

衛生福利部全民健康保險會
第4屆 109 年第4 次委員會議議事錄

中華民國 109 年 6 月 19 日

衛生福利部全民健康保險會第4屆109年第4次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國109年6月19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：(依委員姓名筆劃排序)

干委員文男	
王委員棟源	中華民國牙醫師公會全國聯合會徐理事邦賢(10:00 以後代理)
朱委員益宏	
何委員語	
吳委員國治	
吳委員榮達	
吳委員鴻來	
李委員育家	中華民國全國中小企業總會范行政長秋芳(代理)
李委員偉強	
周委員穎政	
林委員敏華	中華民國農會保險部徐課員珮軒(代理)
林委員錫維	
邱委員寶安	
柯委員富揚	中華民國中醫師公會全國聯合會詹常務監事永兆(12:05 以後代理)
翁委員文能	
馬委員海霞	
商委員東福	
張委員文龍	
張委員煥禎	中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠(11:10 以前及 12:50 以後代理)
張委員澤芸	
許委員美麗	
許委員駢洪	
陳委員有慶	
陳委員炳宏	
陳委員莉茵	
黃委員金舜	
黃委員啟嘉	
葉委員宗義	
趙委員銘圓	

滕委員西華
蔡委員明鎮
蔡委員登順
鄭委員建信
鄭委員素華
盧委員瑞芬
謝委員佳宜
羅委員莉婷

肆、請假委員：(依委員姓名筆劃排序)
賴委員進祥

伍、列席人員：

本部社會保險司
中央健康保險署

本會

盧副司長胤雯
李署長伯璋(蔡副署長淑鈴代理)
李組長純馥
戴組長雪詠
周執行秘書淑婉
張副執行秘書友珊
洪組長慧茹
邱組長臻麗
陳組長燕鈴

陸、主席：周主任委員麗芳

紀錄：馬文娟、張靈

柒、主席致詞

各位委員及在座各位先進，大家早安、大家好。

首先，我以非常哀傷的心情向大家報告，牙醫門診總額執行會許主任委員世明不幸於昨日辭世，因為消息實在很突然，想必各位委員們與麗芳一樣非常震驚。許主任委員世明投入健保總額的工作已20年，他將一生中最精華的時間，都奉獻給健保制度革新及總額制度穩健發展，在健保相關事務上，他總是事必躬親，不管在例行委員會議、總額協商及各相關會議中，經常能看見他穿梭的身

影，他對健保的用心與執著，是我們非常好的典範。尤其是7月9日、10日即將要進行的牙醫門診總額部門參訪，許主任委員世明是主要的規劃人，念茲在茲的也一定是委員們的踴躍參與。過去是許主任委員世明陪伴我們，現在由健保會委員們陪伴他，尚未報名的委員請趕快報名，這是我們可以為他做的事情，希望大家踴躍出席，用實際行動支持與感念許主任委員世明。現在請大家用1分鐘的時間默禱，希望許主任委員世明無牽無掛好好安息(默禱1分鐘)。謝謝各位委員，祝福許主任委員世明能早日安息，回到主的懷抱，榮登光明喜樂的天堂，而他所堅持的健保精神與理想，相信健保會及我們大家都會持續傳承下去。

接著要感謝西醫基層總額部門，於6月5日、6日舉辦西醫醫療資源不足地區參訪，透過邱理事長泰源、黃委員啟嘉、吳委員國治及基隆市醫師公會黃理事長振國的費心安排，讓我們瞭解西醫基層總額部門努力增加巡迴點與照護網絡，期望能藉由這些計畫提升民眾醫療照護的可近性與提升醫療照護品質。在宜蘭縣冬山鄉、新北市雙溪區及貢寮區等參訪行程親身體驗到，西醫基層總額部門不但積極推動轉診制度，更扮演厝邊好醫生的角色，讓我們看到全人、全程照護，原來可以在醫療資源不足地區發揮得淋漓盡致，醫師們幾乎是完全奉獻，食衣住行各方面都扛起責任，為病患付出，這種無私奉獻的精神，相當值得肯定，再次感謝西醫基層總額部門的努力。

再來要感謝中醫門診總額部門，於6月16日、17日舉辦2天的實地參訪，在柯理事長富揚、張副理事長廷堅、詹執行長永兆、林前理事長永農及桃園市中醫師公會何理事長紹彰的費心安排下，行程包含新竹一品堂中醫診所、桃園市復興區醫療資源不足地區的巡迴點等。透過此次參訪，委員們不僅看到原來感冒可以看中醫，中醫還有非常多的特色醫療，包含針灸、傷科等，受到病患好評與

信賴。此次偏鄉參訪，見證到醫師巡迴醫療的路途奔波與看診辛勞，十分敬佩。各位健保會委員對中醫門診總額部門向來有很深的期許，尤其是中醫要如何論述自身強項，自柯理事長富揚接任後，積極強化團隊、嚴謹自律及為民眾嚴格把關中醫藥材，我們期待中醫門診總額部門有更佳的突破與精進。7月5日馬上要召開2020第90屆國醫節慶祝大會，不僅是全天會議，也安排了中醫門診總額實施20年的回顧座談，邀請各位委員出席，待會請柯理事長富揚跟我們說明。

在此，還要表達本人對健保會委員們的敬佩，除了各位委員頂著大熱天出席會議外，這次參訪我才得知吳委員榮達著實令人敬佩，他擔任八仙樂園塵爆事件的義務辯護律師，參訪時他無意中說出，每月自掏腰包出錢出力，請律師協助塵爆辯護事務，請大家給他一個掌聲。

最後，謝謝周執行秘書淑婉帶領的所有幕僚同仁，非常用心，因端午佳節快到了，健保會幕僚同仁幫大家準備一顆粽子，請大家品嚐。會議開始前，我還要幫健保署同仁加油打氣，今天李署長因公不克前來，由蔡副署長淑鈴率領健保署同仁，這段時間各界及媒體輿論關心健保業務，大家也相當辛苦，是不是給蔡副署長一個掌聲。今天會議正式開始。

捌、議程確認

決定：確認。

玖、請參閱並確認上(第3)次委員會議紀錄

決定：確認。

拾、上(第3)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請鑒察。

決定：

一、上(第3)次委員會議決議(定)事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤案(共 4 案)：依委員意見，將項次 3 改列繼續追蹤，其餘 3 案依幕僚之擬議，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤案(共 2 案)：同意依幕僚之擬議，繼續追蹤。

二、歷次委員會議未結案件辦理情形：

(一)擬解除追蹤案(共 3 案)：同意依幕僚之擬議，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤案(共 9 案)：依委員意見及幕僚之擬議，將項次 2 分列為 4 項，併同其餘 8 案，繼續追蹤。

三、有關 109 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，同意自一般服務費用移撥 6 億元，作為風險調整基金，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。前開決定併同本會 109 年第 2 次委員會議之決議內容，辦理報請衛生福利部核定及公告事宜。

四、委員所提意見，送請衛生福利部(社會保險司)及中央健康保險署參考，餘洽悉。

拾壹、討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：特殊材料「經導管置換瓣膜套組(TAVI)」以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案，提請討論。

決議：請中央健康保險署提供更詳細規劃內容及配套措施後再議。

第二案

提案人：干委員文男等 19 人

代表類別：保險付費者代表

案由：為監理全民健康保險財務正常運作，正視呆帳對於健保財務收支平衡的重大襲蝕影響，建請於每年度協商下年度健保總額預算時，應將前年度自 7 月 1 日起算

至協商時當年度 6 月 30 日止的呆帳總額列為下年度健保總額預算基期的減項，就此減項計算結果，做為協商下年度健保總額預算擬定範圍的計算基準，並就每年健保呆帳納入公務預算或其他財務來源補助案，提請討論。

決議：

- 一、請中央健康保險署正視全民健保呆帳之問題，積極研擬事前防範措施及事後財源籌措方案，並研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性。
- 二、委員所提意見，送請衛生福利部(社會保險司)及中央健康保險署參考辦理。

拾貳、報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：109 年 5 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關分級醫療各項策略之執行成效(含醫學中心及區域醫院門診減量措施、家庭醫師整合性照護計畫、強化基層照護能力及「開放表別」、鼓勵院所建立轉診之合作機制)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

拾參、臨時動議：無。

拾肆、散會：下午 13 時 49 分

第 4 屆 109 年第 4 次委員會議
與會人員發言實錄

壹、「議程確認」、「請參閱並確認上(第 3)次委員會議紀錄」與會人員 發言實錄

周執行秘書淑婉

主任委員、各位委員，大家早安。現在出席的人數已經過半，達法定開會人數，會議開始，恭請主席致詞。

周主任委員麗芳

一、各位委員及在座各位先進，大家早安、大家好。

二、首先，我以非常哀傷的心情向大家報告，牙醫門診總額執行會許主任委員世明不幸於昨日辭世，因為消息實在很突然，想必各位委員們與麗芳一樣非常震驚。許主任委員世明投入健保總額的工作已 20 年，他將一生中最精華的時間，都奉獻給健保制度革新及總額制度穩健發展，在健保相關事務上，他總是事必躬親，不管在例行委員會議、總額協商及各相關會議中，經常能看見他穿梭的身影，他對健保的用心與執著，是我們非常好的典範。尤其是 7 月 9 日、10 日即將要進行的牙醫門診總額部門參訪，許主任委員世明是主要的規劃人，念茲在茲的也一定是委員們的踴躍參與。過去是許主任委員世明陪伴我們，現在由健保會委員們陪伴他，尚未報名的委員請趕快報名，這是我們可以為他做的事情，希望大家踴躍出席，用實際行動支持與感念許主任委員世明。現在請大家用 1 分鐘的時間默禱，希望許主任委員世明無牽無掛好好安息(默禱 1 分鐘)。謝謝各位委員，祝福許主任委員世明能早日安息，回到主的懷抱，榮登光明喜樂的天堂，而他所堅持的健保精神與理想，相信健保會及我們大家都會持續傳承下去。

三、接著要感謝西醫基層總額部門，於 6 月 5 日、6 日舉辦西醫醫療資源不足地區參訪，透過邱理事長泰源、黃委員啟嘉、吳委員國治及基隆市醫師公會黃理事長振國的費心安排，讓我們瞭解西醫基層總額部門努力增加巡迴點與照護網絡，期望能藉由這些計畫提升民眾醫療照護的可近性與提升醫療照護品質。在

宜蘭縣冬山鄉、新北市雙溪區及貢寮區等參訪行程親身體驗到，西醫基層總額部門不但積極推動轉診制度，更扮演厝邊好醫生的角色，讓我們看到全人、全程照護，原來可以在醫療資源不足地區發揮得淋漓盡致，醫師們幾乎是完全奉獻，食衣住行各方面都扛起責任，為病患付出，這種無私奉獻的精神，相當值得肯定，再次感謝西醫基層總額部門的努力。

四、再來要感謝中醫門診總額部門，於 6 月 16 日、17 日舉辦 2 天的實地參訪，在柯理事長富揚、張副理事長廷堅、詹執行長永兆、林前理事長永農及桃園市中醫師公會何理事長紹彰的費心安排下，行程包含新竹一品堂中醫診所、桃園市復興區醫療資源不足地區的巡迴點等。透過此次參訪，委員們不僅看到原來感冒可以看中醫，中醫還有非常多的特色醫療，包含針灸、傷科等，受到病患好評與信賴。此次偏鄉參訪，見證到醫師巡迴醫療的路途奔波與看診辛勞，十分敬佩。各位健保會委員對中醫門診總額部門向來有很深的期許，尤其是中醫要如何論述自身強項，自柯理事長富揚接任後，積極強化團隊、嚴謹自律及為民眾嚴格把關中醫藥材，我們期待中醫門診總額部門有更佳的突破與精進。7 月 5 日馬上要召開 2020 第 90 屆國醫節慶祝大會，不僅是全天會議，也安排了中醫門診總額實施 20 年的回顧座談，邀請各位委員出席，待會請柯理事長富揚跟我們說明。

五、在此，還要表達本人對健保會委員們的敬佩，除了各位委員頂著大熱天出席會議外，這次參訪我才得知吳委員榮達著實令人敬佩，他擔任八仙樂園塵爆事件的義務辯護律師，參訪時他無意中說出，每月自掏腰包出錢出力，請律師協助塵爆辯護事務，請大家給他一個掌聲。

六、最後，謝謝周執行秘書淑婉帶領的所有幕僚同仁，非常用心，因端午佳節快到了，健保會幕僚同仁幫大家準備一顆粽子，請大家品嚐。會議開始前，我還要幫健保署同仁加油打氣，今天李署長因公不克前來，由蔡副署長淑鈴率領健保署同仁，這段時間各界及媒體輿論關心健保業務，大家也相當辛苦，是不是

給蔡副署長一個掌聲。今天會議正式開始。

同仁宣讀

周執行秘書淑婉

- 一、主任委員、各位委員，大家早安。在確認議程之前，有幾件事情先向各位委員報告，第 1 件是依據本會會議規範規定，健保署署長為法定列席人員，健保署於 6 月 17 日函知，李署長伯璋因公不克出席，本次會議請假，由蔡副署長淑鈴代理，來函影本放在各位委員桌上(如本議事錄第 85 頁)，請參閱。
- 二、另外剛剛主委有提到，下週就是端午節，所以本會為委員準備了冰心粽，在室溫放半小時是最佳賞味期，現在置室溫已經差不多這個時間，請委員趁新鮮盡早吃，在此謹代表幕僚同仁祝福各位委員端午節愉快。
- 三、還有一件事向委員報告，本會有副執行秘書，之前請 2 年的侍親假，今天是第 1 天復職上班，向委員介紹本會幕僚多了一位生力軍，就是張副執行秘書友珊。
- 四、另外一件事情，最近因為健保相關議題在各種媒體如火如荼的討論，健保局前總經理、也是衛生署前副署長的張總經理鴻仁，出版一本《2030 健保大限》的書，我覺得這本書內容非常有參考價值，所以買來送給主委及每位委員研讀參考，裡面還有張總經理鴻仁親筆簽名。
- 五、本次議程安排，計有討論事項 2 案，第一案是關於特殊材料「經導管置換瓣膜套組(TAVI)」以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案，這是依照「健保會討論自付差額特材的作業流程」安排，健保署於 4 月 1 日將相關資料依法提送本會討論，所以安排到這次委員會議討論。第二案是委員提案，有 19 名委員提案，是關於呆帳問題部分，報告事項有 2 案，都是依照本年度工作計畫排定，尤其報告事項第二案分級醫療執行成效是各位委員關心的，以上報告。

周主任委員麗芳

委員如果沒有意見的話，議程確認，請進行會議紀錄確認。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請問委員對上次會議紀錄有無意見？(未有委員表示意見)會議紀錄確認，請進行下一案。

貳、「上(第 3)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周執行秘書淑婉

一、說明一，上(第 3)次委員會議決議(定)事項計有 6 項，依辦理情形建議解除追蹤 4 項，繼續追蹤 2 項；為利委員了解歷次委員會議未結案件之辦理情形，依例每半年彙報 1 次，截至 5 月底未結案件計 12 項，依辦理情形建議解除追蹤 3 項，繼續追蹤 9 項，但最後仍依委員會議定結果辦理。

二、請委員翻至並參閱會議資料第 27 頁，上(第 3)次委員會議決議(定)事項擬解除追蹤案件：

(一)項次 1，有關上次委員會議重要業務報告，委員意見以呆帳為主，健保署回復說明請委員參閱會議資料第 44~48 頁。

(二)項次 2，有關 110 年度總額協商作業的執行細節，委員所提意見本會幕僚回復參辦情形，請委員參閱會議資料第 48~51 頁。

(三)項次 3，為針對「肺腺癌」及「晚期肝細胞癌」免疫新藥之相關意見，健保署回復說明請委員參閱會議資料第 51~54 頁。

(四)項次 4，健保業務報告事項之意見，健保署回復說明請委員參閱會議資料第 54~58 頁。

三、請委員參閱會議資料第 31 頁，歷次委員會議未結案件擬解除追蹤計 3 案：

(一)項次 1，有關新醫療科技針對財務影響及替代效應，擇期做相關的檢討跟分析，請大家看到追蹤辦理情形下方本會幕僚補充說明，本項議題屬於健保需要長年深入研究的課題，不是健保署可在短期內完全解決。而且於每年 1 月、7 月都請健保署在其業務執行報告中，定期提報相關執行狀況，委員可視狀況做具體的關心及詢問，建議先行解除追蹤。

(二)項次 2，有關 108 年 C 肝新藥預估不足款約 19 億元，本會

決議可從「其他預算」下之 3 項預算結餘勻支，現 108 年度已執行完畢，預估不足數 19 億元最後只花 5.18 億元，以「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」結餘款支應，因已執行完畢，建議解除追蹤。

(三)項次 3，有關高齡慢性病患不慎遺失慢性處方箋藥品，是否能逕向同一藥局自費補購買當月不足藥量。因為保障民眾用藥安全，藥品調劑與販售都有相關規定，建議尊重權責機關意見，解除追蹤。

四、繼續追蹤的部分請委員自行參閱，援例就不做報告。另外，請委員翻至會議資料第 21 頁，說明二，因下週適逢端午節假期，將影響會議實錄上架作業時程，而明天是補班日，所以明日幕僚會將發言實錄寄給各位發言者確認，拜託大家於 6 月 23 日(星期二)中午 12 時前回復修正內容，俾能依法於時程內完成上網公開作業。

五、說明三，有關 109 年其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助」費用協定事項：「請健保署對資料上傳獎勵金與網路費之運作，於 109 年 6 月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性」，健保署已於 6 月 4 日回復辦理情形：

(一)未來規劃：研擬增修「全民健康保險憑證製發及存取資料管理辦法」第 10 條，規定醫事機構應上傳就醫結果紀錄，透過法制完成規範，將可逐步停止獎勵上傳費用。

(二)期程(含退場)：統計 109 年 3 月檢驗(查)結果即時上傳率，以基層診所及檢驗所上傳率較低，現階段仍有必要編列專款來鼓勵，且未來以 5 年為期程，逐步調整獎勵金支付規範，以利獎勵措施退場。

(三)評估「檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性」：因單一檢查項目可能含有多項檢驗結果，若納入申報格式，將導致申報格式更複雜；另外，醫療費用申報是自提供服務之次月起

6 個月內，非即時資料，與臨床需求不符，故檢驗資料上傳不宜與申報作業結合。

六、說明四，剛剛主委提及醫師公會於本年 6 月 5 日、6 日，在宜蘭縣及新北市訪查醫療資源不足地區改善方案之執行情形，本會委員(含代理人)計 25 位參加，幕僚已彙整實地訪查報告，請委員參閱會議資料附錄一(第 143~147 頁)。

七、說明五，關於衛福部及健保署本年 5 月至 6 月份發布及副知本會之相關資訊，本會業於 6 月 5 日及 6 月 11 日寄至各委員電子信箱，請委員參閱。

八、說明六，請委員參閱黃色補充資料第 1 頁，有關 109 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，業經本會 109 年第 2 次委員會議決議，授權醫師公會在風險調整基金金額及用途要討論確認後送本會備查，醫師公會已於 109 年 6 月 15 日依本會決議函復結果，相關資料請委員參閱附件(第 2、3 頁)，摘要如下：

(一)風險調整基金額度：6 億元。

(二)用途：保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。

(三)有關風險調整基金之執行方式、微調機制及相關細節，後續將與健保署討論處理方式。

(四)本案依委員會議決定，將 109 年西醫基層總額一般服務地區預算分配方式報請衛福部核定，以上報告。

周主任委員麗芳

謝謝周執行秘書淑婉的報告，請問委員有無意見？請朱委員益宏。

朱委員益宏

一、以下 2 點意見，第 1 點，請委員參閱會議資料第 31 頁，有關新醫療科技財務影響評估及替代效應分析，雖然健保署有提了新方法，但我認為它的效果及其執行成效等還有待觀察，因此不應該解除追蹤，應持續追蹤，例如 3 個月或半年後再來看執行狀況；若大家確實認為這方式有效可行，像是醫療服務提供者

或付費者代表覺得有用，再來解除追蹤。

二、第 2 點，請委員參閱會議資料第 50 頁，上次會議時，我建議「總額協商時，若付費者、醫療服務提供者有不同意見時，雙方應提出成效、評估指標」，而健保會幕僚回復，若雙方意見不同，幕僚會協助付費者提出相關指標。然我認為健保會幕僚應該是中立的，協助付費者提出修改指標當然可行，但應提供醫療服務提供者相同服務。即醫療服務提供者如有需求，幕僚應也要同步協助，文字上應修正為雙方有需求的話，跟健保會提出要求，由幕僚協助，採被動方式。因若主動協助，中間參採個人意見我覺得有失健保會幕僚公允性。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

一、請委員們參閱會議資料第 34 頁，擬繼續追蹤「項次 2」，有關健保財務的議案，在這個項次裡可看到，由虛線分割出的 7 個議案，感謝幕僚集中管理，但考量下列 3 個因素，即「案源的不同、負責辦理單位的不同、以及解除條件的不同」，建議這 7 個議案可以分案管理。

二、第 1 個，案源不同，有的是委員主動提案，也有依職權審議的議案；第 2 個，負責辦理單位不同，案內目前僅揭示社保司 1 個單位，拆分後仍有歸屬健保署負責之項目；第 3 個，解除條件也不同，並非目前僅列示「法規檢討修正後就解除追蹤」的單一條件。因此，建議將整個「項次 2」的 7 個議案，依追蹤內涵之不同，由目前 1 個項次分列為 4 項次；並感謝幕僚協助，已分列修改內容，今早放在大家桌上，右上角標示數字 2 的補充資料(如本議事錄第 86~88 頁)，請委員們參閱。

周主任委員麗芳

請于委員文男、趙委員銘圓。

于委員文男

一、今天有委員提到幕僚提供付費者意見，付費者的知識與醫療團體本身不對等，所以需要幕僚及健保署提供相關意見，他們都很公正。很多公協會、理事長都有秘書跟會務人員，我們這些付費者委員不但沒有秘書，知識也跟你們不對等，所以依賴會務單位提供資料，這個需求很大請諒解，這點是不偏不倚的意見。

二、請參閱會議資料第 44 頁，上次委員會議決議(定)事項辦理情形，仍是呆帳問題，這個問題要保留至討論事項第二案說明，還是在這裡說明？

周主任委員麗芳

請到討論事項第二案再說明。

干委員文男

不知道那個討論案今天能不能討論到？因我們基層人員都很關心，知道要調整，為何要調整？他們也會看所有上網的資料，也知道健保會的運作，我們每位委員的發言實錄，都有推薦單位在監督，若我們說錯話都會被糾正及指責，在這裡所提的意見請各位諒解，不針對費率成長，也不針對整個總額分配，是整個監理問題，我們很實在反映這個案子，這個案子我現在暫時不提。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓、何委員語。

趙委員銘圓

一、首先針對會議資料第 21 頁，說明三獎勵上傳資料部分，109 年 3 月檢驗(查)結果即時上傳率，醫學中心 88%、區域醫院 82%、地區醫院 74%、診所 10%、檢驗所 17%，其中基層診所及檢驗所上傳率非常低，整個獎勵金制度規範已訂很久，每年都有編列預算，為何 109 年仍無法達到 90%，甚至診所、檢驗所仍在 10%、17%，到底原因在哪裡？有沒有針對原因處理？好像我們編列預算給他們，才有辦法鼓勵他們上傳，但也獎勵很久，建議針對原因深入探討。

二、會議資料第 27 頁，項次 3 癌症免疫藥品部分，我也反對解除追蹤，第 1 個，健保署的回應是他們與藥商召開 3 次癌症免疫藥品給付協議溝通會議，並多次與藥商面對面協談以療效為基礎之給付方案，不知道這 3 次會議結束後，至這個月委員會議前，是否有進一步溝通？

三、第 2 個，是體質問題，吳委員鴻來曾提過我們的體質與歐美國家完全不同，不管 B、C 肝都是很大宗的國病，其實歐美 B、C 肝案例較少，所以在整體數據上當然較少，而且歐洲腫瘤學會建議不再針對晚期肝細胞癌使用，相對我們一直建議關於肝癌部分再放寬，健保署說晚期療效不好，但是其他意見仍有超過 20% 的有效率。若像健保署所說歐洲建議不要針對晚期肝細胞癌治療使用，是不是就該進一步放寬，讓更多民眾即早治療，它的效果是不是會更好？針對這部分我堅決反對解除追蹤，應該要繼續追蹤，而且才剛開始做，現在需要多些數據看看後續的發展，再做最後處理。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、蔡副署長淑鈴最近黑鍋揹很大，我們鼓勵一下，很多政策不是妳一個人能決定，但妳在這種政治體制下，總要有人出來揹黑鍋、扮黑臉，我們付費者委員都會支持妳，希望妳更有信心來推動健保政策。

二、第 2 點，我支持陳委員炳宏提出擬繼續追蹤的財務部分，分列項次 2~5 繼續追蹤，我們仍在研究，很用心找精算師幫我們做研究計畫，剛剛干委員文男說的沒有錯，我們是弱勢委員，因我們沒有幕僚人員、專業人員幫我們，我最近 3、4 個月為了西醫基層的事情，委託醫療專業者幫我分析報告，待會我有 1 份報告呈現。

三、剛剛趙委員銘圓提到癌症免疫藥品的部分，以往每個試辦案都

有 3 年試辦期，這個癌症免疫藥品才納入給付第 2 年，就不給付胃癌、肝癌新病人申請。我希望癌症免疫藥品可以持續給付胃癌、肝癌病人 3 年，若 3 年後確實研究出來的報告認為療效不好，我們也認同，但現在只執行不到 1 年半就取消給付這類病人，我還是建議要給付 3 年期程。

周主任委員麗芳

其他委員若沒有意見，請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

謝謝各位委員的指教，以下請健保署業務單位依序向大家說明，趙委員銘圓提到檢驗(查)結果上傳率低的問題請李組長純馥說明，癌症免疫藥品的部分請戴組長雪詠說明。另外陳委員炳宏委員所提追蹤事項，請主辦單位健保會說明，先請李組長純馥。

李組長純馥

有關趙委員銘圓所提獎勵上傳資料部分，剛開始做獎勵上傳資料，沒想到要用即時方式，即當時次月底前上傳資料就給予獎勵，但至 108、109 年希望提升即時檢驗(查)結果，只獎勵 24 小時上傳部分，有時院所業務繁忙無法即時上傳，但超過 24 小時就不給予獎勵，很多院所仍會在月底前將之前檢查結果上傳，所以比率上基層偏低，在此說明。

戴組長雪詠

一、向何委員語、趙委員銘圓說明，關於癌症免疫藥品部分，當時在全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(以下稱藥物共擬會議)決定是有彈性，就是開放廠商若可跟我們協商新的財務方案我們就會給付，最近本署仍會跟廠商溝通。它的意義是一個藥品在臨床評估，若效益有限，或低於給付藥品效益時，只要廠商、醫學會提出新的臨床實證，或廠商願意提出新的財務協商方案都很歡迎。

二、目前癌症免疫藥品的給付，採滾動式的檢討，即當這產品在其他國家、臺灣，不管臨床實驗、使用的數據，無論廠商、醫學

會願意提出新的事證，或廠商願意兼顧被保險人財務負擔後，願意提供更優惠的財務協商方案都很歡迎，隨時啟動協商。

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉回應。

周執行秘書淑婉

- 一、朱委員益宏所提部分，謝謝委員提醒，幕僚應該持平提供付費者方及醫界方兩邊委員必要的協助，相關回復內容會再修正。
- 二、另陳委員炳宏所提要將歷次委員會議未結案件之擬繼續追蹤項次 2，要細分成 4 項追蹤案件(請參閱陳委員炳宏提供之會議補充資料 2，項次 2~5，如本議事錄第 86~88 頁)，幕僚會依最後會議的決議辦理。其中委員分列之項次 5，請健保署協助試算相關資料，這仍涉及法規，建議將社保司一併納為主辦，健保署協辦，較為完整。

周主任委員麗芳

- 一、委員所提意見，健保會都會虛心接受，能做的會盡力協助，本案我試著決議。

(一)上次委員會議決議(定)事項辦理情形：

- 1.擬解除追蹤案(共 4 案)：依委員意見，將項次 3 改列繼續追蹤，其餘 3 案依幕僚之擬議，解除追蹤。
- 2.擬繼續追蹤案(共 2 案)：同意依幕僚之擬議，繼續追蹤。

(二)歷次委員會議未結案件辦理情形：

- 1.擬解除追蹤案(共 3 案)：同意依幕僚之擬議，解除追蹤。
- 2.擬繼續追蹤案(共 9 案)：依委員意見及幕僚之擬議，將項次 2 分列為 4 項，併同其餘 8 案，繼續追蹤。

(三)有關 109 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，同意自一般服務費用移撥 6 億元，作為風險調整基金，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。前開決定併同本會 109 年第 2 次委員會議之決議內容，辦理報請衛福部

核定及公告事宜。

(四)委員所提意見，送請衛福部(社會保險司)及健保署參考，餘洽悉

二、請進行討論事項第一案。

參、討論事項第一案「特殊材料『經導管置換瓣膜套組(TAVI)』以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

蔡副署長淑鈴

請醫審藥材組黃專門委員育文說明。

黃專門委員育文

一、請參閱會議資料第 81 頁，本案「特殊材料『經導管置換瓣膜套組(下稱 TAVI)』以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案」，依全民健康保險法第 45 條及藥物給付項目及支付標準第 52-4 條之規定辦理。

二、上述藥物支付標準第 52-4 條，已於本(109)年 1 月 30 日公告，針對本保險新收載之自付差額特材，重點如下：

(一)依同功能類別，參考院所採購價格、市場販售價格、院所收取自費價格或國際價格，予以核定自付差額特材之費用。

(二)按臨床實證等級訂定自付差額特材之健保給付上限，並不得超過所核定費用之 20% 或 40%。

(三)保險對象自付差額特材之金額，不得超過所核定費用扣除保險人給付之上限。

三、本案特材以經由導管微創方式置放心臟瓣膜，依據全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議特材部分第 43 次會議討論，決議如下：

(一)本案特材共計 11 品項，對於高風險或無法接受傳統置換心臟瓣膜手術的病患，有較低之死亡率及合併症，具臨床療效及較高之安全性，惟該品項屬新醫療科技及高醫療費用產品，無法納入健保全額給付。

(二)按 HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)報告及臨床實證，考量本案因符合「全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則」中可列為自付差額特材所訂「增加臨床

操作方便性及臨床療效」之條件，故同意將本案特材列為保險對象自付差額品項。

(三)本案之健保支付方式：

1.核定費用：依藥物支付標準第 52-4 條第 2 項第 1 款規定，本案(整組)採「公立醫院+醫學中心兩者合併採購價中位數，除以收載時最近四季結算之醫院總額部門浮動點值之平均值」，其費用為 1,097,991 元，包含：

(1)主動脈瓣膜套組(含瓣膜、裝載及輸送系統、導引器)：1,077,458 元。

(2)主動脈瓣膜導引導線：20,533 元。

2.健保給付上限：依藥物支付標準第 52-4 條第 1 項及自付差額特材作業原則第 4 點之規定，本案給付比例為核定費用之 30%，爰整組健保給付上限為 329,397 點，包含：

(1)主動脈瓣膜套組(含瓣膜、裝載及輸送系統、導引器)：健保給付上限為 323,237 點。

(2)主動脈瓣膜導引導線：健保給付上限為 6,160 點。

(四)給付規定：

1.比照 68040B 「經導管主動脈瓣膜置換術」規定。

2.完成個案登錄系統且須送事前審查核准。

3.個案完成植入手術後需 30 天內及第 12 個月內於登錄系統登錄追蹤狀況。未如期登錄，核刪本項申請之特材費用。

四、檢送本案基本資料表及檢核表如附件一，會議資料第 85~91 頁，以及品項資料彙整表如附件二，會議資料第 92~95 頁，請委員參閱。

周主任委員麗芳

接下來請委員提出意見。請何委員語、干委員文男。

何委員語

一、我支持本案通過，但有個問題，因本案健保給付比例為核定費

用的 30%，整組健保給付上限是用點數，可是當點值降到 0.88 以下，就會產生一個問題，像長效型心室輔助系統一整組約 380 萬點，當醫院端用點值換算成金額，醫院每做 1 個要虧損 40 幾萬元，醫院會不想做。

二、第 2 個，醫院可能會要患者將差額補足，因長效型心室輔助系統一整組將近 380 萬點，點值換算金額後會讓醫院不敢做，現在主動脈瓣膜套組的健保給付上限為 323,237 點，主動脈瓣膜導引導線則為 6,160 點，2 個加起來約 33 萬點，若用點值 0.88 換算，約差 5~6 萬元，問題是醫生會說請照這點數給我錢，但點值換算成金額後，卻會差 5~6 萬元，醫師是否要向病患索取費用？

三、建議在整組健保給付上限為 329,397 點後面加個括弧，依據點值換算實際 30% 的金額，應該要這樣做，不然以後爭議很多，依據點值換算實際的占比，這樣才不會產生誤差，不然未來醫院、健保署與患者有差額誤差時，才不會產生醫院說做 1 個賠 5~6 萬元，為何要做的問題，我支持本案，但應考量點值，若每點 1 元就沒爭議，換算下來是 323,237 點加上 6,160 點，若點值 0.88 或 0.91，應用點值換算實際金額，這是我的建議。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

一、我的意見也一樣，因為這屬於精密的醫療技術，而點值浮動造成的價差，會影響醫院的生存，應該訂點數或訂個定額，讓精密科技有人做，要不然做了後點值再打折，這會產生問題。

二、請問瓣膜的材料是牛、豬瓣膜或鈦鋼瓣膜？這裡不清楚，運輸的系統是用什麼東西？能否進一步說明，因使用的材料好不好，到最後產生的結果不一樣，才有自付差額，自付差額前消費者要清楚用的東西、材質是什麼？資訊要更透明，透明對消

費者最有保障。

周主任委員麗芳

請問其他委員還有意見嗎？請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、有關本案非常感謝健保署提出對醫界或付費者都好的遊戲規則，裡面寫的很清楚，我不再解釋，我們支持本案，也可說收費的標準有個相關的上限，對醫院應該比較公平，現在健保署提到以核定費用的 30% 作為健保給付上限，我沒有意見，但剛剛何委員語提到點值每點不足 1 元時怎麼處理？
- 二、我們沒辦法裁決說一定要怎麼做，這仍要由醫界自行訂定，希望醫界能提出讓大家都能接受的相關辦法。訂定上限，可以減輕付費者負擔，病人除自付差額、部分負擔外，還有醫院其他的收費項目，希望大家支持通過本案，也感謝健保署提出公平的價格與給付的標準，非常感謝，我支持通過本案。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

健保署回復的資料，多次提到後續視給付效益做滾動式檢討，請問健保署是否有規劃相關時程？

周主任委員麗芳

依序請許委員美麗、周委員穎政。

許委員美麗

- 一、關於會議資料第 82 頁所提「最近四季點值之醫院總額部門浮動點值之平均值，其費用為 1,097,991 元」的計算標準，但沒有提到浮動點值之平均值為何，卻是以「元」為單位，接續後面提到健保給付上限為核定費用之 30%，卻用 329,397「點」。誠如何委員語所提點值是否等同元，是每點 1 元嗎？如果點數換算金額後，健保給付的費用再加上民眾自付金額，總和並不是

1,097,991 元，將來會產生爭議。除非當時明確計算浮動點值的平均值是多少及對應多少元之比例，否則健保給付上限會呈現浮動的狀態，也如剛才何委員語所提，造成醫病間爭議，本案整組費用 1,097,991 元，經浮動點值換算結果後卻不同，兩者間的差額會不會由病患補足？如果需要由醫師執行手術的話，可能需要由病患補差額。

二、關於健保給付上限是以核定費用的 30% 計算，整組費用為 1,097,991 元，健保給付上限也應該用「元」為單位，若將來需要將點數換算成金額，則依照每次點值不同而進行換算，我建議單位應該要一致，否則前面寫 1,097,991 元就沒有太多意義，因為不是實際數值，除非明確該費用是上限值，不管點值怎麼換算，最多付到上限值，因此為了避免醫病間爭議，前後計算的單位或基準應一致。

周主任委員麗芳

請周委員穎政。

周委員穎政

一、我覺得盧委員瑞芬所提的問題是蠻重要的，現在面臨醫材快速進步、快速改變及市場快速變動的情形。任何核價措施只要訂價後，接續面臨的問題是會不會隨著市場競爭而調整價格，醫療院所會有動機去做 bargain(討價還價、達成協議)，但對健保署是否能形成有利的機制，不斷的調整、做彈性處理，我直覺盧委員瑞芬所提的問題，現在應該是沒有，依照現行人力資源、整個配備，沒有能力做到的，因為根本沒有足夠人力，雖然提到要做滾動式檢討，如果所有醫材每日都做滾動式檢討，每日從早忙到晚，這是困難點。

二、做許多管制措施時，大家都想要管很好的時候，也可以試著思考市場需要某種程度的空間，因為現行不可能做到很完善，除非今天有 100 個人每天緊盯材料、國際行情價格、醫材快速變動及是否有新的醫材可以取代等，這些工作是很困難的。我覺

得可以思考一下，現在採行硬性的管制措施，又想要訂價正確，又要隨著時間改變不會造成扭曲，我覺得需要調整整個機制。

三、我們討論醫材的問題時，是否需要一併討論手術費、處置費等 package(包裹給付)的範圍？說不定是不成比例，如果 100 萬元 特材費，另外給醫護人員技術費用的合理性為何。比較國際行情時，只有特材是國際行情比較，但臺灣人工卻不是國際行情，而是國際行情的 1/10 的價格，因此，健保署需要就整體的 package(包裹給付)給付範圍來通盤考量。本次提到許多爭議點在於技術費用相對偏低的情形，技術費用偏低已經是全部所有給付都偏低，醫界也很擔心這邊給付高，相對其他也不公平，我覺得如果要檢討的話，需要將兩者一起評估和檢討。

周主任委員麗芳

請問委員還有沒有要表示意見？請何委員語。

何委員語

- 一、再補充說明，本案是討論特材的自付差額費用，至於手術費、護理費、麻醉費及住院費等相關費用則是另外的給付標準，請大家不要將所有的醫療照護過程中的相關費用拿到這裡討論，本案單指特材，比如治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置，核定費用 8 多萬元就是 8 萬多元，和手術費用不同的。
- 二、假使本案的整組健保給付上限為 329,397 點，若浮動點值為 0.88 計算，健保給付上限應該為 374,315 點，才是核定費用的 30% 的金額，若浮動點值為 0.93，就是 354,191 點，才是核定費用的 30%。我建議在整組健保給付上限 329,397 點，後面加上文字「(依據該季點值去換算該特材 30% 價格的給付點值)」，健保會今天通過後，健保署在支付上會較有彈性，如第 1 季浮動點值 0.88，就會換算特材的健保給付上限為 374,315 點，若下 1 季浮動點值為 0.93 則支付 354,191 點，這也是健保給付上限占核定費用之 30% 的計算方式。

三、健保署會和廠商協商，在臺灣裝多少組以上價格會降多少，有括弧文字備註，健保署和廠商協商價格，如果總金額從 1,097,191 元降至 90 萬元，同樣採 30% 做為健保給付上限，作業就會很順暢，未來健保署也不需要開會議討論如何支付，醫界也不會一直反映，這個特材賠 5 萬、6 萬元，因此，希望今天在健保署所列健保給付上限後面加上括弧並備註文字，健保署也會比較好作業。

周主任委員麗芳

依序請李委員偉強、吳委員榮達。

李委員偉強

一、最近 1、2 週都在討論醫材的議題，我幾乎連作夢都會夢到。仍要感謝大家支持本案，TAVI 是針對嚴重主動脈狹窄、不適合手術等主動脈瓣膜異常的人，可以經由內視鏡導管微創的方式置放新的人工心臟瓣膜，手術困難度很高，本項特材也很昂貴，但 TAVI 是高端技術，成功的 case(個案)住院天數可以縮短至 1 週，甚至 3~5 天就可以出院。

二、今天討論自付差額部分，假設該特材醫院付給廠商 100 萬元，健保給付 3 成是浮動的，另外民眾自付 7 成是固定的，但醫院付給廠商是固定金額，不會隨點值而變動，請問未來是否都採此類計算方式支付呢？我想確認今天只針對 TAVI 特材，還是之後特材都這樣，我想確認清楚，才不會產生自付差額特材間有不同給付機制而造成困擾。

三、目前點值還不錯，但未來會不會浮動點值不到 0.8？30 幾萬乘以點值後，這個金額不小，這部分差額由民眾自付嗎？應該不行吧！因為已經設定上限，未來點值若變很差，醫院就需要和廠商協議，差額不是醫院吸收，就是廠商要吸收，因為健保只給付這麼多。

四、自實施總額預算以來，所有特材的點值都是浮動的，藥品的點

值則是每點 1 元，但全部特材都是浮動點值計算，是彈性的，實務上醫院需要和許多廠商討論進貨的問題，這也是這次大家討論健保自付差額上限所浮現出來的問題，不僅限於健保自付差額部分，還有其他健保給付、DRGs(住院疾病診斷關聯群)的包裹內的特材都是採浮動計算，大家心中有這個概念就好，藥品是固定點值的，但特材是浮動點值的，因此，不論是在醫院經營或向病人說明上常需要花很多時間去解釋清楚。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏發言前，我先補充說明，本案分 2 階段：第 1，是否納入健保自付差額特材。第 2，關於本案原先健保署說明二之(三)保險對象自付差額上限。關於保險對象自付差額上限，因目前健保署通盤檢討中，最後會有份完整的分析報告。我們今天先討論本案是否納入健保自付差額特材，至保險對象自付差額上限的部分，可能需等健保署通盤檢討後再來討論。

滕委員西華

主席您怎麼可以代替本會還沒討論完就做結論呢？

周主任委員麗芳

我先向大家說明目前的狀況...。

滕委員西華

這是健保法法定項目，您不能先做結論，要不要公告實施是衛福部的權責，但我們都還沒討論完。

周主任委員麗芳

請委員繼續表示意見。依序請吳委員榮達、朱委員益宏。

吳委員榮達

一、剛才幾位委員提到計算方式部分，請大家參閱會議資料第 81~82 頁，採「公立醫院+醫學中心兩者合併採購價中位數，除以收載時最近四季結算之醫院總額部門浮動點值之平均值」，其實金額已經還原過了，所以核定費用 1,097,991 元比中位數價格還更高，

是還原過的金額，已經除以浮動點值，因此，後面所提健保給付上限 329,397 點已經將浮動點值納入考量後，還原後算出的結果，計算上應該沒有問題。

二、我和周委員穎政、盧委員瑞芬有相同的想法，採滾動式檢討，事實上醫界最擔心的問題是和藥價一樣，經過滾動式檢討後一直降價，最後價格低到特材商不願意進入臺灣市場的疑慮，因此，關於滾動式檢討部分，需要提出具體實施辦法、配套措施、計算公式等。

三、同何委員語所反映的，目前討論本案特材是否納入自付差額及健保給付上限的問題，至於手術或其他費用等部分，我有疑惑或不清楚的地方，請健保署再補充說明。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

關於本案，我個人提供幾點說明和建議。剛才何委員語特別關心浮動點值部分，健保署有特別處理，上限價是經過還原的，實際上廠商售價約 1 百萬元，但核定費用為 1,097,991 元，但這裡面的問題是定價採公立醫院及醫學中心兩者合併採購價中位數，中位數就是有高、有低，使用量最大的醫院會接近在中位數，我覺得這樣的訂價方式是需要檢討，因為價格很高，只有 1 家廠商，我覺得廠商不會降價，也不容易降價，所以我認為透過市場機制讓價格降低不是件容易的事情，反而會導致採購量大的或符合成本的醫療院所就會越做越大，量少的醫療院所就會退出市場。當然本案特材是屬於很高端的技術，需要由非常有經驗的醫師執行，成功率較高，但會不會變成集中在某些大型醫學中心執行，我覺得這制度會導致成這樣，既然是採中位數，部分醫院採購量少，採購價就高於上限價，沒辦法做，做一個虧一個，就會退出市場，我覺得訂定上限價時除了中位數外，應該要從寬考量，若許多醫院都可以執行，也能做價格競爭，讓民眾可以選擇，讓市場發揮應有的功能，也不是壞事。

但現在採用中位數概念，用點值回算，確實價格計算的很精準，就如同剛才幾位委員、付費者委員都有提及，現在浮動點值為 0.88 或 0.85 計算，或如果某季或某年之浮動點值低到某種程度，那該怎麼辦？醫院做一個虧一個，我認為訂定上限價時，可能再給予更多彈性。

周主任委員麗芳

請劉代理委員碧珠。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

剛才前面幾位付費者代表發言，跟我原本看到此項議程討論事項的案由，似乎有落差。我以為討論案的主題，在於是不是要將本項特材納入健保自付差額給付。關於自付差額上限議題，日前部長裁示除非是極端值特材才要優先處理民眾自付上限，本案是否能先 focus(聚焦)在是否符合納入健保自付差額的條件，至於民眾自付差額上限是否需要在今天會議討論？因為不確定本案是否屬於極端值，若是獨家，獨家是不是極端值，可能需要請健保署補充說明，不然就目前討論上限議題是有爭議性的。

周主任委員麗芳

請健保署先回應這個問題。

蔡副署長淑鈴

這個特材不是獨家。請戴組長雪詠說明。

戴組長雪詠

一、向各委員說明，本案是自付差額品項，是全新進入自付差額的品項，現行健保自付差額類別特材計有 10 類，這個品項是以全新品項進入健保給付，提至健保會討論。

二、委員關切滾動式檢討所代表的意義部分，其實在藥物共擬會議所提滾動式檢討是依據臨床實證，因為新穎且昂貴的醫療器材進入健保給付，病患使用狀況究竟如何，主要關心的是臨床實證，因此，使用本項特材前，需事前審查及登錄資料的制度，

也就是醫師要登錄臨床評估資料等。像這種高度臨床實證的評估為主的品項，在特材、藥品是比較少見，主要是針對高價、臨床實證需要進一步蒐集真實數據做為佐證。

三、臨床實證滾動式檢討，藥物共擬會議討論時提到採核定費用的30%作為健保給付上限，會將臨床實證結果做為健保給付比率是否要提高的依據，因為藥物支付標準第52-4條精神是全新自付差額品項納入健保給付，會依照臨床實證決定健保負擔的比率為20%或40%，是依照臨床證據等級，臨床證據越高代表著健保負擔比率也會提高。另外委員所提價格、材質部分，請黃專門委員育文說明。

黃專門委員育文

一、我再回應委員剛才所提問題，再次強調本項特材是全新的，與之前討論「特殊功能人工水晶體」等8類議題是不同的，是依據今(109)年1月30公告新增藥物支付標準第52-4條。如同吳委員榮達所說，會議資料第82頁所列費用是已經用浮動點值還原回「元」，是除以最近四季醫院浮動點值為0.8766後的數值。

二、關於何委員語提到整組長效型心室輔助系統約300多萬的價格部分，起初核定約375萬點，半年後經醫院提供相關意見並提至藥物共擬會議討論後，再次討論核定為425萬點暫予公告，這是屬於全額給付的長效型心室輔助系統，它的費用核定方式也是將浮動點值還原為元。

三、關於今天討論的TAVI特材，共計11個品項，4家廠商，目前廠商各自有其市場戰略，目前藥物共擬會議所訂價格是參考市場價格訂定。

蔡副署長淑鈴

謝謝戴雪詠組長及黃專門委員育文的說明，部分回應有重複，我接續再向大家補充說明：

- 一、剛才各位指教都很正確，確實可以將部分文字更精準，不要讓大家誤會會議資料第 82 頁所列的資料，也就是剛才向大家說明核定費用 1,097,991 元已經由點值回算成元，所以它是「元」，接續健保給付上限為核定費用的 30%，329,397 點，這也是「元」的單位，我們確實寫的不好讓大家誤會了，單位應該是「元」。
- 二、向大家說明目前對於核定費用上限還沒有政策決定，但之前會議曾討論過，將來若使用本項產品，健保給付 329,397 元，因每家醫療院所收費不盡相同，院所收費的金額與健保給付 329,397 元兩者間的差距則是民眾自己付費。
- 三、關於周委員穎政、吳委員榮達提到技術費合理的部分，我想健保署幕僚將來可以再補充，像手術費、特材費，及病人整體支付費用等，如住院到出院間的醫療費用讓大家參考。我印象手術費也是最近核價的，約 10 萬點，有相關數據資料可以說明嗎？請李組長純馥補充說明。

李組長純馥

支付點數約 96,900 多點...。

蔡副署長淑鈴

將近 10 萬點。

李組長純馥

這個還不含一般材料的費用，應該再乘上手術一般特材費 1.53 左右，可能約 17、18 萬...。

(註：查全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二章第七節，「經導管主動脈瓣膜置換術(68040B)」支付點數為 96975 點，其一般材料費則加計 11%)

蔡副署長淑鈴

一、是約 17、18 萬點？現在可以向大家詳細說明一下嗎？因為各項手術需要一般材料費及特殊材料費，一般材料費是含在手術費的加成裡。而今天討論是特殊材料費。請李組長純馥確定後再向大家說明。

二、除了手術費所含的一般材料費，加上特殊材費，還有檢查、麻醉等照護過程的相關醫療費用，確實大家也需要了解整個支付費用。我們應該提供完整資料讓委員了解全貌。

三、如果委員有需要的話，健保署幕僚可以再提供資料供委員參考。針對大家的疑問，我先補充說明，再聽聽大家的意見。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

一、HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)於 100 年健保法修法時納入，消費者團體包含民眾、醫界等期待健保給付是有參考依據，而不是沒有資料的情況下和廠商進行討論訂定出來，因此納入臨床證據。本案是 109 年以來第 1 次不同過去特材差額給付只訂定健保給付部分，不管其他廠商提出總價是否符合療效，比如現在免疫療法給付方式有以療效付費也有以結果付費，許多國家是有療效的才付費，如英國，所以本案是今年第 1 次用療效評估作為給付的標準，若我們不相信醫療科技評估，我們不支持這個案子，以後我們要怎麼相信醫療科技評估值得信賴？價格上限是另一件事情，我們從市場上價格、醫院的價格，根據廠商提出的療效證據決定健保給付的比例，若我們同意健保署提出的 30%，並且它是經過專家會議、藥物共擬會議後再送到健保會討論，我們當然就要同意上限價，不然怎麼會只同意健保給付上限為核定費用的 30%，卻未同意核定費用 70% 為民眾自付的上限價部分？

二、關於上限價部分，很多醫界代表委員說得很有道理，我們當然是根據點值，浮動點值有時高、有時低，有時比 0.87 高，有時比它低。所以點值是個風險，至於醫材要不要每點 1 元，我沒有意見，這涉及整體政策討論，這是上限價可討論的因素之一，假設今天市場 106 年剛上市才 42 組，按照合理推斷，很多產品上市後經過一段時間，市場量會變大，成本就會受到影響，

價格可能會降低，從剛上市的 1 年 42 組，到納入健保差額給付，市場量逐漸增加到 1 年 500 組，市場規模也因為有差額給付，病人負擔下降後而慢慢擴大，這會影響到自付價，若因此售價變低，當然上限價也要跟著調整。因為點值過低，使得上限價受影響，上限價當然也可以考慮做為調整條件之一，不採用中位數也可以。若療效不好或差異不大，早期差額給付的產品，也有些改成全額給付或是退出差額給付市場。發現根本沒有療效，根據療效評估滾動式修正，自然會因為健保擴大給付後發現，有些醫材根本沒有想像中的好、或沒有當時的評估療效，就下降給付成數，若發現療效更好了，健保自然就可以往上提升給付成數，更進一步降低民眾的自付成數。若我們相信醫療科技評估，今天就應該該採納醫療科技評估的結果，但是要做滾動式修正，或是訂定上限給付價，這都是合理的，因為我們不是喊價，是有臨床證據的。幾付是點數，不是元，若修正成「元」，醫界可能會誤會要給付 329,397 元，這是隨著點值變化，這是現實，不是差額給付的 30%，70% 的健保給付產品都是如此，除了全自付價以外，點值的浮動，像是政策補助款，對區域點值低於某種程度有回補的概念相同。假設點值的差距過大，特別昂貴的項目，要有機制從上限價、或從健保制度中重新檢討點值問題是否影響到病人的使用及醫院經營，這部分可以再議。

三、朱委員益宏提到採購價的問題，只有公立醫院的採購價，我們無從得知私立醫院的採購價，從比價網無法知道採購價與自費價間的關聯，看不出來越大的醫院買得越便宜，買得越便宜會賣得越便宜嗎？從比價網是看不出來的，我們要關心的是採購價居然會高出市場價，這就要拿出採購價來討論。以前調高藥品給付時，有廠商拿報關價說歐元匯率調漲，要求健保署調高給付，但歐元匯率下降也應該要調整，受到原物料、匯率改變，使得成本改變，機制可以跟著調整，沒有說不能調整，但本案

若支持差額給付過關，當然也要支持上限價過關，不可以說今天不要討論上限價，要不要公布是健保署報請主管機關的事，沒有拆開討論的道理。

周主任委員麗芳

請吳委員國治。

吳委員國治

一、本案是新的分類，就是沒有天花板價(核定費用)，也沒有地板價(健保給付上限)，之前舊的分類是沒有天花板價，但是有地板價，這是不同的東西。但是要不要訂定天花板價，是政策的問題。既然之前大家有討論過政策，上周六(6月13日)衛福部也開過會議討論，政策尚未定案，天花板價既然是政策問題，就應由政策解決。

二、現在既然用這樣的方式找出天花板價，再用成數去找出地板價，又同意做滾動式修正，基本上地板價還是可以參考。我也同意滕委員西華所提，可以先通過地板價，由政策決定天花板價實施與否，地板價還是可以列入參考。

三、剛剛有很多委員在意點值造成的影響，建議以後請健保署立即澄清，可以化解委員疑慮，提高議事效率。

周主任委員麗芳

請劉代理委員碧珠。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

剛剛蔡副署長淑鈴的說明提到82頁健保支付上限是329,397「元」，可是實務上是「點」，副署長雖然有說明是先還原後再計算，這點我們理解。但這應該是還原後的點數，而不是醫院申報健保特材後最終結算可以獲得的「元」，特材並沒有保障每點1元，應先釐清是「點」不是「元」，我覺得跟我們實務作業面不同，有必要再次確認。

蔡副署長淑鈴

目前尚不知道本案的政策決定，但基本上，如果 1,097,991 是「點」，那 329,397 就是「點」，如果 1,097,991 是「元」，它的 30% 當然是「元」，但目前上限訂定還在討論。像是吳委員國治所說的，現在政策尚未決定，是不是要有 1,097,991 元的上限價，也還不知道。只是這項政策若要實施，究竟健保支付多少元，才能計算民眾出多少錢。從邏輯上看，1,097,991 這個數字續待政策決定，但是這個數值已經先還原，30% 也應是還原過的。

周主任委員麗芳

請何委員語、周委員穎政。

何委員語

一、建議提案單位應該先釐清「點」或「元」，不要讓我們花費這麼多時間討論「點」或「元」，我也不想發言那麼多。

二、我今天認為本案要我們決定的有 2 項，第 1 項是大家同不同意本項特材納入健保部分給付，原來條文是 20~40%，擬辦是建議 30%。我認為把點值都拿掉，第 1 個原則是同不同意納入部分給付，第 2 個原則是同不同意支付 30%。現在把點數拿出來分析，我也很納悶，自費醫材比價網的中位數是 105~115 萬元，公立醫院 94.7~104.5 萬元，現在又報給我們 1,097,991 元，健保署說明因有經點值換算過來，這個數值如果公告出去，所有患者都知道，核定費用是 1,097,991 元，病人自付金額是 1,097,991 元的 70%，醫院收取的金額不能高於這個金額。過去健保實施到今天，全部都用點值來換算的，很少使用到元，若本項特材要使用元，醫院作業人員會搞混，像我年紀大，也會霧煞煞(台語，模糊不清)。既然長期以來都是用點值，若現在要用元，不曉得醫院的作業方式未來要如何配合、調整，程序上也會很麻煩。我認為本案應該很簡單，同不同意納入部分給付，以及同不同意健保給付上限價 30%。如果訂定點值，未來換算有爭議時，又要討論，就像剛剛健保署幕僚所說的整組長效型心室輔助系統 375 萬點，要不是醫界一直提出反映，再開會重

新修正，像我剛才所講，做 1 個要賠 42 萬多元，醫院就不願意執行。上限價如果訂點數或是元，未來降價時，是不是要重新調整金額，如果未來公立醫院 94.7~104 萬元的中位數下降到 85~90 萬元時，點數要不要下降，究竟是要訂 30% 還是點數，今天應該要確定。

周主任委員麗芳

何委員語非常關心本案，已經發言過 2 次，真的很用心。接著請周委員穎政、趙委員銘圓發言後，請容我作簡單結論。

周委員穎政

接續何委員語的發言，本案究竟要不要納入部分給付，相信大家沒有意見，唯一有意見的是除了病人自付的費用，是否要訂定上限，這部分今天不可能達到共識，大家有各自的想法、立場，可以一路戰到晚上、明天，很難有妥協。建議先維持我們既有的、現有的制度，至於政策的方向，若要戰，再找個時間來討論。若大家有共識，就按照現有制度 30% 納入，不知道健保署是不是這樣的想法。不要將戰火拉高，也許今天開完會後，社群媒體、報章雜誌會繼續炮火隆隆，現在不是適當時機，經過一陣子激情，建議先冷靜一陣子，再來處理這樣的問題。

趙委員銘圓

針對本案，關於價格，我認為還可以再協商，但是一定要有上限。醫界一直說都沒有召開協調會，但是依照我的了解，好像相關會議已經開過 1 年半，若我沒弄錯，應該召開過 44 次的會議。因為有爭議，就把整個健保署已經公告要實施的政策馬上做推翻，我覺得很奇怪。當然醫界大老在總統心目中是很重要的一塊，勞工可能是總統心中最軟的一塊，很多東西可能會因為醫界大老退出群組而改變，這對基層消費者、付費者而言，合理嗎？建議價格可能就麻煩健保署去做溝通，但是仍應該有上限。

周主任委員麗芳

本案已花費很多時間討論，很多委員提出意見，大家都相當支持納入健保自付差額，不過有關上限的部分，大家的意見相當分歧，也提到健保署在資料準備上可能要再充分，請教健保署本案的急迫性如何？可以先納入自付差額，這樣有辦法執行嗎？還是要待未來整體規劃完整後再提案，先聽聽健保署意見。

蔡副署長淑鈴

- 一、今天李署長伯璋沒來，先跟各位委員謝謝，感謝大家的支持，這也是因應民眾的需要，確實如同周委員穎政所說的，現在還是有非常多的討論及爭議，未解，本案也是有許多問題存在，李署長伯璋是希望本案等更完整的規劃後，再來討論可能會比較妥適一點。
- 二、今天各位委員所提意見，我們通通會收錄，特別是剛剛大家關心的質疑點，文字不夠好的部分，或是資料不夠齊備部分，我們都會拿回去檢討。這雖然是新的 1 類，但是原來 8 類自付差額特材核定費用的爭議還在，部長有指示我們要盡快跟各界誠意溝通，我們也會陸續展開溝通工作。

周主任委員麗芳

謝謝蔡副署長淑鈴表達健保署意見，請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我提出 1 個折衷辦法供各位委員參考，為了議事效率及遵循健保法第 45 條精神及政策實施變數，我建議本案還是同意健保署提出的 30% 健保給付價，並應訂定上限價，至於民眾付費的上限價是否為 768,594 元，請健保署蒐集意見報本會核備。我們今天關切的是民眾在市場要付多少錢，這是要被公告的，而不是健保給付 329,397 點後，民眾要付 76 萬元、86 萬元或是 96 萬元，究竟要付多少，我們不知道，政府沒有管理，這樣 HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)審查時，就沒有所謂的以 109 萬元當基礎，健保給付 30% 這件事情，還是

要有分母，至於要訂定多少，建議由健保署蒐集相關資料後再議。

二、我們應該要確認，依照健保法規定，健保會的權責是同意依療效評估，健保給付 30% 費用，健保署也要同時討論出總價、民眾自付額上限價後，報本會核備，屆時難道還要重新再討論嗎？若我們今天確定，我們就授權健保署訂定總價及民眾自付額上限價才對。若是都沒有，等於付費者代表、被保險人代表放棄健保法第 45 條有關同意差額給付，政府也要經由醫療科技評估，訂出民眾自付額天花板價的法條。

周主任委員麗芳

本案的提案單位為健保署，健保署已經提出他們的看法，本案就請健保署提供更詳細的規劃、配套後再議。

干委員文男

本案雖然是健保署提案，但是有人有意見，並且經過充分溝通，這樣會妨礙到現在動手術的人之權益，勢必今天必須要有結果，滕委員西華及何委員語講的很清楚，健保會本來就這功能，不能兩句話就撤回，要動手術的人該怎麼辦？健保會有這個職責也有職權，我希望本案今天就能通過。

周主任委員麗芳

請林委員錫維、周委員穎政、張委員煥禎。

林委員錫維

有關本案已經討論很久，大原則應該被保險人代表都同意，有關於細則方面，應該是健保署再去跟醫界溝通處理，若健保署要撤回，應該在開會前就撤回，若已經討論 1 個多小時，也沒其他人特別有意見說一定要怎樣，多數也都同意，現在說要撤回就撤回，有欺騙委員的心態，我支持滕委員西華及何委員語的意見，付費者代表、弱勢及勞工代表都支持本案。

周委員穎政

健保會有付費者代表及醫界代表，大家都很明白上限價無法談妥，我們可以針對這議題在這邊再戰 1 天、2 天，若有興趣，甚至租個飯店辯論 2 天都可以。我認為兩方有爭議，大家都說很支持、同情蔡副署長淑鈴，若今天我們作成任何決議，對外勢必引起軒然大波，拜託請讓我把話講完，我認為既然有爭議，大家稍微妥協一下。

何委員語

- 一、主席，我提程序問題。依據會議規範規定，案子進行討論後，非經參與討論的人同意，不准撤案，請把會議規範拿出來。要參與討論的人員全部同意才可以。各位知道連署後，非經全部連署人同意後，不准撤案。怎麼可以 1 個委員說撤案就撤案，會議規範程序不是這樣。
- 二、我們今天的討論很簡單，我們同意納入健保部分給付，同意 30% 紙付，其他部分請健保署規劃，我們並沒有說要同意訂定天花板價格，並沒有說健保一定要付 32 萬多元，我們同意健保給付 30% 。

周主任委員麗芳

請張委員煥禎、吳委員國治。

張委員煥禎

我只是要確定本案若沒有撤案，329,397 是「點」還是「元」？(與會委員回應是「元」)是「元」，我只要確定這點就好。

吳委員國治

- 一、我剛剛第 1 次發言時有提到，這是政策問題，剛剛趙委員銘圓有提到說跟醫界談過 44 次，包含專家會議，這要做澄清，醫界被找去都是在政策決定下，討論適當分類、價格怎麼擬定。至於訂定上限的政策並沒有找我們討論，上週六會議時，有很多專科學會的理事長們的發言都是如此陳述，這是第 1 個說明。
- 二、既然是政策決定，今天不反對通過，但至少天花板價的討論，目前健保署有自費醫材比價網存在，還是可以處理，剛剛何委

員語提到並沒有要訂天花板價，至少訂定的地板價可以參考。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達、趙委員銘圓。

吳委員榮達

請看今天的會議資料，擬辦第二點，經過我們討論通過後，主管機關核定公告辦理，我的想法是這樣，有變通方式處理。我們通過後，健保署不用撤案，由衛福部去決定何時公告、辦理時程。我建議健保署不要堅持撤案，大家應該有共識同意 30% 的自付差額，至於實施的時程及要不要訂定上限，這是另一個問題。

趙委員銘圓

各位可以看看健保法第 45 條「本保險給付之特殊材料，保險人得訂定給付上限及保險醫事服務機構得收取差額之上限」，健保署本來就可以訂定上限，今天有這樣的提案，也是依據健保法規定做處理。

吳委員國治

我還是要反映一下，健保法上面是寫「得」，若是「應」就沒有問題，沒有爭議，「得」就是屬於政策決定。

周主任委員麗芳

一、我先試著決議如下：

(一)第 1 點，本案特材經健保署評估，對於高風險或無法接受傳統置換心臟瓣膜手術之病患，有較低之死亡率及合併症，且具有增加臨床方便性及效用，爰同意本自付差額特材申請案，請該署依法定程序呈報衛福部核定公告。

(二)第 2 點，有關保險對象自付差額上限，請健保署配合衛福部進行相關政策，優先處理極端不合理價格特材，參考國際價格評估合理性，並請健保署就現行醫材功能類別進行更細緻的分類、分層，同時盡速強化醫材資訊透明公開，以淺顯易懂文字協助民眾了解醫材功能，以利選擇，建立資訊公開平臺，改善資訊落差，提升醫病溝通。

(三)第3點，請健保署持續監測並評估其使用情形及效益，於納入健保自付差額半年後提報檢討改善報告。

二、結論完還有委員有意見喔？先請吳委員榮達。

吳委員榮達

關於剛才主席所下第2、3個結論，並不是我們討論出來的結論，只有第1個是我們的結論，我覺得本案決議應該只有第1個結論，第2個及第3個不是我們的結論。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

主席唸的內容太多了。剛才委員的討論很清楚，前面是同意本案特材納入自付差額品項，然後是健保給付上限訂為30%，大家都同意，也很簡單。現在寫一大堆，我聽不懂，也不理解，等下你拿出完整的文字我們再討論，現在先討論別案，你所講出來的意思，跟原來討論的意思互相違背。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

我的決議很簡單...。

朱委員益宏

主席，現在是輪到我發言，讓我先說啦，拍謝！

一、剛剛主席所擬的結論，我覺得第1點可能要再修正，因為事實上，大家對於民眾自付差額上限及健保給付上限，究竟是「點」還是「元」，或怎麼去訂這些上限，大家還有爭議，其實還沒有結論。

二、所以，這個案子不能說是整個通過，決議文字還需要做些修正，要陳述出確實還有爭議需要修正，請健保署循相關程序報部核定，或是廣納意見討論後再來訂定。差額給付的原則跟健保給

付上限訂為 30%，這部分是大家沒意見的。我認為在結論時，要將這幾件事情說清楚。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

我們的決議非常簡單，就是同意「經導管置換瓣膜套組」納入健保自付差額項目，健保給付上限訂為 30%。至於其他，請健保署自己研究，我們不管天花板價格，也不管地板價格，因為我們也不知道地板價格確實是多少，今天無法決定案內所敘的 32 萬多…。

周主任委員麗芳

何委員語請等一下，我用最簡單的文字表達，其他的就通通刪掉。

一、同意將「經導管置換瓣膜套組」納入健保自付差額特殊材料品項。

二、其他細節部分，今天暫無法達成協議，所以我們先同意納入本案特材，以保障消費者就醫權益，這樣應該可以吧？我們就是先同意本案特材可納入自付差額品項，至於其他未達協議部分，請健保署回去詳細研議，這樣可以嗎？請張委員煥禎。

張委員煥禎

一、我就過去這 20 幾年在委員會的經驗，其實主席做結論都是綜合大家的意見，剛剛的結論跟現在這個結論，我覺得都是可以討論，如果我沒有反對意見，就會接受主席綜整大家的意見。但我希望委員表達意見時，不要每次都說，第 1 點對，第 2 點、第 3 點都不對，我們認為不行等等，當委員有不同意見時，請直接說我認為不行。因為主席做結論時已綜合過大家意見，可是委員有不同意見時，用「我們」2 個字表達訴求，就把大家都納入了，所以請用「我認為」、「我反對」來表達意見，而不是「我們」，因為我認為任何一位委員，都不見得能代表別人的意見。

二、希望主席該做結論還是要勇敢。我並不是說第 2 點第 3 點不行，因為主席是幫大家做結論，不能因為有人反對什麼，就拿掉什麼，應該要尊重這個結論是不是為大多數人所認定，而不要因為少數人的意見而改變。

三、當然我也同意，若有委員持反對意見，應該要講出來，但即便如此，其他人可能還是贊成主席原來所做的決議，也不一定。正因為本會過去以來都盡量不以表決方式處理，採用共識決，所以過去常有主席做了決議，大家也認為 ok，但有 1 個人反對，主席就縮回去，這樣不好啦！

周主任委員麗芳

這案子我用最簡短的文字再決議一次。本案「經導管置換瓣膜套組」同意納入健保自付差額特殊材料品項。這是第 1 點。第 2 點，本案委員意見送請健保署參考。進行下一案。請何委員語。

何委員語

我認為在品項後面，要加上健保給付上限訂為 30%，因為我們不管多少價格，所以我們要附帶這一句，不然健保要付多少，是 20% 還是 40%？所以你要指明是 30%，因為現在所有自付差額特材的健保給付上限都是 30%。

周主任委員麗芳

剛剛何委員語的意見，有共識嗎？(部分委員回應：有)，請朱委員益宏。

朱委員益宏

一、實際上健保法第 45 條規定只是說要不要納入差額給付，並可訂定上限，至於百分比，我覺得其實是健保署權責，當然健保署會提到藥物共擬會討論，因為有一定的行政程序要完成，所以，剛剛主席的結論我贊成，先將這項目納入。

二、至於有爭議的部分，就授權給健保署，若決議這邊訂死了，會讓健保署綁手綁腳，若將來政策上有不同決定，反而跟我們的

決議又有爭議，對健保署、衛福部及本會都不好。既然剛剛主席說，委員意見會請健保署參考，健保署就應該知道大家對健保給付上限訂為 30%，並沒有歧見及太大的討論，我認為健保署理解本會意見，但我不建議將相關文字落入結論。

周主任委員麗芳

請問何委員語有無意見？請鄭委員建信。

鄭委員建信

依照健保法第 45 條規定，雖說保險人得訂定給付上限，還可訂定保險醫事服務機構收取自付差額上限。若照主席所決議，我個人的解讀是，同意將本案特材納入自付差額品項，但健保給付上限授權健保署，那我們花很多時間討論整個案子，跟健保署提案中提及的健保給付上限訂為 30%，就完全沒意義，基本上就是空白授權，這樣既不符合健保法第 45 條規定，也不符合剛剛蔡副署長淑鈴的意見，因為已經進入討論後，意義上完全不同，今天的討論恐怕也沒有意義。

周主任委員麗芳

一、謝謝各位委員，如果說大家對各種決議都有意見，我只能站在主席立場決定，這案子只能以後再談。我主持會議那麼久，從來沒發生過這樣的事情，無法做出決議，因為任何決議大家都有意見。

二、我真的要跟大家說，蔡副署長淑鈴的壓力很大，她剛剛已經說李署長伯璋今天沒來，李署長伯璋的意見她已經代為充分表達，我們是否就不要再為難健保署，讓他們能夠再重新檢視，提供更充分資訊後再送會討論。

三、剛剛大家也看到，我已經做了 3 次決議，但大家都有意見。所以我再做最後一次決議，本案請健保署提供更詳細的規劃內容及配套措施後再議，進行下個案子。

干委員文男

剛剛我舉手，你沒有要我講話。雖然你已做出決議，但鄭委員建信提出的意見是根據健保法的規定，他也針對你剛剛的決議說了一些話，還有何委員語提出要附帶健保給付上限訂為 30% 的建議等等。其實大家都沒有意見，這已經算有共識，你又要退回保留，我們不是想跟主席對抗，但如果你這樣收回去，可能以後會議就很難開，我希望你能做決議，我們都沒有意見，大家忍耐一下就過了。

周主任委員麗芳

謝謝干委員文男，既然是共識，我希望能尊重大家的意見，也希望每位委員意見都能充分表達，請何委員語，拜託啦！

何委員語

這不是拜託的事情，沒人反對將本案特材納為健保自付差額品項，若有人反對，才說不可以納入，既然沒人反對，就應該要納入，這段應該寫進去，我們只是說，現在健保對自付差額特材所給付的上限全部都是 30%，我們建議比照，因為現在健保署其他的自付差額特材的健保給付上限有 40%、20% 嗎？全部都是 30%，我們沒有設他天花板價格，也沒有訂定地板價格。

周主任委員麗芳

黃委員啟嘉發言完後，本案就先告一段落。

黃委員啟嘉

我剛剛聽下來，大概有一點，可能是最大共識，就是通過本案的自付差額特材，定價細節則授權健保署擬好再送來，就是我們可以先通過這個品項。但我認為健保給付上限訂為總金額的 30%，可以不用敘明，因為發言實錄已呈現很多位委員的意見，健保署自然會據以考量。

周主任委員麗芳

一、正式決議前，我們先溝通好，委員所發表的意見，都會送請健保署參考，健保給付上限訂為 30% 部分，暫時先不寫上去。

二、拜託大家，等下我做完決議，大家若還有意見，真的就要請健

保署再議，好不好？我現在試著最後一次做決議：本案「經導管置換瓣膜套組」同意納入健保自付差額特殊材料品項。

周主任委員麗芳

我們進行下一案，請鄭委員建信。

鄭委員建信

我剛剛意思可能沒表達清楚，如果照主席的決議，我的理解是，健保署之後也可能支付到 50% 或 70%，是這樣嗎？如果是這樣我不敢審啊！我的意思是，健保給付的費用要有 30% 的上限，不管醫界未來申報的是點數或多少錢，那是另個層次的問題。若今天一開始預設就是可以空白授權，那麼大家剛剛討論的方式可能就完全不同。

周主任委員麗芳

一、剛才已說得很清楚，若委員對最後的決議仍有意見，這個案子真的無法再討論下去，不然這樣一直循環，到晚上也不會有結果。

二、本案請健保署提供更詳細規劃內容及配套措施後再議，請進行討論事項第二案。

盧委員瑞芬會後書面意見

針對自付差額特材設立價格上限的討論，要回歸政策目標，如果政策目標是減輕民眾自付金額的財務負擔，政策目標及方向是正確的，值得支持，但是設立單一價格上限的方式未必理想。價格管制的手段在經濟學的討論很多，多半認為效果不大，因為管制成本高，亦會導致市場無效率，建議可諮詢管制經濟學的專家，詳細討論。如果政策目標是杜絕以特材養醫，則在管制特材價格的同時，應該有配套措施，如提高手術處置費，支付醫師合理的專業技術費用。

肆、討論事項第二案「為監理全民健康保險財務正常運作，正視呆帳對於健保財務收支平衡的重大襲蝕影響，建請於每年度協商下年度健保總額預算時，應將前年度自 7 月 1 日起算至協商時當年度 6 月 30 日止的呆帳總額列為下年度健保總額預算基期的減項，就此減項計算結果，做為協商下年度健保總額預算擬定範圍的計算基準，並就每年健保呆帳納入公務預算或其他財務來源補助案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請干委員文男說明。

干委員文男

一、本案是連署提案，不僅僅是我的提案，但主要是因我而起。首先謝謝各位付費者委員代表，我花了許多時間準備，同時也逐一電郵、傳送電子郵件、並將資料張貼在臉書給大家看，非常感謝大家都一致的支持。

二、希望這案子能發揮監理作用，找出真正適合健保永續經營下去的財務措施。

周主任委員麗芳

請問其他委員有無補充？請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

一、謝謝干委員文男的提案，也謝謝權責單位的回應，其回復的內容是依據「商業會計法」、「國營事業逾期欠款債權催收款及呆帳處理有關會計事務補充規定」等規範來說明。

二、我現在希望大家深思這 2 個法規，首先，是「商業會計法」第 2 條說明「商業」是指以「營利為目的」之事業，請問大家，全民健康保險是以營利為目的嗎？不是。其次，引用「國營事業逾期欠款債權催收款及呆帳處理有關會計事務補充規定」，我們檢視整個條文，引用確實依法有據，但前述補充規定第 11

條說明「本補充規定所定事項，應納入各事業機構會計制度」，而我們也查閱健保署的會計制度，雖有部分納入，但並未全然納入，所以兩者並不是為全民健康保險量身訂做的法規；我覺得如果不受政策干擾，保險人、被保險人雙方皆遵循「雙務」規範，健保「保險本業」的呆帳從何而來？「保險本業」沒有呆帳的問題。

三、我覺得本案提案目的，是希望將健保的欠費催收及轉銷呆帳等事項，讓大家在委員會中共同討論出可行的解決之道，例如持續加強「紓困基金欠費協助機制」的推動規模，以及于委員文男已語重心長落入文字，考慮擬藉由其他公務預算、財源補助，降低目前呆帳金額規模、減輕經營成本，而不是默默讓欠費、就醫權益的政策成本，衍生成為保險成本。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

一、這個提案醫療服務提供者反對，我用個簡單 ABC 的邏輯，一聽就知道這提案有問題。甲乙雙方兩人去 7-11 買東西，甲方說我錢帶不夠，然後甲乙兩方共同跟 7-11 說錢沒帶夠，請給我降價，哪有這種道理？牛頭不對馬嘴的事情。

二、今天保費收不足，就是要解決收足保費的問題，怎麼能列為總額的減項，減項是減少醫療服務提供者的錢，哪有這種事情，如果要討論減項，健保署應該列出哪些項目不支付，減少支付項目就不會花那麼多錢，也不用收那麼多保費，如果是這個概念，醫療服務提供者覺得可以談。但你錢帶不夠，又說一定要買貴的，哪有這種事情？走到天下，所有地方、世界，這個道理也說不通。

周主任委員麗芳

請問委員有無詢問？請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、我想呆帳要處理大家都贊同，但因為提案單位的擬辦是要將呆帳要列為總額預算基期的減項，這樣就不太好。因為政府處理呆帳的部分是公部門的職責，不應該反過來懲罰醫界，就像說我們在前面救人，萬一後面沒人付錢，還要列為扣減項目，這樣是不是逼迫醫療人員以後要先問病患，你會不會欠錢，你若確定不會欠錢，我才救你喔，不然明年基期減項會減到我，是不是這樣？
- 二、因為還有一點時間，我用 10 秒的時間借用網路上的一段內容開一下玩笑。他們說，早起的是醫師和收破爛的；晚睡的也是醫師和按摩院的；不能按時吃飯的是醫師和要飯的；擔驚受怕的是醫師和販毒的；加班不補休的是醫生和擺地攤的。加入了就很難退出的是醫師和黑社會；過節回不了家的是醫師和正在坐牢的。請珍惜身邊做醫療的朋友！因為他們真的很不容易。我們醫師賺的是賣白菜的錢，但操的是賣白粉的心，還經常被人說「做你們這行最賺錢了」。茶餘飯後，請大家參考。

黃委員啟嘉

- 一、基期本身的概念是按照全時等值的服務項目不變的狀態下，去計算需求來決定，完全從人民的需求面去考量，我們提供原有服務項目，按照每年人口增加、老化、物價變動等因素去計算新的基期。
- 二、我當了 3 屆委員，過去只有 2 個情況會動基期，一個是所謂的獎勵、一個是違規扣款，在幾千萬元的額度內，對基期作適當調整，其他情況不曾碰過基期，因為我們不可能把原來服務項目扣掉，除非全面檢討所有健保服務項目。那些我們覺得不夠有需要，沒有急迫性，我們把他刪除，基期可以動，若維持原服務項目，就按照遊戲規則，看人口到底有沒有增加，人口有無老化，有精算的方式計算老化造成的醫療費用增加多少，按照主計處提供的物價水準、勞動指數計算出基期。

三、今天若因為收不到保費，或是有呆帳、地方政府欠費等問題，而要去扣減基期，那我可以說，人民的需求因為政府的怠惰，以致需求被低估，從學理上、科學上我都無法理解。我可以感受付費者代表對於呆帳的憂心，我們醫療服務提供者對呆帳也一樣憂心，但用扣減基期費用來處理這個問題，這樣的邏輯跟我的邏輯不同，非常奇怪。

周主任委員麗芳

請李委員偉強、何委員語、干委員文男。

李委員偉強

一、在臺灣看病最大好處，是不會因為身上沒錢而被醫院拒絕，相對於其他國家，包含社會主義國家，這是很大的優點。現在我還是回到最基本的 3 點，醫院提供服務，保險公司也就是健保署是目前政府單一保險，跟民眾收錢來買健康服務，提供者是我們醫界，這是 3 個基本觀念。

二、現在收費上遇到困難所以形成呆帳，這個時候理論上健保署收錢少一點，就應量入為出，跟醫界買少一點的服務，因為手上財力有限，但長久以來，購買的醫療服務只有增加，沒有減少。其實這個問題突顯出，現在經濟狀況越來越不好，國外受嚴重疫情影響，經濟降低 20%~30%，也許將來整個我們收入面的問題會更嚴重，呆帳也許更嚴重，這有可能，當然我們不希望發生，但如果發生，我們還能夠像過去那樣提供這麼多的服務嗎？也許下次我們健保會要討論的議題是怎麼減少採購服務量，甚至是暫停增加新服務之類的，這才是回到保險基本的機制。

三、被保險人不按時繳保費給健保署，以至於形成呆帳的同時，也可能會積欠醫院應收取的費用，所以醫院每年也會有呆帳的挑戰，要去立法院、監察院或審計部，說明呆帳催收的情形。所以醫學中心不贊成本案，將呆帳做為總額調整基期的狀況，我相信健保署會積極解決呆帳問題，我們要協助健保署如何減少

呆帳，不是去影響醫院的基期。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、依據健保法的精神，以他的精神條文分析，是以「量入為出」，並沒有「量出為入」的文字、法源，但若以他在文字上寫的精神是以量入為出，你收多少錢健保才能支付多少錢，這概念在法條上的精神是這樣，那因為是這樣的概念。但健保實施到現在，已經脫離這個精神與概念，過去都是以量出為入的精神，由行政院核定，總額最低的成長率跟最高的成長率，其推估低估值與高估值是由行政院核定。變成由政府的行政力量介入健保總額的成長幅度，因為法條是尊重政院核定權，所以我們也尊重。干委員文男提這案，最重要的1個概念中，在案由中寫得很清楚，每年健保呆帳納入公務預算或其他財源的補助款，這是建議案。

二、至於基期每年用多少換算成長率，坦白說，我參加健保會到現在，健保署沒有給我1個實際金額，都沒有，只有說低推估值、高推估值多少，就決定以後大約多少錢，在這範圍去協商。但每1年基期的總額，並沒有實際告訴付費者，所以我們建議今年能不能把換算公式之前的基期每項金額都列表給我們，讓我們參考基期金額，以利做整個總額成長的換算。

三、干委員認為說，他說的是已經無法收回來的呆帳，若不是無法收回的呆帳，就只是未收款，他沒說未收款不能納入基期，他說的是純呆帳屬於民間的部分，現在政府的欠款都陸續在還，因為政府有欠款的催收機制，健保署跟衛福部有機制催收回來，我們認為也支持運用現有機制將錢催收回來。所以他主要提這案的用意是，如果你沒能力收回這筆錢，就要編列公務預算跟其他財務來源補助，提案重點在此。就是我們委託你經營，你經營到賠錢，你要負責任啊！我們沒有權利換經理人，若是

我的子公司，我馬上換掉董事長、總經理，因為經營不善，但我們無法更換現在的管理者，因為健保署公務機關，這是行政權決定任用的，若私人機關經營不善馬上就撤換掉相關的經營團隊。

四、干委員文男提案的重點是，若無法要回呆帳，政府就要編列公務預算補足或尋找其他財源來補足。希望醫界理解，扣減總額基期不是最主要的訴求，能拿到更多錢填補呆帳才是最重要的。我看干委員文男在提案案由中，建議由公務預算、其他財務來源補助呆帳，所以付費者才踴躍幫他連署提案。現在全國的付費者委託衛福部、健保署經營這個很大的健保醫療體系，我們委託你們經營，但沒有什麼權利，沒有表決權、人事任命權，所以我們沒什麼用，有人說狗吠火車，我們是人吠火車，我希望能讓健保體系的經營者知道這個重點。

周主任委員麗芳

請干委員文男、盧委員瑞芬，還有吳委員國治。

干委員文男

一、我尊重你們代表醫界發言，但醫界也沒有同情心啦，如果醫院每年度都虧損，而且還要配給股東紅利，把資本掏空，你們同意嗎？而且在健保法第 5 條第 2 項規定，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應請保險人同時提出資源配置及財務平衡方案。我們有平衡嗎？你們講的總額基期，是現金基礎的收入還是權責基礎的收入來計算？

二、若以權責基礎計算，呆帳也是很多啊，有沒有去扣減基期？我告訴你們，若要追算，從 920 幾億元，以複利計算已經超過數千億元，呆帳金額每年都在增加，這話我都不說了。你們都可以見到總統講狠話，我們沒有辦法見到總統，只有上街頭，訴諸媒體，全國都知道我們付費者要付費，提到扣減總額基期就威脅要扣減健保服務項目，總額的基期應該是用現金收入，現金的收入沒有那麼多啊？每年都虧損，你們不知道虧損嗎？你

們也都看到整個收入的狀況。

三、因此，我強烈贊成這個案子趕快通過，全部的付費者代表也都連署了，我是一個一個去問，表示對推派我們的單位負責，請各位付費者回去告知所有推派你們的單位，健保又要調保費，調保費是自然的事情，調保費跟這個呆帳無關嗎？在這裡我是說呆帳的問題，如果不處理呆帳的問題，那是制度問題嗎？這樣會社會大亂啦。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

一、本案發言到現在，我覺得有 2 個重點，但付費者代表現在好像在這個部分也沒共識，1 個是提到要扣減總額預算基期，這會影響總額預算。第 2 個，有呆帳時要由公務預算補足，我覺得這是 2 個完全不同層面的問題

二、從以前到現在，總額預算協商過程中，不完全是量入為出、也不完全是量出為入，如整個總額協商結束後，會在健保會討論明年是否調整健保保費，但是在一開始進行總額協商時，又是考量我們有多少錢，所以我們不完全量入為出、也不完全量出為入。

三、剛何委員語提到扣減總基期不是最主要的訴求，重點是希望以公務預算填補呆帳。經營公司多少都會有呆帳，因為有些就是沒辦法收到，而我們過去做財務規劃其實是權責基礎為主。所以這個提案，干委員文男堅持要將呆帳部分列入總額基期的減項，我想醫界代表，對於以公務預算填補呆帳，應該是不會有意見，但扣減總額基期是直接減少總額，我覺得這部分要先釐清，這真的是付費者代表的意見，到底主要訴求為何？我個人覺得提議要以公務預算填補呆帳很好，但不太可行。總額協商就是談我們願意付多少錢，將呆帳列為扣減總額預算基期的減

項，有待商榷，我覺得並不合理。

周主任委員麗芳

請吳委員國治。

吳委員國治

一、提到量入為出、量出為入，全民健康保險醫療費用協定委員會和全民健康保險監理委員會合併後，這議題我覺得可能社保司應該要說明，我想絕不是單純量入為出。

二、量入的入是什麼意思？這個是應入的東西，不是真正拿到的錢，而是應該進來的錢。這牽涉公務部門對呆帳的處理，當然我知道何委員語非常重視呆帳催收的效率，不過既然呆帳不是醫界造成的，卻列入減項，這對醫界是一種懲罰，這責任不在醫界，卻要對醫界懲罰，請大家深思。

三、我真的要呼籲一下，大家都希望有醫師朋友，但現在弄得很多人認為醫師是貪婪或只是要錢的，我相信醫界 99.9% 的人都是良善的，之前有 1 個研究，醫師是除了家人之外，最受信任的人、大家最親密的朋友，我希望我們還是把醫界當好朋友，不要當敵人。之前很多紛爭讓醫界感受不好，是因為把醫界當敵人，讓我們感受是非常的差。

周主任委員麗芳

吳委員國治別氣餒，絕不是認為醫界貪婪或是敵人，像這次在西醫醫療資源不足地區改善方案的參訪，我看到很多醫師是自動自發、自掏腰包，這點我們都有看到。

張委員煥禎

一、因為剛盧委員瑞芬提的看法，那也是我要提的，其實醫界並沒有反對處理呆帳，只是說用這方法處理好嗎？

二、第 2 個，我覺得討論真的只是互相表達意見，真的不要動氣，因為干委員文男也是很尊敬的委員，干委員要認真聽我說，干委員剛剛罵醫界沒有良心，我覺得很痛心也很委屈，我們應

該可以發表意見，我們贊成處理呆帳，只是不贊成把呆帳列入總額基期的減項這個事情而已，就罵我們沒有良心。

三、但我要說明的，醫療服務提供者，包含中醫、牙醫，西醫基層和醫院，在掛號費、手術費，甚至部分負擔，沒收到的呆帳有多少嗎？這都是我們吞下去的，不要說醫界沒有良心，我們沒有用暴力的手段要求病人繳清費用，只有打電話催收，這是實際的狀況，我跟各位報告，我們呆帳才多，但我們不會透過討債公司去催討，有病人的骨、外科醫材或特材 1 次就欠費 10 幾萬元，我們沒收到 10~20 萬元的款項不在少數，有的自費病人簽同意書後，我們就提供醫療服務了，因為自付差額或自費，實際上收不到錢的還為之不少，所以我要在此再次呼籲，像剛剛吳委員國治和我講的，不要認為醫界很貪婪，甚至像剛說的沒有良心，這樣的評論對我們而言，真的無法承受。

干委員文男

我澄清一下，剛才脫口沒有良心，是舉例如果是你的公司已經虧損，卻發給你的股東、股民股利，這樣的公司有沒有良心，不是說醫界沒有良心，大家都是好朋友，你們站在醫界的立場講話，我們都認同你們的立場，但我們的壓力也要講出來，必須解決呆帳的問題。

周主任委員麗芳

請林委員錫維。

林委員錫維

一、大家午安，事實上，這個案子是有必要拿出來做檢討、探討，並思考改進的方案，呆帳已經快上千億元了，根據資料呆帳已達 926 億元，假設可以要回來，實際上對醫界也是好事，因為總額預算的成長總是要有錢。

二、有關干委員文男特別關心，到底有什麼方法，可以填補呆帳，能有多一點錢來挹注總額，甚至來做總額預算分配，這是好的建議，所以提到公務預算或是其他來源填補呆帳，我們希望大

家集思廣益，再請健保署也來一起探討，有哪些專案或專款能補足呆帳，甚至有關於總額基期的減項，我認為是有待商討的，不是非常妥當，畢竟這個呆帳也不是完全醫界造成的，我是講實在話，有待商討這是我的看法。

三、第 2 點，有關於欠帳、呆帳的問題，健保署應該要好好的再研究，比如說生病，為何我們會生病，是不是有預防生病的方法，同樣的，在欠費之前，相關制度、法令是否有設計其他的改進辦法，以防止呆帳產生。健保署不是只有一直強調，符合商業會計法及國營事業逾期欠款債權催收款及呆帳處理有關會計事務補充規定而已，我們很肯定健保署都依這些辦法處理呆帳問題，而且做得很徹底，但是到底是什麼原因造成呆帳，是不是有什麼方法可以預防產生呆帳或解決呆帳的問題。既然沒有其他收入填補這些呆帳，應該要想辦法用法律或是相關辦法預防呆帳發生，但這只有健保署才知道來龍去脈，到底哪一類人欠最多，這一類人應要怎麼去應對，或是規劃相關催款繳費的改進措施或辦法，提出以上 2 點建議，是不是請健保署加油，提出 1 個專案，來預防產生呆帳問題。

周主任委員麗芳

依序請周委員穎政、葉委員宗義、何委員語、黃委員啟嘉發言。

周委員穎政

一、我有 3 個層次的問題，第 1 個呆帳，全世界的社會保險通通都會有呆帳，像是所有醫院都有呆帳，你要問的是臺灣的健保呆帳有沒有比其他國家嚴重？因為我們是單一保險人制度，它是第 1 名也會最後 1 名，你永遠可擠壓健保署說它可以做得更好，所以可能看一下資料才能判斷，我直覺是臺灣行政處理效率是強的。若要減少呆帳，我覺得要給公務員更多誘因，比如催收後的錢是不是可以有足夠的獎金可以獎勵公務員，當然在催回呆帳時，也不能濫殺無辜，很多窮人是真的繳不起錢。

二、第 2 個，相信在場各位通通同意要解決呆帳，我在此開很多會

議，醫界、消費者及學者，只要說政府願意拿錢或向政府要錢通通可以不用討論，大家都支持，但每次行文通通都無效，這樣是不是只是浪費我們時間而已，以後有議案只是要向政府要錢，我們直接通過，然後請社保司、健保署直接行文，這樣就不用討論。

三、第3個，我覺得最重要的是，假如醫界想去拉消費者一點，消費者想要拉醫界一點權利，在這種情形下，絕對不會有結論，大家都站在自己立場，一邊想拿多一點，一邊想繳少一點，這都各自有立場，若每次案子都這樣談的話，我們也是在這邊交交朋友、發表意見，也沒辦法解決事情。

四、我覺得未來應該走一個方向，所謂協商，大概是醫界有2、3個案子消費者要配合，消費者有2、3個案子可能醫界要配合，大家交換一下，以後應該要走這樣的路線，我才覺得這個會議有意義，若單純只是請你們多做一點事情，讓我獲得好處，或是拜託你們多繳點保費，就會變成每次在這裡戰，好像大家都耗費一整天的時間而沒有決議。

五、簡而言之，2點結論，第1點，向政府要錢，直接通過，毫無異議請社保司直接發函，請健保署去要錢解決；第2點，若只是想讓對方幫自己獲得好處，別人的努力是我的好處的話，我覺得大家要三思，最好很多事情能彼此交換互惠，在推動制度改革時，讓努力的人，能得到好處。

周主任委員麗芳

請葉委員宗義。

葉委員宗義

一、這是我今天第1次發言，我很佩服主席，從年頭到現在，今天最有魄力，為什麼？因為付費者針對民眾自付差額上限發表的聲明我有參與連署，這案子我也有連署，其實這2個案子都和政策決定有關，民眾自付差額上限案最後的決定權是在部長，

而部長幾週前就常在說天花板價(核定費用)，說到最後我相信可能有一些委員不高興，因為我們委員並沒有被徵詢過意見。即使我們做了決定，要怎麼再去反映，反映會有效果嗎？事實上決策權還是在部長。

二、我認為本案主席有權做決議，因為主席當過公正人士、專家學者，很瞭解呆帳的問題。以前政府欠費最大宗是臺北市，換市長後就繳清了，這跟市長出身醫界有關。做生意不可能絕對沒有呆帳，所以公司法相關法規也規定，若公司破產，也會逐年取消掉呆帳。但我很納悶，怎麼沒在一開始呆帳還很少時就處理，到現在累積的金額很大。而且以前總統曾說過不能鎖卡，這樣就會有越來越多的呆帳，誰來解決這個問題？為何我連署這個案子，因為這是國家政策的問題，既然是國家政策的問題，政府當然要負責處理，這跟醫界無關，但政府有可能付這筆呆帳嗎？

三、健保費我們雇主負擔 33%，政府負擔 36%，現在為了政府多負擔 3%，精算師算來算去，這個問題仍無法解決。現在你要把呆帳給政府解決，絕對不可能，這問題也是政策問題。我認為本案主席有做決議的權力，不論主席如何決議我都尊重。

周主任委員麗芳

等一下干委員文男發言完後，再請社保司、健保署表示意見，先請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

一、這個案子大概唯一可以做的決議，就是無論付費者、醫療提供者，對於呆帳都有渴望解決的心，此外決議可以再加一句話，請健保署歸類歷年呆帳原因、情況，也許大家可以從這個歸類中可以找出解決的方法也不一定。

二、說實話所有健保會的委員，包含醫療提供者、付費者代表，對健保署是恨鐵不成鋼，但我們要客觀看各公務部門呆帳的情

狀，這麼多年累積下 900 億多元的呆帳，平均每年大概產生 20~30 億元，其實以公部門預算比例而言並非很高，據我知道國稅局催收不到費用的呆帳的比例，我想可能比健保署高非常多，若要用公部門比較，健保署算有效率，但我們都恨鐵不成鋼，希望求好更好。

三、所有委員都希望盡一份力協助解決呆帳的問題，所以要看產生呆帳的原因與結構，做這樣決議，大家應該不會反對，就是把呆帳的情況拿出來，讓大家看看為什麼產生呆帳？比如裡頭可能有很多是社會福利的問題，像是應該由社會福利來協助或用公務預算及其他社會福利的方式來幫忙處理的，如果是這樣，政府應要願意拿錢補助弱勢者繳不起的呆帳。這裡談的呆帳跟醫界完全無關，呆帳有 2 個層面，一個是健保署行政層面的呆帳，一個是服務面的呆帳，就是在醫療機構發生的，那種呆帳是沒人統計，也不會給大家看到，比如病人到醫療機構就診沒繳費，說改天有錢再還，我的診所的同仁打電話跟我說，病人沒健保卡、也沒有錢，但我從沒拒絕過這種病人，1 個月大概有 1~2 個這樣的病人，1 年也許 10 個人以內，但這種病人我從沒拒絕過，不相信你們可以試試看。不相信醫師有同情心、愛心，可以來我診所試試看，我沒有誘導看病，只是要你測試，可以測試後，發現我沒收錢不要看病，跟我說實話就好，只是要測試而已。這類呆帳是服務面呆帳，這都沒有呈現在 9 百多億元中，9 百多億元是行政面的呆帳，所以醫界是完全無辜的。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、吳委員國治剛剛提到我名字，我就想要發言，這案子是干委員文男提出，我認為干委員文男的理念沒有錯，他提出的用意，我這邊寫了幾點，再接下來看。

二、剛才提到醫師一定要有很多好朋友，坦白講，我們小時候父母

親都時常說，第 1，要尊敬老師；第 2，要尊重醫師；第 3，看到警察要立正站好，警察就代表公務員，醫師就幫我們治病，老師教我們知識。後來到 50 歲有人跟我說，你來臺北創業，有 2 個朋友要交，1 個是醫師，1 個是教授。我問他為什麼，他說因為你年紀愈大找醫師機會就愈多，你年紀愈大，知識不足，有教授當朋友，知識就會增加很多。

三、開會歸開會，但我心理上都對醫師、教授很尊敬，我交的教授朋友很多，西醫基層有醫師希望伸出友善的手跟我握手，我也很樂意伸出右手跟他握手，可是另一個醫師拿棍子打我的手，我就伸回來。難道我在健保會待這麼久，西醫基層的醫師那麼痛恨我嗎？我不會對西醫基層的醫師有什麼不一樣的觀感。我好朋友非常多，我的家庭醫師看了 45 年，也非常好，他兒子的工作或什麼問題，我都樂意幫忙他。

四、第 2 個，剛我也講了，扣減總額基期不是重點，最主要是突顯呆帳的問題，我也不是說衛福部對呆帳追索不利，我的意思是政府對人民的福利，每年編列 3 千多億元的補助費，能不能有部分撥補助這些弱勢人家沒繳健保費的補助。因為現在勞工年金、退休金不足，政府年編 2 百億元預算挹注，軍公教也編列 2 百億元，對於沒有能力繳納健保費的民眾，是不是要編一點補助費，黃委員啟嘉剛也有提到可能是社會福利的問題。

五、第 3 個問題是，我們突顯呆帳如何規劃處理，會計報表如何做，有沒有撥補虧損的法規，如果可以的話，每年結餘款應有某些比例彌補幾年以前的呆帳，經營企業如果有虧損，每年都有撥補。

六、經營事業也是有很多呆帳，有天我靜下來，把抽屜內拉出來，一疊的借據和支票，從民國 65 年創業到現在已經 44 年了，呆帳也是一大堆，政府要來重視，不能說不重視，問題在這裡，這也是干委員文男提案的用意，就是希望政府要重視這一塊，不能說政府重視勞工退休年金、軍公教退休年金，卻不重視老

百姓醫療的財務困難，政府的福利金每年 3,300 多億元跑到哪裡去？希望政府在每年歲入歲出時，能重視醫療這塊，政府怎麼照顧弱勢群眾，當初干委員文男提出的觀點也是希望政府處理呆帳問題，扣減總額基期只是附帶寫上去讓衛福部、健保署去參考，這是你們的決策權，那我提出的是，總額基期透明化，讓我們更了解，這點是很重要的觀點，我也知道本案的決議內容沒有辦法實質解決呆帳的問題，只是請上級單位重視並參考辦理。

周主任委員麗芳

干委員文男發言後，再請社保司及健保署說明。

干委員文男

一、我提出本案及發言中多少也得罪人，但是應該要說的話還是要說，大家都一樣、不用客氣，都要本於自己的立場跟責任表達意見。健保署說是根據權責基礎來攤列呆帳，但依據健保法第 5 條，保險人要提出財務平衡方案，現在每年保費都短收 30、40 億元，每年健保基金在權責基礎下是以醫療支出成長，呆帳才一直增加，我不曉得未來健保要怎麼經營下去，依我看再這樣下去，健保遲早要倒閉。但我們也不能讓健保倒閉，因為民眾都已經習慣有健保了，倒閉也不見得是對的，可是繼續這樣下去，健保一定會倒閉。

二、總額預算每年都是以複利成長，而呆帳持續增加，健保財務總有一天會受不了，因為健保基金是大水庫，若收支有短絀，就要從基金中支應，目前財務還可以支應，所以大家都不知不覺，有錢就用，有飯大家吃，等錢不夠時要怎麼辦？現在問題就在這裡，希望今天無論如何都要有答案。

周主任委員麗芳

本案討論這麼久，我非常肯定所有提案委員對於呆帳的關心，先請社保司回應。

商委員東福

- 一、謝謝主席、委員，也尊重委員用心良苦的提案，每次聽委員說完一輪意見，就覺得答案其實很清楚了。何委員語說他尊敬醫師跟教授，我也尊敬健保會委員，在剛剛的討論過程中，大家對於呆帳與總額基期也都討論得很清楚。
- 二、在此就主管機關對年度總額的擬訂做簡單說明，實際上總額是屬於健保支出面的費用，健保會每年在年底前3個月，考量民眾需求，經過協議訂定下年度的總額費用，然而呆帳是收入面因素，這兩者屬性不同，因此若要把呆帳列為總額預算基期減項來處理，怕會混淆總額協定的內涵。
- 三、此外，要爭取其他財源處理呆帳，我要特別說明，健保署在辦理保險業務外，也做很多事情來協助民眾繳納健保欠費。舉例來說，財政部有公益彩券回饋金可供申請運用，每年指標性計畫預算只有5億餘元，而健保署108年就爭取到2.3億餘元指標性計畫的經費，每年都運用這些經費來協助民眾處理健保欠費，在此要對健保署同仁表示敬意，我非常敬佩他們除了辦理保險業務外，還要額外處理這些事情。
- 四、剛剛委員詢問政府公務預算中有無針對弱勢民眾編列相關預算，衛福部社工司有針對低收入戶編列預算，補助低收入戶民眾的健保費，在此也感謝各位委員提供的建議，謝謝。

周主任委員麗芳

(干委員文男表示要發言)請干委員文男。

干委員文男

我再請問一下，不要倒果為因，如果沒有保費收入不足，一直談支出面，請問錢從哪裡來？

商委員東福

年度總額是健保會委員每年費心協議的結果，每年行政院會在年度中決定下年度的總額成長範圍，但最後結果還是需要經過健保會協

議訂定。健保會在年度總額協商後，就會依據該年度總額來審議保險費率，剛才委員說沒有每年考慮財務平衡，其實每年我們都有考慮財務平衡。

于委員文男

- 一、你認為每年都經過協議訂定總額，但付費者代表真正可以協商的總額預算非常少，大部分的預算都是非協商因素成長率所決定，而總額基期就是去年總額協商後所同意的預算，明年用今年決定的總額，永遠都在這裡雞生蛋，蛋生雞。你沒有解釋總額預算成長的來源，卻只說是基期，應該先說明費用成長的主要原因，你省略了主要的原因，卻跟委員說是委員協商的結果。
- 二、付費者代表委員可以協商的空間有多少？1年有超過2百億元嗎？其實很少阿！都是非協商因素成長率決定了整體總額的預算，非協商因素用成長率用公式算一算之後就決定了增加金額、變成下年度總額的基期，總額就這樣一直成長。每年這樣持續下去，是要讓健保倒閉嗎？

周主任委員麗芳

- 一、委員所提意見，請社保司納入參考，今年社保司也會重新檢討總額計算公式。
- 二、我也要幫健保署說話，健保署對於呆帳不是沒有作為，他們很認真處理，而且是集結政府及民間各類社團力量解決呆帳問題，委員很關心但健保署同仁也都很用心，這點我要幫他們說話，再請蔡副署長淑鈴說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、謝謝所有付費者委員，非常積極的鞭策我們。健保保費收繳率長期維持在99%，這並不是很簡單可以達到的結果。感謝多數國人支持健保、正常繳納保費，不過仍有少數的民眾在繳費上有困難，但他們還是有繳費的義務，也感謝社保司商司長東福剛才幫我們說明，為了幫助繳不起保費的民眾，健保署同仁都

盡其所能爭取其他可能的財源幫助他們繳納保費後，才有現在大家看到 99% 的收繳率。

二、健保保費是公法上的給付義務，政府是行政機關，對於公法上給付義務也有請求權時效，從 5 年到最長 10 年，若 10 年無法收回就依照規定納入呆帳，因此呆帳是走完行程程序、長期催繳後的結果，我想健保署同仁盡心盡力、花很多力氣，才有 99% 以上保費收繳率，對健保財務已盡到最大力量。

三、至於今天委員提案希望能爭取公務預算補助呆帳部分，尊重會議決議。

周主任委員麗芳

有關這案子...(滕委員西華表示要發言)，請滕委員西華。

滕委員西華

一、從以前監理會開始，委員就會定期監理健保財務，剛剛周委員穎政的意見也是對的，我相信干委員文男在此時提案，有 1 個原因是我們即將面臨調漲保費的壓力。

二、健保基金的呆帳可分成 2 種，一種是支出面呆帳，就是健保署已經預付費用給醫療院所，不是剛才黃委員啟嘉所提到的個別院所未收到民眾款項的部分，而是核刪、扣減的醫療院所被處罰的錢沒有及時收回，這在總額協商時，若屬於總額舉發的部分我們就不扣減，若不是總額舉發的話，就從基期扣減，至於總額舉發的部分屬於團體自律，將來要不要扣減？我覺得可以再討論，但長期以來為了鼓勵總額團體自律，所以不扣減。若要避免支出面呆帳增加，在制度上或可檢討預付款的成數，寧願少付、補付，不要多付，因為健保署跑不掉，但怕違規院所跑掉，這樣可以減少支出面呆帳，這是第 1 個建議。

三、收入面的呆帳其實跟醫界無關，收不到民眾的保費怎麼跟他們有關係？但收不到保費後所產生的問題就會和醫界有關，總額協商後確定總額支出，而保費欠收所產生的呆帳、短收的收入，

最後也靠安全準備金來填補；調漲保費的時機又跟安全準備餘額約當保險給付支出月數有關。這也就是付費者代表認為呆帳問題若無法用其他財源解決，未來就只能靠安全準備金來支應總額的需要。考量政府一體，一方面保費收不進來，而施行細則第 45 條有關政府每年度負擔本保險總經費之計算方式，陳委員炳宏也一直提出「政府在占我們便宜」的意見，所以政府是不是應該要再多盡一點責任？

四、商委員東福提到的低收入補助部分，這部分沒有問題，政府每年公務預算都有補助低收入戶的健保保費，但今年疫情所造成結構性失業或部分屬於第六類的民眾，可能無法負擔保費且還未達紓困條件，或許有部分呆帳會收不回來，其他如：旅外華僑、中斷開單等，可能要再注意。憑良心講，呆帳比率不高，但經年累月從安全準備支應，確實會影響將來民眾的保費，我覺得這是一個很重要的提醒。

五、根據公式可以討論調漲保費，未來在 10 月討論保險費率或是陳部長時中信誓旦旦說的明年要調保費時，健保署或許可以說明呆帳在收入面的影響占了多少百分比，我想多少可以作為付費者代表在年度總額協商或調整費率時的參考，特別是在考量民眾負擔能力這個因素的時候。我覺得本案給予我們的貢獻在此。

周主任委員麗芳

請蔡委員登順。

蔡委員登順

一、要先聲明，待會所說的內容可能有一方會不滿意，請多包涵。

二、總額協商是雙方約定的結果，協商下年度總額，付費者代表要醫界增加某些服務，就付多少錢給醫界，根據上年度醫界某些沒做好或沒做足的項目，可依照服務量、品質不良的部分來扣減，如今年牙醫門診總額的感染管控執行結果可能沒有達到協定的目標，可能會在協商時扣減預算。

三、催收呆帳是政府的責任，跟醫界沒有關係，也不是醫界的工作。

當年度無法收取的保費，這部分就轉成呆帳，按道理不能扣減雙方所協定的金額，不能扣減某部門已協定的總額，否則就是在懲罰醫界，我個人覺得這樣做是不公平的。當然干委員文男用心良苦提出本案，用意是要給政府壓力，請政府積極催收、減少呆帳發生，也不是說一定要扣減醫界協定的總額。

四、呆帳發生對整個健保資源是一大傷害，干委員文男認真積極提出本案，剛才周委員穎政也提到，如果能用公務預算補足呆帳就不用提案，只要請社保司把所有的呆帳用公務預算補足，就天下太平。

周主任委員麗芳

一、本案已經討論很久，特別感謝干委員文男帶領其他提案委員重視呆帳議題，這點我非常肯定。

二、本案我嘗試做出決議如下：

(一)請健保署正視全民健保呆帳之問題，積極研擬事前防範措施及事後財源籌措方案，並研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性。

(二)委員所提意見，送請衛福部(社會保險司)及健保署參考辦理。

三、請吳委員榮達。

吳委員榮達

還有剛才何委員語提到的 1 點建議，請在年度總額協商前，將下年度總額基期如何計算的相關資料及詳細計算方式，提供給付費者代表參考。

周主任委員麗芳

這點剛剛有責成社保司，在基期的部分，請提供資料給委員參考。

干委員文男

一、我還有 1 個要求，請將歷年來的呆帳資料列 1 張表給我，包含收入和支出。我知道現在的做法，剛才也講了很多，這些都是

未來實際要面臨的問題，如果大家都是講現在的做法，那麼從以前到現在都是這樣做，也都沒辦法改變，那健保如何永續經營？

二、將來沒有收這麼多保費，還要支付這麼多錢，就一定會虧損，公司的資本都虧光了還要如何營運？我提案的主要目的在此。請社保司要設計出1個很公平的公式讓醫界跟付費者代表大家都能接受，否則照這樣下去，健保不用2年就會倒閉。

周主任委員麗芳

一、剛才干委員文男及吳委員榮達所補充的意見，請社保司及健保署辦理。

二、接下來先休息...。

周執行秘書淑婉

不好意思，報告主委，有件事情要請示主委跟各位委員，剛剛會議中我不斷接到記者電話，關心討論事項第一案自付差額特材案的討論結果。我擔心會說不清楚，所以想請主席指定發言人，因為這個案子討論的內容比較複雜，不知道大家覺得應該怎麼處理比較好。

周主任委員麗芳

我覺得周執行秘書淑婉過去擔任本會發言人都表現得很好，就依剛才的決議據實以告，希望健保署蒐集更詳細資料，研提詳細的規劃內容、配套措施後再議。

干委員文男

主席，我建議由何委員語代表發言，因為他常接受媒體採訪...。

周主任委員麗芳

我們還是援例，周執行秘書淑婉的表現大家也都有目共睹，該案的決議也很清楚，就依決議對外說明。若還需要再做補充，健保署蔡副署長淑鈴也可以協助說明，就請她們2位代表本會接受採訪好嗎？(未有委員表示意見)接下來休息10分鐘，待會再回來。

(中場休息10分鐘)

伍、報告事項第一案「中央健康保險署 109 年 5 月份全民健康保險業務執行報告」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

現在繼續進行會議，請同仁宣讀。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

(干委員文男表示要發言)請干委員文男。

干委員文男

主席，本案這個月似乎沒有重要事項需要報告，建議移到下個月委員會議一併做口頭報告好嗎？

周主任委員麗芳

(吳委員榮達表示有意見)請吳委員榮達。

吳委員榮達

針對於 109 年 5 月份業務執行報告有以下問題與提醒：

一、請參閱業務執行報告第 12 頁表 5 全民健保財務收支表，也有提到呆帳，109 年截至 5 月底是 24.94 億元，1 個月平均是 5 億元，如果依此成長率推估，到年底呆帳約是 60 億元，我要提醒這個數字。

二、再請參閱業務執行報告第 31 頁(四)及第 70 頁助產所的相關申報資料，數據顯示 109 年 4 月的件數成長率高達 73.68%，且今年 1~4 月的成長率都非常高，我看到這數字很訝異，想請教健保署原因何在。

三、業務執行報告第 28 頁第五項第(二)點提到，醫院門診慢性病申請點數與件數較去年同期相比是下降的，而西醫基層門診慢性病申請點數與件數則是較去年同期成長，這是個值得高興的好現象，因為慢性病患者，有流向基層，減少流向大醫院。

四、再請參閱業務執行報告第 30 頁第七項第(二)點，門診每件平均藥費比去年同期成長 17.4%，成長率很高，想請教原因。

周主任委員麗芳

還有委員要垂詢嗎？(未有委員表示意見)如果沒有委員要發言，就請健保署蔡副署長淑鈴說明。

蔡副署長淑鈴

一、謝謝吳委員榮達這麼詳細閱讀本份報告，有些問題確實需要我們回去再蒐集資料。剛才提到 109 年 4 月份門診每件藥費的增加與慢性病連續處方箋有關，因為今年 1~4 月疫情流行期間，我們都希望病人盡量少到醫院，醫生為給予病人方便，所以慢性病連續處方箋的開立反映在門診每件藥費的成長。第 28 頁 109 年 4 月份西醫基層慢性病點數，則是施行分級醫療的效果。

二、有關助產所申報件數的增加，是不是請本署醫務管理組的同仁再了解一下，基本上政府也有提出一些獎勵措施，李組長純馥要現在說明還是書面答復？

李組長純馥

我先簡要說明，因為助產所每年只有 2 百至 3 百件，申報件數不多，即使增加的件數不多，也會使成長率看起來很大。如資料所示，今年第 1 季有 83 件，相對去年第 1 季的 43 件確實是倍數增加。

蔡副署長淑鈴

這是因為我們之前也鼓勵助產所幫忙接生小孩，特別在偏鄉婦產科醫師不足的地方，助產所可以彌補人力的不足，但是這數據可以回去研究清楚再跟吳委員榮達報告。

周主任委員麗芳

本案洽悉，委員所提意見，送請健保署參考。請進行報告事項第二案。

陸、報告事項第二案「有關分級醫療各項策略之執行成效(含醫學中心及區域醫院門診減量措施、家庭醫師整合性照護計畫、強化基層照護能力及「開放表別」、鼓勵院所建立轉診之合作機制)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請健保署開始報告。

蔡副署長淑鈴

請醫務管理組劉專門委員林義報告。

中央健康保險署劉專門委員林義報告：略。

周主任委員麗芳

謝謝劉專門委員林義詳盡的報告，也謝謝健保署花很多心思整理資料，接下來請委員發言。請何委員語、盧委員瑞芬。

何委員語

一、我認為區域醫院跟醫學中心門診減量措施不應該停辦，今年從年初到4月一下子就可以減量10%，今年的門診量很少，所以是不是今年減量之後，今年後很快就可以達到減量的目標了，明年此政策就結束了。

二、實際上，當初衛福部推動這個措施時，沒有考慮到幾個問題，第1點，很多慢性病患無法再掛到區域醫院、醫學中心看病，這是實際上發生的現象；第2點，這些患者到診所看慢性病，無法拿到跟區域醫院、醫學中心相同的藥品，一旦跟診所的醫生提出要某某藥品，醫師說診所沒有，醫病間就發生很大的爭執。前面2點，一是造成就醫不便性；二是藥品不同，讓很多慢性病患產生疑慮，造成很多困擾。

三、我們是很支持分級醫療及門診每年減量2%的措施。但是臺灣人無膽、怕死又愛錢，即使是小病，也要去大醫院給出名的醫生看，一旦給名醫看習慣了，改天要他去給診所醫生看就覺得

沒有安全感，信任感不足，產生很大的困擾。

四、另外也可能是因為大醫院在附近，所以就近去大醫院看病，而不是慢性病的診所的專業醫生不好，但是他認為他原本在大醫院看病看得好好的，現在卻掛號掛不進去，大醫院門診超量了，要找別的醫師看病就很傷腦筋。衛福部不是說今年要重新檢討門診減量相關政策嗎？現在已經 6 月份了，我建議衛福部趕快開會檢討。

五、我已特別委託醫療專家幫我做了 1 份完整的研究報告(如本議事錄第 89~93 頁)，題目是「健保家庭責任醫師計畫之公平性與對醫療品質影響之探討」，家醫計畫預算從 93 年 6.1 億元到 109 年增加到 35 億元，預算一直增加，在 109 年總額協商時，付費者同意金額是 31 億元，衛福部加碼到 35 億，我們有在核定事項要求研修提升照護品質之相關指標及獎勵機制，請問健保署在研修品質指標跟提升品質方面進度為何？有具體成果嗎？剛剛健保署的書面報告各項數值看起來非常漂亮，但待會我的報告內容就不是這回事，這是個很客觀公正的醫學專家幫我做的研究報告。

六、過去評核委員也曾提醒，在擴大家醫計畫的同時，宜請健保署強化收案管理機制、加強效益評估，家醫計畫執行這麼久，請問健保署在加強管理及效益評估方面的檢討結果如何？

七、如果你們接著聽這份報告，就會發現健保署前面報告的是家醫計畫好的一面，而我的報告是要補充缺失的一面，因為報告內容很多，所以我跳著講：

(一)首先，關於全民健康保險法第 44 條第 1 項所定，提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度，我想沒有爭議。其次，為施行家庭責任醫師制度，應促成預防醫學、落實轉診制度，亦可認同。但對施行家庭責任醫師制度，健保給付是否應該採論人計酬為實施原則，則有值得進一步探討的餘地。

(二)健保自 93 年以來施行之家庭醫師照護計畫，其目的容有正面意義，但在作法上值得商榷。計畫適用對象有限，對廣大的非會員被保險人及亟需受服務者而言，誠難謂符合公平性與合理性，甚而造成負面效應。

(三)103 年~109 年，家庭醫師整合性照顧計畫預算經費共 143.97 億元，109 年高達 35 億元，惟總體健保預算卻沒有相對降低，以 107 年為例，預算執行數為 24.3 億元，從執行面觀察，該年度參與該計畫診所為 4,558 家(占率為 43.6%)，醫師 5,924 人(占率 37.8%)，收案人數 4,731 千人(占率 19.8%)，交付名單收案在較需照護群占率為 55.0%。

(四)因此，加入計畫與否之選擇權不在被保險人本身，加以有超過 80% 的被保險人，因未被社區醫療群選擇為會員而無法得到相關之服務，對廣大的非會員被保險人而言，誠難謂符合公平性與合理性。

(五)因預算經費有限，對病人本身相對健康狀況或自我照護良好者，對診所醫療之需求不高，應可先排除在本計畫之外，使有限的資源用在更需要醫師照護的病人身上。

(六)然而，實際執行結果卻有 45% 較需照護群未在收案名單內，顯見本計畫欠周延性且有失公平，該計畫說明與執行現況不合致現象，而有假象之可議，這些人是否可能才是真正需要被服務者，其對於醫療之需求更殷切，反而被排除在本計畫之外，甚至因而被刻意排斥或自會員剔除而產生負面效應，恐怕更是需要被專注的問題。

(七)本計畫因適用對象有限，將近 80% 的被保險人無法適用本計畫，且有 4 成 5 較需照護群未在收案名單內，故對廣大的非會員被保險人及亟需受服務者而言，誠難謂符合公平性與合理性，甚而造成負面效應。

周主任委員麗芳

請健保會同仁協助印給大家好嗎？

何委員語

我的報告到此，剩下的部分若稍後有空再報告。

周主任委員麗芳

非常感謝何委員語用心準備報告，若何委員語同意，請同仁把這份資料印給大家，好好帶回研參。

盧委員瑞芬

針對剛剛的報告，提出以下 2 個問題：

一、有關開放表別的項目，從服務量數據看來，其實是西醫基層跟醫院都同步上揚，看起來好像沒有發生原本預想的替代效果，反而是互補的關係，會不會因開放表別而誘發需求，這部分不曉得健保署有稽查方式嗎？我想到的是，是不是有做過歸人分析，就是同 1 個人在不同層級重複開立的情況，或許可以從中看出端倪。

二、最近看到一些文獻，提出有關影響轉診的因素，發現不管國內外文獻都有提到能夠成功的轉診，不論由下轉上或由上轉下，有一很重要的因素就是轉出跟轉入的醫師是有 1 個正常溝通的管道，當個案轉出時，事實上病人會很期待 2 位醫師有某種溝通管道或方式來討論病情。就這部分我想應該會是家庭醫師制度，也是基層家醫計畫的 1 個亮點，不知道這部分實際執行狀況為何？

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

一、我看報告的數字整理得很漂亮，委員要求的各項指標都有達到，但實際上我們委員注重的是經費能減多少，我看沒有減少反而繼續成長，是有點過分。現在要到大醫院住診的可以去，要檢查的可以檢查，要到基層的到基層，結果也沒達到指標，實際

上跟我們想像的不一樣，轉來轉去也沒達到目的，預算是多花的。

二、報告中只看到區域級(含)以上醫院門診減量、上下轉案件增加及家醫計畫收案人數增加，但是沒有看到節流成效。只要能夠做到小病到基層，連續性的整合照護，應該每個人就診次數及費用應該會減少，但實際上沒有減少，反而增加。考量民眾負擔，如果沒有具體成效，協商明年總額時是不是要減列預算，健保署就看著辦。

三、開放表別給老百姓很大的方便，直接在診所檢查就好，不須到大醫院就醫後還回診看報告，開放表別這方面是要加強，數字都有了，但我實際上問過好幾個基層醫生都說沒有，不知道執行到哪裡去了，這值得研究。

四、每次談到洗腎我就很痛心，洗腎的民眾越來越多，到底是食安還是社會有問題，但是政策該照顧的就要照顧到，能夠讓病人好轉的也應該讓他能夠好轉，但實際上根據我跑了好幾個縣市的觀察結果，確實家醫計畫當初的構想跟現在的執行狀況是有所距離。

周主任委員麗芳

依序請趙委員銘圓、蔡委員登順、鄭委員建信、林委員錫維。

趙委員銘圓

其實，委員對於政府推動分級醫療都沒有反對，但我們比較不希望發生的情形是為轉診而轉診，就像剛才王委員文男談的，整個費用實際上還是持續增加。不知道健保署在這部分有沒有把關機制？不管上轉、下轉的部分，是不是有病人不該轉診而轉診？假設有些病其實不需要上轉，但是為了得到獎勵，轉到上級醫院，這樣整個健保費用會花更多，請健保署回應。

周主任委員麗芳

請蔡委員登順。

蔡委員登順

有關分級醫療各項政策執行成果，個人意見如下：

一、分級醫療是衛福部推動的重要政策，自 106 年起總額均配合編列預算，近 3 年分級醫療投入約 188 億元、雲端藥歷查詢系統投入近 40 億元，投入這麼多預算，今天報告內容都為執行進度跟申報資料，似乎沒有看到總額實際成效評估。

二、以下 2 點請問，第 1 點，分級醫療政策已經推動多年，是否確實提升醫療效益並減少醫療浪費？請健保署能滾動檢討，落實成效評估，提出成效分析資料；第 2 點，分級醫療最終希望達到的目標是什麼？哪個層級的門診要減量、逐年降到多少量？希望衛福部及健保署能夠訂定明確目標，否則委員不知道總額還要投入多少預算，未來還要不要繼續支持本項政策，以上是我的意見。

周主任委員麗芳

請鄭委員建信。

鄭委員建信

一、本案本席已提供書面資料，在此補充一點，這次新冠肺炎疫情使大家生活型態改變很多，例如學校端，過去中小學推動線上教學，大家都會覺得帶頭的那幾位可能只是少數樣板，只有少數人在做，但是現在因為疫情，大家都在積極準備；又例如過去上班族從事電傳勞動(利用現行電子科技技術，包括電腦軟體、網際網路等從事約定的工作，並利用電子科技回復工作處理狀態)的人不多，現在也大量增加。針對醫療的部分，其實可以看得出來，這次疫情影響非常大，對總額影響非常多，就分級醫療各項政策的實施，是不是可請健保署評估這次疫情對於整個總額的影響。

二、我們針對這部分也要超前佈署，未來除了門診分級外，針對醫療，健保署是不是有機會做評估，利用這次疫情觀察來做些醫

療行為或態度的改變，也許是宣導方式要做調整，或是提出更積極的措施，以強化門診減量的目標。

周主任委員麗芳

請林委員錫維。

林委員錫維

一、大家好，快要 1 點半了，我簡單扼要報告。我的意見跟干委員文男、趙委員銘圓相似，就是反問當初要做分級醫療的意義是什麼？是減少費用還是給病人的方便？或者這 2 項內涵都涵蓋在內？

二、我們花了 1、2 百億元在分級醫療相關措施上，但是卻未看到總額相關項目、科目編列任何減項，反而一直增加分級醫療跟門診減量相關的費用。我的意思是，整個門診減量措施運作下來，到底有無必要再做相關管控？怎樣鼓勵院所建立轉診相關合作的上轉或下轉機制？如何建立管控的機制？對於病人的流向及醫院執行效益，是否請健保署全面檢討，並找出未來改進的方向？

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、接著我要談到社區醫療群組織運作形式條件要求科別涵攝範圍有偏執，對不同科別的診所、醫師或病人而言，顯欠公平，因為在這個形式條件之一為「以同一地區 5 家以上(含)特約西醫診所為單位組成，其中 1/2 以上診所專任醫師要具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科等專科醫師資格，或 1/5 以上診所專任醫師具有家庭醫學科專科醫師資格，並應與 1~2 家特約醫院(地區醫院家數不限)作為合作對象，建立轉診及合作機制，開辦共同照護門診，建立以社區為範疇的社區照護網絡。

二、其中專任醫師之科別限定在特定科別上，惟病人主要疾病因人

而異，諸如心臟科、風濕免疫科，因此參與該計畫之診所數為 4,558 家(占率為 43.6%)，醫師 5,924 人(占率為 37.8%)，顯見本計畫規定社區醫療運作形式條件，要求科別之涵攝範圍有偏執。

三、會員固定就診率為 48.3%，難以表現個別化照護管理及病人的忠誠度，短期目標的達成，對醫療品質影響亦欠具體。以 107 年度為例，會員固定就診率為 48.3%，會員急診率為 33.2%，潛在可避免急診率 1.2%，會員住院率從缺，可避免住院率為 0.7%，糖尿病會員胰島素注射率為 13.6%，糖尿病病人眼底檢查執行率為 43.8%。預防保健達成率方面：成人預防保健服務比率為 45.9%，子宮頸抹片檢查比率為 29.3%，65 歲以上老人流感注射率為 45.6%，50~70 歲糞便潛血檢查率為 44.8%。

四、所以我認為收案成為家醫忠誠會員，主要照護診所對其有照護責任品質，主要照護診所能針對其忠誠病人，提供以病人為中心，周全性、協調性、連續性的服務，除了可提供應有的醫療照護，更可鞏固醫病關係。

五、我認為計畫誘因的計算要更加合理，短期目標希望建立個別化照護管理、平行和垂直轉診機制；長期目標為提升醫療品質，然而，依相關統計，會員固定就診率只有 48.3%，很難表現個別化照顧管理及病人忠誠度短期目標的達成，其他數據似乎亦很難說顯著「提升醫療品質」之長期目標。

六、論人計酬試辦計畫僅執行 3 年就停止：此計畫於 101 年 1 月開始試辦，支付制度部分，除部分手術採論病例方式支付、醫院住診案件逐步採 DRGs(住院疾病診斷關聯群)支付及疾病別採論質支付外，大部分仍採論量計酬方式。也就是說民眾就醫次數越高，開藥及開立檢驗越多，健保收入就越多。相對而言，若預防保健做得好，民眾整體健康就會改善，就醫及開立檢驗次數會降低，院所收入反而減少，現行制度明顯缺乏促進民眾健康之誘因，尤其在門診部分更是。

七、所以雖然認為論人計酬支付制度是現在階段改革重要政策，也就是保險人與醫療提供者事先議定每人虛擬醫療費用點數，再由醫院或診所結合組成之團隊，選定地區保險對象申請承辦的方式，最終希望能達到民眾要越健康、醫療報酬越高、醫療資源能夠被善用，這才是三贏局面。論人計酬計畫之預算來源，係由年度總額內其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應本計畫之回饋金，採1年半結算1次，先行預估各團隊可能發生的回饋金，保留至結算時使用，但論人計酬這一計畫，最後並沒有再行延續。我發言的時間到了，暫發言至此，先請下一位朱委員益宏。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

謝謝何委員語在尚未說完意見之前，先讓我發言，以下4點意見：

一、第1點，分級醫療政策雖然大家都聽過，但我還是要再說一次它的來源。2003年發生SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome，嚴重急性呼吸道症候群)疫情，分級醫療則是後SARS時期政府提出的重要政策，別忘記了SARS時，連臺大醫院都封院，連急診都關起來，當時民眾普遍沒有分級醫療、轉診的概念，病人往大醫院擠，導致好幾家醫學中心要暫停急診作業，還有某些醫院整個關閉，醫護人員向窗外求救的影像歷歷在目。所以2003年下半年到2004年，政府檢討SARS疫情時，提出2個重點，第1個是各醫院感控要加強、第2個是要作分級醫療。我想，就因為這2個重點，加上106年政府開始正式推動分級醫療，今年是邁入第3年，因此這次新冠肺炎病毒來襲的情況下，實際上醫學中心沒有受到很大的衝擊，大家守得很好，雖然民眾意識加上政府防疫作為也是大大加分，前於106年推動分級醫療政策，剛好對這次對抗新冠肺炎病毒有很大的幫助。

二、第 2 點，由剛剛簡報內容可知，結語處提到分級醫療已導正一部分不是很好的就醫行為，整個大數據呈現出，目前是往對的方向，剛剛健保署劉專門委員林義簡報時也特別說明這點，所以我認為分級醫療這項政策應繼續推動。

三、第 3 點，自 106 年推行分級醫療後，目前尚在第 3 年期間，雖然疫情仍未結束，是在趨緩的狀態，剛才也有付費者代表提出，其實民眾於這段疫情期間的非常時期，已自動執行了分級醫療。我認為衛福部、健保署應該在疫情快結束時，或現在疫情較緩的情況下，要重新思考分級醫療政策怎麼重新啟動，若不重新啟動，等民眾就醫習慣恢復過去的習性，屆時又要大醫院重新推行門診減量，將會很痛苦。趁現在就醫習慣是自然而然受到疫情影響，是不是能夠有政策接續下去，建請衛福部及健保署多加思考。

四、第 4 點，對於分級醫療推動至 108 年的統計資料，與 106 年相比，我剛剛簡單看一下，醫學中心、區域醫院門診量約減少 81 萬件，這個達成率很高，百分比數字很好看，但實際減少 81 萬件都去哪裡了？這些病人都回到基層診所或社區醫院就醫嗎？看起來不是。還是這些都不需要就醫，也就是過去有過度醫療的問題？因此，我認為應針對這 81 萬件去歸戶，瞭解到底是什麼狀況，若屬於真的不需要就醫，就算在分級醫療的政策下，他也就根本不需要去地區醫院或基層就醫；但是，若真的有需要就醫，醫學中心及區域醫院門診量減少後，這些減少的病人量去了哪裡？健保署應該追蹤及檢討成效。

周主任委員麗芳

剛剛有委員向我強烈反映，目前已過了會議表定時程，要我趕快管控時間，對委員很抱歉，現在先請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

請醫務管理組回應。

李組長純馥

一、謝謝各位委員指正，我們一定會採納各位委員意見，滾動式檢討分級醫療策略。對於委員所提相關成效部分，我們將在今年7月總額評核會議會提供更細緻分析，今天會議礙於時間，僅摘錄重點來呈現。

二、對於分級醫療評估，本署不完全以保險人角度出發，自106年起每年都會委託公正第三者，也就是專家學者，協助本署進行分級醫療成效評估，這些評估資料，未來也會納入評核會議資料一併呈現。

三、綜整委員所提重點，回應如下：

(一)有關門診減量措施是否要恢復，當初疫情剛開始時，疫情中心於今年1月17日成立，1月23日我們為了減少對醫院看診的太多干擾，提出因應，也就是先把所有門診減量措施暫緩。現在回頭看門診量，確實是減少的，在本署業務執行報告也提到，醫院、西醫基層診所門診都有減少就醫次數，但因就醫次數減少，相對的慢性病給藥天數就必然增加。

(二)有關轉診能否有把關機制，當初擔心給了這個誘因後，病人變成像是打乒乓球一樣，被上下游醫療院所不停的轉來轉去。因此，設計了轉診誘因的支付標準與一般支付標準項目有所不同。一般支付標準診療項目由院所自行申報，而轉診支付標準則由本署勾稽兩方面的院所，真的轉診成功，勾稽到才給付誘因，這是跟過去有很大的不同，過去只要申報就會支付，再用事後抽審的方式來稽核。而我們這次是打破過去慣例，有真正轉診成功的病人健保署才支付。若今天某診所要把病人上轉至醫院、或醫院下轉至診所，但病人最後沒有實際去，所有的轉診誘因是不予支付的，本署這邊用了很大力量來把關相關行為。

(三)有關減量措施中的轉診合作機制，如果沒有1個很好的溝通平臺或是說明，確實很多東西會因為資訊不對等，造成轉診

的漏接。跟大家分享，在這次疫情中其實轉診平臺兼負部分責任，個案透過診所轉到採檢醫院，若個案沒去採檢醫院、去了其他醫療院所，一插卡就會被提示，說明某診所要此個案轉診至某醫院，本署系統會顯示，請此次就診醫療院所通知衛生局，請該個案到真正要採檢的醫院去，這是疫情中本署轉診平臺也肩負的重要工作之一。

(四)至於何委員語對社區醫療群的建議與指正，希望會後可以拿到委員的書面資料，讓我們可以更清楚理解委員意見，供本署檢討修正。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴補充。

蔡副署長淑鈴

一、謝謝李組長純馥的報告，我這邊也簡要補充 2 點。第 1 點，有幾位委員都提出質疑，詢問本署過去對分級醫療投入很多經費及成效何在。確實這些投入經費主要用在建置雲端系統及本署與醫療院所間的頻寬擴大，透過頻寬的擴大，讓所有醫療資訊交換可以提升效率及確保資料完整性，並可以供給院所間資訊交換。另亦有著無形、看不到的實質價值，也就是這樣的資訊交流，對於病人在轉診、醫療安全、資訊分享、減少浪費與重複等各方面，產生很大實質功效。特別這次新冠病毒肺炎期間，正因雲端系統建置完成，也成為這次防疫最重要的平臺，可提醒第一線醫師對病人詢問防疫所需 TOCC(Travel history 旅遊史、Occupation 職業別、Contact history 接觸史、Cluster 是否群聚)相關資訊。過去若沒有建置好這些系統，現在馬上要用，是無法立即建置、也無法使用及產生功效的。另外分級醫療方面，謝謝委員歷年來同意投入很多資源，同意我們所編列之預算，包含電子轉診系統，也是分級醫療計畫之下所產生的，這些系統平常就已產生很大效益，總額評核會議也可以再報告相關內容。至於近期剛好遇到疫情期間，這些系統又產生了額外的重

要防疫效益，希望委員看到它的價值，繼續支持！

二、第 2 點，這次疫情期間，確實因為戴口罩、勤洗手、保持社交距離，讓就醫需求面有很多改變、突然下降很多，大家的衛生習慣變好，也會讓醫療需求產生了改變。剛剛大家看到相關數據，雖然疫情期間門診減量 2% 的政策暫停，但實際上因為疫情而減少的就醫人次比 2% 更多，這是超越我們想像，即便是門診減量政策暫停，也自動產生的效果。病人自動分流到基層看病，都是自動自發的。感謝委員提出相關建言，本署將在疫情真正告一段落之後，進行總檢討，對未來分級醫療怎麼走，再思考政策如何延續，今天大家意見都有記錄下來，也會納參，另剛才何委員語宣讀很多內容，再請委員提供書面給我們參考。

周主任委員麗芳

本案洽悉，委員所提意見，送請健保署參考。請問有臨時動議嗎？請何委員語。

何委員語

建議健保署能否研究一下，對於所有醫療機構，在今年 1 至 5 月營業收入比去年減少 50% 以上者，衛福部應該提出紓困計畫。參考現在經濟部對我們產業界的措施，若今年連續 2 個月或 3 個月營業額，相較於比去年減少 50% 以上，就能提出紓困計畫。請健保署參考，例如今年上半年、或上半年的某一季的收入減少一半以上，針對這樣的醫療院所，有沒有相關紓困計畫？我想這樣對醫療機構也比較公平。這是我的意見，提供部裡參考。

周主任委員麗芳

一、謝謝何委員所提意見，請健保署參考。

二、各位委員桌上有 2 張近期活動，一張是 7 月 5 日中醫部門辦理的國醫節慶祝大會及中醫門診總額 20 年回顧座談會，請大家踴躍出席；另一張是牙醫部門辦理的 7 月 9 日、10 日總額部門

參訪，特別懇請大家參加，因為牙醫部門的許主任委員世明到生前最後一刻都在處理這件事及規劃整個行程，希望大家踴躍出席，用實際行動支持他、感念他。今天會議到此結束，謝謝！

陳委員有慶書面意見

- 一、會議資料第 125 頁報告案第二案，第 10 張簡報提及轉診案件申報情形，這張統計表的表頭有特別註明「含視同轉診案件」，請問「視同轉診案件」之定義為何？又這類案件的件數及占率大約是多少？
- 二、會議資料第 127 頁報告案第二案，第 14 張簡報：提及強化轉診流程、提升轉診效率，全套流程包括前段「強化轉診機制」外，同時希望達成後段「落實雙向轉診」的目標，請問第 10 張簡報統計之「轉診案件申報統計數據」是否包括本張投影片所提到的「雙向轉診案件」在內？又達成「雙向轉診」的案件大約是多少？

鄭委員建信書面意見

過去總額投入不少預算引導民眾落實分級醫療，但今年因為新冠肺炎疫情影響，健保署雖然暫緩執行區域級以上醫院門診減量措施，但整體西醫門診量大幅下降，下降幅度甚至超過門診減量目標，可見民眾就醫及衛生防疫等行為改變才是落實分級醫療、抑制總額成長的關鍵，建議：

- 一、請衛福部及健保署重新檢討分級醫療措施，對於病人宣導有進一步的規劃，加強民眾教育以減少不必要的醫療。
- 二、建議健保署分析此次受疫情影響，民眾就醫行為改變後，不必要就醫的輕症或醫療浪費情形是否有減少，並評估本次疫情對各總額的影響，以作為總額協商參考。

滕委員西華書面意見

- 一、家醫整合試辦計畫試辦已經超過 15 年，幾乎成為最長的試辦計畫，不符合協商原則中，一定期間即應檢討的原則。

二、因此，請健保署應與西醫基層商議，何時將何種項目納入一般服務支付標準，何種項目較無效益應退場，不宜再無期程的繼續下去。

衛福部健保會第4屆109年第4次委員會議
議程確認現場補充資料
中央健康保險署李署長伯璋請假函

檔 號：
保存年限：

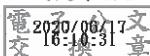
衛生福利部中央健康保險署 函

地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27025834
承辦人及電話：李佩菱(02)27065866轉
2545
電子信箱：a111057@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國109年6月17日
發文字號：健保企字第1090037970號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：貴會訂於109年6月19日(星期五)召開之第4屆109年第4次委員會議，本署李伯璋署長擔任國立成功大學法律學系碩士班口試委員，不克出席，擬由本署蔡淑鈴副署長代表出席，敬請諒察。

正本：衛生福利部全民健康保險會
副本：本署署長室 

訂
線

109.06.17



第1頁，共1頁

衛福部健保會第 4 屆 109 年第 4 次委員會議
 上(第 3)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重
 要業務報告現場補充資料
 (陳委員炳宏提供)

有關「四、上(第 3)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告之說明一，歷次委員會議未結案件之擬繼續追蹤第 2 項」，建議依追蹤內涵及追蹤單位之不同，由原列 1 項，分列為 4 項：

二、擬繼續追蹤(會議資料第 34~36 頁)

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月) /管考週期 (半年或 1 年)
一、財務				
2	<p>「為使政府當責承擔健保總經費不得少於 36% 之財務責任，建請衛生福利部恢復 101 年 10 月 30 日修正通過之全民健康保險法施行細則第 45 條條文內容，並匡正 105 年度之政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式案」，本會委員所提意見送請衛生福利部(社會保險司)及中央健康保險署審慎研析並檢討修正。/[俟衛福部完成法規檢討修正後解除追蹤]</p> <p>(106.7 決議、106.8、106.12、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12 決定)</p> <p>.....</p> <p>本會委員認為現行全民健康保險法施行細則第 45 條，恐有違背母法第 27 條之虞，建請衛生福利部檢討修正，並於下(第 4)次委員會議提出研修方向及期程。另委員針對上開中央健康保險署所送預、決算備查案所提意</p>	<p>社保司回復：</p> <p>政府應負擔健保總經費法定下限，為 102 年實施二代健保之新制度，實施初期因本部與主計總處對法規見解差異，致相關預算編列受到影響，案經行政院主持跨部會研商後，已確立目前採行之法律見解及計算方式，部分爭議所配合修正之健保法施行細則第 45 條，亦經立法院實質審查確定及主管機關依法發布，法制程序完備。是以，健保署據以計算之各年度政府應負擔健保總經費，皆符合法定下限 36% 之規範，政府過去因法規爭議而撥付不足之款項，業已循預算程序陸續撥補中。至於貴會委員於<u>歷次委員會議所提不同意見</u>，本部敬表尊重，未來將配合健保法研修納入考量，並更明確界定政府負擔範圍，以杜爭議。</p>	<p>1. 繼續追蹤 2. 俟衛福部完成法規檢討修正後解除追蹤</p>	<p>依社保司納入考量及研修相關法令進度辦理 /1 年</p>

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月) /管考週期 (半年或 1 年)
	見，併送請衛生福利部參考。/[繼續追蹤] (107.4、107.5、107.6、107.12、 108.3、108.6、108.12 決定)			
3	本會針對「106 年度全民健康保險基金附屬單位決算」及「108 年度全民健康保險基金附屬單位預算」不予備查，立場明確，至其肇因於對政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之計算方式、全民健康保險法施行細則第 45 條之適法性疑慮，連同委員對同施行細則第 68 條修正草案預告案之相關意見，一併送請衛生福利部參考。/[俟衛福部提出研修方向及期程後解除追蹤] (107.6、107.7、107.12、108.3、 108.6、108.12 決定) 中央健康保險署提送本會備查之「107 年度全民健康保險基金附屬單位決算」及「109 年度全民健康保險基金附屬單位預算」案，不予備查。/[俟衛福部提出研修方向及期程後解除追蹤] (108.4、108.5、108.6、108.12 決定) 中央健康保險署提送本會備查之「108 年度全民健康保險基金附屬單位決算」及「110 年度全民健康保險基金附屬單位預算」案，不予備查。 (109.4 決定)	(請於 109 年 12 月提供辦理情形)	<u>1.繼續追蹤</u> <u>2.俟健保署依委員建議修正各年度預算及決算報告書，或於各報告書註明委員建議未符合現行法規之理由後，解除追蹤</u>	<u>依健保署研擬進度辦理</u> <u>/半年</u>
4	建請政府依財政狀況，撥補 105~107 年政府應負擔健保法定經費不足數之缺口，以	(請於 109 年 12 月提供辦理情形)	<u>1.繼續追蹤</u> <u>2.俟衛福部撥補 105</u>	<u>依社保司研擬進度辦理</u> <u>/半年</u>

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月) /管考週期 (半年或1年)
	確保健保財務之健全案，本會委員基於監理職責，持續關注政府應負擔健保總經費法定下限36%之計算方式，且於歷次委員會議多有討論，惟雙方仍有不同見解，考量現階段本案之爭議，涉及法令解釋及預算編列等主管機關權責，委員建議對健保財務之長期穩定有正面意義，建請主管機關積極研議處理。/[俟衛福部完成法規檢討修正後解除追蹤] (108.11 決議、108.12 決定)		<u>~107年政府應負擔健保法定經費不足數，或舉證委員建議不符現行法規後，解除追蹤</u>	
5	近年政府應負擔健保總經費未達法定36%，建請健保署協助本委員會向行政院彙報說明，依財政狀況撥補105~108年政府應負擔健保法定經費之缺口，維繫現行費率適足，持續強化財務案，本案委員意見，送請衛生福利部參考。/[俟衛福部完成法規檢討修正後解除追蹤] (109.4 決議、109.5 決定)	(請於109年12月提供辦理情形)	<u>1.繼續追蹤 2.俟健保署協助本委員會向行政院彙報說明後解除追蹤</u>	<u>依健保署研擬進度辦理 /半年</u>

健保家庭責任醫師計畫之公平性與對醫療品質影響之探討

一、前言

首先，關於全民健康保險(簡稱健保)法第 44 條第 1 項所定，為提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度，應無爭議。其次，為施行家庭責任醫師制度，應促進預防醫學、落實轉診制度，亦可認同。惟對於施行家庭責任醫師制度，其健保給付是否應採論人計酬為實施原則？則有值得進一步探討之餘地。同時，對於健保自 93 年以來施行之「家庭醫師整合照護計畫(下稱本計畫)¹」，其目的容有其正面意義，而值得推廣，惟在作法上，則容有值得商榷。

二、計畫適用對象有限，對廣大的非會員被保險人及亟需受服務者而言，誠難謂符合公平性與合理性，甚而造成負面效應

按 109 年 1 月 22 日修正公告並自 109 年 1 月 1 日起實施本計畫之規定，其經費來源為全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之專款項目。據統計，健保於 103 年至 109 年執行「家庭醫師整合性照顧計畫」之預算經費約為 143.97 億元。109 年度之預算金額更高達 35 億元，為歷年新高；惟總體健保預算卻沒有相對降低。

其次，本計畫之作法係以社區醫療群選擇之會員照護成效為支付基準。以 107 年為例，其預算執行數為 24.3 億元。從執行面以觀，該年度參與該計畫之診所數為 4,558 家(占率為 43.6%)、醫師 5,924 人(占率為 37.8%)、收案人數 4,731 千人(占率 19.8%)、交付名單收案在較需照護群占率為

¹衛生福利部健康保險署，全民健保總額支付制度(109 年度)/西醫基層/(五)家庭醫師整合性照護制度計畫 (109.5.27 更新)。
https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=15B519F518114424&topn=5FE8C9FEAE863B46，109 年 6 月 2 日查詢。

55.0%。

因此，加入計畫與否之選擇權不在被保險人本身，加以有超過 80%的被保險人，因未被社區醫療群選擇為會員而無法得到相關之服務，故對廣大的非會員被保險人而言，誠難謂符合公平性與合理性。

此外，依本計畫說明：「因預算經費有限，對病人本身相對健康狀況或自我照護良好者，對診所醫療之需求不高，應可先排除在本計畫之外，使有限的資源用在更需要醫師照護的病人身上。」然而，實際執行結果卻有 45%較需照護群未在收案名單內，顯見本計畫服務之欠周延性且有失公平，亦見前揭計畫說明與執行現況之不合致現象，而有「假象」之可議。加以這些人是否可能才是真正需要被服務者，是否因其對於醫療之需求更殷切，反而被排除在本計畫之外，甚至因而被刻意排斥或自會員剔除而產生負面效應？恐怕更是需要被關注的問題。

綜上，本計畫因適用對象有限，將近 8 成的被保險人無法適用本計畫，且有 4 成 5 較需照護群未在收案名單內，故對廣大的非會員被保險人及亟需受服務者而言，誠難謂符合公平性與合理性，甚而造成負面效應。

三、社區醫療群之組織運作型式條件要求科別涵攝範圍有偏執，對不同科別之診所、醫師或病人而言，顯欠公平

另本計畫規定社區醫療群之組織運作型式條件之一為「以同一地區 5 家以上（含）特約西醫診所為單位組成，其中 1/2 以上診所專任醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格或 1/5 以上診所專任醫師具有家庭醫學科專科醫師資格，並應與 1-2 家特約醫院（地區醫院家數不限）作為合作對象，建立轉診及合作機制，開辦共同照護門

診，建立以社區為範疇、以民眾為對象的社區照護網絡。」其中專任醫師之科別限定在特定科別上，惟病人之主要疾病因人而異，諸如腸胃科、心臟科、免疫風濕科等。因此，參與該計畫之診所數為 4,558 家(占率為 43.6%)、醫師 5,924 人(占率為 37.8%)，亦顯見本計畫規定社區醫療群之組織運作型式條件要求科別之涵攝範圍有偏執，且可能導致病人因主要疫病別不在其範圍內，很可能無法被納入本計畫之服務範圍，對不同科別之診所、醫師或病人而言，亦顯欠公平。

四、會員固定就診率為 48.3%很難表現個別化照護管理及病人的忠誠度短期目標的達成，對醫療品質影響亦欠具體

本計畫品質指標達成情形，據統計，以 107 年度為例，會員固定就診率為 48.3%，會員急診率為 33.2%，潛在可避免急診率 1.2%，會員住院率從缺，可避免住院率為 0.7%，糖尿病會員胰島素注射率為 13.6%，糖尿病病人眼底檢查執行率為 43.8%，預防保健達成率方面：成人預防保健服務比率為 45.9%，子宮頸抹片檢查比例為 29.3%，65 歲以上老人流感注射率為 45.6%，50 至 75 歲糞便潛血檢查率為 44.8%。

次依本計畫說明：「民眾就醫的自由在台灣為全民健保的一大特色，因此最理想的家庭醫師照護是病人由其最常就醫的診所將其收案成為家醫忠誠會員，該主要照護診所對其有照護的責任品質。若主要照護診所能針對其忠誠病人，提供以病人為中心，周全性、協調性、連續性的服務，除了可提供病人更有的醫療照護，更可鞏固醫病關係，紮根家庭醫師的概念，亦可因照護責任確認，使計畫誘因的計算更為合理。」另：「短期目標期待建立個別化照護管理、平行和垂直轉診機制、全天候健康諮詢專線，奠定全民皆有家庭醫師之基礎；長期目標為落實家庭責任醫師及照護責任，提升醫療品質。」然而，依相

關統計，會員固定就診率為 48.3%，似乎很難表現個別化照護管理及病人的忠誠度短期目標的達成，其他數據似乎亦很難說明顯著「提升醫療品質」之長期目標。

五、論人計酬試辦計畫僅執行 3 年就停止

經查，關於論人計酬方案之施行，依「全民健康保險論人計酬試辦計畫」²，訂定試辦計畫期間為 100 年至 104 年；參加本計畫執行期間為 3 年，由 100 年申請參加之 7 家團隊自 101 年 1 月 1 日開始試辦。按此「計畫說明」：「現行全民健康保險（以下稱全民健保）支付制度除部分手術採論病例方式支付、醫院住診案件逐步採 DRG 支付以及疾病別論質計酬方式支付外，大部分仍採論量計酬方式支付，也就是說民眾就醫次數越高，開藥及開立檢驗越多，醫院的健保收入就越多。相對來說，若預防保健做得越好，民眾整體健康狀況改善，就醫次數、開藥及開立檢驗次數降低，院所的收入反而減少；因此現行支付制度明顯缺乏促使醫療提供者對保險對象有健康促進之誘因，尤其在門診部分更是。有鑑於此，以民眾健康為導向之「論人計酬」支付制度，實為現階段全民健保支付制度改革之重要政策，亦即由全民健保保險人（以下稱保險人）與醫療提供者事先議定每人年虛擬醫療費用點數，由醫院或診所結合組成之團隊，選定地區保險對象申請承辦，醫療團隊提出健康促進計畫書，除一般醫療外，尚包括對病人進行衛教等預防保

²1.100 年 2 月 23 日行政院衛生署中央健康保險局健保醫字第 1000000887 號公告訂全文 14 點。2.10 年 10 月 28 日行政院衛生署中央健康保險局健保醫字第 1000073833 號公告修正全文 15 點；並自公告日起實施。3.1023 年 3 月 22 日行政院衛生署中央健康保險局健保醫字第 1020022401 號公告修正全文 15 點 4.102 年 7 月 29 日衛生福利部中央健康保險署健保醫字第 1020033493 號公告修正第 11 點條文；並自 102 年 7 月 23 日生效。

健，則民眾越健康，醫療提供者報酬越高，醫療資源更能獲得妥善運用，達三贏之局面。」預算來源係由執行期間之全民健康保險年度醫療給付費用總額其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應本計畫之回饋金。本計畫採一年半結算一次，故各年度結束時，先行預估各團隊可能發生之回饋金，保留至結算時使用。惟此計畫並沒有再行延續。

五、結論

綜上，健保給付是否應採論人計酬為實施原則？從論人計酬試辦計畫僅執行3年就停止以觀，恐有窒礙難行之處。次按健保自93年以來施行之家庭醫師整合性照顧計畫，其目的容有其正面意義，而值得推廣。惟作法上納入健保西醫基層醫療費用總額之專款項目，基於健保以病人為中心之原則，因適用對象有限，對廣大的非會員被保險人及亟需受服務者而言，誠難謂符合公平性與合理性，甚而有4成5較需照護群未在收案名單內，恐造成負面效應。又社區醫療群之組織運作型式條件要求科別涵攝範圍有偏執，可能導致病人因主要疫病別不在其範圍內而無法被納入本計畫之服務範圍，對不同科別之診所、醫師或病人而言，亦顯欠公平。其次，會員固定就診率偏低，很難表現個別化照護管理及病人忠誠目標之達成。又會員急診率、潛在可避免急診率、會員住院率、可避免住院率、糖尿病會員胰島素注射率、糖尿病病人眼底檢查執行率、預防保健達成率等數據，亦無從說明足以提升醫療品質之影響。

總之，基於健保以病人為中心之原則及提升醫療品質之目標，本計畫前揭相關規定之作法值得檢討外，是否持續將本計畫列為「全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之專款項目」？亦有待商榷。