

衛生福利部全民健康保險會
第5屆111年第5次委員會議事錄

中華民國111年5月27日

衛生福利部全民健康保險會第5屆111年第5次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國111年5月27日上午9時30分

方式及地點：實體會議(本部 301 會議室)、視訊會議(使用 Webex 線上會議系統)

主席：周主任委員麗芳*

紀錄：范裕春、彭美瑩

出席委員：(依姓名筆劃排序，*為參與視訊會議)

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*、林委員綉珠*、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*、張委員鈺民*、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*(中華民國牙醫師公會全國聯合會徐常務理事邦賢 10:40 以後代理)、黃委員金舜*(中華民國藥師公會全國聯合會邱副秘書長建強代理)、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*、賴委員博司*、謝委員佳宜*、顏委員鴻順*

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)

本會：周執行秘書淑婉、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19~20頁)

貳、議程確認：(詳附錄第20~21頁)

決定：確認。

參、確認上次(第4次)委員會議紀錄：(詳附錄第21~34頁)

決定：

一、依委員意見修正(劃線處)如下：

(一)伍、優先報告事項之決定：一、感謝肯定衛生福利部社會

保險司重新檢視年度總額預算編列方式之合理性。

(二)陸、討論事項第一案之決議：一、原則同意所提計畫。有關收案照護人數及委員所提意見，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體妥處後，依法定程序陳報衛生福利部核定。

二、因應衛生福利部暫緩實施部分負擔調整案，修正陸、討論事項第三案之決議：一、(二)前述監測指標之監測結果及成效檢討報告，應提本年12月份委員會議報告，並自112年起應自公告實施日起，每半年定期向本會提出報告。

三、餘確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第42~52頁)

決定：

一、上次(第4次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤共1項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共6項，同意繼續追蹤。

二、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：達解除追蹤條件共4項，同意解除追蹤。

三、為利醫界專注防疫，「各總額部門110年度執行成果評核之作業方式」採書面評核方式，不辦理公開成果發表會議，請中央健康保險署及四總額部門如期提送執行成果書面報告及簡報資料，供評核委員審閱。111年評核作業時程表，配合修正如附件一。

四、餘洽悉。

伍、優先報告事項：(詳附錄第53~73頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：111年第1季全民健康保險業務執行季報告，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署回復說明。
- 二、請中央健康保險署於本(111)年7月份委員會議，提出「全民健康保險急診品質提升方案」之執行情形(含急診壅塞監測指標)專案報告。

陸、討論事項：(詳附錄第74~99頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)，提請討論。

決議：

- 一、總額協商架構之一、總額設定公式，將俟衛生福利部陳報行政院核定後配合修訂。另委員所提有關「醫療服務成本及人口因素」之意見，送請衛生福利部參考。
- 二、總額協商原則，依委員意見及配合討論事項第二案決議之總額協商程序相關文字，修訂五.協商因素(四)、(五)及六.專款項目(四)之文字，並刪除七.其他原則之(七)(修正如附件二劃線處)。
- 三、餘照案通過，訂定「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，如附件二。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)，提請討論。

決議：

- 一、有關9月16、17日之協商草案溝通會議，原則不加開，後續再視協商資料及討論需求評估是否辦理。其

餘照案通過，訂定「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，如附件三。

二、因應 COVID-19 疫情發展，總額協商相關會議辦理方式將滾動調整因應作為，並提報委員會議確認。

柒、報告事項：

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「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)，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關配合部分負擔調整方案，保障經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

第三案

報告單位：本會第三組

案由：111年度醫院及西醫基層總額新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」確認案，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午14時2分。

伍、111 年評核作業時程表(調整版)

時間	作業內容
111 年 1~3 月	1.函請四總額部門及健保署提供建議之 111 年度重點項目及其績效指標、操作型定義及目標值，並請就本會研擬之評核內容(草案)提供修正建議。 2.研擬評核作業方式(草案)。
111 年 3 月	評核作業方式(草案)提委員會會議議定。
111 年 4~5 月	1.請四總額部門及本會付費者代表委員推薦評核委員人選。 2.本會同仁彙整四總額部門及本會付費者代表委員推薦名單，加上本會現任、曾任專家學者及公正人士委員後，請本會委員就該建議名單票選適合人選。 3.依據委員票選結果，及貳之一.評核委員產生方式，排定邀請名單，依序邀請 7 位擔任評核委員。 4.請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。
111 年 5 月下旬	健保署依評核報告大綱及評核項目表，先提送監測/調查/統計結果(報告上冊)予本會，供評核委員審閱及四總額部門參用，總額部門可專注於提報執行檢討與改善結果。
111 年 6 月中旬 (評核會議前 1 個月)	四總額部門及健保署提送執行成果之書面報告(健保署提送報告下冊)予本會，供評核委員審閱。
111 年 7 月上旬 (評核會議前 2 週)	1.健保署及四總額部門提送 110 年度執行成果之簡報資料，供評核委員審閱。 2.本會同仁彙整「各總額部門 110 年度執行成果評核指標摘要」供評核委員參考。
111 年 7 月中旬 (預訂 7 月 19、20 日)	召開為期 2 天之「各總額部門 110 年度執行成果發表暨評核會議」。
111 年 7 月 20 日	1.評核委員完成書面評核，並召開評核內部會議決定評核等級。 2.本會於網頁公開評核等級，並以電子郵件提供委員參考。
111 年 7 月 29 日	本會於 7 月份委員會議提報評核結果。
111 年 8 月上旬	本會彙整評核委員意見，於 8 月 1 日前提供健保署及四總額部門，並請於 8 月 10 日前提供回應或補充說明(併入評核紀錄)。
111 年 8 月 19 日	本會於 8 月份委員會議前完成評核紀錄，提供委員納為總額協商參據。

112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

第 5 屆 111 年第 5 次委員會議(111.5.27)通過

壹、總額協商架構

一、總額設定公式(暫列，將俟衛福部陳報行政院核定後配合修訂)

■年度部門別^{註1}醫療給付費用總額＝

[前一年度校正後部門別一般服務醫療給付費用^{註2、註3}×(1+年度醫療服務成本及人口因素成長率+年度協商因素成長率)]+年度專款項目經費+年度門診透析服務費用^{註4}

年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

(年度部門別醫療給付費用－前一年度核定之部門別醫療給付費用)/前一年度核定之部門別醫療給付費用

■年度全民健保醫療給付費用總額＝

[前一年度部門別醫療給付費用×(1+年度部門別醫療給付費用成長率)]之合計+年度其他預算^{註1}醫療給付費用

年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

(年度核定之全民健保醫療給付費用總額－前一年度核定之全民健保醫療給付費用總額)/前一年度核定之全民健保醫療給付費用總額

註：1.部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2.因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 112 年總額基期須校正 110 年度總額投保人口成長率差值)。

3.依本會 110 年第 2 次委員會議(110.6.25)通過之「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，111 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 112 年度總額協商之基期費用。

4.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

二、醫療服務成本及人口因素

(一)按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」合併計算成長率。

(二)成長率計算公式

[(1+投保人口結構改變對醫療費用之影響率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1

(三)各項因子之計算公式與方法如附件，將依行政院核定之醫療服務成本及人口因素內涵辦理。

三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新科技醫療及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

反映其他醫療服務利用及密集度改變，對醫療費用之影響(排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分)。

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式

先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

(三)計算公式

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用=前一年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用×(1+成長率)

年度門診透析服務費用=年度醫院門診透析服務費用+年度西醫基層門診透析服務費用

貳、總額協商原則

一、依據行政院核定之年度醫療給付費用總額範圍及政策目標進行協議擬訂，使健保政策延續並連結醫療給付費用總額。

二、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

總額協商之前提，應考量全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨；且所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，對有限健保資源，應予合理配置。

三、基期

以穩定為原則。若確需變動，應於前一年 6 月前提經議定；6 月以後所議定調整事項，適用於下年度總額。

四、醫療服務成本及人口因素

各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式。

五、協商因素

(一)給付項目之調整

健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案，請參考本會第 2 屆 104 年第 2 次(104.3.27)委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」辦理。本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目給予合理配置，不涉及個別給付項目之決定。

(二)各部門之「品質保證保留款」

1. 列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。

2. 考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款合併運用，並須提經本會通過。

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款

1. 列為協商減項，扣減 110 年度違反特管辦法第 37、39、40 條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件，且不納入 113 年度總額協商之基期費用。

2.本項扣款數值，以協商時中央健康保險署提供者為準。

- (四)一般服務之協商因素項目，應於年度協商時提出問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用、執行目標及預期效益之評估指標(新增項目)、過去執行成果效益或檢討改善規劃(延續性項目)，及檢附前開實證資料。並於年度實施前提出具體實施方案，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則得核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。
- (五)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，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

六、專款項目

- (一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。
- (二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。
- (三)有特殊性、鼓勵性、目標性之新增計畫，宜列為專款項目，俟其執行具相當成效後，再移至一般服務項目。
- (四)新增計畫應於年度協商時提出問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用、執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料，並提出預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)，以利檢討退場或納入一般服務。
- (五)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。
- (六)111年度專款項目，若因為疫情或委員會作業耽誤，導致執行率未達50%，112年度專款項目可照列111年度之預算及協定事項。

七、其他原則

- (一)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (二)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：
- 1.衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」之復議案程序辦理。
 - 2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。
- (三)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值。
- (四)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (五)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (六)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。
- ~~(七)各總額部門所提協商草案，若涉及應用年度總額調整支付標準項目，應評估是否連帶影響其他總額部門，如有影響，應有相關預算撥補受影響部門。~~

附件一醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法

一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以109年醫療費用點數為基礎，計算110年納保人口年齡性別結構相對於109年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，並以1歲為一組做調整(人口數為3月、6月、9月、12月底計費人口數平均)。

二、醫療服務成本指數改變率

(一)成本項目之權數

採行政院主計總處 105 年「工業及服務業普查」所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。

(二)成本項目之指數

採行政院主計總處 111 年 4 月發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」資料。各總額部門指標類別如下：

成本項目	指標類別	
人事費用	1/2「醫療保健服務業」薪資及 1/2「工業及服務業」薪資	
藥品費用	醫院	躉售物價指數—西醫藥品類
醫療材料費用		躉售物價指數—醫療儀器及用品類
藥品、藥材及耗材成本	西醫 基層	躉售物價指數—西醫藥品類 躉售物價指數—醫療儀器及用品類
	牙醫	健保牙醫門診藥費權重及躉售物價指數—西醫藥品類 躉售物價指數—醫療儀器及用品類
	中醫	躉售物價指數—藥品類之中藥濃縮製劑 躉售物價指數—醫療儀器及用品類
基本營業費用	躉售物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	
其他營業費用	消費者物價指數—總指數	

註：1.醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」；「電子醫療用儀器及設備」；「放射照相或放射治療器具」；「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」及「其他醫療器材」。

2.«躉售物價指數—西醫藥品類»指數，其內涵排除「動物用藥」、「中藥製劑」、「中藥材」項目，不納入計算，由行政院主計總處另行提供。

(三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以 105 年指數為基值(訂為 100)，計算 110 年相對 109 年各指數年增率。總醫療服務成本指數改變率，係將各部門之服務成本指數改變率，按其 110 年醫療給付費用占率加權計算而得。

三、投保人口預估成長率

以最近一年可取得之實際投保人口成長率計算，即以 110 年對 109 年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第 5 屆 111 年第 5 次委員會議(111.5.27)通過

一、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<p>一、協商前置作業</p> <p>(一)討論 112 年度總額協商架構及原則與協商程序。</p> <p>(二)辦理各總額部門執行成果評核： 檢討、評估各總額部門 110 年度協定事項執行情形。</p> <p>(三)112 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向。 2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。 3.提供協商參考資料「<u>111 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽</u>」。 4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算規劃草案。 <ol style="list-style-type: none"> (1)規劃草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (2)各總額部門與健保署擬訂規劃草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。 <p>(四)安排總額協商會前會及座談會。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.召開 112 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會： <ol style="list-style-type: none"> (1)請各總額部門及健保署報告所規劃之「<u>112 年度總額協商因素項目及計畫草案</u>」，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之詳細說明如下： <ol style="list-style-type: none"> ①<u>問題分析及需求評估。</u> ②<u>醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。</u> ③<u>新增項目之執行目標及預期效益之評估指標(若能提出分年目標值尤佳)。</u> ④<u>新增專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)。</u> 	<p>第 5 次委員會議(111 年 5 月 27 日)</p> <p>111 年 7 月 19、20 日</p> <p>111 年第 7 次或第 8 次委員會議(111 年 7 月 29 日或 8 月 19 日)</p> <p>111 年第 8 次委員會議(111 年 8 月 19 日)</p> <p>111 年 8 月</p> <p>111 年 8 月 19 日下午</p> <p>(111 年第 8 次委員會議結束後)</p>

工作項目及內容	預訂時程
<p>(2)請幕僚彙整評核委員之建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。</p> <p>2.召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。</p> <p>3.請各總額部門及健保署提送所規劃之「<u>112年度總額協商因素項目及計畫草案</u>」，應提報內容及格式如附表：</p> <p>(1)新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，請以結果面為導向，呈現資源投入之具體效益。</p> <p>(2)請如期提送協商草案資料，送會後不宜臨時提出新增項目或更動內容。</p> <p>4.<u>112年度總額協商因素項目及計畫草案溝通會議。</u></p>	<p>111年8~9月</p> <p>111年8月26日上午</p> <p>111年9月1日前</p> <p>原則不召開，後續再視協商資料及討論需求評估是否辦理</p>
<p>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</p> <p>(一)各部門委員代表自行抽籤決定各部門之協商順序，並據以排定總額協商會議議程。</p> <p>(二)協商各部門總額成長率及分配方式。</p> <p>1.召開總額協商共識會議。</p> <p>(1)協商四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請部門當日依據協商結論，於協定事項調整新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。</p> <p>2.協商結論提9月份委員會議討論、確認。</p> <p>(1)確認四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請委員就協商結果，提供各總額部門所提新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」之修正建議，會後由健保署會同各總額部門共同討論研修。</p> <p>3.「執行目標」及「預期效益之評估指標」之確認：</p> <p>(1)<u>達成共識部門：健保署將研修後之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報10月份委員會議確認。</u></p> <p>(2)<u>未達共識部門：請衛福部就政策要求，逕予核定。</u></p> <p>(三)協商各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p>	<p>111年第7次委員會議(111年7月29日)抽籤^註，於第8次委員會議(111年8月19日)提報排定議程</p> <p>111年9月22日全天，若有未盡事宜，於9月23日上午11時繼續處理</p> <p>111年第9次委員會議(111年9月23日上午11時，若有協商未盡事宜則先討論，再進行委員會議)</p> <p>111年第10次委員會議(111年10月28日)</p> <p>111年11~12月</p>

工作項目及內容	預訂時程
1.請各總額部門於9月份總額協商完成後，2週內提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提10月份委員會議討論。	<u>111年10月6日前</u>
2.若部門未達成協商共識或未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提11月份委員會議討論， <u>最遲於12月份委員會議並完成協定。</u> (四)年度整體總額協定成長率及其分配之確認及報請衛福部核定及公告。	<u>111年第11次委員會議</u> (111年11月18日) <u>111年11~12月</u>
三、協定事項之執行規劃與辦理 (一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。 (二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。	<u>111年10月~112年12月</u>

註：惟若因疫情因素無法召開現場會議或各總額部門無法派員抽籤，則由本會執行秘書於視訊會議代為抽籤。

二、協商共識會議

(一)會議時間：

- 1.預備會議：111年9月22日(星期四)上午9時至9時30分。
供付費方、醫界方視需要召開內部會議(請事前通知本會同仁協助安排會議場地)。
- 2.協商共識會議：111年9月22日(星期四)上午9時30分起，
全天。
- 3.若有協商未盡事宜，則於111年9月23日(星期五)上午11時
討論。

(二)與會人員：

- 1.付費方：付費者代表之委員。
- 2.醫界方：
 - (1)保險醫事服務提供者代表之委員。
 - (2)牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門協商時，由該總額部門代表之委員主談，各部門並可推派9名代表協助會談，推派之協商代表需經充分授權。
 - (3)護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之會談。

(4)門診透析服務：由西醫基層及醫院部門代表之委員主談，並邀請台灣腎臟醫學會推派 1 名代表列席說明。

3.專家學者及公正人士、國家發展委員會及主管機關代表委員。

4.社保司與健保署相關人員及本會幕僚。

(三)進行方式：

1.分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門總額，及健保署管控之「其他預算」。

2.各部門之協商順序，於 7 月份委員會會議抽籤確定後，不可臨時要求變更。

3.各部門協商時間如下表：

部門別	第一階段 ^{註1} 提問與意見交換		第二階段 視雙方需要自行召開內部會議		第三階段 部門之預算協商		合計	推估 最長時間
			付費方	醫界方				
醫院	30 分鐘	門診透析 20 分鐘	30 分鐘	30 分鐘	60 分鐘	門診透析 20 分鐘	130~170 分鐘	130~230 分鐘
西醫基層	25 分鐘		20 分鐘	20 分鐘	50 分鐘		115~150 分鐘	115~190 分鐘
牙醫	20 分鐘		20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘		60~80 分鐘	60~120 分鐘
中醫	20 分鐘		20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘		60~80 分鐘	60~120 分鐘
其他預算	20 分鐘		20 分鐘		35 分鐘		55~73 分鐘	55~93 分鐘

註：1.各部門之協商草案已於會前會報告，若本時段仍須說明，請簡要說明並以 5 分鐘為限。

2.門診透析服務預算之協商時間，併於西醫基層或醫院部門中協商順序較前者之時段(時間外加)。

3.合計不含各自召開內部會議時間；各部門協商時間若確需延長，以不超過該部門第三階段時間之 50% 為限。

4.相關原則：

所有委員均可入場，惟非該協商場次之總額部門委員，可以提問與發表意見，但不參與預算協商。個別部門之協商場次安排分為三個階段，與會人員之參與方式如下：

協商階段		場次	四部門總額協商	其他預算協商
		第一階段	提問與意見交換	總額部門委員及協商代表： 說明協商草案與回應提問 所有委員：均參與提問與意見交換 (若協商草案中，有部分項目涉及其他總額部門者，相關之醫界委員得表達其看法；另必要時，得請健保署人員提供說明)

協商階段		場次	四部門總額協商	其他預算協商
		第二階段	視雙方需要自行召開內部會議	付費方或醫界方： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚與健保署人員協助試算或說明)
第三階段	部門之預算協商		由「付費方」與「醫界方」雙方進行預算協商 (得請健保署人員提供說明)	由「付費方」與「健保署」雙方進行預算協商
			若雙方初步協商無法達成共識時： 由專家學者、公正人士、政府機關代表委員，在不涉及特定金額下提供專業見解及中立意見，供雙方參考，再決定是否召開內部會議或繼續協商	

- 5.若部門與付費者代表順利完成協商，達成共識，則於其預算協商時段當場試算，作成共識方案。倘未能達成共識時，其處理方式如下：
 - (1)付費者代表委員間無法達成共識時：

由付費者代表之委員召集內部會議協調之，若無法以共識決形成一案時，得以多數決定付費者方案。
 - (2)總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表之委員召集內部會議協調醫界方案。
 - (3)總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員各自提出一個建議方案。
- 6.經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得再重新協議，並酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。
- 7.各部門總額年度預算之協商終止點，訂為 9 月份委員會議之前，經委員會議確認後定案，不得變更。
- 8.為利瞭解年度總額之協商過程，與會人員之發言內容，將以實錄方式上網公開。

三、委員會議

- (一)時間：111年9月23日(星期五)上午11時，若有協商未盡事宜則先討論，再進行委員會議。
- (二)確認協商結論(共識方案或雙方建議方案，含成長率、金額、協定事項)，協定事項之文字在不違反原協商意旨前提下，可酌予調整修正。
- (三)依全民健康保險會組成及議事辦法第10條規定，未能達成共識方案時，應將委員會議確認之付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員建議方案，報請主管機關決定。至於個別委員對建議方案有不同意見時，得於建議方案確認後，提出不同意見書，由健保會併送主管機關。

附表、各部門總額協商草案(協商大表)應提供之內容及格式

項目類別	○○部門草案	健保署草案	健保會補充說明
新增項目	<p>協商方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.問題分析及需求評估 2.醫療服務內容及說明 3.費用估算基礎及淨增加之費用 4.執行目標及預期效益之評估指標(以結果面呈現資源投入之具體效益) 5.專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果) 6.請檢附上開 1~4 項之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參 	<p>對醫界方案提出保險人之評析及建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.評析醫界方案之<u>問題分析、需求評估及醫療服務內容之合理性與必要性</u>，並提出保險人意見 2.試算醫療費用、淨增加費用，並提出合理之預算建議 3.對執行目標及預期效益之評估指標提供建議 4.對專款項目之<u>預估試辦檢討期限提供建議</u> <p><u>若新增協商項目或計畫屬政策交辦項目，且未納入各總額部門協商草案：</u></p> <p><u>請健保署提供完整之協商方案(比照部門草案內容)</u></p>	<p>彙整相關資料供參考：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.□是否為政策交付項目：是者，摘錄政策內容 2.□資料是否完整：否者，提出需補充內容 3.提供評核委員及會前會專家學者意見 4.彙整相關統計數據與總額協商相關規範 5.提供協定事項執行情形與研析，<u>不作任何預算額度及經費增刪的建議。</u>另提供協定事項建議文字
延續性項目	<ol style="list-style-type: none"> 1.醫療服務內容及說明(含<u>問題分析及需求評估</u>) 2.費用估算基礎及淨增加之費用 3.過去執行成果效益(以結果面呈現資源投入之具體效益)，或檢討改善之相關規劃 4.請檢附上開內容之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參 		

第5屆111年第5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 4 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

報告主委、各位委員，大家早安！現在已經到開會時間 9 點半，本次會議是實體併同視訊會議方式進行，目前線上視訊參與會議有 22 位委員，參與實體會議有 10 位委員，達到法定開會人數，會議可以開始進行，請主席致詞。

周主任委員麗芳

- 一、各位委員、商司長東福、蔡副署長淑鈴，以及所有與會的同仁，大家早安！大家好！疫情越來越嚴峻，我在這邊也要代表社會大眾，感謝全體的醫護同仁團結一致守護大家，在這裡要特別感謝醫藥部門，首先是藥師國家隊，非常感謝中華民國藥師公會全國聯合會(下稱藥全會)黃理事長金舜率領的藥師國家隊，從口罩國家隊到現在快篩國家隊，他待會要陪同行政院蘇院長貞昌、衛福部阿中部長，到基層藥局視察快篩試劑銷售的情形，請邱副秘書長建強代為出席，非常感謝藥師國家隊在這段期間對全民的貢獻。
- 二、其次感謝中醫國家隊，在中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)柯理事長富揚率領下，很快速地提供清冠一號給民眾使用，特別是中西醫合治之下對重症孩童有很大的幫助，還有動態的中醫視訊診療，包含清冠一號取得的地圖等，也給予民眾很大的便利，等一下也會請柯理事長向大家簡單說明。
- 三、接續是西醫基層部門，在這次防疫中扮演重要的守護角色，尤其號召基層診所參與確診者居家照護、視訊診療等部分，待會也會請新北市醫師公會顏理事長鴻順、基隆市醫師公會黃理事長振國談一下西醫基層疫情備戰狀況。
- 四、其次是牙醫國家隊的部分，首先要恭喜的是最近牙醫國家隊剛剛舉行了牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)40 周年慶祝大

會，同時5月4日牙醫師節在衛福部正式成立口腔健康司，牙醫終於有自己的家，牙醫在疫情期間發揮人飢己飢、人溺己溺的精神，對弱勢族群非常照顧，也發起捐款將666萬元捐款捐助到健保愛心專戶裡面，同時捐助40張全新的牙醫治療椅給偏鄉，特別感謝陳理事長建志，今天他也是有要公，所以請徐常務理事邦賢代表出席。

五、除此之外，我們還要感謝各個層級的醫院協會，還有護理師公會全國聯合會等，給予民眾最大照護。今天會議就開始進行，等一下在會務報告中，我會請幾個團體跟大家說明一下目前疫情的備戰狀況，謝謝。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉

- 一、依據本會的會議規範規定，中央健康保險署(下稱健保署)署長是法定列席人員，健保署於5月24日來函表示，李伯璋署長因出席美國在台協會(American Institute in Taiwan, AIT)重要會議，不克出席，本次會議請假，由蔡副署長淑鈴代理，來函影本放在委員桌上。
- 二、這次議程安排，計有優先報告1案、討論事項2案、報告事項3案，除報告事項第二案、第三案是按照委員會議決議辦理以外，其他都是按照年度工作計畫排定。今天的會議是實體跟視訊併存，主席也在線上視訊，建議發言順序以實體現場委員發言完之後，再請線上視訊委員舉手發言。

周主任委員麗芳

好，各位委員如果沒有其他意見的話，我們就…。

周執行秘書淑婉

報告主席，蔡副署長淑鈴要說明。

周主任委員麗芳

蔡副署長淑鈴請說明。

蔡副署長淑鈴

主委、各位委員，剛周執秘淑婉有宣讀李署長伯璋因為今天有AIT(美國在台協會)的重要會議，在這補充李署長今天還要出席行政院蘇院長貞昌視察藥局業務，行程非常緊湊，跟委員說聲抱歉，今天李署長是不克前來。

周主任委員麗芳

好，非常感謝蔡副署長淑鈴的說明，也請代為轉達向李署長伯璋的感謝，謝謝他在這段時間協助民眾非常多的防疫工作，那議程就確認，謝謝。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳

謝謝宣讀，委員沒有其他意見的話，會議紀錄討論事項第三案決議一之(二)就修正如下：「前述監測指標之監測結果及成效檢討報告，應提本年12月份委員會議報告，並自112年起應自公告實施日起，每半年定期向本會提出報告」，餘確認。接著進行本會重要業務報告，在周執秘淑婉進行健保會業務報告…。

周執行秘書淑婉

報告主委，現場有委員舉手。

周主任委員麗芳

劉委員淑瓊有意見，請說明。

劉委員淑瓊

對不起，現在已經到本會重要業務報告？

周主任委員麗芳

請周執秘淑婉說明一下是哪位委員？

周執行秘書淑婉

目前是在會議紀錄確認。現在是劉委員淑瓊跟李委員永振舉手，是李委員永振要先發言。

周主任委員麗芳

針對會議紀錄嗎？好，請李委員永振。

李委員永振

主席、各位委員，大家早！因為剛才司儀講的是紀錄有一處變更要提請討論，怎麼一下就跳過去了呢？關於會議紀錄有 2 項決議，個人覺得似乎不合邏輯，建議再斟酌：

- 一、第一是優先報告事項決定一，在會議資料第 4 頁，我們從附件一(會議資料的第 7~11 頁)，可以看出付費者委員代表、醫事服務提供者委員代表、專家學者公正人士委員代表等對報告都存有很多”異”見，尤其高推估成長率 5%比今年還高，最後的決定卻是又肯定又合理，這表示委員發言都是無的放矢嗎？外界看到如此的結果，對健保會將產生怎樣的觀感？難道健保會委員的思考邏輯都異於常人嗎？所以建議再斟酌思考這項決定的表達方式。
- 二、第二是討論事項第一案決議一，從第 183 頁會議資料對外說明本案討論結果的說帖，以及第 17 頁委員意見摘要，可以看到委員有共識部分只有本計畫方向，至於計畫內容充滿疑問，與協商時雙方所提出的看法也完全悖離，依 111 年度的總額協商架構及原則，會議資料第 66 頁之(二)2.的規範，是衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達到共識部分，向衛福部提出建議，依本案討論過程，對本計畫全部並未達成共識，怎麼會有原則同意之決議？應再慎重考量，以上謝謝。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

支持李委員永振的發言。在第 4 次委員會議當中，其實共有 10 位

委員針對代謝症候群計畫的管理、執行目標、預期效益評估指標等，不但在會中提出很多意見，在會後也有好幾位委員提出書面意見，但是健保署並沒有針對大家的疑慮給予回應或提出因應方式。尤其對於計畫的支付單價等，與總額協商版本出入甚大，尚有很多的問題存在。除此之外，主席(主任委員)所做的決議，也偏離了當時委員們的意見及討論脈絡，我認為這件事情應該被提出，並請各位委員一同檢視。

周主任委員麗芳

- 一、非常謝謝 2 位委員，在上次會議中 2 位委員很認真發言也很踴躍，在此也要跟大家說明，本會共有 39 位委員，希望盡量地都能考慮到委員們的意見，確實無法將每位委員逐一意見衡酌採納，上次會議這 2 個議案花費很多時間討論，最後決議我相信也是在場大家協商出的結果，也非常謝謝 2 位委員的寶貴意見。
- 二、有關優先報告事項部分，因為是請本會表示意見；討論事項第二案有關代謝症候群管理計畫，若委員認為健保署回復仍需補充，再請健保署事後予以補充，我想這二案目前不宜更動決議，在上次會議已花費非常多時間討論，若其他委員沒有反對意見，我們是否就維持目前的決議？

周執行秘書淑婉

報告主席，2 位委員還是繼續舉手。

周主任委員麗芳

我想我們尊重多數其他委員，2 位委員已經表示意見，就聽聽其他委員的意見，先請其他委員表示意見。

周執行秘書淑婉

翁委員燕雪舉手。

周主任委員麗芳

請翁委員燕雪。

翁委員燕雪

我一樣要支持李委員永振、劉委員淑瓊的意見，因為上次討論並沒有結論，當初談的是整個總額，而單價跟數量會相互影響，既然數量沒有達到我們要求的目標，當然單價也不能這樣算，我印象當天並沒有達成決議，是主席用這樣的裁示，但並沒有用表決的方式做決議，算是有共識嗎？我是存疑的。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

其實我也是 echo(附和)前面幾位委員的發言，我不覺得上次會議真的有共識。針對主席裁示的跟會議紀錄的決議，基本上前面幾位委員發言和我認知一樣，這部分其實不符所謂的共識，因為沒有投票，所以也不是說哪幾位委員發言，就代表大多數，也就是現在主席說的共識，大多數委員如果現在不講話代表同意當時決議，所以現在在確認上一次會議紀錄，會有這麼多委員提出不同的看法，假設會議紀錄已經完成了就不能再做更正，主席如果裁決不能做更正，最起碼要把現在委員發言一併放入決議，讓大家聽到不同聲音，才能真正表達我們討論的結果。

周主任委員麗芳

謝謝盧委員瑞芬，我覺得盧委員的建議非常的中肯，也可行，所以盧委員的建議以及前面幾位委員，包括劉委員淑瓊、李委員永振及翁委員燕雪的不同意見一併陳列出來。請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

針對第 4 次委員會議的委員發言紀錄，醫改會於會後有做一盤點分析。在「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」(草案)報請同意案中，總共有 10 位委員針對此案發言，我們分析發現，這 10 位委員對於執行目標、預期效益評估指標都有意見與建議，可是主席做的決議仍同意此計畫，更沒有當場要求相關單位應依委員意見

與建議進一步說明或修正。也就是說，這中間是有落差。我認為決議中過度摻入主席個人偏好的現象，不宜出現在這個以共識、合議為主的委員會議中。在議事規範中，主席的任務就是要統整所有的委員的共識意見。合議制委員會的基礎是為體現民主行政的彈性與對社會需求、多元利害關係人利益的回應，來提高獨立決策的有效性。換句話講，我們可以理解主席有自己的想法或偏好，但是主席所做之裁決不應該超越當時委員的發言內容或脈絡，也不宜假設或引導未發言的委員都是贊同的意向，醫改會認為這是在此一會議當中非常重要的共識與正當性基礎，有這樣的基礎，才能有助會議的效率與互信，所以我再次表達該案的決議仍有斟酌的餘地，謝謝。

周主任委員麗芳

謝謝劉委員淑瓊，請大家翻閱到會議資料第4頁，有關討論事項第一案的決議，劉委員淑瓊可能對此決議內容有所誤解，因為決議內容提到「請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體妥處後，依法定程序陳報衛生福利部核定」，請看到決議第三項，委員所提意見併同發言實錄，一併送請中央健康保險署研參，所有委員包含劉委員淑瓊提到的10位委員的發言實錄，一併陳請中央健康保險署就委員所發言內容跟西醫基層進行妥處。因為今天議案也非常多，沒辦法繼續在這裡討論下去，但是包括盧委員瑞芬及劉委員淑瓊的意見我們都予以尊重，在會議決議當中都併入考量。請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、現在我們會議進行的部分是確認上次會議紀錄，尤其在討論事項第一案，上次會議大家在討論時確實有不同意見，最後開會主席做結論時大家並沒有表達異議或反對，發言過程確實如幾位委員所提有不同意見，對於金額也有不同看法，但最後主席做結論時大家並沒有提出這樣異議、提出不妥、要求繼續討論或有其他狀況。
- 二、我認為這案已做成決議，現在並非要回到議程本身內容是否合

理，再把上次會議的過程重新走一次，只是確定上次會議紀錄，我覺得確定後認為這個案子還是不妥，委員可以循復議程序，我們重啟這個案子、重新討論，這也是一種處理方式，我認為在此修改會議紀錄可能不太妥。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

我首先要說一下我在線上會議留言區有提，我是附議前面劉委員淑瓊跟李委員永振的意見，剛剛朱委員益宏提到，上次會議討論中主席做結論的時候，大家也沒有什麼特別異議。但我要講在這幾次會議都有類似情況，像剛剛劉委員淑瓊第2次發言所講的，其實在會議上很多次，都以時間很趕，所以大家不要再討論了，可是發現這案上次討論時，委員提出來的問題，主席沒有讓健保署當場回答委員疑問就直接做出結論，你說委員要不要同意這樣的結論，即使反對這樣的結論，當時時間好像也沒有被允許，所以我覺得議事進程序裡面如果說要以時間為由，然後讓委員對討論案或是議案的意見沒有得到回應或者是健保署的回答，直接就做決議，事實上也有不妥的地方，我覺得這個案子確實迫在眉睫，也看得出來大家有用心要把它執行好，有一些不是說不能做，但如果在健保會會議中，對於委員的意見，都沒辦法得到回應，然後以已經有會議結論，大家不要有意見，我覺得這樣的作法有非常多疑慮，也非常可惜，請各位委員要正視這種情況，而且已經不是1、2次了。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

一、謝謝主席，關於剛才朱委員益宏所提到的，在一般情況是可以的，但要思考如果依照朱委員益宏的講法，議程就可以刪掉確認會議記錄這項，以後就都不用確認會議記錄，因為都不能改了！我比較贊同滕委員西華所提到的，讓我想到最近「偷襲」

這 2 個字很夯，我們好像有點被偷襲的感覺，事後提出意見也是沒有用的，因為主席已經下結論！另結論提到會做滾動式檢討，那只能在執行的做法與過程去檢討，但計畫架構都已經通過，再怎麼執行還是會不對，跟原來協商時提出的建議都完全不一致。

二、另外對於「衛生福利部『112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍』(草案)」，主席要肯定，我個人沒意見，但不是肯定現在草案的內容，若肯定似乎是同意現在的高推估 5%，但高推估值 5% 合理嗎？總額持續成長的話，一直提出其他改善計畫都沒用的，主席要肯定可以，但是是要肯定什麼內容，應該不是肯定衛福部社保司提出的合理性，這 2 個放在一起意義是不一樣的，所以我們是有同意高推估值 5% 嗎？

周主任委員麗芳

請趙委員曉芳。

趙委員曉芳

會議資料第 4 頁有關「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」(草案)報請同意案的決議，委員對於之前討論過程跟最後決議內容的連結是有疑慮，我在思考怎麼樣比較有建設性的走下去，這個計畫已經迫在眉睫需要實施，所以必須在委員的意見與前次會議紀錄的決議間找一個平衡點，我提出一個建議，刪除決議一的「原則同意所提計畫」，其他內容大概保留，好讓比較多委員覺得放心，也就是說健保會沒有實質同意這個計畫，只是我們經過討論後，把相關資料一併送請健保署研參。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

一、我很早就舉手了，所以不知道健保會幕僚是不是沒有看到我，我們應該確立 1 個原則，每個委員先發言 1 次，已經發言過 1

次的委員就等第 2 輪再發言。第 1 點有關上次會議 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍的低推估值，與會很多委員代表都有提出質疑，所以我也很認同內容需要再斟酌，第 2 點有關「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」已經遲了無法執行，去年總額協商通過之後，醫師公會與健保署、國健署總共開了 8、9 次會議，中間細節也透過幾次研商會議、擬訂會議確認，付費者代表也都有與會，原本也希望計畫內容符合各位委員所期待，如同當時協商的內容，但在溝通之後，發現很多困難點，而且現在很多指標的訂定都是長官指示，我們無法改變，像各位委員認為進步率自訂會沒有鑑別度，但我們醫界原來提出的進步率是 10%(下降 10%)，可能跟各位委員的期待值比較相符。

二、為什麼我說這個計畫已經太遲無法執行，各位今天看到會議內容很清楚，我們疫情如海嘯而來，對全國的衝擊，包含對醫界的衝擊，在去年疫情最嚴重時，我們面臨的是醫療機構怕遇到確診的個案，現在尤其在北北基桃地區，不只是病人確診，很多員工及員工家屬也確診，我們現在面臨的困難度不是說一個計畫如何執行，我跟委員保證，計畫不會超支，可能還會還給健保基金，我真的很謝謝各位的關心，但是務實的講，這個計畫只剩半年可以執行，所以不要費太多心，如果明年還有這個計畫的話，各位可以多參與多關心，各位委員很關心這計畫的成效，可以在明年度繼續提出建言，各位委員的建言我都聽到了，但是今年請各位委員不用擔心這個計畫，因為困難度非常高，如果現在可以自由進出醫療院所就醫，才要擔心這個計畫費用超標，但今天已經很難自由進出醫療院所接受治療了，醫療院所的第一線都已經無法思索明年總額怎麼規劃，因為我們已經連明天、下個月或明年會怎麼樣都不知道，有關各位委員就這議題所提出很好的建議，醫界都會聽到，請大家不要太費心，因為我個人認為這計畫 3 億元的預算很難運用，謝謝。

周主任委員麗芳

有關「確認上次(111 年第 4 次)委員會議紀錄」的發言就到朱益宏委員為止，因為已經討論太久了。請陳委員石池。

陳委員石池

主席、各位委員，大家早安。我要為主席說幾句話，因為主席太辛苦了，很多委員對這案子都非常關心，我也非常認同，但是我們這麼多人有不同意見，事實上很難有非常好的文字可以敘述，確實每次主席都有問大家意見，我想為了以後溝通更順利，以前決議都是用念的，問說大家有沒有意見，因大家都趕著要離開，事實上大多數人都沒有用心聽主任委員說了什麼，建議以後決議的內容要呈現在螢幕上，讓大家看過一次，這樣會更有印象，也許更好，請大家不要苛責主任委員，我們大家都有不同意見，很難每個人意見都呈現在決議裡，主任委員上次的決議內容是「委員所提意見(含『執行目標』及『預期效益之評估指標』，摘要如附件三)，併同發言實錄，送請中央健康保險署研參。」，我想再加上「與西醫基層共同討論」就可以，我也很認同各位委員對此案的關心，但實際上這些並非重點，請大家再稍微思考一下本案執行目標。

周主委員麗芳

非常謝謝陳委員石池，當然主席也是願意承擔，畢竟擔任這個職務總是很難盡善盡美，所以趁這機會也要懇請各位委員包容，因為要綜整 39 位委員的意見，難度確實是比較高。請何委員語。

何委員語

一、有關代謝症候群這個案子，當初委員提出許多意見，如照護人數從原本的 38.5 萬人降到 10 萬人，然後把評估及管理費用提高了非常多，相較家庭醫師整合性照護計畫的給付金額，實在不合邏輯。另外，我們建議代謝症候群的指標依國際標準來訂定，而不是自行降低，如世界醫學會收縮壓是訂 140mmHg，計畫卻降到 130 mmHg，很不合邏輯，我認為應該依照國際醫

療標準來訂定。

二、我提出一個建議看大家是否同意，在有關收案照護人數後面加上「及委員所提意見」：

(一)因為本案決議第 1 點與第 3 點的涵義是不同的，第 1 點是衛福部核定以前就要處理好，第 3 點是請中央健康保險署研參，那時已經是執行面了，剛剛李委員永振講的沒錯，決議第 1 點是決策，衛福部核定以前就要決策，第 3 點是核定以後的執行面，是健保署的事情。

(二)我建議第 1 點酌修文字為「原則同意所提計畫。有關收案照護人數『及委員所提意見』，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體妥處後，依法定程序陳報衛生福利部核定」，如果大家同意的話，加上「及委員所提意見」這句。

(三)核定才是決策，衛福部的決策偏下，執行就會偏下，這是必然的事實，衛福部核定的方向偏左，執行方向就向左，核定的方向偏右，執行方向就向右，如果大家同意的話，我希望加上這句，畢竟委員提出很多意見，我們希望在決策前能夠表示出來。

三、請看會議資料第 16 頁，在 112 年總額擬訂方向會議中，各方意見還是有很大差距：

(一)請看健保署業務執行季報告第 51 頁，表 16「全民健康保險總額部門別醫療點數統計總表」，109 年門診件數-7.43%、住診件數-4.68%，110 年門診件數-7.87%、住診件數-7.43%，連續 2 年醫療量能負成長，111 年第 1 季最新的數據，門診件數-4.16%、住診件數-7.36%。

(二)112 年總額基期並沒有處理這些醫療量能負成長的問題，沒有適度調降健保總額基期，整個總額基期一直在往上滾，都沒有調整，像是調降藥價幫健保節省 74.6 億元，調降藥價的節省金額怎麼沒有在每年總額預算的基期呈現或是提出減列項目，這樣節流才有成效，否則每年基期一直成長，社保司應

該要修正總額低推估的公式，減少未來調漲保費的壓力，這是我的看法。

周主任委員麗芳

最後1位口頭發言，請朱委員益宏。

朱委員益宏

一、請大家回頭看今年1月份衛生福利部核定總額的內容，我剛剛把它翻出來，對於「代謝症候群防治計畫」核定了2項，我念一下給大家聽：

(一)「請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：1.研修『執行目標』及『預期效益之評估指標』，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會會議確認」，也就是說研修執行目標及預期效益之評估指標是等到部核定以後再報健保會確認。

(二)「2.擬訂具體實施方案(內容應包含...)，於提報全民健康保險會同意後執行」，所以具體方案的內容要提報健保會同意以後才執行，執行目標、預期效益之評估指標是部核定後報健保會確認就好，兩者意義不同。

二、我會提出這個問題，第1點，我覺得社保司要回去思考一下，比如剛講到的執行目標、預期效益之評估指標，如果部已經核定並報健保會，健保會又有不同意見時，到底是以誰為主？

三、第2點，依今年1月部長核定的總額決定事項提到，「代謝症候群防治計畫」要經過全民健保會同意後才能執行，而且是專款項目，我建議既然這個案子大家有這麼多意見，我剛剛已經講過，在上次會議時，不管主席用什麼理由，如時間不夠希望大家不要發言，但確實大家都同意主席裁示，所以付費者如果認為還需要再討論，那就另外再提復議案，或是臨時動議時重新提案，讓本案可以重新開啟討論，因為健保會還要重新討論，當然這案就不會通過，不會沒有同意與否的問題，我建議這樣處理，不要在確認會議紀錄這邊一直打轉。

周主任委員麗芳

非常感謝剛才所有委員的發言，我綜整一下大家的建議，謝謝何委員語發揮他的大智慧給我們很好的建議，我先把初步的結論向大家報告。

- 一、有關上次委員會議討論事項第一案的決議，參採何委員語建議，原則同意所提計畫，有關收案照護人數後納入「及委員所提意見」文字。
- 二、上次委員會議優先報告事項的決定，大家比較關切第1點，原本文字是「肯定衛生福利部社會保險司重新檢視年度總額預算編列方式之合理性」，我們酌修文字，將「肯定」改為「感謝」，並刪除「之合理性」。
- 三、非常謝謝委員所提的意見，我們盡量把大家的意見都融入，如果沒有其他意見的話，會議紀錄就確認。

劉委員淑瓊

主席我有意見。

周執行秘書淑婉

主席，劉委員淑瓊有意見。

劉委員淑瓊

- 一、很簡單的幾句話，剛剛趙委員曉芳提出把第1句「原則同意所提計畫」刪掉，但是主席選擇性的沒有採用，是否應進一步說明。再來，剛剛有委員說上次的會議中，並沒有委員提出相反的意見，我想請各位委員回頭看發言實錄，當天我立刻就表達主席的決議與委員的發言不一致，但是主席當時並沒有回應，然後就直接做了決議。
- 二、我非常贊成陳委員石池的意見，以後的決議如事關重大，主席擬決議的文字，應以逐字方式直接呈現在螢幕上，獲得委員同意後我們就確認，非常感謝。

周主任委員麗芳

謝謝劉委員淑瓊的意見，接下來進行本會重要業務報告，在周執行秘書淑婉報告之前，如先前何委員語所建議，我們請總額部門在本會重要業務報告的一開始先報告，畢竟現在是疫情期間，也要讓委員知道，目前第一線的防疫備戰狀態，先請中全會柯理事長富揚說明他們...。

劉委員淑瓊

主席！

周執行秘書淑婉

報告主席，劉委員淑瓊對上一個議程還有意見。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

想跟主席確認，會議資料第4頁「原則同意所提計畫」是否刪掉？

周主任委員麗芳

我們原則同意所提計畫，但是...。

劉委員淑瓊

不同意啊！

周主任委員麗芳

不是，後面要請他們妥處的部分，針對這部分我們沒有同意。

何委員語

主席，程序問題。也請劉教授淑瓊了解，提案案由有寫「報請同意案」，既然有這幾個字我們就不能脫離原則同意，所以我剛才沒有提出來說要把「原則同意」刪除，這是會議規範裡面的程序用語，提案案由有寫報請同意案，就不能脫離同意這2個字。

劉委員淑瓊

為什麼不能寫不予同意？

何委員語

除非當時我們是決議不予同意，如果當時是這樣的決議我也支持，但是以會議規範而言，主旨寫報請同意案，所以決議原則同意，我認為不違反會議程序原則，只是原則同意，不是全部同意，原則同意與全部同意或共同同意是不一樣的意思，我不是在幫主席講話，而是依據會議規範的程序，我認為原則同意是合乎提案案由的主旨，如果你不同意這個決議，我建議你在下次委員會議提復議案。

劉委員淑瓊

謝謝何委員語的說明，我們可否改成有條件同意？條件就是我們後面所提出的第 1、2、3 點，不知道各位委員意見如何？

周主任委員麗芳

謝謝劉委員淑瓊，也謝謝何委員語的說明，我想何委員語非常有智慧，而且也開過無數的會議，剛剛何委員提到原則同意…。

何委員語

主席，請讓我說明。如果是有條件同意就要陳述條件的第 1 條是什麼、第 2 條是什麼，但現在是在確認會議紀錄而已，我們確認紀錄只不過是在文字上酌修，不能全部否定掉，如果你認為全部都不予同意，那請你提復議案，或者你提復議案要加條件，復議案也可以提修正意見，復議案不是完全否決掉，可以把上次決議內容提復議案進行修正，提復議案加上第 1 項的條件、第 2 項的條件、第 3 項的條件等，這在程序上才合乎規則，今天只是確認會議紀錄，只能酌修文字，不能否決掉全部內容，請大家瞭解。

周主任委員麗芳

非常感謝何委員語的寶貴意見，會議紀錄確認告一段落，接下來是本會重要業務報告，在周執行秘書淑婉報告之前，先請中全會柯理事長富揚說明中醫國家隊目前的防疫備戰情形。

劉委員淑瓊

主席！

周主任委員麗芳

劉委員淑瓊我想我們還是尊重...。

劉委員淑瓊

我不討論上一個問題，尊重主席。我們上次有提到，會議時間非常緊湊，每次討論重要議題的時間都不夠，所以今天的總額部門報告可不可以改成書面方式？

周主任委員麗芳

現在疫情嚴峻，我們還是請總額團隊簡短報告，上一次何委員語也建議我們安排在本會重要業務報告的時段，先請柯理事長富揚說明。

劉委員淑瓊

反對。

周主任委員麗芳

請柯理事長富揚。

柯委員富揚

我想疫情確實是嚴峻的，中醫在這個階段號召了 1,391 家中醫診所，2,492 位中醫師做視訊診療服務。國家中醫藥研究所的清冠一號得到民眾肯定，在臨床上也看到頗有療效，截至 4 月底前，全國 8 家藥廠清冠一號的總產量，1 個月只能製造 4 萬盒，而且幾乎拿來做外銷，我們已經請他們全部改為內銷，預計 6 月可提升到 8 萬人次，以現在每天確診數 8 萬多人來看，假設一成的人吃中藥，大概就需要 8,000 份，只要 5 天整個月的清冠一號就不夠用了，這部分全聯會也一直與衛福部、中醫藥司、中醫藥所及 8 家藥廠一直研商，6 月初之後會有 6 家新的藥廠簽約加入，我想整個中醫界大家會一起努力，希望能夠提供更好的中醫藥防疫能量供全民使用。

周主任委員麗芳

謝謝柯理事長富揚及中醫國家隊。接下來請新北市醫師公會顏理事長鴻順說明西醫基層的備戰情形。

顏委員鴻順

- 一、大家都知道我們走過 8 百多個防疫的日子，但是在今年 4 月開始，我們迎來疫情的海嘯，但是我想這是政策上的改變，從原本的積極防疫清零，到今年覺得說要擁抱世界，要逐步走向解封，所以隨著策略調整，病毒也進入社區造成大規模傳染，到今天為止，每天都有 8、9 萬人感染，其中的黑數更不在話下。
- 二、在 5 月初的時候，因為新北市的疫情以及北北基桃一直都處在全國的高峰，指揮中心特別召集新北市醫師公會的幹部去開會，因為新北確診人數是一直超過全國三分之一。我們都看到醫院站在防疫第一線，守得非常辛苦，甚至被要求 30% 病房要作為專責病房，在這麼辛苦防疫的情況下，要照顧集檢所，又要出外設置篩檢站，所以指揮中心也很想了解，在整個防疫過程中，基層醫療能夠發揮什麼樣的功能，成效如何。
- 三、我向指揮中心陳部長時中報告，從疫情以來，我們一直持續提供社區民眾第一線的社區醫療服務並維持量能，當醫院量能下降，許多慢性病病人需要到社區院所就醫，我們總不能把診所關掉，讓這些高血壓、糖尿病、高血脂、心血管疾病的人沒有地方拿藥，或是眼睛受傷、眼睛異物進入需要看眼科，卻沒眼科可以看，我們持續提供社區民眾社區醫療服務，這就是基礎的幫忙。
- 四、除此之外，我們也承接六大防疫任務：
 - (一)第 1 項，從去年疫情以來，全台灣基層診所不斷協助 COVID-19 疫苗施打，至目前為止，北北基桃最嚴重的災區，還有將近 1 千家的診所在進行疫苗施打，以我所屬的新北市來講，第 1 劑及第 2 劑疫苗有 40% 在診所施打，第 3 劑疫苗有 60% 是在診所施打，接下來我們也開始協助兒童施打疫苗，65 歲以上成人第 4 劑疫苗施打，以及校園施打疫苗，這是我們持續在幫忙的。

- (二)第2項，在今年疫情嚴峻時期，我們就積極地建立基層診所視訊診療，我想這是基礎建設，透過視訊診療，讓居家隔離的民眾，或是疫情期間不願意有太多接觸的病人，可以透過視訊診療做診斷。
- (三)第3項是今年的重點，因為疫情爆發，很多確診病人必須居家隔離，居家隔離的病人並不是丟在那裡就不理他，我們都有分配醫院或是診所來照顧民眾，在居家隔離期間的醫療諮詢、關懷或是視訊診療，針對這方面的任務，新北市大概有 500 家診所參與，北北基桃也有 1 千家以上的診所參與確診者居家照護。
- (四)第4項，從昨天開始的全民快篩陽性遠距視訊判讀，整個北北基桃有 1,200 家診所協助，最大的功能就是，遠距視訊判讀後，有需要的就可以同步開抗病毒藥物、一般藥物，尤其抗病毒藥物及時投予可以減低 80% 重症。
- (五)第5項就是我們也協助 PCR(Polymerase Chain Reaction，聚合酶連鎖反應)採檢，隨著全民快篩陽性視訊判讀開始後，採檢站量能下降剩三分之一；第6項，之前我們也鼓勵基層院所參與 PCR 採檢，目前這方面的量能也逐步下降。基層醫療在疫情期間除了持續提供社區醫療基本量能外，也承接六大防疫任務，我們都積極地在備戰、積極地進行。

周主任委員麗芳

非常感謝顏理事長鴻順、黃理事長振國，以及全國西醫基層醫師團隊的貢獻。接下來請藥師國家隊邱副秘書長建強簡短說明。

邱代理委員建強(黃委員金舜代理人)

- 一、從上個月起疫情急轉直下，快篩試劑需求大量增加，民眾都買不到快篩試劑，政府第一時間推出快篩實名制，我們號召藥局自願參加，總共有 4,909 家藥局自願參加，截至目前發出 8 百多萬人次，超出 4 千萬劑。
- 二、接下來因為疫情增加，為減輕醫院、防疫旅館、集檢所負擔，

所以重症、輕症分流，讓輕症民眾在居家做照護，為此，我們推出送藥到宅的服務，也有 1,988 家藥局自願參與送藥到宅的服務，截至目前超過 1 萬人次的送藥服務。

三、最近疫情嚴峻，每天確診數一直上升，死亡、重症人數也急遽增加，此時口服抗病毒藥物的發放就十分重要，有超過 1,500 家藥局協助口服抗病毒藥物 Paxlovid 發放，目前已經有 8 萬 6 千劑的 Paxlovid 在社區藥局，提供民眾領取服務。

四、後疫情時代，藥師、醫師、牙醫師、中醫師、護理師及其他醫事人員一起努力，然後守護民眾的安全，一起度過疫情的最後一個階段。

周主任委員麗芳

謝謝藥全會黃理事長金舜、邱副秘書長建強及藥師國家隊，接下來牙醫國家隊徐常務理事邦賢有要補充嗎？

陳委員建志

主席，這個部分可否由我說明？

周主任委員麗芳

請陳理事長建志。

陳委員建志

健保會的時間非常寶貴，我簡單報告 3 點：

一、第 1 點，疫情期間牙醫界處於高風險的醫療環境，我們防疫、感控做得比一般的診所更加嚴謹，因為牙醫師看診風險很高，也感謝委員督促，我們去年就開始做 100%感控，目前院所仍提供正常牙醫就診服務。

二、第 2 點，再次感謝主委、各位委員參與 5 月 1 日會員代表大會，倍感光彩，疫情期間我們也盡量把慶祝 40 週年慶的費用省下來，短短一週內我們募了 666 萬元捐給健保署的愛心專戶，希望能拋磚引玉，我們的愛心能讓大家更加溫暖。

三、第 3 點，今年因為疫情關係，所以我們改變 6 月 16 日的參訪

方式，我們不取消，我覺得每次在健保會參加活動都在學習，我們也不放棄這次學習的機會，所以 6 月 16 日參訪改為座談會方式，並與參訪地點視訊連線或是用其他的方式呈現，雖然不能到當地去，但是也有達到參訪的效果，希望委員當天可以撥冗參與，給予我們指導。

周主任委員麗芳

謝謝陳理事長建志及牙醫國家隊，接下來我們...

滕委員西華

主席！

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

一、我想請教這個議程的定位，或者是委員可不可以提出問題請教？因為沒有排入議程，主席請總額部門分享目前情況也沒有不好，每個總額都很盡心盡力，我有 2 個意見：

(一)第 1 個，這不是主席第一次這麼做，如果每次都要這樣，我建議放入正式議程，委員可以事先知道資料，而不是像現在直接分享，我們也不知道怎麼回應議題。

(二)第 2 個，我現在對分享的內容有一些想法，但我不知道能否提出來詢問，大家都知道醫界非常辛苦，但我們也接到民眾的陳情，可是這些資訊不在健保署的業務報告裡面，現在主席提起了，而我也接到民眾對於中醫、西醫就診程序的陳情，我可不可以在這裡反映呢？我在這裡反映，總額代表又要用什麼角色回應？他們是單純的分享，他們也不是健保署，不用對委員會負責，我不太明白。

二、請主席裁示一下議案的定位，以及委員能否請教各總額的代表委員？對於他們分享的內容，如果我們有疑惑想要請他們解惑或澄清，不知道有沒有機會，這樣會不會對於總額代表有冒

犯。

周主任委員麗芳

- 一、非常感謝滕委員西華，也很感謝所有醫療部門的分享，會請醫療部門在本會重要業務報告時來做簡短分享，是因為上次何委員語的建議，這樣議程上比較順暢，但基本上我們還是針對這個月比較重要的事項，有必要讓健保會瞭解到的，會請他們分享。
- 二、至於討論的部分，我認為可以會後交流，每位理事長應該都很樂意協助所有委員，針對剛剛醫界團體的抗疫實況分享，委員可以私下與他們交流意見，我想各醫界團體都很樂意，就不占用會議時間。請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

所以主席剛剛裁示這些總額部門進行口頭報告，我個人認為這報告的內容很重要，讓我也多瞭解各部門的工作情形，但是我覺得如果沒有開放大家發言的話，書面是最好，不但可以完整留下詳細紀錄，還可以節省開會時間完成表定議程，因為各總額部門口頭報告剛剛發言，可能我們沒跟上或是有點斷訊，用書面的話我們會後還可進一步諮詢，如果主席在會上沒有要開放討論的話，書面是較完善的方式。

(視訊聊天室留言：先向全國醫療服務團隊致敬，辛苦了。如此重要的資訊，建議以書面呈現比較完整，同時也可列入會議記錄。請問目前總額部門報告屬議程的哪一個項目？)

周主任委員麗芳

好，這個部分因為是額外的說明，我們也不希望增加他們負擔，就看他們願意提供什麼資料，口頭也是簡短。請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

醫改會也是很支持、肯定防疫期間我們的醫療團隊真的付出非常多，讓我們了解我覺得也很好，但是請用書面，我剛剛記錄了一下

時間，4個總額報告大概就花了12分鐘左右。這時間用來單向的布達資訊，常常壓縮後面討論的時間，如果改以書面文字，大家不僅更清楚了解，也更有機會私下就教，好幾位委員都提出類似的意見，請主席做決定。

周主任委員麗芳

我想用10分鐘的時間了解到這麼多防疫國家隊備戰情形，這部分仍有其必要，每個國家隊若你們認為有必要書面提供委員，也可以額外提供書面，接著請周執行秘書淑婉做會務報告。

李委員麗珍書面意見

有關「確認上次(第4次)委員會議紀錄」案之討論事項第一案，於上次會議中，因時間不足，以致於未充分討論，主席自行決議，建議應檢討會議內容，檢視開會時間適時延長，讓與會委員充分表達，不宜妄下決議。

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、本會重要業務報告，項次一，本會依上次(第 4 次)委員會議決議(定)事項辦理情形如下：

(一)在 5 月 2 日將有關 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)委員所提諮詢意見併同發言實錄，函送衛福部。

(二)在 4 月 29 日將有關「解決民眾餘藥問題之策略與執行方式」會議決議及委員所提意見，函送食藥署研參。

(三)在 4 月 28 日將 110 年度全民健康保險基金附屬單位決算及 112 年度預算不予備查及委員所提意見，函送健保署。

(四)決議(定)列管追蹤事項共計 7 項，依辦理情形，建議解除追蹤 1 項，繼續追蹤 6 項，最後依照委員會議定結果辦理。解除追蹤 1 項是有關 111 年 3 月份全民健康保險業務執行報告委員的書面意見，健保署已經回復說明在會議資料第 33 頁，所以建議解除追蹤。

二、項次二，歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，建議解除追蹤者，計有 4 項，請參閱會議資料第 32 頁，最後還是會依委員會議定結果辦理。擬解除追蹤的案件，主要是醫院及西醫基層總額地區預算風險移撥款執行方式報會備查案，12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫業於 3 月 11 日公告實施，還有全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案衛福部於已經在 3 月 3 日核定。

三、項次三，衛福部於 5 月 13 日函復本會有關「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」委員諮詢意見，請參閱會議資料第 176~182 頁，其中提及「部分意見屬貴會總額協商之權責

者，建請貴會及時向委員澄清與說明」，係指付費者委員對總額部門及健保署提出 112 年度總額協商草案內容之建議，已納入本次會議討論事項總額協商架構及原則與程序案討論。至於 112 年度總額基期之計算，會依照衛福部陳報行政院之總額範圍草案為準。

- 四、項次四，為使外界了解歷次委員會議之重要議題及委員關切重點，我們於每次會議後均會擇重要議題整理為會訊報導，置於本會網頁，上次委員會議我們選擇 3 項主題，歡迎委員轉知所屬團體之會員參閱。
- 五、項次五，因應 COVID-19 疫情嚴峻，考量醫界防疫負荷，擬調整評核會議方式，建議比照去年不辦理公開成果發表會，改由各總額部門提出書面報告後，送評核委員書面評核，於 7 月 20 日召開評核結果內部會議決定評核等級，當天即於本會網頁公開評核結果。後續委員的評核意見交流，本會將彙整評核委員意見，於 8 月 1 日前提供健保署及 4 個總額部門於 8 月 10 日前提出回應或補充說明，以併入評核紀錄，做為 112 年度總額協商參考。配合調整內容，我們會酌修評核作業方式之「伍、111 年評核作業時程表」。後續也將視疫情發展，隨時滾動調整因應作為，並提報委員會議確認。
- 六、項次六，有關中醫師公會全國聯合會於 4 月 6、7 日在花蓮縣辦理實地訪查活動，計有 22 位委員(含代理人)參加，詳細訪查報告在會議資料第 191~198 頁，請委員參閱。
- 七、項次七，衛福部及健保署於本年 4 月至 5 月份發布及副知本會之相關資訊，內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件已於 5 月 13 日寄至各位委員電子信箱。其中有兩項比較重要，特別跟委員說明：
 - (一)5 月 13 日修正發布「全民健康保險投保金額分級表」，將上限金額調升為 219,500 元，增列第十組(共 5 級)，整理如第 22 頁的表，預估影響 13 萬餘人(含眷屬)，每人每月約增

加保險費 116~1,939 元，每年總計挹注健保費金額約 17 億元。

(二)第二項是剛剛在會議紀錄確認有提到，就是 5 月 12 日註銷於本年 4 月 8 日公告修正之「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」，註銷原因係因 COVID-19 疫情急遽升溫，為使醫療院所專注防疫，避免加重其負擔，爰暫緩實施，俟疫情趨緩後再重行公告。其他部分請委員參閱。

周主任委員麗芳

謝謝周執行秘書淑婉的說明，各位委員有無提出垂詢的部分？

周執行秘書淑婉

劉委員淑瓊、李委員永振、干委員文男要發言。

周任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

- 一、我們很贊同因應疫情調整「各總額部門 110 年度執行成果評核之作業方式」之評核會議辦理方式，但為了落實二代健保公民參與精神，希望健保署及各總額部門能比照 102~109 年，提供總額成果報告簡報，並請本會置於健保會網頁。這些簡報內容非常精簡、親民，有利於民眾了解。去年因為疫情取消公開發表會，連帶也看不到簡報，所以我們希望今年除改變辦理方式，能繼續將總額成果報告簡報置於健保會網頁。
- 二、全民健康保險急診品質提升方案是副知本會，我們看了後有幾點請教，急診品質方案原本是針對大醫院的急診壅塞問題，最新第七版已經公告實施，但裡面刪除很多項指標，關於壅塞、效率的指標都刪了，但增加了很多獎勵項目，我算了一下 510 個字，獎勵這兩個字就出現 13 次。大家都知道急診很辛苦，但監測指標在哪裡？提供獎勵之後，如何得知方案有無達到目

的？此外，醫學中心、區域醫院拿掉了，但仍保留地區醫院急診病人增加的計算基準、需求，過去我們講急診壅塞、急診品質，都是針對醫學中心、區域醫院，現在看到的方案反而將監測指標拿掉，反而只去監測地區醫院，不曉得理由是什麼？

三、最後，全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議的決議有提到，要請急診醫學會重新檢視急診壅塞相關指標，於日後會議追蹤指標的訂定情形，不知道時間表為何。我們希望以後的決議盡量不要出現「日後」，因為這是一個非常抽象的字眼，應該提出一個明確的時間表。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

- 一、首先感謝社保司對總額諮詢案的委員意見終於有回應，但看完回應說明後，感覺好像沒有得到解惑。這是好的開始，以後是不是可以針對委員所提意見的重點提出比較具體的說明，這樣才會獲得應該有的效果。
- 二、會議資料第 178 頁裡面有提到有關 C 肝新藥以及代謝症候群相關單位有公務預算挹注，我們好像都沒看到公務預算，社保司指的是編列預算之前的研究案的幾百萬元？我們要的是分攤好幾十億元預算的部分費用！我記得 C 肝新藥剛開始的費用是 36 億元，還沒有公務預算就開始執行，現在已經投入好幾百億元。
- 三、會議資料第 34、35 頁「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」的健保署說明，首先，請蔡副署長淑鈴轉達李署長伯璋，在會議資料第 75 頁有提到，去年 9 月總額協商時委員就有反映，今年也有再提過，健保署應辦演好保險人的角色，負起把關的責任，對於提案除了提供試算外，應審視所提內容之合理性，提出保險人的判斷以及相對應的建議，但此案的說明好像沒有見到健保署到位的角色扮演？這邊答覆都是尊重國健

署、尊重西醫基層，健保署不見了。其次，會議資料第 34 頁有提到，數字方面要徵詢國健署及西醫基層的意見，我比較好奇，如果 2 個單位回應的意見是維持原來的數字不做修改，或提出與協商結果顯不相稱的數據，請問健保署要如何進行後續的處理？

周主任委員麗芳

請千委員文男。

千委員文男

- 一、感謝中醫部門在 4 月份辦理的參訪，我們看到慈濟醫院的中西醫合併治療做得有聲有色，希望健保署及衛福部在這個基礎下，讓還沒有中醫診療或門診的醫院，都能夠增設。這次 COVID-19 疫情，中醫發揮效果，尤其是清冠一號，大家都要用，效果也很好，結果供不應求，最好能讓民眾在確診前就能買到藥更好。
- 二、112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍諮詢案，我們贊同衛福部商司長東福長對總額制度在具體改進，我們向民眾收取保費是用權責方式收取，再進行醫療分配，醫療費用分配後，有很多方案並沒有確實執行，但是分配的預算又要在基期中反映，等於是一隻牛被剝了兩層皮，這部分應該要做改進，協商時給預算沒關係，但沒有執行一定要扣減，有增有減才能真正落實公平。
- 三、總額協商後，報部核定的時間拖得很長，衛福部社保司應該有責任催部長趕快一點，因為 4 個總額部門有很多新增事項要執行，像剛剛討論很多代謝症候群的議案，光是討論方案內容就去掉半年時間，只剩半年執行預算，會有很多困難，應該要有方法或是提醒，不然預算到年底會用不完，專案未執行額度會扣回來，一般服務預算會納入基期不扣回來，變成一個問題。醫界因應 COVID-19 疫情很辛苦，我們都看到，如果有其他的補助，希望健保署也能盡量幫醫界爭取額外的補助。

周主任委員麗芳

請侯委員俊良。

侯委員俊良

會議資料第 22 頁有關中全會於 4 月 6、7 日的參訪，我並沒有參加，22 位委員要改成 21 位，會議資料第 191 頁附錄七也請把我的名字刪除。

周主任委員麗芳

請同仁依侯委員俊良意見修正會議資料內容，請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、我也要回應剛剛劉委員淑瓊委員針對會議資料第 27 頁有關全民健康保險急診品質提升方案的意見，我有參加全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，如同剛剛劉委員所說的，在該次會議上確實看到急診醫學會所提方案把所有急診壅塞指標都刪除，但衛福部核定公告中，確實清楚說這筆預算要用來降低醫學中心的急診，特別指名是醫學中心急診壅塞，這筆預算編列多年且預算逐年增加，每年衛福部公告時這筆預算都有加註要使用在急診壅塞，特別指名醫學中心的急診壅塞。
- 二、今年討論時，如同劉委員看到的，壅塞指標都刪除，都改成獎勵方案，會議中我有表達這是變相調整相關支付標準，我個人在會議中表示不太妥當，該次會議由蔡淑鈴副署長主持會議，主席有加上說請急診醫學會要日後提出急診壅塞相關指標，但完全沒有提到什麼時間，既然大家對於這筆預算到底有沒有舒緩醫學中心急診壅塞有疑義，建議請健保署在下次委員會或之後的委員會，就急診壅塞指標運用提出報告。
- 三、健保署醫療品質資訊公開網站有一項指標，就是急診轉住院暫留急診室超過 48 小時的案件比例，指標從 103、104 年就開始且是醫院別，指標我進去看了一下，從開始到現在排名第一、

二的醫院都是在台北市，而且預算編列以後，這些醫院的指標也從來沒有下降過，壅塞的醫院依然壅塞，給再多的錢依然無法改善急診壅塞的情況，建議健保署就這項預算運用，特別強調急診壅塞效益，看在哪一次會議做報告讓委員瞭解。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、健保法裡面有推動醫療分級政策，可是我不知道健保法推動效果的拿捏是怎麼樣，我去各醫院了解以後，反而非常好的是地區醫院，很慘的就是西醫基層、醫學中心及區域醫院，整個門診量大幅下降，反而地區醫院門診量超高的快速成長，當然各醫療團體都很辛苦，現在變成所有的醫學中心及區域醫院承擔疫情的擴散責任，地區醫院反而在這地方責任降低很多，可是在門診量暴增很多，西醫基層也很慘。我認為政府在推動醫療分級政策的拿捏準則，要滾動式調整及評估，有必要在疫情回歸正常後再來重新評估。
- 二、健保總額預算明年會將近 9 千億元，這麼龐大的餅，各種政治力言論及各界的眼光都會很犀利在注視。所以政治力的干預非常大，我不知道如果健保法賦予健保會委員的職責，政治力可以完全都改變掉，當然我知道政府有決策權，總統、院長、部長都有政策決策權，委員會通過的案子因為政治力的介入又開始改變，我記得過去好幾年醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，只要有一位立委提案要調整某個醫療項目我們都敢否決，不接受任何一位立委對某項醫療項目的提案，但現在看來，似乎越來越擋不住政治力介入，請司長、法規會檢視健保會的法定職權範圍，要用我們時就說健保會決策很重要，不用我們的時候，就把我們一腳踢開，我們講都沒有用，請重新審慎檢討法規、法律面，讓我們瞭解健保會的職責方向與限度。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

會議資料第 24~28 頁涉及健保署及各個總額業務，我原本想說在健保署的業務報告裡面提，不過剛剛劉委員淑瓊跟朱委員益宏都分別提到急診壅塞案，我在這一併發言，我附議劉委員及朱委員的意見，涉及到總額專款協商目標，提出的政策目標有不一致的，不應該由全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論後就公告實施，要提到健保會來，這是協商事項裡面最重要的因素，假設協商事項提出的政策目標不是為了改善急診壅塞，那你要編列專款就失去意義、名不符實，如果編列專款改善急診壅塞這麼多年，我們認為不用再持續，不管是無計可施，或是可以接納目前急診現況都好，如果是這樣，隔年就不應該繼續編列總額。從這次結論來看，顯然不需要編列專款，如果要調整支付標準，要停止專款編列，要回去調整支付標準，我們沒有意見，就是在全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議由健保署跟醫界協商，在非協商因素裡面調整就好，不應該用專款裡面的品質提升方案，實質上進行支付標準的調升，這就是我們上次總額談的，應該怎麼訂定成長率，有沒有重複性編列的問題是一樣的。我附議剛剛朱委員、劉委員所提意見，假如這提案已經把總額協商最重要依據，要改善醫學中心急診壅塞指標拿掉，違反當初提出協商政策目標，我覺得應提健保會再次討論，而非通過，健保會付費者代表、其他代表沒有看到細項的話，一沒注意就通過了，年底再來檢討或今年要再編列時，委員也不知道此狀況，我覺得不是很好。

周主任委員麗芳

一、非常感謝各位委員發言，剛才幾位委員關心健保署的相關業務，包括急診壅塞部分，這部份請健保署在優先報告事項時回應。

二、針對其他本會業務部分綜整大家的意見，有關上次(第 4 次)委

員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤共 1 項，同意依擬議，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共 6 項，同意依擬議，繼續追蹤。

三、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬解除追蹤共 4 項，同意依擬議，解除追蹤。

四、剛剛大家談論很多，也很關心醫界在防疫方面的負荷，爰此我們今年度辦理「各總額部門 110 年度執行成果評核之作業方式」採用書面評核方式，不辦理公開成果發表會議，就請各總額部門如期提出書面報告及簡報資料(簡報資料即為剛才劉委員淑瓊所關切的)，送請委員書面評核，另 111 年評核作業時程表，配合酌修如附件一，餘洽悉。

五、請問委員對於本案決定事項是否同意?(未有委員表示反對)如果同意的話，剛才幾位委員所關心之健保署業務，稍後將於優先報告事項請蔡副署長淑鈴詳細說明，接下來進入優先報告事項。

朱委員益宏

主席抱歉我剛剛有舉手，但不知道為什麼被放下來了。

周主任委員麗芳

對不起，我沒有看到，請朱委員益宏。

朱委員益宏

剛剛討論到提升急診品質、解決壅塞的部分，我有提出一個意見，希望健保署針對急診壅塞的問題進行一個專案報告，對歷年使用狀況進行分析。尤其牽涉到 20 多家醫學中心，因為醫療品質資訊公開中有每一家醫院急診壅塞的指標，我看到有些醫院甚至在急診室滯留超過 48 小時的案件超過 25%，也就是 4 個病人中就有 1 個病人在急診室待床超過 48 小時，而且很多年以來都還沒有改善，所以能不能請主席徵求各位委員的意見，希望在本會排一個專案報告，看委員會什麼時候有空，再請健保署做一個專案報告。

周主任委員麗芳

謝謝朱委員益宏的建議，你的建議我可否這樣處理，等一下在優先報告事項，先請蔡副署長淑鈴針對您及幾位委員關切的急診壅塞的部份先予回應，至於是否要專案報告，待會討論後再行決議這樣好嗎？請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、我想這兩年因疫情關係，急診壅塞的情形是在所難免，現在若想討論如何減少醫學中心、區域醫院的急診壅塞，真的有困難度，但是這是一個很好的方向，這個問題我們一定要努力去解決。
- 二、但這個問題也涉及分級醫療，所以我建議這個案子能有折衷的方式去處理。說實在我想除了醫界人員，包括健保署也都累壞了，據我了解健保署也很多員工都確診，其實我們大家都一樣會受到感染及確診的風險，你的周遭朋友確診，包括健保署員工及醫界員工都有人確診，因此這個案子的大方向檢討，希望能等到疫情平息以後，才會有餘裕，來針對分級醫療、甚至部分負擔，再來一併研究，未來才能夠真正解決急診壅塞，不然我們現在討論再多，但其實疫情在燃燒、醫院都忙昏頭了，很難有重大改變，這個方向是對的，但希望在疫情平穩，醫院與健保署能有充分溝通之後，再來進行專案報告。

周主任委員麗芳

感謝黃委員振國的建議，是否就尊重黃委員的建議，有關急診壅塞的討論就在此先打住，等一下在健保署進行業務執行季報告再討論。請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

我也贊成等一下健保署報告時再一併處理，但針對剛剛黃委員振國提到等疫情平復之後，坦白講我們現在真的不知道疫情會怎麼發展，因此我想提出建議，事實上健保署對於急診壅塞這個議題，「急診品質提升方案」已進行多年，健保署也都掌握執行概況，希

望能就健保署可掌握的資訊，也不要過度勞煩非常努力防疫的醫界，我要呼應剛剛朱委員益宏的建議，仍應提出一個專案報告，尤其這次 COVID-19 期間，也發生幼童在急診因為等待過久發生的各種問題，當然我們不知道中間因果關係，也能理解幼兒病程變化很快，但這是民眾十分關心的，而且更是民眾有所疑慮的，所以我們做為健保會委員應當關切，且需要了解問題到底出在哪裡。

周主任委員麗芳

謝謝朱委員益宏、黃委員振國、劉委員淑瓊，由蔡副署長在接下來的報告衡酌急診壅塞部分是否適合進行專案報告，若可以提出，也請該署評估適合報告的時間，健保署現在整個投入在防疫工作，安排方式仍尊重該署。接下來進行優先報告事項。

參、優先報告事項「111 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告」與
會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴報告。

蔡副署長淑鈴

- 一、111 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告(略，投影片資料詳如議事錄第 102~119 頁)。
- 二、主委希望我回應一下，委員對於急診方案或是代謝症候群計畫的看法，容我在此進行相關回應。從報告中確實可看到這次急診方案已經公告，但是內容有比較大的改變，尤其在這疫情高峰的關鍵時刻提出來，就可以感受到在第一線的急診醫師，對於又要防疫、又要有大批病人來做 PCR、又不能讓重症病人權益受損，會感到焦心及急切，所以他們並不會遺漏掉任何緊急需要的病人，會使病人的醫療需求需要獲得滿足，所以在這個關鍵時候，此方案通過一些對於重症及效率的獎勵。
- 三、至於大家關心急診壅塞指標不見了，但我們仍會持續監測，即使沒有放在這個方案中，我們依然會監測，但我其實有陸續注意大型醫院，特別是醫學中心的急診壅塞這件事，他們仍雙管齊下，又要應付疫情迎來的病人，還有重症病人，還要準備防疫物資跟防疫配備，請各位委員要非常體諒在這段時間急診一線醫護人員的辛苦，以及他們擔心自己也會染疫的焦慮，但是請大家放心，急診方案原本的品質指標，健保署一樣會進行監控，剛剛有委員提示說，是不是要進行專案報告，本署尊重大會決議。
- 四、代謝症候群計畫這個案子現在陳報到衛福部，剛剛黃委員振國提到，在過程當中國健署、醫全會都有陸續開會，本署也有參與，這過程中大家都有努力，這個決議中我們確實有回應大家，目前的目標人次是 10 萬人，以上回應。

周主任委員麗芳

非常感謝蔡副署長精闢的報告，聽完了報告，除了感動就是感謝，也謝謝健保署在李署長伯璋、蔡淑鈴副署長帶領全體工作同仁，勇於承擔扛起所有責任，在此代表健保會及社會大眾向健保署全體人員致謝，請問委員對於本案是否有詢問？請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

- 一、謝謝蔡副署長淑鈴非常詳盡的報告，本次是季報告進行口頭說明，建議健保署的口頭報告其實可以更精簡一點，就針對今年1到3月的業務來報告，會更聚焦。剛剛蔡副署長提到疫情期間醫療服務提供者非常辛苦，這部分大家都可以理解也心懷感謝。我們清楚了解疫情對醫療體系形成衝擊，但是計畫沒有達標、就醫行為或醫療行為的改變成因很多，疫情未必是主要或唯一的因子，可否在未把握實證的情況下，不要再一直以疫情因素為由，作為導致指標成效不佳的原因，應有更詳細的評估及分析。再者，我們也要理性地問「孰令致之」，今天一線醫護為什麼這麼辛苦？制度面有沒有需要健全之處？這樣才能讓一線服務提供者更有效率、成就感更高。我們不宜一再用疫情原因、就情感訴求而不去處理制度問題，那反而對一線的醫護不公平。
- 二、針對抑制資源不當耗用改善方案執行結果及檢討改善策略，感謝健保署提出一整年資料，請參閱業務執行季報告第163~165頁，針對安寧醫療，這是很多委員都很關心的，臨終前的醫療利用是醫療資源耗用中很大的一塊，我們觀察到「死亡前安寧利用率」及「呼吸器依賴病人安寧利用率」這2個指標都無法達標。報告中提到這是受到疫情影響，我們不知道關聯在哪，請健保署說明一下。觀察3年以來的目標值跟執行值，可看到健保署所訂定的目標值，都是看前1年的執行值，然後很保守且安全地來訂定目標值，所以換句話來講這是低標，可是還是不能達標。所以我們就很想知道到底原因在哪裡？在今年第1

次委員會議中，有好多位委員也提到關鍵是在支付制度及支付標準的問題，蔡副署長淑鈴也答應我們要進行相關支付制度的檢討，關鍵到底是在於沒有需求，民眾不要？或者是我們給醫療服務提供者的誘因不足，所以供給量不夠？這是一個關鍵因素，也直接牽動到是否能夠有效的抑制醫療資源不當耗用，這也請健保署費心。

周主任委員麗芳

請陳委員秀熙。

陳委員秀熙

- 一、謝謝蔡副署長淑鈴的報告，我想提 1 個很重要，而且是今天台灣所有人民面對的問題。全民健康保險在一般時候整體運作都可正常運作，但今天面對的問題就是因為在這次面對新型冠狀病毒 Omicron 變異株及上次 Alpha 變異株時，就遇到全民健保體系沒有辦法在此緊急狀況有 1 個 Resistance 的專案計畫。行政院提出其他部門包括觀光的振興計畫，而醫界一定是面對重創，不管基層到各層級醫院，我必須要代替醫界鄭重跟大家講，疫情一定要控制，否則醫界無法回復到醫療正常生態，死亡數一定會上升，在英國今年 1 月就發生，所有醫護人員無法工作，因為隔離。今天在行政院別的部門可以提出振興計畫，為什麼今天就不能由衛福部或健保署提出醫界的振興計畫呢！這才是解決之道。有 4 個重要的問題，醫療體系、財務支付、資訊、人民民意觀感與心理感受的問題，我建議這 4 個本來就應該循這個方向提出來，我今天聽到何委員語提及，他為什麼這樣講，就是所有東西都應該要回到法源制度。
- 二、今天就是因為我們沒有依照法源制度來佈下機制，沒有制訂應對這樣的緊急災害的 Resistance，今天遇到時這 4 個面向就不知道該如何應對。除了今天健保署報告的計畫之外，我覺得應該從這邊下手，若今天不這樣下手，越容易受到政治勢力干擾，今天何委員語就觀察的很清楚，地區醫院為何今天門診量

沒有改變，民眾會自己找到一條路，醫院急診為何這樣都是排 RT-PCR (reverse transcription-PCR，反轉錄 PCR)，難道急診是專職負責 RT-PCR 的工作嗎！絕對不是。今天金管會有無適時跟行政院協調，今天我們心知肚明保險業創造的無症狀，快篩還幫他節省一半錢，人民知道嗎？不知道啊。這都是制度面要改。今天在資訊面上，各位知道多少地方衛生體系工作人員都工作到凌晨 3、4 點，都是為了開居家隔離單，現在電子圍籬沒有了，但是居家隔離單要不要開，剛剛蔡副署長淑鈴說我們有這麼好的雲端系統，但我們看到 CDC(疾病管制署)、健保署的資訊若出了問題都要由唐鳳政務委員出面解決，這不是國家正常應對緊急災害的系統，理論上不應該是這樣做。

三、資訊面，剛剛中醫部門說他們的藥品很好，那為什麼雲端上面針對只有 Paxlovid(新冠肺炎口服抗病毒藥物)，而沒有清冠一號？應該要讓民眾在中西醫都可以獲得服務，至少我目前看到的，如果這麼好的系統為何不整合？這就是資訊面要結合雲端，我們有這麼好的雲端系統，但如何在緊急時運用，我們不能怪罪誰，但仍要為人民想，今天急診壅塞了，兒童會不會受到影響？未來疫情事過境遷之後，但健保署、醫界仍要面臨健保財務問題，今天專責醫院開出來，到底行政院要給這些專責醫院多少補助，專責醫院除了可以得到這些補助，未來總額醫療費用，若沒有達到九成再給九成。

四、大家都很辛苦我也很了解，但我們一定要理性解決，要提出自己對於人民有所交代的全民健保體系，下一次再遇到緊急狀況，要檢討所有事情，也能給醫界有個很好的補助或援助，也對人民有交代，否則最後都是這樣。今天我們從清零政策走到共存，我們有跟人民講為什麼嗎？因為疫苗無法達到群體免疫，所以感染一直增加，我們要看中重症有沒有減少，希望能避免人民因中重症死亡，而不是一直報確診數，然後南北地區一直比較。我們應該要讓中重症減少，如果不讓醫界在這邊攜

手努力，人民終究會一直犧牲生命，超額死亡會不斷出現，慢性病或癌症病人無法順利從基層轉到醫院去，我認為醫界這一次一定會受到重創，我認為在這地方是面對到這樣的問題，所以我提出 1 個觀點試圖解決，我們健保有這麼多專案計畫，難道我們不能做嗎？

周主任委員麗芳

非常感謝陳委員秀熙這麼精闢的發言，幫大家上了一課，特別關心到醫界的振興計畫。請翁委員燕雪。

翁委員燕雪

- 一、謝謝蔡副署長淑鈴剛剛精闢報告，請參閱投影片第 15 張，想要請教的是，剛剛副署長有提到上轉件數很高，但是下轉件數少，那我想以健保署來說，報告應該不是只呈現最後的數據，到底為什麼下轉的件數會這麼低的原因，建議是否要做 1 個分析，再提出如何改善。如果上轉跟下轉的比例這樣是合理的，大家也可以接受，若有不合理的狀況，是否可以提出什麼樣的改善方法。
- 二、投影片第 19 張一般保險費收繳情形，連續 2 年的應收保險費及實收保險費都有 1 個差距，而且發現這 2 條線的變動趨勢是一致的，所以建議這邊應該也要有個分析，告訴我們到底為什麼會有這樣的落差，原因為何，有沒有辦法能夠改善。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

- 一、首先呼應翁委員燕雪，剛剛提到分級醫療，我們每次只看到上轉、下轉，都已經做那麼多年了，到底轉來轉去之後，醫療費用有節省嗎？因為我們已經投入很多錢了。至於我看今天報告事項第三案也提到「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」項目有 10 億元的預算，此計畫也逾期，尚未至委員會提報相關

內容，這是怎麼回事？

二、提出 2 個建議：

- (一)請參閱業務執行季報告第 2 頁第五點，有關健保資料庫對外公開在憲法法院審理的一些問題，在此我建議在等待憲法法庭宣判的期間，如果從那邊有得到新的資訊，是否可以積極的量化及揭露健保資料應用，如果可達到公益目的、可造就台灣學術的研究，如何協助健保署擬定費率、總額給付相關政策等，讓我們獨步全球的健保資料庫真正發揮成為令人欣羨寶藏的功能，這才是全民之福，不是一直放在那邊只當成一個政績的宣揚。我是比較務實，覺得若能真正去做才有意義，當然法的部分仍要遵循，希望照我們意思，就可以從比較開放的角度去應用，如果沒有的話，應該也有空間可以討論，應該積極從這邊去著手，不要一直空等，因為 3 到 5 個月的等待蠻可惜的。
- (二)是否可以懇請健保署協助委員履行健保法賦予的監理職責，對於委員的請教，希望貴署能真心回應說明，不要讓我們看到選擇性因應或置之不理！剛剛干文男委員關心呆帳問題，我記得已經提了好幾年，都還是沒有解決。至於個人經驗，我從 3 月份就一直請教今年保費成長情況，到現在都沒有分析資料，一開始說是基本工資調漲，後來是補充保費的增加。我看了一下保費增加的資料，1、2 月保費成長 68 億元，基本工資 1 個月增加 5 億元、2 個月 10 億元，補充保費增加 25.5 億元，扣一扣這 2 個因素才能解釋差不多 5 成原因，另外 5 成來源不明！到現在已經 4 月應該量比較大了，應可找到原因，但是 4 月卻負成長，說之前估的太多了，現在又沖回來，我等了 4 個月，對這疑惑還是霧煞煞(台語，模糊不清)！是否懇請健保署針對這問題，用書面回應也可以，希望能比較詳細的去解釋，其他數字的問題我就不談了。

三、另外還有 1 件問了半天的事情，要請健保署依法行政這麼難嗎？就是平均眷口數，這還要提案嗎？以前是提案才會公告，但這樣對我們健保會是 1 個侮辱，我這樣認為，委員要求健保署依法行政，居然還要提案貴署才執行，剛剛蔡副署長淑鈴說資料 5 月份會全面更新，我應該沒有聽錯吧？如果這樣的話 110 年的資料應該要出來了吧？怎麼 109 年到現在都還沒有，拜託健保署跟社保司不要玩那種遊戲，我們很累你們也很累，這特別懇託一下。

周主任委員麗芳

因時間關係，目前已人登記發言的委員仍請發言，但不再接受其他委員登記，到吳委員鴻來、干委員文男發言為止，其他委員請提書面意見，請陳委員石池。

陳委員石池

謝謝蔡副署長淑鈴詳細的報告，個人有一些意見：

- 一、投影片第 7 張，COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫，這是好的計畫，但之前醫界有反應向健保署要一筆經費，可是看起來根本沒有編列啊！所列隔離期間醫療費用由疾管署編列，評估及獎勵費由中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算補助，此二者都不是康復者的醫療費用。至於本計畫的醫療費用由健保署總額給付，可是當初醫界就是害怕吃到總額費用，對於康復者也應該額外編列預算執行才對，因此我個人對此不認同，還有康復者的 6 個月追蹤期時間可能太短了，應該要延長。
- 二、投影片第 9 張，疫情期間健保費緩繳，這是好政策，我也贊同，但李委員永振所談近年健保費催收情形是否讓大家知道一下。
- 三、投影片第 15 張，有關於分級轉診，我看起來上轉、下轉都有在逐漸進步，我想這政策方向是對的，但我覺得回轉率還是沒

有變化，是不是這方面請健保署再思考一下，什麼樣的好政策可以讓回轉率逐漸增加。

- 四、投影片第 19 張，有關保險費率調高，從 4.69% 調整到 5.17%，增加一般保險費收入 429.7 億元，投影片第 20 張提到補充保費大概增加 108.3 億元，以上共計約增加 538 億元。我的問題在於，我第 1 次擔任委員，到底每年健保署收、支費用的情況如何，每年有無盈餘，包括專款有沒有用完等，這我都不清楚，是否有機會讓我了解健保預算使用情形如何，哪些有用完、哪些沒有，剩下多少錢，剩餘多少錢滾入基期我也看不到，是否可以說明一下？
- 五、投影片第 22 張，修訂保險憑證管理辦法，不上傳就不給付此一方向我贊同，但是有沒有考慮到基層院所資訊能力，它到底能不能做得好，假設無法做到，要延到什麼時候實施，這個政策對基層醫療會有很大的困擾，請健保署要了解一下。
- 六、最後關於健保卡報稅，雖說好像有便民的作用，假設這業務若有增加健保業務的話，那似乎就不該是該署的業務內容，若沒增加負擔就是一個好的業務。

周主任委員麗芳

謝謝陳委員石池的精闢提問，請滕委員西華。

滕委員西華

我要提出的問題比較多，所以說話速度就稍微快點。

一、首先就 COVID-19 視訊診療的相關業務提出幾個問題請教：

- (一)第 1 點，視訊診療服務又再度放寬至初診門診病人，這是不得已的措施，我記得曾有某次委員會議的業務報告有提供視訊與電話診療的人數分布、成長率等資料，所以既然視訊診療服務實施期間要延至指揮中心解散日為止，建議健保署是否可以將視訊、電話診療部分的資料，包含：人次、人數、診斷別(COVID-19、非 COVID-19)，以及各總

額部門使用視訊診療跟虛擬 IC 卡的情況，包括中醫、西醫基層、牙醫、醫院層級，列入每月例行性業務報告資料裡面。另外，我看另外慢性病只延到 6 月 30 日，跟業務執行報告第 1 頁提到放寬至指揮中心解散日的 COVID-19 沒有同步，不知道為什麼。

(二)投影片第 7 張，有關 Long COVID-19 的門住診整合照護計畫，雖然現在只有 90 幾個人，剛剛陳委員石池提到說好像沒有編列特別預算，這個我不是很確定。因為有很多長照機構、特殊需求的照護機構、身障機構提供特約到宅門診，不知道 Long COVID-19 有沒有計畫延伸到長照或身障機構提供到宅服務。

註：Long COVID-19 的簡稱，英國國家醫療服務體系(NHS)將初次感染後 4 週或 4 週以上，仍持續有新出現、復發或持續性的症狀統稱為「長期 COVID(Long COVID)」，其中症狀持續超過感染後 4 週者稱為「症狀持續存在的 COVID (Ongoing symptomatic COVID)」，若超過 12 週且無法解釋為其他疾病所致者，則稱為「後 COVID 症候群 (Post-COVID Syndrome)」

資料來源：新冠肺炎(COVID-19)染疫康復者指引-衛生福利部疾病管制署

(三)第 3 個就是 COVID-19 確診病患，可以使用健康益友 APP 進行遠距門診，但它是民間開發的 APP。我想知道健保署快易通下載率是全台灣第 1 名，無法提供健康益友 APP 相同功能嗎？如果可以的話，衛福部打算要求讓健保署跟民間單位 APP 合作的目的是什麼，如果快易通可以達到，為什麼要用民間的 APP 來做？

二、另外，我有接到民眾陳情，有病人或醫師反映，若經由西醫 PCR 或快篩陽性確診為 COVID-19 病人，中醫開立公費清冠一號後，就不能夠再開立其他健保處方的科學中藥，請問確實有這個狀況嗎？或只是誤會？因為西醫的部分即使沒有開立 Paxlovid，西醫也都有開其他原本健保有給付的抗組織胺、上呼吸道、治咳嗽化痰的藥物，中醫是否也可以開原本健保處

方的科學中藥，非僅限公費的清冠一號？因為剛才柯理事長富揚有提到清冠一號有產量不足的問題，跟 Paxlovid 一樣也有時效性的問題，很多民眾拿到之後，可能都已經不夠即時了。另外，在西醫部分，我至少接到 3 位民眾反映視訊掛號系統有塞車現象，剛才顏理事長鴻順提到北北基桃有 1 千多家基層診所投入，我其實非常非常佩服，醫院應該也有視訊診療的業務，請問視訊掛號塞車部分，健保署有沒有相關計畫可以與醫療體系合作。

- 三、另外，投影片第 29 張提到換發新證健保卡，我覺得這個政策對外籍人士非常好，健保署提到新增的費用要爭取預算，請問是由公務預算還是由保費支應？
- 四、業務執行報告第 88 頁，有例行性提供醫學中心病床增減情形，現在因為 COVID-19 的關係，有設置隔離病房，可否在指揮中心解散前補充隔離病房的設置數量，以及隔離病房在醫學中心的分布情形。
- 五、最後 1 點，在會議資料第 23 頁開始，有列出健保署副知健保會的相關業務政策，建議將來如有涉及健保協商事項專款、或專案項目計畫的改變或新增，應請健保署在業務執行報告時提出重點報告，而非由健保會收到健保署公文後列入本會重要業務報告，這樣無法進一步請教健保署關於這些專案與計畫的執行狀況，因為這與協商項目有關，假如委員對這些公告事項不是很清楚，那怎麼樣監督協商項目的執行或作為隔年度協商的參考，我強烈應該要列入摘要報告。
- 六、最後我要呼應朱委員益宏跟劉委員淑瓊，建議在下次委員會議提出急診專案報告。另外關於會議資料第 26 頁「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」，有新增擴大收案條件，我提出 2 個問題：第 1，沒有看到是否合併長效針劑使用，因為過去說要整併，如果合併長效針劑使用的話，針劑專款使用完之後病人怎麼辦？是回到一般預算還是不是？第 2，法務部擴

大監護處分的病人，大部分可能是思覺失調病患，這部分經費是法務部支出或是衛福部用公務預算支出？謝謝。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

我有以下幾個問題：

一、第 1，主要是針對轉診部分，投影片第 14 張可以看到，其實從 109 年開始，到 110、111 年轉診的成效就變得比較差。我在之前的委員會議，已經一再提醒健保署、所有健保會委員，大家看到 107 年、108 年轉診好像有點成效，主要是衛福部有政策，規定醫學中心跟區域醫院每年門診要減量 2%，但是這規定在 109 年因為疫情關係暫停，暫停後大家就恢復原本就醫模式。

在前幾次委員會議我還有提到，因為 110 年第 2、3 季有疫情，在 110 年第 4 季疫情趨緩後，部分醫學中心不但門診量能大幅成長 10% 以上，甚至延長門診時間、加開夜間門診，完全違反分級醫療政策，但喊歸喊，狗吠火車(台語，不自量力之意)也沒有效，今年剛好又遇到疫情，所以醫學中心門診量好像又稍微減緩，門診分級醫療似乎又稍微改善。

我要再次呼籲大家，包含健保署，這波疫情總是會過去，很多專家預計到 8、9 月，會不會延續到第 4 季不知道，如果第 4 季疫情趨緩後又反彈，而分級醫療政策還是只有現在的分級醫療政策，因為年減 2% 的政策現在衛福部暫停，暫停之後又看它反彈，讓之前所做的分級醫療政策全部功虧一簣，我覺得非常可惜。

我也希望再次呼籲，我覺得我像是 1 隻狗，一直在吠火車，不知有沒有效，但還是要吠一下，我認為分級醫療其實是全民健保要永續經營一條非常重要的路，目前這波疫情尚未趨緩，衛福部、健保署能否趕快規劃，疫情趨緩後的反彈力道很

大，怎麼在分級醫療措施下，讓輕症、慢性病能反彈到基層診所，而不要直接回到大型醫院。

- 二、第 2 點，投影片第 15 張表格呈現的都是數字，數字好幾十萬看起來很多，是不是請健保署在做相關報告時一併把百分比列出來，投影片第 16、17 張就有列出百分比。另外下轉案件-層級別分析，只有看到區域醫院、地區醫院、基層診所，沒有看到醫學中心有多少件數下轉，不知道為什麼不呈現醫學中心的申請總件數跟下轉件數，是不是因為數字不好看所以不呈現？
- 三、對於投影片第 22 張「不上傳不給付」這件事情，健保署已經在進行相關程序且要修改相關辦法，但是因為很多地區醫院資訊受限，是否拜託健保署各分區業務組針對個別地區醫院，除了回饋資料以外，能夠實際去了解不上傳或是上傳的困難點在哪裡，並且給予適當協助。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、非常感謝健保署詳盡的說明，我呼應剛剛陳委員秀熙的說法，雖然我們一直強調制度，可是全民健康保險遇到重大疫情傷害時沒有 1 個制度可以因應，這是從以前就欠缺的。各位委員常提到說要回歸制度，請教健保會或主管機關，全民健康保險因應重大災害時有無因應制度，如果有，各位委員也不用這麼辛苦。
- 二、非常感謝疫情這 3 年來，社會各界給醫界第一線工作同仁的溫暖鼓勵。或許各位委員深刻面對疫情的只有開會這 1 天、或是某個時刻，剛剛我短暫離開會場，就是去處理很多個案打進來的電話，去處理他們就醫問題。各位委員都是來自社會各界的菁英，剛才滕委員西華說得很好，有醫療需求的個案真的很難打電話進來，我曾被 complain 說，你們診所電話到底是不是通的？但是當他親自到診所現場時，因為看到我們不食不眠不休

的努力，他說真的非常感謝黃醫師團隊，你們真的非常辛苦。

三、各位委員是來自各界的意見領袖，請幫助醫界幾件事情，很重要的第 1 件事是，保險之亂，我記得新北市某診所院長跟我說，在早期 PCR 就要排隊 4 小時的時候，有些年輕人只為了保險給付，可以在戶外排隊 4 小時拿 PCR 診斷證明。我在第一線照顧個案時，常常很多個案第 1 句就說，黃醫師可否幫我開證明？因為政府說 2 年內可給付，還有很多解隔個案說公司需要居隔證明，但我說不是只有你們累了、確診了，我們行政機關也累了、也確診了，請安心等待。所以是否請各位能跟企業主溝通一下，疫情期間的請假規定，讓它有個寬限期因應，這不是單一事件，而是群體會共同面對的事件，我們都是各行各業菁英，請跟同行同業講，能否不要在疫情期間讓員工急著打電話要診斷證明，我們也不願意讓大家浪費時間等待，更不願意讓真的有需求的人電話打不進來。

四、第 3 個我要講的是疫情期間，我已經不知道什麼是效率，除了今天坐在這裡，我每天工作到晚上 10 點，不是門診就是開會、打電話，甚至半夜 3 點接到騷擾電話。也有很多同仁不敢回家，因為每天接觸很多高風險的個案，基隆市到昨天為止，盛行率是 12%。各界常以效率、情感來衡量第一線醫護同仁，大家有沒有想過我們工作有替代性嗎？社會有哪個行業願意在這時候幫忙。剛才很多通電話都說，黃醫師我全家確診了，我真的沒有人可以到你的醫療院所領藥，請問這時社會關懷體系在哪裡？我只好跟他講說，不好意思，沒有親友就找里長，結果很多里長打電話來罵我。社會各界有沒有關心疫情？你們有投入嗎？沒有人願意有疫情，我相信醫療服務提供者也不願意有這個疫情，各位心也非常仁慈，在這節骨眼我從來不苛求我的工作人員，我員工、甚至同行確診了，我都要打電話去關心。據我所知，到今天為止，醫師公會理事已經至少 5 位確診了。為什麼這些醫療服務提供者這麼傻還要去 PCR 篩檢站，

那天同去中正紀念堂的，除了柯市長文哲確診外，還有 2 位醫師公會理事長同時確診。我要謝謝你們都在後面支持我們，但是綜上有沒有可以讓社會一起度過危機的條件，而非只說你們表現很差，我已經很難思考下一步要怎麼走，因為我每天面對的都是不同的變化球，謝謝。

周主任委員麗芳

非常感謝黃委員振國在第一線奮不顧身照顧民眾，接下來請劉委員國隆。

劉委員國隆

- 一、謝謝主委，謝謝所有的委員跟官員。我贊同陳委員秀熙跟黃委員振國的發言，現在社會有所謂的保險之亂現象。雖然我們現在已經進步到，快篩再加上診所醫師確認後就可判定是確診，可是這樣會讓診所的量能也會有負擔，是不是衛福部能思考看看，如果快篩 2 次都是陽性，就視為確診，而不用到診所。如此，不僅方便未來保險業者確認，最重要的是可以快速方便地投藥，醫師也能夠比較容易提供服務，這是 1 個思考的方向，提供給衛福部參考。
- 二、第 2 個，我非常感謝、也讚嘆衛福部跟健保署，大家都持續努力在疫情爆發後推動視訊診療，這或許以後也可以做為醫療分流的機制，就好像朱委員益宏講的，台灣健保一直推動的是分級醫療。其實我們分級醫療最重要的一個盲點，我們在去年健保會協商的總額預算裡有分配一筆金額支援健保署的資訊系統，希望資訊系統建構完成後，能將各類檢查資料即時上傳到雲端，讓各級診療群，無論教學醫院、地區醫院或基層診所都可以共同使用上傳的檢查資料，這樣就能落實分級醫療的第一步，這裡也期許、希望衛福部、健保署提供資料上傳及下載系統的相關資訊與建構進度。

周主任委員麗芳

請吳委員鴻來。

吳委員鴻來

- 一、剛剛蔡副署長淑鈴進行第 1 季的業務執行報告，我比較關心的是第 2 季疫情的部分，我知道前面黃委員振國語重心長提到，現在第一線醫護人員真的是水深火熱，從這波疫情明顯可以看到，平常沒有做好分級醫療，遇到疫情衝擊時，亂象就會出現，現在大家看到民眾大量往大醫院，尤其是去急診擠，真的已經排擠到非 COVID-19 的急重症病患的需求。剛才蔡副署長報告也有提到，這次季報告的數據可以看到慢性病病人用藥數據沒有明顯衝擊，但就我自己實際了解的狀況，真的是非常擔心，因為真的這波疫情確診人數不是過去可以相比的程度。
- 二、譬如先前提到的視訊診療部分，其實現在有 1 個問題是，即使健保署名單上有開放視訊診療的醫院，但實際上並非所有科別都開放，現在因為真的確診人數很多，就會遇到病人不管是確診或居家隔離，就醫仍會遇到一些困難。再來是有一些醫院是開放家屬代診，但剛剛黃委員振國也有提到，有時候有些病人有困難找人幫忙，即使你找里長，里長也真的有很多事情要忙，真的有一些病人會遇到這些困擾，或我有實際遇到病人需要處方管制藥品，醫院說要過卡，要回診時他聯繫個管師，個管師要他從急診大門進去，結果到急診大門又被擋，真的是滿嚴重的問題。
- 三、針對視訊或電話診療，希望它不僅是在疫情中的應急手段，未來疫情平息時，健保署也應好好思考如何發展，以輔助醫療院所進行數位轉型，以對病人提供最大的幫助，而不是只為了疫情做這件事情。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、各位委員，首先感謝蔡副署長淑鈴報告得很清楚，也感謝醫界在這段期間的付出，我看到 PCR 排隊人龍動不動就是 300、

400人，一排就是5、6個鐘頭，非常辛苦；感謝疫情期間政策不斷地做滾動式修正，從快篩到減篩、拿藥也有滾動修正；也感謝所有中醫、西醫醫護人員、藥師及中醫藥師，送藥到府做得很好，不過我在這裡還是要重提清冠一號產量嚴重不足的問題。

- 二、從剛才蔡副署長淑鈴報告中，看到現在轉診的執行力道似乎已經減弱，成果有退步，何時恢復應有所規劃，我們醫療分級已經做了很久，我也認同剛才陳委員秀熙提到的方向，如果說之前已經有成績，現在沒有繼續執行，未來就會又變質。
- 三、部裡很多政策都是交由部立醫院執行，它負擔的責任很重，但部立醫院設備非常爛，不論是電視新聞報導或現場看到的都是如此，希望衛福部能提升部立醫院的設備，不然跟私人醫院相差太多。
- 四、再來就是聯合報5月20日轉載李署長伯璋的政策看法，去年新增洗腎患者近2萬人，現在提出專款給付SGLT2抑制劑或GLP-1促進劑，協助糖尿病患控制血糖，一個人1年只花1萬多元，減緩進入洗腎歷程，相比較下，進入洗腎1個洗腎者1年要花60幾萬元，如果可以減緩幾年就省了幾年的費用，也避免洗腎變成活死人，這個藥可以讓糖尿病患回復，讓他對社會家庭整個事業多所貢獻，我希望可以支持署長多編列這個藥的預算。

周主任委員麗芳

最後請何委員語。

何委員語

- 一、主席、各位委員大家好，對於醫界在3年疫情期間的辛勞，我也同樣表示感謝，就不再多說。接著要跟蔡副署長淑鈴請教，第1點，我昨天從前屆委員處得知，健保署近期取消給付的3百多種指示用藥中，有2百多種屬於小兒用藥，小兒科醫師反應很多。不曉得這2百多種指示用藥裡，12歲、6歲以下的各

占多少種？我們很清楚現在養兒育女很痛苦、很困難，大家都不想生了，台灣去年的婦女生育率是全球最低，只有 0.975 人而已(行政院網站國情簡介 111.3.2 數據)，我最近參加 1 場中華經濟研究論壇，會中就是在討論勞動力缺口的問題。我們認為小兒指示用藥應該維持健保給付，如果健保署已經宣布了，我想就以書面提案，希望能夠恢復小兒指示用藥的健保給付。

- 二、第 2 點，投影片第 27 張提到眼科用藥，讓我想到之前曾經建議，目前台灣 1 年約有 370 人~400 人罹患全葡萄性膜炎，如果時常發病會導致失明，大部分患者視力最後只剩下 0.1，治療全葡萄性眼膜炎的藥品復邁(Humira)1 個療程要 24 週，1 年需要進行 2 個療程，金額計算下來才 1.2 億元，不是非常多，去(110)年健保署有同意將 18 歲以下小兒用藥納入給付，能否考量將近 400 名大人的全葡萄膜炎健保用藥納入健保給付？

(註:Humira，是一種選擇性免疫抑制劑。Humira 適用於治療類風濕性關節炎、幼年型自發性多關節炎、僵直性脊椎炎、乾癬性關節炎、乾癬、化膿性汗腺炎、成人和小兒克隆氏症、潰瘍性結腸炎、腸道貝西氏症、成年病人之非感染性中段、後段和全葡萄膜炎和小兒非感染性前葡萄膜炎。可以降低這些疾病的發炎過程。)

- 三、在此要向李署長伯璋提出建議，這次購買快篩劑讓大家排隊排得這麼嚴重，難道主管機關事先都沒有規劃嗎？我認為重點要放在快篩劑的審查及測試，去蕪存菁，而不是一味管制讓獨家代理壟斷市場，應該讓民眾有足夠的快篩劑使用，並能自主管理。
- 四、另外，剛才委員一直提到買不到清冠一號，我昨天參加 1 個會議，會中他們執行長提到 3 年前開發出來時只准外銷，在印尼的台商都能買到清冠一號，但是台灣到今年才列入處方用藥，現在國內沒有藥，反而要從國外寄回來，因是處方用藥不能寄回來，這都是事前沒有好的規劃，這部分政府的政策應該納入考量。
- 五、李委員永振提到平均眷口數的部分，應公告則要公告，請健保

署或社保司公告。我昨天參加會議提出幾個建議，供你們參考。希望建立國家醫療資訊公司取代雲端藥歷，不應用健保費用支付這些資訊費用，全民健保繳的費用是支付醫療費用；第 2 個，成立國家癌症防治基金；第 3 個，有關健保資料庫，這裡提到修憲、入憲、憲法法庭部分，建議健保雲端大數據供生醫產業研究我們的醫藥品，因為目前台灣東方人都在吃西方人開發的藥，沒有開發自己的藥，東方人基因不同用藥也不同，我們浪費太多藥，應對症及對基因下藥才有療效。我也提出鼓勵政府要對中草藥研究開發政策及鼓勵措施。

- 六、大家都很關心疫情，不要忘記義大利最近的 1 個數據報告，在 110 年國家預算的數據出來後，發現死了很多老人以後，每年可節省近 10 億歐元的退休金、養老金、老人醫療費用及福利措施，10 年可以節省約 100 億歐元，義大利變成歐盟裡面最年輕化的國家，現在歐美國家看到這樣的報告，雖然表面不說，但是心裡想這些老人全部死掉，政府就不必負擔退休金、養老金、老人福利措施及醫療照顧，這些都是很微妙的事情。
- 七、我在這裡時常說我在說夢話，去年 10 月 18 日我在勞動部開會曾向許部長銘春說今年有個大疫情爆發，希望您能準備無薪假勞工與失業勞工的救濟準備，今年 3 月 30 日勞動部開會我又重說，並向她分析產業發展、物價波動、交貨期困難、生物鏈及關鍵零組件斷鏈的事情，這些都有錄音。
- 八、健保署李署長伯璋、蔡副署長淑鈴很辛苦，今天蔡副署長做了很完整的報告。我知道健保法裡一直在做後續的醫療動作，昨天開會時，我提到要不要將預防醫學納入整個國家發展政策，他們也提到預防醫學及遠距醫療的事情。本來早上沈副院長榮津召集 8 個工商團體開會，我不能參加，因為今天健保會的會議比副院長召開的會議重要，所以今天我參加這邊的會議，請別的理事去參加。
- 九、我的意思與陳委員秀熙所提一樣，我們每年大概只編 10 億元

的傳染病或政府重大政策經費而已，這筆經費用於整個重大疾病政策，去年才編列，有時編 8 億元或 10 億元，衛福部應重新思考整個健保法的規劃，能不能納入整個重大疫情傳染病？醫療體系的應變措施在哪？雖然現在政府都有政策下命令來做，也做得很好，可是在法令、法源上仍有不足，以上我提出簡單的報告。

周主任委員麗芳

- 一、非常感謝何委員語及所有提出建議的委員，本案已經討論 1 個半小時，也超出預定時間 30 分鐘，建議針對所有委員的口頭發言或委員書面意見，請健保署做會後回復說明，以精簡時間。
- 二、剛才委員關心「全民健康保險急診品質提升方案」專案報告，先就教蔡副署長淑鈴，請問這個專案報告健保署能力所及何時可以提出來？

蔡副署長淑鈴

我們配合大會的決議，都可以配合。

周主任委員麗芳

剛剛滕委員西華提到下個月，請問下個月有辦法嗎？

蔡副署長淑鈴

急診品質提升方案大家關心急診壅塞部分，但是原來的指標可以將它拿出來看看，我們也可將這個趨勢向大家分享，這次修正的重點及未來的期待都可在專案報告向大家報告，新方案因這些指標拿掉，我們希望急診醫學會再提指標，但是舊的指標仍可再拿出來監控，原來委員所提問題，若我們有機會討論，這些內容都是可以的。

周主任委員麗芳

請健保署下個月報告，朱委員益宏請簡短發言。

朱委員益宏

- 一、我簡短發言，第 1 個，向大家補充報告，全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議是 3 月開會，但是現在已快到 6 月指標都沒有提出來，再拖下去我想今年度急診醫學會是提不出來，這部分既然先前會議已經有落下這個決議，請健保署催促急診醫學會將指標提出來，是不是在下次報告時，一併將監控指標補上去，這是第 1 點。
- 二、第 2 點，因為醫療資訊公開裡面有醫院別，每家醫學中心急診病人 48 小時沒有轉住院的比例，這是每家醫院別，所以您在報告時，除了整體的指標報告以外，請讓我們知道醫學中心或是分區裡面不同的狀況，甚至個別醫院的執行狀況。

蔡副署長淑鈴

主席，我可不可以發言，我是蔡副署長淑鈴。

周主任委員麗芳

請發言。

蔡副署長淑鈴

剛剛問我們什麼時間適合報告，我們尊重委員會議的決議，但是今天已是 5 月下旬，通常下個月要報告都會提早要我們 6 月上旬交報告，這樣會有點趕，可不可以再下 1 次再多一點時間，就是 7 月報告，請健保會自行安排，因為健保會也有其它的議程要進行，只要讓我們有足夠的準備時間，我們都配合。

周主任委員麗芳

- 一、本案洽悉。委員所提意見，送請健保署回復說明。
- 二、有關「全民健康保險急診品質提升方案」執行情形專案報告，含急診壅塞監測指標，請健保署於 7 月份提報。
- 三、現在休息 10 分鐘，後續進行討論事項第一案，謝謝。

朱委員益宏

主席，對不起！剛剛建議健保署報告時加上我講的那 2 項，不知道

這部分主席是不是有裁示，或健保署是不是可以執行。

周主任委員麗芳

請問蔡副署長淑鈴，這部分不知道委員的意見是不是到時請你們一併列入？

蔡副署長淑鈴

是，今天都有各位委員的發言實錄，我們會從實錄去了解各位委員的訴求，看有沒有什麼遺漏，會盡量含括大家所提問題。

周主任委員麗芳

好，不過我在此仍要提醒也要詢問健保會同仁，因為7月份是評核會議，這個專案報告7月份有沒有時程排進來？若7月份無法排入，就以8月份為主，是7或8月請健保會同仁決定。

周執行秘書淑婉

報告主席，7月份可以排進來。

周主任委員麗芳

好，就在7月份排進來。現在先休息10分鐘，謝謝。

肆、討論事項第一案「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)」及討論事項第二案「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周執行秘書淑婉

主委，時間到了，我們可以開始開會嗎？

周主任委員麗芳

感謝各位委員繼續回到現場，接續進行討論事項，由於討論事項第一案及第二案都由健保會所提，且針對總額協商這部分，請同仁報告時，第一案及第二案合併一起報告完，我們再一起討論，因為時間關係，委員多半看過相關資料，請精簡報告，將時間留給大家討論，請報告。

陳組長燕鈴(投影片資料詳如議事錄第 120~125 頁)

- 一、請各位委員翻到會議資料第 53 頁，首先是討論事項第一案總額協商架構及原則(草案)，本案為符合健保法第 61 條規定，本會會在行政院核定的總額範圍內及衛福部當年度交付的政策目標去協商，後續才能去做準備及辦理總額協商相關作業，所以今天需事先議定協商架構及原則。
- 二、112 年度總額協商架構及原則(草案)提案，主要依衛福部函提本會 4 月份委員會議諮詢的「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」資料，也參考 111 年度總額協商架構及原則，及近年相關會議委員所提建議研擬這個草案，請參閱會議資料 56~61 頁。接下來說明修訂重點：

(一)會議資料第 56 頁，總額協商架構部分：

1.第 1 個，總額設定公式，在會議資料第 56 頁第一點：

- (1)查衛福部4月份所提總額範圍草案，因112年度總額基期擬改採淨值，需扣除110年未導入及未執行的預算，若這個修訂確定，總額範圍基期有變更，協商的總額

設定公式中的「前一年度醫療給付費用總額」，這項需配合修正。

(2)考量這個基期變更，在4月份委員會議時，發現各界未有共識，委員諮詢意見已經送請衛福部再予審酌，所以在擬草案時因沒有定案，先按照現行計算方式，以111年度總額設定公式暫列，僅更新資料採計年度。向委員報告，這部分等到衛福部陳報行政院核定後配合修訂，再提報委員會議確認。

2.第2個，醫療服務成本及人口因素，俗稱非協商因素，這部分因衛福部所提總額範圍草案公式的3項參數與過去相同，列在會議資料第56頁，俗稱非協商因素，包含「投保人口結構改變對醫療費用的影響」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」，這3個部分合併計算，因與過去相同，僅更新各項參數的資料採計年度，更新在會議資料第61頁，請委員參考。

(二)請委員翻到會議資料第54頁，第2是總額協商原則部分，列在會議資料第58~60頁，主要沿用現行原則，也參考近年委員及專家學者意見酌修，除了更新年度外，主要有2項研修重點：

1.第1項，請參閱會議資料第59頁，第五點協商因素之(五)，這項條文原來為「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，請健保署會同各總額部門相關團體議定後送本會同意後執行」。今年1月份委員會議，對於健保署提送的111年度點值保障項目，送委員同意時，委員建議應敘明保障的理由及其對總額預算的影響，委員才能審議在一般服務裡面特別去保障這些點值是不是合理，本次研修依委員建議，在這個條文後面增訂1段文字「前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等」，在

會議資料第 59 頁劃線處，再請委員參考。

2.第 2 項修訂，在會議資料第 60 頁，第七點其他原則新增第(八)項，不可重複編列預算的原則。

(1)說明研修理由，因近3年於衛福部總額範圍諮詢本會委員意見，以及衛福部召開總額範圍擬訂方向會議時，付費者代表及專家學者都建議健保財務及付費能力有限，所以非協商裡面有「醫療服務成本及人口因素」涵蓋的內容，不應在「協商因素」及「專款項目」重複提出。

(2)另外，委員也表達現在的總額基期每年成長，也很龐大，一般服務已涵蓋的服務不要在新的年度裡面重複提出協商項目或專款計畫增加預算。

(3)考量這些專家及委員建議，所以增列第(八)項「新增之協商因素及專款項目，不應與『醫療服務成本及人口因素』及『一般服務項目』已涵蓋的服務內容重複並編列預算」，在會議資料第60頁劃線處。

3.第 3 點，有關協商因素及專款項目於協商時要提報內容，將於討論事項第二案協商程序(草案)裡面討論增修訂內容，因為內容幾乎一樣，所以配合第二案的討論結果再來修訂。

4.擬具的協商架構及原則(草案)在會議資料第 56~61 頁，請委員參考，劃線處是今年改變的地方。我們也檢附去年的協商架構及原則，依協商原則第五點第(三)項，每年都會扣減違反特管辦法扣款部分，已請健保署提供 110 年度各部門查處追扣金額表，在會議資料第 68 頁，這是健保署現在提供的，但是協商時會以健保署提供的數字為準，若各部門對扣款有疑義，請再與健保署核對。另外也檢附總額協商原則第四點第(一)項提及「全民健康保險年度總額對給付項目調整之處理原則」，在參考資料三，請委員參

考。這是協商架構及原則的部分。

三、接下來繼續報告討論事項第二案，請委員翻到會議資料第 73 頁，剛剛是結構性的總額協商架構及原則，這個案子是整個協商程序(草案)，根據我們去年通過的「111 年度工作計畫」，訂於今年 9 月 22~23 日召開 112 年度總額協商共識會議及委員會議，所以需先確定一些協商工作計畫、進行方式、協商原則，以提高議事效率。

四、接下來說明所擬 112 年度總額的協商程序(草案)，在會議資料第 78~84 頁，因內容較多，我們準備簡報向委員說明，請委員先參閱今天會上所提供簡報資料，提案主要是參考歷年總額協商程序，因為去年 9 月總額協商時，不論是醫界、付費者委員均提供很多意見，也參考去年協商實務運作經驗，經全面性檢討後，綜整三大面向可以改善及研擬建議做法，我會從這三大面向跟委員報告。三大改變面向包括「協商草案內容的完備度」需加強，「健保署及健保會同仁的角色定位」需檢討，「協商會議無法充分討論且時間冗長」需改善。針對這三大面向跟委員報告問題點及因應做法。

(一)請參閱投影片第 2 張，首先，第 1 個面向「協商草案內容完備度」：

1.請參閱投影片第 3 張，這部分我們收集各方意見，社保司 3 月份相關的會議決議，建議我們未來協商各部門總額相關計畫時，應先訂定 KPI(Key Performance Indicators，關鍵績效指標)、專款是幾年計畫、成效評估標準等，委員會議才能就可能爭議處預做處理。

2.去年 9 月份總額協商會議委員反映：

(1)在編列預算時，因為健保財務吃緊，所有的預算應審慎編列，提出協商項目時應告訴付費者委員要解決什麼問題及需求，應包含「問題分析及需求評估」。

(2)另外在原來的協商原則及程序都有明訂新增項目要提

出「執行目標」及「預期效益之評估指標」，但是這幾年有些項目在協商時仍未提出來，委員覺得這部分是協商必要條件及承諾基礎，應該在協商草案時就必須提出「執行目標」及「預期效益之評估指標」。此外，也有一些屬於部門草案沒有列，但是屬政策交辦的新增項目，就變成沒有這部分，須請健保署依衛福部政策提出這個目標及預期效益指標。

- (3)最後，若本會協商無共識，兩案併陳，是由部來核定金額與要不要給這個預算，建請衛福部進行核定时一併決定「執行目標」及「預期效益之評估指標」，這是我們收集到的意見。

3.研擬因應做法：

- (1)為了讓這些資料能在協商時完備呈現，今年協商草案(協商大表)內容，增訂應提報的具體內容及格式，除了過去需提報內容，將它條列下來外，也增列「問題分析及需求評估」、專款項目增列「預估試辦檢討期限」，訂出第幾年要進行導入一般服務或退場的檢討，所以增訂這個內容及格式，格式等一下再說明。此外，若未達共識部分，也請衛福部於核定时就政策需要核定。
- (2)請參閱投影片第4張，這次在各部門提出協商草案時，應提報內容增加1張附表，完整內容在會議資料第84頁，這個附表是以後協商大表的格式及內容，分成3大欄，第1大欄是各部門草案，第2大欄是健保署草案，第3大欄是健保會補充說明，要求各部門總額協商方案提出來，新增項目包含這6項內容，其中第1項及第5項是新增內容「問題分析及需求評估」、「專款項目之預估試辦檢討期限」，其中第4項是「執行目標」及「預期效益之評估指標」，再加上本來就要提列的醫

療服務內容及費用估算基礎等資料。健保署草案這1欄，若屬於政策交辦項目，但是總額部門沒有納入，請健保署提供完整的協商方案。若這些都完整以後，健保會補充說明這欄，就是右邊這個欄位有個框框，健保會同仁會去檢視資料是不是完整，若不完整會提出哪個部分需要補充，用這樣的機制確保各部門提出協商草案時資料完整性，這是第1個部分，有關資料完備度的檢討改善。

- (二)投影片第5張，進入到第2個面向「健保署及健保會同仁的角色定位」需再確認，因應的做法是回歸各自法定職掌，依各自的法定權責及協商草案格式提報資料。
- (三)投影片第6張，有關角色定位部分，於去年9月協商時，收集委員對健保署角色的建議，主要是包含我國健保是單一保險人制度，健保署代表全體被保險人向醫療服務提供者購買醫療服務的單一買方，應了解民眾的醫療需求，且對醫界的草案要負有把關之責，所以總額協商時，請健保署發揮保險人角色及專業，對部門提出的協商草案合理性，提出保險人的判斷及對應的方案與預算編列。
- (四)因這部分較抽象請同仁跳到圖示，請參閱投影片第7張，這個圖形是顯示目前我國為單一保險人制度的三方關係圖，主要是保險人、被保險人及特約醫事服務機構。被保險人投保及繳納保費給保險人，由保險人統籌管理，然後根據特約醫事服務機構申報、給付醫療費用，被保險人有就醫需要時，請醫事服務機構提供醫療服務，這是健保制度的基本架構，單一買方的1個特色。
- (五)請參閱投影片第8張，健保總額協商也是架構在這個三方關係的基礎下來運作：
 - 1.右下方這1區，有關醫事服務提供者與健保署的關係，7月衛福部交議總額範圍時，健保署會分別跟各總額部門召

開協商草案的預擬會議，醫界會提出預擬草案，健保署會根據醫界的預擬草案提供醫界建議，提供保險人意見讓醫界再去調整方案，這是在協商前健保署與醫界的前置作業。

2.到 9 月協商時，請參閱到最上面那 1 塊，委員期待健保署能夠基於保險人，也就是買方代理人及政策推動的角色，就醫界草案能提出保險人對醫界協商方案的合理性評析，建議方案及預算建議，若是配合政策項目，醫界又沒有納入，能夠代理提出完整的草案，健保署提出的建議方案就會跟醫界的草案一起提到 9 月的總額協商。

3.最下面這 2 塊，顯示 9 月總額協商時，是由被保險人即付費者委員，與醫事服務提供者即各總額承辦團體代表雙方對等協商，醫界主要提出醫界協商草案，被保險人審酌這些草案，提出被保險人主張，考量財務及付費能力來去做對等協商，這是關係的架構圖。

(六)請同仁回到投影片第 6 張，剛才說明的是對健保署角色的建議，接下來是對健保會同仁角色的建議。依據健保會的設置要點，健保會同仁本來就須依法辦理總額協商相關作業，需要提供及輔助協商所需具體及客觀的資訊給委員參考，但是不要涉及預算額度跟經費增減的建議。對此，因應的作法請委員參閱右邊欄位，我們就回歸各自的法定職掌，就健保署的角色來講，就是請保險人提出健保署草案，包含對於醫界所提方案，審視其合理性及必要性，提出保險人的建議，如果醫界的方案沒有將政策交辦部分納入，請健保署提出完整的協商方案；健保會同仁的角色需要做的是去檢視、提供必要客觀數字跟資料供協商參考，不作任何預算額度及經費增刪的建議。

(七)接下來，請參閱投影片第 9 張：

1.協商大表的內容及格式的重點剛才已經報告過了，協商大

表完整的格式也同樣呈現在會議資料第 84 頁，把健保署草案應該提供的內容，跟健保會補充說明應該有的說明內容都詳細列出，所以健保署要對醫界方案提出保險人的評析跟建議，評析醫界方案的合理性、必要性跟意見，然後對於醫療費用進行試算，提出合理的預算建議等等。

2. 政策交付項目剛剛講過了，如果醫界沒有納入，就是請健保署比照部門草案提出完整的內容；健保會補充說明共有 5 項工作，第 1~2 項是健保會同仁要做的檢核事項，第 1 項，會先檢視是否為今年總額政策交付的項目，如果是的話，就會摘錄政策方向的內容給委員參考；第 2 項，檢視資料是否完整，如果未臻完整，就會提出有哪些資料需要再補充；第 3 項，我們會提供今年舉辦評核會評核委員，跟會前會專家學者對於協商的參考意見；第 4 項，彙整相關的統計數據跟總額協商相關的規範給委員參考；第 5 項，提供一些執行情形資料跟研析意見，但是這些建議只做文字的建議，不作任何預算額度跟經費增刪的建議，這是改善面向 2 的部分。
- (八) 有關於最後 1 個改善面向，有委員反映協商會議無法充分協商討論且冗長，請參閱投影片第 11 張：

1. 去年 9 月協商時，委員提出意見重點如下：

- (1) 醫界委員反映，部分提供的數據跟資料可能有誤，或解讀不正確，醫界無法即時澄清說明，因為時間很短，建議協商前各方有充分溝通及交換意見的時間。
- (2) 付費者委員建議，因為協商當天，從早到晚時間很長，各方代表體力很耗損，尤其付費者委員要面對各總額部門協商，可能因為過勞，以致無法充分思考、判斷的疑慮。
- (3) 此外也有委員說，因為協商會議時間緊湊，無足夠時間徵詢專家學者及公正人士意見，似乎沒有辦法充分

發揮第三方專業建議之角色。

2.針對以上委員建議，我們因應的做法就是，建議事先能夠再加強充分溝通，所以規劃在協商前，也就是在 9 月 16 日、17 日加開總額協商的溝通會議，在那個會議裡面每個總額部門有半天的時間，由部門、健保署、付費者 3 方進行意見溝通，然後再請專家學者跟公正人士提供專業建議，如果這個部分能夠做到的話，那麼因為會前已經充分溝通了，所以我們在 9 月 23 日這個協商會議時間，9 月 22 日協商會議的這個，我們會縮短 67 分鐘，以減輕委員的負荷。

(九)向委員說明整體工作時程規劃，根據工作計畫，本會在 8 月 19 日、8 月 26 日，援例會舉辦 2 場的會前會，8 月 19 日是在委員會議下午，8 月 26 日是在上午先辦理座談會，之後大家充分溝通，有修正意見就請醫界或健保署去修正草案，並在 9 月 1 日請各部門跟健保署提供定案的協商草案。我們會盡快處理，預計在 9 月 12 日將所有的資料彙編、送印，送印時也會即時提供電子檔給委員參考，等到 15 日紙本印好後，我們會盡快在協商前一週的禮拜四寄送給委員，然後在同週的禮拜五、六，就是 9 月 16、17 日，加開 2 天的協商溝通會議，每個總額部門半天，之後就是最後的大戲，在 9 月 22 日進行總額協商，23 日委員會議進行確認，以上是我們研擬的改善方向。

(十)請委員參閱會議資料 77 頁，還有一些相關事項要說明。會議資料第 77 頁最上面(四)其他更新日期及酌修文字內容。依總額協商程序，原本地區預算條文是最遲於 12 月份委員會議協定，考量依法要在年度前公告，為預留陳報衛福部核定時間，將地區預算最遲完成協定時間修訂為 11 月。其他酌修文字部分如劃線處不再詳細報告。

(十一)說明三，有關協商順序，我們援例會在 7 月份委員會議抽

籤，屆時如果委員會議是用實體、視訊併行的話，就請各部門派員到會抽籤，但如果沒有辦法舉辦實體會議，或沒有辦法派員，就授權由本會執行秘書在會議上代抽，然後再安排會議議程提報委員會議。因為疫情的關係，後續協商會議我們會視疫情發展，如果有需要的話，會縮減幕僚或參與的人數，隨時滾動調整因應，也會提委員會議去確認，我們擬具的整個方案在會議資料第 78~84 頁劃線處，請委員參考，也檢附了 111 年度的總額協商程序，在會議資料第 85~89 頁，以上說明。

周主任委員麗芳

在這邊我再次的感謝由周執行秘書淑婉，還有陳組長燕鈴所率領健保會的同仁，他們非常用心，在去年完成了總額協商之後，綜整委員的意見滾動去調整，所以提出今天這 2 個討論案，為了方便討論，請委員依案別發言。首先第一案，剛剛陳組長燕鈴報告的很清楚，有關於協商的架構跟原則，公式的部分因為已經行文到衛福部，請暫緩至 112 年再調整公式，但是最後的結果還是要等衛福部的核定。剛剛也提到，協商因素的部份大概都是援用，有關於原則的部分，酌修 2 個小點，大概都是委員提出的意見，在會議資料第 59~60 頁的地方酌加了 2 個小點。有關第一案，對於同仁的規劃，委員有沒有其他意見或是可以同意？

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

非常感謝健保會幕僚提出這麼完整的規劃，針對會議資料第 60 頁新增的(八)新增之協商因素及專款項目，不應與「醫療服務成本及人口因素」及「一般服務項目」已涵蓋的服務內容重複並編列預算。我想這個應該指的是專款，專款是醫療服務提供者跟付費者代表協商通過之後才會編列。我希望這個新增的原則要有幾個前提。一、第 1 個，所謂已經涵蓋的服務內容是否要明定？剛剛陳委員石

池也說他可能還不太清楚一些健保的內容，我也不知道大家對醫療的認知是否都一樣，大家知道醫療的複雜度高，但到底什麼叫做服務內容，是項目、還是程度或是細目？可否請健保會再告知醫療服務提供者，到底哪些的服務內容是過去已涵蓋並已明定。我想這可能要跟醫療服務提供者做個溝通，不然到時候，我們提的內容你說已涵蓋，但我們覺得沒有，這樣就會增加雙方的誤會。所以我建議，第1個我們必須明確定義，不是以單一疾病項目為範疇，譬如高血壓，高血壓有很多種，糖尿病也有很多種，譬如心臟病，同時會有共病，像是三高等等。還有醫療科技的變化，還有現在有 NEW COVID-19，包含這個病的併發症，我會覺得這些本來就是要列入請大家共同討論的項目，但是如果你用單一疾病，譬如因為 NEW COVID-19 引起的心臟病，但因為心臟病已經在已涵蓋的服務項目內，所以就不能再編嗎？所以我建議第1個要明定項目內容跟程度，其次，是否還有保留可能突發因素的變遷，這是我的建議。是不是也請健保會跟醫療服務提供者溝通一下，不要到時候醫界提出方案，付費者會說，你們怎麼明知故問，你明明知道這裡面有了，你還拿出來挑戰我們的忍耐度，其實我們都很樂意跟付費者代表做個良性的溝通。

二、像是醫療服務成本指數，在很多次的會議已經特別強調，我也請社保司去檢視為什麼這2年，109年跟110年的醫療服務成本指數是負的，我想萬物皆漲，是不是可以檢視一下從健保開辦以來，醫療服務成本指數到底反映多少的費用成長率，哪些是合理，哪些不合理？現在是假設性的問題，我們去年的醫療服務成本是負的，今年也是負的，如果明年也是負的，我可以提不同的見解嗎？當然你可以說公式已經都訂好，所以我建議這個地方很多因素要考慮進來，我不反對有這個機制，但是前提必須周延，不然的話當我們提出項目來，我們也在會前跟付費者溝通，然後你們卻說我們明知提這個一定不行還提，我相

信增加彼此的誤會是不必要的，所以請社保司跟健保會的同仁多跟各個總額的代表溝通，讓我們瞭解哪些服務內容是已經包括，哪些不包括，至少把已經包括的明定出來，我們不要因為多了這1條原則，而後衍生另外的問題。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

剛才聽了陳組長燕鈴的報告，還有書面資料的整理，我認為這次健保會的幕僚對資料的蒐集、問題的思考以及解決方案的規劃相當的周全，但是還有3個地方是不是可以再考量一下？

- 一、規劃周全，但是執行要落實。要怎麼樣落實，這個誠如剛才黃委員振國所講，這部分有點抽象。我講個故事，69年去日本考察的時候，看到他們捷運的安全人員，我剛去的時候不曉得，但是看他們在列車離開車站的時候，他就用手勢一直指、一直指，剛好我碰到1位老師就請教他，他說這是日本人的做事精神，車子要離開，眼到、手到、心到，確保車子離開真的是安全的，這是他的職責，這叫落實，所以我特別講這個故事來把抽象的東西看有沒有辦法把它比較實際化。這個如果能夠落實執行的話，那麼大概關於這邊討論事項要不要再加開1次溝通會議，還可以再斟酌，因為今年是新的改變，真的落實執行應該可以解決一半以上過去的爭議問題。
- 二、協商資料的提供可不可以再提早？不管用什麼方式，因為這個資料太多，真的有心想看的話，時間很趕。
- 三、如果將來協商完之後沒有照期去履行的項目要怎麼辦？譬如說這次我們有列出來什麼達成目標、預期效益，如果協商時沒提出來，還要進行嗎？還是就reject(剔除)掉？或者說在年底之前要提健保會議認可的，像我們報告事項第三案，到現在都還沒有達成目標、預期效益，那健保會怎麼辦？兩手一攤，一直拖，以前有拖到1年過了，也沒辦法執行，結果說好，預算收

回，這不是很奇怪嗎？以上 3 點如果可以考量的話，應該會比較好。至於要不要再加開總額協商的溝通會議？我建議今年先不要，就看新的方式規範之後執行結果怎麼樣，如果還是達不到，我們來年再講。

四、也很感謝剛才黃委員振國提這些意見，這應該要提出來，但是我在想健保會的同仁有辦法去定義嗎？應該是健保署或社保司針對這些問題該定義的，把它定義好之後再提到會裡面大家來討論，如果買方、賣方有共同的認定，確切定下來之後，將來就可以遵循了，這樣是不是會比較好。

周主任委員麗芳

請翁委員燕雪。

翁委員燕雪

一、我非常感謝健保會用心的規劃，那我先就第 1 個議題，就是這個協商架構及原則這邊表示意見，我主要是要針對會議資料的第 56 頁二、醫療服務成本及人口因素的(二)，這個成長率計算公式我要來就教。這個公式裡面有 3 個指標，第 1 個是投保人口結構改變對醫療費用的影響率，這個影響率是在會議資料第 61 頁一、有提到，在第 2 行末端，就是說這個影響率是用 109 年醫療費用的點數為基礎，去計算出 110 年納保人口年齡、性別結構相對於 109 年的改變。對於這個所謂的點數，我在之前就提過，健保署每年都會去跟醫界協商去調整，那比如說今年做的核磁共振跟明年做的核磁共振，那個點數是會變動，所以它並不是因為投保人口年齡的改變所造成的，所以用這個點數當作基礎這是有問題的。如果要比較的話，應該要同基礎調整，把這個因為是點數調整造成的變動，這個因素要拿掉，要比的話可以，但是不能直接用這個表面上的點數來調整。

二、第 2 個指標醫療服務成本指數改變率，剛剛黃委員振國也有提到說好像怎麼會有負成長，這個部分我看到這邊，一樣是在會議資料第 61 頁，它是用 105 年當作指數，105 年然後用 110 年

跟 109 年算出的指數去相減，那我不懂，因為其他的指標看起來都是跟前 1 個年度去作比較，為什麼這個指標要特別用 105 年當基期，這個要第 2 點請教。

三、第 3 個，這個成長率公式是 $(1 + \text{投保人口預估成長率})$ ，大家知道說其實我們現在人口已經變成負成長了，尤其今年是虎年，那個出生率應該會再下降，然後死亡的話，因為又這次疫情的關係，那個死亡率又會提高，所以其實去年就已經出現生不如死了，相信今年的趨勢應該也是一樣。我要請教就是說，這個成長率如果是 1 個負的，我們是不是一樣帶進來？如果負的一樣帶進來，我建議這個應該講，是不是把它改成變動率啊？不要用成長率，因為成長率會覺得好像是正成長我們才放進來。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、我想請健保署能夠在 6 月底以前，提出因為疫情的關係而讓透析醫療染上新冠疫情死亡的人數有多少人，也許這個時間太早了，但能不能在什麼時機統計出來供委員參考？因為洗腎人口的成長率到底是成長還是負的，有助於門診透析協商從人數上去判斷成長率是多少才合適。因為這次因疫情死亡率占比很高的是透析的人，這個可作為參考。另外就是說，我們自然死亡跟疫情死亡的比例人數的占比，會不會影響到醫療的減少支出？

二、今年希望醫療團體能夠提早提供完整的資料，剛剛李委員永振也提出同樣的意見，能提早完整的資料提供。

(一)根據健保會幕僚提案內容，這次寫得非常詳盡，如果有新的專案，應該依據現在要求的內容提出，我們希望能夠很完整的寫出來，而不是到最後總額協商完後再提預測的量

化指標，或其他的指標，我想今年如果依據今天通過的協商架構及原則，如果有新的專案，如果都沒有完整做到這些指標資訊出來，可能我們會在，要協商通過的可能性會降低，這點提供給大家參考。

(二)另外，不希望提出來的協商大表一直變動，過去我們也曾經發生過，每年都是這樣，第1次到第2次有變動，第2次到第3次仍有變動，所以有時候搞到我們每次看得很詳細完之後，最後的協商大表又跟前面版本不太一樣，讓我們花了非常多時間，我跟李委員永振的意見一樣，希望你們很務實地把你們的資訊內容，包括量化跟實質內涵都寫得很清楚，不要一直修改與變動。

三、我認為健保署要有 CEO(Chief Executive Officer, 執行長)的角色，因為在去年我們發現健保署於每一個項目沒有明確提供給我們付費者代表完整資料跟內容，或許你認為要讓醫療提供服務者與付費者兩邊去討論，但這樣讓我們非常沒有方向與準則，所以我們希望健保署今年確實能夠提出完整的資料、可行性評估與不可行性評估的內容，就是依據新增的專案項目與專款部分給我們完整的資訊。我也知道去年因為我們發現健保署已經有點放手了，不是全部放手，我們才很緊張拜託健保會同仁勇於任事地幫我們整理資料，最後被罵得臭頭，這點很冤枉，也很不應該，我要幫健保會同仁說話，是我們要求他們幫我們整理資料以供參考，但最後他們被罵得臭頭，真的很冤枉，這是健保署擔任 CEO 應該負起的責任，若今年再不負起這個責任，我會說我不太歡迎你們，這是開玩笑，輕鬆一點。我還是希望要有很明確說明與建議，過去健保署都給我們明確指示這個項目不應該加這麼多錢，那個項目不應該再這麼做了，還有某個項目可行性應該要往哪個方向做比較對，所以請給我們一些提示，不要完全沒有指示。

四、對於加開總額協商溝通會議，我感覺到會很困擾，不瞞各位講，有很多委員認為說我這屆委員做完就不會再做，也有人說我頂多再做 2 屆委員就不會再做，因為有很多人情的關係很困擾，我覺得是這樣子。所以很多事情不要增加我們付費者委員的困擾跟精神負擔，是好的方向，只要健保署提供完整可行的評估，讓我們可以理解，我想協商進度就會非常快，不會進入各方面摸索的階段，我希望是這樣，比較不希望在協商會議前 1 個禮拜召開溝通會議，這樣真的很困擾，這是我的感覺，至少是過去長期以來的感覺，這樣會相當困擾，我想幾位資深委員都知道，那天只要有人提出很多質疑，後面他的電話就特別多，精神上壓力也特別大，所以我認為只要雙方坦誠布公地溝通，請專家學者也給我們提供一些寶貴意見，我想協商就會很快速地完成。醫界對於最近幾年部長的裁決，會產生一種心理依賴，還有心理期待，醫界可能認為我跟你付費者代表談了老半天只增加 3 億元，現在部長裁決為 8 億元，就多了 5 億元，那我就讓部長裁決，就是我提出 15 億元，部長總是折衷一下核給 7、8 億元，我跟你談 3 億元做什麼，我的意思是在這過程中每個人期待不一樣，若增加協商會議前 1 個禮拜召開協商溝通會議，真的會增加很多困擾，這是我個人感覺。

周主任委員麗芳

因為時間關係，等一下還有三個案子，本案口頭發言就到盧委員瑞芬。請朱委員益宏。

朱委員益宏

一、謝謝主席，首先針對總額協商原則這件事情，我必須要表達，因為所謂原則就是協商的一部分，裡面有很多規範限制不管是付費者或是醫療服務提供者，這就是協商的一部分，所以原則僅供參考，若大家有共識就可以拿來當作遵循，但等一下討論若沒有共識或有不同意見，則不可以強加付費者或醫療服務提供者一定要遵從此原則，這我先表達出來，如果說到協商的時

候真的草案提出來，不符合這個原則，最後是由付費者、醫療服務提供者共同協定，若協定認為違反某些項目，醫療服務提供者或付費者都可以不同意，待會主席裁示時，希望不要把雙方沒有共識的原則也裁示進去，這會違反健保法對於總額協商的規定，這是第 1 點。

- 二、第 2 點，我接著要對於協商原則表示幾點意見，在會議資料第 59 頁(四)一般服務之協商因素項目，因為是屬於一般服務，不是專款，如果未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應核扣當年度預算。請問一下，如果這樣子，若第 2 年超過預算，是不是就要自動加，我覺得這是對等的，因為這是一般部門，不能原則上說第 1 年沒有執行就要扣減基期預算，第 2 年做多了呢？對於第 1 年扣減或是預算編列不足的應該主動加過來，這是我覺得這樣文字不妥適的部分。
- 三、第 3 點，對於會議資料第 59 頁(五)需要保障或鼓勵的醫療服務，這部分要回歸支付標準來處理，但如果仍要保障點值要送健保會同意執行。我舉例，比方今年總額，有些項目部長已經裁定保障 1 點 1 元，這些項目還要經健保會委員同意嗎？且在總額協商時，因為具體項目已經牽涉總額執行，而總額執行是由健保署與醫療服務提供者共同研議，不會增加任何預算，所以我覺得保障項目不需要拿到健保會再來討論同意後執行，可以健保會備查。
- 四、第 4 點，會議資料第 60 頁(三)這邊規定各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值，我想沒有 1 個法條，包括健保法，認為部門總額協定不能超過大總額協商的成長率，所有法條都規定大總額協商成長率要在行政院核定範圍內，我認為這 1 條其實超越法律相關規定，不合理應該要拿掉。
- 五、最後一點，剛才黃委員振國也有提出，會議資料第 60 頁(八)裡面說新增之協商因素及專款項目，不應與「醫療服務成本及人口因素」及「一般服務項目」已涵蓋的服務內容重複並編列預

算。這個太籠統了，我認為這 1 條應該要拿掉。

周主任委員麗芳

請卓委員俊雄。

卓委員俊雄

- 一、主席、各位委員，我真的蠻佩服健保會同仁，針對我們去年總額協商後續相關問題提出一些解決方案，光是這 1 點我就非常佩服。
- 二、在這裡有幾個意見，第 1 個是有效溝通才能夠達到共識，協商才能發揮本質、本意，並且達到目的，這是我必須強調。對於整個議事召開，我是初任者，經驗並不多，意見僅供參考，有關安排加開 2 天協商溝通會議，其實我的建議，因為去年經驗告訴我醫療服務提供者會於 8 月份就提出 1 個方案，其當然經過討論與修正，到 9 月才會提出比較具體的方案，可能於 9 月 12 日才能寄給我們，本案健保會用意應該是如果我們 9 月 12 日可以收到資料，付費者這邊是不是可以找時間跟醫療服務提供者開始討論一下，這樣到 9 月 22、23 日就不用再花很多時間去做第 1 次初步的溝通，如此的話是不是能夠讓會議流程進行比較順利，甚至我們付費者代表也可以提出非常有利的說法，來跟醫療服務提供者進行溝通，這樣在整個議事進行會不會比較順利，這個我當然也不知道，如果大家覺得可行的話，就可以嘗試。
- 三、我建議有關 9 月 16、17 日這 2 天，大家如果能夠空下來，針對醫療服務提供者的方案，付費者代表能夠撥出時間，現在透過視訊會議也可以，大家先溝通一下，針對裡面的資料是不是有不足，需要健保會或健保署再補充，也可以在這個時間趕快給他們意見，他們還有 1 個禮拜的時間準備，在 9 月 22、23 日提供給我們，如此可讓程序進行更順利，這是我的看法，粗淺的建議，我在此必須說蠻肯定健保會這次的改革建議。

周主任委員麗芳

請胡委員峰賓。

胡委員峰賓

- 一、我看到第二案內容，覺得健保會同仁很辛苦，會議資料第 81 頁(三)進行方式，有推估時間，包括高推估值、低推估值，很細心，依據高推估值表示這個會議時間可能高達 11 小時，表示這個會議需要檢討效率部分，這是第 1 點。
- 二、第 2 點，既然我們在進行方式裡面有把各部門協商時間規範出來所需幾分鐘，是不是說既然經過這樣的討論，就把分鐘數定下來，就是不要超過這個時間，不然我們這樣子定這些所需幾分鐘只是訓示規定，定出來就太沒有意義了。
- 三、第 3 點，我看到健保會同仁寫到各部門協商時間如果確需延長，以不超過該部門第三階段時間的 50% 為限，我覺得這樣的寫法不太妥，因為各部門前三階段協商，並不知道可能會超過多少時間，若每個階段都想可以超過第三階段的 50% 時間，建議可以定下來，就把第一階段、第二階段、第三階段規定各幾分鐘，至於第二階段視雙方需要自行召開內部會議，假設付費方 30 分鐘、醫界方 30 分鐘，可以 1 次用完 30 分鐘，或要分 2 次、3 次用完也可以，但是既然定了這個規定就要遵循，上限是 30 分鐘，要幾次用完都可以，但是時間就是 30 分鐘，不然像去年各方進去討論都要 20~30 分鐘，出來協商沒結果又要進去討論 20~30 分鐘，會議資料第 81 頁訂定的內容形同虛設，建議是否把協商時間就定下來，各部門在各階段就依照這時間進行，以上供參考。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

- 一、謝謝主席，我也是一樣，要先謝謝健保會幕僚非常仔細地研擬

了這些解決方案，我主要針對第二案發言，我覺得檢核表 (check list) 的作法很好，非常具有管理精神，我的發言只有 2 個簡單建議。

- 二、我建議檢核表於醫療服務提供者要送案過來就需附在最上面，有時候他們的幕僚同仁在處理過程中有遺漏，他們送過來的預算資料上面就列一個檢核表，讓他們自行確認，我們通常要寄東西出去前也會有檢核表核對，確認都有附上所有資料，還有訂定 KPI (Key Performance Indicators, 關鍵績效指標)、提案幾年計畫等，這些項目過去在協商過程中反覆會被討論，醫療服務提供者都沒有說清楚，保險人及付費者就無法給你錢 (很難判定預算金額的合理性)，這應是必要條件，應該在醫療服務提供者送出案子時就要附檢核表，自己先行檢核，提醒自己，不是故意疏漏，若有遺缺則這份文件就不完整，到後面協商時就有問題，會一直被質疑，我具體建議就是他們送案子來時就要附上檢核表，自行檢核該有的內容是否都有，也協助他們同仁進行檢核。
- 三、第 2 個就是在協商會議前 1 個禮拜增開溝通會議，我覺得這不是很適當的原因是，何委員語是談判的老手 (專家)，過去曾表是付費者代表每 1 個部門誰擔任主談、協談，事先不讓人家知道，所以如果事前召開這個溝通會議，某個程度好像已經把這個資訊傳出去，剛才何委員語也提到主談的委員都會有壓力，如果提早召開會議，這中間過程其實會讓他們承受更多壓力，我們原本要精簡談判時間，結果又加了 2 天進來，其實參與時間反而更長，我想針對付費者代表認為應該要有的訊息一定要有，這個在某個程度上就可以減少在討論過程裡面，詢問這個怎麼沒有，那個怎麼沒有，這樣應該就可以減少一點協商時間，我參加這麼多年的協商，我也瞭解在這中間對於金額討論的部分，其實雙方真的都很難預測，所以某個程度上好像是盡人事聽天命，至少這次健保會幕僚提出這麼完整的說明，就是

要求最起碼要把需要呈現的資料在第一步是要完整，有了完整的資料後面才有辦法進行討論。

周主任委員麗芳

口頭發言只能到干委員文男，否則將超過下午 2 點。請干委員文男。

徐代理委員邦賢(陳委員建志代理人)

- 一、我是徐邦賢，代替陳理事長建志跟大家報告，做一些意見建議，第 1 點是首先我們還是很肯定，只要醫療服務提供者能獲得充分資訊，無論由健保會或健保署提供，於提出協商方案時，我們也能提供更多的說明與溝通點。在會議資料第 60 頁，我對於第(七)點，於跨總額之間經費撥補調整，這對醫療服務提供者而言，提供相關的計算內容是有困難，因為我們獲得的資訊是各總額自己裡面的相關資料，至於跨總額資料是否可以提供給我們，有利於我們影響其他部門時有相關資料可以評估與說明。
- 二、第 2 點是我贊成黃委員振國所說有關會議資料第 60 頁第(八)點，有關不應與服務內容重複編列預算部分，相關的重複範圍、內容在哪裡都需要明訂，能夠更確定一下會比較好，不然半開玩笑地說，牙齒只有 32 顆，第 1 年編完了，第 2 年以後就通通無法再增加了，對我們來講也會造成相當困擾。

周主任委員麗芳

接下來最後 1 位口頭發言。請干委員文男。

干委員文男

- 一、總額協商架構與程序這 2 個問題，增加的內容其實都是最有挑戰性，9 月 16、17 日這 2 天增開協商溝通會議，之前是沒有，增加這 2 天效果是不是很好，我不曉得，付費者這邊在最後的協商中要花很多時間與精神，每個人都很用功，最後誰擔任主談、協談都不曉得，在這段時間若又要抽出 2 天的時間來，有

沒有這個必要值得討論，剛才聽了何委員語是反對，卓委員俊雄是贊成，若需要就增開 2 天協商溝通會議，否則就維持跟以前一樣。

- 二、健保署一定要把所需要的專業精神拿出來，我們最依賴，老百姓最看得起的是健保署，你訂出來的幾乎比較公正，也不會偏頗哪一方，按照健保法第 5 條第 2 項，應請保險人同時提出資源配置及財務平衡方案，這方面一定要先做好，不要像去年那樣讓我們沐沐泗(台語，求助無門)，落得大家都不高興，這是問題的存在點。

周主任委員麗芳

- 一、非常感謝各位委員，因為只剩下最後幾分鐘，我就綜整大家意見做初步決議，誠如剛剛幾位委員所提到，既然是原則還是希望有共識，第一個討論案有關委員提到關於公式內涵的部分，因為這是由衛福部做最後的決定，所以委員針對公式的內容意見就送請社保司參考。
- 二、會議資料第 59 頁第(四)點，朱委員益宏特別提到，如果沒有如期實施且可歸因於該總額部門則應核扣當年預算，因為沒有對等，這句我們就依照委員意見暫時修掉。接著是第(五)點，剛剛朱委員益宏也強烈建議這邊要用備查。
- 三、會議資料第 60 頁第(三)點，第二句是「各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值」，請同仁跟部裡確認是否有明文規定，若沒有明文規定也尊重委員意見來做移除。另關於第(七)點、第(八)點，包括牙醫部門與西醫基層部門跟幾位委員提到，在目前實際執行確實有定義不清楚跟困難的地方，我們暫時做移除。
- 四、當然這些內容我們先訂定 1 個原則，至於在實際協商過程中，還是完全尊重協商委員所最後達成的共識，這個原則只是讓大家在初步的想法，這是有關預擬決議的部分，所以預擬決議是總額協商架構之總額設定公式，將俟衛福部陳報行政院核定後

配合修訂，其餘部分就依照委員的建議做文字修正跟整理。

五、第二個討論案最重要就是 2 個關鍵，1 個是加不加開會議的問題，剛剛有許多位委員建議暫時不加開會議，先看看今年的狀況，所以就決定以不加開會議的方式來進行。

六、剛才也有委員關心資料提供是否可以提前，這部分我請健保會幕僚同仁會後跟各個總額部門與健保署聯繫，請他們協調看看能否配合提前提供，如果能夠提前提供，當然我們可以來做配合調整，其他的部分就依照委員共識意見整理成文字修正，至於因為 COVID-19 的疫情發展，相關總額協商會議辦理方式將滾動調整因應作為並提報委員會議確認，以上是不是大家可以同意。

周執行秘書淑婉

李委員永振有意見。

周主任委員麗芳

這樣可以同意嗎？

李委員永振

因為所剩時間不多了，報告事項可能要延後了，對於剛才主席的結論我有幾點意見，在這邊講省得下次會議確認本次會議紀錄又需太多時間。

一、第 1 個是在會議資料第 59 頁，朱委員益宏建議若未能如期實施且可歸因於該總額部門一節拿掉。當時我看到這裡本來想跟陳組長燕鈴建議，把「且可歸因於該總額部門」之條件拿掉，因為當未如期實施，我給你 1 年預算，你半年才做，不扣掉怎麼可以！朱委員益宏提過好幾次，我覺得是朱委員益宏跟商司長東福之間戰爭沒有解決，一方說去年就欠 500 億元，另一方說這是總額統包，問題就在這裡啊，你怎麼可以說超過就要補給你，總額的精神是怎麼樣，請兩位委員私下去協調一下，若協調不起來再來這邊討論。

- 二、第二個是各部門不能超過行政院核下來的上限值，我建議這邊若有爭議，行政院核下來就挑明，上次已經爭議過了嘛，不過這也不能怪朱委員益宏所提，因為部長也自己違規嘛，那次上限成長率為 4.5%，為了 C 肝新藥預算，結果弄出來 4.7%，你自己說不算違規，那是政策，那你自己推政策卻不出錢，反而規範到我們協商原則，解鈴還須繫鈴人，你社保司自己去解決吧！
- 三、最後，有關會議資料第 60 頁的第七、八項，如果這邊不列進去，要請健保會同仁把那些部分整理出來當作協商的資料，俾利大家清楚，因為服務內容重複本來就要扣，怎麼可以不要扣，沒關係，你認為你有道理就可以拿出來講，如果講不通，付費者不買，就不要，這樣就比較清楚，謝前委員天仁認為含混籠統理不清楚，不然就每年每 1 個總額協商應該很清楚，要增加的項目或內容，提出討論就好，其他的成長因素是因為非協商因素已經涵蓋在裡面了。剛剛翁委員燕雪提到醫療服務成本指數改變率，上次有提過，是因為匯率的影響，台幣升值，去年才會有負值，過去是沒有，大概這些因素掌握清楚就 OK(好)了。

周主任委員麗芳

請劉委員國隆。

劉委員國隆

- 一、我們在總額協商時，多 1 次的委員協商與溝通是有必要的，尤其我們一直提到 2 天要決定所有的總額協商，能不能請主席下結論時，還是保留開放的態度，看到時候資料提供的狀況，如果資料提供的太晚，又要很籠統的在 2 天內結束整個協商，我覺得還是不妥。
- 二、建議能事先召開 2 天的溝通會議，如果是剛剛委員提到的視訊會議也可以，反正大家能多了解、參與，這樣我們本次的協商才有機會能夠更深入與快速的達成協商結果。建議主席不要決

議不加開協商前的 2 天或 1 天的會議，我覺得真的要開放，讓所有委員更能深入溝通。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

我要呼應李委員永振，他剛剛講的每個意見我都贊同。因為剛才主席在做決議的時候，只有單一委員提的意見，主席就做了決議，但事實上是因為時間的限制，所以主席終止大家的發言，就會變成好像只出現單一的意見。提醒主席，這樣做決議有所不妥，尤其是因應重複編列等問題的條款，剛剛李委員永振講的很清楚了，我就不再重複。像這種非常關鍵的事項，恐怕不宜因為某 1 位委員的發言，在未徵得現場共識前，主席就逕作決議。

周主任委員麗芳

因為時間的因素，剛剛李委員永振與劉委員淑瓊提到的...

何委員語

主席，我要再表示一下意見，就是會議資料第 59 頁的第 5 項，朱委員益宏提出由同意改為備查，我想這項多年來都是這樣的慣例，並沒有去改變內容，只是在後面加上「前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等」。建議還是依幕僚所擬的文字：「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，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。」

周主任委員麗芳

決議修正如下：

一、總額協商原則五.協商因素(四)最後的文字，則「應」核扣當年度預算...，改成「得」核扣當年度預算...，修改的原因是因為最後的授權是總額協商的委員們，他們可以去做衡平的考量，這樣也沒有違背朱委員益宏的意見。

- 二、謝謝何委員語的意見，有關總額協商原則五、協商因素(五)，如仍有部分服務需採點值保障，需送本會同意是過去以來的慣例，所以維持原幕僚擬議文字不修改。
- 三、剛剛劉委員國隆特別關心 9 月 16、17 日是否加開 1 次會議，請幕僚列入滾動檢討，看資料提供情形及協商前會前會討論的狀況，再評估後續是否召開會議。
- 四、如果大家沒有意見的話，非常感謝。另外，真的很對不起，我們還有 3 個報告事項，就留待下次會議報告，也先祝福大家在疫情當中都能平安健康，今天的會議到此結束，謝謝。

侯委員俊良會後書面意見

有關 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)，其中「貳、六、專款項目(六)111 年度專款項目，若因為疫情或委員會作業耽誤，導致執行率未達 50%，112 年度專款項目可照列 111 年度之預算及協定事項」，本條雖未修改，但專款是零基預算，執行成效是非常重要的指標，未達 50% 算是很低，如何證明是因疫情或委員會作業耽誤？若因此可照列，恐導致專款項目成效不彰。

黃委員振國會後書面意見

有關總額設定公式中，112 年總額基期須扣除 110 年未導入及未執行之預算，建議考量預算衡平，應維持過去做法；如因超過時程有未導入情形，要扣減預算，那當導入項目卻超過預算時，是否有相應的機制可以增加預算？

李委員永振會後書面意見

有關總額協商原則七、其他原則(三)「年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值」，因為會議時間的限制，討論到最後倉促結束，主席結論並不明確，會上劉委員淑瓊也表示主席決

議只採納單 1 委員意見可能有所不妥，為慎重起見，提出書面意見如下：

- 一、經查健保法第 61 條規定，健保會應在行政院核定之年度醫療給付費用總額範圍內，協定該年度總額及其分配方式，報衛福部核定。亦即健保會協定之年度總額成長率，依法不能高於行政院核定總額成長率上限，也不能低於成長率下限。
- 二、為符合健保法規定，健保會在協商原則中明定「年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內」。考量整體總額設有上限，各部門總額有競合關係，若某一部門總額成長率超出上限，則意味著其他總額成長率需低於上限，顧及部門間衡平性，讓各總額部門都有公平的協商空間，自 106 年起即將「各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值」納入協商原則，歷年均將此原則作為健保會委員及各總額部門 9 月總額協商遵循之內規。
- 三、本項協商原則已行之多年，訂定此內部規範，旨在確保健保會整體總額協商結果符合健保法規範，完全未悖離法規規定，也為了各總額部門協商之公平性，實不宜自 112 年度總額協商原則中刪除。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：吳箴
聯絡電話：02-27065866 分機：2531
傳真：02-27029964
電子郵件：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111年5月24日
發文字號：健保企字第1110056623號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：本署李署長於111年5月27日出席美國在台協會(American Institute in Taiwan, AIT)重要會議，不克列席貴會第5屆111年第5次委員會議，已委請蔡淑鈴副署長代表，請察照。

正本：衛生福利部全民健康保險會
副本：本署蔡副署長室、本署企劃組



111.05.24



1113340100

衛生福利部全民健康保險會
第5屆111年第5次委員會議

「111年第1季全民健康保險 業務執行季報告」



中央健康保險署
蔡淑鈴副署長
111年5月27日

健保助防疫



健保APP 防疫好便利 防疫大作戰影片

國語版、客語版(海陸/四縣腔)分別於 2月21日及4月4日，於全國80餘個頻道播出，向全國民眾宣導重要防疫措施。



3



健保雲端系統TOCC提示邏輯調整

配合指揮中心防疫措施，滾動式調整

- ◆ 5/23 新增PCR陽性提示
7日內最近1筆**PCR檢驗陽性紀錄** (含採檢院所及日期)
- ◆ 5/17+5/12 調整密切接觸者提示
新增 **7天自主防疫** (已完成3劑疫苗接種者，得選擇)
回復 **3天居家隔離 + 4天自主防疫**
- ◆ 5/12 調整提示天數
指定處所隔離之確診個案—居家照護 + 抗原快篩陽性個案
提示天數 10天→7天 (採檢日5月8日起適用)
- ◆ 5/12 取消提示
取消**職業別及是否群聚**提示
- ◆ 5/09 調整提示天數
入境者**居家檢疫**提示天數 10天→7天

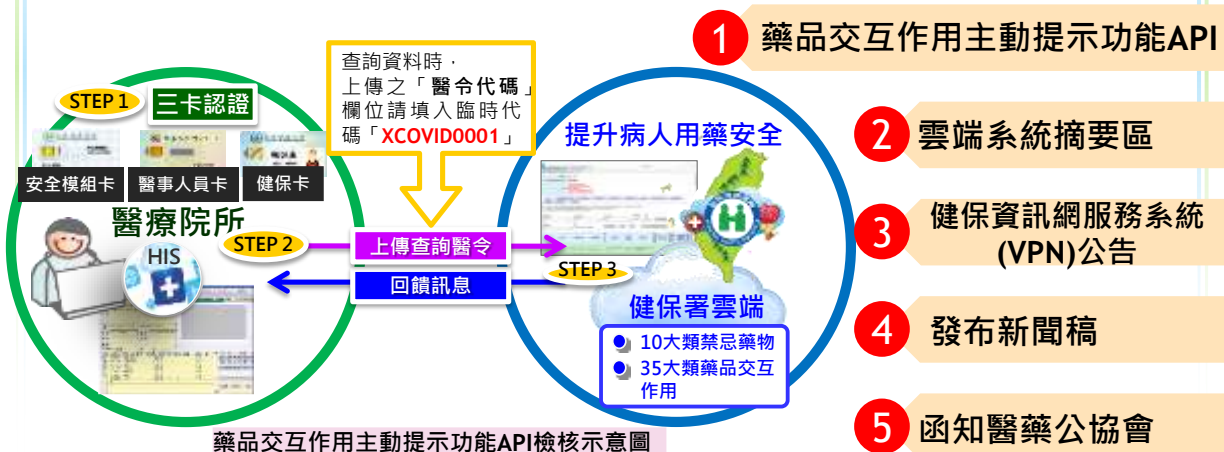
4



健保雲端系統新增Paxlovid提示功能

提醒醫事人員密切留意COVID-19病人用藥安全

- 現有公費COVID-19治療用口服抗病毒藥物Paxlovid 與多種藥物有使用禁忌或藥品交互作用
- 透過API、摘要區提示等方式，提醒醫事人員注意病人安全



API : Application Programming Interface

5



家用快速篩檢試劑實名制

- 因應國內COVID-19(新冠肺炎)疫情感染個案劇增，民眾對快篩試劑需求倍增，中央疫情指揮中心宣布家用快篩試劑實名制於**111年4月28日**上路，比照「口罩實名制」民眾可持「**健保卡或居留證**」**一人一卡(不限本人)**至全國參與販售**4,909家社區健保特約藥局**及**58家偏鄉地區衛生所**購買
- 購買方式：
 - 無年齡限制
 - 第一期一人可購買一份(5劑包裝)
 - 採身分證字號尾碼分流
 - 星期一、三、五、日由尾碼單號(1、3、5、7、9)者購買
 - 星期二、四、六、日由尾碼雙號(0、2、4、6、8)者購買
- 查詢方式：
 - 本署全球資訊網首頁(www.nhi.gov.tw)/主題專區【家用快篩試劑實名制專區】，提供11個家用g0v快篩試劑地圖查詢。
 - 中華民國藥師公會全國聯合會「實名制快篩販售專區」查詢。

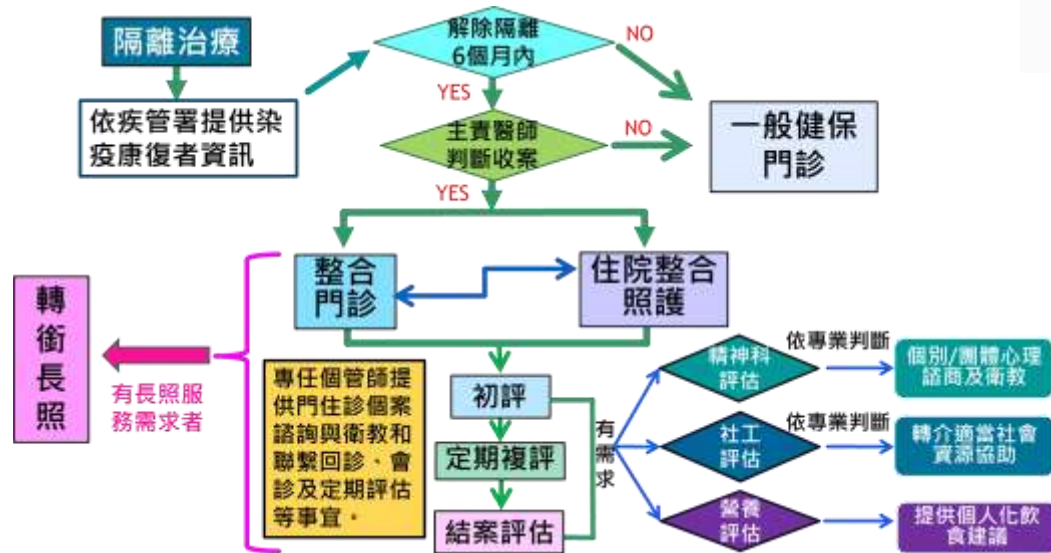


6



推動「COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫」 1

- 隔離期間醫療費用由疾管署編列預算支應
- 評估費及獎勵費由中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算補助。
- 本計畫醫療費用由健保總額給付

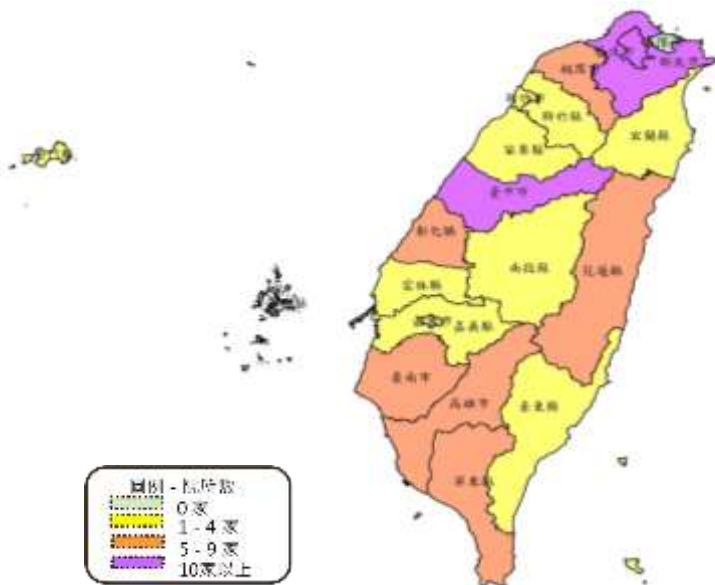


7



推動「COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫」 2

- 本計畫計有107家醫院申請，共核定104家醫院承作，3家醫院放棄補件予以不同意，各縣市分布情形如下圖：
- 截至111年4月28日，已有23家醫院共收案92人，其中門診模式91人，住院模式1人。



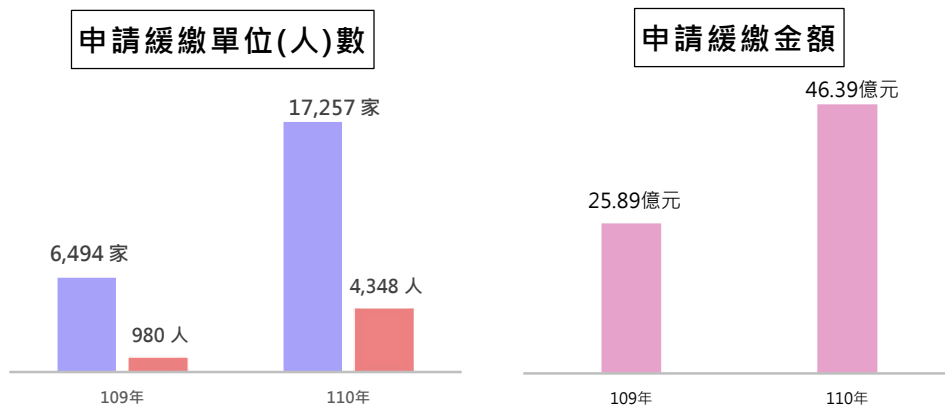
分區	縣市別	家數
臺北	臺北市	11
	新北市	11
	宜蘭縣	3
	金門縣	1
北區	桃園市	9
	新竹市	3
	新竹縣	3
中區	苗栗縣	3
	臺中市	15
	彰化縣	8
南區	南投縣	3
	雲林縣	2
	嘉義市	3
	嘉義縣	2
高屏	臺南市	7
	高雄市	8
東區	屏東縣	5
	花蓮縣	6
	臺東縣	1
合計		104

8



疫情期間 健保費緩繳協助措施申請情形

- 109年共計6,494家投保單位、980名保險對象提出申請，緩繳金額計約25.89億元，目前收繳率約95%；110年共計17,257家投保單位、4,348名保險對象提出申請，緩繳金額計約46.39億元，目前收繳率約92%。



註：
109年可申請緩繳為2-7月保險費，申請作業已於該年9月30日截止，目前各緩繳月份均已逾繳納期限；
110年可申請緩繳為4-9月保險費，申請作業已於同年11月30日截止，各緩繳月份保險費亦自同日起陸續屆繳納期限。
申請緩繳之投保單位全數為1類單位，主要行業為製造業、批發及零售業及餐飲業等；申請緩繳之保險對象6類占46.3%、2類占53.4%、3類占0.3%。

健保資料庫



憲法法庭審理健保資料庫案

01 人權團體訴求

個人健保資料不得作為健保業務以外之使用

02 憲法法庭審理進度

- 110.10.26下午2時舉辦事實說明會
- 111.4.26上午9時進行言詞辯論
- 依法將於3個月內宣判(即7.26前，必要時得延長2個月)

03 爭點題綱

關於健保資料，個資法第6條第1項第4款及第16條第5款規定，是否違憲？



11



健保資訊運用及共享調查

本署調查民眾意願，
超過八成民眾支持相關應用



憲法法庭召開健保資料庫運用案言詞辯論會



填答總人數 **19萬6,212人**

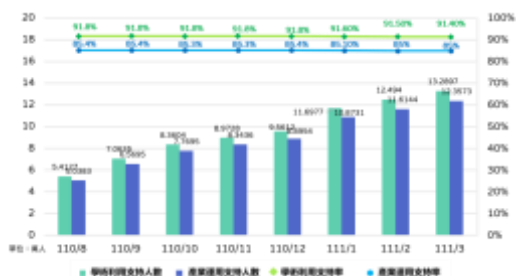
支持學術利用 **91.2%** 178,922人

支持產業應用 **85.0%** 166,688人

個人資料利用告知同意書(試辦)

同意學術利用 **91.1%** 88,272人

同意產業應用 **86.4%** 83,747人

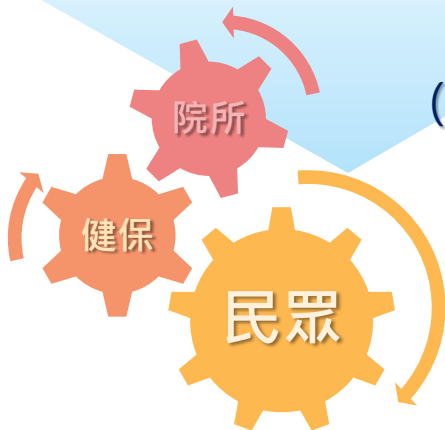


統計期間 110年7月10日至111年5月20日

12

分級醫療執行成效

(111年1-3月)

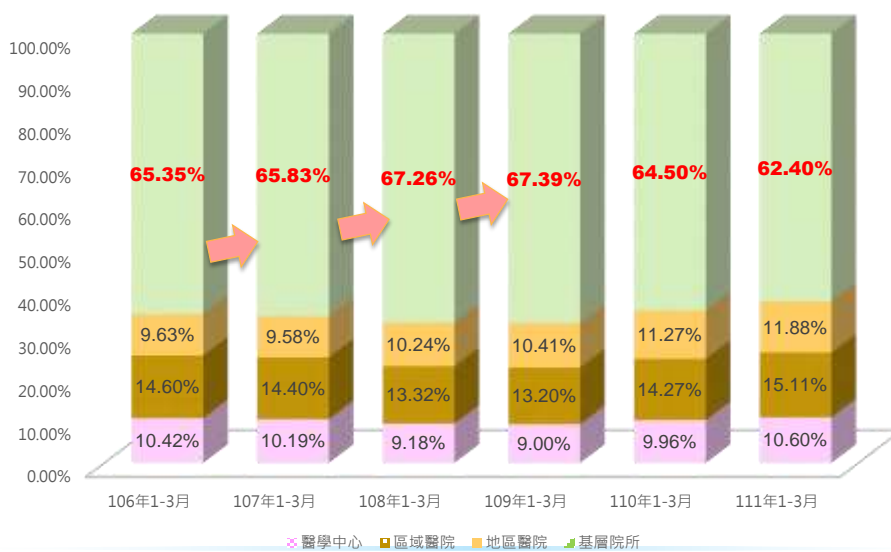


13



分級醫療實施初步成果

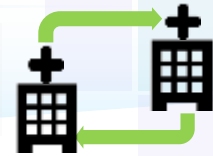
- 自109年起受疫情影響，基層診所就醫件數明顯下降；110年起疫情更趨嚴峻，下降幅度更為明顯，而急重難罕症患者仍需固定至大醫院就診，爰基層診所就醫占率較醫學中心或區域醫院下降幅度來得大。



14

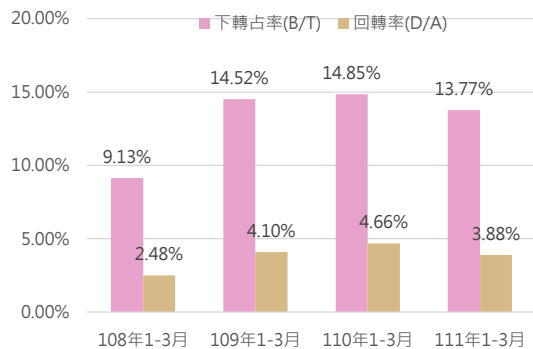


分級醫療轉診分析



轉診方式	108年1-3月	109年1-3月	110年1-3月	111年1-3月
上轉件數(A)	227,867	204,315	225,074	235,680
下轉件數(B=C+D)	28,435	38,051	42,867	41,753
單向下轉(C)	22,779	29,679	32,379	32,607
回轉件數(D)	5,656	8,372	10,488	9,146
平轉件數(F)	52,690	17,410	18,640	22,465
不詳(G)	2,391	2,318	2,140	3,412
總轉診件數(T)	311,383	262,094	288,721	303,310

轉診方式	下轉占率(B/T)	回轉率(D/A)
108年1-3月	9.13%	2.48%
109年1-3月	14.52%	4.10%
110年1-3月	14.85%	4.66%
111年1-3月	13.77%	3.88%



15



上轉案件一層級別分析

• 由轉出端來看：

	109年1-3月				110年1-3月				111年1-3月			
	申請總件數(千件)(A)	轉診件數(B)	轉診件數占率(B/C)	轉診率(B/A)	申請總件數(千件)(A)	轉診件數(B)	轉診件數占率(B/C)	轉診率(B/A)	申請總件數(千件)(A)	轉診件數(B)	轉診件數占率(B/C)	轉診率(B/A)
區域醫院	9,402	37,400	4%	0.40%	9,703	9,110	4%	0.09%	6,905	9,756	4%	0.09%
地區醫院	7,412	137,676	15%	1.86%	7,661	35,121	16%	0.46%	9,843	39,371	17%	0.48%
基層診所	48,028	751,445	81%	1.56%	43,850	180,843	80%	0.41%	40,644	186,553	79%	0.46%
合計	64,842	983,674(C)	100%	1.52%	61,213	225,074(C)	100%	0.37%	57,393	235,680(C)	100%	0.41%

16



下轉案件一層級別分析

• 由接收端來看：

	109年1-3月				110年1-3月				111年1-3月			
	申請總件數(千件)(A)	轉診件數(B)	轉診件數占率(B/C)	轉診率(B/A)	申請總件數(千件)(A)	轉診件數(B)	轉診件數占率(B/C)	轉診率(B/A)	申請總件數(千件)(A)	轉診件數(B)	轉診件數占率(B/C)	轉診率(B/A)
區域醫院	9,402	14,381	8%	0.15%	9,703	3,608	8%	0.04%	6,905	3,701	9%	0.03%
地區醫院	7,412	62,131	36%	0.84%	7,661	15,014	35%	0.20%	9,843	17,294	41%	0.21%
基層診所	48,028	98,171	56%	0.20%	43,850	24,245	57%	0.06%	40,644	20,758	50%	0.05%
合計	64,842	174,683	100%	0.25%	61,213	42,867	100%	0.06%	57,393	41,753	100%	0.07%

17

健保費(含補充保費) 收繳情形

(109年1月-110年12月)

18



109年1月至110年12月一般保險費收繳情形



保險費率自110年1月起由4.69%調整為5.17%。110年1至12月實收金額較109年同期增加429.70億元(11.48%)

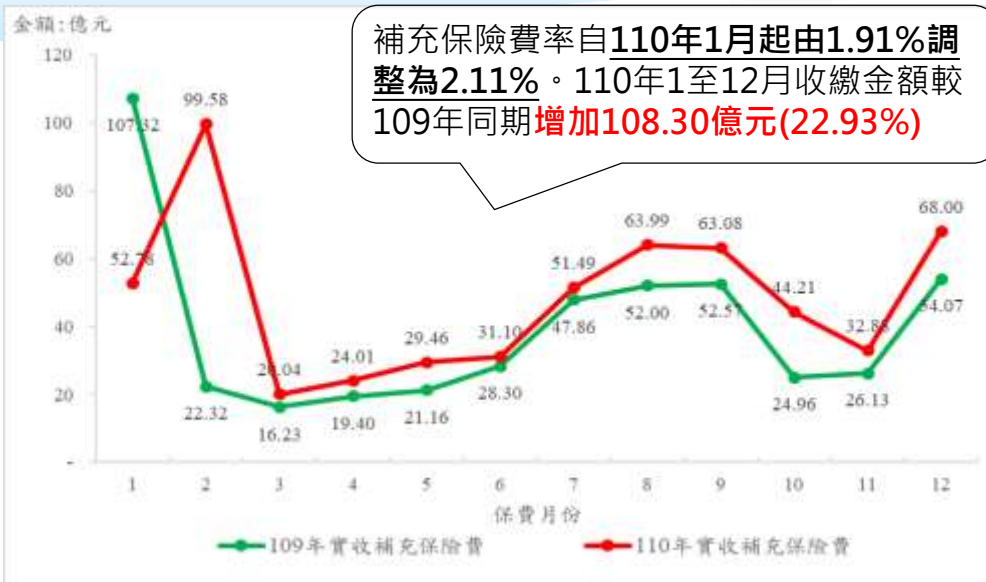
註：

- 1.不含投保單位及保險對象補充保險費。
- 2.因應疫情，本署提供109年2-7月及110年4-9月保險費得申請延緩6個月繳納之協助措施；110年各月份緩繳保費自同年11月底陸續屆期，致實收保險費金額受影響。
- 3.另111年1月應收保險費為359.93億元，實收保險費為348.94億元。
- 4.相關資料請參考本月份業務執行報告表6-1。

19



109年1月至110年12月補充保險費收繳情形



補充保險費率自110年1月起由1.91%調整為2.11%。110年1至12月收繳金額較109年同期增加108.30億元(22.93%)

備註：

- 1.獎金多集中於農曆春節當月發放，因各年春節之國曆月份不一定相同，致補充保險費高峰落於不同月份。
- 2.另111年1月實收補充保險費為148.65億元。
- 3.相關資料請參考本月份業務執行報告表6-3。
- 4.109年及110年補充保險費查核作業係於7-11月執行。

20

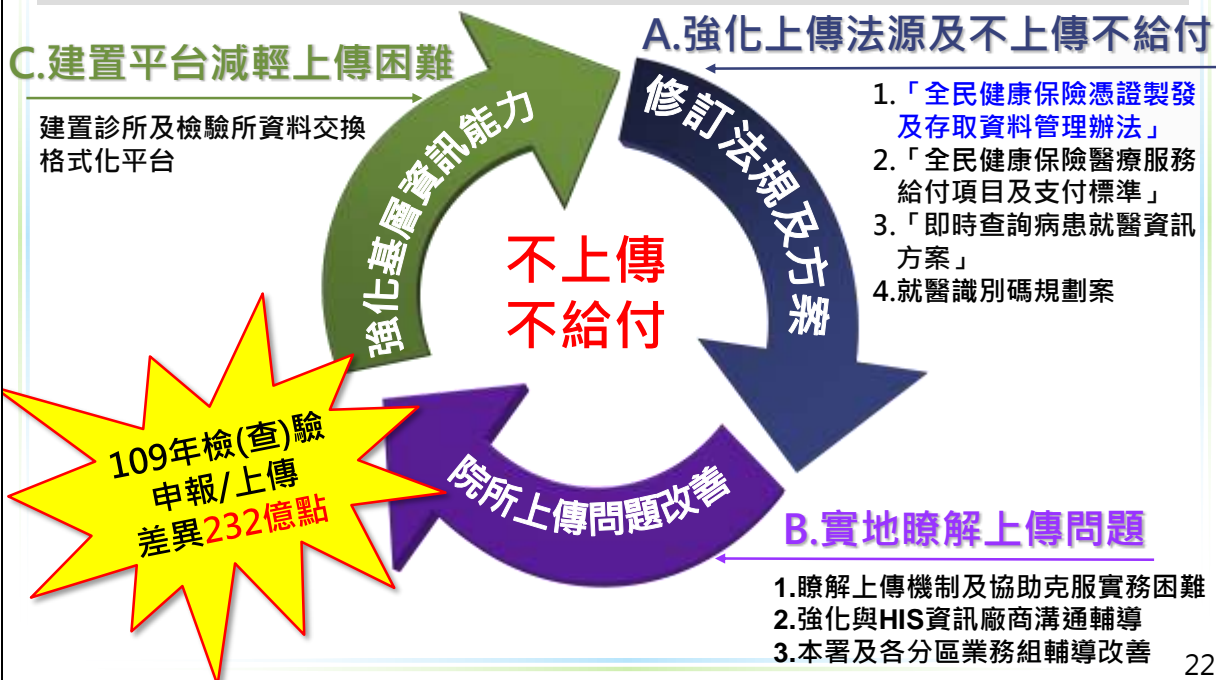
重要健保政策成果

21



修訂保險憑證管理辦法

111年3月7日完成預告，4月18日社保司就修正內容初審，後續將提供法規會審查，通過後公告實施**不上傳不給付**

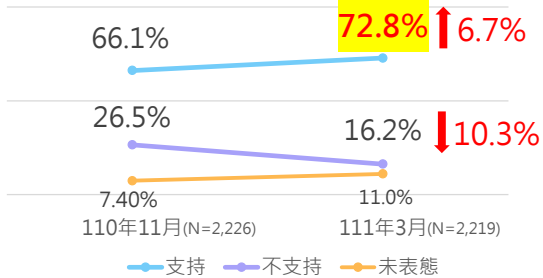


22

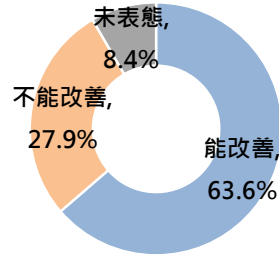


微調部分負擔政策 民調結果

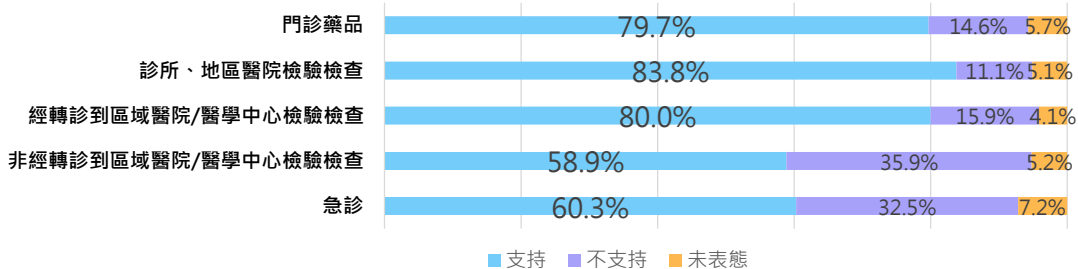
「部分負擔調整」政策



預期未來能改善醫療浪費情形



各項部分負擔調整政策



- ◆ 調查時間：111年3月25日至4月7日
- ◆ 調查對象：臺閩地區（臺、澎、金、馬）年滿18歲以上之民眾
- ◆ 有效樣本：2,219人



健保快易通APP/虛擬健保卡介接行動支付

- 為利民眾接受視訊診療後，能以健保快易通APP（下稱健保APP）連結至各行動支付APP進行繳納醫療費用，爰自**111年4月25日起**，**健保APP新增「就醫-行動支付功能」**（即可自健保APP連結至醫指付APP），作業流程說明如下。
- 本署刻正辦理介接其他行動支付APP。





健保新增移除長期鼻胃管獎勵

成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食→3,000點

本署111年3月30日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」通過新增「成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食」診療項目，預計111年6月1日生效。



- 留置鼻胃管達3個月以上病人，經醫療照護團隊提供吞嚥或口腔功能訓練且成功移除鼻胃管，恢復經口進食且未重置管路1個月以上者，每人每次獎勵3,000點。
- 期以提升病人照護品質及維護生命尊嚴。



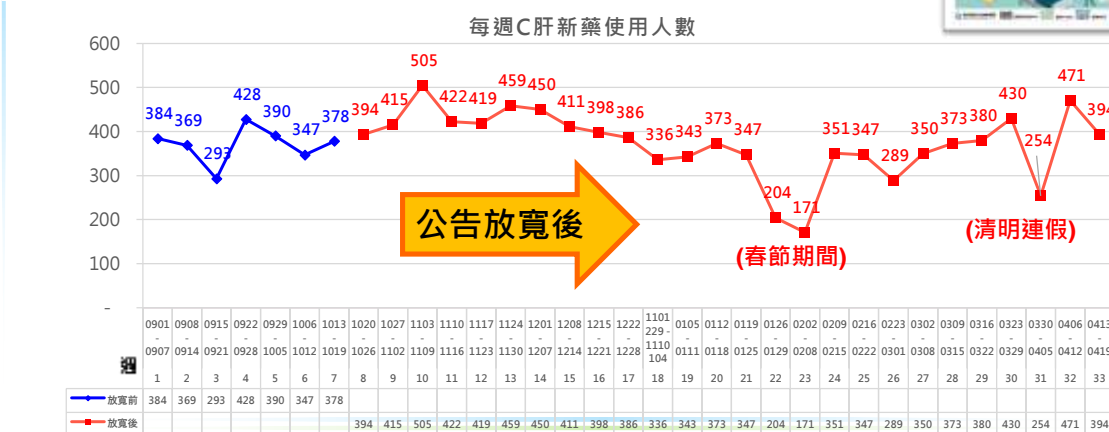
推動C肝全口服新藥 2025消除C肝

持續加強宣導，透過平面媒體建立病識感，鼓勵民眾主動就醫

- 截至111年5月1日，13.6萬人接受治療，距離C肝消除目標（25萬人）還剩11.4萬人。
- 110年10月22日公告放寬DAA之處方醫師資格，截至111年5月1日，參與C肝新藥健保給付執行計畫之院所家數增加326家，成長49.5%。



	DAA處方醫師資格放寬前	DAA處方醫師資格放寬後
全臺參與C肝新藥給付執行計畫之院所家數	658	984





111年第1季新藥及給付規定修訂案件 共擬通過/有條件通過情形

類別	藥品範圍	給付範圍	財務影響
兒童用藥	Anidulafungin (如Eraxis)	放寬給付於罹患侵襲性念珠菌感染之1個月以上兒童病人	節省約51.4萬元
	Adalimumab (如Humira)	放寬給付於5歲以上未滿6歲罹患小兒潰瘍性結腸炎之兒童病人	支出約76萬元
	Palivizumab (如Synagis)	預防因呼吸道融合病毒感染所引起的嚴重下呼吸道疾病，放寬給付於懷孕週數為31-32週之早產兒	支出約4,683萬元
罕見疾病用藥	Chenodexycolic acid	治療腦髓性黃瘤症	支出約1,096萬元
	Human C1- esterase inhibitor (如Berinert)	治療遺傳性血管性水腫急性發作	節省約229萬元
抗腫瘤用藥	Decitabine (如Dacogen)	治療骨髓增生不良症候群 (MDS) 高危險性病患	合計節省約8,644萬元
	Decitabine (如Demylocan)	治療骨髓增生不良症候群 (MDS) 高危險性病患	
眼科用藥	Aflibercept (如Eylea)	擴增糖尿病黃斑部水腫 (DME)、中央視網膜靜脈阻塞 (CRVO) 及分支視網膜靜脈阻塞 (BRVO) 病人給付支數	支出約9,000萬元

27



111年第1季新功能特材共擬通過情形

類別	特材名稱類別	共擬通過時間	品項數	財務預估(萬點)
兒童醫材	兒童脊椎固定系統	111年1月	1	12.6
	雙迴路透析導管組		9	21.7
醫療缺口	肋骨固定系統	111年1月	18	10518.9
	顱內壓監測器	111年3月	16	6148.3
	脊椎骨水泥		30	19960.4
	□型釘		6	1700.0
深層腦部刺激器	深層腦部刺激術立體定位特材	111年3月	3	2199.4
其他	顱骨修補系統	111年1月	1	87.1
	周邊動脈血管支架及傳輸裝置		1	1585.4
	青光眼房水引流植入物		2	53.7

共收載87項特材，合計約為4.2億元

28



外來人口換發新證健保卡

避免新舊證號交錯使用之困擾及爭議

- 內政部移民署110年1月2日實施外來人口新式統一證號政策，預計至112年底影響人數約95萬人。
- 111年起，由本署主動替已變更新證號之外來人口辦理投保基本資料變更暨製發新健保卡。截至5月24日已製發約32.6萬張新健保卡，及110年已主動申辦新證號健保卡約6.3萬張，約佔已取得新式證號之在保外籍保險對象76.2%。
- 本署持續積極爭取經費，照顧外來人口健保權益，減少外來人口就醫、PCR檢測及疫苗接種時使用舊證號健保卡之困擾及爭議。

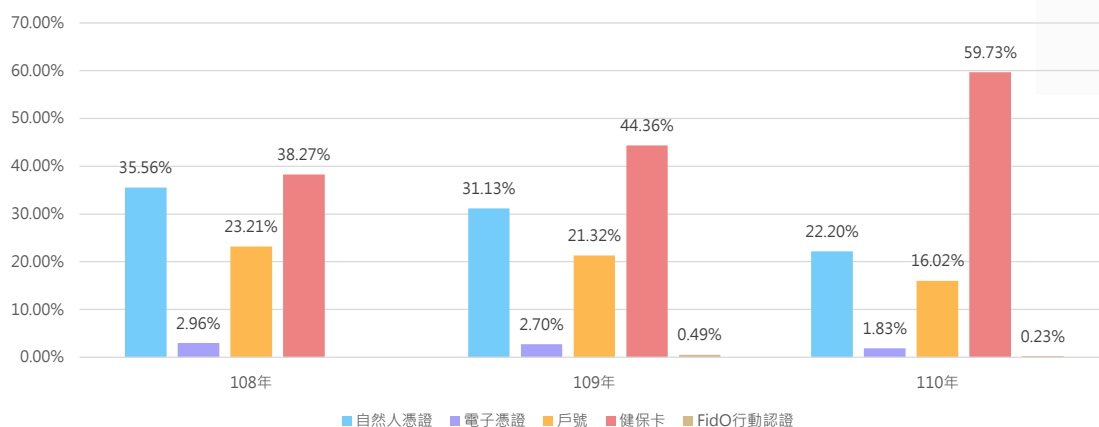
29



配合辦理財政部110年度健保卡報稅作業

以近三年(108年-110年)數據來看，使用人次逐年增長

綜合所得稅結算申報統計比較表



註：105年起本署即配合財政部辦理「健保卡+註冊密碼」網路申報綜合所得稅業務，並自110年起新增「健保卡卡號驗證」行動電話申報綜合所得稅服務

30

其他健保政策成果

31



健保署Podcast

健保署之音—7大收聽平台 與您在空中相會



- 健保署Podcast於110年8月20日開設。
- 由健保署李伯璋署長親自分享
《走向雲端—病醫雙贏 健保改革日記2.0》，目前共推出17集內容，每集6-7分鐘。



32



本署以「**虛擬健保卡**」榮獲**創新商務獎**

本署數位應用再獲肯定

- 為鼓勵新科技的應用、創意與商業結合，數位時代-創新商務獎邀請本署參賽。
- 本署推出「虛擬健保卡」服務，讓民眾不需帶實體卡片也能就醫，降低接觸感染風險。
- 本署以「虛擬健保卡」主題參加前開獎項，主辦單位於4月6日接獲通知本署榮獲「最新產品創新」銀獎，並於4月28日於臺北圓山花博爭艷館授獎。



33



異常案件管理機制

- **專業審查系統(IPL)線上通報統計：**
自109年8月上線至111年3月2日計通報1,910件，其中通報為「疑有違規」或「建議實地訪查」有112件、84家院所，轄區業務組據以啟動自清、加重抽審等管理措施。
- **依通報違規樣態開發監測系統：**
已開發「健保卡同日多刷」8項多維度指標視覺化監測系統，並按季彙整各分區涉及疑似違規之樣態，陸續開發其他違規樣態監測系統。



34



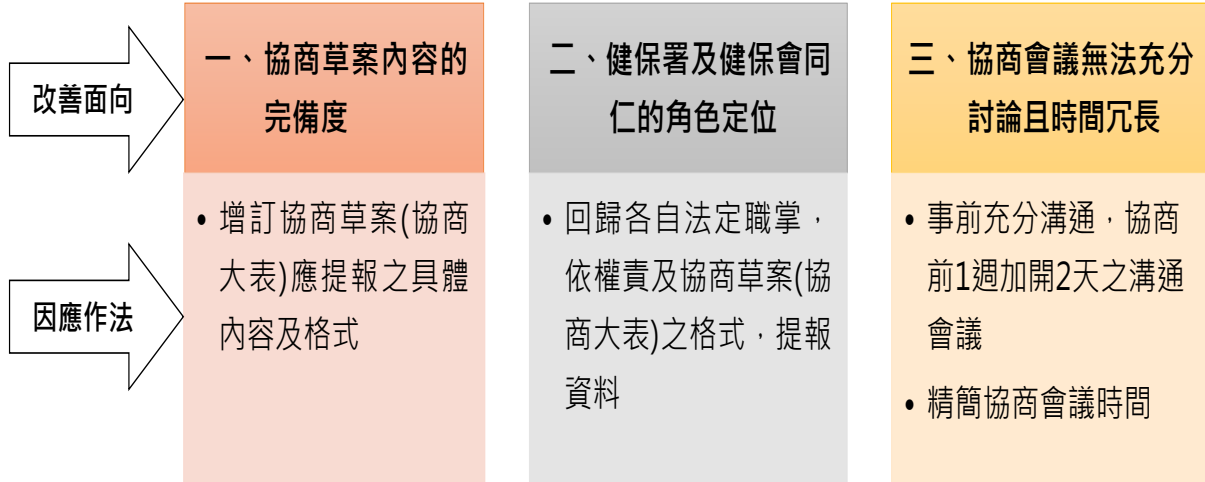
**謝謝聆聽
敬請指教**

討論事項第二案 P73~P89

案由：112年度全民健保醫療給付費用總額協商程序(草案)

※擬案說明：

- 緣由：參考歷年總額協商程序，並檢視去年總額協商實務運作及委員意見，經檢討後3大面向應予改善及建議因應作法：

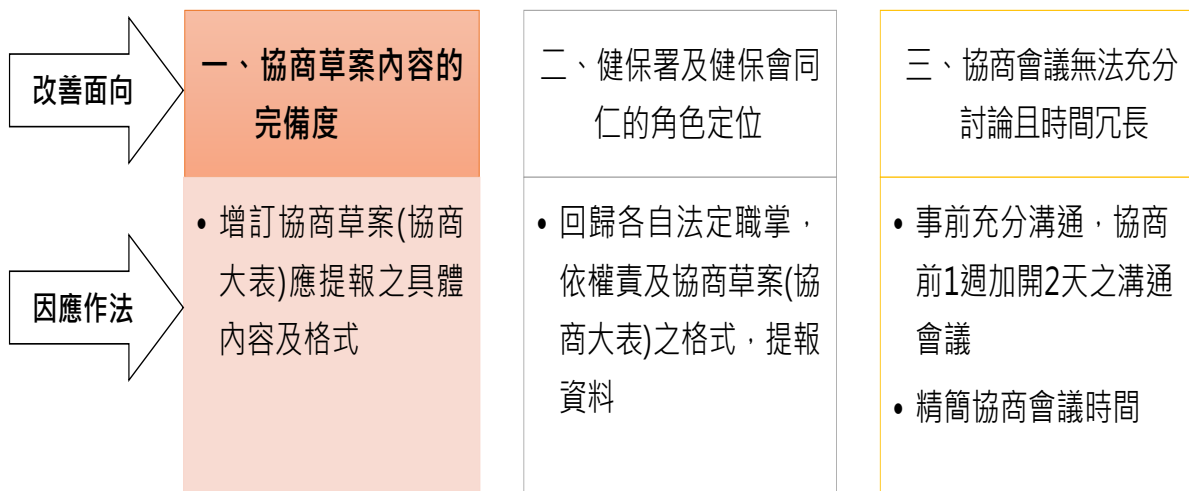


1

討論事項第二案 P73~P89

案由：112年度全民健保醫療給付費用總額協商程序(草案)

※改善面向一：協商草案內容的完備度



2

一、協商草案內容的完備度

社保司及委員建議	因應作法
<p>◆ 社保司建議：本會未來協商各部門總額計畫時，應先訂定KPI、為幾年計畫、成效評估標準、如何回饋付費者和醫界，預先處理可能的疑義。(111.3.15會議決議)</p> <p>◆ 委員反映：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 健保財務吃緊，協商項目應包含「<u>問題分析及需求評估</u>」。 • 新增項目之「<u>執行目標</u>」及「<u>預期效益之評估指標</u>」： <ul style="list-style-type: none"> ✓ 是協商必備要件，於協商草案必須提出。 ✓ 若屬政策交辦且未列入部門草案之項目，請健保署依衛福部政策需求提出內容。 ✓ 未達共識部門之協商結果係兩案併陳，建請衛福部參考部門方案及保險人意見逕行核定。 	<p>☑ 增訂協商草案(協商大表)應提報之具體內容及格式。(會議資料第78-79頁)</p> <p>☐ 增列協商草案內容：「<u>問題分析及需求評估</u>」，專款項目增列「<u>預估試辦檢討期限</u>」。</p> <p>☐ 增訂協商草案(協商大表)應提報之具體內容及格式：敘明各總額部門及健保署提送協商草案(定案)時，應包含之完整資料內容及格式。</p> <p>☑ 未達共識部門，請衛福部於核定時，就政策要求逕予核定「<u>執行目標</u>」及「<u>預期效益之評估指標</u>」。(會議資料第79頁)</p>

3

各部門總額協商草案(協商大表)應提供之內容及格式

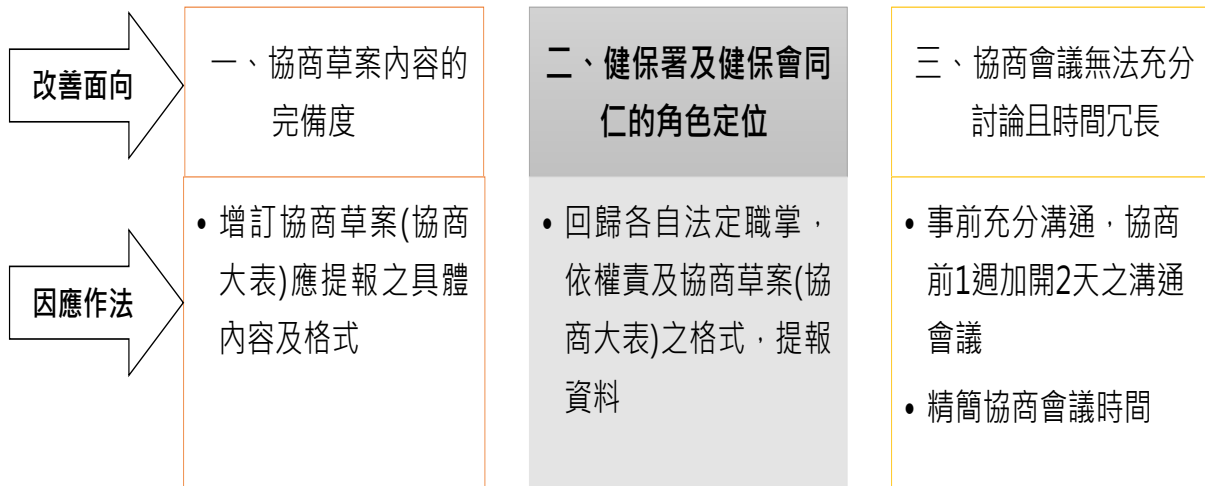
項目類別	○○部門草案	健保署草案	健保會補充說明
新增項目	<p>協商方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>問題分析及需求評估</u> 2. <u>醫療服務內容及說明</u> 3. <u>費用估算基礎及淨增加之費用</u> 4. <u>執行目標及預期效益之評估指標</u> (以結果面呈現資源投入之具體效益) 5. <u>專款項目之預估試辦檢討期限</u> (即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果) 6. 請檢附上開1~4項之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參 	<p>對醫界方案提出保險人之評析及建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 評析醫界方案之問題分析、需求評估及醫療服務內容之合理性與必要性，並提出保險人意見 2. 試算醫療費用、淨增加費用，並提出合理之預算建議 3. 對執行目標及預期效益之評估指標提供建議 4. 對專款項目之預估試辦檢討期限提供建議 <p>屬政策交辦且未納入部門草案項目，提供完整之協商方案(比照部門草案內容)</p>	<p>彙整相關資料供參考：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> 是否為政策交付項目：是者，摘錄政策內容 2. <input type="checkbox"/> 資料是否完整：否者，提出需補充內容 3. 提供評核委員及會前會專家學者意見 4. 彙整相關統計數據與總額協商相關規範 5. 提供協定事項執行情形與研析，不作任何預算額度及經費增刪的建議。另提供協定事項建議文字
延續性項目	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>醫療服務內容及說明(含問題分析及需求評估)</u> 2. <u>費用估算基礎及淨增加之費用</u> 3. <u>過去執行成果效益(以結果面呈現資源投入之具體效益)</u>，或檢討改善之相關規劃 4. 請檢附上開內容之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參 		

4

討論事項第二案 P73~P89

案由：112年度全民健保醫療給付費用總額協商程序(草案)

※改善面向二：健保署及健保會同仁的角色定位



5

二、健保署及健保會同仁的角色定位

委員建議

◆健保署之角色：

- 我國健保採單一保險人制度，健保署是代表全體被保險人向醫療服務提供者購買醫療服務的單一買方，理應了解醫療需求並對醫界草案負把關之責。
- 請健保署發揮保險人角色及專業，對各總額部門提出的協商草案之合理性，提出保險人的判斷及對應之建議方案與預算編列。

◆健保會同仁之角色：

- 依據健保會設置要點，依法辦理總額協商相關事務，提供協商所需具體資訊，供委員參考，
- 不涉及預算額度及經費增減之建議。

因應作法

☑回歸各自法定職掌，依權責及協商草案(協商大表)之格式，提報資料。(會議資料第78-79頁)

➤健保署：

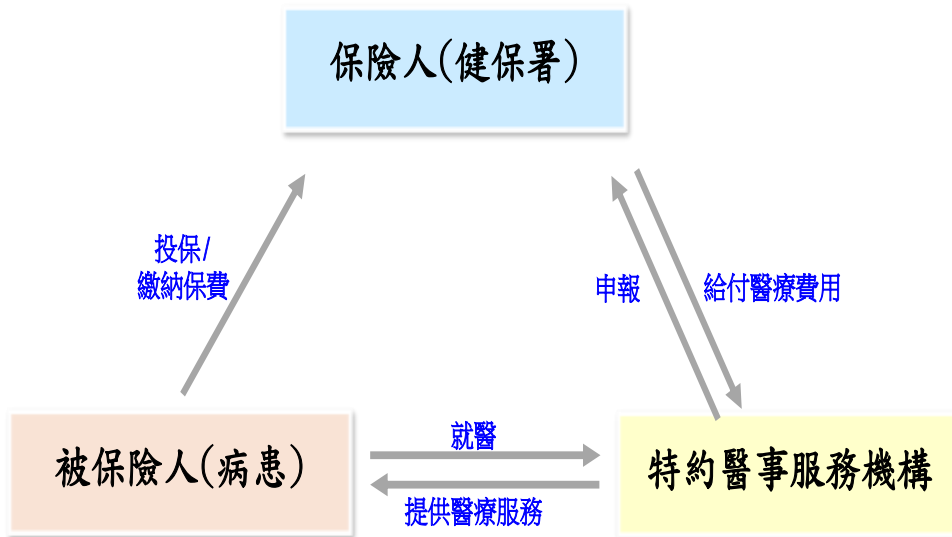
- ✓以保險人角色提出「健保署草案」(回應醫界主張，付費者應提出協商草案)：審視醫界方案之合理性與必要性，提出建議方案及預算建議。
- ✓屬政策交辦且未列入醫界草案之項目，比照醫界草案，提出完整之協商方案

➤健保會：

檢視並提供必要的客觀數據及資料，供協商之參考：包含：協商資料是否完整、是否為配合政策項目、專家學者評核意見、彙整相關統計數據與總額相關規範，提供協定事項執行情形與研析等資料，不作任何預算額度及經費增刪的建議。

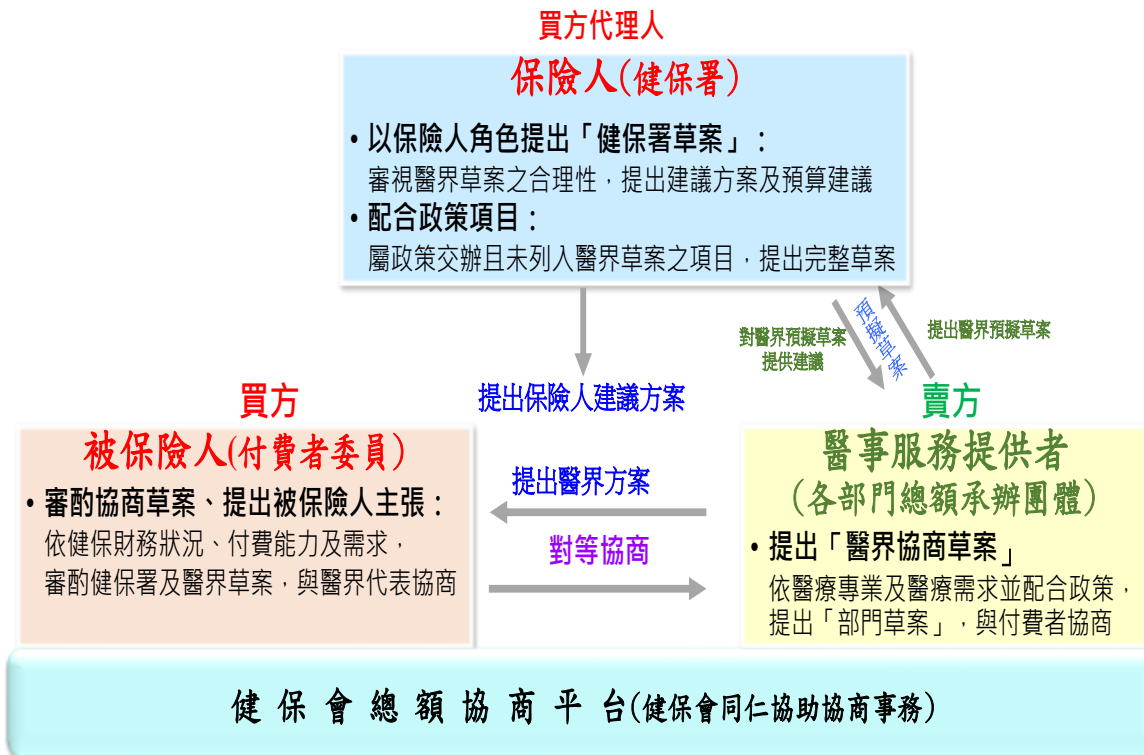
6

我國全民健保為單一保險人制度 保險人-被保險人-特約醫事服務機構之三方關係圖



7

健保總額協商架構在三方關係下運作



8

各部門總額協商草案(協商大表)應提供之內容及格式

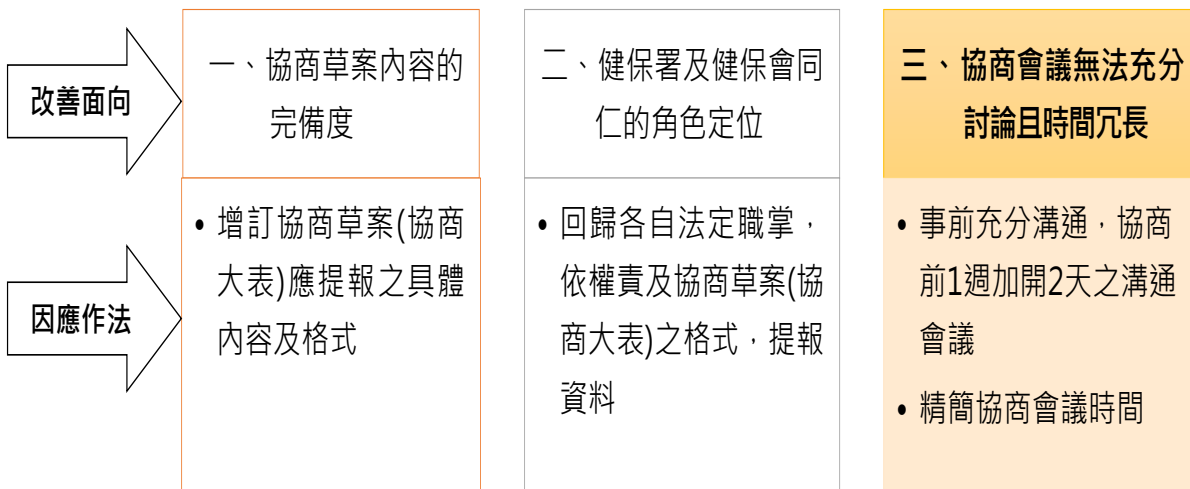
項目類別	○○部門草案	健保署草案	健保會補充說明
新增項目	<p>協商方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.問題分析及需求評估 2.醫療服務內容及說明 3.費用估算基礎及淨增加之費用 4.執行目標及預期效益之評估指標(以結果面呈現資源投入之具體效益) 5.專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果) 6.請檢附上開1~4項之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參 	<p>對醫界方案提出保險人之評析及建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.評析醫界方案之問題分析、需求評估及醫療服務內容之合理性與必要性，並提出保險人意見 2.試算醫療費用、淨增加費用，並提出合理之預算建議 3.對執行目標及預期效益之評估指標提供建議 4.對專款項目之預估試辦檢討期限提供建議 <p>屬政策交辦且未納入部門草案項目，提供完整之協商方案(比照部門草案內容)</p>	<p>彙整相關資料供參考：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> 是否為政策交付項目：是者，摘錄政策內容 2. <input type="checkbox"/> 資料是否完整：否者，提出需補充內容 3. 提供評核委員及會前會專家學者意見 4. 彙整相關統計數據與總額協商相關規範 5. 提供協定事項執行情形與研析，提供協定事項建議文字。不作任何預算額度及經費增刪的建議。
延續性項目	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療服務內容及說明(含問題分析及需求評估) 2. 費用估算基礎及淨增加之費用 3. 過去執行成果效益(以結果面呈現資源投入之具體效益)，或檢討改善之相關規劃 4. 請檢附上開內容之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參 		

9

討論事項第二案 P73~P89

案由：112年度全民健保醫療給付費用總額協商程序(草案)

※改善面向三：協商會議無法充分討論且時間冗長



10

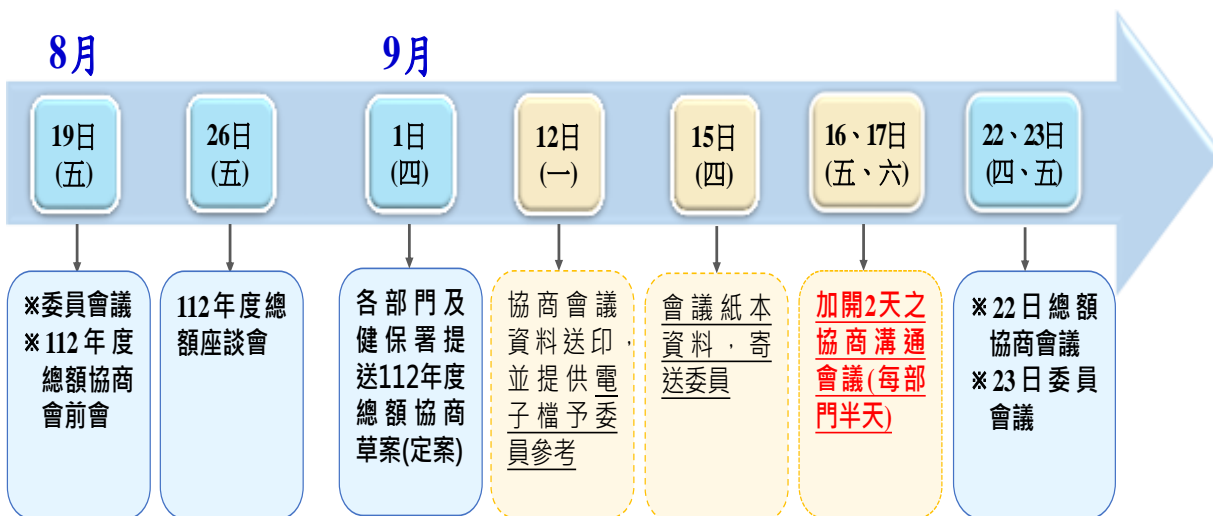
三、協商會議無法充分討論且時間冗長

委員建議	因應作法
<ul style="list-style-type: none"> ◆醫界委員：反映部分提供之數據資料有誤或解讀不正確，醫界無法即時澄清說明，建議協商前，各方充分溝通及交換意見。 ◆付費者委員：協商會議之時間過長、各方代表體力耗損(尤其付費者委員)，有過勞而無法充分思考與判斷之虞。 ◆本會委員：協商會議時間緊湊，無足夠時間徵詢專家學者及公正人士意見，無法充分發揮第三方專業建議之角色。 	<ul style="list-style-type: none"> ☑採事前充分溝通，總額協商前1週加開2天之溝通會議，並精簡協商會議時間：(會議資料第79、81頁) ➢事前充分溝通：規劃於9月16、17日加開「112年度總額協商溝通會議」 <ul style="list-style-type: none"> ✓每個部門半天時間，由部門、健保署及付費者委員三方進行意見溝通。 ✓請專家學者及公正人士提供專業建議。 ➢精簡協商會議時間：會前已充分溝通，將精簡協商會議第一階段「提問與意見交換」時間，可縮短約67分鐘會議時間，減輕委員負荷。

11

8~9月份總額協商相關作業之行程表

依112年度總額協商程序(草案)，行程規劃如下：



12

