

衛生福利部全民健康保險會
第6屆112年第3次委員會議議事錄

中華民國112年4月26日

衛生福利部全民健康保險會第6屆112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112年4月26日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：盛培珠、張嘉云

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、吳委員榮達、吳委員鏘亮、李委員永振、周委員慶明、周委員麗芳、林委員文德、林委員恩豪、林委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠、侯委員俊良、翁委員文能、商委員東福、張委員清田、陳委員石池、陳委員杰、陳委員彥廷、陳委員相國、陳委員節如、陳委員鴻文、游委員宏生、黃委員小娟、黃委員金舜、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、劉委員守仁、劉委員淑瓊、滕委員西華、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、鄭委員素華、謝委員佳宜、韓委員幸紋

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、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11頁)

貳、議程確認：(詳附錄第11~12頁)

決定：確認。

參、確認上次(第2次)委員會議紀錄：(詳附錄第12頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第13~17頁)

決定：

一、上次(第2次)及歷次委員會議決議(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。

(三)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1項，同意解除追蹤。

二、請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，儘速將112年度牙醫門診總額地區預算分配之特定用途移撥款執行方式函報本會備查。

三、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第18~34頁)

報告單位：衛生福利部社會保險司、中央健康保險署

案由：衛生福利部「113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)併同中央健康保險署「113年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」諮詢案。

決定：

一、委員所提諮詢意見(含書面意見)摘要(如附件一)，併同發言實錄，送請衛生福利部參考。

二、請中央健康保險署於衛生福利部交議本會關於「113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案」時，依法併提「113年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」審議。

陸、討論事項(詳附錄第35~43頁)

提案單位：本會第三組

案由：112年度醫院及西醫基層總額關於「因應長新冠照護衍生費用」決定項目內容，需提報本會確認案。

決議：

一、依委員意見修正確認醫院及西醫基層總額「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估指標，如附件二(修正如劃線處)。

二、依112年度總額核(決)定事項，醫院及西醫基層總額尚

有應提報本會確認事項未提出^註，請中央健康保險署儘速辦理，俾安排至最近1次委員會議討論。

註：應提報本會確認事項如下：

1.112 年度醫院總額2項新增專款計畫內容(含關鍵績效指標)及「執行目標」與「預期效益之評估指標」：

(1)持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能。

(2)健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能。

2.112 年度西醫基層總額新增項目「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」之「執行目標」與「預期效益之評估指標」。

柒、報告事項(詳附錄第44~84頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：111年度全民健康保險基金附屬單位決算及113年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案，請鑒察。

決定：本案不予備查。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：代謝症候群防治計畫之改進方案(含推動「以人為中心」之合作照護模式，及服務人數提升、支付單價衡平性、減少重複檢驗檢查等)，請鑒察。

決定：

一、本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

二、請中央健康保險署持續追蹤計畫執行成效，並將監測結果及計畫成效提報本會，以利總額協商參考。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：藥費管控策略及檢討(含藥費超出支出目標值之原因檢討、新藥納入健保給付之作業程序與核價原則及新藥引進後之檢討等)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

第四案

報告單位：中央健康保險署(書面報告)

案由：112年3月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提書面意見，請中央健康保險署回復說明。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午13時57分。

「113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」及「113年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」之本會委員所提諮詢意見摘要

一、對113年度總額範圍草案之建議

付費者委員意見：

(一)總額範圍之設定應考量健保財務，並積極改善健保財務收支結構失衡問題。

1.行政院於 111 年 8 月核定 112 年總額範圍時已函示要求衛福部，須注意健保財務警訊並及早規劃因應，本次所擬之 113 年度總額範圍草案高、低推估成長率相對於近年幾乎為最低，惟兩者差距之協商空間高達 2.947%，是近 12 年來第 6 高。且依健保署財務模擬試算，以 113 年總額上限為 4%，則保險收入成長率 1.72%，保險成本成長率 4.14%，收不抵支將超支 2.42%，健保財務收支仍嚴重失衡，因此高推估成長率 4%仍有偏高之虞，建議年度總額範圍之設定，應考量健保財務，積極改善健保財務收支結構失衡的問題。

2.依健保署財務模擬試算，若 113 年度總額上限 4%，則當年底保險收支累計結餘數，約當 1.01 個月保險給付支出，在法定下限邊緣，而其中已包含 113 年政府特別預算撥補健保基金 200 億元的收入，若不含此筆撥補金額，則推估安全準備可能只剩約 0.7 個月保險給付支出，低於法定應至少一個月保險給付支出之規定，未來仍有面臨調漲費率之壓力。考量目前國內社會經濟仍不景氣，不宜調漲保費增加民眾負擔，建議積極推動開源節流措施。

(二)113 年度總額基期，目前僅扣減一般服務未導入預算部分(約 1.95 億元)，至於過去配合政策推動投入許多預算之成效，如減少重複藥費部分，節流效益之回饋款尚無相關扣減額度，應合理減列總額基期，以減緩健保總額成長之壓力。

醫事服務提供者委員意見：

(一)低推估公式中部分參數，無法反映醫療院所實際成本之變動，

請再審酌。

- 1.109~111 年我國經濟成長率(GDP)高，平均約 4.1%，111 年消費者物價指數(下稱 CPI)相較 109 年亦成長 5.5%，但 113 年度總額範圍草案高、低推估值(成長率分別為 4%~1.053%)為近年來最低。目前醫療院所面臨各項成本大幅增加，如醫事人力、藥價等，若總額範圍這麼低，醫療院所恐虧本經營，建議重新評估總額範圍設定公式，以及與經濟成長率、CPI 連動性的可行性。
- 2.低推估公式的醫療服務成本指數改變率(下稱 MCPI)改採 4 年平均價值計算，惟目前物價齊漲，未來 MCPI 可能呈現成長之趨勢，在 MCPI 高成長的趨勢下，改採較低的 4 年平均價值計算，較無法反映醫療院所實際成本需求，建議衛福部重新考慮 MCPI 之計算方式。

(二)COVID-19 疫情後，社會各界肯定醫界的防疫貢獻，認為需要投資醫療，但衛福部提出 113 年度總額範圍草案高推估成長率 4%，卻是近 12 年最低的高推估值。依健保署試算，其當年保險收支累計結餘剛好是 1.01 個月保險給付支出，不知是否為避免調高保費，請衛福部考量醫療需要投資，不要僅考慮費率調整的問題，重新評估高推估值之設定。

(三)基期扣減的理由宜明確，並說明是因為什麼狀況而扣減基期。

專家學者及公正人士委員意見：

- (一)目前所提之五大政策目標增加之費用，已占滿協商因素空間，宜請進一步說明協商因素對應五大政策目標增加費用之考量，否則將壓縮醫界想提出之新項目及醫界與付費者之可協商空間，將增加總額協商的困難度。
- (二)建議年度總額範圍，將民眾特殊醫療需求，例如針對醫療費用支出龐大或每年急遽增加等特定疾病(如癌症)所需費用，列為總額協商因素考量。
- (三)衛福部為使每年 MCPI 數值趨勢較為平穩，改採 4 年平均價值計算，尚屬合宜。建議未來總額低推估公式指標，除須具備透明、可預測性外，亦須具備長時間的穩定性，以供各界檢視。另就調整後的結果，建議對單年度數值與 4 年平均數值之差

值，考量是否有調整做法，低推估公式之設定，需建立正確的科學數據基礎，以確保總額推估結果的正確性。

- (四)113 年度總額 MCPI 指數之計算基期，仍採主計總處 105 年工業及服務業普查調查資料，惟時隔 8 年之久，其結構與現行各總額部門成本結構不盡相同，若主計總處有更新年度的調查資料，宜採用最新資料，以契合實際成本結構。

二、對113年度總額政策目標之建議

付費者委員意見：

- (一)政策目標第一項，提到「結合公共衛生體系與健保資源」，請說明 113 年度總額結合哪些公務預算及其額度。公共衛生基本上是政府的重要責任，宜考量由健保負擔這些費用之合理性，避免原由公務預算支應部分過度轉由健保支付。
- (二)政策目標第三項，提到「推動 DRG 支付制度，試辦以醫院為單位導入之計畫」，宜請說明 DRG 推動之期程及欲達成之政策目標。
- (三)政策目標第四項，提到「持續引進新藥物、新醫療技術及新服務模式，合理調整給付條件」，預算編列高達 139.28 億元。近年編列「新醫療科技」預算約 30 多億元，則剩餘約 100 億元之具體用途為何？若用於調整支付標準，則建議以專案通盤檢討支付標準，並檢視預算編列之合理性。
- (四)建議衛福部交付總額政策目標項下之新增醫療服務計畫，宜訂定相關 KPI，並需有相關規劃。

壹、醫院總額「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估指標

- 一、預算經費：112年度全年經費40百萬元。
- 二、執行目標：妥適照護因COVID-19確診所引發MIS-C個案及延續COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫至年度結束。
- 三、預期效應：減緩醫院部門因COVID-19照護產生的財務衝擊。
- 四、優先支應使用MIS-C免疫球蛋白之當次門住診醫療費用點數，剩餘款則支應COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫，動支條件及結算方式如下：

(一)使用MIS-C免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用點數。

- 1.動支條件：支應前開醫療費用點數大於108年同期醫療點數部分。使用MIS-C免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用：係指0~19歲(就醫日期年—保險對象生日年)保險對象，當次就醫申報診斷碼同時具ICD-10-CM M35.8及U09.9者，且使用ATC代碼J06BA02之藥品(醫令類別1、X、Z)之當次門住診醫療費用(申請費用點數+部分負擔)。
- 2.結算方式：採全年結算，依全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第4季各分區一般服務費用結算。若當年經費不足支應時，則按當年各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入當年第4季該分區一般服務費用結算。若全年經費尚有剩餘款則支應COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫預算中止後之獎勵費用(不含開辦整合門住診照護獎勵費、整合成效獎勵費)。

(二)COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫：

1.動支條件：

- (1)全年預算有剩餘且上開計畫無其他公務預算支應時動支。
- (2)且支應COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫預算中止後^{註1}之獎勵費用^{註2}(不含開辦整合門住診照護獎勵費、整合成效

獎勵費)較108年同期高。

2.結算方式：依全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第4季各分區一般服務費用結算。若剩餘款經費不足支應時，則按當年各分區前開實際執行獎勵費點數之比例分配，併入當年第4季該分區一般服務費用結算。

註：

1.「COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫」計畫期間：自公告日起至嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心解散日後6個月止。

2.COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費之醫令代碼如下：

| 醫令代碼 | 醫令名稱 | 醫令單價 |
|--------|------------------|-------|
| E5102B | 個案門診整合獎勵費 | 1,400 |
| E5103B | 初評評估獎勵費 | 1,400 |
| E5104B | 複評評估獎勵費 | 1,400 |
| E5105B | 結案評估獎勵費 | 1,400 |
| E5106B | 精神科評估獎勵費 | 1,000 |
| E5107B | 個別心理諮商及衛教獎勵費(次) | 1,200 |
| E5108B | 團體心理諮商及衛教獎勵費(人次) | 250 |
| E5109B | 個案管理獎勵費 | 1,200 |
| E5110B | 營養評估獎勵費 | 300 |
| E5111B | 轉銜長期照顧獎勵費 | 500 |
| E5112B | 社會資源轉介評估獎勵費 | 500 |

註：上述醫令代碼、醫令名稱及醫令單價，摘自110年12月13日健保醫字第1100046233號公告「COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫」。

五、結算方式：由本預算支應之COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費用，併同當次門住診醫療費用案件申報，醫令類別請填「4不計價」，點數請填0。於年度結算時，點數以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

六、預期效益之評估指標：

(一)MIS-C免疫球蛋白：依MIS-C認定原則照護人數大(等)於108年度COVID-19引起MIS-C照護人數為基準。

(二)COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫收案長新冠人數較108年成長。

七、醫療利用監控及管理措施：因本預算為專款，用於支用MIS-C的醫療費用，不致發生濫用情形，預算如有剩餘則回歸安全準備金，健保署仍將定期統計申報資料，提報每季醫院總額研商議事會議監控利用情形。

貳、西醫基層總額「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估指標

一、預算經費：112年度全年經費10百萬元。

二、執行目標：減緩「長新冠引起的醫療耗用」。

三、預期效益之評估指標：接受長新冠照護之個案超過2萬件以上。

四、動支條件：

(一)支應申報任一診斷碼有U099(COVID-19後的病況，未明示)之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)大於108年同期醫療點數部分。

(二)本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

五、結算方式：預算按季均分並依各季各就醫分區實際執行情形，併入該分區一般服務預算結算，當季預算如有剩餘，則流用至下季，惟如當季預算不足支應時，按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。

六、醫療利用監控及管理措施：因本預算為專款，用於長新冠引起之醫療利用，預算如有剩餘則回歸安全準備金，健保署仍將定期統計申報資料，提報每季西醫基層總額研商議事會議監控利用情形。

第6屆112年第3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 2 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉：主委、各位委員，大家早安！現在時間已經是 9 點半，委員出席人數已經過半、達法定開會人數，今天會議開始，先請主席致詞。

盧主任委員瑞芬：各位委員好，我們即將開始今天的會議，會議開始之前，先幫各位介紹新委員，行政院主計總處原本派的代表翁燕雪委員因為職務異動，現在改派黃小娟專門委員兼任委員，請大家鼓掌歡迎。歡迎黃委員。本會幕僚有準備好武功祕笈，我們剛剛開完 10 週年研討暨共識營會議，有很多資料關於本會的運作，武功祕笈已經備妥，歡迎索取，我們也會主動提供，現在開始今天的會議。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主委、各位委員，這次議程安排都是按照本會年度的工作計畫來排定，部分的議程名稱我們有做一些酌修，請大家看補充資料 1 第 1 頁。優先報告事項有 1 案，這案是我們年度的重頭戲，為了總額協商的開始，113 年度健保總額範圍草案依法要到本會做意見諮詢，同時也拜託健保署針對這個總額範圍的草案擬了一個財務試算，也特別謝謝健保署，因為當初寫的是資源配置與財務平衡，健保署提醒幕僚這只是一個諮詢案草案，所以應該予以試算，所以謝謝健保署提出試算結果讓本會一併納入總額諮詢參考。

討論事項 1 案，這案主要是醫院與西醫基層在 112 年總額協定項目裡面有提到「因應長新冠照護衍生費用」相關的內容需要提本會確認，議程名稱也是酌修文字讓它比較精簡易讀。

報告事項有 4 案，主要第一案是依照健保法施行細則，決算跟預算都要送本會做備查，這是 111 年的決算與 113 年預算提會備查案。第二案與第三案都是本會委員關心的議題，第二案是代謝症候群防治計畫改進方案，第三案是藥費管控策略及檢討，其中第二案報告時健康署會派員列席，魏璽倫副署長會帶隊來列席，第四案的

部分是健保署 112 年 3 月份業務執行報告，這次是書面方式，不做口頭報告，會議議程都依照年度工作計畫安排，但是很抱歉會議書面資料無法完整提供，我們再次致歉，未來也拜託健保署儘量配合，預先依照年度計畫的各項議案即早準備，準時提供資料，讓我們議事安排更為順利，以上。

盧主任委員瑞芬：請問委員對議程有沒有意見？如果沒有意見，我們就議程確認。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

盧主任委員瑞芬：委員有沒有意見？針對會議紀錄的部分？如果沒有話，我們就確認。

貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周執行秘書淑婉：本會重要業務報告，項次一，是本會依上次委員會議決議(定)事項辦理情形如下：

(一)提到上次的討論事項第一案決議，有關今年評核會議的作業方式與評核方式的大綱，我們都按照上次決議做修正，也已在4月11日發文請健保署與各總額部門受託團體依照作業時程提供評核資料，有關評核提供相關資料時程則請委員參閱。

另外，目前也正在進行評核委員推薦跟票選，我們在4月21日已經用電子郵件請委員提出票選結果，我們希望委員在4月28日前回覆，就拜託委員協助，讓我們的後續安排能夠比較順利。

(二)有關於上次的報告事項第二案，健保署提報有關111年度總額預算扣減執行成果，我們也在4月7日把那天的決定與發言實錄送請衛福部作為基期處理的參考。

(三)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項有3項，依照辦理情形建議解除追蹤1項，在會議資料第28頁，主要是業務執行報告委員意見回覆，回覆資料在第34~35頁，繼續追蹤2項。歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件有1案，建議解除追蹤，在會議資料第30頁，是總額協定項目節流效益與預算扣減執行成果的提報，這在上次委員會議已經提報完成，也建議解除追蹤，但是最後還是依照今天委員會議議定結果辦理。

另外個別委員關切事項之健保署答覆在第91~98頁請委員參閱，今天補充資料1裡面有滕西華委員與劉淑瓊委員關心的，包括醫院財報與抑制資源不當耗用的相關補充也在補充資料1第4~9頁，請委員參閱。

項次二，是十週年成果及未來展望研討暨共識營的辦理，已於4月12日、13日辦理完竣。共有32位新任委員、13位卸任委員參加，非常感謝各位委員來參加，尤其特別感謝有主委的指導，所以在這次研討會中結合本會任務與過去執行的研究成果，我們提供的

內容有專題報告與演講，相信應該是有助於委員對於法定任務的了解，卸任委員也做了很多的經驗交流、傳承，我認為這個效果還不錯，我們也有做問卷調查，因為這可以針對未來辦理這樣的活動提供建議，調查結果呈現在補充資料 1 第 3 頁、第 10 頁，調查問卷的回收率有 84.3%，基本上認為滿意以上比率有達 9 成以上，部分委員有反應說報告與交流時間不足，這個意見會做為下次辦理類似活動的一個參據。

至於這次相關議題的簡報資料，我們在徵得報告人、演講人、與談人同意後已經公開在本會網頁，委員可自行參閱，當天沒有到的委員也非常可惜，所以我們有把書面資料擺在各位桌上，沒有到的委員可以把剛剛主委講的武功祕笈帶回去看。

項次三，在會議資料第 24 頁，有關 112 年各部門總額地區預算分配風險調整與特別用途移撥款，除了中醫門診總額沒有列以外，其餘部門總額執行方式都必須送本會備查，目前醫院與西醫基層總額在 3 月 25 日、29 日分別函報本會，摘錄請委員參閱，至於牙醫門診總額部分還沒提出，拜託請健保署儘速議定後，把特定用途移撥款的執行方式函報本會備查。

項次四，下次委員會議年度工作計畫安排專案報告主題是有關於推動分級醫療的成效檢討，如果委員特別關切的議題或需要健保署回應說明，請最晚在 5 月 1 日之前提出給本會做整理，以提供給健保署來準備。

項次五，是衛福部及健保署在本年 3 月到 4 月發布跟副知本會的相關資訊，詳細內容資訊都在健保署全球資訊網，我們在 4 月 11 日也已整理摘要寄到各位委員的電子信箱，請委員自行參閱，以上報告。

盧主任委員瑞芬：請問委員有沒有意見？吳榮達委員。

吳委員榮達：會議資料第 91 頁，李永振委員詢問的 1 個問題，健保署的答覆，在看健保署說明中，從第二項說明到第三項所列的各項修訂項目及財務支出的說明，內容看起來都跟原來所編的新醫療新

科技的預算好像都沒有相關聯性，為何這些財務支出要用新醫療新科技的預算做支出？覺得李永振委員的詢問，而健保署做這樣的說明，讓人還是沒有辦法接受，等一下是否可以請健保署做進一步的說明。

盧主任委員瑞芬：李永振委員。

李委員永振：大家早，感謝吳委員的支持，總算聽到回應，在會議資料第 91 頁我補充說明一下，健保署回答有關擴大適應症範圍或給付範圍需編列預算支應，因為總是要錢啊，為了被保險人的權利這點我並不反對；但應編在適當的項目，如果這些修訂項目要動支新醫療科技預算，是不是會排擠新藥、新特材的導入，須審慎思量，這邊提出最重要是這 1 點，剛才吳委員也有其他意見，健保署也一併參考。

另外 1 點，會議資料第 25、26 頁，健保署公告的 4 項總額相關計畫，但其中有 3 項公告日期比實施日期還要晚，如果在這中間有實務上的問題要怎麼去處理？要去追認的話，是不是有法遵的問題？這是不是應該要考量一下，不然會產生困擾，以上 2 點謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，委員還有沒有意見？如果沒有意見就請健保署回復剛才 2 位委員的提問。

石署長崇良：先請醫管回復剛剛吳榮達委員的意見。

劉副組長林義：有關於會議資料第 91 頁李委員跟吳委員都有提出對新醫療、新科技項目的用途，確實在歷年的總額協商裡面有關醫療給付項目部分並沒有編列醫療密集度的費用，所以都放在新醫療科技項目來使用，當然使用範圍必須要經過共擬會議的決議，其實程序上都有經過共擬會議大家的同意用這筆費用來支應，假如委員有疑義，或許從明年開始我們可以在醫療密集度再新增 1 項費用，從新醫療新科技這裡切一部分的費用過去，這樣可能比較符合委員的期待。

石署長崇良：另外李委員關心追溯的問題，都是與指揮中心相關的廢止案，廢止有關的視訊診療作業須知，因為指揮中心已經早就發文

了，本署只是辦理健保的配合事項，所以作業上會比指揮中心稍微慢一點，大概是這個意思，所以還是搭配指揮中心發布公文的日期來發布。

盧主任委員瑞芬：委員針對重要業務報告還有沒有意見？請朱益宏委員。

朱委員益宏：會議資料第 29 頁追蹤事項是不是可以請教一下，項次 2，就是上次開會時，我記得是周慶明委員他們提出來，對於節流的部分要扣減總額這部分大家討論，但我記得討論的結論並沒有說請健保署要辦理這樣的情形，當初的結論是 111 年西醫基層總額依照協商時決議辦理，協商時該怎麼扣就怎麼扣。

第 2 個，新醫療科技是不是要移列專款請健保署再研議，大概是這樣。但是決議事項要請健保署考慮納入未來總額協商參考，尤其第 1 個是提出節流效益並納入總額財源這部分，其實是有爭議的，上次開會是有爭議的，但是這邊看起來好像是沒有爭議，只是說怎麼扣減要健保署提出實質的方式，但我記得上次開會並沒有做這樣的決議啊，我不曉得怎麼決議事項會是現在這個樣子。另外，括弧二要提出精準估算方式、追蹤執行數過高、過低的協定項目，這個好像在上次也並沒有討論到，這部分說明一下。

盧主任委員瑞芬：謝謝朱委員的提問，請朱委員翻到會議資料第 4 頁，有針對上次的報告案第二案做的決定，這都是依照會議實錄，我們當場做的決定。回復您的意見，請看第二項的(一)跟(二)這部分是當時做的決定。

朱委員益宏：但是我看上次的會議紀錄，最後主席決議就是我剛說的，第 1 個關於 111 年度西醫基層新醫療科技預算扣減依總額決議事項辦理。第 2 個關於總額要移列專款項目的建議，涉及西醫跟醫院 2 個部門，請健保署會同相關團體再來研擬。

盧主任委員瑞芬：請執秘說明。

周執行秘書淑婉：報告委員，您看一下會議資料第 29 頁案由是報告事項第二案，所以您要看的是……

朱委員益宏：我弄錯了。

周執行秘書淑婉：對，您弄錯了，是報告事項不是討論事項，是剛主委說的會議資料第 4 頁的決定才對。

盧主任委員瑞芬：這部分不曉得委員還有沒有意見？如果沒有意見的話，針對重要業務報告的決定，上次(第 2 次)委員會議及歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：第 1 點，擬解除追蹤 1 項，同意解除追蹤，擬繼續追蹤共 2 項，同意繼續追蹤；歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬解除追蹤計 1 項，同意解除追蹤。

第 2 點，請健保署會同牙醫門診總額相關團體，儘速將 112 年度牙醫門診總額地區預算分配之特定用途移撥款執行方式函報本會備查。

第 3 點，餘洽悉。接著進行優先報告事項。

參、優先報告事項「衛生福利部『113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍』(草案)併同中央健康保險署『113 年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算』諮詢案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳副司長真慧報告：略。

盧主任委員瑞芬：針對這部分健保署說明財務試算。

陳副組長振輝：請委員翻開補充資料 1 第 66 頁，針對剛社保司的報告，維持總額基期為 8,362.29 億元，低推估值 1.053%，高推估值 4%，並以總額成長率 1.5%至 3.5%，每 0.5 個百分比為間隔，進行試算。請參考補充資料 1 第 67 頁這張表，若總額成長率採下限 1.053%，總額預算金額增加 88 億元，當年保險收支短絀 29 億元，保險收支累計餘絀 927 億元，約當保險給付支出 1.41 個月；如果以高推估值 4%總額成長率來看，總額預算金額增加 334 億元，當年保險收支短絀 274 億元，保險收支累計餘絀 681 億元，約當保險給付支出約 1.01 個月。當總額成長率每增加 0.5%，總額預算增加金額約 42 億元，保險收支累計結餘減少約 42 億元，當年約當保險給付支出也會降低 0.07 個月，以上說明。

盧主任委員瑞芬：針對這案請委員發表意見，請陳相國委員。

陳委員相國：主席、各位委員大家早，醫界有幾個意見，看到這幾年經濟成長率，109 年經濟成長率 3.39%，110 年是 6.57%，111 年是 2.45%，這 3 年平均經濟成長率是 4.1%，大概是近 10 年來最好的，我們都知道為什麼全世界各國經濟成長率都很差，只有台灣很好，就是因為台灣防疫做得很好，所以很多訂單都湧到台灣，所以台灣的製造業、外銷業訂單滿載，可以有這麼好的經濟成長率。有這麼好的經濟成長率，也是因為我們防疫做得好，這也是醫療界對國家的奉獻及付出。

再看到 CPI^(註 1)，111 年是 2.71%、110 年是 2.84%，如果跟 109 年 CPI 相比較，CPI 大概比 2 年前成長 5.5%，我們經濟成長率、CPI 有這麼高，可是看到 113 年總額醫療費用成長率的高推估、低推

估，我們很失望，低推估只有 1.053%，高推估只有 4%，大概是從民國 99 年以來最低(註 2)。現在我們遇到的情形是，醫療院所，無論是醫院、診所、地區醫院，我們的醫事人力成本都大幅增加，例如護士、醫師的成本也增加，物價，尤其藥價成本和各方面成本都增加，在所有的成本都增加的情況下，如果成長率這麼低，等於各個醫療院所都要虧本經營。我們建議，因為低推估、高推估公式，在去年 4 月修正過 1 次，修正後這個成長率就變得很低，我們建議是否可以重新評估這個公式的公平性、可行性，以及它與經濟成長率、CPI 的連動性。若一味這樣順下去，醫界都一直處於虧損狀態，我擔心最後會影響我們的醫療品質，其實受害的是全體人民，以上報告。

註 1：CPI(Consumer Price Index，消費者物價指數)。

註 2：99 年~112 年行政院核定總額範圍低推估介於 1.272%~4.025%之間、高推估介於 3.5%~6%之間。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請朱委員。

朱委員益宏：第 1 個，我的意見跟陳委員的意見類似，就是最近其實在社會各界有很多聲音，尤其是 COVID-19 疫後，大家都覺得要投資醫療，醫療是一個投資，並不是一個支出，不是一個花費，其實在社會各界都有這樣的概念和聲音，但是我們看到現在衛福部草擬的明年的總額成長，要投資醫療，結果投資的高推估是歷年最低的，以前大概都有 4.5%，甚至高到 5.0%，但我印象中今年是最低的。協商下來，大概只會可能更低，所以我們認為，這跟政府講說要投資醫療……我記得醫師公會全聯會拜訪過小英總統，小英總統也承諾確實要投資醫療這件事情，但我不曉得為什麼衛福部做出來的高推估這麼低，可能衛福部要說明為什麼投資醫療的結果，在疫後各界感謝醫界對於 COVID-19 防疫的貢獻的時候，卻是用高推估 4.0%，用歷年來最低的高推估來感謝醫界，我想是不是請衛福部說明高推估訂為 4.0%，你們的考量是什麼。看起來我的感覺，不知道是不是真的，感覺高推估 4.0%剛好是 1.01 個月，就是會高於 1 個月的安全準備金啦，我不曉得是不是為避免不要碰到調高保費這件事情，如果是這樣的話，是不是拜託衛福部重新考慮一下，因為

今天這個案子也只是諮詢、建議嘛，所以我代表醫院總額部門，希望衛福部重新考慮高推估是不是有可能在範圍之內，不要考慮保費的事情，因為小英總統好像還有另外的財源要處理保費的事情，所以現在把它估得這麼低，到時候總統一番善意又納進來，就看不出來了，所以我建議是不是請衛福部再思考高推估的百分比。

第 2 個，現在 MCPI^(註)是用 4 年的平均，聽說上次會議是用報告案帶過而已，大家也沒有表示意見並沒有得到充分的討論。只是希望 MCPI 是比較平穩的，但目前看起來整個物價都上漲，在醫界所謂的 MCPI，看起來未來這幾年是成長的，因為以前的公式都是 delay 2 年，大概會晚 2 年反映，所以在 2 年以後，看起來它可能還會成長，你是在一個比較高的趨勢之下，然後用個 4 年的平均就把它拉低，可以看到原來 2.952%，經過 4 年平均變成 1.103%，未來這幾年都會把相關的 MCPI，這個所謂非協商因素中很重要的一個因素，把它拉低，拉低的目的是怎樣？我覺得這對醫療服務提供者是不公平的。如果是在下降的趨勢，用 4 年平均把之前已經偏高的，再來平均 1 次拉高，或許這對醫療服務提供者可能相對比較有利，但若是為了保費的考慮，又把 MCPI 再拉低，我覺得這對醫療服務提供者是二度傷害，這部分是不是也能夠考慮一下，因為用 4 年平均也是最近才提出來，在上次諮詢會議才做一個報告案簡單帶過，是否請社保司、衛福部再重新考慮用平均的概念。

第 3 個，在補充資料 1 第 52 頁中，有提到要扣減基期，一般服務沒有用到的 1.95 億元要扣減基期，我不曉得所謂一般服務扣減基期的這個概念，因為之前在總額協商時，都有新的醫療科技，如果沒有用完的話是 0 不扣減基期，只有扣減當年的總額，所以這裡所謂的扣減基期，是說有浪費而扣減，還是說其他什麼樣的狀況扣減，是不是再做說明，謝謝。

註：MCPI(Medical Care Consumer Price Index，醫療服務成本指數改變率)。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，現在請李永振委員。

李委員永振：謝謝，我有 3 點感受及請教。第 1 點，剛才報告時有提到本案對於行政院核定 112 年總額範圍的附帶決議都有放到考慮裡

面，但是我的感覺是沒有完整放進去。比如，第 1 點提到健保財務警訊應即早規劃因應，但是提出來的高推估還是 4%，這可能付費者和醫界立場不一樣，醫界覺得太低，我們是覺得太高。我覺得太高是有依據的，回顧健保 12 年的總額中，高推估 4% 是歷年最低的沒錯，但低推估 1.053% 也是最低的，這樣 2 個都最低怎麼辦？就看 2 個的差距，高推估減低推估，113 年是 2.947%，12 年中是排第 6 名，也不是最低，如果加上剛才行政院의 附帶決議，你要考量那個警訊，我們談很久，就是健保財務收支結構性失衡這問題一直沒有去處理，如果這樣來看，這點好像也還沒有去呼應到行政院的附帶決議。而且看健保署推估時，保險收入 113 年是成長 1.72%，保險成本是增加 4.14%，又超出了 2.42%，還是失衡啊，你就再提高，失衡就倒得更糟糕了。

另外剛剛提到安全準備 1.01 個月是在法定下限的邊緣，但是各位要留意一下，這是在明年政府還給 200 億元的挹注之下才有的，200 億元還沒有算進來嗎？

周執行秘書淑婉：還沒有算。

朱委員益宏：沒有算進來。

盧主任委員瑞芬：還沒有算進去。

李委員永振：但是整個裡面有算到啊，沒算嗎？

盧主任委員瑞芬：200 億元有算進來嗎？

陳副組長振輝：有，200 億元有算進來。

李委員永振：有啊，因為預算也有列出來啊。

陳副組長振輝：算進來了。

盧主任委員瑞芬：有算在裡面。

蔡副署長淑鈴：200 億元已經算進來了。

李委員永振：所以有加 200 億元，安全準備才有 1.01 個月，如果扣掉 200 億元大概剩下 0.7 個月吧。順便提一下，因為可能健保署它的基礎不一樣，所以剛剛提出來，高推估的話，113 年會短絀 274 億元，但是後面要報告的預算案是短絀 275 億元，比高推估還多，可

能是基礎不一樣，但會覺得健保署提出的數據怪怪的，我是了解箇中原因，但若不了解箇中原因的人，會覺得健保署怎麼會同樣的會議，拿出來的數字會不一樣，且付費者覺得高推估已經太高了，結果預算又更高，我知道啦，預算愈多愈好，以後執行率比較好看。

第 2 點，這個基期扣款洋洋灑灑列了 4 大項，但只有執行 1 項，這項還只是西醫基層的新診療項目及新藥 2 個扣起來是 1.95 億元，其他的都好像沒有看到。那麼我比較 care 的是，已經談很多年的節流成效的回饋，衛福部給我們答案是 113 年度尚無相關扣減額度，但是報告案第三案，補充資料 2 的投影片第 12 張，就寫著推估 103~111 年減少重複藥費約 125.9 億元，我就不知道是怎麼回事了，這等一下可能報告案第三案再說明吧，但是就覺得怪怪的，你說沒有，但那邊就提出來，是不是要講績效時就有，要講回饋就沒有，付費者會覺得奇怪。

第 3 點政策目標第四項列的 139.28 億，內容只有 2 項，其中有 1 項是新藥的部分，我知道新藥最近 2 年編了 30 幾億，但還有 100 多億是在幹什麼？是要解決長期爭議的點值問題嗎？我記得去年也有編 20、30 億元的預算吧，要請健保署去看怎麼處理，如果真的要解決這個問題，總額已經 20 年了，現在又提出來爭議的話，我是建議健保署是不是打掉重練，好好檢討一下，用我們的優勢、用大數據去分析這裡面支付標準的變化等等，到底是怎麼樣會演變到這樣？這樣才有辦法澈底解決，不然每年大家都在這邊吵吵鬧鬧也都沒有結果嘛。我在桃園龍潭時，有專家學者提出來，從開始 20 年裡面，點數都一直高於給的錢啦，如果說要爭議這個問題，那應該是前面 2、3 年有經驗就要講了，而不是 20 年以後再來看這個，當時情境大家都沒有參與，醫界有參與啦，但我相信付費者應該沒有參與，如果要的話，把它弄在一起做一個大規模的專案澈底解決，這可能才有解啦，不然每年協商在那邊吵吵鬧鬧也沒有結果嘛，只是給我們的衛福部傷腦筋嘛，這幾點建議，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，接下來請陳杰委員。

陳委員杰：謝謝，報告健保會，後學陳杰發言，有關剛提到健保財務失衡問題，不外乎大概 2 點，第 1 點是如何開源和節流，開源部分，我還是語重心長藉由現在這個機會拜託健保會委員，希望不要找付費者、被保險人來開刀，當然現在社會經濟不景氣，也期待不要再調高保費。

另外 1 點是，我個人也發現，因為有少許的被保險人本身很奇怪、很厲害喔，他會申請所謂的停保，停保 2 年後再申請復保，復保後，只繳交 2 個月的健保費，計算起來大概新台幣 1,500 元左右，他都是到公所投保。是不是請健保署調查一下，他申請復保以後，有沒有大量去使用所謂的健保，因為有的人從國外回來就趕快能用儘量用，統計起來，到底這 1 年來，大概讓健保費、健保基金支付多少醫療給付，這點是否能請健保署詳查，因為我非常反對所謂濫用健保。

另外 1 點，為了避免健保基金沉重負擔嚴重影響到健保財務的結構，我希望健保署能夠有所作為，是不是能夠將所謂的那些濫用健保的部分，能公告周知啦，最起碼讓他能夠警惕，我相信他的名字被公告，他會比較小心，比較不會亂用。

總之，我個人建議，希望能夠讓健保的被保險人申請復保時，需要補繳停保期間到復保期間應繳的健保費，否則無法使用全民健康保險嘛，我認為這樣是合理的，使用者付費，既然他都有辦法申請停保，再申請復保，照理說，這段時間他的財務結構可以的話，應該繳交保費。

至於有部分的人真的是財務結構不佳，且足以證明他真的沒有辦法繳交健保費的人，當然這群人比較例外，因為社會中還是有一群社會邊緣人，這是我本身查訪基層時，所了解到的情況。我是不是能夠大膽建議，就是我剛剛提到的，假如申請所謂的停保到復保這段期間的健保費，希望可以讓他補繳，他如果不繳，就停止他使用全民健康保險，有一群人確實他的財務結構足以證明負擔不了保費，當然就是政府機關和很多慈善團體都有在幫助這些人，當然也

能協調所有健保委員大家共同對他們提供協助，這點我認為行善有福報，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，現在請周委員。

周委員麗芳：主席、署長、各位委員大家好，首先我要肯定社保司提出這次的總額範圍的專案，當然也感謝健保署對於整個財務的推估。我有 2 點簡單的意見。

第 1 點，針對補充資料 1 第 54 頁投影片第 9 張，就是醫療服務成本指數改變率 MCPI，這次 MCPI 從原先的單年度 113 年的數值 2.952% 調成 4 個年度的平均值 1.103%，這次的方式，我個人是尊重，但在未來做總額協商的過程中，任何指標必須要有透明性、穩定性、可預測性。這次是從原先 2.952% 調整 4 年度的平均降到 1.103%，我們可能還是要先思考一下，假設未來 4 年平均高於單年度平均時，可能也不宜突然驟改，也就是必須要有長時間的穩定性，這樣可能讓各界比較都能去檢視它。

第 2 點，針對補充資料 1 第 54 頁投影片第 10 張，就是各部門醫療服務成本指數改變率。首先歡迎主計總處的小娟委員參加，很不好意思，您一來我就提問題就教主計總處。這邊使用的數據是 105 年主計總處根據工業及服務業普查資料，因為這個資料已經時隔 8 年之久，所以一些數據的結構樣態可能跟現階段各部門的成本樣態也有一些出入，我想請教主計總處，從 105 年到現今這段時間是否還有出過更新，或預計什麼時候還會有這樣工業及服務業的普查，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請林文德委員。

林委員文德：主席、各位與會先進，有關醫療服務成本指數改變率用 4 年平均這件事情，我覺得這個方向算是正確，感覺是為了讓醫療服務成本指數改變率比較平順一點，不要有這麼大的變動而作這樣的調整，方向上，我覺得是可以肯定的，但是這個結果的部分，我認為可能要從長考慮啦。

為什麼呢，假設一個狀況，我們的成長率第 1 年、第 2 年、第 3

年、第 4 年分別是 1%、2%、3%、4%，平均起來是 2.5%，所以等於是第 4 年如果是 4%的情況下，把它降到 2.5%，所以等於是少了 1.5%，這個精神是說 1%、2%、3%、4%，因為變動太大，平均之後是 2.5%，前面第 1 年應該補 1.5%回去，第 2 年應該補 0.5%，第 3 年扣 0.5%，所以第 4 年扣 1.5%的意思是，前 3 年要用 2.5%去算得到一個平均後，這樣才是一個平均的概念，不然我們等於用前面 4 年平均之後降下來，第 4 年直接用這個東西套上去，前面就完全沒有去做弭補的動作，這樣感覺上不是很公平。若要平滑，應該要有個機制慢慢去調整成平滑的做法，才不會導致前面是低的，最後 1 年高起來，然後是用前面低的去平衡，然後把最後這 1 年突然降下來，我覺得對醫界來講，可能是不太公平。

雖然付費者是希望不要太高，這是大家都可以接受的，但我覺得討論這事情還是要有一個科學依據，因為所謂的低推估是有固定的方法來做一個基礎，如果這個基礎是不正確的，那我們後面的這些計算可能就會失去它的正確性，以上報告，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，請滕西華委員。

滕委員西華：謝謝主席，第 1 個問題跟林文德老師有點像，一樣是關心 MCPI 的問題，如果 113 年醫療服務成本指數改變率用 4 年平均值算出來是 1.103%，做 114 年低推估時，究竟是使用 113 年 MCPI 的原數值 2.952%去算，還是會使用 4 年平均值成長率 1.103%進行計算？因為這樣也會影響到數字，就是我在算 113 年成長率時是用平均值 1.103%，那在計算 114 年成長率時，究竟要不要回來使用原數值？因為總額是根據基期往上成長，按照這個模式應該還是要回到 MCPI 的原數值 2.952%，再去算出平均數值得出來才對。但照今天這個邏輯算出來的 113 年總額協商基期的 MCPI 明明就是 1.103%。我不知道我的理解有沒有問題，所以我想知道這會不會有差別，或是總額計算低推估時會出現邏輯上的謬誤。

第 2 個是很小的問題，113 年度醫療給付費用總額在上限推估時，協商因素這張投影片寫的是 246.44 億元，但我算出是 247.22 億

元，這個中間的差值跑去哪裡？這都是小事。在 113 年度總額醫療費用(含部分負擔)的低推估到高推估之間是增加 247 億元，但下面的「增加金額」又變成 246 億元，113 年保險成本(不包含部分負擔)的更少，是 244 億元，都對不起來，是小事情。

我比較關切的是，如果五大政策目標已經吃掉了所有的高推估的費用，如果有醫界要再提出屬於他理想中的總額項目時，社保司是希望醫界超過高推估的費用嗎？因為按照以往的總額協商，是希望醫界不要提出高於高推估範圍的費用，但政策就吃掉所有高推估，已經到總額範圍上限了，所以是希望醫界在不要超出政策目標的範圍內去權衡，還是希望各個醫界總額，提出一個在政策指導下的目標，因為你指導他，就不是總額自主，就是扼殺他醫界各個總額提出自主自律，他想要更好的項目。社保司寫的政策目標已經吃掉，醫界將來提出這往上疊，高於高推估成長率，請問要付費者代表怎麼辦？要健保署怎麼辦？是健保署做壞人，是要砍掉誰的嗎？我覺得社保司要進一步闡述為什麼提出把高推估值占得滿滿的政策目標的成長率，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，現在請李永振委員第 2 次發言。

李委員永振：謝謝主席，因為滕西華委員提到政策目標，剛才發言時，由於時間因素，我沒有提到，這也是我心中的疑問。我算半天政策目標交代就是 246.44 億元，結果高推估減低推估也是 246.44 億元，那是叫我們不要協商了嗎？那也好，省 1 天嘛，但我們沒有盡到職責，後來請教健保會同仁，他說不是啦，是要我們在這個範圍去協商。但這樣就產生一個問題，你是要付費者去打衛福部臉嗎？將來一定不會照這個數字通過嘛，一定會殺下來啊，你自己把臉拿給付費者打嗎？這樣我們打不下去啊，因為健保會是衛福部幕僚啊，怎麼幕僚去打主管的臉也很奇怪。

另外，大家都在關心 MCPI 的問題，這應該社保司會說明，我就先雞婆一下，我記得這個問題是在 111 年 3 月 15 日「總額範圍擬訂方向會議」上，醫界提出的，我記得當時好像是黃振國委員提

的，因為 112 年度醫療服務成本指數，在藥品、藥材及耗材成本的醫療儀器及用品類的年增率是-0.896%，他問為什麼是負的？後來解釋好像是因為美元匯率的問題，還是怎麼樣而去影響醫材進口，所以是負的，所以這變成社保司的一個課題，才會提出討論，我記得這個不是在健保會的會議結論，剛剛有報告是在 112 年 3 月 17 日召開的「113 年度健保醫療給付費用總額範圍擬訂方向會議」討論到的，有提到用 3 年、4 年平均，結論是用 4 年會比較平穩，我的印象是這樣。

至於要用最新的數值，還是什麼樣的數值，因為各項都有時間落差的問題，要有一致性，若有一致性就 OK，滕西華委員關心的問題，我也想到了，照理講應該明年 4 年平均，採用的不是最後往前面推 4 年的平均值才對，應該是所採用期間的 4 年，那每 1 個單年實際是多少這樣來平均。我不知道今年的 2.952% 有沒有納進來，因為裡面細節看不到，但是未來 4 年一定會含到這數字，這樣才合理，不然你壓低，都用低的，當然也不公平嘛，付費者不是一直要拉低而已，也是會講公平的啦，公平的付費者都會接受，如果沒有道理的，當然付費者不會接受啊，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝。現在我們累積的問題已經夠多，現在先請社保司回應，剛才委員的意見主要是針對公式、MCPI 這部分怎麼採計，包含現在是談 113 年，接下來 114 年採計的標準等方面，委員提出蠻多意見，先請社保司回應。

商委員東福：首先，我很感謝有這種機會講，大部分我都是讓大家講，我就一一回應。李委員剛剛提到 MCPI，我們不要說是黃振國委員提的，上次只有 8 分鐘，我就介紹了，MCPI 是聲量最大的，不然這樣黃委員壓力太大，我這邊特別澄清一下。MCPI 是大家一直關切的，上次在龍潭舉辦的 10 週年成果及未來展望研討暨共識營也有提到。因為 MCPI 落後 2 年，所以當高的時候，前面 2 年就會低，這樣醫界不開心，低的話，前 2 年高付費者不開心，我們一直討論這個問題，才会有平緩的這個方式。

剛剛也有委員提到，這是我們自己想的、還是只是報告？其實這都是有討論的，包括主席在內，很多專家委員都在現場，我們有一個制度，因為我們就是擺不平，上次有標出來哪一天做什麼事情、哪一天誰參加，我們都清清楚楚，就是因為大家的監督，讓我們更加透明、勇敢、細心。MCPI 這件事情，滕委員提到數據怎麼採，當然是能夠掌握的 4 年，大概用這種方式。

再來，陳杰委員提到開源節流，尤其提到停復保，這是大議題，我必須要講的是，當然大家一看就覺得不公平，但沒有想到，事實上，停復保是在健保一開辦就有了，因為社會保險是強制的、有權利義務關係的，當時硬把這些長期在國外的人納入進來，所以就想到，如果他要出國申請停保了，在 6 個月內回國，一進來就會被抓到，就要補繳保費，就是剛剛您講的公平的問題，但如果超過 6 個月沒有入境，當然可以辦停保，因為當時就要求這些人一定要去繳保費。如果有思考到這群人，你就會想到平衡的做法。當然這些聲音一直都會有，尤其醫界看到 1 個人吹噓台灣健保有多好，我得到什麼重症，所以我回台灣治療，但他大部分時間都住國外，他說台灣健保很好，醫界聽起來非常不舒服，我想這是一般民眾無法接受的，所以在二代健保時，希望返國後復保者至少要繳 3 個月的保費，不是 2 個月。我們有算過，用 108 年的例子來講，有 9 萬人停保後又復保，其中有 6 萬人有就醫，我們試算過，這些人若繳納 3 個月保費跟你的醫療費用使用是差不多，所以當時才訂須繳納 3 個月的保費，就算馬上要出國，也是要復保後滿 3 個月後，才能辦停保、免繳保費，所以這樣就平衡了。不過剛剛的數據，9 萬人中有 3 萬人回來並沒有看病，是回來探親，也不能把他污名化，說這些人是回來利用健保，尤其台灣的政治處境喔，以前我們說華僑是革命之母，所以台灣有個健保讓人吹噓，我覺得是件好事情，但基本上社會保險精神就是這樣，這是大議題。這個憲法已經去……(鈴響)，我有時間限制喔？

盧主任委員瑞芬：有。

商委員東福：我很高興還以為沒時間限制。意思是說憲法法庭判決，

2 年內沒完成修法，就沒停保的事情，這也是個大議題。

周委員提到，數據從 2.952% 降到 1.103%，這確實是個很大的問題，但這是經過透明的機制，大家討論後得到的結果，我也無法改它，我很想改它，但包括剛剛提到，在高的時候把它平均，以及林委員所提的意見，就知道兩方都有不同意見。我必須比較正面地講，若翻開過去，就算低推估低，大家給我們壓力說成長不能高的情況下，我們還是讓它成長高。之前盧主委有提過，其實健康是一個 investment，是投資，不是 cost，我不太懂健康經濟學，但是盧主委有特別提到，Grossman 在 1972 年的時候提到，其實健康是一個消費財，也是一個投資財，用這種「是、也是」的說法我比較喜歡，至於說不是 cost、而是 investment，我的解讀是，原來健康不是你花錢買了醫療服務就一定會健康，是要有計畫的，我們的中長期計畫就在做這個事情，也就是要有計畫、得到有價值的醫療才會得到健康，這是我的解讀。林委員提的我就不再說明，滕委員提的我已經講了，現在就這樣，謝謝。

盧主任委員瑞芬：滕委員剛剛提到一個部分是想要澄清，我們現在談的是 113 年總額，至於 114 年總額低推估 MCPI 將用什麼計算？113 年的 MCPI 數值，會用現在的 4 年平均值 1.103%，或用原來的 MCPI 數值 2.952%？這要請你釐清一下，你們目前的規劃是什麼？

商委員東福：我剛剛講最近，比方我們現在是用 108 年到 111 年的 4 年平均值，因為 111 年是現在可以拿到手上的資料，其實人口我們有個校正機制，也是有的，並不是沒有，其實大家不要懷疑過去前人，雖然你沒有參與，但前人的智慧很好，就像我上次有特別講，得(ㄉㄜˊ)跟得(ㄉㄜˋ)是不一樣。

盧主任委員瑞芬：請林文德委員，第 2 次發言。

林委員文德：我想大家都可以同意平滑這件事情，只是計算方法要再思考一下，可以找一些統計、數學或經濟的人，因為他們常常在做平滑的事情，個人覺得你可以用補的方式，譬如說現在是 2.952% 降到 1.103%，表示說前面 3 年合起來少了 1.8%，所以你可能每年

都要再補 0.6% 回去，把前面少的部分慢慢補回去，這樣才是一個平滑的概念，不然變成前面低的你就不算，後面高的你就把它降下來，這樣好像沒有達到平滑的目的，以上。

商委員東福：謝謝林委員所提建議，不過我一定要提出，因為過去事實上我們有推展過，我剛說已召開過很多委員會也邀請專家，包含上次中央研究院楊子霆教授也提到用幾何平均，我們有進行試算，不過我們都知道有件事情大家必須要承認，就是無論怎麼樣去預測，但在 COVID-19 沒發生之前，要怎樣能列出預測模型？其實我們已列出很多複雜的模型，非常符合學者希望的模型，但沒有一個能準確預測，所以後來才採用 4 年平均值。

盧主任委員瑞芬：我想委員在這部分提出很多建議，還是請社保司審慎考量，現在先請健保署回應委員剛才的提問。

石署長崇良：謝謝各位委員，剛剛很多提問，商司長都已先大概說明，謝謝陳杰委員非常具有正義感提出 2 個問題，第 1 個就是停復保，剛剛商司長也已回應，目前正在研議修法，因為憲法法庭認為目前停復保規定於健保法施行細則，而未在母法內明定，必須修正，若 2 年內沒處理完，就等於沒有停復保，這是現在研議中的修法。

第 2 個，剛特別提到詐領案件公布姓名的問題，因為濫用比較難說，什麼叫濫用？不好定義。但如果詐領，就是沒有醫療服務的事實，卻申報或申請費用，對此我們都有查核機制，甚至會移送檢調，依照詐欺罪去處理。至於要不要公布姓名這件事，因為這後面已經是檢調處理，涉及刑法的部分，都沒有公布姓名的機制，若想在涉及健保法部分來公布姓名，是不是會有失平衡的問題，也涉及比例原則，我想我們再研究看看。

盧主任委員瑞芬：謝謝，最後我想麻煩主計總處黃小娟委員回應一下周麗芳委員的提問。

黃委員小娟：剛剛周委員提到工業及服務業普查資料數據的問題，目前他們所引的數字為 105 年，確實是最新的統計普查結果沒有錯，

按照主計總處工業及服務業普查，原則是每 5 年辦理一次的基本國勢調查。

105 年之後，原訂下一次調查是 110 年，但因為疫情關係延到 111 年。最新一次的調查，我們在去年 6~8 月期間已經辦理完畢，普查統計結果若有初步資料出來之後，應該就會在官網公布，並發布新聞稿，後續資料可上網查詢，以上。

盧主任委員瑞芬：謝謝回復，這個案子我們就討論到這邊，本案決定為：第一，委員剛才提的很多寶貴的諮詢意見，還有包括會後如果還有書面意見的話，這些摘要併同發言實錄，送請衛福部參考。

第二，請健保署在衛福部交議本會關於「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案」時，依法併提「113 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」審議。

謝謝，我們接下來下一個議案……朱益宏委員還有意見要補充。

朱委員益宏：不好意思，我剛有提問上限 4.0% 的理由，因為這是歷年最低，想請社保司講一下今年上限 4.0% 的理由，是否因為財務壓力或政策考量，或什麼原因？請說明一下，謝謝。

另外我也要幫西華委員問，她剛才詢問，以後計算時，到底是採原始值還是平均值來計算？社保司商司長剛才一直沒有正面回復，是否請司長回復，這是採原始值計算或平均值計算？

盧主任委員瑞芬：這 2 點，請回應。

商委員東福：好，我先回答西華委員的問題，因為事實上我已經講到，譬如說現在使用 108 至 111 年的實際值計算，所以以後當然是用實際值計算。

謝謝朱委員詢問這個問題，事實上剛剛我真的沒有回答到，李委員也有提到，好像政策目標就把協商因素這裡的錢塞滿了，事實上並不是這樣，時間因素沒辦法詳加解釋，不過本司如琳科長可以為大家解釋這是怎麼來的。醫界各部門會蒐集他們要做什麼計畫，加上健保署評估哪些事情要做，5 個政策目標其中有 2 個是民眾的需求，延續過去的新藥新科技及偏遠地區，加上其他我們訂定的政策

目標，然後讓醫界或大家有個參考。

政策目標我在中長期協調會報我已經說了很多次，希望政府的政策部分，過去有長時間規劃的東西來做為我們的基礎，雖然我們是即收即付的短期概念，但我們仍希望在政策上有個長期的規劃，因為你會發現我們非常有彈性，因為金額是這個，所以我上次……這是實錄我講出來就會被錄下來，我騙國發會說要做這個、做那個，才爭取到這麼多，最後你如果沒做到，就是我們想說要做這樣、那樣，可是最後再經過協商就一定會有改變。所以我必須要這樣講，這在檯面上絕對不是說因為保費，但是負責任地說，你不會訂一個讓你要調保費的這種成長，就會訂出這樣，但它的來源是來自各部門提出的計畫，我們要看這個計畫合不合理，權衡後挑出來合計是4%的概念，但是大家就覺得這是4%。若你好好看一下，去年的核定是3.323%，我們彈性就在這裡，假設你雖然是訂4%，搞不好比去年的4.5%、後來核定的3.323%還要高，這我不是隨便講，你若看以前紀錄就知道，不是高，我上次講的低推估不是低，不是太low，它其實是很高的一個境界。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，最後1位發言，請吳委員榮達。

吳委員榮達：雖然現在談總額範圍這案，但我想引用補充資料2，也就是報告事項第三案健保署藥費管控策略及檢討的這份資料。請參閱補充資料2投影片第23張，因為跟我要講的問題有關係，我仔細算了最近5年來每年平均癌症醫療支出，每年增加約80億元左右，所以我要建議社保司，應該對於特定疾病的類別，尤其是針對其醫療費用支出相當龐大、且是每年急遽增加的狀況，應列入預算考量的計算基數，這是我的建議，謝謝。

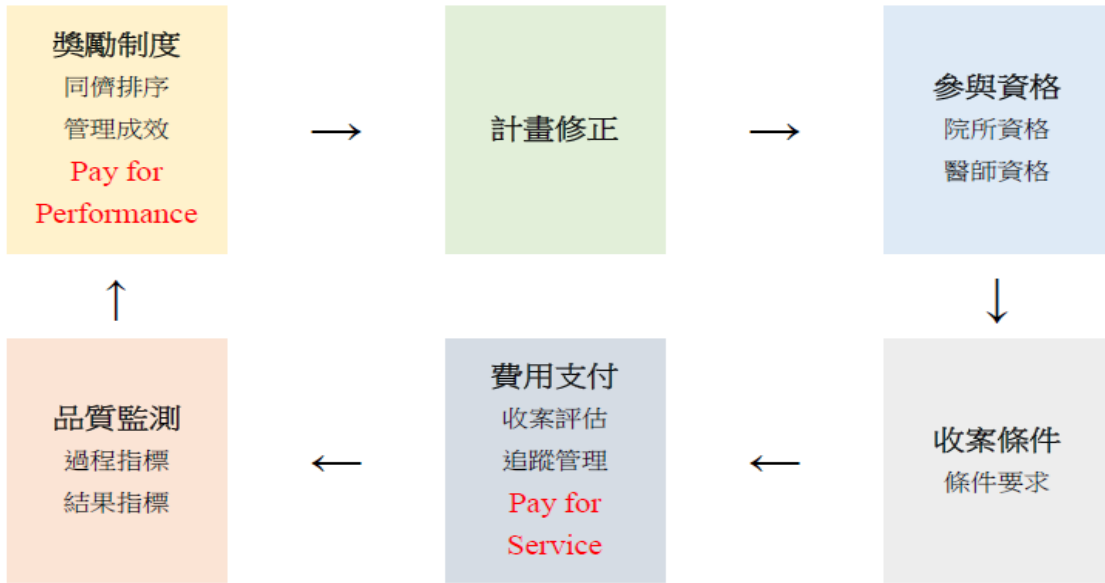
盧主任委員瑞芬：既然是建議我們就不回應了，就請參考，現在進行下一個議案。

陳委員節如會後書面意見：針對補充資料1第56頁投影片第13張，高推估的政策目標和內涵，其中第一大點是「整合公共衛生體系與

健保資源，發展以人為本的照護模式，積極提升民眾健康」。公共衛生基本上是政府的重要責任，下面說明(一)也有提到會結合公務預算，請問今年和明年結合了哪些公務預算、多少公務預算？健保體系負擔的這些費用，合理性到哪裡？健保會跟健保署也應該要讓我們有進一步的了解，避免原本應該由公務預算撥補的過度推到健保體系來。

另外，補充資料 1 第 56 頁投影片第 14 張的第三大點「推動健保給付支付制度改革，減少低價值服務，提升給付與支付效率」，其中第(二)點提到「推動 DRG(住院診斷關聯群)支付制度，試辦以醫院為單位導入的計畫」，上一屆健保會尾聲，對於推動 DRG 的部分，健保署說「正在針對以疾病別擴大導入 DRGs 項目進行評估，研議以擇定試辦範圍、優先順序及財務保障方式」，鼓勵醫院參加，這部分後來的研議結果是什麼？請問今年和明年對 DRG 支付制度目標和期程的規劃是什麼？

劉委員淑瓊會後書面意見：在 111 年 3 月 15 日 112 年總額擬訂方向會議，主席(時任薛次長瑞元)決議：「未來於健保會協商各部門總額相關計畫之前，提案時應先訂定好相關 KPI，須有相關規劃，包括：提案為幾年計畫、成效評估標準為何、執行後應如何回饋付費者和醫界……」依據現任薛部長瑞元的裁示，總額相關計畫應於協商前訂好相關 KPI，其中包含：提案為幾年計畫、成效評估標準為何、執行後應如何回饋付費者和醫界等。具體而言，醫改會認為，若是新開始且具價值的醫療服務計畫，欲交付協商，可以下列框架為宜：



資料來源：台灣醫療改革基金會繪製

參考：健保有關計畫架構

肆、討論事項「112 年度醫院及西醫基層總額關於『因應長新冠照護衍生費用』決定項目內容，需提報本會確認案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴：向委員說明，本案主要是依衛福部 112 年度總額核(決)定事項及本會工作計畫，請健保署提報本會確認，醫院及西醫基層總額協商項目「因應長新冠照護衍生費用」的一些相關內容。

要確認的事情，請參閱補充資料 1 第 71 頁中間表格之總額決定事項，項目為因應長新冠照護衍生費用，在醫院編列 4 千萬元，西醫基層編列 1 千萬元，決定事項是請健保署辦理下列事項：以 108 年醫療利用情形為比較基準，超出部分才由本項經費支應；且於總額公告後，要會同相關團體提出，第 1 個是操作型定義及計算方式、第 2 個是醫療利用監控及管理措施具體規劃，第 3 個是「執行目標」及「預期效益之評估指標」。

本案就是在確認健保署提報的這些內容，健保署已函復本會其研訂結果，詳細內容如附件，補充資料 1 第 75~83 頁，請委員參考。因為資料比較多，這邊稍微摘要跟委員報告。

醫院總額「因應長新冠照護衍生費用」，其具體規劃內容為，這筆錢優先支應兒童免疫系統炎症徵候群 MIS-C，是屬於兒童重症個案，這些個案使用免疫球蛋白的當次門住診醫療費用，如有剩餘再去支應 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫。

操作型定義請參閱補充資料 1 第 72 頁，動支條件之訂定，首先為優先支應「使用 MIS-C 免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用點數大於 108 年同期」，若這筆 4 千萬元預算有剩餘，而染疫康復者整合醫療計畫沒有其他公務預算支應時，這剩餘款就動支作為支應這個計畫的獎勵費用較 108 年同期為高的部分，以上為是動支條件。結算部分請委員參考。

醫療利用監控及管理措施，健保署提報，因本預算為專款，所以若有剩餘會回歸安全準備金，健保署會定期統計及提報醫院總額研

商議事會議，監控醫療利用情形。

執行目標及預期效益之評估指標部分，執行目標為妥適照護因 COVID-19 確診所引發 MIS-C 個案及延續染疫康復者整合醫療計畫到年度結束。預期效益之評估指標有 2 個，第 1 個是 MIS-C 免疫球蛋白部分，依 MIS-C 認定原則照護人數大於等於 108 年度照護人數為基準。第 2 個指標是 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療照護計畫收案人數較 108 年成長。以上是醫院的規劃。

西醫基層總額「因應長新冠照護衍生費用」，請參閱補充資料 1 第 73 頁，操作型定義及計算方式，動支條件為支應申報任一診斷碼有 U099(COVID-19 後的病況，未明示)之醫療費用點數與 108 年醫療點數之差距。其中 U099 請參看註，這是一個次診斷碼，主要是健保署考量 COVID-19 確診者痊癒後還有一些後續病況，類似 Long COVID，所以為了因應臨床需求，從 110 年 12 月起新增這個代碼 U099，這是以次診斷碼申報為原則，意思是要有主診斷碼做為就醫病因，之後才可以再下 U099 次診斷碼。至於其醫療利用管控措施跟醫院一樣，就不重複敘述。

執行目標及預期效益之評估指標的部分，執行目標是減緩「長新冠引起的醫療耗用」，預期效益之評估指標是本項預算使用率達 80%。

本會研析意見，因為我們這次需要確認相關的內容，稍微檢視一下健保署研訂結果，研析意見提供委員參考。首先操作型定義及計算方式部分，因為衛福部總額決定事項，動支條件以 108 年醫療利用情形為比較基準，超出部分才由本項經費支應。為了符合決定事項，使得文字表達更為精準，建議酌修醫院及西醫基層動支條件，如下畫線處。醫院總額的部分，我們建議修正為：A. 支應使用 MIS-C 免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用點數大於 108 年同期醫療點數部分。因為原來的同期沒有說是支付什麼內容，所以文字部分有再精確。再來請參閱補充資料 1 第 74 頁，西醫基層總額的部分，建議修正為：支應申報任一診斷碼有 U099 之醫療費用點數

大於 108 年同期醫療點數部分。因為西醫基層原本只有訂差距，但差距可能有大於或小於，因此建議把「大於」這部分寫清楚。

醫療利用監控及管理措施，健保署已經有定期統計檢討，我們就建議尊重健保署及總額相關團體研訂結果。

執行目標及預期效益之評估指標，其中西醫基層有 1 個預期效益之評估指標為「預算使用率達 80%」，但因預算使用情形無法呈現這個協商項目對民眾的預期成果與效益，我們就請健保署研議以結果面為導向，於今天會上提出預期效益之評估指標的修正，除了這項指標外，其他我們建議尊重健保署研訂結果。

擬辦部分，要請委員確認一下今天提報的內容；此外，依 112 年度總額核(決)定事項，其實還有以下的部分都還沒有提出來，要請健保署儘速辦理才能提委員會議討論確認，包括 112 年度醫院總額有 2 項分級醫療新增專款計畫內容及執行目標與預期效益之評估指標，還有西醫基層有 1 個新增項目，是因應基層護理人力需求，提高診察費的之執行目標與預期效益之評估指標，也請儘速完成研訂送會確認，以上說明。

盧主任委員瑞芬：謝謝，在委員發言前，我要請健保署先針對西醫基層的預期效益之評估指標說明，你們提出修改的意見是什麼？

蔡副署長淑鈴：由林義副組長補充說明，並請參閱桌上補充資料 3。

劉副組長林義：健保署報告，我們跟西醫基層有針對預期效益之評估指標進行討論，最後是把指標修正為「接受長新冠照護之個案超過 2 萬件以上」，這樣比較具體，以上報告。

盧主任委員瑞芬：好，所以委員請注意，西醫基層的預期效益之評估指標，現在健保署改為「接受長新冠照護之個案超過 2 萬件以上」。請各位委員針對本案提出意見，是否有任何垂詢的地方？請王惠玄委員。

王委員惠玄：各位委員，謝謝健保會提出有關長新冠費用的案子，我想請教 2 個事情，第 1 個就是中醫門診總額其實也承擔很多長新冠照護，不太確定中醫門診沒有納入這項因應長新冠照護衍生費用的

原因。

第 2 個，所謂確診後產生的後續病況，只要在病歷上記載就可以了嗎？不能用雲端資訊系統去確認嗎？另外，確診後無限期都可以支用專款嗎？有沒有確診後的合理期間才是叫做長新冠呢？所謂的咳嗽、過敏性鼻炎等可以匡列在長新冠的相關徵候，真的是確診後的衍生情況嗎，那如何稽核呢？謝謝。

盧主任委員瑞芬：請林恩豪委員。

林委員恩豪：謝謝主席，剛剛健保署有提到預期效益的評估指標，從使用率 80% 改成個案超過 2 萬件，可是我覺得這兩者好像一樣的意思，並沒有真的達成到底對民眾健康有何預期成效，這意思是一樣吧？是不是有更好的成效指標可以提出來？謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請李永振委員。

李委員永振：先說明一下本案原委，去年協商的時候付費者並沒有買這個，但是有建議先建立相關的資料之後再提出來，若要提出計畫案應該要有一些根據會比較科學，剛剛林教授也這樣提，既然 3 年的疫情衛福部認為有這個現象要給 5 千萬元，這我沒有意見，既然是這樣的話，是不是可以依照健保會同仁所擬意見，健保署也有參與，就當成先試行，先做看看，只有 5 千萬元。對本案我是贊同剛才健保會同仁所提的建議，先做再來檢討，總是會找出一個好的結果。

另外，在長新冠沒有解方出來之前，除了健保投入這一點資源之外，我建議政府應該去考量用社會福利制度去支援，那個錢才比較多，那個額度應該是億來億去才對，這個比我們在這邊討論本案還要重要。

另外我回應一下剛剛王惠玄委員所提，去年協商時就覺得很奇怪，中醫應該有很重要的角色，結果他沒有提，沒提的話衛福部就沒給，不過我個人是覺得，在這整個疫情期間中醫所扮演的角色還蠻出眾的，清冠一號讓他們第 3、4 季的點值哀哀叫，大家超過 1，他 down 到 0.8，他是否可利用他們的經驗，好好整理研析一下，可

以提出一個更好的想法，從本質上去植根，可能會比西醫這方面所提出的更有效益，這塊我個人認為中醫的角色不可以忽略掉，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，現在請朱益宏委員。

朱委員益宏：主席，關於醫院總額這部分，因為看起來健保會的幕僚意見跟健保署的意見不一樣，健保署的意見，事實上是經過醫院總額研商會議大家討論確認，跟醫界都同意的執行方案，但健保會幕僚是要加上使用 MIS-C 大於 108 年同期醫療點數，這部分我覺得說大於 108 年同期醫療點數，到底計算基準，這可能定義要非常清楚，要讓健保署及醫界很清楚，所謂同期醫療點數這件事，是指個人嗎？個人不可能 108 年得 MIS-C，今年也得 MIS-C，不可能。所以到底你的計算基礎是怎麼樣，因為健保署跟醫界在醫院總額協商時，事實上也有健保會的代表在裡面，大家都同意就是說今年的 4 千萬元是支應 MIS-C 的使用，我們也知道在疫情期間很多小朋友事實上就是因為新冠問題得了 MIS-C 且會喪命死掉，我不曉得健保會幕僚說還要大於 108 年同期醫療費用定義到底是怎麼樣，幕僚這邊要不要說明一下，我是建議不要修改，還是依照健保署跟醫院總額那邊大家共同的決議去執行可能會比較好，謝謝。

盧主任委員瑞芬：這裡先簡單回應一下朱委員，修訂文字的意思跟你們提出的是一樣，只是文字上比較周延一點。

朱委員益宏：不是，健保會提出，若今年度要支應這筆費用的話，使用 MIS-C 當次的醫療費用由這邊支應，但是幕僚意見是還有一個條件就是醫療費用要大於 108 年同期的醫療費用，大於的部分才來支應，這部分我看得不是很清楚，謝謝。

盧主任委員瑞芬：OK，其實真的是一樣，執秘現在會過去跟您說明一下，現在請侯俊良委員。

侯委員俊良：謝謝主席，2 點意見。

第 1 個，雖然醫院跟西醫基層的項目相同，但是執行目標卻不一樣，醫院是要妥適的照顧 COVID-19 確診所引發的 MIS-C 個案，及

延續 COVID-19 的染疫康復者門診住院整合醫療計畫。但西醫基層卻是要減緩長新冠引發的醫療耗用，這 2 個目標是不太一樣，同個項目卻有 2 個不同目標，我不太了解為何這樣，是否可以說明。

第 2 個，同意健保會幕僚所提的研析意見，西醫基層提出的預期效益評估是以預算使用率 80% 為指標，預算使用越多顯示醫療耗用會越來越趨緩嗎？這個指標跟執行目標的關聯性似乎蠻薄弱的，這是不是可以修正一下，以上 2 個意見，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，現在請周麗芳委員。

周委員麗芳：主席，針對本案我是沒有意見。我是要呼應剛剛王惠玄委員、李永振委員，有關因應長新冠照護衍生費用，它是一個全面性問題，除了醫院、西醫基層之外，對中醫、牙醫也都有影響，所以我也認同 2 位委員，全部的部門可以針對這部分好好檢視一下，特別是今年度提出預算當中，可以做一個妥適的配置，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請吳榮達委員……吳委員沒有要發言，請周慶明委員。

周委員慶明：主席，各位委員大家好。其實從 109 年起疫情到現在已經 3 年了，我個人覺得這個病毒本身就是一個不可預期的病毒，從它開始到一直衍生的過程中，我們一直覺得它不是正常的病毒，它可以無症狀、輕症、重症，甚至造成死亡，有段時間死亡率非常高，超過 10% 以上，這不是正常病毒應有的行為，全世界每個國家都對此病毒產生很大的困擾。全世界疫情非常嚴重，一發不可收拾，最根本的問題就是它是不可預測的、非正常的病毒行為。

它產生的這些症狀，包含長新冠，也是不可預期的症狀。長新冠的症狀非常多，包羅萬象，包含睡不著覺，長期頭痛、心臟、咳嗽、亂七八糟等等的都有，在基層診所遇到的就是一些比較輕症，但在醫院遇到的可能就是剛才說的 MIS-C 等高風險、危險或重症病人。不穩定病毒產生的行為，我們很難去講，現在大家對他還不是很了解，只能從症狀去做一些評估，他產生的症狀要怎麼做治療，症狀會持續多久，至今也沒人知道，很多都是未知數，我們只能參

考從現在觀察到，以及全世界的統計資料，包括長新冠的定義、如何處理，醫界目前對這個病毒還不是很了解。

從疫情開始到現在，台灣地區除了我們看到的確診數 1 千多萬人以外，大家應該都不會去否認存在很多的黑數，搞不好有 2 千萬病毒感染的案例，所以影響層面非常的廣，包括時間及剛剛所講的症狀。

面對不可預期的病毒，如何訂定執行目標及預期效益之評估指標，西醫基層面對的是比較輕症，不像醫院有一些重症可以去做評估，所以西醫基層只能針對病人看診症狀及 COVID-19 確診兩個來做連結，例如說他確診後 3 個月或是半年，因為持續的一些症狀來看診，我們看到最多就是咳嗽跟痰，有一些病人痰跟咳嗽很難好，還有一些病人睡不著覺、精神異常，病人本來都好好的，但是確診後產生這些症狀。

因為有通報確診，後續產生的症狀、看診及醫療費用，可以用這個來勾稽，當然我們已經有一個數據，111 年 U099 的申報案件，健保署分析有 1 萬 8 千件左右，我們預期今年 112 年的件數絕對會超過去年的 1 萬 8 千件，就用 2 萬件這樣的數字做效益評估，以上報告。

盧主任委員瑞芬：現在請陳杰委員最後一位口頭質詢。

陳委員杰：好，謝謝，陳杰發言，目前討論的事項是長新冠照護衍生費用之確認，我剛剛仔細聆聽諸位委員提出的意見，李永振委員和周麗芳委員所提的意見很恰當，為了因應長新冠照護相關問題，中醫也扮演很重要的角色，前段時間，包括我、部分親友得到長新冠後都吃清冠一號，建議納入中醫以及牙醫，希望大會能採納。

盧主任委員瑞芬：原則上去年在協商中醫跟牙醫門診總額時，沒有包含本項目，所以今年就沒辦法動用預算，我們要尊重協商結果，但還是請健保署回應剛剛委員的提問。

石署長崇良：謝謝大家關心這個預算的編列，編列長新冠的照護費用確實很困難，因為這是新興的疾病，我們不清楚疾病的長期影響，

即使在美國個案數那麼多的地方，他們的 CDC 對於長新冠的看法都是一般性症狀，還沒辦法很明確的定義關聯性，確實報告上出現有的病人在感染後症狀會維持一段時間，症狀會持續數週、數月甚至超過 1 年，但是比例有多少，目前都各說各話，畢竟時間還不夠長，資料蒐集也不容易。

第二，剛剛委員有提到，為何醫院總額跟西醫基層總額所編列的用途不同，確實兩者是不同的，因為從現在的報告看起來，多數的長新冠都是輕症，就是不需要住院，除非病人本來就有嚴重疾病，或少數有免疫性問題才會需要住院。我們認為多數病人會在西醫基層看診，只有重症病人才會到醫院住院，所以醫院住院的病人數少，但是可能處理起來比較複雜的，所以 2 個總額的執行目標及預期效益之評估指標不同。

至於影響有多大，我也不知道，一開始提出的預算金額並不是這個數字，是協商後調整的金額，我們在協商後已經先新增代碼，現在回頭研究分析這個品項，已經蒐集一些資料。剛剛周理事長也有提到，是否接種疫苗、接種疫苗種類、感染病毒變異株會影響長新冠的發生率。拜託各位委員，讓我們先執行這個案子看看，我們真的無法很明確的定義長新冠，等一段時間後，讓我們從健保資料庫分析看看後，再跟各位委員報告，謝謝。

盧主任委員瑞芬：剛剛林恩豪委員提到預期效益部分，其實是希望用病人的 Outcome，目前指標用的是利用量，剛剛周理事長有稍微解釋一下，不知道健保署有無回應。

石署長崇良：現在的文獻看起來多數是輕症，而且症狀都是醫學上的非特異性症狀(Non-specific syndrome)，疲倦、頭痛、睡不著、乾咳、胸悶等，是花很多經費做檢查，也沒辦法解釋，才叫做長新冠。如果有辦法找到病因，像胸悶是冠狀動脈有問題，就歸到冠狀動脈，至於是不是新冠造成，就是一個問號，所以這個指標真的是比較難訂。

盧主任委員瑞芬：請王惠玄委員。

王委員惠玄：謝謝石署長的回應，正因為長新冠症狀是 non-specific，坦白講也很難去確認，我不敢說會濫用，就算是醫學專家也無法斬釘截鐵說是長新冠或是其他的原因。是不是在認定上有一個更聚焦的方式，比方確診後 6 個月內，就我理解目前文獻好像是傾向這樣，確診後 6 個月後才發生的好像不到 5%，這是我剛提到雲端藥歷的原因。目前的條件會讓醫界誤認為只要找不到原因的咳嗽、過敏性症狀或其他症狀，就用長新冠的代碼去申報，我當然不是說服務者有任何惡意動機的問題，而是這真的很難判斷，這專款會不會很快用完，不管是 1 萬 8 千件或 2 萬件，不是說不應該照顧這樣的病人，而是希望專款的使用能更明確，不要讓服務提供者覺得混淆。

石署長崇良：我直接回答委員的關切，我們現在有代碼，最後會再來看到底是算專款或是一般服務，也許明年這筆預算就滾入一般服務，就不會有所謂的專款，這是一個過渡，我們剛要走出疫情，對這個疾病不了解的時候就編列專款，如果它變成常態，跟每年的流感一樣，就沒有什麼專款，等於在一般服務，反映的是會不會因為服務量增加，而需要在成長率的部分去考慮。

盧主任委員瑞芬：這個案子我們的決議，第一，依照委員剛才提出的意見，修正確認醫院及西醫基層總額「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估指標。

第二，依 112 年度總額核(決)定事項，醫院及西醫基層總額尚有應提報本會確認事項未提出，請健保署儘速辦理，俾安排至最近 1 次委員會議討論。現在進行下一個議案。

伍、報告事項第一案「111 年度全民健康保險基金附屬單位決算及 113 年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

江專門委員婉華：健保署是依據健保法施行細則第 3 條規定，按照規定期程於 2 月 15 日、3 月 17 日函送全民健康保險基金 111 年度決算、113 年預算至健保會備查，現在分別就保險營運計畫、其他計畫的執行情形及 113 年度預算編列做簡要說明。

有關保險營運計畫，111 年度決算的安全準備餘額是 1,039.64 億元，折合 1.66 個月保險給付支出。有關 113 年度預算，根據我們在 3 月初的估計基礎，保險費率是按一般保險費率 5.17%、補充保險費率 2.11% 計算，保險給付成長率 3.323% 推估，預估 113 年度的安全準備餘額是 680.62 億元，約保險給付 1.01 個月，請各位委員備查，以上報告。

洪組長慧茹：向委員說明，本會都有收到健保署函報 111 年健保基金決算書、113 年健保基金預算書，因為預算書、決算書的資訊、內容很多，每年幕僚都會整理重要資訊做成分析報告，今年也完成 111 年度的決算分析報告、113 年度的預算分析報告，這 2 份報告都已經在 3 月 30 日併同健保署決算書及預算書寄送委員審閱，請委員提供意見。計有陳鴻文委員提供意見，我們有轉給健保署，健保署也已經回應說明，資料在今天會議資料的 70~71 頁，請各位委員參閱，以上。

盧主任委員瑞芬：請問委員有沒有進一步的垂詢？陳杰委員請。

陳委員杰：有關報告事項第一案 111 年度全民健康保險基金附屬單位決算及 113 年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案，本人剛剛有提到部分被保險人申請停保又復保的問題，我主要的目標是希望能杜絕健保浪費，因為健保基金常常喊沒錢、錢不夠，我提出善意的建議，剛剛社保司商司長提到有 9 萬人申請復保，其中有 3 萬人沒有使用健保，請問其他 6 萬人到底使用多少健保費，是否於會後

提供書面資料讓大家了解，我尊重健保署，衛福部相關長官對此議題的關心重視，本人只是卑微的要求，請提供委員這 6 萬人使用多少健保費的資料，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請李永振委員。

李委員永振：請教會議資料第 61 頁的 109~112 年度保險收支項目比較表，有提供費率審議和實際決算的差異，110 年和 111 年分別差了 1.15 個月和 0.6 個月的保險給付約當月數，我一直認為審議費率的推估數與決算數的差異這麼大，尤其現在安全準備都在 1 個月的邊緣，健保署是不是可以思考要怎麼去精進。

第 2 點，上個月會議曾請健保署提供 110 年、111 年政府應負擔法定下限 36% 不足數計算方式，健保署有答覆，根據會議資料第 34 頁健保署的說明，仍是依照健保法第 2、3 條及施行細則第 45 條規定，以及行政院協商確立之法律見解、計算方式辦理，沒有增加新的訊息，但根據財政部蔡玉時專委針對 106 年預估健保收費將產生短絀，再次對法定下限計算方式有不同看法提出評析文章，結論是計算改按支出面計算恐沒有實益，應維持行政院 104 年協商以收入面計算方式。這個大概就是上次翁前委員燕雪在會上說明有 2 次協商，2 次協商結論為依第 1 次協商結論處理，而且不去探究第 1 次協商有沒有遵守法令規範，結論第一點就是計算方式依健保署主張以收入方面方式處理。但是目前的計算方式又以不正確的數據帶入支出面的公式計算，也未依照當時協商結論辦理。

今天提供委員參考第 111 年結算或是 113 年預算財務報表資料，都跟往年一樣有極大疑義，就是剛剛說明的部分，建議跟過去 5 年的立場一致，111 年決算案跟 113 年預算案不予備查，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請張清田委員。

張委員清田：主席、各位委員、先進大家好，我對 111 年決算書的總說明提到「藥品特材支付價格之合理化作業」部分有疑義，健保署 100 年後就進行價量調查作業，100~103 年節省經費 20.9 億點，104~107 年節省 8.6 億點，108~110 年只結餘 1.173 億點，顯然節省

經費拉得很低，請教現在對這塊是查核比較少還是有其他原因。我們常遇到周遭的同道、親屬、眷屬得到重大疾病，常常醫師或醫院說用健保給付的可能會怎麼樣，用特殊的給付可能要自費，但是可能比較快好，或是手術後恢復比較快，可是開出的價格是嚇死人的天價、或要補差額，好像沒有一個標準，健保署是否要加強這部分的查核。健保就是大病時希望可以得到資源，我曾經有最親的家屬開刀，醫師說健保大概 2~3 萬元，用自費的話要 40 幾萬元，可是會恢復得比較快，如果你是家長，你會採取哪一種？當然是把它花下去啊，不然怎麼辦？有能力支付的人沒問題，但沒能力支付的，聽到健保給付的好像效果比較差，嚇都嚇死了，健保的精神是重病時可以得到最好的照顧，如果沒有，那我們為什麼要加入健保，希望健保署可以加強注意，當然該給付的，對保險對象有幫助的希望能多提供，否則這真的令人不是非常舒服，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請吳榮達委員。

吳委員榮達：我們看決算書第 37 頁最後一個項目「不動產、廠房及設備折舊」和「攤銷」部分，不了解說這 2 項支出的狀況，請健保署詳細說明這 2 個項目的使用情形及相關的細節。還有就是第 52 頁有一筆「補(協)助政府機關(構)」的金額約 2 億多元，不知道這筆費用的使用情形，以上請教，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請韓幸紋委員。

韓委員幸紋：大家午安，我想請教會議資料第 47 頁保險收支項目比較分析，可以看到保費收入執行率是 106.71%，概念上超過 100% 的部分應該是實收數超過預估數，比例接近 7%，以差異數來說，470.46 億元也是在表一當中差異數最大的金額。請教健保署有針對數字差異數這麼大去分析原因嗎？會議資料第 48 頁有提到原因是平均投保金額及平均保險費增加、補充保費增加，可能是因為獎金及股利所得大幅增加。

我閱讀這段內容，認為這個分析比較像是比較 110 年差異的來源，但表一的差異數是同年度預算數跟決算數的差異，所以我自己

的理解是，這個實收數跟預估數差異來自保費收入預估，模型可能有失準情形，請教健保署對於保費收入的預估模型是否有考慮調整？

我之前參加過健保署財務評估報告相關會議，當時發現一個問題是工作人口持續下降，不像過去是一直成長，但保費收入卻沒有看到對應的調整，所以未來總人口數或工作人口數會持續下降，這個模型預估可能要將這些變化考慮在內，不太適合以過去工作人口成長率做考慮。

不是只有保費收入的預估模型出現問題，大家應該最近都有領到 6 千元，財政部的稅收預估模型也有失準的問題，只是相較於稅收的預估模型，健保保費的設計，無論一般保費、補充保費都設有上下限，使得費率波動比較有限制，所以失準的程度相較於財政部在做稅收預估模型時，差異倒是沒有這麼大，可是這個差異數有 7%，這也是不小的差異數。剛剛有委員提到，113 年安全準備現在預估下只剩下 1 個月，剛好就是在法定邊緣，一旦預估數差異過大，會影響健保的現金調度，請教健保署對於健保收入預估模型是否要調整？

我們的團隊長期和財政資訊中心有合作，請我們協助對稅收預估模型進行重新評估，目前團隊裡面有結合一些新的研究方法，我們想要利用一些高頻的資料預測低頻資料，所謂高頻資料就是比較前端的，像是海關的進出口資料或是雲端發票等等，用比較即時可以反映的資料來預測，預估當年度景氣對稅收的影響或是未來健保保費收入預估的時候也可以參考，這是即時預測模型，以上意見供健保署參考，謝謝。

盧主任委員瑞芬：現在請健保署回應委員剛才的提問。

蔡副署長淑鈴：請主計江專門委員先回應。

江專門委員婉華：健保署回應有關剛剛李永振委員講的會議資料第 61 頁提到的預算、決算的差異情形，先跟各位委員報告，不管是預算或是決算，按照行政院整個預算或是決算的編列行程，有時候

會跟實際上估計資料的行程有差異，譬如說最低工資，預算是在 8 月以前就送到立法院，可是勞動部的基本工資審議通常會到年底，總額的部分也是，我們是 8 月送出預算書，所以會跟總額協定的費率會不一樣，因此差異的分布看起來似乎比較大。另外有關於委員詢問到，111 年度保險收入的決算金額比預算大，原因也就是剛才所說明的種種差異，致使決算資料會跟實際上的預算數字有不同。

111 年度決算書第 37 頁提到的折舊，折舊的部分包含行銷及業務費用的折舊，那是根據每次協商時的「提升保險服務成效」項目所購買的固定資產，反映在會計表報，我們是用折舊跟攤銷的形式做表示。

還有，主計總處會有一些規定的管制性項目、統計的比較表，比方說，決算書第 52 頁的鐘點費、稿費、審查費、查詢費，是反映在第 37 頁的專業服務費，這些項目是屬於專業服務費一個下級的科目。同頁補助政府機關(構)部分，則反映在決算書第 36 頁，那是關於菸捐分配在罕病的部分，相關金額全數挹注於罕病用藥費用，以上報告。

盧主任委員瑞芬：接下來請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴：我再補充一下，剛剛陳委員杰希望健保署提供停復保對於收入跟支出的影響，這個我們會後提供。

另外，張委員清田提到有關價量調查以及民眾經常碰到自費的問題，我想這是兩件事情，價量調查代表的是已給付的藥品或材料數量跟實際的交易價之間的關係，這是我們用來處理 DET^(註)時所需要的資訊；至於民眾看病時會有自費，這些自費是屬於健保不給付的項目才會變成自費，所以這是兩件事情。因為細節也蠻多，如果委員還有進一步詢問，我們會後可以再跟張委員報告。

註：DET(Drug Expenditure Target，藥品費用分配比率目標制)。

盧主任委員瑞芬：請社保司商司長回應。

商委員東福：好，特別拜託主席讓我回應李委員永振，因為李委員常常說「我們在歷次會議大概提不下 20 次，結論也提到，如果委員

說的沒有道理，請提出反駁意見」。因為退休在即，同仁說我不能沒有道義，一走了之，所以特別要我今天不能請假，一定要來回應李委員，我覺得這樣比較有禮貌，也很有道理，所以今天一定要回應，不然同仁不會讓我回家。過去在會議上，我其實都把時間讓給李委員永振跟陳前委員炳宏，有一次叫我來這邊講，但陳前委員炳宏要講，我也就跟主委表達讓委員先講，結果我都沒有時間可以說明，所以今天只是補償我而已。因為李委員永振提了很多次，也有其他委員替李委員打抱不平，包括黃委員金舜也說每次李委員講到這個爭議，商司長都是手一攤說沒錢，其實行政院挹注的 200 億元、240 億元是怎麼來的，希望大家想一下。

我今天特別要聲明，我跟李委員永振很好，他是我嘉中的學長，我也尊重大家對公共事務的付出，我非常尊重委員的意見，包括朱委員益宏，林委員文德所提的意見，我們都會收納，包括李委員永振上次講的，都有錄音請同仁聽，所以今天就特別來回應。李委員永振常常說我們未卜先知，用 104 年的決定來處理 106 年的爭議，這真的是冤枉，因為確實是有對 2 次爭議進行研商做出決議，並不是用 104 年的決定，等下我會說明。以前的回應比較像文言文，今天我試著用白話來解釋。

第 1 段的爭議，就是說當收入大於支出時，年度會有結餘，那時候補充保費收的不錯。我用比較接近實際的數字來舉例，當年如果有 6,000 億元的保險收入，最後醫療支出是 5,400 億元，年度的結餘是 600 億元。當時 1 個月的安全準備應為 450 億元，因為前 1 年存量還有 225 億元，所以主計總處主張說引用健保法第 78 條，以 1 個月的安全準備為原則就可以，所以只願意再補半個月的安全準備 225 億元，這樣就有 1 個月的安全準備 450 億元。這樣有什麼問題呢？這意思是說，用 5,400 億的支出加上主計總處補的 225 億元，用 5,625 億元去推估 36% 政府應負擔金額是 2,025 億元，但爭議是因為民眾跟雇主在前面已經貢獻保險收入 6,000 億元裡面的 64%，是 3,840 億元，所以政府應負擔 2,160 億元，而非 2,025 億元，這個觀點是李委員永振一直主張的。

不過，社保司向主計總處主張應該要採取支出的 5,400 億元去推估政府應負擔的 36%，但年度結餘，也就是李委員一直在講的安全準備提撥全部都要納進來，所以是用 6,000 億元去計算 36%，那部分感覺是收入，其實也是支出，所以這邊特別強調，104 年的決議結果，並不是說決定採用收入面數據計算，而是採用收支平衡的概念。那次爭議的過程，不是只有李委員痛而已，而是很多人痛，因為當時我們爭贏了，但是主計總處要求我們要修改施行細則，清楚寫出哪些項目由政府支付，這個李委員也經常在提，現在比較少提了，不知道為什麼。儘管第 1 階段的精神也可以適用在第 2 階段，那是收支平衡的概念，並不是說決定以收入來計算，我剛剛有講，收支是平衡的，各年度應有一致的基礎，不管用收來算、支來算邏輯都要一樣。

好，那現在問題來了，如果收入只有 6,000 億元，但實際支出是 6,600 億元時，當時我們希望安全準備帶 0，這樣會有什麼問題呢？如果 6,600 億元的 36% 是政府負擔，另外 64% 是民眾要負擔，這就是我們完全用支出來看。但是會發生的問題就跟前面一樣啊！當收入只有 6,000 億元時，民眾所付的 64% 只有 3,840 億元，但那怎麼能把這個責任全部推給政府呢(用 6,600 億元去計算政府的 36%)？所以，在第 2 階段的爭議，我們爭不贏，但是我現在這麼大聲，是因為在爭取過程中，我真的是用李委員永振及還有其他委員們的這種聲調，去向行政院及跟主計總處爭取，所以我是他們的壞人，這個有紀錄，都沒有問題。

所以，最後的結果，當然就是我們現在的方法，我希望說李委員永振在我退休離開以後，不要說以前的那個司長說什麼，我今天有特別聲明，希望這個事情不應該是我們的爭點，為什麼？因為就整件事情來講，事實上我們不管是行政院審查，經過立法院備查、實質審查，事實上都已經是定案的，我的立場完全跟各位委員一樣，我的說法也是，但是我不會跟主計總處說政府違法。我的態度跟您們都一樣，從道義、道理上，政府的責任應該去負擔更多才對，所以主計總處才會挹注經費，但是坦白講我不希望這種錢，我希望是

更有道理的錢。為什麼？健保法第 1 條，以前在開辦的時候是醫療保健服務，後來變成醫療服務，「保健」被拿掉，但是其實預防保健是更重要，這也是李委員永振常提到的，就是所謂預防保健的部分應該是公共衛生的支出，應該用公務預算來處理，我們在立法說明也是這樣講，現在中長期改革方案，是把健康署、疾管署找進來，目的並不是要將公務預算的業務轉由健保負擔，而是剛好相反，希望公務預算多挹注一點進健保。

以交通工具為例，以前莒光號、自強號的票價是幾百元，現在的高鐵是幾千元，大家坐習慣，也願意付那個價錢，是因為高鐵的品質有到那個水準，今天我用這個的例子來向委員們說明，非常謝謝主席給我這樣的機會。

李委員永振：(舉手表示要發言)。

盧主任委員瑞芬：李委員永振這個會講不完，這樣子好了，剛才商司長拋出很多數字，所以我建議商司長把剛才回應內容的科普版以書面方式提供，我們發給各位委員，下次再戰，因為我們已經超時。我們先把科普版資料提供給各位委員，因為這個一直都在追蹤事項，並沒有拿掉，等委員看過以後，我們下次繼續再戰，因為委員需要消化資訊，所以很抱歉，李委員我們下次再提。

李委員永振：下次商司長就變成民間人士了啊！

盧主任委員瑞芬：沒有喔！他 6 月才退休，所以 5 月、6 月都會來。

商委員東福：可以請假啊！

盧主任委員瑞芬：請商司長不要請假。

周執行秘書淑婉：剛剛已經請他 5 月、6 月都要來，已經跟他說了。

盧主任委員瑞芬：對！我們會請同仁押著他來，我們請他一定來，休假也要來，一定要有個正式的告別，這次不算。那針對這個案子我們的決議就是……

李委員永振：主委，我 1 句話好不好？

盧主任委員瑞芬：真的 1 句話喔！

李委員永振：請各位委員回去好好參讀健保法第 76 條的第 1 項跟第 2

項的原意^(註)，那是爭議的根源，所以我很篤定講健保署現在的公式是不對的。

註：健保法第 76 條

本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：

- 一、本保險每年度收支之結餘。
- 二、本保險之滯納金。
- 三、本保險安全準備所運用之收益。
- 四、政府已開徵之菸、酒健康福利捐。
- 五、依其他法令規定之收入。

本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。

盧主任委員瑞芬：因為陳委員節如今天還沒有發言，就 1 次發言的機會，請陳委員。

陳委員節如：很抱歉，剛剛聽商司長講的回應，想到比如說補充保費也有沒有收的，還有私人繳費也有沒有收的，我請問有些縣市政府欠的健保費，那個是怎麼處理？

盧主任委員瑞芬：全部解決了。

陳委員節如：解決是怎麼樣解決？有的是用土地來抵押欠費。

盧主任委員瑞芬：現金都付了。

陳委員節如：這個部分我想了解一下，因為北高兩市的保費是欠了很多，那後來是怎麼解決？我想要知道一下。

蔡副署長淑鈴：跟陳委員節如報告，所有的政府的欠費都解決了，都已經歸還給我們了。

陳委員節如：他們如果用土地抵押的要怎麼解決？

蔡副署長淑鈴：沒有，都是編預算還給我們的。

陳委員節如：全還了？

蔡副署長淑鈴：對。

陳委員節如：好，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，這個案子我們的決定就是本案不予備查，委員所提意見就請健保署研參。好，那接下來是我們 10 分鐘的休息時間，在這裡桌上各位有 2 份資料，分別是藥師公會全聯會還有醫院

協會所提供的，這 10 分鐘休息時間，就讓他們做工商廣告，各位可以休息。

同仁宣讀：現在開始中場休息 10 分鐘，請委員於 12 點 5 分前回到會場繼續開會，謝謝。

韓委員幸紋會後書面意見：會議資料第 66 頁，為何 112 年部分負擔較 111 年大幅增加，113 年又減少，其預測的基礎為何？

行政院總額附帶決議提到未來會面對調整費率甚至提高法定費率上限的壓力，衛福部應即早因應。會議資料第 71 頁，提到開源的措施包含檢討旅外國人權利義務(但是此部分財務影響數小，並無法增加太多保費收入)、強化政府責任(是指將目前 36%再提高其比例嗎，此部分會涉及對於其他項目有排擠效果，如果要再提高比例，可能的範圍是多少)、擴大補充保險費計費基礎(有哪些可能的計費基礎，可以增加多少保費收入)，其他可能財源尚有加徵營業稅、碳費，很多學者提到增加財產為課費基礎，以及目前健保法已經明訂的酒品健康捐，或將菸品健康捐分配比例拉高，目前部裡面的方向為何？因未來人口結構變化，未來新增財源一定要注重財源長期成長性。

陸、報告事項第二案「代謝症候群防治計畫之改進方案(含推動『以人為中心』之合作照護模式，及服務人數提升、支付單價衡平性、減少重複檢驗檢查等)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

黃科長怡娟：接下來由健保署報告代謝症候群防治計畫的改進方案，請委員翻到會議資料第 76 頁，本計畫的執行目的是針對代謝症候群的個案，透過早期的介入來協助個案的追蹤管理，希望可以引導代謝症候群的患者可以改變飲食，以及生活型態，進而可以去延緩其慢性病的發生。

本計畫的服務內容總共有 3 大部分，第 1 個部分是在收案評估的部分，是透過醫師向收案對象去研擬其照護目標以及策略，並且將相關個案的基本資料跟檢驗資料登錄在健保的 VPN_(註)，並且交付代謝症候群疾病管理的紀錄表，提供給個案做為自我健康管理的方式。

在第 2 個部分，追蹤管理的方式是透過醫師定期追蹤個案的健康管理情形，提供衛教指導後，並且將追蹤管理時相關的檢驗數據以及其他的追蹤項目等資料，登錄在健保 VPN。最後，在年度評估時就將個案之代謝症候群 5 大指標的改善情形，評估是否應該要結案，或者是擬訂次年度的照護目標，並將相關評估資料登錄在 VPN 內。

本計畫的執行現況，在預算部分，111 年的預算是 3.08 億元，112 年是 6.16 億元，本計畫實施的起日是從 111 年 7 月 1 日起開始實施，目前的參與情形及最新的資料，是截至今年度的 4 月 21 日為止，參與的院所 1,515 家，參與醫生 2,508 人，收案人數目前已達到 3.5 萬人。如會議資料第 76 頁顯示，從 3 月 14 日到 4 月 21 日，1 個月內新增收案對象約 1.1 萬人，預估全年(112)年收案人數應該可以達到 10 萬人。111 年本計畫費用支付情形，請委員參閱會議資料第 77 頁，收案評估、追蹤管理費以及年度評估費總共撥付約 2,198 萬點，獎勵費部分核發 11.8 萬點。

112 年的計畫修正重點，第 1 個部分是擴大收案的條件，今年度新增了 20 至 64 歲的保險對象，如果符合糖尿病前期的收案條件，每家診所的照護人數由 100 人提升到 200 人，並且也新增了個案績優改善的獎勵費，每 1 個個案獎勵院所 1,000 點。

在減少重複檢驗檢查部分，新增在收案評估時以及追蹤管理時，所需要的檢驗檢查項目，這是可以使用收案或是追蹤日期前 3 個月的數據。在提升給付效益的層面，本計畫 112 年明定，如果代謝症候群的收案對象，同時也是家醫計畫或者是初期慢性腎臟疾病 (CKD) 方案的收案對象時，個案管理費的部分是不重複支付。另外，本計畫的收案對象不可以同時是糖尿病 (DM) 或是初期慢性腎臟疾病 (CKD) 方案的收案對象。在結案條件也增列 1 個項目，在收案個案已達 1 年，且收案評估時未達標準值的管理項目，沒有任何 1 項進步者，這時候就應該要結案。

在本計畫的成效評估，從實施日期 111 年 7 月 1 日到 112 年 3 月 14 日，總共有收案的人數有 2 萬 3,000 多人，其中有 42% 的人已經有追蹤資料。我們去分析它的成效，在第 1 個部分，是個案追蹤時，其資料有達標準值的情形情況，大約有 6% 至 43% 檢驗檢查的項目已達到標準值，那詳細的部分，請參閱會議資料第 78 頁，總共分析了 7 個項目。

第 2 個部分是收案時，已使用藥物治療的個案，在最近 1 次追蹤時，發現有 5% 至 11% 的個案，已經沒有繼續使用藥物治療。

另外，在個案追蹤資料達個案進步的目標值的情形，在最近 1 次追蹤時，已經有 22% 至 43% 的個案，其檢驗檢查的項目已經達到進步獎勵的目標值。同時，我們也針對個案收案前後的三高用藥的情形進行分析，請委員參閱會議資料第 79 頁，我們分析個案在收案日前 4 個月內有使用任 1 種的三高藥物，在其收案日後 4 個月內，大約有 4% 的個案已經沒有三高的用藥紀錄。如果是收案前沒有使用三高用藥的個案中，發現有 42% 在收案後 4 個月內有使用任 1 種的三高用藥，而其中又有 73% 的個案，其三高的用藥是屬於開立慢

箋領藥的情形。

本計畫後續推動的方向，第 1 點，112 年度總額核定事項是希望我們朝以人為中心的合作照護模式為推動方向，並且規劃與家醫計畫共同執行。我們發現 111 年收案個案的人數，其中有 68%確實為家醫計畫的收案會員，所以 113 年就朝提供全人的照護的方向辦理，將代謝症候群的計畫跟家醫計畫整併。健保署在 112 年 4 月 18 日已先跟健康署就本計畫未來執行方向進行溝通討論，目前已經有初步共識。向委員補充說明說，在 113 年的規劃方向，大概是會比照家醫計畫，把代謝症候群的收案對象，區分為是派案以及醫生自收個案的情況，由健康署提供代謝症候群派案條件，再透過健保資料庫的大數據分析，看有哪些個案是屬於代謝症候群的收案對象，我們產製名單以後，優先將個案分派給家醫群，以提高本計畫的執行效益。

另外，我們知道這個計畫的推動，其實需要跨團隊的合作，包括運動、營養、睡眠等等的衛教指導，而且也必需要整合社區醫療資源的提供。未來規劃以試辦的方式，由地區醫院先試行執行代謝症候群防治計畫，看看他的成效。

針對過去委員就本計畫所提相關建議，已彙整健保署及健康署的相關說明，在會議資料的第 81~85 頁，首先就幾大重點來向委員說明，請參閱會議資料第 80 頁。

委員關心服務人數提升部分，前面已經提到 112 年已經把服務人數上限提高到 200 人，預計 112 年應該收案人數可以達到 10 萬人，我們會持續鼓勵診所來參與本項計畫。在委員支付單價衡平性的部分，其實健康署在去年 12 月的時候，有邀集醫界來召開共識會議，當時會議上也有討論是否要調整將收案評估費 900 點調降為 300 點，以排除檢驗檢查項目的支付點數，這個部分就是希望檢驗檢查費用核實申報，由本計畫的專款來支應，但會議上的決議，還是維持支付點數為 900 點。

在減少重複檢驗檢查的部分，剛才已向委員說明，可以採用前 3

個月前的成人健檢或是其他可參考之檢驗數據，以及我們健保署的雲端查詢系統，已提供最近 12 個月的檢驗檢查結果可以供醫師來查詢，達到資訊共享的目的，以上說明。

註：VPN(健保資訊網服務系統)。

陳組長燕鈴：接下來補充說明，請委員看到會議資料第 72 頁，本會補充說明主要是說明代謝症候群報告案的背景。這個計畫是衛福部的健保中長期改革的計畫，在 111 年度總額首度納入了西醫基層總額，當時編列 3.08 億元。健保署去年曾在本會進行過 2 次專案報告，委員對於照護人數、支付單價跟健保專款之間的支付衡平性部分，都認為有精進的空間，委員的意見摘要列在會議資料第 81~85 頁附件二的左欄。

本計畫在 112 年度，專款從 111 年的 3.08 億元增加到 6.16 億元，總額的決定事項要請健保署辦理的項目如下，第 1 個是朝以人為中心的合作照護模式為推動方向，並且規劃跟家醫計畫共同執行跟善用科學工具。第 2 個是要精進計畫內容，考量與現行健保的同性質專款項目的支付衡平性，訂定合理的支付單價且增加照護人數，另外也要積極建立跟成人健檢之間的資源共享機制，減少重複檢驗檢查，這是本報告案的背景。健保署剛才已經把 112 年度完整的計畫改進方案向委員報告了，會議資料第 73~74 頁是幕僚簡要的摘要，請委員參考不再重複說明。

請參閱會議資料第 74 頁，本會研析意見提供委員參考，有關本會委員過去所提的意見，健保署跟健康署已經就委員的意見逐項回應的說明，在會議資料第 81~85 頁的附件二，委員所建議事項，其實多數都已納入 112 年度計畫的研修，但以下的部分，我們建議可以再行審酌。

第 1 個，建議訂定 112 年度照護人數目標值，因為 112 年度預算數已經比 111 年增加 1 倍了，計畫內容雖然已經擴大收案對象，可是沒有明確訂出來 112 年人數目標，所以建議訂出目標值以利計畫推動。

第 2 個，建議持續檢討支付單價、降低評估跟檢驗檢查費，主要

考量說，112 年的計畫確實是已經修改成檢驗檢查項目可以採用收案或追蹤日期前 3 個月的數字，這樣可以減少不必要的、重複的檢驗檢查。健保署跟健康署在去年底召開會議討論的時候，健保署也建議收案評估費內含 4 項檢驗檢查費用 900 點能夠調整為 300 點，另外的檢驗檢查費用就是由專款核實支應。只是這個當時沒有獲得共識，所以還是維持 900 點，意思是說如果採用收案追蹤日期的檢驗檢查數據的話，沒有做檢驗檢查還是支付維持 900 點，因此，我們建議還是持續檢討是不是有重複支付檢驗檢查費用，以及健保專款計畫之間衡平性的問題。

第 3 個，就健保署所提未來的推動方向，我們支持健保署未來要朝以人為中心的合作照護模式為推動方向，並且規劃跟家醫計畫共同執行，建議即早提出具體的執行方案，主要是因為我國人口老化跟多重慢性病增加，現在健保其實有很多以疾病別為照護的計畫，如果不斷增加計畫的話，會讓我們的照護零碎化，也沒有辦法做到以人為中心的全人照護，所以我們建議支持健保署將本計畫整併到家醫計畫的規劃，建議未來能夠逐步將健保各項疾病別的照護計畫能夠納進去，擴大家醫計畫照護的對象，這樣才能夠落實真正的家庭醫師責任制度。請委員參閱會議資料第 75 頁，因為 2 個計畫要整合的話，其實需先進行很多執行面的整合跟預算的運用，所以就是建議即早規劃整合方式，然後在協商前提出明確的規劃。

此外，建議持續追蹤計畫執行成效提供總額協商參考，這個是委員過去一直提出來，其實本會委員對於衛福部提升效率的政策項目都給予支持，可是也相對的希望能夠進行計畫的成效評估，並且將節流成效回饋總額預算，擴大服務內容。所以依據這個附件二，就是在會議資料第 82 頁，健康署對於成效評估的說明，提到健康署將與健保署合作透過委辦研究監測計畫成效，並提出整體效益量化指標。因此，建議完成評估以後能夠將結果提報本會，以利本會納為未來總額協商跟評估的參考，以上說明。

盧主任委員瑞芬：謝謝，現在是不是健康署要補充？

魏副署長璽倫(健保署邀請健康署列席協助說明)：健康署這邊補充，這個計畫是架構在中長程的健保改革方案之一，當時計畫的核心就如同今天我們在紙本資料(如本議事錄第 86~87 頁)講的，他的核心跟初衷其實是希望找出慢性病，就是代謝症候群，因為代謝症候群其實是大概可以解釋 6 成 8 的慢性病的重大根源，那我國的十大死因當中有 8 項就是慢性疾病，每年健康署大概會投資 14 億來做成人健檢，這當中大概可以找出 70 萬左右的民眾其實是有狀況的慢性病，如果扣除沒有進入 P4P^(註 1)或者是成人健檢結果異常的，大概也有將近 40 萬人左右，這個計畫的主要精神其實是，當然是透過即早介入、即早做行為改善，是可以有機會逆轉不健康的狀況。

所以其實包括了醫療處置行為的轉變，不再用藥的方式，或者是醫病共同課責，也希望病人要共同承擔行為的改變，所以這次獎勵的計畫當中、指標當中，其實我們也包括了，今年也包括了鼓勵將檢驗結果的上傳、行為改善，或者是病人不再用藥，也當作獎勵的項目之一。為了執行這個計畫，健康署其實走訪 15 個縣市、30 幾家診所，計畫執行 9 個多月來，我們也放入衛生局相關的考評，署長也親自帶隊宣導。

如同剛剛健保會報告，我們有委託計畫，希望能夠協助基層辦理收案管理，還有後續的飲食、運動、營養改善等資源互相協助與轉介。在這邊向委員報告，我們的立場是很樂觀的，希望整個家醫群能像美國 ACO^(註 2)或是 PCMH^(註 3)的概念來執行，更多家醫群投入，我們也覺得很好，只是在還沒有相關成效時，僅執行 10 個月的計畫，是不是明年就納入家醫計畫，就再請各位討論，以上。

註 1：P4P(Pay for Performance，論質計酬)。

註 2：ACO (Accountable Care Organization，責任照護組織)。

註 3：PCMH(Patient Centered Medical Home，以病人為中心的「醫療之家」)，是一種提供基本醫療護理服務的模式。

盧主任委員瑞芬：謝謝，現在請委員提問，先請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：謝謝主席。請各位委員看到會議資料第 72~75 頁，首先對健保會同仁的意見表示支持，我想請教健保署，如果代謝計畫跟

家醫計畫要整併，不知道健保署跟健康署可以解決目前這 2 個方案的哪些執行上的問題？然後可以承諾達到怎樣的目標？為什麼會問這個問題，因為在今天資料中，我們看到這個計畫，當然有列出一些成效指標，但指標現在都只是初步結果，看不出具體成效，但是對於代謝計畫沒有達到預期的人數，沒有太多的解釋。

西醫基層在協商 111 年度總額時有提到，這 2 個方案，代謝計畫跟家醫計畫應該要分開，那時候他們的理由是，第一收案對象不一樣，第二是收案對象的醫療利用也不一樣，換句話講，也是有所本。可是就付費者的角度，容我直言，我們希望這 2 個計畫整併之後，本來代謝症候群的照護模式跟追蹤管理，不要因此就不見，而變成是單純的加錢，這是我們的擔慮。我們也有看到醫全會、診全會或健康署的努力，有拍攝宣導短片，對外、對內都有舉辦座談會，還有 QA 也都改到第 5 版，我們予以肯定。

不過，我們從健保署的資料看來，最大值應該可以到 27 萬 4,200 人，但是到了 3 月，這 9 個月當中，其實只有收案 2 萬多人，就是我們數據上說的 23,820 人，剛剛有補充，到 4 月多人數是有提高，但是我聽到 1 個數字，112 年可望達到 10 萬人，但是我記得總額協商時的數據是 25 萬，這中間還有很大的落差。2 萬多人不到 1 成，裡面其實還有 68% 是重複的，所以也就造成收案人數低，重疊性高，希望健保署跟健康署可以在總額協商之前，讓我們了解到底問題出在哪裡。從醫療端來看，是不是個案管理費的申報、支付、成人健檢資料的勾稽或行政作業，讓診所覺得過於繁瑣或者不易釐清，所以意願比較低落，運作上比較不順暢。從民眾端角度，是因為不知道，所以利用率低，或是使用以後沒有幫助，或者是民眾健康識能不足，這些因素都應該要加以釐清。

所以我的具體建議，在總額協商之前，希望可以做潛在可收案人數跟實際收案人數之間的人口統計、疾病型態跟醫療利用分析，同時也做健保分區以及縣市的橫向比較，希望能看到完整的評鑑報告，成效評估也能具體說明這些數字代表什麼意義，我想這對付費者在總額協商時會有幫助。

盧主任委員瑞芬：現在請陳節如委員。

陳委員節如：我有幾個問題，代謝症候群防治計畫應該是長期性的規劃，我們很期待協商 113 年度總額前可以看到代謝症候群防治計畫跟家醫計畫整併規劃。但是今年有 1 個問題，疫情已經平緩了，健保署跟健康署在代謝症候群防治計畫是預計要收多少案，剛剛劉委員也有在質疑這個問題，對於計畫整體效益指標是什麼，希望有 1 個指標，在總額協商之前有 1 個很明顯的指標告訴我們。

還有代謝症候群在收案後，如果個案已經達到改善的效果，就是結案了嗎？或者相隔 1 年、半年，同一個人是否還可以重新進到這個計畫但不同診所，或不同診所還是要被收案？雖然是不同診所收案，但短時間再度收案，這個合適嗎？我是說這個計畫的內容。

目前結案條件有多加 1 項，收案個案已達 1 年且收案評估時未達標準值的管理項目，任一項皆未有進步者，這裡的未有進步指的是什麼？是收縮壓 160 降到 150？或是飯前血糖 180 降到 160？這種情況可以算是進步嗎？以上幾個問題請教。

盧主任委員瑞芬：接下來請陳石池委員。

陳委員石池：主席、各位委員大家午安，代謝症候群防治計畫初步看起來好像有些成效，包括收案時使用藥物，後來沒有使用藥物，收案時檢測項目沒有達標準，但最後有些達到標準，因為跟家醫計畫收案重複率太高，有 68%，我很贊同有機會的話可以合併，但是他們各自預期效益目標不能少，不能因合併就把這些東西拿掉，預期效益目標還是要維持。

我的問題是會議資料第 79 頁第 2 個表格，收案日前 4 個月內無使用三高用藥者，於收案日後 4 個月內約有 42% 使用，這個會讓人誤以為本來沒病，參加計畫變成有病，怪怪的，你要告訴大家，可能這些沒有使用三高用藥的人，他不曉得自己有三高問題，你要告訴我們，本來是沒有，但是發現有多少人、多少比例有這個病，其中有多少人使用藥物，這樣才是對的，不然大家會以為沒病變有病，這個計畫就有問題，這個以後要注意一下。

盧主任委員瑞芬：接下來請滕西華委員。

滕委員西華：剛剛劉委員一開始提到重複收案這件事情，與家醫群裡面重複的比例這麼高，不是只有診所跟醫生而已，我們關切的不是只有整合，還有這些重複是集中在特定病人或是特定院所，有沒有資源使用上合理性的問題，其實也應該要評估。

我要請教從會議資料第 81 頁開始所提的這些，不知道健保署有沒有稽核的指標，舉例來說，自費市場的瘦瘦筆^(註)，我想腸泌素的給付，國內核准的 5 種用藥裡面只有 1 種拿到減肥適應症，但這 5 種用藥裡面或者是健保給付的 4 種用藥，有 3 種用於糖尿病，是健保有給付的適應症，但拿到減肥適應症卻只有 1 個，自費價格從 1 千元到 1 萬元都有。我要問，如果這些診所的患者是使用瘦瘦筆瘦下來，我們怎麼算這個指標？因為在健保紀錄上可能沒有用藥紀錄，所以用藥紀錄是算誰的用藥紀錄，就這個指標而言，怎麼建立稽核指標？因為瘦瘦筆效果就是好，才會缺貨、才會那麼貴，1,320 元可以賣到 1 萬元，還買不到。

另外，會議資料第 81 頁有關收案評估費支付點數，健康署回答需反映於支付點數增加執行誘因，其實協商的時候就有提到，如果是公務跟健保預算同時支應專案，健康署怎麼能夠主張請健保署增加支付點數誘因，來提高院所參加的意願，我要問的是，如果健康署主張支付誘因要增加，這部分是由健康署出錢嗎？比如說，這些參與的人可能有戒菸問題，戒菸這部分的預算原本健康署就有委託專案給戒菸診所，本來就可以在戒菸部分另外有申請費用，所以這個誘因是由誰來出錢就很關鍵，因為總額協商時，付費者代表原本就關心，公務預算本來應該要出的錢，不應該由健保直接替代過來。

在檢驗的支付點數，我也要請教健保署，可以用過去 3 個月的資訊來做檢驗數據的參考，當然是有上傳雲端最大的效用，我們之所以會認為應該降低檢驗費用，其實是這 3 個月內，病人被收案後，有可能會去其他院所看其他疾病，並且做一樣的檢驗項目，院所是

可以參考的，但是這些檢驗項目看起來想要採包裹式支付，如果是包裹式支付，兩邊都省不到錢，即使在這邊沒有重複使用還是要付錢，還是我們是採核實支付？不管 900 點還是 300 點，你有做我就給，這不一樣，如果是包裹式支付，病人在參與這個方案期間到其他院所做同樣項目的檢查，檢驗的數值上傳雲端可以看到，我們要怎樣去確認？

再來，講到上傳雲端，在診所獎勵項目提到，診所收案 60 名以上且當年度檢驗檢查上傳率大於等於 70% 者，這是指方案的上傳率還是這家診所所有病人的上傳率？這不一樣。照理說，這個方案裡面上傳沒有達標，是不會支應獎勵費，這個上傳率到底是指什麼的上傳率，應該要說清楚。

最後一個問題，剛剛健保會幕僚也有提到，健康署預計跟健保署合作辦理監測指標，可是前面委員提到，8、9 月開始就會進行明年度總額協商討論，顯然是來不及，我不知道啦，如果來得及的話，我就太佩服了，這個案子的執行時間那麼短，要怎麼有比較可以參照的成效指標，我覺得不簡單，如果不行，是不是意味著今年協商 113 年度總額項目時，我們仍然沒有指標，如果沒有，再回到剛剛劉淑瓊委員講的人數問題，我們可以參照過去總額專案扣款的原則，執行率沒有達到預定成數就依比例扣款，特別是在人數差異這麼大的時候。

註：俗稱腸泌素針劑，國內核准 4 款針劑及 1 款口服藥，其中 4 種有健保給付。

盧主任委員瑞芬：接下來請李永振委員。

李委員永振：我對這個案有 4 點回應，第 1 點，對於 110 年委員所提的意見，健保署及健康署雖然有逐項回應，但沒有完整、具體、精準的納到計畫裡面，請各位看到會議資料第 81 頁，剛才劉淑瓊委員也有提到，我們的目標要多少人？我記得在協商的時候醫界是提 20 萬人，但是付費者要求 38.5 萬人，後來計畫出來是 10 萬人而已，現在只有執行 2 萬多人，所以差異是很大的。但是請各位看到第 81 頁，健康署提到，把每個診所上限從 100 人提高到 200 人，我心裡就想這是有對症下藥嗎？問題出在這裡嗎？這樣就可以達到

10 萬人、20 萬人嗎？

第 2 點，剛才滕委員也有提到，會議資料第 80 頁的收案評估費，健保署做得很好，有提出要降到 300 點，提出來應該有所依據，但討論討論又回到 900 點，等於有做沒有做全，就沒有結果，所以我才會講沒有完整、精準、具體的收到計畫中。但是健保署有提供近 12 個月的檢查、檢驗結果供醫師查詢，並朝向以人為中心之合作照護模式整合推動，這點是值得肯定的。

第 3 點，有關未來的改善做法，贊同健保會同仁所提的研析意見，尤其計畫整合前，需先進行執行面整合及預算統合運用之規劃，我們案子裡面有提到可以整合，但是單純把預算撥進去，這樣不是換湯不換藥嗎？並且要具體提出計畫的成效分析。

第 4 點，本人一向對於有實效的預防醫學都完全支持，但是如果沒有效益如何投資健康，這心裡面會有疑問，在這裡提出建議，相關的具體執行方案如果沒有在協商 113 年度總額前提出討論、定調，那麼 113 年度的總額預算就暫時不要編列這個，因為沒有效益嘛，怎麼投資健康，以上幾點建議。

盧主任委員瑞芬：接下來請林文德委員。

林委員文德：這個案子是希望透過預防保健這些健康促進的介入措施，來達到民眾的健康，希望能減少後續的醫療，但是減少後續醫療，實際上跟論量計酬的邏輯是矛盾的，今天做了預防保健，延緩民眾發病或讓民眾控制健康減少就醫，結果醫師是沒有得到回饋的，因為他就沒有病人，論量計酬是希望可以開藥、看病人，這樣付費的機制跟計畫的精神基本上是矛盾的。我覺得如果真的要將計畫做好，還是希望能夠有一些以人為中心的付費制度來搭配，不然跟現在的付費制度其實是沒有辦法配合的，過去我們有做家醫論人，但沒有預防保健這樣的資源，現在有這個計畫，讓參與的醫師或診所多了資源做預防保健，我覺得應該是個機會，看是不是有機會朝這個方向去發展。

健保法中也有規定，家庭責任醫師制度應該要實施，不是得實

施，所以如果要回歸健保法，家庭責任醫師制度跟論人計酬，都是健保法應實施的項目，是不是可以趁這個機會去考慮，看看是不是有機會把這些納進去，也不一定要全面實施或全面實行，可以考慮有意願的、有能力的診所或是醫師，如果願意嘗試，未嘗不是一個機會。我們有很多支付的東西，可能需要透過 Demonstration 試辦計畫來看看成效，就像是剛剛李委員講，預防保健做很多規劃，但成效怎樣並不知道，全面給了預算就要去做，但是這 6 億元花下去，到底成效在哪裡，事實上是不知道的，這部分我覺得還可以再討論一下。

第 2 點，預防保健得到的成效要怎麼反映？剛剛副署長提到國外有 ACO 制度，他們根據系統性的文獻回顧，得到的成果就是降低住院、降低急診、控制慢性病、增加預防保健，這是他們的成效，制度上也有設計，如果達到這樣的成效，就要把節省的費用回饋給醫師或回饋給診所，我覺得這是可以考慮的，一方面回饋給參與的醫師，一方面節省的費用可以變成健保成效，就是節流扣減的部分，不過這些可能大家還要再討論，就這 2 點提出建議。

盧主任委員瑞芬：現在請侯俊良委員。

侯委員俊良：我想回到計畫目的，剛剛林委員有提到，這邊最主要是要引導代謝症候群患者改變飲食跟生活型態，我在整個計畫裡面只看到量，沒有看到質，這部分大概要質才有辦法改變，我們知道要改變生活型態是非常困難的，因為我們是民主社會不是專制社會，每個人的自由度非常高。這部分，一開始我就看不到，因為有些人的生活飲食習慣非常好，但就是有這樣的疾病，這一類的人是不是應該要排除？在數據分析的部分，並沒有看到這樣的處理。

第 2 點，我們一直講到量，比如說會議資料第 77 頁說明三，有提到每個診所收案人數上限從 100 人提升到 200 人，我想人數不是問題，而是質量的部分要怎麼處理，如剛剛陳石池委員所提到的，後面的數據我覺得不應該呈現，因為這裡面是不是有些是因為吃了藥，如會議資料第 78 頁第 1 個表，各位看一下，進步比較緩慢的

是什麼？腰圍、身體質量指數，其他的項目都 20%以上，我就很懷疑，這 20%裡面是不是有些人是吃藥，本來 4 個月前是沒吃藥，因為他不知道，收案之後發現問題，可能給他藥，是不是就降了，這些數據是不是要排除掉，否則達不到我們的目標，因為我們的目的，我看計畫都會看目的性，目的就是對於這群要改變生活飲食型態的，後面整個數據出來不是 for 這個部分都會失真，是不是應該在整個計畫處理的時候，更細緻的把這些區分出來，才有可能更精準的去看。

最後，回到剛剛林委員講的，如果每 1 個人都是健康的生活型態，當然用藥就會減少了，醫療的行為就減少了，這部分是不是應該要回饋？我們不能讓這些醫師努力，結果不能回饋到他的薪酬上面，所以整個計量部分是否要改變，這些我覺得都沒有看到，整個計畫精神我是支持的，但怎麼讓計畫可以落實執行。我們的醫療也會進步，醫師溝通過程中，面對不同病人，怎麼讓他的生活型態可以往好的方向走，其實需要很多技巧、很多溝通，甚至追蹤的器具等，各方面都需要精進，這些都沒有，我覺得到最後就變成都在看量而已，沒有意義，這樣不符合我們推動計畫的精神。

盧主任委員瑞芬：我們還有 2 位委員發言完以後就只接受書面，到時候會請健保署跟健康署回應，現在請吳榮達委員。

吳委員榮達：我要問的是會議資料第 77 頁三(二)，剛才也有提到，為了提升診所照護人數，每個診所收案人數從 100 人提高到 200 人，我比較質疑的是，不論診所規模跟醫師人數情況之下，每個診所都可以從 100 人提高到 200 人，對於品質部分我是有相當大的質疑，就已經參加的來講，如果經過效益評估，績效並不是很好的，是不是還要把 100 人也提高到 200 人，這樣績效跟服務品質不是更差了嗎？所以對於 100 人要提高為 200 人，是不是應該要有區分或分級，這是第 1 點。

第 2 點，(四)可使用收案/追蹤日期前 3 個月內的數據，「可使用」就是也可以不用，這個文字上是否應該要求執行計畫的診所

「應該參用」而不是「可使用」，要求應該參用的話，就可以避免重複檢查的問題，這是第 2 點。

第 3 點，看到會議資料第 76 頁，追蹤管理(1)醫師以電話、訪視、診間等方式定期追蹤、提供衛教指導，這是醫師親自還是醫師指導診所人員從事電話、訪視、診間的有關方式就可以？我覺得文字上應該要明確說明，我不知道是醫師指導就可以，還是要醫師親自做，如果要醫師親自做才可以，文字上要更明確一點，以上建議。

盧主任委員瑞芬：現在請最後一位劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：我其實是要補充 1 個資料，健康署協商 112 年度總額時，針對代謝症候群方案的說明中，就有提到西醫基層編列 6.16 億元比 110 年 3.08 億元高，是考量 111 年只有 6 個月，但是 112 年執行期程較長，且擴大收案目標人數至 25 萬人，所以健康署您當初提這個計畫時是承諾 25 萬人，而且後面金額的估算都是用 25 萬人去估的，換言之，我們對這個方案的認知目標值就是 25 萬人，剛剛侯委員說人數不重要，質很重要，我不反對質很重要，但當初拿到 6.16 億元就是用 25 萬人去估的，所以質跟量都很重要。

盧主任委員瑞芬：因為這部分很多是健康署的資料，是不是先請健康署回應，然後再請健保署。

魏副署長璽倫：我整個回應，如果有疏漏，可能到時候再書面資料回復各位委員意見。首先是參與率的問題，民眾不知道有這個計畫或民眾有沒有 health literacy^(註)，知道可以透過其他方式，不用靠天天吃藥的方式降三高，這部分我們會繼續再努力的。剛劉委員提到潛在可收案人數的報告，在 4 月 18 日，我們 2 位署長石署長跟吳署長開會的時候，其實也有討論到這一塊，可能朝向分析資料做派案的概念。

再來，有關具體執行方案，這個計畫是這週才委辦出去，如果要在 9 月前有相關資料會比較有困難，但在整個過程中，我們也都有陸續跟基層討論執行問題在哪裡，不瞞各位委員，不是只有民眾，

連醫界都要再教育，因為這是整個處置上的改變，完全不一樣，跟醫師說不要用藥，改成花時間跟病人做指導介入、改變生活型態，而且要回來追蹤，當時部長也指示我們，他本來的想法是覺得先找志同道合的醫界朋友做出一個 model，大家再擴散出去。還有，剛大家一直提到多少百分比是本來沒吃藥變成吃藥，在健保署資料中，我們的確覺得應該是去找出本來有吃藥後來沒吃藥的那一塊，才是一個好的結果，我想這是努力的方向。

剛剛回復了幾個詢問，其實最初的初衷是希望用成健的結果，也就是用 3 個月內的檢驗資料，本來就不希望診所重新抽血，除非是這個 item 不在成健資料，我們其實也很贊同吳委員說的，應使用 3 個月內的資料，不過這部分當時跟醫界討論很多次，所以可能真的需要一些溝通。至於追蹤方式，剛剛吳委員有提到，什麼方式才是我們需要的，由醫師執行還是由護理師執行還是由診所裡的營養師，現在很多診所都有營養師，這部分我們再回去研討。

我們也很希望如果有機會，在下半年可以請各位委員參訪幾個我們看過不錯的診所 model。以上如果有疏漏，我們後續再書面回應好不好？

註：health literacy(健康識能)。

盧主任委員瑞芬：健保署有沒有要補充？

劉副組長林義：健保署這邊補充一下，剛剛劉委員有提到代謝症候群跟家醫 2 個計畫整併，到底想要解決什麼樣的問題？我們從剛收案的個案數可以看的出來，到目前為止最新數字大概才 3 萬人，所以我們評估 1 個月收案數大概就是 1 萬或 1.5 萬人，這當然無法達到委員的要求。不過的確臨床醫師單從外觀上很難發現他是代謝症候群患者，可是我們有成人健檢，健保署還有豐富的檢驗、檢查資料庫，這一切在家醫計畫其實都可以使用。

我們假如把代謝症候群計畫整合到家醫計畫中，當然有個原因也是因為重複率其實也是蠻高的。整合到家醫群裡面，我們就可以根據成人健檢的資料，還有健保署的檢驗資料進行派案，因為家醫群大部分個案都來自於派案，派案或許比較可以擴充收案的來源。當

然整個家醫群架構也不只是收案進來，還有完整的家醫服務、24小時諮詢等等，這些都可以架構在我們原來的家醫平台繼續運作，所以他的好處從這裡就可以看的出來。

另外滕委員跟吳榮達委員都有提到有關檢驗、檢查的部分，其實我們目前整個代謝症候群有分3個支付標準，包括：收案、追蹤、年度評估。收案部分剛剛魏副署長有講到，收案是因為要做非常多的評估，倒不是在於檢驗、檢查部分，所以支付點數會比較高。另外在追蹤及年度評估部分，所有的檢驗、檢查項目都是核實的，意思也就是說，只有在初收案那塊才整個是包裹的，其他的檢驗、檢查項目都是核實的。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，請蔡副署長。

蔡副署長淑鈴：我想補充一下林文德委員所講的，就是要不要跟 capitation^(註 1) 結合，因為事實上您講的沒有錯，如果我們還是論量計酬，感覺上精神不太吻合。不過我們試著想一想，因為這都是初步收案階段，跟家醫群那個大的 population 還有很大的距離，所以必須分階段考慮。但是如果我們初步去跟家醫計畫結合，就有 VC-AE^(註 2) 的精神在裡面，最終必須要有蠻大的數量後，走上 capitation 會比較恰當，否則基層還是會有些人是 capitation，有些人是 fee for service^(註 3)。這個趨勢是沒有錯，我們也是朝著那個方向去邁進，中間這個階段，可能就借助家醫計畫裡面的 VC-AE，來做適度的調控，謝謝。

註 1：capitation，論人計酬(或稱按人頭付款)，是依據被保險人人數以及其醫療風險，事先決定支付費用的一種支付制度。

註 2：VC-AE 係「家庭醫師整合性照護計畫」之健康管理成效指標，為收案會員實際申報西醫門診醫療費用(AE)與收案會員風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值。

註 3：fee for service，論量計酬，以醫療院所的「服務項目」為支付單位，按照實際提供的醫療項目與數量支付費用的一種支付制度。

滕委員西華：可不可以回復我關於自費的稽核，剛剛講如果他用瘦瘦筆也收案，但你沒有用藥紀錄啊！

盧主任委員瑞芬：委員提問的是自費項目的稽核。

滕委員西華：因為從總額協商我就問過這個問題，到現在還沒有解

決，你還給他達標的績優獎勵，我們一直質疑這個收費跟家醫群有不平等的現象，所以家醫群做那麼久、那麼辛苦，還是在爭個案管理費的問題，雖然黃振國委員沒有當委員了。

所以我覺得這是關鍵，因為現在非常多的診所跟醫院在新陳代謝門診都是在做減重減肥，跑馬燈都是這樣，你又加入這個專案，只是有沒有用藥的指標，即使他用藥，在健保給付的 3 個糖尿病用藥，沒有拿到減肥適應症的也用在減肥啊！所以健保署怎麼看待？國民健康署也不可能要求參與的診所不去收自費病人或是不能處方瘦瘦筆，因為瘦瘦筆就是其中一款針劑，還有拿到減肥的適應症。

盧主任委員瑞芬：這部分健康署或健保署有沒有要回應？

蔡副署長淑鈴：自費的項目健保申報資料沒有，也許我們再考慮看看，如同你說的是稽核，這方面我們留下來研議好了，現在暫時沒有完整的答案。

盧主任委員瑞芬：謝謝，對於委員剛才的提問，如果現在現場沒有辦法得到答案，事後也會請健康署跟健保署回復。

劉委員淑瓊：現在目標人數是 25 萬嗎？

盧主任委員瑞芬：目標人數？

李科長惠蘭：10 萬的部分是因為整個計畫……

盧主任委員瑞芬：現在是 25 萬。

李科長惠蘭：25 萬是以 112 年預算來估的。

盧主任委員瑞芬：對，還是 25 萬。針對這一案……

吳委員榮達：剛剛有兩個問題還沒有回答到，有關是不是醫師親自或者是他指導就可以。

盧主任委員瑞芬：有，他剛才講他們會再協商討論。針對這個報告案的決定如下：

第一，本案洽悉，委員所提意見，請健保署研參。

第二，請健保署持續追蹤計畫執行成效，並將監測結果及計畫成效提報本會，以利總額協商參考。

我們現在進行第三案。

柒、報告事項第三案「藥費管控策略及檢討(含藥費超出支出目標值之原因檢討、新藥納入健保給付之作業程序與核價原則及新藥引進後之檢討等)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

張副組長惠萍報告：略。

盧主任委員瑞芬：謝謝健保署，現在請委員提問。好像是這邊先？因為你們好像同時舉手，我們先請藥師公會黃理事長。

黃委員金舜：主委，還有各位委員，指示用藥在法規上已經講的很清楚，不能健保給付，剛剛我聽到主管單位在報告，他說指示用藥要逐年減少，本來 1,200 項，10 幾年來減少 364 項，10 多年才減少 3 分之 1，如果要全面排除，我要等 30 年，這合理嗎？

第二個部分，長年台灣健保都沒錢買新藥，結果指示用藥法規上明確規定不能健保給付，政府便宜行事。指示用藥在用途上就是安全性高、藥性溫和，所以醫生、藥事人員都可以推薦，在台灣很奇怪，藥師可以推薦，但在診所、醫院，醫生開的可以健保給付，我要問健保署，如果民眾去藥局拿這 836 項，藥局是不是可以要求健保給付，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請吳榮達委員。

吳委員榮達：謝謝主席，我想從頁數上開始。第 1 點，健保署對這份資料我想他們花很多時間跟心血，我非常佩服，但是太高估我們了，我已經蠻用功了，可是裡面的東西要我消化不太容易。呈現的方式對我們來說，我已經夠努力了，但對於一般人來講，並不是學者專家或醫療人員，要看這些東西還是蠻吃力的，我建議可不可以再簡單明瞭一點或是淺顯一點的文字表達，因為這對我們來講比較艱困一點。

第 2 點，從頁數來看，補充資料 2 投影片第 12 張，對於重複用藥的管制措施，我們也相信，一方面來看健保署確實很努力，從 108 年，我看的是 108~111 年，這是對於重複用藥的扣減數額是逐年在升高，可是我們從另外一個角度來講，這些控管的措施，好像

沒減低重複用藥的狀況，因為這是一體兩面，你扣愈多表示採取這些管制措施後，還是沒有減少，看起來好像是這樣，這可能還要考慮看看，到底是哪裡出問題，要不然採取這些管控措施，好像也沒有降低重複用藥的狀況。

再來是補充資料 2 投影片第 14 張，右半邊有一個無效廠商的還款，這裡面有一個叫做效益較差者暫停，然後用藥反應低者調整藥品支付價。因為這上面沒有寫文字上的說明，所以所謂的較差者跟所謂的低者，裡面到底是什麼樣的內容，不太清楚。再來是有關於反應低者調整藥品支付價，是怎麼樣的調整方式，報告裡面看起來好像也沒有詳細的說明，這是有關於投影片第 14 張。

再來是補充資料 2 投影片第 18、19 張，有關 DET^(註)的檢討，我們知道署長對外講過對於 DET 部分有新的措施方案，可是我看內容沒有呈現出來，變成是落後的資料，這部分可能在什麼情況下讓我們再了解一下，現在署長所要採取的新措施。

再來是補充資料 2 投影片第 23 張，剛才我也有講過，我去分析整個癌症醫療費用狀況，這 5 年來大概占健保給付百分之 18 點多，這是相當可觀的數字。如果我們再把洗腎部分再加進來，比例將近 25%，等於這兩種健保給付金額，已經超過我們整年度健保給付的 4 分之 1 以上，這相當可觀。所以我當然也有建議，對於這個特殊的疾病，然後龐大的用藥情形，在非協商因素考量的時候，是不是應該在下一年度做考量，因為這會比較精確一點，這是有關於投影片第 23 張，大概以上的問題請教，謝謝。

註：DET (Drug Expenditure Target，藥品費用支出目標制)。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請滕西華委員。

滕委員西華：非常謝謝健保署這次的專案報告，我也覺得蠻棒的，但如果有機會也可以同時或下次報告新特材收載跟相關流程會更好，不是更好，蠻好的，如果有機會的話。針對補充資料 2 投影片第 9 張跟第 10 張提出請教，第 9 張投影片裡面提到學名藥核價，我想問學名藥兩個問題，現行收載裡面，現行未完成 BA^(註 1)/BE^(註 2)的藥品是否會進入收載？第二，過去沒有完成 BA/BE 的藥品是否退出

收載？因為我們一直質疑過去有沒有執行 BA/BE 的藥品納入學名藥給付，已經蠻多年，我記得陳節如委員當立委的時候，她也針對這個議題開過蠻多記者會，提出一些沒有做 BA/BE 用藥的問題，這是第 1 個。

第 2 是透過 MEA^(註 3)，補充資料 2 第 10 張投影片，關於暫時性健保支付看起來確實是德政，但是擴大運用的 3 個裡面，其中第 2 個我有非常大的疑慮，我也不是非常支持。首先，療效或安全尚未確定，現在再生醫療雙法目前就有這樣的問題了，我不知道為何健保要惡化這樣的現象。沒有完成第三期臨床試驗，這就是沒上市的藥品，你是指全球沒有完成第三期？還是在台灣沒有完成第三期？不管是在台灣或是全球沒有完成第三期，你要在二期的臨床療效，有一些特殊藥品如果在第二期非常有效，也可以不必做第三期，或是三期的要求比較低，但是我們要如何確定，他沒有完成第三期，他二期的臨床療效要多顯著。因為沒有上市，沒有完成第三期，病人的保障在哪裡？還是由健保署出面給付。

我們剛剛講，已經拿到藥證再進入審查，都要 12.5 個月都還沒有納入給付，但是在這裡卻要把沒有完成第三期臨床試驗的納入暫時性給付，會不會變成由健保署出錢收載，還幫廠商收臨床試驗個案，然後我們還付錢。本來臨床試驗第三期是廠商要出資，病人不用付錢，完成三期的有效性才能申請上市，上市後進入第四期，所以至少完成三期有效申請到藥證，健保署才可以收載進入專家評估。可是我們這裡把沒有完成三期，而且明確的寫療效跟安全都沒有確定的，究竟為什麼要替廠商作嫁到這種地步，將他連臨床試驗的錢都省了，健保還幫廠商收病人，還付臨床試驗的經費，我非常不解，我在這邊表示，我個人非常不支持這個納入暫時性給付要件，謝謝。

註 1：BA(Bioavailability 生體可用率)。

註 2：BE(Bioequivalence，生體相等性)。

註 3：MEA(Managed Entry Agreements，藥品給付協議)。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：謝謝，我是針對重複用藥跟指示用藥給付有一些想法。第 1 是重複用藥，請看補充資料 2 第 12 頁 slide，健保署用這張非常好用，表示我們重複用藥控管措施的時候，就說 103~111 年我們減少 125.9 億，但每年還有 6~8 億，所以要增加民眾的部分負擔，我覺得這件事真的非常不公平。

重複用藥其實不只關係到醫療費用的支出，也跟病人安全有很大的關連性，所以我們希望健保署能夠進一步提供，現在我們的管控措施到底成效跟限制在哪裡？就是每年 6~8 億裡面，我們想知道首先是各層級的醫事服務機構重複開立的情況怎麼樣？是跨科別還有跨層級重複的比例有多少、人數大概是怎樣？常見的重複用藥有哪些？為什麼會有浪費。我覺得這都是付費者很想知道的。

再來針對指示用藥給付，請大家看到補充資料 2 第 26 頁，在今年第 2 次委員會議的時候，醫改會就有提出來，請健保署能夠給我們 3 個資料，在總額協商之前，當時健保署也允諾在 4 月份的報告裡面要講，但是沒有看到，我們希望能夠儘快的提供。這 3 件事情，第 1 是要盤點指示用藥的用量高，但是處方藥的可替代性低的是哪一些？第 2 是要概算健保給付指示藥品的時候，民眾的就醫行為、醫事人員醫療行為趨使下，造成的隱形成本，像診療費、醫事服務費等大概是怎麼樣的一個情況。第 3，民眾常用的指示用藥，如果我們不給付的話，對於不同族群會造成怎樣的一個健康衝擊？因為剛剛的報告都是講未來我們會怎樣，希望健保署可以給我們一個承諾，你的時間表是怎麼樣，能夠把這些數據提出來，我們就可以一方面又符合健保法規定不要再給付，但另外一方面也不要影響到一些人的健康，我覺得這個數據事不宜遲，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，我們現在請最後一位陳石池委員。

陳委員石池：主席、各位委員，大家午安。首先，張副組長報告的非常好，我本身非常的 appreciate，我是對重複用藥，記得去年我也提過同樣的問題，我說管控有成效，但逐漸增加，你要小心，沒想到今年又爬上來，表示你們管控方法真的是有問題，我不知道你們

是閉門造車自己想辦法，還是我要邀請醫界還是消費者團體，大家共同討論問題出在什麼地方，你們沒有用對的方法，所以成效不好，希望這方面能夠再有所改善。

再來是補充資料 2 投影片第 22 張有關新藥、罕藥的問題，我想請問 1 個問題，假設這是 1 個新藥，可是它治療癌症，你是規劃在新藥類還是癌藥類？這是第 1 個問題。第 2 個，用這麼多新藥、罕藥，可是癌症還是十大死因第一名，每年一直上升，所以藥效的效果你要檢討，是不是真的這麼好嗎？我覺得這個要討論，你花這麼多錢，可是死亡還是第一名，人數還增加，這表示效果是有問題，我覺得要去討論一下，新藥進來要嚴格，我不認同假設沒有做好，每次用恩慈療法，這個都不好的，沒有直接效果把人民當小老鼠在做實驗，這是不對的，不要講說新藥有個希望，這不對啊，有時候是沒有效，應該要有足夠的臨床證據才可以納入新藥來使用，這樣才是比較合理的，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，陳杰委員。

陳委員杰：感謝給我發言的機會，現在目前在討論有關藥價管控策略及檢討，剛剛我非常注意聆聽健保署的報告，對這個領域我比較不熟，但我反映 1 個意見，昨天剛好是一個工會開大會，有 1 個工會勞工代表拿了 2 個東西來找我，本來不是找我，是找另一位，他不知道現在我當健保會委員，後來我跟他深入了解以後，他跟我講，奇怪，我們現在有些藥物，當然就是說到底是不是台灣市場真的有缺藥，是不是它本身藥價沒有辦法達到非常合理化，他拿這兩樣藥物給我看，1 個是驅異樂，1 個是利普妥，他說這個藥本身藥效非常好，但目前醫院可能比較不喜歡用，為什麼？它的價格或許比較貴，但一般的不管是將近相同藥效的學名藥，它的藥價或許會比較低一點，醫療院所都比較喜歡用其他替代品，但他發現這藥的效果事實上是非常好，他問我這問題我有沒有辦法解決，我說我沒有辦法解決，剛好今天開會的時候我能夠提出，當然也希望健保署、健保會能夠正視這個問題，當然就是說保護台灣的藥，我本人表示非常支持，但是原則上不要損害到健保被保險人的用藥權益，台灣到

底目前真的有缺藥嗎？我是有一點質疑，當然相對世界各國有缺藥嗎？我相信可能是價格的問題，我希望核價本來就要有區隔化，比方說進口藥，藥效比較好，當然是否核價可以稍微高一點？剛剛報告有提到學名藥 BA/BE 的部分，本身是原來原廠藥價 90%，一般學名藥是原廠藥價 80%，有關進口藥價可能沒提到，我提出這個問題希望大家正視健保被保險人權益，希望能夠用到比較好的藥，對所有被保險人的健康應該會有所幫助，藉由這個機會做以上的建議，不然我擔心很多好的藥可能會退出台灣的藥品市場，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，因為提問的問題很多，所以我們要預留時間給健保署回應，現在請最後 2 位，王惠玄委員先。

王委員惠玄：大家好，還是非常肯定健保署同仁平常就積極監督，今天報告整理非常多資料，真的很不簡單，非常的肯定，謝謝。我個人是對補充資料 2 投影片第 13 張 HTR^(註)部分，能不能給我們一些初步的成果，到底這 4 個決策的分布是怎麼樣？另外就是說是不是有針對新藥相對於舊藥，就是所謂的第一大類跟第三 A 大類、第三 B 大類的部分有做比較效益分析嗎？comparative benefit analysis。這個部分在做適應症的辨證方面其實是有相當大的助益。

再來是補充資料 2 投影片第 23 張，有關癌症的照護，健康署的代表已經離席了，這個部分是不是能夠建議跟健康署所維護的癌登資料做適當的串連勾稽，因為癌症的病人數增加也有可能是篩檢成效的結果，所以在癌症的病人數裡面，它的分期的分布是如何，是不是也可以回應剛剛陳石池委員所提問成效的部分，如果我們早期介入、早期治療，縱使用藥的費用上升，但是是不是延長病人有意義的生命，或是說生活品質，這個部分是可以列入成效的。

再來只是一個小小的溝通方式，在補充資料 2 投影片第 23 張裡面，我們看到癌藥費用平均成長率 9.68% 高於健保總額成長率，在這樣的會議中，這樣的情境下，我們可以了解是要去比較費用的成長，但我其實不時看到媒體的不當引用，造成一般民眾對於癌症病人不必要的貼標籤或是汙名化，覺得他們吃掉健保好多錢，我覺得

這對癌症病人也好或任何一類病人都不是很公平，這部分也請適度做措辭上的調整，以上，謝謝。

註：HTR(Health Technology Reassessment，醫療科技再評估)。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請最後 1 位口頭發言，蔡委員。

蔡委員麗娟：謝謝，我先看補充資料 2 投影片第 23 張，剛剛報告時提到，本來我們聽到藥費占整個總額大概是 28.9%，這個數字過去一直都被重複再提，剛剛報告說因為 111 年 PVA^(註)跟 MEA 有一些還款，所以比例降到 26.3%。

第 1 個我要請問的是，我們可以了解 111 年 PVA 跟 MEA 還款的金額到底是多少？因為 110 年有公布差不多 50 億元，111 年這數字能不能明確一點的告訴我們，我記得在我們上一次共識營的時候，石署長有說到就是說未來 PVA 跟 MEA 的還款，他是支持回到新藥的預算裡面，所以第 1 個就是了解 111 年到底返還的錢有多少？

另外一個問題，在補充資料 2 投影片第 10 張，剛剛西華委員也有提到，暫時性的健保支付，這個 Conditional listing，不管是薛部長或者是石署長，在很多場合裡面都有提到說是為了增加癌症新藥的可近性，可能這個藥物的 Unmet medical need 比較高，過去以來都沒有比較突破性的新藥，突破性的藥物發明，同時它已經取得藥證，但或許還要更多臨床真實世界的數據的支持，才能夠做是不是要常規給付的參考，所以就有暫時性健保支付的機制。

但是就我們的了解，這錢還是在新藥一大包的經費預算裡面，所以如果要做這件事情，沒有一個額外的 funding 在那邊的時候，可能會排擠到目前已經有一些實證非常清楚，但是只是因為財務衝擊太大，一直都沒有辦法給付，所以在這兩相權衡之間，這是一個好的想法，但如果沒有配套的預算，真的會排擠到一些已經看到而且已經進來很久，數據非常的明確，但是的確是財務的衝擊太大，健保是沒有辦法給付，甚至有一些是 complication，2 個藥加進來就更貴，這部分也希望健保署能再多一點說明，想法很好，立意也非常好，但怎麼樣有一些配套，才能讓癌症病人用藥時的確是可以增加可近性，以上，謝謝。

註：PVA(Price-Volume Agreement，藥品價量協議)。

盧主任委員瑞芬：現在請健保署回應。

蔡副署長淑鈴：我先回應一下，其實大家都在關心補充資料 2 投影片第 21 張，在講的是藥費支出的現況，過去都占醫療支出比例甚至高達 28.7%，這在國際比較裡面相對高非常多，我們長期觀察這部分的藥費，當然藥費支出有包含單價跟數量，所以在相對高的情況下，我們當然是價量都得檢討，也許我們的價格會有問題或數量有問題，這就反映在如果是價格的部分，DET 的調整或今天跟大家報告以後藥價的調整，這都反映在處理單價的部分。

數量的部分就是剛剛我們也有提到說，透過雲端藥歷去處理重複用藥，至於非重複用藥但是用藥不合理，就透過專業審查去處理，在這裡頭大家看到當然就是申報數，大家有關心到發現 111 年有下降，其實我們自從有 PVA、MEA，每年的還款金額在這裡都是沒有扣掉的，只是舉例 111 年如果扣掉 PVA、MEA 的還款是 26.3%，其實每年都有 PVA、MEA 的還款，理論上如果我們夠好的話，應該再呈現另一條線是還款之後的占率，才是真正的藥費支出。

不過這個過程中，因為這裡有實施 DET 跟沒有實施 DET 的期間，實施 DET 之後每年都有價量調查之後的藥價調整，這部分會有一定程度的效應，每年 PVA、MEA 並沒有一定的趨勢，因為牽涉到每一個不同的藥物，所以有高有低，沒有辦法說今年幾億元，明年就一定幾億元，有時候甚至 30 億元，有時候 1 年 80 億元都有可能，所以這部分其實我們就是做這樣的一個報告。

第 2 個部分我想回應大家都在關心指示用藥，黃理事長已經離開啦？因為剛剛黃理事長一開始就針對指示用藥提出一個非常尖銳的問題，其實指示用藥確實長期大家都認為沒有依法行政，但是開辦的時候因為已經既有的指示用藥一直給付，長期來講我們也很努力的有 3 波的 delisted，可是現在還有 800 多項，最近我們為了盤點也回應藥界的期待，以及醫界的訴求，我們確實重新盤點，就如同剛剛劉淑瓊委員提到，我們是不是應該盤點，我們確實全部盤點 800 多項，從用量低的到用量高的，最近會跟藥界、醫界好好的談一

下，這些用量非常低的是不是有拿掉的可能性，但用量非常高就表示臨床需求其實很大。

另外我們也在盤點這些指示用藥，有些的藥證又是處方藥，又是指示用藥，是雙重的，所以這些到底該歸在指示用藥還是處方藥，這些其實是我們最近整體盤點的重點，有機會在這裡更加地去落實指示用藥不給付，但是還是會剩下有一些必須的指示用藥，甚至是小朋友，因為兒科醫學會一直跟我們反應 12 歲以下的孩子不建議不經過醫師指示去買任何的藥物，這對兒童的用藥安全其實是非常大非常大的威脅，所以在這裡我們確實兩邊的聲音都要聽到，最終有可能我們會留下一些少數的指示用藥是臨床必須的。

如果大家還是質疑我們沒有依法行政，我們也打算最後修法來落實，或者是回到它是不是指示用藥跟處方藥雙重藥證，我們要如何來認定它是否指示用藥的問題，所以這些雖然今天沒有細節的報告，事實上詳細的數據我們都已經盤點過，那我們打算像這樣的議題也是在最近 1、2 個月會跟所有利害關係人溝通，算是我們藥價調整政策的一環，當然如果成熟之後，最後不管是法規的調整或是政策的改變，也會到健保會跟大家做報告。

現在指示用藥用掉的費用大概 20 億元，但有一些是含在簡表裡面，有一些是論量申報的部分，因為劉淑瓊委員也一直關心假定通通拿掉會對病人有什麼影響，其實我們更關心的是，如果通通拿掉之後，醫師會怎麼處方的行為，那些會不會又造成我們更大的支出？這些都是在盤點的範圍，這是跟指示用藥有關的。

另外跟重複用藥有關的，有幾位委員也同時關心跟重複用藥有關，確實重複用藥我們透過雲端，大家看到那張圖，我們已經重複一直用，大家覺得我們也很會用這張，這張確實可以讓你看到它的好處，但是這個好處確實每年就維持在這樣的範圍內，有人在講說你不斷的用扣款，他行為也沒改變，表示每年大概都有這樣的問題被扣款，可是要回到健保會委員的初衷，假定他是被扣款，就不會算在核付裡面，就是刪除，所以我們也是保險人做必要的把關，在

這個地方也是呈現。

至於用藥是否有浪費，不是只有重複用藥 1 種原因而已，也有可能是不必要的用藥，確實如我一開始報告的，是需要透過抽樣審查或是立意抽審。這個部分在補充資料 2 投影片第 11 張也跟大家報告，除了重複用藥的核扣以外，定期將不合理的、高於同材質的指標去做資訊的回饋，希望醫界可以自我管理，另外加強管理的部分，也對於單項的指標異常的，就會進行立意抽審，透過專科醫師、審查專家審查來決定是否給付，這些動作算是我們的 routine，沒有辦法一一呈現，但這些是我們的日常跟我們的 routine。

最後有 2 項可能大家也質疑比較多，1 個是癌藥，1 個是暫時性的支付這 2 件事情。癌藥的部分，確實有委員提到，如果藥物屬於新藥，但它也是癌藥，到底算不算新藥？當然算。有一些委員提到現在的癌藥，是不是給付的不夠好，死亡率還是很高，確實癌藥的收載，最近我們聽到癌友的聲音都提到有蠻多的自費，就代表我們還沒有給付，所以他必須用自費，跟大家報告確實癌藥要進來有一定程度的受限，原因是因為真的新藥預算不足，每年編列的新藥預算現在大概是 20 億元左右，但是現在新的癌藥真的非常非常貴，包含 IO_(註1)、CAR-T_(註2)，其實都相對非常非常昂貴，所以我們沒辦法收載，限於預算時候，有時候會限縮適應症，從最有效的來開始支付，或者是單價過高我們很想支付，但廠商不同意，後來不願意供貨，也有可能因此沒有辦法生效，所以也造成癌友有時需要自費，這些我們也都知道，我們也很想去突破，一旦新藥進來是屬於癌藥，是限縮適應症，一開始新的適應症是用新藥的預算，下一波想要擴大適應症，就用擴大適應症的預算，所以我在這裡也要拜託，如果要加速新藥的引進，除了我們會在未來的藥價改革，再去籌措新藥的財源以外，也希望委員在明年度總額協商的時候，對新藥的編列要多一點寬裕的空間，否則可近性還是會變得比較差。

最後要回應暫時性的支付，首先，暫時性的支付確實現在還是用新藥的預算，那有委員說如果是這樣會不會排擠已經有療效但是卻沒有辦法用到的藥，會被暫時性的支付先行用掉預算之後會受到排

擠，也許是會發生，但是我們現在的動作大概就是先進先出，要隨著它申請的順序進來，就是先進先審的進度，只要是審到類似的，像符合暫時性支付的條件，其實它是有藥證的，並不是沒有藥證，藥證是 TFDA^(註 3)給的，它已經加速核定給藥證的情況下，再加上另外 1 個條件是這樣的藥是現在沒有藥可醫，所以叫 Unmet medical need，不是說現在就有藥，只是好一點點的那種，那種就不會落入這裡，那個就是要看相對療效，我們這一塊是根本沒有藥的，這類病人是非常非常著急的，終於有一個新藥，該不該給他先用，這樣的一個道理，後來部長的指示也是暫時性的支付，就表示不是永久，但是需要蒐集真實世界的資料來做佐證。

如果所有的藥都進到這裡，對我們 loading 也是非常的重，我們也是少數非常少數，據我了解現在大概是 2、3 個藥進到這裡而已，所以你說是不是有真的排擠到現在有限的新藥預算，也還好，沒有大家想像的這樣，最終大概就是我們努力的，希望也拜託委員能夠給新藥的預算多一點財源，讓這件事情能夠做得比較好。當然如果落入暫時性的支付，將來評估不好，我們是要下車的，在這裡也就是給廠商一個條件，如果真的要下車，原有已經用藥的病人是不可以斷藥的，大概是有這樣的 promise，以上，謝謝。

註 1：IO(immuno-oncology therapy，癌症免疫療法)。

註 2：CAR-T(Chimeric antigen receptor T-cell therapy，嵌合抗原受體 T 細胞療法)。

註 3：TFDA(Taiwan Food and Drug Administration，臺灣食品藥物管理署)。

盧主任委員瑞芬：謝謝。這個案子討論到這裡，決定是：本案洽悉，委員所提意見，請健保署研參，我想剛才沒有回應的部分，因為時間的關係，沒有回應的部分他們一定會書面回復，絕對不會遺漏，接下來進行下一個報告案。

李委員永振會後書面意見：由報告內容看似相當完整、周全，健保署同仁也很辛苦，但由報告資料投影片第 21 張圖表來看，藥費申報點數從 102 年 1,541 億點每年增加，到 111 年已達 2,316 億點，成長 50%，藥費占率亦自 106 年每年提高，在疫情最嚴峻的 110 年更達

到最高峰 28.7%，111 年雖略降 1.4%，但金額仍是增加，兩者似乎不搭，不曉得我們期待想改善的效果是否會出現？

陳委員節如會後書面意見：補充資料 2 投影片第 4 張，前瞻規劃精準給付當中提到的「前瞻性評估(HS)」^(註)想了解是否還有像過去一樣設定「財務衝擊 2 億的上限」？建議應該落實前瞻性評估原有的精神，讓健保署可以實際面對財務衝擊，不是先匡著財務上限。

補充資料 2 投影片第 24 張，新藥收載結果分析，這個時間是指給付生效那一次的受理時間開始算吧？這個數據與病友團體們的認知(癌藥從申請健保到給付平均約 730 天，相當於 2 年)差異相當大。健保署應考慮誠實地列一張新藥「首次申請納入給付」到「給付正式生效」的時間統計，這才能更加釐清冗長的環節在哪裡。不是每次都各說各話。不管要推新藥給付的先鬆後緊，還是納入給付後的醫療科技再評估(HTR)，大家都支持，但前端審查程序資訊的揭露對於病人也是很重要的環節，不該讓病人一直看不到盡頭地等待。

註：前瞻性評估 (Horizon Scanning,HS)：一種早期偵查潛在威脅或衝擊的評估技術，可預先對未來可能的發展作出判斷，從而制定因應對策、爭取到更多前置時間。

捌、報告事項第四案「中央健康保險署『112年3月份全民健康保險業務執行報告』(書面報告)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

盧主任委員瑞芬：這個部分，因為我們只剩3分鐘，我建議如果有任何意見提書面，不在現場回復，不曉得委員同不同意這樣的決定？如果可以的話，這個案子，本案洽悉，委員所提書面意見，會請健保署回復說明。接下來有沒有臨時動議？如果沒有的話，那我們今天會議開到這裡散會，謝謝各位委員。

李委員永振會後書面意見：有關111年大陸港澳人士及無戶籍國民與外籍人士保險費暨醫療使用統計，整體收支雖沒有超支，但兩種人員第2、第3類之被保險人及眷屬在110、111年度因疫情醫療量能下降的情形下，該8種被保險對象醫療費用占保費比率都超過100%，因狀況特殊，健保署是否深入瞭解、掌握，以謀改善？

韓委員幸紋會後書面意見：各項政策實施效果應多利用相關行政資料進行分析，如此才能提升政策制定品質，近期幾個大家關注的重要計畫，例如：

112 年西醫基層總額因應基層護理人力需求，反映護理人員薪資，根據健保署回覆，健保署規劃以護理人員健保投保金額進行觀察，但此仍無法觀察到是否僅是將原先的非經常性薪資移為經常性薪資，故建議串連所得資料，但健保署回覆此分析超出原先蒐集資料之用途，可能違反個資法。

滕西華委員關心近五年醫事人力與非醫事人力費用占比變化，擔心院所將業務外包，可能影響醫療品質，健保署回覆因目前醫院財報中人事費並未區分醫事人力及非醫事人員費用，但此同樣可以利用醫事人力登錄 ID 串連所得資料即可獲知。

另外，本次會議資料第 95~96 頁，上次會議我有建議住院整合照護服務試辦計畫後續應觀察醫院照顧人力是否有持續流向長照 2.0 的情況，健保署有回應會建立護佐人力訓練及證照制度，這個後續也應該辦理資格登錄後，追蹤後續是否穩定於醫院服務，或後續流向長照 2.0，因目前居家式服務時薪為 210~350 元，相對較高，若是培訓後的人力因薪資因素流出，會影響到政策的成效。

總而言之，健保署未來是否積極思考如何突破相關限制，妥善運用數據資料，對於政策成效加以觀察並追蹤後續，例如針對護理人員加薪是希望達到何種效果，是希望增加護理人員留任誘因嗎？如果是，編列預算加薪後是否確實達到其成效，還是其薪資仍舊低於其他相關行業，護理人員仍可能流向其他相關行業等問題，健保署應進行長期觀察，如此一來才可提高政策成效及政策品質。

「代謝症候群防治計畫之改進方案」補充資料

一、計畫核心概念：

不健康生活型態是代謝症候群發生主因，為從根本著手改善，透過慢性病風險因子管理及衛教指導，改變過往偏重藥物治療的醫療方式，落實民眾健康行為，強調於疾病前期即介入，避免後續慢性病惡化。在醫療端著重行為介入(如肥胖、不運動、不健康飲食、吸菸、嚼檳)，提供衛教給付誘因；在病人端則讓民眾理解健康行為改變也是醫療處置的一環，由醫師跟病人共同制定管理目標改善生活型態，將民眾看病吃藥觀念轉型為積極改善不健康生活型態。

二、支付單價衡平性：

(一) 收案評估費(P7501C)支付點數維持 900 點：係考量本計畫收案評估階段以改善不健康生活型態為主，於疾病初期醫療專業人員指導與介入需執行事項眾多，包括個案生活型態問診、慢性病風險計算及評估(菸檳、運動、飲食、腰圍、BMI、三高)、個案健康指導及衛教、醫病共議改善目標(如腰圍、體重、血壓、飯前血糖或醣化血紅素、三酸甘油脂、高密度或低密度脂蛋白膽固醇)、完成疾病管理紀錄表交付病人、個案健康行為及檢驗檢查值上傳 VPN 系統等，故需反映於支付點數，以增加執行誘因。

(二) 收案所需執行項目：

1. 個案收案資料確認(基本檢驗數據)
2. 配合管理所需規劃補充檢驗檢查項目
3. 告知個案計畫管理流程及收案
4. 慢性病風險計算及評估
5. 風險因子評估(菸檳、運動、飲食、腰圍、BMI、三高)
6. 個案健康指導及衛教(菸檳、運動、飲食)
7. 血壓量測之722指導
8. 醫病共議改善目標(如腰圍、體重、血壓、飯前血糖或醣

化血紅素、三酸甘油脂、高密度或低密度脂蛋白膽固醇)

9. 完成疾病管理紀錄表交付病人

10. 個案健康行為及檢驗檢查值上傳 VPN 系統

三、 本計畫後續執行之建議：

- (一) 本計畫內容設計引導醫療端重視慢性病風險因子管理及衛教，期能透過評估及個人衛教建立民眾健康行為，做好早期疾病管理，也將過往較偏重藥物治療的醫療行為轉型為重視生活型態調整，同時強化民眾認知，了解改善不健康行為的重要性。因此雖然與家醫計畫重複收案率為 6 成 8，但其中近 9 成收案對象未進入健保醫療品質計畫管理，且屬於代謝症候群，故須積極投入危險因子衛教及健康行為建立，才能避免疾病惡化及進展，而少部分是其他給付方案(但已排除糖尿病或糖尿病合併慢性腎臟病收案等代謝性疾病個案)，若收案管理亦排除重複給付追蹤管理費情形。
- (二) 計畫已規劃建構疾病管理流程供診所依循，另為達成以病人為中心的管理，本計畫責成醫師與病人共同合議達成之改善目標，另醫師應依據病人需要提供衛教指導，強化個人化的健康管理。另於 112 年計畫中已增列「個案績優改善獎勵」指標，針對已改善代謝症候群且結案前一段期間未用藥之個案，提供獎勵費 1,000 點，以引導醫師積極改善病人不健康生活型態，強化風險因子管理。
- (三) 本計畫核心目的為「以病人為中心之慢性病管理」，考量代謝症候群會導致近 6 成慢性病發生，因此針對此類不良生活型態及習慣引起的慢性病，及早介入及改善慢性病危險因子如體重、腰圍、戒菸、戒檳等，以避免三高慢性病惡化及進展，同時賦能醫病雙方共同做好慢性病管理。