

衛生福利部全民健康保險會  
第6屆113年第10次委員會議事錄

中華民國113年11月20日



# 衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第10次委員會議紀錄 (含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國113年11月20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：許至昌、曾幼筑

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(台灣社區醫院協會王秘書長秀貞代理)、江委員錫仁、吳委員榮達、吳委員鏘亮、李委員永振、李委員飛鵬、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(台灣總工會張秘書長鈺民代理)、侯委員俊良、陳委員石池、陳委員杰、陳委員相國、陳委員節如、陳委員鴻文、黃委員小娟、黃委員金舜、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、詹委員永兆、劉委員玉娟、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(全國工人總工會張理事長家銘代理)、韓委員幸紋

請假委員：張委員清田、游委員宏生、董委員正宗、謝委員佳宜

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、龐副署長一鳴

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第9頁)

貳、議程確認：(詳附錄第9~10頁)

決定：

- 一、同意臨時提案「有關『全民健康保險提供矯正機關收容人醫療服務計畫』113年專款預算不足額數，擬由113年度醫療給付費用總額『其他預算』項下之『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』預算支應案」納入本次委員會議議程，安排於原有議案完成後討論。

二、餘照議程確認。

參、確認上次(第9次)委員會議紀錄：(詳附錄第11頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第12~29頁)

決定：

一、上次(第9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、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第30~58頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：113年第3季全民健康保險業務執行季報告，請鑒察。

決定：

一、本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署回復說明。

二、另請中央健康保險署於衛生福利部核(決)定114年度全民健康保險醫療給付費用總額後，列表呈現114年度總額，及加計各項政府挹注之公務預算(含總額移出項目之預算、罕病藥費及癌症新藥暫時性支付專款等)後之金額、成長率與其計算方式，提供委員參考。

陸、討論事項(詳附錄第59~75頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：114年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，續請討論。

決議：

一、114年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度22.8百萬元)2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。

2.自五分區(不含東區)一般服務費用移撥150百萬元，作為風險調整移撥款，由各季提撥37.5百萬元：

(1)110 百萬元：逐季使用至預算使用完畢為止，補助其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至 0.9 元之差值(但最高不大於點值第二低的分區)；若經費不足，以原計算補助金額乘以折付比例計算。全年預算若有結餘則回歸一般服務費用。

(2)40 百萬元：按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。

3.五分區(不含東區)一般服務費用扣除上開移撥費用後，依下列參數占率分配：

(1)各分區實際收入預算占率：65%。

(2)各分區戶籍人口數占率：16%。

(3)各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。

(4)各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：4%。

(5)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

(6)偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則依「各分區實際收入預算占率」分配。

二、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定

之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

- 三、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，請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，於113年12月前送本會同意後執行。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。

## 第二案

提案單位：本會第三組

案由：114年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，續請討論。

決議：

- 一、114年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：
  - (一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。
  - (二)分配方式：
    - 1.自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)移撥至少6億元，作為風險調整移撥款。
    - 2.扣除上開移撥費用後，預算70%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後之保險對象人數，30%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。
- 二、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款額度、用途與執行方式)等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款額度、用途與執行方式請送本會備查。
- 三、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，由中央健康保險

署會同西醫基層總額相關團體議定後，於113年12月前送本會同意後執行。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。

### 第三案

提案單位：本會第三組

案由：114年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，續請討論。

決議：

一、114年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度3.887億元)移撥6.5億元，作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展，其中0.5億元用於因應東區因R值(各地區校正「人口風險因子」後之保險對象人數)占率調升造成之財務衝擊。

2.扣除上開移撥費用後，用於計算地區預算所採之門、住診費用比為45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

(1)門診服務(不含門診透析服務)：

預算 53%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後之保險對象人數，47%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

(2)住院服務：

預算 46%依各地區校正「人口風險因子」後之保險對象人數，54%依醫院總額支付制度開辦前一

年各地區實際發生醫療費用比率分配。

(3)各地區門、住診服務，經依(1)、(2)計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

二、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

三、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，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，於113年12月前送本會同意後執行。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。

#### 第四案

提案單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險114年度保險費率方案(草案)，提請審議。

決議：

- 一、114年度保險費率經本會審議結果，建議維持現行費率5.17%。
- 二、上述審議結果將依全民健康保險法第24條第3項規定，併同與會人員發言實錄函請衛生福利部轉陳行政院核定，另請中央健康保險署就委員意見研參妥處。

#### 柒、報告事項(詳附錄第76~92頁)

報告單位：中央健康保險署、本會

案由：112年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。請中央健康保險署依委員所提意見，補充說明監測結果之資料解讀、退步指標之原因分析與改



善策略送本會，俾憑彙製112年全民健康保險監理指標之監測結果報告，並上網公開。

二、另委員對監理指標之研修意見(包含指標適當性及操作型定義)，本會將彙整研析後召開專家學者諮詢會議提出修正草案，至委員會議討論。

捌、臨時提案(詳附錄第93~100頁)

提案單位：中央健康保險署

案由：有關「全民健康保險提供矯正機關收容人醫療服務計畫」113年專款預算不足額數，擬由113年度醫療給付費用總額「其他預算」項下之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」預算支應案，請鑒察。

決議：請中央健康保險署參考委員所提意見，具體說明本案符合「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費項目』之適用範圍與動支程序」的條件，並補充相關資料後，提下次(113年第11次)委員會議(113.12.25)再議。

玖、臨時動議：無。

拾、散會：下午2時9分。



第6屆113年第10次委員會  
與會人員發言實錄



壹、「主席致詞」、「議程確認」、「確認上次(第 9 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

**周執行秘書淑婉：**主席、各位委員，大家早安！時間已經到了 9 點半開會時間，現在委員人數已經超過法定人數一半，今天會議可以開始，先請主席致詞。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝各位委員今天出席會議，這是本會這屆委員倒數第 2 次委員會議，下次還是有 1 次正式的會議，會後還有安排專題演講，我們盡力地把每一次都做好，謝謝各位。

**同仁宣讀(議程確認)**

**周執行秘書淑婉：**主席、各位委員，這次會議議程都是依照年度工作計畫排定，有優先報告事項 1 案，這是健保署業務執行報告的口頭季報告，本次口頭報告必須同時呈現分級醫療與急診品質提升方案指標的執行情形。

討論事項 4 案，前 3 案是依上次委員會議決議提案的 114 年度中醫門診、西醫基層、醫院總額地區預算分配的續請討論案，第四案是這 1 次會議很重要的，114 年度保險費率審議，這 4 案都是本會應該要依限完成的法定任務。報告事項是 112 年度監理指標的監測結果跟研析報告。

另外有 1 項是臨時提案，請委員翻到補充資料 1 第 1 頁，臨時提案是健保署在本(113)年 11 月 18 日提出，是有關於全民健康保險提供矯正機關收容人的醫療服務計畫，本年專款預算不足額數，擬由本年度醫療給付費用總額「其他預算」項下之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」預算支應案。

依照本會會議規範第 3 點第 2 項第 2 款規定，臨時提案以當次會議亟待解決之緊急事件或具時效性事項，且必須與本會法定任務有關為限，並應有出席委員附議或連署始得成立，如果不符合要件，主席可以決定提下次會議討論。本案建請主席是不是先徵詢出席委員是否有人附議，有委員附議才能成案，成案之後再請委員討論是否有急迫性以決定在本次或下次委員會議討論。若決定在這次委員

會議討論，建議援例安排在所有議案之後進行討論。以上。

**盧主任委員瑞芬：**這是議程的部分，先請署長簡單說明具有時效性部分，為什麼這個案件這麼急？看委員有沒有附議，以及是不是放在整個會議最後討論。請健保署簡單說明為什麼這個提案有急迫性。

**劉組長林義：**矯正機關收容人醫療服務計畫預算原本編列在其他部門裡面的專款，是專款專用於矯正機關所有的醫療費用。當初這筆費用是從 107 年至今都維持大概 16 億元，現在已經 11 月結算至本年第 2 季並預估到第 3 季，根據矯正機關預算，因為矯正機關要從外面派醫療服務人員進去服務，其實服務人員都不好找，以前都儘量用專款保護，意思就是都用每點 1 元，現在算起來好像本年因為一些收容人增加不在原先預估之列，導致預算有浮動的情形，浮動金額有寫在提案裡面，因為現在已經 11 月了，所以趕快提到健保會做報告，看是不是有一些處理方式，以上。

**盧主任委員瑞芬：**OK，剛才是希望你們說明急迫性，為什麼一定要今天？因為是臨時提案，急迫性是說為什麼今天一定要討論，不然下個月可以再正式提案。

**劉組長林義：**因為現在已經要結算第 2 季的資料了。

**盧主任委員瑞芬：**好，請委員發言，是不是同意這個提案排入臨時提案的議程，在所有案子結束以後包括報告案之後再來做討論，請問委員是否同意？同意，好，就確認排到最後討論，謝謝。請李永振委員。

**李委員永振：**大家同意我沒有意見，但我要請教這個案子署長看過嗎？有看過喔！因為這情形已經提好幾次了，我看資料是昨天下午 2 點半的臨時提案，當然不是很複雜、但是要決定很困難啦，這個經驗署長應該在共擬會議有經歷過嘛，當然好一點，早一點提會，不是臨時提出來，如果今天才提出來我一定反對。以後是不是可以早一點，讓大家有點時間消化啊！我不曉得其他同意的委員有沒有消化，我是沒有消化啦，所以才會講話，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**OK，謝謝。這議程就確認。

**同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)**

**盧主任委員瑞芬：**請問委員對於上次會議紀錄有沒有意見？如果沒有就確認。

## 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：**主席、各位委員，本會重要業務報告項次一，是本會依照上次委員會議決議(定)事項辦理情形如下：

(一)依優先報告事項及第 8 次委員會議紀錄確認之決定，在本年 11 月 6 日已經把 114 年度總額協定結果陳報給衛福部核(決)定，相關資料在附錄一，會議資料第 185~186 頁，請委員參閱。

(二)依照本會重要業務報告決定，安排健保署在第 11 次，就是下次、最後 1 次委員會議，提出「醫療科技評估辦理情形及未來規劃(包含組織架構及分工、對病友權益保障等)」專案報告。

(三)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共有 3 項，依照辦理情形擬建議解除追蹤 1 項，繼續追蹤 2 項，如會議資料第 12~13 頁附表，最後仍依照委員會議定結果辦理。

請委員翻到第 12 頁，擬解除追蹤 1 項，主要是 9 月份業務執行報告委員所提意見，健保署回復說明在會議資料第 14~16 頁，已經有回復，所以建議解除追蹤。請委員翻回會議資料第 10 頁，個別委員關切事項含書面意見，相關單位回復在會議資料第 187~196 頁附錄二，請個別委員就所提意見的部分再去做參閱。

項次二，是本會業依健保法第 24 條規定，在本年 10 月 23 日下午召開費率審議前專家諮詢會議，邀請專家學者就健保署所擬定的 114 年度保險費率方案草案提供意見，這次會議委員有 25 位列席參加，會議紀錄在本年 11 月 6 日函送委員在案，在會議資料第 197~222 頁附錄三，請委員參閱。

項次三，是下次委員會議依照委員會議決議跟年度工作計畫預定安排的報告，主題有 3 項(自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告、代謝症候群防治計畫之專案報告、醫療科技評估辦理情形及未來規劃)，請委員參閱，若委員對這 3 項主題有意見，請最晚在本年 11 月 25 日之前向本會提出須請健保署回應或說明的問題。

項次四，是本會針對上次委員會議的議題，擇定新制部分負擔實



施 1 年之成效作為委員關切重要議題的會訊報導主題，這部分放在本會網頁，請委員轉知所屬團體的會員參閱。

項次五，是健保署於本年 10 月至 11 月份公告總額相關計畫，並副知本會的資料，在會議資料第 225~226 頁附錄五，修訂重點整理於下表，詳細內容健保署都放在全球資訊網，幕僚已將詳細內容及相關附件在 11 月 13 日寄到各位委員電子信箱，以上是今天的重要業務報告。

**盧主任委員瑞芬：**請問各位委員對本會重要業務報告有沒有意見？請陳杰委員。

**陳委員杰：**我們現在針對剛剛周執秘報告，有關本會重要業務報告項次一之(二)提到，依照上次會議本會重要業務報告之決定，將安排健保署於第 11 次委員會議提出「醫療科技評估辦理情形及未來規劃(包含組織架構及分工、對病友權益保障等)」專案報告，提到 1 個重點「對病友權益保障」，因為我最近剛好在我的服務處接到民眾陳情案件，他提到 1 點，他說紅斑性狼瘡患者要注射奔麗生(Benlysta)，但 18 歲以上才有健保給付，而 18 歲以下沒有健保給付，我覺得非常奇怪、有疑慮，是不是下個月專案報告可以針對這個問題提出說明，對一些貧困家庭來說，患有紅斑性狼瘡的 18 歲以下孩童，對於家庭會帶來衝擊，為什麼設定 18 歲以下不能健保給付，我覺得非常奇怪，借用這個機會提出，希望有比較好的效果，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請李永振委員。

**李委員永振：**對於解除追蹤及繼續追蹤的事項，我個人沒有意見，但是有關於政府負擔法定下限 36% 的議題，這議題在 10 月 23 日的費率審議前專家諮詢會議也曾經談了一些，在今天會議資料第 15、16 及 174 頁的資料裡面，好像又看到一些新的訊息，所以就把它彙整成 2 張投影片，也有書面提供給各位委員參考(見議事錄第 23~26 頁)，我就利用這 2 張投影片來做說明，各位委員也可以看書面，這 2 張投影片也希望列入會議紀錄裡面。第 1 個要講的是政府每一年

撥補法定下限差額的計算公式，這部分付費者跟政府的看法是一樣的，沒有爭議，公式就像資料呈現的，因為這是依健保法所整理出來，所以有法律依據，不過對處理的內容有各自解讀，爭議應該是在這邊，把它分成 3 項的講法。

第 1 項就是政府已負擔的認列範圍，衛福部修健保法施行細則第 45 條，擴增認列原屬社會福利補助 7 類人員的保費，健保會委員認為沒有法源而且抵觸母法第 27 條，這是大家主要爭議，目前已經見到曙光，但這個曙光我怕又被烏雲遮掉，強烈建議要把它入法，把施行細則第 45 條<sup>(註 1)</sup>修回原內容，這樣才一勞永逸，不用每一年去協商、去要公務預算，這樣依法的話應該是 ok 的。那為什麼這樣主張呢？請各位參考會議資料第 15 頁(見議事錄第 27 頁)，上次會議我有請教行政院在明年有給我們 134 億元，關於認列範圍的部分，到底是用其他收入還是保費收入來處理，社保司答覆是保費收入，保費收入的話，現在會產生一些會計上的問題，第 1 個 112、113 年政府有特別挹注了 240 億元及 200 億元，是用其他收入入帳，一樣是公務預算，為什麼處理方式不一樣？你用保費收入，在處理原則上我不曉得健保署有沒有什麼見解，我個人覺得怪怪的，同樣公務預算為什麼一項可以用這個科目，另一項用那個科目？因為這會牽涉到第 2 個爭議。另外剛剛提到如果沒有入法的話，每一年要去討論，哪一年會不見也不知道，現在健保財務這麼艱困的時候，可以講是嗷嗷待哺，應該要入法依法辦理，這是第 1 個。

註 1：健保法施行細則第 45 條

本法第三條第一項所稱政府每年度負擔本保險之總經費如下：

- 一、政府為投保單位時，依本法第二十七條第一款第一目、第二目及第三十四條規定應負擔之保險費。
- 二、政府依本法第二十七條與其他法律規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。
- 三、受僱者育嬰留職停薪期間，政府補助原由雇主負擔之保險費。

第 2 個就是在公式裡減掉的法定收入，我們看到會議資料第 16 頁(見議事錄第 28 頁)，這是上次會議我提出書面意見，謝謝健保署提供詳細說明，不過在說明的第 3 點，這點也產生新的疑義，這個法定收入衛福部是依照健保法第 17 條<sup>(註 2)</sup>規定，用反推的方式來得到數字代入公式裡面，我個人是認為，因為這邊當然整個講是健保

會委員，但我沒有跟他們討論過，這是我個人意見要說明一下，我是認為不合理，為什麼？因為如果用這樣的方式，剛剛提到的 112 年跟 113 年的 240 億元跟 200 億元的特別挹注，就放在其他收入，其他收入各位可以看到「111 年至 114 年政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算說明」表中裡面的第 3 欄，第 3 欄裡面 112 年 380 億元，113 年 339 億元，因為有含了這 2 項，所以會特別高，這是減項，特別高就變成 36% 就會乘不到了，就會減輕政府在這個法定下限 36% 的負擔，我個人認為既然是法定，那應該是有法的依據，就按照法的依據去算出來，那個才是法定收入，這樣才符合法遵，現在用公式去反推會怪怪的，夯不啣噹不是保費都算在這裡面，這樣會有爭議，剛才提到的 134 億元，現在用保費收入還好沒有在這裡，至少就 134 億元就要用到 36%，同樣是公務預算 2 個處理方式也不一樣，這個不是以前沒有爭議，以前在 106 年開會曾經有討論過，但那時候統計，依法定有高、有低差異不大，所以就沒有列在我們一直討論的爭議範圍裡面，但是現在列出來這個的話，因為有 240 億元跟 200 億元，就差很大了，這邊好像那 2 筆錢也沒有法律的依據，我希望如果有法律依據，就把它這樣放著可以，至少每年都有 200 億元，這樣的話扣掉一點沒有關係，但是沒有啊，什麼時候會拿掉不知道，這是第 2 點。

註 2：健保法第 17 條

本保險保險經費於扣除其他法定收入後，由中央政府、投保單位及保險對象分擔之。

第 3 點，再給我一點時間把它講完可以嗎？因為時間好像到了！第 3 點是應提列安全準備的公式裡面，應提列安全準備的定義，這個定義的話，現在是用協商的結論以「實際營運值」代入，但是這個做法會有我們一直爭議的 2 個疑點，第 1 點依健保法第 76 條第 1 項(註 3)規範，如果是結餘的話只算到收支的結餘，但是健保法第 76 條規範的安全準備來源應該有 5 項，其他 4 項不見了，各位可以參考會議資料第 174 頁(見議事錄第 29 頁)，健保署新提出來的財務收支情形表，裡面有數字明細。這邊說的 4 項就是收支情形表裡面的「二、安全準備相關收入」，表格下面的說明 5 有提到，安全準備

相關收入就是安全準備來源除了第 1 款的結餘之外，其他 4 款的數字，先大概說明一下。

註 3：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。

第1個就是4項來源不見了，第2個就是在短絀年度代入負值，在健保法所有條文裡面看不到這個說法，這是協商出來的結果，所以我一直強調協商的結論可以凌駕法律之上嗎？這是最大的爭議，不然就沒有依法行政了。

我們去年曾經提出1個討論案，裡面講到102年到111年，如果依照付費者委員看法計算36%不足數的差異金額有多大，這個數字各位應該還記得，是1,246億元，這個金額怎麼用公式算出來，這邊試著列出算法，就是用36%乘以剛剛提到健保法第76條第1項除了結餘之外的另外4項來源，也就是第174頁健保署所認列的安全準備相關收入，就是這個數據再加上如果年度收支短絀時短絀數的絕對值，因為它是負的，兩者相加這樣就是它的差異。因為公式不可以代入負值，應該代零。健保署實在是當了擋箭牌，但因為健保署提的數字不對，不講也不行，這件事後面主導者應該是社保司。

我以底下幾個年度為例，計算給大家瞭解，先以112年度為例，當年度財務收支審定結餘339億元，所以這1年就沒有絕對值的數字代進去，因為它是代結餘進去公式裡的應提列或增列安全準備。但是其他4項的數字就不見了，請各位參閱第174頁裡面剛才提到的欄位，這個數字就是其他4項安全準備來源175億元沒有計入，這個175億元的36%就是63億元，所以之前累積到111年的差異是1,246億元，再加上112年審定數的差異63億元，從102年累積到112年差異已經達到1,309億元，一直在長大。不管是結餘或短絀年度都會長大，為什麼？因為少算了那4項，那4項每1年都有。

各位繼續看到113年的收支餘絀，在這個表裡面是預估276億元，另外那4項的180億元又沒有算到，180億元的差異數36%就是65億元。

再看到114年，用醫界版本的總額成長率推估是短絀178億元，但是短絀可能不只這個數字，因為我看媒體報導說成長率會核到5.5%，醫界方案才5.171%而已。我們用已經有的數字代進公式，所以114年的差異數就是上面那4項，也是180億元的安全準備來源沒有計算到，另外它還需要代入實際營運值-178億元的絕對值，負的絕對值變成178億元，兩個加起來就比較大，乘以36%是129億元。102年二代健保開辦到114年，在這13年裡面，因為對計算看法的差異會累積到1,503億元，這就是在之前會議上講到的那些數據，當時因為時間關係沒有把它的算法講得很清楚，這一次整個帶過公式，應該都很清楚了，就是累積到112年，已經審定的差異數是1,309億元，加上接下來2年推估的是1,503億元，1,309億元應該是確定的差異，1,503億元這個數據則需看未來實際情況來做改變。

容我再講2個建言，針對這個議題我建議2點，第1點，行政院協商過程所看到的論述裡，看不到有法遵的合理、合法依據，而且目前的爭議是協商結論出爐之後才衍生的質疑，結果現在我們處理目前的爭議都是用第一階段爭議協商的結論，也就是說用以處理的情況結論跟後來衍生的問題，可以講是風馬牛不相及，但卻一直講說有結論在，這爭議已經延續8年以上，時空完全不一樣了，所以應該是重新改變啟動協商結論的時機了，這是第1點。

第2點，行政院協商當時的情況是國家財政比較困難、健保財務比較豐足，安全準備累積很快。但今年剛好反過來，國家財政變比較好、健保財務比較困難，我看前幾天財政部發布訊息，113年到10月份的稅收已經提前達標，大概超出了300、400億元，而且他強調這是連續第4年超徵，你這時候不提出爭取，要等什麼時候提出來？當然提出來也是要去大戰，因為永遠有人在搶這塊餅，像是勞退基金、台電，但我們都搶輸人家，應該可以去搶一下，我是認為

現在該是趕快解決的時候了，不然再過幾年財務狀況又反轉之後，就只能再繼續爭搶，請大家努力吧！謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**非常謝謝李永振委員這麼多年來鍥而不捨，這次又幫我們整理這麼詳細的資料，這個部分我們一定會列入會議紀錄，給大家作為參考的依據，請問本會重要業務報告部分委員還有沒有意見？如果沒有的話，是不是請健保署稍微回應？好，剛才陳杰委員提到紅斑性狼瘡的部分，健保署在業務執行口頭報告會做說明，社保司部分有沒有要回應？

**劉委員玉娟：**李永振委員提到的看起來是從102年到現在的一筆帳，這個帳跟基金管理的這些表件我沒有參與過，之前102年這些表件一直依循什麼編列的，至於要編列在其他收入或是法定收入，剛剛委員有提到，我還是拜託健保署再回去看一次，因為最後的帳也是經過決算，有送過主計總處跟審計部。包括審計部每年都會有決算報告，對我們管理基金的管理人，也就是健保署這邊，我印象中在看的時候比較沒有提到這段，在計算上面有沒有納入那4項、有沒有不合理的地方，我這邊是也要麻煩健保署這邊，帳務是由你那邊做處理的，底下說明的每1項如果委員有提到，是不是也可以重新檢視一次。

第二當然就是計算方式，計算方式會決定最後我們要跟行政院主計總處，整個在政府負擔數上面都會有一番討論，可能也會又回到過去10年前不同的見解，那一段已經都10幾年了，我只能說我們再回頭檢視看看，今天主計總處代表也在，我想請教主計總處是不是能提供一些意見，或是我們整個都要重新請示，因為以前好像有請示過院裡，需不需要做一個 review，讓委員能夠放心我們目前的計算是比較 OK 的，還是有其他的一些問題需要做校正，請教黃小娟委員。

**盧主任委員瑞芬：**請黃小娟委員。

**黃委員小娟：**我想先說明一下，行政院協商結論最後是在院層級，行政院除了找主計總處跟衛福部以外，還有其他的專家學者，所以那

個協商結論不是主計總處最後下的決策，至於衛福部或健保署針對36%計算公式要不要再提出協商，主計總處尊重衛福部的決定，最後當然還是依照行政院的最後政策決定。

**盧主任委員瑞芬：**剛才社保司直接問健保署，因為其實有一部分就是李永振委員講到很清楚的地方就是說，安全準備的部分，你們只計入了第1項，另外4項沒有計入，沒有放在公式裡面計算，這個部分是這樣子嗎？李委員講的這一點是沒有錯的嗎？就是在計算的內容上面是不是先回應一下？

**陳組長美杏：**委員好，我們的計算公式有關應提列安全準備的部分，是按照行政院協商確立的見解以實際值代入沒有錯，跟委員的見解是不一樣的。

**盧主任委員瑞芬：**先請滕西華委員，第1次發言。

**滕委員西華：**剛剛李永振委員提到其他收入的部分，還有協商項目是不是逾越健保法，我記得這一屆內閣在還沒有交接之前，在今年的2、3月，衛福部有提出全民健康保險基金收支保管及運用辦法第3條跟第4條修正草案，而且第3條是涉及到爭議非常久的，就是政府112、113年超收稅金撥補的400多億元算不算安全準備金的範圍，或是說如果在全民健保基金範圍之內，屬不屬於本會監管事項、可不可以列入協商金額。

我們這次協商明年度的總額也碰到這個現象，上個月的報告裡有提到，健保署在推估收入面的時候，我記得龐副署長說明衛福部有跟行政院爭取到一部分的錢要用在點滴跟癌症費用的部分，我們就有討論這個到底應不應該算在保險收入裡面，今天費率審議案裡面也有提到。

我想請教社保司跟健保署，第1個，這個辦法好像還沒通過，是不是？我不太知道，因為行政院公報有刊登，我們也有表示意見不支持，我記得王必勝前次長有出來說明衛福部還在蒐集意見。這個辦法修訂的定義是否完備，會牽涉到我們討論費率或是李永振委員講的36%分母到底有沒有包含政府循其他程序撥補進來的金額，因

為主計總處一再講，撥補到全民健保基金就是等同撥補到安全準備的意思，因為我們沒有其他盈餘的帳戶來存放這個款項。如果是公務預算，那是撥給健保署，健保署用在其他的事項，可能也不是在我們協商項目中的健保給付範圍，不知道是不是？這些都是問號。

這些收入的法律地位確實蠻有疑問的，更不用講會涉及到將來，因為不知道李委員下一屆會不會當委員，但我相信史上再也沒有其他委員比他更懂36%，前無古人、應該後無來者，因為36%涉及歷史共業。如果後面又新增新的項目，循預算程序撥補進來，在基金收支保管及運用辦法裡，又沒有辦法被定義為安全準備或是當年度可應用為全民健保給付範圍裡面的錢，因為菸捐也不是我們的保費、也是其他收入，運彩、公彩都不是，如果前面這些項目都成立，為什麼主計總處撥給我們的錢不成立，我們算36%及安全準備都有算這個，我覺得這個是重大爭議，因為這個錢很多，應該被考慮，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請李永振委員。

**李委員永振：**我比較多話，再讓我多說兩句。針對剛才2位長官的說明，我要稍微提醒一下，因為劉玉娟司長有提到審計部已經審定等於是認定，但是審計部也是公務機構，他們也都要依法行政。但是在104年5月22日第1次協商結論時候的第1個結論，就是法令的解釋權歸主管機關，主管機關就是衛福部，如果衛福部這樣解釋了，審計部還要講什麼話呢？它就是尊重衛福部啊，你核來的。我們健保會已經連續7年不予備查預決算案，但是他看到不予備查，因為健保會是衛福部的幕僚單位，但解釋權是屬於衛福部，衛福部頭腦就在社保司，這第1點可能要釐清一下，以後關於法律解釋請不要再搬審計部出來了。

第2個是健保署這邊，我一直強調我們現在爭議是106年2月3日的公文之後才發生的，所以我們去看健保會追蹤事項是在106年7月開始的，因為前面都在溝通，溝通無效，在7月才正式提案討論留下紀錄，結果你用明朝的劍要斬清朝的官，這樣不對嘛，你用前面的



決議解決新的爭議，不是文不對題嗎？還好這不是國文的作文，不然就拿0分了。為什麼這樣強調，各位仔細看公式，公式裡面它是法定收入不需要負擔36%，這樣講大概還有爭議，就是在結餘的時候，這4項是放到收入裡面，含在結餘裡，所以後面要扣掉法定收入，我沒有參加立法，但是我推測應該是這樣子，但是當短絀的時候，那4項也有放入收入裡面，所以會讓短絀數少一點，你再扣掉法定收入的話，這中間有一點複雜，但是我要特別強調，二代健保法特別強調要政府負擔保費的責任，所以才會把原來34%的政府負擔下限提高到36%，我記得看到當時會議紀錄，在野黨就是現在的執政黨、當時是在野黨，它是提40%，當時執政黨是36%，後來當然是用表決，執政黨優勢所以就定36%，大概過程是這樣子，我不曉得講幾次了，如果聽比較多次的委員就抱歉了，大概補充這樣，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請社保司。

**劉委員玉娟：**我再回復一下，剛剛滕西華委員也有問到，因為在去年有特別撥補健保，以前沒有發生過，所以造成大家很紛亂，其實我們的痛苦不亞於各位委員。關於今年進來的這些錢，其實主計總處在編列預算時，是指定像剛剛提到比如說點滴費或是癌症經費，撥到基金的時候會指定用途，就是擔心用到不是這個用途之外，希望我們費用能真正用到癌症新藥，點滴過去也不是健保署原本在大家的範圍內討論過的，但為了應急也用到總額。所以行政院主計總處撥進來的時候，已經明確寫出來是什麼用途，也就是在基金收支保管及運用辦法還沒修好之前，先做這件事情就先匡起來，避免跟安全準備混進去，跟滕西華委員說明一下。

第2個，對於修法進度，大概是上個月還是上幾週，行政院已經回復請我們做修正，當中有提到一些建議和意見，我們也會繼續處理，包括李永振委員提到多了那麼多專款專用的金額，會不會偷偷塞到36%裡面計算，我們也會擔心，所以當時修法有增加一句就是，如果有另外撥補的額外收入時，不予計入36%，跟各位報告，我們該做的都有先做，只是現在的辦法，因為是屬於特種基金，一

定要經過行政院，在預算法裡面這是行政院可以決定法定的文字怎麼改，我們只是把這一些文字處理好，做完我們的行政程序。

36%，這把明朝的劍蠻久了，那一段我印象也是跟健保署財務組同仁印象一樣，社保司同仁也講過行政院已經定調拍板，明朝的劍長什麼形狀已經改變不了，清朝的官對後面新來的錢，我們社保司一定會維護好，該怎麼算、就怎麼算。剛剛委員算的那筆帳，如果跟行政院之前已經拍板定調的算法不一樣、不一致的地方，畢竟我們是衛福部，行政一體，我們還是要參照當時的結論調整，日後希望帳清清楚楚，跟委員報告。

至於健保法施行細則第45條，其實我們在7、8月就已經送行政院了，不是沒有做，但因為是內部行政程序，很多細節我就不在這裡報告，社保司該做的事情都沒有少做，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**我還是要再次謝謝李永振委員，花這麼多時間把36%的爭議做了很清楚的說明，所以這個部分我想是非常重要的參考資料，我們這個案子還是一樣會繼續追蹤，因為現在修法的部分，社保司已經送了，我們就會留待下屆委員可以繼續跟追，幕僚也會當成非常重要處理的事項，再次謝謝李委員，謝謝。

在本會重要業務報告的部分，我們做成以下決議，就是上次(第9次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形，擬解除追蹤1項，同意解除追蹤，擬繼續追蹤2項，同意繼續追蹤，其餘洽悉。接下來進行優先報告事項。

## 政府負擔法定下限36%資料更新

每年撥補法定下限差額之計算式沒有爭議，公式如下：

$$36\% \times [(保險給付支出 + 應提列或增列之安全準備) - 法定收入] \\ - 政府已負擔數$$

爭議點在於對公式中的代入值各有主張：

- 一、**政府已負擔數之認列範圍**，衛福部修施行細則第45條，擴增認列原屬社會福利補助7類人員之保費，健保會委員認為沒有法源且牴觸母法第27條。目前解套已見曙光，但須將施行細則第45條修回原內容(101.10.30修正發布之條文)，方一勞永逸。
- 二、**法定收入**，衛福部依健保法第17條規定以反推方式獲得數字代入，健保會委員認為不合理，以此方式處理則112、113年特別挹注之240億元、200億元都計入，有減少政府負擔之嫌，且非每年都有政府挹注！

健保會委員認為，既為「法定」收入，應有法源依據，應依法計算數字後代入，方為正解，非以反推估算又生爭議。

## 政府負擔法定下限36%資料更新

- 三、**應提列之安全準備**目前以收支「**實際營運值**」代入，健保會委員質疑兩點：

- (一)依健保法第76條第1項之規範，未計入「收支結餘」以外之四項來源；
- (二)短絀年度更代入負值，有違法令規定來源只有結餘正值之規範！衛福部及健保會委員兩方主張之差異數可依下列公式算出：

$$36\% \times (\text{健保署財務收支表中安全準備相關收入} + |\text{短絀數}|)$$

- 1.102至112年政府少負擔1,309億元。再以112年度為例，該年度審定結餘339億元，故差額 =  $36\% \times 175 \text{億元} = 63 \text{億元}$ 。
- 2.113年度預估結餘276億元，但少計180億元四項來源，差異數再增加  $180 \times 36\% = 65 \text{億元}$ 。
- 3.114年度依醫界版本推估短絀178億元，差異數 =  $36\% \times (180 + |-178|) = 129 \text{億元}$ 。

- 四、預估政府102至114年少負擔之法定責任約1,503億元。

## 二代健保政府應負擔健保總經費法定下限 36%爭議待解課題之建言

### 一、爭議緣起

政府應負擔健保總經費法定下限 36%之規範，係二代健保法賦予政府的新責任，相關處置事宜於二代健保法第 2、3、76、78 條及施行細則第 45 條條文有相當明確、周全的規定，但因立場或其他因素，致對法條規定產生不同的解讀。當 102 年首次進行財務年度決算時，政府該負擔多少保費之計算方式，衛福部與主計總處就有不同的主張，這是爭議的起端，簡述如下：

(一)衛福部依健保法第 2、3、17 條提出收入面算法的公式：政府負擔法定下限 36%=(民眾及雇主所負擔保險費÷64%)×36%。

(二)主計總處則依健保法第 2、3、78 條提出經修正之支出面計算公式：政府負擔法定下限 36%=[保險給付支出+(1 個月之保險給付支出-年初安全準備總額)-法定收入]×36%，公式中(1 個月之保險給付支出-年初安全準備總額)若為負數則以 0 取代。

於 105 年底預估 106 年度財務收支時，發現健保財務收支將由結餘轉為短絀，衛福部再次提出主張，計算公式由前述之收入面改為依健保法第 3 條第 1 項所示之支出面公式，但收支短絀年度，公式中「應提列或增列之安全準備」以 0 值代入(結餘年度則代入結餘數)；主計總處則認為不論結餘或短絀年度，該項數值均應以「當年度收支實際營運數」計列，以符一致性原則。

兩階段衛福部兩造不同主張，經行政院兩次跨部會協商，雖獲得目前處理方式的結論，但遭健保會委員質疑：1.計算公式未遵循健保法之規範，2.依其他法令擴增政府負擔保費認列範圍而修訂施行細則第 45 條，有牴觸健保法第 27 條而無效之疑慮，3.行政院協商結論凌駕法令規範而逕予採行應不適宜。遂引發民間代表與衛福部見解不同，出現另一新的爭端，至今已近 8 年，未獲解決！

### 二、衛福部及健保會委員雙方主張之概述：

當健保會委員監理追蹤質疑時，衛福部總以後述制式內容回應：(一) 社保司重點：施行細則第 45 條修正經立法院實質審查確定，據以計算之各年度政府應負擔數，業由審計部完成審定，相關法制程序皆屬完備，合法

性及合理性無虞。(二)健保署回復：有關政府應負擔健保總經費下限 36% 不足數之計算方式，歷年來皆依健保法第 2 條、第 3 條及同法施行細則第 45 條規定，以及行政院協商確立之法律見解及計算方式辦理。依此論述，衛福部目前之處理方式：1.計算法定下限 36%之公式： $36\% \times (\text{保險給付支出} + \text{年度財務收支之實際營運值} - \text{法定收入})$ 。2.政府已付健保費除健保法第 27 條規定範圍，還擴增其他法律規定補助 7 類被保險人及其眷屬之保險費。

健保會委員強烈質疑前述之處理方式：1.公式中「應提列或增列之安全準備」定義為年度財務收支之實際營運值，有兩項問題：第一，依健保法第 76 條第 1 項之規範，安全準備來源有 5 項，第 2~5 項不見了。第二，安全準備來源都是正數，短絀年度卻代入負值，明顯不法，衛福部主張第 76 條第 1 項只定義來源，並未明訂該 5 項即為「應提列之安全準備」。但遍尋健保法條文除本條外，找不到更具體之規範，且應提列之安全準備應包含這 5 項基本來源。至於擴增之認列範圍，衛福部稱法源在健保法第 3 條，但健保會委員遍尋不著，且抵觸健保法(母法)第 27 條規範，補助該 7 類人員的社會福利款項既為該 7 類人員或團體(民間)之保費，又算政府負擔的保費，不合理。

健保會委員認為：依健保法第 2、3 及 76 條第 1 項之規範，即可圓滿計算得到政府應負擔法定下限 36%之數值，由健保法第 2 及第 3 條第 1 項，即可找出下列計算公式： $\text{法定下限 } 36\% = 36\% \times [(\text{保險給付支出} + \text{應提列或增列之安全準備}) - \text{法定收入}]$ ，公式中的「應提列之安全準備」就依健保法第 76 條第 1 項規範安全準備來源認列；修正之施行細則第 45 條既無法源又抵觸母法，就再修回二代健保實施時之原貌。

以下就以已審定之 110 年及 112 年比較兩種論述之差異(其他數據都相同，只有「應提列安全準備」數據不同)。依健保署之財務收支資料，112 年度收支結餘 339 億元，計算政府法定下限公式就以 339 億元視為應提列之安全準備代入計算，其他 4 項依健保法規定應提列之安全準備 175 億元則未計入，因此 112 年度政府應負擔健保總經費之法定責任就少了  $175 \text{ 億元} \times 36\% = 63 \text{ 億元}$ 。110 年度的收支呈現 155 億元短絀，公式中應提列之安全準備就以此實際營運值-155 億元代入計算，當年不但未計入應提列為安全準備之其他 4 項相關收入 171 億元，還少掉短絀之 155 億元，因此 110

年政府少負擔了 $(171+|-155|)\times 36\%=117.4$  億元。依此方式推估，102 年至 112 年衛福部與健保會委員的主張差異 1,309 億元，也就是二代健保已實施之 11 年期間，政府少負擔 1,309 億元。至於施行細則第 45 條擴增認列範圍之修法雖有疑義，但已經立法院審議，算有法源依據，但自 105 年至 112 年 8 年期間，健保費已因此估約少收入 960 億元。

### 三、兩項待解課題之建言

(一)依 104 年行政院第一次協商結論修訂施行細則第 45 條，擴增政府繳費認列範圍，前已提及遍尋不著法源，且有牴觸母法(健保法)第 27 條及一魚兩吃之嫌，111 年 2 月衛福部提會諮詢「全民健保財務調整措施」擬議草案中亦有意將認列範圍恢復原規定，後又因人廢事，沒有下文。114 年國家預算編列出現曙光，將其他法令規定之範圍排除獲行政院認同，編列 134 億元公務預算挹注！但這非長久之計，建議應將健保法施行細則第 45 條修回原二代健保立法之原意，解除前述之詬病，回歸「依法行政」之宗旨，一勞永逸。

(二)至於健保法第 3 條第 1 項規定之法定下限 36% 計算公式中之「應提列或增列之安全準備」內涵，考量後述三因素，建議回歸健保會委員之觀點，依健保法第 76 條第 1 項規定處理，於法有據，以結束長達 8 年之爭議，並分年撥補 1,309 億元政府少負擔的責任。

- 1.比較檢視歷年兩方之論述，目前採行之做法，已至辭窮之田地，難以自圓其說，於法無據，只能拿協商結論當擋箭牌！
- 2.行政院之協商過程所看到之論述看不到法遵之合法合理依據，況且目前之爭議係因協商結論出爐後才衍生之新質疑，以舊爭議之結論來應對新課題，似有些牛頭不對馬嘴！該爭論已延續 8 年以上，時空已完全不同，應是改變協商結論的時候了。
- 3.就國家財政對照健保財務，經過 8 年已完全互換情境！依財政部發布的訊息，113 年到 10 月的稅收已提前達標，國家稅收連續 4 年超徵，這應是解決該爭議最佳的時(契)機！



**健保會第 6 屆 113 年第 9 次委員會議之健保署回復  
上次(第 9 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1  
案由：113 年 9 月份全民健康保險業務執行報告。**

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振會後書面意見(議事錄第 83 頁)</p> <p>在上週 10 月 17、18、19 日連續 3 天看到全民健保的好消息，令人雀躍，值得肯定。17、18 日在自由時報都在頭版，17 日標題「全球首創，胃癌+大腸癌一次篩，擬全國實施」，效果：胃癌發生率下降 32%，大腸癌死亡率降 28%，民眾參與率提升了 14%。18 日標題「大腸癌篩檢，發生率可減逾 10%」，篩檢已減少男性發生率 12.4%，女性 11.6%，114 年篩檢年齡將由 50 歲放寬至 45 歲。19 日署長前往宜蘭參加「在宅急症—社區整合照顧的關鍵時刻」居家醫療研討會時指出，試辦至今 96% 的收案對象不需要轉到醫院，降低長者交叉感染風險，也為健保省錢。這三項好消息前面兩項為健康署業務，但最後的結果仍會減少醫療支出，建請健保署於下個月做業務執行季報告時，能撥點篇幅說明一下可能帶來的具體效益。</p> <p>114 年度保險費率試算結果(草案)投影片第 14 張，有關「政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數」計算方式的註 1：114 年起依行政院 114 年健保財務協助方案，僅以健保法規範者為限。114 年度差額增加 134 億元，此原則是 114 年以後都如此，還是只有 114 年適用？該數額是以保費收入或公務預算列於其他收入項呈現？另請依所列示之方式詳列 111~114 年計算過程和結果，提供委員們 11 月委員會議審議費率討論時參考。</p>	<p>一、有關「在宅急症照護試辦計畫」說明如下：</p> <p>(一)截至 113 年 10 月 31 日止，在宅急症照護試辦計畫共收案 722 人次，結案 647 人次；平均照護天數肺炎 6.4 天、尿路感染 5.2 天、軟組織感染 5 天，均較住院日數(約 8-14 天)低。</p> <p>(二)上述結案的個案中，約 90.4% 完成治療結案，9% 轉急診、住院或中斷治療(如病人拒絕訪視或遷居)及 0.6% 死亡。</p> <p>(三)本案於 7 月開始試辦，上述為試辦 4 個月的初步成果，後續將檢討擴大辦理。</p> <p>二、有關 114 年度保險費率試算結果(草案)中針對政府應負擔保險總經費之計算，113 年含括依健保法施行細則第 45 條規定，納計之政府依其他法律規定及受僱者育嬰留職停薪期間補助之保險費，114 年(含)以後依行政院 114 年健保財務協助方案，僅以健保法規範者為限。前揭調整所增加之差額，係以保險費收入呈現。</p> <p>三、111~114 年政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算說明如附表(第 16 頁)。</p>

## 附件之附表

## 111年至114年政府應負擔健保總經費法定下限36%計算說明

單位：億元

計算項目	111年度	112年度	113年度 (P)	114年度 (P)	
				付費者版本	醫界版本
保險給付支出(A)	7,491	7,771	8,003	8,516	8,565
應提列或增列安全準備(B) <sup>2</sup>	113	339	276	-128	-178
其他法定收入(C) <sup>3</sup>	130	380	339	169	169
政府應負擔健保總經費(D) D=(A+B-C)×36%	2,691	2,783	2,859	2,959	2,959

製表日期：113.11.5

- 說明：1、依健保法第3條規定，政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之36%；又依健保法第2條規定，保險經費係指保險給付支出及應提列或增列之安全準備；換言之，政府應負擔保險總經費=[(保險給付支出A+應提列或增列之安全準備B)-法定收入C]×36%。
- 2、依行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎，「應提列或增列安全準備」以實際營運值計入；實際營運值係指當年度保險收支餘絀數。
- 3、依健保法第17條規定，其他法定收入為保險經費扣除三方分擔保險費後之金額，計列項目包含滯納金、社會公益彩券盈餘分配收入、菸品健康福利捐分配收入、呆帳提列(減項)、投資淨收益、呆帳收回及雜項收入等。
- 4、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。



### 三、111年至114年健保財務收支情形表

單位：億元

單位：億元

項目	111年	112年	113年	114年	
				總額成長率 採付費者 版本4.605%	總額成長率 採醫界版本 5.171%
	審定決算數			預估數	
醫療給付費用總額	8,096	8,364	8,755	9,208	9,257
總額成長率	3.320%	3.323%	4.700%	4.605%	5.171%
保險成本	7,491	7,771	8,003	8,516	8,565
保險成本成長率	2.98%	3.74%	2.99%	6.40%	7.02%
非保險給付占率	7.52%	7.15%	8.65%	7.56%	7.53%
保險收入	7,603	8,110	8,280	8,388	8,387
保險收入成長率	6.81%	6.66%	2.10%	1.30%	1.30%
一、保險費相關收入	7,435	7,935	8,100	8,207	8,207
(一)保險費收入	7,474	7,730	7,941	8,219	8,219
1.一般保險費	5,857	6,075	6,286	6,440	6,440
2.補充保險費	734	723	686	653	653
3.政府負擔不足法定36%之差額	883	933	969	1,126	1,126
(二)其他收入	-39	205	159	-11	-11
二、安全準備相關收入	169	175	180	180	180
當年安全準備填補金額	56	0	0	309	358
當年保險收支餘絀	113	339	276	-128	-178
保險收支累計餘絀	1,049	1,388	1,664	1,536	1,486
約當保險給付支出月數	1.68	2.14	2.50	2.17	2.08

製表日期：113.11.6

說明：1、113年起以「全民健康保險114年度保險費率試算結果(草案)」資料之假設為基礎進行推估。

2、保險收入＝保險費相關收入(保險費收入＋其他收入)＋安全準備相關收入。

3、保險成本＝醫療給付費用總額－保險對象應自行負擔之費用－代位求償獲償金額－菸捐挹注罕病等之醫療費用±調整帳＋其他保險成本。

4、其他收入包括：營運資金孳息、雜項業務收入、其他業務外收入、利息費用(減項)及呆帳提列(減項)。

5、安全準備相關收入包括：依健保法規定應提列之安全準備，包含滯納金、運用收益、彩券盈餘及菸捐分配收入等，惟不含保險費相關收入用來支應保險成本後之結餘。

6、當年安全準備填補金額，係指運用安全準備(前一年累計餘絀，加計當年安全準備相關收入)填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。

7、114年保險費率維持以5.17%推估，另政府負擔不足法定36%之差額，以行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎。

8、114年全民健康保險醫療給付費用總額，係以8,802.17億元為基期進行計算。

9、已納入112年行政院撥補健保基金240億元、113年「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補全民健康保險基金200億元、114年「政府健保費法定下限認列範圍排除其他法令部分」134億元以及114年1月起基本工資調整為28,590元(一年53億元)、軍公教調薪3%(一年9億元)之財務影響。

10、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

參、優先報告事項「中央健康保險署『113 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告』」與會人員發言實錄

同仁宣讀

**張副組長惠萍：**主席、各位委員，大家好，接下來由健保署報告全民健康保險業務執行季報告(投影片詳議事錄第 51~58 頁)，今天報告內容分為 3 個部分，第 1 個部分先報告今年健保新藥以及新功能特材收載情形，第 2 個部分是急診品質提升方案及分級醫療成效，第 3 個部分是報告區域聯防執行概況。

首先在藥品的部分，今年1月到10月已經公告生效新給付的新藥總共25項，其中癌藥有8項、罕藥有5項、其他新藥有12項，擴增給付的藥品總共有28項，其中17項是癌藥、2項是罕藥、其他新藥是9項，整體預估每年有8.25萬人受惠。其中有4項是暫時性支付，2項是癌藥、2項是其他新藥，這一些藥品的共同特色，是都取得藥品許可證而且具有治療潛力的藥品。

接下來簡單介紹3個近期收載或擴增給付的藥品，第1個藥品商品名稱是 Kadcyla，它在110年2月1日納入健保給付，給付範圍是用於治療轉移性乳癌，這次是給付範圍從轉移性乳癌擴增成早期乳癌病人也可以使用，最主要是考量到根據臨床試驗顯示，Kadcyla 與 trastuzumab 兩個藥品相比，可以顯著降低34%死亡風險，而且國際間三大 HTA 組織也都建議給付，而且美國 NCCN 治療指引也把它列為 preferred treatment，而且證據等級是 category 1，共擬會議代表也都同意擴增它的給付範圍，預估每年受惠人數約551人到755人。

第2個藥品商品名是 Tagrisso，它在109年4月1日納入健保給付，前1版的給付範圍是用來治療 EGFR 19 Del 基因突變，而且具有腦轉移第四期肺腺癌的病人，這次擴增範圍是擴增在不限於有沒有腦轉移，而且3B、3C 跟第四期肺腺癌病人也可以使用，最主要是考量到根據臨床試驗顯示，Tagrisso 是第三代 TKI，相較於第一代的 TKI，可以延長病人中位數無惡化存活期(mPFS)8.7個月，可以延

長整體存活期(OS)6.8個月，而且三大 HTA 組織都建議收載，美國 NCCN 也把這個藥品列為 preferred treatment，而且證據等級是 category 1，所以共擬會議代表也同意擴增它的給付範圍，我們預估每年受惠人數是3,977人到4,325人。

第3個藥品是 anifrolumab，這個藥品是新成分新藥，給付範圍是用於治療18歲以上具有活動性的全身性紅斑性狼瘡病人，補充說明會限於18歲以上病人的原因，主要是根據藥品許可證上的適應症，因為它的適應症就是全身性紅斑性狼瘡成人的病人，他們也是根據臨床試驗，因為臨床試驗所有收案病人的年齡都大於或等於18歲，所以我們的給付範圍才會把它放在這個地方。

過去對於治療全身性紅斑性狼瘡，健保有給付的是奎寧類的藥物、類固醇跟免疫抑制劑，沒有給付生物製劑，所以這是第1個用來治療全身性紅斑性狼瘡的生物製劑，臨床上確實有其需要，所以共擬會議代表同意納入健保給付，預估每年受惠人數是454人到1,089人。

新功能特材的部分，今年1~11月總共收載63項，預估整年受惠人數是3.5萬人次，這些收載的新功能特材含括4個面向，包含兒童醫材、急重症醫材、臨床缺口、功能改善醫材。

向委員介紹1個113年9月1日健保新收載的皮下植入式心律去顫器及電極，這是預防心因性猝死重要的醫材，其實在92年，健保已經把靜脈植入式心律去顫器納入健保給付，但發現臨床上還是有一群病人，就是靜脈血管通路異常，例如兩側鎖骨下靜脈阻塞，或是比較小的孩童，體重小於35公斤，無法透過靜脈方式植入電極，所以特材共擬會議代表考量到，皮下植入式的心律去顫器確實有其臨床需要，就將它納入健保給付，並於113年9月1日生效，預估每年受惠人數約是30人次。

**劉組長林義：**接下來報告急診品質提升方案，跟過去3年比較，本方案有6項指標，第1項指標「急診病人停留超過24小時比率」及「急診後轉住院滯留急診48小時以上案件比率」，就目前最新的

資料是到 113 年 8 月，相較 110~112 年是略為提升，在「檢傷 1、2、3 級急診病人轉入病房小於 8 小時比率」，本項是負向的指標，也是比以前表現得不佳。

後面的 3 項指標，有關「2、3 級急診病人轉入病房小於 8 小時比率」、「檢傷 4、5 級急診病人離開醫院小於 4 小時比率」，以及「檢傷 1 級病人」及「完成急診重大疾病照護病人進入加護病房小於 6 小時比率」，這幾個指標除了第 4 項，就是輕症病人在 4 小時內能夠離開醫院的比率，有稍微變好以外，其他的指標都表現得不佳。第 6 項的指標也是一樣，第 6 項指標只是較第 5 項指標增加 1 個檢傷 1 級病人的參考條件，其實比率也是有逐步變差當中。

目前幾項指標，除了第 4 項輕症病人那項指標比較好外，其他可能都有反映出急診壅塞的情形。有關急診壅塞情形，本署有分析出大概屬於什麼樣的病，其實大部分都是胸腔內科和感染科的疾病，各分區業務組也都有每天監測急診壅塞情形，以及各院訂有急診壅塞的應變機制，就本署部分，近期會請台灣急診醫學會就急診品質提升方案的部分，看有什麼地方可以改善。

有關分級醫療成效的部分，請參閱補充資料 2 投影片第 11 張，這張表是各層級院所就醫情形，上面寫「轉診」是不對的，應該是各層級院所就醫情形，目前看到最新的是 113 年 1~9 月各層級院所就醫占率資料的部分，假如與當初開始推動分級醫療的基期年(106 年)相比較，可以看到 113 年 1~9 月基層診所的占率有些改善，這是就各層級院所就醫次數的占率來看。投影片第 12 張則是就轉診比率來看，在基期年的總轉診率只有 0.74%，目前是有到 1.13%，這就是雙向轉診的成果。

請看到投影片第 13 張，橫列是從哪個層級院所轉出，直列是轉到哪個層級的院所，假如看合計第 1 欄就是轉出的部分，用 106 年來看的話，大部分是轉到醫學中心和區域醫院，到地區醫院和基層診所的占率比較不高，請看到表格下面 113 年 1~9 月的部分，除了醫學中心的占率還是維持比較高以外，區域醫院、地區醫院、基層診

所占率都有所提升。假如看細部的話，基層轉出的部分，106 年大概都維持在 48%，113 年也是有 48%就是都轉到醫學中心，最近署會提案討論是否要稍微調整上、下轉獎勵的機制，鼓勵民眾能夠分散層級院所就醫。

請參閱投影片第 14 張，這是本署 113 年新的政策，就是區域聯防網絡的部分，113 年醫院總額專款項目有新增「區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「區域聯防-腦中風經動脈取栓術的病患照護跨院合作」，這個就是蒙健保會委員支持，有各編列 0.81 億元、1.27 億元，目前各分區都有成立網絡，主動脈剝離手術有 10 個網絡、276 間醫院參加，腦中風有 10 個網絡、381 間醫院參加，這個就是成效的部分。

有關腦中風的部分，因為台灣大部分屬於急性缺血性腦中風，當初這就是接軌國際治療指引，因為國際治療指引目前崇尚的是「晚時間窗」的概念，首先是開放有關溶栓術的部分，溶栓的時間由 3 小時放寬到 4.5 小時，可以看到在放寬前，平均每個月有 437 人，放寬後，平均每個月有 556 人，成長 27%，每個月都增加了約 120 人。

有關取栓的部分，也是從 8 小時放寬到 24 小時，在放寬前，平均每個月 249 人，放寬後是 342 人，成長約 37%，約 90 多人，也就是代表有 90 個家庭受惠，這個是屬於中風、溶栓及取栓的部分。今年下半年也開始著手，針對有關容易中風的高血脂患者，假如他已經有中風過，會嘗試做嚴重度分級，分成非常高與極高的部分，再推出 1 個專案計畫獎勵醫療院所聘請個案管理師，確實追蹤病人用藥狀況，以降低病人再次中風的機率，等這個計畫大概成熟了，本署會再跟健保會報告相關成果。

**盧主任委員瑞芬：**針對這個報告，請問委員有沒有意見？

**石署長崇良：**我補充說明一下，因為剛才陳杰委員特別關心，有紅斑性狼瘡民眾沒有辦法使用藥品的情形，因為這個藥品申請許可證的仿單，還有過去申請藥證所提供的臨床試驗資料都沒有包含 18 歲

以下的病人，所以本署在訂定給付規定時，原則上是根據仿單、臨床實證，就是臨床試驗的結果核定，但是也不是完全沒有例外，有個例外就是最近討論開放給新生兒的部分，因為在臨床試驗階段多數不會以新生兒做臨床試驗，所以當初藥證確實也沒有包含新生兒，比較明顯的例子就是新生兒動脈導管閉鎖不全，後面的臨床研究又證明它，學會又把可用於新生兒納入臨床指引，像這種情形，我們才會考慮按照臨床指引，特別是參考國際上的臨床指引及本國醫學會共識後，才提到專家諮詢會議和共擬會議討論予以給付，所以這是例外情形，不然原則上，我們是不給予給付。

再者，其實這種所謂的 Off-Label Use<sup>(註)</sup>，在過去也有爭議，甚至在藥害救濟法沒有修法前，也不能申請藥害救濟，所以這會影響民眾的權益，醫師在開立藥品給非仿單適應症的病患使用時，要很小心，所以過去醫事司也有 1 個函釋，要求一定要充分告知病人，這個是仿單外使用，所以不得申請藥害救濟，當然後來藥害救濟法修法了，不然一開始是要先向病人說明的。第 2 個也要有科學證據可以支持，當然科學證據不一定足以支持改變仿單適應症，但還是要有一些科學證據支持。第 3，要密切追蹤病人的反應，如果有發生嚴重不良反應也要即時通報。大概有這幾個原則上的要求，跟陳杰委員做一點補充說明。

註：Off-Label Use(藥品仿單核准適應症外的使用)

**盧主任委員瑞芬：**請劉淑瓊委員。

**劉委員淑瓊：**請各位看業務執行季報告第 70~73 頁，有關西醫各層級院所的門診慢性病件數，近 3 年各季、各層級醫院在整體門診、慢性病件數中，我們觀察到 1 個趨勢，就是醫學中心整體門診數的成長率到 13.18%、慢性病件數成長率到 14.58%，可是地區醫院都下降，區域醫院大致持平、西醫基層也持平，可是慢性病的件數有增加，成長 3.71%。因為這是跟去年同期來比，我就請醫改會同仁跟 108 年，也就是疫情前比較，免得大家說這是疫情解封後影響就醫的情形，跟 108 年比，那就更不得了，光是以醫學中心來看，現在已經有的 Q1~Q3 成長率，從 21.7% 一直成長到 23.1%，簡單講就

是，醫學中心看門診的情況，是愈來愈多，而且 108 年的數字，還沒有排除重大傷病，如果我們 108 年比照 113 年把重大傷病拿掉的話，那個成長率會更高。

醫學中心看這麼多的門診，可是這 2 年我們期待要發揮社區照護的地區醫院在門診卻是下降，所以我想請教健保署，就是第 1 個，不曉得有沒有掌握這樣的生態演化？第 2 個是怎麼樣去回應？在 6 月時，石崇良署長在接受記者訪問，有提到今年最快在年底要恢復門診減量的措施，所以就不知道有沒有真的要做？第 2 個，如果要做的話，門診減量 2% 夠不夠，從剛剛的數字看起來跟疫情前比都是增加了 20% 幾，如果我們只要門診減量 2%，到底有沒有用？第 3 個，門診減量 2% 的處方到底有沒有對症下藥？先不管醫院的應對措施，希望如果健保署現在可以回答的話，現在就讓我們瞭解，如果不行的話，是不是可以提 1 個專案的報告，到底這個現象，應該怎麼看待？有沒有 1 個合理的對策？謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請陳杰委員。

**陳委員杰：**首先感謝署長的答覆，針對我剛剛所提的紅斑性狼瘡這個部分，剛剛署長已經做了非常明確的答覆，但是我還是感到非常地遺憾，因為畢竟 18 歲以下的民眾也是我們的國民，他們本身也有負擔所謂的健保費，今天我不是要求增加我們健保給付、支出，最主要是因為那些患者到最後還是要治療他們的紅斑性狼瘡，所以說他們就自費去打所謂的奔麗生，1 劑高達 1 萬 5 千元，我相信現場有醫院代表也非常清楚，我認為有些家庭比較困苦的，有些個案是不是健保署能有類似一項專案，針對家庭較困苦的那些人要如何協助他們，畢竟他們也是付費者，所以借用這機會建議，我還是感到非常遺憾和痛心，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請滕西華委員。

**滕委員西華：**謝謝健保署報告，請參閱業務執行季報告第 15 頁「表 6-1 全民健保一般保險費收入執行狀況表」，請問健保署怎麼看待投保單位的負擔，在政府為雇主部分持續下降，非政府的投保單位

持續上升，保險對象也持續下降的情形？這種現象意味著什麼，還是這是種正常演變？

第 2 個是業務執行季報告第 25 頁「表 12-1 逾期未繳保險費暨滯納金移送行政執行狀況統計表\_按年度別」，取得債證的部分，因為今天有費率審議案的關係，所以就特別關心這個。取得債證從 108~113 年合計是 221.55 億元，過去因健保費不是優先債權，曾經說過要修法，現在還沒有修，健保還不是優先債權，取得債證收繳率的情況是什麼？

第 3 個，不在業務執行季報告中，這個問題應該請社保司回答，但可能跟健保署也有關係，2022 年 12 月 23 日 111 年憲判字第 19 號判決，停復保違憲，也就是停復保在全民健康保險法施行細則規範這件事情是違反法律保留原則，在下個月 22 日，這個規定就廢除，今年度影響大概 5、6 萬人以上，請問健保署要怎麼處理？對於目前仍在停復保，但在 113 年 12 月 22 日就面臨法律應該予以廢除，那社保司都沒有提出修法的行政作為。

再來，有關藥品的部分，我進一步請教，例如乳癌藥物 Kadcylla 的給付裡面，我們講財務影響是有降低，這個跟廠商協議是同意廠商替代效益嗎？還是不是？不然為什麼整體來說會省錢？第 2 個請教是，我覺得紅斑性狼瘡這個生物製劑的藥非常好，這個藥可以嘉惠病人，而且是生物製劑的藥，但是有個管控年度限量總額的藥品給付協議，請問這個限量的意思是什麼？這是限病人使用量？還是仍然在簽訂返還金額，是在金額總額限量而不是在病人使用的限量嗎？可不可以進一步說明。

最後是 CAR-T<sub>(註)</sub>，目前有 8 家醫院可以用，有 42 個人同意，但是全球從 2017 年到 2022、2023 年，有核准 7 個 CAR-T 的藥品，台灣目前只有諾華這個藥品，因為有 7 個競爭藥品，所以現在部分藥品已經低於諾華給付價，因為 CAR-T 非常貴，如果是同樣療效的藥品，在其他國家療效也很好，健保署有沒有可能藉機研擬降低 CAR-T 給付費用的措施，這是我對引進 CAR-T 的請教，謝謝。

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



**盧主任委員瑞芬：**接下來請侯俊良委員。

**侯委員俊良：**首先，我 echo 劉淑瓊委員的觀察，上次我也提到有關分級醫療的部分，我們提了 3 個問題，健保署有回復我，請參閱會議資料第 195 頁，我看到的感想是，我們都是用感覺去評估這數字卻沒有去分析，非常可惜，或是以往用過的方式，是不是有更進一步的方式去分析，包括分級醫療，像台大醫院有那麼多根本不是病重的人去那邊就醫，是不是有跟他做過調查，瞭解為什麼他要來這裡擠，而不去別的地方就醫的原因，這部分可能要進一步分析，否則永遠看到提供了很多數字，卻都沒有解決問題，我想這是第 1 個部分呼應劉淑瓊委員的觀察，也請健保署思考一下。

第 2 個我想要請教一下，今天賴總統提到設置癌藥基金百億元，這個百億元的部分應該不是從健保支出，是歸公務預算支出，我要確定是不是這樣子的狀況，還有署裡面是不是有一些，因為他有提到已經有財源，在後續沒有財源時，會不會從我們這邊處理，整個規劃，在這邊可以回復的話，也可以讓我們做一點基本瞭解，我覺得這件事情是好事，願意用公務預算去做處理，我覺得總統講 1 句話非常好，有一些公衛部分不應由健保費支出，應該由國家財政處理，這部分我覺得要去落實，這部分要檢討一下，現在有哪些支出應該要回到政府的國家財政去做處理。如果總統已經有這樣的宣示，我建議健保署可能要先做這樣的規劃，後續委員可能會在這部分做詢問。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請李永振委員。

**李委員永振：**謝謝，這邊有 2 點建議。第 1 點，明年健保總額到底成長多少？因為我看到很多數字，在我們體制內行政院核定的高推估成長率是 5.5%，算出來約 9,200 多億元，是用基期 8,802 億元乘以成長率 5.5%，如果用今年核定的 8,755 億元，又跑出另外 1 個成長率數字 6.06%。在 11 月 9 日媒體轉述署長的話，又跑出 8.13%，這個成長率很高，超過 8%，我看到那個數字就想一下，以前不是說保障點值 0.95 元，要多 705 億元嗎？剛才 8.13% 的應該還不包含這

個，所以我們在體制內已經滾了這麼多圈，還是搞不清楚，如果將來有人問我們，你在健保會，到底總額成長多少？我大嘴開開說不出一個所以然。

建議健保署是否可以在總額核定後，數字比較確定，用比較系統化的方式，讓一般社會大眾看得懂，至少讓我們委員看得懂，到底項目是怎樣？哪個是怎樣？哪些是總額範圍？哪些不是？哪些是公務預算？這樣人家問我們的時候，我們也可以侃侃而談，不然現在如果人家問我，我也只能說我知道 5.5%是什麼、6.06%是什麼，署長現在多說明 8.13%，大概稍微知道，但記不起來，但那個保障點值 0.95 元我就知道了，目前還黑箱，因為財源可能還沒找到，是不是可以做個比較系統性的整理，讓大家比較看得懂，整個分析一下。

為什麼我要提這個，因為明年又是新委員，是第 7 屆委員，第 6 屆委員如果還有繼續參與的，目前這一階段，像我一樣大概片段式的可以知道一點，到新委員來的話，什麼都不知道，要怎麼去監理？另外，這樣就是提出來，也讓醫界的朋友知道怎麼回事，將來要執行或監理時比較有共識，不會產生雞同鴨講，好像成了個什麼局都不知道的情況，這樣一直下去就沒有結論，這是第 1 點。

第 2 點在會議資料第 188 頁，有關節流效益的處理，我看了後是覺得健保署還沒有掌握到重點，還是不要去面對？我不知道，為什麼呢？因為我只是要請健保署能夠提出一個可以遵循的方法，怎麼樣去處理節流效益，提 1 個案到健保會經過討論後，將來可以遵循，我一直在強調的，這個將來可以遵循，不一定是回饋給誰，但是至少有節流、有數字，來龍去脈應該要交代一下，例如什麼都沒有省下來沒關係，但是人民的生命延長也可以，這應該算是一種效益，我為什麼提出這個，因為現在看到就是一直覺得好像很多效益，例如像在我們資料裡面，在會議資料第 175 頁健保署就提出來，102~112 年實施藥品費用分配比率目標，累計藥價調整節省約 611.92 億元，特材價量調查 100~112 年累計節省 32.9 億元，在會議資料第 176 頁雲端查詢系統，重複用藥支出節省 142 億元，重複檢

查費用也節省了 23.8 億點，都看到很多數據。另外在媒體報導也可以看到，健保專款挹注精神科長效針劑藥效佳，他沒有講出數字，但是藥效佳應該也有節省費用。請參閱補充資料 2 投影片第 3 張，健保署也提出擴增 trastuzumab emtansine，其財務影響節省了 100~1,200 萬元，每個地方都可以看得到節省費用的數據，像是我們在年底或是年初討論健保抑制資源不當耗用改善方案，我沒記錯的話，111 年是節省約 36.28 億，112 年節省約 10.5 億，這麼多東西都看到節省數據，但後續怎麼處理？沒有，又根據方案目的，有很明確地寫出所撙節的費用要回歸到總額，例如剛剛講到抑制資源不當耗用改善方案，這個改善方案的目的很清楚，在協商原則也有提到，如果有節流效益也要回饋到總額基期，行政院或是衛福部在談到總額範圍時也一直強調，但是看到有關的節流數字好像也都強調要回饋，但到目前都看不到，所以我才一直講說，我再特別強調一下，不要回饋給總額沒有關係，但是他的來龍去脈總是要做個交代，這樣我們比較容易瞭解，被問起來，才比較有根據去回答，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請陳石池委員。

**陳委員石池：**首先謝謝健保署的報告，在補充資料 2 投影片第 14 張，有關主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作計畫，感謝健保署，這是個德政，列在醫院總額專款項目，我覺得這個項目非常好，應該繼續。在補充資料 2 投影片第 4 張，政府成立癌症新藥基金我覺得非常認同，但只有編列 100 億元，今年好像就使用大概約 50 億元了，請看到投影片第 4 張，Tagrisso 用於治療晚期非小細胞癌就要 40 幾億元，可以的話，建議增加癌症新藥基金的預算，才可以造福更多病人。

第 3 點，請參閱補充資料 2 的投影片第 8、9 張，健保署報告提到，除了輕症病人離院時間小於 4 小時的比率增加之外，其他都在下降。這個我講好幾次了，明年我沒機會講了，健保署要請急診醫學會好好修訂品質指標，因為事實上，這個指標沒有改善，每年都這樣一直退步，健保署一直有在做事，看了心裡很難過，我知道健

保署本身是戰戰兢兢、很認真做事情，但是現在的品質指標呈現的結果，讓人覺得健保署沒有在做事情，所以我希望健保署把品質指標改變一下，讓人看得到健保署的努力，這才是你們應得的肯定。

請參閱補充資料2投影片第13張，各層級院所轉診流向的部分，從106年到113年，醫學中心轉醫學中心，從17.9%降到8.39%，轉區域醫院從61.7%降到18.24%，轉地區醫院從20.48%增加到52.09%，轉到基層從0.72%到21.28%，這表示醫學中心確實有在做轉診的工作。

我們再看區域醫院，轉到醫學中心從65.44%降到43.17%，這個是有改善，但是區域醫院轉區域醫院從24.4%增加到30.32%，這是平轉，其實我們不太鼓勵平轉，因為區域醫院平轉，你們是同個level，事實上對病人沒什麼多大的幫助，應該要下轉才是對的，轉到地區醫院從6.16%增加為10.53%，所以也是有進步，轉到基層從3.99%增加到15.97%，這個也是有轉的工作，但是我想提醒的就是，我不曉得為什麼區域醫院裡面互轉，平轉是24.4%增加到30.32%，想請健保署要去瞭解一下。

另外地區醫院這邊也不錯，轉診醫學中心從本來的58.63%降到56.75%，其實我是蠻建議這邊應該要增加才對，不是要下降，好不好，區域醫院這邊也從30.42%降到25.67%，反而是比較多地區醫院轉地區醫院，所以這個地方從10.15%變到13.22%，它也是有增加，所以有關地區醫院轉地區醫院、區域醫院轉區域醫院這個部分，我們是希望平轉的部分能夠下降，這樣我想才是真正達到轉診的效果，但是這個實際內容是怎麼樣我不太清楚，所以我想請健保署去瞭解一下，儘量能夠減少平轉，才能達到我們真正要做的轉診，以上。再次感謝健保署的努力！

**盧主任委員瑞芬：**接下來請健保署回應。

**張副組長惠萍：**主席，還有各位委員好，醫審組這邊先回答有關藥品的部分，藥品的話，剛剛委員有提問關於補充資料2第3張投影片Kadcyla之財務影響可以節省的原因，跟各位委員說明，最主要是

因為 Kadcyła 藥品其實是在 110 年就納入給付，本次擴增給付範圍，並同時調降其支付價格及其他的老藥費用，另外，還有取代藥費的部分，所以整體算起來，是沒有財務的增加。

第 2 個是剛剛委員有問到補充資料 2 第 5 張投影片，關於 anifrolumab 成分的藥品提到管控年度限量總額，這個限量總額是金額的總額，還是人數的總額，向委員說明，這邊的限量總額是金額的總額，也是說我們做的是藥費的管控，並不是使用人數的管控。

再來，第 3 個部分是有關 CAR-T 費用的部分，我們會透過藥價調查以及藥價調整的方式，讓健保的支付價趨於市場的交易價，未來如果有新的 CAR-T 進來，會有互相的競爭，健保署也會再做議價的處理，以上說明。

**劉組長林義：**有關劉淑瓊委員提到在業務執行季報告第 70 頁，慢性病在各層級醫療院所占率的部分，因為各年之間的比較，還涉及到醫院評鑑的部分，所以我們也在備註說明醫院評鑑異動的情形，尤其是在 113 年的部分，可能因為醫學中心跟區域醫院的家數都有所增加，這當中應該怎麼樣來比較，我們再來思考一下。

關於侯俊良委員提到上次委員會議詢問有關急診的部分，所以我們才會說我們最近會邀請在第一線的急診醫學會，因為他們最瞭解目前急診的概況，然後再找他們來瞭解一下現在的情形。

再來是李永振委員提到明年總額到底是多少錢的這個部分，因為目前 114 年度的總額還沒有核定，我們只是用概估的方法來算，比如說用 5.5% 成長率來估算的話，大概是增加 531 億元，再加上政府挹注健保的額度，在政府挹注的 300 多億元裡面，大概有 181 億元是直接挹注到支出面，所以加起來就 712 億元，所以將 712 億元回除今(113)年度的總額基期 8,755 億元，成長率就會達到 8.13%，就是剛才李永振委員提到的部分。

然後再來是陳石池委員提到有關分級醫療同等級院所平轉的部分，我剛才已有報告過，同等級平轉其實是沒有獎勵的，為什麼還會有這麼多的件數，我們需要再去瞭解一下，當然我們比較 care 的是

為什麼大家都要往醫學中心、區域醫院轉診，就是像基層診所這邊，就是往醫學中心跟往區域醫院轉診的這一塊，我們希望也能夠在獎勵的部分，能夠再做一些調整，所以我們後續會再來跟醫全會這邊再來溝通一下、再來瞭解一下，以上。

**張組長溫溫：**剛剛滕西華委員有提到，業務執行季報告第 15 頁，有關投保單位負擔比率，看起來是政府為雇主的負擔比率下降、非政府的投保單位負擔比率上升，我們猜測可能的原因，可以看到第一類被保險人裡面，其實在民營事業增加人數占大多數，再來是因為投保薪資的增加，有可能也是因為近年基本工資調整。另外有關業務執行季報告第 25 頁，取得債證收回逾期未繳保險費暨滯納金的比率，每年大概是 13%~14%，以上說明。

**盧主任委員瑞芬：**好，停復保的部分，請社保司回應，也是滕西華委員剛才的問題。

**劉委員玉娟：**停復保的部分，這週應該就會預告，我們都一直有進度，也跟委員報告，因為我是去年來部服務，有關停復保的問題，在 111 年憲法法庭判決後，已經陸續召開過跨部會會議，因為涉及到一些外僑等等事項，我們還在等一個東西，大概是這樣，所以這週就會看到，都有在進度中。

**滕委員西華：**下個月法令就廢止了，所以你只能兩條路……。

**劉委員玉娟：**是失效。

**滕委員西華：**失效就是沒有啊！

**劉委員玉娟：**失效的意思就是以後不可以申請停復保。

**滕委員西華：**請司長讓我把我的顧慮講完，現在停保有 5 萬多人，到時法律失效，等於沒有停保的依據了，要嘛現在停保的人依照母法自動復保還是健保署要通知他們，依法如果沒有停復保制度，會損及他們的權益，也不知道能不能溯及既往，還是說下個月 23 日開始再也不能申請停保，但先前停保的人有沒有落日規定，假如說沒有停復保制度，就要告訴民眾說這個行政措施很重要、有沒有落日，還是說這 5 萬多個人沒有落日規定，申請停保多久我們都不

管，但要新申請停保者就不准，我們講的是這個行政措施，因為社保司徵詢意見其實已經晚了啦，老實講已經晚了，徵詢意見是徵詢意見，但這會影響到健保署的行政作為，因為你不告訴他，你是他的主管機關。

**劉委員玉娟：**您擔心的這段中間過程都處理過了，因為我們有我們自己內部的行政程序，我不可以在預告之前先講我們的行政態度，這週我們就會預告，預告一定有兩種，一個叫做失效，就是說，假設我們要繼續維持停復保，就要修母法，要加一條可以再去申請停復保；如果不維持，以後就不會再有停復保的制度，就回到對一般國人的規定，應該要繳交保費，在措施上我們也會有一些信賴保護原則或是過渡條款，這些東西我們都是已經準備好，不管是用剛剛前面或後面說的，就您剛剛最擔心那一段，那個中間已經有在處理，已經都弄好了，一切都妥當了，這週就會預告，就這樣。

**滕委員西華：**但是依法這是屬於本會監理事項，你們已經有版本要預告了(石署長崇良：我來說明一下)，就至少要有預告草案，其實按照健保法，我們的監理應該是要提到委員會來跟我們至少講一下有這件事，然後準備預告的內容是什麼，健保會才可以在預告期間內對這個法規表示意見，因為這個真的蠻重要的，不好意思署長打斷您。

**石署長崇良：**我來就這一點，跟各位委員補充說明，依照現在的停復保規定有兩種人是可以辦理停保，一個就是失蹤 6 個月以內，失蹤 6 個月以後的自然就停保了，所以沒有問題，在報失蹤未滿 6 個月之間，家屬是可以來辦停保，這是一種人，所以未來這個法律失效之後，就變成這種人就要繼續繳保費，直到 6 個月以後他也停保，所以他權益的影響，是在這個 6 個月內，不過這畢竟是少數。

另外一種是比較多的，就是出國 6 個月以上，他可以申辦停保，但是在健保法施行細則裡面也規定，一旦入境他就會復保，那麼必須要再間隔一段時間才可以再辦停保，所以這類的人，如果失效之後，就有兩種處理，一種就是不溯及既往，等他入境之後自然他就

復保，之後再沒有可以停保的機制，就自然過渡。另外一種狀況就是像滕西華委員講的，我們要主動通知他說，現在開始我們幫你自動復保了，你要開始繳保費，不過後面這一段的行政成本會很高，因為我們要去通知他，同時也有信賴保護原則的問題，所以比較傾向的就是採取在他入境之後自動復保，之後就沒有再辦停保的機制，所以這一種人是這樣。

這裡面還有另外一個例外，就是駐外人員，在健保法施行細則裡面還有規定，外交的駐外人員因公返國的時候，如果是在短時間是不復保的，這個我們也必須把它取消，這個在施行細則也會去處理，目前部裡面社保司正在辦施行細則的修訂，原則上就是像我剛剛說的這樣來辦理停復保的過渡，以上跟委員先做這樣的說明，未來應該很快預告，屆時再請各位委員表示意見，停復保的議題大概是這樣。

**盧主任委員瑞芬：**請吳榮達委員。

**吳委員榮達：**就這點我還是要請教司長及署長，因為我們比較擔心的，就算是健保法施行細則有這樣新的規劃，未來經預告及公告施行後，會不會又回到原來的沒有母法的授權，然後又有失效的問題存在，如果沒有真正的去做一個母法的修正，可能還是會有這種疑慮存在，這是我的擔心。

**石署長崇良：**應該是這樣講，憲法法庭的判決，認為現行做法是逾越健保法母法的授權，所以給予一個期限，如果沒有進行母法的修法授權的話就失效，所以我們現在只是因應憲判所做的行政處理，那在施行細則上配套去修訂，所以沒有再修母法的必要。

**盧主任委員瑞芬：**請王秀貞代理委員。

**王代理委員秀貞(朱委員益宏代理人)：**首先我還是要先謝謝健保署同仁們的努力，他們每次在業務報告都整理很詳細的資料，給委員們參考。

對於劉淑瓊委員關心各個層級院所在門診及慢性病照護件數成長的情況，這也是我們社區醫院協會一直以來關心的議題，因為分級



醫療這樣的政策，我們還是希望要有更多的關注，還有強力的執行，也希望署方可以再多予用心。在分級醫療成效的報告裡面，可能跟陳石池委員的看法有一點不一樣，其實我認為資料顯示，113年1到9月份地區醫院上轉的比例是有下降，我覺得是表示我們可能政策在投注於社區照護跟醫學中心、地區醫院合作的投入、投資是有成效出來的，反而我們能夠讓病人繼續留在他就近的地區醫院去接受照護，我認為這是大家一起努力的成果，我們也期待未來醫學中心、區域醫院及地區醫院可以有更好的這種合作關係，讓病人在他就近的地方就可以獲得照護。

另外，對於地區醫院平行轉診的情況，可能我們也要去細究平行轉診的樣態，因為地區醫院可能有大部分是單科型的、專科型的機構，他就有可能是會有產生平行轉診，我覺得這個部分可能還需要更多的數據或觀察去瞭解，以上，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝，健保署針對剛才委員們的提問是不是都全部回復，沒有要補充了？

**石署長崇良：**有，補充一下，剛才離題太遠，忘記我要補充的。

**盧主任委員瑞芬：**還是要先請劉淑瓊委員？

**石署長崇良：**不用，我先補充一下，抱歉，剛剛劉淑瓊委員關心的確實是這個分級醫療的數字，不過這也是我們要檢討的，因為醫院家數跟層級別，在年度之間都會變動，有時候地區醫院的家數會變少，可能是因為有的新設醫院剛開始還沒有評鑑之前，或前幾年他是地區醫院，之後他就升級成區域醫院，所以會造成這個異動，醫學中心也是一樣，所以我們在思考，要做跨年度比較時，到底要怎麼去比較，因為市場就變了，家數一個增加、一個減少，自然他的proportion就會變化，所以到底是分級醫療的政策，還是純粹因為這個醫院家數的變動，每個group之間家數的變動所造成，所以我也跟同仁講，以後乾脆都用床數去切這個醫院，不然老是這樣變來變去，年度之間的比較完全都沒有意義了，干擾因素在這裡，不過回過頭來，我也在思考一個問題，到底我們這個分級醫療是要分幾

級，所以現在我們都是把他弄得比較簡單就是在看基層占率的變動，其他就是在各層級醫院之間的流動，我們重點是要放在基層，就是讓慢性病人可以多數到基層就醫，但是回過頭來大家又在討論，地區醫院算基層還是什麼？他們認為他們也是基層，所以這個又講回來，分級醫療政策一旦 definition 不清楚，我們永遠都沒有辦法去呈現，到底分級醫療是要怎麼搞，政策要怎麼介入、後面的量測是什麼，不過我們會儘可能的去討論一套方法出來，因為現在確實在各層級醫院之間的落差也有一些不同了，不見得就是醫學中心一定優於區域醫院，區域醫院一定優於地區醫院，有些疾病也不見得是如此，所以我們再繼續努力。

各層級間轉診的流向，也是如此，因為地區醫院跟區域醫院之間，彼此的規模、能力也有落差，所以有時候還是會有平行轉診，舉例而言，剛剛我們在講的是區域聯防，一樣是地區醫院，有的也具有能夠取血栓的能力，所以地區醫院轉地區醫院是有可能的，區域醫院也是如此，也不是全部都是，有的已經做到重度級急救責任醫院，有的是中度級，一般區域醫院是中度級，有些做到重度級了，所以也會有區域醫院轉區域醫院之間的可能性，所以這個確實是存在，我們用傳統的這種醫學中心、區域醫院、地區醫院來看醫院之間的轉診合適性已經受到一點改變，從急救責任醫院分級之後，你就可以發現不一樣了，所以這個我們再努力，看到都是問題，還沒有想出好的對策，這個也跟大家說抱歉。

那麼，另外一個就是那個 CAR-T，因為 CAR-T 現在有 7 個品項，都號稱是 CAR-T，可是適應症之間彼此不同，而且連它的位點，要針對的 check point 也不一樣，還是有差異，雖都簡稱叫 CAR-T，但還是有不同，所以我們也希望鼓勵新的產品進來，中間還是有 competition，但是又有可能擴大，有的可以放在第二線，有的是在第三線，中間還蠻複雜的，價格看起來還沒有下降的趨勢，所以我們還是希望國內如果擁有能力在地製造，那價格才有辦法降低，不然都還要運輸什麼，光是現在的運輸成本，還有當地人工的費用就是很高，這個是未來醫療的希望，也是世界的趨勢，我們會密切地

去觀察跟注意，以上補充。

**盧主任委員瑞芬：**請劉淑瓊委員，最後 1 位發言。

**劉委員淑瓊：**謝謝署長的回復，我覺得在平轉的部分，其實從病人的角度，如果可以得到更好的醫療我並不反對，但是現在比較大的問題是卸責式的平轉，也就是說今天被你放在同一級的醫院其實不全等，他的能力不一定都一樣，甚至有的醫院可能在他的經營考量之下，看到風險比較大的，或者是覺得不划算的，就往別的醫院送，我覺得這個現象是存在的，這個轉診的過程裡面，其實有時候會增加病人的風險，我覺得這是一個不同醫院之間公平正義的問題，另外一個是病人的風險，我覺得平轉的問題，真的是值得重視。

另外剛剛提到的我可以理解，因為 113 年我們增加了幾家醫學中心，台北慈濟醫院、雙和醫院還有台大新竹分院升格了，現在的重點要回到說，好，我們不要管 113 年，我同意不同年度之間，因為基準不一樣不能夠比較，那我們用 112 年來看，你用 112 年跟 108 年去比，成長率還是在 7%~8% 中間，所以如果我們健保署祭出的是門診減量 2%，也不夠啊！

所以我覺得如果統計的基礎不一樣，就應該要交代清楚，但是重點還是在我們把這麼多醫院升格，就是吃了這麼多的門診，我也看到有醫院經營者或是管理階層說，因為住院的給付太低，所以我只好靠門診來補，不要說賺錢啦，來補，那也不對啊！醫學中心五大任務，我們現在用高規格、高端的規格來看慢性病，這個就醫醫療資源的錯置，怎麼講我覺得都不對，所以我覺得剛剛的答覆停留在統計數字，我覺得淺了一點，其實我們真正關心的是整個醫療生態的問題，還有政府介入的政策在哪裡，以上，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**李永振委員最後一位發言，我們已經超時了。

**李委員永振：**首先感謝劉林義組長剛才對於總額的成長有一個說明，但我還是希望在明年度總額核定下來後，可以比照在 9 月份委員會會議(113.9.27)會議資料第 53 頁及第 56 頁，列出 111 億元改由公務預算項目，這樣子呈現會比較清楚。因為劉組長所說明的我手邊有，

剛才執秘看到報紙標題還說 8% 很大字，大家一看到就說哇 8%，但是要讓下屆新委員、醫界也瞭解，這樣未來執行監理業務時有所憑據，這樣會比較好，不然將來付費者講到說你們總額成長 8%，醫界說哪有成長這麼多，總額成長才 5.5% 或 6.06%，這樣就又搞得一直在爭這個沒有意義，我們要健保改進的就沒辦法往前走，這是第 1 點。

第 2 點有關於分級醫療，我剛才聽了其他委員跟署長的說明，個人是覺得署長應該有掌握問題，但是掌握的問題好像沒有踏出去，因為付費者看到的是已經投了不少錢，好像一直看不到真的具體的成效出來。我算一算 106 年到 114 年應該也 8 年了，當時一開始做，我記得前 2 年在追成效的時候，醫界朋友就講說剛開始，怎樣又怎樣，但是現在已經快 8 年了，明年我大概也畢業了，這樣的話，就看怎麼樣能將前面 8 年分級醫療施行經驗發現的問題點，好好去考慮一下，有沒有辦法達到我們原來所預期的，可能才會是正解，不然又繼續講，講 10 年、12 年，跟家醫計畫一樣，都已經 22 年了還在試辦。

我希望是不是可以這樣，重要政策推行一段時間，有經驗之後就要看怎麼樣去改進，這樣才能把那個問題 close 掉，不然的話，一直講下去，講到說不定委員都換屆，問題還沒解決，這樣的話健保會的監理效益不如預期，大家那麼努力，但是得到的結果好像沒有期待那麼好，個人有這種看法，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**好，謝謝，本案我們已超時 10 分鐘了，請儘快表達意見。後面真的要全部提書面意見，拜託！

**吳委員榮達：**補充資料 1 的第 31 頁，這裡有講到照護連續性的問題，我想請教這個數據的意義，因為它是逐年下降的，表示病人到不同醫療院所就診的情形是增加的，這種狀況的話，是不是應該就這個各種不同的病人連續在同一個院所就醫，然後下降的這種情形，到不同醫院上升的這種情形，……。

**盧主任委員瑞芬：**吳委員對不起，你指的是七、報告事項，目前還沒

到那一案。

**吳委員榮達：**還沒有到？好。

**盧主任委員瑞芬：**署長剛才說要回復李委員有關於總額成長率的部分。

**石署長崇良：**簡單講，應該是這個計算方式，就是我們當然還沒有最後核定明年度的總額成長，只是說假設性用最高的成長率 5.5% 的話，是來到 9,286 億元，相當於今年度的話，是增加 531 億元，這是第 1 個。第 2 個，因為政府確實也撥了公務預算，但是這個公務預算還在立法院要審查，所以最後也還未定案，所以這些也是一個模糊的概念，不過確實也編了，原本在今年總額預算執行的項目由公務預算編列，是 111 億元，這個也是確實已經編列了，但是立法院當然還沒有審查。

第 2 個要挹注罕藥，罕藥也是健保在執行，公務預算編列了 20 億元，也是會併入到健保來執行，所以也會跟委員報告。另外那個癌症新藥的 50 億元，那個也是健保在執行，因為服務的對象其實是一樣的，只是去加速讓還沒有辦法給付的癌症新藥可以進來，所以其實整個都是在健保的機制之下要去執行，如果通通加起來就是 712 億元，從健保的角度來看，我們今年執行的預算是 8,755 億元，健保明年度看起來就是要執行這麼多，等於是成長會到 8% 沒有錯，所以是從整個健保運作來看，我們有這麼多的預算要去執行的壓力，大概是這麼大，以上是從健保角度來看。

但是如果從健康投資的角度來看，又不是這樣了，因為行政院還有編其他的預算，比如說預防篩檢的預算也增加了，成人健檢的部分也有增加，那些都屬於健康投資，還有健康台灣深耕計畫，明年也是編了 60 幾億元，所以都是要放在醫療體系裡頭的，但是那些業務不是健保要執行，我們談的是健保要執行的，因為很多業務以後還是要健保署代辦，我們的同仁真的是，執行的壓力真的是已經要……。

**盧主任委員瑞芬：**李永振委員，我們真的……，好，請發言。

**李委員永振：**一句話就好，因為署長講的我很清楚，現在也都還沒有確定，所以我才說明年嘛，確定之後你把它分開，譬如說剛才您的說明裡面，我就有個問號，50 億元的癌症基金沒有在總額裡面，但是由健保署執行沒錯啊！所以要區分這些錢，有的在總額裡面，有的是健保署執行但沒有在總額裡面，還有的是總額外的，媒體朋友有時候也搞不清楚就寫出來，社會大眾看的時候更是搞不清楚，這裡一塊，那裡一塊，媒體報導就提到剛才署長講到的 712 億元，但是在同一個報導裡面部長卻講 607 億元。

**石署長崇良：**計算基礎不同。

**李委員永振：**我知道範圍不一樣，建議未來比較有共識之後，像署長講的，清楚列出來讓付費者、醫界瞭解，才不會不曉得該怎麼討論。

**盧主任委員瑞芬：**這個部分就等衛福部裁定明年度總額後，請健保署列表提供委員參考，委員很多時候看報紙、報章報導，但是不知道報導講的內容是什麼，有一些內容不在健保會內充分討論到，請健保署在衛福部核(決)定明年度總額後，協助提供委員列表資料。

有關健保署報告，本案洽悉，委員所提意見含書面，我們都會請健保署回復，接著進行討論事項第一案，請同仁宣讀。





## 113年第3季 全民健康保險業務執行季報告

中央健康保險署

113年11月20日

1



### 113年健保藥品生效品項數

- ◆ 截至113年10月已公告生效新給付之新藥共**25**項(含暫時性支付**4**項)，擴增給付共**28**項，推估約**8.25**萬人受惠。

項目	新藥	擴增給付	說明
癌藥	8	17	用於治療多發性骨髓瘤、瀰漫性大型B細胞淋巴瘤、非上皮型惡性肋膜間皮瘤、去勢敏感性前列腺癌、慢性淋巴性白血病、膽道癌、原發性腹膜癌、胃癌、非小細胞肺癌、乳癌等癌症，其中2項為暫時性支付，推估藥費支出約99.88億元，受惠人數約11,057人。
罕藥	5	2	用於治療β型海洋性貧血、Dravet症候群、遺傳性血管性水腫、結節性硬化症、脊髓性肌肉萎縮症(Spinal Muscular Atrophy, SMA)等罕病，其中2項為暫時性支付，推估藥費支出約27.86億元，受惠人數約814人。
其他新藥	12	9	用於治療乾癬、成人人類免疫不全病毒感染、氣喘及A型血友病、幽門螺旋桿菌感染、早產兒呼吸窘迫、克隆氏症、紅斑性狼瘡、兒童特發性關節炎等疾病，其中2項為暫時性支付，推估藥費支出約32.71億元，受惠人數約70,671人。

暫時性支付	
藥品	說明
Polivy (成分： polatuzumab vedotin)	限與 bendamustine 和 rituximab 併用，適用於第三線治療復發型(relapsed)或難治型(refractory)且未曾接受及不適合接受造血幹細胞移植的瀰漫性大型B細胞淋巴瘤(DLBCL)成年病人。
Vyndamax (成分：tafamidis)	治療「成人野生型或遺傳性的轉甲狀腺素蛋白類澱粉沉著症造成之心肌病變(ATTR-CM)」。
Velexbru (成分： tirabrutinib)	成人復發或難治型原發性中樞神經系統B細胞淋巴瘤(PCNSL)。
Spevigo (成分：spesolimab)	全身型急性發作膿疱性乾癬。

2



## 健保擴增支付trastuzumab emtansine 用於治療早期乳癌

### 113年8月1日擴增trastuzumab emtansine(如Kadcyla)給付範圍:

- ◆ 依2023年12月Katherine樞紐試驗，本藥品與trastuzumab成分藥品相比顯著降低34%死亡風險(HR 0.66; 95% CI = 0.51, 0.87;  $p = 0.0027$ )，且NCCN 2024治療指引亦列為category 1之治療選擇。
- ◆ 擴增於「具HER2過度表現(IHC 3+或FISH+)之早期乳癌患者，曾接受過至少4個療程taxane和trastuzumab術前輔助治療後，仍有殘留病灶的術後輔助治療」。

#### 藥品劑型

凍晶注射劑

#### 健保支付價

32,278元/100mg、51,645元/160mg

#### 受惠人數

551人~755人

#### 人年藥費

117萬元

#### 藥費

6.47億元~8.87億元

#### 財務影響

節省100萬元~1,200萬元

3



## 健保擴增支付osimertinib 用於治療晚期非小細胞肺癌第一線

### 113年10月1日擴增osimertinib(如Tagrisso)給付範圍:

- ◆ 根據第三期FLAURA樞紐試驗，本藥品相較於對照組(第一代TKI)，可顯著延長病人中位數無惡化存活期(mPFS) 8.7個月，並降低54%疾病惡化或死亡相對風險(HR=0.46; 95% CI: 0.37-0.57,  $P < 0.001$ )；增加病人中位數整體存活期(mOS) 6.8個月，並降低20%死亡相對風險(HR=0.80; 95.05% CI: 0.64-1.00,  $P = 0.046$ )，且NCCN 2024治療指引將本藥品列為category 1之治療選擇。
- ◆ 擴增於「具EGFR Exon 19 Del或Exon 21 L858R之局部侵犯性或轉移性(第IIIB或IV期)肺腺癌」。

#### 藥品劑型

錠劑

#### 健保支付價

3,150元/錠

#### 受惠人數

3,977人~4,325人

#### 人年藥費

115萬元

#### 藥費

41.23億元~49.68億元

#### 財務影響

與廠商簽訂藥品給付協議，以無財務影響為目標。

4

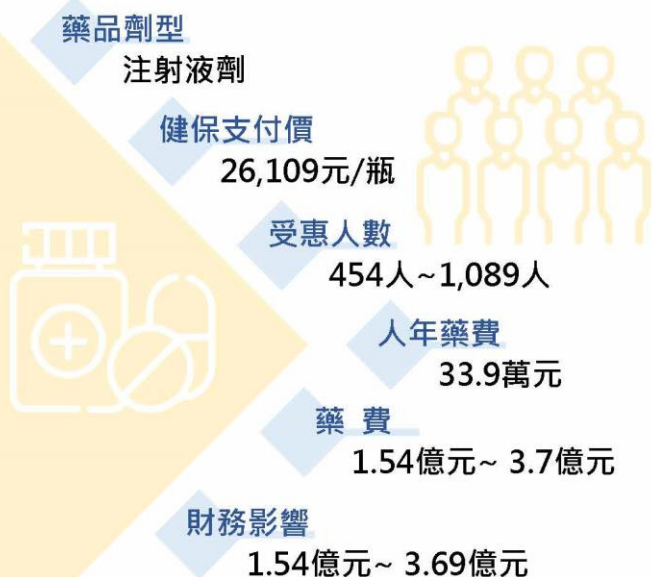




## 第一個治療全身性紅斑性狼瘡之生物製劑含 anifrolumab之成分藥品新藥納入健保給付

### 113年10月1日納入健保支付品項:

- ◆ 因健保尚未給付生物製劑於治療全身性紅斑性狼瘡，故臨床上有未滿足醫療需求，同意將本藥納入健保支付品項。限使用於18歲以上具有活動性之全身性紅斑性狼瘡病人。第2A類新藥。
- ◆ 廠商需簽訂固定折扣方案及管控年度限量總額之藥品給付協議並於納入給付2年內，提交用藥後療效評估報告，以重新檢討本案藥品之健保支付價及給付規定。



5



## 113年1-11月公告生效之新功能特材

公告生效品項計**63項**，預算約為**42,550萬點** 一年計嘉惠約**3.5萬人次**

### 兒童醫材

- 電極導管(2Fr)
- 雙迴路透析導管組(<7Fr)
- 骨外固定器零件

品項數計3項、嘉惠約160人次  
推估預算約94萬點

### 急重症醫材

- 液態栓塞系統之輸送微導管
- 中央靜脈壓導管組
- 顱內動脈塗藥球囊導管
- 顱內靜脈竇暫時閉塞球囊
- 血管內固定錨
- 皮下植入式心律去顫器及電極

品項數計7項、嘉惠約6,700人次  
推估預算約9518.2萬點

### 臨床缺口

- 內視鏡注射器
- 心內超音波導管
- 神經外科術中神經功能監測(IONM)相關特材
- 結膜淚囊導管
- 人工全踝關節置換系統

品項數計30項  
嘉惠約12,000人次  
推估預算約8,690萬點

### 功能改善

- 高密度/高解析度定位診斷導管
- 造口貼環-平面可塑形
- 金屬膽道支架
- 人工血管支架(含生物表面肝素塗層-79mm)
- 可充電式腦部刺激器(DBS)
- 胸腔用網膜

品項數計23項  
嘉惠約16,000人次  
推估預算約24248.7萬點

6

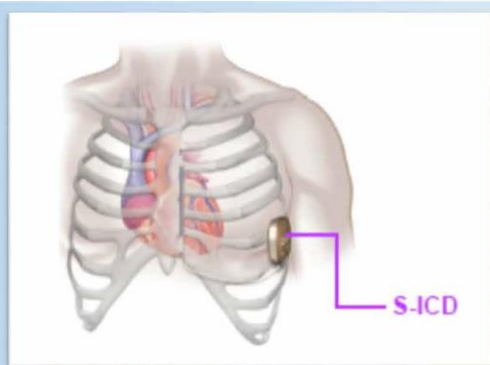


## 皮下植入式心律去顫器及電極納入健保給付

### 納入皮下植入式心律去顫器及電極-

用於**無適當血管通路、具高感染風險無法以靜脈植入去顫器者**

- ◆ 心律去顫器是預防心因性猝死的重要醫材，健保自92年起已將用於心臟除顫療法，治療危及生命的心室頻脈，經**靜脈植入式**心律去顫器納入給付。
- ◆ 學會代表表示此醫材對於**惡性心律不整且無適當血管通路、具高感染風險無法以靜脈植入、兒童**，有其臨床必要性及不可替代性。
- ◆ 對**無法裝置傳統經靜脈植入式心臟去顫器**，有**靜脈血管通路異常或較小孩童**，則需透過**皮下植入式**心律去顫器進行治療。



圖片出處：特材仿單

一年預算約**2,850萬點**

嘉惠約**30人次**

**113年9月1日生效**

支付點數**95萬點**

7



## 急診品質提升方案

### 110至113年8月各項指標執行概況1/3

#### 1 急診病人停留超過24小時比率

年度 / 季別	急診總件數	急診停留超過24小時之件數	
	值	值	占率
110年	5,893,834	147,737	2.51%
111年	7,390,371	189,436	2.56%
112年	7,477,235	248,378	3.32%
113年1-8月	4,981,666	182,694	3.67%

#### 2 急診後轉住院滯留急診48小時以上案件比率

年度 / 月份	同院急診後 轉住院總件數	急診後轉住院滯留急診 48小時以上之件數	
	值	值	占率
110年	1,110,263	26,154	2.36%
111年	1,072,324	39,028	3.64%
112年	1,220,208	54,447	4.46%
113年1-7月	767,200	41,451	5.40%

#### 3.A 檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8小時之比率

年度 / 季別	檢傷一、二、三級急診病人 住院總件數	檢傷一、二、三級急診病人 轉入病房<8小時之件數	
	值	值	占率
110年	1,061,766	707,121	66.60%
111年	1,085,198	672,424	61.96%
112年	1,205,854	731,313	60.65%
113年1-8月	790,857	468,354	59.22%

8





## 急診品質提升方案

### 110至113年8月各項指標執行概況2/3

#### 3.B 二、三級急診病人轉入病房<8小時之比率

年度 / 季別	檢傷二、三級急診病人 住院總件數	檢傷二、三級急診病人 轉入病房<8小時之件數	
	值	值	占率
110年	962,957	638,792	66.34%
111年	982,228	606,181	61.71%
112年	978,689	590,244	60.31%
113年1-8月	716,194	423,152	59.08%

#### 4 檢傷四、五級急診病人離開醫院<4小時之比率

年度 / 月份	檢傷四、五級急診病人 出院總件數	檢傷四、五級急診病人 4小時內出院之件數	
	值	值	占率
110年	793,594	757,384	95.44%
111年	1,343,273	1,299,309	96.73%
112年	857,972	824,996	96.16%
113年1-8月	537,715	517,803	96.30%

#### 5 完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6小時之比率

年度 / 季別	完成急診重大疾病照護總件數	完成急診重大疾病照護病人 於6小時內轉入加護病房之件數	
	值	值	占率
110年	13,577	7,318	53.90%
111年	14,605	7,063	48.36%
112年	16,621	8,213	49.41%
113年1-8月	12,618	5,648	44.76%

9



## 急診品質提升方案

### 110至113年8月各項指標執行概況3/3

#### 6 檢傷一級病人及完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6小時之比率

年度 / 季別	檢傷一級病人及 完成急診重大疾病照護總件數	檢傷一級病人及完成急診重大疾病照護病人 於6小時內轉入加護病房之件數	
	值	值	占率
110年	107,866	40,800	37.82%
111年	112,599	37,352	33.17%
112年	124,165	40,076	32.28%
113年1-8月	83,062	26,043	31.35%

- ◆ 綜上，前述指標中與前一年相較，僅序號4「檢傷四、五級急診病人離開醫院<4小時之比率」有改善，本署除將持續監測指標執行概況，近期亦將邀請台灣急診醫學會召開急診品質提升方案研修會議。

10



## 113年1-9月分級醫療成效1/3

### 各層級就醫占率

總就醫次數	106年1-9月		113年1-9月	
	值	占率	值	占率
合計	223,389	100.00%	230,828	100.00%
醫學中心	24,983	11.18%	27,145	11.76%
區域醫院	34,564	15.47%	32,537	14.10%
地區醫院	22,540	10.09%	23,064	9.99%
基層診所	141,302	63.25%	148,083	64.15%

◎資料來源：多模型健保資料平台：門診明細檔（擷取時間：113.11.8）

◎資料範圍：總額內、外案件。

◎總就醫次數：取醫事類別為醫院(12)、基層(11)之案件，排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」及「同一療程及併程」案件。

11



## 113年1-9月分級醫療成效2/3

### 轉診案件申報情形(以接受轉診端分析)

接受院所層級	106年1-9月		113年1-9月	
	值	轉診率	值	轉診率
合計				
總就醫件數	223,389		230,828	
轉診件數	1,644	0.74%	2,603	1.13%
醫學中心				
總就醫件數	24,983		27,145	
轉診件數	680	2.72%	1,107	4.08%
區域醫院				
總就醫件數	34,564		32,537	
轉診件數	761	2.20%	1,038	3.19%
地區醫院				
總就醫件數	22,540		23,064	
轉診件數	200	0.89%	376	1.63%
基層診所				
總就醫件數	141,302		148,083	
轉診件數	3	0.002%	82	0.06%

◎資料來源：多模型健保資料平台：門診明細檔（擷取時間：113.11.8）

◎轉診案件：就醫日期為106/113年1-9月且申報以下案件，並排除透析案件(案件分類為05)、申報院所代號第一碼為A、H、J、Q、R、S之案件。

12





## 113年1-9月分級醫療成效3/3

### 各層級轉診流向(不含視同轉診案件)

接受院所	轉出院所									
	合計		醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所	
	件數	占率	件數	占率	件數	占率	件數	占率	件數	占率
106年1-9月										
合計	333,890	100%	3,184	100%	13,678	100%	35,833	100%	274,923	100%
醫學中心	163,455	48.95%	544	17.09%	8,951	65.44%	21,008	58.63%	132,327	48.13%
區域醫院	135,546	40.60%	1,965	61.71%	3,338	24.40%	10,901	30.42%	114,543	41.66%
地區醫院	31,669	9.48%	652	20.48%	843	6.16%	3,638	10.15%	25,724	9.36%
基層診所	3,220	0.96%	23	0.72%	546	3.99%	286	0.80%	2,329	0.85%
113年1-9月										
合計	1,040,893	100%	65,376	100%	93,966	100%	155,817	100%	718,691	100%
醫學中心	482,725	46.38%	5,484	8.39%	40,569	43.17%	88,421	56.75%	346,894	48.27%
區域醫院	353,016	33.91%	11,927	18.24%	28,495	30.32%	39,998	25.67%	268,610	37.37%
地區醫院	151,415	14.55%	34,054	52.09%	9,895	10.53%	20,600	13.22%	85,168	11.85%
基層診所	53,737	5.16%	13,911	21.28%	15,007	15.97%	6,798	4.36%	18,019	2.51%

◎資料來源：多模型健保資料平台：門診明細檔（擷取時間：113.11.8）

13



## 113年區域聯防執行概況

- 113年醫院總額專款新增主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作計畫(分別增編0.81及1.27億元)，並自113年7月1日起實施。
- 鼓勵醫院建立區域聯防網絡，參與情形如下：
  - 主動脈剝離：已建立10個網絡、276間醫院參與，113年7-9月已申報68人。
  - 腦中風：已建立10個網絡、381間醫院參與，113年7-9月已申報1,190人。
- 獎勵項目分為急重症疾病照護獎勵、跨院合作執行費獎勵及自行收治病入獎勵。

### 主動脈剝離團隊



### 腦中風團隊



14



## 強化急性缺血性腦中風照護 接軌國際治療指引

### 1.放寬「急性缺血性腦中風」血栓溶解劑及醫療服務給付規定 (2023年10月1日放寬)

- 急性缺血性中風病人「靜脈血栓溶解治療收案條件」由**3小時**內放寬為**4.5小時**

單位：醫令點數(萬點)

統計區間/ 診療項目	2022/10-2023/8 (生效前)月平均		2023/10-2024/8 (生效後)月平均		醫令數量 成長率
	醫令數量	醫令點數	醫令數量	醫令點數	
rt-PA	437	798	556	990	27.2% ↑

### 2.放寬機械取栓之特材及醫療服務給付規定(2023年11月放寬)

- 33143B「急性缺血性腦中風機械取栓術」由**8小時**內放寬為**24小時**

單位：醫令點數(萬點)

統計區間/ 診療項目	2022/11-2023/8 (生效前)月平均		2023/11-2024/8 (生效後)月平均		醫令數量 成長率
	醫令數量	醫令點數	醫令數量	醫令點數	
「急性缺血性腦中風機械取栓術」	249	1,226	342	1,668	37.3% ↑

15



THANK YOU

16

肆、討論事項第一案「114 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配續請討論案」與會人員發言實錄

**同仁宣讀**

**盧主任委員瑞芬：**接下來 3 個討論案都是上個月留下來的，因為是請總額部門做說明，本會同仁就不用再做其他說明，請中醫部門說明。

**詹委員永兆：**主席、各位委員，大家早安，經過中醫界內部激烈的討論，希望各區點值差距不要太大，本會同意指標二進 1%、指標一減 1%，風險調整移撥款設 1.5 億元，1.1 億元補到點值最差的區域，0.4 億元補到利用率最高的區域，謝謝各位委員的指教，並請支持中醫的提議。

**盧主任委員瑞芬：**這個部分請問委員有沒有意見？這跟我們上次請他們回去研議的內容是一樣的，如果沒有意見，我就直接做決議。

第 1 點，114 年度中醫門診總額地區預算分配方式，2.22%歸東區，97.78%歸其他 5 分區，5 分區分配方式各分區戶籍人口數占率參數 2 是 16%，各分區實際收入預算占率參數 1 是 65%，其餘參數占率同 113 年。

第 2 點，自 5 分區一般服務費用移撥 1.5 億元作為風險調整移撥款用於中全會建議的 2 項用途。

第 3 點，其餘按照會議資料說明擬辦文字，請本會同仁協助處理，謝謝中醫部門，接著進行討論事項第二案，請同仁宣讀。

伍、討論事項第二案「114 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配續請討論案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

盧主任委員瑞芬：請西醫部門說明。

周委員慶明：西醫基層 6 區其實有多區的共識，決定尊重西醫基層 R 值占率每 2 年增加 1% 的意見，我們同意 114 年 R 值占率從 69% 增加到 70%。

第 2 個關於風險調整移撥款，當然是等 R 值及總額確認之後，因為我們原來的 6 億元已經執行 4 年，可能會再來討論，目前沒有提出來。

盧主任委員瑞芬：今天一定要決定移撥款，我們上個月就有說明，這跟總額核定多少沒有關係，這是地區預算分配，今天 3 個部門全部都要決定，移撥款的部分你們沒有提，過去是 6 億元，你們今年提多少，委員也要表達意見。

周委員慶明：請給我們 10 分鐘時間再來討論，電話溝通就好，這部分我們沒有討論，所以可能有一些困難。

盧主任委員瑞芬：我們上個月都有請你們要討論，其他的委員要不要先表達一下意見？過去風險調整移撥款是 6 億元，西醫基層部門現在要電話討論。如果委員暫時沒有意見，我們先進行下一案。

本案於討論事項第三案之後，接續討論並決議(詳第 66~69 頁)



陸、討論事項第三案「114 年度醫院總額一般服務之地區預算分配續  
請討論案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

盧主任委員瑞芬：請醫院部門說明。

李委員飛鵬：主委、各位委員，上一次我們開會的時候，我承受到很大的壓力，希望我們也能夠門診、住診 R 值占率各進 1%，我們回去也很慎重地召開健保委員會，6 區都來討論，我跟他們表達付費者代表委員及署長都很期待我們能夠朝向門、住診 R 值占率各進 1%，我用一個比較淺顯的比喻，就像在大草原裡面養動物一樣，草就不夠吃了，好不容易大家分出來各區，在不夠吃的情況下，又要有人多、有人少，就比較困難。經過非常冗長與激烈的討論，實在沒有辦法取得一致性的意見，他們希望維持原建議。

我也跟他們講，讓我去健保會開會，要給我一點權力，不要什麼事情都不要變，不尊重人家的意見，我跟他們講能不能授權我們一點伸縮，門診 R 值占率前進 1%，住院維持不變。

盧主任委員瑞芬：上次主席已經裁決門診、住院都是最少前進 1%，而且還有健保署專業的建議，你們不能回來跟我們講，不但沒加碼，還要倒退走，沒有辦法，我只剩下這次跟下次會議就不用坐在這個位置上，我一定得堅持自己裁示的結果，所以我們從那裡開始談，門診跟住院 R 值占率都是增進 1%，不能來翻盤。

李委員飛鵬：我就頂著鋼盔同意這樣子好不好。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，那風險調整移撥款的部分？

李委員飛鵬：還是 6 億元，你們不要讓我回去被打死，下次沒辦法再來開會。

盧主任委員瑞芬：我下次已經是最後一次主持會議，你也是最後一次。

李委員飛鵬：我還沒有卸任，我才就任一年多而已。

盧主任委員瑞芬：你如果被蓋布袋，我一定去看你。我覺得醫院部門都非常有知識，非常專業，不會訴諸武力。

**李委員飛鵬：**我有跟他們講，署長說雖然有的人多有的人少，但是明年度的總額署長也很有誠意。

**盧主任委員瑞芬：**你們增加很多。

**李委員飛鵬：**我有請他們給我一點裁量權，他們不同意，公文上呈現的會議紀錄很清楚。

**盧主任委員瑞芬：**一定要給你裁量權，尊重理事長，這麼英明的理事長請會員要尊重(李委員飛鵬：我一定會被打死，下個會期你就看不到了)，不會不會，物價都調漲，是不是風險調整移撥款也酌增一點，你們內部怎麼分我們其實都沒有太多干涉，但是這個部分還是酌增一下。

**李委員飛鵬：**前面就是進 1%，風險調整移撥款部分真的拜託，我已經頂著鋼盔了！

**盧主任委員瑞芬：**醫院部門總額預算占 69%，1 億元就像一個小水滴。

**李委員飛鵬：**就是我跟你講的，大草原的草就不夠吃，他們的分配好不容易達成一個共識。

**盧主任委員瑞芬：**和幾百億元比起來，1 億元真的是一個小水滴。

**李委員飛鵬：**陳理事長你幫我頂一下鋼盔。

**陳委員石池：**主席、各位委員，大家好，那次健保會議我有參加，我一開始就講健保署跟付費者代表都希望我們前進 1%，馬上被 K 下來，後來李理事長苦苦哀求能不能給一點裁量權，在會議上能夠有一點伸縮空間，現在 100% 拿光，回去會被打死，我建議風險調整移撥款 6 億元，門、住診 R 值占率前進 1% 已經受傷很嚴重了，是不是下一次有機會再慢慢調，請各位委員給理事長一個空間，我參加那個會議真的很慘，理事長被 K 成那樣子，慘不忍睹，各區差異很大，會中吵不停，那一天會議沒有結論，我們才苦苦哀求能不能有一個裁量權，今天已經退很多了，各位委員拜託一下，這件事情先這樣，明年再調好不好。

**盧主任委員瑞芬：**債留子孫就對了，各位委員有沒有意見？現在門診跟住院的部分 R 值都前進 1%，符合我們上次裁量，但是他們風險調整移撥款希望可以維持原議(李委員飛鵬：拜託一下)，請吳榮達委員。

**吳委員榮達：**我想講一句公道話，6 億元的風險調整移撥款就醫院部門來說，我覺得是所有部門執行得最好的。

**盧主任委員瑞芬：**所以應該要加碼？

**吳委員榮達：**我建議不增加，他們有困難處，我覺得他們在有限資源之下能做得這樣子，應該還是給他們一點空間。

**盧主任委員瑞芬：**做得這麼好要加碼才對，不是嗎？

**吳委員榮達：**這是我個人意見，他們真的有他們的為難處，是不是今年給他們一點點彈性空間。

**盧主任委員瑞芬：**請滕西華委員。

**滕委員西華：**醫院會拿到優，與用風險調整移撥款 6 億元推動各個不同分區醫療特色很有關係，原本各區特色應該用品保款執行，分區共管應該用一般服務鼓勵，包括執行好的，在協商時就變成專款，就是區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作，所以我覺得 6 億元金額已經非常少，西醫基層也是 6 億元，更不用說剛剛劉淑瓊委員跟署長都講到這幾年區域資源分布，這麼多醫學中心升格影響到各區的費用，影響公式裡面的 S 值跟 R 值，特別是 R 值，全民健保沒有做錯事，醫學中心一升格就產生差異，我們不可能決議不讓某一些區域有醫學中心升等，更不要說沒有明確的國家政策，醫院部門不可能有對策，唯一手段就是某一些區域醫療資源分配出現不利的因素，就要用風險調整移撥款調控，包括醫學中心的升等，或者是醫療層級內部的改變，剛剛署長說什麼區域醫院增加或減少，地區醫院增加或減少，分級醫療做得好或不好，都要靠風險調整移撥款降低人為因素，或是無法掌控的因素，不然也要像海角 7 億元，6 億元真的很少。

我這幾年當評核委員看到醫院的努力，我們應該看醫院在大總額幾千億元的努力，那部分真的比較少，因為你動不了，草原那麼大片，看不到 2 根草做的好不好，但 6 億元裡面有看到醫院協會跟各區域平衡嘗試鼓勵優質方案，將來或許可以朝 P4P<sup>(註)</sup>或 pay-for-value based 去努力，我覺得理事長一定是客氣，他一定有權限跟量能可以在這邊增加至少 1 億元，我們是衷心期待增加 1 億元，品保款也是這樣，可以再多一點。

註：P4P(Pay-for-Performance，論質計酬)。

**盧主任委員瑞芬：**現在請李永振委員。

**李委員永振：**我跳開委員身分，用社會人士表達看法，本來想法是說，醫院 6,400 億元預算，為了 1 億元無法決定，但是聽到 2 位理事長講的話，真的是戴鋼盔，聽到剛才吳榮達委員提到他們做的最好，是不是可以從這個角度來考量當成獎勵，就維持 6 億元，剛才陳石池理事長也講，要漲明年再漲，列入會議紀錄，明年至少 7 億元，是不是可以這樣處理，不然我們已經超過時間。

**盧主任委員瑞芬：**請林恩豪委員，講完以後請健保署提供專業意見。

**林委員恩豪：**謝謝主席，剛剛李飛鵬委員一開始有講草不夠，但事實上現在草很充足，而且長高了，因為有保障點值，沒有以前的問題，R 值跟 S 值的問題早該解決，這已經拖 10 幾年，按照期程好像 7 年內就要解決，不然 10 幾年就要解決，現在都 113 年，每年一定都會來說有困難，每年都會有內部矛盾及困難，不可能沒有困難的 1 年，1 億元而已，幾千億元的預算下面的 1 億元，明年一定會有新的困難出來，拜託才 1 億元，請突破一下困難。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請健保署提供專業的意見。

**石署長崇良：**很謝謝醫院協會折衝讓 R 值跟 S 值都前進，我要肯定，不過因為這樣的調整之後，會讓東區的預算下降，所以東區的部分一定要保障，東區的保障就是來自風險調整移撥款，所以我們建議風險調整移撥款一定要增加，而且要保障東區不能下降。

**盧主任委員瑞芬：**請吳鏘亮委員。

**吳委員鏘亮：**謝謝署長、主席，我是雙重身分，第一個是醫院協會，第二個是來自東區，跟各位委員說明，中醫部門及西醫基層部門的風險調整移撥款，是在各區分配上點值有問題的時候，動用風險調整移撥款處理這些事情，但是醫院總額不是，醫院總額風險調整移撥款動用不是這樣，完全跟點值沒有關係，在 R 值、S 值調整之後，對東區來講是下降，但是風險調整移撥款是無法處理的，風險調整移撥款在醫院總額裡面做的都是各區的特色，跟點值沒有關係。

**盧主任委員瑞芬：**真的有關係，東區有得到風險調整移撥款一部分的錢。

**吳委員鏘亮：**那個是做完之後，少部分才會補回到那邊，不是所有都是。

**盧主任委員瑞芬：**當然不是所有都是。

**吳委員鏘亮：**只有一部分，沒有辦法處理因為 R 值跟 S 值調整之後的落差。

**石署長崇良：**今年的 6 億元，其中 2 億元的分配東區拿最多。

**盧主任委員瑞芬：**健保署有數字，因為風險調整移撥款，你們每年都有請我去評論，2 億元是按照公式分配到有需要的地區，東區是分到最多，後面 4 億元才是依據 R 值、S 值一樣分配。請李理事長。

**李委員飛鵬：**我退一下，依據李永振委員的意見，我們明年再調風險調整移撥款好不好，我知道署長是愛我好，但我回去至少要講我已經很努力了。

**盧主任委員瑞芬：**我們的會議紀錄都會呈現你苦苦哀求。

**李委員飛鵬：**就是說我們明年再增加到 7 億元，今年就是前進 1%。

**盧主任委員瑞芬：**其實我們真的是愛在當下，今年的事最好今年解決，明年我也不在，我看不到成果。請劉淑瓊委員。

**劉委員淑瓊：**沒有特別的意見，但我們完全理解李理事長在過程裡面承受的煎熬跟兩難，但是我支持剛剛署長講的，我覺得簡短，又非常有道理。

石署長崇良：主席，是不是我也懇求一下，我們同仁算了一下，R、S 值調整後東區會少大概 5 千萬元，是不是就 6 億 5 千萬元，一定不要讓東區掉，原則上跟今年一樣，不要讓東區掉，保障住，我們都各退一步。

李委員飛鵬：署長英明，我們一向都是加起來除以 2，就是 6 億 5 千萬元，我回去一定講我已經盡力了。

滕委員西華：我懷疑你們套好。

盧主任委員瑞芬：李理事長，健保署有數字，我們就照這樣走，這案子就討論到這裡，這案子做成的決議就是 114 年度醫院總額預算分配方式，門診 R 值占率 53%、住院 R 值占率 46%，自一般服務費用移撥 6.5 億元作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展及因應東區因 R 值前進造成的財務衝擊，這部分請各位特別注意，健保署估算是 5 千萬元，這 5 千萬元分配……。

李委員飛鵬：是因應各區的，不是只有東區，是因應各區……。

盧主任委員瑞芬：那就變成 7 億元，5 千萬元是補東區。

李委員飛鵬：好，照你的意思。

盧主任委員瑞芬：5 千萬元就是用於因應東區因為 R 值前進造成的財務衝擊。第 2 個，其餘內容依照會議資料說明及擬辦文字，請本會同仁協助處理。我們現在就回到西醫基層的案子。

(討論事項第二案續議)

周委員慶明：其實我們上一次有開會針對 R 值前進 1%，大家就已經爭執很久，開會時間很長，所以還沒有討論到這個題目，好不容易 R 值有達成共識，這個議題我們還沒有討論，但是我剛剛有問，有一些區希望提高，有一些區希望維持，所以我們目前沒有辦法把這個數字告訴你們，能不能給我們一點時間，例如一個禮拜的時間把這個事情做詳細的討論。

盧主任委員瑞芬：真的不行，現在是 11 月，這個案子本來上個月就要決定，好不容易挪到這個月，3 個部門都一樣，現在前面 2 個部門都完成，這案子無論如何今天一定要有一個裁示，上個月的會議

紀錄主席裁示都有提到，這個月要把你們分配的細節提出來，所以今天是一定要決定的。便當已經來了，我們先休息 10 分鐘，然後西醫基層可以繼續跟你們的委員討論 10 分鐘。

(討論事項第二案暫停，休息 12 分鐘)

**盧主任委員瑞芬：**針對剛才前面醫院地區預算分配的決議，要再做一點釐清，就是剛才署長提出從一般服務費用移撥 6.5 億元，署長有特別提到其中 5 千萬元是針對東區因為 R 值前進造成的財務衝擊，所以這部分我們還是要說明。

**李委員飛鵬：**我還是表達一下，我們內部的試算，南區也受損很重，所以我剛剛才急著舉手，反正就讓他們自己去調節。

(討論事項第二案續議)

**盧主任委員瑞芬：**我們現在進入西醫基層地區預算分配的部分，請周理事長或陳副理事長說明。

**陳委員相國：**感謝各位委員指導，上次我們在開會時，因為 6 區的意見很分歧，光討論 1% 就討論快 3 小時，所以沒有來得及討論到風險基金部分，所以跟各位委員報告，我們結論是配合健保會跟衛福部意見，2 年前進 1%，所以今年前進 1%，東區一定保障每點 1 元。

現在周理事長還在協調到底風險基金要訂多少，各區意見很分歧，因為前進 1% 以後有的區金額會減少，有的區會增加很多，有的區點值很差，有的希望風險基金提到很高，有的區希望風險基金能夠降得少一點，理事長還在協調當中，請再給我們 1 分鐘。

**盧主任委員瑞芬：**西醫基層如果需要多一點時間，我們就不要浪費時間，先進行第四案待會再回來討論。

**周執行秘書淑婉：**好了嗎？

**盧主任委員瑞芬：**西醫基層可以了嗎？還是我們先討論下一個案子？

**周委員慶明：**不好意思，耽誤大家那麼多時間，其實我們西醫基層也跟李飛鵬理事長一樣，西醫基層有 6 個區，東區優先補到每點 1 元以後，其他 5 個區再來討論，其他 5 個區其實箭也很多，射來射

去，我們壓力也很大，說實在沒有共識，甚至臺北區提出來要 20 億元，有這個想法出來，所以目前說實在我們沒有辦法在這裡給各位正式最後的數字，容我們差不多一個星期的時間，讓我們回來，然後到時候再……。

盧主任委員瑞芬：不行，真的不行。

周委員慶明：還有時間可以做一個結論嗎？

滕委員西華：最少就是跟今年一樣 6 億元啊！

周委員慶明：如果是至少 6 億元，我們還可以有增加的空間嗎？

盧主任委員瑞芬：對！

周委員慶明：等於說帶回去再討論。

盧主任委員瑞芬：至少 6 億元。

周委員慶明：所以至少 6 億元是還可以有緩衝的空間，那就 OK。

盧主任委員瑞芬：對，我們就至少 6 億元。

周委員慶明：回去討論有一個結果出來後，再來健保會做一個書面的報備。

盧主任委員瑞芬：好。

陳委員相國：我請教主席一下，3 個原則，第 1 個 R 值占率前進 1%，第 2 個保障東區至少每點 1 元，第 3 個自一般服務費用移撥至少 6 億元，作為風險調整移撥款。這 3 項確定之後，相關的細節分配方式是不是可以之後再報告。

盧主任委員瑞芬：我們會請你們跟健保署討論。

陳委員相國：我們跟健保署溝通完就不用在這裡報告？

盧主任委員瑞芬：最後的結果要來委員會議報告。

陳委員相國：我們先跟健保署溝通，溝通完再來這裡報告。

周委員慶明：下一次。

盧主任委員瑞芬：第二案西醫基層地區預算分配作成決議如下：

114 年度西醫基層總額地區預算分配方式，第 1 點，R 值占率 70%；第 2 點，自一般服務費用移撥至少 6 億元，作為風險調整移



撥款；第 3 點，所涉及執行面及計算，含風險調整移撥款額度、用途與執行方式等相關細節，本會授權健保署會同西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款額度、用途與執行方式請送本會備查。

其餘的內容我們會按照會議資料說明及擬辦文字，請本會同仁協助整理，接著進行討論事項第四案，請同仁宣讀。

柒、討論事項第四案「全民健康保險 114 年度保險費率方案(草案)審議案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

溫科長怡琚報告：略。

盧主任委員瑞芬：本會同仁有沒有補充說明？沒有。請委員發表意見，今天案子應該相對簡單，因為這個案子結論就是不提高費率，請李永振委員。

李委員永振：主席已經講出結論，但我還是補充一下，總額成長率如果依照媒體轉述衛福部長官預期核定用高推估的 5.5%，比現在的這 2 個版本還高，經健保署估算到明年底的安全準備金還有 2.04 個月保險給付支出，所以 114 年財務應該是沒有問題，一般保險費率維持 5.17% 是 OK 的，問題是在後面。

另外有 3 點要請教健保署，第 1 點是投影片第 13 頁被保險人人數占率的變化，健保署提出來是從 110 年 67.25% 逐年增加到 114 年 68.3%，但是依照國發會最近公布的人口推估，15~64 歲工作人口的占率則由 113 年 69.1% 降到 117 年 66.7% 左右，已經不到總人口三分之二，到 129 年就只剩下 60.9%，當然內容不一樣，健保署的被保險人數到 114 年都是增加的，國發會推估到 2070 年，但是我們不要看這麼久，看到 129 年就好，15~64 歲工作人口的占率是在減少的，到底為什麼兩個方向不一樣，難道是 116、117 年剛好到轉折點嗎？

第 2 點是投影片第 23 張，保險對象應自行負擔費用的基礎是用歷年平均成長趨勢推估，但 112 年 7 月部分負擔新制上路，上個月報告增加大概 53 億元，你用歷史資料推估，但去年 7 月情況有改變，就醫率可能有所不同，有沒有考慮到這個因素，如果沒有的話，可能估出來會有一點差異。

第 3 點是投影片第 25 張，115~117 年平均年成長率，收入面只有 0.81%，總額支出大概用 4.11% 來看，收支之間有 3.3% 的差異，國發會一直強調收支失衡的問題要留意及改善，現在都看不到改善，

而且一直往支出面在傾斜，將來是不是就是一個問題點？而且看到現在的氛圍好像也不只這樣，投影片第 5 張，在 114 年度保險費率審議前專家諮詢會議有提出來，將來總額成長率可能都會維持在 5.5% 以上，健保署也有提供這個資料，各位可以看到，如果今年總額成長率用 5.5%，明年總額成長率用 5.5% 去估算的話，到 115 年底安全準備只有 0.98 個月保險給付支出，不到 1 個月保險給付支出，但部長已經向媒體宣布好幾次 2 年不調漲保險費，當然補充保險費可能會調整，到時候如果要調漲保險費，部長講的話就好像跳票了，怎麼去因應？這 3 點請教，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請滕西華委員。

**滕委員西華：**謝謝健保署的報告，第 1 個，先看一下會議資料第 175 頁，就是健保署投影片第 4 張叫我們自行參閱的資料，提升點值至 0.95 元的相關管理措施，其中第 3 項醫療配置合理化的第 2 點醫院門住診比率合理化，但今天討論醫院分區預算總額的門、住診費用比率還是 45：55，這個比率沒有變動，提升點值至 0.95 元相關管理措施是 114 年的，所以健保署的意見是什麼？是 114 年打算調整還是不調整？如果要調整是如何調整？

第 2 個是會議資料第 176 頁第 7 項持續促進健保醫療合理使用，健保會針對現行核減制度一些不合理的部分討論非常多次，也建議非常多次，如果 112 年審查核減費用 52 億點，從 112 年健保總額 8,364 億元來看，占率只有 0.62%，請問這符合健保署心中的合理使用嗎？謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請韓幸紋委員。

**韓委員幸紋：**我要呼應李永振委員剛才提到的，如果總額成長率維持比較高標的水準，這次補充未來 2 年總額成長率都是用 5.5% 的預估版本，就可以看到理論上調升費率時間會比後面的預估版本整整提早 1 年，在 115 年的時候可能就有需要調高費率，剛才其實也有提到目前衛福部的政策方向，就是有沒有其他財源相關改革措施，其

實就最近的新聞或諮詢會議意見的回應或整理，都提到未來的一些改革方向可能會朝補充保險費來處理。

可是我自己在看這個數據的時候，其實我有一點擔心這個問題，因為現在補充保險費主要的付費項目是在股利跟高額獎金部分，過去有一個經驗就是 104 年曾經收過富人稅，把綜合所得稅率往上調，最高稅率從 40% 拉到 45%，那一次的結果是 3 年後這個制度就沒有了，引發爭議的主要部分是很多投資者其實就是大股東，他們說稅率往上調會導致高階人才及投資外流，所以 3 年後這個制度就沒有了。

我的意思是衛福部有沒有 plan B，萬一這個方案做不下去，而且我覺得這一類改革方向的著重對象太明顯了，就是鎖定高階人才或大股東這一種對象，目標群太明顯很容易引起這一個群體的反彈。如果推的時候高層不願意扛這個壓力，做不下去，沒有新增的財源，那 115 年可能面對要調費率，到底是要讓部長的承諾沒辦法實施，還是有沒有其他的方向？我覺得衛福部其實應該要提出不同版本，並且去評估它的可行性，還是要有其他策略，不能每次提了一招，萬一沒了，下一招不知道在哪裡，這是我們對目前財務預估數字比較擔心的部分。

另外一個是在會議資料第 140~141 頁，這邊好像是整理 114 年度保險費率審議前專家諮詢會議的一些重點，但是有一個部分我不太確定我的理解對不對，就是會議資料第 141 頁，衛福部對於中長期開源節流措施的看法與建議第 4 點「其他補充財源：完善所得資料，以掌握民眾經濟能力，研議將詐騙集團不法所得及地下經濟所得納入費基」，你們知道地下經濟是什麼意思嗎？地下經濟的意思就是這數據政府掌握不到耶，你們要把這個納入費基，我看完之後下巴都要掉下來了，你們要去哪裡找數據？我在想這是從我上次講的話轉出來的嗎？還是怎麼樣？我不太確定，我原本的意思是說台灣地下經濟很嚴重，如果將來考慮用財產當費基的話，他其實是一個替代指標，我可能有一些東西觀察不到，但是我用可以觀察到的

指標去替代，我不知道我的理解跟最後做出結論到底哪裡出現差異。

另外有一點類似就是我在新聞裡面看到署長對外有提到，也有考慮將不動產交易所得或證券交易所所得納入費基，我看過幾篇這樣的報導，也是一樣的問題，證券交易所目前是完全免稅的，如果健保署真的想要把它納入費基，這個資料去哪裡找，其實我知道資料在金管會，但所有政府單位交換資料的時候金管會是鐵板一塊，幾乎不會把金融機構繳上來的資料交給其他部會使用，更不要說是課費用途，這是一些財務制度改革的問題，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請林文德委員。

**林委員文德：**我也是想請教提升點值的一些問題，剛剛滕委員有講到資源配置合理化的部分，這邊相關的措施比較沒有辦法看出到底能夠讓點值提升多少，看起來很多措施其實是有一些效果，但效果幅度不是很大，有一些可以節省幾百億元，一看時間是 10 年，算起來一年大概省不到 100 億元，如果要讓點值提升到 0.95 元，可能需要 400、500 億元，現在總額預算接近 1 兆元，如果以 5% 估算，就需要 500 億元的措施才可以達到提升的效果，不曉得這些管理措施未來能不能有比較量化的說明，就是說除了一些作為之外，有沒有辦法去預估這樣的作為對於提升點值有什麼幫助，包括減少分母的部分，總額預算一直增加分子的部分，但是減少分母的部分好像比較少看到，就比較沒辦法估算這樣的措施能夠提升多少的點值，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**若沒有其他委員提問，我們就請健保署回應。

**陳組長美杏：**支出面的部分待會就麻煩劉林義組長回答，有關韓幸紋委員特別講到財源未來盤整要注意相關細節及可行性，非常謝謝韓委員。李永振委員特別提到，在投影片第 23 頁的部分負擔採取歷史資料推估，有沒有考量部分負擔新制的影響，這部分已經考量進來，有關人口成長趨勢與國發會統計方向稍有不同的部分，麻煩溫科長回答。

**溫科長怡琚：**在這裡跟大家稍微說明一下，國發會統計資料的確把 15~64 歲當作勞動人口，但我們推估的時候有分本國人及非本國人，被保險人有把非本國人納入，有做這樣的考量。另外因為現在雖然人口缺少但勞動力要維持，所以越來越發現 65 歲以上不叫老人，會持續工作，我們有一併納入考量，這部分短期之內我們 114 年還是用這樣的方式呈現，以上說明，謝謝。

**劉組長林義：**有關剛剛委員提到會議資料第 175 頁，提升點值到 0.95 元的相關管理措施，點值其實就是預算除以點數，剛剛有報告預算正極力爭取，現在等立法院及衛福部的核定，我們現在能做的就是會集中在點數的部分，最重要就是如何減少不必要的點數，除了減少不必要的點數之外，更希望利用這個機會促進醫療資源配置合理化，大家可以看到提升點值到 0.95 元的相關管理措施第 3 項，就是我們希望能夠讓整個醫療資源配置，趁今天這個契機可以讓它合理化。

剛剛滕西華委員關切的醫院門、住診比率合理化，醫院門、住診比率已經實施很久，目前還是採取 45：55，隨著科技進步，門、住診比率怎麼調整的確是一個問題，我們也認為醫院屬性都有所不同，無法一刀切，目前採取可不可以視醫院性質、視當地區域性質細緻調整門、住診比率。我們有請 6 個分區納入他們共管的重點，共管的部分其實一直在談點數、目標點數等等之間的分配，應該要把門、住診比率依照這一家醫院的性質，或這個區域可能比較適合什麼醫院，比較希望鼓勵醫院住診比率達到多少及醫院自己努力的程度，所以把它視為一個指標，未來會放在分區共管執行，以上說明。

**黃組長育文：**核刪的部分我稍微做一點說明，確實看到核減率在下降，醫院真正的量能核減率，我們有透過一些監控工具包括 BI<sup>(註 1)</sup> 或檔案分析監控，目前也正透過數據應用開發 AI<sup>(註 2)</sup> 工具，所以我們希望未來核刪會朝向更合理，然後也比較貼近真正臨床使用的狀況，未來我們再來改善，謝謝。

註 1：BI(Business Intelligence，商業智慧工具)。

註 2：AI(Artificial Intelligence，人工智慧)。

**盧主任委員瑞芬：**委員針對這案子如果沒有其他的意見，我就做成以下的決議：

第 1 點，114 年度保險費率經本會審議結果，建議維持現行費率 5.17%。

第 2 點，上述審議結果將依健保法第 24 第 3 項規定，併同與會人員發言實錄函請衛福部轉陳行政院核定，另請健保署就委員意見研參妥處，以上。接著進行報告事項，請同仁宣讀。

## 捌、報告事項「112 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告」與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

洪專門委員于淇報告：略。

邱組長臻麗：主席、各位委員，大家好。接下來請委員翻到補充資料 1 第 21 頁，本會研析用補充資料 1 第 21 頁附表來說明，我們整理近 3 年的監測結果，○代表改善，△代表沒有明顯趨勢，×代表退步。

效率部分 7 項指標有 4 項進步，宜保持，其中指標 1.1 部分，因為地區醫院受呼吸照護個案的影響，導致急性病床平均住院天數比其他層級醫院還要高，所以我們建議健保署針對住院天數比較高的院所加以輔導改善。退步指標有 1.2、1.4 及 1.7，其中「指標 1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)」，112 年的整體及各層級醫院都是近 3 年最高，而且近 3 年醫學中心及區域醫院檢傷分類第二級留置比率呈現上升情形，剛剛劉林義組長報告說會再跟急診醫學會討論及研修品質提升方案，我們建議關注後續指標變動情形。

醫療品質部分有 4 項指標，其中指標 2.1 跟 2.2 都呈現進步趨勢，宜保持，退步指標有 2.3、2.4，其中「指標 2.4 護理人力指標-全日平均護病比達加成之占率提升」，醫學中心護病比小於 7 人的月次占率從 111 年 42.7% 降到 112 年 10.3%，區域醫院護病比小於 10 人的月次占率從 111 年 78.8% 降到 112 年 58.2%，這 2 個下降幅度比較高，我們建議健保署進一步探究原因以利研議改善措施，113 年因為在其他預算編列強化住院護理照護量能方案，我們建議可以觀察各層級醫院護病比後續變動情形來評估預算投入的效益。

效果部分有 3 項指標，全部都是沒有明顯變化趨勢，我們有提出一些需留意的部分，請委員參閱。接下來請參看補充資料 1 第 22 頁，資源配置部分有 3 項指標，「指標 4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)」，如果越高，代表



鄉鎮人力比分布差異越大，112 年整體、醫院、西醫基層及中醫門診醫師人力比值都略微下降，但牙醫門診醫師人力比值比 111 年略微上升，這部分要請留意。「指標 4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)」，剛剛有報告牙醫、中醫的醫療資源不足及山地離島地區就醫率都低於一般地區，其中牙醫在醫療資源不足地區就醫率跟一般地區就醫率的差距，從 110 年 13.9% 增加到 112 年 15.4%，差距逐漸擴大。健保署在前面書面報告提到 113 年有檢討修訂牙醫、中醫的醫療資源不足地區改善方案，我們建議後續可以觀察修訂之後就醫率是否提升。

委員也關心「指標 4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)」逐年上升，10 類中有 7 類申報率是呈現上升趨勢，剛剛健保署提到的「冠狀動脈塗藥支架」與「特殊功能及材質髓內釘組」，委員在委員會中已經多次提出，協商 114 年度醫院總額的時候，健保署有編列改列為全額給付預算，我們建議未來持續觀察，如果占率超過 7 成的特材能夠及早納入全額給付。

財務部分有 4 項指標是呈現進步的趨勢，其中「指標 5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率」退步，呈現擴大的趨勢，我們建議健保署分析造成差異的各項因素數值，「指標 5.5 保費收繳率」呈現進步的趨勢，整體及 1~3 類收繳率已達到 9 成 9，但第 6 類收繳率未達 9 成，建議健保署持續提升收繳率的措施及加強欠費的監控機制，接下來請翻到補充資料 1 第 18 頁，整體來講 23 項指標，11 項呈現進步、8 項退步，建議健保署針對退步的指標進一步探究原因及研議改善的措施。後續我們會將委員意見及健保署補充說明彙整以後，完成 112 年監測結果報告並上網公開，以上說明。

**盧主任委員瑞芬：**剛才前面健保署報告時，吳榮達委員有先舉手，是不是請吳榮達委員把剛才還沒有講完的部分說完。

**吳委員榮達：**剛才我問的就是照護連續性的部分，在補充資料 1 第 31 頁，因為看起來是呈下降現象，這下降應該代表的是病人到處看

診，可能是換不同醫療院所看診，可以分析它的原因，這樣子的趨勢確實是對我們的醫療目標好像是有所衝突的，想要瞭解可不可以做這方面的分析，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請劉淑瓊委員。

**劉委員淑瓊：**謝謝健保署的報告，還有健保會同仁很精簡的解析。因為這一次有 8 項指標是退步，我就針對「急診病人留置急診室超過 24 小時比率」及「護理人力指標-全日平均護病比達加成之占率提升」這 2 個指標，第 1 個是急診壅塞的問題，從數據上看起來，醫學中心的急診病人留置急診室超過 24 小時比率是在上升，我們在上一次委員會議就有提到，這並不是一個偶發短期的狀況，其實從 109 年開始就一直往上攀升，但健保設定的品質標準是小於 8 小時，而剛剛健保署同仁在第 6 張投影片講了很多猜測，因為它屬於病況比較危急、重度，所以處置時間要比較長等等，我覺得這些解釋，因為監測指標其實是很重要的，我們也很尊重健保署專業，但解釋這些指標時，我們希望能夠以證據說話，不是用這樣的猜測，因為剛剛你們猜測它病況較重，但你們定的品質指標就是小於 8 小時。每次提到這個問題，健保署回復都是說，你們會找急診醫學會修訂急診品質提升方案，感覺健保署在這個議題，就是有診斷無處方，所以也已經過了這麼長的時間，我們周圍都有不斷不斷地聽到，在急診待 1 晚或 2 晚已經變成基本消費了，我覺得這是很不好的 1 件事情，所以再講一次，就是我們希望要請健保署針對 5W1H<sup>(註)</sup>有個時間表，能趕快跟大家講，上次也提到逐家醫學中心，剛剛有提到說你們有跟他們監測，至於其進展情況，希望在健保會提報讓付費者代表能夠瞭解。

第 2 個是護理人力的部分，有關全日平均護病比的達成率，因為現在資料只有 112 年，我們醫改會同仁就去比較 111 年，發現醫學中心、區域醫院在護病比加成率的最高級距，就是醫學中心小於 7 人、區域醫院小於 10 人的部分，其實都退步了，請看月次占率下降幅度，醫學中心從 42.7% 降到 10.3%，區域醫院從 78.8% 降到 58.2%，像這樣的降低是負面、不好的情況，我們就很希望健保署

能夠跟我們說明一下到底發生什麼事情。另外有個建議，我們希望 114 年 1 月 1 日開始就改用三班護病比指標來取代現在的全日護病比，因為衛福部要推動三班護病比，所以在健保業務監理指標的監測，你要取代或併列指標，我們都沒有意見，但一定要有三班護病比的監測，以上，謝謝。

註：六何法又稱為 6W 分析法或 5W1H，即何人(Who)、何時(When)、何事(What)、何地(Where)、為何(Why)及如何(How)。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請林文德委員。

**林委員文德：**有 3 個指標想要提出詢問，第 1 個就是急性病床的平均住院天數，這是效率指標，代表日數越少越有效率，所以我們看到醫學中心、區域醫院、地區醫院，當然這 3 年來有下降，理論上住院天數也是跟疾病嚴重度有關，我們都知道醫學中心應該是最嚴重，反而醫學中心住院天數最短，所以這部分是不是有可能再作一些校正，比方說它的 CMI<sup>(註 1)</sup>，不然這樣看起來好像醫學中心是最嚴重、但住院天數最短最有效率，所以這部分的指標呈現，我覺得可以再精進一點，可能比較清楚以呈現整個效率的狀況。

第 2 個，有關癌末病人接受安寧療護的比率，因為我找了很久看不到那個比率，因為這邊只有呈現癌末病人生前 6 個月每人平均醫療費用，確實是已接受安寧療護者的醫療費用是會比較少一點，可能減少一些侵入性或不必要的醫療，這當然是很好的結果，但沒有看到比率，我不曉得這比率是漏掉呈現還是怎麼樣，我們希望在這個項目能夠看到，接受安寧療護的比率能再提高，這部分是不是可以補充說明一下。

第 3 個是有關初級門診照護率，當初討論指標也有一些疑問，到底所謂的初級門診是怎麼定義，我知道以前用 ICD-9<sup>(註 2)</sup>一個一個去看 code 來決定，但這個應該已經經過很多年了，就是沒有再去做一些修正，所以到底什麼是初級照護？這個如果是分類沒有分好，就會看起來好像越來越多初級照護案件，跑去區域級以上的醫院，指標呈現就變成似乎是比較不好的狀態，因此這部分是不是有可能未來再重新做一個定義分類，才不會讓指標看起來好像是，我

們健保體系投入資源於改善轉診制度做了很久，結果還是初級照護越來越多留在區域醫院以上層級，這樣會讓指標看起來不是那麼良好，以上是對 3 個指標的意見。

註 1：CMI(Case Mix Index，意指疾病嚴重度，於健保醫療費用支付標準稱為病例組合指標)。

註 2：ICD-9(國際疾病分類第 9 版)。

**盧主任委員瑞芬：**現在請王惠玄委員。

**王委員惠玄：**有關幾個指標分別請教，第 1 個是「指標 1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)」，有關急診病人滯留，早上署長提到，有稍微去瞭解一下病人的特性跟胸腔相關疾病有關，但我想請教這是不是跟護理人力短缺、急診關床有關係，當然這也反映到護病比部分，剛剛劉淑瓊委員已經談到醫學中心、區域醫院護病比較低部分的月次占率下降，這部分不知道有沒有校正關床的醫院，因為關床的議題是備受關注。

再來是「指標 1.4 區域醫院以上初級門診照護率」，剛剛林文德委員也談到此課題，除了初級門診 coding 的定義之外，這幾年有逐步上升的趨勢，先前觀察到這趨勢是因為疫情關係，但是看起來 112 年疫情已經降級了，而大家不經轉診直接就醫的比率卻還是在上升，不曉得這部分有沒有機會去瞭解，增加的部分是否有特定疾病類別的初級門診，如果是這樣的話，是不是有什麼可以去介入的特殊方案？

再來是有關「指標 2.3 照護連續性」，剛剛吳榮達委員也就這個議題有所請教，這部分不曉得是不是有對多重疾病進行考量，因為我們人口快速老化中，高齡人口的多重慢性病狀況比較普遍。

另外，關於轉診的衝擊，我們早上也聽到轉診率是有增加，不管是上轉、下轉甚至平轉，不論如何，轉診勢必就是跨院所，是不是就衝擊到這個指標的數值？這部分是不是也有進行比較或校正？

再來，有關醫師人力比，「指標 4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)」，這裡面醫院的醫師人力比差距擴大，我不確定以醫院服務的涵蓋範圍來說，鄉鎮市區是不是太小了一點？因為以醫院服務的涵蓋範圍來講，應該是比較大

的行政區域層級，在比較大的行政區域層級的計算基礎之下，醫師人力比的落差是不是相對就會比較少，所以我想在不同屬性醫療院所的人力數值比，是不是有不同考量。

再來是「指標 4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)」，我們普遍看到山地離島就醫率比較高，但林文德委員也提到就醫率提高當然是好的方向，但重點是有沒有減少可避免住院率，甚至我們上次也討論過，預防保健閾值只有 20%，是有點低，若就醫率可以達到這麼高，為什麼預防保健率還這麼低呢？這也是要請教的地方，我的意見就到這邊。

**盧主任委員瑞芬：**請李永振委員。

**李委員永振：**首先感謝健保署同仁很用心把這些資料呈現出來，不過比較可惜的是，因為太用心，所以資料變成用補充資料方式提供，如果可以早一點的話會更好，當然健保會同仁在有限時間整理出後面的建議也相當不錯，2 個單位同仁所提供的，都依照我們規定呈現出來，坦白講沒有什麼可以挑剔的了，不過好還要更好，所以我很贊成剛才劉淑瓊委員、林文德委員及王惠玄委員所提到，大概就是認為這整理出來的東西，有些可以再進一步探討，未來可不可以稍微再衍生一下，不然我只看到這邊好像在附表呈現出：○改善、△無明顯趨勢、×退步，這 OK 的沒有問題，因為我們規定就這樣，不過比較可惜的是，在○○××之外，後面好像還有話可以講，譬如說效果面的 3 個指標都呈現△，也就是沒有趨勢，這是事實，怎麼辦呢？我常常問然後呢？就這樣繼續嗎？這是第 1 個。

另外，它有用到最近 3 年的資料，所以剛才我旁邊的劉守仁委員就提到，3 年裡面有 2 年是疫情期間，這樣怎麼比較呢？基礎好像比較不一樣，如果能夠再進一步闡釋一下的話會更完美。

我剛才有提到進一步闡釋，要怎麼闡釋，我這邊舉 2 個例子，第 1 個在第 8 張投影片，對癌末 6 個月裡面有接受安寧療護的與沒有安寧療護的做一個比較，那麼在有接受安寧療護的每人平均醫療費用點數是逐年往下降，沒有接受的是逐年往上升。記得去年我曾經

提到過，最近 1 年裡面，兩者間的差異，所以這次我就把最近 3 年差異算了一下，差距為 110 年 56,924 點，111 年 65,008 點，112 年 72,304 點，簡單算一下大概都有兩位數的成長。

剛剛我看到在 11 月 4 日媒體報導健保署針對長期依賴呼吸器的患者，要規劃精進安寧緩和醫療，這個值得肯定，因為我看到這項費用 2011 年好像是 280 幾億點，成長到去年已經變成 300 多億點了，我看到這數字已經沒有辦法去找上次署裡面提出來的資料，他應該是 10 年前了吧，那時候是 102、103、104 年有降下來，從 160 幾億點降到 120 幾億點，我查不到資料，印象是這樣，但我看到報導嚇一跳，280 多億點又跑到 360 多億點，這塊應該值得以另 1 案去處理。因為本案有安寧療護的相關指標，而媒體又提到這個呼吸器依賴患者要規劃精進安寧緩和醫療，因為這一塊的費用蠻高的，所以我看到報導又突發奇想，針對癌末的病人是不是可以進行類似規劃，這是第 1 個建議衍生出來的結果。

第 2 個建議是在「指標 5.4 資金運用收益率」，也就是投資收益率，最近 3 年從 0.33%、0.57%、1.34% 有逐年進步，所以畫○，另外以「五大銀行一年期大額定存平均利率」做對照，這也很好，有一個相對性，不過從這個○(意指改善)，我不曉得進一步看，是要鼓掌、還是可以再精進一點，因為無巧不巧，最近勞動基金又公布今年前 3 季的表現，他們的收益率真的讓人家羨慕，其 3 類基金的平均收益率是 14.69%，其中新制勞退基金是 14.45% 規模最大，舊制勞退基金是 17.31% 收益率最高，另外我們不是講勞保基金快破產了嗎，但勞保基金也有 16.09%，3 者收益率都在 14% 以上，另我記得去年有提到過，3 類之中收益率較低的新制勞退基金，去年收益率亦有 12.06%，而今年變成是 14.45%。當然上次我在費率審議前專家諮詢會議有稍微提到這個，龐一鳴副署長也有說明可以瞭解，因為基金的規模不一樣，勞動基金比較大有好幾兆元，光新制勞退基金就有 4.4 兆元了，另外就是他們是長期資金，我們是短期資金，這我都瞭解、同意，但想一想會不會有太大的差異，昨天晚上我就找了一下，最近 2 年大概我們資金都維持 1,500 億元以上，

今年大概超過 2,000 億元，當然這有時間的因素，有些可能不是現金，但是我想一想的話，應該也還好吧，我們要求不多就用 1,500 億元的話，應該也算是有相當規模的，有一些投信公司搞不好連這資金都沒有。另外就是我們在資金運用時，要考慮安全性、流動性跟收益性，收益性一定擺在最後，OK。所以我上次突發奇想說可否達到 5% 就好，人家的三分之一也不算奢求，過去龐副署長說股票有慘跌這是事實，但是不要一朝被蛇咬，現在 9 成就是定存，剛剛說收益率有增加，這就是全球利率往上升當然增加，不增加才奇怪。所以有這樣的想法，是不是能以過去不好的經驗當警惕，有沒有辦法進一步弄出來，又突發奇想，至少安全準備 1 個月一定要有，沒有不行，我算一下明年的安全準備 1 個月差不多平均 714 億元，有到 700 億元也算是有一個規模，怎麼樣在這一塊來嘗試努力，對我們健保財務比較困頓的時候不無小補。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請滕西華委員。

**滕委員西華：**我儘量簡短，我其實非常關心自付差額等指標，稍後會花多一點時間講；而護病比的部分剛剛有委員提到，就是第 19 張投影片，我記得今年總額協商時，護全會有提到三班護病比與全日護病比的差異，我們花很多錢在夜班加給、大夜班加給，如果全日平均護病比這個錢都領走了，但是整體護理人力改善卻沒有非常顯著，那麼錢就是沒有用在對的地方，但是錢都花完了，如果這個指標鈍化，或這個指標無法呈現出：該給的有拿到、負擔有降低，那麼這個指標應該要改為不同班別的護病比，而不是計算全日平均，應該要拆開白班、小夜班、大夜班，分別應該要多少的護病比，以及不同的加成，而這些加成進去後會收到什麼效果，這樣指標才能夠呈現出來對不對，否則醫院體系人力是流動的，無法看出全日護病比跟三班護病比哪個不合理。

再來有關自付差額的幾張投影片，先請教第 28 張投影片，大家都知道我非常關心自付差額特材的使用率，以及該特材會在何時納入全額給付，健保署也積極回應，特別在冠狀動脈塗藥支架的部分，這次報告也有提到今年 4 月 19 日已討論有共識，將優先全額

給付於 ST 段上升的心肌梗塞。我就問幾個問題，第 1 個，現行全民健康保險全額給付點數從 2 萬 1 千點、1 萬 9 千點降到目前的 1 萬 4 千多點，但這個降價並沒有影響到自費，照理來說，當全民健保給付多的時候，自費就會變少，可是沒有，現在自費的塗藥支架都在 5.5~6 萬元之間，更貴的全吸收式生物血管支架是 12 萬多元，這價格居高不下，顯示長期以來，健保給付並沒有有效抑制自費價格的作用。

在 2017 年健保署有統計平均每人裝置 2 支以上的血管支架，但近年沒有看到相關統計。我有認識的朋友裝置 7 支以上，還有 1 個朋友光 1 次手術就裝置了 3 支以上，自費都超過 15 萬元。我要詢問的是，選擇優先給付於 STEMI(ST 段上升之心肌梗塞)病人族群的冠狀動脈塗藥支架是一代、二代、還是三代的？不同代的冠狀動脈塗藥支架，藥物動力學也有所不同。根據研究，不同藥物動力學對於病人副作用、再阻塞率、支架血栓率皆不同，我想知道的是哪一種冠狀動脈塗藥支架優先納入給付。

裝置冠狀動脈塗藥支架手術後須服用抗血小板藥物，即是抗凝血藥物，健保只給付 3~6 個月，但幾乎大部分的醫師都會建議病人後續再自費買抗凝血藥物持續服用。現在將「冠狀動脈塗藥支架」項目納入健保全額給付，那抗凝血藥物健保全額給付，要不要隨著國際研究結果，將給付時間延長至 1 年。前健保局某長官都說什麼只吃 1 年？連醫師都叫他去藥局買藥，10 年都還繼續吃，我不知道對還不對，但如果研究實證是要服用抗凝血藥物 1 年，沒有道理僅將冠狀動脈塗藥支架手術納入健保全額給付，還要讓病人自費吃抗凝血藥物，因為自付差額的平均占率為 70.3%，且該手術的年輕族群也很多，應要考慮納入全額支付。

另外補充資料 1 第 37 頁投影片第 30 張「特殊功能及材質髓內釘組」項目的自付差額占率，111 年占率為 76.5%，112 年占率 77.9%，但這個項目為什麼沒有規劃納入全民健保全額給付的期程？還是要積極一點。特別是「冠狀動脈塗藥支架」項目的健保全額給付，已經講 10 年了，雖然今年 4 月經專家溝通會議討論通過，



已經過去 6 個月了，請問什麼時候會看到後續結果？

**盧主任委員瑞芬：**請江錫仁委員。

**江委員錫仁：**補充資料 1 第 22 頁的監測指標，第四項資源配置「指標 4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)」有提到 112 年牙醫門診較 111 年略升，以及「指標 4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)」牙醫門診在醫療資源不足地區與一般地區就醫率之差距擴大，還有醫療資源不足地區與山地離島地區就醫率低於一般地區，這是不好的現象，也是我們牙醫部門的責任。還是要感謝健保署能夠在「醫療資源不足地區改善方案」給予協助，讓牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務，但或許誘因不夠，所以呈現的數據不是很理想。

所以在行政院核定通過衛福部「優化偏鄉醫療精進計畫第二期(113-116 年度)」(下稱偏鄉計畫)有充實牙醫醫療量能的部分，但也是最近在新聞上比較有爭議的話題<sup>(註)</sup>，我們牙醫界是希望藉由偏鄉計畫提高去偏鄉服務的誘因，政府提供經費讓牙醫師、甚至是資深的醫師能夠持續在當地提供服務，避免過去牙醫師以「打游擊」的方式，或是年紀比較大的牙醫師才去偏鄉服務的情形。

全國目前有 55 個鄉鎮區無牙醫師執業，連衛生所都沒有牙科設備，當然不會有牙醫師，過去各位委員去牙醫醫療資源不足地區參訪時，醫療站的設備都是牙醫師自己去募款。現在藉由偏鄉計畫，由政府提供經費來設置牙科設備，才有辦法讓牙醫師至偏鄉為民眾服務，提升偏鄉民眾的就醫權益。

依衛福部的政策，希望偏鄉計畫招募對象優先以本國學歷畢業生且已領有證書之牙醫師來報名，這是我們最大的共識。我們不希望因為有一些不瞭解而造成偏鄉計畫被停止，倘能持續執行，對指標 4.1 及 4.2 的結果一定會有改善，以上報告。

註：113 年 11 月 16 日遠見雜誌官方網站「波波醫 15 年爭議懶人包！一次看懂各方立場與攻防」。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請林綉珠委員。

**林委員綉珠：**看到 112 年監理指標監測結果，也呼應剛剛委員提到效

率「指標 1.3 癌末病人接受安寧療護比率及生前 6 個月每人申報醫療費用點數」只有費用申報數據而沒有呈現比率的部分，事實上，各醫院對於癌末病人是否有接受到安寧療護，有非常詳細的資料，是不是可以請健保署統計並呈現數據，就我的瞭解其比率相當低，為什麼癌末病人沒有接受到安寧療護，應該要呈現出來讓我們瞭解。

第 2 個部分，感謝大家都注意到護病比的議題，在 114 年度醫院醫療給付費用總額中，原來醫院總額一般服務費用所編列「全日護病比」25 億元，健保署的建議方案自 114 年起已改由公務預算支應，所以我想請問全日平均護病比是否還要列為指標持續監理？如果不再監測全日護病比，因為公務預算有編列經費獎勵「三班平均護病比」，是不是也應該要將「三班平均護病比」納入指標進行監理，這是我想請教健保署的。

**盧主任委員瑞芬：**接下來請健保署回應。還有委員要提問嗎？請蔡麗娟委員。

**蔡委員麗娟：**承接剛剛林綉珠委員講的癌末病人安寧療護，事實上在補充資料 1 第 26 頁投影片第 8 張看到，死前 6 個月已接受安寧療護者的醫療費用比沒有接受安寧療護者的醫療費用節省。但是其實癌末病人要接受安寧療護，環境上面也有一些限制，例如安寧病房有很嚴格的設置標準<sup>(註)</sup>，包括醫師、護理人員、社工人員皆需受過安寧療護教育訓練 80 小時以上，甚至還要有病人的服務員、宗教的靈性輔導員，這些條件大概在醫學中心跟區域醫院比較有能力支持。

但有很多醫院也開不了安寧病床，因為護病比的關係，一般護理人員都已經相當的緊縮，更何況在癌末安寧療護的護理人員比例要求更高，據 112 年統計，全台灣只有 900 床的安寧療護病床，每萬人只有 0.38 床，這比例其實是低的。在這種狀況之下，即便知道醫療費用可以比較節省，可是在設置的條件上，其實有其難以擴展或開設該類型病房的原因，所以後來才會有安寧共同照護試辦方

案，該試辦計畫可能是未來可以再繼續發展的部分。這些資料應該都是在醫院所做的統計，我不知道，如果在醫院裡面，有一些醫療費用統計，包括放射治療費等等，的確有客觀條件上的困難，以上，謝謝。

註：醫療機構設置標準第3條之附表(一)醫院設置基準表。

**盧主任委員瑞芬：**請王惠玄委員。

**王委員惠玄：**補充資料1第11頁第一項效率「指標1.3 癌末病人接受安寧療護比率及生前6個月每人申報醫療費用點數」應該有包含安寧共照吧？居家安寧有算進來嗎？

**盧主任委員瑞芬：**請問居家安寧有沒有算進來？

**龐副署長一鳴：**應該是有。

**王委員惠玄：**有健保給付的部分，應該是有算進來。

**盧主任委員瑞芬：**好，接下來請健保署回應。

**劉組長林義：**主席、各位委員，有關於委員所關切監理指標上面的問題，首先是劉淑瓊委員關心急診的部分，急診壅塞部分剛剛有進行報告，我們可以換一個方式想，或許急診壅塞問題不在於急診室，而是醫院後端將病人轉住院的問題，我們現在嘗試讓各分區看看其所轄醫院的門、住診合理化，在不同層級的醫院，或許門、住診的比率分配資源要有所不同，簡單來說，就是要保障住院，多一點資源給住院、讓醫院可以留住這些住院人力，或許後端(住院資源)打通後急診室就可以打通，這也是剛剛報告重點。

監理指標其實是健保會委託學者進行研究後，將指標及其指標清楚的定義提供給健保署進行資料分析，並請健保署定期報告，委員如果對定義有一些修正的意見，可能要請健保會這邊找專家學者研究後，再將相關指標及其明確定義提供給健保署進行後續的數據分析。

有關全日護病比，當初的確是針對全日護病比的部分請我們提供資料，未來是否改為提供三班護病比的資料，會遵照健保會決議，健保署都有數字可以跑，沒問題。林文德委員所提平均住院日要不

要校正 CMI，這邊也提供給健保會參考。

有關癌末病人接受安寧療護比率的部分，投影片沒有呈現，但是本署所提供的 112 年全民健康保險監理指標之監測結果報告第 9 頁有提到，關於這個指標有文字說明，癌末病人接受安寧療護比率 112 年有微幅提升到 60%，而我們未來要努力的是非癌症病人使用安寧療護的部分。

有關李永振委員提到長期呼吸器依賴的部分，我們有發新聞稿，一直有在鼓勵是類病人接受安寧療護，是類病人也從 96 年 3 萬多人到 112 年已下降到 2 萬 5 千人。未來我們針對是類病人安寧療護的部分，也希望有一些獎勵可以給執行安寧療護的醫護同仁，所以現在也跟台灣安寧緩和醫學會討論如何做到安寧論質計酬的部分，把安寧品質做好，也應該得到較多的獎勵。未來我們鼓勵的方向是朝向在宅安寧，目前推動的在宅急症照護試辦計畫，下一個階段就是做在宅安寧，整體的醫療服務才可以延續。

林文德委員問到區域醫院以上初級門診照護率定義的部分，這是以前健保署民國 90 幾年委託學者研究後所訂定的，已經很久了，因為明年要導入新版 ICD-10<sup>(註)</sup>，趁著改版之後疾病分類可能會更詳細，是不是找學者做研究，我們後續再來研議。

王惠玄委員有提到在補充資料 1 第 35 頁投影片第 25 張，「指標 4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)」比值部分，醫院部分我們也是依過去學者研究的定義，用最高與最低兩組的每萬人口醫師數相除，王惠玄委員建議範圍可以擴大，以較大的行政區域層級、跨鄉鎮做分析。因為本署是依照專家研究的定義去分析，這可能要看是否有最新的專家研究。不過就牙醫門診的部分，差距的確是有變大，所以剛剛江錫仁理事長也有講，昨天本署召開的 113 年第 4 次全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議中，針對「醫療資源不足地區改善方案」的相關獎勵都有所提升，以改善牙醫到偏遠地區服務的意願。

王惠玄委員提到提升預防保健目標值的部分，本署也正加強推動

「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，今年在花蓮縣秀林鄉試辦，明年會擴展到各分區至少有一些偏遠鄉鎮來執行此計畫，明年就會將預防保健納入當作獎勵的指標，醫管組以上補充說明。

註：ICD-10(國際疾病傷害及死因分類標準第 10 版)。

**黃組長育文：**接下來由我補充說明滕西華委員所提自付差額特材占率的部分，有關冠狀動脈塗藥支架部分，因為現在有不同分類，選擇單抗(單一抗凝血劑)療法臨床指引需服用 6 個月、雙抗(雙重抗凝血劑)需服用 3~6 個月，所以支付標準就定為 6 個月，我們做 HTR<sup>(註)</sup>確實發現有比較好的療效，我們討論時也有委員認為說雙抗是不是可以吃 3 個月就好？應該要降低，但是我們不更改，因為臨床還是建議 3~6 個月。

至於 ST 段上升的心肌梗塞部分，如果納入全額給付，不管病人用到哪一類別支架都是全額，裸金屬本來就是全額給付，不管是用第一、第二代支架，使用單抗、雙抗凝血劑，只要是用於治療這個疾病都是全額支付。

再來委員關心到特殊功能及材質髓內釘組，我們正在研議當中，但是因為初盤結果預算需要 4.5 億元，本署會持續爭取預算。每 1 個品項每 1 個品項逐年導入全額給付，其實導入也沒有這麼容易，我們要跟醫學會溝通討論、也要跟廠商協商，我們也很擔心萬一將該特材納入全額給付後，廠商會不會就不引進台灣了，這樣反而讓病人沒法使用，我們必須要不斷的協商溝通，在過程中拿捏到對病人最好的狀況，謝謝。

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

**陳組長美杏：**接下來是回應李永振委員關心「指標 5.4 資金運用收益率」的部分，針對安全準備資金，在本署有安全準備管理小組會議按季開會，針對這個資金運用收益率也特別在會議中請教委員。委員認為針對現在的資金，屬性跟四大資金<sup>(註)</sup>不同，他們是長期資金，但是健保是短期運用的資金，目前比較偏重安全性及流動性，並沒有不妥適，當然將來如果有標的可以保本又可以提升效益，我們也會來努力，以上。

註：郵匯儲金、勞保基金、勞退基金及公務人員退撫基金。

**盧主任委員瑞芬：**請王秀貞代理委員。

**王代理委員秀貞(朱委員益宏代理人)：**跟各位委員報告，近幾年在健保支付開始朝向對生命的尊重，包括預立醫療，家庭諮商，還有安寧共照，或許委員們不是太清楚，其實很多地區醫院在很早期就投入提供這些服務，特別是台灣社區醫院協會跟台灣癌症安寧緩和醫學會共同辦理相關的教育訓練，也要透過這樣的機會跟委員們報告，其實地區醫院在安寧共照、預立醫療決定書的簽署都有很好的成長，我們也期待未來民眾更加善用在地區醫院裡面的照護服務，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**王惠玄委員有要補充嗎？

**王委員惠玄：**要回應劉林義組長的說明，對照會議資料第 9 頁專款項目山地離島地區醫療給付效益提昇計畫的執行目標「成人預防保健利用率 $\geq 20\%$ 」是不是太低了？上次會議就有提到這個專款項目的執行目標太保守了，包括子宮頸抹片利用率 $\geq 8\%$ 、成人預防保健利用率 $\geq 20\%$ 。事實上從今天監理指標可以看到醫院在山地離島地區的就醫率是 62.38%，西醫基層在山地離島地區的就醫率是 87.20%，如果就醫率都已經超過 6 成，甚至達到 8 成，為什麼預防保健利用率目標只訂 20%，這部分是不是也能再思考一下，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**健保署要回應一下嗎？

**劉組長林義：**對，上次會議有講山地離島地區醫療給付效益提昇計畫的預防保健利用率的執行目標，主要參考西醫基層利用率去訂定。不過後來有討論到應該要把全國的指標也放在後面讓大家參考。另外剛才吳榮達委員提到照護連續性的問題，不過吳榮達委員已經離開，以前希望病人可以集中就醫……。

**龐副署長一鳴：**那個我來回答，吳榮達委員已離開，有幾個問題還是要回答。剛剛同仁已經說明指標是貴會訂的，我們就按照這個來操做，指標是否適當，我覺得貴會有機會檢討，我們也歡迎來檢討。以剛剛劉林義組長說的照護連續性指標，我舉個例子，病人 CVA<sup>(註)</sup>

1)急性期，中風治療一段期間，還有急診需要轉院做取栓手術的病人，到了後來 PAC<sup>(註 2)</sup>，一定要整合大家的服務才能照顧好病人，結果指標要求病人要集中在單一機構就醫，才代表照護連續性越好，指標有沒有修正檢討的必要供大會參考。

第 2 點，感謝各位委員非常辛苦，台灣人確實比美國人厲害，美國總統歐巴馬退休後，在 JAMA(美國醫學會雜誌)投了一篇他治理美國全民健保的指標，只有 2 個，1 個是納保率，1 個是 14 天再入院率，2 個指標治大國，我們幾十個指標治小國，所以各位委員我們真的非常辛苦。有一些指標其實有前後相關性，我簡單說明，大家剛剛關心的護病比跟急診病人停留時間，急診病人停留時間今天有講會跟台灣急診醫學會好好檢討，另外一個是資料的算法，因為病人停留的時間要靠醫療院所通知我們，也不是請病人填報，所以這個東西我們會全面性的檢討。

不過從另外 1 個指標可能可以回答部分的問題，當初挹注一些護理費用時，要求要監控護理人員的薪資，監控時要先算出護理人員數，跟各位報告 112 年全國各層級醫院護理人員數確實都減少，這就會影響護病比，也會影響開床率、急診病人停留時間，這是很複雜的連動性問題，可是從指標來看，有時候用較簡單的指標說不定就可以回答這個問題。所以回到剛剛的問題，指標要怎麼調整尊重大會安排。

另外 1 個很重要的指標，劉林義組長剛剛講門、住診合理化的事情，我只是在這裡提醒大家，剛剛有講 R 值、S 值<sup>(註 3)</sup>，醫院部門的門、住診比率是預先分配制，所以在總額已經分配的設定之下，健保分區能夠控管的是就目前實際使用合理性與否做討論。坦白講如果太強調照顧住院費用，就容易有輕病住院，確實也發生了，剛剛有專家已經看出來，奇怪，怎麼越能夠照顧急重症的醫院，反而住院天數越短，顯然有這種情形。所以有時候太強調保障誰、太強調哪裡分配占率較多，可能會造成另外的效應也不一定，我們希望大家花更多精神跟時間，1 個是檢討指標，當然這些指標需要健保改善的部分，我們也會按照各位的建議處理、改善，以上報告。

註 1：CVA(Cerebrovascular Accident，腦中風)。

註 2：PAC(Post Acute Care，急性後期照護)。

註 3：R 值、S 值(地區預算分配參數，R 值為各地區保險對象人數校正風險因子後之數值、S 值為總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用占率)。

**盧主任委員瑞芬：**劉淑瓊委員 1 分鐘可以嗎？因為我們要馬上結束這個議題。

**劉委員淑瓊：**剛剛龐一鳴副署長講得聽起來很有道理，確實指標監測結果有一個連貫性，但我覺得從健保署的角度光講到這邊還不夠，我們還希望聽到然後呢？的確最後不能只用 1、2 個指標，但是我們從指標裡面看到的問題就是這個。比方說聽起來最後的問題是回到護理人力不夠，對不對？剛剛劉林義組長講到急診病人轉入病房的時間，看起來根本原因是在護理人力，我們可能更期待聽到的是健保署告訴我們，這些指標之間的確有一些關聯性，但我們在策略上要從哪裡下手？要怎麼做？時間表是什麼？我覺得這對於制度的推進會比較有幫助，因為在這邊坐了快 4 年，我真的覺得有很多的議題，提到後面都不想要再講，我覺得這不是好的現象，以上，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**這部分剛才龐副署長有提到，這個報告案其實有 2 個層面的議題要解決，1 個是指標的操作型定義，還有選哪些指標，指標是否適當，因為這是健保會提出的，操作面實際上是健保署去撈資料及統計分析，委員更想知道健保署看了這些指標的結果後，後續的解讀跟對應的策略，事實上這個報告案有這 2 個部分的議題要去回復。

這個案子的決定，第 1 個本案洽悉，至於指標適當性跟操作型定義聽取委員意見後，健保會會再邀請專家學者進行討論，然後提出修正過的指標。至於委員所提有關於如何解讀這些資料，還有後續看到問題的一些策略，因為這是指標監測最終的目的，這部分請健保署補充說明後，由本會彙製 112 年全民健康保險監理指標之監測結果報告，並上網公開。

現在還有一點時間，接著進行最後的臨時提案。



玖、臨時提案「有關『全民健康保險提供矯正機關收容人醫療服務計畫』113 年專款預算不足額數，擬由 113 年度醫療給付費用總額『其他預算』項下之『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』預算支應案」與會人員發言實錄

## 同仁宣讀

賴副組長彥壯：各位委員好，報告之前先跟委員說明，本署發現在結算數超過預算數的情形後，立即進行各項資料分析，有一些資料在分析過程中需要洽詢法務部矯正署，例如收容人人數、定罪罪刑這部分的統計資料，所以提供資料給貴會的時間稍晚，這部分先做報告。

接著說明提案內容，矯正機關計畫 107~113 年近 7 年預算均編列 1,654 百萬元，107~111 年執行率都沒有超過 90%，可是在 112 年執行率達到 95.7%，因為 113 年的預算是在 112 年上半年推估，當初推估時認為可能不會超過，所以 113 年仍然維持原預算並未增加，113 年第 1 季結算後發現暫估點值可能落在 0.955 元，以 113 年 1~9 月申報數推估全年執行率會達到 104.1%，因此推估需要再爭取 68 百萬元的預算。

我們回頭探究原因發現，法務部矯正署公開提供的收容人統計資料，110 年大概是 5.4 萬人，113 年 9 月達到 5.9 萬人，其中在定罪部分以詐欺罪的人數成長最高，113 年整個成長率達到 17%，相較 110 年增加 2,275 人，成長大約 5 成。我們有特別去查為什麼詐欺罪的定罪人數這麼高，發現行政院從 111 年開始推動新世代打擊詐欺策略行動綱領，而且在 112 年 7 月修訂打詐 5 法，加重詐欺類型並擴大處罰刑責，所以造成矯正機關收容人數比率大幅提升，我們也考量矯正機關近 2 年的醫療費用有可能是因為政府提高詐欺刑責造成收容人數增加，跟原來以自然成長率推估的醫療費用有所不同，造成 113 年預算不足以支應，這個情形其實已經符合「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序規定。

謝謝貴會委員的支持，讓這個計畫在 114 年預算增加 274.3 百萬

元，但是為了確保 113 年的計畫執行，及收容人的權益，避免因為點值浮動造成影響院所到矯正機關服務的意願或診次，因此建議由 113 年度醫療給付費用總額「其他預算」項下之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」預算，支應矯正機關計畫 113 年預算不足數，請鑒察。

**盧主任委員瑞芬：**請委員表示意見，請滕西華委員。

**滕委員西華：**這案其實不符合「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序，如果硬要動支的話，其實我們上次就已經講了，此例一開後患無窮，只有差 6,800 萬元，我相信有其他經費可以支應，我以下會講其他經費的來源，我先講我不支持動用這筆調節非預期風險的預算，因為不符合規定。

第 2 點，我也覺得醫療人員去矯正機關服務的誘因真的不足，健保署講的理由我其實都相信也支持，但是在協商時就要提出這個專案要保障點值或是有別的加成，114 年還擴大通訊診療門診，你確定明年協商的錢夠用嗎？我現在就擔心明年的預算如果不夠用，要不要在部長核定之前趕快去改內容，用其他方式來補。

第 3 點，現在才盤點第 1 季跟第 2 季的費用，難道第 3 季、第 4 季不能調控醫療利用嗎？因為編列的是全年預算，我們要看的是全年資料，現在是因為結算所以很急著提案，但是第 3 季、第 4 季還沒結算，特別是第 4 季，我不知道行政手段有沒有辦法去調控，也不知道受刑人的醫療費用有沒有被核減，因為我們去參觀過矯正機關覺得可能有不當使用的疑慮，我們講疑慮，因為監獄特質的關係，看病等同放風，平均就醫次數真的上升得非常快，我們不敢說濫用，但是上升得蠻異常。

最後我要提出錢從哪裡來，剛剛健保署同仁講得很好，監獄突然人滿為患所以專款支出就會增加沒有錯，但是這些人從哪裡來，他是一般人，一般人的醫療費用是滾入各總額的一般服務預算，這些人的醫療費用在各總額基期有成長，校正人口差值的錢也算入基期，所以專案計畫預算不夠，沒有考慮從這部分的錢移列過來嗎？

應該要從各總額部門的一般服務移列預算，看牙醫的從牙醫門診總額移列過來，看中醫的從中醫門診總額移列過來，看西醫從西醫基層總額移列過來，否則內生性問題更大。各年度總額成長率都滾入基期也有成長，這邊編列專款，專款預算不夠還要保障點值，現在又要動用調節非預期風險的經費。從邏輯、金錢分配、醫療資源的撥補，我都覺得不太合理。

所以我剛剛講的，如果不動用調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費，而從其他資源支應，我覺得最可行就是一般服務來算，計算這個人 1 年醫療費用支出多少，也不用撥補全年，按照過去費用從其他各總額部門的一般服務移列，我覺得可能日後也要這樣考慮才對，這是我的意見，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**請李永振委員。

**李委員永振：**我完全贊同滕委員的分析。我補充 1 點，健保署如果要去另外爭取經費的時候，可能要再深入分析研究一下。因為我昨天晚上趕快看一下資料，雖然很趕，我還是算了一下，現在的主題放在詐欺犯，詐欺犯人數最近 3 年的成長率，111 年 15.2%、112 年 11.7%、113 年 1~9 月 17%，蠻高的，但是最近 3 年的醫療費用成長率，111 年 3.9%、112 年 11.4%、113 年 1~9 月詐欺犯人數成長 17%，醫療費用成長率反而降到 8.7%。所以如果用詐欺犯的人數增加來解釋醫療費用成長怪怪的，其中是不是還有其他原因沒有掌握，應該深入分析後，再去爭取的話會比較有說服力。當然去矯正機關服務的醫療人員風險較高，所以他們願意去提供服務應該給予肯定，這點我是贊成的，但不是用這筆預算，應該爭取公務預算才是正辦，這是我補充的，謝謝。

**盧主任委員瑞芬：**好，謝謝，現在 2 位委員的發言都明白表示不符合「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序，健保署還有沒有要補充？

**龐副署長一鳴：**我們再補一下資料，因為剛剛李永振委員講的也沒錯，講詐欺，好像自己也有詐欺的嫌疑。再來，只講分母母數沒有

講利用數，母數也講錯，因為實際服務對象包含看守所的人都要算，這邊是講犯罪定讞在監所服刑的人，母數也沒有估得很好，大家知道看守所的人也是滿的，他們也需要醫療服務，所以我們還要看實際服務的人數。我們本來希望可以爭取的話，對未來的結算比較有幫助，可是剛剛檢討一下，第 1 個還是按照現在的方法先結算，第 2 個回去把資料呈現得更清楚後，再來跟各位說明和報告，以上。

**盧主任委員瑞芬：**請李永振委員。

**李委員永振：**我剛才漏講 1 點。

**盧主任委員瑞芬：**我們剩下 2 分鐘。

**李委員永振：**我們看到跟媒體報導的詐欺犯一般都比年輕，所以詐欺犯的人數增加，但是醫療費用會不會相對增加？這部分補資料的時候可能要特別注意。

**盧主任委員瑞芬：**好，我想這個部分使用率增加應該要綜合病人的各項資料，知道他們到底看什麼病，才有相對的措施。我把握最後 1 分鐘做結論，本案經討論後，不符合「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序，建議健保署另行爭取公務預算支應，或者是……。

**龐副署長一鳴：**我們再修改吧！不要說不符合嘛，我們再修改！

**盧主任委員瑞芬：**其實有 2 位委員表示提案資料與目前的適用範圍與動支程序不符合。

**龐副署長一鳴：**我們目前準備的資料不夠充分，我們回去會再補充更充分的資料。

**李委員永振：**這案就不是非預期嘛！行政院從 111 年就開始強化打擊詐欺策略，這個政策 111 年就已經開始推動了。

**盧主任委員瑞芬：**其實除非去修改「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序，否則有 2 位委員認為不符合，不曉得其他委員的意見如何？

**龐副署長一鳴：**不是，我剛剛說我們資料準備不充分，已經自己承認了，會回去再補充，現在你整個 abortion<sup>(註)</sup>掉，到時候年底怎麼

辦，有人跟我開玩笑，是不是回去就讓那些人出來放風，總是要有解決的方法吧，請讓我們補充完整資料再來這裡討論。

註：abortion(流產、停止)。

**盧主任委員瑞芬：**這是原則性問題，現在委員是認為不符合適用範圍與動支程序，請陳節如委員。

**陳委員節如：**我第 1 次發言，監獄中受刑人的健保費是法務部全額補助，現在健保署要另外爭取預算挹注這些受刑人的醫療費用，我覺得法務部也應該負責啊！他們要拿錢出來啊，不應該從健保總額中拿錢，不能這樣分割啦！受刑人的健保費都是別人出了，現在還要特別增加專款預算挹注他們的醫療費用，我覺得不太合理，我還是反對這個部分。

**盧主任委員瑞芬：**陳節如委員的意見是，她認為以其他預算支應受刑人的醫療費用不合理，但是因為他們有繳健保費，健保就應該提供他們醫療服務，重點是他們的醫療費用不是用一般服務預算支應，因為提供他們醫療服務的場域與一般民眾不同，所以健保署特別把經費編列在其他預算項下的專款。

這個案子的重點是，本案到底可不可以動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」專款，按照本會訂定的「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序，本案到底符不符合？目前我聽到委員的意見是認為不符合，但是健保署認為他們提出的資料還不完全。只是符不符合動支原則跟資料完不完整其實是兩回事，目前聽到委員的意見是覺得不符合動支原則，如果本案真的要動支這筆預算，可能要修改適用範圍與動支程序才有辦法適用。

委員如果沒有其他意見，真的很抱歉，大家其實同意健保署講的，要給承作院所一些 incentive(註)，他們才願意去監所提供醫療服務，但是目前的提案內容是不符合動支原則。

註：incentive(誘因)。

**龐副署長一鳴：**不是啊，不符合，你要明確講不符合哪一點啊，不能只告訴我不符合，要講哪一點啊！

盧主任委員瑞芬：滕西華委員要補充嗎？

龐副署長一鳴：今天既然要做行政處分，要告訴我們救濟程序啊！

盧主任委員瑞芬：請滕西華委員。

滕委員西華：「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之兩大適用範圍<sup>(註 1)</sup>，第 1 個是「非預期風險」，就是不可預期因素，像是傳染病或是非天災所致的大型事件，到底可不可以把受刑人突然增加視為非天災所致的大型事件？或者是對特定地區，突然民眾的醫療需求大幅上升，例如地震、風災或公共意外突然造成大量的醫療利用，導致該區醫療利用突然上升。

第 2 個是「其他非預期政策改變」，不知道以前有沒有因符合「其他非預期政策改變」適用範圍而動支過經費？我印象中好像沒有，但是好像以前 C 型肝炎藥費專款不足曾經有動用這筆經費？我記得那時候因為要配合行政院消除肝炎政策，C 肝新藥費用大幅增加，最後是由衛福部交議本會在總額範圍內協議增加預算，給予例外處理<sup>(註 2)</sup>。而且「其他非預期政策改變」的適用範圍，明訂須排除在協商時涵蓋範圍已包含的項目，如公式計算出來非協商因素成長率，及協商時提出來的專款項目都要排除。所以過去對於其他專款預算不足，要求動支本項經費，都沒有被同意。

剛剛健保署同仁提到，不知道我有沒有聽錯，113 年第 1 季「提供矯正機關收容人醫療服務計畫」的預估點值是 0.995(健保署同仁補充是 0.955)，對不起，是 0.955，也沒有達到平均點值在 0.9 以下這個條件<sup>(註 3)</sup>。如果健保署希望這個專款計畫保障每點 1 元，也不是不可以，但是在協商時就應該提出來，否則總額採支出目標上限制，超過專款預算點值就會浮動，過去很多計畫都是這樣，如居家醫療整合照護計畫等，超過預算都是用浮動點值來處理。所以健保署在每年總額協商時，都會根據前一年度預算執行情形，適度增加下一年度預算，就是希望實際執行時點值不要浮動太多，避免預算可能不足的情形發生，既然要採支出目標上限制，就需要去做管控，不然大家都不要管控。過去中醫門診總額因為受疫情衝擊，要

求動支本項經費補點值時，委員就問了很多問題，包括動支條件的平均點值在 0.9 以下，且較去年同季點值下降達一定幅度，是要跟什麼基準比較。那時候龐副署長還沒有回到健保署，但是醫管組的劉林義組長應該很清楚，當時就有討論要怎麼去認定是否達到動支條件。如果勉強要用補點值當動支理由，先不管它的適用範圍，至少也要告訴我們「平均點值在 0.9 以下，且較去年同季點值下降幅度>5%以上」這個要件有沒有成立，至少要達到這個要件吧<sup>(註 3)</sup>！對不對？

註 1：「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序之一、適用範圍：

(1)屬「非預期風險」：

- ①年度中發生全國(或特定區)之其他不可預期因素，如具傳染性疾病異常流行、非天災所致之大型事件等突發性特殊情況，致使民眾醫療需求大幅上升，對該部門整體醫療費用造成顯著影響。
- ②應排除依其他法令由各級政府負擔之醫療服務項目。

(2)屬「其他非預期政策改變」：

- ①年度中非預期之健保法及相關政策修訂，其新增費用不在協定時的各部門總額涵蓋範圍，且須經衛福部交議。
- ②應排除「協商時已於總額架構、通則、涵蓋範圍納入考量之項目(包含醫療服務成本及人口因素、協商因素成長率及專款項目等)」。

註 2：106 年 8 月 26 日衛福部交議健保會，配合國家 C 型肝炎旗艦計畫之執行，自 108 年起全面放寬 C 型肝炎新藥之給付條件，因病人需求增加，致專款費用不足，故請健保會於行政院核定之 108 年度總額範圍內，協議增加預算。後續提健保會 108 年第 4 次(108.6.28)及第 5 次(108.7.26)委員會議討論，決議略以：

- (1)同意由 108 年度「其他預算」項下之結餘支應，並以 19 億元為上限。
- (2)考量衛福部為加速我國根除 C 型肝炎目標之達成，增加治療人數，落實治療不中斷原則，爰同意特別例外「有條件」流用，並優先由 108 年度「其他預算」項下之「基層總額轉診型態調整費用」、「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」、「提升保險服務成效」三項預算之結餘支應。
- (3)有關「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8.22 億元，考量 C 型肝炎病患治療權益，本於治療不中斷原則，授權健保署評估適當時機後流用，且不受該項目之適用範圍與動支程序限制。

註 3：「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序之二、動支程序：

依非預期風險事件之屬性，其適用情況及評估指標如下：

- (1)具傳染性疾病異常流行(排除依其他法令應由各級政府負擔之醫療服務項目)，致使總額部門全區，單一季別之預估值，有下列情形之一者：A.平均點值在 0.9 以下，且較去年同季點值下降幅度>5%以上。B.一般服務之醫療費用點數成長率>(當年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%)以上。
- (2)屬非天災所致之大型事件(為非屬健保法第 52 條事件，並經主管機關認定之案件)，且該事件發生後，前 2 個月之預估醫療費用達該地區當年季平均總額預算之 0.3% 以上。



**龐副署長一鳴：**謝謝滕西華委員，你剛才有講要告訴大家，所以我們要再提出來告訴大家啊！你的邏輯就是要我們告訴大家，所以我們會提出更詳細的資料告訴大家，你的邏輯非常支持我們啊，謝謝滕委員。

**滕委員西華：**我們非常歡迎你們再提出來，讓我多一點學習，因為我只剩下個月的會議可以參加而已，下個月要繼續討論也沒關係。我認為受刑人的醫療利用，不應該因為有供給而無限上綱，這本來就是要去管控的，包括陳節如委員講的，緩起訴金要不要加進來？或是法務部應該要去評估它對全民健保的負擔，既然公務預算可以撥補其他費用，為什麼醫療費用不行？之前法務部本來要把司法精神病院推給健保署，健保署說不行，因為是保安處分，而且其他國家都是司法院的權責，法務部卻要推給衛福部編列司法精神病院的治療費用，法務部什麼都想管，什麼都不想負責任，這樣不可以。

我認為本案勉強要動支預算的話，以我個人見解，在符合第2點動支程序前，必須先符合它的適用範圍，我自己覺得本案不適用，如果健保署覺得適用，也很好，請說服我們本案符合這2個適用範圍的哪1個，以及動支程序與相關的評估標準。

**盧主任委員瑞芬：**謝謝滕西華委員協助說明，本案討論時間超過了，請江錫仁委員。

**江委員錫仁：**建議給健保署1個機會，再回去看看今年到底是因為什麼原因增加費用，搞不好監所中有集體交叉感染也不一定，但是我覺得如果是屬於法務部應該負擔的費用，要去跟法務部爭取，以上。

**盧主任委員瑞芬：**本案決議如下，本案經過討論後，委員也詳細說明本案為什麼不符合「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序，健保署則認為他們提出的資料還不完整。所以本案暫時擱置，請健保署參考委員意見，要確實回應本案哪裡符合適用範圍與動支程序，本案下個月再議，謝謝。

請問委員有沒有臨時動議？沒有，主席宣布散會，抱歉耽誤大家9分鐘的時間，謝謝大家。