

衛生福利部全民健康保險會
第6屆113年第7次委員會議事錄

中華民國113年8月21日

衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第7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8月21日上午9時30分

地點：本部301會議室

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：許至昌、李德馥

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金(中華民國全國漁會張幹事鈺廷代理)、朱委員益宏(台灣醫院協會羅理事永達代理)、江委員錫仁、吳委員榮達、吳委員鏘亮、李委員永振、李委員飛鵬、周委員慶明、周委員麗芳、林委員文德、林委員恩豪、林委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠、侯委員俊良(中華民國全國教師會王主任英倩代理)、張委員清田、陳委員杰、陳委員石池、陳委員相國、陳委員節如、陳委員鴻文(中華民國全國工業總會何常務理事語代理)、游委員宏生、黃委員小娟、黃委員金舜、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、劉委員玉娟、劉委員守仁、劉委員淑瓊、滕委員西華、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、鄭委員素華(全國工人總工會陳幹事怡伊代理)、謝委員佳宜、韓委員幸紋

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良(龐副署長一鳴代理)

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5頁)

貳、議程確認：(詳附錄第5~6頁)

決定：確認。

參、確認上次(第6次)委員會議紀錄：(詳附錄第6頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第7~18頁)

決定：

一、上次(第6次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情

形：

(一)擬解除追蹤共1項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共7項，同意繼續追蹤。

二、請各總額部門承辦團體及中央健康保險署，於113年8月29日前提送「114年度總額協商因素項目及計畫(草案)」時，併提以下資料，以利協商：

(一)請參考本會於會前會(113.8.21下午)提供之檢核表，補齊尚有缺漏部分，以確保資料之完整性。

(二)請依112年度執行成果評核之評核委員意見，就涉及114年度總額協商項目部分，予以回應說明。

(三)請中央健康保險署依113年度總額核(決)定事項，及本會113年第6次委員會議(113.7.30)決定，就其中10項提出節流效益並納入各該總額預算財源考量。

三、確認「114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程」(如附件)，請轉知各總額部門協商代表依議程時段提早到場準備。

四、餘洽悉。

伍、法定交議事項(詳附錄第19頁)

說明單位：衛生福利部社會保險司、中央健康保險署、本會第三組

案由：衛生福利部交議114年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案。

決定：本會將於衛生福利部交議114年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案後，儘速函轉本會委員、各總額部門承辦團體及中央健康保險署，另併同函知各部門總額之「醫療服務成本及人口因素成長率」，俾依交議內容辦理總額協商事宜。

陸、優先報告事項(詳附錄第20~40頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：113年第2季全民健康保險業務執行季報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署回復說明。

柒、報告事項(詳附錄第41~45頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：「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)，依退場期程(110~114年)提出退場之執行方式規劃及辦理進度案，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。請中央健康保險署確實依總額核(決)定事項之退場期程退場，委員所提意見(含書面意見)併請研參。
- 二、本會支持中央健康保險署積極爭取公務預算支應相關執行作業費用。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：上午11時35分。

114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程

時間	內容(協商時間 ^{註1})	與會人員
113年9月25日(三)		
09:00~09:30	報到/預備會議(供付費方、醫界方「視需要」召開會前內部會議)	
09:30~12:00	1.醫院總額協商(150分鐘)	本會委員、醫院部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁
12:00~12:30	午餐	
12:30~13:20	2.門診透析服務協商 (醫院與西醫基層總額，50分鐘)	本會委員、醫院及西醫基層協商代表，與社保司、健保署及本會同仁 (本節之協商，邀請腎臟醫學會列席)
13:20~13:30	中場休息	
13:30~15:25	3.西醫基層總額協商(115分鐘)	本會委員、西醫基層部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁
15:25~15:35	中場休息	
15:35~17:15	4.中醫門診總額協商(100分鐘)	本會委員、中醫部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁
17:15~17:25	中場休息	
17:25~19:05	5.牙醫門診總額協商(100分鐘)	本會委員、牙醫部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁
19:05~19:35	晚餐	
19:35~20:50	6.其他預算協商(75分鐘)	本會委員、健保署，與社保司及本會同仁
113年9月26日(四)		
09:30~12:30	視需要處理協商未盡事宜 ^{註2}	本會委員、相關部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁
113年9月27日(五)		
09:30~14:00	第8次委員會議 (實體及視訊併行)	本會委員與社保司、健保署及本會同仁

註：1.各部門總額之協商時間已計列各部門視雙方需要自行召開內部會議時間。

2.依114年度總額協商程序(略以)：「各協商場次之協商結果，於主席宣布協商結論後即定案，禁止任一方提出變更或推翻前開結論。惟經雙方代表同意，得再重新協議」。若總額部門有協商未盡事宜或有再次協商之必要，並經協商雙方代表同意，則請於9月25日20時前，通知健保會同仁，以利9月26日議事安排。

第6屆113年第7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6次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉：主委、各位委員，大家早安！現在委員出席人數已經過半，達到法定開會條件，今天會議可以開始，首先請主席致詞。

盧主任委員瑞芬：各位好，我們今天重頭戲其實是總額協商的內容，到目前為止行政院都還沒有核定，衛福部也還沒有交議，今天的會議應該會順利進行，辛苦各位這麼熱的天氣來開會，也很辛苦本會侯俊良委員現在還在立法院為了公教人員奮鬥，希望大家可以給他最好的祝福，會議就開始進行。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主委、各位委員，大家早安！議程報告之前，先跟大家做個說明，依據本會組成及議事辦法第8條與議事規範第6點規定，健保署署長是法定列席人員，健保署在8月16日函知，石署長因公出國不克列席，今天由龐一鳴副署長代表列席，來函影本放在各位委員的桌上，請大家參閱。依照本會去(112)年10月份會議委員的建議，要併同報告署長今年第幾次請假，向委員報告，署長今年是第2次請假。

本次議程都是依照年度工作計畫排定，法定交議事項是衛福部依法交議行政院核定的114年度總額範圍，如同剛剛主席說的，因為今年情形比較特別，目前我們還沒有收到衛福部的交議案，這部分等一下在法定交議案的時候再做說明，所以請委員等一下先不用討論，到那個案子時再討論。

優先報告是健保署業務執行季報告的口頭報告，本次拜託健保署報告內容必須包括：推動分級醫療、急診品質提升方案的指標執行情形等。至於報告事項1案是獎勵上傳及頻寬補助，以及專款退場等議題的規劃案。

今天委員會議結束後，會繼續召開114年度總額協商因素項目及計畫草案的會前會，希望委員會議能夠順利在12點半準時結束，再

拜託委員配合。

另外還有一件事向委員報告，今天豐盛的點心是特別準備的，主要是因為楊芸蘋委員支持購買公益團體中秋節的餅乾禮盒，分享給各位委員及同仁，在此謝謝芸蘋委員，以上。

盧主任委員瑞芬：如果各位委員對於今天議程沒有意見，我們就開始今天的會議，請進行下一項議程。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

盧主任委員瑞芬：各位有沒有意見？對上次會議紀錄沒有意見的話，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，項次一是依照上次委員會議決議(定)事項辦理情形如下：

(一)本會依照報告事項第二案決定，把評核委員對112年各總額部門執行成果所提的精進作為共識建議，函送給健保署及各總額部門受託團體配合辦理相關事項，尤其在函裡特別敘明，如果涉及114年度總額協商項目部分，務必納入114年度總額協商草案回應說明，俾利提升總額執行成效，相關文件在附錄一。

(二)是上次委員會議決議(定)事項列管追蹤事項有8項，依照辦理情形，擬解除追蹤的部分有1項；繼續追蹤7項，在會議資料第17~20頁，最後還是依照委員會議的議定結果來辦理。

請委員看到會議資料第17頁，擬解除追蹤的部分，是請健保署回復說明委員對業務執行報告所提意見，說明資料在第21、22頁；至於個別委員關切事項，包含書面意見部分，健保署說明的資料在本會補充資料第2~5頁，請個別委員就關心的部分再做確認。

項次二是關於114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議的議程安排，依照上次委員會議抽籤結果，安排9月25日的議程，在會議資料第12頁，請大家參閱。

請翻到第13頁接續(二)的部分，是要請付費方跟醫界方配合辦理的事項，包括9月25日早上9點到9點半是預備會議，如果雙方有需要召開預備會議的話，請在9月23日前通知本會，幕僚會協助安排會前內部會議的場地。

9月25日早上9點半到晚上8點50分，依照議程部分會進行協商會議，在每一個部門的時間結束之後，如果無法達成共識，應依照法規規定兩案併陳送給衛福部決定；如果部門提早在表定時間內完成協商的話，下一場協商的總額部門在雙方同意情形下，可以提前進行協商。

第2天9月26日上午9點半到12點半，是為如果有協商未盡事宜安

排的預備時間，如果有協商未盡事宜，有再次協商的必要時，可以在協商雙方代表共識下，在9月25日就是協商當天晚上8點前，告訴幕僚同仁，以利安排26日未盡事宜的討論。

項次三是為了完備協商所需要的資訊，幕僚提供客觀數據當作協商的基礎，包括桌上的兩本，一本是各部門總額112年執行成果評核紀錄，還有一本是協商參考指標要覽等兩大本，就是武功祕笈啦，所以這部分放在各位委員桌上，提供給委員總額協商參用。

項次四是依照健保法規定，本會的一個角色就是民意溝通平台，今年委託臺北市立大學辦理多元公民參與模式探討的研究計畫，研究團隊在7月份就家醫整合性照護計畫的探討及未來改進方向，以及如何提升醫療資源使用效率2項議題，在北、中及南區辦理各3場的願景工作坊，有164人次參加，也特別謝謝本會委員的代表團體及委員都有幫忙派員支持這樣的活動，幕僚也把6場次的共同願景意見摘要出來，裡面有很多具體建議，可供協商及計畫執行內容參考，請委員參閱。

項次五是上次委員會議會訊報導主題，以地區醫院全人全社區照護計畫為報導主題，詳細資料已經掛在本會的網頁，請委員轉知所屬團體的會員參閱。

項次六是衛福部、健保署在7、8月發布跟副知本會的相關資訊，已在8月14日寄到各位委員的電子信箱，詳細內容在健保署的全球資訊網都有，請委員參閱。

項次七在補充資料第1頁，衛福部在本年8月16日來函轉知，請本會在114年度總額協商時，對於所有醫療院所電價上漲納入成本考量的部分，再請委員參考，以上。

盧主任委員瑞芬：請問各位委員對於本會重要業務報告有沒有要垂詢的地方？請李永振委員。

李委員永振：主委、各位委員，大家早。有幾點要請教，第1點在會議資料第15頁，健保署所公告的計畫，這2個計畫都是溯及生效，我要請教的是，計畫還沒有執行如何給錢？而且我們看到計畫內容

不是新增就是增列，我心裡想說難道這是分錢計畫嗎？你都還沒有做，結果就說要給錢，這不是很奇怪，錢有2億元，這是第1點。

第2點是第2項，醫院總額品保款的核發結果，請看到會議資料第16頁，我不瞭解的是，在後面有2個獎勵，一個是基本獎勵、一個是指標獎勵，地區醫院基本獎勵核發率是74.3%、指標獎勵是99.5%，就我瞭解應該是訴求內容不一樣，但是訴求內容跟一般的認知好像也不太一樣，一般應該是通過基本門檻之後，再往上針對表現好的去獎勵，但從結果看出來卻不是這樣，是不是在核發時有特別考量的地方。為什麼提出這點，因為評核會議已經好幾年一直有評核委員強調要有識別度、鑑別度，但看起來好像還是沒有，所以將來要怎麼規範，如果沒有按照這樣遵循的話，會用什麼方式來處理，這樣可能會比較合理。

第3點在會議資料第18頁，繼續追蹤的第1項，決定事項有提到其中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考量，而且還特別強調務必依限提出，健保署的回復也說遵照辦理，但是到今天還沒有看到資料。當然完成期限還沒有到，我是想知道什麼時候可以看到資料，因為我上個月委員會議建議今天就可以看到資料，但是主席可能比較佛心，並沒有下這個結論，而是下協商之前，今天下午已經有會前會，請說明什麼時候可以看得到資料。

第4點是繼續追蹤的第3項，有關地區醫院全人全社區的照護計畫，聽說已經報部核定，媒體報導8月1日就要開始，我比較關心的是，這是新增的計畫，但是現在已經快進入9月，就算公告也應該在9月了，用1年時間來算的話，現在也只剩下1/3的時間。像這種不管是協商、或是部核定的計畫，要怎麼規範如果沒有在某個時間點之前提出來，該如何處理的方式？因為上次在討論時，我曾經提到過，預算是3.5億元，但是財務預估是2.8億元，現在看起來剩下4個月也要花2.8億元，這樣我不曉得明年要怎麼編預算？謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請侯俊良委員代理人。

王代理委員英倩(侯委員俊良代理人)：主委、各位健保會的委員，大家好。我是全國教師會社會發展部主任王英倩，今天代理侯理事長出席健保會委員會議，他很掛念健保會會議，但因今天確實有更重要的事情、有時間上的急迫性，目前在立法院絕食靜坐抗議，剛才他也特別請我跟健保會夥伴表達感謝，他目前狀況都很好，我們也會隨時關注侯委員的狀況。其實我想侯理事長、各位健保會的夥伴們在這邊都是為了做對的事情而堅持、努力，他一定也會堅持到最後一刻。

針對剛才的重要業務報告提出1個意見，在會議資料第14頁第四項健保會辦理的願景工作坊，北、中、南3場我們都有推派代表參加，特別是在中區及南區的場次，我們請地方的教師會推派幹部代表參加，會後我有詢問他們參與狀況，這裡提出意見供健保會參考。現場是這樣子，說是工作坊，當然希望擴大參與讓更多民眾參加，他們擔心都不懂，我跟幹部們說不懂沒關係，到現場會有專家學者的說明，你們就表達意見；但是他們在現場參與狀況，好像普遍都是專家學者或是健保會的委員，他們在那邊第1個可能確實在議題上比較跟不上，第2個他們在發言時，會有點好像被阻礙，就是他們可能講什麼就忽然被打斷，有這個狀況，所以我覺得是不是工作坊進行的方式，可以更顧及到一般民眾的參加情形，雖然他們是地方教師會幹部，但他們的身分就是一般民眾，一般民眾很少有機會可以像我們在這邊深入探討健保議題，這點我覺得比較可惜，希望以後在籌備相關活動時，可以做一些改善，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請王惠玄委員。

王委員惠玄：各位委員早安，首先請看會議資料第15頁，我要附和李永振委員所提出來，有關全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫，7月18日公告的內容是溯及到1月1日，我看了公告內容，不曉得所謂的燈塔型地區醫院有沒有數量或是床數的限制，公告內容光是彰化、員林地區就有8家醫院符合適用的資格，當然公告內容說明要申請審查45天後才核定，所以我不確定等到審核確定

之後是何年何月，然後再溯及到今年1月1日可以申報，這在服務的成效上是不是能夠來得及展現，這部分勞請健保署說明。

再來是會議資料第18頁擬繼續追蹤事項項次1，決議(定)事項提到，請健保署在114年度總額協商前提出節流效益，以我所瞭解，總額協商應該在前1年度9月以前完成，所以最後的完成期限是12月，這個是不是來得及在協商之前就把相關的資料都準備齊全，這也提醒健保署要抓緊時間，項次2也是一樣，在總額評核時期限是114年7月，我不曉得來不來得及把資料準備好，這二部分的追蹤事項都是提醒，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：委員有沒有其他意見？請李永振委員。

李委員永振：李永振第2次發言，因為還有一點時間，我想提醒114年度總額協商存在很多新增的變數，將會影響協商時的考量以及決定，在這裡要請社保司釋疑，讓委員可以儘可能瞭解、掌握實況。

第1個是剛才執秘有報告，在補充資料第6頁提到，協商的時候要將所有醫療院所電價上漲納入成本考量的函釋，有3點待解惑，第1點是各部門上漲電價到底各多少，占預算的百分比又為何？第2點是依總額的概念，就其中單項因素個別提出考量，是否合宜？第3點是7月份的委員會議有提出諮詢事項中3.521%低推估成長率，其醫療服務成本裡面是不是含有該項電價的因素？如果有，為什麼還需要再考量？而且可能有時間的遞延，如果今年考量，明年又會加進去，有沒有重複計算的嫌疑？

第2個是根據媒體的報導與總額有關的重大訊息，第1點是保障點值0.95元，第2點是應由公務預算來負擔，但仍由健保支出的項目應儘快處理，第3點是114年加碼600億元顧全民的健康，其中挹注健保有300億元等等，是不是可以請社保司及健保署剖析與總額的關係，畫一個地圖出來，讓我們充分瞭解來龍去脈，錢花在哪裡。

當然這還沒有敲定，但是如果還沒有敲定，總額就開始談，應該由公務預算支應的在今年總額預算又提出來，怎麼辦？這些都是

付費者比較關心的，是否可以清楚說明，因為媒體都是簡單帶過，我們對內容也不甚瞭解，上次我才會請教：部長說保證2年不調整保費，但卻要調整補充保費，難道補充保費就不是保費嗎？自己邏輯就怪怪的，要怎麼說服保險對象呢？

盧主任委員瑞芬：謝謝李永振委員，其他委員還有沒有垂詢的地方？關於品保款的鑑別度，資料裡面提的是醫院部分，請李理事長回應。再來會議資料第8~11頁關於依限提出節流效益部分，各總額部門都有需要提出，請各個部門的負責委員說明目前的進度，現在是8月，9月就要協商了。

另外上次委員會議我們有做成決議，在評核會議中也有提到，各個總額部門對於評核裡面有提到的項目，評核委員有意見的，需要在協商之前進行回復，但我們目前收到的資料，有些部門並沒有回應評核委員的意見。最主要是協商時，委員需要你們的回應意見來考量明年的總額，所以這部分也請務必要確實執行，先請李理事長回應一下有關於品保款分配的部分。

李委員飛鵬：謝謝委員的質詢，分錢是一件非常困難的事情，我們在醫院也一樣，像是去年度護理人員的夜班津貼就非常的困難，請委員體諒我才就任1年，我是蕭規曹隨，按照過去的方式執行，我承諾回去後會再檢討，看未來如何真正有鑑別度，我先跟委員抱歉，今年我們只能依照這樣的方式來分配，我們承諾回去會再研究，把委員意見帶回去，在理監事會議討論，希望有一個好的方案能回應。

盧主任委員瑞芬：李永振委員要回應。

李委員永振：主席，抱歉第3次發言，可能剛才講得不夠精準，我不是要請教李理事長，這個辦法去年他剛接任時就公告，他才接任1年，他大概無能為力。我的重點是請健保署站在保險人的立場，評核委員講這麼多年，健保署都當作耳邊風，這樣就很奇怪，有聽沒有進去，重點是這樣子，我們了解各協會有他們的困難，但是在此提出來，應該是給你們力量可以要求底下，是給你一個武器，不是

在嗆你或質詢你，委員都一樣大，怎麼可能質詢你，我也不敢質詢健保署，是想了解。

盧主任委員瑞芬：現在請健保署回應。

劉組長林義：剛剛委員詢問會議資料第15頁有關全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫，今年新增4家所謂的燈塔醫院，就是針對鄉鎮具有急診功能，而且又是唯一的一家醫院，就是保護醫院不要收入一下子遞減太多，從今年開始適用，今年增加2億元，我們是鎖定剛剛講的條件予以補助，是以108年為基期，再乘上每年的成長率，至少讓它不要低於108年的水準，當初的想法是這樣，我們預期應該從今年開始發，所以才會追溯到1月1日，今年開始計算。

再來是第18頁委員垂詢有關節流效益的這塊，現在缺的都是節流效益，針對節流效益這4個字，就是要經過協商，到底什麼叫做節流，針對這塊大家都有不同看法。健保署可以做的就是，我們儘量跟醫界協商，假如協商不成功，就是把所有我們認為是節流效益，跟醫界認為的節流方式，共同呈現供委員參考。

第3點有關地區醫院全人全社區的實施時程，這塊預算從核定之後，我們就跟醫界密集的討論到底要怎麼做，怎麼樣搭配政府目前的政策，最後協商比較好的結果，全人社區本來是5億元，我們認為應該要搭配政策，所以分為兩部分，一個是由地區醫院做HaH(註)這塊，是1.5億元，另外就是全人社區的計畫是3.5億元。跟醫界共同努力把這預算拆成2塊，分別作2個計畫，所以會需要一點時間，因為需要經過總額研商議事會議跟共擬會議，以及報告健保會，就等衛福部核定之後實施。

註：HaH(Hospital at Home，在家住院)。

盧主任委員瑞芬：現在先請陳杰委員發言。

陳委員杰：我今天趁機會做補充說明，有關會議資料第15頁提到全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫，今年新增4家醫院，其中1家是彰化縣的大村分院，大村是屬於偏遠地區，人口數

將近4萬人，只有1家醫院；另外1家伸港忠孝醫院，伸港鄉只有1家醫院，人口有3萬8,416人，屬於醫療嚴重不足地區，這次能夠列入，我藉此機會建請大家能夠支持。

盧主任委員瑞芬：接著請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：大家好，我針對健保會7月份辦的公民參與活動補充說明，我覺得活動辦得很好，健保會是委託臺北市立大學辦理，參與的人很踴躍，侯委員的代理委員說他們派去參與的人不是很了解真正的醫療內容，對健保內容也不是很了解，但我覺得有參與就有收穫，我有問過團體內參加北、中、南場次的代表，他們都說雖然不懂，但有吸收到相關知識，至少知道什麼叫做家庭醫師整合性照護計畫，還有醫療不足、醫療分配，都多少有點概念，我覺得應該擴大辦理，如果有機會的話，還是要繼續辦理。執秘辛苦了，帶領團隊從早忙到晚，真的很辛苦，我有參與，我覺得收穫很大。我自己本身是被收案的人，但我都不知道，我去參加這個座談會以後，回去問主治醫師才知道是收案對象，醫師沒說，我也不知道，也沒有問，參加座談會之後我就去問，我覺得要多宣導讓大家了解。

盧主任委員瑞芬：我聽過好多次病人沒有被告知收案，不曉得在執行面是否有什麼關卡，為什麼被收案的病人都不知道自己被收案，在執行面是有什麼關卡嗎？不只一次有委員提到，執行面是由西醫基層總額部門負責，是不是家醫計畫收案的時候都不會告知病人，但這應該是雙向合意的行為才對，理事長能不能說明一下，還是請陳相國委員說明，很多病人表示不知道被收案。

陳委員相國：主委、各位委員，大家早安。跟大家報告，不論是家醫計畫還是糖尿病照護計畫、CKD(註)照護計畫，我們都會跟病人協商同意書，知情告知，因為有時候很多老人家記性不太好，跟她講過就忘了，我覺得實質的照護比他知不知道更重要，比如說糖尿病試辦計畫、CKD 照護計畫、家醫計畫，病人都有受到實質良好的照顧，尤其家醫群做得很好，像是疫情期間疫苗的施打，還有COVID-19的感染治療，都是靠家醫群的醫師努力完成，所以我覺

得實質照護比較重要，患者有沒有被告知，我們都告知過，老人家比較容易健忘。

註：CKD(Chronic Kidney Disease，慢性腎臟病)。

盧主任委員瑞芬：楊芸蘋委員一點都不老，應該有完全被告知的能力，我想這部分可能還要再加強溝通，請李永振委員。

李委員永振：抱歉，我補充一下，剛才聽大家的意見好像有點誤解我的意思，健保署公告的那2項內容我沒有意見，我要強調的是開始生效日，這以前提到過，我記得去年有1項在共擬會議還提到這邊來，醫材不能重複使用，10月才公告，追溯到1月1日生效，金額比這邊2億元還多，我沒有記錯的話大概10幾億元，所以才會一再提到這點，請大家不要誤解，對內容我沒有意見，是在邏輯上怪怪的。

第2點，節流效益那一項，評核委員如果有決議的，把日期壓得比較正確一點，讓委員也有期待，譬如說節流效益這1項，9月25日才協商，9月24日晚上給我們，也算是在協商之前。

盧主任委員瑞芬：我們的日期是8月29日。

李委員永振：我們是9月25日協商，9月24日晚上都算之前，協商當天早上提出也算是之前，因為我們9點開始，8點提出算符合條件嗎？至少要2、3個禮拜前讓人家消化資料。我建議健保署自己先做一個範例，金額多少、怎麼樣分，分的方式、來源，也要提到這邊討論看大家共識，今天朱益宏委員沒來，還好他沒有來，不然他又要有意見。

我一再強調不是回饋給付費者，而是怎麼樣處理比較合理，譬如說報告事項有爭取到公務預算最好，若沒有爭取到公務預算，上一次協商記得省下100多億元，可以用到別的地方或是新藥都可以，至少要呈現有多少效益，當然效益不一定是錢，但是至少有關於錢的部分，應該要讓它凸顯出來，來龍去脈到底怎麼樣，不然談一談，錢都不見了，不見的錢一定留在醫界，不然又說點值不足，現在也保障了，這要看後效，建議健保署可以用自己的案做出有所本

的版本，不然這邊每年都這樣繼續翻頁，不知道翻到哪1年，等於都在說廢話啊！對不對。

盧主任委員瑞芬：江錫仁委員是第1次發言，先請江委員。

江委員錫仁：謝謝主委、各位委員，還有各位長官。我就回復李永振委員的意見，我們要提出節流效益，牙醫總額剛好就只有一項，癌症治療品質改善計畫這一項，我想我們應該會在9月25日之前跟健保署討論，把節流效益部分討論出來，再來跟各位委員報告。

盧主任委員瑞芬：江委員，正式的版本要在最後期限8月29日前提出，資料都要齊全，因為付費者代表也需要時間研讀，就像李永振委員剛才提到，如果前1天才給他，他們真的也無法因應，一個是回應評核委員的意見，另外就是節流效益的部分，我們收件的最後1天就是8月29日最終版，因為雙方都需要時間，尤其是付費者代表，他們也需要開會議討論，所以 deadline 是8月29日。接下來請陳石池委員第1次發言，王委員不好意思。

陳委員石池：王委員，不好意思，我想回應剛才委員提到醫院總額品保款的部分，3個層級的協會發的比率不太一樣，為什麼不太一樣呢？各位想說有鑑別度，但各個層級裡面醫學中心有訂哪些條件，譬如說基本獎勵有哪幾項、指標獎勵有哪幾項，假設符合基本獎勵，都符合當然是100%。譬如區域醫院訂了10項，可是有3家只有符合7項，只能領70%，無法百分之百，我想各位委員懂這個意思。每個層級都有符合獎勵的要點是幾項，假設全部符合就是100%，符合60%就是領60%，事實上就是說我們用品質的條件達到各位委員所希望達到的鑑別度，譬如說20項、10項，這是各層級提出來的，所以在分發時沒有辦法全部100%拿到，因為這是各層級提出來要求的，要達到標準才能領獎勵，15項全部達到，當然是100%，只有10項就是66.6%，我們就是用這來鑑別診斷，要改善很困難，我們是用好多的項目來做鑑別診斷，所以委員要求再改這個很困難，因為我們已經限定了，全部符合就100%，符合50%的就是50%。

盧主任委員瑞芬：陳委員，其實委員的意思就是這樣，我們內部設指標時其實都有目標，沒有最好，只有更好，所以當指標都符合就不夠鋒利了，表示指標要 refine，這是評核委員提出這樣的看法，給你們參考，今年醫院也拿到了優級，所以希望能夠作為模範，在這個部分能夠再精進一點。

盧主任委員瑞芬：現在請王惠玄委員發言。

王委員惠玄：謝謝組長的回復，我很支持燈塔醫院的概念，但執行面有一些關切，特別是有關燈塔型醫院是不是限定資源不足地區只能有1家，或是資源不足地區的燈塔型醫院，由不同醫院共同分擔照顧責任，這務必說明，因為公告的審查程序沒有講審查或核定的原則，甚至最後談到要浮動點值，納入一般服務浮動點值，從108年起，連續4年加計的成長率，有沒有可能排擠到原所謂非資源不足地區且鄰近的地區醫院，這也務必考慮。

盧主任委員瑞芬：健保署是不是再回應一下？

劉組長林義：王委員是關切會議資料第15頁全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫，補助上限1,500萬元並沒有修正，有修正的地方是增修重點的第3點，增列有關燈塔型地區醫院的補助、適用範圍，首先是所有離島醫院都適用，其次，只要在本島的話，要符合本計畫適用範圍的醫院，或是符合偏遠地區認定原則的醫院，而且限地區醫院，另同時還要符合主管機關公告當年度，緊急醫療資源不足地區的急救責任醫院，或是該鄉鎮就只剩下這家醫院。

王委員惠玄：我要提醒申請資格的第1項第2款，如果有一個所謂的偏遠離島地區醫療資源不足地區沒有醫院的話，可以由鄰近鄉鎮的地區醫院支援，我剛剛特別談到彰化員林本身就不是一個醫療資源不足的鄉鎮，公告裡面顯示有8家醫院符合資格，這8家醫院也不乏服務量很好的醫院，如果108年度連計4年的成長率下來，不曉得對於中區或是彰化地區的點值有沒有衝擊，我想這部分是不是後續再討論就好。

盧主任委員瑞芬：不足之處再請健保署書面回應。針對這個部分，有幾項決議就是重要業務報告剛才提到，總額協商的資料還有一些缺失的地方，一個是回應評核委員意見的部分，目前只有醫院有提出來，其他的部門這部分都還有缺。

另外我們也有個檢核表，有些部門的細項檢核表內都寫缺，麻煩各位在協商前要補齊，協商前的意思是8月29日，因為當天是蒐集最後版本的期限，交付給付費者代表，讓他們能夠去研商，可以讓協商的時候溝通比較順暢，這是第1個；第2個就是剛才委員提到的節流效益要列入總額財源考量的部分，這都屬於協商前要提供的必備資料，所以 deadline 是8月29日，請各總額部門要達成要求。

其他就是根據上次第6次委員會議決議(定)列管的追蹤事項辦理情形，第1點，擬解除追蹤1項同意解除追蹤，7項同意繼續追蹤；第2點，確認114年度總額協商會議的議程如會議資料第12~13頁，請各總額部門協商代表依照議程時段提早到場準備；第3點，其他洽悉，我們進行下一案。

參、法定交議事項「衛生福利部交議114年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

盧主任委員瑞芬：到目前為止我們還沒有收到行政院核定的總額範圍，衛福部也沒有交議，所以沒有辦法討論，本會將在衛福部來函交議114年度總額範圍案後，儘速轉知各總額部門的承辦團體、健保署及本會委員，併同函知114年度各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率，提供各總額部門承辦團體研提114年度總額協商因素項目及計畫草案。接著進行優先報告事項，請同仁宣讀。

肆、優先報告事項「中央健康保險署『113年第2季全民健康保險業務執行季報告』」與會人員發言實錄

同仁宣讀

張副組長惠萍：主席、各位委員大家好，接下來由健保署報告113年度第2季全民健康保險業務執行季報告，今天報告的內容會先以簡報方式呈現健保藥品跟特材的近期收載情形，接下來再就會前提供的7月份季報告重點說明。

首先藥品的部分，今年1月到7月已經公告生效新給付的新藥20項，擴增給付項目15項，這些藥品中有5項是以暫時性支付方式收載，推估受惠人數1.35萬人，其中癌藥新收載7項、擴增給付11項，用於治療非上皮型惡性肋膜間皮瘤等；新收載5項罕藥，用於治療卓飛症候群等；另不屬於癌藥、罕藥的其他新藥，也收載了8項，擴增給付4項，例如用於全身型急性發作膿疱性乾癬等。

投影片第2張右邊有列出5項以暫時性支付收載的藥品，以暫時性支付收載的原因，為因食藥署核發藥品許可證加速核准，或該疾病在臺灣的盛行率尚不確定需再觀察，其中第二項 Takhzyro 用來治療遺傳性血管性水腫反覆發作的預防，這是治療罕病的罕藥，預算來源是罕藥的專款，其他則用暫時性支付專款來支應。

我們舉最近收載的暫時性支付藥品 Spevigo 來做說明，Spevigo 是用來治療全身型急性發作膿疱性乾癬的新藥，於今年7月1日納入給付，主要因考量臨床上對於 IL-36基因突變之全身性膿疱性乾癬，尚無標靶治療的藥品，目前治療方式大概就是傳統的 Cyclosporine、MTX 或 A 酸，或是搭配照光治療等方式，這藥品確實有臨床上的需要，但是考量到三大 HTA 組織^(註1)，像加拿大、澳洲還沒有相關評估報告，英國 NICE^(註2)正在評估中，且本藥品的臨床試驗 Phase II 療效還需要評估，共擬會議代表建議本藥品以暫時性支付納入給付2年，並與廠商簽訂給付協議，要求廠商2年後提交臺灣或其他國家病人用藥情形的資料，KPI^(註3)是急性發作次數及住院頻率，再決定是要納入常規性支付或暫停支付，藥費部分，第

1~5年若未扣除協議還款，藥費影響為1.05~1.37億元，第1~5年受惠人數預計每年115~151人。

在新功能特材部分，今年1~8月公告生效的新功能特材共計56項，包含兒童醫材、急重症醫材、臨床缺口醫材及功能改善醫材，預估1年受惠約3.3萬人次。以財務影響預估較高的金屬膽道支架做說明，金屬膽道支架用於緩解因惡性腫瘤導致膽道阻塞，造成膽道阻塞可能是因腫瘤變大導致膽道狹窄，或是因腫瘤轉移而壓迫到膽道，若有膽道阻塞病人會產生黃疸、皮膚癢、腹痛、發燒、食慾不振等等情形，臨床治療方式可能是藉手術將腫瘤切除，或是用引流管把膽汁引流到體外，或是用膽道支架把膽汁引流到腸胃道，過去已經有收載塑膠膽道支架，在經過 HTA 評估後，發現金屬膽道支架因為管徑比較大，所以有較好的支架暢通率，也能延長暢通時間，可降低再介入的次數，且國際指引也有指出金屬膽道支架相較於塑膠膽道支架確實有優勢，所以在共擬會議也同意把金屬膽道支架納入給付，預計每年約有4,699人次受惠。

接下來請各位委員翻到113年7月份全民健康保險業務執行季報告第4頁，有關承保業務，一、投保單位數統計，113年6月投保單位計1,001,188家，相較於去年同期增加40,365家，最主要原因是第一類第三目有一定雇主的受僱者、第一類第二目公民營事業機構增加所導致；二、保險對象人數統計，113年6月份保險對象計23,852,112人，相較於去年同期增加51,561人，其中第一類與第六類保險對象增加合計22.3萬人、第二類至第五類保險對象合計減少17.2萬人，一增一減所導致；三、是平均投保金額與平均保險費統計，113年6月第一類至第三類被保險人平均投保金額是44,623元，相較於去年同期增加1,734元，最主要原因是今年1月調整基本工資，第二類及第三類最低投保金額由26,400元調升為27,470元，第四類及第五類保險對象平均保險費由2,063元調升為2,160元所致。

請各位委員翻到業務執行季報告第8頁，一、保險收支情形，(二)權責收支情形，113年截至7月止保險收支淨結餘數是276.98億

元，依法全數提存安全準備，提存後安全準備餘額為1,664.64億元，折合約2.54個月保險給付。

請各位委員翻到業務執行季報告第25頁，一、醫事服務機構特約情形，113年6月底共特約醫療院所22,178家，相較於5月增加28家特約醫療院所，主要是西醫醫院減少2家、西醫診所增加19家、中醫診所增加1家、牙醫診所增加10家；業務執行季報告第26頁，三、總醫療費用申報情形，113年第2季醫療費用申報，合計醫療點數(含部分負擔)約2,269.3億點，較去年同期成長2.73%；接下來請翻到第38頁，十三、113年第1季各部門一般服務總額點值預估，牙醫部門平均點值為0.9603元、中醫部門平均點值0.9082元、西醫基層平均點值0.9041元、醫院部門平均點值為0.9537元，門診透析平均點值為0.9296元。

最後請翻到業務執行季報告第41頁，二十一、急診品質提升方案-每季指標執行結果報告，在第41、42頁，我們列出7大指標在今年1~5月的執行情形，另外表36-1至36-6，也有呈現110~112年的執行成果，供各位委員參考。

有關分級醫療執行情形，要麻煩各位委員參考附在補充資料2簡報後面的書面資料，有113年1~6月各層級就醫占率和轉診案件申報情形，及各層級轉診流向，還有呈現分區別資料，供各位委員參考，以上。

註1：3大 HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)組織，分別為加拿大 CADTH(Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health)、澳洲 PBAC(Pharmaceutical Benefits Advisory Committee)、英國 NICE(National Institute for Health and Care Excellence)。

註2：NICE(National Institute for Health and Care Excellence，英國國家健康暨照護卓越研究院)。

註3：KPI(Key Performance Indicators，關鍵績效指標)。

盧主任委員瑞芬：委員對這部分有沒有意見，請吳榮達委員。

吳委員榮達：今天想問的比較多一點，請多給我一點時間。第1點，在業務執行季報告第1頁，我想請教有關暫時性支付，資料只有預估受惠人數，沒有預估金額，因為暫時性支付有預算，這預算有沒有特定分配方式？對於項目的選擇以及核准的程序，是如何操作？

我想要進一步瞭解。還有因為暫時性支付是暫時性的，如果不符合特定條件下要停止給付，請問條件是什麼？請健保署說明，讓我們都能瞭解。也希望健保署實施一段時間後將暫時性支付項目進行成效分析，在健保會報告，讓我們瞭解暫時性支付實施的成效。

第2點，在業務執行季報告第2頁，我不太瞭解(三)臨床缺口特材，所以想要瞭解，還有其他的項目可不可以一起說明，例如功能改善特材和其他特材部分。

第3點，在業務執行季報告第25頁，可參考第47頁表14，有關醫療院所訪查，除了中醫部門外，我們看第1、2季其他有明顯的增加，這是一個警訊還是有什麼原因，這是非常明顯的增加。

再看業務執行季報告第26~28頁，我們看到四部門申請件數及申請點數，大概都有小幅成長甚至負成長，特別中醫門診總額幾乎都負成長，這與我們看到的新聞、報紙報導好像不太一樣，一直說流感或 COVID-19後續衍生病情，好像讓就醫人口或件數增加很多，讓醫院及診所醫療服務量暴增，可是我們從6月資料及第2季資料來看，只有小幅成長甚至負成長，好像與媒體報導的不太吻合，所以想瞭解真實情形。

再來是業務執行季報告第33、34頁，在第26~28頁醫院部門醫療費用申報是小幅成長，但在第33、34頁西醫醫院各層級別的申報情形，醫學中心在第2季成長率有10%以上，但是區域醫院和地區醫院是負成長，我不知道我對數字的理解有無錯誤，但從資料來看，民眾還是集中在醫學中心看病，因為成長率有10%以上，所以分級醫療成效好像不太明顯，甚至看起來沒有太大的效果，這是第1點。

第2點，我比較擔心，在業務執行季報告第38頁112年第4季點值結算，醫院部門一般服務平均點值0.9497元將近0.95元，再回到第33、34頁，醫學中心申報成長率10%以上，地區醫院和區域醫院是負成長，這個平均點值0.95元是如何分配？會不會有不公平的狀

況？我不知道，所以我提出來請教，這是我看到的一個現象，再請教大家。

在業務執行季報告第99頁表30，各層級醫院急診下轉件數在第1、2季下轉情形都不理想，大部分是負成長，且這負成長值蠻大的，所以看起來分級醫療不是做得很理想。再來是要看第100頁表31，我看一下……這個算了，跳過去。

我們再看業務執行季報告第44頁及表38-2，門診抗生素使用率看起來是歷年最高，我不知道原因，但這是一個非常大的警訊。再來是第44頁牙醫門診總額醫療品質指標，113年第1季「12歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率」及「6歲以下牙醫就醫兒童牙齒預防保健服務人數比率」，比率較112年第4季低，這2項在服務人數呈倒退的狀況，所以牙醫部門在今年總額協商時針對這2項，應再慎重考慮，因為看起來是負成長的狀況，以上的意見供大家參考，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請林文德委員。

林委員文德：這邊有2個問題，第1個，有關金屬膽道支架的給付，這邊說1年預算約1.73億點，但這數字我不是很瞭解，嘉惠人數是4,699人次，支付點數是45,336點，這樣乘起來應該是2.13億點，所以這數字我不是很瞭解。另外金屬膽道支架，應該是取代原來的塑膠膽道支架，所以預算應該是計算那個差價的部分，對不對？譬如說今天塑膠材質2萬元，現在變成金屬材質是4萬多元，預算應該是去計算差價所增加的預算，所以我不太瞭解預算是如何計算出來，這部分請再說明一下。

第2個，有關急診品質的部分，我們看到業務執行季報告第138頁表36-1，我們在評核會已經有提到這個問題，我們看到112年與急診品質有關的一些指標都有惡化的情況，113年1~5月甚至比之前不理想，像是急診停留超過24小時的占率增加、急診病人轉入病房小於8小時的占率減少，還有完成急診重大疾病照護病人進入加護

病房小於6小時的占率也都在減少，所以這部分是否可以稍微說明，有沒有什麼方法可以來改善急診品質，我想這應該是民眾非常關心的部分，以上。

盧主任委員瑞芬：接下來請李永振委員。

李委員永振：在業務執行季報告有2點請教。第1點，在業務執行季報告第1頁，113年1~7月健保公告新藥共20項，推估預計藥費86.24億元，補充資料2投影片第2張也有說明，首先應勘誤業務執行季報告第1頁的書面文字「13,543萬人受惠」，那個「萬」字應該是多出來了，因為我們保險對象還不到2,400萬人，怎麼會有1.3億人受惠，這差太多了。另外其中癌藥、罕藥共有12項，占六成，受惠人數大概占了47%，在分配上似不符合比例原則，如果用藥費金額來觀察，更不平均，這樣是否合理，我們重點只有罕病跟癌症嗎？其他的疾病要不要考量，還是因為新藥都是這兩種類型，請再說明一下。

第2點，在業務執行季報告第10頁備註保險給付的分析，出現這段「倘排除以前年度總額結算追扣補付預估與實際差異數....」，上次我有書面請教，但也沒有答復，這個月才出現，是因為7月才辦理完竣嗎？還是6月漏掉了，這是否可以補充說明，類似這種情形，以後是否可將影響的金額一併列出？

另外還有1點，是補充保費較去年同期增加了52億元，因為補充保費是這幾年健保很重要的財源，但是在健保署資料上看起來整體推估都較保守，到7月應該是股利的高峰，但是健保費扣繳應該還沒完整，尚未完整就已比去年多了52億元，假設跟以前一樣，說不定今年補充保費會比111年更高，111年大概有733億元，去年稍微減少了10幾億元，但目前已經多了52億元，這部分在推估時應進一步掌握，會較精準一點。

第2個，在上次我的書面意見，健保署答復有些歪樓，好像沒有畫對重點，譬如說在會議資料第22頁，我本來是建議應該要另提供

一份研究分析表格，來完整呈現健保經營的脈絡，以免造成曲解，我常常舉例，在這個表已經沒有看到了，二代健保前3年的結餘，以前看到的報表都是第1年、第2年結餘都500多億元，第3年突然超過1,000億元，第4年又剩下不到200億元，修正後應該是前3年平均在700億元上下，這才是真正二代健保前3年的實況，我為何今天又提出來？因為我看到一些外面的研究報告，教授引用我們的數字做出這個表，這是審計部審定的表沒有錯，在備註也有說明，但這不是健保經營的實際情況，甚至健保署的人都引用這個表，這樣對外，讓大家一看都會產生誤解。這個部分重點不是要去改這個表的審計部審定的結果，這表可以留著，但你應該依照年度列出實際的經營結果，不一定每個月提，可以1年或半年，但要有詳細分析，讓看的人充分瞭解。

另外在今天的補充資料1第2頁，我的意思是，健保署與媒體溝通時要用正確的方式，上次46項機械手臂輔助手術比照胸(腹)腔鏡相關診療項目手術費用申報，後來公告有47項差了1項，我不知道是哪一項，但是我要強調的是，我這邊看到自由時報的頭版頭條，重點是頭版頭條，自由時報應該是目前報紙類閱讀率最高的，又是頭版頭條，機械手臂輔助手術納入健保給付，但是只有給付手術費用，醫材費用沒有，醫材占一半以上的費用，我要強調的是這點，但健保署現在回復說其他報紙有報導，我有看紙本報紙的習慣，但我常常買不到自由時報，雖然有一堆其他報紙，但我就沒興趣看，這樣相比之下應該瞭解大家比較會看閱讀率高的報紙，大家看到自由時報的頭版頭條印象很深，將來可能會受到質疑說不是健保納入給付嗎？費用總共25萬元，最後只給付15萬元，醫材費用自己要付，我重點在這裡，閱讀率最高的報紙的頭版頭條，不是說其他報紙也有報就沒事了，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。大家知道部裡要成立癌藥基金100億元，這非常值得恭喜，但113年在總額協商時會不會拿掉

這部分？另外癌藥雖然很多，但罕藥的支出也非常大，有沒有機會成立一個罕藥的基金，因為這2者的支出都非常大，可以考量一下。

另外林文德委員談到有關急診品質提升方案，各位請看業務執行季報告第39頁，包括轉診量都明顯下降，所以對急診壅塞情況是沒有明顯改善，可以看業務執行季報告第99頁，急診下轉件數從110、111、112年，總數一直在下降，這表示急診壅塞沒有改善，所以請署裡考慮一下該怎么做。

有關急診品質指標，在業務執行季報告第138頁，我今年應該講第3次了，每次報告我都有提這個問題，有關停留急診超過24、48小時的比率都上升，表示急診壅塞比較嚴重，所以這2個指標上升是不好的，檢傷一~三級急診病人轉入病房小於8小時之比率下降，表示急診壅塞更嚴重。

再看業務執行季報告第139頁，檢傷四、五級急診病人離開醫院小於4小時比率增加了，表示輕症病人很快離開，留下的重症病人就更多，上次我也講過這是不應該的，大家想說要達成指標，先治療輕症病人，剩下的重症病人就留在急診，所以這指標上升也是不好的。

再來看檢傷一級病人及完成急診重大疾病照護病人進入加護病房小於6小時之比率都下降，重症病人停留急診時間增加，代表急診壅塞更嚴重，我講第3年了，下次我不會講，因為下年度我不會當委員，我希望你們重新檢視一下，反映急診壅塞的指標這幾年反而越來越嚴重，你可以召開公聽會或其他方式，大家共同來想個辦法，不然這麼多年來都是這樣，大概是沒有什麼改善，抱歉，請署裡面再考量一下，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請韓幸紋委員。

韓委員幸紋：我想要詢問的部分是，因為健保署定時會出一本業務執行報告，而現在很多政策同時也在立法院討論，比如說到底要不要

保障點值，雖然最後立法沒有通過，可是方向上感覺還是希望讓點值維持在比如說0.95元左右，我就查了一下，本次業務執行季報告中關於點值的數字，絕大部分都落在112年第4季，有些部分則有先做113年第1季的預估。

我的意思是，如果我們之後的政策方向，是真的希望點值要維持在一個水平的話，這個監控指標，是不是要更即時？或甚至是，因為我大概知道第2季數字不太可能出來，因為申報可能是在醫療服務提供後約2個月內都還可以進行^(註)，是否因為這樣沒辦法馬上去做一些事，可是我的意思是，如果我們目標是這樣，其實以前應該就要做了，比如當你現在看到113年第1季中醫、牙醫及門診透析點值，好像都只有0.9元左右，與目標0.95元還有一點距離，我的意思是產出這些數據，應該是要幫助我們平時做一些監控，覺得不太對的時候，或是像剛才陳石池委員提到急診壅塞的部分，若在數據上看到不對，馬上就要去找可能原因是什麼，而不是等到一整年結算才有動作。特別是以後方向是要保障點值，但若一整年過完之後，真的只有0.9元，所以要用公務預算去補，那就是一大筆錢，我的意思是我們既然呈現數據，就要讓它更有意義、真的有作用，不是定時編一編，編完就沒有幹嘛，讓點值這樣掉，中間也沒有任何作為。

另外呼應剛才的分級醫療，請參閱業務執行季報告第36頁的數字，可以看到醫院總額各層級門、住診醫療點數占率，門診在醫學中心43.24%、區域醫院37.33%、地區醫院19.43%，住診大概也是差不多比率，我的概念是大型醫院理論上做急重症，比如說住診，可是看起來門住診占率都是大型醫院占比數字比較大，或是從另一個數字看，我上次查閱申報點數，醫院門住診的比例是7:3，門診是7、住診是3，其實這跟我們期待的大型醫院應該去做急重症，但它卻花一大堆時間在門診，或是人力配比上，例如護理人員比率也是這樣花了大筆人力都在門診部分，長期來講如何進行結構性調

整，看了數據之後，我們還是期待，後面是不是有對應的政策來做因應，大概是這樣。

註：全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第4條略以，保險醫事服務機構當月份之醫療服務案件費用申報，應於次月二十日前為之。

盧主任委員瑞芬：接下來請周慶明委員。

周委員慶明：主委、各位委員、各位長官，大家早安、大家好，周慶明第1次發言。我這邊要回復吳榮達委員剛才問到的問題，今年6月疫情跟去年比起來沒有增加非常多，這件事情我跟大家報告一下，應該說今年5月底、6月開始，疾管署就有發布新聞說第6波來了，第6波的 peak 其實比過年那段時間的第5波幅度又增加很多，所以參考統計資料，6月最後1個禮拜，急、門診關於 COVID-19的病人有12.6萬人次，推估有5~6萬人感染 COVID-19，所以疫情還是蠻嚴重的，這波大概從6月開始，可能到8、9月會達到最高峰，所以今年夏天確診人數可能會有150萬人，這是疾管署副署長在新聞中提出的。

我是耳鼻喉科醫師，當然這方面是我們看的病人最多，在現場狀況真的是這樣，今年6、7月也是跟去年一樣多，因為平常夏天是沒有那麼多感染的病人，也就是正常的夏天病人應該很少，但去年及今年夏天其實病人都很多。所以為何今年沒有增加很多，就是因為去年這波也是很高，所以今年跟去年比，當然比率上感覺沒有增加很多，因為去年的 base 是高的，所以整個波段、還有流行狀況跟平常比較起來是不正常的，只因為是跟去年的6月做比較，所以去年的點值其實就滑落到蠻低的，今年的點值滑落狀況，跟去年相較，應該是有過之而無不及，因為還是有增加，所以跟吳榮達委員做個簡短報告。

盧主任委員瑞芬：請詹永兆委員。

詹委員永兆：主席、各位委員，大家好。大家都看到中醫點值為什麼特別低，請看到業務執行季報告第55頁表17-4「全民健康保險_總額部門醫療點數統計_中醫門診」，其實從110年第1、2季來講，110年第1季的申請件數只有約883萬件，但到了112、113年，例如

113年第1季申請件數已經到了約1,031萬件，增加約150萬件，整體看起來就是每1季都增加150~200萬件，醫療利用增加這麼多，當然就使得中醫點值稀釋，又不能拒絕病人來看病，看起來我們中醫的醫療利用，是因為疫情拉上來之後到達高峰，而目前還是屬於比高峰略低一點，所以中醫點值低的原因在這邊，我們也很想要總額管制，但是病人來看診也就是認同中醫，所以我們看了很多病人。

盧主任委員瑞芬：接下來請健保署回應。

龐副署長一鳴：基本上大問題由我來回應，其他比較專業性問題請同仁幫忙回應。要先跟委員致歉，我們可能沒有交代清楚，因為醫學中心3月的時候家數有改變，所以有些數字比較基礎會不太一樣，醫學中心有增加、區域醫院有減少，這部分同仁下次會改善呈現方式的問題，這是第1個。

第2，剛才大家花很多時間在講急診，陳石池院長其實也是專家，我簡單講，急診問題在各醫院的差異性非常大，我們現在隨便走出去，以這個辦公室範圍5公里裡面有急診的醫院，5公里有到台大嗎？沒有，那用3公里內、沒有含台大醫院來說，但急診壅塞度每家醫院還是不同，我們常用一個數值來表達，所以看各位委員的意見，我們會跟急診醫學會商量，要不要表現出變異量，其實不只有平均值，平均值的可怕在於平庸，我們來想一下怎麼表達比較好。我們署長剛好也是急診專家，署的策略是，對於幾家急診壅塞比較嚴重的醫院，對個別醫院協助處理，另也鼓勵醫院和醫院之間的合作，我舉例，成大醫院和臺南醫院合作之後，對於整個臺南地區是有幫助的，我們會鼓勵這種模式繼續處理。

至於整個報表呈現方式，對不起講個低級的冷笑話，如果我們總額的成長，能像健保會成立以來報告頁數的成長，醫界一定很滿意，因為報告頁數成長遠大於總額費用成長，大家要求會非常多，李永振委員剛剛有一個對於報表要求，會後麻煩我們同仁去向李永振委員請教一下，把表畫出來研究一下，如果可以做就來做，如果做不出來再跟委員說有困難。其他如暫時性支付的定義、unmet

medical need^(註)的處理、特材的議題等，麻煩我們同仁雪詠說明，關於財務部分也麻煩財務組說明，先請雪詠。

註：unmet medical need 意指未被滿足的醫療需求。

戴參議雪詠：先針對吳榮達委員提到怎麼樣的藥品會進入暫時性支付制度說明，其實暫時性支付是針對一些臨床療效還不確定的藥品，比如說它還沒有完成三期臨床試驗，因為各國政府加速核准，只有臨床二期就上市，或是雖已完成三期，但是在國人特有的基因下，不確定台灣的療效或是人數多寡，而會影響到財務衝擊，所以這2類藥品列入暫時性支付。

暫時性支付重點是評估療效或是財務不確定性，所以廠商要提供整個資料蒐集計畫書來讓我們審查，譬如說它後續臨床試驗或是資料蒐集結果，讓我們在2~3年時間內評估要不要真正進入常規給付。正因為這些產品的療效或財務有不確定性，所以我們在議價的時候會議得比較深一點，原則上目前專款執行會嚴格管控財務在專款內支應，整個程序就是依照現行做法，先到專家會議再到共擬會議執行，未來健保會如有需要，我們可定期報告沒有問題。

剛才林文德委員提到，金屬膽道支架的金額是否有計算替代塑膠材質的部分，的確已計算替代後才是1.73億元。

另外李永振委員詢問人數是否錯誤，抱歉，的確多了個「萬」字，業務執行季報告第1頁應更正為「13,543人」；而李永振委員提到目前新藥都集中在罕藥、癌藥，這樣是否符合公平性，跟各位委員說明一下，目前跨國藥廠研發新藥的對象，的確是針對癌症新藥及罕藥，單價高、財務衝擊大者，目前癌症病人約88萬人，罕病病人約1.5萬人，合計沒有超過90萬人，但是他們目前占的藥費預算是1/4，因為癌藥大概約400億元、罕藥100億元，但是目前整個2,000多億元的藥費中，3/4的部分還是在三高病人的藥費，因為人口老化，再加上生活型態的改變，讓一些三高疾病的病人年齡下降。

張副組長菊枝：有關李永振委員關心補充保險費推估的方式，今年的補充保險費金額，我們會再依照目前所能夠掌握的補充保險費實際

收繳情形，以及參考今年上市櫃公司股利發放情形，作為今年補充保險費重新估算的依據，估算結果並將於今年10月的費率審議前專家諮詢會議提供。

至於之前112年在估算113年補充保險費時是比較保守，因為當時的經濟狀況、出口的指標，也不是很理想的狀態，所以那時候是採比較保守的估計，因為目前比較沒有經濟面的領先指標可做股利、利息等補充保險費收入的推估參考，所以我們會努力精進，看看怎樣能夠把補充保險費估算的更為精準確實一點。

龐副署長一鳴：我再補充說明，因為剛才委員還是關心罕藥和癌藥的問題，我簡單這樣講，第1，很多國際上的法規對於罕藥和癌藥確實有特別法規做鼓勵，像我們台灣的罕病法是對病人的保障，可是美國的罕病法是對罕藥的新創鼓勵，所以策略上不太一樣。另外1點，罕藥基金是按照罕藥法^(註)裡面的規定，但不在健保的範圍，所以是健康署負責，相對於健保，我們認為它對於健保的罕藥預算來說，目前健康署執行是屬於補充性部分，因為費基和財源沒有這麼大，在這做補充說明。

註：罕見疾病防治及藥物法。

盧主任委員瑞芬：先請劉淑瓊委員，再請滕西華委員。

劉委員淑瓊：關於急診品質提升方案，謝謝剛剛龐副署長的說明，我覺得那是很關鍵、也很重要，我們其實也提了很多次，會壅塞的就是那幾家醫院，例如中山北路、中山南路這幾家，我不是說這幾家不好，因為他們真的承擔了很多責任，但是他們本身內部的管理，或是需要有其他資源，以及像剛剛副署長說的，有一些不同層級醫院的合作都需要介入，不然這個壅塞的問題就會一直存在。所以我記得上次也提過，針對這幾家特別需要關注的醫院，能夠有個特別的資料呈現，就是不要再呈現整體的，因為那看不出來。

第1個是把這幾家醫院挑出來，讓我們知道健保署跟醫院共同的策略是什麼、目標是什麼，我覺得這樣才有機會改善，像剛剛陳石池委員提到檢傷四、五級急診病人離開的指標不恰當，確實陳委員講過很多次，我也認同，因為這個指標是檢傷四、五級急診病人離

開醫院小於4小時之比率，所以急診趕快把他們送走，以致於造成檢傷一、二、三級急診病人轉入病房的時間拉長，這兩者之間不一定有因果關係，因為過去醫改會做急診品質時，我們看到的問題是，上不去就是沒有病房或是ICU^(註)，所以這是醫院內部的調控問題，所以也就是說，有關這個指標的適當性，我們希望能夠趕快去處理，否則我覺得我今天到現在才第一次發言，就是看到很多議題都是一講再講，我相信在座各位委員都很努力講，但是如果不改變，我覺得是浪費時間。

註：ICU(Intensive Care Unit，加護病房)。

盧主任委員瑞芬：接下來請滕西華委員。

滕委員西華：請教一下健保署，剛剛提到點值的問題，我想請教一下，中醫現在有沒有在推慢性病連續處方箋(下稱慢連箋)？我記得印象中過去好像有推過，但是因為這幾年，我參與健保這麼久，印象中一直都沒有看過除了西醫以外的總額有慢連箋，牙醫沒有可以理解，但不知道中醫有沒有？如果有，會是什麼情況？如果沒有，將來要不要推？一直以來都有聽到非常多民眾在反應拿藥日數的問題，尤其中藥現在以日劑藥費支付，中醫師也在反應只要開7天以上的費用健保署會關切，如果病人是穩定的又長期在中醫就醫，為什麼中醫病人不能持有慢連箋？這有沒有特別的考量？因為中醫不僅僅是從點值來看，我覺得詹永兆理事長提的一部分，我其實一則以喜，中醫病人增加，但一則以憂，是不能沒有管理，沒有管理導致門診人數上升這麼快速，都沒有採用其他總額管理手段，或是如同剛剛講的，慢性病人沒有透過慢性病管理，還是用慢連箋去降低他的就醫次數，我覺得這可能要考量，特別有些針傷科會在短時間密集就醫，跟西醫的復健門診次數計算相較，我不知道中醫跟西醫有沒有差別？否則一個主診斷下來很多次針傷科，這跟就醫次數之間的關聯是什麼？我覺得好像不是非常理解。

第2個，剛剛戴雪詠參議有說明暫時性支付，再生醫療製劑條例通過之後，我姑且用臨時的藥證來稱呼，因為它特別需要一個臨時藥證，不必經過完整的臨床查驗登記程序，有5年的暫時藥證，而

且法定要求要臨床二期以上。我記得暫時性支付一開始我個人非常不支持，要求應明訂至少要完成二期，但健保署當時不同意寫「至少完成二期」。但是再生醫療製劑條例已經明訂要至少完成二期，而且是最長5年，所以我想要請問健保署的政策，第1個，對於暫時性支付到底有沒有要明訂至少完成二期？第2個，你要付多久？才有辦法看是要落日還是進入完整的健保支付體系；第3個，到底有沒有要移出健保給付之外？就是在之前點值爭議時署長一直說，暫時性支付要移出去跟癌症基金一起，或其他基金裡面把它包進去，不知道有沒有。最後一個，如果可以的話，下次提供暫時性支付的資料給我們，可不可以直接告訴我們，到底哪幾項是暫時性支付，然後花的錢是多少，受惠的人是什麼樣的狀態，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，這部分還有沒有其他委員有意見？請詹永兆委員。

詹委員永兆：謝謝滕西華委員的 comment，中醫這塊稍微回應一下。我們中醫有慢連箋，但這塊不多，因為中醫就醫方面有它的辯證論治之特有性，你這次就診開藥，一般來講現在很多是2週、4週，這塊越來越多，但中醫有個特性，吃了1個月以後可能體質改變，我們可能就要改處方了，不像糖尿病、高血壓處方可以一成不變繼續下去，這是我們中醫醫療的特色。

另外再就整個中醫申報的生態來講，其實我們內科就占了8成，針傷則占17%左右，其實這整個增加，很大部分是增加在內科，大家發現中醫的好，用中醫治療疾病，包括慢性腎臟病，大家發現中醫的好，越來越多人用中醫來防止腎病往洗腎方向走。

關於我們中醫有沒有管控，我們當然有加強管控，包括多療程，我們發現量增加了，已經嚴格跟6個分區要求，請他們下修看診次數，包括我們針傷合併申報，這次凸顯出太多了，原本是每位醫師可以申報80人次，明年度主動下修到60人次，我們有在嚴格管控。

盧主任委員瑞芬：委員若沒有其他意見，就請健保署回應。

戴參議雪詠：醫審組這邊回應西華委員的問題，非常謝謝西華委員，我想委員是關注藥品的臨床療效實證，目前我們的暫時性支付是定義為在食藥署的加速核准，所謂的未完成三期，食藥署加速核准一般需要二期的臨床試驗，食藥署為什麼會核准，因為疾病治療有急迫性，又看到臨床的潛力，可能是用替代性指標認為他有潛力後先行核准，也會要求廠商在未來5年內要取得資料後，希望能夠有完全核准的狀態。

在健保署這邊的話，的確有越來越多的癌藥在整個基因治療或細胞治療，或是一些臨床製藥的發展，會看到藥品的潛力，它雖然是二期核准、雖然用替代指標，譬如說無惡化存活期^(註)方面，從這裡看到它的無惡化存活期時間，還比之前看到這個疾病治療的完全存活期都還長，或是反應率非常高，病人對於新藥的腫瘤縮小程度整個非常明確，但是病人數太少、臨床試驗時間也太短，這時候就會用加速核准，在健保署這邊我們對有治療潛力，而且是屬於臨床有迫切需求的藥品，目前已參考英國制度的暫時性支付概念，在這概念之下，要求廠商要在2~3年內，提出相關證據資料讓健保署評估後，決定後續要不要進入常規給付，用這樣的方式來解決臨床迫切需求病人的疾病需求，但在財務可控的狀況下，來執行這樣的任務。

未來的話，剛剛委員有問到，現在暫時性支付機制，請參閱補充資料2第2張投影片，可以看到截至113年7月有5項暫時性支付藥品生效，其中2項癌藥、1項罕藥、2項新藥，未來的話預期明年50億元公務預算癌症新藥暫時性支付專款挹注之後，癌症新藥暫時性支付會移列到未來的公務預算，其他新藥暫時性支付會在明年度總額編列暫時性支付專款，但額度會較小一點，對點值的影響會小，亦即因為癌症新藥的暫時性支付明年會移列到50億元的公務預算，所以用這種方式減少對點值的影響，我不曉得這樣是不是有完全回答西華委員的問題，謝謝。

註：無惡化存活期意指病人經過治療，例如手術、化療、標靶治療後，沒有檢查出腫瘤發生，直到發現再度惡化的時間。

滕委員西華：所以你們還是至少完成二期嗎？

戴參議雪詠：對，目前原則是這樣，謝謝。

龐副署長一鳴：對不起我稍微再補充，目前通過都有完成二期，這是第1個，這樣就很明確。第2個，給付新藥不是說要健保付就付，按照健保法本來就要經過藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議，有些重要的也要先經過 HTA^(註)，還有本來就都要開專家會議，所以是有一定的流程在控管的，共同擬訂會議內還有相關的 stakeholder，也有我們臺灣很多專家來參與，所以這是共同參與性的決策，大家對於這個的努力仍要表達清楚，也不是健保承辦人員就可以決定。

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

盧主任委員瑞芬：最後先請陳石池委員，再請吳榮達委員。

陳委員石池：我記得健保轉診有分門診跟急診，因應轉診有個非常大的轉診群在互相轉病人，可是我們今天只有看到急診的下轉，是不是有機會看到門診慢性病人下轉部分的情況到底是怎麼樣。

盧主任委員瑞芬：請吳榮達委員。

吳委員榮達：謝謝，吳榮達第2次發言。剛才有提到，在業務執行季報告第147頁，表38-2西醫基層總額醫療品質指標，有關門診抗生素使用率，從110年到113年 Q1，113年 Q1是最高的，所以剛才有詢問到這個問題，為什麼特別在113年 Q1西醫基層使用抗生素會增加這麼多，是有什麼因素存在，我們擔心的當然就是抗生素濫用的問題，還有健保署提到會做監控，大概會是怎樣的監控方式。

盧主任委員瑞芬：好。

戴參議雪詠：健保署醫審組補充，剛剛吳榮達委員詢問的門診抗生素113年 Q1使用率比較高，我們有諮詢過傳染病專科醫師，他們推估原則是因為剛好113年 Q1是流感流行期間，所以他們認為這個時間點，抗生素使用率會比較高一點。

盧主任委員瑞芬：好，本案委員剛才所提意見，包括書面意見，我們都會請健保署回應，如果不清楚的地方，剛才龐副署長也提到會請同仁跟委員再聯絡，本案就洽悉。

接下來進行今天議程最後的報告案，會議剛開始時，因為非常擔心侯俊良委員的身體狀況，忘了跟各位轉達，本會委員有件值得恭喜的事情，黃金舜委員榮聘為國策顧問(黃金舜委員：謝謝大家，謝謝！)，恭喜！繼續為我們的醫療衛生政策做出貢獻，謝謝。接下來進行下一個議程。

周委員麗芳：補充一下，周慶明理事長也是獲聘為總統府國策顧問。

盧主任委員瑞芬：抱歉抱歉，恭喜！

周委員慶明：還沒有正式公布，所以還在等待中。

盧主任委員瑞芬：恭喜，我們接著進行報告事項，請同仁宣讀。



113年第2季 全民健康保險業務執行季報告

中央健康保險署
113年8月21日

1



113年健保藥品生效品項數

- ◆ 截至113年7月已公告生效新給付之新藥共**20**項(含暫時性支付**5**項)，擴增給付共**15**項，推估約**1.35**萬人受惠

項目	新藥	擴增給付	說明	暫時性支付	
				藥品	說明
癌藥	7	11	用於治療三陰性乳癌、瀰漫性大型B細胞淋巴瘤、多發性骨髓瘤、非上皮型惡性肋膜間皮瘤等癌症，其中2項為暫時性支付，受惠人數約5,787人	Polivy (成分polatuzumab vedotin)	限與bendamustine 和 rituximab 併用，適用於第三線治療復發型 (relapsed) 或難治型 (refractory) 且未曾接受及不適合接受造血幹細胞移植的瀰漫性大型B細胞淋巴瘤(DLBCL)成年病人
罕藥	5	0	用於治療β型海洋性貧血、Dravet症候群、遺傳性血管性水腫、結節性硬化症生長板尚未癒合等罕病，其中1項為暫時性支付，受惠人數約596人	Takhzyro (成分lanadelumab)	遺傳性血管性水腫 (hereditary angioedema · HAE) 反覆發作的預防
其他新藥	8	4	用於治療眼科黃斑部退化病變、糖尿病黃斑部水腫、心肌病變、多發性Castleman氏病、乾癬、成人人類免疫不全病毒感染、氣喘及A型血友病等疾病，其中2項為暫時性支付，受惠人數約7,160人	Vyndamax (成分tafamidis)	治療「成人野生型或遺傳性的轉甲狀腺素蛋白類澱粉沉着症造成之心肌病變(ATTR-CM)」
				Velexbru (成分tirabrutinib)	成人復發或難治型原發性中樞神經系統B細胞淋巴瘤(PCNSL)
				Spevigo (成分spesolimab)	全身型急性發作膿疱性乾癬

註：罕藥新藥以暫時性支付收載，惟預算來源以罕藥專款支應 2



治療全身型急性發作膿疱性乾癬新藥納入健保給付

含spesolimab成分藥品(如Spevigo)

113年7月1日納入健保給付範圍

臨床針對IL-36基因突變之全身性膿疱性乾癬尚無標靶治療藥物，目前3個主要HTA組織均未建議給付，且本藥品臨床試驗具有療效不確定，爰同意將本藥品以暫時性支付納入給付2年，屬第2A類新藥，並與廠商簽訂藥品給付協議。

藥品劑型

注射液劑

健保支付價

每支221,678元

藥費影響

1.05億元至1.37億元

財務影響(第一年至第五年)

1億元至1.31億元

受惠人數

115人至151人



3



113年1-8月公告生效之新功能特材

公告生效品項計**56項**，預算約為**30,078萬點**

一年計嘉惠約3.3萬人次

兒童醫材

- 電極導管(2Fr)
- 雙迴路透析導管組(<7Fr)

品項數計2項

嘉惠約70人次

推估預算約93萬點

急重症醫材

- 液態栓塞系統之輸送微導管
- 中央靜脈壓導管組
- 顱內動脈塗藥球囊導管
- 顱內靜脈竇暫時閉塞球囊

品項數計4項

嘉惠約6,500人次

推估預算約2,162.9萬點

臨床缺口

- 內視鏡注射器
- 心內超音波導管
- 神經外科術中神經功能監測(IONM)相關特材
- 結膜淚囊導管
- 人工全踝關節置換系統

品項數計30項

嘉惠約12,000人次

推估預算約8,690萬點

功能改善

- 高密度/高解析度定位診斷導管
- 造口貼環-平面可塑形
- 金屬膽道支架
- 人工血管支架(含生物表面肝素塗層-79mm)

品項數計20項

嘉惠約14,600人次

推估預算約19,132.5萬點

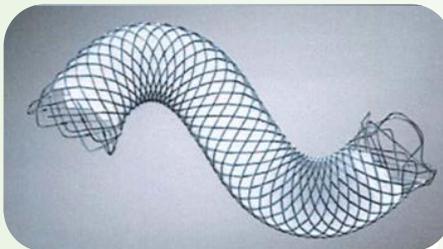
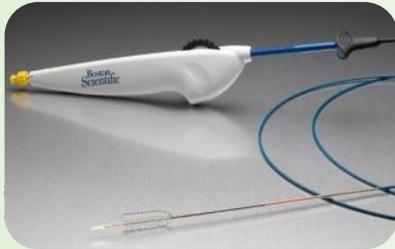
4



金屬膽道支架納入健保給付

納入金屬膽道支架用於緩解因惡性腫瘤致膽道阻塞

- ◆ 醫療科技評估 (HTA) 報告指出，依據美國胃腸病學會 (American College of Gastroenterology, ACG) 指引建議，針對無法切除或臨界可切除的惡性肝外膽道狹窄病人，金屬膽道支架相對於塑膠膽道支架可延長支架暢通時間、減少膽管炎及減少再介入措施
- ◆ 此特材能緩解膽道惡性腫瘤末期患者之症狀，與目前給付之塑膠支架相比，管徑較大，延遲膽道再次阻塞時間，可節省重複置放支架數量，降低感染之風險與降低檢查治療次數，且置放時間較長，健保給付之塑膠材質膽道支架置放時間約2~3個月，金屬支架置放時間約10個月



一年預算約1.73億點
嘉惠約4,699人次
113年6月1日生效
支付點數45,336點

5



THANK YOU

6

伍、報告事項「『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)，依退場期程(110~114年)提出退場之執行方式規劃及辦理進度案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

林科長沁玫：請委員參閱會議資料第29頁說明三，本署自103年起.....

周委員麗芳：我有一句話可不可以補充一下，很不好意思，剛才漏掉江錫仁理事長，他好像也獲聘為總統府國策顧問。

江委員錫仁：賴總統誠摯邀請，不過還沒公告。

盧主任委員瑞芬：還沒有公告，我們一併恭喜，謝謝。

林科長沁玫：請委員參閱會議資料第29頁說明三，本署103年起辦理鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案，鼓勵醫療院所提升網路頻寬及院所智慧化資訊，以利即時查詢病患於不同醫療院所之間的資訊，相關執行情形，(一)固接網路及行動網路參與率，108年為87%，112年提升至95%，(二)檢驗(查)結果上傳率，108年為77.7%，112年提升至97%，其中以基層診所提升最為顯著。

說明四，考量網路頻寬屬醫療院所的基礎建設，且醫療院所資料上傳提升資訊系統等等需要成本。請委員參閱會議資料第30頁說明五，為利院所相關作業持續執行，本項預算已於衛福部113年7月「健保總額給付項目預算編列協調會議」討論，將積極向行政院爭取公務預算支應，以上。

盧主任委員瑞芬：健保會有補充說明嗎？

周執行秘書淑婉：沒有。

盧主任委員瑞芬：沒有的話就請委員表示意見。應該是健保署先報告。

龐副署長一鳴：因為你們的補充說明還蠻多的。

盧主任委員瑞芬：可能要先等你們先報告吧？

龐副署長一鳴：我們直接回應。

盧主任委員瑞芬：你們就直接回應。

龐副署長一鳴：大家有看到書面資料健保會的補充，我們請劉林義組長對健保會的補充回應一下。

劉組長林義：這項主要是分為2個，1個是獎勵頻寬的補助，1個是上傳資料的鼓勵。健保會有決議最多只能編到114年，就是明年，不過還是希望爭取公務預算，剛才同仁在會議資料第30頁有報告，7月3日在衛福部召開的健保總額給付項目預算編列協調會議，我們有把這項提出來，希望這項依照健保會決議，基本上是由公務預算支應，但目前也還沒有公布，就要等到它最後一個結果。

有關預算的執行率，請委員參閱會議資料第31頁，因為這項就是院所上傳檢驗、檢查資料，這些資料最後彙整在雲端或是回到健康存摺回給每個民眾身上，紀錄都有妥善運用，執行率大概都有到八成，112年是82%左右，以上說明。

盧主任委員瑞芬：請問委員有沒有要垂詢的地方？都沒有意見嗎？請王惠玄委員。

王委員惠玄：主席、各位委員好，也謝謝健保署的說明，我想確認一下，按照這個說明，健保署是建議不要退場嗎？因為現在沒有看到退場的規劃，所以我想確認一下健保署是建議不要退場嗎？

盧主任委員瑞芬：爭取公務預算。

劉組長林義：原則上首先還是遵照健保會的要求，積極爭取公務預算，萬一有變數的話，就遵照健保會的要求，編到114年為止。

王委員惠玄：如果確定編列公務預算的話，就不需要經過健保會的同意，是嗎？

劉組長林義：對。

王委員惠玄：了解，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：剛才劉林義組長提到要爭取公務預算，我們樂觀其成，但是我看到這資料的時候，心裡在算7月3日到今天8月21日已經有一個半月了，有沒有著落？這是第1點。第2點，剛才重要業務報告

有提到，協定事項有提到節流效益的問題，所以請健保署用這個例子弄一個模式出來，看看到底要怎麼樣來處理，給醫界做參考，從103年到已經審定的112年決算，剛好10年，投入的預算數166億元，實際的執行數102億元，也破百億了，應該把它整理一下，如果未來有爭取到公務預算，節流效益還是要繼續去追，公務預算還是大家的錢，不是改由公務預算支應，節流效益就不用去談了，不是爭取公務預算以後就變成終點站，所以是不是可以請健保署考慮一下，8月29日能不能提出一個案給我們參考，謝謝。

盧主任委員瑞芬：李委員，你的建議是說8月29日有關114年度總額協商內容，你需要健保署提出……。

李委員永振：不是，是已經過去10年了，113年的協定事項是要考慮節流效益納入到114年的基期，我沒有那麼高的期待，但至少有一個案出來，不要像劉委員提到的只是在這邊講，我是還比較堅持啦，雖然沒有用但還是要繼續講，因為還在其位，我知道今年我可能會被換，但是換了我還是要講，我是這個意思，要把以前全部整理出來，不是只有113年，10年執行已經合計超過100億元，印象沒有錯的話，以前的節流效益也有超過100億元，這個錢到底跑到哪裡去了，健保署沒有處理，但至少也要把錢整理出來，回饋醫界也沒關係，但該怎麼處理比較合理，不是讓付費者一直看到投錢進去，但都沒有看到後面的效果，我一直強調後面的效果不是只有錢，有效益是 OK，人的平均壽命延長也 OK，但要有一個比較有說服力的科學數據，這樣讓付費者委員回去可以交代，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，李委員的意思是希望對於過去投入在網路頻寬及獎勵上傳資料補助的成效有一個說明就對了。

李委員永振：應該這麼講，先試看看怎麼計算出節流效益，怎麼處理分配，將來怎麼回饋，先建立一個模式、模型。我的意思是獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用是健保署自己的案子，健保署最清楚，應該可以用這個案子當成一個範例來處理，就是要建立模型，建立模型應該要有實例出來，就用健保署自己的案子當實

例給醫界參考，模型要先出來，不然已經談5、6年，模型都看不到，怎麼談節流效益回饋總額，我沒有期待這麼高，先把模型弄出來，經過健保會討論，大家有共識，這樣以後才有可能再進入下一步，不然永遠都停在這裡，這一屆就剩下幾個月了，新的一屆又開始談這些問題，不曉得要談幾屆才会有結果。健保法施行細則第45條從105年談到現在，不只7年，才稍微有點眉目，但還不知道有沒有結果，都要長期抗戰，沒關係，踏出去就好，不要只是一直在這邊談，我聽到很多委員都覺得這樣好像沒有意思，但是又被推派來擔任委員，還是要談，不過還好我今年可以畢業了。

盧主任委員瑞芬：我想這部分我們讓健保署帶回去研議一下，請羅永達代理委員。

羅代理委員永達(朱委員益宏代理人)：主席、各位委員，大家午安。網路頻寬補助對於醫界是非常重要的事情，早期很多地區的醫院沒有這樣的補助，不管是頻寬或獎勵措施，尤其在偏遠地區要找有線電視或頻寬去做，後來有這個措施以後，很多醫院就改進，但改進過程中每年都要付錢，而且要付很多錢，這件事情對整個的醫療資源的節省、防止浪費有很重要的功能，因為本來只是獎勵措施，頻寬又涉及到即時性的上傳，萬一沒有爭取到明年的公務預算，我很擔心再過一段時間，當天看到的可能不是當天的檢驗資料，可能要1或2天，這樣又涉及到如果重複做的話，到底要不要扣款、能不能減少給付的問題。

因為有即時上傳，以現在目前的頻寬，大概當天24小時內可以上傳，但將來不一定，尤其偏遠地區，假設這重新再做，茲事體大，醫界本來很希望獎勵或頻寬補助能夠繼續下去，但健保會上次都已經通過了，期待衛福部或健保署一定要爭取到公務預算，否則不只醫院，尤其我們基層之間早期數字是互不相通的，現在好不容易建立起來的東西，如果又荒廢掉的時候，會造成落差，不管對人民還是導致資料重複，都有非常不好的影響，以上。

盧主任委員瑞芬：謝謝，針對這個案子，本案洽悉，請健保署確實依總額核(決)定事項的退場期程退場，委員所提意見(含書面意見)併請研參。另外重申本會支持健保署積極爭取公務預算支應相關執行作業費用。現在時間是11點35分，今天的議案都結束了，請問有沒有臨時動議？如果沒有臨時動議的話，我們下午會議提前到12點開始，因為健保署的人都在這邊，所以順序改成健保署的部分先報告，散會。

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8月16日

發文字號：健保企字第1130682188號

速別：最速件

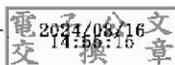
密等及解密條件或保密期限：

附件：無

主旨：有關貴會113年8月21日第6屆113年第7次委員會議，因本署石崇良署長赴祕魯參加113年亞太經濟合作（APEC）召開之衛生工作小組會議（Health Working Group）暨第14屆衛生與經濟高階會議（14th APEC High-Level Meeting on Health and the Economy），不克列席，委請本署龐一鳴副署長代表，敬請諒察。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：本署龐副署長室、本署企劃組



113.08.16



1133340216