

衛生福利部全民健康保險會
第2屆105年第8次委員會議事錄

中華民國105年8月26日

衛生福利部全民健康保險會第2屆105年第8次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國105年8月26日上午9時30分

貳、地點：本部301會議室(台北市忠孝東路6段488號3樓)

參、出席委員：

干委員文男

曲委員同光

何委員語

何委員永成

吳委員肖琪

李委員永振

李委員成家

李委員來希

李委員偉強

李委員蜀平

林委員至美

林委員敏華

林委員惠芳

邱委員泰源

侯委員彩鳳

張委員文龍

張委員煥禎

張委員澤芸

黃委員淑英

黃委員啟嘉

黃委員偉堯

陳委員平基

陳委員幸敏

陳委員義聰

陳委員聽安

楊委員芸蘋

楊委員漢淙

葉委員宗義

趙委員銘圓

本部社會保險司楊副司長慧芬(代)

中華民國全國中小企業總會李副理事長育家(代)

林口長庚醫院行政中心潘特別助理延健(代)

中華民國藥師公會全國聯合會古監事會召集人博仁(代)

國家發展委員會陳專員靜雯(13:05以後代)

中華民國醫師公會全國聯合會張副秘書長孟源(12:35以後代)

中華民國勞工聯盟總會陳監事會召集人順來(代)

中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠(13:10以後代)

滕委員西華
謝委員天仁
謝委員武吉
羅委員紀琮

消基會消費者報導雜誌社吳副社長榮達(12:10以後代)

肆、請假委員：
莊委員志強

伍、列席人員：
本部社會保險司
中央健康保險署

朱簡任視察日僑
李署長伯璋
蔡副署長淑鈴
龐組長一鳴
施組長如亮
周執行秘書淑婉
張副執行秘書友珊
洪組長慧茹
陳組長燕鈴

本會

陸、主席：戴主任委員桂英

紀錄：馬文娟、曾幼筑

柒、主席致詞(略)

捌、議程確認

決定：確定。

玖、例行報告

第一案

案由：確認本會上(第7)次委員會議紀錄，請鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第7)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請鑒察。

決定：

一、上次委員會議決議(定)事項辦理情形洽悉。

二、106 年度總額協商暨第 2 屆 105 年第 9 次委員會議議程如附件，請委員預留時間與會。

三、針對委員關切議題，請中央健康保險署就尚需補充說明事項，提供書面資料。

第三案

報告單位：衛生福利部社會保險司

案由：行政院核定 106 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍，請依法辦理案。

決定：

一、委員對 106 年度總額協商政策方向所提建議，供衛生福利部未來擬訂政策方向時參考。

二、委員十分關切 C 型肝炎新藥之預算來源，爰建請衛生福利部及中央健康保險署能有整體規劃並積極爭取公務預算等財源挹注，以利造福更多民眾。

三、請中央健康保險署於 106 年度總額協商前，提供該年度總額範圍之財務影響評估，及未來健保財務收支之概估資料供參。

第四案

報告單位：本會第三組

案由：106 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額醫療服務成本及人口因素成長率案，請鑒察。

決定：委員所提意見供衛生福利部未來檢討公式時參考，餘洽悉。

第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「105 年 7 月份全民健康保險業務執行報告」，請鑒察。

決定：洽悉。

附帶決定：請幕僚調查委員對 106 年度總額協商所需資料之意見，並轉請中央健康保險署提供。

拾、討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：增修「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條第 1 項第 2 款及第 3 款之附表一及附表二指標項立案，提請討論。

決議：委員所提意見，例如：研擬草案過程宜先邀集相關團體討論、新增指標應有明確定義、將「全日平均護病比」指標名稱修訂為「急性一般病床全日平均護病比」、新增「腦中風病人住院日起 180 日內之住院日數及費用(包含住院期間及急性後期照護)」指標等，請中央健康保險署參酌後，依法報主管機關核定。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：105 年全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵案，提請討論。

決議：

- 一、各部門總額於 105 年評核會議獲「優」、「良」等任一等級者，可於各該部門 106 年度總額之品質保證保留款分別酌加「0.3%」、「0.1%」之成長率，以資鼓勵。惟如有剩餘款，則不滾入一般服務基期費用。
- 二、請中央健康保險署與各總額部門依 105 年評核委員建議，持續檢討品質保證保留款之發放條件，期訂定更嚴格的標準，並增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達到提升品質之效益。

拾壹、專案報告

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險業務監理指標之監測結果報告，請鑒察。

決定：

- 一、委員所提部分指標宜有更詳細分析以利深入探討等建議，請幕僚就已納入年度監測結果報告書(105年6月編印)部分，適時向委員說明；至未納入部分，請洽中央健康保險署提供書面補充，或納入未來研修參考。
- 二、請幕僚收集委員對指標之增修建議，並規劃未來「全民健康保險業務監理指標」之增修期程。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：DRGs 相關診斷分類分組由 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 之執行情形報告，請鑒察。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：105 年度及近 5 年新增給付項目與調整給付內容之執行情形及財務影響專案報告，請鑒察。

決定：委員所提新增診療服務、藥品及特殊材料等給付項目與調整給付內容應進行整體財務影響及替代效應分析之建議，請中央健康保險署參酌。

拾貳、散會：下午 2 時 28 分。

106 年度全民健保醫療費用總額協商暨第 2 屆 105 年第 9 次委員會會議議程

地點：中央健康保險署大禮堂(台北市大安區信義路三段 140 號 18 樓)

時 間	內 容	與 會 人 員
9/23 (五)		
09：00~09：30	報到	
09：30~11：30	①醫院總額之協商(120 分鐘)	本會委員、醫院部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
11：30~11：40	中場休息	
11：40~12：30	醫院與西醫基層總額之門診透析預算協商(50 分鐘)	本會委員、醫院與西醫基層協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚(本節之協商，邀請腎臟醫學會列席)
12：30~13：30 午餐		
13：30~14：50	②牙醫總額之協商(80 分鐘)	本會委員、牙醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
14：50~15：00	中場休息	
15：00~16：20	③中醫總額之協商(80 分鐘)	本會委員、中醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
16：20~16：40	中場休息	
16：40~18：20	④西醫基層總額之協商(100 分鐘)	本會委員、西醫基層部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
18：20~19：20 晚餐		
19：20~20：33	⑤其他預算之協商(73 分鐘)	本會委員，及社保司、健保署與本會幕僚
20：33~20：40	中場休息	
20：40~22：00	其他未盡事宜	本會委員，及社保司、健保署與本會幕僚

9/24 (六)

09：30~14：00 委員會議

14：00~15：30 午餐

15：30 賦歸

註：時間以醫院協商時間 170 分鐘(含門診透析)、西醫基層 100 分鐘、牙醫與中醫各為 80 分鐘、其他預算 73 分鐘計算，已計列各部門得延長之時間。

各部門協商時間分配(105 年 6 月 24 日委員會會議決議)

部門別	提問與意見交換		部門之預算協商		合計 (不含各自召集會議時間)	付費者委員視需要自行召開會議	醫界委員視需要自行召開會議	推估最長時間
	30 分鐘	(門診透析)	60 分鐘	(門診透析)				
醫院	30 分鐘	(門診透析)	60 分鐘	(門診透析)	130~170 分鐘	30 分鐘	30 分鐘	130~230 分鐘
西醫基層	25 分鐘	20 分鐘)	50 分鐘	20 分鐘)	115~150 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	115~190 分鐘
牙醫	20 分鐘		40 分鐘		60~80 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	60~120 分鐘
中醫	20 分鐘		40 分鐘		60~80 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	60~120 分鐘
其他預算	20 分鐘		35 分鐘		55~73 分鐘	20 分鐘		55~93 分鐘

備註：各部門協商時間若確需延長，以不超過該「部門預算協商」時間之 50% 為限。

第 2 屆 105 年 第 8 次 委員 會議
與 會 人 員 發 言 實 錄

壹、「議程確認」、例行報告第一案「確認本會上(第 7)次委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

報告主任委員、各位委員，現場出席委員人數為 23 人，已達法定開會人數，請示主任委員是否宣布召開今天的委員會議。

戴主任委員桂英

各位委員早安！(委員回應：早)謝謝周執行秘書淑婉說明出席委員人數已經達到，可以開會。首先進行議程確認，請委員參閱會議資料第 1 頁，本次會議共安排例行報告 5 案、討論事項 2 案及專案報告 3 案，下午還有「106 年度全民健保總額協商計畫(草案)會前會」。請教各位委員是否按照議程安排的順序進行？(委員表示沒有意見)謝謝！現在開始進行今天的會議，請謝委員武吉。

謝委員武吉

附帶建議，大家也都有點年紀了，希望開會時間要有停止點，不要讓我回到高雄都已經八、九點，這樣會很麻煩。

戴主任委員桂英

- 一、會前也有幾位委員跟我說一定要控制時間，所以今天會議時間將有所節制，不能毫無限制的一直開下去，希望每個報告案及討論案，都能儘量在規定時間內完成。
- 二、請幕僚人員協助按鈴提醒，2 分半鐘先按鈴 1 次，3 分鐘屆滿再按鈴 1 次，請委員就停止發言。如果您的發言和前面發言的委員意見相同，請直接說明意見相同，無須再作闡述，以利其他委員發表不同看法。
- 三、現在進行例行報告第一案，本案是「確認本會上(第 7)次委員會議紀錄」，因議事錄已於 8 月 1 日上網公開，8 月 3 日函送委員參閱，請問大家對上次會議紀錄內容有無修正意見？請陳代理委員順來。

陳代理委員順來(侯委員彩鳳代理人)

- 一、非針對會議紀錄內容之修訂意見。前(第 7)次委員會議付費者

委員代表共 17 位連署，臨時提案反對試辦醫師需具名審查公開之措施，惟前天召開的醫院總額研商會議，仍決定自十月份起實施。付費者擔心該措施恐讓健保費用上漲太快，也擔憂審查醫師的人身安全，例如媒體報導前天南部有位醫師莫名其妙被打事件，若實施具名公開審查，以後這種情形恐會經常發生，就算自己不出面，也可能請人去修理你。

二、審查醫師若具名審查且公開，因為台灣人心地比較善良，審核刪不會太狠，所以服務量應會增加，健保現在雖有 2 千多億元的安全準備，這樣下去沒多久就會用完。健保署若仍執意實施具名公開審查，希望能按季呈現審查核刪結果，讓付費者有心理準備。

戴主任委員桂英

- 一、陳代理委員的意見與下一案委員會議決議(定)事項辦理情形之追蹤有關，將於適當時機請健保署說明。
- 二、會議紀錄確定，接下來進行例行報告第二案。

貳、例行報告第二案「本會上(第 7)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

- 一、例行報告第二案案由：「本會上(第 6)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請鑒察」。說明一，上次委員會議決議(定)事項，計有 10 項次，依辦理情形建議解除追蹤 3 項，繼續追蹤 7 項，請參閱會議資料第 14 頁附表一，但最後仍依委員議定結果辦理。為免大家來回翻閱資料，請容許進行至第 14 頁時，再向委員報告追蹤事項辦理情形。
- 二、說明二，104 年度各部門總額執行情形，業於 7 月 28 及 29 日舉行成果發表暨評核會議，評核委員所提相關建議，將作為 106 年度各部門總額協商之參據。評核委員對 106 年度各部門總額一般服務及 30 項專款項目之續辦與經費建議，摘述如下：

(一)整體性事項

對已證實具成本效益或可節省支出之政策或計畫，可納入總額協考量，宜請健保署收集明確證據之成效資料。

(二)一般服務項目

1.各部門總額：宜善用醫療服務成本指數改變率所增加之預算，檢討支付標準之結構，以公平合理反應人力成本。

2.新醫療科技：

(1)請健保署提出 106 年預訂新增項目之規劃及財務影響，供協商參考。

(2)本項預算之編列，宜考慮過去 4 年新增項目之財務影響。

(三)專款項目

綜整評核委員建議，各項目細項資料詳第 36 頁附表二，請委員參考。簡單摘要如下：

1.牙醫門診總額 3 項專款，有 2 項續辦及建議經費維持不

變；建議事項為「牙周病統合照護計畫」建議納入一般服務。

- 2.中醫門診總額 3 項專款均建議續辦及經費維持不變。
- 3.西醫基層總額有 4 項專款，其中「家庭醫師整合性照護計畫」建議擴大，希望納入居家醫療照護服務，提升基層院所參與率。另建議將醫療給付改善方案之適用對象，例如：糖尿病、BC 肝追蹤、氣喘等納入照護範圍。有關「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」，則建議比照醫院部門回歸一般服務。
- 4.醫院總額 7 項專款均建議維持續辦，經費不變。
- 5.其他預算 13 項專款，10 項維持續辦，2 項縮小，主要是「高診次藥事照護試辦計畫」及「跨層級醫院合作計畫」。「跨層級醫院合作計畫」104 年預算執行率偏低，僅 13.5%；「高診次藥事照護試辦計畫」因自 104 年起全面推行雲端藥歷，已可透過前端之管控，有效減少重覆用藥問題，故建議縮小執行範圍。另國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)編碼實作獎勵方案則建議停辦。

三、說明三，為完備 106 年度總額協商所需資訊，幕僚單位業於本次會議提供「105 年全民健保各部門總額執行成果發表暨評核會議紀錄」、「全民健保醫療給付費用總額協商參考指標要覽--105 年版」及「全民健保各部門總額執行成果摘要--105 年版」共 3 冊供委員參用。

四、說明四，106 年度總額協商暨第 2 屆 105 年第 9 次委員會議，將於本(105)年 9 月 23、24 日假健保署 18 樓大禮堂舉行，依據本年 6 月 24 日委員會議決議之「106 年度總額協商程序」及上次委員會議各部門總額協商順序之抽籤結果，擬訂議程草案如會議資料第 39 頁附件，請各位委員參閱。

五、說明五，衛福部及健保署本年 7 至 8 月份發布及副知本會之相關資訊如下：

- (一)本年 7 月 21 日修正發布「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分條文，主要針對健保已收載藥品發生不可抗力之短缺事件，建立國內外緊急調度及備援機制，及為使藥品價量協議制度更符合實務作業及協議精神，修正部分條文。
- (二)公告 3 項專案計畫新增承辦院所及醫師名單。
- (三)本年 7 月 22 日訂定發布「全民健康保險促進病友參與藥物納入健保給付決策作業要點」，重點摘錄部分請各位委員參閱。
- (四)本年 7 月 25 日公告修正「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」附表之專業醫療服務品質指標，及本年 8 月 2 日公告「105 年全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」，主要針對指標之目標值及監測進行調整。
- (五)公告增訂 105 年全民健康保險國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)編碼品質提升獎勵方案，請各位委員參閱。

六、有關本會上(第 7)次委員會議決議(定)事項辦理情形追蹤表，以下簡要報告，請委員參閱會議資料第 14 頁：

(一)擬解除追蹤共 3 案：

- 1.第 1 項，有關 106 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」諮詢案，希望於行政院核覆衛生福利部後解除追蹤。行政院已於本年 8 月 1 日函覆衛福部，衛福部將於本次委員會議提報。
- 2.第 2 項，有關核減率的呈現方式，是否細分有無參加自主管理醫院，因已追蹤多次，謹就更新辦理情形向委員報告。健保署已按年進行統計並提供自主管理與非自主管理之核減率；至於有關核減情形需分區、分層級、分部門呈現乙節，該署自本年 6 月份起之全民健康保險業務執行報告，已按委員要求之分類提供核減率資料。

3.第 3 項，「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案執行成果，委員所提建議，健保署已提供書面資料詳第 30~32 頁，請各位委員參閱。

(二)擬繼續追蹤共 7 案：

- 1.第 1 項，「105 年度全民健保各部門總額協定事項相關計畫之辦理情形」，針對未完成事項重新整理辦理情形如第 35 頁。除「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」、「區域醫療整合計畫」2 項未推動外，其餘各項計畫均已公告實施，執行情形並提報本年 7 月份「全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議」；「學齡兒童過敏性鼻炎照護計畫」已另案提報辦理情形。
- 2.第 2 項，「全民健康保險會組成及議事辦法」之修法規劃時程，社保司回覆考量條文訂定意旨，已落實二代健保擴大各界參與之精神，迄今未有改變，且原本任期 2 年及更替 1/5 之規定，已適度考量經驗傳承問題，應無修正該條文之需要。
- 3.第 3 項，有關菸品健康福利捐分配予全民健康保險安全準備之比率，國健署回覆調整菸捐分配比率屬衛福部總體政策考量，請本會於未來獲邀各受配機關討論修正菸捐分配及運作辦法時，再行提案。惟考量本會非受配機關，爰請健保署於受邀討論時協助提案。
- 4.第 4 項，「105 年 6 月份全民健康保險業務執行報告」委員所提意見，健保署提供書面資料詳第 18~34 頁，請各位委員參閱。
- 5.第 5 項，有關「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」，原則通過，所涉支付標準調整部分，授權健保署會同中華民國中醫師公會全國聯合會議定後，依法定程序辦理後續事宜。健保署回覆將依程序報請衛福部核定後公告實施。另第 6 項建議洽請客觀公

正之學術單位評估該計畫之實施成效，健保署回覆將俟計畫實施後及預算通過情形，再行辦理後續成效評估事宜。

- 第 7 項，也是剛才陳代理委員順來所關切部分，對健保醫療申請款額第一線個別醫師需具名審查公開之措施，健保署回覆審查核刪結果具名公開之作法，為衛福部對外宣示將於本年 10 月起實施之試辦方案，實施具名制度仍願意擔任審查醫師者均為自願者，該作法醫界亦有正反兩面之看法，該署將於試辦期間持續監控點值之影響，並評估審查品質，試辦 6 個月後再向本會報告。其餘資料請委員自行參閱，以上報告。

戴主任委員桂英

謝謝周執行秘書淑婉非常詳細的摘要報告，本報告案時間為 20 分鐘，目前剩下 6 分鐘可以討論。剛才陳代理委員順來的意見也與本報告案有關，請問其他委員有無意見？有 5 位委員示意要表達意見，請依序發言。

干委員文男

擬繼續追蹤第 7 項，臨時提案反對健保醫療申請款額第一線個別醫師需具名審查公開之措施，剛才陳代理委員順來只講了一半，既然衛福部要實施具名審查公開，我們也無法阻擋，但建議以未實施前半年資料為基準，試辦後每月呈現分區別審查核刪情形，以利委員瞭解執行結果，是否造成浪費，讓付費者多付錢。

戴主任委員桂英

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 主席、各位委員及與會幕僚大家早！針對擬繼續追蹤第 7 項臨時提案辦理情形，覺得有點離譜，不知道為何衛福部或健保署，只因為 1 位醫師絕食抗議，就可以改變整體政策，假如我帶了 5 人去抗議，你要不要改？真的是非常離譜。一般而言，

所有的審查都有具名但未公開，但健保署就是要試辦具名審查又要公開，非常不能認同。

- 二、會議資料第 16 頁擬繼續追蹤第 3 項，有關菸品健康福利捐分配予全民健康保險安全準備之比率，在上次會議提案時，我們希望其中 17% 未用於長照部分，應回歸健保安全準備，辦理情形之說明為考量本會非受配機關，請健保署於受邀討論時協助提案，請教健保署會不會提案？
- 三、根據審計部資料，截至目前為止，菸捐的整體分配運用，到 104 年底尚有 106.65 億元未使用，包括菸農產業的輔導 7.94 億元、醫療資源缺乏地區 37.56 億元、提升預防醫學與臨床醫學醫療品質 8.96 億元及 10.31 億元、補助經濟困難者的保險費 4.03 億元、罕見疾病之醫療費用 8.52 億元、癌症防治 8.37 億元、菸害防治 16.61 億元及衛生保健 4.31 億元，還有這麼多的經費未使用，還要將分配於全民健保之安全準備金從 70% 降低至 50%，上述資料希望健保署在提案時一併納入。
- 四、針對會議資料第 21 頁新型 C 肝用藥，健保署雖已回覆，但還是表達看法，個人非常反對部分負擔，請在場委員考量目前 C 肝患者都是位在偏遠地區，如雲嘉南、高屏及中彰投地區，經濟環境都很差，要其自付 20% 恐有困難。以前是有錢判生、無錢判死，醫生也是有錢才醫治，沒錢病人就等死，這樣非常不好，希望大家對自費部分慎重考量。

戴主任委員桂英

好，請林委員敏華。

林委員敏華

主席、各位委員大家好，有關會議資料第 29 頁審查核減率統計表，資料僅呈現百分比，建議宜列入點數，否則光看百分比比較無感，尤其總額額度很高，百分比很難真正呈現到底差異多少。

戴主任委員桂英

請謝委員武吉。

謝委員武吉

會議資料第 10 頁說明五(一)，衛福部修正發布「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分條文，昨天看到報導有 6 百多項缺藥，缺藥原因是否因為藥價太低致不符成本，尤其商業團體應要去了解狀況。建議該 6 百多項藥品應於 6 個月前向 TFDA(食藥署)申報無法製造時，要瞭解無法製造的原因，不要只是為了壓低價格，導致廠商無法生產，造成很大的損害。

戴主任委員桂英

請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、會議資料第 14 頁擬解除追蹤第 2 項，健保署既然表示按季提供有困難，我也同意本案可以解除追蹤，因為再不結案，好戲也會變成歹戲拖棚，或許這是健保署的策略也不一定，拖到我真的不好意思不解除追蹤。但我還是要為所有委員發言，以後應該要趕快處理，不要讓委員到最後覺得，堅持不解除追蹤，好像是我們的錯。
- 二、現在可以提供自主管理與非自主管理核減率之全年數據，同意結案，但應遵守君子協定，去年的自主管理與非自主管理核減率資料應已經出來，雖說無法每季提供，但可提供全年，惟去年提供的資料並未分層級及分區別，資料應再補足。明年起提供年度資料時，應區分自主與非自主管理、分區及分層級。

戴主任委員桂英

本案已超過 3 分鐘，徵求委員發言到此告一段落。請健保署就委員意見口頭說明，不足部分再以書面回覆。

李署長伯璋

- 一、有關會議資料第 16 頁菸捐部分，我們已經提案希望分配於全民健保之安全準備金能夠回到 70%，惟國健署已經拿到好處，大概不會同意，但我們還是該盡到應盡的責任。
- 二、第 17 頁具名公開審查是試辦，各位委員一直表達的意見，我

們也聽到了，只是在立法院時，立法委員要求我們要實施教具名公開審查，當時我們採試辦方式，對所有醫師而言，點值確實是很大的壓力。早上還有和部長討論到，試辦過程一定會密切追蹤，也會讓各位委員知道執行進度。

三、C 肝新藥部分負擔是很現實的問題，各位委員也知道 C 肝新藥費用不便宜，從原本一百多萬、二百萬元，因為衛福部想給病人機會，讓廠商願意將價格降至 25 萬元，但還是很大的負擔。對台灣 2 千 3 百萬人口，我們很清楚全民健保可以提供的治療，問題是 C 肝和非 C 肝病人，治療 C 肝和非 C 肝醫師，態度都不太一樣，甚至醫院和診所，態度也不一樣，但這部分尚未定案，還可以繼續討論。

四、張委員煥禎提到醫院自主管理部分，這部分已做很大改善，前天我去北區業務組，也去拜訪林口長庚醫院院長，我會儘量改善整體醫療生態，請放心。

五、有關缺藥問題，部長已請 TFDA 針對缺藥狀況，和健保署密切合作，針對健保藥品品項和藥價差部分，TFDA 和健保署會加強整合，以上簡要報告。

戴主任委員桂英

請潘代理委員延健，發言請簡短。

潘代理委員延健(李委員偉強代理人)

一、可能對議事已經不熟悉，剛才舉手比較慢，會儘快在 1 分鐘內結束發言。就會議資料第 17 頁擬繼續追蹤第 7 項臨時提案補充建議，雖然未參與本案的討論，但醫界意見真的非常分歧。若監控僅以點值浮動來看，因為只有 6 科試辦，對整體點值的影響其實看不出來，因為百分比很小，建議應該看這幾個科申報服務量前後的成長率差距，是否有爆量情形。

二、對於核減率的差異，希望成長率和核減率的比較，應事先定義可容忍的範圍，而不是等執行完再檢討，建議先訂出目標，超出目標時啟動停損機制或仍繼續執行。

戴主任委員桂英

本案幕僚建議解除追蹤及繼續追蹤之事項洽悉。各委員意見除李署長已經很明快答覆或說明部分外，若有說明不足事項，請健保署書面回覆，這樣處理可以嗎？(未有委員表示反對)謝謝，接下來進行下一案。

參、例行報告第三案「衛生福利部社會保險司說明『行政院核定 106 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍，請依法辦理案』」與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

請委員參閱會議資料第 40 頁例行報告第三案，報告單位是衛生福利部社會保險司。

滕委員西華

程序問題，因為主席今天有新規定，須在規定時間內限制委員發言時間和次數，這樣做很好，但是報告人的時間也要限制。例如剛才的報告案 20 分鐘，報告人就用掉 14 分鐘，這是委員會議，如果要限制，兩邊都要限制，何況會議資料都已事先發給委員。請同仁們練習控制時間，不然三分之二的時間都拿去報告，委員不能發言，我覺得有點不太對，謝謝！

戴主任委員桂英

滕委員西華的意見大家應該都覺得有道理，本案分配 20 分鐘，報告時間希望不超過 10 分鐘，9 分鐘屆滿時請按鈴提醒，請社保司梁組長淑政。

梁組長淑政報告

戴主任委員桂英

謝謝社保司梁組長淑政的報告，目前時間用掉 8 分鐘，還有 12 分鐘，徵求各位委員有無詢問或表達意見？請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

主席、各位委員，我看了行政院核定部分，覺得非常失望，其實重點應是低推估值，而不是高推估值，高推估值沒有任何意義，付費者代表關心的是低推估值，但低推估值還是維持原來的數字，不知道健保署在過程中有沒有盡到心力？今年和去年比較，差額就有二、三百億元，不知道還有無機會改變，但真的是覺得非常失望。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

政策方向我看了都覺得很抽象，寫什麼看不懂。第一點，落實年度總額的承諾與執行，是什麼意思？誰承諾？誰執行？主客體都搞不清楚。去年總額協商時，鼓勵推動 DRGs(住院診斷關聯群)編了 11 億元，衛福部也核定並對外公開，已經產生法規命令效力，但有沒有落實總額的承諾與執行呢？也沒有啊！這到底指的是什麼？我不太瞭解。那一部分要落實承諾？那一部分要落實執行？是否請社保司說明。含糊籠統、打高空、不痛不癢的文字寫一堆，對總額協商沒有任何意義，與其這樣，不如幾個具體指標寫清楚就好。

戴主任委員桂英

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、第一個意見和謝委員天仁的看法一樣，總額協商政策方向中經常隱含著行政院或衛福部應自行執行的政策，全部推給全民健保，又不敢說的太明白，就用一些很抽象的文字，想要對總額協商方向下指導棋。
- 二、剛謝委員提到的年度總額的承諾與執行，上次我們就提到，健保署做為一個保險機構，為什麼要承諾改善薪資結構及勞動環境？又不是開醫院，也不是勞動部。做為一個保險人，我們的責任是應盡力建立合理的支付標準，反映所有的醫事服務成本，至於將合理的服務成本反映在支付標準後，健保署有辦法讓醫院將費用全部反映在醫事人力薪資結構和勞動環境的改善嗎？醫院設置標準是衛福部醫事司所轄業務，不是健保署，更不是社保司，怎麼可能做得到？答應就做得到嗎？做不到為何要答應呢？
- 三、PBRs(藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議)於 8 月 18 日通過的 C 肝藥品給付的 4 點結論，其中至少 2 項涉及公務預算的編列，但是到目前為止，都沒看到行政院或衛福部朝此方向規劃。不管健保在 C 肝防治要不要參與其中，至少通過的 4

個方案中，有 2 個方案還涉及公務預算，如果行政院自己都不拿出規劃方案，憑什麼在總額協商時要求健保會直接給錢呢？

四、肝炎防治是台灣的聖戰，當年的 B 型肝炎防治，已經都舉辦過二十週年紀念，如果以肝炎來看，B 型肝炎還是 C 型肝炎的 4 倍盛行率，B 型肝炎根除了沒有？好像也沒有。所以為什麼 C 肝新藥在此時變得這麼重要？我曾在公開場合說過，這種病人當然要救，療效這麼好的藥，不救這種病人，要救哪種病人呢？可是行政院的政策思維是什麼？改天又告訴我們其他傳染病都健保給付，難道也要列入政策方向嗎？這樣不對，未經過討論，就公然向健保會下指導棋，我要公開反對將此列為總額協商的指導原則。

戴主任委員桂英

謝謝滕委員西華，還有 2 位委員舉手，先請李委員永振，再請謝委員武吉。

李委員永振

一、完全贊同滕委員西華的看法，有關 C 肝新藥的部分，應該要詳盡規劃後再提到健保會好好討論，尤其對健保財務的衝擊應深入分析，如此在下個月的總額協商才會有所依據。不然的話，只是在一個研討會上，部長就開始宣示，C 肝新藥要列為健保給付的政策方向，立即引起各方關注，但一切狀況都不明。健保署在今天下午的會議資料中，這部分的費用全部預估需要 31 億元，但 C 肝新藥才編列 20 億元夠嗎？

二、根據健保署之前的估計，全國 C 肝患者有 55 萬人，一旦 C 肝新藥納入健保給付，20 億元夠嗎？一年預估會有 8,000 人接受新藥治療，要先針對哪些人進行治療？依前幾天報載，有位成大教授的說法是，將來並不是先對病況最嚴重的患者治療，而是治療邊際效用最大的患者，我並不清楚究竟應該如何處理才對，但一般人的想法，應是先治療病情嚴重的人才對，但從不同角度想想，教授的講法也對啊！相較於病況沒那麼嚴重的患

者，病情嚴重患者所需的費用，也許能夠治療 3 到 4 位病況沒那麼嚴重的病患，但到底該如何分類，健保署應有整套的規劃讓委員知道。這些資訊在下個月協商時就會用到，請健保署在協商之前將相關的資料提供委員參考。

- 三、另外是有關國發會審議結論的第三點，健保的財務收支今年已進入收不抵支的階段。到 7 月底為止，7 個月中有 4 個月是負的，但累積下來還是有 1 億多元的進帳到安全準備。回想之前，滕委員西華到立法院爭取到 116 億元，今年情況也已不一樣，健保署是不是應該在 1 週或 2 週內，將去年所提的總額規劃及其財務狀況讓委員知道，不然開了會前會，也開了協商會議，大家還是不清楚整體總額的樣貌，就像是瞎子摸象，討論半天也不知道到底可不可行。請健保署在協商之前，詳細模擬分析未來 3 年可能的財務變化，如果只像 C 肝新藥提出需要 20、30 億元，大家一定還是霧煞煞(台語，模糊不清)。

戴主任委員桂英

謝謝，請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、聽完社保司的報告，發現社保司的報告有點問題，有些事情應該要好好宣導一下，最簡單的例子，蔡副署長淑鈴早就將「雲端藥歷」這個用詞，改稱為「醫療資訊檔」，但是社保司卻仍然維持「雲端藥歷」沒變，顯示社保司沒有尊重健保署，我認為你們同屬衛福部的單位，應該要互相瞭解，相互尊重。另外衛福部資訊處已推動電子病歷多年，但我覺得健保署所推動的醫療資訊檔比較好，因為電子病歷應用的機會其實很少，是否可以在兩者間選擇比較好的一項，集中火力去發展，這部分我覺得社保司也可以研究一下。
- 二、第二點，總額協商的政策方向，好像只一味教導醫療相關單位要如何去服從政策，如果不照辦就要處罰，我覺得這是完全不對的。政策方向應該宣導正確的就醫習慣及行為，輔導及教育

不當的就醫，並有用藥管理等等機制，但你們完全沒有提到。對於健保法 43 條有關分級醫療的部分，連一個字都沒有提，小英政府醫療政策主張及上台時，都已經說的很清楚，但你們在政策方向卻完全沒有提到，到底你們在想什麼，作法又如何，我真的是看不懂。

戴主任委員桂英

謝謝，請黃委員淑英。

黃委員淑英

- 一、2 點意見，首先要呼應滕委員西華對「落實年度總額之承諾與執行」所提的意見，因為我是新的委員，不清楚過去是在哪次會議，健保對醫事人力的結構及勞動條件的改善有過承諾，必須去落實，這件事在上個月的委員會議委員已經提過，但你們好像對委員的意見也不提出反駁，反正我們說的就是聽聽而已，還是照樣寫你們自己的，這實在讓我很不解。
- 二、第二點是有關政策方向第八項，提到要落實各種計畫或方案，我以「逐步落實家庭責任醫師制度」為例，這都已經推動十幾年，過程中也過好幾個計畫，一直不斷的在改變，其實執行的狀況並不理想，可是你們就一直做，現在要落實這個制度，我認為那種幾年期的試辦計畫，若做得好，就應該納入健保的常規給付項目，不要一直試辦，做得不好就該停掉。但十幾年做下來，你們一直講要落實，但就是沒辦法落實，「家庭責任醫師制度」已經推動十幾年了，雖然一直在改變，可是就是一直都沒有做得很好，所以這次的總額協商，應該要好好檢討這些試辦計畫，若是該刪就要刪。

戴主任委員桂英

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、從前面幾位委員的發言，我認為 C 肝防治經費的來源，首先還是應該要考慮以公務預算支應，因為健保是一種社會保險，

被保險對象並不完全侷限在我們國人，健保的財源除了政府的負擔以外，也還有其他各種群體的負擔，所以 C 肝新藥的費用完全由健保給付時，就會讓非本國籍的被保險對象，透過此途徑得到照顧，我覺得在本國人尚未完全得到照顧時，資源應優先讓國人使用，而且應該由政府來承擔責任。

二、各界也有不少聲音，認為 C 肝新藥的費用，首選是應由公務預算支應，這一點要請政府多考量，若是實務上公務預算無法完全支應，需要保險來承擔一部分，也應該讓我們知道政府的政策思維，這樣我們才知道保險的給付要如何承擔，這一點是健保會委員很關切的事情。

戴主任委員桂英

謝謝，請邱委員泰源。

邱委員泰源

一、有關「家庭醫師整合性照護計畫」的部分，從 921 大地震後，我們發現基層醫療是醫療體系中很重要的一環，但是我們也知道醫院的發展是持續急遽成長，基層一直在萎縮，所以「家庭醫師整合性照護計畫」是回應廣大的社區醫療服務的需求，這個計畫只是一個努力的起點，也是基層醫療可能是目前唯一的發展生機。所有基層醫師只要有心，也都可參加此計畫，共同為社區醫療來努力。

二、感謝各位委員過去的支持，讓這樣的模式慢慢發展起來，像是火種燃燒，讓很多基層醫師慢慢看到未來可以做的事情，目前也是國際先進國家社區醫療的典範之一。所以未來應該要擴大，而不是讓努力做的醫師，一直做很多文書行政作業，或是一直被責罵也甚至處罰，到最後只是為著堅持理想在做。我們應該是朝著分級醫療發展，讓分工合作的體系能夠落實，更重要是能提出更具體的策略，增加基層醫療的戰力。本計畫十幾年來的發展已有成果，在座的委員之前也去看了幾個地方，其實都做得相當用心也漸呈現成效。我認為應該讓這個計畫繼續

下去甚至應擴大，讓社區有更多的家庭醫師，也讓更多民眾擁有優質的家庭醫師，這樣我們的醫療體系才有明天。

戴主任委員桂英

謝謝，請謝委員天仁。

謝委員天仁

好像要多運動，多舉幾次手，不然主席都沒有看到(主席：對不起!)。我想請問的是，會議資料第 44 頁的政策方向，怎麼會跟投影片的版本有差異呢？是昨天晚上剛想到，還是因為政策一直搖擺不定？(註：因會議資料排列有誤，「106 年度全民健康保險醫療給付費用協商之政策方向」列於 44、48 頁，其與投影片內容一致。)

戴主任委員桂英

請社保司就委員針對報告內容所提之意見加以說明。

梁組長淑政

- 一、感謝委員的指教，有關低推估值的部分，這也是各界所重視的，行政院在這次核定年度總額範圍中，也提及希望本部儘速啟動公式之檢討，所以這部分我們會儘速來進行檢討。
- 二、有關政策方向所研擬的項目，因為屬於政策的方向，所以在擬訂的過程中，沒有考慮要將細節予以呈現，因此就不會將內容寫出來，而且當中有些部分是屬於協商的範圍，所以也就不會在政策方向中，做詳實屬協商面的說明。但是需要改進部分，我們也將在未來盡力調整，希望政策方向的擬訂能夠讓大家更為清楚。
- 三、另外，多位委員提到政策方向要落實的計畫，例如「逐步落實家庭責任醫師制度」的部分，雖然家庭醫師照護計畫已試辦多年，不過這部分是希望未來能夠結合「論人支付制度」並逐步落實，以上簡要說明，謝謝！

戴主任委員桂英

- 一、政策方向的部分，因為衛福部的交議公文已經函送本會，各位委員剛才所指正的意見，麻煩衛福部來年在擬訂政策方向時，

能夠回顧委員今年的提問，並提出更清楚的政策方向。因為本會是屬於共議性質，我們很尊重行政院及衛福部的意見，如果衛福部也可以尊重委員的意見，那麼在協商時，氣氛會愉快許多，這是第一點拜託。

- 二、第二點是委員特別關切的 C 肝新藥費用，本項如果要動用公務預算，需建請衛福部部長及健保署署長向行政院爭取，在政府財政相當困難的狀況下，要靠兩位長官的努力。至於本項費用的協商及編列的預算額度，在今天下午的協商會前會，健保署有口頭報告，屆時委員可以再請教及進行相關討論。
- 三、剛才李委員永振提出，去年曾調整部分健保財務項目，所以需要瞭解整體的財務影響評估，並知道今年的財務狀況究竟如何？請健保署在協商前，提出相關財務衝擊的資料，讓委員在協商前對健保財務的全貌能有所瞭解，請健保署配合提供。
- 四、委員所提的其他意見列入發言實錄，提供衛福部及健保署參考，必需回答的事項，請相關單位於會後提供書面資料，以上處理方式是否可行，請問各位委員有無意見？(委員表示沒有意見)好！謝謝，本報告案的時間已超過預定時間 9 分鐘，接著進行例行報告第四案。

肆、例行報告第四案「106 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額醫療服務成本及人口因素成長率案」與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

本報告案是由本會第三組所提出，報告請盡量簡短，不要超過 10 分鐘，報告時間越短越好，也請幕僚同仁 9 分鐘時按鈴提醒。

張副執行秘書友珊

- 一、請委員翻閱至會議資料第 45 頁，本案是有關 106 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額醫療服務成本及人口因素成長率的報告案，這部分屬於非協商因素，歷來都是沿用總額協商通則來處理，依本(105)年 6 月份委員會議所通過之 106 年度總額協商通則，各部門總額之醫療服務成本及人口因素成長率，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式。
- 二、依照上述的決議及協商通則，請委員參看會議資料第 47 頁(四)的附表，106 年度各部門總額非協商因素的成長率，包括人口結構改變率、醫療服務成本指數改變率、投保人口年增率等 3 項，其計算結果，醫院總額成長率為 4.203%，西醫基層總額為 3.159%、牙醫門診總額為 1.922%、中醫門診總額為 2.281%，以上計算結果提請委員會議確定。

戴主任委員桂英

謝謝同仁的說明，真的很簡短，本案還有 18 分鐘的時間可以討論。請問委員有無需要報告單位進一步說明，或有其他指教？請李委員永振。

李委員永振

- 一、延續剛才趙委員銘圓所提有關行政院核定的低推估值，就付費者代表認知上總是覺得偏高，但官方的回應是按照公式計算，而且要適用 3 年，之前講過幾次，如果公式不合理就應該要檢討。請各位委員翻閱會議資料第 42 頁，行政院的函說明三提

到「考量健保總額擬訂公式對健保給付總額影響甚大，各界亦提出相關意見，請儘速啟動公式之檢討，評估調整之必要性」，根據此函，我想這是來自上級機關的指示，針對這部份，請問衛福部要如何處理？

二、據報載健保財務今年收支不足 40 億元，明年不足 200 億元，若依剛才社保司的報告，106 年當年收支餘絀，按照低推估的成長率，將不足 151 億元，依照高推估的成長率，將不足 228 億元。假如媒體對明年財務收支將不足 200 億元的報導屬實，協商之後，總額成長率一定會在低推估(3.769%)及高推估(5.9%)的平均值(約 4.83%)以上，會超過 5%，那麼 106 年度的低推估值到底合不合理，這可能要併同我稍早所提，深入去分析健保的財務狀況，並對合理性交代一下，未來健保財務的情況又會如何？讓委員在清楚財務全貌的狀況下討論，才會比較有意義。

戴主任委員桂英

謝謝，請謝委員天仁。

謝委員天仁

有關這個議題，衛福部曾委託林文德教授的團隊進行研究，研究結果發現一個現象，舉例來說，過去我們對護理人員的薪資投入了大量的預算，投入的結果是薪資的增加，薪資增加後就反映在醫事服務成本指數上，另外，支付標準的調整也是，支付標準拉高之後，醫事服務成本指數也隨之成長，永遠生生不息，如此一來預算的金額就會變得很大。我認為某個角度來看，社保司應該要好好去檢討，因為已經有失真的現象，每次提出來，國發會都說這是按公式處理，但我覺得這是國發會失能，在此提出來，希望委員們都能注意到這個現象，問題是出在那邊。

戴主任委員桂英

針對委員所提會議資料第 42 頁，有關行政院指示啟動低推估公式之檢討，評估調整之必要性部分，請問社保司是否要說明，或於會

後提供書面資料。請楊副司長慧芬。

楊代理委員慧芬(曲委員同光代理人)

- 一、在此要口頭補充說明，首先要感謝各位委員，每一年的 3 月起，衛福部就啟動大總額範圍的討論，包括低推估及高推估的部分，對低推估的計算公式也討論很久，去(104)年在討論 105 年度總額範圍低推估公式時曾有共識，就是至少要適用 3 年，今年在國發會討論 106 年總額範圍時，該會也提醒要開始啟動公式的檢討。
- 二、參考歷年的資料，過去醫療服務成本指數也曾有過負值的時候，前幾年的低推估成長率也只有百分之 1 點多，相關的公式雖然要取得共識會有一定程度的困難，但本部一定會依照行政院指示，在下半年開始進行檢討。

戴主任委員桂英

謝謝！本案洽悉。委員所提意見記錄下來提供主管機關及健保署日後擬訂公式及進行檢討時參考。各位委員還有無意見？如果沒有，我們進行下一案。請干委員文男。

干委員文男

公式的檢討年年都講，但年年都一樣，看起來已經是沒辦法，就是山窮水盡了。我認為固定的人口成長、疾病的發生率等等因素，已經跟健保剛開辦時不同，所以這個低推估的公式，是不是要去思考用另外的計算方法，不要每年此時都講要檢討，但等到下年度還是拿一樣的東西出來，這些檢討都沒有用。我認為有必要請國發會用另外一種方式來計算，不要再用老的公式去計算，舊的公式就如同剛才謝委員天仁所說，已經失能了，國發會用同樣的方式還是失能，希望國發會提出更詳細的另一種計算方式。

戴主任委員桂英

謝謝干委員文男，請林委員至美。

林委員至美

- 一、國發會要澄清一下，這個公式並不是國發會計算的，事實上在

衛福部送資料的時候，國發會因在過程當中也聽到大家說的意見，而我們在審議的時候，對於人事費用的增加，以及低推估的結果，也覺得怎麼這麼高。這其實也是為什麼會讓我們在檢討公式適用未滿3年的時間，就認為不要等到3年才檢討，因此才會積極的建議衛福部，要啟動檢討公式是否有不合理的部分。

二、但實際上狀況是檢討必須要很審慎，並不是國發會隨便說砍一半，就可砍一半，必須要說得出憑什麼或是依據什麼，所以就必須去瞭解衛福部的這個公式，原先擬訂的依據是什麼，而且也要尊重衛福部的計算小組或機制，同時也因為要考慮時程的關係(8月底前要報院核定)。我們強烈的建議衛福部可以儘早啟動檢討，不見得要等到3年才去調整，如果說檢討之後，可能明年就換公式，這也是可行的。

戴主任委員桂英

謝謝林委員至美的說明，請干委員文男。

干委員文男

剛才國發會說低推估的成長率要依據什麼推算，我建議就依據GDP(國內生產毛額)的成長率，以前我們的GDP都未達1%，今年報紙說有1%，也不知道是不是假象。但從薪資的成長來看，所有的資料都是倒退的，結果依公式計算出來，成長卻那麼高，跟去年來對比，實在讓人難以想像。所以說不要等到太久，有一個基數參考就可以，不要等3年，應該年年去比較，若是除以2講起來也有理由，現在什麼理由都沒有，就是按照既有公式計算，這是我們最納悶地方。

戴主任委員桂英

一、謝謝干委員文男，其實剛才林委員至美的意見是，國發會的看法跟您一樣，只是尊重衛福部之前對低推估公式的檢討結果，因為當時是說此公式至少適用3年。不過國發會也認為檢討不需要等到3年才啟動，因此建議衛福部提前，很多事情的檢討

不能等時間到才做，中間有很多基礎研究需要配合執行，這部分就拜託衛福部。

二、本案洽悉，委員意見記錄下來供權責單位後續處理參考。接著進行會議資料第 58 頁之例行報告第五案。

伍、例行報告第五案「中央健康保險署『105年7月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

本案係健保署105年7月份業務執行報告，本次不進行口頭報告，僅提供書面資料。請問委員對於業務執行報告內容有無詢問？有20分鐘時間討論。

干委員文男

請健保署口頭重點說明。

戴主任委員桂英

干委員的意見是請健保署先重點提示，其他委員有無詢問？請李委員永振。

李委員永振

感謝健保會幕僚，上週通知「災區受災全民健康保險保險對象保險費及就醫費用補助辦法」正在預告中，這個辦法其中有一點是「災區受災之全民健康保險保險對象，於災後一定期間內，其應自付之保險費、醫療費用部分負擔及住院一般膳食費用，由中央政府支應並得以民間捐款為來源；其資格、條件、期間及其他應遵行事項之辦法，由衛生福利部定之」。經向主辦單位詢問，這部分「社會福利」的費用是不是算在每年度政府負擔健保總經費36%之計算內涵，回覆是說不確定是否排除，那這樣的話，健保法施行細則第45條規定到底是怎麼回事？請健保署將來在認定的時候要注意，未來也要將相關費用的內容給委員知道。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、既然在政策方向上，有些3~5年的計畫或方案能夠慢慢去落實，可能是分級醫療，也可能是相關的醫療支付制度等等，我現在想瞭解的是，我們每年都在吵門、住診的比率，尤其是我，幾乎每年都在講，所以是不是可以讓我們了解，因為我前

幾天去參加醫院總額研商會議，我看那個門診成長率是 8%，住診成長率只有 3% 多而已，意思是門診成長情形是越來越嚴重，如果我要分級醫療，可是醫學中心大部分的錢，可能都是從門診來，那怎麼分級醫療呢？最大的問題就是出在這個地方。

二、剛才邱委員泰源提到，希望能夠推動家庭醫師制度讓基層醫療更落實，老實講我並不那麼樂觀，如果這個問題不去處理，永遠都是問題，所以健保署對這些狀況是不是瞭解，有沒有相關的管理機制，以目前初級照護資料來看，有 10% 是在醫學中心，要健保署如何處理？初級照護在醫學中心大概要付 1,000 多元，好像 1,300 多元，但在基層院所可能大概是 500~600 元就可解決，一個初級醫療的照護為何給付的價差那麼大，我們卻還高興的去支付醫學中心，讓其門診量一直擴大，健保署的想法到底怎樣？要讓健保會了解。

戴主任委員桂英

請陳代理委員順來。

陳代理委員順來(侯委員彩鳳代理人)

健保署業務執行報告的第 8 頁，直轄市政府北、高二市的欠費情形，台北市政府 105 年應償還 38.28 億元，已撥付 29.25 億元，將近三分之二；但高雄市政府 104 年應償還 38.98 億元，已撥付 27.15 億元，看起來還可以，但 105 年應撥付 31.75 億元，卻僅撥付 1.62 億元，這實在差太多，請健保署要跟高雄市政府聯絡，至少應該先撥付一半或一半以上，撥付 1.62 億元只是好像應付一下而已。

戴主任委員桂英

請黃委員淑英。

黃委員淑英

對於健保相關計畫的推動等等，我覺得大家提的意見其實都蠻好，不過我對於「逐步落實家庭責任醫師制度」及所謂的「分級醫

療」、「轉診制度」等名詞，感到有些困擾，不清楚這些名詞所代表的意思是什麼？民眾並不瞭解意涵什麼，以致於我們沒有辦法去跟著我們國家政策來跑，所以是不是請健保署做一個懶人包，告訴我們，政府現在所要推動的家庭醫師制度跟分級醫療、轉診制度之間的關係是如何？如果我們要推行家庭醫師制度，是不是有那麼多的醫師來提供這樣的服務，在人口的分配上是不是足夠，這些要讓我們知道，才會知道要如何去配合國家的政策。

戴主任委員桂英

請健保署針對委員的提問加以說明。

李署長伯璋

請財務組先就高雄市政府欠費的還款狀況說明。

王組長沫玉

高雄市政府 104 年及 105 年還款狀況都不理想，我們一直有與他們聯繫，最近的進度是高雄市政府將會另提修正還款計畫。但目前還沒有提出來，我們會持續再與該府溝通聯繫。

戴主任委員桂英

健保署說明已經一直與高雄市政府聯絡，但委員是希望健保署更積極催繳、處理。

李署長伯璋

- 一、有關謝委員天仁對初級醫療照護的門、住診資料所提的意見，事實上，我們最近正在重新整理統計資料，的確現在的報表有時候會把門、住診的資料混在一起呈現，不同層級的資料會有落差，所以已經拜託龐組長一鳴把這部分資料整理出來，應該這一兩天就會完成，下次再提供給委員。
- 二、針對黃委員淑英建議製作分級醫療的懶人包的意見，我們會來製作。另外，邱委員泰源也有提到，有時候我們會對「家庭醫師」跟「家庭責任醫師」感到混淆，其實家庭醫師是一個專科醫師，可是家庭照顧的醫師並不一定是家庭醫師。最近部長有個指示，希望做到區域的整合，要將醫學中心、區域醫院、家

庭醫師及家庭責任醫師，希望達成一區一區的區域整合，目前我們正在研擬，看如何去落實。

黃委員淑英

你們要讓民眾瞭解國家的政策，做個懶人包出來，我們瞭解後才有辦法配合。

李署長伯璋

懶人包的部分，我們會去製作。

戴主任委員桂英

請問社保司有無補充？

楊代理委員慧芬(曲委員同光代理人)

剛才李委員永振提到「災害防救法」所授權的「災區受災全民健康保險保險對象保險費及就醫費用補助辦法」，這個辦法現在還在預告中，不過依照修正後的健保法施行細則第 45 條第 2 款，依其他法律規定的補助，是納入政府負擔下限 36% 之認列範圍。所以未來健保署在呈現政府負擔狀況時，災防法所規範的受災民眾的保險費也是列舉進去的，以上補充說明。

戴主任委員桂英

- 一、針對委員第一輪的提問，謝謝健保署及社保司的說明。還有沒有其他提問？(委員回應：沒有)。
- 二、暫時沒有的話，本案洽悉。有一些答覆的內容，委員或許不一定滿意，例如剛剛社保司楊副司長的說明，委員應該是期待不要納入相關經費，但以目前的規劃，預告條文若通過，是會納入政府負擔健保總經費 36% 之計算內涵。
- 三、接下來進行討論事項第一案，是健保署的提案。請謝委員天仁。

謝委員天仁

對程序提供意見，下個月是總額協商，建請主席應提示，若協商前委員需要相關資料，希望健保署能充分提供，以利總額協商之進

行。

戴主任委員桂英

謝謝！剛剛詢問健保署署長及副署長表示，很有誠意提供相關資料，如果委員希望健保署於協商前提供哪些資料，請以書面提出，請本會幕僚同仁彙整，並主動調查委員之資料需求。剛剛李委員永振提到希望看到財務部分的資料，也請幕僚一併納入。以利健保署準備，屆時協商會議也容易進行。另健保署表示準備資料時間約需2週，請幕僚同仁調查委員時，一併提醒委員何時需回覆。接著進行討論事項第一案。

陸、討論事項第一案「增修『全民健康保險醫療品質資訊公開辦法』
第 2 條第 1 項第 2 款及第 3 款之附表一及附表二指標項目案」與
會人員發言實錄

戴主任委員桂英

因時間關係，建議不宣讀(未有委員表示反對)，請健保署簡要說明
提案內容。

曾科長玟富

一、本案係修訂全民健康保險醫療品質資訊公開辦法(下稱品質資
訊公開辦法)所訂指標項目，列於該辦法之附表。依該辦法之
修訂程序，由保險人擬訂，提健保會討論後，報主管機關核定
發布。本次修訂內容主要包含兩大部分：

(一)第一部分是疾病別指標，這部分是由本署參照美國 AHRQ
(Agency for Healthcare Research and Quality)\NQMC(National
Quality Measure Clearinghouse)等 2 個品質機構所訂，其係
經實證醫學認證過的品質指標，經本署逐一檢視及試算
後，分別依指標屬性，函請相關專科醫學會惠示專業意
見。彙整各醫學會的意見後，採較嚴謹的觀點，僅對有共
識處，也就是不同醫學會之意見，有一致之處，我們才採
納。今年主要發展了 2 個疾病別指標，其一為腦中風指
標，取得共識後，共有 3 項指標；另一則為鼻竇炎指標，
也就是「鼻竇炎使用氟化恩莖類抗生素(Fluoroquinolones)案
件比率」指標。

(二)另一個部分則為現行已公開之品質指標，函請各醫師公
會、相關專科醫學會、付費者代表團體、病友團體來惠示
意見，各團體意見及本署建議之詳細內容，委員可詳參會
議資料第 139~153 頁，至本次建議修訂之處則為：

1. 整體性指標部分，牙醫總額，指標名稱修訂 1 項。

2. 機構別指標部分，各部門合計新增 14 項指標：

(1) 醫院總額：新增 5 項。

- (2)西醫基層總額：新增 2 項。
- (3)牙醫門診總額：新增 1 項。
- (4)中醫門診總額：新增 1 項。
- (5)特約藥局：新增 1 項。

二、特別要說明的是，本案品質資訊公開的作為是正向，提供民眾知的權利，原則上各單位的意見，可行的話，本署能做的到都儘量採納。

三、另外本次未採納的部分是建議刪除指標之處，「門診抗生素使用率」、「門診注射劑使用率」、「門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率」等 3 項指標，醫師公會及小兒科醫學會認為這 3 項指標因已長期監測表現穩定，故建議刪除，但本署認為這 3 項對抗生素使用管理、注射劑使用管理及上呼吸道感染再就診率的管理，仍有長期監測的必要。目前表現穩定、有改善跡象是好的現象，但仍希望繼續公開讓民眾來瞭解，此處為本署意見與醫師公會較為不同處，故特別說明。

四、本次建議新增之「全日平均護病比」指標，原係由台灣醫療改革基金會(下稱醫改會)所建議。目前已有此資料公開，而本署醫務管理組基於執行住院護理照護計畫，也已基於業務權責及政府資訊公開法之規定，公開此項指標。至於本案係屬「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」之指標修訂案，「全日平均護病比」是否仍要列於本案中來公開？或是循現行途徑公開即可？再請考量。以上說明，謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝曾科長玫富的說明。依法定程序，本案係由保險人擬訂後送健保會討論，本會討論後，該署將報請主管機關核定發布。請各位委員表示意見，依序請黃委員啟嘉、楊委員漢淙、謝委員天仁、干委員文男、滕委員西華、吳委員肖琪。

黃委員啟嘉

主席、各位委員好，基於民眾的權益，有關本次建議新增西醫基層總額第 16 項「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」指標，建議修正為「該院所前季用藥重複率」，原因很簡單，要看此院所的品質，重點是在用藥的重複與否、重複率有多高，這才是該關心的重點，記得在前幾次的健保會委員會議我曾提過，有位基層診所醫師，其雲端藥歷查詢率是百分之百，但其科別為眼科，一般來說是不太開藥的，經詢問後才知，該診所的掛號人員，幫每個病人掛完號以後必定執行查詢雲端藥歷的動作，因此「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」此項指標，並沒有辦法反應出診所的用藥重複品質或醫療品質。因此，為何不直接用結果面的資訊，也就是該診所前一季真實的數據，即「該院所前季之用藥重複率」來作為品質資訊指標呢？我想這樣比較貼近民眾的權益，而不是用一個執行面的指標，來作為資訊揭露。以上是我的建議。

戴主任委員桂英

謝謝，請楊委員漢淥。

楊委員漢淥

主席，各位委員，還有各位列席同仁大家早。對於會議資料第 63 頁所列醫院總額之建議新增指標，我有 4 點意見：

- 一、以指標來監測品質，也就是把品質量化，這方向是正確的。但品質要量化，細節上一定要相當小心。指標的定義要相當清楚，哪些東西是分母、分子，哪些東西該列入，或不該列進來，要切割得相當清楚，不然指標就只是浪費人力去收集資料，一點用處都沒有，因為資料都不準確。因此，資料的準確性相當重要，但資料正確性的前提，則是指標定義需非常清楚。
- 二、有關第 26 項指標「完成急診重大疾病照護病人進入加護病房 <6 小時比率」及第 27 項指標「檢傷一、二、三級急診病人轉入病房 <8 小時之比率」，此 2 項指標性質一樣，我認為 2 項可予合併，合併後就以第 27 項來代表即可。因為現行的急診

品質提升方案，僅規定醫院需於 24 小時內處理完病人，至於第 27 項指標要限縮到 8 小時內要轉入病房，我想可以，但應該只有一、二級有需要監測，至於三級的病人應不需納入監測；至於第 26 項去看轉入加護病房的情況則是沒有需要，因為多 1 項指標就需多一些人去收集資料，這應該沒必要。所以建議刪除第 26 項，僅新增第 27 項，並改為「檢傷一、二級急診病人轉入病房 < 8 小時之比率」，針對一、二級病人來監測即可，也就是只需監測重病的人離開急診室的時間。

三、第 30 項指標「接受安寧緩和和家庭諮詢者簽署安寧緩和醫療同意書比例」，要推動安寧緩和醫療的出發點是好的，但該指標之分母是什麼？不能等病人重病或昏迷才叫他簽署同意書，因此平常針對一般人，例如你、我，就要推動簽署同意書。還有，到底是什麼時候來簽署？我認為在執行上有困難，建議應刪除此指標。

四、第 28 項指標「慢性病連續處方箋釋出率」，該指標數值應由健保署直接檔案分析，因為醫院要去填列此數據很困難，故不應由醫院來填報。醫院原開立處方後，難以掌握病人到底是回到原醫院、或到社區藥局領藥？因此，還是應由健保署資料庫直接分析，而不是還要讓醫院花一番功夫統計。

戴主任委員桂英

接下來請謝委員天仁、干委員文男、滕委員西華、吳委員肖琪。

謝委員天仁

一、剛剛楊委員漢淙對醫院總額新增第 26 項及第 27 項指標所提意見，該 2 項指標原係醫改會提出建議，我想其原意應為希望急診留置時間能縮短，提升急診服務品質，方向上是正確的。若依楊委員漢淙所言，將檢傷分類第三級病人排除，請參看會議資料第 75 頁專案報告第一案第 7 張投影片「102~104 年醫院檢傷分類分級比率統計表」，在各層級醫院中，檢傷分類第三級之比率，幾乎都超過 60%，也就是急診病人數主要都集中在

三級，若第 27 項指標改為只監測一、二級病人，而這些人已經算是嚴重的了，就無法顯現出這指標實際上它要求之目的。因此，我覺得健保署原擬的第 27 項指標「檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時之比率」，要去看檢傷分類第三級，才是正確的。

二、指標設計去看急診轉入病房要花多少時間，這可以理解，比較有問題的是少數都會型醫學中心急診壅塞嚴重，其他醫院問題應該是不大，因此若以比率來看，會把其他沒問題的醫院的資料也納入，壅塞醫院的影響數，反而看不清楚。所以為了讓它更正確，應該要用人數表達，除了記載比率，應該要註記急診轉入病房大於 8 個小時的病人，區分檢傷分類一、二、三級人數各有多少，就註記那幾家就好了，其他的就沒有意義。若吃大鍋飯，就看不出意義、看不出服務品質。例如，可能出現整體的急診壅塞指標呈現出下降趨勢，但台大、北榮那幾個醫學中心反而是惡化，我想這部分要好好處理，不然指標會失真。

干委員文男

一、我贊成謝委員天仁的說法，本來我要講的意見，他已經講了。本案是關於品質，而我也要特別提醒有關特約醫院病床的問題。若先前於協定下一年度總額時，當時有多少健保病床作為為基準，而在之後實際執行總額年度時，病床被關了，因而總床數減少，此時建議過去所給的總額費用，應按照關床比率予以扣回，這才能確保就醫品質！不然協商給了那麼多錢，最後關了病床，影響民眾使用權益，錢還得照給，不合理。不應該有這種協商前、後，病床數有很大不同的情形發生！

二、有關第 29 項指標「全日平均護病比」，在此也要呼籲護理師公會，委員一直很支持護理費的調整，但每次在調整之後，護理人員實質增加的報酬有多少？我們都不曉得。結果還是聽到護理人員說血汗，醫生也說血汗、醫院也說血汗，那付費者給的錢都跑到哪裡去？其實護理師公會還是比較接近基層護理人

員，建議一段時間，如三個月或半年，跟著健保署的報告，給我們一些資料。下個月就要協商了，表面上說已經加給護理人員待遇，但實際上到底有拿到多少？我實在不太贊同，護理人員仍一直喊血汗的情況，還在持續發生。

滕委員西華

- 一、有關本次建議新增之醫院總額第 28 項「慢性病連續處方箋釋出率」，及西醫基層總額第 17 項「慢性病開立慢性病連續處方箋百分比」，我認為醫院總額及西醫基層總額，應該都要有此 2 項指標，也就是醫院總額亦應比照新增「慢性病開立慢性病連續處方箋百分比」，西醫基層總額應比照新增「慢性病連續處方箋釋出率」。因為我們對於慢性病連續處方箋的釋出率及開立率，在整個西醫體系應該是一體的，但本次新增指標中，醫院總額並未新增開立率指標、而西醫基層總額也未見新增釋出率指標。
- 二、檢傷分類三級的人數很多，剛剛我也在想楊委員漢淥對醫院總額第 26 項指標「完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6 小時比率」及第 27 項指標「檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時之比率」的意見，我試著去想此 2 項的差別，我不太知道所謂「急診重大疾病」有沒有定義？如果重大疾病有定義，或重大疾病就完全涵蓋於檢傷分類第一、二級病人內，那我覺得是可考慮將 2 項指標合併處理。因為第一個處理的是「加護病房」，第二個是「病房」，所以照字面看來，有嚴重程度的差異，這 2 種病房的差異就不再贅述，但其 turnover rate(病床周轉率)則是有關連，若兩種病房處理的對象不盡然相同，分開處理當然是對的。因此，就此指標是否應整併，我沒辦法表示意見，因為指標看起來應該要有些不一樣才對，也就是指標間應該要互斥，免得有疊床架屋的情況。若 2 項指標已經是互斥，對於並存，我是沒意見。
- 三、急診的檢傷分類第三級的病人比率增加，也是件很妙的事情，

急診的嚴重度認定有點像事後諸葛。跟以前相較，醫院現在有急診品質提升獎勵方案，因此，到底是三級病人真的突然變多？還是四級的病人被提上來變成三級的病人？還是原來二級的病人往下掉，變成三級的病人？指標我都支持，但要避免人為操作的部分，例如剛剛講的二級往下掉或四級往上提的情況，都會影響醫院總額第 26 項及第 27 項指標。

四、第 29 項指標「全日平均護病比」，剛剛健保署曾科長說明時，有提到可直接採用醫事司公布的全日平均護病比，其分為兩個部分，一為三班護病比，還有就是限於急性病房。但長期以來大家對公布護病比，其實還有很多不同的意見，例如是否要公布「加護病房」的護病比？或是分科別去公布護病比？等等很多不同意見。所以請問健保署，有無進一步規劃護病比指標的可能性？我的意思是，不一定要這樣做，但可進一步思考，健保方面是否要進一步整合護病比相關指標，但若本案指標僅為照抄醫事司的指標，把它的資料搬過來，那我是覺得沒必要。

五、第 30 項指標「接受安寧緩和和家庭諮詢者簽署安寧緩和醫療同意書比例」，在安寧緩和醫療條例中，對於安寧緩和醫療有 5 個情況，包括 DNR、包括維生醫療等我就不再重複，要請問的是在此指標中是指哪一種？這種簽署，因為醫院都有業績壓力，所以往往都是自己醫院的員工先簽，其實都不是診斷為癌症的病人。所以我也很贊成楊委員漢源所言，到底分母的定義是什麼？恐怕要好好定義。另國健署那邊也在推安寧照護，我們就留意別疊床架屋。

六、至於本次擬新增 3 項腦中風指標，是有關缺血性或出血性中風 4 個月內的復健，我也都同意，但要問一下，這 4 個月是指持續 4 個月還是 4 個月內曾經有就好？也就是有無 consistency(一致性)的問題？有無對期間或連續性照護的頻率的時間要求？還是只要有就好？因為無論 PAC(Post Acute Care, 急性後期照護)或一般復健病房，我很驚訝，竟然都沒

差異，也就是病人 28 天後都還是得從醫院出來，我不知道這中間出了什麼問題。若病人需不停的轉院，勢必影響病人復健的意願及能力，以及家庭負擔。對病人開復健處方不難，但若此指標只是開處方，而病人實際參與復健的情況未納入，那我覺得這項指標也沒有太大意義，只是告訴大家醫師都會開處方，但現在沒有人不開復健處方！但對於病人實質上遵循復健醫囑的情況，及病人利用復健的便利程度或是否有困難，都看不到。

吳委員肖琪

- 一、第 29 項指標「全日平均護病比」，在去年的評核會有提過急性病床的護理人員夠不夠的問題，但今年健保署所提供的資料似乎是全院的。實際上，我比較關切的是急性病床的護理人力是多少？我只想要確認全日平均護病比，是否為計算急性病床的部分。
- 二、本次所擬之腦中風指標，健保署為何要學 AHRQ，而不學美國中風後的照顧方式？美國對於中風後的照護，是以 PAC(Post Acute Care，急性後期照護)照護為主，也就是以居家及社區為主！而健保署本次所擬指標，是放在住院方面！這樣只會讓住院日數更長而已。剛剛滕委員西華提到，為何腦中風指標只有看用藥方面，我則建議應把住院日數也做為品質指標，也就是去看「腦中風病人住院日起 180 日內之住院日數及費用」，且住院及 PAC(註：指參與全民健保「提升急性後期照護品質試辦計畫」)日數都要納入計算。
- 三、雖然對民眾來說，若真的看到中風病人的住院日數，也可能反而有「哇，此家醫院可以住好長，我一定要挑這家醫院」的反應，但我想仍有民眾會理性考量「住這家醫院都不會好、為何要住這麼久」。此指標有可能不夠敏感，其計算也不困難，是計算從腦中風的第 1 天到第 180 天期間內的總住院日數，但重點是在我國住 PAC 的日數也算「住院」，因為我們的 PAC 是

住在醫院喔！不像美國的 PAC 是住在護理之家或居家照護！若我記的沒錯，在美國，中風病人只能住 5 天或 10 天，而我國腦中風病人住院日數則是遠遠超過此數字。

- 四、為何我一直在意，我國的 PAC 計畫，不應該在醫院的急性病床呢？因為我擔心健保接下來，錢會不夠，真的不想擠壓到重難症服務，不希望看到都沒有醫師願意去做這服務，也不希望讓醫學中心的這塊服務活不下去。雖說如此，我的出發點也不是在護著醫學中心，其實醫學中心本來就不該做 PAC、也不該做太多初級照護。初級照護的重點，應該要考量「如何讓同一病人去固定場所就醫」。但我不會只盯著看醫學中心初級照護費用偏高，主要還是關切醫學中心門診比例變高的問題。因此希望加入此指標「腦中風病人住院日起 180 日內之住院日數及費用(含住院及 PAC 均納入計算)」，若其中要再區分腦中風類型，我沒意見。

潘代理委員延健(李委員偉強代理人)

- 一、整體來講，希望能有明確的定義，包括分子、分母，這樣才能真正去討論本修訂案之妥適性。其實類似的指標在評鑑裡面也有，包括急診的監控，但這些指標的定義到底有沒有差別？包含的範圍有沒有不一樣？剛剛也跟醫院協會的同仁再確認過，因為健保署本次所提出的指標，過去並未與相關協會或團體開會或進行較深入的檢討，所以我們對這部分有較大的意見。另外，閾值也蠻重要，例如是採用全球同儕值或全國同儕值，應要採用一個合理值，實際於監控時，才不會被無限上綱。
- 二、有關急診指標(醫院總額第 26 項指標「完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6 小時比率」及第 27 項指標「檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時之比率」)，急診的目的就是優先解決急症及重症，尤其是急的要先處理，而不一定是重症優先。剛剛楊委員漢源提到檢傷分類第三級應該要拿掉，急診病人中，檢傷第三級占 60 多%，而一、二級只佔 10 多%，

若把它們混在一起，焦點是不是被模糊掉了？我們只看到總的比率，但它可能主要呈現出的是第三級的情形，但我們真正 care、要轉住院的是一、二級啊！但它反而被模糊掉了。所以應該把第三級拆開來，而且第三級的病人不一定要住院，有可能處理完就出去了，可參考目前關於急診處理效率的指標，其足以監控急診轉入轉病房的時效，就可以反映出，病人在真的需要住院時，是否真的能轉入。因此建議第 26、27 項指標還是需要合併。若真的要監控三級的病人，可參考現有的轉住院率、等候率等指標，再來做個調整，以免指標間有重疊。

三、有關慢性病連續處方箋，目前醫院能監控的是開立率，藉以對健保資源妥為運用，因此政策面希望醫院要開立慢性病連續處方箋的，我們也都開了。但是對於「釋出」這方面，建議讓它自然發展即可，因為有一部分是醫院無法完全掌控。

四、第 30 項指標「接受安寧緩和和家庭諮詢者簽署安寧緩和醫療同意書比例」，除了剛剛滕委員西華及楊委員漢涇講到的困難點之外，其實安寧緩和醫療同意書的簽署已經推行很久了，社會上有人說、剛剛滕委員西華也提到，簽署的人很多是醫院人員，不過其實很多病人也都簽了。但此指標因為沒有看到分子分母，缺乏詳細的定義，所以我也看不出來，例如我已經簽過的，是否要排除？難道此指標是要一昧的去追求，新來的病人一定都要簽、都要拉高比率嗎？一定要這樣嗎？我想這樣在整體的執行上，方向會走偏。

戴主任委員桂英

請張委員澤芸。

張委員澤芸

一、謝謝各位委員對護病比的關注，在此先予說明，有關醫院總額中新增之第 29 項指標「全日平均護病比」，更精準的來說，建議指標名稱應該修訂為「急性一般病床全日平均護病比」較為明確；至於滕委員西華所提到特殊病床之護病比，如加護病

床，是否也要納為指標，可再議。但就本案而言，應先將目前擬新增的第 29 項指標名稱修改的更精準，能讓大家知道，其係指急性一般病床的全日平均護病比。

二、另干委員文男關心到護理人力現況，依衛福部資料可得知，在護理人力總空缺率方面，已從 100 年 7.35% 降至 104 年 5.6%，而總離職率方面，也已從 100 年 12.56% 降至 104 年 10.5%；雖尚未達到理想，但已看到在大家努力下，已有往好的方向去發展，未來仍需要各位委員的繼續支持。

戴主任委員桂英

請古代理委員博仁。

古代理委員博仁(李委員蜀平代理人)

有關慢性病連續處方箋釋出率，雖然一般來講只看到開立率指標，但其實一般民眾或消費者也很清楚，在整個醫療體系中，還是有千方百計想要減少處方釋出率的狀況。在政策面及制度面來說，釋出處方才是對民眾最好的照顧，因此除了開立率之外，也應注重釋出率，應訂定此種指標，因為這才是對民眾真正有利的指標。

戴主任委員桂英

目前發言總時間已經超過本會對討論案所訂的 30 分鐘，建議健保署收集委員所提意見，再予整體檢討，或可洽詢關心本案指標的相關單位，例如醫改會等，再提送本會審議，不曉得是否可行(健保署李署長伯璋表示：可以)，還有 2 位委員有意見，請張委員煥禎。

張委員煥禎

本來以為主委要做出決議了，若決議跟我們想的一樣，就不發言，但還是簡單講一下意見：

一、有關醫院總額第 26 項指標「完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6 小時比率」及第 27 項指標「檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時之比率」，理論上不可能有「該送加護病房」卻不送加護病房的病人，因此實際操作面上，這 2 項

指標應該要合併的原因在此。只會 over 收(超收)，不會 under 收(少收)。因為若需要住加護病房，又住不進去，病人一定會轉院。目前擬案是將這 2 項指標分立，內行人看到，會覺得訂這樣的指標有點外行，2 項指標應予合併才對。

- 二、剛剛講到檢傷分類三級的病人是否應納入計算的問題，我認為一、二級的病人要求 8 小時內轉入病房是合理的，但三級的病人也要求要在 8 小時內轉入病房，是會壓縮到一、二級病人的照護。也許有人會說事後再來檢討，但其實現在訂指標時就可以好好思考。看國外經驗，其實三級病人可以在 24 小時或 36 小時內轉入病房即可。但一、二、三級絕不能放在一起，不然三級的病人會壓縮到一、二級這些攸關性命的病人，所以寧願一、二級要趕快讓他住進去。
- 三、有關醫院總額第 28 項「慢性病連續處方箋釋出率」，理論上要醫院開立處方是對的，但不應該要醫院去告訴病人不能回來醫院領藥，因為經常是病人自己想回來拿藥，而且病人若不回來拿藥，又不一定是對醫院有利，因此，怎麼可能要醫界去做這種提升釋出率的事？應該是醫界可以對民眾佈達或宣導，告訴民眾除了原處方院所，還可在何處領藥(註：如特約藥局)，但再次重申，不適合把第 28 項指標訂為醫院該要去做，這不人性。

何委員語

- 一、主席，各位委員，對於醫院總額第 27 項指標「檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時之比率」，其實可考慮將一級、二級、三級分別訂指標、或分開計算。
- 二、既然主席今天不做決議，那建請健保署也要研究醫師薪資成長率、醫事人員的薪資成長率及護理人員薪資成長率等指標，希望每年都要公開此指標資訊，看看去年比前年成長多少。不然總額的錢一直被拿走，有如糖果一直吃完，只丟出一張垃圾包裝紙，然後又要我們再分糖，那永遠都分不夠。所以建議所有

醫師、技術人員、護理人員每年的薪資成長率應要公告，因為聽到很多醫師表示錢都被醫院賺走了，實質薪資沒有成長，而護理人員也是這樣講。因此，我認為應該要重新來做，如同主計處調查工業及民生業的薪資中位數一樣，我認為醫療院所也應受主計處調查各類醫事人員薪資中位數。

三、有關安寧緩和醫療，與目前即將投入 2、3 百億元的長照體系，有沒有重複性、重疊性或關聯性？希望能好好分析，讓同一件事不要在長照及健保方面同時花很多錢，並且應探討其重疊性跟關連性，這是現在都還不太清楚之處。以上是我的建議，並且再次強調，醫療體系的薪資，應該要進入普查範圍。

張委員煥禎

聽到這裡我一定要講，今天在此開會的有消費者也有醫界代表，因為會議紀錄有公開，所以委員發言在網路或其他地方都是可受公評的。剛剛何委員語提到醫師、護理等各類醫事人員平均薪資公開給委員參考，我同意，這沒什麼不好，非常贊成。但可否相對公布物價波動的幅度，讓大家瞭解，收支應該相抵，所以我建議要同步公開，不然會有污名化之疑，讓人認為似乎醫界一直在成長，但扣除物價成長幅度，醫院真正得到的成長有多少，就同步公開，以示公平。

戴主任委員桂英

提醒一下，本案討論的是品質資訊公開辦法，請大家將討論方向拉回來，應聚焦於此。另幕僚單位有些提醒，請張副執行秘書友珊說明。

張副執行秘書友珊

請大家參看會議資料第 61 頁說明一，本案係健保署依健保法第 74 條第 2 項規定，至本會提報醫療品質資訊公開辦法之修訂案。依法定程序規定，該署擬案需提至健保會討論，再報主管機關核定發布。所以本會對於本案之權限，係提供意見供健保署參酌，該署將會參照委員所提建議，陳報衛福部核定發布。

戴主任委員桂英

謝謝幕僚同仁的提醒與補充。現在我要徵求委員意見，剛剛本來是請健保署收集委員意見，再予斟酌或開會後，提報至本會。但依健保法第 74 條第 2 項規定，健保署擬訂辦法提本會討論後，應依法報主管機關核定發布。請問各位委員，將本案討論之意見送健保署參酌後，是否無需再提報本會，而是由健保署依健保法第 74 條規定直接報主管機關核定，大家有無意見？(委員表示沒有意見)請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、健保法的文字，常常令人搞不懂，「審議」、「諮詢」、「討論」，以前我常問社保司曲司長同光有何差別，他也答不出個所以然，好像只是讓文字不一樣而已。
- 二、剛才張委員煥禎提到一些觀念，讓我聽起來覺得不吐不快。我認為沒有醫院會把檢傷一、二、三級急診病人轉入病房的次序顛倒，我相信醫師都是英明睿智，先把檢傷三級急診病人轉入病房，而把檢傷一、二級病人留在急診，就為了那 8 小時，沒人會這樣做。所以用這理由把檢傷三級急診病人撇在外面，我覺得不可思議到極點，指的是要把急診病人轉到病房的檢傷三級。

張委員煥禎

你又誤解了，我講的是 2 件事(醫院總額第 26 項與 27 項指標)。

謝委員天仁

聽剛才所講的意思就是這樣。

張委員煥禎

不是！我是 2 個分開，講 2 件事情，第 26 項與 27 項指標是兩件事但可以合併在一個指標項目，但內容仍保留原 2 項指標的精神。

謝委員天仁

不是啦！我現在講的意思是醫改會的意思，只是要知道急診轉到病房時間延遲的比率是多少，重點在看急診品質，不是何時送或不

送，跟那沒關係。健保署的提案，之前已在「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」討論，大家都沒什麼意見，現在卻又再提意見，我覺得根本不用特別考慮。

戴主任委員桂英

謝謝。本案蒐集各位委員的意見後，送請健保署做為後續增修的參考依據，請問委員是否有不同意見？(委員表示沒有意見)沒有的話，接著進行討論事項第二案。

柒、討論事項第二案「105 年全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵案」與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

請大家參看會議資料第 65 頁，本案由本會第三組提出，請幕僚簡要說明。

陳組長燕鈴

委員好。請參看會議資料第 65 頁討論事項第 2 案，本案主要討論 105 年各部門總額評核結果之獎勵，即議定 106 年度「品質保證保留款」的成長率。

一、根據本會今年 3 月份委員會議，評核結果區分為特優、優、良、可、劣五等級，評等「良」級以上的部門，酌給「品質保證保留款」項目成長率。

二、今年 7 月 28 日、29 日評核會議之結果，請委員參看會議資料第 65 頁說明三，105 年評核結果，牙醫門診總額：優級；中醫門診總額、西醫基層總額及醫院總額：良級。

三、會議資料第 67 頁附表「各部門總額歷年評核結果之等級及所給予之成長率」，臚列過去年度的評核結果等級與成長率，評核年度 101 至 105 年，均給予「優」級 0.3% 成長率；「良」級 0.1% 成長率；「可」級 0% 成長率。另外，過去也曾考量行政院核定年度總額上限，酌調成長率，例如 99 及 100 年度總額，特優級之成長率是 0.25%，而不是 0.5%。以上說明供委員參考。

四、本案請委員依 105 年度評核結果，討論酌給 106 年度總額「品質保證保留款」之成長率，會議資料第 67 頁附表 4 個空格應為多少成長率百分比，請委員討論。

戴主任委員桂英

謝謝說明。請各位委員表示意見，請干委員文男。

干委員文男

對於評核結果沒有意見，我只知道去年依評核結果等級「優」、

「良」級，酌給成長率 0.3%、0.1%，「可」級則 0%，可否換算出基期的真實數據，例如，以醫院「良」級換算成長率之基期是多少？以西醫基層「良」級換算成長率的基期是多少？依各部門評核結果之等級，給予獎勵成長率的基期，合計是多少？若以滾入基期來算，像滾雪球一樣越來越大，我不明白是真公平或假公平，所以想換算成金額，不要只有抽象概念。

戴主任委員桂英

謝謝。干委員文男希望知道具體數據，不是只呈現成長率，對嗎？(干委員文男：對)等一下請幕僚回應。請問其他委員有無垂詢？本案屬每年例行提案。請幕僚針對干委員文男所提疑問說明。

張副執行秘書友珊

跟各位委員說明，牙醫部門之評核結果為「優」級，以成長率 0.3% 估算，相較於基期費用約增加 1.16 億元；中醫部門、西醫基層部門及醫院部門之評核結果為「良」級，以成長率 0.1% 估算，金額分別為 2.3 百萬元、1.05 億元及 3.89 億元，四部門合計約 6.33 億元。

戴主任委員桂英

謝謝張副執行秘書友珊的補充說明。請問委員有無其他意見？(委員：同意啦！)同意嗎？好，本案各部門總額評核結果之獎勵案確定，其成長率依照 100 至 104 年的獎勵成長率，請問委員有無不同意見？(未有委員表示意見)本案就做此結論。

何委員語

主席！

戴主任委員桂英

請何委員語。

何委員語

剛才有委員提到基期太高，從 100 至 104 年的成長率，已經滾出很高基期，若再依此成長率去換算，金額就相當高，尤其這 2、3 年的基期成長率相當高，我認為這部分要重新考慮。

戴主任委員桂英

好，請問委員有無相同意見？請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我覺得各部門總額評核結果獎勵案應該維持，因已做很多年了，特別是為何這幾年評核等級沒有部門是「特優」，只給「優」，個人相信與財務分配的考量有關。
- 二、我認為有 2 點應特別考量，第一，獎勵成長率加上年度總額協商成長率，不能超過行政院核定年度總額上限是毫無疑問的原則；第二，既然屬於獎勵，是否納入總額基期，誠如剛才 2 位委員所擔心，因此項原本就不在總額協商範圍之內，屬於總額執行完另外給的 bonus(獎金)，這部分可再考慮是否列入基期。我不確定以前有無列入基期，但認為還是應給予獎勵，因為是以前講好的規則，今年沒道理不給，基於信賴保護原則，也不應改變，不過，在今日下午 106 年度總額協商計畫(草案)會前會，或 9 月協商 106 年度總額時，將來可再討論此原則。

戴主任委員桂英

謝謝兩位委員的意見。若其他委員沒有意見，請幕僚說明過去有無將獎勵款納入基期。

張副執行秘書友珊

請委員參看會議資料第 65 頁說明二，本會於 105 年 6 月份委員會議決議：「各部門『品質保證保留款』金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年(105、106 年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算」，各部門會將品質保證保留款的分配方式提至本會討論，委員同意後才能分配。過去也要求以最近 2 年累計額度為限，因此，106 年度品質保證保留款的額度是以 105、106 年品質保證保留款成長率之累計額度分配，其餘額度回歸一般服務預算。(委員：結論是什麼？)

戴主任委員桂英

請問健保署，過去獎勵款是否納入基期？(健保署：有)健保署表示

過去獎勵款有納入基期。

張副執行秘書友珊

抱歉，剛才說明「回歸一般服務預算」即表示納入基期。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

這有邏輯上的困難，所以一定要滾入基期。若每次都放在基期外，會越來越多，如何處理這筆品質保證保留款，且最後怎麼認定有無超過行政院核定年度總額上限，會有困難，因此不得不放入基期，自然而然滾入基期是合理的。

戴主任委員桂英

謝謝。請何委員語。

何委員語

- 一、會議資料第 65 頁「93~104 年評核等級之分數基準及酌予獎勵之成長率」，98~99 年評核等級「優」的成長率為 0.15%，不是 0.3%；「良」級成長率為 0.05%，不是 0.1%，表示過去也有調降一半的案例，而且去年並未決議今年的評核獎勵成長率為 0.3%、0.1%，所以我認為今日要討論，重新決定獎勵成長率。
- 二、會議資料第 67 頁附表「各部門總額歷年評核結果之等級及所給予之成長率」，105 年之各部門總額成長率是空格，就是讓大家做決定，所以付費者代表委員應提出看法來決定，而不是依 100 至 104 年的成長率，且 104 年並未決議 105 年給多少成長率，所以今日可以重新提出數字。

戴主任委員桂英

沒錯，本案屬討論案，目前正在討論獎勵成長率。委員對評核結果的等級都認同，只是對酌予獎勵的成長率有意見。剛才有委員建議未來要檢討應否納入基期，不過，也有委員認同納入基期是合理的。現在要請大家決定的是，105 年評核等級「優」或「良」的成

長率為多少，請大家表示意見。

何委員語

主席！我提議暫停 10 分鐘，讓付費者委員討論。

戴主任委員桂英

請問有無委員附議？幕僚剛好可以利用此時間發便當，10 分鐘後，12 時 03 分再繼續開會，可以嗎？(多位委員表示可以)可以的話，休息 10 分鐘。

(休息 10 分鐘)

戴主任委員桂英

現在繼續進行會議，請委員對本案各部門總額評核結果「優」、「良」級的獎勵額度表示意見。請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

對不起，我想在討論議案前先講開心的事，比較不會影響待會討論議題。因為我在電影工會工作，所以 9 月 1 日晚上包場，邀請大家一起到西門町 showtime 影城，觀賞「報告班長第 7 集」電影，這是開心的事，接下來請繼續討論議案。(眾委員笑)

戴主任委員桂英

的確是很開心、愉快的事情。請各位委員對本案表示意見(有委員表示請何委員語代表說明)，請何委員語。

何委員語

付費者委員充分討論後，對今年各部門總額評核結果等級給予之成長率提出數字：牙醫部門「優」級，0.21%；中醫部門 0.07%；西醫基層 0.07%；醫院部門 0.05%。

戴主任委員桂英

還是以成長率方式做為鼓勵，是嗎？「優」級是牙醫部門，成長率 0.21%，至於「良」級的部門，其獎勵成長率區分為 2 種，中醫及西醫基層部門是 0.07%，醫院部門是 0.05%，請問原因為何？因為 3 個部門都為「良」級。

何委員語

原因是這樣，第一，整個基期的差別太大，第二，醫院到目前為止，在整個病床供應數及病患轉院等事項上，很多地方做得不是非常理想，因此給予 0.05% 成長率獎勵。醫院部門還有很大進步空間，且剛才 105 年全民健康保險醫療品質資訊公開指標案，醫院還有一些事有待解決。

戴主任委員桂英

謝謝。請問其他委員的看法，付費者委員都持相同看法嗎？(未有委員表示反對)好。專家學者委員有無意見？請陳委員聽安。

陳委員聽安

我對於付費者代表的建議沒有意見，只是好奇絕對數，若按照這樣成長，相對去年來講，增加金額是多少，可否提供數字？

戴主任委員桂英

請幕僚估算一下成長率金額。

何委員語

付費者委員剛才有共同意見，希望今年協商明年度總額時，將品質獎勵金單獨列出，另外應是定額獎勵金，否則一直滾入基期，幾年下來，連品質獎勵金都滾得很大。

戴主任委員桂英

這是對於協商下一年度總額的意見。請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

本案是依評核會結果，所以是遊戲規則的問題。評核結果之等級，分為五級：特優、優級、良級、可及劣級，現在的處理方式，竟然同為「良」級，卻有不同結果。其實不應將其他因素加進來，因為這並不是評核會決定的結果，醫院部門並不是「可」級，甚或是「劣」級，若是那樣，我們當然接受，以前也曾經拿過 0%，並不是沒有。現在有不同的「良」級，我們是小良(0.05%)，別人大良(0.07%)，有點奇怪，做任何事都要有原則，不能因為看誰不順眼就另外處理。

何委員語

我要抗議！沒有看誰不順眼，我看楊委員漢源是非常英俊瀟灑、「古錐」(台語，可愛)的人，所以看他很順眼。我的觀點不在此，而是社會上的觀點。到目前為止，社會大眾對醫院部門並沒有惡劣的批評，但在服務品質方面，還有很多期待成長空間，這是我對一般民眾訪查的結果。我當健保會委員像當調查員一樣，隨時到很多地方訪查很多病患，去了解他們的感受，我常常做這件事，所以從這個角度來講，也很尊重有委員說可有不同的數字，今天是要決定數字，以前並沒有決定今年度的數字，但明年度大家有共識，希望不滾入基期，且以定額獎金方式處理，個人非常贊同。

戴主任委員桂英

謝謝 2 位委員的發言。請周執行秘書淑婉。

周執行秘書淑婉

補充說明，請看會議資料第 67 頁「各部門總額歷年評核結果之等級所給予之成長率」附表，評核年度 92 年，等級同為「優」，中醫部門成長率 0.42%、西醫基層部門 0.29%、醫院部門 0.155%，所以，過去也曾同樣等級給予不同成長率，提供各位委員參考。

戴主任委員桂英

請張委員煥禎。

張委員煥禎

一、講到獎勵成長率，多年來真的不吐不快。剛才何委員語提到做調查，過去有一份有名的企業民意調查，其中 2 項是永遠都不會滿意的，一是薪資，所有企業員工對他的薪資；另一是伙食，不管如何改善，永遠不會滿意，分析結果是因為沒有考慮相對條件。這麼多年來，醫界一直被打的是服務態度、醫療品質還有增長的空間，這個都對，因為醫療品質及服務品質永遠都有成長空間，但是，獎勵標準有沒有考慮到醫界的投入與產出，若投入很少，例如投入 30 分，做到 60 分，或許要給予很大的獎勵；給 90 分的東西，做出 80 分，反而不應該給獎勵。

- (一)我要說的是，委員一直提出建言，認為醫界還有進步空間，希望所有委員應考慮我們得到的投入是多少。
- (二)應以 average(平均)來講，不要打單一個案，因任何行業都有不盡理想的人或事，所以不應只看單一個案，就一竿子打翻一條船的人。
- (三)獎勵標準應將「投入」的因素納入考慮。
- (四)歡迎付費者代表或其他人，不只調查付費者對醫界的意見，也可隨機跟醫療服務提供者，我想包括藥界、護理、中醫或牙醫，應該都很歡迎付費者來做問卷調查，這樣更知道雙方看法。付費者站在中間，除了民眾端，也該了解醫療提供者的心聲。

二、我們多年來討論評核結果獎勵，基本因素也應好好看待，否則獎勵一直是用我們的標準，會打擊士氣，例如日本長照機構每年會去調查，若很多人做，可能就把給付降低，因為很多人做表示或許利潤還不錯；對於一直都沒人去做的事，反而會給予獎勵，提供參考。

戴主任委員桂英

謝謝。剛才有委員想了解建議成長率的實質金額，請幕僚說明。

張副執行秘書友珊

補充說明相關數據，牙醫部門成長 0.21%，額度約 8 千 1 百萬元；中醫部門成長 0.07%，額度約 1 千 6 百萬元；西醫基層部門成長 0.07%，額度約 7 千 4 百萬元；醫院部門成長 0.05%，額度約 1 億 9 千 4 百萬元，合計約 3 億 6 千 5 百萬元。

戴主任委員桂英

謝謝說明。請陳委員義聰。

陳委員義聰

一、首先我對各位委員讓醫療資源用在刀口上，儘量幫國家省錢，表達感佩之意，但各位有無考慮到，把錢用刀口上比把費用降低更重要。獎勵成長率即使維持在以往的標準，其實金額不到

整個總額的千分之一，而且這些錢被規定用在改善醫療品質，不能隨便亂用。

- 二、個人覺得改善醫療品質與把錢用在刀口上，比刪減金額更為重要，更何況牽涉到信賴保護原則及遊戲規則，以後若要改變，個人沒有意見，但這次就改變，希望大家能再思考一下。再強調一次，個人覺得改善醫療品質及把錢用在刀口上，遠遠比降低費用更為重要。

戴主任委員桂英

謝謝，陳委員義聰語重心長，其意見請大家斟酌，請何委員語。

何委員語

- 一、主席，我不曉得健保會的前輩，為什麼會想出品質保證保留款(下稱品保款)獎勵方案。因為就消費者的觀點來講，醫界自己應該就要做好醫療品質來服務病患，它跟獎勵是沒有關係的；而不是消費者給醫界獎勵金，醫界才做好醫療品質。就好像廠商要把眼鏡的品質做好，讓消費者願意來買你的東西；而不是因為消費者給廠商獎勵，廠商才把眼鏡品質做好。這個觀點跟邏輯是不一樣的，是很重要的社會消費行為的概念。
- 二、截至目前為止，本會並未針對 106 年各部門總額的品保款成長率做過任何決議，既然是今天的會議才做決議，我們付費者當然有權建議給予多少成長率，醫界也可以提出你們的要求，這是天經地義的事。此外，依據過去的慣例，92 年協商 93 年度總額時，也曾針對同樣的評核等級給予不同的成長率(92 年中醫部門與西醫基層同為「優」級，但成長率分別為 0.42%與 0.29%)；另外一個慣例是，98 年協商 99 年度總額時，將所有部門的成長率都減半，所以我們採取折衷的方式，而得到前述建議方案。

戴主任委員桂英

謝謝，請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、何委員語對醫界的期待與勉勵，我深表贊同，因為我知道他是很成功的企業家，如果以老闆僱用員工來比喻，雖然老闆認為員工做好是應該的，但是老闆給員工的年終獎金一定還是會依據個人表現不同而有差異。消費者去買商品，都覺得店家應該提供最好的商品，但是依據商品的品質好壞不同，還是會有不同的商品價格。
- 二、因此，我在想當年為什麼會產生這個制度，應該也是基於鼓勵做好醫療品質的心態設立，那至於過去怎麼決定給多少品保款成長率，我研讀會議資料後(請參閱會議資料第 67 頁)，已經大概抓到它的邏輯。
- 三、顯然品保款成長率跟行政院의 總額上限是有關的，我們可以看到 98 年協商 99 年度總額時，品保款成長率獎勵突然減一半，原因很簡單，是因行政院核定總額成長率上限從 5.1% 降到 3.5%，所以品保款成長率獎勵當然也跟著減半。那為什麼 100 年協商 101 年度總額時，品管款成長率竟然還能拉起來？原來是行政院核定的總額成長率上限在 101 年度由 3.6% 上升到 4.7%。所以，101 到 105 年度的核定總額成長率上限都在 4.7% 到 5.8% 之間，106 年度核定總額成長率上限 5.9% 又比之前的上限還要高一點點，我覺得在邏輯上應該是要增加品保款成長率，可是現在竟然要下降，所以我不知道是否整個調整成長率的思維邏輯已經改變了。
- 四、其實在 105 年評核會結束後，我還滿腔熱血地跟我們的理事長還有所有的夥伴報告說，欸！我們今年的分數不夠理想，我們還要請專家、請學者、請很多人來督促我們西醫基層，也要持續投入、做研究，看怎麼做才能達到社會的期待。那我們這些投入也是需要資源、也是要成本，要改善醫療品質也是要資源、也是要成本，但是我今天好像被潑了冷水一樣，今天回去大概什麼話都可以不用再講了、不用再提了。我只是要講說其

實如果按照過去的邏輯來講，今年我建議最起碼要保持跟去年一樣的成長率獎勵，甚至建議成長率獎勵要略為增加。

戴主任委員桂英

謝謝，請張委員煥禎。

張委員煥禎

一、黃委員剛才說他非常欽佩何委員語的說法，我覺得是有斟酌的空間。我們就事論事，產銷眼鏡不能拿來比喻健保，套用經濟學的專有名詞，健保市場是單一買方市場(即健保署)，沒有自主訂價的權力，所以跟自由市場是不一樣的，我眼鏡做得越好，我可以賣得更多的價錢；我眼鏡做得不好，沒有人來買，讓市場來淘汰。但是健保不一樣，因為它是民生問題，我們姑且不討論對錯與否，但是我要強調的是，單一買主的經濟條件是跟自由市場是不能比較的。

(註：自由市場是經濟學術語，指市場不受政府干預和調控，政府對其只行使最低限度的職能。)

二、剛才大家一直互稱夥伴，但我覺得參加健保會這麼多年，已經變成其他人是老闆，我們醫界、藥界、醫事服務提供者是被僱用的。所以剛才有人講，如果被僱用的員工稍微做好一點，給一點獎勵像年終獎金也是合理。我反對這個說法，事實上為了這一點小錢，我覺得我們在這裡已經有一點乞求的感覺了，我實在不到最後我不講，不能再這樣似是而非下去。我覺得如果今天市場可以自由訂價，然後健保署可以選擇要不要購買我們的服務，我覺得健保署再怎麼要求都沒關係，因為你不來這家，可以去別家嘛，對不對？但是今天市場型態是單一買主，我要再次強調這個事情，謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝，請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、在這裡首先感謝評核委員辛苦地檢視各部門總額的執行結果。

其次，醫院部門可以說是照顧最多病人、患者的層面，這點大家應該都認同，但是大家對於相同的評核結果，卻給予不同的品保款成長率，我感到很訝異，我認為這點應該還有商榷的餘地，也不是今天就能決定的事情。

- 二、醫療品質的提升，是中醫、牙醫、西醫基層和醫院部門共同的目標和理想，並非只有哪個部門在做，每個總額部門都很努力地在提升它的醫療品質。剛才有委員說醫院部門的總額比較大，但是他是否考慮到醫院照顧的患者比較多，如果有考量到的話，應該就不會提出這種有差異性的數字或發生這種狀況。
- 三、如果要用這種方式來消磨醫界的熱忱與投入的話，我是覺得不用做得那麼痛苦，乾脆阿莎力一點，我建議取消總額執行成果的評核，連品保款獎勵金也都取消，一刀兩斷，謝謝。

戴主任委員桂英

請各位不要動氣，委員會議的本質就是須要互相溝通和說服。我看付費者委員也在互相討論，說不定有重新討論的空間，請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、對啦！先不要生氣，這筆錢省下來也不是落到我們口袋，多花了也不會都到各位身上。我覺得何委員語的考量也是不無道理，但是醫界、健保署那麼辛苦執行一年的經費，到評核完了才說要調整品保款成長率，難免讓他們不舒服。我提一個折衷方案，請大家聽聽看。其實在歷次評核會或是在健保會討論品保款的使用指標時，委員都提過蠻多意見，包括指標是否具有敏感度、有無鑑別度，也講到醫院的部分好像就是典型要花錢給人家而已，沒有真的在做品質管控，所以品保款執行的效率、品質都有問題也是事實，這些意見在評核會紀錄也都有記載。
- 二、剛才醫界的聲音我們有聽到，如果要兼顧信賴保護原則，維持原有的成長率，那我的建議是，原本品保款如果沒使用完是滾

入一般服務且作為計算次年度總額的基期；如果現在要維持原本的成長率，我們希望各部門嚴格執行品保款，提出嚴格、有鑑別度的指標，獎勵這些非常認真任事的醫事服務機構，沒用完的部分，不滾入一般服務，就留在品保款的範圍裏，剩下的就滾回安全準備金。但如果品保款使用完畢我就沒意見。當然品保款確實沒多少錢，但是個誠意，也是個具有重要意義的指標，我覺得不是計較錢的問題，我相信何委員語計較的也不是錢的問題。

三、我的提議是未使用完畢的品保款不滾入一般服務，我們在今年協商明(106)年度總額時，可以對將來的品保款成長率再加以討論。其實，我也不贊成用「成長率」，因為各部門總額規模不同，如醫院、牙醫、中醫分別是 3 千多億元、4 百多億元、2 百多億元，雖然給予的品保款成長率是相同的，但是換算為金額大概差了將近 10 倍，所以用成長率也不一定公平，如果用金額給予品保款的話，我們反而可以針對表現好的地方，在金額上面做調動，不一定要用百分比匡定。所以，對於品保款或是對總額獎勵的加成，我們應該可以在今年 9 月總額協商的會前會或是在總額協商前，可以有一個比較明確的新原則。

四、再重複我的建議，第一點就是希望儘量維持原有的成長率，但是沒有用完的品保款不滾入一般服務，就是歸入安全準備或歸零。第二點是在今年總額協商時，重新確定品保款加成的規則，謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝，請何委員語。

何委員語

一、我們剛才已經跟謝委員天仁談好，由於謝委員已先離開，所以我能調整的就是同樣給醫院部門 0.07%，這是我的退讓。那至於要恢復原來 105 年度的成長率(105 年度各部門總額品保款成長率，牙醫、中醫、西醫基層、醫院部門分別是 0.3%、

0.1%、0.1%、0.1%)，很抱歉！我會反對到底。

- 二、至於醫界要不要參加評核、要不要獎勵金，那是你們的事情，我沒有意見，要不要參加健保，我也沒有意見，因為這是隨人所欲嘛！本來作生意就是「歡喜做，甘願受」，要做就做，不做就不要做。我是只能同意說，就是牙醫、中醫、西醫基層分別為 0.21%、0.07%、0.07%，醫院也給 0.07%。剛才謝委員天仁是跟我講說醫院部門的成長率要降，但是他離開了，我自行把它同樣調整到 0.07%，好不好？

戴主任委員桂英

謝謝，請問其他委員有無意見？先請林委員惠芳。

林委員惠芳

- 一、主席、各位夥伴，我同意剛才滕委員西華的提議，因為我們剛才初步討論時，謝委員天仁也是擔心品保款沒有用完會滾入一般服務，使得總額的基期越墊越高，將來健保的負擔會越來越重。而且其實這筆錢對醫療院所來講，比較算是獎勵的性質，就是希望大家可以在品質上可以越做越好，這樣子的話消費者才能夠得到利益，所以我是支持剛才滕委員提到的調整方法。
- 二、因為今年的評核已經結束了，如果現在要去調整協商因素中的品保款成長率，可能大家會覺得好像突然被打一個耳光，不曉得是不是醫界會有這個感覺？但我覺得大家希望醫療品質越來越好的初衷，應該是一致的，所以我支持維持原有成長率，希望各部門把它在品質保證的相關事項上好好的用完它，並且不滾入一般服務。

戴主任委員桂英

謝謝，請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

大家好，我實在不希望氣氛這麼僵，其實我想何委員語是用心良苦，是希望我們醫界有更好的品質出現，當然我們付費者代表也是希望這個樣子。不過，因為成長率是評核後的連帶結果，雖然我也

贊成何委員語的意見，但是為了大家以後的關係能更好，我還是比较支持滕委員的想法。所以，我是建議保留原來的成長率，用不完的產品款就照剛才滕委員說的意思。希望大家能夠把這個會議開完，因為下午還有總額協商會前會。

戴主任委員桂英

謝謝，請林委員敏華。

林委員敏華

主席、各位委員，我的意見也跟滕委員西華一樣，因為今年評核會已經辦完了，而且我們之前並沒有跟醫界講清楚遊戲規則，我個人的意見就是，同意今年比照去年的方式，至於遊戲規則可以等9月協商時再針對各部門討論、修改，要改遊戲規則是可以的，但必須先跟人家講清楚。

戴主任委員桂英

謝謝林委員敏華，請干委員文男。

干委員文男

- 一、其實何委員語是替所有消費者發聲，我們非常肯定。這件事起因於我的一句話，我提到各部門總額的品保款用百分比表達很抽象，有無辦法把實際的數目字表達出來，所以幕僚就提供出來，這樣可以讓委員知道問題出在哪裡，我們要怎麼解決。
- 二、何委員語有所堅持，我們也不能說不對。但是我們是覺得去年的總額已經執行了，評核結果也已經出來了，再談調整品保款成長率是比較沒有誠信，我是希望說以後可以針對各部門總額分別討論給甲部門多少、給乙部門多少，或者每個部門多少金額。
- 三、每個總額部門不論規模大小，做的事情都一樣多，也都有參與評核。像中醫總額最小，但是看到他們也是戰戰兢兢地為評核做準備，牙醫、西醫基層、甚至是醫院部門也都是一樣。但是如果將未執行完畢的品保款滾入一般服務，做為計算總額的基數的話，社會上的觀感是不好的，所以我贊成滕委員西華的提

議。

四、我贊成今年能基於誠信原則，因為各部門 104 年度總額已經執行完畢了，我們再議價，好像有點不厚道，所以我希望比照去年的成長率。明年的品保款要用定額或者是給多少，我們再訂一個標準，各部門都有在做事嘛，大的總額跟小的總額做的工作都一樣，只是統計上的關係比較複雜，我是希望說能夠請何委員語見諒，能有所轉圜，如果大家僵持不下，心裡就不舒服，謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝，請葉委員宗義。

葉委員宗義

主席，我今天第一次發言，我認為以後不宜中斷會議另行協商，因為協商進來後，在會議上各人所提出的意見似乎不一樣，因為委員會議不是協商會議，而且委員會議的時間很短，所以我建議以後盡量不要再去外面協商才進來開會，這是我的建議。

戴主任委員桂英

謝謝，請何委員語。

何委員語

一、我還是堅持我的立場，其他委員當然有權表達他們的意見及觀點，因為每人立場不同，但是我代表雇主堅持我的理由。剛才在外面討論，謝委員天仁給我們很多指導，所以我們才訂這個成長率。原來謝委員天仁是跟我說，就比照 99 年度的總額，將各部門成長率全部減半，那我就靈機一動說打 7 折，那剛才付費者代表在外面協商時都同意了，現在卻變卦，全被人家看破手腳了，那以後協商怎麼做，協商會沒完沒了，你們這些付費者...(葉委員宗義：我和李委員永振沒去喔!)對，他們沒去，因為他們都授權我嘛，他說我們授權你去處理。

二、我今年總額協商會堅持到底，要砍多少就砍多少、要加多少就加多少，我很坦白在這邊公開講，出來開會都是以命相搏，所

以我還是堅持我的立場。

戴主任委員桂英

- 一、謝謝何委員語，大家都是為健保好，實在沒有針鋒相對的意思。本案就依去年的成長率，優級及良級分別給予獎勵成長率 0.3% 及 0.1%。委員的不同意見，是為了讓未來執行總額的結果會更好，尤其在提升品質方面，我們會詳細記錄，作為未來執行的方向。
- 二、剛才有好幾位委員附議滕委員西華的意見，就是品保款如果有剩餘款就不滾入一般服務，這個部分行政作業面應該可以處理。
- 三、若希望對未來新年度的品保款有不同的做法，那 9 月份協商時，請大家記得現在有這些意見，屆時再提出討論，希望能討論出結果。本案進行到此，委員有無其他意見？

李委員永振

主席！

戴主任委員桂英

請李委員永振。

李委員永振

主席！我們好像有點誤解，現在討論的是 106 年的總額額度，是明年度的費用，哪有什麼誠信原則的問題？是 9 月要討論的啊！7 月份的評核應該是針對 104 年度的總額執行成果，它是用過去的經驗來決定未來的總額分配啊！

戴主任委員桂英

謝謝李委員永振，就是用 104 年度執行的經驗來決定 106 年度的品保款成長率。

何委員語

我還是反對主席的結論，因為這個金額是要列在 106 年的品質獎勵裡，不是今(105)年要給各部門，是未來要編給各部門的，那針對

未來要編給各部門的金額有什麼誠信、信賴原則可言，那我在 9 月份總額協商的時候，我可不可以殺價？我要再砍價喔！

戴主任委員桂英

謝謝李委員永振、何委員語。

何委員語

希望主席把我們的意見列入紀錄。

戴主任委員桂英

首先，我們是運用 104 年度總額執行的評核結果，來決定 106 年度各部門總額品保款的成長率。其次，到目前為止，我都未提及誠信原則，請各位委員回想一下，我只是依據多數委員的意見做成結論，如果多數委員的意見傾向於給予 0.3% 及 0.1% 成長率，那就依之做成結論；對於少數委員的意見，我們也一定會尊重並記錄下來。

何委員語

你可以記錄下來，我在總額協商的時候，針對這一項可以再減碼、再殺價，可以嘛！不是說不能殺價，因為我還是反對這個金額，所以我在 106 年總額協商的時候，我可以提出要求減這個部分。

楊委員芸蘋

主席！

戴主任委員桂英

是！請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

何委員語很堅持他的建議，我們也尊重他的想法，但是今天多數委員還是建議保留原議。如果何委員語很堅持這樣的做法，9 月份總額協商時所有付費者委員都會在場，屆時可再討論是否要再減少多少費用、還是維持原議，可是今天我覺得還是尊重主席的決議。

戴主任委員桂英

謝謝！接著進行專案報告，本次共有三項專案報告，其中有二案好

像已經延後幾次了，因為今天下午還有總額協商會前會，請教各位委員如何處理？其中第三案「105 年度及近 5 年新增給付項目與調整給付內容之執行情形及財務影響」專案報告，是總額協商時需要參考的資訊；第二案為「DRGs 相關診斷分類分組由 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 之執行情形」專案報告，第一案「全民健康保險業務監理指標之監測結果」則是例行的專案報告。請教各位委員，是依原順序進行報告，還是需要另做調整？請林委員敏華。

林委員敏華

主席，各位委員，因為我們都已經提早收到資料，對各位委員有問題的部分，我建議是否直接進入質詢，至於第三案，是否併入稍後總額協商會前會一併報告、處理。

戴主任委員桂英

謝謝林委員敏華對程序上所提建議，就是第一、二案不進行口頭報告，直接徵詢委員意見，然後再請相關單位說明；第三案與下午的總額協商會前會有關，乃進行口頭報告、討論。請問委員有無意見？(眾多委員表示可以)接下來進行專案報告第一案。

捌、專案報告第一案「全民健康保險業務監理指標之監測結果報告」
與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

請委員參看會議資料第 71 頁到第 90 頁及直接表達意見。請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、效率指標共有 8 項，會議資料第 76 頁，第 10 張投影片，其中第 5 項區域醫院以上初級照護率，感覺上，地區級醫院做出來的資料好像比較不正確，希望健保署以後能改進。
- 二、第 8 張投影片，癌末病人往生前 6 個月每人申報醫療費用點數約計 36~38 萬點，但是看不出來這些費用是用在哪種類型的病人身上，健保署應該計算清楚，讓委員瞭解。重點在於醫院做了哪些治療，聽說有些病人已經簽署 DNR(Do Not Resuscitate，不施行心肺復甦術)，但醫院還繼續在治療，這個部分健保署應該要去處理。
- 三、第 9 張投影片，高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率，目前平均每一個人門診就醫次數已達 15 次之多，政府應該對全民發揮監督、教導，並做宣傳和建立懲處的管理機制，但顯然現在還沒有做到。
- 四、第 15 張投影片，有關手術傷口感染率原因的探討，曾經有某位醫學中心的院長告訴我，民眾到醫院看病，其實醫院是感染率最多的地方。下週一就有關於空氣污染法的討論會議，建議手術傷口感染率應該做細項分析，瞭解哪些疾病的手術感染率最多，報告內容要看得出功能性。

戴主任委員桂英

謝謝，請問其他委員有無詢問？請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、這次指標監測結果報告，將標準差分列出來是好的，我們也希望朝這個方向思考。但是標準差太大，可能要思考其意涵，例

如會議資料第 79 頁，第 16 張投影片，101 年上半年之平均值 ± 1.5 *標準差中，平均值為 0，標準差為 59.76%，是否是樣本數太少，不然為何標準差這麼大？若個案只有 1 個，不是百分之百死，就百分之百活，個案量至少應高於 5 個，對於死亡率偏高者，我們還可以進一步分析原因。

二、至於謝委員武吉提到病人過世前 6 個月每人醫療點數，可以再做細部分析，這個建議是很好的，因為病人在最後一段路的花費，常與是否簽署 DNR 有關，且報告呈現的是平均值，有些人可能沒花費那麼多，細部分析可以更深入瞭解醫療費用利用情形。

戴主任委員桂英

謝謝，委員有無其他意見？請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

健保支出占 GDP(Gross Domestic Product，國內生產毛額)比率大約是 3.5~3.6%左右，而國民保健支出占 GDP 比率大約是 6.1~6.3%，中間還有很大的差距，健保已接受嚴格的監督及管控，請健保署更多地揭露相關資訊，讓委員瞭解這個差距的原因是什麼？(其他委員說：是自費的部分)，應如何評估自費項目及內容？對國家評估衛生保健支出很有助益。

戴主任委員桂英

謝謝，若委員沒有其他意見，請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

謝謝各位委員提供許多意見。本案係根據上次委員會議討論決議之指標，提供相關數據及說明，委員建議增加指標或指標更為細緻化，由於指標種類無數，建議應回到監理指標修訂的機制，由健保會決定是否增列新的監理指標項目，才較合理，只要健保會通過新的指標，本署即可配合提供相關數據。

戴主任委員桂英

有關業務監理指標的增、修訂等檢討時機，請本會幕僚說明。

張副執行秘書友珊

本案業務監理指標係於 103 年 5 月建立，並於去(104)年年底修正，共修正 11 項監理指標，當時委員提到部分指標應有更詳細的分析資料，這部分在今年 6 月份本會幕僚與健保署已共同完成一本年度監測結果報告書，其內容有呈現更詳細的資料，包括部分指標分列層級別，或平均值、最大值及最小值等數據。

戴主任委員桂英

請問 6 月份的監測結果報告書是否已經通過或尚未通過？

張副執行秘書友珊

原本 105 年度監測結果報告書是隨同 6 月份專案報告一併提供，因為時間關係，專案報告部分遞延至本次委員會議提報，至於監測結果報告書，已於 6 月份併同該次會議資料寄送委員參考，若有需要可以再跟委員說明。

戴主任委員桂英

105 年度 6 月份的監測結果報告書已經完成，今天委員提出需要進一步瞭解的內容，若年度監測結果報告書沒有呈現，請以書面補充說明。請何委員語。

何委員語

會議資料第 86 頁，第 29 張投影片，請問每年家庭自付醫療保健費用比率是怎麼換算出來的？我認為家庭自付醫療保健費用比率指標，不應只呈現比率，應將金額換算出來，假使健保費用是 5 千億元，醫院自費項目收入大約是相同的額度，我們不清楚本項數據是否包含在醫院自費項目收入中，還是不包括在內？希望健保署可以提供數據，才能瞭解醫院自費項目收入有多少？

戴主任委員桂英

請李委員永振。

李委員永振

一、會議資料第 76 頁，第 9 張投影片，高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率乙項，健保署輔導全年門診就醫次數 ≥ 90 次

之保險對象最近 3 年平均就醫次數都有改善，請參考附註說明，103 年門診就醫次數 ≥ 90 次個案經 104 年輔導後，就醫次數下降率為 20%(輔導前每人平均就醫次數為 108.5 次，輔導後就醫次數下降為 86.4 次)，問題是 104 年已下降至 86.4 次，輔導對象訂為「全年門診就醫次數 ≥ 90 」之標準可否再檢討？

二、建議可再進一步分層分析，例如藉由歷史資料，依就醫次數下降情形，分為 110 次降至 100 次、100 次降至 90 次等，依次歸類分析輔導改善之成因，以累積經驗，找出改善之關鍵點，期望將輔導的效果再擴大。

戴主任委員桂英

謝謝，請干委員文男。

干委員文男

一、贊成何委員語對於家庭自付醫療保健費用比率的想法，數據可以再明確一點，目前健保費及自付額一直在增加，希望未來自付費用可以控制在一定範圍內。

二、會議資料第 78 頁，第 13 張投影片，每年藥品費用約占醫療費用的四分之一，且占率持續在增加。談到新藥部分，感謝署長及部長有注意到消費者代表的意見，擬將 C 肝新藥納入健保給付，請大家注意，這些病人不是無效醫療，而是有生產力人口，藥費雖有成長，希望可以真正用在 C 型肝炎病患的身上。

戴主任委員桂英

謝謝，針對上述幾項指標，請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

大家對指標有所期待，有些委員希望現行指標往下擴充，有些委員則還要求增加更多指標，建議增修的機制要存在，請健保會依循正式途徑處理，未來參酌委員意見，檢討那些項目新增或修訂，本署再配合提供相關數據。

戴主任委員桂英

請健保署針對會議資料第 86 頁，第 29 張投影片說明。

龐組長一鳴

- 一、第 29 張投影片資料顯示，家庭自付醫療保健費用比率 101 年是 35.29%，102 年 34.75%，103 年 34.74%，3 年的趨勢是逐年下降。
- 二、另一項重點是，本項資料不是使用健保的資料，而是衛福部統計處依主計總處家庭收支調查的資料計算的，另外總額協商時，需要許多成本指數，是主計總處另外一項調查。惟家庭收支調查的內容非常廣泛，甚至包括家中使用的衛生紙、沙威隆等，所以單一年度呈現的資料，意義不大，應觀察長期趨勢的變化。

戴主任委員桂英

謝謝龐組長一鳴的補充說明，請吳代理委員榮達。

吳代理委員榮達(謝委員天仁代理人)

委員提出指標的修正意見，建議健保會應訂出修正期限，並於修正後再提出監測報告。

戴主任委員桂英

謝謝，吳代理委員榮達的意見請納入決議，請本會幕僚訂定一個期限，收集委員對於新增或修訂指標意見；至於委員所提有疑義或須更細緻分析資料部分，若年度監測結果報告書已有納入，請幕僚適時向委員說明；若年度監測結果報告書沒有的部分，請盡可能以書面補充資料，以利委員瞭解，本案洽悉。請干委員文男。

干委員文男

看起來自付差額特材比率的資料比較真實，而家庭自付醫療保健費用比率採用統計處所做的資料，有些失真，希望未來可以確實改正，不要把一些有的沒有的資料都納入。

戴主任委員桂英

謝謝，目前健保署是依本會的要求提供數據。本項監理指標要不要納入，可否提供，未來可再檢討，本案洽悉。請主計總處陳委員幸

敏說明。

陳委員幸敏

衛福部統計處提供之家庭自付醫療保健費用，其原調查應有其目的，當時是否符合健保監理的目的，如果不是，健保會就不能使用這樣的指標，因為兩者的差異很大。

戴主任委員桂英

謝謝，請陳委員聽安。

陳委員聽安

抱歉！剛剛沒有聽清楚，會議資料第 86 頁第 29 張投影片，家庭自付醫療保健費用比率資料係來自行政院主計總處家庭收支調查，當做健保監測資料沒有意義。本會應瞭解被保險人除自付保費外，去醫院看病自付醫療費用有多少？病人就醫時，自費部分有健保與非健保的費用，我們須監測的是健保部分自付多少費用，才有意義，所以，這項指標資料毫無用處，建議應該撤換。

戴主任委員桂英

- 一、以上都是針對未來修訂指標的建議，幕僚會完整記錄下來，另行徵詢委員的意見。本案洽悉。
- 二、接著進行第二案「DRGs 相關診斷分類分組由 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 之執行情形」之專案報告。

玖、專案報告第二案「DRGs 相關診斷分類分組由 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 之執行情形」與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

請各位委員針對本案表示意見。請何委員語。

何委員語

有關 DRGs(住院疾病診斷關聯群)及 ICD-10-CM/PCS 推動的部分，於 104 年度總額協商時即已通過執行，後來因政治力介入而中斷，105 年編得很低的預算，我們認為既然不想做，本案就終止。不知道健保署是否因醫院強烈反對就不做？其實 DRGs 制度是先進國家推動的趨勢，只是不知道如何推動以對我國的醫界和被保險人最好？目前並不清楚健保署的政策方向，如何發表意見？請健保署先說明對於本案的政策立場及看法。

戴主任委員桂英

一、謝謝何委員語關心 DRGs 的進度，本案是疾病分類碼的轉換，因為 DRGs 會使用 ICD-10-CM/PCS 疾病分類碼做為相關診斷之分類分組。

二、請問其他委員有無意見？請干委員文男。

干委員文男

請問目前 DRGs 制度及 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 的執行進度如何？DRGs 制度既是國際的趨勢，不應該因醫界反對，提到立法院就停止推動，我們想先聽聽健保署的看法，否則委員表達的意見與健保署相左，豈不是自找麻煩嗎？

戴主任委員桂英

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

在健保署署長說明之前，我想表達一下個人的意見，推動 DRGs 制度確實會有難度，目前醫界都不想做，請問健保署推動的難處在哪裡？部長的建議及想法是什麼？健保署的方案計畫有沒有符合大家想法？本會瞭解健保署推動的難處所在，委員才能幫忙。

戴主任委員桂英

請吳代理委員榮達。

吳代理委員榮達(謝委員天仁代理人)

會議資料第 100 頁，第 17 張投影片，其他部門持續編列預算，103 年編列 1.005 億元，104 年 2.5 億元，105 年 1 億元。可否請健保署分別就 104 年及 105 年之執行項目、使用目標及執行狀況等說明，讓大家瞭解健保署目前針對本案規劃情形。

戴主任委員桂英

請李委員永振。

李委員永振

會議資料第 94 頁，第 5 張投影片，有關實施 ICD-10-CM/PCS 挑戰的第 3 項，醫事人員或疾病分類人員需要持續的教育訓練，請問健保署是否已協助醫療院所與疾病分類人員進行完整的教育訓練課程？還是只有編列獎勵預算，或透過審查手段達到轉換 ICD-10-CM/PCS 的效果？請健保署提供相關資料供委員參考。

戴主任委員桂英

請健保署說明。

李署長伯璋

- 一、謝謝委員。DRGs 第 1、2 階段多屬外科系的疾病，大家都知道外科疾病導入 DRGs 時，操作都很好，但是第 3~5 階段牽涉很多內科系疾病，因為病人的處方較複雜。
- 二、在本署試算公式時，DRGs 對醫療品質及健保財務的控制，都是有幫助的。個人以為，DRGs 制度並非政治力介入，而是需要與醫院多溝通的，因為有些病人的病情變化難以預測，所以有許多不同的想法，且在台灣有 75% 左右的醫療院所是私人機構，醫師薪資的算法與公立醫院不同，以上這些都有關連。
- 三、衛福部的立場要本署持續與醫界溝通，最近到各醫學中心拜訪時，很多院長都表達實施有點困難，請我們不要限定哪個時間點要做。今天早上部裡也詢問我們最新進度，其實 DRGs 不是

壞事，路不是不能走，但若要做，一定要讓醫界覺得壓力不是很大，與醫界好好溝通，若有複雜個案以專案方式處理，讓醫界治療病人不致虧本；在目前台灣的醫療生態下，如果一味嚴格規定，醫界一定會有壓力，反彈也會更嚴重。因此，實施前會請本署同仁和醫界多做溝通。

戴主任委員桂英

剛才委員詢問 105 年編列 1 億元預算的執行情形，請問健保署有無補充說明？

龐組長一鳴

- 一、本案包含 DRGs 的推動及 ICD-10-CM/PCS 的編碼情形兩部分，因應健保會要求，才綜整在一起報告。ICD-10-CM/PCS 係為因應國際衛生組織要求編碼系統要改用到國際疾病分類碼，我國的進度較其他國家慢，所有的疾病編碼系統要修改。另 DRGs 須使用疾病編碼，過去使用第 9 版，目前要改至第 10 版，另 DRGs 制度又卡到第 2 階段要推至第 5 階段的時程，所以，問題攪在一起有些複雜。
- 二、先回到會議資料第 100 頁，第 17 張投影片，103 年預算是鼓勵各醫療院所由 ICD-9-CM 正確地轉換為 ICD-10-CM/PCS 編碼，今天報告的重點是 105 年請醫院全面申報 ICD-10-CM/PCS 編碼，前 2 年都是鼓勵醫療院所，預先編碼申報並修改程式，因為醫院部分較為麻煩，除了 ICD-9-CM 正確地轉換為 ICD-10-CM/PCS 編碼，DRGs 項目也要更改其編碼，所以，103、104 年的預算均已執行完畢，這 2 年的預算是如何誘導院所 ICD-9-CM 正確地轉換為 ICD-10-CM/PCS 編碼，而 105 年度預算正開始執行，主要目的是在提升住院編碼品質，若委員想要深入瞭解，本署可提供執行計畫給委員參考。

戴主任委員桂英

謝謝，過去本會曾編列預算鼓勵醫療院所正確地將國際疾病分類碼由第 9 版改為第 10 版，編碼正確以後可做為 DRGs 等支付方式的

分類基礎，至於 DRGs 是否施行，剛才李署長伯璋回答正在溝通中，還有 3 位委員示意要表達意見，先請何委員語。

何委員語

我不曉得到今年年底，是否可完成將 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS？

龐組長一鳴

現在已經改過來了！

戴主任委員桂英

是否全部轉換完成？

龐組長一鳴

105 年 1 月 1 日開始全部都改完畢。

何委員語

ICD 是國際疾病分類碼，到年底是否全部完成？

龐組長一鳴

105 年 1 月 1 日開始全部上線。

何委員語

現在 ICD-9-CM 都已轉換為 ICD-10-CM/PCS，接下來是否繼續推動 DRGs？因為我們是外行，所以需要了解一下。

戴主任委員桂英

請林委員惠芳。

林委員惠芳

我知道今年開始疾病診斷分類分組全部都改為 ICD-10-CM/PCS，所以想請教剛才提及推動 DRGs 由 2 個階段進行到 5 個階段，當時係在 ICD-9-CM 規劃 2 個階段，現在為 ICD-10-CM/PCS 情況下，是否增加 DRGs 相關編碼？目前規劃 DRGs 的 5 個階段辦理情形為何？需要多久時間完成這件事？誠如李署長伯璋所言慢慢溝通，直至可執行為止，請問是否有期程？或是這項制度不太適用在台灣，準備要放棄？我認為需有明確的決定。

戴主任委員桂英

請干委員文男。

干委員文男

剛才龐組長一鳴說得很清楚，現在 ICD-9-CM 都已成功轉換為 ICD-10-CM/PCS，剩下的是推行 DRGs 部分，我們也曉得推行遇到困難，但是希望李署長伯璋訂定期程的指標，否則一直在溝通，一直在拖，何時可以達標？在這項專題報告都沒提到這一點，我們如何加以討論，例如你們希望要在一年內或二年內要達成，若在一年內完成，因為我們的總額協商是從 9 月開始，你們還有很多時間可以準備。謝謝。

李署長伯璋

- 一、謝謝委員指教，我再跟各位報告一下，轉換為 ICD-10-CM/PCS 與推行 DRGs 是兩回事，ICD-10-CM/PCS 對於疾病診斷及處置分類較 ICD-9-CM 的診斷碼增加 5 倍，處置碼增加 20 倍。
- 二、至於 DRGs 的前面 2 階段，大多為診治外科病人，因此依據外科病人的住院期間，可以預測其開銷費用，例如病人因盲腸炎到院診治，可預估開刀所需醫療費用，但若為老年人患心臟病來開刀治療盲腸炎時，狀況就相對複雜，因此，推行 DRGs 第 3 至 5 階段有其困難所在，也就是內科型病人，在外科或急診處理時會有壓力，相關成本是無法預測，這些都需要溝通，所以我們有跟各個醫療團體溝通，遇到什麼情況我們要如何處理。當屬於正常情況，我們可以依據 DRGs 支付，若屬於症狀複雜的病人，我們願意個案實質審查，這是我們自己的態度，這樣也較合理，也是務實地面對這個問題，我們會與基層醫護人員溝通，舉辦各種說明會，在推動 DRGs 下，健保該支付還是會支付，以合理反應成本，讓其得到安心，不能像賭博一樣，讓醫療院所賭贏或賭輸，這樣是不行的，目前溝通上不是十分順利，醫界所提問題要思考如何面對與解決，因此無法承

諾何時完成，目前暫時停下來，醫界也很怕健保署隨時又要啟動。

戴主任委員桂英

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

李署長伯璋所言，健保該給的都會給，為何醫院仍然不願意做？不願意配合？我想可能該給不給，所以現在溝通協調中。

李署長伯璋

當時這部分我們沒有鬆口。

楊委員芸蘋

現在鬆口願意給？

李署長伯璋

我們不是只做一件事，要做很多事。

戴主任委員桂英

請干委員文男。

干委員文男

我們講那麼多，你們都不知道我們的意思！若要推行 DRGs，你們需要多少時間來準備？否則一直在溝通，則沒有全部達到的一天，目前健保已存在很多診療項目在支付，只是將其部分納入 DRGs，醫界也沒有吃虧。

戴主任委員桂英

一、因為本案已經超過預定討論時間，委員希望李署長伯璋明確表達後續 DRGs 是否執行？若欲執行，預定時程為何？李署長可能還需要了解與協調，今天就先不請李署長答覆。

二、本報告案洽悉，多位委員關心 DRGs 執行進度的部分，請健保署提供書面說明。

李署長伯璋

剛剛龐組長一鳴有 line(手機即時通訊)給我(與會者笑)，我們的

schedule(行程表)安排會跟每個科的醫療學會或團體做溝通與說明，本來要人家做事，不能拉著人家非做不可，一定要讓人家安心，否則會玩不下去！因此，我們到 105 年 10 月，一直與醫界溝通 DRGs 相關事宜，我們當然希望每位醫師診治屬於 DRGs 病人，能夠控制醫療成本，但若非屬正常醫療範圍，如患 2 種病者，我們也不希望他進醫院診治 1 種病後，出院再進醫院診治另 1 種病，這是值得關心，在實務上我們會去留意的。

干委員文男

你不要回去睡不著，我們不是給你壓力去馬上完成。

戴主任委員桂英

還有 3 位委員要表達意見。

干委員文男

我們希望你們在跟醫界談時，心裡要有數，盡快達到目標。

戴主任委員桂英

謝謝。先請黃委員偉堯，因為黃委員尚未發言過，再請其他 2 位委員。

黃委員偉堯

主席，各位委員，我建議健保署整理並提供截至目前為止，醫療院所與第一線之基層醫療人員對於執行 DRGs 上遭遇的困難與障礙，最好能區分臨床面與行政面，這樣有助於釐清問題，不然我們只知道有困難，卻不知困難點在何處。謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝，請吳代理委員榮達。

吳代理委員榮達(謝委員天仁代理人)

我想請教李署長伯璋，請看會議資料第 104 頁，有關投影片第 25 張，105 年 1~5 月住院 DRGs 案件因編審落點不同保留申報統計中，醫學中心、區域醫院、地區醫院的占率分別為 0.52%、0.19%、0.03%，但投影片第 26 張，105 年 1~5 月住院 DRGs 案件

編審結果中，醫院因編審落點不同保留申報之件數由 1 月份約占 DRGs 件數之 0.3%，至 5 月份已降至 0.02%，請說明一下。

戴主任委員桂英

請林委員敏華。

林委員敏華

主席，各位委員，我們幾位委員請健保署列出推行 DRGs 的時程，我想我們不是給壓力，而是給助力，這是健保會委員所關心的事項，並不希望健保署壓迫醫界，而是讓健保署會比較有 power(力量)跟醫界溝通，以上建議。謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝，請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

一、主席，我想很多付費者代表委員可能不太容易了解 DRGs，因為其中頗複雜，我簡單說明一下，ICD-9-CM 是屬於第 9 版，將所有疾病處置分類為 7 千多種，但是 ICD-10-CM/PCS，則將所有疾病處置分類為 14 萬多種，這中間差距是很大，為何此與 DRGs 有關？目前 DRGs 係用 ICD-9-CM 編碼，要轉成 ICD-10-CM/PCS 編碼，其實醫界不是全部反對，而是希望配套措施要做好。

二、有關投影片第 25、26 張，呈現 105 年 1~5 月住院 DRGs 案件因編審落點不同保留申報統計，及編審結果，係醫院核對相關碼時，發現該碼的優先順序與 DRGs 不一樣，因為每位醫師可能執業某幾個科，申報某碼醫療費用可能降低一些，所以在各專科醫學會就會有很多意見，若健保署不詳加溝通與克服，則會推行困難，剛才李署長伯璋說得很清楚，診治外科型病人醫療費用很清楚，開某項刀，5 天可以出院，但診治內科型病人則相對複雜，在相同診斷碼下，有些病人住院幾天就出院，有些病人住了 2 個星期仍無法出院，若在 DRGs 下，則限定這些病人住院天數，而醫療院所會想辦法讓他們出院，也就是施行

部分 DRGs 後有些人在反悔，有人認為是我們在運作民意代表反對，其實我們沒有，而是民意代表了解 DRGs 的性質後，他們從民眾角度來看，若在 DRGs 下，有些病人會成為醫療人球，這是他們最怕的，因為醫療人球會拜託他們，他們再拜託醫院時，醫院會表明這是標準的住院天數，病人一定要出院，造成某些醫院不能收治這些病人，所以理論上推行 DRGs，對於消費者而言沒有太大的好處，但以醫療管理的角度觀之，推行 DRGs 較容易比較相同疾病間費用差異，可是節省的醫療費用有限，因為我們已經實施總額。

- 三、還有在臨床上，疾病診斷碼與處置碼需要核對得很準確，目前使用 DRGs3.4 版，而 DRGs4.0 版尚未釋出單機版，醫院則無法校對有關診治病人內容與 DRGs 規定的差距，你們可能認為這是個案，屬於小事，然而某位醫師只看診這類病人，若其診療後醫療費用比原來的低很多，他當然會擔心，透過專科醫學會表達意見。
- 四、我認為健保署為推行 DRGs，及將 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS，做了很多努力，其實台灣醫院協會也十分努力配合推動，雖然對醫療水準影響不大，但希望能與國際比較，也主動辦了很多研討會，希望醫院能夠充分了解與準備，請看投影片第 18 張，編碼實作獎勵方案執行結果，因為每傳 1 件 100 元，有效碼上傳率非常高，但不代表是準確率，目前醫院確實實施 ICD-10-CM/PCS，但是準確率是一個相當大的問題，這些需要時間調整。
- 五、我們整天被罵是醫院血汗，目前醫院除了醫師、藥師外，還有 2 種人員也是相當血汗，包括資訊人員及病歷管理人員，因為這類人員沒增加，卻同時要編 ICD-9-CM 及 ICD-10-CM/PCS，前者疾病處置分類為 7 千多種，可能還背得起來，後者疾病處置分類有 14 萬多種，怎麼去背？這些事項需要有經驗者，而且所有醫院都在做，我們無法挖角，他們需要加夜班來做，且需要很多時間積極準備。我希望各位委員了解，但

是付費者代表委員一直在催趕快做，我認為很奇怪，這對點值可能會有影響，但對醫療費用沒有太大影響，而且可能讓病人被要求提早出院等限制。

戴主任委員桂英

謝謝楊委員漢淙的說明，請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、我再補充一下，DRGs 對民眾就醫品質還是有影響的，也就是不同醫師在相同 DRGs 下，可以比較醫療品質好或不好，至於在未實施 DRGs 情況下，是否可用 DRGs 精神去管理？這是可以的，我們可以來看每家醫院經營的效率如何，當然也會影響到消費者的錢，就是實施 DRGs 後，減少不必要的醫療處置，讓點值變漂亮，而非 0.9、0.8 或 0.7，造成加錢的壓力，我們要讓錢用在更有效率的地方。
- 二、不好意思，我很敬佩楊委員漢淙，但是有關 DRGs 我研究 20 多年，其對於消費者而言仍有正面意義。去年此時，我詢問過健保署確定兩樣要同時實施嗎？健保署回答技術上可行，今年我比較關心 ICD-10-CM/PCS 申報得正確與否，投影片第 18 張，編碼實作獎勵方案執行結果只呈現 103、104 年資料，為何不呈現 105 年資料？我很關心 105 年上半年的正確率、上傳速度是否變慢等，可以透過今年討論將來作得更好。
- 三、我之前研究冠狀動脈繞道手術很頭痛，因為放支架時，不知是同一支放過支架的血管又阻塞，或是不同支血管阻塞，這樣分不清楚，這個研究報告，我不敢在國外發表，所以 ICD-10-CM/PCS 部分有其好處，因為不同血管會有不同的編碼，就知道某人又來做血管支架時，是同一支血管做支架失敗了重做，或做另一支血管的支架，這樣分得比較清楚。

戴主任委員桂英

謝謝吳委員肖琪。本案討論熱烈，已經超過預定時間 14 分鐘，有關委員詢問投影片第 25、26 張保留申報等事項，請健保署說明。

龐組長一鳴

我簡單說明一下，這個表的重點是要看各個月的趨勢，所謂保留申報，為醫院會用認為的碼去申報 DRGs，健保署也會編碼，若兩個碼都一樣就沒問題，這表示有共識的，若不一樣表示沒共識就保留，可能醫院對健保署編碼有疑義，或健保署對於醫院的編碼有疑義，這就需要溝通，因此從 105 年 1 月至 5 月，沒有共識的趨勢越來越小，表示大家的制度趨於穩定，這是有改善的跡象。謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝。

干委員文男

主席。

戴主任委員桂英

請干委員文男。

干委員文男

- 一、謝謝楊委員漢淥，你太早退休很可惜，若來規劃推行 DRGs，會很清楚。
- 二、假設我們認為 DRGs 執行的方向屬正確，誠如剛才林委員敏華所言，健保會委員所關心此事，是讓健保署會比較有 power 跟醫界溝通，也可與國際接軌，慢慢做沒關係，並非馬上要健保署做好，剛才黃委員偉堯也建議健保署提出困難所在，我們才能想辦法幫忙解決，而不是有了另一方面的壓力，就將整個政策轉彎、停止或往前走。請健保署清楚說明需要多久時間準備才能推行 DRGs。

戴主任委員桂英

請何委員語。

何委員語

主席，各位委員，本案討論很久，本來不想講，不過還是要講一下，我想那些民意代表不是千里眼、順風耳，你們醫界若沒有向他

們告狀，他們怎麼會知道？這不要緊，人不為己，天誅地滅，這是天經地義的事，問題是健保署身負重責大任，何時準備好推行 DRGs 完成，我們在意於此，講難聽一點，事實上在推行 DRGs 完成後，很多醫院會少賺很多錢，我們的任期在今年年底，DRGs 應該無法於今年年底前推行，我希望健保署能深入分析，可以在資源有限下給他們多少錢，若於明年底前推行 DRGs 完成，屬功德一件，否則永遠無法推行。

李署長伯璋

全力以赴。

戴主任委員桂英

請潘代理委員延健。

潘代理委員延健(李委員偉強代理人)

- 一、剛剛健保署的解釋是頗完整，本不想發言，但是想利用一點時間，向大家再說明一下，DRGs 就是一個平均數的觀念，就像一個班級，有考 20 分者，也有考 100 分者，平均分數為 60，疾病分類也是這樣，把它們 grouping(分組)之後，就給一個錢，就是 60 分的錢，當收到嚴重程度屬於 100 分病人時，醫療院所就會虧本，收到嚴重程度屬於 20 分病人時，醫療院所就會賺錢，這是基本概念。
- 二、剛剛吳委員肖琪講過，透過 ICD-10-CM/PCS，有關血管支架，我們可以區分出用到哪條血管，用了幾支支架，甚至包括處理方式，及有無特殊的併發症。剛剛楊委員漢源也講過，ICD-9-CM 的疾病處置分類有 7 千多種，ICD-10-CM/PCS 為 20 倍，其疾病處置分類有 14 萬多種，所以疾病分類就更細緻了。醫界為何認為 DRGs 相關診斷分類組由 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 不能在今年 1 月 1 日施行？係因 DRGs 相關診斷只有以 ICD-9-CM 為基礎，大家可思考，ICD-10-CM/PCS 是今年 1 月 1 日才上線，所以健保署以前所有的資料庫中，標準申報為 ICD-9-CM，將過去資料分類也是以此為基礎，而沒

有 ICD-10-CM/PCS 的基礎，因此，我們一直提出且希望，施行 ICD-10-CM/PCS 一段時間以後，建立好資料庫以後，再去
做分支，就可充分表達 ICD-10-CM/PCS 的疾病分類，剛才龐
組長一鳴也解釋這半年來，健保署與醫界一直努力讓兩方面的
編碼透過溝通取得共識，讓編審落點不同保留占率由約百分之
一呈下降趨勢，這是一直在進步，可是大家可能認為 105 年 5
月總計占率為 0.02% 很小，然其可能為我們目前所發現的一小
部分而已，也有可能集中在某些專科，對該專科而言，就是屬
於巨大的問題了！

三、剛才楊委員漢源提到目前 DRGs 的 4.0 版尚無單機版，可能大
家沒聽到，DRGs 在剛上線 try(測試)時，醫院須依賴這個單機
版，由疾病分類人員透過單機版去 coding(編碼)，再進行配對
及測試正確性，這是非常重要的過程。

四、我的意見總結為兩點，首先，希望編碼全部採用 ICD-
10CM/PCS 為基礎，才能落實進入核心；其次，希望降低錯誤
率，必須提供醫院相關的工具，這樣才能齊頭並進。醫院並不
反對 DRGs 的執行，希望以上說明，有助大家理解。

戴主任委員桂英

一、本案已討論 42 分鐘，顯然大家對此議題都非常關注。有關編
碼轉換部分，目前都已完成，但求提高正確率，本案洽悉。

二、有關後續第 3~5 階段 DRGs 支付制度之預訂時程，健保署已很
努力推動，委員期待了解進度，請健保署儘可能以書面補充。
接下來進行「105 年度及近 5 年新增給付項目與調整給付內容
之執行情形及財務影響專案報告」專案報告，請控制報告時間
在 10 分鐘以內。

拾、專案報告第三案「105 年度及近 5 年新增給付項目與調整給付內容之執行情形及財務影響專案報告」與會人員發言實錄

健保署陳專門委員真慧報告

健保署黃科長兆杰報告

戴主任委員桂英

感謝健保署 2 位主管的報告，請吳代理委員榮達。

吳代理委員榮達(謝委員天仁代理人)

- 一、投影片第 3~6 張的標題為 105 年 1 月新增修診療之項目、預算來源及預算等，用字有些奇怪，是否應為 105 年度？以第 6 張投影片為例，標題為「105 年 1 月新增診療項目執行情形」，但期間卻是 105 年 1 月 1 日至 105 年 5 月 31 日，這很奇怪。
- 二、投影片第 6 張「修訂 58008C『血漿置換術』之適應症」項目，預算 817 千點，實際增加 1,119 千點，很顯然，實際增加較預算多出許多，與當初提共同擬訂會議時的財務規劃有很大差距，可否說明原因。
- 三、投影片第 8 張「86207B 眼坦部玻璃體切除術-複雜」預估年增點數 203 千點，執行半年實際增加點數為 0，很顯然，也與原共同擬訂會議財務規劃有很大差距，與前項情形相同。
- 四、投影片第 12 張，105 年至 6 月收載新藥 7 項，相較 104 年 40 項，兩者有極大差距，與歷年差異也很大，希望能了解原因。
- 五、投影片第 17 張收載新特材品項數也有同樣情形，與 104 年 60 項相比，105 年上半年已收載 53 項，這是醫界最關心的，深怕收載品項數增多，對點值造成重大影響，這也是協商時需要考量的問題。以上問題，請教健保署。

戴主任委員桂英

謝謝，請何委員語。

何委員語

- 一、這幾年來健保新增診療項目都有成長，這要感謝蔡副署長用心

健全健保的架構及發展方向，居功厥偉也很辛苦，因為醫界與付費者都有很多要求與期待。

二、5月1日起，新增75歲以上患者之西醫基層院所各項門診診察費加計7.5%，希望年底時，能讓我們了解此項目的新增人數及加成效果。我們期待新增診療項目或加成，都能產生實質的效果。

戴主任委員桂英

謝謝何委員語，請劉代理委員碧珠。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

投影片第15、18張，有關修訂藥品及特材給付規定情形，僅見公告放寬項目數，應再補充財務支出增加數。

戴主任委員桂英

請謝委員武吉。

謝委員武吉

這些資料令人霧裡看花、不知所云。新增給付項目與調整給付內容的整體財務影響，在報告中付之闕如，難怪醫界經常被吃豆腐，外界總認為我們拿錢不做事。這也不能怪署長，長久以來，醫界就是受害者，也很忍耐，但這次希望能看到更完整的統計資料。再說就傷感情，說到這裡就好。

戴主任委員桂英

謝謝，請潘代理委員延健。

潘代理委員延健(李委員偉強代理人)

投影片第14張，100~104年收載新藥支出合計122.53億點，但未提出增加多少預算。剛才我們協會同仁查出，100年針對新藥增加6.09億元，以此推算100~104年共5年，約37億元，101年預算約增加6.13億元，但到104年，僅101年的新增藥品就已累計至57億元。每年新增預算約6億多元，但累計總支出已超過122億元，預算與實際增加支出的落差越來越大。我們一再強調，新增藥品與特材支出在5年內會持續增加，原有預算只保守估計前2年的

用量，之後增加的就無法追上了。

戴主任委員桂英

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

不只是醫院，西醫基層也一樣，新藥 5 年內的累積用量都很可怕。投影片第 14 張，西醫基層在 100 年收載 48 項，剛開始使用 16.7 百萬點，5 年後增加為 233.5 百萬點。新藥第 1 年所編預算或許足夠，但到第 5 年就會嚴重不足。以每年不到 3% 總額成長率計算，完全無法應付新藥數倍以上的耗用成長。

戴主任委員桂英

請謝委員武吉。

謝委員武吉

醫院總額從民國 91 年 7 月開始至今，點值從未有過每點 1 元，每天都在打折便宜賣。可否請健保署說明收載新藥、新特材、新科技、新增項目與擴大的給付範圍 5 年累計支出，並於下次會議報告說明此段是否與醫院總額點值有關聯。

戴主任委員桂英

委員大致發言完畢，請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、有關吳代理委員榮達所提新增診療項目標題與期間不符乙節，表列均為 105 年 1 月 1 日生效新增之項目，統計數據係從生效日至 5 月底實際增加的點數，標題並無錯誤。委員建議改為 105 年度新增，但為強調 1 月 1 日生效，故以 105 年 1 月為標題。
- 二、有關預算與實際增加差距乙節，新增或修訂診療項目通過前，均會召開專家諮詢會議，透過醫界專家提供新增後國內適用病例數的高推估並扣除替代項目後計算。但畢竟病例數是估計值，項目新增後，並非所有估計數均與事實吻合。請委員參閱投影片第 10 張，可發現 100 年新增 7 項診療項目的支出，會

隨著時間病例出現且經醫師診療而逐漸增加。

- 三、財務影響即呈現當初總額預算編列數，預估最大用量金額及最近 5 年執行量。醫界代表向來擔心超出預算，但追蹤 5 年的數據都還在可控範圍內。估計畢竟無法完全準確，逐項比較意義不大，倒不如逐年比對。這 5 年來，金額都滾入一般預算，歷年多出的預算，隨著每年總額成長率滾入一般預算的金額也不止這些。即使這些因素都不考慮，5 年內也尚未超出預算。當然，目前趨勢還須持續追蹤，何時超過還不知道，一開始可能多給，以後或許也會不足，隨著新科技擴散時間的長短，每個項目成長都不一樣。
- 四、何委員語關心 75 歲以上患者之西醫基層院所各項門診診察費加成乙節，並不列在此處，而是列在支付標準調整，下次再提出執行情形報告。

黃科長兆杰

- 一、吳代理委員榮達提及今年 1~6 月僅通過 7 項新藥品項乙節，係因 4 月份及 5 月份加開的共同擬訂會議均流會，所有提案延至 6 月份討論，因此，後續會有較多品項通過及公告。
- 二、有關藥品給付規定放寬部分，較難計算放寬部分的支出金額，僅能算出相關藥品的整體費用，再依放寬的時間比較增加金額，這部分可再提供委員相關資料。
- 三、潘代理委員提及新藥執行情形乙節，本署計算新藥費用時，會扣除替代率。假設有 2 種同是抑制胃酸的藥品，會視為可互相替代，替代後實際新增的費用可大幅減少。因此，我們會將藥品分為第 1 大類(專利期內藥品及其同分組藥品)及第 2 大類(逾專利期 5 年內之藥品及其同分組藥品)，第 2 大類又分為 2A 及 2B。第 1 大類可能替代部分醫療費用，但預算會以無替代性方式編列；至於 2A 藥品，目前分別設定 60%、70%、80%、90%的替代率，亦即設定第 1 年可替代原有品項 60%，因此給予 40%的成長空間；第 2 年再給 30%，依此類推計算 2A 藥品

的替代率；至於 2B 部分，則設定 90%及 100%的替代率，新藥雖會替代原有藥品，但第 2 年仍給予 10%成長空間。因此，依此計算，103 年執行率約 98.2%，104 年約 102.8%。

施組長如亮

吳代理委員榮達提及特材 105 年至 6 月僅收載新特材 53 項，與 104 年 60 項差距很大乙節，因特材品項核定之支付點數差別較大，可以看投影片第 19 張，其點數僅 6.1 百萬點，與 104 年 60 項的點數 70.7 百萬點差距很大，因此項數多不見得總支付點數就一定大。

戴主任委員桂英

謝謝健保署 3 位主管的說明，本案討論時間已超過 8 分鐘，委員是否還有提問？請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、剛才健保署的說明，我還是無法接受。我記得過去在討論 Lucentis(樂舒晴，黃斑部眼藥)時，健保署信誓旦旦表示，能算出增加的費用，今天卻說當初計算只是預估值，我不能接受這種欺騙的行為。
- 二、健保署至今仍未提供明確的藥品替代率定義，大家都搞不清楚。報告應呈現診療項目、藥品及特材的新增給付項目與調整給付內容的整體成果統計，但未見提供。
- 三、相關費用的擴增，是否影響總額點值，不僅是醫院部門，連西醫基層也在詢問，但健保署均未答覆，避重就輕。

黃委員啟嘉

替代率的概念很籠統，與健保署溝通過程中，該署長官也表示，並無堅實的數據基礎。其實這很簡單，若認為 A 可替代 B，只要將今年及明年兩者耗用醫療資源相加即可，然後觀察總數是否相同，就可知有無替代效果，用數據說話。建議以後替代率不要用想像的，也許實際替代效果更高也說不定，這樣付費者反而吃虧。醫界並不想占這便宜，而是要說明事實。

戴主任委員桂英

謝謝，請何委員語。

何委員語

- 一、有關 C 肝新藥納入健保給付，到目前為止，仍未清楚交代預算財源係公務預算、健保總額或部分負擔？會否排擠目前醫療資源？雖然我是建議將 C 肝新藥納入健保給付的 8 位提案委員之一，但仍希望遵循法定程序，由健保會完成審議後，再向新聞媒體宣布。很多醫師告訴我，國外原廠藥價高達 25 萬元，若未收取部分負擔，可能產生轉賣圖利的情形。我認為自付額事關重大，應慎重考量後再作宣布。
- 二、保險給付範圍審議是本會委員的權責，應遵循法定程序進行為宜，詳細規劃 C 肝新藥經費來源及自付額比率，包括應否排除經濟弱勢者負擔，均需一併考量。為此我諮詢多位醫師，聽取不同意見，在此提出供大家參考。

戴主任委員桂英

- 一、有關 B 型及 C 型肝炎用藥問題，已充分討論，下午會前會健保署也會再提報，屆時再請健保署說明。
- 二、感謝健保署 3 位主管的報告及說明，本案洽悉。委員希望了解財務影響等建議，請健保署未來報告時，能更清楚呈現。
- 三、今天上午的委員會議進行到此，不再徵詢臨時動議(委員表示同意)，休息 10 分鐘後，接著召開總額協商會前會，感謝各位！

資料更新-會議資料第 22 頁

衛生福利部全民健康保險會第 2 屆 105 年第 7 次委員會議第 3 案「105 年 6 月份全民健康保險業務執行報告」中委員所關注事項第 4 項，健保署更新說明：

項次	委員意見	健保署回復說明
4	<p>張委員澤芸：</p> <p>(一)對於衛福部於 105 年 7 月 20 日公開各特約醫院在 VPN 登錄的 104 年各月護病比的作法，建議在資料公開前應確保資料的正確性。</p> <p>(二)針對 104 年原規劃以 12 億元用於急性一般病房護病比與健保住院護理費給付連動，請告知結算後實際支付金額及預算達成率。</p>	<p>1. 本署已研議護病比資訊公開內部作業流程，並將請分區業務組輔導醫院確實於支付通則規範時間內完成資料登錄。</p> <p>2. 104 年「提升住院護理照護品質」預算 20 億元係編列於一般服務部門，並推估其中 12 億元用於增列護病比加成，<u>104 年實際申報護病比加成約 11.98 億點。</u></p>