

衛生福利部全民健康保險會
第5屆111年第12次委員會會議議事錄

中華民國111年12月23日

衛生福利部全民健康保險會第5屆111年第12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12月23日下午13時30分

地點：本部 301 會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：盛培珠、陳淑美

出席委員：(依姓名筆劃排序)

干委員文男、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮、
李委員永振、李委員麗珍、卓委員俊雄、林委員恩豪、林委員敏
華、林委員綉珠、侯委員俊良、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、陳委
員石池、陳委員有慶、陳委員秀熙、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、詹委員永兆、劉委員守仁、
劉委員國隆、劉委員淑瓊、滕委員西華、鄭委員素華、盧委員瑞芬、
謝委員佳宜、顏委員鴻順

請假委員：許委員駢洪、趙委員曉芳

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

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5~7頁)

貳、議程確認：(詳附錄第7~8頁)

決定：確認。

參、確認上次(第11次)委員會議紀錄：(詳附錄第8~13頁)

決定：

一、依委員意見修正(劃線處)如下：

陸、討論事項第四案之決議：一、本會委員之提案內
容，宜應與全民健康保險會法定任務有關者為
限，……。

二、餘確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第14~25頁)

決定：

一、上次(第11次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤共1項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共3項，同意繼續追蹤。

二、歷次委員會議未結案件辦理情形：

(一)擬解除追蹤共13項，12項同意解除追蹤，項次9改列繼續追蹤。

(二)擬繼續追蹤共18項，同意繼續追蹤。

三、有關「111年度各部門總額協定事項」3項尚未完成之工作項目，同意依處理建議辦理。

四、委員所提意見，有關「全民健康保險醫療給付費用總額範圍擬訂之低推估公式」部分，送請衛生福利部社會保險司研參，其餘意見請中央健康保險署參考。

五、「全民健康保險會提案單」內容不修正。

六、餘洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第26~45頁)

提案單位：中央健康保險署

案由：112年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)，提請討論。

決議：請中央健康保險署參考委員意見，研修112年度方案內容後，依法定程序陳報衛生福利部核定。

陸、報告事項(詳附錄第46~68頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：家庭醫師整合性照護計畫20年檢討策進報告(含成效

檢討及未來規劃)，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。
- 二、請中央健康保險署俟衛生福利部核定112年度總額後，會同中華民國醫師公會全國聯合會，依照核定內容，即早研修112年度家庭醫師整合性照護計畫。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：111年代謝症候群防治計畫專案報告，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。
- 二、請中央健康保險署俟衛生福利部核定112年度總額後，會同國民健康署及中華民國醫師公會全國聯合會，依照核定內容，即早研修112年度代謝症候群防治計畫。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：急診品質提升方案監測指標研修結果，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：健康存摺 SDK(Software Development Kit，軟體開發套件)資料應用說明，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：110年全民健康保險自付差額特材執行概況，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

第六案

報告單位：中央健康保險署

案由：111年11月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署回復說明。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午17時42分。

(石次長崇良依序頒發委員感謝狀及與委員合照，最後進行大合照)

第5屆111年第12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 11 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，大家午安！現在時間已經到了 1 點半會議時間，出席委員已經過半達到法定開會人數，今天是第 5 屆最後 1 次委員會議，會議正式開始，請主委致詞。

周主任委員麗芳：謝謝執秘，我們在座所有健保會的委員，社保司商司長快來了，還有健保會的幕僚同仁們、健保署的幕僚同仁們，大家午安！大家好！

今天真的是離情依依，一方面是歲末的關係，我們要告別 2022 年，迎接 2023 年。同樣的，也到了我們健保會第 5 屆委員任期屆滿之際，很感謝所有的委員，不分個別所代表的團體，在委員會當中充分展現我們 39 位委員的團結和諧，同時也展現我們的超高效率。

這屆委員可以說是歷來健保會委員中最辛苦的 1 屆，因為在這屆 2 年任期當中，正好是台灣新冠肺炎疫情最嚴重的時期，感謝大家，特別是我們的醫界代表、藥師代表、護理團體、牙醫師代表、中醫師代表，全體防疫國家隊在第一線作戰之下，帶領全民挺過疫情，目前趨向比較平緩的階段。

在這 2 年當中感謝所有的委員，善盡社會對我們的託付，不管是在總額協商，不管是在評核作業，甚至是費率審議、各項健保業務監理上，每 1 位委員都善盡職責，表現得可圈可點，我要代表健保會感謝所有的委員，謝謝大家！謝謝！

其次，我也要跟大家分享幾件健保會相關的業務，首先就是藥師公會全聯會黃金舜理事長，黃理事長帶領我們台灣的藥師國家隊，在明年即將爭取在台灣舉辦亞洲藥學年會，同時黃理事長也榮獲藥學界最高的奧斯卡榮譽獎「石館獎」。可以說是卓越貢獻，以藥學作為很好的國際外交，等一下在本會重要業務報告的時候，我再請理事長跟我們分享這份殊榮。

在這邊也要跟大家分享 1 則訊息，但這是比較令人感佩、感念，

也不捨的訊息。我們有 1 位藥師好朋友，就是嘉義縣的趙藥師，在送藥途中跌落到圳溝，原因是藥袋飛走了，他為了要搶回藥袋，到生命的最後一刻還是緊握藥袋，真的是讓我們感佩有這麼多守護我們的天使，在這裡除了祝福趙藥師一路好走，也感謝所有藥師、醫護同仁對我們全民的守護，是始終如一，一直堅持不懈到最後一刻。

其次，要感謝護理師公會全聯會，林綉珠副理事長也是我們的林委員，在 12 月 15 日舉辦「住院整合照護服務試辦計畫經驗分享座談會」，讓我們健保會委員充分參與，了解到這 1 筆預算目前的運作、特色與困難，合辦單位包括台大、台中榮總跟花蓮慈濟醫院，參與的人非常踴躍，也非常感謝很多委員參與。

其次，要感謝牙醫師公會全聯會，在陳彥廷理事長帶領之下，也在 12 月 21 日召集牙醫總額小組的相關成員，跟我們健保會委員進行座談與聯誼，大家在過程當中也分享很多有關牙醫總額相關的議題，也謝謝陳理事長。

接下來在中醫的部分，很感謝中醫師公會全聯會詹永兆理事長，他雖然是第 5 屆新上任委員，但是表現不落人後，他也召集中醫國家隊跟委員做歲末業務交流，等一下再由詹理事長親自說明。

其次，我還要特別致謝何語委員，他致贈我們新年的發財金，希望每位委員能在他的祝福之下心想事成。

也要謝謝健保署，在李署長、蔡副署長帶領之下現在已經出版健保改革日記 3.0，健保署也有準備給大家相關出版品。

我想不只我個人，全體健保會委員都感謝周執秘淑婉所率領的健保會同仁，一直到今天最後 1 次開會，也一樣把熱騰騰、剛出爐的「健保監理指標監測結果報告」送到每位委員的手上。感謝大家雖然過程中，大家在業務上也許有一些不一樣的意見溝通，但是對於健保會幕僚同仁的肯定跟感激是滿滿的。

今天本會最後 1 次會議，我也要感謝大家對我的指導、對我的包容。讓我在這 2 年主持會議的過程當中一切順利圓滿，未來不管

在哪裡我會永遠記得大家，我們也是一生一世的好朋友。今天會議開始，謝謝。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主席、各位委員，在議程說明之前先跟大家報告 1 件事情，依照本會會議規範規定，健保署署長是會議法定列席人員，不過健保署在 12 月 20 日函知，李署長因為另有重要的健保會議須主持不克列席，本次會議請假^(註 1)，由蔡副署長淑鈴代理，來函影本在各位委員桌上請參閱。

這次議程安排有討論事項 1 案，依照健保法第 72 條每年度健保署都必須提到本會做討論，就是「112 年度健保抑制資源不當耗用改善方案」。報告事項 6 案當中第一案到第四案，是按照本年歷次委員會議決議辦理，分別是家醫計畫 20 年檢討策進報告、代謝症候群防治計畫、急診品質提升方案監測指標，還有上個月的健康存摺 SDK^(註 2)等 4 項專案報告。第五、六案則是依照年度工作計畫排定，是 110 年健保自付差額特材執行概況及健保署本次不需要口頭報告的 11 月份業務執行報告。

另外，也跟各位委員報告，今日委員會議是本屆最後 1 次會議，會後有安排部長跟各位委員進行業務座談與餐敘，因此今天委員會議必須準時於下午 5 點半結束。會議結束之後，請委員依照我們放在桌上的乘車安排跟路線圖，由同仁引導大家到本部地下 1 樓搭車。也謝謝有提供搭便車服務的委員們，真的非常謝謝。餐敘地點其實不遠，在南港中國信託金融園區 B 棟 2 樓的享鮮餐廳，路線圖在桌上，座談會預計是 6 點半到 8 點半結束。歲末年終，委員跟長官行程都很滿，若我們的安排有未盡周全的部分，請各位委員見諒，以上報告，謝謝。

註 1：健保署原函知李署長本次會議無法出席，但於會議進行中有親自出席。

註 2：SDK(Software Development Kits，軟體開發套件)。

周主任委員麗芳：好，非常謝謝淑婉執秘，還有健保會所有同仁這麼費心的安排，雖然說沒有畢業旅行，但至少有個畢業的交流會。今天需要爭取時間，有關議程確認，委員是不是沒有問題？李永振委

員？喔，你沒有意見，我很害怕你手舉起來。如果委員沒有意見，我們議程確認。接下來接續進行確認上次第 11 次委員會議紀錄。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳：謝謝，請問委員對於會議紀錄有沒有要垂詢的地方？請李永振委員。

李委員永振：抱歉，手舉得太快，我要說明的是這個部分。請各位委員看會議資料第 5 頁討論事項第四案，上次會議本案經熱烈討論所獲得的決議似乎仍有以下 2 點須斟酌商榷。

第 1 點，依照全民健康保險會會議規範所示，會議內容提案「應」與本會法定任務有關，我們的結論採「宜」與本會法定任務有關，是有擴大範疇之嫌跟規範原意不符。

第 2 點，為尊重本會委員提案權，本會委員提案後即納入議程，如涉及是否屬於全民健康保險法法定任務認定之疑義，由委員會議議決。程序似乎卡卡的，內容修改前後幾乎相同，但修改以後的邏輯好像新不如舊，就是說以後如果是這樣，委員提案就納入議題，那麼在議題討論是不是要分 2 個階段？第 1 階段確認是不是跟我們的法定原則有關，如果有關就納入再繼續討論，這樣跟以前我們在確認議程的時候，幕僚提供意見給我們不是也已經討論了嗎？可以再納入，沒有就不會納入啊。這樣以後幕僚作業可能會很繁忙，以上是我個人的看法與感覺，最後怎麼樣去處置，請主席定奪，我沒有意見，不過我對這個決議，我的意思是我不能背書，謝謝。

周主任委員麗芳：好，謝謝李委員的提醒，我們也明瞭委員的提案應該與健保會的法定任務有關，當然提案單上面也都有讓委員勾選是跟哪幾項本會任務相關，只不過有時候委員勾選相關，但有些委員不這麼認為，在這種情形之下才會討論是否納入議程。

如果說委員一開始就勾選跟健保無關，當然也不會到健保會討論。上次會議中執秘也有提到，在下屆新任委員上任之後，會安排 1 場新生訓練，會把相關的法規再跟委員詳述。上次會議本案討論很久，委員大概都知道這樣的意旨，謝謝李委員再次提醒。

李委員永振：主席，剛剛的解釋跟我們的結論是不一樣。我們的結論是如果委員提案就納入議程。

周主任委員麗芳：我們是納入議程，只不過納入議程之前有張提案單，幕僚說明一下，我們有 1 張提案單啊！

李委員永振：提案單幕僚不能做意見啊！

周主任委員麗芳：對，提案人要勾選啊！

李委員永振：如果勾選的不是與健保法定任務有關，幹麼提出來？

周主任委員麗芳：您看會議資料第 34 頁的提案單，在這裡就會說明，提案跟本會任務有關的理由，委員提案一定會寫有關什麼樣的理由他才會提出來。

李委員永振：他寫有關就照這個結論納入議程。

周主任委員麗芳：是啦。

李委員永振：但是有沒有關，就是會有疑義啊！

周主任委員麗芳：所以說只能來這裡討論。

李委員永振：所以以後提案就分 2 個階段，先討論是不是有關，是不是我們法定責任，不是的話排除，如果是的話再進入討論嗎？

以前我們是把這個動作放在議程確認，幕僚會很用功地提供很多意見給我們參考，如果是有關就直接納入議程，不是的話就排掉。

那以後如果變成 2 階段，我們會議紀錄會公告在網站，現在有些非本會權責，如果被有心人抓到的話，第 5 屆委員要背這個責任嗎？這是我個人看法給各位參考。

周主任委員麗芳：謝謝李委員，這部分本來在等一下業務報告時淑婉執秘會說明，在會議資料第 34 頁，幕僚有修訂提案單，修訂版本請大家看第 34 頁。

滕委員西華：我理解李委員的想法，也知道這個決議的用意，我建議加進去幾個字，可符合會議規範的議事程序，也符合李委員所提原本的會議程序。何語委員也是會議專家，我加這幾個字你們看看不符合原提案精神。

就是決議後段這句「……如涉及是否屬於全民健康保險會法定任務認定之疑義，由委員會議『採偶發動議方式』議決。」偶發動議就是有程序問題，就按照會議規範，你有程序問題這個議案是不是應該納入，你有排序的問題，你有其他的會議詢問的問題，有沒有收回動議的問題，都用會議規範裡偶發動議處理。

李委員講的對，納入議程就沒有後面提出議程的問題，應該說你還是納入，在討論正式進到會議程序問題之前，可以用偶發動議討論這個議案是否列入正式議程，我不知道這樣是不是符合李委員提的以及原提案人的意思，還是希望尊重委員提案權利跟內容由委員會議決的精神。

周主任委員麗芳：謝謝滕委員，執秘要補充說明。

周執行秘書淑婉：我建議微調就好，決議中的「宜」字，應該改成「應」字，以符合本會的規定。此外建議是不是決議的第3行刪掉幾個字就好，就是「……本會委員提案後即納入議程，如涉及是否屬於全民健康保險會法定任務之疑義，由委員會議議決。」。

這部分幕僚之後的處理，會在議程確認多1個小的副標題，將委員提案的確認部分放在裡面，就不要考慮是不是納入議程，因為在議程確認的時候，委員可以好好討論是不是屬於本會討論的內容，是不是這樣會比較符合原先的做法，又可以比較明確還是由委員會議決議是不是屬於本會的法定任務。

周主任委員麗芳：好，謝謝，原提案人胡委員峰賓還沒到場，那請教連署的卓委員俊雄，剛剛執秘建議的這樣OK嗎？

卓委員俊雄：主席，其實這個案子當初的提案，我的認知就是像剛才執秘所講，因為上上次的會議剛好我沒來，我只是聽了胡委員峰賓轉述，當時的轉述是說如果有委員提案，那它到底是不是涉及本會法定職掌，如果產生疑義要怎麼處理？

因為委員會議沒有設程序委員會，如果有程序委員會就由程序委員會來認定，因為我們沒有，所以基於尊重委員提案權應當由大會討論。我必須講，有沒有可能委員隨便提奇奇怪怪的案子都丟進

來？我覺得不太會，因為剛才主席也提到我們有提案單，提案單必須去勾選，各位委員桌子抽屜都有 1 本黑色資料夾，可以去看 6-4，就是提案單，委員提案的時候必須要勾選提案議題符合哪 1 項本會法定任務。

若有提案有一些委員認為符合，有一些委員認為不符合，事實上符不符合會產生疑義，因此我支持，大部分委員提案以後會有附議，附議在內部就會討論 1 次，這時候就會送到秘書處，秘書處整理以後，依照我們的議事規則，應當由主席先確認議程。主席在確認議程的時候，會跟秘書處討論，本會有沒有秘書處的話，主席會跟我們的同仁討論，依照議事規則再由主席先跟委員溝通，如果溝通不成又產生紛爭，才提到大會討論。

前面已經有幾道防範的機制，但如果有很爭執的議案，一定要提大會討論的時候，如果真的有問題可以在說明欄，就像剛才執秘說的，用備註或說明的方式來提醒大家，但是這種情形我覺得應該很少。

周主任委員麗芳：謝謝，請滕委員西華。

滕委員西華：卓委員可能有點誤會我的意思，我不是說要送程序委員會。

卓委員俊雄：我們沒有程序委員會。

滕委員西華：我不是說要送程序委員會，我的意思是，原本在中華民國國會議規范就有偶發動議，比如我自己本人提案，在正式議程之前，我可以舉手說對不起，我要撤回我的提案，這也是 1 種偶發動議；或說對不起，盧委員的提案我認為不屬於本會的權責，我現在要確立他的提案，我們是不是要討論；又或者是說對不起，何語委員代理人，我認為他不應該代理，可能有資格問題等等，這些都是會議正式進入之前的偶發動議。

所以會議紀錄第四案決議一前面寫的都沒有錯，還是可以納入討論，後面那句改為「如涉及是否屬於全民健康保險會法定任務認定之疑義，由委員會『採偶發動議方式』議決。」，我的意思是這個

樣子。如果沒有人提出，當然就沒事，如果有人提出來，因為偶發動議不需要經過附議，何委員說過程序問題，隨時可以打斷議事，我的意思不是送回程序委員會，我們又不是立法院。

周主任委員麗芳：謝謝，陳石池委員，最後 1 位發言。

陳委員石池：主席、各位委員，大家午安。其實我覺得剛才何委員^(註)改 1 個字，就是「『應』與全民健康保險會法定任務有關者為限，為尊重本會委員提案權，本會委員提案後即納入議程，如涉及是否屬於全民健康保險會法定任務認定之疑義，由委員會議議決。」，這樣就很好了啊，有疑義就拿來討論，所以我建議議程增加 1 個 title，確認委員提案是否納入議程就好，大家就來討論，合乎法定任務就納入議程，不合乎就不納入議程，這樣就解決啦。

註：應為李委員永振。

周主任委員麗芳：好，謝謝，所以說剛剛何委員、陳委員都有建議就是改「應」，(周執行秘書淑婉：是李委員)李委員啦，不好意思，因為一直在想你剛剛送我們的發財金，所以今天心心念念想到的都是何委員，不好意思。就是剛剛建議的將「宜」改「應」。謝謝滕委員剛剛的建議，你這個建議大家有放在心上，文字是白話文，你的建議是更進階的，我們用通俗的文字，但是內容是一樣的，這樣好不好，就改「應」那個字。

順帶就是會議資料第 34 頁，這張提案單可能也不用改，不然建議處理方式欄若增加「建議事項(含索取資料)」，索資通通來健保會，到時候會議會沒辦法開，索資就按照一般的方式，不要更改提案單(周執行秘書淑婉：那是何委員建議的)。索資也要列入提案單嗎？索資不要用提案單啦，索資用提案單進會議我們會討論不完，索資的就個別去索資就好。

周執行秘書淑婉：「建議事項(含索取資料)」沒有要提到委員會議，上次何委員提出建議，如果是「建議事項(含索取資料)」，就不提到委員會議，直接去建議(索資)就好了，我記得是這樣。

周主任委員麗芳：那這個還叫提案嗎？這個是提案單欸(滕委員西華

回應：提案單沒有建議處理方式)。對於建議事項或是索資需要的話，可能用另外的表單但不要放在提案單，提案等於會議要成立 1 個案。

這樣的話，提案單維持不變，這個案子就確認。其他有關會議紀錄還有沒有要垂詢？沒有的話，會議紀錄就確認，就是「宜」改成「應」，其他實質的處理就跟滕委員講得一樣，只是我們用白話文而已。

盧委員瑞芬：這樣是不是就採執秘的建議，「即納入議程」、「如涉及」就拿掉。

周主任委員麗芳：沒有，執秘的意思是沒有「納入議程」，執秘的建議是本會委員提案後，如涉及是否屬於全民健康保險會法定任務認定之疑義由委員會議議決，沒有「即納入議程」這 5 個字。

盧委員瑞芬：對！我的意思就是採執秘的意思，把「即納入議程」拿掉，因納入議程就要進行實質討論，也就是說提案可以，但是不要寫「即納入議程」，就是由委員認定。

周主任委員麗芳：好，那就是把「即納入議程」拿掉，提案後送到委員會議來，也不會退回就對了，就送委員會議。

陳委員石池：有點問題，因為現在就是說有疑義的話討論，沒有疑義的話，誰決定的？不清楚喔，還是按照原來的意思比較清楚。

周主任委員麗芳：好啦，我們今天不能另起討論了啦，上次已經討論很久很久了，這次就改「應」就好，其他不動，實質精神是一樣的，不要再動文字了(有委員回應同意主席)，提案單也不變了，就這樣，我們進行接下來的議程。

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：報告之前，黃理事長金舜去哪裡了？(有委員回應打電話)打電話喔，我們先進入議程，等他進來再請他補充，請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊：我們今天的時間非常緊湊，是不是可以直接就進入議程？剛剛主席講的幾位先進的報告是不是可以用書面就好？謝謝。

周主任委員麗芳：因為已經是最後 1 次委員會議又是畢業典禮，這一排的委員平時幾乎都沒什麼講話，每次開 4 個半小時的會議，他們幾乎沒講話，最後 1 次讓他們講幾句應該也符合比例原則，沒有關係啦！等周執行秘書淑婉報告完，再請他們簡短講一下。

周執行秘書淑婉：主席、各位委員，本會重要業務報告，項次一，是本會依上次委員會議決議事項辦理情形如下：

(一)有關於討論事項第 1 案，就是 112 年保險費率方案審議案，我們 11 月 25 日已經把審議結果陳報衛福部，也副本抄送健保署，請該署就委員意見研參妥處。衛福部 12 月 2 日陳報行政院，請各位委員看到補充資料第 1 頁，衛福部 12 月 19 日來函副知行政院已於 12 月 15 日核定，112 年一般保險費率維持 5.17% 不予調整；至於補充保險費率依健保法第 33 條規定，維持 2.11% 也不予調整，請各位委員參閱補充資料第 4~5 頁。

(二)請翻回我們會議資料，有關於上次討論事項第二案，牙醫門診總額一般服務的地區預算分配案，我們已經併同第 10 次委員會議的醫院、西醫基層、中醫門診總額的一般服務的地區預算分配案，在 11 月 24 日報部核(決)定。

(三)是有關於討論事項第三案，就委員上次提案電子處方箋的部分，我們在 12 月 7 日已經把案由說明、決議、發言實錄等送給衛福部及健保署卓參。

(四)討論事項第四案是維護本會提案權的部分，委員各項建議、辦理情形，剛剛主席已經講了，第 1 點的部分不修提案單；第 2 點

的部分就是有關於本次會議委員桌內我們置放本會運作相關法規資料，剛剛大家也已經把它拿出來看了；第 3 點，是未來會延續第 5 屆作法，提供第 6 屆委員完整的委員手冊，也會在第 1 次委員會議及共識營安排本會運作說明報告，讓委員了解權利義務跟本會運作方向。

(五)是上次委員會議決議列管追蹤事項共計 4 項，依辦理情形，建議解除追蹤 1 項，繼續追蹤 3 項。建議解除追蹤這 1 項，是有關健保署在第 3 季業務執行報告健康存摺 SDK 委員的意見，希望安排到本會報告，這部分已納入今天報告事項第四案報告，建議解除追蹤。最後還是要依照委員會議議定結果辦理。至於上次委員會議個別委員關切事項，健保署回復在附錄五(會議資料第 183~188 頁)，請委員參閱。

項次二是有關於歷次委員會議未結案件辦理情形，依例每半年彙報 1 次，截至 11 月底未結案共計 31 項，依照辦理情形，我們建議解除追蹤 13 項，這在補充資料有作修正，繼續追蹤就改成 18 項，最後依照委員會議決定辦理。請委員翻到會議資料第 14 頁，簡單說明擬解除追蹤的部分：

(一)第 1 項是平均眷口數部分，因為健保署已經在 111 年 7 月 27 日公告平均眷口數，已經完成，所以解除追蹤。

(二)項次 2，是有關於 112 年度總額範圍諮詢的時候，委員希望把所有意見送給部裡面研參，這個部裡面已經研參且陳報行政院，已經完成。

(三)項次 3，是有關 111 年度總額的分配方式核(決)定事項時程提本會的事項辦理情形，這部分還有幾項沒完成，其中 5 項沒完成的部分，我們等一下會在業務報告第 3 項完成處理，這部分也建議本項解除。

(四)項次 4，是有關於代謝症候群的計畫案，這個已經排到本次專案報告(報告事項第二案)，所以報告後解除追蹤。

(五)項次 5，是 RCC^(註 1)、RCW^(註 2)脫離呼吸器簽署 DNR^(註 3)安寧療護計畫，這部分委員意見健保署都已經處理，而且本案已經在 10 月 24 日公告、10 月 1 日開始實施，這部分也都已經有處理，建議解除追蹤。

(六)項次 6，家庭醫師整合性照護計畫，請健保署辦理的 20 年檢討策進報告，這個我們已經安排在本次專案報告(報告事項第一案)，所以這個部分報告完，也建議解除追蹤。

(七)項次 7，關於 111 年度協定事項規劃具體扣減及效益評估方式，這一共有 9 項，其中已經有 6 項都提出來了，其餘 3 項我們本來建議是要併入繼續追蹤的項次 16(會議資料第 32 頁)，健保署昨天(12 月 22 日)又把資料送進來，變成第 13 案的解除列管案件，所以等一下再做說明，這件事情 9 項也都完成了。

(八)項次 8，有關 111 年度協定事項內，要加強落實的項目執行內容，這部分健保署都已經提出它的落實情形。另外只有 1 個部分是退場機制，就是頻寬補助的退場機制，我們已經列入等一下業務報告第三點處理，建議解除追蹤。

(九)請大家看到會議資料第 20 頁，有關於 112 年度要提出分級醫療政策及鼓勵措施，在 112 年度總額協商計畫裡放進來，我們總額都協商完成了，健保署也提出了，所以這部分建議解除追蹤。

(十)另外，急診品質提升方案，這個等一下報告事項第三案也會報告處理，建議報告後解除追蹤。

(十一)項次 11，有關於總額交議之政策目標及設定公式部分，希望社保司做說明，今天商司長非常有誠意，提供簡報，等一下我講完他會做說明。所以這部分商司長等一下會做完整說明，建議解除追蹤。

(十二)項次 12，有關於監測報告，剛剛主席也講了，我們監測報告已經送給委員，這已經完成，建議解除追蹤。

(十三)項次 13，我們看到補充資料第 1 頁跟第 2 頁，就 3 項沒有提出效益評估的項目，健保署已經提出補充，其中牙醫部門 2 項效

益評估方式，我們覺得還需要研修，但可以納入繼續追蹤的項次 10，所以覺得這 1 項可以解除追蹤。這是歷次追蹤情形，請委員參閱，我們還是會依照委員會議決定辦理。

項次三的部分是本會第 7 次委員會議決定事項，就是 111 年度協定事項未依時程完成的項目共計 5 項，目前有 3 項沒有完成，這部分我們覺得這 3 項都已列入 112 年度總額持續辦理，因為 111 年度就快結束了，所以建議解除追蹤，因為我們的基金預算是沒辦法保留的，所以建議解除追蹤。那 3 項就請委員參閱，主要是牙醫的特定身心障礙者社區醫療網，這已經擺了 2 年還沒有結束，我們建議 113 年度總額協定的時候，如果這部分還沒有完成就建議不要再納入；DRGs(註 4)也是每年幾乎都有，另外剛剛提到頻寬退場機制，這個已經變成 112 年度的協定事項追蹤，所以這部分我們先在這裡解除，未來在新年度繼續追蹤。

項次四，我們上次委員會議的會訊，是以費率審議結果做個報導，請委員參閱。

項次五是有關於監理指標的監測結果報告，剛剛主席也報告過，我們已經送給大家，電子檔的部分也放在我們的網頁供各界參閱。

項次六，是衛福部跟健保署在 11 月至 12 月發布及副知本會的相關資訊，我們都在 12 月 12 日寄到各委員的電子信箱，這邊要提醒委員，會議資料第 10 頁，第 2 點是因應基本工資有修正發布全民健康保險投保金額分級表，把下限金額調整到 26,400 元，這跟大家比較有關係。第 3 點的部分，是 12 月 9 日公告訂定 112 年保險對象住院應自行負擔的最高金額，這個部分也請委員參閱，以上。

註 1：RCC(Respiratory Care Center，呼吸照護中心)。

註 2：RCW(Respiratory Care Ward，呼吸照護病房)。

註 3：DNR(Do Not Resuscitate，不施行心肺復甦術)。

註 4：DRGs(Diagnosis Related Groups，住院診斷關聯群)。

周主任委員麗芳：謝謝執秘的說明，在正式討論及商司長報告前，藥師公會黃理事長要不要簡短說明一下？謝謝。

黃委員金舜：主委、在座的所有委員，大家午安，剛剛主委要我報告，

在今年全國藥師公會到吉隆坡出席亞洲藥學會，在 11 月 7 日，台灣全國藥師公會用台灣全國藥師公會的名義正式加入亞洲藥學會。也利用會員的身分，在過去 10 幾年來，台灣藥界一直向 FAPA^(註)爭取，在台灣舉辦亞洲藥學會年會，但過去 10 幾年來都沒有機會，這次台灣全國藥師公會已經順利爭取到，在明年 10 月 24~28 日連續 5 天，將在國際會議中心舉辦亞洲藥學會年會，到時候歡迎所有委員能出席指導。

我想台灣不管政府還是民間，在國際外交一直都非常地努力，這次可以順利拿下來，可以說對藥界在國際外交上是個很重大的突破，謝謝各位。

註：FAPA(Federation of Asian Pharmaceutical Associations，亞洲藥學會)。

周主任委員麗芳：好，謝謝，也再次恭喜黃理事長獲得藥師界的殊榮「石館獎」，接下來請中醫師公會詹永兆理事長說明？

詹委員永兆：主席、各位委員，大家午安，感謝大家對中醫的支持，我們在元月 15 日晚上 6 點在板橋希爾頓酒店舉辦聯誼餐會，歡迎各位委員參加，謝謝。

周主任委員麗芳：好，謝謝邀請，接下來請商司長為我們說明歷年總額公式檢討歷程與結果，謝謝。

社會保險司商委員東福報告：略。

周主任委員麗芳：在開始討論之前，我先說一下，有關商司長剛報告總額公式的檢討不納入今天討論的內容，這只是個報告，剛商司長說明年 2 月份社保司會舉辦會議，有興趣的委員 2 月份再到您的會議中討論，現在不討論。我們現在討論的是剛剛執秘的業務報告。請何委員語、劉委員淑瓊、干委員文男。

何委員語：主席、各位委員，大家好，反正今天是這屆最後 1 天的委員會議，那我也把握時間，不要浪費大家很多時間，因為每個人講話都要點到我的頭上來也沒辦法。

剛才提到委員的提案權，我認為我們的提案權到今天已經結束了，第 6 屆由第 6 屆委員去決定提案權的程序，所以這是我剛才沒

發言的原因，我建議第 6 屆自己訂定提案權的程序，這個很重要。

第 2 點，我建議周執秘或是未來新的主任委員應該在召開第 1 次委員會議的 2 個禮拜前，選 1 天安排新委員任務說明會，因為我們的任務說明會都太簡單，晚上聚個餐，吵吵鬧鬧、開開玩笑、談一談就過去了，沒有很正式，我建議應該要有 1 天的下午，進行委員任務說明會，這是我的建議，要不要做，要看未來的主委和執秘的決定。

第 3 點，我剛剛提到了就是看到商司長的簡報，會議資料第 54 頁 R 值^(註 1)、S 值^(註 2)，這裡又寫了「R、S 值的檢討空間：最終目標 R 值 100%」，這個對醫界來講，心理壓力很重。我發現當委員到現在，每年都為了 R 值、S 值爭議不少，醫院也很痛苦、很抱怨、牢騷也很多，所以何語就去特別蒐集資料，我們認為 R 值、S 值公式，當初李教授設計時，若不周全，為什麼到現在都不修正公式？我蒐集資料後，發現當初設計的這個公式有問題以後，才去加了 1 個校正年齡、性別結構指數，校正後人口數，還有未校正前的差異、校正標準化的死亡比、SMR^(註 3)指數、校正後人均費用、未校正前的差異，校正完的百分比又有 1 個比值，校正後人均費用，以及與未校正前之差異，這樣一直校正、校正，最後用每個總額的準備基金^(註 4)，看哪區的差額比較不好就去補它，都變相了，但不管怎麼補，都有很多區的點值非常好，有幾個區的點值非常不好，就讓他們每個總額討論的時候爭議不斷，好的區不想放，不好的地區想改變，爭議就太多了。

我也很用心，我開玩笑說，我何語當健保會委員，每年都倒貼，阿婆炊粿都倒貼，我也很用心去蒐集這些資料，假使 R 值、S 值，以今天商司長報告的會議資料第 54 頁來講，R 值、S 值的最終目標是 R 值 100%，若是這樣，醫界每年在討論 R 值時，他們內部爭議不斷，跟我們健保會的付費者委員又爭議不斷，這個政策怎麼執行下去？所以我認為健保署可以和台灣醫院協會去檢討評估，怎麼檢討評估？總共 6 個區，其中 3 個區每年談完後，都得到很好的點值，3 個區的點值都不好，這樣的對立就很大了。所以我建議應該

從健保署和社保司，重新把李教授當初設計的公式，到底哪裡有缺失？還有實施到現在以來，到底有產生哪些變動因子要加進去，去做校正。如果不這樣做，把前面的事情解决好，我們付費者委員每年都要跟醫界為了 R 值、S 值吵翻天，這樣傷感情，實際上真的傷感情。為什麼不好好的重新從前面的 R 值加上現在的新理論，包括用藥比也要加進去，那這樣子的話，不僅是校正年齡、性別、校正標準化死亡比，也要校正人口數的變動、校正人口數後，還有應該又要再加上藥物支付的比重值，我是看到會議資料第 54 頁的商司長報告後提出來，還好我何語很用心去蒐集到這些 R 值、S 值比較的資料表做參考，所以我希望還是回歸提供 1 個最……，第 5 屆委員會今天是最後 1 次會議了，我必須提出來，希望從源頭的公式討論起，不要一直用校正人口數、校正老人比、校正什麼、一直在做校正，再來準備預備金，這樣都不是很健康的政策，我的提議到這裡，謝謝。

註 1：R 值(各地區校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數)。

註 2：S 值(總額開辦前 1 年各地區保險對象實際發生醫療費用)。

註 3：SMR(標準化死亡比)。

註 4：應為風險調整移撥款。

周主任委員麗芳：謝謝，在劉委員發言前，我再次提醒，很謝謝何語委員他很認真，他幾乎先回應了大部分內容。因為今天確實沒法討論總額的問題，等一下商司長也不再回應了。等一下發言有關總額的問題請不要再提出來，2 月直接去商司長那邊的會議討論就好了。現場的發言到朱益宏委員，其他委員請提書面，因為這個案子已經超過 12 分鐘，等一下 5 位發言，又 15 分鐘了，就超過接近 30 分鐘。劉委員請。

劉委員淑瓊：謝謝主席，在會議資料第 8 頁，關於住院診斷關聯群，就是 DRGs，這是落實支付制度改革很重要的 1 項政策，其實我們的服務提供者跟民眾都很關心，雖然 111 年已經結束，但 112 年有列入延續性的專款項目，雖然還沒有核定。健保署在附件 4，也就是會議資料第 59 頁有提到，目前正在研擬擴大 DRGs、擇定試辦範圍、優先順序，以及財務保障方式，所以我在這裡要建議，健保署

可不可以在我們這個會議說明試辦規劃的時間表及評估指標，因為這個案子蠻重要的，希望能持續讓健保會委員了解，謝謝。

周主任委員麗芳：好，謝謝，干委員文男請。

干委員文男：主席，就不再打招呼了，剛剛報告的主要重點，歷年公式檢討，我想現在的計算的方式，司長好像報告得很精簡，而且有偷工減料，為什麼？你說協商因素、非協商因素，講得很籠統，我在這裡特別提出來，每年都是為這個問題，尤其是朱委員也很用心，我也很欽佩你，但我們要知道說，在這個地方應該要建立制度，不要用這個方式，像是滾雪球越滾越大、小的越小，這是不公平的，這是個問題。

剛剛何語講了 S 值、R 值，我贊同他提到也要考慮用藥的因素，像現在藥品費用占率已經到 28%、29%，這不像話。

還有，這次是最後 1 次會議，下屆有委員連任的話，政府應負擔 36% 的問題，在這裡雖然是解除追蹤，但下次還是要繼續追蹤，若要算到年前，政府應負擔的部分還是很多啦，我們要認真考慮這方面的問題，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝，黃委員振國請。

黃委員振國：這個不是特別要談，但是有個期許，2 月開會的內容，第 1 個，我們在本屆就已經要求，剛剛講的公式檢討的專家小組 9 人^(註 1)，與會的所有醫界服務提供者有特別要求說明是哪 9 人^(註 2)？但不好意思，商司長不願意告知，既然願意公開透明化，應該告知。

第 2，說實在，我們只參與所謂告知結果的會議，中間過程沒有很好的互動，所以請 2 月的會議，可以增加跟醫界及付費者的互動。

第 3 個，其實剛剛我很謝謝何委員，真的非常用心，因為我們 R、S 值公式造成 1 個很大的風險後，再用風險基金^(註 3)來彌補風險，所以也期望 2 月的檢討能夠解決這個風險。

第 4 個，我們最大的謬思，大家想一想，我們西醫基層跟醫院有個最大的不合理存在就是 Trans^(註 4)公式，就是所謂的替代率，大家

知道難道醫院的服務跟基層有明顯替代率嗎？如果有，西醫跟中醫有沒有替代率？甚至跟洗腎有沒有替代率？大家去想一想，今天我不去詳述。我們社保司、健保署這麼認真，我們希望針對幾個問題好好根本解決，能解決那個風險，不要因為 1 個大風險後，再用公式矯正，來解決人為的風險，謝謝。

註 1：應為 10 人。

註 2：應為 10 人。

註 3：應為風險調整移撥款。

註 4：Trans(西醫基層門診市場占有率)。

周主任委員麗芳：謝謝，李委員永振請。

李委員永振：謝謝主席。有 2 項請教、1 項建議。首先請教社保司 2 個問題，依照健保法第 24 條第 3 項明定，費率審查完成報行政院核定後由主管機關公告之，現在行政院已經在 12 月 15 日核定，請問主管機關什麼時候要公告？這是法遵。第 2 個，本會 2 月份的會議，曾經談及全民健保財務調整措施，其中強化政府財務責任，估計 1 年大概可以挹注健保財務 128 億元。它的關鍵是修訂施行細則第 45 條，使回歸該條文在二代健保法令的原貌，這是屬於衛福部的權責，既然衛福部提出來，修訂後只要向立法院報備就可以，算一算已經經過 10 個月，目前進度怎麼樣？以上是 2 點請教。

另外 1 點建議是，會議資料第 8 頁第 3 點，剛才執秘有報告，111 年度總額協定事項尚有 3 項未完成，已列入 112 年度持續辦理，因為 111 年度將屆，建議解除追蹤。個人覺得合理，但是沒有完成卻又繼續，又沒有相關的因應做法，那麼協定的意義何在？協商的時候是迫於時間壓力、項目又多，所以百忙之中又漏掉了，但這種現象應該是一種嚴肅的議題，要怎麼樣有個更周延的作法，不然以後人家笑我們，你們在協商什麼東西，協定不做，結果又繼續，繼續的話將來又追又沒有，這樣不是很奇怪嗎，謝謝。

周主任委員麗芳：請朱委員益宏，謝謝。

朱委員益宏：謝謝主席，個人有 2 點意見。第 1 點，還是對於商司長的報告，因為剛剛主席特別講說對內容不要回復，希望主席特別在這個報告案時要說明一下，事實上，我們健保會不是洽悉 2 個字，

因為沒有討論，也不能表達意見，要表達意見要到 2 月直接跟社保司表達，所以我覺得這件事情在會議紀錄上，主席的裁示要特別明確，不然不明確表示會認為，這個案子在健保會已經報告過，健保會委員知道而通過同意了，這個會有非常大的爭議，而且未來在歷屆，可能下屆委員又沒參加過今天的會議，不知道來龍去脈，會有很大的爭議，這部分特別對於商司長的報告案，我覺得這個結論要非常清楚，因為主席已經講了不針對內容討論，我想這件事情要明確，這是第 1 點。

第 2 點，我想就不再針對商司長的報告再說明，我只是要跟商司長報告，台灣醫院協會已經針對非協商因素成立 1 個工作小組，雖然我們台灣醫院協會並沒有受邀參加專家會議，那也希望我們這個工作小組未來有機會，我們醫院協會內部針對非協商因素有一些結論跟內部共識的時候，希望有機會跟專家小組或社保司一起討論。

另外，剛剛何語委員特別提到 R 值、S 值，確實就是，這個其實醫院協會幾乎每年都在反映 R 值、S 值的不公平、有問題，但是一直都沒有獲得主管機關回復要處理，非常感謝健保署李伯璋署長特別在今年下半年撥了小小的 1 筆經費，由醫院協會做了對於醫院總額 R 值、S 值研擬的修改方案，最近這個案子也結案提報到健保署，但因為 R 值、S 值的權責可能不在健保署，我覺得有點隔靴搔癢，但還是希望李伯璋署長能把醫院協會做的這個案子轉陳給主管機關，希望衛福部能卓參。R 值、S 值，並不是我們對 R 值、S 值沒有意見，而是沒管道去反映這件事情。

第 3 個就是，在剛剛執秘講的會議資料第 20 頁，就是預計解除的項目第 9 項這邊，主要講到 112 年希望在總額協商時，就針對 112 年以後，後疫情時代的分級醫療要有一些措施。雖然在總額協商已經完成了，但是在醫院總額協商的這塊，並沒有看到很清楚地對於分級醫療有什麼比較具體的政策，特別是過往對於分級醫療的執行情形，比如說合理門診量在 106 年就已經取消了，另外從 106 年開始的區域級(含)以上醫院門診減量 2%，現在也取消了，所以其他一些分級醫療的措施，都因為疫情關係取消，所以我們之前討

論時，就希望疫情過了，這部分要有一些政策出來，這部分我是不是還是建議能夠持續地追蹤，並不是在總額協商這件事，協商已經完成，但 112 年以後，政府、健保署或衛福部，對於分級醫療到底有哪些措施？我建議要持續追蹤。

周主任委員麗芳：謝謝，等一下健保署李署長到了，等一下我們再請署長跟我們做一些說明，商司長您好像要……，請簡短地跟大家說明。

商委員東福：我簡短就很難，簡短就會說我偷工減料。

周主任委員麗芳：沒有啦，因為今天是時間不夠，我們本來就沒有請你發言，沒關係啦。

商委員東福：好，就不要講我偷工減料。

周主任委員麗芳：不是啦，請。

商委員東福：好。我一個個回答，黃委員、朱委員常說我都沒有告訴你們。我是要講，我有 1 次就算有，你說都沒有告訴你、我不告訴你，其實我沒有理由不告訴你，因為這是開會，這些人都知道。我現在告訴所有人，讓大家都知道，以後就不能在公開場合說我都不講。

專家學者包含真理大學王信忠教授、東海大學卓俊雄教授、中正大學唐孟祺教授、台北醫學大學副教授許玫玲、政治大學的連賢明教授，還有台大，應該是北醫現在的董事長陳瑞杰教授，還有長榮大學的黃偉堯副教授、中央研究院的楊子霆副研究員，還有台灣大學的楊銘欽教授、淡江大學韓幸紋教授，這個就是回答剛剛的問題，希望大家都聽到。

因為李委員每次都說我一定要來，我也不能用視訊，都一定要讓他看得到。你講的問題，其實翁燕雪委員可以回答你，可以回答得很好，但是我簡單回答，那個東西我們本法上，就是說依法令，翁委員點頭了，你一直講這個是健保法，這是不一樣的，再特別強調。我有沒有漏掉什麼？有沒有偷工減料什麼？

周主任委員麗芳：沒有，很清楚，已經非常清楚了。我先把這個案做個結束，等一下再請署長發言。

剛剛朱委員益宏提到，歷次委員會議追蹤的第 9 項建議繼續追蹤，所以我做這樣的決議，第 1 點，上次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形，擬解除追蹤共 1 項，同意解除追蹤，擬繼續追蹤共 3 項，同意繼續追蹤。

第 2 點，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 12 項，同意解除追蹤，其餘 19 項繼續追蹤，剛剛朱委員已經建議第 9 項要繼續追蹤，所以我們現在的擬解除追蹤只有 12 項，這個你們再去修一下，就是原定健保會同仁寫 13 項，現在只有 12 項要解除追蹤，第 9 項繼續追蹤。

第 3 點，有關於「111 年度各部門總額協定事項」3 項尚未完成之工作項目，同意依處理建議辦理。

第 4 點，委員所提意見送請社保司及健保署研參。

接下來，李署長，大家期盼你很久了，是不是請署長也跟大家說明一下？最後 1 次，大家一直在問說你在哪裡啊。

李署長伯璋：謝謝各位，我想就是因為也有一些事情，等一下各位繼續討論的時候，看有什麼需要我回應，我隨時回應，謝謝各位。

周主任委員麗芳：謝謝，接著進行討論事項，請同仁宣讀。

陳委員秀熙書面意見

針對社保司所提供簡報資料及簡短報告，依主席裁示若有針對內容進行建議，保留至 112 年 2 月份對社保司所召開會議中進行討論，以下提出建議做為參考：

- 一、「低推估」及「高推估」應該更改為「實證推估」及「政策推估」，以因應未來修正各種上限之專業正當性及民眾醫療需求，並兼顧政策之需求來達到照護人民健康最大效用。
- 二、公式計算中基期參考基礎值時間點選擇在過去及未來，應慎重思考來反應真正醫療費用面對須求所需修正正確實證性。

(以上之 2 項建議煩轉社保司 112 年 2 月份會議)

參、討論事項「112 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」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，謝謝。

劉副組長林義：主委，各位委員大家好，今天健保署的提案是 112 年有關抑制資源不當耗用方案的部分，提這個草案是依據健保法第 72 條規定，每年度都應該要提這個方案到健保會討論再報主管機關核定。我們先看這個方案在今(111)年執行的部分。

這個草案總共分成 3 大構面，分別有 10 項策略，其中指標有 16 項。目前最新的資料是到今年的第 3 季，因此我們來看第 3 季的目標值、執行值，請參閱會議資料第 63 頁，這邊有做個呈現。在這 16 個指標中，到第 3 季為止，沒有達標的有 4 項指標，請參閱會議資料第 64 頁，我們分別就這 4 項指標來為委員說明。

第 1 個未達標的指標是「門診就醫次數大於 90 次保險對象就醫成長率」的部分，第 2 個是「基層與地區醫院門診占整體件數占率」的部分，這 2 項指標大概都是受到疫情影響導致，像是門診就醫次數大於 90 次保險對象就醫成長率的部分，其實我們很多輔導措施，因為疫情影響沒有實施，像是基層、地區醫院整體占率，我們也知道疫情期間基層和地區醫院門診衰退幅度是比較大的，所以相對來講他的占率就沒有辦法達到目標值。

另外，有關第 3 個未達標的項目是「接受出院準備服務的後續醫療銜接率」，及第 4 個「死亡前安寧利用率」的部分，這部分在下面有說明，我們去詢問醫院結果，大部分是說受到疫情影響，可能都限縮非緊急性的醫療服務的人力部分，導致安寧的部分，可能著力比較小，這部分我們會在第 4 季，也就是現在會繼續追蹤，在 112 年也會持續監控。

因為目前只到第 3 季，所以完整的全年資料依照貴會要求，會在 5 月份的時候，會就全年度執行情形再來這裡做個報告。

另外有關 112 年度的部分，那我們檢討的結果，大概有修正 2 項

指標，第 1 個就是項次 1 的指標，本來是訂 1 個「全民健保行動快易通 APP 安裝人次增加率」，當然這個人次成長是很快速的，但後來我們覺得只有安裝，假如沒有使用的話，可能也不會達到效果，所以從明年開始，把這個指標更正為「年度使用健康存摺人次增加率」，這個增加率的比率比照政府有數位政府績效統計值，那邊設定我們的目標要成長 5%，我們就將那個目標放在這裡，這是屬於項次 1 的部分。

再來是我們把項次 7「與長照 2.0 之銜接率」指標刪除，這個指標是有達標的，不過有關長照 2.0 的銜接率，是否銜接都是在各縣市衛生局的長照單位，其實這塊健保署比較沒有辦法著力，而且衛福部已經把這個指標作為出院準備銜接長照服務計畫的獎勵指標，已由衛福部進行監控，所以本署就不再另設。

刪除這個指標後，本署也新增「住院案件出院後 3 日以內急診率」，這塊因為是跟整個照護品質有很大的關係，所以增設在這裡。

另外翻過來，也感謝健保會幕僚提供一些補充的意見，我就一起做個說明。首先，大家看到會議資料第 68 頁，配合今天的補充資料第 8 頁，就是 16 項指標目標值有檢討的部分都臚列在這，大部分的目標值都調升了，唯一調降的有 2 項，只有 2 項，就是項次 3「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」的部分，其實我們的目標值本來是訂在 73.2%，不過因為最近 2 年受到疫情的影響，通通都沒有達標，110 年其實只有達到 71.8%，111 年也只有達到 72.5%。因此考量 112 年是不是要酌降為 73.2%，這樣比較具有可達標性，然後在 113 年再逐步的往上升，我們是這樣的用意。

另外，第 2 個指標是項次 14 的「死亡前的安寧利用率」，110 年我們本來訂的目標值是要達到 33.35%，然後 112 年是降到 31.3%，那為什麼會降？其實是我們在安寧的部分今年有擴大放寬 4 類病人，我們都希望他進入安寧，所以分母有擴大，有 4 類病人，第 1 類是屬於末期骨髓增生不良症候群的病人，第 2 類是末期衰弱老

人，第3類是符合病人自主權利法第2款到第5款所列的那些臨床條件者，我們通通把它納入安寧的條件，以及第4類是罕見疾病跟其他預估生命已經有受限的情況。因為我們把這4類放寬，所以分母會變大，而且這4類其實就是才剛開始，所以我們把目標值也稍微做調降，因為我們預估之後，大概加入這4類之後，整個安寧利用率其實會降為大概30%左右，所以我們認為定成31.3%還是具有挑戰性，這個是屬於2項目標值有調降的部分，其他項目我們都是依照今年的執行狀況，然後再酌予調高，這是有關目標值的部分。

第2個是各位委員比較關切的，就是說我們做完這些之後，到底節省多少錢？這部分在今天的報告沒有，因為今天報告主要是要講111年第3季的執行結果，然後我們據以檢討112年整個的方向。節省費用的部分，就像我剛剛講，會在明年5月報告，就像今年的5月一樣，我們報全年的時候，就會把到底節省多少錢，預估數就會估在裡面，所以到底節省多少錢，會在5月份的會議做報告。

第3個是有關幕僚提的，就是說上次有委員建議要新增管控的項目，請大家翻到會議資料第66頁，阿拉伯數字3，健保會建議增加3項管控指標，第1項就是急診病人使用麻醉藥物止痛就醫次數的這個部分，以及第2項就是地區醫院占整個醫院的總額的合理比率，以及大型醫院的門診占整體醫療費用的合理比率等等，這3項指標其實都面臨到1個問題，就是目標值很難設定，因為我們設定的指標都有目標值，而且我們要再把它拆到6個分區去執行，可是這3項指標都比較難設定，比如說像第1項，急診病人使用麻醉藥物止痛的就醫次數，可能委員是建議說可能越低越好，可是到底我們要不要設目標值？假如我們今天設20%或30%，那可能又會衍生到後面的問題，所以我們建議這1項其實應該還是要回歸急診的專業，讓他們自主來管理。另外2項都涉及到地區醫院的合理占率，以及所謂的大型醫院門診的合理占率部分，這其實是屬於層級之間怎麼平衡的問題。我們認為什麼叫合理？恐怕也不是健保署說了算，可能還要有更多的討論或者是研究來達成共識，這2項指標我們建議，因為屬於醫院層級之間的平衡，其實我們在每季召開的醫

院總額研商議事會議都有明確的數字，所以大家都可以去看趨勢，至於要設定目標值，可能就還需要更多的討論，以上是健保署的補充說明。

周主任委員麗芳：非常感謝林義副組長這麼詳盡的說明，他把健保會整理的相關資料都一併回應，應該也不用再報告。我們就直接開放委員提問。請劉淑瓊委員、干文男委員、侯俊良委員，還有李永振委員、陳石池委員、朱益宏委員、胡峰賓委員。劉委員請。

劉委員淑瓊：謝謝主席，首先是針對未達標的項目，我們要提問的是高診次就醫這 1 項，因為健保署說 111 年第 3 季沒有達標是因為疫情的緣故，但是 109 年、110 年都有達標，這 2 年也有疫情，所以這個理由是不是站得住？所以就想請教說，是因為分母大幅下降，就是就醫次數大幅下降，還是分子，就是這個高診次的就醫案件降幅有限？所以請跟我們說明為什麼沒有達標，於明年 5 月報告也沒關係，未達標的原因是因為沒有對症下藥，或者之前用的方法效果已經鈍化，這是第 1 個關於未達標項目的提問。

第 2 個，在調整的項目，現在就是把安裝率，就是健保的健康存摺，把安裝率改成使用率，我覺得這個值得肯定，但是使用也是百百種，我們比較想知道的不只是點擊、瀏覽次數，通常還要再進一步去看使用的時間有多長，然後經常使用的項目是哪些。比方說，因為疫情民眾去查詢 COVID-19 疫苗接種的資訊，次數就很多，這個跟原來的目的又有點不一樣，希望在分析的時候能夠區隔一下。

再來就是健保署要刪除與長照 2.0 之銜接率，我是建議能夠保留，或者是要修改，但是不要直接把它刪掉，因為本來在中長期改革計畫的 3 大目標，就有配合健康照護體系的改革、引導資源的有效配置，然後能夠結合長照資源推動連續性的照護，這本來就在中長期改革裡頭的嘛，健保署提出來的意見我是不太同意啦，因為這個指標本來重點是在出院準備，出院前 3 天完成評估，出院後 7 日成功轉銜。所以其實出院前跟出院後是一樣重要的，那現在的執行率說是 50%，健保署現在是說已經配合完成，我希望健保署在刪除

之前可以跟我們說明醫院配合出院前 3 日長照評估的完成率怎麼樣，就是出院前，我們有沒有相關的獎勵措施或者是支付的誘因。

最後 1 項是新增住院案件出院後 3 日以內急診率，這在會議資料的第 79 頁，健保署對方法有描述，就是提到說推動各項論質支付項目，我要請教的是，這個新增指標的觀察群體是什麼？是所有的住院案件，還是只有論質支付的住院案件？另外，因為論質支付的項目也有包括門診，所以可能也不宜只考慮住院的再急診率，所以建議可以參考家醫計畫，同時納入潛在可避免急診率，以上，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝，干委員請(干委員表示先請侯俊良委員)，侯委員請。

侯委員俊良：謝謝干委員，有幾點意見。第 1 點意見，這個主要的目的是抑制資源不當耗用改善方案，剛剛有提到說，我們建議增加 3 項管控項目，但是對於健保署的回答我是有意見的，因為回答的部分可能是在基層、醫院實施上有一些困難，而不是回應說可能對資源的不當耗用可能沒有多大的效益，或者是可能花了很多時間去做，然後效益非常低，如果說這樣我還能接受，但是健保署講的是執行是很困難，那完全避掉說到底這 3 項的管控，是不是對資源不當的耗用是有長足的進步，如果有的話，我覺得應該要去克服這些困難，然後去達成，這是第 1 點的意見。

第 2 點，健保快易通的安裝人次，我是肯定這樣的修正，但是修正後會不會有問題，就是說可能有些部分的族群、部分的人經常使用，點擊的人次是這些人所做出來的，這樣廣度就不夠，針對怎麼讓廣度也夠，然後使用率也夠，這個部分是不是有必要在這個地方做些什麼樣的調整，這是第 2 個部分。

第 3 個部分，因為 COVID-19 的關係，所以明年在整個門診，基層與地區醫院門診的占整體件數占率這個部分要調降，我認為是應該要再思考，因為其實現在疫情的影響度已經慢慢降低了，那這個部分我覺得至少要維持，健保署把目標值降低下來，我認為整個方

案的目的就是要改善資源不當耗用，我覺得這樣的話，那個目的性可能就不見了，不能因為說之前幾年因為疫情的關係沒有達成，那就主動把它調降，這只是為了美化數字，我覺得這樣子可能沒有達到我們實際上的目的，以上幾點建議，謝謝。

周主任委員麗芳：好，謝謝侯委員，干委員請。

干委員文男：我對這個抑制資源不當改善方案有點意見。第1個，我認為計畫專案在於精不在於多，一直增加計畫也是1種消耗，不是真正有助於抑制資源耗用，如果現在都已經在做了，只是另外拉出來再多幾個項目，假如是新藥新科技或是新的病名，這個還可以，但若原來已經有類似，再多加1個計畫要花多少錢，我希望健保署在這方面也能夠抑制，不要浪費。

再來就是人口的老化，這個人口的老化一直增多，戰後嬰兒潮人太多，大部分都是我們的風險值，在這部分要去抑制也相當困難，有時候到醫院看都是這些老的，也不能叫他們不要去看，期盼是健保署在這方面多用一點心思，把所有的病名的指標做得更詳細，用指標來更細膩來管理這些不當，不但這樣可以抑制，從政策上也要來檢討。像以前的查核，我最清楚是6%，現在1%都不到，這個是政策的關係，如果說還是用這個方式的話，有些審核醫師都跟我講說看看那個浪費，我看對方氣成這樣，我跟他說你很有社會正義感，但政策就是這樣啊！

希望健保署能將資訊做得很好，一方面健保委員可以相信，如果明年編預算，這方面可以多一點，希望有續任的健保委員都能夠支持，用資訊來查弊，每1件都過，建立1個制度，這個制度如果能成的話，能夠做，馬上回本，不讓審核的醫師感到困難、也感到氣憤，都跟我說就沒辦法，若是以前的標準，查核的結果會不一樣，但之前因為宜蘭有位醫生要自殺，政策就轉彎了，這會讓社會有點扭曲，希望這方面能夠再加強，如果是用資訊來管的話，不是人管人，而是用制度管理，資訊是很公道的，就不會再有類似情況發生，大家一律平等，不是說對某個人有意見或對哪個人有意見，這

不是很好嗎？我們也感謝健保署這幾年在資訊方面的努力，應該給他們鼓鼓掌，進步了很多，以上謝謝。

周主任委員麗芳：好，謝謝，干委員對健保署、李署長非常肯定，等一下李署長會回應。滕委員西華還要發言嗎？西華最後 1 位口頭發言。我知道還有顏鴻順委員要發言，剛剛不是已經列進發言序了嗎？(執秘提醒還沒)請顏鴻順委員及滕委員發言，之後其他委員請提書面。何語委員有舉手，所以你也要發言對不對？好，那就最後 1 位，接下來請李委員永振。

李委員永振：對於本案，本會的幕僚已做極深入的分析，這應該給予肯定，個人另外提出以下 4 點補充請教。

第 1 點，對於達標後未達標之原因是否完全掌握，這個剛才劉淑瓊委員好像也稍微提到過。因為這是繼續改善未來目標值擬訂的重要依據，譬如說 4 項未達標的項目都跟疫情有關，那麼反觀達標的項目就跟疫情無關嗎？那又如第 2 項與第 12 項都是觀察異常數字改善情形，同樣的疫情，第 2 項未達標，離年度目標值尚差約 1.6%，但第 12 項卻改善到-51%，如果說復健因為疫情可以不進行，病情比較輕，那麼這個就醫行為是不是就值得深入去探討？就是說第 2 項門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率，因為疫情結果做不到，第 12 項西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長，一下子改善到-51%喔，1 個是離目標值尚差 1.6%，1 個是優於目標值 51%，相對的話很明顯。如果是因為疫情，所以讓復健改善很多，那表示復健的這個就醫行為是不是可以再深入去了解掌握。

第 2 點，第 8 項醫療檢查影像資訊及時上傳率，112 年的目標值應該訂定合理的數值，如果以目前這個跟上次上傳率監測比較，那麼每季有時候高、有時候低，有時候比上季好，有時候比上次差，到最後結論是如何？好像沒有辦法去評斷。

第 3 點，衛福部就本會委員對於方案執行成效及控管項目之建言極為肯定，在來函中也要求應妥適研處，但是好像沒有看到，我不

曉得有沒有看漏了，還是好像前後都沒看到怎麼去處理，委員建議健保署不採納，理由在哪裡好像也沒有看到。

第 4 點，有關本案之執行效率應該與本案的主題有關，改善成果除品質的提升之外，應該有節省之醫療費用，用數字具體來呈現，在與 113 年度總額有關的，請在明年度 8 月的時候，就是協商之前可以提出來，這樣才真的劍及履及、講到做到，不然像過去的話，這幾年已經講得快爛了，到目前都還沒有，社保司還丟過來說要健保會擬出作法，我上次也提到過到底誰指導？到底是社保司、健保署還是健保會？上次我也建議說應該資料是健保署比較豐富，提出來討論，討論完看怎麼做，再照那個結論來實施，不然 112 年預算也快要開始執行了，還是沒有嘛！這樣好像都在這邊討論，結論也沒用啊！是不是可以比較實際一點，做一點也沒關係，就像剛才商司長講的基期，雖然算一算只有扣減未導入的 3,900 萬元，坦白講我心裡是 OS 怎麼這麼少，但是不錯啦，已經踏出第 1 步了，有做總是比沒做好，是不是可以這樣這種方式來進行，謝謝。

周主任委員麗芳：好，謝謝。

陳委員石池：主席，署長，各位委員大家午安，我首先還是要肯定健保署做這件事情，就是抑制資源不當耗用改善方案做得非常好，提出來這個 16 項，事實上大概有 12 項都達標，我覺得做得不錯，所以再 1 次給你們肯定。個人有 3 個意見。

第 1 個就是第 8 項，提升非同體系區域級以上的醫院回轉率，這指標 4.78%，這個是鼓勵合作轉銜，所以我想大概是鼓勵技術不夠，這達成率還不到 5%，這太低了，這怎麼合作？幾乎沒有合作一樣，所以這個立意是很好，但是看不到效果，所以我希望健保署在這方面再想想看有什麼方法可以增強院所之間的合作，讓醫療轉診做得更好，好不好。

第 2 件事情就是會議資料第 65 頁第 3 項，新增 16，住院案件出院後 3 日以內急診率，這個也非常不錯，我覺得健保署這 1 項又達標非常好，我非常喜歡，但是這案件不會是再急診率，應該是住院

病人出院後 3 日以內急診率，這個寫得很好，為了保障民眾住院治療期間以及出院後之照護品質，透過監控 3 日內再急診比例，這個「再」應該去掉，再是第 2 次的意思，病人出院以後是第 1 次回來，所以應該「再」要去掉。這個問題是要包括所有的住院病人，不管是 DRG、非 DRG，事實上這樣效果才會達到比較好的境界，但問題是指標是多少？看不出來，這個是很好的比例，但是我希望健保署好好找好指標，讓我們知道大概要怎麼做，這是第 2 點。

第 3 點就是有關會議資料第 66 頁，建議增加 3 項管控項目，有關這個急診病人使用麻醉藥物、止痛，這個是我上次提出來的，健保署有在考慮，這是很好，但是剛才健保署的報告是說由急診自己管理，這沒有辦法做，就是因為急診沒有辦法做才提出來，因為不讓病人就醫，他就投訴說服務態度不好、品質不好，所以在醫療這端，醫護人員非常困擾。我知道這種病人，事實上病人只要去看麻醉科、疼痛門診，就可以長期擁有這個藥物，為什麼他會來急診看？所以我們要抑制病人的不當耗用，所以我建議，假設按照正常的規定，每個病人可以拿 1 個月的藥物，那假設 1 個月中間藥物不見了，那可以允許他再看 1 次，1 個月看 1 次，假如 1 個月超過 2 次，大於等於 2 次，這就一定有問題，所以我覺得指標很簡單就訂出來，每個月大於等於 2 次就是有問題了，假設按照正常的規矩去看疼痛科門診，每個人拿 1 個月的藥，根本不用來看急診，現在很多人就是甲醫院拿了以後，第 2 天到乙醫院又去打，第 3 天到 C 醫院去打，所以就永遠看不出來，每個醫院都不知道，因為病人一直在那邊 shopping，所以一定要訂出指標，這一定可以抓到，因為病人只要去看疼痛科門診拿到處方，就可以連續拿藥，不用到急診來，所以我建議是說每個月大於等於 2 次就是有問題，好，以上謝謝。

周主任委員麗芳：好，謝謝，朱委員益宏請。

朱委員益宏：主席，我個人有 3 點意見。

第 1 個就是指標第 3 項，對於地區醫院跟基層診所門診占整體件數占率這件事，雖然健保署因為疫情希望調降目標值，我個人認為不妥啦，因為調降目標值的結果，當然無助於這件事情的推動，只是讓我們檢討的時候說達標而已，但其實可能較疫情之前，結果有可能會更糟，所以我建議既然這個指標很重要，分級醫療是衛福部很重要的政策應該要持續監控。剛剛也有委員提到，就是說因為疫情影響，或許不要增加，這個我倒是覺得可以考慮，但是要調降，我個人認為不妥，這是第 1 點意見。

第 2 點意見，就是剛剛會議資料第 64 頁提到的建議增加 3 個指標，我個人表示同意，希望能列入 112 年度的指標。

另外，第 3 點就是，不知道有沒有可能再提 1 個增加項目，這個增加的項目，就是針對醫學中心的慢性病的案件數，占他所有門診案件數的比例，我為什麼要提這件事情？因為我最近去 review 了一些資料，看了健保署的一些公開資料，結果發現在疫情前，我用 108 年第 4 季的資料來看，也就是那時候都沒有疫情，大概有少數的醫學中心，大概是 2、3 家醫學中心的慢性病的案件數 1 季占當季門診件數超過 90%，超過 90%，就是某幾家醫學中心幾乎門診都在看慢性病，醫學中心喔！還不是區域醫院，也不是地區醫院，是醫學中心，大概平均都在 70% 左右，有些 60 幾%，當然好一點到 50 幾%，但是平均大概都是 70 幾%、80 幾%，最高的超過 90%，所以我認為醫學中心看慢性病這件事情，政府要有一些措施，當然有措施之前就要先監控、先了解實際上狀況，所以我建議這個指標是不是未來在抑制資源不當耗用改善方案列入追蹤。

另外，如果署長可以同意在每月或是每季的業務報告中有 2 個表，就是醫院總額跟西醫基層總額都有慢性病的案件數，每 1 個月跟每 1 季，但是並沒有分層級，在醫院總額並沒有分層級，是不是能夠再分出醫學中心、區域醫院、地區醫院，這樣子至少每個月就會有數字，除了每年檢討這個資料外，每季、每月的數字就會去呈現，以上謝謝。

周主任委員麗芳：好，謝謝，胡委員峰賓請。

胡委員峰賓：謝謝主席，就全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案中，雖然看到 111 年第 3 季就醫減少，高診次病人的部分沒有達標，不過在 10 年前，101 年的時候就診超過 90 次的民眾有 6 萬人，現在只剩下 3 萬人，所以說健保署在這幾年在減少高診次病人其實是很努力，成效也頗佳。但是，其實高診次的病人有的時候可能是真的有需要，李署長之前有提出一些方向，例如說，多重疾病可以強化推動整合門診，讓醫療資源使用更加合理，這個部分就教一下目前的推動情形如何？謝謝。

周主任委員麗芳：好，謝謝，顏委員鴻順請。

顏委員鴻順：謝謝主席，非常感謝及肯定健保署基於珍惜醫療資源及合理運用，提出抑制資源不當耗用的改善方案。其實這也是提升醫療品質的一環，在 16 項指標有 12 項達標，其實成績也不算太差，我針對其中的第 2 項、第 3 項跟第 9 項提出小小的建議。

第 2 點，就是剛才胡峰賓委員所提到的，其實在門診當中看到這種高醫療耗用率的病人，其實很多都是多重慢性病加上急性病各種的狀況，有些是有點 neurosis^(註 1)，所以會有一點 doctor shopping 這樣的狀況，這樣的病人在門診當中若要減少病人的這種醫療就醫次數，要花很多時間去做衛教，剛才胡峰賓委員講到 1 個重點，就是這種多重慢性病的整合，包括病人的各種的慢性病，甚至他的急重病，比方說病人就是 neurosis，就是緊張，那可能就不是只有拿慢性病藥，可能緊張方面的問題也要一併解決，這樣才會減少他的就醫次數，所以我是覺得多重慢性病，甚至加上急性病這樣的整合，是有助於病人及減少病人的 doctor shopping。

第 3 個，就是基層跟地區醫院門診占整體件數的占率，這個其實就有分級醫療的概念在裡面，我不得不講說其實在疫情的這 2、3 年當中，分級醫療是有點停擺，就我在基層、在新北看到的這些醫院或許在疫情期間受到的影響、衝擊也很大，所以病人轉到醫院去之後，很多一般的慢性病穩定的病人，也全部都叫他留在醫院看，

我就有幾個 case 是因為需要開刀轉到醫院去，然後醫院就跟病人講說以後這些糖尿病、慢性病的藥就在醫院拿就好了，其實這個病人在我們診所已經看了 10 幾年，所以我覺得說疫情之後，還是要回歸醫院是針對急重難罕病的治療，讓這些穩定的或者一般病人能夠回歸到基層。

再來第 9 項，就是醫療檢查影像的即時上傳率，這個我知道是健保署非常重要的推動方向，全聯會還有各西醫基層團體也都非常努力的在各地推動，像我自己公會我還打電話到我們轄區所有的檢驗所，請他們要幫忙，因為有些院所做的檢驗檢查量不是那麼大，要他花錢買 API^(註 2)來架接是有困難的，所以就是鼓勵大診所、量多的診所花錢買 API 上傳，量少的診所就鼓勵第三方檢驗所代為上傳，希望能夠達到健保署的目標。

但是現在對基層來講最大的困難就是影像的上傳，X 光、超音波、胃鏡、心電圖的影像上傳，這牽涉到 DICOM^(註 3)的影像系統，有的診所會想做，但是影像系統公司對 1 個診所開價就要 30、40 萬元，這個怎麼做得下去？而且是那麼多診所，所以這點或許看健保署有沒有什麼想法，或者來協助基層醫療院所，大家願意配合，但是怎麼在技術上幫助大家。

註 1：neurosis(精神官能症)。

註 2：API(Application Programming Interface，應用程式開發介面)。

註 3：DICOM(Digital Imaging and Communications in Medicine，醫療數位影像傳輸協定)。

周主任委員麗芳：滕委員西華請。

滕委員西華：謝謝主席，在看這個報告前，首先提個前提，就是從 102 年開始，委員都有收到健保會做的監理指標監測結果報告，雖然說健保署的抑制資源不當耗用改善方案是依照健保法第 72 條辦理，監理指標則是健保會為了更了解錢花在哪邊、得到甚麼效果，實際上這 2 個資料都是健保署監測的結果，有些指標其實也有相關性，只是名稱用的不一樣。比如說朱委員剛提到醫學中心慢性病案件數占門診件數比率，在監理指標的初級門診照護率中，也有依醫院層級監測照護率的數據；比方說顏委員提到基層與地區醫院門診件數

占整體件數比率，在監理指標 1.5 也有提到西醫基層與醫院門診服務的病人數跟件數占率，兩者之間有非常多類似的資料。

我意思是說，不管是依法規或是依健保會權責，既然 2 個資料都是健保署提供，如果有機會就是把它做個整合，不管是指標本身或是報告時可以放在一起，會比較有意義。本來在監理指標、品質指標、結構面、過程面變得好，醫療資源不當耗用就會降低，所以它其實彼此都有關聯，健保會有沒有必要讓委員看這麼多很像又不太像、有點像又不太一樣的資料，資料又這麼的多，監理指標也沒有很多機會可以討論，其實委員只是看到資料而已，不是真的「知道」，「看到」與「知道」不一樣，所以我覺得有點可惜。建議指標將來要做某種程度的整合，如果沒有辦法，至少報告的時候可以整合，讓委員可以 1 次看清楚，這樣 CP 值比較高。

第 2 個，我就一些指標請教，第 1 個「全民健保行動快易通 APP 安裝人次增加率」要改成「年度使用健康存摺人次增加率」，我們都知道 APP 上面的內容，健康存摺是其中之一，民眾要不要使用健康存摺加強輸入資料或做眷屬管理，跟自我照護當然有關，但是把民眾下載 APP 的次數，我原本以為是要把民眾下載 APP 次數改為監測民眾有無使用 APP，這個不一樣，但你是要用「使用健康存摺人次增加率」取代原有指標，這意思就不一樣。有沒有可能民眾沒有使用健保快易通，自己在網路上一樣可以使用健康存摺，我的意思是如果我們真的覺得有必要，「全民健保快易通 APP 安裝人次增加率」這個指標不應該刪除，因為下載跟使用不一樣。

我們一直在提的這個介面，有沒有達到 NCC 的無障礙網路空間 2A 以上或是 3A 等級？這涉及到快易通很多 link 進去是連到健保署網站，對障礙者來說就是很多鑰匙，署長喜歡說鑰匙，一道門一道門還要有鑰匙開進去，這跟無障礙的連結都有關係，怎麼優化這個介面，也是應該要考慮的。

再來項次 5 跟第 6 的居家整合也是，從會議資料第 72 頁的說明來看，PAC 會算在項次 5 裡面，也就是「接受出院準備服務個案之

後續醫療銜接率」，我請教一下，如果它銜接到長照的醫師意見書，個案出院轉介給中醫、牙醫算嗎？就是說如果今天評估，包括長照評估也是，比如說住院可能年紀大吞嚥有困難，需要口腔醫療照顧，可能需要針灸治療，這個都是銜接的，這套系統看起來比較像是西醫的系統統計，那其他方面有沒有算進去，例如出院需要藥事整合，以上是請教。

最後 1 點，請看會議資料第 66 頁，剛才朱委員提到他支持納入幕僚建議新增的 3 個指標，麻醉的部分他是專家，我就支持他的意見；後面那 2 個建議新增指標我覺得健保署不支持放進去，我必須要說我支持這 2 個指標放進去，因為我們討論地區預算分配 R 值的時候，醫院部分門住診分配比率一直沒有動，如果沒有監測整體醫院在總額占率、各層級醫院門住診的分配或是門診占率，我們永遠沒有辦法有科學數字去處理門住診分配比例是不是要依不同的醫院層級來設這件事，因為分級醫療是把地區醫院放到比較偏基層，他在門診，門診減量也沒有算他的，所以我覺得如果技術上不困難、做這件事情也不會花太多時間，還是請健保署勉為接納把會議資料第 66 頁新增的項目管控進去，當然如果要併到監理指標，我也沒意見。

周主任委員麗芳：最後 1 位何語委員請。

何委員語：主席，各位委員大家好，針對這個案子，當然健保署一直在做抑制資源不當耗用改善的努力，但是會議資料第 64 頁項次 14 「死亡前安寧利用率」只有 30.47%，第 70 頁顯示已經連續 2 年都沒有達標，我們建請持續將本項安寧利用率列入管控。

中國醫學倫理學的數據中，統計 1 個人一生的醫療費用約有 1/4~1/3 耗用在臨終前 1~2 週的無效治療上，對於臨終病人來說，生命將盡時，侵入性的急救措施、還有整個維生生命系統對他們都是很不好的現象。

這時候醫院能不能忠實地告訴這個患者的家人，他的生命剩下不久了，不必再做這些維生系統以及侵入式的救治？我在今年 3、4

月的時候，實際地幫忙了 1 個個案，他的母親 86 歲，平常就在看心臟病的問題，早上看完心臟病以後，下午 2 點多居然確診，送到台北市 1 家聯醫醫院在外面的急診處等候，還坐在椅子上有說有笑，可是到 3、4 點時就出狀況，到 5 點多醫院說病人已經確診，必須插管才能轉 ICU 病房，台北聯醫都沒有病房，家屬只好拜託我跟聯醫一起幫忙，找到台北市中心有個醫學中心只有 1 個 ICU 的病房，醫生說要先插管完才能轉到 ICU 病房去，確實是如此。他們家人就問我，我說如果插管完送 ICU 有幾個現象，第 1 個現象，家人不能陪病、不能探望病人；第 2 點，死亡的時候一面都看不到，醫院連插管的管都沒有拔，病人服裝連脫都沒脫，整個放入屍袋，再放入棺木就燒掉，再叫你晚上幾點到指定地點撿骨灰，是不是你媽媽的骨灰都不知道。

後來他們家人考慮後，到 5 點半、6 點時決定不插管，就帶回家，帶回家後他們全家人就一直跟她講話，幫她梳洗、換衣服，把她頭髮打扮得非常漂亮、穿新鞋子。到第 2 天的 12 點半左右就真的往生了，他們往生以後就能夠做臨終關懷的法會作業，所以他們家人後來打電話給我說非常感謝你提供意見給我，要不然我們沒有辦法，那 1 天晚上全家人到中午就一直跟他聊天，而且幫她梳洗、化妝得非常漂漂亮亮的讓她離開。因為宗教團體中總是有臨終關懷，像天主教、基督教也會做最後的祈禱，所以他們覺得還好一直問我，你很坦誠跟我們講，讓我們做最後決定。如果醫院可以很坦誠告訴她，她有心臟病很嚴重，確診急救也是拖延時間而已，不如讓她高興快樂地跟家人一直聊天，化妝得很漂亮讓她離開，非常有尊嚴而且非常高興。

所以他們家人最後打電話給我時也很高興，所以我認為臨終關懷要怎麼做得非常好，維持人的尊嚴真的是很重要的一環，這是我的淺見供大家做參考，謝謝。

周主任委員麗芳：很感謝委員很熱心提了很多意見，這個案子討論下來已經比原預定時間延遲 1 小時，後面還有 6 個報告事項，是否徵求大家同意，委員所提意見請健保署回復說明，同時請健保署參考

委員意見研修 112 年度方案內容後，依法定程序陳報衛福部核定，這樣可以嗎？委員意見就請健保署書面回應好了。還是署長您要不要簡要說明，因為會議時間有限。

李署長伯璋：各位委員的意見，我事實上都知道，一開始時大家都知道健保點值很不好，我很清楚不當耗用是個很大的問題，所以我也一直強調要推動分級醫療，但是使用者付費、部分負擔沒有推，只把壓力放在醫院與醫師身上就很難改善。之前我們就是朝分級醫療去做，請各醫學中心、區域醫院每年減少 2%，當然那時候每個醫院是敢怒不敢言，我覺得這也是很現實的問題。

針對劉委員提到的高診次問題，就跟顏鴻順理事長講的一樣，高診次病人很多有多重慢性病，這是一回事，但是坦白講，很多病人真的是精神系統也不是很好，不過我們在健保署網頁有提醒，假如是高診次的病人，拜託醫師可以主動安排病人到整合門診去看病這很重要。因為我們過去有時候會寄信，可是寄信實在沒什麼用，所以這部分還會再加強。不過我相信，高診次其實不是沒有原因的，像顏醫師提到很多老人家來看病，當然老人家看病並沒有錯。

日本在 1973 年時，老人家看病是屬於社會福利，可以免部分負擔，但是從今年 10 月 1 日開始，要求老人家也要部分負擔，因為他們覺得 hospital salon 的確是很現實的問題，的確很多老人家有這種現象，這是日本政府對這件事的態度。

關於健康存摺，我跟各位報告，6 年半前我剛上班時，那時候健康存摺的人數是 26 萬人，我要插卡的時候同事跟我說不行，署長這要用自然人憑證，我說這樣誰會用，所以後來我們就改用五大電信公司的手機門號認證，現在將近 1,100 萬人使用健康存摺。

我想每個民眾自我健康照護還是最重要的議題，所以對健康存摺裡的每個檢驗數據，我們拜託成功大學呂宗學老師幫我們提出相關數字的解讀，讓民眾看到自己的數據時，能有資料可以參考。同時，最近也有將骨質疏鬆、心臟病等等議題納入，我們都拜託相關學會給我們相關資料做檢核。

剛才提到的「住院案件出院後 3 日以內急診率」，我還是要謝謝各醫療院所，不管是醫學中心、區域醫院、地區醫院跟診所都很認真地提升醫療品質，這些東西要做只能靠醫療院所做，我常說其實健保署是 1 個平台，怎麼讓醫界好做事，這是我們工作的概念。

侯委員提出 COVID-19 這段期間門診人數減少，其實我一直在監控死亡人數有沒有增加，坦白講，並沒有增加，因為 COVID-19 疫情嚴重時，病人需要住到 ICU，染疫死亡人數必然會增加沒錯，但其他正常沒有得到 COVID-19 的人的死亡人數沒有明顯增加。所以門診人數減少，坦白講，事實上是反映在耳鼻喉科、小兒科、還有復健科最多，因為大家都戴口罩以後，公共衛生做得好，現在 COVID-19 過了以後，病人又開始多起來，同仁說這個情況是恢復正常，可是坦白講，我覺得那是恢復不正常，因為我們統計出來台灣人看病次數很多，你們好像都覺得病人如果要看病都一定要幫他看，問題是看病以後不當耗用資源一堆。

干委員提到計畫太多，沒錯，我本來就不認為要設那麼多指標，說實在要做的話，醫學倫理有沒有做好，要看醫生自己的態度，我們訂了一些指標 monitor，paper work 做一大堆也很難做那麼多。

李永振委員提到影像上傳的部分，是這樣的，之前是規定不上傳不給付，醫療院所對這個規定很有意見，現在改成有申報就要上傳，你不上傳的話，沒關係，我們也沒有任何罰則。但就是告訴醫療院所，假設你不上傳，申報量又很大時，我們就會拜託分區請你們把資料送上來看看，因為 1 年有 2 百多億元申報費用是沒有上傳資料的，所以我要拜託各醫療院所協助我們把該上傳的技術弄好，若覺得有困難，健保署資訊處的同仁也盡力把健保雲弄好，我想該做的還是會做。其他的意見都與監控指標，再來就是高診次、neurosis 相關。

坦白講我從來不害怕碰到問題，因為我自己本來就知道健保有一堆問題，要改革也不是那麼容易，相對來講，現在是關鍵時刻，我知道推動過程中很多阻力在前面，每個人都有很多想法，我也坦然

接受，但我覺得碰到問題還是要面對。你們前幾天開會講到罕病、癌症、包括今天對 hemophilia^(註 1)也是有意見，每個病都是要錢的，所以我說我有時候都被情緒勒索，我也很難過，我不可能不給民眾好的治療，但是像 1 位龐貝氏症病人 1 年醫療費用就要 1,422 萬、1 位 SMA^(註 2)病人 1 年醫療費用就要 1,200 萬。對病人來講，我同意 human right 是必須要保護，該給人家就盡量給人家，我也期待資源不當耗用控制下來的話，罕病、癌症用藥才能真正有機會，要不然每個癌症病人沒有新藥得用的時候，就說健保不顧人民的生命，健保就是要救人，怎麼可能不救他，所以我覺得大家也是要互相體諒。

最後是何委員講的問題，臨終照護坦白說真的是醫療體系要認真執行，前一陣子有個很有名的影星癌症治療一直無法完成，住院多次大家都很不捨，問題是我沒有看到半個臨終照護的醫生呼籲說這個真的要放下，對不對，最後還不是一樣要走，整個媒體一直占版面。我覺得像這種 case，對我們都是最好的教育，假如我們有去溝通，結果就會不一樣。

其實當時在做器官捐贈時，在台大有個急診科醫生發生意外腦死，我就打電話給柯文哲說，柯文哲你一定要把握這個機會，他是醫師，假如家人願意捐贈，會給社會帶來不一樣的感覺，柯文哲馬上就打電話跟他的學生講。所以我覺得說，我們有時候也無能為力，畢竟這個體系是需要靠醫生協助運作，健保署同仁都不是醫生，我們只能配合你們的指示，你們要我們怎麼做我們就努力做好，以上與大家分享。

註 1：hemophilia(血友病)。

註 2：SMA(Spinal Muscular Atrophy，脊髓性肌肉萎縮症)，

周主任委員麗芳：非常感謝李署長，我們也非常的感佩，因為署長常說他一生懸命，最大的心願就是要做健保改革，所以現在健保改革在署長帶領之下已經到了 3.0，我們也看到健保的曙光，非常感謝署長，我們是不是給署長 1 個掌聲。

這個案子因為署長已經鉅細靡遺回答委員的意見，我修正一下剛剛的決議，我們就請健保署參考委員意見研修 112 年度方案內容

後，依法定程序陳報衛福部核定。接下來休息 10 分鐘之後，再進行 6 個報告事項，謝謝。

周執行秘書淑婉：報告主席、各位委員請稍等，我還是先跟大家講一下，本來部長可以準時到餐廳，所以原本希望部長幫我們頒發感謝狀、禮物，但是因為剛才收到通知部長會晚一點點到，考量我們很多委員好像要提早離開，所以我們剛剛很認真去協調，已經跟石次長 book 時間了，5 點半他會直接下來頒獎，所以請大家掌握會議時間，如果有要事也請 5 點半以後再離開。

周主任委員麗芳：就是 5 點半之前，我們有 6 個報告事項要完成，然後領畢業證書就對了，謝謝，休息 10 分鐘。

劉委員淑瓊會後書面意見

茲就下列問題提交會後書面意見，建請健保署回覆：

一、112 年草案預計刪除「與長照 2.0 之銜接率」指標，台灣醫療改革基金會建議保留或修正指標內容，理由如後：

(一)衛生福利部推動「全民健保醫療給付總額中長期改革計畫」的 3 大目標，其中強調「配合健康照護體系改革，引導資源有效配置」，以「結合長照資源，推動連續性照護」。因此，改善方案保留「與長照 2.0 之銜接率」仍有其意義，以瞭解與監測健保與長照體系的連結程度。

(二)醫改會不完全同意健保署所述：「長照轉銜成功與否在於縣市衛生局長照單位，非本署可控制事項，且考量現行衛福部推動之『出院準備銜接長照服務計畫』，已將『出院後 7 日銜接長照服務使用率』作為該計畫獎勵指標，故希望不另設指標追蹤。」該指標的旨在監測「出院準備」等健保醫療與長照體系的連結程度，以達到長照 2.0 規劃，出院前 3 日完成評估、出院後 7 日成功轉銜之目標。亦即「出院前評估」與「出院後轉銜」同等重要，同時也會關係到民眾返家照顧意願，以及出院後短期再住院或再急診率等醫療品質。本指

標成果執行率在 50% 以下，但該署仍指「醫院已配合完成(出院準備)」，故建請健保署說明「醫院配合出院前 3 日長照評估的完成率」為何？健保的獎勵措施或支付誘因為何？以彰刪除指標之正當性。

二、112 年草案預計新增「住院案件出院後 3 日以內急診率」指標，但據第 12 次委員會議資料第 79 頁，草案中的執行方法描述為：「推動各項論質支付項目(如：糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調、B 型及 C 型肝炎個案追蹤、孕產婦、早期療育、慢性阻塞性肺病、慢性腎臟病等)」，因此請教健保署此新增指標的觀察群體為何？是指整體病人的住院案件，抑或論質支付病人的住院案件？再者，論質項目中也存在一定比例是門診案件，指標不宜只考慮住院案件的「急診率」，建議參考「家庭醫師整合性照護計畫」，納入「潛在可避免急診率」。

肆、報告事項第一案「家庭醫師整合性照護計畫 20 年檢討策進報告(含成效檢討及未來規劃)」及報告事項第二案「111 年代謝症候群防治計畫專案報告」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳：接下來報告事項有 6 案，我們一、二、三案先一起報告後進行討論，接續再進行四、五、六案的報告及討論，請宣讀第一案。

同仁宣讀

劉委員淑瓊：主席，對不起，您剛剛是說一、二、三案一起討論？

周主任委員麗芳：一、二、三案報告完之後討論，結束之後再進行四、五、六案。

劉委員淑瓊：主席，我建議一、二、三案分開進行好不好？因為這三案都是大家很關心的議題，所以我建議一、二、三案分開，謝謝。

周主任委員麗芳：好，分開報告。但因為剛剛有提到 5 點半之前要把這 6 個案子結束，所以請大家發言一定要簡短好不好？就不詳細宣讀，請報告。

呂專門委員姿擘報告：略。

周主任委員麗芳：劉委員我想徵求你的同意，因為剛才健保署報告有提到，他們有規劃將家醫計畫跟代謝症候群計畫做權責劃分，2 個案子又都是醫師公會全聯會承辦，因為兩案有關聯，是不是讓他們報告完，再把兩案合在一起討論，第二案請報告，請簡短，謝謝。

呂專門委員姿擘報告：略。

周主任委員麗芳：非常感謝，接下來請委員提問，劉委員淑瓊請。

劉委員淑瓊：由於時間的緣故，有些意見我們再以書面提出來，針對剛剛健保署的報告，首先要謝謝健保署，這份 20 年的檢討報告總算出來了。但是問題還是在，剛剛在資料呈現上還是用收案會員跟非會員進行比較，在 6 月份委員會議時，趙曉芳委員就曾經提出來，雖然看起來我們平均醫療費用跟平均就醫次數好像有比較好，但是這樣直接比較，本身就有方法論上的問題，是非常粗糙的，所以當時趙委員有提出是不是要用控制年齡層、再用疾病別做進一步

的比較，但在這次報告我們還是沒有看到。

或者是你剛剛報告有提到同 1 個家醫會員收案前、收案後比較，但是收案後 1 年、5 年資料，能不能再進一步呈現？另外還有包括品質指標，比方說會員的急診率、潛在可避免急診數、可避免的住院數，這些指標都沒有呈現比較的結果，我覺得這是比較可惜的。

另外 108 年開始新增多重慢性病人門診整合費用，剛剛也有委員很關心，現在除醫院門診之外，在基層醫師我們也給誘因，我覺得這是好的，立意良善，但是現在用的指標只用慢箋的開立情況，這是 1 個過程指標，我們希望能夠再多了解品質的結果面的指標，比方說用藥有沒有整合、疾病有沒有得到管理、管理成效如何、以及潛在不當用藥比例、多重慢性病人藥品的項數等，因為這才是有沒有整合之實的關鍵，以上。其他意見我們以書面提出，謝謝。

周主任委員麗芳：陳委員石池請。

陳委員石池：主席、各位委員大家午安，對家庭醫師整合性照護計畫 20 年下來我想可以肯定，從這個收案會員、非會員之間的平均醫療費用、就醫次數，以及收案會員當年度與前 1 年度之平均醫療費用與就醫次數都有明顯的改善，我覺得這是好的政策，但是我有 2 個意見。

第 1 個，106 年開始服務人次是 614 萬，後來開始下降，到現在是 607 萬，我剛剛一聽才知道原來他們有限制醫療群的設立，但問題就來了，既然有效果為何還要限制醫療群的數目，難怪服務人次沒辦法增加，沒辦法把醫療效果達得更高，我覺得這有問題，為什麼要限制醫療群設立，應該更廣大推廣才好，600 萬不足以代表全台灣人口，應該要增加醫療群。

第 2，有關會議資料第 110 頁提到，醫療群協助疫苗施打情形，這個數據我就很難想像，醫療群有 98% 提供協助、2% 沒有協助，家醫群診所所有 43% 有協助、其他 57% 沒有協助，這是什麼意思？

疫苗施打是國家政策，你們執行國家政策卻不配合執行這很難解釋，這很奇怪，這是好的計畫，但是國家在推行政策的時候居然不

配合，應該提出好的解釋，我沒辦法理解這什麼意思。

周主任委員麗芳：等一下盧瑞芬委員發言之後，顏鴻順委員最後 1 位口頭發言，其他委員請提書面意見。

黃委員振國：謝謝各位委員這麼重視家庭醫師整合性照護計畫，我們很清楚健保母法希望每個人都有 1 個適當的家庭醫師，這個家庭醫師是誰呢？我們的期待是屬於家庭醫師專科的醫師嗎？不是吧。所以我們在西醫基層不是只有家庭醫師專科醫師可以加入，是所有的專科醫師只要在基層服務、有意願要當家庭醫師，就可以參加這個計畫。

但是每個專科醫師在醫院受訓過程中，背景不一樣，甚至是不是有全人、全家、全社區的概念與預防保健？未必。所以這個計畫為什麼需要很多時間來慢慢成熟、成長，甚至達到品質的改善，包括醫療服務提供者是由不同專科醫師在基層服務，他是不是認同、適合擔任家庭醫師，這個醫療群才逐漸地擴展，包括醫師數逐漸擴展，這是第 1 個。

第 2 個，大家很清楚，我們別忘了，這個計畫號稱 30 幾億元，你要知道照顧 600 多萬人，算一算平均照顧的每個人費用是多少？目前是 500 多元。所謂的基本照顧費用是 250 元，250 元是什麼概念？是 101、102 年時設立的，大家想一想，物價指數成長多少？250 元的基本照顧費除以 365 天，擔任各位這麼重要的健康守門員，1 天不到 1 塊錢的成本，你希望醫師、醫療團隊多麼的投入，這該有的誘因事實上是不足的。這是經過我們醫界內部整合及溝通才有逐漸的成長。

第 3 個，你要知道現在的照顧對象是誰？是已經有醫療需求的高度醫療利用者。這些人就是健保署剛才說的已經有醫療需求，對應這些有醫療需求的人包括各位關心的高就醫診次的個案、多重慢性病的個案。感謝很多委員希望健保署進一步的分析，我覺得是需要的，但是別忘了，分析需要經費，我想不只是健保署，包括全聯會都缺乏專門的人員做檔案分析，我也很懇切的邀請我們在座委員，

包括趙曉芳委員、各位老師，如果有興趣做這方面的分析，請私下跟我聯絡，我也是臺灣家庭醫學會的副理事長，我們學會願意來扮演進一步分析的角色，也希望大家多多指導。

第 4 個，剛剛陳委員說，西醫基層不是每個診所都應該施打疫苗嗎？大家可能沒在基層待過，西醫基層能打公費疫苗，除了該有的人員、設備跟訓練以外，還有很重要的一點，是要有不斷電系統，而且疫苗是政府公物，所以品質是很重要的，不是想打就可以打，所以我覺得很重要。

小弟正式宣布，我從疫苗開打到今天，今天是我診所最後 1 天打 COVID-19 疫苗，為什麼呢？我覺得我的任務已經完成了，對社會貢獻 OK 了。我們英明的陳前部長告訴我們，各位到我的診所打疫苗不能收取任何費用，為什麼我決定要收？因為 2 天前有個個案，罵了我們小姐將近 10 分鐘，為什麼會罵呢？她打電話來說請問一下診所今天有沒有次世代疫苗，我們小姐說剛好今天有個臨時抽掉的，就請他來打。結果她到現場卻說要打 Novavax^(註)，各位，Novavax 是次世代嗎？不是吧，她整整在我們門口潑婦罵街，這麼爛的診所、這麼爛的醫師、這麼爛的人員，我忍住了，我們 2 個小姐被罵到快哭了，她出去 5 分鐘後再進來，她要打。我們醫療的價值、專業人員的尊嚴在哪裡？所以同步宣布，我診所不打，我覺得我的工作人員應該有最起碼的尊重，也希望各位委員能給每個家庭醫師團隊起碼的尊重。

第 5 個，大家看到很重要的指標改了 128 次，我們覺得有這個經費，需要對得起所有付費者。各位知道為什麼指標一直改嗎？我們大英明的健保署每次討論指標時，指標達標值本來只要 50 百分位，達標的百分位從 50、53、55，上升到 60、65、70，為什麼？他說做得好的明天要更好，所以大家要知道我們每年多煎熬，就像在座很多老師，學生本來考及格就很高興了，全班及格拍拍手，不對，因為各位同學這次及格了，我們下次月考全部要 70 分，沒有 70 分要罰站、罰跪。大家想想這個概念，我覺得精益求精是我們要做，但大家在評核時會說為什麼沒達標？因為你們是升學班，不

是一般普通班，升學班的老師要求 80、90 分，你考 50 分，對不起，請你重考，60、70 分也不及格。

還有 1 點，我剛剛講為什麼家醫計畫不能再增加，這也是我呼籲的，既然基層在家庭醫師可以做這麼成功，我也希望每個人都有家庭醫師，事實上各位的就醫不只是在西醫基層，有人固定在醫院就醫，我建議健保會還有健保署嘗試在醫院也建立家庭醫師制度，擔任健康守門員、多重慢性病的整合，而不是只開整合門診，希望落實家庭醫師制度，如果全民都有概念，包括醫療提供者都有這個概念，我相信滾入基期不遠矣。不然老實講，我們要馬好，但從來不給馬好的草，在此呼籲各位，重視家庭醫師、尊重家庭醫師，我們一起來努力推廣，謝謝大家。

註：新冠肺炎(COVID-19)疫苗之一，屬蛋白質次單元疫苗。

周主任委員麗芳：謝謝，黃委員，您辛苦了，但也要幫您所服務的廣大病患說句話，不要因為 1 位病患影響您服務的初心，您再考慮看看。

黃委員振國：已經不打了，現在疫苗不打了。

周主任委員麗芳：辛苦、辛苦。

黃委員振國：補充一下，新冠疫苗沒打，但流感疫苗繼續打，擴大施打，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝，李委員永振請。

李委員永振：謝謝。從報告可以了解在執行的時候會有一些比較不好的現象出現，他們的努力我們都予以肯定，以下關於家醫計畫有 3 點請教。

第 1 點，6 月份委員會曾經提到過，家醫計畫自 93 年到 111 年，19 年共投入約 298 億元，106 年到 111 年，最近 6 年則投入約 185 億元，占 62%，所以後面占比很重。但是看到收案人數，好像都在 600 萬人左右，這幾年還 down 下來，不曉得原因是怎樣？上次是想知道執行效益是怎樣，我在 9 月份總額協商時曾經提到過，分級醫療投入約 363 億元，節流效益大概 6 億元，但是從今天報告

感覺到成效非常好，什麼都改善了，但是呼應這個 6 億元，我就相當不解。既然有這些數據，是不是可以簡化成 1 個數字，讓大家比較容易了解，效果這麼好，為什麼效益才收回來 6 億元？當然他是含有分級醫療，但大部分應該是在家醫計畫。

第 2 點，會議資料第 114 頁，投影片第 45 張提到，擴大收案對象達到 50% 以上保險對象差不多需要投入 77 億元。111 年收案差不多 600 萬人，投入約 40 億元，他們之間的關係是怎麼來的？因為我不曉得現在 600 萬人是占保險對象多少百分比。我用初估，台灣人口 2,400 萬的話，600 萬差不多四分之一，四分之一是 25%，所以提高到 50% 就 double，double 的話，從 40 億元跳到 77 億元好像還合理，但是好像有些人又沒辦法納入收案對象，所以分母應該會小一點，目前的收案率應該高於 25%，如果是 30%，那增加到 50% 是多 20%，若要增加 37 億元，好像就不符合比例原則，所以想知道原因。

第 3 點，家醫計畫是因為要達成法定的家庭責任醫師制度而存在，已經試辦 20 年了，所以重點是不是應該放在幕僚同仁建議的，如何接軌到家庭責任醫師制度，畫出藍圖跟期程，這是我們最後要達到的目的。可能西醫基層不會有這種感覺，但是我覺得用另外 1 個角度來看，20 年應該算很長的，上次何委員談到 20 歲應該成年了，所以應該是要怎麼接軌比較重要，不是怎麼納入一般服務，重點應該放對方向，針對對的方向前進，這樣會比較好。

另外 1 個議題要一起講還是分開？

周主任委員麗芳：一起講。

李委員永振：有關於代謝症候群計畫，在 4 月份討論的時候，因為屬於政策，時間也來不及，所以勉予同意，但是我記得委員意見很多，我們也擔心做起來到底會怎樣，現在看到成果好像也不怎麼樣。結果在編列 112 年預算時候，代謝計畫要 double 成長，所以當時協定事項有要求，明年計畫趕快弄出來提報委員會議，double 成長的預算才可以執行^(註)。不過現在看起來好像錢又給得太多，我不

曉得計畫會怎麼處理，不過我剛才聽到黃委員的意見，我直接解讀，他說目前的一些費用是 102 年訂的，意思大概是比較偏低，上次討論這個案子的時候，委員提到 2 個計畫(家醫計畫與代謝計畫)的支付好像不一致，現在已經有回應了，趕快針對這些問題提出來，明年的計畫才能真正上路。

今年計畫從 7 月開始，到現在收案不到 2 萬人，推估到 11 月，大概到 12 月應該也差不多 2 萬人左右，計畫目標是 10 萬人，才 20%，我是把今年當成買車一樣去試車，但試車不能試到明年，明年要趕快正式上路，2 個計畫之間要怎麼結合，做到可以互相羨慕，但不要互相批評，這樣不好，謝謝。

註：西醫基層總額為兩案併陳，此為付費者代表建議方案之協定事項。

周主任委員麗芳：好，謝謝。滕委員西華請。

滕委員西華：時間關係，講話快一點，會議資料第 113 頁，投影片第 43~46 張，家醫計畫都提到要不要導入的問題，我覺得健保署在導入的優缺點分析可以更專業一點，比如說缺點第 2 點，家醫計畫裡面，其實是論量計酬底下加一點論質，也不全是論量，缺點第 1 點，健保署說忠誠病人沒有辦法知道，怎麼會沒有辦法知道，診所收了報給健保署就好了，還要告訴民眾你是我收案對象，我覺得這些理由，有點像是健保署不是很想要導入，即使後面說分 10 年導入，我覺得也沒有關係，但分 10 年要怎麼導入？10 年保險對象沒有到 50% 以上導不導入？到底要件是什麼、必要條件是什麼、充要條件是什麼、選配是什麼，都沒講，我看起來比較像健保署不想導入。

剛剛主席提到 2 個計畫一起報告，就是健保署想要把家醫計畫、代謝計畫 2 個計畫整合，代謝計畫就沒有提到要整合，家醫計畫有一句提到，但那是本會委員建議要整合，現在看起來健保署沒有想要整合。比方說，代謝計畫的投影片第 7 張，參與診所數就沒有說明這裡有沒有家醫群診所，就是 1,164 家診所有沒有家醫群的診所，若沒有，是要整合什麼？若有，是幾家？如果百分比很高，為什麼不併入家醫群？這也是我們在委員會會議提到的問題。

這還涉及到錢，家醫計畫 1 人才支付 800 點，代謝計畫要 2,000~3,000 多點，差那麼多，還只做 1 個代謝症候群，會議資料第 129 頁摘要委員會議提到的問題，簡報都沒回應，到底有沒有指標？到底有沒有檢測指標？現在告訴我們說，有這個東西，健康署邀請討論的相關團體，有沒有邀健保會我不知道，但應該要邀我們才對，幕僚應該把這個意見帶上去，因為委員關心的就是花錢得到的效益是什麼，結果現在沒有看到，李委員是說沒有成果，可能有成果我們還看不到，現在只有看到問答集，規範怎麼收案跟費用申報，其實沒有看到效益，我覺得點可惜。

我覺得要注意 1 件事情，全球減肥針缺貨，偏偏減肥針又有適應症是用在降血脂、降血糖，現在追蹤第 1 次，有 4~10% 沒有使用藥物，請同時監測這些病人有沒有轉自費，就是監測他有沒有用自費的減肥針，糖尿病跟降血脂、降血糖的病人現在都用不到藥，這 2 種藥台灣健保都有給付，只是適應症不一樣，其中 1 種藥物還核准可以減肥使用，都是降血糖、降血脂的全新藥物，搞不好全球缺貨，是有大量診所在使用減肥針，代謝計畫收案的對象，請同時監測病人有沒有轉自費的現象，謝謝。

周主任委員麗芳：好，謝謝。侯委員俊良請。

侯委員俊良：謝謝，從剛剛的報告，我們看到健保法第 44 條所講家庭責任醫師制度是有道理的，因為整個家醫計畫都是進步的，既然都是進步的，我想除了在導入一般服務的部分做一些優劣分析，後續還要針對穩定性不足、照顧責任歸屬、退場評核機制等等，這些都要開始做，也就是我比較支持李委員所談的，我們要規劃未來的藍圖，要有 1 個進程做處理，包括時間點到了應該做什麼、達到什麼，才有辦法往這個方向去邁進，否則可能下次要變成幾年後才要做檢討，其實我覺得這部分是很可惜的。

第 2 點，我也要詢問一下，在代謝計畫提到參與診所數、參與醫師數跟收案人數，這部分跟家醫計畫的重疊性，有沒有一些數據可以提供，我想這是很重要的，包括我們為什麼整合，這數據如果提

出來，後續才有辦法對整合計畫進行評估，我提供 2 點意見，謝謝。

周主任委員麗芳：好，謝謝，盧委員瑞芬請。

盧委員瑞芬：主席、各位好，我有幾點意見，第 1 個，我想在公醫制度來講，家庭醫師是一道最美的風景，因為從預防保健投入，可以讓民眾得到比較好的健康，讓醫療費用得到一些節制。社會保險的國家，其實有很多在做，但是他們的 GP^(註)可以隨便去找，只是規定一定要 GP，我們在沒有做轉診制度情況下，還在推家庭醫師，我覺得是 1 件很好的事情，非常謝謝基層醫師把這個制度做得這麼好。

我覺得健保署以管理者的角度，我比較期待在報告裡面能夠真正去看後面的結果，我們看到很多都是過程面，都去比較費用或是使用率，但沒有看到健康狀況，這才是真正最終的結果，這點就像剛才黃委員所提，其實要資料就是要投資，所以我是覺得說，在這部分其實是值得投資去蒐集資料。如果單純用費用、使用率，現行就有 2 個問題，第 1 個就是民眾自費，在健保資料庫是看不到，第 2 個就是 COVID-19 疫情的關係，因為這幾年 COVID-19 疫情，一定使醫療使用率都下降，這是不是家醫的成效，我覺得是有很大的問號。

第 2 點，我剛剛有提到，健保署以管理者的角度提報，我其實是很期待有一些健保署自己整理出來的數據，還有比較具體的對於未來展望，剛才幾位委員都有提到，比如說提到有條件導入，但到底是什麼條件、哪個方向，還有 10 年導入期程的規劃，但在這次的報告中都沒有看到，我看不到願景，覺得這一點是比較可惜。

最後一點是比較小的點，報告有時候會出現，在會議資料第 128 頁提到，代謝計畫後續辦理事項說預計 12 月 15 日召開討論會議，今天已經 12 月 23 日，當然這簡報是在之前提供的，我可以理解，今天既然是報告的話，在 12 月 15 日召開的會議是不是有些結果也可以跟大家分享，這應該是很即時的，要不然就覺得沒有很即時的讓委員知道一些訊息，謝謝。

註：GP(General Practitioner，家庭醫師)。

周主任委員麗芳：等一下干委員文男最後 1 位，時間關係，不再接受委員口頭發問，顏委員鴻順請。

顏委員鴻順：主席、各位大家午安，我想家庭醫師整合性照護計畫實施到現在已經 20 年了，尤其在最近這 10 幾年來，基層醫師跟健保署之間，就這個計畫真的是非常認真的在討論每個指標、每個細節，每年全聯會、家醫學會還有各界代表都會跟健保署，針對很多的指標不斷地去精進，所以去年拿 80 分，今年一樣拿 80 分，難度是變高的，因為指標的水平拉高了，在這個過層中，基層醫師是付出很多的努力。但是我也要強調，在這過程當中，包括臺灣家庭醫學會、台大的家醫部，都曾經針對各種的指標，如急診率、可避免住院率、各種預防保健，參與家醫計畫跟沒有參與家醫計畫的比較，這個都有發表在國際的期刊。

我也要 echo 一下盧老師講的重點，或許我們在整個評估過程中，應該更注重健康表現、醫療品質表現，而不是只有著重在費用的節省，因為要把病人照顧得很好，不見得節省費用就最好。我舉個例子來講，我的醫療群裡有幾家耳鼻喉科診所，因為加入醫療群之後，對他的病人照顧得更仔細，他跟我說，他有幾個病人，因為了解病人的狀況，是比較嚴重的耳朵聽障的問題，診斷出來之後，還安排去醫院，最後申請到電子耳裝上去，對病人的整個人生、整個生活品質改善非常大，但是因為這樣，他的 VC-AE^(註 1)變成負的，因為 1 個電子耳從申請、評估到最後裝置，花了將近 1 百萬元，這 2 個 case 就讓他的 VC-AE 變成負的。這個品質是好還是不好？費用顯然是增加的，我覺得更重要的是健康與品質的評估，而不是完全著重在費用，這是在病人照顧端。

另一端就是醫療提供者，就是院所這一端，其實醫療群在這幾年來，我們說養兵千日用在一時，以往診所是散兵游勇^(註 2)，1 間 1 間散散的，但是現在因為有醫療群的制度把大家集合起來，我就說這好像 1 支 1 支的國民兵，平常每個月都在操兵，我們每個月都在開 meeting，跟合作醫院或自己開 meeting，這次疫情來的時候，社區醫療群 group 的國民兵發揮很大的即時戰力。以我新北市來

講，在今年 4 月疫情大爆發的時候，那時候市長找我過去，他問說如果要轉成居家照護，要遠距視訊診療，你們有辦法嗎？我跟他說沒問題，我一定全力以赴，我怎麼做？我就把新北市 800 多家的社區醫療群都講好，我們 1 次 all in 全部進去，全部都來做視訊醫療，後來有 60 幾家診所退掉，為什麼？因為他實在做不來，他是復健科診所，實在不會做，後來有一些診所退掉，陸續個別診所再加進來，所以我們新北到目前還有 800 多家診所在做視訊診療，其中 90% 以上就是社區醫療群的診所，這就是即戰力，如果今天沒有社區醫療群，我沒辦法在第一時間馬上承接，新北市最高 1 天 27,000 多人確診，我怎麼去承接這麼多的確診病人，來給他們做遠距照護？

所以我覺得說，在特定狀況下，如疫情發生或國家特殊狀況時，有時候這樣的體系就能夠發揮他的即戰力，至於說疫情期間，這幾年好像人數沒有增加，我覺得應該是疫情期間大家就醫次數減少，所以健保署根據指標撈出來給我們的母數，收案會員數就減少了，這是我的理解。

代謝計畫畢竟真的才做幾個月，我想先磨合再整合，在這個過程中，我們也跟健保署、健康署開過非常多次的會議，希望明年在大家的努力之下，這個制度應該會越來越好，相關的一些品質指標還在討論當中，以上，謝謝。

註 1：VC：收案會員風險校正模式預估之西醫門診醫療費用，AE：收案會員實際申報西醫門診醫療費用。

註 2：散兵游勇：本指逃散無統屬的士兵。後借指不屬於團體而獨自行動的人。

周主任委員麗芳：好，謝謝，也謝謝顏理事長對整個社區醫療、民眾照護的貢獻。接下來請黃委員振國。

黃委員振國：我來補充一下，針對剛剛各位委員的提問，第 1 點，就是代謝計畫為什麼今年成效不好，坦白講是因為疫情關係，一般民眾大概這 1、2 個月，才漸漸恢復正常到醫療院所就醫，尤其代謝症候群的個案，一般沒有長期在醫療院所就醫的習慣，都是偶然，像感冒或是其他醫療需求，甚至體檢需求才會進入到一般的醫療院所，才會有收案，所以上次委員會也懇請委員諒解，事實上，我

可以預期今年的 3.08 億元根本用不完，因為疫情的關係 delay 了。

第 2 點，跟大家報告，剛剛盧老師關心的，我們到底跟健康署、健保署、醫界代表三方談得怎麼樣？跟委員報告，不好意思，因為那天同時有 2、3 個會，雖然大家集思廣益但是有些小細節還沒有談妥，說實在，這個新的計畫，健康署跟健保署都求好心切，他們希望做代謝計畫的醫界，能夠真的幫民眾健康把關且做得好，我們也期待能讓適當的醫療院所、適當的醫師來介入代謝症候群的治療、衛教，但是細節還很多，不好意思，等我們有具體結論以後，我相信各位委員一定看得到結果。

第 3 點，我很高興在座很多老師關心家庭醫師整合性照護計畫，我在此代表家庭醫學會跟大家報告，我們這幾年已經常態的在做家庭醫師整合性照護計畫的研究，最近有一篇是糖尿病的照護品質，是跟糖尿病試辦計畫比對，有參加糖尿病試辦計畫的人是有比較好，但是有參加家醫計畫也是有比較好，就是這 2 個計畫的 value 是一樣的。還有各位關心的，我剛已經特別邀請各位，我會把今天各位的建議納入爾後要研究的方向，也請在座的老師如果有興趣，可以跟我們一起來努力，其實我也希望把各位關心的成果呈現給大家。

第 4 點，針對滕西華委員關心，我跟大家報告為什麼缺藥，現在所謂瘦瘦筆的缺藥不是台灣缺藥而是全球性的缺藥，為什麼缺藥呢？減肥是全世界的趨勢，現在最大問題在哪裡？我以大家比較耳熟能詳的 2 種減肥針為例，因為現在同個廠商把 dose 增加成 4 倍，完全走在自費市場，銷都不夠了，各位不用擔心，現在不只健保診所拿不到，自費診所也拿不到，都拿不到，而且廠商因為擔心，現在把 4 倍的劑量走自費市場，正規的在健保醫療院所，所以各位不用擔心，這是 2 個通路，但是 2 邊都缺了，而且個人不好意思講，所謂的減肥針我都有，也真的缺了，不要擔心，自費市場、黑市喊得非常高，但是健保病人的權益我們一樣保重。我跟我的醫師交代，健保病人優先，自費擺在後面，我們沒針也不會挪，我跟大家報告，我們當醫生的良知良能不會被金錢抹滅，不用擔心，但是缺

不是台灣缺，我想衛福部已經有措施了，據我知道，廠商有 guarantee 健保的部分 double 供給，他們會配合年度供給，明年之後，各位可以看到，尤其是醫學中心，醫院不會缺貨，謝謝。

周主任委員麗芳：好，最後 1 位干委員，請。

干委員文男：主席，我以消費者的看法跟各位報告，家醫計畫一開始，前半段是不怎麼樣，我一再強調，後面實行了一陣，確實目標跟功能都有產生，第 1 個，當初設計要把病人固定，現在已經有固定，以前都亂跑，今天到這家、明天到那家，看診次數增加很快，現在沒有那麼多，算是成功。再來，家庭責任醫師制度，我們已經訂在法裡面，民眾在住家附近找就有了，不用到其他地方看，這也是非常成功。

大家都說家醫有問題，但我從付費者角度來看，衛福部、健保署的交付責任下來，上至醫院很快就達成了，下至基層，像散兵游勇，有家醫群後，他們就自己聯絡，我看到也體會到，他們在轉診制度方面就有做整套。

剛剛報告中，用有加入家醫跟沒加入家醫比較，醫療費用有沒有多，已經有報告了。如果沒有，可能就是多了行政費，平均下來是不是也超過，這是重要的 1 點。

最重要的，其他很多專案，沒有像家醫計畫這樣的演變過程，我從頭看到尾，這是非常成功的專案，我以前打分數都不到 50 分，我現在給 65 分，比以前多。我曾私下調查，這是我自己做的，去訪視、去調出資料，我一個一個打電話，現在就醫算固定，病人累積增加中，尤其在基層鄉下是這樣照顧，都市也是這樣照顧，真正普及到所有付費者。計畫將來要怎麼改是大家決定，我是希望能夠要照顧到現在的病人，他們已經固定就醫，也有依賴性，現在說要轉變，如果這樣的話，這些病人以後會怎麼樣，希望大家多考慮。

周主任委員麗芳：好，謝謝，我針對這兩案預做決議，第一案有 2 點，第 1 點，本案洽悉，委員所提意見，請健保署研參。第 2 點，請健保署俟衛福部核定 112 年度總額後，會同醫師公會全聯會，依

照核定內容，即早研修 112 年度家醫計畫。

第二案也是 2 點決議，第 1 點，本案洽悉，委員所提意見，請健保署研參。第 2 點，請健保署俟衛福部核定 112 年度總額後，會同健康署及醫師公會全聯會，依照核定內容，即早研修 112 年度代謝計畫。

現在我們只剩下 30 分鐘，接下來把剩下的案子全部一併報告，請簡短報告，同仁不用再宣讀，第三案請報告。

伍、報告事項第三案「急診品質提升方案監測指標研修結果」、報告事項第四案「健康存摺 SDK(Software Development Kit, 軟體開發套件)資料應用說明」、報告事項第五案「110 年全民健康保險自付差額特材執行概況」、報告事項第六案「中央健康保險署『111 年 11 月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

陳專門委員依婕報告：略。

周主任委員麗芳：好，謝謝報告，第四案請報告。

陳視察蔚滢報告：略。

周主任委員麗芳：好，非常感謝，接下來第五案請報告。

張副組長惠萍報告：略。

周主任委員麗芳：好，謝謝，第六案是健保署 11 月份健保業務執行報告，這個月是提書面報告，不過蔡副署長陪伴我們第 5 屆委員，可以說每 1 次會議都始終如一，雖然不用口頭報告，我們還是很想聽聽看蔡副署長的一些想法，還是請蔡副署長簡短跟我們分享一下內容。

蔡副署長淑鈴：這裡 3 個案子，提升急診品質方案這一塊，因為上次是劉淑瓊老師在講急診壅塞的問題，所以我想這一些指標我們可以留著，雖然新的方案裡沒有了，我們可以留著繼續監測。

另外 SDK 的問題，上次是滕委員花很多時間在處理這部分，剛剛同仁在報告 SDK 時，事實上這是蠻創新的作法，但是會有很多擔心是說，我們教示條款很多，當事人不一定都有讀，但是這個過程其實就是一種學習，所以我覺得在嚴格的把關之下去做這件事情，理論上他還是 1 個非常創新的做法，應該要給予一定的空間讓他去試作。

最後自付差額這一題，其實我們同仁報告得非常仔細，1 個很核心的問題就是，當自付差額在外面很久的時候，其實數量跟單價都非常的大，但是當你要納進健保的時候，金額就非常地沉重，所以在這個過程當中，如果跟其他國家比起來，有些國家沒有經過這個

過程，我們是經過這個過程，現在面臨的困境就是，進來的時候非常地吃力，但是又想要節省民眾的自費，所以就是回到我們總額協商的時候，對於這些新醫療科技費用的編列不能太少，假定太少則所有東西都沒辦法進來，包括自付差額要改成全額給付，或是新項目、新醫材，那些民眾有需要，這些都很困難。

所以我們有 2 個很重要的協商，就是新醫療科技，還有罕病、血友病的這些藥物的費用，不管是專款或一般，其實一定要留有空隙，否則整個健保制度自付的比例越來越高，對我們其實是不公平，對有些民眾是不公平，所以我想跟大家報告，也許我們換屆之後，不一定每個人都還在這裡，但日後在協商這個總額時候，這些都是必要費用，若沒有這些預算，即使你想解決病人問題，也會因為沒有預算而沒有辦法處理，以上分享，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝，因為時間關係，是不是徵求委員同意，我們就提書面意見，好不好？

滕委員西華：主席，我有一句話，會議不是到 5 點半嗎？我們已經這樣趕了，這樣我不要跟部長吃飯，我要發表意見。

周主任委員麗芳：好啦，等一下就是滕委員、陳石池委員、劉淑瓊委員、陳秀熙委員、盧瑞芬委員、何語委員，就這幾位委員好不好？請發言。

劉委員國隆：還有我。

周主任委員麗芳：還有劉委員，好。

滕委員西華：3 個案子我就只針對 SDK 提意見，我必須要說我覺得我跟健保署是雞同鴨講，用個資法第 10 條^(註 1)這算什麼法源，那是我當事人請求你要提供，這個案子是當事人沒有請求，你把舞台都架好整筆還給人家，就算沒有 SDK，現在民眾下載他的健康存摺，他也能夠給任何他想給的人，給任何想幫助他解讀的人，但是我們不僅把平台都搭好了，我們還整筆都給他，我的書面資料沒有 1 個倒賣，不是強盜的盜，是倒垃圾的倒，你比倒賣還不如，怎麼會是公私協力、公共服務呢？到底協力在哪裡，這樣公共服務對健保署

的好處是什麼？

政府把自己做好、整理好、蒐集好的資料庫那麼好心地給第三方全部來蒐集，第三方完全不用花成本、力氣，你都幫他做得好好的，然後他賺錢回饋給誰？我都不知道，他賣保單，華碩健康雲、中華健康雲，除了醫事機構，我上次會議說過不需要你做 SDK 介面，SDK 只是方便他跟病人更容易 approach 之外，他就算不用 SDK 也能蒐集到，政府機關你已經有增值資料庫了，你還要倒賣他的健康存摺，其他的資訊軟體業，講那麼好聽，全部都是健康軟體，全部都是健康雲、生醫產業等，這一些人全部都在賺你被保險人的錢，被保險人就是他的商業利益 target，你整筆交給他還說這是病人同意。

你全部都嫁接好了，全世界沒有這樣的保險人，連美國的 medicare、medicaid 的 HIPAA^(註 2)都沒有做到這個程度，他如果要蒐集資料，他就要花非常多力氣，一個一個跟他的被保險人說，請問滕西華你的那個什麼資料可不可以給我，我們健保署不是，你通通不用問，你整理好了整筆給他，他要倒也是整筆倒，今天不是倒給商業保險公司、生技公司，表示對不起，我只要你看我的門診資料、住院資料、三高資料其中 1 項就好，不是這樣，是全部倒過去，你告訴我說你的把關是要給資安證明，這個要民眾同意，跟健保釋憲資料庫不一樣，有什麼不一樣？連健保署自己的資訊安全機制都受到所有資安專家的挑戰，我就不要管資安了，我覺得這個說法完全跟健保署是雞同鴨講。

我再說 1 次，這件事情到底對公共服務有什麼好處？一點好處都沒有，他回饋給健保署是什麼？生醫公司用來研發藥物可以賣我們便宜一點嗎？也沒有啊，他商業保險公司賣保單給病人這麼貴，你還叫他商保來補健保，民眾省到錢嗎？你不如叫他漲保費來支持健保署，每一萬塊錢付給商業保險公司的保費一定比例來付給健保署，你知道健保署可以為民眾買到多少東西嗎？結果我們在鼓勵商保補健保不說，我們還把資料倒給商業保險公司，回頭他賣醫療險、長照險，再來收你被保險人的錢，然後你很貴的醫材去收自

費，你還叫他去買保險來補這個自費與住院的差額，醫療體系苦哈哈賺不到錢還要被民眾罵，我覺得 SDK 這件事情非常荒謬。

註 1：個人資料保護法第 10 條：公務機關或非公務機關應依當事人之請求，就其蒐集之個人資料，答覆查詢、提供閱覽或製給複製本。但有下列情形之一者，不在此限：

- 一、妨害國家安全、外交及軍事機密、整體經濟利益或其他國家重大利益。
- 二、妨害公務機關執行法定職務。
- 三、妨害該蒐集機關或第三人之重大利益。

註 2：HIPAA(Health Insurance Portability and Accountability Act；健康保險可攜性和責任法)。

周主任委員麗芳：謝謝滕委員，語重心長，謝謝。陳委員請。

陳委員石池：主席，各位委員，大家午安，我非常難過也不能接受有關健保署這次急診品質提升方案監測指標所提出的政策，我已經講過很多次，他們在 111 年第 4 次醫院研商會議討論的摘要，請各位委員可以看會議資料第 132 頁第 1 點，考量檢傷一級之病人未必需進入加護病房，建議維持原指標定義，第 2 點講的是 COVID-19 疫情，第 3 點講的是部分負擔，針對我們的問題只有這 18 個字，考量檢傷一級之病人未必需進入加護病房，就全部這 18 個字，可是我有提到，檢傷四、五級病人離開急診室的比率，是為不當的比率，他們還是不改，各位委員可以看會議資料第 134 頁，本會研析意見(一)，急診病人停留超過 24 小時的比率，無法評估方案及是否達到紓解急診壅塞情形之目標，檢傷四、五級急診病人離開醫院<4 小時之比率，由 95.4% 上升至 96.8%，表示這個比率是上升的喔，所以醫院都在處理輕症病人。

你再看下面這個指標，(2)檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時之比率，由 66.6% 降為 62.5%，下降了喔。再看下 1 個，完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6 小時之比率，由 53.6% 降到 48.5%，我之前就講過一定會影響重症病人，現在是不是可以看得出，我講得沒錯，現在有數據證實這個政策是不對的，為什麼不改？以前你可以講說我口說無憑，現在這個資料看得出來這個政策明顯不對，為什麼不改？你們健保署不是要大刀闊斧改善嗎？為什麼這個政策不改？

還有你們想監測急診病人停留超過 24 小時比率，各位委員看看

會議資料第 135 頁，依據現在的資料看起來，醫學中心只有 6% 而已，這比率不是很高，你們要監測這個幹什麼？這是小問題，你要先抓大的，要放小的，為什麼要先監測這個小東西？我剛才提的問題比這個嚴重，我要講多少次你們才改？委員講的話沒有用，要當委員做什麼？現在有數據證實我的說法是對的，為什麼你們還不改？我很難接受這件事情，我就不講話了，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝陳委員，剛剛我們好多委員的意見，真的也是要拜託健保署好好來研議，劉委員請。

劉委員淑瓊：謝謝，關於剛剛陳委員講到的四、五級病人，我在上次也呼應過，確實這個指標是有問題，不過這個指標提升跟後面指標下降之間有沒有因果關係，我覺得健保署應該要進一步再研究一下。

再來就是會議資料第 133 頁，健保署說這個資料要在共擬會議監測其中 1 支指標，然後接下來就是在評核會再提出監測結果，我覺得這樣不 OK，因為我們這個會的委員對於急診室壅塞非常的關注，所以我建議健保署在業務執行季報告中每次都提出來，而且針對會議資料第 135 頁、第 136 頁的這 5 個指標或者 4 個指標，不但給數據，還要提出你們的詮釋，你們怎麼解釋這樣的數據，代表什麼意義。我覺得這個是很重要的，不要每次都只是丟一些數據，這樣子我們各自解讀也不理想，以上，謝謝。

周主任委員麗芳：好，謝謝，盧委員請。

盧委員瑞芬：謝謝主席，我是針對健保的業務部分，其實這個應該要問李署長最合適，因為他在今年 7 月 16 日登在 Scientific Reports 的一篇報告，是針對健保的具名審查政策，這是非常好的研究，做出來的結果是具名審查政策，基本上是下降了核減率，而他下降方式的結果，就是審查內容變成會放鬆是因為具名審查，這個報告中有很多研究的議題，我不詳細講，但是這是他重要的結果，就是具名審查只會讓核減率下降，因為他太過放鬆。

我們這個具名審查政策從 2016 年開始做，一開始是七科全區，2021

年 10 月 1 日到目前只剩下 2 個區，中區只有婦產科跟耳鼻喉科，東區只有精神科，這個政策沒有贏家，健保署做審查是為了管控醫療費用，實施 1 個比較有效率的作法，結果核減率下降，管控效果不佳，然後一國兩制。

對於醫療服務提供者也沒有什麼好處，雖然核減率下降，若可以造成醫療品質提升，為什麼醫師的參與意願這麼低？所以這個政策我們看不到任何贏家，健保署過去做了很多政策其實都是一直在試辦，但試辦到現在不知道如何是好，我的建議其實就是斷捨離，這個案子不應該再做，回頭是岸，以上。

周主任委員麗芳：謝謝盧委員，劉委員請。

劉委員國隆：謝謝主席，我們就急診品質提升方案，我們都知道陳石池委員講的，我非常贊同，我上一次也有拜託陳石池委員，因為他是醫學中心的系統，應該把我們急診品質提升有一些監測指標需要改善，至少在我們委員會將你們的專業提出來，讓所有健保會的人都來支持你，這樣也可以 push 健保署改善指標，在這裡拜託，也是期許陳石池委員能夠真正提供，不能說這個指標不行，那個指標不行，可是要如何改，拜託我們業界要提出來，這是 1 個。

周主任委員麗芳：好，謝謝。

劉委員國隆：還有，第 2 個，我們健康存摺 SDK 我非常贊同，尤其資訊電腦化與未來急診、就診，促使我們醫療資源不會太過浪費，尤其我們西醫都是在做檢查，你如果有資訊提供，就可以降低醫療浪費，但我在這裡期許除此之外，其實現在坊間已經有很多類似 apple watch、garmin watch，都有自己本身的健康資料，如果未來 SDK 能讓患者自我資訊上傳，此為未來方向，能提供自己最新的動態狀況給醫師與診療機構來看，這是未來非常好的方向，也拜託也期許，謝謝。

周主任委員麗芳：好，謝謝劉委員，陳委員請。

陳委員秀熙：我想今天大家很高興看到這些資料，從第一案到最後 1 案都在講指標，我很快跟大家也講出一些看法。我想不管怎麼樣的

指標，從民眾觀點來看，民眾的可用、可近、可負擔是 3 個我認為在指標面上大家可能要滾動式修正，然後才能延伸到剛才 SDK 講的，包括今天的健保資料庫在人權團體跟憲法之間的 balance，我想民眾的隱私與保障安全都被涵蓋，還有急診的可用性、家醫計畫的可近性、自付差額的可負擔性，這些都是健康公平平等權，我發現這些指標還是要朝這些方向制定。

第 2 個，對於醫療服務供給者考量，一定要尊重他的專業優先性及重要性，比方說急診，我們一直在講四、五級跟一、二、三級之間的差別，我想這是非常重要的，以及我們提到效益性的方面，我們要相信醫療專業者對於效益上在健康方面的供給。

最後 1 點，從今天第一案到最後一案，我們常常忘掉 1 件事情，例如健保署報告抑制資源不當耗用，我覺得這項指標達成 75%，16 項達成 12 項，如何把這些指標轉成節省多少成本，才是消費者跟政府想知道，包括今天你看我們消費者代表辛辛苦苦，我們在協商過程中，從高到低，中間所省下的這些錢，我們也從未想過要轉到何處，這樣到底為國家省了多少錢，人民得到真正的利益嗎？

我覺得第 3 項是轉成效益或錢，這也是翁委員一直在提，到底要省下多少錢才能回歸到各個計畫，將來在做整個損益平衡之間的參考，以上。

周主任委員麗芳：好，謝謝，最後 1 位，侯委員請。

侯委員俊良：我想做個提醒，針對第五案自付差額的部分，在保障民眾知的權利有提到資訊公開，會公布在各院所網路明顯處，其實我看一下這部分可能還是做得比較不 OK，因為各醫院在公開訊息部分有時不太明顯，所以這部分再提醒健保署後續提醒一下健保特約醫院，以上。

周主任委員麗芳：好，謝謝，請蔡副署長簡短回應，謝謝。

蔡副署長淑鈴：對於提升急診品質的監測指標這個意見我們同意，委員都非常關心原來只要監測停留超過 24 小時的比率，我建議恢復原來的 5 項，依照會議資料第 132 頁委員的建議酌修，把那個指標

做一點修正，還是需要去監測，即使他不放在急診品質方案，也必須定期監測，否則急診壅塞還是沒有人會有太多的關注，就這一點，再做補充。

周主任委員麗芳：好，謝謝，這幾個案子我做這樣決議，第六案，本案洽悉，委員所提意見請健保署回覆說明。第三、四、五案，本案洽悉，委員所提意見請健保署研參，以上。

今天非常感謝大家，有沒有臨時動議，如果沒有的話，請何委員語。

何委員語：主席，我們想要詢問 112 年總額協商結果到現在部長還沒有核定下來嗎？為什麼拖那麼久？9 月總額協商，歷經 10 月、11 月，到現在 12 月，我們自己都還沒看到，壽命短一點的，真的都看不到部長核定結果。

周主任委員麗芳：我們今天晚上業的務座談可以當面請教部長。

何委員語：晚上有去吃飯的人給部長加個油，趕快下個禮拜一核定下來，我們要趕快看到啦。

周主任委員麗芳：給所有委員 1 個掌聲，謝謝大家，我們第 5 屆委員非常棒，把所有案子很負責任地通通討論完畢，也再一次感謝大家，會議相當圓滿，祝福大家新年快樂，謝謝(與會者歡呼、鼓掌)。

周執行秘書淑婉：請大家先坐一下，石次長馬上就下來了，我們等一下依序頒發感謝狀及照相，最後還有大合照，拜託大家再等一下。

周主任委員麗芳：我們會議是結束了，但是還是要感謝一下，首先是李署長、蔡副署長所率領健保署的團隊(與會者鼓掌)，感謝淑婉執秘帶領的健保會同仁(與會者鼓掌)。

劉委員國隆：還有感謝周主委帶領的委員啦(與會者熱烈鼓掌)！

周主任委員麗芳：對啦！還有商司長帶領的社保司(與會者鼓掌)，感謝大家，謝謝。

周執行秘書淑婉：石次長來了。

周主任委員麗芳：次長好(與會者熱烈鼓掌歡迎石次長)。

石常務次長崇良：主委，所有健保會委員好！很抱歉，本部最近事情比較多，部長現在還在參加重要的會議，無法前來致意，但特別交代我代表他前來向所有委員致謝。

過去這1年，健保除了推動原本很辛苦的工作之外，本部今年又特別提出有益於健保的中長程改革計畫，包括推動 skill-mixed^(註)，在醫院導入整合照護計畫，還有新陳代謝防治計畫、慢性病整合照護計畫、癌症品質提升計畫等等，得到健保會委員高度支持，非常感謝，再次代表部裡相關單位及健保署在執行業務過程中，感謝各位委員指導，我們會努力繼續往前執行。

年終歲末，明天就是聖誕夜，要藉這個機會祝大家聖誕快樂，祝大家來年新春，萬事如意，謝謝大家(與會者鼓掌)。另外，晚上本部有安排與委員進行業務座談，晚上部長會跟大家一起聚餐，請各位委員留下來餐敘，謝謝(與會者鼓掌)。

註：住院整合照護服務試辦計畫。

(石次長崇良依序頒發委員感謝狀及與委員合照，最後進行大合照。)