

衛生福利部全民健康保險會
第6屆113年第5次委員會議事錄

中華民國113年6月19日

衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第5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6月19日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：馬文娟、李岳蓁

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、江委員錫仁(中華民國牙醫師公會全國聯合會徐常務理事邦賢代理)、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、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監事會張召集人重光代理)、詹委員永兆、劉委員玉娟、劉委員守仁、劉委員淑瓊、滕委員西華、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、鄭委員素華(全國工人總工會陳幹事怡伊代理)、謝委員佳宜、韓委員幸紋

請假委員：陳委員杰、董委員正宗

列席人員：

本部社會保險司：陳專門委員淑華

中央健康保險署：石署長崇良(龐副署長一鳴代理)、李副署長丞華

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11頁)

貳、議程確認：(詳附錄第11頁)

決定：

- 一、依委員意見，增列報告事項第三案「113年5月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)。
- 二、餘照議程之安排進行。

參、確認上次(第4次)委員會議紀錄：(詳附錄第14頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第15~33頁)

決定：

一、上次(第4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1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6項，同意解除追蹤；其餘21項繼續追蹤。請本會同仁對歷次相同議題不同訴求重點之追蹤事項予以整併，俾呈現列管重點。

三、餘洽悉。

伍、法定諮詢事項(詳附錄第34~59頁)

說明單位：衛生福利部社會保險司、中央健康保險署

案由：衛生福利部「114年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)併同中央健康保險署「114年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」諮詢案，請鑒察。

決定：

一、114年度總額範圍草案，採用之基期計算方式及醫療服務成本指數有所改變，對未來總額預算影響重大，建請衛生福利部審慎處理及說明。委員所提諮詢意見摘要(如附件)，併同發言實錄，送請衛生福利部參考。

二、另為利本會進行114年度總額之協議訂定，請中央健康保險署於衛生福利部交議總額範圍時，依法併同提

出資源配置及財務平衡方案，供協商參考。

陸、討論事項(詳附錄第60~63頁)

提案單位：本會第三組

案由：全民健康保險各總額部門112年度執行成果之評核結果獎勵標準案，提請討論。

決議：

- 一、各總額部門112年度執行成果評核結果，將納為114年度各部門總額「品質保證保留款」(下稱品保款)專款獎勵，其獎勵標準計算方式如下：
 - (一)計算基礎：以各總額部門評核年度(112年)一般服務預算為計算基礎，並與114年度總額基期算法一致。
 - (二)評核等級獎勵成長率：評核結果「良」級給予0.1%、「優」級給予0.2%、「特優」級給予0.3%獎勵成長率。
- 二、因應107年起品保款預算屬性改變，114年度各部門總額品保專款額度，應與其一般服務預算保留匡列原106年品保款之額度(各部門額度：醫院3.887億元、西醫基層1.052億元、牙醫門診1.164億元、中醫門診0.228億元)合併運用，全數作為鼓勵提升醫療品質之用。
- 三、請中央健康保險署會同各部門總額相關團體，積極檢討品保款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實獎勵目的。

柒、報告事項(詳附錄第64~89頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關全民健康保險代謝症候群防治計畫執行情形及成

效評估，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署研參。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「在宅急症照護試辦計畫」之具體實施方案及照護成效監測指標(含照護品質及替代醫院費用情形)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署研參。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：113年5月份全民健康保險業務執行報告(書面報告)，請鑒察。

決定：

- 一、請中央健康保險署於113年6月26日提供「113年5月份全民健康保險業務執行報告(書面報告)」送會，如委員對報告內容有意見，本會將轉請回復說明。
- 二、另委員關心全民健康保險法第62條條文修正草案及脊髓性肌肉萎縮症(SMA)藥品所提意見，請中央健康保險署併同上開報告回應說明。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午14時13分。

本會委員對「114年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」及「114年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」之諮詢意見摘要

一、對114年度總額範圍(草案)及財務試算影響部分

付費者委員意見

總額範圍(草案)之擬訂應審慎考量健保財務收支短絀問題，並將被保險人「財務負擔能力」納入考量：

- (一)行政院核定 113 年度總額範圍時明確函示，請衛福部在 113 年健保財務預估仍面臨收不抵支，安全準備持續下降的情況下，審慎提前規劃因應。惟雖 113 年健保基金獲得 200 億元公務預算挹注，當年保險收支餘絀仍短絀 18 億元，現依健保署財務模擬資料，以 114 年度總額成長率 3.521%~5.5% 試算，114 年將擴大短絀 482~655 億元。目前草案之高推估成長率達 5.5%，為近年最高，請審慎考量健保財務並積極面對收支短絀問題。
- (二)建議總額上限之擬訂應將被保險人「財務負擔能力」納入考量，並將節流成效納入總額財源，以減輕健保財務調升保險費率壓力。

醫事服務提供者委員意見

建議提高總額範圍(草案)之高推估值，並運用多元管道挹注健保，以提升點值：

- (一)為改善現階段大家關心點值低的問題，建議衛福部將高推估成長率提升至 6%，增加預算以提升點值。另現行我國經常性醫療保健支出占 GDP 比率尚未達到 8%，建議提高總額高推估值，加強投資健康。
- (二)認同衛福部規劃運用多元管道挹注健保，收入面如調整補充保險費費率、政府負擔由 36% 提升至 38%；支出面如總額瘦身、嚴格管控健保支出點數等。其中有關總額瘦身，建議 114 年度總額政策目標「友善醫事人員環境與薪資」部分，不宜由健保支付，應該由公務預算支應才合理。

專家學者及公正人士委員意見

總額範圍(草案)之設定，宜一併提出具體財源及完整之財務規劃；另屬公務預算支應之項目，應回歸公務預算支應：

- (一)以 114 年度總額高推估成長率 5.5% 試算，114 年保險收支累計結餘約 1.01 個月保險給付支出，安全準備剛好在法定 1 個月之邊緣，需面對收支如何平衡的財務問題。
- (二)面對健保財務收不抵支的問題，衛福部雖有回應未來財務改革方向，如多元管道挹注健保、總額瘦身等，但未提出具體財源，所謂多元財源具體為哪些項目？相關的財源實際上能增加多少收入？若無其他財源，需調升多少保險費率或補充保險費率？何時將超過法定費率 6% 上限？建議均應有詳細評估。
- (三)衛福部對於各界關心健保財務問題，回應解決方式之一為總額瘦身，將現行總額項目(如預防保健、補助醫事人員待遇等)改由公務預算支應，但並未明列哪些項目移出由公務預算支應，反而在 114 年度總額政策目標納入「鼓勵醫療機構提升人員薪資」，此部分屬應回歸公務預算項目，宜由公務預算支應。

二、對114年度總額基期計算方式改變部分

付費者委員意見

對於未執行、未導入預算，應提出明確的處理方式及未來規劃：

- (一)一般服務未執行、未導入的預算，本就應該自基期扣減，不應將未執行預算也納入基期，其複利成長，對總額預算影響很大。
- (二)若考量新增項目第 1 年執行尚不穩定，暫不於基期扣減未執行、未導入額度，則應明訂未來處理方式，如自執行第幾年起扣減未執行預算，以免未來產生爭議。否則醫界不斷爭取於一般服務新增預算，但未執行額度均不扣減，累滾入基期，預算隨成長率不斷增加，會造成編列預算但不執行的惡性循環。

醫事服務提供者委員意見

支持未執行、未導入預算不予扣減基期：

- (一)某些項目因為第 1 年甫執行，執行數不如預期，但未來會加強宣導落實執行，支持未執行預算不扣減基期。若未執行預算須扣減基期，則執行數超過預算數，導致點值下降的項目，也應該相對回補基期。
- (二)新藥、新科技之使用有遞延效應，雖第 1 年導入執行較少，後面幾年會成長快速，若未導入預算須扣減基期，則預算不足時會造成點值下降，對醫界不公平。
- (三)現行點值已偏低，原因是總額成長率不足，預算編列不夠，為了讓點值更為合理，建議未執行、未導入預算不扣減基期。

專家學者及公正人士委員意見

基期計算方式改變影響重大，事前應審慎評估，並有充分說明：

- (一)114 年度總額基期計算方式改變，查 113 年度總額基期為前 1 年度總額，扣減「前 2 年度未導入預算」，114 年度改為不扣減前 2 年度未導入預算，並校正「前 2 年度人口差值」(113 年度總額於低推估值校正)，及加回前 1 年度違規扣款金額。因基期不扣減未導入預算及校正人口差值，均屬重大改變，事前應審慎評估，諮詢專家學者協助確認其合理性，並向委員充分說明改變的理由。
- (二)一般服務未導入、未執行預算，過去會於基期扣減，114 年總額改為不扣減。考量基期為計算未來年度總額預算之基礎，理應有執行的預算才能納入計算。若讓未執行預算、未實際提供服務的金額，每年都滾入基期、永遠複利成長，除墊高總額預算外，亦將對未來總額協商及預算執行，造成不良影響，建請衛福部務必審慎斟酌。
- (三)我國總額預算採上限制，總額議定後匡定預算，而點值為總額管控的結果。故健保署應於預算內妥為管理，執行時必須落實目標管控，避免發生點值稀釋的問題，浮動點值為總額支付制度的管理結果，應無預算不足須回補基期的問題。

三、對114年度總額採計「醫療服務成本指數改變率」(下稱 MCPI)部分 付費者委員意見

建議持續精進 MCPI 計算方式，規劃採 4 年平均值之導入時點：討論 113 年度總額時，衛福部曾規劃 MCPI 計算方式改採 4 年平均值，以改善採單年度數據致年度間數值變動過大的問題，使 MCPI 數值呈現較平穩趨勢，建議應持續研議，規劃 MCPI 採 4 年平均值之導入時點，才能讓制度持續往理想方向改進。

醫事服務提供者委員意見

114 年度 MCPI「權數」改採 110 年調查資料，將適用未來 5 年(114~118 年度)，但計算之數值與過去落差甚大，建議再行評估與調整：

- (一)114 年度 MCPI 所採「權數」為 110 年「工業及服務業普查」之調查結果，牙醫藥品費用權數大幅增高(17.25%，過去 5 年為 4.87%)；醫療器材費用則大幅降低(12.22%，過去 5 年為 23.78%)，與過去數值落差很大，可能原因為 110 年受 COVID-19 疫情嚴重影響，牙醫師較無法提供實際醫療處置，多以緊急醫療方式(如開藥)處理。
- (二)若將 COVID-19 疫情期間所調查之非常態數據，沿用至未來 5 年計算 MCPI，對牙醫門診總額成本計算恐有失真，建議衛福部能加以考量，再做調整。

專家學者及公正人士委員意見

應審慎確認 MCPI 所採「權數」及「指數」，建議透過專家諮詢會議協助審查及把關，評估採計方式之合理性、數據之正確性：

- (一)「權數」：114 年度改採 110 年「工業及服務業普查」之調查結果，其數據與以往權重差異非常大，明顯異常。如牙醫門診總額藥品費用權數大幅增加，且與醫院及西醫基層藥品費用權數相當，不合常理。衛福部應依法定職責，對主計總處提供的數據進行審視，並就主管業務所需重新計算，再行評估其合理性。若有疑義，宜洽主計總處釐清及校正，避免往後 5 年之 MCPI 計算有疑義。
- (二)「指數」：配合主計總處停編「躉售物價指數」，114 年度

藥品、醫療器材費用等指標，改採「國產內銷及進出口物價指數」計算，雖主計總處有協助資料轉換銜接，但衛福部仍應審慎確認數據之妥適性。

(三)主計總處所進行之「工業及服務業普查」及「物價指數調查」，並非專為醫療服務業設計，而醫療服務有其特殊性，兩者目的性不同，倘前揭調查結果無法反映現況，衛福部應該透過專家諮詢會議協助審視，以確認採用數據之正確性。

第6屆113年第5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 4 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉：大家早安！報告主委、各位委員，已經到會議開始時間，委員出席人數已經過半，達到法定開會的人數，可以開始今天會議，首先請主委致詞。

盧主任委員瑞芬：謝謝各位委員今天來參加這個會議，最近好像發生蠻多事情，包括 COVID-19^(註)疫情的數字也在增加，各位請多保重，連我的聲音也不太對，但我沒有感染 COVID-19，請放心，謝謝各位，現在開始今天的議程。

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

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：各位委員，開始議程確認之前先跟委員報告，依據本會組成及議事辦法第 8 條及會議規範第 6 點規定，健保署署長是法定列席人員，不過健保署 6 月 13 日來函說明石署長應邀出席「2024 在宅急症照護國際研討會」，不克列席，所以請龐一鳴副署長代表，來函影本放在各位委員桌上(如本議事錄第 90 頁)，請委員參閱。

這是署長今年第 1 次請假，因為 112 年 10 月時劉淑瓊委員有提醒，以後要併同報告署長當年度第幾次請假，所以向各位委員報告。

本次議程安排，其中法定諮詢事項是衛福部依健保法規定送本會諮詢 114 年的總額範圍草案併同相關財務試算案。討論事項就是依照委員會的決議，安排在本月討論 112 年總額執行成果評核的獎勵標準案，這個是我們上次討論案決議的，安排在 6 月或 5 月來做相關討論。

報告事項有 2 案，都是依年度工作計畫安排的專案報告，1 個是代謝症候群，1 個是在宅急症。代謝症候群部分健保署有邀請健康署列席，屆時魏璽倫副署長及吳建遠組長會列席，以上報告。

盧主任委員瑞芬：請問委員對於今天議程有沒有意見？請李永振委

員。

李委員永振：主席、各位委員，大家早！有 2 點想法提供給大家考量。第 1 點，有關總額範圍這個議題，本來年度工作計畫是 4 月份就要提本會諮詢了，一直延到 6 月份，今天的會議時間才提早召開，結果委員們一直等資料，等到 40 小時前才拿到，這樣重大的議題，今天這樣列進議程諮詢，合宜嗎？因為我個人是資質比較差一點，沒辦法深知所議。

第 2 點，本會議的主題應該是以健保業務相關，但是每一個議案都有它的主訴求，如果沒有這個主訴求的部分，都會放在健保署的業務執行報告來進行，由本會做一個溝通、交流的平台。這一次的會議因為提前召開，所以健保署來不及提供書面資料的部分，這可以接受、可以體諒。但是如果按照一般的作業時間，其實只是來不及事先寄，今天應該要有那一本資料放在桌上才對，今天好像也沒有看到，不只這樣，又把這一個主題，大家可以交流的時間給抽掉了，通通不見了。這樣將來本會會議紀錄、議事錄對外公告的時候，好像這個月本會對健保署沒有什麼監理，這樣是不是適當？有關這點做這樣建議，資料已經來不及了，以後應該像這樣估算，照正常今天應該看到書面資料的，應該可以依期處理，但是這個會議主題看用什麼方式來表現，議程應該還是要留著，以上 2 點，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，請問其他委員有沒有意見？請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：很簡單，就是呼應李永振委員發言，委員已經在這個會議裡面提過很多次，會議資料如果不能夠更早以前給委員，其實對於付費者代表要表示諮詢意見是很吃力的，且也沒辦法在這裡發言，沒辦法發言不等於認同或沒意見，這件事情是非常關鍵的，謝謝。

盧主任委員瑞芬：其他委員還有沒有意見？這件事情的確是需要時間，真的需要時間，而且是這麼重要且複雜的內容，委員的確需要

時間來消化，然後會議才能有效地進行，所以這點要請社保司，還有健保署務必配合，要給委員充分的時間消化資料。社保司這一次有沒有什麼要說明的？

劉委員玉娟：今天剛好有同仁在，先致歉一下資料比較晚送到，因為一方面還需彙整一些資料，包括內部單位的資料，以及主計總處的資料，後來資料還是有疏漏一些，時間上比較慢。

第2個，雖然本司同仁這次時間拿捏抓得還不夠好，這個會再改進，其實在4月2日會議說明低推估時已有先跟委員報告，今天的內容也有把當時大家的提問與建議，做了一些整理及回應，下次會儘量改善，不是儘量，一定會改善，也謝謝委員的提醒。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，請健保署。

龐副署長一鳴：這裡主要是要補充剛剛執秘報告的，今天署長原本請假事項就如書面資料，但今天實際是參加立法院朝野協商健保法第62條的議題，署長其實現在是在立法院，謝謝。

盧主任委員瑞芬：針對李永振委員提到說健保署這次沒有提供書面報告，一個禮拜的差距，其實理論上今天應該要有書面，健保署之前來文時說要併同下個月提供，我認為不太合理，因為下個月有下個月的資料要看，所以就算晚的話，其實是今天應該要有書面，理論上委員會議原本晚一個禮拜開會，就像李永振委員講的，按照時程這個禮拜資料也應該 ready，沒有 ready 的話，也不要拖到下個月提供，今天還是一樣照李永振委員建議的意見列進議程，因為這是每個月都要監理的部分，每個月都應該要對健保有一些業務上的質詢，不管書面資料有沒有 ready，還是都要維持本會監理的部分，所以這個報告案還是增列進議程，但是那個資料不要拖到下個月給委員 2 本，理論上今天應該就要看到這個月的報告，今天不行的話，那是不是請會後就提供，不要等到下個月，因為沒有理由說下個月看 2 個月的業務報告內容。好，請李永振委員。

李委員永振：再補充說明，因為業務報告事項的議程，不是只針對書面質詢而已，現在媒體不是很多報導有關健保署業務的部分，結果

都是看到媒體報導才知道，譬如點值要立法，罕病最近好像也很夯，像這些部分的議題沒有那本書面的業務報告，口頭應該也可以說明比較詳細的情況給委員知道，不然委員被問到的話一頭霧水，要看報紙再回應嗎？委員可以看報紙來這裡監理請教，但不可以用看報紙的資訊去回應，這是兩回事，最主要是考量這部分，不是沒有東西可以質詢，重點是在這裡，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，委員如果沒有其他意見的話，我們針對議程確認有以下決定，第 1 個就按照剛才李永振委員意見，會在今天議程增列報告事項第三案「113 年 5 月份全民健康保險業務執行報告」，就算今天沒有書面報告還是把這部分列進議程，但是請健保署最晚下個禮拜就把書面報告提供給委員。委員如果有問題要提問的部分，就用書面的方式，因為原本這次會議就是要用書面方式提問，所以資料下禮拜以前一定要提供給委員。第 2 個就是這次會議其他部分就按照議程的安排來進行。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

盧主任委員瑞芬：委員有沒有意見？好，如果沒有意見的話，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：主委，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：(一)針對重要業務報告決定，邀請本會委員參加 7 月 16、17 日召開之「各總額部門 112 年度執行成果發表暨評核會議」已發函，請委員撥冗參加。

(二)有關上次委員會議，委員關切強化護理照護量能，涉及護理人力政策及勞動條件改善所提相關意見，在 6 月 4 日已發函送請照護司參考。

(三)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計 4 項，請委員參閱補充資料第 1 頁，依辦理情形，擬建議解除追蹤 3 項，繼續追蹤 1 項。第 1、2 項，請委員參閱會議資料第 28 頁，第 1 項是業務執行季報告；第 2 項是家庭醫師整合性照護計畫，這 2 個部分是委員所提意見的回復，健保署已經回復在會議資料第 48~72 頁，這 2 項建議解除追蹤；第 3 項在補充資料第 2 頁，主要是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，健保署在 6 月 12 日提供詳細書面報告，本會也放在補充資料第 5~16 頁，建議解除追蹤，最後仍依照委員會議議定結果辦理。另個別委員關切事項(含書面意見)，健保署的回復在附錄三，會議資料第 131~138 頁。

項次二，為利委員瞭解歷次委員會議未結案件之辦理情形，依例每半年彙報 1 次，截至 5 月底未結案件共計 27 項，依照辦理情形，擬解除追蹤 6 項，繼續追蹤 21 項，如附表二，請委員參閱會議資料第 30~47 頁。

擬解除追蹤的第 1 項，是討論 110 年度總額協商架構及原則(草案)時，委員希望能將對總額範圍擬訂公式的意見，請衛福部(社保司)納為未來公式檢討參考。公式都是每年持續在做檢討，已歷經 3 年，建議解除追蹤，每年都會更新一次，這再追蹤可能也都差不

多。

第 2 項，是 113 年度總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認的項目案，西醫基層總額 2 項、牙醫門診總額 2 項，健保署已依照程序辦理完成、計畫公告，建議解除追蹤，詳細的內容請委員參閱。

請委員參閱會議資料第 31 頁，第 3 項，是 112 年度各部門總額核(決)定事項有關預算扣減及效益評估執行結果，請健保署依照所提扣減金額辦理扣款事宜，健保署已在 112 年第 4 季結算時扣減，包括西醫基層扣減 2,000 多萬元；請委員參閱會議資料第 32 頁，大家可以看到牙醫總額的部分扣蠻多錢，「高風險疾病口腔照護」未執行預算扣減 3.78 億元，「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」扣減 8 萬元；中醫總額未執行額度的部分，「提升中醫小兒傷科照護品質」扣減 210 萬元，「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」扣減 4.08 億元，另外「增加『特定疾病門診加強照護』適應症腦中風後遺症」扣減 1,360 萬元，請委員參閱會議資料第 33 頁，還有「照護機構中醫醫療照護方案」扣減 110 萬元，都已經完成扣減，建議解除追蹤。

第 4 項及第 5 項是一樣的，有關部分負擔調整案實施後的政策效益及其改善結果，已在今年第 3 次委員會議中首次提報新制部分負擔的監測結果及成效檢討、修正之監測指標，全年成效檢討報告將安排在 10 月份委員會議，請健保署提報，建議解除追蹤。

第 6 項，是 112 年度抑制資源不當耗用改善方案整年度的執行報告，今年第 4 次委員會議已報告完成，建議解除追蹤。

另外，在補充資料第 4 頁，也更新繼續追蹤的第 9 項及第 21 項的追蹤建議，這部分請委員參閱。最後仍依委員會議議定結果辦理。

項次三，健保署提出業務執行報告來不及印好，這部分剛剛議程確認時已經處理，未來請健保署依照時程，提供業務執行的書面報告。

項次四，是本會上次發函給審計部有關 112 年度健保基金決算不予備查的部分，審計部在 5 月 30 日函復，內容摘要是 103 年 7 月、105 年 6 月分別函請行政院及衛福部，研議明確定義政府應負擔健保總經費，並完備法制，以杜爭議，惟相關條文還沒修正前，審計部尊重主管機關對健保法的法令解釋權及計算方式。

項次五，健保署在 6 月 3 日來函修訂「113 年度全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫草案」內容，其實這項專款的具體實施計畫在今年第 1 次委員會議已經同意，但有附帶請健保署要評估這個計畫跟一般服務重複及替代的情形，在 113 年來做提報。因為健保署來函表示，牙全會在 5 月 21 日健保署的研商議事會議有提案修正，並經決議通過，通過的內容在(三)，修正重點主要是本計畫提供高風險疾病病人比較好的補牙材質，可以替代一般服務的既有材質，所以修訂由本項專款支應這兩種材質之間的差值 400 點，這跟委員關心的決議，就是實質已經處理本計畫跟一般服務可能產生重複、替代的部分，尚屬合理，建議同意。

項次六，是上次委員會議對家醫計畫、強化住院護理照護量能列為會訊報導主題，已置於本會的網頁，敬請委員轉知所屬會員參閱。

項次七，是健保署 5 月至 6 月發布副知本會的相關資訊，其中比較特別的是總額相關計畫，請委員參閱會議資料第 23 頁，5 月 24 日有公告就是今天報告事項的第二案在宅急症照護試辦計畫；另外，第二案在會議資料第 25 頁的公告，這公告與在宅計畫有關的，是鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊的部分；第 3 個是抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫，這都是今年度新增的專案計畫，也都已公告，預定可以開始實施，以上。

盧主任委員瑞芬：請問委員針對重要業務事項報告有沒有意見？請李永振委員、陳石池委員。

李委員永振：謝謝，對於剛才執秘的報告，我這邊有幾點看法提供給大家參考，第 1 點，看到審計部的回函，36%平反的最後一絲希望

又破滅了，本來是想說他最後在審定有沒有辦法幫我們講一些話，看起來還是不行，讓我覺得真的是衙門深似海，百姓投訴無門！我們好意提醒其掌握最後審定之責所引用之法據有爭議，他應該要審慎檢視才對，不過我們是要強調，因主責單位論述的前提有違法的嫌疑，所以根據這個結論所作的處置，應該就是沒有遵循法令！這已經老掉牙，講了大家都耳熟能詳，審計部給我們的答復都還是一樣「尊重主管機關對全民健康保險法之法令解釋權及計算方式」，講了等於沒有講，然後衛福部再強調其處理方式獲得審計部的認可，這邏輯就很奇怪。我們請審計部去看有爭議部分，審計部說尊重主管單位的說明，主管單位又說審計部已經核定了，就是認可啦，雞跟蛋、蛋跟雞一直在那邊扯不清，繼續上演爭議，我覺得蠻失望的。

我們一直強調行政院 2 次協商結論有問題，最後一版是在 106 年 1 月 23 日才拍板，2 月 3 日給我們文，但主計總處說他曾經在 103、105 年有向行政院請教，得到的答案就是剛才那個。不管是對主責單位或審計部，我們要強調目前的爭議是在 106 年 7 月以後提出來，剛才繼續追蹤事項很清楚，結果他都是用 105 年以前的事情在跟我們解釋，健保署說他們的處理就是根據那個，這樣不是很奇怪嗎？為什麼不趕快去瞭解，如果需要重啟協商，就重啟協商來解決這個問題啊！譬如說，現在主責單位一直講說他們有在研議，要嘛就要提修法，這次修法有提嗎？也研議了 6、7 年，好像也沒有看到，我知道他們一個頭兩個大，點值的問題比這個大，還有補充保費 300 多億元，健保署都應該在這邊跟我們說明一下，我們看報紙都一頭霧水，到底要怎麼知道，我只知道在選舉的時候，提出 65 歲以上長者健保費補助，那個大概要花 100 億元左右，最近報紙說數字是 365 億元是不是？我們財務就已經很困頓了，一直減少這部分，將來怎麼辦？時間關係我先講到這裡，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，接下來請陳石池委員。

陳委員石池：主席、各位委員早安，會議資料第 33 頁有關「112 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策

略(含可節省費用)」，這個案子是每年都會碰到的問題，現在要解除追蹤我沒有意見，但我建議每半年跟本會提出報告，這項很重要，不應該完全消除掉，應該每半年提出報告就可以，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，接下來請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：謝謝主席，我是針對撥補點值這件事情，因為現在 Q3、Q4，是按照 Q1、Q2 的規則在做，我們大概只能接受，沒有改變空間。不過我想要呼應林文德委員在 112 年 11 月份委員會議的發言，尤其是他會後的書面意見，因為現在點值是分區共管，本來考量很多因素，基本上就是在反映同儕自律及自主管理的力度，現在在這基礎上做點值的撥補，其合理性跟公平性，我們真的要再好好考慮一下，其並沒有去體現總額應該有的自律精神，我們現在有點像是屋子裡有 1 頭大象，大家都看到，但是我們都選擇忽略它，我們現在無視於這個事實，用齊頭式的平等，在這基礎上去撥補，我覺得不太合理，現在提到健保會來好像要我們委員來背書，我想醫界可能不好講，但我個人對這樣的背書覺得很不安，知道不能改變，但是要列入紀錄，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，請朱益宏委員。

朱委員益宏：謝謝主席，我個人有 2 點，第 1 點，跟劉淑瓊委員剛剛提的有點相關，就是在會議資料第 27 頁，每個月其實健保會都會把最近一季點值的狀況做 1 個列表，但是因為醫院總額其實大家都知道各分區有不同管控方式，所以我希望未來列表的時候，醫院總額這邊要加 1 個欄位，就是攤扣前，各分區點值管控措施前的平均點值也要呈現，我提的跟劉淑瓊委員剛剛提到的有點相關，就是各分區的這種管控方式，你讓醫院斷頭或是事後用攤扣的方式讓點值提高，這件事情其實依法無據，我覺得不能用這樣的方式去反映各分區所謂的同儕制約，各分區的管控方式其實不是同儕制約，我覺得這邊應該呈現原始醫院總額的平均點值，即應原始呈現管控前與管控後的平均點值，所以我希望以後健保會的會議資料，要列上這一部分，至於資料怎麼來，當然就要麻煩健保會再跟健保署請教。

第 2 點，會議資料第 57 頁，上次委員會議時我有特別提到輸液最近缺貨，健保署用專案進口或對本土的輸液廠商提高健保支付價，上次我有詢問到這樣提高的健保支付價，到底它的財源從哪裡來，但是健保署給的書面意見，不管會中的口頭回復或書面意見，都沒有回復財源從哪裡來，沒有回復的意思是不是現在要用點值來處理？這我覺得要非常明確，如果是的話，各總額受影響最大的是醫院總額，要醫院用點值吸收，那也可以，健保署就明白告訴大家這裡會增加 2、3 億元，我們就用點值來吸收，如果不是，你要用非預期風險或是其他預算來撥補，也可以，講清楚，或是由公務預算來撥補，這邊都沒有回復，我希望健保署等一下還是對這件事情能有一個具體的回復，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，下一位請滕西華委員。

滕委員西華：先請教一下會議資料第 23 頁，就是健保署新公告「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」，我們謝謝各總額部門中全會、藥全會，還有牙全會，在這 2 個月帶我們去參訪，其中到台南的時候，奇美醫院院長跟顧問非常熱心的接待我們，跟我們分享時提到整個南區在試辦在宅急症照護，我先用簡單的這個名稱好了，醫院全部都加入，我其實是有一點好奇，也有一點不太理解，在宅急症照護原本就是向基層傾斜，應該是由基層提供照護，我的疑問是在醫院體系，當然地區醫院也有辦理的空間，可是地區醫院以上的這些醫療院所，也都在試辦在宅急症照護計畫，而且是從急診收個案，我不太知道我理解的對不對，因為根據他們的分享，好像南區的醫院全部都加入這個試辦計畫，如果這樣就違反我們當初要推行在宅醫療這個初衷，而且也不符合要加強基層照護這個方向，若由醫院收案為什麼不是透過轉診給有承辦在宅醫療的基層院所？這是我第 1 個疑問。

第 2 個，會議資料第 24 頁中「遠端生命徵象監測費」，過去推長照跟在宅醫療，曾經也有與醫療器材商合作，因為你要做遠端監測，民眾就必須要有設備，還要有人會使用這個設備，一個是有沒有使用遠端監測設備的知能，另外一個是他需不需要購買或自備遠

端監測設備，我們這邊編了「遠端生命徵象監測費」400點1天，我想要請健保署說明一下如何監測？是否涉及到民眾必須負擔設備的問題，或是我們如何確認這樣的遠端監測數值是符合標準的？若連 apple watch 這種設備都不被採納，那我想知道如果需要民眾操作，要如何克服這個問題？以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：剛剛朱益宏委員有提到要把管控前的點值也列上去，我不反對，但我希望能加註前、後的落差問題出在哪裡，我覺得這樣能幫助我們去理解為何要攤扣、斷頭，到底中間的原因出在哪裡？謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，因為侯俊良委員第1次發言，先讓侯俊良委員發言。

侯委員俊良：主席，我在這邊也坐了大概2、3年，幾乎每次都聽到李永振委員提繼續追蹤的前4個案子，新的國會有些案子該用法令解決的應該主動去做處理，不然一個從106年就開始提的案子到現在這麼多年了，如果是在我們教師會裡，早就送監察院了，這個並非不能解決，我覺得不管如何不能先預設立場，既然這問題都已經講這麼久了，我認為社保司應該要主動去提相關法案，到國會去大家辯論清楚，做一個解決，否則每次花蠻多時間討論一直無法解決的問題，我覺得我們效率也是真的有問題，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝接下來請李永振委員。

李委員永振：我再補充2點，第1點感謝侯委員的支持，可以做，但是我不期待，因為審計部隸屬於監察院，一樣啊！坦白講私底下工商協進會曾經努力過，因為以前的秘書長有一位是監委，他要行文，但是他想說私底下先瞭解，瞭解的結果就是依照社保司的說詞，剛才我沒有講重話，現在我還是要再講一下，依我個人的看法是官官相護！你多一事不如少一事，這是題外話。我的重點是這幾個案子，像是36%案子沒有辦法很快解決，除非我們有管道，像立法院現在補點值一樣，這是我們要努力的地方。

既然可能會繼續追蹤很久，我建議整理一下歷次委員會議繼續列管追蹤事項之擬繼續追蹤項次 1~3，都是有關法定 36%下限的問題，其中有幾個主訴求列出來，當成我們的決議，但是提案的時間點一次不能少，那個才是重點，因為我們很 care 這個議題，不管主責單位要不要去處理沒有關係，不過我昨天看到自由時報第一版，有一點希望，健保法施行細則第 45 條新部長好像有一點意思要修回來，延續陳時中部長當時本來就要做的，在第五屆已經提出來，這裡我記得很清楚，一年我們收入可以多 128 億元，應該現在又不止了，如果可以這樣的話，是可以做的，但有關這方面的話，繼續追蹤要追那麼久的話，把它整成一案將歷次的部分都列出來，雖然有一些解除會比較好一點。

另外，在會議資料第 37 頁項次 4，我記得是干委員提的，干委員都已經卸任了，我們還在那邊追還沒有答案，這部分財源，主責單位雖有其考量，但是我曾在會上提過，105 年蔡政府上任時，健保卡解卡那部分，這是政策因素，應該有配套措施，編列公務預算支應應屬合理，但其他的部分像是做生意的時候會收不到帳，要用公務預算來補好像有點牽強，不過我覺得主責單位不能把 36% 的部分當成包山包海，要求財源的時候就有 36%，有那麼好用，36% 又不依法補足，這整個這樣下來好像怪怪的，我是覺得政府提供的錢好像都很好用，比如說剛才講到健保法施行細則第 45 條所列補助 7 類人員的保費，既是社會福利支出，又是保費補助，又算政府支出的保費，這麼多功能，還有剛才提到的補點值部分也是一樣，本來在這邊報告是說為了挹注安全準備，不要調漲保費，當然沒寫這麼清楚，結果又可以拿來當公務預算去補點值，都是多功能的，這是第 1 點。

對不起，多用一點時間，因為還有時間，是不是容我再講一下。我要回應一下劉淑瓊委員剛剛提到補點值的問題，資料是在 6 月 17 日下班前及時滑壘上來，比總額範圍資料稍微早一點，很感謝健保會同仁的辛苦，資料我在匆忙之中稍微瞄了一下，來不及消化，以前在會議裡面大家有提到我就不再贅述。

依照補充資料，我還有幾點疑惑請健保署解惑一下，在補充資料第 6 頁第六點，就是「112 年第 4 季補助作業，將報告後，依程序提報衛生福利部核定後辦理」，他有提到這個，但是該兩要件都沒有完成，為什麼就向媒體放話？根據自由時報 6 月 7 日 A9 版，以斗大的標題「搶救健保點值去年 90 億補到每點 0.9 元」，報導中各季數據，除第 4 季少了 0.32 億元，其他的一毛不差，這點劉淑瓊委員上次也提過，希望相關資料可以送會讓大家瞭解一下，結果大家都是看報紙才知道，這很奇怪，這種處理方式是不是合宜？請大家思考一下。

第 2 個，112 年 240 億元挹注全民健保基金，應受到健保會的監理，相關處理方式應要提會討論，之前僅提會一次就不見了，之後就直接送核定，這種處理方式，健保署有沒有在規避監理？這可能比較嚴重。

第 3 個，點值共補了約 88 億元，扣除總額編列的 8 億元，其餘 80 億元是由公務預算挹注健保基金 240 億元來處理的，號稱給了 240 億元要挹注安全準備，但現在又去掉 80 億元，約有 1/3，將來人家質疑說你們是怎麼處理的，政府不是多給 240 億元嗎？實質上只有 160 億元。

第 4 個，補充資料第 14 頁附件 3 有列補助前後的點值，各位可以看一下附件 3 表格，超過 0.9 的再補，尤其第 3 季補點值的 3 個總額部門都超過 0.9，上次也提到過，這樣整個看起來的話，就是牙醫部門最衰，他自律，管得最好，1 塊錢都補不到，這樣就是很奇怪，最後在第 4 季 18 多億元這個部分，在會議資料第 27 頁，剛才提到這個表裡面，看起來就只有中醫部門平均點值是 0.8598，其他也都沒有低於 0.9，但是醫院跟西醫基層總額也都補到了，真的會讓我們不解。

上次我記得林文德委員有提到過，這個項目應該是用季還是年來看，就是有一個互補的效果，如果用來年來看的話，大概只有中醫部門平均點值 0.8776、醫院部門攤扣前 0.8965，還不到 0.9，醫院部

門攤扣前的平均點值 0.8965 是剛剛朱委員要求列出的部分，這樣的話是不是合理？這應該是大家要思考的問題，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，接下來請韓幸紋委員。

韓委員幸紋：我是附議之後是不是應該請社保司針對政府負擔 36% 的部分做一個處理，我在這邊也快 1 年半，其實我認為裡面有些內容好像在執行上是有爭議的，比如說就我對於這 36% 的理解是政府負擔的下限，也就是政府想要往上拉是可以的，它是最低要求的下限，至少要付到 36%，結果在這裡他們告訴我這是上限……，像是後來把 240 億元直接拿去補點值的概念，當時健保署的解釋是把它當上限，這跟我原本的理解差異有點大。

最近討論 65 歲以上老人的健保費補助，有人問我如果這個法過了，這個補助算不算到政府負擔 36% 範圍內？我覺得現在實務操作上，因健保財務問題，很多記者也會訪問署長，署長他也提到，像是政府負擔 36% 是不是提高到 38% 這件事情，我覺得從他對外的說法來看，感覺是需要修法，所以我才覺得來這邊之後，實務上的操作好像把 36% 當作上限，可是我的理解本來是下限，如果是下限的話，今天政府負擔到 38% 根本不需要修法，政府本來就可以提高負擔比率，不需要修法，我認為當時法訂定的意涵是要求政府至少付到 36%，所以往上加是不需要修法的。

所以我才會說這 1 年多以來，對這部分我也開始有點質疑，加上 65 歲以上老人健保費補助是不是可以納入，這我也有點疑惑，不如趁這個機會，因為其實最近針對健保相關修法討論非常多，不管是 65 歲以上老人的健保費補助，還有保障點值每點 1 元，還有財源從哪來，財務要不要修，署長也有對外提到補充保險費是不是把上限從 1,000 萬元提到 5,000 萬元，費率提高到 3%，像這樣的討論，我覺得修法的層面非常廣，既然這樣就好好地這幾年實務操作上有爭議、疑慮的，趁這次一起釐清，而不是單方面，一邊提案要保障點值每點 1 元，一邊說不知道財源從哪裡來。如果保障點值每點 1 元，以衛福部現在推估要花 1,100 億元，健保署有做過估算

嗎？比方補充保險費從上限 1,000 萬元拉到 5,000 萬元，費率從 2% 多拉到 3%，可以增加多少錢，你們估算過嗎？我自己估過才 180 億元，怎麼支應新增支出的 1,100 億元？至少要找 5 倍的財源才夠挹注耶！不然就要把政府拉進來啊！所以政府就算從 36% 拉到 38%，可以增加多少錢你們算過嗎？我記得我算過大概也是 180 億元左右，沒有很多，如果照這樣，補充保險費修改幅度看起來很大，其實也才收 180 億元，要支應保障點值每點 1 元，要找 5 個這樣的財源才夠支應，這都不需要一起看嗎？我其實對於這陣子的發展，以及未來健保財務的發展是覺得有點憂心，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，現在請劉玉娟委員，我本來就要請她回應。

劉委員玉娟：首先李永振委員、侯俊良委員都有提到自 106 年累積下來的這些議題，特別感謝李委員持續關注健保法施行細則第 45 條這個案子，我剛好趁這機會跟大家說明，我來社保司剛好已經 1 年，我想說怎麼有那麼恐怖的案子從 106 年累積至今，所以我真的有認真地去瞭解裡面的內容。

在法律研修過程中，我們檢視所有條文，將應修正條文的都已經全部弄好，所以也特別跟各位委員報告目前的進度，第 1 個，施行細則這部分的修法已經正式送行政院先知會，要準備做處理了。那你看到部長已有回應，是因為我們也有花時間先跟他說明有哪一些法條需要做一些修改，要把一些不屬於健保的公共衛生或預防保健的錢都要移出去，所以這邊也是跟委員做個回應。

政府負擔健保總經費 36% 的部分，比較特別，因為它是在母法所規定的，基本上，要修母法的時間、歷程會比較屬於中長程的，因為要送立法院，整個行政過程會比較長，但不是沒有處理，有在處理中，我非常誠實跟大家講，是真的有在處理中。

第 2 個，過去中長期計畫中有一些司署的計畫，可能是按照他自己的法定業務要去做，或是以公務預算執行的。新任部長才剛上任 1 個多月，我已經跟部長報告過了，他也同意處理，所以我也邀約

相關司署於後續 1、2 週後，由我們親自召開一些會議，討論相關計畫的預算，因為我們不可能把預算清出去後，沒有其他公務預算銜接，所以這涉及到會計單位、主計總處，這些資料跟金額的部分我們已經在處理了，所以後續也會正式開會討論，也希望各位委員多包涵，因為都在做，我們司已經被操得蠻慘的，今天我們單位的座位都是空的，都在處理這些事情。

剛才韓幸紋委員提到的離島或是其他相關補助，我們不是沒有做，我要特別向韓幸紋委員回應，不知道韓委員有沒有聽到？(其他委員提醒：韓委員、韓委員)因為我怕委員沒有聽到剛剛所關心議題的回應。剛才委員提到有很多的社會補助或是一些法令的修法時，對健保的補助也會有影響。這個你放心，每個條文，我們在出發前都有跟同仁做很多的 rehearsal，而且也在會議上都清楚表達，你可以看所有的會議紀錄，如果在立法院或在公開資料，都有寫對健保的影響，我們的主張是不同意的，我們一點都沒怠惰、精神是一致的。但在整個修法或行政過程，也不是我們 1 個部會主張完後，就都會聽我們的，但這些過程我們都有在做，因為我們比誰都還在乎健保的實質收入一定要完整，後續關於點值或其他問題複雜性才不會那麼高。

再回來講 36% 的計算或施行細則，這期間我們也去行政院報告過好幾次，從朱澤民前主計長到新任的陳淑姿主計長都有聽過，我們也樂觀其成，在未來，也許會有機會把一些內容再矯正回來，以上報告，也謝謝各位委員的指導，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，現在請朱益宏委員，因為時間快到了，還要請健保署回應，李永振委員是最後 1 次發言。

朱委員益宏：謝謝，我只有一點小小的意見，政府 112 年撥了 240 億元，今年 1 月 1 日又撥了 200 億元進來，剛剛李永振委員所說，這筆經費是撥到安全準備，我不太認同這個講法。政府撥補經費一定有其用意、用途，並不是為了不漲保費而撥至安全準備。這或許是部分委員意見，但我作為健保會委員，不太同意這樣的講法，希望

有平衡的紀錄，在實錄上面可以反映付費者對於政府撥補預算進來這件事情，我要強調我們醫療服務提供者的立場，並不認為他是在撥補所謂的安全準備，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請李永振委員，最後 1 位發言。

李委員永振：我要回應剛剛 3 位委員所提意見，對朱益宏委員意見的印象比較深，所以先回應。朱益宏委員有不一樣的想法，個人尊重，但我的論調是根據第 1 次本會討論此經費時，主計總處黃小娟委員講法，我是有根據的，各位可以查看委員會議議事錄，當時用途講得很清楚，而且還說這 240 億元不能去做保險給付方面的處理，請朱益宏委員可以去參考該次委員會議之議事錄，這是第 1 點。

第 2 點，劉玉娟委員，我跟你報告一下，不需要修法，現在的爭議是法條的解釋問題，去年 11 月 15 日在委員會議的提案說明很清楚，只是你解釋歪了而已。因為現在的處理方式跟最初主計總處提出的算法都依法無據，以目前健保署採用的收入面算法來講，健保法裡面根本就沒有提到，在第 3 條講得這麼清楚。我常開玩笑是不是隔空抓藥，這部分是可以處理的，不需要修法，只要主管機關解釋就好，但問題是你要重啟協商，因為這些問題都是在 106 年 1 月 23 日第 2 次協商之後，發現計算方式的瑕疵後提出來的，當時觀念還有點模糊，現在經過幾年，就是很明確在法條裡找不到可以把營運短絀數代入公式，你們一直講第 76 條第 1 項只是說安全準備的來源不是應提列安全準備，既然是來源，至少這些錢都算，都是你應該要提列的，不然怎麼叫做來源？有其他的嗎？都列出來嘛，可以拿來這邊討論都沒有問題。

第 3 點，要跟韓幸紋委員報告，私底下有聽到政府負擔健保總經費是以 36% 為上限，他們心裡是不是有這種想法我不知道，但我看到的是，他們會無意中露出 36% 不是下限的想法。健保法規定 36% 是下限，但看他們的解釋，無意中就會提到只負擔 36%，但是用的前提假設是錯了，結論就不對嘛！整個協商過程中的前提就沒有遵

法，最後你處理的結論出來，怎麼會遵法呢？問題爭議就在這裡，都列的很清楚，就是不去面對，在這邊……，我不敢說呼嚨委員，好像大家都不認真，我也沒有說我多認真，但是已經有嘴講到無涎(註)，繼續追蹤就追吧，就放著吧，謝謝。

註：有嘴講到無涎(台語，費盡唇舌，還是沒辦法說服別人)

盧主任委員瑞芬：謝謝李永振委員對這議題的關心，審計部回復內容有提到說「在相關條文未修正前，該部尊重主管機關對全民健康保險法之法令解釋權及計算方式」，看起來審計部是期待要修法，要不然的話就是回到衛福部的解釋權，委員對於他們的解釋權其實有疑問，也許修法是一條路，可以把事情講得更清楚一點。社保司既然說這部分有進度、進展，我們還是繼續追蹤，因為這是我們關心的議題，尤其我們現在財務困難的時候，如果要政府多出錢，或者是出它應該要出的錢，這部分的確要繼續追蹤。

剛剛有委員提到要健保署回應的部分，包括朱益宏委員提到在會議資料第 27 頁，攤扣前的數值也要呈現，我覺得也蠻合理，看看健保署是否能做到；還有大家很關心輸液財源的問題，有無廠商違約，若有就應該負擔相關的責任，後面是不是有求償的動作。大家最主要關心的是會不會影響總額，因為去年協商時沒想到會有輸液供給不足及價格調整的情形。

另外，滕西華委員所提在宅急症照護相關問題的部分，因為後面有報告案，是不是您的問題等健保署報告完後再一起回應？還有李永振委員提到補點值的部分，所以請健保署回應。

龐副署長一鳴：主席剛剛所提「在宅急症照護試辦計畫」，在接下來的報告會有比較詳細的說明，不過我先說明一下，依據國際經驗，在宅急症照護目的，第 1 個主要是紓解急診壓力，第 2 個是讓住院比較久的病人離開醫院回家照護治療，避免占床問題，所以有些實際情形可能跟滕西華委員所期望的不一樣，後續在報告本案時會再請同仁說明清楚。

第 2 個，有關輸液議題，我們也是緊急收到通知有此事，知道的其實很慢，但在臨床上馬上有反應，有些院所確實有斷炊的問題，

所以第一時間我們就要處理缺貨問題。持續處理到現在會發現，第一線臨床醫師真的很關心缺貨、也有人關心核價。也讓平常就在做醫院藥房庫存管理的藥師，突然有額外的負擔，對我們有些抱怨。有些人也關心財源從哪裡來，也有人關心我們的合約，未來是不是有類似「雞蛋事件」，準備把我們移送法辦，所以各界的關心不太一樣。

跟大家報告，本次危機還沒有完全解除，這波專案核價的合約量有半年沒有錯，可是國內廠商要依據產能、實際的生產情形，進口廠商要依據貨船到達的船期，所以我們現在任務還是積極處理調控的問題，接下來才是醫療院所申報的問題。醫療院所申報會有點複雜，在這裡跟各位說明，各界沒有預期到有這波事情發生，但這波事情發生增加的費用要不要也跟著調部分負擔？對民眾來講，不希望因此事調整部分負擔，所以會有很多複雜的分案，包括部分負擔跟申報的事情，問題非常複雜，但問題我們會陸續來解決。我們當然希望有其他財源來挹注，如果沒有其他財源就依照制度及規定處理，目前是按照此原則來處理。

很多委員關心點值的計算，點值計算是複雜的事情，我們在委員會議都有報告申報費用點數，申報費用點數去除以預算就是點值，其實都很清楚，只是點值很複雜，包括全部的點值、分區點值，還有跨區就醫的問題等，在不同場合有不同場合討論的議題，我們這裡是討論比較大的政策內容，有些點值計算的方式會在我們署各總額部門的研商議事會議討論，有些與醫療院所實際運作部分會在各分區的共管會議上討論，所以大家討論關於點值的議題都不太一樣。此外有些委員所有會議都有參加，有些委員會僅參加 1、2 個，認知的程度不太一樣，如果個別委員對數值計算方式有特別的需要，再向會裡提出，我們請同仁專程做解釋，以上報告。

盧主任委員瑞芬：好，剛才陳石池委員有提到……

龐副署長一鳴：陳石池委員提到「全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」報告，因為在這個場合報告的內容委員都很關心，數字必

須很嚴謹，我們每年已經有 2 次的報告了，如果再增加報告頻率的話，第 1 會增加議程複雜度，第 2 個是數據準備的時間可能會有問題，這個困難要跟委員報告。因為很多實際控管是在分區共管會議上，過去可能沒有這議題，回去之後我們會交代各分區，因為還是跟醫院實際執行面有關係，我們會交代各分區在每季的共管會議上跟醫院討論這件事情，是不是以這個建議方案來處理，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，委員有沒有其他意見？請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：有關龐一鳴副署長針對點值回應的內容，並沒有針對委員問題回答。不是說我們沒有去開會，所以不瞭解，我們關心的是整體合理性及公平性的問題。

第 2 個，主席有提到要把控管之前的點值也要放上去，我建議把落差的理由也能寫出來讓委員瞭解。

盧主任委員瑞芬：這部分可以嗎？

龐副署長一鳴：表達方式的問題，我再講一次，所有醫療院所每季、每月申報的資料都有在委員會議報告，總額的決定也是大家來議定的，如果想要瞭解純粹沒有處理核減、違規、管控之前的點值，可以直接用原始申報值去除以預算，就是最原始的點值，資料都有在委員會議提供，如果有個別委員特別需要在什麼時候看到什麼資料或需要導讀的話，我們可以提供個別化協助，沒有問題，資料都有、都是透明的，特別是朱益宏委員應該特別清楚，健保署所有的會議你都有參加。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：因為我們知道署長隨時會被採訪，而且記者有時候沒辦法 100% 轉述署長的回應，我的意思是說，上述的情況或是既定要對外發言的部分，像是新聞稿是否可以給委員參考，如果記者講錯的話，有人問我們委員，也可以幫署長釐清嘛，不然以訛傳訛，到委員會議又講不清，造成誤解。

譬如說昨天的頭版^(註)，專訪部長，裡面就提到說「在不漲保費下去爭取更多資源」，但在大標題「研議提高補充保費課徵天花

板」，補充保費不是保費嗎？這樣不是就矛盾了嗎？有可能是記者誤解，像是這種情況就應該要澄清，讓委員知道。

註：113年6月18日自由時報第A01版焦點新聞「邱泰源：研議提高補充保費課徵天花板 落實分級醫療 重啟部分負擔定率制討論」。

盧主任委員瑞芬：朱益宏委員是最後1位發言，拜託。

朱委員益宏：主席，我剛剛所提是針對會議資料第27頁健保會幕僚彙整的表格，我只是希望健保會在提供這個表格時，要去跟健保署再去詢問一下，在點值管控措施之前初核的點數大概是什麼情形。當然相關數據在醫院總額研商議事會議也有報告，只是很多委員沒有參加該會議。

所謂初核就是醫院申報後，健保各分區業務組會先經過專業的核減，核減完就會有初核的點數，當然這個點數沒有達到各分區管控目標，就會有管控措施，包括攤扣、斷頭，甚至要求其他我們認為不是那麼合理、在法上沒有明文規定的方式來處理，讓點值提升，我們是希望讓委員看到初核後的點值，因為初核後的點值並不是這麼漂亮。我只是說這部分是健保會的責任、該去做的。這資料要怎麼來處理，健保會的幕僚要跟健保署詢問，要求這個資料，不然重要業務報告中講這些數字，沒把這些資料也提供出來的話，這樣會讓人有點誤解，所以希望健保會未來能提供資料。那個資料都有，確實在醫院總額相關會議都有提供，所以健保會可以跟健保署要，醫院總額或各分區業務組都有相關資料，請健保署提供就好了。

盧主任委員瑞芬：回應朱益宏委員，這個表格其實是健保會同仁非常好意地根據健保署來函的資料彙整給委員參閱，等於是 summary table，既然是 summary table，就無法這麼 detail，我們可能做的就是在下面附註，如果你要仔細的資料可以到哪裡取得，這樣是否可以了？因為真的太多資料了。

朱委員益宏：我覺得這個也是一個 summary 的部分，而且事實上資料健保署也都有，健保署跟健保會都是衛福部下面的單位，單位互相協調資料就可以取得，並不需要健保會另外再做計算，也不需要健保署另外計算。健保署事實上業務報告中點值有一行附註也有列

出，但非常小，所以我才會說健保會未來在 summary 的時候，不管是把附註或健保署提供相關資料時，把它呈現出來，它就是一個 summary table，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：周慶明委員您是第 1 次發言，也是我們最後一位委員發言。

周委員慶明：我要對點值作一個正名，點值在健保法第 62 條第 3 項規定「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用……」，這是對於點值的定義，其實這精神就是你申報的費用點數跟總額算出來後，應該就是 1 個浮動的點值。

現在公告還有 1 個平均點值，這個平均點值不知道依法有沒有據？因為平均點值是把很多每點 1 元的固定點值，包括藥費、西醫基層的論病例計酬案件，還有醫院總額門診手術、住院手術、麻醉費等這些項目與浮動點值一起算出平均點值，其實是一個不準確的數字，所以我這邊詢問平均點值是不是依法有據？如果是於法無據，以後健保署在公布這些點值時，是不是只有 1 個點值，就是浮動點值。浮動點值跟平均點值在我們感覺上是有相當大的落差，因為把每點 1 元的項目與浮動點值一起算出平均點值，是一個美化後的數字。若我講的是 ok 的，是否以後公布點值，只有 1 個，沒有什麼平均點值、浮動點值，就是 1 個點值。

盧主任委員瑞芬：我瞭解，周慶明委員，剛才龐一鳴副署長講得很清楚，點值實在是博大精深，有很多資料，如果我們每一次都把所有資料呈現出來，這樣才不會有誤解的話，那我們這本大概會厚好多倍，後面有 detail 的 information，我剛才講的 summary table 是給大家大概瞭解狀況，如果大家還是覺得 misleading 的話，我們可能就不提供了，請各位委員看後面附錄詳細的資料就好，不要砍很多樹。但委員對這部分的呈現還有意見的話，我們私下解決，健保會同仁聽取委員意見，看看是不是用什麼樣的方式，大家確定所有的資料都在那邊，現在問題是呈現的方式。龐一鳴副署長剛才也有提

到，我想沒有什麼合法不合法的問題，這是操作面，健保署在計算給付方式，資訊都在那邊，這點我們確定，大家有知的權利，怎麼呈現我們後續再跟各位做進一步討論。

針對重要的業務報告，真的很重要，以至於超時 13 分鐘，我做以下的結論。

第 1 個，根據上次(第 4 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 1 項，同意繼續追蹤。

第 2 個，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 6 項，同意解除追蹤；其餘 21 項繼續追蹤。請健保會同仁針對相同性質之追蹤事項進行整併，下次追蹤時再告知各位委員，其餘就洽悉，我們進行下一個議案。

參、法定諮詢事項「衛生福利部『114 年度全民健康保險醫療給付費
用總額範圍』(草案)併同中央健康保險署『114 年度醫療給付費
用總額範圍(草案)之財務試算』諮詢案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

郭科長乃文報告：略。

盧主任委員瑞芬：接下來請健保署。

張副組長菊枝：請各位委員翻開補充資料第 52 頁，依據社保司 114 年度總額範圍草案的報告，114 年總額基期是 8,802.17 億元，總額成長率低推估值是 3.521%，高推估值是 5.5%，在保險收支部分，援用去年 11 月委員會議討論「全民健康保險 113 年度保險費率方案(草案)」資料之假設為基礎進行推估，114 年總額成長率低推估 3.521% 之下總額預算金額增加為 310 億元，當年收支短絀是 -482 億元，保險收支累計結餘 897 億元，相當於 1.27 個月保險給付支出。

以高推估值來看，總額的預算增加金額是 484 億元，當年的保險收支短絀是 -655 億元，保險收支累計的結餘是 724 億元，相當於 1.01 個月的保險給付支出。我們進一步將總額成長率設定在 4~5% 之間，以每 0.5 個百分點為間隔進行試算，每增加 0.5 個百分點，總額預算金額增加 44 億元、保險收支累計結餘減少 44 億元、約當保險給付支出月數會降低 0.07 個月。

另外補充資料第 53 頁是有關 111~114 年健保財務收支情形表，請委員參閱。

陳組長燕鈴：本會補充說明，請委員翻到補充資料第 17 頁，本會研析說明的部分，衛福部所擬的 114 年度總額範圍草案，剛才社保司已經說明的很清楚，114 年度健保總額基期用 8,802.17 億元去計算，成長率範圍是 3.521~5.5%，增加金額是 309.91~484.11 億元，整體總額是 9,112.08~9,282.28 億元。

請委員翻到補充資料第 18 頁，有關 114 年度總額範圍草案，剛剛社保司已經說明很清楚，內容就不再贅述。經審視 114 年度總額

範圍草案，對於其擬訂方式跟過去進行對照，有關於低推估值的計算方式，114 年度總額基期及低推估成長率的計算方式，跟過去有些不同，剛才社保司已經有說明如何計算，為了容易比較，請看補充資料第 19 頁右上方的表格，用這個表來說明比較清楚。在過去，基期直接採前 1 年度總額，只有去扣減前 2 年度未導入的預算，但是在低推估成長率部分，是以 A、B、C 等 3 個參數計算的「醫療服務成本及人口因素成長率」(註 1)，再乘以一般服務預算占率，是因為專款不納入基期，所以去校正一般服務占率以外，還會在低推估成長率裡面校正人口差值。但是今年人口差值是移到基期去做校正，請看表格右邊 114 年度總額部分，基期一樣是用前 1 年度總額，也就是 113 年度總額的 8,755.35 億元，但是人口差值從低推估移到基期校正，所以加上 112 年度人口差值 46.03 億元，同時也加上前 1 年度違規扣款 0.79 億元，所以整體基期是 8,802.17 億元。在低推估成長率的部分，因為人口差值已經移到基期校正，低推估成長率這裡就不再去校正，就是直接用 A、B、C 等 3 個參數計算出來的「醫療服務成本及人口因素成長率」4.104%，因為這是整體的成長率，還要再去校正一般服務費用占率，也就是再乘以 85.793%，計算出低推估成長率是 3.521%，以上是今年基期及低推估成長率計算方式的不同。

請看到補充資料第 19 頁，「醫療服務成本及人口因素成長率」計算公式跟過去相同，但今年「醫療服務成本指數改變率」，就是所謂的 MCPI(註 2)，是採用主計總處最新的資料，MCPI 是以「權數」×「指數」去計算，「權數」為各成本項目費用占率，是採主計總處「工業及服務業普查」之調查結果，他的調查是每 5 年更新一次，所以過去 5 年是用 105 年調查的資料，114 年度總額適逢 5 年更新的第 1 年，就是改採 110 年調查結果，所以自 114 年度總額起，會連續適用 5 年，也就是 114~118 年度總額 MCPI 的「權數」，也就是各個成本項目的權重，如人事、藥品費用等，都會使用這個調查結果。

而 110 年調查結果的「權數」，與 105 年調查結果相較，其實有

些變化，在補充資料第 54 頁有做整理，委員可以在第 54 頁的附件四看到相關資料，上面的表格是 113 年度總額採用的「權數」資料，它連續適用 5 年，也就是過去 5 年都採用 105 年調查結果為基期，再乘以指數計算 MCPI，而 114 年度總額改採下面表格的資料，「權數」改用新的 110 年調查結果為基期，所以在「權數」上，110 年跟 105 年所採資料有些變動。

另外，在「指數」部分，因為主計總處停編「躉售物價指數」，所以在藥品、醫療器材費用部分，請看到第 54 頁指標類別下面粗體字的部分，本來 113 年度總額是採用「躉售物價指數」，114 年度改採「國產內銷及進出口物價指數」，包含西醫藥品類、醫療儀器及用品類，及基本營業費用等指標部分，改用最新調查資料的歸類。請再翻回第 19 頁，所以各部門的 MCPI 是「權數」×「指數」去計算，剛才在第 54 頁中有檢附 113~114 年度採用的資料，剛才已經導讀過，請委員參考，以上是低推估的部分。

至於高推估的部分，計算方式跟過去相同，就是剛才講的低推估成長率 3.521%，再往上疊加政策調整因素 1.979%，所以基本上高推估成長率就會達到 5.5%，而所謂調整因素 1.979%，約增加 174.2 億元，這也就是協商空間。請看到第 20 頁，至於這 174.2 億元，有 4 個政策目標，剛才社保司已經說得很清楚，就不再贅述。

請看到第 20 頁，健保署也依據社保司擬訂的總額範圍高、低推估值，並用現行費率 5.17% 去試算，剛才健保署有報告，114 年當年保險收支餘絀，會短絀 482~655 億元，而 114 年保險收支累計餘絀，約當保險給付支出 1.27~1.01 個月。

請看到第 20 頁下面，幕僚有整理歷年總額核定情形，請參考第 55 頁，衛福部在今年 4 月 2 日及 4 月 30 日有召開 2 場會議，徵詢委員及相關團體代表的意見，摘要與會者的意見如附件六，在第 56~59 頁供委員參考。

最後，依健保法第 5 條規定，本會在辦理總額協議訂定等事項，要請健保署同時提出資源配置及財務平衡方案，併案協議訂定，為

了今年 9 月將進行的 114 年度總額協商，請健保署於衛福部交議本會 114 年度總額範圍時，依法併同提出 114 年度健保資源配置及財務平衡方案，供委員協商參考，以上說明

註 1：醫療服務成本及人口因素成長率 $= (1+A+B) \times (1+C) - 1$ 。其中 A 為「投保人口結構改變對醫療費用之影響」、B 為「醫療服務成本指數改變率」、C 為「投保人口預估成長率」。

註 2：MCPI (Medical Care Consumer Price Index，醫療服務成本指數改變率)。

盧主任委員瑞芬：現在請委員發表意見，先請滕西華委員，接下來再請徐邦賢代理委員。

滕委員西華：今年的總額範圍諮詢程序，跟以往都不太一樣，我不太明白是因為換部長的關係，還是有什麼變動，照理說應該還要再開一次總額範圍的諮詢會議，包含上次第 1 次會議，我們有提出來低推估的疑問，雖然今天的簡報中，社保司有針對上次 4 月 2 日開的會議，一一回應委員提出的問題，可是憑良心講那樣的回應，一半以上都答非所問，或是根本沒有回答到核心的問題。所以，我要先表達我感到非常遺憾，社保司沒有再開會討論，今天諮詢我們把上下限都已經匡定了，我們現在對上下限的公式計算如果還有疑問，我不知道今天是盍各言爾志嗎？就是我們繼續講，人家也不管你的意見，講一講也沒用嗎？我覺得等下主席裁示時，要告訴我們，今天我們提的意見到底有沒有用？這是第 1 點，我要對社保司提出的內容表達遺憾。

針對今天提供的資料，社保司力排眾議，114 年度總額範圍在沒有經過任何評估下，改變基期跟低推估成長率的計算方式，也沒有把往年未導入或未執行的預算扣減，沒有把這麼大、幾億元的金額納入基期扣減，只有把不到 1 億元的違規扣款回補納入基期中，應該要扣除基期的幾億元你都沒有扣，這是什麼道理？他本來就沒有執行，如果大家都把預算編好、編滿，但不去執行，這樣不是變相墊高基期嗎？會不會有圖利的嫌疑？是鼓勵大家不要去執行總額嗎？那我們還要協商總額嗎？不用協商了，全部用公式算好多少錢就好。在 4 月 2 日會議大家就不滿意了，為什麼社保司沒有說明？特別是人口差值，過去是用來校正低推估成長率，現在把它放到基

期去校正，只有一個目的，沒有別的目的，就是要墊高基期，請問為什麼要這樣做？墊高基期後，低推估成長率就沒有處理人口校正，請問會影響多少成長率？

高推估部分，剛剛社保司不是有提到總額瘦身，要把一些該回歸公務預算的項目移出總額，那有關醫護人員薪資的預算為什麼沒有移出，並沒有寫到要移列公務預算，簡報中提到協商因素的四大政策目標中，哪一個政策有把該回歸公務預算的項目抽出來？例如要鼓勵醫療機構提升醫事人員薪資，很好啊！就讓照護司、醫事司去編錢，要用什麼基金編錢我們都沒有意見，你不是說要移列，醫界不是拍手說要總額瘦身，部長不是說要總額瘦身，但這些項目都沒有從總額移出來，174.2 億元的調整因素是怎麼算出來的？這些都會影響到高推估，結果你墊高基期，墊高低推估，高推估又被四大政策目標吃光了，導致我們只有 174.2 億元的空間可以協商，這在歷年來偏低，而且還沒有算到總額評核後獎勵的品質保證保留款，還沒有把它扣掉，所以可協商的金額會遠低於 174.2 億元，再加上今年都不知道會不會提補點值，至少我在社保司諮詢會議看到各總額部門所提草案，增加金額早就超過 174.2 億元，這樣今年還要協商嗎？我覺得這麼重大的基期、低推估成長率公式的改變，不亞於 MCPI 計算方式的改變，社保司為什麼不說明？我們今天為什麼要討論這件事情？社保司為什麼不開第 2 次諮詢會議，就送來健保會諮詢委員意見？

最後，有關牙醫門診總額的藥品及醫療器材費用「權數」，上次諮詢會議也有提到，不知道等下徐邦賢代理委員是不是會講，114 年度牙醫藥品費用的「權數」為 17.25%，什麼時候牙醫藥品費用占率跟西醫基層、醫院差不多？從後面第 54 頁看出資料有異常，今天主計總處將資料給社保司，社保司按照常理及法定責任應該要重算，如果重算有不對勁要跟主計總處校正，如果中間採用的資料出現什麼問題，我們上次也有問，你都沒有重新算，你就是把 4 月 2 日會議，我們不管講什麼，反正就是你有意見就講，我不改就是不改，知錯也不改，不知錯也不改，全部原封不動搬到今天來諮

詢，那我們要同意什麼？這個案子是法定諮詢事項，所以你是通知我們就對了？那就不用協商了，今年協商中午 12 點就可以結束，因為 174.2 億元的金額，你已經墊高基期，你也保障調整因素成長率，協商項目也寫好了。我覺得社保司如果不告訴我們為什麼這樣做，我們為什麼要討論？

盧主任委員瑞芬：下一位，請徐邦賢代理委員，他是代理江錫仁理事長。

徐代理委員邦賢(江委員錫仁代理人)：謝謝主委，謝謝各位委員，首先跟各位報告今天由小弟代理，江錫仁委員在牙醫參訪完就住院開刀，現在躺平不能動，所以由小弟我代理。

也謝謝滕西華委員剛才提到，我要特別反映的是，這次有關於牙醫計算 MCPI 的「權數」落差相當大^(註)，我就直接提重點，在補充資料第 54 頁，感謝健保會幫我們做上下對照的表格，我翻來覆去只有想到 1 個原因，當 110 年主計總處在做這個調查時，是 COVID-19 最嚴重的時期，那時候疫情對牙科的影響非常大，就醫率非常低，所以可能耗材的使用會相對比較低。而因為 COVID-19 的關係，牙醫師沒辦法去做諸多實際的醫療處置，只能用緊急醫療，也就是開藥的方式來處理，我唯一能夠想到的是這個理由。

我們關心的是，這個數據之後要沿用 5 年是否合適，我們怎麼能把疫情當時非常態的數據，沿用來計算未來 5 年的預算，這對牙醫來講是非常失真的狀態，懇請相關主管單位能夠考量，把牙醫「權數」的相關比率能夠做一個調整。

接下來是有關社保司報告中的第 7 張簡報，剛才滕西華委員也有提到關於未執行、未導入的預算，我們看了蠻有感覺的，第 1 個有提到西醫基層，第 2 個有提到中醫，但其實牙醫被扣得更多，好像沒有被提到，我不知道這是有什麼樣的考量？這是小弟這邊思考不通的地方，還請相關單位給我 1 個能夠回去交代的答案，謝謝。

註：牙醫門診總額藥品費用「權數」，113 年度為 4.87%，114 年度增為 17.25%；醫療器材費用權重，113 年度為 23.78%，114 年度降為 12.22%。

盧主任委員瑞芬：請林文德委員。

林委員文德：主席、各位委員，首先感謝健保會整理出這 2 個年度低推估值不同的計算方式，讓我們更清楚瞭解大概差別在哪裡，所以針對補充資料第 19 頁的表，我有幾點意見，第 1 點，除了計算公式的差異外，有無可能試算不同的計算方式，算出的結果有多大的差異，因為我們不知道改了之後，到底對低推估成長率影響多大，這如果可以算出來，我們也許會更清楚一點。

第 2 點，有關剛才牙醫代表講的事情，我不知道主計總處等一下是不是可以補充說明，就我的瞭解，因為我去查了一下 108 年社保司開過的會議，其實從 100 年開始，主計總處「工業及服務業普查」，有關醫院的調查，還是有把藥品及醫材分開調查，而診所的調查，從 100 年之後，藥品及醫材就是合併成 1 個項目調查，所以基本上無法直接算出藥品及醫材個別的權重是多少，從 100 年之後的計算方式，都是用藥品及醫材合併的費用，再用 95 年度兩者之費用比重，分別重新計算藥品及醫材的比重。舉例來說，95 年調查西醫基層藥品費用是 20，醫材費用是 5，加起來就是 25，其中藥品占 $\frac{4}{5}$ ，醫材占 $\frac{1}{5}$ 。而 100 年調查，如果藥品及醫材整個加起來的權重是 30，就依照 $\frac{4}{5}$ 及 $\frac{1}{5}$ 去推算藥品及醫材的權重，從 100 年之後就是這樣處理，我猜今年應該也是這樣，但是不知道為什麼算出來的數字跟以往的權重差異非常大，也許待會可以請社保司說明。

這也回應 1 件事，這麼重要的基期改變，及整個低推估計算方式的改變，其實是需要討論，可能不用每 1 年都開會，但至少在基期等比較重大改變時，可以開 1 個諮詢會議。商東福司長退休了，這個部分交接時可能沒有交接得很清楚，所以後面的人可能也不是很瞭解過去的歷史，我覺得這是要一直累積的，如果讓有經驗的委員會來協助，透過委員會來持續專注在這議題上面的審視，也許不會出現落差這麼大的問題。

再來是有關人口差值要放在基期或是成長率校正，我覺得應該是放在基期校正的合理性比較大，意思就是，人口差值是當初計算基期的時候少算了，所以現在要在基期補回去，所以其實放在基期，

跟放低推估成長率校正的差別，會差的只有成長率的部分，沒有我們想像中那麼的大，就我的理解是這樣，所以人口差值理論上放在基期校正是合理的。但是未導入預算扣減的部分，我也要回應滕西華委員的講法，不扣基期有點奇怪。另外有關違規扣款，是分母膨脹，等於是點值下降，導致我們少給醫界，所以要補回去，所以要補回去，不是補在基期部分，而是算完之後，最後再把它補回去，所以應該是在低推估的地方去補，而不是補在前面的基期，就整個計算公式部分，我的意見是以上這幾點，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請朱益宏委員。

朱委員益宏：謝謝，個人有 2 點意見，第 1 個是前面幾位委員提到扣減基期這件事，我還是一致的立場，我認為不應該扣減基期，因為若是要扣減基期，同樣的，當總額結算預算不足時，是不是要補基期？我覺得這是相對的，不能預算沒有用完時就要求要扣減基期，預算不夠時卻又不補基期，我覺得這是不公平的。當然如果要補基期，大家會覺得有每點 1 元的問題，那是另外 1 個題目，我覺得這是相對的，大家不能只取對自己有利的部分來陳述，我覺得還是要客觀、公平。

第 2 個，我覺得今年度的高、低推估，當然大家對於基期，特別是低推估的計算有爭議，這部分我沒有特別意見。但是我要告訴各位，109 年度總額，行政院核定的低推估是 3.708%，高推估是 5.5%，所以今年度的高、低推估其實跟 109 年相當。所以我在這邊也特別呼籲社保司，在今年，現在這個時候，剛好立法院衛環委員會在做黨團協商，就是保障每點 1 元這件事，如果大家認為點值浮動這件事情，尤其是點值浮動到 0.8 甚至 0.7，大家覺得這是不應該發生的事情，那我建議社保司，因為今天只是諮詢案，大概也不會有具體結論，但是我建議社保司能夠把高推估拉高到 6%，至少能夠到 6%。當然這部分，我覺得有大部分是要用來對點值做一些處理，不然現在的點值，現在的醫療服務提供範圍就是這樣，錢就是這麼多，明年又加了這些調整因素，雖然看起來有 174.2 億元，但看起來都有匡列一些要做的事情，那你怎麼去回補點值？怎麼把點

值拉高？難道你只能用攤扣，讓醫院申報後還要再把錢吐出來？我要再次強調，光台北業務組 1 年的攤扣金額就接近 100 億元，難道光台北業務組這 100 億元的差值，健保會都不用去負責嗎？表示你當初給的預算就不足，對不對？當初協商的預算就是不足，所以我在這裡呼籲社保司能夠把高推估再提高，增加的金額能慢慢讓點值得到舒緩，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：謝謝，因為匆忙看了一下資料，我有 3 點請教，第 1 點，請各位看補充資料第 25 頁，有關行政院核定 113 年度總額範圍時有函釋幾點，但現在看起來好像並沒有完全去遵循。譬如當初行政院有提到，預估 113 年健保仍將收不抵支，安全準備持續下降應審慎提前規劃因應。請各位繼續看第 53 頁表格的倒數第 3 行，當年度保險收支餘絀，111 年有結餘 113 億元，112 年有結餘 348 億元，而 113 年行政院有 200 億元挹注健保基金，雖然還沒撥進來，上次答復 6 月才會撥進來，但這邊應該有算進來，有了這 200 億元的挹注，113 年還是由結餘轉為短絀，不足 18 億元，這樣好像行政院講了半天也沒有用，更嚴重的是 114 年，外在的挹注沒有了，結果高、低推估試算，短絀放大到 482 億元到 655 億元。

剛才有提到 111 年跟 112 年都有結餘，112 年如果扣掉行政院挹注的 240 億元，結餘也還有 108 億元，所以這兩年都結餘上百億元，有 1 個很重要的原因，因為這兩年的總額成長率都大約在 3.32% 左右，我認為應該是主要的因素。另外朱益宏委員有提到希望高推估提高到 6%，我在 4 月 2 日的會議有提過，歷年總額核定成長率，我記得最高的好像是 106 年的 5.642%，那一年也是二代健保由結餘轉短絀的第 2 年，第二高是 109 年的 5.237%，那一年也是過去歷年短絀最多的一年，短絀將近 700 億元。如果再提高成長率，現在高推估用 5.5% 試算，已經短絀了 655 億元，你用 6% 去試算，又要創紀錄了，一定短絀超過 700 億元，這可能是衛福部要去詳細考量。

第 2 點，在補充資料裡面的第 27 頁及第 46 頁框框中，所列低推估金額的公式錯誤，照他的公式，算出來的結果應該只有 309 億元，是低推估增加的金額。公式裡面成長率要加 1 才對，不然算不出資料寫的低推估金額 9,112.08 億元，這樣送去行政院不是開玩笑？

第 3 點，4 月 2 日會議曾經建議被保險人的財務負擔能力可以納入考量，還有將節流成效納入總額財源，今年初好像衛福部也曾行文給健保會提供總額基期之扣減項目及額度，我們也把健保署依核(決)定事項報告預算扣減及效益評估執行結果送給衛福部參考，在這邊不知道是我匆忙之間還沒看到，還是沒有看到有處理。這個議題已經講了 5、6 年，是要講到什麼時候，剛剛滕西華委員有提到知錯不改，但很多事情好像連知錯都沒有，那這樣要怎麼改，我們在這邊一直講一直講，很奇怪。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請韓幸紋委員。

韓委員幸紋：大部分的意見其實其他委員都表達了，但是我再補充一下，呼應剛剛李永振委員提到第 53 頁的部分，事實上目前高推估試算，成長率是 5.5%，安全準備相當於保險給付支出月數，其實大概就是 1.01 個月，我現在不太確定，這個高推估成長率，是反正不管我們講什麼就不會動了，還是它還有動的可能，還是已經確定了，我也不太知道我現在發言的角度，但是不管怎樣，它其實是在要求安全準備至少要 1 個月的邊際值上，都還不要討論我剛才提到如果保障點值每點 1 元要多花 1,100 億元，都還不要想到那裡，光是現在如果高推估是 5.5%，安全準備相當 1.01 個月，如果真的高推估還有可能再往上調整，若我沒記錯，去年諮詢本會後，高推估成長率就有往上調，我不太確定，來這邊諮詢後的數字好像有往上調，我不太記得，但好像有……(李永振委員表示從 4% 變成報院 5%)。對，去年就有諮詢本會後再往上調的紀錄，不需要做財務評估嗎？你來諮詢本會不就是要提供財務評估嗎？現在高推估成長率 5.5%，剛好壓在安全準備有 1 個月，如果有可能到 6%，財源是什麼？先不講保障點值需要 1,100 億元，光是這部分的差額，錢要從

哪來？是不是真的就要調高費率？這個事情我覺得其實應該在這邊先討論，而不是給了 1 個版本剛剛好是安全準備有 1 個月，就不討論了，可是我記得去年諮詢後，高推估的成長率是有往上升的。

另外，我們現在變成都只能在報章雜誌上看署長對於未來財務改革方向是什麼，一直都沒有真的聽到比較完整的規劃，比如今天簡報中的一些回應，也是很籠統地用多元財源來因應這個話題，多元財源到底是哪些？我要知道差額有多少啊！如果不要調整保費，要另外籌多少錢來？如果真的找不到這麼多其他的錢，那費率要往上調多少？會不會超過 6%？在這份報告中其實都沒有看到，所以我目前看到好像署長比較常提的就是政府負擔由 36% 提升到 38%，跟調整補充保險費，但是到底你們知不知道這些改革能增加多少錢？對財務挹注效果有多大，其實也都沒有看到相關的評估，我目前看起來，這份報告還是有一些資訊不是太完整，以上。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請陳相國委員。

陳委員相國：主席、各位委員大家好，首先感謝社保司這麼詳細的報告跟規劃，請看社保司第 7 張投影片的第 1 點，對於 112 年未執行、未導入預算不予扣減的部分，醫全會表達支持。跟各位委員說明，因為我們爭取預算時非常困難，每次要爭取預算成長率成長 1% 或 0.1% 都很困難，所以我們很珍惜爭取到的成長率。扣減基期對我們 4 個總額部門來說，是一件很傷的事情，以西醫基層為例，我們在 112 年度爭取到新醫療科技預算 3.41 億元，當年度執行率有達到 90%，未執行、未導入金額為 2,036 萬元，在當年度的預算就已經扣掉了，基期還要扣掉對我們來說是很大的傷害。

新藥、新科技預算的編列是以 5 年為一個週期，比方新藥、新科技當年預算是 1 億元，5 年就是 5 億元。一般新藥、新科技剛導入時，多數醫師、醫療院所對新的服務項目不熟悉，所以申報會比較保守，第 1 年都只申報到 50~60%，到第 2、3 年就會到 100%，可能到第 4、5 年，大家越熟悉越好用的時候就會申報到 150%、100%。

如果我們預算是當年度未執行金額就要扣減，那第 4、5 年金額不夠的部分是不是要補回來？我們只有執行扣減部分，預算超過的話要用點值自己吸收，我覺得這是非常不公平的事情。所以我們的第 1 個意見，就是我們表達對社保司未執行、未導入預算不予扣減表達支持。

另外要反映的意見是，當年度預算沒有執行部分也請不要扣減，因為預算有它的平衡性、穩定性，而且要看整個年度計畫。現在東扣西扣造成點值越來越低，點值低就是因為成長率不夠、預算不夠的關係，賴政府的規劃就是逐漸讓點值能夠合理化，也希望各位委員能夠支持社保司的規劃，以上報告，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請詹永兆委員。

詹委員永兆：主席、各位委員，大家好。先謝謝各位委員對中醫的支持，其實中醫是個非常小的總額，在這次疫情期間，我們看診的病人從 112 年比 110 年增加了 140 萬人，多了 140 萬人來就醫，利用人次增加了 963 萬。多了 140 萬人，在中醫部門來講，我能採用總量管制嗎？不能管制，病人來，我們還是必須接受。

目前我們的點值已經跌破 0.9，我們總額很少突然有這麼多的人來看中醫，我們真的是既驚喜又無奈。我們新的政策上路後，在疫情期間除了要管疫情，我們還要宣導請大家來申報，再加上我們要嚴格管控申報量，因為如果申報浮濫，基本上會被核扣。所以業者方面剛開始對申報都有一點疑慮，一方面受疫情影響，一方面就是對政策還不夠瞭解，所以這一年申報得不夠好。

不過今年我們會加強宣導，我想我們今年進度會趕上。所以說第 1 年只執行 9 個月就要扣減，我覺得是很嚴苛。希望大家給中醫一個機會，這個 4 億元對中醫總額來講是非常大。像我來講，112 年黃金治療期針傷合併申報，當時預算只有 3 億元，我們年度就報了 5 億點，這塊我們沒有說多看了 2 億元是不是補給我，這東西我是沒辦法用總額去管控。

其實我們中醫一直提供非常良好的服務，但很多服務我們都沒有

去申報，所以第 1 年有針傷合併申報，大家才知道原來做兩件事情可以申報兩個錢，結果也超量了，但是這超量我們也沒有提出來，只是說我們加強管控，不能再報這麼多。所以就像剛才朱益宏委員講的，基期不足有沒有補？沒有，我們也沒有要求，實際上我們在總額方面，我們也很兢兢業業管控這些得來不易的錢。我想第 1 年執行不好，請大家給我們機會，不要扣減，非常感謝社保司多方考量，以上謝謝。

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。謝謝社保司把非常詳細的高、低推估公式算出來，我印象中去年好像沒有這麼詳細，所以謝謝社保司的努力。我也非常認同健保署擴大健保總額的用心，第 44 頁講到收入面包括調整補充保險費費率、政府負擔由 36% 到 38%；支出面包括總額瘦身、嚴格管控支出點數。我還是對健保署的努力表示感謝，表示他們真的有在做事情。

我記得賴總統在選舉前就一直大聲疾呼，希望總額能夠達到 GDP 的 8%，我不知道現在夠不夠，假如還不夠的話，是不是上限可以再往上提升？剛才有委員談到，協商的空間只有 174.2 億元還是太少，而且以前最少好像都有 200 多億元，今年比較少一點。假如經常性醫療保健支出還沒有達到 GDP 8%，是不是呼應一下賴總統的說法，把上限再提升，也呼應朱委員剛才談到的這個概念。

第 2 個，協商空間 174.2 億元，其中有 46.9 億元用在友善醫事人員環境跟薪資，這個我有點意見，這部分應該用公務預算支應，不應該用健保給付，這是不太合理的事情。

另外呼應林文德委員發言，我對人口差值放在基期公式裡沒有意見。

盧主任委員瑞芬：現在請徐代理委員邦賢。

徐代理委員邦賢(江委員錫仁代理人)：謝謝主席，我在這裡補充說明，對不起，我剛才有點誤會，針對未執行、未導入的預算，其實我是支持在未來基期中不予扣減。因為誠如我身邊 2 位委員表達

的，其實當初爭取、草擬新的計畫時，計畫所需經費都會跟健保署與相關單位做精細的計算，但是是在常態性的計算範圍內，所以其實基期並不是我們刻意把數字誇大、多爭取預算來東補西補，我們從來都沒有這樣的想法。所以我支持未執行、未導入金額不予扣減，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請滕西華委員。

滕委員西華：我覺得我要做一下名詞解釋，我們要為扣減基期這4個字正名。不是扣減，應該是還給健保基金才對。基期是已經有執行的金額才叫基期，那是基礎。應該要用過去已經發生的醫療費用，校正人口差值，然後再去計算各項目成長率，這樣才是對的；沒有執行過的金額，怎麼能夠算基期呢？不是協商項目已經執行我不給錢、把錢扣回來，不是，而是預算沒有執行，所以應該是退回健保基金，不應該叫扣減，叫扣減好像會讓別人誤以為你有做我不給你錢，我又把錢拿回來，其實不是這樣子，它是沒有執行預算。

非協商因素沒有這個問題，在協商因素裡面所有協商項目，都訂有目標，剛剛也講了，你們在提計畫的時候都先經過估算要做什麼事情、要有多少服務人數、要有多少服務量、要怎麼評估服務效益，都是經過計算，而且是有目的的管理，這個有目的的管理是比支付標準還更有目的性。各個總額部門包括其他部門，健保署在提相關計畫時已經有規劃，對其費用的申報都要精確管理，沒有執行的預算當然要退回來。不然預算就編很高就好了，不僅能墊高成長率，沒有執行、沒有提供服務的預算，還要算在有提供服務的基期裡，算入未來年度的預算成長率，哪有這種事情，我們要講道理。

再講一次，基期是已經有執行的服務、你有花這個錢，所以我按照隔年不同的醫療服務提供的情況、人口情況、醫療費用的成長、MCPI 這些因素，我再算成長率，補回去基期因應成長率的所需，你沒有執行怎麼會有成長這件事情？當然要扣回來。還有總額是採上限制，需要有目的的管理，在執行的時候就要落實管理，浮動點值也是總額控管中相當強的管理工具。所以總額訂出上限後就應該

在預算內好好管理，不要讓它發生點值稀釋的問題。但實務上，如果專款項目在上年度執行超過目標，哪個項目沒有在隔年協商增加額度，全部都有增加額度。所以對於一般服務未執行預算，不要再用扣減兩字，我們沒有扣你的錢，是你沒有花的錢，應該要還給健保基金，也就是滾入安全準備。

盧主任委員瑞芬：接下來請林恩豪委員。

林委員恩豪：謝謝主席，我想問一下社保司，因為4月2日的總額擬訂方向會議摘要，在補充資料第57頁，我要問一下MCPI採平均值這個問題，因為在這邊社保司當天好像沒有回答關於低推估的問題，剛剛韓委員也有講，她記得去年在這裡諮詢的時候，高推估是4%、低推估是1.053%，因為去年本來就已經要導入MCPI新計算方式，改採4年平均值，後來不知道為什麼衛福部自己弄一弄就改變方式，所以去年報院低推估變成2.621%，高推估變成5%。

我想問摘要這裡有寫到希望持續精進MCPI計算方式，這是我上次提的意見，希望持續討論跟研議，基本上這件事還是要有一點理想性吧，上次花那麼多時間討論平均值問題，明明就可以讓MCPI緩增或緩降，就是可以比較平穩，不會像現在突然拉很高，有時候又降很低，醫界又不爽。

再來，MCPI新計算方式到底何時要導入？本來去年要導入，後來又說要再研議，難道要等到醫療成本指數改變率開始下降，對醫界不利的時候再開始導入嗎？那時候付費者會不會想說MCPI好不容易下降了，你又現在導入，你們是只想緩降不想緩升囉？這個該導入時就導入，我是覺得還是要有點理想性在吧，這東西才能慢慢往前進步，希望社保司對這件事是不是可以持續做研議，真的找個時間點把它導入，不然說真的去年就導入了。

盧主任委員瑞芬：接下來請李飛鵬委員，時間關係李飛鵬委員是最後一位發言，後面要請社保司回應。

李委員飛鵬：我想就剛剛未執行、未導入預算不予扣減的部分回應，聽過剛剛西醫基層、牙醫以及中醫部門的反應，我想過去事實上因

為點值低，尤其中醫也特別表明就這麼一點總額，湧入上百萬人分這個總額，他們已經非常吃虧，大家光看不予扣減這點，好像覺得他們占了便宜，我覺得平衡一下是好的，不要說看到對自己有利的就強力支持，對他們不利的就主張自己的想法，所以我是贊成沒有執行、沒有導入預算，這次能夠不予以扣減，以上表達立場。

盧主任委員瑞芬：因為今天社保司報告的部分，有關牙醫提出權數的問題，社保司報告時說到有請教主計總處，但對方沒提供回應，因為主計總處有黃小娟委員在這邊，是不是可以請黃委員稍微回應一下，接下來再請社保司回應剛才委員的問題。

黃委員小娟：主席講的是第 8 張投影片嗎？

盧主任委員瑞芬：對，補充資料第 43 頁，第 8 張投影片。

黃委員小娟：「躉售物價指數」就我所知，是總處綜合統計處負責的，112 年 1 月停編「躉售物價指數」，主要是為跟國際接軌一致，所以採用「生產者物價指數」替代。雖然停編「躉售物價指數」，可是為了讓原來使用「躉售物價指數」的人可以銜接，我們總處還是有編跟「躉售物價指數」一致的指數，剛剛健保會陳組長在報告時，已經說明得很明確了，在補充資料第 19 頁，就是用「國產內銷及進出口物價指數」來替代，這 2 個部分是一致的，所以可以銜接沒有問題。

在補充資料第 54 頁這邊，114 年度總額指標類別的計算，這應該也是健保會整理的，應該也都是按照新的指數處理，所以應該也是沒有問題。

盧主任委員瑞芬：顯然剛剛委員對於基期的計算有很多意見，主要是 113、114 年的公式差別很大，差別大的時候其實影響很大，這部分是需要詳細說明，我們現在請社保司針對剛才委員意見提出說明。

劉委員玉娟：請同仁再說明清楚一點，麻煩專委。

陳專門委員淑華：謝謝委員的提問，針對剛剛委員詢問的部分，我做綜整的回答。委員第 1 個關心的是過去好像都有開高推估值公式的

會議，為什麼今年沒有？跟委員說明一下，就是說事實上在 111 年之前，我們都是邀請醫界、付費者還有專家各開一場低推估值的會議，在 112 年跟 113 年我們都是只開了一場公布低推估值的會議，過去是沒有開過高推估值的會議，這是第 1 點的說明。

第 2 點是有關基期的部分，也是今天大家非常關心的，麻煩大家看一下補充資料第 19 頁，剛剛健保會報告的部分，113 年我們把人口差值放在低推估值成長率公式裡處理，但是為什麼 114 年的總額要把人口差值放在基期公式處理？各位看一下健保會的說明是，過去我們在 113 年處理低推估值時，健保會協商時在基期部分會加回前一年度違規扣款的部分，所以今年用這樣的方式處理，會跟未來在協商時是一致的，這是在基期的部分。

至於未執行、未導入的部分，事實上結算時健保署都會去做處理，今天我們只是在基期部分未扣除而已，這是第 3 點說明。

第 4 點部分，有關委員很關心的 MCPI 部分，事實上 MCPI 我們都是根據主計總處給我們的資料，然後用既定公式做處理，當然也有委員關心說，去年曾經有過用 4 年平均的數字好像比較緩升或緩降，這樣的一個做法為什麼不繼續、不採這樣的方式做處理，我想去年大家也都知道，這部分並沒有達到一致的共識，所以我們還是維持原來的計算方式。

另外，也有委員很關心的是，今天的上限 5.5%，好像我們剛好框住 1.01 個月安全準備，未來假設其他修法案通過，財源在哪裡，是否有這樣的處理？剛剛前面司長有做一些說明，我們在財源部分、給付面部分能移出一些項目，其實我們都有做一些因應處理，有些部分就還在進行當中，大概先做整體的說明，以上謝謝。

劉委員玉娟：再補充一下，剛才林委員提到 MCPI 採 4 年平均值的算法，今年已經有特別爭取預算，對於未來 MCPI 的算法會做委託案，也包含這次大家關切的議題，到底要平均值還是其他計算方式，今天的意見會全部蒐齊。至於主計總處我們也有去公文，蠻多委員在問關於躉售指數的內容，等未來主計總處有正式回復公文，

我們會在下次會議提供，在健保會這邊也讓大家可以看到一些內容。

其他高低推估的部分，我也再次說明，據我瞭解，我也是請教我們同仁，過去只有低推估的諮詢會議，從來沒有開過高推估的會議，所以請委員不要誤會為什麼以前有開、現在沒有開。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：只有一點要講，剛才社保司的回復我不同意，因為去年在健保會裡面是有共識的，是用 1.0% 多到 4%，後來可能部受到壓力，所以部長 6 月 2 日才又主持一場會議。去年 6 月才提報報院內容，是因為這因素才比較晚，但是資料還是在開會的前一個星期五就提供，所以 6 月才提報不是常態，常態應該是 4 月，大概就是今天討論的整個部分。

我也呼應林委員提到的，因為採幾年平均本來就是醫界提出的，因為那一年 MCPI 負成長，我記得好像是西醫基層代表提的，所以這樣會上上下下不穩定，研究好久才提到我們這邊，還分 3 年、4 年平均，後來大家的共識是 4 年會比較穩。但是剛好去年度 MCPI 又跳到很高，才會又重啟後面那些因素，才是恢復到原來的原貌才對。

既然講話，我就同時呼應一下剛剛滕委員講的，她說我們協商空間有 174 億元，沒有，1 塊錢都沒有啦。在補充資料第 28 頁，政策目標事項已經列出來了，加一加就是 174.2 億元，去年好像就談過了，如果協商的時候付費者一項都不買，就兩案併陳，政策目標我們不買還是要被塞回來買，所以上次才說我們不買，到時候還要我們去承認、同意，不是也討論過這事情嗎？所以這整個邏輯就是很奇怪。

今天的討論重點，剛剛講到要不要扣基期的部分，真的要照理講，剛剛滕委員已經講得很清楚，那才是正辦，但我也不反對說部裡要佛心體恤醫界。今年不要扣，我沒意見，但未來呢？你要把它講清楚，遊戲規則大家講清楚後，這樣會比較好辦事。

因為這是協商時一般服務要考量的，所以一些新增的項目，當然我們先放到專款，如果你要放在一般服務的話，我們都會押一個沒執行的話要扣回來，可是沒講清楚到底是扣當年還是扣基期。如果說因為第 1 年執行不穩定、暫時不扣，後面什麼時候要開始扣？要很審慎去考量，如果沒有弄好的話，我用性惡說來講，我今年提一個 10 億元，但我不會執行，因為我沒有做，我就 10 億元給你再扣回去，但我基期多 10 億元；我明年不提那一項，我提另外一項 20 億元，我那 10 億元也會長大，如果今年核下來是 5%，基期就變成 10.5 億元，我第 2 年這一項不提了，我就用 20 億元提另外一項，我也不做了，特別再講一次性惡說，有人利用這個漏洞，這樣不行。所以社保司應該講清楚，提到這邊大家有共識，應該討論一下也可以，這樣可能這個爭議才會解決，不然又留一項爭議在這裡，我們追不完。

盧主任委員瑞芬：接下來請滕西華委員。

滕委員西華：首先要先做一個澄清，我剛才講的諮詢會議不是針對高推估範圍多少的諮詢會議，而是過往當要送國發會核定高低推估前，第 1 次是針對部的政策項目會開一次總額範圍諮詢會議，上次我們只確定了低推估，而且對低推估內涵還有非常多不同意見。按照以往是國發會核定整個總額範圍，我們上個月還在爭議什麼叫總額範圍。過去是因為這樣，高低估範圍出來後，會有一次諮詢會議確認高低估裡面包含的政策項目，是不是按照國發會核定下來，其他部門的總額應該怎麼樣去分配。

可是今年就沒有，今年就像李永振委員講的，時間已經晚了，大家對低推估公式內涵的重大改變，我們是在上一次 4 月 2 日看到後就沒下文了，到今天才又看到，這當中沒有釐清疑問，疑問只能在今天提出。

我比較駑鈍，對不起，剛剛社保司的回答，我沒一個聽得懂，什麼叫作基期末導入預算、扣減健保署會處理，健保署為什麼會去處理基期？基期是我的公式，健保署去處理錢有沒有花完、要怎麼花

完，這由他們去稽核。就像李永振委員講的，你要跟我們說明為什麼要做這樣的改變，這是重大改變，以後是複利，每年會滾進去的，不是1年幾十億元的問題。

如果今年未導入預算沒有扣減，總額協商規則當然要改變，上個月才開完會，如果是這樣的話，可以一律要求新的項目不准列一般服務、一律列專款，這個原則就要確定，不然我幹嘛列一般服務，你沒執行我還要滾入基期，滾入基期後還同步有成長率，哪有人這麼笨的，那就投機不要執行就好，天底下有這麼好的事情，我爸給我零用錢也沒這麼好，他都要問我你花到哪裡去，不對啊，標會也沒有人這樣標的，我覺得這個做法不對。

如果是這樣，我們對於新項目不是只要求放到專款而已，如果你還要堅持列一般服務，我就把錢壓到最低，一律讓部長去裁啊。如果不扣減，這筆錢等同是紅包，你就是不執行我就一樣給你錢，你去跟付費者、跟全國民眾講，只要你能說服民眾、說服健康臺灣委員會，只是這樣有健康嗎？

盧主任委員瑞芬：我們接下來請……，林文德委員剛才不是先舉手嗎？他已經先舉手。抱歉周委員，剛才是林文德委員先舉手。

林委員文德：有關牙醫藥品及醫療器材權重的部分，剛剛沒聽到要怎麼處理，現在數據分別是 17.25%、12.22%，要用 5 年嗎？若這數字是正確的話，是不是確定要用 5 年，因為剛才沒聽到這數字怎麼算出來的，是主計總處直接將數字交給社保司，社保司就決定要用這個計算往後 5 年的 MCPI 嗎？

盧主任委員瑞芬：先請周委員發言後，再請社保司一起回應。

周委員慶明：跟西華委員報告，我們西醫基層從來沒有要占總額的便宜，在去年總額協商時，我們一直希望新藥、新科技放在專款中，因為我們知道會有遞延的效應，後面幾年會成長較多，前 2 年或第 1 年，說實在 7 月才開始實施，到 12 月還沒辦法讓很多人知道。因為第 1 年執行的費用最少，如果第 1 年就扣減，後面費用變多又不給，所以這是一個很不穩定的項目。我們去年希望能放在專款，讓

它觀察一段時間，再進到一般服務預算，我們沒有要把它放在一般服務預算，也沒有要占總額的便宜，以上報告。

盧主任委員瑞芬：社保司可否回應一下林文德委員，因為是蠻重要的問題，林委員是說 MCPI 牙醫藥品費用的成本項目，剛剛主計總處代表雖有回應，但藥品費用的權重太高了。

劉委員玉娟：印象中現在牙醫的藥品費用跟一般採主計總處資料依據的來源不同，你們是用健保署的資料在跑費用資料吧？我先確定一下，因為剛才才有問題進來，所以我沒有仔細聽到林委員的問題，想再瞭解一下。

盧主任委員瑞芬：他講的就是現在你們公布的牙醫藥品費用權重太高了。

劉委員玉娟：因為主計總處回應的具體內容我沒有聽到，我必須說現在牙醫裡面的藥品我不知道當時你們是在哪 1 年擇定進去的，裡面藥品是不是適合牙醫，這是可以討論的。我們是依照過去作法，採用已經有在「躉售物價指數」調查項目中的藥品，這些藥品未來是否要調整、合適與否，是可以討論的。

也許我沒有聽到，因為我剛剛沒有仔細聽到林教授的問題，如果我回答的不是您的問題，先致歉一下，待會我會仔細再瞭解您的問題。但是我有幾點再做補充，就是我們同仁剛才回答時，滕委員有提到她聽不懂，好像覺得有講錯，我剛才再請同仁過來問了一下，他的意思是說，也就是我們現在看這個的時候，對於沒有用完的這筆錢，其實在健保署結算的時候已經扣掉了，他剛才表達的是這個意思，所以基期這邊我們基本上是先不扣，我們剛才的回答如果沒有講得很清楚，也再做補充。

我還是想瞭解一下大概.....

盧主任委員瑞芬：等一下，司長，剛才滕委員一再強調，當年因為沒有做，本來就沒有給這筆錢，她說的重點在於他沒有做、你就沒有給他錢，這是理所當然。但問題是計算基期的時候為什麼還要還給他這筆錢？因為他沒有做，基期應該是 base on 他有做的部分才是

真正的基期，這是她的問題。

劉委員玉娟：其實在 108 年的時候在做類似的扣減……，等一下也請同仁補充。

盧主任委員瑞芬：同仁剛才有講違規扣款的部分，但是滕委員問的是……

劉委員玉娟：我不是在講違規，對。在過去 108 年以前，我有把他們這次的東西調出來看，那時候就是扣在前面，不扣減的時候是放在基期這一段，第 2 個……

滕委員西華：妳確定我們講的是同一件事情嗎？

盧主任委員瑞芬：請繼續回應。

劉委員玉娟：第 2 個就是說，我們不扣減基期，不扣減沒用完的這些費用，以中醫和西醫基層為例，核定下來的錢，比如 113 年核定下來的錢，以前如果是後來才扣減，會變成跟我們原來核定的金額不一樣，因為在比較表裡面，這樣子其實只是在前面扣和後面扣，可是後面扣的話會跟原來核定金額會不一致，所以又回歸到原來 108 年以前用這樣的方式扣，我如果回答的不是很好、很清楚，沒有關係，事後社保司回去再寫一些文字來做補充。

其實今天這些內容，我們也再次回應，剛剛林委員也提到社保司可能也要表態說以後要不要扣等等，我們當然希望說如果今天已經把所有總額要來了，基本上在這幾個大家已經送到國發會的目標，我們都希望能在那裡面去執行和實現，扣減這件事情儘量都不要發生，所以未來我們也希望在協商過程中，各個總額部門也謹慎去編列預算，看到底放在哪個地方去執行到我們所有的目標，以上先做回應。

盧主任委員瑞芬：請林委員針對牙醫藥品費用權重再做說明。

林委員文德：請司長看一下補充資料第 54 頁，113 年度牙醫藥品費用的權重是 4.87%，然後 114 年度的藥品權重是 17.25%，就我的理解這應該不是主計總處調查出來的結果，因為現在已經沒有把藥品獨立出來做調查，從 100 年之後就沒有了，所以這個權重是怎麼計算

出來的？剛剛沒聽到你們的回應。

劉委員玉娟：同仁呢？你們在太後面，請我們同仁回答，因為要翻細帳。

郭科長乃文：不好意思，社保司這邊回應一下，我們這邊權數計算方式是依照主計總處提供的工商普查資料，工商普查資料就會分出各類的費用，確實是可以分出藥品跟醫材這些費用，主計總處會給我們各類費用原始數額，我們再計算占比，所以我們這些資料全部都是來自於主計總處提供的資料，以上補充。

林委員文德：我的意思是說，權數每5年會做1次更動，這個更動影響很大，所以數字的正確性需要有外部的諮詢委員會來做確認、諮詢，這樣可能會比較慎重一點，因為權重的部分會影響5年。

每年的指數是會變動的，今年的指數整個計算方法也有改變，包含「躉售物價指數」改成消費者物價指數，只是主計總處這次有幫忙把這2項指數儘量把它兜在一起，比較接近一點，但這其實還要再做確認。

我剛才問的是說這樣的諮詢會議是不是有需要在諮詢本會之前就完成，然後再提到這邊來，這樣會比較保險一點，等於有一個外部單位來稍微幫你們看一下，因為有時候承辦人員改變，會沒辦法銜接，若這部分有外部把關的話，會比較嚴謹一點，這是我的看法。

盧主任委員瑞芬：我想林委員的意思是說，按照常識來判斷，牙醫藥品費用與醫療器材費用的比重跟以往非常不一樣，就異常管理來講，看到數字不一樣或公式大改變時都要有充分的說明，這是委員需要知道的。你們依賴主計總處的資料，但主計總處的調查不是只做醫療部分，這部分如果跟我們瞭解的現況不太一樣時，應該有一個諮詢的委員會，蒐集大家的意見，這樣可能會比較完備一點，我想他的建議是這樣。

劉委員玉娟：理解，我們在座有主計總處代表，我記得你們的資料好像不讓我們給外面委員看。

盧主任委員瑞芬：會嗎？

劉委員玉娟：對，因為我們公文上面都寫說不可以給外面。

盧主任委員瑞芬：可是我們不算外面，我們是自己人吧！我們健保會應該算自己人吧！

劉委員玉娟：那公文真的是有，不是我們要黑箱作業，老實講多個人 audit 可以把東西看得更仔細，這我完全同意，只是我們每次收到公文，我們也問說可不可以給老師們看一下，他們都不准，可否請主計總處代表說明一下。

黃委員小娟：可不可以給外面的人看我不知道，我的建議是，因為委員有提到牙醫部分為什麼權重跟以往不一樣，藥品跟醫材費用的權數是一增一減，其實主計總處在調查指數的時候，原則都是一致的，雖然基期有變動，但指數內容應該一樣，但這 2 項剛好是一增一減，建議社保司針對加權後的權重不一樣，向主計總處詢問一下，其實這樣也能 double check。

劉委員玉娟：這部分我們都有做，我再回應一下林委員，我再嘗試跟主計總處那邊做溝通，如果可以的話我們就是儘量也讓……，不然找 1、2 位委員至少內部先看過，這樣大家比較放心沒有問題，可是我需要再去多溝通。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，因為這件事情很重要，我們還有最後 2 位委員，請周麗芳委員。

周委員麗芳：謝謝主席，各位委員，也是回應一下剛剛林委員關心的牙醫藥品費用權重部分，我想也不是只有針對牙醫，是不是社保司可以請主計總處再次核對一下資料，若主計總處核對資料後還是這樣的數據，可能依據遊戲規則，我們是每 5 年更新一次權重，所以回到源頭，正確性還是由主計總處判斷。剛剛有提到說請專家諮詢，我本身也獲聘主計總處政府開放資料委員會的委員，如果其他外部人員不方便看的話，或許也可以幫一些忙，以上說明，謝謝。

盧主任委員瑞芬：吳榮達委員最後一位。

吳委員榮達：不用了。

盧主任委員瑞芬：現在請社保司同仁補充。

郭科長乃文：我這邊再回應一下，社保司這邊的權數資料是跟主計總處要工商普查原始數據計算，一開始在 1 月時有要過一次數據，經過 4 月 2 日低推估說明會議後，我們有再去跟主計總處要一次確認數據，所以我們的數據是跟主計總處二度確認過，是用新確認的數據計算出來的。

盧主任委員瑞芬：我想我再次強調，主計總處不是專門為醫療做這些調查，醫療有其特別性，社保司是主管機關，我們需要有專家諮詢，可能無法完全依賴主計總處的數據，它是一個 base，但我們要考量實際的情況，這點請社保司司長考量。當然社保司沒辦法完全做決定，我們還是用諮詢的方式聽取醫療專業的建議，這樣會比較妥善一點，我想無法完全依照主計總處的資料。請吳委員榮達。

吳委員榮達：我還是發言好了，我實在受不了了。

盧主任委員瑞芬：要快，我們超時很多了。

吳委員榮達：第 1 點，拜託四部門，現在高推估、低推估的差額就是 170 億元，目標重點大概是 4 大項，這 4 大項裡面絕大多數都是健保署所要匡列的東西，所以四部門應該先跟健保署好好討論，然後再提出協商有關的預算項目跟金額，要不然這 170 億元怎麼去協商？因為絕大部分都是健保署的想法，拜託四部門真的要跟健保署好好溝通，才有辦法提出可以協商的項目跟金額，這是第 1 點。

第 2 點，有關要不要扣減的部分，像滕西華委員講的是回歸而已，我覺得不扣是沒道理的，那根本就是專案的執行率比較低，沒執行的預算還要算到下一年度的基期，這一點道理都沒有、一點道理都沒有。應該在下一年度針對有關的預算再做評估，而不是沒有執行的預算再放到基期中，墊高下一年度預算的基期，以上意見，謝謝。

盧主任委員瑞芬：我想大家今天討論的 2 個重點，1 個就是基期的計算，因為基期的影響太大，它是跟著成長率，它是 compound rate，是複利，不是單利，單利也很可怕，複利更不用講，還有一個就是採計之 MCPI。委員所提供的意見，請社保司千萬要斟酌，很多專

家學者委員的意見，不只是付費者代表，醫界的聲音我們也聽到了，請社保司一定要審慎參考。

本案討論到此結束，決議如下：委員剛才所提的這些諮詢意見，包括會後委員如果還要再提出書面意見，我們會併同發言實錄送請衛福部參考。另外還有就是，今天提的這個案子，為了有利我們進行 114 年度健保總額的協議訂定，請健保署在衛福部交議總額範圍時，依法併同提出資源配置及財務平衡方案供協商參考，有利協商進行。

因為討論事項還有一案，所以我們把它討論完以後再做休息，請進行下一案。

肆、討論事項「全民健康保險各總額部門 112 年度執行成果之評核結果獎勵標準案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴：向委員報告，這個討論案主要是我們在今年 7 月份就會召開評核會議，根據 3 月份委員會決議，我們必須在 7 月前對於評核結果，在品保款要如何獎勵進行討論，所以提出本案。根據評核作業方式，我們的評核等級會做為 114 年度總額協商的參考，如果是「良」級以上的部門會酌給品保款，現在就是要討論品保款的編列方式與如何計算。

先跟各位委員報告過去的資料，在會議資料第 77 頁，品保款在 106 年度以前是編在一般服務，從 107 年度起改列專款項目，各年度計算方式在第 77 頁下方的表。簡要來說，近年從 108 年度起，專款計算基礎都是評核年度的一般服務預算，例如：今年要評核 112 年度總額執行情形，就以 112 年度總額一般服務預算當做計算基礎，再乘以委員討論後的評核等級「良」、「優」、「特優」要給予的獎勵成長率，再據以計算品保款。從 110 年起連續 4 年，評核等級獎勵成長率「良」都是 0.1%，「優」都是 0.2%，「特優」都是 0.3%。所編列的金額，我們整理近 5 年四總額部門加起來的品保款是介於 7.33~14.98 億元，占各年度可協商的空間比率大概是 4.3%~12.8%，我們也整理過去年度的品保款占當年度可協商空間的比率，在會議資料第 82 頁，請委員參考。

有關於 114 年度總額協商空間，在上個諮詢案已經報告過，高推估是 9,286.28 億元，低推估是 9,112.08 億元，可協商金額是 174.2 億元，這個協商空間與今年 113 年度可協商金額 171.34 億元相近。

有關獎勵標準部分請委員討論，為利委員參考，我們先依照 113 年度的編列方式試算，因為評核是以 112 年的執行成果為主，所以用 112 年度一般服務預算為計算基礎，到時候在總額協商時要放到專款項目，所以基期要跟 114 年度總額基期的算法一致，目前暫時以可取得健保署的結算報表一般服務預算去試算，我們的試算基礎

是暫列，等到 114 年基期算法確定後，在協商時就可以估算正確數值，不過不會差很多。評核等級獎勵成長率我們也暫時以 113 年度成長率試算，「良」是 0.1%、「優」是 0.2%，「特優」是 0.3%。這樣計算下來，如果全部都是「良」最少是 7.21 億元，全部「特優」是 21.63 億元，大概會在這個範圍之內，粗算一下，占可協商空間比率是介於 4%到 13%之間，這是有關於編列的試算部分。

有關過去對於品保款相關的決議與建議，在 106 年度前，品保款是編在一般服務，意思就是基期就都有了，是從 107 年度起才改列專款項目，為了要合理運用原來 106 年度已經納入基期的品保款額度，也為維持品保款的穩定性，過去幾年我們都會協定 106 年度一般服務預算的品保款額度要切出來跟當年度的品保款專款的額度合併運用，過去也都是這樣處理。

此外，評核委員和委員也建議，各部門要持續檢討品保款核發的標準，提高核發標準的鑑別度。為瞭解各部門的執行情形，本會也在 5 月請健保署提供近年各總額部門品保款的實施結果(會議資料第 83 頁附件二)，以及各總額部門為提升鑑別度，在品保款分配方式有沒有什麼樣的改進及執行情形，這部分請委員參考附件三(會議資料第 84~85 頁)。本會整理的重點，請參閱會議資料第 79 頁，從核發家數占率來看，四總額部門 108~111 年度核發品保款院所占率在會議資料第 79 頁的表格，因為 112 年還沒有結算，從過去這 4 年來看，只有中醫低於 7 成，其他部門高達 7 成以上，都有領到品保款，不過這個不能等同鑑別度，因為領取的金額多寡不同，這個部分難以看出鑑別度，但能知道有多少院所領到品保款。

第 2 個，有關鑑別度的部分，各總額部門做了什麼努力以提升鑑別度，依健保署提供的資料可以看得出來，113 年度醫院總額和牙醫門診總額，都有依照政策或實際實務執行管理的需求，新增或研修品保款的獎勵指標，請參閱會議資料第 80 頁，西醫基層總額和中醫門診部分是沒有修訂。

在核發鑑別度的部分，過去評核委員建議看 2 個指標，1 個是核

發金額前 20% 的院所所領取的金額之品保款占率，如果占率愈高表示鑑別度愈好，請參閱會議資料第 80 頁中間的表格，核發表現優良院所是否領到較多品保款，看起來鑑別度最高是牙醫門診，114 年是 64%，中醫門診、醫院的部分，111 年比 110 年鑑別度略有上升。第 2 個指標是，有多少院所指標表現達滿分，這是看指標的鑑別度或閾值有沒有太鬆？有沒有檢討空間？在醫院部門有 97% 以上的院所滿分，西醫基層有一半以上的院所滿分，牙醫門診和中醫門診是比較合理，就是滿分比率是比較低的，都是 1 點多左右。總體而言，近 4 年品保款核發的鑑別度，有部門提升，但沒有明顯的提升，還是建議健保署與各部門持續檢討，擬訂更具鑑別度的指標和分配方式。

有關擬辦部分，請委員討論 114 年度總額品保款專款之獎勵標準計算方式，計算基礎是以各總額部門評核年度(112 年度)一般服務預算為計算基礎，不過在最後協商時會跟 114 年度總額基期算法要一致。評核等級就請委員討論一下「良」級、「優」級、「特優」級要給多少的成長率。另外，因應 107 年度品保款預算屬性改變，所以 112 年各部門品保款額度，其中一般服務中，有保留、匡列原本 106 年品保款的額度要能切出來合併運用，過去也都是這樣，全數作為提升醫療品質之用。請參閱會議資料第 81 頁，請健保署會同各總額部門持續檢討，以提升醫療品質鑑別度之標準，及落實獎勵優良院所的目的。

盧主任委員瑞芬：謝謝，這個案子其實很單純，就只是要討論評核等級的獎勵成長率要不要照以往，就評核結果良級給 0.1%，優級給 0.2%，特優級給 0.3% 的獎勵成長率。另外，提供像是鑑別度等資料，請問委員有沒有什麼意見？現在請委員發表意見，請李永振委員。

李委員永振：我依據下列 4 點考量，建議維持 113 年的標準。

第 1 點，這個標準已經從 111~113 年用了 4 年，好像也沒有什麼不良的反應。

第 2 點，剛剛陳燕鈴組長也提到，另外還有 106 年留下來的額度，我記得好像 6.5 億元左右，我記得好像也還好。

第 3 點，歷年一直在強調鑑別度，但是看起來好像也沒有改善，我個人是認為，這種獎勵好像就是一個分錢的財源而已，除非將來真的有很強的鑑別度，那時候再來看要怎麼考量。

第 4 點，金額還會隨著總額逐年成長、長大，剛才有提到，總額可協商的空間又不大，這應該放在裡面，弄得太高又吃掉一部分，總額協商可以談的空間又少了，大概是有這 4 點考量。當然鑑別度要不要列入評核的考量、打分數，再由評核委員去考量。

盧主任委員瑞芬：謝謝，其他委員如果沒有意見的話，這個案子就維持原來的獎勵比率，作成以下決議，第 1 點，114 年度的總額品保款專款獎勵標準計算方式，(一)照計算基礎，是以各總額部門評核年度(112 年)一般服務預算為計算基礎，並且與 114 年度總額基期算法一致。(二)評核等級獎勵成長率，「良」級給予 0.1%，「優」級給予 0.2%，「特優」級給予 0.3%。

第 2 點，因應 107 年起品保款預算屬性改變，114 年度各部門總額品保專款額度，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品保款之額度合併運用，全數作為鼓勵提升醫療品質之用。

第 3 點，請健保署會同各總額相關團體，積極檢討 114 年度品保款的核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度的標準，落實獎勵目的。

上半場的議程就到這裡，休息 10 分鐘，待會回來。

伍、報告事項第一案「有關全民健康保險代謝症候群防治計畫執行情形及成效評估」與會人員發言實錄

同仁宣讀

黃科長怡娟報告：略

盧主任委員瑞芬：謝謝，請本會同仁補充說明。

陳組長燕鈴：請看到會議資料第 97 頁，本會補充說明的部分，這個報告是源於 113 年度總額的決定事項，決定事項的主要內容是，代謝症候群防治計畫方案，請健保署積極建立成人健檢個案轉介及資源共享之派案機制，還要滾動檢討計畫內容，包含檢討收案人數上限合理性，現行檢驗(查)使用情形及必要性，以及監測計畫成效。所以今天健保署提出這個專案報告。

請參閱會議資料第 97 頁，先向委員說明這個計畫的相關背景，這個計畫是配合衛福部健保總額的中長期計畫，111 年度開始新增專款，由健康署與健保署合作，111 年編列 3.08 億元，112、113 年度增至 6.16 億元，為瞭解計畫推動情形，本會在 111、112 年安排健保署進行 2 次專案報告，本會也整理委員的重點意見，第 1 個是照護人數有待提升，建議鼓勵醫師積極參與，另外也建議健保署分析收案對象有無社經地位或地理區域的差異。

第 2 個，是對於檢驗(查)的利用情形，委員希望避免照護往醫療化發展，所以現在健保署已經修正為檢驗(查)項目可以採用追蹤日前 3 個月內數據，請持續檢討這個資訊有沒有去善用，有沒有因而減少檢驗(查)的次數，讓有限的資源能夠有效運用。

第 3 個，應該提出與家醫計畫整合的相關規劃並檢討其成效。這是過去委員提出的重點建議。

就今天的報告，經檢視 113 年度總額決定事項、委員意見，本會提出相關的研析說明，關於計畫執行情形摘要的部分，112 年預算執行率是 17.4%，收案人數 16 萬 5,564 人，其中診所參與率有 39%，不過其中有 803 家，就是 31%沒有收案。有關總額決定事項，建立成人健檢個案轉介及資源共享的派案機制部分，剛才健保

署有講到，該署刻正建立中，第 4 季會完成。健保署會透過最近 1 次的預防保健檢驗(查)的資料，篩選符合本計畫的收案對象進行派案，給家醫計畫的醫療群去做收案和管理。

請參閱會議資料第 99 頁，有關總額決定事項滾動檢討部分，檢討擴增收案人數上限合理性，以及現行檢驗(查)使用情形及必要性，健保署是列為後續的推動方向。

計畫成效分析的部分，剛才健保署有報告，本會摘要的重點是，對於代謝症候群指標改善情形，在會議資料第 95 頁，有 24.7%~47.3% 個案在追蹤時已達進步獎勵的目標，6.5%~47.3% 的個案在追蹤時已達標準值，看起來似乎是有初步的成效。

個案結案情形，結案人數 7,078 人，占收案人數約 4.3%，其中 46.5% 是病情變化無法繼續接受照護，或是已經是 DM^(註 1) 或 DKD^(註 2) 醫療給付改善方案的收案對象，這是最多的，另外有 36.2% 是個案拒絕或失聯 ≥ 3 個月，有 14.3% 是介入管理後，經評估後已經不是代謝症候群的患者，最後這個是屬於比較好的結案結果。

本會的研析意見有以下 3 點，建議能夠持續研議及精進。第 1 點，請持續提升照護人數，加強推動成人健檢的轉介、資源共享派案機制，因為這是新建立的機制，未來應該有助於收案，以照顧到這些需要照顧的病人。剛剛報告中也有提到參加這個計畫未收案的院所超過 3 成，建議瞭解原因及改善。

第 2 點，剛才健保署提到一些未來推動的規劃，包括檢討擴增收案人數上限合理性，以及現行檢驗(查)使用情形及必要性，是列為後續推動方向，這部分請積極落實。

第 3 是追蹤照護成效，113 年家醫計畫已朝全人照護方向整合相關計畫，例如代謝症候群或糖尿病相關計畫，建議持續追蹤評估這個計畫整合後的照護成效，並進行效益比較分析，慢慢去摸索建立對於民眾最具成本效益的照護模式。

註 1：DM (Diabetes Mellitus，糖尿病)。

註 2：DKD (Diabetic Kidney Disease，糖尿病合併初期慢性腎臟病)。

盧主任委員瑞芬：現在請委員發表意見，請李永振委員。

李委員永振：首先感謝健保署同仁，今年總算比較用心整理很多資料，不過我記得去年好像有建議，他們的檢討方式好像劃錯重點，今年這麼多資料看起來還是有精進的空間，例如，請各位看到會議資料第 91 頁，有個計畫內容調整的歷程，我去年講過重點是在人數不夠嗎？現在列出來就從 100、200 人到 300、500 人，但是我們看到會議資料第 91 頁中間的圖，真的是劃錯重點。100 人以下占 48%，未收案占 31%，所以重點應該是那些未收案、沒有動作的部分，應瞭解它的原因讓它動嘛，擴充這麼多，往上的也不多啊，這是第 1 點。

第 2 點，在會議資料第 92 頁，我是有點不解，為什麼第 2 個表要用勞保投保薪資做區隔？上面那個表已經用健保投保金額做區隔，投保金額 45,800 元以內的收案個案數約占 80%，這個地方就應該是重點，而且我們都知道勞保投保薪資的天花板很低，因為他有老人給付，但是健保沒有，健保投保金額上限原為 182,000 元，在 112 年又提高 5 個等級，應該是用上面健保投保金額的這個表進行分析會比較合理，要看說是不是集中在那些比較高所得的族群，就用這個表進去看，用勞保投保薪資表的話，好像區分的方式和健保投保金額會有比較不一樣的結果。

第 3 點，會議資料第 93 頁，結案人數占率 4.3%，當然時間還不久，只有 2 年不到，但 4.3%，照理講跟大家的印象還是有點出入，但是更不解的是，看到會議資料第 94 頁結案原因別的第 2 項及第 3 項，第 2 項是病情變化無法繼續接受本計畫的照護者或屬 DM 或 DKD 醫療給付改善方案收案者占 46.5%；第 3 項，個案拒絕或失聯 ≥ 3 個月占 36.2%，2 個加起來就達到 82.7%，結案原因有 4/5 是這個原因，這不是我們所期待真的有達到預防醫學目的之結果，這樣不是有點怪怪的嗎？4.3% 已經不高了，其中還有 82.7% 是這個原因。

第 4 點，請健保署解惑，依照自由時報 6 月 11 日頭版轉述劉林義組長的談話，有提到國內也有 534 萬名的三高病患，1 年健保費用至少 520 億元，還不少，其中大概有 301 萬名病患被家醫計畫或

慢性病方案收案照護，這邊還有個慢性病照護是不是含有代謝症候群，我不知道，因為沒有寫明，當中有 70 萬人是重複收案，這邊也是蠻多的重複收案，還有 233 萬人未收案。再看看本案收案 16 萬 5,564 人中，有 65% 與家醫計畫重複，看了這些資料後，讓我好像如入五里霧中，不曉得到底怎麼回事，三高的病人不是本案的收案對象嗎？是不是可以解惑剖析前述這些描述的關係，怎麼樣整合出 1 個最好的合作方案？以上。

盧主任委員瑞芬：接下來請韓幸紋委員。

韓委員幸紋：我要問的是在會議資料第 92 頁的部分，就是其實會希望能用投保金額做分析，也是希望看這個計畫對低、中、高所得的效果，可是因為現在這個分類方法我不太確定，0 指的是眷屬嗎？我要問誰？我要看誰？0 是眷屬嗎？

李委員永振：對呀，是投保眷屬……

韓委員幸紋：對對對，因為按理來講，健保被保險人應該都有繳費，0 應該是眷屬，我為什麼會好奇……

盧主任委員瑞芬：即使是眷屬他們也是按照……

韓委員幸紋：我知道我知道，可是在資料上，我沒記錯的話，眷屬的投保金額會被 key 0 元，請問健保署這個 0 元是指誰，正常不會有 0 元，我猜是眷屬，他們有被繳費，由其他被保險人繳費，他的投保金額欄位要嘛沒有金額、要嘛填 0 元，我不知道在哪裡看到，印象中有些資料是 key 成 0 元。

為什麼我會問這個問題？以現在的收案人數來講，過半都在 0~28,800 元這個級距，如果 0 元真的是眷屬，我希望能夠分析一下，眷屬理論上是沒有在工作的人，那診所是不是特別挑了沒有在工作的人進來計畫，因為他比較有時間配合，比如說要求他每天要運動多久、吃飯要特別注意、飲食上的習慣，診所所有沒有特別挑案的問題？這是我好奇的。但現在資料混在一起，我猜 0 元是眷屬，可能要請健保署看一下，如果用被保險人投保金額，被保險人跟眷屬要分開看，收案對象的投保金額分布如果很明顯集中在特定級距

的時候，是不是有挑案問題？這是我比較好奇的。

本來很期待健保署用投保金額來分析，在文獻裡面，通常高所得的人健康狀況是比較好，因為他所得高，而且有足夠的資源或知識維護健康，他也怕死啦，說真的，掛掉了經濟損失很大，所以以這個案子來講，我比較期待看到所得相對低的、很忙碌的人，他平常可能沒那麼多時間獲取正確的健康知識，透過代謝計畫收案進來後，健康確實獲得了一些改善，這是我本來期待看到的，但現在的資料不太確定能不能看到這個效果。

另外一個問題，有關結合家醫計畫，現在家醫計畫要整合成大家醫，我有看到之前健保署的回應，比如說把生理監測數據等等都整併進去大家醫平台，假如病患有戴智慧型手錶，那運動紀錄是不是會匯入大家醫平台？如果我理解沒錯的話，大家醫平台是給醫生使用的，就是給醫療提供者使用的，在會議資料第 96 頁提到，已經在健康存摺建置代謝症候群專區，提供一些指標、衛教知識給民眾參考，健康存摺是民眾端在使用的，既然大家醫平台已經整合監測數據，有沒有可能匯到健康存摺，讓民眾知道自己的健康相關紀錄，把數據整合在一起。像我自己就發現，量血壓 1 個 APP，運動紀錄 1 個 APP，什麼什麼東西又是 1 個 APP，全部都沒有整合在一起，既然健保署已經再做這些事，把數據整合一起，讓民眾更加重視健康，政府其實也有相關投入，幫助民眾把紀錄通通彙整在一起，讓民眾提升健康意識，會不會更完善一點，大致上是這樣。

盧主任委員瑞芬：跟著韓委員的意見，有關投保金額這塊，我也想請教一下，投保金額那個變項是不是有包含保險費，不完全是投保金額，是全部混在一起算嗎？不然那些付固定保險費的人要怎麼決定放在哪個級距？

劉組長林義：沒有沒有，投保金額就是依照公布的投保金額級距，總共分 10 組，第一組的確不是從 0 元開始，第一組應該就是從 27,470 元開始，就是從基本工資到 28,800 元，第十組是 189,500 元到 219,500 元，沒有 0 元。

盧主任委員瑞芬：沒有 0 元，是寫錯了，要從基本工資開始。

劉組長林義：對，最低投保金額。

韓委員幸紋：那這樣要把眷屬拉出來分析，因為我擔心診所會有特別選案的問題，特別選了一群比較容易達標的，之前講過了，我在診所晃了半天，沒有人要收我，我不是一眼看過去就應該要被計畫收案的嗎？加入代謝症候群計畫的診所有高達 3 成只參加不收案，建議真的要分析，像我常去的診所，我就懷疑是沒有在收案的，不然我在那邊晃半天，在海報前停留很久，眼睛盯著海報，他們就是不理我，診所沒有決心要做這件事情，所以我覺得這個部分反而要特別分析。

盧主任委員瑞芬：待會一起回應，請吳榮達委員。

吳委員榮達：謝謝主席，我要問的會議資料是第 91 頁(四)，想請問健保署可不可以另外做分析？我看收案 500 人的有 4 家診所，401~499 人的有 23 家診所，301~400 人的有 110 家診所，我們一直有個疑慮，如果診所照顧的病人或是收案人數過多，會不會影響到成效？所以可不可以請健保署對於 300 人以上的診所進行效益評估，才知道收這麼多人，到底有沒有影響到計畫效益，這是第 1 點。

第 2 點，也是在第 91 頁，我不清楚這個統計有沒有特別意義？收案條件看起來好像收到 64 歲，可是統計表卻有分析 60~69 歲，不知道有沒有誤解，因為收案條件應該收到 64 歲，為什麼分析到 69 歲，這個我不太懂，可能等一下請健保署幫忙瞭解。

再來是剛才李永振委員也有提到，重複個案的占比蠻高的，本來健保每年度的計畫各個都是獨立預算，現在在重複的情況下，是不是應該做分析跟評估，評估下一年度預算的重疊性，來做刪減或是提出較保守的預算？這個部分也來請教健保署，以上 3 個問題，謝謝。

盧主任委員瑞芬：現在請王惠玄委員。

王委員惠玄：主席、各位委員、同仁午安，首先我還是要非常肯定代謝計畫的成效，剛剛在口頭簡報時似乎沒有特別提出來，結案對象

裡面有 14.3% 是因為不符合收案的資格而退出了，也就是說有 14.3% 的民眾畢業了，不再符合三高。再來是血脂、血糖、血壓的停藥率有 4.6%~29.4%^(註)，尤其是血脂，其是十大用藥數一數二的項目，如果收案對象有將近 1/3 不需要再用藥了，我想對民眾的健康還有醫療資源的消耗都是一個正向的發展。

再來是一些比較疑惑的部分要請教，首先在成效指標的部分有分進步項目、達標項目，我發現在血壓的收縮壓跟舒張壓，進步比率跟達標比率完全一樣，在投影片第 17、18 張，從資料解讀，似乎進步是一步到位，直接就是達到標準值，雖然覺得有點不太可能，不知道這部分是誤植還是真的這麼厲害？還有投影片第 19 張，有關衛教指導人數，接受任一危險因子衛教指導率的介入人次達 155,564 人，但是第 20 張投影片，衛教指導人次卻降到 24,081 人，不知道中間的差異在哪裡？

最後一個是有關重複收案部分，謝謝健保署同仁很用心的整理代謝計畫跟家醫計畫的診所重複率、收案人數重複率，剛吳榮達委員也談到這個問題，這 2 個計畫雖然收案標準不同，獎勵方式也不同，但是都涵蓋了針對血糖控制跟血脂控制的獎勵，所以除了對民眾來講有資源重複配置的問題，恐怕也涉及到重複獎勵的疑慮，建議健保署下次不只是評估重複的診所數比率、重複的收案人數比率，我稍微比較這 2 個計畫，相同的項目大概就是血糖跟血脂，控制同一位民眾血糖跟血脂的成果，是不是可以同時從家醫計畫、從代謝計畫得到獎勵？這可能是要去思考的，謝謝。

註：收案對象前一年有使用三高用藥，經代謝症候群防治計畫追蹤管理至少 1 次，停止使用降血壓藥物 4.6%、降血糖藥物 11.6%、降血脂藥物 29.4%。

盧主任委員瑞芬：請滕西華委員。

滕委員西華：我先附議韓幸紋委員講的，如果可以的話，把眷屬跟被保險人區分出來分析，可能會是非常有意義的。另外，收案人數上限能不能不用「每家診所」為單位，剛才吳榮達委員有提到，早期收案人數擴充為 300 人時就提過這個疑慮，每家診所的醫師數不同，也就是診所規模大小不同，可能收案 500 人的診所很多醫師、

收案 300 人的只有 1 個醫生也不一定，健保署可以依特約醫師數或醫病比，訂定每個醫師收案上限多少人，如果診所比較大，當然就可以收比較多人，但如果用「每家診所」，可能很難知道醫師負擔，以及他對病人的服務品質。

再來「重複收案的效果比較好」這句話蠻有趣的，有很多弦外之音，剛才王惠玄委員也有提到，這是什麼意思？意思是有共照的比較好嗎？還是說單一方案給的錢真的太少了，所以兩邊領起來錢比較夠、照顧比較好，就是錢給得不夠多，還是說代謝跟家醫的追蹤指標不一樣，當追蹤指標一起看的時候，因為 2 個方案介入模式不一樣，所以效果比較好，還是說有團隊的差異？還是說重複收案顯示成效比較好的指標，是因為有給獎勵費，獎勵費給得其實不少，這幾年提出的方案，甚至優於家醫的績效獎勵費。

代謝計畫原本是不希望重複收案，家醫計畫是把該收的都收進來，收進來後好好照顧，全人照護不是全部 1 個人照護，當然也不是專科化到病人要跑 5 個診所才有辦法加入家醫計畫，這都不是全人照護的概念，所以給了這麼多的獎勵費，又想要整併進入大家醫，就要盤點跟原本家醫計畫的競合，將來是不是還要朝向重複收案，我覺得是有必要檢討，如果說重複收案是因為共照的關係、是因為獎勵費不足的關係、是因為指標的關係，反而應該在整併之後，包裹相對比較好的價格，讓診所可以統一收案，而不是繼續允許重複收案。

重複收案對我來說好像不是一個好消息，但是也給了很多想像空間，將來健保署在檢討代謝計畫或大家醫計畫時，因為大家醫在今年健保總額一定是重點項目，可能要提供更多資料來說服委員，大家醫不是大家一起多花錢，而是大家把整個家醫體系弄得更像家醫體系，不是現在很多次專科的組合，很多個案落在不同的診所跟方案，讓診所重複收案，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請蔡麗娟委員。

蔡委員麗娟：謝謝主席，關於這個案子，在會議資料第 98 頁(二)的第

1 點提到，在專案報告之後，有委員建議希望能夠瞭解收案對象的健康狀況跟效果，是不是跟社經地位或是地理區域的差異有相關，所以健保署才進行這樣的分析，但是從分析裡面，顯然是沒有辦法瞭解這些健康狀況跟個案的社經地位或是地理區域的差異，如果要瞭解地理區域的差異性，應該要有不同區域的執行結果分析。

關於重複收案的問題，總共有 108,116 人是屬於重複收案，可不可以去瞭解這 10 萬多人，是屬於怎樣的狀況，是屬於糖尿病前期的，還是高血壓前期的，也就是說比較容易變成重複收案的這些人，他的特性是什麼？是因為什麼關係、什麼身體狀況比較容易被重複收案。另外，第 103 頁投影片第 7 張，今年增加了腰圍或身體質量指數管理成效獎勵費^(註)，每個個案獎勵 500 點，我想瞭解一下，腰圍改變或 BMI 改變在怎樣的 range 會給予獎勵，因為像我們量腰圍這件事情……

註：腰圍或身體質量指數(BMI)管理成效獎勵費：個案於收案評估時腰圍未達標準(男性 ≥ 90 公分，女性 ≥ 80 公分，或 BMI ≥ 27)，且飯前血糖未達標準(AC ≥ 100 mg/dL 或糖化血色素 $\geq 5.7\%$)，於當年度 7 月至 12 月最後一筆上傳之檢驗結果，該個案腰圍達標準值(男性 < 90 公分，女性 < 80 公分，或 BMI < 27)，且糖化血色素 $< 5.7\%$ ，每一個案獎勵 500 點。

王委員惠玄：3%(註)。

註：個案進步獎勵費：個案於收案評估檢測「未達標準」之代謝症候群指標，於年度評估時，任三項指標達成者，每一個案獎勵 500 點：(1)腰圍：減少 3% 以上。(2)血壓：收縮壓降至 130mmHg 以下，舒張壓降至 85mmHg 以下。(3)~(5)飯前血糖、三酸甘油脂、低密度脂蛋白膽固醇：達成收案時，醫師依病況與病人共同訂定之目標值。

蔡委員麗娟：降低 3%，那 BMI 呢？

王委員惠玄：一樣。

蔡委員麗娟：一樣是 3%，OK 瞭解。就重複收案這件事情，畢竟資源有限，不要讓資源重複配置，對於重複收案的狀況分析，希望也能夠提供，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：現在請健保署回應。

劉組長林義：先跟各位委員報告，因為今天健保署的會議比較多，所以長官都先離席了。代謝症候群防治計畫是由本署跟健康署合作，先由本署回答，待會再請健康署補充。首先看到第 91 頁，有關診所收案人數上限，剛剛委員有提議，是不是針對收案人數比較多的

診所進一步分析，這部分我們會做。有關收案樣態，委員提到最後一個年齡別為什麼是 60~69 歲，的確代謝計畫的收案條件是 20~64 歲，但收案之後就會持續進行照顧，所以病人到後面可能會有 65、66、67 歲，除非符合結案條件退出，這部分我也很好奇，以後可能會區分為兩段，60~64 歲跟 65 歲以上，再來看看跟收案年限有沒有關係。

接下來看第 92 頁，剛才有講過投保級距，這邊是用投保金額來分，委員建議把眷屬跟被保險人區分出來，假如委員有這樣的建議，我們就這樣做，沒有問題。另外，以醫師收案人數來做收案分析，這也 OK。

接下來看第 94 頁，大家有提到結案原因，事實上統計時間只有 1 年 9 個月，還沒有到 2 年，收案人數已經有 16 萬人，目前符合結案的只有 7,078 人，其中委員比較 care 的是序號 2，就是病情變化無法繼續接受計畫照顧的人，雖然占率是 46.5%，但假如分母用 16 萬人，占率大概不到 2%，也就是收案到目前不到 2% 是病情加重，也就是代謝計畫對他已經沒有幫助，因此進入下一階段的 DM 或 DKD 的治療，這部分會持續觀察。

再來有委員問到重複收案，現在健保署計畫分 2 種，一個是按疾病別的橫切面，依疾病別一個一個收案，一個是按人收案，像家醫計畫這種按人收案的是縱切面，兩者難免會有重複。當記者問到，目前健保署計畫這麼多，到底重複情形怎麼樣，以三高為例，三高是賴總統比較重視的問題，目前統計三高有 500 多萬人，其中有 300 多萬人同時被家醫跟 P4P 收案，同時收案不一定是被 2 家院所收案，也有可能是同一家院所，因此才會促使本署做家醫 2.0，家醫 2.0 是希望病人被同一個醫師照顧，當然這一方面需要建立派案機制，把病人派給家庭醫師，另一方面家庭醫師的繼續教育也需要加強，比如說收了 DM 病人，醫師就要去學習怎樣照顧 DM 病人，這些都有要求，也有跟全聯會做好協商。

另外，委員提到所謂的大家醫平台好像只給醫師看？對的，大家

醫平台的資訊是給醫師看，不過現在民眾有健康存摺，所以大家醫平台裡面的資訊，我們也會透過健康存摺傳給民眾知道，所以我們才會說健康存摺其實也開放很多功能，有各項的衛教功能，只是說現在開放的都是比較廣泛，就是不管民眾有沒有糖尿病，我們都會提供糖尿病的資訊，我們希望以後資訊的提供能夠量身訂做，民眾患有糖尿病，我們就提供糖尿病的資訊，病程到哪一級，就精確的提供那一級的資訊，以上是健保署的補充。

魏副署長璽倫：主席、各位委員大家午安，健康署做一個補充。自計畫執行以來，其實我們跟健保署一直就如何優化計畫執行持續討論，因為今天健保署提供是到 4 月底的資料，其實我們現在的收案人數，光是 113 年就收到 7.5 萬人。在整個計畫執行的部分，其實剛剛大家一直很擔心有加入計畫卻沒收案的院所有很多家，其實我們自己也有在推估，從去年底我們就跟 22 縣市衛生局辦理地方考評，從今年開始，我們要求各個縣市衛生局在所管轄區域的診所，必須要有 40% 執行成人健檢的診所要加入計畫，我們的想法是說，至少要先加入再來學怎麼做，如果連加入都不加入，可能與這個計畫就更無緣了，這個部分我不曉得是不是因為衛生局可能也做得很用力，所以也有點影響，不過我們後續還有另外 1 個計畫是在做輔導跟協助加入的診所如何收案，這個部分，我們都會再繼續的觀察。

再來就是，委員有提到如何再增加民眾參加的部分，健康署也做個補充，除了我們自己有另外 1 個代謝症候群防治宣導跟個案復能的獎勵計畫，針對民眾的參與以及收案對象如何做一些改善後的獎勵，我們還用部長的名義寫了一封信給 22 縣市的首長，希望能夠從健康相關政策的基本概念來推動，健康署有一些前期預防、早期發現的計畫，也包括代謝症候群防治計畫，希望能夠透過各縣市來推動，以上補充，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝！本案沒有其他意見就洽悉。請李永振委員。

李委員永振：聽了 2 位長官說明之後，我是覺得當時第 1 次報告的時

候我們就一直有存疑，就是說家醫計畫跟這一個計畫有很大的重疊，但是因為沒有結果，不敢肯定，現在看出來沒錯，剛才提到報紙轉述劉組長的談話，另外還有其他慢性病相關的計畫，有 70 萬的收案對象重疊，而代謝症候群防治計畫這邊有 65% 收案對象與家醫計畫重疊，所以我建議在 8 月份報告 114 年度總額預算時，健保署可以好好針對這 2 個計畫的預算，將委員所提意見進一步分析，作為明年要給預算的參考，不然的話，1 年又 1 年，第 1 年 3.08 億元，第 2 年 6.16 億元，都已經給 3 年預算了，這樣繼續給下去到底怎樣？好像我們的期待沒有達到，剛才我講的是比較含蓄，各位看到會議資料第 94 頁，真的有效果的，做了快 2 年，有效果就是第 1 項，經介入管理後已非代謝症候群患者有 1,011 人，勉強還可以解釋說好像管理之後有改善，但 14.3% 的占率是針對結案人數的 7,000 多人，我們不要用 16 萬多收案人數來看，用第 1 年的結案人數看的話，那個百分比也是很低，所以應該要有個實質的分析結果，談 114 年的總額預算應該比較好溝通，我提這點建議。

盧主任委員瑞芬：李委員剛才提到的收案人數重複的部分，簡報數字也有呈現，我想這個部分真的要好好的檢討一下，我們每年評核專案非常多，評核上面其實都有一些困難度，如果相同的部分可以整併，避免重複收案，就是同樣的事情 2 個地方在做，也可以減少你們後續處理的困難度。

本案就洽悉，委員所提的意見，包括後續的書面意見就請健保署研參，謝謝，我們現在進行下個案子。

劉委員淑瓊會後書面意見：

- 1.請委員參考：會議資料 107、108 頁。即簡報 16~18 頁的「成效評估」節次。
- 2.首先，代謝計畫收案個案約 16 萬人，其中 10 萬人與家醫計畫收案會員重疊(65%)，收案重疊率高也可能造成醫療資源浪費，像是個案管理、院所行政流程等，建議應整併。

3.其次，簡報第 17、18 頁的目標值與標準值，醫改會幕僚有跟健保署確認，這裡 3 組指的是「(代謝計畫)整體」、「(代謝會員)同時為家醫會員」與「(代謝會員)非家醫會員」。可以看得出來代謝會員同時也是家醫會員的組別表現最為優良，反而是單純為代謝會員、非家醫會員的病人，表現並不突出。這裡更凸顯代謝計畫可能有與家醫計畫整併的潛力。

4.最後，在代謝計畫實施後，有民眾向我們反應他的「使用經驗」，醫改會把它整理成 1 項優勢、2 項挑戰：

(1)優勢：代謝計畫提供機會，讓民眾可規律處理高血壓、高血脂情形。

(2)挑戰：「健保轉移自費」。民眾跟我們說，評估收案當天，醫師跟他告知：這項計畫跟他平常就醫的區別是：「健保提供他每年 3 次的免費抽血檢查，讓他可以瞭解跟三高有關的數字。」並同時詢問病人「因為現代人生活忙碌，有些人覺得要控制這、控制那很不容易，用藥也是安全可靠的方法。是不是要考慮加做甲狀腺功能的血液檢查，若資格符合，就可以來參加院所的減重門診，可以安全地用『瘦瘦筆(註：善纖達，一種用來抑制食慾的藥品，原本是用來控制糖尿病)』來減重。」病人剛好有聽說市面上瘦瘦筆的廣告，所以就問醫師參加減重門診的費用，醫師則回答：「減重門診是全自費的，每次門診約 2,700 元，前期每周回診，後期頻率會拉長。瘦瘦筆的藥費則是要另外算。」民眾最後考量費用高昂，沒有加入減重門重，醫師也沒有再作詢問。醫改會擔憂的是，代謝計畫希望，透過院所指導，促成生活習慣、健康行為的改變，但若民眾不清楚用藥利弊與自費需要，會不會反而容易失去計畫宗旨？若是生活習慣沒有改變，3 年後復胖、5 年後復胖，會不會又讓民眾陷入惡性循環？

(3)挑戰：「衛教只做一半」。目前據健康署的調查，衛教指導率達 99%、運動指導、營養指導等都有高達 85.8%至 99.0%。但

民眾跟我們反應，他在診間衛教的實際情況，他認為醫師跟他講解三高與慢性疾病的關聯性，這部分很好。但醫師也鼓勵他「多做有氧運動」與「少吃蛋黃與紅肉」，這位民眾說，少吃多運動他是知道的，但他覺得很困難。以運動指導來說，他更希望醫師給他一些建議，像是他不喜歡跑步，但要做什麼其他運動合適？購買重訓課程有沒有幫助？運動完會肚子餓，要怎麼吃？

(4)營養指導來說，這位民眾在離開診間後，又爬了一些網路文章與影片，他跟我們分享：有些醫療團隊特別說，蛋黃與紅肉減量是過時的知識，減少澱粉、精緻糖分的攝取才更關鍵。營養知識像是各方的飲食套路，也是五花八門，從低碳飲食、高碳飲食、生酮飲食、得舒飲食、地中海飲食等，其中也不乏彼此矛盾的作法(低碳 vs. 高碳)，乃至 1212 斷食法、168 斷食法、1410 斷食法、隔日斷食法等，從血液檢查的結果來說，到底哪個適合自己、也可以安全的減重？

(5)醫改會參考了一些優秀院所的建議，也曾訪談過宜蘭愛胰協會，這些衛教、教導民眾自我管理的先進，都特別強調一點：要協助民眾辨識「有問題的」生活習慣，或三高服藥的困境等，再來擬訂能夠改善民眾生活習慣的目標與計畫，比較容易讓民眾有參與感、成就感，才會成功。編寫在代謝計畫的「照護流程與指導手冊」中，運動指導強調「運動類型與頻率」，營養指導強調「認識食物營養素」、「認識餐盤」等，重點是不是表格填寫而已，而是醫師或團隊與病人共同參與、討論，擬訂改善健康的目標，不再是單方面建議。這些若未能落實，也甚為可惜。

5.我們希望健保署、健康署應該通盤思考「代謝計畫」的未來，並且重視收案、施行上有困難的診所，以及分析其困境，擬訂有效的改善方案。

陸、報告事項第二案「『在宅急症照護試辦計畫』之具體實施方案及照護成效監測指標(含照護品質及替代醫院費用情形)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

黃科長怡娟報告：略。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請幕僚補充說明。

陳組長燕鈴：請翻到會議資料第 115 頁，簡要說明一下，這個專案報告是 113 年其他預算新增的在宅急症照護試辦計畫，預算是 2 億元，決定事項要求健保署訂定具體的實施方案，包含參與院所條件、資格認定，及照護成效監測指標、替代醫院費用情形等，所以於這次委員會議提出報告。

請看到會議資料第 117 頁，剛剛健保署已經詳細報告整個計畫的內容，因時間因素，請委員看會議資料第 117 頁的本會研析意見。健保署報告的內容其實已經擬訂具體的實施計畫，包含本會要求的項目，所以我們覺得該有的計畫內容都已經涵蓋，不過因為這個計畫是首次給付在宅急症治療的新興照護模式，也還沒有實施，會在 7 月 1 日實施，所以我們建議健保署後續監測下列執行情形，逐步精進照護模式。

有關於病人安全、治療品質，跟成效，因為在宅是替代住院服務，涉及病人照護的場所跟醫療服務提供方式的改變，在總額協商的時候，委員會特別關切病人安全、照護品質跟成本效益的問題，所以我們建議健保署持續監測執行情形跟照護結果，滾動檢討這個計畫執行的內容。

有關於協定事項要去評估替代醫院費用情形的部分，健保署是有先粗估一下，推估每件費用大概是住院費用的 7 到 9 成，因為這個計畫是在讓資源有效運用，目前其實還沒有實施，剛才那個資料是推估，沒有實際的資料，所以我們也建議健保署，如果有實際資料的時候，就要實際去估算這個急症照護替代住院費用的情形，然後能夠持續蒐集跟分析，以利未來總額協商的參考，以上說明。

盧主任委員瑞芬：接著請李永振委員、林文德委員、滕西華委員發言。

李委員永振：我有 3 點請教。

第 1 點，在會議資料第 114 頁有個財務影響評估，我們只看到這 3 類的費用範圍，並沒看到整體的具體內容。

第 2 點，受惠人數約 5,400 人，依照會議資料第 124、125 頁第 14 張跟第 15 張投影片，各類情況有不一樣的醫療費用金額，但是健保署都是用最高去推估，以 9 項裡面最高的每件醫療費用 6.4 萬點去推估人數，照理講你應該照你列出來那麼細的東西去推估，再配合剛才提到過每一類的費用範圍，這樣才能估出各類的財務真正的影響情況是怎樣，我的看法是這樣。

第 3 點的話，提到本計畫每件醫療費用約住院費用的 7 到 9 成，急診個案的話，兩者費用就差不多，這樣整個看起來應該是會省錢，醫療費用應該不會增加，那我們為什麼又要投入 2 億元呢？看到這些資料，應該會讓人家產生懷疑。所以這個部分是不是可以在編明年預算時，應該明年會繼續，比照剛才講的一樣，在那個時候如果有繼續的話應該把他詳細列出來，這樣可能會比較有說服力。

另外還有 1 點建議，在會議資料第 124 頁第 13 張投影片這邊有提到，死亡為結案條件之一，這個點子很好，就是為了促進在地老化及善終的願景，這邊建請有效去追蹤，據實量化深入分析以補足臺灣居家在宅醫療照護的最後一塊版圖，真的是善終，功德無量，這一點建議，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請林文德委員。

林委員文德：謝謝健保署事先就做了很好的模擬跟試算，讓我們大概瞭解整個計畫的成效，我想提的是獎勵部分，實際上不同的照護族群的費用結構不太一樣，尤其是急診的話，可能嚴重度或是病人的一些特性，是跟其他居家、機構的是不一樣的，如果是用同樣標準計算，就是說它的結餘，然後要獎勵的話，那急診個案可能就獎勵不到，所以其實還是要做一些嚴重度的校正，來做每個案件的基本

點數，就是說獎勵的計算基礎，可能會比較公平一點，這是第 1 個。

第 2 個，我也是要 echo 剛剛李永振委員講的，就是說，其實像這個方案是有替代效果，原本是要去住院，現在沒有住院，改用居家方式照護，事實上是替代了原本要花的住院費用，就跟新藥一樣，新藥都會有個 80% 的替代率去計算，我不知道為什麼其他的一些計畫都沒有用替代這個概念，等於說我們花了這個錢、省掉住院費用，我們住院的預算還是繼續再給，所以這替代的部分是不是有可能稍微估算一下？因為這跟執行成效要不要回饋總額的概念是不太一樣的，就是我們做了一些事情然後有一些成效，比如說我們減少了住院、減少了一些急診，或是減少了什麼，品質的一個改善得到成效，這個要回饋到總額是有爭議的，但是這個是明顯的一個替代方案，替代原本住院的一個作法，所以不曉得有沒有可能把替代率考慮進來，後續在協商預算的時候，可以放進來讓我們做為協商的參考，以上。

盧主任委員瑞芬：請滕西華委員。

滕委員西華：時間的關係我說快一點。關於費用替代的部分，我的意見其實跟前面 2 位委員意見一樣，因為其實在中醫跟牙醫，我們從一般服務改列專案項目的時候，都有針對重複給付的部分，從一般服務基期減列移轉到專款，但是這個方案並沒有，不管它是不是替代一部分的照護，其實費用已經都在總額裡面，也都算成長率，我覺得這個部分可能要再算一下這中間的金額有多少，這是一個非常好的方案，我們也應該要做，但是在費用的計算其實應該要更精準，這是第 1 個，而且有內生性的問題，假如你沒把它移列的話，它的內生性也會產生問題。

第 2 個問題是在給付的部分，在目標天數裡面，我們只有規定病人結案後 14 日內轉急診或住院，是沒有支付獎勵金，但是如果他 14 日後再由居家在宅住院再收案，就是說他是轉一般住院我不給他獎勵金，他如果再收案這件事情，我們怎麼來看待一定天數以內

或多少的天數以內可以再收案。在觀察指標的部分，因為我們在討論監理指標其實有非常多病人安全的指標，但是有可能是因為這個方案先天的限制，因為他是在家住院，所以很多在醫院裡面可以觀察得到、可以評估得到、統計得到，可能都會不足，所以導致我們這邊只有結果面的指標，就是結案後 14 天或 3 天內的轉住院率或急診率，有沒有可能，譬如說，在感染或是其他病人安全上，我們應該要嘗試用一些，因為我們付很多每日的訪視費、醫師訪視費、或是指導費等，應該要反映在這些過程面指標跟病人安全，就剛剛主席講的，我們其實一開始的時候非常在乎病人安全，我們不是把這些病人丟在家裡，而是希望他得到更妥適的照顧，那就不應該只是轉住院率跟轉急診率，我覺得我們付的錢應該要有過程面的指標可以看。

再來就是，其實做一些分析的時候，我也建議健保署應該要觀測幾個指標，第 1 個，因為我們有分不同的院所，例如有醫學中心、基層等，不同的收案應該有不同的比較；第 2 個，就是我們有機構的、有不在機構的，在機構裡面，原本在機構就有護理人員、有教保員、有照服員，在機構跟在居家的，顯然投入的資源就會不一樣，所以應該要針對這些不同類型的收案對象進行結果比較，到底在機構裡面收的效果怎麼樣，在居家的是怎麼樣、在不同醫療院所層級怎麼樣，還有收案對象有沒有合併使用其他服務，比如說在機構的個案，會有基層醫療院所及中醫都有可能去特約執行不同的總額專案，所以住在機構裡面的個案，很可能會有合併其他專案去配合執行的機會，這個就會跟剛剛前面討論的案子一樣，會導致有些是重複，不應該講重複收案，就是不同的醫療介入的模式裡面，會導致有些人可能得到的服務比較多，會不會就影響結果面的這個指標？這個都是要注意的。

最後一個問題是，在會議資料第 120 頁第 5 張投影片，醫師必須要具專科醫師資格，請問是哪些專科醫師？謝謝。

盧主任委員瑞芬：請吳榮達委員。

吳委員榮達：我現在要討論的是會議資料第 113 頁，第 1 個要請教的是(四)有關照護內容的部分，這裡面有講到 24 小時電話諮詢，我想請教這個電話諮詢是醫療院所相關人員，每天主動來做電話的詢問跟諮詢，還是被動的在病患有狀況的情況之下來做諮詢？其實我應該是再回頭來再請教一下，就是說這個計畫裡面是不是有更詳細的計畫內容，因為我看起來還不夠詳細，不曉得還有沒有更詳細的資料，如果有的話，請再提供做參考。我現在問的這個問題也就是這個問題，關於 24 小時的電話詢問，到底工作內容的要求，是主動要來做還是被動來做？

第 2 個請教也是(四)的第 2 點，因為這邊有講到說醫師未能執行實地訪視的時候，仍應該每日以通訊的方式來追蹤病人病情，我想請教一下，有沒有限制在什麼情況之下，才能夠用通訊的方式來做一個訪視？因為如果沒有做條件上限制的話，是否乾脆就用通訊就好了，不用實地，因為我們既然是替代，儘量能夠到實地去來做訪視，這個應該對於病患或病症的診斷才會更正確一點，這是一點。其次，這樣子以通訊方式的訪視，其給付的點數跟實際上去做實地訪視的點數有沒有相同？因為畢竟不太一樣，如果點數相同的話，那我就儘量選擇用通訊的方式來做訪視就好了，這也是個問題。這是第 1 點。

第 2 點是有關於(五)給付项目的部分，我想大概每日支付跟論次支付，應該可以重複來做請求，不曉得我有沒有理解錯，我想應該是可以，對於每日醫療費用的部分，每日支付的部分，因為我們細節上看不到，醫療院所收了健保給付的每日支付點數，到底他要做哪些事情？照護的內容到底是哪一些？是不是也應該讓我們來做一個瞭解。

再來是有關論次支付的部分，論次的部分，所謂的緊急訪視費大概 2,632 點到 3,106 點，這個有沒有包括差旅費？因為我們還有一些交通費，這個交通費是已經涵蓋在這裡面了，如果交通費沒有涵蓋在這裡面的話，醫療院所是否會依距離遠近而做選擇？對於距離較遠的病患，有需求的部分是不是就會被捨棄掉了，這也是一個考

量。此外，一天或半天的緊急訪視，有沒有對需要緊急訪視的病人有所限制？因為這涉及醫療品質的問題。還有訪視費是不是依據病人人數計算，看起來細節好像不是很清楚。再來是有關獎勵金的部分，我實在看不懂回饋獎勵金的這段話，可能我的理解能力比較差一點吧，看了半天還是看不太懂，可能還要請健保署再說明，請教以上問題，謝謝。

盧主任委員瑞芬：現在請最後一位委員，林綉珠委員。

林委員綉珠：謝謝主席及各位委員，我非常贊同各位委員剛剛提的這些問題，因為都是非常實務的事情，我要提的第一個部分就是，針對肺炎、尿路感染及軟組織感染，如果是居家個案，我不曉得怎麼樣去確認符合當時的條件，也就是說病人如果有發燒，我量了之後知道有發燒，可是如何確定一定就是肺炎？在診斷當中，是不是醫師在現場認為是肺炎，就算是肺炎？認為是尿路感染，就算是尿路感染？因為這3個疾病的診斷都需要有相當的 evidence 才能夠佐證的，可是現在看起來病人在居家的時候，只要有醫師確認就可以，我不曉得是不是需要有更明確的 data 來 support。

第2個部分就是剛剛滕委員提到的，醫事人員的訓練中，專科醫師是指哪些專科醫師，那我也要問為什麼只有護理人員、藥事人員及呼吸治療師需要在參與在宅急症照護試辦計畫起1年內完成相關專業訓練？剛剛提到的是 level 3 長照課程，事實上現在的長照課程與目前醫事人員課程受訓的人非常非常的扞格不入，就是蠻多的問題，既然是把病人設定像是在醫院的疾病照顧，那為什麼這些人員除了接受4小時課程，還要特別另外受過 level 3 的課程？這是我比較質疑的部分。而且如果是屬於長照，應該由長照那邊處理，而不是說醫療及長照兩邊都要求這些人員受相關的訓練，以上。

盧主任委員瑞芬：請健保署回應，我知道已經超過時間，所以請儘快。

劉組長林義：我趕快簡單講一下，第1個，在宅急症照護試辦計畫的詳細內容的確已經公布在網路上，因為7月1日就要實施，所以院

所都可以從網路上得知，裡面的內容就包含剛才委員講的肺炎、尿路感染及軟組織感染到底怎麼界定，當然肺炎、尿路感染及軟組織感染都有一定的適應症，而且適應症也不是只有符合一項就好，比如說肺炎有列 4 大項，臨床症狀、實驗室檢查、影像學檢查、細菌抹片或培養報告，至少要符合其中 3 項，在計畫裡面都有載明。第 2 個，24 小時電話諮詢，因為護理人員每天都會去，但我們怕說臨時發生狀況，所以才會要求參加的院所要設置 24 小時電話諮詢，是讓家屬來打的。

再來是醫師巡視的次數，我們有規定醫師應於收案的 3 天內完成 1 次親自訪視，而且結案的時候也要親自訪視 1 次，這期間護理人員每天都要去，這期間醫師想去還是可以去，假如醫師有事要忙也可以透過通訊方式，因為護理人員都會去，所以訊息都要帶回來給醫師，通訊方式就是我們同仁剛剛講的，依照通訊診察治療辦法用視訊的方式，請大家參閱會議資料第 121 頁投影片第 8 張，整個的給付是包裹式，論日計酬就是所有醫療費用都包在一起，就是給一個每天的 package。論次計酬就是除了這個 package 以外，像緊急訪視就沒有含在這個 package 裡面，誰可以去？醫師可以去、護理人員也可以去、藥師也可以去，就是醫師覺得有需要就可以指派人去。

剛才委員提到為什麼教育訓練要與長照連接，HaH^(註)的後端就是長照，所以一定要求要跟長照連接，至於要接受哪些訓練，我們都有跟相關公會討論過，有的部分是公會要求參加的人要接受那些教育訓練。剛才有委員提到會議資料第 123 頁投影片第 12 張的這些指標，以後分析的時候，要分不同層級或不同的機構及居家，這部分我們會照辦。

關於委員看不懂回饋金的部分，請委員參閱會議資料第 122 頁投影片第 9 張，肺炎、尿路感染及軟組織感染都有訂一個目標天數，理論上這些病在 9 天內應該要完治，我們有考慮到病情嚴重的，我們也鼓勵院所收治病情嚴重的，所以有訂一個上限天數。理論上都是用目標天數，所以就牽涉到下面的回饋金怎麼辦，比如說肺炎的

目標天數是 9 天，但是院所照顧得很好，7 天就結案了，剩下那 2 天所節省的錢，其中的 8 成就會回饋給院所，回饋金是這樣子的概念。

會議資料第 124 頁投影片第 14 張財務影響是大家所關心的，因為費用只來自 2 個部分，最大部分是其他預算編了 2 億元，早上滕委員提到整個南區醫院都在做在宅急症照護是不可能的，因為經費只有 2 億元，所以我們目前做的是醫療院所向分區提出申請，分區要擇優，分區要怎麼擇優？因為這些院所都是之前有做過居家照護的，做得好的院所才能推薦它再來做在宅急症照護，這個就是居家 2.0。因為現在也不曉得有沒有院所來做，會不會有民眾願意做，住院部分負擔 10%、居家 5%，所以在宅急症照護部分負擔就盡量比照居家，這是對民眾的部分，可是我們也很重視剛剛提到會不會有感染等問題，所以剛開始試辦會非常謹慎，是採用擇優，不可能所有醫院都可以來參加，也沒這麼多經費，我們是用預算去除以每件醫療費用，其他預算 2 億元大概只能做 3,000 件，醫院總額預算只有 1.5 億元，大概只能做 2,000 件，加起來就是 5,000 件。會不會有 5,000 件，我們也還在看，因為公告到現在，目前只有 2 家診所來申請，所以這個後續再看看。如果之後有成效，我們會提供數據給大家當作總額協商的參考，以上快速補充。

註：HaH (Hospital at Home model, 在宅住院模式)

盧主任委員瑞芬：針對這個案子……王惠玄委員，時間超過囉。

王委員惠玄：不好意思，我有一個程序的疑惑，這個是去年總額協商的時候還沒有具體實施計畫，我記得都要有一個具體實施計畫，但是我現在看起來是 5 月 24 日已經公告 7 月 1 日實施，所以我們今天提了很多意見，事實上是不可能去改公告，對吧？

劉組長林義：對，作為後續滾動檢討的參考。

王委員惠玄：後續是指明年嗎？

劉組長林義：對。

盧主任委員瑞芬：其實我在王委員發言之前也是有這個疑問，我覺得

委員其實都很關心這個新案子，因為是去年總額協商新加的，在這種情況下，我們會希望健保署先把案子提到本會讓委員知道，委員提出的意見可以列入計畫內容參考，你們不一定會用，但是在已經公告再來跟我們講，有一點太晚了，我們這些意見就只能明年再來參考，麻煩以後健保署在公告之前，先提到本會聽聽委員的意見，這畢竟是健保會委員的職責所在。本案洽悉。委員所提意見，包含會後書面意見，請健保署研參。

柒、報告事項第三案「中央健康保險署『113年5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

盧主任委員瑞芬：報告事項第三案是5月份全民健康保險業務執行報告，但是健保署這次沒有提供書面報告，請問劉組長最快什麼時候可以提供書面報告給我們？因為你們已經晚一個星期了，什麼時候可以給我們？

劉組長林義：企劃組.....

盧主任委員瑞芬：什麼時候可以？不可能等到下個月。什麼時候可以給我們？

吳專員箴：下星期可以嗎？

盧主任委員瑞芬：下星期幾？因為其實你們已經晚一個星期了。

滕委員西華：就下星期三，原訂會議下星期三。

盧主任委員瑞芬：原訂會議下星期三，今天就應該給我們書面報告。

周執行秘書淑婉：今天就應該要寄出來了。

滕委員西華：委員會議原訂是下星期三。

周執行秘書淑婉：資料要先給我們寄給委員，所以應該是今天。

盧主任委員瑞芬：一個星期前要先給我們，理論上書面報告今天就要先給我們，來不及寄而已。

滕委員西華：主席，我想在這邊提一個臨時的要求，因為今天立法院朝野協商又沒有達成共識，相關法條將送至院會，由立法院長韓國瑜舉行院會級協商討論，如果協商又不成的話，就直接逕付二、三讀表決，就跟國會改革法案一樣，所以針對健保法第62條條文修正草案，就是保障健保點值案，請健保署說明官方意見，請健保署將官方的意見寫在.....

盧主任委員瑞芬：下一次的業務執行書面報告裡面。

滕委員西華：對，謝謝。

盧主任委員瑞芬：健保署你們的.....

劉組長林義：修法是衛福部的.....

滕委員西華：修法是衛福部的，但都是你們署長在接受媒體訪問，雖應該是要部長，但這件事情是你們署長替代部長說明健保法第 62 條，不然社保司也要說明。

劉委員玉娟：又不是我們被訪問....

滕委員西華：這是政策意見，所以要補充，你們署長不要只對媒體講，也要對我們講。

盧主任委員瑞芬：這算是臨時動議還是針對本案？

滕委員西華：業務報告都有近期重點工作。

盧主任委員瑞芬：李永振委員，我們已經超過 10 分鐘，你現在.....

李委員永振：我簡單提一下這個訊息，是主委有提到過，6 月 5 日有一個報導提供給委員參考，也要請教健保署，因為最近罕病的議題很夯，6 月 5 日自由時報 B8 版的標題寫「1 劑 4,900 萬！救罕病 2 月嬰兒」，因為只有 2 個月，所以是健保最小的病例，去年我們就一直很 care SMA^(註)的藥費，我從路透社聽到 2 個消息，我不曉得正確性，所以要請教健保署，第 1 個，這是同一個家庭，去年是 6 個月的嬰兒打了 1 針，這個不曉得是弟弟還妹妹，報導沒寫，今年又有 1 個嬰兒也打了一針，所以健保共花了 9,800 萬元藥費在這個家庭上面。另外一個更糟糕的是，她產檢發現孩子有問題但還是生下來，這個我就很不解了，如果是這個樣子，我不知道是不是我多慮了，但對小孩子也不公平，而且我們不是一直喊健保財務很窮困嗎？安全準備金已經快要低於 1 個月保險給付支出，這樣花好嗎？有沒有什麼方法？要請教健保署這 2 點。

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

盧主任委員瑞芬：因為這些都是屬於健保業務的執行，請問健保署下星期幾可以提供書面報告給我們？還有委員剛才口頭的質詢也一併回應，下星期幾可以給我們書面報告？

劉組長林義：下星期三。

盧主任委員瑞芬：那就下星期三以前提供 113 年 5 月份全民健康保險業務執行報告(書面報告)給我們，委員看了之後如果有任何意見，

會將委員的書面意見轉給健保署。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 13 分鐘。

滕委員西華會後書面意見：有關健保業務執行報告「表 5-2 收支餘絀情形表」中，雖已提供「收回呆帳」累計實際數，為瞭解呆帳催繳收回情形，建議未來參考表 6-2 編製呆帳催繳收回統計表，以利業務監理。

(註：計算公式可參考，分子為投保單位及保險對象本年度之呆帳收回數，分母為投保單位及保險對象本年度期初應收呆帳累計數)

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

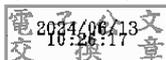
地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：吳箴
聯絡電話：02-27065866 分機：2531
傳真：02-27029964
電子郵件：a111158@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年6月13日
發文字號：健保企字第1130681534號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：有關貴會113年6月19日第6屆113年第5次委員會議，因本署石崇良署長應邀出席「2024在宅急症照護國際研討會」，故不克列席，委請龐一鳴副署長代表，敬請諒察。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本： 2024/06/13 16:26:17 電子公文交換章

3.06.13



1133340158