

衛生福利部全民健康保險會
第6屆112年第11次委員會議事錄

中華民國112年12月20日

衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第11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12月20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：盛培珠、林偉翔

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、江委員錫仁、吳委員榮達、
吳委員鏘亮、李委員永振、李委員飛鵬、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、花委員錦忠、
侯委員俊良(中華民國全國教師會社會發展部主任英倩代理)、張委員清田、陳委員
石池、陳委員杰、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、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(全國產職業總工會林秘書兩樵代理)、謝委員佳宜、韓委員幸紋

請假委員：董委員正宗、鄭委員素華

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53頁)

貳、議程確認：(詳附錄第53~54頁)

決定：確認。

參、確認上次(第10次)委員會議紀錄：(詳附錄第54~58頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第59~73頁)

決定：

一、上次(第10次)及歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦

理情形：

(一)上次委員會議擬繼續追蹤共4項，同意繼續追蹤。

(二)歷次委員會議達解除追蹤條件，擬解除追蹤共5項，同意解除追蹤；其餘17項繼續追蹤。

二、本會113年度會議預定時間表如附件一，請委員預留時間與會。其中訂於3月28~29日辦理東區業務訪視活動，時間為2天1夜，請中央健康保險署提供相關行政協助。

三、依年度工作計畫原訂中央健康保險署提報之「新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告」，為利有效監測結果之研析，改於113年第2次委員會議(113.3.13)再進行報告。

四、有關「112年度各部門總額協定事項」4項尚未完成之工作項目，同意依處理建議(如附件二)辦理。

五、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第74~111頁)

第一案

報告單位：本會第三組

案由：「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核定結果及後續相關事項，提請鑒察。

決定：

一、請中央健康保險署會同各部門總額相關團體，確實依113年度總額核(決)定事項及時程(附件三)，完成法定程序及提報本會等事宜，並儘速辦理須提113年第1次委員會議(113.1.24)確認、同意或報告之事項(附件四)，以利年度總額順利推動。

二、委員所提意見，請中央健康保險署參考，餘洽悉。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：112年第3季全民健康保險業務執行季報告(併「112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(含書面意見)，請中央健康保險署回復說明。

陸、討論事項(詳附錄第112~120頁)

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：113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所提意見及本會研析說明，研修113年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)後，再提下次委員會議討論。

第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：新增「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第2條第1項第3款之附表二指標項目案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

柒、報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：111年全民健康保險自付差額特殊材料執行概況，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：112年度牙醫門診總額依協定事項須提本會報告「預算扣減及節流效益之規劃」之未完成項目，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午12時50分。

全民健康保險會 113 年度會議預定時間表

會議次別	會議時間	會議地點
第 1 次	1 月 24 日 (星期三上午 9 時 30 分)	衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 2 次	3 月 13 日 (星期三上午 9 時 30 分)	
業務訪視活動	3 月 28、29 日 (星期四、五，全天)	健保署東區業務組
第 3 次	4 月 24 日 (星期三上午 9 時 30 分)	衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 4 次	5 月 22 日 (星期三上午 9 時 30 分)	
第 5 次	6 月 26 日 (星期三上午 9 時 30 分)	
各總額部門 112 年度執行成果發 表暨評核會議	7 月 15 日 (星期一上午 9 時)全天 7 月 16 日 (星期二上午 9 時)半天	衛生福利部 1 樓 大禮堂
第 6 次	7 月 24 日 (星期三上午 9 時 30 分)	衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 7 次	(星期三上午 9 時 30 分)	
114 年度總額協 商草案會前會	8 月 21 日 (星期三下午 1 時)	
114 年度總額協 商之保險付費者 代表、專家學者 與公正人士及政 府機關代表委員 座談會	8 月 28 日 (星期三上午 9 時 30 分)	
114 年度總額協 商會議	9 月 25 日 (星期三上午 9 時)全天 若有協商未盡事宜,則於 9 月 26 日(星 期四)上午 9 時 30 分處理	
第 8 次(註 1)	9 月 27 日 (星期五上午 9 時 30 分)	

會議次別	會議時間		會議地點
第 9 次	10 月 23 日	(星期三上午 9 時 30 分)	衛生福利部 3 樓 301 會議室
費率審議前 專家諮詢會議		(星期三下午 1 時 30 分)	
第 10 次	11 月 20 日	(星期三上午 9 時 30 分)	
第 11 次	12 月 25 日	(星期三上午 9 時 30 分)	

備註：

1. 考量第 8 次委員會議與總額協商會議時間相近，且係為確認各部門總額及其他預算協商結論，為避免遠程委員旅途奔波，委員可視需要，選擇視訊方式參與。
2. 各次委員會議時間或地點如有更動，另行通知。
3. 如需召開臨時委員會議，其時間與地點另行通知。

112 年度總額協定事項未依時程完成之工作項目及處理建議

項次	部門	未完成項目	處理建議
1	牙醫門診	<p>「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目(項次 1)</p> <p>※依 110 年協定事項暨 111 年第 12 次委員會議決定：提報「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」之具體實施方案，並提報本會同意後執行</p>	<p>該專款項目始於 110 年度總額協定事項擬新增「社區醫療網」，惟至 112 年度均未執行，並於 113 年度總額協定刪除該執行內容，建議解除追蹤。</p>
2	醫院	<p>「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」專款項目(項次 10)</p> <p>※決定事項：積極推動 DRGs 雙軌制度，加速導入第 3 至 5 階段 DRGs 項目</p>	<p>1.因 112 年度即將結束，基金預算無法保留，建議解除追蹤。</p> <p>2.另本項已列入 113 年度總額專款項目持續辦理，請健保署積極推動 DRGs 雙軌方案，早日完成全面導入 DRGs 支付制度。</p>
3		<p>全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫(項次 11)</p> <p>※決定事項：檢討計畫之評估指標(含結果面指標)，呈現計畫之具體效益</p>	<p>本項為延續性計畫，113 年度總額決定事項已納入精進計畫內容檢討，請健保署將左列決定事項(檢討評估指標)，納入 113 年計畫內容，建議解除追蹤。</p>
4	其他預算	<p>推動促進醫療體系整合計畫(2)急性後期整合照護計畫(項次 18)</p> <p>※協定事項：「急性後期整合照護計畫」支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性</p>	<p>本項為延續性計畫，113 年度總額決定事項已納入檢討計畫執行內容及於 113 年 7 月提出成效評估檢討報告(含支付標準調整)，請健保署儘速依決定事項辦理，建議解除追蹤。</p>

113 年度各部門總額協定事項及相關計畫追蹤時程表

一、牙醫門診總額

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1		醫療資源不足地區改善方案 請重新檢討執業計畫之執行目標，並研議更積極鼓勵牙醫師執業之策略	113 年 1 月前		113 年 7 月前
2	專款項目	牙醫特殊醫療服務計畫 (1)請妥為研訂 113 年度具體實施計畫(含醫療團服務對象、醫療費用加成方式)，於 112 年 12 月前提報本會同意後，依程序辦理	113 年 1 月前	113 年 1 月委員會議討論案	113 年 7 月前
		(2)持續監測本計畫醫療團適用對象(含不同障礙別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性			113 年 7 月前
3		12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 (1)加強計畫推動並持續監測執行結果(如：參加本計畫追	113 年 1 月前		113 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
3 續		<p>蹤1年後平均拔牙顆數、齶齒情形等結果面指標)，以評估照護成效</p> <p>(2)依113年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請議定後，於113年7月提本會報告</p>			
4	專款項目	<p>超音波根管沖洗計畫</p> <p>(1)加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效</p> <p>(2)本計畫以3年為檢討期限(112~114年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果</p> <p>(3)請於協商114年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源</p>	113年1月前	113年7月委員會議報告案	<p>114年3月委員會議提報執行結果</p> <p>113年7月前</p> <p>1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效</p> <p>2.其中3年期限檢討：於114年7月委員會議提報檢討結果</p> <p>檢討實施成效，提出節流效益：併113年7月追蹤提報</p>

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
5	專款項目	<p>高風險疾病口腔照護計畫</p> <p>(1)請妥為研訂具體實施計畫(含醫療服務內容、各項服務適用對象、支付方式及成效監測)，於112年12月前提報本會同意後，依程序辦理</p> <p>(2)執行目標及預期效益之評估指標：涉及具體實施計畫之醫療服務內容，請併同上開報告提本會確認</p> <p>(3)本計畫以3年為檢討期限(112~114年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果</p> <p>(4)於協商114年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源</p>	113年1月前	113年1月委員會議討論案	113年7月前
					<p>1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效</p> <p>2.其中3年期限檢討：於114年7月委員會議提報檢討結果</p>
					檢討實施成效並提出節流效益：併113年7月追蹤提報

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
6	專款項目	<p>特定疾病病人牙科就醫安全計畫 (113年新增項目)</p> <p>(1)請妥為研訂完整之具體實施計畫(含適用對象之特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及成效監測)，於112年12月前提本會報告</p> <p>(2)另依112年10月委員會議決議事項，「預期效益之評估指標」之具體評估方式(含：指標定義、比較年度與基礎、計算方式等)，請妥為研訂，併具體實施計畫於112年12月前提報</p> <p>(3)本計畫以3年為檢討期限(113~115年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第3年(115年7月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算</p>	113年1月前	113年1月委員會議報告案	113年7月前
					<p>1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效</p> <p>2.其中3年期限檢討：於115年7月委員會議提報檢討結果</p>

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
7	專款項目	癌症治療品質改善計畫 (113年新增項目) (1)精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質	113年1月前		113年7月前
(2)請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算				提出節流效益：併113年7月追蹤提報	
(3)本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年(115年7月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果				1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中4年期限檢討：於115年7月委員會議提報檢討結果	
8		促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼) (113年新增項目) (1)於112年11月前將具體實施規劃		已於112年11月委員會議提報	113年7月前

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
8 續	專款項目	(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報本會			
		(2)本項以3年為檢討期限(112~114年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中3年期限檢討：於114年7月委員會議提報檢討結果
9		品質保證保留款實施方案	113年1月前		各部門總額112年度執行成果發表暨評核會議(113年7月)
10	其他	一般服務之點值保障項目 112年12月前提本會同意後執行		113年1月委員會議討論案	
11		特定用途移撥款執行方式	113年6月前送本會備查		

註：1.本表協定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。另專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「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」提報。

2.113年執行情形於本會113年7月份委員會議提報，延續性項目於113年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含112年執行情形)。

二、中醫門診總額

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	一般服務	中醫利用新增人口 (113年新增項目) (1)辦理本項目			113年7月前
		(2)依113年中醫實際就醫人數成長情形，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減，扣減方式如下： 以「113年實際就醫人數」扣除「112年實際就醫人數」，乘以「113年就醫者平均每人就醫費用」計算，若低於113年協定增加之預算588百萬元，則扣減未達之差額 (3)請依上開議定之預算扣減方式，提出其執行細節後，於113年7月提本會報告		113年7月委員會會議報告案	114年3月委員會會議提報執行結果
2		醫療資源不足地區改善方案	113年1月前		113年7月前
3	專款項目	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 (1.腦血管疾病；2.顱腦損傷；3.脊髓損傷；4.呼吸困難相關疾病；5.術後疼痛)	113年1月前		113年7月前

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
3 續		(1)辦理本計畫			
		(2)針對執行 10 年以上之子計畫，請評估、規劃納入一般服務之期程			113 年 7 月前
		(3)另依 112 年度協定事項「術後疼痛」項目，以 3 年為檢討期限，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1. 逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2. 其中 3 年期限檢討：於 114 年 7 月委員會議提報檢討結果
4	專款項目	中醫提升孕產照護品質計畫	113 年 1 月前		113 年 7 月前
		(1)辦理本計畫 (2)請持續評估計畫成效，若無法評估計畫效益，建議規劃退場機制			113 年 7 月前
5		兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 (1)持續檢討計畫執行情形(含完整療程照護人數及比率)及結果面之成效，於 113 年 7 月前提本會報告 (2)再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場	113 年 1 月前	113 年 7 月委員會議報告案	113 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
6	專款 項目	中醫癌症患者加強照護整合方案	113年1月前		113年7月前
7		中醫急症處置 (1)辦理本計畫	113年1月前		113年7月前
		(2)請訂定結果面成效指標，檢討執行成效及計畫執行情形，若未有明顯成效或執行率偏低，則請考量是否持續辦理			113年7月前
8		中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 請持續評估計畫成效，並檢討及監測服務利用之合理性	113年1月前		113年7月前
9		照護機構中醫醫療照護方案 (1)辦理本方案	113年1月前		113年7月前
		(2)請監測參與本計畫照護機構之中醫利用情形(照護機構住民人數、就醫人數與占率及機構外就醫等)，並檢討醫療利用之合理性及評估計畫成效			113年7月前
		(3)依113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，其預算扣減方式規		113年7月委員會會議報告案	114年3月委員會會議提報執行結果

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
9 續	專款項目	劃，請議定後，於 113 年 7 月提本會報告			
10		品質保證保留款實施方案	113 年 1 月前		各部門總額 112 年度執行成果發表暨評核會議(113 年 7 月)
11	其他	一般服務之點值保障項目 112 年 12 月前提本會同意後執行		113 年 1 月委員會議討論案	
12		風險調整移撥款執行方式	113 年 6 月前送本會備查		

註：1.本表協定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。另專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「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」提報。

2.113 年執行情形於本會 113 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 113 年 7 月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含 112 年執行情形)。

三、醫院總額

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	一般服務	<p>新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)</p> <p>(1)於 113 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控</p>		提出規劃之新增項目與作業時程：併 113 年 1 月追蹤提報	提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容：併 113 年 7 月追蹤提報
		<p>(2)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估</p>			113 年 7 月前
2		<p>藥品及特材給付規定改變</p> <p>(1)於 113 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃</p>		提出規劃之調整項目與作業時程：併 113 年 1 月追蹤提報	提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容：併 113 年 7 月追蹤提報

項次	類別	<p style="text-align: center;">工作項目 及時程</p> <p>決定事項摘要^{註1}</p>	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
2 續	一般服務	與預估內容，俾落實管控			
		(2)於 113 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)			113 年 7 月前
		(3)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		113 年 7 月委員會會議提報規劃(併入報告案)	114 年 3 月委員會會議提報執行結果
3	一般服務	<p>提升醫院兒童急重症照護量能 (113 年新增項目)</p> <p>於 113 年總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至本會最近 1 次委員會會議確認</p>		113 年 1 月委員會會議討論案	113 年 7 月前
4	專款項目	<p>暫時性支付(新藥、新特材)</p> <p>於 113 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會會議提出具體實施規劃(包含執行及費用支付方式、預算估算、擬暫時收載年限、療效評估與退場機制等)及作業時程，俾落實管控</p>		113 年 1 月委員會會議報告案	113 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
5	專款項目	C型肝炎藥費 (1)辦理本項目			113年7月前
		(2)於協商114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，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一			檢討實施成效，提出節流效益：併113年7月追蹤提報
6		罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 請檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析			113年7月前
7		後天免疫缺乏症候群 抗病毒治療藥費 請檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析			113年7月前
8	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 (1)本項專款項目已穩定執行多年，請規劃回歸一般服務，			113年7月前	

項次	類別	<p style="text-align: center;">工作項目 及時程</p> <p>決定事項摘要^{註1}</p>	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
8 續		<p>並持續監測服務量變化情形</p> <p>(2)提報之執行情形，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等</p>			113年7月前
9	專款項目	<p>醫療給付改善方案</p> <p>(1)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、提升醫院用藥安全與品質(含抗凝血藥品藥師門診方案)、生物相似性藥品等 10 方案</p> <p>(2)請通盤檢討各項方案照護成效不佳之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效</p> <p>(3)對於執行穩定且具成效的項目，宜回歸一般服務費用與相關醫療處置銜接</p>	113年1月前		113年7月前

項次	類別	<div style="text-align: right;">工作項目 及時程</div> <div style="text-align: left;">決定事項摘要^{註1}</div>	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
10		急診品質提升方案 (1)精進方案執行內容，檢討獎勵方式，對實質提升急診處置效率及急診重大疾病照護品質者予以獎勵，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效 (2)提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率及急診重大疾病照護品質相關監測指標	113年1月前		113年7月前
11	專款項目	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs) 請積極推動 DRGs 雙軌方案，以醫院為單位進行試辦，早日完成全面導入 DRGs 支付制度			113年7月前
12		醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 請持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與	113年1月前		113年7月前
13		全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 (1)請確實檢討當地民眾之醫療需求與特	113年1月前		113年7月前

項次	類別	<div style="text-align: right;">工作項目 及時程</div> <div style="text-align: left;">決定事項摘要^{註1}</div>	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
13 續	專款項目	<p>性，及其醫療利用情形，並精進計畫內容及提升醫療服務可近性</p> <p>(2)另依本會 112 年第 11 次委員會議決定事項，請將 112 年度總額決定事項「檢討計畫之評估指標(含結果面指標)，呈現計畫之具體效益」納入 113 年度精進計畫內容辦理</p>			
14		<p>鼓勵院所建立轉診合作機制</p> <p>(1)請檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效</p> <p>(2)本項併同其他預算「基層總額轉診型態調整費用」提出前 1 年成效評估檢討報告</p>			113 年 7 月前
15		<p>腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金</p>			113 年 7 月前

項次	類別	<div style="text-align: right;">工作項目 及時程</div> <div style="text-align: left;">決定事項摘要^{註1}</div>	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
16	專款項目	住院整合照護服務試辦計畫 (1)加強計畫之推動，發展提升整體照護成效之整合照護服務模式及評估整合服務成效，並持續建立多元品質監測指標，包括病人安全(如：院內感染、跌倒發生率)、照護聘任模式、照護人力狀況、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標 (2)提報之成效評估檢討報告，應含多元品質監測指標監測結果	113年1月前		113年7月前
17		精神科長效針劑藥費請積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用			113年7月前
18		鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫請精進計畫內容，檢討醫院評比獎勵方式及獎勵標準設定之合理性，以利檢討改善	113年1月前		113年7月前

項次	類別	<div style="text-align: right;">工作項目 及時程</div> <div style="text-align: left;">決定事項摘要^{註1}</div>	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
19		因應長新冠照護衍生費用 請持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用	113年1月前		113年7月前
20	專款項目	因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增 (1)辦理本項目			113年7月前
		(2)本項以3~5年為檢討期限，請滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請最遲於116年7月前提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中3年期限檢討：於114年7月委員會議提報檢討結果
21		促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼) (1)於112年11月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報本會		已於112年11月委員會議提報	113年7月前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
21 續		(2)本項以3年為檢討期限(112~114年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中3年期限檢討：於114年7月委員會議提報檢討結果
22	專款項目	<p>癌症治療品質改善計畫</p> <p>(1)精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質</p> <p>(2)請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算</p> <p>(3)本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年(115年7月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果</p>	113年1月前		113年7月前 提出節流效益：併113年7月追蹤提報 1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中4年期限檢討：於115年7月委員會議提報檢討結果

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
23	專款項目	慢性傳染病照護品質計畫 (1)精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質	113年1月前		113年7月前
(2)執行成效之節流效益應適度回饋總額預算				提出節流效益：併113年7月追蹤提報	
(3)本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年(115年7月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果				1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中4年期限檢討：於115年7月委員會議提報檢討結果	
24		持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能 (1)本項預算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	113年1月前		113年7月前

項次	類別	<p style="text-align: center;">工作項目 及時程</p> <p>決定事項摘要^{註1}</p>	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
24 續		(2)請持續滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形			定期提報執行情形：併健保署業務執行季報告提報執行情形
25		<p>健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能</p> <p>(1)本項預算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</p>	113年1月前		113年7月前
	專款項目	(2)請持續滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形			定期提報執行情形：併健保署業務執行季報告提報執行情形
26		<p>地區醫院全人全社區照護計畫 (113年新增項目)</p> <p>(1)於113年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近1次委員會議確認</p>	113年1月前	113年1月委員會議討論案	113年7月前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
26 續		(2)以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 5 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中 5 年期限檢討：於 117 年 7 月委員會議提報檢討結果
27	專款項目	區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113 年新增項目) (1)於 113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近 1 次委員會議確認	113 年 1 月前	113 年 1 月委員會議討論案	113 年 7 月前
		(2)以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 5 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中 5 年期限檢討：於 117 年 7 月委員會議提報檢討結果

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
28	專款項目	區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作 (113年新增項目) (1)於113年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近1次委員會議確認	113年1月前	113年1月委員會議討論案	113年7月前
(2)以5年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第5年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果				1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中5年期限檢討：於117年7月委員會議提報檢討結果	
29		抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫 (113年新增項目) 請於113年總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規	113年1月前	113年1月委員會議討論案	113年7月前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
29	專款項目	劃)，提報至本會最近1次委員會議確認			
30		品質保證保留款實施方案	113年1月前		各部門總額112年度執行成果發表暨評核會議(113年7月)
31	其他	一般服務之點值保障項目 112年12月前提本會同意後執行		113年1月委員會議討論案	
32		風險調整移撥款執行方式	113年6月前送本會備查		

註：1.本表決定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。另專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「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」提報。

2.113年執行情形於本會113年7月份委員會議提報，延續性項目於113年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含112年執行情形)。

四、西醫基層總額

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	一般服務	<p>新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)</p> <p>(1)於 113 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控</p>		提出規劃之新增項目與作業時程：併 113 年 1 月追蹤提報	提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容：併 113 年 7 月追蹤提報
		<p>(2)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估</p>			113 年 7 月前
2		<p>藥品及特材給付規定改變</p> <p>(1)於 113 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 114 年度總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之</p>		提出規劃之調整項目與作業時程：併 113 年 1 月追蹤提報	提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容：併 113 年 7 月追蹤提報

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
2 續		預算規劃與預估內容，俾落實管控 (2)於 113 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數) (3)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			113 年 7 月前
3	一般服務	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費 (1)本項預算用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質 (2)於 113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近 1 次委員會議確認 (3)建立稽核機制，以確實提升護理照護品質		113 年 7 月委員會議提報規劃(併入報告案)	113 年 7 月前
4		強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護(113 年新增項目) 請於 113 年總額公告		113 年 1 月委員會議討論案	113 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
4 續		後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近1次委員會議確認			
5	一般	因醫療品質提升，增加之醫療費用 (113年新增項目) 請於113年總額公告後，完成擬訂新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報至本會最近1次委員會議確認		113年1月委員會議討論案	113年7月前
6	服務	提升國人視力照護品質 (1)於113年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近1次委員會議確認		113年1月委員會議討論案	113年7月前
		(2)請檢討放寬白內障手術規範後，案件成長之合理性，及監測照護成效與民眾自費情形，並加強執行面管理與監督			113年7月前

項次	類別	<div style="text-align: center;">工作項目 及時程</div> 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
7		西醫醫療資源不足地區改善方案 (1)本項維持原支付方式 (2)請持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與	113年1月前		113年7月前
8	專款項目	家庭醫師整合性照護計畫 (1)建議依論質計酬模式，建立照護指引及訂定相應之品質指標，以提升照護成效	113年1月前		113年7月前
		(2)持續檢討計畫成效，提出朝全人照護方向整合之具體規劃、實施方案(含實施期程、目標、與相關計畫整合方式，以及導入一般服務之評估規劃)，並於113年7月前提報專案報告		113年5月委員會會議專案報告	
9		代謝症候群防治計畫 (1)積極建立成人健檢個案轉介及資源共享之派案機制，鼓勵醫師參與，加強計畫推動	113年1月前		113年7月前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
9 續	專款項目	(2)滾動式檢討計畫內容，以改變民眾生活習慣為推動方向，檢討擴增收案人數上限合理性，以及現行檢驗(查)使用情形及必要性，監測計畫成效，並與家庭醫師整合性照護計畫及糖尿病醫療給付改善方案之相關指標、費用及效益進行分析比較	113年1月前		113年7月前
		(3)於113年12月前提報執行情形及成效評估檢討之專案報告		113年6月委員會議專案報告	
10		C型肝炎藥費 (1)辦理本項目			113年7月前
	(2)於協商114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，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一			檢討實施成效，提出節流效益：併113年7月追蹤提報	

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
11	專款項目	醫療給付改善方案 (1)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、生物相似性藥品等 8 項方案	113 年 1 月前		113 年 7 月前
(2)請通盤檢討各項方案照護成效不佳之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效				113 年 7 月前	
(3)對於執行穩定且具成效的項目，宜回歸一般服務費用與相關醫療處置銜接				113 年 7 月前	
12		強化基層照護能力及「開放表別」項目 (1)提出規劃調整開放之項目與作業時程		提出規劃調整開放之項目與作業時程：併 113 年 1 月追蹤提報	
(2)建立評估機制，檢討各開放項目執行差異因素及其適當性，對於執行占率較高、有助病人留在基層就醫之開放品項，應規劃導入一般服務之時程			113 年 7 月前		

項次	類別	<div style="text-align: right;">工作項目 及時程</div> <div style="text-align: left;">決定事項摘要^{註1}</div>	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
13		鼓勵院所建立轉診合作機制 (1)請檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效 (2)本項併同其他預算「基層總額轉診型態調整費用」提出前1年成效評估檢討報告			113年7月前
14	專款項目	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 請精進計畫內容，研訂以服務成效為支付及獎勵指標，並鼓勵醫師積極參與及投入外部醫療資源	113年1月前		113年7月前
15		罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 請檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用			113年7月前
16		後天免疫缺乏症候群 抗病毒治療藥費 請檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用			113年7月前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
17	專款項目	因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用 請檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用			113年7月前
18		新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用			113年7月前
19		提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 請加強計畫推動，並持續監測醫療利用情形與照護成效	113年1月前		113年7月前
20		精神科長效針劑藥費 請積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用			113年7月前
21		因應長新冠照護衍生費用 請持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用			113年7月前
22		促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼) (1)於112年11月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報本會			已於112年11月委員會議提報

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
22 續		(2)本項以3年為檢討期限(112~114年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中3年期限檢討：於114年7月委員會議提報檢討結果
23	專款項目	癌症治療品質改善計畫 (1)精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質	113年1月前		113年7月前
		(2)請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算			提出節流效益：併113年7月追蹤提報
		(3)本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年(115年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中4年期限檢討：於115年7月委員會議提報檢討結果

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
24	專款項目	慢性傳染病照護品質計畫 (1)精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質	113年1月前		113年7月前
(2)於額度內妥為管理運用，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算				提出節流效益：併113年7月追蹤提報	
(3)本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年(115年7月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果				1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中4年期限檢討：於115年7月委員會議提報檢討結果	
25		品質保證保留款實施方案	113年1月前		各部門總額112年度執行成果發表暨評核會議(113年7月)
26	其他	一般服務之點值保障項目 112年12月前提本會同意後執行		113年1月委員會議討論案	

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
27	其他	風險調整移撥款執行方式	113年6月前送本會備查		

註：1.本表決定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。另專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「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」提報。

2.113年執行情形於本會113年7月份委員會議提報，延續性項目於113年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含112年執行情形)。

五、門診透析

項次	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務			113 年 7 月前
2	請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質			113 年 7 月前
3	持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護			113 年 7 月前
4	鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之具體實施方案請於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告	113 年 1 月前	113 年 7 月委員會議報告案	113 年 7 月前

六、其他預算

項次	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	<p>基層總額轉診型態調整費用</p> <p>(1)持續監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)，及評估分級醫療之執行效益</p> <p>(2)通盤檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，分析是否達到預期效果，提出轉型之改善方案</p> <p>(3)持續檢討經費動支條件，評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響，以落實編列本項預算之目的</p> <p>(4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告</p>			113年7月前
2	<p>山地離島地區醫療給付效益提昇計畫</p> <p>(1)擴大辦理山地鄉論人計酬試辦計畫</p> <p>(2)請持續檢討山地離島地區醫療利用情形，並加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效</p>	113年1月前		113年7月前

項次	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
3	居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務 (1)持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)	113年1月前		113年7月前
	(2)「在宅急症照護試辦計畫」：擬訂具體實施方案內容(含參與醫療院所之條件、資格認定、醫療服務內容、適用對象、支付方式等)及照護成效監測指標(含照護品質及替代醫院費用情形)，並於113年7月前提本會報告		113年6月委員會議報告案	113年7月前
	(3)「在宅急症照護試辦計畫」：以4年為檢討期限(113~116年)，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中4年期限檢討：於116年7月委員會議提報檢討結果

項次	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
4	支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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7月前
5	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 於協商114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，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一			檢討實施成效，提出節流效益：併113年7月追蹤提報
6	推動促進醫療體系整合計畫 (1)檢討執行內容及辦理方式，以提升執行成效 (2)於113年7前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含支付標準調整情形及執行成效檢討) (3)另依本會112年第11次委員會議決定事項，請將112年度總額協定事項「『急性後期整合照護計畫』支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性」納入113年度檢討計畫執行內容辦理	113年1月前		113年7月前

項次	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
7	調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費			113年7月前
8	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(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」) (1)持續精進「提升院所智慧化資訊機制」之成效評估指標	113年1月前		113年7月前
	(2)「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」(含四部門總額之「網路頻寬補助費用」)，請確實依退場期程(110~114年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於113年7月前提本會報告		113年6月委員會會議報告案	
	(3)請檢討四部門總額及其他醫事服務機構雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果與檢查影像上傳率，與建立稽核機制，並於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告			113年7月前
	(4)於協商114年度總額前檢討實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源			檢討實施成效，提出節流效益：併113年7月追蹤提報

項次	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
9	提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 請持續檢討本計畫醫療利用情形之合理性及健康改善成效，與加強執行面監督，於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告	113年1月前		113年7月前
10	腎臟病照護及病人衛教計畫 (1)持續加強腎臟病前期之整合照護，研議與相關疾病照護計畫(如：糖尿病改善方案、代謝症候群防治計畫等)整合，強化延緩病人進入透析之照護 (2)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率	113年1月前		113年7月前
11	提升保險服務成效 (1)精進並提出能反映整體提升保險服務成效之評估指標			113年7月前
	(2)於協商114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			檢討實施成效，提出節流效益：併113年7月追蹤提報

項次	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
12	提升用藥品質之藥事照護計畫 請加強推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效(含執行目標及預期效益之評估指標)	113年1月前		113年7月前
13	<p>因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能(113年新增項目)</p> <p>(1)優先用於強化住院夜班護理照護量能</p> <p>(2)請於113年總額公告後，將具體實施規劃，提報本會同意後，依程序辦理。規劃建議如下：</p> <p>①設定適用對象、動支條件、獎勵費用計算及撥款方式</p> <p>②訂定監測指標(含護病比、薪資調整情形)</p> <p>③建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式</p> <p>(3)另依112年10月委員會議決議事項，「執行目標」達一定比率之目標值，請提報具體實施規劃時，一併提報</p> <p>(4)於113年7月前提出強化住院護理照護量能之專案報告(含歷年相關預算執行檢討結果)</p>	113年1月前	113年1月委員會議討論案	113年7月前

- 註：1.本表決定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。另專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「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」提報。
- 2.113年執行情形於本會113年7月份委員會議提報，延續性項目於113年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含112年執行情形)。

表 1 113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意及確認之計畫/項目

總額別	項目	核(決)定事項
牙醫	牙醫特殊醫療服務計畫	妥為研訂 113 年度具體實施計畫(含醫療團服務對象、醫療費用加成方式)，於 112 年 12 月前提報本會同意後，依程序辦理。
	高風險疾病口腔照護計畫	(1)請妥為研訂具體實施計畫(含醫療服務內容、各項服務適用對象、支付方式及成效監測)，於 112 年 12 月前提報本會同意後，依程序辦理。 (2)執行目標及預期效益之評估指標：涉及具體實施計畫之醫療服務內容，請併同上開報告提本會確認。
醫院	提升醫院兒童急重症照護量能	於 113 年總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至本會最近 1 次委員會議確認。
	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	
	地區醫院全人全社區照護計畫	於 113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近 1 次委員會議確認。
	區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作	
區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作		
西醫基層	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費	於 113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報本會最近 1 次委員會議確認。
	強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護	於 113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近 1 次委員會議確認。
	因醫療品質提升，增加之醫療費用	於 113 年總額公告後，完成擬訂新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報本會最近 1 次委員會議確認。
	提升國人視力照護品質	113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報本會最近 1 次委員會議確認。
其他預算	因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能	(1)於 113 年總額公告後將具體實施規劃，提報本會同意後，依程序辦理。規劃建議如下：①設定適用對象、動支條件、獎勵費用計算及撥款方式 ②訂定監測指標(含護病比、薪資調整情形)③建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式。 (2)另依 112 年 10 月委員會議決議事項，「執行目標」達一定比率之目標值，請提報具體實施規劃時，一併提報。
各部門總額	一般服務之點值保障項目	需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由健保署會同各部門總額相關團體議定後，送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

表 2 113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之具體實施規劃/計畫

總額別	項目	核(決)定事項內容
醫院	暫時性支付(新藥、新特材)	在額度內妥為管理運用，於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(包含執行及費用支付方式、預算估算、擬暫時收載年限、療效評估與退場機制等)及作業時程，俾落實管控。
牙醫	特定疾病病人牙科就醫安全計畫	<p>(1)請妥為研訂完整之具體實施計畫(含適用對象之特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及成效監測)，於 112 年 12 月前提本會報告。</p> <p>(2)另依 112 年 10 月委員會議決議事項，「預期效益之評估指標」之具體評估方式(含：指標定義、比較年度與基礎、計算方式等)，請妥為研訂，併具體實施計畫於 112 年 12 月前提報。</p>

第6屆112年第11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10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，大家早安！今天真的很冷，謝謝大家今天準時與會。現在時間9點30分，委員出席人數已經過半，所以今天會議可以開始，先請主席致詞。

盧主任委員瑞芬：本會今天的議程也很緊湊，中午也準備了一點簡單的buffet慰勞各位，其實說不上慰勞，以各位過去這一年來的辛苦，真的心意很薄弱，接下來也有業務的座談會，但在今天會議開始之前，有一件非常沉重，不知道要笑還是要哭的事情，這次會議應該是蔡副署長淑鈴這28年來陪健保走過，最後一次參加健保會的會議。所以幕僚同仁蒐集了各位表白的心聲，今天要表白的人真的要排很長的隊伍，幕僚都蒐集了各位的心聲，做成一張卡片，要送給蔡副署長，蔡副署長不用緊張，不會請大家排隊表白、向妳告白。同仁也準備了一點小禮物要來謝謝蔡副署長，剛柔並濟陪伴健保這28年，非常珍惜妳與本會相處的時間，更感恩這麼多年來妳公私兩忙為健保的付出，所以我現在要代表健保會的同仁，還有代表健保會所有委員表達感謝的心意。(眾人鼓掌；主委、執秘與蔡副署長淑鈴合影留念)

蔡副署長淑鈴：謝謝、謝謝，浪費大家太多時間了。

盧主任委員瑞芬：一點都不會，我們對妳感激的心意，言語無法表達萬分之一，謝謝！我們就正式開始今天的會議。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主委，各位委員，因為歲末事情真的很多，首先在講議程之前還是跟各位委員說明，今天大家桌上的小點心有一個是花錦忠委員送的小酥餅，所有幕僚都有，就給各位委員大家一起分享，另外健保署也貼心送委員年曆手冊，放在大家桌上，這是健保署安排的。

另外中醫師全聯會、牙醫師全聯會也在桌上擺了歲末的餐敘與望年會的邀請函，等一下也許有工商服務時間的時候，再請兩位理事

長說明。

今天議程依照年度工作計畫的安排，優先報告有兩案是大家關心的113年度總額及其分配方式的核定結果，還有健保署的業務執行季報告的口頭報告。

討論事項兩案是113年度抑制資源不當耗用改善方案，還有醫療品質資訊公開辦法指標項目的修訂案，這兩案是依法提會討論。報告事項兩案是111年自付差額特材執行概況，還有112年牙醫門診總額依協定事項須提本會報告的事項，這部分是依7月份委員會決定事項辦理的。以上是今天的議程安排。

表訂是希望能在12點半結束今天的會議，部長預定會在那個時間蒞會來與各位委員進行業務座談會，以上。

盧主任委員瑞芬：請問各位委員對於今天的議程有沒有意見？如果沒有的話，就確認並開始進行今天的議程。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：主席、各位委員，大家早！剛才執秘說今天天氣很冷，除了天氣很冷外，我心裡也很冷。對於上次的會議紀錄請看會議資料第5頁，討論事項第二案決議二，有關於「撥補不足數之預算來源，委員表達不同意見」乙節，這是事實，但是我建議是不是可以補充記載，因為查閱發言實錄的話，多數發言的委員都表達反對意見，這是不是應該在會議紀錄裡面要把它呈現出來？因為人家在看這個總結後，不會再去看發言實錄，確實會比較少去查閱，事實上這是反映當時的情況是這樣，所以我建議再補充記載，用括號也沒有關係，讓整個情境可以完全呈現在結語裡面，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，針對這部分其他委員有沒有意見？關於上次會議紀錄的部分？朱益宏委員請。

朱委員益宏：我反對加入這樣子的文字，因為本來這個就不是多數、少數的問題，這事情也不是用表決來決定，如果加入這個文字的話其實就有點表決的意味，如果是表決的話就應該對等，醫療服務提

供者與付費者要對等，所以那天很顯然的的就是醫療服務提供者與付費者意見不同，所以我反對加註所謂的多數，這是有點多數暴力，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，其他委員還有沒有意見？如果委員沒有意見，過去因為本會大多不動用表決，當兩方的意見不同時，決議的文字上面的確會採取比較保守的方式表示，讓雙方的意見都有陳述的機會，所以紀錄文字都會用「委員表達不同意見」。現在雖然李永振委員提出這個建議，但朱益宏委員也表達反對意見，所以還是一樣回到原點，也就是的確是不同意見，所以李委員我想這部分會議紀錄就維持原情況，各位其實在會外都有很多發聲的管道，這部分健保會沒有什麼立場贊成或反對，所以這就變成要各自表述，但是就這個會，在會議紀錄上面呈現的原則來講，本會是用這樣的方式來處理，會議紀錄就不動決議的文字。

盧主任委員瑞芬：請陳杰委員。

陳委員杰：主席，陳杰第一次發言，我支持李永振委員意見，既然這茲事體大，且有反對意見，那是不是最起碼把反對意見的名字列入，讓大家瞭解就是說，委員代表團體來參與這次會議，結果他本身所反映的意見，有沒有得到健保會的支持，如果是有反對的意見，沒有關係，就把它記載進來。

盧主任委員瑞芬：這就是為什麼我們有發言實錄的原因，因為本會會議紀錄的決議不可能寫這麼長，當決議寫「委員表達不同意見」時，意思就是想要多瞭解詳情的人就要去看發言實錄，而發言實錄一向是對外公開的，這是本會過去以來的處理方式。請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：今天本來不講話，但我支持陳杰委員說的，不要把內容寫出來，但有哪幾位委員發言表示反對意見，我認為可以具名，根據會議實錄把名字列出來，因為所有付費者代表回去都要對我們所代表的團體負責，這件事情付費者都很關心，所以我認為不用呈現詳細發言，但要將發言表達不同意見的委員名字列出來，謝謝。

盧主任委員瑞芬：其實這還是真的有困難，如果每個案子都在結論的

部分，列出所有表示反對委員的名字，會議紀錄真的會脹脹長(註)，所以我還是請各位……

註：脹脹長(台語，意指冗長)。

劉委員淑瓊：主席，這案份量不一樣，這案是我們曾經開過記者會表達不同意見的，並非每一案都要求把有反對意見委員的名字列出來。

盧主任委員瑞芬：應該這樣講，我們處理會議紀錄有一定的原則，也不能夠說因為某一個案子開先例，這樣的話對其他案子就很難去交代。這個部分……

劉委員淑瓊：委員有發言表示有這個要求，主席不同意嗎？

盧主任委員瑞芬：對，因為這個是……

陳委員杰：報告主席，主席加油！主席加油！

盧主任委員瑞芬：主席已經很努力在加油。

周委員慶明：支持主席的裁定、支持主席的裁定。

朱委員益宏：主席加油！

盧主任委員瑞芬：主席加油沒有用，各位都知道……

劉委員淑瓊：我們沒有要求要列你們的名字，我要求要列我自己的名字，不可以嗎？

盧主任委員瑞芬：因為會議紀錄是健保會同仁做的，我們盡量兼顧雙方的意見，所以處理的原則是一致的，這點真的要對付費者代表感到很抱歉，這部分的裁示還是以一樣的方式來處理，主席加不加油，不是重點，再怎麼加油都會有一方叫我不要加油，我不漏油就好了，請陳石池委員。

陳委員石池：主席，各位委員大家早，發言實錄裡就有委員的名字，所以不需要再把反對的人特別指出來，實錄上已經有寫哪位委員發言及講些什麼話，所以我覺得不需要再加上去列出名字來。

盧主任委員瑞芬：所以一樣的道理，雙方對這部分也是有不同的意見，所以還是維持過去健保會在做決議的原則，有不同意見時，我們一定會說「委員表達不同意見」，因為沒有表決，就沒有所謂多數決或少數決，不發言的委員也不一定表示沒有意見，所以還是維持會議

記錄的原則。請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：我記得上次主席在裁示的時候有說：「請中央健康保險署參考委員意見，對各總額部門實際受影響及撥補額度詳細分析及估算再提本會討論」，有這樣的文字嗎？

盧主任委員瑞芬：有，在第二案決議的第一點。

劉委員淑瓊：好，我們就是期待看到這案的資料，我們可以在下一次的會議或某次的會議看到這案的資料。

盧主任委員瑞芬：請健保署做回應，針對這點委員想知道什麼時候可以聽到你們的報告。

石署長崇良：我們會在下次或下下次，某一次會議一定會報告，我們一定會把資料整理好。

劉委員淑瓊：主席，這個健保署在提出來的時候應該就有腹案，就下一次好不好？謝謝。

盧主任委員瑞芬：下一次會議可以吧？

石署長崇良：因為整年度的影響，還需要一點時間，12月的資料理論上，整個完成申報的時間是明年6月中才結算，如果要提早一點也OK，但到時候如果資料落差太大的話，請各位委員包涵。

劉委員淑瓊：報告主席，因為當初健保署說要撥補時應該就有估算，才會有那個金額嘛！那實際撥補情形我同意剛剛署長講的有一點落差，但是這件事情真的不要再拖，因為2月份就要過年了，這件事情大家都很關心，所以盡可能在1月份就提出來。

盧主任委員瑞芬：署長有聽到委員的心聲，盡量在1月可以完成。

石署長崇良：我們努力。

盧主任委員瑞芬：請問會議紀錄的部分還有沒有其他意見？請陳杰委員。

陳委員杰：報告主席，有關本案的部分幫我登錄，陳杰委員不同意洽悉，謝謝。

盧主任委員瑞芬：沒有洽悉……

陳委員杰：就是確認上次會議紀錄，本人不同意。

盧主任委員瑞芬：現在是會議紀錄的確認，沒有所謂的洽悉。好，你不同意，發言實錄上面會記載陳杰委員表示不同意。會議紀錄確認，陳杰委員表達不同意的意見，接下來進行本會重要業務報告。

貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周執行秘書淑婉：主席、各位委員好，本會的重要業務報告，項次一是本會依照上次委員會議決議(定)事項的辦理情形如下：

(一)討論事項第一案，主要是中醫門診總額的地區預算分配案，併同第9次委員會議對醫院、西醫基層、牙醫門診總額一般服務地區預算分配之決議，在11月23日已經報給衛福部，衛福部也在12月1日核定，等一下優先報告第一案會跟委員做說明。

(二)有關討論事項第三案，本會委員建請政府依法確實承擔健保財務責任案之決議，及委員所提相關建議，在11月22日函請衛福部積極回應處理。

(三)討論事項第四案的決議，是113年度保險費率審議結果，已經在11月22日函報衛福部，衛福部在11月30日陳報行政院。副本也抄送健保署，請其就委員意見研參酌處。

(四)對於委員上次非常關心監理指標的研修建議，跟監測結果退步指標的研析原因並提出具體改善策略，在11月29日請辦健保署，請健保署以保險人的角度全面審視監理指標，提出指標的增修意見，希望能夠提出具體改善策略或措施，預定安排在明年度的工作計畫請健保署做專案報告。

(五)接下來請看會議資料第9頁，上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計4項，依照辦理情形，都建議繼續追蹤，所以這部分就不特別報告。最後還有委員個別關切事項，健保署回復在會議資料第217~230頁，請委員參閱。

項次二，為利委員了解歷次會議未結案件的辦理情形，依例每半年彙報1次，到目前為止11月底未結案件計有22項，建議解除追蹤5項，繼續追蹤17項，最後還是依照委員會議的議定結果辦理。

請委員翻到會議資料第17頁，擬解除追蹤共5項，項次一，是有關於112年度醫院及西醫基層總額決定事項新增3項需提本會確認案，這3案分別是112年度西醫基層總額因應基層護理人力需求項目，有

關薪資指標的訂定事宜；另外2案是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，跟健全區域級以上醫院門住診結構的計畫，這2案經委員會議討論沒有共識，決議是請健保署參考委員所提意見，依法定程序報主管機關決定。健保署已報部核定，在112年9月26日公告實施並副知本會；因應基層護理人力需求的部分，健保署在第7次委員會議已提出指標修正內容，建議解除追蹤。

項次二，會議資料第18頁，有關依法併提「113年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」審議，這部分健保署已於第7次委員會議及總額協商座談會的時候完成提報，建議解除追蹤。

項次三，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「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目案的費用結算，健保署已於10月13日函送本會，並於11月15日第10次委員會議報告，建議解除追蹤。

項次四，是有關112年度總額協定事項未依時程完成的工作項目，這部分在本會重要業務報告項次六作說明，本會並已提出處理建議，建議解除追蹤。

項次五，是委員請健保署檢討修正有關配合部分負擔調整方案，保證經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施，健保署已回復說明今年7月1日實施部分負擔調整方案，基本上原法定免部分負擔者，如重大傷病及低收入戶不受影響，中低收入戶及身心障礙者的門診藥品部分負擔也是依現行方式計收，並未因新制部分負擔而受影響，後續健保署會持續監控前開身分者就醫情形，建議解除追蹤。

請委員翻回會議資料第9頁，本會重要業務報告項次三是本年度工作計畫原先安排健保署於本次會議進行「新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告」，因健保署考量部分負擔調整方案於今年7月1日才實施，現在署也在評估監測指標的妥適性，且於實施半年後再提報監測結果才具比較性，擬安排於明年3月13日第2次委員會議再進行報告，所以這次委員會議沒有安排報告。

項次四，是明年度的委員會議召開時間，原則上仍安排於每月第

4週星期三召開，有部分月份會因應業務需要略作調整，委員會議的預定時間表如附件二，請委員預留時間與會。後續本會將依法定任務與衛福部113年度總額核(決)定事項，擬具每次委員會議的詳細工作計畫，於明年第1次委員會議提報委員確認。

項次五，本會預計明年3月28、29日到健保署東區業務組，辦理業務訪視活動，活動時間為2天1夜，請委員預留時間，訪視主題請委員參閱，因健保署預計明年於花蓮試辦虛擬健保卡，明年參訪活動剛好可以瞭解推動成效。

項次六，是112年度總額協定事項未依時程完成的工作項目，共有21項，有4項尚未完成，其中1項已於113年度總額刪除該執行內容，另外3項已列入113年度總額協(決)定事項持續辦理，建議解除追蹤，詳細內容請委員參閱會議資料第10頁。

請看會議資料第11頁，項次七，上次(第10次)委員會議的會訊報導是以113年度保險費率審議結果為主題，請委員參閱。

項次八，是衛福部及健保署於11、12月發布及副知本會的相關資訊，詳細內容已於12月13日寄至委員的電子信箱，僅就比較重要內容向委員說明：

(一)衛福部已於11月30日對於付費者代表團體針對政府應負擔的健保財務責任回函，並副知本會，如附錄七(會議資料第233~237頁)，請委員參閱。

第2點是配合基本工資調整，衛福部修正投保金額分級表的下限金額是27,470元，於113年1月1日開始實施，本會幕僚整理影響情形，基本上會增加保險費的收入52億元，請委員參閱。

第3點是衛福部11月24日公告陸生納保相關事項，將在明年113年2月1日生效，請委員參閱。

第4點是本年12月12日部公告，113年保險對象住院應自行負擔費用的最高金額，包括同一疾病每次住院及全年累積住院應自行負擔費用之金額，請委員參閱。

(二)健保署相關公告跟副知本會的內容，第1點是11月13日公告各

類被保險人適用的投保金額、保險費跟眷屬人數，自113年1月1日實施，本會也整理了附表，款次1第3類是農會、漁會；款次2第4及5類是軍人義務役、矯正機關及低收入戶；款次3是平均眷口數；款次4是僱用被保險人未滿五人的部分，本會也整理成長率或影響金額，請委員參閱。

請委員翻閱到補充資料第1頁，還有2項是健保署副知本會內容，第5點是健保署檢送牙醫門診總額協定項目「高風險疾病口腔照護」112年度未執行額度扣減方式，健保署係參採牙全會實務上的反映意見調整扣減方式，並提經牙醫門診總額研商議事會議通過，故請本會備查，跟委員報告一下。

第6點是健保署在12月18日檢送醫院、西醫基層及中醫門診總額部門112年第1、2季動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」的結算執行結果摘要，請委員參閱，以上。

盧主任委員瑞芬：請問委員對於重要業務報告有沒有意見？請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：謝謝，請看會議資料第19頁項次五，健保署回復說明文字的倒數第5行「實施迄今未接獲民眾或醫院反映不便情況」，建議把這幾個文字刪除，因為這可能是事實，但我們了解到也有很多民眾是含淚接受，所以我覺得刪掉這幾個字不影響，直接說健保署會持續監控前開身分就醫情形，我覺得比較合適，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請李永振委員。

李委員永振：謝謝，我這邊有3點回應，第1點在附錄七，會議資料第233~237頁，衛福部回應上個月討論案第三案的內容，都是重複舊的內部說帖，自圓其說，就是不願遵循健保法第76條第1項的規定依法行政，亦未回應上個月會議提出書面補充資料，明確框示，並反駁有關行政院政務委員、主計總處、社保司的回覆內容！針對新、舊質疑點均置之不理，老神在在，一副你奈我何的態度，真是無語問蒼天，今天還沒有蒼天。

第2點是會議資料第38頁項次四，有關112年新增項目「促進醫療

服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」，本應在今年2月份委員會議提出報告，卻遲至10月份才提出，但因為案子太多，延至11月才報告。其中配合醫療器材使用規範的修訂，在112年11月1日已優先調整受影響的73項診療項目支付點數，但又在上週12月14日共擬會議提案討論回溯補貼1到10月點數約13.4億元，個人覺得沒有遊戲規則，該預算用在配合醫療器材使用範圍修訂這部分有符合，但沒有符合要通盤研議各項支付標準調整的執行目標。

而且有關於醫療器材的部分，也沒有說可以回溯，該回溯的作法雖然是在11月22日醫院總額研商議事會議才提出，不包含在11月委員會議的報告案裡面，整個處理過程該如何補強才會合理，否則會令人有巧立名目、暗渡陳倉、消化預算的感覺，因為你掛上去的話外界的人看到就會一頭霧水。

第3點，會議資料第39頁項次五決定事項之一「於113年度總額協商前提出節流效益所節省的金額，納入該年度本項預算財源」，健保署辦理情形說節省的金額需在113年1月確認，所以在總額協商之前無法提出來，所以我們的一些要求事項又落空了，有下列三點是不是應該要留意一下。

(一)該金額經確認後是否應於114年度總額反映。

(二)在會議資料第154頁的討論案有談到111年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案有擲節36.28億元醫療費用，健保署的努力有成，成果應該給予肯定，但是後續該如何處理沒有下文，這跟節流、節省的效益也是有關的。

(三)113年核定的內容也有多項須提出節流效益，如醫院、西醫基層還有其他預算都有編列C肝藥費，該一併處理節流效益。

節流效益該如何回饋的議題，我印象沒記錯的話，已經談了至少五年了，但是每一次社保司在擬訂總額範圍的時候，就沒有處理方案，但是講政績的時候好像都有節流，讓我們覺得很奇怪，希望盡速做統整，提出一個可行的方案，在明年協商的時候可以看得到，等到協商來不及啦，應該是3、4月社保司提出總額範圍的時候就要

有一個根據，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，接下來請陳石池委員。

陳委員石池：主席，各位早安，有關會議資料第19頁項次五，健保署回復「...原法定免部分負擔者(如重大傷病、低收入戶)不受影響；中低收入戶及身心障礙身分者，其門診藥品部分負擔依現行方式計收，不受本次部分負擔調整影響...」。門診部分確實是沒有影響，在那次會議我就提到過，急診以前比較重度的(檢傷分類)一、二級病人，來看急診部分負擔是450元，三到五級是550元，後來通通調整成750元(註)，那時候我就有講這是不公平的事情、是欺負重度病人。

第二個我講到的是，弱勢病人不應該收100元，我記得當時陳杰委員也有提到要保護低收入戶、弱勢族群，但你們現在還是有收啊，這哪有不影響，健保署回復與事實不符，應該重新修正。門診部分沒問題，上次我就講過，來門診看病的病人不是每個人都有多收錢，但是急診部分負擔都要多收錢，這是不公平的，當年我有提出來，但是你們都不重視，現在寫不受影響我有點意見，所以希望能再做調整。

註：急診部分負擔112年7月1日實施新制與原方案對照表如下

項目	對象	原方案				7/1實施新制			
		基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心
急診部分負擔	一般民眾	150元	150元	300元	【檢傷1~2級】 450元	150元	150元	400元	750元
	【檢傷3~5級】 550元				150元	150元	300元	550元	
	中低收入身心障礙	全免				全免			
	法定免除	全免				全免			

盧主任委員瑞芬：接下來請吳榮達委員。

吳委員榮達：謝謝大家，我要講的是會議資料第24頁項次五，有關指示用藥的問題。

資料中可以看到108年開始我就已經提過指示用藥的問題，健保法就是規定指示用藥不能健保給付，如果認為部分指示用藥有必要健保給付，就應該修法，前後已經講過三、四年以上，這個違法的狀態還在持續當中，為什麼不趕快修法？這是違法，是違反法律不

是命令，這狀態還在持續中。健保署回復的意見我都同意，但是請盡快修法，讓他合於法律的規定，不要再繼續處於違法狀態。

我想再補充一點，實際上消基會也做過指示用藥的價格調查，調查結果，在藥局內販賣的指示用藥價格高於健保給付價格好幾倍，且從五倍到幾十倍都有，我們覺得健保署對於指示用藥要不要移出健保給付的部分，是不是也可以做個市場調查，對於價格多出太多倍的部分，是不是考慮要留在健保給付？但我再提醒一次，趕快修法，讓它合於法律規定，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請滕西華委員。

滕委員西華：我首先呼應剛剛陳石池委員所說有關部分負擔調整，健保署回復中低收入戶及身心障礙身分者不受影響的部分，特別是中低收入戶。實情是，健保署提到委員會報告的案子跟後來在記者會公告、健保署新聞稿的案子，中低收入戶是有調漲的，調漲至少100元，並非在中低收入戶部分跟之前完全一樣。在當時隔一個月的會議我有請教石署長，石署長說一模一樣，我說新聞稿公告的就是不同，已經漲了，這是過去的問題，我也同意，但應該不能說沒有影響。

到底有無影響？特別是民眾到急診就醫沒有1,000元出不來這件事情，急診漲部分負擔或過高的部分負擔，原本就有非常嚴重的道德疑慮，更不要講過去用檢傷分類來收取部分負擔。署長是急診專家，他過去也有提到，我們也都很認同，就是剛入急診跟後來出來的檢傷不一樣，所以過去用檢傷分類收取不同的部分負擔就會引發爭議，但健保署歷年來都沒有對這個做出影響評估，好像眼睛一閉就沒事，更不用講急診的給付，雖然跟這個案子沒有關，但急診給付一直加成，造成地區醫院高於醫學中心這種非常不合理的現象，我覺得急診亂象，因為部分負擔調整又更加惡化。

第二個請教的問題，也許會出現在下個月的追蹤或者是報告中，就是在會議資料第5頁確認上次會議討論事項第二案決議一，就是付費者代表一直質疑、擔心「調節非預期風險及其他非預期政策改

變所需經費」預算使用及其他補點值的事情，我有點不確認，如果是這樣的話，下次會議要怎麼樣去處理這些事項，所以在這裡提出來。

雖然說1月要報告，但今天補充資料內所提健保署已經在12月14日、15日將51.34億元全部撥付院所，其中包含須提報本會討論同意的部分，即使43億元健保署跟行政院認為可以自行運用，但8億元確實是屬於協商項目之一，但現在錢已經花了，如果是這樣，我就不知道，等於是事後追認嗎？因為錢都已經補出去了，剛才劉淑瓊委員說下個月要報告，署長說下個月不行，你都已經花出去了，怎麼花出去的應該要拿出來看，因為這個不是暫付，不像之前韓老師所講如果醫院要周轉，我們可以暫付，暫付的比率可以提高，但這不是暫付，這個是已經撥付，是要不回來的錢，所以我不清楚將來是要解除追蹤，還是繼續追蹤，還是報告後就沒有這件事情了？這跟過去我們要列入追蹤事項的原則，其實已經不太一樣了，謝謝！

盧主任委員瑞芬：請黃金舜委員。

黃委員金舜：主委、在座的所有委員大家好，大家午安！看起來健保真的還是有救的，看到吳榮達委員已經發出正義的曙光，藥師公會長期一直跟健保署要求要合法，指示用藥要退出整個健保的給付，但是藥師公會吠了20幾年，就好像狗吠火車，也毫無任何具體的回應。本來這次很期待健保署可以大力改革，但明天要開藥品共擬會議，我們的幹部跟我報告，有更替的指示用藥才10幾項，還有800多項，也無動於衷，整個藥品分級已經很清楚，處方藥、指示用藥、成藥。現在我們看到西醫基層開的藥品，指示用藥就領很多，然後我也一直呼籲民眾拿的指示用藥80元、100元，但他要負擔掛號費，而且現在掛號費又要漲，可能到250元，政府還要負擔診察費，民眾還要舟車勞頓、請假花時間，健保包山包海，一直沒有改善，所以我希望，剛剛吳榮達委員已經提出對指示用藥的意見，這代表這部分真的是有問題，希望健保署可以好好的思考，謝謝。

盧主任委員瑞芬：剛才委員針對健保署回覆說明的項目，提出很多意

見，對於答案不是很滿意，有幾個重要的部分，我想先給健保署一點時間來稍微回應一下，首先針對部分負擔，尤其是急診部分負擔的部分，委員提出一些質疑，就是說事實上跟公告不一樣，不過已經做了，這一點可不可以稍微簡短的回應？其次，指示用藥部分，剛才也有2個委員表示關心。

另外，最重要的就是上次決議有關動用其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8億元的部分，現在行政院已經都核定，署裡面給我們的公文也說你們已經都花了，所以委員也有一些concern，這3點請簡單的回應一下。然後李永振委員提到蠻多對於健保署的回應不是很滿意的細項，希望能夠給委員再進一步的回覆，如果今天不行，那就書面提供，以上3點是不是先請健保署回應一下？

石署長崇良：急診部分負擔部分，是不是先請醫管組回答委員的提問。

劉組長林義：急診部分負擔的部分，新制實施前我們有跟急診醫學會針對收取方式進行討論，最後的共識就是說，還是照層級別的部分來收取，沒辦法照疾病的嚴重度收取，這是因為會造成急診醫師很大的壓力，所以這個結果是在兼顧可行性的範圍內來做的。

至於委員有提到有關部分負擔執行狀況的部分，因為新制部分負擔實施到現在，我們會蒐集完整半年的資料後，跟歷年資料來做比較，然後再跟委員做個完整的報告，以上。

石署長崇良：我補充一下，在這次的新制部分負擔之前，過去急診確實是採檢傷分級去收不同的部分負擔，但是我們跟第一線急診人員討論過之後，認為檢傷分級是變動的，而且在處理時間點上，不同人的判斷也許也會有差異，所以經過大家的討論，就是採取醫院層級別，按照醫學中心跟區域醫院、地區醫院，讓不同層級別有不同的急診部分負擔，而不是按照檢傷級數來收取不同的部分負擔。至於大家比較關心的中低收入戶，我們在下次做新制部分負擔影響報告的時候，我們也會特別去整理，看看中低收入戶部分負擔的情形，這是第1個。

第2個，有關於指示用藥，確實在健保法裡面，這個不屬於健保給付的項目，不過從健保開辦以來，也是一直存在的事實，剛剛很謝謝吳榮達委員的指教，我們應該要儘快去修法，所謂修法的意思，其實剛剛吳委員也已經表達，就是說有些藥物確實要去考量到病人的負擔跟臨床使用的必要性，是不是全部都不健保給付？這確實有討論的空間。

舉例而言，急診最常會用到的指示用藥，跟急救相關的就是活性碳，在中毒的時候我們要洗胃，要用活性碳，活性碳是指示用藥，但卻是在急診急救的時候必要的藥物，所以全面性不給付指示用藥，確實也有它的困難，所以剛剛吳榮達委員特別提到，可能也要考慮到民眾的負擔，是不是在臨床的必要性上，跟民眾的負擔上一起來考量，這個我們會在做完整的瞭解之後，針對目前給付中的指示用藥，進行一下市面上藥價的調查，看看哪些價差很大，再依臨床使用的必要性，跟民眾的負擔之間來做個權衡。

黃委員金舜：主席。

盧主任委員瑞芬：請簡短好嗎？

黃委員金舜：剛剛聽到署長的回應，我想目前指示用藥還有800多項，我也同意在急診有些必要的指示用藥，一定要用，這個部分的考量也要包含藥價，指示用藥價格比較偏高的，民眾可能在負擔上會有問題的，藥師公會都同意，是不是找主管單位研商，把它變成處方藥？不要說都違法，政府一直講一大堆理由，解釋指示用藥也要給付，你就把它變成處方藥，然後讓整個法規合情合理，我想藥師公會主張的是這種態度，謝謝。

盧主任委員瑞芬：陳杰委員是針對這個議題嗎？

陳委員杰：是，我呼應一下陳石池委員跟滕西華委員他們的意見，我同時也感謝他們2位，事實上真的行善有福報啦！當然我們在這裡關心弱勢族群，尤其關心所謂的重大傷病以及低收入戶，事實上他的部分負擔，我印象中沒有錯的話，那時候是要跟他收一個100元，我說他低收入戶，不是中低收入戶喔，中低收入戶是戶數很多，低收

入戶是條件非常嚴格，而且他是非常痛苦、生活非常困難，得到我們社會各界給予關懷跟支持，甚至於去跟他捐助，結果只為100元增加他所謂的部分負擔，所以我當初提議說，那100元不要跟他收，在這邊大家可能也有共識，但是現在還是一樣照收不誤，當然剛剛健保署的組長好像有提到1點，他說他有去找急診醫學會來瞭解，但是話又說回來，為什麼不找付費者代表來瞭解？你只有找急診醫學會來瞭解，那付費者代表的立場是什麼？所以我借用這個機會做個建議，你們將來假如說制定相關的政策，希望能夠找兩造都來談，聽聽兩造的意見再去做決定，不要只單方面找所謂的醫學會。

有關於低收入戶(註1)、重大傷病(註2)的部分，有多1個所謂多收100元的部分(註3)，我還是堅持我個人的意見，那100元不要跟他收，讓我拜託啦！我們大家共同來做善事，謝謝。

註1：健保法第49條

符合社會救助法規定之低收入戶成員就醫時，依第四十三條及第四十七條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算補助。但不經轉診於各級醫院門診就醫者，除情況特殊者外，不予補助。

註2：健保法第48條

保險對象有下列情形之一者，免依第四十三條及前條規定自行負擔費用：

一、重大傷病。

二、分娩。

三、山地離島地區之就醫。

前項免自行負擔費用範圍、重大傷病之項目、申請重大傷病證明之程序及其他相關事項之辦法，由主管機關定之。

註3：112年7月1日實施之新制，急診部分負擔不再以檢傷分類級數方式收取，改按醫療院所層級收取。

(1)重大傷病患者及低收入戶成員就醫應自行負擔之費用，依健保法第48條及49條規定，屬法定免除及中央社政主管機關編列預算補助，新制實施前後均無須部分負擔，故不受影響。

(2)部分負擔新制實施前，中低收入者及身心障礙者至醫學中心急診時，若其檢傷分類為1~2級時部分負擔為450元，若其檢傷分類為3~5級時部分負擔為550元(一般民眾亦採相同原則)；新制實施後，中低收入者及身心障礙者至醫學中心急診時收取550元(一般民眾收取750元)。

盧主任委員瑞芬：謝謝，剛才委員的問題剩下的第3點，就是動用8億元的部分，請健保署回應，署長，最後1點請回應一下，這個案子就結束了。

石署長崇良：好，這個就是在下次委員會議我們會有完整的報告。

陳委員杰：低收入戶喔，我不是要中低收入戶。

盧主任委員瑞芬：剛才署長所講，是針對中低收入戶。

石署長崇良：對，我現在請組長準備新制跟舊制的比較，過去檢傷級數低(病情較輕)的部分負擔比較高：檢傷級數一、二級的比較低，三、

四、五級的是比較高。但這次部分負擔的調整，只影響到部分民眾，並不是全面性的影響，我講的是中低收入戶部分，我請同仁再確認一下，在下次委員會議報告的時候，我們把實際的影響包含人數跟金額，跟大家報告。

劉委員淑瓊：8億元呢？

盧主任委員瑞芬：對，署長，劉淑瓊委員還是繼續請教動支其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8億元的部分。

石署長崇良：8億元的部分，我們也是在下一次報告，剛剛委員已經提了。

劉委員淑瓊：這個真的不能下次報告，這個我們大家都期待這次就應該要告訴委員，因為這是上次的決議嘛。

石署長崇良：就是下一次會提出來跟大家報告，因為這一次也沒有特別的準備，怕沒有準備的情形下，這樣子就由我來講的話，怕對各位委員不禮貌。

劉委員淑瓊：署長，這個我要列入紀錄。那40幾億元，您堅持說是公務預算，我們就也沒辦法，但因為既然是公務預算，我也希望我們的立法院跟監察院、審計部能夠來關注。但是這8億元完全是付費者代表很堅持，而且是從民眾口袋掏出來的錢，所以剛剛署長說下次報告才是對委員尊重，我是認為您已經是不尊重在前了啦！對不起！我講比較重的話，但是我一定要在這邊表達，這個應該是健保署要準備好，在這次委員會議跟委員們溝通，我覺得健保署跟大家互相的信任要破壞，其實是很容易的，但我們大家都有誠意一起來努力，所以很希望健保署可以提出報告，這次沒辦法，但我要表達，這個本來就是應該今天要提出來的，謝謝。

盧主任委員瑞芬：委員還有意見嗎？周慶明委員。

周委員慶明：我的意見就是說，其實像我們今年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」只有編了8億元，其實現在整個醫療的狀況，包括疫情，其實大家可以看得到大陸這邊又一波一波很多的病毒，也不曉得什麼時候又有新的病毒進來，所以我個人的建議

就是說，這個8億元編得太少了，我覺得應該要編80億元才夠，因為這個比例，像我們這一次8億元根本不夠用，還缺了蠻多的，當然這個東西不是說一定會用到，但是準備好，萬一有狀況的時候都可以來使用，這是第1個。

第2個，就是關於指示用藥，非常感謝吳榮達委員的消基會來做一些調查，剛剛黃金舜委員也有提到高藥價的指示用藥，可能可以健保給付之類。我個人另外加1個意見就是說，民眾用量很大的這些藥，應該也要列入修法來給付，例如說普拿疼好了，普拿疼它就是1個指示用藥，但是這個藥其實非常的普遍，你今天如果這個藥，例如說我們診所開了這個藥處方以後，病人到我們診所拿藥以後，他還要再去找藥局，也不曉得附近有沒有藥局，然後要再花1次的錢去買普拿疼，這個藥這麼常用，所以一定會造成民怨、造成民眾非常的不方便，所以這1項我要提出來就是說，在調查的時候，它整個年度的用量有多少，很多的藥代表民眾是有需要，真的會造成民眾的不方便，所以我補充1個意見。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，我們這個部分因為已經超時了，所以我可不可以請李永振委員最後1位發言。

石署長崇良：主席，我先回應一下，剛剛急診就醫的問題，中低收入戶部分，我們比較了新的部分負擔跟舊制的差別，只有中低收入戶到醫學中心，而且是檢傷一、二級才會增加100元，所以跟舊的比較起來，因為舊的有分一、二級跟三、四、五級，三、四、五級也是比較高，我們現在是把它拉平，所以拉平之後只有到醫學中心，而且是檢傷一、二級的，才會比舊制多100元，所以實際上發生的影響我們會在下一次報告的時候把它統計出來，看看多少人數、影響多少。

盧主任委員瑞芬：好，對不起，剛才陳杰委員表示還要再發言，那陳杰委員就是最後1位，先請李永振委員，再請陳杰委員，我們就結束這個議案。

李委員永振：好，我簡單只是要跟周理事長報告，他想太多了，8億元還算多，明年還不到5億元啦！

盧主任委員瑞芬：我們現在請陳杰委員最後一位發言。

陳委員杰：謝謝，我還是支持劉淑瓊委員的意見，是不是能夠懇求署長，剛好今天有這個機會跟大家做個報告，針對8億元的情況，另外我也同意周慶明理事長他的提議，他說8億元太少了，其實還不太夠，希望能夠80億元，我認為說可以800億元，我希望能夠800億元，我認為80億元還是太少，但是你錢要從哪裡來？請大家思考一下，借用今天的機會，既然劉淑瓊委員，還有現場有很多付費者代表，他們在還沒有開會以前，大家有1個共同心聲，就是希望健保署今天能夠針對所謂的「調節非預期風險及其他預期政策改變所需經費」動用8億元的情況，能夠在今天的健保會跟大家做說明，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：陳委員，因為署長剛剛已經表示，他們還沒有準備好，今天是沒有辦法報告，所以要在下次的委員會議報告。

石署長崇良：主席，應該是這麼講，這個8億元的調節非預期風險及非預期政策的經費，其實在上次的委員會議，我們也有就動用的理由、依據都說明清楚了，我想所謂的報告應該是說，到底用了多少錢，這是下次要報告的部分。

回歸到總額的制度，確實最近大家也都可以看到，不論是在學者，或者是我們過去的局長或署長們也都提到，總額制度確實有需要大幅調整的地方，特別是我們採取的這種硬性總額，造成了沒有辦法去因應即時的、非預期的變動，上次我就已經提到，這項經費過去歷年都有編，那麼編了之後沒有動用到的經費，並不會回歸到總額最後的結算點值，而是流入了安全準備金，那些經費並沒有被動用，過去這幾年都是編了8億元到10億元，因為沒有符合到動用條件的，它就直接進入到安全準備金，並不是像總額說，最後結算的時候，變成點值的一部分，並沒有。

換言之，在總額制度下，必須要有一些彈性，所謂的彈性就是，我們每年在做下個年度的總額預估的時候，總是有不預期或未預估到的地方，今年就是一個最明顯的例子，因為COVID-19^(註)跟類流感的影響，超出了在過去這幾年變動的程度，所以才以非預期風險的

款項來支用，但是仍然有不足，那麼就跟過去一樣，在沒有動用的時候，滾入了健保的基金作為安全準備。現在面臨到不足的時候，我們就應該還是兼顧到民眾使用的需要，把它從健保基金這邊來填補不足數，所以大概的理由，還有動用的依據，我想在上次委員會議都已經充分的說明，至於整個最後的影響是多大的預算，我想會在下次委員會議，再跟各位委員做說明。

註：COVID-19(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)。

盧主任委員瑞芬：針對重要業務報告決定如下，上次及歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：上次委員會議擬繼續追蹤共4項，同意繼續追蹤；歷次委員會議達解除追蹤條件，擬解除追蹤共5項，同意解除追蹤；其餘17項繼續追蹤。

第2，明年度的會議預定時間在會議資料第35~36頁，請各位委員預留時間與會，其中3月28~29日辦理東區業務訪視活動，時間為2天1夜，屆時請健保署提供相關的行政協助。

第3，依照年度工作計畫，原來預定健保署提報的新制部分負擔監測指標的監測結果及成效檢討報告，為利有效研析監測結果，改於明年第2次委員會議，也就是113年3月13日再進行報告。

另外，有關「112年度各部門總額協定事項」有4項尚未完成之工作項目，同意依處理建議辦理；其餘洽悉。

剛才委員提到對於健保署回復說明不是很滿意，希望有更多資料的部分，請健保署再回復說明；其餘洽悉。接著進行優先報告事項第一案。

參、優先報告事項第一案「『113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式』核定結果及後續相關事項」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴：向委員說明，本案是因為衛福部已經在這個月核定113年度健保總額分配方式及地區預算分配，詳細資料在附件一、附件二，請參閱會議資料第54~73頁。

請委員參閱會議資料第49頁的表格，表格下面的部分是本會9月的協定結果，表格上面加粗的部分是衛福部最終的核定結果。最終衛福部核定的113年度健保總額全年總金額是8,755.35億元，成長率是4.7%，就各部門的決定及協定情形，向委員簡要說明一下，有關牙醫及中醫門診總額採本會協定結果，其他預算部分，決定193.2億元，增加35.41億元，醫院總額是6,068.51億元，成長率是4.7%，西醫基層總額是1,650.39億元，成長率是3.757%，所以整體的年度總額成長率是4.7%。

有關健保財務收支情形，健保署也依據113年度總額核決定結果，提供110~113年健保財務收支情形，請參閱會議資料第50頁，詳細的表在附件三，在會議資料第74頁。預估113年度保險收支短絀18億元，到113年底安全準備累計餘額為1,215億元，約當1.8個月的保險給付支出。

我們整理了本會協定結果與衛福部決定結果的比較表，請參閱附件四，這部分有各項目的逐項比較，因為資料很多，請委員參閱會議資料第75~94頁的附件四，由於時間的關係，在此摘要說明核決定的重點，本會達成共識的牙醫門診總額、中醫門診總額、門診透析服務之額度及相關分配都採本會協定的結果。

有關其他預算的部分，詳細的比較表請參閱會議資料第75~76頁，衛福部的決定事項文字多數是採本會協定結果，但是有調整8項專款項目的額度，整理重點如下表。8項專款項目中對於支應不足的經費或是因應風險、屬於保留款性質的項目，和本會協定結果相較經費減少，例如，「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天

免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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」的經費，本會協定結果是2.9億元，衛福部決定是0.9億元。「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」協定結果是6億元，決定是1.25億元、「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」協定結果是8億元、決定是4.406億元，此外「推動促進醫療體系整合計畫」也有酌減1億元。其他增加預算的項目，主要是「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」、「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」、「提升保險服務成效」及最後1項「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」。

其中「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」專款項目40億元的部分，決定事項維持「優先用於強化住院夜班護理照護量能」，並刪除「建議醫院總額應有相對金額用於提升住院護理照護量能」相關的文字，其他就同本會的協定結果。

請參閱會議資料第51頁，至於沒有達共識的兩個部門是醫院總額和西醫基層總額。先看醫院總額的部分，詳細的比較表請參閱會議資料第77~86頁。有關於一般服務部分，「新醫療科技」增加44.63億元，這個項目沒有包含暫時性支付新藥、新特材的部分，暫時性支付的部分是另立專款24.299億元。一般服務另新增1項是「提升醫院兒童急重症照護量能」3.38億元。

專款項目部分，醫院總額較今年新增5項專款項目，及「醫療給付改善方案」增加1個子項目。這5項新增的專款項目，第1項「暫時性支付(新藥、新特材)」24.299億元、第2項「地區醫院全人全社區照護計畫」5億元、第3項是「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」(2.25億元)，接下來是2項區域聯防跨院合作的項目，「主動脈剝離手術病患照護」預算0.81億元、「腦中風經動脈內取栓術病患照護」預算1.27億元。此外，原有的P4P^(註)，也就是醫療給付改善方案項下新增了1項「生物相似性藥品」的子方案，衛福部在決定事項也要求上開一般服務的第②項及專款項目的第②到⑤項，健保署須於總額公告後，完成具體實施方案，提報本會最近一次委員會議確認，

專款項目的「暫時性支付(新藥、新特材)」要提出具體實施規劃及作業時程，也是提報委員會議確認。

西醫基層總額部分，在會議資料第87~94頁有比較表，在一般服務「新醫療科技」增加2億元，也一樣不含「暫時性支付(新藥、新特材)」部分。一般服務較今年增2項，1項是「強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護」1.225億元、另1項是「因醫療品質提升，增加之醫療費用」0.706億元。此外也持續編列2項延續性項目的預算，1項是「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」6.593億元、1項是「提升國人視力照護品質」1.555億元。西醫基層總額沒有新增的專款項目，也是在原「醫療給付改善方案」項下，新增1項「生物相似性藥品」方案。也一樣在一般服務的第②~③項，健保署需要公告後提出具體的實施方案或執行目標提到本會最近一次委員會議確認，以上是金額的部分。

有關地區預算分配的部分，牙醫、中醫及西醫基層總額，衛福部核定的結果都是採本會協定結果辦理。因為醫院總額沒有共識，衛福部的決定是維持112年度總額分配比率，風險調整移撥款為6億元。此外，請參閱會議資料第52頁最後一行，衛福部在核定函的說明三指示，請健保署會同總額相關團體及本部相關單位，依核(決)定事項，研訂及推動各新增項目之執行內容，含執行目標及預期效益之評估指標。依據核(決)定事項內容，本會統計健保署須於公告後提本會最近一次委員會議確認，或是要在年底前提本會同意或報告的項目總共有14項，臚列在附件五，這部分會安排在下次委員會議，也就是113年第1次委員會議，請健保署提報至本會進行討論或報告。有關需要在年底前依照程序辦理完成或副知本會的相關計畫，因為已經12月底了，配合核定時程、實務運作，也請健保署儘速辦理，並於113年1月份前完成副知或提報本會。

根據核決定結果，本會擬具「113年度各部門總額協定事項及相關計畫追蹤時程表(草案)」，在附件六，詳會議資料第97~137頁，這是113年度總額整年度本會需要進行追蹤的項目及時程，請健保署會同各部門總額儘早研議規劃，並依這個時程提報辦理情形。此外，

請儘速辦理提報本會113年1月份委員會議確認或同意的事項，以利年度總額順利推動，以上說明。

註：P4P (Pay for Performance，論質計酬)。

盧主任委員瑞芬：接下來開放委員提問。請黃委員金舜。

黃委員金舜：在醫院總額的「醫療給付改善方案」，衛福部決定增列1項「生物相似性藥品」方案，其餘採付費者代表方案。付費者代表所提的方案中有支持納入「抗凝血藥品藥師門診」方案，這應該是書寫上的錯誤，正確應該是新增2項，1項是「生物相似性藥品」方案、1項是「抗凝血藥品藥師門診」方案，謝謝。

周執行秘書淑婉：我先簡單回應一下，剛剛委員講的部分，我們會依照最後衛福部的核定結果處理，您不用擔心。

盧主任委員瑞芬：好，請李永振委員。

李委員永振：謝謝，今天是個人參加健保委員會議心情最低落的日子之一，回顧113年度總額決定過程，一波三折，可能不只三折，驚奇連連。

首先總額範圍，衛福部棄守經1年研議送健保會諮詢的數據，以更高的推估範圍送行政院核定。接著因為疫情降級所衍生的點值下降情形，難得付費者與醫界有共識，請政府另編列公務預算處理，但是在11月15日健保署卻提出議案討論，企圖動支今年政府為不調漲保費，而特別挹注健保基金的240億元，由健保安全準備來填補，會中主計總處的委員也詳細敘明，預算書明列支出用途是「撥補安全準備」，該項健保收入不能抵銷支出的不足額度。大部分非醫界委員也強調，動支安全準備須遵循健保法第76條第2項的規定，在年度收支發生短絀後才可以去動用，但是今年推估結論結餘200多億元，依法不合，就是不能動用安全準備。可惜11月30日行政院拍板，113年度總額成長率以高推估的4.7%天花板核定，112年點值補貼亦以健保署的方式處理，提醒勿違法的聲音都不見了。

觀察一下最近3年補充保費約多收了600億元，好不容易安全準備略有進帳，政府卻重演法定36%下限的爭議，開啟法遵爭議的第二

戰場，把行政院的核定凌駕在法律規定之上，多數委員在體制內努力無效，只得無奈在12月3日對外發聲召開記者會抗議，抗議什麼？抗議政府架空健保會，無視付費者存在，抗議空白授權，總額制度蕩然無存，選前大撒幣，讓投保大眾知道政府口中應永續的全民健保的方式，以及相關委員的努力也白費力氣，這次有1位公正人士、3位專家學者及18位付費者代表，共22位委員連署，大概占56%，近6成，已經超過一半了，建議將當日的聲明稿列入本會議紀錄，以顯示健保會的努力過程，以留下一些痕跡、軌跡。接著請健保會同仁把聲明稿(「健保會非醫界代表共同聲明」，詳補充資料)發給大家參考，謝謝，先發言到這裡。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請朱益宏委員。

朱委員益宏：謝謝，看到很多抗議、抗議，我也要表達抗議。抗議什麼呢？抗議為什麼點值要打折？總額給的不夠，就要吃醫事服務提供者的豆腐，現在健保署台北業務組第3季的浮動點值，第3季喔，浮動點值0.77,0.77耶！我們也要抗議啊，抗議付費者給的總額不夠，給我們5毛卻要做1塊錢的事，醫事服務提供者要不要抗議？當然也要抗議。

另外我要抗議總額制度是有問題的制度，現在包括張鴻仁前總經理也在媒體上有講，我們也覺得政府是不是要考慮把總額廢除！我們去公賣局或其他地方買東西，我們有很多工總、商總的代表，我們去買東西，哪有固定總金額給你，哪有給我打折扣，沒有嘛！為什麼付費者提出來跟醫界買醫療服務的時候就要打折呢？這難道不應該抗議嗎？那麼多牌子也有我的1份抗議，也有醫事服務提供者很多抗議在裡面，我們也要大聲疾呼抗議點值打折，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，接下來請陳杰委員。

陳委員杰：謝謝，我支持李永振委員的發言，當然針對發言內容，我相信所有付費者代表真的內心都感到非常地痛心、難過，我更感到非常憤怒，我就不再講了，因為真的內心很難過，我只有以行動表示抗議，本人退席抗議，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：也是呼應李永振委員，其實很多話在記者會都說了，我最近在跟醫界的朋友聊天時，我就說你們不要再講每點1元，會被別人笑，你們要講的是廢總額。事情走到今天，大家都知道我們的總額裡面，問題非常多，到處蓋違建，其實總額的精神早就不存在了，所以我個人也建議廢掉總額。但是醫療費用的控制，這是世界各國的課題，就要請我們的政府趕快提出一個好的制度，讓醫界、醫事服務提供者可以在一個健康的環境下，保護、維護我們的健康，不要造成兩邊的對立，我覺得非常地憤怒和挫折。

第2件事情，請廢掉總額協商制度，我進來健保會第3年，本來是沒有資格講話，在座比我資深的人更多，但是3年下來，我覺得我沒有辦法說服我自己，1個讀過書的人、1個有大腦的人繼續做這樣的事情，因為我們的協商根本就是一場戲，完全沒有實質意義，對不對？協商的結果，今年最誇張，最後部核定4.7%的成長率，比醫院、西醫基層總額部門提出來的都高！那牙醫、中醫門診總額部門為什麼要接受協商結果啊？這樣的一個總額協商制度，對我們所有的委員都是一種羞辱，所以我也建議廢掉總額協商制度，今天的抗議是不得已的下策，非常的沉重，以上。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請吳榮達委員。

吳委員榮達：我好想哭喔，我沒有參與付費者代表、其他的學者專家與滕西華委員的連署，不是代表我支持衛福部、支持健保署或是支持行政院的政策。因為目前行政院所核定的結果，衛福部、健保署所建議的內容，根本就是在摧毀健保！根本就是把这个協商制度完全完全的摧毀！光是從醫院部門來看就好，醫界提出來的成長率是4.6%多，結果核定4.7%，這還需要協商嗎？有談成的牙醫、中醫門診總額部門是笨蛋嗎？就不要談成啊！讓部長去核就好，還可核多一點啊！這實在是非常非常離譜！衛福部、行政院核定的預算竟然比這些部門提出來的還多，這不是在摧毀健保制度嗎？這不是在摧毀協商制度嗎？所以要說痛心，真的是非常非常非常非常地痛心，

這個健保制度走到現在為止，竟然是這樣子被摧毀的。

剛才石署長有提到1個問題，我覺得在健保機制中可以考慮看看，因為有些可能是多變或不可預期的因素，可能在我們編列的其他預算，8億元或幾億元不夠，有沒有可能在健保制度中，多一個追加預算的制度，用追加預算的程序、協商程序，再由衛福部核定，至少有一個程序正義存在，不是像現在完全踐踏，一手操縱、一手核定！這是讓人家沒有辦法接受的程序，至少請走完程序正義的程序！這是我以上的發言，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請滕西華委員。

滕委員西華：嗯……我其實也是……有點那個嗯……，就是心痛，因為其實我20幾年來，從擔任付費者一直到公正人士已經蠻多年，還有曾擔任評核委員……。我要講的是其實健保法是1個作用法，所以有其法定程序及法定職責，在各委員會或其他部會也好，我們可以看到在其他政府民間成立任務型編組的委員會，很少像健保會這麼具有明確的法定職責，且就整體這麼大的經費規模在做監督，當然分配的話，並沒決定那麼多錢，協商金額也沒那麼地高，外界常有誤會。

因為這個作用法，行政院、衛福部對總額的裁示，其實是嚴重破壞健保的法定體制、無視法定程序，這個其實會比等一下我要講的總額項目，讓我們更加心痛。就是核定多少錢是一個其次的問題，但是整體程序是完全不符，甚至在衛福部公告核定項目之前，健保署已經在立法院就向立委報告所有核定項目，其實這是很不好的。

當然更進一步就是羞辱協商程序與輕賤協商程序，羞辱付費者代表，也打擊認真協商成功的中醫及牙醫門診總額部門，我也要呼應前幾位委員，守法者愚昧、認真者愚昧。牙醫及中醫門診總額部門在協商時，是經大家反覆討論、一再拜託，最後含淚接受的情況底下，我覺得他們現在才要含淚，是接受後才含淚，沒想到接受之後，部核定給的錢竟然差距這麼大。

那總額是怎麼形成的？當年總額之母李玉春教授在推動總額的時候，總額是個過渡的作法，全世界都在改革支付制度，而台灣是

大量用論量計酬，我記得蕭慶倫教授曾經在健保10年或幾年時回台灣，提到論質計酬是一定要走的，20幾年過去了，當年是在大量的論量計酬下，搭配核刪、核減制度，希望用10年讓我們的支付制度改為論病例計酬、論品質計酬，以價值付費、以結果付費。全世界都改了，但是台灣20年來停滯不前，推動DRGs(註1)經費每年都沒有執行，一旦做了前面的支付制度改革，總額費用就會自然形成，也不需要論量計酬下，仰賴大量的核減制度，甚至匡定天花板費用來抑制醫療不當利用，或是醫事服務提供者不當的衝量。但這些其實都沒有，核刪制度更形同虛設，核刪比例非常低，所以我也很贊成總額應該改，但總額目前仍是健保法中的法定項目，二代健保形同虛設，就像我們當年講的就是一個是臥代(註2)健保。

我也回應一下對總額的看法，健保是pay-as-you-go，今年收的保費給今年的被保險人用，我們沒有存糧概念，剛才石署長說過去調節非預期風險費用都沒有用，累計起來80幾億元，可以拿出來用，健保沒有這樣的概念。第2個，凡所有的錢進到健保基金，不管財源是從菸捐、付費者交的保費、雇主出的保費、政府出的保費，乃至於政府應負擔法定下限36%，就是健保基金的錢。如果說要拿健保基金公務預算去支應任何健保的項目，這是荒謬的事情。健保基金這個特種基金有非常多財源，我覺得主計總處和韓老師可跟大家再進一步說明，我不是財務專家，但基本的概念就是如此啊，我覺得這個其實是不應該。

對不起，我要再花2分鐘講核定的結果，我有點看不懂核定的結果的邏輯，我覺得社保司和健保署應該在下次委員會議補上資料，我們在協商草案時，政策交辦項目已經占了1/2以上，接近2/3，也就是付費者代表跟醫界協商空間已經不到200億元，非常非常地低，都是政策交辦事項，那核定呢？核定完全是推翻了原本屬於協商的金額，全部都被政策吃走。也就是衛福部早就有既定觀點，整體年度總額超過付費者方案88.24億元、超過醫界方案2.39億元，甚至連其他部門預算也增加，原本付費者跟健保署協商的金額一樣，為什麼中醫門診總額、牙醫門診總額可以採用協商成功的版本，其他預算

明明也是協商成功的，但是衛福部卻沒有採納，反而增加了14.02億元。

會議資料第50頁，本會協定結果跟衛福部決定的，增加、減少部分，其實看不出來衛福部的政策走向到底要做什麼？剛講到「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」不夠，原本這筆錢就是為了在天然災害、意外、流行病發生時，拿來調整用的，過去一直沒有用，從10億元到8億元，但是8億元，明明在111年度中醫門診總額有用掉一部分，所以付費者才維持8億元的金額，衛福部也把今年8億元全部用完，我也不懂為什麼核定後，硬是少了3.594億元，這很離譜嘛！

再來就是「提升保險人成效」項目，原本是公務預算要編列的，今年菸品健康福利捐分配及運作辦法修法又把原本撥給安全準備的錢，把一部分原屬健保署公務預算應該要編列，包括HTA^(註3)、健保署應辦的保險政策研議事項，全部用菸捐替代，不用公務預算了，這裡衛福部自己又加了2億元，把自己的責任撇開，這是衛福部應該要給健保署的錢，結果把它弄掉了，用健保費喔又加了2億元。還有一項20億元無中生有變成40億元。

剛才講到新增「生物相似性藥品方案」，今天甚至沒有檢附無中生有的方案，至少需要尊重健保會，但新增沒有出現在協商項目的方案，卻沒有隻字片語。還有已經出現在協商項目卻沒有按照協商規則，沒有把應該檢附的評估指標、預期效益，甚至執行方式的細節，提到協商會議上面，已經是不對了，記者會上醫改會說醫院跟西醫基層缺46項。現在還有20億元變成40億元的項目、無中生有的項目，加入「生物相似性藥品方案」，完全沒有告訴我們為何生物相似性藥品沒有列入新藥的預算，也不是列到暫行性支付，它是一個藥品方案，為什麼會單獨拉到醫療給付改善方案，卻沒有隻字片語？我覺得是不應該，衛福部或醫事服務提供者，要拿出多少項目都要尊重健保會，醫事服務提供者認為需要就提出，但不僅僅如此，衛福部有非常多無中生有的方案不在協商方案裡面，甚至有超過醫療項目被提出來，嚴格講除了中醫跟牙醫以外，8,755億元所增加的錢多數

不是從總額協商來的，我覺得這是對健保法這個法制，我個人覺得是最心痛的地方，以上，不好意思超過很多時間，謝謝。

註1：DRGs(Diagnosis Related Groups，住院診斷關聯群)。

註2：臥代(台語，意指頭腦壞掉)。

註3：HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)。

盧主任委員瑞芬：謝謝，現在請朱益宏委員。

朱委員益宏：謝謝主席，我第1個想表達的是剛剛吳榮達委員特別提到，醫院總額雖然醫院的版本4.6 %以上，接近4.7%，但是衛福部核定4.7%，認為不該這樣，其實這件事情在我的看法來講，當初我們醫院協會草擬的版本遠超過4.7%，我印象中是6%到8%，是非常高，但下面我用這4個字，可能不太好意思，但還是想要表達，是多數暴力的決議之下，也不是決議，變成一個所謂的協商共識，說各總額都不能超過大總額的上限，法也沒有明文規定，我們在醫院總額連續兩年的總額協商前都表達抗議，為什麼會有這種單行規定限制醫院總額的成長率不能超過大總額上限，沒有一個法規定，健保法只規定大總額要在國發會核定範圍的上下限之內就好。

所以我覺得今天衛福部核定的4.7%，剛剛好啦！我都還覺得不夠，搞不好醫院總額應該4.8%，甚至要到5%，沒有法規定最高只能在4.7%，只是所謂多數暴力所做成的，並不是所謂的共識，而是硬逼著醫界將醫院總額要吞下去，所以我要跟吳榮達委員報告一下這部分，這其實是會有不同的看法。

第2個我覺得剛剛劉淑瓊委員，雖然她的抗議有我的一份，但是我非常同意她，我覺得是時候要去檢討總額這件事情。

我也呼籲社保司，因為現在健保法準備要修法，是否真的要考慮把上限制的總額做處理，現在全世界只有台灣在做總額，連德國都被告違背憲法被取消。

劉委員淑瓊：加拿大還有總額。

朱委員益宏：喔！除了我們以外，只剩加拿大，加拿大好像也不是完全的總額，好像其中會有些跟我們絕對上限的總額不同，所以我覺得社保司要去考慮，第1個是不是真的要考慮把總額拿掉，用其他費

用管控方式來做，這在修法上去處理。

第2個，我建議如果真的還是要總額，也不能用所謂上限制總額，一定要改成所謂目標制總額，就是當你目標太低的時候，公務預算就應該要進來，而不是用增加總額預算的方式，也就是公務預算要去補充，這需要修法去處理。

如果我們還是沿用20幾年的總額，現在結果就是我剛講到台北分區總額第3季點值0.77，我預計明年會更低，低於0.7是不遠的時間就會看到，到時候怎麼辦？是否在每一年甚至每一季總額協商結算後，就要跟付費者在這邊再吵一次，我相信這樣吵吵鬧鬧大家都不樂見，也無助於總額、整個健保業務的推動，這完全是沒有意義的事情。大家需要一起來努力促進國民健康，但是我覺得已經到今天這個地步，我也建議社保司在修法上面，是不是衛福部的修法草案就做一些慎重的考量，因為不管怎麼樣，所有的修法案都會進入立法院，我也在此呼籲所有醫療服務提供者，包括醫院、西醫基層、牙醫、中醫，甚至護理、醫藥界，我覺得大家一起來努力，若真的要修法，未來在立法院，新的立委、民意出來時，我們大家一起來努力，把總額做一些真的對於大家都有正向幫忙的調整，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來我們請李飛鵬委員，我們還剩下15分鐘，看起來一定會超時，也不想影響各位委員用餐，各位委員發言就請簡短。

李委員飛鵬：我想就是看到我們付費者代表這樣的激烈反應，我想我也能體諒他們代表他們的團體，希望健保的費用能夠好好運用。

其實我是支持我們衛福部、健保署的決定，他們也有考量消費者、付費者代表的立場，這個先決條件就是安全準備金這樣執行後，事實上還有1.8個月保險給付支出，是在不調漲保費的前提下推動這個事情，我想健保署跟衛福部是非常站在醫療服務提供者跟付費者兩個版塊的激烈衝撞之間，很費盡心思的來提出一個方案，在不調漲保費的前提下，能維持健保體制的運作，其實大家細看一下，這些增加的錢，有44.6億元是新藥、新科技，也是我們付費者代表希望

照顧癌症病人，屬於一些新藥的用法，在此也是提出來要照顧付費者，所以我覺得如果我們自己去當衛福部跟健保署，我們能夠在不調漲保費下，怎麼樣能夠好好把民眾照顧好，這樣的用心，我看得是非常的不忍心，我們用這樣的方式來對付石崇良署長或者衛福部的官員，對還是不對？我們家裡的老人或其他人生病了，有錢就拿出來用，為什麼一定要把錢扣住呢？而且不調漲保費，在健保預算底下，明明就是癌症病人要用新藥，很多新藥、新科技都要納入健保，全世界都缺護理人員，護理人員已經不夠，即使每天待床都待了100個病人，難道我們就把錢扣住，不給護理人員加薪，讓病人繼續等嗎？這是付費者所需要的嗎？

這裡面有40億元，本來是20億元而已，現在又加了20億元，我覺得大家應該考慮這錢加了並不是給醫院的誰，是給護理人員、這些癌症病人使用，我個人支持在不調漲保費之下，不增加付費者負擔、不增加老闆的負擔下所做的決定，以上是我的看法，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請陳石池委員。

陳委員石池：主席、各位委員，大家好，我記得我們這次總額協商行政院核定範圍是2.621%到4.7%，現在衛福部、健保署核定4.7%，是非常明智的決定，雖然我的智商沒有157，但是很高不敢說而已，你要想想看核到4.7%，對民眾就醫有任何影響嗎？民眾就包含在場的各位，跟我們一樣，有影響嗎？假如有影響就來抗議，假如沒影響，我真的不知道在抗議什麼，剛才我們理事長也講過，該用的錢，有錢為什麼不用呢？

現在健保制度之下，這個點值的問題，醫院做很多事情，像以前健保署說門診量減2%，我當時就提出一個問題，我們可以拒絕病人嗎？他說不行，醫療服務提供者每個病人來就要看，所以現在情況就是用斷頭攤扣，各位捫心自問，你在做治療可以做到一半就說不行，因為接下來這個錢不能申報嗎？哪一個行業像醫療業？這個根本是不合理，現在的要求，剛才委員講是包山包海，每一項都需要給付，醫院也不能拒絕病人，每一項都要做，可是做了，你給的錢

這麼少，沒有錯，你說給這麼多錢可能醫療給付多一點，醫院可能多一點點點點、一絲絲的小盈餘而已啊！可是辛苦的醫療人員不需要一點獎勵嗎？剛才理事長也講過，護理人員不需要加薪嗎？現在都找不到人欸，這個錢有被A掉嗎？沒有嘛，每一分錢都用在人民身上，用在人民就醫權益上，對政府公務預算也沒有多大改變，也沒有調整保費啊，我真的很不了解你們在抗議什麼？消費者也沒有多付錢啊，保費也沒有增加，你們在抗議什麼？我們要馬兒好，可是不給足夠的馬兒草，你要跑50公尺就好，不跑100公尺嗎？

所以我很難了解你們為什麼會抗議，我一直想不清楚，這個利益是所有人共享，沒有讓政府多耗一分錢，也在合理範圍內，我一直不了解你們為何要抗議，當然剛才委員有提到健保屬於總額給付需修改，我是同意，所以我們應該朝那個方向去解決，不是說抗議，抗議這種東西，我很難了解你們為何要抗議，這是給醫療服務提供者一個良心的給付，對不對？哪一個行業可以斷頭攤扣的？只有醫療而已，各位要知道，當醫生也是很辛苦，我們都要繼續教育，每年都要上幾個學分，沒有達到執照要被廢掉，有哪種師需要比照我們繼續教育？老實說我們是蠻辛苦，但是我們是為病人著想，因此政府給多少錢，我們就盡量為病人做，雖然我們被攤扣，內心含淚還是繼續做，有人就不做了嗎？所以每一分錢都是用在病人身上，不是醫界A掉了，各位要抗議我真的很難理解，有什麼好抗議，在合理費用內，也沒多花國家一分錢，全部用在病人身上，這是病人的福利，是大家的福利，我不曉得你們為什麼要抗議，我覺得很難理解，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，我們因為下午還有業務座談，這是一個報告案，也就是我們也沒什麼可以做特別決定的地方，我們發言就到蔡麗娟委員，因為她今天第1次發言，我們還有下面議程要進行，只要當健保會委員一天，就要把法定範圍要做的事情，排定的這些議案盡量走完，今天看起來大概是走不完，但我們還是盡量走完，我就請蔡麗娟委員最後一位發言，現在請周慶明委員。

周委員慶明：謝謝主委的裁示，我這邊要表達就是說我是基層診所的

醫師，包含醫院其實也都一樣，目前都是處於一個嗷嗷待哺、營運財務非常困難的階段，因為今年3月20日疫情降溫以後，其實第2季的點值出來了，西醫基層有4個區低於0.9，台北區0.82，第3季更嚴重，台北區也已經降到0.79多，所以第4季我可以預測一定會更低，因為我們在第一線看病人的時候，我們最清楚，病情一直在變化，之前來的都是發燒，不然就是COVID-19、流感，現在發燒的病人不是COVID-19，也不是流感，說實在我們也不知道到底是什麼原因造成他發燒，這些病人真的非常多，所以我們真的不曉得在這麼低點值的狀況下診所怎麼樣來營運，其實要過年了，馬上年終獎金我們都是一定會發的，持續這麼久這麼低的浮動點值狀況，真的已經造成基層的院所非常困難，所以我們有醫師群組、基層群組，大家都已經發出很大的怒吼。

當然，對第2季的點值挹注，第3季、第4季的規模有可能會比第2季更大，所以我們在整個8億已經用完了，後面可能還要100億元或多少我不知道，大家要有一個比較open的思維來怎麼樣解決這個問題，錢從哪裡來，當然我是覺得非常感謝我們部裡、署裡，一直在想辦法看怎麼樣把點值的挹注，用看什麼錢，真的是我們基層診所一個基本的營運需求，需要政府也需要我們各位委員們大家一起來集思廣益，怎麼樣來解決這個問題，而且這個問題在接下來的第1季應該還是會持續，當然就是因為這個世紀大疫情，我想各位這輩子從未碰過這麼奇怪這麼大的疫情，造成的狀況我們要跳脫現有的一般思維框架，怎麼樣來想、解決，這是大家要一起加油，所以我最後結論就是我們政府，包括衛福部、崇良署長、在座的每一位委員，大家一起想想辦法，因為如果這樣持續下去，最後影響的是民眾就醫權益，以上報告。

盧主任委員瑞芬：現在請陳相國委員，請各位盡量減短發言，謝謝。

陳委員相國：主席，各位委員，大家好，第一次看到這麼多抗議的牌子，委員辛苦了，不過我報告一些實際數據給大家了解，大家也都知道，因為像美國的NHE占GDP是17%，日本占12%、韓國8.4%、新加坡12%，台灣的NHE占GDP多少？6.2%，很低很低，甚至比其他

開發中國家都還低，為什麼這麼低？因為我們實施總額預算管控費用成長的關係，我覺得這是很不合理的制度，比如內政部營建署發包工程1億元給營建公司，工期可能3年，在這3年當中，若發生物價波動、原物料大幅調漲，營建公司沒辦法承包這個工程時，是否應該追加預算？我們醫療不是這樣，像是西醫基層一年給我們1,500億元，如果西醫基層發生什麼事情，可能是地震、天災、大疫情之類，全部要概括承受，這樣合理嗎？根本不合理，為什麼占率這麼低，因為每年總額預算框住我們的醫療費用正常成長。

我要為醫院總額講一句話，醫院總額真的是很可憐，像我們成大醫院，一年營業額約150億元，要攤扣6億元，所以現在成大醫院賺錢只有停車場跟美食街而已，我覺得這是很不合理的制度，現在實施總額預算只剩加拿大跟台灣，因為這是很不合理、很不人性的制度，德國在1995年開始實施總額預算，在2004年因為違憲被停止，所以這是不合理的制度，而且限制病人就醫要分級醫療，我們國內不可能限制病人就醫強制實施分級醫療，所以受苦的就是醫療服務提供者，很多國外學者來參訪說，為何你們可以用那麼低的費用照顧那麼多病人、滿意度這麼高，我們官員就說這是我們有很傑出的醫護人員，不好意思說，這是我們傑出的醫護人員集體的犧牲跟醫院服務提供者的犧牲，才有辦法成就健保這顆漂亮的鑽石。

很高興我們終於跟付費者代表有共識，總額預算這個制度必須修改或廢除，在這裡我還是要很肯定衛福部社保司、健保署做出不同以往的突破，補點值這件事情就好像一個預算案遇到其他風險，國家拿另外經費來補這個點值，今天很高興衛福部的裁決為4.7%，這4.7%可能還不足彌補醫療費用成長，我們的醫療費用成長都是用來幫助弱勢、罕病、癌症用藥等，不是把錢浪費掉，我的總結就是我們認為總額預算制度要修改，我們支持衛福部社保司與健保署這次所作的裁定與作為，以上報告。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請江錫仁委員。

江委員錫仁：謝謝主席及各位委員，感謝剛才好幾個委員講到牙醫門

診總額，牙醫門診總額在這一次的談判，剛好是4個總額成長率中最低的，這是我的能力不足，不過在這邊我還是要講的就是，其實我們健保的制度，大家雖然都是不滿意，但都還能接受，因為大家用很少的費用，就是每年花一些少少費用，就可以一整年都有一個醫療的保障，應該是要感謝健保的制度。

剛才很多付費者代表當然是要看緊荷包，健保精神就是互助，是集合所有人的保費，但不是所有人都會用到健保，反而是讓一些需要健保的人，能夠受到幫助，像我的話，雖然我是老闆，我要付的健保費當然比員工多，甚至我自己的員工，他的健保費都是我付的，當然各位付費者代表要幫忙講話，不是只有幫勞工，還有幫很多資方，都是大家共同拿出這些付費資源，讓全國有需要健保的民眾能夠受惠，所以我們還是要感謝有這樣的健保制度，不然像其他國家民眾要看病，甚至我們台灣人要到國外看病，大家都覺得醫療費用非常貴，所以大家真的要好好珍惜，在這次的補助、牙醫門診總額的談判，我想我們牙醫在這次大概表現不是非常理想，不過我們還是要遵守整個健保制度的規範來走，在這邊我還是要肯定我們整個健保署還有健保會大家的努力，還是要在這邊感謝大家，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來我們請李永振委員。

李委員永振：李永振第2次發言，剛才醫界委員以他們的角度去發表一些他們所看到或者遇到的困難，這個大概可以理解，但是在發言內容我覺得好像模糊剛才在談的這個焦點。

付費者在抗議什麼？抗議政府沒有依法行政啦！付費者在爭取什麼？爭取程序正義啦！所以我剛才提到，在疫情降級的時候，那個才是帶出主因，像洪子仁理事長講的，這是難得付費者跟醫界有共識的，請政府另編公務預算，結果現在不是嘛，你們剛才講的跟這個好像都不搭，你們有困難，了解，所以從去年費率審議的會前會時就建議，請健保署將疫情3年的影響，因為那時候醫療降載，整體總額預算使用沒有達到100%，111年醫療利用稍微回來，但還差了2%多，最低的時候還不到9成，為什麼這次你們都不談這個呢？

這些錢用到哪裡我們也沒有去追究，我就合理懷疑你去調整支付標準，支付標準調漲之後、量再出來，當然整個分母就提高，點值不足。所以我一直請求健保署應該把這個歷史共業，朱益宏委員講的從92年總額實施開始，去做一個全部檢討，怎麼樣才合理，如果要維持預算制度，應該這樣來處理才有一個結果，不是我們在這邊吵，再吵3屆都還是存在問題。

比如朱益宏委員提到的總額概念，商前司長已經退休了問題還沒有解決，商前司長認為這就是統包概念，有什麼好解釋呢？換人就重來，沒關係，要有一個程序，不能說換人程序就不見，這樣才有辦法得到一個真正的解決方式。不然依照付費者的角度，我已經講好幾次，就再重播一次，3年一毛錢沒去跟你探討怎麼去花，以今年總額預算來講，對照108年預算成長了16.9%，當然你們認為不夠，但是有沒有探討原因？不是錢給你們就不管，你們也要去管，不然各協會要幹嘛？這樣才有辦法提出比較有根據、該怎麼樣做比較好。

至於要不要廢總額制度是另外的問題，但是沒有廢之前就是依法行政、程序正義來做，這樣可能比較合理，我們訴求的是這個，跟醫界講的好像沒有交集，我們覺得很奇怪。沒有關係，多了解一些，聽一點訓，也可以互相了解，不過我們也要把訴求內容讓你們知道，不然回去一講，議事錄記錄下來，好像都很奇怪，應該一點都不奇怪，我們的作為都是有所根據，我沒有把握不敢在這邊講話，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，我們接下來請蔡麗娟委員，待會陳節如委員今天也是第1次發言，所以我們就真的到陳節如委員是最後一位發言，請各位盡量簡短，我們已經超時了。

蔡委員麗娟：謝謝大家，我想28年前成立的健保，大概是沒有辦法想像到今天新藥、新科技的研發是這麼樣的快速，加上我們現在馬上面臨高齡化、少子化，所以費基嚴重萎縮，所以健保總額的制度，是不是應該做調整，其實剛剛幾位先進也都做了一些說明，我現在就剛剛很多的醫事服務提供者也提到對於新藥、新科技，尤其是對

癌症新藥的關心，非常謝謝他們。

我想大家都知道，有關癌症新藥部分，癌症病人現在面臨到幾個困境，第1個就是等待健保給付時間非常長，平均要2年，健保即使給付了，也嚴格限縮給付條件，所以現在很多癌症病友的家庭，自費變成常態，有20%的病友家庭，尤其是越晚期，他們可能自費的金額要超過百萬以上，這可能是有一些夥伴們沒有辦法想像的，當然除了是病人在用藥上面可能會有醫療階級化的隱憂之外，其實醫界的衝擊也很大，因為我們在很多治療上面是落後於國際治療的指引，所以在臨床試驗，尤其是現在跨國的臨床試驗，是現在新藥研發的一個核心，他們在做臨床試驗的時候，在各個國家找標準病人，可是在台灣合於國際臨床指引標準治療的病人，要找到難度越來越增加，所以未來跨國的臨床試驗可能跳過台灣，這是對我們整個醫界或是生醫界很大的衝擊，台灣於過去曾經在肝癌、肺癌都是國際總計畫主持人，都是在台灣傑出的醫師，我們未來給付的狀況，一定會使我們在國際的競爭力上受到影響。

其實健保署也很熱心去英國參考，實際參訪英國癌症藥品基金的設立，回國後也有暫時性支付，明年就編24億元，如果現在的新藥還需要更多真實世界蒐集資料的話，可能會用暫時性支付的預算先來給付，再看數據來決定要不要常規給付，或者是藥價調整的參考，可是病人的困境還是沒有辦法解決，為什麼？因為我們現在知道新藥真的太貴了，所以在有一些已經是國際標準的一線治療，我們因為財務衝擊太大，病人還是沒有辦法得到給付，所以需要一個基金，也需要公務預算來做癌症新藥的提撥跟給付。

我們也知道健保署今年把新藥、新科技的預算放在健保總額中，但我們在報章媒體或一些訪問上看到2025年要由公務預算來提撥，我們相信這個應該要落實，尤其今年是總統競選年，有2位總統候選人已經承諾要設百億的癌症藥品基金，我們相信不管是哪一組候選人當選，他們應該會履行承諾，也就是說把這個費用相當高，而且是民眾相當需要，尤其是癌症家庭，這樣龐大的藥物經費能藉由公務預算得到緩解，因為癌症從民國71年開始就是國人十大死因的第

一位，所以這樣的照護不能夠在健保財務框架下來解決，這是絕對沒有辦法的，所以應該要站在國家高度的思維跟策略來解決這個問題，所以我們相信經過今年的總統選舉，未來在癌症藥物使用上面，有一個讓病人可以更即早用藥，減輕癌症家庭負擔的策略，來照顧所有台灣民眾，因為總統不是只有關注兩岸、外交、國防，謝謝。

盧主任委員瑞芬：我這個主席節節敗退，韓幸紋委員因為是在這議案唯一要發言的專家學者，我們也給他一點點時間。

王委員惠玄：我也想講，但我尊重主席。

盧主任委員瑞芬：所以我真的拜託，就到韓幸紋委員，後面還有署長的報告，今天的案子很明確大概是走不完了，主席的確要加油，後面2位委員發言請遵守3分鐘內，絕對不要超過，謝謝，請陳節如委員。

陳委員節如：謝謝主席，其實主席要控制好今天的主題，要討論什麼議題，如果議題不對的就請他減少講，我今天聽到滕西華委員終於懺悔了，我一直在跟她討論說妳已經參加了10、20年，我現在參加健保會1年下來，為什麼會變成這樣子？我們的健保委員是多麼沒有權力、多麼沒有力量，這原因出在哪裡？結果我也看了，應該是社保司要趕快來修法，不管修法或討論應該都要把付費者，出錢的最大，付費者代表都要進去，不能暗室再來協商什麼、要增加什麼，要你們提出一些檢討、方案的成果好像都看不到，今年度我算一算大概有170幾億元才是我們委員的總額協商權限，現在健保是8,000多億元欸，我們是來幹什麼？所以我非常失望，我覺得我們的委員真的是橡皮圖章嗎？還有最扯的是併案審查，我不曉得這是哪一條法，那不行，不行的，何必討論？我們何必到12點，回去還沒有車子，我建議主席真的要站在付費者代表的立場，社保司真的要修法了，我覺得如果不整體的來思考，接下來的委員還是橡皮圖章，沒有什麼用。

這次我非常感謝我們幾個委員，能夠提出這種抗議，我是覺得這邊沒記者，抗議也沒什麼用，只是我深信我們政府應該是有誠意要

修健保法，應該要把付費者權益加上，而且要我們去參與，當然最後修法是立法院來決定，我們當然會努力，可是今天的重點在我們這些付費者就是不滿，整個一年下來我覺得非常非常不合理，醫療團體用再多錢我們都無所謂，只是要用得合理。其實我們反對、錢不給你們，倒楣的是我們付費者，我們也沒有這個必要，所以今天我在這裡慎重呼籲要來修法，主席、石署長真的要聽進去啦，跟部長來建議，甚至於我們可以到行政院去陳情，到立法院去陳情，我覺得這個節骨眼已經28年了，是吧西華，她每次來都很鬱卒，我也覺得這是很不合理，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝陳節如委員的指教，修法的事情看起來是今天兩邊都有共識，這要委託社保司繼續努力，韓幸紋委員最後一位發言，3分鐘。

韓委員幸紋：我趕快講，我也認為其實整場聽下來共識就是支持修法，所以其實並沒有這麼悲觀，我覺得今天不管是非預期風險款的處理跟這240億元到底是什麼屬性？如果大家看111年費率審議報告，這240億元已經明確列為健保收入，我真的是第一次看到有人把錢往外推，硬說它是公務預算。早早就認列是健保收入，行政院撥預算的時候就說是要撥給健保的，健保馬上認列為112及113年的健保收入，怎麼會把它當成是一個好像沒有任何使用目的的公務預算，好像孤魂野鬼在外面飄一樣，我真的是不太能理解。

既然它已經認列為健保收入，它就要跟著健保法來運作，健保法哪一條說可以回頭補點值？我其實在健保法裡完全找不到這件事，你拿健保收入做一件全民健康保險法完全沒有規定要做的事情，然後一直說它是公務預算，我呼應劉淑瓊委員的說法，後面審計部門、監察院都要下來看的，這完全沒有依法行政，所以我也呼應李永振委員，今天我覺得重點是沒有依法行政這件事，其實制度上的問題，我們身為學者做研究，這問題我們也不是不知道，我們也非常支持我們好好的就這些問題來討論這個制度，明明大家共識就是修改制度，可是卻不好好去修改制度，用便宜行事的方式口頭去解釋，這明明當時編列預算的時候，目的就不在用於補點值，可是卻挪作他

用，我其實對這件事情是完全不能認同，更何況這次最後核定的結果，完完全全超出當時協商的部分，所以我完全呼應李永振委員的說法，沒有依法行政、違背程序正義，我先簡短把我意見表達，謝謝。

盧主任委員瑞芬：本案因為是報告案，所以決定其實就很標準，請健保署會同各部門總額相關團體，確實依據113年度總額核(決)定事項及時程，完成法定程序及提報本會等事宜，並盡速辦理需提113年第1次委員會議，就是113年1月24日，確認、同意或報告的事項，以利年度總額順利推動，剛才委員的各項意見也一併列在實言錄裡面，請健保署參考，其他洽悉。現在進行優先報告事項第二案。

李委員永振：剛才建議聲明稿列入本次會議紀錄，有沒有要列入？超過一半委員連署。

盧主任委員瑞芬：因為是委員的意見，所以聲明稿就列入，我們把它列入(「健保會非醫界代表共同聲明」，詳補充資料)，接著進行優先報告事項第二案，請同仁宣讀。

李委員永振會後書面意見：依附件六所列113年度總額相關計畫追蹤時程表顯示，1月委員會議共有16案須討論，如何妥適安排，能掌握時效並真正實質討論，避免因拖延而產生追溯補貼爭議之憾事一再發生！

另依會議資料第52頁說明四衛福部指示，健保署會同總額相關團體及部相關單位，依核定事項，研訂及推動各新增項目之執行內容。請健保署應居主導地位，善盡保險人角色，不只是類客卿^(註)！

會議資料第50頁，調節非預期風險項目只編不到5億元，夠嗎？還是另有什麼盤算！

註：客卿，意旨專業經理人。

王委員惠玄會後書面意見：尊重衛生福利部對2024年醫院總額及西醫基層總額核定項目與內容。其中醫院總額新增三項”衛生福利部(政策)項目”：提升醫院兒童急重症照護量能338百萬元、暫時性支付(新

藥、新特材)2,429.9百萬元、抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫225百萬元，既無醫院總額代表團體研議擬具方案，亦未經付費者代表認知同意，雖要求健保署會同醫院總額相關團體，依規範要件擬具相關計畫內容，提報最近一次健保會委員會議”確認”。前述三項政策或有執行之必要性與迫切性，但衛生福利部逕予核定費用的作為，已跳脫總額協商的精神與現行法制規範。建議盡速建立類此政策執行項目交付健保執行的制度與法規。

部分醫院總額與西醫基層總額項目與金額，未能與付費者代表達成共識，實非付費者代表無能體民所苦，亦非否定醫事人員的熱誠與能力，而係所擬執行計畫說明無法說服付費者代表確認其可行性與效益。衛生福利部責成健保署就付費者代表未能同意而衛生福利部核定項目，輔助醫院總額與西醫基層總額相關計畫醫事團體，於下一次健保會委員會議提出並”確認”。期盼醫事團體代表展現仁者之心，思量付費者代表於總額協商時所提出的疑問，增補計畫說明，促進溝通與制度推行。

【健保會非醫界代表共同聲明】記者會採訪通知

總額協商制蕩然無存 政治玩弄架空健保法制 選前大撒幣 健保成私房金庫

健保署搶在衛福部總額正式核定公告前，於立法院表示行政院將超越已經完成的健保協商方案，「無中生有」的「逕行」核定113年健保總額成長率直達上限天頂4.7%，並在無明確法源支持下，直接動用極具爭議的健保基金中應屬健保安全準備金的43.3億用於撥補112年醫界點值，對此，健保會付費者與專家學者、公正人士代表委員對此表達高度遺憾，於12月3日(週日)上午十點罕見共同召開聯合記者會對此項嚴重破壞健保會與健保協商制度的惡例，強烈表達不同意見，並嚴正譴責有心人士可能藉由選舉，以政治手段不當侵害健保制度的做法！

政治干預健保，健保顧問一語成讖？！

1995年(民國84年)開辦全民健保之時，健保第一期規劃總顧問蕭慶倫教授便已經撰文直言未來健保亂象之一便是「政府沒把權力分散給保險付費人的情況下，醫事團體用政治力量和演政治戲來吃健保大餅，對健保主管部門施加壓力，自是預料中事」，本次政府打破總額預算制的設計初衷，違背法紀動用確保財務穩定運作的健保基金，卻不願另編公務預算，來回應醫界撥補點值之訴求，更是動搖健保財務安全及穩定，此等作為無一不顯示28年前蕭教授的警鐘成真。而身兼民進黨主席暨總統參選人賴清德甫剛向行政院建議，隔日政院便火速核定，相關內容、時間點之接近，更讓人不免有選前撒幣政策買票、將健保基金當私房金庫之遐想。

此惡例一開，健保將成空殼！因此，健保會付費者、專家學者與公正人士代表，就為維護健保永續，制度不容政治人物隨意侵害，共同就以下議題，召開聯合記者會表達立場：

(一)總額協商制度蕩然無存

付費者代表委員在總額協商中，始終堅守「成本效益、有效性、公平性」三項最高原則，在每年有限的總額預算下，盡力為民眾荷包把關，務求買到更具價值、更有品質的醫療服務方案。歷年所有代表均針對國家政策、各醫界總額的規劃，包含各界團體訴求的新醫療科技、住院護理人力、大家醫計畫等，都逐一參酌專家意見、仔細審酌各項方案的前瞻性、需求性、完整性審慎考量，盡全力完成協商。

但衛福部與健保署卻未能守住主管機關與保險人責任，針對諸多不成熟的爭議方案，不僅通通照單全收還大幅加碼，背離評核專家們對醫療品質與執行計畫的建議，更讓諸多沒有具體執行目標、預期效益不明的項目，排擠掉真正重要的項目。如此妄為，令認真的醫療院所與相信健保制度的民眾情何以堪，更恐生劣幣逐良幣的效果，危害醫療生態與就醫品質。

試問，這樣的總額協商制度尚有存在之必要嗎？國發會核定上限成長率有其必要嗎？

(二)撒幣政策反讓健保難永續 健保會形同虛設

疫情期間，雖然民眾就醫量下降，但是在總額制度下，浮動點值的設計，總額部門的點值上升至1.1~1.2元，健保不打折扣、全額照付；甚至，考量醫療院所現金收入減少，健保更以調整點值結算方式、加碼保障院所收入，中央也額外挹注特別預算至少二百億維持醫療院所的運作。COVID-19降級解封是既定政策，解封前就有多位醫界委員、醫院管理者代表、公衛及醫管學者、民間團體等呼籲重視解封後的就醫現象。換句話說，類流感、COVID-19案件造成就醫量上升、點值稀釋被硬說是「非預期政策改變所造成的風險」不當動支健保對應天災、公安意外的預備款，就是在為疾管署與健保署「應做而未做的」評估失職解套。健保署在112年11月15日健保委員會會議，提案動支原112年總額項目中「非預期政策改變所造成的風險」8億元預算，及安全準備金43.3億元，撥補112年上半年點值，在沒有獲得健保會委員支持下，旋即報行政院火速核定。但本項並沒有急迫性，政府輕慢在先，缺乏實證與評估在後，本次更加企圖混淆視聽，將「不曾出現在總額協商

項目中」之43.3億，「無中生有」的逕自加入112年總額支出，如此輕賤架空健保會並強勢輾壓健保會委員意見，逕直撒幣只會急速摧毀健保制度，更加危害醫療生態與就醫品質。

(三)健保基金支應適法性不足 違法行政何以民主

有鑑於健保長年赤字，短期內多次調整保費，恐衝擊民眾健康與民生經濟負擔，故今年主計總處於疫後從超收之稅金撥補健保基金240億元，確保近年已經在部份負擔調漲下，不必再調漲民眾保費來增加民眾負擔。如今政府卻帶頭設局，不受監督，罔顧各方建議，在欠缺評估、程序正當性與法源均不足下，將基金收入直接粗暴的用於撥補疫後點值，而這民脂民膏本是要用以防範短期密集調整保費、穩定健保財務的救命錢，卻變相成為兌現選票政治利益。況，在立法院審查113年度健保基金預算時，相關議事錄決議亦言明112年疫後撥補之240億與113年之200億，明列支出用途是用於「撥補健保基金以改善健保財務」，甚或用於部分負擔調漲下「協助經濟弱勢降低就醫阻礙之配套措施」，不是撥補點值。顯見，衛福部任意動支健保基金，更企圖將該款項直接混淆視聽，偷換概念成「公務預算」來支配，實則侵蝕健保財務的健全及穩定。

疫情衝擊各行各業，缺工、通貨膨脹，乃至百業待興，但相比疫情前，總額已成長近兩成，為了就是要讓全民健保持續運作，確保醫療服務不中斷。據推估2025年後健保安全準備金就會用完，與會代表們認同政府照顧醫界美意，但無視總額協商、違法動支健保基金240億元撥補點值，滿足的是政治私利，而不是公共的利益，長期而言更會造成醫療環境與健保體系的損害。籲請行政院依法行政，重新審酌總額項目合理性、撥補點值支應財源的適法性，才是德政。

聯合記者會共同發起人：

●**保險付費者代表（被保險人代表）：**

- 1.侯俊良（中華民國全國教師會）
- 2.林淑珍（中華民國農會）
- 3.田士金（中華民國全國漁會）
- 4.陳節如（台灣社會福利總盟）
- 5.張清田（中華民國會計師公會全國聯合會）
- 6.游宏生（全國產業總工會）
- 7.陳 杰（中華民國全國總工會）
- 8.林恩豪（全國勞工聯合總工會）
- 9.鄭力嘉（全國產職業總工會）
- 10.花錦忠（台灣總工會）
- 11.楊芸蘋（中華民國全國職業總工會）
- 12.蔡麗娟（臺灣癌症基金會）
- 13.劉淑瓊（台灣醫療改革基金會）

●**保險付費者代表（雇主代表）：**

- 14.李永振（中華民國工商協進會，付費者代表總額協商召集人）
- 15.楊玉琦（中華民國工業協進會）
- 16.陳鴻文（中華民國全國工業總會）
- 17.劉守仁（中華民國全國商業總會）
- 18.董正宗（中華民國工業區廠商聯合總會）

●**專家學者與公正人士代表：**

- 19.韓幸紋（淡江大學會計系教授）
- 20.林文德（長榮大學醫務管理學系副教授）
- 21.王惠玄（長庚大學醫務管理學系助理教授）
- 22.滕西華（台灣社會心理復健協會秘書長）

記者會時間：2023年12月3日（週日）上午10點

記者會地點：台北市青島東路7號2樓之6

新聞聯絡人：林恩豪（付費者代表委員）0910-194177

肆、優先報告事項第二案「中央健康保險署『112年第3季全民健康保險業務執行季報告』(併「112年11月份全民健康保險業務執行報告」)(口頭報告)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

劉組長林義：請各位委員參閱補充資料第2份的簡報部分，接下來由本署就近期推動的重要事項跟各位委員報告。第一個是本署放寬給付急性缺血性腦中風取栓術的執行時間，因為腦中風每年就醫人數大概44萬人，醫療點數也都超過200億點，屬於相當重要的一項疾病，所以本署在參考國際文獻及治療指引，再跟相關醫學會討論之後，決定放寬急性缺血性腦中風取栓術執行的時間。我們是在11月1日公告修正，原來給付規定是腦血管前循環在發作8小時內才有給付，同步放寬到發作24小時內，推估增加565人受惠，費用大概1.13億元。

接下來要跟各位委員報告的是，近期導入有關新藥、新癌藥、罕藥的部分，這也是為了滿足病人用藥需求，本署致力加速審查新藥或擴增給付範圍。有關新成分癌藥的部分，截至今年12月為止，新增癌藥大概有8項，就是下面這4項，裡面有含4項屬於暫時性支付，請各位委員參考下面列表。另外有關擴增給付癌藥的部分，到12月為止也是新增11項，同樣請各位委員參考。有關罕藥部分也是新增大概10項，品項供各位委員參考。除了癌藥跟罕藥以外，我們也在積極導入其他新藥，截至今年12月新增的藥品也總共有11項，也請各位委員參考。

截至11月為止，有關新特材編列的預算，比方新功能特材編列6.32億元以及給付規定的放寬編列2.78億元，大概都執行完畢，下面的就請各位委員參考。另外本署也跟爭審會加強交流，希望減少相關的爭議案件，所以最近辦了一次業務交流會，得到共識就是假如爭審會有一些爭議案，本署也可以提供相關補充意見，雙方做討論，假如爭審會有審定，案件回到本署，本署也會討論相關情形避免再發生，努力盡量減少案件。

最後有關健保雲端系統的部分，我們有例行性資安查檢，112年查

檢結果跟111年比較，比較重視的4項，病人簽署書面同意書、資料儲存機制，資料傳輸及使用者監控、病人就醫紀錄與結果資料刪除，符合的家數都比111年增加，這部分我們也是持續做資安的查檢，以上就是有關本署近期重要的工作。

請各位委員參閱11月份業務執行報告，我們直接用最新的資料來跟委員報告，第1頁是有關近期的工作，剛才周淑婉執秘也有講到有關陸生健保納保的事情，衛福部已經在11月24日公告，明年2月1日起陸生納保，陸生應該在台居留滿6個月之後就可以加入全民健保，推估總人數大概是2,000人，以第六類身分參加，每人每月支付保費826元。

請各位委員參閱11月份業務執行報告第7頁，有關收入面業務部分，第一個是投保單位數的統計，10月份投保單位有97萬家，比111年增加4萬3,000多家，增加率是4.64%。保險對象的人數也是增加大概0.47%，平均投保金額增加率是3.18%。請各位委員參閱11月份業務執行報告第11頁，財務部分(二)權責收支情形，112年度截至11月底，提存後的安全準備餘額還有1,209億元，大概是折合1.88個月的保險給付，以上是屬於收入部分。請各位委員參閱11月份業務執行報告第26頁，在醫事機構特約家數的部分，醫院的家數是持平，西醫診所增加20家、中醫診所增加1家，牙醫診所減少3家。

請各位委員參閱11月份業務執行報告第27頁，有關醫療費用申報的部分，我們直接看表格，請參閱11月份業務執行報告第42頁，表16呈現的是整個總額部門醫療費用點數成長的情形，各位委員看到最下面就是屬於112年的部分，第1季成長率6.3%，第2季成長率13.12%，所以第2季成長率比較高，第3季成長率回到6.88%，我們看到最新的資料是10月份，成長率大概維持跟第3季一樣也是6.16%，這是屬於全部醫療費用的成長率。

參閱11月份業務執行報告第43頁，就是醫院的成長率，大概跟整體成長率一樣，看到最下面那欄，第1季成長率5.16%，第2季成長率比較高，是12.99%，第3季成長率6.97%，最新10月的成長率是6.19%。

參閱11月份業務執行報告第44頁是屬於西醫基層部分，西醫基層的成長率較高，112年第1季成長率12.19%，第2季成長率17.74%，第3季成長率11.48%，最新10月份也約有10%的成長率，這是屬於西醫基層的部分。參閱11月份業務執行報告第45頁是牙醫的部分，第1季成長率3.16%，第2季成長率13.98%，第3季成長率3.97%。參閱11月份業務執行報告第46頁是中醫的部分，成長率就比較高，第1季成長率20.51%，第2季成長率維持19.14%，第3季成長率回流到3.08%，最新10月成長率-1.43%，呈現負成長，以上是屬於醫療費用的部分。

請各位委員參閱11月份業務執行報告第29頁第五項，門診慢性病的醫療費用點數，(一)到(三)，(一)是整體慢性病的占率52.87%，屬於醫院是59%，屬於基層部分是36%，我們一直在想說這部分是不是有共病的影響，因此這次特別排除重大傷病，純慢性病可以看到(五)的數字，假如沒有排掉重大傷病的話，慢性病的占率是52%，排掉重大傷病之後變成39%，醫院就會從59%降到41%，基層還是維持36%，所以有很大部分是屬於共病，有重病也有慢性病的情形。

請各位委員參閱11月份業務執行報告第30頁第八點各層級比較，我簡單念一下，在醫學中心、區域醫院、地區醫院的慢性病占率，假如沒有排除重大傷病，醫學中心是63%，區域醫院是59%，地區醫院是54%，排除重大傷病之後醫學中心就變成36%，也就是醫學中心從63%降到36%，區域醫院從59%降到44%，地區醫院也是從54%降到45%，這是屬於慢性病部分，詳細資料請參閱表18-2-4到表18-2-6，這邊有各層級的部分。

請各位委員參閱11月份業務執行報告第31頁，門診藥費的部分，詳細資料在表20，藥費的占率在110年是28.6%，111年降為28.1%，112年有3個季度的數字，第1季是28.3%，第2季是26.9%，第3季是27.2%，預期112年藥費占率應該還是會持續下降。11月份業務執行報告第32頁，有關各項專款運用的部分，這邊特別說明的是(二)有關罕見疾病、血友病及罕見疾病特材的部分，因為這部分是結算到第2季，費用占率大概是23%左右，不過目前已經有截至10月的資料，我們用10月的資料預估全年，這項費用達成率應該有到98~100%左

右，所以這項應該是沒有問題的，後面有關點值及其他專款部分請各位委員參考，以上摘要報告。

盧主任委員瑞芬：請吳榮達委員。

吳委員榮達：我大概請教幾點，第一個是11月份業務執行報告第33頁，我們可以看得到第2季不管是西醫或醫院部門的點值都超過0.9，醫院部門一般服務平均點值是0.9499，整體總額平均點值0.9525，第3季部分醫院部門一般服務平均點值是0.9603，西醫基層一般服務平均點值是0.9017，這也可以參考一下第85頁跟第86頁，我有去做對照，108年第1~4季與112年第1、2季相比，點值沒有太大差別，不是往下降，降到剩下0.8、0.7，我不知道為什麼，剛才醫院部門一直說已經剩到0.8、0.7，但對照108年點值是沒有太大差別的，我不曉得為什麼，這可能等一下請教健保署，這是第一點。

然後第2點，我想要請教的有幾個部分，11月份業務執行報告第82頁醫院部門專款項目支用情形，我看專款支用情形有很多執行率是偏低的，例如「急診品質提升方案」112年第1季及第2季都是9.7%，再往下看，看到「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫」的執行率都是0%，有好幾項都是0%，看一下11月份業務執行報告第82、83頁，有好幾項執行率根本就是0%，我也想請教健保署這些執行率偏低甚至是0%的到底是怎麼一回事？這是第二點。

第3點是11月份業務執行報告第88頁裡面有1個數據，因為我不是醫的所以不太懂，剛看到數字有點shock，去查一些文獻之後稍微有點瞭解，不過還是要請教，11月份業務執行報告第88頁表28第29項次，我看到庫賈氏病增加3個人，因為我不知道庫賈氏病，我本來都以為是狂牛症，但現在才知道並不是，因為庫賈氏病有好幾種，只有新型庫賈氏病才是狂牛症，所以我想請教增加的這3個庫賈氏病，到底是舊病轉成重大傷病還是今年度發生的新病？新年度所發生的病的話，到底是屬於哪個類型的庫賈氏病？第16項次重症肌無力症增加的新領證人數是56人，增加人數蠻多的，我們覺得這個數據

上是值得關心的，所以我也順便提出請教，這是另外一點。

有關於10月份業務執行報告第24頁第3季，還有11月份業務執行報告第26頁10月份訪查及違規查處的家數，不管訪查或違規查處，大概都是西醫基層跟牙醫的家數最多，想瞭解這些違規跟查處大致上的理由或原因是什麼？也想請教這是健保署主動發現的？還是經過外部檢舉，然後才做這些訪查或違規查處？這是另外一點。

再來11月份業務執行報告第58頁，西醫基層的慢性病件數跟點數占率都是往下降、負成長，所以看得出來分級醫療好像是沒有什麼太大的效率，因為數據是往下降的，我不曉得我有沒有理解錯？大概可能是這樣。再來11月份業務執行報告第89頁，各醫學中心的床數狀況看起來好像還沒什麼太大問題的樣子，可是我一直很質疑各醫學中心實際上開設的病床數到底是多少？我們一直講說因為護理離職狀況非常嚴重，所以經常有關床狀況，這些數據好像是把關床都剔除掉了，我在猜想，不然數據應該不會這麼漂亮才對，想要請教健保署，會後再做答覆也沒關係，這些數據是不是扣掉實際關床的床數，關了以後才做數據上的統計？請教以上問題，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請滕西華委員。

滕委員西華：我有4個問題請教健保署，剛剛報告取栓術特材新放寬適應症是預估增加565人次優惠，可是看過去資料每人平均點數大概在4萬5,413.87點，但是光只放寬565人次就花了1.13億元，我想知道這是不是含有新增特材費用才會使得單價這麼高？如果是這樣，過去44.7萬人的費用合計也應該不只203億點，這是第一個問題。

第二個問題是在附件裡面有個差額特材的單張報告，業務報告裡也有提到特材，因為民眾選擇心臟塗藥支架的使用量都已經達到70~80%，我記得健保署至少在4年前就已經承諾，將規劃把它納入全額健保給付。現在4年過去不僅沒有來報告、也沒有規劃，我想知道這是只聞天上有、有口惠而無實惠的政策？還是健保署真的有認真在規劃，將民眾使用過半的人工特材差額部分要納入全額給付。

第三個是有關陸生納保的事情，這是賴清德候選人11月9日的政

見，也是第三次呼應候選人的政策。11月9日說陸生要納保、11月23日行政院火速通過要納保、11月24日衛福部公告、明年2月1日實施。不管是不是因為選舉要政策買票，我要請教陸生納保的事。我們同意陸生跟外籍生一樣納保，而且資格是必須取得2年制的學程。依照大陸地區人民來臺就讀專科以上學校辦法裡面的規定，第1次入境的簽證是3個月、停留註冊入學不得超過2個月，之後還要根據他的學籍多次入境。我想請教健保署如何認定陸生居留滿6個月這件事？因為他第1次拿不到6個月以上的居留證，你又怎麼認定他可以持續居留滿6個月、並取得符合健保法裡面規定的居留證明文件，這個是我對陸生納保的相關問題。我不是反對，我要問健保署怎麼認定他來臺滿6個月這件事情是符合法規的？

最後一點，吳榮達委員也有提到11月份業務執行報告第89頁，過去我們一直希望健保署監控醫學中心病床增減的情況。但過去十幾年來的護病比加成的錢全部領光光，大家卻還一直在講因為護理人員不夠，所以醫院關床。可是護理人員流動率高、護病比加成領光光，所以即使有流動但是錢又領走了，這個情況讓我們有非常大的疑問。

再來提到一直關床還有待床的情況。根據健保法規定每家醫院都有把病床數公開上網，我想請健保署下個月開始，不僅告訴我們醫學中心的病床數增減情形，請同時告訴我們各層級哪間醫院開或關了病床，因為護理界的訴求就是人力不夠所以關床，可是數字都沒有呈現在任何客觀資料，告訴我們究竟是哪些醫院關了床。從98年已經花了572億元，明年又有40億元，還不包含調整支付標準後每年滾入基期的成長率，錢都花出去了，我覺得應該給個交代。

盧主任委員瑞芬：接下來請李永振委員。

李委員永振：有兩點請教健保署。第一點，根據12月4日媒體報導署長回應未來健保費率調漲的情形，署長稱明年不調漲保費，這點大家都知道；後年視國人健康狀況、醫療需求再討論是否調整。但是依據上個月我們費率審議時候健保署提供的資料，如果113年總額成長

4.7%，到年底安全準備是1.86個月，後來署長有對外發表也是這個數字，就是還沒有發生剛才我們討論的事情之前，是1.86個月，那麼如果再考量補點值的43.3億元，推估到114年也還有1.039個月的安全準備，達到法定規範的下限，應該還不需要調漲保費。況且健保署的假設都是比較保守的，署長所提的兩項要考慮的因素，在原來推估裡面應該都有列進去，是不是可以請署長解惑一下，以目前我們看到的資訊，為什麼還不能講後年不調保費，依照你們的數字，安全準備還有到1個月，有哪些數據我們沒有看到嗎？但是上個月才開完會討論的，那資訊是後來才發生的嗎？還是上個月就沒有充足提供應該給我們參考的資料？這是第一點。

第二點，依照10月份業務執行季報告第1頁，本署近期重點工作第二項，新功能特材經共擬會議通過預計在112年12月1日生效情形，其中冠狀動脈斑塊切割氣球導管與旋磨切除系統，但112年12月14日共擬會議又討論冠狀動脈旋磨斑塊切除術，經詢這是兩個不一樣的東西，但我看資料裡面描述的狀況很類似，像我們這種醫界的外人一看一定會誤導，所以剛開始想說怎麼重複了，是不是有討論順序的問題。照理講切除術是醫療項目，要先決定是否手術；決定手術後，再決定要用什麼特材。結果現在看起來好像是特材先通過，再討論後面這個手術，在程序上有點怪怪的。應該是先決定手術，再看要什麼特材，或者一起公告才對，但是這樣的話，這兩個不同的東西，外界會容易混淆，將來健保署在對外描述說明的話，可以更清楚一點，不要造成誤解。

盧主任委員瑞芬：接下來請陳石池委員。

陳委員石池：主席、各位委員，大家早安，首先謝謝健保署的報告，也謝謝署長跟健保署同仁過去的努力。這個報告我有兩個意見，第一個是有關急性缺血性腦中風取栓的問題，開放到24小時我是非常認同，而且非常嘉許你們這個好的做法，因為事實上是配合時代潮流在改進，是非常好。但是經費部分我是覺得很奇怪，因為111年申報使用特材人次是1,924人、費用2.7億元；申報取栓人次是1,951人，費用是1億元。現在預估受惠560人次，費用應該不是1.13億元，我想

費用可能要再精算一下。

第二點是有關健保雲端系統批次下載作業資安檢查，我想這也是個非常好的事情，但是是否可以再增加一點，因為過去2個月只查50家而已，但是成果裡有兩項看起來表現不是很好，第一個是有關病人簽署書面同意書，從58%進到60%，同意書非常重要，常常是造成醫療糾紛非常重要的關鍵，所以有沒有辦法再提升，應該請每間醫院都要做好這件事情。

第二個是有關資料儲存，這也是很重要，因為醫院要參考使用資料，上傳資料只有到42%也是很低。所以這兩項能不能想辦法再提高，我想對醫界、消費者都會有比較好的幫助。

盧主任委員瑞芬：現在請健保署回應委員的提問。

石署長崇良：謝謝委員對報告的很多指教，不過口頭簡報裡主要是去特別強調大家所關切的議題，特別是健保的目的在對急重症患者的輔助是最重要，所以把急重症相關措施成效優先列在裡面。至於國人十大死因裡腦血管疾病占很多，例如急性缺血性腦中風，這邊我補充一下，我們放寬的還包含血栓溶解劑，我們這邊報告的是用動脈的機械取栓，就是做Thrombectomy(註)的，另外還有一個是打血栓溶解劑，所以有兩個我們是同時放寬，參考遵循的都是國際的指引。所以靜脈的注射，血栓溶解劑從原本3小時的黃金時間、擴大到4.5小時；動脈取栓術從8小時延長到24小時，都可以明顯減少後續的失能跟神經損害。

至於這個金額的部分，也跟委員補充，這裡會有兩個費用，一個是醫療服務的費用、一個是特材的費用，取栓術會有特材費用。所以資料上面111年的特材費用是2.7億元、服務費用是1億元，所以合起還要相加再除以人數，1個人的費用平均在20萬元左右，預估把這個黃金時間延長之後，新增的人數再乘上單人的費用合計大概是1億元左右，大概是這樣推估出來的，這是第一個。

第二個，新藥跟癌藥的部分，簡報是報告到第3季，如果加上在11月、12月陸續生效的，今年會超過56品項，希望儘快趕上國際上的

治療指引，以呼應癌友的需求。

至於李永振委員特別關切114年會不會調整費率，也跟各位委員報告，因為依照健保法的精神，應該會先討論總額成長再討論費率，所以114年的總額成長尚未議定之前，我們無法推估當年的費率實際上應該是多少，會不會要高於5.17%，所以現在只能夠先談到113年為止，以上先做這樣的說明。至於還有一些委員的詢問，請同仁繼續補充。

註：Thrombectomy，取栓術。

劉組長林義：有關吳委員詢問點值的部分，的確我們資料裡面放的都是結算後的點值。

吳委員榮達：我的意思是如果點值都有0.9以上，為什麼還有補點值的問題？

石署長崇良：不是、不是。在醫院部分的點值，都已經是攤扣或斷頭完的點值，是嚴重低估。這是因為在各分區裡都做了適當的處理，目前看到的是屬於攤扣後的目標點值，所以最後都會達到那個目標，實際上前面斷頭或攤扣的金額是非常大，我請同仁報告一下攤扣前的點值各自是多少。

劉組長林義：因為醫院總額影響較大，所以各分區都有實施點值管理。就醫院總額來看，112年第1季平均點值攤扣前是0.8971、攤扣後變成0.9291，攤扣後就是結算後的點值；第2季也是，醫院平均點值攤扣前是0.8873，攤扣後變成0.9285，的確這當中存在一些GAP的問題。這是有關點值的部分。

劉委員淑瓊：對不起，請回答一下點值還原到攤扣前，這個符合總額的精神嗎？

石署長崇良：這個就如同大家談到，總額制度確實有很大的問題，如果用硬性的總額來看，就是大家通通斷頭。但是應該要實際去看這些硬性的需求、剛性的需求，特別是在醫院住院的部分應該說幾乎都是屬於剛性的需求，因為沒有進行審查的機制。我也非常認同在健保法未廢除總額之前，應該重新再檢討總額制度，讓它更符合目

前民眾就醫的需要，也可以讓醫療體系健全發展，避免這樣的制度扭曲整個制度的健全。

盧主任委員瑞芬：健保署這部分都回應完了嗎？除了醫院以外，還有西醫基層的點值。

劉組長林義：西醫基層就比較沒有這個問題。

李委員永振：等一下，我要請教的是剛才這問題。我一直不解的是，你秀給大家看的數字，就是現在正式的數字；現在要討論補點值的時候，又提供採用另外一套數字，這樣怪怪的。如果那一套數字才是正確的，也是應該經過討論以後，秀出來給大家認同後，再採用才對。怎麼以前弄的這套數字，讓我們認定的是像吳榮達委員提到的，點值都超過0.9，然後你現在說沒有啊，那資料是不對的，是呼攏委員嗎？

石署長崇良：很抱歉，過去我們的數字呈現上有很大的落差，這個讓委員有誤導，我們未來把這兩個點值都同步呈現，很抱歉。

劉委員淑瓊：署長，對不起，不能這樣講，那你們要不要處理衡量的問題？因為現在惡法亦法，現在還是在總額制度之下，所以我們要不要回到總額的精神來處理？我覺得一直轉彎、便宜行事，不是說有做的不給，但是我相信在醫界內部也有所謂公平正義的議題，不只是我們跟醫界，醫界內部也有，署長很清楚。所以再講一次，講的是依法行政、講的是程序正義，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請健保署繼續說明。

劉組長林義：吳榮達委員剛有提到第82頁有關醫院專款的部分，專款的確有的按季結算、有的按年結算，而且有些獎勵金也是要到年底總結算後才會核付，所以前面有些數字會比較少一點，是這樣的意思。後面有關違規跟安全準備部分，就再請其他同仁補充。

游組長慧真：委員好，我補充委員問到第38~40頁相關訪查、查處的案件，為什麼牙醫、中醫、西醫基層比較多，通常怎麼發現？

這些案件我們通常看起來是有幾種狀況，大概有三種，一種是做專案時發現申報跟支付規範不符合，所以做訪查，第二類就是民眾

的檢舉案，近期健康存摺的部分，民眾是可以看得到資料的，所以我們有發現檢舉案件較多，第三類是各分區的分會，審查時有發現會主動移案，這類移案數量也不少，所以我們會依照這樣的狀態做訪查、查處，並依照實際狀況做後續扣減、違約記點、或者是停約，今年看起來目前的追查狀態跟核扣金額是比較低的，以上補充。

盧主任委員瑞芬：健保署還有其他要回應的嗎？

黃組長育文：各位委員，我這邊補充一下，剛才委員有提到關於冠狀動脈旋磨切除術診療項目跟特材的部分，我稍微解釋，因為確實我們在提會的時候是一起的，因為診療項目比較晚1個月，之前的時候學會那邊有建議，會議有共識，就是可以比照經皮冠狀動脈擴張術申報，正式的診療項目生效之後，就由正式的診療項目申報。

另外，剛才滕西華委員有關心冠狀動脈塗藥支架的部分，這真是非常的辛苦，我們一直有陸續執行，有在跟廠商、學會討論跟溝通，可是因為它的財務衝擊真的很大，就是20幾億元，目前已經有幾個主流市場，我們已經分別跟主流廠商有提過，我們會在下次把我們整個執行的狀況做一個報告，謝謝。

石署長崇良：我補充一下，剛剛那個是特材不同，可是它在醫療服務的執行項目是類似，就是醫療上的做法相同，只是導管進去裡面之後用的特材不一樣，所以特材是分別核給兩種，可是在執行時的申報項目點數是相同的，只是比照處理。

至於塗藥支架現在的趨勢正在改變，我們現在健保是給付裸金屬，裸金屬的再阻塞率，就是放了之後又血栓、再阻塞，需要再做一次、甚至又發生心肌梗塞的風險是高的，所以國際趨勢是朝向塗藥支架，所以我們現在正在努力，看看能不能夠把塗藥支架，對於某些高風險者就直接給付到塗藥支架，所以我們正在努力讓民眾負擔減輕，也讓後面病人的outcome會比較好，減少放完支架又突然間發生阻塞，這我們已經在努力，應該很快會有一個結論出來。

盧主任委員瑞芬：本案有些沒有回復到的意見，就請健保署書面回復。因為會議時間有點尷尬，但我們還是希望議程能夠進到第一個討論

案，所以這個案子就到這裡結束，本案洽悉，委員提到的意見，包括書面的部分，我們都會請健保署回復說明。接下來進行討論事項第一案。

伍、討論事項第一案「113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

洪專門委員于淇：健保署說明，請看說明二的地方，先報告112年度方案執行情形。112年總共有18項指標，下面表格星號部分是有達成的部分，沒達成的部分是指標3、6、9、18，我們要說明一下對於沒有達標部分的後續處理，請看第142頁。第1點是指標3門診就醫次數大於90次之保險對象就醫成長率，因為主要是以111年就醫資料為基礎，112年因為COVID-19疫情回歸常態，非緊急醫療需求恢復，就造成比率又上升，我們未來會加強個案輔導，也會發輔導函給本人，也會透過資料分析跟心健司一起研討如何加強輔導成效。

指標6是接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率，這塊我們也已經納入各分區的品質指標，也已經把相關名單回饋給院所，持續監控。補充說明指標9提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)，它的回轉次數有在上升，但因為COVID-19回歸健保，就醫次數成長率很高，造成比率下降，這部分我們會持續監控。指標18住院案件出院後3日內的急診率，這塊也會透過減審指標以及分區控管目標讓它持續下降。112年整體的執行情形預計在5月份會提出報告。

接下來就是113年的方案，草案在附件一第147~153頁，相關指標在第152頁。我們對指標調整部分有稍微說明，請看第144頁，這邊健保會有幫忙整理，說明二的地方，113年的草案架構維持跟112年一樣，因為考慮指標不要年年變動，所以按照112年的指標，我們做了一些調整，等一下逐項說明。

指標1是健康存摺安裝App的人口增加率，這部分主要因為疫情期間大家買口罩、快篩等，大家下載的幅度已經比112年多，目前下載人數已經超過2,300萬人次，所以推估安裝人次大概已經達到飽和，我們以112年為基期，所以把目標值稍微調低一點，從5%調整到3%。

指標五的部分我們的指標並沒有調降，只是配合立法院預算中心當初的建議，因為指標項目名稱是非同體系的區域級以上醫院下轉

件數較去年同期增加，112年的目標值是用當年的執行率做為目標值，且大於等於63,486件，但事實上應該用差值來表示，所以我們把它改為大於0。同樣做這樣改變的是指標9的部分，它的項目名稱有點誤植，應該把提升兩字改掉，變成非同體系區域級(含)以上醫院回轉率，一樣是較去年同期增加，所以才把指標值改為差值大於0。

另外，指標7為了符合目標值定義，所以有稍微修改名稱。接下來指標11跟12，全藥類藥品重複用藥日數下降率以及門診10項重點檢查非合理區間再次執行下降率，這部分主要是因為我們112年時都以108年為基期，可是到108年為止，這兩項已經分別下降到12%、13%，考慮113年人口老化的趨勢，指標值略為調整，只要跟112年比較是零成長，所以有調降目標值。

指標18是住院案件出院後3日以內急診率，因為它以前的目標值算法是用110年第3季、111年第2季為目標值計算，我們發現疫情109~110年期間，可能因為民眾調整就醫行為的關係，造成數值較低，所以把目標值的算法改用非疫情期間算，所以用108年第3季、第4季，還有112年第1季、第2季的平均值來計算，所以有略調降目標值。

盧主任委員瑞芬：本會針對這個案子有提供研析意見，時間關係就不宣讀，請各位參考第144~146頁，現在請委員發言，請林文德委員。

林委員文德：剛剛我們前面有很大一段時間在討論預算不足跟點值過低問題，我相信有些費用不足的地方、健保浪費的問題，或是不當耗用的問題，我想改善方案首先要確認到底健保的不當耗用規模大概是多少，這樣才能知道說到底這個方案減少多少不當耗用，但是這方案看不太出來這些指標，如果都達到100%的話，我們不當耗用改善多少比率？還有這些指標跟不當耗用的減少有多少關係？不然沒有達到不當耗用減少或改善的目標。

第二點，國際上對這問題也很重視，有很多研究都在做所謂的overuse的部分，我不曉得我們在做這改善方案時有沒有參考國際上已經很

多研究證實有很多不當的、或者是過度醫療的作為，有沒有辦法透過這個改善方案做一些改善？不然的話，好像這個改善方案比較沒有辦法真正達到效果。

我們也有看到不管在醫院或西醫基層都有些不予以支付的指標，裡面確實就有達到降低不當使用的作用，但是好像那部分的成效沒有放進來這部分，我是建議我們有一些作為，也有做一些改善，是否也把那部分達到的效果當作指標，這樣才能確實呈現有做到改善的效果，還有就是建議把最新國際研究成果，儘速導入在不當耗用方案中，這樣會讓我們效果更明顯，以上。

盧主任委員瑞芬：接下來請陳石池委員。

陳委員石池：我對於會議資料第146頁，有關說明四之(二)，委員所提新增5項管控項目之執行情形，我對第(5)項「醫學中心慢性病案件數占率」有點意見。依健保署112年6月28日「研擬『全民健康保險醫療品質資訊公開辦法』醫療品質資訊公開指標項目第三次溝通討論會議」的會議紀錄，提案二「全民健康保險會委員建議『癌症診斷後30日內治療率』及『門診符合慢性病條件病人的就診人次數比率』指標納入全民健康保險醫療品質資訊公開辦法資訊公開項目案」，關於慢性病部分摘錄其結論：「一、考量『門診符合慢性病條件病人的就診人次數比率』指標，係為呈現目前健保就醫病人結構，非屬醫療品質指標，本項不新增。二、請台灣醫院協會會後再提供相同理念或相關醫療品質指標，提供健保署研議參考」。

所以當時會議是反對新增，現在又把這指標列入，我覺得很奇怪，我個人本身也反對將門診符合慢性病的就診人次納入指標，因為這不是真的醫療品質指標，是人次就醫結構，而且慢性病大部分是高齡長者，也常有共病症、季節病，我們又沒有辦法，因此很難定合理比例，慢性病有多少種你知道嗎？健保署網頁的全民健康保險慢性病範圍，總共有16大類、100多項疾病名稱，是不是每個都要納入，應該要重新考慮，這是20年前訂的東西，現在是不是應該召開專家會議來討論修正，哪些項目明確要管控，我就稍微提出來供參。

盧主任委員瑞芬：請蔡麗娟委員。

蔡委員麗娟：請看會議資料第144頁管控項目第1、2項，有關全民健保行動快易通及健康存摺這2項，因為剛剛報告時提到大概有2,300萬人次下載，可說台灣幾乎每個人都下載，但是這些數位工具的使用，一定要跟民眾生活及就醫行為產生連結，才會真正的去用，重點是我們要去用，下載人數再多，但沒有實際使用的話，可能意義是不大的。

我特別要提到健康存摺，它是讓民眾養成自我健康照顧一個很好的工具，但可能都沒有好好宣傳，因為健康存摺不只包含用藥、檢查資料、影像或病理檢驗報告的功能，還可以透過眷屬的管理，譬如家裡長輩或者是小孩，可以了解眷屬就醫的狀況，最重要的是現在有四癌篩檢，希望早期發現癌症，我們的健康存摺可以看到最近3次，更正一下，現在應該叫做五癌篩檢的紀錄，如果篩檢結果是異常的話，也會在上面呈現，提醒你下次篩檢的時間，可是因為宣傳不夠，我不知道在座這麼多人，有沒有人對健康存摺有真正去看、去使用，所以我覺得這是很可惜的事情。

特別是民眾在做四癌篩檢的時候，篩檢端的人也可以提醒民眾下載APP，從健康存摺中可以看到這次篩檢的結果，若能在醫療端也提醒，民眾自然會去用，因為數位是未來健康照護很重要的工具，我們已經有這樣的架構及設置，但因為沒有好好宣傳、跟民眾溝通，而方案的目標值都還保持一樣、甚至還降低，我覺得尤其健康存摺，應該要再提升目標值，而不是只保持原來的目標，以上。

盧主任委員瑞芬：接下來請吳榮達委員。

吳委員榮達：請看補充資料1第11頁，指標代號第4、5項「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」、「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加」都是正向指標，但以指標代號第5項為例，我參考一下11月份業務執行報告，這報告非常清楚，它就是呈現醫院下轉件數為負成長，所以為何這邊是一個正向的指標，我不太懂，因為這很顯然跟11月份業務執行報告裡面的統計不符合，因為是統

計8、9、10月。

再來有關指標代號第4項，如果參考11月份業務執行報告第58頁表18-2-3慢性/非慢性病醫療點數統計_西醫基層門診【排重大傷病】，這是有關西醫基層慢性病占率的統計，也看到它是負成長，表示跟這邊正向指標好像有些出入。所以剛才講的這2項是被列為正向指標，好像跟11月份業務執行報告統計數字有不同的地方，以上請教。

盧主任委員瑞芬：接下來請王惠玄委員。

王委員惠玄：就指標項目而言，剛剛幾位委員都已經有談到，我就再融合一下，首先項目與資源不當耗用的關聯性到底是什麼？有些我實在找不到實證基礎，譬如管控項目第1、2項，下載全民健保快易通的人數、使用健康存摺，這就有點像是體重過重的人，你去量測他有沒有買體重機、站上體重機幾次，這樣就處理了過重的問題嗎？我不懂。所以管控項目跟real value，剛才文德委員也談到實際看到的是什麼，這關聯性有沒有實證基礎之外，最重要的是到底有沒有contribution。

再來是好幾個項目的量測方式都是用成長率，成長率有數學上的議題，基期小、變動大、成長率就高，反之基期大、變動小、成長率就低，但我們真的很需要看到actual real outcome，這邊好幾個都是用成長率的項目，譬如說減少重複運用、藥品重複使用，其實我們已經追蹤很久，我們應該可以過渡到實際重複藥品下降的百分比，這個其實健保署也有在追蹤不是嗎？都有看到數字了，也包含不合理檢驗檢查、復健次數，這些其實都有real value，在這階段還在看成長率，其實是應該要往前邁進。

至於在回應方式的部分，也請從問題面去做檢討，因為從署裡同仁關於未達標的後續處理說明，似乎用行政力量去責成各分區業務組的人加強監督及力道，其實沒有回答到問題，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請滕西華委員。

滕委員西華：就結果面的部分，我要echo林文德、王惠玄委員的意見，

因為這裡其實沒有看到結果面數字的變化，代表後面到底降低了多少醫療耗用，本來設立這個方案及其監測指標的用意就是這樣，所以下次報告時，應該同步報告影響多少醫療費用或就醫量能。

第2個，在指標的部分，在強化自我照護能力APP及健康存摺，剛才蔡麗娟、王惠玄委員說的我也都同意，我們這裡是用強化自我照護能力，邏輯上我們認為保險對象有下載並且使用的很好，就可能增加他的健康知能，所以自我能力就變好，自我能力變好就不會亂看病。但是這邊不應該監控安裝率，像我雖然已安裝，但我1年都沒有上去用，所以應該監控使用率，而且應該去瞭解大部分保險對象下載之後是用了什麼項目。而且2,300多萬人次裡面，有一部分是未成年人或是沒有擁有手機，以我自己為案例來說，我女兒使用的手機門號是我的名字，她永遠無法下載自己的健康存摺，因為需要經過我的認證，所以這是一個很大的bug，我們現在反而把這個列為很大的政績，但如果要繼續存在，應該要監控使用結果。

另外有關管控項目第11、12項「全藥類藥品重複用藥日數下降率」、「門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率」，目前我們已經有雲端藥歷，這也是健保署非常重要的政績，還有上傳影像，用上傳來監控幾個重大、昂貴的影像，90天內不得再重複使用，或者去監控多少日內，例如新陳代謝檢驗不得重做，這應該要提升執行率目標值，為什麼這次所提的方案還下降？還有就是同院所的重複藥品日數更不應該發生，因為在同院所都不去看雲端藥歷，跨院所就更不用講，所以調降這幾個指標的目標值，完全不符合政策方向。特別是我們在影像上傳方面還給予獎勵，而管控項目第10項「醫療檢查影像資訊即時上傳率」112年已達98.1%，現在應該是要看上傳後有沒有人去看，才能夠規劃後端不給付，也就是後面看的醫療院所同日就醫、或是隔日同一疾病就醫，又再處方同樣的藥品、影像或檢驗檢查，是不是有後端不給付的情況，因為你沒有上雲端查詢，這才是我們要實施雲端藥歷或檢驗檢查上傳的重要因素。

但這個方案中不僅目標值沒有變好、又下修，這是其實不對的，幕僚有提到關於非同體系轉診的管控項目如第5、9項「非同體系區

域級以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加」、「提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標」，本來上轉給錢，這就是跟國際趨勢不太一致，這個林文德老師也有提過，其實本於醫療能力及倫理就應該要上轉，避免在同體系上轉、下轉，轉診率看似變的很高，但可能實質上對病人沒幫助，而只是要拿到健保支付的費用，還有這2個管控項目的目標值要把它變0，我覺得這也不符合政策方向，健保給了很多錢在這裡，我覺得這樣可能不太好，請健保署參照修正，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請李永振委員。

李委員永振：我看了一下113年的方案，大概改2個地方，就是把112年改113年，另一個就是目標值的修訂，有沒有下修要再看一下。但我主要看到的是沒有針對112年深入檢討，沒有檢討怎會知道問題出在哪，沒有根據，怎麼修訂113年的目標？剛才很多委員都就個別單項提出這點，而我是over all來講，譬如像會議資料第141頁管控項目第5項「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加」，112年度目標值是63,486，但第3季目標值是0、執行值是3,302，這樣就說有達標，就產生2個疑點，第3季為何目標值是0？如果這是對的，當時是這樣訂，你到最後跟我講這有達標，我怎麼接受？因為6萬多除以4，1季也快要1萬4，這樣只有3千多，你告訴我這項會達標，我不相信，用這樣資料說服不了我。

會議資料第155頁最近4年達標情況，管控項目第3、9項「門診就醫次數大於90次之保險對象就醫成長率」、「提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標」連續2年都沒有達標，也沒有進一步說明情況到底怎樣？要怎麼改進？你不知道，那是怎麼訂出113年目標值是多少？大概是這樣子，以上我是舉比較明顯的2個例子給大家參考。所以照目前這樣的話，委員提供意見給健保署修訂這樣要通過，我不同意。如果基於時間考量，你可以改了之後，再寄給大家參考，如果沒有時間考量，就修訂之後下個月再提出討論，而且我是覺得健保會同仁分析給委員參考的資料，還比較深入，有提出很多問題，那些問題也要解決之後，才能說服，不要說全部委

員，至少才能說服我，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請林恩豪委員。

林委員恩豪：這裡面的說明，看起來都執行得很好，都有達標，可是這件事情已經講了N遍，今天不是第一次講，結果呢，到底結果是什麼？前面幾位委員都有類似的發言，為何不能展現出改善方案的結果，像以前我記得李伯璋前署長有講過一次，只要平均門診就醫次數減少1次，健保醫療費用點數會減少378億點，這麼多改善方案，到底是節省了什麼？請健保署提出實際數值給大家參考，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請陳節如委員。

陳委員節如：有3個意見，第1個，管控項目第5項「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加」的112年目標值到底是63,486還是0？會議資料第141頁顯示目標值是大於0，所以達標，但後面討論113年目標值的時候(會議資料第152頁)，又呈現112年目標值是大於等於63,486，是否誤植？如果目標是63,486，到第3季按比例也不是0，請協助釐清，還有如果今年的目標是63,486，目前數據看來離目標還有蠻大的差距。

第2個問題，113年草案部分，對於尚未達標的幾個項目，看起來是要再放寬目標值，而且放寬範圍還蠻大的，不知道健保署的考量是什麼？以管控項目第5項來說，目標值從「大於等於63,486」變成「大於0」，而且今年目標值看起來也是參採110年的執行值所訂，為何一下要降到0？

另外，以管控項目第9項「提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標」來說，111年到112年也是提高目標值，但提高的不多，只有從5.21%提高到5.33%，現在一下要從5.33%降到0%，有什麼原因要降這麼多？執行上遇到什麼困難？跟過往指標邏輯是不是差異太大。以上3個問題請教健保署。

盧主任委員瑞芬：最後一位請周慶明委員。

周委員慶明：大家看一下資料，請參閱與西醫基層相關的管控項目第11、12項「全藥類藥品重複用藥日數下降率」、「門診10項重點檢查

(驗)非合理區間內再次執行下降率」，大家可以看到非常清楚，從108年甚至從疫情開始109年到今年Q3，都是達標的，所以我們考量到疫情爆發後，會影響到國人就醫行為，但現在疫情已經趨於穩定，所以國人的慢性病，還有就醫領藥及就醫行為，已經回歸到常態，所以就醫人數的上升，我們建議參照健保署意見，把目標值修正為較同期零成長，以上報告。

盧主任委員瑞芬：針對這案子委員仍有很多意見，很多意見感覺不是健保署現在可以當場回覆我們的，本案就做以下決議：請健保署參考委員所提意見及本會研析說明，研修113年度方案內容後，下次再提報本會，現在就不請健保署回應，請於下次也就是明年1月份委員會議，再請健保署提報本會。

今天委員會議後還有安排業務座談會交流時間，所以今天議案到此結束，尚未進行的討論事項第二案及報告事項第一、二案都挪到明年1月份，希望舊曆年前大清倉，把這些既定的議程都討論完成。現在看來沒有臨時動議，我們先休息5分鐘開始用餐，今天委員會議到此。