

衛生福利部全民健康保險會
第6屆113年第2次委員會議事錄

中華民國113年3月13日

衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第2次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國113年3月13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、李岳蓁

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、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、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(全國工人總工會陳幹事怡伊代理)、謝委員佳宜、韓委員幸紋

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

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27頁)

貳、議程確認：(詳附錄第27~30頁)

決定：

- 一、中央健康保險署所提臨時提案^(註)經討論後自行撤案，請參考委員意見對肺癌篩檢族群及條件妥予規劃，善用健保資源。
- 二、議程確認。

註：案由：「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」高風險族群篩檢疑似陽性個案後續衍生 CT 檢查費用，建議納入112年度醫院總額「因應肺癌篩檢疑似陽

性個案後續健保費用擴增」專款項目下支應案。

參、確認上次(第1次)委員會議紀錄：(詳附錄第30頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第31~45頁)

決定：

一、上次(第1次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤4項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤8項，同意繼續追蹤。

二、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬解除追蹤2項，同意解除追蹤。

三、為利中央健康保險署參考委員意見研析更完整資料，同意「111年度健保收入超過2億元之醫療院所財務報告之公開情形」報告案，延至4月份委員會議(113.4.24)提報。

四、請中央健康保險署於提報114年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案時，依衛生福利部核定函示，針對本會委員所提建議，說明審酌參採情形。

五、委員所提意見，請中央健康保險署回復說明，餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第46~65頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：112年第4季全民健康保險業務執行季報告，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66~92頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：各總額部門112年度執行成果評核之作業方式(草案)，提請討論。

決議：

- 一、依委員意見修正通過「各總額部門112年度執行成果評核之作業方式」，如附件一(修正如劃線處)，請中央健康保險署及四總額部門依作業方式及時程，提供所需資料。
- 二、有關評核結果獎勵標準將於評核會議前議定，預定安排於113年5月份或6月份委員會議討論。
- 三、依委員意見修正通過「113年度一般服務之重點項目與績效指標(含目標值)」，如附件二(修正如劃線處)，請中央健康保險署及四總額部門落實執行，以呈現執行成效。

第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：113年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認之項目案，續請討論。

決議：

- 一、有關西醫基層總額「因醫療品質提升，增加之醫療費用」一般服務項目的執行目標及預期效益之評估指標，依委員意見修正後確認，如附件三(修正如劃線處)。
- 二、依113年度總額核(決)定事項，醫院及西醫基層總額仍有6項應提但尚未提至本會確認^(註)案，請中央健康保險署依113年第1次委員會議(113.1.24)決定儘速辦理。

註：應提報但尚未提至本會確認之核(決)定事項及其內容如下：

1. 醫院總額：

(1)應提出相關計畫內容(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)：

①一般服務項目「提升醫院兒童急重症照護量能」。

②專款項目「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」。

(2)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)：

①專款項目「地區醫院全人全社區照護計畫」。

②專款項目「區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作」。

③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」。

2.西醫基層總額：

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)：一般服務項目「提升國人視力照護品質」。

第三案

提案人：李委員永振

代表類別：保險付費者代表

案由：近年健保會長期監理政府應負擔健保經費「未達法定36%」，敬請健保署確實遵守健保法、如實編製112年度健保基金附屬單位決算及114年度健保基金附屬單位預算，以維護全民權益、確保財務健全，提請討論。

決議：請中央健康保險署於下次委員會議(113.4.24)提報全民健康保險基金附屬單位預、決算備查案時，提供自105年迄今各年度政府應負擔全民健康保險總經費法定下限36%之計算過程及結果供參。

柒、報告事項(詳附錄第93~110頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：111年及112年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估執行結果，請鑒察。

決定：

- 一、請中央健康保險署依112年度總額核(決)定事項及所提扣減金額辦理扣款事宜，本案提報資料及委員意見，送請衛生福利部參考。
- 二、基於年度總額協定項目由衛生福利部核(決)定、公告後，已屬政策決定事項，本會無權更動，本案若總額部門有不扣款之要求，應由該總額部門受託團體代表

委員，依「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」^(註)所訂程序，提案至委員會討論，決議達共識部分，再向衛生福利部提出建議。

三、為落實總額之順利執行，請中央健康保險署務必本於保險人權責，定期監控各部門總額核(決)定項目之執行情形(含預算)，即時檢討、妥為管理。

四、委員所提意見請中央健康保險署研參，餘洽悉。

註：「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」之貳、總額協商原則七、其他原則(三)2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會議規範」提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告，請鑒察。

主席裁示：因時間因素，保留至下次委員會會議報告。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：各部門總額一般服務之點值保障之整體檢討，請鑒察。

主席裁示：因時間因素，保留至下次委員會會議報告。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午13時59分。

各總額部門 112 年度執行成果評核之作業方式

第6屆113年第2次委員會議(113.3.13)通過

壹、評核範圍

- 一、醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診四總額部門112年度之年度重點項目、一般服務項目及門診透析服務執行成果。
- 二、四總額部門及其他預算112年度之專款項目執行成果。

貳、辦理方式

一、評核委員

- (一)函請四總額部門受託團體(下稱總額部門)及全民健康保險會(下稱本會)付費者代表委員，每部門/人至多推薦3名評核委員人選(付費者代表委員採自由推薦)，包括：醫務管理、公共衛生及財務金融等健康保險相關領域專家學者。
- (二)本會同仁就四總額部門及本會付費者代表委員推薦人選，加上本會現任、近3屆曾任專家學者及公正人士委員，排除具有付費者代表或醫事服務提供者身分者後，彙整為建議名單，請本會委員就該建議名單票選適合人選(每人7票，超過或未達7票者視為無效票)，依據委員票選結果之票數多寡，依序邀請7位擔任評核委員，並對「初任評核委員」名額予以保障，以2名為原則，邀請順序如下：
 - 1.優先邀請建議名單中「當屆專家學者及公正人士委員且未曾擔任評核委員者」，若人數多於2人，取票數最高2人。
 - 2.若前開人數不足2人，則續邀請「未曾擔任評核委員之專家學者」票數高者。
- (三)評核委員名單不事先公開，本會委員票選評核委員時，請兼顧四總額部門之衡平性與差異性，並為鼓勵專家學者廣泛參與，請避免專家學者服務機構過度集中。

二、評核會議之資料

- (一)請四總額部門及健保署於評核會議前1個月，提供年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果書面報告，另對於112年執行未滿半年之總額協商因素項目，請說明執行現況與未來規劃(報告大綱及提報單位，詳附表一~四)，供評核委員事先審閱。
- (二)書面報告內容以精簡為原則，部門提報之年度重點項目及一般服務項目內文限100頁，各專款項目內文限10頁，並編製目錄(含內文、圖、表、

附錄)及標明頁碼。

(三)請四總額部門及健保署於評核會議前 2 週，提送口頭報告(簡報)。

三、評核會議

(一)會議期程：2 天。

(二)第一階段：公開發表會議(1 天半)。

- 1.健保署統一報告各總額部門一般服務之整體性、一致性項目(如：利用概況、滿意度調查結果、品質指標監測結果等)及門診透析與其他預算之執行成果。
- 2.由接受健保署專業事務委託之四總額部門報告年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果；為利評核委員及與會者掌握及聚焦於重點項目，簡報內容請以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 112 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。
- 3.評核委員評論各總額部門年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果報告，並開放與會者提問。
- 4.參與人員：除本會委員、四總額部門與健保署外，另邀請衛福部相關單位與附屬機關，如：社保司、醫事司、照護司、心健司、口健司、中醫藥司、全民健保爭議審議會、健康署、疾管署等，以及民間團體，如：病友團體、社福團體、醫策會、消基會、醫改會等，預估約 160 人。

(三)第二階段：評核內部會議(半天)。

- 1.評核委員就四總額部門之執行成果，充分溝通後評定等級；並針對四部門總額及其他預算之年度重點項目、一般服務項目及專款項目提出共識建議，供協商參考。
- 2.參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁，由評核委員互相推選主席。

參、評核項目與配分

評核年度重點項目執行成果、一般服務項目及專款項目執行績效/成果之計分權重分別為20%、60%、20%，於分開評核之後再合併計分，各總額部門執行成果評核項目及配分如下表。

評核項目	配分
<p>壹、年度重點項目執行成果與未來規劃^{註1}</p> <p>一、年度重點項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 2~3 項 112 年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為(附表三)</p> <p>二、110~112 年總額協商項目 KPI^{註2}之執行檢討及指標研修</p>	20
<p>貳、一般服務項目執行績效</p> <p>一、就111年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明(請以對照表方式，針對評核重點建議提出回應說明，包含採行之具體措施)</p> <p>二、維護保險對象就醫權益</p> <p>(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施</p> <p>(二)民眾付費情形及改善措施</p> <p>(三)就醫可近性與及時性之改善措施</p> <p>(四)民眾諮詢及抱怨處理</p> <p>(五)其他確保民眾就醫權益之措施</p> <p>三、專業醫療服務品質之確保與提升</p> <p>(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施</p> <p>(二)品質保證保留款實施方案執行結果</p> <p>(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施</p> <p>四、協商因素項目之執行情形</p> <p>(一)延續項目之執行情形</p> <p>1.新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)(本項適用於協定事項有新醫療科技項目之部門)</p> <p>2.支付標準修訂及其他協商因素項目(依協定結果分列)</p> <p>(二)112年新增項目之執行情形(執行未滿半年請加註)</p> <p>五、總額之管理與執行績效</p> <p>(一)醫療利用及費用管控情形</p> <p>(二)地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理</p> <p>(三)點值穩定度</p> <p>(四)專業審查及其他管理措施</p> <p>(五)院所違規情形及醫療機構輔導</p> <p>(六)其他六、COVID-19疫情對醫療服務之影響與因應作為</p>	60

評核項目	配分
參、專款項目執行績效/成果^{註3} 一、就111年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明 (請以對照表方式，針對評核重點建議提出回應說明，包 含採行之具體措施) 二、 <u>112</u> 年計畫/方案執行成果 三、 <u>108~112</u> 年執行情形及成效評估(含自選3項關鍵績效指 標) 四、檢討與改善方向 (一)計畫/方案 <u>113</u> 年修正重點 (二) <u>112</u> 年執行未滿半年之新增項目/方案執行情形	20
總分	100

註：1.年度重點項目係就「一般服務項目」及「專款項目」中，擇與政策目標、總額協定要求及民眾關切之議題進行重點報告，以利評核聚焦於年度重要事項。
 2.KPI指年度總額核(決)定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。
 3.列入評核之專款項目如附表四。

肆、評核結果之應用

一、評核結果區分為下列五等級：

評核分數	等級
90分及以上	特優
85分至未達90分	優
80分至未達85分	良
75分至未達80分	可
未達75分	劣

二、評核等級作為114年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給「品質保證保留款」之預算，以茲鼓勵。

三、評核委員針對四總額部門年度重點項目、一般服務項目及專款項目之共識建議，作為協商114年度該部門總額一般服務項目成長率及各專款項目經費增減及續辦與否之參據。

伍、113年評核作業時程表

時間	作業內容
<u>113</u> 年1~3月	1.函請四總額部門及健保署提供建議之 <u>113</u> 年度重點項目及其績效指標、操作型定義及目標值，並請就本會研擬之評核內容(草案)提供修正建議。

時間	作業內容
	2.研擬「各總額部門 112 年度執行成果評核之作業方式」(草案)。
113 年 3 月	「各總額部門 112 年度執行成果評核之作業方式」(草案)提委員會議議定。
113 年 4~5 月	<p>1.請四總額部門及本會付費者代表委員推薦評核委員人選。</p> <p>2.本會同仁彙整四總額部門及本會付費者代表委員推薦名單，加上本會現任、<u>近 3 屆</u>曾任專家學者及公正人士委員，排除具有付費者代表或醫事服務提供者身分者後，彙整為建議名單，請本會委員就該建議名單票選適合人選。</p> <p>3.依據委員票選結果之票數多寡，依序邀請 7 位擔任評核委員。</p> <p>4.請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。</p>
113 年 5 月上旬	召開「評核委員共識會議」，說明評核相關作業規劃， <u>並討論評核原則</u> 。
113 年 5 月下旬	健保署依評核報告大綱及評核項目表，先提送監測/調查/統計結果(報告上冊)予本會，供評核委員審閱及四總額部門參用，總額部門可專注於提報執行檢討與改善結果。
113 年 6 月中旬 (評核會議前 1 個月)	四總額部門及健保署提送執行成果之書面報告(健保署提送報告下冊)予本會，供評核委員審閱。
113 年 7 月上旬 (評核會議前 2 週)	<p>1.健保署及四總額部門提送「各總額部門 112 年度執行成果發表暨評核會議」之口頭報告(簡報)，供評核委員審閱。</p> <p>2.本會同仁彙整「各總額部門 112 年度執行成果評核指標摘要」供評核委員參考。</p>
113 年 7 月中旬 (7 月 15、16 日)	召開為期 2 天之「各總額部門 112 年度執行成果發表暨評核會議」。

各總額部門年度重點項目及一般服務項目執行績效/成果之報告大綱

評核項目	健保署提報	部門提報
壹、年度重點項目執行成果與未來規劃		
一、年度重點項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 2~3 項 112 年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。	V	V
二、110~112 年總額協商項目 KPI ^{註4} 之執行檢討及指標研修	跨部門項目 執行情形檢討 改善、指標研 修	各部門項目 執行情形檢 討改善、指標 研修
貳、一般服務項目執行績效		
一、就 111 年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明 (請以對照表方式，針對評核重點建議提出回應說明，包含採行之具體措施)	V	V
二、維護保險對象就醫權益		
(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施	調查/統計結 果及重點說明	檢討及改善
(二)民眾付費情形及改善措施		
(三)就醫可近性與及時性之改善措施		
(四)民眾諮詢及抱怨處理		
(五)其他確保民眾就醫權益之措施	—	V
三、專業醫療服務品質之確保與提升		
(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施	監測結果 及重點說明	檢討及改善
(二)品質保證保留款實施方案執行結果	核發結果統計	
(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施	—	V
四、協商因素項目之執行情形		
(一)延續項目之執行情形	執行情形(含 成效)檢討註 ³	推動情形、目 標達成情形、 檢討及改善
(二)112 年新增項目之執行情形(執行未滿半年請加註)		
五、總額之管理與執行績效		
(一)醫療利用及費用管控情形	醫療利用情形	管控措施、檢 討及改善
(二)地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理	預算分配結果	
(三)點值穩定度	點值	
(四)專業審查及其他管理措施	審查核減統計	
(五)院所違規情形及醫療機構輔導		
(六)其他	違規情形統計	
六、COVID-19 疫情對醫療服務之影響與因應作為	—	V
參、附錄(如：品質確保方案、品質保證保留款實施方案及其他視需要提供之方案內容)		

註：1.請健保署於 5 月下旬依報告大綱及評核項目表，先提供監測/調查/統計結果(上冊)予本會及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料。

2.報告內容請涵蓋評核項目表各項評核內涵及指標，並提供 5 年(108~112 年)之數據。另請健保署提供各項調查/統計結果時，重點說明其結果。部門提報之執行成果報告內文限 100 頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。

3.依據 113 年度總額協定事項，請於 113 年 7 月底前，提報延續項目之 112 年執行情形及成效評估。

4.KPI 指年度總額核(決)定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。

各總額部門及其他預算專款項目執行績效/成果之報告大綱

壹、計畫型項目	健保署提報	部門提報
一、就 111 年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明(請以對照表方式，針對評核重點建議提出回應說明， <u>包含採行之具體措施</u>)		
二、112 年計畫/方案執行成果		
(一)計畫目的	—	V
(二)執行目標		
(三)經費來源與協定事項		
(四)費用支付		
(五)執行內容		
(六)評核指標及退場機制		
三、108~112 年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率		
(二)目標達成情形		
(三)執行概況及結果，包含醫療服務提供及民眾利用情形、獎勵情形等	執行情形之統計結果、關鍵績效指標及改善建議	推動情形、檢討及改善、目標達成情形
(四)成效評估，包含計畫所訂之評核指標達成情形、就醫可近性及健康狀況改善情形等(含自選 3 項關鍵績效指標)		
四、檢討與改善方向		
(一)計畫/方案 113 年修正重點	—	V
(二)112 年執行未滿半年之新增計畫/方案執行情形與規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃
五、附錄：各項專案計畫/方案內容	—	V
貳、非計畫型項目	健保署提報	部門提報
一、就 111 年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明(請以對照表方式，針對評核重點建議提出回應說明， <u>包含採行之具體措施</u>)	—	V
二、108~112 年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率	執行情形之統計結果及改善建議	推動情形、檢討及改善
(二)執行結果及成效		
三、檢討與改善方向		
(一)113 年修正重點	—	V
(二)112 年執行未滿半年之新增項目執行情形與規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃

註：1.各總額部門及跨部門之專款項目，請健保署於 5 月下旬依報告大綱，先提供執行情形摘要表(上冊，其中計畫型應含 3 項自選關鍵績效指標)予本會及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料；由健保署負責之專款項目(計畫型及非計畫型)，均由署提報，各專款項目之提報單位如附表四。

2.各專案之執行成果報告內文限 10 頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。

各總額部門及健保署「112年度重點項目與績效指標(含目標值)」

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
整體總額 —健保署	項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目] 至少包括以下內容：	績效指標 (1) <u>整體總額基期執行結果及資源配置檢討與建議：</u> <u>現行總額基期預算分配、費用分布及成長情形分析(區分總額別、服務別、分項費用、層級別、地區別、人口別等)及資源配置檢討與建議。</u> (2) <u>健保總額重點政策推動說明及檢討與建議：</u> <u>重點政策推動情形，及推動多年但未達預期目標之原因檢討(如全面導入DRGs支付制度、家庭醫師整合性照護計畫之轉型等)。</u> (3) <u>全人醫療之醫療服務整合情形及照護成果：</u> <u>包括跨機關、跨專案、共病照護相關計畫(如家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、論質計酬計畫)之整合情形及照護成效。</u> (4) <u>以保險人角度提出健保總額未來實施方向及執行規劃。</u>
	項目2： 降低門診10項 重點檢查(驗) 非合理區間再 次執行 [新增項目]	指標：門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率 目標值：較108年同期下降 $\geq 5\%$ 操作型定義：(當期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率-108年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率)/108年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率 註：考量109年至111年因受COVID-19疫情嚴重影響國人就醫行為，又第一線醫護人員應以防疫為優先，故本指標以108年為基期進行比較
	項目3： 分級醫療之推 動成效 [延續項目]	指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率 目標值： $\geq 3.85\%$ 操作型定義：分母案件之回轉件數/區域級(含)以上醫院接受上轉之門住診申報件數合計
醫院總額 —醫院 協會	項目1： 醫院分級醫療 執行成效 [延續項目]	指標：醫院層級轉診率 目標值：轉診率維持成長10% 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>觀察指標：醫院層級疾病嚴重度CMI變動</p> <p>註：同111年暫列觀察指標，但鑑於醫院總額獨立資料區僅限於審查相關案件查詢且不得涉及各院，爰醫院部門無法逕自就各院資料進行查詢，疾病嚴重度CMI的運算須仰賴健保署協助運算並提供，且CMI偵測僅可就住院DRG案件，無法顯示門診情形，另CMI值每年皆會受DRG相對權重所影響，礙於資料運算難以回溯，爰無法進行年度間的比較，無法訂定目標值</p>
西醫基層 總額 一醫全會	<p>項目2： 護病比執行現況 [延續項目]</p>	<p>指標：全日平均護病比達加成之占率提升 目標值：整體全日平均護病比達加成之月次占率較前一年增加或持平</p> <p>操作型定義：1. 整體醫院達護病比加成的月次/整體醫院申報住院護理費總月次 2. 「加成」係指全日平均護病比達一定比例之住院護理費加成</p>
	<p>項目1： 西醫基層診所 糖尿病病人整體 照護情形 [新增項目]</p>	<p>指標：照護率、HbA1C<7%(控制良好率)、HbA1C>9%(控制不良率) 目標值：1. 照護率：55%以上 2. HbA1C<7%(控制良好率)：54%以上 3. HbA1C>9%(控制不良率)：6%以下</p> <p>操作型定義：1. 照護率：糖尿病病人(E08-13)於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上/該院所診斷糖尿病病人數 2. HbA1C<7%(控制良好率)：分母病人中，其最後一次HbA1C檢驗值<7.0%(80歲以上病人HbA1c<8.0%)之人數/糖尿病病人於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數 3. HbA1C>9%(控制不良率)：分母病人中，其最後一次HbA1C檢驗值>9.0%之人數/糖尿病病人於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數</p>
	<p>項目2： 檢驗(查)結果 上傳率 [新增項目]</p>	<p>指標：上傳率 目標值：60%以上</p> <p>操作型定義：檢驗(查)結果上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果)/「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案」附件五-「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」之診所申報醫令數</p> <p>計算條件：1. 採診所歸戶(即檢驗所上傳資料併回診所計算) 2. 排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、病理報告及出院病歷摘要資料</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
牙醫門診 總額 一牙全會	項目1： 國人牙周病治療改善情形 [延續項目]	<p>指標：牙周病統合治療第三階段完成率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%)</p> <p>操作型定義：1.分子：當年度完成第三階段人數(當年1~9月申報第一階段案件於180天內申報第三階段件數) 2.分母：當年度執行第一階段人數(當年1~9月申報第一階段件數)</p>
	項目2： 國人罹患牙周病後續維護追蹤情形 [新增項目]	<p>指標：牙周病統合治療實施方案後之追蹤治療率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%)</p> <p>操作型定義：1.分子：當年度牙周病統合治療第三階段支付91023C執行人數往後追蹤一年(112年度)接受牙周病支持性治療(91018C)之執行人數 2.分母：當年度(111年度)牙周病統合治療第三階段支付91023C執行人數</p>
中醫門診 總額 一中全會	項目1： 提升中醫醫療服務 [延續項目]	<p>指標(1)：中醫醫療服務人數成長率 目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(112年中醫醫療服務人數-111年中醫醫療服務人數)/111年中醫醫療服務人數</p> <p>指標(2)：中醫醫療服務人次成長率 目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(112年中醫醫療服務人次-111年中醫醫療服務人次)/111年中醫醫療服務人次</p> <p>指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長2% 操作型定義：(112年中醫居家醫療服務人數-111年中醫居家醫療服務人數)/111年中醫居家醫療服務人數</p> <p>指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長2% 操作型定義：(112年中醫居家醫療服務人次-111年中醫居家醫療服務人次)/111年中醫居家醫療服務人次</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率大於1% 操作型定義：(111年無中醫鄉數-112年無中醫鄉數)/111年無中醫鄉數</p> <p>指標(6)：無中醫鄉服務人數成長率 目標值：無中醫鄉服務人數成長2% 操作型定義：(112年無中醫鄉服務人數-111年無中醫鄉服務人數)/111年無中醫鄉服務人數</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		指標(7)：無中醫鄉服務人次成長率 目標值：無中醫鄉服務人次成長2% 操作型定義：(112年無中醫鄉服務人次-111年無中醫鄉服務人次)/111年無中醫鄉服務人次
	項目2： 提升中醫治療慢性腎臟病醫療服務品質 [新增項目]	指標：延緩慢性腎臟病第3、4、5期病人腎功能惡化程度 目標值：慢性腎臟病第3、4、5期病人收案1年(或12個月)後，腎絲球過濾率值(eGFR)較新收案時改善，或糖尿病慢性腎臟病人eGFR下降速率小於6ml/min/1.73m ² /year，或非糖尿病慢性腎臟病人eGFR下降速率小於4ml/min/1.73m ² /year 操作型定義：針對慢性腎臟病第3、4、5期病人，其中若為糖尿病慢性腎臟病人需符合下述第1點或第2點；非糖尿病慢性腎臟病人需符合下述第1點或第3點： 1. 第3、4、5期慢性腎臟病人：112年eGFR值-111年eGFR值為正數 2. 糖尿病慢性腎臟病人：111年eGFR值-112年eGFR值小於6 3. 非糖尿病慢性腎臟病人：111年eGFR值-112年eGFR值小於4
其他預算 一健保署	項目1： C型肝炎新藥治療成效 [延續項目]	指標：C型肝炎治療涵蓋率(年累計) 目標值：較去年同期提高 操作型定義：至當年底已接受治療人數/慢性C型肝炎患者人數
	項目2： 居家醫療照護整合計畫之推動成效 [延續項目]	指標：居家整合新收案對象門診次數降低 目標值：較收案前半年低 操作型定義：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前低
	項目3： 腎病防治成效 [新增項目]	指標：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫照護率 目標值：較去年同期提高 操作型定義：參與末期腎臟病前期病人(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫之人數/個案符合前12月門診2次或住診1次就醫主診斷為N184-186、049符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及死亡人數

各總額部門及其他預算專款項目執行績效/成果之提報單位

部門別	計畫/方案名稱	提報單位
牙醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 牙醫特殊醫療服務計畫 - 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫(113年起停辦) - 0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫(113年起停辦) - 12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫 - 高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫(113年起併入「高風險疾病口腔照護計畫」^註) - 超音波根管沖洗計畫(112年新增) - 齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫(112年新增) <p>【註：113年更名為「高風險疾病口腔照護計畫」，並將原一般服務「高風險疾病口腔照護」及專款項目「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」併入執行】</p>	牙醫師公會 全聯會 (健保署提供執行情形統計結果及改善建議)
中醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫(含112年新增適應症) - 中醫提升孕產照護品質計畫 - 中醫癌症患者加強照護整合方案(含112年新增3項癌別) - 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 - 中醫急症處置計畫 - 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 - 照護機構中醫醫療照護方案 	中醫師公會 全聯會 (健保署提供執行情形統計結果及改善建議)
西醫基層	<ul style="list-style-type: none"> - 家庭醫師整合性照護計畫(含計畫檢討與管控暨執行成果) - 家庭醫師整合性照護計畫(醫界配合推動情形) - 西醫醫療資源不足地區改善方案 - 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 - 強化基層照護能力及「開放表別」項目(非計畫型) - 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(非計畫型) - 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(非計畫型) - 代謝症候群防治計畫 - 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 - 因應長新冠照護衍生費用(112年新增) 	健保署 醫師公會 全聯會 (健保署提供執行情形統計結果及改善建議)
醫院	<ul style="list-style-type: none"> - 急診品質提升方案 - 西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層) - 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫 - 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型) - 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型) - 住院整合照護服務試辦計畫 - 鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫 - 腹膜透析追蹤處置費及APD租金(非計畫型) - 因應長新冠照護衍生費用(112年新增) 	醫院協會 (健保署提供執行情形統計結果及改善建議)

部門別		計畫／方案名稱	提報單位
		<ul style="list-style-type: none"> - 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增(112 年新增) - 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(112 年新增) - 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(112 年新增) 	
門診透析		<ul style="list-style-type: none"> - 腎臟病照護及病人衛教計畫 - 鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫(112 年新增) 	健保署
跨部門	醫院、西醫基層	<ul style="list-style-type: none"> - C 型肝炎藥費(含其他預算「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」) - 醫療給付改善方案(含糖尿病等 9 項方案) - 鼓勵院所建立轉診合作機制(非計畫型) - 基層總額轉診型態調整費用(非計畫型) - 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材(非計畫型) - 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費(非計畫型) - 精神科長效針劑藥費(非計畫型) - 慢性傳染病照護品質計畫(112 年新增) - 癌症治療品質改善計畫(112 年新增) - 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)(112 年新增) 	健保署 (相關總額部門提供配合推動情形)
	四部門	<ul style="list-style-type: none"> - 獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用 	
其他預算		<ul style="list-style-type: none"> - 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 - 居家醫療照護(含居家醫療照護整合計畫)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務 - 推動促進醫療體系整合計畫 - 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(含各部門總額之網路頻寬補助費用執行成果) - 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 - 提升用藥品質之藥事照護計畫 - 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(非計畫型) - 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費(非計畫型) - 提升保險服務成效(非計畫型) 	健保署

各總額部門及健保署「113年度一般服務重點項目與績效指標(含目標值)」

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
<p>整體總額 一健保署</p>	<p>項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目] 至少包括以下內容： <u>(1) 整體總額基期執行結果及資源配置檢討與建議：</u> <u>現行總額基期預算分配、費用分布及成長情形分析(區分總額別、服務別、分項費用、層級別、地區別、人口別等)及資源配置檢討與建議。</u> <u>(2) 健保總額重點政策推動說明及檢討與建議：</u> <u>重點政策推動情形，及推動多年但未達預期目標之原因檢討(如全面導入DRGs支付制度、家庭醫師整合性照護計畫之轉型等)。</u> <u>(3) 全人醫療之醫療服務整合情形及照護成果：</u> <u>包括跨機關、跨專案、共病照護相關計畫(如家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、論質計酬計畫)之整合情形及照護成效。</u> <u>(4) 以保險人角度提出健保總額未來實施方向及執行規劃。</u></p>	
	<p>項目2： 分級醫療之推動成效 [延續項目]</p>	<p>指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率$\geq 3.85\%$ 目標值：$\geq 3.85\%$ 操作型定義：分母案件之回轉件數/區域級(含)以上醫院接受上轉之門住診申報件數合計 觀察指標：醫院層級疾病嚴重度CMI變動</p>
<p>醫院總額 一醫院協會</p>	<p>項目1： 醫院分級醫療執行成效 [延續項目]</p>	<p>指標：醫院層級轉診率 目標值：轉診率較前一年度成長 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數</p>
	<p>項目2： 護病比執行成效 [延續項目]</p>	<p>指標：全日平均護病比達加成占率 目標值：整體全日平均護病比達加成之月次占率較前一年維持 操作型定義：整體醫院達護病比加成的月次/整體醫院申報住院護理費總月次</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
西醫基層 總額 一醫全會	項目1： 西醫基層診所 糖尿病病人整 體照護情形 [延續項目]	<p>指標：照護率、HbA1C<7%(控制良好率)、HbA1C >9%(控制不良率)</p> <p>目標值：1.照護率：55%以上 2.HbA1C<7%(控制良好率)：54%以上 3.HbA1C>9%(控制不良率)：6%以下</p> <p>操作型定義：1.照護率：糖尿病病人(E08-13)於同一家基層診所持 續接受糖尿病照護3個月以上/該院所診斷糖尿病 病人數。 2.HbA1C<7%(控制良好率)：分母病人中，其最後一 次 HbA1C 檢驗值 <7.0%(80 歲 以上 病 人 HbA1c<8.0%)之人數/糖尿病病人於同一家基層診 所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數。 3.HbA1C>9%(控制不良率)：分母病人中，其最後一 次HbA1C檢驗值>9.0%之人數/糖尿病病人於同一 家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人 數。</p>
	項目2： 檢驗(查)結果上 傳率 [延續項目]	<p>指標：上傳率</p> <p>目標值：60%以上</p> <p>操作型定義：檢驗(查)結果上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢 驗(查)結果)/「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查 訊病患就醫資訊方案」附件五-「獎勵醫事服務機 構上傳檢驗(查)結果之項目」之診所申報醫令數</p> <p>計算條件：1.採診所歸戶(即檢驗所上傳資料併回診所計算) 2.排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資 料、病理報告及出院病歷摘要資料</p>
	項目3： 西醫基層診所代 謝症候群照護情 形 [新增項目]	<p>指標：代謝症候群照護改善率 (配合目標值調整，酌修指標名稱)</p> <p>目標值：代謝症候群改善率較前一年度提升</p> <p>操作型定義：1.分子：分母診所「代謝症候群改善率」之「指標3： 收案對象血壓改善」及「指標5：收案對象低密度 脂蛋白膽固醇改善」之合計分數。 2.分母：診所收案60名以上且當年度檢驗檢查上傳 率≥70%之診所數。</p>
牙醫門診 總額 一牙全會	項目1： 國人牙周照護落 實現況、改善情 形 [新增項目]	<p>指標(1)：年度國人牙周統合執行件數</p> <p>目標值：≥最近三年全國平均值</p> <p>操作型定義：當年度(113年)牙周病統合治療第二階段支付 (91022C)及牙周病支持性治療(91018C)申報醫令 數加總</p> <p>指標(2)：減少有牙周治療者平均拔牙顆數</p> <p>目標值：≤最近三年全國平均值</p> <p>操作型定義：1.分子：前一年度(112年)牙周病支持性治療(91018C) 申報3次以上之就醫人往後追蹤當年度(113年)申</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>報簡單性拔牙(92013C)及複雜性拔牙(92014C)醫令數加總</p> <p>2.分母:前一年度(112年)牙周病支持性治療(91018C)申報3次以上之就醫人數</p> <p>3.計算:分子/分母</p>
中醫門診 總額 一中全會	<p>項目2: 高風險患者照護 現況 [新增項目]</p>	<p>指標:申報高風險患者照護項目院所參與率</p> <p>目標值:前一年度參與率*(1+5%)</p> <p>操作型定義:1.分子:當年度申報高風險患者相關照護項目醫令院所數</p> <p>2.分母:當年度申報院所數</p> <p>3.計算:分子/分母</p> <p>4.高風險疾病照護相關項目醫令:口乾症牙結石清除-全口(91005C)、糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)、高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)、齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)。</p>
	<p>項目1: 提升中醫醫療服務 [延續項目]</p>	<p>指標(1):中醫醫療服務人數成長率</p> <p>目標值:中醫醫療服務人數成長率呈現正成長</p> <p>操作型定義:(113年中醫醫療服務人數-112年中醫醫療服務人數)/112年中醫醫療服務人數</p> <p>指標(2):中醫醫療服務人次成長率</p> <p>目標值:中醫醫療服務人次成長率呈現正成長</p> <p>操作型定義:(113年中醫醫療服務人次-112年中醫醫療服務人次)/112年中醫醫療服務人次</p> <p>指標(3):居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率</p> <p>目標值:居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長2%</p> <p>操作型定義:(113年中醫居家醫療服務人數-112年中醫居家醫療服務人數)/112年中醫居家醫療服務人數</p> <p>指標(4):居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率</p> <p>目標值:居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長2%</p> <p>操作型定義:(113年中醫居家醫療服務人次-112年中醫居家醫療服務人次)/112年中醫居家醫療服務人次</p> <p>指標(5):無中醫鄉減少比率</p> <p>目標值:無中醫鄉減少比率大於1%</p> <p>操作型定義:(112年無中醫鄉數-113年無中醫鄉數)/112年無中醫鄉數</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>指標(6)：醫療資源不足地區服務人數成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人數成長2% 操作型定義：(113年醫療資源不足地區服務人數-112年醫療資源不足地區服務人數)/112年醫療資源不足地區服務人數</p> <p>指標(7)：醫療資源不足地區服務人次成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人次成長2% 操作型定義：(113年醫療資源不足地區服務人次-112年醫療資源不足地區服務人次)/112年醫療資源不足地區服務人次</p>
其他預算 一健保署	<p>項目2： 特定疾病門診醫療服務 [新增項目]</p> <p>項目1： C型肝炎全口服新藥治療成效 [延續項目]</p>	<p>指標(1)：特定疾病門診人數成長率 目標值：特定疾病門診人數成長率呈現正成長 操作型定義：(113年特定疾病門診人數-112年特定疾病門診人數)/112年特定疾病門診人數</p> <p>指標(2)：特定疾病門診人次成長率 目標值：特定疾病門診人次成長率呈現正成長 操作型定義：(113年特定疾病門診人次-112年特定疾病門診人次)/112年特定疾病門診人次</p> <p>指標(3)：特定疾病門診費用成長率 目標值：特定疾病門診費用成長率呈現正成長 操作型定義：(113年特定疾病門診費用-112年特定疾病門診費用)/112年特定疾病門診費用</p> <p>特定疾病項目：1.小兒氣喘疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之氣喘疾病(ICD-10：J45)者。 2.小兒腦性麻痺疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之腦性麻痺疾病(ICD-10-CM：G80)者。 3.腦血管疾病(ICD-10-CM：G45.0-G46.8、I60-I69)、顱腦損傷(ICD-10-CM：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.0-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10-CM：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)疾病門診加強照護。</p> <p>指標：C型肝炎全口服新藥治療成效 目標值：C型肝炎全口服新藥累計受惠人數(歸戶)，較去年提高5% 操作型定義：1.受惠人數：曾接受過C型肝炎全口服新藥治療之歸戶後人數 2.分子：113年C型肝炎全口服新藥累計受惠人數-112年C型肝炎全口服新藥累計受惠人數 3.分母：112年C型肝炎全口服新藥累計受惠人數</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
	項目2： 居家整合新收案 對象門診次數降 低 [延續項目]	指標：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門 診就醫次數較收案前半年(○○次)低 目標值：每月平均門診就醫次數較收案前半年(○○ 次)低 操作型定義：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診 就醫次數較收案前半年低。

西醫基層總額一般服務項目「因醫療品質提升，增加之醫療費用」之
「執行目標」及「預期效益之評估指標」

<p>執行目標</p>	<p>全民健康保險代謝症候群防治計畫收案對象收案評估時無用藥者，追蹤及年度評估執行檢驗人次達 7 萬人次。</p>
<p>預期效益 之評估指標</p>	<p>「代謝症候群改善率」<u>提升之診所占率較前 1 年提升增加</u>。 (配合分子、分母調整，酌修指標名稱)</p> <p>分子：分母診所「代謝症候群改善率」之「指標 2：收案對象腰圍改善」、「指標 3：收案對象血壓改善」、「指標 4：收案對象三酸甘油脂改善」、「指標 5：收案對象低密度脂蛋白膽固醇改善」及「加分指標：收案對象醣化血紅素改善」之合計分數<u>>前 1 年之診所數</u>。</p> <p>分母：<u>參與代謝症候群防治計畫之診所數</u>。</p>

第6屆113年第2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(113 年第 1 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉：主席，各位委員，大家早安，今天天氣很好，大家來的時間都很準時，所以現在委員出席人數已經過半，今天的會議可以開始，先請主席致詞。

盧主任委員瑞芬：各位委員好，今天是農曆年過後第 1 個會議，謝謝各位今天的出席，今天天氣很好，希望可以儘量早點結束會議，讓各位可以享受一下外面的風光明媚，謝謝。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主席、各位委員，今天的議程安排，優先報告事項是健保署的業務執行季報告，需要進行口頭報告。討論事項 3 案，第 1 案是總額評核的作業方式(草案)，第 2 案 113 年度總額續提本會確認案，都是依照年度工作計畫安排。第 3 案是李永振委員提案，是關切政府應負擔健保經費 36% 的案子。

報告事項 3 案，第 1 案與第 2 案都是依照年度工作計畫安排，分別是 111 年跟 112 年年度總額預算扣減與效益評估執行結果，還有新制部分負擔成效檢討報告。第 3 案是依照上次委員會議的決議辦理，是一般服務的點值保障整體檢討。

另外健保署提出一項新增提案，請看黃色封面補充資料第 1 頁，先簡單跟委員報告，健保署是在 3 月 11 日，就是這禮拜一下午兩點多提出這個新增提案，是有關「『桃園市擴大肺炎篩檢計畫』高風險族群篩檢疑似陽性個案後續衍生的 CT 檢查費用，建議能夠納入 112 年度醫院總額『因應肺炎篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增』專款項目」支應的案子。

首先作議事處理說明，從臨時提案的角度來看，依照本會會議規範第 3 點第 2 項第 2 款規定，臨時提案是以當次會議亟待解決的緊急事件，或具有時效性的事項，而且必須與本會的法定任務有關者為限，並應有出席委員附議或連署始得成立；如果不符這個要件的話，主席可以決定提下次委員會議討論。

這提案是不是屬於亟待解決的緊急事件或具有時效性的事項，建請主席依照規定徵詢是否有委員附議才能成案，再討論是否具急迫性，以決定這個案子在這次或下次的委員會議報告。

幕僚也簡單對提案做了初步研析，依照 112 年度醫院總額「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」專款項目的決定事項，這費用是用於健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用。但本案是要用於桃園市擴大肺癌篩檢計畫疑似陽性個案的部分，不是健康署執行的個案，可能與衛福部的決定事項不符，若要納入支付對象，可能會涉及決定事項的修正，建議是不是循行政程序提報原決定機關，就是衛福部來同意修正，這樣比較適當。

另外第三個部分就是拜託健保署，不好意思，因為提出臨時提案的時間距離今天開會只有 1 天，幕僚作業有點匆促，委員的審閱時間可能也不太夠，拜託健保署以後若有類似的案子，請早點提案讓我們有時間因應及議程安排，以上報告。

盧主任委員瑞芬：所以是臨時提案，不曉得有沒有委員附議？(有部分委員附議)，好，那有沒有急迫性？各位認為這案子有沒有急迫性？請李永振委員。

李委員永振：主席、各位委員大家早，這個提案不是考慮是不是急迫性，是考慮符不符合我們總額的精神，衛福部核的很清楚，這是健康署的預算，桃園市擴大肺癌篩檢計畫的個案不在裡面的話，有急迫性又怎麼樣，如果你開放的話，將來就整個會發散掉，所以如果這個是很適合的東西，將來要列進來還有 2 點要注意，第 1 個，過去我們編太多錢了，上一次是 10 億元，再來是 5 億元，結果這裡列出來只花了 2 千萬元，是宣導不夠嗎？也不是啊。

第 2 個，將來如果要擴大說這個很好，對將來的醫療費用有幫忙，沒有關係，篩檢計畫應該去規劃得更清楚。因為黃色封面補充資料第 2 頁，健康署的陽性率是 18%，桃園市是 6.6%，看這個數字會讓人質疑桃園市的做法及嚴謹度，與健康署的有沒有一致，將來要納入時這一點要注意。我是這樣的看法，不是要不要納入、要不要成

案，是不符合總額決定事項的定義，這個比較重要，謝謝。

滕委員西華：好，附議李永振委員。(另有委員也附議)

石署長崇良：主席，跟各位委員報告，我們就不提案了，這應該是在本署業務報告裡面給各位委員知悉，不需要去提案，因為這不是本部的計畫，這是因為桃園市政府地方型的計畫，影響到健保後續費用支出，健保署在健康署提出肺癌篩檢計畫的當時就已經考量到對健保的影響，編了相關的預算支應，但這是地方政府的政策，影響到有一些病人還是需要去做後續的 CT 追蹤，而有衍生的健保財務影響，這應該是納入在本署的報告裡頭，沒有什麼好討論的，因為我們也無法去制止地方政府說你不能做這件事情，但因為他們的政策影響到總額的執行，所以應該納入業務報告而不是提案，這個案子健保署就撤案。

滕委員西華：會花我們的錢是嗎？

石署長崇良：當然是啊！

李委員永振：感謝署長英明，一聽就知道從善如流，但是我有一點意見，如果是署長講的，這案你沒看過嗎？不然在健保署就擋掉了，為什麼到這裡讓健保會當壞人？

石署長崇良：很抱歉我沒有注意到這個提案，請把它撤案。

盧主任委員瑞芬：好，健保署已經撤案了，所以這個案子就不成立，委員有沒有其他意見？請蔡麗娟委員。

蔡委員麗娟：關於低劑量電腦斷層肺癌篩檢，是在兩年前，2022 年 7 月 1 日開始，健康署有第五癌的篩檢，篩檢對象是具有肺癌家族史的高危險群，女性 45~74 歲，男性是 50 歲開始，另外一群對象是重度吸菸者，是健康署提供低劑量電腦斷層篩檢的 2 個目標族群，這是有台灣本土研究根據，是楊泮池院士的 TALENT^(註)study 結論給我們做篩檢的參考。

但是桃園市這個案子，是自主、自己把篩檢的族群擴大，當然在肺癌的高危險因子裡，的確包含菸品與職業暴露，但他們在做擴大篩檢族群時，對篩檢出來可能會增加陽性個案，應該要有些事先的

規劃跟安排，而不是說在篩檢完之後，當然篩檢的族群越大，陽性的個案也會隨之增加，這是一定的，可是篩檢之前沒有做一個明確的規劃跟配套，篩檢後發現陽性人數多了以後，要把它納入健保的追蹤，這部分對於整體規劃應該要更加詳盡的說明。

另外，要多增加危險因子的篩檢族群當然要有 evidence based，而不是我們認為怎樣，舉例說職業暴露，到底是那些職業暴露，是一定要含有矽的工廠？還是其他的暴露？因為這是整個台灣肺癌篩檢，的確是要有一些先前的研究基礎再把資源放進去，讓我們把資源放在最需要的地方，如果也補助後續的陽性篩檢，是不是其他縣市也可以自己擴充篩檢族群，造成後續影響與衝擊是蠻大的，謝謝。

註：TALENT (Taiwan Lung Cancer. Screening in Never Smoker Trial，以低劑量電腦斷層掃描篩檢台灣不吸菸肺癌高危險群之研究)

盧主任委員瑞芬：謝謝蔡委員的提醒，這點請健保署真的要注意，如果放寬了 criteria，其實會造成很多偽陽性，也都會用到健保的費用，委員關心的重點請健保署納入考量，後續對於那些縣市，如果篩選 criteria 太鬆的話，的確需要跟地方政府溝通。委員有沒有其他意見？

石署長崇良：我們會將健保會的這些意見轉給地方政府，在各項政策推行制定時要納入考量。

盧主任委員瑞芬：謝謝，委員如果沒有其他意見，議程確認。進行下一個議程。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

盧主任委員瑞芬：請問委員針對上次會議紀錄有沒有意見？如果沒有，會議紀錄就確認。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)事項辦理情形如下：

(一)報告事項第一案決定，請幕僚研議修正「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目之適用範圍與動支程序」，本會於 2 月 15 日請辦健保署以保險人經驗提供修正建議。本會將參考健保署建議及過去討論相關議案之委員意見，再來做研修，後續也會函請四總額部門提供意見後，再掣案提委員會議討論。

(二)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計 12 項，還有黃色封面補充資料第 5 頁，一併報告，依照辦理情形，建議解除追蹤修正為 4 項，繼續追蹤修正為 8 項，在會議資料第 45~49 頁附表一及黃色封面補充資料第 6 頁，最後仍依照委員會議議定結果辦理。請委員翻到會議資料第 45 頁，擬解除追蹤的部分：

擬解除追蹤第一案，是有關衛福部函請本會提供 114 年總額基期扣減情形，本會已請健保署在本次會議提報，列入報告事項第一案處理，在會議資料第 45 頁是誤植，應該是本次會議報告事項第一案。第二案，是關於上次委員會議請健保署在這次會議提報點值保障之整體檢討，列入本次會議報告事項第三案，這個也是誤植，應該是第三案不是第四案，這部分在今天報告之後，建議解除追蹤。第三案，是上次健保署的業務執行報告委員所提意見回復，在會議資料第 51~52 頁，建議解除追蹤。第四案，請參閱黃色封面補充資料第 5 頁，原列於繼續追蹤的第五案，衛福部已在 3 月 5 日核定「113 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，已達到解除追蹤條件，一併解除追蹤，以上是解除追蹤的案子。另外，上次會議個別委員關切的事項含書面意見，健保署回復在會議資料第 151~184 頁，請委員參閱。

項次二，是歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，建議解除追蹤者，計有 2 項，在會議資料第 50 頁，分別是 113 年度

各部門總額地區預算分配有關點值保障項目送本會同意案，還有 112 年度各部門總額須提本會報告之預算扣減及節流效益評估方式，都在上次委員會議報告或決定，所以已達到解除追蹤條件，建議解除追蹤，但最後仍依照委員會議議定結果辦理。

項次三，依照本會本年度工作計畫，健保署應該在這次的委員會議提出「111 年度的健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形」報告，健保署 3 月 5 日以電子郵件通知、3 月 6 日來函補充說明，為增列相關資料讓報告更臻完整，希望能延期到下次委員會議提報，本會考量報告提報內容之完整性，爰同意健保署所請，延至 4 月份委員會議提報。

項次四，健保署在 1 月 16 日來函修正 113 年度西醫基層總額專款項目「因應長新冠照護衍生費用」的執行計畫，這個部分重點是新增納入新冠確診診斷跟檢測費用的動支範圍，請委員參閱。

項次五，在會議資料第 32 頁，下次委員會議依照年度工作計畫安排的專案報告主題為「112 年度全民健保年終決算報告及 114 年度全民健保預算備查案」、「全民健康保險監理指標研修建議及監測結果之具體改善策略報告」，委員如果有意見或是要請健保署補充的資料，請最晚於 3 月 22 日前向本會提出。

項次六，是本會針對上次委員會議對抑制資源不當耗用改善方案及醫療品質資訊公開辦法的討論內容及結果，納入會訊報導主題，請委員參閱。

項次七，是衛福部及健保署在 1 月至 2 月份發布及副知本會的相關資訊，內容都在該署全球資訊網頁，本會詳細的內容跟附件也在 3 月 6 日寄到各位委員的電子信箱，摘要部分請委員參閱。

項次八，請委員參閱黃色封面補充資料第 5 頁，是有關於剛剛提到「113 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，衛福部在 3 月 5 日核定，在核定函裡有特別提到，因為同意該署對本會意見沒有參採所提的說明，所以核定方案與提到本會上次會議討論內容是相同，沒有修正。在核定函也提及希望健保署就本會委員所提關

於管控項目跟目標值設定的原則性建議，在未來擬訂改善方案時，要併予審酌，建請健保署能在提報 114 年改善方案時，說明前揭建議的參採情形。

項次九，是本會依照年度工作計畫安排在本年 3 月 28、29 日至健保署東區業務組辦理業務訪視活動，時間是 2 天 1 夜，相關訪視活動行程跟委員搭乘交通工具安排情形已放在委員桌上，就是紅色封面頁的部分，敬請委員參考。如果委員行程有變更，請儘早跟幕僚聯繫，後續比較容易安排，以上報告，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請問委員有沒有詢問？請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：謝謝主席，首先是重要業務報告項次三，這是上次會議要請健保署在這次委員會議提報針對「111 年健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形」，我們尊重健保會同意到 4 月份再來提報，但我非常好奇，因為這是 111 年，並不是 112 年，是一個過去的資料，請問健保署就所謂的要讓報告更臻完備的相關資料是什麼？能夠讓我們知道。

再來是會議資料第 37 頁有關「全民健康保險代謝症候群防治計畫」，依衛福部 113 年度總額決定事項，請健保署積極建立成人健檢個案轉介及資源共享的派案機制，以改變民眾生活習慣為推動方向，同時要檢討擴增收案人數上限的合理性。但是我們看到 113 年公告計畫與部的總額決定事項其實是勾連不起來的，這個新計畫是要提高診所品質獎勵費 1~2 萬點，新發現個案的獎勵費調高至 500 點、新增「腰圍或身體質量指數管理成效獎勵費」500 點，然後每一診所的收案人數上限由 300 名提高至 500 名，這個跟衛福部總額決定事項是有差距的。今年照理說，應是以增加收案人數作為首要目標，但我們看到的公告計畫卻是要增加每一個案的獎勵費用，所以這部分也要請健保署來說明，就部的總額決定事項與 113 年公告計畫兩者之間的關聯性。

再來是會議資料第 38 頁 113 年度「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」，會議資料呈現的方案內容是舊的，我們當初在會

議裡做了很多的討論、提了很多的建議，但到最後的定案中間又經過了很多的變化，這個變化我上次說過，只要是署裡或部裡提的政策方案，我們健保會委員一般都是支持，當時照護司司長在媒體受訪時也強調你們提的計畫已經做了非常完整的分析，我記得當時護全會也有不同的方案，地區醫院也有不同的看法，健保署與照護司則信誓旦旦說已做了很完整分析，這是沒有問題的，結果方案到後來又做了很多改變，在規劃上進退失據，朝令夕改，但又沒有留證據，我覺得這個對於健保署、對衛福部都是很不好的。

我希望將來提到會裡討論的計畫或方案，請務必做好政策規劃，不要在健保會裡面提一套，委員給了很多意見，出了健保會後，因為各種不同力量拉扯又做了不同的決策，我們也不知道那樣的決策基礎是什麼，我覺得這對政府的威信、健保會的尊重都有可商榷之處，以上。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：謝謝主席，我對於衛福部跟健保署的處理是有一點感受。記得上次會議，在重要業務報告中提到衛福部來函要求3月18日前提供114年度健保總額基期之扣減項目及額度，健保署也從善如流，今天有提出報告「111年及112年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估執行結果」。但今天聽到重要業務報告中項次八「113年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，我在上次會議曾經提過，因國發會一直跟我們建議健保各項支出面改革措施之成效及節流效果，應該要回歸到總額的基期裡面，所以我在上次會議說要善意回應國發會，我建議在附件二的改善方案中，第陸項預期效益項下，增加第四點內容，就是四、依據本方案所擷節之醫療費用支出，每年應回歸健保總額並納入預算調整因素據以合理調整基期，而剛剛聽執秘報告後，覺得我們的建議又是狗吠火車，滕委員講的狗都老了、火車也跑了，但還是要繼續吠，所以我仍要提出來，上次會議我曾用不同方式提了4次建議，健保署都沒有回應、視而不見，這是其中一項，我覺得比較可惜。

另外在會議資料第 151 頁健保署回復說明，上次會議我提到下次會議要報告的話，是不是可以把歷次委員意見納進來，一起考量，健保署回復說明，他們對於委員在會上提的意見都有詳加說明，我看到這個回復後，因為對數學比較敏感，就開始算，在附錄一(會議資料第 151~173 頁)，有關於委員的意見回復，我自己就提了 11 點，健保署有回應 4 點，另外 7 點不見了，其中包含剛才提到節流效益的部分。那回應了的 4 點裡大概只有 2 點比較明確，其他的都沒有結果。當然現在健保署的回復態度有比較誠懇，這個要肯定，但有一些還是讓委員覺得虛晃一招。我記得這不是我第一次提，劉委員跟我都提過好幾次，這兩點感受提出來給各位委員參考，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請朱益宏委員。

朱委員益宏：第 1 個，剛剛李永振委員特別提到，我這邊先講一下我的個人意見，如果說有節流效益要扣減基期，醫療服務提供者這邊可能有不同意見，如果要做任何修改、改變，可能要提討論案，而不是一個建議案就執行。

第 2 個，會議資料第 157 頁，上次會議有討論到關於牙醫調整支付標準，但我先行離席所以提書面意見，我不知道有沒有討論，但會議資料第 157 頁看起來，健保署並沒有很完整的回復，因為牙醫的支付標準調整後，看起來就會影響到 113 年醫院總額，大概影響約 0.23 百萬，我不知道實際上是怎麼樣，但依照總額精神就算差 1 塊錢也應要有撥補機制，其實在 109 年就已經發生過類似的事情，當年處理機制就是如果因為牙醫支付標準調整有影響醫院總額的話，牙醫總額當年度就撥補醫院總額，另在第 2 年總額協商時，雙方就要把這筆款項加進去變成成長項目，納入基期，這是 109 年的處理方式。

但從健保署回復看起來，是今年第 4 季總額結算後，再考慮是不是明年總額結算時再納入基期，我們都知道明年總額在今年 9 月就要談定，所有方案大概 7、8 月就要出來，等到第 4 季再來討論這件事情怎麼來得及？在上次會議，對於今年各總額部門間的財務影響

這件事情，到底該怎麼處理，健保署也沒有回復，我覺得應該要做一個具體的回應，如果不處理的話，任何總額部門可以隨便開支票做調整，影響到其他總額部門好像也沒什麼關係，我覺得開先例是非常不好的，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請韓幸紋委員。

韓委員幸紋：大家早安，我是要針對重要業務報告項次三，就是關於財報部分。我要先替健保署講話，不是他故意只能分析到 111 年，是確實財報只收到 111 年度，因為財報時間會落後，雖然是 111 年的資料，但其實他們收到資料也沒有很久。另外醫院端只提供 Pdf 檔，我自己同步也在做研究，我都要請助理先 key 資料才能作分析，所以健保署其實也是一樣的。我有詢問過為什麼醫院提供財報時，只能提供 Pdf 檔，有一個說法是因為他們的財報是經過會計師簽證過，不希望內容有被任何更動的可能，所以給一個不能編輯的檔案。但在財團法人醫院這邊，衛福部很早就開始收集財報數據，其實可以另外提供 Excel 檔給健保署，我也不知道為什麼財報已經公開 10 年了，但到現在還是只能提供 Pdf 檔給大家使用，從沒有很多學者使用財報來做學術研究，就可知道它的困難程度。

財報還有另外一個問題就是格式不一致，我們做研究時也要先初步整理，確實目前財報能分析的項目沒有很多，第 1 個是受限於格式不一致，大家不知道怎麼分析。健保署也有努力嘗試提供一些數據，比方說公開財報醫療院所的健保申報點數、醫師數等資訊。我也有利用這個資訊，雖然公告的是健保申報點數，我用平均點值 0.9 去推估，就可推估出他的健保收入，如果有公布醫療收入，我就可以知道非健保的收入有多少，另外我還會處理非醫療收入的部分。

比方說大家好奇的自費項目，我就利用非健保收入比例做分析，但分析時也發現一個問題，各醫院間對於項目的定義不太一致，比例就會很奇怪，這部分我也可以把名單提供給健保署，是不是請這些醫療院所用正常的定義，如果不方便更改他們原本的定義，也可

以在表格下方加註，像是根據這個定義時數字是多少，不然我們分析的時候會有點困擾。

最近還有一個話題，是討論掛號費是否要提高，這個部分可不可以請醫療院所協助額外提供掛號費收入金額，健保署是不是也可提供部分負擔的金額，我們就可以利用財報分析，瞭解醫療院所獲利狀況及收入主要來源。我目前用 2 億的門檻做了初步分析就發現，確實有非常多的醫療院所，特別是大型醫學中心在醫療服務項目收入是虧損的，家數比例很高，如果是大型醫院或財團法人醫院，就會利用非醫療收入去改善獲利狀況；如果是規模相對小的地區醫院，比較會利用非健保收入去改善獲利狀況，其實不同醫院行為模式不太相同。我不確定健保署為什麼要延後，如果不知道要討論什麼我們可以討論，我自己也在研究，可以互相交流，以上供參考。

盧主任委員瑞芬：李永振委員，對不起你是第二次發言，是否讓吳榮達委員先。

吳委員榮達：非常感謝健保署，這一次在會議資料第 174 頁提供各醫院有關病床許可床、開放床的床數及申報情形。我想請教一下，這邊資料中許可床是包含自費與健保還是只針對健保的部分？這是第 1 個。

第 2 個，我有做一些計算，這裡有幾家醫院，尤其是特別大型的醫院，開放床占許可床的比率不是很理想，這部分我整理後再請教健保署，是否可針對比率較低者再進一步分析其中原因，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：李永振第二次發言，因為剛才時間的關係，可能對於節流效益的處理講得不夠清楚，我補充一下，對節流效益的處理方式，我同意朱益宏委員的講法不是那麼簡單，因為已提了應該有 5 年，但到目前都還看不到案，所以才一再提，我剛才提的意思是好不容易踏出第一步，國發會也建議了好幾次，是否在方案中明列，但說不定還要經過 2、3 年才看到結果，我不是質疑健保署的效率，是過去的經驗給我的感覺是這樣，所以才會提出這個建議。我們上個月

討論抑制資源不當耗用改善方案時，健保署說明 111 年方案可擷節 36.28 億元，往前沒有去追、往後應該也還會有節省費用。2 年前我們在總額協商時也整理，像是 C 肝新藥、雲端藥歷、藥費，這 3 項可節省 126 億，這已是前年的總額了，所以他的成效是往前的，這些都擱在那裡沒有處理。

我所以會提這個，因為 2 年前就應該很積極地處理，但到目前還是沒有看到結果出來，當然這件事情跟石署長無關，因為他不是當時的署長，但現在石署長是否可以重新提案討論，讓衛福部的好意可以怎麼樣去擴散，節省的費用如何處理，以前曾討論過並不是全部要回歸給付費者，醫院的努力也應有效益，所以這些錢也不是一定要回到總額去扣減，也可以用作新藥新科技的財源，但總是有很明確的數字出來，健保署也提出來當作公基，我們也認了，但是後續就不見了，這樣好像很奇怪，講一大堆看起來好像被保險人有受益，但事實上都沒有看到，醫界也叫點值不足，這到底是怎麼回事，我相信大眾在新聞媒體看到這些資訊，心裡一定有很多 OS 很多問號，但是他們不知道實際情況。我大概是這樣的想法，提出來這些建議來參考看看，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，在請朱益宏委員進行第 2 次發言前，我們這部分也超時了，待會還是要請健保署就現場可以回應的部分予以回應，朱益宏委員是最後一位發言。

朱委員益宏：謝謝，有關剛剛李永振委員所提，我還是要講一下我在這會議上也講很多次，所謂的節流效益是有一些不同的定義，你看的時間點是單向的費用，比方新的藥物取代其他藥品，它是一種節流效益；第 2 種，除了看單次取代某項藥品，或是取代某個技術外，還有就是對於當次的住院產生的效益，這也是另一種節流效益；還有一種是你看得更長遠的，比方說以個人為單位，因治療處置後對於他的壽命有沒有延長、對於整體保險支出是增加還是減少，所謂節流效益有很多不同定義，不是使用 C 肝新藥就節省 100 多億元，用了什麼就節省多少錢，一部分要怎麼回饋，我覺得這樣討論太草率。對於節流時間點及節流定義在醫界跟付費者間，特別跟李委員

就有不同認知，所以我剛剛才說如果真的要處理的話，這些要討論得非常清楚，在雙方都有共識下，才能討論節流效益後續怎麼處理，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝。

李委員永振：一句話就好，因為剛才朱委員講的我完全同意，我是持開放的心態，就是釐清，不要讓我們委員都已搞不清楚，社會大眾更不用講，但剛才講的 C 肝新藥節省不是 100 多億元，最主要是雲端藥歷，C 肝新藥只有 6 億元，不要混在一起。

盧主任委員瑞芬：因為委員剛才提問都是針對健保署業務，請健保署回應。

劉組長林義：健保署就實務面先與委員報告，第 1 個，劉淑瓊委員提問財報為何要延到下個月的原因，可以看到會議資料第 151 頁，上次委員有提到，因為我們以前的財報都只有針對損益表，年度損益表，就是醫務收入、非醫務收入、成本多少、損益多少，來做 key in，就像剛剛韓委員說的，其實院所給我們的資料是 Pdf 檔，因要有會計師簽證我們才認，可是並沒有檔案，所以我們是要一張一張表 key 到電腦，另外委員詢問是否可以列固定資產比例，這是另一張資產負債表，我們還需要時間輸入資產負債表的數據，另外就像委員剛才講的，我們也希望把一些申報的資料都儘量附在後面，讓大家看財報的時候可以更宏觀，不要只看營利率。

第 2 個，有關李委員提到抑制資源不當耗用改善方案的部分，假如可以計算成金額的部分，我們都會提供數據，就像剛剛朱委員也提到，這數據是不是代表真正節省的金額很難去定義，這部分還要經過大家的討論，我們會提供各種數據，假如委員在協商時有這樣的需求，我們都可以提供。

再來是朱委員提到會議資料第 157 頁，有關牙醫調整支付標準連帶影響到醫院總額部門的部分，我們目前初估是 23 萬點，我們也會在今年第 4 季總額結算時，約在明年 5、6 月份，結算時會依照實際情形，提出較準確的數字，這部分會先提到健保會來看是否可做總

額之間的挪移，因為畢竟有影響到醫院總額的部分，也會做為 114 年總額協商的參考。

另外吳榮達委員提到會議資料 174 頁，有關床數的部分，許可床指的是主管機關核准的床，但醫療院所未必會全開，而醫療院所開的床是開放床，開放床也未必每天都滿床，有健保申報的就是表格最右邊的申報床，裡面都含健保床跟差額床，健保署都有公布比例，且醫院本來就要符合法規的比例，以上說明。

盧主任委員瑞芬：因為剛才提到牙醫的部分，請江錫仁委員最後一位發言。

江委員錫仁：謝謝主委給我發言的機會，針對朱委員提到牙醫總額跟健保署的回應，主要影響醫院總額，是因為一些住院病人剛好有牙齒問題需要會診牙醫部門，但多是醫院的牙科部，剛說 23 萬點，都回到醫院的收入，真的到牙醫總額的部分是少，當然有影響到其他總額部門，我們牙醫總額是同意這樣處理，但還是請署針對會影響跨總額部門的問題一併檢討，以上報告，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，剛才委員提出意見，如果健保署來不及回應，請再提書面說明，至於韓委員剛提到資料部分，剛才跟署長確認，他們也是自己要自己 key in，委員如有需要他們也可以提供，署長也同意，韓委員如果.....

韓委員幸紋：我 key 好可以給他們。

盧主任委員瑞芬：好，你們兩邊可以互相稽核與交流，很歡迎委員有這些資料可以進一步分析，這其實對健保業務也有幫忙。

另外提到掛號費的部分，醫療院所既然是健保署特約機構，請醫療院所提供掛號費的資料應該沒有問題，在不需報備的情況下，掛號費會有什麼樣的變動，這也是我們委員很關心的問題，這部分也請健保署提供資料，朱委員這部分有意見？

朱委員益宏：因為要醫療機構在財報另外列出掛號費的話，衛福部可能要修改「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」的項目，

除了公家醫院是依照審計部的規格提供，財團法人及社團法人都是依照衛福部公告辦法去提報那些會計科目，是統一的規定。

第 1 個，我覺得如果要處理這一部分，第一個是審計部要處理，不能只有公告私人財團法人與社團法人、審計部不公告公家醫院的。第 2 個，如果要求財團法人及社團法人要公告，可能不是健保署這邊發函叫醫院提供就提供，要衛福部統一修正提報財務報告辦法裡相關的表格或資料，這樣才會統一，以上。

盧主任委員瑞芬：好，這個部分謝謝朱委員的意見，我想委員關心這個議題，我們就請相關的單位，這應是醫事司負責的，我們會把委員意見提供給醫事司參考，這議題大家都很關心，尤其人民團體很關心這部分是否會影響民眾的就醫可近性。

劉委員淑瓊：主席，代謝症候群防治計畫沒有回答，謝謝。

石署長崇良：主席，我補充一下剛剛幾個沒有回答到的部分。

第 1 個，就是有關財報，其實跟同仁討論過，財報的公開真的是造成我們很大的困擾，因為每個單位提供的財報格式都不一樣，我們需要重新建檔，同仁核對到眼睛都要脫窗。因為各主管機關要求的財報格式不同，退輔會有退輔會的要求，公立醫院有公立醫院的要求、私立醫院有私立醫院的要求，然後財團法人醫院有醫事司的要求，我們很想讓它有同樣的格式，可是又涉及到各主管機關，就變成那個醫院必須要產製 2 份以上的財報，提供給不同單位的需要，這個是我們現在辦理財報公開情形最困難的地方。最簡單的方式，就是拿來不用整理、直接公布，這是最簡單的處理方式，但是為了要提供給各委員能夠參考，我們就得想辦法讓它變得一致，才有可比較性、可閱讀性，這個在處理上就會造成非常大的困擾，當然我們也很希望可以用電子申報的方式來處理，我們努力再跟各院所溝通。因為第一關就碰到各主管機關，我們自己政府所管轄的各主管機關之間要求的財報就不同了，公立醫院跟財團法人，還有學校法人，通通都不一樣，這個就是我們現在最可憐的，我們同仁就是在做這些事情，也許我們再請教韓委員看看後續我們可以怎麼處理，

或者是有個合作計畫，讓我們同仁的工作更順利，我經常都擔心萬一重新建檔後，原來會計師簽證的沒錯，是我們給人家打錯，到時候發布的財報有錯，變成責任在健保署。如果是直接公布收到的財報，就不會有對錯的問題，所以我們再看看怎麼處理更好，我們也有法律授權，硬幹也是可以，不過這個影響也會不小，所以我再來努力看看，能不能夠溝通協調到讓作業可以再簡化。待會再請問韓委員，我先補充說明一下剛剛的幾個問題。

第2個，代謝症候群的部分，很抱歉，雖然是以健保的費用在執行，理論上健保署應該要善盡管理，不過我們也尊重其他單位在政策執行上的需要，我們下次再邀請健康署來跟各位委員報告說明一下他們背後的想法以及政策的考量，這是代謝症候群的部分。

另外關於抑制資源浪費，如果有抑制浪費的效益，相關的費用確實應該要在總額裡面去做扣除，不過從這幾年看下來，我覺得如果點值超過1的話，確實應該扣除，可是在執行起來點值都不到1的情況之下，表示總額是不足，如果我們扣除了這些抑制浪費的費用之後，仍然沒有辦法達到點值1的話，我們要從基期裡面去扣除，好像也不是有很強的論理。至於有些節省效益是在未來才會呈現，很多都是在未來，不論我們現在所做的各項癌篩，都會造成短期的病人需要治療，或者是像C肝的治療，它會對未來的這些肝硬化、肝癌發生率的下降，但是短期之內這個藥物的投予治療，也會有費用的增加。張鴻仁教授每次都會舉一篇paper，戒菸之後終身醫療費用是增加，不會是下降，因為壽命延長了，所需要的醫療使用會增加，這個是published的paper。所以健保的目的，當然預算的控管很重要，但是更重要的是為國人尋求健康，所以我們也不會說，因為戒菸之後壽命延長，醫療費用增加，我們就不鼓勵戒菸，大概也不會這麼做，很多的治療其實，特別是做在前端的、預防保健的都有類似這樣的效益，也藉這個機會跟委員說明。

至於剛剛大家都關心的掛號費問題，如果是依照健保法第80條，確實我們可以要求保險醫事服務機構，提供所需的文件資料，包含帳冊、簿據，甚至到很細的醫療費用成本等文件相關資料等等，掛

號費當然在部的解釋是不屬於醫療費用，不過它應該也是帳冊、簿據的一部分，我們可請各醫院提供，整理之後再提供給委員參考，所以這個是剛剛幾個問題，我在這邊做一些補充。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，因為時間的關係，如果是關於剛才那個部分，韓委員是不是私下再討論？

韓委員幸紋：因為其實會公布財報真的都是醫院層級的比較多，今天剛好有醫界代表，所以他們是不是回去也問一下，有沒有這個可能，真的先不用動格式，就是提供 Excel 檔的數據就可以了，因為提供出來之後我們可以另外處理，不然我們怎麼做研究？我也是把現有不同格式，但是有些我可以自己去做加總，儘量把它加到與那個格式相近，當然不到非常完美，但是我覺得就是有沒有可能，至少以現有格式，不用改格式，因為改格式要請各個主管機關都同意，我知道確實很困難。但有沒有可能，就是以現有的格式提供 Excel 檔，然後我們就可以做其它的處理，健保署也不用像現在這樣要從頭到尾重新建檔，而且也可避免錯誤產生及可能發布不正確的訊息，我覺得也是協助健保署可以去發布正確的訊息，就這樣，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，這個會列入考量。我們時間真的超過很多，可不可以就……，因為我看到又有 3 位委員舉手，這個議案是重要業務報告而已……

劉委員淑瓊：主席，這是基本的概念，還要跟署長溝通，就是這個錢，署長剛剛說財報公開是為了委員，其實不是，這是二代健保民眾共同參與醫療院所財務監督，這是健保署官網上說的。第 2 件事情就是關於代謝症候群，我覺得不能夠推給健康署，因為這個計畫是花健保的錢，所以健保署責無旁貸，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，因為周麗芳委員跟吳鏘亮委員都是第 1 次發言，我們就最後 2 位好不好，請簡短。

周委員麗芳：主席、署長、各位委員，剛剛韓委員的這個建議，我個人也是支持，但是可能要比較謹慎一點。因為財報內容很多又牽涉到會計師的認證，財報就是如同剛剛所說的，其實它有非常多細項的

備註，這個備註之間其實它都對照著很多會計師的簽注意見，所以我們如果直接拿他的 Excel 表出來做編輯的話，如何再去回應到會計師認證的資料，我覺得這個是必須要做勾稽跟後續處理。不管怎麼樣做，我們整理了這些資料後，必須再回到醫院，讓醫院再去看一遍，坦白講，醫院拿到我們整理過的 Excel，也沒辦法確認，最後還是要回到會計師。

所以我覺得很重要的一件事情，就是要跨部門協調，比方說找金管會、相關的會計師公會，然後進一步地去談，包括就是幾個醫院的主管機關，例如部立醫院的衛福部、榮民系統的退輔會，大家一起坐下來談，可能沒有那麼單純直接用 Excel 表就可以去公告，我覺得這牽涉到太多後續認證的問題，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請吳委員。

吳委員鏘亮：關於掛號費的部分，我想衛福部已經澄清，掛號費不是醫療費用，而是行政費用，這部分大概就是回到市場機制，我想公告掛號費這部分的意見，是不是所有的各行各業都要公告他們的收費標準，我想這是有問題的，所以對於要全部的醫院都公告掛號費這部分，請再酌量，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，重要業務報告討論到這裡，各位的建議都在會議紀錄裡面，我們後面會再處理，針對重要業務報告，決議如下：

第 1 點，上次(第 1 次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形，擬解除追蹤共 4 項，同意解除追蹤；擬繼續追蹤共 8 項，同意繼續追蹤。

第 2 點，歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬解除追蹤共 2 項，同意解除追蹤。

第 3 點，關於財報資料剛大家也有很多的討論，為利健保署研析更完整資料，同意「111 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形」報告案，延後到 4 月份委員會議，也就是 113 年 4 月 24 日提報。

第 4 點，請健保署在提報 114 年度抑制資源不當耗用改善方案時，依照衛福部核定函所示，針對本會委員所提建議，說明審酌參採的情形，其餘洽悉，進行下個議案。

參、優先報告事項「中央健康保險署『112年第4季全民健康保險業務執行季報告』(口頭報告)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

張副組長惠萍：主席，以及各位委員大家好，接下來由健保署報告全民健康保險業務執行季報告。

首先，先跟各位委員報告112年健保整體的概況，承保業務部分，在112年12月的時候投保單位大約有98萬家，相較於111年同期的話增加4.56%，最主要的原因是因為第一類的投保單位增加所影響；保險對象大約是2,388.3萬人，相較於111年同期增加0.4%；再來是，第一到第三類被保險人平均投保金額是43,409元，相較於111年同期增加3.22%，最主要是受到自112年1月起，基本工資還有第二、三類最低投保金額調升為26,400元所影響。

財務業務部分，以現金收支情形來看，保費的收入加上其他收支減掉醫療費用，約498.33億元，其中保費的收入是7,532.96億元，相較於111年同期增加2.06%，最主要的原因，是一般保險費的平均投保金額增加所影響。其他收支的部分是403.37億元，相較於111年增加153%，最主要是因為112年行政院撥補全民健康保險基金240億元。醫療費用部分是7,438億元，相較於111年同期減少5.99%。若以權責收支情形來看，截至112年12月底保險收支淨結餘數是343.9億元，提存後安全準備餘額是1,392.83億元，大約是2.15個月的保險給付。

再來是醫療業務的部分，112年12月的特約醫療院所大約是22,085家，相較於111年增加1.03%，特約率大概是91.58%，申報點數是8,856.4億點，相較111年是增加7.64%，各總額的點數都有上升。112年第3季的預估點值，除了中醫部門以外，其餘各總額部門的平均點值都有大於0.9。

接下來跟各位委員報告112年1月1日到113年2月1日之間，健保公告生效給付的新藥，總共有37項，擴增給付總共有29項，最主要是希望能夠滿足臨床治療的缺口，並且希望臺灣的治療能夠

跟國際治療指引相接軌。我們先看癌藥的部分，在這一段期間新收載了 10 項的癌藥，如投影片第 3 張投影片所列項目，針對以下幾項跟各位委員說明。

項次 2 的 Pemazyre 是第 1 個用來治療肝內膽管癌的標靶藥品，項次 5 的 Tepmetko 是用來治療 MET exon 14 基因突變的非小細胞肺癌，有 Unmet Medical Need 的需求，項次 7 的 Kymriah 是健保署收載的第 1 個 CAR-T 藥品，同時是具有細胞治療跟基因治療的特性，是用來治療復發的 B 細胞急性淋巴性白血病，以及復發或難治性瀰漫性大 B 細胞淋巴瘤，是全新機轉的藥品，療效也明顯比較好。項次 9 的 Trodelvy，是 1 個新作用機轉藥品，是抗體與藥物的複合體，也就是結合抗體跟抗癌的藥物，抗體可以跟癌細胞表面的抗原結合，精準的把抗癌藥物送到癌細胞，是用來治療三陰性乳癌，在臨床實務上，三陰性乳癌傳統的治療方式，最主要是以化療為主，臨床試驗顯示 Trodelvy 相較於化療，整體存活期可以從 6.7 個月延長到 12.1 個月。整體來說，這 10 項癌藥平均每年的受惠人數大概會落在 1,000 人到 1,300 人，藥費是 26.4 億元到 33.7 億元，但這個藥費還沒有扣除取代藥費以及 MEA^(註 1)的還款，如果扣除的時候，整個藥費的支出是控制在預算範圍內。

在相同的區間，也擴增了 16 項癌藥的給付範圍，項次 2 是 double A，就是 IO^(註 2)加標靶，用於治療肝細胞癌，這樣的組合是國際間各治療指引所建議，而且臨床試驗也顯示 IO 加標靶相較於單用標靶藥品，整體存活期可以從 13.4 個月延長到 19.2 個月。項次 10 是 IO 藥品擴增給付範圍，傳統的小細胞肺癌治療方式，最主要是以化療為主，IO 藥品擴增給付範圍，可提供病人另外一種機轉的治療選擇。項次 11 的 Vitakvi，其原有給付範圍是只給付兒童病人，而且是 NTRK^(註 3)基因融合的實體腫瘤，只有 7 個適應症，經過藥品共擬會議代表參考了 3 大 HTA 組織^(註 4)的建議，也考量到 NTRK 基因融合是罕見癌症，所以同意擴增為兒童病人不限癌別，成人也有 13 種癌別可以適用。這 16 項擴增給付的癌藥，受惠人數大概會落在每年大概是 6,300 人到 7,200 人。

除了癌藥，在相同的區間我們也收載了 12 項的罕藥，過去其實有很多罕病都沒有有效的治療藥品，所以當有新的藥品上市的時候，我們也會加速去收載，像項次 3 的 Onpattro 是用來治療家族性澱粉樣多發性神經病變，項次 9、10 用來治療泛視神經脊髓炎，項次 12 的 Diacomit 用來治療卓飛症候群的癲癇發作，這些疾病過去都沒有很好的治療藥品，而上述藥品都具有 Unmet Medical Need 的特性。項次 8 的 Zolgensma 是第 1 個收載的基因治療的藥品，它的特色是用來治療 SMA^(註 5)，一生只需施打 1 次，而且是靜脈輸注，具有方便性及長效性。

在相同的區間，還擴增 1 項罕藥的給付範圍，Spinraza 原本的給付範圍是 1 歲內發病確診，治療年齡在 7 歲以內的 SMA 患者，藥品共擬代表參考了臨床試驗的資料跟 Real world data，也同意給付範圍放寬至 3 歲內發病確診，不限治療年齡，但是治療年齡如果 7 歲的話，其運動功能要大於等於 15 分。

除了罕藥跟癌藥以外，其餘的新藥總共收載 15 項，包括 2 項是國產新藥，項次 8 是速必一乳膏，是到手香及積雪草的萃取物，用來治療糖尿病足的傷口潰瘍，是國產植物新藥。項次 12 的 Tonvasca，是用來治療高膽固醇血症，是國產的複方新藥，這 15 項藥品每年的受惠人數，大概是 7 萬 7,000 人到 36 萬 4,000 人。

除了擴增癌藥以及罕藥的給付範圍，新藥的擴增給付範圍總共有 12 項，項次 7 是放寬 B 肝藥品的適用範圍，因為 WHO^(註 6) 倡議 2030 年要消除病毒性肝炎，所以臺灣消化性醫學會也來函建議，希望我們放寬 B 型肝炎的藥品至高危險的族群，跟國際治療指引相接軌。項次 8 是 rt-PA，這是腦中風學會提的建議，他們希望能夠參考現行的美國、歐洲，還有臺灣的臨床指引，建議急性缺血性腦中風的患者可以在 4.5 小時內使用 rt-PA，藥品共擬會議代表也同意將本來於 3 小時內使用的限制，放寬到 4.5 小時內使用。這 12 個品項每年受惠的人數大概是 2 萬 7,000 人到 6 萬 2,000 人。

在 112 年 1 月 1 日到 113 年 2 月 1 日期間，以暫時性支付的方式，總共收載了 6 項的新藥跟擴增 2 項藥品的給付範圍，這些藥品在前面的簡報裡面都有呈現，這些藥品的共通特色，就是都已經取得食藥署核發的藥品許可證，都有 Unmet Medical Need 及臨床的迫切需求，但是大部分可能是需要加速核准，所以我們會要求廠商在暫時性支付的期間，要持續的去蒐集臨床試驗的結果跟 Real world data，必要的時候我們也會建立登錄系統，然後定期去評估，然後 2 年後會去決定是不是要持續、常規性地給付，或者是暫停給付。

除了藥品以外，我們在今年初也有收載了 2 項電極導管，電極導管是用來記錄心臟內心律傳導的路徑跟心電圖的變化，第 1 款是 2Fr 小管徑的電極導管，可以針對嬰幼兒或是成人細小的血管做定位。在今年 1 月 1 日的時候以全額給付的方式納入健保，每年平均受惠的人數大概是 20 人次。第 2 款是高密度高解析度的電極導管，是用於複雜性心律不整的電生理診斷，在 113 年 2 月 1 日以自付差額的方式納入給付，會歸屬在治療複雜性心臟不整脈特殊功能導管類別，在這大類的自付差額下面新增次功能，平均每年的受惠人數大概是 1,215 人次。

最後的話，其實我們從 110 年開始也跟牙全會持續的合作，去開發 AI 判讀影像的工具，首先是以手術拔除深部阻生齒來當作模型發展的標的，然後去發展這個 AI 判讀影像的工具，最主要的目的是希望能夠輔助審查、協助偵測，就是找出以低複雜度拔牙手術去申報高複雜度拔牙手術的異常案件，我們目前的進度是已經達到以 Real world data 驗證過這個 AI 的模型，判讀的準確度已經達到 90%。我們預計在今年下半年持續跟牙全會合作，希望能夠把這個落地應用在線上的專審系統。

以上是口頭的報告，詳細的資料跟相關的數據，各位委員可以參考單獨的一本 113 年 1 月份全民健康保險業務執行報告，以上署報告。

註 1：MEA (Managed Entry Agreements，藥品給付管理合約)

註 2：IO (Immuno-Oncology Therapy，癌症免疫療法)

註 3：NTRK(Neurotrophic tyrosine receptor kinase，神經營養受體酪胺酸激酶)

註 4：3 大 HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)組織，分別為加拿大 CADTH(Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health)、澳洲 PBAC(Pharmaceutical Benefits Advisory Committee)、英國 NICE(National Institute for Health and Care Excellence)

註 5：SMA (Spinal Muscular Atrophy，脊髓性肌肉萎縮症)

註 6：WHO (World Health Organization，世界衛生組織)

石署長崇良：主席，還有各位委員，我再做一些口頭的補充，第 1 個就是說在新藥、罕藥納入給付的進度上，在剛剛的報告可以看得到，去年一整年我們共通過新藥或擴充適應症的，共有 55 項的新藥，包含罕藥跟癌藥，預算的執行情形，最後當然要等到結算，大概要在次年 6 月左右才能夠完成第 4 季結算，不過預算執行的情形依目前的預估，應該都可以達到 100% 預算執行率，趨近 100%，這是第 1 個補充。

現在我們在審查這些新藥的適應症的時候，我們儘量趨近於國際的臨床指引，讓臺灣在臨床上對病人的治療上能夠追尋國際上的共識，也可以讓民眾得到更好的照顧，同時對於新藥的引進上，也比較能夠得到其他國際藥廠投資臺灣的意願，這個是第 1 個。

同時期，我們為了加速實證依據的給付，在 1 月 1 日也正式成立了 HTA 的專案辦公室，就是健康政策與醫療科技評估中心(CHPTA, Center for Health Policy and Technology Assessment)，目前是委託 CDE(註 1)執行，1 月 1 日已經正式開始運作，相關的作業流程也都順利的移轉，所以今年 1 月 1 日起的新申請案，我們就交付給專案辦公室來做前端的初步審查，到共擬會議的時候才交由本署來接手。在今年 1 月 1 日以前已經進來的案子，就由本署繼續把它辦理完畢，所以整個大概會要到 4 月左右才會完全的交接完畢，所以大概這是近期已經啟動的新藥收載的程序改革。

另外，外界所關心的平行審查的部分也啟動了，只不過目前好像還沒有收到案子，就是在申請食藥署查驗登記的同時，也可以向本署提出收載的建議，目前還沒有收到特別的案子，不過作業程序上都已經擬定好了，這是第 1 個。

第 2 個是有關於藥品藥價調整的部分，就是我們講的 DET^(註 2)，我們也已經在 2 月下旬公告了今年藥價調整的結果，預計在 4 月 1 日正式開始實施新的藥價。今年藥價的調整總金額是 55 億元，涉及到的品項約 4,555 項，這是有調降的部分。

在這次調降的過程裡面，也特別考量了因應疫後以及俄烏戰爭、紅海戰爭等等，造成全球的通貨膨脹跟原物料短缺，影響到藥物供給的問題，在去年曾經有通報缺藥情形的藥品，我們考慮到穩定供貨的需求，所以我們在今年藥價調整的時候都予以保留，沒有進行調整，特別是一些抗生素類的，列在食藥署所公告的 essential drugs 裡面的，我們都有特別的去考慮，以確保臨床需使用的藥品不至因藥價調整造成短缺的情形，所以這個是在今年已經在 2 月正式發布的。

另外，有些是今年總額要執行的，我們已經在前幾個月開始規劃，陸續提到各個總額部門討論，這裡面包含社會比較關心的就是兒童重症加成的部分，謝謝各位委員的支持，在去年討論，今年的總額裡面特別有 4.6 億元是撥予要對兒童照護的部分做支付標準的調整，我們已經分別跟醫院總額部門討論、協商有關於 ICU^(註 3)，還有中重度病房照護費用的加成部分，也有一些共識，我們將循行政程序，希望儘快在 4 月 1 日就可以來執行，這個是最近大家都在關心兒童醫療資源挹注的部分。

另外在重症的部分，跟生命賽跑的疾病，主動脈剝離跟腦中風，區域聯防的部分，掌握黃金時間，剛剛我們同仁在報告的時候也特別提到，我們把一些血栓治療的黃金時間延長，從過去的 8 小時取栓黃金時段延長到 24 小時，這對一些住在比較偏鄉或是在夜間中風的病人就有很大的幫忙，除了給付上的放寬之外，取栓術不是每一家醫院都能執行，還需要在每一個區域形成轉診的網絡，來跟時間賽跑。我們已經透過六個分區業務組組成每一個區域的區域聯防網絡，在預算上的鼓勵跟執行效率加成費用的部分，也已經跟醫院總額部門完成協商，最快應該會在 4 月 1 日開始執行。

其餘如委員很關切的「在宅急症照護試辦計畫」，就是 hospital at home 在家住院的部分，我們已經跟相關專家、學協會討論完今年計畫執行內容，預計排入下週的「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」進行討論，確認後就會在 4 月公布，開始徵求試辦計畫，預計搭配衛福部的「通訊診察治療辦法」於 7 月 1 日實施、同步上路，這也是過去陳節如委員非常關心的議題，在這裡報告一下執行進度。

至於癌症治療的癌症次世代基因定序 NGS^(註 4)檢測納入健保給付案，已經開了 4 次專家會議之後，有一個初步的草案，也是預計在下週的共擬會議中討論，確認之後，希望在 5 月 1 日可以開始實施，這是幾個補充的說明，再請各位委員參考。

註 1：CDE (Center for Drug Evaluation，財團法人醫藥品查驗中心)

註 2：DET (Drug Expenditure Target，藥品費用支出目標制)

註 3：ICU(Intensive Care Unit，加護病房)

註 4：NGS(Next Generation Sequencing，次世代基因定序)

盧主任委員瑞芬：請問各位委員針對季報告有沒有什麼回應？朱益宏委員、李永振委員、陳石池委員、滕西華委員，請朱益宏委員。

朱委員益宏：第 1 個，我非常謝謝健保署，這一次特別對於藥費做了比較詳細的報告，我想請教一下，看起來這個金額，剛剛用手機計算機加一加就大概 2、3 百億元，我們預算到底夠不夠，特別是擴增給付範圍，加起來一年就需要超過 1 百億元，但我印象中總額協商好像沒有這麼多的預算，如果預算不足，是不是會排擠到其他的醫療服務，可能請健保署補充說明預算到底足不足夠？

第 2 點是投影片第 11 張，關於暫時性支付這件事，因為 112 年總額預算是沒有暫時性支付的項目，我記得健保署把它歸類在新藥裡面，但剛剛報告新藥的數字，又沒有看到這些項目。剛剛報告說新藥扣掉 MEA 以後應該是夠，但是加上這些項目後，新藥預算足不足夠？因為這個預算的執行要看 5 年，所以不是說今年夠，但明年夠不夠？後年夠不夠？不知道？

所以第 3 個想請教一下，這些藥物未來的追蹤機制，因為今天報

告完，5 年以後我也不會記得今天講什麼話、到底夠不夠？如果明年、後年沒有持續追蹤這些藥物的使用，是不是在預算範圍內？萬一第 2 年、第 3 年、第 4 年大幅膨脹怎麼辦？是不是健保會要有追蹤機制，大家討論一下，不是只有今天報告就完了，未來對於新的醫療科技，每一年是不是要有追蹤機制，比如說每一年在什麼時候要針對這些事項，是不是要持續追蹤，是不是都要固定有一個報告案？

最後 1 點，在健保署執行季報告資料第 101 頁，每一季的季報告都有各總額部門點值結算，我忘記在哪一次開會有說，在醫院總額這邊要分成兩部分，一個是攤扣前的點值要如實反映，第二個才是經過核減、攤扣等行政處理，讓點值美化後才會產生這樣的點值。我建議健保署另外做一頁，特別是醫院總額這邊，初核核減完的點值大概是多少，我覺得要讓所有委員都知道實際的狀況，而不是每一次看到都是經過美化的點值，然後社會各界都覺得醫院點值不錯，為什麼我們要一直在叫，所以這幾點再請健保署能夠補充，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：我這邊 3 點請教，請健保署解惑，第 1 點，上次會議曾經提議，剛剛執秘也有報告，在 4 月份健保署要提報 112 年的結算跟 114 年的預算，所以請健保署在今天的報告提出全年的資料，為下個月的會議預做準備。健保署也從善如流，但有點可惜，只在投影片第 1 頁的一半，就半頁呈現資料。我看了這個資料之後感覺這比業務執行報告的表 5-1 還不詳細，不是不清楚，都不深入。另外也比 3 月 11 日星期一自由時報頭版的報導分析，還不夠深入。

在這邊跟各位報告一下，這則媒體報導標題是「去年健保結餘 344 億近 8 年新高」，這是好事，我們有好的事情總是要給社會大眾知道，報導有分析結餘的原因讓社會大眾瞭解，會有結餘大部分是因為補充保費的因素。

不過在次標題「連續第二年出現結餘」，我就擔心這樣會不會讓社

會大眾認為健保的財務充裕？這樣到 115 年，如果真的要調漲保費的時候，落差太大會不會有心情上的 shock，請健保署對外發言的時候也要留意一下。

另外根據會議資料第 51~52 頁健保署的說明，個人推估 344 億元的結餘，應該已經計入去年底產生極大爭議補點值的 43 億元支出。不過我看了去年第 4 季每一個月保險給付，還有今年 1 月的保險給付，看不出來呈現在哪裡。譬如說去年 11 月保險給付是 656 億元、12 月是 654 億元，今年 1 月是 669 億元，都相差不大，照理講多支出 43 億元，數字應該會高起來才對，我不曉得這裡面是不是有考量到這部分。

第 2 點，剛才署長有提到藥價調整的事情，這在自由時報 2 月 23 日的頭版也有報導，健保署在 2 月 22 日公告藥價調整，報導提到將為健保減少 55.3 億元支出，可挹注健保收納新藥，另外也提到這次是實施藥品費用支出目標制以來，調降品項最少的一年，可減少潛在缺藥危機。

看到這報導之後我就產生兩個疑問，第 1 個，兩年前曾請教，當時的答案是當年減少藥費支出 74.6 億元是要補足前一年超出的藥費，應該是對總額沒有影響，所以想再次請教這 55.3 億元到底有沒有實質省下來？還是宣導政績的時候就說省了 55.3 億元，但實際上對總額到底有沒有影響？這算不算是節流效益？這個朱益宏委員可能等一下會有意見，不過這個 55.3 億元，若真的有省下來，處理的方式是可以討論的。

第 2 點提到，可以減少缺藥的危機，但是過兩天藥全會就提出半年後可能會出現缺藥，怎麼兩個講法不一樣，到底誰才對，當然藥全會說 13 個品項有 9 項藥停產，是不是只有這 9 項，還是整體？讓我丈二金剛摸不著頭腦。先這 2 點，第 3 點我書面提出。

盧主任委員瑞芬：接著請陳石池委員。

陳委員石池：主席、各位委員大家早安！首先有關朱益宏委員對於癌藥、罕藥的說法，我剛剛算了一下，有關新成分癌藥加癌藥擴增給付大

大概是 72.93~88.98 億元，罕藥加罕藥擴增給付是 37.84~41.07 億元，新藥加新藥擴增給付大概是 40.91~97.47 億元，加起來總共 151.68~227.52 億元，可是我知道總額裡面新藥新科技預算大概只有 60 幾億元，這個落差是 90~160 億元左右，對一般服務影響太大，假設健保署要擴增這些給付範圍，則預算要編多一點，不然是不夠的，這是有關這 3 類藥的部分。

第 2 個，有關醫療費用 112 年支付 7,438 億元^(註)，可是你要知道我們申報點數是 8,856.4 點，平均點值約 0.84 而已，讓我非常意外！既然醫療費用下降，但支付範圍，像病人或其他利用都沒有減少，但醫療費用會下降，這個出了非常大的問題，要知道是現在健保制度下有一些攤扣、斷頭，才造成醫療費用下降，是建立在犧牲醫護人員的血汗之上，請健保署好好考量是不是斷頭攤扣的策略應該要重新檢討。

另外剛剛李永振委員有談到，去年健保的淨結餘還有 344 億元，大概是最近幾年最高，可是過去好幾年醫界一直提到點值不平衡調整方案，每年總額都刪掉，這太不公平了，剩下這麼多錢、醫療費用花這麼少，我們每年都有提這個預算協商項目，請健保署要稍微考量一下，對點值要多考量才對，以上報告，謝謝。

註：7,438 億元為現金收支，112 年保險給付應為 7,761.07 億元，內容詳見健保署 113 年 1 月份執行季報告表 5-1 全民健保財務收支分析表。

盧主任委員瑞芬：請滕西華委員。

滕委員西華：主席、各位委員我有五點建議，第 1 點是投影片第 8 張，在新藥給付的第八項「糖尿病足傷口潰瘍」的藥品是由到手香及積雪草這些草藥萃取出來的，我想知道這個藥品中醫可不可以處方？現在很多草藥經過萃取並以西藥方式申請健保給付，這當然跟 TFDA^(註 1)、中醫藥司分工有關。可是，這如果是屬於中草藥萃取的，中醫師可否處方？若中醫師可以處方，跟現在每日藥費的規定不符，健保署預計怎麼處理？

第 2 點，剛剛健保會在會議資料第 32 頁重要業務報告有提到，衛福部要延長健保給付通訊診療實施期限到 3 月 31 日，過去我們

都對電話問診頗有疑問，請問健保署，這個延長實施期限有沒有包含電話問診？

第 3 點，剛剛署長有報告，用菸品健康福利捐的錢成立 HTA 專案辦公室，我們都知道過去 HTA 評估有幾個非常重要的關鍵議題，例如：「審查期限不確定」，以及在英國、澳洲都在審查期間徵詢常民、病友團體的意見，不是上網徵收意見，是邀請常民、病友團體擔任諮詢對象。我覺得既然已經花了這麼多錢成立辦公室了，是否可以在這邊請健保署擇期來委員會報告，究竟我們花了這麼多錢？擴充了什麼樣的編制？預計達成什麼效益？審查程序跟效益如何？一般民眾、病友團體意見被重視的程度有多少？以回應外界對 HTA 的期待。

第 4 點是看護費，我們都知道 COVID-19^(註 2)疫情期間跟疫情之後，看護費暴漲，看護費已納入「住院整合照護服務試辦計畫」專款支付，今年再怎麼編到頂都要 6 億元，我覺得健保署要追蹤跟監測。健保補了看護費，但市場收費又墊高，健保的補助完全回應墊高了的市場收費，等於這錢都白花了。這又對弱勢族群造成更大的衝擊，因為「住院整合照護服務試辦計畫」受惠的還是相對經濟較好的人、可以繳得起部分負擔的人。對不起我更正，應該叫差額，而不叫部分負擔，繳得起差額才可以使用「住院整合照護服務試辦計畫」，外面看護費提高更是如此，我們不得不去重視市場變化。

最後 1 點是 2 月 16 日社保司公告全民健康保險法施行細則的預告條文，健保署應該要做一個盤點，其中第 63 條有提到中央社政主管機關編列預算補助保險對象應自行負擔之費用，應該定期撥付保險人，但同條第 2 項退輔會好像就不用定期撥付，不知道社保司為何對不同主管機關有不同的標準？但是根據健保法跟健保法施行細則有非常多條文，至少施行細則有 4 個條文分別涉及不同目的事業主管機關，以及中央跟地方主管機關，按照它的法規或者健保法規，或者是地方社會福利措施，應該撥給健保署的錢，我建議健保署應該統一在施行細則規範，而不是漏東漏西只規範到中央社政主管機關，因為這都會影響健保收入。各位記得以前有直轄市欠健保

費的情況，一般民眾跟法人欠健保費需繳滯納金，地方政府各機關都沒有滯納金規定，它沒有定期撥也不能怎樣，健保署應該比照滯納金加計利息的方式，告訴目的事業主管機關如果沒有按照要求在期限之內撥補給健保署，應該要付利息。建請健保署在法規部分統一盤點後應該要有一致性的規定，並給社保司意見，趁這次修法時一併補上，謝謝。

註 1：TFDA (Taiwan Food and Drug Administration，臺灣食品藥物管理署)

註 2：COVID-19 (Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，請李飛鵬委員。

李委員飛鵬：主席還有各位委員，我就投影片第 2 張 112 年健保整體概況發表一下意見，首先恭喜署長還有健保會，在 112 年健保整體狀況還有 344 億元的盈餘，整體上醫院也沒有倒，這個社會還算平和。

我想剛剛陳石池委員有特別算過，我們申報點是 8,856 億點，但醫療費用是只有 7,438 億元，算起來點值只有 0.839，我想這是在健保署各分區還有健保署各菁英努力在做攤扣跟調控所產生的。

剛剛陳石池委員有特別提到，一個產業申報 100 元扣 16%，事實上是蠻難生存的，我想也是醫界菁英透過各種方式，包括怎麼增加它的自費收入，其它的營運項目、募款等以維持醫院的財務平衡，我要提醒的是，我們這次社會的選舉有提到要保點值到 0.9，目前點值是 0.839，我算是差 432 億元，如果要保到 0.95，依照這張表的資料計算會差 975 億元，今年盈餘當然也有一些，我們也努力去增加一些財源，包含平均投保金額、補充保費、行政院撥補預算。

我要提醒的是，考量明年財務平衡，如果要點值到 0.9，我們要努力找 432 億元，依照這張表，如果點值要保到 0.95，就要 9 百多億元，所以明年預算的編列，我們要考量一下怎麼樣去找到這些錢，包括政府要編列預算或者其他補充保費、其他措施來調控。明年在報告 113 年健保整體狀況時，期待我們點值能真的到 0.9，而不是扣了醫療費用跟申報金額 8,856.4 億元的差距，醫療費用只有 7,438 億元，差距這麼大，期待能回應我們這樣的想法，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，現在請健保署回應。

劉組長林義：先請財務組回應。

陳組長美杏：我先回應李飛鵬委員講的，有關投影片第 2 頁醫療費用是 7,438 億元，這是現金收支，但其實我們看執行季報告第 9 頁全民健保財務收支分析表，保險給付是 7,761.07 億元，相對過去才能得出權責制盈餘 344 億元，這部分要澄清。另外有關委員特別講到點值補付有沒有納入保險給付，我請本署主計室專門委員回應。

簡專門委員妙容：因為健保基金是屬於權責發生制，補點值部分我們已經預估到 112 年度的決算裡面，至於說跟以前的數字差不多，是因為在總額預算數跟實際數有一些差異，就是這樣子產生的，以上補充。

石署長崇良：這個講白話文，投影片第 2 張所呈現的是跟預算數之間的落差，不是前一年度，這個預算數的落差在醫療費用主要是因為總額有專款，專款沒有執行的就會被扣掉，如果是一般服務的部分是不會扣除的，等於在大總額裡面去算，所以這邊會扣的多數就是屬於專款要執行而沒有執行的部分，像是有一些新藥的專款沒有執行，就會被扣除。所以所謂的扣除掉的 5.99%是跟原本預算數的落差。歷年的總額執行上都有這樣的情形，幾乎都會有減掉，歷年都是如此。其他的回應，請繼續。

黃組長育文：謝謝各位委員，剛剛朱益宏委員、陳石池委員都提到新藥預算，在我們報告資料看到的是申報藥費，新醫療科技編列的是財務衝擊，也就是說會扣掉替代。我們看到投影片第 3、11 張暫時性支付的部分，暫行性支付的品項因為去年沒有專款，所以都用了新醫療科技預算，看到投影片第 3 張項次第 2、5、6、7、10 項，有打星號的就是暫行性支付的品項。

另外我們在做申報藥費的時候，因為這是新藥我們會簽 MEA，也就是其他給付協議的還款，會有 PVA^(註)還款，因為預算有限所以我們會做控管，新藥我們會跟廠商簽最高上限，也就是所謂的 CAP，超過 CAP 他們的還款就會非常大，若扣掉替代還有一些降價效益，

還有 MEA、PVA 的還款，其實財務衝擊是在我們預算支應之內，新醫療科技的預算衝擊，去年是 19.6 億元，擴增給付規定是 10.5 億元，目前執行達到 100%。

有關擴增給付範圍，依總額公告，經費如有不足，可以用藥物價量調查調整支付點數所節省的金額支應，就是李永振委員提到 55.3 億元，並不是全部支付新藥收載，是讓我們有餘裕，倘若不足可以拿來運用，依照規定，這 55.3 億元也是回到總額裡面。以上，謝謝。

註：PVA(Price-Volume Agreement，價量協議)

石署長崇良：每年 DET 調整的藥價，其實沒有反映在當年度，而是反映在次年度，簡單的講，我們今年所調的 DET 是以去年的藥費成長，超出原本的預估範圍所做的藥價調整。就是把超出範圍的藥費申報部分，根據每個藥申報的市場占率以及藥價差做調整，藥價調整是處理藥價差，主要是健保給付跟市場售價之間的藥價差，透過 DET 超出 DET 目標以外的這個費用，做個別藥價的調整，所以是反映在次年度。

假設我們病人的用藥沒有增加的情況之下，我們今年所調的 55 億元會反映在今年的藥費上，而不是在去年，因為去年的總額都已經結算完畢，所以它沒有發生現金的變化，主要是反映在今年，但在今年也有可能因為人口結構的改變、新的慢性病的發生或一些納入健保的新藥，所以藥費上還是有可能成長。說實在話，在整個藥費控管時，最困難的也是這一塊，所以在新藥核定時，我們儘量以編列在每年總額成長之新醫療科技預算的範圍內去做預估，不過這也都是預估。

預估有分兩部分，第 1 個是使用人數，有多少會影響的預估，所以投影片中呈現的都是一個 range，沒有實際使用不會知道到底多少人真的會用到，通常會逐年增加，因為用到好的藥物，病人活下來了，藥費就會再累計上去。如果沒有效，當然就會停止，所以使用人數會影響藥費。第 2 個，除了用多少人會影響藥費之外，也會受到我們跟廠商的議價空間的影響，還不是議價的空間而已，就是臨床上使用的替代效果也是一個預估，到底有多少會因為用了這個

藥物而取代了另外一個藥也都是預估，預估上有這 2 個落差，一個是替代的效果，一個是使用的人數實際上會多少，這 2 個參數會影響到我們預估的準確度，剛剛朱益宏委員所提的建議，我們會持續追蹤看看結算之後實際上的影響是多少，逐年反映在新藥預算的編列上，DET 大概是這樣。

剛剛李永振委員特別關心到底有沒有省到錢？在當年度的總額中並沒有實際發生費用的節省，是在次年度藥費成長上的控制效果，我們做藥價調整的影響，應該是這樣來看待。

盧主任委員瑞芬：還有滕西華委員的一些問題，視訊……

黃委員金舜：主委、還有在座所有的……

盧主任委員瑞芬：對不起，黃金舜委員，因為健保署還沒有回復完剛才第 1 輪的問題，等健保署回復完，我們再請 2 位委員發言。

劉組長林義：健保署再補充一下，有關朱益宏委員提到攤扣前的點值，請各位委員參閱業務執行季報告第 103 頁，攤扣前的點值放在備註 7，為什麼要放在備註 7，請各位委員參閱備註 6，因為醫院總額採用分區共管的方式，由各分區與醫界協商制定一個因地制宜的管理方式，管理方式有的是在申報前就自己斷頭，有的是申報後才採用攤扣，這都是尊重各分區共管決定的方式，我們這邊算的預估點值，因為只能從申報數，也就是由報進來的做預估，無法精準預估攤扣前的點值是多少，但我們還是有呈現數字，以 112 年第 3 季攤扣前預估浮動點值只有 0.8243，攤扣後變成 0.9197，兩者之間存在一些 gap。

上次朱益宏委員有提到是否可以把各分區、各層級、收入及實際點值，請各位委員參閱業務執行報告第 110~143 頁，各分區、各層級的點值。而有關滕西華委員提到的 skill-mixed^(註)，我們會跟照護司討論看 114 年怎麼樣的編法。另外中醫師可不可以開立由中草藥萃取的藥品，我們釐清之後再回復，以上。

註：全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫

盧主任委員瑞芬：通訊診療有沒有包括電話？

劉組長林義：通訊診療的部分，網路不順的山地離島地區才能用電話，其他的應該都還是不行，以上。

石署長崇良：我補充說明通訊診療，滕西華委員關心的是這樣，通訊診療事實上在疫情降級之後，指揮中心就已經宣布暫停了，我們現在唯一留著的是在一些偏鄉離島地區及長照機構，因為長照機構病人的移動比較困難，只限於 COVID-19 確診時可以方便使用視訊方式，病人不用出來就可以投藥，主要還是希望維持及早用藥、減少重症的概念，也可以相對降低死亡率跟醫療資源耗用，所以只保留在長照機構跟偏遠地區。其實使用量已經是很低了，最近這 1 個月大概 100 多件左右，預計 3 月底會完全停止，這是針對 COVID-19 確診病人通訊診療剩下最後的尾巴，大概是這樣。

盧主任委員瑞芬：社保司有要回應嗎？

劉委員玉娟：剛剛滕西華委員提到的健保法施行細則，有 2 個比較大的重點，一個是在退輔會，退輔會補助的是第六類第一目，因為健保署之前已經跟退輔會多次溝通，請他們要搞清楚補助對象，免得到時候彼此帳講不清楚，所以我們已經在另外一條修正。被退輔會核定不屬於第六類第一目的人，也就是不應該被退輔會補助的人，就會分到適當的健保身分，不管分到第幾類。您剛剛提的是福保，我們擔心寫福保第五類的時候，導致社政單位因為民眾進到福保後，就沒提供該有的社政低收入戶補助，我們就寫的更明白，意思是社政補助不能因為民眾是福保而有所限制，我們修法的用意是這樣。

盧主任委員瑞芬：請黃金舜委員。

黃委員金舜：主委、還有在座的所有委員，大家好。我回應剛剛李永振委員提到的，為什麼藥全會主張在半年以後會缺藥，這次砍藥價 55.3 億元，雖然歷年來比例不高，但這次被砍藥價的藥，其中 93% 都是老藥，在國產藥跟進口藥來做一個比例的分配，這次被砍藥價的藥，其中本土藥 78.6%，在整個老藥的部分，慢性病的比例相當的高，依健保署的統計，在 111 年，國內慢性病就醫人數為 1,286 萬人，領有慢性病連續處方箋的病人數約有 600 萬人。

過去健保署如果一顆藥核價 10 元，大型醫院與藥商議價後，藥商實際上拿到的是 7 元，為什麼 DET 會瞭解要砍 3 元，因為大型醫院要提供發票給健保署，它就抓到有差 3 元的空間，從這個月開始，大型醫院又叫這些藥廠來重新議價，過去一顆藥有 3 元的空間，藥價被砍，你出一半、我出一半，我賺一塊半，你少一塊半，一個藥剩 7 元還扣 3 元剩下 4 元，因為這些老藥已經被砍的流血流滴^(註)，重新議價後，藥廠若還有空間就會繼續生產給大型醫院，然後大家還會想說無法賺到大型醫院的錢沒關係，可以賺區域醫院、社區藥局及診所的錢，但區域醫院也很厲害，要藥廠提出 2 家醫學中心的發票才能議價，攤在陽光下，一顆 7 元，我就按照 7 元跟你購買，所以藥廠根本無法賺到大型醫院、區域醫院的錢，可以賺到錢的部分就是診所及藥局。

重新議價以後藥廠已經在那邊喘息了，要再活很困難，藥廠縱然跟大型醫院簽約，但生產的量很少，生產後能應付大型醫院，避免被罰款，在末端的藥局跟診所就呈現缺藥，所以我們預估這些已經沒有利潤的老藥可能半年以後就會出現缺藥，這就是我們的判斷。上個月也有幾家藥廠找我，他們也是準備不要繼續生產，生意人有錢賺就生產、沒錢賺就不生產，所以我們社區藥局是最倒楣的，缺藥第一個缺，健保署核價一顆 7 元，我們跟廠商拿到的就是一顆 7 元，被議價的就是被大型醫院、區域醫院拿走了，這是以上我的回應。

註：流血流滴(台語，皮破血流)。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：剛剛聽石署長解釋後，大概瞭解它有一個效益時間落差，但不管怎樣的時間落差，55.3 億元就明年再看，但前年的 74.6 億元也沒看到啊，所以上次在談的時候，我的認知是並沒有省，但是健保署一直強調有省，DET 也已經從 102 年做到現在，超過 10 年了，是不是可以請健保署把你們所謂節省的來龍去脈做一個交代。另外剛才黃金舜委員提到的，剛才因為時間因素沒有講，我看媒體報導是說，減 4 元，減 2 次剩下 2 元，最後剩 1 元的時候才說不行要退

場。剛剛他是說 3 元，舉例啦，3 元砍到剩下 4 元，再砍 1 次 2 元才退場，不管最後是 1 元，還 2 元。如果我是消費者，直接的想法是那麼好賺，10 元可以砍到 2 元才退、砍到 1 元才退，這到底是怎麼回事，如果要提出說明檢討的話可以一併做交代，這第 1 點。

第 2 點剛才醫界有提到現金制跟權責制，這在投影片第一張，現金制結餘是 498 億元，權責制是 344 億元，所以中間差了 155 億元左右，換句話說就應該還有 155 億元沒有出現，但是這個再扣掉的話，跟醫界提出的還是落差很大，醫界剛才說 432 億元，就 400 多億元，差距只剩下 155 億元，他們的擔心也是存在，中間落差 200 多億元，我過去一直建議健保署應該想辦法怎麼解決這個議題，不然上次已經提到 92 年進來是 0.94 開始，這樣一直打折打到現在，也不是今年我們這屆才提出，以前醫界委員提到百貨公司周年慶打 8 折，醫界是長期打 85 折，剛才講的也差不多，83.9 接近 85 折，這個一直談也釐不清，付費者認為二代健保總額每年成長，已經成長 20 幾%，醫界一直說點值不夠，洪子仁理事長說總額每年要成長 6%，這樣可能很快就破兆，所以健保署應該趕快去面對整個議題，提出讓醫界釋懷、讓付費者也瞭解，該怎麼做就怎麼做，這議題在每年總額協商的時候都是一個很麻煩的事情，我是覺得這樣才有辦法澈底解決，謝謝。

盧主任委員瑞芬：滕西華委員最後一位發言。

滕委員西華：我還是要回應一下劉玉娟司長講的，退輔會另外的條文我看了，那一條是講部分負擔不是講保費，就是自行負擔費用，我講的是即使同一個條文對不同的主管機關都有 2 個標準。我舉這個例子是說，健保法母法本身就有非常多的各個主管機關，不管中央、地方的目的事業主管機關要付給健保署的錢，應該趁這個機會就重新檢討一次，沒有定期付錢的機關要比照投保單位跟被保險人，我們雖然是做權責基礎但是用現金流量在做事，沒有現金就要用安全準備金填補或銀行貸款，他晚繳給我健保費就會侵蝕到健保的權益，所以應該要比照這樣，讓那些沒按時交錢的人也應該擔負利息、延遲的金額，這是我提的意見，不是只有回應說妳要規範中央社政主

管機關。

第二是剛剛我提說 HTA 的專案辦公室相關報告，不知道石署長有沒有機會可以答應我們，沒有說在今年的什麼時候，就是方便的時候找個時間跟我們分享一下，謝謝。

盧主任委員瑞芬：這個報告案就到此，結論是本案洽悉，委員所提意見都會請健保署回復，後續若有書面意見，一樣會請健保署回復說明，接著進行討論事項第一案。

劉委員淑瓊會後書面意見

- 一、參業務執行報告，第 39-40 頁與 145 頁。項次二十一、急診品質提升方案—每季指標執行結果報告。
- 二、醫改會針對急診品質，摘錄幾項重點：
 - (一)112 年急診病人停留超過 24 小時比率，近年增幅達 1%，受影響病人數約 8 萬人。
 - (二)急診後轉住院滯留急診 48 小時以上案件比率，即是 2 天內急診因沒有床「上不去」的狀況，近年增幅約 2.2%，受影響人數約 2 萬人。
 - (三)檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時之比率，近年降幅約 10%，受影響人數約 13 萬人。
 - (四)完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6 小時之比率，近年降幅約 13%
 - (五)檢傷一級病人及完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6 小時(越高越好)之比率，近年降幅約 6%。
- 三、從我們列舉的數項品質結果，可推論即使疫情解封，近年急診品質仍然持續退步中，甚至有比疫情前還惡化的現象。
- 四、對此，健保署解釋：「醫院類流感等感染症就醫件數較疫情前之基期增加 8 萬件(16.9%)...(中略)...，顯示感染症就醫次數及醫療費用皆高於疫情前，前述情形可能導致急診案件增加，進而增加急診醫護人員工作負荷。」

五、我們有 3 點請教：

- (一)新增 8 萬件類流感等感染症，若類流感大多是輕症，有多少案件增加在醫院門診或急診？這是應該釐清的前提。
- (二)近 3 年，我們知道「急診品質提升方案」改變獎勵方式、優化監測指標，但我們卻始終未見分級醫療政策的檢討；以及針對急診品質指標退步。民眾與醫界要的，不只是署方的「持續監測」，而是「當前與未來會有什麼具體管理作為與精進」？
- (三)急診品質退步存在結構問題，我國是單一保險人制度，健保自然有責任瞭解及介入、輔導，請健保署與醫事司合作，勿推託責任。據醫改會所知，在 113 年 1 月的「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」中，署方曾邀請臺中榮總，分享該院如何使「急診病人留置急診室超過 24 小時比率顯著下降」，該院提出 3 項策略，分別是：建置統一簽床制度(由專人處理床位分派)、精實住院準備流程(設置術前準備中心，將術前必要檢查集中，以縮短住院天數)、提供出院一站式服務，加速出院作業流程。

對此，我們強烈建議並要求，署方應盤點各院壅塞情形，蒐集各院所的急診管理狀況，建立解決急診壅塞的方法，並在今年 5 月業務執行季報告時併同說明。此外，請提供 3 月醫院總額研商議事會議之健保署醫管組報告「急診壅塞原因分析及監測管理策略案」資料，供委員參考。

李委員永振會後書面意見：第三點，陸配入籍時間由六年減為四年的議題，為國會及社會的熱門議題，健保問題也受到關心，署長亦對媒體表示將請移民署提供相關資料做深入分析。建議除針對陸配及依親眷屬進行統計分析外，同時對陸配外的其他外配資料也進行瞭解掌握，屆時亦將分析資料提供委員分享。

肆、討論事項第一案「各總額部門 112 年度執行成果評核之作業方式(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴：向委員報告，有關於 112 年度總額執行成果的評核作業，今天討論以後就會據以執行，為了確保總額檢討與回饋機制的落實，所以我們每年都會辦理執行成果評核作業，委員在年度工作計畫也已經知道我們今年在 7 月 15、16 日辦理發表暨評核會議。為了精進評核作業方式，我們已經辦理一些前置作業，包括 1 月 24 日召開精進評核作業的專家諮詢會議，也就重要事項請專家學者提供改進建議供我們研修作業參考。也在今年 2 月 1 日把我們已經研擬的評核項目、內容跟格式草案，提供給四總額部門跟健保署，請他們提供改進建議。

各部門回復的部分，四總額部門都回復沒有修訂意見，請參閱會議資料第 58 頁，健保署提出 2 點細項建議，我們會配合修正，還有一些疑問的部分已經在附件三說明。綜上，112 年度成果評核作業主要是參照 111 年度評核的內容，納入剛剛講的專家學者會議的建議及健保署建議後，研擬草案在附件一，修正地方在劃線處請委員參考，我重要說明如下，幾個重要的修訂，一個是評核委員的組成，我們目前是分三階段，第一階段產生建議名單的部分，主要由部門跟付費者推薦，主要修訂的部分是在付費者，為了避免付費者委員無法提供建議人員，可能沒有那麼多人選可以建議，我們改由自由推薦最多提供 3 名，部門仍維持推薦人選 3 名。

另外一個來源是本會現任、曾任的專家學者跟公正人士，是當然的建議名單人選，但因為委員屆數越來越多，避免時間久遠，有一些人對於這個業務已經有一個資訊落差，所以限定為近 3 屆，而不是所有歷屆。

第二階段票選還是維持由全體委員進行票選，第三階段決定評核委員的階段還是維持依據票選結果，依序邀請 7 位擔任評核委員，有一些小部分的修正，為了導入新任評核委員擴大參與、觀點多元

性及經驗傳承，所以我們規劃對於初任評核委員名額予以保障，以 2 名為原則，邀請順序建議優先邀請名單中當屆專家學者及公正人士且沒有擔任過評核委員，如果人數多於 2 人就是最高票數的 2 人，若不足 2 人就依投票的高低來邀請沒有擔任過評核委員的專家學者，這是主要的修正。

請參閱會議資料第 59 頁，至於評核項目跟部門提報內容，在年度重點項目中主要新增近 3 年的執行目標及預期效益評估指標的檢討，這些 KPI^(註 1)是配合衛福部近年的指示需要整體性、系統性的檢視，所以我們就新增這部分，同步也刪除一些，像是自選重點項目，因為很多自選項目都是跟後面的評核內容重複，所以我們就刪除。一般服務項目的執行計畫也刪除 113 年度新增項目的執行，因為在委員會議就會追蹤，所以就不重複，希望聚焦在要評核的 112 年度執行重點。

此外部門提報內容跟格式的部分，評核委員希望重要數據及資訊能表格化，讓評核委員能夠很快審視，所以我們配合將資訊格式修正。評核委員也希望受評部門或健保署能配合加強提供，強化評核委員意見的期許與回應，這部分我們已經列表整理，請部門以對照表的方式去提出明確的回應及具體的措施，此外也希望加強說明執行情形的檢討及具體的改善作為。

請參閱會議資料第 60 頁，評核作業時程改變的比較少，依專家學者的建議，在完成聘任後多召開一個評核委員的共識會議，說明相關作業規劃，並讓評核委員凝聚一些共識跟標準。因為資料非常多，所以為了讓評核委員有時間審視，我們會整理各部門及健保署提報資料的時點與內容完整性供評核委員參考。

第二部分，完成評核作業後的結果會跟品保款相扣連，所以我們就要先討論評核結果的獎勵標準，過去討論的時間點有 2 種，一個是在評核會議後，也就是 8 月，一個是在評核會議前，就是 5、6 月，各有不同的優點，等一下請委員能夠確定，我們會再依這個時間提出討論案。

第三部分，要確認各總額部門及健保署在今年度一般服務的重點項目跟績效指標，這是作為明年評核的依據，這部分我們已經在 2 月 1 日請各總額部門及健保署提出他們今年度的重點項目跟績效指標，請委員參閱會議資料第 61 頁的表，我們也做了初步的研析與建議。醫院總額的部分，醫院協會建議因為分級醫療執行成效有一個觀察指標是 CMI^(註 2)變動，希望轉由健保署提報，考量資料產製者本來就是健保署，而且屬於分級醫療推動成效，我們建議把這一項指標移列到健保署整體總額的分級醫療推動成效項下。

請參閱會議資料第 62 頁，西醫基層總額提出 113 年重點項目有 2 個，項目 1 是 COVID-19 及類流感的照護，這部分用案件跟醫療費用為指標，因為都是過程面指標，請委員考量是否妥適。項目 2 是代謝症候群的照護，因為代謝症候群計畫已經是專款的評核內容，所以我們建議不要重複，如果真的要納入，因為目標值與定義不相符，建議目標值修正為代謝症候群改善率，請委員參考後面的表。

我們有整理 112 年度西醫基層所提出的重點項目，包含糖尿病病人整體照護情形及檢驗檢查上傳率，涉及一些長期慢性病的照護提升跟分級醫療的資訊提供，依據評核委員的建議，這 2 項都是可以呈現基層的執行績效，建議 113 年度能夠沿用 112 年度所提出的這 2 項指標。

牙醫門診總額部分，它的目標值只有單一數字，我們建議加上方向性，正向是大於目標值、負向是小於目標值。中醫門診總額跟健保署都是屬於文字的補正，健保署加了一個剛才講的 CMI 的變動。所以擬辦部分要請委員確認評核作業方式、獎勵標準的時間、113 年重點項目到底是不是要修正、怎麼修正，要確認，這樣各部門才能在 113 年度執行，以利明年評核，以上說明。

註 1：KPI(Key Performance Indicators，關鍵績效指標)。

註 2：CMI(Case Mix Index，疾病嚴重度。可瞭解疾病嚴重度；CMI 值高表示疾病嚴重度高；CMI 值低則疾病嚴重度低)。

盧主任委員瑞芬：今天這個案子其實有三大部分，我們一個部分一個部分來討論，現在請委員提出意見，第一位陳相國委員。

陳委員相國：主席、各位委員，大家好。請大家看到會議資料第 61 頁，健保會的意見是希望我們把我們要提的重點項目 COVID-19 及類流感的照護以及代謝症候群照護情形不列重點項目，而是沿用 112 年的糖尿病病人整體照護情形及檢驗(查)結果上傳率，醫全會的意見是雖然 COVID-19 在 112 年的 5 月解封，但這個疾病是非常重要的，是百年大疫，縱使現在 COVID-19 在一般診所的流行病中仍佔有相當重要的角色，這個指標可以顯出西醫基層在照顧 COVID-19 病人的用心及努力結果。我覺得代謝症候群照護是相當好的前瞻性計畫，因為糖尿病照護計畫及其他計畫，都是病人有疾病之後才提出的照護改善計畫，但這個前瞻性計畫，把一些可能罹病的病人納進來做妥善的管理，把代謝症候群照顧好的話，可以減少比方說三高、心臟病、腦血管疾病或腎臟病等等，所以我們的意見是如果能夠把 COVID-19 及代謝症候群列入重點指標，是這個樣子。

由於 HbA1c^(註)及檢驗(查)結果上傳已經執行多年，糖尿病病人整體照護計畫各方面都執行相當好，指標有鈍化的疑慮，因為若要看這方面，從糖尿病照護計畫及健保署的資料都可以看出很好的成效，這 2 點就不足以表現出西醫基層照護的優勢，所以我們意見是希望能夠讓我們把重點放在 COVID-19 照護及代謝症候群的發展評估，以上，謝謝。

註：HbA1c(Glycated Hemoglobin，簡稱 HbA1c 或 A1C，糖化血色素)。

盧主任委員瑞芬：我確認一下，剛才你提到的是第 62 頁，我們是講 113 年，113 年也就是 2024 年的重點項目，但 112 年 5 月就解封，你們到 2024 年還要繼續觀察 COVID-19？我在想有沒有注意到那個時間點？

陳委員相國：因為 COVID-19 及類流感在今年的疫情也相當嚴重，只是我們解封，但疫情還是占我們流行病很大的一部分。

盧主任委員瑞芬：OK，你們西醫基層的意見就是說，你們 113 年的重點項目 COVID-19 及類流感照護情形要繼續，代謝症候群照護情形雖然在專案已經有，但你們還是要列入重點，可是這樣不是重複了嗎？

然後再來就是你們擔心糖尿病病人整體照護情形及檢驗(查)結果上傳率會鈍化，你們是覺得不要維持嗎？剛才您的發言好像是擔心會鈍化，所以不應該維持，但評核委員覺得這2項是很重要的項目，所以建議維持，我只是先澄清剛才發言的重點，現在請王惠玄委員。

王委員惠玄：各位委員，非常謝謝會裡及參與評核改善作業的委員們給的意見，開會開到下午4點，還好那天我沒參加。第1個，基本上我很支持讓資料呈現更有效率的提案，但事實上我也觀察到近年各總額部門整理資料非常辛苦，健保會同仁更是辛苦，評核前的幾個禮拜都睡不到幾個小時，所以我想請教的是，有沒有可能精簡提報內容；或甚至刪除部分 redundant，也就是在評核的時候，評核意見不需要參考的文字或圖案；或甚至於設有頁數上限。綜言之，就是精簡、刪除的可能性。

第2個是結構面，近幾年我們的確發現專案越來越多，譬如說我們就已經發現醫院總額在上一個年度就有27、28個專案，今年度盤點下來也超過30個專案，一般服務的項目內容就很多，專案更是要一個一個看，結構面的部分是否有必要把專案再切出來，甚至於增加委員數，譬如說醫院總額有所謂的2位主評委員，但2位主評委員要評醫院總額真的是倍加辛苦，結構面有沒有可能也思考調整的可能性。

再來是，評核項目以健保署來講其實專案計畫也非常多，但重點項目的KPI，除了整體的3項跟特定的2項之外，這個部分是不是有討論的空間，因為好像委員對於健保署要執行的重點成果似乎有一些認知上的差異，現在看到的年度重點項目是已經底定了嗎？還是健保會委員們、各個負責報告總額部門及健保署有一個討論空間？還是1月24日的評核作業專家諮詢會議討論之後就底定了呢？這是想就教的部分，謝謝。

盧主任委員瑞芬：我簡單回應一下王惠玄委員，我們的確有刪除，請看會議資料第59頁，我們有刪除一些項目，這是當時討論要精簡，再來就是沒有所謂的主評，至於年度重點項目沒有底定，今天就是

要聽聽大家的意見，尤其像西醫基層針對原本提的重點項目，他們就有不一樣的意見，所以剛才我要再跟他確認，他們基本上是反對這裡面的內容，今天就是讓委員表示意見。接下來請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：謝謝主席，我想大家關心的都是今年的評核到底具體要評什麼，但我要講一些比較根本的問題，因為總額有 8,000 多億元，但我們只評核新增的計畫，所以我希望要再思考規劃整個評核，我們什麼時候要真正對滾入基期的，我們現在拿它沒辦法的那個部分也來做一些評核。第 2 個就是健保署的評核，健保署作為一個保險人，對於健保管理政策的形成、規劃、執行到底做的怎麼樣，我覺得這也是付費者關心的，具體的說，會議資料第 61 頁，健保署要負責的是整體總額，裡面有一項是整體資源配置與未來規劃，過去我們看到健保署在這個項目的架構大概都是執行概況，所以今年我們對健保署有幾個要求、期待，第 1 個是對於現在整體總額基期的分配跟分布，希望能夠詳加說明這些費用的流向及成長情形，比方像住院、門診、藥物、特材、檢驗檢查的費用流向，分醫院層級、地區別、人口別，能夠做一個整體的說明跟分析。

第 2 個，我們也希望看到健保署對於總額 8,000 多億元的大餅有什麼檢討與未來的施政方向。第 3 個，就是有許多的重點政策其實多年都推不動，比方像是 DRG^(註)導入的新階段、檢驗檢查支付標準的檢討進度，我們看到步伐都非常慢，過去評核會議都要求各總額加速研議，但我們認為真正的關鍵是健保署的消極跟不作為，我們希望健保署在評核資料中讓我們知道，如果不是消極不作為，阻力是什麼、要怎麼改進，我覺得這是除了細項的評核，各總額部門評核之外，若我們要評核整體健保總額的話，應該要做到以上，謝謝。

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

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，大家午安。會議資料第 63 頁，我同意健保署的意見，整體總額項目 3「分級醫療成效」，依醫院協會建議，增列觀察指標「醫院層級疾病嚴重度 CMI 變動」，這我非常同意。會議資料第 59 頁，我也同意因為各部門已經有「年度重點項目」，

所以可以刪除「自選重點項目」。有關評核結果之獎勵標準在評核會議前後決定的問題，事實上總額評核獎勵要有誘因會比較好，我建議要選擇第 2 個方案，應該在評核會議前決定，比較具有鼓勵效果，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：我呼應劉淑瓊委員所提到的，她提的是 overall 評核規劃，但我看了之後覺得家庭醫師整合性照護計畫在委員會議上不是談了很久嘛，已經試辦超過 20 年，因為是舊的計畫就沒有列入，但已經試辦多年且投入那麼多錢，是不是應該再審視一下，這是第 1 點。

第 2 點，資料提出的時間點要怎麼去掌握？去年在評核會的前一天參加牙醫的活動，就有評核委員說要趕著回去看資料，表示提供資料太慢，第二天就要評核會議，給他們的時間太少，都還要加班去看，所以是要怎麼去掌握時效。在會議資料第 59 頁有新增一個近 3 年的 KPI，這跟時效也有關係，要不要把時間點明示出來，好讓健保會幕僚作業時比較有遵循，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請王惠玄委員。

王委員惠玄：在刪除的部分的確是有，但內容的部分是不是可能請各單位報告重點或更聚焦，以健保署的整體總額來講，我也要呼應劉淑瓊委員、李永振委員提出的，有越來越多服務是跨計畫、跨機關，比方說家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫等等，我們在今年其實就已經提出對於 across the board(影響到各個領域和階層的)服務有重複的可能性，是否可能納入整體總額的重點項目。

再來是今天業務報告談到了，今年有很多大突破，包括新藥的納入還有給付範圍的擴增，這是不是也屬於整體面的方向，是否也可以納入整體總額的年度重點項目，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：請滕西華委員。

滕委員西華：本來是沒有要發言，但剛剛聽了幾位委員，我就分享一下，因為我擔任評核委員幾次，我有一個感想就是有一部分總額提的重點項目，其實內文都跟後面的專款項目或評核項目內容都一模

一樣，沒有新東西，看了也不算亮點。比方說會議資料第 62 頁，陳相國委員提到的西醫基層重點項目，已經連續 2 年都提出 COVID-19，老實講新東西都沒有，該表達的都表達差不多，更不用說類流感跟補點值爭議的問題，如果類流感要列為重點項目，過去幾十年來類流感是一個平常都會看，且涉及到 Coding 的問題，其實也蠻難去界定，我其實是蠻支持幕僚所提的，類流感部分還是請西醫基層考量不要列為過程面指標，這其實不會加分，如果我再來看，我覺得這項目並不會為西醫基層加分，專案本來就是評核的重點，不管有沒有執行，即使是評去年度，也是會看今年新的執行情況給建議，不用浪費筆墨把專案的部分拿來。

我建議可以提一些跨專案或共病率比較高的，整合不同專案的，比方說幕僚提的西醫基層診所糖尿病病人整體照護情形，因為糖尿病可能跟高血壓及腎臟病照護都有關。透過基層總額的不同專案計畫實施或實踐，去整理出可能會減少共病或跟醫療品質有關的資料，我覺得這個才是亮點，但其實都沒有看到。我們期待各個總額不是只有提數字，數字每次都是看到用多少錢、多少人來用、多少人次等，另外監理指標可以看到的東西在評核報告又重新看一遍。剛剛李永振委員說我們要趕回去看資料，你們提供資料的速度其實也會影響，剛剛石署長說看數字會脫窗，老實講我不只有脫窗而已，我都會看到很煩躁，然後去冷靜一下才有辦法讓眼睛又清明。

因為數字都沒有太多的意義反而是加重負擔，我相信在寫總額報告的人都有這種感覺。所以我建議，譬如不管要不要用「糖尿病病人整體照護情形」這個指標，如果要推分級醫療，基層照護品質尤為重要，建議基層可能可以率先做這件事情，不是只有西醫基層，包括牙醫其實也是一樣，你提牙周病就有非常多不同年齡族群，應該把不同專案裡面的照護品質作為重點項目整合起來。第 2 個就是有共病的，把有共病照護的不同專案整合起來，作為評核重點項目可能才是加分。

盧主任委員瑞芬：請周慶明委員。

周委員慶明：剛剛滕西華委員提出的，其實我個人也蠻贊同，第 1 個健保會委員提出希望沿用 112 年的重點項目，針對糖尿病病人整體照護情形，這真的是滿重要的課題，所以繼續來評核，我也蠻認同。

我跟滕西華委員有點不大一樣的是關於 COVID-19 及類流感照護的意見，現在 3 月，說實在後面的狀況其實不確定因數蠻多的，如果這時候訂在明年來評核，可能看不到一個好的效果。但是我覺得代謝症候群照護這項還是可以把它放進來，因為它是非常重要的前瞻計畫，針對台灣慢性病病人的人口老化，在慢性病的花費真的是越來越巨大，如果能夠在前端做一些預防的動作，後面的花費、甚至包括不健康餘命的縮短都會有幫助，所以這是一個很重要的工作。整個西醫基層正在如火如荼，我們大家都感受到這個工作非常重要，也都很努力的在增加很多診所，讓更多的人來參與，我們認為這個是可以加入評核的指標，但健保會委員希望把目標值修正為「代謝症候群改善率較前一年度提升」，我們覺得也蠻不錯的。

盧主任委員瑞芬：請陳節如委員。

陳委員節如：其實我參加這麼久以來，我也要呼應劉淑瓊委員剛剛建議的，就是健保總額 8,000 多億元，總額協商時討論到半夜 12 點那是多少錢？不就是 1、2 百億元而已嘛^(註 1)，那委員揹負著看守 8,000 多億元，我們其實沒那個能耐管到 8,000 多億元，這是我發現的第 1 點。

還有協商到最後就是兩案併陳，你們現在要修改的健保法施行細則有沒有談到這個？我們也不曉得你們要怎麼修，是不是要給大家看一下在修什麼？我們的意見你們要不要採納？社保司是不是要照會我們？

再來是除了這些配額之外，還有很多的計畫，不是說做這些計畫不行，可是要分到底是屬於健康署應該要做的，或健保醫療這邊要做的。健保醫療要做的總是要拿出去年跟今年的評比、比較，我希望健保署有一個規則出來，不要只有用年齡或用很多的原因。這些計畫好像每年都一直都在增加，所以經費也是一直保持下去，什麼

時候才有退場的時間？我看不到計畫有退場的時間，只是一直增加，這個效率是誰來做評估？應該也是我們這些委員，對不對？可是你們做出來的評估報告根本不是我們要的，所以我覺得這些應該都要討論，健保會已經 10 幾年了，很多不應該浪費時間的東西就要把他除掉。

還有我建議基層醫療院所的醫師參與剛剛署長講的，推在宅醫療的行動，我覺得應該是時候了，在宅醫療是非常非常需要的，現在台北市、新北市很多都是偏遠地區，希望基層醫療來奉獻這一塊是最適合的，這也應該要做一個專題來討論，到底他們要怎麼做，如果你們給付 1,500 元^(註 2)誰要去呀！你們現在 1 天看 1、2 百個病人那麼多，什麼時候才要規定 3 小時、5 小時看 5~15 個病人，幾分鐘看 1 個病人或什麼方式。在宅、機構等相關單位是不是要來討論，長照 2.0 現在也擴增到 400 多個據點^(註 3)，是不是要考慮這部分。

我們是以人為中心來考量，不要用錢來彌補人的生病，我覺得用錢的數量，來壓低人的需求非常不合理。建議署長或主委，是不是可以特別開個會來討論這些，我不曉得，請署長做個說明。

註 1：113 年度總額的協商空間為 174 億元。

註 2：依據全民健康保險居家醫療整合照護計畫規定，居家醫療、重度居家醫療醫師訪視費(次)1,553 點、山地離島地區醫師訪視費(次)2,056 點。

註 3：依據衛福部長照專區長照十年計畫 2.0 相關統計資料，長期照顧十年計畫 2.0 服務資源部建一覽表-長照 2.0 新增服務項目，截至 112.12.31，A 據點合計 720 個、B 據點合計 8,552 個、C 據點合計 4,144 個。

盧主任委員瑞芬：這個案子討論到現在有幾點想跟各位確認，第 1 個針對這次提出的各總額部門 112 年度執行成果評核之作業方式，包括評核委員的產生，這部分目前大家都同意我們所做的修改，可以看到劃線的地方。剛才委員也有提到評核內容的部分，我們也是儘量簡化，委員提到的一些內容，其實都不超出這案子裡面所提的。

至於資料繳交期限部分，其實我們都有設，只是大家一直沒有遵守。幕僚其實是一催、二催、三催，聲聲催，有時候資料還是會更新，也造成評核委員非常大的困擾，所以這個部分只能請健保署還有各總額部門務必協助在時間點上儘量要配合，不然評核委員真的

看到脫窗而且可能會 schizophrenia(思覺失調)，真的太嚴重了。這是第 1 個部分，比較沒什麼爭議。

第 2 個獎勵標準議定時間點的部分，陳石池委員認為要延續 110~112 年在評核會議前，就是 5 月或 6 月就要議定獎勵標準，目前只有他 1 個人建議，若各位覺得要延續近幾年的，那就採這個方式，沒有第 2 個意見。

第 3 個部分，有關一般服務重點項目跟績效指標的部分，西醫基層目前同意將項目 1「COVID-19 及類流感照護」拿掉，項目 2 代謝症候群照護情形，改採幕僚建議將目標值修正為「代謝症候群改善率較前一年度提升」。另外 112 年度的 2 個重點項目就按照評核委員意見保留。

牙醫部門、中醫部門跟健保署是不是也是依據建議文字修改？(牙醫、中醫部門委員及健保署均表示同意)OK，謝謝。

本案決議，第 1 點，依委員意見修正通過「112 年度執行成果評核之作業方式」，並請健保署及四總額部門依作業方式及時程，提供所需資料。

第 2 點，有關評核結果獎勵標準將於評核會議前議定，預定安排於 5 月份或 6 月份委員會議討論。

第 3 點，剛才都一一確認，依委員意見修正通過「113 年度一般服務之重點項目與績效指標(含目標值)」，請健保署及四總額部門落實執行，以呈現執行成效。接下來行討論事項第二案。

王委員惠玄：主席，不好意思。

盧主任委員瑞芬：王惠玄委員有意見。

王委員惠玄：我剛剛對健保署整體總額的年度重點項目內容有一些建議，不曉得健保署對這部分有沒有什麼想法？因為我沒聽到回應，就是這邊指出「降低門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間再次執行」，相較於委員長期關心的議題，我覺得這個項目也許可以放在專案報告，但放在年度重點項目報告，priority 有點高。

像我剛剛談到跨機關，甚至於跨計畫間的整合，剛剛滕西華委員

也談到這種需要做橫切面評估的項目，我覺得更值得放到整體總額的年度重點項目來報告。所以就這個項目而言，健保署是不是能夠回應一下，有沒有這個可能性，還是說要再議或怎麼樣？

因為就我個人來講，我沒有要接受整體總額項目 2 這個重點項目，我不曉得剛剛有沒有投票或怎樣。

劉組長林義：剛剛委員有一些建議，比如說在裡面要放未來的施政方向等，那種比較大的部分，我們回去之後再討論。項目 1 整體資源配置與未來規劃，其實就會講到比如說各項費用，還有未來規劃本來就是在講未來的施政方向。那「降低門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間再次執行」一直是本署抑制資源不當耗用改善方案的重點，假如要刪除的話，我們再看看有沒有新的東西可以放進來。

盧主任委員瑞芬：請陳杰委員。

陳委員杰：陳杰第 1 次發言，因為我剛剛有注意在聆聽劉淑瓊委員提到 1 點，他說評核會議只針對新增計畫做評核，希望能夠針對每年所有的健保費用 8,000 多億元做全面性的評核，這個有沒有機會？是不是能夠請.....

盧主任委員瑞芬：其實一直都有，在一般服務項目裡面有.....

陳委員杰：那是不是能請署長說明一下？

盧主任委員瑞芬：評核的內容其實這個部分是有的，評核對一般服務的部分一直都有。請劉委員。

劉委員淑瓊：這個有是形式上的有，所以其實大家的期待是真正深入的呈現，還有他們提的這些資料並不是只有針對新增計畫，所以我們剛剛針對會議資料第 61 頁，健保署要做整體總額的部分才會提那樣的建議。

盧主任委員瑞芬：會議資料第 61 頁？

劉委員淑瓊：對會議資料第 61 頁，其實剛剛王惠玄委員也有提到。

盧主任委員瑞芬：整體資源配置。

劉委員淑瓊：對，我們才會希望能夠針對整體資源的這一塊，尤其是基期的這一塊，資源、費用的流向還有成長的情況。簡單的講就是

我們現在都說有，但是實際上我們對滾入基期的部分其實沒有辦法置喙，所以才希望健保署在做整體資源配置那一塊的時候，不要只是做概括性的描述，還有技術性的回應。

盧主任委員瑞芬：好，因為過去評核委員其實也都會針對一般服務提出意見沒有錯，但是現在劉委員的意見是希望他們在呈現的實質內容上面，可以在這個部分補強。

劉委員淑瓊：對，同時也要強調健保署的角色跟任務，因為現在健保署都會強調由總額部門回應，但健保署自己有一些政策的推動上面也應該要有所說明。還有，健保署對於 8,000 多億元基期的那一塊，到底有什麼樣的檢討，還有未來要怎麼規劃都應該要說清楚，這是我們期待的。

盧主任委員瑞芬：這其實就回到我剛才結論的第 1 點，按照委員意見，請健保署把內容做出來。

劉委員淑瓊：陳節如委員跟陳杰委員再次強調，不然我覺得我們今年看到的可能又是一個很空泛的資料。

盧主任委員瑞芬：陳杰委員我們現在這樣的回復可以？

陳委員杰：OK。

盧主任委員瑞芬：至於王惠玄委員剛才提到的這幾點，我想健保署如果需要一點時間，那也一定是在會議紀錄完成以前能夠在這個部分做回應，我們把它放進去是不是？

石署長崇良：已經在項目 1 裡頭了吧。

盧主任委員瑞芬：可是王惠玄委員其實是針對一些項目……

石署長崇良：就是整體總額在整體資源配置與未來規劃，如果各位委員有什麼想要看的就提出來。王委員的意思是要把第項目 2 刪除的意思嗎？就是不要列那個嗎？

王委員惠玄：對。

石署長崇良：好啊，我們可以同意，把項目 2 刪除。

王委員惠玄：相較於剛剛很多委員關切的跨計畫、跨機關的整合性的計畫，我想會比降低門診 10 項……

石署長崇良：跨機關的整合，那就放在項目 1.....

王委員惠玄：譬如說家醫整合計畫、代謝症候群.....

石署長崇良：可不可以明確一點？如果明確一點的話，我們可以把它納進來。

王委員惠玄：因為整體資源配置可能會包含新藥擴增給付的部分。

石署長崇良：對呀，都在裡面。

王委員惠玄：這個沒問題，但是像委員們長期關切的家醫整合計畫到底要試辦多久？現在又陸陸續續增加其他的項目，譬如說代謝症候群，這個我們上次已經有請教過了，同時為家醫計畫收案個案重複.....

石署長崇良：就是請委員開菜單啦，我們就納進來，這樣就好了嘛，很簡單。

盧主任委員瑞芬：所以這個案子通過，委員對於內容有特定的需求，就請委員提出。

石署長崇良：放在項目 1 裡頭。

盧主任委員瑞芬：對，放在項目 1 裡面讓健保署回應。接下來進入討論事項第二案。

伍、討論事項第二案「113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認之項目續請討論案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

黃科長怡娟：健保署簡單說明，有關西醫基層總額-「因醫療品質提升，增加之醫療費用」一般服務項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」的確認，經本署跟醫全會就「執行目標」及「預期效益之評估指標」達成共識。本項費用是因應代謝症候群防治計畫收案對象在追蹤管理及年度評估時，需要進行檢驗檢查衍生的費用，需要以一般服務費用支應，而新增本項約 7,000 多萬元預算。

這 1 項的執行目標，考量代謝症候群防治計畫的收案對象，有一部分是已經有在用藥者，本來就會定期進行檢驗檢查的追蹤，所以執行目標是針對收案對象在收案評估時，沒有用藥對象的追蹤及年度評估執行檢驗檢查人次達 7 萬人次。

預期效益評估指標建議定義為「代謝症候群改善率」較前 1 年提升。這個指標的操作型定義分子的部分，就代謝症候群改善率有 5 項指標，也就是腰圍、血壓、三酸甘油酯、低密度脂蛋白膽固醇及醣化血紅素，這 5 項指標改善的合計分數作為分子。分母是以這些參與的診所收案人數達 60 人以上，而且檢驗檢查上傳率達 70% 以上的診所數，來計算這個指標，就是計算平均每 1 家診所，代謝症候群改善率的得分標準是多少。

就健保會提供的研析說明，建議分母將所有參與計畫診所都納入，而提升整體醫療品質的意見，簡單補充說明。請委員參閱會議資料第 98 頁，有代謝症候群防治計畫獎勵費的節錄規定，可以看到診所品質獎勵費的基本門檻，就是診所收案人數要 60 人以上，且檢驗檢查上傳率要達 70% 以上，才達到計分的基本門檻。代謝症候群改善率 70 分的得分條件，可以看到各項指標都有規定改善人數要達到 10 人以上才可以得分。

因此我們去分析 112 年代謝症候群防治計畫診所收案情形，發現有 2,000 多家參與的診所，有 5 成診所收案人數都低於 10 人，考量

若分母把所有參與計畫診所都納入的話，會有 50%診所依照這個規定無法得分，為了使指標有比較性、代表性，我們建議還是以收案人數達 60 人以上的診所才計分，以上說明。

盧主任委員瑞芬：請陳相國委員。

陳委員相國：這部分我們跟健保會幕僚意見不太一樣，請大家看到會議資料第 96 頁，健保會的意見是，收案 60 名以上且當年度檢驗檢查上傳率達 70% 以上之診所才能納入分母^(註)，這相當難，因為代謝症候群其實收案並不容易，要有做健檢的診所，有看高血壓或糖尿病的診所，一般科的診所比如內科、小兒科、耳鼻喉科也有一些病人，可是病人不多，他們可以參加這個計畫，可是如果照計畫這麼嚴格要收案 60 人以上的診所，而且附帶條件要檢驗檢查上傳率達 70% 以上，變成分母過於太小，所以我們建議分母改為所有參加計畫的診所都把他納入，這樣我們可以看到整個改善率，才可以一窺全貌。

如果只用健保會幕僚建議的定義^(註)的話，變成能納入的診所相當少，這個指標會失去意義，我們意見是希望分母納入所有參加計畫的診所，會比只納入收案 60 人以上診所，更能達到改善率較前 1 年提升的目標。

註：會議資料第 96 頁本會研析說明為：「收案 60 名以上且當年度檢驗檢查上傳率 \geq 70%之診所」，並非所有參與計畫診所。建議將所有參與診所納入，亦即將分母改為所有參與計畫之診所數，較能完整呈現實際之執行績效；會議資料第 94 頁健保署提案內容為：分母「診所收案 60 名以上且當年度檢驗檢查上傳率 \geq 70%之診所數」。

盧主任委員瑞芬：我確認一下陳委員的意思是，同意健保會幕僚建議，把分母變成所有參與計畫的診所，而不是收案 60 人以上的診所，對不對？

陳委員相國：對，同意健保會幕僚的意見。

盧主任委員瑞芬：其他委員針對這點這有沒有什麼看法？滕西華委員。

滕委員西華：代謝症候群防治計畫裡面，有一個監測指標是我對健保署的不情之請，但我認為非常重要，因為這一點基層總額是做不出來。根據一些研究代謝症候群的族群裡面有明顯社會經濟地位的

issue，就是有一些可能比較經濟弱勢或是健康知能較不足的，反而在代謝症候群的盛行率上可能會偏高，因為他自我照護知識不足，所以能不能請健保署配合西醫基層的這 1 項專案計畫，同時分析參加這個計畫者的投保金額，就是他的被保險人投保金額的分布跟區域，讓我們知道代謝症候群在實施時有效跟沒有效，有沒有明顯的社會經濟跟地理區域的差異，讓我們看有沒有醫療服務的各個階層的議題，健康不平等的議題。

盧主任委員瑞芬：健保署這部分可以嗎？針對滕西華委員說要按照地區、投保金額呈現？

劉組長林義：我們就遵照委員的建議。

盧主任委員瑞芬：OK，這個案子各位委員還有沒有意見？李永振委員。

李委員永振：這個案子在會議資料第 94 頁，預期效益之評估指標是代謝症候群改善率，率就是百分比，但他底下的分子、分母定義除出來應該是分數吧，這樣有相稱嗎？

另外第 2 個在幕僚分析說明，預期目標是 7 萬人次，我試算一下他的預算是用 840 點乘以 8.4 萬人次，大概等於 7,056 萬元，很接近目前的部分，但那個算出來是點，現在給的是元，這 1 項是 1 點 1 元，他的目標用 7 萬人次合理嗎？

第 3 個，當然這已經是馬後炮，因為這個預算已經核下來，但現在看起來覺得怪怪的，是不是部直接核定的？因為後續追蹤應該含在專案計畫裡面，專案計畫我們給的錢滿多的 6.16 億元^(註 1)，為什麼在一般服務又多編 7,000 多萬元^(註 2)，將來 114 年如果要編預算的話是不是要留意一下，專款應該夠，為什麼另外編這個預算？我沒有印象當時協商的時候有編，是不是最後部核定的？忽然覺得怪怪的。

註 1：西醫基層總額 113 年專款項目「代謝症候群防治計畫」編列 6.16 億元。

註 2：西醫基層總額 113 年一般服務項目「因應醫療品質提升，增加之醫療費用」(新增 0.706 億元)。

盧主任委員瑞芬：剛才李永振委員提到會議資料第 94 頁倒數第 2 行這裡應該是合計分數診所數，不是合計分數，李委員的意思是這樣對

不對？

李委員永振：分子是合計分數嘛，分母是診所數，除下來就是分數，怎麼會是改善率。

盧主任委員瑞芬：那這部分改成合計分數的診所數就可以了。這個案子剛才委員提到的一些意見，包括滕西華委員提到要按照地區別還有投保薪資看一下健康不平等的議題，健保署都同意。

本案結論，第 1 點，有關西醫基層總額「因醫療品質提升，增加之醫療費用」一般服務項目的執行目標及預期效益之評估指標，依委員意見修正後確認。

第 2 點，依 113 年度總額核(決)定事項，醫院及西醫基層總額尚有 6 項應提本會確認，請健保署依 113 年第 1 次委員會議決定儘速辦理。接下來進行討論事項第三案。

陸、討論事項第三案「近年健保會長期監理政府應負擔健保經費『未達法定36%』，敬請健保署確實遵守健保法、如實編製112年度健保基金附屬單位決算及114年度健保基金附屬單位預算，以維護全民權益、確保財務健全」與會人員發言實錄

同仁宣讀

李委員永振：首先說明本案是老話重談，已經提案好幾次了，但是本會第6屆在任期開始時，新任委員是占47%，後來幾位委員改聘後，估計加起來應該超過一半了。首先我要感謝幕僚同仁，麻煩他們了，資料整理得很完整，也讓新參與的委員可以參考。

我再簡單說明一下，針對政府是否足額負擔二代健保經費法定下限36%的爭議，從二代健保開始實施就存在。第一階段是衛福部跟主計總處兩個公部門的見解不同，經過馬政府跟蔡政府的執政團隊2次協商，協商結論就成為我們現在處理的依據。但是這個結論遭歷屆健保會委員質疑，目前還列為追蹤事項無法結案。

有關36%爭議過程完整的陳述，在去年11月15日第10次委員會議中，經由27位委員連署的討論事項第三案中已有詳述，各位如果忘記的話，可以回去參考。所以本案內容，我就不再贅述，現在補充三點今天又提案的考量原因。

第1點，4月份委員會議會將112年度全民健保年終結算報告及114年度全民健保預算備查案提出來報告，雖然我們已經六次不予備查，但依照規定還是要提出來。基於本會的監理權責，所以用提案的方式，提醒健保署仍存在此課題須面對處理，並留下監理軌跡，以提供對全民健保財務有興趣的社會人士瞭解，這是第1點。

第2點，行政院函知的第2次協商結論，是106年2月3日發文，但依本會幕僚補充資料顯示，本會對結論處理方式開始質疑提案討論是從106年7月28日開始，表示協商結論有不足之處，相關權責單位卻一直以未周全考量法遵的協商結論搪塞，不面對本會所提新事證重新思考，一味想減輕政府負擔，罔顧健保財務惡化情形。

姑且將行政命令抵觸法律無效的常識暫擱一旁，會議資料第 109 頁協商結論第一點就提到，考量修法恐曠日廢時，現階段宜先以條文解釋方式處理，這是把條文解釋凌駕法令之上，爾後再適時提出修法，使得相關規定更臻明確。

但是二代健保法已經規範的相當清楚，當然這個看法他們不認同，事實上已經提了好幾次，健保法應該是規定得很清楚了，硬凹需再修法，一晃眼 7 年過去了，沒有看到任何進度。蔡政府上任時主張轉型正義的理念，坦白講當時心裡有蠻大的期待，但是 8 年過去了，蔡總統也說她快畢業了，但是我們這地方的轉型正義好像沒看到，期待破滅掉了。第 2 點的重點是主責單位已經經過 7 年了，會不會等賴總統再執政 8 年後還在討論這議題？說不定那時候第三代健保出來了，這議題也就不見了。

第 3 點，依據財政部公布 112 年稅收繼續超徵 3,617 億元，將優先用於還債，並撥補勞保與健保基金，所以 114 年好像還有一點期待，錢會不會再進來不曉得。前曾提及二代健保 10 年政府少負擔的健保經費，在去年 11 月 15 日委員會議提的是 1,246 億元，但本案只提到 970 多億元，這 970 多億元是蔡政府時代，所以兩個數字並沒有矛盾，1,246 億元是二代健保 10 年，蔡政府的 7 年是 970 多億元。1,246 億是不是算債務的一種，不知道，行政院應該是不會考慮這一點，但事實上這也是債，這就是爭議點。

這邊是要提醒主責單位應設法爭取，否則據報載台電已經放出風聲，將要爭取 1,500 億元撥補虧損，因為台電好像累積虧損 2、3 千億元，如果被它先爭取走的話，3 千多億元就少了一大塊，這邊就是再提醒，要爭取、想怎麼辦，要積極一點。因為過去我曾經提到，勞保在這一塊爭取的比我們還更積極，本來給 1 千億元，後來又多了 2 百億元，我們的 2 百億元就一動也不動，是不是我們太客氣了，所以我在這裡再提醒。

目前主要爭議的是計算公式裡對應提列安全準備的認定，依健保法第 76 條第 1 項的規定，不應該採實際營運值計算；主責單位是

主張健保法第 76 條第 1 項，只是規範安全準備的來源，並不是應提列安全準備的定義。誠如這樣沒有關係，第一項既然是安全準備來源，應提列的安全準備是不是應該有這個基本金額。現在主責單位無論帶負的或正的數字進去，算出來結果都比那個少，至少也要清楚交代是怎麼計算出來的，尤其剛剛提到有一半以上的委員是新任，雖然有人聽了好幾次，但我想還是如墜五里霧中一樣，所以應該針對這部分來加以瞭解。

最主要是因為剛才這個因素，所以在下個月提案的時候，是不是可以把計算公式也清楚交代一下，下個月的討論才會較有意義。剛才提到健保署的報告裡，去年 1 年的情況就是一張投影片交代，不再贅述，所以應該看怎麼進一步改善。我知道署裡有一個簽呈，以前曾經回答過，就是不能提兩個版本的算法，你們認定的版本就是法定版本。但法定版本有爭議，所以委員請求可不可以並列出來，因為你們資料比較多，委員手邊沒有資料，你應該至少清楚交代你的數字是怎麼來的，把它算出來，爭議的點到底是什麼，如果照對方講法是怎麼計算，做一個對照比較才好瞭解。

另外關於健保法施行細則第 45 條，在前年 1 月份委員會議，衛福部已經提出要修回原法條內容的構想，但後來換了部長就不見了，既然有這種想法，修回來比較正確的話，應該積極進行，還是要等賴政府上來之後我們再去立法院拜會呢？這樣不好，會裡面一直都沒有解決的方式，這個議題很明確，你自己都認定的東西又縮回去，不是會鬧笑話嗎？以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：健保署雖然有提供書面意見在補充資料第 16 頁，不曉得是不是要口頭回應？

陳組長美杏：健保署除了提供書面意見外，我再口頭補充，針對這個問題李委員一直很關心，衛福部在去年 112 年 12 月 30 日有行文給中華民國工商協進會等團體，也已經副知貴會，有特別提到計算的方式在二代健保實施初期，雖然有預算編列見解的歧異，但是也經過跨部會研商，剛才委員也提到 106 年、104 年的研商，以及立法

院審查健保法施行細則的修正，所以已經確立了計算方式；本署據以計算各年度政府負擔 36% 的總經費，也經由審計部審定。所以相關的法制程序都是已經相當完備、合法性已經沒有問題，以上補充。

盧主任委員瑞芬：這部分社保司是不是回應一下？

陳副司長真慧：社保司這邊補充，有關委員所提到 36% 負擔的金額，就如同健保署所提，我們之前資料也都有呈現，現在唯一是對於計算公式到底從收入面或支出面計算，容易讓大家都可以瞭解，這部分我們目前在健保法修法裡面，我們也有在努力盤點，如果未來有機會的話，也希望把這塊的計算公式可以明定寫清楚。

計算方式係經過行政院協調、審計部確認，其實所有的預算跟決算都經過行政院、主計單位的審定，在修法的部分，我們社保司會繼續努力，以上說明。

盧主任委員瑞芬：非常謝謝李委員，這部分其實是健保開源很大的一部分，若李委員的算法被政府採納的話，我們一下就多了 900 多億元，可以高枕無憂好一陣子。

增加政府的支出，應該是醫療單位跟付費者代表難得的共識，社保司今天的回應就是會修法，李委員會一直提主要是法條裡面的文字有一些不清楚的地方，包括支出面或是收入面的計算基準不一樣，所以這部分我想透過修法，才能真正解決這中間有疑義的部分。

李委員剛才有提出一個訴求，就是說可不可能試算，就是一個用收入面、一個用支出面他的見解試算一套數字，這部分健保署可不可以幫忙做這件事？可以嗎？

陳組長美杏：就是針對 112 年的 36% 怎麼算出來的，我們提供我們算的數字，沒有問題。

盧主任委員瑞芬：這個是李委員要請健保署進一步說明的，但他也提到因為他的論點跟你們剛好不一樣，就是從收入面跟支出面計算的差別，可不可能按照他的主張也算一套數字？

陳組長美杏：我們就是按照法定的、協商的數字來算，委員的意見我們尊重，但是我們怕解讀錯誤。就是我們現在這個決算數字怎麼算

出來的，我們來處理。

盧主任委員瑞芬：謝謝，如果李委員有需要一些數字的話，他自己算，你們可以提供嗎？

陳組長美杏：我們的報表應該都有。

盧主任委員瑞芬：請楊委員。

楊委員芸蘋：主席、各位委員，大家好，其實我剛看了會議資料顯示的內容來說，是大家都沒錯且依法行事，大家都知道，可是事實上就是沒有讓我們看得到補足 36% 的數字的內容出來，我覺得李委員的精神我真的非常佩服，從幾年前到現在一直在提這個案子，我覺得應該要頒獎給他，真的是對健保最有功勞。

其實我覺得健保署跟社保司，你們有你們的做法沒錯，我相信也都沒有違法，都是在合法範圍內做的，剛剛健保署也說要提供 36% 怎麼算出的內容，我覺得應該儘早公布，也讓我們瞭解你們計算是否正確，是不是跟李委員看法相符、相契合，我覺得你們的看法跟我們委員的看法是不一樣，中間還是有很大的差異，是否更淺顯易懂的讓我們瞭解。

我建議計算方式或你們真正有盡到責任的內容，再讓我們瞭解一下，至今我仍沒看懂負責的 36% 內容在哪裡，可能是我不太懂這些內容。所以我希望健保署跟社保司再幫我們釐清一下，我們真的不是很瞭解實際內容。還是謝謝李委員繼續努力為我們民眾把關，也希望這個案子能夠就到此為止，但是結果沒有呈現出來之前，我想李委員也不會放棄，我們就繼續支持你。

盧主任委員瑞芬：李委員，我們是不是讓黃委員先發言，謝謝。

黃委員小娟：剛才李委員有提到，就是他現在提出的見解跟方案，跟目前行政部門計算方式的見解差異，主要癥結點是健保法第 76 條第 1 項的規定，行政部門跟行政院都認為這裡只有規範安全準備的來源，其中安全準備應提列的數額在第 76 條看不到，只有在第 78 條可以看到，安全準備的總額以相當 1~3 個月的保險給付支出為原則，所以行政院跟衛福部才會採用衛福部意見從收入面推算政府應負擔

的 36%。

李委員歷年的意見跟提案的計算方式都是用第 76 條，他認為要從支出面計算政府應負擔的保費。是不是可以請健保署、衛福部明確說明第 76 條第 1 項規範的是安全準備來源還是應提列的數額，如果是應提列的數額，請問第 1 項第 4 款裡面上頭有一個來源是政府已開徵的菸酒健康福利捐，這部分我們都認為就是應提列安全準備的來源之一不是數額，如果是數額難道政府所有開徵的菸酒福利捐都要進健保基金的安全準備嗎？顯不合理。

在健保法裡頭真的看不出來應提列的安全準備數額是多少，所以根本沒辦法用第 2、3 條計算 36%，行政院採用衛福部的見解，依照目前健保法收支平衡概念，收跟支是相等的，用收入面反推政府的 36%，其實行政部門每年都按照這樣的下限編列政府應負擔的數字，都是依法編列、沒有不足的問題，這部分是不是請健保署或衛福部明確地跟委員說明第 76 條的立法意旨或意涵？如果這條沒有疑義，後面的計算方式歷年來的疑問就沒問題了，因為政府應負擔經費就無涉安全準備。

盧主任委員瑞芬：李委員要補充嗎？

李委員永振：當然要啊！因為在健保法所有規範中找不到收入面的公式，他引用健保法第 17 條是亂解釋，第 17 條只是規範保險經費扣掉法定收入之外，由投保單位、被保險人、政府三方來分擔，並沒有講怎麼去分擔，也沒說政府是 36% 就夠了，政府錢夠的時候，要提 40% 也可以，36% 是下限，但是他咬定就是 36%，而且當時在收入面跟支出面會一樣的情況，是他已經錯誤解釋，他只帶入結餘，其他四項不見了。

公式在第 3 條第 1 項規範很清楚，現在爭議只是說應提列安全準備怎麼認定，所以我剛才說明第 76 條第 1 項是講安全準備來源，既然是安全準備來源，用集合的觀念，應提列安全準備如果是一個大集合，安全準備的來源就是其中一部分，將來帶進去的話，一定會有第 76 條第 1 項安全準備來源那個數字出現才對，你再另外去

加加減減交代清楚。

但是在 102~104 年在財務結餘的情況下，支出面帶進去只有帶結餘，其他幾項不見了，從 106 年開始短絀的時候，他又由收入面改成支出面，但他是應提列安全準備是帶負的，帶負的話你要交代，因為安全準備的來源有關於收支是結餘，你現在把實際營運值帶進去應該要交代，除了那五項規範金額外，你還考慮了扣什麼東西才會變成負數，爭議就在這裡很明顯，還有什麼好凹的？

以前說收入面、支出面還有一點模糊空間，現在短絀的時候就很清楚，主責單位一直講第 76 條第 1 項、第 2 項，我們在這次提案裡講得很清楚，第 1 項是提列、第 2 項是填補、是收回，在會計上的借貸方應該不一樣，很不錯今天報告有提到有收回這個名詞，但爭議就是在這裡，這樣講大家應該都很清楚。

在第一階段的爭議，我們有個結論，就是現在在立法院如果有人質詢用來答覆的內容，都是用第一次結論在講，因為第一次的結論裡面，大概從 102~104 年使安全準備多挹注了 698 億元，這是他們給我們的公文裡面提的，施行細則第 45 條的爭議，因為爭取回來 116 億元，所以在那階段我們的安全準備多挹注了 800 多億元。但是剛才提到過，目前爭議是第二次協商結論出來後才產生的，你怎麼一直用第一次協商結論來搪塞，問題點在這裡，謝謝。

盧主任委員瑞芬：黃委員最後一位發言，還有滕委員，我們時間已經超過很多。

黃委員小娟：我想簡單再補充兩點，第 1 點，政府編列負擔健保經費都是從行政院 106 年協商的結論開始，沒有改變，都是用收入面計算。收入面就是用總保費除以 36% 當全部保費再乘以 36%，所以沒有剛剛李委員說的收入面改支出面的情形，也跟安全準備沒有關係，都沒有用安全準備來計算，這是第 1 點說明。

第 2 點，依照健保法第 3 條規定，政府依法令應該要編列本保險相關預算不足 36% 部分由政府編列撥補，36% 確實是下限沒有問題，如果政府依法令應該負擔的經費超過 36%、是 50%，政府也是依法

令來編列 50%的經費，只是目前依照法令計算出來的保費是不足 36%，才會用剛剛講的收入面公式計算下限 36%，目前政府每年都有補足這個 36%，以上說明。

盧主任委員瑞芬：滕委員真的是最後一位，我們開不完了。

滕委員西華：因為這個案子我可以說是跟李委員一路追 36%的內涵，因為兩邊講的都有道理，但是李委員講到母法本身確實是沒有提到從收入面計算 36%這個沒錯，因為第 2 條講保險經費，保險經費是指保險支出加上應提列安全準備，應提列安全準備在第 78 條本身就具有爭議，它到底要提 1 個月還是要提 3 個月呢？這本身你在計算公式的時候，你選擇 1 個月，在現在健保經費那麼龐大的時候，一差就差幾百億元，即使是民國 100 年到現在都差百億以上；即使是採主計總處或衛福部見解，也是沒有說明我們究竟應該要採多少安全準備才是屬於合理，這第 1 點。

第 2 點，健保法第 3 條所列計的 36%，因為剛才楊芸蘋委員跟李委員提到很多新委員可能還不懂，我們就用比較簡單的方式來看。36%定義原本是說保險經費扣除法定收入之後的 36%，我們看 100 頁李委員的圖二，看一下構成保險經費的 4 個項目，有被保險人分擔、雇主分擔、政府雇主與政府分擔、以及其他法定收入。

事實上以健保法第 27 條所衍生出的施行細則第 45 條，就這個圖來看，政府確實有擴大解釋收入面占率的嫌疑，為什麼？因為這裡面有屬於原本被保險人應該要付的保費，政府透過各種社會福利的法令，變成政府要補助給被保險人，但是在收取保費的理論、公式跟結構上，它都應該還是屬於被保險人分擔、不是政府分擔，只是政府補助給被保險人，但在保費收取的公式跟架構都是屬於被保險人分擔，比如說補助身心障礙者的保費，如果根據施行細則第 45 條去回扣母法第 27 條，這部分簡單的說，政府顯然有吃健保費豆腐的嫌疑，這是從 100 年來都沒有被解決的問題。

所以我不去跳入李委員跟主計總處及衛福部公式的爭議，光這一點，以及我前面提到的應提列安全準備都沒有被釐清。如果我後面

講的第 2 點，也就是原本在公式上面，應該屬於被保險人應該負擔的保費，透過社會福利系統，或國防部也有補助替代役、受刑人也有法務部補助，非常多，不是只有社福系統，去補助被保險人的這一塊，即使是用公務預算，因為細則第 45 條把自有財源基金的健保費補助剔除納入 36%，就業補助的那塊沒有了，但即使是用公務預算補，就法規面的解釋來說，因為這裡沒有公法的專家，都仍然有非常多不清楚的疑慮。所以就這一點來說，我蠻同意李委員所說的爭議，但長期以來沒有回應，我就是最後一次補充到這裡。

盧主任委員瑞芬：謝謝各位委員的發言，其實剛才社保司有回應，這部分既然有爭議就是法沒完備的地方，所以會朝修法的方向去釐清，一個比較務實的結論，就是要請健保署在下次會議，就是 4 月 24 日委員會議提報健保基金附屬單位預決算備查案時，依照提案委員主張政府應負擔 36% 的經費計算方式，提供 105 年至今的計算結果供各位委員參考。

我們接下來還有三個報告案，因為時間的關係，我看各位已經用餐完畢，所以我們就不休息了，目標就是在接下來的 1 小時，要將三個報告案進行完，現在進行第一個報告案。

本案於報告事項第一案接續討論(詳第 99~100 頁)

柒、報告事項第一案「111年及112年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估執行結果」與會人員發言實錄

同仁宣讀

朱科長文玥：請參閱補充資料1第17頁說明二，「112年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果如附表1，請委員參閱補充資料第24頁。牙醫部門「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，扣減本項與一般服務重複的費用，經統計重複的額度約0.08百萬元，將於第4季結算時依實際執行結果扣減費用。

中醫部門共有5項，前3項為扣減當年度未執行之額度，第1項「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」推估未執行數約412.3百萬點。請翻至補充資料第26頁，第2項「提升中醫小兒傷科照護品質」協商額度為0.025億元，推估未執行數約2.1百萬點。第3項「增加特定疾病門診加強照護適應症腦中風後遺症」協商額度0.272億元，未執行數約13.7百萬點。第4項「照護機構中醫醫療照護方案」是扣除本項與一般服務重複部分之費用約111萬點。第5項「針傷合併治療合理給付」扣減當年度未執行額度，協商額度為3.04億元，推估執行數約483.4百萬點，本項執行數已超過預算，中全會建議應考量各項目執行超額或不足情形之衡平性，故前開4項費用均應不予扣減，有關該會的意見，請委員參閱補充資料1第32頁，有關該會的意見，健保署予以尊重。

請委員參閱補充資料1第29頁，醫院及西醫基層部門，新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度。在新增診療項目醫院的部分，預算額度為6.32億元，推估全年約執行6.23億點；西醫基層部分預算金額為0.5億元，推估全年約執行0.3億點，因這些項目是在112年7月後生效，申報情形尚不穩定，且第4季仍會補報費用，爰不扣減預算費用。

張惠萍副組長：請委員翻到補充資料1第30頁，有關新藥的部分，醫院部門預算編列是18.14億元，整體新藥申報費用扣除替代藥費後

執行數是 18.66 億元；在西醫基層部門預算數為 1.46 億元，整體新藥申報費用扣除替代藥費後為 1.41 億元。因考量院所尚在申報作業中，擬不建議扣減。在新特材部分，醫院部門 112 年度的預算數 6.32 億元，資料上的 7.32 億元係為誤植，請委員幫我們修正，預算已經執行完畢。西醫基層部分，沒有編列預算。

請參閱補充資料 1 第 31 頁，在「藥品及特材給付規定」項目，藥品的部分，醫院部門預算編列 8.6 億元，執行數 9.02 億元，預算已執行完畢。西醫基層部門預算編列數 1.45 億元，執行數是 1.36 億元，一樣也是考量到院所申報作業尚在執行中，所以擬不扣減。特材部分，醫院部門預算金額為 2.78 億元，預算也已執行完畢；西醫基層部門未編列預算。

朱科長文玥：請參閱補充資料 1 第 17 頁的說明三，有關「111 年度各部門總額核(決)定事項中，有關預算扣減及效益評估執行結果」，請參閱補充資料 1 第 33 頁。健保會 112 年第 2 次委員會議(112.3.22)決定事項，請持續研提可實質扣連節流效益及預算影響之計算方式及結果。在牙醫部門有「高風險疾病口腔照護」項目，這部分的節流效益已於 113 年第 1 次委員會議(113.1.24)決議通過。醫院部門有「鼓勵 RCC^(註 1)、RCW^(註 2)病人脫離呼吸器、簽署 DNR^(註 3)及安寧療護計畫」，其執行效益評估方式部分，有指標 1「新增個案簽署 DNR 及預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書之比例」，及指標 2「臨終前未使用心肺復甦術之比例」，112 年的監測結果，上開 2 個指標閾值分別為 26.5%及 93.8%。有關於委員會議的決議，持續追蹤至 112 年度執行情形部分，有牙醫部門的「高風險疾病口腔照護」，經統計須扣減未執行額度約 378.3 百萬點，規劃分攤於 112 年第 3 季、第 4 季扣減。

在中醫部門有「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」，本項執行數為 15.81 億點，執行的情形有 2 個部分，第 1 個是「針傷處置」，經統計 112 全年申報點數較 110 年超出預算約 10.25 億點。第 2 個「伴隨增加之診察費及藥費」，是以 110 年及近 5 年平均成長率推估，超出的診察費約增加 3.76 億點、藥費約增加 1.8 億點。

西醫部門部分有「提升國人視力照護品質」，執行數以 110 年為基期及近 5 年平均成長率推估，111 年淨增加數 76.7 百萬元、112 年淨增加數 191.4 百萬元。

請參閱補充資料 1 第 37 頁，112 年第 2 次委員會議(112.3.22)決定事項中，有未依時程導入或剩餘之扣減部分，請檢討並提出本案執行數精準的計算方式。醫院及西醫基層部分，新醫療科技、新藥及新特材等，新增診療項目的預算推估是參酌相關學協會及專家的建議，財務影響扣除有明確的替代項目後推估計算，本署亦將持續統計及監測 5 年的執行情形。

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

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

註 3：DNR(Do Not Resuscitate，不施行心肺復甦術)。

張惠萍副組長：請參閱補充資料 1 第 38 頁，有關藥品部分，因為收載第 1 年新藥及藥品擴增給付規定的申報尚不穩定，本署將結合醫事服務機構實際申報情形及 HTA 評估結果來估算執行數，也會持續蒐集各界意見與持續監測。

在特材的部分，預算推估一樣也是參酌相關學協會專家意見和 HTA 評估結果，若有明確替代現有的特材品項，在財務影響部分，也會扣除替代後去推估預算，後續本署也會持續監測執行情形。

陳組長燕鈴：請委員參閱補充資料 1 第 17 頁，剛剛健保署已說明執行結果了，現在說明本會研析的部分，這是依照 112 年度總額核決定事項請健保署就核(決)定事項，報告預算扣減及效益評估的執行結果。因衛福部 113 年 1 月 12 日來函，為擬訂 114 年度健保醫療給付費用總額範圍，請本會於 113 年 3 月 18 日前提供 114 年總額基期之扣減項目及額度。本案報告後，會後會把報告案的內容及所有委員的意見送請衛福部參考。

請先看到健保署提供 112 年度扣減項目的執行結果，剛才已經報告過，在補充資料 1 第 18、19 頁，有整理 1 個簡要的表格。基本上，牙醫門診總額的部分，是按實際算出來結果於第 4 季進行扣減，本會尊重。

中醫門診總額提出的項目共有 5 項，其中 1~4 項加起來沒有執行數或是跟一般服務重複的部分加起來大概是 4.29 億元，請參閱補充資料 1 第 19 頁，健保署意見是，因 112 年度，第 5 項「針傷合併治療合理給付」有超出預算數，以及在補充資料 1 第 21 頁的最下面一欄，111 年導入的提升民眾於疾病黃金治療針傷照護部分超出預算，1 個是沒有執行，1 個是超出預算，所以健保署建議補充資料 1 第 18 頁項次 1~4 的 4.29 億元不扣減。

請委員參閱補充資料 1 第 19 頁的本會研析說明，對於健保署建議不扣減的部分，各協定事項未執行預算要扣減或與一般服務項目重複要扣減的部分，是明訂在衛福部總額核(決)定事項，且公告在案，所以有關不扣減的建議與總額核(決)定事項不符，建議應依核(決)定事項辦理。另外考量四總額部門的衡平性，對於四總額部門處理方式應該一致，才有公平正義。如果健保署還是不依核(決)定事項扣減，應依行政程序報請原核(決)機關衛福部同意後，修正核(決)定事項。

此外，對於健保署提出，因為執行數過高，就項次 5「針傷合併治療合理給付」，為瞭解原因與申報情形，本會在 3 月 8 日請辦健保署提出說明，健保署有提供資料，請委員參閱補充資料 3，這就是健保署對於中醫部門超出預算項目的說明。請看到第 1 頁的初步研析，當時編列 3.04 億元，事實上執行是 4.896 億元，健保署提到當時的 3.04 億元是用 130 萬人次且以平均每人次增加 230 點估算，但實際執行後，不管是醫令數或單價都遠高於當時估算的數字，請看第 3 頁上面的「針灸合併傷科治療處置費申報情形」表格，委員可以看到 112 年申報的醫令數是 271.58 萬件，當時估是 130 萬件，已經 double 了。當時估平均醫令點數是.....

滕委員西華：打岔一下，您講的資料在哪裡？

陳組長燕鈴：補充資料 3 的第 3 頁，白色頁總共有 4 張的資料，右上角有 1 個 3，請先看到第 3 頁「針灸合併傷科治療處置費申報情形」的表格，本項編列預算是 3.04 億元，可是執行 4.89 億點，本會請健

保署提供申報情形的資料。

112 年申報 271.58 萬件，但當時協商只有估算 130 萬件，可以看到它的單價是增加，平均每個醫令點數是 409.6 點，但當時協商估算只會增加 230 點，所以 112 年執行情形跟當時協商都是 double 的成長。

以價量來看，若跟 108 年，也就是與疫情前比較的話，疫情前申報醫令數約 50 萬件，但 112 年是 271.58 萬件，增加 5 倍。108 年申報服務的人數是 8.5 萬人，可是 112 年是增加到 46 萬人，也是增加 5 倍。對這個執行超出預算的部分，主要原因仍在於 112 年在件數與單價的大幅上揚，請委員參考。

請參閱補充資料 1 第 19 頁，對於中醫超出預算的部分，本會建議請健保署定期監控各協商項目執行情形妥為管理，超出預算的部分，就是有這樣 1 個通案的建議。請參閱補充資料 1 第 20 頁，有關醫院與西醫基層的部分，醫院都是執行完畢沒有需要扣減，西醫基層可能還會有補報費用的情形，健保署建議不扣減，對於不扣減的部分，我們建議跟前面一樣。

請參閱補充資料 1 第 20 頁下面的說明二，剛是 112 年度的扣減，這頁是 111 年度扣減後續執行，我們在今年 3 月請健保署提報 111 年度扣減時，發現有些執行數過高或過低的項目需要持續追蹤，或有些項目沒有提出明確的計算方式，還要繼續研議。請參閱補充資料 1 第 21 頁，經檢視健保署提報內容，節流效益的部分，牙醫門診總額已經提出具體量化的節流效益計算方式，我們就尊重。雖然醫院的「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」有提出 2 項效益評估指標，但這 2 項指標無法與實質節流效益及預算影響扣連，仍建議持續研議。

重點還是在補充資料 1 第 21 頁下面，111 年執行數過低或過高的項目，希望持續追蹤到 112 年度。112 年度總共 3 項要持續追蹤，第 1 項是牙醫門診總額的「高風險疾病口腔照護」，這是屬於 111 年執行數過低的項目，這項 111 年度牙醫已經被扣了 4.01 億元，112

年的執行數有上升，但仍需扣減 3.783 億點，健保署會在第 3 季、第 4 季扣減。

中醫門診總額健保署建議不扣減剛剛提到的那幾項 4.29 億元，是因為其中 1 項已超出預算，所以建議不扣減。這部分也是一樣，我們也是請健保署提供資料以瞭解原因。請參閱補充資料 3 第 2 頁，針對「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」，健保署的分析是，因為這項預算 111 年是 5 億元，至 112 年累滾成長為 5.2 億元，而 112 年「針灸、傷科、針灸合併傷科處置」執行情形約增加 10.25 億點、伴隨增加之診察費增加 3.76 億點、藥費增加 1.80 億點，總共增加 15.81 億點。

有關實際提報的執行情形，請參閱補充資料第 3 頁右下方的數值，這個數值是把針灸、傷科、針傷合併傷科等所有案件都混一起做計算，所以因為健保署的算法是，112 年執行約 65.03 億點，相較 110 年約 49.58 億點的醫令點數，增加約 15.45 億點，再扣除累滾至 112 年預算 5.2 億元，所以還超出了 10.25 億。我要特別說明是，針灸、傷科、針傷合併傷科這 3 項合起來的預算不是只有 5 億。在 110 年度總額一般服務有編列針傷處置品質提升 3.34 億元，所以 111 年度的 5 億元，還有 112 年度的針傷合併治療處置編列的 3.04 億元，對這項總額總共編列 11.38 億元，加上 112 年非預期風險經費挹注 4.7 億元，所以預算數不是只有 5 億元，這要提醒委員。

此外看到第 2 頁，健保署提到一樣是診察費也會增加，可是在 111 年度總額協商就有醫療服務密集度項目編列 3.659 億元，就是要去 cover 診察費的增加，所以相關財源，其實是不只 5 億元。

請看到醫令數，雖然 112 年醫令數是約 2,400 萬件，感覺是比 110 年的 2,000 萬件多 400 萬件，若從歷史資料中，往回看到 108 年，在疫情前已經約 2,300 萬件，所以整個針傷服務的成長到 112 年並不能說大幅增加，其實是回到原來的成長狀態。至於費用增加的部分是因為跟 108 年比醫令點數單價增加 25%，但醫令數只有增加 4%。這是本會初步的研析，也請委員參考。

請翻回補充資料 1 第 22 頁，接著說明西醫基層的部分，提升國人視力照護品質項目，也是屬於執行超出預算的部分，111 年超出，112 年還是超出，衛福部 113 年度總額有決定續編 1.555 億元，決定事項是請健保署檢討案件成長之合理性、加強執行面管理與監督等，並訂定具體實施方案提本會確認。因為這項還沒有提本會確認，就請健保署儘速辦理。

說明三，有關於預算扣減要有精準估算方式部分，健保署已經提出，但是新特材及特材給付規定改變的部分還沒有提出，所以請健保署繼續提出說明。

整體來講，本案許多協商項目，都有預算數和執行數落差的問題，主要是因為第 1 年的執行數不穩定，很多新項目預算編在一般服務，後面在總額會衍生很多扣款事宜的行政困擾，所以我們在協商原則，已經明訂新增的協商項目或計畫要先列專款，在穩定後，於未來年度再視其效益移到一般服務，所以我們建議委員未來於總額協商時，要落實我們協商原則，以儘量避免發生要扣款或超出預算執行的情形。

最後就是請健保署落實總額的執行效益，所以建議健保署定期監控各部門總額就決定事項的執行情形，及時檢討並妥為管理，以上說明。

盧主任委員瑞芬：謝謝，我請署長回應之前，要跟各位抱歉一下，前面討論案第三案，就是李永振委員提的案子，因為我之前問過健保署，他們沒辦法按照李委員的方式來算，要依他們自己依法的方式來算，該案決議應該是下個月委員會議請健保署提供自 105 年到現在依照他們的計算公式，因為我們只看到數字，不知道他們怎麼計算，無法看出是不是符合 36% 的規定，所以不是按照李永振委員提的計算方式，剛才於會中已經問過健保署，公務人員只能按照他們認定的計算方式，所以他們會提出計算方式的說明，但是無法按照李委員說的方式做為基準來計算，李委員如果有資料需要，我想仍可以透過本會請健保署提供，他們剛才有表示基本上報表上面都有。

李委員這樣可以嗎？我們現在要進入本案了。

李委員永振：我補充一句話。

盧主任委員瑞芬：好。

李委員永振：我提這個案子心裡也有準備，他們的答案我都知道，應該也要不到了！因為他們沒有道理，行政命令凌駕法律之上，他們要怎麼講，他們要把依法行政先吞下去啊！但我要補充的是，他們算的一定是符合 36% 規定，為什麼？因為算法是用他們的講法去算，但我要提出質疑的，數學上一個公式出來，如果你的前提是錯誤，你得出來的結論也是錯誤，所以我一直在質疑他們所依循是錯誤的，所以現在算出 36% 的結果，雖然符合規定，但那是錯誤的，這一點請他們說明一下。

公式就很清楚，健保法第 3 條第 1 項很清楚，剛才黃委員有提到，由於剛才那案沒時間所以我沒講，現在給我時間……

盧主任委員瑞芬：我不能給你時間，很抱歉。

李委員永振：1 分鐘就好，他後來算的並不是收入面，請黃委員去看 106 年的結論裡面有提到用實際經驗值帶入，那個就是支出面，不然怎麼會有這 1 項。

盧主任委員瑞芬：李委員的意見我們一樣列入會議紀錄，現在請健保署說明這個案子。

石署長崇良：主席跟各位委員，很謝謝健保會幕僚精闢的分析，但是從健保總額編列精神，分成一般服務跟專款，一般服務的總額，我們在實際執行面上，就會回到各分區總額去做分配，因此如果不具有全面性的，有區域或特別性的，我們都會拉到專款去執行，比方補偏遠地區費用，這些獨立執行的試辦性計畫或矯正機關受刑人醫療等等，這個不具全國性而有區域特性的，我們都會用專款來另外分配，每年總額成長這一塊也都是另外計算，這是過去編列總額時都有這樣的情形。

今天會討論到的都是屬於一般服務部門，因為我們總額是一個前瞻性的預估，不可能 100% 預估準確，更何況這裡面有很多協商因

素，因此有可能會預估失準，如果是高估的部分，就是我們如果高估了，實際上沒有執行應該要扣除，低估的部分怎麼樣彌補，就是我們在預估時低估了，實際上執行那麼高，怎麼彌補？高估時應該要扣除，這兩個機制應該同時一起考慮，而不是只有在高估的時候沒有執行就扣除，但低估的時候卻沒有一個填補機制。

所以我覺得這個機制上有失衡的地方，但過去既然有這樣的決定，在一般服務部門理論上應該跟我剛才所提到，因為他是協商出來的，在預估若有失準時應該一併考量高估與低估的處理機制，若無法處理，就應該要在總額部門中作彼此間的挪移，因為都是屬於一般服務部門，除非整個點值太高，應該就是我們高估了它的成長，應該要扣除回來，是整個總額來看。

因此在中醫部門總額來看，確實在某些計畫執行上應該是我們高估了，但也有一些計畫執行上我們是低估了，因此我們才會在這個案子上建議，於兩邊整體上點值仍是低於 0.9 的情形之下，不予扣除，所以這是剛剛在健保署的建議中背後的思考邏輯，請各位委員參考。

盧主任委員瑞芬：請各位委員就這個案子發表意見。請林委員。

林委員文德：有關超出預算的這部分，先講執行不足的部分，當初這些項目預算的編列最主要是因為在一般服務之外，需有更多的預算，所以各總額部門都有提出一些要執行的項目，當初有 promise 要做到這些項目的數量，所以當初的協商會給予這樣的預算。

我想有些部門，像剛才牙醫也有一些是沒有執行到 100%，有做扣減的動作，我想就是這些項目，他如果執行沒有辦法達到所設目標，甚至有些項目只有執行到 10 幾%或 20 幾%，這個表示當初所提項目的實際需要性沒有那麼高，如果要處理的話，應該是可能下一個年度就要刪減這些預算，甚至整個項目預算都要刪除，這樣才是比較合理。

但是現在說如果沒有執行，是不是有其他超支的部分可以補，這要去看超支的項目的合理性是怎麼樣，當初給予這麼多的預算，並

不是說估計不準，而是有時候覺得不需要這麼多預算，比方說有一些是調整支付標準，像是傷科跟針灸在當初是擇高申請，現在是兩個都可以申請，當然支付標準就調高很多，如果今天是我，我當然是申報調高過後的支付標準，所以可以看到數量暴增，我們就要思考這個暴增是因為他做了這些東西，可以得到很好的效果，比方說針灸跟傷科合併申報有沒有得到很好的效果，比單獨申報針灸或傷科有更好的療效，讓病人可以得到很好的治療結果，後續病人可以減少再來就醫，如果是這樣的話當然合理。

若是這樣應該可以看到單一的傷科跟針灸項目數量會減少，合併的項目會增加，也就是單獨針灸跟傷科項目數量應該會減少，若這都沒有看到，只單純看到數量暴增，唯一可以解釋的就是因為這個支付標準調高了，所以我們當然要把它報到這部分，就可以看到它的數量增加、醫令點數增加，但資料裡面這項目就醫人數沒有增加，等於我們調了支付標準，當初預估預算是 3 億多，現在變成是快到 5 億。

另外黃金治療期的部分，是我們取消了限制或是放寬申報次數，在申報次數增加之後，我們也增加很多費用，但相對我們就醫的人數並沒有增加，所以變成是我們支付標準調高，我們有去就醫的人就醫次數增加導致我們預算超支，我們是不是要來獎勵這樣的事情？這樣以後我們調整支付標準跟放寬就醫次數限制，預算就會無限膨脹，於點值下降之後還要再來補點值，這樣放寬人次跟支付標準之後，我們預算約增加 15 億元，大概占了 3%，剛好讓我們中醫點值變成 0.87，若這 3%補回去點值就超過 0.9，所以我們調高支付標準或放寬人次之後，除了支出增加還要補點值不足的部分，我覺得這樣跟整個總額預算的精神沒有很符合，以上是我的看法，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接著請詹委員。

詹委員永兆：謝謝林委員的指教，我先講其實中醫就診人數是成長的，因為 111 年比 110 年增加 115 萬人，112 年比 111 年又多了 24 萬人，其中傷科這部分有成長，不是沒有成長。

針傷合併申報對病人有什麼好處？因為長期來講，其實在中醫界是針傷合併做只能擇一申報，我們是在做功德啊！現在變成合併申報，我們原本做兩件事可報兩件事費用，但1個醫師1個月最多只能申報80個人，不是無限量讓你申報，只是恢復原來做多少可以申報多少，其實在多重慢性病這邊，我們應該是宣導得不夠，加上我們審查組管得很嚴格，因為我們裡面有規定看診時要衛教多少時間，還要評估，有些人做了就被核刪，他之後就不想報，實際上我們做慢性病評估，我們大概有771萬件是慢性病但沒有申報這一塊，所以這些人若有申報，是可以申報到5億多點，請再給我們一點時間來鼓勵同道，你有看診多重慢性病就必須要申報。

第2件事，像小兒傷科，我們應是250萬點，結果只申報41萬點，病患小於7歲作傷科就應該算入，但實際上我們去抓資料病患小於7歲有申報大概299萬點，超過我們的預算數，只是我們醫師沒有去勾選，這一塊可以請健保署幫忙，就是病患小於7歲不用我們申報就應該勾過，歸類屬於這個案例，所以像小兒傷科基本上沒問題。

有關中風專案，中風後遺症診斷碼I69來講，在我們中風專案裡面有一般申報大概8萬多件，只是這些人有些沒有勾選，才造成1千多萬沒有申報到。請給我們一點時間，我們想好好地宣導這一塊，請大家要正確申報，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請江委員。

林委員文德：能不能打斷一下，剛才講到人數的部分，你講的是疫情期間到現在的成長？請看第3份補充資料第3頁，人數是從260幾萬到現在的255萬，所以我不知道你剛才說的人數增加是指什麼？跟還沒有發生疫情以前比，傷科、針灸就醫人數沒有增加反而減少，我才在想為什麼人數減少費用卻大幅增加，到底是什麼原因？

盧主任委員瑞芬：我先請江委員。

江委員錫仁：主席，各位委員，我想我們牙醫總額，剛剛報告因為執行率不好當然被刪除，我是尊重健保署跟健保會的意見，不過因為

就像高風險部分，有一些新的項目在 111 年剛開始，通常公告的時間已經有一點晚，例如 111 年高風險部分已經到 6 月才公告，所以通常執行率都不會太高，我想或許在扣減時可以針對這些因素來討論，不過我們還是尊重健保署跟健保會的一些意見。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來委員還有意見嗎？李永振委員、還有林恩豪委員。

李委員永振：因為這個議題真的很困擾，按照健保會的分析資料，還有我們已經協定的事項，他們講得滿有道理，剛才林教授也提到，我知道詹委員他很痛苦，因為你扣他 4 點多億，對他 112 年的預算等於 1.3~1.4%，他回去要交代很困難。

而且在 111 年下半年跟 112 年上半年，也有補點值的因素，所以這些混在一起要去判斷怎麼樣才是對的，有點困難，我是建議這一塊在 113 年應該也有給，有給的話你要去宣導，至少在 113 年裡面，明年在看執行情形的時候，就不要再有這種現象，詹委員回去要交代的話，他剛才提到有那麼多件沒有申請，這樣的話有時候用這種方式爭取會有一點困擾，我錢給你你自己不申請，現在說不要扣，但是事實上你就沒有執行，錢怎麼發出去呢？是不是可以考量一下這些因素，健保署如果贊成研商會議結論，應該要有一個更深入的分析，就像健保會幕僚提議一樣，把那些理由分析一下，報給衛福部，由衛福部裁決。如果真的要給的話，大不了就是給他超出的那個部分，差不多 1 點多億，是不是那個部分可以補給他，這樣會比較有一個整體性。

針對這個事件，我們已經有提到，若以後新增的項目就先放到專款，等穩定後再拿回來一般服務，如果這樣大概將來這種情形就會儘量減少發生，因為你經驗數值不足，有時真的很難估計，當然 111 年跟 112 年有一些超支現象，也要請健保署去檢討，將來我們提出這些因素時，要怎麼靠近事實，這樣才有辦法解決問題，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接著請林恩豪委員。

林委員恩豪：謝謝主席，剛剛署長的回應就是講中醫的問題，這一次

剛好放在一般服務，讓署長有勻支的解釋空間。如果今天我尊重健保署的做法，你們可以保證以後不會再發生這樣的情況嗎？剛剛有講，本來第一次導入應該放在專款，而且你們每次提案時，跟中全會不是都會先協商好要提什麼案子，今天既然這樣做，未來不可以再發生這情況，這跟上次非預期性風險案類似，上次 OK，就是補了非預期性風險的費用，一開始補時有請健保署要做後續評估，不能好像打開門，大家通通湧進，當時有做評估說後面都沒了，只有這一次，事實上又在用非預期風險費用，用了就算了，還把準備金通通弄進來，這樣子合理嗎？今天健保署提出這個報告案，我說尊重健保署因為只是報告案，而不是討論案，我們就是尊重你的意見，但拜託你們，今天這樣做了以後，還是要提出並跟大家說明有什麼方式讓以後不要再發生這樣的事情，或是減少發生機率，這樣可以嗎？謝謝。

盧主任委員瑞芬：請滕西華委員。

滕委員西華：我針對第 23 頁幕僚提的制度問題表示意見，剛剛委員有講其他總額的問題，我就不再說明。4 月開始各總額部門都會提計畫案，再次重申不支持新增項目或計畫列入一般服務，有 2 個理由。如果在一般服務裡面，試辦幾年，即使後來退場，試辦那幾年的費用也都滾入基期。第 2 點是即使後來新增的服務變成新增支付項目，過去有一些執行不好的退場，也一樣滾入基期。不管是哪 2 種退場，對被保險人來說，費用都拿不回來。還有一個理由，就是列專案的時候，原本跟一般服務有衝突，或原本一般服務已經有支付的錢，應該由一般服務移列到專款，這個是要避免惡化內生性，就是 2 邊都給錢，這就是新增計畫我們希望能夠用專案計畫，而不是用一般服務裡面列專案的原因，就不會產生剛剛林恩豪委員或是署長所講的情況，必須要勻來勻去，只要是大水庫，就很難勻，專案就是小的私庫，才有辦法去評估。

第 2 點是執行預算，不管是哪一個專案，如果涉及原本應該由非協商因素支應調升支付標準，應該怎麼檢視執行效應，這一點一直沒有討論。近 5 年各總額部門都把原本應該由非協商因素去調整支

付標準的，都移來協商的一般服務的專案或其他專案計畫裡面，所以陳節如委員會提到，協商 1、2 百億元，又要扣掉調整支付標準，根本無法協商，因為要由共擬會議決定，所以你就是掌櫃，你給錢了，店小二要怎麼做，你不知道，就會變成這樣。

不是只有內生性，執行效應其實都沒有講要怎麼評估，現在又衍生扣款問題。協商專案計畫的時候，不管在一般服務還是專案，我們要求要提效益指標，無非就是 2 點，第 1 點就是要準確，包含金額準確，否則估得太高，大家都不要，你再去衡量，不執行又可以滾回去吃基期，那大家都去衡量，吃成長率就好，把成長率吃得死死的，需求不用估得太準確，因為到最後，這些都不重要，因為效益評估指標一樣提不出來，既然提不出來，到後期模糊空間就變得很彈性，變得非常的大，這就造成浮編，或是沒有努力訂出效益指標，導致協商時看不到，要協商後再確定怎麼決定評估效益指標。現在協商已經沒什麼用，更不用說協商公告後就是給錢，即便不同意指標，共擬會議或總額執委會決定怎麼花這筆錢之後，在場的代表大概都沒有辦法去改變這個處境。

今天前幾個案子要不要扣減，由各位付費者代表決定，但這會涉及到今年總額協商怎麼給錢的原則。其次是我們可能要花一點時間思考第 23 頁幕僚提出的因應做法，在今年協商怎麼避免往後，否則朝令夕改變常態，我其實覺得協商原則沒什麼用，行政程序也可以改，今年就是這個樣子，今年已經非常多這種情況發生，各位付費者代表要三思。

盧主任委員瑞芬：請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：我尊重以上 3 位委員的發言，確實講得很好，也是我要講的，我就不用講太多。健保署建議不要扣減，我覺得真的要像恩豪說的，這事情要好好討論，當初核定這個案子時，確實是高估預算，執行上變得低估，雖然也有超出部分，我覺得總額部門應該負很大的責任，中全會說宣導不夠，沒有達到真正執行目標，這也是中全會的責任，應該好好檢討，若真的有宣導，會員真的有照做，

是不是覈實申報，否則署長也很頭痛，健保署看中全會這樣也很同情，可是核定過的事情在健保會再來翻案不是很好的案例，我們也不希望之後有這樣的狀況，剛剛西華說得很好，執行內容是不是今年年底就確定，應該要通盤討論，請大家多瞭解、多體諒中醫的辛苦與困難。

盧主任委員瑞芬：請周慶明委員。

周委員慶明：感謝署長剛剛的發言，我們認為非常有道理，高估就要扣除、低估就要填補，我們有提 1 項是「西醫基層總額提升國人視力照護品質」，這項連續 2 年編列的都不足，111 年編列 1.2 億元，實際使用 1.7 億元，超出大概 5 千萬元，112 年超出來更多，超出 1.9 億元，這個數字越差越大，我希望如果 114 年這項要繼續編列，能不能把額度再靠近一點，不然差距越來越大，對西醫基層總額的影響會蠻大的。

盧主任委員瑞芬：請吳榮達委員。

吳委員榮達：嘆氣，3 點意見。第 1 點，健保署現在已經開始不用健保會的意見，好像報告案是多說無益，我本來不想講話就是因為這樣。

第 2 點，我們非常可以理解中全會永兆兄的為難，碰到疫情，然後點值下降，現在又要面臨扣減，雙重打擊，我們非常能理解永兆兄的壓力。但是就像林文德委員所講的，我們真的要考慮到整個制度面的公平性及遊戲規則，我們把公平性跟遊戲規則都打破以後，大家都比照辦理，沒有遊戲規則，健保署就是講好，就可以通通喬，健保會等於武功全廢，這個是要考量的。

扣不扣減由付費者委員決定，公正人士只是提出想法。若這一次尊重健保署的意見，就像林恩豪委員所講，健保署要保證下不為例，不然大家以後都比照辦理，反正衡量，點值不夠就補點值，做不夠的部分，就喬來喬去，也不用扣減，我覺得這對健保會來說是整個武功全廢。

盧主任委員瑞芬：謝謝委員非常寶貴的意見，幕僚也做非常多的功課，本案是報告案，我的決定是這樣。

第 1 點，請健保署確實依照 112 年度總額核決定事項辦理扣款事宜，本案提報的資料跟委員意見送請衛福部參考。如果健保署不依核決定事項辦理，應該要依照行政程序報請原核定機關，即衛福部同意決定修正的事項。

第 2 點，剛才委員提到很多落實的部分，再次拜託健保署，為落實總額順利執行，請健保署務必本於保險人的權責，定期監控各部門總額各個核決定事項的執行情形，包括預算，即時檢討，妥為管理，並至本會做報告，到底為什麼量會增加那麼多。

第 3 點，剛才委員所提意見請健保署研參，其餘洽悉。現在是下午 1 點 53 分，已經不可能進行後面 2 個報告案，這 2 個報告案都很重要，也是各位關心的議題，移到下個月會議報告。請林文德委員。

林委員文德：若今天要用超支的部分補沒有執行的部分，是不是可以請健保署補充說明超支的合理性，如果是不合理去補，就沒什麼意思，超支可能是當初預算估計不準確，應該要說明超出部分的合理性。

盧主任委員瑞芬：林委員的意見請健保署納入，基本上這案子我們都已經提供意見，若你們仍決定不核減，就報部，也知會我們一聲，也請務必提供委員想知道的訊息，請問有沒有臨時動議？請滕西華委員。

滕委員西華：我要提一個程序提案的問題，一開始來不及提。這個案子是總額協商時，付費者跟醫療提供者共同同意協議的事項，不是沒有共識，如果違反當時的協定事項，不是應該要提討論案嗎？過去如果協議同意事項和後來的執行內容不符合，應該要重新討論，看我們同意不同意調整，我有一點疑問，為什麼今天的案子變成報告案，因為約束力完全不一樣，不知道其他委員有沒有疑問？

林委員文德：同意，應該要討論。

盧主任委員瑞芬：我們請執秘說明。

周執行秘書淑婉：因為我們 suppose 這次是要跟我們報告說要扣多少

錢，沒有預期到他跟我們說不要扣錢，不要扣錢這件事應該要討論，因為我們是報告應該要扣多少錢，委員也可以看看後續怎麼處理比較合理。

盧主任委員瑞芬：的確，委員如果決定……

韓委員幸紋：那就下個月討論。

盧主任委員瑞芬：所以委員是提議下個月再討論這個案子？

劉委員淑瓊：對，下個月再進入討論案。

盧主任委員瑞芬：既然委員覺得這個案子的本質應該是屬於討論案，這原本就是總額協商的內容，那我們就決定這個案子下個月以討論案的方式進行。

周執行秘書淑婉：不是扣減多少錢，而是不扣減的討論案？主題是不相同的，或者是協定內容的修正，把未執行部分的扣減協定項目做修正。我們在協商原則中有寫到，衛福部核決定之後，已經成為政策決定的事項，我們沒有權利更動，如果委員有不同意見，我們會依照會議規範提案討論之後，達成共識，我們向衛福部提出建議，是不是我們下次委員會議就依照這個原則來做處理。

盧主任委員瑞芬：這是不是委員剛剛提的意見？如果是，我們就這麼做，就是針對協定的事項。

周執行秘書淑婉：所以是由健保署提案嗎？看委員的決定是怎樣？

滕委員西華：應該是誰要改變誰提案。

盧主任委員瑞芬：因為是改變協定事項，健保署說他們不是執行單位，所以沒有要改變，請問是中醫嗎？

劉委員淑瓊：改變協定事項是中醫要提，健保署提意見給委員參考。

盧主任委員瑞芬：現在是中醫要改變協定事項，就是中醫部門要提案。中醫部分，委員對於你們的理由還有很多意見，所以就請中醫提，因為要改協定事項，本來依照協定事項是要扣錢，你們現在想改協定事項，就請你們提案，請健保署給意見。今天會議到此結束，謝謝！

劉委員淑瓊會後書面意見：關於新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告案，簡報中的監測資料期間，大多為 109 年度至 112 年度下半年，敬請提供 108 年度資料，以利釐清疫情前後發生影響。