衛生福利部全民健康保險會
第7屆115年第9次委員會議議事錄

中華民國115年10月28日

衛生福利部全民健康保險會第7屆115年第9次委員會議紀錄

時間：中華民國115年10月28日上午9時30分

地點：本部301會議室

主席：周主任委員麗芳　　紀錄：張琬雅、馬文娟

出席委員：(依姓名筆劃排序)

朱委員益宏、吳委員銘修、吳委員鏘亮、呂委員正華(中華民國全國工業總會陳副秘書長鴻文代理)、李委員飛鵬、林委員宜平、林委員恩豪、林委員敏華、花委員錦忠、洪委員瑜黛、胡委員峰賓、張委員田黨、張委員家銘、張委員鈺旋(本部社會保險司陳副司長真慧代理)、許委員舒博(中華民國全國商業總會劉秘書長守仁代理)、許委員慧瑩、陳委員秀熙、陳委員節如、陳委員麗琴、溫委員宗諭、黃委員心苑、黃委員立賢、黃委員金舜、黃委員振國(中華民國醫師公會全國聯合會陳副秘書長炳誠代理)、黃委員國祥(中華民國工商協進會黃專案協理美慧代理)、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、葉委員孟琪(中華民國全國漁會張專員鈺廷代理)、董委員正宗、蔡委員順雄、鄭委員力嘉(全國產職業總工會許執行長英義代理)、嚴委員必文、蘇委員守毅

請假委員：吳委員永全、連委員賢明、陳委員建宗、謝委員佳宜、顏委員鴻順

列席人員：

本部社會保險司：陳專門委員淑華

中央健康保險署：陳署長亮妤(張副署長禹斌代理)

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第11~12頁)

貳、議程確認：(詳附錄第12~13頁)

決定：考量各部門總額地區預算分配之衡平，將原討論事項第二、第三案，保留至下次委員會議，俟所有總額之地區預算分配提案齊備後再一併討論；原討論事項第四案至第五案依序往前遞移，同意議程變更。

參、確認上次(115年第8次)委員會議紀錄：(詳附錄第14頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第16頁)

決定：洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第17~47頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：116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內容確認案，提請討論。

決議：

一、確認116年度總額協定結果之整體成長率5.5%。

116年度醫療費用	醫院(含透析)	西醫基層(含透析)	牙醫門診	中醫門診	其他預算	整體合計
金額(億元)	7,235.29	1,965.82	616.28	384.64	232.44	10,434.47
成長率	5.5%	5.5%	5.5%	5.5%	增加12.12億元	5.5%

註：1.門診透析服務總成長率3%，總金額502.6億元，其中醫院總額為258.18億元，西醫基層總額為244.42億元，已分別併入醫院及西醫基層總額預算。

2.年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

二、各部門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」，依委員意見修正後確認，如附件一。

三、依委員意見，修正116年度中醫門診總額部分協定事項文字內容，並於醫院、西醫基層、中醫門診及牙醫門診總額之「醫療服務成本及人口因素成長率」新增協定事項文字：「請落實調整醫事人員薪資，改善工作條件。」，如附件二。

四、本次確認及修正文字事項，併入116年度總額協商結果，報請衛生福利部核定。

第二案(原討論事項第四案)

提案人：黃委員國祥、呂委員正華、董委員正宗、林委員恩豪、鄭委員力嘉

代表類別：保險付費者代表

案由：被保險人所屬投保單位應負擔之平均眷口數事宜，提請討論。

決議：委員意見送請中央健康保險署參考，本案請中央健康保險署併同健保財務整體考量。

第三案(原討論事項第五案)

提案人：呂委員正華

連署人：黃委員國祥、林委員恩豪、楊委員芸蘋

代表類別：保險付費者雇主代表

案由：重新檢視政府應負擔二代全民健保總經費法定下限36%之計算公式，並請政府儘早依法撥補不足數額案，提請討論。

決議：政府已依法撥補及落實法定責任，本案洽悉。

陸、報告事項(詳附錄第48頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：115年9月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。(書面報告)

決定：本案洽悉。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：上午11時24分。

附件一

各部門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」
醫院總額	一般服務	新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)	1.執行目標：加速新藥之收載，以使健保資源給付於創新治療。 2.預期效益之評估指標：年度經費執行率達 90%以上。
		藥品及特材給付規定改變	1.執行目標：依臨床實證擴增藥品給付範圍，提供民眾最有效益的治療。 2.預期效益之評估指標：年度經費執行率達 90%以上。
		促進醫療服務診療項目支付衡平已導入費用 (116 年新增項目)	1.執行目標：提升急診及護理人力投入價值。 2.預期效益之評估指標： (1)護理人員調薪指標：護理人員調薪人數與 113 年 12 月相較，提升一投保等級人數占率，須達 55%或高於該院急性一般病床護理人員數占率。 (2)急診相關項目指標：任一指標達標(維持或優於去年)。 ①每季急診轉住院病人滯留急診超過 24 小時之日均人次。 ②急診轉住院人次占率。 ③急診病人停留超過 24 小時之案件比率。 (3)急救責任醫院加護病房基本診療項目指標:任一指標達標(維持或優於去年)或高於同層級醫院同儕值中位數。 ①檢傷一級病人及完成急診重大疾病照護病人進入加護病房＜6 小時之比率。 ②加護病床周轉率。
	專款項目	暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)	1.執行目標：針對食品藥物管理署核准上市，屬臨床迫切需求且臨床療效及財務具高度不確定性之新藥，採暫時性支付，期間蒐集我國真實世界實證資料，再評估健保是否常規支付。 2.預期效益之評估指標：完成藥物共同擬訂會議審議之暫時性支付項目案件數至少 1 件。

部門	新增或延續性項目		「執行目標」及「預期效益之評估指標」
西醫基層總額	一般服務	因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費	1.執行目標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達85%。 2.預期效益之評估指標：聘有護理人員之診所，調升護理人員之薪資比率。
		促進醫療服務診療項目支付衡平已導入費用 (116年新增項目)	1.執行目標：通盤研議、修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。 2.預期效益之評估指標：倘某區域急診人次連續四週成長率大於5%或開診率下降，則請中華民國醫師公會全國聯合會協調開診。
	專款項目	家庭醫師整合性照護計畫	1.執行目標：配合「健康台灣三高防治888」政策，持續擴大收案及照護範圍，提升照護涵蓋率與品質。 2.預期效益之評估指標： (1)糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率。 (2)糖尿病會員胰島素注射率。 (3)評估因三高防治可避免急診率。 請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，研訂本指標之操作型定義，以利後續評估。 (4)三高病人之生活型態量表填寫人數>5萬人。
		醫療給付改善方案	1.執行目標：透過支付制度之設計，強化疾病管理、追蹤照護及合理用藥之誘因，鼓勵醫療院所建立「以病人為中心」之完整照護模式，並加強對病患之追蹤、衛教及用藥管理。 2.預期效益之評估指標：各方案照護人數或照護率較前一年度增加或維持。
		口腔黏膜癌前病變(OPMD)追蹤照護計畫 (116年新增項目)	1.執行目標：透過定期且結構化的照護介入，包括口腔清潔、適當藥物治療、戒檳衛教及戒菸協助，以改善口腔黏膜微環境，降低癌前病變持續惡化之風險，並提升早期發現口腔癌及咽喉癌之機會，進而強化整體口腔癌防治成效。 2.預期效益之評估指標：收案人數≧25,000人。
		幽門螺旋桿菌除菌治療後衍生診療費用 (116年新增項目)	1.執行目標：接受胃癌篩檢後確認為幽門螺旋桿菌陽性，並於基層診所完成除菌治療之個案，於治療完成後，給付一次「幽門桿菌糞便抗原檢查(30522C)」作為確認除菌是否成功之檢查，以提升整體除菌成功確認率，並作為後續評估胃癌防治政策成效之重要基礎。 2.預期效益之評估指標：除菌後完成幽門桿菌糞便抗原檢查(30522C)檢驗之比率較前一年增加。

部門	新增或延續性項目		「執行目標」及「預期效益之評估指標」
西醫基層總額	專款項目	強化糖心腎症候群(CKM)全人整合照護計畫 (116 年新增項目)	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體討論研訂執行目標、預期效益之評估指標，指標之訂定應能反映新增照護措施所帶來的實質健康效益，其收案對象及服務內容應避免與既有計畫重複，適度整合相關品質指標，以提升健保資源運用效益，並報請衛生福利部核定。
中醫門診總額	一般服務	提升中醫藥費 (116 年新增項目)	1.執行目標：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：中藥不良反應報告數量低於 0.0005%(計算方法：中藥不良反應報告數/總用藥人次×100%)。
	專款項目	中醫癌症患者加強照護整合方案	1.執行目標：未有疫情異常流行情況下，參與院所數為 305 家及服務人次以 29 萬人次為目標。 2.預期效益之評估指標：116 年 FACT-G、CTCAE 等整體成效評估有改善。
		中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	1.執行目標：未有疫情異常流行情況下，參與院所數為 320 家及服務人數以 14,500 人為目標。 2.預期效益之評估指標：eGFR 量表評量結果呈正向發展。
		照護機構中醫醫療照護方案	1.執行目標：服務 250 家照護機構及服務人次以 120,000 人次為目標，總服務天數 8,000 天。 2.預期效益之評估指標：住民外出就診中醫次數較前 1 年減少。
牙醫門診總額	專款項目	牙醫特殊醫療服務計畫	1.執行目標：達成 230,000 服務人次(含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者服務 2,000 人次)。 2.預期效益之評估指標：提升牙醫醫療服務品質，加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務及特定身心障礙者牙醫醫療服務、增加老人福利機構口腔醫療照護。
		青少年口腔提升照護試辦計畫	1.執行目標：照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」、「青少年齲齒氟化物治療(P7102C)」合計 798,000 服務人次為執行目標。 2.預期效益之評估指標： (1)提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於 60%。 (2)執行 P7102C 後 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均齲齒填補顆數增加率減緩。

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)116 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 285 萬人次、照護人數不低於 125 萬人。 (2)116 年「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於 341 萬人次、照護人數不低於 180 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 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減少。
		弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫 (116 年新增項目)	1.執行目標： (1)116 年所需預算為 490.6 百萬元，考量行政院核定 116 年總額成長率上限為 5.5%，116 年爭取費用為 2 億元，另本計畫需逐步推展，執行率為 80%。 (2)116 年符合本計畫任一項核發原則中加計項目之牙醫師數，占適用鄉鎮牙醫師數達 6 成(符合計畫資格者僅因位於加計地區而逕予加計之項目，不納入計算)。 2.預期效益之評估指標：維持適用鄉鎮執業牙醫師數不減少。
其他預算	專款項目	山地離島地區醫療給付效益提升計畫	1.執行目標：強化山地離島地區醫療照護服務，提升民眾健康。 2.預期效益之評估指標： (1)山地離島地區醫療給付效益提升計畫民眾滿意度維持 95%以上。 (2)山地離島地區每十萬人口可避免住院數(慢性指標)較前一年下降。
		推動促進醫療體系整合計畫	復健病房試辦計畫： 1.執行目標：使計畫結案個案得以順利返家，衰弱高齡者自立生活，年輕中風者回歸職場。 2.預期效益之評估指標：返家率>85%。

部門	新增或延續性項目		「執行目標」及「預期效益之評估指標」
其他預算	專款項目	提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1.執行目標：持續提供收容人醫療服務，提升醫療服務之可近性。 2.預期效益之評估指標： (1)監內門診診次較前一年度增加。 (2)門診疥瘡投藥率較前一年度增加。
		腎臟病照護及病人衛教計畫	1.執行目標：提升初期慢性腎臟病照護率。 2.預期效益之評估指標：醫院部門初期慢性腎臟病照護率較前一年度成長。

附件二

依委員意見修正116年度總額協定文字

一、修正116年度中醫門診總額部分協定事項文字內容如下：

項目名稱	原協定文字	修正後文字
7.照護機構中醫醫療照護方案	2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項： (2)建議就治療模式與介入成效建立品質指標(如跌倒、壓瘡、疼痛控制之改善率等)，以利成效評估。	2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項： (2)建議就治療模式與介入成效建立品質指標~~(如跌倒、壓瘡、疼痛控制之改善率等)~~，以利成效評估。

二、醫院、西醫基層、中醫門診及牙醫門診總額之「醫療服務成本及人口因素成長率」新增協定事項文字:「請落實調整醫事人員薪資，改善工作條件。」。

附錄

第7屆115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： 報告主委、各位委員，早安！我們現在會議時間到了，委員出席人數已經過半，達到法定開會人數，今天委員會議就正式開始，首先請主席致詞。

周主任委員麗芳：各位委員、健保署張禹斌副署長、劉林義主任秘書、及所率領的健保署同仁，還有今天社保司是由陳真慧副司長代理，因為立法院也在開議期間，所以陳亮妤署長、張鈺旋司長也都到立法院去，今日不克前來。

首先再次感謝各位委員，我們在 9 月 23 日完成歷史性的一刻，也就是完成了明年度 116 年的總額協商，大家也都知道，這次的總額協商破了非常多的紀錄。其中一個紀錄就是我們整個協商出來的總額預算，1 兆 434 億元，可以說是健保第一次跨越兆元的門檻，進入一個新的紀元，我相信這也是全部的健保會委員身上的職責，是因為更多的總額預算代表我們就要更加的嚴格來做相關部門執行的審視，也希望更多的預算能夠帶來民眾更好的醫療品質與更多的醫療照護，讓這些照護不只是在城市地區，包括偏鄉，我們也能夠照顧到每 1 個區域、每 1 個人，讓每 1 分錢都發揮到最大的效用。

大家都知道總額協商後，我們健保會還有一項很重要的任務，就是要來審議有關於 116 年度健保費的費率，過往就是援例在正式的費率審議會議之前，會召開 1 個會前會議，所以今天本會有兩個任務，1 個是我們 9 點半要先召開健保會委員會議，其次按照表定時間 11 點半要另行召開 116 年度的保險費率審議前的專家諮詢會議，透過今天的專家諮詢會議提供相關的意見，作為委員費率審議時的參考。

今天的委員會議還有關於在總額協商當中有一些協定的事項，還是要請各個部門來做確認，就像執行目標、預期效益的評估指標等，透過今天的委員會把整個總額協商的案子確定下來，再次感謝大家。雖然說前幾天有颱風好像對大家有一些衝擊，現在颱風也過了，

大家也都非常平順，祝福一切平安，今天桌上放了牙醫師公會全聯會的邀請函，請黃立賢理事長說明，謝謝。

黃委員立賢：主席、各位長官，還有各位委員，大家早安。牙醫師公會全聯會例行性的，每年都會在 12 月份的時候，不是因為今年特殊，而是每年都大概 12 月中會辦理歲末感恩餐會，這個餐會第 1 個是答謝各位長官、還有委員，這 1 年來對我們牙醫的照顧，我們也感謝我們自己的總額團隊對我們總額的付出，所以我們在 12 月 16 日週三晚上 6 點在 W Hotel 舉辦感恩餐會，也希望大家撥冗參加，來分享這份喜悅，謝謝大家。

周主任委員麗芳：非常感謝黃立賢理事長，大家可以看到他上任沒多久，但是每一個節奏都掌握得非常好，不只是協商的時候，總額協商非常順利成功，評核又拿到特優，就如他所說一直懷抱感恩的心。接下來另 1 位，一定要請他發表感言，就是李飛鵬理事長，他剛從韓國載譽回國，帶著台灣各層級醫療部門去參訪，請他說明他們去了哪裡。

李委員飛鵬：謝謝主委、以及各位同仁。我們上禮拜去了韓國參加世界醫院大會，台灣各個層級醫院的表現，不管是投稿的數目、海報的數目，以及得獎的數目，都展現台灣醫療的品質，也受到世界各國的肯定，所以我們參加人數是僅次於地主國，希望把台灣的各種經驗，不管是醫院管理、淨零減碳，包括很多例如醫療品質的成果等都分享給全世界，在 8 大獎項裡面，金、銀、銅獎共 24 項獎項裡面，我們獲獎占了 1/6 的獎項，獲獎 1 金、2 銀、1 銅，所以在全世界將近參加 100 多個國家裡面，我們算是不錯的，跟大家報告，感謝大家的支持，謝謝大家。

周主任委員麗芳：謝謝李飛鵬理事長，給他們掌聲鼓勵(眾人鼓掌)。非常了不起，在全世界的國家當中所獲獎項台灣就獨占了 1/6 的獎項，非常傲人。接下來今天會議正式開始。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉： 主席、各位委員，剛剛主委已經有說了，依照本會組成及議事辦法第 8 條與會議規範第 6 點的規定，健保署署長是法定會議列席人員，健保署在 10 月 27 日函知陳署長亮妤另有要公不克出席，由張禹斌副署長代理出席，來函影本放在委員桌上。今天剛好是立法院衛環委員會議審本部預算，主管們都不在，我是請假，所以剛好可以不用去。

本次的議程有 5 個討論事項，及報告事項 1 案。除了討論事項的第四案與第五案是委員提案以外，其他都是依照本年度的工作計畫來安排。討論事項第一案是 116 年度總額成長率與部分協定事項的內容確認，部分協定事項主要是執行一些新計畫或者是預算增加 20%的計畫，包括執行目標與預期效益的擬訂。討論事項第二案、第三案是醫院與中醫門診總額地區預算的分配，第四案、第五案是委員針對平均眷口數與政府應負擔的健保總經費 36%計算疑義等議題的提案。

不過我們今天要做個議程變更，請委員看補充資料 2，主要是因為討論事項第二案、第三案本來是醫院與中醫門診地區預算分配的確認，但是考量 4 個部門總額地區預算的分配衡平性，所以我們把這兩案保留到 11 月份委員會議，併西醫基層與牙醫門診總額的地區預算分配來做討論。所以原討論事項第四案、第五案就依序往前遞移；報告事項今天安排是健保署例行業務執行報告，不做口頭報告，以上。

周主任委員麗芳：謝謝周淑婉執行秘書說明，主要是在地區預算部分目前還有西醫基層、牙醫門診總額的相關資料還沒有提報，所以為了整體性衡平的考量，這兩案就等 4 個部門全部提送完成後，在 11 月份委員會議處理，不知道各位委員對於剛提到的變更事項是不是能同意？好，如果委員沒有不同意見，考量各部門總額地區預算分配之衡平，將原討論事項第二案、第三案保留至下次委員會議討論，俟所有總額之地區預算分配提案齊備後再一併討論，原第四案、第五案依序往前遞移，同意議程變更。接下來確認會議紀錄。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳：有關上次會議紀錄，因為事前都有先讓委員參閱，不知道委員有沒有其他意見？如果沒有，會議紀錄就確認。請進行本會重要業務報告。

衛福部健保會第7屆115年第9次委員會議
中央健康險署陳署長亮妤請假函

抄本

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署　函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：江政謙
聯絡電話：02-27065866　分機：2583
傳真：02-27025834
電子郵件：A110101@nhi.gov.tw

受文者：如正本行文單位

發文日期：中華民國115年10月27日
發文字號：健保企字第1150682542號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：貴會115年10月28日召開第7屆115年第9次委員會，本署陳署長亮妤因另有公務不克出席，將由本署張副署長禹斌代理出席，敬請諒察。

正本：衛生福利部全民健康保險會
副本：

貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周執行秘書淑婉：主委、各位委員，項次一是剛剛提到的地區預算分配的部分。牙醫的部分在 10 月 5 日函復本會，一般服務地區預算 R 值分配已達 100%，依照這樣來做分配，但其中有關一般服務預算移撥特定用途部分，會在 10 月 28 日召開內部會議討論後，再提送本會，所以牙醫師公會的部分已經有進度。但醫師公會全聯會的部分，目前還沒有提送，可能也是還在討論當中。我們這邊會持續提醒牙全會、醫全會，最遲應在本年 11 月 11 日前提送地區預算分配之建議方案，我們會併同今天保留醫院總額及中醫總額討論案的部分，安排至 11 月份委員會議做討論。

項次二，是剛剛主委有提到，依照全民健康保險法第 24 條規定，我們在總額協商之後的 1 個月，會請健保署按照總額協商的結果提請審議 116 年度的保險費率，本會審議保險費率之前也應該邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見，主委剛有說在 9 月 23 日總額協商完後，並在第 8 次委員會議(115.9.30)完成協商結論之初步確認，健保署依健保法第 24 條規定提出 116 年度保險費率草案，在今天委員會議之後，會繼續召開「全民健康保險 116 年度保險費率審議前專家諮詢會議」，敬請委員列席參加。

項次三，本會以 116 年度總額協商共識結果，作為最新會訊報導主題，已放在本會網頁上，敬請委員轉知所屬團體之會員參閱。

請參閱會議資料第 86 頁，項次四，有關於衛福部及健保署在本年 9 月至 10 月份發布及副知本會的相關資訊摘要，這些資料都已經放在該署的全球資訊網，詳細內容及相關附件也在 9 月 24 日及 10 月 21 日寄到各位委員的電子信箱，摘要的部分請委員參閱，以上。

周主任委員麗芳：謝謝周淑婉執行秘書的會務報告，不知道針對剛剛業務報告內容，各位委員有沒有要提出意見？如果沒有，本案洽悉，謝謝。

參、討論事項第一案「116 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內容確認案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴：向委員報告，請參閱會議資料第 91 頁，有關於 116 年度總額協商結果已在 9 月 30 日委員會議確認協商結論，為辦理後續報部事宜，還有些事項要再確認，今天確認的結果會併到 116 年度總額協商結果去報部核定。需要確認的事情有 2 個，第 1 個是 116 年度總額整體成長率，委員都知道四部門總額及其他預算的成長率都是 5.5%，加總起來整體成長率也是 5.5%，整體的總金額 10,434.47 億元。

第 2 個部分是要確認四部門總額及其他預算若有新增項目，或預算成長大於 20%的延續性項目，協定事項就要訂定「執行目標」與「預期效益之評估指標」，為了方便起見以下稱為 KPI(註)。根據 116 年度總額協商程序及第 8 次委員會議(115.9.30)決議，我們之前請健保署會同各總額部門相關團體參考委員意見，共同討論研修 KPI 後，再提這次委員會議確認。健保署已在 10 月 16 日函送兩個部分，一個是醫院總額及其他預算的 KPI 意見及總額協定文字建議，在附件(第 98 頁)，至於其餘部門總額的 KPI，會議資料第 92 頁提到將另行提供，健保署已於 10 月 27 日送來，在補充資料 1，等一下會逐項說明。

請參閱第 92 頁的三，健保署 10 月 16 日來函有兩項重點建議，一個是建議修正中醫門診總額的「照護機構中醫醫療照護方案」之協定文字，請看比較表。原專款協定文字請健保署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項，其中「(2)建議就治療模式與介入成效建立品質指標(如跌倒、壓瘡、疼痛控制之改善率等)，以利成效評估。」健保署建議文字修正為「(2)建議建立服務利用相關指標，以利成效評估。」，健保署主要說明是考量跌倒、壓力性損傷跟疼痛偵測，屬於長照機構評鑑的指標，相關成效不是只有中醫介入所導致，這個

方案主要是減少住民因中醫而外出就醫，及提升醫療可近性，建議調整成「建立服務利用相關指標」。

本會研析部分，根據健保署的說明，原協定事項括弧內指標(如跌倒、壓瘡等)，不是單由中醫醫療介入所致，所以建議修正文字為建立服務利用相關指標，當時的協定文字是參考評核委員建議，健保署修正的文字與評核委員建議及付費者委員關心的文字，看起來已經不太一樣，再來就是，協定事項的文字，在 9 月 30 日已經確認，建議如果要修正的話，幅度不宜過大，請參閱第 93 頁右邊，我們建議還是保留原協定文字，除了把括弧內文字，就是跌倒、壓瘡、疼痛控制改善率等這些比較沒有辦法代表指標的，把它刪掉以外，建議保留原協定文字為「建議就治療模式與介入成效建立品質指標，以利成效評估。」，這部分請委員參考及決定，這是第 1 個部分。

第 2 個，健保署有送來醫院總額及其他預算項目的 KPI，醫院總額部分在第 95~96 頁附表，主要有修正 3 項目協定事項的 KPI，請委員參閱第 95~96 頁，第 95 頁是醫院總額的部分，有 3 項目，健保署有修正預期效益之評估指標，第 1 個是新醫療科技的部分，原來的指標是提共擬會議之新藥案件數至少 15 件、暫時性支付項目回歸健保常規給付至少 7 件，健保署建議指標修正為「年度經費執行率達 90%以上。」，這部分等一下再逐項討論。

其他預算的部分在第 97 頁，健保署這邊沒有修正的建議。至於四部門總額的 KPI 部分，就請參閱黃色頁的補充資料 1 第 1 頁，這是健保署會同各總額部門就上次委員協商的暫列 KPI 去做研訂，那我們就剛才報告的事項先進行討論。

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

周主任委員麗芳：謝謝陳燕鈴組長，也非常謝謝健保會同仁很用心把相關資料整理出來。我先綜整一下，這個案子要處理 3 件事情。第 1 件事情是確認 116 年度總額整體成長率，成長率請看會議資料第 91 頁，提到醫院等各部門總額及整體的金額與成長率，這是今天第 1 件要確認的事情，也請各部門及負責其他預算的健保署再確認 1

次是不是無誤。這個部分應該可以確認，這部分我們就先確認，這是第 1 件事情。

第 2 件事情，請翻到會議資料第 92 頁，有關中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案的協定文字。針對這部分，健保署有些修正建議，剛剛陳燕鈴組長也有提到一些修正的建議，我們先聽聽中醫部門蘇守毅理事長，請問您們的想法如何？謝謝。

蘇委員守毅：謝謝主委、謝謝各位委員及健保署各位長官的辛苦幫忙。中醫在機構提供治療服務時，因為不一定是每天到機構，有時候可能是 1 週 1 次或 2 次，所以平常照護的部分，沒有辦法全程持續監控，這個部分應該是屬於照護服務機構應該會注意到的部分，有關跌倒、壓瘡及疼痛控制部分，大概就是應該由相關的照護機構來做處理。中醫的話在治療上面，原則上我們希望減少住民的外出就診率，因為這樣代表我們進到機構裡面的照護，本身就是有成效，減少住民的一些困擾和疼痛，所以住民外出需求的部分會降低，我們希望以這樣的方式來做指標，會比較符合實際的需求和狀況，這是我們的想法，謝謝。

周主任委員麗芳：好，謝謝，健保署有 1 個建議修正的文字，你們對於健保署建議修正文字的看法怎麼樣？

蘇委員守毅：原則上健保署這邊的建議方式是適合，就是比方我們要訂外出重複就診的指標，這是比較符合實際上的需求。像原先的品質指標，如果把中間這幾個項目刪掉，是不是有需要列入比方外出就診指標或其他指標，因為這樣才比較有個方向。如果只有刪除跌倒、壓瘡、疼痛這些，我們就會不知道這個指標要從哪個方向著手，所以這個成效指標是不是以減少外出就診為優先考量？謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝，我們聽聽看委員的意見，就是針對健保署建議的修正文字，委員的意見如何？請林恩豪委員。

林委員恩豪：謝謝主席，剛才主席是問中醫部門對健保署修正文字的看法？

周主任委員麗芳：對。

林委員恩豪：健保會也有修正文字，中醫部門的看法是怎樣？

周主任委員麗芳：好，請蘇守毅理事長現在看一下這兩個版本，就是會議資料第 92 頁的健保署建議及第 93 頁健保會同仁建議，哪個版本比較符合你們做使用？除了這兩個版本，如果還有其他的想法的話，也可以提出來。

蘇委員守毅：原則上這兩個版本，我們都可以接受，但因為最主要是中醫到現場還是會以服務為主，所以我們還是希望說這個服務的部分是可以有明顯去讓大家可以評估的項目，所以我想說用健保署的這個部分，把它按照過去我們的要求，就是減少住民的外出就診比例，這個就是會比較明顯的看出它的成效，我們大概是這個想法，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝，剛剛蘇守毅理事長有提到兩個版本，其實原則都一樣，真正的重點在哪裡？就是事後健保署跟中醫部門就細節、要看的項目再去協商、討論，所以如果中醫部門對於健保會同仁建議的文字沒有特別意見的話，就以會內的修正意見為主。剛剛蘇守毅理事長您所提出來的意見，會比較希望聚焦在哪個面向來對你們做考核的話，這部分我們再留待由健保署與中醫部門進一步把細項指標訂出來，這案子就確認，建議修正文字如同會議資料第 93 頁會內幕僚建議的。

第 3 件事情就是請大家拿出今天桌上的黃色封面補充資料 1，因為接下來要針對每個部門逐項來看執行目標和預期效益的評估指標，這部分要請四大總額部門的理事長，很用心地看，因為現在確認的事情，也就是將來要依據的執行目標及預期評估指標 KPI，去做未來總額執行成效的考核。接下來請陳燕鈴組長逐項說明。

陳組長燕鈴：請看到補充資料 1 的第 2 頁，先從醫院總額項次 1 開始，醫院總額有 4 項，這 4 項 KPI 部分，健保署都有提出修正建議，請看項次 1 新醫療科技部分，原來的預期效益評估指標是提共擬會議討論的新藥案件數，健保署建議修正為年度經費執行率達 90%以上，我們之前有研析是認為說，因為這個經費執行與新藥引進的實際狀

況是呈現正相關，可以反映新藥引進的情形，尚屬合理。不過醫院協會建議預算使用宜保留穩健為宜，建議把本項預算指標閾值「90%以上」下修為 80%，所以年度經費執行率是 80%，要請委員討論是要採健保署的 90%，還是醫界建議的 80%，以上說明。

周主任委員麗芳：請陳組長把醫院部門每項都講完後，再一起討論。

陳組長燕鈴：好。項次 2 藥品及特材給付規定改變的部分，跟第 1 項一樣，健保署建議是 90%，醫界建議是 80%，這跟剛才的第 1 項是一樣的。

項次 3 請看到補充資料 1 第 4 頁，就是促進醫療服務診療項目支付衡平已導入費用，這部分健保署只建議在預期效益評估指標(1)中，把調薪人數標準的文字修得比較精確，也就是加了「提升一投保等級占率」這些文字，這樣修正是比較精確的，其餘預期效益評估指標(2)的部分，醫界將原來的 3 個指標，第①個急診病人轉出刪除，第②、③個指標酌修分列成 3 個指標，對於這個指標(2)的部分，健保署也尊重醫界的規劃，所以其實項次 3 就是只有預期效益指標(1)有酌修一些文字，比較精確。

再來項次 4，健保署一樣酌修文字，原本是提共擬會議討論案件數至少 1 件，現在修正為完成共擬會議審議案件數至少 1 件，這是比較精確的文字，也比較具體，這是醫院部門的部分，以上說明。

周主任委員麗芳：謝謝，現在來看醫院部門的部分，首先，李飛鵬理事長，我想請教今天所有醫院部門的代表，項次 1 和項次 2，現在健保署建議的修正指標年度經費的執行率是要達到 90%以上，兩個項次都是，台灣醫院協會希望能夠下修到 80%，所以目前 2 個數據就是 90%、80%，先請李飛鵬理事長代表說明要調成 80%的理由是什麼，看付費者代表、全部的健保會委員是不是能夠支持？謝謝。

李委員飛鵬：我請朱益宏委員先補充說明。

朱委員益宏：這個指標等於是評核醫院在這 2 個項目的執行狀況，我們會從 90%修到 80%，是因為 90%到 100%，其實非常接近，像項次 1 大概 50 幾億元，差 10%才 5 億元而已，說不定有 1 個項目就

會爆表，所以如果訂到 90%的話，很可能未來達成這個指標，很多新藥進來後會超過預算，超過預算對醫院總額來說沒有任何的補救措施，事實上超過了就會變成醫院來吸收，沒有新的預算來補，所以我覺得這對醫院也不是那麼公平，而且這只是 1 個 KPI，希望把它下修用 80%，不要把自己逼到這麼嚴，萬一哪天超過預算的時候該怎麼辦？

事實上，在前面幾年執行這 2 個項次時，就已經有發生過超過當年度預算的情形，已經發生過了，我不敢講每年，但幾乎是常常發生，發生後我們在共擬會議就會決定，這個超過的錢可能是先挪用、支用明年的預算，但我覺得這樣其實不好，因為預算觀念還是當年預算多少就編列多少預算，不是今年超編就先挪用明年的預算，所以建議還是保守為宜用 80%，但所謂 80%不是我只用這預算的 80%後就不用了，還是會依照健保署的節奏，該引進的還是會持續引進，以上。

周主任委員麗芳：謝謝，李飛鵬理事長有要補充嗎？

李委員飛鵬：訂 80%以上，也可以執行到 100%，以上。

周主任委員麗芳：在委員表示意見之前，先請張禹斌副署長說明，因為是署內希望提 90%，那現在醫界提出要降到 80%，健保署針對下修為 80%的看法如何？

張副署長禹斌：一般預算執行會寫 90%，應該是說主計單位在看預算執行都是以 90%為原則，醫界現在是提修正為 80%，好像是喊價的，看各位委員的意見，如果不行的話，就折衷 85%，也是一招，但是本署提 90%的初衷是一般看預算執行要達到 90%的原則，是最低線，大家可以再聽聽委員的意見。

周主任委員麗芳：謝謝，醫界說訂 80%，但可以執行到 100%，剛張禹斌副署長說不然折衷變成 85%，各位委員意見如何？這邊有幾個數據，是不是要尊重醫界建議的 80%，還是怎樣，請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：其實健保署已說明一般的共識是要 90%以上，李飛鵬理事長也說可以做到 100%，那 90%沒有什麼差，應該是 90%就可以

了，不用再降了，不要再去平均為 85%，應該以原來的規定就是 90%，這樣不是表示你們做得更好更多，讓使用者更能享受到醫院做的事，也做得很好，以上。

周主任委員麗芳：謝謝，請嚴必文委員。

嚴委員必文：關於新藥及藥品給付規定改變的預算執行率，健保署每次提出的預算都有所本，過往看新藥預算時或許沒詳細項目，但今年其實有暫時性支付回歸到健保時，每個預算每支藥品都是清清楚楚，我們很清楚健保署估預算時，其實是保守估計而不是最大的估計，所以在這樣情形之下，我覺得應該維持 90%，而不應該下調。從過往經驗看，每次病友團體詢問新藥預算時，幾乎大概都到 100%，既然都到 100%，為什麼要刻意下修到 80%？所以我還是希望維持健保署的意見，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝，請蔡順雄委員。

蔡委員順雄：因為看起來健保署也願意做某一些的退讓，下修到 85%，我的意思是聽聽看醫院這邊的看法，我認為如果只差這 5%，大家在這邊一直討論，我會認為實益不大，如果 85%已經大概折衷出一個可能的結果，我會覺得就 85%，看醫院是不是能夠接受？

周主任委員麗芳：請問醫院部門可以接受嗎？

李委員飛鵬：好，就 85%啦！

周主任委員麗芳：謝謝，等於說大家稍微協調一下，不知道說這個 85%，因為這是張禹斌副署長建議說折衷一下，請林恩豪委員。

林委員恩豪：謝謝主席，我想是這樣，醫院剛有講說訂 80%也可以執行到 100%，其實這個 KPI 剛剛其他委員也有講，都可能執行到 100%以上，現在往低訂，觀感就不佳，是不是執行到 80%就不想再引進新藥新科技，或是藥品及特材給付規定改變又不繼續往前做，這個會造成使用者擔心的疑慮，既然不是 100%就是會超過 100%，KPI 訂高一點就訂 90%，這是很正常的執行百分比，我覺得沒有太大的困難，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝，請洪瑜黛委員。

洪委員瑜黛：這邊想請教一下，剛剛張禹斌副署長說主計處要求要達90%，如果沒有會有怎麼樣的後續影響？如果我們這邊定的協定事項沒有達到，後面會怎麼樣？想請教一下，謝謝。

張副署長禹斌：我跟各位報告，90%是我們平常的行政預算要求的執行率，每年都在催至少要達到 90~95%，如果沒有達到，隔年審行政預算時，行政院就會酌予考量，若執行率沒那麼高，預算就不需要編那麼高，把資源留給別人，在預算編列時是這個概念，所以我們寫 90%，是希望說至少照我們原來平常行政預算執行的要求，也達到 90%。

其實這項目我覺得醫界可以考量，大概都執行到快 100%，剛才嚴必文委員有提到，其實我們這些都是有所本才編出來的，倒不至於這麼嚴重，所以我個人看法 85%、90%其實只是寫而已，最後一定會超過，是否醫界就像林恩豪委員講的，就大力一點寫 90%，也不會怎樣，一定達得到，不用擔心啦！

周主任委員麗芳：好，聽聽看李飛鵬理事長的意見，90%可以接受嗎？

李委員飛鵬：可以。

周主任委員麗芳：可以的話，預期效益評估指標項次 1、2 就確認，維持 90%。項次 3、4 這邊只是文字酌修，酌修的部分也請李飛鵬理事長確認一下，對於目前的處理建議，你們是不是可以接受？謝謝。

李委員飛鵬：可以。

周主任委員麗芳：好，針對項次 3、4 健保署的處理建議，醫院部門也都接受，其他委員是不是還有要提出垂詢的？請林恩豪委員。

林委員恩豪：我想問一下醫院代表，把項次 3 原來的 3 個急診相關項目指標刪掉，是因為這 3 個指標代表的意義不強，還是怎麼樣？可不可以稍微再說明一下，謝謝。

周主任委員麗芳：請說明，就是補充資料 1 第 4 頁項次 3 的 2 之(2)。

李委員飛鵬：關於急診相關項目指標，這部分我們在開會的時候，前私立醫療院所協會的黃集仁理事長特別提到，急診轉出率就是醫院不用看急診，只要將病人轉出去就可以達到的 1 個指標，比較單純，

事實上對紓解急診壅塞沒什麼幫助，他覺得這指標對紓解急診人力反而沒什麼幫忙，所以建議把這個指標拿掉，留下他認為對於急診運作有幫助的項次。

周主任委員麗芳：謝謝，等於是說你們刪掉原來的 3 個指標，但是刪掉之後有再補充，也是一樣有 3 個指標。請朱益宏委員。

朱委員益宏：我再補充一下，因為原來的第 3 項指標「急診轉住院人次占率及急診病人停留超過 24 小時之案件比率」其實有 2 個內涵，這樣就很難去訂所謂的相關閾值，開會的時候我們希望還是維持 3 個指標，所以中間做一些調整，將原來的第 3 個指標分列成 2 項。至於原來的第 1 個指標「急診病人轉出率」，因為現在將急診病人轉出會面臨民眾很多的抱怨，如果變成 KPI 會造成非常大的困擾，所以我們才建議將急診相關項目指標做這樣的調整，調整後也更符合急診現場的作業情形，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝，因為健保署這裡的處理意見是這些指標是尊重醫界規劃，也跟臨床實務上比較吻合。如果委員沒有其他意見，醫院部門就確認。接下來進行西醫基層，請陳燕鈴組長說明。

陳組長燕鈴：請委員翻閱補充資料 1 第 6 頁，西醫基層總共有 7 項 KPI 要確認，項次 1 是健保署尊重醫界意見，項次 2 到 6 項健保署有提出修正建議，第 7 項等一下會再說明，需要進一步討論。

項次 1「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」，這個協定事項的部分，醫界跟健保署都沒有修正，健保署有去跑了一下統計，114 年護理人員薪資調升比率是 54.2%，所以這指標訂為 85%是合理的，所以健保署尊重醫界規劃的指標。

項次 2「促進醫療服務診療項目支付衡平已導入費用」，這個部分在執行目標是沒有修正的，預期效益評估指標裡面，原來協定事項是假日開診家數下降 3%即啟動調查，依調查結果進行滾動檢討跟調整，健保署是建議比較精確，而且可操作，建議變成說倘某區域急診人數大於 5%，或開診率下降則請醫師公會全聯會協調開診，全聯會同意健保署的建議。

項次 3「家庭醫師整合性照護計畫」，這部分醫界跟健保署建議不同，可能要進一步討論，原來協定事項 KPI 的(2)是「糖尿病會員胰島素注射率」，健保署考量這部分只看胰島素注射率無法看到糖尿病病人生理指數，建議刪除並改成「潛在可避免急診率(優於全國)」及增加(3)「三高病人之生活型態量表填寫人數>5 萬人」，對於健保署所建議的預期效益評估指標(2)、(3)內容，這部分全聯會建議還是維持原來的指標，就是沒有同意的意思，這部分等一下要討論。

項次 4「醫療給付改善方案」，全聯會對於協定事項的部分有做更明確的文字修正，健保署對於執行目標的文字修正沒有意見，在預期效益評估指標部分，健保署也就醫界修正的文字，再酌修更明確，改為「各方案照護人數或照護率較前一年度增加或維持」，這是考慮到有些人數很少的 P4P(註)方案沒辦法用照護人數，可以用照護率，這部分全聯會也同意健保署的修正建議。

註：P4P(Pay-for-Performance，論質計酬)

項次 5「口腔黏膜癌前病變(OPMD)追蹤照護計畫」，這是 116 年新增項目，請翻到第 10 頁，這項目原來的預期效益評估指標訂有 3 項，包含收案率、複診管理照護執行完整度跟年度完整追蹤率，針對以上預期效益評估指標，健保署建議修正變成收案人數大於 2 萬 5,000 人，主要考量這是新增計畫，最快於 116 年下半年啟動，所以在 116 年並沒有辦法取得完整執行複診管理追蹤及年度完整追蹤，爰建議刪除「複診管理照護執行完整度≧80%」及「年度完整追蹤率≧60%」這兩項指標。同時健保署也以 113、114 年實際人數推估，認為 2 萬 5,000 人是達到可以收案人數的指標，全聯會也同意健保署提出的修正建議。

項次 6「幽門螺旋桿菌除菌治療後衍生診療費用」，這個部分原本的預期效益評估指標是「陽性個案追蹤率達 70%」，健保署考量這錢用在除菌治療後的追蹤確認檢驗，所以建議把 KPI 指標變成「除菌後完成幽門桿菌糞便抗原檢查檢驗之比率較前一年增加」，這個部分全聯會也同意健保署修正建議。

項次 7「強化糖心腎症候群(CKM)全人整合照護計畫」可能就要進一步討論，這計畫原本有執行目標及預期效益評估指標各 1 個，但是這部分健保署有提供一些原則性的說明，可是對於實際具體目標、預期效益評估指標並沒有提出建議，請看到第 11 頁最右邊那一欄，健保署原則性建議在第 12 頁，本計畫的預算是用於放寬降膽固醇、降血糖藥物的給付條件，所以健保署建議評核指標要能夠區辨治療成效是否跟藥物使用有關，另(2)提到糖心腎症候群計畫跟現在的家庭醫師整合性照護計畫、糖尿病、慢性腎臟病等醫療給付改善方案之照護對象、服務內容及品質指標具有高度重疊性。健保署認為應該先釐清政策定位詳細內容，避免重複收案跟重複支付的情形。所以在第 13 頁處理建議(3)提出預期效益評估應著重新增照護措施所帶來之實質健康效益，並與既有計畫品質指標適度整合，以提升健保資源運用效益。

因為健保署提的建議都很好，全聯會也同意，但問題是報部核定時需要有比較確定的協定事項文字，所以本會就參考健保署的意見，建議把協定事項的文字修正為第 14 頁的「請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體討論研訂執行目標、預期效益之評估指標，指標之訂定應能反映新增照護措施所帶來的實質健康效益，其收案對象及服務內容應避免與既有計畫重複，適度整合相關品質指標，以提升健保資源運用效益，並報請衛生福利部核定」，我們的建議請委員討論，以上說明。

周主任委員麗芳：非常感謝，針對西醫基層總額協定事項「執行目標」及「預期效益之評估指標」的說明，項次 1「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」並未修正，健保署尊重醫界規劃，本項應無疑義。

我先將健保署提出修正建議且西醫基層總額部門亦同意修正的項目依序列出：項次 1 無疑義，完全沒有修正。項次 2「促進醫療服務診療項目支付衡平已導入費用」、項次 4「醫療給付改善方案」、項次 5「口腔黏膜癌前病變(OPMD)追蹤照護計畫(116 年新增項

目)」、項次 6「幽門螺旋桿菌除菌治療後衍生診療費用(116 年新增項目)」，以上西醫基層總額部門同意健保署修正建議，這幾個項目較無疑義。

現在聚焦在比較需要討論的項目，首先項次 3「家庭醫師整合性照護計畫」，西醫基層總額部門電子郵件回復，希望維持補充資料 1 第 7 頁原暫列的預期效益之評估指標「(1)糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率。(2)糖尿病會員胰島素注射率。」，請張禹斌副署長說明目前健保署規劃情形，謝謝。

張副署長禹斌：謝謝主席，家庭醫師整合性照護計畫已經執行多年，各位委員請看原本醫界所提的預期效益之評估指標，如果只有監測胰島素注射率，監測力道有點薄弱，所以本署提出新的 2 項預期效益之評估指標，是「(2)潛在可避免急診率(優於全國) 」還有「(3)三高病人之生活形態量表填寫人數>5 萬人」。尤其生活型態是「健康台灣三高防治 888」政策的重要一環，所以懇請委員、醫界支持我們提的預期效益之評估指標，以上。

周主任委員麗芳：謝謝，請今天代表西醫基層總額部門出席的陳炳誠副秘書長說明。

陳代理委員炳誠(黃委員振國代理人)：主委、所有長官、委員大家好，我是醫師公會全國聯合會副秘書長陳炳誠醫師，今天因為黃振國主委人在國外，所以我今天代表他來開會。

首先，如果把「糖尿病會員胰島素注射率」從預期效益之評估指標裡刪除，我覺得健保署的建議雖是立意良善，但我是臨床醫師，我們討論過以下幾個問題。

第 1，如果患者願意接受使用胰島素控制，即使是施打少量的胰島素，患者的糖尿病很快就會被控制，在他打胰島素的過程中，會產生病識感，所以血糖很快就會下降。很多研究顯示，如果糖尿病患者剛被診斷出糖尿病，或是血糖很高的時候，無論是以藥物或飲食控制讓血糖下降，未來的 outcome(結果)都會比較好。也就是說，

如果患者血糖可以立即控制下來，與 3 個月後下降、1 年後下降比較，未來這位患者的健康狀態是完全不一樣的。

如果把「胰島素注射率」的評估指標刪除，GLP-1(註)的使用量可能會大量增加，健保的預算缺口可能會變大，基於病患照護或現實經費的考量，經過內部討論過後，覺得不要刪除該指標較好。大家可能不清楚，臨床患者施打胰島素後，會有很多心態轉變，醫師需要花費很多時間向患者解釋、衛教，施打胰島素是值得鼓勵的。再者，在臨床上的確看到患者狀況能很快得到改善，所以希望保留本項指標。

第 2，評估指標「潛在可避免急診率(優於全國)」的立意也非常好，但是有幾個問題。第 1 個，比較指標的基準出現了問題，該指標要求「優於全國」，但問題在於所有收案的會員，通常是病情相對嚴重的病人，如患有慢性病、肝硬化、腎病變等等，正因為他的健康出現問題，才會不斷回診所複診。如果我們直接以這群特定病人與全國做比較，勢必會出現急診比例未能下降的假象，這是很大的問題。

第 2 個問題，家庭醫師整合性照護計畫是針對初級預防，對次級預防的成效較不明顯。然而病人送到急診時，醫療人員無法在第一時間釐清病人就醫原因是屬於初級預防還是次級預防的範疇，在這方面我覺得還有很多需要釐清的部分。

我想回應健保署，健保署的立意良善，但實際上，許多研究顯示，只要病人加入家庭醫師整合性照護計畫、P4P 方案，幾乎所有指標都會得到改善。我是臨床醫師，我做了很多 P4P 方案，感謝健保署制定很多 P4P 方案，病患只要收案後，幾乎所有指標都會改善，這是無庸置疑的。只是如果將指標設定「優於全國」，在比較上可能會出現很大的問題，若是要依健保署的建議，我們與全聯會的理事經過討論，認為這件事情需要更多討論。

最後 1 項是「三高病人之生活型態量表填寫人數>5 萬人」，我們沒有其他意見，原則上尊重健保署，不知道委員是否有其他想法。

註：GLP-1(Glucagon-like peptide-1，類升糖素胜肽-1，降血糖藥品)。

周主任委員麗芳：謝謝，剛剛陳炳誠副秘書長提出的意見，是希望指標「糖尿病會員胰島素注射率」能夠保留，也同意新增「三高病人之生活型態量表填寫人數>5 萬人」。剛剛提到的第 2 點，「潛在可避免急診率(優於全國)」，因為統計過程中應該要考慮許多的控制變數，所以在還沒有更多實證數據去控制這些變數之下，西醫基層總額部門覺得目前不宜設定該指標。聽聽其他委員的意見，對於剛剛陳炳誠副秘書長說明，希望維持原本的 2 項預期效益之評估指標，以及健保署建議的 3 項指標，各位委員是否能接受？請朱益宏委員。

朱委員益宏：請問健保署提出的建議「三高病人之生活型態量表填寫人數>5 萬人」，因為書面補充資料 1 沒有呈現大於 5 萬人的數字，是不是要明確寫入協定事項？因為資料裡沒有呈現。

周主任委員麗芳：有，補充資料 1 第 7 頁最下方第 3 項次，「家庭醫師整合性照護計畫」健保署修正後協定事項。

朱委員益宏：看到了，謝謝。

周主任委員麗芳：請黃心苑委員。

黃委員心苑：謝謝主委，剛才陳炳誠副秘書長講的內容很有道理，只是我好奇幾個部分，第 1 點，預期效益之評估指標是否只能列 3 個？還是不限定列幾個？如果不限定，「糖尿病會員胰島素注射率」是很重要的過程面指標，我建議還是要保留。

但健保署的建議也非常好，因為健保署可能是考慮到「家庭醫師整合性照護計畫」已經執行許多年，現在的指標當中只有第 1 個「糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率」是屬於結果面指標，所以健保署想再加 1 個結果面指標，可以讓民眾覺得「家庭醫師整合性照護計畫」對於民眾健康是有幫助的，因此加 1 個「潛在可避免急診率」的評估指標是合理的。

剛才陳炳誠副秘書長提到，他擔心的是對照組，就是比較的基準，如同剛才主委所提，控制變項是他們很擔心的部分，直接比較可能會不公平。我的建議是可以新增這項評估指標，只是「優於全國」對照組的定義，還可以再商量，我覺得並沒有衝突。如果覺得這幾

個指標都很重要，後續評核時，評核委員也都會檢視，所以不用覺得好像只能2選1，以上。

周主任委員麗芳：謝謝，陳炳誠副秘書長，你們的看法怎麼樣？當然這些指標是可以循序漸進的。原本的2項再加上健保署建議的第3項，另外各位關心的第2項「潛在可避免急診率」，是可以循序漸進今年先試行，過程中假設能試算出全國基準值，或許未來能列入比較基準，你們的看法如何？

陳代理委員炳誠(黃委員振國代理人)：感謝主席、委員的意見，實際上如同我剛才所言，這是拿A比B，其基準值該如何定義，就會面臨很大的問題。我們得先釐清把病人送到急診時是屬於初級預防或次級預防出問題，要先定義清楚。對於如何具體規劃相關的定義、方法，我覺得這是目前需要釐清的重點。我們並非一味反對，建議先將指標定義界定清楚，這是一項龐大的工程，需要更多學者專家共同討論，以上是我們的意見，謝謝主席。

周主任委員麗芳：謝謝，請張禹斌副署長回應。

張副署長禹斌：剛剛黃心苑委員講得很好，這是結果面指標，我稍早也開宗明義提到，家庭醫師整合性照護計畫已經執行多年，但直到最近的關注重點仍是急診，我認為今天列入此項指標，對社會大眾與家庭醫師整合性照護計畫而言，是非常好的指標。陳炳誠副秘書長擔心的是定義的問題，今天不會討論具體定義，主要是凝聚概念，具體定義可以再行討論。

另外，有關「優於全國」的比較基準，因為全國的數字目前較難訂定，是否同意明年先以「前3年的平均值」作為基準？待未來定義明確後再修正。目前基準值先設定為優於前3年的平均值，應該可行。因為全國數據目前仍屬未知，但至少前3年為已知，要求成效比過去幾年更好應無問題。如果無法呈現比前3年平均值進步，今年又額外投入諸多預算於家庭醫師整合性照護計畫，可能很難向付費者代表說明。因此這部分請不用擔心，請委員會授權健保署，由健保署另外開會將定義釐清。

陳代理委員炳誠(黃委員振國代理人)：謝謝健保署的說明，對此我想提出幾點看法。第 1，我認為指標的定義一定要清楚，我們才能做有效的比較。第 2，站在病人的立場，假設計畫未能將評估方法制定清楚，導致本應轉診到急診的病人卻未轉到急診，傷害的將是病人本身，這是政策的兩面刃，我們制訂的指標應該優先以病患的福祉作為考量。

我不反對這項指標，因為參與計畫後一定會降低急診率，但是如果指標沒有妥善定義，後續發生很多應該轉診卻未轉診的情形，反而延誤了病人的病情，這是醫生最不想看到的局面。與各位討論後，我認為這項指標立意良善且完全支持，但仍需更多的配套方案，該如何順利推行需要更多學者專家共同研擬，以上是我的想法。

周主任委員麗芳：請陳秀熙委員。

陳委員秀熙：謝謝。第 1 點，關於家庭醫師整合性照護計畫，健保署針對指標「糖尿病會員胰島素注射率」提出調整建議，其本意並不是要取消該項指標，我聽出了健保署的立場，大家皆知這幾年糖尿病的控制不是光靠胰島素注射，還包含口服藥物、SGLT2(註 1)、一直到目前也在使用的 GLP-1，所以這次的總額協商，付費者代表們都給醫界很大的鼓勵。我想健保署的意思是，如果今天對於糖尿病的控制方式已如此多元，是否能在執行 20 年後的現在 update(更新)成效指標？希望西醫基層總額部門能再考慮一下，因為糖尿病的治療方式已經不是只看胰島素注射率，這是眾所皆知的事實，剛才陳炳誠副秘書長也提到，病人每天都在吃 Metformin(註 2)等，控制血糖的效果也很好，所以其實只要加幾句話就好。

有 1 件事情我倒覺得要注意，補充資料 1 第 11 頁第 7 項「強化糖心腎症候群(CKM)全人整合照護計畫」會牽涉到本項的評估指標，因為大部分會去急診的病人都是跟 CKM 有關的疾病，所以這個計畫跟可避免急診率是有相關的。健保署要評估病人是因為糖尿病及三高造成的 CKM 等併發症，還是糖尿病導致的低血糖而去急診，如果簡單作法就是去評估潛在性因三高可避免的急診，這項監

測在西醫基層是可行的。至於評估指標比較標準要不要優於全國，有很多討論空間，可以用區域性的比較，或用不同規模的診所間的比較等等，剛剛張禹斌副署長也提到可以用前幾年的數據做比較，不然這樣一直討論下去也沒法確定指標。

最後 1 件事情是一定要注意計畫的執行目標，「家庭醫師整合性照護計畫」重點是三高防治，並不是 CKM，換句話說這項計畫的監測，三高指標還是很重要的，第 7 項「強化糖心腎症候群(CKM)全人整合照護計畫」則希望能跟心臟科、腎臟科的照護整合，這 2 項計畫要區分，以上建議，謝謝。

註 1：SGLT2(Sodium-glucose cotransporter 2，新一代口服降血糖藥)。

註 2：Metformin(降血糖藥)。

周主任委員麗芳：非常感謝陳秀熙委員提出來的寶貴意見，針對剛剛比較有爭議的部分，健保署建議修正預期效益之評估指標 (2)，他建議修改成「評估因三高防治可避免急診率」，這樣的論述。應該比較沒有問題吧？

陳代理委員炳誠(黃委員振國代理人)：感謝委員的建議，我可以理解委員的想法，這個計畫已經實施 10、20 年，現在不能單靠胰島素注射率來評估所有事情。我首先要提的是胰島素是臨床第一線的藥物，使用後病人幾乎都會改善。其次，現在 GLP-1 藥價很高，如果把這項指標直接刪掉，未來就會有經費缺口，我們的討論需要很務實的考量實際狀況，如果把這項刪掉的話，接下來的藥費……。

周主任委員麗芳：沒有要刪掉。

陳代理委員炳誠(黃委員振國代理人)：對，我的意思是如果把這項指標刪掉。

周主任委員麗芳：沒有要刪掉這項，只是要再增加指標，不是刪這項再增加 2 項，不要擔心。

陳代理委員炳誠(黃委員振國代理人)：好，我並不反對可避免急診率這項指標，但現在的問題是怎麼把配套措施討論好再執行，我覺得如果現在執行的話，後續會產生很多問題，謝謝。

周主任委員麗芳：再確認一下，原先西醫基層的 2 項評估指標全部都保留，再增加健保署建議的指標(3)「三高病人之生活型態量表填寫人數>5 萬人」，針對(2)的部分，黃心苑委員有提出意見，陳秀熙委員也修正了文字，改成「評估因三高防治可避免急診率」。

周執行秘書淑婉：(2)要保留「前 3 年的平均值」的文字嗎？

周主任委員麗芳：沒有，(2)修正成：「評估因三高防治可避免急診率」，先把指標訂出來，閾值再討論。請陳炳誠代理委員不用擔心，等一下還有幾個部門要討論，趁這段時間您可以內部協商，畢竟西醫基層 2 位委員今天因公出國，我知道您有壓力，所以不會要您當場畫押，請放心。

還有第 7 項「強化糖心腎症候群(CKM)全人整合照護計畫」需要確認，健保署有一些建議，不過健保會覺得文字可以更明確，所以在補充資料 1 第 13~14 頁補上 1 段文字，請陳炳誠代理委員確認一下文字內容。

陳代理委員炳誠(黃委員振國代理人)：報告主席，文字內容的部分可以接受，只是補充資料 1 第 11 頁的項目名稱「強化糖心腎症候群(CKM)全人整合照護計畫」，其中的「計畫」應該改成「項目」，因為這不是 P4P 計畫，所以一般不會寫「計畫」，這只是小小建議。

周主任委員麗芳：請張禹斌副署長補充。

張副署長禹斌：這就是計畫，我們在協商的時候已經確定了，不要改變文字。

周主任委員麗芳：第 7 項沒有問題，西醫基層總額基本上談好了，只有第 3 項要讓陳炳誠代理委員再去徵詢內部意見，等您確認完再跟我說，接下來進行中醫部門。

陳組長燕鈴：請看補充資料 1 第 15 頁，中醫門診總額有 4 項要討論，其中第 1~3 項健保署有提出修正建議，不過中全會建議都不要修改，建議維持原案，第 4 項健保署沒有修正。

請看到第 1 項「提升中醫藥費」，這是 116 年新增的項目，原來協定的預期效益之評估指標是「中藥不良反應報告數量低於 0.01%」，

健保署實際統計 114 年的不良反應報告數量是 0.0003%，建議把閾值修改成「中藥不良反應數報告數量低於 0.0005%」，而中全會建議維持原案，所以這個項目需要討論。

請看補充資料 1 第 16 頁第 2 項「中醫癌症患者加強照護整合方案」，這部分原來的執行目標是參與院所數 300 家及服務人次 29 萬人，健保署統計 115 年已經到 301 家，建議參與院所數修正為 305 家，預期效益之評估指標沒有修正，中全會回應建議不修正，維持原來的 300 家，這項一樣要討論。

請看補充資料 1 第 17 頁第 3 項「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」，參與院所數原本是 300 家，服務人數是 14,500 人，健保署統計 115 年院所數已經有 315 家，所以建議調整目標為 320 家，人數沒有改變，中全會也是建議不要修正，還是維持原來的 300 家，這項也要討論。

第 4 項「照護機構中醫醫療照護方案」，執行目標、預期效益之評估指標的部分健保署沒有意見，尊重醫界的規劃，以上說明。

周主任委員麗芳：中全會有好幾個項目建議維持原案，請中醫部門的蘇守毅理事長來跟委員清楚說明理由。

蘇委員守毅：謝謝主委、各位委員還有健保署長官提供給我們的資訊。有關第 1 項，中醫用藥以門診為最大宗，但門診用藥不良反應報告是直接從「中藥藥品安全監測通報系統」通報，並沒有經過中全會，所以中全會沒有辦法掌握通報案件總數目，我們都是以比較保守的方式去評估。正常來講中藥不良反應比例很低，除非有特殊情況，比方說藥品原本就有汙染，或是之前的硃砂案件那種特殊情況，才會有通報數偏高的狀況出現，這個項目原則上尊重健保署意見。但希望是以正常情況來監測，因為在這麼小的通報比例裡，一旦有無法預期的狀況，變動就比較大。原則上我們尊重健保署的提議，修正成 0.0005%。

第 2 項及第 3 項的部分，因為中醫跟西醫不一樣，當有疫情爆發時，西醫的利用會增加很多，而中醫則因受疫情影響導致計畫的執

行率下降，像是上次的 COVID-19 出現，很多中醫的計畫就會被限制，不能外出巡迴醫療或去機構做治療，後來有清冠一號幫忙舒緩疫情，大家才開始有信心，但是未來會發生什麼情況我們都不知道，原則上我們接受健保署的建議，但希望指標加註「正常情況下」的文字，因為萬一有疫情不可預期的因素，對中醫服務的衝擊是最明顯的，所以在第 2、3 項提出這樣的想法，其他尊重健保署給的建議，謝謝。

周主任委員麗芳：我跟蘇守毅理事長確認一下，第 1 項同意健保署的修正建議。第 2 項及第 3 項也尊重健保署，但希望補 1 段文字「正常情況下」，文字要補在哪裡？中醫部門這麼有誠意，什麼都同意，就請健保會幕僚把文字補進去好了，其他委員有沒有要對中醫部門表達意見？沒有的話，就請幕僚在第 2、3 項的執行目標補 1 段文字「正常情況下」。接下來進行牙醫門診總額的部分。

陳組長燕鈴：請看到補充資料 1 第 19 頁，牙醫門診總額總共有 4 個項目，健保署全部尊重牙全會的修正內容，第 1 項是「牙醫特殊醫療服務計畫」，牙全會的修訂主要都是把目標數往上提升，是上修目標，這部分健保署有用 114 年的服務人次去推估 115 年的預估人次，也符合這樣的目標，所以健保署尊重醫界的規劃。

請看到補充資料 1 第 20 頁，第 2 項是「青少年口腔提升照護試辦計畫」，這項沒有修正，因為健保署相關統計資料反映執行目標的服務人數是合理的，所以健保署也沒有意見。

第 3 項高風險疾病口腔照護計畫，牙全會基本上全部上修了執行目標，這部分健保署也一樣有去做推估，尊重醫界規劃。至於預期效益之評估指標，健保署表示都有在評估，也都在蒐集資料中，預期等到期滿時就可以跑出相關的指標結果。

請參閱補充資料 1 第 24 頁，第 4 項弱勢鄉鎮醫療服務獎勵計畫，原本執行目標第 2 點是「116 年符合本計畫任一項核發原則之牙醫師數，占適用鄉鎮牙醫師數達 5 成」，牙全會也上修到達 6 成，並在後面增加等相關文字，健保署尊重醫界規劃，以上說明。

周主任委員麗芳：謝謝。牙醫部門原先訂出來的指標就相當精準了，所以健保署並沒有額外的修正。有關牙醫部門的指標，委員有沒有其他意見？如果沒有的話，牙醫部門也確認。

有關於其他預算的「執行目標」及「預期效益之評估指標」，請參閱會議資料第 93 頁，因內容沒有修正，所以其他預算部分也確認。

最後，我們回過頭來討論西醫基層部門項次 3 的部分，陳炳誠副秘書長已經討論好了嗎？謝謝。

陳代理委員炳誠(黃委員振國代理人)：非常感謝主席給我很多次發言機會。我是一位腸胃科臨床醫師，自開業以來，無論是 P4P、B 型肝炎、C 型肝炎、DKD(註)或是家庭整合照護等計畫，幾乎所有計畫我都有參與，也獲獎很多次。

我覺得制定計畫的評核標準，就像是設計大學入學考試的題目，醫師為了達到標準，自然會努力找出得分的方法，所以我認為制定標準時一定要謹慎。我不反對訂定，只是我認為要有一個較好的規劃，因為未來若要追逐這標準而導致患者損傷的話，這是醫師最不樂見的，我認為要詳細討論比較好。

家庭醫師整合照護計畫一旦整合 P4P 計畫，幾乎所有數據都會改善，這些數據必然是正面的，只是要怎麼去評估，我覺得必須要很小心，這才會達到我們預期效益。

此外，在計畫沒有確認之前，就先設定急診率指標，萬一大家都不把該轉到急診的病人轉到急診、該轉的不轉而後來出了問題，到時候大家反而會因為這件事情而感到失望。訂這個指標我完全不反對，但我真的希望能夠有更多學者專家來做討論之後再制訂計畫目標，這是我個人的意見。其實我們全聯會的學長或理事們也有相同的看法，這絕對不是反對問題，而是要怎麼執行的更好。

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

周主任委員麗芳：謝謝，因為您今天所代表的身分不是個人，代表的是西醫基層的全聯會。剛剛項次 3 提出來的意見，大多是有共識的，所以原來的預期效益之評估指標「(2)糖尿病會員胰島素注射率」是

保留的，並將健保署建議的(2)改成「(3)評估因三高防治可避免急診率」納入，至於怎麼實際落實操作？就是由全聯會跟健保署討論出可操作的定義。而您及全聯會所關心的問題，健保會委員也非常關注，指標一定要是可操作，而且是合理的可操作，我也要特別拜託張禹斌副署長、劉林義主任秘書，把指標納入後，操作過程中一定要充分溝通，取得共識再執行，以避免未來執行上可能損及民眾的健康，這不是我們所樂見的，這樣可以嗎？副秘書長有點頭了，就把指標(2)納入，後續再去與健保署協商。

此外，再增加 1 個健保署建議指標(3)三高病人之生活型態量表填寫人數大於 5 萬人，並將編號改成(4)。所以項次 3 的預期效益之評估指標共有 4 項，這樣 OK 了對不對？

陳代理委員炳誠(黃委員振國代理人)：對。

周主任委員麗芳：好，就等你這句話。接下來各位委員還有沒有什麼意見？請張禹斌副署長。

張副署長禹斌：各位委員好，我先表達部長的提示，希望各位委員能夠支持，部長希望在協定事項的其中一些項目寫下提升醫事人員的薪資的文字，不知道各位委員能不能同意？我們再來檢視哪些項目可以去寫這段文字。

周主任委員麗芳：我們真的非常尊重醫事人員，也是我們健保會委員一向呼籲的，但要放在哪些項目上面，可能還是要請健保署幫忙。提升醫事人員薪資是我們所有人認同及支持的，不然為什麼總額的成長率會這麼高？就是要提升醫事人員薪資，至於放在哪些項目？請劉林義主任秘書說明。

劉主任秘書林義：當初在各部門總額協商資料的健保署版本，其中在非協商因素(註)的說明就有寫請各部門依政策指示落實調整醫事人員薪資等文字，假如寫在非協商因素裡面的話？

註：非協商因素是「醫療服務成本及人口因素成長率」等文字的口語俗稱。

周執行秘書淑婉：各部門的非協商因素嗎？

周主任委員麗芳：每個部門都寫進去，有意見嗎？沒有意見，大家都同意。請朱益宏委員。

朱委員益宏：當然不反對落這個文字，但是在實際的操作面上，落實薪資調升是怎麼做？比方在醫院總額的護理費部分，就很清楚寫明護理人員薪資的增加要較前 1 年增加至少 1 個投保級距。這邊所謂的醫事人員落實薪資這件事情，包含醫師也是醫事人員，可是在很多醫院的醫師事實上都是 PPF(註)，每個月薪資都不同，所以這個要怎麼執行？我不知道。當然如果是宣示性的文字我個人是不反對，但是落入文字後，未來在執行上，會不會有一些後座力，健保署可能要去思考，我只是順便提醒一下，謝謝。

註：PPF(Private Physician Fee，醫師費。屬獎金性質)。

周主任委員麗芳：謝謝，張禹斌副署長是不是要針對朱益宏委員的疑慮說明一下。

張副署長禹斌：謝謝，我們就先把這段文字寫進去，就像剛才朱益宏委員提到的，去年我們也一直在討論，如何讓醫事人員真正有感，實際感受到調薪的效果，並且將相關成效具體量化。同樣地，明年一開始，我們也會針對這個議題進一步討論，研議應該如何評估先納入那些醫事人員。

目前，我還比較難具體向各位報告，究竟應該採取什麼方式來評估。不過，等相關文字確認，並奉部長核定之後，我們再進一步討論，如何透過適當的方式，讓醫事人員有感。

周主任委員麗芳：謝謝，大家也不用擔心，就是先有提升醫事人員薪資這段文字，但實際怎麼落實，這部分健保署也會與每一個部門充分討論，共同研議出可行、公平且合理的執行方式。相信透過健保署與各部門的共同討論，一定能夠找出更完善、也更符合實際需求的執行方案，好不好？

這個案子有以下決議，第 1 點，確認 116 年度總額協商結果之整體成長率，細節我就不再贅述。

第 2 點，各部門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，依委員意見修正後確認。

第 3 點，依委員意見，修正 116 年度中醫門診總額部分協定事項文字內容，並於各部門總額非協商因素新增協定事項文字：「請落實調整醫事人員薪資，改善工作條件。」。

第 4 點，本次確認及修正文字事項，併入 116 年度總額協商結果，報請衛福部核定。

謝謝，我們進行討論事項第二案。

肆、討論事項第二案「被保險人所屬投保單位應負擔之平均眷口數事宜」與會人員發言實錄(原討論事項第四案)

同仁宣讀

周主任委員麗芳：提案委員有黃國祥委員、呂政華委員、董正宗委員、鄭力嘉委員及林恩豪委員，今天由哪一位代表說明？請黃美惠代理委員說明。

黃代理委員美慧(黃委員國祥代理人)：大家好，因為黃委員出國，所以由我代他說明提案內容，這個案子其實在今年 1 月 21 日委員會議已經有委員提過，並於 6 月 24 日委員會議決定繼續追蹤，有關「被保險人所屬投保單位應負擔之平均眷口數事宜」，計算這個數字其實並不困難，健保法第 29 條已經把這個數字的計算方法說明得很清楚。

113 年公告平均眷屬人數後，我們也看到 113 年保費收入減少的數字，因為 114、115 年都沒有公告，我們就依健保法的計算方法，以健保統計專區公告相應的項目計算平均眷屬人數，計算結果約 0.53 人，113 年公告的平均眷屬人數為 0.56 人，之後沒有再公告。以 0.56 人相較我們試算的數字 0.53 人，計算兩者差異達約 5.36%。若我們用 2025 年保費資料計算，雇主多負擔總金額達 54.27 億元。

所以我們希望能夠按照健保法施行細則第 68 條規定，每年應以最新被保險人之實際眷屬投保資料計算平均眷口數並公告之，以上說明。

周主任委員麗芳：謝謝，其他提案人有要補充嗎？請陳鴻文代理委員。

陳代理委員鴻文(呂委員正華代理人)：不好意思，因為我們秘書長出國，所以我今天代表他出席，針對這個提案我補充 2 個部分，第 1 個，因為這個案子健保會持續在追蹤，過去健保署都回應「每年均依規定將計算結果報請衛福部核定」，既然每年都會報請衛福部核定，我們建議也要把核定結果，每年向健保會委員提出報告。

第 2 個，過去健保署回應的第 2 個部分，「考量原已公告仍屬有效，爰援例將有調整事項辦理公告」。事實上健保法施行細則第 68 條規定的保險人每年應公告之事項，其中第三款就是「依健保法第

29 條所定之眷屬人數」。所以我們要求依法行政，從第 68 條法條的文字對照健保署過去的回應有調整才公告，明顯不符合依法行政原則。所以提 2 個建議，第 1 個，每年要來健保會做專案報告，第 2 個，不管有沒有調整都應該要公告。

周主任委員麗芳：非常感謝陳鴻文代理委員詳盡的說明，接下來請張禹斌副署長回應。

張副署長禹斌：在回應這個議題前，我先從收入面、支出面跟各位委員說明，一般講支出面，以病人的角度來看，健保已經提出相當多支出面的計畫，病人可能參與多項計畫而且都做得很好。但大家有沒有想過，這個病人一生中可能受到不同計畫的框架限制，所以現在支出面的施政方向是以病人為中心，提供連續性的醫療照護。

以這個概念來看眷口數也是一樣，眷口數其實是財務的一環而已，整個健保財務不能只看眷口數，也要看補充保費、薪資調整等等，包括現在的一些政策，例如 65 歲以上政府補助健保費等。所以財務面也是一樣要整體看，不能片段看。衷心建議各位委員必須重新檢視整個財務，最近健保署也開始在思考，原本投保對象分 1 到 6 類執行，很多東西因為政策改變有一些互相牽制，也出現一些不公平的地方，因為健保已經實施 30 年，這個部分也會影響健保財務。跟兩位代理委員報告，還是必須一起看，對健保永續才有幫助。

周主任委員麗芳：這個案子還有其他委員要表示意見嗎？非常謝謝剛剛張禹斌副署長語重心長，健保署針對這塊是全方位的進行整體考量。如果其他委員沒有意見，我先預做決議，本案請健保署併同健保財務整體考量。就是希望要好好的去做檢視，請林恩豪委員。

林委員恩豪：主席不好意思，我覺得這案子並沒有那麼複雜，因為大家要求的只是每年依法公告眷口數而已，當然健保財務有它整體考量性，但這邊單純只是希望依法公告眷口數。

周主任委員麗芳：謝謝林恩豪委員，請蔡順雄委員。

蔡委員順雄：現在看起來這就是一個單純的法定公告義務，這本來就是政府的法定義務，至於張副署長講的有關整個預算的問題，因為

整體人口越來越少，但是老人越來越多，怎麼截長補短那是另一個層次的問題，我們原則上也不太會反對。

但是法定義務應該要公告的事情，我們的要求很簡單，就是除了報部核定外，也要把結果跟健保會說明，這也是一種對外揭示公告的方法。既然這是法定義務，就應當要履行，否則就要改健保法施行細則，施行細則沒有說哪一種例外情形不用公告，以上。

周主任委員麗芳：謝謝，委員還有其他意見嗎？如果沒有的話，我做以下決議，委員意見送請健保署參考，本案請健保署併同健保財務整體考量。接著進行下一案。

伍、討論事項第三案「重新檢視政府應負擔二代全民健保總經費法定下限 36%之計算公式，並請政府儘早依法撥補不足數額案」與會人員發言實錄(原討論事項第五案)

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請陳鴻文代理委員說明，謝謝。

陳代理委員鴻文(呂委員正華代理人)：主席，各位長官，各位委員大家好，因為時間只有 3 分鐘，我一直在思考到底要怎麼講，在 3 分鐘內讓大家都能聽得懂。這是一個老問題，我覺得這個問題最主要的根源來自於行政院 106 年 1 月 23 日的協商結論，這個協商結論牽涉到健保法第 2 條、第 3 條及第 76 條等 3 個條文，我覺得這個案子跟上個案子都有一個異曲同工的地方，就是依法行政的問題。

剛剛在上個提案討論時，我們的訴求是依法應該公告卻沒有公告。回到這個案本身，癥結點就在協商結論的幾項內容，與我剛才提到的健保法第 2 條、第 3 條及第 76 條之間，仍有一些疑義尚未釐清，十幾年來大家一直在討論這個問題。我想請大家參閱會議資料第 181 頁附件一的說明，從這些說明中釐清目前的爭議點究竟是什麼。如果能將這些法規疑義釐清，或透過專家會議進一步討論，我想計算部分其實就會很清楚。

第一，健保法第 3 條條文規定：「政府每年負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%。」這裡面又牽涉到同法第 2 條第 5 款規定，保險經費指保險給付支出及應提列或增列之安全準備。從這兩個條文來看，就可以得到計算公式，這個計算公式本身沒有爭議，可是針對這個計算公式衍生、涉及的項目內容，就有很大的爭議。

我先從健保法第 2 條、第 3 條條文產生的計算公式跟大家報告。基本上，就是保險給付支出加上應提列或增列的安全準備，減掉法定收入後再乘以 36%。如果從行政院協商結論的幾點內容來看，它是採用「其他法定收入」，跟「法定收入」定義其實不太一樣，因此，就產生見解不同的地方。這裡面有兩個問題，第一是採用「其

他法定收入」，就會與第 76 條第 1 項第 5 款所定的「依其他法令規定之收入」產生關聯，因此會有「其他法定收入」與「其他法規收入」之間難以區分的問題，造成部分概念上的混淆。其次，如果從其他法定收入來看，請參閱會議資料第 181 頁第 3 項，過去協商結論所認定的其他法定收入，包含滯納金等項目。這些項目中，除了公益彩券盈餘分配及菸品健康捐收入屬於法定收入外，其他如滯納金、呆帳及投資收益，其實並非法定收入。這就牽涉到認定的問題，因此我想這是第一個從計算公式及文字定義上，就存在疑義的地方。

第二是從應提列或增列的安全準備項目來看，過去的協商結論，是以營運值帶入計算，而營運值的定義，是指當年度保險收支的餘絀數。這個餘絀數又涉及健保法第 76 條所定安全準備的來源，其實有 5 項，其中第 1 項是本保險每年度收支的結餘，法規文字使用的是結餘，不是餘絀，而結餘與餘絀當然不同。如果從第 76 條第 2 項來看，特別指出保險收支發生短絀時，應由保險安全準備先行填補，顯見結餘與餘絀的概念並不相同。因此，這裡所稱的結餘，依照協商結論，如果是負數時，則將負值帶入計算，等於把損失或不足的部分也納入計算公式之中。這就與剛才提到的「應提列或增列的安全準備」在定義上有所差異，若為負數，應以零帶入，而非以負值帶入，我想這就是目前計算公式上大家爭議的重點。

另外，剛剛提到滯納金，在法定收入部分還有 1 項可供佐證，就是審計部在審計時其實有明確認列，只有公益彩券盈餘分配及菸品健康捐這兩部分。基本上，所有爭議都來自協商結論，當初主計總處與衛福部針對相關法規有疑義時，是透過行政院 4 位政務委員跨部會協商後得到結論。從 106 年至今已經十幾年，健保會委員針對該協商結論既然仍有不同意見及看法，是不是建請衛福部或由行政院政務委員重啟協商，邀集專家學者或健保會委員，重新針對協商結論，在依法行政的前提下進行討論。當這些疑義釐清之後，36%

如何計算就會很清楚，如果確實有不足的部分，我們也建議應該儘速依法提撥，補足不足數部分。以上利用簡短時間向大家報告說明。

周主任委員麗芳：接下來我先請主管單位社保司說明，社保司講完之後，今天健保會委員中正好有主計總處代表，請吳銘修委員等一下也可以站在主計總處的立場回應。不過我也要提醒大家，另一場會議的開會時間是 11 點 30 分，所以我們真正能討論的時間不多。請陳真慧副司長。

陳代理委員真慧(張委員鈺旋代理人)：謝謝委員詳細的說明。基本上我必須再澄清一次，我們在歷次委員會議中，已將相關計算方式，不管從收入面或支出面計算，都臚列得很清楚，而且不只一次。我再說明一次，剛剛委員提到，既然經過政委、主計總處，以及審計部做預算決算，整個審定結果都已確定，表示法定程序相當完備，所以沒有所謂定義不清楚的問題，我們的定義非常清楚。

至於您剛提到的其他法定收入，就是經政委、主計總處取得共識後所釐清的部分；至於 36%的部分，我們也都依照這樣的方式計算。主計總處每年編列的預算都有編足，並沒有所謂委員在報告中提到積欠兩千多億元的情形。基本上我必須再澄清一次，法規上的解釋是綜合健保法第 2 條、第 3 條、第 17 條及第 76 條，透過 4 個條文綜合解釋所計算得出，完全清楚明確，沒有疑義，以上說明。

周主任委員麗芳：接下來請主計總處代表吳銘修委員說明。

吳委員銘修：主席、各位委員、各位與會先進大家好，我目前服務於主計總處。雖然當初行政院研商過程我沒有實際參與，不過據我了解，當初行政院研商法律見解及計算方式時相當嚴謹。當然，或許不同人有不同見解，我們都予以尊重。當初行政院研商結論採用衛福部的見解，與當時主計總處前輩的見解有很大不同，不過既然已經確定，我們也都尊重衛福部的見解。該回編預算 795 億元也已分年回編，之後每年也依照衛福部的見解，也就是行政院確定的見解，由行政院依法負擔應負擔的經費。

至於提案提到政府這幾年財政狀況較好，我覺得這又是另外一回事，財政狀況較好，當然可以多挹注健保。誠如社保司在書面意見提到，這幾年也透過健保財務協助方案，在支出面將部分健保項目移列公務預算，收入面也額外挹注健保基金，116 年度預計再挹注 600 億元，自 112 年度至今累積可能已經挹注 1,240 億元。以上是我所了解的資訊，向大家說明。

周主任委員麗芳：謝謝提案委員，讓社保司及主計總處有機會向大家說明本案的法律見解，請問委員還有沒有意見？請陳鴻文代理委員。

陳代理委員鴻文(呂委員正華代理人)：不好意思，我想要進一步補充，106 年跨部會協商的結論我們予以尊重，可是我覺得還是要回歸到依法行政的層面來討論，對於法律條文的文字跟解釋，文字就在那邊，但解釋有不一致的地方就要說清楚講明白。

第一個是健保法第 3 條，文字提到「扣除法定收入後金額」，文字是法定收入並沒有「其他」2 字，但協商結論加了「其他」後，就必須要說清楚「其他」的定義，這是第一個。

第二個，協商結論把實際營運值定義為保險收支餘絀數，明顯跟健保法第 76 條第 1 項第 1 款所稱「收支之結餘」不同，是結餘數，而非餘絀數。針對外界有疑義的地方，既然 106 年時可以透過政務委員針對部會有疑義部分進行討論，106 年到現在也十幾年了，大家對於健保法第 2 條、第 3 條、第 76 條有不同意見、有爭議、有不同看法時，是不是也應該重啟協商，讓大家討論清楚，杜絕外界的疑慮，基本上我們的訴求是這樣。

周主任委員麗芳：非常謝謝提案委員，本案經過充分的討論，考量時間有限，主計總處也把來龍去脈講清楚，未來如果有機會的話，可以再多去論述，也謝謝社保司說明，政府已依法撥補及落實法定責任，本案洽悉。請進行下一案。

陸、報告事項「中央健康保險署「115 年 9 月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：這個月是進行書面報告，委員如有寶貴意見，請提出書面意見，所有意見都會請健保署詳盡回復，本案洽悉。有沒有要提出臨時動議？如果沒有的話，會議就開到這裡，非常感謝大家。現在休息一下。11 點 35 分開始 116 年度保險費率審議前專家諮詢會議。