

衛生福利部全民健康保險會
第6屆113年第4次委員會議事錄

中華民國113年5月22日

衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第4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5月22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：許至昌、彭美瑩

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(台灣社會福利總盟馬副理事長海霞代理)、陳委員鴻文、游委員宏生(全國產業總工會戴秘書長國榮代理)、黃委員小娟、黃委員金舜、楊委員玉琦、楊委員芸蘋(中華民國全國職業總工會李秘書長毅生代理)、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(全國產職業總工會林秘書兩樵代理)、鄭委員素華(全國工人總工會陳幹事怡伊代理)、韓委員幸紋

請假委員：謝委員佳宜

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、龐副署長一鳴

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21頁)

貳、議程確認：(詳附錄第21頁)

決定：確認。

參、確認上次(第3次)委員會議紀錄：(詳附錄第21頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第22~33頁)

決定：

一、上次(第3次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤共1項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共3項，同意繼續追蹤。

二、有關「因新冠疫情造成各部門總額112年醫療費用顯著影響，112年點值補助之執行結果」，請中央健康保險署參考委員所提意見，提出詳細書面報告。

三、本會訂於113年7月16、17日在衛生福利部召開各總額部門112年度執行成果發表暨評核會議(議程如附件一)，敬請委員踴躍參加。

四、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第34~59頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：113年第1季全民健康保險業務執行季報告，請鑒察。

決定：

一、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。

二、另委員對於抑制資源不當耗用改善方案意見，請納入提報113年度執行成果及研修114年度方案參考(包含回應委員對指標之建議)。

陸、討論事項(詳附錄第60~79頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)，提請討論。

決議：

- 一、總額協商架構之「一、總額設定公式」及「二、醫療服務成本及人口因素之附件」暫列，將依衛生福利部交議總額範圍內容再行定案，並提報委員會議確認。
- 二、總額協商原則，依委員意見修訂七、其他原則(四)及(八)之文字(修正如附件二劃線處)，餘照案通過。
- 三、依委員共識意見修正內容後，通過訂定「114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，如附件二。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)，提請討論。

決議：照案通過，訂定「114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，如附件三。

柒、報告事項(詳附錄第80~110頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「家庭醫師整合性照護計畫」朝全人照護方向整合之具體規劃與導入一般服務之評估規劃，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並回復說明。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：強化住院護理照護量能(含歷年相關預算執行檢討結果)，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。
- 二、考量護理照護量能，尚涉及護理人力政策及勞動條件

之改善，委員所提相關建議，送請衛生福利部(護理及健康照護司)參考。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午14時4分。

全民健康保險各總額部門 112 年度執行成果發表暨評核會議議程

日期：113 年 7 月 16 日、17 日(星期二、三)

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂(台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)

7 月 16 日(二)	報告內容	報告單位
09:00~09:15	報到	
09:15~09:20	開幕致詞	
09:20~10:20	各總額部門(含門診透析)一般服務執行成果報告(60 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.各總額部門整體性、一致性項目執行成果 3.門診透析服務	報告單位：中央健康保險署
10:20~10:50	中場休息(30 分鐘)	(出席人員大合照)
10:50~11:20	跨部門及其他預算專案計畫執行成果報告(30 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.專案計畫/方案執行成效	報告單位：中央健康保險署
11:20~12:30	評論及意見交流(70 分鐘)	
12:30~13:30	午餐	
13:30~14:10	醫院總額執行成果報告(40 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：台灣醫院協會
14:10~15:10	評論及意見交流(60 分鐘)	
15:10~15:30	中場休息(20 分鐘)	
15:30~16:10	西醫基層總額執行成果報告(40 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：醫師公會全聯會
16:10~17:10	評論及意見交流(60 分鐘)	
— 第 1 天議程結束 —		

7月17日(三)	報告內容	報告單位
08:50~09:00	報到	
09:00~09:40	牙醫門診總額執行成果報告(40分鐘)	報告單位：牙醫師公會全聯會
	1.年度重點項目之推動與未來規劃	
	2.一般服務執行績效	
	3.專案計畫/方案執行成效	
09:40~10:40	評論及意見交流(60分鐘)	
10:40~11:00	中場休息(20分鐘)	
11:00~11:40	中醫門診總額執行成果報告(40分鐘)	報告單位：中醫師公會全聯會
	1.年度重點項目之推動與未來規劃	
	2.一般服務執行績效	
	3.專案計畫/方案執行成效	
11:40~12:40	評論及意見交流(60分鐘)	
— 成果發表會結束 —		
12:40~13:30	午餐	
13:30~16:00	評核內部會議(不公開)	參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁

註：依健保會 113 年第 2 次委員會議(113.3.13)通過之評核作業方式，提報重點如下：

- 1.簡報內容以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請以政策目標、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。
- 2.報告內容請加強「111 年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明」及各項目之「執行情形檢討及具體改善作為」。

114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

第 6 屆 113 年第 4 次委員會議(113.5.22)通過

壹、總額協商架構

一、總額設定公式(暫列，俟衛生福利部交議總額範圍後定案，再提委員會議報告)

■年度部門別^{註1}醫療給付費用總額＝

[前一年度校正後部門別一般服務醫療給付費用^{註2、註3、註4}×(1+年度醫療服務成本及人口因素成長率+年度協商因素成長率)]+年度專款項目經費+年度門診透析服務費用^{註5}

年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

[年度部門別醫療給付費用－(前一年度之部門別醫療給付費用－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}]/(前一年度之部門別醫療給付費用－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}

■年度全民健保醫療給付費用總額＝

[前一年度部門別醫療給付費用×(1+年度部門別醫療給付費用成長率)]之合計+年度其他預算^{註1}醫療給付費用

年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

[年度核定之全民健保醫療給付費用總額－(前一年度之全民健保醫療給付費用總額－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}]/(前一年度之全民健保醫療給付費用總額－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}

註：1.部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2.因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 114 年總額基期須校正 112 年度總額投保人口成長率差值)。

3.依本會 112 年第 7 次委員會議(112.8.16)確認之「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，113 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 114 年度總額協商之基期費用。

4.依衛福部報奉行政院核定之 114 年度總額之基期淨值計算。

5.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

二、醫療服務成本及人口因素

(一)按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」合併計算成長率。

(二)成長率計算公式

[(1+投保人口結構改變對醫療費用之影響率+醫療服務成本指

數改變率) $\times(1+\text{投保人口預估成長率})-1$

(三)各項因子之計算公式與方法如附件，將依行政院核定之醫療服務成本及人口因素內涵辦理。

三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新科技醫療及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

反映其他醫療服務利用及密集度改變，對醫療費用之影響(排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分)。

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式

先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

(三)計算公式

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用=前一年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用 $\times(1+\text{成長率})$

年度門診透析服務費用=年度醫院門診透析服務費用+年度西醫基層門診透析服務費用

貳、總額協商原則

一、依據行政院核定之年度醫療給付費用總額範圍及政策目標進行協議擬訂，使健保政策延續並連結醫療給付費用總額。

二、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

總額協商之前提，應考量全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨；且所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，對有限健保資源，應予合理配置。

三、基期

以穩定為原則。若確需變動，應於前一年 6 月前提經議定；6 月以後所議定調整事項，適用於下年度總額。

四、醫療服務成本及人口因素

各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式。

五、協商因素

(一)給付項目之調整

健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案，請參考本會第 2 屆 104 年第 2 次(104.3.27)委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」辦理。本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療平衡發展，就協商之項目給予合理配置，不涉及個別給付項目之決定。

(二)各部門之「品質保證保留款」

1. 列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。

2. 考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款合併運用，並須提經本會通過。

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款

1. 列為協商減項，扣減 112 年度違反特管辦法第 37、39、40 條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件，且不納入 115 年度總額

協商之基期費用。

2.本項扣款數值，以協商時中央健康保險署提供者為準。

(四)一般服務之協商因素項目：

1.應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用。新增項目需提出執行目標及預期效益之評估指標，延續性項目需提出過去執行成果效益或檢討改善規劃，並須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料。

2.並於年度實施前提出具體實施方案，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則得核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(五)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

六、專款項目

(一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商量。

(二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。

(三)新增計畫應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用、執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料，並提出預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)，以利檢討退場或納入一般服務。若為續辦性專款項目則須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標。

(四)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

~~(五)113年度專款項目，若因為疫情或委員會作業耽誤，導致執行率未達50%，114年度專款項目可照列113年度之預算及協定事項。~~

七、其他原則

- (一)新增協商項目或計畫，宜先列為專款項目，俟執行穩定且具成效後，未來年度再考量移至一般服務項目。
- (二)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (三)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：
 - 1.衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」之復議案程序辦理。
 - 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「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。
- (四)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率以不得超過行政院核定範圍之上限值為原則。
- (五)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (六)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (七)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。
- (八)各總額部門提出涉及使用年度總額調整支付標準項目之協商草案，健保署應評估是否連帶影響其他總額部門，如有影響，應於協商前提出受影響總額部門之預算需求評估，供本會協商時一併考量。協商時，請受影響總額部門列席。

附件、醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法(暫列，俟衛生福利部交議總額範圍後定案，再提委員會議報告)

一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以 111 年醫療費用點數為基礎，計算 112 年納保人口年齡性別結構相對於 111 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，並以 1 歲為一組做調整(人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均)。

二、醫療服務成本指數改變率

(一)成本項目之權數

採行政院主計總處 110 年「工業及服務業普查」所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。

(二)成本項目之指數

採行政院主計總處 113 年 4 月發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」資料。各總額部門指標類別如下：

成本項目	指標類別	
人事費用	1/2「醫療保健服務業」薪資及 1/2「工業及服務業」薪資	
藥品費用	醫院	躉售物價指數—西醫藥品類
醫療材料費用		躉售物價指數—醫療儀器及用品類
藥品、藥材及耗材成本	西醫	躉售物價指數—西醫藥品類
	基層	躉售物價指數—醫療儀器及用品類
	牙醫	健保牙醫門診藥費權重及躉售物價指數—西醫藥品類
		躉售物價指數—醫療儀器及用品類
中醫	躉售物價指數—藥品類之中藥濃縮製劑	
	躉售物價指數—醫療儀器及用品類	
基本營業費用	躉售物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	
其他營業費用	消費者物價指數—總指數	

註：1.醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」、「電子醫療用儀器及設備」、「放射照相或放射治療器具」、「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」及「其他醫療器材」。

2.「躉售物價指數—西醫藥品類」指數，其內涵排除「動物用藥」、「中藥製劑」、「中藥材」項目，不納入計算，由行政院主計總處另行提供。

(三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以 110 年指數為基值(訂為 100)，計算 112 年相對 111 年各指數年增率。總醫療服務成本指數改變率，係將各部門之服務成本指數改變率，按其 112 年醫療給付費用占率加權計算而得。

三、投保人口預估成長率

以最近一年可取得之實際投保人口成長率計算，即以 112 年對 111 年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第 6 屆 113 年第 4 次委員會議(113.5.22)通過

壹、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<p>一、協商前置作業</p> <p>(一)討論 114 年度總額協商架構及原則與協商程序。</p> <p>(二)辦理各總額部門執行成果評核： 檢討、評估各總額部門 112 年度協定事項執行情形。</p> <p>(三)114 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策目標。 2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。 3.提供協商參考資料「<u>113 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽</u>」。 4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算協商草案。 <ol style="list-style-type: none"> (1)協商草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (2)各總額部門與健保署擬訂協商草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。 5.由本會將各總額部門提出之協商草案，送請衛福部業管單位評估是否與其政策規劃方向及施政目標相符，提供意見供協商參考。 <p>(四)安排總額協商會前會及座談會。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.召開 114 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會： <ol style="list-style-type: none"> (1)請各總額部門及健保署報告所提出之「<u>114 年度總額協商因素項目及計畫草案</u>」，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之具體內容(依<u>協商草案最終版本應提報內容</u>，如附表 1)，重點如下： <ol style="list-style-type: none"> ①問題分析及需求評估。 ②醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。 ③新增項目之執行目標及預期效益之評估指標(以具體、可量化之結果面為導向，<u>呈現資源投入之具體效益</u>，若能提出分年目標值尤佳)。延續性項目則須持續檢討。 ④新增專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)。 	<p>第 4 次委員會議(113 年 5 月 22 日)</p> <p>113 年 7 月 16、17 日</p> <p>113 年第 6 次或第 7 次委員會議(113 年 7 月 24 日或 8 月 21 日)</p> <p>113 年第 7 次委員會議(113 年 8 月 21 日)</p> <p>113 年 7~8 月</p> <p>113 年 8 月</p> <p>113 年 8 月 21 日下午 (113 年第 7 次委員會議結束後)</p>

工作項目及內容	預訂時程
<p>(2)請各總額部門及健保署依自行檢核表(如附表 2)，逐項檢視提報資料是否齊全，填具後併會前會資料送本會。</p> <p>(3)請幕僚檢視提報資料之完整性，並彙整評核委員之建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。</p> <p>2.召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。</p> <p>3.各總額部門及健保署提送「114 年度總額協商因素項目及計畫草案」之最終版本：</p> <p>(1)應提報內容及格式如附表 1，並檢附自行檢核表(如附表 2)併送，確保資料內容齊全，以利協商。</p> <p>(2)新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，請以具體、可量化之結果面為導向，呈現資源投入之具體效益。延續性項目則須持續檢討。</p> <p>(2)請如期提送協商草案之最終版本，送會後不可臨時提出新增項目或更動內容。</p> <p>4.視需要辦理 114 年度總額協商因素項目及計畫草案溝通會議。</p>	<p>113 年 8~9 月</p> <p>113 年 8 月 28 日上午</p> <p>113 年 8 月 29 日前</p> <p>視協商資料及討論需求評估是否辦理</p>
<p>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</p> <p>(一)各部門委員代表自行抽籤決定各部門之協商順序，並據以排定總額協商會議議程。</p> <p>(二)協商各部門總額成長率及分配方式。</p> <p>1.召開總額協商共識會議。</p> <p>(1)協商四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請部門當日依據協商結論，於協定事項調整新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。</p> <p>2.協商結論提 9 月份委員會議討論、確認。</p> <p>(1)確認四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請委員就協商結果，提供各總額部門所提新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」之修正建議，會後由健保署會同各總額部門共同討論研修。</p> <p>3.«執行目標»及«預期效益之評估指標»之確認：</p> <p>(1)達成共識部門：健保署會同總額部門研修«執行目標»及«預期效益之評估指標»，將研修後之結果，提報 10 月份委員會議確認。</p> <p>(2)未達共識部門：請衛福部就政策目標要求，逕予核定。</p> <p>(三)協商各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p> <p>1.請各總額部門於 9 月份總額協商完成後，2 週內提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提 10 月份委員會議討論。</p>	<p>113 年第 6 次委員會議(113 年 7 月 24 日)抽籤^註，於第 7 次委員會議(113 年 8 月 21 日)提報排定議程</p> <p>113 年 9 月 25 日全天；若有未盡事宜，於 9 月 26 日上午 9 時 30 分繼續處理</p> <p>113 年第 8 次委員會議(113 年 9 月 27 日上午 9 時 30 分開始)</p> <p>113 年第 9 次委員會議(113 年 10 月 23 日)</p> <p>113 年 11~12 月</p> <p>113 年 10 月 7 日前</p>

工作項目及內容	預訂時程
2.倘部門未達成協商共識或未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提11月份委員會議討論，並完成協定。 (四)年度整體總額協定成長率及其分配之確認及報請衛福部核定及公告。	113年第10次委員會議 (113年11月20日) 113年11~12月
三、協定事項之執行規劃與辦理 (一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。 (二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。	113年10月~114年12月

註：若各總額部門無法派員抽籤，則由本會執行秘書於會上代為抽籤。

貳、協商共識會議

一、會議時間：

- (一)預備會議：113年9月25日(星期三)上午9時至9時30分。
供付費方、醫界方視需要召開內部會議(請事前通知本會同仁協助安排會議場地)。
- (二)協商共識會議：113年9月25日(星期三)上午9時30分起，
全天。
- (三)若有協商未盡事宜，則於113年9月26日(星期四)上午9時30分至12時30分討論。

二、與會人員：

- (一)付費方：付費者代表委員。
- (二)醫界方：
 - 1.保險醫事服務提供者代表委員。
 - 2.牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門協商時，由該總額部門代表委員1名主談，各部門並可推派9名代表協助會談，推派之協商代表需經充分授權。
 - 3.護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之會談。
 - 4.門診透析服務：由西醫基層及醫院部門各推派4名代表會談，並邀請台灣腎臟醫學會推派1名代表列席說明。
- (三)專家學者及公正人士、國家發展委員會及主管機關代表委員。
- (四)社保司與健保署相關人員及本會幕僚。

三、進行方式：

- (一)分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門

總額、門診透析服務費用及健保署管控之「其他預算」。

(二)各部門之協商順序，於 7 月份委員會議抽籤確定後，不可臨時要求變更。

(三)各協商場次預計分配所需時間如下表：

各協商場次	第一階段 ^{註1} 提問與意見交換	第二階段 視雙方需要自行召開內部會議		第三階段 部門之預算協商	合計 (最長時間含各自召開內部會議時間)
		付費方	醫界方		
醫院	30 分鐘	30 分鐘	30 分鐘	60 分鐘	90~150 分鐘
門診透析 ^{註2}	10 分鐘	10 分鐘	10 分鐘	20 分鐘	30~50 分鐘
西醫基層	25 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	50 分鐘	75~115 分鐘
牙醫	20 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘	60~100 分鐘
中醫	20 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘	60~100 分鐘
其他預算	20 分鐘	20 分鐘		35 分鐘	55~75 分鐘

註：1.各部門之協商草案已於會前會報告，若本時段仍須說明，請簡要說明並以 5 分鐘為限。

2.門診透析之協商場次，援例安排於醫院或西醫基層抽籤序優先之場次後進行，不另行抽籤。

(四)相關原則：

所有委員均可入場，惟非該協商場次之總額部門委員，可以提問與發表意見，但不參與預算協商。協商場次安排分為三個階段，與會人員之參與方式如下：

協商階段		場次	四部門總額及門診透析服務費用協商	其他預算協商
第一階段	提問與意見交換		總額部門委員及協商代表： 說明協商草案與回應提問	健保署： 說明協商草案與回應提問
			所有委員：均參與提問與意見交換 (若協商草案中，有部分項目涉及其他總額部門者，相關之醫界委員得表達其看法；另必要時，得請健保署人員提供說明)	
第二階段	視雙方需要自行召開內部會議		付費方或醫界方： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚與健保署人員協助試算或說明)	付費方或健保署： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚協助試算)
第三階段	部門之預算協商		由「付費方」與「醫界方」雙方進行預算協商 (得請健保署人員提供說明)	由「付費方」與「健保署」討論
			若雙方初步協商無法達成共識時： 由專家學者、公正人士、政府機關代表委員，在不涉及特定金額下提供專業見解及中立意見，供雙方參考，再決定是否召開內部會議或繼續協商	

(五)若總額部門與付費者代表委員順利完成協商，達成共識，則於其預算協商時段當場試算，作成共識方案。倘未能達成共識時，其處理方式如下：

1.付費者代表委員間無法達成共識時：

由付費者代表委員召集內部會議協調之，若無法以共識決形成一案時，得以多數決定付費者方案。

2.總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表委員召集內部會議協調醫界方案。

3.總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表委員、保險醫事服務提供者代表委員各自提出一個建議方案。

(六)各協商場次之協商結果，於主席宣布協商結論後即定案，禁止任一方提出變更或推翻前開結論。惟經雙方代表同意，得再重新協議，並酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。

(七)各部門總額年度預算之協商終止點，訂為 9 月份委員會議之前，經委員會議確認後定案，不得變更。

(八)為利瞭解年度總額之協商過程，與會人員之發言內容，將以實錄方式上網公開。

參、委員會議

一、時間：113 年 9 月 27 日(星期五)上午 9 時 30 分。

二、確認協商結論(共識方案或雙方建議方案，含成長率、金額、協定事項)，協定事項之文字在不違反原協商意旨前提下，可酌予調整修正。

三、依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，未能達成共識方案時，應將委員會議確認之付費者代表委員、保險醫事服務提供者代表委員建議方案，報請主管機關決定。至於個別委員對建議方案有不同意見時，得於建議方案確認後，提出不同意見書，由健保會併送主管機關。

附表 1、各部門總額及其他預算協商草案(協商大表)應提供之內容及格式

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

附表 2、各部門總額及其他預算協商草案(協商大表)自行檢核表

類別		是否符合 114 年度總額交付項目	協商草案應提供內容之檢核(資料完整請打「V」)					延續項目填寫	專款新增項目
			所有協商項目須填寫						
檢核項目	協商項目	【A】	問題分析及需求評估	醫療服務內容及說明	費用估算及淨增費用	提出(檢討)執行目標及預期效益之評估指標	過去執行成效或改善之相關規劃	預估檢討期限	
			【B】	【C】	【D】	【E】	【F】	【G】	
一般服務									
新增	項目名稱： ○○○○○								
延續	項目名稱： ○○○○○								
專款項目									
新增	項目名稱： ○○○○○								
延續	項目名稱： ○○○○○								

註：1.延續項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

- (1)自 108 年度總額起，新增項目協定事項訂有執行目標及評估指標者，若該項目延續則應持續檢討執行目標及評估指標。
- (2)107 年度總額(含)以前，協商項目未訂執行目標及評估指標，若有項目延續且預算有大幅增加(如 20%)者，請檢討執行情形並建議提出執行目標及評估指標，以利協商。
- (3)另「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」、「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」、「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」係被動依病人需求或藥物引進情形支用，故不需提出檢討執行目標及評估指標。

2.延續項目依協商屬性，以下項目不須填報：

- (1)四部門總額：一般服務「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」、專款項目「品質保證保留款」。
- (2)醫院專款項目：「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」。
- (3)西醫基層專款項目：「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」。
- (4)其他預算專款項目：「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」、「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費」、「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏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」。

3.【B】~【E】須檢附相關實證資料。

4.若各部門總額新增協商項目或計畫屬政策交辦或健保署提出項目，且未納入各總額部門協商草案，應由健保署填具檢核表送會。

第6屆113年第4次委員會議
與會人員發言實錄

壹、「主席致詞」、「議程確認」、「確認上次(第 3 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉：報告主席、各位委員，現在已經到了開會時間，委員出席人數已經過半，達到可以開會的法定人數，所以可以開始今天會議，先請主席致詞。

盧主任委員瑞芬：謝謝各位委員今天來參加這個會議，今天議程看起來比較簡單，有希望提早結束，我會儘量努力，謝謝各位。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主席、各位委員，這一次議程安排就如剛剛主席說的，其實比較單純，都是依照今(113)年年度工作計畫排定，主要有優先報告事項 1 項，是健保署的業務執行季報告，本次要進行口頭報告，還有歷次委員關心事項，也需請健保署在本次一起報告內容包括 112 年抑制資源不當耗用改善方案執行與檢討改善策略，是完整 1 年的執行結果，還有推動分級醫療、急診品質提升方案指標的執行情形，這部分等一下請健保署再幫忙說明。

討論事項兩案，主要都是為了總額協商準備，是 114 年總額協商架構原則及程序(草案)的討論。

報告事項兩案，是依照 113 年總額決定事項來辦理，安排在這次專案報告，包含家醫計畫以及強化住院護理照護量能。以上是今天的議程安排。

盧主任委員瑞芬：請問委員有沒有意見？如果沒有意見，就照議程安排進行，議程確認。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

盧主任委員瑞芬：請問委員對於上一次會議紀錄有沒有意見？(未有委員表示意見)沒有意見，就確認上次會議紀錄，進行下一個議程。

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，有關本會重要業務報告，項次一，本會依照上次委員會議決議(定)事項辦理情形，其中(一)至(四)是依照上次決定函請相關單位部分。(一)有關總額評核會議改期到7月16、17日在衛福部大禮堂召開，已經有正式發函給各總額部門及健保署，副本也抄送本會委員，請委員把那兩天的時間空下來，踴躍參加。

(二)有關上次委員關切提升醫院兒童急重症照護量能，關於醫事人力政策檢討改善的部分，因為跟醫事司有關，所以這部分我們也發文給衛福部，如附錄二。

(三)有關委員關心醫療服務給付項目及支付標準中涉及次世代基因定序支付規範所提的意見，也送給衛福部及健保署參考，如附錄三。

(四)有關預決算的部分，已將委員意見函送健保署及審計部，如附錄四。

(五)有關監理指標的新增、修訂，預計在6月份召開專家學者諮詢會議，再提會討論。

(六)有關於上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共4項，依照辦理情形建議解除追蹤1項，繼續追蹤3項，最後還是會依照委員議定結果辦理。有關個別委員的關切事項，健保署的回復在附錄五，請委員參閱。

建議解除追蹤的1項，請委員翻到會議資料第17頁，是委員對業務執行報告所提的意見，健保署回復在第19頁，這部分已經回復，建議解除追蹤。

項次二，是有關本會於7月16、17日召開總額評核會議安排的議程，也會發函邀請委員參加，這個部分請委員關心。

項次三，是健保署在4月15日函送本會有關因新冠疫情造成各

部門總額 112 年醫療費用顯著影響，112 年第 3 季醫院、西醫基層及中醫等總額部門點值補助執行結果，在附錄六有簡單摘要，就是比照 112 年第 1 季、第 2 季補助方式，第 3 季一共補助 18.14 億元，在 4 月 3 日已經撥付完成。至於各部門總額部分請委員參閱。

這部分因為 112 年其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8 億元已經用完，本次預算基本上是用 112 年公務預算挹注全民健保基金的 240 億元支應。

項次四，下次委員會議安排的專案報告主題是代謝症候群、在宅急症照護試辦計畫具體實施方式等，委員如果對這兩個報告案有意見的話，最晚請在 5 月 27 日前向本會提出，幕僚會轉請健保署提出說明。

項次五，上次委員會議擇定次世代基因定序支付規範的法規研究建議，作為委員關切重要議題的會訊報導主題，已經放在本會網頁，敬請委員轉知所屬會員團體參閱。

項次六，是衛福部及健保署在 4 月至 5 月發布與副知本會的相關資訊，都放在健保署的全球資訊網，詳細資料內容及附件已於 5 月 15 日寄送到各委員電子信箱，以上是重要業務報告。

盧主任委員瑞芬：請問委員有沒有要垂詢的地方，請李永振委員。

李委員永振：各位委員，大家早，有 3 點請教及建議，首先感謝健保署讓委員知悉 112 年第 3 季又補點值 18.14 億元，我看了附錄六共 3 頁的資料，還是有許多疑惑，例如補點值的 3 個總額部門第 3 季的點值都在 0.9 以上，為何還需要補點值？

第 2，函文中提及補點值的原因是因為非預期風險發生，為何沒依據規定提本會討論，4 月 3 日完成撥付，到 4 月 15 日才知會本會。我一直質疑依法行政是怎麼處理的？

第 3，後續第 4 季還有嗎？還有多少？剛才執秘的報告裡面我相信主計總處應該也有疑惑，委員會在討論時已經講得很清楚，但是好像都沒有用，個人是認為說，如果錢已經進到健保基金，就要受到本會監理，健保署要依法行政就是要依整個程序好好來處理，所

以在這裡，這一些疑惑，我是建請健保署是不是可以整理一個比較詳細完整的資料，提出來報告，或者用書面也可以，讓全體委員充分瞭解，委員出去被問到怎麼監理的，才有所本可以說明，以後在處理類似情況時也希望依程序處理，現在都很講究程序正義，還好衛福部外面沒有被人圍住，不要像青島東路(指立法院)一樣，非要搞到有一天外面也很熱鬧嗎？這樣不好啦！

第 2 點，在會議資料第 15 頁第 3 點提到 111 年第 4 季其他預算結算說明表，有誤植的情形，我就不解，111 年第 4 季的數據到最近 4 月 26 日才發現更正，是怎麼回事？他有講原因就是誤植，只有 4 萬多元，但是那個效率我是很不瞭解啦！

第 3 點，會議資料第 137 頁健保署對上一次會議我所質疑的政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數計算的說明，沒有新意，都是說按照行政院協商確立的法律見解及計算方式辦理，不過這邊要特別提出是因為現在有一個新的示例，可以給衛福部參考，電價從 4 月開始調漲，但是立法院用會議決議通過凍漲，看到一些媒體報導這個決議只是建議性質，並沒有具備法律效力，加重這句「沒有具備法律效力」，立法院是立法，已經立法的法《電業法》，依法行政之後立法院又提出來否定，不過這個否定沒有具備法律效力。立法院的處理位階比較高而且應該也是，我不能講嚴謹，位階至少比較高，所具有的法律效力都這樣子，那衛福部在處理政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數計算時，一直強調依照行政院協商結論，難道這個協商結論會比立法院通過的位階高嗎？為什麼還一直不去思考，這個凌駕法律上面的效力到底是怎麼樣？所以在這裡特別再提出來，給大家參考，也讓衛福部好好去思考。

另外有一點，在答覆裡面的保險給付，保險給付是很明確的內容，上一次會議我已經質疑為什麼把業務費用跟業務外的費用列進來，這不是擴權擴張解釋嗎？這麼明確的東西你都要這樣拗了，那有爭議更不用講了。希望真的可以依照法遵說辭來處理，這樣會比較好。

盧主任委員瑞芬：請陳石池委員。

陳委員石池：主席、各位早安，要請教會議資料第 9 頁，三、(二)就是「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』(8 億元)已用罄，本次預算由 112 年公務預算挹注全民健康保險基金 240 億元支應」，這是很好的事情，錢不夠有找財源，我想了解到底用了多少錢，有沒有機會讓我們知道，我只請教這件事情。

盧主任委員瑞芬：接下來請侯俊良委員。

侯委員俊良：主席、各位大家好，我詢問 2 個問題，第 1 個部分，跟剛剛李永振委員意見一致，我覺得有一個更誇張，各位參閱會議資料第 153 頁有關點值的部分，不只是超過 0.9 的補，已經超過 1 的也補，我覺得用這樣的方式去做補點值真的太誇張，真的要好好思考一下。我看數字包括 1 的補助前、補助後都有變動，也就是超過 1 的也有補助，我覺得這樣的補助方式沒有一個原則，全部做這樣的分配，以至於超過預算數還要用公務預算處理，這部分也應該要提到健保會，至少要報告讓大家了解，不是用這樣的方式處理，這是第 1 個。

第 2 個部分，在會議資料第 12 頁，有關「113 年度全民健康保險強化住院護理照護量能方案」調整的部分，我發現護理人員夜班獎勵，在今年 4 月區域醫院與地區醫院的費用都有調升，調升是好事，但我想詢問的是調升理由是什麼，是因為這 4 個月的執行情況不 OK 嗎？所以還要加重補助，我不了解調升改變的原因。

盧主任委員瑞芬：現在請朱益宏委員。

朱委員益宏：謝謝主席，我覺得剛剛幾位付費者委員都有講到好像點值超過 1 還有用公務預算來補，這個我替健保署補充一下，如果講錯，再請健保署補充說明。

這是一個平均的數值，但是在補的過程中間，特別是針對地區醫院，因為它的平均點值還是低於 0.9，大型的醫院平均點值已經超過 0.9，針對個別醫院沒有達到 0.9 的補到 0.9，整個平均起來會把整體平均數值拉高，但是實際上補助到個別醫院時，我想健保署應

該還是依照個別醫院補到 0.9 為原則，這是我了解的作法，不會點值已經到 1 了還用公務預算補給你，錦上添花應該不至於。

倒是對於會議資料第 152~153 頁幾個統計的數字，我也想請教一下健保署，比方第 152 頁醫院北區家數的這個欄位，第 1、2、3 季北區醫院的家數有 800 多家，全部醫學中心、區域醫院全台灣加起來才 500 多家，但這個數字就 800 多家，不知道對不對。

第 2 個，在會議資料第 153 頁，醫院攤扣前、後的平均點值，跟醫院總額研商議事會議每次報告的攤扣前的狀況，我看起來這數字也不一樣，譬如說在會議資料第 153 頁醫院第 3 季在補助前的平均點值，攤扣前臺北分區是 0.9161，但是醫院總額研商議事會議報告的攤扣前的平均點值是 0.8782，這個數字差滿多的，不知道這些數字到底哪一個對哪一個不對，想再請教一下。

盧主任委員瑞芬：請滕西華委員。

滕委員西華：我也是要談一下補點值這件事，就算補點值的政策健保會再怎麼樣有意見，也不獲得採納，至少補點值這件事要用年度平均點值來算，還是季的平均點值來算，我們已經講非常多次，因為病人其實會流動或是單季時某一季病人稍微多，隔一季病人就變少，特別是有特殊情況時，病人的就醫不是這一季去就醫，下一季就不去，或者是這一季不去就下一季去，可是當我們補點值是採單季計算去補它的時候，醫療體系自然就會自己去 shifting 病人，這會誘導醫療行為的不當，也進一步會影響病人就醫由醫療院所決定哪些人要在哪時候就醫，早幾年前藥品就有出現這種情況，有些昂貴或特定的藥品，某些醫院就把特定病人 shifting 到其他醫療院所。補點值我們不爭論要不要補到 0.9，就算你通通補，其實採單季來算也非常不利，是制度性誘導醫療院所和病人間形成不健康的醫療行為跟就醫行為，我覺得這是這裡面最糟糕的事情，政府單位應該要三思。

盧主任委員瑞芬：其他委員還有沒有意見？如果沒有，請健保署回應。

劉組長林義：我先就補點值的部分說明，補點值的相關程序其實在上次會議應該都已經有提到健保會這邊做過討論了，只是說大家在講數字的部分，譬如說像是會議資料第 152 頁，我們會按季把結果提報健保會，目前結算到第 3 季，5 月正在結算第 4 季，等第 4 季點值結算完之後，我們也會照剛剛的原則，先補因新冠疫情造成各部門總額 112 年醫療費用顯著影響，再補點值到 0.9 的原則，一樣會把金額提報健保會。

先參閱會議資料第 152 頁，我們分總額部門去看第 1 季、第 2 季、第 3 季，目前補到第 3 季的家數和金額，家數是有含交付機構，醫院及西醫基層總額的交付機構，在統計時會歸到總額這邊來，所以家數有含交付機構。因此，大家可以看到第 1~3 季，剛委員有提到到底補多少錢，最後一欄合計欄就是 69 億元，包含 8 億元是 112 年其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」的部分，扣除後的 61 億元就是動用全民健康保險基金 240 億元的部分，這是有關金額的部分。

盧主任委員瑞芬：剛才委員提到按季補點值的問題，你們現在還是決定用按季，委員覺得全年.....。

劉組長林義：我們當初報告健保會的是說 112 年全年會按季去結算，假如點值比較低部分，我們就按兩個步驟來補，一個是先補 COVID-19^(註)、類流感跟 108 年的差距，這個補完後假如點值還是低於 0.9，我們會再補到 0.9，所以大家可以看到，假如點值已經到 0.9，其實補的就是 COVID-19、類流感跟 108 年差距的部分金額，如果我們補完後，點值還是低於 0.9，我們才會再補到 0.9，是採這兩個階段的補法。所以假如第 4 季，我剛剛說第 4 季現在 5 月正在結算，假如點值還是有需要補的部分，我們會依照前 3 季做法來補點值，這做法是 112 年全年適用。

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

盧主任委員瑞芬：所以你們是按季，不是全年結算。剛才還有一些沒有回應，不過請李永振委員針對這個部分先發言。

李委員永振：李永振第 2 次發言，感謝健保署的說明，但是你們說明都含糊，上次有提會討論，健保會沒有同意，當時健保會的結論是修訂之後還要提會討論，結果沒有，也沒有一個補強措施，就偷跑直接提行政院，行政院因為有主計總處在，主計總處都把關不了，我們就認了，當時有其他因素，選舉嘛！當時我們有提到說以後呢？新冠肺炎要延續多久，也都沒有答覆，我是針對這個部分，我剛才是沒有講到黑箱，現在就變成黑箱了，要這樣嗎？我要主張的是健保會不需要黑箱。至於你怎麼處理，至少對健保會的監理職權尊重一下，我們知道講太多也沒有用，但你連這個也不要，乾脆廢掉健保會嘛！

盧主任委員瑞芬：接下來請吳榮達委員。

吳委員榮達：我也要請教，這個補點值到 0.9，我是想請教怎麼補的？個別醫院補呢，還是怎麼補？我們是非常非常質疑。當初是講說點值不到 0.9 會補到 0.9，現在看數字都超過 0.9，那怎麼補點值的？個別醫院補，還是分成醫學中心、區域醫院、地區醫院及西醫基層，怎麼補點值？我想這是大家最大的疑點。

盧主任委員瑞芬：還是針對補點值的部分，健保署可以現在說明清楚嗎？如果現在不行的話，就以後再報告，請韓幸紋委員。

韓委員幸紋：我也是要問補點值的事情，就我理解是，上次討論補點值的方法完全是就「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需費用」那筆 8 億元預算來討論，現在這補點值方法被擴充到甚至是用那 240 億元來補，我覺得這完全超出當時討論的範圍，其實我對於這點一直很疑惑，當時討論是就這 8 億元，我記得那時我們只有看到第 1、2 季的數字，我們也發現第 3 季可能還要再補點值，但明顯錢根本不夠，那時我們還有疑問，不夠的時候，這 8 億元怎麼分配？

其實這件事情沒有完全討論完，後面直接用這個補法補了醫療院所的點值，然後是直接用 240 億元，我覺得這個部分沒有經過討論，是沒有決議的，如果真的超出的話，就我的理解是你連補的方

法都要重新計算，如果現在還有第 4 季，這補起來可能超過 100 億元，跟當時的 8 億元差距很遠，完全不需要討論嗎？公式不需要重新盤點嗎？我對於這部分是一直很納悶。

盧主任委員瑞芬：請林文德委員。

林委員文德：我也是要針對點值的部分請教，因為剛剛朱委員也有提到補點值是以醫院來計算，那醫院怎麼計算它的點值不夠 0.9，因為這有時候牽涉到醫院或診所的經營效率問題，有些醫院經營管理得很好，點值控制在 0.9 以上，就沒有補它的點值。因為剛剛這一部分沒有回答，我不曉得醫院怎麼計算點值不足的問題。同樣的，各地區也一樣，我們分六區，各分區有自主管理，有的管理好，點值比較高的，我們沒有補，點值比較低的，我們來補，這也是牽涉區域配置的公平性問題，想請教背後邏輯是什麼。

盧主任委員瑞芬：請朱益宏委員。

朱委員益宏：第 1 個，是剛剛林老師提到的，我覺得醫院的經營好不好，其實是跟點數有關係，就是來客量、服務量影響的其實是點數，點值主要跟總額整體架構、結算方式有關，所以這個跟醫院經營好不好，我覺得並沒有那麼大的影響，若醫院經營不好，沒有服務量是沒有點數的。但總額結算的時候，因為結算還是全區去做浮動點值跟平均點值，當然會跟醫院的固定點值有關係，但醫院固定點值跟醫院經營好不好，我覺得沒有直接關係，就我的觀點跟林老師報告。

第 2 個，是大家提到說，補了 60 幾億元，錢不夠會影響到總額，但這個我要替健保署講話，我記得這個案子剛送到健保會來談的時候，社保司有特別講說行政院挹注到健保的 240 億元，不是在總額範圍內，本會只有建議的權益，但本會對於 8 億元已經列在總額裡面是可以討論的，我記得當初結論是這樣子，然後就把委員意見送給健保署，最後仍由衛福部核定。所以我覺得今天如果回過頭來質疑挹注進來的公務預算，也要經過大家討論公式的設定，大家准或不准，就有一點太超過，以上補充。

盧主任委員瑞芬：請滕西華委員。

滕委員西華：對不起我本來沒有疑問，但是因為林文德委員問了之後，朱益宏委員的回答，我就有一點更不明白，健保署應該負責說明。

首先我們沒有每一區都實施個別醫院總額，只有一部分區域有實施，這個個別醫院總額也是共管自主管理，不是健保大總額架構強迫的，更不用說其他牙醫、中醫、基層也沒有實施個別診所總額，都是在大總額裡。所以我今天用單季計算點值時，用分區計算每一季的點值，當然是全區點值，全區點值回到個別醫院申報點數，一除下來個別醫院的點值有沒有低於 0.9，做法最單純就這樣，點值不到 0.9 的補到 0.9，那這樣不是還是鼓勵衡量的醫院，在分區裡面不要管理，就一直衡量，也不做自主管理、也不加入共管管理，一直衡量把分區點數做高了之後，大家平均點值低於 0.9，還是回補到個別醫院，不是回補到自律的醫院，會因為醫院自律、管得很好就補給他嗎？不會，因為就是照原則除下來。既然未實施個別院所的總額，當然就是用全區除，如果點值要補到 0.9，還是要補到真的認真管理或相對來說比較沒疑慮的院所，所以在論量下用全區、單季點值，如果某一區的醫院突然有重症轉診使服務量變多，那不但是補提供重症服務的那家醫院，也同時補到其他醫院，一樣的道理，你還是齊頭式去補，結論還是有利於沒有自律且衡量的院所，113 年若繼續這樣補點值、醫院繼續衡量，在健保法還沒修法保障點值之前，醫院在補點值的政策下，繼續衡量，為甚麼還要修法，不修法健保早就破了。

盧主任委員瑞芬：李永振委員第 3 次發言後，我們要請健保署回應。

李委員永振：因為對於 240 億元特別預算的認知，我跟朱益宏委員不一樣，我的認知是應該尊重主計總處給的用意，社保司應該是在主計總處的原意裡面去使用才是正當的辦法，不是有預算之後要怎麼用就怎麼用。

我記得當時在會上黃小娟委員有提到，這個是基金，不能用於保

險給付支出，如果有剩餘是放到安全準備，所以放到安全準備就牽涉到健保法第 76 條第 2 項，跟我們有關係，怎麼會沒有關係，這認知可能不太一樣，才又會產生爭議。特別強調一下，看黃委員是不是有什麼補充。

盧主任委員瑞芬：黃小娟委員有要補充嗎？

黃委員小娟：112 年度健保基金決算已將 240 億元當作政府補助收入，已做完決算沒有問題，至於這個 240 億元進到基金收入怎麼使用，就回到預算用途跟健保相關規定，我們還是這樣的意見。

盧主任委員瑞芬：看起來委員對於補點值的意見非常多，如果健保署今天沒辦法解釋清楚，是不是請你們做一個報告案，因為還有後續，先請署長。

石署長崇良：主席、各位委員好！各位委員的指教我們後續會以書面報告完整呈現，不過這一次大家都講補點值，到底點值是 1 點 1 塊錢是正常，還是 1 點 0.9 元是正常，現在有很多的討論，有人認為 1 點 1 塊錢是正常，所以要立法保障，而在健保會認為 0.9 很正常，超過 0.9 通通不應該補。

但是回歸到總額的精神，我們去年之所以會用額外的公務預算來填補總額的不足，主要是來自於政策改變，在 111 年討論 112 年總額時並沒有 COVID-19 的討論，因為當時 COVID-19 全部是由公務預算支應，是直到 112 年才宣布回歸到健保，中間產生 COVID-19 的費用是在 111 年討論 112 年總額時沒有討論進去的基期，才以公務預算挹注健保基金的部分先填補，因為 COVID-19 造成的服務量增加。不論點值是多少，各區都應該先計算 COVID-19 造成的影響，先填補總額。

至於整個結算下來之後，低於 0.9 的時候，才再由我們剛剛依據的非預期風險或非預期政策改變造成點值 0.9 以下再來補到 0.9，所以才會看到有的區已經超過 0.9，那本來如果沒有 COVID-19 的衝擊，可能點值可以到 1，理論上應該這樣，管理得很好時，點值應該是到 1 的，而因為沒有預期 COVID-19 的影響，點值掉下來了，

結果有的管控差的區域，有補到，管控好的，衝擊反而必須自行吸收，這是不公平的。

所以我們的填補是基於非預期政策改變之下沒有考慮到總額受到 COVID-19 影響先填補，填補完之後仍低於 0.9 的才填補到 0.9，這是第 1 個邏輯。

當然這個回填的時候，基層比較容易，因為沒有各區的總額管理措施而有所差異，比較沒有問題，可是醫院就變得有問題了，因為在醫院的部分，各醫院收入結構有很大的不同，我們健保有固定點值，也有浮動點值，固定點值就是藥費固定點值為大宗，其餘還有一些像手術費、DRG^(註)，也是用每點 1 元，這是固定點值。扣除之後剩下的才做浮動點值，每一個醫院最後得到的平均點值是不同的，因為有固定點值、有浮動點值的部分，合起來算的平均點值是不同的。

再者，各區管理模式不同，有一些個別醫院總額有斷頭、有攤扣，而斷頭有多寡、攤扣也有不同的計算方式，因此我們在計算要填補的費用之後，再回到各區依其管理的方式，有的考慮到有些醫院在還沒有填補前點值比較好的，就會補比較少，平均點值比較差的就會補，所以每一區補的方式不一樣，這是各區管理方式，基本上這不是純粹的補點值，這是總額預算的補救措施，因為我們本來在總額裡面，就設計了非預期風險或非預期政策改變的經費調控，只是過去沒有動用這筆錢，滾回安全準備金，去年是因為準備不足才由政府所挹注的 240 億元公務預算做差額填補，以上先做這樣的補充說明。

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

盧主任委員瑞芬：針對剛才有關新冠疫情對總額的影響，這部分看起來委員真的有蠻多意見，我想在這個部分做以下的決議，有關於因為新冠疫情造成各部門總額 112 年醫療費用顯著影響的補點值結果，請健保署參考剛才委員所提的意見，謝謝署長口頭已經回應，但我希望你們能準備一個比較詳細的書面報告給委員，委員如果還

有意見，到時候我們再做口頭詢問。請王惠玄委員。

王委員惠玄：針對點值討論很久，我就把自己小小的問題放在最後，我在上次會議有提書面意見，在 4 月份委員會議議事錄第 44 頁，不知道為什麼沒有看到健保署的答覆，不曉得是再次書面答覆或是現在有機會口頭答覆一下？有關「提升醫院兒童及重症照護量能」的計畫，我對成效指標有一些想法，計畫主題既然是講量能提升，但成效卻用死亡率這實在有點遙遠，我建議至少在第一年針對量能提升的這部分，就兒科醫事人員的標竿數據、量能數據或是特定設施設備這方向做過程面、結構面指標，至於較長遠指標，例如：死亡率或是特定 outcome variable，是不是第 2 年或第 3 年再實施？這是我的書面意見。

盧主任委員瑞芬：是書面回覆嗎，還是...？

石署長崇良：抱歉，如果有遺漏的話，我們書面再補充，不好意思王委員。

盧主任委員瑞芬：針對重要業務報告，除了我剛才做的第 1 點的決議外，第 2 點，上次(第 3 次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形，擬解除追蹤共 1 項，同意解除追蹤；擬繼續追蹤共 3 項，同意繼續追蹤。

第 3 點，本會訂於本年 7 月 16、17 日在衛福部召開各總額部門 112 年度執行成果發表暨評核會議，議程在會議資料第 20、21 頁，敬請委員踴躍參加，這是要協商總額的重要參考依據。

若沒有其他意見，其餘就洽悉，我們進行下一案。

參、優先報告事項「中央健康保險署『113 年第 1 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 113 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告。截至 113 年 4 月已公告生效新給付之新藥共 14 項，包括 5 項癌藥、4 項罕藥及其他新藥 5 項；擴增給付共 12 項，癌藥有 9 項，其他新藥有 3 項，推估新藥及擴增給付受惠人數約 1.3 萬人，這 14 項新收載藥品，有 3 項以暫時性支付方式收載，這 3 項都已取得 TFDA^(註)核發的藥品許可證。第 1 項暫時性支付性藥品 Polivy，是與 bendamustine 和 rituximab 併用，適用於第三線治療復發型或難治型且未曾接受及不適合接受造血幹細胞移植的瀰漫性大型 B 細胞淋巴瘤成年病人，主要是因這個藥品具有臨床的需求，而且查驗登記是以家數核准，就是還需要繼續執行試驗，所以我們也是以暫時性支付的方式收載 2 年，2 年後廠商需要提交台灣及國外病人使用情形，讓我們評估要納入常規性給付或是暫停給付。

第 2 項暫時性支付藥品 Takhzyro，用來治療遺傳性血管性水腫反覆發作的預防，考量目前健保只有收載用於急性發作的治療，尚未收載用於預防性發作，也就是降低發作次數。另外這個疾病的致病基因變異的話還尚待確定，也是以暫時性支付收載 2 年，2 年後重新評估。

第 3 項暫時性支付藥品 Vyndamax，用來治療成人野生型或遺傳性的轉甲狀腺素蛋白類澱粉沉著症造成之心肌病變(ATTR-CM)，這個疾病目前無有效治療藥品，且該疾病盛行率具有不確定性，暫時性支付 2 年，2 年後會重新評估。

除暫時性支付之外，也簡單介紹 3 個納入常規性給付的新藥，因為考量到，近年新診斷的乳癌病人中早期乳癌占 8 成，但乳癌死亡率沒有明顯下降，我們意識到乳癌病友的醫療需求，陸續把早期乳癌、轉移性乳癌的新藥納入給付。第 1 項 Verzenio，是第 1 個

CDK46 抑制劑，用於治療荷爾蒙受體(HR)陽性、第二型人類表皮生長因子受體(HER2)陰性、淋巴結陽性，高復發風險的早期乳癌成年女性病人的輔助療法。根據第三期臨床試驗，這個藥品可以降低 30% 以上的復發風險，可以顯著降低遠端轉移的發生，共擬會議也同意納入健保給付，預估每年受惠人數是 1,357~2,150 人。

第 2 項 Trodelvy，用於治療晚期或轉移性的三陰性乳癌，不限有無 BRCA 基因突變，都可以使用。Trodelvy 是一個新作用機轉藥品，是 Trop-2 抗體結合藥物，會透過抗體把藥物帶到癌細胞。根據三期臨床試驗顯示，現行三陰性乳癌以化療為主，Trodelvy 與化療相比可以延長整體存活期 5.4 個月，共擬會議也同意收載這個藥品，於今年 2 月 1 日生效，預計每年受惠人數 464~472 人。

第 3 項含大麻二酚(cannabidiol)的新藥，是二級管制藥品，也是罕藥，用來治療 Dravet 症候群及結節性硬化症，限用於現行藥物治療仍無法有效控制的癲癇發作，根據臨床試驗相比，Dravet 症候群病人服用藥物之後有 43% 病人可以降低癲癇發作(癲癇發作頻率下降 \geq 50%)，對照組(使用安慰劑)只有 27% 可以達到，共擬會議代表同意收載，於今年 4 月 1 日納入健保給付，每年受惠人數約 343 人(Dravet 症候群約 43 人；結節性硬化症約 300 人)。

有關新功能特材部分，今年 1~5 月總共公告生效的新功能特材共 38 項，每年受惠人數約 27,637 人次，新功能特材包括兒童醫材、急重症醫材、臨床缺口醫材及功能改善醫材，兒童醫材包括今年 1 月 1 日生效的電極導管(2Fr)，可以用在嬰幼兒或是成人細小的血管定位，可加強用於治療複雜性心律不整。另於 5 月 1 日收載雙迴路透析導管組(<7Fr)，用於治療嬰兒的急性透析，這個品項也是衛福部公告的困難取得之兒童臨床必要藥品及醫材管理品項清單的醫材，所以具有臨床上的需求。

在急重症醫材，第 1 項於今年 1 月 1 日收載液態栓塞系統之輸送微導管，用於顱內血管栓塞治療，另第 3 項顱內動脈塗藥球囊導管，於導管上面塗紫杉醇活性藥物，可以降低血管內皮增生，可治

療顱內血管狹窄。

至於臨床缺口醫材的部分，於今年 5 月 1 日也收載神經外科術中神經功能監測(IONM)相關特材，包括皮下針電擊、刺激探頭、喉管電極、皮質電極，在神經外科手術像是腦腫瘤手術中監測神經功能，讓病人接受全身性麻醉之後在頭皮、四肢皮膚放置微小針具的導線，可以監測這個病人的神經跟肌肉電生理的活性，若有異常就會發出警訊提醒醫生，可減少神經功能缺損，增加手術成功率及提升病人用藥安全。

以上先作簡單口頭報告，至於其他詳細的資料，各位委員可參考書面資料以及今天桌上編號 2 的補充資料，以上報告。

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

石署長崇良：我們今天主要的報告是過去經常被挑戰，就是有些臨床用藥跟不上國際指引，所以我們從去年到今年第 1 季都在努力的趕上國際治療指引，剛剛的報告主要也是著重在這部分。

另外，我口頭補充近期談到的點滴輸液供應問題，這涉及的層面更廣，雖然它不是貴的藥品，以現在的生理食鹽水(normal saline)而言，1 瓶的價格核價 25 元，不是貴的藥品，技術門檻也不高，台灣也有自製的能力，只不過這次的問題發生在食藥署查廠之後，發現他有 PIC/S GMP(註)的重大缺失，因此採取了最嚴重的處分，也就是封廠停止生產。因為它的市場供應量，生理食鹽水就占了市場的 70%，所以影響層面會非常大，依據食藥署的資料，庫存應該尚可以供應到 6 月底，還有 1 個月的存量，但這個前提是不可以有搶貨、或囤積的情形，因為如果出現搶貨、囤積的情形，就會提早造成供應短缺，所以因應措施的第 1 步就是先進行控貨，避免因搶貨、囤積而發生臨床短缺的情形，這是第 1 個。

註：PIC/S GMP(Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme Good Manufacturing Practice，國際醫藥品稽查協約組織所規範之優良作業規範)。

第 2 個，當然就要想辦法，快速填補市場上占 70% 的供應量缺口，因此要跟各位委員報告，權宜方式是先找國內的廠商議價，希望在 3 個月，就是 6~8 月，這 3 個月提高產能讓產量能夠增加，產

量提高的同時，因為員工必須加班，臨時要加開產線，所以健保署就會給予比較高的價格，至於長期而言，點滴的價格要不要提升，還是要回到常規的藥品共擬會議討論，所以會先以3個月為限，跟廠商談個比較優惠的價格，因為他們必須要增加臨時人力或者是加班，才能夠在短的時間內將產量提高上來，這是我們現在的做法，目前也已經談妥了幾家有意願的業者，我們將循著這個程序處理，再進行合約的簽訂。

第3個，當然還有就是直接進口的方式，因為國內其他業者過去的產量並沒有那麼大，我剛剛也提到其他業者合起來只有30%的市占率，一下子要填補70%的缺口，仍然需要時間，因此在國內其他業者還沒有辦法馬上提升產量時，就是直接採用專案進口的方式，專案進口的價格當然會比較高，因為必須緊急排班、貨櫃，還有運送成本，其實點滴輸液在國內製造很便宜，可是現在從外國進口運費成本是很高的，所以光是運費又要比國內生產更高，所以我們會用一定數量去談，這是短期的因應措施，不是長期做法，現在健保署正在跟業者談，應該也會沒有問題，用比較好的價格，短時間進口來填補點滴輸液供應不足的空窗期，這是我們目前的因應措施。

另外，為了避免醫院又要重新議約的困擾，我們現在也在談，在短時間的3個月內突破過去付費的方式，醫院不需要議價，可直接跟廠商叫貨，再由廠商直接跟健保署請款，以確保點滴輸液的供應不需要因重新議價而產生問題，這是短時間的因應措施，目前大概有以上這些做法。當然食藥署也有其他相對應的做法，包含駐廠、家數的輔導、生產等等的做法，在這裡跟各位委員做個報告，我們大概會有這樣的權宜做法，也請大家放心，我們已經全力來處理這件事情，以上報告。

盧主任委員瑞芬：請問委員對於健保署的業務執行季報告有無提問，請李永振委員。

李委員永振：首先感謝署長的補充報告，事實上，很感謝黃金舜委員把點滴輸液大廠遭勒令關廠的媒體報導傳給我，我看到的第1個反

應是說怎麼會這樣，食藥署在搞什麼東西。因為食藥署依法處理這個廠商是 OK、沒有問題，但是處理完之後，健保署在擦屁股，為什麼當時要關廠停止生產的時候沒有配套，藥師公會好像也很累，如果沒有藥的話，可能會被罵到、掃到颱風尾。所以我第 1 個感覺是說衛福部是怎麼了，生病了嗎？怎麼各自為政，後面反正你自己去處理。但是那個部分沒辦法，健保會管不到。但是用國外專案進口臨時進來，剛才署長有提到運費比較高，運費也是民脂民膏，為什麼不把那些錢放到其他地方，那不是更好嗎？當然這是已經跳脫健保會委員的立場，我用老百姓的角度、想法提供參考。

今天健保署的口頭報告，有些業務季報告的書面內容沒有提到。從剛才的口頭報告我們大概可以知道，但是還來不及消化，不過有個感覺，好像剛才周執行秘書有提到，今天的併同報告有 3 個部分，但是比較詳細的只有抑制資源不當耗用改善方案的追蹤，其他 2 個，分級醫療執行情況跟急診品質提升部分，只有在指標裡面，如果談到應稍微說明，其他資料不曉得是我沒有注意到，還是疏忽掉，我沒有看到，所以只針對抑制資源不當耗用的改善及業務執行報告內容，提出請教跟建議，共有 3 點。

第 1 點就是，在 112 年所摺節的健保費用粗估是 10.5 億元，健保會幕僚有整理並將有節省費用之管控項目列出，列出來加一加也差不多 10 億元左右，在 10.5 億元上下，因為粗估也不能算到很準。不過我個人是感覺說，111 年可節省費用約有 36.28 億元，是因為疫情的關係所以省比較多嗎？還是怎樣？都好像沒有分析到，當然這不能苛求，因為我們是要看 112 年的執行成果，但是就沒有聯想到 111 年，這個變化大概也只有我會追吧？但不管怎樣，健保署是不是可以稍微分析一下變化的原因？粗估的 10.5 億元，我感覺好像也有點低估，譬如像指標 12 跟指標 15，尤其指標 15，死亡前安寧利用率可節省的醫療費用，1 個人節省的費用是 6.5 萬點，因為人數增加了 7,761 人，算算大概是 5 億點左右，應該也是相當可觀，這個就沒算到。

第 2 點是有關於分級醫療的部分，我有 2 點請教，第 1 點沒有未達目標的原因檢討，好像沒有真正去掌握到問題，如果無法真正掌握問題，所提的改善策略，坦白講我個人是質疑，如果提策略的人不曉得問題重點在哪裡，提出的改善策略怎麼會有效呢？譬如說在指標 6，年度的檢討，還是用季的觀點在寫，我不曉得是誤植，還是腦袋裡面就是季而已，所掌握的問題是什麼？例如指標 5、9，針對 112 年的疫情似有 2 種解讀，我就不懂，同樣是健保署怎麼對疫情的解讀方式有 2 種？細節各位可以參考。

掌握問題重點，卻未針對問題提出有效改善，譬如說指標 3，門診就醫次數大於 90 次之保險對象有 38% 是精神疾病患者，但是在改善策略裡面看不到怎麼辦？如果這 38% 的高診次患者，就醫情形有再改善的話，效益應該是蠻大的。112 年有 5 項指標未達目標值，分級醫療部分相對占了 3 項，還蠻高的，這個政策是 106 年開始推動，到 112 年已經超過 7 年，應該是國小二年級的階段，健保署在業務執行季報告第 170 頁的第 26 張投影片，提出改善的策略是要加強宣導，辦理全國性宣導說明會，政策都已經推動 7 年了，還在宣導說明會階段，怪不得看不到分級醫療真正的效果。除了提升支付點數以外，看不到其他令人期待的做法，已經投入 200 多億元，以前第 1 年、第 2 年追績效時，是說宣導期還沒過，但是現在都已經 7 年了，我覺得有點失望。

第 3 點，在業務執行季報告的第 10 頁，就是有關於財務的部分，有 2 點建議。第 1 點，111 年跟 112 年補充保費大幅增加，應該是該 2 年度產生收支結餘的主要因素之一，113 年度對該項收入的變化應該值得加以留意，我留意到今年到 4 月比去年少了 17.45 億元，但比 109 年以前還是好很多，因為從 110 年才大幅增加，不過參照上開報告的第 15 頁，今年 1、2 月共收取 176.75 億元，比較 112 年同期的 176.141 億元，還增加 0.61 億元，為什麼提出 1、2 月？因為 1、2 月就是發獎金的時候，但是這 2 個發獎金的時候並沒有減少還增加，但是健保署的解釋原因之中，獎金減少是其中 1

項，我就不解，是不是可以稍微說明。另外是，今年行政院要特別挹注的 200 億元，到 4 月份好像還沒看到收入，到底是有還是沒有，還是什麼時候會看得到？

盧主任委員瑞芬：接下來請吳榮達吳委員。

吳委員榮達：我想請教 2 個問題，第 1 個是有關癌症新藥納入健保給付的部分，不只是癌症新藥，我想要請教，因為現在依照特管辦法做細胞治療，依我所理解，幾乎絕大多數的細胞治療計畫，都有可以合併其他癌症治療的方式，那我想請教健保署，對於已經用細胞治療的情況，如果還合併其他的癌症治療，特別是這些比較昂貴的癌症藥，或其他的治療方式也好，是不是應該做個切割？我的意思就是，要不要評估看看，會不會有雙重的浪費，已經用細胞治療了，我們還要用健保給付讓他合併治療，然後再去支付這些昂貴的癌症用藥嗎？這是第 1 個問題。

第 2 個問題，今天健保署補充資料後半部是分級醫療執行情形，有提到各層級轉診就醫情形，在 113 年 1 月到 3 月，就醫學中心的部分來看，占率是上升的，就醫的占率上升就是表示醫療分級的部分在醫學中心是沒有做得很好，我不曉得有沒有解讀錯誤，就這個補充資料，本來在 106 年的時候是 10.42%，然後到 113 年是 11.2%，我不曉得我有沒有誤會那個數字，到底下轉比較多，還是比較少？如果下轉比較少，所以醫學中心就醫占率比較高，表示分級醫療沒有做得很好。

我們看其他的區域醫院或地區醫院也好，大概剛好看起來是相反，看起來好像是這樣，我是想請教健保署有沒有重新再評估，因為在疫情之前，醫院總額曾訂有 5 年門診減量目標，每年要降低 2%，健保署有沒有考量針對這個部分，重新做決策上的考量，至於每年節省下的 2% 門診量的費用，可再挹注到醫院有關急重症的點值，我覺得是不是應該再來探討這個議題，這樣對於分級醫療的推動會不會比較有幫助，以上 2 個問題請教。

盧主任委員瑞芬：因為現在桌上資料蠻多，提醒委員注意一下，除了

這本業務執行季報告以外，還有健保署提供的補充資料 2，但是剛才口頭報告只說明了前面幾頁，後面有關於分級醫療的情況是文字敘述。另外，其實我們這次健保署的報告裡面，應該還要併同提報的是 112 年度抑制資源不當耗用改善方案的執行結果及檢討改善策略，這個部分健保署剛才沒有進行口頭報告，但是他們有在業務執行季報告第 158 頁開始提供書面資料，在黃色頁的補充資料 1 本會幕僚也提供了研析說明，所以總共有這幾份是我們現在要討論的，先跟各位做個說明。

因為資料有點亂，所以剛才委員在提問的時候，可能就會跳來跳去，先跟各位委員說明，我們現在要看的資料總共是這幾份。不過，我倒是要請健保署注意，抑制資源不當耗用改善方案的執行結果及檢討改善策略這個部分，其實委員一直很關心，你們雖然有提供書面報告，剛才其實口頭報告的時間還有，下次再報告時，請做口頭說明，委員才能夠留意到相關的資料在哪裡。我們現在請滕西華委員。

滕委員西華：首先，針對業務執行季報告第 3 頁，提到召開健保藥品政策改革修法溝通會議，其實我覺得很遺憾，就是我們國家這兩年在召開相關的醫療政策或是藥品政策，不管改革也好，或是有些重大會議都幾乎沒有邀請病人團體代表、也沒有邀請消費者代表，沒有病人角色的改革能夠成為醫藥品、醫藥政策的改革嗎？所以我覺得其實是非常可惜。醫藥政策的改革不能把病人漏掉，所以如果下次有這樣類似的會議，誠心的建議應該要邀請台灣的病友團體跟消費者相關的代表。健保署所提草案內容，指的應該是健保署所提的草案內容，這個草案內容是什麼，是不是有機會讓健保會瞭解，因為對於健保的相關法規政策，本來就是在健保會的監理範圍之內，這個會議是修什麼法，就報告內容看起來，各界的共識跟修法都沒有關係，所以我的疑問是，他們是對修法沒共識，但是對健保署繼續做的事情有共識嗎？所以對於季報告所列的結論，其實我個人非常的好奇。我們國家有非常多的秘密會議跟秘密結論，健保藥品政

策改革應該是可以供社會公平討論的。

第 2 個，我想要針對新聞媒體報導幾個重大的事情，1 個就是署長講的點滴輸液封廠跟關廠這件問題，當然涉及 PIC/S GMP，嚴重有問題的要立刻關廠，這是全世界的標準程序，沒有錯，我是覺得不太可能要健保署跟其他單位有配套措施，因為等到通知廠商，貨可能早就已經都賣完了，所以該關就是關，但是我擔心的是有沒有品質的問題，因為食藥署並沒有公開講說，是為什麼原因關廠，但關廠一定是重大疏失，不會是小的失誤，而且食藥署只有說品質登載不實、原料跟什麼不符，如果是原料不符，就是原料有出問題，那這個產品不應該下架或者是追回嗎？不是應該關心那些已經用了輸液的病人，有沒有病人安全的疑慮嗎？我們只知道供應短缺，趕快叫別的合格廠商增產，而我關心的是那些已經用掉的產品，到底有什麼問題？這部分有沒有去了解？我認為對我們來說，病人安全才是最重要的。

另外就是關床的新聞，因為護理人員不足，這每個月都有，不要說每個禮拜都有，前幾天還有媒體在做專案，可是我們健保署一向都有監測醫學中心的資料，我不知道健保署到底有沒有掌握誰在關床，按照業務執行季報告第 98 頁這個表，彰基跟高雄長庚還增加床，過去幾個月來醫學中心關床都不明顯，不知道是哪些醫院關床，北榮只有顯示台北榮總整體關了 6 床，在說明裡面它的加護病房關了 18 床。那我們就要問，健保署有沒有掌握到底是哪些醫院關床，關了什麼樣的床？這些醫院是關健保床，還是關自費床？健保床都關了自費床還是在運作，哪些醫院一邊關床，一邊去領護病比獎勵？健保署有沒有掌握這些？否則大家每次都講護理人員不夠所以關床，我們都不知道這到底是喊爽的、喊心酸的，還是具體真的有醫院關了什麼床，是因為招募不到護理人員，以及關了哪些科別的床？有沒有影響到民眾就醫？如果關的那些床都是平常住院率就很低的，比如說眼科或腎臟科，或其他住院率相對低的，那麼關床對其他在排隊住院的人有產生什麼樣的衝擊嗎？這些都沒有，我

覺得健保署都補了護病比、補了夜班、三班，應該要掌握上述細節，不是任由輿論或是其他的特定團體講，因為聘不到人所以關床。病人住不到院，到底是哪些科別、關了什麼床，是關健保床還是關自費床？健保署可以容許護病比領光光，然後自費床開得嚇嚇叫，然後健保床都一直被人家關掉嗎？這就很荒謬的事情，本來護病比的獎勵，就是要補在健保特約床數。

再來就是補充保費，我要說我非常的痛心，覺得政府在補充保費這個違章建築上加蓋，還跟別人講我蓋得很漂亮，補充保費的費基要擴大、費率要提升。補充保費的費率要經過修法才有辦法改，韓幸紋委員是社會保險專家，我們這個國家有什麼好自豪的，讓1個人在強制納保的社會保險，光補充保費就繳500萬元，這有什麼好自豪？國家要收有錢人的錢天經地義，但是可以透過稅收，經過所得重分配之後，政府拿去挹注全民健保政府應負擔健保總經費的36%、38%、40%都應當，我國既然要修法，二代健保改革時所提的家戶總所得，朱前主計長已經退休，他可以講真話了，你去問他這個大掌櫃，家戶總所得即便 household 在下降，都比東一塊、西一塊課徵補充保費來的強，補充保費有資本利得、財產交易所得，沒有收進來的，現在一天到晚這樣子見縫插針地收，民眾對哪邊有不滿，或是立委對哪邊有見解，就去修改規定，把補充保費1,000萬元上限提到5,000萬元，也沒有學理的基礎，我覺得這樣是很荒謬的，政府要修法，拜託，開大門走大路，用家戶總所得，套一句，醫生最討厭不遵醫囑的病人，健保改革的處方箋早在2004年、2005年都開好了，為什麼政府不遵醫囑？不用二代健保家戶總所得這個正確的路去修法，還要違章建築加蓋？石署長是最有立場改革的人，因為新來的部長跟次長都沒有經歷過二代健保的改革，只有石署長有，所以我覺得你任重道遠，你坐這個位置一定要超越部長跟次長，把對的事情告訴你的長官，把正確的路告訴立法院還在亂的那些立委，你不要在錯的地基跟房子上面違章建築還加蓋，還跟人民講說你蓋得很漂亮，我們把有錢人都收進來製造仇富

的言論，這是不對的。

盧主任委員瑞芬：接下來請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：剛剛滕委員講的每一點我都認同，我要講的就是說今天如果政府不把道理講清楚，然後一意孤行，我相信民眾會起來有回應，尤其是補充保費這件事，因為我跟西華一樣都有記者來問了，我們也不希望引起民眾之間的相互仇視，我覺得這不是社會保險應該要有的態度。

最近媒體也都在問，也是民眾的痛，就是急診壅塞、一床難求，現在大家建構的那個邏輯，就是說健保給的點數不夠，醫院經營困難，所以沒有辦法給醫護人員，尤其是護理人員加薪，因為他們的薪水不好，所以他們離職，因為他們離職，所以我們關床，因為關床所以急診壅塞，民眾就只好忍耐，我覺得健保署真的應該要講清楚，這個邏輯裡面的每個箭頭、因果關係都是 1 個問號，我覺得不應該就是這麼直接去定論。

在急診壅塞的部分，過去幾乎每次委員會談到這個議題時，不管來自付費者或者來自醫界，有好多位先進都很關心，但是我要很遺憾地講，其實我請醫改會的同仁奎彥計算，在第 5 屆、第 6 屆任期間，到目前為止，包含今天已經講第 15 次了。經回顧歷次會議實錄，我們整理了健保署每次的回應，大概就是持續監測、滾動式檢討、多元對策等，我覺得這樣不對，健保署跟我們作文比賽。在 113 年的第 1 次醫院總額研商議事會議，健保署又提出例如急診部分負擔、分級醫療宣傳、鼓勵假日及夜間開診、保障急診點值、新增轉診誘因、挹注夜班護理人員薪資等對策，各位委員這些都是長期未解的問題，如果這些策略已經沒有效果、鈍化了，健保署真的應該提出新的。尤其我記得上次去拜訪署長的時候，署長有提到固定就是那幾家醫院，所以我們可不可以就直接挑明點出問題，這並不是要去攻擊他們，不是的，而是他們有什麼樣的問題，我們來一起面對跟處理，我覺得這個議題才不會一直擺在那裡，好像長年未解，所以簡單講，就是針對有問題的醫院進行專案輔導，我覺得這

個是必要的。

另外，在抑制資源不當耗用改善方案，分級轉診的指標，例如指標 5、指標 9 也是長期沒有達標，健保署的改善策略也都是老梗，所以再次建議健保署，就是這些問題是民怨、民苦，也是民痛，希望可以能夠有具體的、有效的改善策略，或者是不要再鄉愿了，就是直接有專案輔導，像是剛剛西華講的一樣，哪些醫院在關床？是不是關健保床？民眾明明有健保卻還要自費，我也有朋友去住到頭等病房，單人的病房，他真的心在淌血。

盧主任委員瑞芬：請朱益宏委員。

朱委員益宏：我幾點意見，第 1 個就是對於轉診這件事，我也長期在關注，從健保署的統計資料看起來，好像 106 年跟 113 年比起來是有改善，百分比看起來有增加，轉診量如果單純就 106 年跟 113 年的數字比，看起來也有增加，但是就醫學中心整體的門診量跟轉診的數量比，還是小巫見大巫。

比如說，在補充資料 2 分級醫療執行情形的第 3 頁，113 年 1~3 月，3 個月份合起來才 27 萬件，但是在 1~3 月醫院整體的門診量合起來是不得了的一個數字，所以其實我們真正在轉診只有大概百分之幾而已，我印象中大概不到 5%，大概只有 2%、3%，就是轉診的病人占整體門診的數量。我覺得轉診這件事情推了很久，看起來有進步但是進步的幅度是非常非常小，特別健保署最近半年在業務執行報告裡面，也有公布一些資料，比如說在醫學中心或區域醫院慢性病的比率占其門診量其實還是高居不下，我希望健保署未來對於這些真的該轉診的病人，應該要有輔導措施，真正去落實轉診。因為補充資料 2 所呈現的，大部分都是地區醫院跟基層診所往上轉診的數量比較多，但是由醫學中心或區域醫院往下轉的數量，其實非常非常的少，所以我覺得這跟我們的期待，至少跟我個人的期待會不一樣，我看劉老師也在一直點頭，所以相信劉老師也應該同意我的意見，這個是對於轉診，我也期待政府應該加快腳步，不然轉診從 106 年講到現在，已經大概也 8 年了，效果還是這個樣子，這

是第 1 點。

第 2 點，我想請教一下署長關於點滴缺貨這件事，第 1 點我有個期待，就是我們協會碰到缺貨問題相對大型醫院是比較多的，因為大型醫院跟藥廠都有合約，所以廠商一定優先供貨，對於比較小的地區醫院就有斷貨的可能，這個機會比較大。

我們其實有跟 TFDA^(註)反映這件事，TFDA 的做法就是，第 1 個，請醫院先上平台登錄，登錄之後就會有專人協調，專人協調的方式是給生產廠商電話，請醫院自己聯繫，有醫院拿到資料聯繫好幾家廠商後，結果就是廠商都不供貨或無法供貨，以致於浪費很多時間。我建議，如果 TFDA 沒有能力做到，或是不管什麼原因做不到，是不是由健保署承接？既然健保署署長剛剛講未來有可能統一叫貨後由健保署跟廠商結帳。是不是可以現在就先開始，醫院如果有需要，直接跟健保署聯繫，健保署這邊就統一幫忙處理？不然我覺得 TFDA 的行政效率我是不太敢恭維，給你一個名單就了事，叫醫院自己跟廠商聯繫，這是第 2 點。

第 3 點，我也想請教一下署長，請廠商加工生產或專案進口都會增加健保給付，這些給付費用到底對總額衝擊有多少？因為如果沒有專案補助進來，就是用其他點值浮動來補，讓浮動點值更差。

如果為了醫療不中斷把一部分的錢挪到購買點滴，那其他醫療服務點值怎麼辦？我想知道這對總額有多少影響，政府有沒有其他因應方式。

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

盧主任委員瑞芬：請林文德委員。

林委員文德：有關轉診的數據，朱益宏委員說不到 5%，實際上不到 1%，而且 1% 是還有一點灌水的。請看補充資料 2 第 2 頁，113 年 1~3 月轉診率整體來講是 1%，但總轉診率 1% 有包含視同轉診案件^(註)，有一些醫院病人出院後之首次回診，回到自己原來同體系的醫院回診，也都視同轉診，所以這數字裡面有很大一部分並不是醫院之間的轉診，我們看補充資料 2 第 3 頁 113 年 1~3 月轉出院所合計

件數，才 27 萬件，可是呢，在補充資料 2 第 2 頁 113 年 1~3 月轉診件數是 79 萬件，等於是說，視同轉診的部分有大概 50 幾萬件，是有一點高估了轉診的件數，所以下一次是否可以把它呈現一個比較正確，實際上是醫院之間的轉診，不要把出院之後的回診就醫算進來，比較能夠真實反映我們轉診的狀態。

註：依全民健康保險轉診實施辦法第 11 條規定：

保險對象具有下列情形之一者，視同轉診，但無需持轉診單：

- 一、門診、急診手術後之首次回診。
- 二、前款以外，持轉診單就醫後，因轉診之傷病經醫師認定需繼續門診診療，自轉診就醫之日起一個月內未逾四次之回診。
- 三、分娩出院後六星期內之首次回診。
- 四、前款以外，住院出院後一個月內之首次回診。
- 五、於無特約診所之鄉（鎮、市、區），逕赴該鄉（鎮、市、區）之特約醫院就醫。

前項第一款到第四款回診，以返回接受轉診之特約醫院、診所就醫為限，並由該接受轉診之特約醫院、診所自行開立證明予保險對象，或依其就醫紀錄逕行認定回診事實，作為視同轉診之依據。

盧主任委員瑞芬：接下來請陳石池委員。

陳委員石池：主席、各位委員，大家早安，有關轉診部分，看起來相較於 106 年 1~3 月，113 年 1~3 月轉診是有增加的，轉診效果好像是有有的樣子，不過我比較關心的是，我記得這是上下轉診，應該是有獎勵。我想請教的第一個問題是，同層級轉診到底有沒有獎勵？因為從轉出院所占率看起來，醫學中心有 5.61% 轉出至醫學中心，區域醫院 28.57% 轉出至區域醫院，地區醫院 15.09% 轉出至地區醫院，基層診所 3.10% 轉出至基層診所，我想健保署也很忙，但能不能提供一些資料給我們參考，也許裡面有不當轉診的情況，我想了解一下，以上是有關轉診的部分。

第 2 個是有關急診品質提升方案，在全民健康保險業務執行季報告第 41 頁有提到「綜上，113 年 1~2 月部分指標有改善趨勢，本署將持續監測指標執行概況」。我不能說健保署寫錯，可是看執行季報告第 138~139 頁表 36-1~36-6，只有 1 項有改善，其他都退步，我是要說這 7 項指標只有 1 項進步，大家看一下表 36-1「急診病人停留超過 24 小時比率」占率增加，是退步；表 36-2「急診後轉住院滯留急診 48 小時以上案件比率」占率增加，是退步；表 36-3A「一、

二、三級急診病人轉入病房<8 小時之比率」占率下降，是退步；表 36-3B「二、三級急診病人轉入病房<8 小時之比率」占率下降，是退步；表 36-4「檢傷四、五級急診病人離開醫院<4 小時之比率」占率增加，只有這個指標合乎標準；表 36-5「完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<4 小時之比率」占率下降，是退步；表 36-6「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 小時之比率」占率下降，是退步。

這 7 項指標裡面有 6 項退步 1 項進步，指標真的要重新修訂，我已經提很多次，檢傷四、五級急診病人的指標，就是鼓勵輕症趕快治療，讓一、二、三級急診病人就留在那裡，所以指標看起來每個都退步，指標我覺得有必要重新修正，目前指標已經不合時宜，再次請健保署重視這件事情。

盧主任委員瑞芬：請王惠玄委員。

王委員惠玄：各位委員，大家好，有關健保署報告事項，首先很肯定、很支持健保將新藥新功能特材納入給付，很高興看到這麼多民眾受惠，建議是不是能夠提供財務面的評估，如預計的資源耗用或是點數占全年預算比率，讓我們知道這個預算編得夠不夠。

第 2 個有關抑制資源不當耗用改善方案的部分，在技術面有一些指標建議，是不是能提供實際數字，很多指標都只有提供率，如指標 3、4、8、9、11、12、13、15、16 等，因為這個率的分子跟分母以及成長率的基期，其實跟率的評估很重要，是不是能夠提供實際數字？

有關執行季報告第 169 頁檢討及規劃的部分，對於門診就醫次數大於 90 次的民眾，像是未達標原因檢討提到的，38%都有精神方面的疾患，但在全人整合方案裡面，特約院所是否都有能力就精神疾患的個案給予適當照護或關懷，這部分是不是能再確認一下？

指標 6「接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率」的改善策略，同樣是比較技術面的去談排除或成長，是不是能夠就出院準備的數量、銜接不良的原因作深入探討？

再來有關指標 5、9 轉診部分，剛剛好幾位委員都有就分級醫療談到，我一併講，轉診內涵是否能做更清楚的分類，包括剛剛林文德委員所講「視同轉診」的類型，還有之前曾經提過是否開始考慮就特定疾病建立追蹤的概念，譬如說剛剛署長說的 COVID-19 轉診，還有癌症的轉診，是不是可以更精化轉診的適當性，建立追蹤模式。

就 113 年抑制資源不當耗用改善方案目標設定的部分，在策略「強化自我照護能力」，有關全民健保行動快易通 APP 的下載率、健康存摺使用率，是不是能增加一個快易通的涵蓋率指標？之前也提過使用健康存摺與抑制資源不當的關連，是不是考慮做交叉分析？

再來是調整原則，有很多項目都是講維持調升或調降，是不是能夠很簡要地說明背後的理由，不好意思，恐怕加重健保署同仁負擔。最後有關觀察指標，指標 1、2、3 的基準跟解讀，慢性疾病占醫學中心的占率有沒有一個合理的範疇。

最後分級醫療的部分，觀察到各分區的轉診流向有不小的差異，跟各分區的醫療照顧環境生態有關，這部分是不是也可以考慮做更進一步的分析？

盧主任委員瑞芬：接下來請蔡麗娟委員最後一位發言，接著請健保署回應。

蔡委員麗娟：謝謝主席，我要講的是執行季報告第 3 頁，剛剛滕西華委員已經有提到關於健保藥品政策改革修法溝通會議的事情，我們都知道，之所以會有醫療體系，是因為有病人，所以醫療體系因為病人而存在。在整個醫療照顧上，我們常聽到應該以病人為中心，所以在很多政策制定上，也應該涵蓋病友的聲音，這也是聯合國對於病人應有權利定義的其中 3 項「病人一定要有知的權利、病人要有參與的權利、病人要有選擇的權利」。

剛剛所提的健保藥品政策改革修法溝通會議，沒有邀請病友團體，我覺得從過去到現在，一直以來我們在政策制定上，病友團體

的聲音，以往常常會是由醫護人員代為表達，不過這些年來台灣在這方面也有很多進步，因為台灣已經有台灣病友聯盟，已經是一個跨疾病別的聯盟，可以集結各種不同疾病別病友的需求與聲音，所以在整個病友代表上，我們已經有這樣的組織可以來參與。

另外，如果有病人參與的話，可以將實際使用藥品的一些問題呈現在政策上，讓我們的政策可以更完整、更全面。譬如說，各界共識所提到「要強化宣導或用藥教育」，這的確很重要，像這裡有提到的是生物相似藥，生物相似藥的引進已經很多年了，如果因為專利期過了，有因生產生物相似藥所節省下來的藥費，是不是可以用來引進更多新藥？或是在過去限縮給付的適應上來擴充適應症，讓它接軌國際指引。但台灣使用生物相似藥的比率仍相當低，大家對於生物相似藥的一些認知，還有待提升，所以用藥教育也很重要，尤其過去幾年很多醫院已經開始使用生物相似藥，這些有實際經驗的醫院及 real world data^(註)，這些數據的蒐集、分析跟呈現，的確可以使一些病人、家屬，或是其他還沒有用藥的醫院有更多的參考資訊。因為每一年生物製劑用藥費用還是很高，這方面怎麼樣強化，如果病友團體可以參加，我們也希望在用藥教育、宣導跟實證的呈現，讓病友跟家屬能夠更了解，整體在藥費使用上能節約下來引進更多新藥，或是同樣藥費讓更多病人治療。

同時很重要的，如果每個醫院都可以同時引進生物相似藥的話，對於需要自費的病人，可以根據自己的經濟狀況選擇對自己可以承接、承受的藥價，來讓這個治療更完整，謝謝。

註：real world data，真實世界數據。

盧主任委員瑞芬：現在請健保署回應，剛才委員有很多質詢，包含各層級轉診就醫的部分，以及本來是要做口頭報告抑制資源不當耗用改善方案的部分，還有醫院關床的部分，與署長特別補充點滴短缺對總額的衝擊，大概有這4個方向，但不是只有這4點，請署長回應。

石署長崇良：謝謝委員的指教，抑制資源不當耗用改善方案的書面報

告在執行季報告第 158~174 頁，如果有需要我們再做更完整的補充說明。另外大家關心的幾個議題我說明一下，第 1 個是關床，關床有兩方面討論，一方面是護理人力，現在護理人力已回到疫情前的水準，沒有特別少，但因為護病比的政策在今年 3 月開始實施，護理人力如果沒有增加，等於要關床才能符合現在的護病比，這是現在看到的現象。

另一方面，我們也在監測 2 個指標，第 1 個就是許可床跟開放床的比例，經衛福部許可的叫許可床，但有些沒用的會關床，其餘的叫開放床；第 2 個是監測申報床跟開放床的比例，申報床指的是有向健保申報費用的床。我們每個月都在監測這 2 個指標數字，以醫學中心 3 月份而言，開放床跟許可床的占比，又稱開床率，醫學中心是 92%，申報床跟開放床的占比，又稱占床率，也是 92%。

但是確實有些醫院有異常，舉例而言，新光醫院的開床率只有 62%，很明顯是有關床的現象，其次是臺大醫院只有 76%，這也有明顯關床的現象，其他醫學中心都在 80% 以上，只有這兩個醫院是低於 80%，另外亞東醫院的開床率是 83%，這 3 家醫院開床率有明顯下降。

至於第 2 個監測指標，占床率多數也都在 9 成，但也有一些特別偏低的情形，像是國泰醫院，雖然開床率高，但占床率只有 75%，所以也可能有關床的現象，另外像臺大醫院新竹臺大分院占床率是 80%。在醫學中心，過去占床率至少在 85~95% 之間，占床率低於 85% 以下，都可能有關床的現象，這是目前看到的狀況。

至於區域醫院、地區醫院過去的占率本來就比較低，但跟過去比較起來也有跟醫學中心類似的情形，在公告護病比，要開始實施時，我們看到關床的現象是嚴峻的，所以這個是第 1 個關床的部分。

第 2 個是分級醫療，我們有監測各層級醫院跟基層之間門診就醫次數占比變化的部分。從 106 年開始實施區域級以上醫院下轉，就是門診減量措施，因為 COVID-19 疫情的關係，108 年就停止了。

從門診就醫占率的變化來看，112年基層占比回到108年的基期，醫學中心有增加的趨勢，區域醫院則較108年更低，地區醫院則較108年的占比更高。看起來在醫學中心的門診，確實需要重啟門診減量的措施，區域醫院是繼續有下降，地區醫院占比也有上升，基層是回到108年的時候，我們當然是希望基層比率增加，接下來會研議從醫學中心開始啟動門診減量。

不過在門診減量的過程當中也會考量到個別醫院的差異，因為過去這幾年間有一些醫院有減量，但是有一些醫院是逆勢成長，所以如果都是以齊頭式的下降2%，倒也不盡公平，我們會根據各醫院的情形做門診減量的目標值設定，這是第1點。

從這幾年實際面的申報資料看來發現，慢性病病人有明顯移動，在醫院層級就醫跟基層診所就醫占比已經有一些反轉，慢性病病人在基層就醫量已經有所成長，同時慢箋占率也已經到40%。也許下一次，就分級醫療的部分跟各位委員再做一個報告，有關門診點值下降，我們的分析顯示，很大部分是來自慢箋占比的增加。過去以簡易申報，就是以日支藥費申報的占比已經明顯下降，因為慢箋增加的關係，致使藥費占比增加，也是造成基層點值下降的重要原因之一，在討論明年各部門總額時，必須同時考量到的病人移動，這是在疫情中產生明顯的醫療就醫行為改變。這是在分級醫療的部分。

至於剛剛說的輸液短缺部分，我再補充，目前食藥署的藥品短缺通報平台有一些協助措施。健保署目前正在與廠商議價當中，議價完成的廠商我們會公告，醫院可以直接跟這些廠商叫貨，貨款直接由本署支應，藥價差就沒有再給醫院了。所以醫院可以選擇原本跟你們有議價的廠商，如果叫不到貨，就是由我們所公告、特別給比較高價格的廠商供貨。廠商必須在3個月內提升產能至少20%以上，確保可以供應，而廠商供應的貨款直接向健保署請款，不需要再跟醫院去議價。我們估計這個3個月的財務impact都是在1,000萬元以下，對於點值影響控制在最低。至於長期需要以穩定為主，

很多人談點滴價格比運動飲料、可樂還要低，當然我們還是必須從樽節預算的角度看成本分析，畢竟點滴使用量非常大，如果是整個價格提高上來的話，對於財務衝擊就不是我們剛剛說的 1,000 萬元以內的衝擊，我先做以上補充。

盧主任委員瑞芬：還有 1 點就是現在委員從報紙上看到的補充保險費改革，是健保署現在規劃的目標嗎？

石署長崇良：應該是這麼講，之前在民間所舉辦的健康台灣論壇有提出很多建議，我們依據論壇結論建議進行各項研議，補充保費的調整也是其中的 1 項建議，所以我們有在進行這一方面的研議。只是媒體既然有詢問，我們也做了適當的表達，但這一些都還是在規劃當中。我們也強調一點，現行立法院修法只針對支出的部分作簡易的條文修正，沒有考慮到財源的修正，所以我們才會建議應該要加速研議整個保費結構，不然只是在支出面保障，卻沒有財務來源的規劃，這樣會造成健保嚴重的財務失衡，以上補充。

盧主任委員瑞芬：我們這案子已經討論很久，李永振委員是最後一位。

李委員永振：抱歉，因為臨時起意，剛才聽到署長這樣說明，對補充保費的發言我才知道爭議的原由，所以建議健保署將來對媒體轉述若有誤解時，要做糾正，不然付費者就覺得說，都沒有討論就對外放話，內容好像不管補充保費要提多高，以後費率要跟一般費率一樣，這影響很大，我們付費者回去面對自己團體組織的質詢，我們也無言以對，現在補充保費這 2 年都多收 200 多億元，1 年多收 200 多億元，我上次有報告過，前面 9 年大概就平均約 535 億元，從 110 年 582 億元，到 111 年 734 億元，去年也有 720 億元，鵝有毛就拔，這樣不好，健保署還要搯黑鍋也不好。

石署長崇良：我也簡單回應李永振委員，當然這個議題我們正在研議，不過也需要跟各位委員說明，整個健保的財務結構面臨非常大的挑戰，我們保費的來源 80% 是來自一般保費的收入，也就是薪資所得者，以去年而言 9% 來自補充保費的收入。現在 15~64 歲的工

作人口正逐年下降，2015 年是 1,737 萬人，7 年後，2022 年掉到 1,632 萬人，少了 100 萬人，這群人其實是一般保費的主要收入來源，未來面臨高齡化的人口，健保總額一定會持續成長，若按照這樣的財務結構，勢必加重工作者的負擔，15~64 歲這一群人一般保費的費率一定會上升，而補充保費的調整，以現行健保法的規定是以當時候二代健保起跳時的 2% 去變動，以一般保費成長率來調補充保費的費率，換言之，把 2% 做為地板去乘上一般保費的成長，才得到補充保費的費率。也就是說，未來一定得不斷加重 15~64 歲這一群人一般保費的費率成長，才可能讓補充保費的費率成長，兩邊結構上現在已經有很明顯的差異，剛剛提到徵收對象的差異性，已經存在一些不公平的現象了，所以滕西華委員所提要用「家戶總所得」方式，也是一個思考方向，不過當時無法以「家戶總所得」收取保費的障礙因素是否仍然存在，就是在未來討論保費結構的重要因素，先補充這樣的說明。

盧主任委員瑞芬：本案洽悉，我們超過時間很多。

吳委員榮達：我有問癌症用藥的問題，已經用細胞治療了還要併用健保給付高貴的癌症給付治療嗎？是不是要設定嚴格條件，這是醫療資源浪費。細胞治療是自費沒錯，還要用健保給付高貴的癌症用藥嗎？可不可以再做一個思考？

石署長崇良：謝謝吳榮達委員的指教，這個問題很深奧，因為這個是醫療的問題，到底目前在癌症治療上，什麼是最適治療？細胞治療以我們現在而言，健保給付的細胞治療只有一種，就是 CAR-T^(註)，CAR-T 的給付是有限制的，它一定是在第一線、第二線治療失敗，最後才會使用這麼昂貴的 CAR-T，所以大家可以看到在媒體上反映說，通過到現在好像只有 30 位可以使用，好像審查很嚴格。我們在健保給付上，確實有嚴格的在把關。

但是如果是自費的細胞治療，大概不會跟現行健保給付的細胞治療衝突，一定是跟現有的比如說跟化學治療併用、比如說跟標靶藥物併用，就現在的癌症治療趨勢，越來越多的 dural therapy，也就

是用合併治療的模式去延長治療效果，不論標靶藥物兩種的合用，或標靶藥物加上免疫治療藥物的合用，甚至有文獻合併細胞治療，這些都在研究當中，所以它沒辦法用一致的原則處理。還是必須根據實證醫學研究結果，再本於醫師對病人病情的研判，在充分溝通之後使用，這是個很難的問題，我也很難給你一個完全明確的答案，只是做這樣一個補充。

註：CAR-T(Chimeric antigen receptor T-cell therapy，嵌合抗原受體 T 細胞療法)。

盧主任委員瑞芬：本案洽悉，委員所提意見……。

韓委員幸紋：講兩句話就好，對剛才署長提到的內容，我一定要先澄清。家戶所得制的家戶，並不等於申報戶，所以不是說沒有進入申報戶就收不到錢，完全沒有這回事。20 年前我在當助理的時候，因為整份報告的數字都是我算的，我最清楚。所以它不是申報戶的部分，我們就會用稅籍戶的定義去做歸戶，因為國稅局不可能不申報就不抓你，一定要歸戶，絕對不是剛好等於申報戶，不申報我就收不到錢，這是兩件事情，大家不要弄錯。

第 2 個，家戶所得制的好處在哪裡，大家覺得好像股利還要再被拔毛。但是我前幾天有算過，因為我們有論口計費的問題，現在股利補充保費費率是 2% 多，但是在一般保險費裡面，多眷口的有效費率已經高達將近 10%，這件事從來都不提。所以事實上為什麼一般保險費是主要收入來源、而補充保費這麼少，這個結構性的問題就是，我們其實把多眷口的家庭薪資灌水膨脹，多收了很多錢。

所以雖然看起來好像我們又對他拔了毛，但是多眷口一直被多拔毛這件事情都不講。所以為什麼要提家戶所得制？因為它才會讓同樣的所得基礎扣一樣的錢。家戶總所得能解決兩個問題，一個是論口計費的問題、一個是不同所得來源卻課徵不同保費的問題，我覺得它主要是能克服這兩個問題，所以稍微說明一下。

盧主任委員瑞芬：謝謝韓幸紋委員。

石署長崇良：我還是插一句話，因為李永振委員一直鼓勵，有誤解要立刻澄清，所以我也澄清一下。我們不是不了解家戶總所得怎麼

做，只不過我要提的是，當時在二代健保的時候，造成沒有辦法實施家戶總所得的障礙因素，是現在我們必須先去處理的，如果那些障礙無法處理，只是在重走一樣的路，沒有反對家戶總所得的意思。

盧主任委員瑞芬：本案洽悉，我講第 3 次了，委員所提的意見包括會後書面意見，請健保署確實回應。另外就是有關抑制資源不當耗用改善方案，剛才很多委員確切的提出指標上的問題，這個部分要請健保署納入提報 113 年度執行成果及研修 114 年度方案參考，另外也請回應委員剛提到的指標問題，請繼續進行下一個議案。



113年第1季 全民健康保險業務執行季報告

中央健康保險署
113年5月22日

1



113年健保藥品生效品項數

- ◆ 截至113年4月已公告生效新給付之新藥共**14**項(含暫時性支付**3**項)，擴增給付共**12**項，推估約**1.3**萬人受惠

項目	新藥	擴增給付	說明
癌藥	5	9	用於治療三陰性乳癌、瀰漫性大型B細胞淋巴瘤、多發性骨髓瘤、非上皮型惡性肋膜間皮瘤等癌症，其中一項為暫時性支付，預計受惠人數約 6,432 人
罕藥	4	0	用於治療β型海洋性貧血、Dravet症候群、遺傳性血管性水腫、結節性硬化症等罕病，其中一項為暫時性支付，預計受惠人數約 576 人
其他新藥	5	3	用於治療眼科黃斑部退化病變、糖尿病黃斑部水腫、心肌病變、多發性Castleman氏病、乾癬、成人人類免疫不全病毒感染等疾病，其中一項為暫時性支付，預計受惠人數約 6,154 人

暫時性支付	
藥品	說明
Polivy (成分polatuzumab vedotin)	限與 bendamustine 和 rituximab 併用，適用於第三線治療復發型(relapsed)或難治型(refractory)且未曾接受及不適合接受造血幹細胞移植的瀰漫性大型B細胞淋巴瘤(DLBCL)成年病人
Takhzyro (成分lanadelumab)	遺傳性血管性水腫(hereditary angioedema · HAE)反覆發作的預防
Vyndamax (成分tafamidis)	治療「成人野生型或遺傳性的轉甲狀腺素蛋白類澱粉沉著症造成之心肌病變(ATTR-CM)」

2



重視乳癌病友的醫療迫切性 早期乳癌及三陰性乳癌新藥納入健保給付

含abemaciclib成分藥品(如Verzenio)

- ◆ **健保給付範圍**：併用內分泌療法，作為荷爾蒙受體(HR)陽性(ER或PR>30%)、第二型人類表皮生長因子受體(HER2)陰性、淋巴結陽性，高復發風險之早期乳癌成年女性病人的輔助療法。
- ◆ **療效**：降低30%以上復發風險。
- ◆ **財務影響**：10.18億元~12.73億元(尚未扣除協議還款)。
(第一年至第五年)
- ◆ **受惠人數**：1,357人~2,150人。



含sacituzumab govitecan成分藥品(如Trodelvy)

- ◆ **健保給付範圍**：先前已接受兩次以上全身性治療無效之無法切除的局部晚期或轉移性的三陰性乳癌成年病人。
- ◆ **療效**：與化療相比，可延長整體存活期約5.4個月。
- ◆ **財務影響**：5.17億元~5.25億元(尚未扣除協議還款)。
(第一年至第五年)
- ◆ **受惠人數**：464人~472人。

不限有無BRCA基因突變者

三陰性乳癌患者中約14%~20%會帶有BRCA基因突變，健保109年11月1日給付於具BRCA 1/2致病性或疑似致病性突變之三陰性轉移性乳癌病人。

3



治療Dravet症候群及結節性硬化症之 含大麻二酚(cannabidiol)新藥納入健保給付



113年4月1日納入健保給付範圍

- 經衛生福利部國民健康署認定之年滿2歲之Dravet症候群病人，且符合下列條件：
 - 限用於至少使用三種以上抗癲癇藥物，仍無法有效控制癲癇發作之輔助性治療。
 - 須先經stiripentol治療後仍無法改善癲癇大發作次數或產生藥物不良反應時，方可使用本類藥品。
- 經衛生福利部國民健康署認定之年滿1歲之結節性硬化症病人，且符合下列各項條件：
 - 限用於至少使用三種以上抗癲癇藥物，仍無法有效控制癲癇發作之輔助性治療。
 - 須先經癲癇病灶切除術評估或迷走神經刺激術評估，無法以癲癇病灶切除術或迷走神經刺激術治療，或經癲癇病灶切除術或迷走神經刺激術治療無效或復發者，方可使用本類藥品。



藥品劑型：口服液劑

健保支付價：每瓶30,071元

受惠人數
人年藥費

Dravet症候群
43人~50人
84萬

結節性硬化症
300人~260人
182萬

4



113年1-5月公告生效之新功能特材

公告生效品項計**38項**，預算約為**8270.3萬點** 一年計嘉惠約**27,637人次**

類別	特材名稱類別	生效日期	品項數	嘉惠人次
兒童醫材	電極導管(2Fr)	113年1月1日	1	20
	雙迴路透析導管組(<7Fr)	113年5月1日	1	50
急重症醫材	液態栓塞系統之輸送微導管	113年1月1日	1	1,020
	中央靜脈壓導管組	113年3月1日	1	5,295
	顱內動脈塗藥球囊導管	113年3月1日	1	39
臨床缺口	內視鏡注射器	113年3月1日	4	9,000
	心內超音波導管	113年4月1日	6	195
	神經外科術中神經功能監測(IONM)相關特材	113年5月1日	15	2,603
功能改善	高密度/高解析度定位診斷導管	113年2月1日	6	1,215
	造口貼環-平面可塑形	113年5月1日	2	8,200

5



神經外科術中神經功能監測(IONM)相關特材

113年5月1日生效 一年嘉惠約**2,630人次**

神經外科術中神經功能監測(IONM)：

- ◆ 病人接受全身麻醉後，於頭皮與四肢皮膚放置微小針具導線，時刻**監控**相關人體的**電氣活動改變**。
- ◆ 如果在手術中有異常的訊號發生時，會**即時**發出**警示提醒**手術醫師，有助**增加**神經外科手術的**成功率**，並**減少**發生神經功能缺損之術後併發症的機會，藉以提昇手術的安全性。

皮下針電極

用於手術中辨識頭顱及周邊之運動神經或感覺神經，並監控其功能性

支付點數
198點



刺激探頭

監測運動神經功能時作為刺激器之用，用刺激電量可量測看距離神經多遠

支付點數
5,610點



喉管電極

用於口腔的氣管插管，並同時記錄聲帶肌肉的肌電活動

支付點數
17,840點



皮質電極

用來監測大腦皮質電性活動訊號，定義大腦皮質癲癇病灶和大腦定位

支付點數
21,365點~56,103點



圖片出處：本案特材仿單及廠商建議書

6

肆、討論事項第一案「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴：向各位委員報告，這個案子主要是依照健保法規定，本會要在行政院核定的總額上下限範圍內，去協定總額預算跟分配，依照年度工作計畫會在今年 9 月進行協商，所以必須事先議定協商架構跟原則，以利後續的準備作業，所以提出這個案子。

114 年協商原則架構案，我們主要是參考 113 年度的方案，以及我們去年 9 月總額協商時的協商經驗跟委員建議，來擬具 114 年度協商架構與原則草案，草案在會議資料第 27~32 頁。

跟委員報告主要修訂重點，第一個是在總額協商架構部分，這部分我們主要是先用 113 年度的架構暫列，先更新年度而已。

其中在第一個總額設定公式，委員可以翻到第 27 頁，灰底的部分都是暫列，其次還有醫療服務成本跟人口因素，就是在第 32 頁附件的部分也是暫列，主要是這部分涉及醫療服務成本跟人口因素的計算公式，計算結果就是所謂的各部門總額成長率下限，因為這部分需要以行政院核定的總額範圍內容為準，所以這部分我們都先暫用去年的資料用灰底呈現暫列，我們會等到行政院核定、衛福部交議本會總額範圍後定案，定案後會把文字跟相關修訂內容提報委員會議進行確認，所以架構部分是先暫列。

總額協商原則也是沿用 113 年度內容，並參考過去協商經驗跟委員意見，除了更新年度跟酌修一些文字，讓它比較明確外，主要修訂部分跟委員說明，我們有刪除一項、增加一項，請看第 30 頁，在六、專款項目協商原則部分，我們刪除(五)這一項，主要是這項當時是為了因應疫情需要而設立的，這項內容主要是說如果是因疫情影響，使整個專款預算執行不到 50%，專款的錢可以照列。

這部分因為 COVID-19 疫情已過，有關於專款金額應該回歸協商機制，所以建議刪除第 30 頁六、專款項目協商原則(五)的內容。

再看到第31頁七、其他原則的部分建議增列(八)，主要是去年協商跟前年協商都有這個問題，就是有的部門提出的協商草案會修支付標準，但這個部門支付標準的增加會影響其他總額部門的財務跟醫療利用，又因為單部門總額不太能了解對別的部門的衝擊，所以建議由健保署對連帶受影響的部門做總體評估，因此增訂(八)，就是各總額部門若提出涉及使用年度總額調整支付標準的協商草案時，健保署就要評估是否連帶影響其他總額部門，如果有影響的話，就由健保署在協商前，提出受影響部門的預算需求評估，我們在協商時要一併考量受影響部門的預算編列，主要是修訂這2個部分。

我們也檢附113年度協商架構跟原則，還有健保署提供的112年度各部門查處扣款金額表，這在協商時會做為減項，金額的部分我們是請健保署先提供，但是協商時我們會用健保署最後提供的數值為準，其次有一些協商原則的附件資料放在參考資料三，以上請委員對於所擬114年度協商架構及原則草案進行討論，我們也需要做部分內容的確定。

盧主任委員瑞芬：請朱益宏委員。

朱委員益宏：謝謝主席，因為我等一下要先離開，所以我剛剛商請主席讓我先發言。

第1點，我想協商原則是一個大家的共識，並不是法律的規定，這點我要再三強調，所以既然是共識，就是醫療服務提供者跟付費者大家要共同同意，然後在協商時就遵照這個共識。

所以對於這裡面有幾項，第1個就是在第31頁(四)，這個其實醫院協會在去年跟前年，我們都有提出相同意見，就是這一條我們沒有共識，就是說雖然在健保法架構下，大總額不能超過行政院核定的上限，但並沒有規定在協商各部門總額時也不能超過，所以這部分我覺得是沒共識，既然沒有共識，就不能列為所謂的協商原則，醫院協會其實前年也有用書面意見表達不同意這條，所以我要代表醫院總額再次表達，這點在今年不能列為協商原則，因為是沒有共

識的。

第 2 點就是(八)的部分，這部分我想非常謝謝健保會，有針對包括在協商今年總額時候發生的 2 個問題，第 1 個當然就是牙科在今年總額有一部分支付標準的調整，但是會連帶影響到醫院總額，那部分並沒有做財務的預估，當然健保署也承諾在年底時會做總檢討。有受影響的部門，如果是醫院部門受到影響，會由牙醫總額撥補，如果說醫院這邊也有發生支付標準調整，影響到其他科別也會再做撥補，我想這是第 1 個原因。

第 2 個原因就是協商今年護理費的時候，當初健保署跟付費者協商總共是 20 億元經費，但是這筆經費有一個附帶項目，若經費不足時，由醫院非協商因素撥補，當然這個最後經過我在會議上提出抗議、反對，後來在衛福部核定時把這一項原則拿掉。所以我建議(八)要再增加一項，如果協商內容有連帶影響到其他總額部門時，要請其他受影響的總額部門列席參與討論。

也就是說，這裡雖然健保署要評估財源，但評估財源的結果告訴你，你是從你的非協商因素或從你的某一項已經協商完的項目再去勻支，其實是相對不公平的，所以一定要讓受影響的部門也能夠列席，了解相關協商狀況，以上 2 點。

盧主任委員瑞芬：接下來請陳相國委員。

陳委員相國：主席、各位委員，大家好。我們現在是討論總額協商架構及原則等，因為它不是法律命令，也不是衛福部的行政指導原則，只要醫事服務提供者跟付費者有達成共識就可以。我們醫師公會全聯會有 2 點建議，第 1 點是請大家看到會議資料第 29 頁，貳、總額協商原則之五、協商因素的(三)，這裡講到違規扣款，這部分已經行之有年，我們醫界覺得這是一個對醫界非常不公平的條款，尤其最近違規查核的時候都合併檢調，健保署處理原則是處罰五年以內，但檢調的話力道會加重很多，比如說 10 年或 15 年，最近常聽到診所被要求回歸的金額有 4 千萬元、6 千萬元到 1 億元不等，我想這本身對該診所的懲罰已經很足夠了，可是後面又再加一條，

要在次年的基期扣掉。

就好像說我在台北開診所，我醫師當得好好的，別的分區有診所違規被扣 5 千萬，我開在台北的診所相對也要被扣錢，我覺得這是有點違背一罪不兩罰的法律原則，像有的診所因為其他診所違規被扣款，自己也受到波及，如果說醫事服務提供者跟付費者代表有共識的話，我們是不是把第 3 點刪掉。因為經過健保署的努力跟醫界的同儕制約、互相勉勵，現在違規情形已經相當少了，以上這是第 1 點建議。

第 2 點建議，請大家看到議程第 30 頁，這裡有寫到貳、總額協商原則五、協商因素(四)的 2：「並於年度實施前提出具體實施方案，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則得核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商量」，這又是扣減總額。

我們知道這部分預算大部分都是放在新藥、新科技，新藥、新科技的話，我們已經報告過很多次，在第 1、2 年都會大概只有申報 20~30% 左右，可是第 4、5 年以後就會遞增，有時是倍數遞增，第 6 年以後預算都不足以支應。

以往是沒有當年度馬上扣減下來，現在是前 1 年度沒實施完畢的話，就要扣減基期，可是到第 5、6 年預算超過的時候並沒有回補，所以我們建議刪除「若未能如期實施……」後面這幾行字，如果真的沒有辦法，一定要扣隔年基期的話，我們建議是不是把新藥、新科技的部分，就把它列在專款的部分，等專款已經實施 5、6 年之後才回歸一般服務預算，以上報告，謝謝。

盧主任委員瑞芬：對不起，陳相國委員剛提到的這 2 點，你想要具體修改的文字是在那個段落？能不能把建議修改的地方明確的講出來？第 1 個是第 29 頁協商減項的部分嗎？

陳委員相國：減項，對。

盧主任委員瑞芬：你想怎麼修改？

陳委員相國：國字(三)，希望整條……。

盧主任委員瑞芬：你要整條刪掉？違規怎麼能夠不扣？這個茲事體大。

陳委員相國：不要加扣基期。

陳組長燕鈴：跟委員報告，我們是隔年把去年扣的加回隔年的基期，就是只有在違規那 1 年是減項，隔年就會加回去了，你看一下我們協商公告或是計算公式都是這樣算的。

盧主任委員瑞芬：沒有影響基期喔。

周執行秘書淑婉：你搞錯了，沒有扣。

陳委員相國：不影響基期？

盧主任委員瑞芬：對，沒有影響基期，我們要確認一下。

陳委員相國：當年執行扣掉而已？

盧主任委員瑞芬：對，當年執行扣掉，但是隔年還是一樣。

周執行秘書淑婉：我們會補回去。

盧主任委員瑞芬：第 2 個意見建議修改哪裡文字？

陳委員相國：第 2 個意見就是「若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則得核扣當年度預算」把它劃掉；如果沒辦法劃掉的話，就是以後談判的時候，把各部分預算改列專款。

滕委員西華：你再講一次好不好，聽不懂？

盧主任委員瑞芬：我覺得你這部分好像已經講到協商的協定事項，就是協商的時候要提的協定事項。

周執行秘書淑婉：跟委員報告一下，在您提到的第 30 頁(四)2.的部分是一個原則性規範，您剛剛講的已經是實質內容，一般會被扣的是新醫療科技。那個部分如果是新醫療科技，就會在協商時處理，這邊是原則性的規範。就是如果沒有如期實施可歸因於該總額部門，這個就是沒有執行，這規定其實還蠻清楚的，就是我給錢了、沒有執行，所以就把它扣掉，我認為這原則應該是對的，應該是實際執行時，再用個案實際狀況處理就好，這是原則性的東西。

陳委員相國：了解，可是以前都沒有在當年度扣除協商沒有執行的部

分，以前沒有，這2、3年才有。

周執行秘書淑婉：有，坐您旁邊的牙醫部門應該就被扣過。

陳委員相國：這2、3年才有。

周執行秘書淑婉：都有扣。

盧主任委員瑞芬：都有扣。

陳委員相國：所以我們在總額協商的時候，可以再提出來嗎？

盧主任委員瑞芬：可以，總額協商時可以提出來，然後我們再看看協商過程是不是有共識。現在請李永振委員。

李委員永振：我個人是覺得今天提案的內容已經執行很多年了，而且每1年我們第3組也都很用心，該修的都修了，可以說是與時俱進，所以針對要協商明年總額的架構及原則，我個人是贊成按照這個草案。

至於剛才2位委員提到這些問題都是老問題，朱委員先離開了，沒關係，醫院部門還有代表在，至於各部門總額成長率不要超過上限，我記得去年還有舉例，用醫院總額跟中醫總額比，醫院總額的1%，等於是當時中醫總額的19%，你醫院總額多吃掉一點點即使是0.1%，中醫就要扣掉接近2%，這樣就不符合公平正義，我曾提過這個意見。

去年協商強化護理照護量能的時候，是在協商其他預算時討論出來的一個決議，決議就是列進去給上面裁，你有意見我們後來也一起附給上面裁，也不是最後定案，至於受影響的部門要不要參加，就看最後付費者跟醫界之間的共識是怎樣，但有沒有參加我個人是覺得不會有影響。

至於剛才陳相國委員說到追扣的那部分，坦白講我覺得是有點懲罰的味道，有委員竊竊私語說你不要違法就好了，何況執秘也提到沒有扣隔年基期，只扣1年；另外沒有執行的預算只是繳回，並沒有多扣你的錢，我現在要買、結果你沒有東西賣給我，當然就是繳回而已，「扣」是比較嚴格的講法，我要東西，結果你沒有東西賣

給我，我跟你要回付給你的訂金，也很合理嘛，所以整個看起來，我是覺得這個架構還算符合公平正義原則，我個人建議應該可以這樣執行。

另外我這邊有 1 點建議跟 1 點請教，第 1 點建議就是在會議資料第 31 頁，總額協商原則七、其他原則的(五)，有很明確地寫出來，「醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象」，這邊很清楚，這點也是講好久，這裡蠻可惜朱委員已經先離開了，我每次講到這個他都會提出不同意見。

這邊很明確，並不是全部要給付費者，要兩邊合理去處理，只是說目前沒有合理的處理辦法，所以也一直講說健保會、社保司跟健保署誰要提出來討論。所以我也建議好幾次，因為健保署資料比較充分，應該要提出來討論，討論之後才有遵循原則。除這邊有明列之外，在抑制資源不當耗用改善方案實施目的也有明列，就是執行本方案所擷節之非必要醫療費用，亦將回歸健保總額。

所以我們對這個爭議到目前一直都沒有處理，社保司每年在總額範圍都有提到這個部分，今年不是也要我們把扣回甚麼東西要報回去嗎？到目前為止，明年的部分好像還沒看到結論，他說會處理，我不知道會不會處理。但是這是讓付費者覺得說，那麼多地方都在講這一件事情，也講大概 6、7 年有了吧，但還是沒有看到，只有聽到樓梯聲、沒有看到人下來，是不是可以拜託健保署提案討論，趕快可以真正落實，這是建議的部分。

請教的部分是，會議資料第 39 頁有列出來健保署提供的 112 年度各部門查處追扣金額，與業務執行報告裡面的第 50 頁跟第 167 頁指標 14 那邊，也有列出這個數字，都是健保署的數字，但差異蠻大的。第 1 個，就是它的歸類，我這邊列出來是說醫院舉發都沒有，但另外 1 個資料列出來有 1 千 8 百多萬元，另外整個總共的金額誤差了 2.7 億元，為什麼有這麼大的差異，同樣是健保署提供的資料，是不是可以釋疑一下。

盧主任委員瑞芬：接下來請滕西華委員。

滕委員西華：謝謝主席，我先說一下會議資料第 31 頁，剛剛朱委員提到的年度行政院核定範圍內，我覺得社保司應該再次對法規解釋清楚。剛才朱委員說沒有法規要求，當然有啊！健保法第 60 條說，主管機關在年度開始 6 個月前擬訂的總額範圍，要報行政院核定，第 61 條是行政院依照第 60 條主管機關報給我的總額範圍，我去決定你協議的總額上限在哪裡，就是行政院要依照衛福部報給它的總額各項的醫療給付範圍內去核定，再決定總額支付範圍跟協議分配方式，又再交給健保會依照第 24 條審議費率。

第 24 條照理是要審議平衡費率，也就是當年收到多少保費，我的總額協商項目就要在我能夠付的範圍，不能超出這個範圍。因此，第 61 條行政院核定的上下限原本就不能夠超出當年度的平衡費率，按照法是這樣，如果它核准的高推估，已經超過當年的平衡費率，照理說，衛福部要退回，告訴行政院你違法，根據健保法你提出來交給我協議的範圍，是要在當年的平衡費率，否則的話有兩條路可走，第 1 個，我要再協議，也就是當總額協商範圍裡，各個部門總額成長率如果超過當年的平衡費率，2 條路，第 1 條，退回去健保會再次協議，史上從來沒有發生過，因為他們是依照但書，如果你還協商不出平衡費率，就由主管機關決定漲費率，所以史上從未退回再協商。

如果是這樣，你還不能夠在各總額範圍訂定的上限內協商，1 個部門高，另 1 個部門就會低，誰要低？誰那麼笨？尤其小總額像中醫、牙醫，是西醫基層的芝麻跟綠豆大而已，你要降低它的成長率，它的 1% 跟醫院部門、西醫基層的 1% 根本不能比，憑什麼你要超過成長率上限、小總額就要壓低，它們再怎麼成長，就算到頂，吃到的都是人家的芝麻綠豆。

所以當然基本自律原則，就是每個總額的成長率都壓在上限，若超過上限使財務不平衡，按照健保法，健保署如果同意，那就要提出財務平衡方案啊！提出總額的部門，也要提出財務平衡方案。所

以，怎麼會沒有法定，這當然有法定的依據，社保司聽到這句不能不說話，因為醫界代表誤解為，這是我們協商共識，而他們醫界不同意，所以這條不能存在。可是我們也不同意啊！付費者也不同意，為什麼要給我高推估、低推估，付費者之前也一直表達這個疑義：為什麼要有低推估。因此，這樣的話那國發會也就不必審議，也就是健保法第 61 條就不用存在、第 24 條也不用存在了。那依健保法第 60 條規定，衛福部報行政院核定後，你們愛怎麼協商就怎麼協商，況且這幾年從未協商成功過，全部都是報主管機關自行核定。按照這些法令規定，只要主管機關自行核定，超過當年平衡費率的，是主管機關自己要提財務平衡方案，那唯一的方式就是漲費率，那漲費率的責任也不在健保會啊，按照健保法是在主管機關及行政院，因為你們核准了一個超過當年平衡費率的總額範圍，這個我要講，你放這邊，社保司依法應該要放在這邊，即使健保會的協商原則沒有這一條，依法仍是這樣的協商原則，這是第 1 個要澄清的。

第 2 個，會議資料第 30 頁提到，一般服務之協商因素項目，過去都要求需提出計畫的執行目標及預期效益之評估指標，但實際上這兩年從未在協商前把資料交齊，現在我要請教主席、在座委員及健保會幕僚，現在的問題是，若沒有按照協商原則提供相關資料，這些資料包含如何執行計畫、執行目標、預期效益之評估指標等，讓付費者評估要不要列入協商項目，還是說，沒提供的話就不予協商，這我有點不懂。也就是這裡雖然有要求，但形同具文，因為其實大家都沒有照做，我就不知道留在這裡有沒有意義。

盧主任委員瑞芬：接下來若委員沒有其他意見，健保署是不是先回應，李永振委員提到你們數字不一致的部分？李委員說查處追扣的金額前後數字不一致，還是你們需要一點時間回去查？再給我們書面回覆。好，這個部分健保署表示要再查，再給我們書面回覆。

有關本案，因為朱益宏委員已經離開了，但我們還是要保障他的發言權利，他提到會議資料第 31 頁的第(四)項，請問社保司有沒有

要回應？剛剛滕西華委員認為這第(四)項，於法是要存在，不應該刪除的。請社保司說明。

劉委員玉娟：按照健保法第 60 條，本保險每年度醫療給付總額是由衛福部在年度開始前 6 個月擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。這裡面的範圍沒有明細的說是各部門總額的範圍，而是整體醫療給付總額的範圍，所以在我們送出去之前，也不會特別對各個不同的部門總額訂定其上限範圍。送過來的時候，會以整個總經費的上下限去給我們做核定，所以也許說在這個部分的文字，其實行政院並沒有提到各部門總額成長率……。

滕委員西華：我要打岔，你要搭配健保法第 61 條啊！我把第 61 條的內容給你……。

劉委員玉娟：我現在要念的就是健保法第 61 條的文字內容，不過我可以再念一次健保法第 60 條，及敘述第 61 條的內容。第 60 條，報行政院核定時，擬訂其範圍是以醫療給付費用總額範圍。我是先講文字，先跟滕委員再說明一下，所以我們當時送出去，也沒有對各總額裡面它每一個的上限去做訂定，回來以後是整體總額的上限範圍。

滕委員西華：主席，如果這樣，那國發會違反 25 年，因為範圍就表示什麼，成長率也是範圍啊！你給他的政策項目裡面，只有給項目，沒有給多少錢，你跟我說這沒有範圍、只有項目，這不對啊！衛福部每一個諮詢會議，前陣子就有開會，是薛前部長瑞元主持的，每一個政策項目都有錢，錢算出來就有成長率，成長率就是範圍，所以這範圍若不包含高推估及低推估，那我們這 25 年來到底在玩什麼遊戲，國發會找那麼多專家來，就是依據你衛福部社保司提出的政策項目來議定，搭配政策需要多少錢，也是你們社保司及健保署合作估算出來，搭配基期算出 MCPI_(註)，各項指數的公式套進去之後，基礎的低推估，依照公式，非協商成長率算出來，加上社保司給的建議政策範圍，因此有了高推估，再加上其他人口校正、扣款那一些。但你現在說這個不負責任，那個範圍當然包括成

長率，不然就只有政策項目的話，我們協商什麼？你這不對啊！

註：MCPI(Medical Care Consumer Price Index，醫療服務成本指數改變率)。

劉委員玉娟：所以再跟委員補充.....。

滕委員西華：玉娟司長，你這個回答不得罪醫界，這樣不對，我們就法講法，你這樣太模稜兩可，不對啦！

劉委員玉娟：我也不是為了要對誰得不得罪，我再提一次，健保法第 60 條真的沒有寫到各總額部門，我只是就法律文字先提，但健保法第 61 條也賦予健保會在各年度開始 3 個月前，依照第 60 條行政院核定的醫療費用總額範圍內做協商及分配，那這裡面的分配就當然涉及到各總額部門，我先做以上的法律說明。

滕委員西華：我要求在現場其他委員附議我，我要求健保會行文國發會，他們根據健保法第 61 條，有沒有法定責任協商低推估跟高推估的範圍，叫國發會告訴我們，他是不是依照健保法第 61 條做這個法定義務，不然這條就廢除沒有問題。(許多委員表示：附議)

劉委員玉娟：我們現在送出去就是有低推估及高推估，只是說不是各部門總額都有，所以我不知道就是說現在問題是癥結到哪，我只是就法律文字是整個總額的範圍，是高低推估，這本來就存在，也是按照既有公式，從來沒有改變過。

盧主任委員瑞芬：請王委員惠玄。

王委員惠玄：我想要確定一下，各總額還是會有自己的成本指數，對不對？所以我們看會議資料第 32 頁的公式，各個總額有各自的成本項目之指標類別及權重，所以各個總額還是會有自己的成長率高推估及低推估，對吧？所以我不太知道，會議資料第 31 頁，剛剛大家爭執的「(四)各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值」這部分，應該跟過去數十年來的執行方式沒有差異，每個部門還是有自己的成長率上限不是嗎？但朱委員剛剛詮釋為，總成長率是一個 cap，我覺得這是一個誤會，每個部門有自己的公式、有自己的成長率，對於每個總額部門，國發會、行政院應該都有各自核定的高推估、低推估。

盧主任委員瑞芬：沒有，國發會只給一個，所以我們是用每個部門費用的權重去乘上他的 MCPI，變成一個 global 的總成長率。所以現在爭執點在於說，過去遊戲規則是國發會給我們一個上限，我們要求每個總額部門不能超過那個上限，這其實是一個預算中平的概念，若有人多，就會有人少，若今天我們允許每個總額部門可以提超過，若大家都超過，我們怎麼協商？這樣我們沒有一個根據的原則。

王委員惠玄：就是各個總額互相競逐一個成長率的概念？

盧主任委員瑞芬：對，希望各總額部門在行政院核定的高推估下整體不能超過。也因為是整體不能超過，我們從以往到現在都認為，整體不能超過，最好就是你自律，你自己就不要超過，你超過就是別人少，這是一個公平原則，所以我們才會有這一條。

醫院部門朱益宏委員剛才表達的意思是，這一條他要拿掉，雖然我們過去都是這麼做，但這條他要拿掉。不曉得醫院部門的其他意見為何？剛才是朱委員一個人表達的意見，我覺得這不是共識問題，是公平原則，也就是你若允許一個部門超過，其他就要減少，不知道醫院部門這部分還有要補充嗎？

李委員飛鵬：我是醫院協會李飛鵬理事長，我想朱委員過去看到有一些案例，把這個寫死的時候，是有些執行上的困擾，我想他的意思是這樣。那既然法沒有寫，這是本來就是協商，不一定要在這裡寫死，前半部我們是 OK，後半部不一定要寫在這裡，本來就是在這裡協商。他的意思就是說，他有意見，因為過去他有看到什麼例子，希望這一條不要列這裡。

盧主任委員瑞芬：我知道他希望不要把這條列出，但剛剛聽到付費者意見，還是希望把這條放在裡面，因為有公平性的原則。

李委員飛鵬：那是講總的，細項不必寫死，意思是這樣。

盧主任委員瑞芬：我們有另外一個法律專家吳榮達委員……不好意思，依已登記之發言序，先請陳石池委員。

陳委員石池：不好意思，主席，各位委員，剛才社保司解釋得很清

楚，是大總額，不是各部門總額，會議資料第 31 頁之(四)各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值，確實這個應該刪掉才對，這樣才是合法的規定。你看同頁中(八)、(四)這兩項規定有點衝突，(八)裡面健保署應評估是否影響其他總額部門，若你在前面的部門，各部門核定範圍內就不影響其他總額，但目前有影響其他總額，表示這兩項有衝突，應該是(四)後面「各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值」這些文字要劃掉。

盧主任委員瑞芬：其實沒有衝突，第(八)項是因為有時候調支付標準，過去的例子是，比如醫院住院病人的牙醫部分，申報是算在醫院總額，那他們覺得這個在協商牙醫支付標準時，會影響到醫院住院的部分，其實目前看到的例子只有這個，彼此是不違背、沒有衝突的。

陳委員石池：不太可能欸，假設沒有改變支付標準就不會造成這樣子，不能在一個年度中突然調整支付標準，當然會影響各部門總額。

盧主任委員瑞芬：要調整支付標準是協商的時候會講，所以才會將這個因素考量進去。請吳榮達委員。

吳委員榮達：我不是要做條文的解釋，我是覺得醫院部門那樣主張的話只有一個前提，那個前提就是在協商的時候，所有的部門都在一起，如果現在把這個默契打翻掉，就只有大總額上下限，因為各部門會受到影響，是不是要改成協商時，就所有部門一起來協商，就一起啊！才會說你切割這邊、截長補短，各部門大家達成一致之後，沒有超過整體總額的上限，那個前提一定是這樣，不是這個前提的話，我覺得不應該改變的。

盧主任委員瑞芬：請林文德委員。

林委員文德：其實每個總額要不要以行政院上限做為各部門成長率的上限，是牽涉到如果我們不限制的話，如果今天到達整體總額上限，有一些總額超過、有一些總額要降低，這是牽涉到部門別之間公平性的問題，我比較好奇像是牙醫、西醫基層看法如何，比較容

易超過的是醫院的部分，這部分如果開放的話，其實我們在協商上，付費者有比較大的彈性，可以決定要把資源放到哪個部門超過上限，就看付費者要不要接受這樣的挑戰，做比較大的分配；還是說，就規定大家就在上限的範圍，不能夠超過？這是可以討論的，我也很想知道牙醫、西醫基層及中醫部門對這件事情的看法。

盧主任委員瑞芬：請侯俊良委員。

侯委員俊良：主席，如果基於要有更大的空間，我是贊成這樣，但是這個制度下去，其實我感覺好像醫界對新任部長比較不滿意，因為到時候都會吵到部長那邊去，各部門就要各盡所能去處理。

另一個程序面的意見是，如果大家沒有共識，應該就要回到原本的案子，既然沒共識就按照原本的方式去執行，否則再繼續吵下去我覺得沒完沒了。

盧主任委員瑞芬：現在請周執秘稍微補充說明。

周執行秘書淑婉：我想其實會議資料第 31 頁第(四)項後面這段文字，我們是要確保每個總額部門的公平性，剛剛委員都有提到。我們在協商的時候，還是會回歸實際在協商的一些應對，我們這邊收到，在過去幾個年度以來，各總額部門其實都沒有遵照這樣的規定，都會超過一點點，比方說上限 4.7%，可能有的部門會 5% 或 6%，但這段文字我們還放在這裡，是希望能讓各總額部門有點收斂，不會太 over，例如提報到超過 10% 的成長率。

是不是建議委員，如果可以讓我們酌修文字，修成「各部門總額成長率以不超過行政院核定範圍上限值為原則」，請各總額部門提的時候不要 over 太多，這樣比較好協商，我們可以控制整體總額的上限，是在行政院核定的數字下，可能是不是會好一點。不然繼續爭執下去，我們也很難為，是不是可以這樣，因為實際上也沒有一個部門這麼乖，提在那個上限之下。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員，最後一位發言。

李委員永振：執秘講的有道理，這樣比較有彈性，事實上我們回顧過去 2 年沒這個彈性的時候，他們照提啊，前年的話就超過嘛，不過

大概是因為他們碰到釘子，聽說當時的部長很不爽。去年的話，還記得嗎？醫院部門當場下修至成長率 4.7%，當時我發言表達，你這個部門臨時這樣，我怎麼反應，你講了 1、2 個月的東西，當場才 down 下來，這樣不是偷襲嗎？一點誠意都沒有，還要繼續怎麼談呢？所以最近醫院都談不成，後來西醫基層也加進來，要這樣繼續嗎？以後總額大家概念好像都不一樣，或許今年公民參與議題有講到是不是要廢總額，那是另外一回事啦，至少還沒廢之前，這行之有年也不影響，我是建議不要再加「原則」的文字，如果沒有共識，但這不是法的問題，是我們大家一起談的，談之後看怎麼樣來處理，我個人是覺得照這樣就可以。

盧主任委員瑞芬：請陳石池委員，再給醫院部門一次發言機會，真的是最後一位發言。

陳委員石池：醫學中心協會支持執秘剛才的修正，增加「原則」文字，這樣比較有點彈性，也比較好。

盧主任委員瑞芬：這個部分，我想其實真的過去以來，很多總額部門也沒有照這個來走，而我們還是得收案，所以就以這個文字酌修，付費者心裡都有一把尺，我們公平正義的原則都有，這部分請李永振委員見諒，文字稍微做一點修改：「年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率以不超過行政院核定範圍之上限值為原則。」，這是本案第一項決議。第二項，總額協商架構的「總額設定公式」及「醫療服務成本及人口因素」之附件屬於暫列，會依照衛福部交議總額範圍內容再行定案，並提報委員會議確認。其他的照案通過，文字修訂已經說明了。請陳石池委員。

陳委員石池：還有第(八)項。

盧主任委員瑞芬：對不起，我們有 2 個地方修正文字，第一個是會議資料第 31 頁第(四)項，第二個是同頁第(八)項「如有影響，應於協商前提出受影響總額部門之預算需求評估，供本會協商時一併考量。協商時，請受影響總額部門列席。」文字上修正共有這兩處，其他照案通過。接下來進行討論事項第二案。

伍、討論事項第二案「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴：向委員報告，因為我們將於 9 月份召開協商會議，對於整個總額協商程序，我們需要在這邊先行討論，以提高議事效率。本案 114 年度總額協商程序，主要還是先更新一些年度別及日期酌修，不影響實質內容的文字，另外我們也主要參考去年協商經驗及委員意見，調整部分內容，所以我們擬具的草案，請參閱會議資料第 47~53 頁，請先看會議資料第 44 頁中間，本次主要修訂第壹點「工作計畫表」的部分，下面就重點向委員報告。

首先，修訂第一項第(四)款第 3 目，請看到會議資料第 48 頁，主要是我們在 8 月底會請各部門送出協商草案的最終版本，去年我們為了維持資料的完整性，所以當時提經委員會議討論後，做了檢核表，也就是會議資料第 53 頁的附表 2，因為那時候委員會議已通過這樣的方式，因此今年我們就把檢核表也放到協商程序，也就是說，各部門在 8 月 29 日提送最終版本時，除協商草案之外，也要檢附檢核表併送，以確保資料齊全。至於(2)刪除文字的部分，這是因為該文字在附表 1(會議資料第 52 頁)已有，所以把重複的部分刪除，以上主要是會議資料第 48 頁的修正。

第 2 個部分，修訂第一項第(四)款第 1 目，請看到會議資料第 47 頁，也就是協商前置作業，援例在 8 月份委員會議下午召開會前會，屆時將請健保署及各總額部門提出協商草案，但因依過去經驗，8 月份提出草案時多以簡報呈現及提供，除了牙醫部門有比較詳細資料之外，各部門都是簡要以簡報形式提供，有些具體內容通常比較不齊全。過去經驗發現，如果所有資料都要到 8 月底、9 月初才提供，有些不齊全根本來不及補正，委員在協商草案資料不齊的情況下，也很難進行有效率的協商，所以這裡的修正，請參閱會議資料第 47 頁一、協商前置作業(四)1.(1)，劃底線的地方，就是請提供各協商項目或計畫之具體內容，加了「依協商草案最終版本應

提報內容，如附表 1」，也就是把 9 月要有的資料，希望在會前會就要提供。其實這只是增加檢核動作，所有要求的東西也沒有改變，只是過去在會前會，沒有提得這麼齊全。此外會議資料第 48 頁也一樣，請看一、協商前置作業(四)1.(2)，請部門及健保署自己逐項檢核是否都齊全，並填具檢核表以後，併 8 月會前會資料提送過來，我們會協助檢視資料完整性，並在會前會向委員報告。這樣的話，不管是部門或健保署，就可以先有一個機制說什麼資料要補，待 8 月 29 日最終版本時才有時間可以補正，這也是過去委員說在資料應完整齊全這方面，讓我們想想有什麼辦法改善，我們覺得最具體的方式，就是提前在 8 月 21 日就檢具完整資料，以利後續相關調整。

第 3 個部分，請看會議資料第 45 頁，第二項第(二)款第 3 目，未達共識部門之協商項目 KPI 確認的部分，請看到會議資料第 48 頁，我們協商有一個下半部的部分是，通常 9 月份協商會議結束後協商結論會提當月委員會議討論、確認，其中有一個部分是二、(二)3.「執行目標」及「預期效益之評估指標」(KPI)之確認，有共識的部分其實沒問題，我們會先提，協商完之後請健保署會同總額部門研修，但 3.(2)沒有共識部門的 KPI 部分，過去幾年協商程序，都是請衛福部就政策目標要求逕予核定，因為這是沒有共識送部決定的部分。請參閱會議資料第 45、46 頁，這兩年的協商執行經驗裡面，雖然我們是這樣定，但近年衛福部核定時，都是請健保署把相關 KPI、計畫方案再提本會確認，這 1、2 年來本會在討論這些沒共識的方案、也就是衛福部決定的這些方案之確認案時，委員表達這些項目是部的政策決定，也不是我們共識的項目，所以委員也不清楚其政策目標及想要達到的效果，要本會委員進行確認有困難，所以很多案子委員只能提出建議，給健保署修訂及衛福部核定的參考，實質上就是政策諮詢的效果。綜上，對於此條文我們建議維持原規定，對於沒有共識的部門之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(KPI)，仍請衛福部就希望其達到什麼目標、效益，逕

予核定。另外，我們也參考一些實務上做法，考量健保法授予本會之法定任務，有一個是保險政策、法規之研究及諮詢，所以我們參照實務做法，未達共識部門之協商項目 KPI，若衛福部沒有核定，而且是衛福部的決定文字是要送本會確認的話，建議本會以政策諮詢的方式辦理，這是實務上建議做這樣調整。

接著有一個部分，請參閱黃色封面補充資料第 5 頁，這是修正會議資料第 49 頁，其中關於協商共識會議的與會人員部分，做了小小的修正，請看補充資料第 5 頁灰底處，其實還好沒有實質改變，只是因為有委員建議，協商時醫界方的人數，應該要說清楚到底是多少人，請看灰底處的人數，其實過去協商這幾年也都是這樣的人數，也就是二、與會人員(二)醫界方之 2.，各部門協商時由該總額部門代表委員 1 名主談，就是多了「1 名」之文字，而過去其實也都是 1 名，而各部門並可推派 9 名代表協助會談，這是過去原則；而門診透析，過去都沒有講多少人，委員建議明定人數比較確定可以執行，改成由西醫基層及醫院部門「各推派 4 名」，4 名是增加的 1 個數字，來代表會談。過去加起來都是 9 個，前述各推派 4 名，再邀請腎臟醫學會推派 1 名列席說明，這樣就是 9 名。以上只是做了這兩部分的酌修，實務上也是這樣安排人數進行協商。

再請委員翻到會議資料第 46 頁，有關各部門之協商順序，我們會在 7 月份委員會議進行抽籤，也請各部門派員，透析部分，援例安排於醫院或西醫基層抽籤序優先之場次後進行，後續將依 7 月抽籤結果安排議程，並於 8 月委員會議提報。以上是我們提供的協商程序草案，請委員討論。

盧主任委員瑞芬：請問委員有沒有意見？這裡面有一點，就是剛才滕西華委員在前一案有提到資料不全的時候，到底要不要審，我們也很為難，協商這麼重要，可不可以請 4 個總額及透析服務的部門在這裡畫押，請務必提供齊全的資料，這是一個承諾，不管我們談不談得成，資料不提過來實在很沒誠意，我們也很難處理，今天已經有委員提出，以往也常常發生這種情況，我覺得資料要齊全是展現

最起碼協商的誠意，有什麼困難請提出來，付費者代表也需要時間消化這些資料，你們再怎麼覺得我們總額協商是虛設，但我們過程要走，誠意一定要有，可不可以請 4 個總額部門在這部分給我們承諾，在 8 月份提供齊全的資料，檢核表每一個該有的內容都應該有，請問醫院部門有沒有問題？

李委員飛鵬：我們努力把它做好。

盧主任委員瑞芬：謝謝醫院部門的承諾，西醫基層呢？

周委員慶明：也是努力把它做好。

盧主任委員瑞芬：不要讓檢核表有空白，這是基本誠意，請問牙醫部門呢？

江委員錫仁：該提供的資料我們一定會提供，可能有一些認定不一樣，但我們一定會按照規定提供。

盧主任委員瑞芬：檢核表上規定的資料一定要讓我們都打勾，請問中醫部門。

詹委員永兆：我們也會努力呈現。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：呼應主席剛才提到這點，我記得去年我就請教主席，我是沒講那麼清楚，我只問一句話，然後就沒了，因為有去年的經驗，今年本來就說希望協商過程要把時間拉得早一點，但今年好像更晚，到現在還沒看到衛福部的諮詢資料，上次委員會議說 6 月份的委員會議要提早到 6 月 19 日召開，已經又晚了 2 個月，表定是 4 月，這樣怎麼可能會比較早？這是一個問題點。

另外，希望資料完整，照理說 8 月份的會前會應該就定案，我已經講好幾次，他們的初稿在 4 月 2 日下午就已經有提出，我個人是認為很離譜的案，但不管怎樣已經嘗試，付費者也表示意見，從 4 月 2 日到 8 月，應該有 4、5 個月的時間去思考，想提出就要有想法。同樣的標準也應該要求衛福部，要逕予核定的部分，政策都沒有想法就丟出來，這樣也不對，你丟出來的，付費者不想買，你後

來就一定要買，我上一次也提到過，你又提到這邊要我們確認，我們就不想買，要怎麼確認？我就沒有想買的東西，結果這樣一來一往，就影響實施的時間，一直延後，健保署也很為難。照理講政府一開始推出政策應該就有想法，就算沒有百分之百的輪廓，也要有六、七成，不然你就講一句話，負責的單位霧煞煞，最後我們不想買卻被要求確認，這就很奇怪，按照幕僚所建議，改成諮詢的性質之外，諮詢前的準備動作也要多一點，不然你要求醫界做，結果政策不明確，要我們怎麼去要求醫界，這2個問題應該要同時解決，可能會讓後面在執行的時候，幕僚比較有時間分析資料，讓付費者比較充分了解，不然我們一直講付費者的資訊不對等，這樣一直下去，我不曉得下一屆會不會有更多新委員，今年的新委員明年是否續聘，如果這樣就還好，我可能杞人憂天，提供一些想法給大家參考。

盧主任委員瑞芬：今年因為 520 換部長的關係，部裡面的作業有點 delay 是可以想像，希望社保司儘量快馬加鞭往前趕，6 月份會議也往前提早 1 週，希望能趕快，李委員的諄諄教誨我們一定努力做到。我們提的修正案不知道其他委員有沒有意見？沒有的話我們就照案通過，現在休息 10 分鐘。

(中場休息約 10 分鐘)

盧主任委員瑞芬：我們開始進行第一個報告案，請同仁說明。

陸、報告事項第一案「『家庭醫師整合性照護計畫』朝全人照護方向
整合之具體規劃與導入一般服務之評估規劃」與會人員發言實錄
同仁宣讀

呂專門委員姿擘：主席、各位委員，大家午安，接下來由健保署報告家庭醫師整合性照護計畫朝全人照護方向整合以及導入一般服務的評估規劃。首先為了朝向全人照護方向整合，我們規劃逐年將家醫計畫與論質方案(我們的 P4P 計畫)、代謝症候群防治計畫等相關計畫整合，今年優先整合 P4P 的 DM/CKD/DKD 及代謝症候群。

為了符合目標，今年計畫修正重點，第一，我們會調整派案原則，目的是為了讓病人在同一家診所接受家醫計畫及 P4P 跟代謝症候群相關整合性醫療照護。第二，我們採雙軌並行，把醫療群區分成家醫 1.0、2.0 的醫療群，申請為 2.0 醫療群診所，應該加強 DM/CKD 的疾病管理照護能力。參與的醫師如果沒有參加 P4P 相關方案，按照收案對象疾病樣態，必須要接受 8 小時、6 小時 DM/CKD 相關的教育訓練課程。加強 DM/CKD 疾病管理能力的家醫 2.0 醫療群部分，針對 DM/CKD 的收案會員，以他的 HbA1c、LDL 及 UACR 這些檢驗數據，若數值有進步或控制良好，我們就會按照疾病別支付整合照護提升費，費用每人 250~750 點。

針對貴會研析意見，在家醫計畫缺乏結果面指標，因為家醫計畫原本就有相關結果面指標，包含可避免住院率、潛在可避免急診率、急診率等等，今年新增 DM/CKD 監測數據控制良率及會員於醫院之 DM 慢箋開立率的評核指標，這是負向指標，鼓勵家醫診所積極收案照護慢性病患者。另外，我們配合國家消除 C 肝政策，避免相關的慢性疾病同時有 C 肝病毒的感染及肝外病變，會加重疾病嚴重程度，所以我們也新增了 B 肝、C 肝的篩檢率。

為了落實全人照護整合，除修改家醫計畫，健保署也規劃今年建置家醫大平台，預計年底前可完成建置。這個平台首先彙整跟歸戶現有的個人健康資料，透過數位化工具進行個案追蹤管理跟提醒，我們回饋醫師這些個人化資訊，可以提升這些醫師對收案會員的健

康管理效率。另外也我們藉由健康存摺賦能民眾，提醒民眾一些相關健康資訊，等平台完成建置之後，我們會提升院所的使用涵蓋率，也會持續蒐集使用者的建議來優化平台功能。

針對貴會研析意見，我們要設定分階段實施的期程與目標，我們有配合總統健康台灣醫療政策，達 5 年「三高防治」888 政策目標，80%病患納入照護網、加入照護網的病患 80%的比率接受生活習慣諮商，以及 80%達到三高控制率。

我們規劃了短、中、長期，短期部分，首先我們分析 112 年約有 534 萬三高病人，其中 301 萬人已經被家醫計畫或其他的 P4P 相關計畫收案管理，我們將會以家醫計畫為基礎，整合強化相關慢性病照護計畫。另外針對於未被照顧方案收案管理的三高病人，我們會配合 113 年總額預算，規劃辦理醫院全人全社區的照護計畫，同時我們會爭取 114 年總額預算擴大實施將這些三高病人逐步納入照護。

在中期我們將生活習慣諮商服務，包含飲食、身體活動、睡眠品質、壓力管理等導入家醫計畫，藉由改變病人整體性的生活方式來控制慢性疾病的發展。長期部分，我們會配合家醫大平台建置疾病分級系統，按照疾病的嚴重程度，訂定風險分級，然後將這些慢性病人分派在合適院所進行收案管理。

最後，我們會持續了解跟鼓勵未參加的西醫基層醫師去加入我們的計畫，搭配醫院全人全社區照護，等到家醫計畫執行規模可以落實健保法所訂的家庭責任醫師制度，完備相關配套措施，我們再研議導入一般服務。

盧主任委員瑞芬：在幕僚補充意見之前，署長要先補充報告。

石署長崇良：主席、各位委員，我想用簡報跟大家報告，剛剛書面可能比較瑣碎一點，家醫計畫已執行一段時間，我趁此機會做一些 review。家庭責任醫師制度明訂在健保法第 44 條，家庭責任醫師的目的寫在法裡面，雖然健保給付的是醫療相關費用，但在家庭責任醫師制度裡面明定應該要將預防醫學、醫療品質一併考慮進去。

家庭醫師計畫在 92 年就開始試辦，誠如很多委員調侃的，這是歷史上試辦最久的計畫，還要繼續試辦下去，是因為還有需要調整的地方。過去是以社區醫療群結合合作醫院的方式在執行，我們以過去的執行成果先做基礎，做為未來調整成「大家醫計畫」或「家醫計畫 2.0」。依照健保法的精神，我們的目標應該是 2,350 萬人都應該有一個家醫，目前家醫計畫已經收案的對象是 600 萬人，其中 70% 是慢性病患者、65 歲以上的都是多重慢性病。

剛剛提到健保法裡面談的家庭責任醫師制度是需要包含預防保健，所以我們擬定相關預防保健的執行工作及相關的執行成效，大家可以看到家醫收案會員，不論在成人預防保健、癌症篩檢或是流感注射率，都是高於未參加者，這個執行成果還可以更好，但是可以知道，家醫收案會員在預防保健項目是比在醫院或基層零散性就醫的病人高很多，請參閱投影片第 4 頁。

我們另外有一個類家醫，因為一樣有個案管理的概念，就是糖尿病的照護方案，糖尿病病人的就醫病人數大概是 200 萬人，從民國 90 年推動，到 112 年納入糖尿病照護網的是 94 萬人，不到一半，這也是我們要努力的地方。如果能加入到這個照護網，從 99 年統計到 111 年，可以很明顯地看得到，有在照護網裡頭的病人，HbA1C 的執行率是高的，下面藍色這一條就是散在性的就醫者，上面就是加入糖尿病照護網的，在執行率的部分可以看到定期檢測 HbA1C 的比率有明顯落差。重要的糖尿病併發症視網膜病變、腎臟病病變，每年要做的眼底鏡檢、尿蛋白檢查等都有明顯落差，請參閱投影片第 5、6 頁。

至於控制情形，從這個地方可以看出良率在過去幾年已經有明顯上升，另外一個心血管疾病相關的，糖尿病病人另外一個就是心血管疾病，LDL 血脂控制情形的良率也不斷改善，請參閱投影片第 7 頁。

換言之，如果有進入這樣的個案管理計畫的病人，他的照護成效已經看到具體成果，另外糖尿病病人的洗腎，透析患者中有一半跟

糖尿病相關，從這裡可以看到洗腎發生率，也比沒有加入這個方案的要低很多。換言之，這樣的照護方案，不論是在基層診所執行的家醫計畫，或者是在醫院執行為主的糖尿病照護計畫，都可以看得到個案管理對於病人的照護品質跟 outcome 是有幫忙的，請參閱投影片第 8 頁。

以糖尿病為例，這是最多的慢性病患者 200 萬人，我匡列到綠色部分就是進入家醫計畫裡面的，黃色部分就是進入 P4P^(註)，就是剛剛講的共照計畫，2 個合計起來大概 cover 50% 的病人，另外 50% 的病人是散在性的就醫，請參閱投影片第 11 頁。

下一期想要推出的大家醫計畫，糖尿病病人一半在醫院、一半在診所就醫，不論病人在醫院就醫或是診所就醫、參加哪一個方案，都應該得到一致的照護，涵蓋的內容也應該一致，就是應該包含糖尿病相關併發症的照護跟預防保健的項目。現在是 P4P 缺乏預防保健，家醫計畫對糖尿病的照護缺乏嚴格的照護指標，所以我們現在第一步就是要把它做以人為中心的整合照顧，不論在哪就醫、不論參加哪一個計畫，應該得到相同的照護內容跟品質，這就是我們這一期做家醫 2.0 或大家醫計畫希望做到的，先從糖尿病開始，再含納其他的三高疾病。這個計畫就是希望逐步的提升服務的涵蓋率，當然第一步先從整合現有的照顧計畫整合，再逐步擴大，不然一直擴大沒有整合，後續整合更困難，所以現在做法上是這樣，請參閱投影片第 12 頁。

另外，我們希望改變支付的方式，提高一些屬於論質計酬的部分、個案管理的費用，讓病人照顧好，減少就醫，但是醫師並不會因此減少收入。當然需要有好的數位管理，所以我們現在另外一個就是在做家醫大平台的數位化，現在正在研發中，最終我們希望做到這樣，左邊透過健保數據分析，經過 AI 處理，讓病人依照疾病狀態跟風險來分級，一方面透過健康存摺讓病人有病識感，強化自我意識健康管理，一方面讓院所在短暫時間可以去了解掌握病人的風險程度跟醫療重點，然後同時導入分流照護，分級的個案管理費

的差異也從這個給付上面來呈現，避免複雜的病人沒有人照護，這是新的家醫大平台希望達到的，利用這個機會跟大家報告，裡面就是做整合，這需要有一些數位的結合，所以這裡面包含，糖尿病病人除傳統血糖，下面的視網膜照顧、蛋白尿之外，也加上篩檢、血脂、血壓、預防保健的 B 肝、C 肝篩檢、疫苗施打、戒菸、甚至希望導入營養運動睡眠跟生活型態的照顧，制定個人化的方案跟個人化的衛教。我們今年會嘗試導入數位照護的給付模式探討，用公務預算來做做看，不會馬上就導入健保支付，最終數位的協助，才有辦法處理複雜的病人，請參閱投影片第 13~15 頁。

我們的目標就是從資訊先整合，在我們這個模式最底下，資訊整合、服務整合、資源整合、財務整合，訂定各項指標做改善，這是就家醫計畫過去的 review 跟未來方向跟各位委員報告。

註：P4P(Pay for Performance，論質計酬)。

盧主任委員瑞芬：謝謝署長的報告，請問署長這個 slide 可以納入會議紀錄給委員參考？可以，幕僚沒有補充說明，請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：首先謝謝署長剛剛的補充報告，這個 slide 應該提早給我們，我知道署長在別的場合都報告過。我有幾點請教，歸納成 4W1H。第 1 個是 when，不管是家醫 2.0 或家醫大平台，具體的期程是怎麼樣？第 2 個是 where，大平台是架在哪裡？是雲端的藥歷平台？或是一個新的資訊平台？第 3 個是 what，簡報提到健保署要把一些資料放上去，比方說健保就醫紀錄、預防保健以及各司署的資料，我們想知道是哪一些的資料、放上去的目的以及預期用途是什麼。第 4 個是 who，這個平台是給誰用？一般民眾能不能用得到、看得到？還有就是只有家醫 2.0 的醫生可以用？或是所有醫生都可以用？最後 1 個是 how，這也是最關鍵的，我們如何確認這些資訊有被看到、有被用，我們怎麼去確認有在用？因為過去確實有虛設的問題。

我們怎麼去監控說它有沒有在用，大概就從 3 個角度，就是所謂的結構、過程跟成效。在結構的部分，非常謝謝健保會辦理的專家

諮詢，我仔細拜讀，覺得裡面的專家學者見解都非常有參考價值。蔡淑鈴教授有提到結構裡面很大的問題是家醫群不在一個生活圈，這個結構會影響民眾的醫療利用。另外就是學者專家也有建議現在很多都是單獨執業，而不是群體執業，這也會影響。

在過程面，過去在雲端藥歷就是用點擊，我們會監測點擊率，這就會有所反彈，比較是論量計酬。現在家醫 2.0 要走到 P4P 的話，可能不能用過去點擊，而是真的要看他的 performance，比方說多重慢性病人的疾病共同管理，如果說我們可以要求醫生或是醫療團隊在這個系統裡面可以記錄看診醫師的注意事項、叮嚀留言，加強跨科、跨院所，甚至跨層級的溝通協調，這樣我們才有辦法做到所謂的整合，不然還是無法做到以病人為中心，我覺得這是一個在過程面。

最後是在成效面，如同剛剛署長講我們要過度到健保法第 44 條的家庭責任醫師，這個 outcome base 尤其是獎勵，也要朝這個方向。最後在支付方式上，我們可能要考慮到現在醫療團隊的量能，可能診所沒有團隊，可能會有所影響，就是有他的困境，我們要怎麼鼓勵診所引入全人照顧的個管師系統，而不是專科個管師，這是我們要努力的。

另外就是逆選擇的問題，過去也曾經發生過，這也是蔡淑鈴教授在發言實錄裡面提到的，我們過去確實有逆選擇或是挑病人收案，或是找地區醫院的急診室、資訊公司幫忙，我們都不諱言確實有發生，造成一些扭曲，這都是付費者、醫界、民眾、健保署都不希望看到的，希望在這些部份能夠加強管理。

盧主任委員瑞芬：接下來請吳榮達委員。

吳委員榮達：剛才劉委員所講的我都贊成，我也非常仔細拜讀陳永仁教授會議資料的發言實錄，我真的是要大力疾呼，請署長和健保署同仁參考吳肖琪老師、楊銘欽老師、蔡淑鈴老師、郭年真教授提出的問題和意見，好好地檢視裡面有關問題，真的把所有問題都談出來。

裡面談的問題我不贅述，我想請教幾個問題，第 1 個是因為這個計畫裡面採取的點值是 1 點 1 元，這個情況發生的機會不大，但假設點數超過原來的預算時要怎麼處理？這是第 1 個問題。第 2 個是上面講到生活習慣諮商服務的費用怎麼支付？是依照家庭醫師整合性照護計畫內的參考值嗎？另外希望在計畫推行一段時間後，能夠調查固定就醫率，因為固定就醫率對於家庭醫師整合性照護計畫的成效是很重要的參考指標。

還有剛才劉淑瓊委員所提到的選擇病人部分，我們覺得應該要很慎重的考量，對於輕、中、重不同的病人有不同的獎勵金額、方式，會不會發生只挑輕症病人，重症病人就丟給醫院的狀況？其他各部分，我還是再一次呼籲，我覺得這幾位教授的建言是真的真的非常有參考價值。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：我們今天看到家庭醫師整合性照護計畫已經試辦了 22 年，我相信這期間檢討發現的或專家建議的意見，應該都很豐富，很高興今年提出來的家庭醫師整合性照護計畫有一些新的東西，可喜可賀，尤其大家醫平台好像普遍受到肯定，也希望它做起來會像大家期待的一樣。家庭醫師整合性照護計畫試辦那麼久，剛才石署長也提到大概不可能退場，上次檢討的時候，我們提到如果不行的話就要退場，但法律規定就是要達到家庭責任醫師的目標，既然這樣子，目前所站的位置很清楚，身邊也有很多好的意見，要達到的最終目標應該很清楚，而健保會幕僚建議要趕快提出達到目標的期程，這是蠻重要的，不要又放在那邊說繼續研究，又不曉得要等多久，我們是不希望再等 20 年，越快越好。

剛才 2 位委員都提到專家學者在 4 月 30 日家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向專家諮詢會議中提出的意見，都有很清晰的分析，而且我發現有很多教授是看著家庭醫師整合性照護計畫長大成人的，從頭看到現在，已經成人了，所以他們提出來的建議應該相當可用，我建議健保署在排定期程的時候應該好好斟酌中間

的爭議，這樣可以幫助我們。

我再提一下剛剛劉委員提到的，蔡淑鈴教授，現在是教授了，終於可以跳脫，把她以前不太能講的真言都講出來，我最佩服她的是把問題點的相當清楚，吳肖琪老師也是一樣，她也是看著家庭醫師整合性照護計畫長大的，真的是恨鐵不成鋼的樣子，我希望這些從不同角度提出的建言可以納到計畫裡。

會議資料第 13~15 頁有公告今年要做的方案或計畫，要請教健保署其中的 2 點，第 1 點在會議資料第 13 頁，4.費用申報及支付方式(1)個案管理費，為什麼還會出現非屬同一診所？是不是剛剛石署長補充提到黃色、綠色的因素？如果是，為什麼大平台沒整合在一起？這樣不是又多花一筆個案管理費嗎？

第 2 點在會議資料第 15 頁，5.計畫評核指標(4)加分指標，檢驗(查)結果上傳率從 90%調降為 70%。是因為 90%訂得太高嗎？所以遷就於現實降到 70%？這樣也怪怪的，獎勵是要獎勵特別好的，沒有提高就已經不得了，還往下降，讓我們覺得好像有一點美中不足。

盧主任委員瑞芬：請林文德委員。

林委員文德：家庭醫師整合性照護計畫有這麼長的一段時間，每年有 40 幾億元的經費在支持這個計畫，經過 20 年，我剛剛算了一下，1 個醫療群大概有 1 億元的經費來建構這樣的家庭醫師制度。我比較好奇接下來 20 年的家庭醫師制度大概會長什麼樣子？做這個計畫的最終目標是有一個家庭責任醫師的制度，到底長什麼樣子？中間做了哪一些事情可以達到未來家庭醫師制度的樣子？如果沒有的話，就算一直投入經費，最後還是跟現在一樣，還是沒有一個家庭責任醫師制度。

比方說這些會員知道的家庭醫師嗎？如果今天是家庭醫師制度的話，我們應該知道的家庭醫師是誰，我記得開辦的前幾年都有打電話問會員知不知道自己的家庭醫師及參加這個計畫後的滿意度如何，有這些措施至少確保家庭醫師制度是真的有家庭醫師

的，而不是我們給錢讓他們成立一個醫療群，但實際上並沒有在做未來要成為家庭醫師的工作，不知道這部分是不是有辦法改善。

因為現在的制度是自由就醫，所以可能有一些困難，但是至少透過經費的挹注可以朝這個方向努力，或是不是有一些獎勵或鼓勵的方式，讓某些願意做家庭醫師的醫師，真的去做家庭醫師。這就要看家庭醫師制度要怎麼做，像其他國家可能用不同的誘因，給保險對象也好、給醫師也好，或一些限制，像強制轉診制度，有沒有可能開始試辦，而不是現在全部撤下去，但是看不到效果，有沒有可能針對我們想要的家庭醫師制度是什麼樣子而去嘗試看看，而不是1年撒40幾億元下去卻沒有看到什麼東西。尤其是成果，基本上那些 outcome 很難算在醫療群身上，因為他們的病人有50%以上都不在他們那邊就醫，所以這些 outcome 怎麼計算成效後去獎勵，這個部分也是值得去思考的，以上是我的一些觀察。

盧主任委員瑞芬：請陳石池委員。

陳委員石池：主席、各位委員，大家午安。我想我是蠻贊同家庭醫師整合性照護計畫的，雖然做了20幾年，但是會員目前只有600萬人，現在人口是2,350萬，確實需要繼續做，還是有很多要考慮的地方。我個人非常贊同預防保健，因為健保在這部分做得非常少，家庭醫師整合性照護計畫有預防保健的概念是非常好，我看你們講的三高防治，代謝症候群防治計畫應該納入大家醫計畫才可以，這樣才比較完整，不應該獨立出來。就像日本規定男性腰圍85公分，如果3個月沒改善的話，政府要強行介入，應該要有類似處罰的概念，所以我覺得必要的時候政府應該要有類似日本政府強行介入的措施，不可以一直讓他持續下去。

第2個是預防保健，你們談到的衛生教育很少，衛生教育很重要，很多人衛生習慣不太一樣，而且沒有很好，衛生教育的觀念應該要強化才可以，但是我從以前看到現在，好像沒有看到有人做這件事，因為做這件事沒有健保給付，難怪醫院或診所的醫師及護理人員不會做很多衛教，只針對那個健保部分去做，其它不會去做，

所以我覺得要強化衛教，可是大家不要忘記，世界衛生組織對健康的定義是除了身體以外，還有心理、社會及道德層次，有 4 個層次，家庭醫師整合性照護計畫看起來只有處理身體方面的問題，其它都沒有做。2009 年諾貝爾生理醫學獎的 3 位教授提到健康概念，第 1 個最重要是心理平衡，有符合世界衛生組織說的心理問題，可是心理的重要性占 50%，我覺得大家醫計畫應該要結合有關台灣醫學界精神方面的問題，例如精神專科醫學會要納進來才可以。

這 3 位教授也講到 25% 是合理膳食，就是吃得好，所以要結合有關營養學會的團體，這樣對健康才會比較好。我剛才講到身體、心理、社會、道德，道德就是公民教育，可是現在不曉得有沒有在上，我的意思是我們還是有很多東西要一起放在裡面，這樣才有辦法提升全民健康，不然我們光從身體方面去補強事實上是不夠的，因為有 4 個構面，只有 1 個構面達到還是無法全面健康，假如從 4 個構面去做的話，全民健康真的會大大改善，我覺得這個計畫應該要適當擴充。

盧主任委員瑞芬：請滕西華委員。

滕委員西華：首先我還是要說，我還是沒有被說服，到目前依然不支持地區醫院加入家庭醫師整合性照護計畫，完全沒道理。醫院可以有疾病管理師、個案管理師，但不管在健保法的架構或實務上，醫院都不應該是家醫群的人，但在會議資料第 64 頁，健保署仍在規劃。雖然這是部長核定的項目之一，但核定的過程其實是很遺憾，因為就剛剛前面講的協商程序都沒有看到資料就核定，等於是空白授權，現在在補漏，這樣其實很不好，不是跟 20 年前家醫制有點類似，為什麼要走這樣的路？

第 2 個是陳永仁老師的研究，我後來有事情沒有參與，但也看了報告，我要提出幾個問題，第一個是為什麼健保署試辦 20 年的家醫群，但無法主動審核家醫群的要件？誰應該要加入家醫群？一個群應該要涵蓋什麼科別？生活圈距離要在多少之內？為什麼沒有辦法做到？我們已經看到問題，過去還有很多第三方機構、基金會，

甚至是資訊公司、商業公司來幫忙成立家醫群，這個醫全會都知道，造成群跟群之間不僅不認識，只認識打電話來的人，然後健保署要求的行政作業及關心病人都是承包廠商在做，目的就是要大量取得病人個資，所以這個群裡面在幹麼？在賣健康食品、醫療器材。因為醫療院所所有健保署沒辦法擁有的，就是病人的電話、住哪裡的資訊，現在他們都建了一個 LINE 群組，所以更方便了，我們有收到民眾關切，不是檢舉，是好奇醫生可不可以在群組裡面在特定季節或特定時候推銷某一些或建議群裡的某一些人使用某些健康產品，雖然醫療法說可以廣告，但行銷還是禁止的。

這個不應該只有丟給承辦的醫師公會或其它總額，我們應該可以審核吧？你要汰劣吧？查虛報、浮報的時候，你都會問病人有沒有去看病了，怎麼不問家醫群，你收的病人是誰、我是不是你收的病人，或是做秘密客的查詢，去瞭解群跟群之間認不認識。我們申報居家照護都知道幾公里內不能申報，為什麼家醫群沒有這種生活圈的基本要件？我覺得可惜。

第3個，20年了，雖然有大家醫計畫，石署長第1張投影片引用健保法第44條，當初修法的時候，我記得涂醒哲前署長特別提出論人計酬是關鍵，除了大家醫計畫，要不要試辦論人計酬，特別是在支付制度改革有講到 APG^(註1)，就是門診要不要論人包裹，家醫群可以是很好的試金石。剛剛講的健保法第44條之所以加入預防保健的前提是論人計酬，沒有加入論人計酬的話，為什麼不付錢給有做預防保健的其他醫師，他有做衛教，你問哪一個醫師沒有做衛教，他都否認，他都有跟病人做衛教，為什麼家醫群的醫師可以拿到這筆錢，其他沒有加入家醫群的醫師不可以拿到，這道理說不通，關鍵就是論人計酬。

我們有可能找出論人計酬的對象嗎？蔡前副署長講出一個關鍵，我們過去就講過這一些話，只是她講得更有說服力，因為她本身是過去在執行這個計畫專案的人。慢性病患者中，30%為65歲以上之多重慢性病人，多重慢性病收進來試辦論人計酬，更有一種人要

使用論人計酬，中高齡但還沒進到多重慢性病前，就幫他建立良好的就醫習慣，就是忠誠病人，讓他有第 2 個慢性病或惡化的時候，是在你這邊作為起點，就是黃啓嘉委員說的，不是教民眾大病看大醫院，小病看醫院，我們認同大小病都要看同一個醫師，因為家醫群的醫師幫民眾判斷什麼是大病需要轉診。現行的部長是家醫科，要實施大家醫及家醫群，首先就是醫學中心到底要不要廢除家醫科，要有轉診制度，但醫學中心有家醫科是蠻特別的，要去整體盤點健保法第 44 條家庭醫師責任制到底要不要去做。

最後一點，我覺得沒有人否認個案管理師的重要性，可是其實我們對個案管理師也沒有一定的 SOP^(註 2)要求跟要不要在職教育，要當社工的個案管理師是有規定每年要多少學分的繼續教育、要符合衛福部規範的專業及學分，英國也有規範疾病管理師要做什麼，特別是這一次大家醫計畫期望個案管理師的角色發揮更好，你就不能不有所要求，誰可以擔任個案管理師？個案管理師應該要具備怎樣的能力？每年要不要繼續教育？應該追蹤什麼固定事項並留有紀錄，他才會真的去追蹤，否則就是外面承辦公司幫你打電話關心他最近好不好，地下電台賣藥的打電話都比你好，還會關心天氣變化要不要多吃藥、穿暖和一點，他的關心都比你到位，這個雖然是笑話，但其實是實話。如果沒有進一步在個案管理師的規範上盡力的話，可以預期個案管理師的錢花下去，收到的效果會非常有限，以上建議。

註 1：APG(ambulatory patient group，門診病人組群)。

註 2：SOP(Standard Operation Procedure，標準作業程序)。

盧主任委員瑞芬：請王惠玄委員。

王委員惠玄：滕西華委員的發言內容已經占了我大部分的主題，我就延續她的發言，雖然大家對家醫群有很多期待，但我也必須肯定這麼多年來的努力，因為診所、西醫基層的數量非常多、屬性差異很大，我想在座的周慶明理事長、陳相國委員其實都很清楚，所以誠然會發生像滕西華委員剛剛談到的特約家醫群到底實質上在做什麼的質疑。雖然已經 20 多年了，似乎還沒有轉大人，但也非常謝謝

健保署同仁和署長剛剛的報告說明，大家期許很高，也希望可以順利地離理想更近一點。

想請教 2 個項目，第 1 點就是剛剛不管書面或口頭的說明都談到糖尿病罹病後的就醫場域是地區醫院，這部分是不是也容許診所？因為在大家醫計畫裡面，不管是糖尿病共同照護網，或 CKD^(註)計畫，診所都占很大一部分的量能，所以罹病之後是不是不要只有地區醫院？

第 2 點是陳永仁副教授辦理的家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向專家諮詢會議，提到希望朝家庭責任醫師方向邁進，希望可以做到全人、全社區，可是在全人、全社區之前是不是也要考慮全家？我想在委員會議紀錄裡面，不好意思，是在陳永仁副教授主持的專家諮詢會議紀錄裡面，談到全家恐怕是下一步，那麼針對全家都納入大家醫計畫有沒有一個執行的方案或獎勵制度，剛剛林文德老師也講了，就是我們可不可以想像，從全人進展到全社區之前，全家有沒有具體方案或獎勵措施？

註：CKD(Chronic Kidney Disease，慢性腎臟病)。

盧主任委員瑞芬：這個部分是不是請健保署回應？

石署長崇良：意見好像公聽會，我們就錄案下來，再提供書面意見給大家。

盧主任委員瑞芬：這個案子就麻煩健保署，委員的意見提供給健保署研參，特定問題以書面回覆。本案洽悉。接下來進行最後一個案子。



二代健保修法明訂家庭責任醫師制度

健保法第44條

- 保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定「**家庭責任醫師制度**」。前項家庭責任醫師制度之給付，應採論人計酬為實施原則，並依照顧對象之年齡、性別、疾病等校正後之人頭費，計算當年度之給付總額。



家庭醫師制度提供民眾於社區之整合照護服務

1



家醫計畫建構在地健康照護網路

- ✓ 家醫計畫自92年起試辦，95年全面實施。
- ✓ 鼓勵同一地區5家以上基層診所與合作醫院共同組成「社區醫療群」，以群體力量提供周全性、協調性且連續性的社區醫療服務。
- ✓ 優先將高齡、慢性病、醫療高利用等較需照護之民眾，交付家醫計畫參與診所，提供健康管理。



2



家醫計畫執行狀況及成效(以112年為例)



✓收案約**600萬人**，其中70%患有慢性疾病。

✓慢性病患者中，30%為65歲以上之多重慢性病人。



✓558個社區醫療群（含5,590基層診所、7,807名醫生參與），與295家醫院合作，提供**轉診優先掛號、轉檢、就醫住院快速通道**。



✓運用電話諮詢專線、即時通訊軟體、電子郵件等多元工具，優化諮詢服務，**112年主動電訪(call out)會員人數逾142萬人次**。



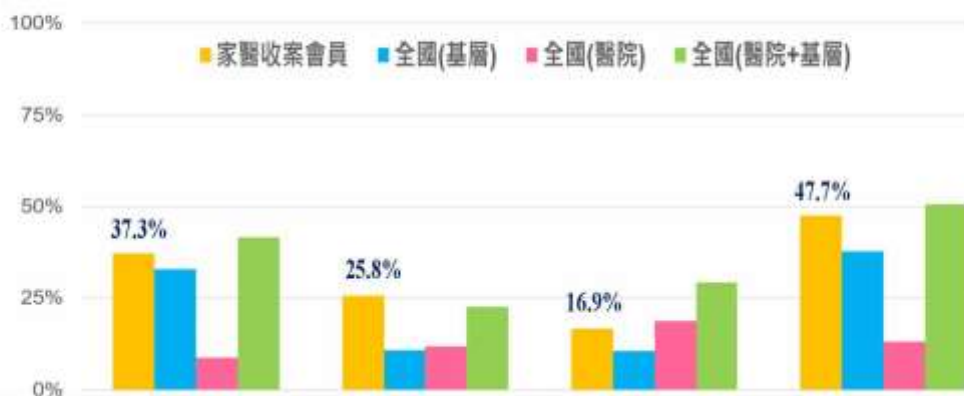
✓透過家醫計畫提供全人醫療照護，推估111年節省醫療費用達**46.8億元**。(預算為39.48億元)

註:以VC-AE推估(以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)與會員實際申報西醫門診醫療費用(AE)之差值)

3



預防保健檢查率/老人流感注射率 均較全國之西醫基層高



類別	成人預防保健檢查率	子宮頸抹片檢查率	糞便潛血檢查率	老人流感注射率
家醫收案會員	37.3%	25.8%	16.9%	47.7%
全國(基層)	32.9%	10.8%	10.7%	37.8%
全國(醫院)	8.8%	11.8%	18.7%	13.3%
全國(醫院+基層)	41.8%	22.6%	29.3%	50.8%

1. 成人預防保健檢查率：分子為40歲(含)以上會員於基層診所接受成人體檢人數；分母為40歲至64歲會員數(3+65歲(含)會員數)。
2. 子宮頸抹片檢查率：分子為30歲(含)以上女性會員於基層診所接受子宮頸抹片人數；分母為30歲(含)以上女性會員數。
3. 65歲以上老人流感注射率：分子為65歲以上會員於基層診所接種流感疫苗人數；分母為65歲以上總會員人數。
4. 糞便潛血檢查率：分子為40歲以上至未滿75歲會員於基層診所接受定章免費糞便潛血檢查人數；分母為40歲以上至未滿75歲會員人數。
5. 資料年份：111年。

4



糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

- 一 本署自90年起陸續推動**糖尿病**及**初期慢性腎臟病**等醫療給付改善方案，除原有論量計酬，額外提供管理照護費及品質獎勵金等獎勵誘因，鼓勵院所主動定期追蹤病人病情，延緩病情惡化，提升照護品質。
- 二 考量DM及Early-CKD具多項共同風險因子，照護族群多有重疊或具因果關係，**本署於111年3月1日整併DM及Early-CKD為「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」**，鼓勵院所組成跨疾病之整合性照護團隊，提升健康管理效率及照護品質。

DM/CKD/DKD整體照護人數逐年提升

糖尿病	108年	109年	110年	111年	112年
參與院所數	1,182	1,305	1,389	1,454	1,506
照護人數	783,803	870,760	936,195	978,224	949,911
照護率	55%	58%	60%	61%	62%

初期慢性腎臟病	108年	109年	110年	111年	112年
參與院所數	999	1,099	1,168	1,300	1,348
照護人數	407,214	433,694	462,494	501,438	555,815
照護率	31%	34%	34%	35%	36%

糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案	111年	112年
參與院所數	536	805
照護人數	84,200	181,701
照護率	11%	22%

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度本方案收案對象

5



糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案-成效

✓ 參與**糖尿病**方案者**各項檢查率**皆高於未參與方案者

● 參與方案 ● 未參與方案



99-111年參與及未參與糖尿病方案病人之HbA1C、眼底鏡檢、微量白蛋白檢查率比較圖表

資料來源：健保醫務分析系統 統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象

6



糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案-成效

✓ 糖尿病收案病人之HbA1C及LDL檢查值正常比例逐年增加



✓ 111年DKD方案，超過半數收案病人之UACR、HbA1c、LDL控制在良好範圍

DKD照護個案數(A)	UACR < 30mg/gm 人數	UACR 控制良率	LDL < 100mg/dL 人數	LDL 控制良率	HbA1c < 7.0% (或80歲以上 HbA1c < 8.0%) 人數	HbA1c 控制良率
84,200	44,286	52.6%	70,166	83.33%	52,973	62.91%

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度本方案收案對象

7



糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案-成效

追蹤94-111年糖尿病方案新收案：

✓ HbA1C > 9.0%個案中 72.9% 改善(一年後) ✓ 參與方案者之洗腎發生率低於未參與方案者

初診 HbA1c > 9.0% 人數	1年後			改善比例 72.9%
	HbA1c值	人數	比率	
268,658	< 7%	82,312	30.6%	}
	7~9.0%	113,641	42.3%	
	> 9.0%	72,732	27.1%	

94-111年糖尿病新收案者之HbA1C一年後改善追蹤表

94-111年	洗腎人數	累計之糖尿病人	洗腎發生率(%)
參與方案者	48	21,180	0.2%
曾參與方案者 (中途退出)	17,303	360,726	4.8%
未參與方案者	29,914	277,374	10.8%
合計	47,265	659,280	7.17%

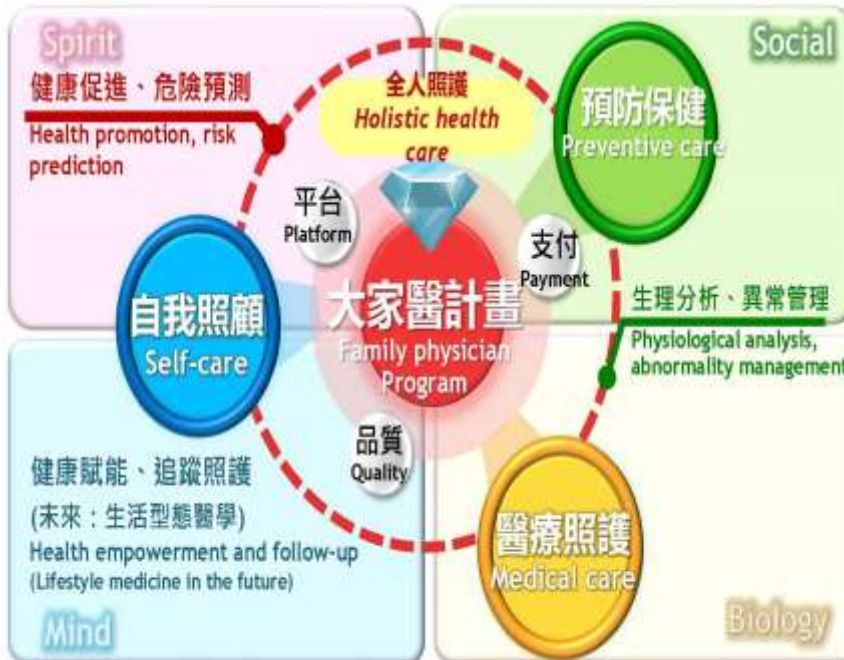
94-111年參與及未參與糖尿病方案之洗腎發生率比較表

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度本方案收案對象

8



大家醫計畫 實現全人照護



▶ 以家醫計畫為基礎，整合強化其他計畫為加值服務

- 含代謝症候群防治、慢性病P4P、癌症品質計畫等

▶ 落實全人全程健康照護理念，改變生活型態 (Lifestyle intervention)

- 民眾健康為導向
- 病人為中心
- 家庭為核心
- 社區為範疇

9



擴大家醫服務涵蓋 落實全人全程健康照護

五年達到「三高防治」888政策目標：

112年約有534萬名三高疾病患者，其中301萬人(56%)已接受家醫計畫、代謝症候群防治計畫相關照護：

- ✓ 以家醫計畫為基礎，整合並強化各項慢性病照護相關計畫醫療照護服務(如代謝計畫、P4P)。
- ✓ 113年辦理地區醫院全人全社區照護計畫，逐步將三高疾病高風險族群納入照護。
- ✓ 藉由生活習慣諮詢及醫療團隊介入，改變病人日常生活方式，有效控制慢性疾病的病程發展。
- ✓ 建置家醫大平台，追蹤收案病人相關健康數據(如HbA1c、LDL)，提升健康管理效率。

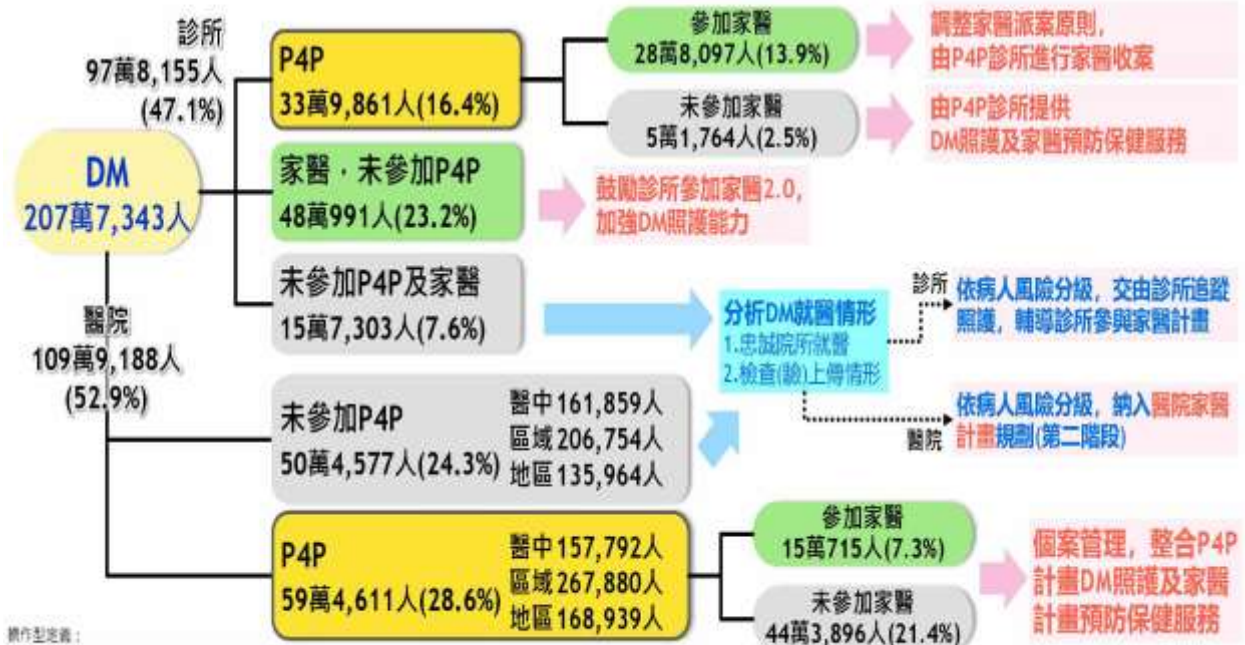
▶ 落實全人全程健康照護理念，改變生活型態 (Lifestyle intervention)





提供以人為中心的整合照護：以DM為例

111年DM病人於醫院/基層參與P4P-DM方案及家醫計畫情形



操作型定義：
DM病人：主診診斷+用藥；P4P以醫令前三碼為P14認定
未參加P4P或家醫計畫者，條件以就醫次數、藥費判斷歸屬於醫院或診所，兩者皆相向者計36人，暫歸於診所；另醫院部分亦以其就醫條件判斷歸屬到醫院，若有各屬醫院之就醫次數與藥費皆相異者，以醫院則數小者為主

11



提供以人為中心的整合照護



12



家醫大平台 糖尿病分流照護管理機制



13



家醫大平台 建構個人化初級健康照護(PHC)



14



數位化追蹤管理 提升照護效率與品質



- ✓ **主動監測數據**
異常提醒醫師及個管師追蹤病患、及時溝通或衛教
- ✓ **收案追蹤管理**
提醒醫師找出潛在患者收案照護
- ✓ **制定個人化治療方案**
收集與分析數據，呈現個案慢性病指標，適時調整照護方針
- ✓ **個人化衛教**
整合衛教資訊及自動推播

15



大家醫計畫整合藍圖



16

柒、報告事項第二案「強化住院護理照護量能(含歷年相關預算執行檢討結果)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳專門委員依婕報告：略。

陳組長燕鈴：請委員參閱黃色頁面補充資料第 2 頁，有關於本會研析說明的部分，這個報告案主要源於 113 年度其他預算有一筆 40 億元「因應醫院護理人力需求，強化住院照護量能」的專款，請參閱第 2 頁決定事項第 3 點，請健保署跟護全會將具體實施方案提本會同意後，依程序辦理。這一項在今年第 1 次委員會議，健保署已經提出本項專款的實施規劃，包含支付方式等，可是那次會議本會沒有共識，所以將委員意見送健保署參考，後來這個案子經健保署報衛福部已經在 1 月 25 日核定在案。

請參閱補充資料第 2 頁的決定事項第 4 點，請「於 113 年 7 月前提出強化住院護理照護量能之專案報告(含歷年相關預算執行檢討結果)」，這個決定事項是當時本會委員協商結果，主要為考慮對於提升住院護理照護，其實從很久以前就陸陸續續投入不少經費，所以委員想要了解過去這麼多年來投注經費，對於住院護理量能提升的效果到底有多少，才有這個報告案。

請參閱補充資料第 3 頁，健保署這次的報告已經提供很多過去歷史完整資訊，包括預算挹注其實有 700 多億元，以及護理品質跟人力，看起來有完整的資料，我們只是補充保署沒有算進去的，健保署提報的是近 10 年投入的預算，可是從 98 年到 103 年在專款項目總共編列 91.65 億元，也都是投注在這個項目裡面。附表請委員參考。

本會研析意見部分，因為 40 億元的專款裡面，在第 1 次委員會議也訂了一些具體的監測指標，包含夜班獎勵提升，調升夜班獎勵醫院比率、大小夜班的護病比、護理人員離職率還有空缺率等，因為執行時間還短，這次沒有呈現這些指標的結果，但 114 年總額協商又要開始了，所以建議健保署能夠在總額協商前，提出這一些指

標的監測結果供協商參考。

此外，護理人力的問題也牽涉到人口結構改變，其實各行各業都有人力缺口的問題，而臨床護理人力是衝擊最大的行業之一，但是提升人員薪資只是暫時治標，無法真正解決人力缺口的問題，所以我們有幾項建議。第 1 個，就像健保署提報內容，歷年來已經挹注 7 百多億元的總額預算，健保署也投入了很多精力去改進支付方式，也去做一些監測護理品質跟護病比的努力，但其實特約醫事服務機構才是能真正改善職場環境、勞動條件跟薪資結構合理化的主體，所以應該由醫事服務機構負起雇主的責任，加強改善友善職場環境，而且提升自己的護理人員合理的薪資報酬跟工作負擔。

全民健保是由保險人跟醫事服務機構特約，而且支付的是提供被保險人的醫療服務費用，所以醫院自己聘的醫事人員薪資結構，是醫療服務機構就其內部狀況的考量而訂，如果政府希望藉由政策誘導改善醫事人力問題，建議由公務預算挹注為宜。

至於護理人力問題跟職場環境的部分，還涉及整體勞動條件的改善，建議回歸主政單位衛福部護理及健康照護司，能夠就政策面提出整體改善策略，而且進行相關管理與監督，才能真正扭轉人力流失跟供需失衡的問題。

盧主任委員瑞芬：請問委員有沒有意見？我們讓護全會先發言，請林綉珠委員。

林委員綉珠：各位委員，大家午安，真的是非常感謝健保署整理這些相關的資料，從之前提升住院護理照護品質的預算，到現在強化住院護理照護量能這一塊的經費部分，讓我們知道很多在護全會沒有辦法去全面分析的資料。

這邊第 1 個要提到的，請大家參閱會議資料第 106~107 頁，這一些護理費相關挹注的部分，提到「提升住院護理照護品質」的經費，因為從 104 年之後就移列至一般服務滾入基期，基本上只是維持支付而沒有額外再給的部分。另外一塊就是另增編的相關預算當中，健保署提到總共有 454 億元，可是事實上這 454 億元中，涵蓋

的不只是護理費，很多是支付標準的部分。再者，這一些錢是進到大水庫，並不是到護理人員的身上。後面我也想提一下，我們感謝這些日後如果要再執行的建議，但我要特別強調，另增編費用的整理看起來有 454 億元，總加計 678 億元^(註 1)，事實上這些費用加總的計算基準並不是非常清楚，感覺上好像真的挹注在護理人員身上有這麼多錢，實務上並不是這樣的情形。

護理費的加成支付點數事實上是固定，並不會因為基期成長有所改變，我想基期成長每年有所改變，可是護理費的支付點數並沒有因為這樣跟著基期去做一些調整，有時候根據不同的任務，會有一些調整，可是並沒有跟基期一起連動。另外所有編列的預算中，所沒有用完的款項都是回到總額去，都是進到大水庫去，這部分並不能代表真正地投注在護理人員使用的費用上。

另外很感謝健保署提供蠻多護理相關品質指標，如果大家仔細研讀就會發現，所有的離職率在 112 年看起來就有明顯的變化，當然也會跟著醫院層級不同有一些流動。在我們平常工作當中，也都有聽到同仁提到，這 40 億元的錢，真正進到護理人員的口袋的時候，讓他們相當有感。

我再次感謝去年的協商跟今年度整個預算的執行，雖然帶來蠻多不平的聲音，因為只給急性一般住院夜班的部分，剛剛署裡頭已經提到了，這一些人員只占整個醫院架構一半的人而已，沒有辦法 cover 到所有的同仁，其他真正在臨床護理人員的部分，如果之後要再執行這些預算，應該要思考怎麼樣的方法會是好的。

另外就是 40 億元的部分，剛剛提到已經發了 2 個月了(會議現場有人更正：發了 3 個月)，大概最近才發第 3 個月，臨床護理師真的是非常非常有感，他上夜班可以變成領 1 萬元，或再多一點、少一點，不過數字上對基層護理人員而言有非常大的助益，只是也會造成人員之間的流動，另一塊是造成很多不同聲音。

另外一個可惜的是，前面是 27 億元，後面是 13 億元放在急性一般病房的部分^(註 2)，13 億元在上禮拜也做了決議，雖然不如護全會

的意，可是我們也非常感謝這些預算，因為要儘快執行，執行的方式雖然有點怪異，不過我們也感謝。

註 1：104~113 年提升住院護理照護品質預算總計 224.57 億元、另增編預算總計 454.11 億元(含調升住院護理費支付點數、調升護病比加成率、調升偏鄉醫院住院護理費加成率等增編預算)，2 項預算合計 678.68 億元。

註 2：依據全民健康保險強化住院護理照護量能方案，預算來源由 113 年度其他預算「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」項下 40 億元支應，其中「急性一般病床護理人員夜班獎勵」預算 27 億元，「其他護理獎勵」預算 13 億元。

盧主任委員瑞芬：接下來請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：剛剛林委員講得很客氣，其實從 98 年到 113 年，今天給我們一個數據是 770 億元，所以平均一年是 48 億元，我們最關心的事情就是這個錢有沒有補到護理人員，然後他的勞動條件有沒有改變。誠如健保會幕僚意見，其實勞動條件的改變應該是勞、資、政 3 方都有責任，現在我們補了 40 億元進去，健保已經盡力了，但還有照護司及醫院的責任。因為也有很多的學者評論，用健保的 40 億元補下去，其實是讓醫院脫責，不但脫責還會有一種施恩的態度。另外照護司在這樣的事情裡面，我們也希望他們有作為，這個前提就是勞、資、政三方。

另外這個計畫對於改善護理人員勞動的品質監測，第 1 個過程面的部分用了 3 個指標，其中像是跌倒發生率跟壓瘡發生率，這個指標倒是立意良善，不過我們讀了去年 12 月財團法人醫藥品查驗中心(CDE)發表一個最新的研究，標題是「實證本土三班護病比暨照護品質監測可行模式研析成果報告」，這個報告引用的文獻是 Oner 在 2021 年發表的系統性文獻回顧，發現在台灣跌倒的發生率跟壓瘡發生率，其實跟護病比不具相關性，是不具相關性的指標。反而有相關性的是死亡率、住院天數、救援失敗、跌倒造成的傷害發生率還有給藥錯誤等，所以建議健保署要不要參考這個研究再去調整一下指標。

再來是成效面，剛剛有列出來目前用的指標，護理人員離職率年資 3 個月以上、年資 3 個月以上未滿 2 年、年資 2 年以上，可是目前離職率的計算，不太能反映真正的醫院人事政策跟人員調動政

策，比方說護理界很關心的調動訓練、跨科支援所造成的影響。所以我們具體建議，重新檢討指標的信度、效度，最好用月度來計算，現在全年度為主，希望改成月。

另外是三班護病比的申報方式，其實現在有個變形，也就是按照剛剛 CDE 的報告，護病比其實要反映 2 個東西，第 1 個是每 1 位病人「每日」接受到的照護程度，第 2 個是護理人員「每日」工作程度。所以其實依照它的定義，護病比之所以重要強調的都是「每日」，但是現在的計算是「每月」再平均回去，這已經有一個變形了，我們希望能夠還是以「每日」填報為主。

另外剛剛有報告急性一般病床，但護病比對護理人員的認定是依照醫院評鑑標準，我們知道在實務上會把個管師、研究護理師的都加進去，其實有灌水的疑慮，所以建議計算時要確定都是急性一般病床的護理人員。

盧主任委員瑞芬：接下來請吳榮達委員。

吳委員榮達：我們當然最關心的就是這 40 億元全部都入到護理人員的口袋裡面。我想請教第 1 個，這 40 億元的撥付，是直接入到護理人員的帳戶，還是透過醫院給付，這是第 1 個問題。

第 2 個，如果相關的醫院沒有依照健保署的標準給付，或甚至沒有給付的狀況之下，請教署相對應的措施是怎麼樣？這是第 2 個問題。

第 3 個問題，我不曉得這樣的理解對不對，因為這 40 億元講起來應該屬於健保給付，健保給付原則上應該給健保病房，是不是這 40 億元應該給健保病房的護理人員來提高薪水，還是要照顧到醫院自費病房護理師的薪水？我覺得這是應該要思考的問題，大概以上 3 個問題請教。

盧主任委員瑞芬：接下來請李永振委員。

李委員永振：首先感謝健保署跟健保會幕僚提供了比較完整的過程，讓委員可以稍微窺見其中的奧妙，不過看到這個資料後，剛才劉委員提過 14 年給了 770 億元，我把他算一下一年大概平均 55 億元，

不只 48 億元(劉委員淑瓊：有把 98 年、113 年都算進去)。錢有了，但我們看到目前的實況好像沒達到預期，幕僚也建議要三管齊下，現在看來錢這一管有了，夠不夠是另一回事，但也不少，另外兩管是不是還沒有到位？就是醫院的職場環境以及主政的護理及健康照護司。

因為我們現在看到護全會跟健保署很急，急得像是熱鍋上的螞蟻，但是護全會又不好講得太白，但我們大概聽得懂，因為在共擬會議也常看到，不能說他們是在吵架，但好像是各言其志，沒有辦法真的達到目標。所以應該去想想辦法，不然的話這 2 個團體急得要命，結果三管的另外兩管好像又看不到，我們在這邊一直討論就得不到答案。

除了林委員剛才提到的一些眉角之外，會議資料第 111 頁(四)的第 3 點，也有提到醫院調升護理人員薪資之調整用途，其中增聘護理人力，這個很明顯，還可以明著擺，這項費用明顯是要用於調整護理人員薪資，怎麼變成補充人力，補充人力是另外一回事，這 2 個科目的用途好像就不太一致，現在就擺著也沒有人聞問，就是剛剛吳委員提到，給的錢有沒有到位？因為 2 個禮拜前，剛好跟親戚聊天，他是當護理人員，我就測一下，本來是不敢講，因為我沒有完全掌握細節，我就描述、轉述一下問說，現在不是有一些加班費。他說有啊，1 個月 800 元，我就心裡想不是 1,000 元嗎？他是在醫學中心服務，他說是 800 元，結果 1 月、2 月發。因為我剛才有懷疑，不是啊，這不是 3 月以後才通過的，還是補發的？他說 3 月以後就沒有了，我就一頭霧水，我們討論不是醫學中心是 1,000 元，他只有拿到 800 元；另外只有領到 2 個月，第 3 個月就不見了。到底這裡面的細節如何，應該澈底去釐清，這樣問題才可能找到答案，不然我們看錢有到位，一管來了，另外兩管不見了，這樣問題沒有辦法解決。

盧主任委員瑞芬：請陳杰委員發言。

陳委員杰：陳杰第 1 次發言。我也非常感謝健保會，同時也肯定健保

會，因為健保會也點出一些問題，請大家詳細參閱補充資料 1 第 4 頁健保會提到的第(2)、(3)點，這個內容相當聳動。第(2)點，全民健保係由保險人與醫事服務機構特約，並支付其提供被保險人之醫療服務費用。至於醫事人員薪資結構，係特約醫事服務機構就其盈餘狀況之內部考量而訂，若政府希藉由政策誘因導引改善醫事人力問題，建議由公務預算挹注為宜。公務預算，我再提 1 次，公務預算，當然我也建議是不是大家能共同來支持健保署反映給衛福部，希望不要影響健保基金的結構，能夠由公務預算支應。

在補充資料 1 第 4 頁的第(3)點提到，護理人力不足與職場環境尚涉及整體勞動條件之改善，建議回歸主政單位(衛福部護理及健康照護司)，提出改善策略及進行管理與監督，三管齊下始能扭轉目前護理人員流失及供需失衡之問題。事實上，它裡面的問題很多，這裡只是稍微點了一下，我想衛福部非常瞭解，我希望衛福部能成立 1 個專責機構好好去做思考和研究，希望能夠不要影響整個健保基金。

另外剛剛大家討論到，關於「因應醫院護理人員需求，強化住院護理照護量能」40 億元的部分，當然這已經是既成事實了，我也支持，而且我也稍微提了一下，因為最近剛好我有到醫院去，家裡有人在彰化基督教醫院住院，我特地問他們的護理人員說，他們值夜班是否有領到 1,000 元？他們是非常非常有感，這點我也表示支持。但有 1 點，就是剛剛李永振委員提到，有其他醫院的護理人員拿到 800 元，當然這其中必有問題，這部分當初我強調希望這筆款項能夠真正落入所有護理人員的口袋，所以希望可以將其列入評鑑。最近好像剛好要醫院評鑑，是不是能夠把這個項目列為評鑑的查核項目之一，這樣事情就能夠非常明白，到底是哪個醫院沒有依照當初通過的獎勵費用撥付給護理人員，在醫學中心值大夜班是 1,000 元、小夜班是 600 元。起碼那個錢真的有發下去，真的讓所有護理人員有感，這點我具體建議，希望能把本項，也就是「因應醫院護理人員人力需求，強化住院護理量能」的 40 億元的部分，

有關這項希望列入醫院評鑑。

盧主任委員瑞芬：接下來請韓幸紋委員，請掌握時間。

韓委員幸紋：第 1 個部分，也是針對定義的問題，健保署這邊公布的護病比，劉淑瓊老師提到是對「護」的定義，我是對於「病」的部分。其實剛剛已經有人問過，這是健保床還是自費床？我從數據看起來應該是全部的床，因為我看健保署公布的護病比的數字，其實很明顯可發現醫院護病比都落在設置標準，也就是數字上看到，到底醫院有沒有獲利對於它會不會降低護病比這件事情，我並沒有看到明確的顯示，如果它高獲利會降低護病比。從這個數字也可以看出來落點都落在設置標準，那個「病」應該是全部病床，我的理解是這樣，當然這個可以再跟健保署做確認。

另外 1 個是關於報告中調查的部分，一問就 9 成以上的護理人員都說有加薪，但護理代表就一直說沒拿到，就是一一直在這邊反映。沒關係啦，這個我會自己用資料做研究，給我 2 個月，我再跟大家分享。

第 3 個我想問的是，剛才報告中也有提到，整體來講，護理人員的離職率有上升的趨勢，可是我覺得報告有點做一半，應該要往下追，比如剛才健保會也有提建議，到底護理人員離職是雇主的責任？還是制度上的問題？其實這個事情一直沒有釐清。我的理解是，如果這個護理人員原本在醫學中心離職沒錯，但他跑到另外 1 家醫學中心，大家覺得這是誰的問題？這應該是雇主的問題，這跟我們的制度無關，所以我覺得這個報告有點做一半，應該往下追，就是如果這個醫學中心的離職率提高，也確定這些離職的護理人員都不在醫學中心，甚至就離開醫療產業，那真的可能是制度上的問題，我覺得流向的問題也要追，不是只看當下離職，但是他離職去哪裡？他也許去更好的地方，比如 A 醫學中心太苛刻，我去另外一個待遇稍微好一點的地方，我就覺得這樣好像是雇主問題，我覺得這個部分後續應該要釐清。

另外也有提到，到底這個錢是用在增加人力上嗎？因為現在數字

有點呼嚕呼嚕的，也不知道加薪是加在這個人身上或是這個總薪資往上拉，因為總薪資往上拉，可能是有 1 個資深的護理人員離職了，聘任 2 個年輕的護理人員，那總薪資可能會稍微增加，因為資深的薪水可能不到 2 個新進護理人員的薪水。另外，我覺得像是醫療產業算是個比較高進入障礙的產業，需要相當程度的知識水平。有另外 1 篇文章不是做醫療產業，是做台灣的高科技產業，我們有發現 1 個現象，走 1 個資深的人員，補 2~3 個資淺的人員，看起來總薪資會稍微上升，可是公司生產力會些微下降，我的意思是說，如果現在看到，醫院填答的結果是，我有增加護理人員薪資，這個增加是每個護理人員都增加了，還是只是回答這個單位總的護理人員的薪資增加，它可能有人數及結構上的轉變。這個要特別注意，因為以結果面成效來講，可能反而有下降趨勢，這可能不是我們當時要給這個預算的最終目的。

盧主任委員瑞芬：現在請滕西華委員，最後 1 位發言，已經下午 2 點了。

滕委員西華：剛剛委員提出哪些護理人員應該要納進來，哪些病床應該要納進來的建議，我附議劉淑瓊委員、吳榮達委員、韓幸紋委員的建議，就不再多說。

我只有 1 個問題要請教，就是健保署公布護病比時能否同時提供 1 個附帶的資訊，就是有哪些醫院有實施全責照護？可以看一下，因為原本全責照護的目的是要提高照護品質及降低護理人員負擔，雖然初步的資訊也許看不出什麼，但是可以做為參照標準及長期觀察指標，這個可能有意義。

盧主任委員瑞芬：健保署要不要回應一下，因為有些定義的部分是值得釐清，像是護病比的分子和分母。

龐副署長一鳴：先回答滕西華委員的問題，把資料擺在一起應該是沒有問題，但現在實施全責照護的醫院還非常有限，我們最近公布財報也有把護病比放進去，每個人想看的資料，其實是不太一樣。

在這裡面大家有很多期待、期望，各位委員的指教也有很多對本

部其他單位，不只有健保，就健保的部分，我覺得我們同仁已經把相關資料整理很清楚了，起碼我們的財務支出是透明的，至於有人認為不夠透明的是在哪個地方，不同專家、學者也有不同的看法，有人可以去做民調，有人可以去做申訴的管道，有人可以去查財稅的資料，管道都不一樣，但就健保署該負責的部分、制度怎麼要求我們怎麼執行，這個是我們有落實實施的。原本定義中有些護病比算法，本來就按照急性病床計算，沒有分自費病床，我們都瞭解醫院護理站的管理也是整個在管理，並沒區分出自費護理站。在實務上，以後資料要不要區分？怎麼定義？看專業團體怎麼定義，我們再配合修正。

至於有些護理的指標，因為現在是拿醫策會的指標來用，如果這個指標不好，我們就請醫策會再找更好的指標來反映這個問題，方便大家來判斷這個事情。

陳委員杰：各位要不要爭取公務預算？

龐副署長一鳴：大家加油。

盧主任委員瑞芬：謝謝各位的意見。

王委員惠玄：1 句話就好，就是會議資料第 114 頁的護理品質指標，雖然石署長已經說不見得跟護理品質相關，但是跌倒發生率在精神專科醫院約 10%，感染發生率在精神專科醫院是 5% 上下，這是非常駭人聽聞的，我想署長、副署長對於品質指標部分，有一定的敏感度，這個部分是不是可以去了解一下、深入探索。

盧主任委員瑞芬：本案洽悉，委員提了非常多寶貴的意見，包括定義的釐清，請健保署研參。剛剛很多委員都提到，考量護理人力問題涉及護理人力政策跟勞動條件的改善，包括資方，委員所提相關建議送請衛福部照護司參考。

請問有沒有臨時動議？沒有的話，今天的會議到此結束，抱歉耽擱各位 4 分鐘，每次覺得今天會議應該會很簡單，但從來都不簡單。謝謝各位。