

衛生福利部全民健康保險會  
第5屆110年第3次委員會議事錄

中華民國110年7月23日



衛生福利部全民健康保險會第5屆110年第3次委員會議紀錄  
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國110年7月23日上午9時30分

方式：視訊會議(使用Webex線上會議系統)

主席：周主任委員麗芳

紀錄：范裕春、李德馥

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常務理事邦賢代理)、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮、李委員永振、李委員麗珍、卓委員俊雄、林委員恩豪、林委員敏華、侯委員俊良、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代理)、胡委員峰賓、翁委員文能、翁委員燕雪、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍、張委員澤芸、許委員駢洪、陳委員石池、陳委員有慶、陳委員秀熙、黃委員金舜、黃委員振國、楊委員芸蘋、趙委員曉芳、劉委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊、滕委員西華、鄭委員素華、盧委員瑞芬、賴委員博司、謝委員佳宜、顏委員鴻順、台灣總工會張秘書長鈺民(代理)

列席人員：

本部社會保險司：盧副司長胤雯

中央健康保險署：李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、張組長禹斌、戴組長雪詠

本會：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

壹、主席致詞：略。(詳附錄第10頁)

貳、議程確認：(詳附錄第10~11頁)

決定：確認。

參、確認上次(第2次)委員會議紀錄：(詳附錄第11~15頁)

決定：

一、依委員意見修正(劃線處)如下：

(一)貳、議程確認：決定：二、黃委員金舜所提臨時提案.....不列入議程，轉請.....儘速研訂計畫，以利

執行依協定事項辦理。

(二)參、確認上次(第 1 次)委員會議紀錄：決定：一、(二)之附件二，依委員代表類別分為三類(付費者、醫事服務提供者、專家學者及公正人士)，再整理修正如附件一。

(三)陸、討論事項：第一案決議：一、依委員共識意見，增訂 3 項總額協商原則(詳如附件五，貳、總額協商原則劃線處)，餘照案通過。

二、餘確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第 16~45 頁)

決定：

一、上次(第 2 次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤事項，共 1 項：同意依擬議，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤事項，共 2 項：同意依擬議，繼續追蹤。

二、111 年度各部門總額協商順序抽籤結果(如附件二)依序為：醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診總額，最後為其他預算。請同仁據以排定總額協商會議議程，提報下次委員會議。

三、為利 111 年度總額協商，請本會同仁收到衛生福利部交議之 111 年度醫療給付費用總額範圍案後，盡速轉知委員，並函轉中央健康保險署及各總額部門，依總額協商程序及期程辦理後續事宜。

四、請中央健康保險署會同各總額部門相關團體，盡速辦理 110 年度各部門總額協定事項未依時程完成之工作項目。

五、請中央健康保險署衡平檢視健保節流措施之效益與醫

療給付費用總額不足之情形，提供量化資料供 111 年度總額協商參考。

六、餘洽悉。

伍、報告事項：(詳附錄第 46~102 頁)

### 第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：110 年 6 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回復說明。

### 第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：家庭醫師整合性照護計畫執行情形與成效檢討(含強化執行面監督與退場機制及納入更多結果面成效指標)，請鑒察。

決定：

一、本案洽悉。

二、請中央健康保險署持續精進計畫內容、指標設定及評估執行效益，並於 111 年度總額協商前提出量化之執行成果，供協商參考。

### 第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：牙醫門診總額協定事項「牙周病統合治療方案」、「全面提升感染管制品質」(含申報情形及查核結果)之執行結果，請鑒察。

決定：

一、牙周病統合治療方案：

(一)符合預算執行目標，不予扣款。

(二)請中央健康保險署會同中華民國牙醫師公會全國聯

合會持續監測執行情形，提升照護人數、全程照護完成率及醫療品質。

## 二、全面提升感染管制品質：

- (一)未達協定之執行目標，依協定內容應按比例扣款，並於 111 年度總額協商列為減列金額。
- (二)請中央健康保險署會同中華民國牙醫師公會全國聯合會辦理下列事項：
  - 1.針對扣款事宜進行討論，將結果併協商草案提送本會，作為協商參據。
  - 2.請加強牙醫院所感染管制品質之查核與輔導，早日達成 100%進階感染管制之目標。

## 三、餘洽悉。

陸、臨時動議：無。

柒、散會：下午 13 時 47 分。

附錄：與會人員發言實錄

## 111年度「全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」及「全民健康保險資源配置及財務平衡方案」本會委員所提諮詢意見摘要

### 一、付費者委員意見：

#### (一)對111年度總額範圍(草案)之建議：

- 1.所擬總額範圍推估金額高達7,935億元(低推估)~8,207億元(高推估)。依據健保署財務模擬試算，111年度當年保險收支將短絀222億元~492億元，以低推估值1.272%計算，當年底保險收支累計結餘數，僅剩1.05個月保險給付支出，若以高推估值4.746%計算，更只剩下0.59個月，低於法定應至少有1個月保險給付支出之安全準備總額。110年剛調漲費率至5.17%，部長曾對外宣示2年不再調整，依上述財務推估，衛福部應說明相關作為，否則111年又要再次調漲，很快就需面對法定費率上限6%的問題。建請行政院核定111年度總額範圍時，考量健保財務狀況，再行評估調整。
- 2.受到 COVID-19疫情影響，許多產業停滯，國內傳統產業及內需產業就業機會減少，雖然 GDP 成長，但主要是科技產業成長所致，無法反映整體民眾的付費能力。實際上，民眾平均收入變低、所得分配惡化，付費能力下降，加上人口負成長，保費收入恐無法繼續支撐不斷成長的總額。建請考量被保險人的財務負擔能力，合理設定總額範圍，確保健保制度永續發展。
- 3.總額預算每年以複數方式滾動成長，基期費用逐年擴大，建議相關節流成效應回饋總額，合理調控基期或納入總額調整因素，以減輕調漲保費壓力。
  - (1)歷年總額配合政府政策投入相當多的預算，如健保醫療資訊雲端查詢系統、C 型肝炎藥費等，惟衛福部擬訂 111 年度總額範圍時，並未呼應國發會 110 年度之審議建議，將預算投入後之節流效果納入考量。

(2)COVID-19 疫情讓民眾健康意識提升，改變民眾就醫行為及疾病需求，109 年整體醫療利用減少，應通盤檢視醫療供需變動，並納入總額調整因素，以反映醫療需求的改變。

(二)對111年度總額政策目標之建議：

- 1.所擬111年度調整因素金額高達272億元，政策目標多元，結合公衛、照護模式、醫療照護體系、支付制度改革等諸多項目，惟現階段健保財務及付費能力都有困難，增加政策項目預算宜審慎，建議先進行專業評估及取捨，若無實際效益，現階段可不必增加預算。
- 2.所提各項政策目標，應有相對應的支出金額與說明，另「健保總額中長期改革計畫(2021~2025年)」為重大政策方向，建議陳報行政院時，提供相關資訊，以利後續評估預算及總額範圍設定之合理性。
- 3.許多政策目標係由政府及健保合作推動，應詳細區分各項政策目標的預算來源及額度，尤其涉及政府政策推動之項目，應由公務預算支應，不宜轉由健保支付。

## 二、醫事服務提供者委員意見：

(一)請確實檢討低推估之設定及計算公式的合理性：

111年度之「醫療服務成本指數改變率」為負值，主要係匯率波動所致，惟實務上藥品、醫材的採購成本未降反升，且其採用之指數為抽樣調查資料，難以反映實際醫療成本。此外，「躉售物價指數—醫療儀器及用品類」選取的查價項目，並非多數醫療院所常使用的品項，建請檢討指數合理性。

(二)建議運用健保大數據資料，分析最近1年各年齡層的醫療費用，以了解人口結構改變下，每多1歲會增加多少醫療需求(包括新藥、新科技等)，未來即可以前1年各年齡層實際醫療費用，推估未來1年各年齡層的醫療費用，使數據更貼近實際需求。

### 三、專家學者及公正人士委員意見：

#### (一)對111年度總額範圍(草案)之建議：

- 1.受到 COVID-19 疫情影響，整體醫療利用減少，高推估值(4.746%)卻高於110年度總額成長率(4.107%)，其理由及立論基礎為何？應審慎評估其必要性，否則依健保署財務模擬試算，111年將需要再次調漲保費。
- 2.歷年總額配合政府政策投入相當多的預算，依據健保署估算資料，節省金額高達183.97億元，建議相關節流成效應納入111年度總額考量。

#### (二)對111年度總額政策目標之建議：

請確實檢討政策目標之預算來源，涉及政府政策推動項目，應由公務預算支應。

#### (三)請確實檢討低推估之設定及計算公式的合理性：

「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」有過度反應醫療費用、墊高計算基礎之虞，請檢討計算公式，並排除其他因政策鼓勵或協商因素項目投入預算(如 C 肝藥費、新醫療科技預算)所造成的影響。

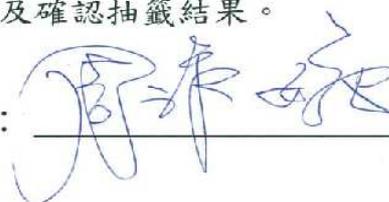
## 111 年度各部門總額協商順序抽籤結果

抽籤日期：110 年 7 月 23 日(健保會 110 年第 3 次委員會議)

協商順序	總額部門別
1	醫院
2	西醫基層
3	中醫門診
4	牙醫門診

註：因疫情因素本次會議(110.7.23)採視訊方式進行，依總額協商程序規定，由本會執行秘書代為抽籤，再由主席宣布及確認抽籤結果。

抽籤人簽名：



第 5 屆 110 年 第 3 次 委員 會議  
與 會 人 員 發 言 實 錄



壹、「議程確認」、「確認上次(第 2 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

- 一、報告主席、各位委員，大家早安！我們現在出席在視訊上的委員已經有 36 位，達法定出席人數，可以開始開會。
- 二、開會之前有 1 件不幸的消息要報告，蔡委員明鎮在上個月車禍不幸往生，昨天收到訃聞，也在昨天寄送補充資料時一併轉知各位委員，訂於 8 月 7 日舉行告別式，本會將以主任委員及所有委員名義致上花籃，表達對蔡委員心意，請示主席是否於會議之前為蔡委員默哀 1 分鐘？

周主任委員麗芳

- 一、在我們默哀之前，我也先謝謝周執行秘書淑婉的辛勞。各位委員、健保署李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、社保司商司長東福，及所有與會同仁，大家早安！大家好！
- 二、非常謝謝剛才周執行秘書淑婉跟我們分享，我們敬愛的蔡委員明鎮不幸的離開我們，就事情的發生，他是在 6 月 26 日清晨發生意外，在 7 月 7 日不幸離世，在發生意外的前 1 天，6 月 25 日正好召開健保會第 2 次委員會議，當天他陪伴了我們 5 個小時，念茲在茲的就是要把健保事務更良善的推動，他掛心的包括評核業務、醫療給付費用總額(下稱總額)方案等，我們很感謝蔡委員對健保的貢獻，尤其過往只要健保會舉辦高屏地區活動，蔡委員一定是義不容辭的全力協助辦理。蔡委員對健保的用心及貢獻，我們銘感於心。尤其蔡委員其一生當中除了健保之外，可以說對於勞工事務不遺餘力，也擔任過台灣總工會理事長、中華民國職業工會全國聯合總會理事長、行政院勞工委員會委員、國家年金改革委員會委員等，也包括擔任健保會委員，我們非常想念他。
- 三、蔡委員個性爽朗、非常熱心助人，雖然說蔡委員與世長辭，但蔡委員的熱心、熱情、為這塊土地的貢獻，這樣的精神永遠在

我們心中。蔡委員音容宛在，我們也祈願蔡委員能夠無牽無掛、無憂無慮，在天之靈也能持續護衛著健保會，是不是請大家一起為蔡委員默哀 1 分鐘，謝謝。

全體默哀 1 分鐘

周主任委員麗芳

好，謝謝各位。今天的會議正式進行。

同仁宣讀(請主席致詞)

周主任委員麗芳

- 一、謝謝，除了剛剛跟大家分享這個不幸的消息之外，我另外要特別感謝健保會，在周執行秘書淑婉及所有同仁努力之下，想必大家都已經收到健保會 109 年版的年報，翻閱這本年報後有非常多感動，因為健保會同仁比所有委員更加辛苦，這本年報把我們所有點點滴滴、歷經的軌跡完整記錄下來。今年不一樣的地方，除了完成 109 年版年報之外，也針對過去 102 到 109 年的歷年年報出了電子書櫃，所有資料都可以逐一查閱，是否在此讓我們感謝所有健保會的同仁，在周執行秘書淑婉帶領下非常優秀。
- 二、其次要跟大家分享的，就是所有委員關切的健保會年度大事，下週 7 月 27、28 日即將要進行今年度的評核作業，因為疫情關係，是採取書面評核的方式，只有在決定評核等級時才採用視訊方式進行。
- 三、各位委員請放心，今年度所有評核委員，都會秉持公正、公平的評核原則，來進行評核作業，相信所有總額部門，在你們的努力之下，大家走過的軌跡，評核委員都會看到。評核最重要的精神，主要是協助我們看到優點，及可以進一步精進的地方。有關評核結果也會在 7 月 28 日評核結束後，即刻在網站公開，同時用電子郵件提供給各位委員參考。
- 四、也謝謝同仁今天的會議準備，預祝今天會議成功。

同仁宣讀(進行議程確認)

周執行秘書淑婉

本次議程安排都是依照本年度工作計畫排定，今天有報告事項 3 案，沒有討論事項。第一案是健保署業務執行報告，本次不做口頭報告；第二案是家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)執行情形與成效檢討；第三案是牙醫門診總額協定事項，關於牙周病統合治療方案及提升感染管制品質之執行結果，以上安排。

周主任委員麗芳

如果委員沒有特別意見，就議程確定，謝謝。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周執行秘書淑婉

不好意思，報告主委跟各位委員，有 1 個補充修正，在會議資料第 10 頁之附件二部分，有關 110 年度總額範圍諮詢案委員諮詢意見的整理，我們再略作修正。上次決議是希望依照委員屬性分列意見，原先會議資料中把付費者委員、專家學者及公正人士委員歸成同一類，不夠精準，今天提出修正把「付費者委員」及「專家學者及公正人士委員」分列，昨天已經寄出修正的補充資料，建議按照昨天寄出的資料修正附件二的部分，以上。

周主任委員麗芳

謝謝，委員還有無其他意見？沒有的話，附件二修正確認，其餘確認。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

一、主席、各位委員，我有 2 個建議，第 1 點在會議資料第 4 頁，討論事項的第一案，決議內容有「增訂 3 項總額協商原則」，我建議在這句後面加個括號，括號內寫：詳如附件五第貳點總額協商原則的劃線部分，會比較明確。不然只寫增訂 3 項總額協商原則，內容沒有說明清楚！應該先交代明確，之後在附件五才能根據決議來作修訂。

二、第 2 點，記得在之前第 1 次委員會議中，有討論到委員會議做成的決議，不應只寫參考、酌參或研參而已，報告事項應該也要適用，因為委員是基於監理職責所提的建言，應予審慎處理。但我追蹤發現第 1 次會議資料有遵循原則，在第 2 次會議資料內容，又好像都只寫參考，譬如在優先報告事項的第一案健保署業務執行報告裡，所下決定是洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署參考。但在上次會議中李署長伯璋報告的第 12 點，10 多位委員好像都有意見，而且主席強調說應該符合公平性及適法性的前提原則下，這樣應該還有下文才對，不是只有參考而已。

三、後來我在 7 月 1 日的聯合新聞網看到 1 篇報導，提到「健保署李署長伯璋說，疫情衝擊下，各醫療院所服務量減少，上週健保會“通過”今年第 2 季各醫院一般服務給付為 108 年同期的 9 折」，當時我翻了上次的議事錄，紀錄裡主席雖然說同意，之後又修正為尊重，李署長伯璋說明中也提到有些部分需要斟酌。我相信健保會是沒有通過，署長也沒有講，這樣的報導使本會及署長是不是都背了黑鍋。對於這篇報導，雖然與討論議題不一致，但與本會要不要背黑鍋有關係，是不是應該釐清、找出真相並還原比較好？以上謝謝。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、主委、各位委員大家早，議程確認要回歸會議規範 100 條的條文裡，我要提出來有關黃委員金舜所提臨時提案前面，要增加「本案不列入議程」的文字，這文字要顯現出來。

二、第 2 點，在這段後面「會儘速研定計畫，以利執行」，因為本會沒有討論，所以就不是這個結論，只是請健保署會同藥師公會全國聯合會(下稱藥師公會)辦理，並不是「會儘速研定計畫，以利執行」的決議內容，所以我要提出更正。

三、第 3 點，上次委員會議有列管追蹤事項，有關醫療院所肩負防疫救治責任，受到疫情衝擊最大，這是委員所關切的，現在當然要通過此案，請健保署協助了解 109、110 年迄今特別預算用於醫療機構及醫療機構人員之獎勵津貼等用途，分別編列多少預算，實際執行情形如何，請提供資料給委員，這段要列入紀錄，以上補充報告。

周主任委員麗芳

非常感謝李委員永振、何委員語的意見，李委員永振提到的總額協商原則，增訂處要寫明詳附件劃線的部分。因剛剛收訊有點模糊，請教何委員語，您最後提到有文字要修正的是哪部分？

何委員語

上次開會的時候在健保署業務執行報告裡，我有提出意見希望健保署提供這些資料給委員，但我認為主席在整個會議資料中的會務報告並沒有列入。

周主任委員麗芳

- 一、何委員語您放心，今天李署長伯璋已在線上，議程中有個報告事項是健保署業務執行報告，雖然今天不會進行口頭報告，但李署長伯璋有出席，您的意見稍後由署長說明。
- 二、感謝李委員永振的指教，您希望本會同仁在會議資料文字上的精進部分，是否請李委員協助本會同仁。剛提到比較細緻的部分，從今天開始會議來做改進，先前的部分，您的意見我都有很詳細聆聽，包括所提劃線的部分，但會議紀錄也都有上網公開，如果李委員永振得便是否同意本會這 1 次會議紀錄如目前公告的內容，這 1 次會議開始比較細緻的部分，比方說劃線這些內容，本會同仁會再更加注意用詞，在此先跟李委員永振、何委員語說明，也非常感謝 2 位委員對本會會議的用心。

周執行秘書淑婉

報告主席，李委員永振要發言。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

最後的結論如何我沒有意見，但是如果照主席所講，本項議程將來是不是可以拿掉？因為已經公告了，未來也都會公告。確認後還是要改，不然確認後有意見下次再處理，就是不更改上網的資料，這樣的話議程確認可以拿掉！

周主任委員麗芳

謝謝李委員永振，參酌您給的這些指導，本會在用詞這方面會更精進、再細緻化，從這次會議以後會更加謹慎，當然也非常感謝李委員的包容，謝謝您。

何委員語

我補充一下，依照會議規範還是要確認上次會議議程，李委員永振的用心很好，但我認為還是要依據會議規範程序，剛剛周執秘提出的修正內容我們都同意。

周主任委員麗芳

剛剛有修正了。

何委員語

黃委員金舜所提臨時提案前面，要增加「本案不列入議程」的文字，才合乎會議規範精神、涵義與法規。

周主任委員麗芳

好，因為本會當時這案沒有列入議程，所以您的意思是，還是要把沒有列入議程的文字補上嗎？

何委員語

在會議規範的條文裡規定的，你既然沒有列入議程就要有文字顯現出來。

周主任委員麗芳

好，沒問題。

## 周執行秘書淑婉

報告主席，我說明一下，對於剛才李委員永振及何委員語就上次會議紀錄的修正意見，幕僚會進行酌修。包括李委員建議討論事項第一案決議第一點，在「增訂 3 項總額協商原則」後面，括號增加「詳如附件五總額協商原則劃線部分」文字。另外，也會依何委員的建議，於議程確認之決定部分，補充黃委員金舜所提臨時提案未列入議程，並將第二點後段「儘速研訂計畫以利執行」文字，修正為「依協定事項辦理」，於修正後提下(第 4)次委員會議確認。

## 周主任委員麗芳

謝謝幕僚的說明，本案決定如下：一、有關議程確認的決定事項第二點文字酌修；二、討論事項第一案決議第二點，依李委員永振建議註明「詳如附件五總額協商原則劃線部分」；三、附件二文字修正，其餘部分確認。請進行下一案。

## 貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

(委員會前書面意見及相關單位回復如附件三，詳第 33~45 頁)

同仁宣讀

周執行秘書淑婉

一、本會重要業務報告項次 1，有關本會依上次委員會議決議(定)事項辦理完成事項：

(一)第一案是剛才何委員語關切有關黃委員金舜所提臨時提案，上(第 2)次會議未納入議程，本會同仁已依決議轉請健保署進行後續推動，健保署回復將安排於 7 月 29 日醫療服務共同擬訂會議討論。

(二)上次決議有關「委員會議前」提供會議資料保密切結，謝謝各位委員，切結書都已簽回，本次會議資料電子檔已於會前以電子郵件寄送委員參用，並將上次委員會議資料併同會議議事錄上網公開。

(三)列管追蹤事項有 3 項，其中依照辦理情形建議解除追蹤 1 項，為健保署業務執行報告的回復說明，請委員參閱會議資料第 33~40 頁。繼續追蹤 2 項，最後仍依照委員會議議定結果辦理。

二、項次 2，依照 9 月份總額協商程序，今天必須抽籤決定協商順序，過去都是各總額部門代表抽籤決定，依上次委員會議決議，若因為疫情關係無法召開現場會議，則由我透過視訊代為抽籤，讓所有委員看到完整的抽籤過程。總共有 4 個籤，籤紙上寫的是各總額部門的名稱，將依總額部門抽出的順序為排序。(接下來在視訊現場進行抽籤)第 1 是醫院，第 2 是西醫基層，中醫門診是第 3，最後是牙醫門診第 4。抽籤已完成，等一下請主委最後做宣布與確認，我們會按照上述的順序安排總額協商會議的議程。

三、項次 3，依照總額協商程序，衛福部一般會在 7、8 月間將行政院核定的總額範圍交議本會，一般本會在收到交議案後，會提

至最近 1 次的委員會議進行報告，今年到目前為止還沒收到交議案，預計應該會在 8 月初才交議。為爭取時效，讓委員盡速了解交議內容及後續各總額部門配合作業，本會收到交議案後將辦理下列事項：於 8 月份委員會議提出交議案報告前，先轉知委員，並函請健保署及各總額部門依照相關協商政策方向研擬協商草案，於 8 月 10 日前提出，以利 8 月 20 日辦理座談會，9 月 2 日提出最終版本。以上是我們會進行的程序，向委員報告。

四、項次 4，有關 110 年各總額部門協定事項追蹤情形，其中有 19 項未按照進度完成，因 110 年一般服務協商項目及專款項目實施成效，會納入 111 年總額協商考量，請健保署會同各總額部門，將 19 項尚未依時程完成的部分盡速完成，各項辦理情形，請委員參閱會議資料第 41~76 頁。

五、項次 5，主委剛才已協助說明，109 年年報已編製完成並寄送各位委員，歷年年報電子書櫃也於本會網站上架，請委員參閱。

周主任委員麗芳

謝謝周執行秘書淑婉的詳細說明。有關本會重要業務報告，請問委員有無提出垂詢？請滕委員西華。

滕委員西華

一、謝謝主席與執秘的報告，請委員參閱我的書面意見表：

(一)謝謝健保署對於給付通訊診療的回復，雖然健保署回復通訊診療治療辦法第 6 條有規定可以採電話為之，但我覺得保險人對於給付何種診療方式，可以不完全依照通訊診療辦法開放的方式辦理，現在既然已經執行，還是要進行分析，尤其是電話診療部分。就像我書面意見所提，視訊還可以看到病人，本來醫師看診就是要以親自看到病人為主，以遠距、視訊、電話都是不得已的方式。視訊至少看得見病人，電話診療件數占將近一半，我覺得需要審慎處

理，雖說是因應三級警戒的不得已措施，但現在已經逐漸解封、降級，電話與通訊診療要給付到什麼時候，健保署應有進一步規劃。

(二)現在都已經7月份，還等不到衛福部交議行政院核定的總額範圍，我在上次和過去的委員會議都有提到，由政府交辦的政策項目，占總額很大一部分，給健保非常大的財務壓力。我們都知道今年和明年健保財務非常吃緊，健保署如果要墊付原本應由疾病管制署(下稱疾管署)支付的費用，尤其是會用到健保安全準備，其實是更不好，何況我們也開放被保險人可以在保費部分遞延。

(三)建議付費者代表應該要請健保署提供各項節流措施，例如分級醫療、雲端藥歷、健保 DET(Drug Expenditure Target，藥品費用支出目標制)等之節流效益，歷年來付費者代表都有主張將其列入減項，如果不列入減項也沒關係，至少應該用在新增服務項目的財源，我們不斷投入很多新增服務，但這些投入的成效一直沒有回饋被保險人，這樣並不公平。這些意見其實有很多專家學者都提過，我只是重新再提出來，希望健保署能審慎評估這些已經實施的節流措施的效益，如何應用在包括調整支付項目或是提升醫療品質的新增服務項目，不然這些費用滾入一般服務、基期，全部都是透過基期成長。若這些有效的節流措施或更有效率的支付方式，所得到的效益無法回饋整體被保險人，只是一味花錢，是有待討論及有失公允的。

二、各總額部門提出新項目時，建議優先順序應該要更謹慎，不要抱著讓付費者代表協商不同意也無所謂的心態，或是提總額成長率時，不是將錢花在刀口上的項目，導致協商產生困難。以上是我對本會業務報告所提意見，謝謝。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

- 一、2點建議，第1點在會議資料第29頁，有關健保署公告109年品質保證保留款(下稱品保款)核發結果，上次會議決議有關111年品保款，有納入應訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準。但依健保署所提資料，牙醫部門107年核發院所百分比是82.9%，108年是83.4%，109年是86.4%，呈現上升趨勢。西醫基層近3年分別是72.6%、74.6%、75.5%，上升幅度小一點；醫院部門則是97.3%、99.6%、100%。若依剛才提到的會議決議，是否在明年公告時，請健保署分析本會的決議有沒有落實執行。當然這還要看核發前20%院所金額占品保款比率，目前還沒有資料，若有資料時可以一併考量。
- 二、有關上次委員會議追蹤事項，建議解除追蹤事項若按照原本的會議決議是送請健保署參考，當然就解除追蹤。但對其中比較具體的事項，建議另外列出來個別追蹤，較符合整體精神。例如上次會議我提到健保署節流效益應該要納入總額協商減項，從第3屆委員講到第5屆，上次會議我建議健保署列出具體期程，若沒辦法做也沒關係，就說沒辦法做，有什麼困難也可以說明，或是像張忠謀董事長講的我就不告訴你也沒關係，但總是要有結論比較好。若這個項目要解除追蹤，建議將需要有具體結果的部分列出來追蹤，健保會同仁會比較辛苦，但這樣處理會比較好。

周主任委員麗芳

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

會議資料第42頁牙醫門診總額部分，有關0~6歲兒童口腔健康照護試辦計畫，聽說在上次委員會議有報告，我可能沒注意到，請問如何執行及目前執行情形為何？有沒有教學影片讓家長教小朋友進行健康照護，請簡單說明執行內容。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、剛才周執行秘書淑婉報告有關「提升用藥品質之藥事照護計畫」，已經提到 7 月 29 日醫療服務共同擬訂會議，我昨天收到開會通知要列入討論。該計畫大前年健保署不給預算，後來藥師公會希望編列預算，去年與今年因為疫情關係，執行上有困難，未來視計畫可行性，我會再做意見表達。
- 二、今年度總額有多項計畫及方案，辦理情形落後，希望下半年各醫療服務提供單位應該加強推動。因為疫情關係，現在是服務量降低，點值提高。點值提高我們樂觀其成，但從執行面、服務量與照顧到整體病患的需求，應該加強推動。
- 三、雖然 111 年度總額範圍尚未交議，請健保署評估，在目前疫情狀況下，哪些項目可以優先增加，哪些不必增加，或是對原有項目的執行能設定停損點及告一段落，或訂定監督辦法與退場機制，希望健保署能提出相關規劃，讓所有委員了解。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、我的意見已呈現在書面意見表，在此做補充說明。所有醫界代表經常提到點值太低，總額沒有辦法趕上點數等等。但會議資料第 28 頁顯示，有多項醫療服務又要調升支付點數，與現狀背道而馳。醫界口口聲聲說我們虧待他們，沒有讓點值增加到一定的程度。
- 二、對於明年的總額協商，考量目前健保財務壓力很大，不希望總額成長太多，建議設定停損點，除新藥、新醫療科技外，不要再增加其他項目。如同剛才幾位委員提到，不希望醫界列出很多協商項目給付費者，或抱著能過就過，不能過就算了的心態，希望健保署、衛福部能更加審慎。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、針對明年度總額，因為 9 月就要開始協商，剛剛包括公正人士、付費者都有提出建議，在此也要呼籲，上次委員會議視訊會議李署長伯璋提供的簡報中，特別強調健保整體總額，實際申報點數與支付金額約有 7 百多億元的差值，點數比較多。我認為明年或未來總額協商時，應該設法逐年減少這個差距，檢討哪些服務是總額支付不足，因為納入總額後點數及服務量會一直增加。雖然剛剛公正人士有提到納入總額後費用是倍數成長，但或許不及服務量點數的成長，所以這部分在協商時，可能也要請健保署、付費者一併考量，如何逐年縮小差距。或許可以將這個差距當成總額執行的監控指標，因為長期讓點數與服務量、點值差距越來越大，不利整體醫界的環境生態，應該要檢討。
- 二、健保署在執行總額時，特別是醫院部門，很多醫院有行政核減、斷頭，不見得會顯現在申報量上，在分區業務組或是醫院就已經做行政處理。請健保署收集資料，了解到底實際上總額給付與醫療服務量中間的差距，若差距太大無法逐年降低時，健保會還有 1 項重要職責，就是要檢討給付範圍，對於給付範圍、給付規定是否太寬鬆，健保會應予檢討。
- 三、我剛才提到的服務量與點數的差距，目前已經到達 7 百多億元，相信醫院總額可能就有 4、5 百億元的差距，如果沒有這樣的監控指標，對醫院總額將有非常大的影響。

周主任委員麗芳

請馬委員海霞。

馬委員海霞

- 一、針對因應 COVID-19(Coronavirus Disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)視訊診療，我有很多身心障礙朋友在這段疫情期間就醫遇到困難，經過解說宣導，很多朋友也使用視訊診療，減緩

他們很多的病況，真的很令人感動。所以視訊診療在這段時間或其他就醫不便的時候，對這些需要的病人，真的是有很大的幫助。

- 二、對於電話診療，與滕委員西華的想法一樣，在疫情嚴重時，電話診療應該有其功用與需求性，但希望健保署可以再行檢討，當疫情減緩時，電話診療是否可以進行規範，因為電話診療件數真的蠻多的，以上建議。

周主任委員麗芳

請黃委員金舜。

黃委員金舜

有關提升用藥品質之藥事照護計畫，去年因為口罩實名制，所有健保藥局都協助政府發送口罩，計畫執行就耽擱下來。今年疫情平穩後，藥師公會也積極與健保署協調計畫執行細項，但很多想法一直在調整，上次的共擬會議藥師公會代表有提出討論，本次的共擬會議也安排藥師公會進行報告。藥師公會非常積極想執行本計畫，希望所有委員可以支持。

周主任委員麗芳

- 一、非常感謝黃理事長金舜及藥師公會帶領全國藥師，從口罩國家隊到疫苗國家隊的全力參與，謝謝你們的付出與貢獻。
- 二、剛才委員的發言當中，多所針對健保署的相關業務，請盧委員瑞芬發言結束後，再請李署長伯璋回應各位委員的詢問。

盧委員瑞芬

- 一、針對剛才滕委員西華、馬委員海霞提到電話診療的部分，家醫群計畫有 24 小時諮詢專線，所以電話診療部分，因為沒有看到本人，比較類似諮詢的方式。在疫情期間執行電話診療，是否用類似電話諮詢的案件在處理，因為諮詢電話與電話診療的法律責任不同。
- 二、視訊畢竟比電話診療稍微好一點，針對偏遠地區，可以考慮透過當地里長協助，因為里長都有政府配備的基本設施，若當地

沒有衛生所可以協助視訊，是否可以透過基層里長有配備裝置的方式，讓他們做到視訊診療，增加醫療可近性。

周主任委員麗芳

請顏委員鴻順。

顏委員鴻順

- 一、剛才滕委員西華、馬委員海霞、盧委員瑞芬對於視訊診療、通訊診療這個議題都有表示關心，因為我本身也有參加視訊診療與通訊診療方案，其實在疫情期間，真的能提供不方便或擔心到醫療院所就診的民眾，一個非常方便的管道。我個人的診所為了提供視訊診療的服務，還特別去買了 1 台 ipad，以便錄影、錄音。但在執行的過程中，我發現即使在新北市，已經不算是偏遠的地區，仍有很多慢性病病人，因為年齡偏高，有時候是獨居，有時候是家中年輕人都外出上班，自己沒辦法操作手機、電腦，甚至家裡連這些設備都沒有，甚至是沒有網路。因此，我想健保署也是基於這些需求，才會開放電話通訊診療，只是我也沒有想到占比還蠻高的，因為我自己的診所是較少進行通訊診療，還是以視訊診療居多，但我相信這應該是疫情期間的特殊執行方式，疫情過後不見得還要繼續執行下去。
- 二、至於盧委員瑞芬剛才所提家醫計畫的醫療群有 24 小時諮詢專線的部分，我認為通訊診療和諮詢專線不太一樣，諮詢專線單純只提供諮詢服務，完全沒有申報任何健保醫療費用，因為這是家醫計畫醫療群的責任。但通訊診療是納入健保給付的項目，病人透過通訊診療就診，但也僅限複診、穩定的慢性病病人，醫師可以通過電話問診製作病歷、開立處方，病人再回來依處方領藥，是有實際申報健保醫療費用的行為，與家醫計畫的醫療群只是單純提供諮詢不太一樣。

周主任委員麗芳

請李署長伯璋回應。

李署長伯璋

以下就委員的意見簡單回應：

- 一、有關滕委員西華所提電話通訊診療的部分，因牽涉到一些資安及個資問題，健保署對這部分本來就是非常重視。另外有關上次會議討論到民眾注射 COVID-19 疫苗產生副作用，使用免疫球蛋白治療的醫療費用處理方式，健保署已和疾管署透過公文往返積極討論，甚至醫審組組長也持續和疾管署對話溝通。原則上為了讓疫苗注射率能往上提升，萬一有些副作用可能和預防接種有關，疾管署會依部長指示以捐款方式做處理，畢竟有一些個案可能不完全符合預防接種受害救濟，這部分都會以捐款處理。請各位委員放心，假如病人使用藥品不符合健保給付適應症，不會由健保支付費用，避免造成健保安全準備金的呆帳問題。
- 二、我想每個委員都有提到一些建議，是要求健保署加強節流措施，減少健保財務支出的負擔，各位也知道有一些罕見疾病，像是 SMA(Spinal Muscular Atrophy，脊髓性肌肉萎縮症)的治療藥費非常高，給我們非常大的壓力，癌症的醫療費用也有很大的成長，這些健保署都會來留意。
- 三、有關何委員語所提紓困特別預算的經費編列情況，這部分我始終堅持健保總額是健保總額，特別預算是特別預算，兩者要區分清楚。我自己非常清楚，也時常提醒同仁，在健保的管理上，其實沒有那麼複雜，主要就是總額、點數及點值，在基層診所還牽涉掛號費，在醫院或醫學中心則牽涉自費項目，這些都是屬於財務上的管理問題，都要去思考如何拿捏最好。至於紓困特別預算使用的情形在網路上都查得到，政府也有編列一些預算提供醫療機構紓困，預算是 163 億元，目前已使用 60.8 億元，主要用於專責病房、治療病人的獎勵費用，其實很多部分是在醫事司或疾管署進行管理，例如：PCR (Polymerase Chain Reaction，聚合酶連鎖反應)、快篩檢查，這部分的費用相當高，都是由疾管署處理。

- 四、有關李委員永振所提品保款核發情形的部分，待會健保署同仁也會報告家醫計畫的概念，其實我也覺得目前健保署的照護計畫有部分重複，我一直希望能夠對相關計畫做一個有效的管理，例如：居家醫療照護整合計畫、腎臟病照護及病人衛教計畫、醫療給付改善方案(氣喘、糖尿病、慢性阻塞性肺病)等計畫，很多病人都同時參加好多計畫，我們都會再跟醫療團體好好討論，如何一起把錢花在刀口上。我也不希望大家拼命看病人，否則雖然創造很多申報點數，但在總額制度下，大家做得很累卻不見得可以拿到很多錢。我一直希望這部分可以做得更好，但這仍需要時間和醫界溝通。
- 五、有關楊委員芸蘋所提牙醫門診總額 0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔照護試辦計畫執行情形的部分，我認為牙醫師都很認真在做，雖說牙科很多自費項目沒錯，但我想牙醫師治療品質好壞，其實只有醫師和病人自己最清楚，像是牙周病治療等，真的都是醫學倫理，以及醫病之間的默契。
- 六、有關何委員語所提因疫情服務量降低，以及干文男委員關切調升支付標準的部分，理論上病人減少，醫療服務點數應該減少，但事實上每 1 件就醫案件的申報點數並沒有下降，健保署要怎麼去經營管理就很重要。但我一直強調為什麼最近要調升一些醫療服務的支付點數，因為支付點數假如不合理，說實在會讓醫療人員做得很辛苦，急救 1 個病人沒有幾十塊錢也不是辦法，仍應給予合理的支付點數。
- 七、有關朱委員益宏提到整體申報點數和健保總額預算差 5~6 百多億元的議題，我上次也有提到過，一些檢驗(查)項目，例如：CT(Computed Tomography，電腦斷層掃描)、MRI(Magnetic Resonance Imaging，核磁共振)，醫療院所有申報卻沒有進行影像上傳，這都是很現實的問題，假如我們不去面對這些問題，就會讓大家以為是總額不夠。大家應該互相檢討，如果可以把重複用藥管理得很好，減少不必要的申報點數，大家不做那麼多服務，點值自然能夠提升。但請記得一點，健保總額就

是這麼多，醫界也應該了解，健保醫療費用支出不可能超出總額預算。這次因應疫情政府也有一些紓困方案，但紓困特別預算並不是健保署的權責，是衛福部部長、行政院院長的權責，這是健保署堅持的原則。

- 八、有關馬委員海霞及顏委員鴻順所提視訊、通訊診療的部分，視訊或是電話都是在不得已的情況下，靈活的去應用相關設備來滿足相關的醫療需求，行政院張政務委員景森也認為遠距醫療非常重要，有一次開會我曾跟他提到，遠距醫療對偏鄉離島地區很重要，對國內行動不便的居家醫療病人，也非常重要。但我也認同委員提醒的使用電話通訊醫療要很小心，畢竟和病人講一講電話就能申報健保醫療費用，醫師必須要秉持良心執行。剛才也有提到一些老人家不太會用視訊，透過電話通訊診療很方便，但說實在話，我常強調，醫師和病人的實際互動很重要，包括：現場的理學檢查、病人的表情及反應等，都是診療的關鍵。
- 九、最近有新聞報導，民眾去預約 COVID-19 疫苗，才發現自己是屬於第 9 類的疫苗接種對象(註：第 9 類的疫苗接種對象為可能增加感染及疾病嚴重風險者，包括：19~64 歲具有易導致嚴重疾病之高風險疾病者、罕見疾病及重大傷病)。因為陳部長時中說，疫苗接種要遵循長幼有序原則，年紀較長者先打，但有一些年輕人近期卻收到疫苗預約通知，才發現自己因為健保診斷註記屬第 9 類疫苗接種對象。今天早上有 1 個立法委員打給我，說他的 5 個助理都屬於第 9 類，他們都很年輕，但卻被曾經下了肥胖症等診斷碼，我想這都是值得去檢討。
- 十、有關黃委員金舜提到提升用藥品質藥事照護計畫的部分，我們本來就是非常支持，只是也讓大家有機會去討論，剛才提到時空背景的困難及狀況大家也都了解。另有關盧委員瑞芬所提家醫計畫醫療群的問題，等一下健保署同仁會進行報告，若需要我們再進一步補充，以上簡單說明。

周主任委員麗芳

感謝李署長伯璋詳細的解說，接下來還有 2 位委員要發言，請干委員文男。

干委員文男

我在委員意見表中提到，部立基隆醫院為傳染病指定隔離醫院及應變醫院，導致原來習慣在那邊看診的病人都不敢去就醫，進而影響該院的醫師薪水被砍了 15~20%。健保署回復提到，依據傳染病防治醫療網作業辦法第 13 條規定，隔離醫院依規定啟動收治傳染病人致影響營運時，中央主管機關得予以補助，這部分能否請李署長伯璋再補充說明。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、謝謝李署長伯璋的說明，健保署真的是很辛苦，我要提供我的個人經驗給大家參考。我在去年 12 月份開始跟我的醫師表示，我不想再吃這麼多藥，所以我現在 1 天減少吃 2 顆半的藥，而這半年也感覺很舒服、很健康。如果醫師每次都要開很多藥給病人吃，那藥費支出當然就很多，當然健保署努力推動雲端藥歷很有成效，現在醫師都能透過雲端藥歷查詢及提醒避免重複開藥。但如果每次病人就診醫師都要開很多藥，我不知道到底病人有沒有必要吃這麼多藥？我建議健保署能否推動藥物減量運動，如果醫師判斷病人不必吃那麼多藥，為什麼要開那麼多藥？希望健保署可以再加強管理。

二、另外政府積極推動數位轉型，健保署也朝數位轉型方向努力。剛才委員們所提疫情期間電話通訊診療的議題，必須很慎重的考量有無醫療法的規範。當然未來數位看診或是影像看診都是可行的，但是如果必須納入法律規範，應該提出醫療法修法案才對，這是我的淺見。

周主任委員麗芳

有關干委員文男、何委員語所提意見，待會請李署長伯璋回應。但先跟各位報告，本案為健保會重要業務報告，若委員有針對健保署業務執行相關的提問，請留待報告事項第一案。請李署長伯璋。

李署長伯璋

- 一、有關干委員文男所提部立基隆醫院被指定為收治 COVID-19 病人專責醫院的部分，補助費用主要是由疾管署負責處理，會按照前 1 年的健保醫療費用給醫院一個合理的差額補助，只是現實上，醫院還是會有一些自費項目等其他收入的減少，這是比較麻煩的，不過這是以大局為重而不得已的安排。
- 二、有關何委員語提到減少開藥的部分，基本上還是要尊重醫療專業，每個醫師自己的專業判斷最重要，我為什麼要強調假如病人沒有那麼多，醫師就能跟病人有很好的互動、溝通。像是何委員語跟醫師討論藥不要吃那麼多，醫師就會聽病人的意見幫忙調整，如果醫師都很忙，可能病人進來還沒坐下，藥就已經開完了，這些都是健保署未來持續努力的目標。總之，我希望醫療人員都能快樂的工作，醫療品質也要越來越好，拜託各位委員多多支持，很多東西用講的很快，但要推動和調整，需要大家一步一步來。

周主任委員麗芳

非常感謝李署長伯璋所率領的健保署團隊，特別在疫情期間健保署面對很多艱難的挑戰，仍然帶領大家持續前行。本案決定如下：

一、上次委員會議決議(定)事項列管追蹤辦理情形：

(一)擬解除追蹤，共 1 項：同意依擬議，解除追蹤，另請健保署將節流措施成效納入總額協商減項之可行性。

(二)擬繼續追蹤，共 2 項：同意依擬議，繼續追蹤。

二、111 年度各部門總額協商順序抽籤結果依序為：醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診總額，最後為其他預算。請同仁據以排定總額協商會議議程，提報下次委員會議。

三、為利 111 年度總額協商，請本會同仁收到衛福部交議案後，盡

速轉知委員，並函轉健保署及各總額部門，依總額協商程序辦理後續事宜。

四、請健保署會同各總額部門相關團體，盡速辦理 110 年度各部門總額協定事項未依時程完成之工作項目。

五、餘洽悉。請進行下一案。

朱委員益宏

主席，抱歉，我要發言。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

我對剛才主席做的結論有點意見，有關部分付費者委員提出健保節流措施要納入總額協商減項的建議，我覺得其實總額的減項有哪些，大家已經有共識，若要將健保節流措施新增納入減項，我認為應該要在總額協商時有共識的討論，不是主席做結論將它變成協商的一個條件，這樣的結論是否主席要再考慮修正。

周主任委員麗芳

確實剛才是李委員永振有提出相關的建議，但顯然委員之間針對這個議題並沒有立即達成共識，因為總額協商時委員們也會全員參與，是否這個部分就留待總額協商討論？刪除剛才分列的追蹤事項（請健保署將節流措施成效納入總額協商減項之可行性）。接下來進行報告事項第一案。

周執行秘書淑婉

主席，滕委員西華要發言。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

一、有關主席做的結論，還有剛才朱委員益宏的意見，我覺得也不是不能做結論，但或許結論可以再修正為：健保節流措施或是

提升給付效率的措施等，應請健保署在總額協商前列出來供協商雙方作為參考。我認為倒不一定要列為減項，而是怎麼讓健保節流措施在新一年度的總額協商時做其他更有效率的運用，或是擴大它的效益，並回饋到被保險人本身，不一定要減掉，而是把原本節流的部分在總額中產生挪移作用，移至其他新增項目上面支應。

二、我剛剛提到的其實不一定要列為減項而已，只是過去一直都有提到要不要列為減項，如果不列入減項，這些節流措施就能以別的方式去做其他運用，如果這樣的文字修正大家可以同意，也不是不能做結論，當然最後還是尊重各位委員及主席的裁示。

周主任委員麗芳

畢竟本案是追蹤上次委員會議健保署業務執行季報告內容，我認為還是依大家的共識來決定比較好，因此，有關委員對健保節流措施的意見，請健保署帶回去研議，如同剛才委員所提建議，相關執行成效都可以在總額協商中提出供委員參考。但剛才分列的追蹤事項(請健保署將節流成效納入總額協商減項之可行性)就不納入決定事項，爰本案決定解除追蹤共 1 項，繼續追蹤共 2 項。

李委員永振

主席，我補充 1 句話，我提出的建議應該是，健保署思考後應該可以提出 1 個期程，就是還可以討論的意思，可能朱委員益宏誤會了我的意思，滕委員西華剛才所提建議是 1 個很好的參考方式，但我要強調這並不是新議題，我從健保會第 3 屆委員會議講到現在了。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏，朱委員益宏發言後本案就告一段落。

朱委員益宏

一、我認為剛才滕委員西華及李委員永振所提的意見也很好，但我覺得健保署要整理健保節流效益時，應該也一併整理健保醫療給付費用總額不足的問題，因為現在總額協商只協商當年度預

算，若當年度實際支出超出總額，來年協商時，也不會因為前 1 年總額預算不足而加以考量。我認為這是相對的，如果有效益的節省費用，當然大家可以來討論要怎麼挪移經費編列，但是應該同步檢討，比如引進新藥、新醫療科技後，新藥納入給付到第 4~5 年後，實際申報費用與當初編列預算有很大差距時，應該提出一併檢討，這樣才能忠實反映，不是只有提節流項目節省多少錢，但給付費用不足的部分都沒有檢討，這樣也不適當。

二、如果給付都是足夠的話，為什麼近年整體申報點數和健保總額預算有 5~6 百億元的差距，我認為這不完全是所謂醫療浪費產生的，有一大部分確實是給付費用不足，來年進到總額時反映出來，因為總額不足以支應，就只能用點數的方式，並且犧牲醫療院所自行吸收點值，若健保署要提供健保節流的資料，請健保署一併把不足的部分做綜合檢討。

周主任委員麗芳

請健保署衡平檢視健保節流措施的效益與給付費用總額不足事項，並提供相關資料做為 111 年度總額協商參考。請進行報告事項第一案。

楊委員芸蘋會後書面意見

一、會議資料第 23~27 頁說明三，有關各總額部門及健保署研提「111 年度總額協商草案」之建議事項，同意滕西華委員建議看法：

(一)建議各總額部門研提 111 年度協商草案時，宜審慎評估所提協商項目之必要性、並設定優先順序。

(二)歷年投入預算之節流成效，應納入 111 年度總額協考量。

健保署的各項政策：1.健保雲端查詢系統 2.C 型肝炎藥費 3.分級醫療，都相當有成效也減少很多支出，對提昇醫療品質及醫療服務效率是有貢獻的，但仍然要顧及總額協商草案內容對大眾的影響，提出數據讓委員參考研議。

二、會議資料第 39~40 頁附件一之附件「因應 COVID-19 疫情視訊診療醫療院所 IC 卡就醫紀錄上傳-地區分布」中，其中「電話件數」37,518 件，「視訊件數」48,225 件，數字看起來是蠻高的。若能親自就診是最安全可靠的，但若是因應疫情及中央流行疫情指揮中心指示下，放寬通訊診察治療辦法，先開放不方便至醫療院所就醫之居家隔離，居家檢疫或自主健康管理保險-對象的視訊診療服務，隨著疫情三級警戒，配合醫療營運降載，運用視訊診療門診病人，再放寬全國醫療機構，經各縣市衛生局提定後，可以通訊方式診察治療門診病人。況且以長期穩定慢性病病人多為年長者，擔心進出醫院增加感染風險，但仍有就醫需求者相信醫師的專業以確保品質及安全。

健保署另查通訊診察治療辦法第六條規定：實施方式、可採電話為之。綜上：應該在此期間視訊、電話問診應該沒什麼問題，但疫情過後應以實際親自看診為要；醫師們辛苦了，也保護了病人與家屬。

三、會議資料第 42 頁附件二「110 年度各部門總額協定事項辦理情形」，第 8 項「0~6 歲兒童口腔健康照護試辦計畫」(110 年新增計畫)，請問擇縣市是哪幾個縣市辦理？

四、會議資料第 43 頁附件二「110 年度各部門總額協定事項辦理情形」，第 11 項「糖尿病患者口腔加強照護」(110 年新增項目)，110 年度編列 225 百萬元，新增診療項目「糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)」，全台有多少糖尿病患者有牙結石需清除，編此數字是否適當？

附件三 委員會前書面意見及相關單位回復

委員意見	健保署回復
<p>滕委員西華</p> <p>一、會議資料第39~40頁關於附件一附件：請教健保署 因應 COVID-19疫情視訊診療醫療院所 IC 卡上傳就醫紀錄中，其中「電話件數」高達37518佔43.76%，雖為健保署不得已的便民服務，但我個人並不贊成過度擴大除了遠距會診(如 IDS)或持有穩定慢箋的病人以外的視訊診療，這除了有違醫療法和醫師法外，也有可能會增加醫療爭議或是誤診機會。然「視訊」至少還可以看到病人一部分影像，「電話」件數何為？透過電話診療與隔空抓藥、隔空問診有何不同？健保署如何確認醫療品質？又，如何彌平醫療法與醫師法的法規差距？</p> <p>二、會議資料第26~27頁，說明三有關各總額部門及健保署研提「111年度總額協商草案」之建議事項： 受到 COVID-19疫情影響，國內整體經</p>	<p>一、有關會議資料第39~40頁，說明如下：</p> <p>(一)因應疫情及中央流行疫情指揮中心指示，放寬通訊診察治療辦法，首先開放不方便至醫療院所就醫之居家隔離、居家檢疫或自主健康管理保險對象的視訊診療服務。</p> <p>(二)另查通訊診察治療辦法第六條規定，通訊診療實施之方式，可採電話為之。</p> <p>(三)隨著疫情三級警戒，配合醫療營運降載及廣泛運用視訊診療於門診病人，再放寬全國醫療機構，經各縣市衛生局指定後，得免提報通訊診療治療實施計畫，以通訊方式診察治療門診病人。</p> <p>(四)長期穩定慢性病病人多為年長者，擔心進出醫院增加感染風險但仍有就醫需求，爰僅針對視訊診療指定院所之複診穩定慢性病病人，醫師可先以病人身分證號利用雲端醫療系統「因應天災及緊急醫療查詢作業」查詢過去的就醫資訊，專業評估病人目前餘藥量及病情是否穩定，則可選擇以電話方式問診，診療後於病歷上註明以電話方式進行診療及錄音留存，以確保品質及安全。</p> <p>二、有關會議資料第26~27頁，說明如下：</p> <p>(一)有關委員建議審慎評估協商預算之必要性，本署列入審慎研議。</p> <p>(二)有關各項政策，說明如下：</p>

委員意見	健保署回復
<p>濟環境不佳，民眾付費能力下降，110年雖已調漲保險費率至5.17%，但111年度整體健保財務仍然吃緊，對各總額部門及健保署之協商草案提出以下幾點看法：</p> <p>(一)建議各總額部門研提111年度協商草案時，宜審慎評估所提協商項目之必要性，並設定優先順序。</p> <p>(二)歷年投入預算之節流成效，應納入111年度總額協商考量：</p> <p>自106年起，健保總額投入相當多提升保險服務效率的預算，如分級醫療投入約299億元、健保雲端查詢系統投入約65億元、C型肝炎藥費投入約292億元。<u>請健保署預估上開政策投入後對效率提升及醫療費用之影響，並列入111年總額「醫療服務效率之提升」協商因素項下，或做為鼓勵提升醫療品質、擴增給付等用途之財源，以減輕調漲保費壓力。</u></p>	<p>1.健保雲端查詢系統：持續優化及推廣健保醫療資訊雲端查詢系統，提升醫療品質，減少不必要的醫療浪費，提升醫療服務及健保資源運用效率：</p> <p>(1)透過持續宣導推廣已有89.7%的病人在就醫或領藥時，醫事人員有查詢健保雲端查詢系統。估算103年至109年減少重複藥費近93.5億元；估計分享電腦斷層、磁振造影每月可為民眾節省約559萬元影像複製費，估算107年至109年減少重複檢查檢驗費用約10.0億點。使健保資源能更有效地運用，對於控制整體醫療支出及維持點值穩定亦有所助益。</p> <p>(2)為更貼近臨床人員需求，本署將持續針對優化及擴充雲端系統功能，提高雲端臨床實務之可用性及查詢效能，提升醫療品質及醫療服務效率。</p> <p>2.C型肝炎藥費：有關C肝病人治癒後所節省相關併發症衍生之醫療費用預估，衛生福利部C肝辦公室110年之評估結果如附件三之附件(第37頁)，提供各委員參考。</p> <p>3.分級醫療：本署援例配合健保會於協商前提報相關事項之執行成效(如:分級醫療、健保雲端查詢、C型肝炎等)，做為委員總額協商之參考。</p>
<p>侯委員俊良</p> <p>有關110年度各部門總額協定事項定期追蹤</p>	

委員意見	健保署回復
<p>辦理情形：</p> <p>一、我國糖尿病盛行率已經超過11%，患者人數已經超過230萬人，是造成慢性腎臟病的主要危險因子，辦理糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理照護計畫對提升病人的照顧及防止病情惡化，是十分重要的。請問此方案無法獲得共識的主要原因？若擬訂時程持續延宕該如何處理？</p> <p>二、健保署自101年開始推動急診品質改善方案，但十年來急診人次及急診醫療費用仍逐年增加，醫學中心急診壅塞的狀況也未見明顯改善。疫情下急診爆量，醫護人員遭遇前所未有的壓力，應藉此危機徹底檢討台灣的急診醫療。請問精進方案是否有初步的改善策略？各單位主要的分歧點為何？</p>	<p>一、有關糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理照護計畫，說明如下：</p> <p>(一)糖尿病及初期慢性腎臟病計畫，均各自實施多年，成效良好，為照顧兩項合併症患者，研議將兩計畫整合之可行性。</p> <p>(二)本署業經參考糖尿病方案、初期慢性腎臟病方案及社團法人中華民國糖尿病學會編印之「2019台灣糖尿病腎臟病臨床照護指引」，擬具糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理照護計畫草案，並據以草擬結果面品質獎勵指標後，於109年9月11日函請相關學協會提供品質指標之增修訂意見。</p> <p>(三)惟因各學協會回復意見分歧，如品質指標應以院所別或醫師別計算，或是否針對高齡病人設定不同達成門檻等尚有不同意見，且部分學會建議修改獎勵指標，爰本署已綜整各界意見，近期將召開討論會議凝聚共識。</p> <p>二、有關研議修訂急診品質改善方案，說明如下：</p> <p>(一)造成急診病人滯留原因眾多，例如病人之病況危急度、嚴重度、急診人力配置、病床調度、病房護病比、醫療服務量能等因素等。</p> <p>(二)查109年各層級別醫院整體急診留置超過24小時件數比率皆較108年下降，其中醫學中心及區域醫院急診檢傷分類1</p>

委員意見	健保署回復
	<p>至3級留置超過24小時比率，亦均較108年下降，惟其可能受疫情期間急診就醫人數下降影響，本署將持續監測急診壅塞相關指標。</p> <p>(三)另有關本署於109年8月至110年1月接獲社團法人台灣急診醫學會及國立臺灣大學醫學院附設醫院提出本方案修訂建議，如「急診處置效率進步獎增列當年度壅塞指標值較前一年下降50%者另給予獎勵」、「急診重大疾病新增於急診緊急插管（47031C）病人」等。本署已於109年11月23日及110年2月23日函請相關學協會提供意見，惟各學協會就前開2單位之建議事項回復尚有不同意見，如獎勵指標之建議目標值不同及是否新增其它品質指標等，爰本署刻正綜整各界意見，續將召開討論會凝聚共識，期能藉由以品質為導向之支付方案，提升急診品質，減緩急診壅塞情形。</p>
<p>千委員文男</p> <p>會議資料第28頁，有關支付標準的調整，醫界反映點值低，然點數調升，根本是反其道而行。</p>	<p>一、會議資料第28頁之醫院總額調升支付點數，係依健保會109年運用醫療服務成本指數改變率增加預算，優先用於急重難之支付標準調整，於110年7月1日生效實施。</p> <p>二、110年醫院總額已協定不運用醫療服務成本指數改變率增加預算來調整支付標準。</p>

## C 肝全口服新藥治療效益分析

民國 110 (2021) 年 5 月 10 日

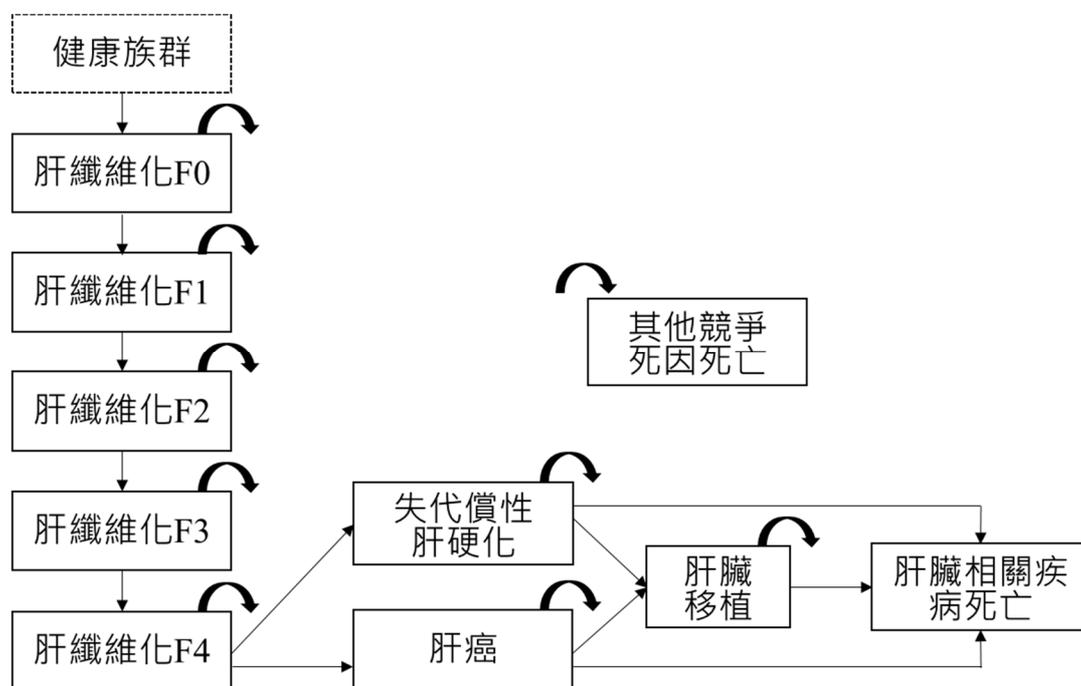
慢性 C 肝病人經由治療成功清除 C 肝病毒後，將可大幅延緩疾病進展的速度，減少 C 型肝炎併發症的發生，包括失代償性肝硬化、肝癌、肝病相關死亡等。依據臺灣過去研究指出[1]，尚未發展為肝硬化的慢性 C 肝病人成功清除 C 肝病毒後，未來發展為肝癌的風險較病毒未清除的病人下降 63% (95%信賴區間為 57%-78%)，而若治療前已發展為肝硬化的慢性 C 肝病人，在成功清除 C 肝病毒後，未來發展為肝癌的風險降低幅度較小，降為 46% (95%信賴區間為 8%-69%)，顯示愈早治療所得到的臨床療效愈大。治療慢性 C 肝病人的預期效益除了可減少包括失代償性肝硬化、肝癌、肝病相關死亡等 C 型肝炎併發症的發生及其衍生的生命年與健康生活品質損失外，還可減少 C 型肝炎併發症衍生之如治療失代償性肝硬化、肝癌及進行肝移植等的醫療費用，此外，還可降低將 C 肝病毒傳播給他人的機會，而降低感染 C 型肝炎的發生率及後續急性肝炎衍生的醫療費用及病人生命與生產力損失，整體減少感染 C 型肝炎對家庭與社會帶來的衝擊。

為了解「國家消除 C 肝政策綱領 2018-2025」所設定之目標——「2025 年 C 肝口服新藥治療人數達到 25 萬人」之預期效益，國家 C 型肝炎旗艦辦公室以慢性 C 型肝炎自然病史電腦模型 (圖一) 比較不同 C 型肝炎治療策略對 C 型肝炎相關併發症發生率及併發症衍生之生命年損失、生活品質調整生命年 (quality-adjusted life-years, QALYs) 損失、及醫療費用的影響，電腦模型中使用的參數值與來源請見表二。納入比較的策略情境除了國家政策綱領設定目標外，還包括另外二種策略作為比較之基礎，包括無治療策略與干擾素策略。三種策略歷年的治療人數如圖二，而各策略的內容說明如下 (表一)：

1. C 肝口服新藥策略 (國家政策綱領目標)：假設健保除過去二年 (2017-2018 年) 已以 C 肝口服新藥治療的病人數外，自 2020 年起治療人數預計提高至 5 萬多人，2021 年起治療人數略減，直到 2025 年達到 2017-2025 年累計約以 C 肝口服新藥 (DAA) 治療共 25 萬人的目標；
2. 干擾素策略：假設健保僅給付 C 肝病人干擾素/雷巴威林 (簡稱干擾素) 治療，其中每年治療人數依過去給付經驗假設為每年約 8,000 人，治療持續到 2030 年，期間 (2017-2030 年) 累計約以干擾素治療共 11.2 萬人；
3. 無治療策略：假設 C 肝病人自 2017 年起即未接受 C 肝病人口服新藥 (DAA) 或干擾素/雷巴威林治療。

表一、模擬三種策略情境之各年度治療人數

年度	情境	治療人數		
		國家政策綱領目標(DAA)	干擾素策略 (PR)	無治療 (No tx)
2017		9,538	8,000	0
2018		19,549	8,000	0
2019		45,800	8,000	0
2020		36,159	8,000	0
2021		46,577	8,000	0
2022		41,400	8,000	0
2023		20,000	8,000	0
2024		18,000	8,000	0
2025		12,977	8,000	0
2026		0	8,000	0
2027		0	8,000	0
2028		0	8,000	0
2029		0	8,000	0
2030		0	8,000	0
合計		250,000	112,000	0



圖一 慢性 C 型肝炎自然病史電腦模型

表二 慢性 C 型肝炎治療效益電腦模型之參數表

變項	參數值	參數來源與說明
<b>1. 自然病史相關參數</b>		
<b>(1) 2017 年時病人肝纖維化分布</b>		
肝纖維化 F0	8.99%	[1-5]
肝纖維化 F1	34.12%	
肝纖維化 F2	26.84%	
肝纖維化 F3	20.66%	
肝纖維化 F4	9.39%	
<b>(2) 轉移機率</b>		
C 型肝炎感染發生率(2016 年年底)	0.04%	臺灣血液基金會
C 型肝炎感染發生率(2017 年以後)	變動	假設發生率隨當時現存慢性 C 肝人數(感染源)變化等比例變動
感染後病毒血症發生率	65%	國家 C 型肝炎旗艦計畫辦公室 流行病學組專家意見
肝纖維化 F0→F1	0.1170	[2]
肝纖維化 F1→F2	0.0850	[2]
肝纖維化 F2→F3	0.1200	[2]
肝纖維化 F3→F4	0.1160	[2]
肝纖維化 F4→失代償性肝硬化	0.0722	[1, 3]
肝纖維化 F4→肝癌	0.0495	[1, 3]
肝纖維化 F4→肝病相關死亡	0.0454	[1, 3]
失代償性肝硬化→肝癌	0.0680	[4]
失代償性肝硬化→肝臟移植	0.0310	[6]
失代償性肝硬化→肝病相關死亡	0.2600	[7]
肝癌→肝臟移植	0.0400	[8]
肝癌→肝病相關死亡	0.2450	[9]
肝臟移植→肝病相關死亡	0.0760	[6]
其他競爭死因死亡率	0.56%- 3.87%	依臺灣地區生命表[5]，並假設 2017 年時世代平均年齡為 55 歲
<b>2. 治療療效相關參數</b>		
<b>(1) 治療後達持續性病毒反應率(SVR)</b>		
C 肝口服新藥 SVR 率 (考慮服藥配合度)	95.7%	依健保 2017 年至 2021 年 4 月 C 肝口服新藥治療實際 SVR 率 計算

變項	參數值	參數來源與說明
干擾素 SVR 率 (考慮服藥配合度)	69.8%	依國家 C 型肝炎旗艦計畫辦公室流行病學組專家意見，臺灣干擾素 SVR 率基因型第 1 型約 70%，第 2 型約 85%，再考慮約 10%病人中途放棄治療
<b>(2) 達 SVR 後肝病併發症風險降低比例</b>		
尚無肝硬化之病人	63%	[1]
肝硬化病人	46%	[1]
<b>3. 效用參數</b>		
健康族群至肝纖維化 F3	0.95	[10]
肝纖維化 F4	0.80	[10]
失代償性肝硬化	0.65	[10]
肝癌	0.50	[10]
肝臟移植第一年	0.65	[11]
肝臟移植第二年	0.65	假設
<b>4. 成本相關參數</b>		
失代償性肝硬化醫療費用	162,953	[12]
肝癌醫療費用	178,010	[12]
肝臟移植第一年醫療費用	1,508,326	[12]
肝臟移植第二年以後醫療費用	268,691	[12]

## 預期效益：

### C 型肝炎相關併發症衍生之生命年增加、生活品質調整生命年增加、醫療費用減少

本報告以政府觀點對不同治療策略下 C 型肝炎併發症衍生之生命年損失、生活品質調整生命年損失及治療失代償性肝硬化、肝癌及進行肝移植等的醫療費用進行比較。依國家 C 型肝炎旗艦辦公室建構之 C 型肝炎疾病自然病史進展電腦模式分析結果，C 肝口服新藥策略與其他二種治療策略的生命年損失、生活品質調整生命年損失及 C 肝相關併發症醫療費用節省比較分別列於表三至表五。

由表三，C 肝口服新藥策略相較於無治療策略，於 2030 年及 2040 年時分別累計可增加約 86,670 人年及 282,652 人年；C 肝口服新藥策略與每年治療 8,000 人的干擾素策略相較，於 2030 年及 2040 年時則分別累計可增加約 54,076 人年及 170,347 人年。隨追蹤時間愈長，節省的累計人年愈高，若再延伸至 2050 年時，C 肝口服新藥策略較無治療策略可增加 518,279 人年，較干擾素策略可增加約 332,827 人年。

在生活品質生命年的影響列於表四，C 肝口服新藥策略相較於無治療策略，於 2030 年、2040 年及 2050 年時分別累計可增加約 97,219 QALYs、299,174 QALYs、及 531,877 QALYs；C 肝口服新藥策略與每年治療 8,000 人的干擾素策略相較，於 2030 年、2040 年及 2050 年時則分別累計可增加約 61,001 QALYs、184,584 QALYs、及 348,470 QALYs。

由表五，C 肝口服新藥策略相較於無治療策略，在 C 肝相關併發症醫療費用上較無治療策略於 2030 年及 2040 年時分別節省約 134.4 億元及 302.1 億元；C 肝口服新藥策略與每年治療 8,000 人的干擾素策略相較，在 C 肝相關併發症醫療費用上於 2030 年及 2040 年時則分別節省約 77.8 億元及 173.9 億元。隨追蹤時間愈長，節省的累計醫療費用愈高，若再延伸至 2050 年時，C 肝口服新藥策略在 C 肝相關併發症醫療費用上較無治療策略可節省約 430.0 億元，較干擾素策略可節省約 276.8 億元。

## 結語

依據分析，若以 C 肝全口服新藥於 2025 年時治療 25 萬名 C 肝病人，相較於無治療策略，追蹤至 2030 年時預估可增加約 86,670 人年、97,219 QALYs、及節省約 134.4 億元 C 肝相關併發症醫療費用，以上效益隨追蹤時間延長而持續增加，至 2050 年時預估可增加約 518,279 人年、531,877 QALYs、節省約 430.0 億元 C 肝相關併發症醫療費用。

若與干擾素治療相比，C 肝全口服新藥治療策略追蹤至 2030 年時預估可增加約 54,076 人年、61,001 QALYs、及節省約 77.8 億元 C 肝相關併發症醫療費用，以上效益隨追蹤時間延長而持續增加，至 2050 年時預估可增加約 332,827 人年、348,470 QALYs、節省約 276.8 億元 C 肝相關併發症醫療費用。

表三 C 肝口服新藥策略與無治療策略及干擾素策略相較之 C 肝相關併發症衍生之潛在生命年增加 (LYs gained)

年度	C 肝口服新藥策略 與無治療策略相較		C 肝口服新藥策略 與干擾素策略相較	
	LYs gained/年	累計	LYs gained/年	累計
2017	66	66	43	43
2018	360	426	255	298
2019	1,004	1,364	718	973
2020	2,089	3,093	1,481	2,199
2021	3,695	5,785	2,585	4,067
2022	5,891	9,586	4,064	6,649
2023	8,721	14,612	5,930	9,994
2024	12,213	20,933	8,189	14,119
2025	16,382	28,595	10,834	19,023
2026	21,227	37,609	13,851	24,685
2027	26,734	47,961	17,216	31,066
2028	32,883	59,617	20,906	38,122
2029	39,653	72,536	24,900	45,806
2030	47,018	86,670	29,176	54,076
2031	54,952	101,970	33,733	62,909
2032	63,429	118,381	38,577	72,310
2033	72,420	135,849	43,721	82,299
2034	81,897	154,317	49,179	92,900
2035	91,829	173,726	54,961	104,140
2036	102,185	194,014	61,078	116,039
2037	112,933	215,119	67,533	128,610
2038	124,039	236,973	74,325	141,858
2039	135,468	259,508	81,451	155,776
2040	147,184	282,652	88,897	170,347
2041	159,148	306,332	96,649	185,546
2042	171,323	330,471	104,685	201,334
2043	183,670	354,993	112,982	217,667
2044	196,149	379,818	121,509	234,490
2045	208,719	404,868	130,235	251,743
2046	221,342	430,061	139,125	269,359
2047	233,978	455,321	148,143	287,268
2048	246,590	480,568	157,252	305,395
2049	259,139	505,729	166,414	323,665
2050	259,139	518,279	166,414	332,827

表四 C 肝口服新藥策略與無治療策略及干擾素策略相較之 C 肝相關併發症衍生之生活品質調整生命年增加(QALYs gained)

年度	C 肝口服新藥策略 與無治療策略相較		C 肝口服新藥策略 與干擾素策略相較	
	QALYs gained/年	累計	QALYs gained/年	累計
2017	111	111	69	69
2018	558	669	387	455
2019	1,441	1,999	1,010	1,396
2020	2,828	4,268	1,965	2,975
2021	4,797	7,625	3,297	5,262
2022	7,414	12,211	5,040	8,337
2023	10,708	18,123	7,198	12,238
2024	14,696	25,405	9,771	16,969
2025	19,383	34,080	12,749	22,520
2026	24,751	44,135	16,107	28,856
2027	30,777	55,528	19,817	35,924
2028	37,433	68,210	23,853	43,669
2029	44,693	82,126	28,191	52,043
2030	52,526	97,219	32,810	61,001
2031	60,904	113,430	37,718	70,528
2032	69,796	130,700	42,928	80,647
2033	79,171	148,966	48,452	91,380
2034	88,996	168,167	54,298	102,749
2035	99,239	188,235	60,473	114,771
2036	109,866	209,105	66,978	127,451
2037	120,840	230,706	73,811	140,789
2038	132,127	252,967	80,962	154,773
2039	143,688	275,815	88,420	169,382
2040	155,486	299,174	96,165	184,584
2041	167,482	322,968	104,176	200,341
2042	179,637	347,119	112,428	216,604
2043	191,912	371,549	120,891	233,318
2044	204,267	396,179	129,533	250,424
2045	216,665	420,932	138,322	267,855
2046	229,067	445,732	147,222	285,544
2047	241,436	470,503	156,198	303,420
2048	253,738	495,174	165,214	321,412
2049	265,939	519,676	174,235	339,449
2050	265,939	531,877	174,235	348,470

表五 C 肝口服新藥策略與無治療策略及干擾素策略相較之 C 肝相關併發症醫療費用節省(億元)

年度	C 肝口服新藥策略 與無治療策略相較		C 肝口服新藥策略 與干擾素策略相較	
	C 肝相關併發症 醫療費用節省	累計	C 肝相關併發症 醫療費用節省	累計
2017	0.3	0.3	0.2	0.2
2018	1.5	1.8	1.1	1.3
2019	3.4	5.2	2.5	3.7
2020	5.2	10.4	3.7	7.4
2021	6.9	17.3	4.6	12.0
2022	8.5	25.8	5.6	17.6
2023	10.1	35.9	6.4	24.0
2024	11.4	47.3	7.0	31.0
2025	12.6	59.9	7.5	38.4
2026	13.6	73.5	7.8	46.2
2027	14.4	87.9	7.9	54.1
2028	15.0	102.9	7.9	62.0
2029	15.5	118.4	7.9	70.0
2030	16.0	134.4	7.8	77.8
2031	16.3	150.7	7.8	85.6
2032	16.6	167.3	8.0	93.7
2033	16.8	184.1	8.4	102.1
2034	17.0	201.1	8.9	111.0
2035	17.1	218.2	9.4	120.4
2036	17.1	235.2	9.9	130.2
2037	17.0	252.3	10.4	140.6
2038	16.9	269.1	10.8	151.4
2039	16.6	285.7	11.1	162.5
2040	16.3	302.1	11.4	173.9
2041	15.9	318.0	11.5	185.4
2042	15.4	333.4	11.5	196.9
2043	14.8	348.2	11.4	208.3
2044	14.2	362.3	11.2	219.5
2045	13.4	375.8	10.9	230.4
2046	12.6	388.3	10.4	240.8
2047	11.7	400.1	9.9	250.7
2048	10.8	410.9	9.3	260.0
2049	9.8	420.7	8.6	268.6
2050	9.3	430.0	8.2	276.8

參考資料

1. Lee, M.H., et al., *Clinical Efficacy and Post-Treatment Seromarkers Associated with the Risk of Hepatocellular Carcinoma among Chronic Hepatitis C Patients*. Sci Rep, 2017. **7**(1): p. 3718.
2. 陳義隆, 盧勝男, and 吳正禮, *B 型及 C 型肝炎盛行鄉內各村之間的盛行率差異：高雄縣梓官鄉之社區研究*. 中華公共衛生雜誌, 1999. **18**(5): p. 313-318.
3. Yu, M.L., et al., *High hepatitis B virus surface antigen levels and favorable interleukin 28B genotype predict spontaneous hepatitis C virus clearance in uremic patients*. J Hepatol, 2014. **60**(2): p. 253-9.
4. Yu, M.L., et al., *The genotypes of hepatitis C virus in patients with chronic hepatitis C virus infection in southern Taiwan*. The Kaohsiung journal of medical sciences, 1996. **12**(11): p. 605-612.
5. *105 年簡易生命表*, 中華民國內政部統計處, Editor. 2017.
6. Lee, C.M., et al., *Hepatitis C virus genotypes in southern Taiwan: prevalence and clinical implications*. Trans R Soc Trop Med Hyg, 2006. **100**(8): p. 767-74.
7. Kao, J.H., et al., *Genotypes of hepatitis C virus in Taiwan and the progression of liver disease*. J Clin Gastroenterol, 1995. **21**(3): p. 233-7.
8. Chang, S.J., et al., *Risk factors of hepatitis C virus infection in a Taiwanese aboriginal community*. Kaohsiung J Med Sci, 1996. **12**(4): p. 241-7.
9. Yu, M.L., et al., *Rapid virological response and treatment duration for chronic hepatitis C genotype 1 patients: a randomized trial*. Hepatology, 2008. **47**(6): p. 1884-93.
10. Pwu, R.F. and K.A. Chan, *Cost-effectiveness analysis of interferon-alpha therapy in the treatment of chronic hepatitis B in Taiwan*. J Formos Med Assoc, 2002. **101**(9): p. 632-41.
11. Hsu, P.C., et al., *Health utilities and psychometric quality of life in patients with early- and late-stage hepatitis C virus infection*. J Gastroenterol Hepatol, 2012. **27**(1): p. 149-57.
12. Tang, C.H., et al., *Mortality and medical costs associated with liver-related diseases among patients with hepatitis C virus (HCV) infection in Taiwan*. Value in Health, 2013. **16**(7): p. A495.

參、報告事項第一案「中央健康保險署「110年6月份全民健康保險業務執行報告」」與會人員發言實錄

(委員會前書面意見及相關單位回復如附件四，詳第57~59頁)

同仁宣讀

周主任委員麗芳

有關健保署的業務執行報告，委員已於會前提出一些書面意見，健保署也有初步回應，不知道針對健保署回應的內容，是否還有委員要提出詢問？請李永振委員。

李委員永振

雖然我沒有提出書面意見，但我有1點請教跟3點建議：

一、請參閱健保署6月份業務執行報告第9頁，倒數第4行有提到，今年5月醫療費用成長13.37%，主要係因去年同期受新冠肺炎疫情影響，院所申報量減少所致。意思是去年分母比較小，所以成長13.37%。但各位都知道今年5月份疫情應該比去年同期更加嚴峻才對，這一段說明令我不解，請教健保署。

二、3點建議如下：

(一)從上次會議到今天的會議都有提到，健保總額預算、新冠肺炎治療費用及政府紓困預算三者時常被混在一起討論，好像連體嬰一樣，如果沒有加以釐清，協商時將會是一場混戰，這樣不好。請參閱健保署6月份業務執行報告第10頁，109年保險給付成長率為5.9%，今年上半年成長率是4.46%，健保署在備註5(2)中提到，如排除相關影響因素使修正基礎相同，今年上半年成長率為4.94%，已將近5%。各位應該都很清楚總額預算是照相關計畫執行，給付成長率其實滿高的。剛才李署長伯璋有提到新冠肺炎治療費用是以特別預算支應，是否能請健保署整理相關資料，因為這也算是醫療院所的另一種收入，還有醫療紓困的部分也應另外加以考量，是否能請健保署在下次委員會議提報相關資料讓委員了解，對於9月份總額協商應該會有所幫助。

(二)請參閱健保署 6 月份業務執行報告第 10 頁呆帳的相關資料，107~109 年呆帳成長率分別為 13.84%、4.01%、6.43%，今年上半年成長率為 6.16%，我把這些數據通算一下，107~109 年 3 年成長了 26%，如果今年全年成長率也是用上半年的方式推估，大概 4 年會成長到 33.8%，這樣的複利成長是相當嚇人，是不是應該加以考量及分析，不然呆帳會成為高度成長的負擔，甚至比保險給付成長率還高。健保署在備註 5(3)中提到，呆帳成長與今年費率調漲有關，照趨勢明年可能費率還會調漲，那要怎麼辦？

(三)請參閱健保署 6 月份業務執行報告第 20 頁，備註 3 提到，今年上半年資金運用收益為 0.35%，經我查閱去年上半年資金運用收益為 0.63%，它的主要差異是本年度沒有配置公司債這個資產，整個收益只剩下快一半，但我們的可運用資金是在遞減，在資金遞減的情況下有一些投資項目必須去捨掉，所以選擇投資項目應該是一個關鍵，健保署是否可深入在這個方向去研議，投資金額應該還會再減少，但是健保署應做整體考量，才能達到收益最佳化的狀況。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

抱歉，我舉手主要是想詢問報告事項第二案，本案我先不發言。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

我在會前書面意見提了 2 點意見，但針對健保署的回復還是有幾點詢問：

一、有關虛擬健保卡的部分，目前在健保快易通 APP(Mobile Application 之簡稱，手機應用程式)上雖有非常多要加入試辦的醫療院所，但目前點進去都是空的。雖然健保署回復是根據

健保法第 16 條第 1 項，把虛擬健保卡認定為一種具電子資料處理功能之健保卡，但健保卡的製卡其實是有 1 個法規來規範，即全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法，這個辦法中的所有條文都不是針對虛擬健保卡來訂定。因此，如果健保署要試辦虛擬健保卡，不是先試辦了再修改法規，虛擬健保卡不是只有資安防護這點要嚴格看待，還牽涉很多個資問題，製發其他形式的健保卡都應該受全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法規範。若要製發虛擬健保卡，或是應用虛擬健保卡，都應該先完備法規再做，而不是做完再去完備法規。另根據健保署回復資料，虛擬健保卡適用範圍包括：遠距醫療、居家醫療及居家隔離檢疫及擴大視訊診療，我想請教因應疫情第三級警戒而開放的視訊診療或是電話通訊診療，是否已適用虛擬健保卡？還是還沒有？因為看我從健保快易通 APP 上面的試辦醫療院所點進去，都還沒有相關資料。

二、我在書面意見有詢問健保署 6 月份業務執行報告第 34~35 頁，有關新藥、新特材各有 1 項是因為廠商不同意價格不願意供貨的問題，謝謝健保署詳細的說明，其中有 1 個特材已經在 6 月要納入給付，我的疑問是這些因為廠商不同意價格的部分，是否廠商一直不同意，民眾就必需一直自費？健保署回復自費不是健保署管的，但是如果我們一直沒辦法跟廠商議價成功，或是廠商刻意一直不同意議價，當然也可能是健保署的價格確實讓廠商無法接受，會讓病人一直處於自費的狀態，那在「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」(簡稱藥物共擬會議)的審查就沒有產生實質效果，應該要有解決方案，不是廠商一直不肯同意，我們就都不理會，這樣藥物共擬會議的審查效益就沒有實質嘉惠到被保險人。

三、另外有 1 個意見健保署並沒有回復，目前有非常多植入性醫材，在其他國家、台灣都已經發生一些案例讓病人有併發症或癌症的副作用，國內使用很多新興植入性醫材，我看到有一些，如：經導管置換瓣膜套組(Transcatheter Aortic Valve

Implantation, TAVI)就有追蹤系統，我要請問這些植入物，健保署有無跟食藥署合作，或是健保署在審核通過時，有無要求廠商或醫院應建立病人的追蹤系統，透過此追蹤系統，來建立病人 ADR(Adverse Drug Reactions Reporting System, 藥物不良反應通報系統)，做為將來產品是否要退出市場，或是及早發現產品併發症、副作用，來為病人安全把關，但這部分健保署沒有回復，請健保署補充。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

主席、各位委員、署長、副署長大家好。我在這裡提出幾點意見：

一、110年6月份全民健康保險業務執行報告第16頁「三、安全準備」(一)110年度截至6月底，保險收支淨短絀數10.44億元，依法收回安全準備填補短絀，收回後安全準備餘額為1,080.92億，折合約1.83個月保險給付」，但(二)「截至110年6月底，本保險準備金餘額為925.25億元」，為何這2個數字差距這麼大？

二、李委員永振提到，業務執行報告第20頁資金運用收益0.35%，非常低，現在不論是勞工退休基金、公務人員退休撫卹基金，收益起碼都有3%，私校退撫儲金達到5、6%，健保資金運用收益只有0.35%，和其他基金的操作效益會不會差距太大？

三、剛才滕委員西華提到醫材方面的議題，我們也可以思考一下，經過這次疫情可發現，民間團體購買醫材價格都比公務部門採購價低很多，實際情形如何，是否可從不同面向做有效思考，供署長參考。

周主任委員麗芳

請卓委員俊雄。

卓委員俊雄

主席，各位委員，因為時間關係，我不一一問候。

周主任委員麗芳

卓委員您的聲音很小，麥克風可以再開大聲一點。

卓委員俊雄

- 一、聲音很小嗎？這樣可以聽到嗎？(周主任委員麗芳：可以，但還是很小喔！)我盡量啦，因為我已經靠到電腦最前面了。
- 二、我並不是針對報告內容提問，我是要提出 1 個想法，最近關於新冠肺炎疫苗注射所產生的掛號費用問題，我有跟健保會相關同仁聯繫過，也了解有關疫苗注射並不是健保法規定健保給付的項目，但我認為這次疫苗注射是攸關全民公共健康 1 個非常大的議題，針對本議題，本會能否做些甚麼？這是我在一直思考的。
- 三、我也希望健保署如果想到一些好方法，需要本會支持的話，我本人願意連署，或是進行提案。

周主任委員麗芳

感謝卓委員俊雄意見，對於新冠肺炎疫情，我想沒有 1 個人是旁觀者，大家都願意出 1 份心力，請陳委員秀熙發言。

陳委員秀熙

- 一、主席、各位委員大家好，我想針對這次健保署報告中提到成果面指標，我認為這是很好的開端，也是多年來我們的期盼，實證醫學如何作為調整前面委員所提到的醫療費用點數及點值之間的差異，併入將來可以計算的標準，值得繼續努力。
  - (一)在此跟大家報告它的重要性，現在整個健保裡面，有些費用與早期發現以及公共衛生手段是否於前端介入有關，民眾若遵守衛教、戒菸，這些介入會不會使整個慢性病、癌症發生率下降？甚至如果民眾早期發現病灶、醫院做更多疾病早期偵測的工作後，讓國人死亡率下降，這些該如何反應在醫院的醫療費用的點數、點值上呢？像剛才李署長伯璋所報告，今天為什麼在點數及點值間有那麼大差異，老實講，西方國家在很多總額或給付，很早就把結果面指

標、實證醫學科學的證據放進去，我是覺得，如此一來民眾也有很多好處，民眾端可以因為得到這些好的衛教、生活行為改善，除了身體變健康，也可以節省醫療費用，這些應該也可以反映在消費者在付費上的調整。

(二)對於醫院，如何提高它用結果面指標來修正醫療服務量、點數點值之間的差距，舉例來說，現在很多醫院執行癌症篩檢，但還有許多醫院並不是國健署的癌症認證醫院，這些年經過健保署、國健署、衛福部輔導後，癌症認證醫院才慢慢增加，之所以能夠找出問題，也是靠不同疾病患者存活率之間的差異，來進行改善。我覺得對於前面講的這些如何能夠真的精算、反映到最後的結果，需要更細緻的規劃，很多事情如果只看結構、過程面，是否可以真的反應結果？就像何委員語說他吃很多顆藥，他跟醫生反應這樣的情況，之後是不是結果就改善了？這些都是實證醫學的範圍，我很高興健保署能開始進行。

(三)我知道這些都很困難，有時候也不是健保署單獨能完成，我認為西醫基層、中醫、牙醫、醫院都應該往這個方向協助民眾、消費者，推動所謂的結果面加上結構跟過程面指標，整體綜合起來反應才會比較合理，我看到各類委員都有提出意見，建議每個疾病都該往這個方向推動，從公共衛生三段五級的初段預防到末段治療應該有1個很完整的圖譜。其實政府單位也有很多計畫鼓勵醫療院所提升品質，包括過去的家醫醫療群、基層醫療診所等，我也都非常肯定。如果今天不能一次到位，是否鼓勵在品保款中增加新項目，朝這個方向做出典範，讓四個總額部門一同努力，我非常肯定健保署往這個方向邁進。

二、因為 COVID-19 疫情，自從三級警戒之後，已經觀察到癌症病人早期就診率都降到非常低，我們會擔心未來慢性病癌症三期、四期的病人會增加，我認為在今年總額協商時，對於 COVID-19 風險評估，每個總額部門如何做到平衡，哪些是基

本照護(essential care)、哪些是可降載的項目，這些都會影響到談判的基準，一定要跟健保署同心協力做好，不然協商過程中，一定會因為疫情關係有不同看法，我認為這很重要。今年是 COVID-19 總額協商年，包括目前基層診所都在協助打疫苗，基層診所跟地區醫院、區域醫院及醫學中心都有不同的責任，一定要預先準備與 COVID-19 影響的相關資料，以幫助凝聚協商共識，國外很多相關研究，早就把 guideline(指引)做得很清楚，哪些是基本服務不能動、哪些是降載項目，這部分我相信都可以著手進行。

三、最後，通訊(視訊跟電話)診察，我覺得應該用另外 1 個名稱，比較尊重醫療供給者，就是 telemedicine(遠距醫療)，我們要以 telemedicine 的方式來思考視訊與電話診察，健保署早有初步規劃，無論電話或視訊，對沒有辦法就診的精神病患者都有很大的幫助，COVID-19 疫情對精神病患者影響其實很大，只是我們沒有時間來討論這些議題，以上 3 點建議。

周主任委員麗芳

非常感謝陳委員秀熙特別提醒今年是很特別的 1 個協商年，是 COVID-19 的協商年，所以協商過程中也要思考到新冠肺炎所帶來的影響，無論是民眾就醫型態或醫療供給型態的改變，希望我們納入參考，請干委員文男。

干委員文男

一、主席，各位委員，署長也在現場，我非常擔心我們財務的問題。剛剛李委員永振提到呆帳成長，但不單只是呆帳成長，今年這個月現金收入就少了 10 億多元，對健保財務影響很大，也特別跟各位報告，我在基層工會發現很多會員都有繳費上的困難，雖然政府有補助，但還是有很多會員繳不出來，因為各行各業都深受疫情衝擊，這是第 1 個問題。

二、在健保業務中，雲端藥歷系統的建置產生很大的效益，也提高健保的知名度，但是我沒有看到對推動雲端藥歷相關單位的鼓

勵，以前還會看對雲端藥歷的精進或鼓勵，前年就沒有了，到今年也還沒看到，以上請署長多考慮，謝謝。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

主席、各位委員以及各位長官早安，針對剛剛一些問題發表個人意見。

- 一、很讚許何委員語能針對自己用藥與醫師進行討論後減少藥量。我在臨床實務工作時，或從雲端藥歷系統、或幫病人施打新冠肺炎疫苗，得知很多病人，尤其多重慢性病患者，事實上領的藥品沒有完全自己服用，我都會規勸這些患者必須跟他的醫師做適當溝通，若有不必要的藥，就請醫師不要再開了。雲端藥歷重複用藥扣款機制實施很久，都是由院所承擔重複用藥的費用，我之前曾向健保署建議，是否針對重複用藥達一定金額或比例的個案，適度以書面提醒「某某君您在不同院所用藥重複性達到多少，是否應該跟你的醫師妥善溝通，減少不必要用藥，以避免造成不必要的傷害」，這是第 1 個建議。
- 二、有關節省費用是否應列為總額的減項，大家都知道這 2 年醫療耗用是被疫情扭曲後的結果，109 年、110 年醫療利用都不能反應民眾真正的醫療需求，因此新冠肺炎紓困方案都以 108 年為基礎值，這 2 年並不適合談以節流金額來扣減基期。民眾不出門、戴口罩等自我防護的結果，造成急性、慢性、上呼吸道感染相關疾病的減少，但另一方面，跟各位委員報告，包括精神病跟皮膚科，尤其近期因為疫情嚴峻、施打疫苗之後副作用衍生的問題，我們不斷接到諮詢電話，也因為社會大眾焦慮恐慌，精神科、家醫科這幾個月焦慮失眠的個案都有明顯增加。
- 三、有關滕委員西華剛才提到的新藥「福星定膜衣錠」廠商不願意供貨的問題，我剛好也是藥物共擬會議委員之一，這是一種 PPI 藥物(氫離子幫浦阻斷劑，Proton Pump Inhibitor，簡稱為

PPI)，比較有名的藥品叫做耐適恩(NEXIUM)，算是有效的胃藥，目前 40mg 規格之健保給付價是每錠 6.5 元，目前健保給付 PPI 藥品，原廠及台廠用藥共幾十種，最貴的是與「福星定膜衣錠」同藥廠的另外 1 種藥叫做「泰克胃通(TAKEPRON)」，目前 30mg 規格健保給付價大概是 11.5 元，但是「福星定膜衣錠」申請的健保給付價是 10mg 每粒 36.8 元、20mg 每粒 55 元，價格比同性質藥品高上數倍，藥物共擬會議委員認為廠商提出的藥價跟藥物的品質，與現在健保給付藥品價格差距太大，因為藥廠採定錨策略，它必須在台灣健保訂出相對高的給付價，以方便在國際爭取比較高的給付。但誠如委員所提，健保財源有限，尤其新藥預算有限，我們不可能因為這樣的用藥排擠其他用藥的給付，所以該次會議不通過。至於委員擔心民眾需要自費的部分，請委員放心，目前包括耐適恩，民眾在藥局以自費購買也很便宜，現在健保給付價才 6.5 元，該次會議中並建議健保署，以後針對耐適恩這種高 CP 值(性價比，price-performance ratio，俗稱 CP 值)的藥品，不需要胃鏡檢查就能給付用於第一線治療，以嘉惠所有被保險人，報告到這裡。

周主任委員麗芳

謝謝黃委員振國。最後 1 位李委員麗珍發言後，接著請健保署回應。

李委員麗珍

大家好，我是李麗珍，有關業務執行報告第 20 頁，有關各項資金投資組合中附賣回交易票、債券的內容，想請問我們可以知道附賣回交易票、債券的細項嗎？依我的專業，剛剛也有委員提到私校退撫基金在操作後獲得高額收益，這個基金從開始到現在我都或多或少有參與，該基金會在股市不好時入市，在股市很好時，政府會要求它離開股市，在此過程中獲取利差，因為基金規模近千億元，因此可獲得很高的收益。我想相關投資收益可以彌補健保基金的不

足，所以是不是可以在這方面多加著墨，謝謝。

周主任委員麗芳

謝謝李委員麗珍提供專業意見，請李署長伯璋跟大家說明，謝謝。

李署長伯璋

- 一、各位委員建議我都有聽到，但說實在有一些事情不是一蹴可幾，尤其李委員永振，您也辛苦了，總是給我們寶貴的建議，我個人的專業沒有那麼廣泛，有時候也許不是一下就能到位，請多多包涵。
- 二、滕委員西華提到有關虛擬健保卡的建議，目前還在試辦階段，本署認為虛擬健保卡在某些情境下有其意義，您所提到的個人資料保護相關議題，我們會特別留意、處理。
- 三、非常感謝陳委員秀熙的鼓勵，我常在電視上看到您談論 COVID-19 相關議題，提出的論述都非常有見地，帶給國人很好的觀念。
- 四、干委員文男提到基隆醫院的問題，我也當過醫院院長，說實在有時候當院長也真的很辛苦，遇到醫院營運收入不佳時，會碰到一些特殊的狀況，我想遇到比較困難的狀況還是要勇敢面對。
- 五、回應李委員麗珍，最近本署主計室主任離職，所以我要重簽帳戶變更文件，都不知道簽了多少張。在健保基金的管理上，我們都很小心，有一些項目的投資報酬率比較高當然是很好，但同仁也不想造成公款流失，就不好交代，若委員有興趣可以多提供指導，但前提是要穩賺不賠。

周主任委員麗芳

本案洽悉，委員所提意見送請健保署回復說明，讓健保署有時間蒐集資料後再回復。接下來進行報告事項第二案。

李委員永振會後書面意見

- 一、依據 110 年 6 月份業務執行報告第 9 頁(表 4 全民健保財務資金流量分析表)，110 年 6 月現金基礎下的醫療費用高達 908.63 億

元，相較於 110 年 4、5 月高出 300 多億元，相較 105~109 年 6 月數據，亦超出 200~400 多億元，雖在註釋第 8 點有提供相關說明，仍請健保署對此數據提供以下說明：

- (一)請比照表 5-1 全民健保財務收支分析表(權責基礎)之註釋 5，計算 110 年 6 月醫療費用排除影響因素後之金額與成長率。
- (二)110 年 6 月醫療費用 908.63 億元，是否包括代疾管署墊付之醫療費用。

二、健保署在本會 110 年 6 月份委員會議提到將保障所有醫院一般服務至 108 年同期至 9 成收入，然，在業務執行報告第 9 頁表 4 提到是給付 8 成，請問保障收入由 9 成降至 8 成之原因為何？

附件四 委員會前書面意見及相關單位回復

委員意見	健保署回復
<p>滕委員西華</p> <p>一、健保快易通 APP 上有「虛擬健保卡」，請問虛擬健保卡之法源依據為何？如何進行資安防護？</p>	<p>一、有關虛擬健保卡，說明如下：</p> <p>(一)法源依據：</p> <p>1.依全民健康保險法第16條規定，本署得製發具電子資料處理功能之健保卡，用以存取及傳送保險對象接受健保醫療服務相關資料，並定有保險憑證製發及存取資料管理辦法。因應行動智慧化需求及民眾多元就醫選擇，本署發行虛擬健保卡，讓保險對象得將健保卡綁定於手機，更便利民眾就醫。</p> <p>2.目前虛擬健保卡計畫，係於試辦階段，其場域僅限於「遠距醫療」、「居家醫療」、「居家隔離檢疫及擴大視訊診療」等3種場域，讓民眾接受虛擬健保卡試辦醫療院所提供前開醫療服務時，即可使用虛擬健保卡就醫，後續本署將配合虛擬健保卡計畫之試辦情形，檢討修正相關法規。</p> <p>(二)資安防護：</p> <p>虛擬健保卡係以行動裝置認證綁定的方式提供民眾在實體健保卡外另一種就醫模式，其資安防護從前端的 QR-Code、資料的傳輸及儲存皆有加密處理。本署依「資通安全責任等級分級辦法」為 A 級之公務機關，故已依法完成資安防護之應辦事項(包括管理面、技術面及認知與訓練)，有關「虛擬健保卡」與「實體健保卡」皆屬</p>

委員意見	健保署回復
<p>二、業務執行報告第34~35頁，關於新藥及新特材：</p> <p>(一)新藥與特材均有一項因廠商不同意價格而不願意供貨，請問這兩項產品目前都是自費中嗎？另，健保署有無其他議價計畫？</p> <p>(二)醫療科技發展快速，但上市後副作用才更加明朗，許多國家都出現植入物多年後導致嚴重損傷病人健康的情況。新興科技屬植入性特材者，健保署應要求廠商或特約院所建立病人長期追蹤系統，以便了解上市後的病人情況，必要時應與食藥署合作，並定期公告結果。</p>	<p>於本署核心之「健保卡系統」，故其系統防護皆符合「資通系統防護基準」的高等級需求及控制措施。</p> <p>二、有關業務執行報告第34~35頁，說明如下：</p> <p>(一)新藥：</p> <p>「福星定膜衣錠 Vocinti film-coated tablets 10mg 及20mg」經109年12月藥品共擬會議討論，其療效及安全性與健保已收載用於治療消化性潰瘍與逆流性食道炎之氫離子幫浦阻斷劑具有不劣性，惟廠商建議支付價換算之療程藥費，較目前已給付之同類藥品高出數倍，故會議結論以不對總額點值衝擊過大為前提，調降建議支付價及提供風險分擔方案後再議。後續廠商未同意調降價格，亦未提出新方案，依程序業以結案處理，尚待廠商再提建議，目前無議價計畫。另自費市場之供應非本署業管範圍。</p> <p>(二)新特材：</p> <p>1. 「"貝克"食道置放器」經109年9月特材共擬會議討論，同意以創新功能特材納入健保給付，以22,301點暫予支付。惟廠商不同意以核定價格供貨。後續廠商檢附成本分析資料提出申復。經110年3月份特材共擬會議討論，考量本案特材具臨床必要性且臨床無類似品可用，爰依據廠商提供成本分析資料重新計算校正，調整支付點數，以29,886點暫予支付，廠</p>

委員意見	健保署回復
	<p>商亦同意於110年6月1日納入健保給付。</p> <p>2.本署針對新醫療科技及高醫療費用產品，例如 TAVI、長效型心室輔助器(VAD)及深層腦部刺激器(DBS)等，皆已建立個案登錄系統，於臨床使用後蒐集 real world data 並監控新特材效益，作為後續再評估之參考，以確保健保給付效益及維護病人安全。</p>
<p>干委員文男</p> <p>7/15據聯合報報導，部立基隆醫院醫師投訴：疫情以來「薪水被砍15%」，並可能造成醫護離職潮，請署長費心關注此事，切勿影響民眾就醫的權益。</p>	<p>一、部立基隆醫院為傳染病指定隔離醫院及應變醫院，經啟動後，衛生福利部疾病管制署會依傳染病防治醫療網作業辦法辦理補助。</p> <p>二、依據前述作業辦法第13條規定略以，隔離醫院依規定啟動收治傳染病病人致影響營運時，中央主管機關得補助其與前一未被啟動年同期全民健康保險醫療費用總費用之差額；補助期間以啟動當月起至啟動解除當月後3個月為止。</p>

肆、報告事項第二案「家庭醫師整合性照護計畫執行情形與成效檢討  
(含強化執行面監督與退場機制及納入更多結果面成效指標)」與  
會人員發言實錄

(委員會前書面意見及相關單位回復如附件五，詳第 78~83 頁)

同仁宣讀

健保署張科長作貞報告：略。

周主任委員麗芳

好，謝謝健保署張科長鉅細靡遺的報告。

張科長作貞

稍等一下，還有下一頁。

李署長伯璋

- 一、我跟各位委員補充報告，我一直覺得分級醫療非常重要，對一般民眾來說，醫學中心、區域醫院提供的急重難症服務是需要的，但提供民眾日常健康照顧的基層醫療也很重要，雖然我們國家還有國健署，但健保署的角色也舉足輕重，目前在執行的家醫計畫雖然也做了很多，包含張科長作貞提到很多的內容與指標，陳委員秀熙也有提到結果面指標也是很重，健保署長期都是這樣埋頭苦幹，報告中有看到指標結果，也獲得會員高度的滿意度，但我內心深處還是覺得需要做相關的管理。接下來這部分，是我另外拜託同仁整理，目前特約診所共 1 萬多家，53%有參加家醫計畫，47%沒有參加，有參加家醫計畫的診所中，又有 57%診所有參加相關的醫療給付改善方案，我希望未來能慢慢整合，同 1 個病人可能重複參加多個給付改善方案，有無以病人為中心進行整合、如何讓民眾真正獲得完整的照護，都可以再加以檢討。
- 二、請看到今天補充的第 2 張簡報，可以看到參與計畫的人數，台灣有約 2,300 萬人口，針對各項給付改善方案等健保署都有給付相關費用，而部分家醫群也將病人照顧的很好，這裡向各位委員說明，我們已經開始進行相關數據分析。

三、請看到今天補充的第 3 張簡報，剛才也有提到，在滿意度調查部分，過往主要是由分區同仁電話調查，耗費不少人力與時間，考量目前健康存摺推動有成，迄今已有 6 百萬人使用，健保快易通使用人數也達 1 千 1 百萬人，因此新增家醫計畫滿意度調查問卷，讓民眾除了透過健康存摺做自我健康照顧，並可以回復家醫計畫滿意度意見，透過這樣方式，既有效又能直接回饋意見，才知道未來管理、改善的方向。

周主任委員麗芳

非常感謝李署長伯璋針對家醫計畫的補充說明，這個計畫可以說是健保署及目前國內健康醫療制度中非常重要的 1 個計畫，本案已提出書面意見的委員包含陳委員石池、滕委員西華、李委員永振、侯委員俊良、林委員恩豪及干委員文男，現在先邀請口頭提問的委員，請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

一、主席、各位先進大家好，「家庭醫師整合性照護計畫」從 2003 年公布試辦至今已 18 年，經費也從 6.1 億元增加到 35 億元，約將近 6 倍，至 109 年總共投入 239.5 億元。本計畫可以說承載許多基層醫師的熱情、使命感，同時也是我們落實健保法第 44 條、建立家庭責任醫師的 1 個重要方案，但今天健保署報告，即使新增 3 張簡報，以 1 個 35 億元的大計畫來說，用 15 張簡報簡單報告，確實不夠。尤其在問題檢討上，雖然健保署有計畫修訂重點，也有調整指標項目，但目前多以輸出 (outputs, 如人次) 呈現計畫成效，這些數字也看不出計畫的執行品質與促成的制度改變，尤其是計畫評核指標中未達標部分都沒有加以說明，也沒有交代策進作為。

二、過去評核委員意見中，有很多專業建議，卻都沒有在本次報告中加以回應或有所精進，令人遺憾。例如，家醫計畫設置「24 小時諮詢專線」的目的是要減少急診與不必要的就醫，但從健保署提供的數據顯示，實際接聽量換算下來 1 百個會員中，大

概不到 1 個曾經使用該諮詢專線，除此之外，評核委員也提到主動電訪次數不多。除了專線使用率低外，這些數據應該有更進一步分析與解讀，建議可以從潛在可避免急診、可避免住院案件的會員中，與來電諮詢的會員資料相互勾稽、比對，了解哪些會員是「可諮詢而未諮詢」的，再進一步了解他沒有使用電話或是沒有使用基層門診諮詢的原因。

- 三、根據該計畫，健保署分區業務組要針對 24 小時諮詢專線的接聽品質去評分，看起來應該有評分結果與分析報告，但健保署卻沒有提供相關資料。醫改會在 2016 年曾做過質性調查，隨機抽樣六都有加入計畫的 62 家診所進行神秘客調查，發現諮詢專線存在品質問題，如直接告訴民眾到醫院急診、不清楚假日在群內何處可看診，完全與計畫目的背道而馳。因此，我們認為諮詢專線有必要進一步檢討，以找到核心問題。
- 四、計畫評核指標部分，今天報告中只提供 109 年的資料，但從醫改會整理近 3 年的資料可發現，未達標的指標，至少從 107 年開始就沒有達標。理論上，當看到指標未達標時就須檢討，並據以進行滾動式的修正。健保署在 107 年至 111 年確實有進行計畫修正，這些修正也有其意義，但是這些修正都沒針對未達標的「會員急診率」、「潛在可避免急診率(每十萬人潛在可避免急診數)」及「可避免住院率(每十萬人可避免住院數)」等指標對症下藥。
- 五、我們想知道執行上有什麼問題？是否有些條件沒有到位？供給端是否誘因不足，是否做越多獎勵點值越低？在需求端方面，從民眾角度來說，為何不透過社區醫療群轉診，原因在哪裡？有些現象我們觀察到，部分民眾，如慢性病人，可能有動不動就衝急診的習慣，請問要如何處理及因應對策，引導其回到基層就醫，以落實家醫計畫宗旨？醫療群是志願參加，醫改會也注意到健保署有用心，以政策引導醫療群往偏鄉發展，但仍需進一步看各縣市鄉鎮，尤其是需要照護族群較多的地區分布涵蓋率，需求與供給之間的契合度如何？

六、再來是「轉診」，是這個計畫的關鍵之一，目前資訊僅呈現雙向轉診率，那上下轉的狀況分別如何呢？尤其是下轉的比例與實際情形呢？合作醫院有無將狀況穩定的下轉給基層診所照顧？這些在這個計畫中都沒看到答復。

七、最後，我參加了幾次會議，看到很重要的方案，健保署報告時都只用幾張投影片簡單呈現，若不是健保會同仁再摘要整理，多數付費者代表實難以快速瞭解內容。建議未來健保署報告不要只有簡單的投影片，應該還要有文字說明，委員都非常用心參與，也請主管機關與執行單位針對問題具體回復，以落實公共課責。

周主任委員麗芳

請劉委員國隆。

劉委員國隆

一、主席、署長及各位委員大家好！我們知道家醫計畫現在有 5 百多萬人加入會員，但真正減少多少醫療費用？請提供資料讓我們知道這 18 年來真正減少所有費用的比例，與執行所付出的費用做比較，或要更加強推動家醫計畫，請提供資料。

二、第 2 個，固定就診(家庭醫師制度的建立)要如何推動？現在民眾對於固定就診的觀念似乎不足，我們都在宣導，但要如何真正獎勵更多人，而不是只有掛號費或免等候等現象，這些誘因之外還有些什麼獎勵，希望能夠提供更多獎勵。

三、第 3 個，在兒童預防保健檢查率的提供外，希望能藉由影響醫師提供兒童預防保健措施，提高家長重視其子女身心健康發展及對此項服務的使用率，這是值得獎勵及鼓勵，希望能持續推廣，因為兒童預防保健檢查只要預防保健獎勵更完善，兒童預防保健提昇成效，也能更廣泛推廣家醫計畫，如此或縱使參與會員就會增加。另外分析未加入家醫計畫的民眾，在醫療資源利用是否有所差異，有沒有做比較？其未達到目標的原因？以後如何提升？就教所有專家。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

一、針對本案的報告，我有 3 點意見，第 1 點，我要澄清剛剛發言針對電話問診部分，我瞭解電話問診與諮詢不同，重點在於電話問診是因沒看到本人，純粹只是電話問診方式，我覺得以電話方式提供服務應以諮詢為主，而不是問診，牽涉到不方便到診所就醫的病人，應該要加強視訊問診的可能性及可近性，因此才提出若本人無法使用時可透過里長，因為里長都有基本配備能協助病人，所以我第 1 次發言是針對這部分，我瞭解這個差別，電話方式較適合諮詢，針對不方便就醫的人，盡量能做到視訊的部分。

二、第 2 點：

(一)我贊成劉委員淑瓊的發言，整個看這個計畫，結果面最重要，這些過程面的指標基本上是我們無法測量結果時可使用的指標。從使用過程面看，若沒有明確的結果，則著重達成狀況，若未達成，應瞭解理由。健保署這次報告只針對做的好的部分，對於未達標的說明及報告方面顯得很少，建議有無達到的部分都應同等比重呈現，我們比較想解決沒有做到的問題。

(二)主動電訪的部分，今天報告中有提到現在已經做到 100 多萬人次，民眾打進來諮詢部分只有 4 萬多通，主動電訪已經有 100 多萬人次，不知道醫療群是否有標準，何種狀況下會主動電訪，或是主動電訪就是提醒，例如有約診，今天提醒你要回診，或有實質上針對民眾健康的部分去做追蹤、實質去問病人的情況，這部分的性質請說明，因為民眾打過去 4 萬多通，他們主動打 1 百多萬人次，這數字很大，顯示主動積極，但希望不只是提醒對方回診的對話，而是有些什麼內容，請說明一下。

三、第 3 點，關於李署長伯璋最後補充的那張投影片，健康存摺使用者達 6 百多萬人，覆蓋率約全人口 26%，口罩登記、現在接種 COVID-19 疫苗，這些都是很大的推動助力，讓使用人數提高很多，是很好的現象，也謝謝健保署的努力，但我要提醒今天用健康存摺去外掛問卷，這是很好的想法，但要先做背景調查，即這些會員中，真正使用健康存摺有多少比例？有無年齡層、性別、區域分布上有些分配不均的問題？比方是否都是年輕人才使用健康存摺，若是這樣，我們知道醫療使用的是老年人較多，只掛在此就會錯過很多常使用或真正有話要說的人，這就是樣本代表性，使用這個平台外掛問卷要注意的部分。

周主任委員麗芳

請陳委員秀熙。

陳委員秀熙

- 一、投影片指標構面的部分，謝謝李署長伯璋的回應，結果面的部分，我認為可以更針對比較客觀的指標做修正，因為現在的指標，包括潛在可避免急診率、可避免住院率，這些指標很好，但受干擾因素很多，請看過程面指標，比如說成人預防保健檢查率，子宮頸抹片檢查率、65 歲以上老人流感注射率、糞便潛血檢查率，若有客觀結果進行客觀評估，如果讓民眾要求注射率升高，是否當年流感注射次數就會降低？作為上、下轉的評估標準是相當好的。
- 二、像子宮頸抹片檢查，國健署、健保署已經推動多年，是不是在這個地區、醫院，相關區域已經降低癌前病變、發生率，我們國家有好的癌症登記資料，這都可以拿來做結果面的客觀評估，這樣有時還可回來修正剛才劉委員淑瓊說的那些不能達成原因的探討。我剛才說 1 個很好的例子，為何可以發現有的醫院無法符合癌症品質認證醫院？是因它的存活率在調整疾病嚴重度後，區域差異相當大，建議這些指標需要有這樣的結果面指標，要更客觀，住院率、急診率都是利用率的指標，這些指

標一定要留著，但能加入客觀指標更好。

三、會議資料第 82 頁，三、(三)計畫成效評估，多年來委員建議可以用對照組的方式評估，這部分我們要協助健保署，健保署業務很多，必須在各層級醫院、診所，社區醫療群這麼好的上、下轉的例子，與國健署、衛福部相關單位一起合作，達到最好的結果。就像現在的 COVID-19，目前監督最重的是民眾不能死亡，這也是替民眾把關的最好機會，這些客觀指標，希望能夠逐步實施，這不容易，若可以在很多新評估項目增加過去委員的建議，將它併入各部門已有的研究計畫及健保署做的實證醫學計畫，逐漸鼓勵四個總額部門做這樣的事，對品質改善會更具體。

周主任委員麗芳

請侯委員俊良。

侯委員俊良

- 一、主席、各位委員大家好！剛剛幾位委員發言我都很同意，以 1 個受照顧者，被保險人的代表情況下看本案，會議資料第 89 頁，近 5 年滿意度調查，滿意度都很高，這部分我追問這個方案應該讓更多被保險人可以被服務到，但這些人為何沒有被服務到，在調查過程中應該有問題點要凸顯，不是只有凸顯好的一面。
- 二、另外，會議資料第 86 頁，醫療群數部分我有提問，106 年群數突然增加很多，與其他部分比較不同，群數突然增加 136 群，這 1 年是否有什麼特別狀況，以致群數增加？希望可以推動家庭醫師整合照護模式讓更多人了解，包括每年很多數字呈現，我無法了解逐年都有會員數增加，但哪些是新增的？有些會員數是持續被服務、有無新增，或哪些醫療群整體推廣部分做得不錯，但是這些資料沒看到，好的模式可以做這方面推廣。我認為問題點比較重要，多年推動下來，為什麼還無法擴大普及？真正問題點在哪裡？應該探討，有機會將這些問題解決，

才能將計畫推動得更好。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、謝謝各位委員對家醫計畫的指導，首先有些委員是新進委員，比較不知道這個計畫原由，近幾年確實是以醫師為核心，去找長期照顧個案，以家庭單位成為家庭會員，後來因為計畫嚴格，近年已轉成因應人口老化，醫療需求較高的會員，這些民眾才納入這個計畫的照顧對象，這個計畫已著重在醫療需求較多，尤其是以慢性病為主、急性病為輔的照顧計畫。
- 二、剛剛大家最在意指標得分情形，各位覺得很意外，為什麼3年不達標？我舉幾個品質指標供各位參考，會員急診率、潛在可避免急診率、可避免住院率，這3個率的目標值採用剛剛說的以醫療需求照護為主體，採用前30百分位高標，等於說這群考生入學考試將近7成是不及格無法錄取，採取非常高的標準，所以我們醫療群的這些夥伴這麼認真做，就是因為急診率被淘汰，指標的採用與目標值的訂定，應列入明年要檢討的項目，不然有7成的人要落榜，每年絕對達不到。
- 三、以固定就診率而言，是採用65百分位，各位委員一定不滿意，為什麼不到5成？涉及城鄉差距與醫療資源分布，建議急診率、可避診住院率，應該都是分區、分鄉鎮區比較會較好，因為每個縣市醫療資源不對等，以台北都會區醫療資源分布，相對就醫方便高，急診率相對也高。
- 四、另外也希望健保署將幾個指標往上提升的項目述明，如成人預防保健檢查率、子宮頸抹片檢查率、老人流感注射率等，這些指標都從原來50百分位陸續往上調，甚至調到65百分位，希望參加這些醫療群的夥伴每年都跟自己比，每年都要精進。為何這些分數要往上提，就是符合大家期待的獎優汰劣，希望將認真做的留在醫療群，相對沒那麼認真的，經由淘汰機制請他

退出計畫，所以這也是無法普及的理由之一。

五、有關 24 小時諮詢專線的內容，我剛問群內的護士，最常發生在下班後 7~9 點中間，除本人之外，家屬會打電話，常遇到小孩子的問題，尤其很多上班族家長遇到小孩子發燒、跌倒等問題，還有些小問題像便秘等，最近諮詢最多的是大家關心的 COVID-19，包括新冠肺炎篩檢、是否是疑似個案、是否接觸等，甚至對於疫苗選擇、施打後的副作用，經過適度解釋，大多數民眾就沒往急診就醫。粗略報告到此，希望健保署爾後在指標呈現上，如大家委員預期，將這幾年指標提升的狀態，以及呈現的價值與過程，能讓各位委員明瞭。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、主席，各位委員，家醫計畫的政策與構想都非常好，可是自 93 年開始推動到 110 年，已經超過 15 年，健保署應該有相當豐富的經驗，也了解這個政策的利弊，優劣利弊得失應該提出 1 個很完整的執行規劃，每 5 年就要重大修正計畫，且 15 年前的時空環境與今天完全不一樣，若不再做很完善的修正，這個家醫計畫不能達到非常圓滿及高的成效，這是我的看法。
- 二、第 2 個，我認為現在應該要如何去強化執行主導的做法及規劃，讓所有委員了解，退場機制的內容也應該要完整規劃，讓委員了解，這樣才比較好。請看會議資料第 87 頁，剛剛黃委員振國提到指標得分情形，我在此提出應該適時檢討整個規劃的執行目標，像是初期慢性腎臟病早期尿液篩檢執行率，目標值怎訂 4.12%，達成率才 20.52%，4.12% 是 15 年前或去年的目標值？這個目標值訂的很低，其他包含會員急診率、潛在可避免急診率、可避免住院率，訂出原來 3 項要小於收案會員 30 百分位，但最後結果都高於目標值，表示家醫計畫急診率、潛在可避免急診率、可避免住院率也超高。

- 三、固定就診率很多委員問為什麼沒有達到 50%？但目標值訂 50% 最高。另外初期慢性腎臟病早期尿液篩檢執行率不大於 4.12%，執行結果只有 20.52%，所以要整個重新考量，既然做不到或無法達成指標，要如何改善？建議要修正執行率目標，或持續強化這些指標的內涵才是重要。
- 四、另外未達到品質指標關鍵，是民眾不當的醫療利用行為，增加醫院急診部門醫護人員負擔，導致醫療照護品質不佳，對沒有計畫的返診，增加急診利用量、醫療照顧成本原因之一，也有可能是前次急診就醫者醫護人員診斷或處置有誤所致，故醫療人員與病人雙方都會影響醫療品質好壞的關鍵因素。對此議題，健保署應該要具體探討原因改善，建議未達標的品質指標應該要提供性別、年齡、地域區域，在城市、小鄉鎮或偏遠地區，社經地位、照護連續性、影響因子統計分析，才能有效利於具體改善執行效益。
- 五、過去也曾研究追蹤低收入戶的急診醫療利用、可避免住院率都比非低收入戶高，這也是健保署應關切的方向，整個家醫計畫非常好，但我也要提出，剛才侯委員俊良提到，為何 106 年增加 136 個群組，現在降到只有 26 群組？因為過去的群組數都很低，105 年以後有醫療服務仲介機構介入，推動家庭醫師群數的建立，106 年增加很多，現在家醫計畫，仍有相當多的群數是醫療服務仲介機構在作業，若沒有很完善的規範管理，會有不良的影響，這是我提供的淺見。

周主任委員麗芳

請林委員恩豪。

周執行秘書淑婉

報告主委，因為林委員恩豪的麥克風壞了，我幫他接 line(手機即時通訊平台)讓他說。

周主任委員麗芳

請林委員恩豪。

林委員恩豪

- 一、我簡單補充說明，有關會前書面提出的問題，其中有 2 個問題，健保署並未在書面答復資料中說明，第 1 個，建議健保署針對有、沒有參加計畫被保險人做健康分析比較，看家醫計畫的成效。
- 二、第 2 個，希望健保署針對如何提升固定就診率提出作法，這 2 個問題健保署沒有書面答復，希望健保署可以補充說明，干委員文男也有提出如何提升固定就診率，但健保署簡單答復會持續改善，沒有提出方法，這樣如何追蹤有無改善？

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、各位委員，大家午安，已經接近中午，我對於家醫計畫有持平的看法，計畫是從 92 年開始，在座委員有完整瞭解的就是滕委員西華，從無到有及成長，整個計畫各個項目精進不少，我們也認同剛才委員所講內容，也予以尊重，但我最在意的問題是應該提升固定就診率，因為厝邊好醫生，鄰居有問題就找鄰居的醫生，看了以後不會亂跑，不會亂拿藥，所有問題都會找家庭醫師，整個目的最核心的價值是這樣，所以有很多指標是強化，希望能夠提高固定率。
- 二、健保會前幾年訪視壠新醫院的時候，我們去訪視旁邊的 1 個家醫群，我個人做了 1 個調查，跑到掛號處隨機要家醫群的 10 位會員的電話及名字，回來自己打電話給他們，他們以為我是詐騙集團，經我解釋後，10 人中有 4 位說出家醫的診所名字，還有 1 位過了一陣子才說出來，其他 5 位說沒有固定診所。可見應強化的地方是要有固定的醫師、固定家醫群，對醫療制度、轉診都非常好，希望這個指標不要訂得太低，應該要提高目標值，所有家醫問題都解決，也方便推行轉診制度。

周主任委員麗芳

請顏委員鴻順。

顏委員鴻順

- 一、主席、各位委員大家午安，剛剛聽到干委員文男提到他從醫療群一開始成立就開始關切到現在，社區醫療群從 92 年成立到去年，台灣基層醫療體系有很大的變革，去年診所有 5,400 多家參與，7,300 多位醫師參與，台灣有一半基層醫療診所、醫師都涵蓋在這個架構，雖然花費 35 億元，但是照顧 574 萬位台灣民眾的身體健康，在 COVID-19 發生之前，全聯會在 2 年前拜訪總統府時特別提到社區醫療群的發展，總統府於會後特地請副秘書長來了解社區醫療群運作，如何用 30 幾億元的預算照顧 5 百多萬人，可見總統府也相當關注這個計畫。
- 二、經過多年的執行，以去年 109 年來說，有 537 個群，86% 都有達到 80 分以上，屬優良級、或是良好級，其中有些指標可以滾動式檢討。每年檢討時，有一些達標指標都會陸續提升標準，並不是一成不變。
- 三、回應有關 call center，病人 1 年打進來 4 萬多通電話，實際上多數醫療群，因為診所白天都在運作、醫師都在看診，以我們的診所為例，我都跟會員說白天有事情可直接打來診所，就會找到家庭醫師，他們都是在下班或是晚上，或是假日，才會運用這個 24 小時的 call center，實際上我們接聽的電話應該比 4 萬多通來的多。
- 四、主動 call out 的電話也是近年醫療群精進的做法，主動 reach out 病人，主動打出去的電話並不是電話約診或是要他回診，我們多數是針對慢性病人、有過敏性疾病的兒童個案，藉電訪予以衛教，這是我們做的內容。
- 五、關於健康存摺，很高興去年從販賣口罩後，很多人加入健康存摺，因為 COVID-19 疫苗預約或是快篩、核酸檢測都會在健康存摺留下紀錄，預期今年會有更多人開始加入。但用健康存摺外掛來做問卷調查，我也呼應剛剛盧委員瑞芬所提，我們可能

要注意這個族群的年齡層與背景，很多醫療群收案的個案多數是具多重慢性病、慢性病病人、高醫療利用率族群，族群是否 match，要留意調查起來不要產生族群的偏差。

六、另外關於醫療群執行的結果面，我覺得值得探討結果面，我們也一直覺得過程面跟結果面沒有很好的連結，大家很認真的執行，但是結果面好像沒達到預期目標，這是值得醫療提供者、健保署努力檢討的地方。

七、有委員在書面意見提到 VC-AE(平均每位會員預估醫療費用與實際醫療費用的差異)問題，我覺得我們不要陷入這樣的迷思，覺得 VC-AE 越多越好，並不見得，有一定程度的節省就已經很好。我們進行內部檢討時，有耳鼻喉科診所說他們認真幫病人看診，找出病人聽障原因，安排至醫院完成檢查、電子耳的裝置並向健保申報，可能這個人會多花費健保費用將近 1 百萬元，若從 VC-AE 的概念，放任他繼續聽不見就好，這是 1 個問題。也有腸胃科醫師跟我說，近年我們積極做 C 肝治療，C 肝治療藥費非常高，若認真把 C 肝病人都納入好好治療，其實 C 肝的治療花費非常大，VC-AE 就變成負值了，是否就不要給他治療，所以我想 VC-AE 的節省剛好就好，而不是追求越節省越好，這是以上我對社區醫療群整個制度的看法與建議。

周主任委員麗芳

謝謝顏委員鴻順的實務經驗分享，也謝謝您的熱心貢獻，接下來請陳委員石池發言。

陳委員石池

一、主席、各位委員，大家午安，首先肯定健保署推動家醫計畫的用心，在建立轉診制度未完備前是一個很重要的政策，個人對計畫表示贊同，但每個計畫最重要的是結果，目前看到計畫中重要的幾個指標都沒有達成，會員急診率、潛在可避免急診率、可避免住院率，這幾個指標很好也很重要，我也很贊成，

若能達成，對健保資源會有很大的幫助。我在書面意見談到設必要指標要百分百達成，才能對健保制度、醫療體系大有幫助。對於醫療保健指標方面，國健署有做四癌篩檢，但我看計畫指標只有將子宮頸抹片及糞便潛血檢查納入，少了國健署推動口腔癌、乳癌篩檢，希望能把這2個指標加進去。

二、預防保健指標數據也是偏低，一般都是20%左右，預防保健效果沒什麼功效，希望最少提高到50%以上，才能有實質幫助。

周主任委員麗芳

接下來請滕委員西華、黃委員振國發言，之後就請健保署回應。

滕委員西華

一、謝謝健保署回復我事先提出的書面意見，我想進一步建議，關於24小時諮詢專線，健保署回應現在沒有請醫療群提供call center分析，但我覺得call center當初設立的目的，是希望藉此穩定病人，強化會員的認同感、向心力達到較高的固定就診率，進而在非門診時間，或是不確定的時間可透過電話諮詢取得部分衛教，降低病人對疾病的焦慮的方式或是降低急診。比方小孩都會發燒，但不是每次發燒或一發燒就要立刻上醫院，這樣的狀況對諮詢電話的設置就有意義。

二、call center設立的意義，我覺得應該要回到當初設立的目的，應該透過call center的來電分析，4萬多通對6百多個醫療群是非常少的，為何大家不去打電話，或是不知道這個電話有何好處？還是根本記不住電話號碼，都可能是這個來電量減少的原因，我認為應該有系統分析call center打來是什麼狀況。

三、剛剛黃委員振國有說明他的醫療群的來電內容，我也同意顏委員鴻順說的，自己的病人在診所開業時間當然打來診所比打call center方便，家醫群在診所開業時段中，有會員打電話來問，我覺得應該也可以列入紀錄，可以分析會員是依賴自己的醫師，還是依賴醫療群的call center，因為接聽電話的未必是自己診所的醫療人員。我覺得這應該要納入。以我們家人習

慣，我們也都習慣打給自己的醫師，除了熟悉感，對病況也熟悉。

- 四、另外我想問，黃委員振國接續我後面發言，我一併請教，因為他是家醫群的 leadership，以我家人為例，我有家人在多年以前被收為醫療群會員，之後就沒收到家醫群醫師寄來的文件、衛教資料，剛剛劉委員淑瓊有分析近年醫療群有修正、新增的服務，我們好像也沒有收到家醫群寄通知，其實也應該讓會員知道在分級醫療下可以多做的服務。
- 五、我不知道是否一日會員就是終身會員，對病人而言，但一次會員之後就再也沒收到任何資訊，這是常態還是被漏掉？還是我們被排除在會員之外，或許一開始病人被收案，後來不是會員，但是病人不知道。我要問的主要是家醫群有無定期跟會員維持聯繫、提供衛教資訊、新增的服務資訊，來強化會員對家醫群的了解，這很重要，不然病人的習慣不會被養成，因為收會員的動作，除了家醫群拿到固定個案管理費外，若無產生就醫的關聯，病人有無去家醫群看病就變得也不是很重要，因為家醫群中的這些診所醫師可能對他去其他醫院看病沒有兩樣，甚至病人為了獲得醫院一條龍服務而去醫院就醫，這是我好奇的，待會黃委員振國如果願意可以幫忙解惑。

周主任委員麗芳

請黃委員振國，最後 1 位發言。

黃委員振國

- 一、家醫計畫中所謂應收案會員，是分析前 2 年的醫療使用，慢性病是前 85 百分位，急性病是前 30 百分位的個案，主動納入應收案會員，也有所謂的自選會員，比方說因為家庭照護計畫之後，醫療使用情形有下降，就不會歸到應收案會員。恭喜滕委員近年的健康狀態有進步，沒有用不代表不好。
- 二、希望下次會議能請健保署提供預防保健的指標，我們的目標值是用應收案會員族群的多少百分位，剛剛大家提到最關注的 3

個指標項目，入學考試有七成被當掉，必須忠實呈現全國情形，陳委員說到指標達成率 20%的確是低，我個人也認為偏低，但我們是全國應收案會員的多少百分位，我們目標都比平均值提升到 60、65 百分位，要通過得到的分數都要比一般人更認真。

- 三、有很多委員很細心注意到 FOBT(糞便潛血檢查，Fecal Occult Blood Test，簡稱 FOBT)潛血檢查率，看到這些結果就知道為什麼健保署各地業務組在 106 年時都期待各地醫療群趕快成立，那 1 年是醫療群爆發年，國健署希望達成的預防保健目標、健保署的相關業務，包括雲端藥歷查詢、IC 卡寫入，還有相關配套行政措施，醫療群的表現都是最好，希望透過醫療群組織，讓大家互相學習精進，看到這樣的結果也應該鼓吹這樣的制度，讓未加入醫療群的診所、醫師加入計畫，提升基層服務量能，所以那 1 年醫療群、會員數急遽增加，造成 106 年預算不足，在 107 年增編預算補這個缺口。
- 四、1 個計畫能持續，不是只有量的增加，質的提升才很重要，這幾年我們發現很多用新興的基層服務提供者，真的很用心地服務民眾，以我們的醫療群為例，會員比一般民眾多，這些人可能是原有診所的慢性病患，定期會到診所領藥就醫，我個人診所所有設 line 群組，很多會員也跟我有私人 line，有問題都會 line 到群組或打到診所。希望讓通訊方式精進，不要只有 call out、call in 的數字，明年呈現結果時可以有這種新興的通訊方式，不是只有打電話。很多會員說接到電話會懷疑是不是詐騙電話，來路不明也會拒接，傳統電話並不能反映真實狀態，這也是我們頭痛的地方。
- 五、基隆家醫醫療群有一個溫馨的地方，每年會員生日會寄生日賀卡祝他生日快樂，會員說兒女都沒有寄，所以我們的向心力滿高的。固定就診率有提升的空間，但還是要考量各分區的醫療資源去比較，不然台北都會區的醫療群就會吃虧，民眾移動性高，來來去去，就可能在群外就醫。

六、回應劉委員淑瓊的說法，雖然我們上轉成功，但是下轉非常少，建議健保署在其他預算編列經費，鼓勵醫療院所將穩定的慢性病患下轉之後，不會造成申報金額減少，這是值得鼓勵的，在疫情的這2年，很多民眾是不願意冒著染疫風險到醫院就醫。

周主任委員麗芳

請李署長伯璋回應。

李署長伯璋

- 一、謝謝各位委員，大家的意見我們都聽到都會做處理，首先我要謝謝陳秀熙老師提到健保署的業務很龐大，說實在的，最近各位知道 CDC 很多業務都是健保署代辦，對我們而言也是必須要負責任。
- 二、黃委員振國是委員也是西醫基層，健保署內從臨床醫師來擔任健保署工作的只有李伯璋 1 個人，同仁都盡心盡力配合，我始終認為分級醫療是台灣重要的方向，我全力支持西醫基層，這樣的報告坦白說很多都是醫療專業，我認為應該由西醫基層自己報告，作出計畫的結果是如何，健保署負責提供相關資訊。
- 三、侯委員俊良說看到滿意度很高，5 年前我剛接任健保署署長時，當時健保的滿意度將近九成，當時同仁有調查醫界對健保的滿意度，我們感覺良好，但是人家怎麼想，調查出醫界滿意度只有三成多，我們不是不求檢討，而是怎麼努力讓醫界滿意。
- 四、黃委員振國提到上下轉，我覺得在醫療體系應該以病人為中心，我們在基層就有責任安排病人上轉到醫學中心、我覺得不必要另外給獎勵。但是下轉，醫學中心對於穩定的病人應該回歸社區醫療，不要為了留下病人而留下，這是要給獎勵的。錢就那麼多，如何用在刀口上，這也是健保署醫療改革的目標。

周主任委員麗芳

- 一、本案洽悉。

- 二、請健保署持續精進計畫內容、指標及評估執行效益，於 110 年度總額協商前，提出量化成果供協商參考。委員若無其他意見，請進行報告事項第三案。

#### 趙委員曉芳會後書面意見

- 一、該計畫 110 年度指標偏重過程面，結果面指標項目偏少、比重偏低，且指標訂定與計畫目標，如於不減損醫療品質前提下，減少醫療資源浪費、增進會員正向醫療使用經驗等目標之連結狀況，尚有改善空間。
- 二、建議增加會員 outcomes 相關指標，如：與人口特性、健康狀況相同人口比較，會員與非會員整體健保支出、出現症狀至接受治療時效是否較佳、罹病存活率是否呈現差異等。
- 三、會員滿意度調查連續 5 年各項施測項目皆達 99% 以上，顯見該項評核項目鑑別度有限，建議酌減比重，或調整滿意度調查進行方式。
- 四、針對計畫執行狀況，建議可針對已參加/未參加社區醫療群各地區分布狀況、各地區醫療高醫療利用族群與會員人口分布落差狀況，以利盤點不同醫療資源、需求人口分布狀況地區執行現況落差，以供調整後續推動策略參考。

#### 劉委員國隆會後書面意見

- 一、110 年自選指標新增「兒童預防保健檢查率」值得肯定，除能影響醫師積極提供兒童預防保健措施，最重要是可以提高家長重視其子女身心健康發展及對此項服務之使用率。
- 二、本計畫係採取不限制民眾就醫選擇，致無法看出計畫實施對民眾醫療資源利用影響，故建議衛生主管機關可採獎勵和宣導併行方式，鼓勵民眾固定就醫。
- 三、請提供加入和未加入本計畫民眾在醫療資源利用之差異性。

附件五 委員會前書面意見及相關單位回復

委員意見	健保署回復
<p>陳委員石池</p> <p>一、近五年預算執行率都100%，但有60%品質指標未達成，後續要如何改善？</p> <p>二、指標構面，結果面指標僅27分太低，宜降低結構面指標35分及滿意度指標20分。</p> <p>三、指標要有必要指標，即要百分之百完成，其他指標要有80%達成率。</p>	<p>一、查109年品質提昇費用，占本計畫預算33%。品質指標達成情形分五級支付品質獎勵費用，針對65分以下醫療群共3群不支付品質提升費用。</p> <p>二、有關指標結構面之內容、配分、定義及目標值，每年均會與相關團體討論並調整其合宜性，並將參考委員的意見。</p>
<p>滕委員西華</p> <p>一、會議資料第87頁，第9張投影片：</p> <p>(一)關於24小時諮詢電話，請問來電找之諮詢內容為何？來電時間的時段分佈為何？來電諮詢的數量多寡有無縣市別或區域差異？來電者多為病人本人或家屬？</p> <p>(二)另，諮詢專線意在「減少急診與不必要的就醫」，此項指標之操作化定義可否視為社區醫療群的品質指標中「會員急診率」、「潛在可避免急診率」、「可避免住院率」三項指標之成果？或健保署與總額管理者如何確認諮詢電話有助</p>	<p>一、本計畫24小時專線係為提供會員於有需要時，能立即獲得醫療諮詢服務，進一步減少民眾不必要的就醫需求。</p> <p>二、家醫計畫係以民眾健康為導向提升初級照護醫療品質為目的，可避免住院、潛在可避免急診率、急診率等指標，即為反映提供初級照護情形。24小時諮詢專線提供民眾立即獲得醫療諮詢服務，是其助力之一。</p> <p>三、24小時專線得分係由保險人分區業務組抽測，以平均分數計算得分；現行未請醫療群提供每通諮詢電話進行時間紀錄、病人或家屬等資料分析及歸類：</p> <p>(一)執行中心或醫院人員接聽，能即時轉達收案醫師，且收案醫師 20 分鐘內</p>

委員意見	健保署回復												
<p>於「減少急診與不必要的就醫」？</p> <p>二、會議資料第87頁，第10張投影片：</p> <p>(一)預防保健指標中「糞便潛血檢查率」109年結果已經達標三倍，品質指標中「初期慢性腎臟病早期尿液篩檢執行率」亦達指標五倍目標值執行率，建議110年應適度提高目標值。</p> <p>(二)在分級醫療政策與多項給付支持下，建議「固定就診率」應至少提升目標值至50%。</p> <p>(三)「會員急診率」、「潛在可避免急診率」、「可避免住院率」三項重要品質指標均與目標值相去甚遠，請說明原因。</p> <p>三、會議資料第90頁，第16張投影片：</p> <p>(一)110年指標構面中的4「初期慢性腎臟病早期尿液篩檢執行率」建議移至「結構面指標」中，與糖尿病眼底檢查同類。</p> <p>(二)本項配分建議再調整，三項重要品質指標「會員急診率」、「潛在可避免急診率」、「可避免住院率」是家醫群重要效能，其配分宜適度提高。</p>	<p>即時 callout 回電。</p> <p>(二)執行中心或醫院人員接聽，可以解答會員問題。</p> <p>(三)執行中心或醫院人員接聽，無法解決會員問題。</p> <p>(四)無人接聽。</p> <p>四、本署規劃自110年於健康存摺新增家醫計畫滿意度調查問卷，未來可讓收案會員透過健康存摺，填寫家醫計畫滿意度，並使用健康存摺進行健康管理。</p> <p>五、委員關切「會員急診率」、「潛在可避免急診率」、「可避免住院率」為結果面指標，其目標值為收案會員30百分位，即收案診所執行率排名於前30%者才可得分，若以108年及109年相較，109年急診率、潛在可避免急診率、可避免住院率均較108年進步。</p> <table border="1" data-bbox="831 1429 1377 1742"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>108年</th> <th>109年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>每十萬人潛在可避免急診件數</td> <td>1160.5</td> <td>1008.6</td> </tr> <tr> <td>每十萬人可避免住院件數</td> <td>653.6</td> <td>602.4</td> </tr> <tr> <td>會員急診率</td> <td>34.67%</td> <td>28.71%</td> </tr> </tbody> </table> <p>六、「糞便潛血檢查率」110年已將閾值調整為需照護族群檢查率之80百分位數。</p> <p>七、有關指標結構面之內容、配分、定義及目標值，每年均會與相關團體討論</p>	年度	108年	109年	每十萬人潛在可避免急診件數	1160.5	1008.6	每十萬人可避免住院件數	653.6	602.4	會員急診率	34.67%	28.71%
年度	108年	109年											
每十萬人潛在可避免急診件數	1160.5	1008.6											
每十萬人可避免住院件數	653.6	602.4											
會員急診率	34.67%	28.71%											

委員意見	健保署回復
	並調整其合宜性，並將參考委員的意見。
<p>李委員永振</p> <p>一、家醫計畫從93年開始執行到110年已經超過15年，自106年起配合分級醫療政策(會議資料第85、86頁，第6、7張簡報)，會員數及預算都呈倍數成長，105年僅260.4萬人、11.8億元；109年增加至574.9萬人、35億元；110年為36.7億元，總額累積投入超過270億元。本計畫應可透過家庭醫師整合照護，提升醫療效益並減少醫療浪費。</p> <p>二、依照簡報資料試算(會議資料第89頁，第13張簡報)，會員實際醫療費用比預期醫療費用少，以109年為例，平均每位會員預估醫療費用(VC)與實際醫療費用(AE)的差異(VC-AE)達534元為例，預估節省醫療費用達30.7億元(534元*574.9萬人)，所以應該適度將節流效果回饋被保險人，也就是反映總額預算。<b><u>建議健保署，將執行效益量化為金額，列為111年總額協商因素減項，以減輕調漲保費的壓力。</u></b></p>	<p>一、有關109年預估醫療費用(VC)與實際醫療費用(AE)的差異(VC-AE)約26億元，目前全數反映於109年西醫基層總額醫療費用點值之提升。</p> <p>二、有關家醫計畫節流效益，本署配合健保會於協商前提報資料，做為委員總額協商時參考。</p>
<p>侯委員俊良</p> <p>一、會議資料第86頁，醫療群數總數雖增加，但新加入群數僅在106</p>	<p>一、查109年及110年參與診所涵蓋率已達51%、53%且診所數穩定成長，且已</p>

委員意見

年達到136的高峰，接下來都僅有40多群，109年只剩26群，原因為何？是否在推廣上遇到什麼阻礙？

二、會議資料第87頁，避免急診和住院是家醫計畫的三大價值之一，但潛在可避免急診率與可避免住院率都和目標值差距甚遠，原因為何？有何具體改善作為？

三、會議資料第88頁，預防保健指標只能看出「檢查率」，看不出預防保健的成效，其實不能說是「達成率」例如子宮抹片檢查率為2成多，卻不知道有異狀的比率？或者是否有持續就醫，及早治療？

四、會議資料第89頁，滿意度項目太粗略，在電話中抽測這幾個問題，很難問出不滿意的結果，應改善，除了電話抽測，對有數位能力的族群，可進行較完整的問卷測試。

五、會議資料第90頁，請問110年新增兒童預防保健檢查率的項目為何？

健保署回復

達成各次級醫療區均至少有1群醫療群診所服務之目標。為提升社區醫療群照顧並強化收案管理機制，109年及110年均新增參與計畫之規範，以加入現有醫療群為主。

二、委員關切「會員急診率」、「潛在可避免急診率」、「可避免住院率」為結果面指標，其目標值為收案會員30百分位，即收案診所執行率排名於前30%者才可得分，若以108年及109年相較，109年急診率、潛在可避免急診率、可避免住院率均較108年進步。

年度	108年	109年
每十萬人潛在可避免急診件數	1160.5	1008.6
每十萬人可避免住院件數	653.6	602.4
會員急診率	34.67%	28.71%

三、本署規劃自110年於健康存摺新增家醫計畫滿意度調查問卷，未來可讓收案會員透過健康存摺，填寫家醫計畫滿意度，並使用健康存摺進行健康管理。

四、110年新增兒童預防保健檢查率，項目依衛生福利部公告醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項之兒童預防保健執行內容包含：新生兒聽力篩檢、兒童健康檢查、身體檢查(身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、瞳孔、對聲音之反應、唇顎裂、

委員意見	健保署回復
	<p>心雜音、疝氣、隱睪、外生殖器、髖關節篩檢)、餵食方法、發展診察(驚嚇反應、注視物體)等。</p>
<p>林委員恩豪</p> <p>該計畫自93年開始執行至本(110)年，已進入第18年，預算總額逐年增長，累計投入將達新台幣275億元，但在執行成效上，顯然仍有進步的空間，希望藉由這樣的檢討，真的能讓這個計畫，以人為中心，落實全人、全家、全社區健康整合照護的初衷，能執行的更有成效，達成提升民眾健康，節省醫療浪費，進而健全健保財務的目標：</p> <p>一、依109年社區醫療群量化指標得分情形(會議資料第87頁，第10張簡報)下方之目標值說明，分別以「同儕50 65百分位」、「較需照護族群60 63或65百分位」及「收案會員30百分位」為目標值訂定基準，其中固定就診率重複以「較需照護族群65百分位」及「同儕65百分位」列示，究係何者？或是「較需照護族群」及「同儕」之定義為相同？另請健保署說明個別目標值採用基準之定義、百分位取捨考量及其作為年度目標值之妥適理由。</p> <p>二、根據統計，109年有622群醫療</p>	<p>一、有關指標結構面之內容、配分、定義及目標值，每年均會與相關團體討論並調整其合宜性。</p> <p>二、家醫計畫各項評核指標之特性、執行內容不同，故比較基準略有差異，目標值訂定每年檢討修正，以利家醫群能共同提升照護執行成效。</p> <p>三、未來備註說明將再更明確，簡略說明如下：</p> <p>(一)與較需照護族群相比(保險人擷取前一年西醫基層門診明細清單資料區分為慢性病及非慢性病就醫之保險對象，包含未參加計畫之個案)：成人預防保健檢查率、子宮頸抹片檢查率、65歲以上老人流感注射率、糞便潛血檢查率、會員固定就診率。</p> <p>(二)與收案會員相比：潛在可避免急診率、會員急診率(排除外傷)、可避免住院率、初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率。</p> <p>(三)醫療群相比：門診雙向轉診率。</p>

委員意見	健保署回復
<p>群，參與會員高達574.9萬人(會議資料第86頁，第8張簡報)，應有足夠資料進行執行效益評估。贊成評核委員建議(會議資料第82頁，補充說明三、(三))，建議健保署比較有參與計畫的會員與沒有參與計畫保險對象，在年齡、性別、疾病別等相同條件下比對統計，分析在醫療照護成效及身體健康的差異，以實證資料顯示計畫執行成效，如此健保會委員對該計畫之推動才能繼續認同與支持。</p> <p>三、除了執行成效外，民眾對家醫計畫的信任與否也很重要。以109年的固定就診率(目標值47.93%)為例，雖然有達標(48.25%)，卻未達五成(會議資料第87頁，第10張簡報)。家醫計畫的最終目標是要建立「家庭責任醫師制度」，目前的固定就醫率與目標仍有不少距離。或許有人說台灣民眾可以自由就醫，所以固定就診率不易提升，但還是應責由健保署檢討原因及提出如何改善作法，始能完成家庭責任醫師制度之終極目標。</p>	
<p>千委員文男</p> <p>家醫計畫這些年來的品質有提高，就醫固定率希望再提升。</p>	<p>109年固定就診率(48.25%)已超過目標值(47.93%)，將持續努力。</p>

伍、報告事項第三案「牙醫門診總額協定事項」「牙周病統合治療方案」、「全面提升感染管制品質」(含申報情形及查核結果)之執行結果」與會人員發言實錄

(委員會前書面意見及相關單位回復如附件六，詳第 97~102 頁)

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請健保署及牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)報告。

健保署陳科長依婕報告：略。

徐代理委員邦賢(王委員棟源代理人暨牙全會牙醫門診醫療服務審查執行會主任委員)：略。

健保署劉專門委員林義報告：略。

徐代理委員邦賢(王委員棟源代理人暨牙全會牙醫門診醫療服務審查執行會主任委員)：略。

周主任委員麗芳

一、謝謝健保署及牙全會的報告，我特別要感謝牙全會及全體會員，特別是這次的感染管制品質計畫的設定目標為 100%，他們是以最高標準自我要求，很感謝徐主委邦賢，為了本次及上次健保會中需要報告，他擔心在台南收訊不良可能影響會議進行，2 次健保會他都特地一大早從台南搭車到牙全會辦公室，用辦公室收訊比較穩定的電腦與我們分享。

二、去年爆發新冠肺炎以來，大家知道牙科診療面臨相當大的風險，感謝大家無懼病毒威脅，依然提供給民眾最完整的牙科診療服務，在此致謝，接下來請委員提問，請劉委員國隆。

劉委員國隆

一、主席，所有的長官及委員，在此也非常感謝牙全會、所有的專家學者對牙周病的重視，牙全會研究台灣牙周病，在 2018 年有做統計，全國抽樣 1,028 位成年人的口腔有 8 成患有牙周病，甚至有五成民眾不自覺牙周病的嚴重性。

二、研究中有提到，牙周病的好發率最高是 54~64 歲，能否比照例如 0~6 歲兒童口腔照護計畫，我們有計畫地來推動照護計畫。因為我們都知道，病人只要本身患有牙周病，人生變成黑白的機會蠻大的。以我自己去牙醫院所就診的經驗，很多可能是因為醫療設備有所差異，例如我的牙醫師都用雷射光刀進行治療，似乎引起牙周病的機會就會很少。因此，是否因為在設備上有點不一樣，使得民眾在牙周病方面的復發情形有所不同，一般牙齒感染進而產生牙周不良相互感染，使得民眾竟然有那麼多患有牙周病，這些是由牙全會報告所看到的。如何預防及鼓勵牙醫治療，是否能升級院所設備並提供獎勵，請執行單位進行探討，也希望對於民眾牙周健康狀況有所改善。

周主任委員麗芳

請陳委員秀熙。

陳委員秀熙

- 一、第三次發言，主要是針對牙周病統合治療計畫，這計畫非常重要，我也很支持，因為沒有牙齒甚至會影響老後的咀嚼，我也看到這計畫有很好的成果，例如牙周囊袋深度降低、手術後牙菌斑也有改善。不過我要談一下，這個計畫其實還有 1 個很重要的意義在於初段預防，如果說初段預防已經有口腔保健衛教，預防牙周病 2 個很重要之處就是洗牙，這非常重要，各國的全民健康保險服務中，我們是少數國家提供半年洗牙的服務，這是非常難得，這部分如何結合牙周病最重要的危險因子，剛剛劉委員國隆講得非常好，在牙周病好發年齡 54~64 歲要重視，但牙周病在 WHO (World Health Organization, 世界衛生組織) 所認定最重要的預防年齡層在 18~35 歲，這裡面有 1 個很重要的危險因子叫戒菸，戒菸是牙周病最重要的，在這裡的初段預防如果做得好，將來就會節省手術方面的醫療支出。
- 二、我上次參與菸捐委員會時，他們也提到，牙醫師在配合政府戒菸教育方面，跟藥事或其他基層醫療人員比較起來，牙醫師的

積極度我想可能需要牙全會幫忙。我們現在也提倡，有沒有可能經過衛教及配合洗牙，來推動衛福部努力朝向的全民戒菸，這是非常重要的，推動之後牙周病才能改善，這也可嘗試是否能從菸捐或由健保方面爭取，從不同來源增加對於牙醫診所在衛教的補助，讓民眾了解戒菸的重要性。

三、我們不要讓所有事情都落到三段預防，希望牙全會協助我們完成初級預防的衛教方面，特別是戒菸跟洗牙之間的結合，我相信如果牙全會肯幫忙，台灣戒菸成果會更好，戒菸之後有很多效益，包括肺癌、慢性病降低，我覺得在這個地方機不可失，以上。

周主任委員麗芳

請陳委員有慶。

陳委員有慶

主席、各位委員，請參閱會議資料第 93 頁下面提到追扣的計算，有不懂之處想了解一下。追扣 313,254 件，其診察費差額點數為 31,096,715 點，換算起來是每件將近 100 點，但我們所給的診察費差額僅有 35 點，為甚麼會差那麼多，問題在哪裡？希望讓我們了解一下。

周主任委員麗芳

這部分等一下請健保署說明，請許委員駢洪。

許委員駢洪

一、本案牙醫感控預算來自全面提升感染管制品質 5 億元，合併醫療服務成本指數改變率 5.675 億元，共 10.675 億元。這次健保署建議之減列金額約 3,371 萬元，雖然僅占整個預算約 3%，幅度不多，但我想我們要看的不是執行率，應該看方案所達到的效果如何。

二、健保署扮演保險人的角色，負責方案之規劃、執行與管理，也最了解整個執行的實務，我想這次給予牙醫感控預算，不只是一種鼓勵，也是一個神聖的任務。我想如果有執行的、該給的

就給，至於沒有執行就該繳回，這是很正當的。但如何裁減，我個人希望要裁減時應該是要有最後的手段原則，或是遵循比例原則，以最小侵害為原則，也要禁止過當，這是我的想法。

三、若是這個方案不好、沒效果，健保署可以明確表示，我們也可以支持健保署，以後這類方案就不編列預算。但若以「全面提升感染管制品質」方案看來似乎是還可以的，因為訪查 531 家，不合格僅 28 家。我想扣減大概要有個原則，就是不要侵犯他們的權利到太嚴重的程度。我想當初給予 5 億元感控預算，最大的目的應該在於管理品質，也希望牙全會同仁大家加油。

周主任委員麗芳

許委員駢洪有看到牙醫執行成效，呼籲縱使扣款時仍要採取最小傷害原則，避免打擊第一線同仁。請馬委員海霞。

馬委員海霞

首先謝謝健保署，還有所有的醫師，也包括牙全會，為病人的健康做了嚴格管控，因為這 2 年來參加健保會真的看到所有醫師們很多的貢獻與努力。不過對於本案我要提出，因為事關明年總額協商，像早上很多委員提出的詢問，我們在書面資料得到的資料有限，「全面提升感染管制品質」執行方面，雖然扣款金額看似不大，但對這樣的決定會有一些遲疑，雖然原則上不合格的部分該罰扣就扣，但就如我的會前書面意見所詢問，看不出診察費差額點數 31,096,715 點，是怎麼算出來，但這又是要討論明年總額協商的減項資料，因此真的是覺得資料似乎不全，雖然剛剛健保署口頭報告的時候，已有再補充一些如何計算的基礎，但要我們馬上聽完就細心思考會有點困難，我建議今後討論類似議案時，重要的資訊請完整提出，才能詳細考量。

周主任委員麗芳

請林委員敏華。

林委員敏華

- 一、我有幾個意見，第 1 個是本報告案是針對今年 9 月協商時，要看牙全會有無達到當初協商的條件，作為扣款依據，所以針對本案第 1 項「牙周病統合治療方案」，已經達到協商條件，我建議不予扣款。
- 二、第 2 項「全面提升感染管制品質」，剛剛健保署報告最後時提到，這裡面有一些彈性的部分，代表當中沒有一定的計算公式，也有些委員表示看不懂，扣款金額到底是如何計算出來的。因為我擔任過健保署上 1 屆牙醫總額研商議事會議代表，建議是否把這案子移回健保署研商會議，請健保署跟牙全會討論後，再提出計算公式給本會委員。因為此案主要是讓本會委員知道協商時究竟要扣多少款，案子先移請健保署及牙全會討論清楚後，再將詳細資料於今年協商前送給本委員會，讓委員作為協商依據，這樣我認為比較妥當。

周主任委員麗芳

去年總額協商時林委員敏華也擔任牙醫部門的主談人，剛剛林委員提到，健保署劉專委林義報告時最後提到，於 109 年協商時，就是牙全會原提出 100% 要達標，但是因為最後協商結果，僅同意原協商草案 75% 的預算，究竟我們當時所謂的按比例扣款，是怎麼樣的扣款方式，可能仍不是很明確。請侯委員俊良。

侯委員俊良

我也非常支持本案，不過我有一點想了解跟詢問，就是在疫情之下感染管控顯得更重要，因為這保護病人也保護醫生。剛剛聽到報告，還是有一些不合格的院所，無論是健保署或牙全會方面，不知道是否有公布這些不合格的醫療院所？因為被保險人應該有知的權利，若公布似乎可避免再有不合格的情況，也可促請這些診所進步及改善。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我想請教一下徐主委邦賢，我在書面意見有提出詢問，有關「牙周病統合治療方案」，會議資料第 104 頁第 5 張投影片，105~109 年第 3 階段核減率有下降，但歷年仍高於牙醫的一般服務核減率，這是為什麼？會議資料第 105 頁第 8 張投影片，提到牙菌斑、牙周囊袋的改善情況，這有無歷年資料比較？希望讓我們知道有改善。
- 二、再來牙周病雖分為 3 階段服務，但我覺得 3 階段部分可能不能算是一種追蹤，我想知道這個服務花這麼多錢，有無辦法能建立追蹤系統，來知道進入牙周病統合照護病人的長期效益，也就是會多久再復發，當然這未必是醫療品質問題，也可能是病人口腔衛生習慣或其他併發症問題，我只是想知道，這樣的長期服務效益，能否靠追蹤得到資料。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

主席、各位委員，本案主要是依牙醫總額協定事項進行扣款的問題，但我的看法是這樣，但執行到現在不只是扣款問題，主要是說有 2% 的院所不跟牙全會配合感控 SOP(Standard Operation Procedure, 標準作業程序)，如果說牙全會沒辦法，那請問健保署有沒有什麼其他管理辦法，剛才侯委員俊良也提到，如果被保險人去這些不合格的院所進行治療，不曉得器材有沒有經過妥適消毒？真的是不曉得，若被感染豈不是很冤枉。所以希望這 2% 的不合格院所，是否能由健保署或請各地衛生單位看看怎麼解決。至於扣款問題是小事，請牙全會及健保署最好是能商量一下怎麼解決。

周主任委員麗芳

今天是由徐主委邦賢代理王委員棟源出席，請徐代理委員發言。

徐代理委員邦賢(王委員棟源代理人)

謝謝主席及所有委員，還有好幾位委員的指教與支持，先就剛才一些委員的建議與提問，跟大家做個報告。

- 一、有關劉委員國隆提到設備的品質，現在牙醫院所相當多也很競爭，尤其在都會區，牙醫醫療院所的設備有點像是軍備競賽。但我想跟大家報告，以牙周病基礎治療來說，只要不是嚴重到難以挽回，以現在牙周病統合照護計畫就已經能夠提供給民眾，基礎且標準的牙周治療。雷射是比較高階的儀器，雖然可以省去很多事情，但雷射的儀器普及性不高，全國總共有 6、7 千家牙醫院所，若全部都要雷射，相關經費補助，計算出來可能是天文數字。所以我們只希望以現有的牙醫基礎的治療技巧，用此基礎能力就可為牙周病進行最好的照顧，所以我們才設計這個牙周病統合治療方案。
- 二、牙周病統合治療方案，從一開始檢查時，首先確定是否需要進入此服務，再來到第 2 階段，第 2 階段雖然支付 5,000 點看似很多，但需把此階段裡面該做的治療要全部做完才申報點數，裡面約診、治療次數非常多次。至於到第 3 階段的話，是 28 天之後回來追蹤。剛好在此也向滕委員西華報告，為什麼參與牙周病計畫的醫師院所，成長率沒有這麼高。因為我國牙醫診所相當普及，且牙醫患者的自主性也相當高、在不同牙醫院所之間會做一些選擇，若院所都只有做第 1 階段的項目(支付代碼 91021、91022)，至於支付代碼 91023 的追蹤項目若比例過低，我們在這個方案內會請此院所退場，所以醫師會考量患者是否會回來讓我追蹤，這是 1 個院所參與的考量點，因此使得參與院所的成長率會有一點點停滯。
- 三、但根據統計，健保署報告的數字是指有申報的家數，但依牙全會統計，符合申請資格的院所有 4,831 家，有資格執行牙周病統合照顧的醫師超過 1 萬名，比例相當高，但有一些醫師沒有確實執行、也沒有申報，其中有一些是所謂的次專科醫師，例如專門負責口腔外科開刀，或是兒童牙科(因為兒童牙科專科醫師只看兒童)，就不在牙周病統合照護範圍之內，在同一院所會轉給其他具有資格的醫師處理，或是靠轉診機制。
- 四、目前為止還沒有接收到患者的投訴說院所不給他做牙周病治

療，一下子轉到其他不想要發生的現象，比方說不願意治療牙周病而故意拔掉牙齒之類。可能是因為，在我們的相關規定或公告，包括提供電子檔或書面資料給患者，都有明定哪些服務是屬於自費範圍，哪些是包含在牙周病方案內，所以方案內所包括的項目已可提供充足治療，讓牙周病控制下來。

五、剛才陳委員秀熙提到的初級預防也是我們的目標，但目前牙周病統合照顧是從健保預算，有關衛教方面我們會努力從其他委員會去努力，這也是出自我們牙醫師使命感，認為應該要做的。健保支付的 6 個月洗牙 1 次，也多虧這項，在健保方面讓所有國民口腔健康可以進行基礎照顧，但是戒菸方面牙全會會再去做相關努力，目前為止參與醫師的參與，離我們想要達到的目標，仍有一些差距，我們會努力。

六、滕委員西華提到的第 3 階段核減率，依牙全會統計的資料，第 3 階段核減率絕大部分是我剛才報告的行政疏失，例如有些醫師對於方案操作沒有問題，但電腦邏輯、申報有一些疏失或不熟悉，或順序上有錯誤，所造成的行政核刪；或是抽審要的資料相當多，包括 X 光片、確認書、牙周囊袋紀錄等，只要少了一樣就不合格；或是在檢查表上，除相關囊袋記錄之外，牙醫診所還要自己計算相關罹病的完成率、顆數統計，難免有遺漏，這也都在第 3 階段核減時呈現；甚至於一些檢查表都填寫完，醫生忘記簽名，附上來就屬於病歷製作方面的疏失。目前為止看到行政第 3 階段核減率，多是屬於行政疏失，至於醫療上的不確實或沒有達到水準，基本上是沒有，這是有關以上的報告。

七、謝謝剛才幾位委員的指導，有關感染管控的相關的一些核扣，如果說今天提升的時候，我們沒有做到 100%，那協商時把經費核扣回去，我想我們沒有什麼理由反對，只是當年我們把經費投注於 1 人 1 機，提升此一標準時，我們不僅是獲得委員的青睞，能夠加注 5 億元協商，把我們也把醫療服務成本指數改變率的預算也全部投進入，這樣計算後，平均 1 件診察費才提

升 35 點，等於是把當年所有的預算都投入。如果沒有執行的話，理論上來說，應該是這 35 點沒有執行完就交回去，我也看不懂為什麼還會扣到 125 點？以我的理解，這 125 點怎麼來的，是從 92 年一直到 109 年我們牙醫在感染管控中，所有非協商因素投進去的金額累加上來，慢慢一年一年，因為我們成本不斷增加，用自己的非協商才累積到 125 點，只因為 1 年沒達標，就扣到 92 年的水準我想不懂這邏輯。

八、本次開會之前，牙全會也沒有收到任何的計算訊息，來說明這是怎麼計算，所以我懇請主席、所有委員，現在由於疫情關係我們跟健保署的相關協商或溝通會議也都暫停滿多次的，是不是能夠在疫情降級或解封之後，讓我們能有適當的會議跟健保署再去把相關的細節溝通清楚，等有共識結論再提出，要不然這在 111 年度協商時列為減項，若到今年 9 月協商時才拿出來談，我想到時候光是花在協商上的時間可能相當多，也不切實際。

周主任委員麗芳

謝謝徐代理委員邦賢，請何委員語。

何委員語

一、牙醫部門向來評核結果都是優，且表現非常良好。牙周病統合治療方案原來是列在專款，以專案形式也都有增編預算，直到 108 年導入一般服務預算。108 年協商 109 年度總額時，委員希望提高牙周病統合治療方案的執行率，如果預算執行超過 80% 就不扣款，從健保署提報的結果來看，牙周病統合治療方案預算執行率有達標，當然也沒有太大的問題。但今年又遇到疫情，如果預算執行率要提高到 100% 的話，我想牙醫部門必須要非常努力，所以我希望健保署和牙全會可以互相討論如何提升牙周病統合治療方案的執行率及照護成效。我們都知道在協商下年度總額時，無法預測下年度會發生什麼事情，也無法知道執行結果，或者有沒有達到 80%，但既然已經編列預算

了，我認為健保署和牙全會應該要努力執行。

二、所以有關全面提升感染管制品質計畫中，當時我們只是同意給他5億元，後來同意在醫療服務成本指數改變率給他5億6,750萬元，就是牙醫部門總額可以得到的款項，不應該列入要扣款金額，如果要扣款是以增列的5億元為基準，我認為請健保署和牙醫部門共同討論如何扣款較合宜，這項醫療服務成本指數改變率那筆錢，本來就是他們自己可應用的款項，今天這個案拿出來討論，會影響他們111年度總額協商的額度，依據過去慣例，在每年度總額協商時，醫療服務提供單位都會跟健保署討論每個細項，健保署都會提供每個細項完整的管理數字資料給我們參考，需要增加或是減少，所以我認為這牽涉到協商111年度總額，建議由健保署與牙全會共同討論，111年度的額度是要增加或是扣減，由他們提出來，否則今天我們這些委員真的很難做成1個決定，因為委員在私底下會講得非常好聽，可是發言都會不一樣，所以，以上是我的建議。

周主任委員麗芳

最後請滕委員西華發言。

滕委員西華

一、我對於核扣診察費差額點數的計算方式，剛剛劉專門委員林義有說，尊重委員會議的決議，當然徐主委邦賢也有一些說明，部分委員前面也有提出觀點，要怎麼做診察費差額點數的減項或核扣，或是在總額協商裡面付費者怎麼核扣這項金額的計算，我沒有一定意見，但有個想法與提醒，就是感控費用在協商時，也是在很有爭議下通過，因為牙醫提出診察費加成的模式，這在其他3個總額部門內沒有看到，雖然我們知道感染控制很重要，感染控制也確實如同醫界先進一直強調原本就是醫療服務提供的一環，是1個義務，即使此項義務需要成本，因為牙醫用診察費加成來計算，健保署說的也不無道理，徐主委邦賢說的也是，不能因為今年做得不好，就抹煞之前做的，但

健保署說的方向，將來付費者代表可能要考慮的，因為這項感染控制專案計畫實施到一定程度或年限，將來可能會被要求全面申報，則屆時不會是 2 個申報碼，因為我們不會允許不符合感染控制存在，亦即感染控制是義務且重要，感染控制在費用裡面得到反映，我們怎麼可能會同意有些牙科診所可以不符合感染控制或不申報感染控制，而將來只是剩下 1 個申報碼，對於沒有做到，核扣就顯然是必須核扣整筆費用，而不是拆解費用。

二、將來診察費往上調整，可能不是以感染控制成本的名義去調整，而是整個診察費的支付標準不能因應我們醫師的付出，所以整筆診察費需要往上調整，將來也會很難回溯拆解是否因為感染控制加了多少錢，對於沒有符合感染控制就要扣款，亦即不符合感染控制就是不符合醫療服務的基本原則，我認為這次扣款是扣診察費，我沒意見，但付費者代表也要想想，將來可能不僅面臨診察費差額點數這項議題而已，這些需要列為日後考量。

周主任委員麗芳

一、感謝全體委員剛剛這麼多精闢的發言，比較沒有共識是有關扣款的部分，我想因為時間關係，今天再針對扣款討論下去，可能也無法達成共識。

二、請教林委員敏華，109 年協商總額時，您是主談委員，請問協談委員是哪 1 位？

林委員敏華

可能需要查一下資料。

周執行委員淑婉

是陳代理委員錦煌。

何委員語

主席，這種案子，不能說當時誰是主談委員或協談委員，這是付費者委員的共識。

周主任委員麗芳

瞭解。

何委員語

主談委員或協談委員只是代表付費者委員表達共識而已，若依這個模式處理下去，以後就亂掉了！

周主任委員麗芳

知道。

何委員語

我要在這裡補充一下，我認為醫療服務成本指數改變率的 5 億 6,750 萬元，是牙醫當初可以得到，可以不必拿到這邊感染管制使用，我認為應該要分開。

周主任委員麗芳

干委員文男，您還要發言嗎？

干委員文男

是的。

周主任委員麗芳

拜託您簡短發言，這是最後 1 位委員發言。

干委員文男

我簡單地講，感染管制沒有達到 100%，差這 2%，是有問題，因為感染管制沒有做好，會感染到一般病患，這才是重點。至於扣款，剛才何委員語也說了，由他們與健保署去協商，下次會議來報告就可以了。

周主任委員麗芳

一、由於時間關係，我做以下決議，請各位委員看看是否妥適：

(一)牙周病統合治療方案，符合預算執行目標，不予扣款，請健保署會同牙全會持續監測執行情形，提升照護人數，全程照護完成率及醫療品質。

(二)全面提升感染管制品質，未達目標將按比例扣款，請健保

署會同牙全會針對比例扣款事宜進行研商討論，於111年度總額協商前提出共識結果到健保會，作為協商參據。

(三)針對全面提升感染管制品質的決定有2點，第1點是要研商討論，第2點是請加強查核與輔導，早日達成100%進階感染管制之目標。

(四)餘洽悉。

二、以上，若沒有意見，同仁跟委員還有沒有要提出臨時動議？沒有的話，我們現在進行大合照，我要再次感謝各位委員，我們已經2次透過視訊方式召開委員會議，我相信以大家的團結跟抗疫決心，終究能突破難關，希望大家可以早日到衛福部召開實體會議。

三、請大家打開鏡頭，準備拍視訊會議合照(工作人員拍攝電腦畫面)。謝謝各位委員，祝福大家平安、健康、順心，也謝謝健保署李署長伯璋率領的健保署團隊，以及周執行秘書淑婉率領的健保會團隊，感謝大家，散會。

#### 劉委員國隆會後書面意見

一、根據衛福部委託牙全會研究，抽樣調查發現高達八成民眾患有牙周病，約四成七民眾牙周病問題嚴重，卻自認沒有牙周病而忽略就醫，顯示口腔衛教觀念有待加強。此外，50~64歲是牙周病好發率最高的年齡層，故建議可試辦50~64歲成人口腔健康照護計畫。

二、建議衛福部將每10年國民口腔健康調查改為每5年或每2年。

附件六 委員會前書面意見及相關單位回復

委員意見	健保署回復
<p>滕委員西華</p> <p>一、會議資料第100~101頁，第6、7張投影片，關於牙周病統和治療方案健保署報告： 本項服務已納入一般服務，然二張投影片中提供本方案之特約院所數3199家，以109年12月健保署特約牙醫院所6767家，僅佔47.27%，不到五成特約家數，牙醫師亦同，請問健保署和牙全會，未提供本項服務之健保特約院所和醫師，是何原因？另，未提供本項服務之院所和醫師，若遇有牙周病人，是病人自費？或是轉診？如何稽核？</p> <p>二、會議資料第104頁，第5張投影片，請教牙全會： 105~109年第三階段核減率，雖109年有下降，但仍高於歷年牙醫一般服務之核減率，請說明原因。</p> <p>三、會議資料第105頁，第8張投影片，請教牙全會： (一)牙菌斑或牙周囊袋之改善情形，有無歷年資料比較？ (二)對於接受本項服務是類病人，是否有追蹤系統，能知道本服務的長期效益？</p>	<p>一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)第三部第五章牙周病統合治療方案通則(附件六之附件1，第99頁)規定，牙醫師需向中華民國牙醫師公會全國聯合會申請，由該會審查資格並經本署核定後，始得執行本方案，摘要醫師資格規範如下： (一)需接受一定時數以上本方案相關之教育訓練。 (二)三年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點或扣減費用、六年內不得有保險醫事服務機構停止特約以上之處分。 (三)當年合計治療個案數，若申報 91023C 個案數比率 &lt;33.33%者，兩年內不得申報本方案診療項目，屆滿需重新申請。</p> <p>二、另未具本方案資格之院所醫師，倘因病人病情需提供牙周病治療，可依支付標準第三部第三章第三節牙周病學申報 91006C「齒齦下刮除術(含牙根整平術)－全口」、91009B、91010B「牙周骨膜翻開術－局部、1/3顎」等診療項目申報(附件六之附件2，第102頁)。</p>

委員意見	健保署回復
<p>馬委員海霞</p> <p>會議資料第95頁，(1)未申報"符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費"之診察費差額點數31096715點之計算公式為何？因<math>313254/31096715</math>點=99.26點，似乎看不出依循。</p>	<p>扣款分下列二部分：</p> <p>一、未申報感染管控診察費者，件數為313,254件，會就每件診察費差額(符合感控診察費-不符合感控診察費，差額介於35~125點之間)，乘上件數計算，合計為31,096,715點。</p> <p>二、訪查不合格院所及外展點，涉消毒層面者，追溯至109年4月1日診察費差額全數扣除；不涉消毒層面者，則核扣當月診察費之差額，本項共核扣2,622,067元。</p> <p>三、二者合計為33,718,782元。</p>

## 第三部 牙醫

### 第五章 牙周病統合治療方案

通則：

- 一、適用治療對象：為全口牙周炎患者，總齒數至少十六齒（專業認定需拔除者不列入總齒數計算），六(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 。
- 二、牙醫師申請資格、申請程序及審查程序：
  - (一)一般醫師須接受四學分以上牙周病統合治療方案相關之教育訓練（一學分行政課程；三學分專業課程）。
  - (二)臺灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均須接受一學分以上牙周病統合治療方案相關之行政部分教育訓練。
  - (三)醫師三年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點（屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十六條第二款者不在此限）或扣減費用、六年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。前述違規期間之認定，屬違約記點或扣減費用者以保險人第一次發函日起算，屬停止特約者以保險人第一次發函所載停約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。
  - (四)醫師當年合計治療個案數，由保險人於次年八月依病人歸戶統計，經歸戶並排除治療個案數五件以下者，若當年申報 91023C 個案數比率 $< 33.33\%$ 者（限同院所，不限同醫師完成），自保險人文到日次年一月起，兩年內不得申報本章診療項目，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。
  - (五)特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，於每月五日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會），牙醫全聯會審查後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本方案服務。
- 三、支付規範：
  - (一)本方案診療項目限經保險人分區業務組核定之醫師申報。
  - (二)若病人曾於最近一年內，在同一特約醫療院所施行並申報 91006C 或 91007C 三次者，不得申報本方案中所列診療項目。
  - (三)執行本方案須至健保資訊網服務系統(VPN)進行牙周病統合治療方案登錄及查詢該病人是否曾接受牙周病統合治療，如一年內未曾收案（以執行 91021C 起算），始得收案執行，未登錄不得申報本方案中所列診療項目。VPN 登錄後於次月二十日(含)前，未申報牙周病統合治療第一階段支付(91021C)者，系統將自動刪除 VPN 登錄資料，如欲執行須重新登錄收案。
  - (四) 91021C~91023C 治療期間內，或自申報 91021C 起一百八十天內且未完成執行本方案三階段者，不得申報本部第三章第三節牙周病學診療項目(除 91001C、91013C、91019C、91088C 外)。
  - (五)院所申報 91022C 起，一年內不得申報 91006C 至 91008C 之診療項目服務費用。
  - (六)每一個案一年內僅能執行一次牙周病統合治療（以執行 91021C 起算）。
  - (七)本方案屬同一療程分三階段支付，其療程最長為一百八十天，療程中 91021C 至 91023C 各項目僅能申報一次，另申報 91022C 治療日起九十天內，依病情需要施行之牙結石清除治療，不得另行申報 91003C、91004C。
  - (八) X 光片費用另計，治療期間內限申報一次全口 X 光檢查（限申報 34001C 及 34002C）。

四、相關規範：

(一) 醫療服務管控實務如下：

1. 醫管措施

- (1) 執行本方案之醫師每月申報件數以不超過二十件為原則（以 91022C 列計），醫師支援不同院所應合併計算。申報件數超過時，應以立意審查，以確保醫療品質。
- (2) 符合下列條件者，得提出申請增加每月申報件數，經保險人核定後，始得增加申報件數。
  - A. 專科醫師（臺灣牙周病醫學會或台灣牙周補綴醫學會），或有教學計畫（教學醫院、畢業後一般醫學訓練《post-graduated year, PGY》院所），得提出申請，經保險人核定後，每月 91022C 申報件數不限，隨一般案件抽審。
  - B. 有醫療需求者，於最近兩個月內每月完成 91023C 申報件數達十件以上，得提出申請，經保險人核定後得增加為 91022C 每月三十件（如當年三月提出申請，則以當年一月、二月申報 91023C 之件數核定）。申報件數超過核定數時，採立意審查。
- (3) 專科醫師、有教學計畫或另有醫療需求者，請於每月五日前將申請表及相關資料以掛號郵寄牙醫全聯會，牙醫全聯會初審後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由保險人分區業務組函復申請醫師，並副知牙醫師全聯會。

- (二) 參加本方案之院所，應提供院所及機構之電話、地址等資訊，置放於保險人全球資訊網網站（<http://www.nhi.gov.tw>）及牙醫全聯會網站（<http://www.cda.org.tw>），俾利民眾查詢就醫。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91021C	牙周病統合治療第一階段支付(comprehensive periodontal treatment) 註： 1. 本項主要施行治療前全口 X 光檢查及牙周病檢查，並須檢附牙周病檢查紀錄表供審查。 2. 應提供牙周病統合治療衛教照護資訊及口腔保健衛教指導。 3. 應檢附病人基本資料暨接受牙周病統合治療確認書。 4. ≤三十歲患者須附全口根尖片或咬翼片。 5. 同院所於二年內再執行本方案之病人須附全口根尖片或咬翼片。 6. 執行本方案前，須至健保資訊網服務系統(VPN)進行牙周病統合治療實施方案查詢及登錄，未登錄不得申報本方案。	v	v	v	v	1800
91022C	牙周病統合治療第二階段支付(comprehensive periodontal treatment) 註： 1. 本項主要施行全口齒齦下刮除或牙根整平之治療，並提供牙菌斑進階去除指導及控制紀錄。 2. 須檢附牙菌斑控制紀錄表及病歷供審查。	v	v	v	v	5000

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91023C	牙周病統合治療第三階段支付(comprehensive periodontal treatment) 註： 1. 本項主要進行治療後牙周病檢查及牙菌斑控制紀錄及評估治療情形。 2. 完成牙周病統合治療第二階段支付(91022C)治療日起四週（≥二十八天）後，經牙周病檢查原本牙周囊袋深度≥5mm 之牙齒，至少一個部位深度降低2mm 者達七成以上，且無非適應症之拔牙時，方可申報。 3. 須附治療前與治療後之牙菌斑控制紀錄表、牙周病檢查紀錄表及病歷供審查。	v	v	v	v	3200

### 第三部 牙醫

#### 第三章 牙科處置及手術 Dental Treatment & operation

#### 第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91020, 91088, 91104, 91114, 91089)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91006C	齒齦下刮除術(含牙根整平術) Subgingival curettage (including Root planing) — 全口 Full mouth	v	v	v	v	3200
91007C	— 1/2 顎 1/2 arch	v	v	v	v	800
91008C	— 局部 Localized (三齒以內) 註： 1. 每顆牙應詳細記載六個測量部位之牙周囊袋深度，其中至少一個測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上。 2. 申報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影本及治療前之X光片(限咬翼片或根尖片)。 3. 以象限區域為單位，當該象限需接受治療為三齒以內時，申報一次91008C；當其需接受治療為四齒(含)以上時，申報一次91007C。 4. 半年內施行於同一象限之齒齦下刮除術均不得申報費用。 5. 已申報91006C 或91007C 三次以上者，一年內不得申報牙周病統合治療方案91021C~91023C。	v	v	v	v	400
91009B	牙周骨膜翻開術 Periodontal flap operation — 局部 Localized (牙周囊袋 5mm(含)以上 三齒以內)		v	v	v	3010
91010B	— 1/3 顎 1/3 arch (牙周囊袋 5mm(含)以上 四至六齒) 註： 1. 申報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影本及治療前之X光片(限咬翼片或根尖片)。 2. 費用包括手術費、X光檢查、局部麻醉、牙周敷料、拆線及十四天之術後診察、處置費用。 3. 以「區域」方式申報，如有跨相鄰區域，需治療之牙齒為三齒以內，擇一區域申報。同區域二年內不得重複申報，且應檢附二年內牙科完整病歷並附牙周手術同意書(參考格式附表3.3.2)。 4. 牙周骨膜翻開術(91009B-91010B)囊袋紀錄表應以每顆牙六個測量部位為準。所需時間分別為四十分鐘及六十分鐘		v	v	v	5010

有關衛生福利部全民健康保險會第5屆110年第2次委員會議主席指示提供委員參考資料(小追蹤)，相關單位回復如下，敬請參考：

一、社保司就討論事項第一案「111年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)」與會人員發言實錄(議事錄第110頁)盧委員瑞芬會後書面意見，尚需補充說明部分，說明如下：

委員意見摘要	社保司說明
<p>盧委員瑞芬：                      我在會前書面意見詢問：「請說明西醫基層總額醫療服務成本指數修改指標，取消門診藥費權重的理由」，社保司的說明在會議補充資料附件4、附件5(第37~40頁)，僅呈現公文及會議決議(採乙案)，會議中的說明「與會的專家學者也同意他們改變，西醫基層部門是認為改採「躉售物價指數-西醫藥品類」比較能反映他們的現狀」，所以以往採用「門診藥費权重」(中醫牙醫仍包含此項)，對推估造成不合宜影響的情形為何？請補充說明</p>	<p>一、經查各總額部門 MCPI 之藥品費用指數之計算方式，94 年度至 104 年度總額，藥品分類係依主計總處「躉售物價指數-藥品」之查價分類；各藥品分類权重及指數，採主計總處「躉售物價指數-藥品類」資料。105 年度至 110 年度總額，僅牙醫門診總額、西醫基層總額部門藥品分類权重改採健保藥費申報資料(即委員所述門診藥費权重)。因此，中醫門診總額部門未採用門診藥費权重，先予敘明。</p> <p>二、有關 111 年度總額範圍擬訂公式之修正，係依據 109 年 12 月 29 日「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍擬訂公式檢討會議」決議辦理。西醫基層總額部門(中華民國醫師公</p>

	<p>會全國聯合會)於 109 年 7 月 24 日來函，建議西醫基層總額部門「藥品費用」之計算方式，自現行「全民健保藥費申報權重及躉售物價指數—藥品類指數」，改採「躉售物價指數—西醫藥品類」，本案經 109 年 12 月 29 日會議決議後通過。</p> <p>三、年度總額公式所採用指標，本部係委託專家學者進行研究，並依研究結果擬訂公式，經專家、醫療服務提供者及付費者代表溝通會議，採取共識決而定，無不合宜影響的情形。其次，本部定期對年度總額公式進行檢討，目前本部於民國 110 年初成立「總額範圍擬訂公式檢討工作小組」，進行整體性總額公式檢討，請委員提供具體建議，可納入研議。</p>
--	---

二、健保署就報告事項第 4 案「『基層總額轉診型態調整費用』與『鼓勵院所建立轉診之合作機制』執行成效評估(含長期效益評估指標、病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)」委員所詢事項，尚需補充說明部分，說明如下：

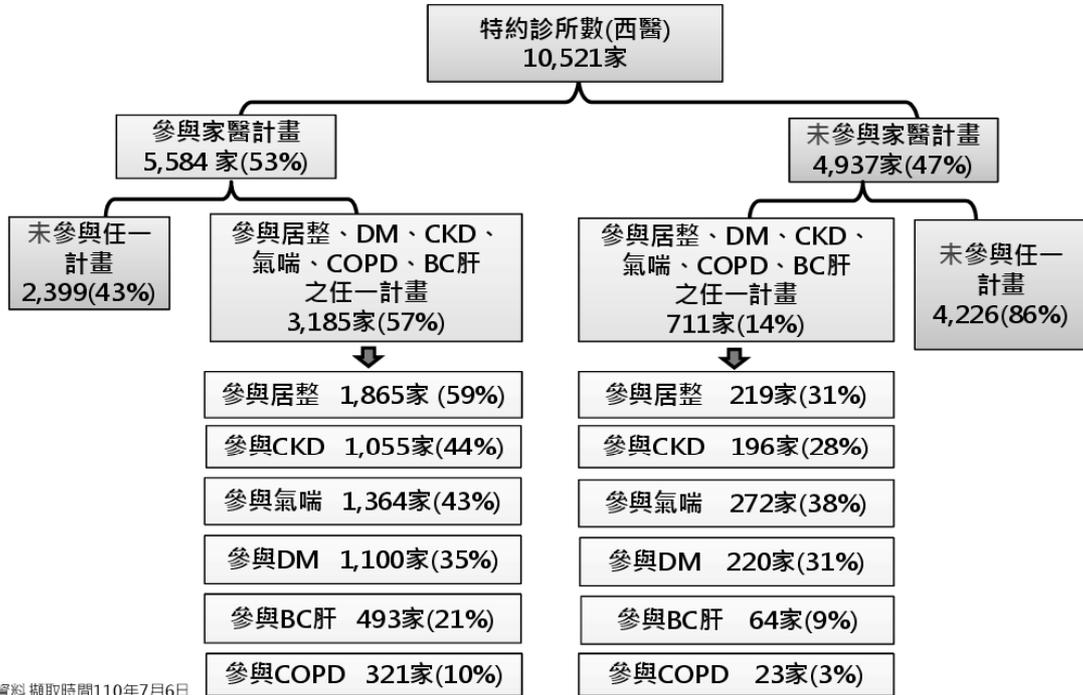
委員意見摘要	健保署說明
陳委員秀熙會後書面意見(議事錄 P.155)： 針對全民健康保險牙醫門診總額	一、針對牙醫醫療資源不足地區，本署已推動全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不

委員意見摘要	健保署說明
<p>0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫(會議資料第 170~191 頁)提出以下建議。</p> <p>一、計畫欲對嚴重齲齒兒童進行介入及完整治療立意良好，目的也包含持續性、周全性、協調性、整合性及可近性的照護，而針對可近性照護，計畫雖已擴及全國，但在許多醫療資源不足且齲齒率較高的偏鄉地區應該考慮進去。偏鄉地區可利用健保資料庫做引導抽樣，依六個健保分區，以各鄉鎮 0~6 歲兒童齲齒率(申報齲齒治療/鄉鎮 0~6 歲人口數)及鄉鎮每千人牙醫人數做抽樣基準，齲齒率越高及鄉鎮每千人牙醫人數越少者，越為優先抽出為偏鄉服務辦理地區。</p> <p>二、支付標準 P6702C 項中所提 PXXXXC 是否應為 P6701C。</p>	<p>足地區改善方案，以提供齲齒治療等牙醫醫療服務。另全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準亦給付包含 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」及 91020C「牙菌斑去除照護」等相關治療項目。</p> <p>二、本署將持續監測本計畫於各縣市或鄉鎮區域執行狀況，並依實際照護成效與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研議計畫之修訂。</p> <p>三、查本署提報試辦計畫草案八給付項目及支付標準中，編號 P6702C 支付規範項中第 1 點「限九十天內已申報 0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診診察費 ( PXXXXC )」，PXXXXC 為誤植，將修正為 P6701C。</p>
<p>劉委員淑瓊會後書面意見(議事錄 P.156)：</p> <p>針對報告事項第四案，提供執行建議四項：</p> <p>一、在「年度轉診執行成效」中推動醫療體系整合一項，僅</p>	<p>一、分級醫療之推動涉及民眾就醫習慣改變，以及各層級醫療院所現行提供醫療服務之行為，具有一定之困難度，尤其導引民眾正確就醫觀念，更是分級醫療政策能否</p>

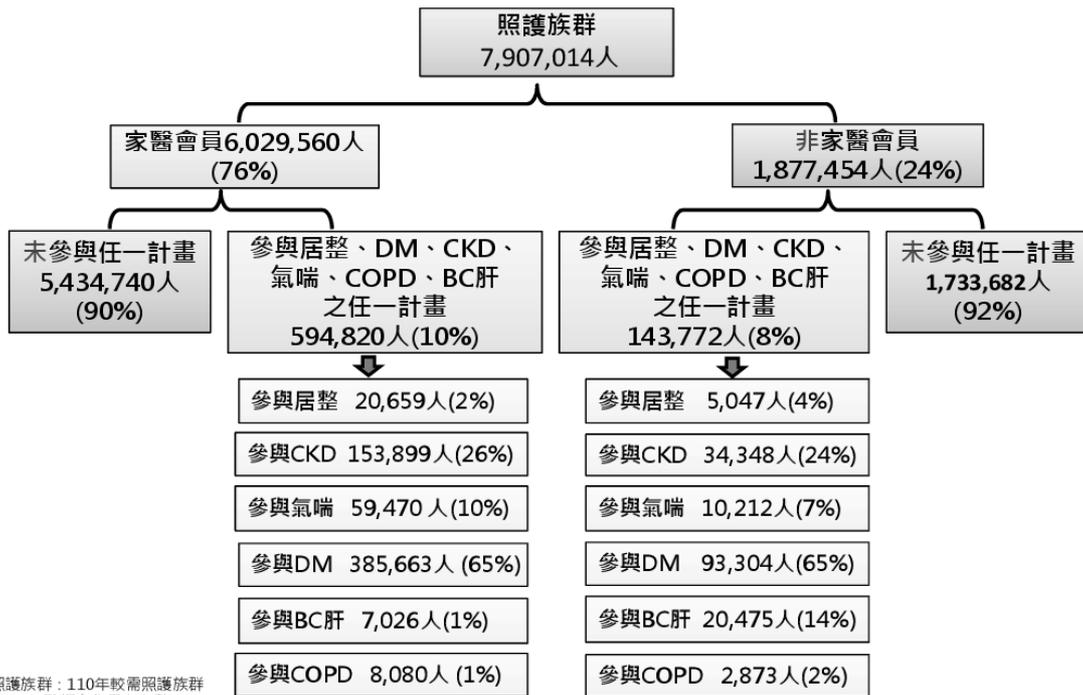
委員意見摘要	健保署說明
<p>提供轉診案件申報及特約院所家數等產出 (outputs) 數據，無太大意義，應比較加入策略聯盟與否的轉診比率差異，方能凸顯方案成效。</p> <p>二、依「110 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告」所揭 109 年 1 至 12 月分級醫療執行情形，與 108 年相較，即使 109 年受疫情影響整體就醫人次減少，接受上轉的案件數卻無明顯減少趨勢。除此，多數上轉的案件仍是以上轉醫學中心為主，而醫學中心下轉的案件數則是各層級中最少，「分級醫療」之成效有待商榷。</p> <p>三、贊同分級對策應將慢性病人照護、輕症由醫院下轉至基層診所，但是在簡單的數字之外，應明確交代以下兩件事：(一)目前所呈現的數據之真實性與可信度如何？對於醫院端的「因應行為」，健保署有多少掌握？(二)目前下轉的數字中，這類慢性病人或輕症病人的比率有多少？(三)這類病患下轉後是否能持續獲得兼具便利性、</p>	<p>成功的關鍵，又本署積極推動醫療體系整合，由各層級醫療院所合作組成，以民眾為中心，經醫師專業判斷，評估其照護需求，適當轉至適合之醫療院所，提供完善的醫療服務。</p> <p>二、另由「下轉至基層案件」來看，主要是以輕症、慢性疾病為主，分析 108 年及 109 年前五大疾病下轉占率分別為：</p> <p>(一)108 年：糖尿病(8.4%)、急性上呼吸道感染(5.2%)、其他背(部)病變(4.5%)、高血壓性疾病(4.5%)、脊椎病變(4.0%)。</p> <p>(二)109 年：糖尿病(7.3%)、其他背(部)病變(4.8%)、高血壓性疾病(4.6%)、急性上呼吸道感染(4.4%)、食道、胃及十二指腸之疾病(4.3%)。</p> <p>三、為讓病人於轉診後能持續獲得有效且具品質之醫療照護，現行轉診支付標準訂有相關申報規範：</p> <p>(一) 下轉院所宜協助病人轉診就醫安排事宜，並應交付</p>

委員意見摘要	健保署說明
<p>有效性及有品質的醫療照護？</p> <p>四、本方案投入相當的經費，執行成效報告卻失之簡陋、不友善。不僅未能向健保會委員充分說明該方案對醫療體系生態之改變、對民眾就醫與健康維護之實質效益、對健保資源合理配置之貢獻，更未交代方案執行的困難與解方。建議日後健保署此類執行成果報告在簡要的投影片之外，應提出完整的、付費者代表能理解的文字說明，以落實課責。</p>	<p>病人轉診單，提供接受轉診之院所必要之診療資訊，後續應確認該院所接受轉診。</p> <p>(二) 接受轉診院所應設置適當之設施及人員，為需要轉診之保險對象，提供適當就醫安排，並保留一定優先名額予轉診之病人。且應依醫療法施行細則，將保險對象之初步診療處置情形，及後續診療疾病之相關檢查及處置結果，回復原轉診院所。</p>

### 110年特約西醫診所參與家醫計畫、居整計畫、給付改善方案計畫(DM、CKD、氣喘、COPD、BC肝追蹤)情形



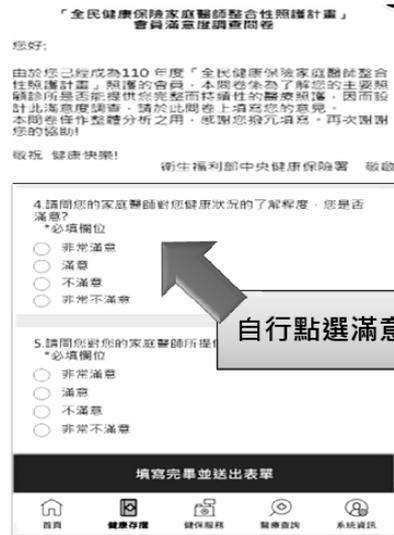
### 110年家醫計畫、居整計畫、給付改善方案計畫(DM、CKD、氣喘、COPD、BC肝追蹤)之參與人數



# 健康存摺將新增家醫計畫 「會員滿意度調查問卷」

1.健康存摺之「其他加值服務」  
新增「家醫問卷調查」

2.屬於家醫計畫當年度收案會員，  
即顯示問卷內容，自行點選



附表一：107年至109年社區醫療群量化指標目標值達成情形 (P: Process Index O: Outcome Index)

計畫評核指標目標值/執行年度	107		108		109		
	目標值	收案會員	目標值	收案會員	目標值	收案會員	
組織指標 (P)	電子轉診使用率	≥60.00%	73.80%	≥80.00%	56.43%	≥80.00%	68.00%
	門診雙向轉診率	≥85.00%	84.69%	≥85.71%	83.98%	≥83.35%	83.23%
預防保健指標 (P)	成人預防保健檢查率	≥34.56%	45.88%	≥24.43%	37.87%	≥27.77%	38.44%
	子宮頸抹片檢查率	≥27.64%	29.32%	≥15.22%	17.44%	≥25.89%	27.06%
	老人流感注射率	≥43.23%	45.56%	≥26.51%	31.72%	≥47.83%	49.44%
	糞便潛血檢查率	≥37.89%	44.79%	≥14.30%	21.63%	≥8.12%	20.54%
	會員急診率(P)	≤26.85%	33.15%	≤28.30%	34.67%	≤23.16%	28.71%
品質指標	每十萬人潛在可避免急診數(O)	≤559.5	1,159.2	≤561.7	1,160.5	≤429.15	1,008.6
	每十萬人可避免住院數(O)	≤236.7	661.2	≤247.9	653.6	≤183.58	602.4
	初期慢性腎臟病早期尿篩檢執行率(P)	N/A	N/A	N/A	N/A	≥4.12%	20.52%
固定就診率(P)	≥44.72%	48.27%	≥45.31%	47.98%	≥47.93%	48.25%	

資料來源：全民健康保險會、全民健康保險各部門總額評核會報告投影片，台灣醫療改革基金會整理

附表二：107至110年家庭醫師整合性照護計畫之年度計畫修訂重點

107年	108年	109年	110年
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 提升社區醫療群照護能力，新增醫療群合作醫事機構（如藥局、物理治療所）</li> <li>● 強化 24 小時接聽人員專業能力，明訂接聽人員應由醫事人員擔任，並規範提供之具體服務項目。</li> <li>● 社區醫療群與合作醫院間進行實質合作及提供主動電訪（Call out）服務。</li> <li>● 新增設置社區醫療群個案管理人員，協助個案管理，提升醫療照護品質。</li> <li>● 落實計畫執行目標，提供收案對象確認回饋機制。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 為減少家醫會員於不同院所就醫及重複用藥，由收案診所提供多重慢性病人門診用藥整合。</li> <li>● 為使收案對象為西醫基層就近之照護對象，針對慢性病個案之交付原則，增列於該診所門診就醫次數達 2 次(含)以上。</li> <li>● 復健病患醫療需求與一般疾病就醫患者不同，為使資源有效運用，針對非慢性病個案之交付原則，增列門診就醫次數排除復健治療次數≥33 次/年。</li> <li>● 推動分級醫療及雙向轉診，調升「電子轉診使用率」、「假日開診並公開開診資訊」之得分閾值。</li> <li>● 落實分級醫療，預防保健項目應回歸基層院所提供服務，改以收案會員於基層院所接受預防保健項目為統計範圍。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 為提升照顧品質，新增新參與計畫之診所宜擇定最近一年度評核指標良好級以上之社區醫療群參與。</li> <li>● 會員 24 小時諮詢專線不得設置於醫院之急診室之規範。</li> <li>● 計畫執行中心應辦理之核心業務及其內容項目，及其核心業務不得委由非醫事服務機構執行，如有違反則中止執行。</li> <li>● 結果面指標新增初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢之檢驗檢查執行率。</li> <li>● 品質提升費用之評核指標達成情形，調升輔導級及不支付等級之分數，由原 60 分調升為 65 分。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 新參與計畫之規範，所在地之鄉、鎮、市、區無社區醫療群及新參與之診所，以選擇現有社區醫療群參與。</li> <li>● 會員 24 小時諮詢專線接聽人員之執業登記應以社區醫療群內診所為原則。</li> <li>● 以西醫基層診所成立計畫執行中心為原則，及其核心業務不得委由非醫療服務機構（如管理顧問公司）執行。</li> <li>● 自選指標新增「兒童預防保健檢查率」</li> <li>● 自選指標「提升社區醫療群品質」指標增列活動辦理應與當地主管機關、家庭醫學學會或各縣市醫師公會共同辦理。</li> </ul>

資料來源：全民健康保險會，台灣醫療改革基金會整理