

衛生福利部全民健康保險會
第6屆113年第6次委員會議事錄

中華民國113年7月30日

衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第6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7月30日上午9時30分(本次會議原訂7月24日召開，
因受凱米颱風影響，延期至7月30日，並以實體併同視訊方式辦理)

方式及地點：實體會議(本部 301 會議室)、視訊會議(使用 Webex 線上會議系統)

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：馬文娟、張琬雅

出席委員：(出席委員依姓名筆劃排序，*為參與視訊會議者)

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(中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠代理)*、李委員永振、李委員飛鵬(台灣醫院協會廖秘書長振成代理)*、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(台灣總工會張秘書長鈺民代理)、侯委員俊良(中華民國全國教師會王主任英倩代理)*、張委員清田*、陳委員石池*、陳委員杰*、陳委員相國*、陳委員節如*、陳委員鴻文*、游委員宏生、黃委員小娟*、黃委員金舜*、楊委員玉琦*、楊委員芸蘋*、董委員正宗*、詹委員永兆、劉委員玉娟、劉委員守仁*、滕委員西華*、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉*、鄭委員素華*、謝委員佳宜*、韓委員幸紋

請假委員：王委員惠玄、劉委員淑瓊

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11頁)

貳、議程確認：(詳附錄第11~14頁)

決定：確認。

參、確認上次(第5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15~34頁)

決定：

一、上次(第5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2項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共1項，同意繼續追蹤。

二、請中央健康保險署及各總額部門遵循衛生福利部114年度健保政策目標，及早研擬年度總額協商草案，並依114年度總額協商程序提供資料，如期提送本會。

三、114年度各部門總額協商順序抽籤結果(如附件一)依序為：醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診總額，其中門診透析安排在醫院總額協商場次之後，最後為其他預算，本會將據以安排總額協商會議細部議程，提下次委員會議報告。

四、請中央健康保險署會同各總額部門相關團體，儘速辦理113年度總額核(決)定事項未完成之工作項目(如附件二)，其中10項須於114年度總額協商前提出節流效益並納入總額預算財源考量，請務必依限提出。

五、有關113年度牙醫門診總額「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」之指標1(註)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體於114年7月評核113年度總額執行成果時，提出合理之比較基準。

註：指標1為「降低使用抗凝血劑病人牙科處置後24小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率」。

六、重申請委員務必遵守獲聘時已簽署之會議資料保密切結書，於會前對會議資料善盡保密義務，且不得提供代表團體以外之第三人的規範。

七、餘洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第35~56頁)

提案單位：中央健康保險署

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

決議：

一、本次提請確認之項目計2項，討論結果如下：

(一)西醫基層總額一般服務項目「提升國人視力照護品質」之具體實施方案，委員所提意見，提供中央健康保險署修正參考。

(二)醫院總額專款項目「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」之具體實施方案，委員所提意見，提供中央健康保險署修正及衛生福利部核定參考，並請以書面具體回復及於核定後副知本會。

二、依總額核(決)定事項需提本會同意或確認之計畫/方案，請中央健康保險署確實依程序先經本會討論後，再辦理後續公告事宜。

陸、報告事項(詳附錄第57~79頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：113年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目(含須於113年7月提報項目及預算扣減方式之規劃)，請鑒察。

決定：

一、請中央健康保險署參考委員所提意見及本會補充說明，辦理下列事項：

- (一)儘速完成中醫門診總額專款項目「照護機構中醫醫療照護方案」之預算扣減方式規劃，並參考委員意見研議調整一般服務項目「中醫利用新增人口」扣減方式之就醫人數定義。最遲於113年12月份委員會議將規劃、研議結果提報本會。
- (二)於114年3月份委員會議提報本案預算扣減方式之執行結果，作為115年度總額協商參考。
- (三)研議114年度中醫門診總額協商草案時，妥善處理「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」是否退場之相關事宜。
- (四)會同門診透析服務相關團體密切監測腹膜透析病人照護品質及健康結果，持續評估「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」專款項目執行成效。

二、餘洽悉。

第二案

報告單位：本會第三組

案由：各總額部門112年度執行成果評核結果，請鑒察。

決定：

- 一、各總額部門112年度評核結果及114年度「品質保證保留款」專款之獎勵成長率如下：

總額別	牙醫門診	醫院	中醫門診	西醫基層
獎勵成長率	0.2%(優)	0.2%(優)	0.1%(良)	0.1%(良)

- 二、請中央健康保險署及各總額部門承辦團體依評核委員所提精進作為之建議辦理下列事項：

- (一)涉及114年度總額協商項目部分，請務必納入114年度總額協商草案回應說明。
- (二)作為未來規劃健保制度及總額預算執行參據，並於

114年評核報告提出參採情形說明。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：113年6月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署回復說明。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午13時02分。

114 年度各部門總額協商順序抽籤結果

抽籤日期：113 年 7 月 30 日(健保會 113 年第 6 次委員會議)

協商順序	總額部門別	簽名
1	醫院	周永玲
2	西醫基層	周永玲
3	中醫門診	詹永兆
4	牙醫門診	江錫仁

註：1. 本次會議為實體及視訊併行，醫院及西醫基層總額部門代表委員視訊與會，依 114 年度總額協商程序，由本會執行秘書於會上代為抽籤。

2. 依 114 年度總額協商程序規定，門診透析協商場次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；最後協商場次為其他預算。

附表1、113年度各部門總額核(決)定事項未依時程完成之工作項目

部門別 / 未完成項目 (應完成期限)		依程序辦理，並知本會 (113年1月前)	相關辦法，並本會 (113年8月)	經本會、或向本會 (113年8月前)	提報113年執行情形/執行結果納入總額協商參考 (113年7月前)
牙醫門診總額					
1	癌症治療品質改善計畫 ※請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算★				項次 20(2)
醫院總額					
1	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 ※依本會112年第11次委員會議決定事項，請將112年度總額決定事項「檢討計畫之評估指標(含結果面指標)，呈現計畫之具體效益」納入113年度精進計畫內容辦理	項次 4(2)			
2	地區醫院全人全社區照護計畫 ※提報113年初步執行情形				項次 52
3	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) ※對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估				項次 27(2)
4	C型肝炎藥費 ※於協商114年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一★				項次 31(2)
5	精神科長效針劑藥費 ※決定事項：請積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用				項次 43
6	癌症治療品質改善計畫 ※請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算★				項次 48(2)
7	慢性傳染病照護品質計畫 ※執行成效之節流效益應適度回饋總額預算★				項次 49(2)

部門別 / 未完成項目 (應完成期限)		依程序辦理，並本會 (113年1月前)	相關，知本 (113年8月)	經、或會 (113年7月前)	提報113年 執行情形/ 執行結果納 入總額協商 參考 (113年7 月前)
西醫基層總額					
1	提升國人視力照護品質 ※請檢討放寬白內障手術規範後，案件成長之合理性，及監測照護成效與民眾自費情形，並加強執行面管理與監督				項次 26
2	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) ※對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估				項次 21(2)
3	C型肝炎藥費 ※於協商114年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一★				項次 30(2)
4	強化基層照護能力及「開放表別」項目 ※建立評估機制，檢討各開放項目執行差異因素及其適當性，對於執行占率較高、有助病人留在基層就醫之開放品項，應規劃導入一般服務之時程				項次 32
5	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫				項次 34
6	精神科長效針劑藥費 ※請積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用				項次 40
7	癌症治療品質改善計畫 ※請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算★				項次 43(2)
8	慢性傳染病照護品質計畫 ※執行成效之節流效益應適度回饋總額預算★				項次 44(2)

部門別 / 未完成項目 (應完成期限)		依程序辦理，並知會副會 (113年1月前)	需經本會、或會 本同確向報 (113年8月)	提報113年 執行情形/ 執行結果納 入總額協商 參考 (113年7月前)
其他預算				
1	居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務 ※持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)	項次 2(1)		
2	推動促進醫療體系整合計畫 ※依本會 112 年第 11 次委員會議決定事項，請將 112 年度總額協定事項「『急性後期整合照護計畫』支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性」納入 113 年度檢討計畫執行內容辦理	項次 3(2)		
3	提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」) ※「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」(含四部門總額之「網路頻寬補助費用」)，請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提本會報告 ※於協商 114 年度總額前檢討實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源★		項次 10	
4	支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費 ※於協商 114 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一★			項次 16(2)
5	提升保險服務成效 ※於協商 114 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源★			項次 22(2)

註：註記★之項目，請健保署於協商114年度總額前，提出節流效益並納入114年度總額預算財源考量，以利總額協商。

附表2、113年度各部門總額核(決)定事項尚待完成之工作項目

部門別 / 未完成項目 (應完成期限)		提報 113 年執行情形/執行結果納入總額協商參考 (114年7月)
牙醫門診總額		
1	<p>超音波根管沖洗計畫</p> <p>※請於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源 (依 113 年第 1 次委員會議(113.1.24)決定，於 114 年 7 月提出量化之執行結果)</p>	項次17(2)
2	<p>高風險疾病口腔照護計畫</p> <p>※於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源 (依 113 年第 2 次(113.3.13)、第 3 次(113.4.24)委員會議決定，於 114 年 7 月提出量化之執行結果)</p>	項次18(2)

第6屆113年第6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 5 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉：報告主委、各位委員，還有線上的委員，大家早安！現在的時間已經到委員會議開會時間 9 點半，現場與線上委員人數已經過半，可以開始今天的會議。

開會之前先向各位委員說明，本次委員會議原訂在上週三 7 月 24 日舉行，因為適逢颱風停班 2 天，延期到今天舉行，考慮委員可能已經有既定行程，視訊相對比較彈性，所以改成實體與視訊併行的方式進行，謝謝委員配合，造成不便也特別說聲道歉。

目前實體有 13 位委員，視訊有 24 位委員，以及 2 位委員請假，委員會議可以開始，先請主席致詞。

盧主任委員瑞芬：各位委員好，線上與現場的委員，中南部災情比較嚴重，也希望各位委員保重，就開始今天的會議。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主席、各位委員，這次的議程安排，計有討論事項一案，是 113 年總額續提本會確認案，包括西醫基層與醫院總額各 1 項，在補充資料內容裡面，主要是「提升國人視力照護品質」、「地區醫院全人全社區照護計畫」等方案。

報告事項三案，都是按照年度工作計畫排定，第一案是依照 113 年總額決定事項須提本會報告案，第二案是 112 年的評核結果案。

另外提醒委員，等一下發言順序，因為今天是實體與視訊會議同時進行，所以建議發言順序優先由現場委員發言之後，再請視訊委員舉手發言，以上。

盧主任委員瑞芬：請問各位委員對於議程有沒有意見？請李永振委員。

李委員永振：主席、各位委員，大家早！提 1 個建議，以前委員會議曾經提到如果協商沒有達成共識，部核定的事項，若要提會請付費者代表確認，在邏輯上感覺怪怪的，因為既然不是付費者想買的，

是部核下來卻要求提到本會確認，真的不曉得要怎麼確認？上次曾經提到過，但沒有做成結論。

今天剛好討論事項的 2 項方案協商都沒有達成共識，本會要不要討論？提出來請大家斟酌看看，在邏輯上會比較合情理，不然付費者在買東西時，最後給的不是我們要的，卻又再提出來要我們看看要不要買？如果已經要買了，確認核定就買了。但本來沒要買，又再提出來要求確認是不是要買的東西？邏輯上很奇怪，特別提出來給大家斟酌考量。

盧主任委員瑞芬：好，不曉得其他委員針對李永振委員所提是否要表示意見？李委員的意思是，這次提出來的討論事項，都是當時沒有在付費者版本上面的項目，就是原本付費者表達沒有要買，現在卻要拿來討論，在邏輯上有沒有怪怪的？

先聽聽看其他委員有沒有意見，請朱益宏委員。

朱委員益宏：李永振委員這個提案當然有他的道理，個人是支持，但是不是要用委員會議的決議來處理，也未必需要。在協商的時候，付費者的意見可以列在上面加以註明，最後既然是部長的裁量，部長要交給誰決定就是回歸到部長的裁量，就算委員會議有決議，部長說還是要聽聽本會委員意見的話，我覺得也要尊重部長的意思。但是如果付費者認為這個不應該再交由本會確認，我覺得在協商的時候可以一開始就將付費者的意見敘明給部長參考。

盧主任委員瑞芬：朱益宏委員表達他的意見，其他委員有沒有意見？有關李永振委員的意見，個人認為當總額協商結果採兩案併陳的時候，就是由部長來裁，部長裁了就表示部長要負行政或政治責任，如果部長裁的結果不是付費者版本的內容，如果不提會確認的話，我們就失去監督的功能，健保會起碼還是要有監督的功能，有一個 check and balance 的功能，即使付費者不同意的項目，可是部長有他政治或行政的考量，既然他決定了，依法就要尊重，因為兩案併陳時就要有人決定，部長決定要承擔這個責任，他決定了，本會還是要行使監督之責，所以提到委員會討論還是合理的，否則以後會

出現什麼現象，就是付費者不同意的項目，部裡核定了而且也不用提會，這樣本會就完全沒有辦法監督，這對付費者來說，更沒有發言機會，整個健保會的功能其實就是一個監督的功能，不管這個決定是不是付費者同意的，都必須尊重最後做決定的人，那就是部長，所以建議最後還是應該要提會討論。

李委員永振：可能我的說明不夠精準，主席的裁定我沒有意見，要提會討論我也沒有意見，但我的本意是說，本來付費者想買的東西結果沒有買到，也就是在協商的時候沒有共識，最後的裁定反正是部長的權責我們尊重，我也沒有反對裁下來的結果，但是要把這個項目拿到付費者這裡確認本來不要的東西，要怎麼確認？我的意思是這樣子，我沒辦法確認，因為這個東西不是我心目中的東西，部既然裁下來，OK，就去處理，處理完之後如果要到委員會議進行法定監理職責，OK，但應該要報告案處理還是怎麼樣，不是用這樣確認的方式，還是可以 follow 下去的，像主席說的，後續還是可以進行。但是在邏輯上就是這東西不是付費者要的，如何確認？我要圓的，你給我方的，要怎麼確認？都已經裁定了，問題在不是我要的東西要我怎麼確認，是這個爭議，我的思考點是這樣。

盧主任委員瑞芬：請陳石池委員。

陳委員石池：主席、各位委員，大家早安！確實也沒錯，假設部長已經裁示，就不需要再確認，也不該拿來討論，好像我們要改變施行細節之類的，應該是提會報告就好，除非執行內容需要討論，不然不需要再討論，李永振委員說的沒錯，部長裁示就已經定案了，報告案處理就可以，除非是要針對執行細節討論的話，可以再提會確認，不然也不需要討論，這是我的意見。

盧主任委員瑞芬：其實提會討論的意思就是要聽大家的意見，所以這個程序是要走的，也不要糾結在確認這 2 個字上，當時付費者沒有同意要買，既然已經裁定，在執行的過程中，付費者或醫療提供者兩方都有意見要來表達時，就利用討論案來做成一個決議，希望是有共識的決議，最起碼這些意見健保署都可以參考，用討論案或報

告案，其實差別不大，差別比較大的是健保署不要公告以後再提來健保會，以報告案來講，公告後再提健保會，委員有意見也沒有用，因為已經公告了；所以比較重要的應該是公告前，不管是討論案或報告案，聽聽委員意見供健保署參考，不要公告後再提健保會，這些意見都無法改變事實，真的是沒有任何用處，這一點反而比較重要。根據李永振委員的意見，我想李委員是表達他的看法，程序上我們還是一樣，只要是部長裁定的，都有經過健保會的確認，所有委員表達的意見給健保署參考。委員如果沒有其他意見，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：請問各位委員對於上次的會議紀錄有沒有意見？如果沒有意見的話，會議紀錄確認，接著進行本會重要業務報告。

貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周執行秘書淑婉：主席、各位委員大家早安，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)依法定諮詢事項決定，本會已將 114 年度總額範圍草案之諮詢結果，在 6 月 26 日書函送請衛福部參考，如附錄一(會議資料第 121~127 頁)。

(二)是上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共有 3 項，依辦理情形，擬建議解除追蹤 2 項，繼續追蹤 1 項，在附表一(會議資料第 22~23 頁)，最後仍依照委員會議議定結果辦理。

請委員參閱會議資料第 22 頁，項次 1，是有關委員對健保署業務執行報告的意見。項次 2，是有關委員對健保法第 62 條修正草案及 SMA(註)藥品的意見，健保署回復說明在會議資料第 28~31 頁，請委員參閱；另外個別委員關切的事項(含書面意見)，健保署回復如附錄二(會議資料第 128~136 頁)。

項次二，是衛福部在 6 月 28 日依照健保法第 60 條將 114 年度總額範圍草案報請行政院核定並副知本會，函報重點摘要：(一)114 年度總額範圍草案之下限與上限金額、基期費用，及成長率低推估與高推估，與上次委員會議的諮詢內容相同，(二)基期、高低推估值、政策目標也是相同；至依法諮詢本會委員之提問及建議重點摘述，與對各界意見回應說明，在會議資料第 156~157 頁，請委員參閱。

項次三，為利各總額部門及健保署及早準備 114 年度總額協商內容，本會作法：(一)本會在 7 月 5 日將 114 年度總額協商程序，送請各總額部門及健保署按照預定時程及早規劃，同時隨函摘錄衛福部函報行政院核定 114 年度總額範圍草案的健保政策目標，作為總額協商草案的擬案參考。提送資料的重要時程：希望 8 月 12 日前提出協商草案，包含各協商項目的詳細內容；8 月 29 日前提送協商草案的最終版本，這一次比較特別，請各總額部門要配合的是上開資料提報時須填具自行檢核表，確認資料的完整性，以利協商。

(二)本會後續在衛福部正式交議總額範圍案後，會儘速轉知各總額部門、健保署及本會委員，也會安排提報最近 1 次委員會議報告，並邀請衛福部派員蒞會說明，以利本會委員瞭解行政院對總額範圍核定情形及政策目標，預計在 8 月份委員會議辦理。

項次四，依照 114 年總額協商程序，本次會議安排四總額部門委員代表進行協商順序的抽籤，因為這次西醫基層及醫院總額部門委員代表都是以視訊方式開會，依照協商程序各總額部門無法派員抽籤時，由我代抽，後續將依抽籤結果安排協商會議的議程。其中門診透析協商場次，依規定安排在醫院或西醫基層抽籤序優先場次後進行，不另外抽籤。為了節省時間，會在會議進行中進行抽籤，並在會議結束前宣布抽籤結果。

項次五，是 7 月 16、17 日完成各總額部門 112 年度執行成果發表暨評核會議，評核結果提報本次會議報告事項第二案。另外為利評核作業，本會同仁編製「全民健康保險各總額部門 112 年度執行成果評核指標摘要」，可提供委員作為年度總額協商參考，放在各位委員桌上，視訊的委員，我們會以郵寄方式送達。

項次六，是有關 113 年度各部門總額核(決)定事項定期追蹤的辦理情形：(一)依照 112 年第 11 次委員會議決定，健保署會在今年 7 月份提報各部門總額核(決)定事項辦理情形；(二)是我們整理的辦理情形如下表，大家可以看到牙醫門診部門有 3 項尚未提報、中醫門診部門已完成、醫院還有 8 項，西醫基層有 9 項，其他預算有 6 項；(三)113 年度總額執行成效將納入 114 年度總額協商量，依健保署提報資料，還有 23 個協商項目尚待依時程完成，其中 10 項需於協商 114 年度總額前，就要提出節流效益並納入總額預算財源，請健保署儘速辦理；(四)是關於本年第 1 次委員會議決議：請健保署評估「牙醫特殊醫療服務計畫」、「高風險疾病口腔照護計畫」2 項專款項目，其與一般服務費用重複或替代情形，在本次會議報告，這部分健保署提報在附件四，經本會檢視健保署提報之評估結果，尚屬合理，請健保署將評估結果列入 114 年度總額協商草案，供協商參考。

項次七，有關健保署 6 月 12 日召開醫院總額研商議事會議決議，函送醫院 2 項專款項目執行內容及支應方式給本會；另外依照本會第 1 次委員會議決定，函送牙醫門診總額 1 項專款的評估指標定義，重點如下：(一)是「因應長新冠照護衍生費用」專款執行內容，這部分請委員參閱，在會議資料第 14 頁，(二)有關「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」高風險族群篩檢疑似陽性個案後續衍生 CT 檢查費用，以醫院總額「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」專款項目支應的部分，本會摘錄的重點說明請委員參閱。(三)關於牙醫門診總額「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」專款項目之預期效益評估指標 1「降低使用抗凝血劑病人牙科處置後 24 小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率」，沒有具體評估方式，健保署已在 7 月 12 日函送操作型定義，但健保署並未提出指標值降低的基準，建議未來能提出合理的比較基準，以利評估後續是否有降低的趨勢。

項次八，是關於保密協定的部分，本會委員會議資料，在沒有上網公開前都必須保密不得對外公開，這個我們其實已經提過很多次，委員在獲聘時也都有簽署「委員會議前提供會議資料保密切結書」，委員會議召開前的會議資料，係屬內部的擬稿或準備作業，符合限制公開或是不予提供的條件，只供委員內部討論代表團體意見之用，另為完善資料寄送的資訊安全，我們在寄送會議資料時也有加密，爰重申資料保密與機敏的重要性，拜託各位委員落實本部資料保密及資安作業，敬請委員配合辦理。

項次九，本會已經完成編製全民健康保險會 112 年版年報，並已寄送給委員參考，歷屆的年報也已放置於本會網站的年報電子書櫃，供各界參閱，請委員廣為宣傳。

項次十，牙全會在 6 月 13、14 日，在台南市及高雄市辦理「113 年度全民健康保險牙醫門診總額參訪活動」，本會委員(含代理人)有 17 位參加；醫全會在 6 月 21 日，在台北市北投區辦理「基層醫療健康照護之現況與未來研討會」，本會委員(含代理人)也有 16 位參加。

項次十一，下次委員會議依照年度工作計畫安排的專案報告主題為網路頻寬補助費用之退場期程規劃及辦理進度，因為本次會議原訂是 7 月 24 日召開，因颱風延期到今天，委員如果有意見的話，請最晚在會後 3 天內向本會提出需請健保署回應或說明的問題。

項次十二，上次委員會議就代謝症候群防治及在宅急症照護等 2 項計畫作為委員關切重要議題之會訊報導主題，已置於本會網頁，請委員轉知所屬團體之會員參閱。

項次十三，衛福部及健保署在 6 月至 7 月發布與副知本會的相關資訊，已在 7 月 17 日寄到各委員電子信箱，詳細內容都在健保署的全球資訊網，以上。

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

盧主任委員瑞芬：請問各位委員對於本會的重要業務報告有沒有意見？請李永振委員。

李委員永振：謝謝主席，在重要業務報告的書面資料裡面，看了之後還有幾點不甚瞭解，請主責單位再進一步說明。第 1 點是在本會重要業務報告的項次二，會議資料第 11 頁有關 114 年度總額範圍草案，裡面有 2 點請教，第 1 個，依照媒體報導及衛福部有序改革健保所提，預防保健的費用要改由公務預算來支應，但草案政策目標裡面仍含在總額內，是不是可以說明一下，這項是明年還沒辦法實施嗎？還是重複了？這是有關於總額範圍草案的第 1 個。

第 2 個，有關上個月提健保會諮詢 114 年度總額範圍，健保會同仁將委員的諮詢意見摘要，整理在會議資料第 123~127 頁，我看了之後覺得內容蠻豐富的，但報行政院的本版本裡面，剛才執秘有提到在會議資料第 156~157 頁，我看了之後覺得內容了了幾個字，沒有把我們會上那麼豐富的建議當作附件送行政院參考，我記得以前都有，因為我們每一次追蹤時，社保司都會說附件有送給行政院參考，但今年好像沒看到，是考量什麼？是不是可以說明一下原因。

第 3 個，是在第六點(二)及(三)，先講第六點(二)，這裡未完成的占率有 23.8%，約占 1/4，其中當然有 1、2 項是原訂在 8 月份才要

提報的，但扣除 8 月份才要提報的，未完成的占率還是太高，這是我們一直在關心的問題，以後要怎麼改善，如果沒有如期報告要怎麼處理，因為這一年都過了一半，不只喔！今天都已經 7 月底了。另外第六點(三)，還有 10 項需於協商 114 年度總額前，提出節流效益並納入總額預算財源，是不是可以請健保署在 8 月份委員會議提出來，因為 9 月份就要協商，在 8 月份提出來讓委員可以瞭解，以利總額協商，我們不希望今年就這樣過了，還是請健保署協助一下。

另外第七點(二)，有關「桃園市擴大肺癌篩選計畫」之處理，這應該是屬於改變協定事項，這邊報告的內容我看起來好像沒有依照我們既定的遊戲規則來處理，而且擴大至 113 年度及其他縣市，那我們協商的協定事項要幹嘛！以後乾脆不用這麼麻煩了，直接送部核定就好。而且於 3 月份委員會議臨時提案提出本案，後來撤案，按照健康署「肺癌早期偵測計畫」的篩檢陽性率達到 18%，但「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」的篩檢陽性率只有 6.6%，大概約 1/3，效果是有打折嗎？有打折也不對啊，健保署是不是說明一下，為何可以如此處理，依循規範為何？如果這樣的話，我們會亂了套，健保會的角色在哪裡？而且剛才主席也提過，不要公告了再來這邊報告，你知道這邊可能不會通過，就用這個方式，本來是要雙方達成共識，如果沒有共識需將不同意見送部，讓部長裁定時，可以知道付費者的看法，現在不是，都先斬後奏，那以後我們在這裡討論好像也沒有意義，希望健保署可以回復一下所依循的根據是什麼。

盧主任委員瑞芬：請陳石池委員。

陳委員石池：我要提的也是「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」，因為 113 年要比照辦理，我想這立意非常良好，而且其他縣市執行類似計畫可以比照由本項專款支應，我想瞭解目前是不是有其他縣市也要執行這個計畫。如果全部由這個專款支付，專款預算是否足夠支應，萬一不夠的話，會不會影響到醫院總額，我是想要問經費問題跟擴大縣市辦理的問題，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請滕西華委員。

滕委員西華：我要請教的是會議資料第 141 頁和第 157 頁，關於總額協商基期計算，衛福部回應各界意見的資料，我還是要再次強調，這個說明提到 112 年西醫基層跟中醫的部分未執行預算不扣減，這裡提到理由，第 1 個，西醫基層一般服務新醫療科技預算，考量執行率高於 9 成，不於基期扣減；第 2 個，中醫一般服務 112 年新增 3 項計畫，考量總額為前瞻性預算，預算預估不準確，計畫初辦、實施未穩定，不予扣減。實施總額 20 幾年來，這理由你們覺得合理嗎？

實施總額 20 幾年來，都是這樣的方式，不管因為什麼理由，是估不準也好，沒有用完也好，我們都從總額基期扣除的，結果我們在前 2 次會議講這麼多，社保司還是不告訴我們為什麼可以不扣除的原因，你知道將來利滾利，複利在滾，光中醫有 4 億多，幾乎占中醫整個專款計畫的大部分，這怎麼可以算基期呢？這個在健保會是一提再提，我不知道社保司在報給國發會時，有沒有告訴國發會我們對基期沒有扣減未執行預算的顧慮，國發會諮詢的委員，在過去也是有擔任監理會、費協會或是健保會的專家學者，社保司有沒有如實報告，我話說得很重，社保司如果沒有把未執行、未導入的金額在基期計算扣減，就是瀆職跟圖利，是拿全民的保費在圖利，沒有執行就是應該要扣除才對，沒有扣除不只是當年度沒有扣掉 4 億多、5 億多、幾億元的錢，而是每年按照成長率複利成長，是會吃後世子孫的錢，這是不應該的。

盧主任委員瑞芬：現在請朱益宏委員。

朱委員益宏：第 1 個，關於剛剛滕西華委員講的，我個人表示反對意見，因為如果是在一般服務預算裡，就是滾入基期沒有扣減基期的問題，如果一般服務預算不夠的時候，我想請問一下有再補嗎？今天如果一般服務預算沒有用完，你說要扣，如果不夠時是不是要補呢？今年、去年、前年跟大前年，不夠有沒有補？如果要扣就要有

補的機制，如果有扣但沒有補的機制，我要先表示反對意見，這可能是委員個人意見認為要扣減，但我覺得這不是健保會的意見。

第 2 點，對於要修健保法第 62 條第 3 項，雖然在立法院已經有決議了，明年 6 月以前要儘量讓平均點值達到 0.95，這是主決議其中一個事項，但現在所謂的平均點值就是有高有低，如果各分區執行起來，有些分區可能高於 0.9，有些分區可能低於 0.9，在某一個分區裡面就有些醫院高於 0.9，有些醫院低於 0.9，這些相關資料包含各分區的平均點值，各層級的平均點值，甚至個別醫院的平均點值，健保署是不是要有一些適當方式讓它公開，因為在分區，某幾家地區醫院的平均點值常常是接近浮動點值，在計算平均點值時只有 0.85 左右，甚至低於 0.85，對少數地區醫院是非常不公平，難怪地區醫院會一直萎縮，我覺得未來在健保會監理時，這些詳細資料或許可以隱藏醫院名稱，因這可能牽涉到營業祕密，但我覺得健保署可以用代號或級距方式，比如點值 0.80~0.81 有哪幾家醫院，及醫院層級是什麼，分布在哪個分區；0.81~0.82 有哪幾家醫院，及醫院層級是什麼，分布在哪個分區，類似這樣的方式去讓大家知道實際的狀況。

盧主任委員瑞芬：請詹永兆委員。

詹委員永兆：呼應一下剛剛朱益宏委員講的，其實我們總額有時候是估不準，比如說 111 年「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」多執行 10 億點，我們就是讓點值去稀釋，並沒有補給我們。原則上當年度扣掉就沒有話說，但今年度我們開始很認真推廣要如實申報，今年一定會超過，也很可能今年就執行完，如果扣掉，今年又要稀釋點值嗎？而且前面才做 9 個月而已，第 1 年實施不好，當然我們自己要檢討，可能宣導不夠，這一塊我們評估應該有這個量，只是沒有好好去申報，我想原則上還是呼應朱益宏委員，我們會努力去做，但是不要扣基期。

盧主任委員瑞芬：請滕西華委員。

滕委員西華：我還是要再次說明跟強調，各總額部門在提出次年度總額草案前，就像剛剛報告希望各總額部門能夠審慎評估所提的每一個專案計畫，包含專案計畫執行的必要性、如何執行、加入專案計畫對象、預估所需費用、與一般服務原有支付標準有無競合，或是否需要將重複的部分扣列回到專案計畫，這是第 1 點。所以評估跟管控不是 1 句話，我們要績效指標也不是 1 句話，不是我們要你評估、要你提績效指標，提出了卻大家都做不到，當作扮家家酒，不用提準確沒關係，總額支付制度是非常嚴肅，因為我們花的每一分錢都是被保險人、雇主跟政府拿出來的保費。

第 2 點，也因為前面那樣的關係，我們希望在計畫相對比較成熟時再去推廣，才知道如何更正確執行，也才知道我們評估對不對，因此我們希望新的計畫不要列在一般服務，而是列在專款項目，在專款計畫，總額部門的管理彈性比一般服務的管理彈性還要大或是更加嚴謹，在專款計畫中我們可以瞭解，不管是服務超量而變成浮動點值，或是各總額在實施計畫上是否有濫用問題，不清楚如何執行或是不知道如何申報的問題，如果是這樣的話，請問這跟一般服務有何關係，如果在一般服務用非協商因素，要在總額裡使用或調整支付標準，都是總額管理的問題。

但我們現在各總額都在一般服務提專案計畫，不是在專款項目提專案計畫，如果你在一般服務提專案計畫，自己也不管理，通通用完還要回補，那為何要管理？跟補點值一樣，大家衡量就好，不管有沒有浮濫申報。目前一般服務有多項專案計畫，大家以為健保沒有給付，其實原有支付標準健保是有給付的，只是我們希望能夠提供更優質的給付，去獎勵更好的服務品質，所以才會另外編專案計畫，這些並不是全新的醫療服務，結果現在也不管控，整個總額的自律精神全部都沒有，從報告內容看到也是這樣，而且過去都有扣減，現在跟我們說你不扣，理由是什麼？難道不是醫療體系在討論醫療費用時愈來愈食髓知味嗎？預算不用執行、指標不用提，還可以在基期裡持續滾，我覺得這是不對的，而且這樣對自律管理很嚴

格的其他總額部門，相對不公平，我還是要強調這理由不符合總額的原則。

盧主任委員瑞芬：請問其他委員還有沒有意見？如果沒有的話，要請相關單位回應了，第 1 個，針對社保司提報國發會的 114 年度總額基期及內容，還有李永振委員提到的，現在對媒體說明預防保健費用不算在總額裡，這次提報的預估數字，有沒有把預防保健部分剔除掉，想先請社保司回應，因為我們在討論基期這部分，醫療提供者也認為是不應該扣除，付費者代表認為應該要從基期扣除，因為沒有執行的部分，以往都是這樣做，但醫療提供者認為不應該扣，健保會也沒有同意社保司就沒有執行的部分不扣除基期。現在請社保司回應一下委員的提問。

劉委員玉娟：先請同仁回應一下報院的部分，待會我再補充。

陳副司長真慧：有關委員關注我們報行政院的資料，我要說明一下委員提到健保會的會議紀錄，是應該要放在裡面，過往因為我們作業時間，其實我們都有把委員的意見摘錄在我們報院的資料裡，李永振委員所提部分，放在報院資料裡面是 OK 的，但是這幾年因為作業時間關係讓我們無法放進去，我要強調的是我們都有摘錄委員的意見，以上說明。

劉委員玉娟：先回應一下李永振委員剛有提到公務預算的新聞稿，因為目前部裡有在爭取公務預算用於一些屬於預防保健或公共衛生部分，未來若確定有爭取到的金額，我們會將相關計畫內容排除，不會放在健保總額裡。

第 2 個，有關剛剛提到會議紀錄，我剛剛也有請教同仁，一般我們只要附上實錄就 OK 了，同仁有提到這一次處理真的比較急，要在最後開完會那幾天把所有資料送出去，但同仁有把所有重點摘要給國發會，未來我會請同仁，就算只差 1 天，我們也會把會議紀錄跟實錄附在報告書，這個我們一定會改善，請委員見諒，這是絕對沒有問題。

第 3 個，關於有沒有如實向國發會報告，也跟委員說明，國發會他們所提的任何質詢或是疑問，我們通通都有如實說明，包括委員會議上各個不同意見等等，最後也會尊重國發會的審定結果。

盧主任委員瑞芬：有關「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」請健保署回應。

石署長崇良：謝謝陳石池委員的關切，事實上目前依我們瞭解，除了健康署國家型 LDCT(註 1)的肺癌篩檢計畫之外，各縣市政府目前只有桃園市額外提供，對於超出健康署篩檢條件之外的對象進行篩檢。根據初步的資料顯示，桃園市計畫本身所額外篩檢出來的陽篩率相當低，跟健康署的條件不一樣，因為它的風險沒有那麼高。前面篩檢是用自己縣市的公務預算支出，後面篩出來有問題的才會進入健保的追蹤，所以目前我們初步估計後面衍生的追蹤費用，多了約 200 萬點左右，大概是這樣，我們會持續觀察有沒有其他縣市也跟進的相關變化情形。

至於明年，健康署的篩檢條件可能會再放寬，包含有家族史的女性。因為台灣肺癌比較特殊的是，有很多是非吸菸者，特別是女性，因而女性有家族史的年齡會下修，另外重度吸菸的條件也會從 30 包-年降低成 20 包-年(註 2)，將會有這樣的條件放寬，因此我們也會密切注意，條件放寬之後，後續對健保財務可能發生的影響，以上補充。

註 1：LDCT(Low-Dose computed tomography，低劑量電腦斷層)。

註 2：包-年=平均每天吸菸包數*吸菸年數。(例如每天 1 包菸，共吸菸 30 年；或每天 1.5 包菸，共吸菸 20 年，皆為 30 包-年)

盧主任委員瑞芬：剛才李永振委員也提到，有關 113 年度總額核(決)定事項，尚有 23 項協商項目都還沒完成，以及有 10 項要在 114 年度總額協商前，提出節流效益並納入總額預算財源，不知道健保署在這部分有什麼窒礙難行的地方嗎？

劉組長林義：有關李永振委員所提，請委員參閱會議資料第 12 頁，113 年度總額核(決)定事項共有 167 項，目前有 26 項尚未完成，比較重要是中間那一欄「需報請健保會同意、確認或報告」的 32 項中，還有 3 項還沒完成，其中第 1 項為醫院項次 22 地區醫院全人

全社區照護計畫，及第 2 項為西醫基層項次 15 提升國人視力照護品質關於白內障的計畫指標，這 2 項本次會議都有提，至於第 3 項是有關退場機制^(註)，依健保會年度工作計畫表定就是下個月會提報委員會議。綜上所述，也就是「需報請健保會同意、確認或報告」這 3 項比較重要但尚未完成的，近期都會提到會上。

還沒有達成共識，最多的就是右邊那欄「提報健保會執行情形」尚有 20 項，大部分是要提出節流效益以供 114 年總額協商參考，這部分我們會在半年資料結束後，並與醫界初步討論，因為 6 月資料將在 7 月底、8 月初產出，預估應可在協商前，提供這部分資料給委員參考。

註：會議資料第 82 頁，其他預算項次 10「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」)，依工作計畫排定於 113 年 8 月委員會議報告案。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：謝謝組長，確認一下，8 月可以嗎？

劉組長林義：就是在協商前就會提供。

李委員永振：不是協商前，我就是希望要在 8 月份委員會議提供，你協商前 2 天才給我有什麼用？我是希望 8 月可以提出來，從年初講到現在也有 8 個月的作業時間，我的要求應該不過分吧，請考慮一下。

另外有關 2 件事情的說明，我聽了之後覺得有點似是而非、混淆視聽。第 1 個，桃園市肺癌篩檢計畫我是贊成，但我要強調的是程序，你如果要擴大到今年或其他縣市，OK，或如剛才署長提到甚至擴大至有家族史者，也 OK，但前提是你應該要先提出執行後的效益成果，以作為依據，這樣才能給，而不是說大家要就給。有錢當然大家要啊！我剛才提過，有關篩檢陽性率，健康署是 18%，桃園市只有 6.6%，條件不一樣，這就是問題所在，有錢可以拿，我只是以性惡說來講，它不一定會這樣。但是這樣似乎會讓人覺得在發錢，我用輕率不曉得適當不適當，但這計畫看起來效果只有健康署的 1/3，你說還要擴大，怎麼說服人？對消費者當然都是好，

但健康署都可以做到 18%，你只有 6.6%，問題在這邊。我沒有反對擴大，我是贊成，不過你要拿出一個論據可以說服付費者，這是第 1 個。

第 2 個，我想大概主責單位相關部門，要把總額的概念再釐清一下，不然這樣爭下去可能會沒完沒了，因為我一直認為總額就是統包，哪有什麼不夠的還要補點值，這不對，至於扣款的部分，是協商的時候押下去的文字啊！滕西華委員講得有道理，這樣要怎麼做一個整合。你如果是初期沒有經驗，OK，我們可以體諒，但上次我就建議，你應該要押一個條件，什麼時候可以呢？就是讓初期的那個部分穩定之後，怎麼來處理，大家先講清楚。不要在協商的時候，大家講出來條件 OK、都同意了，但是做出來的時候，好像又另外一個方法出來。因為押入條件後大家就需要遵守，也就是錢給了就要有管理，像詹理事長說的有道理，他已經發現問題，後續就可以做好管理，這樣就有改善，才是我們要的。

重點當然在扣不扣，但是更重要的是，我們給了錢之後，它的效益是怎樣，有沒有達成有效管理，如果這些都做到的話，錢不夠那再來談，不是夯不啣噹、錢要了就說不要管，那就不用監理了，我是希望可以明確一點，我一直強調就是一個遊戲規則，大家認同就照這樣做，如果遊戲規則不行，可以改，不可以說遊戲規則還沒有改之前，用自己的想法就可以改變，這樣就不需要遊戲規則了，我強調的是這一點，要合邏輯，遊戲規則明確。

盧主任委員瑞芬：請滕西華委員。

滕委員西華：社保司還沒有回應我的問題，幾百萬元也是錢，沒有執行也要扣，不是只有幾億元的問題，是不是請主席要求社保司回應我剛才提出來的問題？

盧主任委員瑞芬：滕西華委員的意思是說，她想知道理由，就是這次的作法是不扣，這是不同於以往的作法，所以算是一個重大改變，她想瞭解社保司做這樣決定的理由。

劉委員玉娟：我們上次在健保會諮詢會議已經說明過1次。第1個，在西醫基層的部分是因為其執行率已經超過9成，第2個是中醫多次提到，它是新的計畫還正在穩定進行中，最後還是因為，其實編列時有些東西是不可預期或預估，有些已經超過量，造成點值很低，有些卻沒有執行的很完整等等，考量前述3個比較重要的因素下，我們今年採取不用扣的作法。

當然這樣的內容，我們在國發會也有整個呈現，當天健保會也在，我們裡面的簡報，也是全部鉅細靡遺、詳細地說明，我相信在國發會那邊也會進行討論、審議，扣除與否會有他們最後的決定，我們這邊已有做一些說明了。

盧主任委員瑞芬：我想滕委員想要追的是，因為基期的決定其實也會影響付費者及醫療提供者在討論明年總額的態度，比方要不要加但書，所以我想這是她為什麼要問清楚的原因，比方說你是不是會在但書上寫若執行多少、我就不扣之類的，就是要搞懂遊戲規則就對了。

劉委員玉娟：因為我們沒有辦法去預期它現在的狀況，我在這個會上只能先做一個提醒，各總額部門現在或未來要跟健保會委員提出協商時，不管放到專款、專案或一般服務計畫中，真的拜託大家預估值的精準等等要儘量弄好，我們都不希望整個穩定度有太多偏差，這一次這樣處理，也向各位委員說明，希望大家可以理解、諒解。但是國發會對明年總額範圍在這部分的細節，我們真的都有鉅細靡遺地報告出來，他要做出怎麼樣的決定，我們也是尊重整個審議過程，未來期待醫界提案時，各總額互相把這個事情做得比較精準、精確一點。

盧主任委員瑞芬：先請朱益宏委員，再請江錫仁委員。

朱委員益宏：謝謝主席，剛剛提到桃園市的癌篩計畫，我想因為前面篩檢費用當然是由桃園市政府出，但是我覺得健保署或許有機會的時候，在衛福部內部或有其他適當的場合，可能也是要協助反映一下，因為電腦斷層篩檢出來，最後確診還是要做穿刺，但如果篩出

來還是有一些偽陽性、穿刺之後結果是良性的機會有多少，我不曉得因為擴大篩檢之後，包括健康署未來擴大篩檢，後續當然確定是癌症由健保支付，如果偽陽性的後續檢查主要是穿刺，穿刺也要在電腦斷層底下做相關穿刺，未來相關費用，是不是在篩檢過程中，衛福部相關司署應該也要有些公務預算補貼，不是只有初篩檢的費用，擴大篩檢後，它的篩檢陽性率勢必會降低，這部分所產生的醫療費用，是不是請健保署能夠在適當時機幫忙跟衛福部其他相關司署反映？

盧主任委員瑞芬：請江錫仁委員。

江委員錫仁：剛剛提到西醫基層及中醫的扣減，雖然跟牙醫無關，不過在這邊我們都是醫療提供者的團體，我想很多項目剛開始確實是在尋求穩定，我們每次在討論都會提到，開始執行時大概第 1 年都已經過了好幾個月，所以確實在第 1 年的執行率一定會有些影響，我希望不要因為第 1 次開始就要把它刪除掉，應該是觀察時間再長一點，也許明年的執行率就會更加提高，所以請各位委員能稍微讓醫療服務者能夠有個空間。

盧主任委員瑞芬：請蔡麗娟委員。

蔡委員麗娟：我要談的也是關於桃園市擴大肺癌篩檢的計畫，首先，因為我們現在公費篩檢有一定的收案條件，就是重度吸菸者、有家族史、有年齡限制，那桃園市擴大篩檢的收案對象是哪一些？是基於什麼樣的 evidence 對這些對象，也就是讓有更大族群的人來接受這個篩檢，因為他們雖然用公務預算做篩檢，但肺癌篩檢的確也是有偽陽性，偽陽性個案勢必也要繼續進行 LDCT 的追蹤，雖然桃園市這個計畫預估增加健保支出為 200 萬點、約 400 多人，可是這 400 多人可能要持續不斷，所以不是只有這一次 400 多人的 200 萬點，因為根據其篩檢出來的陽性狀況，他是結節多大，或是 GGO^(註)，他們會有不同頻率要再持續做 CT，因此不是只有這 200 萬點的問題，它會一直滾。

我們現在是用之前的專款支應，但是如果別的縣市看到桃園有這樣的狀況，他們自己訂收案方式更擴大篩檢，當然對於民眾來說能有多一點的人進行篩檢，早期發現肺癌是好事，但我們要基於有evidence的情況下，去瞭解哪一些人比較適合擴大納入篩檢。我知道健康署今年8月7日也召集很多專家學者、臨床醫師就整個肺癌篩檢計畫，討論要不要進一步調整，我想專家學者在調整上一定有些科學證據支持。所以桃園的這個案子，我們既然願意補200萬點進行後續篩檢內容，我想後來可能的發展方向是，第1個就是別的縣市會不會也想比照這樣辦理，那我們以後要編的錢絕對不只10億元，一定要有更大的預算才有辦法支應。

綜上，希望我們能透過專家學者開會後的共識，對於篩檢條件能有更具體的實證說明，同時編列的預算也要同步成長，否則就像剛剛署長講的重度吸菸史若由30包-年降為20包-年，就會增加很多人，以及不抽菸有家族史的女性若從45歲降到40歲，也會增加很多人，如此一來，費用都須同步成長才有辦法支應。

註：GGO(ground-glass opacity，毛玻璃樣病灶)。

盧主任委員瑞芬：請林恩豪委員。

林委員恩豪：我也是想問一下健保署石署長，因為桃園市擴大篩檢的案子在醫院總額研商議事會議就討論過，但那時候署長的回應跟現在稍微有點小出入，那時候就有討論到會不會有其他縣市想比照辦理，因為這會排擠到健保總額，當時是說你們已經調查過了，剛剛署長也是這樣講，目前就只有桃園。可是現在會議資料這邊寫到113年度比照辦理，你們好像自動擴大成其他縣市有的話，也可以一併納進來，這似乎就變成是，112年這樣做，113年不但比照還要偷偷擴大，這樣似乎跟說明有點不太一樣，謝謝。

石署長崇良：我先回應一下，應該是分兩塊，大家對於LDCT都很關心，它有兩塊，一塊是前面用公務預算做的篩檢，以健康署的政策來講，前面先經過楊泮池校長他們主持的大型研究再訂出篩檢條件，是比較有實證依據的，另目前桃園市看起來就是用該市的公務預算做，剛剛李永振委員有提到陽性率就低很多，它的效益不如健

康署的癌篩計畫。但後面的處理，因為前面的 CT 篩檢發現一些疑似的腫瘤 nodule，但是還沒有辦法診斷為肺癌開刀，後面就要追蹤，追蹤的部分就會落入健保這邊去支付。

到底健保要不要付這個錢，可能大家爭議在這邊，不過我們退一萬步想，如果民眾自己去做體檢，做完之後，也是有這樣的發現，我們要不要用健保給付？所以就會回到臨床指引，到底電腦斷層上有意外的發現後面要不要追蹤，這應該回到臨床指引上，屬於臨床指引應該要追蹤的就是屬於醫療上的必要，我認為不管用縣市政府的錢去做篩檢的異常發現，或民眾自己花錢做健檢的異常發現，後面的處理原則應該是一致的，也就是遵循臨床指引，不該追就不要追，需繼續追蹤就應該要追蹤，這才是對民眾最好的照顧。

剛剛我們所多編的預算，是為了因應明年健康署有爭取到公務預算要擴大，這兩天也有記者會，就是將擴大 LDCT 國家型肺癌篩檢的政策，納入篩檢的條件就會擴大，所以我們就按照過去此計畫的陽性率需追蹤的，去擴充明年這個地方的財務影響，大概做這樣的補充。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員，本案最後 1 位發言，因為我們已超過時間。

李委員永振：李永振第 3 次發言，感謝署長說明，如果依照署長剛才這樣說明，我可以贊成。但是問題還是在於，如果當時貴署提案^(註)可以這樣說明的話，大家充分討論以後，就符合我們的遊戲規則，結果當時我記得署長說承認沒有看、急著撤案。急著撤案的話，經過思考之後應該可以重新提案，這樣我們就可充分討論，並符合協商原則的構成要件，我強調是沒有照遊戲規則做，我不是反對，但是你這樣說明的話我就可以同意，已經確定罹癌，這樣我們就不在乎前面過程怎麼發現罹癌，但還沒確定之前就不是醫療，就不是健保的錢可以去付的，爭議大概在這裡，今天這樣對話應該是值得的，經過充分討論後，即可瞭解溝通，這樣我們所要的，健保署也

瞭解，照程序走這樣遊戲規則就很順，不然現在搞這樣，連林恩豪委員也耿耿於懷，中間就會造成誤解。

註：本會 113 年第 2 次委員會議(113.3.13)議程確認決定略以：中央健康保險署所提臨時提案經討論後自行撤案。

盧主任委員瑞芬：針對本會重要業務報告，做成以下決定：

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

第 2 點，請健保署及各部門總額遵循衛福部 114 年健保政策目標，及早研擬年度總額協商草案，並依照協商程序提供資料，如期提送本會。

第 3 點，114 年度各部門總額協商順序抽籤結果，依序是醫院、西醫基層、中醫門診及牙醫門診總額，其中門診透析會安排在醫院後面，因為醫院是第 1 個抽到，會在醫院協商場次之後，最後是健保署的其他預算，本會將據以安排總額協商會議細部議程，提下次委員會議報告。

第 4 點，請健保署會同各部門總額相關團體儘速辦理 113 年度總額核(決)定事項未完成的工作項目總共有 23 項，在會議資料第 24~27 頁，其中 10 項必須在 114 年度總額協商前提出節流效益並納入總額預算財源，請務必依限提出。

第 5 點，有關 113 年度牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫的指標 1，請於 114 年 7 月評核 113 年度總額執行成果時，提出合理的比較基準。

第 6 點，重申、我們再次強調，請委員務必、務必、務必，很重要所以講 3 次，遵守獲聘時已簽署的會議資料保密切結書，於會前對會議資料善盡保密義務，且不得提供代表團體以外之第三人的規範，其餘洽悉。

朱益宏委員，我已宣布完本案決定，你是不是有什麼最後的意見？請朱委員。

朱委員益宏：對，第 1 個主席剛剛在做決定時提到，幾項有節流效益要扣減基期這件事情，我不清楚到底是哪些項目是屬於今年有節流效益要扣減基期？

盧主任委員瑞芬：沒有，沒有，我剛剛的決定是，這是還沒有完成的，也就是 113 年度總額核(決)定事項未完成工作有 23 項，其中有 10 項要在 114 年度總額協商前，即 9 月協商前，要提出節流效益，並納入總額預算的財源，這個跟扣減沒有關係，只是說要估算，跟扣減完全沒有關係。

朱委員益宏：但是我覺得主席這樣的決定，我有意見，因為並沒有說這樣的節流效益可以納入 114 年度總額這件事，我覺得這個是不是在 114 年度總額節流以後，又可以用在 114 年度總額項目，我覺得要經過協商。

盧主任委員瑞芬：所以你們要提出來，放在協商條件裡面。

朱委員益宏：所以我覺得主席的裁示要非常精準，如果覺得有節流效益，可以提出放在協商項目裡面，這樣我同意，但不是如主席裁示說，這樣子就已經確定是納入 114 年度的總額項目裡面，這個我覺得.....

盧主任委員瑞芬：跟朱委員說明，這個部分其實都是循往例，也就是本來就有一些項目提出來的時候，是因為它有節流效益，既然你有提出節流效益，就會納入財源考量，至於協商結果怎麼樣，就要看雙方協商，所以這不是結果，就是一個資料呈現，你有節流效益當然就要納入總額預算、財源考量，是這個樣子，所以如果後面加上考量兩個字，會不會讓你覺得比較舒服一點？

朱委員益宏：除了考量以外，另外最後還是要依照總額協商的結果來決定。

盧主任委員瑞芬：我們一定是按照總額協商結果決定，這邊都還沒有協商怎麼可能會有結果，一定會是如此。這樣好了，修正決定之第四項文字為「.....提出節流效益並納入總額預算財源考量」，這樣應該很持平了吧，我們在協商前不可能有任何結論，協商完都不一

定會有結論，更不用說協商前。我想加入考量兩字，應該相當持平吧？(未有委員表示反對)，OK，好，謝謝。

朱委員益宏：對不起主席，另外就是因為剛剛我在報告項目有提出，對於健保法第 62 條第 3 項，也就是立法院修法時，有些資料我希望健保署未來能夠呈現，不知道這部分是否能獲得主席或委員會議的同意？

盧主任委員瑞芬：健保署一向非常 responsive，還是能否請朱委員以書面詳細告訴健保署，希望提供什麼資料，再請健保署詳細地回應你，好不好？

朱委員益宏：好的，謝謝。

盧主任委員瑞芬：那就請朱委員提供書面意見後，再由健保署評估一下可不可以提供。接著進行討論事項。

李委員永振會後書面意見：會議資料第 129~130 頁，署說明上次會議 2 項個人關切事項，說明內容似未劃中重點或沒有明確回應！第 129 頁第 1 個重點是請健保署就媒體列出之相關報導於事前或事後能提供詳細的說明供委員參考，若報導與事實有出入，應設法補救，以免造成以訛傳訛，因而形成誤解、爭議。如自由時報 7 月 14 日頭版以斗大的標題報導「達文西手術納健保，再增 46 項」，並未說明健保只給付手術費用，相關耗材還是須自行負擔，耗材的費用比手術費用還高，病人的預期認知以為健保都給付了，實際遇上卻仍須負擔一半以上的費用，失落感一定很重！該如何補救，好像沒看到後續。另有關代謝症候群與家醫計畫收案重疊該如何整合的議題，感謝健保署做了部分回復，但對於建議在 8 月份委員會議報告 114 年度總額預算時，可以好好針對這 2 項計畫做進一步分析，則尚沒有明確答覆！

朱委員益宏會後書面意見：敬請健保署於每月業務執行報告，增加以分層方式提報各區各醫院平均點值落點：

- 一、依據立法院院會對於健保法第 62 條修正案之主決議：於 114 年 6 月平均點值達到 0.95。
- 二、「平均」點值達到 0.95，亦即有些分區高於 0.95，有些分區低於 0.95；分區內有些醫院高於 0.95，有些醫院低於 0.95，其中地區醫院因為醫院總額中保障點值項目不合理，導致部分地區醫院平均點值遠低於分區平均點值甚至全國平均點值，然本項數據卻未完整呈現，導致地區醫院因給付過低，逐年減少。
- 三、建請健保署於每月業務執行報告，增加以分層方式提報各區各醫院平均點值落點，提報表格如下：

家數

平均點值	層級別	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區
1.~0.99	醫學中心						
	區域醫院						
	地區醫院						
0.99~0.98	醫學中心						
	區域醫院						
	地區醫院						
.....							
0.92.~0.91	醫學中心						
	區域醫院						
	地區醫院						
0.91.~0.90	醫學中心						
	區域醫院						
	地區醫院						

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

同仁宣讀

陳專門委員依婕：主席、各位委員大家好，首先報告的是西醫基層總額提升國人視力照護品質，本項預算在 113 年一般服務編列有 1.555 億元，決定事項如本署的提案說明二，請本署會同西醫基層總額相關團體擬訂實施方案。

說明三是執行內容及支付方式，本項預算係用於醫療服務支付標準自 111 年 3 月 1 日起刪除「醫師執行白內障手術 40 例以上須送事前審查」規定，致手術執行量有所成長。配套的管理措施是規範如果醫師每月執行 40 例以上，要到 VPN^(註)的系統來做事前登錄，並且搭配事後審查的機制。

說明四是執行目標及結果面為導向的品質監測指標，醫全會之前有來函建議，並提到本署 5 月 23 日召開的西醫基層總額研商議事會議，因為沒有凝聚共識，所以請醫全會及眼科醫學會再就結果面的品質監測指標提出共識意見，醫全會在 6 月 27 日回復的建議內容如下：第 1 是執行目標為 5,183 件，第 2 是品質監測指標，首先是每月申報超過 40 件以上白內障手術的醫師，其 VPN 事前登錄率要大於 90%，這是 1 個正向指標。第 2 個是久未看診而當日就診即執行白內障手術的比率要小於等於 0.5%，本項為負向指標，久未看診的分子分母定義分別如下面的備註所述。

在補充資料第 3 頁四、(二)本署說明部分，指標 1 是事前登錄率，本項是為了監測醫療院所每月白內障手術申報件數的合理性，並且要符合本署的支付規範，也避免浮濫申報，所以訂定本項的監測指標，本署以 111 年及 112 年的登錄資料來看，111 年的登錄率是 90.7%、112 年為 99%。指標 2 是久未看診而當日就診即執行白內障手術的比率，111 年及 112 年數值分別為 0.81%及 0.54%，看起來都比目標值還要稍高一些，本項指標是要提升視力照護品質，並確保照護品質與病人安全，所以訂定本項指標進行監測。擬辦意

見是依委員會議決議辦理後續事宜。

註：VPN(健保資訊網服務系統)。

呂專門委員姿擘：接下來報告「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」專款項目之實施方案，本項專款全年預算為 5 億元，其中 1.5 億元是用於在宅急症照護試辦計畫，3.5 億元是用在本計畫，本計畫已於今年的 7 月 12 日共擬會議決定通過，我們參考李永振委員的建議，請委員參閱補充資料第 35 頁的附件三。

以下就本計畫及家醫計畫的差異比較來做說明。首先是在組織運作的部分，家醫計畫是須由 5 家以上的診所組成社區醫療群，1/2 以上診所需具有內、外、婦、兒或家醫科的醫師；全人計畫主要是照顧三高的病人，限由家醫、內科以及兒科的醫師，營養師及個管師組成照護團隊。在收案對象的部分，家醫計畫主要是將醫療費用較高的慢性病、非慢性病病人交付由主要就醫的診所來照護；為達三高防治 888 的政策目標，全人計畫是將未被健保照護方案收案的三高病人，由主要就醫的地區醫院收案照護。依貴會幕僚的意見，為了要達病患照護延續性及全人照護的目標，本署會將家醫大平台導入 AI 的疾病風險預測，再依病人的疾病嚴重程度，將中低風險的病人分派給地區醫院或者是基層診所來照護，藉此提升我們健康管理的效率。在教育訓練的部分，兩計畫的醫師其實在第 1 年參與計畫都要接受家醫的相關訓練課程，另外也要按照收案對象、疾病類型接受該疾病教育訓練課程，全人計畫的個管師也要接受相當的行政管理課程。

接下來是支付方式的部分，全人計畫有開辦建置費，這主要是要補貼地區醫院聘用個案管理人員、軟硬體建置的成本，且個人健康資料建檔率及會員的健康存摺下載率要達 80%、24 小時諮詢專線的抽測要可以即時回答會員問題，另外也必須要提供會員多元諮詢的服務方式，要符合這幾個要件，我們才會給付。接下來是個案管理費的部分，為了要達到三高 888 防治的目標，全人計畫必須要依照生活型態評估量表，針對 6 大面向去蒐集會員的生活習慣資訊，並且要在年底前完成這些相關資料的建檔跟上傳，所以全人計畫首

年的個案管理費較家醫計畫多 250 點，第 2 年起個案管理費就會是一致的；其餘的不管是在績效獎勵費、疾病整合的提升費等等的這些費用，兩計畫的支付點數都是一樣的。

最後是在評核指標的部分，全人計畫的指標內涵係參照家醫計畫去做設定，只是增加生活習慣諮商率以及三高疾病的監測數據控制良率，另外因為家醫計畫是鼓勵醫療群按照收案對象發展不同的照護模式，所以訂有 1 個加分項以及自選指標，以上。

盧主任委員瑞芬：現在請健保會幕僚說明。

陳組長燕鈴：請委員看到補充資料的第 3 頁，這個部分是依照衛福部的總額決定事項，有 2 個部分要提本會確認，首先是西醫基層的提升國人視力照護品質的部分，在補充資料第 3 頁臚列了衛福部的決定事項，主要是要完成具體實施方案包含支付方式、以結果面為導向的品質監測指標，提本會確認，另外，決定事項也請檢討放寬白內障手術規範後，案件成長的合理性跟監測照護成效，跟民眾自費的情形。

請看到補充資料第 4 頁，根據剛才所說的決定事項，我們就健保署所提的內容有些補充說明，執行內容跟方式其實是延續了 111 年的作法，就是從 111 年 3 月起，刪除了白內障手術 40 例以上的事前審查的規範，改用事前登錄跟事後審查的管理措施來取代。有關品質監測指標的部分，剛才健保署已經說明訂有 2 個指標，第 1 個是每月申報超過 40 件以上白內障手術的醫師其 VPN 登錄要大於 90%，閾值請看註的部分。第 2 個指標是久未看診而當日就診即執行白內障手術的比率小於 0.5%，111 年、112 年的比率分別在註裡面有呈現，請委員參考。

就總額決定事項來看，是要求訂定以結果面為導向的品質監測指標，所以這邊想請健保署說明這 2 項指標跟呈現治療結果的關聯性，因為是叫做「以結果面為導向的品質指標」，這 2 個指標跟結果面品質指標的關聯性是如何，建請參考評核委員意見，就是部分手術項目，其實健保署也訂有術後感染率、再手術率或再住院率

等，以這些術後結果面的指標來確保醫療品質，是不是可以參考這部分來訂定治療結果面的指標？

另外，部還有 1 個決定事項，是檢討放寬這個規範以後，案件成長的合理性、照護成效跟民眾自費的情形，這個部分健保署在會議資料第 71 頁也有提到已經函請眼科醫學會提供管控措施，健保署也會再召開會議討論，但因為尚未完成，所以我們是列為繼續追蹤事項，也請健保署儘速辦理有關費用管控跟檢討相關的決定事項。這個部分就是要請委員決定具體實施方案還有這些品質指標，本會是否確認，請討論。

其次，要請本會確認的部分，請委員看到補充資料第 5 頁，醫院總額的地區醫院全人全社區照護計畫的專款，這是 1 個新增的計畫，本會補充說明，請看到補充資料第 7 頁，依據衛福部的決定事項，具體實施方案包含執行內容、支付方式跟以結果面為導向的品質監測指標，要提本會確認，我們去看了健保署所訂的計畫，有些補充說明，剛才健保署已經說明專款預算 5 億元，其中 3.5 億元是用於本計畫，另外 1.5 億元是用在其他預算的在宅急症照護試辦計畫，就這 3.5 億元計畫的執行內容跟方式，大多跟基層的家醫計畫相似，剛才健保署也在補充資料第 35~36 頁說明了本計畫跟家醫的比較表，我們建議健保署再加強說明以下事項以利委員瞭解。第 1 個就是收案對象，本計畫是用三高病人為收案對象，而且會排除家醫、代謝症候群，還有糖尿病跟初期慢性腎臟病的這些論質計酬的收案者。

我們現在看到其實家醫計畫早期是用慢性病跟高利用為收案對象，可是健保署已經逐步要擴展家醫 2.0，把其他的慢性病、相關的方案都納入，朝全人照護去整合，本計畫是以三高為對象，可是要排除這麼多既有方案的已收案者，我們考量這些三高病人後續會發展成其他慢性病或者是轉由上開方案收案，那麼這樣子的話，針對這些照護對象後續如何去達到照護的延續性跟全人照護的目標，剛才健保署有說把家醫大平台 AI 相關的資料導入，這跟我們想要請健保署說明的不太一樣，請健保署可以再補充。

有關於支付方式的部分，跟家醫計畫比較有 2 點差異，1 個是開辦建置費 15 萬點，剛才健保署已經說明了用途，家醫計畫是沒有這個 15 萬點，請看補充資料第 8 頁，績效獎勵費是 500 點，高於家醫計畫的 250 點，剛才健保署也已經說明用途。

品質監測指標的部分，剛才健保署也有說明，增加了 2 項結構面的指標，跟 2 項結果面的指標，我們有把全人全社區計畫的 18 項指標跟家醫計畫指標去做對照，請委員參考。

整個來看的話，這個計畫主要是參照家醫計畫的模式，特別是針對三高病人提供一些健康資料建檔、預防保健，或者是衛教諮詢等等的服務，照護團隊納入個案管理人員，是有助於疾病管理，但是考量醫院的組成、規模、量能跟服務模式，其實跟基層診所是不一樣的，所以我們建議強化地區醫院在分級醫療中的角色，讓病患獲得更完善、整合的照護，朝全人照護的方向，去發展有特色的社區醫院的照護模式。實施方案是否確認，請討論。

盧主任委員瑞芬：這個討論案其實是 2 個案子，所以我們就分項來討論，我們現在先討論西醫基層總額有關於提升國人視力照護品質的這個案子，請問現場及線上委員有沒有意見？請李永振委員。

李委員永振：對這個案子我有幾點請教，比較不瞭解，第 1 個在補充資料的第 2 頁裡面，有提到執行目標 5,183 件，它指的是什麼？好像看不到說明。後面的資料裡面有提到 111 年、112 年基層申報白內障手術案件是 14 萬 5,163 件跟 15 萬 2,729 件，是不是一樣？如果一樣的話，差異就太大了，所以對於執行目標是不是可以詳細說明一下？

第 2 個，剛才陳燕鈴組長也有提到過，就是 2 項監測指標是不是有達到監測提升視力照護品質的目的，就是它的關聯性為何？設定標準與實際狀況好像比較過於寬鬆，我記得今年的評核會議評核委員也一直強調設定的指標值或目標值都太寬鬆了，這 2 項指標的關聯性之外，指標 1 的目標值訂為 90%，但 112 年都已經達 99% 了，這樣的話，投入的預算雖不多，但是得到的結果是這樣，覺得怪怪

的。

另外更重要的是，上次我們的決定事項是說要檢討放寬白內障手術規範後的相關事宜，到目前也沒有看到結果，所以這樣看起來，我個人不曉得怎麼去確認這個方案，你說他可以嗎？很奇怪，最重要的檢討都沒出來，也不是說只做了 3、5 個月，自 111 年 3 月刪除白內障手術 40 例以上事前審查的規範以來，目前已經滿 2 年，為什麼都還沒有看到檢討結果，這樣的話，整個計畫好像沒有 1 項符合我們可以接受的部分。

盧主任委員瑞芬：請陳相國委員。

陳委員相國：醫全會跟大家報告這個專案執行的情形。很感謝各位委員，這個預算是在 111 年 3 月開始實施的，111 年當年度的預算是 1.2 億元，結果 111 年底統計時，總共支出是 1.96 億元，增加 0.76 億元左右，這是因為疫後就醫潮的關係，因為疫情期間很多民眾都不敢出來開刀，疫情解封之後，很多民眾，等於這 2、3 年內所累積沒有開的白內障就集中出來開，所以在 111 年的使用量就有增加，申報的費用也比原本多出 0.76 億元，112 年的預算是 1.22 億元，因為疫後就醫潮也稍微緩解，所以年度使用情形也趨緩，預算使用率是 61.4%，所以就是 111 年是申報 163.9%、112 年是申報 61.4%，不過 2 個年度加起來執行率，跟我們預期算是差不多的。

委員關心品質監測指標，第 1 個是每個月申報超過 40 件以上的白內障手術之醫師，其 VPN 登錄率大於 90%，我解釋一下，當初我們在提這個監測指標的時候，健保署並沒有給我們相關數據，111 年跟 112 年我們看到健保署最近提供的數據是 90.7% 以及 99%，也就是說我們申報的醫師都很負責、盡責的在 VPN 登錄。

第 2 個指標是久未看診而當日就診即執行白內障手術的比率小於 0.5%，我跟各位委員解釋一下，就是有些眼科醫師比較積極一點，他沒看過這個病人，初次就診，看完以後不到 1 小時就執行白內障手術，我們覺得這樣對病人的安全跟醫療品質是有點疑慮，所以我們才會訂這個指標，訂了指標之後我們也是最近才看到這個結

果，我們訂的指標是久未看診而當日就診即執行白內障手術比例 \leq 0.5%，出來的結果，111年是0.81%、112年是0.54%，所以，如果大家認為第1個指標已經達成預期，那我們可以修改，第2個指標的話，我覺得有繼續保留的重要性。目前看起來，我覺得這2個指標都還可以再繼續實施，如果委員們認為須要訂定如再感染率、手術率、再住院率等術後結果面指標，我們可以攜回醫全會再跟眼科醫學會開會討論，大概在下次或下下次的委員會議再提出來跟委員說明。

盧主任委員瑞芬：請滕西華委員。

滕委員西華：針對白內障新增的2項品質指標，我的疑慮，事實上剛剛陳相國委員也有說到一部分，就是這2個指標跟品質的關聯度我其實看不懂，這關聯度很低啊！比如說VPN的登錄，健保署獎勵跟鼓勵要求VPN登錄各個疾病，其實已經是非常多，它可以說是包括在總額的管理也好，申報也好，是非常重要的手段，現在刪除40件以上事前審查的規定後，反而要求醫師要登錄，這個是跟品質有什麼關係，這個可能跟行政管理比較有關係。

久未看診而當日就診，剛剛陳委員說得很好，怕醫療品質有疑慮，但是他如果當天沒有手術，隔天叫病人來，這樣就沒有品質疑慮，還是說1個禮拜來才沒有？還是說這中間，我還要叫病人來看2次門診才算？如果病人也沒有看這2次門診，也不一定就表示他這中間第1次就診，久未就診到執行手術之間就會有醫療品質的疑慮，請問怎麼判斷這個門診是必要的門診，而不是其實也是浪費健保資源，就是這個很難說服人，因為只是跟病人說你來，所以很多疾病就好了，病人有需求才來，我們之前有請醫全會跟眼科醫學會監測，我們把年紀、事前審查這個要件拿掉之後，執行白內障手術有沒有因為本案的放寬，在年齡也好，在診斷或分布也好，是否產生一些變化，到底是我們國人得到白內障的人變年輕了，都應該要來開刀，或者是說我們有講過的白內障成熟度，也有眼科醫學會的指證說，成熟度很難講，有些說要熟了才開，沒有，這個是不可靠的，還是要看病人，有些說不熟開不好，對病人來說其實很難判斷

哪個醫師說的才是對的，所以專業醫學會跟醫全會要去監測這個手術是不是必要，就當下手術的必要性，以及治療結果如何，才是我們要關切的，更不用講坊間你只要搜尋白內障，自費醫療廣告那麼多，我們也沒有看到醫療體系有自動跟衛生局檢舉過，就檢舉他有沒有去查核不當醫療廣告跟招攬病人，還有就是即使這個病人他不是用自付差額的人工水晶體，是用健保給付的水晶體，但是也有不少民眾被收取手術自費，而不是用健保的手術項目，白內障已經是論病例計酬，門診手術已經不是這樣，所以他用另外手術的費用去收，即使這個病人沒有用自費的人工水晶體，這個都是我們非常關切的，我們放寬這個案例數，同時如果也放寬了病人自費的這個可能的話，就不是當初訂本項預算要達到的目的，所以還是要拜託西醫基層跟眼科醫學會應該要去訂定跟品質有關的結果面指標，這2個指標連過程面都不算。

盧主任委員瑞芬：其他委員對這個案子還有沒有其他意見？看起來沒有，現在是不是請健保署回應。

石署長崇良：謝謝委員對剛剛基層的提升國人視力照護品質的關心，在 WHO^(註)開白內障手術其實是個重要的指標，而我們的問題大概不是 under，而是有沒有 over 的問題，所以我們跟世界衛生組織在追求的目標，比較起來我們是很好，而且可能過好。所以在大家關心的指標上，雖然我們過去取消了 40 例以上白內障手術事前審查的限制，不過仍對 55 歲以下案件，用事前審查的機制在做把關，這部分雖未呈現在指標裡面，但是在過程當中是有事前審查的把關機制。

至於剛剛滕西華委員特別關切說，對於指標上的選擇可以找些跟品質比較有關連性的結果面指標，這個我們再來找眼科醫學會及西醫基層討論後，明年度會再去修訂，以上補充。

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

盧主任委員瑞芬：接下來我們就針對第二案，有關地區醫院全人全社區照護計畫的部分，劉淑瓊委員今天不能來，但是她在會前就已經提供書面意見，我們現在請同仁打上螢幕讓線上的委員也可以看

到，好，這是劉淑瓊委員的書面意見(第 52~56 頁)，請同仁簡要說明。

張副執行秘書友珊：幕僚這邊代替劉淑瓊委員做簡要的說明，書面資料已投影在螢幕上面，阿拉伯數字 1~3 的部分，委員認同署長在多個場合提到對於多重慢性病人要以病人為中心，搭配 P4P^(註1) 等支付方式回應高齡化社會的政策。另外就是，醫改會 110 年提出疾病整合的訴求，希望藉由疾病共同管理、用藥整合等方式來達到醫療行為整合的目標，希望這些理念也可以應用在今天這個案子裡面，也就是全人全社區的計畫中。委員在仔細聽了 7 月份醫療服務共擬會議的錄音實錄，提出了下列 3 項不足的部分，簡要說明如下：

第 1 個不足是有關需求評估資料的部分，委員提到現在多重慢性病人已經多達 700 多萬人，雖然在門診的部分有多項疾病整合的計畫，包括家醫計畫、門診整合計畫、代謝症候群防治計畫、全人全社區計畫等，因為計畫之間並沒有完全的整合，雖然在收案上面有排除，署長有解釋是以基層診所為第一順位來收案，沒有被家醫計畫收案的才開放給醫院，委員認為需有 3 項基本的需求評估資料，希望健保署可以再補充提供。首先是有多少是家醫計畫可收案但沒有收案的會員，其次是地區醫院潛在的可收案對象、分布是怎麼樣，再者是慢性病人在同院跨不同科看診情形，最後是慢性病人跨層級在基層、地區醫院或者大醫院看診的狀況，委員希望有這些基本資料以利評估。

另外根據過去醫改會訪談醫院或者專家的經驗，理解到部分醫院在專科間有小總額的狀況，不會去搶病人或者是整合後減少去特定科別的就醫狀況，這個是目前的現況跟困難。因此，如果病人參與了全人全社區計畫，又在同院或他院的其他科看診，像是三高病人在收案以後又在新陳代謝科，或者心血管科看三高的疾病，這個部分不曉得在計畫的規劃裡，要怎麼樣去因應跟引導醫院，對於重複性或者非必要性醫療的部分，是怎麼樣去做管控，對於這個部分委員希望可以有些說明。

第 2 個不足是有關開辦建置費 15 萬點的部分，委員提到希望瞭解是如何算出來的，是支付行政成本或者是開辦的獎勵，或者兩個都有，涵蓋的是哪些成本的項目。另外就是說，也如同共擬會議代表所提到的，這些費用買到的是什麼樣的服務？價值跟效益在哪？在沒有一些相關成本分析的前提下，覺得這些問題並沒有辦法得到答案。

在評核會議，評核委員也有提到，不樂見雨露均霑的方案設計，開辦費的部分有設定 4 項的支付條件要達到，但醫改會認為這些 KPI^(註 2)恐怕有些過低，包括：

條件一，就是有關個人資料建檔要達到 80% 的部分，這個生活型態量表是由病人自填後醫院登打，是不是支付這些行政的費用，希望可以有所瞭解。另外就是希望可以幫助醫院去面對「知情同意」跟「病人參與」這個困境，這個困境在家醫計畫裡面也是很多醫界代表或專家有提到的部分。委員認為個案醫療照護計畫書，詳計畫附件三(補充資料第 33 頁)是個比較好的工具，可以協助病人或家屬來共同決策，也符合現在衛福部倡議的以病人為中心，但是比較可惜的部分是，這個照護計畫書只拿來做為個案管理費的支付條件，並沒有做到委員所期待的運用。

條件二，是設立 24 小時諮詢專線得到 3 分這個部分，就文字理解起來，就是接起電話就得到 3 分，但是沒有去顧慮到病人問題有沒有得到適度解決，這個部分可能也是比較寬鬆、欠缺品質管理的精神。

條件三，是有關收案會員的健康存摺下載率達到 80%，委員提到在過去討論抑制資源不當耗用改善方案的時候，有提到安裝 app 並沒有辦法等同實際使用健康存摺功能來管理自身的健康，因此建議可以改依實際使用健康存摺的人次來進行追蹤。

第 3 個不足是成效指標不足以反映成效整合的效果。雖然目前訂有一些成效指標，但希望可以反映整合成效的指標，像是比照醫院以病人為中心門診整合照護計畫，增加照護對象每人西醫門診藥

品項數、或是照護對象每人門診潛在不當用藥數等指標，也希望可以呈現收案前後的對照情形。

最後，依據衛福部 113 年總額核(決)定事項，本案擬訂後要提報健保會確認，顧慮到仍有不明確的地方，委員主張先暫不予確認，希望健保署與醫院部門重新修正後，再提下次委員會議討論。

註 1：P4P(Pay for Performance，論質計酬)。

註 2：KPI(Key Performance Indicators，關鍵績效指標)。

盧主任委員瑞芬：謝謝，這是劉淑瓊委員的書面意見，我剛才看到滕西華委員已經舉手，請滕西華委員。

滕委員西華：我非常佩服劉淑瓊委員提出來的這些意見，都是看得非常仔細，也都是非常重要的問題，所以在發表自己的意見前，我想先附議劉委員。

針對地區醫院全人全社區照護計畫，在總額協商時，我就有表達過這個意見，我不太明白原本應該屬於西醫基層在照護慢性病人方案，特別是家醫計畫應該要照護的部分，反而地區醫院要加入，因為醫院本身就有醫院以病人為中心門診整合照護計畫，剛劉委員的資料也有提到，醫院又要來做家醫制，這是什麼樣的意思，它本來就不符合醫院經營型態的理念，而且整個醫院提供的醫療量能、競爭力跟西醫基層完全不一樣，更不要說病人的生活圈，之所以需要家醫群，是因為它們能夠是厝邊的好醫生，就是希望病人的生活圈就在診所附近，診所能就近、及時，能夠在病人的生活圈提供其醫療諮詢與服務，瞭解病人在當地的生活，但這個計畫卻看不到此精神，我覺得非常可惜，為什麼地區醫院不去加強、健保署不鼓勵它好好做好整合性的照護門診就好了。

既然這個計畫是比照家醫計畫，我就要跟家醫計畫做比較。首先，為什麼西醫基層家醫計畫的每位醫師可自行收案 200~300 人、每家診所上限為 1,200 人，但地區醫院的 1 個醫師卻可以收到 1,000 人，同樣都是 1 個醫師，為什麼收案人數可以差了 5 倍？這個意思是什麼，我可以擴大收案，1 個醫師將病人收進來交給團隊其他人來提供服務，這樣為什麼不做整合照護門診？光是收案進來，尚不

用管照護結果，個案管理費也就是收案費，1 個醫師的個案管理費就 50 萬點^(註 1)了，這個跟家醫計畫的差異明顯就很大。

第 2 個是資料建檔費，剛剛劉淑瓊委員已經提到開辦建置費，我就不再提這個問題了，今年大家醫計畫收案對象增加了 DKD^(註 2)、代謝症候群計畫等病人，也是需要資料建檔，為什麼沒有建檔費？理由是什麼？醫院本身的病歷整合相對診所來說做得還比較好，因為他的病人就在這個醫院固定就醫，如果是忠誠病人的話，原本病歷就有整合的效能，我們付個案管理費不就是讓他在醫療治療計畫中，增加跟病人互動、追蹤病人有沒有乖乖聽醫囑、衛教，所以這 2 項計畫又是怎樣的差異？

另外品質提升費部分，醫院應該量能比較好，我也不懂為什麼醫院 60 分就可以拿到錢？家醫計畫的醫療群卻要達 70 分才能拿到錢，醫療群的診所說不定檢驗還要靠別人；另外疾病整合提升費，醫院的收案整合照護費的標準也比基層鬆，比方說醫院收三高任 1 種疾病就支付 250 點，2 種疾病(含)以上就 750 點，但西醫基層是收糖尿病或 CKD^(註 3)其中 1 種病人給 250 點，指定要 DKD 病人才給 750 點，競爭力較弱的診所，怎麼健保署給錢的標準反而是比較嚴格，獎勵比較嚴格，醫院卻比較鬆！另外也沒講到，如果重複看診，剛劉委員也有提到，舉例而言，例如同日在同院的其他科，或隔日在診所、他院，或是隔日再回來醫院，或是病人收進來後就一直在住院等，這些情形要如何處理都沒有說明清楚，還是這計畫是只有管門診、並沒有管到收案後病人住院要怎麼辦，我覺得疑點很多，醫院應該扮演好醫院的角色、診所扮演好診所的角色，病人真的有需要的話，就透過轉診，醫院就把需要慢性病照護下轉到基層，如果過於複雜沒有辦法處理的才回到醫院整合性照護門診，否則我們國家做分級醫療就亂了。

註 1：以每名醫師收案人數為 1,000 人，收案首年個案管理費為每人 500 點計算。

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

註 3：CKD (Chronic Kidney Disease，慢性腎臟病)。

盧主任委員瑞芬：請林恩豪委員。

林委員恩豪：大部分我想表達的意見，前面 2 位委員都表達過，我也很支持，但我還是想說一下，地區醫院全人全社區照護計畫跟家醫計畫的執行內容重複性很高，尤其支付方式中又有開辦建置費，醫院的個案管理費 500 點也高於家醫計畫的 250 點，所以這明顯跟我們希望病人可以留在基層的精神不太符合，這不是擺明醫院要去跟基層診所搶人嗎？是不是要整體通盤檢討改善一下地區醫院全人全社區照護計畫的執行內容？

盧主任委員瑞芬：請朱益宏委員。

朱委員益宏：剛剛幾位付費者委員與公正人士都表達基層跟醫院的這件事情，特別是滕西華委員也提到家醫計畫是所謂的厝邊好醫師，但是別忘了後面還有另外 1 句話是社區的好醫院，地區醫院就是扮演整個基層醫療中社區的好醫院，其實是屬於基層醫療的一部分，委員不要認為所謂的基層醫療只有診所，這樣的觀念太狹隘，事實上地區醫院本身就是基層醫療一部分，當然地區醫院也應該負擔家庭醫師所扮演的角色，所以我覺得基層的家庭醫師整合性照護計畫現在已經進化到 2.0，已經做了超過 10 年，從原來剛開辦也是只有幾億元經費，現在已經擴增到 40 幾億元了，地區醫院今年才第 1 年，所以在很多方面，當然我也同意劉淑瓊委員的意見，其實這些疾病都應該整合，健保的計畫也應該做一些整合，但是所謂的整合一定都是相當成熟以後，才有所謂的整合機制。

目前家庭醫師整合性照護計畫只限定基層，事實上醫院是沒有這樣的費用，在今年總額中，地區醫院特別編列預算放在醫院總額的專款中，就是希望推動這件事情，也希望各位委員對地區醫院承擔家庭責任醫師的這件事情，能多給一些包容與指導。

當然這個計畫跟基層雖然是大同，確實是有小異，確實有一些小異的不同。剛也有委員說，基層是 1 個診所可以收 1,200 人，地區醫院 1 個醫師就 1,000 人，但是也提醒委員基層大部分 1 個診所就是 1 個醫師，所以 1 個醫師可以收 1,200 人，地區醫院的 1 個醫師只能收 1,000 人，在這個計畫裡這就是小異的地方。另外西醫基層

可以收治的是慢性病和非慢性病病人，地區醫院只能收所謂忠誠三高病人，這個資格又比西醫基層收案的條件更嚴格，對於地區醫院來講，今年是第 1 年剛開始，而且地區醫院也非常樂意配合賴清德總統提出的 888 計畫，主要針對慢性病病人做個案管理，所以也希望各位委員能多多包容和支持，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：健保署因應高齡化社會積極回應三高的問題，應該給予肯定，但作法上，我是有些不解，加上本計畫，大概已經有 5 個相關計畫都是針對三高病人的照護計畫，不管內容是大同小異或大異小同，我覺得如果要朝向 1 個目標處理，應該是要慢慢收斂才對，不過現在看起來好像是在發散，而且給的條件好像愈來愈寬，剛才劉淑瓊委員和滕西華委員都提到，剛剛陳燕鈴組長也有報告。在補充資料第 35 頁的附件三，感謝健保署整理出家庭醫師整合性照護計畫及地區醫院全人全社區照護計畫之差異比較表，家醫計畫沒有開辦建置費、地區醫院的計畫有 15 萬點；個案管理費，家醫計畫是每人年支付 250 點、地區醫院是 500 點，剛才滕委員有提到品質提升費，家醫計畫要 70 分以上才會給，而地區醫院的計畫已經在輔導了還要給一半，所以感覺好像一直在放寬，我不曉得這樣將來要怎麼朝同一個目標來邁進，這是第 1 點。

第 2 點，在醫療服務共擬會議提供的 113 年財務影響，預估為 2.8 億元，本計畫預算是 3.5 億元，我就不解 2.8 億元是從開始執行的時點計算，還是推估全年的費用，但用全年來推好像不合理，最快 8 月才會開始執行，前面 7 個月都已經過去了，還沒有執行，如果是這樣算的話，從 8 月開始，5 個月花掉 80% 的預算，我在想一個問題，短短 5 個月要花 2.8 億元，如果明年這個項目繼續的話，那個預算要編多少？我比較在意這一點。

第 3 點，這又是我心中的疑惑，因為醫療服務共擬會議是列為報告事項，提到這邊確認是討論事項，到底是如何定位？謝謝。

盧主任委員瑞芬：委員們提出很多的意見，現在先請健保署回應。

石署長崇良：謝謝委員對這個計畫的支持與指教，待會細節的部分，再請同仁補充，不過精神上，我還是跟大家報告一下，第 1 個，這個計畫本身是在做收斂，我們發現過去有太多 P4P 計畫，或門診整合計畫，這個計畫跟門診整合計畫最大的不同是，它不是以疾病、門診為基礎的整合，而是導入家醫計畫中個案管理的概念，所以要導入衛教、生活型態的評估，協助病人改變他的生活習慣，才能夠真正達到好的照顧目標，實際上它是把三高這些疾病做個整合照顧，不是只看到他是糖尿病就看糖尿病、高血壓就看高血壓、高血脂就看高血脂，我們是做一個整合性的照護，這個病人的資訊也會歸人來評估，所以才會有個很重要的個案管理精神在。

第 2 個，大家對這個計畫執行的指標有些質疑，為什麼跟家醫計畫有落差？我們是考量到剛剛開始執行，等於只有半年的時間，馬上就要有成效不容易，這個半年是一個基礎值而已，在這個基礎值，就會看真正開始收進來之後，跟我們現在所訂的這個目標落差是多大，也許很好，這樣明年當然就會把目標值再往上提，如果是落差很大，因為從過去有參加 P4P 和沒有參加 P4P，其實病人的照護品質是有落差的，現在是希望把在醫院就醫的病人都納入，暫時不強制去改變病人的就醫習慣，這是第一步，所以是照顧一個老病人，並不是讓地區醫院去跟西醫基層搶病人，不是這樣，是本來就在地區醫院固定就醫的病人，我們讓它有一致性的照顧品質，並融入全人照顧的概念，為什麼指標上感覺比家醫計畫來得寬鬆，這是因為剛開始，只有執行半年。預算的推估也是以半年做推估，這是第 2 個。

第 3 個，剛剛滕西華委員特別關心，這個病人應該都到基層去，應該要分級醫療，事實上分級醫療做了這麼多年，大家也知道，健保一開辦就沒有 gatekeeper，就沒有強制民眾要轉診才可以去醫院就醫，這麼多年下來，馬上就要求所有的病人通通要去基層看病，落實健保法第 43 條，沒有的話，直接到地區醫院就醫要部分負擔 30%、區域醫院部分負擔 40%、醫學中心部分負擔 50%，我看在座的付費者代表大概也沒有辦法馬上接受立刻落實健保法第 43 條的

規範，所以我們是希望先把病人的照護做到位，再來做風險分級，哪些是低風險的病人應該回到基層，高風險的病人則應該讓他得到好的照顧，跟風險等級不相稱的越級就醫再來落實健保法第 43 條，我想是用循序漸進的方式來推動分級醫療及全人照護，大概目標是這樣，先做這樣的說明，有不足的部分，再請劉林義組長補充。

劉組長林義：就李永振委員提出財務推估的部分，的確算半年的話，大概是 2.8 億元，本項預算是 3.5 億元，半年 2.8 億元的費用，包含只有在第 1 年才有的開辦建置費及建檔費，這兩個是第 1 年才有，第 1 年沒有績效獎勵費，第 2 年後就沒有建置費、建檔費，第 2 年以後會有獎勵金，這樣加一加，大概還是可以維持在 3~4 億元左右，這是有關預算的部分。

目標值的部分，剛剛我們署長也有提到，回到家醫計畫，其實它目標也是實施一段期間才愈來愈嚴格，地區醫院今年是第 1 年的計畫，會照剛剛我們署長的指示辦理，執行後也是會愈來愈嚴格，這點我們會再跟台灣社區醫院協會討論，以上補充。

盧主任委員瑞芬：李永振委員第 2 次發言。

李委員永振：感謝石崇良署長明示是收斂不是發散，不過付費者感覺是發散，因為到 9 月時，家醫計畫的預算可能還會再增加，代謝症候群計畫大概不會再增了，因為提不出績效、做不來，這部分感謝署長剛才確認了，2.8 億元不是半年，最多只有 5 個月，我是比較擔心易放難收，在前面剛開始沒有經驗，我同意署長的看法，但這樣執行 5 個月下去，開辦費要給，家醫計畫不會來要嗎？明年把地區醫院全人全社區照護計畫的開辦費拿掉，可能嗎？不增加就不錯了，我比較擔心的是這個，所以應要慎重評估怎麼去做。

我希望在今年協商時，這幾個過去都有在 follow 的計畫，不管是代謝症候群、家醫計畫，都有在 follow，但是沒有一起來看，我希望在今年提出預算時，健保署要構想將來要怎麼邁進，現在是處理三高問題，不過長遠應該是要朝家庭醫師制度邁進，我在家醫計畫

的公民參與會議曾建議過不要再蒐集意見了，專家學者已提供很多寶貴意見，要怎麼趕快起而行比較重要，一直蒐集意見這樣也不好，當然健保會是基於職責所需蒐集意見，應該也有很豐碩的成果，我是覺得專家學者在座談會提供的意見都相當好，健保會應該也有貢獻，接下來是健保署怎麼踏出去，這應該比較好。我希望應該要思考收斂、怎麼整合，朝著共同目標趕快前進，這才是付費者希望看到的，不然讓我們覺得一直在疊床架屋，這樣也不好。

盧主任委員瑞芬：請林文德委員。

林委員文德：有關這個計畫就是希望能達到壯大社區醫院這個目標，我個人是表示肯定，但是這個實際上的作法，可能還要再去思考一下怎麼樣做會更好。之前在進行有關家醫計畫的檢討時，其實都有提到，實施家醫計畫後，基層就醫實際上並沒有得到一個很大的提升，主要問題是家醫跟輔導醫院間的轉診系統並沒有建立起來。我不知道地區醫院全人全社區照護計畫中有沒有提到有關與醫學中心、區域醫院跟地區醫院整合的部分，包括之間轉診網絡的建立，例如醫學中心跟區域醫院的穩定慢性病人是不是有辦法轉給地區醫院照顧，在整個計畫設計沒有看到這部分。家醫計畫的部分，在整個整合的照護網中，實際上是有輔導醫院的加入，所以這部分是不是可以說明一下，這個地區醫院的部分怎麼跟醫學中心、區域醫院做整合或轉診、分級醫療的建構，這是第 1 點。

第 2 點，有關指標的部分，從家醫計畫的經驗中，可以看到，在結果面的 3 個指標，包含潛在可避免急診率、會員急診率、可避免住院率，這 3 個指標並沒有得到一個很好的結果，甚至都比目標值來得高；地區醫院全人全社區照護計畫也有訂這 3 個指標，但這個指標的設計好像只有跟會員自己來比，並沒有跟未加入會員的來做比較，所以就導致加入會員的可避免急診率、可避免住院率都比一般沒有加入的來得高，這樣在結果面好像沒有看到實際的成效，可不可以說明一下結果面的指標有沒有可以改進的方式？

盧主任委員瑞芬：林文德委員和劉淑瓊委員都有針對指標及支付條件

提出一些蠻具體的建議，這部分是不是請健保署就現在可以回應的部分就先回應。

劉組長林義：有關林文德委員講的層級之間網絡的建立，因為這個跟家醫計畫，就像剛剛講的就是大同小異，家醫計畫有規定要在生活圈成立專責網絡，在地區醫院全人全社區照護計畫同樣也有在計畫中標註，所以這是沒有問題的。

第2個是目標值的部分，剛已經討論很多了，這個計畫收案對象跟一般民眾不一樣，是屬於有高風險慢性病的人，所以初期不是跟全國比，如果跟全國比，也有所謂不公平的地方，因為它收案對象是屬於高風險的族群，以上2點說明。

盧主任委員瑞芬：如果委員對這個案子沒有其他意見的話，因為這是兩個案子，做成以下2個決議：

第1個，針對西醫基層總額一般服務項目「提升國人視力照護品質」之具體實施方案，委員所提意見，提供健保署修正參考。

第2個，醫院總額專款項目「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」之具體實施方案，委員所提意見，提供健保署修正及衛福部核定參考，並請於核定後副知本會。請健保署針對委員所提具體意見，提出書面、具體的回復，並於核定後副知本會。

另外針對今天討論事項及報告事項，委員都有提到，健保署有時是公告以後才送本會，有時則是先提本會討論，我想還是按照程序走，只要是總額裁定事項都應先經本會討論確認後再公告，委員有很多寶貴意見可提供健保署參考，不管健保署有沒有採用本會的意見，應該要符合程序，以後不要公告後才送來，若公告後才送本會，委員所提意見變成君子無用武之地，所以這些協定事項，請健保署還是按照程序來，請先提本會確認之後再公告，謝謝。

接下來先休息10分鐘用餐，再進行報告事項。

劉委員淑瓊書面意見：

一、我們認同署長在多個場合所言，多重慢性病人應以病人為中心

(person-centered)，搭配前瞻支付，如論質計酬 (Pay for Performance, P4P) 等。這是健保回應超高齡化、疾病慢性化的重要政策，民眾也非常關心。

二、110 年，醫改會是率先提出多重慢性病整合的民間倡議團體，當時我們召開【有名無實，有心無力體檢門診整合計畫】記者會，訴求疾病整合希望藉著「疾病共同管理」、「用藥整合」等方法，來達到「醫療行為整合」的目標¹。同樣的理念也充分應用在家醫計畫、全人全社區計畫。

三、除了本會的倡議經驗外，我們也仔細整理了 113 年第 3 次(7 月 12 日)醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議的錄音實錄。綜合以上，我們歸納出以下 3 點「不足」，以下一一說明：

(一)需求評估資料不足

1.據健保署統計，目前臺灣的慢性病人是 1 千 2 百多萬人，當中約 7 百多萬人有多重慢性病。對此，我們已經有多項疾病整合計畫，但這些計畫卻彼此間卻不整合。光是在門診就有：家醫計畫、門診整合計畫(多數執行的是大醫院)、全人全社區計畫、代謝計畫等。雖然收案上互相排除，且據署長解釋，全人全社區計畫是以忠誠病人為篩選機制，仍要求以基層診所為第一順位的收案場域，若診所沒有用家醫計畫收案才開放給醫院收案。而健保署沒有告訴我們的是：

(1)有多少是家醫計畫的可收案但未收案會員？

(2)有多少是地區醫院潛在的可收案對象？分布又是如何？

(3)有多少的慢性病人在同院內跨不同專科看診？

(4)有多少的慢性病人跨層級在基層診所、地區醫院，乃至大醫院看診？

¹ 據健保署「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」的宗旨，「多重慢性病整合照護」目的是：(1) 避免重複、非必要的治療用藥或處置，影響病人安全。(2) 透過支付制度引導，來促成醫院各專科醫療的整合。(3) 促進層級間的轉診，提升醫療資源使用效率。

- 2.這些很基本的需求評估資料，委員們至今都沒有看到。
- 3.據醫改會之前倡議門診整合的經驗，我們訪談了多家醫療院所、病友團體，與多位醫事人員、學者專家代表，涵蓋服務經驗，也有使用經驗。我們理解部分醫院的專科別之間有小總額概念下，不會互相搶病人，或是請病人整合後減少去特定科別的就醫，這是目前的現狀與困難。如果病人參與全人全社區計畫，又在同院、他院的其它專科看診，像是三高病人收案後又在新陳代謝科或心血管科看三高疾病，計畫規劃如何因應與引導？會不會扣除專科看診的費用？對重複性、非必要的醫療，署方與醫界如何引導或管控，我們仍沒有看見。

(二)開辦建置費 15 萬點的支付合理性不足

- 1.家醫計畫未曾有過開辦費，委員們無從得知這 15 萬點是如何精算出來，是支付行政成本、提供開辦獎勵，或是兩者兼具？共擬會中，醫界、付費者代表，都想要知道的是：這些費用買到什麼服務？價值何在？成本效益為何？因為本計畫執行期間剩下半年不到，開辦費有沒有消化預算的疑慮？在沒有成本分析的前提下，這些問題都無法回答。
- 2.7月16日至17日的評核會議，評核委員才特別提醒與叮囑「不樂見雨露均霑的方案設計。」雖然開辦費有4項的支付條件要達成，署長也在共擬會中說這4項是KPI；但醫改會認為，這些KPI恐怕太過低標，請容我們一一說明：

- (1)「條件1：收案會員之個人健康資料建檔率達80%」。
根據「附件二：收案會員健康資料」，這份生活型態量表需由病人自填後，由醫院登打資料建檔，計畫所希望支付的可能是此成本。我們認同合理支付成本，但資料完整建檔是前端的行政作業，重點是不一定能幫助醫院面對「知情同意」與「病人參與」的困難，這也是家醫計畫多位學者專家、醫界代表提到的困境。反而是「附件三：醫療照護計畫書」是好的工具，有沒有完善的內

容、有沒有實際引導病人進入個案管理階段，以及有沒有找病人或病人家屬來共同決策。這才更符合現在衛福部提倡以病人為中心、醫病共同參與、互相尊重與溝通的概念。很可惜的是，醫療照護計畫書只被當作個管費的支付條件之一，且得視情況撰寫。醫療照護計畫書也沒有用來當作開辦條件，等於開辦費與執行過程、品質成效脫勾。

- (2) 「條件 2：『設立 24 小時諮詢專線』得 3 分(含)以上」。據補充資料第 21 頁，得 3 分的意思是「醫院人員接聽，無法解決會員問題(如不了解本計畫、簡單回答請他來醫院等)。」也就是說，醫院人員接起電話就得 3 分，計畫不管病人的問題有沒有得到適度解決，此標準可能太過寬鬆，也欠缺品質管理的精神。
- (3) 「條件 3：收案會員之健康存摺下載率達 80%」。健保會 111 年 12 月的第 12 次委員會議，曾討論「抑制資源不當耗用改善方案」的時候，委員們才認同署方，將健保 APP 的指標從「安裝人次」修改為「使用人次」，當時候健保署解釋：「健保 APP 安裝人次已大幅成長，惟安裝 APP 無法等同實際使用 APP 之健康存摺功能管理自身健康，為符合本方案強化自我照護能力之初衷，改依『實際使用健康存摺』人次進行追蹤...」如今又看到條件 3 的「下載率」，健保署明知問題，卻選擇視而不見。

(三)成效指標不足以反映整合的效果

- 1.目前成效指標有：潛在可避免急診率、會員急診率、可避免住院率等。
- 2.但應該要有可以反映整合成效的指標，像是比照「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，增加「照護對象每人西醫門診藥品品項數」、「照護對象每人門診潛在不當用藥數(Potentially Inappropriate Medication, PIM)」等，後續也應

該做到未收案、已收案的對照；收案前、收案後的對照。

四、最後，依照衛福部 113 年總額的核決定事項，本案在擬定後需要提報健保會確認，因為計畫仍有不明確的地方，醫改會主張暫不予確認，請健保署與醫院部門重新修正後，再提報第 7 次委員會議(8 月 21 日)討論。

肆、報告事項第一案「113 年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目(含須於 113 年 7 月提報項目及預算扣減方式之規劃)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

朱科長文玥：健保署報告，請委員參閱會議資料第 101 頁說明二，有關 4 項預算扣減的規劃、中醫及門診透析 2 項服務專款成效檢討，辦理情形如附件一及二。請委員參閱會議資料第 107 頁，首先報告 4 項扣減項目，牙醫門診 1 項，「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，核定事項是 113 年於一般服務扣減與本項重複的費用，本署的處理規劃，在牙醫門診總額 113 年第 2 次研商議事會議決議，採 112 年協定的扣減方式，也就是 113 年執行 P7101C 且沒有申報 91014C 及 91004C，在 112 年一般服務有申報前面 2 項費用者，則扣減 91014C 的費用。

請委員參閱會議資料第 108 頁，中醫門診 2 項，第 1 項「中醫利用新增人口」，核定事項是依 113 年中醫實際就醫人數成長情形，扣減當年未執行的額度，並列入基期扣減，扣減方式請參閱會議資料第 109 頁，以「113 年實際就醫人數」減去「112 年實際就醫人數」，再乘以「113 年就醫者平均每人醫療費用」，再扣減與預算 588 百萬元的差額。本署的規劃說明，在 113 年第 1 次中醫門診總額研商議事會議決議，所列計算公式定義，就醫人數不包含 C5 及主、次診斷為 U07.1、U09.9 的診斷案件，有關將職災及預防保健的案件人數列入計算，是中全會表示為了鼓勵中醫院所積極參與，增加保險對象選擇中醫的就醫可近性，所以沒有排除職災及預防保健的保險對象，在此補充說明。有關(2)醫療費用點數也沒有包含上開案件的醫療費用點數。第 2 項「照護機構中醫醫療照護方案」，核定事項是 113 年於一般服務扣除與本項重複的部分，本署的辦理規劃，這一項扣減方式將提 113 年 8 月中醫門診總額研商議事會議決議後，再提貴會報告。

請委員參閱會議資料第 110 頁，在醫院及西醫基層的部分有 1 項扣減，就是「藥品及特材給付規定改變」，決定事項是若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度。本署的處理規劃，藥品部分，醫院跟西醫基層部門均配合辦理，並於 113 年度第 4 季結算的時候，扣減當年度未執行的額度；特材部分，醫院部門配合在 113 年度第 4 季結算扣減，西醫基層部分沒有編列 113 年特材給付規定改變的預算。

請委員參閱會議資料第 112 頁，有關中醫門診及門診透析 2 項服務專款的成效檢討，中醫門診項目是「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」，核定事項是持續檢討計畫執行情形及結果面之成效，在 113 年 7 月前提到貴會報告。額外補充，本計畫主要是針對 5~14 歲的過敏性鼻炎兒童，提供中醫輔助醫療介入措施，除了原來的論量計酬之外，額外支付管理照護費 200 點，112 年執行情形，預算是 21.6 百萬元，執行數是 23.14 百萬點，執行率為 100%，共計照護人數為 5,354 人。

請委員參閱本署規劃辦理的第 2 點，經統計接受完整照護療程的人數，110~112 年由 4 人提升到 6 人，比率為 0.11%，第 3 點本計畫訂有「個案接受完整治療療程，自結案日起 1 年內，因過敏性鼻炎問題再使用中醫玉屏風散、補中益氣湯、八味地黃丸或西醫抗組織胺藥之次數、用藥費用較治療前一年減少之比例」的指標，因須完整觀察療程年度，所以統計 110 年及 111 年完成的治療人數分別為 4 人及 2 人，使用所列藥品人數為 0 人。

門診透析項目是「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」，請委員參閱本署規劃辦理的第 2 點，112 年執行情形，預算數是 433.5 百萬元，執行率為 38.3%，另有關院所鼓勵費執行情形，請委員參閱 A、B、C、D，共 4 項。第 3 點，112 年執行成效，跟委員更正 1 個數字，就是腹膜透析新發個案占率及盛行率，原提報數值是依照台灣腎病年報公開資料 109 年時間區間的統計值，分別為 9.7% 及 7.8%，經本署以 112 年時間區間統計，並比照台灣腎病年報的操作定義重新計算後，腹膜透析新發個案的占率為

9.96%，盛行個案的占率為 7.68%，請委員參閱會議資料第 113 頁，與目標值相比，都沒有達到目標值，原因是執行僅有半年，時間比較短。第 4 點，113 年執行成效，參加的院所家數共 268 家，較 112 年增加 20 家，本方案相關補助大部分採全年結算，所以 114 年 5 月才會有完整資料，以上報告。

陳組長燕鈴：本會補充說明，請委員參閱會議資料第 101 頁，本報告案主要有 3 部分，第 1 個是 4 項扣減方式的規劃，此外還有 2 個中醫及透析專款項目的檢討報告，我先就第 1 個部分補充說明，涉及總額預算扣減規劃的部分，請委員參閱會議資料第 107 頁，剛剛健保署已經說明核(決)定事項及健保署的處理規劃，請看最右邊欄位本會補充說明的部分，第 1 個是牙醫門診總額 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫，這是 111 年的專款，屬於舊的計畫，113 年的扣減方式跟 112 年度相同，尚稱合理，建議尊重健保署的處理規劃。

健保署的處理規劃提到牙全會建議如果 112 年就醫率提升，113 年就不應進行扣款，這部分健保署說協商時會提供就醫率資料供委員參考。請委員參閱本會研析及建議的第 3 點(1)，總額核定事項已經明訂扣款事項，所以還是請依核定事項辦理扣款事宜。有關於未來總額協商，就醫率提升是否可以作為不扣款的依據，建請健保署評估合理性供總額協商參考。

請委員參閱會議資料第 108 頁最右邊欄位，這個專款新增 P7101C「青少年齲齒控制照護處置」支付項目，與現行一般服務的 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」支付項目，其實是可以互相替代，如果未來 91014C 的利用率提升的話，或許可以代表沒有從一般服務轉移到專款，所以我們建議健保署持續評估 91014C 的利用情形，相關利用情形也有臚列在評核報告，請委員參閱會議資料第 111 頁，一般服務 91014C 案件，112 年與 108 年相比沒有增加的情形，所以這部分就請持續評估。有關扣減的期程，建議循往例在當年第 3、4 季進行扣減。

請委員參閱會議資料第 108 頁，中醫門診總額的「中醫利用新增人口」是 113 年新增的一般服務項目，要扣減沒執行的預算，健保署提出的扣減方式跟總額核定事項的扣減方式一致，我們建議尊重健保署的處理規劃。有關就醫人數的定義，剛才健保署已經說明本項與預期效益評估指標的不同，就是為什麼職災及預防保健納入就醫人數計算，可是這一次把 C5 案件也排除，請健保署等一下補充說明。有關扣款期程的部分，也是跟上一項一樣。

請委員參閱會議資料第 109 頁，「照護機構中醫醫療照護方案」是 111 年專款，也是持續性的專款項目，要扣除跟一般服務重複的部分，過去已經有一個確定的扣減方式，但是 113 年還沒有完成規劃，請健保署跟中醫部門能夠儘速規劃，在今年年底以前提報本會。有關於醫院跟西醫基層部分都是按照決定事項辦理，就尊重健保署建議，請委員參閱會議資料第 103 頁，有關這幾項預算扣減方式的執行結果，依過去委員會議決定，請在 114 年 3 月委員會議提報本會，做為 115 年度總額協商的參考。

接著我要報告的第 2 個部分是中醫門診「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」的成效檢討，總額核定事項是檢討執行情形，再試辦 1 年，就是 113 年，如果沒有具體成效的話要退場。這計畫從 105 年執行至今已經第 9 年，請委員參閱會議資料第 104 頁，健保署提報的資料，健保署剛才也已經說明，110~112 年接受完整照護的人數由 4 人提升到 6 人，接受完整療程比率只有 0.11%，我們摘要近年的執行成果如下表，請委員參考，預算數大概是 2,000 萬元左右，112 年的執行率有比較高，達到 100%，但是接受完整照護療程的人數還是比較少。

有關成效部分，這計畫有 2 個品質監控指標，分別是接受完整療程的人數，1 年內因過敏性鼻炎到西醫門診就診次數下降，還有使用中醫相關藥物的次數、藥費也要下降，不過就健保署的報告，因為接受完整療程人數很有限，無法呈現執行效益。本會補充說明是參考近年評核委員及總額協定事項已經多次建議這個計畫要檢討執行成效，沒有具體效益就應該要退場，今年評核委員也認為專款項

目數實在太多，應該落實效益檢討，如果沒有效益就建議要退場，也建議健保署提出這方案退場與否的意見給委員參考。今天的執行成效與評核結果會納入 114 年總額協商參考。

第 3 個部分要補充說明是門診透析「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」專款計畫，健保署剛才已經提報具體實施方案，請委員參閱會議資料第 105 頁，這方案是去年 7 月才開始公告實施，執行才半年多，還在初期，期間也很短，剛剛健保署有報告關於腹膜透析新發個案占率及盛行個案占率的執行成效，目前是還沒有達到預期效益的參考值，不過還在努力中。框框內也補充這個計畫的 KPI，執行目標及預期效益評估指標，預期效益評估指標包含存活率、腹膜炎發生率等等指標，不過這個要之後才有辦法分析。有關新發個案及盛行率，健保署已經根據最新的定義去計算當年度的占率，這部分我們就沒有意見。

請委員參閱會議資料第 106 頁，從健保署的評核報告資料看起來，這個方案是希望鼓勵腹膜透析，請委員參閱會議資料第 115 頁，腹膜透析人數占率逐年持續下降，108~111 年從 7.1% 降到 6.7%，112 年有維持在 6.7%，我們再繼續觀察。比較重要的是品質監測指標，存活率目前還沒有資料，但就健保署今年在評核會議中所提出的報告，請委員參閱會議資料第 115 頁最下面的表，腹膜炎發生率逐年升高，而且 112 年又高於 111 年甚多，雖然還在參考值範圍內，但已經快突破參考值了。另外不管腹膜透析時間小於 1 年或大於 1 年的死亡率，112 年都是上升，也都高於參考值，建議大家可以持續關注腹膜透析照護品質的這些指標，也請健保署密切監測照護品質與健康結果，作為計畫修訂或推動的參考，也提供總額協商參考，以上說明。

盧主任委員瑞芬：因為這個報告案涉及 5 個總額項目，一項一項來比較聚焦，我們就按照會議資料第 101 頁的順序，從牙醫開始，牙醫只有 1 個案子，12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫，請問委員有沒有意見？詹永兆委員是要針對 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫提出意見嗎？

詹委員永兆：沒有。

盧主任委員瑞芬：我們一個一個來，委員針對牙醫的部分有沒有意見？請李永振委員。

李委員永振：因為牙全會有提出不扣款的條件，應該深入看看這個條件與不扣錢有沒有因果關係，如果有的話再談，如果沒有的話就沒有理由用這個條件當作不扣款的依據。

盧主任委員瑞芬：本會同仁的建議是要請健保署評估就醫率提升作為不扣減依據的合理性，剛剛李永振委員也有提到相關意見，針對就醫率提升的部分，健保署是不是帶回去研擬一下？(石崇良署長點頭)。接著中醫部門有2個協定事項，「中醫利用新增人口」及「照護機構中醫醫療照護方案」，還有「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」，請詹永兆委員。

詹委員永兆：關於兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫，中全會去年底已經請高雄長庚紀念醫院中醫部蔡明諺主任針對這個專案做研究，我們有對照組及研究報告，有參加及沒參加研究計畫的2者之間確實有明顯差異性，有參加的過敏性鼻炎治療成效好很多，尤其是5~7歲。

至於中醫兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫中，收案條件的關鍵點是要完整執行6個月，但只要加入這個專案，每個月左右就會做RCAT_(註)，可能這個小朋友吃了2、3個月的中藥後成效就很好，就已經改善了，所以就沒辦法執行6個月，我們在各總額部門112年度執行成果發表暨評核會中有報告，每個月做評估表，在收案的5,000多人中大概有2,000多人做RCAT，過敏性鼻炎確實有明顯改善，關鍵點是完整收案，因為3個月就看到成效，條件就不要寫6個月，其實可以縮短為3個月或完成前後評估就可以收案。

另外指標可以納入經過中醫治療過敏性鼻炎以後，未來1年在中、西醫門診看過敏性鼻炎的情形，不會看起來很像因為收案不完全，沒有進行進一步的評估。

以上 2 點，第 1 點是其實我們這個專案每個月都有進行 RCAT 評估，在收案 2,000 多件來講，P 值小於 0.001 是很合理的，就是對過敏性鼻炎成效良好。第 2 點是我們已經請高雄長庚紀念醫院的蔡明諺主任，做了一個針對有參加計畫跟沒有參加計畫的完整比較，收案差不多 99 人，大概從健保資料庫用.....

註：RCAT (The Rhinitis Control Assessment Test，過敏性鼻炎控制評估測試量表)。

盧主任委員瑞芬：詹永兆委員剛才是不小心按到麥克風嗎？

詹委員永兆：是時間到自動停嗎？

盧主任委員瑞芬：沒有，沒有，我們沒有這麼狠。

詹委員永兆：最後整個來講，其實我們是有做評估計畫，確實對於 5~7 歲小朋友，在經過中醫專案治療後，對過敏性鼻炎有很明顯的成效，謝謝。

盧主任委員瑞芬：不曉得委員對中醫部分有沒有意見？請李永振委員。

李委員永振：聽中全會剛才的報告，我是感覺他有心去找原因，所以我個人建議，健保署應該跟中全會再進一步確認剛才提到的研究到底有沒有道理，如果有道理、有掌握到原因，接下來看看有什麼有效的作法，我是期待能有結果，整個作為要不要退場或繼續辦理的衡量依據，可能會比較好。

比較資深的委員應該還記得，中醫部門過去也有相關經驗，之前曾經要讓「中醫急症處置」專款退場，它的預算數也從 2 千萬元、1 千萬元、再到 5 百萬元，後來找到原因，就是因為跟西醫院所之間沒有合作關係，還有受到疫情影響，所以雖然中醫部門很有心，但是執行率一直沒辦法提升上來。

我記得我參加中醫研商議事會議時，它的預算好像不太夠，現在已經恢復到 1 千萬元了。所以過去中醫有這種例子，是不是可以循這個模式，如果有掌握到原因、執行情形有改善，我是覺得應該可以再給它機會。

盧主任委員瑞芬：請線上的林文德委員。

林委員文德：謝謝詹永兆理事長的說明，其實我們在評核的時候，對這個案子也很有疑慮，就是它的完整治療人數實在太少，所以無法評估整個成效。剛剛詹理事長有提到，它的療效似乎不一定要6個月才能顯現出來，所以我這邊建議，是不是可以依照剛剛詹理事長的建議，把療效的評估範圍再放寬一點，這樣的話，也許可以看出有接受治療，即使療程不完整，還是可以減少一些後續中、西醫的利用。

但我這邊有一點疑問，為什麼當初要把完整照護的認定，由「個案照護滿3個月」改為「個案照護滿6個月」？這改變當初應該也是中醫代表提出來的，所以這邊想要瞭解一下為什麼當初會把3個月改成6個月？

盧主任委員瑞芬：詹永兆委員要回覆嗎？林文德委員請問為什麼要把3個月改成6個月？

詹委員永兆：其實這個案子一直都有收案的問題，我們最後評估發現，其實我們做RCAT的時候，RCAT是1個月做1次評估，它1、2個月就很有療效了，所以後來覺得還是3個月比較適合，延到6個月反而愈來愈困難，而且我們確實不需要那麼長的時間。

盧主任委員瑞芬：有關中醫利用新增人口部分，我想請健保署針對「計算就醫人數案件之定義」，排除項目增加C5案件(嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件等)，且不排除職災及預防保健部分，說明為什麼計算就醫人數案件的定義要有這個排除項目。

劉組長林義：這1項我們尊重中全會的意見。

詹委員永兆：我來說明，因為中醫部門一直希望職災的人就回歸職災給付，不要再使用健保資源，所以我們跟健保署談的時候，因為目前中醫六區還是一直鼓勵大家職災就回歸職災給付，不要用健保資源。在我們的鼓勵之下，有一些人會過去，如果排除的話，變成我們力道要降低，因為會影響我們的計算，所以我們希望不要排除，完整地呈現就醫真正的現況、真正的利用率。

盧主任委員瑞芬：可是職災跟預防保健本來就不該由健保出。

詹委員永兆：很多民眾真正遇到職災，不見得會用職災來申報，為了就醫方便就用健保，所以我們中全會一直在推廣，只要是職災的，請不要來利用健保資源，所以職災的利用率目前有逐年成長，我們是回歸職災就不要用健保。

盧主任委員瑞芬：健保署處理這樣案件的時候，如果知道是職災的話是不是就是代位求償？理論上應該是代位求償嗎？對不對？

龐副署長一鳴：不適用代位求償，由職災相關規定處理。

盧主任委員瑞芬：OK，能不能請健保署說明一下，所以你們同意這個排除的條件？

劉組長林義：因為當初我們跟中全會在總額研商議事會議討論時，是著重整個中醫就診人數，所以只要健保可以蒐集到的資料都算進去，剛才是這樣的建議，中全會這邊也是這樣的想法，所以我們就是提到會上來討論，因為協商項目叫做中醫新增利用人口，所以只要是有來利用中醫，都會把它算進去。

盧主任委員瑞芬：不管是什麼原因就對了。

劉組長林義：對，因為基期也是同樣的定義。

盧主任委員瑞芬：但最後算錢的時候，不會算到健保頭上就對了。

劉組長林義：對，跟錢無關，純粹是中醫利用人數。

盧主任委員瑞芬：所以中醫的三個部分，委員都發表過意見，現在針對西醫基層的「藥品及特材給付規定改變」這一項，委員有沒有意見？如果委員沒有意見，接下來是門診透析的執行報告，委員有沒有意見？請李永振委員。

李委員永振：針對腹膜透析的部分，依據幕僚整理的資料顯示，我們已經又多投入1.66億元，結果腹膜透析人數占率持平，看到這點會覺得說，我們多投入的1.66億元是打水漂嗎？後來看到後文發現，住院率提升、死亡率好像也高於參考值，效果好像更糟糕。當然去年是第1年，實際只做了半年左右，但到今年要協商時，應該經過完整1年了，我想屆時要討論這個議題的時候，請健保署把這1年真正的情況做個檢討提出來。

目前呈現的是這個情況，我們花那麼多錢，結果人數占率也沒有增加，我們鼓勵患者用腹膜透析，一定要有一個好的成果出來，效率方面也應該是愈來愈好，這樣繼續辦理才有意義，不然每年除了剛才講的 1.66 億元，好像多了 3 億元要用在這裡，但是看起來好像沒有達到預期目標，這樣持續下去有意義嗎？提出這點請教，謝謝。

盧主任委員瑞芬：針對門診透析的部分，委員還有沒有其他意見？健保署要不要回應？

劉組長林義：因為腹膜透析是 112 年下半年才開始做，執行期間只有半年，我們看執行成效，假如用個案占率的話，目前 112 年執行成效新發個案的占率資料寫 9.7%，這部分是 109 年的數據，因為我們是用腎臟醫學會的報告，報告年度是 109 年、占率為 9.7%；照他們報告的定義跑資料，112 年是 9.96%，所以有微幅增加，但還沒有達到目標值 10%。這部分我們要等 113 年有完整 1 年資料之後再看成效，不過因為要完整 1 個年度，資料要到明年 5 月才會有，可能就是要做為 115 年總額協商的參考，因為 114 年目前看到的數字是從 9.7% 增加到 9.96%，有微幅增加，不過至少是沒有下降，因為假如沒有做腹膜透析計畫，它的趨勢是下降的。

盧主任委員瑞芬：詹永兆委員，我們剛才針對就醫人數案件的定義，你主要是回覆不排除職災的部分，但是你們為什麼會排除 COVID 的個案？他也是正常就醫。

詹委員永兆：COVID 病人不一樣，因為 112 年上半年是嚴重期，所以那時候收案量很大，COVID 用的人比較多，113 年已經疫情後，相對的使用人數比較少，所以我們把 COVID 病人排除，那時候下半年 COVID 可以直接用健保給付，清冠一號是公費的，但診察費是吃健保的，所以它是算到健保裡面，這樣子兩個會很明顯不一樣。

盧主任委員瑞芬：因為它其實都是算中醫就醫人口，如果按照你們剛才的理由，不排除職災跟預防保健的話，你們重點是在看多少人用

中醫，按照這個理由的話，好像不應該排除不是嗎？因為它就是有用中醫的人數。

詹委員永兆：因為那個是突發事件，一下把量衝起來，就像我們現在講，111年大概成長120幾萬人，112年我們成長了20幾萬人，已經成長140萬人，這在中醫門診總額的成長來講已經到頂了、已經被擠壓了，所以我們點值是最差的，我們難道管控不好嗎？

盧主任委員瑞芬：所以後來有補你們。

詹委員永兆：我們也無從管控，COVID病人或是後續大家發現中醫好來看的病人，就是成長，我們中醫也無從管控，不能拒絕病人就醫，基於這2個突發事件，先把數字拉開來看，這樣會比較公平，以上。

盧主任委員瑞芬：請滕西華委員。

滕委員西華：我本來沒有意見，但是主席剛才請教詹理事長排除COVID的解釋反而讓我困惑。第1點，因為COVID-19來的病人，按照常理來說，不應該只治療COVID-19，也就是包括後來長新冠或是併發症，甚至還有因為COVID-19來看中醫後，對中醫產生信心持續看診的，都應該要算就醫人數。除非我們能夠知道COVID-19的病人來看中醫後，就再也不會來看中醫了。中醫還是沒有像過去跟我們要這筆費用的時候，跟我們說中醫相較以前就醫率已經提升，而且獲得廣大民眾的信賴。如果這個錢、這個人數不算進去，那我就冒昧請教中醫，難道你們不想把病人留下嗎？不是因為有一個契機，讓病人可以來看中醫，中醫也獲取民眾的信賴，對醫療品質、健康照護，他信賴了，所以這些人應該持續留在中醫，才對中醫總額有貢獻啊！

況且我們在算醫療費用非協商因素成長率時，這部分的人口也同時校正進去，因為它會產生醫療費用，如果不算進去，健保署跟中全會要明確地告訴我們，這些人都是臨時客跟過路客，COVID-19之後沒有長新冠的問題，他就是拿個清冠一號，COVID-19痊癒之後再也不會來看中醫，如果這樣你要排除才有可能，如果沒有辦

法，就應該要算進中醫就醫人數沒有錯，這是不瞭解的地方。

盧主任委員瑞芬：請詹永兆委員。

詹委員永兆：謝謝滕西華委員的指教，因為清冠一號原本是公費，今年疫情過後已經不能使用了，那時候可以使用，現在西醫特效藥莫納皮拉韋還可以用，但目前中醫是不能用，所以說裡面占比很多。當然現在中醫還是會針對新冠後遺症病人一樣會進行治療，所以後續這些都算，只是比較特別，那是因為掛到清冠一號那一塊，相信大家也知道疫情那時候他是單純來拿藥，現在特效藥也沒有了，所以立足點不同。

盧主任委員瑞芬：滕西華委員的意思不是針對藥的部分，是針對人口。

滕委員西華：主席講的沒有錯，我再澄清一下，我不是只有針對藥的部分，他有來看病，看病也不是只有拿清冠一號；第 2 點，在早期，COVID-19 診斷的病人來看中醫，絕不可能僅僅是因為領清冠一號或是看 COVID-19，他可能還會看別的問題，所以如果只是用 C5 案件診斷或確定是 COVID-19 就排除，這其實是不對。一開始清冠一號沒有納公費，或者有自費的時候，我記得中全會柯富揚理事長有對媒體還是中醫師表示說，即使診所沒有賣清冠一號做好的藥包，我們還是會用科學中藥、採用其他配方，以健保給付的科學中藥治療病人，不會說因為這個病人買不起清冠一號，健保也不付診察費，就不做其他健保有給付的處置，所以上面的說法顯然不合理。

我們知道詹永兆理事長是憂心這個會占掉中醫的費用沒有錯，但事實上每個總額在增加民眾信賴度的時候，不能一方面希望就醫率提高、總額可以提高、民眾可以信賴總額，但是在算就醫人數時不把它算進來，這樣就不用鼓勵增加就醫人口了，不用增加就好了。而且中醫跟西醫、牙醫不一樣，牙醫跟西醫及中醫幾乎不能替代，會去看中醫或西醫尋求共同照護的比率，其實在各個疾病都應該算高，如果把就醫人口直接排除我是覺得不太合理，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請林文德委員。

林委員文德：我也是認同滕西華委員的講法，我們當初給這筆預算是因為中醫的代表告訴我們，這次因為新冠疫情的關係，很多病人透過中醫的治療，得到很好的療效，因為他們肯定中醫之後，就會繼續留在中醫就醫，導致中醫就醫人數增加，所以理論上這些有看過新冠的病人，應該算在分母裡面，因為他們有看過，如果沒有計算進去，那實際上增加的人，就不是因為認同中醫而就醫的人，這跟我們當初給這筆預算的精神不太符合，以上。

盧主任委員瑞芬：其他委員還有沒有意見？委員沒有意見的話，針對這個報告案有幾項決定，請健保署參考委員所提意見及本會補充說明，辦理下列事項：

第 1 點是儘速完成中醫門診總額「照護機構中醫醫療照護方案」之預算扣減方式規劃，最晚於 113 年 12 月份委員會議，請將規劃結果提報本會。

第 2 點是要在 114 年 3 月份委員會議，提報本案預算扣減方式執行結果，作為 115 年度總額協商的參考。

第 3 點是研議 114 年度中醫門診總額協商草案時，要妥善處理「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」是否退場事宜，剛才詹委員提供我們一些新的事證，請健保署把它納入參考。委員針對中醫利用新增人口的案件，提供有關就醫人數定義的意見，也請健保署再研商以後，最晚在 113 年 12 月份委員會議將規劃結果提報本會。

第 4 點是會同門診透析服務相關團體，密切監測腹膜透析病人照顧品質及健康結果，持續評估「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」專款項目執行成效，其餘洽悉。現在進行報告事項第二案。

伍、報告事項第二案「各總額部門 112 年度執行成果評核結果」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴：請委員看到補充資料第 37 頁，今年評核會議已經在 7 月 16、17 日辦理完成，當天有 170 餘人出席，本會也有 33 位委員與會提供很多寶貴建議。在 7 月 17 日下午，評核委員也召開內部會議討論，評核結果已經在本會網頁對外公布，也寄送委員參閱。有關評核委員的部分，這 7 名專家學者是依據委員票選結果依序邀請，評核委員名單請參考。

經評核委員討論以後，內部會議的評核結果，牙醫門診跟醫院部門的評核等級是優，中醫門診跟西醫基層總額是良，依照 6 月份委員會議決議獎勵標準計算，114 年度品質保證保留款專款獎勵成長率，是以 112 年一般服務預算為基礎乘以成長率，牙醫門診總額跟醫院總額是成長 0.2%，中醫門診跟西醫基層總額是成長 0.1%，計算結果就是專款的額度。

最後一行第三點，為了提升及精進健保署跟各總額部門的執行成效，經評核委員內部會議討論，請看補充資料第 38 頁，7 位評核委員及本會委員提出對健保署及四總額部門精進作為共識建議，我們整理在附件補充資料第 39~60 頁，含括對健保署跟四總額部門的整體建議，以及四總額部門建議，總共有五大部分，內容非常多。

第一個部分在第 39~43 頁，是關於健保署及四總額部門的整體性建議，說明一下評核委員的共識建議重點，總共有 12 點，補充資料第 39 頁(一)是評核委員建議，我們面對快速高齡化跟少子化人口結構快速改變，健保署要積極規劃因應，才能確保健保永續經營，因為人口結構快速改變，2044 年會再減少 400 萬年輕人，所以我們的挑戰除了收入面保費負擔人口減少外，支出面也面對多重慢性病、高齡人口增加，面對這樣的挑戰，應該要趕快審慎規劃健保制度，才能確保健保永續經營。

此外，醫事人力部分，評核委員建議，醫療供給面及照護模式都

應該進行調整，尤其在每萬人口病床數高於多數國家的情況下，現階段醫院還在擴床，所以建議減少病床數，並把一些慢性病床、占床率較低的急性病床轉型為長照機構；另在照護方面，應朝全人整合照護去努力，也期待健保署能夠積極提出整體資源配置方案及願景，並提供上級單位建議，讓健保朝向更好的方向邁進。

第 2 點建議是大家醫計畫應該朝以人為中心的整合照護模式，及早落實全人照護，評核委員非常肯定健保署規劃的大家醫計畫開始進行慢性病照護整合，不過這只是一個開始，期待能逐步建構以病人為中心的整合照護模式，因為是全人，建議要將牙醫、中醫及社區藥局的服務納入醫療群，在同一個生活圈區域內，提供全人、或形成全社區共同照護的服務網。

此外，針對 20 大疾病的前幾大疾病，建議思考以人為中心的整合式照護策略。

第 3 點建議是分級醫療已經實施多年，轉診成效並不顯著，建議應該積極檢討原因加以改善，有幾個建議是，要研析下轉率跟回轉率不高的影響因素是什麼，及建立引導院所適當轉診的體制。

請翻到補充資料第 40 頁，評核委員多年來一直關心轉診適當性的問題，建議建立評估轉診適當性的指標，例如優化初級照護指標，以利評估轉診適當性，此外也要持續監測醫院下轉後民眾停留基層的時間，也建議要建立分級醫療結果面指標，才能後續評估實際的具體執行成效。

第 4 點，我國支付制度改革緩慢，請積極建立推動以價值為導向的支付制度。因為我國目前還是以論量計酬為主，支付制度的改革比較緩慢，近年支付標準調整看起來比較是片段的調整，或是沒有計畫性的完整規劃，DRGs 第 3~5 階段的導入，近 10 年來都停滯了，所以請健保署能夠積極規劃，及推進健保支付制度改革，建構以價值為導向的支付制度。

第 5 點建議是關於近期爭議的點值保障議題，它涉及層面和影響深遠，建議需有整體改革之規劃。因為在論量計酬的制度下，當支

付制度改革比較緩慢時，論量計酬的點值爭議就浮現，且總額協商項目看起來近年都屬於支付標準調整或單項疾病的介入，所以就會影響點值。實際上，影響點值的因素，有涉及支付制度改革及相關的價量管控，需要有整體的檢討跟規劃。此外從賽局理論來看，保障點值恐怕導致供給誘發需求跟過度醫療，所以建議健保署，更重要的是價、量的合理控管，評核委員提供的相關策略包括：支付制度改革，以病人為中心的整合照護、部分負擔改革、加強醫療費用審查、檢討自費比率等。

此外，評核委員認為總額預算是巨觀效率，如果沒有搭配微觀效率管控，點值無法提升是無可避免的結果，建議若短期無法全面實施 DRGs，可先考慮將其做為分類跟管理的工具，並以各醫院相同 TW-DRGs 的費用做檔案分析，形成同儕比較的基礎，甚至啟動專業審查，提升效率。

第 6 點，我國門診就醫次數居高不下，應該從醫療端跟民眾端去改善此現象。例如強化整合性照護或是降低非治療性門診，如檢驗檢查結果若無異常就不用回到門診就醫，或提高慢性病連續處方箋開立率及月數，及提升民眾自我健康照護知能的方向去努力。

第 7 點，近年在總額協商面臨很多問題，建議健保署協助各總額部門研擬合理的協商項目，並回應評核意見。近年總額協商多由衛福部政策決定，健保面臨過度承擔非法定給付項目，或多以年齡別、單一疾病別或科別等調整支付標準，已經失去支付衡平性等問題。建議健保署跟社保司研擬合理的協商項目，提供政策決定參考。此外建議各總額部門跟健保署在 114 年度總額協商前，回應評核委員意見的參採情形，例如哪些納入協商提案，哪些評估納入未來協商項目，或無法參採的原因。

第 8 點，相關政策跟制度改變應該評估財務衝擊，考慮其財源及健保如何永續經營。例如保障點值涉及健保財務，應該要去試算 2025~2035 年健保收支能不能夠因應，還要思考家戶總所得的財務制度改革問題。建議提出任何新增的總額協商項目、調整支付標準

時，健保署要考量預算中平原則，並落實健保法第 5 條規定，同時提出資源配置跟財務平衡方案。如果健保調升費率有問題，應做好價與量的合理管控，或爭取公務預算支應。部分負擔改革部分，建議能檢討重大傷病免部分負擔的合理性，及考量民眾可負擔性，進行部分負擔改革。

第 9 點，建議調整滿意度調查頻率，因為現在整體滿意度 30 年來看起來都很穩定，評核委員建議，滿意度可改為 2~3 年調查 1 次，此外其他的年度就針對重要政策，例如分級醫療等，進行使用者經驗跟滿意度調查，以瞭解政策實施遭遇的問題，尋求解決策略。

請參閱補充資料 42 頁，第 10 點，對於健保署積極推動資訊共享跟利用管控的部分，評核委員予以高度肯定，建議相關的效益能夠具體呈現，例如檢驗檢查上傳率已達到 92.6%，檢查影像上傳率也達到 83.3%，請分析其所達到的效益。

第 11 點，各項品質及績效指標之訂定要朝結果面指標邁進，主要有 3 個部分。首先是專業醫療服務品質指標鈍化或參考值過於保守的問題，還有希望能新增結果面指標。在協商項目 KPI(執行目標及預期效益之評估指標)的部分，目前看起來很多都是過程面跟利用率的指標，建議除了按照各執行階段有過程面指標外，也應該在後期建立結果面指標，以呈現執行績效。品保款的問題主要是分配上欠缺結果面指標、指標鈍化、鑑別度不足等問題，牙醫部門核發鑑別度相對其他部門比較好，請大家可以參考。

第 12 點，各總額部門及健保署其他預算之專款項目數及金額應有上限，試辦一段期間應檢討納入一般服務或退場。因為 113 年度專款已經高達 84 項，部分專款執行不佳，甚至試辦多年仍未能確認其效益及定位。建議應積極檢討專款項目，最遲於執行第 3 年應進行檢討評估，第 5 年應納入一般服務或退場，另外建議現階段試辦超過 10 年的專案計畫能優先檢討。也建請健保署整體檢視總額專款項目，在 114 年度總額協商前，提出各專款項目的後續辦理

建議，供委員協商參考。這是重點建議部分，請翻回補充資料第 38 頁。

對於評核委員的書面建議及口頭審查建議我們刻正整理中，在 8 月份委員會議會有 1 個完整的評核紀錄，把這一些書面意見跟口頭意見都納入，提供給本會委員跟健保署參考。也建請健保署及各總額部門依評核委員提的精進作為辦理下列事項：第 1 個，涉及 114 年度總額協商，請納入總額協商草案回應說明。第 2 個，有關精進作為部分，請做為未來制度與總額預算執行參據，明年評核報告提出回應說明與參採情形，以上說明。

盧主任委員瑞芬：請問委員對這個報告案有沒有意見？從這個內容可以看得出來評核過程真的非常辛苦，不然編也編不出 12 點這麼重要的結論，真的非常辛苦，非常謝謝評核委員能夠無私提供非常專業的建議。

在請李永振委員發言之前，有 1 點要先跟各委員講一下，尤其是各總額部門，這裡面也有評核委員們對於各總額總額部門，尤其現在還在執行的專款、一般服務的案件，他們都有給很專業或很特定的意見，尤其涉及今年協商的項目，請各總額部門務必要回應。這樣付費者代表才能夠在協商時做判斷，也能瞭解到你們做了這麼多努力，再考量應該給多少的預算。所以這點請各總額部門針對今年要協商的項目務必要完成，當然不在今年協商項目的部分，晚點回應或甚至不回應也沒關係，但是要放在今年總額協商 package 的項目，評核委員有提供意見的部分請務必回應。現在請李永振委員。

李委員永振：首先誠如主委所提的，要感謝評核委員那麼的用心，因為在每年 7 月評核的時間，從參加評核會議一直到看到最後的結果出來，坦白說我個人都很感動，因為評核委員都可以把我們前 1 年在會裡面討論及關心的重點，用實際的數據深入地去分析，再提出精進的作法。不過比較可惜的是，隨著時間過去，看到健保署或各總額部門提出來的成果，那種感動就逐漸地遞減，一直到第 2 年的

7 月看到提報回來辦理結果，再接著遞減，周而復始的，一直看不到我們所想看到最後的結果。

譬如今年提到品保款的鑑別度，這個大概已經提了 5、6 年有了，但改善的程度不高，當然牙醫一直都是位居榜首，也沒有放棄，一直堅持著，但中間還有空間，不過後面沒有部門追上來，他們永遠就是第 1 名，如果後面沒有追上來的話，第 1 名就不會再往前跑，反正就是第 1 名。

另外我記得在李伯璋署長的時代，提到門診就醫次數，記得那個時候他有評估，如果平均每人就醫次數從 15 次降到 14 次，會影響多少醫療費用的支出。但今年看到評核資料，平均每人就醫次數已經不是 14 次，而是 16 次了，沒有改進，反而退步，現在又面臨健保財務困境，那種感受又更深。所以我有個期盼，除了評核委員用心提出的精進作為外，希望看到相關部門的回應可以更積極一點，在未來 1 年不要讓那種感動像以前一樣周而復始的一直遞減，這是一個期待。

盧主任委員瑞芬：請江錫仁委員。

江委員錫仁：我代表牙醫總額還是要講一下感謝的話，這次的評核報告非常感謝主委、評核委員，跟那 2 天參與的委員。對牙醫門診總額的一些肯定與指教，我們都會虛心接受。當然肯定的部分我們還是會持續更加努力執行。針對評核委員對牙醫總額的 8 項建議，我們也會朝這個方向努力改善，以上報告，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請朱益宏委員。

朱委員益宏：我想第 1 個當然肯定評核委員對於總額的殷殷期盼，提出很多具體的項目，但我也要跟各位委員報告，因為有一些項目事實上並不是健保署能夠解決的。舉例來講，對於評核委員的第 1 項建議，認為不應該再增加病床數，而且病床數應該要做一些調整，但事實上病床數的增加並不是健保署能夠主導，是在衛福部，而且各地區如果要增加病床數，只要超過 100 床以上就要經過衛福部的醫事審議委員會。

我們最近就有看到，比如桃園八德那邊人口增加，就要把八德劃出 1 個次區域，還有新北市其實離台北市非常近，台北市目前應該有 7 家醫學中心，過一個橋就到新北市，但新北市也去爭取，板橋用每萬人口病床數不足要增加醫學中心，三重好像也是用這個理由要增加醫學中心。南投縣今年的次區域劃分，本來預計要把草屯鎮跟南投市劃成 1 個次區域，目的是讓南投市可以再增加大型的區域醫院，因為擴床增加大型醫院是地方政府的政績。我覺得這件事情健保署大概很難著力，這部分我也提出來，希望各位委員如果有能力，可能要透過不同管道去跟衛福部甚至高層反映，關鍵點就是在衛福部的醫事審議委員會。

盧主任委員瑞芬：其實在評核會議的過程裡面，很多委員提出的建議不只是針對總額部門，像是牙醫的部分，那天點名口腔司好幾次，像病床的部分，也是點名醫事司好幾次。所以這個部分，其實評核意見除了給總額部門參考外，有關屬於衛福部裡面的相關部門，我們也會送給他們參考，請他們審慎考量。謝謝朱委員的意見，其他委員對這部分有沒有意見？如果沒有意見的話，給各總額部門的意見，其實目前都有整理出來，也會再寄給各總額部門。

我剛才忘了，一開始要先恭喜牙醫跟醫院部門，這次得到優級。針對評核結果，本案決定：

第 1 點，各總額部門 112 年度評核結果跟 114 年度「品質保證保留款」專款的獎勵成長率如下：牙醫門診跟醫院是優級，所以各得獎勵成長率 0.2%；中醫門診跟西醫基層是良級，各得 0.1%。其實在評核一開始就講過，沒有最好只有更好，所以都一直期許大家繼續努力。

第 2 點，請健保署及各總額部門承辦團體依據評核委員所提精進作為之建議辦理下列事項：(一)涉及 114 年度總額協商項目部分，請務必納入 114 年度總額協商草案回應說明。(二)作為未來規劃健保制度及總額預算執行參據，並於 114 年評核報告提出參採情形說

明。明年還會有評核，還是請各位提出說明。接著進行報告事項第三案。

陸、報告事項第三案「中央健康保險署「113年6月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

盧主任委員瑞芬：現在是下午1點01分，雖然還有一點表定時間，但循往例，這個案子一向是提書面，除非各位委員針對6月份的報告有一些問題，希望馬上得到健保署回應的話可以提出來，不然也是一樣可以用書面的方式，健保署都會一一回應。委員如果沒有意見，這個案子在這裡結束。請問有沒有臨時動議？沒有的話，那我很高興地宣布散會，謝謝。

李委員永振會後書面意見：本月份健保署業務執行書面報告有兩點解惑：

一、業務執行報告第9頁，有關保險給付成長之說明，均解釋為總額協商成長所致，依此請教下列幾點：

(一)該表顯示，112年全年保險給付為7,766億元，惟依據112年12月委員會議資料，112年度保險給付預估為7,825億元，兩者相差59億元，請說明原因。

(二)113年上半年保險給付成長率為1.58%，與112年底核定總額時轉換之保險給付成長率3.57%比較，少了近2%，換算為金額半年約為77億元。雖有說明6月大幅負成長之原因，但語焉不詳。

(三)111、112年6月保險給付成長率均為9%左右，當時均備註說明係因以前年度總額結算追扣補付預估與實際差異數、及專款結餘款影響所致，並另提供排除該影響因素後之成長率，為何113年6月保險給付成長率的分析只提到專款結餘款，不見另一影響因素，是沒有影響還是尚未算出？也沒有提供排除影響因素後的成長率。

(四)本表採權責發生基礎，但如前述2項影響因素，係因帳務作業延遲，需要在次一年度調整預估與實際之差異數，將使部

分金額的權責發生時間與入帳時間不一致，報表使用者如僅依此表內容恐無法瞭解該項目的真正數字，建請權責單位另製表格，將實際應該歸入各年度的收支歸入該年度，以窺全貌。

二、健保業務執行報告第 18 頁表 11：

- (一)6 月份保險給付為 490 億元，相較 1~5 月平均 670 億元少了 180 億元，保費收入與 5 月相當，政府 200 億元的挹注於 6 月撥補，6 月份資金應有約 380 億元注入，為何資金餘額只增加 13 億元($1,894.84 - 1,881.71 = 13.13$)？
- (二)6 月份已預知將有政府撥補 200 億元收入，票券投資也只增 43 億元($132.80 - 89.87 = 42.93$)，為何需動用銀行定存減少 230 億元($1,731.93 - 1,501.93$)？