

衛生福利部全民健康保險會
第6屆113年第9次委員會議事錄

中華民國113年10月23日

衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第9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10月23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、張琬雅

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、江委員錫仁、吳委員榮達、吳委員鏘亮、李委員永振、李委員飛鵬、周委員慶明(中華民國醫師公會全國聯合會林副秘書長恆立代理)、周委員麗芳、林委員文德、林委員恩豪、林委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠、侯委員俊良、張委員清田、陳委員石池、陳委員杰、陳委員相國、陳委員節如、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(中華民國全國商業總會王處長麗萍代理)、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)、韓委員幸紋

請假委員：謝委員佳宜

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、龐副署長一鳴

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第9頁)

貳、議程確認：(詳附錄第9頁)

決定：確認。

參、確認上次(第8次)委員會議紀錄：(詳附錄第9頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第10~20頁)

決定：

- 一、上次(第8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，項次2同意解除追蹤，項次1改列繼續追蹤，俟衛生福利部(社會保險司)召開總額基期檢討相關諮詢會議後，再解除追蹤。
- 二、肯定中央健康保險署訂定「全民健康保險辦理特殊材料醫療科技評估作業要點」，為利委員瞭解醫療科技評估辦理情形及未來規劃(包含組織架構及分工、對病友權益保障等)，請於本(113)年底前提出專案報告。
- 三、113年度西醫基層總額一般服務項目「提升國人視力照護品質」之品質監測指標，依中央健康保險署建議之指標及目標值(如附件一)辦理。
- 四、本會本年第11次委員會議(113.12.25)後，邀請國立台灣大學林先和教授進行專題演講，題目為「數字會說話嗎？從十大死因到疾病負擔研究」，敬請委員預留時間踴躍參加。
- 五、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第21~43頁)

報告單位：本會第三組

案由：114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項確認案，請鑒察。

決定：

一、確認114年度總額協商結果之整體成長率，如下表：

114 年度 醫療費用	達成共識			未獲共識兩案併陳				年度總額	
	牙醫 門診	中醫 門診	其他 預算 (註2)	醫院		西醫基層			
				付費者 方案	醫界 方案	付費者 方案	醫界 方案	付費者 方案	醫界 方案
金額 (億元)	547.93	341.92	182.28	6,409.97	6,434.76	1,725.38	1750.43	約 9,207.48	約 9,257.32
成長率/ 增加金額	4.679%	5.274%	減少 10.92 億元	5.055%	5.461%	3.990%	5.500%	4.605%	5.171%

註：1.門診透析服務總成長率3%、總金額473.8億元，其中醫院總額為246.9億元，西醫基層總額為226.9億元，已分別併入醫院及西醫基層總額計算。

2.中央健康保險署對於其他預算第(十二)項之預算金額有不同意見，將一併陳報主管機關決定。

3.年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以中央健康保險署結算資料為準。

二、確認牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算新增或延續性項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(如附件二)，將併入114年度總額協商結果，報請衛生福利部核定。

三、未達共識之醫院及西醫基層總額部門，將兩案併陳報請衛生福利部決定，其中新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，將請衛生福利部就政策目標要求，逕予核定，必要時得諮詢本會。

陸、討論事項(詳附錄第44~73頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：114年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：本案請醫院總額相關團體採行中央健康保險署提出地區預算分配住院及門診之 R 值(各地區保險對象人數校正風險因子後之數值)占率均至少前進1%之建議及參考付費者委員意見，重新提出分配建議方案及其風險調整移撥款額度與用途等相關配套措施，於第10次委員會議(113.11.20)續議。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：114年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：本案請西醫基層總額相關團體採行中央健康保險署提出地區預算分配 R 值(各地區保險對象人數校正風險

因子後之數值)占率至少前進1%之建議及參考付費者委員意見，重新提出分配建議方案及其風險調整移撥款額度與用途等相關配套措施，於第10次委員會議(113.11.20)續議。

第三案

提案單位：本會第三組

案由：114年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：本案請中醫門診總額相關團體採行中央健康保險署提出地區預算分配以各分區戶籍人口數占率(參數二)至少前進1%之建議及參考付費者委員意見，重新提出分配建議方案及其風險調整移撥款額度與用途等相關配套措施，於第10次委員會議(113.11.20)續議。

第四案

提案單位：本會第三組

案由：114年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、114年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍，區分為六個地區。

(二)分配方式：

- 1.自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.164億元)移撥3.8億元，作為特定用途移撥款，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「牙醫特殊醫療服務計畫」、「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」等4項特定用途，移撥經費若有剩

餘，優先用於「高風險疾病口腔照護計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

2.扣除上開移撥費用後，預算100%依各地區校正人口風險後之保險對象人數分配。

二、所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之，其中特定用途移撥款執行方式請送本會備查。

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於113年12月前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

柒、報告事項(詳附錄第74~83頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告(全年資料)，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，並持續監測執行成效，定期向本會提報。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：113年9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。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午1時30分。

113 年度西醫基層總額「提升國人視力照護品質」決定事項之「品質監測指標」

<p>指標 1</p>	<p>久未看診而當日就診即執行白內障手術比例$\leq 0.5\%$。 註：1.久未看診：病人手術日回推 180 日內無同院所就醫資料。 2.分子：久未看診而當日就診即執行白內障手術之件數。 分母：白內障手術件數。</p>
<p>指標 2</p>	<p>術後 90 日內同眼再執行白內障手術之件數比率$\leq 0.25\%$。</p>
<p>指標 3</p>	<p>術後 30 日內併發症(眼內炎)之件數比率$\leq 0.1315\%$。 註：1.眼內炎診斷為 H44.0。 2.分子：白內障手術術後 30 日併發眼內炎之件數。 分母：白內障手術件數。</p>

牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算新增或延續性項目協定事項
之「執行目標」及「預期效益之評估指標」

部門	新增或延續性項目	「執行目標」及「預期效益之評估指標」
牙醫門診總額	專款項目 高風險疾病口腔照護計畫	1.執行目標： (1)「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 150 萬人次。 (2)「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於 189 萬人次。 (3)「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)照護人數不低於 66 萬人。 (4)「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)照護人數不低於 100 萬人。 2.預期效益之評估指標： (1)國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。 (2)自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。 (3)65 歲以上接受照護病人(註 1)3 年後(116 年執行完，自 117 年起)因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群(註 2)減少。 【註： 1.65 歲以上接受照護病人為「連續 3 年每年至少執行 2 次或 2 次以上 91090C+P7302C 之 65 歲以上病人」。 2.該年度比較族群為 117 年 68 歲以上至牙科就診之病人。】
	非齒源性口腔疼痛處置	1.執行目標：114 年執行 12,000 人次，並以 114 年實施時程等比率換算目標值。 2.預期效益之評估指標(註)：本計畫 2 年後(即 115 年執行完，自 116 年起)，病歷記載之疼痛分數下降超過 3 成。 【註：請健保署及牙全會妥為研議資料取得方式後，提報本會。】
中醫門診總額	一般服務 提升用藥品質	1.執行目標(註)：提高慢性病處方箋的使用，符合條件的慢性病患者使用長日數(大於 7 日)處方箋的比率較前 1 年提升 1%。 2.預期效益之評估指標(註)：中藥不良反應報告數

部門	新增或延續性項目		「執行目標」及「預期效益之評估指標」
			<p>量較前 1 年改善(計算方法：中藥不良反應報告數/ 總用藥人次* 100%)。</p> <p>【註：請健保署及中全會研議指標之操作型定義，後，提報本會。另請妥為研議資料取得方式，俟收集相關數據後，再滾動檢討修正指標及指標值。】</p>
	專款項目	中醫癌症患者加強照護整合方案	<p>1.執行目標：服務人數 16,000 人。</p> <p>2.預期效益之評估指標：</p> <p>(1)FACT-G 收案對象中 50%的人量表分數，較收案時增加。</p> <p>(2)CTCAE 收案對象中 50%的人量表分數，較收案時降低。</p>
		中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	<p>1.執行目標：參與院所數為 180 家及服務人數以 8,000 人為目標。</p> <p>2.預期效益之評估指標：收案對象平均 eGFR 分數，較收案時增加。</p>
其他預算	專款項目	山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	<p>1.預期效益之評估指標：</p> <p>(1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。</p> <p>(2)成人預防保健利用率。</p> <p>(3)子宮頸抹片利用率。</p> <p>2.執行目標：</p> <p>(1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度達 95%。</p> <p>(2)成人預防保健利用率\geq20%。</p> <p>(3)子宮頸抹片利用率\geq8%。</p>
		推動促進醫療體系整合計畫	<p>「遠距醫療會診」：</p> <p>1.預期效益之評估指標：</p> <p>增加 2 個山地離島適用地區、80 個醫療資源缺乏地區、51 所矯正機關及 3 所分監等保險對象專科門診可近性。</p> <p>2.執行目標：</p> <p>服務人次較前一年增加 10%。</p>

第6屆113年第9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8次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉：報告主席、各位委員，現在已經到了會議時間，出席委員已經過半，有20幾位委員出席，因為今天天氣比較不好，委員應該陸陸續續會到，所以可以開始今天會議，先請主席致詞。

盧主任委員瑞芬：謝謝各位委員今天來開會，今天議程比較多一點，需要趕快進行。請大家儘量掌控時間，發言以3分鐘為限，謝謝各位委員配合。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主席、各位委員，這次議程都是依照年度工作計畫排定，有優先報告事項1案，是上個月114年度總額協商結果的成長率與部分協定事項的確認。

討論事項4案，分別是醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診總額的地區預算分配案，都是本會依限要完成的法定任務。

報告事項2案，1個是新制部分負擔全年資料檢討報告，與健保署的業務報告，這次是書面報告，不做口頭報告。

就如主席說的，議案比較多，下午1時30分還要繼續召開114年度保險費率審議前專家諮詢會議，所以請委員協助能順利在下午1時30分前準時結束委員會議，以上。

盧主任委員瑞芬：請問委員對議程有沒有意見？如果沒有意見我們就確認。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

盧主任委員瑞芬：會議紀錄各位委員有沒有意見？沒有意見的話就確認，我們開始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，是本會依上次委員會議決議(定)事項辦理情形：(一)是依照討論事項第四案的決議，請健保署持續精進 PAC^(註)照護模式、評核指標，並於明(114)年度提本會報告，這部分本會將納入明年度工作計畫安排健保署進行專案報告。

(二)是上次委員會議決議(定)事項的列管追蹤事項，共計 2 項，依辦理情形擬建議解除追蹤 2 項，請委員翻閱到補充資料第 1~3 頁。這部分最後還是依照委員的議定結果辦理，請看到擬解除追蹤的 2 項，第 1 項是有關於委員關切明年度總額基期的計算，是否包含移列公務預算支應項目的費用額度，請衛福部書面回覆並詳列其計算過程與結果，這部分社保司已經回覆了，請委員參閱，建議解除追蹤。

第 2 項為補充資料附表第 2 頁的部分，有關於 114 年度達成共識的總額部門，包括牙醫、中醫及其他預算，這部分要補充延續性項目的執行目標與預期效益的評估指標等，請健保署與各總額部門研訂。這個部分健保署在昨天下午的時候有提進本會來，幕僚就納入這次的優先報告事項確認，建議委員會議確認後就解除追蹤，所以這 2 案建議解除追蹤。

另外個別委員關切的事項含書面意見，相關單位回覆如附錄一，在會議資料第 213~219 頁。另外在補充資料的第 4~13 頁，也是屬於補充的回覆部分。

項次二，再請委員翻回會議資料第 93 頁，是本會完成總額協商結論的初步確認，所以健保署就依照協商結果，跟健保法第 24 條規定，提出費率草案，將在今天下午 1 時 30 分召開費率審議前的專家諮詢會議，敬請委員列席參加。

項次三，是本會預定在最後一次委員會議，本(113)年度第 11 次委員會議(113.12.25)之後，邀請國立台灣大學林先和教授進行專題演講，特別謝謝主委的邀請，讓林教授來幫委員上課，題目是「數

字會說話嗎？從十大死因到疾病負擔研究」，敬請委員預留時間參加。

項次四，是為了提供即時資訊，幕僚有更新總額協商參考指標要覽，電子檔放在本部網頁，如果委員或者相關單位、團體有參考需要，就可以到本部網頁自行下載，為了減碳就不再印書面了。

項次五，是下次委員會議的專案報告，主題是去(112)年監理指標的監測結果與研析報告，如果委員有意見請在本年 10 月 28 日前向本會提出，幕僚會請健保署回應說明。

項次六，是上次委員會議的會訊報導主題，以明年度總額協商結果作為報導內容，請委員轉知所屬團體、會員參閱。

項次七，是衛福部與健保署在本年 9 月至 10 月發布及副知本會的相關資訊，這些詳細資料都在健保署的全球資訊網，幕僚已把這個連結及相關附件在本年 10 月 16 日寄到各委員的電子信箱，所以摘要的部分就請委員參閱。

項次八，請委員翻到補充資料第 14 頁，這個是健保署於本年 10 月 17 日函送本年度西醫基層總額一般服務項目「提升國人視力照護品質」決定事項的品質監測指標，這個重點摘要部分是依照本年第 6 次委員會議(113.7.30)討論時委員的意見，希望提出以結果面為導向的品質監測指標，以呈現指標與治療結果的關聯性。健保署依決議，召開西醫基層總額 113 年第 3 次研商議事會議(113.8.22)討論，也請中華民國眼科醫學會提供操作型定義後，提出 3 項品質監測指標及目標值。詳細資料在補充資料第 16~19 頁，指標 1、2、3 摘要再請委員參閱。這部分是希望依健保署的建議指標及目標值來做辦理，以上。

註：PAC(Post Acute Care，急性後期照護)。

盧主任委員瑞芬：請問委員對於本會重要業務報告有沒有意見？請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：謝謝，首先感謝健保署，有針對特殊材料醫療科技評估提出作業要點，這是應該要肯定的。但是希望健保署可不可以在今

年年底之前，到委員會來做 1 個專案報告，因為這個事情，當然它是健保法第 41、42 條裡面規定保險人的職責，也是本會的監理範圍，裡面牽涉到監督機關、組織架構，還有董事會的組成，還有與健保署的分工，也牽涉到病友的權益，對醫療科技發展也非常重要，大家都很矚目。所以希望能夠在年底之前做 1 個報告，讓健保會的委員都能夠對於這個進度，還有涉及的關鍵議題有一些瞭解，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請李永振委員。

李委員永振：有 3 件事情要請教與請求解惑，第 1 件就是有關於解除追蹤第 1 項，首先要感謝社保司花很多心力去說明，但是各位可以參考會議資料第 97~98 頁社保司的說明，其中移出的醫療項目尚包含在 114 年度總額基期，且會隨著時間成長，等於這個項目由付費者和政府付了 2 次錢，一再強調，只得到 1 次相同的服務，有違行政院善意指出應避免政府公務預算重複的提醒，而且也沒有依照上次會議結論提供詳細的數據。另外上次會議的討論事項第一案決議有提到，該等預算自 115 年度起不得再納入總額及其基期，且若未來再納由總額支應，政府應該要編列預算挹注健保經費，所以本案應該要改為繼續追蹤，而且要研議因應之道，以免形成另外 1 個無解的爭議，因為 114 年行政院核下來了，我們協商完就沒轍了，但是以後還是要好好去因應，這是第 1 點。

第 2 點，113 年 10 月 8 日衛福部有預告「全民健康保險投保金額分級表」修正草案，依照健保法第 5 條的規定，保險政策之諮詢屬於健保會職責之一，再看看上次修正，在 111 年 2 月 25 日的會議時有提出來，那是配合整個財務改革，有好幾項，其中 1 項有提到本會諮詢，上次提出來的說明很詳細，有長達 7 頁的資料，委員可清楚瞭解並經過充分的討論，這次則完全沒有，且事前都不知道，就直接預告了。

這裡面大概有幾個點，因為目前最高一級月投保金額(219,500 元)及最低一級(27,470 元)，倍數是大於 5，但是最高一級人數的百分比

到底是多少不曉得，不知道是否有持續 12 個月超過 3%(註)，這邊看不出來，2 個條件是符合其中 1 個就要調整投保金額分級表，上一次調整的時候雖然 2 項都沒有符合，當然這是衛福部的職權，沒辦法去多說什麼，這次的調整是不是可以在下次會議(113.11.20)，或者是在下次會議與這次會議的期間，因為預告期間是 113.10.8~113.11.7，若在下次會議時已經超過預告期間，用書面說明，類似上次 111 年 2 月份會議資料的方式說明一下提供給委員參考，如果有意見會比較清楚，不然丟在那邊，坦白講也不曉得，因為工商團體後面有很多大咖嘛，他們一定會受到影響，你提十級，有一些人不在乎，像是以前委員贊成多繳一點，但是也不見得每一個人人都這樣，不能用個人的觀感來決定，應該怎麼樣繳比較合理，大家繳的會比較心甘情願，所以有這點請求。

第 3 點，請看會議資料第 95 頁，第 1 個有關於牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案，這邊有 1 點要請教，因為公告是 9 月 16 日，生效是 1 月 1 日，這問題是老問題，已經講過就不再重複，但是這邊說原來支付標準到 2 月 29 日才廢止，我不解的是 1 月 1 日~2 月 29 日這 2 個月之間是怎麼處理的，擇優處理嗎？是不是可以說明一下？謝謝。

註：健保法第 19 條第 3 項規定，投保金額分級表最高一級投保金額與最低一級投保金額應維持 5 倍以上之差距，該表並應自基本工資調整之次月調整之。適用最高一級投保金額之被保險人，其人數超過被保險人總人數之 3%，並持續 12 個月時，主管機關應自次月調整投保金額分級表，加高其等級。

盧主任委員瑞芬：劉淑瓊委員第 2 次發言。

劉委員淑瓊：我要呼應李永振委員剛才提到的總額基期計算方式變更，這件事情很重要，希望社保司可以在這會議中跟委員說明清楚，因為這件事情不能打迷糊仗，到底應該怎麼做，部裡面的立場、態度是什麼？這個非常重要，牽涉到龐大金額的正當性和合理性，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：其他委員還有沒有意見？剛才 2 位委員的意見，有的是健保署要回應，有的是社保司，基期的部分 2 位委員都有相同意見，是不是請社保司先回應這部分？因為委員一直在追問這件事

情，健保會同仁雖已整理總額基期計算方式的改變情形，但還是要請社保司為大家說明一下。

陳副司長真慧：有關於總額基期的部分，我們的書面資料應該寫得還算清楚，我們每年在算總額額度時，會用前 1 年總額公告的金額當做一個 base，剛剛李委員提到 base 是前 1 年度，譬如以 114 年為例，113 年度總額 8,755 億元，以那個為費用基期的確是包含所有的經費，會包含 114 年度移出去的專款及其他預算項目，但是那是 base，每年度計算總額的公式，會有 1 個低推估、高推估，用低推估算的公式如同書面資料所呈現的公式，那裡面的數字就會把專款和其他預算排除，也就是說在計算它的成長率時，是只有以一般服務的成長率去計算，所以每年度增加預算的部分，只有一般服務的預算，完全沒算專款和其他預算，所以 114 年移出去的公務預算，各位委員在協商時應該很清楚，專款項目和其他項目都排除掉了，所以沒有重複的問題，唯一只有 base 的部分。我這邊要補充 1 個說明，從總額開辦以後，一開始是一般服務預算，後來增加專款，之後又再多加其他預算，以總額整體概念來講的話，專款和其他預算是算不成長率的，可是那部分在評核會時，委員都會強調說，我們專款一直成長，希望可以把專款 control，所以某程度來講，大總額的部分專款增加也會吃到一部分一般服務預算的金額，所以在算成長率時，每年度增加的部分當然就沒有算專款和其他預算，所以這裡才會說明，在算整體大總額時，基期部分沒有辦法去扣掉，因為歷年已經累積滾在那裡面了，以上說明。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：李永振第 2 次發言。實在聽不下去，請問你有去菜市場買菜嗎？有吧！我是到全聯比較多。原本這樣菜是付費者付錢的，在總額裡面是付費者付錢，沒錯吧，114 年政府說要付錢，因為我們反映之後政府有接受我們的意見，既然政府要付錢的話，就類似你去菜市場買菜，本來你已預付錢了，現在政府說要付錢，對方不是應該要退你錢嗎？還是說你已經付了就算了，你比較衰，這不只是 114 年而已，還會繼續長大，這樣合理嗎？我知道你很難說明，但我

們也是生意人，用生意人的角度，我不把錢要回來一定會被老闆打死！用 2 筆錢買同樣 1 個東西，這樣不合理。

國發會有留意到，很客氣沒有扣掉，只是提醒建議衛福部看看有沒有重複。我剛才用買菜的例子應該很清楚，有重複，請行政院就直接扣掉，不要每次這樣講講，講到最後大家都期待落空，一而再這樣的話會得癌症，現在癌症不是熱門話題嗎？這樣不好。

盧主任委員瑞芬：請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：剛剛李永振委員用生意人的眼光幫民眾講話，希望大家不要斷章取義，我覺得這件事情社保司應該說清楚、講明白，原因和理由在哪裡，一定要給民眾一個交代。我建議社保司應該要有一個公開諮詢跟徵詢各方意見的一個程序，這是程序正義，因為這筆錢是民眾拿出來的，公部門有什麼權力自己說不夠，就從總額拿出來，這有複利成長的問題，就像剛剛李委員說的，希望這件事情列入紀錄，給民眾、付費者清楚的交代。

盧主任委員瑞芬：請朱益宏委員。

朱委員益宏：關於基期的計算，我想在醫療服務提供者這邊會有不同的看法，基期預計明年會超過 9 千億元，但點值還是 0.7、0.85，平均、浮動點值在健保署未做其他行政處理之前，大概是這樣。所以我覺得基期大小當然會連動到點值，剛剛包括李永振委員一直講錢都是付費者出的，在座的每個人都是付費者，包括主席、我都有出錢，大家都有出錢，所有的醫療服務提供者也有出錢，政府也出至少 36%，我覺得整個基期到底要不要扣，不是只有健保會付費者代表的意見，這是我第 1 點要表達。

第 2 點，在檢討基期的同時，雖然國發會有說要檢討基期，但我建議社保司除檢討基期以外，點值不到每點 1 元，是不是要檢討給付範圍？依照健保法規定，當點值不足，要嘛調整保費，要嘛檢討給付範圍，但我們從來沒有檢討給付範圍，不管以前的 8 千多億元或是明年的 9 千億元。如果不檢討給付範圍，人的慾望無窮，總額完全無法負擔。下一次委員會議就要討論明年的費率，費率不併同

給付範圍同步檢討的話，你就說安全準備夠，還有 2 個月，我不調整保費，但是點值只有 0.7、0.6，搞不好以後更低 0.5，到時要怎麼辦？我覺得這是一個配套的機制，健保署或衛福部應該要很負責，當點值低的時候，不到每點 1 元，要同步啟動檢討給付範圍。

盧主任委員瑞芬：李永振委員第 3 次發言。

李委員永振：剛才我講得不夠精準，感謝朱益宏委員的指正。我要強調的是，本來這些服務總額已經付錢，現在政府要付，同樣的服務付 2 次錢，不要到時候又歪樓，這樣應該比較精準。

盧主任委員瑞芬：剛才劉淑瓊委員提出 1 個蠻好的建議，如果部分付費者代表和醫界都有意見，是不是有 1 個諮詢管道，對外開諮詢會議聽取各界的意見，邀請專家學者、各界代表討論及諮詢，以解除基期計算的疑義。

劉委員玉娟：行政院的公文提到，請再檢視總額基期與協商因素，避免與公務預算重複，這也是很多委員很關切有些不屬於健保給付的一直在裡面，所以我們做了移出，也去爭取回歸公務預算支應。

現在的算法在國發會也有討論過，當時在過程中還好，只是後來行政院壓了一句說以後這種東西儘量不要再重複算，預防我們拿出去的又再移進來。

我們以公式計算的時候，專款真的有排除，沒有做任何造假，如果委員還是很關心，如果有必要，我們開會討論基期也沒有問題，因為這涉及到總額，可能要給我們一點時間。屆時可能也會請國發會一起來看看這裡面有哪些 Gap，這部分沒有問題，我們來處理。

盧主任委員瑞芬：請朱益宏委員。

朱委員益宏：如果社保司準備要再開 1 個會議聽取大家意見，就基期的討論，建議是不是同步討論總額的範圍，這是基期的配套，要一併討論，現在總額範圍就是太大，不管基期是怎麼樣、扣不扣，愈扣基期越小，同樣的總額範圍就應該要同步檢討，我覺得這件事情應該要一併處理，不能基期這邊以前給的已經不足，然後總額範圍也不去檢討，未來要把一些人認為基期重複的又要扣掉，那醫療提

供者認為給付範圍過大，是不是也要一併檢討？

我覺得這是要一併處理的，不是只有檢討基期，而不去檢討給付範圍，我覺得既然要做，就一次做好。

盧主任委員瑞芬：我想社保司有聽到委員的意見，一併納入考量，請何語代理委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：有關今年開始移撥到公務預算支出的部分，在上一次的委員會議中，我有正式提議移撥出去公務預算的金額，禁止再回撥回來由健保給付，而且不能算入基期，算入基期就回撥健保給付，大家都同意，一致通過，今天還在講要回歸基期，那是不對，這是第 1 點。上次我正式提議的是這樣，就是公務預算支出的項目、金額，禁止再回撥回來由健保給付，也不能納入基期，你回撥健保給付就納入基期，計算上是一致的，所以不合理，大家都一致同意。

第 2 點我要請教朱大醫師、朱大委員，你在哪個資料裡面有點值 0.6、0.7，請拿出來給我看好嗎？如果沒有，你就是造謠、中傷，在這裡正式誹謗健保會的職責，我從未看過哪個書面資料點值是 0.6、0.7，請你拿出來，沒有就是造謠，在健保會造謠，造成政府、社會人民恐慌，你是社會不穩定者，希望你把這資料拿出來給我們看，如果沒有，你不能講這些話，今天我們付費者都沒有人反駁，這要列入正式紀錄的，如果他講的是事實，今天要列入紀錄，但是列入紀錄之後，事實上沒有 0.6、0.7 的點值，哪個官方資料、正式資料、決算資料有？請你拿我看，如果沒有，你怎麼可以這樣講，這樣造謠、重傷，真的是很不應該的醫師。

盧主任委員瑞芬：朱益宏委員要回應。

朱委員益宏：我覺得大家理性討論，不要涉及到人身攻擊，不要不理性針對個人去講，這樣的話會議是非常不和諧，我剛剛講到的，何代理委員如果要，健保署都有資料，我也告訴各位，如果大家想要知道，113 年 2 月的點值結算，台北分區的浮動點值是 0.78，這是一個事實，在健保署未做任何處理之前，初核的浮動點值，沒有經過

攤扣是 0.78。我剛剛講的 0.6、0.7，我是說未來可能會到 0.6、0.7，可能何代理委員沒有注意聽到，確實 0.78 這數字是有的，如果何代理委員不知道，我會後可以提供給你，但是我覺得不要涉及到造謠，針對某些人來講，我覺得這樣子是不理性，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請何語代理委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：我有 1 個問題，他剛才講的是未來 0.5 以下，大家都聽得很清楚，他說未來可能 0.5 以下怎麼辦，他講未來 0.5 以下，我想把錄音帶調出來，不必強辯。

再來疫情期間，你們點值拿 1.12、1.15，我們付費者有沒有講過 1.12、1.15 倒扣回來，健保總額精神和法律規範就是這樣，多我們沒有話講，少你們也要沒話講，不然你就調高費率，調高政府公務預算編更多進來，每年編 400 億元、500 億元進來我很贊成，甚至編 1 千億元進來我都很支持。所以要很平和、平靜地思考問題，不要隨隨便便，你擔任醫界代表的委員，講話是有公信力的，但是你講話沒有公信力，我們聽不下去，沒有人身攻擊，我坦白說我是實事求是，我講錯話我也收回道歉，我也可以接受批評，但是醫界委員講出來的數字，完全不是這樣子，我們聽不下去。

盧主任委員瑞芬：李永振委員第 4 次發言

李委員永振：再給我 1 次機會，因為我聽了 2 位委員的講法，他們的假設不一樣，角度看法不一樣，應該不會有結論，當然有一些可能跟我剛才一樣大概不夠精準，但被點出來，大家都平心靜氣去面對就好，但是我建議健保 30 歲，這些問題一直在講，請英明的石崇良署長是不是應該去看一下？

我們一直在講分子的部分，都沒有談到分母的部分，剛才提到的有些角度，我們是看整體，但是有一些個別的不夠，比較低，這樣的話，永遠都找不到答案，醫界應該要管理，這是付費者的期待，錢給你應該去管理，不是說放任之後，分母的地方沒有去檢討，我的意思是說不是它不合理，但是你要把它合理情況拿給付費者瞭解，這樣應該會比較持平來看，看能不能找到答案。

我以前在費率諮詢會議提過，當然主題是費率審議，一定是談收入面，支出面比較少提到，不是說比較少提到，而是總額協商的時候兩個沒有放在一起看，所以問題一直在，收支嚴重失衡，感覺一直沒有改善，說起來是錯綜複雜，可能要痛定思痛，我們不是說短、中、長期嗎？好好去考量看看有沒有辦法找到答案。

盧主任委員瑞芬：剛才還有健保署需要回應的部分，請健保署回應以後再做結論，劉委員是建議年底以前要來報告特材 HTA(註)。

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

龐副署長一鳴：大家關心 HTA 的組織，如果有安排議程，我們會來做報告，目前在立法階段，需要對外溝通。全世界做 HTA 都需要超然公正的組織，當然合理的監管是對的，我們當時設定的位階是跟健保署平行，是在衛福部的組織下，這點先跟大家說明。

盧主任委員瑞芬：李永振委員剛才還有提到支付標準公告。

劉組長林義：醫管組這邊補充說明，剛剛永振委員提到會議資料第 95 頁「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，應該是「高風險疾病口腔照護計畫」，113 年我們新成立這個高風險專款，檢討裡面這 3 個碼，本來在支付標準裡面，這 3 個碼的訂定方式、對象移到專款，我們有做新的修正，這 3 個碼在支付標準跟專款裡面的標準不一樣。這方案不是 1 月 1 日公告，是有一段的期限。為了保障原有在支付標準申報這 3 個碼的權益，我們跟牙全會協調，本來在支付標準的 3 個碼還是可以繼續申報，但是只能申報到 2 月 29 日，3 月 1 日起就移到專款來申報。

盧主任委員瑞芬：請社保司回應剛才李委員提到最高等級投保金額。

劉委員玉娟：我們書面提供。

盧主任委員瑞芬：這部分書面說明。李委員剛才提到擬解除追蹤的第 1 項是建議不要解除，要繼續追蹤，剛才社保司有承諾給點時間，他們會召開會議向各界諮詢，這部分建議繼續追蹤，直到開完會，這部分我們就繼續追蹤。本會重要業務報告的部分，我們做成的決議就是，上次即第 8 次委員會決議列管追蹤事項的辦理情形，擬解

除追蹤有 2 項，1 項同意解除追蹤，1 項繼續追蹤。繼續追蹤就是有關基期的部分，給社保司一點時間，讓他們召開諮詢會議後再解除追蹤。

第 2 個就是 113 年 12 月 25 日第 11 次委員會議結束後，邀請國立臺灣大學林先和教授進行專題演講，題目是「數字會說話嗎？從十大死因到疾病負擔研究」，敬請委員預留時間踴躍參加。我先跟各位說明為何邀請林教授演講，我們一直討論健保資源配置，他研究台灣的疾病負擔，也就是我們投入的錢、跟買到的 outcome 之間的關係，他幫我們畫了疾病負擔的圖，雖然是最後 1 次會議，我們接下來不曉得後會有沒有期，但我還是想請他做這個報告，不管是付費者代表或者是醫界代表，都能夠瞭解健保資源配置恰當、不恰當的地方，有個實證的證據。

第 3 個是 113 年度西醫基層總額一般服務項目提升國人視力照護品質監控指標，依照健保署的指標跟目標值辦理，其他洽悉。

接下來進行優先報告事項。

李委員永振會後書面意見：會議資料第 213~217 頁，有關節流效益的議題有幾點感受，提供大家參考：

- 一、我重提該議題引發 4 位委員熱烈回應，請健保署不要以委員個別關切事項去考量處置。
- 二、健保署回復首先敘明節流效益相關事項於總額協商前提供相關資料在案，我並沒有存疑，只是今年提供的資料不像 2 年前提供的具體，2 年前所整理提供的資料內容，還有含推動雲端查詢系統節省 126.1 億元、C 型肝炎藥費節省 25.3 億元、推動分級醫療政策節省 6 億元等節流效益的數據。重點是要請貴署研提 1 個有效處理的模式，經委員討論後形成可遵循的模式。
- 三、網路頻寬補助費用 114 年已由其他預算移出，改由公務預算支應，這是事實，但如此情況下節流效益就不存在了嗎？該項目過去所呈現的效益相當可觀，不論經費由誰支應都還是會存在，只是處理的方式不同而已！

參、優先報告事項「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項確認案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴：向委員說明，本會已經在 9 月 25 日完成 114 年度總額協商，也在上次委員會議對於四總額部門跟其他預算的協商結果做確認，但我們要辦理後續報部事宜，因此本次需要確認 114 年度總額整體成長率，還有共識部門的執行指標及預期效益的評估指標。

請看第 100 頁說明一之(一)，有關於整體成長率的部分，因為醫院和西醫基層是兩案併陳，兩案併陳的協商結果用公式去估算的話，我們看中間的表格最右邊，付費者方案整體的成長率是 4.605%，年度總金額是 9,207.48 億元，醫界方案整體的成長率是 5.171%，總額是 9,257.32 億元，這是第 1 個要確認的部分。

第 2 個要確認的部分是牙醫、中醫和其他預算有達成共識的新增或延續性金額增加比較多的項目，我們要訂定執行目標及預期效益之評估指標，這部分我們在上次委員會議中，已經請健保署會同各部門參考委員的建議，共同討論研修以後，今天要做執行目標及預期效益之評估指標的確認，以下我都簡稱 KPI。

這部分健保署已經在昨天 10 月 22 日函送研修結果，請參閱補充資料第 20 頁，因為有三個部門要確認，我們就依序，請參閱補充資料第 21 頁牙醫門診總額部分，(1)「高風險疾病口腔照護計畫」，我們當時暫列的執行目標，第 1 個執行目標是「高風險疾病病人牙結石清除-全口」達 150 萬人次，健保署依照實際執行數估算覺得合理，我們就尊重健保署跟牙全會研議結果。

請看(2)「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」，預估是 150 萬人次，牙全會是用我們當時協商金額 127 萬為基礎去推估目標值 150 萬人次，健保署是以 113 年實際執行數估算，覺得全年會有 189 萬人次，健保署建議從 150 萬人次修正為不低於 189 萬人次。這部分是否依照健保署建議修正為不低於 189 萬人次，等下請委員討論。

請參閱補充資料第 22 頁有關執行目標，因為協定事項是希望增

加照護人數，建議牙全會對於人數部分也有執行目標，所以牙全會就新增(3)及(4)的執行目標。(3)「高風險疾病病人口腔牙結石清除-全口」照護人數是 60 萬人，健保署以實際執行數跟成長率去推估，建議不低於 73 萬人，是否依照健保署修正為不低於 73 萬人，也請委員討論。

(4)「齲齒經驗之高風險患者氟化物照護治療」照護人數是 75 萬人，這部分健保署也是實際推估，全年建議不低於 120 萬人，這部分等一下也請委員討論是要 75 萬人，還是不低於 120 萬人。

請參閱補充資料第 24 頁有關預期效益之評估指標，總共有 3 個，(1)及(2)的部分，計畫是合併原先 113 年的一些計畫，因為(1)、(2)指標在 113 年第 1 次委員會議(113.1.24)已經同意在案，所以延用的話是合理的，我們建議尊重健保署、牙全會研議的結果，就不再贅述。

(3)的預期效益的評估指標「65 歲以上病人 3 年後(116 年)起因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數減少」，這部分牙全會是參考健保署的建議，比較明確的把評估年度做補充，所以在 3 年後這部分加了一個括弧，就是指 116 年執行完，自 117 年起去評估，因為牙周病有照護以後，拔牙顆數是不是比較減少，對這指標健保署是沒有意見，我們也是建議尊重牙全會研議結果，可以看到最右欄「65 歲以上病人 3 年後(116 年執行完，自 117 年起)因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度減少」。

請看到下一頁，健保署對於指標沒有意見，對於指標定義部分，如果 117 年沒有牙或是少牙的病人，可能就沒有拔牙情形，所以這個評估指標是不是要把這些對象納入，是否合適？要請牙全會說明。如果要把這些無牙的病人排掉，健保署其實沒有資料，建議牙全會提供資訊，這部分就請牙全會針對指標訂定要不要排除的部分先說明，再依照委員的討論結果辦理，如果要排除的話，就要請健保署跟牙全會研議資料取得方式後，提到本會。

接著請看到第 27 頁「非齒源性口腔疼痛處置」，這是 114 年新增

的專款項目，當時委員會議暫列的執行目標是每年執行 1 萬人次，這部分牙全會已經調升為 1 萬 2 千人次，同時建議以 114 年實施時程等比率換算目標值，因為這是新項目，這部分健保署沒有意見，我們也建議尊重健保署及牙全會的研議結果。有關這個項目暫列的預期效益評估指標是病歷記載的疼痛分數下降超過 3 成。健保署對這個指標沒有意見，但對於資料蒐集部分，因為健保署沒有疼痛分數的資料，建議由牙全會追蹤疼痛分數數值，並彙整效益。

有關於預期效益評估指標，牙全會只有 1 項指標，牙全會增加評估年限的具體時程，修正為「本計畫 2 年後(即 115 年執行完，自 116 年起)，病歷記載疼痛分數下降超過 3 成」。這部分建議尊重牙全會研議的結果。至於追蹤疼痛分數的數值如何取得的部分，就請健保署和牙全會妥為研議資料的取得方式，也就是指標疼痛分數數值，再提報本會，這是牙醫門診總額的部分。

接下來是中醫門診總額部分，請參閱補充資料第 29 頁，第 1 項「提升用藥品質」，這是 114 年一般服務新增的項目，這個項目和第 8 次委員會議(113.9.27)暫列的執行目標及預期效益評估指標都一樣，就是「確保用藥安全」、「中藥不良反應報告數量低於 0.1%」，這個部分，上次委員會議本會有提供建議，所以這 2 個是一樣的。

這次中全會就新增執行目標為「提高慢性病長日數(大於 7 日)的處方箋使用率指標」。不過這個文字比較多，分為目標、KPI，文字的部分，請委員參考。關於這個指標，因為是叫執行目標，最好有完整的論述，建議把中全會的兩段文字合併，文字修訂在最右邊的欄位，就是「提高慢性病處方箋的使用，符合條件的慢性病患者使用長日數(大於 7 日)處方箋的比率較前 1 年提升 1%」。另健保署請中全會說明慢性病處方箋件數成長與提升用藥安全的關聯性，等一下請中全會說明。此外，健保署也建議，對於指標的計算方式應有詳細的操作型定義，這個部分建議請健保署與中全會研議後提報本會。

至於健保署請中全會說明，關於慢性病處方箋件數成長與用藥安

全的關聯性，請參閱補充資料第 30 頁，經查 114 年度協定事項，這個項目也是希望減少民眾用藥自費情形，另根據 112 年度執行成果評核資料的結果，中醫的自付費用情形，多開藥的比率是 17%，是各部門最高的，所以本會認為這個指標確實有改善的必要。

請看「提升用藥品質」的預期效益評估指標部分，和上次委員會會議暫列的都一樣。這次中全會是精簡為「中藥不良反應報告數量低於 0.1%」。健保署表示，因為中藥不良反應報告數量部分，健保署沒有相關統計資料，要請中全會或中醫藥司提供資料，而且目前中全會指標訂為 0.1% 的部分，是依據中國的資料，可能也無法適用本國的情形，所以健保署建議中醫部門先向中醫藥司取得中藥不良反應報告數量相關資料後，再訂定合適的指標。因為指標接下來就要報部核定，所以建議還是先把指標設定起來，中全會也提到，現在中醫藥司有 1 個中藥不良反應通報系統，所以在參考健保署與中全會的意見後，請參閱最右欄，建議把指標修正為中藥不良反應報告數量較前 1 年改善，計算方法請委員參考。報告數量較前 1 年改善，基本上會用中醫藥司的中藥不良反應通報統計資料，如果中藥不良反應報告數量 0.1% 這個指標不適合的話，以中藥不良反應報告數量與前 1 年比，可能是比較可以取得的資料，這是本會的建議，請委員看看是不是要做這樣的修正？本會建議先設立這個指標，有關健保署認為相關數據要蒐集後再討論，也請健保署與中全會妥為研議資料取得方式，等到有相關數據來年再滾動檢討、修正指標及指標值。

請參閱補充資料第 32 頁，關於第 2 項「中醫癌症患者加強照護整合方案」，原列的執行目標是 1 萬 4 千人，中全會已經依健保署的建議調高為 1 萬 6 千人，健保署沒有意見。本會建議尊重健保署與中全會研議的結果。有關預期效益評估指標的部分，就是 2 個量表的整體成效評估有改善。中全會已經參考健保署的建議，寫得比較具體，所以這 2 個指標就修正為收案對象 50% 的人分數有改善為指標值，也就是 1 個是分數增加、1 個是分數降低，這部分本會建議酌修文字，增加 1 個比較基準，也就是分數較收案時降低或較收

案時增加，相關文字建議，請委員參閱最右邊的欄位。

有關第 3 項「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」，中全會已經把執行院所數增加為 180 家，服務人數增加為以 8 千人為目標，本會建議予以尊重。請參閱補充資料第 34 頁，本項的預期效益評估指標也是建議酌修文字，就是平均 eGFR^(註 1)分數，較收案時增加。

其他預算的部分，請參閱補充資料第 35 頁，「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，因為它增加的金額比較高，所以我們暫列一些執行目標及預期效益評估指標，因為這 2 個指標內容很相同，就合併說明。請看到執行目標(1)「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度達 95%」，有關這個部分，經查總額部門滿意度介於 91~95%，我們認為滿意度訂為 95% 已經相當高了，所以建議尊重健保署的研議結果。執行目標(2)「成人預防保健利用率 $\geq 20\%$ 」的部分，經查全國的預防保健利用率是 26.7%，這是健康署的資料。不過考量山地離島地區的對象特性及醫療可近性不足，所以目前訂的目標是比 26.7% 低，建議尊重健保署的目標，但也建議健保署未來可以持續提升這些地區的利用率，並檢討執行目標。執行目標(3)「子宮頸抹片利用率 $\geq 16\%$ 」，健保署依據 112 年實際的統計結果是 7.58%，把執行目標從 $\geq 16\%$ 下修為 $\geq 8\%$ ，這個部分本會也是建議尊重健保署建議，不過考量像是西醫基層的子宮頸抹片利用率有到 11.18%，同樣考量到醫療可近性不足的因素，所以 8% 是可以接受，但是也希望健保署未來能夠提升利用率，而且逐年檢討執行目標。

其他預算第 2 項「推動促進醫療體系整合計畫」，這也是延續性項目，遠距醫療會診增加的預算金額比較大，也請健保署提供預期效益評估指標及執行目標。這個部分的話，因為這 2 個目標和指標看起來都是有關於醫療服務利用的擴增，因為當時預算的增加就是要增加這部分的使用，所以健保署所訂執行目標與預期效益的部分，本會認為尚屬合理，建議予以尊重。以上是有關於三個部門的 KPI^(註 2)，等一下請委員討論。

請參閱會議資料第 101 頁，本次委員會議確認的整體成長率，及

等一下要討論的 KPI，於確認後將會報部核定。至未達共識的醫院和西醫基層總額部門，是報部決定的，故這 2 個部門的 KPI，請衛福部就政策目標的要求逕予核定，以上說明。

註 1：eGFR(estimated Glomerular Filtration Rate，腎絲球過濾率預估值)。

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

盧主任委員瑞芬：本案有 2 個部分要討論，第 1 個是整體成長率的確認，第 2 個是針對有達成協商共識的牙醫、中醫門診總額，以及其他預算的部分，因為其他預算都尊重健保署，就沒有什麼要討論的。現在主要是針對中醫及牙醫的部分進行討論。先就整體成長率進行確認，應該沒有問題吧？都沒有問題，確認 114 年度總額協商結果的整體成長率，接下來進行牙醫門診總額的討論。請王惠玄委員。

王委員惠玄：非常謝謝及肯定健保署以數據為基礎的研修結果，以及與各總額部門的討論。我想要請教的是補充資料第 22 頁，有關高風險疾病病人牙結石清除-全口的服務人數推估，其中提到 112 年 65 歲以上就醫人數成長率 11%，我不太確定就醫人數成長率的基期是不是涉及到疫情期間的數量比較少，所以成長率相當高，因為按照這樣推估的結果，113 年 65 歲以上就醫人數約 205 萬人，我也不太確定是不是包含西醫和中醫，但是以 112 年底的 65 歲以上總人數約 418 萬人，如果按照這樣算起來，205 萬人除以 418 萬人，65 歲以上的就醫率接近 50%了，但是從健保相關資料看到 65 歲以上的整體就醫率，包含西醫、牙醫、中醫是 40%左右，所以這個數字的估算，可能要請健保署再確認一下，65 歲以上就醫人數是單指牙醫還是全部，因為剛討論時，有提到 65 歲以上缺牙、無牙的比率隨年齡增加而增加，所以這使用率是有可能降低的，就這部分，要先請教。

盧主任委員瑞芬：接下來請陳石池委員。

陳委員石池：針對補充資料第 24 頁，有關高風險疾病口腔照護計畫預期效益評估指標第(3)個，原本的效益評估指標為「65 歲以上病人 3 年後(116 年)起因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數減少」，語意很清楚，但是改了後，變得語意不清楚。請各位看到最右欄 2.(3)的文字，「尊重牙全會研議結果：65 歲以上病人 3 年後(116 年執行完，

自 117 年起)因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度減少」，該年度，這不對，好像自己跟自己比，我理解 3 年後應該是較 113 年度減少才對，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請滕西華委員。

滕委員西華：謝謝牙全會、健保署及本會幕僚提供的資料。請先看高風險疾病口腔照護計畫，其實過去應該不是只有牙醫這樣，每個總額都是這樣，都是用人次在計算，當然這次有說要提高人數的涵蓋率，可是因為從高風險疾病病人牙結石清除-全口或是齲齒經驗之高風險患者氟化物治療，都是 1 個人可能經由多次的治療，150 萬人次可能 1 個人做 4 次、2 個人做 3 次、4 個人做 5 次，就是沒有歸戶的話，就不知道到底牙醫師對於病人整體口腔照護的完整率，或是實施計畫時，有無按照計畫書執行牙結石清除幾次、氟化物塗幾次才能達到效果，所以我建議如果無法建立完整治療率的話，應該要監測同 1 人執行次數的追蹤，就是牙全會應該要跟健保會保證每個病人至少可以完成 50% 以上的執行率，這個要去追蹤，不然每個人都來 1 次，提高人次，甚至人數增加都沒有意義，每個人都來、每個人都 1 次，其實只是錢花光光而已，完全達不到效果。所以我覺得必須考慮將同 1 個人執行完整率的追蹤列入效益的指標，這是第 1 個。

第 2 個，在補充資料第 25 頁提到，牙周病被拔牙部分，我覺得健保署和健保會意見是非常非常地重要，因為年紀偏大的人，當然可能本身牙齒的顆數就變得少，植牙顆數也相對其他年輕人變多。另外就是提到牙周病被拔牙的次數，全民健保花在牙周病統合治療方案很多錢，他有沒有參加過牙周病統合治療方案？本來應該要參加牙周病統合治療方案，這樣就不用被拔牙，但是他的牙周不好又放到這裡來，然後要被拔牙，不是應該推薦他去參加全民健保的牙周病統合治療方案嗎？當他的牙周照顧得好，就不用在這裡塗氟化物、又要拔牙，所以這些病人跟同時使用牙周病統合治療方案，就是不管是適用的條件、適應症相同的，或者是這些病人之前有沒有使用牙周病統合照護計畫，我覺得應該要列為重要的監測指標，否

則我們就可以合理懷疑，牙周病統合治療方案這麼久沒有監測，可能有怠惰情況，或是醫療品質欠佳，才會導致要用齶齒經驗之高風險患者氟化物治療的計畫，以預防牙周病產生的不良反應或其他疾病的風險，又要花更多錢去彌補照護不佳的結果，這樣健保的錢就是永遠都是亡羊補不了牢，因為一直都在補洞。

再來是非齒源性口腔疼痛處置，請參閱補充資料第 27 頁，有個指標，雖然本會幕僚同意，本計畫 2 年後病歷記載之疼痛分數下降超過 3 成，但是這個 2 年，第 1 個這個是不是屬於同 1 個病人合理療程之內？如果不是，那怎麼比較？這個病人第 1 年來治療，第 2 年才追蹤，如果這中間他都沒有治療，或是跑去別地方治療，這個 2 年的計算基準，疼痛分數應該是針對 1 個人，他治療之後的疼痛分數下降，有沒有參考數值，這個健保署有提意見了，所以這個有無涉及到療程問題，如果有，應該要寫出來。第 2 個，這是會復發的嗎？所以要用到 2 年嗎？這是會形成慢性病的疾病嗎？會形成慢性疼痛的疾病嗎？如果會形成長期持續、可能復發，會慢性疼痛的疾病，同 1 個病人追蹤 2 年後，他的疼痛分數下降可能比較有意義，否則沒有意義，因為牙全會提出的疾病治療，其實是 1 年的治療，從申報次數中，是 1 年完整的治療，並沒有其他必需要 2 年的完整治療，所以看起來這病人應該治療 2 年才對，我不知道有沒有誤解。

盧主任委員瑞芬：請林文德委員。

林委員文德：非常肯定各總額部門和健保署研修了很多 KPI 指標，都非常專業。就我個人小小的意見提出來給大家參考，第 1 個高風險疾病口腔照護計畫，過去都用人數做 KPI 指標，今年有加入人數，這是個正面的發展，但是若只看人數，可能比較沒有辦法反應這些人的增加狀況，例如其實高風險可能就是老年人在增加，如果看整個牙醫的利用，實際上老年人利用率很低，不到四成，小孩子、青少年利用率可能有到六、七成，實際上就是他利用狀況不好，所以若只用人數來看，當然可以反應這個問題，就是就醫的人數增加是件比較正面的事情，但是若可以用就醫率可能會更精準一點，因為會考慮到人數，就是分母的部分，這個提供給牙全會參考。

第2個是有關拔牙的顆數部分，因為是用牙周病或是一些相關診斷作為分母，其實這也是會有問題，就是可能過去沒有就醫，一來就拔牙了，所以用過去有牙周病的診斷做分母，也有可能導致無法呈現整體拔牙數量減少的部分，所以如果有辦法去定義所謂的高風險，這部分就可以作為分母，再計算拔牙有無減少。當然有些已經拔過牙，他被拔的機會就減少了，可以計算每個年齡層的拔牙顆數，拔很多牙後，老年人就剩下沒幾顆可以拔，其實可以透過這方式計算出來，整體來講，老年人平均剩下幾顆牙，用高風險作為分母計算拔牙率是多少，這樣可能會更精準一點，這是1個小小建議。

再來就是有關非齒源性口腔疼痛的處置部分，用疼痛分數，我覺得這當然是可以很精準呈現成效的1個方式，但是在健保部分是比較難以去監控的，比較無法知道實際的計畫成效，我記得當初是說有可能是有這樣問題的病人，如果沒有處理好，他可能會去西醫就醫，有沒有可能用這個當作指標？就是在牙醫沒有處理好，病人受不了跑去看西醫，這個有沒有辦法在健保資料中呈現出來？畢竟用疼痛分數，還要多蒐集資料，也是相當大的成本，就會像跟中醫一樣，為了證明計畫很有成效，每個病人要填寫一堆問卷，將會增加病人的困擾，醫師也會很困擾，但實際上效果的部分，並無法有比較具體的東西來做呈現，所以這邊提供給牙醫門診總額做參考。

最後是有關山地離島地區醫療給付效益提昇計畫，歷年都有做滿意度的調查，效果也都非常好，但是做久了後就有點疲乏，就是KPI的指標，可能已經每年做都差不多，是不是有可能考慮用其他的方式來代替。我記得之前很多研究都提到，山地離島計畫是要提高當地民眾的就醫可近性，也就是民眾可以在當地就醫，之前有建議用鄉外就醫比例作為指標，如果鄉內就醫就可以得到很好的照顧，民眾就不需要到鄉外就醫，當然鄉外就醫要排除掉一些他可能去做癌症的篩檢，或是只能在鄉外才能做的項目或是急診，這些都有人建議過，也就是把基層的鄉外就醫納入，當作指標，有沒有這個可能性？以上。

盧主任委員瑞芬：接下來請李永振委員。

李委員永振：關於會議資料第 101 頁說明二，提到未達成共識的總額部門，相關的執行目標及預期效益評估指標，請衛福部就政策目標要求逕予核定。以前每次都請衛福部逕予核定，但是核定下來，還是要提到我們這邊討論確認，所以今年在討論時就曾經提到這個問題，這樣在邏輯上怪怪的，這就不是我要的內容，卻要我去確認，也不曉得從哪裡確認起，這件事應該要好好解決，不然的話，報給部後，明年下一屆委員就頭痛，又要確認不是我們想要的東西。

我有個淺見，我們可不可以改個方式？就是不要用確認的方式，用諮詢的方式提供意見，這樣會不會比較好？在邏輯上，我們有什麼看法就提供給衛福部參考，衛福部再去核定，並不是我們要去逃避責任，我們不會逃避，只是要我們去確認不是我們想要的東西，再怎麼講也講不通，是不是可以考慮改個方式？目的應該是同樣可以達到，謝謝。

盧主任委員瑞芬：這應該是比較屬於程序的部分，我們可以去作這樣的修正，現在是不是先請牙全會理事長回復委員的意見？

江委員錫仁：首先非常感謝各位委員對牙醫門診總額非常寶貴和專業的意見，我們牙醫門診總額一定會納入參考。剛剛滕西華委員、林文德委員特別提到高風險疾病口腔照護計畫的人數及人次，我想因為這個計畫增加的經費是用1年多執行牙結石清除1.28次算出來的，我們也很感謝健保署提供非常完整的資料。當然我們也希望擴大服務人數、擴大65歲以上長者的人數，但是現在如果同時人數也增加，服務次數又要增加的話，當然次數增加才可以達到未來預期效益，就是說可能未來這2~3年間多服務幾次後，在服務完畢後，可以達到例如齲齒率降低，或者拔牙顆數降低。

我懇請各位委員，人數我們是訂60萬人，高風險疾病口腔照護計畫，高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)部分，我們的照護人數是訂60萬人，健保署是訂73萬人。當然我們也都很尊重健保署訂定的，但是我們希望採逐漸增加，先讓服務65歲以上長者服務次數增加後，讓整體口腔的健康更好，就是齲齒率降低、拔牙顆數降低，

所以我希望是不是不要訂到73萬人？人次我們是OK的，我們的執行目標，在人次部分，牙醫門診總額是一定會遵照，我們也是希望人數增加，但是人數是不是不要訂這麼高標？氟化物治療也是一樣，我們也希望在服務次數，當然我們希望是逐年進步，我們會針對服務的65歲以上民眾做一些分析，才能夠瞭解他就醫的情況。這個項目預期效益的評估指標是達到齲齒率降低、齲齒補牙的顆數降低、拔牙顆數降低，希望委員能夠成全，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請王惠玄委員。

王委員惠玄：謝謝江錫仁理事長的答覆，我也支持人數可能有高估的疑慮，所以請健保署幫忙算一下。另外有關拔牙顆數，之前其實我曾經私下請教過，老人家缺牙、少牙或無牙的狀況也蠻多的，有沒有可能這個分母既然都已經經過牙醫師親自診斷了，所以分母是不是可以用顆數，不管是用殘存顆數或是牙周病治療的顆數，這樣因為牙周病拔除的顆數才能更精確反映出治療效果，但是之前私下請教過，資料蒐集、定義或許無法這麼準確。

江委員錫仁：主席，我第2次發言，剛才也有委員提到非齒源性口腔疼痛處置，關於這個疼痛的指數，一般來講我們大概都會有個疼痛的分數出來，所以若要以患者來看，在評估未來成效時，首先在牙醫師看到患者之後，我們就希望牙醫師在治療前能先評估患者的疼痛分數，然後剛剛滕西華委員講到這疾病是慢性的，而且甚至還會再復發，所以這確實不是處理完就結束，除非有些情況是要經過手術完才會整個解除，不然的話，若非手術性治療，疼痛還是會再復發，所以我們會用這樣的評估，先評估患者的疼痛分數，給予治療後，再評估疼痛可以降低到幾分，用這樣來做一個預期的目標，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請周麗芳委員。

周委員麗芳：我是支持剛剛王惠玄委員提到的健保署估計人數的部分，跟牙全會的人數落差比較大，所以是不是有高估的狀況，可能請署內再去做評估，因為剛剛江錫仁理事長提到，人次的部分他們是願

意配合，所以我覺得這部分可能可以再討論一下，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝。因為本案要陳報衛福部，有時間的壓力，所以牙醫部分我們是不是就一項一項看，有沒有要做一些確認，剛才陳石池委員也有提到文字上的修正，所以我們就一個個很快走過。先從補充資料第 21 頁，項目(一)高風險疾病口腔照護計畫，這部分的修正，牙醫部門是不是都同意？

江委員錫仁：人數的部分，因為我們牙醫部門是提 60 萬人。

盧主任委員瑞芬：沒有，現在要先從補充資料第 21 頁開始逐項確認，也就是從第 1 個開始，先很快走過，沒有問題我們就很快確認。

江委員錫仁：人次 OK。

盧主任委員瑞芬：執行目標第(1)項「高風險疾病病人牙結石清除-全口 (91090C)達 150 萬人次」、第(2)項「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)預估服務人次 189 萬人次」都是尊重你們修正的結果，應該沒問題吧？另你剛講的應該是補充資料第 22 頁的人數。

江委員錫仁：對，我們對補充資料第 21 頁執行目標第(1)、(2)項的人次，沒有意見。

盧主任委員瑞芬：好，我們現在所謂的有沒有意見，是針對指標修正的討論部分，所以執行目標第(1)項就是 150 萬人次，第(2)項是 189 萬人次，確認。然後接下來請看補充資料第 22 頁，執行目標第(3)項「高風險疾病病人牙結石清除-全口 (91090C)照護人數為 73 萬人」。

江委員錫仁：我們覺得這個 73 萬是高標，60 萬比較合理，但我們的算是低標，不然可不可以改為 65 萬？算是中標。有關這個人次比較高……。

盧主任委員瑞芬：這個單位是人。

劉委員淑瓊：為什麼牙醫部門認為這是高標？你們的基礎是什麼？

江委員錫仁：因為在協商時，我們估得比較高，那時候健保署估的比較低，所以差在這邊，如果說我們 60 萬人，今天再增加次數之後，這些錢如果又增加人數，我怕經費一定會不夠，我也是老實這樣講，六六大順，不然 66 萬人啦，好不好？

盧主任委員瑞芬：好，66 萬人。

劉委員淑瓊：健保署可不可以講一下話？

江委員錫仁：抱歉啦，因為這個下限及上限應該都是合理範圍。

劉委員淑瓊：健保署估 73 萬人，應該也是在 28 億元的範圍之內去做估量，所以是不是請健保署表示意見？列入紀錄，也說明原因。

劉組長林義：健保署醫管組補充說明，我們的估計如補充資料第 22 頁所呈現，是用目前最新的 113 年 4~6 月有執行全口牙結石清除人數的占率來估，我把它切為 2 塊，1 塊是 65 歲以上、另 1 塊是 65 歲以下，分別用 112 年當成長率，當然大家知道 112 年是疫情後的回升，剛剛王惠玄老師有提到，假如用 112 年可能會有一點彈性的空間，因為我們單純就是用過去 1 年的資料來推估，所以剛才可以看到成長率是用 11%，但 113 年到底會不會到這個成長率，就看未來趨勢，健保署這邊是說應該有些彈性空間，以上。

盧主任委員瑞芬：所以健保署的意思是可以接受 66 萬人？好。那我們就訂 66 萬人。下一個，補充資料第 23 頁，執行目標第(4)項「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療 (P7302C) 照護人數為 120 萬人」。

江委員錫仁：希望折衷一下，95 那個數字不錯啦，九五至尊，不是人數。

盧主任委員瑞芬：這是人數。

江委員錫仁：我相信我們會好好做，但是那麼高的目標給我們的話，如果目標達不到，總是不好，我想我們還是會努力朝這個目標，我相信我們一定會多加宣傳，這是我們一定會做的。

盧主任委員瑞芬：江理事長我覺得應該是這樣講，你覺得健保署的估算有哪裡估得不對，因為他們也是以實際數字估算，如果你認為健保署數字不對的話，我想你們要告訴我們，你覺得是哪裡的數字不對，不然我們這樣喊，真的不是很科學。健保署用實際的數字去算，並解釋其理由，你如果想要推翻他的數字，我想要給我們一點實證的依據，要不然這樣子不太科學化。

江委員錫仁：健保署的長官有講，他們估出來都是比較盡磅^(註)，等於

是高標，對不對？要達到高標，總是要有個彈性，我想說看彈性到哪裡這樣子。

註：盡磅(台語，形容事務已達最大極限，不可再往上增加)。

盧主任委員瑞芬：請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：主席，剛剛劉林義組長講的我其實不太能夠理解，既然健保署知道 112 年是高峰，是疫情之後的反彈，那為什麼要用這個去估呢？第 2 個，牙全會跟健保署認為用哪一年的資料去估比較合理？能不能就用那一年估的數字來作為我們討論的基準，這樣是不是比較合理？否則就是剛剛主席講的，用喊的我覺得這樣比較不好，以上。

盧主任委員瑞芬：健保署這邊有沒有要再補充說明？我們其實是非常依賴健保署，因為他們是有數據的人。請王惠玄委員。

王委員惠玄：請看補充資料第 23 頁，健保署研修結果(4)的數字，113 年 1~8 月是 85 萬人，這是 8 個月，如果乘以 12 個月，假設按照這數量，113 年 1~12 月有機會來到 121 萬人，所以如果用這樣去推估 114 年，120 萬人應該是沒有高估，我從這樣的數字來看的話。因為之前談到的人數是用 112 年相對於 110 年的成長率，的確有疫情影響，但是補充資料第 23 頁是用 113 年 1~8 月對照於 112 年 1~8 月，雖然還是有成長率 170% 的疑慮，但假設純粹用 113 年 1~8 月去推算 113 年 1~12 月，大概是 121 萬人左右，這樣 114 年 120 萬人應該不算太勉強，因為這是氟化物治療嘛，應該是可以接受。

盧主任委員瑞芬：請吳榮達委員。

吳委員榮達：我有做換算，換算出來的結果如果依照 113 年 1~8 月 85 萬人，換算為全年人數是 127.5 萬人，所以 114 年訂在 120 萬人，我想應該是合理的數據。

盧主任委員瑞芬：請江委員錫仁。

江委員錫仁：謝謝王惠玄教授的意見，113 年 1~8 月 85 萬人沒錯，但是後面那段會有重複的，我相信重複的不少，就只能從實際上的資料去看，我們都沒有辦法確切知道，因為這是有重複的，若照這比

率來算是 120 萬人沒有錯，但是有重複的話，要怎麼算出來？所以我才講說，老實講我在 95 年有去念輔大統計碩士啦，所以我還是很科學，不是完全都用喊的啦。

盧主任委員瑞芬：你是認為後面會有重複來就診的病患。

江委員錫仁：對，一定有重複的啊。

盧主任委員瑞芬：好，我想這個部分我們就尊重牙全會，就 100 萬人來計算，其實老實講，就是能夠做超過當然最好，給你們一點點空間，各位應該可以吧？(未有委員表示反對)「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)照護人數就確認為 100 萬人。

接下來，補充資料第 24 頁，這個部分陳石池委員特別提到說，第(3)項文字「較該年度」比較不清楚，改成「113 年度」，這應該是你們本來的意思只是沒寫清楚，文字上我們就這樣修改，其他的部分你們有沒有意見？應該都可以吧？(註)。再看補充資料第 25 頁，到第 26 頁這邊應該都沒有問題。

接下來第 27 頁項目(二)非齒源性口腔疼痛處置之執行目標，這是你們研議的結果應該也沒有問題，好，牙醫部分就結束。

我想提醒一下滕西華委員有特別提到完整率的部分，這在會議資料第 9 頁，我們會連同協商結果報部，上面有特別強調完整率，所以協定事項後面都有列，我們就不再多說了。接下來進行中醫部分。有人要發言，是江理事長還有話要說嗎？

註：有關主委詢問牙全會對補充資料第 24 頁預期效益之評估指標(3)：65 歲以上病人 3 年後(116 年執行完，自 117 年起)因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度減少修改為較 113 年度減少之意見，經會後牙全會來電表示，因本項指標定義為比較同一年度之 2 群人因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數，而非同一群人之前後年度比較，爰建議維持較該年度減少。

江委員錫仁：我要感謝大家啦！

盧主任委員瑞芬：好，謝謝。中醫部分請委員提供意見，先請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：請看補充資料第 29 頁，中醫門診總額用「中藥不良反應報告數量」作為 KPI 指標，這個指標看起來很合理，我們也很期待，我們也認同健保署及健保會的幕僚意見，但是這個指標其實還蠻有

問題的，第 1 個是剛剛有提到，我們有個新系統，中藥藥品安全監測通報系統，這個系統 110 年重新建置，然後 111 年開始啟用案件通報，但是我們其實無法在網路上看到任何公開資訊，也就是說它從啟用案件通報之後，至今都沒有任何關於不良反應、不良藥品案件的通報情形或年報，我們都無法看到，所以這資訊公開很有問題，那你要比前 1 年改善的話，就不知道前 1 年是什麼？

另外補充資料第 31 頁，健保會建議要先設立指標，再蒐集相關的資訊，但是我去看中藥的不良藥品通報表，其實非常非常複雜，也就是說如果我們通報的障礙很多，民眾也沒有通報的意識，然後醫療服務供給端也不熱衷於通報，我們也沒有一個稽核機制，也就是稽核它有不良反應卻沒有通報的機制，那麼你說要用這個指標，我就覺得沒有太大意義，你要放可以，但是我建議若這個指標要真正發揮效用，恐怕要請中全會和健保署再努力一下。另外也要請中醫藥司趕快，因為現在 113 年已經快要結束了，趕快把這資料做到資訊公開，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請滕西華委員。

滕委員西華：我前面意見跟劉淑瓊委員一樣，就是看不到資料，用中國的資料確實是不合適，光是人口群就差那麼多。而台灣即使是先從食藥署西藥部分的不良品，也就是 ADR_(註)通報，跟其他國家相較，我國都偏低，這有很多複雜因素，就不在這邊提。

可是中藥不良反應報告，即使要做這個，或者是沒有參照的 Reference 的 rate，也應該要說明一下，是哪幾種，因為現在通報就有 4 種：不良反應、不良事件、嚴重不良反應、嚴重藥品不良事件。這 4 種，有的是通報藥品，有的通報病人服用後反應的，通報的人也很多，病人、藥商、中醫師，而中全會可以控制的一定只有中醫師，病人不太懂通報，中全會也管不了中藥商。

如果是要這樣，我想中全會應該跟我們講，究竟在不良反應通報的哪一個是我們要強調的重點。是藥品品質不良嗎？因為中醫這個項目是用藥品質；還是醫師處方不良？就是他處方沒有去查雲端藥

歷用了什麼藥，導致併發症。若是藥品不良，就是藥商的問題，或是進口產品的問題。所以到底是要哪一種？還是說，你要降低的0.1%，是嚴重不良反應而已，你是要鼓勵不良品通報，不良品通報越高越好，因為我們都是進口的藥。所以這可能不是單純的用低於0.1%這樣來看，如果是病人的嚴重不良反應，當然要比較少，表示藥品好、醫師用藥好。至於不良品就不一定了，其牽涉很多，可能包裝之類的。所以可能要說明一下，這到底是哪一類的通報。

第2個是參照的不同基準是什麼？第3個如果是中醫師方面，希望他能夠多方關注中藥跟西藥合併用藥的不良反應，或是去關注病人服用中藥後，是否產生其他併發症或是其他副作用，中全會可不可以告訴我們，給了中醫師什麼訓練，你總是要給他訓練，這也是新的東西，包括怎麼填表、怎麼辨識那是不良反應，所以有沒有可能在用藥品質方面，把對中醫師的訓練這件事，也提出監測指標，謝謝。

註：ADR(Taiwan National Adverse Drug Reactions Reporting System，全國藥物不良反應通報系統)。

盧主任委員瑞芬：請王惠玄委員。

王委員惠玄：完全支持劉淑瓊委員及滕西華委員的意見，我只是補充.....。

滕委員西華：主席抱歉我再打斷一下，過去柯富揚前理事長有提出降低自費項目，不知道這指標還存不存在，還是只有他當理事長那年有監測，之後就沒有了，就是人不在、指標也就不在了？

盧主任委員瑞芬：好像沒看到。請王惠玄委員。

王委員惠玄：剛剛劉淑瓊委員和滕西華委員提到有關提升用藥品質的指標項目，的確用藥不良反應很多面向，執行面是不是有既有的本國資料做標竿，然後不管是病人端或是醫療服務端，對於定義、辨識跟通報是不是有經驗，但是如果沒有用這個指標的話，是不是有其他替代指標，這部分恐怕也是疑慮，我建議還是可以列指標，但就是觀察，至於是不是叫做 KPI，我是比較保留，因為這會隨著成效影響下一年總額。

再來就門診部分，這計算理論上通報不會太高，尤其分母是人次的話，所以用百分比的話，我們要看第 1 個數字出現可能要小數點四、五位以後，針對門診的用藥不良反應通報，通常是用百萬人次，所以這邊要用百分之多少，這部分可能技術面可以再討論一下。如果在剛開始執行時，只是觀察，是不是用件數，通常對於很少通報的不良反應事件，大概會先從件數 events 開始通報，再往 rate 的方向走，以上建議，謝謝。

盧主任委員瑞芬：我想剛才討論好像蠻多都集中在不良反應，我們先請詹理事長回應後逐項確認。

詹委員永兆：謝謝各位委員的指教，其實中藥不良反應在中醫來講，確實是很重要的議題，所以我們也勇於提出來。不良反應是中醫藥司有委託中國醫藥大學建置 1 個平台，目前蒐集到的訊息最常見的是麻黃和附子，有些人吃麻黃會心悸，有些人吃了附子舌頭會麻，目前有這些通報資料。實際上目前不良反應資料不算太多，但是我想就像剛才健保會幕僚講的，初期先建立 1 個平台，比前 1 年通報件數減少、改善，我想我們中藥的不良反應，大家認為中藥好像沒有什麼副作用，但我們還是很誠意去追蹤，至於我們內部有無教育訓練？有。因為之前硃砂事件以後，我們內部有做檢討，把用藥安全品質與品質保證保留款掛勾，所以所有中醫師全面宣導，如果沒有參加用藥安全品質訓練的人，品質保證保留款是拿不到的，這是 110 年硃砂事件後開始的。所以我們也很注重這點，關於這點既然把它提出來，我們會在我們的會訊，把常見的不良反應跟中醫師們宣導，大家要多加注意這塊，提升病人用藥品質。

另外剛剛有講到，其實我們執行目標是用在慢性病長天數處方箋的增加，其實也是呼應，我們希望讓病人減少看診次數，也減少病人的自費，這部分我們會去做宣導，關於慢性病處方箋跟用藥安全有沒有關係，剛剛用藥安全是跟不良反應掛在一起放在預期目標，這個執行目標就是慢性病處方箋這塊增加，所以這個不要再把用藥安全掛在一起，但實際上我們給藥增加的話，其實是覺得你這樣吃起來穩定、安全，我們才會開長天數，逐漸增加，簡單講，像是中

藥的大黃，大黃這種瀉劑，初期我們給的時候，有些人體質很奇怪，多一點就拉，太少又無效，一開始不能給太重，所以會拉長，其實我們在慢性病處方箋方面是很有誠意要改善民眾用藥安全，不用這麼常來看病，同時會宣導儘量不要開自費，不要用自費來多拿藥，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：繼續談剛才滕西華委員提到 1 個非常重要的議題，就是從中全會或者中醫部門來看，我們是希望這個數字高還是低？因為從你的指標看起來是希望低嘛，對不對？可是低有沒有道德風險？就是我為了達到指標，大家不要通報，因為這主要是靠通報，所以我覺得重點是在於，除了通報之外，有沒有 1 個其他的稽核或者是管控的機制？就是我們會確定只要有不良反應，這個數據就會浮上來被我們看到，不然的話這數字是可以處理的，以上。

詹委員永兆：用藥安全是我們的目標，我們會加強宣導，會在會訊開個專欄，每期就在上面宣導，相關不良反應請各位醫師多加注意，我們會去宣導。

劉委員淑瓊：你很難降低喔，因為以前沒有宣導，所以通報少。

詹委員永兆：以前用藥安全已宣導過 1 次了，所以我剛剛講麻黃、附子就是我們用藥安全的例子，跟大家舉例過的，只是現在我們要拿這個來加強宣導，請大家更小心用藥安全，減少不良反應，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：請吳榮達委員，請留意本案討論時間，我們已超時很久。

吳委員榮達：對中全會的部分我提出 3 個建議方向，第 1 個應該建立 1 個申訴及通報的平台，因為不只是通報而已，我覺得民眾的申訴也是發掘不良反應的重要管道，應該建立通報及申訴管道。第 2 個應該宣傳及教育，在教育部分應該是有，宣傳部分，遇到不良反應時，怎麼樣有個管道來讓民眾申訴，這應該也要做。第 3 個跟劉淑瓊委員的想法一樣，應該有獎懲制度，如果沒有的話，我想就可能

會變成蓋下去、就不要通報，所以大概要有類似的獎懲機制，以上建議，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，大家剛才把重點放在不良通報部分，這部分其實是衛福部中醫藥司的業務範圍，我想這部分也會請中醫藥司在系統資訊公開部分要加強，給民眾知的權利。

接下來逐項來看，有沒有要修改的地方，我們來做確認，先參閱補充資料第 29 頁，項目(一)提升用藥品質的執行目標，這部分其實是中全會和健保署的意見，是不是可以確認？提高慢性病處方箋的使用部分，是不是可以確認？(未有委員表示反對)可以；第 30 頁預期效益評估指標，這個部分目前是礙於資料不足，所以指標部分維持現在文字，另外也會請中醫藥司，請他們在這部分的資訊加強宣導提供給民眾，是不是這樣子？(未有委員表示反對)OK，那這部分沒有問題。

請翻到補充資料第 32 頁，項目(二)中醫癌症患者加強照護整合方案執行目標為「服務人數 16,000 人」，這是健保署跟中全會研議的結果，應該沒有問題；至於預期效益之評估指標，我們建議稍微酌修，加上「較收案時」之文字，這個可以接受吧？(未有委員表示反對)好，那這也確認。

補充資料第 33 頁，項目(三)中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫，執行目標為「參與院所數為 180 家及服務人數 8,000 人為目標」，這個沒有問題；最後補充資料第 34 頁預期效益評估指標，我們酌修文字加上「較收案時」，這也沒有問題，中醫這部分我們就確認。

其他預算的部分，林文德老師剛剛有提到在山地離島的部分，這部分健保署有沒有要回應？

劉組長林義：醫管組這邊補充說明，有關林文德老師剛剛講，是不是可以區分鄉內跟鄉外？在山地離島地區比較困難的是，不知道如何定義，還有一些排除條件。不過我們目前正在推山地離島的全人照護計畫，在這計畫就會請醫療院所蒐集當地常住民眾的身份證號 ID，有這資料的話，就可以區分鄉內、鄉外。所以這部分可能在全人計

畫可以做，可是在山地離島因為目前還是不曉得鄉內、鄉外的分界，所以我們可能會在全人計畫那邊把它訂為指標。

盧主任委員瑞芬：健保署的研修結果在補充資料的第35~37頁，原則上我們都是尊重健保署研議，不曉得委員在這個部分是不是要做確認？請王惠玄委員。

王委員惠玄：其他預算的部分，我稍微補充一下，就是有關子宮頸抹片的利用率，這個 benchmark 標竿，是用實質，還是用全國幾年的平均，還是用國際的平均？我能不能請健保署再提供比較客觀一點的 evidence？因為子宮頸抹片利用率8%，不管就國內過去的經驗，或是就國際可以接受的使用率來講，好像有點太低，這個部分不曉得有沒有調高的空間？就是在補充資料第36頁的子宮頸抹片利用率部分。

盧主任委員瑞芬：請問其他委員還有沒有意見，如果沒有，我們就請健保署回應，並逐項確認，剛才王惠玄委員是針對子宮頸抹片利用率的部分。

劉組長林義：因為就全國來講，子宮頸抹片的檢查率是11.18%，因為是在山地離島，所以我們看山地離島歷年及112年的子宮頸抹片檢查利用率.....。

蔡委員麗娟：全國子宮頸抹片的篩檢，全國平均每年做1次的大概是27%，不到30%，但是沒有到那麼低，不過在山地離島地區可能是可近性的問題，是會比較低，但全國沒有那麼低，沒有到11點幾%。

劉組長林義：不是，這個是指西醫基層，西醫基層的話，它的利用率大概是11.18%，但是全國好像是三、四成左右，然後又因為是在山地離島地區，所以我們去看基層做山地離島這部分其實只有大概7%多，可能真的是因為比較困難、比較偏遠，但我們認為還是要進步，才暫時訂為8%。

劉委員淑瓊：再進一點。

劉組長林義：那就尊重本會的決議。

盧主任委員瑞芬：那你們要多少？

滕委員西華：我本來是沒有意見，因為反正做不到，做不到也是沒有罰錢，所以我本來沒有意見，是因為山地離島地區的人口特性裡面，女性多為年長者，本來子宮頸抹片檢查，就是壯世代做的比較多，年長的女性就不會高，在這邊要求健保署提高，我是覺得做不到。不如要求比如說老人流感疫苗施打率，就是屬於比較高齡相關的那些指標，或者像是肺炎鏈球菌施打率，可能比較有意義，所以我本來沒有要發言。我想說讓健保署自己訂，反正也做不到。但是如果大家提，我覺得可以用老人流感疫苗或者是肺炎鏈球菌的注射率。

盧主任委員瑞芬：現在要改指標就對了，你建議改指標？

滕委員西華：對，因為山地離島居民年紀就已經偏高，所以用子宮頸抹片利用率，其實沒有什麼參照的意義。

盧主任委員瑞芬：健保署的意見呢？

石署長崇良：我是覺得我們的指標都訂得太保守，應該要更高一些，預防保健的相關指標要多一些，剛剛其實我有跟同仁討論過，因為還有西醫基層和醫院總額都還沒談定，明年很多計畫的指標，應該要一致性的調整，就是全人照顧的概念，應該要把包含成人健檢、癌症篩檢、公費疫苗注射率，通通都要納進來。只不過如果我們今天將山地離島地區的指標訂得很高，然後西醫基層、醫院的 P4P^(註)都訂得很低，那就失衡了，所以今天我們就沒有特別去調整，希望等到另外兩個總額談這些指標的時候，回過頭來再來修。所以如果說要把流感疫苗的施打率納進去，我是非常支持，只是說到底要訂多少？因為還要再參照另外兩個總額那邊的指標，大家要比較衡平，包含癌症篩檢及 B、C 肝篩檢，那些都應該要同時進來才對，要一致性衡平考量。

註：P4P(Pay for Performance，論質計酬)。

盧主任委員瑞芬：OK，所以這個部分就請健保署到時候一起報部。所以補充資料第35~37頁這幾個指標，是不是就照上面所寫的確認？好，那我們就確認。健保署剛才提到預防保健部分的指標，會看西醫基層最後要報部的內容一併考量，好。那就一併考量後再做修正。優先報告事項就做以下的決議：

第1點，確認114年度總額協商結果的整體成長率，如會議資料第100頁的附表。

第2點，確認牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算新增或延續性項目協定事項的「執行目標」及「預期效益之評估指標」，將併入114年度的總額協商結果，報請衛福部核定。

第3點，沒有達成共識的醫院及西醫基層總額部門，將兩案併陳報部決定，其中新增或延續性項目的「執行目標」及「預期效益之評估指標」，會請衛福部就政策目標要求逕予核定，必要時得諮詢本會，以上。

接著進行討論事項第一案，請同仁宣讀。

肆、討論事項第一案「114年度醫院總額一般服務之地區預算分配案」
與會人員發言實錄

同仁宣讀(略)

陳組長燕鈴：討論事項第一案是有關於114年度醫院總額的地區預算分配，依據健保法，本會除了總額協商以外，還要談定六分區的地區預算分配，醫院協會已經函送對於地區預算分配的建議方案及風險調整移撥款的建議方案，所以今天要討論他們提報的建議方案。因為醫院總額協商的結果是兩案併陳，報主管機關決定。先說明一下，醫院總額過去在地區預算的執行現況，各部門都一樣，地區範圍是以健保署所轄的範圍分為6個地區，有關於分配事項的分配參數主要有2個，1個是反映各區保險對象人數的醫療需要的 R 值^(註1)，另外1個是反映了保險對象實際醫療利用的值，就是 S 值^(註2)。目前的分配參數是以 R 值和 S 值去做占比的分配，R 值的風險校正因子，因為各區的人口組成不同，所以門診的部分會校正年齡、性別及標準化死亡比之後的人口風險因子，之後再校正轉診型態，就是醫院的門診市場占有率。住院的部分就是單純校正人口風險因子，其中年齡、性別指數占50%，標準化死亡比占50%，這是整個分配的參數架構。

請看會議資料第106頁，有關於地區預算的分配，其實在總額開辦時，主管機關交議的時候，當時的公告就有說明，原則是以前8年為期，逐年要達到 R 值100%的分配，但是期程可以視實際狀況檢討修訂。因為醫院有分門、住診，從94年度起，就以45：55的比率去分配，不過最後是將門、住診的預算合併以後，到各地區再按季結算。有關於 R 值跟 S 值的各年占率，請參閱會議資料第106頁最下面的表，門診的 R 值，112年已經調升到52%，113年沒有調整，關於住院的 R 值，其實從106年起，都是維持在45%，已經很多年都沒有調整了。

風險調整移撥款的執行情形，在會議資料第107頁，因為早期是有共識，不過我們先看會議資料第107頁說明(四)之2，因為111~113年都是兩案併陳由衛福部決定，基本上醫院代表跟付費者代表建議的金額不一樣，不過，過去幾年都是以付費者建議的額度6億元核定，

所謂6億元的執行方式，2億元維持風險調整移撥款以6項分配因素跟權重去分配，4億元是用 R 值、S 值去計算。醫院協會這次提出來的114年建議方案，是建議維持113年的分配方式，就是門、住費用比率維持45：55，然後 R 值的部分，門診 R 值還是52%、住診還是45%，風險調整移撥款就是以6億元為原則。

我們也請健保署就醫院協會所提建議方案提供執行面的意見，請委員參考補充資料第65頁。健保署的意見是建議 R 值可以適度的前進，以落實總額預算地區預算分配應依人口調整的原則，相關資料，請委員再參考補充資料第65頁。

請委員回到會議資料第107頁，本案要討論的事項，1個是計算門、住診費用的比率，建議援例用歷年的方式，以45：55做為門、住費用的比率，切開以後再合併計算。會議資料第108頁，最重要的是要討論 R 值的分配，醫院協會建議114年維持不調整，門診的 R 值52%、住診的 R 值45%，我們要討論的事項，根據主管機關規劃的地區預算，其實是要採錢跟著人走的原則，為了達成民眾就醫公平性的政策目標，健保署也是一樣，建議適度調升 R 值。門診的部分112年有前進1%，113年沒有變動，114年是不是要按照醫院協會的建議不調整，請考量。住院的部分，考量 R 值已經8年沒調整，從106年到113年都沒有調整，有些人口成長較高的分區，例如北區，如果該分區預算不調整，當人口增加時，每人的預算數跟成長率，相對於其他分區是比較低的。我們的試算在表2-1、2-2，請委員參考，也請委員考量，住院部分是不是適度的調升 R 值？風險調整移撥款的話，是不是同意醫院協會建議的6億元，讓他們持續去推動資源平衡的發展。

第7點的說明，就是跟每年都一樣，根據協商架構跟原則，需要保障或鼓勵的醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，尤其最近幾年很多的協商項目是有關於支付標準的處理，所以在地區預算分配上，如果還是有要採點值保障的話，就要請健保署會同醫院總額相關團體議定以後，在今年的12月前送本會同意後執行，提報的內容要包含點值保障的項目、保障的理由，跟對總額預算的影響。

此外，後面還有很多參考資料，在表1-1到1-3，我們根據不同的 R 值占率往前進1%、2%、3%時，模擬了114年度地區預算試算表，請委員參考。基本上不管怎麼樣調升，各區的預算都是正成長的。後面的會議資料，也提供了相關的分配參數，人口跟醫療供給、點值等等資料給委員參考，還有過去對於公式檢討相關的結論，及委辦研究的結論，也在附件二請委員參考，所以請委員能夠確認地區預算的分配方式，之後由本會報部核定。至於地區預算相關的執行面及計算的細節，授權健保署跟總額相關團體議定，風險調整移撥款的執行方式則請送本會備查，以上說明。

註1：R 值(各地區保險對象人數校正風險因子後之數值)。

註2：S 值(總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用占率)。

盧主任委員瑞芬：在這個之前，可不可以請教一下健保署說的酌增，是要增加多少 R 值？你們建議酌增，但是要增加多少，是不是給1個數字。

石署長崇良：至少應該要增加1%，從會議資料第116頁，可以看得到人口的變化，我們這邊的建議是，R 值前進1%，但是前進完之後，對東區的影響會很大，還是需要給予保障，所以東區因 R 值移動而減少金額，另外用風險調整移撥款優先把它補足，當然後面還是有一些需要再調撥的，像過去東區就用一些風險調整移撥款去改善它的新生兒死亡率等等，這些還是需要做，只是說因為這個 R 值調整之後，對東區預算下降的部分，就等於不讓它下降，意思是這樣。

盧主任委員瑞芬：所以你們的建議，就是門診的 R 值53%，然後住院46%，都各加1%，那風險調整移撥款的部分要不要補？他們現在是6億元，是不是也增加，因為這樣可以補東區，他們目前是6億元，你們建議要提高幾億元？加1億元嗎？5,000萬元？加1億元，所以風險調整移撥款希望是7億元？所以健保署的建議，是 R 值的部分在門診調成53%、住院調成46%，風險調整移撥款因應 R 值上升的時候，對東區的影響大概5千萬元左右，是不是就把它調成7億元，風險調整移撥款調成7億元，其實近年西醫基層風險調整移撥款有6億元，醫院總額這麼大，只有6億元。是不是先請付費者委員發表意見？

然後再請醫院協會的李飛鵬理事長來說明。請各位委員針對這個部分表示意見，請李永振委員。

李委員永振：對於114年的部分，剛才健保署的建議，我沒有意見，至少有往前走，尤其門診的部分已經2年沒動，住院的部分8年沒動，都不動真的是講不過去。但我底下要提供的資料，是讓醫院部門往前看明年，明年以後要怎麼做，因為各位看到會議資料第106頁左上角，本來93年開始的時候，希望8年達到100%，前提是錢跟著人走，這個政策有沒有改變？如果沒有的話，我們已經走20年了，走不到原來預期的一半，因為本來是從10%開始，住院的部分從10%開始，現在今年是45%，前進了35%，那如果是8年要走到100%，是不是90%？一半就是45%，你現在才走35%而已，未來要怎麼走來趕上進度，因為原來預期的8年早就過了，現在已經20年了。風險調整移撥款7億元，如果醫院部門可以接受的話，就照健保署的看法，我是贊成。

另外，有關點值保障，可能要提出來的時候要很慎重，因為我們已經好幾次，今年健保署也提出檢討，但是我記得內容裡面好像看不到東西，是不是另外一個議題，不要一直在這邊空轉，我覺得很奇怪。而且醫院的點值保障部分，非浮動點數占一般服務預算比率，110年為13%，111年提高為18%，結果不講還好，越講越高，以後又是開始講點值不夠，又往下降，這樣就矛盾嘛，所以一些假設的問題應該是要連起來看，不要談這個東西講這邊，談 B 東西講另外一回事，永遠都沒有解，都是平行線，這樣不好。健保署資料比較豐富，可以怎麼樣去多用點力？因為坦白講你們比較專業，以整體資料去考量，會比較公允一點，這是我個人的看法，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請滕西華委員。

滕委員西華：我也是支持 R 值要往前進，確實比較慢，但是除了 R 值往前進以外，有一個門、住診的比率，我建議不管是健保署也好，醫院協會也好，應該要研議調整，因為現在門、住診的比率跟20、30年前已經不一樣了，門診手術在增加，因為醫療科技的進步，其

實平均住院日也在下降，門、住診的比率是不是還合適維持45:55，我覺得這個是更大的議題，也是要討論，否則R值往前進當然是校正一部分錢跟著人走沒有錯，但是門、住診比率失衡，也會造成醫療資源配置的問題，所以這個可能也蠻急的，請健保署也納入需要調整的事項，也請醫院協會納為未來重要研議的事項，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請王惠玄委員。

王委員惠玄：2個問題請教，首先是有關R值的部分，這個其實對北區的資源分布有非常大的影響，請各位委員看會議資料第117頁，北區的民眾平均每人預算數是1萬8,396元，是全國平均的85%，我住在北區，我繳的健保費並沒有打85折，為什麼會這樣呢？然後請看會議資料第118頁，每萬人口醫院醫師數北區也是最低，只有11.3人，是全國平均的75%，只有四分之三，每萬人口急性一般病床數28.1床，是全國平均32.6床的86%，也是打折。

各位可以看到後面的門診費用點數、就醫次數、住院費用點數，都比全國低，我覺得這個對北區來講實在是無法接受，我們繳的健保費沒有打折，為什麼資源配置、服務利用都較全國打折呢？我覺得這個R值除了1%，是不是可以有規劃？也許明年1%是太少了，但是是不是能夠有個具體的規劃？我想對於醫院協會來講能夠做更多討論。

再來是要請教S值，也謝謝幕僚同仁提供歷年來的點值分配，S值的基期還維持在開辦前，過去這將近20年來我們的醫療服務結構、單價都有非常非常多的變化，那在歷年的一個討論中也有很多的意見，包括S值的採計用比較新的年度、非使用標準化死亡率，我想也要非常謝謝主席邀請林先和教授來講疾病負擔，雖然疾病負擔是談到失能率，而不見得是指就醫的費用，所以當然不是只有R值需要討論，我個人是覺得S值也需要討論，最近一次的委託研究，105年到現在，歷年這麼多針對R值的討論，到現在7年了，我不曉得這中間的執行困難或是阻礙在哪裡，不曉得有沒有哪一位可以回答？謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來，如果各位沒有針對這個部分有什麼意見的話，有關於 R 值、S 值，S 值採用開辦前1年，這個是社保司的業務範圍，S 值目前還是採用開辦前1年，其實過去幾年每年都有在討論，醫界也有一樣的想法，就是說 S 值還是用開辦前1年，明年健保要滿30年了，當然醫院總額沒有那麼早做，但最少有20年了，但是這個部分要有一併的規劃，所以社保司……。

石署長崇良：確實健保總額做了這麼久，包含總額成長的計算公式，以及 R、S 值的計算採計基礎等等，都要一併檢討，所以我們已經有委託國家衛生研究院，明年把它列在論壇裡面，把健保總額制度的相關因素都一併討論，透過學界和醫界大家共同來討論，看看怎麼樣再一併調整，目前已經規劃在國家衛生研究院論壇討論，先跟大家做個說明。

盧主任委員瑞芬：現在請李飛鵬委員針對醫院地區預算分配說明。

李委員飛鵬：謝謝主席、署長，還有各位委員的意見。我想健保本來資源就不夠，資源不夠的情況下，裡面有很多的結構都是需要再修正，我們現在就是說，今天提出的建議方案是我們開過會，在資源分配上好不容易達成的一個共識，但是要局部調整，本來就是整個大草原的草就不夠吃了，好不容易我們達成一個就是說在資源不是很夠的時候，我們內部要再做挪移的時候，事實上有時候就會產生一些衝突，因為就是局部的修正，事實上整個大的架構，我們看分配因素裡面，例如 S 值是30年前的資料，要不要再調整，是不是容我們帶回去研究一下，因為這就是錢不夠分的時候，每個人的看法不一樣，就一個角度去看，這需要調整，但是這整體的架構就是好不容易6區達成了共識，就像以前在分護理費一樣，他們都同意了，我們又從外面希望他們內部再調整，是不是可容我們帶回去再研議一下？因為涉及錢的分配就……。

盧主任委員瑞芬：好，所以李委員的意思是說，醫院協會聽到健保署的建議，也聽到委員的意見，要帶回去再討論？

李委員飛鵬：因為這涉及到錢。因為醫院部門內部是同意照原來的方

式來分配，現在希望能就局部的再給它改一下，但這一點改了以後，是否會牽動到別的事項，因為本來資源就不夠了嘛。

盧主任委員瑞芬：剛剛其實每一年也都有講到，大家都看數字，就是北區相對來講人口數比較多，但是分到的資源的確比較少，所以這個部分我想還是要請李委員，如果你們要帶回去再討論的話，我們最晚也是下個月一定要決定。

李委員飛鵬：下個會期再跟大家說明，好不好？

盧主任委員瑞芬：對，下個月一定要決定。

石署長崇良：如果是這樣，我建議醫院協會討論應該是以前進為原則之下需要什麼配套，應該是這樣談，不然最後回來還是說不變，所以應要有一個原則性，就是剛剛我們已經提出建議至少要前進1%，但是如何去兼顧到相關的配套，該保障的地方能夠保障到，特別是有一些偏遠的地區，那些應該要有一些配套，確實這個醫院協會可能比較清楚，所以應該是就配套的部分去討論，比如說那個風險調整移撥款，搞不好7億元也不夠，可能要變成10億元來做，也可以提出來，但是原則上是朝 R 值前進的原則去討論會比較好。

盧主任委員瑞芬：對，好。

李委員飛鵬：謝謝署長，我們要經過這個程序比較不會有爭議。

盧主任委員瑞芬：對，目前我想付費者代表的意見跟署長都蠻一致，就是要以前進為原則，所以不要我們給你1個月的時間，你回來還是一樣原地踏步。所以本案目前的討論是沒有共識，但是醫院協會同意帶回去再討論，所以我們要請醫院總額相關團體儘速提送地區預算分配建議方案及風險調整移撥款的額度跟用途，在以 R 值前進1%為原則的情況下，可以提出一些配套措施，於第10次的委員會議，也就是113年11月20日續議並完成協定。

接著進行討論事項第二案，請同仁宣讀。

伍、討論事項第二案「114 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴：第二案是西醫基層的地區預算分配，西醫基層和醫院一樣也是沒有共識，未來也會兩案併陳主管機關決定。有關西醫基層一般服務地區預算分配跟醫院相同的部分，我就不再贅述，分配參數也跟醫院一樣是 R 值、S 值的 2 個參數，只是西醫基層 R 值的風險校正因子裡面的人口風險因子，年齡性別指數占 90%，標準化死亡比占 10%，跟醫院的比率有一點不同，之後再校正轉診型態，就是西醫基層門診市場占有率。分配方式跟醫院一樣，當時開辦時的規劃及公告是從 90 年度起，原則以 7 年為期，逐步達成預算 100% 按照 R 值分配，期程可以視實際狀況檢討。

衛福部 112 年 1 月 9 日公告 112 年度西醫基層總額及分配方式時，就有函釋未來西醫基層總額地區預算分配比率的 R 值，請每 2 年增加 1%，逐步調整至 75% 後再作評估。歷年調整情形，112 年調升到 69%，113 年沒有調整，如果以 2 年增加 1%，114 年就應該再調整了。近幾年西醫基層總額風險調整移撥款都是 6 億元，多用於保障東區浮動點值每點 1 元，及撥補特定分區或點值落後地區，詳細資料如會議資料第 144 頁附件二，請委員參考。

醫全會對於地區預算分配有召開 1 個會議，但對 R 值占率是否前進沒有共識，其中臺北區建議 R 值占 100%，就是前進 31%；北區建議 R 值占 70%，就是前進 1%；東區沒意見；其餘 3 分區建議 R 值維持 69%，就是不前進。有關風險調整移撥款，醫全會說要等 R 值確認之後再提出風險調整移撥款的額度、用途及細節。請參閱會議資料第 132 頁，我們也請健保署對於醫全會的來函內容提出執行面意見，請參閱補充資料第 68 頁，健保署建議 R 值占率可以適度前進，落實總額地區預算分配應依人口調整的原則，相關資料請委員參考。

有關這案子最主要的討論事項是 R 值分配比率，因為醫全會沒有

共識的建議數值，但是衛福部 112 年公告每 2 年增加 1%，113 年 R 值沒有動，維持 69%，依衛福部公告 114 年度需要從 69%調升到 70%，也就是調升 1%。風險調整移撥款就請委員看是否同意醫全會的建議，等 R 值占率議定之後，醫全會再依據本會結論提出風險調整移撥款的相關規劃，在 11 月份委員會議續議。有關點值保障部分，剛才已經宣讀過，就不再重複，如果真的還需要點值保障，要再送本會同意後執行。相關參考資料跟醫院一樣，我們也是模擬不同 R 值占率及假設提撥 6 億元的狀況下，去估算各區的預算，請參閱會議資料第 134 頁的表 1-1。其他的參數、人口、醫師數、利用率、點值等資料都在後面，也請委員參考，以上說明。

盧主任委員瑞芬：這個部分因為西醫基層沒有共識，我先請健保署發表意見。

劉組長林義：健保署的看法其實就是剛剛署長講的，我們今年對各個總額的看法都是一樣的，就是隨著人口數增加，R 值應該要適度前進，以上。

盧主任委員瑞芬：適度前進 1%嗎？

石署長崇良：一樣 1%。

盧主任委員瑞芬：現在請委員發表意見，請滕西華委員。

滕委員西華：可不可以麻煩醫全會分享一下會議資料第 131 頁，我當委員這麼多年第 1 次看到這麼具有前瞻性的建議，就是臺北區建議 R 值前進 31%，連北區的建議都只前進 1%，不是前進 70%，東區當然沒有意見，因為東區不管怎麼樣都會被保障。我就是想要知道，因為會寫出來應該不是故意啦，他們這樣主張一定有理由，可不可以分享一下這樣的意見是怎麼產生的？

盧主任委員瑞芬：我們待會請醫全會統一回應，其他委員還有沒有要表達意見？請李永振委員。

李委員永振：看到這個案子資料的時候，我本來以為西醫基層應該比較不會那麼麻煩地檢討，因為我記得去年很快就通過了，我以為前年他們接受了衛福部的指示，後來想想也不對，因為 2 年要前進 1%，

去年剛好卡在不用前進嘛，所以討論就很快，今年至少要前進 1% 的話，就有得討論了。

我看到數字就有點直接反應，剛才滕西華委員提到有區域提出 R 值占率達 100%，我就試著用簡單平均算一下，1 個 100%、1 個 70%、另外的是 69%，無巧不巧平均起來剛好 75%，如果真的用平均的話，衛福部的要求就一次到位，就是 2 年前進 1%，到 75% 再講，一次到位真好，但好像又不是這回事，所以我很贊成剛才滕委員提到的，但至少應該回歸到部裡面核的，當時也沒有意見，去年無巧不巧剛好不用進，就悄悄過了，這樣的話好像大家的認知都有一點差異，像這種現象繼續下去，未來到這邊每次都浪費很多時間在討論這些問題，這很奇怪，坦白講去年我還期待最好衛福部訂 1 個各總額部門的進程表讓大家遵循，訂的時候當然要徵詢他們的看法，不然每次到這邊談了半天也都……真的是很花時間，當然不是只有西醫基層沒有遵循，除了牙醫部門 100%，就不用再討論了，其他部門也沒有遵循，是不是應該要想 1 個方式來處理，衛福部也應該要用點力會不會比較好？不然大家每次在這裡就好像剛才一樣，菜市場喊價，這樣很不好嘛，立論在哪裡？主席也提到應該有一些邏輯及科學的依據，這樣談起來會比較好，剛剛李理事長講的也很對，卡到錢就很頭痛，我印象西醫基層坐在這裡的委員，不能用痛苦來表示，但是我記得他們也很為難，印象最深就是黃啓嘉委員坐在這邊，他也不曉得怎麼樣表達，他們後面應該有很多意見，這我們都瞭解，但是不管怎麼樣，媳婦總是要見公婆，總是要決定吧，提供給大家及西醫基層參考一下，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請陳杰委員。

陳委員杰：陳杰第 1 次發言，談到預算、錢、經費的問題，當然相對比較敏感，我只是針對醫全會發 1 個公文給健保會，內容寫得非常詳細，內容寫「有關 R 值是否前進，本會未獲共識」，當然這句話我也覺得非常納悶，現在既然健保會有要求，那他只有回 1 個公文說「本會未獲共識」，這樣就完全解決了嗎？應該沒有。我剛才聽到健保署的回覆是 R 值應該要適度前進，而且署長相當有氣魄地說 114

年一定要調整 1%，萬一沒有落實調整 1%的話，後續有沒有罰則？沒有。談一談還是回到原點，到時候搞不好 114 年醫全會發文說「有關 R 值是否前進，本會尚未獲得共識」，要怎麼辦？我覺得這公文有點怪怪的，所以我提出來是希望健保會能發揮最大功能，協調醫全會依照過去 R 值 2 年調整 1%的原則，繼續往前進，才不會讓健保會所有委員覺得非常納悶，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：我想到目前為止委員的意見蠻明確，就是醫全會不能告訴我們沒有共識，因為這是你們的責任，要有 1 個版本出來，不管你們進不進，但是把沒有共識放到健保會來，我們沒有辦法繼續討論，所以這點請醫全會先回答委員的疑問，請陳相國委員。

陳委員相國：感謝大家的指導和提點，會有這樣未獲共識的結論，我們也是覺得很抱歉，我覺得 R、S 值公式在每個層級影響都不同，在醫院、中醫、牙醫、西醫基層的影響都不同。以西醫基層來說，如果每前進 1%的話，各區 1 年費用的消長像南區會少 4 千萬元，高屏區會少 2,500 萬元，東區會少 1 千萬元，中區大概持平，台北區會多 1 千萬元，北區人口沒有增加非常多，可是會多 7 千萬元左右，所以各區的意見都很不一致。我們試算 R 值進到 100%，費用成長率會怎樣？結果所有錢都跑到北區去，其他 5 區都是受災戶，就是說 5 家烤肉 1 家香，所以 R 值及 S 值的公式造成西醫基層很大的困擾。R、S 值公式跑了好幾年後，民國 97 年只有北區成長率高達 8% 左右，其他有的增加 1%、2%，有的還是負成長，所以 R、S 值公式本身有存在很大的爭議，每 1 次醫全會談總額的時候都很團結，要談地區預算分配的時候就分裂的很厲害，前年因為 R 值有調動，那時候開 11 次會才有共識，去年為什麼開 1 次會就有共識？因為去年不用調動 R 值。我們坐在這裡如坐針氈，我們西醫基層約有 1 萬 7 千個醫師，每個都在盯著我們，看我們做什麼樣的發言，因為 R 值沒有共識的話，風險基金就無法確認，我覺得很抱歉，其實相對南區、高屏區或東區的醫師來講，R、S 值公式有一點不公平是人口風險因素的校正性，它是用年齡性別指數及標準化死亡比(SMR)來校正，其中 SMR 只占 10%，太注重年齡性別指數，所以這幾 10 年來

很多學者專家都提出要對 R、S 值公式檢討，可是沒有一次成功，因為牽涉因素太多了，各方面牽一髮動全身，所以最後沒有人能修訂成功，期待英明的石署長明年能夠有可確保我們 10 年不再有紛爭的公式，以上表達很抱歉的意思，希望各位委員體諒，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請林恒立代理委員。

林代理委員恒立(周委員慶明代理人)：我想剛剛副理事長已經講得很清楚，基層其實每一年對地區預算分配的爭論非常多，各區都有自己的立場，我簡單分享一下中區的意見，以中區而言，剛剛委員也提到要怎麼修正 S 值，S 值當年訂的時候是 921 之後，921 影響到整個大台中區塊的人口移動，這部分有沒有辦法回歸修正。另外就是有關 R 值人口的部分，我們知道台灣是一個一日生活圈，非常多人的戶口是在中區，但消費在北區或其他區塊，那也會造成這人口移動的部分，造成大家分配的憂慮，簡單跟委員報告一下，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：我知道你們內部討論一定意見很多，你們一直說如果調整的話，只有北區一家獲利，但是反過來講北區受委屈這麼多年了，你們一直都沒有補償他，但是我們不會介入醫全會的討論，但醫全會一定要給我們一個說法，不能說你們沒有共識就沒有給版本，不然我們連兩案併陳都無法送，今天 2 位代表也很辛苦，要面對委員這麼多質疑，也謝謝你們的回覆，但我必須請西醫基層總額一定要回去討論後再提，無論如何要提個版本來給我們，而不是把你們裡面這麼多元的意見陳上來給我們，因為我們無法替你們做決定，健保會在談西醫基層總額的時候，我們面對的就是西醫基層總額團體，你們只有一個聲音，雖然內部很多聲音，但是要整合出一個意見給我們，我們才能討論，把這麼多元的聲音提出來給我們，我們無法討論。我想剛才署長的意見也表達很清楚，他希望 R 值最少前進 1%，你們可以再提出來很多配套措施的版本，所以這個案子討論到現在基本上沒有共識，請何語代理委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：在我的印象記憶中，每年總額協商

完討論 R 值、S 值有幾個現象，第 1 個是牙醫不會讓委員很操心，R 值、S 值已經很早就俱全了。第 2 個西醫基層從來沒有提過 1 次 R 值、S 值調整多少給委員會決定。醫院的部分，曾經有 1 年翁文能理事長當場決定 R 值進 1%，就不讓所有的委員再操心，他也沒要求帶回去再開會討論。中醫也曾經有 1 年自己自動調整 R 值前進 2%、3%左右給委員會決定。

我發現從我參加健保會到現在，都是委員會決定，因為他們帶回去開會最後還是沒有結果，很難，剛剛西醫基層代表講開會 11 次，他們私下開會真的吵翻天，這點我們很理解。剛才醫院的部分，主席已經做裁定了，我認為西醫基層不應該再做這樣的裁定。第 1 點，112 年部長核定每 2 年進 1%，逐步調至 75%後再作評估，部長已經核定，我們要推翻嗎？如果委員會要推翻部長的決定，那以後部長的裁定我們是不是也都可以推翻？部長既然裁定 R 值每 2 年增加 1%，就尊重部長的裁定，今年就應該要增加 1%，R 值到 70%，委員會就依照部長裁定的結果決定。

風險調整移撥款過去也是 6 億元，委員會也可以決定 6 億元，不然醫全會帶回去討論後，我相信醫全會內部還是會吵半天，下次委員會討論還是沒有結論，有關西醫基層的地區預算分配，醫全會從來就沒有結論提健保會討論，哪一年有結論給健保會？可以提出來，沒有。

所以我提議，尊重部長的裁定每 2 年增加 1%。雖然剛剛李永振委員建議，是否同意 R 值增加到 75%，但我還是尊重部長裁定，114 年 R 值進 1%，除了尊重部長裁定外，也合乎委員會的權責，風險調整移撥款則以過去的 6 億元作為基準，這是我正式提議，徵詢各位委員的意見。

至於醫全會來函所提台北區建議 R 值占率為 100%，應該是講氣話，因為開會的時候部長就決定每 2 年增加 1%了，但還在討論調整的事情，所以才故意講 100%，我想台北區不會講 100%照 R 值分配的主張。至少北區建議 70%，是認同部長本來裁定、東區無意見，

其他 3 區希望維持 113 年的占率，維持就是推翻部長的裁定嘛！所以我正式提議，還是尊重部長的裁定，114 年 R 值 70%，前進 1%，風險調整移撥款比照過去 6 億元，另外過去也很多次是由委員會決定，不是醫全會決定好後提委員會討論通過的，謝謝。

盧主任委員瑞芬：針對何語代理委員提出來的議題，其他委員有沒有意見？我個人的想法是，前 1 案的決議是請醫院部門下個月委員會以 R 值占率前進 1% 為原則提報方案，如果醫院部門沒有依決議提報，依過去的經驗，地區預算分配也會以兩案併陳的方式請部長核示。

但是何語代理委員也提到一點，112 年時部長裁示「各地區校正風險後保險對象人數」(R 值)，請每 2 年增加 1%，逐步調至 75% 後再作評估」，西醫基層 113 年 R 值維持 69%，沒有調升，理論上今年應該要調升。既然前 1 案已經請醫院部門下個月做決定，我想也給西醫基層這一點空間，請把委員的意見帶回去再做討論，但無論如何，下次委員會一定要有決議。此外在會上也提供了 112 年部長裁示的訊息給你們，再麻煩西醫基層的代表把委員會的討論結果帶回去再做 1 次討論，我們下個月一定要做出決議。請滕西華委員。

滕委員西華：藉著這個場合，我想要對西醫基層台北區表達我的敬意，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，本案經討論無共識，請西醫基層總額相關團體以 R 值占率前進 1% 為原則，儘速提送地區預算分配建議方案及風險調整移撥款額度與用途等相關配套方案，於第 10 次委員會議(113.11.20)續議，並完成協定，謝謝。

石署長崇良：主席，我是不是可以補充說明，主席裁示的沒有問題，但想說提供一些訊息，讓西醫基層代表將本案帶回去討論時併同參考。剛剛西醫基層說明 R 值前進 1% 好像經費會減。但明年西醫基層的成長率看起來是歷年最高，雖然還沒有決定，但目前兩案併陳的成長率還是很高。西醫基層各分區的預算分配，只是預算增加的幅度不一樣而已，但各區都一定是成長的，不會減少啦！稍微試算

各區成長的金額應該是可以接受的，趁 114 年成長率高的這個機會前進一下，也兼顧一下台北區同僚所提 R 值建議 100% 的感受，提案 R 值建議 100%，我想他們的內心是很痛苦的。

盧主任委員瑞芬：接著進行討論事項第三案，請同仁宣讀。

陸、討論事項第三案「114 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴：向各位委員報告，討論事項第三案是 114 年度中醫門診總額一般服務的地區預算分配案。請參閱會議資料第 150 頁說明二，在 114 年度中醫門診總額協商是有共識的，一般服務成長率為 5.468%，也是歷年最高。

中醫門診總額地區預算跟其他部門很不一樣，以下簡單說明，89~94 年當時主管機關的交付方案都一樣，按照 R 值、S 值比率分配，94 年 R 值只分配到 30% 時，從 95~98 年開始採事後結算方式的試辦計畫，當時是不分區且分配參數未含人口因素，造成點值急速下降，所以 99 年以後就回到採修正後以事前分配預算的試辦計畫，分配參數含「人口因素」，分配參數有 6 項。

在會議資料第 151 頁有列舉這 6 項參數，參數二是「各分區去年同期戶籍人口數占率」，類似於醫院跟西醫基層的 R 值，比較能反映該地區的民眾就醫需要，參數一是「95 年第 4 季至 98 年第 3 季加總之各分區各季實際收入預算占率」，比較像醫院跟西醫基層的 S 值，以實際利用來分配。99 年以後採修正後試辦計畫之 6 項參數分配，較為多元，但我們還是比較關注在參數二「各分區去年同期戶籍人口數占率」的調整情形。

再進一步說明分配方式，分配方式跟其他部門不一樣，中醫門診預算將東區預算切出來，固定占率是 2.22%，其他五分區則分配 97.78% 的預算占率。

有關各年的分配參數占率，也整理在會議資料第 151 頁的表，113 年主要是參數二「各分區去年同期戶籍人口數占率」提升到 15%；參數一「95 年第 4 季至 98 年第 3 季加總之各分區各季實際收入預算占率」，類似 S 值的實際收入預算占率是 66%；參數三「各分區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」是調降至 9%，其他參數沒有變動。

再請參閱會議資料第 151~152 頁我們摘錄的歷史資料，在 104 年委員會討論 105 年中醫門診總額地區預算分配的決議是「為提升民眾就醫公平性及促進各地區醫療資源均衡發展，中醫門診總額一般服務之地區預算，自 105 年度起，分配參數中之『各分區戶籍人口數占率』，以 5 年調升 10% 為目標」，它的協定情形如下表，請委員參考，依決議，戶籍人口數占率(參數二)要從 105 年的 8%，5 年要調升 10%，不過 113 年的占率為 15%，9 年間戶籍人口數占率計調升 8%，113 年較 112 年調升 1%，但整體仍未達到 5 年調升 10% 的目標。

有關於風險調整移撥款，歷年是介於 3 千萬元~6 千萬元之間，以 113 年為例，風險調整移撥款為 6 千萬元，其中 4 千萬元是補助其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至 0.8 元之差值；2 千萬元是撥予當季就醫率最高之分區。

中全會本次提來的 114 年地區預算分配建議方案，分配方式建議不調整，同 113 年的分配方式。一般服務費用 2.22% 歸東區，97.78% 歸其他五分區；其他五分區預算的 6 項參數占率分配同 113 年，參數一「各分區實際收入預算占率」是 66%、參數二「各分區戶籍人口數占率」是 15% 不前進、參數三「各分區每人於各分區就醫次數之權值占率」是 9%、參數四「各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差」是 14%、參數五「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率」是 5%、參數六「偏鄉人口預算分配調升機制」是 1%；有關風險調整移撥款，114 年調整比較多，從五分區移撥 1.5 億元，也適用於補助其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至 0.9 元之差值，若經費不足，則以原計算補助金額乘以折付比例計算。

請參閱補充資料第 70 頁，有關健保署對中全會提出的執行面意見，與前面 2 個部門相同，建議各分區戶籍人口數占率要適度前進，中醫部門類似 R 值的參數是二「各分區戶籍人口數占率」，以落實總額預算地區預算分配應依人口調整之原則。

有關 114 年度一般服務地區預算分配方式待討論事項，分配方式部分，中全會建議同 113 年，但依本會 104 年委員會議決議「...以 5 年調升 10% 為目標」，自 105 年至 113 年 9 年期間，戶籍人口數占率計調升 8%，尚未達 5 年調升 10% 之目標值，且近 3 年評核委員也建議，中醫地區預算分配參數「各分區戶籍人口數占率」相較其他總額部門，人口占率調升速度緩慢，仍有相當大的努力空間；北區 112 年醫療費用點數成長快速，要檢討各區民眾醫療資源分配及利用的公平性，減少健康不平等。

綜上，是否同意中全會建議參數二「各分區戶籍人口數占率」維持 15% 不調整，請委員討論；風險調整移撥款是否同意中全會建議，自五分區(不含東區)一般服務費用移撥 1.5 億元，用於補助浮動點值最低分區，最高補至 0.9 元之差值，這部分也要請委員討論。點值保障的部分也跟前面討論的其他 2 部門一樣，如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同中醫門診總額相關團體議定後，於 113 年 12 月前送本會同意後執行。

參數的部分，我們模擬 114 年度依照參數二每調升 1%，參數三相對調降 1% 之各分區預算估計值，預估相關數據在會議資料第 156 頁表 1-1 供委員參考，其他相關參考資料也跟各部門一樣，都有提供委員參考，以上說明。

盧主任委員瑞芬：謝謝，現在請委員針對中醫門診總額一般服務之地區預算分配案進行討論。請問委員有沒有意見？先請健保署說明你們的立場。

劉組長林義：其實本署立場跟健保會先前的決議一致，請參閱會議資料第 153 頁，當初有要求自 105 年開始，要以 5 年調升 10% 為目標，但這 9 年來只有調升 8%，所以我們的建議也是要配合各總額部門的 R 值，中醫門診總額是參數二「各分區戶籍人口數占率」，應該都要適度調整，中醫部門顯然可以比提升 1% 還有更多的調升空間。

盧主任委員瑞芬：所以就是參數二「各分區戶籍人口數占率」調升 2%，從 15% 提升到 17%。

對於參數三「各分區每人於各分區就醫次數之權值占率」的部分有沒有建議？對，參數三，因為參數二調高後，相對其他參數就要調低，那就降 2%，在這邊也要一併確認。

風險調整移撥款的部分維持嗎？對風險調整移撥款有沒有意見？請滕西華委員。

滕委員西華：雖然剛剛何語代理委員說我們的共識都沒有人要遵守，但如果根據按照過去 5 年調升 10% 的共識，110 年時參數二「各分區戶籍人口數占率」就應該提升到 17%，之後也要繼續前進，若依健保署建議提升 2%，即使如此也是不夠，這是第 1 點。

第 2 點是有關戶籍人口數，其實在 10 年前中醫的人口參數爭議就蠻多的，尤其是直接採戶籍人口數占率，會有跨區就醫的問題(戶籍人口跨區就醫之預算未能歸回就醫分區)。即使是提升戶籍人口數的占率，對於參數一「各分區實際收入預算占率」跟參數三「各分區每人於各分區就醫次數之權值占率」要如何配合調整？剛才健保署對於參數三調降 2% 是沒有意見的，這我沒有聽錯吧！

中全會建議 114 年風險調整移撥款編列 1.5 億元去補點值，這額度是在中醫部門史上最高，今年是 6 千萬元，明年要上升至少 1 倍，來到 1.5 億元。除保障東區點值以外，各分區補點值本來就不是風險調整移撥款原先的用意，中全會把補點值的錢提升到 1.5 億元，其他五分區的參數二占率又不提升，這說不過去，這恐怕會造成各分區衝量的問題，或者是就醫人數沒有增加，但就醫次數增加，這跟中醫過去想要提高「就醫率」，就是提升就醫人數，是有衝突的。我是不贊成風險調整移撥款調整到 1.5 億元去補點值這件事情，應該是要鼓勵不同用途的醫療服務，如醫院總額鼓勵區域的發展。但如果中全會想要以風險調整移撥款用於補點值且維持 1.5 億元這個金額的話，那參數二就至少要增加 2~3%(每調升 1%，北區預算約增加 800 萬元)，否則就沒有意義，若少於 2%，則算出來的金額會少於 1.5 億元，如果這樣分配的話，請中全會要多加考量，謝謝。

盧主任委員瑞芬：其他委員針對這部分有沒有意見？如果沒有就請中

全會回應。

詹委員永兆：謝謝各位委員指教，中醫在疫情後有很大的變化，因為就醫人數成長太多，且近年北區人口數大量增加。為什麼今年會說暫時不要提升參數二「各分區戶籍人口數占率」？因為僅提升參數二，也無法把北區的點值提高。在中醫門診總額提升參數二會出現的現象是，目前各五區(除東區)點值第 1 名的台北區，點值會持續提升，反而是較偏鄉地區的點值會繼續最後 1 名，這是第 1 點。

第 2 點，分區第 1 名跟第 2 名的浮動點值差 10%，這已經是嚴重扭曲的現象，正常的發展不會造成這樣的情形。這就是為什麼我們必須用風險調整移撥款來暫時彌平各區資源分配極度不均勻的問題。至於北區有沒有衡量的疑慮？北區的就醫次數是其他五區就醫次數最低的，因為近年人口增加太多了，反而造成就醫次數是其他五區最低，且低於全國標準值。

整體來說，114 年人口占率的提升必須先停下來，維持同 113 年的占率，我們內部先做整體的盤點，包含總額、人口成長等。中醫界很願意配合，但今年希望大家讓我們內部去做個重整，明年參數二會前進的，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：是不是可以請健保署稍微解釋一下剛才詹永兆委員提到「如果參數二前進的話，台北區的點值會暴增」這件事情。

詹委員永兆：請參閱會議資料第 166 頁，目前中醫的平均點值台北區是各分區中最高的(註 1)，浮動點值也是最高(註 2)，如果 R 值(註 3)前進的話，錢會進到 2 個分區，1 個是台北區、1 個是北區，假設 1 筆錢進來，北區跟台北區各分一半，北區是最需要經費的地方，結果有一半的錢被台北區分走了，目前處於這種扭曲的狀況。錢跟著人走是大家的目標，也希望吸引醫師到偏遠地區服務，我們希望偏遠地區的點值比都會區好，結果現在都會區的點值是全國第 1 名，這跟過去幾年不一樣，以前台北區不是第 1 名，疫情後我們內部的狀況受到蠻大的衝擊，所以才希望調高風險調整移撥款，讓內部喘一下，按捺一下各區，但還是會依據健保會給我們的方向，慢慢把戶籍人

口數參數往上調升，謝謝。

註 1：會議資料第 166 頁 112 年中醫門診總額平均點值排序，1~4 季東區第 1，台北區第 1 季第 3、2~4 季第 2。

註 2：會議資料第 165 頁 112 年中醫門診總額浮動點值排序，1~4 季東區第 1，台北區第 2。

註 3：此處指類似 R 值(各地區校正風險後保險對象人數占率)之參數二「各分區去年同期戶籍人口數占率」。

盧主任委員瑞芬：詹委員，如果您說的是會議資料第 166 頁，112 年台北區的點值不是最高的，北區反而是最低的。因為北區的人口增加最多，4 個總額部門都一樣，所以現在請你們把 R 值(參數二)往前進是為了把錢補給北區。

滕委員西華：所以各分區戶籍人口數占率要往前進啊。

詹委員永兆：目前縱使各分區戶籍人口數占率調升 1%，還是沒辦法 cover，北區的點值還是最後 1 名。

滕委員西華：因為調太慢。

詹委員永兆：對，調得太慢。

盧主任委員瑞芬：今天只要求調升 2%。

詹委員永兆：讓我們喘一下，也把內部按捺一下，我們明年一定會調升各分區戶籍人口數占率。

盧主任委員瑞芬：北區其實被壓得滿久了，你們覺得是一家烤肉萬家香，但是北區以前完全沒有聞到烤肉香，所以這個邏輯我現在有一點聽不太懂。

詹委員永兆：中醫界內部的衝突也是蠻大的，但是很感謝我們內部能坐下來、靜下來討論，因為北區的點值特別低，大家很願意來救這區，目前我們內部是這樣。

盧主任委員瑞芬：對，那你們打算怎麼救？如果你們什麼都不做，不可能救到北區。

詹委員永兆：明年我們一定會動，先讓它緩一下。

盧主任委員瑞芬：明年就拖 2 年了。

詹委員永兆：不會啦，我們先緩一下，先讓大家點值整個提升，我們很願意繼續調升參數二，我想或許跟西醫基層總額一樣，我們是 2 年調 1%，未來如果有機會調更多最好。

盧主任委員瑞芬：我想聽聽委員們的意見，請王惠玄委員。

王委員惠玄：主席，不好意思，我從客觀的數據請大家看一下，剛剛詹理事長說台北區的就醫率、門診次數都比較低^(註)，從會議資料第 162~164 頁看起來似乎不是如此，反而北區還是最低。請翻回會議資料第 160 頁，112 年北區平均每人預算數只有 948 元，是全國(1,236 元)的 76%，還是太偏低，請參閱會議資料第 161 頁，每萬人口中醫師數北區只有 2.57 人，是全國(3.26 人)的 79%，但是在第 162 頁就醫率的部分，可以看到中區就醫率很高，這其實是反映在地區預算分配的參數三或參數四。

中醫地區預算分配參數三~六，某種程度上其實反映即期的使用率，這恐怕比其他總額用的 S 值(總額開辦前 1 年各地區保險對象實際發生醫療費用占率)還要先進一點。如果就這裡的數字來看，台北區的使用率、醫療資源布建等，沒有比較低，所以如果按照 R 值分配的話，我個人不覺得會造成所謂的衝量，或是點值大幅下降的問題，事實上從第 165 頁資料看起來，台北區管理得蠻好的，點值排序僅次於東區。

所以這部分是否能夠再跟健保署就實際數據做模擬分析，因為目前中醫門診總額地區預算分配參數相當複雜，複雜到個別醫師無法從公式裡面去建立所謂的行為引導方向，過去的地區預算分配強調錢跟著人走，也就是資源跟著人走，但是我們目前討論下來，幾個總額部門的 R 值都偏低的狀況下，資源很明顯沒有跟著人走，其實是違背總額的精神，總額已經執行 20 年以上，但是在資源分配還有這麼不均衡的狀況，其實是非常不合理的。

註：依詹委員永兆前段說明，應為台北區點值最高，北區就醫次數為全國最低(均排除東區)。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：聽了各位的發言有 1 個想法，就是參數二按照健保署的想法前進 2%，至於要減少哪個參數的比率，由中全會去考量。這樣有什麼好處？雖然沒有完成 5 年各分區戶籍人口數占率調升 10% 的目標，至少在明年第 10 年完成了。另外考量衡平性的問題，剛剛滕委員說 1.5 億元的風險調整移撥款太高了，我建議就用 1.5 億元給它

去調這些部分。

我知道詹理事長很為難，但是你逆向思考一下，你為難的問題，健保會已經給你答案，你回去對內也比較好說明，套一句剛才署長提到的，今年協商中醫門診總額達成共識，114 年總成長率已經確定是 5.274%，是不是藉這個機會去練兵一下？以後反而會利多，不會利空嘛，我不曉得這樣可不可行？謝謝。

盧主任委員瑞芬：詹理事長，我想大家的意見蠻明確的，因為今年各個總額的成長率都很可觀，所以如果不利用這個機會、這個資源去做調整的話，我覺得以後真的會越來越難調整，這個部分健保署剛才已經提出，按照他們專業的建議，參數二前進 2%，參數三就下降 2%，風險調整移撥款剛才委員也提到，移撥 1.5 億元讓你們做調整，這部分是不是可以現在決定？

詹委員永兆：因為這議案我們內部討論也曾提過參數二要前進 2%，再談下去我們就會跟西醫基層總額看齊，無法達成共識。真的不要製造我們的困擾，我們很有誠意，今年先讓我們維持，明年一定調升。

盧主任委員瑞芬：詹理事長，您明年就不是理事長了。

詹委員永兆：我還在，地區預算分配對中醫內部真的是衝擊蠻大，希望各位委員支持，因為我們內部每次談總額也是紛紛擾擾，好不容易有 1 個共識，每次最困擾大家的就是內部總額的分配，我當然希望能夠遵照健保會的方向，我們會努力去遵從，希望大家支持。

盧主任委員瑞芬：詹委員，你剛才講這麼多，其實委員都沒有同意，如果參數二提高 1% 呢？今年不太可能都不動，因為我們現在對於各個總額，都要求 R 值最少要前進 1%，前面 2 個總額部門都是這樣，所以你說中醫不動……。

詹委員永兆：因為我們去年有動啊，他們前 2 年沒動，至少讓我們 2 年動 1 次，這樣內部也比較好協調，大家訂出 1 個遊戲規則，不用每 1 次都為了總額吵翻天，弄得氣氛很不好。其實我們內部常常講，不要為了分錢浪費大家的時間，要把精力用在怎樣讓中醫做得更好，我虔誠期待各位委員支持，因為今年我們一開始進行內部談判，我

就提參數二要前進 2%，但是內部折衷到最後是這樣。我會堅持明年一定要前進，好不好？明年一定進，今年可不可以支持一下？拜託拜託，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請周麗芳委員。

周委員麗芳：主席、各位委員，因為考量各部門衡平性，剛剛詹理事長提到有的總額部門 R 值是 2 年調一次，去年沒有調，今年讓他前進，剛剛詹理事長提到去年中醫已經調了，也承諾明年滿 2 年會往前進，甚至可以把它做一些文字的紀錄，我個人覺得如果是 2 年進 1 次的話也算合理，謝謝。

盧主任委員瑞芬：可是之前部長的裁定是各分區戶籍人口數占率 5 年調升 10%，這個真的落後蠻多的，過去部長裁定所壓的年限應該要遵守，人口占率去年雖然提升，離 5 年調升 10% 的目標其實還是落後蠻多的，所以是不是至少提高 1%？你說今年完全不動真的講不過去。

詹委員永兆：今年真的不要動，明年我想辦法拉高一點，我明年一定動。

盧主任委員瑞芬：可是你要拉多高？

詹委員永兆：至於拉高多少我會盡力、努力，可以立下文字，我明年一定調。

盧主任委員瑞芬：請滕西華委員。

滕委員西華：我們明年都不當委員了，署長一定還是繼續當署長，也不一定，可能會高升。過去 104、105 年的時候，中全會也是答應我們各分區戶籍人口數占率 5 年要調升 10% 啊，5 年都已經過去，健保實施 40 年可能都看不到調升 10%，我們不要去許未來的承諾，這跟愛情一樣不可靠，提出現在可以承諾的就好了。

劉委員淑瓊：我們也支持調升，不要去講明年怎麼樣，我覺得剛剛主席講得很好，參數二都已經從前進 2% 退到 1% 了，請中全會就勉為其難去調整，這是健保會的決定，我想這樣理事長回去也不會為難，因為我們可以幫你證明，發言實錄會顯示您盡力了。

盧主任委員瑞芬：請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：大家好，詹理事長坐立難安、心情忐忑不安，大家都看得出來他真的很為難，可是真的是有規定，各分區戶籍人口數占率 5 年調升 10%，要到什麼時候才可以達到 10%？這一點明年會不會做到還是個問題。所以是不是回去再試著跟中全會內部討論一下？剛剛主席有講，參數二只要增加 1% 就好，我覺得詹理事長回去好好討論，如果有需要幾個委員去幫忙講的話，我們也都願意，好不好？免得你在那邊很為難，我們還是遵照剛剛主席說的，否則你明年更難做。

盧主任委員瑞芬：請何語代理委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：主席、各位委員、署長，各位長官，前 2 個案子主席都裁定請他們回去討論，這個案子為什麼就要……。

盧主任委員瑞芬：沒有，現在還沒做決議。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：既然這樣，如果詹理事長今天無法答應，我建議退回請中全會考量，把今天大家建議的內容帶回去作參考，既然前面 2 個案子都已經退回給醫全會跟醫院協會重新回去商討，我認為這個案子也請中全會拿回去重新討論，讓他們內部決定完之後，1 個月後再看結論是怎麼樣，把我們今天的建議內容提供給他們參考，謝謝。

盧主任委員瑞芬：先請劉淑瓊委員，接下來再請林恩豪委員。

劉委員淑瓊：我剛剛的認知，不管主席的裁示或是剛剛署長講的，都是參數二前進 1%，要回去討論的是配套，我覺得這是很明確的。如果 1 個月之後你們再回來說我們擺不平，對不起，還是維持原議，那我們等這 1 個月要做什麼？這一點是我剛剛聽到的，要跟大家核對一下，謝謝。

盧主任委員瑞芬：事實上的確是這樣，因為我們都相信專業意見，健保署的立場其實非常明確，參數二至少要增加 1%，但是相關的配套，包括風險調整移撥款怎麼去分配，或者額度多少，這是比較有空間可以去做調整的部分。請林恩豪委員。

林委員恩豪：謝謝主席，因為這個案子也要拿回去討論，我要講清楚參數二前進的百分比，一開始我們不是說要前進 2% 嗎？可是現在又變成 1%，所以我的意見是，要求按照原本前進 2% 的方案退回去討論。

再來，說真的每個總額部門早就不應該存在這個問題了，醫院總額、西醫基層總額、中醫門診總額等部門，早就應該要照以前承諾或是規劃的，多少年前 R 值就要達 100%，現在哪有這個問題，尤其我們都很支持各個總額，目前的問題其實是你們內部分配的問題，不要再一直丟來這邊浪費大家的時間。我希望今年每個總額應該都要規劃出落實的時程，不要每次都在這邊浪費時間，請好好訂出每 2 年要成長 1% 到什麼時候，有 1 個真正確定最終的時間點，不然這樣永遠討論不完，每年都要討論 1 次，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請陳石池委員。

陳委員石池：主席、各位委員大家好，我可以理解詹理事長的困境，因為我們後面有 1 個大團體，所以壓力非常大，我相信各位委員沒有意思要逼他回去辭職吧！

盧主任委員瑞芬：沒有。

陳委員石池：所以是不是可以比照何代理委員剛剛提的，讓他們下個月再提案來決定？朝著這個目標去跟他們的團體溝通，我想這樣對他們比較好，起碼讓他的團體瞭解困境在這個地方，既然是部裡面的政策，是不是就應該要這樣做？沒有這樣做無法對大家有個交代，一樣讓他們回去討論，回去跟會員討論這件事情，告知他們這些困境，我們在下次會議決定。剛才署長有談到，可以一併提出補貼方案，我想這樣可能是比較好的方式，謝謝。

盧主任委員瑞芬：我個人真的非常非常同情詹永兆委員，我可以想像他面對的壓力，但是健保會也有要達到的目標，所以這個部分就同前面 2 個總額的處理方式，剛才署長也把健保署的立場表達得非常清楚，都是至少 R 值(參數二)要前進 1%，以前進為原則的情況下，如果真的像西醫基層台北區那麼有勇氣要前進至 100%，當然很歡

迎，但是要以前進為原則，不要浪費這個月的時間，我今天做這樣的決議把 3 個案子都拖到下個月繼續討論。我要請醫院總額、西醫基層總額跟中醫門診總額，請你們多幫忙，我也非常非常同情 3 位理事長面對的壓力非常辛苦，我們大家從總額協商到現在真的都很辛苦。

這部分跟前面 2 個總額部門做成一樣的決議，本案經討論無共識，請中醫門診總額相關團體以參數二前進 1% 為原則，儘速提送地區預算分配建議方案及風險調整移撥款額度與用途等相關配套措施，於第 10 次委員會議(113.11.20)續議，並完成協定。請王惠玄委員。

王委員惠玄：我知道理事長很為難，但是我們都冒著被蓋布袋的風險，留下發言實錄支持理事長，也希望理事長體諒，謝謝。

盧主任委員瑞芬：對，我們非常支持理事長，請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：同情理事長加一，但我要強調剛剛主席的決議可不可以再加 1 個？下一次的委員會議不接受維持原議，3 個總額部門如果回來再說要維持上一次提的方案，那這個月就沒有意義，所以我希望決議能夠列入健保會不接受原來的案子。

盧主任委員瑞芬：陳節如委員有要發言嗎？請陳委員。

陳委員節如：應該說如果再不改的話，下次會有什麼策略，這個才重要啊！下次不改還是不改啊，都可以兩案併陳給部長裁定了，對不對？我覺得人口在減少，1 年出生的嬰兒才 15 萬人，老人家過世的 12 萬人，應該是過世的人 12 萬人，不一定是老人家，所以台灣的人口再幾年就變成 1 千多萬人，我覺得醫界應該用這個數據，去回推你們應該花的錢是多少，不是每年增加經費也看不出你們的效率，所以應該用人口為基礎去估算。像剛剛你們那個數據，參數二從 15% 升到 17%，這個計算基礎點、原則、還有分母在哪裡？我們真的不會算，數據這麼多我看得都頭昏腦脹。我希望健保會有 guts 一點，對各個總額部門的提案訂定遊戲規則，有 1 個標準，也要有數據給我們看。剛剛劉教授講的，各個總額部門下次再提一樣方案的話要怎麼辦？我們也沒有辦法怎麼樣，還是要兩案併陳讓部長裁，所以

這個……。

盧主任委員瑞芬：事實上這個部分就像何語代理委員講的，健保會可以決定，總額協商的額度可以兩案併陳，但地區預算分配希望本會可以儘量做成決定，再等 1 個月，如果各總額部門提來還是原案的話，我們就一定要做出決定了，到時候大概就是我跟署長會被蓋布袋，也代表各位被蓋布袋，但該做的事情還是要做，請各總額部門體諒，這部分剛剛其實已經講了，要給各位一點空間，但 R 值(參數二)還是要往前進，給一個空間你們可以加碼，但不要拿原案重提，那這個月我們的等待就沒意義了，生命非常有限，我們就照這樣子做，謝謝。接下來進行討論事項第四案。

柒、討論事項第四案「114 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴：有關於牙醫門診總額也是有達成共識的部門，一般服務成長率為 2.676%。牙醫門診總額一般服務地區預算自 95 年度開始，已經 100%依照 R 值分配，相關協定情形在會議資料第 188 頁，請委員參考。

請參閱會議資料第 189 頁，牙全會的建議方案一般服務地區預算一樣 100%依 R 值分配，特定用途移撥款 3.8 億元，用於以下 5 個用途，我等一下在第 190 頁再逐一說明。有關於健保署對牙全會建議方案的意見，配合本會協定共識辦理，並與總額團體研議相關執行面跟操作細節，過去特定用途移撥款的執行情形在第 204 頁，請委員參考。

所以對牙醫來講，待討論事項請參閱會議資料第 190 頁，主要還是在特定用途移撥款，第 190 頁有彙整過去年度特定用途移撥款的用途，有關於 114 年牙全會提案 3.8 億元主要用於 5 項用途，其中表 1~4 項的用途跟過去年度都相同，項次 1 主要用於醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用，這是難得牙醫從自己的地區預算裡面移撥錢去補論量計酬的費用；項次 2 是用於牙醫特殊醫療服務的計畫，這項 113 年因考量該計畫預算增加比較多，沒有列入移撥用途，114 年考量專款預算執行情形，恢復移撥 5 千萬元補助牙醫特殊醫療服務計畫。

項次 3 是弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫，這部分跟過去一樣移撥 8 千萬元，項次 4 是該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款，跟過去一樣移撥 3 千萬元。移撥款若有結餘會優先用於高風險疾病口腔照護計畫，整個來講移撥經費是 3.8 億元，約占一般服務預算 0.8%，這個金額其實不高，如果需要保障點值的項目，一樣要在 12 月前提送本會同意後執行，相關參考資料請參閱表 1~表 7，以上說明。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝。請問委員對這部分有沒有詢問？因為牙醫門診總額 R 值已經是 100%了，所以比較沒有什麼爭議，不曉得委員還有沒有什麼意見，還是有需要江理事長再說明的地方嗎？好，都沒有意見這部分就照案通過。

第 1 點，114 年度牙醫門診總額地區預算分配方式，100%依 R 值分配。

第 2 點，自一般服務移撥 3.8 億元作為特定用途移撥款，用於牙全會建議之 5 項用途項目。

第 3 點，其餘內容依會議資料說明及擬辦文字，請本會同仁協助整理。

很抱歉因為今天 13:30 有邀請專家學者，會準時召開保險費率審議前專家諮詢會議，所以 13:30 一定要正式開始，各位如果有需要休息請自便，看起來大家都用過餐了，接下來就進行報告事項第一案。

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

同仁宣讀

賴專門委員彥壯報告：略。

盧主任委員瑞芬：請問這部分有沒有委員要詢問？請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：謝謝，剛剛健保署的報告，聽到最多的就是就醫次數增加，但是我們要回顧健保署當時推出部分負擔的時候，你們用的理由是以價制量，以及減少醫療浪費，但是在這次的報告中我們都沒有看到。第 1 個，到底有沒有降低？有沒有達到你們當初的政策目標要以價制量？第 2 個，如果有降低的話，是必要還是不必要的醫療，我們其實都不知道。所以整體來講，謝謝健保署願意做這樣的監測，但很重要的是對數據做解釋時，你們應該要能夠說服我們，也不用一定要說政策很有效。

第 1 個，補充資料投影片第 5 張「慢性病人(不含重大傷病)基層就醫占率成長」提到，較 112 年上半年增加 4.61%，且已超過疫情前同期占率。但是如果往前看歷年趨勢圖，從 110 年以來慢性病人基層就醫占率都超過 43% 以上，但你卻挑最低的 112 年 38.85% 做比較，說增加 4.61% 這是政策的效果，我覺得有點牽強。

第 2 個，關於慢性病連續處方箋部分，除了開立率外，還有 1 個很關鍵的問題是慢箋釋出率，我們看到慢箋開立率增加，但是慢箋釋出率沒有明顯的變動，並沒有達到民眾在社區接受醫療照護的目標。

第 3 個，補充資料第 77 頁「部分負擔調整與就醫次數關係」，的確慢箋第 1 次調劑部分負擔增加健保收入 23 億元，新制實施 1 年後，平均每人門診部分負擔較 111 年增加 299 元，但是部分負擔沒有對平均每人就醫次數產生減少的效果，甚至就醫次數是自 108 年以來的最高點，所以你們講到部分負擔新制有效，我覺得要再重新思考。

接下來請看補充資料第 78、86 頁急診部分，部分負擔新制實施

後，各層級醫院急診輕症(檢傷 4、5 級)案件較疫情前同期占率下降，你們說有改善急診壅塞，但是需要思考的是醫療機構有沒有 upcoding^(註)，要用什麼方式去監測。「急診檢傷占率與暫留時間」部分，急診檢傷 1、2 級在急診暫留時間是上升的，以醫學中心檢傷 1 級為例，113 年上半年比 112 年下半年還要多出 1 小時，所以要說政策有發生效果的論證，恐怕還有一點距離，不能解釋為有改善急診壅塞，急診轉不出去的問題還是要解決。

補充資料第 78 頁「急診申報件數變化」提到，部分負擔實施 1 年後，地區醫院件數占率較疫情前增加，但從 112 年下半年實施，不管有沒有實施部分負擔，地區醫院急診申報占率一直增加，所以硬要說是部分負擔的效果，要歸功於這個政策效果，我想是不太合理的，以上謝謝。

註：Upcoding：將疾病嚴重度較低者，虛報為嚴重度較高。

盧主任委員瑞芬：請韓幸紋委員。

韓委員幸紋：我想要詢問，補充資料第 74 頁投影片第 3 張提到「整體慢箋每次調劑藥費下降 26 元……」，理論上慢箋應該是非常穩定，為何實施部分負擔之後慢箋每次平均藥費反而下降？是因為民眾現在要付慢箋部分負擔，有經濟上的負擔所以換藥？還是確實有經濟上的負擔，所以努力改善病情，而不需要吃這麼多的藥？我覺得需要進一步分析，我還是不確定實際的影響是什麼。

另外是比較基準的問題，補充資料第 80 頁投影片第 16 張提到，中低收入戶與身心障礙者就醫次數並無減少，可是這裡並沒有附上整體的資料，整體來講就醫次數一直在成長，然後你說他們沒有減少，可是相較於其他群體而言，就醫次數成長幅度沒有這麼大，但是多少還是受到部分負擔新制的影響。至於哪一些是部分負擔新制的成效？也呼應剛剛劉委員提到的，要先回到當初部分負擔新制到底想要達成什麼目標，從這份報告我有看到一些結果，但看完以後問號蠻多的，實際效果到底是什麼？我還不是很清楚，以上。

盧主任委員瑞芬：請陳杰委員。

陳委員杰：謝謝。我剛剛仔細聽完報告以後，尤其在補充資料第 74 頁提到保障弱勢族群，保障弱勢族群是政府德政，我個人全力支持，但是這裡只提到中低收入戶、身心障礙者 2 個族群，還有一群值得我們關注的，包括：低收入戶、重大傷病者，好像沒有提到這 2 個族群，記得上次開會我一直強調低收入戶，不是中低收入戶喔，低收入戶本身是經過政府審定，他的經濟狀況確實非常差，值得社會各界關懷的，包括重大傷病者也是需要政府去關心，結果這 2 個族群都沒有提到，這次調整部分負擔，他們是不是有調整？因為裡面也沒有敘述，希望能請相關單位說明。

另外補充資料第 81 頁「中低收入戶/身心障礙者急診就醫」提到，平均每位就醫者急診部分負擔金額，身心障礙者約增加 93 元、中低收入戶增加 68 元，至於一般民眾增加 149 元，這部分就先不談。我認為身心障礙者比中低收入戶者更值得我們去關心，為什麼身心障礙者的部分負擔增加金額反而比較高，中低收入戶反而比較低？這點也請相關單位說明，以上提出這 2 點請教，希望可以給我答案，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請李永振李委員。

李委員永振：剛才劉淑瓊委員所提的論點我完全贊同支持，我這裡有 1 點請教及 1 點想法。請教的是補充資料第 77 頁投影片第 10 張「部分負擔金額變化」，部分負擔實施 1 年後，部分負擔金額較前 1 年同期增加約 52.7 億元，四捨五入後約 53 億元，我記得今天下午「全民健康保險 114 年度保險費率審議前專家諮詢會議」資料提到，112 年 7 月「修正保險對象門診藥品及急診應自行負擔費用」增加約 33 億元，如果這樣推估的話，以 1 年增加的金額和半年增加的金額來看，後面的半年增加金額只有 20 億元，為什麼會有這個差異？去年下半年增加約 33 億元，今年上半年增加約 20 億元，是因為比較的基礎不一樣，還是就醫院所的層級有轉變？這是第 1 點請教的。

第 2 點是 1 個想法，明年台灣將進入超高齡社會，因此，健保收費體制涉及世代不公及老人醫療費用較高的現象，這種情形普遍受

到關注。最近看到 4、5 篇報導的論述是，健保收入大宗以薪資作為保費計算基礎，現行一般保險費率 5.17%，但是勞動人口以青壯年為主，其收入偏低。年長者沒有薪資卻可能有財產、房屋、存款、股票，有可觀的房租、利息及股利等所得，主要的保費課徵是補充保費費率 2.11%，這就是所謂的世代不公，年長者有錢，保費好像出的比較少，但是醫療資源用的比較多，年輕的人苦哈哈，結果他的費率是 5.17%，當然還要細部解析才能驗證這論述對不對。這種描述好像有失公允，但我看到相關報導是這樣描述。

再看今天的報告，如果部分負擔新制真的有成效，這個前提要先確立，將來可以思考如何去檢討，就是符合我們一直強調的使用者付費，現在社會已經有這種想法，年長者是有付費能力的，其用的比較多、繳的比較少，如果是這樣的話，可以結合一起思考，這樣比較符合我們一直在強調的使用者付費原則，對健保財務也有幫忙。

另 1 個前提是剛才陳杰委員提到，針對弱勢族群的配套措施一定要一起規劃，才可以真的讓部分負擔新制越走越好，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：請陳石池委員。

陳委員石池：主席、各位委員，大家午安！剛剛健保署提到各層級別醫院急診輕症占率下降，就說有改善，這樣有點問題，從報告來看，急診就醫人數增加，用暫留時間比率來看，這樣的用詞是不對的，應該改成減少急診輕症比率，這樣我會比較同意，不過我想這是小事情。

另外我要提的是，補充資料第 78 頁投影片第 12 張，這是 1 個問題。因為這裡提到檢傷分類第 1、2 級醫學中心及區域醫院較疫情前下降，這是好事情，可是地區醫院第 1、2 級的重症病人，從 108 年開始逐漸上升，雖然今年比去年少一點，可是趨勢是上升，這才是問題所在，檢傷分類第 1、2 級重症病人在地區醫院增加是不對的，應該在區域醫院、醫學中心就醫才對，建議健保署重視這個問題，地區醫院的重症病人增加是危機，對病人來講不是好的事情，

請健保署好好留意此事，看什麼地方有問題需要重新考量，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：請何語代理委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：今天看到部分負擔新制實施的報告，監測實施 1 年的成效檢討報告，基本上，現在整個醫療結構、醫療生態有很大的變化。第 1 點就是門診手術大幅增加，過去很少門診手術，現在很多都改成門診手術，早上病人接受門診手術下午就離開醫療院所了，門診手術比率越來越高，如果大家有興趣，我可以陪大家去大醫院看螢幕標示就知道，門診手術就會標示門診手術，住院手術標示住院手術，我看下來標示門診手術比率相當高，大約三分之一左右，所以健保署也要考量醫療型態的改變，規劃不同的給付方式、規範等因應策略，這是必須要思考的。

第 2 個慢性病連續處方箋部分，有些醫院醫師開 3 個月，就是看診後開立 3 個月的慢連箋，也有同醫院醫師開立 2 個月，同科別醫師開 3 個月或 2 個月，請問不能開 6 個月嗎？我也曾經請教過，6 個月 2 天吃 1 次藥也一樣活好好的，3、4 年還是活好好的，所以可以思考能不能改為 6 個月 1 次？為什麼一定要 3 個月 1 次，而且針對不同型態，醫師處理方式也不同，也有 2 個月或 3 個月回診 1 次的情形。

關於弱勢團體部分，我認為政府應該用福利支出支助弱勢團體，不是用健保支助弱勢團體，這是不同的概念和意象，歐美先進國家是用福利措施補助醫療費用，是福利支出不是健保總額支出，所以政府都要編列相關預算，包括弱勢團體、中低收入戶、身心障礙。為什麼叫做衛生福利部？為什麼不拆分為福利部、衛生部？如果分開 2 個部，錢的性質就不一樣，現在衛生福利部統合一起，可能會有很多福利支出部分灌到健保支出，這些都是需要檢討。

另外，我國平均餘命延長、慢性病增加，整個醫療資源的規範、管理等，署長很英明，現在有 AI(註)系統可以規劃導入監測台灣民眾的健康，AI 系統做好的話，使用 AI 監測可以很清楚知道病人的就

醫行為及醫療支出，也能做數位化的管理，以上是我的淺見，謝謝。

註：AI：人工智慧，artificial intelligence，縮寫為 AI。

盧主任委員瑞芬：韓幸紋韓委員第 2 次發言，我們要預留時間給健保署回應及做結論。

韓委員幸紋：會留 5 分鐘給主席做結論。剛才李永振委員提到的新聞報導，應該是引用我的老師相關言論，在我們的計畫中也有報告，所以我來跟大家分享。

理論上，健保收費時應該是量能計費，並不是實際使用的狀況，那樣就是商業保險，商業保險的邏輯就是醫療風險越高可能用的越多，保費要收越多。整件事情仍要從公平性來看，我們在分析資料時發現，確實有些高齡者擁有比較多的財產，按理說有財產會衍生所得，所以在其他國家不一定要去看財產狀況，只要看所得就好，就像剛才說的有 1 筆資金會衍生利息、有房子會衍生租金、有股票會衍生股利。現在臺灣發生什麼問題呢？臺灣地下經濟逃漏稅非常高，目前研究發現利息、租金是非常高度逃漏，曾經將租金財稅資料串連 591 房屋交易資料，在 591 房屋交易確實有成交承租，房東有申報租金所得案件只有一成，所以問題在於財產和所得之間的關係有斷鏈情形。

我們參考日本、韓國，為什麼日本、韓國的健保收費會參考財產資料？因為某些身分的人，如雇主身分，國外是雇主身分，台灣類似雇主身分，如農、漁民算不算是雇主？其實他也是，只是在健保身分分類上是農漁民，這類身分看到的所得資料 0，但有高額的財產，所以才會參考國外制度，他們的論點是掌握這些人的所得較為困難，所以要參考財產資料，財產像是所得不得已的替代變數，整體上還是考慮公平性，剛才李委員也提到 1 個問題，年輕人可能用薪資……。

盧主任委員瑞芬：韓委員，因為現在是討論健保署的部分負擔新制報告。

韓委員幸紋：下一個議案是健保署的業務執行報告，我本來要順便提

這個問題。

盧主任委員瑞芬：所以可以在業務執行報告時說明。

韓委員幸紋：我會很快講完，整體來講，現在的收費制度出現了問題，譬如最近討論 65 歲以上老人要不要補助、退休老人應不應該依附子女投保，根本問題在於現行健保收費制度是論口計費，現在討論未來的收費制度相關改革時，下午「全民健康保險 114 年度保險費率審議前專家諮詢會議」也附上一堆資料，但我看完後發現都沒有針對論口計費。因為時間關係，我儘快說完。

另外我要提到第六類被保險人收繳的問題，收繳率一直偏低，健保署有沒有去看欠繳者特性？因為在我的分析資料中，看不到第六類被保險人到底誰欠繳，現行制度中確實存在高度選擇性投保的問題，譬如學生、退休者投保第六類，如果其子女或父母本來就投保在第六類，所以他們投保第六類就很正常，但如果他們子女或父母投保在第一類不是在第六類，我們發現平均投保金額每個月高出 1~2 萬元，所以明顯是選擇性投保，他們不去依附然後跑到第六類，請問健保署這部分有沒有辦法進一步查核？

盧主任委員瑞芬：謝謝，韓委員剛剛提到很多重要的意見，如果可以的話，會後再以書面意見方式跟各位委員分享。接下來請健保署回應剛才委員對於報告的提問。

劉組長林義：非常謝謝委員的指導，我在這裡簡要的回應。第 1 個，這次用部分負擔新制政策產生的數據，這是客觀的數據，這 1 年也發生很多事情，也不排除其他政策的影響，我們無法排除，只能呈現數據，這部分可能需要更深入的研究。

比較基礎部分，上次報告是半年，就是跟去年下半年或今年上半年做比較，今天報告的是 1 年，所以是跟過去 1 年做比較，比較基準不同，算出來的數字也會有所不同，這是跟永振委員報告的部分。

這次報告是針對部分負擔新制，大家可以看到投影片第 2 張「112 年部分負擔新制調整重點」，和這次調整相關連的指標才列入，如：慢性病連續處方箋開立率，因為有加收慢連箋第 1 次調劑的部分負

擔，所以我們認為對開立率有影響，所以就分析這個資料。處方箋釋出率和這部分比較沒有關係，所以我們沒有做相關的說明，當然這都是後續的影響，後續影響的面向就很廣，是可以再繼續分析沒有問題。

我們繼續看投影片第 2 張，陳杰委員關心為什麼只提到中低收入戶和身心障礙者，現行法定免部分負擔，如：重大傷病或是低收入戶都是免部分負擔，部分負擔不管怎麼調整，都跟他們沒有關係，因為他們本來就是免部分負擔，所以我們才沒有針對重大傷病跟低收入戶來做說明。

第 3 個，上次委員關切，調整部分負擔後，對民眾就醫可近性造成什麼影響，所以我們才會著重分析有無影響，大家看到投影片第 16 張「中低收入戶與身心障礙者就醫次數」，弱勢族群是大家關切的，這裡可以看到調整部分負擔之前、後，中低收入及身心障礙者就醫次數有無減少，初步發現是沒有。當然我們再次強調這次部分負擔新制只有 1 年，後續會再持續觀察，以上先報告到這裡。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，剛才委員提到的意見，如果現在健保署沒有當場回復的話，我們會後也會再以書面的方式，就沒有回答的部分請健保署回應。這個報告案決定，本案洽悉，委員所提意見包含書面意見都會請健保署研參，並持續監測執行成效，定期向本會提報。接下來進行報告事項第二案。

侯委員俊良會後書面意見：依據健保署所提供的資料，新制部分負擔調整實施後，達到了促進分級醫療、改善急診壅塞等目的。然而，投影片第 4 張，用基層診所就醫件數占率增加，來證明促進分級醫療的效果，但仔細看，實施後的占率為 70.25%和 70.39%，其實比疫情前 108 年(71.18%、70.81%)及 109 年上半年(70.82%)還低。且同時期，醫學中心的占率也增加(8.80%到 9.36%)，以上數據如何證明促進分級醫療效果？

投影片第 7、8 張及第 10 張，呈現部分負擔增加的變化，只能顯示民眾的負擔提高(此為改變收費的必然結果)，不知和分級醫療的

關係為何？且從第 9 張看來，門診平均每人就醫人數仍微幅增加，顯示民眾就醫次數並未受到抑制。

投影片第 11 張，地區醫院急診件數占率增加，雖然同時醫學中心的占率減少，但這是從整體件數所占的比率來看，是否可證明醫學中心急診壅塞的狀況已有緩解，不無疑問。今年 6 月，仍有媒體報導醫院急診室排隊爆滿的現象，應透過如急診暫留時間等其他數據進行監測。

投影片第 12 張，急診檢傷分析，單看輕症(4、5 級)占率下降，可以解釋為民眾就醫行為的改變(減少輕症掛急診)，但同時急重症(1、2 級)在醫學中心及區域醫院的占率也下降，因此似乎無法據此論證民眾就醫行為有顯著變化，請問如何解釋？

玖、報告事項第二案「中央健康保險署『113年9月份全民健康保險業務執行報告』(書面報告)案」與會人員發言實錄

盧主任委員瑞芬：報告事項第二案是9月份全民健康保險業務執行報告，這次是書面報告的方式，因為時間關係，麻煩委員提書面意見，我們一定會追蹤，並請健保署回復說明。請問各位委員有沒有臨時動議，如果沒有的話，今天會議到此結束，謝謝大家。

李委員永振會後書面意見：在上週10月17、18、19日連續3天看到全民健保的好消息，令人雀躍，值得肯定。17、18日在自由時報都在頭版，17日標題「全球首創，胃癌+大腸癌一次篩，擬全國實施」，效果：胃癌發生率下降32%，大腸癌死亡率降28%，民眾參與率提升了14%。18日標題「大腸癌篩檢，發生率可減逾10%」，篩檢已減少男性發生率12.4%，女性11.6%，114年篩檢年齡將由50歲放寬至45歲。19日署長前往宜蘭參加「在宅急症—社區整合照顧的關鍵時刻」居家醫療研討會時指出，試辦至今96%的收案對象不需要轉到醫院，降低長者交叉感染風險，也為健保省錢。這三項好消息前面兩項為健康署業務，但最後的結果仍會減少醫療支出，建請健保署於下個月做業務執行季報告時，能撥點篇幅說明一下可能帶來的具體效益。

114年度保險費率試算結果(草案)投影片第14張，有關「政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數」計算方式的註1：114年起依行政院114年健保財務協助方案，僅以健保法規者為限。114年度差額增加134億元，此原則是114年以後都如此，還是只有114年適用？該數額是以保費收入或公務預算列於其他收入項呈現？另請依所列示之方式詳列111~114年計算過程和結果，提供委員們11月委員會議審議費率討論時參考。

韓委員幸紋對業務執行報告之意見，請見第79~80頁。