

衛生福利部全民健康保險會  
第6屆112年第6次委員會議事錄

中華民國112年7月26日



衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第6次委員會議紀錄  
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國112年7月26日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：馬文娟、張琬雅

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、吳委員榮達、吳委員鏘亮、  
李委員永振、周委員慶明、周委員麗芳、林委員文德、林委員恩豪、  
林委員淑珍、林委員綉珠(中華民國護理師護士公會全聯會全民健保護理政策小組洪委員世欣代理)、  
花委員錦忠(台灣總工會張秘書長鈺民代理)、侯委員俊良、翁委員文能、張委員清田、  
陳委員石池、陳委員杰、陳委員彥廷、陳委員相國、陳委員節如、陳委員鴻文、  
游委員宏生、黃委員小娟、黃委員金舜、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗、  
詹委員永兆、劉委員玉娟、劉委員守仁、劉委員淑瓊、滕委員西華、蔡委員麗娟、  
鄭委員力嘉、鄭委員素華、韓委員幸紋

請假人員：謝委員佳宜

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、李副署長丞華、蔡副署長淑鈴

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第13頁)

貳、議程確認：(詳附錄第13~14頁)

決定：

- 一、同意將李委員永振等3位委員所提臨時提案「反對112.6.27預告修正之菸品健康福利捐分配及運作辦法第4條條文，並請恢復『菸捐分配70%供健保安全準備』之用」納入本次委員會議程，安排於報告事項之後討論。

二、餘照議程確認。

參、確認上次(第5次)委員會議紀錄：(詳附錄第14頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第15~28頁)

決定：

一、上次(第5次)及歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)上次委員會議擬解除追蹤共2項，同意解除追蹤。

(二)歷次委員會議達解除追蹤條件，擬解除追蹤共2項，同意解除追蹤。

二、113年度各部門總額協商順序抽籤結果(如附件一)依序為：醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診總額，其中門診透析安排在醫院協商場次之後，最後為其他預算。請同仁據以安排總額協商會議當日之細部議程，提報下次委員會議。

三、為利113年度總額協商，請中央健康保險署及各總額部門務必遵循衛生福利部交議之113年度健保政策目標及內涵，並依規定時程將總額協商草案及檢核表(格式如附件二)提送本會。

四、請中央健康保險署會同各總額部門相關團體，儘速辦理112年度總額協定事項未依時程完成之工作項目(如附件三)。

五、餘洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第29~63頁)

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：因新冠疫情對中醫門診總額111年第3~4季之醫療費用造成顯著影響，提請動支其他預算之「調節非預期風險

及其他非預期政策改變所需經費」項目案，續請討論。

決議：

- 一、中醫門診總額部門及中央健康保險署調整因應新冠疫情顯著影響部門醫療費用估算方式(註)提出的共同評估報告，經委員討論議定結果：同意動支111年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目3億1,283萬元，用於撥補中醫門診總額111年第3、4季除東區以外之五分區受新冠疫情影響之醫療費用。
- 二、請中央健康保險署依本會議定結果，報請衛生福利部核定後，會同中醫門診總額相關團體討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

註：調整後動支程序指標2：「一般服務之醫療費用核定點數成長率(以「疫情前一年(108年)」作為計算基期)-受影響年度一般服務成長率>(當年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%)以上」。

## 第二案

提案單位：本會第三組

案由：112年度醫院及西醫基層總額關於「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」、「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」、「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」決定項目內容，需提報本會確認案。

決議：本案經委員討論未有共識，請中央健康保險署參考委員所提意見，依法定程序報主管機關決定，並副知本會。

## 陸、報告事項(詳附錄第64~81頁)

### 第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：112年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目(含須於112年7月提報項目、預算扣減方式及節流效

益之規劃等)，請鑒察。

決定：

一、依委員意見及本會補充說明，請中央健康保險署辦理以下事項：

(一)修正112年度牙醫及中醫門診總額部分協定項目之預算扣減方式及成效指標，如附件四。

(二)部分未完成項目(註)，請儘速規劃具體之預算扣減及節流效益評估方式，最遲於112年12月份委員會議將規劃結果提報本會。

(三)至於「112年度總額預算扣減方式及節流效益」執行結果，請於113年3月份提報本會，做為114年度總額協商參考。

二、有關「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」續辦與否之建議，請牙醫門診總額相關團體及中央健康保險署納為研議113年度總額協商草案之參據。

三、餘洽悉。

註：牙醫門診總額「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」：請提出預算扣減之具體計算方式及扣減時程。「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」：請補充修正後成效指標之分子、分母定義，並研議如何將所提成效指標，轉換為量化節流效益金額之方式。「超音波根管沖洗計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」：請研議如何將所提成效指標，轉換為量化節流效益金額之方式。

## 第二案

報告單位：本會第三組

案由：各總額部門111年度執行成果評核結果，請鑒察。

決定：

一、確認依各總額部門111年度評核結果核算113年度「品質保證保留款」專款之獎勵額度如下：

總額別	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
獎勵成長率	0.1%(良)	0.1%(良)	0.1%(良)	0.2%(優)
113年度品保款專款額度(億元)	5.015	1.262	0.478	0.574

註：113年度各總額「品質保證保留款」專款額度之計算方式：以評核年度(111年度)一般服務預算(淨值)×評核等級獎勵成長率(「良」級0.1%、「優」級0.2%)。

二、評核委員所提精進作為之建議，送請中央健康保險署及各總額部門承辦團體，納為未來規劃健保制度及總額預算執行參據，並請於113年評核會議提出辦理情形說明。

三、至於專款項目續辦與否及經費增減之建議，作為本會協商113年度總額參據。

### 第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：112年6月份全民健康保險業務執行報告(書面報告)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署回復說明。

### 柒、臨時提案(詳附錄第82~86頁)

提案人：李委員永振、林委員恩豪、劉委員淑瓊

連署人：田委員士金、楊委員玉琦、劉委員守仁、鄭委員力嘉、林委員淑珍、游委員宏生、花委員錦忠、楊委員芸蘋、陳委員鴻文、張委員清田、董委員正宗、陳委員杰、蔡委員麗娟

代表類別：保險付費者代表

案由：反對112.6.27預告修正之菸品健康福利捐分配及運作辦法第4條條文，並請恢復「菸捐分配70%供健保安全準備」之用，提請討論。

決議：委員所提意見併同發言實錄，送請衛生福利部作為修

法之參考。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午13時30分。



113 年度各部門總額協商順序抽籤結果

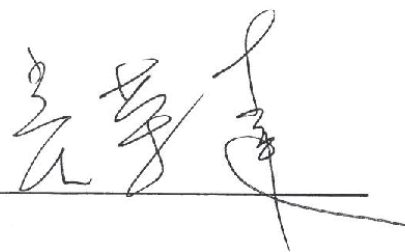
抽籤日期：112 年 7 月 26 日(健保會 112 年第 6 次委員會議)

協商順序	總額部門別/門診透析	簽名
1	醫院	陳石如
2	門診透析	—
3	西醫基層	周厚明
4	中醫門診	詹永如
5	牙醫門診	陳君廷

註：1. 若各總額部門無法派員抽籤，則由本會執行秘書於會上代為抽籤。

2. 依 113 年度總額協商程序規定，門診透析協商場次安排於醫院或西醫基層抽籤序優先之場次後進行，不另行抽籤；最後協商場次為其他預算。

監票人(簽名)：



## 各總額部門及健保署提送 113 年度總額協商草案自行檢核表

填表說明：

依「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」之附表「各部門總額協商草案(協商大表)應提供之內容及格式」(如參考資料)，請各總額部門及健保署提送 113 年度總額協商草案時，依所提之協商項目類型先自我檢核內容是否完備，並將檢核表一併提送健保會。

113 年度「○○○總額/其他預算協商草案」應提供內容自行檢核表

類別		協商草案應提供內容之檢核(資料完整請打「V」)							
		所有協商項目須填寫						延續項目填寫	專款新增項目填寫
檢核項目		113 年度總額政策交付項目	問題分析及需求估	醫療服務內容及說明	費用估算基礎及淨增加之費用	提出(檢討)執行目標及預期效益之評估指標	檢附實證資料	過去執行成果或檢討改善之相關規劃	預估試辦檢討期限
協商項目		【A】	【B】	【C】	【D】	【E】	【F】	【G】	【H】
一般服務									
新增	項目名稱： ○○○○○○								
延續	項目名稱： ○○○○○○								
專款項目									
新增	項目名稱： ○○○○○○								
延續	項目名稱： ○○○○○○								

- 註：1.請各總額部門及健保署依所提協商項目，增加檢核表格。  
 2.延續項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：  
 (1)自 108 年度總額起，新增項目協定事項訂有執行目標及評估指標者，若該項目延續則應持續檢討執行目標及評估指標。  
 (2)107 年度總額(含)以前，協商項目未訂執行目標及評估指標，若有項目延續且預算有大幅增加(如 20%)者，請檢討執行情形並建議提出執行目標及評估指標，以利協商。  
 (3)另「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」、「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」、「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」係被動依病人需求或藥物引進情形支用，故不需提出檢討執行目標及評估指標。  
 3.延續項目依協商屬性，以下項目不需填報：  
 (1)四部門總額：一般服務「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」、專款項目「品質保證保留款」。  
 (2)醫院專款項目：「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」。  
 (3)西醫基層專款項目：「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」。  
 (4)其他預算專款項目：「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」、「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費」、「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」。

# 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(節錄)

## 附表、各部門總額協商草案(協商大表)應提供之內容及格式

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

## 112年度各部門總額協定事項未依時程完成之工作項目

部門總額/未完成項目		依法定程序辦理 副知本會	需經本會同意或 提報	提報 112 年初步 結果
牙醫 門診	牙醫特殊醫療服務計畫 -「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」		V(項次 13)	V(項次 20)
醫院	持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	V(項次 9)		
	健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	V(項次 10)		
	促進醫療服務診療項目支付衡平性 --至本會委員會議提出具體實施規劃，定期提報		V(項次 13)	
	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) --*協商 113 年度總額前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查節省金額，納入本項預算財源			V(項次 18(5))
	藥品及特材給付規定改變 --*協商 113 年度總額前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查節省金額，納入本項預算財源			V(項次 19(4))
	C 型肝炎藥費 --*協商 113 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源			V(項次 20(2))
	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 --提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析			V(項次 22)
	急診品質提升方案 --提出急診重大疾病照護品質指標，提升執行成效			V(項次 25(1))
	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs) --積極推動 DRGs 雙軌制度，加速導入第 3 至 5 階段 DRGs 項目			V(項次 26)
	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 --檢討計畫之評估指標(含結果面指標)，呈現計畫之具體效益			V(項次 28)
鼓勵院所建立轉診合作機制			V(項次 29)	

部門總額/未完成項目		依法定程序辦理 副知本會	需經本會同意或 提報	提報 112 年初步 結果
	--檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效			
西醫 基層	<b>因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費</b>	V(項次 10)		
	<b>促進醫療服務診療項目支付衡平性</b> --至本會委員會議提出具體實施規劃，定期提報		V(項次 14)	
	<b>C 型肝炎藥費</b> --*協商 113 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源			V(項次 23(2))
	<b>強化基層照護能力及「開放表別」項目</b> --訂定反映效益之績效指標，以評估執行效益			V(項次 25(2))
	<b>鼓勵院所建立轉診合作機制</b> --檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效			V(項次 26)
其他 預算	<b>推動促進醫療體系整合計畫</b> --急性後期整合照護計畫	V(項次 3(2))		
	<b>支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費</b> --*檢討實施成效，將節流效益納入總額預算財源			V(項次 15(2))
	<b>提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用</b> --*檢討成效，提出節流效益並納入總額預算財源			V(項次 18(2))
	<b>提升保險服務成效</b> --*檢討成效，提出節流效益並納入總額預算財源			V(項次 21(2))

註:

- 1.各部門總額未依時程完成之工作項目，詳委員會議補充資料第7~58頁「112年度各部門總額協定事項辦理情形」之各該項次內容。
- 2.本表註記\*之項目，請健保署於協商113年度總額前，提出節流效益並納入總額預算財源以利總額協商。

## 修正 112 年度牙醫及中醫門診總額部分協定項目 之預算扣減方式及成效指標

112 年度總額協定項目		預算扣減方式及成效指標
<b>牙醫門診總額</b>		
1	高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫 (111 年新增專款，112 年持續辦理)	成效指標修正為： 執行 P7301C 後，89013C 及 89113C 「複合體充填」二年內重補率較未執行 P7301C 者低(跨院所計算)。
<b>中醫門診總額</b>		
1	多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度 (112 年一般服務新增項目)	預算扣減方式修正為： 「當年度執行之額度」為 112 年 A91 「整合醫療照護費加計(70 點)」全年實際申報點數，若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。
2	提升中醫小兒傷科照護品質 (112 年一般服務新增項目)	預算扣減方式修正為： 「當年度執行之額度」為 112 年 E90 「未滿 7 歲兒童傷科治療處置費加計(200 點)」全年實際申報點數，若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。
3	針傷合併治療合理給付 (112 年一般服務新增項目)	預算扣減方式修正為： 「當年度執行之額度」為 112 年針灸合併傷科支付標準調整前後差異點數，全年實際增加點數，若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。
4	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) (112 年一般服務新增項目)	預算扣減方式修正為： 「當年度執行之額度」為 112 年「特定疾病門診加強照護」腦中風後遺症(診斷碼 I69)全年實際申報點數，若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。

第6屆112年第6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5次)委員會議紀錄」與  
會人員發言實錄

**周執行秘書淑婉：**報告主委、各位委員，早安！現在會議時間已到，出席委員已經過半、達法定開會人數，今天會議就開始，先恭請主委致詞。

**盧主任委員瑞芬：**各位委員早安！今天有蠻多議題要討論，所以我就不多說了，就開始接下來的議程確認，謝謝。

**同仁宣讀(議程確認)**

**周執行秘書淑婉：**主委，各位委員，今天的議程安排有討論事項2案，報告事項3案，除了討論事項第一案是上次委員會議後續討論案外，大概都是依照本年度工作計畫排定，討論事項第一案就是上次中醫門診總額部門提請動支111年度調節非預期風險經費的續請討論案，第二案是112年度醫院與西醫基層總額決定項目內容需要提本會確認的案子。報告事項第一案是112年度各總額部門依核(決)定事項須提本會報告之項目，剛那個案子是確認、這個案子是報告。第二案的部分是，各總額部門111年評核的結果報告。第三案是健保署業務執行報告是書面報告不做口頭報告。

另外請看桌上的補充資料，今天有一個臨時提案，是李委員永振等3位委員提案，有13位委員連署，係關於衛福部預告修正菸品健康福利捐分配及運作辦法的提案。

關於臨時提案的處理說明，依照本會的會議規範第3點第2項第2款規定，臨時提案以當次會議亟待解決的緊急事件、或具時效性的事項，而且必須跟本會法定任務有關者為限，並須由出席委員附議、或連署始得成立，這案子跟健保財務有關，且有13位委員連署，所以基本上應該是符合成案條件。

至於說是不是亟待決定的緊急事件或具時效性，因為這個預告修正案陳述意見截止日期是8月28日，其實有一點時效性，所以還是請主席徵詢委員意見，決定是否在這次或下次委員會議再做討論，若決定在這次委員會議安排討論，我們建議安排在本日所有討

論事項、報告事項完成後進行討論，以上。

**盧主任委員瑞芬：**好，現在徵詢各位委員的意見，因為連署委員蠻多的，應該大家都同意要討論這臨時提案，不曉得各位委員對於我們現在的安排，有沒有什麼要補充說明的地方？如果沒有反對的意見就排入今天最後一案，我一定盡其所能讓這案子今天能夠討論到，就繼續進行下個議程。

**同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)**

**盧主任委員瑞芬：**若沒有其他意見就確認？沒有意見，好，本案確認，現在請周執秘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

周執行秘書淑婉：本會重要業務報告，項次一本會依照上次委員會議決議(定)事項辦理情形如下：

(一)有關上次討論事項第二案中醫師門診總額部門提請動支 111 年度非預期風險經費的案子，在 7 月 10 日已經把會議決議與委員意見摘要都函送健保署、中醫師公會全聯會，請他們依照委員關切重點共同完成提案前評估，健保署也在 7 月 18 日再次提案，納入本次委員會議討論事項第一案續審。

(二)上次討論事項第二案有關 112 年度中醫門診總額一般服務費用地區預算分配方式修正建議案，就是增加風險移撥款的部分，在 7 月 11 日已函請衛福部決定，函文如附錄二，並已在今天早上收到部 7 月 25 日函復同意，後續將會辦理公告事宜。

(三)上次委員會議決議(定)事項列管追蹤的事項有兩案，依照辦理情形建議解除追蹤有 2 項，歷次委員會議決議列管追蹤事項達解除追蹤條件者建議解除追蹤也有 2 項，請委員翻閱到會議資料第 18 頁，上次委員會議部分建議解除列管追蹤事項，主要都是委員對於社保司與健保署的意見回復說明，在會議資料第 20~44 頁，請委員參閱。

歷次委員會議部分有兩項，第 1 項藥物價量調查調整支付點數所節省金額必須作定期報告，健保署在上次會議進行業務季執行報告，每半年都會報告，第一次已經報告完成，未來會變成例行業務，所以我們建議解除追蹤。

第 2 項，是醫療品質資訊公開辦法，衛福部已在 112 年 7 月 12 日修正發布，所以建議解除追蹤。另外個別委員關切含書面意見的部分，健保署有回復說明如附錄 3，在會議資料第 116~124 頁，請有提意見的委員自行參閱。

項次二有關我們必須依照總額協商程序安排總額協商會議的議程，所以我們要請各總額部門派員代表抽籤，抽籤結果我們會據以

排定協商議程。至於門診透析協商場次依規定安排在醫院或西醫基層抽籤序優先場次後辦理，就不另行抽籤。請各總額部門要抽籤的代表到會場右手邊部分，幕僚同仁會協助抽籤，建請主委邀請公正人士代表委員吳榮達委員協助監票。

**盧主任委員瑞芬：**請吳榮達委員擔任監票工作？謝謝。

**周執行秘書淑婉：**會議請繼續進行，待會抽籤結果再跟大家報告。項次三，截至目前為止本會尚未收到衛福部來函交議 113 年總額範圍案，但是為利委員了解，以及各總額部門與健保署及早準備協商內容，幕僚有規劃因應做法，第一就是收到交議案立即就會轉給委員，並安排到下一次委員會議作報告。另外在 6 月 16 日其實已經函請各總額部門與健保署及早規劃協定的內容，在收到交議案以後，會立即函轉正式交議內容給各總額部門與健保署。

另外在此拜託各總額部門、健保署在 8 月 8 日、及 8 月 25 日提送總額草案及最終版本時，都必須填具自行檢核表，檢視所提內容是否齊全，並做協商參據。

項次四，本會付費者團體代表在 6 月 30 日有聯名行文給行政院、國發會、衛福部及本會，係有關衛福部陳報行政院總額範圍案的意見，這部分如附錄四請委員參閱。

項次五，是健保署依衛福部核定在 7 月 4 日公告，有關鼓勵院所加強推動腹膜透析跟提升照護品質的計畫，本項委員都很關心，健保署已依照 5 月份委員會議的委員建議，修訂計畫內容，整理重點如下：

(一)是有關於執行目標的部分有修正一些數值，預期效益評估指標也新增 2 項品質指標，都是按照委員的期待。

(二)另外，有關於委員關心本案跟其他專案計畫的支付衡平性問題，健保署也做了說明，其實新發腹膜透析個案較其他個案相對較少，收案執行跟後續照護比較複雜，需要投入較多人員訓練、建置成本、運作成本，所以支付點數會比其他專案來得高，健保署對委員的關心做了回應。

項次六，7月17、18日已經完成各總額部門執行成果的評核會議，評核結果會提在這次報告事項第二案。另外，為了評核作業同仁整理「全民健康保險各總額部門111年度執行成果評核指標摘要」放在各位委員的桌上，也附上信封委員可以帶走，資料給委員做為總額協商的參考。其中，特別要向委員報告的，委員關心新冠疫情對各部門總額醫療利用的影響，指標摘要內容有繪製疫情發生前後2年(107~111年)各總額部門醫療費用成長因素解構圖，大家可以看到投影片，會議資料第47頁，以醫院門診為例，把醫院門診從下到上107、108、109、110、111年，做醫療費用成長因素解構，解構是以每年總點數成長率解析為就醫人數，就醫人數就是利用率，每人平均就醫次數是密集度，還有每次就醫的費用單價，3個成長因素去解析整體的影響是什麼。所以圖表中可以看得很清楚，中間黑線是0，左手邊是負成長，右手邊是正成長，可以看出在109年所有件數是減少的，每個圖委員都可以看各部門的門診別、住院別，有不同的成長因素，看到中醫111年就是很明確的就醫人數增加，也就是利用率增加，請委員參閱。

請翻回會議資料第13頁，項次七，今年依照健保法要辦理公民活動，所以委託臺北護理健康大學辦理北、中、南、東4場次公民參與活動，假設性議題為「新藥可否採行差額負擔」，以公民咖啡館方式進行，希望以這樣方式做公民參與運作。北區場次參加非常踴躍，6月30日已經辦理完竣，未來中、南、東區會陸續辦理，因為中區7月28日辦理時的報名人數非常少，只有11位報名，所以後來請同仁拜託各全國性團體能夠派當地所屬團體會員參與，因為基本上各個付費者團體都是依照被保險人的類別代表來參與這樣的活動，希望能夠擴大參與，讓北、中、南、東在地團體代表都可以對健保議題有所了解，能夠多關切健保相關的議題，所以會議資料內容有寫得比較重的文字，實在抱歉，就是各團體派員參與程度會適度當作下一屆代表團體推薦時候的參考，就是參考，考量因素是參與度，希望對健保議題還是有一點參與度。

項次八，是上次委員會議擇議題為新冠疫情對中醫門診總額醫療費用影響作為會訊，請委員參閱。

項次九，衛福部及健保署在 6 月至 7 月份發布及副知本會的相關資料放在健保署全球資訊網，也在 7 月 11、20 日寄給委員電子信箱，其中有幾件較重要部分跟委員說明。第 1 點，是 6 月 30 日健保法第 80 條之 1 及第 80 條之 2 條文有做修正，基本上是配合國家政策針對核心資通系統的部分，若有惡意迫害、危害等不當行為會加重刑責，請委員參閱。第 2 點，剛剛提到 7 月 12 日有修正發布品質資訊公開辦法，這部分也請委員參閱。第 3 點，是預告菸品健康福利捐的分配跟運作辦法的修正草案，已刊登於行政院公報，這部分請委員參閱。其他部分就是公告內容，請委員參閱。

請委員翻到補充資料第 4 頁，項次 10，有關於健保署 112 年各部門總額協定事項定期追蹤的辦理情形如下：

(一)依照第 1 次委員會議的決定，健保署要在 7 月底以前提出各項協定事項的辦理情形，健保署 7 月 20 日提出，本會做了校對後確認始予完成。

(二)本會整理協定事項辦理情形表，副知本會項目應要有 46 項次，還差 3 項沒副知；另外向本會報告有 26 項目，還有 6 項沒有來報告；要提本會執行成果報告有 80 項，有 15 項還沒報告，以上總共 24 項未完成，再請健保署及各總額部門按照時程儘速完成。

(三)其中 7 項附表有打星號的，必須在 113 年總額協商前，提出節流效益納入總額預算財源，請健保署儘速辦理，7 項主要包括：C 型肝炎藥費，醫院、西醫基層及其他預算有 3 項；醫院有新醫療科技跟藥品特材給付規定改變，有關藥價調整與特材價量調查節省金額，也需要做一個統計；還有其他預算中，獎勵上傳、網路頻寬部分，及提升保險服務成效節流效益，都必須提到總額協商前做協商參考，以上是重要業務報告。

盧主任委員瑞芬：請問各位委員有沒有意見？請劉淑瓊委員。

**劉委員淑瓊：**謝謝主席，我有 3 點意見，第 1 個是針對會議資料給我們的時間，這屆委員會議到這次已開了 6 次會議，醫改會同仁統計一下 6 次會議討論案加報告案總共有 31 項，其中有 17 項健保署都說資料後附，甚至開會前 1 天才看到資料。這是非常不好的一個情形，因為對所有在座委員有 accountability(問責)的問題，都要對所屬的團體、社會大眾負責，若資料時間壓縮這麼短，我們實在沒時間看，就無法好好做討論，希望這件事情能夠改善，同時最好能夠訂定最後健保會收到資料的期限，若沒有收到就不納入該次討論，否則我覺得是 abuse 所有的委員。

第 2 個是在會議資料第 28~29 頁，針對健保署回復委員意見，第 1 個是醫院總額，就是住院整合照護計畫多元品質監控指標，這件事情要非常謝謝健保署做說明，但是我們要求多元指標目的也是一個 accountability，我們希望新的服務對於病人安全、醫事人力、醫療品質的影響可以充分掌握，同時因為這是一個試辦計畫，我們也希望對於未來怎麼修正可以有參考。

現在健保署既然告訴我們說，不用擔心這些資料都是現有的，那我們希望健保署在今年總額協商之前就可以提出這些數據，供委員參考。

另外，會議資料第 32~34 頁，朱益宏委員多次關切大型醫院慢性病人在門診人次過高，然後希望健保署能夠提出檢討的作為，醫改會非常的認同，可是很遺憾的事情是健保署其實每一次都實問虛答，希望健保署能夠提出具體的檢討，至少在總額協商時候提出這 3 個具體數字，第 1 個是穩定的慢性病人多科跨層級就醫狀況造成的費用影響。第 2 個是穩定的慢性病人可以下轉，而且完成下轉的比率。第 3 個是慢性病人可以參與整合照護門診收案的潛在對象人數，也提供我們實際收案的人數。

這 3 個我們要求的數據都是對應到分級醫療策略的配套措施，所以希望健保署能夠實問實答，告訴我們什麼是具體作為，我第 1 輪先到這裡，另外的意見於第 2 輪再發表，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：首先回應劉淑瓊委員提到會議資料的提供，我記得 5 月份的會議議程確認時就曾經提過，尤其是表定的計畫，應該要按照議事規則在 1 個禮拜之前提出來。當然我也補充一下，不用全部都按規範在 7 天前提出，可以有例外，譬如說這次報告的評核結果，那是 7 月 18 號才辦理結束，資料馬上要整理出來真的很趕，這可以排在例外，幕僚同仁昨天下班之前才趕製出來真的很辛苦。但其他的應該要按照我們的議事規則來進行，這樣會比較好。

下面我有 3 點請教跟建議，第 1 點是會議資料第 45 頁，剛剛執秘有報告，附件三檢核表規範，我個人覺得很周全，若能詳盡內容及早填妥，對協商有極大幫助，本人有所期待。

但是看到補充資料第 4 頁，有關 112 年協定事項辦理情形追蹤，又讓人有點擔心，112 年總額已經過了一半，在 152 項協定事項中還有 24 項未完成，約占 16%，即 6 項中就有 1 項未完成，其中還有 7 項是於 9 月協商之前，要提出節流效益並納入總額預算財源考量。這 2 項工作有共同點必須要處理，就是如果沒有如期完成，要怎麼樣來妥善處理？我常常問說接下來呢？就是這個意思。當然過去我們都有在關注，但是都不了了之，所以我希望各位委員思考一下，是不是應該有一個解決的方法來遵循，這樣會比較好，不然幕僚同仁那麼辛苦地整理，結果在協商的時候又一團亂，大家又忘記了，年復一年，今年既然已經規劃的這麼周全，應該讓他真正有實際的意義出來。

第 2 點是會議資料第 12 頁項次 5，有關腹膜透析鼓勵計畫提本會報告後，執行目標與效益評估指標均有所修正並新增，剛剛執秘提到應該給予肯定。但是細看的話修正幅度有限，與 108 年度相比，實際改善有限，令人懷疑我們投入 4.3 億元預算值得嗎？也應了今年評核會議多位評核委員質疑我們訂的指標過於寬鬆，計畫雖已經公告，是否請健保署應強力追蹤，以利來年檢討計畫時有強力說服力證明所訂的標準是合理的。



第 3 點是會議資料第 21 頁，上次我以書面提問，有關政府負擔法定下限 36% 的說明，還是讓人失望，我上次提過已經 2 位退休的司長被套牢，我們期許續任的劉司長不要繼續被套牢，看能否跳脫出來。我個人覺得這個是法有清楚明定的，你不去採取法遵，為何一直聽協商結論，既然協商結論有瑕疵，應再提出協商才對，不要社保司、衛福部空有解釋法令的職權，卻被人家牽著鼻子走，這樣很可惜，明細的部分我提書面資料。

**盧主任委員瑞芬：**請周麗芳委員。

**周委員麗芳：**主席、各位委員大家早安，提出就教的地方是在會議資料 13 頁項次 7，也非常感謝我們健保會的幕僚同仁，在今年度當中舉辦多場次的公民參與活動，包括「新藥可否採行差額負擔」，但是這邊有提到說，特別是 7 月份的場次，因為有請團體代表推派會員，有關團體代表部分，這邊提到一句話就是「各團體派員參與程度將列為下屆委員代表團體是否續聘之參考」。因為每一個團體屬性不同，舉例來說比方說農、漁會 7 月是他們最繁忙的時間，他們的會員在田裡和海上有非常多的作業，當然團體代表他們也竭盡心力希望去推派，如果以有沒有推派代表作為續聘參考，可能太過沉重。因為在我們桌子抽屜裡面都有放全民健康保險會組成及議事辦法，辦法第 7 條有清楚明列包括出席會議達三分之二，有一些負面表列作為續聘重要參考，譬如說違反議事規則等共 9 項，可是團體派員參與程度目前不在我們的議事辦法當中，所以我們是否還是請各團體鼓勵他們來參與，但是可能目前的遣詞用字，各團體派員參與程度將列為下屆委員代表團體是否續聘的參考，這逾越健保會的組成及議事辦法，建議刪除這句話，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請陳節如委員。

**陳委員節如：**各位委員早安，會議資料第 14 頁，本會重要報告業務說明，菸品健康福利捐(下稱菸捐)在 104 年有修改菸品健康福利捐分配及運用辦法，原本是 70% 用於健保安全準備的部分修改為 50%，108 年又將這 50% 的運用範圍增加用於補助經濟困難之保險費，現

在又預告將醫療科技評估、醫療服務審查、全民健康保險政策推動這些範疇納入運用範圍，請問社保司跟健保署，這些本來應該是要用公務預算支出的項目，怎麼會變成去瓜分健保安全準備基金的財源？

草案中要納入的這幾個項目，預期各項費用分別是多少？比如說，醫療科技評估的預算經費多少？醫療服務審查預期的經費要多少？健保政策推動預期的經費要多少？在預告的修正草案有說明是因為現有財源已不符所需，現在可供運用的資源是有限，但事實上，這些項目本來就是應該由公務預算來編列，這幾年來菸捐撥給健保的比率不只是減少，根本是回不去了，很難再增加，現在還要把既有公務預算應該支付的項目塞進來，我認為這個非常的不妥，衛福部應要很認真的去爭取公務預算，這才是根本的做法。

參加健保委員會議以來，我發現很多計畫的經費都是用健保的預算，就是在這邊瓜分，我也覺得非常的不妥，將來是不是請健保署做個整理，到底哪些計畫不應該在健保預算，因為健保預算已經非常缺乏，不應該再這樣子瓜分，我想請健保署好好研究一下，以上。

**盧主任委員瑞芬：**好，謝謝陳委員，因為今天臨時提案有討論這部分，我想這部分讓健保署最後一起回應，這樣比較周全。

**陳委員節如：**這些增加的項目要多少費用？我反對用菸捐作為財源編列預算，這些項目不應該列在這裡。

**盧主任委員瑞芬：**對，因為臨時提案就是針對這個部分，我們最後請健保署一起回應。我們現在請陳石池委員第 1 次發言。

**陳委員石池：**主席、各位委員，大家早安，有關 112 年度各部門總額協定事項提報本會執行情形(112 年初步結果/成果)，請參閱補充資料第 30 頁第 25 項「急診品質提升方案」，我們的決定事項是精進方案執行內容，增進急診處置效率，並提出急診重大疾病照護品質指標，以提升執行成效。提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率相關監測指標。現在 7 月份已經超過一半了，健保署只提報使用人數、花多少錢而已，好像沒有看到我們想看到的初步成果。補充

資料的第 31 頁第 28 項也是一樣，「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」，辦理情形 2.是預定下半年將與醫界共同研議檢討。所以目前看不到初步的成果。同頁的第 29 項也是一樣，「鼓勵院所建立轉診合作機制」的辦理情形，也都看不到什麼成果。

因為本年度已經超過半年了，可否請健保署在以後提報有關成果報告時，要有初步的成果資訊，比如說第 1 季也可以，總要有一些成果讓我們看到，現在都沒有，都只是講花多少錢而已，這樣根本沒有把我們想看到的初步成果表現出來，所以這部分請健保署下次提報辦理情形，是否有些初步結果讓我們看到，以上。

**盧主任委員瑞芬：**好，謝謝，現在請劉淑瓊委員第 2 次發言。

**劉委員淑瓊：**謝謝，在上次委員會議之後，吳榮達委員、滕西華委員跟我，我們 3 個人有針對大家很關切的缺藥及缺特材的議題，提出了會後的書面意見，但是看到了健保署的回應，我覺得非常的遺憾和挫敗，健保會的委員關心這樣的議題，結果我們能夠得到的資訊也跟新聞稿一樣，所有媒體提出來的民怨醫苦我們也看不到具體的釐清與回應，我覺得非常的難過。

近期的這些議題延燒，我們盤點了一下，媒體提出來的或醫生提出來的，跟健保署的回應，我們做了兩欄對照表，就發現真的沒有直接去回應，或者是沒有說服，感覺上好像我們作為健保會的委員有虧職守，所以有個具體的建議，就是請健保署能不能逐一盤點，然後公開，就是到底有哪些缺的，不管是醫材或者是藥，它是因為原料的供給或者是通貨膨脹造成成本上升、需要增加給付，這是第 1 點。

第 2 個是，哪些品項是我們的支付點數不足，所以造成這些藥廠要退出臺灣市場。

第 3 個就是，每個缺藥或者是特材品項的替代狀況怎麼樣？因為這 20 年我一直聽到健保署說有同功能的特材、有三同的藥品、有學名藥可以替代，但是我們在醫師的臉書，或者是醫療社群的資訊裡面讀起來又不是這樣，這到底是民眾的偏好、醫生的偏好，或者有

其他的原因？健保署的說法，有沒有得到專業社群的認證？我覺得都是民眾很想知道的，也是我擔任健保會的委員到現在，以過去我 20 年的醫改會及 3 年的健保會委員的經歷，心裡還是很困惑的，所以這點請健保署能夠具體的來回應，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，李永振委員第 2 次發言。

**李委員永振：**這個發言是額外提的，受到劉委員的感召，我也感同身受，譬如說我上個月有提出 113 年適用平均眷口數的問題，健保署的說明竟然跟 10 個月前完全一樣，去年是 7 月 27 日公告的，就是明天，現在還在研究，依據去年時程，我推測資料應該已經出來，但就是不給，我們提出的問題都得不到答案，如果是個人的意見沒有關係，健保署總是要答覆嘛！我呼應一下，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**好，謝謝，委員意見都陳述了，接下來請健保署回應，強調一下，委員們私下、公開都有說會議資料收的晚，收的晚，幕僚作業也很辛苦，他們要先整理，所以會三催四請催得很厲害，這點真的要請健保署多幫忙，希望能及時回應，後續幕僚才能作業、提供給委員，其他事項請署長回應。

**石署長崇良：**我們請各單位依序回應。

**劉組長林義：**主委，各位委員大家好，醫管組先就屬於醫管業務的部分回應。首先是有關劉淑瓊委員提到有關 skill-mixed<sup>(註)</sup>資料跟指標的部分，因為我們是為了減輕院所的負擔，所以儘量從既有的資料裡面去跑，這個部分沒有問題，我們會在協商之前提供給委員來做個參考。另外委員有提到有關穩定慢性病人的部分，這部分我們也會定義並儘量就現有資料來跑，就是有關多科就醫或者是可以下轉部分的資料，這是第 1 點。

第 2 點是有關李永振委員講到的，有關 112 年協定事項辦理情形還沒有做的那些項目，其實大部分都是屬於有關節流效益的統計，這一塊其實我們在每年的協商前，也都會盡我們所能，去提供資料來讓委員參考，所以這部分會在協商前提供有關節流效益的資料。李永振委員也提到有關推動腹膜透析相關的目標值訂定的有點寬

鬆，這部分其實我們是跟腎臟醫學會也有做過討論，腎臟醫學會也有跟各層級院所討論獲得共識，所以這個是取得的共識版。因為腹膜透析推動真的是比較困難，所以我們在第 1 年其實也就達成共識，就是說稍微訂的寬鬆一點，我們會等這 1 年執行的結果，再來做逐步的檢討。

另外，有關陳石池委員提到的，因為陳石池委員一直很關切急診品質的提升方案，其實我們也明白委員很關切這個方案，所以我們是每 1 季都會併我們的業務執行報告，像上次就是在 5 月份的業務執行報告裡面，我們特別把急診品質方案裡面的指標，有把它挑出來，有訂在這裡，相關的指標我們現在會放在每季的業務執行報告裡面，比如說像急診病人停留超過 24 小時的比率，或者是急診後住院滯留急診 48 小時以上的比率等等，總共有 6 項的指標都會放在這裡，當然我們也會每年再跟醫界就這個方案再做檢討，所以委員提過的相關意見，我們也會在會議上再跟醫界代表討論，再看大家的共識來決定，以上。

註：skill-mixed (在此指醫院總額之住院整合照護服務試辦計畫)

**張副組長惠萍：**各位委員，醫審組針對缺藥、缺材部分做說明，缺藥、缺材部分非常多樣，謝謝委員建議，衛福部有成立藥品供應通報處理中心，有跨部會整合相關資訊，也在平台上呈現短缺的原因、後續因應，至於委員的建議，我們可針對近期缺藥原因做盤點，有關缺藥原因、是否因為支付點數不足、替代狀況，下次可呈現給大家。

**張專門委員菊枝：**李永振委員關心平均眷口數部分，因為平均眷口數依照健保法施行細則第 68 條，是保險人應公告的事項之一，保險人應公告事項有四項，其中還有第三類保險對象平均投保金額的適用，因為這項目目前適用投保金額表的第一級，跟基本工資有一點連動，基本工資會不會調整是勞委會 8、9 月會有基本工資的審議，我們會在勞委會確定基本工資調整後一併簽報，不會單獨簽報平均眷口數，以上說明。

**盧主任委員瑞芬：**劉淑瓊委員。

**劉委員淑瓊：**剛剛健保署的回應好幾次提到共識，我覺得這是有問題的，也就是說我們還是希望健保署，當然跟這些醫事的專業團體有共識是很重要，但是健保署本身也是坐擁資料庫，我們還是希望健保署能夠有主張，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請朱益宏委員第 1 次發言。

**朱委員益宏：**謝謝主席，剛剛聽到健保署的說明，我也有個建議給健保署，因為剛剛看到醫管組在有關 112 年度各部門總額協定事項提報本會執行情形，大部分都是提供資料，但是其實我們希望看到提供資料以後，到底這個資料是不是正常，提供這些資料希望給健保會委員的目的是怎樣？由委員來判定這個資料是正常嗎？還是委員認為這個資料需要改善？我覺得這些都不是我們的專業，這個應該是健保署的專業，所以健保署提供這些資料以後，應該告訴委員，後面這些資料要怎麼辦。

我舉個例子，比如說剛剛提到急診的指標，以後每季都會在業務執行季報告提供，24 小時滯留急診室或是住院的病人在急診室超過 48 小時，委員看到的這些指標是整體的指標，對委員來講這有什麼意義呢？但是事實上這個指標，健保署是有公告的，比如說在急診室滯留超過 48 小時才住院，在健保署的公開資訊裡面就有那個指標，個別醫院每個月的資料都有，健保署應該告訴委員，針對這些指標數值超過或是偏高的醫院，健保署有什麼作為，怎麼樣來降低這些指標的數值，其實委員希望看到這樣的結果。然後健保署有這些作為以後，我們回過頭來，再去監控這些指標有沒有下降，就是 PDCA(註)，我們希望看到的是這個，而不是每個月、每 1 季告訴我們這個指標是 1%、2%，或是之前提供的數據，關於醫學中心或區域醫院所謂的慢性病占它門診人次的比率 60% 多。我的意思是說，健保署對於指標數值這麼高的結果，到底有什麼作為去改善，但是這邊好像也沒有提到，就是說會持續監控而已，然後每次監控的結果，醫學中心都是 60% 多，這是正常的，是我們就醫的常態，但這是正常的嗎？還是不正常的？那我們要有什麼作為？事實上在本次提供的說明中並沒有看到。

所以我建議健保署除了監控以外，對於委員關切及希望調整的方向，如果健保署也認同的話，應該要有些作為。如果健保署認為委員希望調整的方向還有爭議，或許提案的是委員的個別意見，那也應該到有些共識，譬如說醫院總額或是各總額的相關會議去提出來看看是不是需要去做調整，我覺得這應該才是委員比較希望看到的，謝謝。

註：PDCA(Plan-Do-Check-Act，規劃、執行、查核、行動四階段的循環式品質管理)。

**盧主任委員瑞芬：**好，謝謝，重要業務報告的部分，就討論到這裡，謝謝各位委員的意見，我做以下幾點結論：第 1 點，上次(第 5)次以及歷次委員會議決議列管追蹤事項辦理情形，上次委員會議擬解除追蹤共 2 項，同意解除追蹤；歷次委員會議達解除追蹤條件，擬解除追蹤共 2 項，同意解除追蹤有 2 項。

第 2 點就是，113 年度各部門總額協商順序抽籤的結果依序是：醫院、西醫基層、中醫門診，最後是牙醫門診，其中門診透析是安排在醫院後面的場次，最後就是其他預算的部分。請同仁據以安排總額協商會議當天的細部議程提報下次委員會議。

第 3 點，為利 113 年度總額協商，請健保署及各總額部門務必遵循衛福部交議的 113 年度健保政策目標及內涵，依規定時程將總額協商草案及檢核表，就是我們今天會議資料的第 45 頁到 46 頁提送本會。這一點請健保署跟各個總額部門務必配合，因為這次幕僚跟委員都提了很多意見，也整合了非常詳細的資料，所以一定要確認過這個自我檢核表後，你們再送案子過來，要不然我們就沒辦法排入議程討論。

第 4 點，請健保署會同各總額部門相關團體，儘速辦理 112 年度總額協定事項未依時程完成的工作項目，這次幕僚已將尚未完成的項目都列在會議資料裡面，所以麻煩健保署加速辦理，餘洽悉。謝謝，我們接下來進行討論事項第一案。

**李委員永振會後書面意見：**會議資料第 21 頁，有關政府應負擔法定下限 36%之說明，實令人不解，不知是被套太牢無法自拔？還是什麼原因？

今再提供三點意見供參考：一、法定下限的計算方式定義在健保法第 3 條第 1 項，公式中保險經費定義在第 2 條，而保險經費含的應提列或增列之安全準備若不是指健保法第 76 條第 1 項規範的安全準備來源，健保法條文中還有更適合之條文？法條規定不遵循，而提沒有法令依據之協商結論！安全準備來源各項沒有一項為負，而目前計入之全年營運實際值卻可有負值，真是自欺欺人！

二、應提列安全準備代負值又扯健保法第 76 條第 2 項，第 2 項係規範保險年度若發生短絀時之處理方式，目前亦如此遵循，但第 2 項無涉安全準備之提列！

三、健保法第 3 條第 2 項係規範相關預算之編列，與健保法施行細則第 45 條有何相干，看到「法令」就拿來當法源，有如「隔空抓藥」，看到黑影就開槍！只有感嘆，主管機關空有法令之解釋權，無法以法理服人，法的規範邏輯清晰，卻一直要修法！



參、討論事項第一案「因新冠疫情對中醫門診總額 111 年第 3~4 季之醫療費用造成顯著影響，提請動支其他預算之『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目續請討論案」與會人員發言實錄

## 同仁宣讀

**洪專門委員于淇：**主委、各位委員大家好，我簡略說明一下，請委員參閱會議資料的 55 頁說明二，這個案子我們上次會議已經做了初步的討論，前次的委員會議也決議由健保署及中醫師公會全聯會共同完成提案前的評估，及研議因為新冠疫情顯著影響該部門醫療費用之合理估算方式及建議動支的額度，我們已在 112 年 7 月 12 日跟中醫師公會全聯會開會討論也達成了共識。

在說明四的部分，我們看到評估結果(一)的部分，111 年第 3、4 季中醫醫療利用情形的分析，我們整體來看，不管是件數或是醫療費用都較前 1 年也就是 110 年，以及 108 年就是疫情的前 1 年來看，都大幅的成長。如果以疾病來看，感染症的案件不管是就醫的件數或是醫療費用，都較前 1 年或者是 108 年大幅成長，其中類流感、COVID-19 案件的成長趨勢更加的明顯。(二)的部分是 108 年跟 111 年中醫總額各分區的點值一覽表，請委員參閱會議資料第 60 頁的附件二。

另外，就是有關調節非預期風險跟其他非預期政策改變所需經費項目的適用範圍跟動支程序部分，請大家參閱會議資料第 57 頁下面那個表格，謝謝健保會的幕僚幫我們整理了這張對照表。請看左邊的部分，那是動支程序的評估指標，動支程序有兩個評估指標，就是評估指標 1 和評估指標 2，右手邊的部分是健保署在實際採用的時候評估指標的部分，評估指標 1 的部分我們是照舊，評估指標 2 的部分，因為上次委員有建議評估醫療費用的時候，要考量疫情流行期間的特性，而且要排除跟新冠疫情無關的費用影響。所以在做評估的時候我們做了兩個調整，首先是，費用部分我們以疫情的前 1 年，也就是 108 年作為基期年，然後另外就是我們在計算疫情期間的醫療費用點數的時候，我們會預先扣除受影響年度，也就是

109 年跟 110 年的醫療服務成長率，就是右手邊的那個表格下面粗體劃底線的部分。

動支程序評估結果的詳細過程在會議資料第 62 頁，請大家從第 62 頁的評估指標來看，評估指標 1 的部分，111 年的第 3 季跟第 4 季，除了東區以外，其他的各分區都符合動支程序。評估指標 2 的部分，在 111 年第 3 季，北區、南區跟高屏分區有符合動支程序，111 年第 4 季的部分，除了臺北跟東區外，其他分區是符合動支程序。因為評估指標有 1 跟 2，可是事實上是可擇一來認定，所以我們用評估指標 1 來看的話，除了東區以外，因為它點值大於 1，其他分區都符合動支程序。請再翻回會議資料第 56 頁(五)補助金額的部分，依照評估結果我們針對動支金額的部分，建議以該分區該季的平均點值補至前 1 年，我們的前 1 年就採用 108 年，就是疫情沒受影響的那個年度的點值來看，同分區同季的平均點值，上限以補到 0.9，最低補到全區同季的平均點值來算，這個統計的結果在 111 年 3 到 4 季，大概總共是 3 億 1,283 萬元。

另外，我們也提供了各總額部門醫療費用的統計分析，在會議資料第 64~71 頁附件 6 及第 72~75 頁附件 7。另外補充說明的是，我們也就醫院、西醫基層及牙醫門診部分，用這兩個評估指標來加以評估，經過評估，這 3 個總額都沒有符合動支的程序，以上報告。

**盧主任委員瑞芬：**本會補充說明。

**陳組長燕鈴：**向委員報告本會的補充說明，謝謝剛才健保署已經很清楚說明上次委員會議兩點決議，一個是請健保署跟中醫部門共同完成一個合理的提案前評估及估算方式跟建議動支的額度，剛剛洪專門委員已經很清楚說明估算方式的部分，他們已參考了上次會議委員的重點建議，考量新冠疫情延燒了 3 年，所以醫療利用其實與過去一次性、突發性的狀況，例如氣爆的狀況是不一樣的。所以請參閱會議資料第 57 頁，健保署主要做了幾項調整，一個是調整了評估指標 2，剛才洪專門委員說得很清楚，就是說把疫情前 1 年視為基期年，那個對照表的左邊，是我們原始的動支程序指標，當時在訂

的時候，是以事件的前 1 年當作是不受事件影響的那 1 年，可是因為新冠疫情延續了 3 年，原來的指標可能是不是那麼適用，所以健保署這次的調整，是以沒有受疫情影響的那 1 年，就是以 108 年為基期，作為計算醫療費用點數成長的計算比較基礎，我們覺得這個是合理的。

第二，就是上次委員會議討論時，委員也關心醫療費用點數的成長很多是因為人口、結構，或者是支付標準調整的部分，去影響它點數墊高，所以這次健保署也調整評估指標 2，在計算醫療費用點數的時候，預先扣除受疫情影響的這 3 年(109~111 年)一般服務成長率之成長因素的影響。請委員參閱會議資料第 58 頁本會研析意見，就是健保署的調整其實已經採用不受事件影響來當作基期，而且也扣除影響年度的一般服務成長率，意思是形同計算點數成長時，已排除受影響年度的醫療服務成本、人口成長、調整支付標準等，因為可能會影響醫療費用的這些因素都已經排除，所以我們認為是合理的。謝謝健保署這次對於評估指標的調整，本會也會參考這次疫情的影響跟調整的經驗，接著也會去修正非預期風險跟其他預期政策改變的適用範圍跟動支程序，我們未來會參考這次的經驗，去修訂原來 106 年的那個方案，研議好了以後，我們會再提委員會議討論。

在會議資料 58 頁的部分，剛剛健保署已經說了，評估的結果就是除了東區以外，其他五分區就符合，他們評估了以後，動支的經費是 3.1283 億元，這個是主要的部分。因為上次委員會議討論的時候委員有關心說，除了中醫以外，疫情對於其他三部門的影響為何，委員也希望能夠了解來併同考量。這部分我們請健保署能夠提供意見，請大家參閱補充資料第 59 頁，就是黃色封面資料的第 59 頁，健保署的回復意見是說，他們在提案內容跟評估結果裡面都已經有提供資料，本會的補充說明，就是我們有去對應，健保署講的大概是指附件 6 跟附件 7，附件 6 跟附件 7 已提供了四總額部門疫情的利用影響跟利用情形的統計，雖然健保署已經提供了這些統計數據，但是為利委員能夠了解這些數據的意義，是否請健保署等一下

再補充說明，保險人對其他總額部門受疫情影響的評估結果。

再請回到會議資料第 58 頁，總結來講，需請委員討論是否同意中醫部門動支 111 年度其他預算這個調節非預期風險的這筆 10 億元經費，用於撥補中醫門診總額 111 年第 3~4 季受新冠疫情影響的醫療費用，這筆費用如果要動支的話，動支的額度也請委員討論。經委員討論如果同意的話，那麼依動支程序規定，請健保署依本會議定的結果，報請衛福部核定以後，再會同中醫部門去討論執行的細節，然後費用結算後再向本會提報執行結果，以上說明。

**盧主任委員瑞芬：**好，謝謝，我們開放給委員發言之前，是不是可以請健保署先補充說明，保險人對四個總額部門的整體評估結果給委員參考，委員待會才可以針對這個議題發言，謝謝。

**石署長崇良：**請醫管組說明。

**洪專門委員于淇：**我補充說明，剛剛我們講評估指標的部分，評估指標 1 的部分，平均點值要在 0.9 以下且較去年同季點值下降幅度大於 5% 以上，其他的牙醫、醫院、基層部分，都沒有符合這個條件。評估指標 2 的部分，如果依據我們調整後的評估指標來看的話，其他總額也是都沒有符合動支程序。

**盧主任委員瑞芬：**好，我們現在就請委員開始發言，吳榮達委員。

**吳委員榮達：**我想應該也是秉持著協商的一個原則，我們公正人士和學者代表對於是否動支，還有動支的額度部分，應該是沒有決定權，但是我想從公正人士的角度，提供意見給大家參考。根據會議資料第 60 頁及第 62 頁附件二、四，在中醫部分，108 年全年的點值是 0.8984、111 年全年點值是 0.9640，這是我自己算的。111 年的第 1 季平均點值是 1.0289、第 2 季是 1.0010，這都高於 0.9 了，第 3 季才是 0.8911、第 4 季是 0.8633，大概是這幾個數據，提供給付費者代表、醫界代表參考，也就是 108 年全年點值比 110 年全年點值低一點，110 年第 1、2 季點值高於現在 0.9 的門檻。我的問題是，因 111 年第 3、4 季點值不到 0.9，討論要不要補的問題，是不是也要考慮到 111 年第 1、2 季平均點值均超過 1，這個部分是否有要扣除的

問題？提供以上意見及數據，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，接著請朱益宏委員。

**朱委員益宏：**這是中醫門診總額部門的議題，我只是想詢問一下健保署對於評估指標 1，因為剛剛提到其他 3 個總額部門都不符合這個評估指標的啟動條件。據我瞭解醫院總額部門應該有符合評估指標 1，因為醫院總額現在提報的資料，看起來都是經過攤扣後的數值，攤扣後當然都會大於 0.9，但實際上發生的狀況，以台北分區為例的話，浮動點值大概只有 0.76，浮動平均點值大概 0.85、0.86 左右，但是攤扣後都到 0.92，所以我覺得未來如果有其他狀況和總額要提出來的話，應該是用初核的平均點值來算，而不是採用經過一些行政作為美化過的點值，比如說用單價核扣、攤扣，或以其他方式讓點值提升，然後呈現那樣的點值，我覺得這樣比較合理。不然的話，以醫院總額來說，因為點值非常差，所以健保署各分區業務組採取很多行政作為，讓醫院斷頭，讓醫院自己說我做這些都不要錢，直接免費提供；或是用攤扣，每家醫院核定完後還要扣回來，用這樣的方式，最後得到的點值都非常好看，我認為那是失真的點值，這也不能用來作為評估指標 1 的參考，所以我認為這應該要酌予修正，讓它還原為實際上醫療利用的狀況所產生的點值，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，其他委員還有沒有意見？請李永振委員。

**李委員永振：**本案經上次委員會議討論後，委員有提出很多意見供作本案參考，健保署和中醫師公會全聯會根據本會委員的建議去研究，目前看到的資料是有達成共識，健保會同仁分析，也認為他們的共識應該是合理的。剛才吳榮達委員和朱益宏委員提的意見也有道理，但是他們的意見和原來討論的基礎不同，如果將其納入考量，我們是不是又要重新思考？所以今天本案是要針對上次討論的內容，也就是看第 3、4 季，如果像吳委員所提，要拉到全年看，那樣則是不一樣的基準。

上次我們是覺得在新冠肺炎期間，中醫真的是被很多患者接受，所以他們的量有上來，111 年總額執行成果評核才拿到優，唯一優

的總額部門。如果是這樣子，在 2 次會議的考量，上次我記得大家都傾向應該符合動支的條件，經過他們重新討論提出來的這個部分，就以第 3、4 季來考量，應該是可以動支，如果再考慮全年，那就是另外 1 個議題了。

目前提出來動支的額度，大概就是上次委員會議所提出來預估費用的三分之一<sup>(註)</sup>，如果剛才第 1 個前提是合理的，那金額經過修正之後，我個人認為也應該是合理。如果吳委員、朱委員的意見要加進來，那我的建議就會不一樣，我延續上次會議討論的基礎，經過考量後，我覺得這案是應該可以按照他們協商共識的結果通過，但是這是不考慮剛剛 2 位委員的意見，如果考量他們 2 個人的意見後，那就是另外的議題了，以上。

註：本會 112 年第 5 次委員會議(112.6.28)討論事項第二案，中醫師公會全聯會提出預估需動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」911.6 百萬元。

**盧主任委員瑞芬：**我先回應一下，剛朱益宏委員提的應該只有影響到醫院部分，沒影響到中醫師門診總額，因為只有醫院會攤扣。吳榮達委員提的意見，就是在 110 年，發生點值高過 1 的情形，這次共識案沒有考慮到這個部分，吳委員也只是一個提醒，因為本案已經討論很久，不知道健保署有無要回復的意見，不然委員基本上應該是同意，沒有反對的聲音。(石署長崇良回應沒有)

如果是這樣的話，吳委員提到的意見，請健保署列入參考，因為這個案子上個月提出來後，他們已經討論了很久，經過 1 個月的努力，健保署和中醫師公會全聯會提出這個共識的版本，健保會幕僚分析他們計算還算合理。謝謝吳委員的提醒，提供健保署一些思考的方向。林文德委員有意見，請您發言。

**林委員文德：**其實上次會議時，有提供意見是，我們現在是考慮到因為非預期風險所增加的醫療利用上升需要去做一些補償，但若看會議資料第 60 頁，其實我們也會有非預期的狀況產生費用疑似較高的問題，比如說，110 年第 2 季及第 3 季，平均點值都超過 1.1 以上，我們現在只有考慮低於點值 0.9 時要補不足的部分，但高的部分好像沒有考慮進來。如果這是屬非預期風險的評估指標，這次提出的

案子確實是有符合，但整體來講，如果看 108 年、109 年、110 年、111 年，整體中醫費用的成長，並沒有用單季或兩季來看成長的那麼多，所以上次會議我提到的是這部分，也請加以考慮，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**OK，好，健保署有沒有要回應的部分？沒有，這部分.....

**劉委員淑瓊：**健保署為什麼不回應？

**吳委員榮達：**他沒有意見。

**石署長崇良：**沒有意見。

**劉委員淑瓊：**林文德委員剛說的，我也很想知道健保署的態度是什麼，因為我們每次聽到的都是低於 1，醫界常說要每點 1 元，但總額的精神就不是這樣，現在當點值高於 1 時，健保署要不要拿出個態度來，做個說明好不好？我不反對以書面的方式回答，謝謝。

**石署長崇良：**我們尊重總額協商的結果，健保會就是給我們指導。

**盧主任委員瑞芬：**我想這部分考量到點值大於 1 就是節制有用，因為疫情的影響，真的是變數也比較多。委員今天提的意見非常重要，我想可能是一時之間，健保署也難以做出很周全的回應，所以建議這部分健保署帶回去思考一下，下次給我們書面的回復，因為吳榮達委員、林文德委員都有提到，林委員上次就提到點值有低有高，高於 1 的部分沒有處理，但低的時候.....。剛才健保會幕僚分析的資料也顯現出，的確以去年這兩季來看，中醫的就醫人數，不是人次問題，所以人數增加真的是它最大的原因，所以可回應到為什麼可以動支的項目。請周麗芳委員最後 1 位發言.....，還有滕西華委員。

**周委員麗芳：**主席，各位委員，我想這個案子今天已經是第 2 次提到健保會討論，上次決議是請健保署及中醫師公會全聯會提出共識，我想分成 2 部分處理，這個案子是解中醫門診總額部門的燃眉之急，若有共識，我個人也贊同，健保會幕僚也說這案子是合理的。

至於剛剛吳榮達委員、林文德委員所提出的寶貴建議，我覺得很好，這次是第 1 次因為傳染病動支「調節非預期風險及其他非預期

政策改變所需經費」項目的新案例，我也覺得未來這些寶貴意見可以委請健保署回去整個通盤考慮，或許也可以訂定 1 個通則，但是否分開脫鉤處理，以爭取提案的時效，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，請滕西華委員。

**滕委員西華：**因為剛好有這個中醫的提案，讓我們討論到評估指標要怎麼設會比較具體，如果用事後檢討，然後來推翻這個動支程序，我是覺得也有點事後諸葛，是不公平的，但是未來可期。

我記得上次委員會議，我有提到點值的事情，因為病人會流動，分區點值也可能因此流動。浮動點值和平均點值的概念不一樣，但是一般民眾不知道，既然有分區平均與浮動點值，就有全國的平均與浮動點值。病人是會流動的，以過去的人口流動資料來看，現在不知道，戶籍人口及居住人口平均流動在 15%~20% 間，也就是病人會跑來跑去，如果單看 1 季 1 區的點值，也不一定準。如果可以算，應該算全年，因為診所不會動，病人會動。如果將來有機會的話，應該健保署要看看評估指標 1 的平均點值，究竟指什麼平均？比如是全年平均，不是論季，或者是這個平均是大總額平均，還是什麼的平均？有沒有參考值，如果今天所有總額部門點值都變差，其中某個總額部門特別差，到底平均差值和特別差值中間要有多少比率？比如突然之間，所有總額部門的點值都不好了，大家平均點值都只有 0.8 幾，特別有個總額的點值是 0.79，它的點值特別不好，但特別不好的比率差值究竟是多少？是針對點值特別不好的總額部門進行撥補？還是就平均不好的情形，都要一體看待？你光看中醫這樣補點值就補掉 3 億多元了，「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」到底要編多少錢才夠用？這個也是風險。這個案子目前我覺得可以通過，但是將來可能要去討論平均點值，指的是什麼樣的平均點值？謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，現在請李永振委員。

**李委員永振：**我個人覺得今天這個案子是「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目，是第 1 次受異常傳染病影響而實際



要應用這項費用，所以引發很多看法和討論，這樣就值得了，本案有沒有通過是另 1 件事情。因為以前我們在考量時都是用想像的，今天已經有實際的案例，原來規範若是不合理，可以作為將來怎麼規範比較好的思考。比如上次林文德委員有提醒我，我沒有直接回應他，坦白講，他提醒我的那個部分，我是一直 care 的，他說總額就是總額，點值高的時候都不講話，低的時候就要補，他說的也對。不過後來我留意到，這項預算是用於非預期的風險或非預期的政策，跟原來我們對總額預算的概念好像又不一樣。這個案子討論的是，我們原來在談總額時，沒有考慮到的部分，才可以拿出來，並非點值不夠，如果沒有這些因素，點值下降到 0.6，就是總額概念，所以這個案子應強調這個「非」字，以這樣來考量，將來健保署也要留意這個部分，怎麼樣通盤考量才合理，我是提醒這個「非」字而已。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，請石署長。

**石署長崇良：**我想委員關心的是點值超過 1 怎麼處理，理論上不會有這個狀況。疫情當中，點值超過 1，我認為絕對合理，因為我們在座醫界的委員都很清楚，疫情期間，雖然因為疫情，病人就醫量下降，但是各項成本都提高了，物資的整備，及因防疫需要不斷地丟棄所耗費掉的、不能 reuse 的東西很多，所以各項人力的津貼、各個成本墊高的影響都是之前沒有考慮到的，所以我覺得疫情中所反映出醫療成本的墊高，並不是當時候我們用點值就可以完全反映，我覺得這是疫情的特殊情形。過去的「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」都是在針對因為流行病發生時，大量的病人就醫而超出前瞻式預算的設計所做的風險調撥機制。至於就醫的減少，那是很少會發生，大家都知道我們整個醫療的情形和病人的結構改變，就醫量只有增加，不太可能會有下降到像是疫情中的情形，所以我想點值超過 1，我覺得是……，對醫界我們是心懷感謝。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，接下來是王惠玄委員，請把握時間發言，因為後面還有很多議案。

**王委員惠玄：**我很快回應一下，就本案來講，基本上是符合規範的，

不管當初規範訂的是否周延，以依法行政的精神，我支持這案子通過。

另有關點值超過 1，就總額精神本來就可以超過 1，不然如果超過 1 要扣，0.8、0.9 以下才要補，我想對醫療服務提供者來講不公平，也違反總額預算的精神，但是若超過 1.3、1.4 是否合理？或是像劉淑瓊委員所說的，健保署的態度是什麼？所謂多出來的 1.3、1.4 可不可以把它放到安全準備基金？或是像剛剛也同意今天討論的臨時提案一樣，把它放在 HTA<sup>註</sup>，或者用以提升品質或提升專審，這都有討論的空間，所以我建議，是不是可以請健保署思考，點值有沒有上限？下限我們有處理，但是上限要不要處理？我覺得是我們可以思考的問題，我也不支持超過 1 就扣，這完全違反總額精神，但如果超過 1.3、1.4 時，有沒有辦法再回歸到總額這個大 pool 的精神，拿來做有助於整體公益的事情，我覺得是可以討論的，謝謝。

註：HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，請楊芸蘋委員。

**楊委員芸蘋：**這案已經討論很久，上次會議健保署也和中醫師公會全聯會討論很多，大家都有共識的話，我覺得應該重視這個議題，既然大家都已經瞭解，且在疫情期間有增加就診人數、人次，真的已經夠了，真的達到應該要有的目標，這確實如同剛剛李永振委員講的。而且剛石署長也說了，在疫情期間，點值超過 1 是合理的，我們真的是要對醫界心存感謝。我非常感謝西醫、醫院、中醫的醫師在疫情期間為民眾做那麼多的貢獻和付出。這次確實因為疫情關係，讓中醫師真的疲於奔命，無論是清冠一號或視訊診療，每項醫療服務的就診人數都增加。因為我本身也是中醫的長期患者，我常去中醫院所看診時，看到經常都是人滿為患，醫師也很辛苦地診療每位患者。在疫情期間，中醫對病人的付出大家都有目共睹。這個議題，對中醫門診總額部門而言，也只是給他們一點補償，並非給他們很多回饋，所以我覺得西醫、中醫真的為台灣人民做很多事情，這議題我覺得應是可以通過，以上是我的淺見，請大家參考。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，因為這議題我覺得應該蠻明確，委員發言到

周慶明委員為止，就直接做結論了好不好，現在請陳杰委員。

**陳委員杰：**謝謝，付費者代表陳杰發言。本案我敬表支持，因為新冠疫情關係造成對中醫門診總額部門的衝擊，當然大家能感同身受。我一直有個問題不解，就是剛剛陳節如委員發言，有提到菸品健康福利捐分配及運作辦法修正案，為何不能在法條中增列針對非預期風險醫療費用之支付，菸品健康福利捐分配項目只提到醫療科技評估、醫療服務審查、全民健康保險政策推動及補助經濟困難者，當然對補助經濟困難者，我表示支持，但其他項目為什麼不能編列在公務預算，我非常不解。我剛剛擔任健保會委員時，看到 112 年度全民健康保險醫療費用的其他預算的額度是 157 億 7,900 萬元，這筆款項為什麼不能夠編列在公務預算，像是這種情況下，導致新冠疫情造成對中醫的衝擊，本身必須調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費，這點我希望進行通盤考量，針對這議案我贊成，但對於菸捐的部分，我表達反對。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，菸捐部分，在最後的臨時提案會一起討論，周慶明委員最後 1 位發言。

**周委員慶明：**首先表達對這案子支持的意思，其實我們西醫基層也是感同身受，因為其實在今年第 2 季，以及進行中的第 3 季，慘況可能再度重現，所以我們希望健保署能持續關注第 2、3 季整個就醫人數大增的狀況，能迅速、適時公布相關數據，並予以處理。

剛說到點值大於 1 要回扣的事情，我們長那麼大也從未碰過像這麼大的疫情，也可能是全世界有史以來最大的疫情，很多事情都在發生，都是非常不可思議的。

前年 Alpha 病毒變異株流行那一波，路上根本都沒有人，我在路上開車就覺得很輕鬆，隨時都可以很快到達目的地，因為大家都不敢出來，但所有工會的幹部、醫院同仁還是非常努力地在防疫。我記得當時很多醫院的負責醫師、基層診所醫師都跟我說，防疫物資花很多錢，用力去買也買不到，我們對醫護人員都無限制供應，他們需要什麼就通過去買。我問他們是不是虧損很多，他們告訴我防

疫物資花很多錢。在這種狀況下，不能用點值超過 1 來評估，這真的是世紀大疫情，當然因為產生這狀況，大家可以討論，但在整個疫情期間，醫護人員相對的犧牲、付出應該也要列入考量的因素。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝各位委員的寶貴意見。現在針對這案子做以下的決議：第一點，中醫門診總額部門及健保署調整因應新冠疫情顯著影響部門醫療費用估算方式提出的共同評估報告，經委員討論議定結果是同意動支 111 年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目 3 億 1,283 萬元，用於撥補中醫門診總額 111 年第 3 季及第 4 季除東區以外之五分區受新冠疫情影響之醫療費用。

第二點，請健保署依本會議定結果，報請衛福部核定後，會同中醫門診總額相關團體討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

接下來進行討論事項第二案。

**侯委員俊良會後書面意見：**一、中醫利用率在疫情期間大幅提高，顯示民眾對中醫在疾病照護上的信心因此增加，雖然導致點值下降，對中醫總額部門造成非預期風險，但長期來看，或許是使中醫部門壯大的轉機。健保署除了動用預算做事後的補足，亦應對中醫的推廣提出政策面的想法，讓民眾健康獲得更完善的照顧。

二、浮動點值是總額支出上限制度的基本精神，目的是為了避免醫療費用的無限擴張，然而醫事服務提供者多次對此有所爭執，點值上升時沒有意見，點值下降時則要求補足，一旦涉及到相關議案，健保會各方團體代表常反覆表達不同意見，難以達成共識。全民健保即將屆滿 30 週年，建議健保署可對點值制度委託學者專家進行研究案，全面檢討。

肆、討論事項第二案「112 年度醫院及西醫基層總額關於『持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能』、『健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能』、『因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費』決定項目內容，需提報本會確認案」與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

陳專門委員依婕(報告人)：請各位委員參閱會議資料第 83 頁下方，總額決定事項提到，本案有 2 項專款、1 項一般服務預算須提本會報告。請各位參閱會議資料第 84 頁，本署就 3 個項目分別報告執行內容，以及相關指標訂定情形。

第 1 個，醫院總額「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」，這計畫已在 112 年 6 月 29 日「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」決議通過，計畫內容是針對區域級以上醫院調升急重症基本診療項目，執行方式由健保署補付相關的點數差額，調升的項目包括會議資料第 84 頁二、(一)1.計畫內容中的第①點到第⑤點，包含加護病床、新生兒中重度、急診觀察床的診察費、病房費及護理費的相關支付點數。預計的作業方式是自公告實施日起，回溯至 112 年 1 月按季均分，並結算相關費用。本案的執行目標是優化醫學中心及區域醫院住診暨重症醫療服務品質，其出院後 14 日再住院率不高於 108 年。請參閱會議資料第 85 頁上方，預期效益之評估指標，醫學中心、區域醫院病人住院率不高於 108 年。

第 2 個，醫院總額「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」，已經提 112 年 6 月 29 日醫療服務項目共擬會議決議通過。區域醫院就下列診療項目予以額外加成，包含慢性呼吸照護病房加成 3%、急診診察費加成 15%，以及住院的護理費，如果護病比達區域級(含)以上醫院級距範圍，再依不同的級距予以不同加成比率。實施日期也一樣回溯至 112 年 1 月按季均分及結算。執行目標是 112 年優化地區醫院住診、重症及急診照護能力，且其護病

比不低於 108 年。評估指標則是住院護理費全日平均護病比達區域醫院(<11.9)或醫學中心(<8.9)級距範圍之地區醫院家數不低於 108 年。

另外，我先就健保會幕僚提出的意見先回應，請委員參閱會議資料第 86 頁三、(一)2.計畫內容研析，健保會幕僚提到，請健保署就這 2 項專款的「優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能」之具體作為進行說明。本署說明這 2 個項目都是透過費用加成或加計的調整，希望逐步回應醫事人力投入的辛勞，來強化醫院的急重症照護量能及照護品質，藉機引導醫院減少輕症服務來扣合協定事項推動分級醫療的目標。

第 3 個請回到第 85 頁下方，請看西醫基層總額「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」，這項目已在 6 月 29 日邀請醫師公會全國聯合會及護理公會全聯會共同討論並取得共識，執行的方式是在現行的支付標準增訂 00246C「提升基層護理人員照護品質加計 6 點」這個項目。我們規範聘有護理人員而且有調升護理人員薪資的基層院所，申報 1~30 人次門診診察費的時候才可以併報本項經費。

稽核機制部分，健保署會以該診所有過半數護理人員的薪資比前 1 年度調升，而且調升幅度要達本保險投保金額次一投保等級來做相關計算。

所以執行目標的部分，我們訂的是聘有護理師或護士的診所，有申報本項加計而且有調升護理師或護士的薪資比率達 66%。預期效益的評估指標就是，聘有護理師或護士的診所，有申報本項加計且有調升護理師護士薪資的比率。

另外健保會幕僚在第 87 頁下方，建議希望針對這個案子訂定申報加計項目的院所家數或涵蓋率的執行目標。這邊說明因為我們訂定的目標其實就已經有針對涵蓋範圍做討論，就是針對聘有護理師或護士的診所有調升薪資的比率有達 66%。以上是健保署的報告。

盧主任委員瑞芬：請健保會同仁報告。

**陳組長燕鈴：**各位委員請看會議資料第 86 頁本會研析意見，我們檢視健保署所研提的 3 項內容後，有關醫院總額 2 項分級醫療專款項目之計畫內容、執行目標及預期效益評估指標的部分，因為醫院這 2 項新增項目其實在我們去年協商的時候並沒有達成共識，後來是衛福部為推動政策而核定的，且衛福部的決定事項是載明「本經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值」。

考量健保署提報的計畫內容，主要是調升支付點數或額外加成，為了讓委員能確認這個計畫內容是否能符合衛福部預期的政策目標及效果，我們也在 7 月 18 日請辦主管單位(社保司)提供意見；社保司回復意見在補充資料第 61 頁，主要是說在公告時候已經載明預算用途的決定文字，所以無意見提供。社保司說的決定文字就是會議資料第 83 頁一開始提到的總額決定事項。

有關計畫內容研析，剛才健保署陳專門委員也已經做了一些回應，因為計畫內容主要是補付支付點數差額跟額外加成，所以我們才會覺得有沒有一些具體作為是能夠提升品質跟量能的，不過健保署剛剛已經說明了。

因為考量現行支付標準都是健保署依據各層級規模、設備及人力差異來訂定不同支付點數，而本次提會的內容是只調整特定層級醫院的支付點數，如果以其中急診診察費舉例來看，請看第 87 頁表格，目前支付三層級醫院是相同點數，如果依健保署所提報計畫，僅對地區醫院加成 15% 為例，這個計畫執行以後，就會像這個表一樣，地區醫院檢傷分類第一級是 2,070 點，可是醫中跟區域醫院只有 1,800 點，這樣恐怕會有支付衡平性的問題，也請委員一併考量。

另外，計畫裡面有提到要回溯到 112 年 1 月按季均分跟結算的問題，我們也去查過歷史資料，過去是有一些專款計畫追溯支付，這是因為它是延續性的計畫，為了避免新年度計畫研修期間，去年已經參加的院所跟病人的服務會中斷，所以才會有回溯支付的情形。但是本項是 112 年新增的專款，如果回溯到 112 年 1 月 1 日生效的話，也請委員審酌是不是合理，這是有關醫院的部分。

西醫基層的部分只有一項，是一般服務的「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」的執行目標跟預期效益評估指標，這個部分剛才健保署也說明了，我們在第 87 頁第 2 點執行目標及預期效益之評估指標(1)有提到，因為這個項目的 6 億多元是編列在一般服務項目，未來會納入基期，為了鼓勵比較多的診所能夠普遍調升護理人員薪資，因此建議在目標中訂定申報加計項目院所家數或涵蓋率的執行目標。

剛才健保署是說目標中已經有涵蓋要達到 66%，委員可以看到第 86 頁上方寫到：聘有護理師、護士診所申報本項加計且有調升護理師或護士薪資比率達 66%。但我們的考量是，健保署訂的這個指標是聘有且有申報才去查達 66%，如果診所不申報，就無法知道有多少院所是有聘護士且有調升薪資，這也就是本會同仁在第 87 頁執行目標的建議想法，請委員考量。

關於預期效益評估指標部分，因為指標、目標是一樣的，我們只建議增加 1 個量化指標值就是達 66%，就是把原來的目標值移過來，這樣的評估指標才會有具體的數字可以確認有沒有達到目標值。

擬辦的部分，第 1 個是要請委員確認 2 項專款計畫內容、執行目標及預期效益之評估指標，第 2 個是要確認基層的這一項執行目標跟預期效益評估指標，以上說明。

**盧主任委員瑞芬：**現在請委員針對此案發表意見，請李永振委員。

**李委員永振：**對於本案本人有 3 項意見，第 1 項因為本人代表健保會參與共擬會議，所以接到這個討論案的時候，我就回頭翻閱有關那次討論時的共擬會議資料，其中醫院的部分，在我資料裡面有 3 點眉批提供給大家參考。

第 1 點，預算幾乎都用在調高支付標準，與預算編列的目的是否相符？今天提出來應該是不相符。第 2 點，本案內容健保署的剖析見解較到位，意思就是說健保署的剖析還不錯，但是好像沒有採納。第 3 點是本案尚須提健保會，我當時有提醒，如果考量不周全可能



將衍生更多問題，如今看來是不幸而言中了。

第 2 項，醫院部分所提的做法，經健保會同仁深入研析更加清晰，應進一步說明如何依主題「優化」，因為健保署提的都是支付標準加成，這樣可以優化嗎？衡平性問題也沒有考量，置之不理，新增的專案計畫更不應該回溯，剛才陳組長也有說明，我們的一貫處理作業是怎麼樣。在西醫基層的部分，我是認同健保會幕僚的分析，建議相當不錯。

第 3 項是還有 2 點感受也一併提供健保署、社保司及委員們參考。第 1 點，本案因本人參加共擬會議、又需提本會討論來確認才可以比較掌握資料內容，意思是說共擬會議那邊看了 1 次，這邊還可以看 1 次，這樣才有辦法比較。其他在各部門總額研商議事會議或共擬會議就可以決定掉的項目，我們看不到，我是比較擔心那一塊，今天這一塊提出來就讓我們驗證到，好像還有很多精進的空間，如果依照目前這做法，在研商議事會議或是共擬會議決定掉的部分，我們就不知道了，我們授權給他們，所以這點是不是健保署可以好好思考一下，怎麼樣再精進，應該還有很大的空間。

第 2 點，本案是衛福部核定的，這不是當時協商付費者代表同意的，部核這個項目應該有它的考量因素，所以對計畫內容如果有疑義的時候，請部(即社保司)代表解釋應該是合理的，結果社保司的回復是沒有意見，這點讓我感到很奇怪，衛福部(社保司)沒有意見，那是核了之後有權無責嗎？就讓委員跟健保署對戰嗎？這樣很奇怪。衛福部應該講清楚健保署這樣對不對，是否合乎當時給它這些錢的目的，如果不合就打回去重練，如果合的話，也要說出一個道理，因為現在我聽到付費者代表的聲音大概是不怎麼認同，幕僚分析也是一樣，而且我們決定事項特別提到這不是保障點值，結果現在都是弄到支付點點數調升或加成，永遠也不夠用。

盧主任委員瑞芬：請陳節如委員。

陳委員節如：西醫基層總額因為基層護理人力的需求，所以提高 1~30 人次的診察費，這些執行方式我是支持健保署的建議。可是新增項

目應該符合聘有護理人員有調升薪資的院所才能合併申報這樣的方式來執行，我也支持客觀的預期效益評估指標，你要補差額的話，這部分恐怕要有稽核跟目標比率金額是怎麼設定的，考量是什麼東西，所以我們才來增加這個案子。

還有我發現我們現在紀錄裡面好像都是發言的紀錄，我上次所提的提案好像都沒有一一來做討論跟回應，我上次提的是在宅醫療的部分，好像也都沒有看到紀錄裡面有這個議題。

**盧主任委員瑞芬：**陳委員，都記錄在實錄裡。

**陳委員節如：**也沒有得到回應。

**盧主任委員瑞芬：**喔，是指回應。

**陳委員節如：**所以到底提案接下來是怎麼樣進行，好像提案過就沒事了，是不是這樣？我希望我們提的案在下次會議應該要一一回應執行狀況如何？要不要執行？署長要不要來定這個標準，以前好像我提了幾個案都沒有收到回應，紀錄上面也看不到，到底要什麼時候才會看到結果。我剛剛對臨時提案提出詢問的3個項目，包括：醫療科技評估、醫療服務審查、健保政策推動，剛剛主席說要到這時候再來回應，現在也沒有聽到這部分經費到底是多少，以上，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**我稍微說明一下，會議資料第83頁這個案子的說明有3點，健保署研提的內容是第2點，第1跟第3點都是健保會同仁的說明與建議。因為我們編排上是先說明，這案子這次是本會第3組提案，我們想說以後應該由健保署提案，不是讓健保會提案，因為我們在監督。所以，說明第1點是健保會說的，健保署的提案內容是第2點，我們看了提案以後，健保會再次回應是第3點，我稍微導讀一下，不然各位看下來可能會不太清楚到底是健保署還是健保會講的話，跟各位委員說明一下。

有關陳委員剛才提的問題，我們資料前面放的是紀錄摘要，陳委員講的每句話在實錄裡都有，絕對沒有漏掉，因為提案內容是健保署的權責，所以是把委員的意見送給他們參考，如果陳委員覺得健保署沒有給您確切回應，因為是有關於他們的政策，也需要一點時

間讓他們醞釀，我們再請健保署做回應可以嗎？

**陳委員節如：**我在各部會開會所提的案子都有後續追蹤跟回答，可是這裡看不到，我參加到現在第6次了，我覺得這個提案應該要追蹤，要不然我們提案就沒有什麼意思，對不對？

**盧主任委員瑞芬：**提案追蹤是健保會的……

**陳委員節如：**你們好像不講話就什麼事情都沒有了。

**盧主任委員瑞芬：**剛才陳委員提到上次的提案都是健保署的權責，所以是由他們決定後續方向，我們只是建議，這部分我們會請健保署當政策上有修改時，請他跟陳委員回應。

**陳委員節如：**對啊！要回應一下，因為那是提案，提案到底效果在哪裡我們要知道。

**盧主任委員瑞芬：**現在請朱益宏委員。

**朱委員益宏：**謝謝主席，第1個是，我想回到會議資料第83頁，在部裡面核定醫院總額這2個項目時有說，不是用來保障點值，所以事實上我們提的案子已經跟健保署討論過，甚至也在共擬會議已經通過，並不是用來保障點值，反映的補助項目當然是用支付標準做參考再加成，我認為這也是一種補助計算的方式，也算合理。

我今天發言主要是針對健保會幕僚的意見裡面，特別舉檢傷分類為例，認為在支付衡平性可能有問題。這個我可能也要跟大家報告實際上的狀況，為什麼要特別提出5億元預算壯大社區醫院、要對地區醫院的急診做某程度的加成，因為我們看到很多地區醫院健保支付的狀況不理想，他們就優先把急診關掉，所以很多地區醫院就不開設24小時急診，這時候衛福部就提出地區醫院可以開設門急診的概念。但是我們認為特別是7月份部分負擔實施新制後，醫學中心的急診部分負擔提高到750元，我們認為有一部分急診病人如果真的有需求，能夠就近在社區得到急診服務其實是有幫忙的，但是地區醫院因為急診量非常少，其實開設急診的成本非常非常非常高。

我舉1個例子，以1位急診專科醫師現在到地區醫院服務，薪水

至少要 40~45 萬，但是可能地區醫院 1 天的急診量才 10、20 個病人，怎麼有效益地提供社區民眾，這其實以現在的急診支付標準是完全沒辦法達到，所以我們才會提出來特別對於地區醫院急診要給予加成，當然加成結果就有可能高於醫學中心、區域醫院。

所以我覺得幕僚在做補充意見時可能也要考慮到實際上的狀況，成本這件事情太複雜，如果都用衡平性、一致的成本，這個就是為什麼現在地區醫院會不斷虧損、健保署財務公開資訊中大部分的後段班也都是地區醫院。就是如果都用齊一性的支付標準來評估，地區醫院因為量的關係就沒有經濟效益，當然就虧本，所以我覺得我們調整時也要考慮到實際狀況，而不是用一套很呆板的方法，所有的東西都應該用同樣的支付額來做這件事情，以上補充。

**盧主任委員瑞芬：**請劉淑瓊委員。

**劉委員淑瓊：**謝謝主席，首先呼應李永振委員剛剛提到的 2 點意見，我也非常在意，第 1 個就是共擬會議的決議跟我們健保會之間脫鉤了，這件事情在過去也發生過；第 2 個就是社保司在這個案子不應該沒有意見，接下來針對基層護理人力的議題有幾個看法。

第 1 個就是我們也肯定護理公會全聯會、醫師公會全聯會跟健保署在這案子裡面有達到共識；第 2 個是我們認同健保會幕僚所做的針對預期效益評估指標的修正；第 3 個就是薪資的部分，我聽到醫院的代表在後面有提到說都有加薪，但我們還是很關心在這個地方增加了給付，第一線的護理人員有沒有真正得到加薪？剛剛健保署同仁有提到會去監控，我們希望能夠看到具體的成果。

另外就是希望健保署能夠進一步同步地去監測不同地區、不同規模的診所當中，有調升薪資的家數跟比率，我們希望能夠了解整個的經費運作狀況。

最近在談到護理人力嚴重流失，我們想薪資當然是其中一個關鍵，但是改善經常性的勞動條件，可能才是重中之重，所以在人力的部分，最近也有一些報導提到，我們是不是要跟英國一樣 40% 要用外來的護理人力，我希望這樣的日子不要到來，所以希望政府部

門能夠提出具體改善護理人員留任跟勞動條件的方案，這可能才是我們真正關心的重點，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請陳相國委員。

**陳委員相國：**主席、各位委員大家好，西醫基層報告，關於「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」的執行目標跟預期效益評估指標，稽核機制是以該診所聘護理人員超過 50%調薪的話才可以動支這費用，我們意見是關於執行目標跟預期效益評估指標的部分，我們比較同意健保署意見，健保會意見我們比較不同意，因為執行目標是 66%、預期效益評估指標一樣是 66%其實也沒關係，因為如果說一定要訂一個家數的話，會陷入家數迷思，因為西醫基層開業診所數會浮動，有時候會減少、有時候會增加，聘請護理師的診所也是會浮動，我覺得用比率是比較精確的做法，用家數反而比較不精確，所以我們西醫基層同意署方做法，以上報告。

**盧主任委員瑞芬：**請韓幸紋委員。

**韓委員幸紋：**今天會議討論時大家有提到急診的問題，上次委員會議我也對於近期急診壅塞現象提出書面意見，詢問健保署有沒有即時去做監控，或甚至剛才朱委員提到有沒有去做一些措施，當時健保署回應的內容大概就是現在提的這些案子。

我覺得有點納悶的地方是，就我聽到的醫界反應是，這次急診壅塞有個很大原因是護理人力缺乏，很多護理人員都離職了，所以護病比不夠，無法開床。但我們對應的政策就只是提高支付點數，感覺好像沒有針對問題，當然也不是說調高支付點數不會解決問題，只是我覺得好像沒有對症下藥。

現在又在分級醫療把住院護理費做了加成，這會不會還是回到同一個問題，就是我們護理人數根本就不夠，加成後還是達不到護病比的要求，所以根本問題就是護理人力不足。我們到底有沒有好好討論這個問題出在哪裡，除了疫情期間大家可能工作壓力大，這時間剛好離職，剛才劉委員也提到，因為護理人員很多都是女性，女性比率較高，我之前參加牙醫師公會全聯會辦理的牙醫總額活動，

他們也提到新進員工也是女性比率較高，其實女性就業時會有婚姻、生育上的考量，所以在職業上就有一些選擇，呼應劉委員的意見，光只是加薪，到底有無解決問題？只是薪水問題嗎？這也是我很納悶的，應該好好研究人力不足要怎麼解決。基層總額部分這邊真的是提加薪，我問急診但是他回我這個案子，這是不同的事情，我覺得沒有針對我問的問題回答。

針對加薪問題，首先我會問它的目的是什麼？對護理人員加薪這件事情我不反對，但目的是什麼？其實加薪這件事情很多眉角，譬如說我們監控它的方式是薪資調升幅度有沒有達到投保金額次一投保等級，我這樣看你們的監控方式應該是投保金額有沒有增加，可是投保金額只是經常性薪資，所以到底是要加總總薪資，還是只是看經常性薪資就好，這是 1 個問題。

另 1 個問題是如果診所透過減少聘任護理人員，但是把留下的護理人員都加薪，這是我們要的結果嗎？好像也不是，對不對？所以這個方案我覺得有點粗糙，到底要加誰的薪水，萬一它用這方式調整怎麼辦。還有到底是要調整專任還是兼任護理人員的薪水，這也是不同的事情。不好意思，我在別的案子剛好研究這個議題，我覺得內容有點粗糙。加薪我支持，只是到底怎麼加，加什麼樣的情況、怎麼監控，我覺得這個其實要規劃得蠻精緻的，不然最後可能無法達到目的，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**韓委員提出很重要的問題，現在請滕西華委員。

**滕委員西華：**關於這個案子我有共同意見 4 個，各部門意見有 2 個。第 1 個，就是提升品質方案只有反應在支付標準，這是從以前以來一直被詬病的地方，也就是我們認為加錢就可以提升品質，所以在預期效益的指標裡面也都沒有結果面的指標，所以覺得有點可惜。

社保司雖沒有表示意見，但部既然核定就應要有意見，我覺得你們應該提醒部長，向來調整支付標準這件事就是用非協商因素，但部長是用專款讓我們去調支付標準。所以請教明年沒有專款就不調支付標準了嗎？如果不是，明年沒有專款了，還是我們要持續被迫

編列專款？如果明年沒有這筆專款，要用什麼方式支應？是滾入一般服務、直接調漲支付標準嗎？

關於支付標準，從 107 年以來就有非常多調整本案類似的項目，像是 ICU<sup>(註)</sup>加護病房的住診診察費、護理費、病房費，急診的一些費用有保障點值。請問本案調整補付的點數，有沒有在保障點值的範圍內？過去調的時候有 1 點 1 元，這裡都是講點，有沒有講到每點 1 元，可是這次的調整範圍，卻是有過去保障點值的項目，這是第 2 點。

第 3 點意見是，因為是專款，有不予支付指標嗎？這裡都講到怎麼付錢，沒有說你沒有做到就不付錢，有沒有不予支付指標的訂定。

第 4 點是我不支持回溯，尤其是提升品質的方案，意味著就是你實施以後，就要比過去好，怎麼可以回溯過去沒有實施本方案的情況，所以我不支持回溯到今年 1 月 1 日。

分點的部分，在西醫基層的部分，我想要問一下，因為署長以前是醫事司非常資深的司長出來的專家，醫療機構設置標準中，你們診所不聘請護理師是可以設立機構的嗎？(石崇良署長回答可以)可以喔，在診所設置標準裡面不是應該要有 2 個診療室就要有護產人員嗎，這不是要件？(石崇良署長回答這 2 個不用)所以到 2023 年，台灣設立診所還是可以不必聘護理師，我們在這裡用錢獎勵聘護理師的人，是這樣嗎？如果聘護理師是要件，我就會支持健保會同仁的意見，如果聘護理師的方向是法規沒有強制要求，但是為相當重要的要件，在其他診所的設置辦法裡，中醫、牙醫都只有視需要聘任，現在我們連中醫在中醫總額支委會討論，都要求他應該設置護理師，連牙醫要用牙助我們都不肯，我們都認為他要設護理師這樣標準來要求，若西醫基層要獎勵的話，我覺得只用調升護理師薪資比率達 66% 是有點可惜。

最後我要講急診，從 108 年、109 年就有相當多的方案，以及就責任醫院的分級，我要呼應健保會的意見，地區醫院在檢傷分類第一、二級的錢，甚至第三級都高於醫學中心與區域醫院，完全不符

合急救責任醫院的分類，你還在獎勵轉診，等於鼓勵他重症轉診要獎勵，轉診本來就是因為能力不夠要轉診，我們現在給他獎勵，而且地區醫院屬於衛福部核定的急救責任醫院分級裡面，他的中重度以上本來就少啊，尤其是重度以上的急救責任醫院少，但是你在重症的地區醫院急診加成，又讓他的點數高於醫學中心跟區域醫院，這不是亂了嗎？所以我覺得這個不對，我不支持檢傷分類三級以上的點數高於區域醫院跟醫學中心，謝謝。

註：ICU(Intensive Care Unit，加護病房)。

**盧主任委員瑞芬：**好，謝謝，我們現在請周慶明委員。

**周委員慶明：**好，這個案子，首先我們要非常感謝衛福部薛部長在裁 112 年度總額成長時將這項納入，因為我們知道 112 年度總額協商西醫基層沒有達成共識，我們西醫基層其實提了很多項目，部長特別挑出這項，希望西醫基層能做這件事情，我個人當然也非常心有戚戚焉，非常地感動。

因為其實在疫情期間，所有護理人員真的都非常辛苦，我們不只沒有給他們減薪，因為病人少很多，看診上班時間可以縮短，不用上那麼多班，我們當時不裁員、不減薪、不關診、不減診，我們儘量把量能維持住，但是這些護理師有的就離職了，所以我們想盡各種辦法要儘量把他們留下來，其實在這段期間，我的診所也有給他們加薪，還有另外很多額外蠻多的一些獎勵，例如說我們做居家照護，他們只要收 1 個案子，我就給他們一筆獎金，所以我們最多 1 個月發到超過 10 萬給這些護理師來執行這些業務，所以這個案子開始時，我們就覺得非常感謝部長，當然剛剛講的沒少聘護理師，其實我們一直在給護理師加薪，我們希望把護理師留下來，因為沒有護理師整個醫療業務很難去執行，這段時間護理師不管是在診所或醫院的離職潮應該現在還是在持續當中，所以我們當然是全力支持這個案子。

當然就是說，我們與健保署也開會達成剛講的共識，所以我們是全力來支持，我們也會努力去達調升護理師薪資比率 66%的目標，因為我們所知道，比方洗腎診所 1 個醫師可能有 10 幾個護理師，



若 1 個醫師只加成，1 個月約 4,500 元，要給這麼多護理師加薪困難度蠻高，包含一些產科診所，有些診所因為護理師太多，加成補助較少，這部分我們會努力，這個案子如果 113 年仍繼續執行，希望能否把護醫比，就是幾位護理師跟醫師的比率也納入，比方護醫比很高的，是否給更高一點的加成，這可以列入考慮，以上報告。

**盧主任委員瑞芬：**好，謝謝，我們因為時間關係，最後一位發言是劉淑瓊委員，現在請林文德委員。

**林委員文德：**剛剛其實很多委員都有提到，就是我們這幾個計畫，大部分都是增加支付標準，當然增加支付標準是對於提升品質或是優化量能都有幫助，但是我們還是希望能夠看到依照我們上次的決議部分，就是評估指標希望以結果面為導向做規劃，但是這 3 個計畫只有第 1 個跟結果面比較有關，而且這個結果面還是以 108 年當作 1 個標準，如果我們去看這個專業品質指標，108 年的 14 天內再住院率是 5.98%，到 111 年已經降到 5.44%，結果我們增加支付標準，我們的成果是以 108 年的標準來當作我們的目標，基本上不用做就已經達到目標，不用加成就已經達到目標，因為 14 天內再住院率已經降到 5.44%，但你用 5.98% 當作我們的目標，這是有點太過寬鬆了，所以我覺得這是可以再檢討一下，就是我們如果以結果面當計畫目標，希望能夠定出一個比較適合的標準。

另外 2 個計畫基本上就是沒有結果面的指標，等於我們花了錢但不知道結果是什麼，比方急診量能的提升，其實我們比較期待看到地區醫院增加這個費用，甚至比區域醫院、醫學中心來得高，希望能夠讓地區民眾的急診可以在當地的社區醫院得到滿足，不需要跨區域，耽誤就醫時程，所以若可以把跨區急診的結果當作 1 個我們計畫的目標，能夠降低，我會比較支持這樣的計畫提出，就是我們增加費用，希望能夠看到實際效果，以上。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，我們現在請王惠玄委員。

**王委員惠玄：**謝謝，我必須要先說，其實健保署最大，但不是唯一的工具就是錢，所以我可以充分理解健保署想要推動大家所期望的現

象，就是增加支付項目跟調升點數，但是用補償變動成本的一個做法，去鼓勵固定成本的建設，這種想法其實是有非常高的風險，因為這裡面有很多變數，剛剛朱益宏委員講的地區醫院設置急診成本，我很了解，因為地區醫院在急診設置有很多討論，剛剛署長提到防疫期間很多防疫物資無法重複使用、加強清消，這些都沒有支付項目，所以點值高到 1.1，甚至到 1.2，我想大家也能夠理解，可是現在，以今天討論的這 3 個項目，特別是第 1、2 項醫院的專款項目，很多牽涉到基礎建設、固定成本，但是用變動成本補償的思維去處理，這裡面真的有很多風險，我想剛剛很多委員也提出很多問題的觀察，請健保署再思考，以這案子來講或甚至擴及其他案子，因為今年評核委員也有看到類似的問題。

以下是針對比較技術面的問題，第 1 個是出院後重返，剛剛文德委員有談到了，其實我們陸陸續續看到很多指標，有些是用 108 年當基期是可以理解，可是以品質來講，我們要非常感謝醫界在疫情期間很多的品質指標，大部分也就是 90% 以上都維持，並沒有下降，還是持續的再進步，我們今年的各總額部門執行成果評核會議已經看到，真的非常令人感動且敬佩，但在這個指標真的回到 108 年的監測結果會有一點開倒車。

再來就是會議資料第 85 頁上面第 1 行這裡的出院後 14 日內重返，是指普遍性的還是針對 ICU 跟急診？因為我們知道出院後重返是有區分不同的部門，以這個項目來講是提高加護病房跟急診支付點數的話，是不是把它更明確的講觀察指標是針對重症跟急診。

再來就是地區醫院的急診，我充分理解剛剛朱益宏委員提到的問題，但的確在地區醫院的量能跟分級醫療的思維，剛剛滕西華委員提到我們真的要用這樣鼓勵地區醫院增加服務檢傷分類一、二級病人嗎？用這樣的給付可以真的提升他們量能照護檢傷分類一、二級病人嗎？我不太確定這是可以的，當然在救護車、急救產業層面會不會造成怎樣的板塊移動我也無法預估，但我必須請教健保署，這是健保會委員想要看到的嗎？這要去思考。

最後是護理人力需求，這文字敘述不清楚，是先稽核基層診所所有幫一半以上護理人員加薪到從承保單位看到投保金額上升 1 個等級，是這樣子嗎？還是說因為剛剛委員發言好像混淆到調升護理師薪資比率達 66% 的診所，在操作執行面好像有一些混淆，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，現在請周麗芳委員。

**周委員麗芳：**主席、各位委員，本案針對醫院這 2 項，基本上它不是本會的協商共識，是衛福部就政策推動做核定，今天與會出席者其實石署長當時就是我們的次長，他也是督導我們健保的業務，也包括督導我們的總額，所以我想石署長今天雖然身分轉換，但是回溯到當時，最能夠代表當時部內核定醫院總額這兩項目的背後思維，所以我倒是覺得也很想傾聽一下，署長當時如果就部內的這個政策推動，以現在我們由健保署的共擬會議所決議通過報出來的這個案子，是否符合當時的政策或是有什麼樣的異同，我覺得這個部分是尊重當時部內的政策意旨，所以等一下再就教於石署長。

其次，針對西醫基層部分，有關於基層護理人力需求因應這一塊，因為我們可以看到署內邀集包含護理公會全聯會、醫師公會全聯會，是有經過完整的協商，包括護理師、護士部分也充分參與討論，剛剛周慶明理事長也有提到未來甚至護醫比都可以一併納入考量，所以我個人是支持健保署提出的這個案子，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，我們現在請吳榮達委員。

**吳委員榮達：**我只提 1 點，其他部分用書面請教，提會議資料第 87 頁，剛才滕西華委員也有提到，我也反對溯及到 112 年 1 月 1 日生效，其他意見我再用書面提出。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，接下來請朱益宏委員。

**朱委員益宏：**剛剛王老師有特別指教地區醫院急診加成的事情，是否要用這樣的方式鼓勵地區醫院多看第一級病人嗎？並不是這樣子，因為對於急診病人，醫院並不能夠選擇他是第幾類的病人，醫院必須依照醫療法 24 小時內要提供給病人必要的醫療服務，基於這樣子來處理，雖然看起來檢傷分類的第一級費用高於醫學中心，但是並

不是說鼓勵地區醫院儘量去收檢傷分類第一級的病人，用這個方案去做統一加成，不管是第幾級我們統一加成 15%，其實最主要目的是剛才王老師講的，用變動的方式補助他固定成本的不足，因為目前也只能用這個方式來補助這個固定成本，因為沒有其他項目說你開設成本我給你多少錢，目前是沒有這樣子的方式，所以只能用支付標準給予加成的方式，現況是這個樣子。

當然這裡面也會牽涉到，你用支付標準加成，他沒有這個量還是沒有用，所以我們是希望用這樣已經開設急診的醫院，其實加成主要目的是讓已經開設急診醫院不要因為成本關係把他關掉，至少讓他先能夠維持住，至於你說沒有開設，他未來能不能開設，我覺得這當然是一小步，你說靠這樣子增加 15% 就能開設嗎？不可能，才 1、2 億元經費讓地區醫院，所有的 300 多家地區醫院全部開 24 小時急診，全部有能力做檢傷分類一到五級嗎？那是緣木求魚不可能的事情，但我覺得這只是第一步，鼓勵地區醫院有一項重要宣示意義，也就是鼓勵地區醫院能夠在社區就近開設 24 小時急診，特別對已經開設的地區醫院，不要因為病人量不足、成本不夠就關掉這件事，我覺得我們要先給予保全，所以先做第 1 步這樣子處理。

若健保會委員覺得地區醫院開設急診非常重要，如果重視這件事情，我們也希望來年特別在健保經費上，能針對地區醫院支付標準不足的地方給予大大的鼓勵，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，我們請最後一位劉淑瓊委員發言。

劉委員淑瓊：謝謝，剛剛不同的委員對於健保署所提到的這個預期效益評估指標的 66% 其實有不同的解讀，是不是可以請健保署再說清楚，就是你們要監控的時候那個 66% 是怎麼算的，會不會有一種可能就是我們的診所他聘有護理師，但是他不申報，所以會變成少數的有加薪，但是最後容易達到 66% 就拿走了 6 億，會不會有這樣的問題，所以可不可以請健保署再針對這個 66% 的分母說清楚，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，我們現在請健保署回應剛才委員的一些意見。

石署長崇良：我想剛剛周委員很關心的部分，這是部裡面的政策，我簡單講，第 1 個，在護理費的調高部分，確實現在的護理人力有明顯的短缺，缺的情形還是相當嚴重，增加這些費用當然不一定能夠補足，但至少不要一直流失，這是在相關的護理費、病房費部分，我們儘量把它符合現在情況，大家在搶人，還有一些成本上的增加所需要的，這是第 1 個。

第 2 個，大家都關心地區醫院調了檢傷分類這五級的點數，我必須這樣說，若你從同一個層級的醫院來看，當然處理一級的病人比二、三級的病人複雜，所以依序一級的費用應該高於五級的費用，這是沒問題，若橫著看，各層級醫院之間的成本，同樣處理第一級病人的成本就不見得完全相當，特別必須考量到他的經濟規模，特別是很多的地區醫院，特別是急救責任醫院，在那個醫療次區、鄉鎮就只有那 1 家，他仍需要聘請跟在都會區一樣，甚至比都會區更高薪資才有辦法聘請到這些急診醫師來值班，所以他相對的單位成本上面是比較高，就是他同樣看一個病人的成本是比較高。

因為我們一般是這樣，一天如果來診 100 人次，就是 1 個急診醫師來 cover，可是一天只有 30 人次，不能只有半個急診醫師，還是 1 個急診醫師，類似這樣的概念，所以對於地區醫院來講開設急診的成本是高的，但我們不論是在法規或是縣市衛生局直接指定，我們是 100 床以上醫院就要開設急診，99 床以下由縣市衛生局指定，在那個區域如果沒有醫院，就由縣市衛生局指定急救責任醫院，所以 even 99 床以下也有地區醫院必須開設急診，他的成本相對每 1 個單位，就是每 1 個病人看病成本是高的，再加上他周邊設施，得設置檢驗設備，同時必須提供藥物的服務，這一些相關的成本都是相對比較高，所以我覺得這個並沒有說這樣就是所謂的不合理，地區醫院檢傷一級的費用比醫學中心高，這就不合理嗎？我倒是不這麼認為，但他的邏輯上在一級費用仍比五級費用高，這是對的，但橫著比我倒不覺得應該都一樣，各層級醫院從他的病人數、成本考量，不見得完全相當，這是第 2 個。

第 3 個，基層部分的護理人力，當然大家在談執行目標跟預期效

益的評估指標，我看起來這3個案子，當時我也沒有特別注意到，我想王老師跟我一樣，都是教醫管的，我們發現評估指標是指標，沒有數值，目標才有數值，應該把評估指標的數值都要拿掉，它只是1個 indicator，是中性的，它只是拿來讓我們做 measurement 使用，這是一個量測指標，不應該有數值，但在執行目標上應確實訂1個，你所評估的指標或量測指標，最終希望達到的目標值是什麼，所以應該這3個案子都把評估指標的數值拿掉，只是敘明評估指標操作型定義是什麼、分母是什麼，我看寫的都是用比率型的指標，所以就把分母、分子弄清楚，就像是剛剛劉淑瓊委員特別提到的執行目標，所謂66%是怎麼來，就是在評估指標中，把它描述清楚，它的分母是什麼，我們現在所提到的，就是我們在健保署資料中所提的，就是在他聘有護理人員，所以等於包含原來就已經聘有的調薪跟本來沒有聘的變成新聘都算，都會給予加成，大家在談的就是分母、分子的問題，請醫管組補充說明當時大家討論的定義。

**陳專門委員依婕：**好，跟各位委員報告一下我們的定義，可看到會議資料第86頁，針對西醫基層聘有護理人員的診所這段，執行目標我們會把所有聘有護理師或護士的診所當作分母來看，然後分子是接著看這些診所中有沒有調升他的護理師或護士的薪資，家數比率達到66%就有符合我們的目標，當時之所以以比率來訂定，主要考量剛剛陳相國委員提到有開歇業的問題，所以我們會把這也考慮進去訂1個率，而不是1個絕對值。

回應剛剛各位委員意見，請回到會議資料第85頁下方，目前我們的規劃方式是當診所聘有護理人員過半數都有幫他們調薪，就可以申報加計項目00246C是額外的6點，事後勾稽會看這些診所宣稱他們有調升護理人員薪資，是否真的有調升，會勾稽承保檔，看投保薪資是否有達次一級距投保等級。

確實裡面會有一些執行細項是剛剛韓委員提到的，會後會繼續再跟醫師公會全聯會做更細緻化的討論，以上。

**盧主任委員瑞芬：**醫管組已經補充完了，我剛才跟署長講，因為執行

目標或評估指標，我們一定要有值才能測量，現在署長的意思是若單純寫評估指標，就是 1 個 measurement，是 1 個指標，這樣就變成執行目標要加 1 個值，因為兩個中一定 1 個要有值，這樣才有辦法比較，你沒有 benchmark 無法比較，所以這個部分我們要先釐清才有辦法後續監督。

**石署長崇良：**我簡單說，這裡有一些是屬於比較學理上的事情，若我們訂目標是依照 SMART<sup>(註)</sup>原則定是最好，裡面一定是可量測，但也要有可達成性的值出來才對，若講執行目標，我們講達多少%是對的，若是評估指標，指標是 indicator，所以它只是中性描述，需要有操作型定義，有時甚至嚴謹一點還要排除那些東西，那是指標，指標沒有數值，以第 3 案西醫基層來講，這寫法是對的，不應該在評估指標再加上值，但執行目標有個值是對的，只是把量測的指標講清楚就好，其他另外的兩案，應比照第 3 案的方式做調整。

註：SMART(Specific, 明確的目標、Measurable, 可衡量、Achievable, 可達成、Relevant, 和策略相關、Time-bound, 有時效性)。

**盧主任委員瑞芬：**對，謝謝，剛才有兩位委員都有提到反對，(陳委員杰舉手)我把話講完，反對溯及至今年 1 月。

**陳委員杰：**我反對。

**盧主任委員瑞芬：**這部分是不是請健保署回應一下，有 3 位委員表示反對。

**劉組長林義：**因為回溯部分是我們這次調整，無論是區域級以上醫院或地區醫院，就是一個支付點數的調整，在我們分級醫療的策略中有 1 項就是調整門住診的結構，增加重症照護量能，要拉大重症與一般服務的費用差距，這項也是專款，我們後來協商結果就是用補付的方式，補付是可以回溯，且它也不是計畫，只是支付標準的加成而已，我們當時才想它在專款，且又是支付標準的調整，所以有回溯的彈性，但仍尊重健保會的決議。

**盧主任委員瑞芬：**請劉淑瓊委員。

**劉委員淑瓊：**簡單講，第一點我們是反對回溯。第二點是謝謝剛剛署長針對執行目標跟預期效益評估指標做了清楚闡述，我們也希望在

今年總額協商的時候，健保署接到各總額部門提出的資料，都可以符合剛剛署長的原則來訂定。第三點是最重要的，我要再跟健保署確認，會議資料第 86 頁評估指標的分母不是申報本項加計之診所家數，而是聘有護理師、護士之診所的家數對不對？對，那就請修正會議資料，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**剛剛有委員表示請社保司發表意見，現在請劉委員在李永振委員發言之前，簡單跟大家回應一下。

**劉委員玉娟：**剛剛有委員提到很重視社保司的意見，社保司特別補充說明，我們之前核定的內容，不論是推動分級醫療或護理人力的充實，都有一些實質用心及要落實之處，我們也看到健保署在過去所有的會議中，比方剛才討論較多的社區醫院檢傷分類一、二級加成等等有很多討論，有經過共識會議，並提到醫院層級討論，我們看這些指標，無論是執行目標或預期效益，目前都在觀察中，先不提供意見。再者以地區醫院來看，我們是支持才寫沒意見，我們未來會多寫一點，謝謝委員提醒。

地區醫院雖然有很多家，但因為 99 床不用開急診，真正有開急診得不到 1/3，因為怕當地沒有人做 first aid 的處理，有些醫院是被我們強迫要求才要開急診，它的成本真的很高。我以前做過緊急醫療，過去曾跑遍所有急診部門，很能理解這部分的需求，這部分我們就先不表示意見

基層的護理人力部分也是一樣的，我們有看到護理公會全聯會有參與，護理公會全聯會是護理人員很重要的意見來源，如果能夠在疫情後，尤其是護理人力短缺時有這樣的經費挹注，我們是非常支持的。我們暫時不表意見，也跟委員致歉，我們未來會多寫一點意見，讓各位看到我們的建議，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**關於地區醫院部分，幕僚很用心整理資料，也謝謝朱委員做口頭說明，署長也有說明成本的考量，李永振委員發言後就不再口頭發言。

**滕委員西華：**主席，健保署沒有回答我剛剛提出的問題，等一下請一



併回答，萬一明年沒有錢怎麼辦？有些項目有保障點值，請問補付是不是也保障點值？

**盧主任委員瑞芬：**請李永振委員。

**李委員永振：**我只是要釐清剛剛主席提到反對回溯的人數是 2 位嗎？應該不只吧，我印象就有 2 位公正人士，加上我、劉委員、陳委員，就 5 個人了。

**盧主任委員瑞芬：**抱歉，但是我的意見有表達到，也都有請他們回應。請朱益宏委員。

**朱委員益宏：**我認為能否回溯不是用人數多寡來決定，我是希望能夠回溯，如果有希望不要回溯的意見，我認為要報部，因為這涉及部內當初裁定結果，不能單方面因為有些委員認為不回溯，就不回溯。當初擬定本案時用全年財務評估，所以才有這樣的結論出來，也才會擲節 5 億元、10 億元，並在額度內調整，現在已經是 7 月，若今天通過，8、9 月才正式公告，若不回溯，等於部內核定的這筆預算幾乎無法使用，所以我反對用多數委員的意見做結論，若無法有共識，應該要報部裁定，因為這是部裁定的結果。

**盧主任委員瑞芬：**朱委員，我還沒有做決議，現在請陳石池委員。

**陳委員石池：**各位委員，大家午安，第 1 點，很多委員反對回溯，我是贊成回溯，因為經費做不完是年度的問題。

第 2 點，有委員對地區醫院檢傷分類五級加成有很多意見，現在急診地區醫院要維持急診有很多困難，有些是應政府要求不得不開，所以我不反對適度給予加成，但我贊同三到五級給予加成，但他們處理一、二級病人的能力比較不好，應該要加成在鼓勵轉診病人身上，假設一、二級病人轉診就給予加成，而不是加成一、二級本身的點數，這樣比較合理。

**盧主任委員瑞芬：**請陳杰委員。

**陳委員杰：**這個案子是部的政策，我高度質疑為什麼要送到健保會為他們背書，乾脆本案退回健保署、衛福部，還有理論上、原則上本項經費用於優化醫療品質及推動分級醫療，而非保障點值，請大家

注意是非保障點值，目前有幾位健保會委員，包括專家學者都表示不同意回溯，我也不同意回溯，因為它不能保障點值，今天大家已經勉為同意讓案子通過，難道還要回溯到1月1日，我堅決反對，我主張正式動議本案退回健保署。

**李委員永振：**我呼應陳委員的意見。

**盧主任委員瑞芬：**我們去年協商完，是部裡面要我們討論裡面的項目內容，陳委員的意見我們都聽到了，請問健保署還有要回應嗎？若無法當場回復滕委員的意見，就請書面回答。

**劉組長林義：**滕委員的意見是本項到底怎麼支付，因為這項是在專款，當初我們跟醫界在專款範圍內協商，所有補付的點數都在預算額度內，因為是專款本來就是每點1元，因為是專款，明年會不會實施，要看今年協商明年的結果。

**滕委員西華：**我的問題是你完全弄錯，因為你是用來調整支付標準，而它放在專款，若明年還要持續增加補付點數，是要我們明年再編這筆錢？還是明年若沒有這筆專款，只有今年有補付點數，明年又恢復原本的支付標準？

第2個問題，譬如說以住院護理費或是加護病房診察費，過去幾年有幾個項目是明示保障點值每點1元，本案補付增加金額是否也是保障點值每點1元？我的問題是這樣。

**盧主任委員瑞芬：**請問現在可以回答嗎？若不行就書面。

**劉組長林義：**請大家看到會議資料第84頁，這些項目通通沒有調整支付標準，我們是用補付點數的方式，假設明年沒有專款，就沒有補付的點數。

**盧主任委員瑞芬：**因為時間關係，委員剛才所提的意見，如果健保署沒有完全回復，請書面回復。本案我做以下決議，本案經委員討論，請健保署參考委員所提意見，依法定程序報主管機關決定，並副知本會。謝謝各位。現在休息十分鐘，接下來後面還有相關議案。

**吳委員榮達會後書面意見：**會議資料第84頁第二點(一)1(1)①、②就加護病床部分有增加住院診察費及病房費之補付，並未如⑤急診觀

察床護理費之補付，不知其考量為何？建議是否在加護病房部分，比照⑤急診觀察床提高護理費之補付，防止護理人員之流失。另關於③新生兒中重度住院部分，只增加診察費之補付，未增加病房費、護理費之補付，不知其考量為何？建議是否比照②、④、⑤增加病房費、護理費之補付，讓新生兒 ICU 避免繼續虧損影響醫療品質。

伍、報告事項第一案「112 年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目(含須於 112 年 7 月提報項目、預算扣減方式及節流效益之規劃等)」與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

陳專門委員依婕：主席、各位委員，大家好，健保署報告 112 年度總額協定事項有關預算扣減或檢討節流成效項目之規劃，會就附表一向委員說明；有關牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，待會也會就附表二向委員說明。首先請看到會議資料第 68 頁，針對預算扣減或檢討節流效益項目，我們把處理規劃、醫界看法呈現出來。

首先是牙醫門診總額第 1 項，12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫，本項協定事項是要扣減一般服務與本項重複部分之費用。本署對協定事項之處理規劃，本項是 111 年一般服務扣減與本項重複費用方式是依申報 P7101C「青少年齲齒控制照護處置」於 108 至 110 年任一年曾申報 91014C 之點數扣減一般服務費用。本次牙醫師公會全聯會提報 112 年的執行方式，建議以 112 年有申報新項目者，過往在 111 年一般服務有申報 91014C 的部分費用扣除，本署同意牙醫師公會全聯會的看法，不過執行細節需要再做討論，會在最近一次的牙醫研商議事會議裡面討論後再提到本會報告。

第 2 項，高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫，本項是要檢討節流成效並納入總額預算財源，請參閱會議資料第 69 頁下方，本署之前在研商議事會議有提到，本案以高齲齒病患牙齒保存率提高，以 89013C 及 89113C「複合體充填」2 年內重補率跟未實施前有下降，來做為成效評估，我們目前和牙醫師公會全聯會看法不一致的部分，請看補充資料第 70 頁中間部分指標定義，牙醫師公會全聯會建議重補率的計算是以自家有再重補的才列入計算，本署意見請看補充資料第 71 頁(2)，我們考量 89013C 重補，支付標準有規定 1 年半內不能重複申報，考量病人可能會跨院治療，我們建議指標改為跨院所計算。

第 3 項，超音波根管沖洗計畫，本項為 112 年新增計畫，計畫新

增照護項目「超音波根管沖洗」(P7303C, 100 點), 牙醫師公會全聯會建議實施成效指標為「使用超音波根管沖洗的牙齒 2 年內根管治療之再治療率比未使用者低」, 就有使用、沒使用的再治療率, 分別訂有分子、分母定義, 考量牙醫師公會全聯會定義的分子、分母已經很明確, 所以沒有修正建議。

第 4 項, 齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫, 新增照護項目「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C, 500 點), 牙醫師公會全聯會實施成效指標為「齲齒經驗之高風險患者 113 年起平均齲齒填補顆數增加率降低」, 針對分子、分母也有明確操作型定義, 所以本署沒有其他意見。

接著請看到補充資料第 74 頁中醫門診部分, 第 1 項, 多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度, 本項的協定事項是依 112 年度預算執行結果, 扣減當年度未執行之額度, 本項在中醫研商議事會議有討論, 本項是用於新增照護項目「整合醫療照護費加計(70 點)」(A91), 扣減方式是以 112 年 3 月至 12 月申報點數除以 10 個月, 算出每月平均值再乘以 12 月, 作為年度總申報費用, 若當年度未達協商額度, 就扣減作為未執行之額度。接下來第 2 項到第 4 項都會用相同方式扣減沒執行的額度, 就不重復贅述。

請委員看補充資料第 80 頁第 5 項, 照護機構中醫醫療照護方案, 這是去年新增款項, 今年的協定事項是依 112 年度預算執行結果, 於一般服務扣除與本項重複部分之費用, 我們會依照去年的方式做相關的費用扣除, 只針對代辦項目、專款計畫項目做操作型定義調整。

接著請看補充資料第 81 頁醫院及西醫基層, 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)、藥品及特材給付規定改變, 協定事項是若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘, 則扣減其預算額度, 這些項目歷年都用相同方式處理, 我們會配合辦理。

請看補充資料第 82 頁, 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫, 協定事項請我們在 112 年 7 月將評估結果提會報告, 評估結果請看最右

邊欄位，這計畫從 109 年 6 月開始執行。109 年公告後，執行區域只有嘉義縣、雲林縣，嘉義醫療團及雲林醫療團分別自當年 6 月及 7 月起執行本服務，雲林醫療團因醫療人力不足，自 110 年 1 月 1 日起退出計畫，110 年開始只有醫療嘉義市在執行。

109 年嘉義醫療團服務人數平均是 84 人，雲林醫療團服務人數則是 32 人，110 年開始只有嘉義市醫療團隊執行，平均每月照護是 55~57 人之間。

第 3 點是服務診次，109 年服務診次平均是每個月 34.8 診，110~112 年也大概都是每個月 32.8~37.3 診，服務診次沒有太明顯增長。

第 4 個是預算執行數，109 年預算執行數是 450 萬點，110 年下降到 400 萬點，執行率從 57.3% 下降到 32.9%，111 年有新增每診 1,000 點的待診服務費，預算執行率稍有上升，今年第一季論次申報量是 129 萬點，推估全年執行數沒有明顯增長。

待診服務費是無論有無提供服務都有機會獲得，111 年不論有沒有提供醫療服務診次是 1,091 診，其中無提供服務之待診診次共 679 診，占總診次比率高達 62.2%，簡單說就是有開診中有 62.2% 沒提供病人服務，供各位委員參考。評核委員建議本計畫要停辦，但部內口腔健康司針對牙醫醫療網有一些相關規劃，我們在協定明年度總額時，會和牙醫師公會全聯會討論計畫要轉型或退場的相關規劃，以上。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，請本會同仁說明。

**陳組長燕鈴：**請委員翻開補充資料第 63 頁本會補充說明部分，本報告案包含 2 部分，首先第一個部分是四部門總額依協定事項有一些事項要去做扣減跟節流效益的規劃，謝謝剛剛健保署詳細說明健保署的規劃，在補充資料第 68~81 頁，我們一樣在補充資料第 68~81 頁的最右邊欄提出本會的研析跟建議，因為資料非常多，本會研析建議尊重健保署的處理規劃就不重複說明，特別需要再釐清或是需要處理的，有提到本文來，我們整理在補充資料第 63 頁表格，就健保署報告尚有部分項目未完成或需釐清，牙醫項次 1 需再提研商議事

會議討論、牙醫項次 2 之成效指標健保署與牙醫部門意見不同、中醫項次 1~4 之扣款方式尚需釐清，這些比較需要討論的部分就移到第 63 頁來做報告，請委員決定。

首先牙醫項次 1，12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫，健保署跟牙醫有共識的部分是同意用 112 年有申報 P7101C 於 111 年申報 91014C 作為扣減基礎，是有共識的，但因為雙方就排除的案件或相關計算細節沒有共識，要循程序提研商議事會議討論，我們依照健保署建議，尊重健保署後續處理規劃，請健保署儘速規劃具體計算方式、扣減時程，因為原來報告中沒有提到什麼時程要扣減，請健保署在 12 月份委員會議之前完成並提報本會討論。

請看到補充資料第 64 頁，牙醫項次 2，高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫，這是 111 年新增的專款，當時 111 年有訂成效指標，今年健保署跟牙醫師公會全聯會對於建議指標名稱修得更明確，我就不再重述，在補充資料第 64 頁。但雙方對指標定義有不同建議，複合體充填計算兩年內重補率的計算，健保署建議用跨院所計算，牙醫師公會全聯會建議以自家同院所計算，本會研析後建議這指標 111 年也是用跨院所計算且不分案件別，為了反映以人為中心的照護成效，我們建議採健保署建議作為 112 年成效指標修正(跨院所計算)。如果委員同意，就請健保署修正指標定義的分子分母，一樣於 12 月前提報本會。

有關於中醫門診總額部分，項次 1、4 扣款方式都很像，健保署都是用 112 年 3~12 月項目的申報點數除以 10 個月，算出平均一個月的申報點數後，再乘以 12 個月，作為這年總申報費用，如果沒有達到我們的編列預算部分再做扣減，請看本會研析最右邊那欄，支付標準都是 3 月 1 日實施，實際上只有執行 10 個月，健保署用 10 個月的平均點數乘以 12 個月當作當年度值，不符合實際經費的使用情形，考量我們已經有 112 年的實際執行數值，建議修正扣款方式，A91「整合醫療照護費加計 70 點」當年度的執行額度，為 112 年全年實際申報點數，若沒有達到我們的協商額度，再作為扣減當年度未執行額度。項次 2 到 4，健保署的處理規劃是一樣的邏輯，我們



建議也都一樣，依該項次支付項目全年的實際申報點數作為計算，沒達到的部分再做扣減，2到4項就不重複，我們建議修正扣款方式。至於其他的部分，我們就是尊重健保署建議。

請看第66頁，有關牙醫項次2到4都有提出一些節流效益之成效指標，是蠻具體的，但是因為希望能夠把節流效益具體計算出來，還沒有辦法把它轉化成為量化的協商金額供協商參用，建議健保署跟各總額部門持續研議，綜上剛剛的表格需要請委員討論決定，還沒完成的部分，請健保署儘速規劃，在12月底前將具體規劃結果提報本會。我們2月份的委員會議有決議，需要在明年3月份委員會議提報執行結果，作為114年度總額協商參考。

有關第二個部分，牙醫門診總額急診醫療不足區獎勵試辦計畫成效評估結果，協定事項有提到，這個月要將評估結果、監測執行成效、照護成效提會報告。當時協定再行試辦一年，若沒有具體成效，就要退場，剛剛健保署已經說明執行情形，我們也整理了一下，111年預算是1,200萬元，預算執行數是5百萬元，執行率大概4成左右，執行試辦點從2個變成1個，服務診次待診但是沒有提供醫療服務診次也高達6成以上，評核委員共識是歷年來預算執行率都不佳，待診診次高達六成以上，試辦點也剩下一個，建議停辦。

有關扣款部分，請委員參閱第63~65頁，請委員決定扣款或成效指標方式應該怎麼決定，以利健保署後續執行，以上說明。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，請問委員針對這案子有沒有意見？請詹永兆委員。

**詹委員永兆：**主席、各位委員，大家午安，關於剛剛健保會提的，每年10月協商完下一年度的總額，因為公文3月1日才正式生效，但是我們1、2月就已經開始執行方案，所以說健保署會用3~12月去回推，因為我們1、2月就已經開始執行專案，只是因為等公文，所以健保署才會用回推的方式，希望委員還是可以支持用回推的方式，不然就是把1、2月實際上有執行的也併進去，實際上我們有在做，這專案也是前一年就談好是次一年度的，謝謝。



**盧主任委員瑞芬：**現在請張清田委員。

**張委員清田：**主席，各位先進大家好，中醫部分 1~4 項，計算上感覺有點問題，因為如理事長所說計畫是 3 月 1 日實施，要用 10 個月去回推 1 年，第 4 項的診斷碼是到 3 月開始實施才開始有診斷碼，連這個也要回推 1、2 月，我覺得很奇怪，代碼都還沒出來就要增加，我覺得有矛盾點。

其他部分，我看健保署的處理規劃，也許他們真的可以先做，但是用推的，我覺得太過牽強，從我們一個外人來看，讓人覺得有點消化預算的嫌疑，所以我想這部分是否可以作適度修正，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請陳彥廷委員。

**陳委員彥廷：**主席、各位委員好，有關健保署跟健保會所提報的第 64 頁，就是指標的部分，我們同意採用跨院所計算重複填補。至於牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，我們也想要把它做好，大家雖然看到待診診次六成多，事實上一個晚上是 3 個診次，不是說有三分之二的診次沒有人看診，其實高於這個，不過健保署跟健保會的意見我們會攜回，以上。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，接著請李永振委員。

**李委員永振：**謝謝，關於處理方式，就誠如早上劉淑瓊委員所提，因為本案資料在前天傍晚 6 點多才 Email 給委員，有些細節無法深入瞭解，所以這邊不發表意見。但有一點早上提過，7 月份應該提報本會委員會議的 112 年總額協定事項，152 項當中有 16% 尚未完成，後來陳石池委員提到，都已經過了大半年還都沒有弄，再呼應剛才提到，詹永兆委員有提到時間問題，讓我思考到一個問題，我們現在的做法似乎是，若有需要討論的議題或工作，是去遷就研商議事會議的開會時間，所以都延遲，是否將來可以考量一下，照理講應該視工作性質來開會才對，不是讓工作去遷就會議，若有需要的話也應該要召開臨時會。不然預算是 1 月 1 日開始可以支用，有些計畫因為衛福部核定下來會晚一點，但若一直拖，拖到最後，我們在追的時候，也不知道延遲是怎麼回事。現在若依照原本議定的會議

程序去做，2 個月過去了，若再去追溯實施，在理論上會覺得怪怪的，是不是在做法上可稍微思考一下，如何配合實際情況，收到我們所要的效果，這樣應該比較重要，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請滕西華委員。

**滕委員西華：**李永振委員剛剛提的那點意見，我要附議。另外就是其實部長每年核定總額時間越來越慢，這也是他的責任，有時候拖到 12 月底，我們都不知道專案有沒有過，即使專案想提早在 1 月實施，根本都是不可能的事情，更不用講過年其實都卡在 1、2 月。所以要順利實施的第 1 個要件，就是部長最遲不能晚於 12 月上旬才核定下一年度的總額，在這之後就會太慢。總額核定公告之後，當然研商議事會議就要更密集去開，因為包括早上提到壯大社區的案子，會拖到 6 月也是因為這樣的關係，這是第 1 點。

第 2 點，我的理解是，專案計畫都是估計全年所需經費，它的假設都是自 1 月 1 日實施到 12 月 31 日沒有錯，以本案提到這些案子假設 3 月 1 日實施，我還是一樣認為不可能溯及既往，因為就是應該談妥再實施，哪裡有可以先做的道理？可以先做，就表示一般服務有錢可以支應，那為什麼要提專案計畫？若先做也可以，就代表這件事就不該用專案計畫來做，這就表示該去檢討一般服務支付標準可能不夠的問題、去調支付標準，而非用專款事後再補付。

如果是全年，不管哪一年實施，我覺得按照比率去計算額度不切實際，是因為估的量不一定，假設我估 5、6 月實施，後面很積極宣導鼓勵病人來就醫參加專案計畫，費用仍可能達到預估額度，那就是可能之前需求額度估算沒有這麼準。所以實際執行時，扣減當然要從生效之日起到年底，所有產生的實質服務量及費用來計算，所以若有用到就給，若沒有用到的部分，就是該扣減這個額度。

只是隔年在協商的時候要參考，也就是在隔年協商時，自然就要看它今年實施的部分，如果換算成全年究竟需要多少預算，如果隔年還照列的話，就不是 1 月 1 日實施的問題，要不要減列費用，這時候要考量列入實施的全年月份，裡面每 1 個月去攤的時候，計算

得出全年的預估經費，並看看是不是估錯了。如果沒有執行到那麼多的量，付費者要不要在協商的時候扣減專款額度，我覺得是這樣的概念。因此整個執行在扣減方面，我建議還是要以實際發生的數值來做扣減的參考，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**好，謝謝，接下來請周慶明委員。

**周委員慶明：**本案關於西醫基層的新醫療科技預算部分，若未依照時程導入或預算執行有剩餘的時候將進行扣減，這部分其實今年3月就提案討論過<sup>(註)</sup>，當時我們提出，希望新醫療科技預算能移列到專款編列的可能性，待時機成熟後再導入一般預算，當時會議結論是請健保署會同醫院及西醫基層總額相關團體共同討論、評估其可行性，但到目前為止，好像還沒針對這議題做相關規劃及說明，看看健保署能否將這個規劃及說明，跟我們西醫基層及醫院部門討論一下，編列到專款的可行性，以上。

註：本會112年第2次委員會議(112.3.22)討論事項第二案「有關新醫療科技預算，未依時程導入或預算有餘時，財務扣減之配套機制案」，決議：一、111年度西醫基層總額部門新醫療科技協定項目，請中央健康保險署依照總額決定事項辦理預算扣減事宜。二、新醫療科技預算移列專款項目之建議，請中央健康保險署會同醫院及西醫基層總額相關團體，共同討論、評估其可行性(包含與一般服務預算之切割、預算額度編列及控管措施等執行面規劃)。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，接下來請李永振委員第2次發言。

**李委員永振：**聽了這麼多委員的說明，又回想到早上在討論要不要回溯的問題，在討論的時候，有人提到說，它的財務規劃是用一個年度在規劃的，但是想到這裡，我是擔心，本會的發言實錄是要對外公開的，你如果這樣講的話，會不會讓別人覺得，如果可以追溯，你是在消化預算，而且是專案，所以健保署可能在考量的時候要周全一點，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**好，謝謝。接下來若委員沒有其他意見，針對這個報告案決定如下：第一，請健保署參考委員所提意見及本會補充說明，辦理以下事項：(一)部分未完成項目，請儘速規劃具體之總額預算扣減及效益評估方式，最遲於112年12月份委員會議將規劃結果提報本會。(二)至於「112年度總額預算扣減方式及節流效益」執行結果，請於113年3月份提報本會，做為114年度總額協商參考。

第二，有關「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」續辦與否之建議，請牙醫門診總額相關團體及健保署納為研議 113 年度總額協商草案之參據。第三，餘洽悉。接下來進行下一案。

## 陸、報告事項第二案「各總額部門 111 年度執行成果評核結果」與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

陳組長燕鈴：向委員說明，報告事項第二案是要跟委員報告各總額部門在今年 7 月 17、18 日辦理 111 年度執行成果發表暨評核會議的評核結果。

我們在 7 月 18 日下午也召開評核內部會議討論，獲得最後評核結果，當天評核結果及簡報已經在本會網頁對外公布。評核委員的部分是由本會委員票選結果，依序邀請得票最高的 7 位專家學者擔任，經過內部會議評核委員討論結果，在評核等級部分，醫院、西醫基層、牙醫門診等 3 個部門是良級，中醫門診是優級。依據前開評核結果及 6 月份委員會議決議之執行成果評核獎勵方式去估算的話，四總額部門的品質保證保留款的額度，請參閱補充資料第 85 頁的表格可以看到各部門的額度，醫院、西醫基層、牙醫門診的獎勵成長率是 0.1%，中醫門診是 0.2%，四部門品保款額度合計約為 7.329 億元，請委員參考，這數值將供協商時參據。

請參閱補充資料第 86 頁，同時在評核內部會議時，為了提升及精進健保署及各總額部門未來的執行成效，7 位評核委員經過內部會議充分討論，提出對健保署及各總額部門(含其他預算)精進作為之共識建議，詳如補充資料第 87~91 頁，我稍微簡要說明一下，請委員參閱補充資料第 87 頁，7 位評核委員分別從 6 個構面，對健保署及各總額部門未來精進作為提出共識建議。

第 1 個構面，也是評核委員認為我國最需要面對處理的問題，就是我國高齡化及少子女化的問題很嚴峻，應儘速規劃與因應，建構穩健的制度。1.我國從 2020 年開始人口減少，預估 2044 年老年人口增加 345 萬人，年輕人口會減少 450 萬人，這會帶動未來需照護人口增加，而繳保費人口減少，這樣的情形下，建議健保署應儘早研議開源節流因應措施，並進行全面性檢討與改革，才能夠面對未來的極大變化。2.因為高齡化，所以未來慢性病及失能人口增加，

照護模式上應該做一些精進統整，包括要推動以人為中心的整合照護策略，個案管理部分也要進行一些整合，強化病人健康意識、自我照護能力及自我管理醫療費用的責任。3.建議透過衛教強化民眾賦能及提升自我照顧能力，也要善用數位化管理工具，鼓勵醫病共享決策機制，讓民眾能自我承擔健康管理的責任，因為全都由醫療來承擔這太沉重。4.面對缺工問題，應注意醫療照護人力供給面的問題，思考如何善用數位科技，還有透過專業分工來照顧病人，以達到最有效的人力配置，此外對於護理人力不足情形，要儘早提出因應做法。5.因應世代變革，建議儘速啟動健保財務制度及保費費基改革，並應設法建立民眾醫療利用管控機制，因為委員覺得這部分民眾自我醫療利用管控的部分有待加強，未來才能建構更穩健的健保制度。

第2個構面，委員建議應積極進行支付制度改革，提升健保支付效益。1.因為健保資源就是這麼多，我們應該要把支付方式做最有效率的支付，目前仍是用論量計酬方式，應該轉向以價值為基礎的方式支付，朝結果面為導向，作為支付制度努力的方向。委員特別提到，一些重要的數據必須經 VPN<sup>(註 1)</sup>上傳去做結合，健保應該開始蒐集一些關鍵照護成果資料，像是 HbA1c<sup>(註 2)</sup>、牙齒囊袋、復健潛能等，作為後續精進支付制度的實證基礎，才能使健保支付效益最大化。2.關於住院部分，因為 DRGs<sup>(註 3)</sup>制度於 103 年導入第 2 階段項目迄今，已多年未有進展，要儘速導入第 3~5 階段，早日建立本土基礎資料。3.有關門診支付制度改革停滯已久，建議朝向如包裹支付的方式進行，以疾病別或是一段照護時間為包裹計費單位，以合理管控門診費用成長及提升支付效益。4.也建議健保署對於現行支付標準調整，應該要整體考量建立本土化支付項目相對值，以維護支付項目衡平性；另建議檢討藥品支付制度及藥價調整機制，例如過專利期的藥品之支付合理性，要進行檢討及調整。

請參閱補充資料第 88 頁，第 3 個構面，評核委員建議對於整體資源配置及公平性問題。1.有關「健保中長期改革計畫」，建議應該架構在衛福部「整體中長期改革計畫」下，意思是應釐清衛福部各

司署及健保署所承擔的費用，以及各自的任務與分工，以提升整體政策效果。2.健保資源已經難以再擴充，所以中長期計畫若將早期診斷與篩檢項目、疾病早期預防等項目納入健保，宜審慎考量，其預算應由公務預算支應或其他財源共同承擔。3.有關民眾就醫公平性問題，地區預算分配也建議要配合各區人口成長情形分配預算，尤其是提供門診服務的基層醫療。有的分區人口成長很快，但是預算沒有跟著有效成長，請各總額部門能夠去調整。此外，風險調整移撥款部分也要注意，是否達當時地區預算分配的目的，以改善城鄉差距為目標。

第4個構面，建議進行分級醫療政策檢討，重新思考有效的照護與合作模式。1.過去很多年來提供許多支付誘因去推動分級醫療，除了轉診率、就醫占率改變外，建議從病人需求面重新檢討政策效果，並建議提出可精確評估政策效果之評估指標。2.另外，門診初級照護定義是檢視分級醫療成效的重要參據，但目前沿用92年委託研究之初級照護定義，建議健保署參考最新診斷碼，建立本土化初級照護之定義，這樣才有辦法後續去評估分級醫療照護的適切性。

第5個構面，委員建議仍要關注COVID-19疫情後，對民眾健康及醫療利用的影響。

最後1個構面，是對四總額部門及其他預算專款項目之共識建議。有關整體性之共識建議，因為總額專款項目不斷增加，從107年43項已增加至112年75項，且很多項目已經執行多年沒檢討，建議依屬性區分，以結果面績效呈現，進行全面盤點，並提出納入一般服務或退場之評估指標與實施期程，供協商之參考。

對於各部門的總額專款項目的共識建議，主要是對於計畫停辦及經費減少有一些共識建議。1.跨部門部分，有4項建議減少經費，有1項為因應長新冠照護衍生費用，因為112年5月1日起防疫降級，完成階段性任務，就建議停辦。2.醫院部分，有2項皆為112年新增計畫，也就是今天討論事項第二案分級醫療等2項專案計畫，

委員建議，視 113 年總額協商前提出成效指標，再來決定是否繼續辦理。3.西醫基層部分，有 4 項因為執行率問題，建議減少經費。4.牙醫門診部分，有 3 項減少經費，也是因為執行率問題。另關於「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，建議停辦。至於「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」，建議併入項次 4「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」，因為性質相似，建議合併辦理。5.中醫門診部分，有 2 項建議減少經費。另「中醫急症處置」自 107 年試辦迄今，歷年預算執行率都偏低，建議停辦。至於「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，成效良好建議納入一般服務，未來若要擴增適應症，應先評估原有項目的執行成效，有成效再考量新增適應症。6.其他預算部分，「基層總額轉診型態調整費用」及「提升保險服務成效」這 2 項建議經費減少，「提升保險服務成效」建議健保署未來爭取公務預算支應，另「提升用藥品質之藥事照護計畫」則建議提出績效指標及執行成效。

請委員翻回補充資料第 86 頁，剛剛報告的是內部會議評核委員的共識意見，另尚有評核委員個別書面意見，及評核會的口頭審查意見，本會後續將再整理後併入評核紀錄，並會在 8 月份委員會議將評核紀錄送給委員參考，納為未來規劃健保制度及總額預算執行參據，這些建議也請於明年評核報告時能提出辦理情形說明，以上。

註 1：VPN(健保資訊網服務系統)。

註 2：HbA1c(糖化血色素)。

註 3：DRGs(Diagnosis Related Groups，住院診斷關聯群)。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，現在請委員發言，請李永振委員。

**李委員永振：**我這邊 1 點意見，因為健保財務目前的窘境，所以近 2 年我們在進行費率審議的時候，都會談及修法提高 6%法定上限的問題，還有要限縮、檢視保險給付範圍，這 2 個議題都一直談到。上週聽韓幸紋委員提及，這個 6%上限可能在 115 年就會達到了，比我們原來在期待在 117、116 年更為提早，而這次在評核會議也聽到，在補充資料 87 頁的共識建議，吳肖琪評核委員提到 2020 年開始人口減少，那麼到 2044 年，就是 21 年以後，總人口數將減少 200 萬



人，每5年少50萬人，所以一共為200萬人，而老年人會增加345萬人，15~64歲會減少450萬人，這一塊應該是負擔保費的主力支柱，所以過去我們曾經提到的問題馬上將會面臨。

老年人口增加，按照常態是保險給付支出會增加，就是分子增加，但是，主要支撐保費的中間年齡層人口會減少，一來一往，剛才提到的2個議題就值得重新審視。你要提高費率至6%、8%甚至到10%夠嗎？保險給付範圍又要滿漢全席，可以嗎？所以是否在今年費率審議時，懇請健保署能否針對這問題稍微估算一下，若面臨將來的情境是怎樣，分子增加、分母減少，將來會面臨什麼問題？我不曉得這是杞人憂天還是未雨綢繆，但總是要去面對，請健保署及社保司合作一下，說不定還要國發會協助，早一點面對這問題，讓大家有個心理準備，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，現在請張清田委員。

**張委員清田：**主席、各位先進，健保總額我大概從2,000多億元時期就開始觀察，到現在已達8,000多億元，很嚇人，而且現在每年持續5%左右成長，實在令人擔憂。目前給付是論量計酬，我想大家都有看醫生的經驗，有時候明明看1次就會好，他就要你分3次就醫，2顆牙齒需要處理，就要你1次只能補1顆牙，不知道要看幾次才會好，這些事情存在很久。現在若繼續維持論量計酬制，這是很嚴重的問題，醫師跟會計師一樣，會員很多，其中素質可能也參差不齊，所以實施評鑑制度是有需要的，有的不良醫師只是想要申請健保費用，我相信一定會有，每個行業都有這種人，就會造成大家有樣學樣，沒有樣就自己想，那個金額是很驚人的。

我不知道現在健保署有沒有對醫師實施評鑑，像我們會計師的主管機關，金管會、財政部及經濟部對我們實施非常嚴苛的評鑑制度，你真的不行就被淘汰或停業等，很驚人，例如最近某事務所簽證有問題，就要賠償20幾億元嚇死人，整個事務所要賺多久才有那個利潤。在健保方面應該也是一樣，我相信如果繼續這樣的情況，要健保制度一直給錢，我不知道以後怎麼辦，像剛剛李永振委員分析資

料，評核委員也是提了很多意見，我們也是心有同感，那你看怎麼辦？以後誰來繳健保費，你說國家去補，怎麼補？都補將近 3,000 億元了，這成長很快，差不多 10 年、20 年可能到達 1 兆、2 兆，很驚人，我們很擔憂，希望真的從管理上大家一起弄，實際上可能也需要公會介入，在場也有很多理事長在座，是否可以實施強制評鑑，發生問題時，公會就馬上派人評鑑，有問題就馬上移送懲戒，讓主管機關馬上適度處理，不然令人很擔憂，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**好，謝謝，請問還有沒有其他委員有意見？請劉守仁委員。

**劉委員守仁：**主席，各位委員好，我想針對剛剛本案提到評核委員的建議，還有本會委員也有提到的意見，健保資源有限，這塊真的要審慎考量、檢討資源配置並擷節開支，同時也要建議多編列一些公務預算，很多東西不應該用健保費去支應。感覺上我參加這 3 年健保會的會議，這裡好像是競技場一樣，大家爭取預算，以資源配置來講，應該好好檢討什麼該用公務預算來做，包含等一下要討論的臨時提案也是。另外，政府有一些資源，工具蠻多的，這幾年稅收真的超收太多了，其實健保這塊真的可以好好思考，普發現金每人多發 6,000 元並沒有什麼幫助，但若用在健保資源方面，全民都有用得到，應該好好建議往這個方向，這已經是跨部會的問題了，不過也要有人把這個建議提送出去。

**盧主任委員瑞芬：**現在請陳節如委員。

**陳委員節如：**很感佩會計師及精算師在此把這個問題真的是明確的點出來，我們國家人口老化跟年輕人不生的問題，其實從數據應該趕快算出，幾年以後的健保費收入會減少多少，而老人用的醫療給付又非常非常的多，在 2044 年老年人口會增加 345 萬人的情況下，這個部分是不是國家要負擔？那要怎麼負擔？國家現在撥付到健保方面的經費已達到近 3,000 億元，希望社保司這邊是不是麻煩要好好計算一下，如果沒有很精準的計算，未來健保負擔真的日益沈重。還有我們即將要在 9 月討論明年總額之前，我希望把剛剛提到的這

些計畫，其金額各是多少，是不是還需要怎麼樣的補救，或者是要不要繼續再做，這些我想現在都是文字，但我要看的是數據，有數據才能夠做出決定，健保會就是對 8,000 多億元進行分配，但只用文字我們實在是難做事，我們又不是精算師或會計師，尤其是我們是今年才剛開始進入健保會擔任委員，希望用比較清楚、明顯的數據比較，呈現給我們參考，否則的話我們真的沒有辦法做決策，每次都是少數人做決定，我覺得非常不妥。希望提供計畫的數據，還有各總額部門包含醫院、西醫基層、中醫、牙醫，也希望你們自己提出數據，要做比較，否則我們真的沒辦法做出對總額的建議，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，如果委員沒有其他意見，本案就做成以下決定：一、確認依各總額部門 111 年度評核結果核算 113 年度「品質保證保留款」專款之獎勵額度如下：醫院獎勵成長率是 0.1%，113 年度品質保證保留款專款額度是 5 億 150 萬元；西醫基層獎勵成長率是 0.1%，專款額度是 1 億 2,620 萬元，牙醫門診獎勵成長率是 0.1%，品質保證保留款專款額度是 4,780 萬元，中醫門診是優等，獎勵成長率是 0.2%，專款額度是 5,740 萬元。

二、評核委員所提精進作為之建議，送請健保署及各總額部門承辦團體，納為未來規劃健保制度及總額預算執行參據，並請於明年評核報告提出辦理情形說明。

三、至於專款項目續辦與否及經費增減之建議，作為本會協商 113 年度總額的參據。

在此代表健保會謝謝所有評核委員非常辛苦的工作，雖然會議只有 2 天，但是前面日以繼夜的閱讀及寫出這麼精進的評核建議，其實是非常非常的辛苦，所以非常謝謝評核委員，接下來進行報告事項第三案。

柒、報告事項第三案「中央健康保險署『112年6月份全民健康保險業務執行報告』(書面報告)」與會人員發言實錄

**同仁宣讀**

**盧主任委員瑞芬：**這次因為是提出書面報告，各位如果有意見的話，可以現在利用一點時間表達，或者就以書面的方式，請健保署回復，接下來如果各位沒有要口頭表達意見，就進入今天的臨時提案，看各位有沒有要表達口頭意見？沒有就把時間留給臨時提案，委員在6月份健保業務執行報告有任何的意見就麻煩提書面，現在進行臨時提案。請吳榮達委員。

**吳委員榮達：**我提2點意見，第一個是112年6月份全民健康保險業務執行報告(下稱業務執行報告)第17頁，也是剛才幾位委員提到財務上的問題，今年為止收支部分如果沒有行政院撥240億元的話，其實收支是負數，看起來是227億元，但撥了240億元，事實上負數是10幾億元，這個是一個很大的警訊。

第二個是在業務執行報告第27頁表18-2跟表18-3，慢性病的占率在醫院部門也沒有看到太大的變化，表示分級醫療推動這麼多年、花這麼多錢，好像還是沒有什麼太大的進展，可能在7月1日以後，有關於部分負擔提高，我們再觀察看看，大概是這樣幾點意見表達，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**滕西華委員。

**滕委員西華：**最近媒體也有報導，原本停復保規定是如果出國4年，2年沒回來就必須強制退保，但因為疫情關係我們做了一些便民措施，導致最近返國加保的人變很多，這是好事啦，我沒有講說這不對，但可不可以請健保署在下次會議，分析一下因為這項措施，海外的國民返國復保情況以及到目前為止發生的醫療費用，我覺得社會上有一些人不太瞭解，就是惡法亦法，雖然停復保有點問題，但這是依法國民應享有的權利，是要保障沒有錯，但回來繳保費看病也是天經地義，我想說讓委員都瞭解這些在合法的措施底下返國國民的情況，讓大家可以做一些瞭解，免得委員看了媒體的報導，其

實也不太知道這中間的虛假、摻料，是不是石崇良署長可以答應下個月或什麼時候跟委員提供一些現行的分析，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，石崇良署長這部分要不要回應？

**石署長崇良：**這我們已經有資料，原則上目前看起來是保費收入較醫療費用略多一點點，但不會太多，過去都差不多剛好，就是停復保之後，又就醫的醫療費用大致上跟他所繳的保費差不多 balance，現在看起來也差不多是這樣，多一點點。

**盧主任委員瑞芬：**沒有其他意見，我們這部分就到此，我們進行臨時提案。

**李委員永振會後書面意見：**一、有關 113 年適用之平均眷口數數值之請教，雖會中有說明，但似答非所問，再提書面，記得健保署長官曾於委員會上表示，有關上一年度相關之營運數據於次年度 5 月份可確定，112 年度適用之數據也確實在 7 月 27 日就公告了，相關的建議也研究快一年了，會議資料的說明為何還跟去年的答覆類似，都沒有進展！是否可明確告知「何時會有答案」？

二、有關 111 年度的結餘數，由年初 103.43 億元，到 5 月份的院編決算數的 108.08 億元，長大了 4.65 億元。才剛說明長大的原因，6 月份審計部審定之決算數變為 112.73 億元，又長大了 4.65 億元！本月份的備註有說明原因，有進步！但不解的是，差異的理由不是很艱深，而且健保署擁有揚名國內外的大數據處理科技，為何無法一次到位？今年的自決數與審定數差異 9.3 億元，較 110 年之 20.66 億元(-175.81 億元→-160.51 億元→-155.15 億元)，差異有縮小，但趨勢近似，都是主計總處及審計部多找到財源，不知其中原因是否可掌握、改進？另對於此類如此大的變化是否應主動清晰剖析，使所提供之表報數據成為有用的資訊？！

捌、臨時提案「反對 112.6.27 預告修正之菸品健康福利捐分配及運作辦法第 4 條條文，並請恢復『菸捐分配 70%供健保安全準備』之用」與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

**李委員永振：**有關修正菸品健康福利捐分配及運作辦法之提案，首先感謝 13 位委員的認同跟支持，更要感謝健保會同仁遵循本會 104 年第 7 次委員會議決議，將法規預告修正訊息轉知委員知悉，但對主管機關健康署並未先諮詢本會意見感到遺憾。基於秉持歷屆健保會委員對於菸捐議題的關心跟重視，每次在修正的時候都會提會討論，表示本會的看法。在健保財務尚充足的時候，也有表達對修法的看法，況且目前健保財務已經面臨嚴峻困境，更應積極提案反映爭取。

提案的考量除說明中所陳述，再補充以下 2 點，第 1 點，多項應該由公務預算支應的預算到現在都還沒有到位，嚴重侵蝕健保財務，譬如 106 年開始的 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫動支條件之一是在公務預算到位的時候才開始，但是到了 112 年度已編列了 397.1 億元，卻沒有看到一毛錢的公務預算，意思就是說，公務預算動得太少了，該給的太多，都沒有看到。另外像去年開始推動的政策項目代謝症候群防治計畫，及今年全民健康保險癌症治療品質改善計畫分別投入 9.2 億元及 5.2 億元，還繼續投入支援政策。

第 2 點，104 年 5 月行政院協商結論建議調降菸捐的理由，是因為當時安全準備高達 5 個月保險給付月數，財務狀況良好，所以由 70%降為 50%，在 10 周年成果及未來展望研討暨共識營我曾經說過，從 104 年 9 月開始到 111 年菸捐少挹注 463 億元。當時的結論還有提到，應該要定期進行滾動式檢討，但近 2 年費率檢討時，都是在力保 1 個月保險給付月數的安全準備法定下限，安全準備多的時候菸捐調降，現在安全準備已經不夠了，是不是應該用同一個基準，要調回原本的 70%，這樣依法處理的方式比較合乎原來的原則，以上補充，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，現在請委員發表意見，滕西華委員。

**滕委員西華**：謝謝提案委員的謙讓讓我先發言，菸捐從 90%的時代，我就在做社會政策跟立法了，我還是那句話，就是狗吠火車，火車還是往前跑，狗還是一直吠，從 104 年到現在，你看提案內容，你說狗有沒有進步，狗也是有進步，狗慢慢學著要妥協，就是從 90%、70%到 50%，當然確實沒有什麼用，是因為行政權是絕對權，很大，現在又是一黨獨大的狀況，完全執政很難改變。

但是即使如此，當時菸捐修到 50%的時候，施行細則或操作裡面都沒有講這 50%，到底安全準備應要分配多少百分比，多少百分比要給經濟困難的保費補助，這 2 年結果就是什麼？即使 50%，給安全準備的比率仍在下降，可能 49%變成 48%，如果今天不能回到 70%，我相信薛瑞元部長沒有自己再修改自己的主張回到 70%，他很有可能就還是 50%，但是我也反對 50%要新增這 3 個原本公務預算就要有的項目，如果擋不住，我覺得我們委員應該要去訴求在法規的比率裡面，即使新增這 3 項，包含原有的經濟困難補助，都不應該在 50%裡面超過 2%或 1%。

也就是說我鎖住了一部分的錢，仍然逼著公務預算要撥補一部分進來，如果沒有這樣的話，這 3 項就會全面的在公務預算裡面被替代，也就是公務預算再也不會編這筆錢，如同提升保險服務成效從 2 億元一直到 6 億元，我們反對都沒有用是一樣的道理，此門一開，關不了門，門只會越開越大，一直到開天窗為止，這就是政治現實，所以我在這邊提出，希望可以在決議裡面或各位委員共同支持，如果 50%無法改變，將來修訂菸品健康福利捐分配及運作辦法應該要限定安全準備金額最低必須 49%或 48%，其他 1%到 2%才可以用在安全準備以外的項目。

否則吸菸不是會導致肺癌嗎？肺癌跟我們拿錢，更不要講四癌篩檢、新陳代謝，越來越多，健康署用的理由是什麼？他們錢不夠。他們錢不夠，我們錢就很夠嗎？更不用講疾管署，疾管署也是躍躍欲試，愛滋病人追蹤管理的費用，原本 CDC<sup>(註)</sup>以個案為中心編的錢是 CDC<sup>(註)</sup>歷年預算，結果愛滋病人除了藥費要用健保以外，連愛滋病人的個案管理追蹤計畫也要從健保支付，這是什麼道理？已經是

變相降低了安全準備 50%的分配比率，我覺得這點至少要守住，謝謝各位進步的狗，我們學會妥協。

註：CDC(Centers for Disease Control，疾病管制署)。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，現在請蔡麗娟委員。

**蔡委員麗娟：**謝謝主席，衛福部在提這個案子的時候，讓我不禁想到，因為菸捐已經每年越來越少，抽菸的人越來越少，但現在菸捐還要再撥一部分增加用在 HTA 或醫療服務審查以及全民健保想要推動的政策，所以我不禁想說是不是因為現在有電子菸、加熱菸，這 2 項新興菸品也會增加菸捐嗎？提這個案子的背景緣起裡面，是不是有這個可能增加菸捐的存在？所以才會想說因為多了一筆可能進來的收入，所以我們會把它用於其他這幾個選項裡面，要不然的話，現在連 50%的菸捐其實真正用於健保才 47 點多%而已，有些用於補助經濟弱勢。

基本上在健保財務已經入不敷出的狀況之下，還要撥錢到比較屬於行政的費用，醫療科技評估是因為這次我們到英國訪查後，有簽了一些備忘錄或合作共同培訓，所以這部分要增加錢，或是說前陣子健保署說新藥新科技審查要進行平行審查，在藥商要申請藥證的時候，同時可以申請健保，是這些行政的人力、費用要增加，變成把腦筋動到菸捐，如果這樣的話，因為菸捐有可能增加，我們是不是也可以瞭解增加的菸捐會有多少？

還有剛剛早上陳節如委員也有提到，如果是用在醫療科技評估，可能是需要多少，這也要分配，還有全民健康保險政策推動這太攏統了，政策的推動到底是哪些？優先順序？會用到多少錢？這 3 個在沒有很清楚的狀況之下，要健保會委員來同意，其實在資料不齊全狀況之下，很難做出一個很正確的選擇或決定，但是我剛剛還是希望瞭解是不是在新興菸品的部分菸捐是有可能增加的，預期可以增加多少？否則衛福部在瞭解我們財務這麼困難的狀況之下，為什麼還會提出把 50%做這樣的分配，這是不太容易理解的地方，以上。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，接下來請楊芸蘋委員。



**楊委員芸蘋：**各位委員大家好，其實菸捐從 104 年就公告到現在，也一直執行到現在，如剛剛蔡委員講的，其實菸捐收入也沒增加，而且還在遞減，像現在抽菸人口已經越來越少，大家為了健康著想都變少，又要 20% 給其它政策使用，我覺得真的是雪上加霜，安全準備已經沒有到 1 個月保險給付月數，只到 0 點多個月，這樣的燃眉之急之下，是不是還是先恢復 70% 菸捐，至少要恢復 70%，在沒其它收入或公務預算協助、注入之下，我覺得還是要趕快先恢復菸捐的挹注比率，不應該再降於現在的 50%，我覺得這點大家應該都有共識，而且剛剛報告事項第二案劉委員也有提到，很多項目都應該由公務預算處理，既然公務預算目前還沒有下落，我覺得恢復菸捐 70% 是合理的，以上。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，陳杰委員。

**陳委員杰：**謝謝，我要發言以前，首先要跟林恩豪委員表示抗議，因為我當初說我希望可以當提案人，結果變成連署人，害我比較晚發言，利用這機會提出嚴重抗議。

我針對這案子做一個說明，有關目前健康署要修正菸品健康福利捐分配及運作辦法修正草案，裡面有增列醫療科技評估、醫療服務審查、全民健康保險政策推動等等相關的經費，要納入菸捐去支付，這點我嚴正的表示嚴重抗議，為什麼？依照我本人所瞭解，我開門見山地講，這些預算政府機關應該要列入公務預算，我講一句比較不客氣，我過去也曾經在立法機關服務過，為什麼沒有列入公務預算？這表示衛福部沒有支持健保署去編列相關的醫療科技評估、醫療服務審查、全民健康保險政策推動的相關業務，所以它跟衛福部討不到錢，結果它就從這邊想辦法，所以才想修菸品健康福利捐分配及運作辦法。

所以我藉這個機會建議，這案子我們堅決表示反對，但所有健保會委員要支持健保署，更要支持石崇良署長，假如說有相關預算，我們能配合他們看是不是能夠去跟衛福部及行政院爭取相關的預算，能夠納入公務預算，也能夠解決健保署燃眉之急，能夠去辦所

謂的醫療科技評估、醫療服務審查、全民健康保險政策推動，因為這些業務也非常重要，所以希望能夠導入正軌納入公務預算，所以說藉由這樣的機會提出具體建議，我們支持健保署，但有關這些預算我們要配合健保署去跟衛福部或行政院爭取相關預算，以上利用這個機會做一個建議，這案子我還是堅決反對修法，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，其他委員還有沒有意見？如果沒有，針對這案子做以下決議，委員所提的意見會併同發言實錄，剛剛講的每一字、每一句都會送請衛福部修法參考，以上。有沒有臨時動議？如果沒有，今天會議到此結束，謝謝。