

衛生福利部全民健康保險會  
第6屆113年第3次委員會議事錄

中華民國113年4月24日



衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第3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4月24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、張委員清田、陳委員石池(台灣醫院協會邱監事會主席冠明代理)、陳委員杰(中華民國全國總工會溫理事長國銘代理)、陳委員相國、陳委員節如、陳委員鴻文、游委員宏生、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、謝委員佳宜、韓委員幸紋

請假委員：黃委員小娟

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、邱組長臻麗、  
陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第7頁)

貳、議程確認：(詳附錄第7~8頁)

決定：

一、同意臨時提案「有關112年度西醫基層總額未執行預算，建議不予扣減案」納入本次委員會議議程，安排於原有議案完成後討論。

二、餘照議程確認。

參、確認上次(第2次)委員會議紀錄：(詳附錄第8頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第9~22頁)

決定：

一、上次(第2次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤共3項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共2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，擬解除追蹤共3項，同意解除追蹤。

三、本會依全民健康保險法辦理公民參與活動，預定於本(113)年7月分別在北、中、南地區召開以「如何提升醫事服務提供者/民眾端在醫療資源使用之效率」、「家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向」為議題之願景工作坊，敬請委員協助轉請所屬會員團體派員參加。另委員有建議之代表團體，亦請一併邀請。

四、各總額部門112年度執行成果發表暨評核會議，因場地因素，改期於7月16、17日在原訂地點(衛生福利部大禮堂)舉行，請中央健康保險署及四總額部門配合時程辦理，並敬請委員踴躍參加。

五、113年6月份委員會議，配合114年度總額行政作業，由工作計畫原訂6月26日提前至6月19日召開，敬請委員預留時間與會。

六、餘洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第23~55頁)

第一案

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、本次提請確認之醫院總額4項新增項目<sup>(註)</sup>，委員所提意見，提供中央健康保險署修正及衛生福利部核定參考，並請於核定後副知本會。
- 二、另有關提升醫院兒童急重症照護量能，尚涉及醫事人力政策之檢討改善，委員所提相關意見送請衛生福利部(醫事司)參考。

註：1.提升醫院兒童急重症照護量能。

2.區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作。

3.區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作。

4.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫。

## 第二案

提案人：滕委員西華、吳委員榮達、林委員文德、王委員惠玄、田委員士金、林委員恩豪、林委員淑珍、花委員錦忠、侯委員俊良、張委員清田、陳委員節如、游委員宏生、楊委員芸蘋、劉委員淑瓊、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、李委員永振、陳委員鴻文、楊委員玉琦、董委員正宗、劉委員守仁

代表類別：公正人士及專家學者、被保險人代表、雇主代表

案由：針對健保署預告修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目草案，關於《第二部/第二章/第一節檢查，第二十五項次世代基因定序 Next Generation Sequencing (30301B-30305B)》支付規範(6)「基因檢測結果須由病人簽署同意書並於申報後一個月內依指定格式上傳至健保署或其指定資料庫，

未上傳者本項不予支付」案，不符合健保法等法規，應予修正，提請討論。

決議：本案係屬法規之研究建議，委員所提意見，送請衛生福利部及中央健康保險署參考。

## 陸、報告事項(詳附錄第56~82頁)

### 第一案

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。

決定：

一、本案洽悉。

二、委員所提意見請中央健康保險署研參，並請於113年第9次委員會議(113.10.23)提報新制部分負擔全年成效檢討報告時，併同回應委員意見及說明改善行為，以利評估執行成效。

### 第二案

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。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

### 第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：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，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

### 第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：112年度全民健康保險基金附屬單位決算及114年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案，請鑒察。

決定：

- 一、本案不予備查。委員所提意見，請中央健康保險署研參。
- 二、考量全民健康保險基金附屬單位決算案自107年至今，已連續7年本會均不予備查，為落實監理健保財務之職責，請以本會名義將委員意見函送審計部回應，並於審定本決算案時參酌。

### 第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：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，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。
- 二、委員所提意見，有關監理指標增修部分，納入本會未來研修參考，至於監理執行成效改善策略之建議，請中央健康保險署研參。

### 第六案

報告單位：中央健康保險署

案由：113年3月份全民健康保險業務執行報告(併「113年2月份全民健康保險業務執行報告」)，請鑒察。

決定：本案洽悉。請委員以書面意見方式提出後，再轉請中央健康保險署回復說明。

柒、臨時提案(詳附錄第83~89頁)

提案人：周委員慶明、陳委員相國

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：有關112年度西醫基層總額未執行預算，建議不予扣減案。

決議：本案經討論後，未有共識，請中央健康保險署依總額決定事項辦理扣減事宜。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午1時50分。

# 第6屆113年第3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 2 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！現在會議時間已到，委員出席人數已經過半、達到法定開會的人數，所以可以開始今天會議，先請主席致詞。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝各位今天大雨滂沱還準時出席會議，今天議案蠻多的，報告案也很多，發言時還是會請各位儘量在 3 分鐘內結束，就開始今天的會議。

**同仁宣讀(議程確認)**

**周執行秘書淑婉：**主席、各位委員，今天議程安排，討論事項有二案，第一案是 113 年度總額核決定事項續提本會確認案，這次提的是醫院總額 4 個新增項目，第二案是滕西華委員等 21 位委員共同提案，有關於健保署預告修正醫療服務項目支付標準涉及次世代基因定序項目支付規範部分。

報告事項部分有六案，第一案與第二案是上次會議保留，其中第一案有關於部分負擔的部分，健保署有更新報告內容，在黃色頁面的補充資料裡面；第三案的部分，是財報公開，這是依照上次會議決議延到這次會議做報告，第四~六案都是依照年度工作計畫安排。

另外有 1 項臨時提案，請委員參閱補充資料第 1 頁，臨時提案的部分是周慶明委員與陳相國委員，在上星期五 4 月 19 日提出有關於 112 年度西醫基層總額未執行預算建議不予扣減案，這部分在補充資料第 2~6 頁，幕僚也做了研析說明。有關臨時提案的處理說明，基本上依照本會會議規範的第 3 點第 2 項第 2 款規定，臨時提案以當次會議亟待解決的緊急事件，或具時效性的事項，而且需要與本會的法定任務有關者為限，並應有出席委員附議或是連署始可成立，若不符合要件，主席得決定提下次會議討論。

這個案子是否屬亟待解決的緊急事件或具時效性案件，依照規定要先建請主席徵詢出席委員附議與否才能成案，再討論它的急迫性，以決定在這次或下次的委員會議做討論，如果決定在這次委員會議做討論的話，建議安排在所有議案完成之後再來做討論，以上。

**盧主任委員瑞芬：**請問有沒有委員附議這個臨時提案？(委員：附議。)如果附議的話就列入今天議程，但是會放到最後一個案子，因為今天的案子還要先走完，我會儘量做好時間控制，讓臨時提案可以在最後討論，如果沒有其他意見我們就繼續下個議程。

**同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)**

**盧主任委員瑞芬：**請問委員對上次會議紀錄有沒有意見？如果沒有的話就確認會議紀錄。

## 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，本會的重要業務報告：項次一，本會依照上次委員會議決議(定)事項辦理情形：(一)上次討論事項第一案的決議是要辦理年度總額成果評核的相關作業：1.已經依照決議修正評核作業方式，也在4月9日發函給健保署與各總額部門的受託團體，配合時程提供評核的報告與簡報資料，報告最晚6月14日要完成提報，簡報在7月1日前要提供。依照決議也請各總額部門、健保署要加強說明111年評核委員的評論意見與期許的回應，還有執行檢討與具體改善作為等。

2.依照評核作業方式辦理評核委員的籌組作業，基本上我們已經在4月11日以電子郵件寄送給各位委員進行票選，現在正依照票選結果辦理評核委員的邀請事宜，在補充資料第7頁裡面，特別要跟各位委員報告，原定7月15、16日的評核會議，因為場地因素要延後一天，改到7月16、17日召開會議，請健保署與各總額部門配合時程辦理，本會將正式函知大家更動時程，也建請委員到時候踴躍參加。

(二)依照報告事項第一案的決定，我們已經把衛福部要求本會要針對111、112年各部門總額核(決)定事項有關預算扣減與效益評估執行結果的部分配合函復，並把委員發言實錄一併附上，副本也抄送給健保署，請其依照衛福部公布的總額核(決)定事項與委員會議決定事項辦理扣款事宜，相關資料在會議資料第165、166頁附錄二。

(三)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項，一共有5案，依照辦理情形擬解除追蹤有3案，繼續追蹤2案，但是最後還是依照委員會議決議辦理。其中在會議資料第37頁附表一的部分，委員可看到擬解除追蹤的3項裡面，第1項主要是上次本會重要業務報告委員所提意見，健保署的回復在會議資料第40頁；第2項是健保署業務執行季報告委員所提的意見，健保署的回復在會議資料第

41~46 頁；第 3 項是委員請健保署提供 105~112 年政府應負擔健保總經費 36%的計算過程與結果，在會議資料第 47 頁，這 3 項健保署都有回復完成，所以建議解除追蹤。

至於個別委員的關切事項含書面的意見，健保署的回復在會議資料第 167~177 頁附錄三，請關切的委員再審閱。

項次二，歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬建議解除追蹤者有 3 項，如會議資料第 39 頁附表二，最後還是依照委員會議決定辦理。其中項次一及二，分別是 111 與 112 年扣減情形及節流效益要提到本會報告，這在上次委員會議已經提報完成了。項次三，是 113 年度 4 總額部門的風險調整移撥款執行方式要送本會備查，4 個總額部門都已經陸續送本會備查，已經完成了，所以解除追蹤。

項次三，依本會本年第 1 次委員會議決議(定)事項，決定請本會研修「『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」部分，本會在 2 月 15 日請健保署以保險人的經驗提供修正建議，健保署有回復建議可以暫緩研修，這部分意見會納入研修參考。

項次四，是健保署在本年 4 月 2 日將 113 年醫院總額風險調整移撥款 6 億元的執行方式函送本會備查案，這剛剛有提到，請委員參閱。在此也幫醫院總額廣告一下，他們將於明天辦理醫院總額部門發表 112 年風險移撥款成果發表會，委員如果有空可以去參加。

項次五，為落實健保法規定，發揮本會民意溝通平台的角色，本會持續辦理公民參與活動，今年委託臺北市立大學於 7 月份在北、中、南地區各辦理 2 場的公民參與活動，議題包括：「如何提升醫事服務提供者/民眾端在醫療資源使用之效率」、「家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向」。5 月中旬前將會函請所有付費者委員、醫事服務提供者委員所屬會員團體派員參加，敬請委員協助推派代表，因為希望委員團體能夠有擴大參與的機會。

項次六，是有關於中全會在 4 月 10、11 日，在高雄及屏東辦理「113 年度全民健康保險中醫門診總額專案計畫實地訪視活動」，委員計有 19 位參加。牙醫部門、西醫基層部門及藥全會也將辦理相關活動，稍後工商服務時間將做說明及邀請各位委員參加。

項次七，關於下一次委員會議安排的專案報告主題是「家庭醫師整合性照護計畫之專案報告」，還有「強化住院護理照護量能之專案報告」，委員若有特別意見要請健保署補充回應或說明，請最晚於 4 月 29 日前向本會提出。

項次八，是上次委員會議本會擇定 112 年度執行成果評核之作業方式作為會訊報導主題，已置於本會網頁，敬請委員轉知所屬團體之會員參閱。

項次九，是衛福部及健保署在今年 3、4 月份發布及副知本會的相關資訊，詳細內容都在健保署的全球資訊網，本會也在 4 月 17 日寄至各委員的電子信箱，摘錄部分請委員參閱，以上。

**盧主任委員瑞芬：**請問委員針對本會重要業務有沒有意見？請李永振委員。

**李委員永振：**主席、各位委員大家早，我有 2 點請教，第 1 點在會議資料第 47 頁，有關歷年政府應該負擔健保總經費法定下限 36% 不足數計算說明，首先要感謝健保署提供歷年政府負擔金額的說明，請各位參閱表中的數字，表中第 2 列的「應提列或增列安全準備」的數值，這是目前最主要爭議點，可以看到 106~110 年度都是代入負的數值，之前會議中也提到好幾次，去年 11 月份委員會議提到的政府負擔短計約 1,246 億元，就是從這邊來的。

除了這項之外，在這表中還有另外 2 項，健保署是不是可以詳細說明一下？第 1 項就是說明二，保險給付支出為何含業務費用以及業務外費用？是不是擴大解釋法令？因為保險給付以前是很明確，就是看病的時候給多少，怎麼還另外加這 2 項？這 2 項大概會使政府對 36% 增加負擔增加 1.5 億元，但是我們要的是真理，讓政府多負擔我們也不忍啦，保險給付以前很明確，現在又多了一個東西出

來，在報告事項第四案裡可以看得到，業務及業務外費用合計大概是 4 億多元。

第 2 項是說明四，表的第 3 列「其他法定收入」，說明這數字是依健保法第 17 條規定，利用反推的方式定義出來的，各位可以參閱健保法第 17 條內容是保險經費扣掉其他法定收入之後，由三方來負責，三方是保險對象、投保單位還有政府，但是我的疑問是，既是法定收入，應該要先有法源，算出來之後才帶到第 17 條裡面去尋找三方應該負責多少金額，這樣才是正辦，那為什麼反推呢？

反推裡面，我舉一個例子，這會影響政府負擔的金額，譬如說 112 年度其他法定收入有 378 億元，各位看到這是歷年特別高的數值，為什麼？因為政府特別挹注 240 億元，扣掉 240 億元剩下 130 億元，130 億元就跟前面幾年數值差不多，但是政府特別挹注 240 億元跟今年的 2 百億元，是屬於法定收入嗎？如果是法定，可以落款那 OK 喔，這樣做以後政府每年要特別挹注至少 2 百億元以上，但是當時講的是 2 年不要調漲保費才特別給的，這列進來扣掉，政府又少負擔 86 億元，這就是另外一個爭議。如剛才執秘報告，現在健保基金收支保管及運用辦法要修訂，修訂之後是不是可以這樣做，還是有疑義。

第 2 點，會議資料第 39 頁，歷次委員會議繼續列管追蹤事項的項次一及項次二要解除追蹤，解除追蹤我沒有意見，因為事實上上次委員會議健保署有提出報告。不過我比較在意的是，項次一的決議裡有 1 項關於提出節流效益並納入總額預算財源，這部分好像還沒有看到下文，社保司好像有在研擬、會再提出來，在 4 月 2 日社保司召開的「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍擬訂方向會議」並沒有聽到，當然那次會議也沒有談到這個部分。當時的決議應該不是只有扣掉未執行金額而已。我一直強調 111 年抑制資源不當耗用的節省有 36.8 億元，要一併考量才對，所以項次一和項次二解除追蹤沒問題，但是節流效益納入總額預算財源的部分還

沒解決，要放在哪裡繼續追蹤，應該要有個著落，才算落實追蹤事項，以上謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請朱益宏委員。

**朱委員益宏：**我 2 點意見，第 1 點我先針對李永振委員提到會議資料第 39 頁，我一直認為如果有節流的部分，要研擬實質扣連節流效益，這部分我表示反對，因為當你金額不夠時，並未有多餘總額挹注，然後號稱有節流時，到底有沒有節流不知道，但號稱有節流就要扣減，我表示反對。如果健保署要研議的話，應該把相關意見全部都要列入研議的可能性，而不是只有聽到某些委員講有節流效益時要扣減總額，就研議相關扣減總額的方案，我要先聲明。

第 2 個，會議資料第 28 頁，健保會委託陳副教授永仁辦理公民參與的活動，我有個建議在通知這部分，像我本身是醫院協會的代表，醫院協會實際上分成醫學中心協會、區域醫院協會、社區醫院協會，我們各有自己的會員團體，是不太一樣的，在辦理活動的通知，是不是通知到 3 個層級醫院的協會，再加上醫院協會，總共 4 個協會，以上謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**有關邀請團體的建議我們會納入，接著請滕西華委員。

**滕委員西華：**主席、各位委員大家早，請參閱會議資料第 41 頁，擬解除追蹤項次二的部分，非常謝謝健保署對我上次的會議提出的疑問做說明，大法官釋憲及函釋內容我們都清楚，西藥當然由西醫師處方，所以我的問題是，中草藥的萃取已經是全球各大藥廠的研發重要工作之一，越來越多以西藥為名，但其實是中草藥萃取合成的藥品，當然中草藥中醫師專業是不在話下，我提出這個疑問是，到底我國的中草藥包含萃取之後應該要如何發展，以及中藥要不要堅持日劑藥費而不是採論品項、論劑量計費。

不然今年總額協商，因為中草藥成本關係，中醫部門建議明年要再加錢。我們知道簡表慢慢要廢除了，健保署應該要往後看，不是只有說中醫師不得處方，我如果是藥廠，我一定不去申請中草藥，

因為第 1 個便宜，我用西藥申請價錢會翻非常多倍，病人數也差很多，這樣的說法其實之前我們就知道，但是有點可惜。如果是相同的處方，中醫師用「糖尿病足傷口潰瘍」藥品，更便宜且治療效果更好，如果有這個限制，那這個藥具有什麼前瞻性呢？其實也沒有。

第 2 個，是會議資料第 42、43 頁的回答，我其實覺得健保署這次回答很不錯，但是我好奇是說，在 TFDA<sup>(註 1)</sup>申請新藥查驗同步向健保署建議納入給付的這 4 件藥品，以及暫行性支付的 7 項新藥及 2 項擴增給付範圍，重點不在於 HTA<sup>(註 2)</sup>做了什麼，而是在於有諮詢那些病友團體意見，以及用那些方式諮詢，這是會議資料第 41、42 頁提出的意見，我請教 4 件平行審查及 9 件暫行性支付，有哪些是病友團體有給意見，或是有邀請特定團體，如果平台放在那邊，但很多病友團體都不知道可以去那邊提供意見，這是我的重點，署回答的內容很好，但是沒有針對我好奇的事情回答，可不可以請再補充。

最後會議資料第 45 頁，是我雞婆，李永振委員的會後書面意見提到陸配入籍及其父母納保，如果我的理解沒有錯，因為我對於健保署對法規說明的看法不太一樣。不知道是不是我理解錯誤，健保法第 9 條是持有居留證且居住滿 6 個月就可以投保，這邊說明寫的是陸配之父母必須經內政部移民署核准定居，並設戶籍取得身分證，這是很不一樣的規定，依規定要納保我沒有意見，我認為本來就應該依法納保，不管他們繳多少保費，我們都應該讓他們使用，我對於健保法納保資格的理解與健保署說明好像不太一樣，這邊說明是要取得身分證，而根據健保法第 9 條規定是取得居留證且居住滿 6 個月就可以，可不可以說明一下為甚麼不一樣，還是我理解錯了？謝謝。

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

註 2：HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)

**盧主任委員瑞芬：請李永振委員第 2 次發言。**

**李委員永振：**李永振第 2 次發言，因為前面 2 位委員都有提到我，我不講話好像怪怪的。首先我要感謝滕西華委員，因為時間關係我就沒有提這個回應，這個回應坦白說我不滿意，文不對題，我問得跟答得好像對不起來，也不能用連連看這樣去看。

因為這一次在業務執行報告中有 2 張港澳人士、外籍人士的保險費暨醫療使用統計表，這是比較粗略的統計，我對表裡面的內容有疑問，不管是外籍或者是港澳的人士，在第三類被保險人，外籍人士有 29 人，但是眷屬有 1,531 人，這是什麼家庭啊？因為第三類被保險人是指個人不是團體，我們健保法的規定啊，那如果外籍人士 29 人，眷屬有 1,531 人，這樣一個家庭有 50 幾個人嗎？我不曉得，我可能誤解。港澳人士在第三類被保險人有 20 人，眷屬是 1,600 多人，這更多，一個家庭 80 幾個人，這是不是可以等一下說明一下？

第 2 點，因為我每次講到節流，朱益宏委員一定會反對，我已經習慣了，但為什麼我要講話？因為朱益宏委員一直誤解我的意思，我講的節流可能太簡略了，意思是說你這議題到底要怎麼處理，不要講功績的時候就說有節省多少，最後要回應到總額基期就不見了，因為這好像在第 1 次委員會議，抑制資源不當耗用改善方案實施目的就講得很清楚喔，要把那個方案所擲節醫療費用回歸到總額裡面，這是有憑據的，所以如果講嚴重一點，目前主責單位也沒有依規定，這樣又講到健保署了，因為健保署 111 年所節省 36 億元也沒有照你自己列的規定去做啊。至於要怎麼去做，我想要提出來討論，社保司要健保會提，我一直強調健保會要怎麼提，健保會沒有資料嘛，資料應該是在健保署，但主責是社保司，都是衛福部嘛，足球賽開始了嗎，每次談到這個議題都不了了之，談了 5 年以上，是這樣才一直提。如果提出來討論的結果是說不應該扣，那以後相關的規定就把它拿掉了，以後在總額範圍也不用再提了，因為這個都是健保署跟醫界的貢獻，那也讓付費者可以心服口服的吞下去，那以後你要講節流的時候，就用另外一種方式講，不要讓付費

者覺得說你要功勞的時候都有節流，但是到後續又不見了，這樣不好啦，邏輯不通，我補充一下，朱益宏委員以後如果提這個意見的話，不用再不同意，不一定要扣減嘛，看怎麼樣處理比較合理，大家討論有一個共識，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**朱益宏委員第2次發言後，要先請健保署回應了。

**朱委員益宏：**我想總額他有個很大的精神，為什麼分成一般預算跟專款，當然專款就是有指定目的，沒有用完當然就會被扣掉，所謂專款也不會併入基期，這是總額做20幾年的共識。一般預算本來就併入基期，如果一般預算中當初編列10億元，今年只用8億元，特別是藥品會有爭議，假設沒有用完要扣掉，類似這樣的概念的話，大家當然會不服，你明年用20億元，明年用1百億元，錢不夠的時候要不要補呢，我覺得這是對等的。至於所謂的節流，我在會上講過很多次，節流是要看什麼樣的時間點，才能定義所謂的節流，如果你用一個人整個生命週期來看，事實上是不會節流，這是國際paper都有講，針對某個新醫療措施真的有節省醫療費用，還是未來3、5、10年會支出更多醫療費用，是沒有定論的。如果要處理節流這個議題，大家就要有共識，所謂節流的定義要講清楚，而不是字面上看到使用這個藥品之後節省住院費用及天數、節省手術費用，然後這就叫做節流，如果單純這樣定義節流，當然會有不同意見，所以我才說如果在討論節流這個議題之前，健保署要報告的話，就應該要先把節流定義先講清楚。

第2個，有關總額精神這件事，總額的遊戲規則到底是如何，大家也要講清楚，這或許跟社保司有關，要講清楚，如果是在一般服務預算的話，大家要把遊戲規則講清楚，如果真有節流效益要扣減基期，那年度總額編列不足是不是就要增加總額的一般預算。我覺得這是相對的，這些都要講清楚後，才真正進入實質計算，而不是一開始告訴我們某個項目節流多少錢，然後要怎麼樣，但是後續定義都沒有談清楚，我覺得會增加大家的困擾跟爭議，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**我想節流這部分 2 位委員都提出了一些意見，那我們總額每年要進入協商之前，那個基期是社保司決定的，所以這部分是不是請社保司稍微回應一下，2 位委員對於節流的疑問，他們只要求釐清定義與確定遊戲規則。

**劉委員玉娟：**在定基期的時候並沒有特別提到與節流的關係，應該說在基期裡會有 3 個項目要去做校正，第 1 個，就是人口成長率跟過去實際跟預估的校正人口差值，這個資料我們會跟健保署要，第 2 個，當然還有包括之前提到的違規扣款，那也會在基期做校正，第 3 個，也就是這 1、2 年比較有在討論到，對於有一些沒有用完的，是不是等同節流下來的，或是也許是剛推動新計畫，這部分上次 4 月 2 日好像也有委員在會上有提到基期的計算方式，那除了這個基期扣款以外，當然後面也提到說如果沒有用完，包括署方這邊做第 4 季的結算是不是也要扣等等，他們有好幾個機制都有在做扣款動作，那最後沒有用完的部分，我們目前在研議中，對於剛開始的新計畫，像過去牙醫也曾經討論過，有的就有扣，有的完全沒有扣，是因為才第 1 年，先做這樣的說明。

**盧主任委員瑞芬：**好，還有剛才委員的提問部分，是不是請健保署回應。

**石署長崇良：**主席、各位委員，針對滕西華委員特別關心在中醫師處方含中草藥萃取西藥的處方權問題，我們這個是幫忙解釋，這不是健保署的職責，不過從過去常規上，要看藥品的屬性在申請藥證的時候是屬於中藥或西藥，不會去討論成分是化學合成或是天然成分，所以還是會去看藥證的屬性，如果藥證是屬於西藥，當然就是西醫師處方，如果是屬於中藥的，就由具中醫師資格者處方，原則是這樣。

另外有關 HTA，部分有暫行性支付的藥品在我們納入之前，確實都有請病友團體表示意見，會後把每一案徵詢到的團體名單及病友意見一併提供給委員參考。

另外，李永振委員跟滕西華委員也都關心到陸籍配偶入籍時間，由 6 年縮減為 4 年這個議題對健保的影響，我就法規面部分跟各位說明，現在陸籍配偶加入健保是依據健保法的規定，取得居留證明文件後 6 個月就可以加入健保，與他們入籍與否無關，依照目前規定是陸籍配偶及其未成年子女可以取得居留證明文件，其父母是無法取得居留證明文件，他們只能短期的探親，所以他們不會影響健保，在健保法規定，各國籍的人都是一樣的，但是在陸籍配偶取得入籍身分之後，這在移民署的規定，可以依據臺灣地區與大陸地區人民關係條例，其 70 歲以上之父母可以在臺灣設籍並取得身分證，因為已入籍並且取得臺灣身分證，自然就依照健保法的規定，也就是 6 個月等待期之後就可以加入健保，換言之，如果陸籍配偶的入籍時間從 6 年縮短成 4 年，自然其父母有機會能提早加入健保，這是目前的規定。至於其他國籍配偶取得臺灣身分證後，其父母是無法律依據可加入健保，所以他們還是要根據健保法規定，依照有無在臺工作及雇主來加入健保，在這裡做一個補充說明。

**滕委員西華：**我就是針對法規的說明不一樣，會議資料第 45 頁的倒數 3 行說明，跟會議資料第 46 頁第 3 點的說明是不一樣的，中國籍配偶取得身分證後依移民署規定，其 70 歲的父母可以申請來台依親跟居留，我的意思是只要透過移民署跟陸委會核准之後，居留滿 6 個月以上取得居留證明，依照健保法第 9 條，他依親取得居留證明且居住滿 6 個月，依據健保法第 9 條他應該就可以加入健保。

**石署長崇良：**沒有，沒有，居留證明，陸籍是寫在健保法施行細則裡，不包含其父母，只有配偶及其未成年子女，沒有父母這條的居留證明，其他人都要按照健保法規定，如果他是受雇立即加入，其餘的就是要取得身分證，然後 6 個月，國籍啦，就是要有國籍。

**滕委員西華：**沒有，我認為這個違反法律授權。

**盧主任委員瑞芬：**李永振委員針對會議資料第 47 頁的表格一些定義的提問，是不是說明一下？因為 36% 已經追很久，他對於這個表呈現的計算方式有些疑義，他剛才是說保險給付支出含業務費用以及

業務外費用，還有政府補助金額是不是應該列入其他法定收入的部分，就剛才李永振委員的提問，針對定義請再說明一下。

**張副組長菊枝：**回應李永振委員提問，會議資料第 47 頁我們在講保險給付支出，就是說明二，保險給付支出包含業務費用就是指提升醫療品質的款項，業務外費用是未兌現支票的重開票，那部分大概是 2 百多萬元，再來就是說明四，其他法定收入含 240 億元的部分，這是依照健保法第 17 條規定，保險經費扣除其他法定收入後，是由中央政府、投保單位及保險對象分擔，依照此法律規定我們認為把保險費收入扣掉以後，其他法定收入都是放在這裡面，所以這也會包含滯納金、菸品健康福利捐分配收入、公益彩券盈餘分配收入及其他投資淨收益等，以上說明。

**盧主任委員瑞芬：**好，謝謝。李永振委員抱歉，我們時間已經超過很多，蔡麗娟委員是最後 1 個發言。

**李委員永振：**不是，我要的是說你法源在哪裡，第 17 條根本不通，要有法源才有收入嘛，你現在用反推，夯不啷噹都納進來，那你扣掉太多啦，所以我才舉那個去年 240 億元，沒有法定嘛，主計總處還沒有來，如果那是法定每年至少撥 240 億元以上，我沒有話講，我可以接受。

**盧主任委員瑞芬：**好，針對李永振委員的意見，因為委員對於法條的解讀，不同意這樣的計算方式，如果健保署還有更進一步的資訊，是不是請健保署同仁再跟李永振委員溝通一下。

**李委員永振：**保險給付支出的內含費用，我也不同意，保險給付就是保險給付，哪有什麼業務費用以及業務外費用？這就很清楚嘛！

**盧主任委員瑞芬：**李永振委員的發言，我們都列在發言實錄中，他不同意健保署在這部分的列定。蔡麗娟委員，最後 1 位發言。

**蔡委員麗娟：**謝謝主席，我要講的是因為滕西華委員在會議資料第 42 頁提出關於病友團體意見徵詢，的確健保署在 2015 年開始有新藥新科技的病友意見分享平台，對於重大疾病的用藥在平台上面蒐

集病友意見，當然這個平台幾年來也有修正，讓病友在填寫時更能夠聚焦。

但我有一點意見，就是說在藥品共擬會議開會時，的確會把病友意見呈現在會議討論資料，但是病友團體目前在共擬會議的參與還是列席，也就是說在會議討論過程當中，如果要發言，要經過主席的許可，但是我們也知道這幾屆的主席，對於病友團體非常友善，只要按燈要發言，主席都會讓病友團體發言，但是我想要提的就是說，其實在整個醫療體系裡面，病友團體的參與是國際趨勢，也是會議的必要成員。我們看到很多國家不管是審議會議，或者是收載流程過程，病友團體都是其中必要的席次，既然健保署從 2019 年開始已經在共擬會議邀請 2 席病友團體作為列席，到現在 2024 年已經有 5 年時間，我想病友團體也非常努力，每次參加會議以前都會請專家就會議資料進行導讀，從第 1 頁到最後 1 頁，有時候開 2 小時以上的導讀會議，因為要參加會議，所以病友團體在會前也需要充實關於醫藥方面的知能。

在國外，因為病友團體是必要的席次，所以他們會有培訓的計畫，也就是說病友團體要會看 HTA 報告，同時對收載流程跟決策過程都要有充分了解，我想 5 年以來，病友團體在很多的場合都會辦理 empowerment 的相關課程，自己要賦能、要增能，所以未來在共擬會議，我們應該要讓病友團體有正式席次的機會，我要在這裡跟健保署請命，同時在很多國際評比當中，我們常常會被要求填寫問卷，就會問病友團體在過程當中有無實質參與，我想這都是我們可以共同努力的。

**盧主任委員瑞芬：**蔡麗娟委員的意見請健保署列入參考，最後 1 位請詹永兆委員，我們要進行下個議案了。

**詹委員永兆：**主席、各位委員大家早，呼應剛剛朱益宏委員跟劉玉娟司長講的，對於新的專案萬一執行不如預期，請委員從寬認定，尤其像是有些使用過量，過量了能不能補的問題，某些項目的使用量

過多，但是我們也不能拒絕病人，這時候希望大家能一起統合計算，尤其剛執行基期方面更不應該核扣，以上。

**盧主任委員瑞芬：**剛才社保司提到基期的部分，委員一直都非常關心基期的計算，因為現在資料還沒有到齊，有些去年扣減的部分，我們都還沒有討論，所以進入協商之前，麻煩社保司在資料上面詳細告訴委員基期怎麼計算，這個委員們都很關心。

針對重要業務報告部分，決定如下：

第 1 點，上次(第 2 次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形，擬解除追蹤共 3 項，同意解除追蹤；擬繼續追蹤共 2 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 3 項，同意解除追蹤。

第 3 點，本會依健保法辦理公民參與活動，預定本年 7 月分別在北、中、南地區召開以「如何提升醫事服務提供者/民眾端在醫療資源使用之效率」、「家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向」為議題之願景工作坊，敬請委員協助轉請所屬會員團體派員參加。如果我們的名單不夠完整，請委員提供名單，我們會一律邀請參與。

第 4 點，我們原定今年 7 月要召開的評核會議，因場地因素目前會改期在 7 月 16、17 日 2 天在衛福部大禮堂舉行，請健保署及四總額部門配合時程辦理，並敬請委員踴躍參加。餘洽悉，我們進行下一案。

本案於報告事項第二案接續討論並新增決議(詳第 61 頁)

**韓委員幸紋會後書面意見：**會議資料第 40 頁，其實上次所提意見的本意，是希望你们們在財務報告中新增一欄，就是提供需公開財報的院所，當年度收取了多少掛號費，這樣可以看掛號費收入占醫療收

入的占比是多少，可以看提高掛號費對財務影響的程度。但是從健保署的回復，健保署有公布掛號費資訊，但是只是公布了每家醫院掛號費收取多少金額這個資訊，這樣跟我原本的意見有點出入，但是提供這個資訊，對於民眾還是很有幫助的，只是仍舊無法分析掛號費收入對醫院財務的影響，後續也無法監控。

參、討論事項第一案「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

**陳專門委員依婕：**主席、各位委員大家好，健保署醫務管理組陳依婕為各位報告本案，首先請看到會議資料第 52 頁，第 1 項是「提升醫院兒童急重症照護量能」，這個計畫是編列在醫院總額的一般服務項目，預算為 3.38 億元，決定事項是請本署會同醫院總額相關團體於 113 年度總額公告後提出相關計畫內容。本案已於 3 月 21 日醫療服務共擬會議通過，報告內容如下。

第 1 個是執行內容，第 1 項是調整兒科及新生兒科申報加護病房診察費、病房費跟護理費，可以依照表定點數再加計 20%，然後第 2 項是調升新生兒中重度住院診察費，考慮他是新生兒，所以直接調升支付點數 50%。第 2 個是執行目標及關鍵績效指標，包含兒童加護病房死亡率不高於 112 年同期、兒童加護病房平均住院日數不大於 112 年同期共 2 項。

第 3 個是預期效益的評估指標，指標 1 為兒童加護病房死亡率，分子及分母的定義，請委員參考；指標 2 為兒童加護病房平均住院天數，是以病人該次入住兒科及新生兒科加護病房的住院天數來做計算。統計近年的目標值如會議資料第 53 頁上方的表格，死亡率部分，108~112 年，指標值約介於 2.92~3.4%，考量 109~111 年間受到疫情影響，本項指標波動幅度較大，所以將 108 年及 112 年指標相比較後，以相對表現較佳的指標，也就是 112 年的 3.18% 作為本指標比較基期。另兒童加護病房平均住院日數，依 108~112 年的統計，介於 25.76~25.99 天，為利指標比較的一致性，本署建議以 112 年為本指標的基期。

接著請各位看到會議資料第 55 頁，第 2、3 項計畫分別是「區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作」專款項目，預算分別為 0.81 億元及 1.27 億元，決定事項一樣也是由署會同醫院總額相關團體，

完成擬訂具體實施方案，本案運用方式同樣已經過 3 月 21 日的醫療服務共擬會議報告通過，第 1 個有關收案條件，主動脈剝離跟腦中風訂有相關診斷碼，第 2 個支付方式，其中第 1 項是網絡建置費，單一疾病每分區業務組 1 百萬點，由保險人各分區業務組統籌運用及核發。再來就是資源調度部分，每名個案管理費 3 千點，第 3 個是跨院合作，主動脈剝離部分，如果在 2 小時之內轉出支付 2 萬點，超過 2 小時支付 1 萬點，支付收治醫院 9 萬點。針對自行收治個案的醫院支付 5 萬點。在會議資料第 56 頁上方，針對腦中風部分，轉診病人一樣是依照病人轉出時間區分，1 小時以內支付 2 萬點，超過 1 小時但在 2 小時內，支付 1.5 萬點，超過 2 小時將病人轉出支付 1 萬點，另外收治醫院部分是支付 3.5 萬點，針對自行收治個案的醫院是支付 2.5 萬點。

第 4 個是 24 小時急性缺血性腦中風的整合治療評估費，限腦中風病人在發病後 24 小時內到院，經過術前評估後不適合執行的病人，每個個案支付 3 千點。本案監測指標分為整體及醫院別 2 部分，整體指標部分有總死亡率、總手術死亡率，總失能率，及腦中風病人經整合評估且完成處置率。醫院別指標又分為效率及結果面，效率指標包含急診病人停留時間的達標比率，醫院自行收治或經轉診這 2 類病人時間達標比率，結果面指標就跟整體指標相同。

另外，在會議資料第 57 頁，健保會幕僚提到我們沒有訂定本項指標的基準跟指標值，建議我們蒐集前 3 年各分區之基礎資料，看看目前的基礎值概況，本署是考量到因為各分區的實施年度、實施疾病別不盡相同，訂定的指標值也不盡相同，本署會積極蒐集各分區業務組已經訂定的指標值資料，如果跟本計畫有相同，就會蒐集起來提供各位委員參考。

請委員看到會議資料第 58 頁，第 4 項是有關「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」，其為專款項目，113 年預算是 2.25 億元，決定事項也是請本署會同醫院總額相關團體提出計畫內容，本案運用方式亦已經 3 月 21 日醫療服務共擬會議通過。

第 1 點執行內容，參與醫院須要符合 2 個條件，第 1 個是 108 年或 112 年經過醫院感染管制查核合格，第 2 個是有參與台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)之抗生素抗藥性管理模組(AR)之抗藥性監測通報。

這個計畫設計 2 大類的獎勵，第 1 種獎勵是以醫療院所為單位的獎勵規劃，裡面訂有不同的指標積分，過程面的指標積分裡面訂有 4 小項。第 1 個是醫院設有感染症醫學訓練專任專科醫師人數，第 2 個是管理階層訂有感染管制人員攬才、育才、留才計畫，第 3 個是管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵給予感染管制師或相關醫事人員的百分比，第 4 個就是 THAS 跟 AR 模組參與度指標，以上為過程面的指標。結果面指標包含 4 個，第 1 個是全院重點監測抗藥菌占率的改善成果，訂有 5 種重點監測抗藥菌，會分別計算菌種占率的下降率，第 2 個指標關於重點監測抗藥菌的感染密度，會分別對全院及加護病房進行重點監測。第 3 個指標是會議資料第 59 頁上方的醫療照護相關感染密度，因為這個指標資料蒐集尚不完整，暫不列入今年積分計算，裡面一樣會分為全院跟加護病房。因為提案單上漏植第 4 個指標，用口頭跟各位委員補充，是高度管制性抗微生物製劑管理成果，包含 DDD 的耗用量，就是每日劑量的耗用量，以及 DID 就是住院抗生素耗用量密度。

另外，第 2 種獎勵是高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費，執行醫師必須是感染科專科醫師，照護對象限定為嚴重感染症的住院病人。第 3 個是量表的評估時機，分別是在使用高度管制性的抗微生物製劑之前及使用期間，每週評估限申報 1 次。第 4 個，我們在計畫裡面訂有適用的藥品。

第 2 點支付方式，有 2 種，第 1 個是以醫療院所為對象的獎勵金分配，我們會依照醫院的總病床數給予權重加成，各醫院的獎勵金分配就如下面的公式，給各位委員做參考。在計畫中有規定，獎勵金需要支付一定成數給感染管制師或相關的醫事人員，並請醫院要提供提撥成數給分區業務組備查，每個積分是採浮動點值，以 5 千

點為上限，第 2 個是評估費，支付點數每次 1 千點，評估的給付機制，一樣是規範要有一定成數以上要給感染症專科醫師，並須提供提撥成數給分區業務組備查。

第 3 點有提到計畫預算優先用於評估費，剩餘預算再用於醫療院所為對象的獎勵。第 4 點是關鍵績效指標、執行目標跟預期效益評估指標，訂有 3 項指標，因為在會議資料第 61 頁，健保會幕僚有提供相關意見，所以我直接宣讀我們修改後的目標指標內容。

第 1 個我們會修改為「參與醫院的重點監測抗藥菌占率不高於 112 年」，第 2 個會修改為「參與醫院的重點監測抗藥菌感染密度、加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於過去 3 年平均」，第 3 個是「高度管制性抗微生物製劑 DDD 耗用量或 DID 的結果不高於 112 年」，以上。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，本案包含 4 個子案，報告是以 3 案呈現，因為健保署將區域聯防的 2 個計畫合在一起，我們就逐項來討論，看各位委員對這個部分有沒有意見，第 1 項部分……。

**周執行秘書淑婉：**本會補充說明還沒講。

**盧主任委員瑞芬：**喔，對不起！先請幕僚說明一下研析意見。

**周執行秘書淑婉：**我們 3 個一起講，這樣才快。

**陳組長燕鈴：**我簡要說明一下，因為這 4 項都是屬於醫院總額新增的決定事項，因為這 4 項當時在健保會協商的時候，其實並沒有共識，係依部的核定，這些計畫的內容跟相關的評估指標要提本會確認，所以本會要確認今天健保署提報的內容。

有關於本會研析說明，請看到會議資料第 53 頁，關於提升醫院兒童急重症照護量能的部分，這個部分就健保署提報的執行內容，主要是對於兒科跟新生兒科相關的支付標準去給它加成，這個剛剛健保署已經說的很清楚，就不再說明。有關所訂的執行目標，也等同於是它的關鍵績效指標跟預期效益指標，請參閱會議資料第 54 頁，我們初步來看的話，就是說所訂的目標跟預期效益評估指標內

容相同，都是用兒童加護病房的死亡率跟平均住院日數為指標，因為依照衛福部的核定結果，是要訂定結果面的指標，所以這個是符合指標設定的意旨。目標值是用近 5 年的統計資料，排除那幾年受疫情影響的死亡率，不去考慮的話，選擇比較低的死亡率跟平均住院日數次低的 112 年數值，相對表現比較好的這個數值為基礎尚屬合理。只是整體來看的話，這個方案主要是用調整支付標準的方式來提升兒童急重症照護量能，訂有結果面的監測指標，所以後續是可以評估兒童急重症照護品質，但是所謂的提升量能的部分，還涉及到有關的醫事人力的政策，所以須由主政的單位，就是衛福部的醫事司，建議能夠持續關注醫療服務提供情形，跟提出改善的策略。對於健保署提出的這個計畫內容跟指標是否確認，就請委員討論。

請看到會議資料第 55 頁，是 2 項有關於區域聯防的跨院合作機制的專款項目，剛才健保署已將執行內容報告得很清楚，請看到會議資料第 56 頁本會研析的部分，因為部的核定是要把具體的實施方案跟支付方式，還有品質指標提健保會確認，就計畫執行內容來看的話，它的預算主要用於建置整個分區的照護網路之「網絡建置費」，還有在個案管理上面須要的資源分配跟管理調度的「個案管理費」，以及跨院合作的一些執行費用，是符合這個總額決定事項的區域聯防意旨，我們建議予以尊重。只是在品質監測指標的部分，就這些整體的指標或者是醫院別的指標，目前看起來是只有指標的項目，但是沒有比較的基準或是指標值，所以就算計算出指標結果，也不知道是比以前好還是不好，所以建議能蒐集資料，再設定能夠判定照護結果跟效率是否提升的指標值，健保署剛才報告說會持續蒐集資料，建議在執行一段時間以後，能夠再加以訂定。健保署提出來的內容也是要請委員看看是否確認或怎麼的修改。

接下來請看到會議資料第 58 頁，第 4 項，就是有關於抗微生物製劑感染跟感染管制品質提升的部分，這也是醫院總額專款的 1 個項目計畫，剛才健保署也已經提報了詳細的執行內容。我們再看到

本會研析說明，請參閱會議資料第 60 頁，部也是希望健保署提出的相關計畫內容、績效指標或者是預期效益評估都要提委員會確認，我們看一下健保署訂的計畫內容，其實它的費用主要用於 2 個，一個是嚴重感染住院病人使用高度管制性抗生物製劑的評估費，每件 1 千點，如果預算有剩餘，再用於鼓勵那些對於感染控制在過程面跟結果面有努力的院所，我們認為這樣的實施方式有助於提升感染管制的品質，也是符合總額決定事項的意旨，也建議予以尊重。

有關於關鍵績效指標、執行目標及預期效益評估指標，剛才健保署已經說明，他們會修正指標文字，以呈現整體感染管控投入預算的品質效果。至於第 3 項指標「高度管制性抗微生物製劑感染成果不高於 112 年」，這個文字比較容易產生誤解，因為通常會覺得成果是比較好的，為什麼要不高於 112 年？所以這部分請看看要不要再修正。此外，也希望未來能夠訂定比較具體的目標值。這個部分也要請委員確認計畫內容跟相關的指標，是否同意確認或是做怎麼樣的修改，以上說明。

**盧主任委員瑞芬：**好，謝謝。我們現在就逐項來討論，先討論第 1 項「提升醫院兒童急重症照顧量能」，劉淑瓊委員。

**劉委員淑瓊：**謝謝主席，首先這案子非常重要，不管是兒童權利公約或是現在的人權議題裡面，怎麼去保障兒童的就醫權跟健康權，是非常重要的，我非常認同健保會幕僚在會議資料第 54 頁提到的，就是調支付標準只能治標，最近大家也對於兒科議題很多討論，我們希望不要只是每年都提調支付標準，這是第 1 個。

再來，針對會議資料第 52 頁的預期效益的評估指標，現在列的 2 個指標，分別是兒童加護病房死亡率跟平均住院日數，這 2 項指標乍看好像非常簡單明瞭，但醫改會請教兒童重症跟醫療品質專家，認為這 2 項指標有些問題，很可能會誤導或扭曲。第 1 個是針對兒童加護病房的死亡率，因為現在的數據並沒有呈現加護病房兒童或新生兒加護病房的實際人數，也就是分母，因為總量不高，當

分母不大的時候，分子一增加，比例馬上就會提高，會造成死亡率有很大的波動，在健保署的 5 年趨勢就看到這樣的狀況，要不要歸因於疫情是有待商榷，我們想要請教健保署，用 112 年的數值，這是非疫情期間表現較好的，有沒有實證基礎？會不會衍生後面解讀的問題？我們要不要考慮用區間，然後不是用一個單一的數值？因為事實上，針對死亡率趨勢的監控，現在有 SPC(Statistical Process Control)，叫做統計製程管制，也就是說我們不要再用單一點的數據，而是有 1 個合理的區間波動，這可能對於實務運作會是比較合理的。

第 2 個就是住院天數，很想請教健保署是長好？還是短好？就是日數比較長，到底這是一個正向指標還是負向指標？聽起來健保署是希望住院天數能夠有所控制不要太長，可是這其實跟疾病嚴重度有關，我們也不希望不該住這麼久的住很久，該住很久的又考慮指標把它縮短了，所以我們建議健保署再思考一下，然後也建議要追蹤兒童病人離開加護病房之後的狀況，這樣比較能夠去掌握真正的醫療品質。最後就是區域聯防這方案……。

**盧主任委員瑞芬：**對不起，劉委員我們分項討論比較容易聚焦。

**劉委員淑瓊：**一起說完，區域聯防的方案也有監測的問題，就這句話而已，等一下我就不用再講了，謝謝，我講完了。

**盧主任委員瑞芬：**再來請吳榮達委員。

**吳委員榮達：**我的部分意見跟劉淑瓊委員差不多，我大概有幾點說明，首先，執行內容大概就是點數的加成，執行目標跟效益評估大概是以結果來做評估標準。我們知道加成是希望能夠增加兒科醫師的給付，然後能夠讓醫師，特別是住院醫師，可以投入到兒科，但如果依照結果指標的項目評估，我想很難達到此目的，建議指標的定義或是預期效益評估指標部分，是不是可以把支付標準調整以後的點數，如何回饋於專科醫師、住院醫師，或護理師也好，列為評估項目之一，這是第 1 點建議。

第 2 點也跟剛才劉淑瓊委員所講到的一樣，真的要慎重考量，因為我們知道特別是新生兒 ICU<sup>(註)</sup>的部分，各種病況都有，我也發現重症的也好，或是畸形兒、早產兒也好，現在的趨勢看起來，不曉得有沒有誤解，似乎有增加的趨勢，若將這個列入到住院死亡、病危自動評估標準，或是把該次住院的天數計算，我覺得有時候真的是會失準，是不是署裡面可以考量，就特殊的新生兒案例，特別是在 ICU 的部分，能夠排除在分母範圍之外，因為我覺得這樣對於效益評估，或是預期效益評估的部分，會有失準的地方，提出以上 2 個建議，謝謝。

註：ICU(Intensive Care Unit，加護病房)。

**盧主任委員瑞芬：**接著請李永振委員。

**李委員永振：**主席，本案所涉的四項都是總額新增的項目，但是在協商的時候都沒有達成共識，也就是說付費者都不買啦，現在政府買了卻提到這邊來要我們確認、或者是同意，我個人真的是不曉得從哪裡去著手。因為我不買了，現在你要我同意或確認，我怎麼確認呢？如果依照原來協商付費者就是不買，政府要推給付費者確認不是很奇怪嗎？既然已經提出來了，就嘗試用邏輯來看看他提出來的合不合理，在兒童這個部分，剛才劉淑瓊委員跟吳榮達委員都提到，本方案只看到僅能治標的支付標準調整增加，沒有提升兒童急重症照顧量能的全面檢視及整體改善的策略。而且個人覺得處理方式好像還有很多沒有考慮的細節，譬如加成的成數，沒有考慮原支付標準依照年齡區間，視難易度來做處理，全部加計兩成。另外病房費也加計兩成，所以我在共擬會議也提出請教，好像也沒有得到答覆，病房為什麼要加兩成？跟以前有什麼不一樣？護理費加兩成有道理，因為考量現在的護理人力就是不足，但病房費也要加兩成，我心裡就打了好幾個問號。

另外，兒科對於兒童的定義跟民法<sup>(註 1)</sup>兒童的定義有沒有相同？這是健保署要整體去考量的。兒少法定義未滿 12 歲以下是兒童，12~18 歲是少年，這部分牙醫部門比較清楚，牙醫提供的服務依年

齡區分為 6 歲以下或 12~18 歲。新生兒的定義比較沒問題，是剛出生的小朋友，但兒童到底怎麼去定義的？會議資料第 62 頁支付標準通則六的第(四)項「小兒外科專科醫師診治未滿 19 歲病人之案件得依前述規範加成」，這個就一頭霧水了，剛剛講的兒童定義是怎麼樣？我覺得比較離譜的是，民法規定滿 18 歲為成年，這裡未滿 19 歲病人之案件還是兒童、還要加成，這合理嗎？未來其他部門都需要考量，民法是滿 18 歲為成年喔，那你 18 歲到未滿 19 歲要加成，那 20 歲要不要加成？都是成年啊！依照提案的方式 20 歲是成年，所以未滿 19 歲給予加成，但從嚴謹的角度來看，應該是未滿 18 歲，如果要給的話，這是有爭議的。在共擬會議我有提到過，以前的分級距是 7 歲以後沒有加成，考量 7 歲還懵懂，那到 9 歲小學 3 年級應該懂事了吧，好啦，再退一步照兒少法規的兒童定義 12 歲，這樣是不是會比較好？這是第 1 點。

第 2 點，所訂「執行目標」跟「預期效益之評估指標」相同，是否適當？可能要再斟酌一下。另外剛才 2 位委員也有提到，我覺得本方案在投入 3.38 億元預算後，得到的效益卻維持在 112 年的水準，這 3 點多億元是打水漂嗎？

第 3 點，財務影響評估用近年較低的年平均成長率 0.98% 為基礎來推估，推估結果須增加 3.5 億點<sup>(註 2)</sup>，本方案編列只有 3.38 億元，你預估支出 3.5 億點，將來如果按照計畫執行，說不定還會超出，又要叫點值不夠，這樣去加計兩成，當然怎麼算點值都會不夠，以較低的成長率推估還需要 3.5 億元，比預算多，以後一定點值不夠，除非，應該不會推得不好啦，加錢怎麼會推得不好，這樣醜話講到前面，以後這個就不要再講點值，因為你的估計就有問題，謝謝。

註 1：民法第 12 條「滿十八歲為成年」；兒童及少年福利與權益保障法第 2 條「所稱兒童，指未滿十二歲之人；所稱少年，指十二歲以上未滿十八歲之人」。

註 2：查健保署醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議 113 年第 2 次會議，對本案之財務影響評估(略以)係考量 COVID-19 疫情影響，相關診療項目申報量較低，爰以 112 年醫令申報量及 108~112 年年平均成長率 0.98% 推估，113 年全年約增加財務支出 3.5 億點。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請滕西華委員。

滕委員西華：謝謝，我有部分的意見前面幾位委員都有提到，我覺得這方案用意很好，但從支付內容看起來真的很粗糙，第 1 個，我國從 109 年開始衛福部推動「幼兒專責醫師制度」，去年計畫擴大辦理到全台灣 22 縣市，但本計畫顯然跟幼兒專責醫師制度脫鉤、沒有關聯，本案支付標準調整又沒有跟幼兒專責醫師計畫結合，特別是參與計畫的醫院，我覺得這效益會打折，如果只是把錢花掉，那就算我沒說，如果不是，那就可惜了。

第 2 個，我國的新生兒死亡率跟嬰兒死亡率，在 OECD<sup>(註 1)</sup>國家的排名中敬陪末座。特別是去年，死亡率還創下歷史新高，但本案用「兒童加護病房死亡率」做評估指標，沒有兒童年齡的差異，但新生兒跟嬰兒的照護難度確實是有差別嘛。本案的「兒童加護病房死亡率」是採不同年齡死亡率的平均值，比如說 0~1 個月的新生兒及 1 歲以下嬰兒的死亡率是我國關注的重點，新生兒死亡率在去年是千分之 2.8，嬰兒死亡率是千分之 4.4，嬰幼兒的死亡率顯然比一般兒童更高，如果用平均的死亡率來看，顯然會低估死亡率，因為實際上的嬰幼兒死亡率更高。增加預算應該是用在重點搶救的對象，給這些照護新生兒及嬰兒的病房或照護團隊更好的支付標準，讓他們可以花更多力氣去照顧，但這裡沒有看到，雖然我們對新生兒跟嬰兒死亡率的計算內涵仍有些爭議，但不能否認，相對而言，在兒童及新生兒這 2 族群更需要花錢。

第 3 個，關於指標參考基準的意思是什麼？比如說平均住院日數，有沒有考慮再住院率？若有人出院後隔 2 天又再住院，就為了符合稽核標準，或是健保出院但病人以自費方式繼續住院，過去也時常有耳聞，是否有以自費方式轉移健保住院這類的監測指標？乃至於說，有無考慮疾病別的差异、嚴重疾病度的差异，給予不同的獎勵，甚至對於平均住院日數要求不太一樣，類似 DRG<sup>(註 2)</sup>的概念，不同疾病別、有無共病、併發症、先天性疾病、有沒有罕病，都可能影響住院天數，但這邊就一個切線畫齊，也沒有講說治療改

善情況，後面腦中風的方案還有說要評估失能率，但這個案子沒有。嚴格來講後面幾案的品質指標都是乏善可陳，真的要實施的話，對象跟品質指標，不論是結果面或是過程面指標，恐怕都不是很嚴謹，如果我是兒科醫師，特別是新生兒照護的醫師，會覺得這樣切下去也不盡然公平，在兒科還是會產生階級照護差異，還是想要服務大小孩，小小孩可能相對被剝奪，謝謝。

註 1：OECD(Organization for Economic Cooperation and Development，經濟合作暨發展組織)。

註 2：DRGs(Diagnosis Related Groups，住院診斷關聯群)。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，接下來請最後一位，林文德委員。

**林委員文德：**有關這 4 個案子，我要肯定健保署非常認真跟醫界就一些指標提出具體的項目出來，但是跟剛剛前面幾位委員講到的一樣，這些指標是否能夠反映支付標準增加的效果？一開始就用結果面指標，當然這是健保會的要求，希望能夠看到具體成效，但一開始就希望看到死亡率下降，我覺得跳得太快，所以可以像後面有幾個案子，有納入過程面指標，這部分比較適合在一開始的時候納入過程面指標，慢慢把過程做好、達到好的效果。不然，儘管訂出來指標有達到要求，但不知道是否真的有做了什麼改變，搞不好指標值本身就是會浮動，有時高有時低，表現不好的時候要怎麼改善？看目前的指標，不知道著力點在哪裡？若要提升效益，這些指標也沒辦法看出改善的方向，這是第 1 個。

第 2 個，也要肯定有一些指標是有考慮到醫院別，未來要去做管理或監測會比較能夠去著手，所以第 1 個指標如果是要考慮醫院別的個別表現的話，剛剛委員也有提到，可能要考慮到一些風險校正的問題，就是說疾病嚴重度要去做校正，不然要去比較就會有不公平的地方。

最後，就是說剛剛有提到指標訂出來後，如果有好的或不好的結果，後續要怎麼去處理？這部分好像在這整個計畫裡面沒有看到。我們指標訂出來後，常常會看到，每年品質指標一堆，有些高有些

低，但是後續針對表現不佳的指標要怎麼去做一些加強或是改善，這個部分可能就沒有辦法看到，以上提供給健保署參考，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**好。剩下李飛鵬委員針對第一案還有意見，請李飛鵬委員，最後一位發言，之後請健保署回應，後面還有三個案子。

**李委員飛鵬：**首先肯定健保署願意提出這樣的方案，就我在醫院管理的實質面，提供大家一點意見參考。之前我在雙和醫院當院長的時候，醫院的小兒科新生兒重症醫師，我記得是只有 1 位或 2 位，在新生兒重症值班的時候就產生了很大的問題。後來碰到 1 個問題，就是醫院評鑑，部立桃園醫院沒有辦法請到新生兒急重症的醫師，因為雙和醫院是接受衛福部督考的，所以叫雙和醫院必須支援部立桃園醫院新生兒重症的醫師，為了雙和醫院的經營，就把這個醫師派去支援，後來部立桃園醫院就用更高的薪水，把我們新生兒重症醫師留在該院，當然我們會再努力去招聘。

所以我覺得這個案子，為什麼現在新生兒的死亡率在 OECD 國家中排在後面，因為我們願意投入這塊的醫師或是護理人員已經減少，已經空掉了，即使是像雙和醫院這麼大的醫院，花錢要請醫師也都請不到，所以健保署應該是有鑑於這情形，希望把資源聚焦在這裡，看這些支付標準調高了以後，能不能有更多兒科重症醫師願意投入進來。

但是每次要跟健保署拿錢時，就要設立指標、KPI<sup>(註)</sup>。這 KPI 我一定要講一下，我在醫學院內當老師，教學生也是一樣，你學生教完、上完課以後，就要寫一個滿意度調查、feedback，我們非常忙，譬如就像我們請一個學生吃飯，他必須對我請他的菜、吃飯流程、菜色，最後滿意度怎麼樣，我還要給回饋。我們花很多時間在整理 KPI、feedback 的事情……回到這案子，事實上我覺得健保署的立意是要投入資源留人，所以 KPI 的部分，有時候提出來不是這麼 detail，譬如我請你吃飯，你要評酒好不好、小菜……弄一堆，要弄到最好真的有點困難。剛剛委員提到你這死亡率沒有降低，還

維持現狀，我們如果不投入，可能死亡率會更高，以上我的發言，謝謝。

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

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，請健保署簡單回應一下，因為後面還有三個案子。

**石署長崇良：**謝謝主席，我儘量簡單，不過因為委員問了相當多專業的問題，我必須要花一點時間說明。這整個支付的調整如同剛剛委員，特別李飛鵬委員所提，給付原則上都是論量支付，因為兒童的人數越來越少，所以造成單位成本增加，因為聘任醫師是一樣的薪資、相關的設備也都留存，所以在單位成本增加的情形之下，把相關的給付標準予以調整，是基於這個概念去做調整。

不過這中間品質問題也必須要確保，所以我非常認同劉淑瓊委員對於計畫指標的指教，以品質指標來講，加護病房的死亡率跟 length of stay，確實是 1 個重要的量測指標，但是目標值訂定，確實不易，如果分母小，死亡個案有重症發生，會造成指標值的變動會非常大。即使我們訂了目標值，這個目標值的適切性其實是有問題的，但是我還是建議應該把這 2 項納入為量測的指標，只是目標值的訂定應該採取更具專業性的看法，譬如剛剛劉淑瓊委員特別提到統計流程控制的方式，它是看一個趨勢，主要區別是屬於管理時的系統差異，還是特殊原因差異所造成的，主要是在看 random variation 跟 specific variation，是特殊原因的變異？還是系統性常態性原因的變異？它的介入方式不同，過去醫院也都在推動這種品質管理的工具跟技巧。

所以指標值以 112 年同期來看，確實我認為不恰當，容我們再仔細研究看看怎麼樣去先設定初步的評估指標，因為那目標值，我們做 SPC 是抓 2~3 個 standard deviation，標準差訂上下邊界，那是相當寬的，目標值通常不會訂在那地方，需要再往中線去調整，所以我想監測指標仍然維持這 2 個，這是重要的品質監測指標，length

of stay 跟 mortality，這是沒有問題，只是在目標值的訂定上，也許需要再更細緻的評估跟操作，所以這是對這個案子做的報告。

**盧主任委員瑞芬：**有關 19 歲病人案件加成的部分？

**石署長崇良：**我們這個計畫的擬訂是跟臺灣兒科醫學會共同討論的，剛剛滕西華委員也特別關心新生兒照顧的議題，因為在 112 年已經調整過一次，所以跟臺灣兒科醫學會討論，有聲音反映在新生兒部分過去已經調整過了，但現在是整個兒科人力問題，相關的調整方式也是跟臺灣兒科醫學會討論的，我們會後再提供書面，這樣的調整後，對兒科整個的各項支付標準，包含這是因為這次調的，呈現這次有調的部分，其實有一些過去已經有調過了，再把它整個整理出來後相對比較，看看還有沒有缺漏需要再強化的地方。不過在兒科的人力上，確如剛剛幾位委員指教，是全面性的策略，不能單憑只是支付標準調整，但對於醫院聘任醫師的留任，這確實也是重要的財務來源，所以也請委員予以支持。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，我們接下來進行第二部分。在會議資料第 55 頁，第二部分有 2 項區域聯防方案，一個是「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」，另外一個「腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作」，請問委員對這部分有沒有什麼意見？滕西華委員。

**滕委員西華：**這個案子是原本用醫院總額裡面的風險調整移撥款去試辦，然後因為效果不錯改列專款。但我要提的是原本主動脈剝離的相關照護在原支付標準就有，這個方案是新增給行政團隊的獎勵及鼓勵費，除了評估費是跟治療面有關以外，其他大概都是協調相關費用，我的問題就是你要給這個錢，又沒有跟治療 outcome 掛勾。

我的第 1 個疑問，從會議資料第 65 頁以後的草案中都提到，網路建置費是由保險人各分區業務組統籌運用及核發，這到底要做什么……。

**盧主任委員瑞芬：**是網絡建置費。

**滕委員西華：**是網絡，對不起，不是網路。現行的健保獎勵的費用有幾種可能就跟這個有關係，第 1 個是轉診費，上轉、下轉本來就有獎勵了，那本案的支付是多的嗎？

第 2 個是，原本的策略聯盟，我們就有鼓勵合作，這個網絡建置費和跨院合作執行費顯然跟策略聯盟也有異曲同工之妙，而且在分級醫療中還拿不少錢，但本案都沒有提到。有關網絡建置費、個案管理費、跨院合作執行費……我的具體疑問是，網絡建置費是含轉診、上轉跟下轉的費用嗎？這到底是什麼樣的網絡需要由保險人另外再花錢？因為已經有跨院合作執行費，有個管師可以協調，而這筆網絡建置費又置外於個案管理費跟跨院合作執行費，資料太少了，我看不懂其關聯。

有關個案管理費，是指個管師進行跨院管理，病人轉出就轉出了，雖然出院後 90 天醫院要進行追蹤，所以這筆個管費是支付那個追蹤嗎？還是不是？如果有轉出的話，顯然需要跨院追蹤，那我就太不懂。而且主動脈剝離病人轉出的部分，我看起來可能誤解，感覺上只有上轉，就是醫院評估無法收治，就先初步處理後上轉，但急性狀況處理完後，沒有看到下轉回到原本病人居住鄰近的醫院。所以下轉部分未包含在這個計畫，而需要回到分級醫療或是轉診的方案嗎？

對於轉出時間區分獎勵的「小時數」我就更困擾了，為什麼訂 1 小時、2 小時？因為我不是醫療專家就不便批評，但我的疑問是，譬如轉出醫院超過 2 小時才轉出，說不定是因為經過處置才會超過 2 小時轉出，因為要急救病人啊！我意思是說，都沒有過程面指標，不看 outcome 嗎？醫院急救病人、把病情處理得更好了、活過來了，可以達到轉出標準，但超過 2 小時結果只給 1 萬點。而什麼都不做趕快轉出去的反而給付更多……我的意思是，只看小時顯然不符合急診處置的精神，當然這些個案都是在急診分級中屬於病情最高嚴重等級可以理解，但這裡都沒有病人轉出時 outcome 的狀態，以及在過程中的處置情形，更不要說幕僚所提目標值沒有比較

基準或參考值。光以會議資料第 69 頁來講，結果面指標要評估什麼？失能嗎？再住院率嗎？再復發率嗎？哪一個比較符合我們認為獎勵的指標？

我必須要說這個案子有點太粗糙，最大疑問是跟現在分級醫療、策略聯盟轉診的這些費用，不是都疊床架屋在一起嗎？我有點不太清楚這到底要怎麼執行。

**盧主任委員瑞芬：**因為王惠玄委員第 1 次發言，所以我們先請王惠玄委員。

**王委員惠玄：**各位委員謝謝，有關這案子，剛剛滕西華委員已經談過，本來就有支付項目，所以這邊的支付方式基本上都是基於獎勵行政的原則。請教一下，在會議資料第 65 頁二支付方式(三)跨院合作執行費，如果轉出醫院於 2 小時以內將病人轉出，支付轉出醫院每案 2 萬點、支付收治醫院每案 9 萬點，合計是 11 萬點；如果是醫院自行收治並診治病人，支付每案 5 萬點。

我可以了解其策略性地鼓勵轉診或是區域聯防的用意，但是經過轉診的病人，合計支付 11 萬點，是自行收治並診治支付 5 萬點的 2 倍，我不太確定這個行政獎勵的用意，對於整個費用支應的衝擊是有多多少？

再來是有關轉進、轉出時間，轉出醫院超過 2 小時以上轉出，主動脈剝離是支付 1 萬點，腦中風是支付 1 萬點，在這裡好像沒有時間上限。但是在會議資料第 68 頁的效率指標中，是有時間上限的，主動脈剝離手術的效率指標是 4 小時內轉診，所以我不曉得在支付方式這邊，2 小時以上的部分是沒有上限，1 天、2 天之後再轉診也可以領到跨院合作執行費，或是要參照這效率指標訂定一個上限？以上，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請李永振委員。

**李委員永振：**謝謝，這邊只有一點請教，有關區域聯防的 2 項專款，重點應該是在跨院合作嘛，但在計畫裡有自收個案，並沒有跨院，

也分別支付 5 萬點跟 2.5 萬點，我不曉得這是原來舊有的，還是新增的，也就是說這 2 個支付點數會吃到這項專款的預算嗎？這點請教。另外有關品質監測指標，我認同健保會幕僚的深入剖析。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，接下來請吳榮達委員。

**吳委員榮達：**好，我基本上的想法跟滕西華委員、王惠玄委員所講的內容相近，我就不再重複。我只針對會議資料第 65 頁二支付方式(二)個案管理費，這部分是不是為新發生的案例才有適用，還是舊有的、已經發生的病人也適用個案管理費的支出，這是我的疑問，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請健保署簡短回應。

**石署長崇良：**主席、各位委員，這計畫我們叫做 time-sensitive diseases，跟時間賽跑疾病的治療計畫，需要靠的是區域合作，區域合作所挑的疾病都是非常有急迫性、有時間限制的，舉例而言，這裡的主動脈剝離，幾乎啦，如果我講錯，邱冠明院長在現場，他是心臟外科專家，這疾病幾乎是在跟死神搏鬥，而且經常需要動用到葉克膜，或者是加護病房，所以這不是一個醫師照會的問題，而是整個團隊需要 standby，而且聯繫上要非常急迫，不能漏接，所以時間上是很短的。

至於腦中風，是指 new-onset 新發生的，不是陳舊性腦中風。在新發生的腦中風，影響失能程度最重要的因素，就是病人腦細胞死亡程度，腦細胞的死亡會跟時間相關，所以能夠盡早把血管打通對於病人失能癒後會有很明顯的影響，但是要把血管打通的方法跟時間有其限制性，如果是以血栓溶解劑的話，注射時間是 4.5 小時內，過去是 3 小時內，現在是 4.5 小時內，超過後就是弊大於利。病人送到醫院，必須執行或者是在時間內趕快送到能處置的醫院，所以這個中間的時間性就很短，如果是動脈取栓術那就更麻煩了，他不是只有到加護病房打血栓溶解劑，可能還要進入攝影室、開刀房，去把血栓取出，這是整個團隊要動員，他的黃金時間過去訂在 8 小時內，近期我們把他擴充到 24 小時內，讓病人有比較高的機

會，當然時間還是有關係，早點取栓效果還是比晚一點好，但是 24 小時內取的話還是利大於弊，但是超過 24 小時就是弊大於利了，所以這 2 個都是跟時間賽跑疾病，而且都是需要團隊的 standby，其實平常就在 standby，因此必須要 cover 每個個案的費用，平常 standby 根本沒有費用，這整個個案發生跟投入成本一起換算出來的加成，這跟剛剛講的兒科案例是類似的，投入成本固定，可是在個案發生少的時候，單位成本就會高，所以會有這樣的鼓勵。其實在急重症部分，我過去長期在急診最怕的就是這種個案，沒有辦法趕快轉到適當的地方，而且還要喬床，就是加護病房、開刀房都要趕快準備好，不然病人是命在弦上。所以我們訂出這樣的獎勵方案，過去有些地方做出成功經驗，我們認為這應該要全國性推動，不論是南部或醫療資源充沛的地方都應該要建立起這樣的區域網絡，健保也依照國際的指引及實證予以給付。

指標部分，關於停留時間，剛剛委員有指教說 2 小時內是我們的 golden time，因為剛剛有提到，有的是 4 小時內就要進入導管室或加護病房去打藥，所以我們訂 2 小時，超過 2 小時當然獎勵就下降，不過另外一個地方有寫 4 小時內，有把它敘明清楚，也就是 2 小時以下及 2~4 小時分別會有不同獎勵。當然為什麼自行收治的比較低，因為他動員的比較少，轉院要動員就很麻煩，要叫救護車轉過去，還要聯絡對方找到床位，這跟你自己在院內處理的成本相較，當然大為不同，所以才會有這樣的區隔。所以這個計畫我們認為是很攸關民眾的生命，懇請委員予以支持。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，接下來討論第三案「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」，請問委員有沒有意見？請吳榮達委員。

**吳委員榮達：**謝謝主席，請先看到會議資料第 58 頁，提案內容(二)1.(2)①過程面指標及計分，下面分為 A、B、C、D 共 4 個，我要請教的是第 2 個，也就是「B.管理階層訂有感染管制人員攬才、育才、留才計畫」，這個指標是訂 1 個計畫，如果實際上沒有執行這計畫的話，我們把它當成 1 個評估指標我覺得很怪，如果真的要

當作 1 個評估指標，是不是對擬訂計畫及後續執行率都要一併考量。再來是關於「D.台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統 (THAS)之抗藥性監測(AR)模組參與度」的部分，對於參與度，到底其評估標準、具體的數據是什麼？因為這裡面文字沒有說明，所以我們不了解參與度的評估是怎麼樣進行，這是第 1 點。

第 2 點，因為上面講到過程面的指標及計分，具體計分的計算方式還有分配方法，裡面也沒有細項說明，因為總共有 4 個，這 4 個怎麼做分數分配或計算，這部分也要請教。

第 3 點，會議資料第 59 頁之 2.支付方式，有呈現各醫院獎勵金分配的計算公式，以指標達成積分乘以權重，不知道這積分怎麼去計算？剛剛前面部分就是對積分計算沒有明確的分配方式，所以除了積分怎麼計算的問題，還有就是權重到底是如何計算，是否分 ABCD 各項去算，這個好像也沒有具體的數據，這部分可能也要請教。再來是因為這裡面沒有區分，只要指標達成積分，然後乘以權重就可以乘以獎勵點數，計算出獎勵金。那麼是不是所有的參與者，不管他的績效是好或壞、低或高，都可以分配到獎勵金呢？我們是不是應該要訂一個低標的標準，沒有達到低標就不給予獎勵金，我認為也要有這樣的考量。以上請教。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請朱益宏委員。

**朱委員益宏：**謝謝主席，關於第三案這案當然我是表示支持，因為確實感控經過 COVID-19 疫情以後，這種傳染病的議題在醫界中受到非常大的關注。感控醫師是個非常稀缺的專科醫師，如果就內科系來講，大部分醫師還是以心臟科或是相對比較大的科別為主，感控在內科中相對是比較冷門的科別，所以我覺得給予鼓勵是應該的。

但是在此案中，我覺得或許明年如果還有持續計畫的話，因為這案由感控醫學會訂定，未來如果有機會的話，建議健保署對於支援地區醫院的概念要予以加強。因為我剛才說感控醫師非常稀缺，目前都在大型的區域醫院或醫學中心為主，所以這邊看到的，例如每 100 床設有專任專科醫師分數就多，另外總床數又有加成，加成可

以到 2 倍或 3 倍，都是床數越多加成越多，這都鼓勵感染專科醫師在某家大型醫院服務，但並沒有鼓勵到稀缺的感控專科醫師可以到小型醫院或地區醫院支援，支援的力道不夠，我覺得這樣的話，大部分支援，會放在相對來講感控做比較好的大型醫院，然後給他獎勵。

但對於更需要感控醫師支援的小型或地區醫院來說，反而這樣的鼓勵性質更不夠。更何況以地區醫院來講，如果要請醫學中心或區域醫院的感控醫師來支援的話，除此之外地區醫院還要另外支付給醫學中心或區域醫院相關費用，1 次就要約 5 千到 1 萬元，也就是感控醫師來一次就要給這麼多錢，我覺得或許未來應考慮有更多的獎勵，讓這些大型醫院能夠把感控醫師釋放到小型的地區醫院來協助，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請滕西華委員。

**滕委員西華：**容我先抱怨一下石署長對上面的方案的說明，我們問的問題你都沒有回答，只告訴我們這個方案很重要，我們都知道它很重要，所以你的回應我都理解，但你都沒有回答，所以我要抱怨一下，我在乎你錢要怎麼花、結果面指標如何，1 個都沒有回答。

關於本案我只有 1 個意見，感染控制不管有沒有給錢，都是醫療服務最核心的基礎要求之一，也就是那是很基本的，不管你有沒有給錢，醫療訓練就是如此，醫院評鑑裡面感染控制更是必要的項目，既然我們要給獎勵，參與醫院的資格，感染管制查核合格率只有  $\geq 60\%$  不會太低嗎？

**盧主任委員瑞芬：**接下來請李永振委員。

**李委員永振：**我先講一下，我很欽佩滕西華委員可以講真話，因為她在抱怨健保署，我個人是已經習以為常了，這是正常的，所以可能滕西華委員還不太習慣，火車開走仍在那邊叫就不習慣，我們已經習慣了，不過還是會繼續叫。

對於第三案，我的想法跟第一案一樣，第一案推估大概點值還有 0.966，如果照計畫完成的話，那這個算起來只有 0.83，而且這計畫要預估達標的機會比第一案更高，所以這點的話，醜話講在前面，將來點值不夠的話，請不要再提出來叫。

第 2 個也是一樣，就是在此計畫再投入 2.25 億元，效果跟 112 年相較還是一樣，也就是整個案看起來，感覺錢都不曉得花在哪裡，效果好像都沒有看到，以上這 2 點再重複一下，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**一樣先請健保署簡單回應剛才委員的疑問，尤其滕西華委員詢問感染管制查核合格率只有 $\geq 60\%$ 會不會太低？

**劉組長林義：**健保署這邊回應一下委員的提問，第 1 個有關滕西華委員提到參與醫院資格，就是醫院感染管制要合格，這是照 CDC(疾管署)的定義，當然他要先通過 CDC 的查核合格，CDC 的查核合格，其實就是只要「符合率 $\geq 60\%$ 」就是合格，我們寫在這裡只是引述 CDC 認為的合格標準。

第 2 個是剛剛吳榮達委員提到，有關過程面指標第 2 個，管理階層對感染管制人員要訂有計畫，請參閱會議資料第 81 頁，詳細的計畫內容就在 81 頁，請看到(三)，這部分就有提到，要以醫療院所為單位，對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才的計畫，還有必須要有提撥獎勵予感染管制師或在做感染管控相關醫事人員的百分比，要有這些指標，這計畫我們會請台灣感染症醫學會來幫我們審查。

剛剛吳榮達委員有提到一些權重或積分的詢問，這都已訂在詳細計畫內容中，像是分數可先參閱會議資料自第 77 頁起，在此可以看到過程面指標及計分的各項目，比如說訂有攬才、育才、留才計畫這項就占 2 分，後面頁數還有些分數的項目，而權重也是訂在計畫中，請看會議資料第 79 頁，因此權重與分數的計算方式細節都訂在計畫中，至於前面的提案內容只是摘要說明而已。

再來是有關委員提到的地區醫院部分，這部分我們當初整體討論時有把地區醫院的因素也考慮進去，所以最後有把病床數下修，這

就是為了地區醫院所考量，當然未來就是看看，還有大家提到有關目標值部分，因為這是第1年的計畫，訂的目標值，大家可能不是很滿意，我們後續看看第1年實施結果之後，就會逐年檢討相關目標值，地區醫院的部分也會納入考量，以上說明。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，這個案子討論得非常詳盡，已經超時蠻多了，委員們提供很多寶貴意見都可以給健保署做參考，針對本案剛剛委員提到的疑問，如果健保署現場回應不夠詳細的話，還是一樣請健保署書面再補充回復。

本案做成以下決議：本次提請確認之醫院總額4項新增項目，委員所提意見，提供健保署修正及衛福部核定參考，並請於核定後副知本會，另有關提升醫院兒童急重症照護量能，尚涉及醫事人力政策之檢討改善，委員所提相關意見送請衛生福利部(醫事司)參考。接下來進行討論事項第二案。

**王委員惠玄會後書面意見：**有關「提升醫院兒童及重症照護量能」計畫之效益評估指標，建議回歸計畫目的(提升量能)及資源挹注重點(診察費、病房費、護理費之20%加成，及新生兒中重度住院診察支付點數50%)調升，預期增加或穩固量能的結構面與過程面指標，例如：(1)PICU具新生兒或兒童重症訓練認證主治醫師達標竿之醫院%、(2)值班醫師/護理/兒童呼吸治療師人力達標竿的醫院%、(3)具標竿設施設備(例如：家屬諮詢室)醫院%；結果面指標原定死亡率及平均住院日受諸多因素而波動，亦難謂有穩定數值趨勢，並不適用統計製程管制(Statistical Process Control, SPC)，建議改採(1)兒童死亡危險評估表(Pediatric Risk of Mortality Score, PRISM III Score)或(2)新生兒介入性治療計分系統(Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System, NTISS)達標竿數值醫院之%或分布的理想區間，此2項指標為兒童醫院評鑑採用指標，應具一定信度，亦可減少資料收集之行政負荷。

肆、討論事項第二案「針對健保署預告修正『全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準』部分診療項目草案，關於《第二部/第二章/第一節檢查，第二十五項次世代基因定序 Next Generation Sequencing (30301B-30305B)》支付規範(6)『基因檢測結果須由病人簽署同意書並於申報後一個月內依指定格式上傳至健保署或其指定資料庫，未上傳者本項不予支付』案，不符合健保法等法規，應予修正」與會人員發言實錄

**盧主任委員瑞芬：**本案有 21 位委員共同提案，我只是想提醒各位，本案有補充資料，全案更新資料請參閱黃色封面補充資料第 11 頁。其實衛福部已在 4 月 19 日修正發布次世代基因定序診療項目的支付規範，並自 5 月 1 日生效。委員提供的資料非常詳盡，提案內容說明很多，我想說明的部分就集中在 5 月 1 日生效的公布內容，因為這部分才是已修正發布的內容，就請針對這部分發言及提出說明，謝謝。

#### 同仁宣讀

**盧主任委員瑞芬：**請提案委員說明，先請滕西華委員。

**滕委員西華：**先代表 21 位提案委員做說明，其他共同提案委員再做補充。除了提案的 21 位委員，在場所有醫界委員我想都應該同意，研究就是研究、治療就是治療，否則臺北宣言就應該改名，因為臺北不配，臺北宣言最重要的精神，就是在人體生物資料庫及健康資料的應用，原本的草案裡面，雖然主席說要談新的，但我還是要提，提案說明是非常詳盡，在醫療服務項目共擬會議中原本的支付標準草案提到：「健保署需要民眾簽署同意書提供檢體到國家衛生研究院，否則就不予支付」，這是萬萬不可，我給付就是給付，不會因為病人要不要提供檢體這件事，而影響我的給付權利，更不要講癌症病人這麼弱勢，所有病人都弱勢，就為了將來更好的精準醫療，斷斷沒有強迫病人提供檢體的道理，你要提供所有檢驗的醫療病歷、影像資料，全民健康保險這 29 年來根據健保法就可以提

供做為核保及審查用，這在今天健保署提供的補充說明中就有提到健保法第 80 條規定，就已說明這點。

我們重新看回本案所提診療項目的支付規範第(6)點，雖然表面上看起來只有關於檢測結果修正了，我看媒體報導也是說健保署要從善如流，目前公告的規定，只要把檢測結果於申報 1 個月內上傳至保險人，也就是說病人不用同意書而已，但是檢測結果還是要上傳至健保署。稍後請健保署在今日會議上更具體說明，而且是要對外說明，這個上傳的檢測結果是否如以往？就是上傳我們的檢驗書面結果或是影像而已，而且是不含檢體。如果需要檢體，因為在目前法規內，健保署沒有任何理由可以去持有被保險人的檢體，因為是保險給付機關，不是研究機關、也不是檢驗機關。所以在現在公告的支付標準修正項目中，我要確定是不是仍含檢體，還是只有檢測的書面結果，以作為我們評估藥物治療反應療效，以及確認是否符合支付標準用。

第 2 個，指定格式上傳至健保署，健保署是不是有委託或是合作其他具有人體生物資料庫儲存單位？也就是，是否會有別的 biobank 去代為儲存健保署持有的基因檢體，或是其他民眾、被保險人的檢體資料，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**其他提案委員有沒有要補充？請李永振委員及劉淑瓊委員。

**李委員永振：**本案在 3 月 21 日醫療服務共擬會議討論的時候，健保署曾經說明本次的次世代基因定序診療項目，係根據病人基因特定生物標記給予相對應的藥物治療，將有效提升治療效益，這個立意應該是良好的，要加以肯定，但是有 2 項恐會涉法的事情要提出來質疑，第 1 個是須同意上傳基因檢測結果作為給付的前提，這好像不宜，剛才滕西華委員也說明。第 2 個上傳的資料可能在健保署外的單位進行研究運用，那這個在 3 月 21 日共擬會議，該案的決議也有類似文字「代表反應本項病人同意書簽署扣合基因檢驗結果上傳之支付規定適法性，本署說明係用於評估健保給付檢測及相關藥

物之效益，續將與國家衛生研究院及相關專家學者共同審視同意書內容」，這表示健保署也有注意到適法性問題，但現在已經公告了，有解決嗎？這是不是請健保署應該要說明一下，不然現在法遵的問題已經夠多都無法解決，結果問題卻越來越多，將來怎麼辦？以上。

**盧主任委員瑞芬：**後面還有 2 位委員要發言，要不要先聽健保署回應或補充說明，我們先請健保署回應好不好？(未有委員表示反對)請健保署。

**石署長崇良：**主席、各位委員，對於委員提出本案，我們非常重視，所以我們已經先邀請了法規專家，包含倫理學專家，大家一起開會討論關於本案執行的適法性問題，並做出 2 點決議。

第 1 個，依健保法第 42、80 條規定，由健保署要求提供醫療服務予保險對象之單位(保險醫事服務機構)提供報告，這完全是適法的，意思就是說這個支付標準要求的是醫院要提供報告給健保署，不然不予給付，不是說不給付病人，這個支付標準是對醫院的，所以醫院在 1 個月內要把報告傳給健保署，沒有給健保署的話，是不予給付。

至於前面第 1 個版本有說要病人的同意，與會的專家都認為這畫蛇添足，因為這本來在保險對象接受服務的時候，就是應該要知道的，因為現行的法律規定就是這樣，這是健保給付上的要求，所以這不需要再另外得到病人的同意，那麼完全是健保署依健保法相關規定蒐集資料，進行效益評估、品質管控及業務執行之所需，也符合個人資料保護法第 6 條第 1 項第 1 款及第 2 款的規定，所以這部分我們就修訂文字，不需要再取得病人同意書。

這些資料沒有含檢體，這都只有報告，跟滕西華委員說明，支付標準的文字只有寫報告，本來就沒有檢體的問題，至於第二段，因為這些基因資料檢測的結果，對於未來的新藥的研發或是新的 biomarker 檢測方式的尋找，是具有相當大的學術價值，是不是符合人體生物資料庫管理條例相關規定，由國衛院的國家級人體生物

資料庫整合平台來做勸募，這個是需要病人的同意書，這與健保給付無關，未來就按照相關法令規定提供學員來使用，所以這是2段的處理，所以健保基於保險的管理業務的需要，修訂支付標準的文字，所以不再要求取得同意，只要求上傳相關報告，讓健保做品質管控及後續效益評估所需之相關統計。但是因為這些資料本身有別於過去健保的數據型資料，所以它占的空間是相當大，而且管理上應該要更高規，所以我們也會再研究，是不是要委託符合政府法令的人體生物資料庫單位來執行，但是資料利用上一定符合法規，以上說明。

**盧主任委員瑞芬：**在委員發言之前，我想先跟健保署確認補充資料第17頁支付標準表中的第(6)項，能否把最後文字修改的結果跟委員說明一下。

**石署長崇良：**在補充資料第23頁。

**盧主任委員瑞芬：**好，是在補充資料第23頁。

**石署長崇良：**為了要讓醫院要有所準備，所以這項法規目前已修正發布，發布的版本是在今天補充資料第23頁第(6)項「檢測結果須於申報後一個月內依指定格式上傳至保險人，未上傳者本項不予支付」。

**盧主任委員瑞芬：**各位委員的後續發言，就請以現在公告的版本為主，內容在補充資料第23頁，請劉淑瓊委員。

**劉委員淑瓊：**非常謝謝署長剛剛詳細說明，醫改會支持健保引進新醫療科技，我覺得值得肯定，也不希望影響到科學研究，但是從剛剛署長說明裡面，真的要很誠懇建議健保署，下一次在做這些重要的決策的時候，能夠先諮詢法界或人權議題的專家，因為我覺得這圈是不必要走的，基本上健保署給付的就是醫療行為，至於不上傳就不給付，我覺得這做法就要考慮適法性、公平性及正當性，會不會影響到健康不平等，這是整件事情給我們最好的學習。

另外我們醫改會同仁也去聽了共擬會議的錄音檔，也做了逐字稿，石署長您在會議中有說明，基因資料比較敏感，當然要充分讓病人知情，若有病人有疑問或疑慮就自費，自費的話就不需要上傳基因資料。我想這段話真的引起很多人的回應，就是說可能署長在發言的時候要稍微謹慎一點，因為這很容易讓我們認為有錢就可以任性，那這個對於整個社會公平性或民眾觀感，都不是很理想，所以就是這 2 點的提醒，以上。

**盧主任委員瑞芬：**署長要先補充說明。

**石署長崇良：**我要針對這個再說明，我們本來是因為認為這個基因資料，例如平常抽血本來就要上傳，不需要病人同意，這個最後在法規委員的認定也是等同辦理即可，因為就是健保署執行業務所需，我的原意其實被這些法規委員認為畫蛇添足，幹嘛要病人同意，我本來本意是認為有的人對於基因資料比較敏感，連給健保都不願意，這樣自費就 OK，不然就跟常規一樣，就像 X 光、CT<sup>(註)</sup>影像都需上傳是一樣的道理。所以本來的好意，是告知病人，讓他有所選擇，不過既然法規委員認為這是不需要，惹來不需要的紛爭，本來就可以，不需要同意，醫院就得上傳，不然我們就不給付，這跟我們現在要求的 CT 上傳、檢查檢驗的上傳，其實是一樣的道理，最後的結果是這樣。

註：CT(Computed Tomography，電腦斷層掃描)。

**劉委員淑瓊：**我剛剛的重點不在這地方，這地方我理解，重點這是在全民健保底下，我們在論述的時候儘量不要涉及，如果你有錢你就可以不用上傳、你自費，我覺得這對民眾來講，其實是更不能夠把事情說清楚，以上。

**盧主任委員瑞芬：**現在請侯俊良委員。

**侯委員俊良：**謝謝主席，剛剛署長的說明，我想對於整個平等權的部分是沒有問題，但是健保署說明的第 2 點(補充資料第 14 頁)，我就有個疑問，對於次世代基因定序，健保署講了很多理由，對於評估藥效的反應，以及整個確保後面給付效益及調整各項政策的部分，

我不知道是不是對所有疾病、對所有的處理都是這樣的態度？因為並沒有在後續其他部分，看到類似這方面的說明。

第2個比較嚴重的是，現在上傳的格式和內容到底是什麼？剛剛署長講到這個跟抽血檢驗是一樣的，如果是一樣的，何必做這個？我的想法是上傳的格式和內容應該是不太一樣。因為基本上，基因是非常個人隱私的資訊，這部分還是要做細部說明，回答大家的疑慮。如果有更高的理想是可以促進整個醫療的進步，還是應該在尊重個人條件下去做處理，不見得要全部、所有的人都同意，我想蠻多病人會自願同意這樣的處理，如果用這樣的角度去處理，可能一開始的量沒這麼大，但至少是在尊重人權的情況下，做資料蒐集，得到更好的資料去做處理，這是當初滕西華委員提出來，我為什麼要連署一個很重要的精神，以上。

**盧主任委員瑞芬：**接著請蔡麗娟委員。

**蔡委員麗娟：**謝謝主席。非常感謝健保署在財源有限的狀況之下，5月1日開始給付次世代基因定序檢測，讓病友，特別是癌症病友透過基因檢測，找到對應的標靶藥物，這是達到個人化治療的策略，同時也是接軌國際癌症治療在精準醫療上的趨勢。

其實當初看到這些文字時，病友比較擔心的是說，如果醫院沒有上傳檢驗報告的結果，然後健保就不給付醫院這樣的費用，會不會醫院反過來要求病人自費，或是影響後續治療用藥的權益，其實擔心的是這點，現在聽起來應該是沒有這樣的疑慮。

再來，因為這次 NGS<sup>(註)</sup>的給付是採定額給付，也就是有小套組、大套組，但有些病友覺得這個檢體很寶貴，為了解自己更完整的基因變異狀態，願意多付一點錢，做更多基因位點的檢測，了解整個基因變異的狀況，可以就加驗的部分自行負擔檢測差額，在這種情況下，病人是自己付一些，健保也幫忙出一些，剛剛有說到病人如果自費的話，就無需上傳檢測結果，其實不會有完全由病人自費的狀況，而是會有健保署、病人各付多少費用的情形，所以並不

是健保給付的就直接將結果上傳，或是完全自費就無需上傳，其實是沒有這樣的狀況。

另外一點是，剛剛都有提到，健保給付和研究的是不同的 2 件事情，我覺得現在對於 NGS 的檢測，還需要對民眾做更多的衛教，因為這個資訊是不對等的，病人對於如果未來要把這個檢測的結果透過國家衛生研究院這樣國家級的人體生物資料庫的平台，對於後續的研究或是臨床試驗，有更多媒合的機會，讓病人可以更即時用藥，或是未來健保在給付時，從這個資料庫去了解，可能國內的一些基因變異的狀況及未來新藥給付的連結，當然這是很好的事，就是資料的一些蒐集分析及應用，這是在另一個面向去做這件事情。但是對於一般民眾提供的一些資訊要有更多的溝通機會，包括如果做這件事情的時候，對個資做到什麼樣的保護，未來在應用上，有什麼樣的價值，等於是病人如果捐出這些數據的話，對於他們未來用藥權益或整個新藥研究、臨床試驗接軌，或給病人更即時用藥的機會，要有更完整的說明及溝通，讓民眾了解未來資料庫怎麼樣整合及應用，在病人了解且願意、同意的狀況下，這應該是一個研究與病友共贏的方向，謝謝。

註：NGS(Next Generation Sequencing, 次世代基因定序檢測)。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請滕西華委員。

**滕委員西華：**再次謝謝署長的說明。事實上，健保署對於持有基因敏感個資需要取得民眾同意這點的說明，有點說不通。在過去 10 年來，標靶藥物早就在做基因檢測，做精準醫療的給付，所以健保署持有民眾基因檢測的書面報告已經行之有年。剛剛侯俊良委員也有進一步詢問的問題，署長也要再跟我們說明，將來如果要委託國家衛生研究院進行相關的研究，還是要符合 111 年憲判字第 13 號判決的解釋，應該告訴民眾有退出權，特別是要運用民眾基因敏感個資，111 年憲判字第 13 號判決釋憲案不是只有適用於基因個資而已，一般健康個資都是。剛才我講到的臺北宣言是進一步針對基因個資或其他生物資料庫的應用要求更加嚴謹，所以署長應該要在這

個會議跟委員說明、保證，將來如果要委託國家衛生研究院或是其他機構要對基因定序，乃至於持有民眾基因檢測結果的資料做進一步研究的時候，應該要符合 111 年憲判字第 13 號判決的解釋，要告訴民眾，讓民眾有退出權，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請王惠玄委員。

**王委員惠玄：**謝謝署長的說明。檢測結果的上傳，的確如署長剛剛所說是符合健保法第 80 條有報告的義務，不得規避、拒絕、妨礙等，這是一個行政義務，但違反行政義務卻是用不予支付來懲罰，這可能是兩回事。因為所謂的支付是肯定醫療服務提供者給予診療、付出專業的心血、時間、心力，所以行政處罰用診療服務的不予支付來懲罰，這個道理我覺得不太合理。如果檢測結果不上傳或許可以用其他方式去處理，但不給予支付，在理念上是否定醫療服務提供者提供心力和勞務，在這個案子醫療服務提供者也沒提出任何異議，是不是醫院本身的規模、行政能力，對於把檢驗(測)結果上傳沒問題？所以在執行面，大概是不會有醫院沒有能力將檢測結果上傳，但是這個陳述放在支付標準中，恐怕會有很多不同的解讀，如果按照這樣類推，檢驗報告不上傳的、CT 檢查不上傳的，以後是不是也有可能不予支付呢？

當然剛剛署長講到基因檢測結果有複雜性、保管上的嚴密性，這些的確需要付出額外成本，可是這跟不予支付醫療服務本身，在理念上恐怕是需要好好思考，以上。

**盧主任委員瑞芬：**請健保署回復。

**石署長崇良：**謝謝委員指教，關於 NGS 的案子我再做一些補充說明。第 1 個，過去沒有給付過這種套組基因定序，都是單基因檢測，單基因檢測的價值性不高，所以這些資料的保存沒有什麼特別的意義，就是為了某個藥物對應單基因位點，但是因為現在發現癌症相關的基因位點變異愈來愈多，不再只是單基因位點，再加上藥物可對應的基因變異也遍及不同癌別，所以現在的治療方式已經有

別於過去單一藥物對應單一適應症，這是目前在精準醫療上一個很大的挑戰。

因此很多藥物不斷地申請成為新藥之外，也在擴充適應症，可能剛開始發現時，這個藥物只對應某癌症，後來在某癌症發現也有類似的基因變異，所以它又會對應，因此還有很多新的基因、很多審查的藥物都會對應進來，之所以要上傳，是因為只給付 1 次基因檢測的費用，很抱歉的是今天提供的資料太少，這個支付標準共有 10 頁，每個癌症都有檢測的適應症時機，以及必須含納的基因位點，這些基因位點都是對應現在的給付藥物，但是很可能未來或很快又有新藥物發現，或者是已取得查驗登記藥證的藥物，但還沒有納入健保給付，所以我們預留這些空間，病人多驗的部分，未來報告比對之後，已經符合條件就不須重驗，目的是這樣。我們把它蒐集在一起，之後新的適應症、藥物進來也好，剛好對應上有基因位點的變異，就可以直接給付使用，不需要重新驗 1 遍，大概是這個概念。

同時我們也會委託國家衛生研究院建置 1 個平台，對已經在進行人體試驗中的藥物，也可以讓病人有機會去諮詢，就是這個位點有變異，現在沒有藥物，但有臨床試驗中的藥物，他也可以去參加，讓病人有多一個機會用藥，所以這個原本的立意是這樣，所以把這個檢測的位點分成大套組、小套組去支應，讓民眾有些選擇，依照不同的癌別。至於每個癌別都列出目前有藥的位點，以肺癌來講大約是 10 個基因位點、三陰性乳癌最主要是檢測 BRCA<sup>(註 1)</sup>，可是有些人認為除了檢測 BRCA 基因，還要加驗其他基因，可能跟抗藥性有關或和早期復發有關，但目前不在我們藥物對應的給付範圍中，那就變成他自己的 option，所以 NGS 的給付是基於這個概念。

第 2 個，因為它一直是在發展中，而且可以清楚知道基因變異上是有人種的差異，以國人來講，對某個藥物產生的過敏反應很厲害，像我們就會先測 phenytoin<sup>(註 2)</sup> 的過敏基因，那就是因為在臺灣人的基因中突變性比較高，因此在這個基因檢測的結果，必須要做

的後續評估包含幾個，第 1，他目前的檢測是採 LDTs(註 3)方式，並不是固定套，像我們標準的 IVD(註 4)，就是商業用的檢體，他都是實驗室操作出來的，所以他的品質，我們必須要做後續把關。第 2，我們要看檢測的人數和用藥的情形如何，會不會檢驗的人數很多，但是用的藥的人數很少，到底在驗什麼，所以驗了之後我們會去對應分析這個用藥的情形。

第 3 個，要看用藥之後的反應如何，如果發現用藥之後跟國際上的反應差很多，到底是我們的檢測品質問題，還是國人的基因特性，還有其他的基因干擾，讓藥物治療的反應比較差，或者是在臨床照顧品質上需要再提升，這都跟整個健保給付有關，因為這下去 1 年是數億元，我們必須要做後面的品質把關，所以也為什麼我們要有全部的資料，而不是選擇性的資料。

關於未來要開放研究，剛剛我提的都是健保本於給付上的要求要做的分析處理，至於提供給學研單位去研發新藥，尋找新的疾病相關的基因變異，自然就要符合目前人體生物資料庫管理條例的事前同意的要求，或者是未來再有這個專法，就是我們目前正在推動立法的衛生福利資料管理條例，未來當然在利用的時候也必須要符合相關的法規上的要求，這法規也不會太久啦，所以在沒有新的法規之前的這些健保所蒐集的 NGS 資料，原則上是不會釋出、提供利用，除非他是取得病人的同意，符合人體生物資料庫管理條例的要求，才可以使用這些基因資料的分析，可以在這裡跟所有委員保證。

註 1：BRCA 基因突變可能增加乳癌、卵巢癌發生的機會。

註 2：phenytoin，抗癲癇藥物。

註 3：LDTs(Laboratory developed tests，實驗室自行研發檢驗技術)。

註 4：IVD(In Vitro Diagnostic Device，體外診斷醫療器材)。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝。吳榮達委員，我們已經超時了，請簡短發言。

**吳委員榮達：**簡單 2 個問題請教，第 1 個，雖然健保署或是剛署長的說明都有提到，包括健保法第 80 條的問題。我想請教的是，在以

往的支付規範中，有像這次要公告的診療項目「實體腫瘤次世代基因定序」的2.支付規範第(6)點，如果沒有上傳資料就不予以給付。過去有類似這樣的支付規範嗎？如果沒有的話，為什麼獨獨在這個部分要做這樣的落款、落字，如果其他沒有，只有這個項目有這個規範，是不是建議把這部分刪除掉。第2個，第(6)點所提到的指定格式，為了釋清大家的疑慮，是否健保署可以考量把空白的指定格式也提供健保會來參考，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**健保署要簡單回應嗎？

**石署長崇良：**我簡單回應，過去健保對於要上傳才支付的項目有很多，例如才納入健保給付用於治療脊髓性肌肉萎縮症的天價藥物4,900萬點、治療癌症的CAR-T(註1)819萬點，這些也要上傳資料，因為我們要確認品質和執行情形，所以對很多藥物都有要求上傳的規範。另外使用醫材TAVI(註2)，及癌症免疫療法PD-L1藥物也都有要求上傳，當然我們會針對價格比較高的，會影響到我們後面執行的項目訂有上傳的規範。

註1：CAR-T(Chimeric Antigen Receptor T，細胞療法)。

註2：TAVI(Transcatheter Aortic Valve Implantation，經導管置換瓣膜套組)。

**盧主任委員瑞芬：**非常謝謝本會委員考量被保險人的權益有此提案，事實上本案屬性是屬於法規的研究建議，委員所提意見，署長今天也都聽到了，會送請衛福部、健保署參考。

因為時間關係，各位一邊用餐，接著進行報告事項第一案，待會再休息。

伍、報告事項第一案「新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

賴專門委員彥壯報告：略。

盧主任委員瑞芬：謝謝，針對本案，請問委員有沒有其他詢問？請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：謝謝健保署對於委員關心的部分負擔進行持續監測，在今(113)年的4月份，行政院主計總處公布1~3月的物價調查，發現醫療保健類漲了3.19%，是所有類別中成長最明顯的，歸納了2個原因，1個是調漲部分負擔，另1個是調漲掛號費。不管怎麼說，調漲部分負擔是增加政府的收入、擴展財源，但是從主計總處物價調查的統計，也看到它其實對民生造成衝擊，而且對民眾的醫療保障、健康也有影響，所以我覺得這個監測是非常重要的，應該要持續。但這個監測的數據及解釋，也要非常謹慎。剛剛健保署報告一開始就說，這半年大概達到4個成果，包含促進分級醫療……等，但是到最後1頁，例如急診輕症檢傷分類(第4、5級)占率下降，醫學中心、區域醫院檢傷分類第1、2級占率也下降，前面的結論和後面的數據不一定完全搭得上，尤其是分級醫療這塊。我們最關心的2個議題，1個是分級醫療，這是當初健保署要調漲部分負擔很重要的理由，另1個就是多重共病，就是慢性病患者增加部分負擔的累積金額會不會影響到他的就醫行為、醫療利用。

從資料中(投影片第4張)看到112年下半年基層件數的占率是70.25%，跟109年下半年的疫情比，整體是有上升，不過如果跟108年，就是疫情前去比較的話，基層的占率其實是下降的，不只是下降，而且基層的這個統計中，其實還包括了新冠肺炎的輕症病人，換句話講，基層的占率是更下降，所以部分負擔到底有沒有真的如健保署所說，發揮引導就醫行為的作用，其實我覺得不要把結論下得這麼快。

另外，我們很關心的是，如果有多重慢性病的話，增加部分負擔累積金額的分布，有沒有加重他的醫療負擔？有沒有衝擊他的健康？或是影響其醫療利用？其實上次有講過，統計數據和相關研究都有提到，當部分負擔增加到 2 美金的時候，有效利用及無效利用，其實都會下降，本來是希望只要無效利用的部分下降、減少浪費，但是其實有效利用也會下降，所以真正要關心的反而是病人的規律就醫，有沒有有效利用，這才是重點，如果只是以價制量，後面可能我們要付出的更多。

最後的結論就是還是要提醒健保署，重點還是要回到多重慢性病的整合、門診整合、用藥整合及共病管理，因為多科看診才是關鍵，以上，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請滕西華委員。

**滕委員西華：**劉淑瓊委員的看法，我都非常非常認同。事實上在過去部分負擔調漲時，我們一直就講，部分負擔調漲對國家來說，形式上的意義是大於實質，我們也很擔心產生逆選擇的情況，就是相對經濟能力好的人，部分負擔調漲，其實是不會影響到他的就醫行為，反而是對經濟弱勢者會有影響，剛才劉淑瓊委員也提到主計總處公布的數據，或是部分負擔每調漲 2 美金的影響，這些對弱勢族群就醫的阻礙性遠比經濟優勢者來說是很大。

請看到補充資料 1 第 35 頁的投影片第 3 張，每次部分負擔的報告，很難說服我，因為已經推動分級醫療這麼多年，還有推動急診品質提升方案，特別在轉診部分，多年都有不管是轉診的點值保障或提供相關的獎勵費用，也都有產生變化，所以很難說光是實施部分負擔半年，就可以說推動部分負擔對改善急診壅塞產生效益，要有這樣的推估時，應該同時要把過去推動分級醫療的每年成效百分比拿來做對比，如果分級醫療成效遠高於部分負擔，以後就不要說實施部分負擔是要促進分級醫療，我覺得這樣有點太潤過飾非，不是解釋的釋，是裝飾的飾。

再來，例如以補充資料 1 第 36 頁投影片第 6 張來看，只能說慢性病連續處方箋增加第 1 次調劑藥品部分負擔，沒有影響到 112 年下半年慢性病連續處方箋開立的件數，如果是我勉強可以推估說，對慢箋藥費 100 元以下第 1 次調劑的部分負擔漲了 10 元，對於民眾要放棄慢性病連續處方箋誘因相對來說沒這麼強，因此調漲 10 元是在可負擔範圍內，如果我因為多 10 元，不拿慢性病連續處方箋而去門診就醫的負擔相對會比較高，所以我還是願意維持拿慢性病連續處方箋。因此如果將來第 1 次領藥要調漲為 20 元，或是第 2 次領藥要調漲為 10 元時，這個可以做為衡量整體民眾的可負擔率的參照標準，就是可以從負擔的相對比較，以及是否讓民眾可以在可負擔的情況之下，持續往增加某類病人或某類政策的部分負擔推進，如果是我，只能做這樣的推論，但我無法推論是否造成分級醫療或急診壅塞的改善，因為別的方案用的錢、強度是更大的。

**盧主任委員瑞芬：**如果委員沒有其他意見，健保署要不要針對剛剛委員的建議回應一下。

**石署長崇良：**剛剛委員的發言，我都非常認同，因為這是實施大概半年的資料，很難說有什麼明確的成效，但是也了解委員對這案子的關切，所以把一些監測指標先建立起來，在今天的會議上先做報告，如果委員認同這樣監測方式，本署會持續列入在這個案子的實施監測指標上，定期向委員報告。

**盧主任委員瑞芬：**這個案子的決議，本案洽悉，委員所提意見請健保署研參，並於 113 年第 9 次委員會議(113.10.23)，提報新制部分負擔全年的成效檢討報告時，併同回應委員的意見，及說明改善行為，以利評估執行成效。

接下來進行報告事項第二案，結束以後，再休息 5 分鐘。

陸、報告事項第二案「各部門總額一般服務之點值保障之整體檢討」  
與會人員發言實錄

同仁宣讀

洪專門委員于淇：時間關係從說明四開始說明，過去年度只要是新增點值保障項目會在新增當年一般服務預算都有編列預算，也都有納入基期隨著成長率成長。各年度的保障項目也是跟各部門總額相關團體議定後，提報貴會討論後據以實施。

請參閱會議資料第 112 頁，這邊有把各部門總額一般服務之點值保障項目、保障理由、預算，以及 110 年、111 年非浮動點數占一般服務預算的比率呈現在這張表，請委員參閱。

請參閱會議資料第 113 頁，有個地方稍微說明一下，最右邊「非浮動點數占一般點數的預算比率」欄位，醫院總額部門，110 年占率是 13.1%，可是到 111 年是 18.5%，增加的幅度有比較大，主要是 111 年預算及保障項目較 110 年多，所以占率提升。請參閱「單年度編列預算」欄位的第 5 點，110 年總額有分別新增「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」，以及「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變」項目分別編列 5 億元及 10 億元，相對應保障項目在項次八「地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)」有保障，以及項次九「區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費」有予以保障，可是在 111 年，這 2 項預算都增編成 10 億元、20 億元，所以相對應保障項目是項次九，區域級以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費。

項次十，地區醫院的住院病房費及一般病床的住院診察費跟住院護理費，請翻回會議資料第 110 頁，說明六的地方，我們把歷年保障項目退場或修訂的部分整理在這邊，第 1 個是藥事服務費，藥事服務費在開辦初期就以 1 點 1 元為基期規劃保障，不過在 95 年有討論把牙醫跟基層總額改用浮動點值計算，105 年中醫跟透析部分也變成浮動點值，不過醫院部分仍然決議維持 1 點 1 元來保障。

第 2 點是腹膜透析案件，95 年整件扣除藥費後以 1 點 1 元來付，可是 96 至 99 年，每件以每點 1.2 元支付，100 年起保障項目只剩下腹膜透析追蹤處理費以每點 1.1 元支付，從 103 年起，改以每點 1 元支付。

說明七是依照委員的意見，委員建議所提供比率的分母應該排除藥費，所以有將該比率算出來，健保會幕僚也有整理在會議資料第 111 頁下半部的表內，請大家參考。

說明八有關點值保障項目，未來會持續跟各部門總額相關團體議定，並提報貴會討論定案後實施，以上報告。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，請問委員針對此案有沒有詢問？李永振委員。

**李委員永振：**感謝健保署同仁幫忙整理本議題相關資料，讓委員對於點值保障的歷史沿革有較清晰的了解，但是比較可惜的一點，看不到檢討的篇幅，例如保障超過 10 年，甚至接近 20 年的項目，他的合理性如何？好像也都沒有提出看法，保障項目對財務影響占比在各部門的情況，是否合理？與點值之間的關係又如何？如果合理性、必要性不充分又該如何因應？

另外在說明三提到，需保障或鼓勵之醫療服務以回歸支付標準處理為原則，也講了好幾年，衛福部也認同，接著該如何進入行動階段，是不是可以請健保署真正整體檢討再提出更深入的報告？謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**還有沒有其他委員有意見？如果沒有的話，請健保署回應李永振委員的提問。

**石署長崇良：**確實我們一開始是主要針對藥費的固定點值，這涉及到整個產業他們年度預算的編列上，有他們的難度，所以藥費的部分是保障 1 點 1 塊錢，其餘的都是有它的背景，不過就整個而言，我們現在的政策是希望朝向重新檢討 RBRVS<sub>(註)</sub>之後取消固定點值的保障，對於偏遠地區的保障在另外的機制處理，而不再用點值保障

方式，大概是朝這個方向處理，在我們全面檢討 RBRVS 之後，可能就會把保障點值部分予以一併處理，大概是這樣的方向。

註：RBRVS(resource-based relative value scale，醫療資源耗用相對值表)。

**盧主任委員瑞芬：**這個案子李永振委員還有意見。

**李委員永振：**請問那個是什麼時候？

**石署長崇良：**今年會啟動。

**李委員永振：**才啟動喔！

**盧主任委員瑞芬：**這個案子就洽悉，委員所提意見請健保署研參，接下來休息 5 分鐘，這 5 分鐘是工商時間。

**劉委員淑瓊：**對不起，針對剛剛署長的回答，我不滿意，不要跟我們講政治上的話，就是啟動我覺得很好，但是還是要有一個時間表，可不可以在什麼時候讓委員們知道，你們就按照你們的可能性去列，然後至少我們知道一個時間表，這是很重要的，謝謝。

**滕委員西華：**萬一你升官，就沒人管了。

**盧主任委員瑞芬：**我們請石署長回去研擬一下再回復委員，現在是工商時間，先請牙醫部門，接下來西醫基層部門，再來是藥全會。各位可以稍作休息，現在是工商時間。

(中場休息約 5 分鐘)

**盧主任委員瑞芬：**5 分鐘的工商時間很快就到了，所以我們進行下一個議案。等一下，周淑婉執行秘書有事要說明。

**周執行秘書淑婉：**現在有一件事情跟各位委員報告，補充本會重要業務報告，6 月份的委員會議日期，因為要配合總額的行政作業，所以原定 6 月 26 日的委員會議提前到 6 月 19 日召開，敬請委員預留時間與會。我們後續會請同仁再跟委員的幕僚確認更改會議時間，確定改在 6 月 19 日、提早一週召開委員會議，請委員把這個部分記下來，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**好，接著進行報告事項第三案，請同仁宣讀。

柒、報告事項第三案「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」與會人員發言實錄

同仁宣讀

朱科長文玗：各位委員好，請見補充資料第 53 頁說明二，辦理經過是(一)財報公布從 102 年開始辦理，107 年起應提報的門檻為 2 億元，提報的院所家數如表 1，請參閱補充資料第 59 頁。請翻到下 1 頁(補充資料第 54 頁)，本次公告 111 年財報共計 238 家，其中包含 3 家診所以及 2 家醫事檢驗所。

說明三，本次財務報告針對跟健保有關係的醫務收支相關部分進行分析如下，(一)醫務收支情形，請參閱表 2，補充資料第 60~62 頁，1.整體分析結餘 188 家，50 家虧損，醫院層級分析如下，(1)醫學中心 19 家中有 18 家結餘，1 家虧損，為花蓮慈濟醫院，(2)區域醫院 82 家中，69 家結餘，結餘最多就是新竹馬偕紀念醫院，虧損最多是基隆長庚醫院，(3)地區醫院 132 家中，96 家結餘，結餘最多者為陽明醫院，虧損最多者為土城醫院。

2.醫務利益率的醫院層級分析，請參閱表 3，補充資料第 63 頁，(1)醫學中心 1 家為-3%，14 家在 0~5%之間，4 家高於 5%，(2)區域醫院 13 家醫務利益率為負值，最低為國仁醫院，最高為新竹馬偕紀念醫院，(3)地區醫院 36 家醫務利益率為負值，最低為門諾醫院壽豐分院，最高為陽明醫院。

3.醫務收支結餘前 20 大醫院，包含醫學中心 10 家，區域醫院 7 家，地區醫院 3 家，請參閱表 4，補充資料第 64 頁，(1)醫務結餘在 4.5~25.6 億元之間，其醫務利益率在 1.6~45%，平均每位醫師申報點數則在 10.4~33.4 百萬點，(2)全日平均護病比分析，A.10 家醫學中心低於 7 者有 3 家，7~8 者有 6 家，高於 8 者有 1 家，B.7 家區域醫院全日平均護病比在 8~9 有 4 家，9~10 有 3 家，C.3 家地區醫院均介於 9.6~11.8 之間。

4.醫務收支短絀 20 大醫院，包含醫學中心 1 家、區域醫院 11 家、地區醫院 8 家，請參閱表 5，補充資料第 65 頁，(1)醫務收支

短絀在 0.4~2.9 億元，其醫務利益率在-0.7~-13.4%，平均每位醫師申報點數則在 8.2~31.7 百萬點，(2)全日平均護病比分析，A.1 家醫學中心為花蓮慈濟醫院是 8.3，B.11 家區域醫院低於 9 有 4 家，9 至 10 者有 5 家，高於 10 者有 2 家，C.8 家地區醫院，低於 7 者有 3 家，7~9 者有 3 家，高於 9 者有 2 家。

5.111 年仍為疫情期間，政府挹注特別預算約 1 千億元，請翻到下 1 頁(補充資料第 56 頁)，其中醫院補助 550 億元，另針對偏遠地區或醫療資源不足地區之院所，訂有相關計畫補助 11 億元，本次提報財報院所有 66 家受惠，協助偏遠地區院所保持醫務收支平衡，確保民眾在疫情下仍能獲得適切的醫療服務。

(二)固定資產占率 111 年較 110 年為低，亦為近 5 年(107~111 年)最低，請參閱表 6，補充資料第 66 頁。

四、有關歷年委員建議事項，本署說明如表 7~11，請參閱補充資料第 69~74 頁。

五、本署將擇日發布新聞稿供各界參考，以上。

**盧主任委員瑞芬：**請問委員針對這個案子有沒有意見？劉淑瓊委員。

**劉委員淑瓊：**首先謝謝健保署的報告，其實這個本來就是二代健保的精神，就是要公開透明讓民眾共同監督跟參與，這是 social accountability 很重要的手段，我們看到這資料裡面，大概從 107 年以來，111 年就是醫院的醫務收支結餘最多、短絀最少的 1 年，這個原因我們希望能夠有進一步分析，是因為就醫人數下降，然後我們的政府有各式各樣的補貼，因此提高的緣故嗎？我們想知道後面的原因。

第 2 個就是健保署現在也開始有視覺化，就是財務報告的視覺化，反應都不錯，不過我們希望能夠更精進，就是從現在的視覺化到進一步做到快譯通，也就是說在我們現在的資料當中，能夠用比較完整而容易懂的文字，也說明我們設定這個項目的觀察意義在哪

裡，因為他的目的是要達到全民來參與跟監督，所以要更友善一點。

我們也關心醫療結餘，到底有沒有跟醫事人員共享，這是很多醫事人員團體的訴求，現在你已經開始蒐集三班護病比這些資料，我們希望能夠進一步健保署自己做或是委託學者做都可以，看看各層級或是連鎖體系或規模，他們結餘情形的交叉比對，分析護病比人事費用的占比，我們希望能夠把這2個數字連結起來，有所呈現。

再來就是非營利醫院的結餘流向，因為他有很大比率是來自健保的支付，其實民間過去經常提到應該要公開醫院結餘的流向，所以我們也想知道，在醫事的勞動或是醫療環境的改善，是不是有把節餘投注在這些方面，結餘流向的適切性、合理性也希望能夠有些分析，以上，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請韓幸紋委員。

**韓委員幸紋：**我先說我對目前健保署提出這個格式的看法，比如說我們有時候在看，還蠻重視歷年的趨勢，可是有些表格的呈現方法，比如醫療的利益率或純益率，他會分 1~3%，當然可能是有些委員之前有提到，但這樣一切開，基本上很難看出每年的狀況，因為你用絕對標準去切，不知道當年度整個完整的情形，不過大家不用緊張，我自己已經做了 30 頁的報告，到時候再傳給大家。

所以我自己回應大家在健保會提出關於醫院財報的相關意見，比如這邊提到希望分開分析健保跟非健保的收支，不過現在健保署的報告中應該沒有對嗎？剛剛報告沒有提到，不過我先說因為格式不一致的關係，所以我自己寫的報告裡面是有自費收入的部分，但是我也先跟大家講，這是推估的部分，其實這部分健保署應該做得最準，因為在財報上有醫務收入，你們在實際上到底給他們多少錢，就是他們的健保收入，2 個一減就是非健保部分，但我在外面沒有這個資料，只有健保給付的點數，我把點數直接乘以 0.9 點值去做推估，當然因為有一些院所在公布的格式上面，本來就會把健保跟非健保分開，我有嘗試對了一下，看起來沒有差異很大，應該還是

有一定程度的參考標準，若大家很想知道這件事情，目前健保署的報告中沒有，我可以提供給大家。

我剛才講大家想要看歷年變化，不過因為我們公布財報門檻數不同，我們是在最近這4年才到健保給付金額達2億元以上才需要公布，之前是到4億元，所以我現在就是以這4年，不然門檻值不同進來的院所情況就會不同，在4億元時是相對比較大型的醫療院所，可是降到2億元後，就會有比較中型的會進來，你就會發現有一些分析數據上，比如平均值變化或是分布上會容易出現跳動，我就只整理這4個年度的同1個門檻值。

第三部分就是關於資產設備跟不動產增加這個部分，我其實在整理資料時發現蠻有趣的現象，如果沒有記錯的話，財團法人醫院在資產負債表會把醫材設備，因為大家會對這議題有興趣，會想看我們學理上講的醫院是不是陷入軍備競賽的概念，真的要看的不是不動產，而是應看他們的醫材設備，我本來覺得至少財團法人醫院有公布醫材設備，可以看他們歷年的趨勢變化，可是意外發現到111年，就是現在最新公布的年度，居然有好幾家醫院以前都提供，但現在沒有了，就我們學經濟的來講，這個行為的變化等於是釋放了一個訊號，這部分我也會提供給大家參考，就是我在建檔時發現此事情。

人事費的部分真的有點限制，比如有些醫學中心或是公立醫院的醫師，他們薪資可能是掛在醫學院而非醫院裡面，所以這部分我也會再把一些資料整理一下讓大家知道，在不同權屬或者是不同性質的醫院，在人事費的建置上有很大差異，這個值目前利用財報內的數據來做分析，我覺得不是這麼精準。

在非醫療收入部分，我這邊也有做整理，在健保署提供報告內容裡面，大家本來問的是美食街、停車場，但是非醫療收入裡面分成幾個部分，我後來把財報公布裡面內容分為三大項，一個是投資型，就是把錢拿去存會有利息，或是持有股票有股利，這類我認為

是投資型的非醫療收入裡面占比，另外一種是捐贈部分，第三類是其他的，才會比較接近大家真的想看，所以這部分我也有做拆解。

事實上在非醫療收入部分，可以清楚看到財團法人醫院的非醫療收入當中，來自比較像是停車場或美食街的占率其實是較低，因為他會有較高部分來自於捐贈跟投資，所以之後我也會再進一步把財團法人醫院拆成宗教型跟非宗教型，他會有 2 個極端，有些財團法人醫院是捐贈比例較高，有些是投資型比較高，我覺得跟他本身財團法人背後的性質可能會有一點差異，所以這個部分，目前健保署的報告中，絕大部分都是以前層級別做分析，我也有補上不同權屬別的分析，大家如果有興趣的話，我可以再把目前手邊整理的資料提供給大家參考，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**非常謝謝韓委員，麻煩提供資料給我們，我們會把資料傳給各位委員，我相信大家都很關心，健保署更要充分利用韓幸紋委員的專長，這些資料可以互補有無。接下來請林綉珠委員。

**林委員綉珠：**在講話之前，聽到韓幸紋委員的說明，真的讓我覺得希望能看到更多資料可以提供，讓我們有所參考。

我這邊要提一點就是，在整個醫療院所的財報公開當中，我們可以看到最後面呈現所謂護病比的資料，我蠻遺憾的就是，賺最多錢的醫學中心護病比是這樣子，就是走在醫學中心要及格的邊緣當中，我覺得這部分期望剛才提到要開記者會讓記者知道，我希望把這個項目也能很清楚地去呈現出來，讓所有民眾或團體都知道那一些醫院賺這麼多錢，可是護病比竟然是這麼高的情形，讓大家在做醫院的選擇時，有更多考量，這是我的期望。

**盧主任委員瑞芬：**林委員應該可以問一下，在獲利最好醫院工作的護理人員的心聲。

**林委員綉珠：**其實我個人去看過這家醫院幾次，我真的是覺得非常難過，只能講難過，不過他也很誠實呈現這樣的護病比，他也能夠提得出來，我相信他也覺得我們護病比看起來都是可以忍受的，不過我想這是各家醫院的做法，只是我期望這樣的結果，可以讓全民一

起看看，賺這麼多錢的醫院，護病比是怎樣的情形，有一些醫院雖然是虧損，但是看起來護病比相當不錯，願意提供給病人更多、更好的照顧，我覺得這是可以公開讓大家都知道，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請林文德委員。

**林委員文德：**感謝健保署報告這個資料，有一個地方可能可以提醒一下，就是我們補充資料第 60、61 頁，這是各層級院所醫務收支結餘的分析，有看到家數的占率，這邊看到是有結餘跟短絀分別的占率，但是我們看到補充資料第 70、71 頁，這個表 8 跟表 9 的家數占率，2 個都叫家數占率，但他們計算方法不太一樣，一個是結餘跟短絀的比例，另一個是各分區別的占率，所以就比較沒有辦法看出來如果是臺北分區結餘占率是多少、短絀占率是多少，所以這個占率的計算方式 2 個是不一樣，這個可能可以再稍微調整一下，比較一致一點，這樣在閱讀上面會比較清楚，以上。

**盧主任委員瑞芬：**這個部分健保署有沒有要回應？

**石署長崇良：**謝謝委員的指教，我們按照委員的建議，能夠修正的部分儘量來修正，我們也會考慮未來委託韓委員來幫我們做這部分財報。

**盧主任委員瑞芬：**非常重要，我們這個案子就洽悉，委員所提意見請健保署研參。

**滕委員西華：**陽明醫院指的是嘉義陽明，不是臺北市立聯合醫院的院區嗎？(石崇良署長表示是嘉義陽明)，確定一下。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，接著進行報告事項第四案，請同仁宣讀。

捌、報告事項第四案「112 年度全民健康保險基金附屬單位決算及 114 年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

**簡專門委員妙容：**主席，各位委員，大家好，接下來健保署報告健保基金 112 年度決算及 114 年度預算備查案，首先報告 112 年度決算保險收入是 8,161 億元，包括保費收入 7,736 億元，政府補助收入 240 億元，公益彩券盈餘分配及菸品健康福利捐分配收入是 146 億元，保險成本是 7,818 億元，保險收支淨結餘 343 億元，依法提存安全準備，112 年底安全準備餘額是 1,392 億元，折合約 2.15 個月保險給付支出。

接下來報告 114 年度的預算，保險收入是編了 8,035 億元，包括保費收入 7,858 億元，這是按照一般保險費率 5.17%，補充保險費率 2.11%來估算，公益彩券盈餘分配及菸品健康福利捐分配收入是編 144 億元，保險成本是編 8,653 億元，其中保險給付是 8,595 億元，這部分是暫時按照 113 年醫療費用的核定總額，以成長率 5%來推估，保險收支淨短絀 618 億元，預估 114 年底安全準備餘額為 753 億元，折合約 1.05 個月保險給付支出，另菸品健康福利捐分配收入編列挹注罕見疾病用藥，以及供全民健康保險之醫療科技評估、醫療服務審查、健保的政策推動業務所需經費，提升保險服務成效編列了 5 億元，以上報告。

**盧主任委員瑞芬：**請問委員對本案有沒有意見？請李永振委員。

**李委員永振：**謝謝，因為主席應該知道我一定會舉手，因為這個議題的關鍵應該是在政府負擔健保總經費 36%法定下限這個問題怎麼處理，有關於這個議題，我們在去年 11 月份的委員會議跟今年 3 月份的委員會議都有很詳細的說明，很高興這次剛好有提供在我們會議資料第 173~177 頁，有很詳細的說明，這應該是社保司的，但是我就針對這個說明提出幾點再請教，複習一下。

一般而言，我們一項邏輯論述的成立都需要千錘百鍊、百攻不破，其中如果出現一種反例或破口，這項主張應該就會不存在，所以我就用這個論點來看看這次的回應，這個回應中有 4 點，但是因為時間關係，我只講 1 點，另外 3 點我用書面讓有興趣的委員參考。

我講的一點就是，在會議資料第 175 頁第 4 點(一)裡面，他有說明這個處理方式算法有三種，在這裡面(一)第二行開始，第 1 種是健保法第 3 條第 1 項明列公式的處理方式，這個沒有疑義，因為健保法就只有這一個公式，第 2 種算法是將第二條裡面有關保險經費定義帶入第 1 種方法，所以這 2 種方法是一樣，因此沒有第 3 種，最多只有 2 種。

第 3 種方法是依照健保法第 17 條揣測憑空產生所謂收入面的公式，請各位委員注意我的措辭，這在健保法裡面是不存在，所以把他說明一下，只有幾種方法？只有 1 種，哪有 3 種，根據我剛剛講的，你這個論述就有問題了，你這整篇那麼多論述，我一攻你，你就倒了，另外 3 點比較複雜，我就提書面。

根據這個論點，剛才健保署的報告，今年的處理方式應該跟往年沒有不一樣，所以我建議今年還是援例不予備查，以前已經 6 次不予備查，但是會議資料第 173 頁，衛福部都說審計部都審定完成，這次已經是第 7 次不予備查，每次這樣好像都沒有下文，所以我建議除了不予備查之外，是否由本會行文給審計部，因為中間會過主計總處，主計總處也是主責單位，就不用給他，但是好像還沒有接觸過審計部，我們是不是可以請他對這個爭議提一些意見及見解，他是根據怎麼樣規定去審定，其中可以講 3 點。

第 1 點，目前最主要爭議的重點，在會議資料第 47 頁有提到應提列安全準備，沒有依照健保法第 76 條第 1 項的方式去提列，到底合不合理，請審計部可以發表見解。第 2 點，再請教審計部，法有規定，行政院跨部會協商的決議可以凌駕法令嗎？第 3 點，如果審計部認定可以，那麼現在的爭議都是 106 年 7 月以後的事，行政

院跨部會協商的決議是 106 年，給我們的公文是 2 月 3 日，你怎麼可以用以前處理問題的協商決議，來解決針對這個協商決議提出的疑義？可以嗎？這是 3 個主要論點，請審計部發表一下意見，這樣我們比較知道審計部是怎麼樣審定，以上，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請張清田委員。

**張委員清田：**主席、各位委員，大家好。我有 2 點想請教，第 1 點，全民健康保險基金附屬單位決算總說明的第 7 點「加強查處違規保險醫事服務機構，防杜不當申報費用」，有提到除了檢舉、上級交辦等等之外，還配合政府政策需要，主動規劃辦理專案查核，我看 112 年總共查核 470 家次，大概也都是屬於違規，請教專案查核辦理幾家？違法部分，112 年移送法辦 17 家次，108~111 年已經函送法辦，每年 69~118 家次，所以 111 年度之前好像移送法辦比較多次，112 年就只有 17 家次，明顯偏低，是不是大家真的都改善了嗎？

第 2 點，按照健保法第 94、95 條，保險給付代位求償及追索的問題，決算表好像呈現在其他收入，到底追了多少？這是我們的法定權限，你有追的話，總額支出大概可以不要這麼大，報表都沒有呈現追了多少，是不是可以給我們數字，這 2 條也是後來修法才納進去的，有一些公安、車禍等等，實際上並不是保險人或醫療機構要去負擔的，應該要去追索的，健保署到底做了多少，是不是可以說明或怎麼樣加強。

**盧主任委員瑞芬：**請健保署回應。

**簡專門委員妙容：**請問委員是問決算裡的哪個部分？

**周執行秘書淑婉：**全民健康保險基金附屬單位決算總說明的第 11 頁。

**盧主任委員瑞芬：**綠色封面資料，在這次會議資料之前寄的。

**劉組長林義：**主要是查處部分。

**盧主任委員瑞芬：**對，查處部分請醫管組回應。

**劉組長林義：**委員提到查處的部分，相關數據在每個月的業務執行報告都有呈現，請委員參閱 113 年 3 月份全民健康保險業務執行報告第 35、36 頁，第 35 頁部分是我們查核各層級特約院所的訪查家次，可以看到 109~112 年家數大概都是 470 家次左右，所以也沒有減少，然後查處之後所有的處分就在業務執行報告第 36 頁，可以看到 109~111 年大概都是 2 百多家次，112 年 179 家次，是比較少，這在每個月業務執行報告都有呈現。

**張委員清田：**我知道有呈現，問題是說全民健康保險基金附屬單位決算總說明有提到專案查核，但業務執行報告呈現的大部分都是檢舉、上級交辦，差不多都是 470 家次，有問題的差不多一半，我覺得很 routine。我的問題是專案查核做了幾次、成果有什麼？我看不出來，我知道月報都有呈現訪查家次，我就是查月報才追到這邊來，謝謝。

**劉組長林義：**相關的統計我們再以書面提供委員。

**盧主任委員瑞芬：**請吳榮達委員。

**吳委員榮達：**我記得我在某一次委員會議有說明，因為健保署不移送違規 10 萬元以下的特約醫事服務機構，所以 112 年度移送家次才這麼少，我在這邊還是要大力疾呼，真的拜託健保署把制度恢復，10 萬元以下也要移送，不然就是鼓勵僥倖、鼓勵違法，以上意見。

**盧主任委員瑞芬：**委員對本案都充分表達意見，本案……。

**張委員清田：**對不起。健保法第 94、95 條的追償、代位求償是多少？到底追回了多少？健保署有沒有做追償、代位求償工作？

**盧主任委員瑞芬：**現在能不能提供數字？

**張副組長菊枝：**每年追討的代位求償大概有 22 億元，112 年是 23 億元。

**張委員清田：**帳列在哪裡科目？我從第 1 頁到最後 1 頁都找不到這個數字。

**簡專門委員妙容：**代位求償是保險給付支出的減項，就是保險給付支出就沒這麼多了。

**劉組長林義：**會議資料第 142 頁保險給付分析表有呈現代位求償的費用。

**盧主任委員瑞芬：**代位求償是保險給付的減項，在會議資料第 142 頁。請滕西華委員。

**滕委員西華：**我今天才知道代位求償是保險支出減項，但健保法對代位求償是有明確的定義，代位求償不應該做為保險支出減項，保險支出應該是當年度，而且應該要以現金基礎，付了再結算，用權責基礎都有點勉強，如果基金決算把代位求償做為保險支出的減項就不對，因為代位求償可能是跨年，無法反映當年，我認為代位求償應該要另列，我不是會計師啦，但代位求償依健保法應該是一個科目，不應該合併在保險支出減項裡。

**張委員清田：**會議資料第 142 頁是預算，我要決算，預算 22 億元，但實際有這麼多嗎？代位求償有時候要追好幾年，直接列在當年度數字就不對，從會計上也是有點問題。

**盧主任委員瑞芬：**健保署有沒有辦法現在回應決算的數字，你們是把代位求償列成減項是不是？現在的做法就是列成減項？

**簡專門委員妙容：**因為代位求償就是列成保險給付的減項，所以保險給付沒有單獨呈現代位求償的數字是多少。

**盧主任委員瑞芬：**委員如果還有疑義，包括滕西華委員認為不能列為減項，因為有跨年的問題，放在決算裡面確實看不到這項目，請健保署參酌委員意見，是不是以後決算將代位求償列出來。請李永振委員。

**李委員永振：**我再補充一下，事實上在會計上都要呈現出來，不能直接抵掉，我一直強調健保法第 76 條第 1 項第 2~5 款，都已經短絀了哪有錢再提存？依法的話就要收回，收回當收入，再提列當支出，雖然最後 2 個會抵掉，但是過程要呈現出來，這樣才會清楚交

代，讓有心看的人看得懂，現在資訊已經不夠了，結果都被抵掉，是要我們當橡皮圖章嗎？這樣就很奇怪，這大概應該是張清田委員要追的事，會計師就是這樣發揮一下、追一下，這樣更清楚。

**盧主任委員瑞芬：**我們非常謝謝 2 位會計師提供非常專業的意見，健保署應該要參考 2 位會計師委員提供的專業意見，以後在項目的呈現應該是要越清楚，委員才能貢獻專業審查的功能。

**李委員永振：**會計我還要跟張委員學習啦。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝張清田委員……。

**滕委員西華：**我再追問一下，雖然我不是會計專業，在現金基礎及權責基礎混用的情況以外，如果把代位求償列保險支出的減項，但代位求償的金額沒有收回來，那是列呆帳還是列什麼？如果沒有單獨列一個科目，就不會知道預計原本要收的金額、執行效益及多久，所以不該列為保險支出減項，還有剛講到的跨年度問題，錢是已經先付出去了，不應該列為當年度的減項。

**盧主任委員瑞芬：**健保署如果現場沒有資料，這部分要請健保署後續提書面說明，包含代位求償的現金基礎及權責基礎差多少，因為有跨年度的問題，請會後再提供資料給委員。因為委員已經表明本案不予備查，所以這個案子的決定，第 1 點本案不予備查，委員所提意見，請健保署研參。

第 2 點，考量決算案從 107 年到現在已經連續 7 年本會都不予備查，為了落實監理健保財務職責，請以本會名義將委員意見函送審計部於審定本決算案時參酌，審計部的回應再提供給委員。接著進行報告事項第五案，請同仁宣讀。

**李委員永振會後書面意見：**因發言時間有限，檢視官方主張(詳會議資料第 173~177 頁)說法是否合法理之另三點意見，以書面提供如下：

- 一、第 174 頁說明三，105 年修正健保法施行細則第 45 條之法源，係引用健保法第 3 條第 2 項條文中「依法令」三個字，但該條文主要規範政府依法令規定應編列負擔 36%不足額之預算，何來扯到健保法以外之其他法令！真是看到黑影就開槍！
- 二、第 175 頁說明四(一)的論述，曲解立法意旨，將健保法第 76 條第 1、2 項規範混淆解讀。第 1 項規範安全準備的來源，為安全準備提列的範疇，第 2 項規範短絀時之處理，收回安全準備填補，已存在之安全準備係歷年大家貢獻所累積，何來短絀年度政府就短絀數獨自出資彌補？混淆所得出的結論為：不論盈虧皆應以各年度營運實際值計算。
- 三、至於說明四(二)提及第 76 條第 1 項於健保開辦時即已訂立，立法理由係為規定安全準備來源，並非用以計算法定下限 36%應提列安全準備之數值。那二代健保實施前是如何提列安全準備的？不就是依此條規範。至於第 1 項第 2~5 款之來源，於二代健保前，於提存、收回間互相抵清，不會影響安全準備之累積；二代健保情形不一樣，政府須多負擔健保財務，所以須計入來計算 36%下限。至於是否應計入，若不計入，公式中有扣除法定收入，依其論述，是否不應扣除法定收入！因此，此爭議係論法，是否合理應在其次。彼此論述的前提不同，一直爭論不清。至於依法行政，法、理該如何取捨，答案應很明確，況且所主張之理，尚須再斟酌！

玖、報告事項第五案「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」與會人員發言實錄

同仁宣讀

黃副組長珮珊：主席、各位委員，大家好。接下來健保署報告第五案，健保署針對 111 年監理指標的報告，這個報告是 based on 健保會 107 年修正通過的 23 項指標，內涵包括監測效率、品質、效果、資源配置、財務等 5 大面向，本署在去年 11 月 15 日報告後，委員有一些建議事項，所以今天來報告，上次報告當中委員有建議，希望我們針對一些指標增設分區的數值，我們檢視這些指標後，建議在以下的 5 個指標增設分區數值。

第 1 個是針對指標 1.1「急性病床平均住院天數」，增加分區數值可以監測各分區院所的營運效率，第 2 個是針對指標 1.2「急診病人留置急診室超過 24 小時比率」，增加分區數值可以分析各分區急診照顧效率，第 3 個是針對指標 1.4「區域醫院以上初級門診照護率」，增加分區數值可以評析急重症資源是否偏重於投入在初級照護，第 4 個是針對指標 2.1「手術傷口感染率」，增加分區數值可以了解分區住院照護的安全性，第 5 個是針對指標 3.3「出院後 3 日內再急診比率」，增設分區數值可以了解分區住院治療出院後的照顧品質。這 5 個指標是在分析數值可提供性、可比較性後，建議可以針對這 5 個指標增加分區的指標數值。

第 2 項針對護理人力的指標，原本指標 2.4「全日平均護病比達成之占率提升」，委員認為全日平均護病比是比較寬鬆的指標，建議增設三班護病比，所以本署把「三班護病比」及「全日平均護病比」都加入護理人力指標的評析，修正建議在會議資料第 152 頁。

第 3 項是本署建議刪除指標 1.7「健保專案計畫之執行成效」，建議刪除有 2 個原因，第 1 個是這指標計算公式是該年度進場跟退場的專案計畫數除以整體執行數，本署考量說每年專款計畫是依據總額協商結果，很難掌握進退場的計畫數，另外考量各總額專款計

畫是配合各總額需求而編列，所以其實同一個總額不同專案計畫間的目的都不太相同，蠻難共同比較，這是針對第 1 個執行成效的計算公式。

第 2 個計算公式是專案計畫的 KPI 達成率，計算分子是各部門擇一個計畫的 KPI 達成數，分母是各部門擇一個計畫的 KPI 總數。我們也覺得達成率很難用單一個計畫或該總額的整體預算執行率進行監測，另外考量每年評核會都會針對各專案計畫填報一些關鍵指標，每個計畫是否續辦也會依據總額協商架構檢討過去效益跟新的評估指標，評估這 2 個原始計算的指標在各總額間的比較性有限，加上本來就有現行的監管機制，所以建議刪除這項指標，針對上面這些修正建議，請委員參閱會議資料第 149~154 頁。針對委員對 111 年指標的建議，我們有回應參採的說明，請委員參閱會議資料第 155~159 頁，以上報告。

**盧主任委員瑞芬：**本會幕僚有要補充嗎？書面上有本會說明，口頭就不補充了，請委員發表意見，請劉淑瓊委員。

**劉委員淑瓊：**謝謝主席、謝謝健保署，我們要求的資料越來越多，健保署同仁辛苦了。針對三班護病比，事實上醫改會從 100 年提出血汗醫院的名詞之後，大家開始重視醫事人員的勞動條件，我們也一直倡議用三班護病比，到現在已經 10 年左右，非常謝謝健保署在這次的監理指標中，把三班護病比放進來，我們要給予高度肯定。

但是這應該是監理護理勞動條件的開始而已，所以下面有 4 個建議，1 個是立刻可以做的，接下來是近期、中期、長期建議。立刻可以改善的是我們現在是用比例，三班護病比，但是更重要的是要有人數，因為同樣是 1 比 7，3 個人照顧 15 個人，跟 15 個人照顧 105 個人是不太一樣的，所以如果能夠把人數放進來，參考價值會更高。

近期可以改善的，建議健保監理指標要有不同層級三班護病的參考標準。不要只是呈現各層級醫院的整體狀況，因為這樣會讓一些醫院藏在裡頭，所以我們希望進一步公布有哪一些醫院是落在參考

標準裡頭，哪些醫院是落在參考標準外頭，這樣可以更進一步的達到我們期待的三班護病比。

再來是中期的改善，因為現在全日護病比也要獎勵加成，既然現在有三班護病比了，應該要啟動開始改變獎勵機制，要進階一下。

最後是長期改善的部分，就是更細緻一點，畢竟從臨床來看不同科別專業需求不一樣，所以護病比應該也要有更細緻的差別，包括獎勵措施，以上。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請李永振委員。

**李委員永振：**首先在會議資料第 146 頁說明三(三)，很難得看到健保署主動針對這些項目有深入的分析，提出一些建議，這值得肯定，好的我們還是要誇讚一下。

第 2 個在會議資料第 150 頁，監理指標 1.6(藥品費用占率)最後一行「新藥(如 C 肝新藥)獨立控管，得不列入計算」，這個「得」是不是可以拿掉？既然是獨立控管，應該不會計入，加個「得」反而讓人家考慮得不得，有些得、有些不得，基礎不一致反而造成困擾，我建議把「得」拿掉。

第 3 個是有關於健保署回應委員的建議，這裡有 3 件事情建議健保署是不是可以再深入考量。第 1 點是指標 1.1(急性病床平均住院天數(整體及各層級))的部分，委員關心地區醫院部分偏高，健保署有掌握是因為受到呼吸器個案的影響，但是改善策略裡面卻引用另 1 個指標，4 年改善 11%(註 1)，並沒有說明是由哪個層級的醫院改善而來，好像又沒有針對問題答覆，說不定改善的 11%是醫學中心跟區域醫院改善的也不一定，包裹在裡面我們看不出來，是不是可以比較詳細一點的分析、說明，這樣會比較清楚。

第 2 點在會議資料第 157 頁指標 5.1(保險收支餘絀實際數、預估數及 2 者之差異率)，有關於收支餘絀預估數與實際數的差異，我是不解，我們在推估的時候都只考慮歷史趨勢嗎？應該不是吧，推估應該要隨著外在環境變化啊，歷史趨勢是一個根據，所以這邊有

提 2 點，1 個是發現 110 年跟 111 年收支餘絀實際數與預估數差異較大，是因為補充保費低估的因素，在後面 1 頁也有提到，因為經濟景氣狀況跟往常不一樣。推估的時候發現不一樣就要去因應啊！而且在補充保費的這部分，去年 10 月 18 日費率審議的時候，我曾經提出質疑，去年估 670 億元太低估了，到最後還是照樣在去年 11 月份委員會議提出來讓我們參考啊，結果實際的結果是 721 億元啊，差了 50 幾億元，這樣差異不大才怪。所以這個我是不解啦，人家跟你建議了，結果你還是行禮如儀，頭低低的一直做，撞到牆壁才哭，這樣不是很奇怪嗎？

第 3 點就是指標 5.4(資金運用收益)，這邊提到健保基金年收益率 111 年 0.57%比 110 年 0.33%有長足的進步，但說明是因為 111 年 3 月央行連續升息，這樣有解釋到大幅增加的原因，但是 3 年放在一起看的話，又產生另外 1 個問題，111 年升息為 0.57%，為什麼比 109 年沒有升息的 0.59%還低，這到底是怎麼回事？用 1 個原因解釋，就產生另外 1 個問題。

我們看一下 112 年，因為持續升息，又增加到 1.34%，有增加啦，但是上次我曾經提到過，1.34%在這邊的分析我們好像就很滿意了，不過你看勞動基金、勞保基金都是 2 位數<sup>(註 2)</sup>，我們這樣一比，還不到人家的 8 分之 1，所以應該是還有很大的空間。你要解釋我們注重安全性、流動性，難道勞保基金就不注重這個嗎？所以同樣的前提之下，應該再深入思考是怎麼回事，如果說差一點點還可以，但你只有人家 8 分之 1 不到，當然健保基金跟勞保基金的條件不一樣，因為它比較大、比較長久，將來有危險，我們這邊的話就是在遞減，這我們可以接受啊，但是你要去說明，不然這種績效你這樣解釋，讓我們一看就會說是不是努力不夠？已經提好幾次了，給健保署參考。

註 1：會議資料第 155 頁，健保署參採及改善策略說明提到「『呼吸器依賴病人安寧利用率』指標 107 年約 61.4%，至 111 年已達約 72.4%」，111 年較 107 年改善約 11%。

註 2：依據勞動部勞動基金運用局公告「勞動基金運用情形報告(112 年截至 11 月底止)」勞動基金收益率為 10.82%、勞保基金收益率為 12.31%。

盧主任委員瑞芬：接著請王惠玄委員。

王委員惠玄：各位委員、各位行政同仁下午好，有關監理指標部分我想請教指標 1.4(區域醫院以上初級門診照護率)，實質上的說明已經擴及到地區醫院了，是不是標題就修改為「地區醫院以上初級門診照護率」。再來是有關初級照護定義，我追蹤之後發現是民國 92 年訂定的，所採用文獻是更早以前，20 年以降，門診照護的樣態、內容、模式其實都有蠻大的變化，所以對於初級照護定義是不是有機會再去檢視、檢討。

指標 1.5(西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布)多年以來其實門診內涵也有非常複雜化的樣態，所以這個數字到底怎麼解讀，我個人也蠻保留的。如果這個數字沒有辦法顯示我們想要了解的內容，是不是就刪除或是把它精化？因為我覺得指標 1.4(區域醫院以上初級門診照護率)跟 1.5(西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布)傳遞的訊息其實沒有差異太多。

指標 2.2(糖尿病品質支付服務之照護率)的部分，這數字就我觀察也是多年以來停滯不前，有點鈍化了，所以這個指標是否同樣刪除？是不是有其他更能夠讓我們觀察品質進展、改善的指標，也建議再思考。

指標 2.3(照護連續性)的部分，民眾有單一疾病、多重疾病，照護連續性的樣態是不一樣的，所以把它全部綜合在一起，同樣也是模糊化我們想要觀察的標的，不曉得這個指標有沒有可能改變為單一疾病的照護連續性來觀察，譬如說我們關注的慢性病、心血管疾病、高血壓、呼吸道疾病等等，是不是有機會朝這個方向去思考。

指標 2.4(護理人力指標)的部分，當然我們很重視護理人力的量能，但是各位可以從剛剛財務報表的資料發現，和信治癌醫院全日平均護病比是 4.4<sup>(註)</sup>，難道和信治癌醫院的品質不好嗎？事實上不同醫院的護理照護模式是不一樣的，所以這個部分有沒有可能在考慮不同護理照護模式的醫院予以排除，不要列入計算，不然就會形成 outlier，極端值的問題。再來是很多醫院引進智慧醫療服務，所

以在護理人力的配置也有不同的思維，對於引進智慧醫療輔助住院護理人力的醫院，是不是也給予分類，不要把它混在一起。

再來是有關效果部分，在初級照護可避免住院指標，多年來一直是以糖尿病為主，這幾年在高血壓、氣喘其實也做得蠻不錯的，是不是可以考慮納入，以上，謝謝。

註：補充資料第 65 頁表 5、111 年醫務收支短絀 20 大院所，其中和信治癌醫院 109~111 年全日平均護病比分別為 4.8、4.8 及 4.1。

**盧主任委員瑞芬：**好，謝謝，接下來……。

**王委員惠玄：**不好意思，補充最後 1 個，財務指標目前用的 6 項都是 lagging variable，延遲指標，考慮人口結構未來變化，是否可以增加 1 個前瞻性指標，預估未來 3 年財務可能的變化甚至短缺情形，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請滕西華委員。

**滕委員西華：**只有 1 點意見，指標 2.4(護理人力指標)護病比，剛才 2 位委員都有提過，事實上現行護病比裡面有時候也蠻難區分護理人員在全自費病床，還是都是在健保床，如果是這樣已經蠻難分，或是沒有分出來。我覺得將來在指標上面是不是也可以把它標出來，因為現在在試辦全責照護，照理來說全責照護應該要對護病比，或者是護理人力貢獻的程度要有所影響才對。護病比的比較，標示有參加全責照護跟沒有參加全責照護的差別，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**其他委員還有沒有意見？林文德委員。

**林委員文德：**Echo 一下王惠玄委員講的，就是有關效果的部分，我們現在只有列 1 個糖尿病初級照護，其實要看效果的話也有急診的品質指標、兒科的品質指標、門診的品質指標跟住院的品質指標，現在都不是，只有針對單一疾病，可能也可以考慮 composite，就是綜合性的指標，集合很多個別疾病的結果，變成綜合性指標。我覺得這樣比較能夠呈現整體品質的成果出來，這可以考慮一下，未來如果要修訂監理指標，可以用這樣的方式呈現，以上。

**盧主任委員瑞芬：**監理指標的部分是健保會同仁研擬的，所以這部分

我先請執秘回應一下各位。

**周執行秘書淑婉：**監理指標是由本會做整個 organized，我們這次是請健保署就他們在提供資料時候，對這些監理指標有什麼需要調整的部分提出建議。我們會一起蒐集委員的意見，應該在最近 1、2 個月，會針對監理指標的修正召開會議討論。剛剛委員意見都已經記錄下來了，我們會先做一些研析之後，正式開一個專家諮詢會議，以上。

**盧主任委員瑞芬：**本案決定是本案洽悉。第 2 個，委員所提意見，有關於監理指標增修部分，納入本會未來研修參考，有關監理執行成效改善策略建議，請健保署研參。接著進行報告事項第六案。

拾、報告事項第六案「中央健康保險署「113 年 3 月份全民健康保險業務執行報告」(併「113 年 2 月份全民健康保險業務執行報告」)(書面報告)」與會人員發言實錄

#### 同仁宣讀

**盧主任委員瑞芬：**因為後面還有 1 個臨時提案，循往例，健保署不做口頭報告，各位提出的書面意見，我們會請健保署回應。接下來進行臨時提案。

拾壹、臨時提案「有關 112 年度西醫基層總額未執行預算，建議不予扣減案」與會人員發言實錄

## 同仁宣讀

**周委員慶明：**我們提出關於新增診療項目的扣款建議<sup>(註 1)</sup>，跟大家報告，其實新增的診療項目，跟新藥的狀況一樣，在第 1 年執行的時候，藥的用量是比較少的，因為有些人不知道，慢慢有更多人知道以後，到第 2 年、第 3 年它的整個用量就會超過原來預算可以支應的。所以新增診療項目也是這種狀況，到最後真的會超出預算的額度。

再來因為這幾個項目開放的時間非常短，大家可以看補充資料第 6 頁的表格，8 項裡面有 1 項是 3 月 1 日實施，1 項是 7 月 1 日實施，另外比較多的第 3~6 項，這 4 項是 10 月 1 日才開放，另外還有 2 項是 11 月 1 日才開放，這已經接近年終了。112 年第 4 季的申報資料也還沒有結算，像裡面有 1 項，我診所用得比較多的就是新型冠狀病毒抗原檢測，我個人的診所是耳鼻喉科，我根本不知道這個項目已經開放，我說的是實話，包括我們的同業應該很多人也不曉得，但是我們在看門診的時候，其實有很多適合 Indication<sup>(註 2)</sup>的病人，我們只有做流感快篩的 test，不曉得有新型冠狀病毒抗原檢測項目。當然這要經過醫全會再做更多宣導，說實在疫情還是持續，COVID-19 的病人還蠻多的，這個項目如果經過宣導以後，可能做的人會越來越多，支應的經費應該會不夠。

再來跟大家報告，在點值方面 112 年第 3 季全區浮動點值已經到 0.8695，臺北區到 0.8183，112 年第 4 季預估點值大概會繼續滑落，臺北區可能到 0.80，所以基於這些理由，我們希望暫時先不要扣款，不要扣掉先保留住，點值已經蠻低的，雖然扣款金額不是非常大<sup>(註)</sup>，但是對所有基層醫師來說，我們覺得還是非常重要的，所以在這邊提出來，基於上面的理由，希望今年度能夠先不要扣款，等後續的狀況，大家一定可以看到，特別是今年的數據可能就會慢慢顯示出來，在這邊跟大家做簡短的報告。

註 1：提案委員建議不予扣減 112 年度西醫基層總額一般服務項目「新醫療科技」未執行預算 20.37 百萬元。

註 2：Indication(適應症，醫學名詞)。

**盧主任委員瑞芬：**這個部分請委員發言。

**周執行秘書淑婉：**要不要先報告本會研析說明？

**盧主任委員瑞芬：**本會有研析說明，請幕僚先說明。

**陳組長燕鈴：**補充說明，本案涉及 112 年度總額未執行預算扣減的公告內容跟本會相關決議，在補充資料第 3 頁有列出 112 年度西醫基層總額一般服務項目，衛福部有關「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)」跟「藥品及特材給付規定改變」的決定事項，都包含於年度結束前未依照時程導入或預算執行有剩餘，就要扣減預算的內容。

所以本會在上次委員會議，3 月份委員會安排健保署報告總額扣減項目的執行情形，因為委員有不同意見，所以委員會議作成決定，請看補充資料第 2 頁提案說明一，因為扣減未執行預算部份屬於衛福部已經決定、公告的政策決定事項，本會無權更動，如果總額部門有不扣減的要求，應該由總額部門的受託團體代表委員，依照 112 年所定的協商架構及原則所訂程序，提案至本會討論，若有共識，再向衛福部提出建議，這也就是這案子提案的緣由。

請回到補充資料第 3 頁本會研析說明二，健保署在前次委員會議提報的預算執行結果，還有部分沒有完全申報完成，所以補充資料第 2 頁提案說明二提到，健保署已函復委員完整的申報資料，詳補充資料第 5、6 頁附件。

我們整理新醫療科技及藥品及特材給付規定改變的預算執行情形在補充資料第 4 頁的表，112 年度新醫療科技，新增診療項目的預算是 50 百萬元，執行 29.63 百萬元，未執行預算是 20.37 百萬元；新藥、新特材及藥品與特材給付規定改變部分，均已執行完畢。

查近年在新醫療科技部分，醫院跟西醫基層總額都有依總額核(決)定事項扣減未執行額度，醫院部門分別在 107、108、110 年扣

減沒有導入的新特材預算，分別是 1.55、2.76、0.626 億元，西醫基層 110、111 年也扣減沒有導入的新診療項目及新藥預算，分別是 0.39、1.876 億元。

依照總額的協商原則，這一案是政策決定事項，若此案委員討論後有共識不扣減，我們再向衛福部提出不扣減未執行預算額度建議，如果委員沒有共識，還是應該依據總額公告事項，請健保署辦理扣減事宜，是否同意這個提案請委員討論，以上說明。

**盧主任委員瑞芬：**幕僚的說明很清楚，這案的討論方式，如果有共識不扣款，則要向衛福部提出建議，因為已經衛福部公告在案。如果沒有共識，有委員認為要扣款，就請健保署依照已經公告的規定，進行扣款事宜，這是今天討論的方向，現在請委員發表意見。請滕西華委員、李永振委員。

**滕委員西華：**建議付費者代表委員先發言。

**盧主任委員瑞芬：**先請李永振委員。

**李委員永振：**對於要不要扣減，我個人沒有意見，我的意見是，本會及健保署未來在處理時要有一致性，因為上次會議曾經討論中醫部門扣款金額 4 億多元，這次討論西醫基層扣款金額才 2 千萬元，金額很少，如果這個議案可以通過，中醫部門是不是要比照辦理？有共識的話，一定要比照辦理，中醫部門總額比西醫基層少，這樣的話付費者情何以堪？我就不曉得怎麼辦。

**盧主任委員瑞芬：**付費者代表不能沒有意見，你們要決定怎麼做，我們委員要共同決定，不管最後有無共識，付費者代表應該有自己的立場。

**李委員永振：**我提出這個看法給大家參考，要不要不是我一個人說了算，應該要有一致性。

**盧主任委員瑞芬：**但委員可以表達個人意見，個別委員本來就是表達個人意見。

**李委員永振：**我個人的意見，依照剛才健保會的說明就是不行啊，我們怎麼可以自己推翻呢？健保會不能自打嘴巴，提案講出來的道理很難接受，西醫基層總額高達1千多億元，扣減2千萬對點值有差嗎？說不過去。

**盧主任委員瑞芬：**請滕西華委員。

**滕委員西華：**很驚訝付費者代表都沒有舉手，根據協商原則，部長也沒有權利改變。總額協定結果是部長拍板定案，我們是按照他的政策指導、及大家同意的協商原則去協商，協商完後只有沒有達成共識的部分，才由部長裁，現在部長還有裁定根本不在協商內容裡面、突然跑出來的項目，這已經破壞協商原則。

沒有執行預算的扣減，是對社會大眾、被保險人的責信，是健保署對被保險人負責任。你編列這樣的預算、提出新的方案，你要確保提出的方案，執行的內容是有效益的，你要告訴被保險人、社會大眾，而不是給了錢但沒有管理，你要很負責任地知道這方案是不是真的符合被保險人的需求，能夠照顧民眾健康。所以當初提出協商方案的時候，各項目、計畫都要提出執行目標，要怎麼評估效益，要怎麼計算預算。如果不遵循的話，那以後大家都往高的預算去提案，反正沒有執行完也不會扣減。剛剛周慶明理事長講到預算執行率與開始執行的時間也有關係，如果一直拖延到7月才執行，或是各種原因無法達成共識，提出方案愈草率，執行方案愈難達成共識。歷年總額協商，各總額部門要提出的一般服務項目或是專款計畫，前面研提的內容愈簡單，後面的執行方案就愈難達成共識，當然執行時間就愈短，執行期間愈短，預算執行就愈少，還有與訂定的支付標準有關。

歷年總額評核也在看計畫如果執行良好、效益不錯，我們都會建議增加預算、續辦，如果執行不好，當然被扣減。執行很好的給錢，執行不好的也給錢，甚至執行愈好的管愈嚴格，這樣是不對的。執行不好的除了扣減以外，3年後可能還要退場，健保沒有寅吃卯糧，自然沒有存糧的概念，今年沒有執行完留在明年，不能吃

子孫的錢，也不能留著不執行，我看今年哪些方案不好做，留著錢以後要做什麼再看，健保是隨收隨付制，沒有這樣的空間。

再來這些預算會納入總額基期，基期會影響預算成長，費用成長會影響費率，費率就是民眾口袋要掏出的錢，甚至還會影響安全準備金額，今天還沒有提到「全民健康保險基金收支保管及運用辦法」，那邊有很多支出項目，將來可能都不用受到健保會監督，甚至不用提來協商。

這是基本原則問題，付費者代表一定要發言，我也不認為幕僚建議說沒有共識就給部長裁，請問部長有什麼立場跟權利去裁定通通不扣減，如果可以，這些不扣減的金額就從公務預算去補好了，但不能算入基期。因為這些錢沒有花在被保險人身上、沒有提供醫療服務，沒有醫療服務的保險支出，怎麼會給錢呢？是要算保險支出減項？就沒有支出、沒有醫療服務、沒有案件、沒有件數、沒有點數，如何能夠算到基期呢？評核的時候沒有評核委員可以評核空的東西，過去牙醫部門也有扣減，不是只有中醫部門需扣減4億元，牙醫部門有的項目執行率只有10%不到，未執行預算都扣款了欸，不能昨是今非，這跟點值要拆開來看，假設都混為一談，我跟付費者代表說，我覺得今年不用協商了，直接讓醫療服務提供者跟部長裁就好了。

**盧主任委員瑞芬：**請劉淑瓊委員。

**劉委員淑瓊：**剛剛滕西華委員講的非常非常的到位，我沒有更多的補充，我反對這一案。

**盧主任委員瑞芬：**請劉守仁委員。

**劉委員守仁：**我表達1個意見，我覺得預算監管要有一致的原則，所以我也反對這個案子。

**盧主任委員瑞芬：**請林恩豪委員。

**林委員恩豪：**謝謝主席，剛才主席的意思好像是每個人都要表達意見，我也不知道到底為什麼要提這個案子，因為跟之前的中醫一

樣，上次討論中醫議案時，我有跟署長反映不要再提這種案子了，難道可以保證中醫提案後，其他總額不會跟進嗎？果不其然，現在又來類似的提案，我的意見很簡單，照規定該扣款就扣款，不然以後沒完沒了。

**盧主任委員瑞芬：**請周慶明委員。

**周委員慶明：**其實我們提這個案子本來就知道應該不大可能會過，中醫的 4 億元都沒有通過，我們要表達時間真的太短，讓我們無法充分施展手腳就要判定結果，時間真的太短，希望能夠慢慢改善時間。不然大家才熱身完，準備上場比賽的時候，就被判出局，這樣好像對我們所有的醫師運動員熱身完要去比賽，就是這種感覺，還沒有開始比賽，就算輸了。所以我們提這個案子沒有打算過，只是要表達這個目的，我們熱身完畢，以後一定會為全民健康繼續去英勇的比賽，但是建議比賽規則應該要做一些修正。

**盧主任委員瑞芬：**我先謝謝西醫基層運動家的精神，詹永兆委員請針對這個案發言。

**詹委員永兆：**新方案一開始沒有辦法宣導得很好，我們中醫案件也是因為這樣所以執行率才不夠好，我只是據實以報。中醫部門雖然部分項目執行不好，但我們有些原本執行的項目，像針傷處置的申報量就超出太多，跟我們預期的不一樣。所以當時署長也說高估、低估有時候要合併來看，尤其對一個非常小的總額影響是非常大的，大總額可能多一點、少一點沒有問題。中醫部門部分項目沒有執行達標也是始料未及，我覺得有時候要衡平去整體考量，何況我們照顧病人照顧愈多，點值就愈低，中醫是所有點值最低的，跟別的部門的點值相差將近 0.1，評核時要稍微考量點值，中醫 112 年比 111 年多看 24 萬人，111 年比 110 年多看 115 萬人，我們不能拒絕病人，這 2 年比以前多看 140 萬人，總額是沒有什麼變。遊戲規則歸遊戲規則，有時候還是要考量現實面，非常感謝政府幫我們點值補到 0.9，不然中醫總額會很難看，可能到每個月的 25 日病人不用看這麼多，因為總額用完了。

**盧主任委員瑞芬：**詹理事長，要有中醫提案才能討論中醫，本案是針對西醫基層。請楊芸蘋委員。

**楊委員芸蘋：**時間關係，我就簡短，好像真的付費者不講話不行，剛剛滕西華委員一講，大家就踴躍發言。我覺得中醫跟西醫基層都有他們的難處，既然已經知道有這樣的慣例，牙醫部門早就被扣減過，大家心裡有數，明年提新案子的時候，應該事先知道什麼時候可以確定計畫內容、什麼時候執行、有沒有足夠時間、可不可以做完計畫，如果可以的話再提，按照規定我們真的是不能不扣減，請你們明年執行時就稍微多注意，我們還是會支持你們好的案子。

**盧主任委員瑞芬：**各位委員都充分表達意見，本案經討論以後沒有共識，請健保署依總額決定事項辦理扣減事宜。請問有沒有臨時動議？沒有的話，今天會議結束，大家開車小心。