

衛生福利部全民健康保險會
第5屆111年第10次委員會議事錄

中華民國111年10月28日

衛生福利部全民健康保險會第5屆111年第10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10月28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(中華民國護理師護士公會全國聯合會健保小組劉副召集人淑芬代理)、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、張委員鈺民、許委員騏洪、陳委員石池、陳委員有慶、陳委員彥廷、黃委員金舜、黃委員振國、楊委員芸蘋、董委員正宗、趙委員曉芳、劉委員國隆、劉委員淑瓊、滕委員西華、鄭委員素華、盧委員瑞芬、謝委員佳宜、顏委員鴻順(中華民國醫師公會全國聯合會黃常務理事啓嘉代理)

請假委員：卓委員俊雄、陳委員秀熙、劉委員守仁

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21~22頁)

貳、議程確認：(詳附錄第22~23頁)

決定：

一、議程確認。

二、黃委員振國及顏委員鴻順所提「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點實際核發情形案」(附件一)不列入議程，併同朱委員益宏詢問事項(附件二)，轉請衛生福利部處理。

參、確認上次(第9次)委員會議紀錄：(詳附錄第23~24頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第25~39頁)

決定：

一、上次(第9次)及歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤共2項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共2項，同意繼續追蹤。

(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1項，同意解除追蹤。

二、本年第12次委員會議改為12月23日下午1時30分召開，並於晚上6時30分與部長進行業務座談及餐敘，敬請委員預留時間與會。

三、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第40~60頁)

報告單位：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結果之整體成長率及部分協定事項確認案，請鑒察。

決定：

一、確認112年度總額協商結果之整體成長率，如下表：

112年度醫療費用	達成共識			未獲共識兩案併陳				年度總額	
	牙醫門診	中醫門診	其他預算	醫院		西醫基層		付費者方案	醫界方案
				付費者方案	醫界方案	付費者方案	醫界 ^{註2} 方案		
金額(億元)	508.00	309.80	157.79	5,774.09	5,844.53	1,573.88	1,617.04	約 8,323.56	約 8,437.17
成長率(增減金額)	2.588%	4.344%	減少 8億元	3.269%	4.529%	1.800%	4.592%	2.821%	4.224%

註：1.計算成長率所採之基期費用，係依衛福部交議奉行政院核定之總額範圍，112年度總額之基期(採淨值)，係以111年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「110年未導入預算扣減」部分，故112年度總額基期淨值約8,095.2億元。

- 2.門診透析服務預算經協商未達共識，付費者方案成長率為3%，醫界方案成長率為4%。其中西醫基層醫界方案未依醫界之門診透析服務成長率計列，致無法計算其整體成長率(含透析)，惟為呈現年度整體總額成長率之需，仍以門診透析服務預算4%計算西醫基層成長率(含透析)，至後續報部決定時，將尊重並以西醫基層醫界方案內容提送。
- 3.年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

二、確認牙醫門診總額、中醫門診總額新增項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(如附件三)，將併入112年度總額協商結果，報請衛生福利部核(決)定。

陸、討論事項(詳附錄第61~110頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：112年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、112年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

- (一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。
- (二)分配方式：

經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第10條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議分配方式，報請主管機關決定。

1.付費者代表委員建議：

- (1)自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度388.7百萬元)移撥6億元，作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展。
- (2)扣除上開移撥費用後，用於計算地區預算所採之

門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

①門診服務(不含門診透析服務)：

預算 52%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，48%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

②住院服務：

預算 46%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，54%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

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

2.醫院代表委員建議：

(1)自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 388.7 百萬元)移撥 2 億元，作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展。

(2)扣除上開移撥費用後，用於計算地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

①門診服務(不含門診透析服務)：

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

②住院服務：

預算 45%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，55%依醫院總額支付制度開辦前一

年各地區實際發生醫療費用比率分配。

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

二、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，於111年12月底前送本會同意後執行。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。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：112年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、112年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務項目之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 1.052 億元)移撥 6 億元，作為風險調整移撥款，用於保障東區浮動點值每點 1 元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)，以及撥補點值落後地區。

2.扣除上開移撥費用後之預算分配方式：

經西醫基層代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條

規定，分別就付費者代表及西醫基層代表之委員建議分配方式，報請主管機關決定。

(1)付費者代表委員建議：預算 69%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，31%依西醫基層總額支付制度開辦前一年(89年)各地區實際發生醫療費用比率分配。

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

二、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，於111年12月底前送本會同意後執行。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。

第三案

提案單位：本會第三組

案由：112年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、112年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保

證保留款額度 22.8 百萬元)2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。

2.五分區(不含東區)依下列參數占率分配：

(1)各分區實際收入預算占率：66%。

(2)各分區戶籍人口數占率：14%。

(3)各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：10%。

(4)各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：4%。

(5)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

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

3.本年度不列風險調整移撥款。

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

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，於111年12月底前送本會同意後執行。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。

第四案

提案單位：中央健康保險署

案由：有關111年度牙醫門診總額「高風險疾病口腔照護」項目之當年度未執行額度扣減計算方式案，提請討論。

決議：本項未執行額度計算方式為111年「高風險疾病口腔照護」項目預算(4.05億元)，扣除「預算執行額度」所得，其中「預算執行額度」依照委員決議採中央健康保險署計算方式(註)，請該署依決議方式辦理後續預算扣減

事宜。

註：「預算執行額度」計算方式：以111年申報「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」之費用，扣除111年申報91090C者曾於108年至110年任一年執行原相關服務之基期費用。

柒、報告事項(詳附錄第111~118頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：111年度各部門總額協定事項預算扣減項目之處理規劃，請鑒察。

決定：

- 一、同意中央健康保險署所報111年度各部門總額預算扣減方式之規劃，請遵照辦理後續預算扣減事宜，並於112年2月將執行結果提報本會，供協商113年度總額之用。
- 二、另尚有3項未提報效益評估方式之項目，請中央健康保險署最遲於111年12月份委員會議將具體規劃結果，提報本會。
- 三、餘洽悉。

第二案

報告單位：中央健康保險署、本會第二組

案由：110年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員如有書面意見，請於下週三(11月2日)前以書面或口述方式提出，將請報告單位回復說明或參採研修後，由本會同仁彙製110年全民健康保險監理指標之監測結果報告。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「111年9月份全民健康保險業務執行

報告」，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員如有書面意見，請於下週三(11月2日)前以書面或口述方式提出，將請中央健康保險署回復說明。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午13時55分。

全民健康保險會提案單

提案日期：111年10月7日

提案者	黃振國委員、顏鴻順委員
委員代表類別	醫療服務提供者
提案屬性 (請勾選)	<input checked="" type="checkbox"/> 一般提案 <input type="checkbox"/> 臨時提案 <input type="checkbox"/> 修正案 <input type="checkbox"/> 復議案
案由	為了解及評估健保投入資源之合理性與必要性，請衛生福利部提供「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點」實際核發情形。
說明	<p>一、在112年總額協商會議、各次會議的溝通過程中，多位委員表示疫情期間，衛生福利部「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點」，已核發相關補助獎勵津貼，對於醫界爭取相關成長率項目，表示健保不用額外編列預算。</p> <p>二、111年9月21日112年總額協商會議資料健保署說明(236頁)，前揭獎勵要點針對「符合獎勵資格之醫護人員發給每日(班)一萬元津貼」。經查核，係指「<u>重度級急救責任醫院</u>，執行收治疑似或確診病例之床位協調、跨院溝通及重症病人維生儀器調度相關事項之<u>專責協調人員</u>」。診所，僅109年2-4月核予每家1-13萬元獎勵金。</p> <p>三、參考中央健保署醫院、西醫基層總額研商議事會議資料指出，110年醫院醫師數約34,000人，基層診所醫師數約16,000人，及護理師護士全聯會「110年護理人力監測指標」數據，醫院執業約有122,100人，診所執業約有27,400人。</p> <p>四、為免造成各界誤解，請衛生福利部提供醫院及基層發放家數、人數及金額之細項數據，以釐清實際獎勵核發情形及平均每位醫護人員究竟得到多少獎勵補助。</p>

擬 辦	依說明四辦理。
內容與本會任務符合情況 (請勾選)	<p>全民健康保險會法定任務：</p> <p><input type="checkbox"/>保險費率之審議事項(第 5、24 條)。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配事項(第 5、61 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>保險給付範圍之審議事項(第 5、26、51 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>保險政策、法規之研究及諮詢事項(第 5 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>其他有關保險業務之監理事項(第 5 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>其他全民健康保險法所定由本會辦理事項(第 45、72、73、74 條)。</p> <p>註：()內為健保法條次。</p>
連署或附議人 (臨時提案、復議案填入)	

【朱委員益宏詢問事項】

嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心指定應變/隔離醫院醫療費用差額計算擬由醫院總額支應案

111.10.28

- 一、依「全民健康保險法」第 52 條之規定，經行政院認定並由各級政府專款補助之重大疫情不適用本保險，再據「傳染病防治法」第 14 條規定簡言中央主管機關得建立傳染病防治醫療網並指定醫療機構設傳染病隔離病房，中央主管機關得酌予補助；另「傳染病防治醫療網作業辦法」第 13 條亦指出隔離醫院依規定啟動收治，中央主管機關得補助其與前一年未被啟動年同期全民健康保險總醫療費用之差額。
- 二、參據 110 年 8 月 19 日 110 年醫院總額臺北分區共管會議第 2 次臨時會議紀錄所提：
 - (一)、依據中央流行疫情指揮中心 110 年 6 月 21 日肺中指字第 1103800275 號函及疾病管制署 110 年 8 月 9 日疾管新字第 1100066746 號函，三總松山於 110 年 5 月 26 日被啟動為隔離醫院，停止門、急診醫療業務及清空住院部門，依傳染病防治醫療網作業辦法規定得向主管機關申請補助，補助期間已啟動當月起至啟動解除當月後三個月為止。另依前開疾病管制署 110 年 8 月 9 日函，相關補助款由疾病管制署支應並請健保署先行代付。
 - (二)、上開有受補助之醫院、補助金額、代墊方式及歸墊時程等俟與疾病管制署確認，如於本季(110Q2)結算前歸墊返還，將納入上開第三階段剩餘款再分配，如未及返還則於次季分配。
 - (三)、另依與會代表要求，將俟前開費用歸墊事宜確認後，提供醫療服務審查執行會台北分會參辦。
- 三、衛生福利部於 110 年 9 月 17 日召開「傳染病指定隔離醫院補償疑義討論會議」，討論關於「徵用為隔離醫院，並停止門、急診醫療業務及清空住院部門之補助費用」案，決議如下：
 - (一)、補助醫院為 23 家網區/縣市應變醫院，補助期間三軍總醫院松山分院、新北市聯合醫院三重院區及台北市立聯合醫院和平婦幼院區等 3 家為 110 年 5 至 11 月(啟動月份為 5 至 8 月，解除啟動後為 9 至 11

月)；餘 20 家醫院為 110 年 5 至 10 月(啟動月份為 5 至 7 月，解除啟動後為 8 至 10 月)。

(二)、前項補助期間與方式，110 年第 2 季及第 3 季依據健保署醫院總額結算方式，以各院 108 年第 2 季及 109 年第 3 季為基期，由健保署核付醫院總額一般服務收入之 9 成，該二季各院其餘不足之收入，含醫院總額一般服務收入之差額、專款、中醫、牙醫、透析、其他部門及代辦(不含 COVID-19 相關費用)等之差額，由疾病管制署支應。

(三)、第一項所述補助期間屬 110 年第 4 季者(三軍總醫院松山分院、新北市聯合醫院三重院區及台北市聯合醫院和平婦幼院區為 110 年 10 至 11 月；餘 20 家網區應變醫院為 110 年 10 月)，若低於未啟動年同期，差額由疾病管制署支應；實際申報如以高於未啟動年同期則不予補助。

(四)、疾病管制署應逐月辦理補助作業，各院每月應補助費用由健保署提供疾病管制署後，再由健保署代撥予各院。

四、惟衛生福利部疾病管制署 111 年 3 月 14 日疾管新字第 1110034790 號函表示該等醫院第 1-3 階段應屬健保醫療費用收入之範圍，爰第 1-3 階全額應均由健保總額支應(即疾病管制署僅補助中、牙、透析、專款、代辦、其他部門收入與基期之差額，無歸墊款)，另由疾病管制署特別預算支付 108 年總收入與 110 年總收入(含第 1 階段及第 2-3 階段)之差額 1.2 億元，請健保署扣除預估/留 110 年第 2 季至第 4 季支付補助 23 家醫院醫療費用差額所需費用後之賸餘款匯還疾病管制署。

五、前項公文擬視同健保特約醫院之計算原則，意涵該類醫院收入虧損之補償悉數由醫院總額支應，實違「全民健康保險法」第 52 條之規定亦與 110 年 9 月 17 日傳染病指定隔離醫院補償疑義討論會議決議不合。

六、依醫院臨床實務奉疫情指揮中心亦或各縣市衛生局徵用為專責應變/隔離醫院之院所，其醫療業務旋即停止全部或部分健保業務直至解除徵用為止，意即無任何健保收入，爰其營運收入之損失理應遵相關法令規範悉數由防疫特別預算支應為正途，惟基於國家特別預算資源有限及據傳染病防治醫療網作業辦法第 13 條規定，勉以健保總額支應未達疫前同年同期之 9 成，餘項未達同期收入之部分由特別預算補足。

七、今，疾病管制署擬上開醫院之各項營運損失主張視同一般健保醫療費用支

出悉數由健保總額支應，反對歸墊應支付之款項(含當期醫院總額一般服務第 1 階 1 成+2, 3 階等與基期之差額)計 2.09 億元，將造成醫院部門地區總額須重新配置，勢對因疫情影響之重災區醫院形成二次傷害，亦違反行政程序之信賴保護原則。

八、綜上，建請疾病管制署及中央健康保險署，惠就上開第二點醫院總額台北區共管會議決議，提供就轉列專責醫院(三軍總醫院松山分院、新北市聯合醫院三重院區及台北市聯合醫院和平婦幼院區及 20 家網區應變醫院)健保署應支付健保補助款及疾病管制署應用特別預算支應情形及實際核付結果。

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

部門	新增項目	「執行目標」及「預期效益之評估指標」
牙醫門診總額	一般服務 特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆	1.執行目標：112 年度特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆執行次數全年以 10 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。 2.預期效益之評估指標：18 歲以上執行「特定牙周保存治療-顆數一至三顆」者，追蹤其治療後 1 年之平均拔牙顆數低於其最近 3 年年平均拔牙顆數。
	專款項目 超音波根管沖洗計畫	1.執行目標：112 年度超音波根管沖洗執行件數全年以 144.8 萬件為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。 2.預期效益之評估指標：使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率，比未使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率低。 【評估指標之定義： (1)使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率。 分母：年度執行超音波根管沖洗的牙齒數。 分子：分母之牙齒根管充填申報結束日起兩年內申報 90015C 之牙齒數(牙位歸戶)。 公式：分子/分母*100%。 (2)未使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率。 分母：年度未執行超音波根管沖洗的根管治療牙齒數(指 90001C、90002C、90003C、90019C、90020C、90016C、90018C) 分子：分母之牙齒根管充填申報結束日起兩年內申報 90015C 之牙齒數(牙位歸戶)。 公式：分子/分母*100%。】
	齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫	1.執行目標：112 年度齲齒經驗之高風險患者氟化物治療執行人次全年以 200 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。 2.預期效益之評估指標：1 年後(113 年起)齲齒經驗之高風險患者平均齲齒填補顆數增加率減緩。

部門	新增項目		「執行目標」及「預期效益之評估指標」
			<p>【評估指標之定義：</p> <p>(1)年度高風險患者的平均牙齒填補顆數(牙位歸戶)。</p> <p>分子：當年度高風險患者之填補顆數(牙位歸戶)。</p> <p>分母：當年度高風險患者之就醫人數。</p> <p>公式：分子/分母。</p> <p>(2)每年之平均牙齒填補增加率。</p> <p>分子：(當年度高風險患者的平均牙齒填補顆數)－(前一年度高風險患者的平均牙齒填補顆數)。</p> <p>分母：前一年度高風險患者的平均牙齒填補顆數。</p> <p>公式：分子/分母*100%。】</p>
中醫門診總額	一般服務	提升中醫小兒傷科照護品質	<p>1.執行目標：112 年度中醫小兒傷科照護執行人次全年以 12,425 人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。</p> <p>2.預期效益之評估指標：申報六歲以下中醫小兒傷科同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前五年平均下降 1%。</p> <p>(註：請健保署於年度評核報告，一併提供「申報六歲以下中醫小兒傷科同一病人同一診斷碼同月『整體』看診人次」前 5 年平均及當年資料。)</p>
		多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度	<p>1.執行目標：112 年度中醫整合醫療照護服務人次全年以 681 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。</p> <p>2.預期效益之評估指標：申報中醫整合醫療照護費之慢性疾病或重大疾病同一病人同一診斷碼同季跨院所看診人次較前五年平均下降 1%。</p> <p>(註：請健保署於年度評核報告，一併提供「申報中醫整合醫療照護費之慢性疾病或重大疾病同一病人同一診斷碼同季『整體』看診人次」前 5 年平均及當年資料。)</p>

部門	新增項目	「執行目標」及「預期效益之評估指標」
	針傷合併治療 合理給付	<p>1.執行目標：112 年度中醫針傷合併治療之總案件數全年以 130 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。</p> <p>2.預期效益之評估指標：申報中醫針傷合併治療同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前五年平均下降 1%。</p> <p>(註：請健保署於年度評核報告，一併提供「申報中醫針傷合併治療同一病人同一診斷碼同月『整體』看診人次」前 5 年平均及當年資料。)</p>
	增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69)	<p>1.執行目標：112 年度診斷為 I69 之腦中風病患納入「特定疾病門診加強照護」收案總人數全年以 1,347 人為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。</p> <p>2.預期效益之評估指標：本收案對象診斷為 I69 腦中風病患之巴氏量表評估，後測平均分數優於前測平均分數。</p>
專款項目	<p>西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫</p> <p>1.腦血管疾病(112 年新增腦血管後遺症(診斷碼 I69))</p> <p>2.顱腦損傷</p> <p>3.脊髓損傷</p> <p>4.呼吸困難相關疾病</p> <p>5.術後疼痛(112 年新增項目)</p>	<p>1.執行目標：112 年度符合術後疼痛適應症之服務人次全年以 15,000 人次為基準，並以 112 年修訂計畫後之實施時程等比率換算目標值。</p> <p>2.預期效益之評估指標：本計畫符合術後疼痛適應症案件，須達以下效益評估指標：</p> <p>(1)歐氏失能量表(Oswestry Disability Index, ODI) 評估，後測平均分數優於前測平均分數。</p> <p>(2)簡易麥克吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)評估，後測平均分數優於前測平均分數。</p>

第5屆111年第10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9次)委員會議紀錄」與
會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

報告周主任委員麗芳、各位委員，現在時間已經達法定開會時間，委員出席人數也已過半，可以開始開會，恭請主席致詞。

周主任委員麗芳

- 一、各位委員、商司長東福、蔡副署長淑鈴，以及各位健保會、健保署夥伴，大家早安！大家好！距離年底越來越接近，這一屆委員連同今天，還有3次委員會議須行使委員的權責，這段時間，本會在10月14日已經召開明年度健保費率審議前意見諮詢會議，總共邀請7位學者專家諮詢意見，本會李委員永振並擔任諮詢委員分享很多寶貴的意見，健保會其他委員亦提供非常多的高見。
- 二、向各位委員說明，陳前部長時中卸任之後，由薛部長瑞元接任，薛部長非常關心健保會的運作，也很感謝健保會委員，所以原訂在12月23日上午9時30分的委員會議，調整至下午1時30分開始，因開完會後部長希望與各位委員進行全民健保的業務座談，請各位委員保留時間。
- 三、其次，在這段期間中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)的柯理事長富揚榮退，他擔任6年秘書長、3年理事長，總共9年的時間可以說與健保會業務非常密切，也是功在健保，特別是柯理事長任上，包括在新冠肺炎期間，清冠一號可以說發揮很大的即時救援作用，以及中醫藥發展法、中醫藥振興計畫都是在柯理事長任上通過，非常感謝他的貢獻。同時要介紹新接任的委員詹理事長永兆，歡迎你(全體委員鼓掌)。大家對詹理事長並不陌生，他曾任中全會中醫門診總額支付委員會執行長，也是中醫巡迴醫療服務計畫的召集人，可以說長期參與健保中醫業務。尤其永兆這名字有兩個意義，一個意義是中全會說，現在衝衝衝還不夠，還要用跑的(台語)，永兆上任之後還要超越

柯理事長富揚，在巨人的肩膀上要跑得更快。第二層意義，就是現在健保預算已經到了 8 千多億元，他的名字很有前瞻性，從億進步到兆，已經預見到這樣的趨勢。等一下再請詹理事長做上任的致詞。

- 四、再來，要感謝藥師公會全國聯合會黃理事長金舜，可以看到他在各個媒體，不斷發表對健保的建言，包括最近提出推動電子處方箋可提升醫療的可近性，以及對藥品供應鏈、製藥產業創新研發等也提出多項建議。黃理事長金舜不但是健保會委員，也擔任總統府國策顧問，在其所擔任的角色，可以說扮演得可圈可點，再次感謝他對健保的用心(委員鼓掌)。
- 五、今天桌上有兩本健保新書，雖然李署長伯璋請假，但他仍特地將健保署的成果帶來與各位委員分享，其中一本是「Digital Health Care in Taiwan : Innovations of National Health Insurance (台灣的數位醫療)」，另一本是「走向雲端 病醫雙贏-健保改革日記 2.0」，今天他因另有會議向健保會請假，請蔡副署長淑鈴代理，現在會議開始進行。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉

- 一、主席，各位委員大家早安！其實剛才主席已經把我要講的一大半都講完了。首先依照本會會議規範規定，健保署署長為法定列席人員，健保署在 10 月 26 日函知李署長伯璋因為出席「2022 台灣醫院資訊主管會議」不克列席，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請參閱。本次議程安排有優先報告事項 1 案，為 112 年度總額成長率及部分協定事項確認案，討論事項有 4 案，第一案到第三案分別是 112 年度醫院、西醫基層、中醫門診總額之地區預算分配案，第四案是健保署提案，是有關 111 年牙醫門診總額扣減計算方式。報告事項有 3 案，以上除討論事項第四案跟報告事項第一案之外，其餘都是按照年度工作計畫排定。

二、另外有一個是黃委員振國、顏委員鴻順提案有關「為了解及評估健保投入資源之合理性與必要性，請衛生福利部提供執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防制發給補助津貼及獎勵要點實際核發情形」，同仁做了處理說明，請委員翻到下一頁。這個提案內容委員勾選是屬於保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配事項，但我們審視提案內容，案由所稱的補助津貼及獎勵核發事項，涉及嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例及其相關規定，專款專用在該項法定傳染病的特別公務預算，是屬疾病管制署(下稱疾管署)權責，不屬我們全民健保總額協定事項，亦即非本會職掌，建議不納入議程。另外在本年總額協商時，其實已經有委員關心關於政府因應 COVID-19(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)疫情編列的特別預算，用於醫療院所防疫獎勵、營運損失補助及疫情防治人員津貼之情形，健保署已經提供相關資料在案，在協商參考資料第 33~34 頁，資料註明相關支用情形都公布在行政院主計總處及衛生福利部網站上可以參考，已經有所處理，所以建議不列入議程。

三、最後有 2 項提醒，本會議室兩點半以後另有單位要使用，本會議需要準時在兩點結束，請各位委員協助配合；還有一點是委員指派代理人，以當次委員會議不克參加才需要指派代理人，如果委員已經親自出席但臨時要提早離開，就不需要再另外指派代理人，因為會議紀錄已載明委員有出席，以上報告。

周主任委員麗芳

委員對議程安排有沒有不同意見？若沒有不同意見，議程確認。今天的議程比較多一點，討論事項有 4 案、報告事項有 3 案，時間上需要掌控好。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳

請問針對會議紀錄確認，委員有沒有要詢問的地方？如果沒有的話，會議紀錄確認。請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

先請中全會詹理事長永兆跟大家致意，謝謝。

詹代理委員永兆(柯委員富揚代理人)

主席、各位長官，大家早安。本人初上任，是健保會的新兵，請各位多多指教。非常感謝大家對柯理事長富揚的關愛與支持，希望未來的3年，也請各位委員繼續給我們關愛與支持，謝謝大家。

周主任委員麗芳

謝謝詹理事長永兆，接下來請周執行秘書淑婉報告。

周執行秘書淑婉

主席、各位委員，接下來是本會重要業務報告：

一、項次一，本會依上次(第9次)及歷次委員會議決議(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4項，依辦理情形，建議解除追蹤2項，繼續追蹤2項，請委員參閱會議資料第96~97頁，擬解除追蹤第1項是請健保署與112年度總額達成共識的中醫門診部門及牙醫門診部門，針對部分項目的執行目標及預期效益指標共同討論研修後，提報本委員會確認，本案已安排於本次會議的優先報告事項，建議解除追蹤。第2項是委員對於健保署8月份業務報告所提意見，健保署的回覆說明，請委員參閱會議資料第99~100頁。

(二)另上次委員會議個別委員關切事項，健保署回復資料如附錄一，內容主要是李委員永振關心平均眷口數計算方式及政府應負擔健保保費36%法定下限，健保署已回覆，請委員參閱會議資料第249~250頁。

(三)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1項，請委員參閱會議資料第98頁，擬解除追蹤的是醫院總額部門110年第3季比照第2季結算方式，應

符合健保法的適法性及公平性，因為審計部已審定 110 年度健保基金附屬單位決算，建議解除追蹤。但以上各項解除追蹤事項，最後仍依委員會議議定結果辦理。

- 二、項次二，12 月份委員會議時間變更，原定在 12 月 23 日上午 9 時 30 分召開，改成同一天 13 時 30 分召開，委員會議結束後，本會安排部長與各位委員以餐敘的方式進行業務座談，地點預定在南港展覽館中信園區的附近，坐捷運或高鐵都方便，請委員預留時間與會。
- 三、項次三，本會已於 10 月 14 日依健保法第 24 條規定召開「112 年度保險費率審議前專家諮詢會議」，一共邀請 7 位諮詢委員，就健保署提出 112 年度保險費率方案(草案)提出意見，本會委員列席也相當踴躍，一共有 13 位委員參加實體會議及 19 位委員以視訊方式進行意見交流，會議紀錄已於 10 月 20 日發文副知各位委員，並附上詳細發言實錄，委員也可參閱會議資料第 91~92 頁的會議討論重點及結論摘要，諮詢會議紀錄及意見摘要請委員參閱會議資料第 252~257 頁。
- 四、項次四，是有關 112 年度各部門總額一般服務地區預算分配之辦理情形，目前醫院協會、醫師公會全國聯合會(下稱醫全會)、中全會已提出各該部門總額之地區預算分配建議方案，並已列入本次會議討論事項第一~三案，另牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)10 月 3 日函復本會，因地區預算已達 100%依 R 值(各地區校正風險後保險對象人數占率)分配，但 10 月 26 日才要開會討論「移撥特定用途款」，本會也函復牙全會一定要在 11 月 2 日前提出，才能在 11 月份委員會議討論。
- 五、項次五，是本會 8 月份彙編的「111 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」，已持續更新到最新統計數據，為節能減碳，所以不再印製紙本，若委員或相關單位、團體有參考需要，請到本會網站下載使用，網址在會議資料第 93 頁。

六、項次六，是上次委員會議委員關切重要議題會訊主題，本次以 112 年度總額協商結果做為主題及內容，請委員參閱。

七、項次七，是衛福部及健保署在本年 9~10 月發布及副知本會的相關資訊，資料已在 10 月 14 日寄到各位委員的電子信箱，摘要如會議資料第 93~95 頁，以上。

周主任委員麗芳

感謝周執行秘書淑婉的說明，這邊要特別肯定醫全會，今年很快地將地區預算的分配建議案送到本會，很感謝黃委員振國跟顏委員鴻順 2 位委員的辛勞，針對重要業務報告，不知道委員有要詢問嗎？請朱委員益宏。

朱委員益宏

我對於醫全會黃委員振國、顏委員鴻順的提案，健保會同仁建議不納入議程討論有意見，因為我發現在去年疫情比較嚴重時，像我們台北分區就有發生過有幾家醫院被疾管署全院徵收，全責處理防疫事宜，完全沒有健保業務，但依照指揮中心的開會決議，醫院的部分九成由醫院醫療給付費用總額支付，其他的差額由疾管署專款支付，但是去年疾管署函文健保署表示所謂專款補差額，只有補不是健保總額給付的部分，包含牙醫、透析等所有總額全都由健保總額支付，我覺得不公平，原本應該由公務預算支應的部分，結果疾管署片面決定由健保總額支付。雖然他們的提案與我說的內容不同，但我覺得本於健保監理職責，應該要了解本來應該由特殊預算支應的部分，衛福部或疾管署是不是推給健保總額支付，以上。

周主任委員麗芳

李委員永振先發言，接著黃委員振國發言，請李委員永振。

李委員永振

一、主席，各位委員，大家早。我要先肯定健保會同仁，因為 10 月 14 日「112 年度保險費率審議前專家諮詢會議」會議紀錄整理得很用心，自己都整理不出來這麼完整，把諮詢委員的意見都

統籌在一起，希望健保署真的去參考，並在下個月的委員會議審議 112 年度保險費率時，把可以回應的意見回應一下。

- 二、請參閱會議資料第 98 頁，這項解除追蹤沒有問題，但是有牽涉到本會建議應該要符合適法性、公平性前提之下來辦理，我不曉得審計部已經審定 110 年度全民健康保險基金附屬單位決算，是不是代表這樣的結算方式是合法的？因為不合法為什麼會審定？另外我想到近 5 年本會對全民健康保險基金附屬單位決算也都不予備查，但同樣也都已經審定，我用官官相護講好像比較重一點，但事實上委員的意見都是狗吠火車，以健保會的立場，將來要怎麼進行，大家可以思考一下。
- 三、在會議資料第 250 頁，剛才周執行秘書淑婉有提到，雖然是我個人關心的問題，但是與下個(11)月委員會議的 112 年健保費率審議案應該有相當關係，所以在這裡還是要再提出來。本人是針對健保署說明不清楚的地方，才會請教健保署有關健保法第 76 條遵循情形，但這次說明和上次完全一樣，我找不出來到底哪裡不一樣，所以有回答等於沒有回答。
- 四、看到健保署的說明後，我就找了最近會議資料，希望能從健保署的做法可以得到一點解惑，但找了半天還是有很多地方要解釋東、西又不通，解釋南、北也是一樣情形，所以還是沒有辦法完全釋疑。後來發現，下個月費率審議的時候，健保署會提供一個歷年健保財務收支情形表，其中細項有政府負擔不足法定 36% 的差額、安全準備相關收入以及當年安全準備填補金額這 3 項資料。
- 五、在費率審議時，可否請健保署詳細說明這 3 項的計算過程，包括公式、實際帶入數字等，可以用 1 年的資料舉例就好，不一定要每 1 年都算，最重要是要把計算過程、以及根據說明裡面的法令遵循依據可以整併在一起，希望這已爭議 6、7 年的問題，能拿出實際的數字，讓委員可以清楚了解，這樣我們在考量接下去財務情況時，應該比較能瞭解、掌握。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、謝謝主任委員提醒我，請大家翻開議程確認補充說明，健保會針對我跟顏委員鴻順的提案，引用健保法第 5 及 61 條，有關保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配事項的規定，因為紓困的預算不是屬於健保範圍，所以認為無涉健保，建議不要列入議程，這觀念非常好，但請大家翻看次頁的提案單說明。
- 二、各位委員應該記憶猶新，曾經我們多次表達醫療院所在 COVID-19 期間，面臨成本增加、還有人員的各種工作壓力等等，希望健保會編列預算，但很多委員說這個費用應該由 CDC(Centers for Disease Control，疾病管制署)來 cover(支付)，而且 CDC 給得非常多，甚至有代表公部門的長官(也是我們的委員)講出醫療院所都有得到該有的獎勵跟紓困費用。那如果本提案與健保無涉，我希望以後類似的發言也能遵從此原則，就是 CDC 預算跟健保會討論無關，爾後請各位委員遵守，跟本會無關的議題與內容就不要再談了。
- 三、111 年沒有紓困獎勵的預算，為什麼沒有？因為今年將很多防疫基金用於居家照護，所以目前只能編列在明(112)年預算，若預算案通過才會審視補發、補助的可能性。所以懇請各位委員，以後引述各醫療院所疫情期間得到很多政府單位相關補助跟獎勵時，請正確引用，不要造成誤會，也造成我們與付費者溝通上很多的障礙，謝謝大家。

周主任委員麗芳

我這邊要再確認一下黃委員振國的意思，您與顏委員鴻順所提的這個案子，是否也可以接受不列入議程？

黃委員振國

主席，我的意思是如果這個原則確立，健保會是不是能以雖然分屬不同部門管轄，但健保署、社保司、健保會都用職責來釐清問題真

相，而不是模糊帶過說非屬權責，並請主席可能要跟某些委員拜託，在引用時可能要謹慎，因為這樣的內容跟實況不符，謝謝。

周主任委員麗芳

謝謝黃委員振國的提醒，請黃代理委員啓嘉。

黃代理委員啓嘉(顏委員鴻順代理人)

我最近跟開美容院的好朋友談到，發現醫療院所在紓困期間得到的紓困費用，竟不如美容院。但醫界卻是站在第一線照顧病患與承擔疫情染疫風險。現在疫情緩和，染疫後好像沒有造成很嚴重的傷害，就感覺醫療院所扮演的風險角色不是那麼重要，但在疫情剛開始時，如去年第一波、今年第二波站在第一線冒著染疫風險去照顧病人，還是我們醫事人員。在風險防疫補助的部份，給醫療院所的費用卻是不足的，才會提出此案讓委員了解。我同意黃委員振國所提的原則，跟健保會無關就一律不討論，未來如發生給予醫界較高的補助額度時，則不能要求健保會討論，不能因為遇到問題的利益方不同，立場就轉彎，這是黃委員振國意見。其實疫情慢慢緩和，醫界還是站在守護民眾健康的角色，堅守崗位繼續捍衛下去。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、主席、各位委員早安，對於黃委員振國、顏委員鴻順的提案，我在這裡要表達我的意見跟看法，醫界有醫全會、醫院協會等團體，你要了解對於你們醫界的紓困內容，基本上應該由醫全會跟醫院協會聯合發函給衛福部，請衛福部提供對醫界的詳細紓困內容，這跟我們中華民國全國工業總會(下稱工總)、各公會一樣，我們正式發函給經濟部，請他們明確告訴我們紓困內容，這是我的看法，你們應該用你們的醫療專業團體去要求政府提供所有的紓困內容項目，這點是很重要的。像我 10 月 5 日下午 4 點有兩個會議要參加，經濟部為討論因應明年調漲基本工資產業界的紓困內容，這邊衛福部長要見面，另一邊內政部要我

主持一個公會團體優良理監事的選拔會議，同樣的道理，你們醫界應該運用醫界團體的力量，要求政府提供你們詳細的紓困內容，這是第一個原則。

二、剛剛他們提到說以後我們委員都只能提健保會的範圍內，如牽涉到衛福部其他單位的內容都不能講，我認為黃委員振國所提的有點偏差，已經限制所有委員未來的發言權，如果站在監理的角度，我不講費用協定事項，我講監理事項，若健保會委員所關切的健保相關的監理事項，其執行面牽涉衛福部其他部門，我們還是可以發言。但如果依據黃委員振國剛剛提出來的意見，表示以後牽涉到衛福部其他單位的監理事項，我們都不能提案、發言，這樣已經限制我們發言，這是不妥當的建議，在此我提出不同的意見和看法。

三、實際上，這個提案寫得非常好，但如果是我的話，一定是透過工總請政府提供詳細地解釋，建議你們透過醫全會向政府提出要求。不是你們不能來健保會提案，如果是屬於健保監理事項的部分，可以提案。今天你們是醫療服務提供者，你們找政府去談。如果你們找付費者委員連署，我們付費者委員的立場又不一樣，我們就站在監理角度要提出我們對提案的意見。

周主任委員麗芳

等一下依序請劉委員國隆、胡委員峰賓，還有陳委員石池，朱委員益宏發言，先請劉委員國隆。

劉委員國隆

我相信醫界很辛苦，西醫基層診所也是很辛苦，您們表達的意見也非常重要，可是我還是支持何委員語剛剛講的議題和方向。您們要來申請防疫補助津貼，這個好像跟我們的健保費用收入和支出用途的關聯性有一點牽強。您剛剛有提到，包括美容院所的補助比大家還多，他們得到的補貼也是中央預算編列，並不是由健保總額預算去支出，我相信可能健保會能夠做的，就是印一印表揚狀，最多就是由付費者，感謝所有醫院、西醫基層、中醫、牙醫的辛苦，請您

們列出來，我們用真正的表揚狀來表揚 1 次，或許對大家在情感上，也能共度一下，至於防疫補助津貼的部分，要拜託您們向衛福部提出。

周主任委員麗芳

接下來請胡委員峰賓。

胡委員峰賓

謝謝主席，我想這個黃委員所提的案子是關於涉及到成長率的一個相關因子的一個議題，那就這個成長率的部分，是屬於我們全民健康保險醫療給付費用總額成長範圍，這當然是屬於我們全民健康保險法第 5 條本會的職掌範圍，本會的職掌範圍包括很廣，包括從保險政策、法規的研究諮詢都是，而且按照我們全民健康保險會組成及議事辦法的第 11 條，委員的提案只要跟健保會法定任務有關就可以提案，我們認為說幕僚從程序上剝奪委員的提案權啦，這是違反全民健康保險法，以及全民健康保險會組成及議事辦法，我認為本會不應該自行限縮委員的提案權，以上。

周主任委員麗芳

請陳委員石池發言。

陳委員石池

剛剛有關黃委員振國的提案，了解及評估健保投入資源合理性及必要性，這難道不是健保會委員的責任嗎？這有錯嗎？剛才說這個衛福部提供「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點」實際核發情形，不是我們的權責，這就很奇怪了。這個是和健保有關係的業務，衛福部有任何補助，健保會委員沒有權利知道嗎？就算不是我們的討論內容，健保會應該有義務行文給衛福部表達健保委員對這個業務非常關心，想要了解相關情形，難道我們沒有權利請衛福部提供資料給健保會委員知道嗎？我們可以不討論，但我很關心這件事，是否請健保會提書面表達委員非常關心這件事，請衛福部提供資料就可以了。

周主任委員麗芳

一、在朱委員益宏、黃委員振國第 2 次發言前，我先綜整一下，若有不同意見再發言。聽下來大家對於這個提案不在本會提案討論是有共識的，但大家也認為這個議題很重要，剛剛陳委員石池也提到，這案子不列入提案，但轉請衛福部提供相關資料，因為過往也有類似的情形，例如我們曾關心用藥安全、菸害防制等議題，我們也是轉送權責機關，所以這個提案，如果大家同意的話，是否就由健保會轉請衛福部提供相關資料給委員參考。

二、因為委員對與健保有相關連動性的議題都蠻關心的，如果委員可以接受的話，未來類似的議案也可以用這樣的方式來處理。

何委員語

我同意主席的裁定，這個案子不必列入討論，直接轉給...

黃委員振國

主席，我們反對。

朱委員益宏

請依照發言順序。

周主任委員麗芳

對於我剛的建議，如果 2 位委員還有意見再發言好嗎？(有委員表示有意見)請朱委員益宏。

朱委員益宏

一、我覺得這個提案，其實是監理的業務，因為我剛剛也跟各位報告，110 年 9 月份疾管署中央流行疫情指揮中心開會時有明確決議，110 年因為疫情期間，台北市及新北市總共有 4 家醫院整個被徵用，包括三軍總醫院松山分院、新北市聯合醫院三重院區、台北市聯合醫院和平院區、婦幼院區，門住診全部被徵用。在去年 9 月份疾管署開會時，就有決議這 4 家醫院只有一部份的金額是由健保補助，當然這一部分是比較多的，大概有 9 成，只有在醫院總額一般服務預算的 9 成是由健保補助，但在 111 年 3 月疾管署就單獨決定，9 成不是只有醫院總額一般

服務預算的 9 成，是醫院所有營運的全部費用都要由健保一般服務預算來補助，中間就差了 1.2 億元，這 1.2 億元本來應該由疾管署專款補助，但疾管署片面決定由健保總額支付，所以健保署台北業務組就多支付了 1.2 億元，本來這就是監理業務，這牽涉到對於防疫專款的應用和健保的部分，是不是有不當挪用的情形，為什麼疾管署可以片面決定中央流行疫情指揮中心的意思？

二、基於監理的目的，我們當然要了解政府對於特殊預算的使用，尤其健保會委員應特別關注，是否有本來是疾管署專款該給付的費用，但賴皮不給付，而由全民健保來給付，委員難道不關心這件事嗎？我個人做為健保會委員非常關心，所以這件事情當然要列入會議紀錄並做專案報告。

周主任委員麗芳

先請第 1 次發言的委員發言，干委員文男、侯委員俊良還沒有發言，請您們 2 位第 1 次發言完，其他委員再第 2 次發言。這個案子今天花的時間幾乎和正式成案的提案一樣多了，以前也有過這樣的情形，成案討論後，結論是一樣的，我們結論就是，本提案係屬疾管署權責，由本會送請衛福部疾管署提供資料，請委員不要再繼續討論了，為了要不要成案已討論很久，再討論下去，今天會議的重點將會沒時間可討論。我們先請 2 位第 1 次發言的委員發言。

干委員文男

顏委員鴻順、黃委員振國的提案，是跟醫療服務者得到多少獎勵補助有關係。當初提出只有在醫院總額一般服務的 9 成由健保補助，現在 CDC 改變了說詞。朱委員益宏以往講的話，我們看法都不一樣，但這次講得很中聽。希望我們健保會能支持這個提案，因為他們提出困難，健保會委員就互相支持，平時都在監督、要求他們，這次他們提出的困難，健保會委員不能不聞不問，不過這和健保會的業務無關，但轉到衛福部、疾管署，我們要以健保會的名義支持

他們，不要說他們是醫療服務提供者，我們是付費者就不管這些事情，我是希望能全體健保會委員支持他們，讓這個問題被重視。

周主任委員麗芳

非常感謝干委員文男同舟共濟。

侯委員俊良

因為剛剛主席已經講了，我部分支持主席意見，這個就列入提案，但是因為本身就是 1 個索取資料的提案，所以後續我覺得提案內容加上要如何研議、投入資源合理性、必要性和成長率扣在一起，取得資料後再進行報告案和分析，是不是這樣比較合適？

周主任委員麗芳

剛剛 2 位委員都已經說讓這個提案正式成案，但我們不再討論，酌修文字後，本案送請疾管署提供資料。至於事後是要報告或追蹤，待疾管署回復資料後再來決定。盧委員瑞芬也是第 1 次發言，請盧委員發言。

盧委員瑞芬

我想這個提案就是要取得一些 information(資訊)而已，我們就送請衛福部提供相關資訊，如果衛福部願意提供。我真的覺得健保會委員僅有一定的權責，但看起來這些資源分配應該是屬於行政院層級，疾管署不過是執行單位，請他們來報告也不能解決任何問題，這個應該到立法院或行政院諮詢，真的不在我們權責範圍內，健保會議案這麼多，我實在看不出在這裡提案的意義，看來這個只是要取得 information，為什麼要提案？我們可以將委員想取得的資料內容，呈請衛福部說明，因為這個提案就是要取得 information。我不了解這個提案成案後，要討論什麼？因為這個議題不是我們可以做決定的事情，這已經到行政院層級，我們可以講什麼？建議我們還是應該把精神放在我們能做決定的事情上。

周主任委員麗芳

黃委員振國和何委員語，不知道可不可以同意，剛也有幾位委員支持。

黃委員振國

其實會提案也是希望健保會本著一貫原則，我認為何委員語說的監理範圍，不管經費來自行政預算或健保資源，健保會委員都有權責了解，但為何我們要提案呢？就是因為防疫獎勵及紓困的實際撥補資訊不透明、不公開，導致談話中，很多委員誤用數據，造成彼此的紛擾。我認同前面幾位委員的說法，希望健保會不要雙標，不讓我們提案但又允許委員關切，希望用同一個標準，就剛剛的發言我認同主席某一些裁示，但若用這原則不立案就不對了。認同前面很多委員的發言，這是屬於健保會委員關切的事項，請健保會函請衛福部提供相關資料，讓所有委員能知道。

周主任委員麗芳

最後請何委員語發言。

何委員語

- 一、我認為黃委員振國的發言內容和提案的說明有很大的差距，請看您寫的案由，我很在意您寫的案由，案由為請衛福部提供「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點」實際核發情形。補助津貼及獎勵要點是我們健保會有能力去改變的嗎？這是很重要的一點。
- 二、第2點，說明中，沒有1條是寫到，將健保總額預算多少錢代替補助津貼及獎勵要點挪用給醫院，沒有這樣寫，您都沒有這樣寫。剛才朱委員益宏講的內容是您嘴巴自己講的，我們剛剛才聽到，您願不願意把它整理成書面資料讓我們知道，這個錢是原本應由補助津貼及獎勵要點給付醫院費用，卻拿我們健保總額的錢、偷我們健保總額的錢、搶我們健保總額的錢給醫院，要這樣寫我們才知道，提案的內容是挪用健保總額的錢，提案都沒有寫到挪用健保總額的錢，我們怎麼知道細節內容是什麼？為什麼要我們提案？如果是針對目前提案的案由來講，我有辦法改變補助津貼及獎勵要點的發放嗎？沒有，我們健保會委員沒有能力去改變。

三、我也支持主席最後的結論，我同意本案不列入討論事項，但我們同意就移請衛福部參考辦理，可是內容都沒有寫到挪用健保總額預算多少錢，都沒有寫這些，我站在我們的觀點立場真的是沒有權力干預到補助津貼及獎勵要點，我要很明確表達我們的立場，不是不支持這個提案，我也同意主席剛才的裁定，這個提案送請衛福部參考辦理。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

因為剛才已經討論很多，我大概就 1 句話，第 1 個，黃委員振國一直提到希望知道的資料，健保會同仁說明我們協商時，資料第 33、34 頁有提供，這個應該已經是滿足他要的！如果有不足部分，應該針對不足之處請健保署再補充。第 2 點是朱委員益宏提到，如果是有不當挪用到健保總額預算的部分，那是監理事項，要另外 1 案去討論不是在這裡討論，所以這個提案我是建議應該不能成案，只是代轉而已。

周主任委員麗芳

本案就送請衛福部提供資料，衛福部提供相關資料後，若大家仍覺得和健保相關，屆時再提案，今天就是由健保會送請衛福部提供資料。請朱委員益宏。

朱委員益宏

主席，如果這個案子請衛福部提供資料的話，我剛剛有特別點出來，在 110 年 4 家醫院整體包括健保給付狀況、預算支應的狀況，剛剛我已經具明，差值的部分，健保這邊多付 1.2 億元，這部分我覺得應該把資料拿出來，到底健保給付多少？跟我們當初同意健保在報告案通過的案子，醫院總額支應醫院一般服務的 9 成，到底中間有沒有差值？應該要請衛福部和健保署一併提供相關資料。

周主任委員麗芳

謝謝朱委員益宏，因為這個提案是黃委員振國和顏委員鴻順提出的，

若朱委員益宏也有其他請衛福部或健保署提供的資料，請您把相關的意見整理成比較具體的內容，是否和這個提案合併在一起？提案委員也可以增加。

周執行秘書淑婉

我建議朱委員益宏您的意見是不是就放進去健保署業務執行報告中，好不好？

朱委員益宏

健保署業務報告只有報告健保的支付，但是對疾管署補助的情形並不了解，牽涉到疾管署專款補助的部分，這不應該是健保署的業務報告。

周主任委員麗芳

一、我們不要再發散了，剛剛朱委員益宏的意見就合併 2 位委員意見，您們再補充一下內容，會後由健保會行文請衛福部提供資料，這樣好不好？

二、接下來進行優先報告事項。

周執行秘書淑婉

等一下，主席，重要業務報告的部分，還沒有作成決議。

周主任委員麗芳

針對本會重要業務報告，作成以下決議：

一、上次(第 9 次)及歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤共 2 項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共 2 項，同意繼續追蹤。

(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 1 項，同意解除追蹤。

二、本年第 12 次委員會議改為 12 月 23 日下午 1 時 30 分召開，並於晚上 6 時 30 分與部長進行業務座談及餐敘，敬請委員預留時間與會。

三、餘洽悉。接下來進行優先報告事項。

參、優先報告事項「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項確認案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請陳組長燕鈴報告。

陳組長燕鈴

一、向委員報告有關 112 年度健保總額部分，本會已經在 9 月完成協商，剛才也確認協商結論，為辦理後續報部事宜，尚需確認以下事項，請參閱會議資料第 101 頁。

(一)第 1 個部分，請確認 112 年度總額成長率，因為醫院及西醫基層 2 個部門沒有獲得共識，所以會兩案併陳。經總額計算公式分別估算，總額整體成長率，若採付費者方案，年度總額是 8,323.56 億元，較基期成長率為 2.821%；採用醫界方案則是 8,437.17 億元，較基期成長率 4.224%。

(二)第 2 個部分，有達成共識之牙醫、中醫門診總額，其新增協定項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，這個部分已請健保署會同這 2 個部門參考委員意見，共同討論研修，並提本次委員會議，本次委員會議確認後將併同協商結論報部核定。

二、有關牙醫、中醫門診總額部門，其新增協定項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，健保署已回復研修結果資料，請參閱黃色頁補充資料第 2 頁。

(一)請參閱補充資料第 2 頁，中醫門診總額的表格，其新增項目共 5 項，請參閱左邊「健保署和中全會共識研議結果」的欄位，右邊的欄位是針對其提出之研議結果，本會提出研析建議，研析意見是在中間的欄位，最右邊的欄位是本會對於執行目標及預期效益之評估指標，提出酌修建議。

(二)中醫門診總額部門的新增項目有 5 項，其「執行目標」都很類似，因健保署與中全會研議結果都是用當時總額協商之

預算推估方式，換算年度執行目標數，因為支付標準修訂時程不一樣，健保署也建議，依照實際實施的期程等比例換算目標值，本會認為這樣尚屬合理，所以這 5 項的執行目標都建議，尊重健保署和中全會研議的結果，僅酌修文字，請參閱最右欄的劃線處。

(三)新增項目「預期效益評估指標」的部分，前 3 項和後 2 項不太一樣：

- 1.前 3 項的預期效益評估指標，包括第 1 項「提升中醫小兒傷科照護品質」、第 2 項「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」，或第 3 項「針傷合併治療合理給付」，這 3 項都是屬於一般服務，預期效益評估指標都是用同一病人、同一診斷同月跨院所看診人數做為評估指標，並參考 9 月份本會委員意見調降目標值，由從下降 3%調整為下降 1%。對於評估指標，建議尊重健保署和中全會研議結果，沒有修正，請委員參考。因為考量這 3 項，要不是提升品質，不然就是增加中醫照顧密集度，理論上，若能達到跨院所看診人次下降的目標，整體看診人次應該也會部分下降。建議附帶決定，請健保署於年度評核報告能一併提供同樣的指標，只是非「跨院所」而是「整體」看診人次前 5 年平均及當年資料，這樣 2 個合起來較能進行完整成效評估，前 3 項的新增項目，建議都增加這樣的附帶決定，以提供評核委員參考。
- 2.請參閱補充資料第 5 頁，第 4 項「增加特定疾病門診加強照護」，適應症增加 1 個診斷碼「I69」，也就是腦中風後遺症的預期效益評估指標，中全會和健保署提出，運用國際常用評估日常生活的巴氏量表作為評估工具，尚屬合理，爰建議尊重其提出的預期效益之評估指標，僅酌修文字。
- 3.請參閱補充資料第 6 頁，第 5 項是專款項目「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，有 2 個修正，1 個一樣是

適應症擴增到腦中風後遺症(診斷碼 I69)，另外 1 個是術後疼痛照顧。預期效益指標則運用歐氏失能量表或簡易麥克吉爾疼痛問卷評估療效，尚屬合理，建議尊重其研議結果。

(四)請參閱補充資料第 7 頁，因為牙全會跟健保署沒有提出共識結果，這個表列出牙全會就新增 3 個項目的「執行目標」及「預期效益之評估指標」所提修正建議、健保署意見、本會研析、本會建議修正內容在最右邊的欄位畫線處。以下逐項說明：

1.一般服務的特定牙周保存治療新增全口齒數一至三顆：

(1)牙全會提出來的執行目標是 1~3 顆 10 萬人次，同時說明因為這 1 項跟特定牙周保存的 4~8 顆、9~15 顆以及牙周病支持治療這 3 項的支付有預算中平的目的，而且這 3 項經過健保署試算，在 111 年約不足 1 點多億點，所以牙全會提出這樣的執行目標；另健保署根據當時協商的預算推估方式，算出來執行人次是 15 萬人次，認為牙全會所提 10 萬人次只占原來預算推估的 67%。另跟中醫門診總額一樣，健保署建議執行目標依實施期程跟比例換算目標值。

(2)本會研析意見是健保署以當時協商的預算推估方式換算 15 萬人次沒有錯，但問題在今年協商時有個協定事項，也有說本項 1~3 顆的預算要與剛剛講的那 3 項預算整體統籌運用，考量到可能本項有部分預算要去補足那 3 項不足的費用，所以我們就建議以牙全會提出來的 10 萬人次為基準，但是也參考健保署的意見，依實施期程等比例換算目標值，建議文字在補充資料第 7 頁最右邊，請委員參考。

(3)有關牙周保存治療的評估指標，牙全會建議是 5 年後(117 年)國人無牙率減少，但這個指標要配合衛福部的國人口腔健康狀況調查的數值；健保署查閱衛福部 104~105 年

的調查，所謂無牙的定義就是沒有 1 顆自然牙，然後也查出 18 歲以上的無牙率是 1.4%，同時認為要請牙全會說明，在 117 年新調查結果完成前要如何評估本項目的預期效益，以上這是兩方的意見。

- (4)本會研析意見是建議參考健保署的意見，請牙全會提出 117 年以前有什麼可以評估效益的指標，不然本會也有建議 1 個新增的短期效益評估指標，主要考量健保申報資料可以運用，例如牙全會 110 年的重點項目也有若干跟這個類似的指標，我們建議可用拔牙顆數作為短期的指標，請委員參看最右邊欄位所提新增指標 1 就是「執行牙周保存相關治療，包括特定牙周保存跟牙周病治療的 18 歲以上患者，平均拔牙顆數小於最近 3 年全國平均值」，用這個指標就可以每年去評估，看看拔牙率是不是有減少。至於長期的指標的話，就是綜合牙全會跟健保署的意見，修訂在指標 2，就是說 5 年後(117 年)，18 歲以上國人無牙率低於 1.4%，這個 1.4%就是 104~105 年衛福部調查的數據，以上是我們建議的預期效益評估指標，請委員參考。

2.超音波根管沖洗治療專款項目，請參閱補充資料第 9 頁，這預算 1.448 億元。

- (1)牙全會提出來的目標是 101.36 萬件，健保署依預算推估方式算出來是 144.8 萬件，這部分我們就建議依照健保署的意見，只是酌修文字，就是以 144.8 萬件為基準，然後以 112 年修訂的期程等比例換算目標值，建議內容在最右邊欄位，請委員參考。
- (2)有關於本項的預期效益評估指標，請看補充資料第 10 頁，牙全會有提出，健保署對這部分沒有意見，只是建議定義再明確一點，我們也就參考健保署的意見，建議在評估指標的定義裡面，新增右邊下面畫線的地方明定未

執行超音波根管沖洗根管牙齒數的定義，這樣比較明確，以後未來要做計算的時候比較能夠明確。

3. 齲齒經驗的高風險患者氟化物治療專款項目，請參閱補充資料第 13 頁。

(1) 牙全會建議執行目標達到 140 萬人次，健保署依預算推估方式是 200 萬人次，我們也一樣是建議參採健保署的意見，用 200 萬人次為基準，然後依支付標準修訂時程等比例換算目標值。

(2) 牙全會提出的預期效益評估指標就是 3 年後(115 年)平均每個齲齒經驗的高風險患者的齲齒填補顆數增加率減緩，健保署對此意見是認為不需要等到 3 年後，112 年實施的那年就可以逐年觀察這個齲齒填補顆數的變化趨勢。

(3) 本會考量 112 年是氟化物治療的第 1 年，建議大概執行 1 年再開始監測，所以我們建議這個評估指標修為 1 年後，就是 113 年起齲齒經驗的高風險患者的填補顆數增加率減緩，我們的建議請委員參考。

三、因為今天必須要確認中醫門診總額跟牙醫門診總額新增項目的「執行目標」跟「預期效益評估指標」，健保會才能夠併同總額協商結果報部核定，所以等一下請委員確認。至於地區預算分配等各總額部門都完成後再另行報部。至於沒有共識的醫院總額跟西醫基層總額的執行目標跟預期效益指標，就請衛福部依照政策逕行核定。

周主任委員麗芳

一、謝謝陳組長燕鈴的說明，還有周執行秘書淑婉帶領健保會同仁，相當的認真。首先本案需要確認 2 個總額部門新增項目協定事項的執行目標及預期效益之評估指標，1 個是中醫門診總額，1 個是牙醫門診總額。

二、健保署及中全會已有研議結果，代表雙方是有共識的，在上次的委員會會議也是決議，由他們兩造雙方回去談，把結果報到會中，看起來 2 邊很有共識，非常感謝。健保會除了提文字修正外，看來沒有太多其他的修正，所以中全會與健保署有共識的部分，原則上是不是可以接受？接下來我們就逐個總額部門來看，聽聽看大家的意見。請滕委員西華。

滕委員西華

先講中醫門診對不對？

周主任委員麗芳

對！先從中醫門診開始。

滕委員西華

一、中醫門診新增項目的預期效益評估指標，用前 5 年的平均次數，同院所的就醫次數要下降 1%，但這 5 年剛好是 107 年之後，就是 COVID-19 期間就超過一半以上時間，我不太知道中醫這 5 年的平均次數是多少，如果這樣往前推的話大概是多少？這個就醫次數可信嗎？我的意思是這樣，中醫在這 5 年裡面剛好又經歷了 2 個重大的事件，1 個是台中研磨中藥重金屬超標的事件，影響整體平均的診次都下降。第 2 個是 COVID-19 的部分，前期下降，後來因為清冠一號又再爬升。我的意思是這個都是屬於異常的就診指標，我們用前 5 年平均下降 1%，這個區間有沒有特別的排除方法或者是納入的方法，如果沒有，如果中醫覺得這個次數或大家委員覺得這個前 5 年平均同一診斷人次沒有差別，我也是沒意見。

二、如果就中醫小兒傷科跟多重慢性病來看，小兒傷科的就診次數可能相對可靠，是因為原本在中醫就診的人數就少，因為受疫情影響比例應該也不大，但是多重慢性病可能受影響的比例就大，因為多重慢性病在西醫也一樣，他就診次數相對就少，拿了慢箋，那原本在中醫就診的慢性病人，也因為疫情期間拿藥天數不管是自費還是健保都變長，所以導致他的就診次數變得

比較不那麼平常化，所以這個可能是不是說明一下？那我還是那句話，如果你們都覺得沒有問題，我也覺得沒問題。

周主任委員麗芳

請胡委員峰賓。

胡委員峰賓

- 一、中醫門診總額這次新增的項目都很重要，也很值得支持，但是評估指標是為了要測量預期效益達成的程度所選定的指標，我看到腦中風這個項目是用巴氏量表來評估是否達到期望的效果，這是值得認同。但在提升中醫小兒傷科照護品質，這個項目的目標是要提升品質，不過指標所設定的卻是跨院所看診的人次是否下降。難道說只要減少跨院所看診就叫做提升品質嗎？如果是這樣可以成立的話，其實各部門的項目都用跨院所看診是否減少當作評估指標就可以了。
- 二、事實上，跨院所看診並不代表降低品質，不跨院所看診也不代表提升品質，有可能是病人家裡附近沒有其他家診所可以看診，所以他只好繼續看，處在醫療缺乏環境下他沒辦法跨院所看診，所以沒有辦法透過這樣的量化指標來評價是否有提升中醫小兒傷科照護品質，所以我認為這樣的指標，與提升品質的預期效益，二者沒有關聯性。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、針對柯理事長富揚任內提出的這些評估指標來，我曾建議他有些項目不應該提高到相當嚴格的標準，並要求相關數據，所以建議他跟健保署做良好的協商、溝通，以達到目標。現在中醫門診總額在針傷科以 130 萬人次為基準，腦中風這邊當然是收案的總人數是 1,347 人，既然跟健保署協議好，我就支持。
- 二、第 2 點，我想要利用中醫的特別報告裡面請教健保署，因為中醫現在是不分科，同天拿 2 種的藥就有 1 種要自費嗎？昨天晚

上我接到 1 位部長級退休的朋友來電詢問，他說你是健保會委員，我今天要去幫女兒拿 2 種中藥，1 個就是 COVID-19 確診用的中藥，另 1 種是她長期在做身體調養，所以要再拿內科的中藥，但在他去的路上，中醫師就打電話說，這 2 種藥有 1 種要自費。所以他就打電話問我說，原來女兒服用內科調理的中藥是免費，現在確診拿清冠一號，COVID-19 應該是特別疾病，也應該要免費才對啊，為什麼通知他要付其中 1 種藥的錢，我不知道健保署是否有中醫門診當天若拿 2 種藥，還是要再付另 1 種藥的錢的規定？COVID-19 確診領用清冠一號的藥也要自費嗎？我想了解，昨天晚上無法回答他，所以等今天開會弄清楚後才回答他，到底是什麼情形？

三、我覺得中醫因為沒有分科，若當天拿 2 種中藥，另 1 種就不給錢，這個也是很麻煩的事情，西醫當然有分科，我剛剛 10 點看胃病，12 點去看耳鼻喉科，兩邊都可以免付錢，現在中醫這個是很麻煩，請教健保署這個部分是不是不給錢？

周主任委員麗芳

等一下請蔡副署長淑鈴回答，請趙委員曉芳。

趙委員曉芳

一、我是要確認補充資料第 5 頁跟第 6 頁這個新增項目(四)、(五)都分別有提供評估指標，比方說是巴氏量表後測的平均分數要優於前測，一樣之後也有 ODI(Oswestry Disability Index，歐氏失能量表)或 SF-MPQ(Short Form McGill Pain Questionnaire，簡易麥克吉爾疼痛問卷)的這個後測分數。我想問是否需要界定前後測測量的時長？

二、因為在介入裡面，6 周、12 周、24 周前後測效果會有不同，所以可能需要依據專業的經驗，界定一個較好的前後測間距，會讓現場的醫師們比較容易去評量何時要做前後測。另外，我個人對操作的另一個疑問是，病患如果當年度多次去執行，比如說項目(四)診斷碼 I69 腦中風後遺症的案件，病人若重複的進

案跟出案，請問要用哪一次的前後測，這個是我在操作上面會覺得困惑的地方。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴先回應剛剛何委員語關心的問題。

蔡副署長淑鈴

何委員語所舉的例子，一個是 COVID-19 確診領用清冠一號，另一個可能是內科疾病的藥費。其實清冠一號是公務預算，所以應該是不受影響，如果是內科疾病的藥費，本來健保就可以給付。如果 1 個病人有 2 個內科問題要去中醫診所就醫，因為中醫本來就是整合醫療，健保給付的是每日藥費，所以並沒有依照不同診斷而有自費這種事，我想詹代理委員永兆在這邊，是不是也可以補充說明？

周主任委員麗芳

我們先不要發散到那邊，剛剛的回答就夠了。

詹代理委員永兆(柯委員富揚代理人)

一、一般來講，清冠確診以後可能都是上呼吸道的問題，基本上我們會集中在調理呼吸道，如果病患本身還有其他疾病需長期服用中藥的話，實務上有很多這種情形，病人可以分開拿，有時候我們會跟他講說不用急在同一天拿，改天再拿就好。中醫目前是滿尷尬的，就是 1 天只能蓋 1 次卡，所以其實可以過 2 天再拿，有時候針對慢性病我們會開長天期，比方說給了 14 天，像 COVID-19 是比較急性的，病人其實是可以來拿藥的，剛剛好重疊在同 1 天通常是因為病人想 1 次解決，所以就會卡在同 1 天。

二、其實像一些慢性病長天期是可以跨，比方說拿 1 個月或半個月以後，但期間若有像 COVID-19 這類急症的話，病人是可以隨時領用，所以只是不要集中在同 1 天，目前我們是這樣處理。有些病人會想 1 次拿齊，所以就可能出現這種問題。

周主任委員麗芳

這個問題我們釐清了。

何委員語

我補充一句話，我有問他今天能不能拿 COVID-19 的清冠一號，明天再拿內科的藥，他說醫師說要 5 天後，但 5 天後他內科的藥就已經沒有了，所以要一起拿，的確就是這個情形。

周主任委員麗芳

- 一、其實這是個案，剛剛滕委員西華跟胡委員峰賓所關心的問題，正好何委員語有幫忙做說明，上次討論的時候何委員特別有提到，柯理事長富揚卸任前，把指標拉很高而且設了雙指標，不但人次要降、比例也要降，因為是雙指標，所以何委員及前面幾位委員都有特別提到，不能把指標設的太嚴苛，要不然到時候可能達成不了，在上次的會議確實也討論到，會議資料這邊也有寫到參考 9 月份委員的意見回去做調整。
- 二、如果大家都沒有意見的話，中醫門診總額的部分是不是按照健保署跟中醫師公會全聯會研議結果，.....。

滕委員西華

還沒有回答我的問題.....。

周主任委員麗芳

滕委員剛剛提到預期效益之評估指標，採 5 年平均值可能需要考慮的影響因素.....。

滕委員西華

還有趙委員曉芳詢問巴氏量表前後測的時長？

周主任委員麗芳

請詹代理委員永兆。

詹代理委員永兆(柯委員富揚代理人)

- 一、我先補充一下，有關剛剛何委員語所詢，其實 CDC 的藥跟健保是可以分開的，所以你可以告知那位朋友，就是說其實隔天他是可以用健保的，我們有個品質指標「用藥重疊率」，可能因為他的醫師怕影響到的計算，其實是誤解了，因為一般 CDC 的

藥不會跟我們一般健保的藥重疊算，所以那個醫師可能誤解 2 者會重疊計算，造成品質指標不好。

- 二、剛剛滕委員西華講的，為什麼我們用 5 年平均？因為這 3 年疫情的關係，整個來講如果說只抓這幾年可能會不準，所以我們整個拉開來 5 年，這樣可能比較好，因為現在慢慢疫情整個緩解了，可能我們病人的利用率也慢慢會增加，所以用 5 年是比較能抓出平均值。
- 三、關於跨院所就醫，其實因為小孩子的傷科處理本來就是比較麻煩，我們希望提高給付，我們也宣導希望大家把小朋友能夠照顧好，小朋友如果說照顧好一點，他就會穩定地在 1 家院所好好的治療，會減少他這家沒治好又跑到別家去的機率，所以把跨院所就醫當做一個提升品質的指標。
- 四、剛剛診斷碼 I69 的問題，其實是因為腦中風後遺症原來沒辦法納入中風專案。早期有一個專案就是說，2 年內中風的人是可以加入中風專案，但當時沒有將診斷碼 I69 列入專案範疇，所以我們才新增這個項目，算是補漏列，包括住院也是一樣，因為病人進到專案時屬於比較急症，但是他在住院期間可能就被轉到復健科去，之後他的診斷碼就變成 I69，但實際上這種病人入院時是符合納入中風專案的收案條件，只是因為後來轉到復健科以後，診斷碼變成 I69 以後，反而不能列入專案，所以這是因為之前漏掉這塊，所以我們增加適應範圍，算是補漏列。

周主任委員麗芳

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

我覺得中全會很有誠意，而且跟健保署討論了很多，也有共識，其實內容都寫得蠻清楚的，加上健保會也很用心提出建議修正，建議大家尊重健保會的研析意見跟建議的修正，上面寫得很清楚，修正處都有畫線，這樣也看得更清楚，而且也比較好懂，應該照這個內容去執行就可以了。健保會做了很好的修正，讓大家都能夠了解，

我想中醫師也真的是一個全科的單位，範圍很廣而且做的事也很多，給付的錢也不是很多，我想大家就同意健保會的修正建議，健保會真的很用心，每個字、每個項目都寫得清清楚楚的，就照這個規定、照這個分析的意見去走好了，我的建議是這樣。

周主任委員麗芳

本案就依照健保署跟中全會的研議結果.....。

劉委員淑瓊

不是啦，主席，主席，不是喔！

周主任委員麗芳

還有意見？請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

剛剛楊委員芸蘋提到，雖然說健保署有跟中全會已討論過，但是健保會同仁也做了很好的建議，不管是在執行目標、預期效益的評估指標，或者是附帶決定都有建議修正，所以我們的建議是，按照健保會同仁的建議，尤其是附帶決定裡，要請健保署提供資料放到評核報告裡面，而這些數據有助於委員對於執行績效還有未來要怎麼調整，是非常關鍵與重要的參考依據，所以建議納進去。

周主任委員麗芳

因為剛才我的決議還沒全部講完，你們的意見就來了，本來我也就是要這樣講。因為同仁的建議其實都是文字調整，就是把 112 年拉到前面，人次稍微酌修一下，但骨幹還是健保署跟中全會的內容，所以健保會提出的文字修正部分，我們同意酌修。至於附帶決定，因為牽涉到評核，而本案需確認的是讓中全會與健保署後續可執行，故附帶決定的部分，我們就先註記下來，因為我們會在年度評核前要求各總額部門依照協定事項，一項一項列出應該提供什麼資料，依照補充資料文字在年度評核的時候需要提出相關資料，以上這些我們都參採，所以確認的內容就依健保署跟中全會的研議結果，但文字修正部分就依健保會所提建議。有關評核需要的資料，屆時再

請健保會提醒大家，我們原則都是尊重的，這樣好不好？請趙委員曉芳。

趙委員曉芳

感謝詹代理委員永兆的說明，我希望你們列出前後測測量間距這件事，其實是在幫你們，因為如果你時長拉很長，你們就不會有顯著的改變，所以我會建議，從你們專業的角度給出合理的間距，這會讓你們在這個指標上有較好的結果。

周主任委員麗芳

- 一、趙委員曉芳的意見也很好，就是實務執行的時候，請中全會跟健保署再討論如何執行是最能夠展現品質。
- 二、接下來我們進行牙醫門診總額的部分，看起來牙全會跟健保署沒有共識，先請陳委員彥廷說明你們的想法。因為目前你們與健保署尚未達共識，所以健保會也提出了修正意見，當然我們還是希望最後牙醫總額部門在執行時能夠很順暢，請陳委員彥廷。

陳委員彥廷

以下說明牙醫門診總額新增項目的執行目標及預期效益之評估指標：

一、特定牙周保存治療：

(一)謝謝健保會同意我們在執行目標提出的人次，請大家審酌 1 件事，就是每次新增項目的時候，其實都還需要經過所謂的行政作業的調整時間，牙醫門診總額部門包含醫院跟診所端，但醫院端常常會等到醫院總額相關公告完成，才會開始改版，所以有時候就會發現有些牙醫門診的新增項目，在醫院牙科那邊常常是到下半年以後才會改版，這是實務上會遇到的狀況。基本上行政作業上的調整，還是需要宣導時間，這就是為什麼我們會希望第 1 年目標人數不要設那麼高的原因。

(二)在執行人次部分，我們建議是 10 萬人次，按照實施時程等

比例換算。至於健保會建議的新增指標 1，就是用全國平均拔牙顆數與治療特定牙周保存患者比較，但其實此類患者跟一般民眾是不同的群體，一般民眾的平均拔牙顆數其實明顯就會比較低，這樣的比較其實沒有太大的意義。過去對於牙周病的治療，我們針對同樣病情下有做這個治療跟沒有做治療的進行比較，但並沒有特別去統計 1-3 顆的部分，不過有其他部分的資料是有的。所以短時間內，我們建議不予以採納新增指標 1。

(三)至於修正指標 2，我們國人無牙率調查其實是每 6 年調查 1 次，最近 1 次的調查是從 105 年到 111 年，而我們需要使用的數據是 116 年到 117 年才會執行，當然現在調查的結果可以當作 baseline data(基準資料)，可是如果要提前，就要看看口腔健康司是不是願意把調查期程縮短，我知道他們每年會做不同的年齡層，18 歲以上通常是第 4、5 年，還有 1 年會做特殊族群，這是以上我們的特定牙周保存部分。超音波根管沖洗計畫.....。

周主任委員麗芳

陳委員彥廷，我們是不是逐項確定提報內容。剛才同仁提到本案今天一定要確定，可能要以較有效率的方式進行，因為後面還有很多案子，且健保會也有提出新增指標，如果這樣子討論下去.....。

滕委員西華

牙醫不是已經報告完了？中醫不是以包裹方式進行嗎，為什麼現在要逐項討論？

周主任委員麗芳

因為牙醫部門與健保署未達成共識，又對本會提出的研析建議有意見，認為健保會提出的指標不宜採用，剛剛本來想讓健保署跟牙全會兩造討論一下，委員如果覺得還是要逐一討論，就開放委員表示意見。現在先請委員針對第一個項目表示意見，請林委員敏華。

林委員敏華

一、請看黃色補充資料第 7 頁，關於執行目標部分，健保署跟牙全會都同意服務人次為 10 萬人次，這點沒問題。至於第二個部分預期效益之評估指標，請看補充資料第 8 頁，牙醫師提出的指標是 5 年後(117 年)國人無牙率減少，健保會則提出新增「牙周保存相關治療之 18 歲以上患者，平均拔牙顆數小於最近 3 年全國平均值」指標，還有 1 個是 5 年後 18 歲以上國人無牙率低於 1.4%，這部分呼應了牙全會的要求，所以我個人贊成健保會提出的指標。

二、評估指標不是用來扣款的，是作為 113 年評核牙醫部門的依據，如果指標在執行面有問題，屆時牙全會可以跟當時的評核委員提出解釋，應該不會造成牙醫部門權益的損失。提出這個指標有個好處，因為牙齒還是原裝的好，如果有這個指標控管，我想牙醫師會竭盡所能把病人牙齒保留下來，我支持依健保會同仁提出的指標做修正，以上。

周主任委員麗芳

請劉委員國隆。

劉委員國隆

牙全會是不是能夠先執行健保會提出的指標，明年看執行狀況再做修正。這裡我也要提出一個期許，如果未來特定牙周保存治療，能就感染治療跟傷口照護提出雷射治療專案，納入健保專款項目，或許以後牙周或根管治療後維持的時間會拉得更長、治療數量會更少，再拜託牙全會規劃相關專案。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

一、當初總額協商之所以要求各方案提出預期效益指標，無非是要讓付費者知道，到底花這個錢買到了什麼東西。所以評估指標中如果只有服務人次或人數的話，就是把錢花掉而已；最近這幾年又有一些應屬於專款的新增項目，不放在專款而放在一般

服務，這樣不僅花了錢、還墊高基期、又沒有效益，就是這麼慘，所以才要提出預期效益指標。

- 二、前面講目標人次，我同意同仁建議的修正文字。牙醫部門要立長期指標我沒有意見，但是如果沒有當年度指標，不管這筆錢是放在一般服務或專款，錢就只有花掉了。專案長期追蹤這件事，其實應該是保險人要做的，保險人過去幾年給了那麼多錢，對於在一般服務裡、不是專案的這些項目，都應該要追蹤，比方說牙周統合這幾年做下來，到底長期效益指標是什麼？可是牙全會提的，不是5年，就是2年、3年的指標，沒有1個指標是當年度執行完畢就可以看到的，這意味著什麼？付費者要再給2年、3年、5年的專款嗎？
- 三、如果沒有短期指標，假如明年談113年總額時還有這個項目，請問付費者代表或健保署要用什麼指標稽核？除了人數、人次可以按比例扣除沒有問題，這是在各個總額部門都這樣做，更不要提一般服務是滾入基期，這樣請健保署修支付標準新增項目就好，像西醫部門就提出與時俱進的服務項目納支付標準，為什麼要提到一般服務。
- 四、牙醫部門提出專案爭取增加費用、又不放專款，預期效益指標又沒有一個是可以當年度可以稽核的，都是2年、3年、5年，我對長期指標沒有意見，但是5年指標還要配合口腔健康司的調查才能知道結果，而且5年調查結果的調查對象，還不知道是不是健保署這些專案的對象，不是針對專案中的服務者去做口腔健康調查。口腔健康司做的調查是全國平均數，能反映健保花的錢嗎？我自己知道的研究是很難，不知道現場專家學者的研究是不是可以抓到。
- 五、我倒是蠻同意剛剛主席的說法，若今天無法達到共識，應該要回去討論沒有錯，但部長要裁定總額了，今天付費者要想，現在決定是明年的總額項目，明年新任委員要協商113年總額的時候會想說，你們這屆給人家錢又看不到效果，明年要協商後

年總額的時候，又是重演一樣的情況，所以付費者要有心理準備，往後3年要不要持續支應預算讓牙醫續辦，讓我們看到長期指標，這是我們需要嚴肅考慮的問題。

周主任委員麗芳

謝謝滕委員西華，每次發言都很精闢，猶如醍醐灌頂，滕委員剛才拋出一個議題，我們上次開會也提過，到底這屆委員可同意的指標可以拉多久時間，這邊有的指標拉到117年，也就是5年後。但是現在遇到的困難是，同仁也告訴我們，本案今天一定要通過。所以我想，若是依據滕委員的意見處理，代表又要大修，其實他們還是有提一些當年度的指標，請陳理事長彥廷。

陳委員彥廷

- 一、其實牙周統合照護計畫每年都有收集當年度治療前後牙周囊袋改良情況，以及牙菌斑指數改善狀況，這是最短時間內就可以看到的效果，這些統計數據不管是健保署、學界也有，的確有看到這樣的效果。
- 二、很多人認為如果我們呈現的都是牙全會的內部資料，沒有什麼公信力，我覺得主要問題在這裡，但是其實這10年來也陸陸續續看到署內或學界都有人做過相似研究，結果都是好的，最後才有長時間呈現拔牙顆數比較少的數據，這些都是長期努力的結果。如果大家要我們在短時間內交出來的，我們能做的就是這些人治療前後的對比，一個是疾病狀況發炎狀況的改善，另外是自我照顧的能力提升，以上是我的說明。

周主任委員麗芳

案子都討論到這裡了，今天還是要作出決議，我記得牙醫的主談人是林委員敏華，他是建議採健保會同仁的意見，因為牙全會跟健保署兩造雙方無法達成共識，還有很多委員要發言，先請陳理事長彥廷幫忙詳細檢視健保會同仁提出的修正意見中，有哪些是你們怎麼樣都做不到、執行會有困難的，我會再請您發言，把困難點講清楚

讓委員知道，否則最後即使依照健保會意見通過，可能也要看牙醫部門有沒有辦法執行，先請趙委員曉芳。

趙委員曉芳

- 一、我就直接具體建議，將健保會研析建議修訂指標 2 之「5 年後 18 歲以上國人無牙率低於 1.4%」拿掉，因為這是未來要執行的調查資料，以未來 5 年才要執行的資料作為指標，會造成明年總額協商評估的困難，即使 5 年後的結果不好，我們也無法追溯回來，扣除牙醫部門的費用，我覺得設立這個指標會造成執行困難。
- 二、再者就是低於 1.4% 這件事情，上次進行調查是 104~105 年，下次落於 117 年，這中間差了 10 幾年，以國民健康狀況推估，牙齒狀況本就會自然改善，即便結果低於 1.4%，也不可以推估是這個方案造成的效果，所以我覺得納入這個指標意義不大。

周主任委員麗芳

趙委員曉芳有個建議很好，也呼應滕委員西華的意見，若有牽涉 5 年後(117 年)的指標，就暫時廢除。確實是健保會這一屆委員完全監督不了，下一屆委員可能也看不到成效，所以說有牽涉到 117 年 5 年後的，我們暫時廢除。現在請陳理事長彥廷針對健保會研析修正建議內容，有沒有窒礙難行的部分，請表示意見。

陳委員彥廷

第一個指標是與 18 歲以上的一般民眾比較，這 2 個比較起來沒意義。

陳組長燕鈴

對不起，我再補充說明，這個指標不是相較於一般民眾，是針對有執行牙周保存相關治療的病人，與他最近 3 年的平均拔牙顆數平均值比較，是不是有比較減少，這是新增指標 1。

陳委員彥廷

我們指的是平均拔牙顆數，現在的確每年有統計拔牙 1~3 顆的數據，但我們沒有這個時間點之前的資料，因為沒有辦法實質上知道現在

病人有幾顆牙，無法分出之前的拔牙顆數。但我們若執行到相關個案時，就會有目標病人的數據，可以每年統計這些人的改善情況，只是目前牙醫部門現在沒有 baseline data。

周主任委員麗芳

我們逐項討論，項次(一)特定牙周保存治療，剛才陳理事長彥廷提到目前資料付之闕如，沒辦法評估，委員是不是可以接受牙全會提出的執行目標，但若廢除剛剛提到的 5 年(117 年)指標，那就等於沒有預期效益指標，請問牙全會能夠找到一個 112 年的指標嗎？因為目前列的是 5 年指標，但剛剛有委員建議不要那麼長的，有辦法嗎？這個問題先拋給牙全會，我們先來看一下大家可不可以通過牙全會提出的執行目標？應該是還 OK 吧？請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

- 一、新增指標 1 的部分，剛剛第一回合理事長是說是不同 population(母體)的比較，第二回合是健保會再次解釋，不是不同 population，是同一批 population 前後比，看起來後者好像有可行性，但文字確實讓人誤會，寫得不清楚，若陳理事長彥廷可接受這群 population 的前後比，建議把指標一的文字修正清楚是不是就可以接受？
- 二、指標 2 原來是牙全會提的，就是 5 年後 18 歲以上無牙率下降，現在對於 5 年後(117 年)是不是會做這個調查，大家都沒有把握，陳理事長彥廷也說要看口腔健康司未來規劃，所以要取消這個指標。如果這個指標取消，第一個指標能成立還算是有預期指標，不然就變成牙醫部門要提新指標，其實我們就可行性來看，新增指標 1 是可行的，但是文字要修正，再看陳理事長彥廷的意見。

周主任委員麗芳

- 一、謝謝蔡副署長淑鈴解套，等於是同仁會後要把預期效益評估指標之新增指標 1 的文字，跟牙全會、健保署確認後寫得更詳細，

讓牙全會不要誤會，我們就確認本案依照健保會的意見，但新增指標 1 的文字再確認，修訂指標 2 則刪除。

二、接下來是項次(二)超音波根管沖洗計畫，請陳理事長彥廷確認，健保會的意見是不是都沒問題，謝謝。

陳委員彥廷

是的。

周主任委員麗芳

項次(二)確認。接下來項次(三)齶齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫，請確認執行目標，陳理事長彥廷。

陳委員彥廷

這裡僅訂定 112 年目標，依照推估人數之 70% 為目標人數；至於預期效益部分，這邊健保署提的意見是 112 年起逐年觀察變化趨勢，其實也隱含並非以 112 年的資料當結果，因為這個項目剛開始實施，112 年的數據算是一個 baseline data，這樣我們可以接受。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴，先就剛剛陳理事長彥廷的發言表達意見。

蔡副署長淑鈴

這裡比較大的爭議是執行人次用 200 萬或 140 萬人次，健保署推估的是 200 萬人次，剛剛陳理事長彥廷是希望用 140 萬人次，這個部分健保會也是支持用 200 萬人次，因為預算是以 200 萬人次編列。當然如果沒有全年執行的話，會依照實施比例換算目標值，但是原始數值是用 200 萬人次，是否請陳理事長彥廷說明，如果已經用導入的時程去換算之後，200 萬人次還是不合理嗎？另外這是專款項目，沒有執行本來就會收回，這確實跟一般預算處理不一樣，是不是請理事長再說明一下。

陳委員彥廷

我們同意現在的版本。

周主任委員麗芳

- 一、同意這個版本，非常完美，所以牙醫部門只有在項次(一)新增指標 1 的文字，須請牙全會、健保署、健保會同仁對文字再做確認，其餘部分就確認。
- 二、本案確認 112 年度總額協商結果之整體成長率，並依委員決議確認中醫部門、牙醫部門門診總額之執行目標及預期效益之評估指標，將併入 112 年度總額協商結果報請衛福部核定，以上。接下來進行討論事項第一案。

肆、討論事項第一案「112 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案」
與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、向各位委員報告，因為我們已經協商完 112 年總額，接下來依法要討論地區預算的分配，醫院協會也已經函送地區預算跟風險調整移撥款的建議方案，請委員參考附件一。因為醫院總額沒有達成共識，所以會報衛福部核定，有關於一般服務成長率的部分，付費者方案是 3.092%、醫院代表方案是 4.455%，今天討論的重點是，在核定總額後，預算要怎麼分配到 6 區。
- 二、先說明過去歷史，醫院總額目前地區預算範圍是依據健保署 6 分區業務組分成 6 個地區，它的分配參數有 2 個：1 個是 R 值，就是「各地區校正風險後保險對象人數」，主要反映各地區人口就醫需求；另外 1 個是 S 值，就是「總額開辦前 1 年各地區保險對象實際發生醫療費用」的數值，這是反映總額開辦前各區的醫療利用情形。
- 三、有關 R 值部分，因為要做人口風險校正，目前門診的 R 值，是要先校正人口風險因子，也就是以年齡性別指數占 80%、各區標準化死亡比 20% 校正之後，再去校正轉診型態，也就是醫院在整體西醫門診市場的占有率算出來的數值。住診的部分，人口風險因子只校正年齡性別指數跟標準化死亡比各 50%。
- 四、請參閱會議資料第 106 頁，有關分配方式，在健保開辦當時，主管機關交議費協會的公告是：自 93 年起，以 8 年為期，逐年達成預算 100% 依 R 值分配，但是這個期程可以視情況檢討修訂。
- 五、因為醫院還分為門、住診兩個部分，它們的風險校正因子不一樣，所以必須先依比例分拆成門、住診，再進行風險校正。從 94 年度起，我們計算門、住診的比例是 45：55，依據這個比例

換算，再把門、住診費用分別用 6 區 R 值、S 值計算合併作為各區預算，按季結算浮動點值。

- 六、分配參數中，歷年 R、S 值呈現在會議資料第 106 頁的表，近年主要在 106 年大幅將門、住診的 R 值都提升 4%。住診在 106 年調成 45%後，到現在還是維持 45%；門診則是在 106 年從 46%調到 50%後，109 年再調升到 51%。
- 七、再請參閱會議資料第 107 頁有關風險調整移撥款部分，108 年移撥 1.5 億元，109、110 年都是移撥 2 億元。移撥的 2 億元，健保署跟醫院協會設有公式以 6 項參數進行分配，去年協商因為沒有共識所以兩案報請衛福部決定，最後衛福部決定額度是 6 億元，健保署還是 2 億元維持用 6 個參數權重分配，4 億元用 R 值、S 值占率計算。
- 八、今年度醫院協會建議方案在會議資料第 107 頁下方，維持 111 年門、住診的 R 值占率，主要是考量衛福部、健保署已經打算對醫院總額一般服務地區預算計算公式進行通盤檢討，評估規劃修正新的公式，也考量正在進行後疫情時代醫療服務的檢討，建議維持 111 年的門、住診 R 值比率，就是門診 R 值占率 51%、住診 R 值 45%。風險調整移撥款部分，考量恆常醫療服務還是應優先提供，所以建議維持 110 年 2 億元的預算。
- 九、請參閱會議資料第 108 頁，本會請健保署對醫院協會所提建議方案提供執行面意見，請委員參考附件三。最後我們要提請委員討論的事項包括：
 - (一)門、住診 R 值、S 值比例是多少？醫院協會建議不調整，維持 111 年 R 值、S 值占率。本會考量門診部分已 3 年沒調整、住院部分已 6 年沒調整，如果 R 值一直沒有前進，從附表 2-3 來看，人口需求率比較高的分區，它的平均每人預算數、成長率，會相對較實際需要的低，可以看表 2-1、2-2，因此建議是否考量適度調升 R 值，也符合衛福部規劃錢跟人走的原則，請委員決定。

(二)風險調整移撥款，是否同意依醫院協會建議為 2 億元，也請委員討論。

(三)門、住診費用比率：

1.是否同意援例依歷年方式，以「45：55」作為計算地區預算之門、住診費用比率，並依各地區門、住診 R 值占率計算後合併預算，按季結算。

2.另考量目前計算地區預算所採之門住診費用比率「45：55」，自 94 年至今都沒有變動，當然過程中我們檢討過，且經健保署分析後，也發現目前醫療科技之發展迅速，部分傳統住診手術等已由門診手術或非侵入性治療、藥物等所取代，沒有一個方式評估最適比例。因為現在衛福部及健保署正在規劃新修正公式，建請也把門、住診醫療費用最適比率納入檢討研議，以利來年納入地區預算協商參考。

十、說明七，請參閱會議資料第 119 頁，依 112 年總額協商架構及原則，於一般服務內若有需特別保障點值之項目，請健保署會同醫院總額相關團體議定後，於 111 年 12 月底前提送本會同意後執行。前述提報內容需包含保障點值項目、保障點值理由及其對總額預算之影響。

十一、說明八，相關參考資料，包含模擬 112 年度依不同 R 值前進之各區預算分配結果，還有 110 年門、住診分配參數、歷年各區人口年齡性別指數、投保人口及戶籍人口數、一般服務預算、醫療供給與利用及點值等資料，也提供歷年地區預算分配公式檢討會議相關結論及本會委託研究建議，詳如附表及附件二，請委員參考。

十二、擬辦部分，要確認 112 年度醫院總額一般服務之地區預算分配方式後，報請衛福部核定；所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權健保署會同醫院總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查，以上說明。

周主任委員麗芳

接下來請醫院協會理事長翁委員文能說明。

翁委員文能

剛剛健保會同仁已經報告過，醫院協會已會同各層級理監事開會研商，獲致共識為門、住診費用比率維持為 45：55，另 R、S 值也都維持不變，風險調整移撥款則希望維持 2 億元，這是我們的建議。

周主任委員麗芳

翁理事長文能發言雖然簡短，但很堅定，就他們執行上的實際狀況及困難度，希望委員能協助他們維持 111 年度的門、住診 R 值占率，風險調整移撥款則希望是 2 億元。現在聽聽委員意見，依序請干委員文男、林委員敏華、朱委員益宏。

干委員文男

關於 R 值要不要前進，我想大家可以再討論，不過對於風險調整移撥款建議循往例，維持 111 年度的 6 億元，不要再降至 2 億元，這是我的建議。

周主任委員麗芳

干委員文男建議風險調整移撥款為 6 億元，請林委員敏華。

林委員敏華

我想現在還在 COVID-19 疫情時期，雖然好像快進入尾聲，可是以目前世界趨勢潮流來看，似乎仍未到終點。我同意目前醫院仍在休養生息的階段，所以基本上尊重醫院提出 R 值不動的觀點。但是要請教一下翁理事長文能，有關風險調整移撥款，去年部長裁示 111 年度為 6 億元，但醫院協會今年又建議 112 年度為 2 億元，基本上我雖然尊重醫院協會的決定，只是 111 年度 6 億元都能推動，為何今年又提出 112 年度為 2 億元，是否有其他問題。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、請參閱會議資料第 115 頁，依健保會同仁提供表 2-1、2-2，若依照數字計算，會認為北區比較吃虧，所以建議要調整 R 值。但是我不曉得健保會同仁對於此數字如何解讀，是單純看數字、還是也有了解實際狀況，因為照這兩個表看來，東區應該是歷年經過推動之後狀況最好的，但 110 年為什麼醫院總額會有風險調整移撥款，就是因為 R 值調整以後，從 106 年大幅度調整以後，有醫院受不了，特別是東區受不了，這個聲音反映出來之後，才在 110 年編了 2 億元風險調整移撥款，這筆移撥款的 50% 是分配到東區。所以如果從表 2-1、2-2 看起來，應該是北區會有意見，而有了風險調整移撥款後，理應把錢大幅撥補給北區才對，為何數字跟實際不符，所以健保會同仁做相關數據時，可能要了解一下實際狀況，不是單純用表 2-1、2-2 來看，僅依該表數據就建議 R 值移動，但其實這完全跟現實現況不符，有很大的問題。
- 二、目前分區預算的公式，健保署正委託醫院協會進行相關研議，因為自從總額開辦後，分區預算只有每年在討論 R 值、S 值要調多少，但在醫院內部討論起來，認為地區預算分配公式是大有問題，包括學界有很多老師參與討論時，也認為這公式是有問題的，比如說門、住診費用比率用 45：55，就顯然跟現況不符，你用 45：55，然後當初一刀切下去造成總額很大的問題，後來到了分區才合併起來執行，但是用這種切法其實就是有很大的問題。再者，你只用簡單的 R 值去分，沒有考慮到各分區實際上諸多因素，包括一些就醫需求的考慮，完全沒考量到只用一個 R 值數字的公式計算會明顯偏離現況，這也是為什麼越調，整個醫院協會掙扎越大，因為會造成越多醫療生態的扭曲，也拜託健保會同仁對於數字解讀要更深入一點，若只用表 2-1、2-2 來表達應該要調 R 值，我覺得這樣的建議比較危險一點。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

一、我本來沒有要講人口，但因為朱委員益宏提到 R 值跟人口的理念，我還是要講一下：

(一)原本 R 值就跟人口數有很大的關連，我覺得健保會同仁引用表 2-1、2-2 來講 R 值要前進，沒什麼不適當，其他總額也是這樣，人口成長本就是很大的因素。

(二)提到 R 值及地區預算分配公式，這幾年不管是健保會或健保署都有委託相當多的研究，至於社保司有沒有做就不太有印象，但目前為止沒有一個人滿意。即使 R 值用現有的公式，之前郭教授年真進行這方面研究時就有提到，沒有最好、只有更好，但我們找不到比現在更好的方式，來說 R 值不能前進，如果這樣的話，我們就應該要揚棄地區預算分配，因為你都沒有辦法前進。

(三)回到目前的版本，醫院門診方面，我倒是覺得醫院地區預算是內部分配，並不是跟其他總額部門比較，所以跟 COVID-19 一點關係都沒有，因為所有醫院層級處境都是類似的，跟有沒有遭遇 COVID-19、有沒有緩解，一點關係都沒有，或者是說關聯性其實不高。如果按照過去 R 值在醫院的分布，門診大概 2~3 年前進一次，沒有道理明年不前進，前進 1%也是前進，按照這個脈絡則是應該要前進，我們前進 1 次之後，觀察 1 年、2 年、3 年穩了，再繼續前進。無論前進或不前進，都有區域受到影響，所以不可能因為前進會有哪個區域受影響，因此就不前進；相反的，因為前進之後，有區域受影響，才設立了風險調整移撥款來因應，其他總額部門也是如此。

(四)另外住診方面 R 值進展更慢，平均 6~7 年才進一次，有的時候才進 1%。比方說 95 年之後是進 1%，之後經過 7、8

年才加 1%，後面 10 年才進 1~2%之間，到 106 年才進 4%，它要彌補中間 8~10 年的 gap(差距)。若按照這樣的歷史脈絡，明年至少要前進 1~4%，就有機會維持來 2~3 年不前進，應該是這樣的脈絡。

(五)所以我覺得每年若都用這個理由公式還不調整就不前進，這理由已經不新鮮了，再用下去就變藉口了，所以我覺得應該要前進，不管多少%都要前進。

二、醫院協會在做公式研擬，首先，剛才健保會同仁也提到門、住診費用比率，健保署在健保會 103 年的報告說沒有合理比率，但今年已經 111 年，住院部分轉為門診內視鏡手術、化療等，都已經應該要有更好的數據了；第二個，合理門診量在調整的時候，不同層級也產生不同的 shifting(流動)。第三個，DRGs(Diagnosis Related Groups，住院診斷關聯群)做這麼多年，也大概可以知道住診費用在不同醫院層級的變化。目前有人說要維持門、住診比率不動，但我仍然覺得應該要動，至少要再改 1%，還是要前進，我認為門、住診比率應該要動。如果真的不動，醫院協會承接健保署的委託研究時，應該要把現行門診型態、DRGs 執行變化，還有應該要考慮，是否將來在醫院不同層級要有不同的門、住診比率。我們知道現在地區醫院慢慢轉至門診型態為主，或是轉型為以長照床為主，這非常多。因此讓台大醫院之類的醫學中心層級，維持跟地區醫院一樣的門、住診費用比率，好像也不太對。若今年的研究能做好，那未來於 112 年協商 113 年度總額時，就再也沒有理由及藉口說還要做公式研究，因為都派給總額管理單位研究了。這個議題再繼續長期不改善，是有點漠視地區分配預算原本存在的意義。

周主任委員麗芳

時間緊迫，本案最後一位口頭發言為陳委員有慶。請何委員語。

何委員語

一、坦白講我當了好幾年委員以後才弄清楚 R 值、S 值怎麼導出來

的，我想剛才滕委員西華講得很清楚，她講的內容也跟我想要講的一樣，DRGs 推動到現在，健保署很清楚醫院三層級的分配是怎樣，慢慢地推動，另外健保署推動雲端藥歷，現在也要推動檢驗(查)的上傳，讓雲端檢驗(查)的資料能夠集中，我想最後健保署也會有很多大數據可以用來分析，在全國各區整體醫院裡面點值的衡平性、公平性、合理性。

二、既然 R 值屬於人口數量的移動，我們現在可以看到，台北市的人口減少、新北市及桃園市人口增加的情況，可是在農村縣市人口減少，所以經過這麼多年，R 值不前進的話，確實會有產生不平衡的現象。所以醫院的 R 值，剛才滕委員說要前進 1~4%，我則認為應該調整 2%，門、住診都要調整 2%，風險調整移撥款我建議維持 6 億元，若依衛福部裁定後，用 2 億元做分配、4 億元做調整，我認為這些都是很好的方向。如果我們付費者沒有弄清楚全部人口結構的改變，而認為 R 值、S 值不必調整，但我們可以看到從 106 年到 110 年住院的 R 值，都還維持在 45% 沒有動。

三、現在還有一個現象，就是在很多農業縣市設立很多地區醫院，而目前又有很多地區醫院著重推動慢性病房及走入長照體系，所以我認為在結構上醫院應該要整體規劃，整個醫院總額該怎麼合理分配是最恰當的，這是很重要的一環。

四、所以我的建議是 112 年度 R 值前進 2%，風險調整移撥款建議維持 111 年度的 6 億元，也就是衛福部裁定後分別採 2 億元、4 億元分配方式，我支持這種觀點跟做法。

周主任委員麗芳

請陳委員石池。

陳委員石池

有關分區預算的 R 值、S 值，門診 3 年大概 3 年沒調、住院 5 年沒有調，去年很多健保會委員對這個很關心，並認為今年應該要修正。但目前在醫院協會有些專家學者正在共同修正當中，因此我建議暫

時不要調整。請各位參閱會議資料第 110 頁表 1-1，假設門診 R 值從 51% 前進到 52%，各地區來說只有北區會增加、其他 5 區都下降，增加 2% 也一樣，只有北區成長、另 5 區下降。所以若真的要調整，我看其他分區都會跳起來，因此建議暫時不要調整，等新公式研擬出來再談。目前醫院協會已延攬很多專家來研議，所以我們一定會做修正，是否可以建議還沒修正前，暫時先不要動。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

- 一、剛才很多委員都提到很好的建議及想法，不過我的感覺是，每年討論時好像都只看最近幾年，屬於較為短期的觀察，所以我嘗試用比較長期的觀點，還有回顧一開始訂定 R 值的背景，大家複習一下。地區預算分配方式，原始的規劃為，自 93 年起，目標在 8 年內 R 值要達 100%，不過有個但書，惟期程可視實際檢討修訂，這應該是例外。我們再看 112 年，已經過將近 20 年了，目前 111 年門診跟住院的 R 值分別是 51%、45%，等於是把剛才提到的例外變成原則，一直不動，原規劃的 8 年早已過去，到現在已快 20 年，結果才跑到一半。至於最近門診 3 年又沒動，住院又 6 年沒動，我個人覺得今年實在不能不前進，至於要前進多少可以另外考量。
- 二、請參閱會議資料第 126 頁，105 年有辦一個座談會，專家學者都認同「錢跟著人走」的政策方向，這是 OK 的，不過 R 值占率是否要到 100% 還有討論空間，表示說不一定要到 100%，但沒講到底是多少。這場座談會距今也有 6 年半了，當時的論點如果正確，也應該要修訂合理目標值給相關的執行部門，讓醫界或是健保會同仁在執行時可以遵循。我個人覺得，這個檢討屬於政策層面，要請社保司責無旁貸，建議該司馬上著手進行相關檢討作業，才不會每一年都在那邊講，想要達到 R 值 100% 但又似乎遙遙無期，或是應該怎麼做，或現在還要再修公式都

OK，但就該進行一個整體的全盤檢討。剛才醫界朱委員益宏也提到很多事情要考量，可以將實務面納進來，是不是可以找到一個大家較有共識的方向，希望以後不用花那麼多時間，每一年都在講這件事，大家有共識比較好。

周主任委員麗芳

最後一位口頭發言，請陳委員有慶。

陳委員有慶

第一，我贊成林委員敏華的意見，COVID-19 疫情期間 R 值不調。
第二，考慮人口變動問題，希望也要考量城鄉的情況，因為在城市工作的都是一些年輕力壯的壯丁，住偏遠鄉下的都是老弱婦孺，偏鄉的醫療需求比較大，希望這點也要考慮進去。

周主任委員麗芳

- 一、綜整大家的意見，看起來大家對風險調整移撥款仍維持 6 億元比較有共識，雖然這個共識跟醫院協會的 2 億元不太一樣，我們還是維持 6 億元。
- 二、至於 R 值的分配比率，看起來包括付費者代表還是沒有一個共識，至於剛剛陳委員石池也很誠懇的講，R 值若前進的話，可能只有北區增加、其他區都是下降的，他們現在正如火如荼檢討。我想主要是付費者代表也沒有共識，是不是在 R 值分配比率的部分就暫時先維持 111 年，徵詢各位委員的同意，預擬決議如下：112 年度醫院總額地區預算分配方式用於計算地區預算所採之門、住診費用比為 45：55，門、住診校正風險後各分區保險對象人數(R 值)分配比率，維持現行的門診 51%、住院 45%，自一般服務費用移撥 6 億元作為風險調整之用，其餘內容依照會議資料說明及擬辦文字，請本會同仁協助整理，以上。

何委員語

主席，R 值的部分不能由你自己裁定。

周主任委員麗芳

不是啦，是因為剛剛討論沒有共識。

何委員語

他們 2 個反對，可是我們 2 個贊成啊，不然再徵詢其他委員的意見也沒關係，但我要堅持這一點不能退讓。因為 R 值每年都在討論，去年我是支持他不調整，但今年我認為要調整。如果付費者代表都同意不調整，我也尊重他們意見，但希望主席確實徵詢每位付費者代表意見。

劉委員淑瓊

支持 R 值前進。

周主任委員麗芳

劉委員淑瓊支持 R 值前進，至於翁委員文能及陳委員石池則是有提到他們目前的困難。請林委員恩豪，他是今年總額協商時醫院部門的付費者代表主談人。

林委員恩豪

剛剛何委員語說請每個委員都發表一下意見，所以我就表達一下。去年我原本就認為 R 值應該要一直前進，剛剛有許多該講的意見都講過了，原先的規劃是自 93 年起分 8 年 R 值就要達到 100%，現在都經過 18 年，才走了一半，而目前提出的理由是公式正在檢討中，可是大家都知道公式原本就一直在檢討，剛剛滕委員西華也講過，不能說公式一直在檢討所以 R 值就不能調整這種論調，但其實這是兩件事。所以我認為公式還是可以不斷檢討，但該前進其實就要前進，所以我是支持 R 值繼續前進。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

依剛才主席裁示，風險調整移撥款大家都沒有反對意見，但是我剛剛提出來是要大家來討論 R 值，因為有些人是有不同的看法，但我看也很多人沒有調整，何委員語剛才提到人口的變化，例如農村方面，現在像台南、高雄有幾個地方，人口及新成屋集中在部分地區，所以 R 值不調整的話，將來若希望按照錢跟著人走的方向，就有一

點偏移。當然醫界是希望不動，但是如果都不動的話，會有點失真，希望多少還是要調一點，不要說都不動，以後若外界說是健保會同意不動，聽起來就會很奇怪。

周主任委員麗芳

- 一、聽下來有幾位委員支持，我建議一個折衷方法看看大家能不能接受，請參閱會議資料第 106 頁，門診的部分 109 年有調整，而住院確實是 106 年開始就都沒有調整過，我想徵求一下醫院部門的意見，我們也體諒你們的心情，如果在住院的部份能夠往前進，畢竟門診在 109 年已有調 1%，希望現在至少在住院部分微調，這是徵求大家意見之後的折衷，要兼顧每一個委員意見確實不易，剛剛又有人反對調整。
- 二、所以若比照門診 109 年的調整方式，住院 R 值往前進 1%，代表宣示健保會期待朝這方向走，但也尊重醫院協會趕快訂出公式，不知道是否可以？畢竟門診這幾年都有調，那這次就把住院 R 值從 45% 調到 46%，這樣可以嗎？等一下請李委員永振、再請陳委員石池。至於何委員語，你是最重要的靈魂人物，這樣處理可以嗎？

何委員語

我不是靈魂人物，靈魂早就花花(台語，茫然或不清楚)去。有關 R 值，我可以同意門診調 1%、住診調 2%，這是我訪問調查的心得，不是他們醫院講的，醫院是希望不調，天下無事，什麼都不會發生。但坦白講我也訪問很多人，不是他們醫院講的，我有我的觀點，不是亂講話的，我建議住院調 2%、門診調 1%，這樣我就可以接受。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

同意何委員語看法，但我要補充一下，疫情雖有影響，但不能用疫情作為理由打死全部的事情，疫情已經 3 年了，另外也不能說每年有個因素當理由，就停止 R 值的前進。剛才我已經分析，自 93 年

起至今都快 20 年了，門、住診都還走不到一半，還要這樣繼續下去嗎？

周主任委員麗芳

請陳委員石池。

陳委員石池

- 一、有關門、住診的 R 值及 S 值，剛才我跟大家報告過，請參閱會議資料第 110 頁表 1-1，門診調整 R 值 1%，事實上只有北區獲利，其他區都減少，兄弟吵鬧就會很難看；另會議資料第 111 頁表 1-2，住院 R 值調整 1%，台北區及北區獲利，其他 4 區會減少也會吵鬧，調 2% 也是，都是台北區及北區獲利，其他 4 區會減少也會吵鬧。所以現在這個公式就是不好，需要趕快修正，所以現在動 R 值有什麼用，反而造成兄弟鬩牆，這樣對健保好嗎？
- 二、所以我建議暫時不要動它，希望 1 年內提出修正公式，到時候我們就沒有意見，希望就各區都平等對待。我們不是不想調整，只是因為好的公式還沒有提出來，若按照現在這個方式，則會造成兄弟鬩牆，實在不是很好。

周主任委員麗芳

所以陳委員石池的意見，只有北區與台北獲利，其他分區都是受到影響，包含東區、高屏等。請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

- 一、有關這個公式的部分，為何健保會委員會一直提要 R 值往前走，就是考量人口代表需要，也就是醫療的需要，順帶一提這個報告裡面有很多「未被滿足的需求」，英文用 unmet needs，中文寫「需求」是不對，need 應該是翻譯成「需要」，我好幾次想講，又覺得這是芝麻小事，所以我一直沒提。今天還是跟各位說一下，unmet needs 是未被滿足的「需要」而不是「需求」。
- 二、剛才在講，我們一直強調 R 值要往前，因為整個醫療的需要是反映在人口，人口是一個很重要的因素，你們今天說因為我們

R 值往前走，有的區會受害，有的區會獲利，從另一個角度來看，是不是表示你們之前實際上是 underpay(低付)了這些人口成長地區，而不是說現在只有他們獲利，因為我們現在中心精神是一直強調醫療的需要跟人口有很大的關係，除非你們能夠告訴我們這不是事實，否則不能以你們調整以後 6 個區中有的區會增加收益，有的區會減少收益，就說 R 值不應該往前，你們覺得他們獲利而有人受傷，反過來講，過去是不是都 under pay 對方，讓這兩區在費用分配上都沒有反映到這兩區的人口成長因素。

三、所以我覺得這不是應該討論的重點，我們今天主要認為，如果醫療需要跟人口有很大關係的話，我認為 R 值應該要往前走。

周主任委員麗芳

等一下朱委員益宏發言結束，就真的是最後一位，我們塞車了，後面案子討論不完了。請李委員永振。

李委員永振

感謝盧委員瑞芬把我想講的，那麼漂亮地講出來了，除了這一點外，我是覺得剛才陳委員石池弄一個平均數的陷阱，在那裡讓我們跳，你本來就是零和遊戲，有人增就是有人減，如果北區說只有他增益，其他區沒有增益，是不是從另一角度，對他而言以前已經虧太多了，也可以用這個角度去看，不能用這種理由當成不前進的理由，你的平均數本就是有加有減。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

一、我特別是要回應一下盧老師瑞芬的講法，當然按照人口這件事情來分配地區預算，這個大原則我想大家都會同意，但是按照人口來分配這件事，有太多細節被忽略，我舉例，比方東區，我們醫院協會內部開會，東區反映其原住民人口特別多，原住民人口的醫療需求跟一般西部人口的醫療需求是一樣嗎？顯然

不一樣，如果單純用一個所謂的人口做總額分配的時候，會不會產生問題？這是第一個，也是我剛剛特別講說，同仁只是看到數字，但其背後有很多實際上要去校正考量的因素。

二、第二，東區也跟我們反映他地形那麼長，整個東區從南到北大概有 2、300 公里，從最南邊到最北邊開車就要 2、3 個鐘頭，跟其他西部 5 個分區民眾就醫狀況一樣嗎？顯然也不一樣。

三、我再舉一個例子，很多的新藥、新科技發生在醫學中心集中的地區，醫學中心集中在哪裡，大家都知道是在台北分區，難道新藥、新科技的預算分配是用 R 值、S 值嗎？顯然也不是。我認為基本的 R 值、S 值公式，用人口需求這件事，我同意，但要不要更細膩區分一般的人口數還是特殊族群的人口數，還是怎樣特殊狀況去做區分。剛剛也有委員提到農業縣與非農業縣的醫療需求會一樣嗎？民眾的老化程度，其年老時醫療需求會一樣嗎？可能也不太一樣，有太多細膩的東西需要調整，這也是為什麼 R 值、S 值每一次我們粗獷地用人口老化狀況、平均費用等概念，去做大數據來平均分配就會出問題，為什麼在 106 年成長 5% 之後，門診、住院都大幅成長出現了很大問題，這就是實際發生的狀況。

四、所以我覺得理論上跟實際上，我認為在作理論處理時，對實際更需要去考慮，這也是為什麼醫院協會會希望作分區預算的公式，要作大幅度檢討的很大原因，就是要把這些細化不同族群的需求，去做一個更細緻的考量，目前也正在進行，所以現在討論結果還沒有出來又往上調，調了以後導致各分區醫療失衡的結果，要求用風險移撥款回補回去，這個邏輯是很奇怪的狀況，若是正確，應該是精準地去預估分區預算，所謂風險移撥款應該是非常少量，針對非常特殊的狀況去校正，現在是你調整以後，就要求增加風險移撥款，去大幅度補貼受到公式扭曲影響的分區，我覺得這樣子其實真的是扭曲健保資源分配，謝謝。

周主任委員麗芳

綜整大家的意見。請何委員語。

何委員語

- 一、我知道醫界提到調整 R 值、S 值，頭都很痛，協調也很困難，可是不要忘了，每一年在討論 R 值、S 值時，我都有提出一個拜託，你們願不願意把每一區在討論的內容，書面提供給我參考，可是這麼多年來，一份都沒有。
- 二、第二點，你們每年都用調整公式來希望不要前進，可是如果不前進，你們就不會急著想怎麼解決公式問題，大家都縱容，再不前進，表示縱容你們不修改公式，若前進，你們認為公式真的不合理，我也拜託你們，好好地把公式拿出來修正，讓我們知道這公式是好的。
- 三、第三點，R 值前進，讓一些醫界投資者不要亂投資，若這個地區的醫院已經飽和了，為什麼要去再設一個地區醫院，你們就是要搶這個地區的資源，就變成不好的投資現象。
- 四、第四點，也就是因為這種現象，你們認為公式不理想，投資那邊增加很多醫院以致分散醫療資源，我們只好用風險調整移撥款讓你們去處理，最後是這樣解決，這是不是很健全？如果你去看日本、英國、法國的規劃，我想這不是很健全。但在不是很健全之下，我們健保會的任務只能把 R 值前進，用 R 值前進讓你們思考要解決那些問題，這是最好的策略，是最好的方法，而且是最公平實在的作業。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

我覺得很奇怪啦！如果談到 S 值、R 值，醫界都有很多看法，但我不懂，健保署也有很多政策，比方 DRGs 最公平，為什麼不執行這種同病同酬？執行不了？那一些錢編了都沒有用到，在討論 R 值、S 值這邊計較這些東西，什麼叫公平，請教一下，謝謝。

周主任委員麗芳

- 一、我綜整一下，我們看到會議資料第 110 頁與 111 頁，若門診、住院 R 值各前進 1%、2%，住院剛才提到前進 2% 就是 47%，東區的預算成長率就會下降到 1.86%，其他區都是 2%~3%，這些數字變化幅度會比較大。
- 二、我初步建議，尊重剛才委員發言，大家都說 R 值前進，我們可不可以就是各前進 1%，因為住院如果是前進 2% 則對東區衝擊相當大，風險調整移撥款 6 億元，門診跟住院的 R 值，感謝委員剛剛提供很多寶貴的建議，我們還是鼓勵往前進，就是各調整 1%，門診為 52%、住院為 46%，這樣可以嗎？剛剛也是請醫院協會盡速把公式修正出來，請翁理事長文能。

翁委員文能

- 一、我現在不敢吃便當，怕噎到。
- 二、首先是大家提到公式，大家也承認這公式不完美，過去都說要修正，但都沒有修正，今年健保署終於願意跟醫院協會一起來修正，我們大概從 8 月開始，我在疫情期間也到各區去跟各層級代表討論，也因此我新冠肺炎確診了，表示我們很用心在調整公式，在座幾位老師也參與討論，我還是請各位體諒一下，因為我們終於在討論了，希望年底就有結案報告，也會請健保署幫我們試算結果，到時候再跟健保會報告。因為修改公式真的會影響相當多，我當醫院協會理事長今年是第 6 年，下一屆我就不是健保會委員了，還是跟各位委員報告是不是再給我們一次機會，讓我們今年將公式修正出來，以前都在談，但沒有人授權我們醫院協會去做，現在我們跟健保署合作，數據都在健保署那裡，建議我們提出比較好的公式再來調整 R 值。
- 三、我還是跟各位委員報告，我們醫院協會理監事也給我們授權，萬一要動的話，千萬不要動住診，因為住診是各大醫院幾乎都在損益平衡邊緣，甚至虧損狀態，一動住院殺傷力更大，尤其東區更危險，因為我的醫院不在東區，但我一定要幫他們講話，

我的醫院在北區，更不能亂講話，這牽涉到利益，我只是中肯請大家幫忙一下，是不是暫時不要動，我得到醫院協會理監事授權，萬一要動只能動門診 1%，我跟各位報告這個事實，請大家參考。

四、至於風險調整移撥款，我們希望 2 億元，但去年 6 億元，若今年是 6 億元，我們有 6 億元的作法，尊重各位委員的建議，屆時我們會跟衛福部討論 6 億元怎麼分配。

周主任委員麗芳

我們真的非常感佩，翁理事長文能也是很願意做事的人，因為風險調整移撥款就是翁理事長上任之後，立即快馬加鞭把風險調整移撥款運用原則訂定出來，我們可以感受到他真的勇於任事，為了到各區溝通還新冠肺炎確診，所以何委員語也有同感。

何委員語

一、他不敢吃飯，我也不敢吃飯啊！我也怕噎到。

二、我是這樣子，實際上醫界講的都有他們的道理存在，我不是說他們沒有道理，但是事實上他們存在一些調整動力不足的問題，這項 R 值每年都會討論調整，你們也知道過去好幾年不動，應該知道今年不動不行了，若今年動了，明年我們付費者可能不會說讓他們一定得動，既然翁理事長文能你說你今年是最後一任，被授權 1%，我同意門診、住院各調整 1%。

周主任委員麗芳

他特別懇求住院 R 值不要調整。

何委員語

門診、住院各調整 1%，這樣你們才會努力把公式修正好，我也支持你們把公式修正好，你們每年都一直講公式需檢討，我都建議趕快把公式修正好，可以把過去幾年的錄音帶調出來聽，我每年都在講，我還是很堅持你們今年門診、住院至少都要調整 1%，本來我的堅持是 2%，既然這樣子我同意 1%，我也希望付費者委員能支持這樣的觀點跟立場，謝謝。

周主任委員麗芳

- 一、因為剛才翁理事長文能也再三跟大家說明醫院協會授權他的情形，就是在門診部分可以往前進，但住院部分因為牽涉各分區，特別是東區，所以他說在這個部分，醫院協會有請他務必要堅守住，我也知道何委員語的心情，我剛才預擬的裁示也是朝這個方向，我想大家都知道翁理事長在健保會這6年，幾乎從來不會跟健保會提出什麼要求，我們健保會做什麼裁示他都是照單全收，回去很努力地工作，所以評核拿到優等。
- 二、今天翁理事長必須堅持被授權範圍，連午飯都不敢吃，去各區溝通還新冠肺炎確診，我想這6年來他沒有跟我們健保會提出任何一個請託，可是對於這個案子他確實有困難，我徵求大家的意見...

何委員語

- 一、很抱歉，這不是原諒與否，他上次不是沒有拜託過我們，他上次拜託時我就說好，既然這樣講，我們答應他與支持他，我們以前已經大方地支持過一次了，不是沒有喔，主席今天講從來沒有支持他，不是這樣子。
- 二、我今天還是很支持門診、住院各1%的前進，已經降到最低的標準。

周主任委員麗芳

建議兩種處理方式，一個是門診1%、住院1%，一個是門診1%，住院今年就給他們一個機會，剛才陳理事長石池說他們今年一定會提出修正公式，所以住院的部分暫時留校察看，是不是可以用這樣的方式處理，我知道這樣的建議何委員語的午飯大概也吃不下去，這是我考量...

何委員語

住院連續6年都沒調整，今年調1%是很合理的建議，已經是最低標準的要求，是106年~111年連續6年都沒調了，不是3年前有調過，若3年前有調過，今年提出希望不要調，我就支持他。

周主任委員麗芳

陳委員石池有舉手，我看我們再這樣，今天到下午 2 點都在這裡討論。

陳委員石池

- 一、主席，各位委員，各位午安，不好意思，我比較敢吃飯，請委員可以用餐。
- 二、我還是要重申，剛才講過 R 值、S 值很多年沒動，我們很想動，現在如火如荼修正公式中，很多專家委員覺得確實不好，剛才朱委員益宏談到很多特殊因素需要考量在內，假設按照目前方式來講，就是分區不平均，再用風險調整移撥款來補，這是不對的方式，我們醫院代表只有 4 位，消費者代表 10 多位，我們再怎麼講也講不過他們，請主席慎重考量這一動，對各區影響很大，面對各區壓力也很大，這樣的分配對各區是好嗎？我建議以後就統合成一區，這樣就沒問題，分六區的話，各區分配都會出問題，這是非常麻煩的一件事情。
- 三、我們不是不贊成修改公式，目前正在修正當中，若明年提不出來，則一定接受 R 值、S 值前進的概念，是不是再給醫院協會一次機會？謝謝。

周主任委員麗芳

- 一、我預做裁示，先跟大家說明，相信不管怎樣裁示，無法符合每位委員想法，大家都有意見，請見諒，我們有 39 位委員，大家都有不同意見，風險調整移撥款就是 6 億元，雖然醫院協會希望 2 億元，但我們仍堅持，去年都已經調高到 6 億元，今年決定 112 年還是 6 億元。
- 二、有關 R 值部分，我們秉持讓它前進的精神，但是也需考量目前實務狀況，門診前進 1% 到 52%，住院部分就是先暫時維持 45% 以上。

何委員語

我反對主席的裁定。

周主任委員麗芳

我們會把何委員語的意見...。

何委員語

你沒有徵詢我們付費者，實際上 R 值、S 值是尊重付費者意見，這個案子從過去 12 年來每年都尊重付費者意見，醫界當然是希望不要調，都希望不要動，這是醫院的事情...。

周主任委員麗芳

我知道何委員語您反對，我現在在徵詢...。

何委員語

所有的付費者代表都...。

周主任委員麗芳

若有反對意見者，是不是請你們提出來，這樣好不好？我真的很難為，剛才大家講了那麼多意見，可是我們無法原地踏步，這個案子討論到現在已經 12 點半，後面還有好多案子，我知道何委員語是反對的，我真的很對不起。請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

既然有兩個意見，是不是考慮兩案併陳，把反對意見也呈現出來，現在付費者代表是門診、住院各進 1%，風險調整移撥款 6 億元，醫界代表只進門診不進住院，風險調整移撥款一樣是 6 億元，就兩案併陳，這樣也沒有傷害到誰。

周主任委員麗芳

請張委員鈺民。

張委員鈺民

- 一、我同意何委員語的意見，就是門診、住院各進 1%，沒有什麼好討論。醫院所提六區分配問題，看起來是你六區內部的問題。制度仍要往前走，我們該討論、注重的是醫療供給的問題。
- 二、而剛才朱委員益宏說的內容，我倒覺得有點認同，或許就人口因素來看目前公式有點太粗糙，但何委員語所說從以前至今都

希望醫院提出相對應的報告，都遲遲拿不出來。我要呼應何委員提議，給些壓力，若醫院可以提出，明年要怎麼做我們來做討論，今年我覺得就都進 1%。付費者代表這邊我是支持何委員。

周主任委員麗芳

我們不要再發言了，感謝盧委員瑞芬，因為去年風險調整移撥款 2 億元與 6 億元也是兩案併陳，今年就回歸到一開始，好幾位委員也說不調 R 值，所以一個是回歸源頭不調，風險調整移撥款 6 億元；一個是門診、住院各前進 1%，風險調整移撥款 6 億元，我們就兩案併陳，不然今天真的討論不完，我們進行下一案。請翁理事長文能。

翁委員文能

我聽不懂您的兩案併陳。

周主任委員麗芳

一個是動的部分，因為委員有不同意見，有人贊成都不要動，所以有關 R 值，一個是不前進，風險調整移撥款 6 億元，去年裁定風險調整移撥款 6 億元，你們現在送來 2 億元，沒有意思；一個是調整 R 值前進的比率，風險調整移撥款 6 億元。

翁委員文能

兩案併陳中我們的是都不調，這是我們的意見，至於你們要都調那是你們的意見。

周主任委員麗芳

好，你們的都不調，風險調整移撥款 2 億元。

翁委員文能

我們的門診、住院都不調。

周主任委員麗芳

一、尊重委員意見，兩案併陳報部決定。一個是醫界方案，門診、住院 R 值不調，風險調整移撥款 2 億元；一個是付費者方案，門診、住院 R 值各前進 1%，風險調整移撥款 6 億元。

二、接著進行討論事項第二案，請同仁宣讀。

伍、討論事項第二案「112 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請簡短說明。

陳組長燕鈴

- 一、因為時間關係，西醫基層總額的地區預算分配架構，像是 R 值、S 值都跟醫院總額一樣，我就簡要說明。
- 二、請看會議資料第 133 頁，說明近年 R 值、S 值占率協定情形。西醫基層 R 值 109 年~111 年是 68%、S 值是 32%。R 值在 109 年從 67%調到 68%後，到 111 年，現在是 3 年沒變動，維持在 68%。有關風險調整移撥款，近年都是 6 億元，各年都有不同的用法，請委員參考。
- 三、醫全會已經提出建議方案，有關 R 值、S 值建議維持 111 年不調整，主要考量 COVID-19 疫情仍處於高原期，以及諸多不確定因素，所以建議不調整。有關風險調整移撥款部分，請委員參考補充資料第 23 頁，醫全會在 10 月 20 日有補送風險調整移撥款的建議，就是維持 R 值不變動，即 68%的情況下風險調整移撥款額度是 6 億元，用於保障東區浮動點值不低於每點 1 元以及撥補點值落後地區，這是西醫基層建議方案。
- 四、請回到會議資料第 134 頁，我們也請健保署表示意見，在附件三請委員參考。
- 五、有關 112 年西醫基層一般服務地區分配部分，需要討論各地區 R 值占率分配比率，醫全會建議是不調整，本會考量 R 值從 109 年~111 年近 3 年都沒有調整，建議是不是要適度調整。風險調整移撥款部分，是不是依照醫全會建議移撥 6 億元，保障東區及點值落後地區。
- 六、此外後面資料請委員參考，相關擬辦事項也都跟醫院總額一樣，以上說明。

周主任委員麗芳

請黃代理委員啓嘉。

黃代理委員啓嘉(顏委員鴻順代理人)

- 一、針對這個案子，有一件事情我覺得要先提出來，希望今天健保署和醫全會要訂出一個檢討R值的確切時程，不能只說要檢討、要訂出時程，希望12月要有初步共識、明年3月有草案、6月訂出R值，以呈現一個新的R值。
- 二、付費者一直堅持R值要前進的理由，R值代表真相，S值代表過去的歷史，是付費者認為R值要往前走最重要的理由。但為什麼醫界無法讓R值往前走，因為R值不是真相。如果今天本案有決議，訂出時程找出西醫基層分配R值的真相，或許找出後不見得是真正的真相，但至少朝真相邁進，屆時再考慮R值逐步前進，且希望決議納入R值檢討的時程。
- 三、R值本身並沒有牽涉到付費者代表跟民眾的利益，但R值往前進，可以明顯看到偏鄉，例如東區的情況可能會每況愈下，造成負成長，然後愈往南走，如高屏、台南、台中等情況愈慘，最好的是北區。請問北區是最需要醫療投入資源的地區嗎？人口增加並不代表醫療需求成比例的增加，醫療需求受到人口結構的影響、經濟面也有很多的問題，經濟不好的地方是否醫療需求較多？人口老化地區是否醫療需求較高？老弱婦孺占比比較多的地區是否醫療需求多？都是我們要去思考的地方。
- 四、R值有兩個真相被扭曲，一項是轉診型態比例(Trans)，另一項是人口風險因子(SMR)的占率。醫療需求不只是跟人走，預算也要跟著需要的人走才是對的，每個人的需要不同，有些弱勢族群需要的更多，在這種情況之下，錢更應該跟著有需要的人走，或是跟著民眾的需要走。
- 五、希望找出更能說服付費者的R值，在付費者提供R值指教之前提出期程，檢討西醫基層地區分配的R值，或許在明年提出的R值變動是我們可以承擔的。

六、在今天會議之前，我們已經召開 2 次會議討論，可能後面還要召開 7、8 次會議，因為在付費者提供指示後，內部還要經過一番折騰，才會有最後的結果。非常多區希望減少風險移撥款，最後的共識是維持原來的 6 億元，這是唯一的共識，也是唯一給我的授權。

七、只有一區支持 R 值前進，但可以有配套措施；台北區表示可以支持，但另外 4 區反對，尤其是中、南區，反對原因大家也知道。大家知道 R 值一旦往前走，預算就是往北區那邊，假設不考慮保障東區，北區點值是最高的，且平均每位醫師收入也是最高的，現在所有的人都不去台中、台南、高雄開業，都往北區去開業了，更何況是到花東開業呢。R 值要不要前進，請大家想一想，希望今天定出時程來處理 R 值的問題。

周主任委員麗芳

黃代理委員啓嘉是上一屆的委員，非常感謝他這麼用心。接著請林委員恩豪、林委員敏華、何委員語、干委員文男。

黃代理委員啓嘉(顏委員鴻順代理人)

何委員語需要多瞭解我們討論問題的過程，我個人是支持跟您做溝通，至於其他人，要等我回去以後再看看大家的意見。

周主任委員麗芳

請林委員恩豪。

林委員恩豪

還是維持我一貫的態度，希望 R 值要繼續前進，風險調整移撥款剛才講就是維持 6 億元，這應該有共識。剛剛黃代理委員啓嘉提到期程，這是老調重彈，原本期程 7 年 100%，現在已經拖了 20 年了，3 倍的時間，所以我希望一定要繼續前進，希望醫事服務提供者也能稍微多尊重一點付費者的意見，不要再搞成又要兩案併陳送上去，能在這裡解決，就在這裡解決。

周主任委員麗芳

請林委員敏華。

林委員敏華

- 一、我的立場跟在醫院部門的立場一樣，我跟陳委員有慶，一個代表農民、一個代表漁民，我們來自農村跟漁村，身處台北各位可能不知道中南部偏鄉地區民眾的醫療需求，我不是說各位講的都不對，黃代理委員啓嘉也做一番解釋。R 值的部分，為什麼說這東西不好，剛剛很多醫界代表也提出來，我本身住在雲林，但所有重病需求都跨到彰化、台中就醫，很明顯地在地區分配上，變成我們吃到中區的資源，南區反而受益，個人問題不在這邊討論。既然剛剛醫院協會有提出，理事長也提出保證，明年度一定會提出一個好的指標，我願意相信他們。
- 二、我有研究這個公式，發現裡面還是有一些問題，當然指標沒有完美，很多委員講的我都贊成，但執行時要看看偏鄉的醫療需求。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、主席，各位委員，我是嘉義鄉下的孩子，可是嘉義也有長庚醫院、慈濟醫院，雲林也有雲林醫院、彰化基督教醫院，實際上現在的偏鄉，已經設有許多區域醫院，我不知道政府對於偏鄉人口數、應該設立幾家醫院才是合理的政策，問題就出在醫療政策的偏失。
- 二、剛才黃代理委員啓嘉說要跟我簡報，我好幾年前就跟他們談過，我很樂意看看實際內容，就和我剛才跟醫院講過一樣，12 年來，不要講前面，從二代健保開始，我都希望你們就困難的內容，提供書面資料給我，讓我了解，我每年都提出。
- 三、我認為醫界都知道今年的健保會委員，我不敢說全部，至少林敏華委員、陳有慶委員是反對前進，至少他們知道健保會委員會提明年的 R 值要前進。醫療團體有協會、公會，財務也很健全，怎麼到現在都沒有邀請專家學者協助做一個完整的調查報

告。我們得到專家學者報告提供給我們的訊息，認為 R 值要前進，這是專家學者給我們的報告，可是醫界沒有請專家學者做研究，提供主張 R 值不要前進的報告給我們，到現在都沒有。因為這種因素，站在付費者的職責，我們認為 R 值要前進，專家學者給我們的訊息跟資料是要前進，錢跟著人走，而且整個醫療的人口數要平衡、公平，要能兼顧，我們去年答應你們不調整，但今年我建議至少要調 1%，R 值從 68% 調到 69%，S 值從 32% 調到 31%，建議西醫基層今年至少各調 1%。

四、每年都在講 R 值前進，我每年也希望你們回去把公式好好地做好，做到非常合理化。你們從來不提供你們完整的開會資料，讓我們了解為什麼 R 值前進對你們很不好、很不公平，從來都沒有提供，R 值每年都討論，不是好幾年才討論一次。坦白講今天付費者都很客氣，只說要前進，但沒講數字，我是直接了當講數字，應該前進就前進，剛才滕委員西華講 1~4%，我還很客氣講 2%，我的觀點是西醫基層的 R 值前進 1%，我想讓其他的付費者委員多發表他們的意見。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

一、主席、各位委員，我贊成要調整，醫院都調了，西醫基層沒有調，厚此薄彼講不通，幾年了都講同樣的話，S 值、R 值有問題，但都沒有提出報告說這個公式不能用，大家都安穩地安於現狀，所以不調。我希望能調，至於調幅是 1% 或 2%，我不堅持，只要有調，至少有 1%。

二、至於風險基金，前進若有問題，可以用風險基金調控，調整後哪一區受到不公平的待遇，可以使用風險基金。

周主任委員麗芳

請胡委員峰賓。

胡委員峰賓

一、關於 R 值前進，因為對各分區預算影響頗大，是一個難題，不過我覺得該前進還是要前進，西醫基層 R 值已 3 年沒調整，錢跟著人走是原則，我認為 R 值該前進。

二、我建議風險調整移撥款維持 6 億元。

周主任委員麗芳

請馬委員海霞。

馬委員海霞

應該要往前走，所以我支持要調整，我建議是調整 1%，風險調整移撥款金額還是 6 億元。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

一、可以接受風險調整移撥款 6 億元，關於 R 值，回顧過去歷史，西醫基層是從 90 年開始，希望 7 年達到 100%，比醫院短一點，醫院是 8 年，到 112 年已經 23 年，現在我們在討論 23 年後的事。基層的 R 值是比醫院部門稍微高，但也只有到 68%，68% 距離 100% 還是有一段距離。各位可以參考一下會議資料第 133 頁，有把歷年來的變化整理出來，所以各位看到 96 年以前前進的速度比較快，96 年就到 65%，如果 112 年還是不動，前後 16 年，16 年前進 3%！坦白講，16 年前進 3% 不是有點慢，而是像蝸牛爬牆般，所以應該還是要繼續前進，至少 1% 也好，有前進就是有在努力。

二、剛剛黃代理委員啓嘉提的，他很誠懇，也分析得很清楚，但我們只能說我們期待公式的改變，但是期待之中，該前進還是繼續前進！至於 100% 的目標，跟醫院部門一樣，專家學者認為不一定要 100%，所以要檢討時，請社保司可以一併檢討到底哪裡是合理的，這樣未來會比較清楚一點。

周主任委員麗芳

等一下口頭發言到楊委員芸蘋，請李委員麗珍。

李委員麗珍

我贊成調 1%，因為現在人口結構改變，年輕人認為回偏鄉、回鄉下地方住，他們的生活品質會更好，因為消費比較低。醫界一直到這麼多年都提不出文件給我們審核的話，我贊成我們調，等醫界提出證據反駁我們時，再開會協商。

周主任委員麗芳

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

剛剛黃代理委員啓嘉很誠懇地講了很多，我們也聽進去，不過不能厚此薄彼，醫院既然都前進了，住診方面也是提高 1%，我也是同意我們前面幾位委員的意見，要前進 1%。

周主任委員麗芳

我綜整大家的意見，我充分理解林委員敏華、陳委員有慶的關心，我們也會把你們的意見如實記錄下來，針對這一案我預擬決議：112 年度西醫基層總額地區預算分配方式，各地區校正人口風險因子及轉診型態後保險人數對象占率 R 值前進 1%，即 69%…。

黃代理委員啓嘉(顏委員鴻順代理人)

主席我反對，我沒得到這樣的授權，黃委員振國、顏委員鴻順都不在現場，我不是正式委員，我退場，請主席兩案併陳。

周主任委員麗芳

我雖然不願意兩案併陳，但本案的狀況比較特別。

黃代理委員啓嘉(顏委員鴻順代理人)

主席，我真的要退席(黃代理委員啓嘉走出會議室)。

周主任委員麗芳

黃代理委員啓嘉請回座，我們就兩案併陳。一案是 R 值前進 0%，風險調整移撥款金額維持 6 億元；一案是依據多數委員的意見 R 值

前進 1%，風險調整移撥款金額維持 6 億元。接著進行討論事項第三案。

陸、討論事項第三案「112 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

中醫 R 值去年已經有調整，將戶籍人口數占率從 13% 調到 14%，本案同仁不必宣讀，請詹理事長永兆說明。

詹代理委員永兆(柯委員富揚代理人)

主席，各位委員，大家午安！去年中醫門診總額有前進 1%，今年因為疫情影響，造成就醫的扭曲，我們掌控不到，中醫內部 6 區大家覺得今年暫時不動，我們會繼續努力，盡量往委員的期望能前進。

周主任委員麗芳

請大家看到會議資料第 157 頁，中醫戶籍人口數占率去年從 13% 調到 14%，本案相對比較簡單，他們也做一些承諾，請滕委員西華。

滕委員西華

詹理事長永兆，中醫門診部門調整的方式跟醫院、西醫基層、牙醫門診部門都不太一樣，這六個參數裡面，除了動第二個參數，過去其實在其他四、五、六的參數，第六個沒有動之外，其他都有討論過要不要有權重調整，除風險管控上可以做一些分攤，特別在沒有風險基金之前。剛剛講到因為 COVID-19 疫情影響，我看 6 區點值都超過 1。

黃代理委員啓嘉(顏委員鴻順代理人)

這是今年，明年再來看看。

滕委員西華

我講的是中醫，不是講西醫基層。

周主任委員麗芳

黃代理委員啓嘉是跨刀相助，西醫也會幫中醫。

滕委員西華

一、回到中醫部門，每年都這樣，今年大家不同意就兩案併陳，我們不知道以後還會不會當委員，但周執行秘書淑婉還是會繼續

當執行秘書，全部兩案併陳，就不用討論，無法彼此說服並不是民主機制。中醫點值都超過 1，卻說因為 COVID-19 疫情影響，不動人口占率參數二，這有點難說服我。假如不動參數二，請問是要動參數三嗎？請問要調整哪一項？參數一各區各季實際收入預算占率就是利用率，剛剛講點值也反映了，也不錯，中醫的總額成長率又來到史上高點百分之四點多，是柯理事長富揚卸任的重要里程碑，我們也覺得很不錯，中醫近 3 年的成長率都不錯，所以如果不動參數二，參數二不往前進，可否動別的？我覺得中醫要去面對，不然就動參數一或參數三就醫利用率，建議參數一、三、四動，因為參數二、五的關聯性比較高，假如參數二、五不變，勢必參數一、三、四要變，我覺得是這樣，這才是邏輯。

二、若中醫現在無法告訴我們一、三、四要不要動，就接受付費者意見，參數二往前進。

周主任委員麗芳

我們再聽聽看其他委員的意見，請林委員敏華。

林委員敏華

謝謝主席，我比較贊成中醫的看法，他們已經動過，今年真的是不正常，我今年確診，因為中醫協助吃清冠一號才迅速恢復，今年我建議先觀察看看他們調整幾年後有什麼變化，再做調整。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、主席，各位委員，因為中醫去年有調整，我支持今年不調整，明年是 112 年，希望 113 年他們自動調整，我建議這樣。

二、剛剛醫院部門說，我今年任期完了，你們就支持我不要調整。那中醫部門可以說，我說剛上任，我什麼事情都不清楚，我不要調整，也可以這樣說，做一年之後再看明年要不要調整，讓他有機會了解中醫狀況，後年希望他主動提出來自己調整。

三、最後我要講，委員當到現在，不當也罷，醫院有政治關係，可以找立委對部長施壓，否則刪減預算。西醫也可以找立委施壓不調整，我認為主席做出兩案併陳是不對的，可以動用表決，少數服從多數，如果兩案併陳，大家都找立委施壓，會天下大亂，每個人都有立委背景，說難聽一點，都已經給政治獻金，要不要為了健保的 R 值要不要前進找立委施壓也很為難。剛剛黃代理委員啓嘉講 R 值調整對每個委員都沒有利益關係，口袋都不會增加錢。今天的會議決議，坦白講我當健保會委員到現在，討論 R 值從來都沒有兩案併陳，除了去年風險調整移撥款調控 2 億元讓部長調，其他也沒有這樣做過，這是我的意見。

周主任委員麗芳

謝謝何委員語的指教，我一定會虛心檢討，不過現在看到曙光，至少這案子不需要兩案併陳，何委員請見諒，請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

我也不想看到兩案併陳，既然在這邊討論就好好做出決定。既然中醫去年有調整，我支持中醫部門的意見。

周主任委員麗芳

本案我綜整大家的意見，預做這樣的決議：

一、112 年度中醫門診總額地區預算分配方式，2.22% 歸東區，97.78% 歸其他五分區，五分區分配方式：

(一) 6 項參數占率同 111 年。

(二) 本年度不列風險調整移撥款。

二、其餘內容依會議資料說明及擬辦文字，請本會同仁協助整理。

柒、討論事項第四案「有關 111 年度牙醫門診總額『高風險疾病口腔照護』項目之當年度未執行額度扣減計算方式案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請健保署說明。

陳專門委員依婕

請各位委員參閱會議資料第 188 頁：

- 一、說明二，111 年牙醫門診總額預算「高風險疾病口腔照護」項目，協定事項「請健保署依照 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度」。
- 二、說明三，111 年度本項預算編列 4.05 億元，針對 5 類高風險疾病患者，增加全口牙結石清除及牙周暨齲齒控制基本處置之服務次數，協商預算推估方式：以高風險疾病患者人數 54 萬人，乘以就醫率 50%，再乘以每人增加 1,500 點。1,500 點是以服務頻率的調整作計算，以全口牙結石清除 600 點，由每年 2 次增加到每年 4 次，增加 2 次的次數，還有牙周暨齲齒控制基本處置 100 點，由每年 1 次增加到每年 4 次，所增加 3 次服務點數計算而得。
- 三、說明四，為辦理上述事宜，貴會於 7 月份的委員會議請本署提具「扣減當年度未執行額度」處理規劃，並建議依 111 年度預算編列推估方式，以預算執行數，就是增加申報點數方式認列，針對 5 類高風險病人，扣除原已提供服務次數之費用。
- 四、說明五，本署依上開建議於 8 月份牙醫門診總額研商議事會議，提報本項扣減方式，說明如下：
 - (一)本項預算用於擴大特定對象服務頻率所增加之金額，自 111 年 3 月 1 日起新增支付標準 91090C「高風險疾病患者牙結石清除-全口」700 點，費用包含「牙結石清除」、「牙菌斑偵測」及「去除維護指導」，每 90 天可以申報 1 次。

(二)前述項目未實施前，健保原本有給付每人半年 1 次的「牙結石清除」，及每年 1 次的「牙周暨齲齒控制基本處置」。

(三)本署研擬扣減當年度未執行額度之計算方式：

1.實際增加費用：以 111 年申報新項目 91090C 之費用，扣減申報新項目的這群人，過去 3 年 108 到 110 年任 1 年執行過原本的項目的費用作為基期認列。

2.扣減未執行額度之費用，以 4.05 億元預算，減掉上面計算的實際增加費用，做為未執行額度費用。

五、說明六，上開研商議事會議牙醫部門意見如下：

(一)本項預算協定事項為「扣減當年度未執行之額度」因與 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫之協定事項「於一般服務扣減與本項重複部分之費用」不同，爰不應扣減重複之費用。

(二)本項預算係用於申報 91090C「高風險疾病患者牙結石清除-全口」，新的支付標準沒有執行的額度，應該是把本項申報醫令點數加總與預算差異之費用來認定。

(三)本項經費係已扣除重複費用後之新增預算，且執行以新項目 91090C 申報，所以應該只計算未執行額度，不應扣減原相關服務之基期費用。

六、說明七，由於本署跟牙醫部門對於總額協定事項認知不同，所以上次牙醫門診總額研商議事會議決議提報貴會決定，請就「扣減當年度未執行之額度」之定義提請討論。本署後續將依照本會議決議辦理後續事宜，以上。

周主任委員麗芳

請健保會同仁說明。

陳組長燕鈴

一、請委員參閱會議資料第 190 頁，這個討論案主要源於 111 年度「高風險疾病口腔照護」項目 4.05 億元，其協定事項為「依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度」。這個協定事

項意思是 4.05 億元排除有執行的額度之後，沒有執行的部分要扣掉。

二、現在執行額度的認列，健保署跟牙全會的看法不一樣，為了釐清誰的看法比較合理，本會 review(回顧)協商當時如何推估出這 4.05 億元，請委員參閱會議資料第 190 頁：

(一)剛剛健保署說得很清楚，協商當時預算推估方式，針對高風險疾病患者 54 萬人，乘以就醫率 50%，乘以每年增加 1,500 點。為什麼用每人增加 1,500 點計算，請參閱會議資料第 191 頁上面的表，右邊欄位呈現在協商此項目時，原一般服務有提供牙結石清除 1 年 2 次跟牙周暨齲齒控制基本處置 1 年 1 次。

(二)所以在協商這 4.05 億元時，請看到第 190 頁，當時的算法是全口牙結石清除 1 年從 2 次變 4 次，增加點數為 600 點乘以 2 次，就是 1,200 點，再加上牙周暨齲齒控制基本處置 1 年從 1 次變 4 次，增加點數為 100 點乘以 3 次，就是 300 點，總計增加 1,500 點。

(三)把原有服務全口牙結石清除的 1,200 點跟牙周暨齲齒控制基本處置的 100 點加起來是 1,300 點，這是原本已經服務的部分不能計入。所以當時計算增加的點數只有 1,500 點。

三、當時因為這個項目編列在一般服務，又用就醫率 50% 推估可能高估，所以那時候委員決議，如果沒有執行要從一般服務扣掉，不然會納入基期。健保署為了執行這 4.05 億元的項目，所以在 111 年 3 月 1 日新增 1 個新的支付標準，在第 191 頁表的左邊，91090C「高風險疾病患者牙結石清除-全口」，這個支付項目把「牙結石清除」跟「牙菌斑偵測及去除維護教導」包在一起支付 700 點，1 年可以提供 4 次，90 天提供 1 次。所以高風險疾病患者 1 年可以用 4 次，這部分 1 年可以申報 2,800 點。

四、問題在於原來的一般服務，新增項目的 2,800 點有 cover(包含)原有項目的 1,300 點，就是第 191 頁表格右邊的原來提供服務

的部分，所以計算增加費用是用 2,800 點減 1,300 點，只能算 1,500 點。現在回到他們各自主張的認列執行預算的部分，要怎麼算？

(一)健保署認為這個預算執行額度應該用新的支付項目申報費用 2,800 點，扣除這個病人過去 3 年，任何 1 年有使用一般服務相關的利用次數，就是原來有的牙結石清除跟牙周暨齲齒控制基本處置部分的費用扣掉。如果這個人過去都沒有使用原來一般服務就不用去扣了，這是健保署的算法。

(二)牙醫部門建議，所有新的支付標準 2,800 點都要算到執行率不能扣除，這是 2 個最大差別。

五、本會也提供研析意見，協商當時的 4.05 億元是用增加的次數算出來的，請參閱會議資料第 192 頁，我們認為新增支付標準的 2,800 點包含一般服務原有的 1,300 點，及增加服務頻率所增加的 1,500 點，如果是這樣的話，若費用是用增加的 1,500 點編列的，所以預算執行額度最多也只能算 1,500 點。這樣的推估方式請參閱會議資料第 192 頁最下面的表：

(一)這個人今年只使用 1 次的話，預算執行率就不能算，因為這是一般服務 cover(包含)的範圍。

(二)這個人使用到 2 次，就增加 1 次 100 點的牙周暨齲齒控制基本處置，增加點數為 100 點。

(三)這個人使用到 3 次，就增加 1 次的 600 點的全口牙結石清除、跟 2 次 100 點的的牙周暨齲齒控制基本處置，增加點數為 800 點。

(四)這個人如果用了 4 次，就是最多算 1,500 點。這是本會建議的預算認列方式，委員可以併同牙全會、健保署的計算方式，參考哪一個方式較為合理。

六、對於本案處理建議：

(一)因為歷年總額協商都是秉持一般服務基期已包含費用不能重複編列原則，我們建議應該依循這個原則辦理。

- (二)另考量「高風險疾病口腔照護」項目，協商當時預算編列是增加服務頻率所產生的費用計算，所以執行方式要跟當時預算編列的邏輯一致，須扣除原一般服務已涵蓋的次數之費用。
- (三)原則上，建議採取本會試算的扣減方式，較符合當時協商預算編列的意旨，也尊重委員討論的結果，請健保署依決議辦理後續扣減事宜。
- (四)我們最後有一個建議，未來新增項目的支付標準設計，建議能與既有服務區隔，這樣以後的疑義會比較少，以上說明。

周主任委員麗芳

請問陳委員彥廷你們的看法，對於健保會提出的方案是否認同？

陳委員彥廷

一、對於會裡面提到的意見：

- (一)第 1 個，基本上總額的談判基礎都是前 1 年，或是以牙醫門診總額來看，他在試辦總額之前那 1 年總額所施行的項目，也就是說雖然表定 1 人可以洗 2 次牙，實際上一般民眾看不同的 population(群體)，1 年可能洗 1.3 到 1.6 次，所以並不是所有人 1 年都使用 2 次，那是我們的基期。尊重這樣基期的概念，計算方式上，我覺得健保署比較貼近實際的狀況。因為不是每個人每年就一定會用 2 次，如果是這樣我們的預算顯然不夠。
- (二)第 2 個，新增項目 91090C「高風險疾病患者牙結石清除-全口」申報頻率增加了，但是事實上今年發生 2 件事，第 1 個是此支付標準 3 月才開始上路，再來 4 月疫情開始出現，所以牙醫就醫人數其實是受到影響的。
- (三)第 3 個，有些人譬如在去年的 12 月或是今年的 1、2 月按照正常情況也會去洗牙，可是他在今年 3、4 月的時候就符合新的項目規定，所以他是因為 91090C 限制申報的時間比較短，申報頻率增加就可以進入，在定義上並不完全一樣。

二、我們主張應該先用病患適用的新的身分或新的條件來給付，而不是先把原來可能在今年下半年或明年上半年才會用到的服務扣除。我們主張前面 2 次頻率比較高的洗牙費用應該優先從這個項目支出，在今年又是晚上路的情況下，是不是應該用我們現有新增項目的申報數當成實際上的執行數，以上。

註：新增項目 91090C「高風險疾病患者牙結石清除-全口」，每 90 天限申報 1 次；原有項目 91004C 牙結石清除-全口，每半年最多申報 1 次。

周主任委員麗芳

對於陳委員彥廷表達的看法，我再請問一下，剛剛您提到現在在計算基準上，您覺得跟健保署比較雷同，那你們可以通盤接受健保署的意見嗎？還是您覺得縱使是健保署的意見，你們還是有不接受的地方嗎？

陳委員彥廷

我剛剛提的第 2 個意見是針對健保署的部分，因為他們執行額度計算是優先扣除原相關服務費用，但我們認為新增項目頻率增加，我在 3、4 月做可能都未滿半年但已經超過 3 個月，是因為這樣才開始執行，這些費用計算應該優先從我們新增項目執行才對，不是從原有的項目，原有的項目應該往後遞延，因為今年可能會申報原有的項目，或是去年年底已經申報過，我們主張原有項目並不是真正重複的。

註：新增項目 91090C「高風險疾病患者牙結石清除-全口」，每 90 天限申報 1 次；原有項目 91004C 牙結石清除-全口，每半年最多申報 1 次。

周主任委員麗芳

我們來聽聽委員的意見，依據剛剛陳委員彥廷所提出的論述，是否接受牙醫部門所提出的意見？因為現在有 3 種不同執行額度的計算方式，有牙醫部門、健保署，本會同仁很認真，也做了一套。要委員現階段立刻釐清，確實需要一點時間，請大家表示意見。請李委員永振。

李委員永振

一、主席，我個人覺得健保會同仁已經掌握，而且剛才陳組長燕鈴在報告的時候有提到，本案應考量的 2 個重點，第 1 個是費用不重複編列預算之原則，第 2 個是預算執行方式應與經費編列邏輯一致，尤其第 2 點，須扣除原來一般服務已涵蓋相關服務次數的費用。健保會同仁就是根據這個原則試算，在會議資料第 192 頁底下的表，很清楚，我看了之後很佩服，清楚明瞭，沒有爭議空間，應採此試算之扣減方式比較合理，它跟原來協商預算時候計算方式相同，因為這個項目是新增的，應該針對新增的部分來處理，我是給你全年的預算，你做多少不夠就扣回來。

二、剛剛陳委員彥廷講的也是事實，新增項目 3 月 1 日才開始實施，但沒關係因為它是用就診次數來計算，今年來 1 次就沒有增加點數，來 2 次就是增加 100 點。1 年 1 次變成現在 1 年 4 次在第 2 項的部分（註：牙周暨齲齒控制基本處置），你來第 2 次就增加 100 點而已，你來 3 次就增加 800 點，3 月來做的話 1 年就可能來 4 次，若他真的 90 天來 1 次的話，那你來 4 次就是給你增加 1,500 點。這樣加起來就是今年增加的點數，跟原來我們協商時的計算基礎一致，這個表做得真的太好了，很佩服他們，清楚明瞭沒有爭議，謝謝。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴說明。

蔡副署長淑鈴

一、這個項目乍聽之下讓大家沒有很清楚，我大概講幾個觀點，理論上這 1 項新增的項目為「高風險疾病口腔照護」，主要為哪一些疾病的人叫做高風險，把那些人找出來，這些人因為這些疾病，口腔可能比較容易有牙菌斑，或是為了預防他蛀牙，洗牙應該從 1 年洗 2 次增加到洗 4 次，於是這個新增項目預算編列時多編洗牙 2 次的錢。還有 1 項是牙周暨齲齒控制基本處置，

針對高風險病人從 1 年 1 次變 4 次，所以那個額外的錢就變成編列這個預算的基礎。

- 二、因為是 1 個新增項目，它的執行頻率是 4 次，總額在結算時就出現一個問題，要扣減原來有的項目，所以健保署的計算方式就比較合理一點，就是這些來做高風險疾病口腔照護的人，過去洗牙次數原本已經在基期裡面要扣掉，這是 1 種扣法，健保署認為過去 3 年曾經有洗過牙，看洗牙幾次我們就扣掉那些原本在基期裡面的費用。
- 三、健保會的試算方式係認為基期的費用裡面本來就含 2 次洗牙的錢，所以得扣 2 次，所以就會變成扣款結果有一點差距。但已經解決一件事情就是，原來牙全會跟健保署第一回合談的時候，牙全會主張不能扣款的，現在基本上，健保會跟健保署都是主張要扣的。但如何扣的問題，因而衍生出 2 種扣法。
- 四、健保會提出基期已經涵蓋 2 次費用就得扣 2 次之作法，會又出現另 1 個問題是基期是否真的有包括 2 次費用嗎？牙全會提出當時牙醫門診總額實施時，是用過去的 base(基期)當成基期，過去的 base 不是每個人都洗牙 2 次，所以認為扣 2 次費用會扣太多，所以對於扣減方式之合理性有所質疑。
- 五、最後牙全會又提出另一個問題，高風險疾病患者每年可以執行 4 次，如果今年病人利用 2 次應該先用新增預算支應，而不是原來一般服務預算涵蓋 2 次費用，例如：高風險疾病患者每年執行 4 次，如果病人只用 2 次，牙全會認為這 2 次要先用新增預算支應，但健保署主張這 2 次費用已經在原來一般服務預算內，本來就在基期應先扣掉，我認為第 2 個問題是大家可以再討論，如果依照牙全會主張會變成高風險疾病患者執行 4 次，前 2 次用新增預算，用到第 3 次才是基期預算，我覺得爭議點在這裡。
- 六、另外，本項協定事項是扣減當年度未執行之額度，這項是編列在一般服務預算，所以相關費用都還在基期內，牙全會會擔心這樣的扣減方式，若以後服務比較多時預算會不夠，事實上納

入一般服務基期，而且會隨著每年總額成長率成長，這點對牙醫門診總額沒有很大的影響，只是當年度確實要收回這個預算。關於這點，我建議類似的項目以後要編列一般服務，就會有這種爭議，有基期要不要改變的議題，以上意見供委員參考。

周主任委員麗芳

感謝蔡副署長淑鈴釐清本案的問題，非常清楚。依序請何委員語、干委員文男。

何委員語

牙全會提出高風險疾病患者牙結石清除，另外有一項是懷孕婦女牙結石清除，請問懷孕婦女是否包含在這項，懷孕婦女牙結石清除 1 年執行 4 次，每 3 個月執行牙結石清除 1 次，明定在支付標準，請問懷孕婦女有沒有包括在這項「高風險疾病患者牙結石清除」裡面？

周主任委員麗芳

請健保署現在馬上確認。(陳委員彥廷：搖頭)陳委員彥廷說沒有，懷孕婦女不包含在這項。

何委員語

- 一、我要提的是「高風險疾病患者」項目，剛才蔡副署長淑鈴講到，牙醫執行請款的時候，高風險疾病如腦血管疾病等 5 類疾病，會顛倒請款的情形，這變成計算上的盲點，有的會從第 1、2 次請款，有的會從「高風險疾病患者」項目的第 3、4 次當作是第 1、2 次請款，為了能夠公平處理，我贊成健保會提出的扣減方式，這樣才會一致。
- 二、至於剛才提懷孕婦女牙結石清除部分，已經在一般服務預算，沒有另外編列預算，不是專項支付，也是 1 年 4 次，如果健保署和牙全會提出的方式會造成申報不同的現象，我認為回歸健保會提出的扣減方式是最單純，就不會出現這種現象。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

我們非常認同健保會試算的方式，很清楚很明瞭，但是因為新增預算是從 111 年 3 月 1 日起才開始新增支付標準，是不是 3 月以前用舊的方式計算，3 月以後才用今天討論的新方式計算執行額度。這樣切開的話，我們依協商預算推估邏輯研擬的執行額度計算方式，也可以站得住腳，沒有模糊的地方，若是這樣就非常完美，就是切割，3 月份以後按照新制、3 月份以前按照舊制。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

- 一、剛才蔡副署長淑鈴是從另外一個角度說明，聽起來好像也蠻有道理，不過我一時之間整理不出來，坦白講看到本案時，我擔心 2 個問題，第 1 個，能不能找出高風險疾病患者？健保會同仁說可以，有 5 類高風險疾病病患，牙全會也有掌握，也就沒有問題。
- 二、第 2 個，剛才蔡副署長淑鈴也給我答案了，原本我擔心按照健保會提出的計算方式，資料是否完整，能不能計算出來？剛才已經回應可以計算。如果可以計算的話，剛才干委員文男提到 3 月 1 日的部分，也可以處理了，健保署的資料庫可以計算的話，還沒有公告之前就來就診者，如果每 3 個月就診 1 次，1 年就會來 4 次，這類患者就是多 1,500 點，也不會重複。
- 三、至於健保署考量以前怎麼樣先用哪一個，這應該也不會存在，因為總額的概念就截長補短，無法說以前是怎樣現在今年才開始這樣做。如果屬於這 5 類高風險疾病患者，今年病人就診幾次都能算得出來，就診 1 次就沒有多，就診 2 次就多 100 點，「一般牙周暨齲齒控制基本處置」原本 1 年申報 1 次，調整到 1 年申報 4 次，所以就診 2 次也只有多這 1 次，另外「牙結石清除-全口」原本 1 年就可以申報 2 次，應該沒有說先用哪一個預算。

四、111 年度「高風險疾病口腔照護」預算編列是針對高風險疾病患者，增加服務頻率至 4 次所產生的費用計算，也就是原來一般服務預算要先用，至於增加 2 次費用才是當時編列 111 年度預算的計算基礎，當時我是牙醫門診總額的主談人，牙醫門診總額是我主談的，經費編列邏輯很明確。健保會提出「預算執行額度」計算方式，如果健保署可以計算的話，就如我剛才提到清楚明瞭，沒有爭議。

周主任委員麗芳

感謝李委員永振，剛剛蔡副署長淑鈴說明和您講得一樣，開始的 2 次用原本一般服務預算，超出次數才用新增預算。

李委員永振

剛才提到牙全會提到，原本舊的一般服務預算與新增預算先用後用的問題。

周主任委員麗芳

您的說明和健保署是一樣的。請陳委員彥廷稍等一下，先請干委員文男發言，最後 1 位口頭發言後，再請陳委員彥廷。

干委員文男

補充說明，剛才我發言時沒看到，請參閱會議資料第 188 頁，說明五之(一)「本項預算用於擴大特定對象服務頻率所增加之金額，並自 111 年 3 月 1 日起新增...」，是從 111 年 3 月 1 日開始生效，所以今天討論的執行額度計算方式，是從 3 月 1 日後的利用試算，3 月 1 日前並沒有要不要扣除過去利用次數的問題，所以我修正一下我剛才的發言，也感謝同仁把資料準備得那麼清楚。

周主任委員麗芳

請陳委員彥廷。

陳委員彥廷

一、剛才向各位委員報告，本項新增頻率次數是把原來一般服務涵蓋的部分先排除，雖然現行規定每半年申報「牙結石清除-全口」1 次，但是在費用執行上，從總額開辦的時候大家就沒有用 2 次

費用。健保署的算法是過去病患實際利用多少就扣多少，這是基期的概念。

- 二、不同於健保會提出的扣 2 次費用，而是過去平均實際利用 1.6 次就扣掉 1.6 次的費用，用過去實際利用次數的費用，健保署算法就是我現在說的平均用多少次就扣掉，以過去 3 年內實際有來就醫的代表過去利用的基期，就會扣掉過去 3 年一般服務相關利用次數費用。
- 三、我才會說健保署計算的數值是扣掉原本基期的部分，也就是原來一般服務有 cover(涵蓋)的部分。健保會的算法是不管有沒有用一定扣到 2 次，若以現行支付標準，我們將所有支付項目列出來，根本和我們總額預算差太多，總額基期是以過去執行來算的。

周主任委員麗芳

- 一、我充分理解，陳委員彥廷的講法跟蔡副署長淑鈴說明一樣，在計算「預算執行額度」時，要扣除病人過去實際利用次數的費用。現在就是 2 點，一是陳委員彥廷已經同意扣除病人過去實際利用次數費用，雖然之前在牙醫門診總額研商議事會議時，雙方有爭議，但現在您已經同意健保署的算法。
- 二、第 2 點，剛才大家關心，111 年高風險疾病患者執行牙結石清除，到底要先用原本舊的一般服務預算，還是用新增的高風險疾病口腔照護預算，現在大家都有共識，會先扣除舊的預算已支應的次數費用。現在問題都釐清，大家也有共識，第 1 點扣除病人過去實際利用次數費用，第 2 點會先扣除舊的預算已支應的次數費用，以上 2 個爭議都解決了，我們是不是就這樣來辦理？請李委員永振。

李委員永振

主席，我聽不懂您後面的說明，剛才說健保署和健保會一樣，現在又說健保署和牙全會一樣…。

周主任委員麗芳

我解釋一下。

李委員永振

我只要問一句，健保會提出的處理方式，有沒有辦法做？

周主任委員麗芳

兩方的算法不一樣。

李委員永振

不一樣的話，我覺得健保會提出的合理，也沒有新舊的問題，今年高風險疾病患者就診幾次，如果就診 1 次就是 0 點，就診 2 次就是 100 點，蔡副署長淑鈴剛才說明這部分是可以算的，健保會的很清楚，為什麼還在爭議呢？

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴解釋清楚，我有聽懂蔡副署長淑鈴剛才說明的。

蔡副署長淑鈴

- 一、謝謝李委員永振，我真的蠻佩服健保會做這張表，但是還是有所差別的，基本上這有一個假設，基期費用包括每個人都有洗 2 次的費用，這是健保會的主張。健保署主張是基期費用依照過去經驗，有牙醫門診總額以來沒有每個人都洗牙 2 次，幾乎沒有，基期並不含每個人都做 2 次費用，所以要扣的時候也不能說基期就有 2 次的費用，這是我們不同的地方。實際上在執行的時候，我們就是扣真正有用的那 2 次，算是在基期裡面。
- 二、回到李委員永振提到的能不能算，2 種方式都能算，這沒有技術問題，純粹是原則問題，我們到底承不承認基期一定有 2 次的費用在內，就牙醫門診總額基期確實沒有每個人有 2 次的費用，這是事實，而且是長期以來我們看到的經驗值。
- 三、在牙醫門診總額研商議事會議時，牙全會原本也不支持健保署提出的，現在是支持的，因為現在看起來健保會提出的方式似乎更加不合理一點點，對不起健保會同仁。但是回到健保署提出的處理方式，我們認為是合理又可行。

四、牙醫門診總額之預算編列一直發生這種事情，把這種項目放在一般服務造成很多的困擾，藉由這個經驗，建議大家可以思考以後協商時哪些項目放在一般服務哪些放在專款，也多多考慮以後執行的問題。

周主任委員麗芳

蔡副署長淑鈴解釋很清楚，請何委員語，最後 1 位發言。

何委員語

我想牙全會和蔡副署長淑鈴都講得很清楚，當初給 10 元，他只做 1.6 人而已，沒有做到 2 個人，健保會提出的處理方式是 10 元是要做 2 個人的錢，所以要扣 2 個人的錢。請問蔡副署長淑鈴若參考健保會提供的這張表來看，要從 1.6 人扣起還是從 2 個人扣起？

蔡副署長淑鈴

一、這是 2 個層次的問題。原本有 3 個問題要解決，現在已經解決 2 個問題，只剩第 3 個問題，但概念上還是有所不同。第 1 個問題，本來第 1 回合談判時，牙全會堅持不扣減，主張協定事項文字本來就不能扣，現在牙全會已經同意。

二、第 2 個是如何扣，本來 base(基期)就沒有每個人都洗 2 次的費用，依照每個人實際利用值用多少扣多少，這部分剛才陳委員彥廷接受了，他認為相對的健保會建議計算方式更不合理，所以就接受本署的計算方式。

三、第 3 個是新的問題，但是健保署不接受，1 個人可以用 4 次，但前 2 次應該用新的預算，不能直接用基期去扣，使用第 3、4 次才用基期費用，這部份我們不同意。

四、感謝陳委員彥廷今天可以接受，我們第 1 回合沒有共識的部分。至於委員們認為健保會計算方式更合理，基期就是有 2 次費用，如果真要辯得明白的話，就要回到牙醫門診總額 1998 年開辦的時候，當時的基期到底含幾次的費用。

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉。

周執行秘書淑婉

請委員參閱會議資料第 191 頁第四點(一)之劃線處第 2 行部分，其實健保署寫得很清楚，若個案過去無相關利用就不扣減，表示過去沒有利用就不在基期中，這是最簡單的，看文字就懂了，剛大家討論過程中，我想本會所提扣減計算方式過嚴，建議可以支持健保署提出之處理方式，我覺得這是 OK 的。

周主任委員麗芳

本案很清楚了。(何委員語舉手)何委員，周執行秘書淑婉都...

何委員語

健保署還有第 3 個問題還沒解決，提出來要我們解決。

蔡副署長淑鈴

第 3 個問題我們不接受牙全會提出的意見。

周主任委員麗芳

我做決議，我們也不接受。

何委員語

因為牙全會理事長隨機應變很快，看到健保會提出的處理方式比較不利，所以就接受健保署的方案，原本都不願意扣的，最有利的是都不扣，次有利的是健保署方案，最不利的是健保會方案，所以我建議第 1 個依照健保會原則做，第 2 個高風險疾病患者約 54 萬人，執行第 1、2 次要原本的一般服務預算，不能用「高風險疾病口腔照護」預算。

周主任委員麗芳

綜整委員所提意見，剛才周執行秘書淑婉及蔡副署長淑鈴也有說明，本案「預算執行額度」先以健保署的處理方式去扣(註)，剛才周執行秘書也說是 OK 的，就是採健保署的處理方式，至於從哪裡扣，先把舊的額度(基期)扣完之後，再用新的預算(蔡副署長淑鈴：先扣舊的)，對啊！先扣舊的，也是跟你們...

註：健保署提報扣減當年未執行額度之計算方式：

1. 「預算執行額度」=111 年申報「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」之費用-111 年申報 91090C 者曾於 108 年至 110 年任一年執行原相關服務之基期費用(若申報 91090C 者過去無相關利用，則不扣除)。
- 2.扣減「未執行額度」=預算 405 百萬元-「預算執行額度」。

李委員永振

這案不是健保署，是付費者付的費。

周主任委員麗芳

我知道，這是大家的意見，健保署幫忙研擬，剛才周執行秘書淑婉也同意。陳委員彥廷不好意思，您回去之後再跟會員們說明，我們用健保署計算方式作為委員會議的決議，並辦理後續扣減事宜。陳委員彥廷這樣可以嗎？(陳委員彥廷：點頭)含淚接受，謝謝。接下來進行報告事項。

捌、報告事項第一案「111 年度各部門總額協定事項預算扣減項目之處理規劃」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

我先向委員說明，報告事項共計 3 項：

- 一、報告事項第三案「中央健康保險署 111 年 9 月份全民健康保險業務執行報告」，本次是書面報告，委員對本案有意見的話，請提供書面意見，將送請健保署回復說明，這是報告事項第三案的部分。
- 二、報告事項第二案「110 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告」，委員有收到一本「110 年全民健康保險監理指標之監測結果報告(初稿)」，本案是徵詢委員意見，請委員提供意見，健保會同仁彙整委員意見及健保署回復說明，最後彙編監理指標之監測結果報告。對於監理指標之監測結果報告(初稿)，若委員有意見請踴躍提出來，將於蒐集意見後彙編成冊，請委員提出寶貴建議。
- 三、接下來報告事項第一案，請同仁宣讀。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請健保署簡要報告。

陳專門委員依婕

請各位委員參閱會議資料第 205 頁，本次提出「111 年度總額協定事項處理預算扣減項目之規劃」，簡要說明如下：

- 一、第 1 項是中醫門診總額一般服務「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」項目，請參閱中間「健保署對協定事項之處理規劃」欄位之第 2 點，經過中醫門診總額研商議事會議討論決議：(1) 以 111 年針傷處置申報量較 110 年增加數，扣除近 5 年平均成長率(視為自然成長)後，作為針傷處置因本項放寬之執行情形。請翻到會議議程第 206 頁，(2)因針傷處置次數增加，將增加診

察費及藥費，所以將以平均每件針傷處置申報之診察費及藥費推估此部分增加點數。

- 二、第 2 項西醫基層總額一般服務「提升國人視力照護品質」項目，請參閱「健保署對協定事項之處理規劃」欄位之第 2 點：扣減當年未執行額度之計算方式，經提西醫基層總額研商議事會議決議，以 111 年申報件數相較於 110 年增加數，並扣除過去 5 年年平均成長率做為自然成長率計算本項預算執行情形。
- 三、接續請參閱會議資料第 207 頁專款項目，第 1 項牙醫門診總額「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」項目，經提牙醫門診總額研商議事會議報告，決定扣減費用計算方式為 111 年申報 P7101C「青少年齲齒控制照護處置」者，若其曾於 108 至 110 年任一年申報醫令代碼 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」，將依其申報 91014C 之點數扣減一般服務費用。
- 四、請翻到會議資料第 208 頁，中醫門診總額專款項目「照護機構中醫醫療照護方案」，經提中醫門診總額研商議事會議討論，決議俟 111 年第 4 季結算時，依本方案申報費用之收案住民，回推該住民 110 年全年中醫門診申報醫療費用點數來認定要扣除的費用，並排除「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」專款點數(這是民眾去住院所發生的費用)後，於 111 年一般服務予以扣減。

周主任委員麗芳

我看健保會研析及建議部分，都是建議尊重健保署處理規劃。接下來請委員表示意見，健保會研析建議是尊重健保署的處理規劃。如果大家沒有...請李委員永振。

李委員永振

對預算扣減項目的處理規劃，我沒有意見。針對會議資料第 204 頁之二(二)提到，3 項效益評估方式的處理規劃，還沒有提出具體規劃，我個人覺得效益評估應該是協商時付費者要不要購買服務的重要參考依據，要不然不知道買這些服務後會有什麼效益，不知道會

得到什麼，當然有醫療服務，但是投入這些預算之後，將來會產生什麼效益是很重要，很顯然目前提出效益評估方式的時間都往後遞延，譬如：這3項都是111年度服務項目，付費者都買了，今年也剩下約2個月，但如何評估效益都還沒提出來，我們就更不知道得到什麼結果，關於這點將來如何改善是值得商榷，應該好好思考一下。

周主任委員麗芳

關於李委員永振所提的3項效益評估方式部分，其中牙醫的項目，特別拜託陳委員彥廷盡快研提。本案決議如下：

- 一、尚有3項未提報效益評估方式之項目，請健保署最遲於111年12月份委員會議將具體規劃結果，提報本會。
- 二、同意健保署所報111年度各部門總額預算扣減方式之規劃，請遵照辦理後續扣減事宜，並於112年2月將執行結果提報本會，供協商113年度總額之用。
- 三、餘洽悉。

玖、報告事項第二案「110 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告」、報告事項第三案「中央健康保險署『111 年 9 月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

- 一、報告事項第二案，剛才向大家說明，這本「110 年全民健康保險監理指標之監測結果報告(初稿)」是徵詢委員的意見，委員所提意見將請報告單位回復說明或參採研修後，再由健保會彙整相關意見後定稿成冊。
- 二、報告事項第三案「中央健康保險署 111 年 9 月份全民健康保險業務執行報告」，這個月是書面報告不需要口頭報告，請委員提供書面意見，我們會請健保署回復說明。以上議案都處理完了，請問委員有沒有臨時動議？依序請陳委員石池、請何委員語。

陳委員石池

大家好，雖然有委員離席了，但我說的不是臨時動議，對於今天主席主持會議表示敬佩，您真的受委屈了，今天主席主持的非常公正公平，兼顧少數代表權益也沒有忘記多數代表的意見，個人覺得今天主席的裁示非常公正、非常讚、非常值得尊敬和喝采，我要站起來給您鼓掌。

周主任委員麗芳

我真的不好意思，向大家致歉，還有很多不足的地方，無法滿足每個人，我也深深鞠躬，真的對不起，我會好好虛心改進。請何委員語。

何委員語

- 一、對您的讚美是應該的，但是為了自己的利益來讚美是不必要的，若今天我為了爭取自己的利益來讚美是多餘的，為了爭取主席幫我處理及做什麼都是多餘。但是我認為 12 年來 R 值前進沒有 1 次送部裁決，只有今年有這種狀況，雖然我們有 2 位付費者委員希望不要前進，但是不要忘了我們有 20 位付費者委員，

其中 18 位都是贊成前進，雖然有些人沒有表達意見，但是不代表他們不同意前進，我當時建議主席一個個徵詢，我尊重大家的意見，這是很重要的觀點。

二、第 2 點，我們上次委員會議希望健保署規劃「全民健康保險急診品質提升方案」相關監測指標，到目前為止，所有醫院的急診都是人滿為患，什麼時候能改善這種現象？希望健保署趕快將急診監測指標提出來讓我們這屆委員了解，這是很重要的一環。

三、第 3 點，我站在健保會委員的立場，當然知道主委很辛苦，因為有些人協商到晚上都要哭出來，有時協商到半夜 11 點半，甚至有次協商到隔天凌晨 1 點半，還沒有到凌晨 2 點，擔任主委本來就很辛苦，不辛苦誰要請您擔任主委，對不對！而且您是部派的，部派的就是要任勞任怨。

周主任委員麗芳

到現在為止，我什麼都沒吃。

何委員語

我也沒吃啊！

周主任委員麗芳

我很忍耐喔！

何委員語

對，我也還沒吃飯。

陳委員石池

主席！權宜問題，請清點人數。

周主任委員麗芳

我知道，時間差不多了。

何委員語

我提議散會，清點人數比我散會小。

周主任委員麗芳

我提醒剛剛兩項報告案，若大家有意見，請於下週三前提供書面意見給同仁，若需要同仁協助擬文字，我們都願意協助，也尊重何委員語的建議，我們到此散會。謝謝大家！

盧委員瑞芬書面意見

111 年 9 月份健保業務執行報告，第 15 頁，表 6-1，為確切瞭解政府在應收、實收保險費的負擔比率，請將「投保單位及保險對象」欄位，以「政府投保單位」、「非政府投保單位」及「保險對象」分列。

李委員永振會後書面意見

依本會同仁分析，23 項監測指標有 13 項退步，占 56%，改善進步的只有 6 項，約四分之一，效率面的指標大都呈現退步之趨勢，可能是受疫情因素影響？！但疫情已是第 2 年，111 年若仍是此現象，則值得深入瞭解、掌握！其中有幾項目前就應進行分析：

- 一、1.5 項，與分級醫療政策方向不符，不禁令人想起我們大筆投入之期待是什麼？
- 二、1.6 項，黃理事長金舜撰文提及，國外先進國家之藥費占率在 9%~19% 之間，我國近年藥費占率逐年提高，已快突破 29%，DET(Drug Expenditure Target, 藥品費用分配比率目標制)制度是否該檢討了？
- 三、5.2 項之數據，健保署每月之業務執行報告皆會揭露，而目前健保財務吃緊時期，下降是必然現象，本項指標之意義為何？
- 四、5.4 項，資金運用收益率與投資環境有關，絕對數字很難評斷優劣，以相對方式呈現是否較能看出端倪，否則 112 年之收益率必大幅提升！

劉委員淑瓊會後書面意見

- 一、針對「110 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告」，首先謝謝健保會同仁的安排審查與整理專家學者意見，及署方的回應。

二、醫改會希望就 4 項指標請教健保署：

(一)指標 1.2：急診病人留置急診室超過 24 小時比率(報告，p.17)

「檢傷分類第一級急診留置超過 24 小時比率」中，110 年醫學中心為 14.60%，高於 109 年的 12.06%、108 年的 14.46%。有關近年醫學中心的急診壅塞，健保署回應是，因疫情急診病人流滯多、危急程度、嚴重程度，而可能造成影響(p. 87)。然而，醫改會要強調的是，醫學中心急診壅塞長年沉痾未解，疫情是加重問題的砒碼、照妖鏡，我們同時還看到分級醫療的失靈。未來新興傳染病一定會再發生，對於急診處置效率與品質，我們希望在疫情後，健保署能夠在分析整體原因、逐院專案輔導的實證前提下，再提出能有效改善的品質方案。

(二)指標 1.4：區域醫院以上初級門診照護率(報告，p.25)

雖健保署自陳從 106 年起陸續推動分級醫療措施，但 108~110 年間，即使受疫情影響，醫學中心的初級照護率仍未降低，降幅出現於區域醫院與地區醫院，顯見醫學中心「胖門診」或「看輕症」的情形，可能並未如預期改善。健保署也呈現(p. 92)，108~110 年初級照護前 10 大疾病就醫件數中，是感冒、COVID-19 相關症狀，如急性上呼吸道多處或未明示感染、急性支氣管炎等，加總約 2 千萬至 3 千萬件，以及本態性(原發性)高血壓，約 8 百萬件。健保署指出，因 COVID-19 與感冒輕症症狀有類似之處，無法區分出疫情影響有多大。醫改會認為，應該拉長時間向度，觀察疫情前後對照，仍可初步瞭解初級照護疾病改善情形，也建議應該同時呈現各層級的初級照護件數。

(三)指標 2.4：護理人力指標—急性病房全日平均護病比占率分析(報告，p.44)

「全日」平均護病比是相對寬鬆的標準，也沒有細分科別，不能全貌瞭解護理人員「經常性勞動條件」是否得到改善。尤其是 111 年、112 年健保中長期改革方案中，各界如工會，對於「住院整合照護服務試辦計畫」對護理師勞動條件的影響程度

存在疑慮。因此，我們期待健保署儘速邀集各利害關係團體來重新研議，將「三班護病比」納入本指標。

(四)指標 4.1：以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(報告，p.54)

從監測結果來看，最高與最低兩組醫師人力的比值近三年逐步擴大，代表醫師人力充裕與匱乏地區的差距更加惡化，無醫鄉也仍在增加，107 年 202 個、108 年 203 個、109 年 204 個、110 年 205 個無醫鄉。我們瞭解因疫情造成整體就醫人次下降，偏鄉也不例外。但偏鄉本來就醫就不夠近便，疫情更可能減少偏鄉民眾的就醫意願。所以重點是，偏鄉人口的就醫基本需要是不是有得到滿足？疾病狀態、慢性病用藥天數等有沒有改變？健康公平性有沒有受到影響？是我們希望健保署後續更加注重的面向。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 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10月26日

發文字號：健保企字第1110681404號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：無

主旨：本署李伯璋署長於111年10月28日出席2022臺灣醫院資訊

主管會議，不克列席貴會第5屆111年第10次委員會議，委

請本署蔡淑鈴副署長代表，請查照。

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



111.10.26



1113340237