

衛生福利部全民健康保險會
第5屆111年第6次委員會議事錄

中華民國111年6月24日

衛生福利部全民健康保險會第5屆111年第6次委員會議紀錄 (含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國111年6月24日上午9時30分

方式及地點：實體會議(本部 301 會議室)、視訊會議(使用 Webex 線上會議系統)

主席：周主任委員麗芳

紀錄：馬文娟、張琬雅

出席委員：(依姓名筆劃排序，*為參與視訊會議)

干委員文男、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*、林委員綉珠、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 12:00 以後代理)、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*、張委員鈺民、許委員駢洪*、陳委員石池*、陳委員有慶*、陳委員秀熙、陳委員建志(中華民國牙醫師公會全國聯合會徐常務理事邦賢 10:42 以後代理)、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*(中華民國工業區廠商聯合總會董副理事長正宗代理)、謝委員佳宜*、顏委員鴻順*

列席人員：(*為參與視訊會議)

本部社會保險司：陳專門委員淑華*

中央健康保險署：李署長伯璋、蔡副署長淑鈴

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第23~24頁)

貳、議程確認：(詳附錄第24頁)

決定：確認。

參、確認上次(第5次)委員會議紀錄：(詳附錄第24~28頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第30~49頁)

決定：

一、上次(第5次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤共1項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共2項，同意繼續追蹤。

二、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：達解除追蹤條件共3項，同意解除追蹤；其餘21項繼續追蹤。

三、「部分負擔調整案實施後政策效益及其改善醫療資源合理利用之監測指標」報告案，請中央健康保險署儘速向本會提報。

四、「109年健保收入超過2億元之醫療院所財務報告之公開情形」報告案，請中央健康保險署於疫情趨緩後，儘速向本會提報。

五、修正「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」之總額設定公式，如附件一劃線處。

六、同意調整總額協商日期及時程安排，配合修正「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，如附件二劃線處。請委員保留9月21日~23日總額協商時間。

七、醫院協會提出「112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)」反對聲明，如附件三。

八、餘洽悉。

伍、討論事項：(詳附錄第50~82頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：全民健康保險各總額部門110年度執行成果之評核結果獎勵標準案，提請討論。

決議：

一、各總額部門110年度執行成果評核結果，將納為112年

度各部門總額「品質保證保留款」專款獎勵，其獎勵標準計算方式如下：

(一)計算基礎：以各總額部門評核年度(110年)一般服務預算為計算基礎。

(二)評核等級獎勵成長率：評核結果「良」級給予0.1%、「優」級給予0.2%、「特優」級給予0.3%獎勵成長率。

二、各部門總額前項專款額度，應與其106年度一般服務預算之品質保證保留款額度(各部門額度：醫院3.887億元、西醫基層1.052億元、牙醫1.164億元、中醫0.228億元)合併運用，全數作為鼓勵提升醫療品質之用。

三、請中央健康保險署及各總額部門持續檢討年度品質保證保留款核發情形，訂定與提升醫療品質有關且更具鑑別度之核發標準。

第二案

提案人：林委員恩豪、侯委員俊良

連署人：陳委員有慶、李委員麗珍、許委員駢洪、劉委員淑瓊、何委員語、劉委員國隆、干委員文男、翁委員燕雪、吳委員鴻來、馬委員海霞、李委員永振

代表類別：保險付費者代表

案由：有關健保署醫院總額研商議事會議研議「罕見疾病藥費專款改變結算邏輯」及「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫」案決議有不符總額協定事項之虞，提請討論。

決議：

一、本案請中央健康保險署確實依111年度總額公告之協定事項與預算用途辦理，處理結果於今年9月協商112

年度總額前，向本會提報。

二、委員所提意見，送請中央健康保險署研議。

陸、報告事項：(詳附錄第83~109頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「家庭醫師整合性照護計畫」執行成效評估(含導入一般服務之時程規劃)，請鑒察。

決定：

一、有關「家庭醫師整合性照護計畫」，請中央健康保險署辦理下列事項：

(一)持續滾動檢討，並提升計畫之執行成效。

(二)請儘速向本會提出計畫執行20年之完整檢討策進專案報告(含計畫成效檢討、策進之具體作法及未來規劃等)。

二、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：有關配合部分負擔調整方案，保障經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施，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。

第三案

報告單位：本會第三組

案由：111年度醫院及西醫基層總額新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」確認案，請鑒察。

決定：

一、確認111年度醫院總額1項及西醫基層總額3項新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，如附

件四。

二、醫院總額新增項目「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」未完成研訂，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體儘速提報下次委員會議確認。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：111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回復說明。

第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：醫院及西醫基層總額之「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」及「藥品及特材給付規定改變」預算檢討、調整與管控機制，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署回復說明。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午13時58分。

112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

第 5 屆 111 年第 5 次委員會議(111.5.27)通過

第 5 屆 111 年第 6 次委員會議(111.6.24)修正

壹、總額協商架構

一、總額設定公式

■年度部門別^{註1}醫療給付費用總額＝

[前一年度校正後部門別一般服務醫療給付費用^{註2、註3、註4}×(1+年度醫療服務成本及人口因素成長率+年度協商因素成長率)]+年度專款項目經費+年度門診透析服務費用^{註5}

年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

[年度部門別醫療給付費用－(前一年度核定之部門別醫療給付費用－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}]/(前一年度核定之部門別醫療給付費用－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}

■年度全民健保醫療給付費用總額＝

[前一年度部門別醫療給付費用×(1+年度部門別醫療給付費用成長率)]之合計+年度其他預算^{註1}醫療給付費用

年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

[年度核定之全民健保醫療給付費用總額－(前一年度核定之全民健保醫療給付費用總額－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}]/(前一年度核定之全民健保醫療給付費用總額－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}

註：1.部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2.因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 112 年總額基期須校正 110 年度總額投保人口成長率差值)。

3.依本會 110 年第 2 次委員會議(110.6.25)通過之「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，111 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 112 年度總額協商之基期費用。

4.依衛福部函報行政院之 112 年度總額之基期淨值，係以 111 年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「110 年未導入預算扣減」部分。

5.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

二、醫療服務成本及人口因素

(一)按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成

本指數改變率」及「投保人口預估成長率」合併計算成長率。

(二)成長率計算公式

$[(1+\text{投保人口結構改變對醫療費用之影響率}+\text{醫療服務成本指數改變率})\times(1+\text{投保人口預估成長率})]-1$

(三)各項因子之計算公式與方法如附件，將依行政院核定之醫療服務成本及人口因素內涵辦理。

三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新科技醫療及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

反映其他醫療服務利用及密集度改變，對醫療費用之影響(排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分)。

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式

先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

(三)計算公式

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用=前一年度醫院(西醫基

層)門診透析服務費用×(1+成長率)

年度門診透析服務費用=年度醫院門診透析服務費用+年度西醫基層門診透析服務費用

貳、總額協商原則

一、依據行政院核定之年度醫療給付費用總額範圍及政策目標進行協議擬訂，使健保政策延續並連結醫療給付費用總額。

二、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

總額協商之前提，應考量全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨；且所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，對有限健保資源，應予合理配置。

三、基期

以穩定為原則。若確需變動，應於前一年 6 月前提經議定；6 月以後所議定調整事項，適用於下年度總額。

四、醫療服務成本及人口因素

各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式。

五、協商因素

(一)給付項目之調整

健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案，請參考本會第 2 屆 104 年第 2 次(104.3.27)委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」辦理。本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目給予合理配置，不涉及個別給付項目之決定。

(二)各部門之「品質保證保留款」

1.列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。

2.考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款合併運用，並須提經本會通過。

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款

1.列為協商減項，扣減 110 年度違反特管辦法第 37、39、40 條

違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件，且不納入113年度總額協商之基期費用。

2.本項扣款數值，以協商時中央健康保險署提供者為準。

(四)一般服務之協商因素項目，應於年度協商時提出問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用、執行目標及預期效益之評估指標(新增項目)、過去執行成果效益或檢討改善規劃(延續性項目)，及檢附前開實證資料。並於年度實施前提出具體實施方案，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則得核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協考量。

(五)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

六、專款項目

(一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協考量。

(二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。

(三)有特殊性、鼓勵性、目標性之新增計畫，宜列為專款項目，俟其執行具相當成效後，再移至一般服務項目。

(四)新增計畫應於年度協商時提出問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用、執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料，並提出預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)，以利檢討退場或納入一般服務。

(五)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

(六)111年度專款項目，若因為疫情或委員會作業耽誤，導致執行

率未達 50%，112 年度專款項目可照列 111 年度之預算及協定事項。

七、其他原則

- (一)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (二)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：
 - 1.衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」之復議案程序辦理。
 - 2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。
- (三)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值。
- (四)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (五)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (六)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。

附件一醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法

一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以 109 年醫療費用點數為基礎，計算 110 年納保人口年齡性別結構相對於 109 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，並以 1 歲為一組做調整(人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均)。

二、醫療服務成本指數改變率

(一)成本項目之權數

採行政院主計總處 105 年「工業及服務業普查」所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。

(二)成本項目之指數

採行政院主計總處 111 年 4 月發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」資料。各總額部門指標類別如下：

成本項目	指標類別	
人事費用	1/2「醫療保健服務業」薪資及 1/2「工業及服務業」薪資	
藥品費用	醫院	躉售物價指數—西醫藥品類
醫療材料費用		躉售物價指數—醫療儀器及用品類
藥品、藥材及耗材成本	西醫 基層	躉售物價指數—西醫藥品類 躉售物價指數—醫療儀器及用品類
	牙醫	健保牙醫門診藥費權重及躉售物價指數—西醫藥品類 躉售物價指數—醫療儀器及用品類
	中醫	躉售物價指數—藥品類之中藥濃縮製劑 躉售物價指數—醫療儀器及用品類
基本營業費用	躉售物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	
其他營業費用	消費者物價指數—總指數	

註：1.醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」；「電子醫療用儀器及設備」；「放射照相或放射治療器具」；「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」及「其他醫療器材」。

2.「躉售物價指數—西醫藥品類」指數，其內涵排除「動物用藥」、「中藥製劑」、「中藥材」項目，不納入計算，由行政院主計總處另行提供。

(三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以 105 年指數為基值(訂為 100)，計算 110 年相對 109 年各指數年增率。總醫療服務成本指數改變率，係將各部門之服務成本指數改變率，按其 110 年醫療給付費用占率加權計算而得。

三、投保人口預估成長率

以最近一年可取得之實際投保人口成長率計算，即以 110 年對 109 年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第 5 屆 111 年第 5 次委員會議(111.5.27)通過

第 5 屆 111 年第 6 次委員會議(111.6.24)修正

一、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<p>一、協商前置作業</p> <p>(一)討論 112 年度總額協商架構及原則與協商程序。</p> <p>(二)辦理各總額部門執行成果評核： 檢討、評估各總額部門 110 年度協定事項執行情形。</p> <p>(三)112 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向。 2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。 3.提供協商參考資料「111 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」。 4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算規劃草案。 <ol style="list-style-type: none"> (1)規劃草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (2)各總額部門與健保署擬訂規劃草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。 <p>(四)安排總額協商會前會及座談會。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.召開 112 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會： <ol style="list-style-type: none"> (1)請各總額部門及健保署報告所規劃之「112 年度總額協商因素項目及計畫草案」，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之詳細說明如下： <ol style="list-style-type: none"> ①問題分析及需求評估。 ②醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。 ③新增項目之執行目標及預期效益之評估指標(若能提出分年目標值尤佳)。 ④新增專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)。 	<p>第 5 次委員會議(111 年 5 月 27 日) 111 年 7 月 20 日</p> <p>111 年第 7 次或第 8 次委員會議(111 年 7 月 29 日或 8 月 19 日)</p> <p>111 年第 8 次委員會議(111 年 8 月 19 日)</p> <p>111 年 8 月</p> <p>111 年 8 月 19 日下午 (111 年第 8 次委員會議結束後)</p>

工作項目及內容	預訂時程
<p>(2)請幕僚彙整評核委員之建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。</p> <p>2.召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。</p> <p>3.請各總額部門及健保署提送所規劃之「112年度總額協商因素項目及計畫草案」，應提報內容及格式如附表：</p> <p>(1)新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，請以結果面為導向，呈現資源投入之具體效益。</p> <p>(2)請如期提送協商草案資料，送會後不宜臨時提出新增項目或更動內容。</p> <p>4.112年度總額協商因素項目及計畫草案溝通會議。</p>	<p>111年8~9月</p> <p>111年8月26日上午</p> <p>111年<u>8月31日</u>前</p> <p>原則不召開，後續再視協商資料及討論需求評估是否辦理</p>
<p>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</p> <p>(一)各部門委員代表自行抽籤決定各部門之協商順序，並據以排定總額協商會議議程。</p> <p>(二)協商各部門總額成長率及分配方式。</p> <p>1.召開總額協商共識會議。</p> <p>(1)協商四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請部門當日依據協商結論，於協定事項調整新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。</p> <p>2.協商結論提9月份委員會議討論、確認。</p> <p>(1)確認四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請委員就協商結果，提供各總額部門所提新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」之修正建議，會後由健保署會同各總額部門共同討論研修。</p> <p>3.«執行目標»及«預期效益之評估指標»之確認：</p> <p>(1)達成共識部門：健保署將研修後之«執行目標»及«預期效益之評估指標»，提報10月份委員會議確認。</p> <p>(2)未達共識部門：請衛福部就政策要求，逕予核定。</p> <p>(三)協商各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p>	<p>111年第7次委員會議(111年7月29日)抽籤^註，於第8次委員會議(111年8月19日)提報排定議程</p> <p>111年9月<u>21日</u>全天；若有未盡事宜，於9月<u>22日上午9時30分</u>繼續處理</p> <p>111年第9次委員會議(111年9月23日上午<u>9時30分</u>開始)</p> <p>111年第10次委員會議(111年10月28日)</p> <p>111年11~12月</p>

工作項目及內容	預訂時程
1.請各總額部門於9月份總額協商完成後，2週內提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提10月份委員會議討論。 2.若部門未達成協商共識或未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提11月份委員會議討論，並完成協定。 (四)年度整體總額協定成長率及其分配之確認及報請衛福部核定及公告。	111年10月6日前 111年第11次委員會議 (111年11月18日) 111年11~12月
三、協定事項之執行規劃與辦理 (一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。 (二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。	111年10月~112年12月

註：惟若因疫情因素無法召開現場會議或各總額部門無法派員抽籤，則由本會執行秘書於視訊會議代為抽籤。

二、協商共識會議

(一)會議時間：

- 1.預備會議：111年9月21日(星期三)上午9時至9時30分。
供付費方、醫界方視需要召開內部會議(請事前通知本會同仁協助安排會議場地)。
- 2.協商共識會議：111年9月21日(星期三)上午9時30分起，全天。
- 3.若有協商未盡事宜，則於111年9月22日(星期四)上午9時30分至12時30分討論。

(二)與會人員：

- 1.付費方：付費者代表之委員。
- 2.醫界方：
 - (1)保險醫事服務提供者代表之委員。
 - (2)牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門協商時，由該總額部門代表之委員主談，各部門並可推派9名代表協助會談，推派之協商代表需經充分授權。
 - (3)護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之會談。
 - (4)門診透析服務：由西醫基層及醫院部門代表之委員主談，並邀請台灣腎臟醫學會推派1名代表列席說明。

3. 專家學者及公正人士、國家發展委員會及主管機關代表委員。

4. 社保司與健保署相關人員及本會幕僚。

(三) 進行方式：

1. 分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門總額，及健保署管控之「其他預算」。

2. 各部門之協商順序，於7月份委員會議抽籤確定後，不可臨時要求變更。

3. 各部門協商時間如下表：

部門別	第一階段 ^{註1} 提問與意見交換		第二階段 視雙方需要自行召開 內部會議		第三階段 部門之預算協商		合計 (最長時間含各自召開 內部會議時間)
			付費方	醫界方			
醫院	30分鐘	門診透析 20分鐘	30分鐘	30分鐘	60分鐘	門診透析 20分鐘	130~190分鐘
西醫基層	25分鐘		20分鐘	20分鐘	50分鐘		115~155分鐘
牙醫	20分鐘		20分鐘	20分鐘	40分鐘		60~100分鐘
中醫	20分鐘		20分鐘	20分鐘	40分鐘		60~100分鐘
其他預算	20分鐘		20分鐘		35分鐘		55~75分鐘

註：1. 各部門之協商草案已於會前會報告，若本時段仍須說明，請簡要說明並以5分鐘為限。

2. 門診透析服務預算之協商時間，併於西醫基層或醫院部門中協商順序較前者之時段(時間外加)。

4. 相關原則：

所有委員均可入場，惟非該協商場次之總額部門委員，可以提問與發表意見，但不參與預算協商。個別部門之協商場次安排分為三個階段，與會人員之參與方式如下：

協商階段 \ 場次		四部門總額協商	其他預算協商
第一階段	提問與意見交換	總額部門委員及協商代表： 說明協商草案與回應提問 所有委員：均參與提問與意見交換 (若協商草案中，有部分項目涉及其他總額部門者，相關之醫界委員得表達其看法；另必要時，得請健保署人員提供說明)	健保署： 說明協商草案與回應提問
	視雙方需要自行召開內部會議	付費方或醫界方： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚與健保署人員協助試算或說明)	付費方或健保署： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚協助試算)
第三	部門之預算	由「付費方」與「醫界方」	由「付費方」與「健保署」

協商階段		場次	四部門總額協商	其他預算協商
		階段	協商	雙方進行預算協商 (得請健保署人員提供說明)
		若雙方初步協商無法達成共識時： 由專家學者、公正人士、政府機關代表委員，在不涉及特定金額下提供專業見解及中立意見，供雙方參考，再決定是否召開內部會議或繼續協商		

5. 若部門與付費者代表順利完成協商，達成共識，則於其預算協商時段當場試算，作成共識方案。倘未能達成共識時，其處理方式如下：
 - (1) 付費者代表委員間無法達成共識時：

由付費者代表之委員召集內部會議協調之，若無法以共識決形成一案時，得以多數決定付費者方案。
 - (2) 總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表之委員召集內部會議協調醫界方案。
 - (3) 總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員各自提出一個建議方案。
6. 經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得再重新協議，並酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。
7. 各部門總額年度預算之協商終止點，訂為 9 月份委員會議之前，經委員會議確認後定案，不得變更。
8. 為利瞭解年度總額之協商過程，與會人員之發言內容，將以實錄方式上網公開。

三、委員會議

- (一) 時間：111 年 9 月 23 日(星期五)上午 9 時 30 分。
- (二) 確認協商結論(共識方案或雙方建議方案，含成長率、金額、協定事項)，協定事項之文字在不違反原協商意旨前提下，可酌予調整修正。
- (三) 依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，未能達成共

識方案時，應將委員會議確認之付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員建議方案，報請主管機關決定。至於個別委員對建議方案有不同意見時，得於建議方案確認後，提出不同意見書，由健保會併送主管機關。

附表、各部門總額協商草案(協商大表)應提供之內容及格式

項目類別	○○部門草案	健保署草案	健保會補充說明
新增項目	<p>協商方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.問題分析及需求評估 2.醫療服務內容及說明 3.費用估算基礎及淨增加之費用 4.執行目標及預期效益之評估指標(以結果面呈現資源投入之具體效益) 5.專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果) 6.請檢附上開 1~4 項之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參 	<p>對醫界方案提出保險人之評析及建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.評析醫界方案之問題分析、需求評估及醫療服務內容之合理性與必要性，並提出保險人意見 2.試算醫療費用、淨增加費用，並提出合理之預算建議 3.對執行目標及預期效益之評估指標提供建議 4.對專款項目之預估試辦檢討期限提供建議 <p>若新增協商項目或計畫屬政策交辦項目，且未納入各總額部門協商草案：</p> <p>請健保署提供完整之協商方案(比照部門草案內容)</p>	<p>彙整相關資料供參考：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> 是否為政策交付項目：是者，摘錄政策內容 2. <input type="checkbox"/> 資料是否完整：否者，提出需補充內容 3. 提供評核委員及會前會專家學者意見 4. 彙整相關統計數據與總額協商相關規範 5. 提供協定事項執行情形與研析，不作任何預算額度及經費增刪的建議。另提供協定事項建議文字
延續性項目	<ol style="list-style-type: none"> 1.醫療服務內容及說明(含問題分析及需求評估) 2.費用估算基礎及淨增加之費用 3.過去執行成果效益(以結果面呈現資源投入之具體效益)，或檢討改善之相關規劃 4.請檢附上開內容之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參 		

112 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)

反對聲明

111.06.23

署名人：翁文能委員、陳石池委員、吳鏘亮委員、朱益宏委員

- 一、依據衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 111 年第 5 次委員會議議事錄辦理。
- 二、對於 112 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)，醫院部門聲明實質討論該案未獲共識，不認同以文字限制或內規形式，影響協商之進行，說明如下：
 - (一)、違反公平正義原則：「五、協商因素(四)」：「若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則得核扣當年度預算」，本項文字僅明列執行第一年未能如期實施或可歸因總額部門得進行核扣，然若實施超過預算額度，亦非歸因於總額部門是否亦應支應預算不足部分，方為對等載明。
 - (二)、行政程序繁瑣：「五、協商因素(五)」：「如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行」，考量協商核定執行面，主管機關決定事項已內含相關保障項目，是否具送健保會同意後執行之必要性？恐造成行政程序繁瑣，爰建議「如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會備查後執行」。
 - (三)、健保資源有效運用：「七、其他原則(三)」：針對各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值，查全民健康保險法第 61 條規定，健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定，查現行法規並無明文規定各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值一事，且行政院核定範圍係

整體全體總額部門之上限，並非匡列於各總額部門，又全民健保資源係有益於國家整體發展，不應用內部規範畫地自限，此舉造成全民健保資源緊縮，預算額度返還國庫，為利健保資源於核定範圍妥適運用，爰建議刪除「各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值」之文字。

(四)、跨總額部門調整：「七、其他原則(七)」：有關跨總額部門相關預算撥補，對於總額部門調整支付標準項目連動影響其他總額部門一事，基於尊重各總額部門編列預算前提下，原提案部門應事前告知受影響部門，另請健保署提醒知會受影響部門藉以評估是否同意連動調整及相關預算因應及尋求其他預算支應，因實務曾發生該情形，爰建議保留「(七)各總額部門所提協商草案，若涉及應用年度總額調整支付標準項目，應評估是否連帶影響其他總額部門，如有影響，應有相關預算撥補受影響部門。」之文字。

三、承上，醫院部門曾於前(第5)次委員會議反映，爰對於112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)未達共識部分，建議紀錄酌予修正。

醫院及西醫基層總額總額新增項目協定事項之
「執行目標」及「預期效益之評估指標」

一、醫院總額，1 項：

新增項目	「執行目標」及「預期效益之評估指標」
<p>專款項目 住院整合照護 服務試辦計畫</p>	<p>1.執行目標： (1)111 年至少 4 家醫院參與服務。 (2)111 年服務住院病人 200,000 人日。 說明：服務住院病人 200,000 人日=3 億元×50%÷750 元人日。</p> <p>2.預期效益之評估指標：提升全國醫院提供急性一般病床住院整合照護服務涵蓋率，111 年目標為 2.8%。 說明：當年底試辦醫院住院整合照護開放床數(以 2,150 床計)÷當年底全國急性一般病床開放床數 76,445 床(註)×100%。 註：衛生福利部醫事管理系統 111 年 1 月底統計資料。 備註：若本計畫 112 年度繼續試辦，則於提出總額協商資料時，應包括「執行目標」及「預期效益之評估指標」(應以能反映實際執行效益之結果面指標為之)。</p>

二、西醫基層總額，共計 3 項：

新增項目	「執行目標」及「預期效益之評估指標」
<p>一般服務 提升國人視力 照護品質</p>	<p>1.執行目標：4,000 件。 2.預期效益之評估指標： (1)每月申報超過 40 件以上白內障手術之醫師，其「VPN 登錄率」大於 90%。 (2)每月申報超過 40 件以上白內障手術之醫師，其病人手術等待期減少。 註 1：等待期=手術日期-前次門診日期。 註 2：排除案件：跨年度案件、手術與前次門診為同一日之案件。 (3)每月申報超過 40 件以上白內障手術之醫師占申報白內障手術醫師數比例較前一年度增加 3%。</p>

新增項目	「執行目標」及「預期效益之評估指標」
<p data-bbox="209 219 357 257">專款項目</p> <p data-bbox="165 275 403 521">提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬 (pay for value) 計畫</p>	<p data-bbox="432 219 635 257">1.執行目標：</p> <p data-bbox="459 275 1114 311">(1)全國基層參與計畫診所數達到 21 家。</p> <p data-bbox="459 329 868 365">(2)收案人數超過 170 人。</p> <p data-bbox="459 383 1430 468">(3)逐年提升出院後心肺復健接受率、提升心肺疾病治療效果，心肺功能有意義的改善達 70%。</p> <p data-bbox="432 486 823 521">2.預期效益之評估指標：</p> <p data-bbox="459 539 1430 624">(1)病人疾病復發率(包括再住院或再急診)<30%：收案 6 個月內病人因相同疾病再就診率<30%。</p> <p data-bbox="459 642 1430 790">(2)有意義的心肺功能改善比率>70%：CPET (VO₂peak 最大耗氧量或無氧代謝閥值耗氧量 Vo₂AT)較首次進步改善 25%或 6 分鐘步行測試進步 25%或 100 公尺以上。</p>
<p data-bbox="209 806 357 844">專款項目</p> <p data-bbox="165 862 403 947">代謝症候群防治計畫</p>	<p data-bbox="432 806 1430 891">1.執行目標：提供 10 萬名代謝症候群個案疾病危險因子管理服务。</p> <p data-bbox="432 909 823 945">2.預期效益之評估指標：</p> <p data-bbox="459 963 831 999">(1)代謝症候群改善率。</p> <p data-bbox="459 1016 823 1052">(2)介入成功率\geq30%。</p> <p data-bbox="459 1070 1430 1155">註：介入成功率：個案經收案照護後，任何一項代謝症候群指標已達標並已不符代謝症候群患者人數/診所收案個案人數。</p> <p data-bbox="432 1173 1430 1258">3.視計畫執行情形，於下年度再行研議調整照護人數目標之可行性。</p>

第5屆111年第6次委員會議
與會人員發言實錄

壹、「主席致詞」、「議程確認」、「確認上次(第 5 次)委員會會議紀錄」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

- 一、各位委員，不管是在實體的委員，或者是在線上的委員，還有李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、商司長東福，以及各位夥伴們，大家早安！大家好！現在委員人數包括出席和線上已經過半，會議正式開始。
- 二、首先，要先向各位委員報告這個月的情形，雖然說目前疫情還是嚴峻，所幸疫情已經逐步脫離高原期，感謝所有醫療部門的努力，而且每個人都不是局外人，還要持續一起奮戰，希望能夠早日戰勝疫情。
- 三、其次，特別要肯定胡委員峰賓，胡委員峰賓是消費者報導雜誌的發行人，他一直關心民眾的健康，所以在 5 月份的時候，特別跟牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)合作，出了 1 本牙醫專刊，從消費者報導的角度出版，探討牙醫社會責任的實踐-牙醫醫缺服務、特殊需求者的牙科醫療、專科牙醫口腔健康等議題。在此特別感謝胡委員峰賓代表消費者報導，對於民眾健康的把關。
- 四、其次，要感謝牙醫部門，陳理事長建志帶領牙醫部門在 6 月 16 日舉辦 111 年牙醫門診總額執行業務分享會，分享會非常成功，除了委員出席踴躍之外，包括商司長東福、蔡副署長淑鈴和周執行秘書淑婉等人都有到場。當天分享會非常感動人心，也提出三項優先，包括病人優先、品質優先、弱勢優先等，從弱勢照護、醫不足地區的照護，到特殊醫療服務的照護，包括巡迴醫療車的效益及困境、固定式治療椅的治療模式等，感謝 40 週年慶陳理事長建志募集 40 台固定治療椅，以及偏鄉服務包含籌措 666 萬元捐款，陳理事長建志告訴我也許會有奇蹟出現，他說任期到 7 月底，我們當然希望他續任，但

非常感謝他今天特地到場，等一下請他說明對分享會的看法。

五、其次，中醫師公會全國聯合會的部分，感謝柯理事長富揚帶領的中醫國家隊，清冠一號廣受國人青睞，特別是中西醫合治。尤其在長新冠的中醫治療上，柯理事長富揚提出很多民眾衛教 Q&A，帶領中醫國家隊，目前已經超過 1 千 5 百家中醫診所參與視訊診療，同時週日都還開診，不只如此，也提供動態查詢網，很感謝柯理事長富揚。

六、最後是藥師公會全國聯合會(下稱藥全會)，在 6 月 26 日這個週日，也是著眼於民眾用藥把關，舉辦「用藥安全，藥師來照護」公益園遊會，在重要業務報告時再請黃理事長金舜邀請大家參與。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉

主席、各位委員，大家早安！本次議程安排有討論事項 2 案、報告事項 5 案，除討論事項第二案是林委員恩豪、侯委員俊良提案，11 位委員連署，以及報告事項第一到三案是上次會議保留外，其他都是依照本年度工作計畫排定。另外提醒委員發言順序，以主席指定發言順序為準，因為這次會議是實體、視訊同時進行，建議發言順序由現場委員發言之後，再依序由視訊委員舉手發言。

周主任委員麗芳

好，議程確認。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳

會議紀錄的部分委員有無意見？如果沒有，會議紀錄就確認，接下來進行本會重要業務報告。

朱委員益宏

主席對不起，朱益宏剛剛來不及確認會議紀錄。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏發言。

朱委員益宏

台灣醫院協會(下稱醫院協會)有 1 個正式的聲明，請先確認是不是與會議紀錄有關？這部分是不是要確認，剛剛因為也沒有表示有這一份資料，我想說我們上次討論總額協商架構時有這幾點，因為協商架構就是協商的一部分，是付費者委員代表與醫療服務提供者委員代表的對等協商，上次委員會議我就有提出一些質疑，這些質疑並未得到處理，所以這次醫院協會也認為上次委員會議的決議，就直接通過列入決議是不妥的，所以我們醫院協會的所有 4 位委員，共同有 1 個書面資料反對列入協商架構，若要列入也應該在協商架構中，說明醫院協會是反對的相關文字。

周主任委員麗芳

非常感謝 4 位連署的委員，謝謝剛才朱委員益宏詳細說明，也謝謝翁委員文能、陳委員石池、吳委員鏘亮共同連署。這個案子因為是上次委員會議的決議，是不是懇請各位委員，把醫院協會這份反對聲明一併列入，如同朱委員益宏所說醫院協會反對的意見，我們正式納入，也讓大家瞭解醫院協會的立場與看法。但是我們的會議決議就不改變，這樣好不好？先請李委員永振。

李委員永振

主席剛剛的裁示我沒有意見，但是如果列入醫院協會的反對意見的話，上次委員會議討論的其他反對意見也一併列在一起，這樣才能整體呈現，譬如說我上次提到如未能如期實施，後面的歸因應該要拿掉。我原本要你做 1 年，現在只做 5 個月，代謝症候群計畫預算給 3.08 億元是 1 年的錢，目前剩下 5 個月，然後再宣導一下，哪有用那麼多錢，當然這項是可歸因的，因為你太晚提出來。若不能歸因的，你時間自己要掌握好，我是從 1 月 1 日就開始計算的，哪

有說做半年用 1 年的預算，這樣沒有道理，建議把這項反對的意見也要一併陳列。

周主任委員麗芳

謝謝李委員永振，你是說每 1 案嗎？

李委員永振

就是針對有不同聲音的這 3 案。

周主任委員麗芳

就是這個總額協商的架構和原則。

李委員永振

對，現在醫院協會有提 3 點，但討論時也有其他的反對聲音，反對聲音也要呈現並列。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、主席，我反對醫院協會這 4 點反對聲明，依據會議規範的法定程序及精神，我們只通過上次的會議紀錄，進行上次會議紀錄確認，是徵求大家有沒有漏掉的文字，而不是再重新拿 1 個反對聲明列入會議紀錄，這跟會議規範完全不符，所以我反對這份聲明列入會議紀錄。
- 二、通過會議紀錄確認，只不過是提出我們當時的決議有沒有漏掉的文字，酌作文字的修正而已，而不是把整個反對聲明列入會議紀錄裡，這樣是不可以的。今天有委員反對聲明，我尊重他們的反對聲明，他們的反對聲明要去提復議案，本次會議還沒執行，是在下個月提出復議案，再看復議案會不會通過，那是會議規範的程序。如果照這樣子以後上個月討論完的議題，在本次會議中有委員提反對聲明，再列入會議紀錄，這樣子的做法會沒完沒了，也違反會議規範的精神及法定程序，所以不能列入紀錄，僅做文字修正而已。

周主任委員麗芳

這案就先討論到這裡，何委員語講得也很有道理，我們在4個半小時內好不容易才討論出幾個案，如果每次會議紀錄又重新來討論一次，這樣幾乎都在原地打轉，也有辜負社會大眾對健保會的期待，且今天要討論的議案真的很多。今天4位委員的反對聲明，大家都看到了，健保會或社保司明年度在進行相關規劃時，你們的反對聲明將是重要的參據，未來也會把這些資料一併納入做思考，是否懇請4位委員，仍採目前的處理方式，但你們的聲音我們聽到了，也會在日後規劃時，好好思考這個問題。

朱委員益宏

主席，我補充說明一下，為什麼我們會提出反對聲明，因為這是協商的一部分，我一再強調協商是對等協商，不是健保會的多數決，這和一般的議案不一樣，這是對等協商一部分，當然需要醫療服務提供者和付費者要有共識才可以列入，如果沒有共識是不能列入，與何委員語說一般提案，要經過復議的程序是不一樣的，因為全民健康保險法(下稱健保法)明文規定總額協商的時候是要對等的。

周主任委員麗芳

等劉委員國隆發言完後，這案真不能再討論下去了，因為上月還保留報告事項3案要在本次會議討論。請劉委員國隆。

劉委員國隆

我是支持何委員語的看法，如果照這樣子大家永遠不用開會，照一邊的意思執行就好，可以議而不決，決而不行，如果這樣子我們一些法案程序就不用跑了，只要有人說這都沒有共識，會議就不用開了，因為1個人說沒有共識，但其他人都有共識。其實還是可以提出復議，我在這裡還是支持何委員語的說明，我們在這裡做的是會議紀錄確認，要復議的再提出來復議。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

我另外提出文字修正。

周主任委員麗芳

- 一、若是文字修正就不用了，因為這樣會變成文字修正可以，為什麼其他不可以，文字意思差距不大，大家都知道文意就好了。
- 二、關於會議紀錄，確認。但向4位委員說明，你們的聲明我們都看到了，健保會同仁也會納入日後擬訂議案的參考。
- 三、在進行本會重要業務報告前，請黃理事長金舜來說明本週日舉辦的活動。

黃委員金舜

主席、李署長伯璋，現場及線上的委員大家好，6月26日藥全會在圓山捷運站旁的圓山花博館舉辦「用藥安全路，藥師來照護」的園遊會，過去每年藥全會與食藥署都有舉辦這項活動，在3年前也在中正紀念堂舉辦過，當時柯市長文哲也到現場，現場出席人數將近5萬人，這次活動我們預估也會超過3萬人，6月26日那天活動從下午1點開始進行到5點，下午2點蔡總統英文會到現場，下午3點賴副總統清德也會到現場，現場的貴賓以及官員相當多，在這邊代表藥全會，希望我們健保會的所有委員，如果時間允許的話，儘量可以撥空來參加，來跟藥全會做1個指導。

周主任委員麗芳

謝謝黃理事長金舜的說明，也希望各位委員踴躍出席。另外6月16日牙全會的分享會是實體會議，有些委員因疫情關係無法參與，請陳理事長建志說明。

陳委員建志

感謝6月16日大家來參加牙全會的分享會，原本是總額參訪，因為疫情關係我們改變方式，從參訪的點，用視訊的方式讓所有委員知道我們在弱勢的地方執行業務的狀況。那天主題是「看見看不見的地方」，我想健保這些數字大家都看得見，看不見的下面有很多

溫暖的事情，譬如嘉義縣公會理事長每週五都上阿里山，阿里山大家覺得距離很近，但他是去阿里山裡的深山部落，車程約3小時，都是一些看不到的地方，我想這是我們健保委員長期以來對我們牙醫界一些共同的指導及努力，希望我們更多溫暖故事與大家分享，也感謝各位委員對牙全會長期的疼惜及支持。

周主任委員麗芳

謝謝陳理事長建志及牙醫國家隊，接下來進行本會重要業務報告。

貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

一、本會重要業務報告，項次一，本會依上次(第 5 次)委員會議決議(定)事項辦理情形如下：

(一)業依「參、確認上次(第 4 次)委員會議紀錄」之決定，修正第 4 次委員會議的議事錄內容，已於 6 月 8 日更新本會網頁第 4 次委員會議議事錄第 3 頁及第 5 頁如劃線處，請委員參閱會議資料第 2~3 頁。

(二)決議(定)列管追蹤事項共計 3 項，依辦理情形，建議解除追蹤 1 項，繼續追蹤 2 項，但最後仍依照委員會議定結果辦理。解除追蹤 1 項是委員針對中央健康保險署(下稱健保署)111 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告提出的意見，健保署已經回復說明在會議資料第 46~59 頁，請委員參閱並建議解除追蹤。

二、項次二，為讓委員瞭解歷次委員會議未結案件之辦理情形，依例每半年(6 月、12 月)彙報 1 次，截至 5 月底未結案件計 24 項，依辦理情形，建議解除追蹤 3 項，繼續追蹤 21 項，最後還是依照委員會議定結果辦理。建議解除追蹤 3 項，請委員翻到會議資料第 31 頁：

(一)項次 1，是「胃腺癌」與「晚期肝細胞癌」免疫新藥，希望健保署持續跟藥商協議，納入健保給付案。委員請參閱辦理情形，有劃底線的部分是更新的部分，健保署已經提供這 2 個癌症免疫新藥後續跟藥商協議情形，也提供病患放寬其他胃癌及肝癌藥物的給付規定，已經完成階段性工作，建議解除追蹤。

(二)項次 2，有關請健保署提供塗藥支架納入全額給付評估結果之參採情形，健保署已提供塗藥支架納入全額給付的評估結果情形資料，也正在辦理研議塗藥支架納入全額給付的相關事宜。

(三)項次 3，有關要求健保署定期在第 2 季業務執行報告時，提出前 1 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案的執行報告，上個月首次提報，後續將列為本會例行業務，建議解除追蹤，以上是解除追蹤的 3 項。

三、請委員參閱會議資料第 20 頁，項次三，有關健保署函請變更本次委員會議依本年度工作計畫或相關決議(定)事項原本排定的議程，說明如下：

(一)有關「109 年健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形」報告案再次延期，第 1 次延期是因為健保署希望增加視覺化建置作業，在第 3 次委員會議決議延到第 6 次委員會議，也就是本次委員會議報告。但健保署在 6 月 6 日又函知因為最近 COVID-19(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)大流行疫情嚴峻，為避免財報公開造成輿論關切進而影響醫療體系運作，希望視疫情狀況再擇期報告。處理建議本案是委員一直關切的監理議題，也都例行納入本會年度工作計畫事項，建議健保署在疫情趨緩後儘速提報。

(二)有關「部分負擔調整案實施後政策效益及其改善醫療資源合理利用之監測指標」報告案，是依第 4 次委員會議決議要求健保署提出，但健保署在 6 月 9 日函知，因部分負擔調整案經衛福部於 5 月 12 日註銷，考量後續調整方案之變動性，所以暫不提報。本案雖然部分負擔調整案因疫情之故暫緩實施，但監測指標是在評估部分負擔調整案是否能達到預期之政策效益及改善醫療資源合理利用，處理建議還是請健保署儘速研擬，並於委員會議提報。

四、項次四，112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍草案，衛福部已於 6 月 2 日函報行政院，請委員參閱會議資料附錄四，第 212~265 頁，總額範圍草案費用成長率是 1.28%~5%，增加金額是 103.61~404.77 億元，協商空間大約有 300 億元左右，委員會議諮詢時委員所關切重點，也在衛福部陳報行政院函的附錄三有呈現。至於總額基期計算方式，是依照 111 年健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除 110 年未導入預算扣減部分所得到的基期，依據衛福部報行政院有關「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」函內容及 5 月份委員會議討論事項第一案之決議，一併修正 112 年度總額協商架構及原則之「總額設定公式」。

五、項次五，本會希望能調整「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」之會議時間，理由說明如下：

(一)公務員服務法於 5 月 30 日經立法院三讀通過，並於 6 月 22 日經總統公布，修正內容規定公務員延長辦公時數每日不得超過 12 小時。因為按目前協商時程安排，協商後本會同仁需要熬夜到早上 3、4 點才能完成相關作業，以提供隔日委員會議初步確認，在公務員服務法修正實施之後，會有違法之虞。

(二)再來是上次委員會議對協商所提意見，也是過去協商委員反映的意見，協商時間太長，對付費者委員體力及腦力都是很大的負擔，5 月份委員會議上也有委員提出，如果 112 年總額協商資料完備度足夠的話，加上各總額部門跟健保署可以配合提供詳細資料，也許可以提升協商效率。如果協商時委員及協商代表都能遵循各部門總額協商時段限制，就可以作好時間控管。

(三)綜合以上的意見，建議 112 年度總額協商共識會議擬提早到 9 月 21 日，委員會議確認還是在 9 月 23 日，而 9 月 22 日當作是協商緩衝及本會同仁作業時間。簡單講一下我們的

規劃，協商共識會議從 9 月 22 日提早到 21 日，按照安排每個部門的協商時間，預計可以排到晚上 8 點 40 分，就可以符合公務員服務法規定的每日延長辦公時數不得超過 12 小時。如果依照表定時間進行，時間屆滿但兩方無法達到共識就兩案併陳，如果兩方有繼續協商的意願，在徵得兩方代表同意後，就安排隔日協商緩衝的時段繼續協商，協商緩衝時段同時也是本會同仁的作業時間，第 3 天的委員會議就與往常委員會議一樣，9 點 30 分開始，預計中午應該就會結束，因為第 3 天的委員會議只是單純對協商結果的初步確認，為避免委員週三來開協商會議，週五又要來開委員會議，讓委員長途奔波，所以週五的委員會議會採實體及視訊併行方式召開。本會同仁按照 111 年度協商順序說明協商共識會議及委員會議時間，模擬了 1 個時間表，請委員參閱會議資料第 23 頁，但總額部門協商順序仍會按照 7 月的抽籤結果排定，若委員同意這樣的安排，本會將酌修 112 年度總額協商程序，請參閱會議資料第 61~66 頁的劃線處，請委員給予意見。

- 六、項次六，為完善資料寄送的資訊安全，5 月份衛福部辦理資通安全暨個資保護內部稽核作業時，建議本會寄送機敏會議資料應予加密，所以這次委員會之會議資料電子檔加密寄送，而開啟密碼則會以第 2 封電子郵件另行寄送。
- 七、項次七，有關於台灣私立醫療院所協會(下稱私立醫療院所協會)致函嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心(下稱指揮中心)，建議 111 年第 2、3 季醫院總額點值結算要比照 110 年點值保障方式，並副知本會。其中指揮中心函復私立醫療院所協會的內容中，提及有關「醫院總額點值結算要提報健保會同意之後，經衛福部核定後實施」部分，跟各位委員澄清，對於總額點值核付結算基礎，在健保法第 62 條第 3 項法有明訂，總額點值結算之決定方式並不是本會的權責，所以無須送本會

同意的必要，但是因為本會負有監理的法定任務，所以 110 年第 2 次及第 6 次委員會議都有針對 110 年的結算方式提出監理意見，希望健保署依照健保法的規定，在符合適法性、公平性前提下辦理。

- 八、項次八，有關「111 年度西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」之風險調整移撥款執行方式業經提本會備查在案，本次提出修正僅刪除分配方式三、(四)、4.之備註文字，與風險調整移撥款之分配方式無關。
- 九、項次九，上次(第 5 次)委員會議委員關切重要議題作成會訊報導，請委員參閱並轉知所屬會員參閱。
- 十、項次十，衛福部及健保署於 5~6 月份發布及副知本會之相關資訊，內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件業於 6 月 14、15 日寄至各委員電子信箱，本會同仁整理之重點摘要，請委員參閱。

周主任委員麗芳

謝謝周執行秘書淑婉的說明，現場舉手委員有劉委員淑瓊、劉委員國隆、李委員永振、干委員文男等 4 位，之後開放線上委員發言。

劉委員淑瓊

- 一、請各位先參閱會議資料第 30 頁，歷次委員會議擬繼續追蹤事項項次 1，本項次是源自第 4 次委員會議委員們對「代謝症候群管理計畫」報請同意案的執行意見。第 5 次委員會議已經將決議修正成：有關收案照護人數及委員所提意見，請健保署會同西醫基層總額相關團體妥處。但從健保署回復的辦理情形中，照護人數目標值及預期效益評估指標，完全未依總額協商事項及前次決議做任何處理或修正，甚至在本次會議召開前，健保署已於 6 月 20 日公告實施，對於本案被這樣處理，醫改會感到非常遺憾，並再次表達反對。

- 二、會議資料第 20 頁，有關健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告公開案。財務公開非常重要的目的是資訊透明，讓全民可共同查閱及監督，能更瞭解醫療院所經營情況。本案已從 3 月份委員會議延至 6 月份，而今健保署又要再次延後提報。大家都關心疫情對醫院經營造成什麼影響，上次委員會議也都對辛苦的一線醫護人員表達敬意，記得我當時曾說這樣的感性發言可不可以到此為止，表面上看起來好像不通人情，但在座的各位，尤其是健保署手上握有資源，且有權力調動資源，只是口頭上說一線人員辛苦，卻不檢討制度問題，是沒有實質意義、為德不卒的。我們應該從財務、結構面變革醫療體制，讓醫事人員有更好的執業環境。
- 三、會議資料第 20~21 頁，關於部分負擔的監測指標。本來健保署在提出調漲部分負擔的同時，就應該一併提出監測指標，且對於弱勢民眾就醫權益的保障措施的保障也應該到位。但事實卻是沒有監測指標、沒有配套措施，後經委員提案與連署要求後健保署才同意辦理，而且為配合署方作業時程，我們都已經同意分別到 5、6 月提報，現在健保署卻提出因衛福部已經註銷公告，故暫不提報監測指標。除非我們不調漲部分負擔，否則任何時間點，只要衛福部一聲令下，調漲案馬上就啟動，到時肯定來不及作業，因為健保署提出的監測指標及配套措施，都還必須經過委員會議討論，所以本人對健保署提出暫不提報一事，嚴正表示反對。希望健保署不要再拖延，應扮演好管理人角色，也讓健保會能夠履行監理的任務，應盡速提報。
- 四、會議資料第 26 頁，「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」一案，在去年年底醫改會(台灣醫療改革基金會)和醫勞盟(台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟)曾經共同針對這個方案召開記者會，我們知道「家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)」及「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，都有照顧到多重慢性病人，然而大概 2 成的慢性病人有登記專屬家庭醫

師但他們可能不知道，也沒有在任何社區醫療群就醫的習慣，經常在醫院專科多科看診，不僅對其病情沒有幫助，且可能過度使用醫療資源。希望健保署針對這個計畫轉型能研擬新的規劃。

周主任委員麗芳

請劉委員國隆。

劉委員國隆

- 一、請參閱會議資料第 23 頁，剛剛周執行秘書淑婉已報告過，連行政院人事總處也注意到公務員辦公時數，9 月份協商會議時間想怎麼壓縮都 OK，但上次委員會議討論，主要是希望能有前置作業的說明會。例如健保署於 6 月 17 日召開「醫院總額部門 111 年是否採行保障 9 成討論會議」，係由李署長伯璋主持，在這會議上讓付費者代表和各層級醫院代表互相溝通彼此想法，溝通完後，反而是醫院內部還有須再進一步溝通討論之處，醫院代表也會體會到付費者代表的看法，有助於未來雙方在討論醫院是否採 9 成保障時，大家看法能比較趨於一致。
- 二、想怎麼壓縮協商會議時間都 OK，但建議可以在協商前，針對 6 場的協商，辦理 3 場次的說明會，讓付費者與醫界可以先講出各自的重點，因為爭議點常只有 1、2 個或 2、3 個，如果能在會前充分溝通說明，可能就不用兩案併陳。尤其醫院總額部門，其費用占健保總額 6 成多，協商時間僅 150 分鐘，其他總額部門協商時間，則有 115 分鐘、或 100 分鐘不等，醫界與付費者雙方在協商時間有限下，要達成共識並不容易，這也不是委員樂見的。建議在 9 月 21 日協商會議的前 3 週，1 週 1 次，可以是醫院 1 場次、透析與西醫基層，或透析與其他預算之類，請主席與周執行秘書淑婉再思考如何安排，讓付費者與醫界委員，能夠坐下來好好溝通 1 個下午或上午，或許 9 月 21 日協商會議就不用開到晚上 8 點多，說不定晚上 6 點就可以結束了。付費者委員在協商會議前，也會召開會前會凝聚共識。

透過說明會或會前會，有助雙方互相體諒與體會，比較能達到中和的結果與機會，協商比較會有成果，在此建議協商前至少要排幾次的說明會。

周主任委員麗芳

劉委員國隆所提意見，在上次會議曾討論過，請健保會同仁瞭解委員需求，視需要評估是否加開會議。

陳組長燕鈴

請問主席我可以說明一下嗎？上次提案時就有提出是否在所有資料都完備後，召開 2 整天的溝通會議的規劃，所以草案是有提出。但經過討論後，委員認為今年資料已做大幅完整性改變，覺得不要太耗費協商前委員的精力，所以請參閱會議資料第 62 頁，第 4 點溝通會議的預訂時程，大家討論後的決定是「原則上不召開，後續再視協商資料及討論需求評估是否辦理」。我要再補充說明，在協商會議之前已安排 2 場會前會，在 8 月 19 日委員會議後由四總額部門及健保署說明協商草案、8 月 26 日上午則由健保署再次說明，這已經先開過 2 場會前會，每年都是這樣，這 2 場其實是可以好好溝通的，只是在加開溝通會議的部分，經上次委員會議討論，委員大家共同的決定是視需要再辦理。

周主任委員麗芳

好，謝謝。

劉委員國隆

我補充一下，等到資料完備才開會太慢了，其實大家心裡都已經有共識、非共識的看法，我建議在 9 月 21 日的前 3 週就安排會議，有時間的委員就出席，或是重視的委員就出席，並不強制每個委員都出席，這樣大家才能夠比較有共識。

周主任委員麗芳

劉委員國隆的建議與上次會議的結論也沒有違背，依 112 年度總額協商程序，溝通會議是「原則不召開，後續再視協商資料及討論需

求評估是否辦理」，請同仁會前再瞭解一下委員需求，若多數委員覺得需要，就召開會議。請李委員永振。

李委員永振

- 一、會議資料第 30 頁項次 1，有關代謝症候群計畫，贊同劉委員淑瓊的意見，我們上次花那麼多時間討論，後來會議紀錄確認時又討論了一下，但最後還是沒有按照決議執行。既然已經報部了，今年總額協商如果提出明年要續辦的話，建議依委員意見提出詳細說明才比較周全，不要像這樣隨便弄一弄，剛才我也提到，1 年的預算只做 5 個月，雖然專款沒用掉會回到健保基金，但空間會比較大，而且與當時的協商草案規劃不符。
- 二、請參閱會議資料第 21 頁說明四，有關於 112 年總額範圍草案報行政院之重點摘要，我個人讀了之後有幾點感受及請教：
 - (一)4 月份委員會議用了很多時間研討本議題，又是疫情需苦民所苦，考量民眾負擔能力，又是健保財務危機等等，但草案不動如山就送出去了，委員的意見只是給國發會參考的嗎？國發會以前曾聽進去而給予建議，但衛福部也只是參考，沒有看到任何動作、回應，個人感覺到這樣的結果「哀哉」，只能用這 2 個字來形容。
 - (二)2 月份委員會議討論「全民健保財務調整措施」，期待 1 年健保財務有 244 億元的挹注，目前只看到投保金額上限調整，今年約可增加 11 億元保費收入，整年約 17 億元，但明年總額高推估將增加約 405 億元，調整措施的效果全部被吃掉了，增加 405 億元，才挹注 244 億元，還透支，討論了半天，到底財務危機該怎麼解決，收支結構性失衡繼續往支出面傾斜，不曉得將來會怎麼樣，是調保費可以解決的嗎？
 - (三)總額基期採淨值方式計算，資料中才扣減 0.39 億元，總額預算約 8,096 億元，我算了一下大概 10 萬分之 4.8，九牛沒

有一毛，這樣扣減有什麼意義？請健保署說明扣減金額是怎麼算出來的。

周主任委員麗芳

請干委員文男、趙委員曉芳。

李委員永振

我還有 1 點。

周主任委員麗芳

好，我先說一下，趙委員曉芳發言完，其他委員如果還有意見，請提書面。請李委員永振。

李委員永振

我個人是以監理的角度來檢視、請教衛福部各主責單位依法行政的遵循實況：

一、請參閱會議資料第 37 頁項次 5：

(一)這講好多次了，雖然了無新意還是要講，投保單位計算保費依據之平均眷口數，應該依照健保法施行細則第 68 條規定，依健保法第 29 條規定之眷屬人數計算，以第一類第一目至第三目被保險人實際眷屬人數平均計算後，由健保署每年公告，不過由健保署回復可以看出健保署公然招認 2 點違法事實：

1.沒有每年公告。

2.目前採用的 0.58 人並不是依據實際眷屬人數平均計算出來的。

(二)若依照健保署回復的說法，衛福部長官是不是帶頭未依法行政？我提出個人質疑。委員依法監理，要求主責單位依法行政，每次委員會議都有提醒，對各位委員很不好意思，耳朵可能都要結繭了，歷時 9 個月尚未得到應有的結果。

二、請參閱會議資料第 36 頁項次 4：

- (一)我記得這個好像是干委員文男提的，健保署回復說明第 2 點，又見一樁「竹篙接菜刀」(台語，胡亂拼湊)的曲解，政府應負擔健保總經費法定下限 36%，健保法第 3 條的定義很清楚，呆帳既非保險給付，亦非安全準備之內涵，怎麼會與此有關？
- (二)為什麼呆帳會要求公務預算補助，是因為 105 年執政黨解除「健保卡鎖卡」政策，這部分大概李署長伯璋很清楚，本來有鎖卡規定，沒繳費健保卡會被鎖，現在不鎖卡了，所以呆帳會增加一部分，這是政策推動造成的，就應該用公務預算挹注，不是指全部的呆帳，而是政策推動造成的呆帳。
- (三)健保署說公益彩券回饋金 1 年約 2 億元，但近 3 年呆帳都超過 50 億元，今年應該也會超過，我個人覺得是九牛一毛，怎麼改善比較好？

三、請參閱會議資料第 23 頁說明七，有關指揮中心函復「醫院總額點值結算方式提本會同意」部分，點值結算方式之決定既然非屬健保會權責，為何指揮中心有這個指示，個人覺得很奇怪。

周主任委員麗芳

向各位委員說明，本會重要業務報告主要是請委員檢視解除追蹤項目是否妥適，至於繼續追蹤項目，則請委員簡短發言。有委員說我主持會議都很急，但我們有 39 位委員，若每位委員都發言 2 次、6 分鐘，就要將近 240 分鐘、4 個小時，所以我當然很急，因為時間真的很有限。如果是針對繼續追蹤事項，請各位委員簡短發言，即使是書面意見，我們也會請健保署回復說明。請干委員文男。

干委員文男

一、請參閱會議資料第 20 頁說明三，有關「109 年健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形」再次延期，剛劉委員淑

瓊也有提到，我想健保署不是沒有人力，不能一拖再拖，給社會的觀感不好，從3月延到6月，6月又因為COVID-19疫情延期，這跟疫情有何關係。

二、請參閱會議資料第23頁，有關私立醫療院所協會建議醫院總額111年第2、3季點值結算比照110年點值保障方式(註)，從會議資料第27頁可以看到110年第4季點值都在0.9以上，COVID-19疫情再延續下去，以後是不是要未十給十、每點1元，雖然總額點數結算方式之決定非本會權責，但看了心裡不太舒服。

[註：110年點值保障方式：未九給九，健保點數未達去年同時期九成時，給予九成之保障。]

周主任委員麗芳

請陳委員石池。

陳委員石池

請參閱會議資料第20、21頁，有關部分負擔調整後之監測指標，因為疫情關係延後提出，這個監測指標是部分負擔能否成功的關鍵，請衛福部在公告實施部分負擔前1個月能先公開監測指標，讓社會大眾及健保會委員瞭解一下指標是否合理，等到公告實施後才公開監測指標，指標不適當也無法修正。我建議至少在部分負擔公告實施前1個月要公開監測指標，讓大家看一下指標是否合理。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

一、請參閱會議資料第20、21頁，有關部分負擔調整後之監測指標：

(一)我也贊同劉委員淑瓊及陳委員石池的意見，就像報告事項第二案一樣，原先我們4月份委員會議提案時，應該要提討論案而不是報告案，因為保險政策法規本來就屬於本會

的監理範圍，剛好部分負擔當時已經定案無可挽回，所以才希望在 4 月份提案時可以亡羊補牢，請健保署提到健保會報告。

(二)剛剛劉委員淑瓊提到，監測指標在部分負擔要調漲時就應該要提出，這是必要配套且是以調漲為前提，屬於事前準備、屬於風險管理應變，是所提方案、計畫能不能達到目的的重要指標。就像陳委員石池提到的，能不能成功、有沒有辦法達到目的、有沒有未考慮到的風險，都應該事前完成準備。

(三)因為陳部長時中說暫緩實施才註銷公告，並沒有說以後都不實施，正好也給健保署 1 個彈性時間，可以把監測指標弄得更完整，現在因為公告註銷而不提報，若今天部長突然心血來潮宣布下個月實施，4 月份的臨時提案就失去原本的目的。所以我反對健保署所述的暫不提列，而且違反 4 月份委員會議臨時提案的決議。

二、請參閱會議資料第 24 頁，有關醫院總額點值結算方式部分：

(一)雖然依健保法第 62 條第 3 項規定，是由保險人核算每點費用，但這 1、2 年，健保會委員其實很關心 COVID-19 疫情期間各總額的點值結算情形，也表示過非常多的意見，可能指揮中心或是部長是考量委員也很關切點值才說要「提報本會同意」。

(二)我同意健保會的意見，依法點值是由健保署核算，但我相信與總額費用也有關聯，如果時間允許或委員不反對，我認為提到健保會報告或是討論也未嘗不可。

三、請參閱會議資料第 32 頁項次 2，有關自付差額之冠狀動脈塗藥支架部分，我同意解除追蹤，但在通過全額給付後，能否請健保署在業務執行報告的「壹、本署近期重點工作」中提出，讓委員能夠瞭解。

周主任委員麗芳

請趙委員曉芳。

趙委員曉芳

我有 2 點請教：

一、請參閱會議資料第 21 頁說明四，有關 112 年度總額範圍草案內容，會議資料第 241 頁提到「民眾付費能力參考指標」，其各項指標呈現在會議資料第 253 頁，這些指標看起來都是呈現正成長的數據，包括生產毛額成長率、平均薪資成長率等，請問有無考量通膨、物價成長造成民眾實質付費能力、購買能力下降的問題，進行總額設定公式之校正？第 253 頁的指標如何應用到總額設定公式中？

二、會議資料第 36 頁項次 4，有關呆帳部分：

(一)我認同李委員永振的看法，在此進一步提醒各位，請參閱會議資料第 56 頁「全民健保財務收支分析表」，110 年呆帳金額是 54 億元，往前推算，每年是以 4%~8% 的比例在成長，如果公益彩券回饋金是每年 1~2 億元來貼補，明顯可知無法處理呆帳問題。

(二)因為尚無由公務預算補助呆帳之法源，在已知無法以現有機制被處理現況下，一直持續列管，我認為有違健保會監理之職責，是否請健保署研議更積極的作為，甚至思考非公務預算的經費來源，積極處理呆帳問題。

周主任委員麗芳

針對委員所關切的問題，請李署長伯璋說明。

李署長伯璋

劉委員淑瓊所詢，有關代謝症候群防治計畫及健保財務公開，請劉專門委員林義回應。另外，今天早上健保署全球資訊網已公開健保財務視覺化報表，請各位委員參考。

劉專門委員林義

一、有關代謝症候群防治計畫：

- (一)本計畫是第 1 次實施，橫跨本署、國民健康署(下稱健康署)及醫全會，協商起來有一定的難度。好不容易協商成功，於 4 月份委員會議提報討論，委員對執行目標的照護人數一直有疑義，我們有把訊息轉給健康署，健康署也再次與醫全會溝通，醫全會認為現在是疫情期間，計畫公告後只剩下半年，且還有收案程序要走，若執行目標訂為照護 30 萬人，可能會做不到，所以還是以 10 萬人為目標值。
- (二)我們也有提醒醫全會，明年協商時要參考委員所提意見，並將訊息同時轉知健康署，也建議邀請健康署與會，由他們闡述政策立場供委員參考，因為我們可能對健康署的政策也不瞭解，至於協商結果則尊重各位委員。

二、有關健保財務公開部分：

- (一)健保財務公開也做了 6、7 年，累積相當多財務報表資料在健保署網站上，因為院所給我們的財報要經過會計師認證，所以都是書面資料，常有民眾反映難以閱讀，所以今年將歷年財報資訊整理成數據，透過視覺化報表來呈現。
- (二)原本想等整個視覺化分析完成後，再一併公開 109 年財報，因為疫情影響，醫院都非常忙碌，每年健保署公開財報真的會吸引相當多的媒體注意，媒體會一直採訪醫院，我們認為這樣會增加醫院困擾。
- (三)不過視覺化分析程式已經建置，大家可以到健保署網站去看，因為要將歷年財報資料整理成數據，所以會花點時間，重點項目、評比、趨勢圖等都會放在上面，提供給各位委員參考。

劉委員淑瓊

請問 109 年健保收入超過 2 億元的醫院財報什麼時候可以公開？

劉專門委員林義

有關 109 年的財報公開，因為現在疫情也逐漸趨緩，待我們內部再討論一下就會儘快上網。

李署長伯璋

請說明部分負擔調整後之監測指標。

劉專門委員林義

有關部分負擔調整後之監測指標，4 月份委員會議有相關決議，原本是想等政策確定後，有明確的方向，我們就據此研擬監測指標，但現在又註銷公告，未來公告的方案是否照舊也不清楚，若委員希望依原有的部分負擔調整規劃來研擬指標，我們也可以呈現，這部分沒問題。

李署長伯璋

有關家醫計畫與代謝症候群防治計畫，請呂科長姿曄回應。

呂科長姿曄

去年協商時，本署立場是希望將家醫計畫與代謝症候群防治計畫整合在一起，但協商會議沒有共識，最後將計畫拆分。此外，依總額決定事項，代謝症候群個案不得與家醫計畫及其他醫療給付改善方案重複領取個案管理費，這部分已經納入代謝症候群防治計畫內容。

李署長伯璋

請陳組長美杏回應李委員永振關切的平均眷口數及政府應負擔健保總經費下限 36% 的問題。

陳組長美杏

一、回應李委員永振關心的平均眷口數問題，依健保法施行細則第 68 條規定，除了平均眷口數以外，尚包括第三~六類的投保金額及平均保險費，還有小雇主的部份，過去針對平均眷口數，

本署計算出來後會就前開事項做整體的財務考量及評估。至於 111 年平均眷口數的部分，當初考量到國內疫情，以及因為疫情對整體社經環境的衝擊，111 年保險費率維持在 5.17%，獲行政院核定，在這樣的基礎下，平均眷口數允宜維持 0.58 人。

二、除此之外，衛福部及健保署也積極研擬相關財務調整措施，7 月 1 日即將上路的是投保金額上限調整，以及先前 4 月 8 日公告部分負擔調整方案，目前部分負擔調整方案因疫情暫緩實施。

三、有關健保法施行細則第 68 條規定之公告事項，112 年會根據最新的 110 年資料來計算評估，並依照程序辦理。

李署長伯璋

我要拜託社保司商司長東福幫我們再補充平均眷口數及政府應負擔健保總經費法定下限 36%，前幾天我們有去向蘇院長貞昌報告。

周主任委員麗芳

本案已經超過 10 分鐘了，我們還有很多案沒討論。

商委員東福

一、我簡單回應一下，因為李署長特別點名我。平均眷口數的調整我們還是尊重健保署，因為依法保險人有這樣的責任，個人同意健保署的解釋，解釋也很清楚，是經過多元考量才決定的。

二、有關政府應負擔健保總經費下限 36%，我們每次都要為了這件事情說明...。

周主任委員麗芳

今天沒時間讓大家討論 36% 了，李署長伯璋還沒回應滕委員西華。

李委員永振

我不講政府應負擔健保總經費法定下限 36%。請教李署長伯璋，你是學法律的，你有根據健保法施行細則第 68 條及健保法第 29 條做嗎？

李署長伯璋

- 一、有啦，這個不用說，我都跟同仁強調，我們不需要扛那麼多責任，該怎麼做就怎麼做，該怎樣的程序就怎樣，算出來 0.58 人、0.57 人，精算完給長官知道，又沒有多領薪水在怕什麼，不用扛那麼大的責任，現在他們就在處理這個事情。
- 二、用講的都很容易，但國家在處理事情的時候，不是嘴巴講講就好，沒有這麼簡單，我就跟同仁說不需要扛那麼多責任，我們就精算好，健保財務不夠就不夠，看要調保費或幹嘛都可以，這很現實，那天我們去向蘇院長貞昌報告，蘇院長說一定要讓健保永續經營，違反健保法的事情他不會做，不會像以前那樣欠錢，健保安全準備金不夠還去借錢，他不做那種事情的。
- 三、會議資料第 32 頁，有關特材的部分，我想沒有問題，在我的立場，可以給病人好就要努力去做，但在現實面，黃理事長金舜都在講，其實我們用的藥品費用占率已經 28.9%，常常有人跟我講免疫療法用藥，我告訴你們，很多媒體都訪問我，但我當醫生不可能不給病人機會，大家一定要秉著良心，健保是大家的，不能說都是我們的責任，沒那回事。
- 四、特材也是一樣，上次報告過，像是心臟支架種類就很不一樣，如果大家有深入瞭解，就會知道很多廠商都不想讓我們有任何打折空間，每個醫師都跟我說病人很需要，我為什麼不做好人，什麼東西都上路，但又會被說為什麼沒有管理，今天我們都是為國家為台灣在做事。不要認為很容易，很多東西都有認真思考過，在特材的部分，病人需要的我們會給，但我們也在考量自付差額，基本的一定可以給病人，假如病人要用更好的，就要考慮不讓病人增加太多負擔，但也要讓病人有機會。
- 五、所以健保改革的分級醫療一定要做，若不推動分級醫療，像這次新冠肺炎疫情，民眾都到醫學中心檢測 PCR(Polymerase Chain Reaction，聚合酶連鎖反應)，整個急診室都是人，那像什麼樣子。很多診所、地區醫院都可以做的事情，最後仍變成

這樣。推動分級醫療，若沒有實施部分負擔、民眾沒有使用者付費的費用意識都沒用，都是做半套。之前區域級(含)以上醫院門診減量 2%，很多醫院都說病人要來，我哪有辦法？但又有人說病人到醫療院所後，開藥、檢查都是醫師說的。每個人都有其想法，要怎麼取得平衡是我們努力的目標。

六、會議資料第 32 頁，有關特材部分，我們儘量將可納入健保給付的特材納入，例如 TAVI(Transcatheter Aortic Valve Implantation，經導管置換瓣膜套組)，這麼昂貴的特材都納入健保給付了，也盡力減少年齡的限制，可是還是有人找立委反映為何要限制年齡？就像剛剛提到免疫療法一樣，對肝癌、胃癌患者，免疫療法的價格是標靶藥物的 3 倍，存活率沒有比標靶藥物更好，所以不再給付肝癌、胃癌的免疫療法費用，療效佳者，健保繼續給付，這些都是依據大數據的分析結果，才做出這樣結論。

周主任委員麗芳

一、非常感謝李署長伯璋對健保的盡心盡力，詳盡回應委員的提問，本案做以下決議：

(一)上次(第 5 次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

1.擬解除追蹤共 1 項，同意解除追蹤。

2.擬繼續追蹤共 2 項，同意繼續追蹤。

(二)歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬解除追蹤共 3 項，同意解除追蹤；其餘 21 項繼續追蹤。

(三)部分負擔新制之監測指標專案報告，請健保署儘速向本會提報。

(四)醫療院所財報公開專案報告，請健保署於疫情趨緩後，儘速向本會提報。

(五)修正「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」之總額設定公式，如附件一。

(六)同意調整總額協商日期及時程安排，配合修正「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，如附件二。請委員保留 9 月 21 日~23 日總額協商時間。

(七)餘洽悉。

二、接下來進行討論事項第一案。

參、討論事項第一案「全民健康保險各總額部門 110 年度執行成果之評核結果獎勵標準案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請陳組長燕鈴說明。

陳組長燕鈴

一、向委員說明，本案係依據本會 111 年 3 月份委員會議(111.3.25)決議通過之評核作業方式辦理。評核等級「良」級以上部門，112 年度總額將酌予品保款之預算作為鼓勵，本案是提請委員討論怎麼訂定評核結果獎勵標準。

二、近 5 年總額品保款的預算編列方式：

(一)預算編列項目：106 年以前將品保款列為一般服務項目，107 年才改列為專款項目。

(二)編列方式：均是以計算基礎乘以評核等級的獎勵成長率計算，近年都採評核年度各部門的一般服務預算做計算基礎。

(三)歷年的評核等級獎勵成長率，近 2 年(110、111 年度)「良」級為 0.1%、「優」級 0.2%、「特優」級 0.3%，「良」級近幾年都是維持 0.1%，「優」級從早期 0.3%降到 0.2%，「特優」級從早期 0.5%降到 0.3%，經計算近 5 年(107~111 年)四總額部門加起來的品保款金額介於 6.59~14.98 億元，占可協商空間為 4.2%~12.8%，相關統計數據，請委員參閱附件一。

三、由於品保款涉及協商空間，以及健保財務收支短絀情形，說明如下：

(一)112 年度總額協商空間預估約 261 億元：

主要依據 112 年總額範圍(草案)，參考歷年行政院核定總額範圍高推估之經驗值，約衛福部陳報的 9 成，預估 112 年

度總額協商空間約 261 億元。

(二)雖然 112 年度總額協商空間有 261 億元，但請參閱會議資料第 70 頁(二)推估健保財務收支短絀情形，根據衛福部陳報行政院併附之健保財務影響評估，推估 112 年度收支將短絀 274~573 億元，該年度收支結餘數差不多是 0.52~0.04 個月保險給付支出，無法符合法定 1 個月安全準備金的規定，將要面臨收支如何平衡的財務問題。

四、請委員討論 112 年度總額品保款編列方式，健保會同仁先依照 111 年度品保款編列方式試算，供委員作為討論之參考，計算方式係以各總額部門評核年度(110 年度)一般服務預算為計算基礎乘以獎勵成長率，「良」級 0.1%、「優」級 0.2%、「特優」級 0.3%，各部門品保款金額合計是 6.9~20.6 億元，占可協商空間比率為 2.6%~7.9%。

五、整理歷次委員會議、評核委員及本會委員對品保款有關之決(建)議如下：

(一)委員會議決議部分：106 年度前，品保款係列於一般服務預算，所以 106 年度的品保款是年度總額基期之一部分。107 年改列專款後，近年(107~111 年度)各部門總額品保款均為合理運用原 106 年度已納入一般服務預算基期之品保款額度，均會決議，將 106 年品保款額度與該年度品保款專款合併運用，如此可達到品保款的穩定效果。

(二)評核委員對於品保款執行之建議：

1.歷年均建議檢討品保款核發標準、提升院所鑑別度，以提升醫療品質。

2.107~109 年度各部門品保款核發結果，請參閱會議資料第 71 頁下表。

(1)四總額部門均有高達75%以上院所可領取品保款。醫院部門有97%以上院所可以領取品保款，是核發占率

最高的部門；西醫基層部門有50%以上院所表現達到滿分標準，領取60%以上的品保款，所以在鑑別度方面，還有提升的空間。

(2)有關核發表現優良前20院所金額占品保款比率，這是希望表現更好的院所可領取更多品保款，牙醫部門占率最高，達6成以上且逐年提升，顯示牙醫部門的核發標準較有鑑別度。

(三)委員對品保款建議：

1.委員意見：

過去在討論此案時，本會有委員關切各部門總額規模大小不同，以各部門評核年度一般服務預算作為計算基礎，乘以相同的獎勵成長率，各部門分配品保款額度差異較大，對於規模小的總額部門較不公平。

2.本會研析：

(1)因為委員的建議，為了瞭解獎勵方式是否衡平，本會分別就各部門總額每位醫師以及每位就醫病人獲配的品保款額度，進行研析試算，考量各部門服務量能與規模和病人的需求不同，故校正各部門平均每人(醫師、就醫病人)費用占比，請參閱附件二之表一~表二。

(2)經校正各部門平均每位醫師及每位病人申報費用占比，顯示各部門間獲配品保款額度差異不大。

①供給面：若以 109 年「優」級為例，平均每位醫師獲配的品保款額度介於 6~7 萬元，醫院比較低，約是 6 萬元，西醫基層比較高約 7 萬元。

②需求面：每位就醫病人分配品保款介於 115.5~131.1 元，四總額部門差異沒有很大，規模小的部門分配的品保款額度沒有比較少。

六、最後，請委員討論 112 年度總額品保款專款的獎勵標準，本會建議在結算時，將原 106 年度各部門總額一般服務預算之品保款額度與 112 年度品保款專款合併運用，作為提升獎勵品質之用，並請各部門總額依照評核委員意見，持續檢討 112 年度品保款的核發條件及結果。

周主任委員麗芳

有關於 112 年度總額品保款評核等級獎勵成長率，評核結果「良」級、「優」級、「特優」級應給予多少比率？110 年度、111 年度，「良」級 0.1%、「優」級 0.2%、「特優」級 0.3%，針對這部分，委員有沒有不同意見？請干委員文男。

干委員文男

111 年的品保款評核等級獎勵成長率為「良」級 0.1%、「優」級 0.2%、「特優」級 0.3%，建議 112 年調整為「良」級 0.1%、「優」級 0.15%、「特優」級 0.2%，不然吃掉太多總額預算的錢了。

周主任委員麗芳

干委員文男建議調整為「良」級 0.1%、「優」級 0.15%、「特優」級 0.2%。請何委員語。

何委員語

一、李署長伯璋、蔡副署長淑鈴都離席了，剛在討論本會重要業務報告時，時間不夠，我就沒提了，但我還是建議健保署，依法定程序應行公告平均眷口數，否則每次開會都會提出來，一直向雇主超收保費，不公平、不合理又不合法。

二、第 2 點，請參閱會議資料第 23 頁之說明七，有關 111 年第 2、3 季醫院總額點值結算，依健保法 62 條、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 6 條、12 條，都是要結算的，上次李署長伯璋找我、林委員恩豪、侯委員俊良及劉委員國隆一起開會，我們認為依法律規定應進行總額點值結算，我

建議李署長伯璋簽報給陳部長時中承擔政治責任，這案子監察院同仁已經電話徵詢我，我拒絕回答，因為我當專案諮詢委員，秘書長要發公文給我，我才願意回答，我認為這要斟酌考慮，這都是政治性責任，請陳部長時中承擔裁定的責任義務，不然5年、10年後，還是會被翻出來，違反法律規定是很麻煩的事情。

- 三、至於本案討論品保款評核等級獎勵成長率，去年我也有提到「良」級 0.1%、「優」級 0.15%、「特優」級 0.2%，我也很贊成今天干委員文男提出這個建議。我認為問題是一般服務的基期太大，品保款有重複獎勵的情形，像是西醫基層的家醫計畫有獎勵費，代謝症候群計畫也有獎勵費，用每個專案的獎勵款獎勵醫療院所做好事情，做好事情評核又好，好又給予品保款，這樣不是重複獎勵嗎？請好好研究一下，有很多項目是重複獎勵。我也支持干委員文男提出的方案，因為基期越來越大，我也贊成調整為「良」級 0.1%、「優」級 0.15%、「特優」級 0.2%。

周主任委員麗芳

請顏委員鴻順。

顏委員鴻順

- 一、有關品保款的問題，基本上它是在總額裡頭的1個項目，並不會增加多大的財務負擔，雖然會議資料第70頁，推估如果全部都是「優」級，占可協商空間比率5.3%，但以歷年紀錄大概落於2.6%~5.3%，獎勵本就要有一定額度才有獎勵的效果，若額度壓得很小，就沒有達到獎勵的效果，無法達到提升品質的目的，去年討論時，也討論到相關問題，尤其這幾年受到疫情衝擊，今年疫情又特別嚴重，健保會若在這邊把獎勵的比例壓低下來，恐怕會誤會健保會怎麼又在砍醫界預算，建議現階段比例維持不變，也算是給醫界在疫情期間的鼓勵、強心針。

二、第 2 個，西醫基層核發的項目，請參閱會議資料第 71 頁，符合核發資格院所占率大約 70 % 以上，與其他總額部門相比，占率是比較低，但大家點出的問題是，有 50% 以上的院所達到滿分，可能這部分在鑑別度的多樣性沒有那麼好，我們會再檢討。以這幾年來講，我們都是傾向於把要鼓勵的項目放到加分裡，例如鼓勵糖尿病人使用胰島素，就會放到加分項目，往這個方向做，我們會檢討有 50% 以上的院所達到滿分是否合理，讓它鑑別度好一點，我們會再檢討改進。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

- 一、請參閱會議資料第 75 頁的表三「107~111 年品保款金額」，因為 109 年各總額部門均為「優」級，看起來特別突出，109 年品保款合計金額達到約 15 億元，品保款占可協商空間比率 12.8%，相當高。請參閱會議資料第 70 頁，若以本案試算所採用的 111 年獎勵成長率，「優」級為 0.2%，再以 109 年評核等級，也就是各部門總額均為「優」級進行試算，品保款的合計金額是 13.7 億元，占可協商空間比率 5.3%，不過今年可協商額度高，這應該只是參考，5.3% 不是偏低，所以若採用 111 年度品保款獎勵成長率，112 年各總額部門「優」級的品保款金額合計 13.7 億元會比 109 年高，因為「優」級的獎勵成長率，已從 0.25% 已降到 0.2%，其品保款金額卻仍達 13.7 億元。
- 二、107~111 年品保款占可協商空間比率平均約 7.5%，如果把品保款金額比較高的 109 年數據剔除，剩下 4 年，平均品保款占可協商空間比率約 6.2%，四總額部門品保款金額平均約 9.5 億元。干委員文男提出的建議，好像比較接近近年的趨勢，若照原來的提案會比較趨近 109 年的水準，我用比較的方式，會比較客觀來看這件事。剛才有委員提到疫情期間對醫療院所的影響，當然要考慮在疫情期間，大家很辛苦，但不是所有事情都

考慮疫情，這樣的話討論就會亂掉，我贊成干委員文男建議的比率，這是比較趨近近幾年的水平。

周主任委員麗芳

請徐代理委員邦賢。

徐代理委員邦賢(陳委員建志代理人)

我代理牙全會陳理事長建志做簡單報告，我們都尊重各位委員決定的評核等級獎勵成長率，只是我代表弱小總額部門向委員報告，若依照比率下降就是經費變少，就真的是精神的鼓勵大於實際的鼓勵了，當在品保款做一些鼓勵政策，因為獎勵成長率下降，可能對會員的鼓勵會失去力道，因此建議可否將品保款改成定額方式，因為以小總額而言，比率繼續往下降，金額就如同剛才所呈現的，品保款的比率會非常少，這樣可能對於管理階層會有心有餘而力不足的感受。

周主任委員麗芳

請翁委員燕雪。

翁委員燕雪

一、抱歉，我想先回到前面的繼續追蹤事項，我的感覺是，每次繼續追蹤事項，好像就是健保署和健保會委員間都沒有對焦，像我們一直強調的代謝症候群計畫，如果沒有對焦繼續追蹤下去沒完沒了永遠沒辦法解決，我覺得應該把問題講清楚。我覺得付費者代表不是不能接受將執行目標訂為 10 萬人，而是因為當初設定的是用 1 個總額來看，用幾十萬的人數來計算的金額，現在既然服務人數要往下降，應該要維持原來算出來的每個人的單價，不是把總額除以 10 萬人，我們一直爭議的是這點，若健保署一直不針對這點回應，這個案子永遠無法解除追蹤。

二、請參閱會議資料第 36 頁，委員提到呆帳是不是找公務預算支付的問題，我覺得健保署的回答也沒有回應到委員的訴求。向

各位委員說明，政府的財源除了公務預算還有基金預算，基金又分很多類型，健保也編在基金，但它是全民所有，我們不會拿來運用，不過衛福部還有很多基金，主要是特收基金，都是政府財源的一環。公務預算或基金預算都是政府手上的資源，都是可以運用的，雖然健保署回應公務預算依法就不用管這個呆帳，但當年朱主計長澤民向蔡總統英文建議健保不鎖卡，因為他當過健保局(健保署前身)的總經理，知道有些民眾真的是屬於經濟弱勢，又非低收入戶，繳不起保費，就失去看病的權利，他覺得這樣很可憐，就跟總統建議不要鎖卡。不過仍要有配套措施，所以衛福部有全民健康保險紓困基金，就是針對無力繳納保費的人支付保費，其用途就是打銷這些呆帳，但不是所有的呆帳都用這個基金，因為有些人是故意不繳保費，依法健保署應該去追繳，而不是都拿健保紓困基金沖銷。健保署要把事情講清楚，有紓困基金為什麼都不提？我想健保會委員建議由公務預算支應的原意，應該只是認為要由政府負擔，而不是只能由公務預算負擔。

三、至於本案，剛剛討論到品保款獎勵成長率，我個人是贊成何委員語、干委員文男、李委員永振的意見，何委員語提到1個重點是基期會越來越大，雖然看到1個比率，而且都未調高，但總金額是會越來越大的，我是滿贊成徐代理委員邦賢的意見，也許改成定額制，很多獎勵，單看比率好像往下降，但總金額是上升的。建議是否用定額來看，定額再去分配，也許這樣會比較客觀一點。

周主任委員麗芳

等一下陳委員石池、趙委員曉芳、李委員永振發言後，就先告一段落，因為剛剛不是有修正意見嗎？我們真的沒辦法再接受委員發言了，因為後面還有一大堆案子，本案的時間到了，李委員永振發言完後，本案一定要做出結論。請陳委員石池。

陳委員石池

在品保款部分，當基期變大但獎勵成長率沒變，確實大家會覺得好像獎勵金額增加了，雖然我也蠻同意可以修正獎勵成長率，不過因為每年基期大概增加 4~5%，但現在若將獎勵成長率從 0.2%調整為 0.15%，等於打 75 折，起碼要按照基期增加的比例調整，這才是比較合理的。不然從 0.2%變成 0.15%、0.3%變成 0.2%，這和基期成長比例不符合。品保款是獎勵措施，獎勵金額越來越少就達不到獎勵效果，我是覺得可以調整，但事實上，這樣的調整比例太大，基期就增加 4~5%而已，一砍就 75 折、66 折，不成比例。我建議採定額的方式再劃分，或是按基期的成長率進行調整，例如基期成長 5%，獎勵成長率就變成 0.2 除以 1.05，這樣比較能合理反映品保款獎勵成長率。

周主任委員麗芳

請趙委員曉芳。

趙委員曉芳

- 一、就本案我要對健保會資料準備給予很大的肯定，從會議資料第 76、77 頁的 2 張表來看，可以看到明顯呈現大者恆大、小者恆小的情形，在此肯定健保會提供會議資料第 76 頁校正各部門平均每人費用占比資料。
- 二、另外，我要請教這樣資料要如何被應用並回饋今年品保款的分配上，因為會議資料 76 頁已經針對醫師人數、使用者人數、每人申報費用(醫師、就醫病人)做了校正公式，是否要回饋到品保款分配機制上？

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

- 一、首先，我呼應翁委員燕雪剛剛的發言，並完全贊成翁委員燕雪的看法。主席覺得我們好像太多話了，但是沒有辦法，因為互

相之間沒有對焦，我是考慮健保會同仁怎麼作業？這樣沒辦法永遠放在那邊，要討論怎麼弄，我們不是說一定要怎麼樣，委員站在監理立場，如果有困難要講出來，不要情緒化，剛我個人感覺是，李署長伯璋有這種味道。大家各司其職，把你的立場講出來，我還沒有要求公告平均眷口數，我只是想知道平均眷口數的數字多少？但李署長伯璋就不講出來，講不出來，這個問題就沒有對焦，沒事就跟商司長東福開始玩足球，不要再踢足球了啦，世界盃還沒到。

- 二、另外，有關於呆帳的部分，翁委員燕雪有提到配套措施，我感同身受，因為我在 105 年就提了，已經過了 6、7 年也沒有看到，所以我再繼續追，有時候追得情況比較好，但最近 2、3 年受景氣的影響，呆帳的金額一直增加，今年 1~5 月已達 25 億元，估計全年 50 億元跑不掉。近年的呆帳金額 109 年 50 億元、110 年 54 億元、111 年 50 億元，一直居高不下，但沒有看到配套措施。
- 三、關於剛才提到品保款額度用定額的方式，以前也曾經提過，但後來好像沒有採用，好像可以考量用這種方式。我覺得重點在會議資料第 71 頁，每年評核委員對於品保款執行之建議都提到要提高鑑別度，但每次看核發結果不但沒有符合，除了牙醫部門之外，大家好像都在和稀泥，這樣講不好意思啦，但我看到核發結果主觀認為是在分錢。要 100%核發出去沒關係，但要把品保款核發條件弄出來，我覺得錢給多給少，當然越多越好，但我們協商的空間有限。
- 四、不過重點是如何真的落實品保款核發的鑑別度，不然評核委員每年都提這個意見。我舉 1 個例子，以前上班的時候，主管常說用同樣的方法去做，要產生不一樣的結果是不可能的事情！若繼續沒有訂定相關的措施就不會改變，甚至可以納入評核裡面，發現分錢的方式就把品保款額度降下來，看要用那些不一樣的方式去執行。若能像牙醫部門有鑑別度，我贊成全部核發

也沒關係，因為他們可以做得很好，真的達到這個預算的目的，若達不到的話，給他多少錢，都是在分錢，也沒有意思，個人覺得是這樣。

周主任委員麗芳

一、非常感謝各位委員提出的寶貴意見，但是從剛剛委員提出的意見當中，發現仍無法取得共識，所以我建議援 110、111 年的例子：

(一)112 年度總額品保款評核等級獎勵成長率：評核結果「良」級 0.1%、「優」級 0.2%、「特優」級 0.3%。

(二)依循 107~111 年度方式，於總額結算時，將原 106 年度各部門總額一般服務之品保款額度，與 112 年度品保款專款合併運用，並全數作為鼓勵提升醫療品質之用。

二、接著進行討論事項第二案。

肆、討論事項第二案「有關健保署醫院總額研商議事會議研議『罕見疾病藥費專款改變結算邏輯』及『鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫』案決議有不符總額協定事項之虞」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請提案人林委員恩豪說明。

林委員恩豪

一、因為時間有限我簡要說明，會議資料裡面也有文字說明，我先講我的結論，我希望改變「罕見疾病藥費專款改變結算邏輯」不要現在就做，現在應該按照上次總額協定方式執行，如果要改變結算邏輯，應該在這次提出之後再重新計算，大家來討論，這樣才合理。

(一)為什麼我會這樣覺得？從健保署的補充資料來看，在補充資料第 2 頁，新的結算邏輯把原本在一般服務的費用全部挪到罕見疾病藥費專款支應，原本在一般服務支應的 0.09 億元、1.7 億元以及醫界認為應在專款的 2.21 億元，這 3 部分都被挪到專款。其實罕病團體也有來反映這些不應該移列到專款，這很明顯排擠原來罕見疾病藥費專款設置的性質。

(二)原本在一般服務支應的就應該留在一般服務，之前開醫院總額研商議事會議時我有提出來，原來在一般服務支應的費用，如果要改由專款支應，應該在一般服務扣除移列額度，但上次會議沒有說要扣除，也沒有提出重複用到的費用有多少，就提出要改變的結算邏輯，並以「健康署重大傷病罕病通報紀錄檔」直接認定可以使用罕病藥物的專款。

- 二、另外想請教的是「醫界認為應在專款」的 2.21 億元，這部分是醫界認為，那健保署有這樣認為嗎？這個醫界認為應在專款的部分，是不是因為病人沒有申請罕病註記之重大傷病卡，所以罕病藥費會由一般服務支應，是不是真的只是罕病藥費這部分？還是也有一些罕病患者只是普通傷病的用藥而已，但醫界認為應該在 2.21 億元內，然後移到專款裡面的？
- 三、我開頭已經說新的結算邏輯不太合理，我反對現在就改變結算邏輯，而且總額都協定好了，為何要中途突然改變？對罕病團體也不公平，而且現在移列罕見疾病藥費專款的理由，是健保署估算導入罕病新藥有餘額可以用，就把這些放進來，但這些費用本來是要用來導入罕病新藥的，也不是要做這件事，跟原本設置用途也不同，所以我希望醫院總額研商議事會議重新提出，下次再來做決定。
- 四、本提案第 2 個部分有關「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」(註)的獎勵，這部分何委員語有比較多的意見，可以請何委員語說明。

[註：RCC(Respiratory Care Center，呼吸照護中心)

RCW(Respiratory Care Ward，呼吸照護病房)

DNR(Do Not Resuscitate，不施行心肺復甦術)]

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、有關「罕見疾病藥費」111 年健保署估算要增加的 8 億元，我非常支持林委員恩豪所提的，如果這 8 億元要改由專款支應，原本一般服務的額度就要扣掉，因為這些費用現在是由一般服務支應，所以我認為不該這樣做。如果 112 年要用新結算邏輯爭取專款預算，應要考量罕見疾病的實際人數，可能要用到多少藥費、實質的支付等，應該要這樣編列。另外 111 年一般服

務額度要扣掉罕見疾病藥費於專款增加的 8 億元才對，不能原本在一般服務支應 8 億元，專款又新編列 8 億元，等於重複編列，希望澈底力行這觀點。

二、另外「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」的 3 億元預算中，當初編列本項專款是要做為鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護的作業，會議資料第 83 頁也有寫，在 6 月 9 日醫療服務共擬會議上，我是堅持反對到底，因為當時提出的執行建議，對於獎勵實施後簽署 DNR 者，每日獎勵 100 點，獎勵實施前已簽署 DNR 者，也獎勵 100 點，這樣就是鼓勵他們留院，不脫離呼吸器，所以這是不對的。我們當然鼓勵簽署 DNR 後放棄急救措施，能夠提早脫離呼吸器，如果病人已經沒有辦法脫離呼吸器，而且有簽署 DNR，就進入安寧療護臨終關懷的部分，要整筆給予獎勵才對。所以在 6 月 9 日醫療服務共擬會議時，那個案子當然沒有通過，要提報衛福部核定。但我們在今天的會議還是要提出建議：

- (一)病人已經簽署 DNR 不應該再用每日 100 點作為獎勵，應該要給予整筆的獎勵費用，包括所有的醫院的代表、護理工作人員、安寧療護的工作人員都非常認同這件事情。就是病人簽署 DNR 到脫離呼吸器這中間有多長時間，提供整筆獎勵的計畫。
- (二)病人已經簽署 DNR，但是因病況危急沒有辦法脫離呼吸器，之後進入安寧療護計畫，也應提供整筆獎勵。
- (三)針對醫院協會提出的執行建議，我們反對每日用 100 點給予獎勵，這無形中叫他不要脫離呼吸器，繼續裝每天就可以領錢，這跟當時專款編列 3 億元的原意完全脫離，不是獎勵脫離呼吸器，而是鼓勵繼續裝呼吸器。我們提出建議，林委員恩豪、侯委員俊良他們參加醫院總額研商議事會議後，也提出建議案，希望今天能做成決議案，提供健保署

及衛福部做裁決。

周主任委員麗芳

謝謝 2 位提案人及 11 位連署人，大家表示的意見都非常清楚。接下來先請健保會同仁補充說明，再請健保署回應說明。請陳組長燕鈴。

陳組長燕鈴

- 一、請委員參閱會議資料第 80、81 頁，本案所提的這 2 項研商議事會議討論的案子，是屬於 111 年度總額協定事項 2 個專款項目的執行方式的討論，所以在會議資料中有列出 111 年的決定事項，這 2 項都屬於專款專用項目，其中「罕見疾病、血友病及罕見疾病特材」是延續性項目，111 年增加 11.08 億元，請看會議資料第 81 頁，是今年新增的「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」預算是 3 億元。
- 二、對於健保署擬修正「罕見疾病藥費專款結算邏輯」補充說明：
 - (一)當時總額協商設立本項專款主要的意旨是要照顧弱勢，因為罕病用藥昂貴，列在專款而不列在一般服務是怕被排擠，雖然是罕病病人，但屬於非罕病用藥，例如感冒、外傷、慢性病，跟一般人一樣屬於一般服務範圍，就不是本項專款所要保障的範圍。
 - (二)依據 5 月 25 日醫院總額研商議事會議資料，現行罕見疾病藥費專款，是支付領有「重大傷病卡」的罕病患者，若持有罕病重大傷病卡，就可以區辨該次就醫是否因罕病就醫，如果是，他所有的藥費就由專款支應。若依照臺北業務組的建議修改結算邏輯，就變成「認人」的概念，改變後，「健康署重大傷病罕病通報紀錄檔」審核通過名單，名單上所有人的藥費都由專款支付，這是 1 個主要的改變。

三、有關「罕見疾病藥費專款」現行與改變結算邏輯後之支付範圍，請參閱會議資料第 82 頁的表較容易瞭解：

(一)現行罕病患者若領有罕病註記之重大傷病卡，當次就醫若屬於罕病治療用藥，藥費就由罕見疾病藥費專款支應，若當次就醫不是罕病治療用藥，就由一般服務支應。改變結算邏輯後，不是罕病治療的用藥會改由專款支應。

(二)現行罕病患者但未領有罕病註記之重大傷病卡之病人，這些人目前無論罕病用藥、非罕病用藥都由一般服務支應，改變結算邏輯之後，這 2 種費用都改由專款支應。

(三)如果改變邏輯後，除原有的適用條件外，另外 3 種由一般服務支應的部分也會全部由專款支應。結算邏輯改變後的變化及費用統計，等一下請健保署補充說明。

四、依歷年總額執行方式，原來在一般服務執行的醫療費用，若改由專款支應，需一併將費用移列至專款，例如 106 年醫院總額「C 型肝炎藥費」及 111 年「精神科長效針劑藥費」，都從醫院總額一般服務移列原經費額度至專款，若要改變結算邏輯應比照辦理。

五、此外近日也收到罕見疾病基金會致本會委員之陳情函(本議事錄第 110 頁)，請參閱會議資料第 95 頁附件三和今天桌上的補充資料，訴求今年不應變更結算邏輯，希望能保障罕病患者使用救命罕藥的權益專款專用，主張一般醫療的藥費支出不應該由專款支應。

六、本案建議處理方式：

(一)應回歸設立本項罕見疾病用藥專款的目的，係「專款專用」用於「罕病治療相關用藥」，不應該支付「非罕病治療用藥」。結算邏輯改變後，原於一般服務支應的外傷、感冒用藥轉由罕見疾病用藥專款支應，則會競爭專款預算，而排擠罕病病人使用之權益。

(二)而且 111 年度總額已公告在案，考量當時在協商時的用途，只用於支付「罕病相關之藥費」，並以現行結算邏輯為基礎編列預算，並未估算改變邏輯的費用，所以建議本案 111 年先暫緩。

(三)如果健保署經評估認為目前在一般服務尚有「未領有罕病註記之重大傷病卡病人」，其「罕病治療相關」之用藥，需納入本項罕病用藥專款支應，請健保署精算增加「罕病治療相關用藥」之經費，以及研議後續執行面如何區辨罕病治療相關藥費的方式等，再納入 112 年度總額協商，並討論一般服務預算移列事宜。

七、有關「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」的部分：

(一)依據 111 年度醫院總額公告本案為專款計畫，計畫名稱已明定用途有 3 個：鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護，所以健保署應依照公告之協定事項辦理，以符合規定。

(二)目前並沒有看到本項專款的專案實施計畫，但專款獎勵方式如剛剛何委員語講的，在 6 月 9 日醫療服務共擬會議中決議暫緩，並請健保署會同醫院總額相關團體再行研議修正。

八、最後向委員報告依健保法第 61 條第 4 項及第 41 條第 1 項(會議資料第 84 頁)規定，這 2 案涉及「總額點值結算方式」及「總額專款預算執行方式」，屬於後續總額推動，雖非本會權責，但本會負有監理保險業務之法定任務，本案建請健保署依 111 年度總額公告之協定事項及預算用途辦理。

周主任委員麗芳

接下來請健保署回應說明。

蔡副署長淑鈴

請劉專門委員林義跟各位委員說明補充資料第 2 頁有 1 個「醫界認為應在專款」的項目。請劉專門委員林義。

劉專門委員林義

一、請大家參閱健保署補充資料，首先參閱補充資料第 1 頁第 1 大項說明 3，先瞭解相關數據。111 年罕見疾病專款藥費，經評估最新 111 年 1~4 月若採用新邏輯計算約 26.5 億元，原邏輯計算為 25.01 億元，大概相差 1.5 億元左右。

二、請參閱補充資料第 2 頁，我用這張簡報說明，這是以 110 年為例採用新邏輯計算會增加 4 億元，推估 111 年大概會增加 8 億元，包括一些自然成長以及罕見疾病新藥的部分加起來大約成長 8 億元。

(一)110 年的部分請參閱簡報最右邊 74.7 億元下方標註 A 的部分，這個邏輯就是現在專款涵蓋的範圍。從簡報上方開始說明，當被健康署認定為罕病病人，就會收納到「健康署重大傷病罕病通報紀錄檔」，理論上這些罕病病人可以申請罕病註記之重大傷病卡，大部分屬於簡報右邊領有罕病註記之重大傷病卡部分。至於當次是否以罕病就醫，要讓醫師認定，假如醫師認定這個罕病病人當次就醫與罕病相關，則部分負擔代碼會填 001，這部分就會落入專款支應，110 年在專款結算是 74.7 億元，這是 A 的部分。

(二)罕病病人當次就醫若是拿慢性病用藥，就是簡報中 B 的部分 1.7 億元，這部分多數都拿慢性病用藥，所以跟罕病用藥無關，醫師在部分負擔代碼就不會填 001，可以這種方式分別，此處的 1.7 億元就會落入一般服務支應。

(三)重點在於很多罕病患者沒有申請罕病註記之重大傷病卡，或是認為已經有其他疾病的重大傷病卡，所以沒有申請罕病註記之重大傷病卡，這些就醫產生的藥費就全部落入簡

報的左下方，這部分區分當次是否以罕病就醫，若是，其費用為 2.21 億元 C 的部分。這個部分是臺北業務組提出覺得不公平的地方，罕病患者就醫屬於罕病藥費的 2.21 億元落入一般服務，就是地區預算分配中用 R 值(各地區校正風險後保險對象人數)、S 值(總額開辦前 1 年各地區保險對象實際發生醫療費用)分配。當初成立罕病藥費專款就是為了不讓它受制於地區預算 R、S 值的分配，可是目前可以看罕病的院所大部分都集中在幾個大型醫院，尤其臺北業務組覺得受傷比較慘重，因為這些經費都會吃到它分配到 R、S 值預算的部分。

(四)地區預算分配 R、S 值這部分目前還是無解，當然醫界都認為有問題，但在提不出更好的辦法之前，臺北業務組認為對它受傷非常重，為了解決這個問題，所以才提到醫院總額研商議事會議處理。他們認為 2.21 億元本來就應該歸在罕見疾病藥費專款 A 的部分，可是因為罕病患者沒有去申請罕病註記之重大傷病卡，可能基於隱私，或認為有其他的疾病的重大傷病卡等原因，這對病人沒影響，但對於醫師而言，原本是在專款支應的罕病藥費，變成一般服務支應，這是他們抱怨的點。

三、在 5 月 25 日醫院總額研商議事會議中我們有說明，改變結算邏輯是執行面的問題，希望能馬上獲得解決，避免影響醫師開立罕藥的意願。健保署評估之後覺得錢還夠，在會議上也下了 1 個決議，如果明年總額協商的時候，涉及有關預算調整的部分，我們都尊重各位委員的決議，現在只是討論改變邏輯的方案要不要從今年就生效，若委員有意見我們也尊重委員決議。

四、第二案是有關「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」的部分，這部分是由醫院協會轉台灣社區醫院協會(下稱社區醫院協會)的提案：

(一)這個提案的確如剛剛委員所說，在 6 月 9 日醫療服務共擬會

議現場，何委員語及其他與會代表都有提供非常多的意見，這個案子最後的決議請參閱補充資料第 3 頁第 2 點，剛剛也有提到考量沒有符合 111 年該項專款協定事項，當天會議主席李署長伯璋裁定本案暫予保留。

(二)補充資料第 3 頁下方我們也做了 1 張簡報，醫界方案在左邊，雇主代表的意見在右邊，這些意見我們也都轉給醫院協會、社區醫院協會參考，原則上我們會尊重付費者委員的意見去跟他們討論。因為這個案子當天會議決議是暫予保留，沒有通過，所以也沒有報部的事情，等到討論之後當然要重新提案，通過後才能報部。

周主任委員麗芳

- 一、本案非常清楚，健保會對於總額協商有一定的程序及規範，一旦屬於總額協商公告的協定事項就必須遵循，並沒有含糊的空間。
- 二、我也特別感謝健保會委員受派前往健保署參與相關的總額研商議事會議及共擬會議，特別像何委員語是總額協商的總召集人，林委員恩豪是醫院部門的與談人，對於這個案子非常清楚。我們也懇請健保署未來在相關總額研商議事會議中多給予健保會委員尊重，特別會議資料中提到委員提出意見希望健保署提供更多資料說明部分，希望儘可能尊重委員。這個案子非常清楚，111 年度總額既然已經公告，本案做這樣的決議....

朱委員益宏

主席，對不起，我有意見，請主席不要做決議。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、這個案子事涉醫療服務共擬會議的權責，當然本會負有監理的任務，但最後決定的權責是在醫療服務共擬會議，本案不管今

天的決議是什麼，還是要回到醫療服務共擬會議討論是否修正，權責上並不是本會決議後，那邊就要依照本會決議處理，剛剛健保會同仁也講得很清楚，本案修正權責不在本會，本會只是監理而已。

- 二、有關罕見疾病藥費專款，我覺得大家要考慮罕病藥費為什麼要成立專款，第1次成立專款時的目的很明確，剛剛健保署也講得很清楚，就是為了避免罕病用藥由一般服務支應受到排擠，至於是不是領用罕病註記之重大傷病卡只是執行面的問題。其實成立罕見疾病藥費專款最主要的目的是要罕病用藥能有專款保障，我覺得現在回過頭來用執行面來阻擋這件事是不對的。
- 三、剛剛健保會同仁講應依照以前總額執行的計算方式，從一般服務費用移列到專款要扣除，我的想法不是這樣。我覺得健保會同仁也要去考慮，當初編列預算是不是用「健康署重大傷病罕病通報紀錄檔」資料的人數去預估，但是執行面是用有罕病註記之重大傷病卡的人數執行，結果讓一般服務多支應這些錢，如果是這樣應該於編列總額預算時把這個補回去，而不是從一般服務扣除。
- 四、我覺得健保會同仁做結論時要從2方面思考，不是只有單向思考去做扣除，應該瞭解預算最早編列時的邏輯為何，若是用「健康署重大傷病罕病通報紀錄檔」而估出罕見疾病藥費專款的金額，結果現在有一部分的金額由一般服務支應，就應該要回補給一般服務，因為一般服務多付這麼多錢，邏輯上要很清楚，健保會同仁也應該做這樣的解釋而不是偏袒某一方做這樣的說明。
- 五、關於「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」，確實在6月9日醫療服務共擬會議何委員語也有表達，社區醫院協會也尊重何委員的意見，會後我們會與醫院協會、健保署進行修正，在病人臨終最後那段時間，依照何委員的意見，思考如何獎勵及處理。但這部分我也要特別向何委

員報告，因為很多 RCW 的醫院本身並沒有設置安寧病房，安寧病房的設置標準很高，這個案子如果最後討論出來，這些病房有提供病人類似安寧病房的相關照護，雖然達不到安寧病房的標準，也應給予一定的獎勵。

周主任委員麗芳

- 一、剛剛雖然很多委員舉手，但因為本案事涉新年度總額協商，針對這 2 個專款項目，我們現在已經知道原來還有這麼多思考邏輯及計算方式，但這不是今天要討論的重點。
- 二、剛剛朱委員益宏提到本案不是本會權責，但本會有保險業務監理之責，我先預做決議(何委員語舉手)，若還有補充，再請何委員語說明。本案沒有什麼討論空間，因為 111 年度總額已經公告，請健保署依照 111 年度總額公告之協定事項及預算用途辦理，並在今年 9 月總額協商前，向本會提報處理結果。委員的意見都非常清楚，我們就送請健保署處理。請問何委員語，是否還有補充說明？

滕委員西華

主席，不對啊！這是討論案，怎麼會不讓委員發言就做結論呢？我有點不太懂。

周主任委員麗芳

因為發言序沒看到滕委員西華的名字，不知道視訊的滕委員要發言。先請何委員語，再請滕委員西華。

何委員語

- 一、總額協商結束並經過公告以後，在執行過程中，健保會雖然是扮演監理職責，但剛才朱委員益宏提到健保會沒有權責就本案做成決議，我們並沒有決議執行內容，但我們有權力依據總額協商的決定事項，及有關執行目標、預期效益評估指標的內容提出建議案，請朱委員瞭解，雖然在執行事項上，我們沒有決

議權，但我們有建議權，這點很清楚，今天的委員會是有權提出建議的。

- 二、我的意見與剛剛主席講的內容一致，請健保署依據總額協商公告的決議事項內容辦理。我們不能決定執行細節，但我們有建議權，本會除了監理權外，也具備建議權。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、先呼應剛剛何委員語所提意見，事實上，在上次會議我有提到，這怎麼會不是本會的監理事項與權責，若不符合當時的總額協商內容而想要改變的話，本來就是依照會議規則，不符合協商內容的執行事項是要提復議案，不是由各總額的醫療服務共擬會議直接決定要怎麼做，如果這樣，協商就沒有意義。
- 二、就這2個專款項目，我有幾點疑問，「罕見疾病藥費專款改變結算邏輯」雖然在醫院總額研商議事會議討論，但牽涉的改變不是只有醫院總額的執行，也牽涉到西醫基層總額的執行。從健保署補充的費用估算資料，怎麼算也算不出8億元，不知道8億元是怎麼算出來的？如果沒有具體數字，今年9月協商討論明年總額時，至少在本次會議提出時，到上個月月底為止，到底在一般服務產生什麼樣的費用？況且原本這項專款是支應罕見疾病藥物，不是罕見疾病病人的所有的藥費都由這項專款支付，非屬重大疾病如慢性病或其他本來就不應該由專款支應，因為本項不是罕見疾病病人所有藥費的專款，而是罕見疾病用藥的專款。
- 三、依健保署的補充說明，預計導入罕病新藥預算原本預估7.68億元，但藥品共擬會議公告或生效者，到年底可能只有1.5億元，是否有審查效率的問題我不知道，因為至少目前公告的236種罕病中，還有幾十個罕藥正在等待審查的排隊名單，只

有不到 1/3 的罕見疾病有藥物，即使如此，公告藥品包括罕病材料也只有 125 種。可見罕病與其他疾病不同，第 1 是沒有藥可用，第 2 是病人等不了，很多病人過世是因為等不及藥物引進。所以新藥排隊的時間這麼長，現在我們以生效期間計算到年底只需 1.5 億元，將原本的 7.68 億元拿去使用別的使用途，這也不對。應該檢討為什麼每年編列給罕病的新藥一直都無法回應罕病患者未被滿足的需求，為什麼新藥引進拖這麼久，而不是將非罕見疾病重大傷病的用藥，如：慢性病或一般疾病用藥，全部改由專款支付。

四、最後關於「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」，如果是過去與現在簽署 DNR 的病人，每日病房費都要獎勵，這如何回應照護情況。我們是因為病人自主權利法，因為希望能降低病人臨終前負擔，出發點不是單單要節省臨終照護費用，而是要提升照護品質，所以不是簽署 DNR 之後，再按照有無簽名這件事去獎勵，因為即使簽署 DNR，臨終時未必會執行安寧療護相關照護，或未必簽署 DNR 就不 DNR。若單純獎勵簽署 DNR，就請用品保款，可以看哪個醫療體系或哪家醫院執行 DNR 特別用心或有什麼特殊做法，以品保款獎勵，而不應該以變相提高支付標準的方式執行。

五、最後，剛才有委員提到本案不是健保會權責，我要再重申一次，若單純屬於各總額研商議事會議，當然不是健保會權責，但若涉及協商事項內容改變，當然是本會權責，不是說非本會權責，委員意見供共擬會議參考而已，如果是這樣，本會就不用協商了。

周主任委員麗芳

一、向滕委員西華說明，我剛剛的意思並不是我們的意見供健保署參考而已，而是共擬會議必須完全依據總額協商公告的協定事項，如同提案委員所說，目前的執行內容是不符合總額協定事

項，所以等於要回去重談，依據總額協定事項。當然本會推派的代表在共擬會議當中會繼續幫我們把關，沒有這樣的話，就是違反總額協定事項。

- 二、剛剛還有委員舉手，第 2 次發言的委員，暫時沒有列入發言序，因為有太多委員要發言，但因會議時間真的有限，故以第 1 次發言的委員優先。

胡委員峰賓

- 一、依照健保法第 5 條，健保會職權是辦理保險業務監理事項，這是法定職權，所以本案本於健保會監理職權提出，值得肯定。如同剛剛何委員語的意見，本會有建議權，若連建議權都沒有，如何執行監理職權？更何況本案有違反總額協定事項的問題，這是第 1 點說明。
- 二、罕見疾病防治及藥物法在 89 年通過，因為是將防治及藥物的概念結合入法，目前也立法了 22 年，這是全世界第 5 個立法保障罕病的國家。由於罕見疾病大多數是先天性基因異常，藥物非常稀少與昂貴，要價不斐，所以用專款支應。依健保會同仁在會議資料第 82 頁整理現行與改變結算邏輯的支付範圍，如果將所有罕見疾病患者的所有疾病藥費都用專款支應，這真的失去本項專款的意義，所以這部分的改變，值得我們再思考其妥適性。

周主任委員麗芳

請吳委員鴻來。

吳委員鴻來

- 一、首先要謝謝 2 位提案委員很用心提出本案，當初看到這個資訊就覺得非常不妥，好像直接拿罕病病人開刀。剛才滕委員西華也提到，當初我們有編列足夠的預算用於導入罕病新藥，結果健保署計算結果說今年可能只用 1.5 億元，這就給人一種錯覺，好像我們編列很充足的經費給罕病，讓人覺得是不是不應

該編列這麼多預算，但這是不正確的，應該檢討預算執行上有哪些地方需要改善。

- 二、前面很多委員提到很重要的 1 點，本項專款是針對罕病用藥，而不是罕病病人的費用，我們不應違背專款專用的精神。再者現在也才 6 月底，藥品共擬會議很多都還沒有召開，建議應該檢討如何讓罕病病人有機會用到導入新藥的預算，而不是覺得費用足以支應，就挪到別的用途。我們應該要依照現在的結算邏輯執行，若明年覺得有需要改變，再考慮預算編列問題，而不是認為今年已經到年中，覺得有剩錢，就可以挪到別的用途，我覺得這樣是非常不對的。

周主任委員麗芳

請馬委員海霞。

馬委員海霞

- 一、本項專款成立的規劃，在當時一定有非常審慎的考量，因為當時是以領有重大傷病卡註記的罕病病人，為何採用此基準，一定有當時非常審慎的考量。現在突然改變，而且改變總額協商的決定，建議應該再審慎考慮，且在今年協商時再提出討論。
- 二、既然專款當時專門使用在罕見疾病藥費，一般服務的費用就不該再納入專款，否則就失去當時成立專款的用意。

周主任委員麗芳

先請翁委員燕雪，再請陳委員秀熙第 1 次發言。

翁委員燕雪

- 一、非常感謝提案委員還有健保會的分析說明，提案已經講得很清楚，我主要是要回應朱委員益宏的發言，以目前的狀況來看，這並不是新增項目，就是現有的項目做重分類而已。依我們編列預算的做法，重分類本來就是要把預算額度連同業務一起移撥，所以本案委員的提案內容非常正確，因為這項改變不是外加，而是業務重分類，既然是重分類，原來在一般服務花多少

錢，就以這個額度一同帶過去。至於剛剛朱委員益宏提到會排擠一般服務預算，我覺得應該是 2 回事。

- 二、至於簽署 DNR，我非常贊同何委員語的意見，因為這種獎勵方式變得很矛盾，我們希望鼓勵病人脫離呼吸器、即早離開病房，但目前的鼓勵方式是住院越多、獎勵越多，顯然與計畫目的互相扞格，所以這樣的規劃是有問題的，我個人支持這個提案與健保會的分析意見。

周主任委員麗芳

請陳委員秀熙。

陳委員秀熙

- 一、我覺得大家對於這些方案的目標其實都一致，比方對於罕病藥費專款部分，不管今天站在健保費用使用的有效性、公平性，或是應該由專款或一般服務支付，健保署臺北業務組也認為執行上遇到困難，說有這麼多罕病病人沒有重大傷病卡，其醫療費用會排擠到一般服務預算，所以每個人的出發點都是好意。可是我必須站在 1 個觀點講，我們國家包括我們今天討論的問題，最重要的關鍵是什麼？是這些罕病病人為何無法領到重大傷病卡，照原來的流程走？現在真正的關鍵，是解決這些罕病患者沒有領到重大傷病卡的問題，瞭解沒有領到的原因為何？這才是真正的關鍵點。因為我們要解決人民的問題，而不是說所有的事情都是照著法規法令走，人民今天為何沒有領到重大傷病卡，讓他無法使用原來的專款、照原來的流程走，若都有領到重大傷病卡，右邊解決了，左邊還需要做嗎？我認為這都是沒有用到真正科學系統的方法去解決問題。
- 二、有關「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」，如同付費者代表所提意見，簽署 DNR 每日獎勵 100 點，真的受惠到家屬以及 RCW 病人嗎？當然沒有。因為你每日獎勵 100 點，之後就是一直持續的支付這 100 點。我們

每次在討論問題，應思考解決方式在哪裡？我們沒有解決方式。所以我才會提出定額支付，這樣會有個 flexible(彈性)。

- 三、今天我們討論的這幾案都有一樣的問題，當然我們知道有些已經公告，我們沒辦法改變，或是剛剛委員提到評核等級獎勵成長率，無論是 0.1%、0.2%或 0.3%，我們就是要合理討論這些數字，而非哪個方案現在改變，會影響今年的執行，但我們至少可以增加一些要求，就算今年無法執行，但我們在做決議時，可以要求在今年或今年完成協商後大家再來討論，而非今天就決定就要按照原來的方案，沒有任何滾動式修正的空間。
- 四、大家認為目前疫情很嚴重，所有事情都以疫情為主，所有事情都要停擺，但就是因為疫情，所以我們要努力克服困難，才能讓國家回復到正常的新常態。今天看到死亡人數都還在上升，難道都是跟 COVID-19 有關嗎？因為 Omicron 病毒疫情，所有的決策、思維和過去不一樣，但現在一直用這種方式來做，所以人民無法回到新常態生活，中重症也要一段時間才能控制，死亡人數這麼多，很多都與現在住院後驗出來可能都是輕症有關。很多大家今天討論的議案，我們有辦法及時解決人民的問題嗎？我們討論多少案子，有沒有解決沒關係，健保會委員代表的是整個國家，為人民服務，但很多事情不能馬上做結論說今天這件事情就要這樣做，後面沒有討論的空間。
- 五、剛才我也向翁委員燕雪學習到，健保也有紓困救濟的方法，方法是有，但我們如何在今天這個地方做這件事情，其實這些事情都一樣，就像評核，可以根據今年情況評定是「良」級、「優」級或「特優」級，到底要分配多少錢，錢不變有什麼影響？我們學者坐在這個地方開這個會，希望對人民有幫助，對於政府、付費者代表及醫界，我們當然願意做任何事情，但必須思考一些方法，在有限時間用比較邏輯科學的方式來解決。

周主任委員麗芳

因為朱委員益宏舉手舉了很久，剛剛很多委員都有提到您，是不是請再簡短發言，請朱委員先回應。

朱委員益宏

- 一、剛剛主席提到總額執行時要確實依照本會協定的決議，這我完全同意，但對於本項專款在去年 9 月協商時，包括衛福部最後公告的版本，專款是叫罕見疾病、血友病的藥費，所以要用專款。依健保署的報告，大家覺得可能用一般疾病也會吃到這個總額，但剛剛健保署報告得非常清楚，有一部分的罕病病人是以罕病就醫，而且使用罕病藥費，但是他領的重大傷病卡不是罕病的重大傷病，或是他根本沒有領重大傷病卡，我要強調他本身是罕病，符合健康署的罕病定義，而且也使用了我們在專款有給付的罕病用藥，但現在他是吃到一般服務的總額，我覺得不管是對醫院總額或西醫基層總額都不公平。
- 二、剛剛大家提到，包括主席也講說我們應該依照協定事項，完全不能更動，這我完全同意，既然我們協議時是罕見疾病藥費要由專款支應，他有沒有領到重大傷病卡，不是判定的標準，應該判定是不是罕病，若是罕病而且使用罕病藥物，當然應該由專款給付，我覺得邏輯是很清楚的。剛剛幾位付費者的發言，我覺得有點誤會，包括健保會同仁誤會可能一般的傷風感冒也會吃到罕病專款，我覺得可能健保署解釋得不是很清楚。這部分就是說他沒有領重大傷病或是領其他重大傷病，但本身是罕病。第 1，確定是罕病病人，第 2，就醫時也是使用罕病用藥，但目前有一部分用一般服務預算支應，這是占一般服務的便宜，我覺得不應該，希望委員能再考慮這樣的邏輯，是不是讓其回歸到用罕病藥費專款支付。

周主任委員麗芳

- 一、我知道有好幾位委員舉手，原提案人也舉手，但如果大家覺得從現在 12 點到 2 點，我們就處理本案，那就放手讓大家繼續發言，但後面真的每個議案都是健保會的職責，沒有 1 案可以延遲，我們必須對社會大眾負責，很多議案必須進行。
- 二、懇請各位委員體諒，本案很清楚，我先做以下決議，再看大家能否接受：
 - (一)本案請健保署確實依 111 年度總額公告之協定事項與預算用途辦理，處理結果請於今年 9 月總額協商前，向本會提報。
 - (二)委員所提意見，送請健保署研議。
- 三、這個研議不是給健保署參考，而是剛剛很多委員包括朱委員益宏的意見，新的年度到底要如何執行，新的年度再來談。但是今年度就請確實辦理。如果可以接受以上的決議，本案是不是討論到此結束，不然真的到下午 2 點還是討論不出來，因為不斷地循環。接下來請提案委員發言。

林委員恩豪

我只發言 1 分鐘。我覺得朱委員益宏的理解與我的理解有點不一樣，所以想請健保署再確認，明明依健保署提出的新邏輯說明，B、C、D 就是新邏輯所增加的費用，B、D 原在一般服務支付，且原本就是用在一般服務，若用新邏輯就會跑進來專款，就是一般的傷寒、感冒等小病，原本就不應該由罕病專款支付，而是應由一般服務支付，現在全部納入專款，就會排擠到專款，但朱委員不是這樣認定，他說現在這些通通都是罕病，應該用在專款，這樣就不對。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、本案感謝各位委員在相關會議提出來。首先針對「罕見疾病藥費專款改變結算邏輯」，現在講的是 111 年，已經完成協定。剛剛陳委員秀熙講的也是有道理，在一切結算邏輯都不變的情況下，現在沒有申請罕病重大傷病卡的罕病病人，若去申請重大傷病卡，費用會自動跑過去專款，不需要修正邏輯，這部分我們可以再努力。因為重大傷病卡不論是個人或醫院都可以提出申請，但很難強迫，有可能 1 個人擁有多張卡，也可能有一些考慮，個案我們就不再在這裡討論。
- 二、至於原本屬於一般服務支付的範圍，剛剛大家不太認同納入專款，所以新邏輯也需要再討論，是不是我們往這個方向努力。如同主席剛剛講的，我們的邏輯因為大家還有討論空間，應列入 112 年總額協商時一併考慮，大家可以弭平爭議，至於一般服務的費用是否要列入，或是執行上可能有困難，等我們努力之後，再決定 112 年的處理方式。
- 三、「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」已經在醫療服務共擬會議決議暫緩，所以目前的方案也不用再提。

朱委員益宏

蔡副署長淑鈴並沒有解釋剛剛林委員恩豪的詢問意見，林委員恩豪的意見也是我想問的，現況是不是沒有申請重大傷病卡但確實是罕病的病人也使用罕病藥物，目前是在一般服務預算支應，請蔡副署長回答。

蔡副署長淑鈴

請委員參閱補充資料第 2 頁，它是屬於 C 的部分，現在 B、C、D 都是由一般服務預算支應，因為沒有領有重大傷病卡。

朱委員益宏

所以 C 的部分就是罕病的用藥嗎？請蔡副署長淑鈴講清楚，到底是不是？

蔡副署長淑鈴

我現在講 C 的部分現在是用一般服務預算支應，剛剛陳委員秀熙有提到，其實所有定義都不變的狀況下，這些人如果去領重大傷病卡，自然會跑到專款的費用，這部分可以再回去釐清，為何這群人是健康署認定的罕病，卻不去申請重大傷病卡，這些當然與他個人的權益有關。

朱委員益宏

所以 C 的部分 2.2 億元就是罕藥嘛！對不對？

蔡副署長淑鈴

- 一、對，但原來在總額協商時，所有定義都是用現在的定義在編列預算，新的定義沒有放進去，因為前提是要領有罕病重大傷病卡，才會估計到罕病藥費專款預算中，過去都是用這樣的基礎協商總額。
- 二、當然漏掉的這塊費用，應該去探討究竟是什麼原因造成？其實這塊的人數是比較少的，就母數 74.7 億元而言，其金額 2.2 億元所占比例不大，所以它一定有改善的空間。如果我們努力去改善這些認定的問題，我想這 2.2 億元的費用就會自動往下降，這樣就能弭平大家的爭議。至於補充資料第 2 頁，圖中的 B、D 這 2 塊費用是否納入罕病專款支應，這就有討論空間，我們也回去研究一下，在 112 年度總額協商時再提出討論，這樣處理會比較圓滿一點。

周主任委員麗芳

最後 1 位請線上的楊委員芸蘋發言。

楊委員芸蘋

其實我覺得每個人講得都很有道理，可是我覺得最終還是要尊重主席剛才所做的決議，那樣就很清楚了，請大家不要再對這個案子有過多的意見和想法，這樣好不好？我覺得主席剛才的決議已經相當清楚，每一方的意見都有顧慮到。

周主任委員麗芳

本案就討論到此，接下來休息 10 分鐘，請各位委員 12 點 22 分回到現場繼續開會。

伍、報告事項第一案「『家庭醫師整合性照護計畫』執行成效評估(含導入一般服務之時程規劃)」、報告事項第二案「有關配合部分負擔調整方案，保障經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施」、報告事項第四案「中央健康保險署『111年5月份全民健康保險業務執行報告』」、報告事項第五案「醫院及西醫基層總額之『新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)』及『藥品及特材給付規定改變』預算檢討、調整與管控機制」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

請各位委員入座，我們即將開始會議，接下來要進行報告事項，有4個案子是由健保署報告，其中第四案是5月份的全民健康保險業務執行報告，但這個月不需要進行口頭報告，就看看委員是否有意見。我剛才跟健保署討論，先請健保署全部報告完後，及健保會補充說明後，再進行討論，以下先請健保署報告。

蔡副署長淑鈴

健保署共有第一案、第二案、第五案等3案要進行口頭報告，按照主委的指示一併報告完。第一案由呂科長姿曄報告，第二案由陳組長美杏報告，第五案分別由張簡任技正惠萍及陳科長依婕報告。接下來從第一案起，請呂科長姿曄報告。

健保署呂科長姿曄報告：略。

健保署陳組長美杏報告：略。

健保署張簡任技正惠萍報告：略。

健保署陳科長依婕報告：略。

周主任委員麗芳

為求連貫性，等下先針對健保署的報告事項第一案、第二案、第四案、第五案請委員表示意見。因為第一案西醫基層部門也有準備投影片(本議事錄第111~117頁)要進行補充說明，我請黃委員振國代

表西醫基層部門進行補充說明後，再請委員表示意見。請問黃委員振國在線上嗎？

顏委員鴻順

主席，我是顏鴻順，由我來進行報告。

周主任委員麗芳

請顏委員鴻順。

顏委員鴻順

- 一、不好意思，因為黃委員振國現在正在高速公路上開車，為了他的安全起見，就由我來報告。家醫計畫實施 10 幾年以來，目前為止全台共有 600 多個醫療群，有 50% 以上的診所參加，及接近 50% 的醫師加入，它的 1 個理念是提供全人、全家、全社區的照護，希望能夠落實分級醫療以及轉診制度。
- 二、台灣能夠有讓全民達到 8 成、9 成以上滿意度的全民健保，被世界各國所稱羨，是因為台灣有非常好的四層級的醫療制度，在這四層級中，基層醫療也是扮演非常重要且優質的角色，剛才提到台灣有 1 萬多家的西醫基層診所，有將近 1 萬 8 千名醫師，若沒有去做整合，這些醫師、診所雖然素質很好，就像是散兵游勇一樣，有任務來的時候你很難把他們整合。所以社區醫療群就是把他們整合起來，這 600 多個社區醫療群，整合起來就像是各地的國民兵，就可以去發揮它們的價值。
- 三、發揮了什麼價值呢？在平常我們在推動的這些成人預防保健項目，如：子宮頸抹片等預防保健，或者流感疫苗的注射，甚至今年健保在力推的雲端藥歷查詢，或是檢驗(查)值即時上傳，其實都是透過社區醫療群的管道去做推廣，而且也都達到很好的成效，相關的成效家庭醫學會也都已經發表在國際論文。另外，我們也會因應政策面的改變，把相關的指標納入社區醫療群的服務內容。

- 四、剛才提到的是平時的服務內容，當遇到戰時呢？什麼叫做戰時？防疫視同作戰，這 2、3 年遇到 COVID-19 疫情，我們怎麼去把廣大的基層醫療整合起來，不要讓民眾全部都擠到大醫院，讓醫療量能能夠保存，讓醫療量能不至於崩潰，所以社區醫療作為民眾照護的第一線，基層醫療就負擔 6 大工作責任，包含：幫忙打疫苗、快篩陽性判定、視訊診療、遠距醫療、PCR 篩檢站的支援，或者鼓勵診所做 PCR。
- 五、這種種的努力，我們大概看到怎樣的成果？全國 COVID-19 疫苗在基層診所施打的比例約占 5 成左右，以新北市來講，在去年最需要大力推動疫苗施打時，基層醫療 1 天可以幫民眾打 3 萬多劑疫苗，到目前為止，第 1、2 劑疫苗有 50% 是在基層醫療打。
- 六、COVID-19 疫情期間，很多人因為不敢到醫療院所去，或因確診必須在家隔離，這時候遠距醫療、視訊醫療就變得很重要，我們也是以社區醫療群做為第一線的推動對象，現在新北市一開始有 800 多家的診所都加入視訊診療行列。到目前為止，全台灣加入視訊診療的社區醫療群診所大概占 80% 以上。
- 七、投影片第 8 張是用照片演示視訊診療及診療後，如何透過基層診所針對輕症、無症狀的病人給予居家照護及關懷的實錄。下 1 張投影片，也是延續視訊診療後，我們能夠在第一時間就幫病人開立抗病毒藥物，根據亞東醫院的研究，早期開立抗病毒藥物可以減少 80% 的重症發生。接下來的簡報是我們舉辦相關研討會的內容，請參閱。
- 八、最後 1 張投影片，我們今天要討論的是，社區醫療群這樣的 1 個機制，什麼時候要納入一般服務預算？其實我覺得為什麼需要納入？因為社區醫療群不是用來看病申報費用的，它是以功能性導入政策需求的計畫，導入政策的需求，導入因為時事(如：COVID-19 疫情)的需求，透過這樣的 1 個部隊來達到任務。而且一般服務預算是 pay for service(論服務量計酬)，社區

醫療群是 pay for quality(論品質計酬)，完全是 1 個不一樣的機制，所以，我覺得以現階段來講，根本還不適宜，也不應該導入一般服務預算。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊、馬委員海霞。

劉委員淑瓊

- 一、針對報告事項第一案，首先要謝謝我們西醫基層的努力，我們也會全力支持壯大基層的政策方向。家醫計畫其實已經執行 20 年了，它要納入一般服務也是有其道理。不過我們來看每一年的評核指標，評核委員幾乎每年都指出，這個計畫在組織指標和品質指標上都沒有達標，組織指標中，包括：電子轉診使用率、門診雙向轉診率，在品質指標中，包括：會員急診率、潛在可避免急診率，及可避免住院率，這都是很重要的指標。我們去觀察歷年的評核委員意見，根本原因就在於結構性和體制性的問題，但健保署長期沒有做通盤檢討與評估，健保會去文詢問，健保署也回答從未做過任何委託研究進行探討，真是匪夷所思。所以具體來說，希望健保署趕快啟動家醫計畫執行 20 年來的檢討與策進。
- 二、針對報告事項第二案，雖然健保署註銷了調整部分負擔之公告，但還是提出來 1 個保障經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施草案，但就像我剛剛前面講的，都是需要經過討論的。請參閱會議資料第 162 頁所列的補助對象，事實上，上次會議委員特別強調的是邊緣戶的就醫權益保障，但現在健保署提出草案的補助對象是用列舉的方式，非常容易掛一漏萬。而且，依照「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」，保險對象持重大傷病證明就醫時的相關治療，就已經免部分負擔，所以不懂這邊再把領有重大傷病證明者列入的理由何在，且補助範圍還規定病人需經過轉診，我們在上次也提到有一些疾病不見得適合轉診。所以，儘管轉診是重要的，但

它不應是邊緣戶補助的必要條件。再來是作業時程，算一算這個錢病人可能最長要將近1年才能拿到，甚至因證明文件不全而拿不到補助。這些病人已可能因手頭拮据而自我篩選並減少「必要醫療」，我們這樣設計，完全無法回應此族群求醫的經濟困境。這樣的設計，會不會有些不知民間疾苦，請健保署再三思。

周主任委員麗芳

請馬委員海霞。

馬委員海霞

- 一、首先，在這個疫情非常嚴重的時刻，真的要謝謝各位醫師，大家真的很辛苦，為了保護我們全民健康在努力，我有非常多高齡、有慢性病的朋友確診，也都是經由這些基層診所醫師協助，大家都平安度過，首先要表達對各位的感激。
- 二、這次報告使用投影片的方式，我們並沒有事先看到完整書面報告，那剛才報告中有非常多、非常詳細的內容，但我們事先無法看到，這是非常非常可惜的，所以在這地方提出建議，希望以後要給我們書面報告，我們才能知道更多詳細的報告內容。
- 三、去年總額協商時，我們有建議要提出導入一般服務的時程規劃，在投影片以及剛才顏委員鴻順的報告中，醫全會的意見是暫緩導入一般服務，但我們已經經過20年的努力運作，雖然因為疫情的關係，基層醫師的工作也加重，但還是要建議健保署提出具體的導入一般服務的期程規劃，也要做1個如何轉型的規劃。另外也建議全民家醫要走向1個正式的制度，也建議要有正式的檢討方向，如：品質指標等。目前看起來涵蓋率好像還是低，就診率也低，要看看有沒有一些努力的方向可以提出。

四、再來是社區醫療群裡面，也有醫院參加，要怎麼讓醫院轉診病人增加，恐怕也是大家共同要一起努力的。另外，因為家醫計畫有鼓勵所屬的會員加入及下載個人的健康存摺，我想請教一下，我們這些會員中健康存摺的使用率不知道是怎麼樣？

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、家醫計畫已經執行 20 年，現在還不想導入一般服務，今年開始又增加 1 個專款支應的代謝症候群計畫，服務的內容也是家醫計畫的一環。坦白講，代謝症候群的病患，雖然在計畫的設計中，健保署認為這些人不會和參與家醫計畫的人重疊，但我真的很懷疑，這些人怎麼不會重疊？坦白講，大家都認為層層堆疊服務對象都是那一群人。所以我就覺得很奇怪，家醫計畫的服務對象，難道就沒有涵蓋代謝症候群計畫的那些人嗎？這是我很質疑的地方。

二、到目前為止，西醫基層整個雲端藥歷查詢率，及檢驗(查)上傳率都非常低，當然考量到基層院所的頻寬有問題、設備有問題、人力有問題，所以整個上傳率都很低，但是上傳率很低，整個醫療體系的進步空間有限。另外，我還是很希望明年家醫計畫就應該納入一般服務預算，重新來看你代謝症候群做得好不好，要不然這 2 個計畫真的很難去區隔。因為家醫計畫執行 20 年了，還有精進改善空間嗎？我真的是開始感覺到有一點疑慮，他們做了這麼久，還增加不同但類似的專案出來，家醫計畫這個專案真的執行太久了，從出生到要結婚了還在執行，這是我的意見，提供各位委員參考。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

我對家醫計畫有 3 點請教：

- 一、請參閱會議資料第 110 頁投影片第 12 張，近 5 年對社區醫療群品質評核，「特優」級占率從 109 年 49.04%到 110 年降為 42.86%，如果是「良」級和「特優」級來看，2 者加起來的占率從 109 年的 86.34%降為 110 年的 81.38%，請說明下降原因。
- 二、誠如剛才何委員語提到的，家醫計畫都已經成年了，我從另一個角度來看，健保已實施第 28 年，家醫計畫就試辦了 20 年，我們實在很想瞭解要如何再精進？剛才西醫基層報告有提到收案會員數占投保人口的比例太低，那規劃要怎麼加速呢？應該有 1 個精進的改善計畫，提出來讓我們瞭解一下。
- 三、第 3 點，請參閱會議資料第 108 頁投影片第 7 張，歷年經費執行情形，我算了一下前後 19 年，不計利息健保共投入 298 億元，上次報告健保署還曾經提到大概能節省多少費用，但在這次投影片並沒有呈現，上次委員有質疑你節省的那些費用要怎麼去運用，這次你就都省略沒提，是不是可以提供一下，或者我們協商原則有提到，若有效益要怎麼樣回饋給醫事服務提供者和全民，這個將來要怎麼去處理。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

以下就健保署提報 3 項專案報告，提出幾點請教：

一、家醫計畫

- (一)請參閱會議資料第 110 頁的投影片第 11 張，有關於預防保健指標檢查/注射率，我想這些其實是能展現家醫計畫表現的指標，本來這個計畫就是希望能夠預防重於治療，在這個部分我們可以看到糞便潛血的檢查率，從民國 106 年的

44.42%，到 110 年就降到了 16.97%，下降了 60%，不曉得健保署有沒有進一步去瞭解原因？因為糞便潛血的檢查其實對大腸癌的篩檢是非常的重要。另外，也看到成人預防保健檢查率，有往下降的趨勢。我覺得這些指標應該不單從絕對值來看，建議要有 benchmark(比較基準)，如全國的篩檢率/檢查率，這時候就可以更清楚看出，如果家醫計畫在這個部分著力很深的話，其達成率會高於全國的平均值，所以我建議呈現這方面的數字，其實適合拿全國的平均值來做比較基準，讓我們可以更清楚瞭解。

- (二)另外，請參閱會議資料第 111 頁，投影片第 13 張提到會員可透過健康存摺做滿意度調查，我覺得這其實是蠻好的方法，請問健保署有沒有利用健康存摺作其他服務的滿意度調查？
- (三)關於協助收案民眾施打 COVID-19 疫苗部分，非常謝謝西醫基層的投入，可以讓疫苗施打非常順利，我也想進一步瞭解參加家醫群的這些民眾施打率情形如何，尤其現在我們關心 65 歲以上老人的施打情形，他們是否因獲得家醫群的衛教訊息傳播，讓他們施打率高於全國平均，我認為這部分的執行情形宜與全國平均做比較，也更能突顯家醫計畫的貢獻。
- (四)投影片第 19 張，健保署提出家醫計畫導入一般服務規劃的意見，我覺得文字敘述較為簡化，因此看不出實際想要怎麼做，譬如說全面導入一般服務要突破的障礙，在病人端就說部分個案是醫院忠誠病人，所以要納入有困難，卻沒說明怎麼解決這個困難？我希望能夠看到健保署提出比較具體的作法。一樣的道理，導入一般服務的配套措施部分，說要鼓勵更多的西醫基層醫師參與計畫，來增加收案會員數，那打算怎麼做？持續瞭解未參加的原因，是透過問卷？還是目前已經有一些資料？我希望能夠看到比較具

體的作為，才知道說家醫計畫導入一般服務有沒有一個時程表？總而言之，我覺得應該要有比較具體的作法。

- 二、關於配合部分負擔調整方案，保障經濟弱勢民眾配套措施，請參閱會議資料第 162~163 頁，對於補助對象的補助方式是採事後補助，我要呼應劉委員淑瓊的意見，若採事後補助，當財務障礙放在那麼前端，這些經濟弱勢民眾可能就因為沒那個現金或能力就不去就醫，無法得到他需要的照護，加上事後補助的作業時間還要拖那麼久，事實上就沒辦法解決他們在前端遇到的財務障礙，所以這部分請健保署再考量一下。
- 三、最後 1 點，關於新醫療科技預算的執行情形，請參閱補充資料第 21 頁的投影片第 22 張，醫院新增修診療項目執行率是 98.8%，基層 0.2%，我知道加起來是 100%，西醫基層的項目數也會比較少，但 0.2%的執行率是否符合健保署期待？

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、因為時間的關係，我說快一點，請參閱會議資料第 114 頁投影片第 19 張，剛剛盧委員瑞芬也提到，我覺得健保署所提的這幾個意見，跟有沒有要導入一般服務一點關係都沒有，首先，我們導入一般服務是導入支付標準，又不是要把所有的病人都涵蓋進來，所以基層的醫師參與這個計畫，以及將來預計多少的會員數、照顧的病人數都跟導入這個計畫沒有關，導入是因為我們已經試辦非常久，認為這個計畫已經呈現出技術上、服務上面的模式穩定，然後可以讓更多的基層醫師不必透過試辦計畫那麼多的文書作業就可以執行計畫內容，所以我們要導入支付標準。所以不管病人端、院所端，或是醫院忠誠的病人，都還是可以在醫院裡面看病，為什麼一定要納入在導入支付標準後的家醫群的服務端呢？所以我覺得這些理由都跟導入沒有

關係，也跟多少西醫師要加進來、收案會員數要增加到什麼程度都沒有關係，我們難道要等 2,300 萬的病人都加入家醫群的那天我們才要導入嗎？我覺得試辦 20 年了，如果再沒有具體的導入計畫，那我就要質疑這個試辦計畫其實是有問題的。

二、再來就是配合部分負擔調整方案，保障經濟弱勢民眾配套措施，請參閱會議資料第 167 頁，我直接用這裡的附表來表示意見。

(一)剛剛盧委員瑞芬、劉委員淑瓊都提到採事後補助的方式完全沒有辦法幫到這些經濟困難的民眾之外，其實這些標準裡面，也漏掉 near poor(近貧戶)的對象，我們講 near poor 常常是突發性結構的，可是按照健保署的辦法，民眾需要檢附的財務證明、財力證明其實都已經是落後指標。如果是今年或這個月突然因為疫情失業，其實根本拿不到附表所列的這些文件，即使他是符合配套措施所列 4 種對象，但是若有原公告全民健康保險補助保險對象應自行負擔費用作業要點第三點所列的情形，很有可能都不能符合補助要件。此外，我們看病又不能賒帳，所以若採事後補助，付不出錢的民眾當次就看不了。加上健保署設計的表格太複雜，後面附表只顯示 1 個價值觀，就是防弊重於興利，所以我們有非常多的驗證程序要走，我可以理解，我們希望錢不能白花，有錢的人不能申請。

(二)如果真的要做的話，不要為德不卒，建議採納 2 種彈性的修正，第 1 個，如果需要那麼多的財力證明，譬如說現在公告，將來如果實施部分負擔調整方案，請有需要的申請補助的民眾現在向健保署提出事前申請。健保署現在就開始可以採取審查，假設如果將來公告 8 月 1 日要實施部分負擔調整方案，就在前面的 1 個月之內，由里幹事也好，或有需要補助的民眾直接向健保署申請，採事前讓民眾檢附或事前讓健保署查核他的過去所得資料，以及他的財務狀況、

財力證明的方式，如果健保署審查通過了，可在健保卡註記或其他，他到醫療院所就醫的時候，健保署就直接補貼他部分負擔費用給醫療院所，或是通知醫療院所免收增加的部分負擔。

(三)這些表格不能委託醫院的社工室嗎？如果是醫院都有社工室，如果要檢附那麼多證明文件，弱勢民眾之所以弱勢，不是只有經濟弱勢，他還有社會弱勢，他根本可能一輩子都沒有去國稅局申請過財力證明，搞不清楚怎麼回事，結果我們要這麼多的文件還要填寫，我覺得這些弱勢的民眾可能理解這些都有困難。所以我其實要講，我們完全沒有辦法知道弱勢民眾是怎麼生活的，才會提出這樣的辦法，我覺得太可惜。

三、請參閱會議資料第 200~202 頁，我其實非常肯定就是除了 HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)，還有 HTR(Health Technology Reassessment，醫療科技再評估)，HTR 這個事情如果做得好的話，我們還可以把過去沒有用的診療項目、藥品及醫材品項等提早下市，但是我要問 2 個問題：

(一)請問 ICER(Incremental Cost-Effectiveness Ratio，增加成本效益比)以及 QALY(Quality Adjusted Life Years，調整品質後存活人年)在 HTR 占的比重是多少，這幾年來全世界非常多國家使用相關的計算作為醫療科技評估的參據，健保署也是引用這個計算方式，可是在特殊疾病上面，譬如我們剛剛前面討論的罕藥、罕病方式，或者是在目前為止沒有有效臨床的治療藥物上面，過度計算 ICER 或引用 QALY 的值，其實也是會延遲這些治療藥物的上市時間。

(二)請參閱會議資料第 202 頁投影片第 23 張，有關參加 HTR 會議代表，我覺得很可惜，裡面完全沒有病人權益專家代表，也沒有倫理學家的代表，在做 HTR 的時候，就不應該

只有藥物經濟學家或醫學家，應該要比照其他的會議，納入病人權益的代表或倫理學家才對，因為這部分健保法也有相關規定，審查藥品的時候也是要考慮……(斷訊)。抱歉，我的意思就是說，有關 HTR 會議代表，請健保署審慎的考慮應該要納入病人權益代表或者是倫理學家，因為 HTR 的審查不應該還是只著重在經濟效益，還是要有人權與倫理的考量。

周主任委員麗芳

口頭發言就到黃委員振國為止，其他委員若還有意見，請提書面意見，我們會請健保署回復說明，請趙委員曉芳。

趙委員曉芳

- 一、首先我也是支持之前幾位委員的發言，家醫計畫是已執行 20 年的方案，我覺得是時候認真思考應該如何轉型。
- 二、第 2 個，從會議資料第 159 頁這個執行情形來看，要提醒這個方案的執行，其實看到了危機也看到了轉機。在危機的部分，其實幾個主要的指標，在過去的這 4 年，其實我們看到它的表現都是持平，有一些甚至於呈現下降的狀態，顯現這些指標的訂定，其實並沒有辦法完全反映執行現場的狀況，或者是這個方案的表現並不適合用這樣的這些指標來衡量。但是轉機是什麼？如果從會議資料第 160 頁來看的話，我們看到 1 個很漂亮的數字就是，平均每個會員在 VC(收案會員風險校正模式預估之西醫門診醫療費用)-AE(收案會員實際申報西醫門診醫療費用)的這個數字，平均的數字是 585 元，其實如果乘以會員的 base，以 600 萬個會員來講，其實整體幫健保省下 35 億元，如果是以有改進的前 67% 來算，就是 400 萬個會員，節省了 23 億元，其實是蠻好的績效呈現。所以，在現在的狀況之下，如果以方案責信角度來看，我會建議健保署做幾件事情：

(一)第 1 個就是做了 20 年的方案必須要有執行檢討報告，這個

是很基本的，藉這個執行檢討報告去檢視方案品質或者指標必須提升和精進的地方在哪裡？因著這樣子的檢討報告，也可以去提出這個方案如果還要繼續執行，轉型的策略是什麼？包括服務內容的改進、服務型態或者是服務對象的改變，都是可行的方向。最後，基於檢討報告的建議，這個方案是不是需要和現行的其他方案去做整合，我覺得這會是論述這個方案未來要往哪裡走，比較有建設性的方式。

(二)再來是，我們來看健保署剛剛的簡報，請參閱會議資料第 111 頁，幾個修訂重點的指標，我們之前對這個方案討論在於，過程面的指標過多，結果面的指標太少，但新增的這 8 個指標裡面，嚴格來說還是過程面指標居多，裡面跟結果有關的指標，可能就是就診率要提升 50%，然後增列 1 個會員的獎勵機制，但是還是偏少。在其中，我對增列這個計畫評核指標 VC-AE 的差值大於 275 點，就可以拿到獎勵點數的這個設計，也覺得稍嫌寬鬆。前面提到 VC-AE 差值的平均數就是 585 元，所以假設 VC-AE 的差值都是正的，並且分布平均的話，其實只要排名在後 25% 以上的這些診所，就可以拿到獎勵，所以或許不是 1 個非常有鑑別力的指標。

三、最後，一樣就是在會議資料第 114 頁，有關於健保署的意見，我覺得這些配套措施都提供重要的改善方向，但是我個人比較關心的是，如果這些配套措施必須要去實行的話，或許健保署需能夠回答，那是什麼時候會做？以及要怎麼做？才是較為負責的作法，以上是我的幾個想法。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、針對報告事項第一案，家醫計畫要不要導入一般服務部分，執行 20 年的專案從時間上看是有點久，不過這個計畫開辦的前幾年，那段時間其實是在磨合，並沒有很大的成功，直到最後這幾年才非常成功，家醫群發揮厝邊好醫師的精神，照顧老弱、多重的病人的功能，在 COVID-19 疫情期間，各個家醫群聯絡收案病人趕快施打疫苗，發揮很好的預防功能。如果現在我們要將家醫計畫導入一般服務的話，原來家醫群的任務要交給誰？家醫計畫每年有 30 幾億元的預算，透過經濟上的誘因，請他們去照顧老弱或患有多重疾病的民眾，導入一般服務後，家醫群對這些病人的照顧是否能維持？錢會用得更多還是用得少？這些都是經濟上及價值上要考慮的重點。如果沒有先想清楚的話，就一昧導入也不對，健保署怎麼規劃整合才是關鍵。剛才何委員語講得有道理，什麼道理？有些計畫，例如代謝症候群計畫，應該可以併入家醫計畫裡面，至於家醫計畫的執行方式要如何改變或不改變，也需要審慎思考，家醫計畫最初執行時，都說沒有忠誠病人，所以病人到處走、到處看，花很多時間，也浪費健保資源，現在各家醫群逐漸有固定病人，從我自己周邊經驗的調查，整個講起來，忠誠病人是慢慢成長中。
- 二、我們並不反對健保署將家醫計畫導入一般服務，但改變的前提是確定效果與效能都往好的方向走，當量與質都擴大時，這個錢是分給大家的，以後家醫群照顧收案對象的責任也不同了，到時候有問題要找誰？多出來的問題也要解決。尤其是健保法第 44 條裡面講得很清楚，如果說論人、論質，不管是論什麼，健保署都要有明確的方向，這樣才能討論，如果只有說導入一般服務，好像是不負責任的，前面做得要死，做不成，做成又說你不好，要導入一般服務，我是希望相關的改變要有明確的宗旨以後，再來做這個考慮。

周主任委員麗芳

請胡委員峰賓。

胡委員峰賓

- 一、家醫計畫相當重要且值得肯定，目前執行成果良好，若要導入一般服務，確實要思考改變之後衍生的問題是否能克服，而非只是導入。另外關於本計畫健康管理成效是 VC-AE，這個成效評價的公式有問題，第一、扭曲成效評價目的，AE 是收案會員實際申報西醫門診診療費用，若要為了降低 AE，變成變相鼓勵收案會員不要去門診，這樣才能降低 AE。第二懲罰認真的家醫醫師，醫師透過門診發現可能有其他嚴重疾病或危及生命，為預防更嚴重的疾病，讓收案會員去各專科門診做治療，但會造成收案會員增加西醫門診診療費用，導致該醫師被列入健康管理成效不佳。這樣的公式會變成逆向選擇，劣質的服務驅逐優質服務，最後造成整體服務品質下降。
- 二、我認為家醫計畫要以病人為中心，但健康管理的成效標準似乎變成以減少醫療費用為中心，這樣的成效公式並非妥當。

周主任委員麗芳

請顏委員鴻順。

顏委員鴻順

- 一、有關會議資料第 162 頁報告事項第二案所提對於照顧經濟弱勢民眾的配套措施，其實部分負擔調整在整個社會保險的精神裡頭，的確一定要有配套的措施，來照顧到那些經濟弱勢的民眾，健保署要補助的對象就是中低收入戶，以及領有有效身心障礙證明等 4 種對象。我有以下 2 點看法：
 - (一)其實中低收入不見得是重大傷病，他們到診所也要部分負擔。補助範圍提到門診藥品、檢驗，後面有且經轉診者，就是只有經由診所、地區醫院轉診到去區域醫院或醫學中心的才有免部分負擔，但我是建議應該也要將診所納入，

不然這些對象到診所就醫還是要部分負擔。

(二)其次補助申請的方式，我也覺得非常的不友善，居然要先付費再事後申請，其實對於很多經濟弱勢的民眾他就是拿不出錢來，你要他自己先墊錢再申請，這對他們是有困難的，我們應該更體諒這些經濟弱勢的社會朋友們。

二、我要稍微回應幾位委員對社區醫療群所提意見：

(一)何委員語提到檢驗(查)值太低，的確，這個我們都知道，因為檢驗(查)值今年開始列入社區醫療群的指標，到目前為止，因為第 2 季疫情的關係，所以原本要補助建置頻寬的部分都還沒開始執行，但是我們已經把它列入在年底的指標，所以下半年疫情比較穩定，我們就會努力來做這一塊。

(二)李委員永振提到說，這個「特優」級和「良」級好像比例有下降，跟李委員報告，其實社區醫療群的這個品質照護指標是每年檢討，這個每年檢討我們自己都把指標拉高，比方說原本是 50%可以達標的，那看到大家已經做得不錯了，明年在開會的時候可能就拉到 60%、70%，甚至拉到 75%，所以有時候反而會因為拉的太快而達不到那個標準，所以有時候會有一些變化。

(三)盧瑞芬委員提到 FOBT(Fecal Occult Blood Test，定量免疫法糞便潛血檢查)在近這 2 年其實都下降，今天台大醫院的吳院長明賢特別提到，因為疫情的關係，今年到目前為止 FOBT 受檢率大幅下降，也就是大家比較疏忽了預防保健，此外民眾也比較不願意到醫療院所增加風險，這也使得大腸直腸癌早期的病人會錯失發現的時機，沒有在前期就發現，導致變成中重症，這也是預防保健未來要努力加強的地方。

(四)胡委員峰賓提到 VC-AE，我們在基層第一線運作的經驗，

發現不見得要那麼地強調 VC-AE 的節省成效，因為任何好的醫療照護都是要花錢的。舉例而言，曾經有位耳鼻喉科醫師告訴我，他的診所 VC-AE 是負數，我說怎麼會負這麼多？他說他發現幾個醫療群的病人嚴重聽力障礙，發現之後幫病人找出原因，轉介醫院成功，申請到健保給付的人工電子耳，使得病人生活品質大幅改善。可是 1 位病人接受電子耳這樣從頭到尾做下去，醫療費用將近 100 萬元，他介紹 2、3 個病人完成人工電子耳的療程後，他的 VC-AE 就變成大量負值。請問人工電子耳使得病人生活大幅改善，這個對品質來講是好還是不好？有時候我們不能太迷信 VC-AE，一昧覺得節省錢就是好事。

周主任委員麗芳

最後 1 位委員發言，請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、不好意思剛剛在高速公路上不方便講話，很肯定大家對家醫計畫的重視。現行健保給付方式都是論量計酬，至於家醫計畫則是少數強調以論質計酬概念來設計，我們就是期待能回應健保法第 44 條訂定家庭醫師責任制度，希望每個人都能有適當的家庭醫師。但現況是什麼？因為分級醫療未成熟，今天只有 25% 的人口有納入家醫計畫來接受照護，干委員文男也提到為何早期家醫計畫不是主要照顧醫療高度使用者，我記得 102 年才轉型將醫療高度使用者分配給家庭醫師照顧，這是因為醫療高度使用者的住院率、死亡率高於台灣一般人口，所以若納入計畫加強照護，在可避免住院率、可避免死亡率方面會有更顯著的效益，因為這些人本來都是醫療高度使用者。
- 二、另也回應何委員語所言，家醫計畫及代謝症候群計畫的收案對象會不會有所重疊，我想是不會的，因為家醫計畫現在每位醫師收案上限約 1,800 個會員，這些會員都是屬於醫療高度使用者。相對於代謝症候群的個案，像是我最近在施打疫苗的時

候，還有提供居家照護時，另外也有一些長新冠個案陸續到門診就醫時，發現到他們有代謝症候群的潛在問題，這些人之前幾乎都沒有就醫紀錄，尤其是 30、40 歲的青壯族群，因為經常忙於工作沒有機會到醫院做一般檢查，然而這些人都符合代謝症候群的候選個案。因此這 2 個計畫不會重複給付及收案，各位委員可以放心。

- 三、剛剛委員提到 VC-AE，我以個人診所為例，我的糖尿病患者可能在全基隆或甚至台北區施打胰島素比例是最高的，當然我診所的 AE 會高於沒有施打胰島素的診所，但因為 VC 設計是以實際該個人風險所使用的健保費用去估計，所以我 VC-AE 反而是正的，而不會有胡委員峰賓所言，為了節省而犧牲民眾就醫品質，反而我所照護糖尿病患的就醫品質有可能更佳。以我個人所照護的糖尿病個案為例，很多打胰島素個案，不瞞各位委員，年輕族群在醣化血色素(HbA1c)為 7 左右的幾乎占 8 成，各位若有機會可以到醫院的新陳代謝科看看，施打胰島素的對象，在醣化血色素為 8 以下有多少。
- 四、各位很在意為什麼家醫計畫實施 20 年還不導入一般服務，我們也請委員一同捫心自問，若今天照護對象只有達到 25% 的人口數、但目標是 50%，當你們希望 50% 的人都能納入家醫計畫照顧時，各位委員能夠同意我們將現行家醫計畫的經費乘以 2 嗎？我相信不可能，以我參與健保實務多年來，為何今天家醫計畫一直強調獎優汰劣，就是希望以有限的計畫經費達到最大品質，照顧最需要的族群，把比較不適合的診所，例如剛剛委員提到有個分數或門檻的限制，原來及格分數從 50 分上升到 55 分、60 分，甚至 65 分、70 分，表現相對落後的診所就會被淘汰掉，希望有限的資源能提供比較好的質、量的服務。假設因為量的提升有對應的預算能挹注，個人當然不反對，但我想家醫計畫除了著重全人健康，更是照顧全民健康所依賴的重要計畫，如果要規劃納入一般服務的時程，建議健保署邀請專

家、家庭醫學會及醫全會共同研討，訂定這個計畫可能的收案上限及服務內容的規劃，剛剛簡報都有提到，我們最近不是只有量的提升，從各個服務品質的改變都有提升，這也是為什麼這個計畫希望留在專款專用，也便於各位委員監控及指導，也期待未來各位委員持續給予更多指導及意見。

周主任委員麗芳

一、有關健保署這 4 個報告案，因為時間關係無法現場回復，但後續會請該署以書面回復說明。

二、預擬以下決定：

(一)報告事項第一案：

1.請健保署持續滾動檢討，並提升家庭醫師整合性照護計畫之執行成效。

2.委員所提意見，送請健保署回復說明。

(二)報告事項第二、四、五案：本案洽悉，委員所提意見送請健保署回復說明。

劉委員淑瓊

針對報告事項第一案，可否建請健保署提出計畫執行 20 年的完整評估報告並在健保會報告？因為剛才也有委員附議，是不是能請主席將之納入決議。

周主任委員麗芳

修正剛剛對報告事項第一案的決議，第 1 點是請健保署持續滾動檢討，並提升家庭醫師整合性照護計畫之執行成效，加入第 2 點，請健保署針對家庭醫師整合性照護計畫提出 20 年檢討報告。請問劉委員淑瓊，想請健保署提出哪種報告，是檢討報告嗎？

劉委員淑瓊

建議主席，應為檢討與策進報告。

周主任委員麗芳

決議修正第 2 點，請健保署針對家庭醫師整合性照護計畫提出 20 年檢討策進報告，並提至健保會報告，文字再請本會幕僚協助。接下來進行報告事項第三案。

林委員綉珠會後書面意見

一、針對報告事項第一案，有以下 2 點請教：

(一)全面導入一般服務需突破障礙的方法，請提出實際方法。

(二)導入一般服務之配套措欠具體，How to do？如何增加收案會員數？請說明。

二、報告事項第五案：

就醫療科技評估，請問有哪些因素考量會將某些項目列入醫療科技評估？是經濟因素考量？或是結果面考量？

李委員永振會後書面意見

就報告事項第四案，以下 2 點請教：

一、111 年 5 月份業務執行報告第 5 頁，請問「清冠一號申請補助方案」是用何種預算支應？

二、總額協商原則第七項其他原則之(四)醫療照護整合與效率提升之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。此原則已列入多年，付費者委員及專家學者公正人士委員於衛福部諮詢時，亦表贊同，在 4 月份會議亦曾提及「未來將視健保署提供之各總額執行結果與成效資料，在年度總額協商時考量處理」，請健保署於 7 月份委員會議，針對本議題提供具體作法討論，以利今年協商時，能真正進入協商階段。

陳委員秀熙會後書面意見

針對報告事項第一案之意見：

一、請西醫基層總額部門解釋，108 年預防保健指標及自選指標相較於 106~107 年降低一半之理由。

二、執行 20 年之家醫計畫應評估未加入與加入者，在各項指標長期追蹤後之差異，以作未來是否納入一般服務之重要科學參考。

陸、報告事項第三案「111 年度醫院及西醫基層總額新增項目之『執行目標』及『預期效益之評估指標』確認案」與會人員發言實錄
周主任委員麗芳

請健保會同仁說明。

陳組長燕鈴

一、請委員參閱會議資料第 171 頁，本案係為 111 年度醫院及西醫基層總額新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」確認案，醫院尚有 2 項、西醫基層則有 3 項尚未確認，健保署函復研訂結果如會議資料第 179~186 頁，本會已整理健保署回復之研訂結果摘要及本會研析意見給委員參考，如附表，請參閱會議資料第 174~178 頁，這部分要請委員確認，因為確認後，各部門才能努力執行，我們也會納入明年評核項目，做為協商參考。附表呈現共 5 項，其中醫院總額尚有 1 項仍未達到共識，其餘 4 項健保署表示尊重醫界及相關司署的共識。

二、就附表(會議資料第 174~178 頁)逐項向委員說明：

(一)請參閱會議資料第 174 頁，醫院總額項次 1「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」，這部分是沒有共識的，健保署表示如與醫院協會達共識後會儘速提報委員會議，我們希望該署儘速提出，於下次委員會議提報。

(二)醫院總額項次 2「住院整合照護服務試辦計畫」，已提出執行目標及預期效益之評估指標，請委員參考。因時間有限，簡要說明本會研析意見，因為這個計畫的目標及指標都比較是屬於結構或過程面，但考量本計畫為新照護模式之建立，且為第 1 年試辦，屬資源整備及制度建立階段，爰建議尊重所提指標。但若明年要繼續試辦，建議提出第 2 年執行目標及預期效益之評估指標，尤其評估指標應為能反映實際執行效益之結果面指標。

(三)請參閱會議資料第 175 頁，西醫基層總額共有 3 項，項次 1

「提升國人視力照護品質」，所提執行目標及預期效益之評估指標請委員參考，本會研析意見為，就執行目標而言，所提執行件數與 9 月協商健保署之服務量估算相近，建議尊重所提，另預期效益之評估指標中，尤其是所提指標 2「減少病人手術等待期」，我們認為這是病人端成效結果面指標尚屬合理，也建議尊重所提指標。

(四)請參閱會議資料第 176 頁，西醫基層項次 2「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬計畫」，所提執行目標及預期效益之評估指標內容頗多，都是病人端結果面指標，包含病人疾病復發率(包括再住院或再急診) $<30\%$ ，或是有意義的心肺功能改善比率 $>70\%$ ，我們認為這都很能具體反映資源投入效率，建議尊重所提指標；至於執行目標為收案人數(超過 170 人)與 9 月協商健保署服務量(440 人)有所差距，建請健保署補充說明。

(五)請參閱會議資料第 177 頁，西醫基層項次 3「代謝症候群防治計畫」，也是委員很關心的計畫：

- 1.這次送來的執行目標與該署 4 月份提報本會內容一樣，只是多了 1 個「視計畫執行情形，於下年度再行研議調整照護人數目標之可行性」。因為 4 月份時委員已經對此部分有建議，我們列為研析意見第 1 點，請委員參考，就不多做說明。
- 2.執行目標：是不是按照健保署建議，因為時間只剩下 5 個月，就以 10 萬名為目標，之後再調整，請委員討論是不是同意。
- 3.預期效益之評估指標：所送指標為「辦理代謝症候群個案完整照護達成率 30%」，與 4 月份提報本會內容一樣，該次委員認為應該要呈現資源投入的效益，建議如果不用這個指標的話，或許可以參考計畫所訂診所品質獎勵指標，請參閱第 178 頁之「代謝症候群改善率」、「介入成效率

≥30%」指標，其中介入成效率是指病人被照顧之後，其代謝症候群指標已經改善並達標，就不屬於代謝症候群了，也就是介入成效率達到≥30%，或許委員可以考慮，要不要以前開 2 項替代原來所提的完整照護率指標。

(六)以上報告的 4 項指標，其執行目標及預期效益之評估指標，要請委員於本次會議確認，其次還有 1 項，也就是醫院之「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」將請其儘速提出。

周主任委員麗芳

謝謝說明，請問健保署要補充嗎？請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

補充會議資料第 176 頁，有關「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫」，這個計畫才剛通過，預計實施日期是今年 8 月，也就是今年大概只有 5 個月的實施期間，所以人數方面就保守估列為 170 人，明年再做調整。

周主任委員麗芳

謝謝健保署補充，及謝謝健保會同仁很用心地整理相關資料，資料十分清楚，請問委員是否同意？其中還有 1 項要請醫院總額部門儘速完成研訂，至於其他的部分是否可以確認？先請何委員語，再請李委員永振。

何委員語

- 一、請參閱會議資料第 174 頁項次 1「推動分級醫療，壯大社區醫院」，在醫療服務共擬會議時我也反對該會議原提內容，把它推翻，反對的原因，第 1，因為在社區醫院去區分不同的標準，設定 1 個營業額，若超過那個營業額的醫院就不能參與分配。第 2，如果視為同體系的醫院，例如榮總體系的地區醫院，也不能參與分配，因此我認為這是不公平的分配方案。
- 二、如果只想要照顧 50 床以下的地區醫院，或照顧 100 床以下的地區醫院，我想應該另提計畫，而不是用這 10 億元，去做不

平等的同體系分配方案，我不認同這個。若依相關法規認定這是 1 家層級屬於地區醫院，它就有權利參與分配，不能說它的營業額比較大，就不能分配這筆錢，或是說它是醫學中心附屬的地區醫院，屬於同體系的地區醫院，也不能分配這筆錢。我認為不應該有這種方案，所以這方案被我推翻掉了，到目前還沒協調出來，我希望他們以公平、公正、同理心的方向去分配這個案。至於若要照顧比較弱小的地區醫院，應該要另提 1 個方案出來才對，這是我的建議。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

對於代謝症候群防治計畫，剛剛主席的結論，績效的認定，也就是預期效益之評估指標，是要採用健保署還是健保會的版本？我認為應該採用健保會所建議的「代謝症候群改善率」、「介入成效率 \geq 30%」指標比較合理。

周主任委員麗芳

對，是健保會。

李委員永振

另外，今年協商的時候，若要提明年代謝症候群防治計畫的時候，早上已經談過很多了，在此再補充 1 點，請健保署及健康署之間，要協調好，不要像今年一樣，健保署好像只覺得自己只有扮演橋樑，但保險人角色也該要彰顯一下，把整個計畫協調好再拿出來。雖然這可能有點困難，但我是覺得，健康署都來用到健保的錢了，健保署還跟他這麼客氣幹嘛，應該怎麼做就怎麼做。否則上游沒弄好，將來醫療給付就是健保體系要承擔，上游源頭應該要先弄好，該怎麼做就講出來，或可以協調要求之，我是這樣建議，至少到時候你們健保署不會當壞人，由我們委員當壞人好了。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏，這是口頭發言最後一位，因為 2 點要結束會議。

朱委員益宏

對於何委員語剛剛指導「推動分級醫療，壯大社區醫院」的案子，在此回應及說明一下。確實原來提案的時候，在醫療服務共擬會議何委員語有提出一些建議，我們協會也收到了。不過我也趁這個機會跟何委員語及所有委員報告，社區醫院協會提出壯大社區醫院這筆經費要有所限縮及有所條件，主要是因為今年年初提出部分負擔調整案，當時有個機會向陳部長時中報告時，陳部長時中也認為，從 106 年開始推動醫療分級之後，有很多大型醫院或體系醫院，就留在地區醫院這個層級而不去升級，這類地區醫院實際上可能是屬於區域醫院規模，但就不去評鑑升級為區域醫院，只留在地區醫院，部長也認為這事情可能需要處理，甚至在那個會議上裁示，除了病床數要考慮，可能整體營業額也要列入考量，營業額是西醫基層的委員向陳部長時中的建議，而陳部長時中也認為說需要列入考量，因此才有這個案子出來。在那天醫療服務共擬會議開會過程中確實有很多意見，因此這個案子我們也撤回，暫時不會再提。以上就何委員語所提，我只是把此案為什麼由社區醫院協會提出的來龍去脈，向何委員語及各位委員報告。

周主任委員麗芳

一、就本案做出以下決定：

- (一) 確認 111 年度醫院總額 1 項及西醫基層總額 3 項新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，如附件三。
- (二) 醫院總額新增項目「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」未完成研訂，請健保署會同醫院總額相關團體儘速提報下次委員會議確認，以利後續評估執行效益。

二、有沒有臨時動議？沒有的話，很感謝各位委員，今天順利完成所有交付的議案，看起來外面似乎要下雨了，希望大家有帶雨具，再次感謝大家。

罕見疾病基金會訴求要點：

- 1) 保障罕藥專款專用。
- 2) 一般醫療支出(感冒、手術、外傷等)不應由專款支應。
- 3) 請保障罕見患者使用苦等救命新藥預算。
- 4) 綜上、祈請今年仍保持原有結算邏輯。
- 5) 明年罕藥專款預算請依新結算邏輯依比例增列預算。

再三籲請健保會正視全民健保的社會保險本質，並且保障、保全極弱勢及極重症罕病患者唯一仰仗的全民健保醫療資源。

家庭醫師整合性 照護計畫 要納入一般服務 了嗎？

中華民國醫師公會全國聯合會

黃振國常務理事

111.6.24

2

醫療群在民眾照護上扮演的角色及 民眾可獲得的好處



3

附加價值

健康政策參與 1.鼓勵院所雲端藥歷查詢 2.檢驗(查)即時上傳 3.協助會員下載健康存摺·做好健康管理等	強化預防保健 1.成人預防保健檢查率 2.子宮頸抹片檢查率 3.糞便潛血檢查率等
提升國民健康促進 1.慢性病個案三高生活型態風險控制 2.社區衛教宣導等	健康守門員(第一線防治) 1.65歲以上老人流感注射率 2.傳染病第一線治療·落實醫療分艙分流等

4

除了增加收案人數(量)，在服務內容(質)也有大幅提升及變化

-近年家醫計畫修訂重點

108年	109年	110年	111年
<ul style="list-style-type: none"> 新增「多重慢性病人門診整合」費用 	<ul style="list-style-type: none"> 新增「偏遠地區參與診所績效獎勵費」 新增「初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率」指標 	<ul style="list-style-type: none"> 新增「兒童預防保健檢查率」指標 	<ul style="list-style-type: none"> 新增「慢性病個案三高生活型態風險控制率」指標 新增「檢驗(查)結果上傳率」指標 會員固定就診率閾值調整為當年需較照護族群65百分位且$\geq 50\%$ 加分項新增「同院所同日就診率」

家醫計畫附加價值

健康政策參與、強化預防保健、提升國民健康促進、健康守門員

5

社區醫療群為民眾照護的第一線- 基層防疫六大工作

1

輕症通訊居家全人照顧
(北部逾1,000家診所加入)

2

快篩陽性視訊判定
(簡化流程，降低醫院負載)

3

遠距診療及開藥

有意願提供抗病毒藥物超過2,000家診所(持續更新)

4

新冠疫苗持續接種

5

診所PCR採檢作業
(約300家投入，持續更新)

6

支援醫院社區篩檢站
(如自由廣場、三重汐止)

自由廣場其中一個車道由診所認養；
縣市醫師公會協調診所醫師支援

6

社區醫療群為民眾照護的第一線- 疫苗持續接種

新冠疫苗接種概況

1. 全國新冠疫苗接種率高。
2. 以雙北為例，診所接種量超過5成
3. 診所除協助一般民眾接種，亦協助長照機構、居家照護個案接種

醫療群積極配合施打

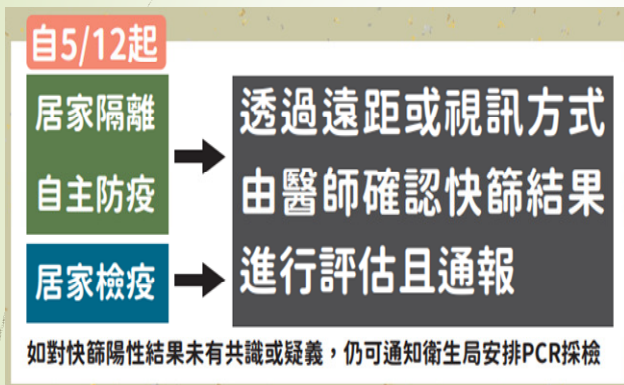
施打新冠疫苗共有2,957家診所，其中有78% (2,312家) 有加入醫療群。

關心會員接種情形

健保署提供醫療群未施打完3劑疫苗的會員名單，並作明確標示；讓醫療群主動關心會員接種情形。

社區醫療群為民眾照護的第一線- 快篩陽性視訊判定

7



快篩陽性視訊判定

自5/12起，快篩陽性個案可透過視訊方式確認結果，由基層診所判定確診與否，紓解醫院急診PCR採檢量能，減少民眾群聚傳染風險

社區醫療群為民眾照護的第一線- 居家照護/視訊診療

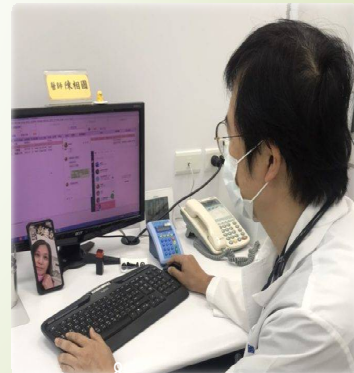
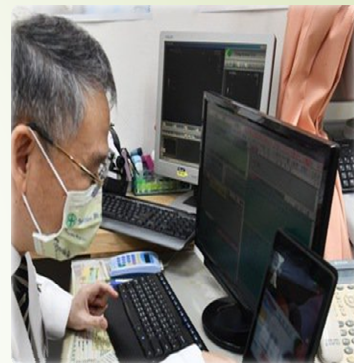
8

居家照護

家醫群診所執行輕症確診個案居家照護，將醫院量能留給中、重症患者，落實照護分艙分流

視訊診療

1. 全國家醫群診所積極加入視訊診療服務。
2. 醫療群共有606群 (99.5%)，4,742家 (83.5%) 診所提供民眾視訊服務。



9

社區醫療群為民眾照護的第一線- 開立Paxlovid、Molnupiravir

國內通報總計

通報數

13,021,521

排除

9,529,998

確診

3,487,599

- 截至111/6/23，本土確診人數已接近350萬人
- 111年累計開立Paxlovid共5540人份、Molnupiravir共1413人份；合計約27萬9575人份，佔累計確診人數8%

10

全聯會及家庭醫學會自5月起開辦共7場 COVID-19病患照護相關研討會



新冠肺炎口服治療藥物PAXLOVID臨床經驗研討會

Paxlovid Education Program

大會主持人：邱泰源 理事長 中華民國醫師公會全國聯合會
黃振國 副理事長 台灣家庭醫學醫學會

11:00-11:05	Opening	邱泰源 理事長 中華民國醫師公會全國聯合會
11:05-11:25	Paxlovid experience sharing	Speaker: 黃景泰 醫師 林口長庚感染科
		Moderator: 邱泰源 理事長 中華民國醫師公會全國聯合會
11:25-11:45	Paxlovid Drug interaction management	Speaker: 盛望徽 醫師 臺大醫院感染科
		Moderator: 黃振國 副理事長 台灣家庭醫學醫學會
11:45-12:10	Panel discussion	主持人：黃振國 副理事長 台灣家庭醫學醫學會 主講人：黃景泰 醫師 林口長庚感染科 盛望徽 醫師 臺大醫院感染科 與談人：陳宗家 醫師 國立台中醫院感染科 陳文輝 醫師 臺大醫院心臟內科 廖士程 醫師 臺大醫院精神醫學部
12:10-12:15	Closing	黃振國 副理事長 台灣家庭醫學醫學會

5/22 Sun.
11:00-12:15

11

新冠肺炎口服治療藥物PAXLOVID臨床經驗研討會

Paxlovid Education Program

Question

1. 請問目前Paxlovid實際臨床的效果如何? 病人的癒後反應?
2. 請問腦中風、曾心肌梗塞或剛放心臟支架的用藥如何取捨? 例如Plavix的使用, 該如何調整?
3. 鈣離子阻斷劑的血壓藥要改用其他藥物還是減量使用呢? 改用其他藥物, 在處方上不能跟口服藥併單。
4. 抗憂鬱藥物或精神藥物, 是否可以考量病人實際情況先停藥, 口服藥療程結束後再恢復? 精神科專家們是否有任何指引或建議呢?



新冠肺炎口服治療藥物PAXLOVID臨床經驗研討會

Paxlovid Education Program

Question

5. 食物會有交互作用嗎? 健康保健食品如中藥、天然活性物、發酵製品是否需停用?
6. 清冠一號, 或者是甘草止咳水之類的止咳藥水可以跟Paxlovid併用嗎?
7. 癲癇病患若原本使用Tegretol有什麼建議替代藥物嗎? 基層醫療常見的XANAX(贊安諾)這類鎮靜安眠藥, 可以正常使用嗎?
8. 請問專家們, 若目前輕症居多, 還有需要積極使用抗病毒藥物治療嗎?

12

一線醫護人員提供診療服務，確診風險也高於一般民眾

醫療院所提供醫療服務

面臨接觸確診者居隔的風險

面臨接觸確診者確診隔離的風險

醫療人力不足!

- ① 1人診所需要休診
- ② 多人診所還能視人力調度, 轉以提供視訊診療服務

解隔後繼續提供醫療服務

現在就要納入一般服務？

1. 本土新冠疫情爆發，嚴重衝擊醫療量能及民眾醫療需求，近三年呈現不穩定狀態。
2. 值此疫情期間，難以預期未來需求，應先有完整的配套及預算規劃，以避免穩定的專款導入一般服務時，造成排擠效應。
3. 家醫計畫有明確收案對象及標準，目前收案會員數僅占投保人口25%，基層醫師也尚未全面加入，可鼓勵更多醫師參與。
4. 爰建議暫緩導入一般服務，維持現行專款專用。

THANK YOU