保署具體回應。以下針對其中 3 項指標，提出意見：

1. 「區域醫院以上初級門診照護率」：雖然本指標是「區域醫院以上」，但從貫時資料可以看到，醫學中心的初級照護率一直都沒有明顯下降趨勢，即使在 107 年已開始推動門診減量措施，但醫學中心醫院初級照護率一直偏高，我們真正在意的是醫學中心的「胖門診」或「看輕症」，若此類門診不能減少，難以落實分級醫療與轉診制度。因此建議健保署進一步研析確實降低醫學中心初級照護率的議題，提出每 1 間醫學中心的初級照護率、初級照護或慢性穩定病人下轉的趨勢報告。
2. 「急性病房全日平均護病比占率分布」：本指標是採「全日」平均護病比占率，而非三班護病比，也沒有細分科別，已經是 1 個寬鬆的標準，而且在 98 年、104 年、107 年健保對於護理人力也持續有提出各種補助方案，獎勵條件也非常寬鬆，但從資料中可以看到 108 年 1~12 月醫學中心全日平均護病比，能真正做到我們期待的護病比 1：7，這是國際上較低的(日本的)標準，事實上只有 10.7%，即使是 109 年疫情影響下，也不到 3 成(26.3%)，還有很大的努力空間。
3. 「自付差額特材占率」：這議題醫界有很多討論，醫改會也曾針對自付差額特材召開過記者會，剛剛健保署報告時講得很快，我想確定一下，「調控式腦室腹腔引流系統」目前申報占率已經達 8 成以上，口頭報告說明好像已經納入健保給付，而不用自付差額嗎？因為查詢網站資料與簡報所示，目前該項仍需要自付差額。在健保署 107 年、

108 年評估報告中都提出，在健保可負擔範圍內可優先納入全額給付，本項若沒有納入健保全額給付，民眾需要自付差額 5~7 萬元，平均要 6 萬元，對民眾來說也是一筆負擔。所以凡是民眾需自付差額的特材，我們希望健保署不要再擱置，雖然困難很多，但是對民眾來講還是可以減輕負擔。

周主任委員麗芳

再請劉委員淑瓊將相關書面意見提供給健保會，接著請李委員永振。

李委員永振

我有 3 點請教：

- 一、請先看到 9 月份業務執行報告第 11 頁「表 5 全民健保財務收支分析表」，安全準備提列(收回數)110 年截至 9 月底短絀 67.37 億元，在上禮拜「全民健康保險 111 年度保險費率審議前意見諮詢會議」中，健保署有估全年度短絀 261 億元，估算後 110 年第 4 季將會短絀 194 億元，110 年上半年短絀 10.44 億元，110 年第 3 季是短絀 56.9 億元，為何 110 年第 4 季會短絀那麼多？等於是第 4 季短絀數是第 3 季 56.9 億元的 3 倍以上，平均第 4 季 1 個月短絀數約為前面 1 季的金額，是不是請健保署在下個月健保費率審查時，好好進行分析，以讓委員了解，這是第 1 點。
- 二、第 2 點，請看到業務執行報告第 17 頁「表 8 全民健康保險安全準備提列情形表」，這個表格格式應該行之有年，但我發現既然是安全準備的提列，是不是應該回歸健保法第 76 條，在前面 4 個項目前加 1 個「收支結餘」，依第 76 條第 1 項，這是安全準備的來源，把這個列出來，接下來是「其餘保險收支結餘(短絀)」的欄位名稱，依健保法第 76 條第 2 項應該是「收回安全準備」，不夠的話要從安全準備收回來。這也是我一直強調安全準備來源就是提存，就像一個水池活水進去，短絀不

足的部分再從水池舀出來補，健保法第 76 條第 2 項規定的很清楚，也符合表 8 的名稱「全民健康保險安全準備提列情形表」，最後一欄「淨提列數(淨收回數)」是經過加減後，最後從水池提列多少出來，也就是收回淨安全準備。

(註：健保法第 76 條規定，本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：

- 一、本保險每年度收支之結餘。
- 二、本保險之滯納金。
- 三、本保險安全準備所運用之收益。
- 四、政府已開徵之菸、酒健康福利捐。
- 五、依其他法令規定之收入。

本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。)

三、第 3 點，請參閱業務執行報告第 20 頁「表 11 全民健保安全準備金及營運資金投資概況表」，及會議資料第 178 頁簡報第 36 張「資金運用收益率」，兩部分可以一起看。以前我在會議上曾建議資金如何運用，但好像講了也沒用，現在結果已經出來了。請大家參閱會議資料第 178 頁「資金運用收益率」，從 107 年收益率 0.62%，108 年提高至 0.67%、109 年下降至 0.59%。另外，依之前執行業務報告顯示，110 年 1 月資金收益下降至 0.4%，之後更下降至 0.37%、0.36%、0.35%，截至 110 年 9 月只剩 0.33%。現在是健保財務最艱困的時候，資金運用收益卻一直下降，建議應該好好檢討。另外，現在將資金收益率 0.33%和五大銀行定存比較，這個標準太低了，五大銀行 1 年期及 3 年期大額定存平均利率只有 0.13%及 0.17%，顯得資金收益率 0.33%好像還很好，我建議以政府公債利率作為標準，因為政府公債利率被視為無風險利率，也是金融商品定價基準，以目前這個標準太寬鬆，至少要用政府公債利率作為標準和努力，這樣比較理想。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

千委員文男

- 一、我從呆帳先說起，按照權責收支來看，呆帳金額越來越高，請參閱會議資料第 179 頁呆帳提列數與保費收入數之比率，109 年 1.31%，比 108 年 1.24% 還高。另外，資金運用收益部分，剛才李委員永振也有提到很多，之前李委員麗珍提出提升收益的相關意見，建議健保署可以多和她溝通，請教如何提高收益率，要不然收益率不高也是很可惜。
- 二、最後，請參閱會議資料第 173~176 頁「自付差額特材占率」部分，自付差額特材項目有增無減，部分項目申報占率持續上升，如果可以的話希望不要有自付差額特材，健保署可以盡速評估納入健保全額給付的可行性，尤其當民眾上了手術台，有需要這些自付特材時，也只能接受，所以希望這幾項能夠再好好檢討。雖然我們持續監測這些項目的申報情形，但指標沒有很細緻化，因為每個特材都太專業了，民眾也看不懂，而且同樣一個特材會有不同的功能和品牌，價格也不一樣，功能不同價格就會差很多，民眾哪有能力可以判斷，希望未來健保署可以改善。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、請參閱會議資料第 164 頁簡報第 8 張「癌末病人生前 6 個月申報醫療費用點數」部分，106~108 年「死前 6 個月已接受安寧療護者」之醫療費用點數，相較於未接受安寧療護者的醫療費用點數節省不到 1 成，106~108 年分別為 9.1%、8.2% 及 8.9%，請教健保署要如何改善。
- 二、會議資料第 166 頁「藥品費用占率」，就是藥品申報醫療點數除以整體申報醫療點數，109 年上半年整體藥品費用占率 27.98%，醫學中心藥品費用占率 36.57%，當然醫學中心使用重症或罕見疾病藥品比較多，但 109 年上半年藥品費用占率都

是創新高，請教健保署藥品費用增加的主要原因為何？另外，如何稽查哪些藥品費用是屬於防疫用途，由公務預算支應的範圍，是否可以區分不同預算來源來統計？過去曾有人提出部分藥品不應該再由健保給付，而且還有好幾百項的藥品健保可以不給付。

三、關於資金運用收益部分，剛才李委員永振也提出許多意見，9月底收益率才 0.33%，我不知道為什麼整個資金收益率非常低，過去我們也講好幾次，建議應該檢討健保基金的投資績效，及以公債殖利率作為基準來考量。

四、關於「急診病人留置急診室超過 24 小時比率」，近 2 年因為疫情關係，很多急診室關診不收或快速轉院的情形，但未來疫情結束後，要如何改善，因為沒有疫情以前急診壅塞是蠻嚴重，未來如何改善是很重要的方向。

周主任委員麗芳

接續請陳委員秀熙發言，及蔡副署長淑鈴回應。

陳委員秀熙

我主要係對於會議資料第 178 頁簡報第 35 張「全民健保醫療支出占 GDP(國內生產毛額)比率」提供意見，也讓大家參考。之前一直提到政府應負擔健保總經費法定下限 36%及健保費率，但健保開辦以來至今，108 年全民健保醫療支出(不含部分負擔)占 GDP 比率約 3.52%，這也是很大問題。我提供 1 個數據讓大家參考，世界各國中和我們一樣是社會保險，健保也是國寶的英國，占 GDP 為 9.9%，被全世界批評最低成本的保險國家，我覺得不應該每次都思考保費占率。當然我也知道應該遵守相關法規，但政府應該思考如果健保是國寶，是人民需要的，應該重視過去付費者代表所提出的問題並解決，因為和世界各國比較，台灣的健保醫療支出占 GDP 是非常低，美國是 16.6%，英國為 9.9%，我們的占率真的非常低，必須向政府呼籲要重視這個問題，台灣是以低成本辦理健

保，節流當然重要，但如果政府不重視的話，一直讓由民眾、付費者來負擔責任也不合理，我認為這應該檢討。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴回應。

蔡副署長淑鈴

因為時間有限，幾個重點回應如下：

- 一、首先，本次監理指標報告主要是監測 109 年之結果，因為 109 年受疫情影響，所以大家看到部分數據變化，在我看來都受疫情影響，以急診效率指標「急診病人留置急診室超過 24 小時比率」為例，事實上是有所下降，但因總急診件數是下降，當急診總件數下降時，壅塞自然比較少，相對的效率就會提升，明顯是受到疫情的影響。另外，呆帳也是受到疫情影響，因為許多民眾經濟受到影響，所以呆帳也是略為增加的情形。
- 二、剛才劉委員淑瓊提出許多意見，會在會後提供書面意見給我們。我就剛才所提的「調控式腦室腹腔引流系統」部分回應，現在本項自付差額特材占率超過 8 成，我們正在研究及蒐集相關學會意見，希望改成全額給付，過去我們也是採這種方式來監控。
- 三、大家關心「藥品費用占率」部分，請大家參閱會議資料第 166 頁，事實上也是受疫情影響，使得藥費占率上升的情形，主要是指標的分子、分母關係，分子是藥品申報醫療點數，分母是整體申報醫療點數。在疫情期間，藥費的主要受益對象如重大傷病、慢性病，也是藥費支出最多的 2 個族群，為使他們的醫療不中斷，在很多醫院降載時，我們採行許多方法包含視訊診療、遠距醫療來取代，所以藥費沒有減少，換言之，藥費因為人口老化的因素，還是持續成長的情形。民眾持續服藥，所以藥費占率上升主要原因是分母變少所致，一來一往大家看到數據就會覺得 109 年比較高，實際上也是受到疫情的影響。

四、回應陳委員秀熙所提的會議資料第 178 頁「全民健保醫療支出(含部分負擔)占 GDP 比率」是 3.74%，陳委員秀熙提到有偏低的情形，如果和其他國相同基礎比較的話就不同了，因為分子的定義不同，本項指標是健保支出，而其他國家如 OECD (經濟合作與發展組織)國家約 9%，是指整體醫療支出包含自費等。若要和其他國家相比，台灣最新數據為 6.6%，並不是 3.74%，但 6.6%相對於 OECD 國家還是低，英國約 9%，美國是極端值約 17%~18%，確實我們可以再增加投資，但不是 3.74%對 OECD 的 8%~9%。

五、最後，其他委員提出的問題如解讀數據或原因等，及劉委員淑瓊會提供書面意見資料部分，限於時間有限，我們會用書面資料回復。

周主任委員麗芳

因為時間關係，請大家簡要發言。依序請林委員恩豪、盧委員瑞芬。

林委員恩豪

關於報告事項第三案「醫院總額部門 110 年第 3 季比照第 2 季之結算方式」，因為上次委員會沒有討論，而保留至本次會議。之前醫院總額 110 年第 2 季結算時，我有提出相關意見，這種結算方式就是把健保拿去做類似紓困，有適法性的問題，現在 110 年第 3 季又是同樣的結算方式。第 2 季已經結算了，但第 3 季還沒有結算，又提出保證支付的結算方式，以後做不夠也不會拿回來，有適法性的問題，也喪失點值的意義，我不認同這樣的結算方式。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

就剛才陳委員秀熙及蔡副署長淑鈴的說明部分，我再做一點補充說明，英國是公醫制度，不是社會保險國家，我們最常拿來比較的是

德國、日本及韓國，但這不損剛才陳委員秀熙提到的重點，我們的占率的確是偏低。OECD Health Statistics 的數據，全國醫療保健費用總支出占 GDP 的比率，分子是經常性醫療保健支出，並不包括資本門，只有經常門，台灣的經常性醫療保健支出占 GDP 只有 6.1%，也更強調剛才的重點，我們的占率是低的。

周主任委員麗芳

依序請何委員語、李委員永振，因為時間關係，請精簡發言。

何委員語

關於報告事項第三案，請教健保署幾個問題：

- 一、第 1 點，109 年用暫付款每季先行支付年底結算回扣回來，並且當時要加收利息，我也提案免收利息。109 年結算後，聽說很多醫院不願意繳回暫付款，有沒有這種情形？如果有，健保署是否同意提供清單，讓我們了解哪些醫院不願意繳回 109 年暫付款？
- 二、110 年第 2 季用 108 年第 2 季作為暫付款之 90%，110 年第 3 季是以 109 年第 3 季暫付款之 90%，為什麼 110 年第 2 季用 108 年做計算，110 年第 3 季用 109 年做計算，原因為何？
- 三、開會時，我一直強調要依法先行暫付款，但你們一直認為是「保障」2 個字，我一直強調要用暫付款，但你們卻一直用保障的方式強過這個提案。林委員恩豪在醫院總額研商議事會議也提出許多意見，卻沒有被接受，健保署自己解釋不違法，但為什麼要向我們報告？如果不違法，自己決定就好了啊！又要提案向委員報告，要我們背書還要我們洽悉，我認為這個很奇怪，你們說你們決定的事情不違法，又來健保會報告，要我們洽悉。
- 四、最後，因為時間關係，關於報告案第三案「醫院總額部門 110 年第 3 季比照第 2 季之結算方式」，希望列入紀錄，我個人不同意洽悉。有關違反法規的支付量能規定，由健保署負完全責任，這是我的意見，我們不同意洽悉，我們也不願意背書。許

多律師說可以先暫付之後一定要結算，這是量能公平的問題，甲醫院做多少服務量就給多少錢，乙醫院沒有那麼多服務量，為什麼要給 90% 的錢。或許醫院相關單位認為這是我們總額的錢，要怎麼分配就怎麼分配，但不是這樣的，要依據法規去辦理，量能法規為依據才是重要的重點。

周主任委員麗芳

請李委員永振，因為時間關係，拜託簡要發言。

李委員永振

簡單 2 點請教：

- 一、第 1 點，關於原列報告事項第二案會議資料第 154 頁之說明二，第 2 次委員會議對「醫院總額部門 110 年第 2 季之結算方式」相關意見，付費者、專家學者及公正人士提出許多意見。110 年第 3 季還要繼續這樣做，為什麼這些意見都沒有回應？有沒有把這些意見納入考量？
- 二、請參閱會議資料第 158 頁原列報告事項第三案之說明三，本會同仁將彙製近 3 年監測結果及趨勢評析資料，3 年趨勢評析也就是 107~109 年，因為 110 年也快過完了，可以的話放在一起比較有與沒有疫情的年度，到底民眾的需求及利用有何差異？剛才蔡副署長淑鈴也提到部分指標受疫情影響，在 9 月協商看到的資料，服務量呈現下降，但平均每件點數都是增加，是否可以一併分析原因，到底民眾真正的醫療需求及利用為何，這在將來健保財務不理想的時候會很有幫助。

周主任委員麗芳

有關報告事項 3 案，決定如下：

- 一、第一案「109 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告」，本案洽悉。委員所提意見，送請健保署回復說明後，併同彙製 109 年全民健康保險監測結果報告。

二、第二案「110年9月份全民健康保險業務執行報告」，本案洽悉。委員所提意見送請健保署回復說明。

三、第三案「醫院總額部門110年第3季比照第2季之結算方式案」，本案洽悉。請參考委員意見，依健保法規定，在符合公平性、適法性前提下辦理。請何委員語。

何委員語

報告事項第三案，我沒有洽悉，我要說明，因為...

周主任委員麗芳

我知道，你的意見我會把它併上去...

何委員語

依照全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法(下稱審查辦法)第6條規定，提到的文字是暫付、暫付、暫付，第6條所列的全部規定都是暫付，第12條是結算也寫得很清楚，結算金額如低於核定金額，應於撥付之醫療費用中抵扣，如不足抵扣應予以追償，這裡文字寫得清楚，所以我不同意用洽悉。

周主任委員麗芳

我了解。委員您的意見我們會放進來。

何委員語

不能洽悉，洽悉表示我們默認。...

周主任委員麗芳

請健保署書面答復，報告事項第三案有報告過，本案洽悉。何委員語所提意見，我們會額外納入，再請健保署回復說明。

干委員文男

報告事項第三案，暫付的話，結算時是否還要收回？

周主任委員麗芳

我們請健保署回復說明。蔡副署長淑鈴說回復說明。

干委員文男

現在回復還是書面回復？

周主任委員麗芳

書面回復。

劉委員淑瓊

現在1句話就可以講了，要不要收回來，這是很明確的事。

何委員語

這已經違反健保法第61、62條及健保署訂定審查辦法第6、12條，所有規定寫得清清楚楚，今天要我們洽悉、同意，我們已經違反健保法，又違反審查辦法，我們無法接受這個決定。

周主任委員麗芳

- 一、感謝委員所提意見。剛才決定提到除了洽悉以外，請參考委員意見，依健保法規定，在符合公平性、適法性前提下辦理。併同委員所提意見送請健保署回復說明，個別委員的意見我們會詳實記錄。
- 二、有沒有臨時動議？沒有的話，今天會議到這裡，散會。謝謝大家！

報告事項第一案「109 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告」
劉委員淑瓊會後書面意見

一、監理指標的建立經過實證研究、利害關係人討論，以及去除無鑑別度的指標與健保資料試算，於 103 年健保會通過及建置。監理指標是為回應「全民健保」開辦的初衷與目標，保險人(即中央健保署)應就其掌理事項提供回應及說明，先予敘明。

二、效率構面一

(一)「急性病床平均住院天數(整體及各層級)」

1. 區域醫院、地區醫院 109 年急性病床平均住院天數有提升現象，可能原因為何？
2. 其中，地區醫院近 3 年急性病床平均住院天數分別為 8.26 天、8.17 天、8.28 天，明顯高出醫學中心及區域醫院約 1 天。經查 107 年、108 年「全民健康保險年度監測結果報告」係指地區醫院可能受極端值影響，主要為呼吸照護個案。在剔除極端值後，地區醫院急性病床平均住院天數為何？就地區醫院之長期呼吸照護個案，有無具體改善措施？

(二)「急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)」

1. 針對急診病人留置急診室超過 24 小時之情形，本指標僅能窺知整體及各層級的占率，無法藉以瞭解急診壅塞與效率問題之全貌，建請健保署應提供多方比較相關數據指標，而非以片段的數據指標呈現予本會委員，恐低估醫院急診面臨之嚴峻挑戰。
2. 醫學中心自 102 年至 109 年以來，其急診病人留置急診室超過 24 小時之比率在 7%上下波動(參表一)，未見顯著改善趨勢，原因為何？建議應針對急診品質提升方案、分級醫療政策之實施成效進行相關的檢討改善。

表一：急診品質提升方案之壅塞指標

醫療利用情形／ 方案年度	壅塞指標			
	急診病人停留超過 24 小時之比率			
	全 國	醫學中心	區域醫院	地區醫院
102	2.9%	7.6%	1.5%	0.4%
103	3.0%	7.6%	1.7%	0.5%
104	2.7%	7.1%	1.4%	0.5%
105	2.7%	6.6%	1.5%	0.7%
106	2.8%	6.8%	1.5%	0.8%
107	2.7%	6.8%	1.5%	0.6%
108	2.8%	7.0%	1.6%	0.5%
109*	2.3%	6.1%	1.3%	0.4%

*109 年醫院急診受 COVID-19 疫情影響

資料來源：全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽、全民健康保險各部門總額評核會報告，醫改會整理

3. 從「完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6 小時」之效率而言(參表二)，醫院急診之效率自 102 年至 109 年，沒有顯著改善趨勢。

表二：急診品質提升方案之效率指標

醫療利用情形／ 方案年度	效率指標			
	完成急診重大疾病照護病人進入加護病房 < 6 小時之比率			
	全 國	醫學中心	區域醫院	地區醫院
102	78.3%	71.6%	87.4%	76.1%
103	75.4%	68.2%	86.9%	75.1%
104	62.8%	53.7%	79.9%	48.6%
105	59.8%	50.4%	81.3%	45.7%
106	65.1%	57.9%	80.8%	50.7%
107	61.9%	未提供	未提供	未提供
108	63.1%	未提供	未提供	未提供
109	60.1%	未提供	未提供	未提供

資料來源：全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽、全民健康保險各部門總額評核會報告，醫改會整理

4. 研究顯示(如 Chalfin, 2007 等)，急診重症病人如無法在 6 小時內獲進一步處置，不僅住院天數會拉長、病人死亡率亦會增高。由於 109 年醫院急診受疫情影響甚鉅，醫改會以 107 年、108 年健保署提供之各層級、

五級檢傷分類基準之平均暫留時間(分)而言(參表三)，在檢傷分類申報案件中顯示，區域醫院的第一級案件平均暫留時間超過6小時；醫學中心的第一、二、三級案件(復甦急救、危急、緊急)平均暫留時間在8小時以上，第一、第二級甚至超過12小時，以上數字應予重視並找出原因與策進作法。

表三：醫學中心、區域醫院檢傷分類基準申報案件與平均暫留時間

層級	檢傷分類	107年			108年		
		申報件數	占比	平均暫留時間(分)	申報件數	占比	平均暫留時間(分)
醫學中心	第一級	68,792	3.6%	760	64,475	3.2%	789
	第二級	298,690	15.8%	737	299,826	15.0%	734
	第三級	1,328,720	70.1%	520	1,400,372	70.2%	542
	第四級	167,154	8.8%	184	165,365	8.3%	186
	第五級	9,665	0.5%	81	9,859	0.5%	80
	其他	21,614	1.1%	481	53,974	2.7%	513
	總計	1,894,635	100.0%	537	1,993,871	100.0%	550
區域醫院	第一級	95,054	2.7%	423	94,939	2.6%	416
	第二級	363,304	10.2%	349	374,819	10.2%	348
	第三級	2,547,541	71.2%	240	2,649,343	72.1%	246
	第四級	492,253	13.8%	117	473,768	12.9%	114
	第五級	43,402	1.2%	63	42,474	1.2%	61
	其他	37,139	1.0%	315	41,241	1.1%	280
	總計	3,578,693	100.0%	240	3,676,584	100.0%	244

資料來源：中央健康保險署，醫改會整理

(三) 「區域醫院以上初級門診照護率」(請參議事錄發言)

(四) 「西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率」

1. 觀察 105Q1 至 109Q4 之「西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率」之趨勢，並未有太大的改變。
2. 107 年、108 年「全民健康保險年度監測結果報告」亦指，醫院及西醫基層部門間醫療服務量之變化及轉移情形，在就醫人數或件數皆呈週期性消長，呈現穩定波動。
3. 綜整以上，顯不同於健保署在 109 年總額評核投影片、111 年費率審議

前諮詢會議等場合提供的資料所言：「本署自 106 年執行分級醫療政策，以 6 大策略各項配套措施逐步推動，經醫界、民眾及相關公部門的努力下，已略見成效，反應在大醫院門診減少，而基層和地區醫院的門診相對增加」，換言之，我們無法從前述數字得到「分級醫療政策已見成效」的樂觀結論，建請健保署應負起誠實經紀人(honest broker)之責任，檢討公關說明與分級醫療政策。

(五) 「藥品費用占率」

1. 藥品費用占率逐年攀升，長期以來未見顯著改善。對此，健保署在近 2 年的「全民健康保險年度監測結果報告」指出：「(藥品費用)主要受 C 肝新藥、治療 HIV 藥物、抗感染製劑、癌症藥物及免疫調節劑的藥費成長影響」。
2. 建議在數據趨勢呈現中，應同時並列排除新藥之影響因子後，所顯示的藥品費用占率及趨勢，以利付費者代表及社會大眾瞭解新藥以外的藥品費用之消長，方能分析既有藥品費用結構之合理性。

三、醫療品質構面一

- (一) 「護理人力指標—急性病房全日平均護病比占率分布」(請參議事錄發言)

四、效果構面一

- (一) 「糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率」

1. 糖尿病、高血壓、高血脂、腎臟病等是易引發多重慢性共病之疾病型態，也多仰賴門診服務。據衛生福利部「2017 年群體衛生福利品質指標報告」指出，若糖尿病等因控制不良而住院，則顯示初級照護出現問題。慢性病人可能發生重複就醫行為、住院、再住院，是初級照護的重點對象，雖這類族群應多使用西醫基層或社區照護，卻反經常成為醫院的忠誠病人。對此，政府推動慢性病的有關整合計畫，旨在藉「整合醫療服務」減少病人住院率而與之恐有背道。
2. 然而，自 105 年至 109 年間，不論在各年齡層或整體而言，糖尿病病人

住院率難言有顯著改善，甚至若以 105 年參照，存在惡化的現象(參表四)。再與部分 OECD 國家比較，台灣的糖尿病病人住院率也較高，甚至落後部分國家 3 年至 5 年以上(參表五)。前述客觀事實，反映整合醫療政策、醫療給付改善方案之設計與推動，仍有不足或無對症下藥的隱憂。

表四：糖尿病病人住院率

年齡層／年度	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年
15-24	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%	0.03%
25-34	0.03%	0.03%	0.03%	0.03%	0.03%
35-44	0.06%	0.06%	0.06%	0.06%	0.06%
45-54	0.10%	0.10%	0.11%	0.11%	0.11%
55-64	0.16%	0.16%	0.18%	0.17%	0.17%
65-74	0.29%	0.31%	0.32%	0.32%	0.31%
75~	0.52%	0.53%	0.56%	0.58%	0.57%
整體	0.13%	0.13%	0.14%	0.14%	0.14%

資料來源：全民健康保險年度監測結果報告，醫改會整理

表五：部分 OECD 國家糖尿病病人住院率

國家／年度	103 年	104 年	105 年	106 年
加拿大	0.09%	0.09%	0.09%	0.10%
丹麥	0.12%	0.11%	0.11%	0.10%
挪威	0.08%	0.07%	0.08%	0.08%
瑞典	0.10%	0.09%	0.09%	0.08%
英國	0.07%	0.07%	0.07%	0.07%
芬蘭	0.15%	0.14%	0.11%	0.12%
台灣			0.13%	0.13%

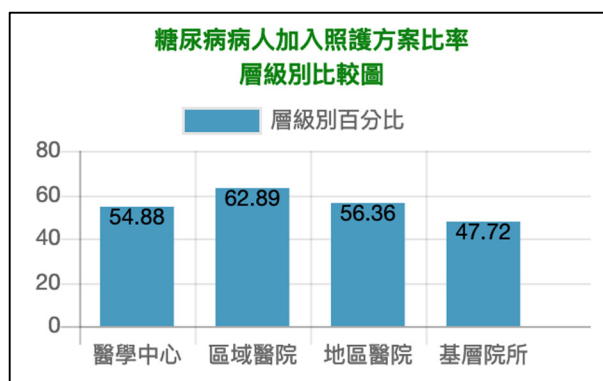
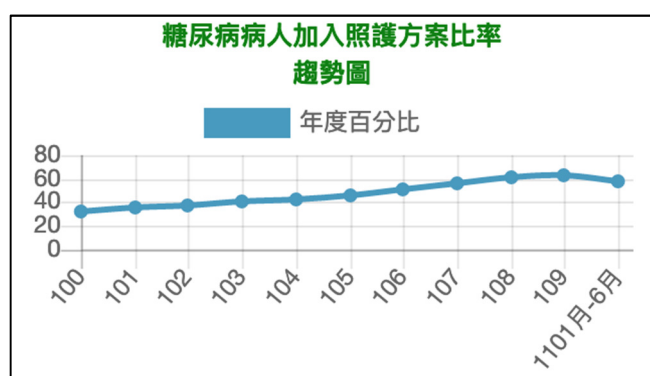
資料來源：全民健康保險年度監測結果報告，醫改會整理

3. 據 108 年「全民健康保險年度監測結果報告」，糖尿病病人存在「各層級分別就醫」之現象，慢性病人的就醫行為反映分級醫療的落實程度，請教，慢性病人(尤其多重慢性病人)在各層級就醫的分布與上下轉情形如何？慢性病人在各層級分別就醫後，當病情穩定有無在西醫基層照護？抑或仍留在醫院門診、衝醫院門診？

4.以健保署公布的「糖尿病醫療品質資訊」所示，第1點，雖然100年至109年糖尿病病人加入照護方案比率已漸達6成，但比較其住院率卻沒有顯著改善趨勢(參圖一)。第2點，糖尿病病人加入照護方案的層級別中，西醫基層百分比最低、不到5成，表示醫院收案情形較佳(參圖二)，如考慮重複收案的情況，基層醫師有多少比例是糖尿病病人的主責醫師？健保署宜就第1點、第2點進行探究與回應。

圖一：糖尿病病人加入照護方案比率趨勢圖

圖二：糖尿病病人加入照護方案比率層級別比較圖



(二) 「出院後3日內再急診比率」

1. 本指標意涵是監控出院病人3日內再急診比率，瞭解醫院是否為節省成本，過早讓DRGs病人出院，致降低醫療服務品質。不論在Tw-DRGs案件或一般案件，應關注重點在病人各醫療階段(預防、門診、住院、出院準備、出院後照護等)的銜接情形。
2. 據108年「全民健康保險年度監測結果報告」(109年疫情影響前)指出，Tw-DRGs案件出院3日再急診比率呈現增加趨勢，宜瞭解Tw-DRGs案

件病人有無提早出院之問題，但今年的監測報告卻無對此有相關說明。
建議健保署進行相關回應。

五、資源配置構面一

(一) 「以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力比值」

1. 會議資料的簡報中僅呈現本指標之比值，卻未能提供各部門的最高、最低之數值。建議未來健保署於資料提供應更周延及完整。
2. 醫改會以本指標近五年趨勢(參表六)與「全民健康保險年度監測結果報告」提供之最高、最低兩組每萬人口醫師數(參表七)，觀察發現：每萬人口數雖有增加趨勢，但鄉鎮市區人力落差沒有改善，甚至表現逐年不佳，表示醫師仍多往市區流動。

表六：以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力比值

年度	總計	醫院	西醫基層	中醫	牙醫
105	7.70	73.53	2.16	9.81	11.91
106	7.96	79.36	2.18	9.65	13.35
107	8.00	76.71	2.21	8.44	13.65
108	8.24	73.09	2.27	8.82	13.23
109	8.68	83.29	2.40	8.29	13.87

表七：最高、最低兩組每萬人口醫師數

年度	總計		醫院		西醫基層		中醫		牙醫	
	最高	最低	最高	最低	最高	最低	最高	最低	最高	最低
105	37.3	4.8	17.4	0.2	7.6	3.5	3.4	0.3	8.9	0.7
106	38.3	4.8	18.0	0.2	7.7	3.5	3.5	0.4	9.1	0.7
107	39.4	4.9	18.5	0.2	7.9	3.6	3.6	0.4	9.4	0.7
108	41.2	5.0	19.8	0.3	8.1	3.6	3.8	0.4	9.6	0.7
109	未提供									

資料來源：全民健康保險年度監測結果報告，醫改會整理

3. 除提供資料(如鄉鎮市區醫師數等)應更周延完整外，亦應同等重視醫療服務供給與需求面之符合程度。人力比值無法據實反映出，醫師數較低的鄉鎮之主要醫療需求及其需求科別等。即便醫師數量增加，也未必能夠符合在地需求，亦未必能減少醫師留任率、流動率。因此，宜

在觀察醫師數指標之際，同時評估分析各地區的主要醫療需求、醫師留任率與流動率，方能因地制宜。

(二) 自付差額特材占率(整體及各類別項目)(參議事錄發言)

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：台北市信義區三段140號
傳真：(02)27029964
承辦人及電話：吳箴(02)27065866轉2531
電子信箱：a111158@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年10月8日
發文字號：健保企字第1100038564號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：110年10月22日本署李署長獲邀出席國立成功大學醫學院
附設醫院「老人醫院暨高齡醫藥智慧照護發展教育中心」
新建工程動土典禮，不克列席貴會第5屆110年第6次委員
會議，並請蔡副署長淑鈴代理，請鑒察。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：本署企劃組



110.10.12



1103340185

報告事項(三)

109年全民健康保險業務監理指標之 監測結果及研析報告 醫改會發言

2021年10月22日 台灣醫療改革基金會



財團法人台灣醫療改革基金會

1

107、108年監測結果報告

監測指標	107、108年度監測結果報告	疑問
1. 急性病床平均住院天數	地區醫院的平均住院天數明顯高出其他層級。報告指出，地區醫院可能受極端值影響，健保署說明極端值主要來自「呼吸照護個案」	針對長期呼吸照護個案，在109至110年地區醫院有何因應，或具體改善措施嗎？
4. 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率	語帶保留指出醫院與西醫基層病人數、件數占率呈現「穩定波動趨勢」	與健保署提出「已略見成效」的說法不同，難以定論分級醫療政策實施後，實質影響成效。
5. 藥品費用占率	藥品費用占率逐年上升，長期以來沒有顯著改善情形，報告中健保署指出：「(藥品費用)主要受C肝新藥、治療HIV藥物、抗感染製劑、癌症藥物及免疫調節劑的藥費成長影響。」	在數據呈現上，並未並列排除新藥的影響因子後，所呈現的藥品費用占率趨勢，不利瞭解新藥以外的藥品費用之消長趨勢。



財團法人台灣醫療改革基金會

2

3. 區域醫院以上初級門診照護率



財團法人台灣醫療改革基金會

3

醫學中心初級照護率未有顯著減少的趨勢

年度	醫院(單位：%)				區域醫院 以上
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	小計	
105	15.40	22.90	36.71	24.00	19.74
106	13.90	21.15	35.69	22.93	18.10
107	14.14	20.19	35.12	22.54	17.64
108	13.80	19.59	34.11	22.22	17.13
109	13.94	19.35	32.31	21.61	17.04



財團法人台灣醫療改革基金會

4

6. 護理人力指標— 急性病房全日平均護病比占率分布



財團法人台灣醫療改革基金會

5

醫學中心全日平均護病比 < 7 者，不到3成

加成率	醫學中心		區域醫院		地區醫院	
	範圍	月次占率 (%)	範圍	月次占率 (%)	範圍	月次占率 (%)
20%	< 7.0	10.7%	< 10.0	57.9%	< 13.0	86.8%
17%	7.0-7.4	21.3%	10.0-10.4	17.3%	13.0-13.4	2.3%
14%	7.5-7.9	47.0%	10.5-10.9	12.1%	13.5-13.9	1.6%
5%	8.0-8.4	18.7%	11.0-11.4	4.5%	14.0-14.4	1.5%
2%	8.5-8.9	2.3%	11.5-11.9	7.3%	14.5-14.9	1.7%
無	> 8.9	0.0%	> 11.9	1.0%	> 14.9	0.9%
不適用 ^{註3}				0%		5.2%
	小計	100%				

註：1.月次占率：該層級
2.精神專科教學醫院
醫院護病比加成率
3.「不適用」係表示

指標數值：109年1-12月全日平均護病比登錄統計

加成率	醫學中心		區域醫院		地區醫院	
	範圍	月次占率	範圍	月次占率	範圍	月次占率
20%	< 7.0	26.3%	< 10.0	68.4%	< 13.0	87.1%
17%	7.0-7.4	34.0%	10.0-10.4	12.8%	13.0-13.4	2.1%
14%	7.5-7.9	33.3%	10.5-10.9	8.4%	13.5-13.9	1.6%
5%	8.0-8.4	6.3%	11.0-11.4	3.4%	14.0-14.4	1.9%
2%	8.5-8.9	0%	11.5-11.9	6.7%	14.5-14.9	1.2%
無	> 8.9	0%	> 11.9	0.3%	> 14.9	1.4%
不適用 ^{註3}		0%		0%		4.7%
	小計	100%	小計	100%	小計	100%



財團法人台灣醫療改革基金會

6

10. 自付差額特材占率



財團法人台灣醫療改革基金會

7

研議分階納入全額給付，公開說明財源規劃

項目/年度別	105	106	107	108	109
人工心律調節器	49.60%	51.00%	51.40%	44.40%	42.60%
人工水晶體	35.30%	36.70%	37.30%	37.90%	39.10%
人工髖關節	23.40%	25.80%	26.40%	28.50%	28.50%
加長型伽瑪髓內釘組			31.80%	58.40%	60.80%
生物組織心臟瓣膜	36.70%	41.90%	41.90%	41.50%	39.30%
治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置	30.50%	38.70%	36.50%	36.80%	35.60%
治療複雜性心臟不整脈消融導管		14.60%	17.20%	16.40%	32.90%
冠狀動脈塗藥支架	58.00%	61.20%	64.00%	66.10%	66.30%
調控式腦室腹腔引流系統	73.70%	76.10%	80.20%	81.80%	81.90%



財團法人台灣醫療改革基金會

8

以上報告

請不吝指教



財團法人台灣醫療改革基金會

9