

衛生福利部全民健康保險會
第5屆111年第7次委員會議事錄

中華民國111年7月29日

衛生福利部全民健康保險會第5屆111年第7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7月29日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：馬文娟、林劭璇

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、林委員恩豪、林委員敏華、林委員綉珠(萬芳醫院護理部劉主任淑芬代理)、侯委員俊良、柯委員富揚(中華民國中醫師公會全國聯合會詹常務監事永兆 12:00 以後代理)、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、許委員駢洪*、陳委員石池、陳委員有慶、陳委員秀熙、黃委員金舜(中華民國藥師公會全國聯合會李副秘書長懿軒代理)、黃委員振國、楊委員芸蘋、董委員正宗、趙委員曉芳、劉委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊、鄭委員素華、盧委員瑞芬、謝委員佳宜、顏委員鴻順

請假委員：(依姓名筆劃排序)

卓委員俊雄、張委員鈺民、陳委員建志、滕委員西華

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

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10~12頁)

貳、議程確認：(詳附錄第12頁)

決定：

一、同意臨時報告案「111年度醫院總額『持續推動分級醫療，壯大社區醫院』之『執行目標』及『預期效益之評估指標』確認案」排入議程，列為報告事項第一案，原報告事項第一案至第六案依序順延。

二、餘照議程之安排進行。

參、確認上次(第6次)委員會議紀錄：(詳附錄第12~18頁)

決定：

一、依委員意見修正(劃線處)如下：

肆、本會重要業務報告之決定：新增七、醫院協會提出「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)」反對聲明(如附件一)。

二、餘確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第23~31頁)

決定：

一、上次(第6次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)原擬解除追蹤共5項，同意解除追蹤3項；項次1及項次3改列繼續追蹤。

(二)擬繼續追蹤共3項，同意繼續追蹤。

二、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3項，同意解除追蹤。

三、112年度各部門總額協商順序抽籤結果(如附件二)依序為：醫院、牙醫門診、中醫門診、西醫基層總額，最後為其他預算。請同仁據以排定總額協商會議細部議程，提報下次委員會議。

四、為利112年度總額協商，請本會同仁收到衛生福利部交議之112年度醫療給付費用總額範圍案後，儘速轉知中央健康保險署及各總額部門，依總額協商程序及期程辦理後續事宜，並副知委員。

五、請中央健康保險署會同醫院及牙醫門診總額相關團體，儘速辦理111年度各部門總額協定事項未依時程完成之工作項目。

六、請中央健康保險署爾後每年依全民健康保險法第29條及施行細則第68條規定公告平均眷口數。

七、餘洽悉。

伍、報告事項：(詳附錄第32~91頁)

第一案(原臨時報告案)

報告單位：本會第三組

案由：111年度醫院總額「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」之「執行目標」及「預期效益之評估指標」確認案，請鑒察。

決定：

- 一、確認111年度醫院總額「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，如附件三。
- 二、請中央健康保險署持續落實推動分級醫療，壯大社區醫院。

第二案(原列第一案)

報告單位：中央健康保險署

案由：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(含預算扣減或檢討節流成效項目之規劃)，請鑒察。

決定：

- 一、請中央健康保險署參考委員所提意見及本會補充說明，辦理以下事項：
 - (一)部分未完成項目，請儘速規劃具體之111年度總額預算扣減及效益評估方式，最遲於111年12月份委員會議將規劃結果提報本會。
 - (二)請加強落實本次提報之4項協定事項執行內容，並儘速提報其他預算之「獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用退場之執行方式規劃」。

(三)為利113年度總額預算之協商，請中央健康保險署於112年2月提報本會「111年度總額協定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果。

二、餘洽悉。

第三案(原列第二案)

報告單位：中央健康保險署

案由：111年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃，請鑒察。

決定：

一、請中央健康保險署參考委員所提意見，持續檢討、精進分級醫療政策及相關鼓勵措施，並於112年度總額協商草案提出規劃方案，以早日落實分級醫療之政策目標。

二、本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署研參。

第四案(原列第三案)

報告單位：中央健康保險署

案由：部分負擔調整案實施後政策效益及其改善醫療資源合理利用之監測指標，請鑒察。

決定：請中央健康保險署參考委員所提意見修正監測指標，餘洽悉。

第五案(原列第四案)

報告單位：中央健康保險署

案由：「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)，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研參並回復說明。

二、請中央健康保險署持續監測原方案各層級醫院「急診處置效率相關指標」，並將監測結果送會，俾納為112年度總額協商之參考。

第六案(原列第五案)

報告單位：中央健康保險署

案由：109年健保收入超過2億元之227家醫療院所財務報告之公開情形，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署研參並回復說明。

第七案(原列第六案)

報告單位：中央健康保險署

案由：111年6月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員會後提出之書面意見，送請中央健康保險署回復說明。

陸、臨時動議：無。

柒、散會：下午14時5分。

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) 反對聲明

111.06.23

署名人：翁文能委員、陳石池委員、吳鏘亮委員、朱益宏委員

一、依據衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 111 年第 5 次委員會議議事錄辦理。

二、對於 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)，醫院部門聲明實質討論該案未獲共識，不認同以文字限制或內規形式，影響協商之進行，說明如下：

(一)違反公平正義原則：「五、協商因素(四)」：「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」，本項文字僅明列執行第一年未能如期實施或可歸因總額部門得進行核扣，然若實施超過預算額度，亦非歸因於總額部門是否亦應支應預算不足部分，方為對等載明。

(二)行政程序繁瑣：「五、協商因素(五)」：「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」，考量協商核定執行面，主管機關決定事項已內含相關保障項目，是否具送健保會同意後執行之必要性？恐造成行政程序繁瑣，爰建議「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備查後執行」。

(三)健保資源有效運用：「七、其他原則(三)」：針對各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值，查全民健康保險法第 61 條規定，健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定，查現行法規並無明文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一事，且行政院核定範圍係整體全體總額部門之上限，並非匡

列於各總額部門，又全民健保資源係有益於國家整體發展，不應用內部規範畫地自限，此舉造成全民健保資源緊縮，預算額度返還國庫，為利健保資源於核定範圍妥適運用，爰建議刪除「各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值」之文字。

(四)跨總額部門調整：「七、其他原則(七)」：有關跨總額部門相關預算撥補，對於總額部門調整支付標準項目連動影響其他總額部門一事，基於尊重各總額部門編列預算前提下，原提案部門應事前告知受影響部門，另請健保署提醒知會受影響部門藉以評估是否同意連動調整及相關預算因應及尋求其他預算支應，因實務曾發生該情形，爰建議保留「(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。」之文字。

三、承上，醫院部門曾於前(第 5)次委員會議反映，爰對於 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)未達共識部分，建議紀錄酌予修正。

112 年度各部門總額協商順序抽籤結果

抽籤日期：111 年 7 月 29 日(健保會 111 年第 7 次委員會議)

協商順序	總額部門別	簽名
1	醫院	翁文浩
2	牙醫	周永堯
3	中醫	柯富揚
4	基層	盧瑞昇

註：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，則由本會執行秘書代為抽籤。

監票人(簽名)： 盧瑞昇

111 年度醫院總額新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」

111 年第 7 次委員會議(111.7.29)確認

新增項目		「執行目標」及「預期效益之評估指標」
一 般 服 務	持續推動分級醫療，壯大社區醫院 (0.205%，1,000 百萬元)	1.執行目標：地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成 30%。 2.預期效益之評估指標： (1)地區醫院夜間及假日門診開診率較 109 年提升 2%。 (2)醫院部門地區醫院住診滿意度調查，平均滿意度達 82%。

第5屆111年第7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 6 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

主委、各位委員，早安！現在出席人數已有 28 位，已經過半達法定出席人數，今天的會議可以正式開始，請主席致詞。

周主任委員麗芳

- 一、各位委員、李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、商司長東福、各位好夥伴們，大家早安！大家好！今天委員會終於又大團圓在一起，之前是實體和視訊會議方式併行，今天改成實體會議方式，相信在討論過程更能暢所欲言。首先介紹本會新夥伴，中華民國工業區廠商聯合總會改派董副理事長正宗擔任健保會的委員，請大家歡迎董委員的加入！在這裡也要特別感謝上一任的賴委員博司非常盡責，在委員會議中也是多所建言，謹代表健保會對他表達感謝。
- 二、這個月份是比較特別的月份，因為衛生福利部(下稱衛福部)大家長陳時中部長為履行另一個階段的社會責任而卸任，我們一方面給予祝福，另一方面也感謝阿中部長在任上對於防疫的貢獻，以及對於健保的支持。接任的薛部長瑞元也期許健保會所有委員跟他共同攜手，持續幫健保把關，為健保獻策。
- 三、這個月也是健保會很重要的一個月份，健保會一年當中有 3 件最重要的事情，一個是總額協商，再者是健保評核，其次是審議下年度的保險費率要不要調整。健保會在 7 月 20 日進行 110 年度總額執行成果評核會議，非常感謝 7 位評核委員，包括盧委員瑞芬、陳委員秀熙、滕委員西華、戴委員桂英、楊委員銘欽、李委員玉春、王委員惠玄等，在暑期酷熱之中審閱完堆積如山的資料，同時在這次的評核當中，四個總額部門，包括中央健康保險署(下稱健保署)都獲得委員相當多的肯定，首先要特別恭喜醫院部門、牙醫部門獲得最多的青睞，

評核獲得優等，先給予掌聲鼓勵；其次，不管是西醫基層部門，或是中醫部門，也是有非常多令人驚艷的成果，我們也給予他們熱烈的掌聲。在此也謝謝醫界團體，在疫情期間四個總額部門并肩作戰，發揮最佳的防禦角色。

- 四、另外，也要特別感謝健保會同仁，在周執行秘書淑婉帶領下，完成編製 110 年版全民健康保險會年報，看了這份年報也相當感動，原來我們這一屆委員已經攜手走這麼遠、一起做了這麼多事情，感謝健保會同仁不僅編製年報，可以說無役不與，還有剛才提到的評核會議，最辛苦的幕僚就是他們。
- 五、各總額部門都有特別跟我要求，是否給他們簡短的時間，在業務報告時向委員說明近況。首先是牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)的部分，這段時間他們忙於法務部矯正署口腔潔牙的任務，陳理事長建志亦為此忙於奔波，所以今天也沒辦法到場，待會將與我們電話連線，同時 7 月 30 日牙全會理監事聯誼晚宴是牙醫部門很重要的聚會，他們也誠摯邀請大家參加。
- 六、再者，是中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)的部分，在今天委員桌上有中醫嘉年華的邀請函，等一下柯理事長富揚會親自邀約大家，另可能各位委員都有收到一個叫做健保中醫醫點通 APP 連結，有各項的服務提供給民眾，是非常優化的 APP，在 9 月 18 日中全會也將舉辦養生攻略免疫力抗百病的論壇，感謝柯理事長富揚的努力。
- 七、再來是藥師公會全國聯合會(下稱藥全會)的部分，藥全會在 6 月 26 日舉辦「用藥安全路，藥師來照護」園遊會以及對民眾的說明會，感謝黃理事長金舜的用心，同時將在 8 月 14 日舉辦會員代表大會，邀請各位委員蒞臨。
- 八、其次新北市醫師公會將舉辦新北醫療論壇(健保永續的面面觀)，顏理事長鴻順也邀請大家參加。
- 九、以上再次誠摯感謝大家，剛剛提到的各部門近況等一下再請

各位理事長說明，謝謝。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉

主席、各位委員大家早安！本次議程安排，計有報告事項六案，其中報告事項的第三、四、五案是依照本年歷次委員會議決議辦理，其餘是依照本年度工作計畫排定。另外有一項是健保署在 7 月 20 日才依照 111 年度醫院總額「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」協定事項，第二次提出其「執行目標」及「預期效益的評估指標」，報請本會同意案。因為這個案子是本會法定任務而且是非常具有時效性議題，符合臨時提案原則，建議增列一項臨時報告案，納為報告事項第七案，以上。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

主席、各位委員大家早。剛剛周執行秘書淑婉有報告本次會議雖然沒有討論事項，但是報告事項含新增臨時報告案共有 7 案，我看其中很多案都需要深入了解，雖然以健保署的報告案居多，但覺得這一次不能像上一次因時間關係用包裹式的方式討論。應該要一案一案的逐案報告，這樣才能讓委員了解、解惑。時間安排應該也是相當緊湊，我個人建議具時效性的，剛才提到的臨時報告案，是不是可以排在第一案趕快確認，今年度的預算現在都已經 7 月了，沒有確認通過的話不曉得怎麼辦，以上建議，謝謝。

周主任委員麗芳

如果委員沒有其他意見，就按照剛才李委員永振建議，臨時報告案列為報告案第一案，議程確認，謝謝。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

針對會議紀錄附件一「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，上一次會議台灣醫院協會(下稱醫院協會)有一個正式聲明，表達對裡面部分條文有異議，這一次也沒有列進去變成參考附件，我覺得這樣不妥。所以我還是要表達異議。更何況所有的協商原則都牽涉到對等協商，既然是對等協商，如果意見不同就不該用委員會決議執行，所以我表達嚴正抗議。若要把附件一放在會議資料裡，同時就必須要附上醫院協會的不同意見書，就像大法官裁定時也會附上不同意見書，這個其實在協商原則上可作為雙方協商一個重要的依據，我認為既然是對等協商原則，醫院協會有意見就應該將醫院協會不同意見書納入會議資料裡。

周主任委員麗芳

剛剛朱委員益宏的意見是醫院協會在上次會議所提出「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)反對聲明」，請本會能夠一併納入會議紀錄中，這個部分如果委員沒有其他意見的話...。請干委員文男。

干委員文男

在本會會議中是有溝通機會，現場大家聽後如果覺得說得有道理，大部分人是贊成的，但只有 1 個人提出異議，就會考量是否列入會議紀錄，然而在會議紀錄已經有記載，又要在協商架構及原則裡再記載，是不是有違背以前協商程序的原則。

周主任委員麗芳

請陳委員石池。

陳委員石池

我贊同朱委員益宏的意見，事實上是醫院協會有意見，不是只有 1 個人發聲，其他人不講話，只是沒有表示意見而已，醫院協會已經有詳細討論過，所以我贊成列入會議紀錄。

周主任委員麗芳

請劉委員國隆。

劉委員國隆

其實上次會議裡有說過，也已經確認了，如果醫院協會有其他意見可以另外再提出來，只是會議紀錄裡還是不宜再添加。

周主任委員麗芳

對醫院協會在上次會議提出之「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)反對聲明」，是否列入會議紀錄，目前委員的看法並不一致。因過去並未討論過列入會議紀錄的原則，今天趁此機會建立列入會議紀錄的原則，從現在開始之後的會議，只要是已經開過會確定的，就不再接受補附任何資料當附件。請朱委員益宏。

朱委員益宏

我要強調，這次聲明跟一般平常討論的議案是不一樣的，這次涉及到總額協商，總額協商依照全民健康保險法(下稱健保法)母法規定就是應該對等協商，如果對等協商沒有共識，要報部裁決，不能用委員會決議。若醫院協會也同意，我們當然沒有意見，既然醫院協會總額部門表達意見應該要尊重，這跟委員會議討論的其他案件不同，是直接依照健保法規定要對等協商。

周主任委員麗芳

醫院協會的資料補附，是不同意見，但不同意見沒有妨礙結論，從現在起建立會議紀錄原則，本次補附件，但未來所有案件除非當場提出意見，散會前大家都有共識才將意見納入，否則就不列入會議紀錄。請何委員語。

何委員語

一、在健保法裡面的對等協商，當時在談的是人的對等協商，不是事的對等協商。但是後來醫界派 9 位主談人，付費者也可以派 9 位主談人，但因為尊重付費者這麼多人，實際上付費者在總額協商是派主談人跟協談人為主要，至於其他的人大部分都不是作為主談人。但是醫界派 9 位代表全部都主談人，付費者是

派主談人跟協談人架構跟你對等協商。如果是對等協商，醫界也只能派出主談人跟協談人。

二、另外，在上次開會時，醫院協會提出來的聲明，並沒有達成共識，如果以共識決來說，沒有共識的話，今天討論議程時怎麼可以再列入會議紀錄，這樣子以後沒完沒了，今天這個可以列入，下次開會也可以。會議規範沒有說這次可以下次就不可以，可以就可以，不可以就不可以。

三、我認為這個案大家上次會議中，並沒有共識要列入會議紀錄，沒有的話，今天通過議程時還要列入會議紀錄，若要列入，就要提復議案，因為那天並沒有決議列入會議紀錄，以會議規範的規定，就是要提復議案。

周主任委員麗芳

最後 1 位針對這個問題發言，請翁委員文能。

翁委員文能

這次總額協商原則，因為醫院代表人數比較少，假如按照這樣說法，永遠不可能有共識決，我是覺得總額協商原則我們也沒有共識，醫院沒有達到共識，所以接下去的協商原則我們不接受，我們只接受健保法母法跟衛福部母法，這個協商原則應該是沒有共識。上次我們希望列入會議紀錄，大家說沒有共識不能列入，那這個協商原則我們也不同意，因為沒有共識。

周主任委員麗芳

醫院協會包括朱委員益宏、翁委員文能、吳委員鏘亮及陳委員石池所提出來的聲明，建議不列為協商原則的附件，可當作那案決議的附件，特別備註醫院協會有提出不同意見，但並未參採到協商原則裡，委員們的疑慮可以暫時消除，現在只是確認會議紀錄有無錯誤，無法再討論這個案子，再拜託一下朱委員益宏，就當是會議紀錄的附件，但不是協商原則的附件。

朱委員益宏

這個提議我們沒有辦法同意，主席剛剛講有意見要表達，要給我們

充分時間表達，我們還是強調這就是協商原則，就是協商的一部分，不能用這個原則規範付費者或是醫療服務提供者，這個要先表明，這個原則要先確定，如果原則不確定，9月份協商又拿出這個協商原則說我們違反醫院協會提出的意見，或是違反協商原則第幾條，這樣我們無法接受，所以要在這邊做確認。

周主任委員麗芳

我先說明一下，這案子我們現在能處理的就是不是併入協商原則，而是併入該案決議的附件，如果醫院協會還有不同的想法如同剛剛何委員語的說明，就要重提復議案或其他方式再來處理，不是說其他委員不願意處理，而是現在不是處理這案的時間，趁此機會做個明確的界定，以後會議紀錄確認時，除非完全背離討論事實，否則不接受其他附件，若是文字上酌修，也不再做這方面的處理。朱委員益宏就拜託…。

朱委員益宏

主席，這我要抗議一下，這個案在正式討論時，在前2次的健保會中我們就提出異議，但主席沒有做公允的裁決，就逕行裁決，只有文字酌修，部分微修改，這個主席非常清楚，大家有異議可以參考之前的實錄，在討論時我們就表達意見，但主席沒有做公允裁決，我們要做嚴正的抗議。

周主任委員麗芳

感謝朱委員益宏的提醒，我非常清楚在之前會議討論「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」時，醫院協會有提出不同意見，但在本會39位委員中沒有獲得過半數委員的支持，所以沒有將醫院協會的不同意見納入上次會議決議，請翁委員文能。

翁委員文能

如果要過半數才能納入會議決議的話是不可能的，因為保險醫事服務提供代表委員人數比較少，怎麼可能超過委員數的一半。(陳委員石池：這是不可能的事情。)

周主任委員麗芳

好，謝謝，這個部分也請社會保險司(下稱社保司)商司長東福協助，可能需從健保會委員組成重新檢討，因為現在保險醫事服務提供者代表委員的名額比較少，這部分我充分理解，也充分尊重大家的意見，本案將醫院協會針對「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」提出的不同意見，納入上次會議紀錄附件。

何委員語

主席，干委員文男有舉手。

周主任委員麗芳

不好意思，我沒看到他。

何委員語

我認為剛剛討論的事情，牽涉到9月份全民健康保險醫療給付費用總額協商的和諧性跟認知性，如果你今天不處理好，坦白講我們付費者委員全部反對醫界針對「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」提出的不同意見，我們全部反對。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、你說保險醫事服務提供代表委員人數在比例上比較少是不公平，其實也是公平，因為你們有專業，我們沒有專業，你們每個人都很多助理，但我們都是單打獨鬥，這是第1個不公平之處，過去本人參加健保歷年的會議以來好像只有表決過1次，是為資訊要不要公開的議題，現在已經公開，其他都是採共識決。
- 二、第2個，在總額協商時，付費者代表委員是推選協商代表3個人協商，1個主談人，2個協談人，其他委員都站在後面不能插話，醫界則是9個人協商，是我們不公平還是你們不公平，談出來的最後結果，依照健保法第5條，你們不同意我們也無

可奈何，送部裁決之後你們多拿幾十億，我們也沒有話講，要說不公平的話，我們付費者代表委員更要抗議，衛福部為醫界多做很多事、多給很多資源，不要說不公平，大家都很公平。

三、我想表達的意思是，現在會議進行的是「確認上次(第6次)委員會議紀錄」，只能有文字上修改，沒有什麼公平不公平，如果你覺得不公平的話，請在臨時動議時提出，再來討論公平不公平，以上謝謝。

周主任委員麗芳

好，謝謝，本案就討論到此。因為今天李署長伯璋有來到現場，但是他即將去參加其他會議，待會無法跟我們一起開會，是否請他先向委員致意一下？

陳委員石池

主席，不好意思，我以前就提案過，為避免今天的爭議，有關會議決議不要用唸的，要投影出來讓大家看。為什麼妳沒有接受我上次的提案，當時也有委員附議，會議決議投影出來讓大家看，就會很清楚，每次聽用唸的決議感覺不出來有沒有問題，以後將會議決議投影出來就沒事了，上次我建議過，也有委員附議，這樣是不是會比較好？

周主任委員麗芳

好，請同仁準備，等一下13時50分時，要把本次會議所有的會議決議(定)投影出來，讓大家確認，因為之前一部分委員視訊、一部分委員實體，而無法執行，這部分很抱歉，現在可以試著做看看，請李署長伯璋跟大家講幾句話。

李署長伯璋

一、歹勢(台語)，因為會議在進行中，而且本署同仁都有準備，我有跟蔡副署長淑鈴交代，等一下要去開會討論健保資料庫大法官釋憲案的一些問題，我想衛福部也有自己的立場，幾個月前我代表健保署在憲法法庭進行結辯，我是不會逃避問題的人，我覺得每個東西都有它的背景在，不同人會有不同的論述跟觀

察，本來前幾天憲法法庭應該要宣判，不過因為不容易，所以往後延 2 個月，未來整個國家如何利用健保資料是比較重要的議題，所以我就跟主席請假。今天很多事情需要溝通、溝通、再溝通，參與委員會議已經 6 年，我看了很多事情，真的是大家都無奈，但無論如何，如果不是醫界認真防疫，台灣的疫情不見得這麼好過。

二、因為各位委員都要求要盡快進行醫療院所財務報告公開情形的報告，我們也做出來了，雖然依據健保法第 73 條規定要公開財務報告，但因為前陣子疫情嚴峻，我們覺得不要再給醫界製造壓力，大家針對報告都會有不同解讀，有些團體會提出意見，但是健保署同仁是可以立刻回應，而很多東西的觀察是要依據科學，108、109 年醫務收支結餘家數醫學中心都是 13 家，但這 2 年 13 家的背景是不一樣的，所以我覺得很多 data(數據)都要有不同解讀。

三、李委員永振很關切的平均眷口數，部長已經批准從 0.58 變成 0.57，明(112)年 1 月 1 日開始實施，因此明年健保的收入會少掉 19 億元，我覺得沒關係，人生就是這樣，有時候就是沒辦法，雖然健保收入現在遠遠少於支出，但就是要面對這個問題，碰到就是要解決，天下沒有那麼多白吃的午餐。

四、今天早上我哥哥打電話跟我說不要灰心，要推部分負擔的確遇到一些阻礙，又有選舉、又有疫情、又有通膨，而且年底還是要面臨健保安全準備不夠的問題，至於台灣整個穩定度又是另一個故事。我們已經做了該做的事情，部長也支持這樣的方向，我想我們不會逃避問題，大家都加油，謝謝。

周主任委員麗芳

再次感謝李署長伯璋所率領的健保署同仁，非常辛苦，感謝您。接下來進行本會重要業務報告，在周執行秘書淑婉報告前，請新北市醫師公會顏理事長鴻順簡短發言。

顏委員鴻順

謝謝主席，李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、各位健保會同仁，大家早安，新北市醫師公會在醫師公會全國聯合會(下稱醫全會)指導下，辦理第2次新北醫療論壇，時間是8月7日星期日早上半天，很精簡的時間，地點在臺北市的張榮發基金會11樓，主題是健保永續的面面觀，希望從健保制度面、財務面、品質面，探討怎麼樣塑造一個永續健保，能夠符合醫療品質、人民期待及社會公益，在此邀請所有委員若有時間可以一起參與，本次論壇是現場、線上直播同步進行，謝謝。

周主任委員麗芳

謝謝顏委員鴻順的誠摯邀請，其次是牙全會的陳理事長建志，現在雖然他在法務部，但還是要透過電話連線跟大家邀請，請陳理事長建志。

陳委員建志

- 一、主委、各位委員，大家早安、大家好。很抱歉，因為牙全會幹部確診，在這個最關鍵的時刻，今天也應該是最後一次出席健保會，結果卻不能與會，跟大家說一聲抱歉。
- 二、還是跟大家再次感謝，在大家努力鞭策之下，這個禮拜通過矯正機關(監獄)的餐後潔牙制度，這個制度主要是因為在臺東有6個矯正機關，但臺東牙醫師只有68位，且平均年齡都50歲以上，從事外診的醫療人力上有所欠缺，但矯正機關的醫療照護不能被排擠，所以我們就去推動餐後潔牙制度，讓矯正機關的受刑人能夠每天3餐進行餐後潔牙，預防勝於治療，本來只要推臺東6個獄所，但法務部覺得很棒，希望能推展到全國，讓受刑人的口腔健康能照顧得更好。再次感謝大家，1年多來跟大家相處並從中學習到很多，明天6點在格萊天漾大飯店，是我的畢業同樂會，期待大家能夠跟我共享最後美好的一夜，謝謝大家，感謝。

周主任委員麗芳

謝謝陳理事長建志，雖然 1 年期間不算長，但這 1 年中看到陳理事長做了非常多事情，並協助衛福部成立口腔健康司，非常感謝陳理事長建志用心的付出。接下來請中全會柯理事長富揚。

柯委員富揚

主委、各位委員大家早安大家好。8 月 7 日將在大安森林公園舉辦中醫嘉年華會，這是一個寓教於樂的活動，期盼藉由闖關遊戲，總共設定 20 個關卡，除有中醫傳承與創新，甚至把健保相關例如西醫住院、中醫會診的癌症都包裝成闖關遊戲，期待讓小朋友正向看待這樣的事情。這 20 個關卡闖關過程中讓大朋友小朋友，樓上揪樓下、阿爸牽阿母，希望在這樣的中醫嘉年華會中創造出中醫新的面向，讓民眾更了解中醫，因為剛好時間是 8 月 7 日，所以歡迎委員們在早上 8 點 10 分先去健保永續面面觀，署長 8 點 50 分致詞後我們一起相偕去大安森林公園，期待大家的蒞臨。

周主任委員麗芳

謝謝柯理事長富揚的邀請。有件事須要特別請健保會同仁協助，今天是第 1 次發生牙醫部門的第 1 順位與第 2 順位代理人皆確診，第 3 順位代理人有門診，致無人可代理出席，請健保會同仁再想想未來如有類似情形，可否有什麼替代方案，疫情期間也請大家多保重。接著請藥全會，黃理事長金舜也因有重要公務無法前來，請李副秘書長懿軒代理。

李代理委員懿軒(黃委員金舜代理人)

主席、各位委員、長官大家早安，大家好，邀請各位委員參加藥全會將在 8 月 14 週日舉行的第 15 屆第 1 次會員代表大會，黃理事長金舜是第 14 屆，從 2019 年 9 月上任後不到半年就經歷疫情，從口罩實名制、快篩實名制、送藥到府到抗病毒藥物，這段時間感謝獲得健保會所有委員的肯定與支持，誠摯邀請各位委員蒞臨，我相信黃理事長金舜會持續帶領藥師夥伴持續前進，邀請卡已經送交到各位委員的聯絡地址，在此提醒大家，因為總統將蒞臨現場，流程有

做些變更，變更後的流程今天已放在各位委員桌上，感謝各位委員在之前用藥安全路的嘉年華會可以共襄盛舉，歡迎各位委員 8 月 14 日晚上可以到君品飯店參加我們的第 15 屆第 1 次會員代表大會。

周主任委員麗芳

謝謝黃理事長金舜邀請、還有李副秘書長懿軒的說明，接下來進行本會重要業務報告。

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 6 次)委員會議決議(定)事項辦理情形如下：

(一)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計 8 項，依辦理情形，建議解除追蹤 5 項，繼續追蹤 3 項，如會議資料第 30~33 頁附表，但最後仍依委員會議議定結果辦理；另上次委員會議個別委員關切事項，健保署回復如附錄一，在會議資料第 189~193 頁，請委員參閱。請委員翻到會議資料第 30~31 頁，擬解除追蹤事項第 1 項到第 3 項，均為前次會議報告事項委員關心意見，健保署已回復說明在會議資料第 35~39 頁；第 4 項及第 5 項是部分負擔的監測指標及醫療院所財務報告公開，這 2 項報告都已納入本次會議報告事項，建議在這次報告後解除追蹤，以上是 5 項解除追蹤事項。

(二)歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項，達解除追蹤條件，建議解除追蹤計 3 項，在會議資料第 34 頁附表，最後仍依照委員會議議定結果辦理。其中第 1 項及第 2 項是代謝症候群管理計畫，衛福部已在本(111)年 6 月 20 日公告，所以這部分的預期效益跟評估指標都確認了，第 1 項及第 2 項已經決定，所以我們就解除追蹤。第 3 項為部分負擔經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施，在上次已報告完畢，這部分建議解除追蹤。

二、項次二，依照「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，為利本年 9 月總額協商會議之議程安排，本次會議將請各部門委員代表進行協商順序之抽籤作業，等下請各總額部門代表到右前方門口處，同仁會協助抽籤，也麻煩盧委員瑞芬

協助監票，抽籤結果再請主席宣布，之後將會依抽籤結果安排協商議程。現在請四個總額部門抽籤，因牙醫部門代表委員今日請假，將由我代為抽籤。

三、項次三，截至本年 7 月 21 日止，本會尚未收到衛福部交議 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案，為爭取時效，將於收到交議案後，陸續辦理下列事項：

(一)儘速轉知本會委員，並納入 8 月份委員會議報告。

(二)函請健保署及各總額部門，遵循衛福部交付之 112 年度總額協商政策方向，研擬並於本年 8 月 12 日中午前提出「112 年度總額協商因素項目及計畫(草案)」，其中所提協商因素項目應與政策方向互相連結，俾於 8 月 19 日本會辦理之總額協商會前會說明。至於總額協商草案最終版本，請各總額部門依照本會議定協商草案應提供之內容及格式，在 8 月 31 日前提出。

四、項次四，111 年度各部門總額協定事項定期追蹤辦理情形，基本上依照 111 年 3 月份委員會議之決定，健保署應於 7 月底前提報各部門總額協定事項辦理情形，如附件二，在會議資料第 44~93 頁。本會整理前揭協定事項辦理情形，在會議資料第 22 頁，其中有 7 項尚未完成，請健保署會同各總額部門儘速辦理，沒有完成的部分如表列項目，請大家參閱。

五、項次五，有關各總額部門 110 年度執行成果評核作業之辦理情形，請委員翻閱會議新增及補充資料第 1 頁。

(一)剛剛主席已經大概說明，為節省時間不再說明，評核委員是票選出來的，請大家參閱。依照評核結果，我們估算 112 年度品質保證保留款(下稱品保款)專款獎勵額度一共約為 12.21 億元，其中醫院是 9.75 億元，西醫基層是 1.24 億元，牙醫門診部門是 0.94 億元、中醫門診部門是 0.28 億元。

(二)為提昇及精進健保署及各總額部門未來之執行成效，我們有彙整評核委員書面評核之重點建議，會在 8 月 1 日前就

送健保署跟各總額部門回應，希望 8 月 10 日前大家可以回應跟補充說明，納入評核紀錄，給委員做評核協商參考。

(三)剛剛柯理事長說評核委員的意見有一些誤會，我想這時候是一個澄清說明的好時間，拜託各總額部門在回應的時候，可以把你覺得你已經做了，但評核老師沒有看到的部分寫出來，這也是拜託大家的部分。

六、項次六和七，請委員參閱書面資料；項次八，衛福部及健保署於本年 6 月至 7 月份發布及副知本會之相關資訊，其中比較重要的是健保署昨天又補充了一項，委員也都很關心，就是在會議新增及補充資料 1 第 3 頁，健保署在 7 月 27 日依據健保法第 29 條、施行細則第 68 條第 3 款公告投保單位或政府應負擔的平均眷口數從 0.58 人降為 0.57 人，並自 112 年 1 月 1 日起實施，預估健保收入每年減少約 19 億元，這是最新公告也是委員持續關心，這邊特別跟大家做報告，以上。

周主任委員麗芳

謝謝周執行秘書淑婉的說明，請委員提問，請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

一、會議資料第 32~33 頁，關於本會重要業務報告上次(第 6 次)及歷次委員會議繼續列管追蹤事項中「擬繼續追蹤」項次 2「家庭醫師整合性照護計畫」(下稱家醫計畫)執行成效評估，第 6 次委員會議我們的決議是要請健保署儘速提出檢討策進報告，而本屆委員聘期只到 12 月，建請健保署在 12 月委員會議之前提報。

二、會議資料第 34 頁，歷次委員會議：達解除追蹤案件的項次 3，有關部分負擔調整案「保障經濟弱勢民眾就醫權益配套措施」，在第 6 次的委員會議中，委員們對於申請資格嚴苛、審核表格不夠友善、審核期間過長，還有用轉診作為必要條件不合理等都提出很多意見，但健保署完全沒有修正跟調整配套措施。再次呼籲，我們要求訂定配套措施目的，就是要守住風險

分攤、體現社會公平性等健保核心價值，破除民眾就醫的經濟障礙，因此，希望健保署能再調整及考慮，醫改會反對解除追蹤。尤其最近李教授玉春的團隊在 2021 年 Health Policy 的研究論文中，根據台灣過去調整部分負擔的政策分析結果，再次以實證資料指出部分負擔會阻礙弱勢民眾尋求有效醫療照護。此外，阮子凌 2021 年的研究特別用氣喘--健保重點照護的病人作為例子，發現提高部分負擔會影響規律就醫，降低有效的醫療利用，衝擊到健康品質，據此，我們再次要求健保署所提保障措施的草案能夠再三思。

三、最後一點，我們比對 110 年跟 109 年總額評核的重點意見，並沒有太大差異，可以看出結構問題跟健保總額評核的成效其實沒有太大變化。希望 112 年總額協商時，健保署與各總額部門能從結構面、過程面與結果面，分別提出檢討及精進作法，否則每年都這樣重複，卻不正視與處理，也有違健保會委託學者專家做評核的精神與價值，謝謝。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

- 一、主席，首先我要感謝健保署及社保司，請教將近 1 年的平均眷口數，終於在 7 月 27 日公告，考量本會基於監理健保職責，建議主席做成決議並列入會議紀錄，請健保署確實每年依健保法第 29 條規定計算平均眷口數，並依照施行細則第 68 條辦理公告。
- 二、個人要向今年 7 位評核委員致上最真誠的敬意，他們全心務實投入評核，對健保署及總額部門提出 12 項整體性的重點建議，幾乎將本會平常關注的核心問題都歸納掌握，若能解決一半，我個人認為健保永續經營應可成功邁出第 1 步，不是只有口號。建議健保署亦能全心投入規劃，真正進行變革。

- 三、會議資料第 28、29 頁有揭露 110 年品保款各部門核發情形，符合核發資格的占率，與上月討論資料做比較，除了中醫部門呈現 4 年下降趨勢，今年下降 5.1% 幅度較大，呈現較顯著的改善。但評核委員建議的提高鑑別度，資料看不出來，建議健保署可以提供本項經費核發與本項目的是否相符的分析資料，對預算執行之了解與掌握才有意義，並做為討論將來決定本項獎勵標準時的參考。
- 四、建請健保署回應說明委員請教的問題時，能詳細全貌解說，讓提問委員能完全解惑，譬如說會議資料第 40 頁健保署說明三，首先有資料，就請直接告訴提問者，我們投入 298 億元，到底得到多少效益，又如何運用這些效益，以目前說明方式，還是無法完全讓人了解。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

我的意見主要是針對會議資料第 40 頁，有關家醫計畫，除了我的意見、趙委員曉芳提出的第 3 點意見，都是針對當時健保署的報告太過簡要，只講到一些困難，但是都沒有提到怎麼做、什麼時候做。這一次回復還是沒有回答我們的問題，請健保署能針對我們的提問做回應。

周主任委員麗芳

請趙委員曉芳。

趙委員曉芳

- 一、我要針對會議資料第 36 頁，有關部分負擔調整對保障經濟弱勢民眾的部分，我想健保署對於如何定義經濟弱勢民眾的操作部分可能會需要多點幫忙，我這邊有一個比較具體的建議，以長期照顧司的經驗來講，當初為了降低經濟弱勢民眾使用長期照顧(下稱長照)服務的負擔，發展一個長照中低收的概念，它跟傳統低收跟中低收入戶的概念是相關聯，但它的條件限制是

相對寬鬆，這部分就包含所謂的經濟弱勢民眾，我覺得他們的處理方式可以做為借鏡。

二、他們處理方式，就是現行領有不管是身障生活津貼，或是特殊境遇家庭的生活津貼，或是弱勢兒童的生活津貼，或者是老人生活津貼中特殊的一些條項款目的對象，領取條件比一般低收入、中低收入更加寬鬆一些，符合這些生活津貼領取資格的對象，每年都會經過所謂的「資產調查」(means tested)，對健保署比較簡單的定義方式就是找出這些領有生活津貼族群，視為經濟弱勢族群，就可以免除重新財稅調查、重新檢驗適用身分的調查，以上建議。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

謝謝主席，我個人對於會議資料第 30 頁項次 3 被解除追蹤，我個人表達不同意見，應持續追蹤。會議資料第 39 頁是健保署回復委員提問怎麼樣評估醫療科技，是經濟面考量或結果面考量，結果健保署只是回答預備要導入 HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)。大家都知道 HTA 效益大概有 2、3 年的差距，到底 HTA 執行上對於新藥、新特材、新醫療科技隊費用管控、效果上如何？不知道，健保署也未提供歷年新藥新科技時導入對於總額財務壓力有多大，只有看到從原藥品占率約占健保總額 25%，現在已經到 28%，接近 29%，看到藥費不斷增加，如果說照健保署講的，新藥管控都在每年預算額度之內，每年大概 20~30 億元的新藥預算進來，那其他成長的藥費都是哪來的？健保署應該要做一個說明跟釋疑。所以醫界一再質疑，第 1 年新藥新科技新特材 40~50 億元預算編進來，第 2、3、4 年的成長幅度遠遠超出當初預算編列額度，健保署這部分也不做任何說明，到底醫界講的是真的或假的，或健保署有其他的說明及理由，我覺得這邊都應該呈現。若確實如醫界所說第 1 年、第 2 年，甚至第 4 年額度遠遠超過

當初編列預算，也應該要讓付費者知道，未來編列預算時應該要有彌補機制，這些健保署應該呈現，而非只用一個 HTA，因為 HTA 不會算到這麼細的東西，這是健保署的責任要告訴我們未來新藥、新科技、新特材引進時考量的項目有哪些。

周主任委員麗芳

請陳委員石池。

陳委員石池

有關會議資料第 35~37 頁保障經濟弱勢民眾權益，很多委員都提到事前付錢、事後補助有困難，因為民眾沒錢，要先付錢有困難，健保署認為不符資格，事實上可以事前審定資格，不符合資格就不用。會議資料第 37 頁寫「提供填表範例，以協助民眾填寫」，這有什麼用？還是沒有用，沒有辦法真正嘉惠這些經濟弱勢民眾就醫，是不是可以重新考量。

周主任委員麗芳

委員若沒有其他意見，請蔡副署長淑鈴回應。

蔡副署長淑鈴

- 一、謝謝各位委員，劉委員淑瓊提到家醫計畫的檢討報告，我們會在 12 月前配合健保會之安排進行報告。
- 二、劉委員淑瓊、陳委員石池、趙委員曉芳都提到部分負擔經濟弱勢民眾的保障，我們會參酌大家意見，請業務單位再做檢討。
- 三、謝謝李委員永振，我們明年會調降平均眷口數，會依照您不斷的鞭策依法行政。
- 四、關於品保款的檢討，我們每年都有檢討，對於指標弱化部分，我們會持續跟各總額團體檢討精進，其實弱化指標本來就應該要退場。
- 五、盧委員瑞芬提到家醫計畫的回答不確實，有幾位委員都有提到，這部分我們就併入 20 年檢討報告。
- 六、朱委員益宏提到結構性問題，特別科技、藥費的成長這部分，我想回去請同仁再做多一點的補充，讓委員可以理解。

七、剛剛陳委員石池所提弱勢保障的部分，我們就一併檢討。

周主任委員麗芳

非常感謝蔡副署長淑鈴的說明，剛剛李委員永振提到要請健保署每年公告平均眷口數，因為健保署這個月才公告，不能現在就認定健保署明年不會公告，所以等一下我不做這項決議。

李委員永振

沒關係，討論過程有列入紀錄。我的意思是說不要像這一次這樣，這本來就是要依法行政，本來就應該做，不是這樣追了十個月才有結果。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

主席，我們從 109 年就一直反映平均眷口數，到今年才調降 0.01，說不定這個 0.57 是 109 年 1 月就應該要施行，拖到 111 年才執行 109 年的 0.57，已經拖延 2 年的時程。

周主任委員麗芳

一、本案做以下決定：

(一)上次(第 6 次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

1.擬解除追蹤共 5 項，第 1、3 項繼續追蹤，其餘同意解除追蹤。

2.擬繼續追蹤共 3 項，同意繼續追蹤。

(二)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 3 項，同意解除追蹤。

(三)112 年度各部門總額協商順序抽籤結果依序為：醫院、牙醫門診、中醫門診、西醫基層總額，最後為其他預算。請同仁據以安排總額協商會議當日之細部議程，提報下次委員會議。

(四)為利 112 年度總額協商，請本會同仁收到衛福部交議案後，

儘速轉知健保署及各總額部門，依總額協商程序及期程辦理後續事宜，並副知委員。

(五)請健保署會同醫院及牙醫門診總額相關團體，儘速辦理 111 年度各部門總額協定事項未依時程完成之工作項目。

(六)請健保署爾後依照健保法及施行細則規定公告平均眷口數。

(七)餘洽悉。

二、請同仁依據陳委員石池的建議，將決定投影出來。同仁很辛苦，剛剛那段話若打好，就請呈現到螢幕上。(同仁將決定投影到螢幕上)

三、好，大致是跟剛剛口述一樣，請大家確認。剛剛委員有 2 個不同意解除追蹤的項目都有納入繼續追蹤，大家請放心。漏了一點，第六點是剛剛李委員永振、何委員語關心的平均眷口數，請健保署爾後依健保法及施行細則規定公告平均眷口數。

四、確實是有一點點小難度，所以陳委員石池我們不是不想做，是真的有小難度，我們是很認真想要依據委員建議，但是可能議程進行確實就會受到一些限制。還是陳委員...

陳委員石池

確實是有點困難，就請主席把你唸的那張印出來就好，不用打在電腦。

周主任委員麗芳

那就事後請同仁印給大家看，不用打在這裡，我剛剛唸得很清楚，同仁都有錄音，請大家放心，我都有幫大家把關，看到漏掉就趕快補入，若沒有意見，本案進行到這裡，接下來進行報告事項，剛剛有說要把最後一案先調整到第一案。

參、報告事項第一案「111 年度醫院總額『持續推動分級醫療，壯大社區醫院』之『執行目標』及『預期效益之評估指標』確認案」(原臨時報告案)與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請陳組長燕鈴說明。

陳組長燕鈴

- 一、向委員報告，本案是依照 111 年度總額協定事項，醫院總額還有最後一項沒有完成提報本會確認「執行目標」跟「預期效益評估指標」的項目，健保署已經經過「全民健康保險醫療給付費用醫院總額 111 年第 1 次臨時研商議事會議」討論通過，並於 7 月 20 日函復研訂結果，健保署研訂的結果及本會研析意見列在會議新增及補充資料 1 第 41 頁附表。
- 二、醫院總額的協商項目「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」，經費 10 億元列於一般服務預算，本案健保署提出的執行目標是「地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成 30%」，本會研析意見考量這是當初衛福部核定的決定事項，本會無意見。
- 三、有關預期效益之評估指標，健保署提出 2 項指標
(一)地區醫院夜間及假日開診率不低於 110 年：

- 1.建議考量比較基準之合理性：本項也是 110 年協商項目，預算 5 億元，當時預期效益之評估指標為「地區醫院夜間及假日門診開診率提升 2%」。110 年健保署提供的開診率資料在會議新增及補充資料 1 第 44 頁，110 年夜間門診開診率是 67.7%，假日門診開診率是 62.9%，相較於 109 年的夜間門診開診率(71.4%)較低、較 109 年的假日門診開診率(63.4%)是微幅低一點。本會研析意見是，110 年沒有達成原訂 110 年較 109 年提升 2%的目標，若以此當作 111 年

的評估目標是否合宜，請委員考量是否需要修正。

2.建議微調指標文字：去年評估指標的文字是「地區醫院夜間及假日『門診』開診率提升 2%」，建議加「門診」兩個字以臻明確。

(二)醫院部門地區醫院住診滿意度調查，平均滿意度達 82%：健保署研商議事會議對本項預算執行項目的決議，列在會議新增及補充資料 1 第 47 頁，考量本項預算多數用於保障住院服務點值，尊重健保署意見。

四、擬辦的部分是請委員確認該項執行目標、預期效益之評估指標，我們會列入紀錄，納為明年評核項目及未來總額協商參考，以上報告。

周主任委員麗芳

謝謝陳組長燕鈴的說明，請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

剛剛健保會的陳組長燕鈴講得很清楚，111 年度醫院總額「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」一案經費是 110 年的 2 倍，編列 10 億元，多了 5 億元，其目的是讓地區醫院有更好資源運用、分配，來落實執行目標。但我們很驚訝的發現，後來卻把指標修成退步到成「地區醫院夜間及假日門診開診率不低於 110 年」，概念就是我們經費增加為 2 倍，但承諾的夜間開診率預期效益的標準，卻比 109 年地區醫院夜間及假日門診的開診率還退步，這個我們沒有辦法接受。健保資源有限，醫界與付費者代表願意多分配一些資源給地區醫院，就代表我們有很高的期待，希望能夠落實分級醫療，增加夜間與假日醫療服務的可近性。考量 110、111 年預算分別編列 5 億元、10 億元，而且滾入一般服務基期，110 年已沒有達標，我們建議評估指標水平不能以不低於 110 年為目標，111 年至少要維持 110 年預期效益之評估指標，也就是「地區醫院夜間及假日門診開診率較 109 年度提升 2%」。

周主任委員麗芳

請胡委員峰賓。

胡委員峰賓

我想在推動分級醫療政策部分，基層院所開設夜間門診、假日門診是重要一環，讓民眾減少耗時、耗力到大醫院急診，如果我們的預期效益的評估指標是指不低於 110 年度，今年度若又比較低，等於我們每年都往差的方向比較，60 分是及格，只考了 50 分改成 50 分就及格，明年考了 40 分，又改成 40 分就及格，這其實是不對的，應該開診率要有客觀標準，不是去年做得差，今年比去年做得好就好，若今年做得更差，再認為明年比今年好就好，越比越差。所以我認為開診率應該有一個客觀的比例，至少原本期待的多少開診率，今年年度一樣要按照這個比例計算，不是跟去年比較就可以。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

我贊成劉委員淑瓊剛才的分析，這個目標應用一個明確的，如果說 109 年受疫情影響，110 年的疫情變得更嚴重嗎？今年又更嚴重嗎？建議應該了解一下。評估指標的目標值不應該愈訂愈退步，預算愈多，結果效益愈糟糕，這情況有點說不過去。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

一、感謝主席及各位委員，特別感謝劉委員淑瓊的指導，我們在醫院總額研商議事會議討論時，和劉委員淑瓊講的差不多，當時討論的時候我們也不知道 110 年開診率是多少，現在看到健保署提供的資料，110 年開診率比 109 年還低，這份資料我們並不知道，這是當初開會的情況，台灣社區醫院協會(下稱社區醫院協會)才會想到用去(110)年做基準，今年度不要再比去年指標更不好，但我們不知道結果 110 年開診率反而是降低，我

個人也代表社區醫院協會同意劉委員淑瓊的意見，我們修改預期效益之評估指標的比較基準，回到去(110)年度提出的比較基準「較 109 年增加 2%」。

二、我也在此說明，為什麼假日門診開診率反而下降，有幾個原因如下：

- (一)受到疫情影響一定是有的，這是無法避免，就算今年訂出目標，我也不敢講能不能達標，因為今年疫情比去年還要嚴重，但社區醫院協會會盡我們該盡的責任去督導、督促會員盡量在假日開診，這是第 1 點。
- (二)第 2 點，從去年編列 5 億元開始，不光是從去年開始，甚至從最早之前地區醫院假日支付標準加成 30% 開始，社區醫院協會不斷地反映不敷成本的問題，印象我也多次在健保會會上反映假日加成 30% 仍不敷成本，這是有難度的，但我們不會因為有難度就不做，我們也承諾會盡量鼓勵會員在假日開診。
- (三)第 3 點，我要特別呼籲衛福部，假日和夜間開診的目的是什麼，就是因應分級醫療，輕症往大醫院跑的病人能夠下轉，但很不幸的是從 109 年起分級醫療的門診減量措施就沒有實施了，沒有實施後病人都不下來了，病人不下來還要地區醫院開診，只會增加更多的成本，收入不敷支出的情形下地區醫院倒閉得更快，這些都是配套措施。我覺得今年度會持續鼓勵會員努力開診，但如果開診後卻沒有病人來是地區醫院該承擔的責任？是地區醫院該承擔這樣的成本嗎？因此，我要呼籲衛福部和各位委員，特別請劉委員淑瓊也要督促政府落實分級醫療，既然疫情趨緩，希望今年能夠再加強落實分級醫療，力度要再加強，趕快讓輕症病人回到社區就醫，不然地區醫院開診卻沒有病人來也是一種的浪費。

周主任委員麗芳

綜合剛才的討論，台灣社區醫院代表和付費者都有共識，修正指標文字及比較基準 2 個地方，請委員參閱補充資料第 46 頁附件所列的預期效益之評估指標之(1)「地區醫院夜間及假日開診率不低於 110 年」，修改為「地區醫院夜間及假日『門診』開診率『較 109 年提升 2%』」，增加「門診」文字，及將「不低於 110 年」修改為「較 109 年提升 2%」。本案通過，請進行下一案。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

109 年夜間門診開診率為 71.4%，提升 2% 就是 73.4%，為什麼不把 73.4% 數字列入呢？這是明確的數字。

周主任委員麗芳

確認比較基準的數字是 73.4% 嗎？在提升 2% 後面加括弧(73.4%)…。

朱委員益宏

不行，因為評估指標有 2 項，夜間和假日門診開診率，2 個目標值是不同的，這是 2 個數據。

周主任委員麗芳

這項評估指標是指夜間和假日門診開診率，是 2 個不同目標值，就按照剛才的決議文字「較 109 年提升 2%」。

朱委員益宏

建議依照原來文字呈現比較好，免得到時候大家對計算基礎又有爭議，我們還要繼續開會討論。

周主任委員麗芳

維持剛才決議的文字為較 109 年提升 2%。

朱委員益宏

以下 2 點意見：

- 一、第 1 個，評估指標的比較基準就是較 109 年提升 2%，文字抄寫過來即可。
- 二、第 2 個，有關主席做的決議，剛才提到的分級醫療部分我覺得這是配套措施，希望付費者代表能支持將配套意見納入附帶決議，也希望衛福部盡快加強實施分級醫療。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、關於請衛福部加強實施分級醫療的部分，不是今天本案要決議的內容，也沒權力建議。坦白講，近 5 年來，原本健保署規劃的分配，醫學中心高於區域醫院，區域醫院高於地區醫院，可是近 5 年來已經將地區醫院支付標準提升到和區域醫院相同，沒有第 3 級層級的差距，現在地區醫院的支付面和區域醫院是相當的。如果再強調擴大分級醫療、加強地區醫院、壯大地區醫院，那要不要壯大區域醫院？如果現在地區醫院的支付都和區域醫院相當了，那還要不要壯大區域醫院？也請各位付費者代表要再思考清楚。
- 二、醫院有 3 個層級，除了醫學中心支付較高之外，區域醫院和地區醫院是相同的，可是地區醫院投入的設備和區域醫院還是有差距的，少數地區醫院的設備很不錯，但部分的地區醫院設備還是不足，我不能全部否定地區醫院設備都不足，約有 1/3 地區醫院設備很不錯、2/3 地區醫院設備差距很大，此外，醫事人員、護病比等和區域醫院也是有所差距。
- 三、我認為剛才建議是衛福部和健保署的政策，應該是他們提出來要如何落實和加強讓委員知道，不是我們去建議，也不是列入今天本案的決議。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、剛才何委員語提到的部分，我沒有辦法同意。醫療政策的現況就是所謂紅酒杯的型態，大家也非常清楚，我相信何委員語也不會反對，紅酒杯的型態就是醫學中心最大、區域醫院次之，基層診所因為有總額保障所以是底座，酒杯中間細跟部分就是地區醫院。健保開辦至今已超過 25 年，健保開辦之前地區醫院約 700 多家，現在只剩 300 多家，這也是事實，但對於這樣的事實何委員語還要去漠視，認為地區醫院不需要保障，這樣就不對了。
- 二、等一下要報告事項健保收入超過 2 億元之 227 家醫療院所財務報告之公開案，超過 2 億元的 90% 都是大型醫院，難道地區醫院不需要賺錢嗎？難怪 2/3 地區醫院設備是老舊的，因為政府沒有投入資源。我真的非常感謝蔡總統英文和陳前部長時中，從蔡總統英文執政後，才開始注重地區醫院也挹注資源，但 5 億元能改變 30 年的沉痾嗎？不可能嘛。但去年編列 5 億元、今年編列 10 億元，如果往後持續編列經費才能慢慢改變這樣的狀況，若不改變，大家都去醫學中心或區域醫院看病，今年健保 8,000 多億元，未來 9,000 億，之後突破 1 兆元，速度很快啊！何委員語也知道病人在醫學中心看病平均約 3,000 多元、區域醫院平均約 2,000 多元、地區醫院平均約 1,500 多元，當然到基層診所看病更便宜不到 1,000 元，這是全世界都知道的事情，所以我覺得何委員這樣講不對。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、我提出異議，我不是漠視，這是整個國家醫療體系的問題，醫療政策、制度及結構面的問題，不是我何委員語今天講的不對或錯誤，國家醫療政策、制度和結構要怎麼改革是政府應該承擔事情，不是委員的責任，委員沒有那麼大的責任也沒有能力

去扛這個責任，我只是把現在醫療院所面臨的問題提出來讓大家知道。

- 二、就像為什麼很多區域醫院降級到地區醫院，最早之前醫院近900家，是因為當時整個醫療體系有問題，不對的醫療政策和醫療結構造成醫療生態的改變，現在希望引導、回歸到正常化的話，我想健保會委員有責任讓它回歸正常化和合理的發展，我今天講的是這樣子，回歸正常化和合理的發展。坦白講，醫學中心、區域醫院和地區醫院3個層級中，地區醫院聲音最大敢爭取，但不應該是這樣的，我們應該以合理、平衡來處理讓醫療體系和結構能更加健全，這是我的觀點。
- 三、我不是漠視地區醫院，也不是我講錯誤，沒有錯誤，我想這可以公開辯論。我不是醫療提供者，但我從營利事業角度來看醫療產業，要有健全醫療政策和醫療結構才是對的方向，要不然西醫基層也要緊張，門診量快轉移到地區醫院了，也可以請西醫基層代表表示意見，我的意見是希望醫療體系和結構能更加平衡與健全，以上是我的意見。

周主任委員麗芳

依序請干委員文男、黃委員振國、陳委員秀熙，請大家的討論聚焦在本案，不要再擴及西醫基層，否則會討論不完。

干委員文男

- 一、各位與會同仁，醫院分級部分可以請健保署講清楚，很多委員可能不知道醫院層級的分界在哪裡，有哪些問題。相對其他醫院層級，地區醫院市場競爭很大，它的規模和設備相對小，就醫病人可能也沒那麼多，但病人少可能和醫院的醫生醫術好、設備或就醫流程有關，如果地區醫院能加強的話，病人自然就會回歸地區醫院就醫，也不能都不進步，區域醫院等醫院都在持續進步。
- 二、現在地區醫院和區域醫院給付相當，為什麼還要一直被保護，自由市場競爭的結果，適者生存，不適者淘汰，我們也瞭解淘

汰以後會造成很多就醫的不方便，但在此我們要勉勵地區醫院要更加油，我也看到很多有特色的地區醫院，一早很多病人排隊等著看病，我想只要醫生醫術好、持續更新維護設備，地區醫院也能繼續生存下去，勉勵地區醫院要自強自立，不能只靠政府政策保護，目前醫院是分3個層級，但為什麼差異性會那麼大，這也是要多加思考。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、感謝何委員語對我們的指導，我認同剛才何委員語提到分級醫療的部分意見，我想醫療機構的設立涉及2個層面，一個是人口密集度或人口轉移，很多都市因為人口外移，相對的該地區的醫療機構就會萎縮，若有新興都市成立，不管哪個層級的醫療機構都會增加，這是合理的挪移，我想醫界仍以全人醫療為中心的在提供服務。
- 二、第2個，和疾病嚴重度有關，我蠻認同分級醫療制度，但我不敢講這個議題的理由是，怕造成醫界內部紛爭，如同剛才朱委員益宏提到西醫基層平均每件醫療費用約600多元，我認同每個醫療機構都應該提供適切的醫療服務給病人，但健保會委員也要知道，不是只有地區醫院經營困難，近年4層級醫療機構都面臨薪資和物價的成長，及人口數減少的情況，進入醫療市場的勞動人口也隨之減少，相對的平均薪資也較往年提高很多，所以不是只有地區醫院經營困難，4層級醫療院所都面臨生存的問題。
- 三、我個人覺得以台灣地狹人稠的地方，真的有需要4層級醫療機構嗎？大家也可以思考。最近也出現幾個特殊的現象，申請地區醫院遠多於區域醫院，是否合理？依醫療機構設置標準對於病床數都有所規範。另外，大家不敢碰觸的部分負擔，大家可以思考部分負擔在4層級醫療機構比率為何，即每個層級平均

每件申請金額和部分負擔之比率，我想在座各位算一算就能知道民眾在 4 層級醫療機構就醫的部分負擔比率是多少了，如果要改革部分負擔的話，哪個層級需要被適切的調整，我向大家報告是西醫基層，民眾在基層的負擔比率高於地區醫院，我們不是要挑起哪個層級、醫院互相攻擊，但我覺得必須以醫療需求為導向，將醫療資源做適切的分配，投入醫療資源是很重要的，新的資源要投入，我相信國民的健康也需要更多的醫療資源投入，希望委員多加關切。

周主任委員麗芳

請陳委員秀熙。

陳委員秀熙

主席、各位委員大家好，我的觀點如下：

- 一、109 年、110 年假日門診和夜間門診開診率數字本來就會下降。老實說，109 年疫情沒有那麼嚴重，但 110 年 Alpha 新冠病毒變異株流行後數字也會下降。在此提醒大家，如果我們的目標是要追求 108 年的話，假日門診開診率 108 年 65.6%，109 年 63.4%，若以 109 年為基準再提升 2% 後為 65.4%，就與 108 年假日門診開診率相當，我告訴大家這絕對不可能做到的。
- 二、我不是要討論分級醫療、哪個部門或層級醫院，站在 Provider(醫療提供者)角度想，剛才朱委員益宏也提到，各層級醫院或地區醫院開診，但民眾仍不敢去看病，問題是出在民眾端還是醫院端？如果沒有了解清楚原因，就直接設定提升 2%，這絕對不可能達到，這是可預期的，就像有很多慢性病死亡個案，可能因為糖尿病控制不好而延遲就醫，或高血壓控制不好而造成死亡等情形，這也需要大家共同來思考的問題。
- 三、111 年開診率不可能比 110 年度改善多少，現在已經快 8 月，從 6 月 Omicron 新冠病毒變異株開始流行後，不管是醫學中心、區域醫院、地區醫院、西醫基層全部都在努力防疫，但截至目前為止，還是有很多病人在急診等待住院病床。因此，大

家要思索目標值設定的合理性，我們要朝 108 年假日門診開診率 65.6% 的方向努力，當然夜間門診開診率也有目標，這些都是目標，但我們要務實的設定 111 年的目標，參考過去疫情的影響或地區醫院執行經驗是可以估算出來的。

四、另外也請醫院、西醫基層、牙醫及中醫總額部門大家要共同來努力，民眾會去夜間門診看診一定有迫切的醫療需求才會去就醫。我向大家說明，現在很多民眾不敢也不願意就醫，為什麼？因為他會擔心怕被感染，這都是相互影響的結果，也需要時間恢復，就像現在推動的分級醫療，在疫情之後轉診的結構包含上轉、下轉，是否和 108 年一樣，我想大家比我清楚。

五、因此，目標的比較基準可以設定較 109 年提升 2%，但我認為因為疫情影響應該給地區醫院有空間去做調整，以上建議。

周主任委員麗芳

感謝陳委員秀熙剛才對於評估指標的比較基準提出翻轉、批判性的想法，請問陳委員秀熙有沒有具體修正建議？因為剛才大家的共識是評估指標的比較基準是較 109 年提升 2%，但剛才就您的專業提到這目標根本不可能達成，請問您的具體建議為何？

陳委員秀熙

以夜間門診開診率為例，110 年(67.7%)較 109 年(71.4%)，下降約 4%，呈現下降的情形，可以藉此推估一個合理數字。我知道本項預算已經滾入基期，如果沒有達到目標值，還是反映在點值上。我可以推估約 4%，頂多再 4%，我認為那是合理的，因為今年仍受疫情影響，所以不會比 108 年或 109 年更高，最多這個區間的數值不超過 4%。受疫情影響下降 4% 的情況下，至少要乘 0.96，這是我的意見，當然我也尊重付費者對於本項的看法，但我認為目標值要達到較 109 年提升 2% 是不可能的事情。

周主任委員麗芳

先讓還沒有發言的委員優先發言，依序為林委員恩豪、盧委員瑞芬，之後再請劉委員淑瓊、何委員語、朱委員益宏。朱委員益宏最

後1位發言，本案就討論結束，因為已經比預訂討論的時間超過21分鐘。請林委員恩豪。

林委員恩豪

- 一、感謝主席，我是醫院總額研商議事會議的代表之一，在醫院總額研商議事會議上，預期效益之評估指標也是經過大家充分的討論。剛才朱委員益宏也有說明為什麼比較基準設定為不低於110年，首先是地區醫院在持續推動分級醫療，壯大社區醫院的目標精神下，同意也保留此項指標，至於設定不低於110年的部分，如同剛才朱委員益宏提到，當時討論時沒有相關資料可以參考，而我們也以為110年已經達到所訂的目標，地區醫院反應若再提升2%壓力太大，這是與會代表討論的過程。
- 二、但今天看到數據後才知道原來是這樣，現在朱委員益宏也同意修正回去，以109年提升2%做為目標，還是有往前邁進。如同剛才陳委員秀熙提到現在訂定提升2%壓力太大，也可能也需要加以考量，但這在醫院總額討論時已經也有考量過。考量110年假日及夜間門診開診率下降，不宜作為評估標準，所以大家同意修正評估指標的比較基準，剛才主席的決議是沒問題、沒有錯，醫院代表也同意修正，我覺得大家應該採最開始的決議內容。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

感謝林委員恩豪說明你們當初討論的過程，不過我想回應陳委員秀熙剛才提到，因為疫情關係開診率會持續下降的部分，但有一個重點就是當時預算有加錢，就是要 guarantee(保證)開診率以增加民眾可近性，如果我們認為開診率會下降的話，就沒有給錢的理由，這是一個目標，既然是目標就必須去遵守，編列預算後要看執行結果，若覺得這個結果是不可能達成，當初總額協商時就不應該編列預算，一旦同意列入總額，就必須要有目標，並執行完成。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

- 一、第 1 點，我也是回應陳委員秀熙所提意見，陳委員是疫情專家，謝謝他提供的專業研判資訊。事實上從 109 年到現在民眾就醫行為不斷地改變，現在還要與病毒共存，剛陳委員秀熙提到開診率肯定會下降，但我覺得是「可能」會下降，這部分也請健保署就現有資訊進行分析不同階段的疫情，對於民眾就醫行為與醫療利用的影響，這是很關鍵的。
- 二、第 2 點，呼應剛盧委員瑞芬所提的意見，我們現在談的是績效管理中，職(職務)、權(權力)、責(責任)相符的原則，就是協商結果多給 5 億元，而且當時協商的執行目標也包含「地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，…(後略)。」既然地區醫院假日或夜間門診是推動目標，預期效益之評估指標即應扣連及如實反映才對。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、當初推動地區醫院假日和夜間開診的時候，給的錢是很少，印象好像只有 2 億元、110 年增加到 5 億、111 年增加到 10 億，既然預算一直增加，開診率就要增加，這是第 1 點。
- 二、第 2 點，我很納悶的一件事情，陳委員秀熙是疫情專家，上次委員會議議程資料，台灣私立醫療院所協會提出 111 年醫院第 2、3 季醫院總額點值比照 110 年點值保障方式來結算(註)，您知道是哪個層級反對嗎？是地區醫院。為什麼會反對呢？因為他們的門診量可能在第 2、3 季都超過九成，醫學中心和區域醫院都不足九成，所以醫學中心和區域醫院同意採 110 年點值保障方式來結算 111 年第 2、3 季點值，但地區醫院是反對。陳委員秀熙可能需要瞭解他們反對的原因在哪裡？之前都是同

意，為什麼今年反對？表示門診量應該超過九成以上。既然他反對 111 年點值保障方式來結算，表示門診量超過九成了，我們今年又給 10 億元，所以今年應該要提升假日門診和夜間門診開診率才對。回歸本案，剛才朱委員益宏也同意用 109 年的 71.4%、63.4% 提升 2%，他也同意了，應該照 109 年提升 2% 做才對，而且今年還增加 5 億元，多一倍的錢，應該朝這個方向來做比較適當。

[註：110 年點值保障方式：未九給九，健保點數未達去年同時期九成時，給予九成之保障。]

周主任委員麗芳

請最後一位委員發言，陳委員石池，你還要再講喔，在你簡短講完後，朱委員益宏是最後一位。請陳委員石池。

陳委員石池

- 一、我的講話一向很短，從不超過三分鐘，不像有些人被按鈴很多次還在講。
- 二、我來自醫學中心的經驗，看急診人數於假日上升 2 成左右，平常就比較少，假日就比較高，我贊同地區醫院所提的指標，也贊同朱委員益宏同意依 109 年增加 2%。

周主任委員麗芳

朱委員益宏是最後一位。請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、我舉手本來是要回應干委員文男講的，干委員文男對於地區醫院的經營有很多指正，但要提醒干委員文男，在全民健保實施前，地區醫院不是萎縮的，而是逐年成長，從民國 40 多年進入台灣地區，家數成長到全民健保開辦後才降下來，就是政策不當引導，讓醫學中心拼命地增加，區域醫院不斷地擴張，地區醫院就會萎縮，這是政策的問題。
- 二、在做這個結論的時候，我剛剛有個附帶的建議，是希望政府趕快恢復分級醫療的政策，這也是屬於本會的權責，怎麼何委員

語說這不是我們的權責。對於全民健保的監理，政府從民國 106 年開始大聲講分級醫療，每一年都在講這項政策監理，從 SARS(Severe Acute Respiratory Syndrome，嚴重急性呼吸道症候群)109 年開始停了，這難道不該監理嗎？這當然要講。

三、最後一點，我要回應何委員語所講的，總額用 90% 支付，請何委員語別忘了，去年總額要用 90% 支付，何委員語非常反對，我們也記得何委員語反對的理由...。

何委員語

今年也反對喔！

朱委員益宏

一、何委員語說因為地區醫院門診大幅成長也不是事實，何委員語不在地區醫院，不知道地區醫院實際上受疫情的影響，所以何委員語講的可能不是事實，我在這裡需要更正一下。

二、地區醫院不願意在今年度還用保障方案來執行，主要是因為去年保障方案於執行之後，健保署提出的數據對於地區醫院是有非常大的傷害，所以我們認為若要繼續執行這些對於地區醫院不合理的傷害，就要予以改正，但是所謂改正這件事情，大家會有不同意見，所以沒有辦法達成共識，並不是像何委員語說的，因為地區醫院門診大幅成長，所以地區醫院不願意做。以上，謝謝。

周主任委員麗芳

一、謝謝各位委員對於地區醫院的關心。

二、本案已經比我們預定時間超出整整 31 分鐘，向大家報告一下，今天報告案很多，每個案子的討論時間都必須抓得非常緊。

何委員語

我回應一分鐘。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、第 1 點，你如果今年 90% 支付不同意，你應該把去年、前年分配不合理的內容告訴我們，我們到今天為止沒有收到你地區醫院反對的內容，坦白講到今天我都沒有收到。
- 二、第 2 點，我今年還是反對用 90% 支付。
- 三、第 3 點，你認為要壯大你地區醫院，希望你提一個專案出來，不能用口頭講，推動分級醫療壯大地區醫院，只有 12 個字，我們無法接受，你提一個專案來跟我們講清楚，合理的我們都會支持你，這個很重要。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

我贊成何委員語剛才所講的，這樣講的話，要真正代表醫學中心的是翁委員文能，陳委員秀熙也是醫學中心出來的，他們講的話很中庸、很中肯，也不會吵、不會鬧。會吵的就有糖吃，剛才委員已經講的話我就不重複，就是當我小的時候都是用黑人牙膏，現在黑人牙膏一直沒落，幾個大廠牌的牙膏都在競爭，不能只靠保障，需要發展，若政策要誘導病人到地區醫院，我們也贊成，你本身也要自強，老百姓自己有腳，自己會走過去，你不能限制他們去哪裡就醫，若你發展專科優點與特色，我看有些地區醫院的人都滿滿的，以上，謝謝。

周主任委員麗芳

- 一、先跟各位委員說明，本案較原訂時間已超出 33 分鐘，各位委員手邊都有議程時間表，按照原訂時間已經排到下午兩點鐘，尤其現在又要再確認會議紀錄，大概還要花 20 分鐘，拜託各位委員幫忙，等下其他案子的討論時間一定要縮短，後面的報告案會沒時間討論。
- 二、本案先做這樣的決定，第 1 點，確認 111 年度醫院總額(持續推動分級醫療壯大地區醫院)之執行目標、預期效益之評估指

標如附件。而這個附件就是我們會議新增及補充資料 1 第 46 頁中剛剛已經修正的部分，預期效益之評估指標(1)地區醫院夜間及假日門診開診率，較 109 年提升 2%，其餘不變。

三、第 2 點，請健保署持續落實推動分級醫療壯大社區醫院，以上兩點，謝謝。請進行下一案。

肆、報告事項第二案「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(含預算扣減或檢討節流成效項目之規劃)」
(原報告事項第一案)與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請健保署報告。

劉專門委員林義

- 一、主委、各位委員，接下來由健保署報告第二案，有關今年度的協商有一些協定事項要跟各位委員做說明。請各位委員直接拿本次會議補充資料 2。
- 二、首先在一般服務的部分，涉及到第 1 個預算沒有用完要怎麼扣減，第 2 個委員在協定預算時都有講每一項要提出一些節流效益，這一部分要怎麼運作，待會說明重點集中這兩項。
- 三、先看牙醫門診總額部分，今年度有協商一個高風險疾病口腔照護，可以看到中間欄位健保會研析有一個說明，在 111 年度編列 4.05 億，針對高風險疾病患者共有五類，大家可以看左邊項目的欄位，高風險疾病所包含五類，分別是腦血管疾病、透析患者、使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆藥物、惡性腫瘤患者、其對象不符合牙醫特殊計畫的肢體障礙、慢性疾病等。所以這五類定義比較明確，於這五類對象協定時牙全會提出要增加洗牙次數與齲齒控制次數，估列方式為先估列高風險疾病患者的人數，這人數估計出約 69.9 萬人，扣掉一些牙科在之前協商就有增加洗牙次數的疾病，例如口乾症、特殊狀況、懷孕婦女、糖尿病等，這些都已經在協商當中拿到預算，把這些人扣掉後全部是 54 萬人，當初協商時假設有 50%就醫率再乘以點數，得出來是 4.05 億，在今年第 4 季會依照這個原則計算其執行這一項的費用，當然我們會扣掉這些人在一般服務裡面本來就有規定每半年可以洗 1 次牙，假如沒有用完的我們會提到本會報告，這是金額的計算方法。扣減的時間也是一樣，我們會把扣

減金額跟時間算出來，先跟醫界討論是否合理，之後提到本會報告，這是有關第 1 項的部分。

- 四、第 2 是有關這一項的節流效益，就是多洗牙兩次之後會節省多少金額，因為這一個高風險的部分在今年 3 月支付標準調整剛通過實施，對於剛洗牙要有成效，可能需要長期觀察，這一項的評估方式我們會跟牙全會做進一步討論。
- 五、請大家翻過來看第 2 項，屬於中醫門診總額，提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護，這項預算今年編列 5 億元，用於本來合理門診量是 45 人次，調高為 60 人次，這部分的費用，以及中醫本來有一個不予支付指標，每人每月接受針傷處置的限度，本來是 15 次，即 16 次以上不予給付，現在調高到 20 次，就是支付這兩部分的金額。這個金額估算方式如下面所講，我們也會在今年第 4 季結算，就是看剩餘金額，結算方式是因為我們把限制蓋子打開，所以會用全部報這項針傷服務費用跟去年比較，我們會扣掉自然成長，而自然成長就是看歷年平均成長率，於扣掉自然成長所增加的次數，我們就是視為因為放寬限制蓋子之後所增加的費用。因為增加的次數不只有處置費，相關的診察費、藥費都會增加，這兩塊都放進去單價考量才公平，最後就用增加的量乘以單價得出來的費用，就是這樣計算。
- 六、下面一項有關醫院總額新醫療科技部分，其實我們每年都會在會議上報告，本來就會把新醫療科技沒有用完的部分提報會上，今年剛報醫院、西醫基層沒有用完要扣減的部分，這一項屬於例行工作，我們會繼續做。
- 七、有關醫院總額藥品及特材給付規定改變的部分，跟新醫療科技作法一致，假如我們預定要放寬其適應症，結果後來沒有放寬，金額會提到本會做一個扣除動作。西醫基層總額的新醫療科技作法比照醫院總額。

- 八、請大家翻到會議補充資料 2 第 4 頁，西醫基層總額也一樣有藥品適應症改變，這部分也一樣會比照醫院總額作法。
- 九、西醫基層總額最後一項有關提升國人視力照護品質，大家可以看到說明，今年編列 1.2 億，原本醫師執行白內障上限為 40 例，超過就要每案送審，我們後來把上限 40 例拿掉，多給 1.2 億，本項估計費用方法跟前面中醫一樣，因為把限制蓋子打開，就會算出所有增加的次數，一樣是跟去年比，我們也會把自然成長的部分扣掉，今年比去年扣掉自然成長之後還有增加的部分，就視為因為打開限制蓋子增加的部分，算法跟前面中醫總額一樣。以上是有關一般服務扣款的部分。
- 十、請大家翻到會議補充資料 2 第 5 頁，有關專款項目部分，在協定事項有寫到要扣減跟一般服務重複部分有 4 項，因為是列在專款，假設今年沒用完就會直接回到健保基金，沒有當年要扣減的問題，只有跟一般服務重複的問題，第 1 項是有關牙醫門診總額，12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫，在一般服務我們有給付 12~18 歲部分，現在 12~18 歲單獨列專款，應該會跟一般服務有所重複，計算方法就是今年有進入專款接受牙醫處置的 12~18 歲的人，因為已經在專款就不會在一般服務，因此，我們去扣他去年在一般服務的費用，也就是同樣這群人去年在牙醫一般服務造成的費用，就把這個費用拿出來扣減，這部分代表就是重複的部分，算法是這樣算的。健保會這邊提到 P7102C，青少年齲齒氟化物治療，這部分有沒有重複，大家可以看到右邊補充說明，青少年齲齒氟化物治療就是要減少白斑患者，支付規定申報這項後續不得重複申報相關處置，這些我們都有考慮到。這項扣款時間，就像我說的，是用 111 年這些青少年在專款服務的 ID(Identity，身分證字號或居留證號) 回算 110 年，可能要用全年結算比較合適，扣款時間一樣會跟醫界討論之後，是不是列在 113 年協商的時候再提出來。
- 十一、第 2 個是有關高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫，這項今年編列 1.84 億，針對這些高齲齒病患牙根齲齒的塗氟治療，病

人數如何定義，中間欄位有說明，運用 109 年申報複合體充填及特殊狀況複合體充填人數，扣除原已利用塗氟及口乾症塗氟者人數之後做計算，這個部分這邊寫說要提出節流效應，就跟前面牙醫講的一樣，塗氟之後的效應要怎麼計算，這塊我們還要跟牙全會討論。

十二、請大家翻過來看會議補充資料 2 第 6 頁，有關中醫專款的照護機構中醫醫療照護方案，這是 2,800 萬元，將中醫服務送到照護機構，讓他們也能接受中醫治療。這部分應該也會跟一般服務有重複情形，也就是這些機構住民本來會出來看中醫，例如在還沒送進去之前可能看 8 次，送中醫進去就看 6 次，就節省兩次，可能原則是這樣，不過原則比較簡單，我們在詳細想怎麼算這個金額時其實滿複雜的，比如這些人就要歸戶到每一個人，這些人出來就醫跟送進去的醫療有沒有一致，比方說疾病有沒有一致，送進去可能是針灸，他出來看是傷科，這個要不要扣。再來是機構住民來來往往，不是一輩子住在那邊，可能住兩三個月就走了，對於扣款問題後來想來也沒那麼簡單，是非常複雜，要再花一點時間跟中全會討論，看重複在何處，如何定義，這是有關中醫的部分。

十三、第 4 項有關醫院總額鼓勵 RCC(Respiratory Care Center，呼吸照護中心)、RCW(Respiratory Care Ward，呼吸照護病房)病人脫離呼吸器的部分，在醫院總額研商議事會議時，有跟醫院協會達成共識，執行情形如右邊欄位健保署補充說明，執行目標的部分，就是提升 RCC、RCW 病人同意簽署 DNR (Do Not Resuscitate，不施行心肺復甦術) 比率較 108 年增加 2%，RCC 的目標是以呼吸器脫離率為主要指標；RCW 是以簽署 DNR 的比率及召開緩和醫療家庭會議比率為主要指標；簽署 DNR 件數與 108 年比較有進步視同達標。有關指標計算方式，在第 2 點有寫，供各位委員參考，看有沒有需要做說明，這是有關需要扣減、節流的算法說明。

十四、請翻到會議資料第 114 頁，這邊還有 4 項需要做說明，第 1 項是牙醫門診感染控制(下稱感控)部分，當初協定有 5 億專款，加上自己的成本指數增加率金額作為牙醫感控預算，我們當初協定要 100% 導入，因此在 109 年時，我們有去算，就是除了他申報感控診察費件數外，我們也有去訪查，把不合格件數列出來並在本會報告，就把診察費差額 35 點扣掉。因此我們在 111 年總額就把 109 年的差額大概有 1,100 萬，就是 11.4 百萬點在 111 年總額就扣掉，目前這部分的基期已經不含了。我們在 110 年還是持續訪查的動作，大家可以看到第 2 點下面數字，未申報本件審查費件數目前是 19 萬件，回到第 1 點 109 年是有 30 萬件，也就是 110 年 19 萬件已經比 109 年 30 萬件少了 11 萬件，少了 35%，差額是 680 萬點。有關對於訪查不合格家數，追扣的診察費差額是 91 萬點，兩者加起來是 7.7 百萬點。這邊有個問題，就是這項當初要求 100% 導入，111 年我們也將其從基期扣掉 11.4 百萬點，在後面會慢慢改善，改善金額因為已經從基期扣掉，所以事實上不在這裡，這邊有沒有回補問題，就是報告給各位健保會委員做一個參考。

十五、請看會議資料第 115 頁，第 2 項有關其他預算的居家醫療照護、精神疾病社區復健等等的協定事項，需要訂定能夠反映居家醫療照護品質及效益的績效指標，提本會報告。是什麼樣的指標呢，就是減少急診、門診率指標。大家可以看第 2 點，全民健康保險居家醫療照護整合計畫的統計結果，居家醫療整合照護對象門診就醫次數，採用前 1 年新收案個案之收案前後 6 個月每月平均門診就醫次數做比較，110 年收案前每月平均就醫次數 2.12 次，收案後每月平均就醫次數降為 1.56 次，照護後門診就醫次數較收案前減少。急診部分跟門診邏輯一樣，110 年收案前每月平均急診就醫次數 0.18 次，收案後降為 0.14 次，所以其實是有下降。在右邊欄位健保會建議，這 2 項指標在今年是不是持續監測，因為這項指標本來就寫在居家服務計畫裡面，我們會持續進行監測。

十六、請看會議資料第 116 頁，其他預算的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，與會議資料第 117 頁，提升保險服務成效，可以一起考量，因為這兩項就是增加資訊設備，只是會議資料第 116 頁適用在院所端，會議資料第 117 頁適用在健保署端，一定要兩端資訊設備同時提升才會有效。有關協定是需訂定退場機制，補助所有醫事機構網路頻寬費用在 114 年會有退場機制，這一項其實就是補助院所端，其能夠充分運用這些網路設備跟我們上傳資料，詳細結果在這次疫情期間，大家也可以看到效果，因為有建構這套系統，讓整個 TOCC (Travel history 旅遊史、Occupation 職業別、Contact history 接觸史、Cluster 群聚史) 才能夠完美進行，對疫情控制有很大成效。至於這一項的退場機制，因為目前還在疫情期間，我們會等疫情趨緩配合健保會訂定的時間，會在 114 年之前就先跟各總額部門討論該怎麼樣的退場方式，這是第 3 項。有關第 4 項，讓本署可以提升醫療設備這一塊，我們在每年都會提出大概還需要多少的預算來運用，當然結果部分大家可以看到，我們是把這些預算用在強化健保快譯通 APP 跟健康存摺系統，還有強化健保醫療資訊雲端查詢系統，請看會議資料第 118 頁第 2 點，做得相當多，請委員參考。這一項我們在今年提出協商 112 年時，會再詳細列出預定在明年所需要增加的預算，請委員也能夠再支持，預算都會詳實填列，不該填的就不會填，以上說明。

周主任委員麗芳

謝謝健保署詳盡說明，接著請健保會同仁簡短說明。

陳組長燕鈴

一、為了節省時間，先從第 2 部分說明，就是剛才劉專門委員林義報告的會議資料第 114 頁部分，因為健保署已經詳細報告，我就簡要說明本會研析與建議。有關會議資料第 114 頁牙醫門診

總額感控部分，實地訪查還有 7.6% 不合格率，需要繼續加強感控品質的查核輔導，因為原訂目標是 100%。

- 二、會議資料第 115 頁關於其他預算居家醫療部分，健保署已經說明，有關收案病人門診、急診就醫次數較之前減少，所以是有成效，他們會繼續監測這 2 項指標，未來協商會納為參考。
- 三、請看會議資料第 116 頁，有關獎勵上傳資料及網路頻寬補助之退場機制部分，請健保署盡快依照協定事項辦理，將規劃結果提報本會。
- 四、會議資料第 117 頁關於其他預算的「提升保險服務成效」部分，協定事項是請健保署精進提升保險服務成效的評估指標，以反應節流成效，本次健保署有提出詳細的過程努力，但在過去協商本項時，委員希望能提出保險成效的具體指標，所以希望未來健保署能夠加強這部分的資料提供。舉例而言，健保署在報告提到「強化醫療資訊雲端查詢系統」的部分，經查相關資料，請看會議資料第 120 頁，執行績效還有努力空間，在醫療資訊雲端查詢系統的查詢率，醫院約 7 成，基層醫療是西醫基層、牙醫、中醫混合計算的結果比較不精確，110 年加起來是 93%，有關檢驗檢查結果上傳率，醫院約 8 至 9 成，110 年西醫基層是 18%，從這些比較具體指標來看，還是有努力空間，希望健保署於協商明年總額時，能有具體資料供協商參考，這是第 2 個部分。
- 五、第 1 個部分，剛才劉專門委員林義有非常詳細的說明，依照協定事項有些項目需要討論 110 年未執行預算或跟一般服務預算重複部分怎麼扣減，還有未來效益怎麼評估計算，劉專門委員都有詳細報告，但是在報告的過程中，請看會議補充資料 2，還是有一些扣款項目需要詳細再跟醫界討論，例如第 4 頁的西醫基層總額的「提升國人視力照護品質」，講到還要跟醫界討論取得共識後再執行，第 5 頁牙醫門診總額「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，及第 6 頁中醫門診總額的「照護機

構中醫醫療照護方案」，扣款的計算方式，都一樣要等健保署將再和醫界討論後，再提報本會。

六、有關於成效評估的部分，依健保署的說明，因為實施成效需要時間觀察，而且也同樣需要再跟醫界討論，所以希望各部門在明年評核時呈現結果。這部分總共有 3 項，例如會議補充資料 2 第 1 頁的「高風險疾病口腔照護」、第 5 頁「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」，都是需要觀察之後再跟牙全會討論，健保署請牙全會明年評核時提出結果。最後是「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」部分，雖有提出預期效益之評估指標怎麼算，但這裡指的是整個方案推動之後未來成效，所以未來整體的成效還需要再研議，因為看起來這些指標多是過程面指標，可能無法反映整個預算投入最後我們想看到的執行效益，建請健保署進一步跟醫界討論、研商，在完成之後儘速提報本會，以上說明。

周主任委員麗芳

請問各總額部門對於報告內容是否有需補充？醫院總額部門翁委員文能不在座位上，我先邀請西醫基層總額部門，請顏委員鴻順。

顏委員鴻順

請參閱會議資料第 116 頁，提到有關四部門總額之網路頻寬補助費用，頻寬補助讓我們可以做 24 小時的即時上傳，包含所有的藥歷、還有目前正在推動上傳的檢驗(查)，這是非常有幫助，但我看到預計 110~114 年規劃退場，原本頻寬補助是讓大家將頻寬擴大，這個錢其實是付給中華電信，大家也都這麼做了，現在推動率已超過 80%，如果 110~114 年規劃退場之後，那是要大家怎麼樣？把頻寬都降回來？還是怎麼樣，不曉得健保署的想法為何？

周主任委員麗芳

一、今天因為牙醫部門 2 位代理人都確診，所以就沒有代理人，請問中醫部門及醫院部門有要補充嗎？都沒有的話，非常感謝健保署提供的詳盡資料。

二、今年的項目都剛執行到一半，健保署剛才也都如實說明執行情形，未來還有很多項目也會再跟醫界部門進一步討論、溝通，好好把今年預算執行完成，請問委員還有沒有詢問？請干委員文男。

干委員文男

- 一、有關健保署提升上傳率跟資料的業務，看來資料上傳比例還沒達到預訂標準，錢跟設備都給了，為什麼還沒提升預定目標，這是第1個問題。
- 二、第2個附帶要講的事，本應到業務報告那邊再講，但恐怕今天議題太多，會很快就帶過，因為沒時間，先提出來。就我所知，現在有些兒童在就醫上有很多不便，這跟資料上傳機制，還有我們的行政作業有關，健保署規定持無相片健保卡就醫者需併同出示身份證明文件，14歲以下兒童無身份證者得以出示戶口名簿或切結文件代替。現在年輕人不敢養、不敢生跟這個也有關係，孩子都給阿公阿嬤去照顧，有病就帶去醫院看，診所部分沒關係，到醫院就醫一定要帶戶口名簿，但我發現實務上有困難，我本身也經歷過，因為一般人不會隨便帶戶口名簿出門，但是兒童到醫院就醫要帶戶口名簿，去那邊發現沒帶，又得再跑一趟，或是切結才能就醫。現在台灣就是人口減少、兒童減少，應該讓這些年輕父母趕快從事生產，為社會奉獻，事實上戶口名簿跟健保署業務無關，也不是治安問題，為什麼小孩子就醫要這樣，阿公阿嬤帶小朋友要去3次才能順利就醫，孩子在發高燒你能怎麼辦呢？先就醫就要寫切結，這個多麻煩，建議健保署把出示戶口名簿之規定取消，醫院層級的才有、診所沒有，這個是很方便，是因為發高燒沒辦法才到醫院，你叫那些阿公阿嬤跑3趟這樣有沒有道理？沒有道理，希望健保署提供更簡便、可近性高的就醫方式。

周主任委員麗芳

請侯委員俊良。

侯委員俊良

關於補充資料 2，有以下 2 個提問：

- 一、高風險疾病口腔照護計畫，健保署的說明是將依每位病人執行本項之次數扣除原一般服務已經包含的醫療費用，也就是包含 1 次不是算在這個經費，包括每半年 1 次的牙結石清潔跟處置。若以健保署的說明，這個案子是 111 年 3 月份才開始，目前是 4 月份，照理說應該只做過 1 次，應該算在一般，怎麼有執行經費？執行率已經 0.37%，這是怎麼計算的？我對這數字有些疑問，想要進一步瞭解。
- 二、第 2 個是包括高齶齒的部分，牙醫的執行率可能比較低，除了要瞭解原因之外，也應該看看牙醫部門是不是有執行上的困難，現在才上半年，有些狀況可以協助，就請盡力協助，而不是請他提出報告，我想健保署也要做這方面的事情。

周主任委員麗芳

謝謝侯委員俊良指出重點，若各總額部門在執行上有什麼窒礙難行的地方，也特別拜託健保署協助他們一一解決，請李委員永振。

李委員永振

我這邊有 2 點看法：

一、本案的第 1 部分：

- (一)按照 111 年總額協定的事項，請健保署報告剛才所提到的 11 項預算扣減或者是檢討節流成效的規劃。健保署需要先訂出具體合理的計算方式，才能據以落實總額協定事項順利來完成。經健保署一再努力，所以很多項目已經有較明確的規劃，但有一些項目還要再提具體的規劃方式，以利執行，譬如說在扣款的部分：「西醫基層的提升國人視力照護品質」、「牙醫 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，還有「中醫的照護機構中醫醫療照護方案」，這些部分好像還比較不足，可不可以請健保署可以儘速來補齊讓委員了解。在效益評估的部分，從頭看到尾好像都沒有提出具體的規

劃，這部分我相當的重視，譬如說「牙醫的高風險疾病口腔照護」項目，健保署說明需要長期觀察，我同意服務效果需要長期觀察，才會看到它的成果，但是要觀察什麼來評估成效，也可以事先來訂定，這樣你才有方向，不能一句話就帶過，不然怎麼知道要蒐集哪些資料，到最後還是沒有結果。建議健保署應該負起保險人責任，這次的評核委員相當重視這一點，提出效益評估的規劃。

(二)另外考量本屆委員的任期只到年底，所以有時效性，建請健保署就未提出明確規劃的部分，會同總額部門儘速規劃扣減及效益評估的方式，最晚應該在 12 月的委員會議要提出來，這樣至少讓本屆委員可以了解到底執行情況怎麼樣。

二、請參閱補充資料 1 的第 4 項，評核委員整體性重點建議二、「應將過去投入健保預算的節流效益適度納入總額協商考量」，請健保署將過去投入預算的節流效益納入總額財源或減項，譬如說歷年 C 型肝炎的藥費(這已經講好幾次了)，或者是剛才提到健保雲端查詢系統的這些項目，計算可節省多少金額，在健保署提出明年度健保署協商草案的時候計算節流的效益，提出減項或作為增加醫療服務的財源，例如說放在引進新藥或者是放寬給付規定的財源，以減少調漲保費的壓力，因為剛才提到說明年大概保費要調高，但是這邊如果能少一點，支出面可以改善的話，可以讓保費費率的調幅稍微減少。

周主任委員麗芳

請商委員東福。

商委員東福

謝謝主席及各位委員的意見，關於總額範圍擬訂的作業時程，在此提出 1 點建議。請參閱會議資料第 98 頁，按照健保會的補充說明，提到請健保署於 112 年 7 月份委員會議提報 111 年度預算執行結果，供作協商 113 年度總額之用。但對總額範圍擬訂作業的時程來說，依法要在年中報行政院核定，所以 7 月之前我們已經將總額範

圍報去行政院，所以提報執行結果若能夠提前到 2 月會比較好，若健保署在計算上有困難，是不是可以用預估的。現在有很多數據也會先提報，之後再根據實際值校正。我利用委員會議的機會提出以上建議，如果以配合報院時程來講，若要趕得上 113 年的總額範圍擬訂作業，111 年度的執行結果需要在 112 年 2 月提出，若資料準備有困難，也可以考慮以月份作為估算基礎。

周主任委員麗芳

一、非常感謝健保署詳盡的報告資料及委員提出的意見，我預作決定如下，請健保署參考委員所提意見及本會補充說明，辦理以下事項：

(一)部分未完成項目，請儘速規劃具體之 111 年度總額預算扣減及效益評估方式，最遲於 12 月份委員會議將規劃結果提報本會。

(二)請加強落實本次提報之 4 項協定事項執行內容，並儘速提報其他預算之獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用退場之執行方式規劃。

(三)為利 113 年度總額預算之執行，請健保署於 112 年度 2 月底前將 111 年度總額協定事項有關預算扣減及效益評估之執行結果提報本會，文字再請同仁協助處理，就是剛剛商委員東福所說，111 年度的執行結果需要在 112 年 2 月提出，7 月來不及。

(四)餘洽悉。

二、若沒有其他意見，進行下一案。請黃委員振國。

黃委員振國

我來補充剛剛顏委員鴻順所提有關頻寬補助部分的意見，因為我們每個醫療機構都有固定的頻寬費用，但成本的比例卻不一樣，大型醫療機構的頻寬費用占它整體費用的比例，是相對比較低的，尤其在基層診所，不管中醫、西醫、牙醫，因為申報的費用比較低、使用率比較低，但是中華電信收的費用是固定的，所以當然各位委員

在質疑說為什麼上傳資料的狀況，在基層診所比較低，因為基層的人力、物力，還有相對的資訊的人力，並沒有像醫院有專責人員，頻寬費用也許在大型的醫療機構比較不是負擔，但是相對在基層診所、機構，那個負擔的比例就是一個很重要的資源。所以我建議，我們當然也認同協商的結果，是不是可以加註剛剛我們講的但書，考慮在相對弱勢醫療機構，其頻寬補助的退場機制上能夠有延續的機會，以上是我個人建議。

周主任委員麗芳

相關的意見，我們提供給健保署來做後續的參考，請干委員文男。

干委員文男

針對剛才商委員東福的所提，我有 1 點補充，總額協商的結果 9 月份已經完成，預算是從次年 1 月 1 日開始，在這段期間，10 月份已經開始要協商下年度新的費率，希望衛福部趕快核定總額協商的結果，因為後續還牽涉到每年要評核的時間，相關的資料若缺少不完整，就會跟整個預算、作業原則都有差距，我們希望總額協商的結果要儘快核定下來，那麼在次年 1 月 1 日以前，各總額部門有 3 個月充分的時間，依協定事項要求將相關規劃等資料送到健保會，我們很快的通過，以前都可以做到，但現在為什麼會慢慢做不到？有些項目已經拖到 3、4 月才送會，執行的時間也未能從 1 月 1 日開始，這樣是違反預算法。

周主任委員麗芳

謝謝干委員文男，請何委員語。

何委員語

針對衛福部裁決的部分，建議在總額協商完成送部裁決，部的裁決應該在 30 天內要裁決下來。公務機關的公文規定，在 30 天內要回復老百姓，可是我們健保會開會決定好以後，送部裁決，最近這 2 年都拖拖拉拉到 90 天才裁決下來，我們請商委員東福幫忙一下，因為政府機關對於老百姓的公文都是在 30 天內回復，所以我們建議健保會總額協商送部裁決的部分，建議請新的部長能夠 30 天內

裁定下來，這樣最慢 10 月份就下來了，到 12 月底前各總額的部門就有時間去做整個預期評估效益，能夠很快在 1 月份提出來給健保會通過，很多協定事項的執行就會很快速展開，現在就是拖得太晚，各總額部門就一直開會，到 2 月份、3 月份、4 月份有的還無法讓健保會通過他們的預期評估效益，還影響整個作業的進度，我們提供這個建議，請商委員東福幫忙。

周主任委員麗芳

干委員文男、何委員語的意見，請商委員東福帶回去參考，進行下一案，請同仁宣讀。

伍、報告事項第三案「111 年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃」(原報告事項第二案)與會人員發言實錄

同仁宣讀

健保署劉專門委員林義報告：略。

周主任委員麗芳

非常感謝劉專門委員林義詳盡的報告，請問委員有沒有詢問？請黃委員振國、劉委員淑瓊。

黃委員振國

- 一、以下向大家說明西醫基層轉診的情形，請參閱會議資料第 128 頁，大家可以看得很清楚，西醫基層門診占率是逐年萎縮，除這 2 年因為疫情關係，疫情期間我們停止了醫院必須強制下轉 2% 的命令，這是其一。其二是在疫情期間，所有層級院所的門診人數都下降，至於為什麼在大家都下降的過程中，反而有些醫院門診量占率是上升，這代表什麼意思？剛才很多委員也都強調雙向轉診的執行情形，還有待檢討。
- 二、請參閱會議資料第 132 頁，我們看一下慢性病下轉至診所停留時間，醫全會有發函建議除轉診成功案件，應要納入自行就醫門診案件。大家很清楚在疫情期間，民眾無論到醫院、診所就醫次數都是減少的，他既然沒有到醫院，怎麼下轉下來？多數民眾都是自主性，因為疫情關係，找了鄰近的基層醫療院所開同樣的醫院處方箋，以我個人為例，開了非常多處方箋給具有多重慢性病、高風險的族群，他們根本沒有到醫院，但我們基層真的在疫情這 2 年，在民眾的就醫方便性提供很多幫助，從差額可以看得很清楚。108 年成功轉診案件、自行就醫案件平均停留天數差異是 37 天，109 年是 16 天，110 年是 8 天，這告訴我們什麼，西醫基層在疫情期間，對於所謂的自行就醫案件上，擔負很重要協助民眾就醫功能跟角色。
- 三、再來請參閱會議資料第 133 頁，投影片第 11 張，慢性病下轉至診所之費用比較，以轉診成功案件金額小於自行就醫案件金

額來比較，我覺得這樣分析真的有待商榷。剛剛強調過醫院已經沒有 2% 下降的必須性，所以相對下轉的案例，都是他們可能認為民眾主動要求，這些人本來就是病情相對簡單或是輕症，反而是那些平常不良於行的人，甚至出門要大費周章的高風險的案例，他外出都很困難，何況到醫院，當然這些個案申請的平均費用比較高，所以不能用成功轉診的案件費用低於自行就醫案件，來斷定自行轉診就醫民眾的需求性，我個人對剛剛的結論有相當質疑。

四、在疫情期間，我們大家可能自己的親友也因為在醫院就醫的不便，然後自行挑選自己信賴的醫生、家庭醫生來代勞，請參閱會議資料第 134 頁，投影片第 14 張，下轉成功到診所的前 10 大疾病案件，很明顯看到的是慢性病疾病的增加，以及上呼吸道感染案件逐年下降，大家知道，疫情期間本來的感冒次數因為大家自我防護做得很好反而下降，但請看看慢性病就醫的比例、內容都是上升，尤其是糖尿病，糖尿病是國人主要的慢性病，年齡老化的結果，西醫基層在自行就醫這塊做得非常好，包括今年感謝各位委員在口服糖尿病用藥給予足夠的預算，很多新型的降血糖藥，在西醫基層的治療提供很大的幫助，我想健保署如果有機會的話，可以提供相關數據，依照我們的使用，應該超於我們得到的預算，而且就醫的品質也大幅的提升，我相信這個價值是不容抹滅的。今年 111 年疫情還在燒，我相信很多的民眾自行在西醫基層就醫的案子也非常多，如果今年取消所謂非支付標準定義的成功轉診，亦即取消自行就醫案件的補助，我相信對西醫基層的衝擊是很大的，也抹煞了所有西醫基層醫師的用心。

周主任委員麗芳

謝謝黃委員振國，請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

一、關於「基層總額轉診型態的調整費用」，請參閱會議資料第

132~134 頁，根據健保會幕僚分析，在 108 年以來，基層上轉率跟醫院下轉率雖然有稍微提升，疫情期間又以慢性病人下轉為主。但我們注意到慢性病人下轉到診所，在診所停留時間的(天數)卻逐年逐漸變短，110 年降幅達到 108 年的一半，不知道健保署如何解讀這樣的現象？是診所無法留住病人，或慢性病人減少就醫等，請署方了解並回復。我們具體建議健保署針對這類下轉到診所的慢性病人做追蹤分析，讓我們知道慢性病人下轉後的就醫情形如何。

二、針對「鼓勵院所建立轉診合作機制」，請參閱會議資料第 135~139 頁，大家都知道健保支付制度本就會形塑整個醫療生態，轉診等支付制度更是重中之重，就是要鼓勵大醫院把穩定病人，慢性病人、輕症病人下轉，基層診所或小醫院提供連續性的醫療照護服務，這個是重點所在。可是從健保署剛剛的報告中，針對支付制度的調整，其實在研商議事會議裏面，沒有得到西醫基層的共識。我們基本上認同且支持健保署從管理面去檢討轉診支付，要怎麼改變，錢就要下到那裡，將有限資源集中放在從醫院下轉到基層這一塊上面。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

以下提出 2 個問題：

一、第 1 個問題，剛才劉委員淑瓊已經幫我問了，其實我也同樣想問一下健保署，在投影片第 10 張，不管是自行就醫或成功轉診的案件，基層停留天數是逐年降低，這跟我想的可能不太一樣。我們希望慢性病患者下轉後，能固定在基層院所就醫，我不清楚這部分是否有受到 109 年疫情影響。110 年的統計只到 3 月，健保署應該持續分析原因，不然變成我們鼓勵下轉，病人也實際下轉，但因為某些不明原因，病人又回到醫院，我會覺得有點功虧一簣。

二、第 2 點是拜託健保署考量的事項，今天我才知道其他預算項下「基層總額轉診型態調整費用」的 8 億元，限定用於成功下轉到基層的案件，但投影片第 13 張顯示，基層上轉到醫院的件數及上轉率也是有增加，為什麼不能以同樣專款獎勵從基層上轉到醫院，從醫院下轉到基層的案件，有從其他預算這筆 8 億元的預算去補貼。所以對於基層上轉到醫院的案件，是否也可對醫院總額有相對應的補貼，因為此項預算並不是個別總額，若是編列在基層總額當然就沒有道理去補貼醫院總額，既然編列在其他預算，也就是只要符合條件就應該可以動支，所以我也不明瞭為什麼只有醫院下轉到基層的案件，對基層補貼。當然下轉會增加基層整體的利用率，如果下轉的案件量太大會對基層總額產生一定的衝擊，同樣的若上轉的量太高，同樣會對醫院總額產生財務衝擊，我覺得這筆預算項目既然編在其他預算項下，今年大概也來不及，是不是請健保署在編列明年度其他預算時，在定義上能予以考慮。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

提出 2 點疑問，就教健保署：

一、第 1 點，從會議資料第 127 頁附表二「歷年健保總額投入分級醫療之預算」得知，106~111 年共投入分級醫療預算 362.5 億元，但近年本會委員及評核委員都建議，分級醫療政策的成效不明顯，相關措施有檢討改善的必要，且在黃色會議新增及補充資料 1 的第 4 頁，今年的評核委員對健保署及總額部門之整體性重點建議第 4 點又再次提到。另可從會議資料第 125 頁的轉診相關協定事項之關聯示意圖清楚看出，110 年西醫基層上轉 71.7 萬件，接受下轉才 8.8 萬件，一來一往應該減少將近 63 萬件，但是為了減少西醫基層因接受醫院下轉病人而造成的財

務衝擊所編列的「基層總額轉診型態調整費用」10億元，竟然全部用光，好像完全不合邏輯。

- 二、第2點，會議資料第121頁說明二、(一)4提到，下轉之慢性病人的平均每件醫療點數低於基層全體慢性病患，但在會議資料第133頁的投影片第11張「慢性病下轉至診所費用比較」表的數字，110年慢性病整體案件的平均每件醫療點數是1,414點，慢性病轉診成功案件的平均每件調整費用點數是862點，兩相比較好像又不合邏輯，請健保署說明一下？

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、有些委員對會議資料第132頁，慢性病下轉之診所停留時間提出質疑，我相信這停留時間需要有背景值，希望健保署同步提供另外三級醫院的慢性病停留天數，才能比較，因為109年受到疫情的影響，另外別忘了111年只有算到3月，這樣比較公允，應該以所有慢性病在各層級醫院停留天數做為比較的背景值，也希望健保署提供107、108年非疫情期間的比較值，我相信這樣更能反映雙向轉診壯大基層與分級醫療成效。其實在109年，甚至110年，各位委員所看到的是1個扭曲的值，若用其斷定成效，我相信對任何層級的醫院都不公允。
- 二、第2個，說實在我們希望明年沒有疫情，能回歸到疫情發生前原有的分級醫療強制下轉機制，當時醫院門診有2%的下轉機制。我相信各層級醫院都很樂意下轉。從會議資料128頁投影片第2張可清楚看出，哪些層級的門診占率上升，我相信地區醫院的門診占率其實是上升的，也許在推動分級醫療雙向轉診時，健保署導向基層的力度可能要更加強一點，因為其實從分級醫療的執行情形也許看得到，基層上轉到地區醫院的執行成效比較好、醫院下轉至基層的執行成效比較差，也許這是我們要檢討的方向。

三、我們都樂意去虛心接受各位委員的指導，但我覺得良好配套機制，以及我強調的適當的部分負擔比例，也許有益於分級醫療，且讓民眾有自覺瞭解，他的疾病嚴重度應該在哪個層級就醫對他最適當，對健保的負擔最有效益，這是我的建議。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、剛才委員提到的轉診機制，這幾年來一直推動得非常好，但在上轉率和下轉率兩者的差距占率逐年擴大，我想剛剛李委員永振也提到，基層上轉的件數那麼高、但接受下轉的件數很低，才 8.8 萬件。
- 二、基層上轉件數的上轉率及基層接收件數的下轉率，雖然是逐年成長，但請參閱會議資料第 139 頁投影片第 24 張，並不是同步成長。同步成長是上轉率那麼高、下轉率也那麼高，才是同步成長。我認為兩者轉診率的差距逐年擴大，請參閱投影片第 13 張，轉診差距占率 107 年 0.32%、108 年 0.36%、109 年 0.36%、110 年 0.39%，所以我們希望健保署能持續優化電子轉診資訊交換平台，能更有效加強轉診管道，鼓勵院所間建立轉診的良好機制，持續優化電子轉診資訊交換平台，以利擴大醫療院所使用家數，作為協助病患轉診以及後續追蹤照顧之用。
- 三、如果上下轉的件數很接近，表示推動整個分級醫療也好，或者對於轉診制度的建構就是越來越成功。

周主任委員麗芳

謝謝各位委員提出寶貴意見，請干委員文男。

干委員文男

- 一、本來就是為了門診減量 2%，訂定上下轉的相關規範，其實上轉率一定會高，下轉率為什麼會少？因為他病好了，為何要下轉？除非還要持續接受治療才會下轉，這是很自然的事。沒辦法因為上轉的件數這麼多，也要下轉件數像上轉的件數一樣

多。民眾生病了，先至基層就醫，有需要進一步的醫療處置再轉到各醫院去，這是有一定的自然形成比例。

- 二、我們的看法是，推動轉診和一般的民眾的就醫習慣也有關係。若要擴大基層，應該是要擴大開放表別，如果擴大開放表別，醫院能做的服務項目，讓基層也能做。剛才朱委員益宏報告，民眾至基層就醫 1 次約 1,000 點，區域醫院約 2,000 點，醫學中心約 3,000 點，健保署很會善用大眾媒體的力量，若能對民眾宣傳，讓民眾自己選擇，基層有特色的話，民眾會到基層就醫，地區醫院有特色，民眾就會到地區醫院就醫，這樣就是分流了。強制訂定轉診規範後，造成醫學中心有怨言，地區醫院、區域醫院、基層都有怨言，最大聲的地區醫院，每次都有它的問題存在，若能夠這樣擴大開放表別的話，就能自然分流了。

周主任委員麗芳

針對委員提問，請健保署簡短回應。

蔡副署長淑鈴

本署重點回應委員的問題，先請劉專門委員林義回應。

劉專門委員林義

- 一、有很多委員詢問下轉的部分，我們對於要如何選擇下轉部分的對照組，以進行比較，也一直感到很困擾。請參閱投影片第 10 張，這裡的天數都是指下轉停留在基層的時間。可是很重要的是，例如 110 年轉診成功案件停留時間是 63.8 天，這樣民眾停留在基層天數是長還是短？我們沒有對照組可以比較。像是李委員永振提到投影片第 11 張費用的部分，我們也是把有轉診成功的民眾和全國民眾比。剛才委員講的也對，基礎不一樣怎麼能拿來比，但就沒有對照組，轉診成功到底要跟誰比，現在只能跟全國平均一般慢性病比。一般慢性病案件在基層就醫平均每件醫療點數約 1,000 多點，慢性病轉診成功平均每件醫療點數約 800 點。

- 二、請參閱投影片第 13 張，有委員講到上轉率和下轉率的差距是否逐年擴大？這部分隱含著剛才醫全會黃委員振國說的，自行就醫的部分到底算不算？因為本署一定要照醫令，所以這個部分沒有包含自行就醫。這會反映在哪裡？109、110 年疫情影響的部分，可以看到總就醫件數下降得很多，上轉和接收的案件的部份，若把自行就醫放進去，說不定件數就回來了，這也不一定。這部分真的是很難比，疫情到底影響到什麼程度？還有牽涉到什麼疾病？我們也很困擾。
- 三、剛委員提到門診減量 2% 已經取消，雖然這個部分已經取消了，但本署仍定期公布在健保署分級醫療政策的網頁上，受到疫情的影響，醫院門診減量的門診件數已經下降 10%，先簡單說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、補充說明一下，請參閱會議資料第 128 頁，我們推動分級醫療是因為從這張投影片看到未來趨勢，才會在 107 年啟動分級醫療政策。前 2 年經本署大力推動後，都有如預期一樣的反轉。但疫情期間基層門診的就醫次數下來，醫院門診的就醫次數也下降，但大家都下降的情況下，基層下來的力道比較高，所以看到基層的占率是下降的。基層就醫次數減少的原因，可能是和上呼吸道症狀民眾減少看診有關，各層級就醫占率近 2 年之變化，與新冠肺炎的疫情和就醫生態改變絕對有很大關聯，但健保署是否係持續推動分級醫療政策，例如門診減量 2%，雖疫情期間暫緩，但醫院減少的比 2% 多，所以應該是要持平地看。
- 二、疫情期間，上呼吸道感染病人減少，其實是好事，但我們更關心的是陳委員秀熙一直在講的，慢性病人有沒有因為疫情期間而中斷治療，這是我們要持續關注的，這也是國際上面臨的共同問題。我們應該關注這群人，並不是 provider(服務提供者)不願意提供服務，是因為民眾也不敢到醫院去。健保署在這段

期間，為使醫療不中斷，故啟動視訊診療給付，以彌補民眾不願意面對面看病而醫療中斷的問題。在這段時間視訊診療也產生很大的效果，病人也可以不要停藥，特別是慢性病人，這些我們一起努力。疫情趨緩後，回到就醫常態，要重新把背景稍微整理一下，才可以繼續觀察後續發展。我想分級醫療是持續推動的政策，不會因疫情中斷，未來也是要持續再重新啟動，讓所有的醫療生態可以趨於正軌。

周主任委員麗芳

非常感謝蔡副署長淑鈴、劉專門委員林義的說明，針對本案作成以下決定...(李委員永振舉手)。請李委員永振。

李委員永振

因為剛才健保署同仁的說明並沒有清楚回答我的第 2 個問題，在投影片第 11 張是慢性病下轉至診所之費用比較，慢性病整體案件 110 年平均每件醫療點數是 1,414 點，下面的欄位的「慢性病轉診成功案件」，是我剛才提到「基層總額轉診型態調整費用」的 10 億元進行補助，110 年平均每件調整費用點數是 862 點，有沒有算上面的「慢性病整體的案件」？如果那個也算的話，就不是比較低，這樣的話，前面的結論，以及對資料的解讀就不對了。剛才有解釋可能一般慢性病開藥 3 個月，可能慢性病轉診成功案件開藥 2 個月，這樣更糟糕，如果是這樣，怎麼能比較，即使比較出來，整個就亂掉了。

周主任委員麗芳

請劉專門委員林義。

劉專門委員林義

請參閱投影片第 11 張，慢性病轉診成功案件就是用「基層總額轉診型態調整費用」的專款補助，是屬於慢性病成功轉診到基層就醫的案件，110 年平均每件醫療點數 862 點。可是我們不曉得 862 點是高是低，就跟全國所有民眾相比，就是全國基層的慢性病整體案件的部分，平均每件是 1,414 點，我們經過比較才說，有成功轉診

到基層的案件和基層整體慢性病相比，平均每件點數比較低，專款只有支應慢性病轉診成功案件，上面的欄位指的是全國基層的慢性病整體案件的平均每件醫療點數，只是作為比較的參考。

周主任委員麗芳

一、針對本案，作成以下決定：

(一)第1點，請健保署參考委員所提意見，持續檢討精進分級醫療政策及相關鼓勵措施，並於112年度總額協商草案提出規劃方案，以早日落實分級醫療之政策目標。

(二)第2點，本案洽悉，委員所提意見送請健保署研參。

二、現在休息10分鐘，後續進行報告事項第四案，謝謝。

陸、報告事項第四案「部分負擔調整案實施後政策效益及其改善醫療資源合理利用之監測指標」(原報告事項第三案)與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

請各位委員入座，後續進行的報告事項都是健保署的案子，尤其報告事項第七案，本次不進行口頭報告，請健保署先就這幾個報告事項進行口頭報告，再請委員提問。

劉委員淑瓊

主席，剛剛會議一開始時，李委員永振就建議還是分開報告，因為後面這3個案子真的都很重要，我們承諾講話會很精簡，但請分開報告。

周主任委員麗芳

好，分開報告，請各位委員發言精簡，但先跟大家說明，因為今天沒時間讓健保署口頭回復，故委員的發言請健保署書面回復。請健保署報告。

健保署張專門委員作貞報告：略。

周主任委員麗芳

請問委員有沒有意見？請劉委員淑瓊、趙委員曉芳、盧委員瑞芬。

劉委員淑瓊

一、請幫我放出投影片(本議事錄第 93~95 頁)。今天健保署提出的「部分負擔調整案實施後政策效益及其改善醫療資源合理利用之監測指標」有 2 個問題，第 1 個問題，監測指標的設計應回扣到當初調整部分負擔時，提出來的政策目標，以及要解決的問題。健保署曾在說帖中，提出「四大政策效益」及不能接受的「五大現象」，但現在看到健保署提出的監測指標，跟原來說帖的訴求對不上，所以台灣醫療改革基金會(下稱醫改會)這段時間諮詢國內幾位很重要的學者，同時參考上次陳前部長時中和大家餐敘時，所提供的統計數字。醫改會另外補充了 18

項指標，限於時間，無法逐一向委員報告，後續我們會把資料提供給健保署。

- 二、第 2 個問題，針對部分負擔調整案實施後的監測指標，非常重要的是關注對健康或經濟弱勢民眾造成的就醫影響，這也是我前次發言一直強調的風險分攤、社會公平性精神。左邊是健保署今天提的 15 項指標，其實就是將「全民健保醫療品質資訊公開」中現成的指標拼湊起來，說成是調漲部分負擔後的監測指標，拼湊沒有不可，但關鍵是目前版本不能適切的回應監測目標。
- 三、現在醫改會補充的 18 項監測指標都不是很困難的指標，都是可行且皆是健保署曾經操作過的指標，以下我們就用這 5 項來看，第 1 項是每人(歸戶後)每年門診部分負擔金額之分布、第 2 項是大家關心的多重慢性病人(1~5 種以上)每年門診部分負擔金額之分布、第 3 項是高風險特定群體(弱勢保險對象)每年門診部分負擔金額之分布、第 4 項慢性病人(或採論質支付病患)規律就醫情形之變化、第 5 項慢性病人有效醫療使用率之變化。
- 四、請參閱投影片第 5 張(本議事錄第 94 頁)，這些都是健保署原有的資料，可以看到第 1 個是共病數，6 種以上慢性病患者半數以上的部分負擔金額會增加超過 1,500 元，這是「多重共病」的部分。
- 五、投影片第 6 張(本議事錄第 94 頁)是「疾病別」，看到 6 大慢性病中，三高是所增加的部分負擔最多的，都超過 1,000 元。
- 六、投影片第 7 張(本議事錄第 95 頁)，可以看到「高風險特定群體(弱勢保險對象)」中，身心障礙者部分負擔調整金額中位數推估大概 1,000 元。剛剛我講的都是健保署提供的非常寶貴的資料，這些就是我們調漲部分負擔後，要知道它的 impact(衝擊)是什麼，而需要去監測的項目。這些是我們的建議，健保署也

很辛苦，會後會將這 18 個指標提供給健保署參考，希望能進一步優化監測指標。

周主任委員麗芳

非常感謝劉委員淑瓊及醫改會這麼用心提出精進建言。

趙委員曉芳

一、我贊成劉委員淑瓊的意見，一樣是回到這 15 項監測指標，以目前內容來講，比較偏向是觀察指標，就是觀察這個制度實施前後的改變狀況，只能描述它的改變狀況。

二、我具體的建議是：

(一)第 1 個，必須在這些指標後面加上期待看到的改變方向，以及各層級間變化程度或變化方向，例如，希望哪個層級的占比往上增加，或哪個層級的占比往下減少，必須有具體方向，以指引我們未來如何評估，這才是監測指標。

(二)第 2 個，回應劉委員淑瓊所言，這些指標如何和當初提出來的四個政策效益或五大要解決的現象連結，分別回應哪個議題，也必須要呈現。

(三)最後，我也建議針對健康、經濟、高風險弱勢族群單獨列出監測指標，健康高風險部分，包括高風險疾病或多重慢性病、疾病嚴重程度高的族群，之前已經談過的經濟弱勢的族群，也必須將其在制度實施前後的門診改變情形納入監測指標。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

一、其實我的意見，剛剛趙委員曉芳、劉委員淑瓊都大概講了，我只是強調一點，目前提出的監測指標其實是一般性的，就有點像是針對一般民眾，沒有辦法回應到，一開始我們最關切的弱勢團體，舉例來說，剛剛趙委員有提到，什麼方向才符合政策目標？例如，希望在不同層級很有效應，效應很大時，代表是

政策有效？或是對我們擔心的弱勢團體受害很大，若是這樣，就有所違背。如果沒有效應的話，就是沒有什麼影響的話，代表有沒有實施部分負擔都是一樣的，這樣到底要不要繼續執行？

- 二、健保署要有很明確的方向，今天的報告提供我們一些基期數據的訊息，是很好的事情，但我想進一步知道的是，實施部分負擔後，當看到這個指標測量出來的結果是正向或反向時，健保署的因應措施為何？什麼才是政策有效的指標？
- 三、我要支持劉委員淑瓊和醫改會的建議，我想以目前資料，不太可能特別以所得資料鎖住我們真正關心的經濟弱勢，但是劉委員淑瓊提出來的這幾個監測指標，已經關心了絕大部分相對弱勢的團體，例如多重疾病的族群，我認為這是基本上應該要做到的。現在就應該要預測，如果看到是什麼樣的方向，才算是政策奏效，若政策奏效，進一步要關心的是，真的政策奏效傷害到的是不是我擔心的弱勢族群，如果政策沒有效的話，還要思考要不要再繼續執行。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、剛剛盧委員瑞芬特別提到，部分負擔調整後，透過一些指標的變化追蹤政策到底有沒有效。我特別關注的是，若政策沒有效，是否真的如同劉委員淑瓊或一些老師提出來的，部分負擔是無效的政策，或是因為部分負擔的力度不夠而導致效用不顯現？別忘了健保法第 43 條規定的部分負擔的力度很強，為何健保實施至今 20 幾年，一直都沒有修改掉第 43 條，但是一直不實施、不執行。這次部分負擔定案的版本比起原來要實施的力度小了很多，中間有太多非專業的考量，若真的回到保險專業考量的話，實施力度可能比這個還強，這樣才會有效，不然

做下去沒什麼效，就說部分負擔不好不要做，我覺得這樣有點偏頗，這是我要回應的第 1 點。

二、第 2 點，剛剛有很多委員都提到弱勢族群這件事情。我覺得既然健保是 1 個保險，不管是社會保險或什麼保險，一個保險就是要落實使用者付費，在落實使用者付費這件事情所產生的弱勢群的問題，應該是另 1 個 issue(議題)，政府對於弱勢族群要有其他救濟辦法。當弱勢族群就醫時，健保可以用代收代付或暫收暫付的方式來解決，弱勢族群因為部分負擔產生就醫的障礙的問題，不能用因為是弱勢族群，所以就不應該收部分負擔。把 2 件事情混為一談，就難以落實保險的精神。因為長期沒有辦法落實所產生的道德危害，就是現在平均每年每人平均就醫次數 14、15 次，居高不下，全世界第 1，這是台灣醫療奇蹟。因為部分負擔，無論門診、住院，只有 5% 左右，哪個國家的保險是這個樣子？沒有，所以就產生道德危害，所以我認為這 2 件事情，我認為應該分開處理。

周主任委員麗芳

接下來請李委員麗珍。

李委員麗珍

有關部分負擔，上次看到報紙後，真的很驚訝，我用受薪階級的身分來講，我當初看到報紙後的想法是，這個政策好像是，當可以在地區醫院或診所就醫，就不應該到醫學中心就醫浪費醫療資源，是不是有點類似在懲罰民眾，你去了你該去的地方。我贊成調漲部分負擔僅為門診部分負擔的部分，上次有討論到，若民眾在禮拜六、禮拜天因為診所沒有開，不得已要去醫院急診，甚至討論到這部分的部分負擔是否可以不要調漲。上次講完之後我接到很多訊息，干委員文男和我一樣，我們有 1 個共同的上級工會，我們收到的訊息是，這個部分負擔不只門診部分負擔，連門診檢驗檢查都要再收取部分負擔，變成一條牛剝了好幾層皮，進到醫院先在門診部分負擔剝一層，檢驗檢查又收部分負擔再剝你一層，萬一需要檢驗檢查的

項目比較多，要剝更多層的皮，我覺得這個方向都是錯的，你們不該讓窮人因為經濟因素不敢接受更多檢驗檢查項目。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、今天健保署所做的報告，實際上是針對過去發生的情況做了一個監測報告來讓大家了解，但這份對於未來實施新制部分負擔後的影響會是如何，並沒有進行預測及分析。
- 二、實施部分負擔有幾個面向，第 1 個，如同剛剛朱委員益宏所言，回歸健保法第 43 條規定，保險對象應自行負擔門診或急診費用 20%~50%，這到底要不要實施，若回歸就是依法行政，沒有話講。實施部分負擔，就是使用者付費的概念，讓要使用的人就使用，可以不使用就不必使用。
- 三、一直強調經濟弱勢的議題，其實對於經濟弱勢，政府應該推動福利措施來改善，現在整個大數據資料已經相當齊備，假使能夠拿到公所的資料，能判別民眾是低收、中低收入戶，相關資料可匯入健保卡的相關資料庫，讓這些符合資格者去看病就不必增加部分負擔，可是這部分是需要政府每年要編列部分負擔的福利金額來補貼他們。我想，這是一個國家進入福利國家時，政府要照顧弱勢族群的一環。現在罕病不是編列好幾十億元給他們嗎？包含愛滋病也編列很多錢給他們，應該也要能編列經費去補助這些經濟弱勢族群的部分負擔，彌補他們、作為醫療上的補貼，這點是很重要的概念，我想健保卡的系統應該可以有這個功能，由健保大數據就可以抓出這些人的部分負擔並由政府來支付，而不是免付。
- 四、分享一個很重要的概念，我也很坦白講，原本 3 個月要回診 1 次，我跟醫生討論好改為 6 個月回診 1 次，3 個月的藥品我每 2 天吃 1 次，剛好吃 6 個月，我就變成 6 個月回去 1 次就好，每年也可以減少 2 次回診，我的藥也少了半年。我到現在也一

樣，都沒有不好，完全都很正常，我跟醫生說我半年後再來回診，屆時再看看我的病症有沒有變得比較不好或其他變動。事實上心裡的感覺，到底有沒有需要一直服那麼多藥？現在政府把每種病症依國際醫學會所定標準又予以拉低，讓人家提早吃藥，認為如果提早吃藥傷害身體，這可不可以申請國家賠償？國家對於交通路線沒弄好，發生車禍，可以申請國賠；國家把病況的標準拉低，提早吃藥，對於提早吃藥給予身體的傷害，國家的藥害救濟制度可否賠償？這都要通盤考量。

五、而且部分負擔的實施，應該針對實施後的情況進行推估，能夠減少多少藥量、門診量，而且政府補貼的費用會是多少，這都要詳細計算出來，才是一個整體的政策目標，這是我提供的意見。

周主任委員麗芳

請干委員文男，這是最後 1 位口頭發言。

干委員文男

- 一、我跟李委員麗珍是在全國總工會同一個單位，前幾天我們在彰化開會，商司長東福也聽到，不單說部分負擔增加有困難，事實上現在也有高齡民眾的就醫問題，建議希望能夠在醫院端的部分能降低門診部分負擔，這是有證人，不是我亂講的。
- 二、有關健保法第 43 條，是醫界的霸王條例，當時立法院立法過程中，現在的執政黨和現在的在野黨兩方妥協通過，但現在若要通通按照這個法律來執行，這個法律能實施嗎？沒有辦法！所以不要一直用健保法第 43 條來壓所有的付費者，這是霸王條例，誰能負擔？希望大家互相體諒，說到健保收入不足，要調整一點部分負擔費用，剝一層皮還有一點可以研商，你說整個都調，實在是會受不了。

周主任委員麗芳

非常感謝各位委員，對於本案提出非常多可以精進的建言，請健保署參考委員所提意見修正監測指標，餘洽悉。接著進行下一案。

柒、報告事項第五案「『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)」(原報告事項第四案)、報告事項第七案「中央健康保險署『111年6月份全民健康保險業務執行報告』」(原報告事項第六案)與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請健保署重點說明。

健保署陳專門委員依婕報告：略。

周主任委員麗芳

一、非常感謝健保署詳盡報告，時間關係，建議依以下方式處理：

(一)本案請委員提書面意見，委員所提意見，送請健保署回復說明。

(二)請健保署持續監測並提供原方案各層級醫院「急診處置效率相關指標」之監測結果送會，俾納為112年度總額協商之參考。沒有意見的話，進行下一案。

二、(朱委員益宏舉手)朱委員，剛剛已經說了，請委員提書面意見可以嗎？

朱委員益宏

是，但因為我覺得急診品質提升方案這個案子其實蠻重要的，主席請委員提書面意見，若時間不夠，就算主席僅允許我個人發言，健保署也還要回復，但我發言完，搞不好其他委員，例如也很關心本案的劉委員淑瓊可能也要發言。既然時間不夠，本案才請委員提書面意見，建議本案改為另案報告，排在下次委員會充分討論。

周主任委員麗芳

這樣子好了，第五案急診品質提升方案及第七案健保署6月份業務執行報告，因為業務執行報告本次不用口頭報告，這2案就請委員併案提出意見。再說明一次，報告事項第五案「『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)」及報告事項

第七案「中央健康保險署『111年6月份全民健康保險業務執行報告』」，委員如有意見就請現在一併提出。請朱委員益宏，吳委員鏘亮、劉委員淑瓊，其他委員如要提書面意見也都可以。

朱委員益宏

- 一、謝謝主席，我就針對急診品質提升方案發言。本案執行約 10 年，但統計表中有些醫院，比方我國龍頭、國家級台大醫院的門診壅塞滯留率居高不下，近 2 年稍微降低，是因為疫情關係，但是這個方案的獎勵，到底獎勵了什麼？舉例來說，比方剛提到的台中榮總、台大醫院這幾家，屬於負面指標比較前面的醫院，這些醫院在歷年所有獎勵方案到底拿了多少錢或補助？但執行起來，壅塞狀況改善效率到底如何？我想這要對應來看。
- 二、因為看到健保署報告內容提到，所有案件歷年來都是品質獎勵，但這些品質獎勵是否原本在急診碰到的病人就應該這樣處置？比方說原來該做的處置，例如 MRI(核磁共振攝影)，病人進來後多少時間之內就要處理，這是不是屬於原來醫療指引的範圍？有些獎勵搞不好是屬於醫學常規、guideline(臨床指引)，我們還要給獎勵，這就有問題。獎勵方式應該是比原來的指引做得更好才有獎勵，但現在不是，現在是有做就給你幾千或幾萬點的獎勵，我覺得這都不對，但對於所有品質方案中希望減少的急診壅塞都沒有看到，有些醫院事實上透過行政效率處理是有進步，但還是有一些醫院就是不動，每年這些品質獎勵還是照樣領，我覺得這就不公平，這就是這個案子為什麼執行 10 年，急診壅塞無法解決的一個很大的原因，因為健保署跟急診醫院把這個拿來當另外品質獎勵，增加其支付，我覺得這樣是變相、是不可取。

周主任委員麗芳

稍後干委員文男是最後 1 位口頭發言，今天時間關係，無法再讓其他委員口頭說明。請吳委員鏘亮。

吳委員鏘亮

- 一、陳委員石池有事先離開，委託我表達意見。針對會議新增及補充資料 1 第 33 頁建請持續提供各層級醫院之急診效率相關指標監測結果之指標(1)「完成急診重大疾病照護病人 6 小時進入加護病房比率」，這應該是考量針對重大疾病，但有些檢傷一級病人未必是重大傷病，而且有些重大傷病不見得要進入加護病房，因此指標(1)建議修改為「完成急診檢傷一級及重大疾病照護病人 6 小時進入病房比率」。
- 二、指標(2)「檢傷一、二、三級急診病人 8 小時內轉入病房比率」，因為檢傷一級已經放到前述指標(1)，因此指標(2)就建議把一級拿掉，改為「檢傷二、三級急診病人 8 小時內轉入病房比率」。
- 三、指標(3)「檢傷四、五級急診病人 4 小時內離開醫院比率」，這個部分與急診目的似有相違，若醫院急著把四、五級病人趕快處理完出院，是不是會影響一、二、三級或者比較重大疾病的病人之處理，會對臨床實務處理造成困擾，建議指標(3)能予刪除。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

- 一、不論付費者或醫界委員代表、民間團體都非常重視「急診品質提升方案」，其實關鍵就在於醫學中心急診壅塞問題。首先非常謝謝剛才健保署報告流暢清楚，而健保會同仁的製圖與研析意見也非常精采。我要講的重點是，這 10 年下來醫學中心急診壅塞情況並沒有改善，可是「急診品質提升方案」的獎勵，主要卻流到本來就比較不壅塞的區域醫院及地區醫院，這是此方案非常弔詭之處。
- 二、「急診壅塞」到底所指為何？我們在意的並不是急診室裡面很多人，其實民眾真正在意的是「上不去」，也就是說，急重症

病人等不到住院病床或 ICU(加護病房)床位，而必須滯留在急診室，甚至連醫院走廊都是床，剛剛吳委員鴻來委員跟我說一個鐘頭前某篇臉書貼文顯示，台大醫院的急診病床都已經推到大廳了。剛剛朱委員益宏講的很重要，這是重中之重。醫改會 2015 年與急診醫學會曾針對急診議題開過記者會，分析問題包括：第 1，各層級醫院的分工，第 2，整個醫院體系內部的文化、體制運作，乃至於人力配置，第 3，民眾就醫行為。這代表需要進行根本原因分析，尤其是民眾仰賴甚深、但壅塞問題特別嚴重的幾個醫學中心，更應該要去了解與關切。所以，我非常認同健保會同仁所提探討急診壅塞原因的建議，除此之外，還要進一步要求健保署逐院專案了解，為什麼 10 年以來部分醫院的壅塞問題一直不能解決，且這個資訊也應該要公開。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

謝謝健保署及本會同仁的詳細報告，如果說認為最委屈的，不是醫界，應該是消費者、民眾，進入急診室的人都會希望醫院能不能趕快處理，但是壅塞情形一直都沒辦法改善，剛剛聽了朱委員益宏的抱怨，我認為如果繼續維持這樣的情況，乾脆急診壅塞預算明年就不要再編列了，不編就不會吵，但問題要怎麼解決？請健保署來解決，因為健保署每年都提出這個問題，事實上剛剛劉委員淑瓊講得很清楚，朱委員益宏也講得很清楚，但壅塞問題就沒辦法解決，那麼一直編這個經費有什麼目的？拜託健保署，若不能解決，那麼就考慮未來不再編列此預算。

周主任委員麗芳

一、感謝各位委員提供的寶貴高見，報告事項第五案「『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)」，本案洽悉，委員所提意見，送請健保署研參並回復說

明。請健保署持續監測並提供原方案各層級醫院「急診處置效率相關指標」之監測結果送會，俾納為 112 年度總額協商之參考。

- 二、報告事項第七案「中央健康保險署『111 年 6 月份全民健康保險業務執行報告』」，這個月不用口頭報告，歡迎委員若有書面意見也可提出，委員所提意見，都會送請健保署回復說明。
- 三、最後還有 10 分鐘時間，接下來進行報告事項第六案「109 年健保收入超過 2 億元之 227 家醫療院所財務報告之公開情形」，請健保署簡短說明。

李委員永振書面意見

有關報告事項第七案健保署業務執行報告部分：

- 一、感謝健保署說明「公費台灣清冠一號藥品費用」經費來源，但近期外傳，清冠一號公費使用對象將大幅限縮(擬移除 13~64 歲確診民眾)，指揮中心僅回應全案檢討中。但據 ET today 111 年 7 月 7 日新聞報導：「今年 1~5 月開出 9 萬份公費清冠一號，花掉紓困預算 1.3 億元，就喊撐不下去，相較指揮中心花在新冠抗病毒西藥的錢，是清冠一號的 200 倍之多，簡直天壤之別」，本項業務雖為中醫藥司委託貴署代辦，但後續檢討若處理不當，引起不滿，箭頭一定指向健保署，貴署應向衛福部反應，須審慎檢討處理。
- 二、據 111 年 7 月 6 日自由時報頭版報導，由衛福部長陳時中和健康署宣布啟動「代謝症候群防治計畫」，此計畫是指在本會討論激烈、極具爭議，編列 3.08 億元預算之計畫嗎？若是，為何報導內容從頭到尾都未見健保署或醫事服務提供者隻字半語？由此報導顯示，這計畫應屬健康署(衛福部)的政策，卻用全民的保費來推展？！ 112 年若還要繼續，居保險人的貴署該如何妥處？
- 三、今年 7 月 17 日自由時報自由廣場刊載：台大醫院醫師投書，希望健保署放寬給付糖尿病藥(腸泌素)的標準，次日李署長立

馬回應說明，健保醫療資源有限之現況，讓全民了解，值得肯定！7月20日有另篇「腸泌素治糖尿病真的能雙贏嗎？」質疑，強調每天只要走15分鐘，效果比腸泌素好，還可避免藥貴及副作用，似乎為可解病源之更佳處方！另在自由時報7月20、21日B8版分別報導：骨髓增生性腫瘤用藥及異位性皮膚炎擴大給付的福音，為該類患者增福利是好事，但目前健保財務的窘境是否也須讓百姓了解，否則明年又漲健保費，將再引起一片罵聲！

捌、報告事項第六案「109 年健保收入超過 2 億元之 227 家醫療院所財務報告之公開情形」(原報告事項第五案)與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

請健保署報告第六案。

洪專門委員于淇

- 一、請參閱會議資料第 177 頁，本案為「109 年健保收入超過 2 億元之 227 家醫療院所財務報告之公開情形」，法令依據為全民健康保險法第 73 條及全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法第 4 條，保險醫事服務機構自 102 年起，其領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於次年向本署提報財務報告，各院所財務報告之審核機關為各該院所之主管機關，例如榮民醫院之主管機關為退輔會。各院所的財報經過會計師簽證或審計機關的審定後提供給本署，再由本署公開。
- 二、財報公布今年是第 8 年，應提財務報告門檻採逐步降低，請看會議資料第 181 頁，107 年開始提報門檻降為 2 億元，這次公告財報院所共有 227 家，其中醫院有 224 家，另包括 3 家診所，分別為遠東聯合診所、書田泌尿科診所及安慎診所。
- 三、各層級院所的醫務及整體收支結餘情形，在會議資料第 182~184 頁，請委員參考。請翻回會議資料第 179 頁，謝謝健保會同仁將醫務及整體收支整併在這張表上，109 年 227 家的提報財報院所，醫務收支部分，162 家有結餘，占 71.4%，短絀家數 65 家，占 28.6%；整體收支部分，196 家結餘，占 86.3%，短絀家數 31 家，占 13.7%，若與 108 年相較，醫務與整體收支結餘家數占率略為下降。
- 四、今年公布的財報已在 7 月 27 日發布新聞稿，每家醫療院所 8 年來的財務報告都置於本署全球資訊網供大家參考。今年為有利於大家閱讀，增加視覺化呈現。請看螢幕，我們有三大構面，前十大機構、跨機構比較及單一機構部分，以 109 年來

看，查詢項目包含結餘金額、短絀金額及醫務利益率部分，109年呈現整體收支前十大是哪些醫院，林口長庚整體收支第1名，醫務結餘較多是中國附醫，林口長庚非醫務結餘部分是第1名。另外也會呈現短絀金額及醫務利益率部分，大家可以參考，若將滑鼠移至長條圖上也會呈現數值。

五、另外跨機構比較，可從分區別查詢，輸入院所名稱，例如輸入長庚可以看到長庚體系醫院，基隆、林口、嘉義或雲林長庚等，可以查詢並看出趨勢情形，發現林口長庚整體結餘最高。此外，也可查詢單一機構，例如查詢台大醫院，就可看到台大醫院歷年財報趨勢及醫務利益率情形。

周主任委員麗芳

謝謝健保署的報告，健保署利用醫療科技輔助財務揭露，非常棒，也讓我們非常驚豔。目前只能接受2位委員簡短發言，因我們還要討論會議決議的文字，請劉委員淑瓊及干委員文男，其他委員請提書面意見，委員的意見都會請保署回復說明。請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

謝謝主席，我的具體建議是請健保署在下次會議幫我們做這樣的財務報告解讀，根據「健保法」，健保署雖沒有義務解讀，而只須公開就好，但對健保會委員而言，這個財務資訊是重要的，例如我們如何解讀醫務利益率、稅後純益率，我們看到不同醫院之間的落差非常大，這個合理嗎？能得到兩位數以上的成長率，這樣是否合理？如何做到？有無可資學習之處？這些都是健保會委員關心的議題。我的具體建議是請健保署幫我們做整個財報數據的解讀，而不是批評民間團體所提出的問題，這個我要表達抗議。

周主任委員麗芳

請健保署下個月除了回復說明外，另將劉委員淑瓊所提怎麼書面導讀財務報表提供給委員參考。

干委員文男

一、謝謝健保署，千呼萬喚將這個寫出來，劉委員淑瓊所提民間都

很關心，我們也很關心，至於年底要調整保費，我們被罵很慘，希望健保署按照健保法第 73 條規定，裡面沒有規定是 2 億元，若通通公布就能解決很多問題，我們可以接受，2 億元是你們訂的，不是母法規定，每家醫院都有幾千萬幾億元，不是 2、3 億元，按照健保法第 73 條，有關醫療機構之財務報告，應該全部公布。

二、更重要的部分，這些賺錢的醫院為什麼門診壅塞、很難掛到號等情形，請健保署派人關心，是應該賺錢或沒賺錢，業外也還有賺錢，母體存在不賺錢沒話說，母體賺錢還是算母體的總數，希望健保署多關照這些沒有賺錢的醫院，了解實際上的情形。109 年 19 家醫學中心有 6 家醫務收支短絀賠錢，總額都拿了怎麼會賠錢，這個很奇怪。

周主任委員麗芳

一、謝謝干委員文男，歡迎委員提書面意見。

二、本案洽悉，委員所提意見送請健保署研參，並回復說明。接續是剛剛陳委員石池所提現場要做會議決議，請周執行秘書淑婉說明。

干委員文男

在周執行秘書淑婉說明前，陳委員石池您剛提到說馬上要確定決議，並請他們提供，我看幕僚同仁遣詞用字都無法清楚，在立法院的各委員會也沒這樣，只有在憲法修憲時是每一條憲法都寫在上面，我們也有會議紀錄確認，但是在下個月確認，若不對可以更正，建議是這樣，若因太趕寫錯決議，會產生更嚴重的錯誤，希望用過去的經驗，能沿用以往的慣例，若發現會議紀錄有不妥之處，在次月確認時再修正，這樣才精準，是不是能請陳委員石池跟朱委員益宏能接受。

周主任委員麗芳

健保會的幕僚同仁非常辛苦，請周執行秘書淑婉。

周執行秘書淑婉

- 一、主委、各位委員，謝謝干委員文男，我們剛剛試著將前幾個議案的結論做整理，但是我們要注意會場議事運作又要打結論，同仁真的忙不過來，每次的會議結論都要花3天左右的时间，才能將文字用的很精準，現在這麼短的时间我無法斟酌用字，擔心語意可能會不太妥適。
- 二、是否可以接受這樣的處理方式，因為我們會在10天內將會議議事錄寄給各位委員，若紀錄與實錄大家有意見，可以在下次會議前跟幕僚說，我們可以在下次委員會議確認紀錄時，將委員關切問題放進會議資料，大家可以再做討論，當場提也可以，我們事先準備這樣處理會比較順，我們人力非常單薄，沒辦法面面俱到，所以結論的文字寫得不好，基本上也對不起大家，若可以，希望仍維持我剛說的那個方式處理會比較好一點。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

我去立法院開會 10 幾年，我不是立法委員，但是我當助理關心我們團體的事務，每次會議紀錄確認，都是下個會次確認，委員會說很多話，要將時間預留出來，遣詞用字才能確實，立法院也是這樣寫法，沒辦法及時寫出來，遣詞用字及法的用語會有點疏忽，會有很多問題，希望按照原來的方式，讓幕僚同仁順利作業，讓他們比較好過日子，不然幾位健保會會務人員可能因為壓力太大而無法承受，甚至想離開。

周主任委員麗芳

- 一、懇請各位委員，因為健保會同仁很希望遵照大家的意見，但是確實有難度，是否容許我們援例辦理。
- 二、請問委員有無臨時動議？如果沒有，...

黃委員振國

有，只需要問 1 個確定問題，上次提到總額協商時因有到晚上 8 點半的時間限制，今天我們抽到第 4 順位，依往例會協商至晚上 11、12 點，但是我們的代表由中南部上來，若讓我們由第 1 天待命到 8 點半，也可能協商到一半，是否大家可以同意我們訂到第 2 天早上協商，這個比較合理，不然讓我們等了 1 天，告訴我們第 2 天要來，相信各位委員可能有時間壓力，8 點半跟我們協商時間結束，萬一有未盡之處，相信大家也為難，是否可以同意第 4 順位至第 2 天早上協商，這樣比較好做事。

周主任委員麗芳

周執行秘書淑婉說當天晚上沒有討論完，可以隔天一大早討論。

黃委員振國

我們都已經確定，因為照往例都協商至半夜，勢必西醫基層第 4 順位會有 8 點半的時間壓力，大概無法達到共識，我們代表來自全省各地，讓我們第 1 天等 1 個下午，然後到第 2 天再繼續討論，情何以堪，既然有 8 點半限制，是否直接安排在隔天協商，大家可以充分給前三順位的總額部門充分溝通時間，是否這樣比較合理？

何委員語

主席，這樣好像有點問題，萬一我們協商的速度很快，很準時到下午 5 點...。

黃委員振國

何委員語這是歷年來沒有發生的事。

何委員語

問題是出在後面的其他預算也要協商。

黃委員振國

其他預算是否可以順序顛倒，我都不反對。

何委員語

這次協商時間到幾點一定要結束？(有委員回應晚上 8 點半)

周執行秘書淑婉

那是屬於總額協商程序規定裡面的時間，我們會按照那個時間來做排程，委員關心沒有按照時程協商延後變成問題，我們的原則是希望每個部門都能依原訂時程協商。

黃委員振國

若這樣我要求討論到結束，不能讓我們全省各地代表待那麼久，我們的黃常務理事啓嘉(醫全會)是由花蓮來。

周主任委員麗芳

黃委員振國請放心，這次同仁規劃都有排好時間，若時間到雙方仍無共識，就兩案併陳，所以不用擔心，這不會發生。

黃委員振國

我有意見，就像有表定的協商時間，我們都願意照時間來，這有利於雙方，不然讓我們從早等到晚，第2天又要來，這樣不好，這不是互相尊重的機制，請健保會幕僚排清楚，我們照表操課，若超過時間就兩案併陳。

周執行秘書淑婉

我們在下次委員會議會按照今天的抽籤結果，將詳細的排程排出來。在上次委員會議有向各位委員報告，若時間到了就結束協商，以兩案併陳為原則，但是若雙方同意，我們可以在第2天繼續協商，這個部分我們有預留時間，先試試看，這樣好不好？

周主任委員麗芳

好，謝謝大家，感謝大家今天參與，向大家致歉，8月份我因為有出國行程，卓委員俊雄會來代理主持，謝謝。



健保署部分負擔調整案實施後 監測指標

醫改會建議補充18項監測指標

2022.7.29

1

健保署所提監測指標		醫改會建議補充
整體	1-1 門診就醫件數占率 1-2 門診部分負擔占醫療費用占率變化 1-3 門診平均就醫次數變化 1-4 門診平均每次就醫部分負擔費用 1-5 門診初級照護案件占率 1-6 門診轉診人次(含上、下轉)占率	1-1 平均每次門診點數、藥費、檢驗檢查費用之變化 1-2 平均每人門診點數、藥費、檢驗檢查費用之變化 1-3 每人(歸戶後)每年門診部分負擔金額之分布 1-4 多重慢性病人(1種~5種以上)每年門診部分負擔金額之分布 1-6 高風險特定群體(弱勢保險對象)每年門診部分負擔金額之分布 (平均值、標準差、中位數、最高值、80/90/95百分位數) 1-7 慢性病人規律就醫情形之變化 1-8 慢性病人有效醫療使用率之變化
門診藥品	2-1 門診每張處方箋平均部分負擔變化 2-2 門診每張處方箋平均藥費變化 2-3 門診開立連續處方箋率變化	2-1 平均每人(歸戶後)每年平均藥費之變化 2-2 門診開立連續處方箋之變化(各層級) 2-3 門診釋出連續處方箋之變化(各層級)
檢驗檢查	3-1 門診經轉診檢驗、檢查占率 3-2 門診檢驗、檢查費用占比變化 3-3 門診檢驗、檢查件數占率變化 3-4 門診指標性檢查(高價檢查CT/MRI)執行率	3-1 平均每人(歸戶後)每年平均門診檢驗檢查費用之變化 3-2 醫令申報成長點數前10大 3-3 醫令執行率前10大 3-4 指標篩異件數前10大
急診	4-1 急診檢傷分類各申報占率 4-2 急診檢傷分類各級暫留時間變化	4-1 各層級醫療機構急診假日及夜間檢傷分級第一、二、三級占率 4-2 各層級醫療機構急診假日及夜間檢傷分級第四、五級占率 4-3 地區醫院夜間及假日看診之比率 4-4 西醫基層夜間及假日看診之比率

2



醫改會建議補充18項的監測指標

均是「可行的」且「**健保署曾操作過的**」監測指標

礙於時間有限，簡報僅以整體面指標5項舉隅

3

醫改會補充整體面指標



1. 每人(歸戶後)每年門診部分負擔金額之分布

(平均值、標準差、中位數、最高值、80/90/95百分位數)

2. 多重慢性病人(1種~5種以上)每年門診部分負擔金額之分布

(平均值、標準差、中位數、最高值、80/90/95百分位數)

3. 高風險特定群體(弱勢保險對象)每年門診部分負擔金額之分布

(平均值、標準差、中位數、最高值、80/90/95百分位數)

4. 慢性病人(或採論質支付病患)規律就醫情形之變化

5. 慢性病人有效醫療使用率之變化

每人、多重慢性病人、高風險特定群體、

門診部分負擔金額分布情形

規律就醫、有效醫療使用率應是監測的重點

多重慢性病人門診部分負擔金額分布



多重慢性病患者全年累計影響金額分布

- 慢性病患者本次新增部分負擔差額之中位數為545元。
- 新增部分負擔金額隨慢性病數增加而增加，以最多6種以上慢性病患者（約190萬人）為例，半數以上增加1,800元以上。

慢性病共病數越多，負擔越高。6種以上慢性病患者（約190萬人）半數以上負擔金額增加超過1,500元

表、慢性病對象門診就醫情形及部分負擔差額預估分布

當年度曾就醫慢性病類別數	就醫人數 (萬人)	就醫次數 (萬次)	部分負擔金額均差額預估				合計部分負擔金額差額									
			藥品部分負擔		檢查驗	急診	合計	P10	P20	P30	P40	P50	P60	P70	P80	P90
			合計	慢箋	部分負擔	部分負擔										
1種	340	5,281	98	77	202	5	306	-	10	30	70	120	200	320	490	840
2種	222	4,134	241	211	334	5	579	10	70	130	225	340	475	670	960	1,480
3種	168	3,577	443	406	467	4	913	80	195	330	480	655	870	1,140	1,500	2,125
4種	130	3,116	629	585	591	3	1,224	175	360	550	750	975	1,220	1,530	1,955	2,630
5種	97	2,638	784	730	705	3	1,491	280	515	750	990	1,230	1,510	1,860	2,335	3,040
6種(含)以上	194	7,402	1,145	1,057	1,048	3	2,196	520	875	1,185	1,490	1,830	2,225	2,700	3,320	4,320
合計	1,152	26,148	470	429	495	4	970	20	90	200	350	545	810	1,165	1,660	2,515

5

6大慢性病人門診部分負擔金額分布



就醫人數前6大慢性病患者全年累計影響金額

- 慢性病就醫人數前6大中，所增部分負擔中位數超過1,000元者，
- 三高患者中又以糖尿病病患所增部分負擔較高，中位數為1,540元

在6大慢性病中，三高是所增部分負擔(中位數)是最多的，都超過1千元

表、就醫人數前6大慢性病對象門診就醫情形及部分負擔差額預估分布

慢性病類別	就醫人數 (萬人)	就醫次數 (萬次)	部分負擔金額均差額預估				合計部分負擔金額差額百分位數									
			藥品部分負擔		檢查驗	急診	合計	P10	P20	P30	P40	P50	P60	P70	P80	P90
			合計	慢箋	部分負擔	部分負擔										
01-糖尿病	225	6,342	1,054	996	830	1	1,885	375	710	1,000	1,250	1,540	1,890	2,330	2,875	3,750
02-高血壓	402	10,753	846	796	663	1	1,510	180	390	620	880	1,155	1,460	1,860	2,415	3,290
09-關節炎	212	6,390	664	606	711	6	1,381	80	225	420	660	945	1,285	1,710	2,305	3,265
19-高血脂症	327	8,784	886	839	746	2	1,635	285	540	790	1,040	1,300	1,610	2,000	2,540	3,370
47-精神病	257	7,496	634	569	586	6	1,227	30	130	310	510	780	1,100	1,505	2,080	3,030
82-過敏性鼻炎	221	5,560	341	299	417	6	764	10	30	75	155	300	475	770	1,250	2,180

6

高風險的特定群體部分負擔金額分布



高風險的特定群體就醫影響情形

身心障礙者部分負擔調整金額中位數推估近1千元

表、弱勢保險對象(110年12月底投保資料屬中央政策補助對象)門診就醫情形及部分負擔差額預估分布

中央政府政策補助對象(類別)	就醫人數	就醫次數	部分負擔金額的差額推估				合計部分負擔金額差額百分位數									
			藥品部分負擔		檢查驗	急診	合計	P10	P20	P30	P40	P50	P60	P70	P80	P90
			合計	覆費												
(一)中低收入戶70歲以上國民	11	319	824	767	602	3	1,428	35	225	470	760	1,070	1,395	1,810	2,390	3,228
(二)重症極重度身心障礙者	33	1,021	769	688	620	1	1,391	-	100	310	590	920	1,300	1,765	2,410	3,444
(三)中度身心障礙者	37	1,000	802	729	580	8	1,390	-	70	275	550	910	1,310	1,800	2,440	3,444
(四)輕度身心障礙者	46	1,207	758	693	630	7	1,395	-	70	270	540	900	1,320	1,810	2,460	3,484
(五)失業勞工及其家屬	5	79	177	157	258	5	440	-	-	-	25	80	190	370	670	1,384
(六)失業勞工及其家屬(職訓津貼)	0.2	3.9	175	153	265	4	444	-	-	-	35	93	200	370	660	1,364
(七)第5類第2目(未滿20歲及年滿55歲以上原住民)	25	460	248	222	282	5	535	-	-	-	30	95	230	435	860	1,704
(八)第2、3類及第6類第2目(投訴醫療鄉原住民)	0.4	4.6	71	63	139	5	215	-	-	-	-	10	45	120	300	634
(九)中低收入戶55歲以上原住民	0.1	2.4	439	393	478	4	921	-	20	115	275	483	740	1,100	1,620	2,474
(十)中低收入戶未滿18歲兒童及少年	10	145	24	15	83	9	116	-	-	-	-	-	25	60	150	374
(十一)衛生補助	1	5	15	9	79	7	101	-	-	-	-	-	10	35	110	314
(十二)衛生補助-海身班	0.03	0.15	11	7	64	17	91	-	-	-	-	-	-	25	100	324
(十三)弱勢兒童及少年	1	7	32	21	88	15	135	-	-	-	-	-	25	70	210	424
(十四)政府前經濟弱勢之新住民	0.2	2.3	73	59	206	8	288	-	-	-	-	23	65	145	260	430
(十五)中低收入戶	30	452	132	112	192	10	334	-	-	-	10	40	100	235	450	1,014
(十六)離島地區65歲以上老人	5	145	367	343	373	0	740	-	-	-	80	210	420	800	1,340	2,214
所有補助對象合計	184	4,416	574	520	481	6	1,061	-	-	70	220	460	830	1,300	1,950	2,964



以上報告，敬請指教