

衛生福利部全民健康保險會  
第5屆110年第8次委員會議事錄

中華民國110年12月17日



衛生福利部全民健康保險會第5屆110年第8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12月17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：盛培珠、陳淑美

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、翁委員燕雪、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍(中華民國工業協進會楊顧問玉琦 11:09 以後代理)、張委員澤芸、許委員騏洪、陳委員石池、陳委員有慶、陳委員秀熙、陳委員建志、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(補聘中)

請假委員：賴委員博司

列席人員：

本部社會保險司：陳專門委員淑華

中央健康保險署：李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、張組長禹斌、戴組長雪詠

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15~16頁)

貳、議程確認：(詳附錄第17~18頁)

決定：

一、討論事項案由名稱修正為「111年度西醫基層總額一般服務地區預算分配之風險調整移撥款案」。

二、餘照議程之安排進行。

參、確認上次(第7次)委員會議紀錄：(詳附錄第18頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第 19~33 頁)

決定：

一、上次(第 7 次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤 1 項，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共 2 項，繼續追蹤。

二、歷次委員會議未結案件辦理情形：

(一)擬解除追蹤 1 項，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共 15 項，繼續追蹤。

三、有關「110 年度各部門總額協定事項」尚未完成之工作項目，除醫院總額「急診品質提升方案」專款項目繼續追蹤外，其餘事項同意依處理建議辦理。

註：繼續追蹤事項如下：

1.牙醫門診總額「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目：請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體儘速研議「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」之具體實施方案，於提報本會同意後解除追蹤。

2.醫院總額「急診品質提升方案」專款項目：請中央健康保險署會同醫院總額相關團體精進方案內容，送本會備查後解除追蹤。

四、餘洽悉。

伍、優先報告事項：(詳附錄第 34~43 頁)

報告單位：本會第二組

案由：擬訂本會 111 年度工作計畫及會議時間表(草案)，請鑒察。

決定：

一、111 年度工作計畫依委員建議，全民健康保險業務執

行第 4 次季報告(口頭)維持於 11 月份進行。

- 二、確認 111 年度會議時間表及工作計畫，如附件一、二，請委員預留時間與會。
- 三、111 年度各項工作計畫項目，請相關負責單位配合辦理。

陸、討論事項：(詳附錄第 44~50 頁)

提案單位：本會第三組

案由：111 年度西醫基層總額一般服務地區預算分配之風險調整移撥款案，續請討論。

決議：

111 年度西醫基層總額一般服務地區預算分配：

- 一、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 6 億元，作為風險調整移撥款。
- 二、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款用途與執行方式)等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。
- 三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，送本會同意後執行。

柒、報告事項：(詳附錄第 51~63 頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：110 年 11 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參考。

## 第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：109 年全民健康保險自付差額特材執行概況，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：上午 11 時 50 分。

## 全民健康保險會 111 年度委員會議暨重要會議預訂時間表

會議次別	會議時間	會議地點
第 1 次	1 月 21 日 (星期五上午 9 時 30 分)	衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 2 次	3 月 25 日 (星期五上午 9 時 30 分)	
業務訪視活動	4 月 21 日 (星期四上午 9 時) 全天	健保署東區業務組
第 3 次	4 月 22 日 (星期五上午 9 時 30 分)	
第 4 次	5 月 27 日 (星期五上午 9 時 30 分)	衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 5 次	6 月 24 日 (星期五上午 9 時 30 分)	
各總額部門 110 年度執行成果發 表暨評核會議	7 月 19 日 (星期二上午 9 時) 全天 7 月 20 日 (星期三上午 9 時) 半天	衛生福利部 1 樓 大禮堂
第 6 次	7 月 29 日 (星期五上午 9 時 30 分)	衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 7 次	(星期五上午 9 時 30 分)	
112 年度總額協 商草案會前會	8 月 19 日 (星期五下午 1 時 30 分)	
112 年度總額協 商之保險付費者代 表、專家學者與公 正人士及政府機關 代表委員座談會	8 月 26 日 (星期五上午 9 時 30 分)	
112 年度總額協 商會議	9 月 22 日 (星期四上午 9 時 30 分) 全天 若有協商未盡事宜，則於 9 月 23 日 上午 11 時處理	
第 8 次	9 月 23 日 (星期五上午 11 時)	
費率審議前 意見諮詢會議	10 月 14 日 (星期五上午 9 時 30 分)	
第 9 次	10 月 28 日 (星期五上午 9 時 30 分)	
第 10 次	11 月 18 日 (星期五上午 9 時 30 分)	
第 11 次	12 月 23 日 (星期五上午 9 時 30 分)	

備註：

- 1.各次委員會議時間或地點如有更動，另行通知。
- 2.如須召開臨時委員會議，其時間與地點另行通知。

全民健康保險會 111 年度工作計畫-按會議時序排列

日期	工作項目
1 月 21 日 (委員會議)	優先報告事項： 提報 111 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項
	討論事項： 1.111 年度各部門總額一般服務之點值保障項目之討論 2.111 年度牙醫門診總額「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」具體實施方案之討論(暫訂，配合健保署提會時程)
	報告事項： 111 年度各部門總額依協定事項需於 110 年 12 月底前提本會報告之項目(項目詳附表 1)
3 月 25 日 (委員會議)	優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭)
	討論事項： 1.各總額部門 110 年度執行成果評核作業方式之討論 2.111 年度西醫基層總額「代謝症候群防治計畫」具體實施方案(含結果面品質指標，並依執行績效支付費用)之討論(自付差額特材之討論，配合健保署送會時程 1)
	報告事項： 109 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形
4 月 21 日	業務訪視活動 預定地點：東區業務組轄區特約院所
4 月 22 日 (委員會議)	優先報告事項： 112 年度總額範圍報行政院前之諮詢、全民健康保險資源配置及財務平衡方案
	報告事項： 110 年度全民健保年終決算報告、112 年度全民健保預算備查案
5 月 27 日 (委員會議)	優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭)
	討論事項： 1.112 年度總額協商架構及原則之討論 2.112 年度總額協商程序之討論 (自付差額特材之討論，配合健保署送會時程 1)



日期		工作項目
5月27日 (委員會議)		報告事項： 「家庭醫師整合性照護計畫」執行成效評估(含導入一般服務之時程規劃) (自付差額特材之報告，配合健保署送會時程2)
6月24日 (委員會議)		討論事項： 1.112年度總額協商架構及原則之討論(續) 2.112年度總額協商程序之討論(續) 報告事項： 「新醫療科技」、「藥品及特材給付規定改變」之預算檢討、調整與管控機制(含新醫療科技之成果面績效指標)
7月19、20日		各總額部門110年度執行成果發表暨評核會議
7月29日 (委員會議)		優先報告事項： 衛生福利部交議 112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案 報告事項： 1.111年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃： (1)「基層總額轉診型態調整費用」：提出經費動支條件及執行成效檢討結果、未來規劃與期程(含退場) (2)「鼓勵院所建立轉診之合作機制」：提出執行成效檢討結果及改善措施、適合轉診案件之定義及院所合作模式 2.111年度各部門總額依協定事項需於7月底前提本會報告之項目(項目詳附表2) 3.各總額部門110年度執行成果評核結果
8月19日 全天	上午(委員會議)	優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭)
		討論事項： (自付差額特材之討論，配合健保署送會時程1)
	下午(協商會前會)	112年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會
8月26日上午		112年度總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會
9月22日 全天		112年度總額協商會議 (若有未盡事宜，則於9月23日上午11時處理)

日期	工作項目
9月23日 (委員會議)	討論事項： 112年度各部門總額及其他預算協商結論之討論 (若有總額協商未盡事宜，於未盡事宜處理完畢後召開；若無未盡事宜，則於上午11時召開)
10月14日上午	112年度保險費率審議前意見諮詢會議
10月28日 (委員會議)	優先報告事項： 112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之確認
	討論事項： 112年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論
	報告事項： 全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告
11月18日 (委員會議)	優先報告事項： <u>全民健康保險業務執行季報告(口頭)</u>
	討論事項： 1.112年度保險費率案之審議 2.112年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論(續) (自付差額特材之討論，配合健保署送會時程1)
12月23日 (委員會議)	優先報告事項： 112年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項
	討論事項： 1.112年度各部門總額一般服務之點值保障項目之討論 2.健保署所擬訂112年度抑制資源不當耗用改善方案之討論
	報告事項： 自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告(含開放半年後之檢討改善情形)
依3月評核作業方式議定之時程提會討論	各總額部門110年度執行成果評核獎勵額度案之討論

日期	工作項目
配合健保署 送會時程	1.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論(暫訂於 3、5、8、11 月) 2.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告(暫訂於 5、12 月) 3.健保署所擬訂調整保險給付範圍方案之審議 4.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議 5.健保署所擬修訂醫療品質資訊公開辦法之討論

註：委員會議若另有決議(定)事項，配合安排或調整相關工作項目。

## 全民健康保險會 111 年度工作計畫-按業務性質排列

類別	工作項目	預定 時程	主辦 (協辦) 單位	備註
業務 監理	<b>一、專案報告</b>			
	1.109 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形	3 月	健保署	依健保法第 73 條辦理
	2.「家庭醫師整合性照護計畫」執行成效評估(含導入一般服務之時程規劃)	5 月	健保署	1.依 110 年 9 月份委員會議決議事項辦理 2.請健保署本於保險人權責統籌報告，並得視需要邀請總額相關團體列席回應
	3.「新醫療科技」、「藥品及特材給付規定改變」之預算檢討、調整與管控機制(含新醫療科技之成果面績效指標)	6 月	健保署	依 110 年 9 月份委員會議決議事項辦理
	4.111 年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃： (1)「基層總額轉診型態調整費用」：提出經費動支條件及執行成效檢討結果、未來規劃與期程(含退場) (2)「鼓勵院所建立轉診之合作機制」：提出執行成效檢討結果及改善措施、適合轉診案件之定義及院所合作模式	7 月	健保署	依 110 年 9 月份委員會議決議事項辦理
	<b>二、例行監理業務</b>			
	1.全民健康保險業務執行季報告	3、5、8、 11 月	健保署	每季業務執行報告以口頭報告方式進行，為完整呈現前一季資料，安排於 2、5、8、11 月(2 月改為 3 月)進行口頭報告，其餘月份以書面提報
	2.110 年度全民健保年終決算報告、112 年度全民健保預算備查案	4 月	健保署 (本會)	依健保法施行細則第 3 條辦理
	3.全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告	10 月	健保署 (本會)	季指標另納入 3 月、9 月業務執行報告
	4.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告	配合健保署送會時程	健保署	1.依 105 年 6 月份委員會議決議之「健保會討論自付差額特材案之作業流程」辦理

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
業務 監理	5.自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告	12月	健保署	2.自付差額品項開放半年後之檢討改善報告，每半年配合健保署送會時程安排(暫訂於5、12月)
<b>三、業務相關活動</b>				
	業務訪視活動 預定地點：東區業務組轄區特約院所	4月	本會 (健保署)	預訂於4月21日召開
總額 協議 訂定	1.提報 111 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項	1月	本會	
	2.111 年度各部門總額一般服務之點值保障項目之討論	1月	健保署	
	3.111 年度牙醫門診總額「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」具體實施方案之討論	1月 (暫訂)	健保署	依 110 年 9 月份委員會決議決議事項辦理
	4.111 年度各部門總額依協定事項需於 110 年 12 月底前提本會報告之項目(項目詳附表 1)	1月	健保署	1.依 110 年 9 月份委員會決議決議事項辦理 2.請健保署本於保險人權責統籌報告，並得視需要邀請總額相關團體列席回應
	5.各總額部門 110 年度執行成果評核作業方式之討論	3月	本會	
	6.111 年度西醫基層總額「代謝症候群防治計畫」具體實施方案(含結果面品質指標，並依執行績效支付費用)之討論	3月	健保署	依 110 年 9 月份委員會決議決議事項辦理
	7.112 年度總額範圍報行政院前之諮詢、全民健康保險資源配置及財務平衡方案	4月	社保司、 健保署	依健保法第 60 條、第 5 條辦理
	8.112 年度總額協商架構及原則之討論	5、6月	本會	
	9.112 年度總額協商程序之討論	5、6月	本會	
	10.各總額部門 110 年度執行成果評核獎勵額度案之討論	依 3 月評核作業方式議定之時程提會討論	本會	

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
總額協議訂定	11.各總額部門110年度執行成果發表暨評核會議	7月	本會(健保署)	預訂於7月19、20日召開，5~7月準備資料
	12.衛生福利部交議112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案	7月	社保司	
	13.111年度各部門總額依協定事項需於7月底前提本會報告之項目(項目詳附表2)	7月	健保署	1.依110年9月份委員會議決議事項辦理 2.請健保署本於保險人權責統籌報告，並得視需要邀請總額相關團體列席回應
	14.提報各總額部門110年度執行成果評核結果	7月	本會	
	15.112年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會	8月	本會	預訂於8月19日下午召開
	16.112年度總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會	8月	本會	預訂於8月26日上午召開
	17.112年度總額協商會議	9月	本會(健保署)	1.依健保法第61條辦理 2.預訂於9月22日召開(若有未盡事宜，則於9月23日上午11時處理)，7~9月前置作業
	18.112年度各部門總額及其他預算協商結論之討論	9月	本會	依健保法第61條辦理
	19.112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之確認	10月	本會	依健保法第61條辦理
	20.112年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論	10、11月	本會	依健保法第61條辦理
	21.提報112年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項	12月	本會	

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
	22.112 年度各部門總額一般服務之點值保障項目之討論	12 月	健保署	依 110 年 10、11 月份委員會議決議事項辦理
費率審議	1.112 年度保險費率審議前意見諮詢會議	10 月	本會(健保署)	1.依健保法第 24 條辦理 2.預訂於 10 月 14 日召開
	2.112 年度保險費率案之審議	11 月		依健保法第 24 條辦理
保險給付及其他應討論法定事項	1.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論		健保署(本會)	1.依健保法第 45 條第 3 項及 105 年 6 月份委員會議決議之「健保會討論自付差額特材案之作業流程」辦理 2.各季配合健保署送會時程辦理(暫訂於 3、5、8、11 月)
	2.健保署所擬訂 112 年度抑制資源不當耗用改善方案之討論	12 月		依健保法第 72 條辦理
	3.健保署所擬訂調整保險給付範圍方案之審議			依健保法第 26 條辦理
	4.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議	配合健保署送會時程		依健保法第 51 條第 12 款辦理
	5.健保署所擬修訂醫療品質資訊公開辦法之討論			依健保法第 74 條辦理

註：委員會議若另有決議(定)事項，配合安排或調整相關工作項目。

## 全民健康保險會 111 年度工作計畫-附表

附表 1：111 年度各部門總額需於 110 年 12 月底前提本會報告之項目

部門	項次	項目	協定事項(摘要)
牙醫	1	高風險疾病口腔照護	於 110 年 12 月底前，提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。
	2	提升假日就醫可近性	於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告
	3	高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫	於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用與管控措施，並提全民健康保險會報告。
中醫	4	提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護	於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容(含適應症及結果面指標)，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告。
	5	照護機構中醫醫療照護方案	於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告。
基層	6	提升國人視力照護品質	於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。

附表 2：111 年度各部門總額需於 111 年 7 月底前提本會報告之項目

部門	項次	項目	協定事項(摘要)
牙醫	1	109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款	持續監測全面提升感染管制品質之執行結果(含申報及查核結果)，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告
其他預算	2	居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務	訂定反映居家醫療照護品質及效益之績效指標(如減少急診、住院之醫療利用等)，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。
	3	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(含四部門總額之網路頻寬補助費用)	獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用； 確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。
	4	提升保險服務成效	請於 111 年 7 月底前提出成效評估報告。



第 5 屆 110 年 第 8 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 7 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

報告主席及各位委員，現在出席人數已經達到法定開會人數，會議正式開始，請主席致詞。

周主任委員麗芳

- 一、各位委員、各位與會先進，大家早安、大家好！今天是 110 年度全民健康保險會(下稱健保會)最後 1 次委員會議，也是歲末最後 1 次會議。歲末是個感恩的季節，要感謝全體委員，還有協助我們的健保會、中央健康保險署(下稱健保署)的幕僚。
- 二、今年度我們順利的完成幾項健保會重要的業務，包括總額協商、費率審議，以及總額執行成果的評核，非常感謝各位委員都秉持初心，充分衡量目前醫界代表資源需求及付費者的付費能力來完成本會任務。
- 三、今年在疫情衝擊之下，是非常艱困的 1 年，我們很感謝所有的醫療部門，包括醫院、西醫基層、牙醫、中醫、藥界、護理界共同齊心抗疫，可以說是犧牲奉獻、全力投入，才能確保民眾的安居樂業，要感謝所有在座的各位。
- 四、很感謝衛生福利部(下稱衛福部)陳部長時中對健保會的重視，特別在今天會後，要跟全體委員進行業務座談。所以今天會議原則在 11 時 50 分左右就必須結束。也很感謝李署長伯璋蒞臨現場，李署長也特別準備健保署相關的紀念品送給委員。
- 五、也要感謝健保署、健保會同仁，製作 109 年全民健康保險監理指標監測結果報告，相當精緻完整，請大家參閱。
- 六、各醫療部門 1 年來可以說是卯足全力奉獻，提供民眾最佳服務。今天在委員桌上有幾份資料向大家說明：

(一)柯委員富揚帶領的中醫團隊，提供剛編製的「台灣慢性疾

病中醫臨床診療指引」，感謝中醫的貢獻。今天同樣在衛福部有中醫藥司舉辦的中醫藥發展獎勵第 1 屆玉階獎，可以說是中醫最高榮譽的頒獎，很多健保會委員也有受邀，等一下必要時再請出席。

(二)西醫基層顏委員鴻順也提出了新北市「疫情後，醫療制度省思與變革」座談會邀請；中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)柯委員富揚也提出歲末座談會邀請；藥師公會全國聯合會(下稱藥全會)黃委員金舜也說活動邀請卡已在事前寄發，將在現場邀請大家，請黃委員金舜補充說明。

### 黃委員金舜

- 一、主委、李署長伯璋、蔡副署長淑鈴，以及到場所有委員大家好，大家早安！在此誠摯的邀請所有的健保會委員及到場所有官員，藥全會原本的地址是在民權東路 1 段 67 號 5 樓，樓上是旅行社，這 2 年旅行社經營不是那麼好，房子要賣，所以在今年初，藥全會就有機會買下來，已經裝潢完畢。在明(111)年 1 月 3 日將邀請賴副總統清德蒞臨剪綵，當日下午 1 點報到、1 點半入場，希望委員能一起出席同慶。
- 二、去年因為疫情的關係，本來藥全會要辦理 1 個參訪的活動後來取消。我們規劃在今年 5 月辦理參訪，行程規劃預訂搭遊覽車從台北出發，經過苗栗白沙屯，我想很多朋友都會想去白沙屯參拜，平常參拜人非常多，如果大家願意，我可以請他們主委安排，特別讓我們在那個時間點來參拜。另外，在雲林有 1 家藥局，是由日本的 1 位建築師規劃，建築相當漂亮，媒體也有報導，還會參訪當地的藥廠；第 2 天在嘉義，藥師現在已經有進入長照體系，針對家庭用藥安全進行訪視，也希望讓委員可以了解藥師在長照的努力跟付出，以上 2 點報告，謝謝。

### 周主任委員麗芳

謝謝黃委員金舜，因為不能厚此薄彼，請今天有提出邀請卡的委員，依序簡短說明，先請柯委員富揚。

柯委員富揚

李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、周主任委員麗芳、周執行秘書淑婉、各位委員，大家早安，大家好！明年 1 月 16 日是中全會的尾牙，我們特別跟圓山飯店合作，在下午 5 點先進行剛開放不久的東密道導覽，6 點是晚宴，誠摯邀請委員蒞臨指導同歡，期待 111 年大家都可以一切順利、闔家平安健康。

周主任委員麗芳

請顏委員鴻順。

顏委員鴻順

謝謝周主任委員麗芳、李署長伯璋、蔡副署長淑鈴，以及各位健保會最尊敬的委員，大家早安！我是新北市醫師公會新任理事長，新北市醫師公會因應這陣子疫情對於醫療制度各種的衝擊，在制度上、實務面、未來因應上，究竟產生了怎樣的影響，所以我們辦了 1 場新北的醫療論壇，題目是「疫情後，醫療制度的省思與變革」，時間訂在明年 1 月 16 日上午，半天的時間。非常高興邀請到在座的李署長伯璋、亞東醫院的邱院長冠明，還有在座的陳委員秀熙，各做 30 分鐘的演講，中場休息時間後邀請到周主任委員麗芳擔任綜合討論的主持人，包含黃委員振國、滕委員西華、還有上屆的周委員穎政、台北業務組的劉組長玉娟擔任與談人，誠摯邀請所有委員當天能蒞臨指導。

周主任委員麗芳

今天會議正式開始。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉

一、主席、各位委員，這次議程安排都是依照本年度工作計畫排定，計有優先報告事項 1 案，是擬訂明年度工作計畫跟會議時間表。討論事項 1 案是屬於本會的法定任務，而且必須在年底前完成的事項，是西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，

其實只有風險調整移撥款的確認，所以在這裡也跟大家報告修正這個討論事項的提案名稱，後面再加上「風險調整移撥款」文字，本案在上個月已經討論過，這是第 2 次續請討論案。

二、報告事項有 2 案，是健保署 11 月份業務執行報告跟 109 年全民健康保險自付差額特材執行概況，主委剛才已經講過，會後陳部長時中、薛次長瑞元都會來跟各位委員進行業務座談及餐敘，我們一定要在 12 點前結束會議。桌上有放乘車安排表及路線圖，謝謝提供搭便車的委員，等一下麻煩各位委員按照這樣的安排，我們同仁會引導大家到座談跟餐敘的地點，預計座談會在下午 2 點鐘結束，以上。

周主任委員麗芳

若委員沒有意見，議程確定，接下來進行上(第 7 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

周執行秘書淑婉

一、本會的重要業務報告，項次一部分是依照上次委員會決議事項的辦理情形：

- (一)討論事項第一案是上次委員會議委員的提案，有關電子煙產品的管制，本會在 11 月 30 日依照會議決議函送國民健康署，該署也在日前回復，回復內容在補充資料第 5~6 頁請委員參閱。
- (二)討論事項第二案「111 年度保險費率方案(草案)審議案」，本會已在 11 月 26 日將審議結果陳報衛福部，亦副知衛福部社會保險司及健保署，請其提供委員所關心之財務微調措施及預估經費資料，供費率核定參考，並副知本會，這部分已經完成。
- (三)討論事項第三案是「111 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案」，併第 6 次委員會議通過的醫院、中醫門診總額一般服務地區預算分配案，以上 3 個總額部門地區預算分配，已經在 11 月 30 日陳報衛福部核定。
- (四)另外，最後 1 個討論事項是「111 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」，剛剛在議程中提到，本案已經列入今天的討論事項續議，希望今天能完成議定，因為這是法定必須於年底前完成的事項。
- (五)至於上次會議委員關切「於每次委員會議宜提供歷次委員會議未結案件」，希望能每次提供，因為這次剛好是每半年彙報歷次辦理進度，所以我們就沒有另外寄送，會在明年 1 月起，以電子郵件將歷次委員會議未結案件電子檔，併同每次會議資料寄送委員參考，不另印製紙本，以符節能減碳。

(六)請委員參閱補充資料第2頁，針對上次委員會議決議列管追蹤事項有3項，依照辦理情形，建議解除追蹤1項，繼續追蹤2項(會議資料13~14頁)，最後還是依照委員會議定結果辦理。建議解除追蹤這1項，是有關「110年第3季全民健康保險業務執行季報告」委員所提意見，健保署已提出回復說明在會議資料第26~32頁，這部分建議解除追蹤。

二、項次二，關於歷次委員會議未結案件之辦理情形，這部分每半年彙報1次，11月底未結案件共有16項，洽請社保司及健保署提供最新的辦理情形之後，就2個單位部分回復擬請解除追蹤案件，送請關切各該案件之委員審視，委員都有回復。經參酌委員意見及各單位辦理情形之後，建議解除追蹤只有1項，繼續追蹤15項；建議解除追蹤1項，在會議資料第15頁，是有關於C肝防治公務預算與整體規劃及時程，這部分社保司已函復，也送請關切的委員審視後覺得可以接受，本案建議解除追蹤。

三、項次三，在補充資料第2頁，依年度工作計畫，本次委員會議應該要安排「111年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」討論案，因健保署在12月10日才將資料提送本會，上次委員會議有委員反映資料太晚送來不及看。考量委員非常關切本案，為讓委員有充分時間審閱，將安排到111年第1次委員會議討論。日前我們也接到劉委員淑瓊關心105年至目前的執行情形，將於下次會議一併提供並做研析。

四、項次四，依第3次委員會議決定事項，提報110年度各部門總額協定事項未依照時程完成工作項目共19項之辦理情形。其中11項尚未完成，未完成項目基本上都是專款項目，因為年度快結束了，專款預算在年度結束之後若沒有執行就不再支用，其後續處理建議如下：

(一)未完成項目，第1個是牙醫特定身心障礙者社區醫療網有2項，因為本項還是列在111年度牙醫門診總額之專款項



目，現在還沒有提出實施方案，本項建議繼續追蹤。

(二)另外在醫院及西醫基層總額之醫療給付改善方案專款項目有 4 項，主要是擬新增「糖尿病與初期腎臟病整合照護計畫」，這部分在補充資料(第 2~3 頁)有做更新，因為健保署已於 12 月 9 日醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論通過，本項建議解除追蹤。

(三)有關醫院總額的急診品質提升方案，精進方案執行內容部分，目前尚未完成修正，仍依原方案繼續執行，建議解除追蹤，請健保署會同相關學協會持續精進方案內容。

(四)有關鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)，這部分已經好幾年都沒有執行，因為是專款，年度結束沒執行就無法支用，建議解除追蹤。

(五)最後 1 個是門診透析服務的腎臟病與糖尿病整合照護，剛剛已報告，在健保署 12 月 9 日共同擬訂會議已通過，建議解除追蹤。

五、項次五，剛剛主委已經講過，放在桌上的「109 年全民健康保險監測結果報告」，電子檔也放在本會的網頁，請各位委員參閱。

六、項次六，是衛福部及健保署在 11 月至 12 月份發布跟副知本會的相關資訊，已經在 12 月 6 日寄至各位委員電子信箱，不過本次有 1 項補充，是委員關心的事項，本部在 12 月 14 日修正發布「全民健康保險投保金額分級表」，自 111 年 1 月 1 日施行，主要是配合基本工資調整，把投保金額分級表下限金額從 24,000 元，調整到 25,250 元，本會同仁已針對各職業工會因為這樣調整會影響的保費做了整理，列在補充資料第 9 頁，請各位委員參閱。

周主任委員麗芳

謝謝周執行秘書淑婉的說明，各位委員針對業務報告有沒有要提出

垂詢？依序請朱委員益宏、李委員永振、干委員文男、何委員語。

朱委員益宏

- 一、針對補充資料第 3 頁所列的一些總額協定事項未完成項目，特別是醫院總額專款項目，剛剛周執行秘書淑婉是建議解除追蹤。我認為醫院總額「急診品質提升方案」專款項目當初未完成的主要原因，是決定事項所提到的希望精進本方案，以紓解醫學中心急診壅塞情形。
- 二、紓解醫學中心急診壅塞很重要，急診品質提升方案已經執行好幾年，其獎勵的方式，例如 AMI(心肌梗塞，Acute Myocardial infarction)發生後，從進醫院急診室到進入心導管室的時間，是做到多少就給多少獎勵金，所以對於目前醫學中心急診壅塞的情形，並沒有太大的幫助，反而變成執行急診業務時，用一些品質指標去做支付標準的提升，對於紓解急診壅塞卻沒有實質改善。其實各家醫學中心、健保署都有資料，我們可以將方案實施之後歷年各家醫院急診壅塞的數據拿出來比較，就會發現幫助有限。我認為應依決定事項所要求精進方案執行內容，才能對症下藥去解決急診壅塞的情形，不然提出品質提升方案，然後變相地做支付標準的調整，對於解決急診壅塞沒有真正的幫助，我們應該要持續關注這件事。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

- 一、首先請教，會議資料第 13 頁上次會議擬解除追蹤事項，我建議解除追蹤之前是否可請健保署再提供 2 個資料，第 1 個是本人跟何委員語已經等待 2 個月的 109 年平均眷口數，算 2 個月應該差不多可以算出來了，是不是可以提供一下？第 2 個是健保署業務執行報告第 17 頁的安全準備提列情形表，上次會議本人有很清楚的建議，但是這個月的報表還是照舊，檢討之後的結果到底怎麼樣，是不是可以提供一下？備註的說明違不違

法？安全準備沒有盈餘還是要提存的，但備註說有盈餘才提存，短絀不用提存，那是不對的，違反健保法第 76 條。

二、針對歷次未結案件追蹤部分，提出以下幾項意見：

(一)會議資料第 15 頁，有關 C 肝新藥爭取公務預算的追蹤建議，剛才周執行秘書淑婉報告，經徵詢委員同意後解除追蹤，我們尊重。不過我看了一下，知道繼續追蹤大概也沒有結果，因為長官就抵死不從嘛！但有個考量，辦理情形陳述的內容都是 C 肝新藥的執行成效，我們投進去那麼多錢，本來就該有成效，但健保署並未針對編列公務預算部分予以說明，如果就這樣解除追蹤，當然是解掉長官的包袱，健保會是否要背監理不周的責任，請各位委員慎思。

(二)再來是會議資料第 16 頁，有關政府應負擔健保總經費不得少於 36%，這部分是有徵詢我的意見，我是反對啦！因為辦理情形的說明了無新意，從 10 月談到現在還是這個道理，其中是不是可以請社保司慎重考慮一下，一直用案經行政院跨部會研商來當擋箭牌，那也得講清楚，行政院的跨部會研商會議是處理 104 年主計總處跟健保署的爭議，那個解釋是在說明健保法第 78 條規定，安全準備總額以相當於最近精算 1 到 3 個月的保險給付支出為原則，而這邊所列追蹤事項是因為先前的研商結果產生新的爭議，例如健保法施行細則第 45 條的疑義，這些都沒有著墨，沒有著墨要怎麼去追蹤，你們一直用同樣理由搪塞，不然請依追蹤建議所提，舉證委員建議不符現行法規後解除追蹤，請社保司提出說明。我上次講過，你們用國民黨的研商結論搪塞，到民進黨執政還是這樣，坦白講，105 年剛開始的時候我們還有些期待，期待新的執政黨會不會有轉型正義，看有沒有什麼結果，但是到現在還是一樣，還是用之前的研商結果搪塞，我很不客氣講得比較重一點。辦理情形提到審計部已完成審定，我們可不可以講審計部也不用功，

他們的法務大概是睡著的吧？不然的話，也請協助讓委員了解，這樣繼續追蹤才有意思，不然的話，這跟剛才那個 C 肝新藥爭取編列公務預算一樣，再追也不會有結果，本來我想過乾脆解除追蹤，但後來又想到監理職責的問題，本來這是社保司要擔的責任，健保會要背這個黑鍋嗎？所以才堅持繼續追蹤。

三、另外有個未列項目，是 109 年 8 月 28 日有關 109 年上半年門診及住診件數，相較前 1 年同期減少的提案，考量該提案是因為防疫期間門診及住院件數下降，請健保署持續落實 109 年預算檢討，這個議題應該可以延續到 110 年，我覺得這 2 年的疫情是很難得的經驗，健保署是不是好好檢討一下，藉此機會掌握醫病的新常態是怎麼樣，不然一直朝調整保費費率思考，反使財務收支結構性失衡一直無解，我認為這是很好的機會，把重點調整一下，我也不反對，但應該繼續，不要把這難得的經驗給忽略掉。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

補充資料第 3 頁提到，全民健保投保金額分級表已經修正發布，我們一直在等健保署的行政命令發下去，但到現在都沒收到，媒體的報導有據說的，也有早就說的，我這幾天接到很多電話問到底要不要調整，行政命令都發布要調整了，但紙本公文卻沒收到，要投保單位怎執行？建議趕快將公文發下去，不要再拖了，這是早就該完成的東西，為什麼要拖，這是我對補充資料第 3 頁說明的意見。

周主任委員麗芳

請侯委員俊良。

侯委員俊良

一、會議資料第 10 頁衛福部修正發布「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，其中提到居家照護部分，每位居家護理人員每月訪視合理量由 75 人次增加為 100 人次，合理量增加 1/4 算是蠻多的，請問人次的放寬對於整體的居家照護的服務是否會有影響？放寬的原因是什麼？

二、在全民健保監測結果報告第 52 頁，提到為提升住院護理照護品質，健保總額從 98 年起挹注很多經費，但整體醫學中心護病比小於 7 的占率還不到 3 成，期待健保署研議提升醫學中心護病比的策略，請問健保署目前進度到哪邊，看起來這是長年問題，是否有比較具體的策略方向？

周主任委員麗芳

請陳委員石池。

陳委員石池

有關各部門未依時程完成項目，關於急診品質提升方案，我想原本立意很好，希望紓解醫學中心急診壅塞的情況，但事實上其指標有一點問題。我記得有項指標是急診 3、4、5 級病人 4 小時內離院比例，這個立意好像是可以減少病患在急診的時間，但這是不對的，加速處理輕症的急診病人，那重症怎麼辦？應該是要減少輕症的急診就醫才對。就我印象所及，3、4、5 級的急診病人中，4、5 級占了 20%，這比例非常高，應該減少輕症就醫，不是加速輕症處理，這樣反而會耽誤重症病人的處理時間，所以我認為改善急診品質提升這部分雖然很好，但其實相關的品質指標也應該重新思考。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

一、我有 2 點補充意見，首先是剛剛陳委員石池所提對於急診品質指標的意見，我提供委員健保署網站上的資料，健保署網頁中有個分級醫療的專區，其中有最新的統計資料，急診就醫情形，110 年 1~9 月急診的就醫狀況，第 5 級檢傷分類，跟 109

年相比成長了 1.29 倍，第 5 級檢傷分類的病人，應該是看門診而不應該到急診的病人，但在疫情期間，110 年 1~9 月成長 129%，也就表示這個政策對於病人不要來急診就醫是沒有有效的，而且在疫情期間反而更增加，我覺得特別在疫情期間，加速了急診的壅塞跟惡化。大家不要忘了，SARS(Severe Acute Respiratory Syndrome，嚴重急性呼吸道症候群)期間，醫院最先被攻破的就是急診，我認為急診壅塞、急診品質獎勵方案內容要重新檢討，不該淪為急診醫學會或某些專家用來提升急診給付不足的巧門，而是應該真正用於紓解急診壅塞，這是我對陳委員石池所提意見的補充。

二、會議資料第 22 頁，擬解除追蹤事項第 9 項，關於分級醫療政策的成效與檢討，雖然健保署做了很多事情，但相關業務特別是區域級(含)以上醫院門診量年減 2%，跟 106 年比要逐年降低，108 年跟 106 年比要降 4%，但是 109 年跟今年 110 年遇到疫情就全部暫停，完全沒有做。然後在 106 年開始做門診量年減 2%政策的時候，其實有個配套，就是把醫學中心跟區域醫院的合理門診量全部取消，109、110 年碰到疫情關係年減 2%政策暫停執行，但合理門診量也沒有恢復，導致疫情舒緩之後，我們看到幾家醫學中心的門診大幅成長，甚至我就點名，因為這是可以查證的。

三、台中榮民總醫院在 10 月的門診較去年的門診成長超過 10%，1 家醫學中心門診成長超過 10%，連帶造成整個中區醫學中心不得不去成長其門診，包括台中中山醫院、中國醫藥大學附設醫院，整個在 10 月份的門診都大幅成長，甚至有中區會員醫院跟我反映，台中榮民總醫院不但門診大幅成長，還把門診時間延長，例如原來下午 2 點鐘開診，就提早半個鐘頭開診，甚至增加假日門診，這個完全都是因為沒有政策去引導，放任讓醫院純粹為了財務目的做這些不當的使用。

四、所以我在此要特別呼籲，請健保署跟衛福部思考，要怎樣延續

分級醫療政策，不能因為疫情期間全部暫停，放任大醫院該做分級醫療的全部暫停。其實在別的區，有一些小型地區醫院在 107、108 年配合分級醫療政策，都有接受到大型醫院下轉的病人，但 109、110 年全部沒有了、下轉的病人都不見，完全下不來，我認為政策引導力度非常重要，不能放任醫院依照自己最高利潤去發展，這樣整個醫療體系會提早崩盤。

周主任委員麗芳

補充說明一下，因為今天我們一定要在 12 點前結束會議，待會李委員永振、趙委員曉芳及劉委員淑瓊 3 位委員發言後，還要再請健保署回應，若其他委員還有意見，麻煩請用書面提出。

李委員永振

- 一、第 2 次發言，在會議資料第 7 頁，剛才周執行秘書淑婉也有補充，就是有關於菸害防制法的修法，感謝幕僚同仁很辛苦，馬上行文國健署，該署好像也很有誠意，也馬上回文，不過說明的內容讓我感到失望，因為那些在我們的提案好像都已經提過。這邊提供 1 個新的訊息，蘇院長貞昌於 10 月 28 日在立法院接受國民黨立委質詢時，曾經提到過說修法內容已經有共識了，努力要在年底送到立法院審議。不過現在已經是 12 月下旬了，我不曉得會不會跳票？不過國健署應該已經知道，為什麼不提供給我們，要委員自己去看報紙才知道，這是第 1 點。
- 二、會議資料第 8 頁(四)有一些協定事項的追蹤，記憶所及，在前 2 次委員會議，有提到過協定事項在協商之前應該有初步的構想，要達到什麼目標、什麼成效，協商完畢預算給了，計畫的細部內容就要出來，因為年度開始就要執行。但這邊怎麼一直追，從年中追到年底，1 年都過去了，還有些要拿掉，這樣的話不是給付費者代表打臉嗎？我們給你錢，結果你一點構想都沒有，這樣如果我們把這個情況公開出去，被保險人看到的話，會說這是在搞什麼鬼。現在如果要調漲保費，會不會有連鎖的負面影響，是不是請健保署跟各總額部門，深思一下有無

改善的空間，不然一直拖、一直拖，拖到最後錢給了之後說沒辦法執行，雖然錢沒有發出去，但是總是很奇怪。

三、會議資料第 18 頁，剛才沒有提到擬繼續追蹤事項的第 3 項，健保署提到說他們都按照健保法第 2 條、第 3 條、施行細則第 45 條規定去處理，為什麼獨獨漏掉健保法第 76 條規定？那才是關鍵！必須遵循健保法第 76 條規定提列安全準備！李署長伯璋也很聰明，他知道寫下去的話，依法行政的說法就又破功了，如果不寫的話，就是沒有講，但是安全準備提存跟公式裡面應提存安全準備是有相關的，現在爭議中 1,000 多億元就是因為這一點。

周主任委員麗芳

請趙委員曉芳。

趙委員曉芳

一、我首先想要多了解的是會議資料第 18 頁有關呆帳的部分，這個追蹤的建議是說要等到健保署研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性後解除追蹤。如果可以的話，可否請健保署再提供多一點有關呆帳的實質的內容，到底是哪些類別的人、呆帳的金額大概是多少，那會比較容易想像可能可以從什麼樣的路徑去解決不同原因引起的呆帳問題。舉例來說，依據公益彩券回饋金運用及管理作業要點，可以運用這個基金來協助弱勢族群排除就醫障礙，是不是在呆帳的類別中，有一些其實不屬於符合作業要點定義的弱勢族群？

二、對我們來講，這是有意義的資訊，因為這些族群雖不合法定的弱勢族群，但卻可能是弱勢中的弱勢。傳統假設的弱勢族群，例如低收入戶或者是 70 歲以上老人，他們的健保費都有法源可以編列公務預算去支應，但會列在這邊沒有辦法處理的，可能就是沒有任何財源、沒有任何的途徑可以解決的人，所以如果可以的話，請給我們多一點的訊息，讓我們可以去想像，未來可能有什麼方式可以去解決這個問題。



- 三、有關 109 年全民健康保險監測結果報告，其實整本監測結果報告蠻多指標都用百分比的方式來呈現變化情形，我只是要跟大家提醒，百分比其實是 1 個蠻粗糙的結果呈現的方式。以監測結果報告第 71 頁為例，這樣的報表呈現結果，結論是近 3 年牙醫、中醫門診部門醫療資源不足地區及山地離島地區之就醫率低於一般地區，但我覺得這樣的結論不盡公平。
- 四、第 1 點，以 109 年為例，不同地區的百分率不該被拿來做比較，因為比較基礎不一樣，分子與分母也不一樣。第 2 點，如果要做趨勢比較，其實是要看 107~109 年各個部門整體的百分比改變，以山地離島地區 107~109 年的變化為例，可以發現結論是醫院及西醫基層部門在山地離島地區的就醫率微降，牙醫門診部門其實是持平，中醫門診部門稍微有點下降，但整體趨勢是持平。建議直的來看第 71 頁的表格數據，並分部門、地區來看，並且我建議未來把分子、分母的人數加進去，比較能讓我們想像這個百分比是從 1 萬個人來的，還是從 1 千個人來的。第 3 點，我建議應該校正各地區人口流入、流出的改變，因為山地離島及醫療資源不足地區的就醫率微降，可能的原因不是醫療服務提供狀況不好，而是因為當地人口變少，導致需求減少造成，因此，提供人口流入流出的變化比例，將有助於我們理解數字改變的原因。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

我有 3 點意見，說明如下：

- 一、就「健保會第 5 屆委員會議歷次未結案件追蹤表」中「三、總額協商」的第 3 項，針對分級醫療，醫改會具體的意見請參閱會議資料第 92~93 頁，我不再贅述。
- 二、分級醫療是指各級醫院有不同的核心照護任務與角色，目的是讓醫院專注照顧急重症病患，民眾有病先找家庭醫師或至

附近診所就醫，藉由院所分工合作、雙向轉診，協助民眾找對醫師、看對科，提升醫療照護品質。(健保法)第 43 條也有規範。不僅倡議團體、健保會委員相當關切，健保署也是經常舉出分級醫療是健保重要政策之一，但事實上誠如剛才朱委員益宏的意見，健保署對於醫學中心的監控其實是很不夠的。醫改會在 2015 年曾就「胖門診現象」開過記者會，指出醫學中心輕症照護率過高的問題。2018 年起健保署對醫學中心設定每年降低門診件數 2% 的目標，不僅要求醫學中心門診件數停止成長，甚至要逆成長，但我們都知道，實務上醫學中心「上有政策下有對策」，衍生很多因應行為，我們卻沒有看到健保署有提出什麼對策。在評核會議中也有很多委員提出，我們現在都是很抽象的強調要壯大基層、強化量能、要積極鼓勵等方式，但到底要壯大什麼？要如何強化？這些都是很基本的問題，我們不希望健保署對本會委員的詢問「實問虛答」，僅提供技術性，甚至很空泛的回應。

三、在上個月五大醫院團體，曾經提出來要達成不衝量的共識，要求醫師婉拒逛醫院、重複拿藥或檢查等就醫行為，醫院逐漸減少夜間門診、假日門診，我期待我們五大醫院團體可以發揮自律的功能。

周主任委員麗芳

接下來請健保署簡短回應。

李署長伯璋

本來想說我今天應該不必報告，結果聽一聽發現委員的詢問還是很多，說明如下：

一、有關會議補充資料第 3 頁急診壅塞的部分，剛剛同仁給我看了一下資料，檢傷分類第 1 級至第 5 級的部分，說實在的，因為陳部長時中最近會針對檢傷分類第 1 級及第 2 級的部分，把部分負擔減少，第 4 級及第 5 級部分負擔則會提高，要不然民眾把急診當作門診，事實上它自己有 1 個誘因，我想我們會針對

這個部分去處理。

- 二、有關平均眷口數的部分，是我們要回應還是商委員東福你等一下要回應？我每次都指名商委員要回應。
- 三、有關安全準備金的部分，其實目前健保的收入及支出情形，的確我們都會很留意，陳部長時中也知道相關的情況。
- 四、有關 C 肝新藥治療的成效，自今年 10 月 22 日開始，我們開放 C 肝新藥治療不限肝膽專科醫師可開立處方，門診治療人數已大幅成長約 3 成，我們一直在說要快篩去找到需要治療的病人，而的確有一些病人沒有症狀，不見得會到肝膽科治療，所以現在用這個方式確實有看到效果。其實 C 肝新藥本來治療效果就很好，治癒率已達到 98% 以上。
- 五、有關委員所提政府應負擔健保總經費 36% 的辦理情形了無新意，商委員東福這是屬於你的權責，你等一下再看一下。
- 六、有關投保金額分級表的部分，今天才會送到我的辦公室來，我再跟委員做補充。
- 七、有關居家醫療照護人數的部分，居家醫療及遠距醫療都是我們的業務重點，剛剛提到的照護人數，如果需要的話再提供給委員參考。
- 八、有關護病比的部分，的確整體來說，護理人力以目前的支付標準，只是護理人員拿到薪資的一半，所以很多醫院對增加護理人力的壓力就很大，不過我想護病比會是我們的業務重點。
- 九、有關輕症就醫的部分，我說實在的，分級醫療不是在喊口號，其實我從一上任就覺得分級醫療是台灣醫療體系需要改變的重要政策，要不然急重難罕症假如沒有在醫學中心就醫，事實上基層也吃不下所有急重難罕症，說實在急重難罕症是真的需要開刀或進行特定處置，假如不在醫學中心、區域醫院開刀，病人是沒有救的。所以我們希望輕症盡量回到基層就

醫，在明天公投結束後，我想陳部長時中那邊會加速處理分級醫療的部分。

十、有關台中榮總門診大幅成長的部分，沒錯，其實目前各地區新設立的醫院不是我們健保署能管理的，在高屏區那邊最近增加了 5 家醫院，增加 2,500 床，中區的部分，我想有個新的院長上任，他可能也要創造他的營運表現，的確就是不同醫院都要讓自己表現很好，就像現在各個醫學中心、區域醫院、地區醫院，每一個人當院長都一樣，要大家認為你是很好的 CEO(chief executive officer, 執行長)就是病人要多，但問題是大家都衝量，點值當然就會下降。剛才提到五大醫學中心去拜訪總統時，我也講得很清楚，這個醫界自己要管制，自律不是只有掛在嘴巴上。

十一、有關總額協商的部分，我想委員也可以放心，這一次陳部長時中也特別針對基層使用糖尿病用藥，不論是用 GLP-1 受體促效劑(glucagon-like peptide-1 agonists)或 SGLT-2 抑制劑(sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors)等比較貴的藥，你們也都有答應讓它在基層用於糖尿病的治療，我想如果基層糖尿病的治療做得好，未來就不會變成要洗腎的情況，這些我們都有注意到。

十二、有關呆帳的部分，前天我到東區業務組，事實上東區業務組健保愛心專戶的錢都很少，問題是這些錢是真正讓無法繳納健保費的弱勢民眾可以獲得保護，各位也知道目前的 M 型社會，窮人真的是很可憐，真的是三餐都不容易溫飽，誰要去保護弱勢者？健保署就是 1 個重要的角色。當然欠錢不是就不必還，十年內如果他有收入就要還，目前經同仁計算，我覺得其實呆帳並沒有特別明顯。

十三、有關趙委員曉芳提到監理指標監測結果用百分比呈現的問題，我想是這樣，請委員不要怪我們，我們同仁不是每個人都發表過 SCI(Science Citation Index, 科學引文索引)

期刊，像我們最近連續 2 篇投稿在國外很好的期刊，在 peer review(同儕審查)的時候，一定都會按照相關規定處理，我也不敢要求同仁，不過我們大家聽到相關建議自己要努力，但其實健保署同仁學經歷都已經很好了。

十四、有關分級醫療的部分也是一樣，其實只要五大醫院不衝量，我上次也拜託翁委員文能，你也有答應你們要自律，你看我現在在這裡被罵分級醫療做得不好，其實也不是我 1 個人就能作主的，我們自己醫療體系這部分也要去弄好，以上回應。

周主任委員麗芳

經過充分的討論，很感謝李署長伯璋精闢的回復。有關本會重要業務報告，110 年度各部門總額協定事項未依時程完成之工作項目，剛才朱委員益宏所提醫院「急診品質提升方案」專款項目(決定事項：精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形)繼續追蹤，其餘事項依擬議辦理，餘洽悉。請進行優先報告事項。

參、優先報告事項「擬訂本會 111 年度工作計畫及會議時間表(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請說明。

張副執行秘書友珊

- 一、本案是有關本會所擬訂的明年度工作計畫以及會議時間表(草案)跟委員報告，111 年度的工作計畫主要是依照健保法及其施行細則規定，以及歷次會議決議(定)事項與總額協定事項，擬訂相關的工作項目。在提會報告之前，也有先徵詢以及參採健保署的意見，完成了本會 111 年度會議時間表及工作計畫(草案)，請委員參閱會議資料第 47~56 頁。
- 二、接下來請委員參閱會議資料第 48 頁，第 48~51 頁是有關 111 年度工作計畫(草案)，這個部分是按照會議召開的時間來進行排序，包括從明年 1~12 月份，每次委員會議預訂進行的報告事項或討論事項都臚列在其中。另外在第 52~55 頁的部分，是將相同的工作計畫項目，依照業務性質排序，例如在業務監理的部分，有安排 4 個專案報告要請健保署提報，還有例行的監理業務以及業務訪視活動；另外在第 53 頁開始，是為了完成總額協定事項，臚列共計 22 個工作項目。此外，也包括費率審議相關事項，以及依健保法規定需提本會討論的事項，相關的法條依據也都臚列於備註提供委員參考。
- 三、請翻回會議資料第 45 頁說明二，就剛才所提到的 4 項專案報告，於之前徵詢健保署意見時，健保署建議下列 3 項報告改為併入業務執行報告，或改請醫師公會全聯會(下稱醫全會)進行報告。考量這些事項都是屬於本會法定業務，非常重要，而且是總額協定事項的要求，所以建議還是請健保署善盡保險人義務，本於權責來向本會進行專案報告，除了這 3 項之外，其餘健保署所提意見都已參採並納入工作計畫(草案)中調整，

相關說明請參閱會議資料第 57~58 頁附件三。以下僅就 3 項專案報告的部分簡要說明：

- (一)第 1 項，安排於 3 月份的醫療院所財務報告之公開情形報告，健保署建議併入業務執行報告。這個部分本會主要考慮到依健保法第 73 條規定，財報公開辦法需提本會討論，為了讓委員充分了解財報公開的情形，所以請健保署還是進行專案報告，在過去幾年，其實也都有做這樣的安排。
- (二)第 2 項，有關家庭醫師整合性照護計畫執行成效報告，健保署希望由醫全會進行報告，考慮到這是屬於總額的協定事項，健保法第 61 條也規定保險人在總額協商後要研商及推動相關事宜，所以還是請健保署本於保險人義務統籌報告，有需要的時候仍可請醫全會回應說明。
- (三)第 3 項，安排於 6 月份的新醫療科技預算之檢討及管控報告，也是屬於 111 年度總額協定事項，因為不論是付費者或是醫界建議方案都列有此項專案報告，表示委員非常關心這件事情，所以仍建議依照協商結果來處理。

四、另外，有關 111 年度委員會議時間(草案)，請參閱會議資料第 47 頁附件一，這部分以表列呈現明年委員會議及重要會議之預定時間，原則上明年委員會議還是安排在第 4 個星期五召開，與今年相同，只是配合 2 月份的農曆新年假期，所以 2 月份沒有安排會議，1 月份委員會議則配合提前到第 3 個星期五，至於 4 月 21、22 日有安排兩天一夜的業務訪視活動及委員會議，預計到東區業務組進行參訪。另外 8 月份及 11 月份，主要是配合總額協商及費率審議必須要報部核定的時程，提前到第 3 個星期五召開。

五、原則上會議時間表在今天的會上確認後，希望委員將時間預留下來參與相關會議，另外工作計畫也是於今天會議確認後，請相關負責單位配合辦理，以上報告。

周主任委員麗芳

謝謝說明，李署長伯璋要發言，李署長請。

李署長伯璋

有關第 2 項家庭醫師整合性照護計畫成效專案報告，我想沒錯是健保署的責任，不過我是覺得這個部分，我有拜託醫全會代表我們健保署報告。說實在的健保署也只能報數字給你們看，數字你們都不喜歡看，對不對？實際這個計畫的操作內容我想醫全會比我們更懂，他們也願意幫忙我們做報告，所以我想以這個方向來做處理。

劉委員淑瓊

我認為健保署跟醫全會兩邊都要來報告「家庭醫師整合性照護計畫」，因為兩邊的角色不一樣，醫全會是服務提供方、健保署是買方，建議可以醫全會為主報告實務情形或困境，但我希望健保署也應該站在你們作為 1 個保險人的立場，就計畫目標執行概況、政策成效與策進作為等有所評價及回應。

周主任委員麗芳

李署長伯璋還要再發言。

李署長伯璋

那你(醫全會代表委員)把簡報做好，我來報告，你們幫我做好簡報，做完我來報告沒關係。

周主任委員麗芳

其他委員還有沒有意見？請李委員永振。

李委員永振

一、我認為討論事情不需情緒用事，劉委員淑瓊所提意見沒錯，健保署的角色是不一樣的，你要請他(醫全會)做簡報，難道你們健保署都沒有立場嗎？你是保險人，你是整個健保業務執行方向的掌舵手，中間的處理過程我們沒有意見，但最後仍是你應該負責，你不能說資料是誰提供的，所以他們比較清楚，我是覺得應該是這樣才對。另外這個專案報告要提報的是執行成效，我比較期待健保署可以真的提出比較具體的成



效，我比較關心的是最後到底被保險人得到什麼好處？或是對我們整體的醫療費用管理有什麼幫助？成效不一定是省錢，如果對於被保險人提供的服務有變好，也算是成效，但應該要很具體地提出。我常提到以前討論 Statins 類藥物(一種降血脂藥物)納入給付，健保署不建議納入給付，但醫院一直爭取，後來我們討論要給付，因為它的成效是讓病人使用後能延長壽命，這是成效啊，或者說如果能让病人減少病痛，這也是成效但就相對抽象，我建議盡量不要用抽象的方式來呈現成效。

二、第 2 點，請參閱會議資料第 50 頁，12 月 23 日委員會議排定之優先報告事項第 1 項，全民健康保險業務執行季報告是口頭報告，是否可以提前到 11 月份來進行，因為如果按照以前的時程，應該是安排在 11 月份。111 年第 1 次業務執行季報告安排在 3 月份，是因為 2 月份適逢春節沒有開會，才延到 3 月份，照理說業務執行季報告應該是在 2、5、8、11 月來報告，雖然 11 月費率審議確實是比較重要的工作項目，但在 11 月進行業務執行季報告應該是不會影響到費率審議。另外 1 個考量是，本屆委員下一屆不一定都會連任，如果在 12 月報告，本屆委員提的一些建議，來年他們卸任後就沒有辦法知道後續的辦理情形。若於 11 月報告，至少在 12 月，有部分的項目他們還可以看到辦理情形，所以是不是移到 11 月報告會比較好？

周主任委員麗芳

11 月嗎？

李委員永振

對。

周執行秘書淑婉

我可以說明一下嗎？

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉。

周執行秘書淑婉

本會考量今年 11 月進行全民健康保險業務執行季報告之口頭報告時，花很多時間，所餘進行費率審議的時間，就被壓縮了。所以在規劃 111 年度工作計畫時，才試著把報告時程往前或往後移。因為今年印象很深刻，本會重要的費率審議案討論時間被嚴重壓縮到只剩下 1 小時可以討論，我覺得實在不夠。至於業務執行季報告的月份，就看各位委員覺得怎麼安排比較好，理論上本來是要排定在 11 月份進行，沒有錯。

李委員永振

全民健康保險業務執行季報告是不是可以排在 11 月，屆時若真的討論時間壓迫的話，再把報告往後延。

周執行秘書淑婉

好。

周主任委員麗芳

請顏委員鴻順。

顏委員鴻順

其實剛才李署長伯璋提到的家庭醫師整合性照護計畫，在西醫基層是個非常重要的計畫，實施 10 幾年來，到目前總共照顧約 600 多萬位民眾，西醫基層有 7,000 多位醫師參加。在基層診所中，比較積極的醫師都被我們 invite(邀請)參與這個計畫，這個計畫，除了照顧民眾外，也明顯提升西醫基層醫療品質及服務品質。也為了精進這個計畫，每年都在健保署開很多次計畫精進會議，今天下午也還要開會討論。在執行面的部分，醫全會也願意和健保署配合，將來在執行面或有需改進的地方，以及要達到哪些成效？就由我們來說明，健保署就站在保險人角色檢視我們哪些地方要改進？或是對我們提出未來的期許，所以這方面我們願意和健保署配合。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

## 千委員文男

- 一、請參閱會議資料第 45 頁說明二、工作項目 1 的醫療院所的財務報告公開情形，這已實施很多年了，應該早就要公布所有醫療院所的財務報告，不要設定收入超過 2 億元的醫療院所才公布，希望全部公布，這也提了 n 次，請健保署在這方面多努力。
- 二、我贊同劉委員淑瓊講的話，因為公權力在健保署，老百姓都很相信健保署講的話，如果由各總額部門承辦團體報告，我們會很質疑，健保署要各總額部門提供資料，我們沒有意見，但報告一定是要由健保署來報告，因為你是經營人，only one，台灣只有 1 個健保署。健保署的政策說明，我們就會對外宣傳，例如之前寄給我們出國超過 2 年戶籍被強制遷出，健保因應措施的書面資料，我們就對外傳達這個資訊。希望健保署能擔當起來，按照 SOP(Standard Operation Procedure，標準作業程序)，每個月該報告就報告，不要再提了。我相信健保署的公權力，各總額部門可以提供資料給健保署，由健保署綜合客觀、主觀資料來進行報告，提出健保署的意見。

## 周主任委員麗芳

- 一、健保會委員非常信賴李署長伯璋，所以就請李署長伯璋勉為其難，仍請健保署統籌報告。
- 二、請黃委員振國、何委員語，等一下 2 位委員發言結束後，本案就停止討論，今天是要確定議程和時程而已，沒有要討論實質工作計畫內容。請黃委員振國。

## 黃委員振國

- 一、我想難為李署長伯璋了，我參與家庭醫師整合性照護計畫 10 幾年來，歷經計畫內容的改變和規模擴大，簡單來說，原來只是用家庭醫師的概念，從找自己熟識的病人成為會員，轉變為提供醫療需求比較高的會員醫療服務，等於擔負基層有醫療需求及慢性病需求個案的醫療照顧，這樣的個案有 80%~90%都

可以接受家庭醫師整合性照護計畫的服務。

- 二、另外大家熟悉的幾項重要的健保業務，例如健保 IC 卡寫入、雲端藥歷查詢及上傳，利用電子轉診平台進行雙向轉診，明年我們會把檢驗上傳作為重要的議題。每一年因應我們的需求，都有修正指標。
- 三、像李署長伯璋要處理這麼多事情的人，要了解這些來龍去脈相當不容易。各位委員可能也相當認真，當然我也是贊成，各位稍安勿躁，我不是要替李署長伯璋講話，我是建議說，還是要請李署長伯璋報告，各位委員有疑慮的話，可以向他詢問，我們會和健保署妥善溝通。我還沒講完，你們不要舉手，以為我要替他報告，絕對沒有。你們了解這個過程，如果各位委員想要指導這個計畫，我們也隨時歡迎各位委員來給我們指導。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、第 1 點，我希望平均眷口數能在月底公告。
- 二、第 2 點，在分級醫療部分，我認為區域級(含)以上醫院門診減量 2%是不合理，頂多 1%。長期以來，地區醫院認為它的醫療收入比區域醫院還低，它們認為這樣不合理，現在已經爭取和區域醫院相同的收入，所以我認為降 2%的部分，應該重新考慮，而且政策不能再延續，既然公告實施 5 年，5 年到了就應該停止實施，不然發布新公告。
- 三、第 3 點，在西醫基層，應該不是全部的診所都可以參與糖尿病醫療給付改善方案，也不能叫骨科醫師也來照護糖尿病病人，這點要慎重考慮。
- 四、家庭醫師整合性照護計畫的績效評估，我認為已經搞了 10 幾年了，還在績效評估，台灣那麼沒有效率嗎？搞 10 幾年還在做績效評估，重新檢討，該廢就廢，該做就做，回歸正常化，

不要好像繫在籬笆上的 1 朵鮮花。

五、最後 1 點，我要幫健保會講一些公道話，因為明年 9 月 22 日又要進行總額協商會議，為什麼要講這句話？因為 5、6 年前，進行總額協商時，付費者曾邀請公正人士及專家學者參與付費者內部會議，諮詢其意見，但他們的意見和付費者不同，曾發生這樣尷尬的事情，所以停了 3、4 年，付費者內部會議沒有邀請公正人士及專家學者參與。今年大家推請我擔任召集人，健保會從未提供我任何資訊，或是哪個公正人士或專家學者參加哪項協商，完全都沒有。在開會前，我腦筋才閃過來，因為我以前都笨笨、呆呆的、有一點失智，那天突然聰明起來，真的在召開付費者內部會議的 30 分鐘前，才決定要邀請公正人士、專家學者參加付費者內部會議，但我腦海中想出來的名字只有那幾位，其他人都不在我的腦海中，我叫不出名字來，就無法邀請他。

六、事後有人怪健保會怎麼沒有推薦他參加付費者內部會議，不要冤枉健保會，健保會從來沒有跟我講過這句話。只不過那天我腦海中沒有這個人的名字，表示他跟我沒有互動、沒有跟我講過一句話，在我腦海中顯現不出來他的名字，怎麼邀請他參與付費者內部會議。明年的總額協商，我們當然會很尊重公正人士及專家學者的意見，到時候看我的腦筋反應過來與否，也許那天我又變成老人痴呆、失憶症，什麼都忘記了，如果我想起來就會邀請，今天我幫健保會澄清一下，不要怪健保會。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

一、我要回應剛才劉委員淑瓊、李委員永振、干委員文男、黃委員振國提到，關於報告的事情。我要強調 1 點，健保署和執行單位是 2 個不同的角色，健保署(是代表 2,300 萬被保險人購買醫療服務的單一買方)其實是負有監督責任，不可能今天去買東

西叫廠商報告，買方完全沒有意見，我相信執行單位醫全會花很多心思做這麼多年，有很多精彩的地方和內容可以報告，但我更期待健保署以保險人買方的身分，能夠提出 1 個公正的監督報告。

二、就像今年總額協商，健保署扮演的角色應該是要去審視醫療服務提供者提出的要求合不合理，並向委員提出保險人的判斷，而不是對醫療提供者提供出來的 wish list(願望清單)照單全收，甚至要 5 毛給 1 塊，或是僅是提出 justification(試算說明)，這對扮演保險人的角色而言，其實有不夠周全的地方，以上再次重申。

周主任委員麗芳

謝謝各位委員提供意見，關於家庭醫師整合性照護計畫執行成效評估報告，由健保署進行報告，當然也請醫全會配合，感謝李署長伯璋。其餘就是剛剛李委員永振提到，12 月份健保業務...

劉委員淑瓊

主席，對不起，容我打岔就「工作計畫及會議時間表」再提出簡短意見。我請各位委員也思考一下，總額協商是在 1 天中，付費者要面對四個總額，從早上 9 點開到凌晨 1 點鐘，這完全超乎人類的體能上限。這種情況下，我們能否好好扮演付費者的角色？我不清楚過去是否有討論過這件事情，請審慎思考這樣做是否能善盡付費者的責任？

周主任委員麗芳

請卓委員俊雄。

卓委員俊雄

我本來的想法是，這個報告案就是討論工作計畫和會議時程，沒想到愈談愈廣。既然談到總額協商，針對總額協商，明年我會提出 1 個方案，就是整個協商過程可以引進目前法院的操作實務，是否事先交換書狀，以節省 9 月 22 日的討論交鋒時間。我會和其他委員寫好提案供健保會委員討論，若可以的話，今年就可以有 1 套比較

新的、能減少紛爭或有讓整個協商速度加快的方案。

周主任委員麗芳

- 一、有關總額協商，先框住 9 月 22 日(週四)和 9 月 23 日(週五)這 2 天的時間，至於細節的部分，我們會有提案，專門討論總額協商的細節。
- 二、剛李委員永振提到 12 月的全民健康保險業務執行季報告(口頭)移到 11 月，其餘確定，請進行下一案。

肆、討論事項「111 年度西醫基層總額一般服務地區預算分配之風險調整移撥款案」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、有關於西醫基層總額一般服務之地區預算分配，已在第 6 次(110.10.22)及第 7 次(110.11.19)委員會議進行討論，其中 R 值、S 值已經議定，請參閱會議資料第 61 頁說明一。目前只剩風險調整移撥款尚未議定。本會在 11 月 29 日函請醫全會對於風險調整移撥款的額度與用途提出建議，若醫全會可以在會議前提出建議，建議優先討論醫全會建議的額度和用途，但截至開會前還沒有收到回覆。
- 二、請參閱會議資料第 62 頁，依據協商程序，若醫全會無法提出建議，則由本會掣案，建議的內容和上次委員會議的建議內容一樣，考量 111 年 R 值、S 值和 110 年度相同，建議風險調整移撥款比照 110 年度額度，6 億元，用於保障東區每點 1 元及撥補點值落後地區。
- 三、依據 111 年度醫療給付費總額協商原則，需保障或鼓勵之醫療服務，盡量以回歸支付標準處理為原則，但如有部分服務需採點值保障，請健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，送本會同意後執行。
- 四、此外，很多涉及執行面及計算，包含風險調整移撥款等執行細節，本會授權健保署會同西醫基層總額相關團體議定，其風險調整移撥款的執行方式請送本會備查。

周主任委員麗芳

請醫全會顏委員鴻順或黃委員振國說明。

顏委員鴻順



- 一、向主席和各位委員報告，上個月我們提到有關西醫基層 6 區分配，我們再帶回去努力一下。這次開會前，6 區都很慎重地開過會前會，但每位與會代表都非常謹慎，深怕做了對自己分區不好的決定，回去會被指責，所以跟各位報告，醫全會還是沒有達到共識。
- 二、至於沒有達到共識的原因，以往這麼多年當中，不論是移撥 4 億、5 億或 6 億元做為風險基金，大家都已經習慣以「點值落後」作為撥補地區和對象，這是這幾年來大家都能接受的作法。但去年及今年因為疫情關係，讓點值產生偽性逆轉，就像台北區連續 18 季點值最後 1 名，今年在疫情期間，點值竟然變成第 1 名，因為台北區是受創最嚴重的地方，也就是病人數、服務量下降最厲害，結果點值變得最高。若採以往概念變成台北區應該在風險基金中拿出來撥補其他地區，豈不是變成疫情受災重的地方撥補疫情受災輕的地方，所以大家就一直糾結不下。
- 三、在討論的過程中，台北區主張風險基金是 6 億元或 5 億元都好，把風險基金分成一半一半撥補，50%依以往的觀念，撥補點值落後地區，另外 50%撥補疫情受災的地區，提出這樣 1 個新的操作方式。其他分區就比較謹慎，他們覺得疫情持續的話，乾脆疫情期間就不要進行撥補，如果疫情不嚴重或沒有疫情的話，仍用點值高低做為撥補的標的，大家對於台北區提出 50%以點值、50%以疫情受災嚴重程度作撥補指標比較謹慎，所以最後結論是建議先以今年前 3 季狀況試算後再討論，所以再次開會未達成共識。再請黃委員振國委員補充。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、109 年大概是因為疫情的關係，所以 6 分區的點值都大於 1，而我們撥補落後地區的規則是，點值大於 1 就不用撥補，所以

實際上 109 年風險調整移撥款是沒有用到的。

- 二、110 年截至目前，只有台北分區的第 1 季點值小於 1，所以有撥補些微金額，目前第 2、3 季計算出來的點值都大於 1，所以第 2、3 季沒有實施風險調整移撥款的撥補，剛剛顏委員鴻順也提到，疫情最重的台北分區目前點值反而高居第 2、3 名，若照原本依點值高低撥補的方式，疫情最重的台北分區可能無法拿到撥補，反而要拿錢去撥補其他分區，台北分區在西醫基層總額占率是 1/3，如果各位委員議定用 6 億元作風險基金的話，台北分區就要出 2 億元。
- 三、為什麼台北分區提議要考慮疫情因素，因為我們無法掌握疫情狀況，沒有人知道明年有沒有疫情，希望樂觀一點，期待能恢復到以往沒有疫情的情況，這樣風險基金大概有 3 億元可以撥補點值相對落後的地區，我們提出針對落後的 3 個區撥補一定的比率，只是還沒有達成共識。如果像 109、110 年發生疫情，雖然有提撥風險調整移撥款，但事實上沒有發揮作用的話，就改以受災情況比例分配，以上這兩個情況其實是 or 不是 and。若採原來風險調整移撥款的額度 6 億元，可能只會用到 3 億元左右。如果依這個方案，其他分區因為在這 2 年裡沒有得到撥補，所以他們會比較保守，很抱歉我們又沒有達到共識，向大家報告。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、因為西醫基層這個案子討論到風險調整移撥款。醫院協會的風險調整移撥款是兩案送請部長裁決，就我了解，西醫基層是補點值、中醫門診也是補點值，看起來其他總額部門都是拿來補點值，但是在醫院總額這邊，卻告訴醫院總額不能補點值，我覺得這個標準蠻奇怪的。當然目前 111 年度總額還沒核定，醫院協會也還沒討論風險基金額度及如何使用，如果開放讓其他

總額都可以撥補點值，也應該給醫院協會彈性決定是否要撥補點值。

- 二、醫院協會這裡也曾發生過類似西醫基層的情形，以台北分區為例，台北分區是 6 分區點值最差的地區，但台北分區還要拿出較多的預算撥補給東區，會發生跟醫全會一樣的狀況，點值最差的分區還要拿錢出來補給點值好的分區。這個因為牽涉到健保會對風險調整移撥款使用的共識，若共識是允許補點值這個原則是確定的話，我們在醫院協會內部討論時就可以把這個因素列入考量。

周主任委員麗芳

接下來請委員表示意見。請何委員語。

何委員語

- 一、我認為健保會今天應該通過風險調整移撥款的額度，至於該金額怎麼調控、利用，應該是各總額內部要做滾動式檢討，不能說死。也就是說，今天通過西醫基層 6 億元，不是整年就把 6 億元掛在那裡，應該定期做滾動式檢討，當疫情嚴重就用來支持疫情嚴重地區；當落後地區損失太嚴重，就用來支持落後地區，應該要有這種概念，不是說白紙黑字寫好、永遠固定那樣執行。
- 二、風險調整移撥款即使沒有用掉，也是回歸總額內部，不是交出來給健保基金，例如去年沒用到的 6 億元，都回歸西醫基層總額處理，所以我認為這件事情不須那麼硬性規定。先讓健保會通過知道基層有 6 億元的風險調整移撥款，明年度每 1 季遇到什麼狀況，可以向健保會提出修正執行方式的報告，這才能達到風險調控的意義跟價值。
- 三、風險調整移撥款要補 50%補落後地區、50%補疫情嚴重地區都是很固定化的說詞，我認為時代、環境、很多事情都在變，要有應變機制。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

主席，各位委員，剛才聆聽幾位委員的報告。我想再確認一下，上次會議是不是已經確定 S 值、R 值了？(多位委員：是)6 億元的風險基金也確定了，現在是基層內部的應用問題嗎？

周執行秘書淑婉

風險調整移撥款金額沒有議定，今天會議需要討論定案。

干委員文男

一、沒有確定？但是我的認知是，上次會議已經決定風險調整移撥款為 6 億元了，至於怎麼分配，由基層內部調節。我們還講到醫院總額規模那麼大，能訂出風險調整移撥款執行方式，真是翁委員文能領導有方。西醫基層就特別麻煩，不只這次，每年資料幾乎都是要送不送，要你們自己決定分配方式，也沒有做同儕制約。剛剛聽了朱委員益宏的發言，所有的公、協會都沒辦法控制使用量，造成健保衡量、點值下降，最後說付費者不給經費，讓大家都痛苦。

二、今天這案就授權健保署跟西醫基層研訂，如果基層要到下個月再提案是講不通的，因為今年的業務應該到 12 月就要辦理完畢。我贊成基層提出的方向，因為疫情不曉得會不會再升高，不知道哪一區會受影響，真的是做越多受損越多，但實際情況還是經營的健保署最清楚，我們都是隔 1 年後才知道相關數據。若現在給西醫基層做決定，內部會產生很多的矛盾，所以希望健保署拿出主張要怎麼做。

周主任委員麗芳

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

大家好，2 位委員都報告得很清楚，我同意何委員語的建議，由西

醫基層內部調整，只要你們溝通得到共識就好。剛剛顏委員鴻順也講得很清楚，疫情最重的分區居然要拿錢撥補其他分區，我覺得他們也是蠻辛苦的。我個人同意你們內部溝通好就好，數字是 6 億元，沒有共識的部分自己設法解決，我同意你們的做法。

周主任委員麗芳

請林委員敏華。

林委員敏華

我很同意本案依會議資料第 62 頁會內所擬建議，在 R 值、S 值占比同 110 年度的情況下，建議風險調整移撥款額度就照會裡建議之 6 億元決定。至於用途的部分，保障東區浮動點值每點 1 元，似乎是基層部門的傳統慣例；至於撥補點值落後地區的部分，我覺得跟剛才顏委員鴻順提出有關點值受損的部分，有異曲同工之處，這部分建議授權給醫全會跟健保署擬出共識方案，委員可能無法再提供更多意見，以上建議。

周主任委員麗芳

請胡委員峰賓。

胡委員峰賓

關於基層的風險調整移撥款，在疫情期間須有不同考量，分配的權數確實要依照情況擬定，像是台北分區疫情嚴重，若再撥補給其他分區，確實有欠公平性，以上是我的意見。

周主任委員麗芳

請劉委員國隆。

劉委員國隆

我們現在是要確定風險調整移撥款的額度為 6 億元。對很多基層醫師而言，這幾年比較特別，因為 COVID-19(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)疫情，使很多門診受到很多干擾。但因為政府將疫情控制得蠻不錯，所以我建議按照正常、沒有 COVID-19 時的舊有的方式做分配，或許健保會給他們這個建議

後，他們回去討論會比較單純。不會說在討論 6 億元的分配時，一下要考慮疫情、一下不用考慮疫情。事實上這 6 億元占西醫基層總額 1 千多億元，比率不到 0.3%，不須因為這個議題會議拖延那麼久。

周主任委員麗芳

本案經過充分討論，預做以下建議：111 年度西醫基層總額地區預算風險調整移撥款額度 6 億元，所涉執行細節與用途，授權健保署會同西醫基層總額相關團體議定，其中風險調整移撥款執行方式再送本會備查。請問西醫基層顏委員鴻順、黃委員振國對決議內容有沒有意見？可以。好，本案做成上述決議，其餘內容依提案說明及擬辦文字，請同仁協助辦理。

伍、報告事項第一案「中央健康保險『110年11月份全民健康保險業務執行報告』」及報告事項第二案「109年全民健康保險自付差額特材執行概況」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

接下來兩案的報告單位都是健保署，是不是一起宣讀完，第二案如果需要報告，於報告完成後再開始提問，李署長伯璋可以嗎？好，請宣讀。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請健保署報告。

黃副組長育文報告(略)

周主任委員麗芳

李署長伯璋需要補充說明嗎？沒有。接下來請劉委員淑瓊、許委員騏洪、陳委員石池、李委員永振、干委員文男。

劉委員淑瓊

一、謝謝健保署提出本報告案，針對其中的醫材比價網，剛才簡報標題裡講到要保障民眾知的權利，但不知道大家是否使用過比價網。它的立意很好，健保署這些年也著力甚深，但醫改會去年底召開過「面對自費五大民苦，正視自費醫療管理問題」記者會，當時我們整理出的五大民苦包括：

(一)除了自費以外，還有沒有其他選項？健保的難道不行嗎？

(二)這麼多醫材我不知道怎麼選，為什麼我需要這個？

(三)我自費的，是合法醫材嗎？

(四)萬一用到不良醫材或有不良反應，怎麼辦？

(五)花了高額自費，卻沒有達到預期效果。

二、剛剛講的五大民苦，除了來自民調結果，還包括民眾在醫糾專

線裡向我們反映的問題。換句話說，價格不是不重要，但不是最重要。民眾在考量要自費、還是補差額時，需要政府、保險人提供更充足的資訊。

三、這個比價網真的沒有像健保署說的那麼好用，現在 show 在螢幕上的是健保署自費醫材比價網用的文字，跟先前醫改會記者會提出的藥盒外包裝、仿單一樣，都是教科書式的寫法。當訴求對象是民眾，而民眾卻看不懂的時候，功能就打折了。我記得規劃二代健保時，曾經委託台灣社會學會(林教授國明)將大量政府公開的醫療品質資訊文字轉化成民眾看得懂的文字，因為訴求對象是民眾，並不是把資訊一股腦兒倒給他就完成了，希望健保署能在目前的基礎之上再往上走。

四、各位請看投影片，這是健保署比價網的截圖，其中黃底文字：「離焦視力曲線測試呈現單調遞減，無另一中近視力峰值」，這文字真的是艱澀難懂。我們再看另一張投影片，是眼科知名的陳醫師瑩山做的比較表，請各位對照就知道現在這個表，不僅是色彩的搭配或字號大小，在視覺上看起來舒服，更重要的是提供給民眾做決策時關鍵而具有重要參考價值的資訊。我們想藉這個例子來說明的是，民眾需要淺白易懂的資訊，來分析、比較何種醫材適合自己，除了價格與各項醫材的優點，也可能包含使用目的、適合族群、一般耐用年限等。我們希望健保署好還要更好，不只是諮詢醫療專業團體，還應該邀請民眾看一看，這是不是你要的資訊、這樣的文字看不看得懂，相信更能夠提高比價網的功能，真正能夠保障民眾知的權利。

周主任委員麗芳

請許委員駢洪。

許委員駢洪

一、我的問題是關於業務執行報告，在我的觀點中，台灣最優秀的人才多數都是醫療服務人員，所以我對醫師是由衷的敬佩，當然要管理這些人也是不簡單的事。所以我們可以比喻說，如果



這些人都是神的話，那健保署可能就是觀世音菩薩。我在聯合新聞網裡面有看到 1 則新聞，台南歸仁區浩銘牙醫的戴醫師，從 2012 年 12 月開始接受健保特約以來，多次盜刷健保卡，被發現 8 年當中在病患拔牙的部位進行治療，並加總計算虛浮報金額大概超過 3,600 萬元。

二、雖然這個案子已經結案了，但是我想因為健保局張前總經理鴻仁質疑我們健保署使用行政權力過當，而且台南牙醫師公會也接受很多的批評，這件事情鬧得沸沸揚揚，為了公平起見，是不是我們健保署也應該跟大家說明一下，試著把它說清楚，還給健保署 1 個公道，以上是我的諮詢。

周主任委員麗芳

請陳委員石池。

陳委員石池

報告中可見冠狀動脈塗藥支架使用呈現上升趨勢，可以印證在 10 大死因的第 2 名是心臟病，心臟病病人很多，冠狀動脈塗藥支架自付差額占率從 106 年 61.3% 到 110 年 67.8%，我不是不贊同自付差額，問題是每次裝設塗藥支架自費可能至少 5 萬元以上，而且 1 個病人可能不只裝設 1 支，常常需要很多支，這對於民眾負擔非常大。建議健保署在冠狀動脈塗藥支架上開放多一些全額給付的部分，減少民眾負擔，既然為 10 大死因第 2 位，表示病人非常多，申報數也看得出來逐年增加，表示民眾真的有需要，請健保署考量一下，多開放一些冠狀動脈塗藥支架全額給付的部分。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

一、首先接續劉委員淑瓊剛才所提，有關於保障民眾知的權益，她舉例特殊功能人工水晶體的情況，請看會議資料第 75 頁，投影片第 9 張，特殊功能人工水晶體目前的情況，自付差額的占

率從 106 年 36.7% 一直增加，目前超過 4 成，達到 41.1%，而且大概是在這 10 項裡面人數最多。有關於民眾知的權利，目前規範術前告知的程序，分為兩個階段，不曉得健保署如何掌握醫療服務機構是否落實各階段執行，不然整個掛在那邊，除了看不懂之外，一般消費者、被保險人對這個情況並不是很容易掌握。

二、剛才陳委員石池提到冠狀動脈塗藥支架，我以前聽過同仁鬧過 1 個笑話，他在被放置血管支架時，才被問要用什麼支架，他事後罵得要死，因為他 60 幾歲，檢查結果血管阻塞程度才 40 幾%，醫師也沒跟他講得很清楚，只跟他說要運動、不能喝酒、不能吃太好，他問醫師有什麼其他選擇？醫師說就是裝血管支架，也沒有告訴他裝了之後要一直服藥，也沒有說 60 幾歲，阻塞 40 幾% 應該還好，可能還有其他的處理方式，這些都沒告訴他。

三、另外在健保業務執行報告，有 3 個請教健保署：

(一) 第 1 個，請看業務執行報告第 11 頁，剛才委員提到呆帳的部分，我在前幾次會議提到，現在更明確呈現出來，有關成長率的部分，我們可以看到從 107 年比較高，再來 108 年是 4.01%、109 年是 6.43%，接下來今年上半年是 6.16%，第 3 季是 9.94%、110 年 10 月是 16.43%、110 年 11 月是 26.48%，底下備註有解釋，健保署同仁在備註第 5 項 (3) 有解釋，但好像沒有點到要點，其中提到因為費率調漲，健保署積極實施欠費監控機制，費率調漲是事實，健保署的努力也一直這樣做，好像沒有把產生原因真正解釋出來。我們可以從另外 1 個方式，對保費收入的占比來看，則費率調漲的因素就不見了，從 107 年的 0.76%，108 年的 0.77%，109 年的 0.81%，110 年 11 月已經跳到 0.85%，這樣也是一直往上增加，所以真的因素在哪裡？應該去抓出來，就是健保署要去檢討政策，我記得在 105 年曾經提

到，健保欠費不鎖卡，因為那是總統政見，後來好像就沒有下文，現在已經看出來好像是 1 個問題了，所以剛才在追蹤事項才說要編公務預算去支應，但最主要這個跟保險是雙務契約的原則好像有一點落差，政策去影響之後，才造成這種情況，應該可以進一步探討原因在哪裡。

(二)第 2 個，請各位看業務執行報告第 15 頁，就是關於欠費收回統計表，109 年跟 110 年都是疫情期間，我們如果在同樣基礎比較之下，109 年 1~8 月收回率是 41.25%，110 年 1~8 月下降到 39.73%，應該要深入探討原因，因為去年可以說有疫情，今年的話應該跟去年是一樣，用同樣是疫情情況基礎去比較，已經有減少了，是不是應該要了解一下？

(三)第 3 個，根據自由時報 2021 年 11 月 27 日 A4 版，提到健保明年調降藥價，健保基金 1 年可省約 74.6 億元，這要感謝健保署的努力，但我關心的是節省藥價後應該如何安排應用，以前提很多，現在應該有政績與數據出來，如何跟總額連結，報導中提到省下的經費，可用於增加癌症新藥給付，但我們總額裡面也有編列新藥新科技的費用，這是否重複還是怎麼處理，是否可以詳細說明讓委員了解，不然一筆錢那麼多，數以億計，協商時為了幾千萬元，大家爭得面紅耳赤，70 多億元的金流不曉得怎麼跑。另藥價調降可能壓縮醫療院所原有的利潤空間，導致影響醫師的用藥行為，健保署要如何掌控與管制？

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

一、各位委員，謝謝健保署把去年的保險監測結果提出資料，看得非常清楚，尤其在特材方面，在會議資料第 78 頁寫得很清楚，腦脊髓液分流系統自付差額特材申報占率，108 年至 110 年皆達 8 成以上，冠狀動脈塗藥支架自付差額，占率已經超過

60%，是不是能納入健保全額給付，這是我們看的 1 個指標。

二、希望在公告裡面，一定要寫得清楚，尤其特材中位價一定要公告得很清楚，讓使用者能夠很清楚。我前幾天到屏東在車城下車，聽了 2 個老人家對話，心有戚戚焉，老人家說你最近怎麼都戴墨鏡，怎麼了，他說我去動白內障手術，1 眼 4 萬元，2 眼 8 萬元，說醫師要用什麼牌子，坐在隔壁的歐巴桑(日語，比喻年紀大的女性)說我也要去動手術，但是我的費用不用那麼多，2 眼 4 萬元，只要一半；我想這是經濟導向，如果要動手術，醫師都是經濟導向，推薦給你什麼比較好，我曾經也被評估過需要多少醫療費用，但我心裡有數。我希望公告要寫清楚，不要不清楚，如果內容又長又難懂，一般老百姓根本就沒法看完。我在當下覺得很奇怪，1 眼 2 萬元，2 眼 4 萬元，另一個 1 眼 4 萬元，2 眼 8 萬元，我詢問是不是 1 個在醫學中心，1 個在基層院所，他們說都是在區域醫院，我就不說話。同樣牌子的特材，但使用者不同人，醫院不同家，產生的結果差這麼多，希望每項特材公告很清楚，不要經濟導向，否則最後老百姓吃虧付錢了，會不甘心，這個議題還有改善空間，希望可以多努力。

周主任委員麗芳

請吳委員鏘亮。

吳委員鏘亮

一、我想科學日新月異，很多發展出新的東西、新的特材，對於特定病人一定是好的，這個是我們不能否認，新的東西對於一些病人來講真的是需要，但是自付差額占率超過 80% 或 60%，是不是表示所有病人都需要，這是 1 個問題。

二、當然有些特材存在價格的問題，都是非常高價，以腦脊髓液分流系統舉例，1 個大概 7、8 萬元，另外 1 種要 10 幾萬元，額度這麼高，對於需要的病人來講確實是相當大的負擔，但是以目前二代健保的精神來講是財務收支平衡，現在的保費收入與

總額支出已經差得那麼大，如果把所有有需要的特材全部納入全額給付，我覺得對於健保會管理的職責來講，需在整個總額與財務的管理上加以考量。

三、如果健保署這邊考量病人的需要，健保全額支付，對病人是最好，但問題是全部會落到醫院總額支付，由醫院單方面負擔這樣的差額及收支不平衡，我覺得是很大的不合理。

周主任委員麗芳

正好吳委員鏘亮發言完，我要在此肯定，昨天花東地區花蓮慈濟醫院林院長欣榮、門諾醫院吳院長鏘亮等 17 家醫院召開新書發表會，主要在講日頭浮海照亮的所在：照護台灣東部醫療的真心英雄，有 33 位醫療奉獻獎的得主，他們如何奉獻一生在花東地區照護民眾，譜出可歌可泣的醫療照護故事。很感謝翁委員文能從醫院總額中撥出 2 億元的風險移撥款，我們健保會委員也很支持，其中 9,200 萬元用在花東地區，可以看到這段期間，花東地區在風險移撥款做得非常好，記者會也很成功，再次感謝吳委員鏘亮及所有在花東地區第 1 線服務民眾的醫療人員。請何委員語。

何委員語

一、主席，各位委員，我在此提出，屬於我們健保醫療資源現在為 8 千多億元，但是我們對於整體的重大病症弱勢家庭的支援是很缺乏，我在上個月講過 1 件事情，南部有 1 個小學鄭校長打電話給我，說 1 個小孩要換肝，我查健保給付 24 萬 8 千多元，自付額要 16 萬元，鄭校長說他們家長會出 5 萬元，要我出 5 萬元，我一口答應他，但是到了 10 月 8 日竟然都沒有去換肝，我再打電話給鄭校長說為何沒換肝，他說後面沒有錢，那個小孩是單親家庭由祖母隔代撫養，我馬上說沒關係，後面的錢我全部付足，我另外加 6 萬元給他，在 11 月跟主治醫師確定好，昨天要捐肝的人跟要換肝的 10 歲小朋友雙方住院，23 日要執行換肝手術。我昨天就把後面的錢，再撥 11 萬元給他，我說換肝之後，還有 6 萬元可以做後續的醫療費用，就好好地放心

換肝，我跟他的祖母、母親都不認識，但後來我派 1 個人送紅包給他，他把相片 line(手機即時通訊)過來給我看，表示他的家庭就是這樣子。

- 二、我認為我們的健保醫療對於貧富都沒有特別規範，這是比較不足之處，有很多都是自費支出，我有 1 次支出 40 萬元的醫療費用，另外大腸直腸檢查自付 3 萬 8 千元，沒有使用健保資源。
- 三、剛才陳委員石池講到塗藥支架這部分自付額確實差距很大，李委員永振也有講到，我曾經介紹 1 個住宜蘭的先生，70 幾歲到國泰醫院去就醫，那個醫生是日本留學回來的老先生，看完以後就說不要裝支架，我開一些藥給你吃就好了，日本醫生的概念我不知道。塗藥支架也是讓大家負擔很重的費用，裝進去之後一生都要吃藥，不能停藥。
- 四、我不曉得健保署有無統計在總額中，支付在行政費用的占比是多少？我最近聽到醫界說行政費用占比是 33%，8 千億元的 33% 是很高，是 2 千多億元，到底是不是真的 33% 的行政費用，現在有大數據，請健保署統計出來，讓我們知道整個醫療院所的行政費用占比有多高。
- 五、無效醫療與不當醫療的支出比重多少？無效醫療與不當醫療不一樣，無效醫療就是病人已經昏迷了還讓葉克膜一直裝著，這是無效醫療。不當醫療就是不應該這麼治療，醫生卻堅持要這樣治療。健保署應該站在醫療管理者的立場，將無效醫療及不當醫療的占比壓得更低。當然這無法完全避免，正如委員說的，醫生都是高知識分子、很聰明，上有政策、下有對策。
- 六、我剛剛講的案例，據我了解，表面上是健保問題，其實還有家庭層面的問題，我有深入了解個案，但不便對外講對方家庭的的問題。上帝造人很公平，有優秀的人，也有不好人，優秀的人不會永遠優秀，不好的人也不會永遠不好。
- 七、期待未來健保資源的運用支出是質、量衡平發展，而不是只發

展量，卻沒有發展質，這樣醫療資源就很貧瘠，質、量平衡發展是未來努力的目標。

- 八、多年來政府都沒有推動減藥，醫生一直開藥，病人就一直吃藥，我自己也在努力減藥。期望未來健保署能推動減藥運動，如何少吃藥讓身體更健康，帶動國民減藥的觀念，民眾用藥觀念不改變，再多的健保資源都不夠用。

周主任委員麗芳

請吳委員鴻來。

吳委員鴻來

- 一、肯定健保署有更新醫材比價網，我之前因為家人剛好有需求，實際上有使用過，確實是有改善，當然還有再進步的空間，但要肯定健保署確實有努力改進。
- 二、關於自付差額特材部分，前面有委員提到冠狀動脈塗藥支架、特殊功能人工水晶體等例子，我覺得像是心血管疾病等急症會用到的品項尤其要注意，以我親身的經驗，家人被推進去手術室處理緊急狀況，甚至要進入手術室、心導管室，才能判斷病人要用什麼醫材，理想上醫生之前都會來關懷病人病情，會事先說明可能會用到哪些醫材，可是我的親身經驗是沒有辦法得到 1 個很清楚的醫材說明，我相信不是每個病人或家屬都能像我一樣會自己上網去查詢使用什麼品項、價格差異、不同特材的差別，醫師能說明的時間有限，我是非常信任主治醫師，了解主治醫師會為我們做最好的選擇。
- 三、實際經驗是手術中被叫進去，醫師依據病人狀況說明要使用哪種醫材，我有幾次不同的經驗，正常的狀況是將醫材的標籤紙撕下來貼在單子上，請家屬簽名同意，上面有的是全自費，有的是要自付差額，但我曾碰到上面是空白的，叫我直接簽名，這種情況我就不能接受。我知道主治醫師不會隨便亂來，但我不太能接受這種程序，我相信絕對不會是只有我會遇到這種情況，一定很多地方都有這個情形。針對病人情況提供醫材的相

關資訊，我覺得有還有很多進步的空間。

- 四、會議資料第 78 頁提到的「腦脊髓液分流系統」研議納入全額給付的問題，真的很久了，請健保署訂定具體時程，不然下次會議仍然看到研議中，請不要再拖延，會影響到病人權益。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、首先針對李委員永振所說，關於健保署的 DET(藥品費用分配比率目標制)計算後，隔年調整藥價部分做說明，目前無論西醫基層、醫院的成長率大概都是 5%左右，我們有去計算所謂新藥、擴大適應症的藥費成長率都遠大於這個目標值，隔年會超過目標值的部分去調整，這是預算編列不足的概念。
- 二、黃委員金舜曾提到藥價比糖果便宜，目前物價高漲，藥價卻逐年調降，這會讓民眾在藥物選擇會變少。我舉 1 個屬於非管制藥品的抗焦慮藥 Deanxit(得安緒錠)為例，廠商叫我趕快買，他們將不再進口，因為現在的成本不符合公司營運需求，很多藥品台灣藥廠不做，進口商不進口，我們要了解藥費節省的代價是什麼。
- 三、其次，我們希望總額編列能夠具有前瞻性，為什麼不去檢討近年都不足，我很稱讚何委員語的訴求，少吃一點藥，也希望民眾都了解藥是給有病的人吃的，沒有病真的不需要吃藥，全民共同努力。
- 四、藥價節省的空間有其價值，節省空間要給新藥或較迫切的藥進來救治需要的人，我們非常認同這一點，但大家要有量入為出或量出為入的概念，不然巧婦難為無米之炊，醫療是 1 個「產」業，不是「慘」業，各位覺得成本管控成效可以很好，但我相信有其極致，希望大家重視這個產業可能面臨重大危機的來臨。



周主任委員麗芳

請陳委員秀熙，黃委員金舜最後 1 位發言。

陳委員秀熙

- 一、針對自付差額特材案，健保署的報告非常值得參考，除了看數量、金額，民眾的可近性也是非常重要。我國健保的可近性很高，但財務可近性對民眾而言可能是很大的負擔。建議能再深入分析，看社經地位、地區別、年齡的差異性，剛才聽到健保署報告提到，當特材品項的使用量到達某一個部分比率時，會考慮調整為全額給付品項。在健保總額之下，醫療提供者、付費者、保險人三方的考量非常為難，因為財務方面的考量是必要的。若我們要解決可近性問題，一定要把民眾能不能負擔及不同地區別考慮進去，例如老人對人工關節的需求高，應該要針對社經地位深入分析。
- 二、剛才西醫基層代表委員提到點值的問題，我認為點值在非疫情期間很重要，可是有沒有想過，疫情期間應該參考哪些民眾受到的傷害最高，而不是只有站在醫院或基層總額做考量，四大總額都要調整，為民眾方向來設想，這樣才有可近性。今年 5 月份因為疫情而減少的癌症、糖尿病、慢性病醫療服務，整個衛生福利相關部門都在努力要把民眾帶回原來的醫療常軌。
- 三、民眾有知的權利，但不同社經地位的民眾在看這些訊息時，可能會有 healthy literacy(健康識字)的問題，可能會看不懂內容，以上都可以深入探討。

黃委員金舜

- 一、回應剛剛黃委員振國講的，現在我們健保 1 年 8 千億元，藥品占整個醫療費用 28.9%，約 2 千多億元，鄰近韓國 16.4%，日本 16.2%，美國 12.7%，台灣在藥品醫療的比重偏高很多，但每次醫療藥品偏高，第 1 個想到的就是砍藥價，每年 4 月就把藥商砍得唏哩嘩啦，健保現在支付藥品品項 1 萬 4,958 項，其中有 5,879 項每顆藥價 1.5~5 元，比糖果還便宜，叫這些藥商

怎麼活得下去。

二、明年1月1日砍了1次，4月1日是不是又要再砍1次？我們擔心台灣人口老化，相信未來使用藥品的量還會增加，民眾對於新藥的需求也非常強烈，如果整個藥品占醫療比重不改革，台灣怎麼辦？12月5日我當面跟總統講，改革很困難，因為會牽涉很多利益，但如果台灣整個健保架構還不改，是要大家等死嗎？這是我的回應。

周主任委員麗芳

接下來請李署長伯璋回應。

李署長伯璋

- 一、特材的確是1個很大的議題，昨天我跟同仁讀書會時才說，我兒子跟我說他看到人家骨頭斷掉，肋骨1根5萬元，病人斷10根就要50萬元，2個病人要100萬元，特材是很現實的問題。
- 二、關於呆帳的問題，現實面就是這樣，會有呆帳就是民眾欠款、沒錢，台灣的弱勢人口太多，這也沒辦法。那天我去看陳樹菊女士，她告訴我以前她哥哥就是因為沒有錢繳交保證金過世，所以她在花東捐那麼多錢，就是要幫忙弱勢的人，我們健保也很謝謝她，我們將她的故事放在國小5年級課本，當作健保教材。
- 三、關於委員提到聯合報的報導，健保署同仁都是依法行政，只是很多人在臉書寫，都是聽到一些訊息的報導，我都有跟陳部長時中報告，部長很清楚，給我的指示就是一切依法行政。
- 四、剛剛提到錢的問題，黃委員金舜的話我聽了2次，第1次在總統前面講，很大聲，丹田很有力，的確在台灣這是1個麻煩，癌症用藥、罕病用藥，雖說病人生命無價，但錢從哪邊來也是個問題。五大醫師公會跟蔡總統報告時，總統也不敢答應費率無限上漲，這牽涉國家財務的狀況，怎麼將健保財務做合理管理，這對我而言也是1個挑戰。

五、我剛才也提到，換肝的費用有部分是自費，我想都是在各個醫療體系會有這樣的情況。剛剛提到行政費用，我們的行政費用很少，哪有 30% 這麼好康的，健保的行政費用比率很低不夠用，但委員對我們的期待我們都會認真做好。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

李署長伯璋不了解我的用意，我講的不是健保署的行政費用，是整個醫療體系的行政費用占比很高，包含醫院的行政費用不必那麼高，請問現在有沒有推動行政簡化工作，行政費用不能佔醫療費用很高的比重，會降低實質的醫療費用，我不是指健保署的行政費用。

李署長伯璋

我回應一下，我每次回去成大看病人的時候，看到醫院在辦理學會的時候，你提到藥費很高，很多廠商靠我們健保的錢過活，這也是很現實，很多人靠這個過活。

周主任委員麗芳

感謝李署長伯璋今天詳細回應說明，並與委員充分的溝通，這 2 個報告案洽悉，委員所提意見送請健保署參考。請問有沒有臨時動議？沒有的話，今天會議進行到這裡，陳部長時中待會要與本會委員座談，在此先預祝大家新年快樂。

詢問(委員會議)日期：110 年 11 月 19 日

電子郵件回復委員日期：110 年 12 月 8 日

### 委員意見摘要

盧委員瑞芬(議事錄 p.59)

請教健保署，明年的收入面有 2 個一定會增加保費收入的因素，應該就是基本工資調整到 25,250 元，另外就是軍公教調薪 4%。請問會議資料第 105 頁附件四「基本工資調整之月付健保一般保險費影響彙整表」，為何公民營機構受僱員工的投保金額會有 26,400 元降為 25,250 元的情形，同時第 2 類被保險人也有投保金額由 26,400 元降為 25,250 元的情況，請問是什麼原因？

(會後書面補充：以健保署的回應，是否表示明年基本工資調整及軍公教調薪 4%，但是會有部分保險對象保費反而調降？如投保金額由 26,400 元降為 25,250 元，保費反會調降？如是，此一情形並不合理，請進一步說明。)

### 健保署說明

一、依現行投保金額分級表(下表)，每月薪資介於 25,201 元至 25,250 元者，需以 26,400 元投保。

投保等級	月投保金額(元)	實際薪資月額(元)
1	24,000	24,000 以下
2	25,200	24,001-25,200
3	26,400	25,201-26,400

二、配合 111 年基本工資調整，投保金額分級表第 1 級將修正為 25,250 元。因此，如調整前、後之薪資介於 25,201~25,250 元者，其投保金額將自 26,400 元改為 25,250 元，適用之投保金額下降。

## 一、自費醫材比價網：人工水晶體特材品項說明，內含許多艱澀醫療專業術語



### 品項類別:人工水晶體

功能/材質分類	特殊人工水晶體(長焦延伸焦距、非球面、散光(含黃片))
說明	為經由水晶體之光學設計，將焦點延伸，提供有用的遠與中距離視力，增加病人可視範圍，但看近需要低度數老花眼鏡輔助。有效的延伸焦點晶體需符合以下的功能，並須提供單眼的離焦曲線圖(defocus curve)以及臨床試驗報告作為判斷的依據：(1)延伸焦距提供有效遠、中視力，離焦視力曲線測試呈現單調遞減，無另一中近視力峰值。(2)延伸焦點晶體平均單眼亮光下之最佳矯正後中距離視力(於66公分處)要優於單焦點晶體的表現。(3)單眼亮光下看遠最佳矯正後測中距離視力(於66公分處)取中位數至少須達20/32(相當於0.625視力)。(4)延伸焦點晶體平均單眼亮光下看遠最佳矯正視力統計上不應低於單焦點晶體組超過一行視力的範圍。(5)離焦視力曲線的測試中，在0.6的視力參考線上，比單焦點增加1.0D(含)以上的焦點延伸(景深增加)。眩光的可能性較單焦點人工水晶體高。矯正角膜的規則性散光，減少病人配戴普通散光眼鏡的需求，提升不戴眼鏡時的視力。

1

## 二、自費醫材比價網上的比較表：只看到兩邊的好處，卻看不到不同特材的使用目的(需求)、適用對象等的差異



健保全額給付特材與保險人自付差額特材比較表

說明	1.白內障是指人體眼球內之水晶體發生混濁，導致光線無法穿透，影像無法聚焦於視網膜，於是視力下降。其治療方法為手術將混濁之水晶體移除，置入人工水晶體，取代原有之屈光聚焦功能，使患眼恢復視力。 2.人工水晶體是依照人體眼球內水晶體之屈光特性，利用合成塑膠(PMMA)、矽質(Silicone)或壓克力(Acrylic)等材質合成，用以取代原有水晶體之屈光聚焦功能。	
類別	健保全額給付人工水晶體	民眾自付差額特殊功能人工水晶體
健保給付點數	健保給付1,532至2,744點 民眾無須自付費用	健保給付2,744點 超過部分由民眾自付費用。
給付內容	單焦點、球面人工水晶體	非球面、多焦點、矯正散光等功能人工水晶體
差異	1.一般功能人工水晶體具有良好的長期穩定性，且經國內眼科醫師長達二十年的使用經驗，已足數百分之九十以上白內障病人使用。 2.一般功能人工水晶體除了費用較低廉外，在某些情況下(如水晶體後囊破裂、玻璃體切除)也有它的使用適應症及安全性。	特殊功能人工水晶體與健保全額給付人工水晶體的最大差異為： 1.「光學設計」進步所帶來的視覺品質改善(增加視覺敏感度、改善水晶體調節能力，同時提供遠、中、近距離視力)。 2.材料生物相容性更佳，減少復發型白內障的比率。 3.植入特殊功能人工水晶體並非每位白內障病人都適用，需要精密的手術前評估及手術技術。

2

### 三、眼科醫師自製的比較表，說明文字淺顯易懂



TVBS HD 精選

**你適合哪種人工水晶體?**

資料來源:醫師 陳璧山

	單焦球面	單焦非球面	散光單焦非球面	多焦非球面	散光多焦非球面
<b>訴求</b>	矯正視力	改善夜視品質	矯正散光	改善近視、老花	改善散光、老花
<b>對象</b>	戶外活動	夜間開車	看遠	近距離閱讀	高度散光
<b>價格</b>	健保給付	3萬~3.5萬	4.5萬~5萬	6萬~8萬	8.5萬~10萬

**她是可以挑一個適合她**

生機飲食專家 王明勇

**人工水晶體 最貴的不見得最適合你**

3:39 / 3:40