

衛生福利部全民健康保險會
第6屆113年第11次委員會議事錄

中華民國113年12月25日

衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第11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12月25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、陳思琪

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、江委員錫仁、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(中華民國農會林秘書兼保險部主任敏華代理)、林委員綉珠、花委員錦忠、侯委員俊良、張委員清田、陳委員石池、陳委員杰、陳委員相國、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、劉委員玉娟(本部社會保險司陳專門委員淑華代理)、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)、謝委員佳宜、韓委員幸紋

請假委員：吳委員榮達、陳委員節如

列席人員：

本部社會保險司：郭科長乃文

中央健康保險署：石署長崇良(龐副署長一鳴代理)、陳副署長亮好

本會：周執行秘書淑婉、邱組長臻麗

(林次長靜儀於本次會議開始前蒞會致詞，逐一頒發委員感謝狀及紀念品並合影(詳附錄第9頁))

壹、主席致詞：略。(詳附錄第9~10頁)

貳、議程確認：(詳附錄第10~12頁)

決定：

- 一、同意兩項臨時提案^(註)納入本次委員會議議程，安排於原有議案完成後討論。

註：兩項臨時提案案由如下：

第一案：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」項下專款預算結餘支應案。

第二案：因新冠疫情對西醫基層、中醫門診及醫院總額113年之醫療費用造成顯著影響，提請動支其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目案。

二、關於原依年度工作計畫安排提報之114年度全民健康保險醫療給付費用總額優先報告案，請本會同仁於衛生福利部核(決)定後，將核(決)定結果轉送本(第6)屆所有委員知悉。

三、餘照議程確認。

參、確認上次(第10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13~22頁)

決定：

一、上次(第10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4項，同意繼續追蹤。

二、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬解除追蹤共13項，同意解除追蹤；其餘16項繼續追蹤，併上次委員會議繼續追蹤4項，移請下屆委員繼續督辦。

三、為使「114年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」內容更臻完善，同意中央健康保險署所請延後提報，並納入114年度工作計畫安排。

四、有關「113年度各部門總額核(決)定事項」6項尚未完成之工作項目，同意依處理建議(如附件)辦理。

五、餘洽悉。

伍、報告事項(詳附錄第23~46頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：112年全民健康保險自付差額特殊材料執行概況，請鑒察。

決定：

- 一、為維護民眾就醫權益，請中央健康保險署針對申報占率較高(已近常規使用)之自付差額特材，審慎評估納入健保全額給付之可行性。
- 二、委員所提意見，請中央健康保險署研參，餘洽悉。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關全民健康保險代謝症候群防治計畫113年執行情形及成效評估，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署轉送國民健康署作為計畫後續推動之參考。
- 二、至於本計畫未來回歸公務預算支應，將如何與家庭醫師整合性照護計畫共同合作，並避免重複收案及申報費用，請中央健康保險署與國民健康署妥為規劃因應。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：醫療科技評估辦理情形及未來規劃專案報告，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並回復說明。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：113年11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。

陸、臨時提案(詳附錄第47~70頁)

第一案

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」項下專款預算結餘支應案，提請討論。

決議：鑑於113年度全民健康保險醫療給付費用總額業經衛生福利部核(決)定並公告，且總額協商原則訂有「其他預算」各項目之預算不得相互流用之規定，爰本案請中央健康保險署遵循相關核(決)定事項及協商原則辦理，或另行爭取由公務預算支應。

第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：因新冠疫情對西醫基層、中醫門診及醫院總額113年之醫療費用造成顯著影響，提請動支其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目案，提請討論。

決議：

一、本案中央健康保險署未提出是否符合「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」動支程序之相關評估資料，爰請該署補充後提下次(114年第1次)委員會議討論，或優先爭取由公務預算支應。

二、委員所提意見，請中央健康保險署參考。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午13時10分。

113 年度各部門總額核(決)定事項未完成之工作項目及處理建議

項次	部門	未完成項目	處理建議
1	牙醫門診	特定疾病病人牙科就醫安全計畫 (附件項次 11) ※核定事項：另依 112 年 10 月委員會決議決議事項，「預期效益之評估指標」之具體評估方式(含：指標定義、比較年度與基礎、計算方式等)，請妥為研訂，併具體實施計畫於 112 年 12 月前提報	1.已提報 113 年第 1 次、第 6 次委員會議，依其決定僅餘 1 項指標之比較基準待訂定，請健保署會同牙醫門診總額相關團體，於 114 年 7 月評核時提報。 2.納入評核內容。
2		超音波根管沖洗計畫 (附件項次 17) ※核定事項：請於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源	1.成效指標已提報 112 年第 6 次、113 年第 1 次委員會議，其決定請健保署將量化之執行結果，併同於 114 年 7 月檢討計畫未來納入一般服務或退場時之參據。 2.納入計畫檢討作業。
3		高風險疾病口腔照護計畫 (附件項次 18) ※核定事項：於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源	1.已提報 112 年第 6 次、113 年第 1 次、第 2 次委員會議，其決定請健保署將量化之執行結果，併同於 114 年 7 月檢討計畫未來納入一般服務或退場時之參據。 2.納入計畫檢討作業。
4	醫院	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 (附件項次 4) ※決定事項：檢討計畫之評估指標(含結果面指標)，呈現計畫之具體效益	本項為延續性計畫，請健保署持續檢討計畫評估指標，併入 114 年度總額核(決)定事項持續追蹤。
5	其他預算	居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113 年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務 (附件項次 2) ※決定事項：持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安	本項為延續性計畫，請健保署持續精進居家醫療照護品質及成效評估指標，併入 114 年度總額核(決)定事項持續追蹤。

項次	部門	未完成項目	處理建議
		寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)	
6		推動促進醫療體系整合計畫 辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」(附件項次 3) ※決定事項：另依本會 112 年第 11 次委員會議決定事項，請將 112 年度總額協定事項「『急性後期整合照護計畫』支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性」納入 113 年度檢討計畫執行內容辦理	本項為延續性計畫，請健保署檢討「急性後期整合照護計畫」時，其支付標準調整應考量支付衡平性，並納入 114 年度檢討計畫執行內容辦理，併入 114 年度總額核(決)定事項持續追蹤。

第6屆113年第11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 10 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉：請各位委員入座，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，今天是本屆最後 1 次會議，雖然是畢業典禮，我們還是要把會議完成。今日會議時間安排非常緊湊，請委員儘速入座。向主委、各位委員報告，等一下林次長靜儀將蒞臨本會頒發委員感謝狀及合照，請大家先稍等一下。

(林次長靜儀蒞臨)

同仁：歡迎林次長蒞臨本會(與會者鼓掌歡迎)，恭請次長致詞。

林次長靜儀：謝謝盧主任委員、各司署代表、健保會各位委員、各位理事長、資深的前輩，大家早安、大家好！(與會者：好！)

很榮幸也非常開心，今天可以代表部長前來，部長很辛苦，因為部長今天在立法院處理預算，所以無法親自出席，但是他有特別要求一定要幫他轉達，對於所有健保會委員的感謝，尤其大家也發現這幾年，社會大眾、醫療界、立法院，及總統和行政院都非常非常關心健保的預算、支出及改革，所以再一次謝謝大家，過去長期以來對於健保預算的分配，還有健保預算的使用及相關健保政策的指導。歲末年終，祝福大家、感謝大家，也祝大家耶誕節快樂，謝謝！(與會者鼓掌)

同仁：恭請林次長頒發健保會委員感謝狀及致贈紀念品。

(林次長靜儀依序頒發委員感謝狀及紀念品，並與委員合影，最後進行大合照。)

林次長靜儀：大家繼續開會，謝謝各位委員，謝謝。(與會者鼓掌恭送次長)

同仁宣讀(今天會議開始，請主席致詞。)

盧主任委員瑞芬：各位委員好，這是本屆最後 1 次委員會議，所以我要先站起來向各位致敬，因為我個子比較矮，我知道有一些委員今天有事必須要提前走，所以就先利用這個機會向各位致謝，感謝各位這 2 年來的支持與協助。主持會議總是會有不盡人意的地方，如

果有得罪的地方也請各位在這個歲末年終之際一筆勾銷，真的非常謝謝，因為這 2 年來委員其實討論過很多、很重要的議案，經過這 2 年的磨練，更感覺健保會真的有家的感覺，就是大家一起為健保打拼，是個非常好的感覺，所以我再次謝謝各位這 2 年來風雨無阻來參加會議，對議事的支持，歲末年終祝各位身體健康、萬事如意，離餐敘時間大概還有 3 個小時不到，所以請各位繼續忍耐，謝謝各位的支持，謝謝。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主委、各位委員，大家好！今天是本屆最後 1 次委員會議，我還是要先稍微說明，真的非常謝謝委員 2 年來的幫忙，剛剛贈送的，是本會以最感謝的心意幫委員準備的禮物，委員可以看一下禮物的說明書，是可以儲存手機照片或 FB 文件等資料的隨身碟，有 512GB，其實那個設定好像蠻複雜的，所以有說明書，委員可以看一下，還有可以下載的 APP，有什麼問題都有售後服務可以諮詢，非常謝謝各位委員。

今天是歲末，又是聖誕節，健保署也當聖誕老公公，送給委員 1 本 114 年的記事本，上面附有杯墊，健保署非常貼心，非常謝謝健保署的禮物。

接下來說明今天的議程，依據本會組成及議事辦法第 8 條、議事規範第 6 點規定，健保署署長是本會法定列席人員，但是健保署在本年 12 月 23 日函知石署長因為出席立法院的衛環委員會第 16 次全體委員會議，其實就是審查 114 年預算，我今天本來也應該去立法院，但是委員會議比較重要，立法院我就請假，所以署長今天也不克出席本次委員會議，請龐副署長代表，來函影本放在委員桌上請參考。依去(112)年 10 月份委員的建議，須報告今年署長第幾次請假，是第 3 次請假，這次署長須出席很重要的會議，請假理由充分是沒辦法避免的。

這次議程報告事項有 4 案，都是依照年度工作計畫與委員會議的決定做安排。第 1 案是每年 12 月都要提報的自付差額特材執行概

況，這是例行報告。第 2 案是代謝症候群防治計畫，今年是第 2 次報告，明年度起這個計畫會改由公務預算支應。因為今天議程安排非常緊湊，建議這個案子就不進行報告，讓議事效率可以提升。第 3 案是第 9 次委員會議決定提報的醫療科技評估專案報告。第 4 案是健保署業務執行書面報告，本次不做口頭報告。

另外健保署有 2 項臨時提案，相關說明在補充資料，等等再報告。今天預訂在 12 點 30 分有安排餐敘，也請委員配合讓委員會議可以準時結束，餐敘後在下午 2 點有台大林先和教授的專題演講，如果委員有空，希望委員可以留下來踴躍參加。

請翻到補充資料，今天的 2 個臨時提案，是健保署在本年 12 月 20 日提出來的，2 個提案案由就請委員參閱資料，第 1 案是上次會議提過的「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的處理，第 2 案是有關西醫基層、中醫門診及醫院總額 113 年之醫療費用因新冠疫情所造成的顯著影響，提請動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目案。

這 2 個臨時提案的處理，依照本會的會議規範第 3 點第 2 項第 2 款規定，臨時提案以當次會議亟待解決的緊急事件或是具時效性的事項為主，要與法定任務有關為限，且應有出席委員附議或連署始得成立，若不符要件主席可以決定提下次委員會議討論。這 2 案是否屬於亟待解決的事件或具時效性，建請主席依規定先徵詢出席委員附議與否方能成案，因為這次是本屆的最後 1 次會議，如果成案，建議排入議程，安排在所有議程完成之後再來做討論，以上。

盧主任委員瑞芬：我現在就徵詢委員，針對健保署這 2 個臨時提案有沒有委員附議？或是針對時效性的部分要提出意見？好，周麗芳委員附議，那就排入議程，在所有的案子都結束以後再來討論這 2 個案子。

另外有一點也跟各位說明一下，這是本屆最後 1 次委員會議，9 月總額協商的結果部裡面還沒有裁示，所以無法在今天做報告。但是我知道委員關心此案，也不知道明年還會不會被聘為下一屆委

員，有關各位關心 9 月總額協商的結果，趁目前我擔任主委還可以請幕僚協助的時候，要請幕僚一定要把裁示結果通知各位委員，不管是否續聘為下屆委員，本屆委員一定都會通知。因為這是各位花了一整天協商的重要結果，當然有權利知道部的裁示結果，我就這點補充，議程的部分沒有意見？如果沒有意見，就進行下個議程。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

盧主任委員瑞芬：請問各位委員對於上次的會議紀錄有沒有意見？如果沒有意見就確認，進行下一個議程。

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：本會的重要業務報告，項次一是本會依照上次委員會議決議(定)事項的辦理情形，(一)已經依照討論事項第一案、第二案、第三案的決議，併同第 9 次委員會議討論事項的第四案決議，本會已經將 114 年度總額一般服務費用地區預算分配方式陳報衛福部，資料在第 143 頁，請委員參閱。

(二)依照討論事項第四案的決議，有關 114 年保險費率審議結果，在本年 12 月 3 日陳報衛福部，衛福部也在本年 12 月 11 日轉陳給行政院，並副知本會，資料在第 149~151 頁。

(三)有關監理指標的增修，預定在下年度上半年就會召開專家諮詢會議，繼續提出修正草案再提會討論。

(四)有關於上次委員會議決議(定)事項列管追蹤事項計 5 項，依照辦理情形建議解除追蹤 1 項，是有關季報告委員意見健保署的回復，在第 39 頁；繼續追蹤有 4 項，在第 19~21 頁，最後還是依照委員會議議定結果辦理。對於個別委員關切的事項包含書面意見，相關單位回復的部分在附錄四，第 152~156 頁。

項次二，為利委員了解歷次委員會議未結案件的辦理情形，依例每年 6 月及 12 月彙報 1 次，截至 11 月底未結案件有 29 項，依照辦理情形，建議擬解除追蹤 13 項，繼續追蹤 16 項，但最後仍依委員會議議定結果辦理；歷次委員會議未結案件，會併說明一、(四)上次委員會議繼續追蹤案件移請下屆委員繼續督辦。請委員參閱會議資料第 22 頁，向委員簡單說明擬解除追蹤案件：

(一)項次 1，有關網路頻寬的補助費用，這部分是希望能研議退場後之執行規劃，本項 114 年改由公務預算支應，建議解除追蹤。

(二)項次 2，有關 113 年度總額核(決)定事項及時程，完成法定程序及提報本會確認或同意共 13 項，均已提報完成，詳細資料請委員參閱。

(三)請委員參閱會議資料第 24 頁，項次 3，有關於「牙醫特殊醫療服務計畫」、「高風險疾病口腔照護計畫」，是否跟一般服務費用重複或替代情形，健保署已在 113 年第 6 次委員會議及 114 年度總額協商的參考資料提出評估結果，建議解除追蹤。

(四)會議資料第 25 頁，項次 4，有關 113 年醫院總額 4 項新增項目，委員所提意見提供健保署修正參考，這 4 項計畫都已報部核定並副知本會，建議解除追蹤。

(五)項次 5，有關特定疾病病人牙科就醫安全的指標，已在 113 年第 6 次委員會議做報告，建議解除追蹤。

(六)項次 6，是衛福部在交議 114 年度總額範圍時，請健保署依法併同提出資源配置及財務平衡方案，這部分已經完成，建議解除追蹤。

(七)會議資料第 26 頁，項次 7，有關 114 年度總額協商前要提出節流效益納入總額預算財源考量，健保署回復已提供相關資料，建議解除追蹤。

(八)項次 8，是「中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」的預算扣減方式規劃，在本次委員會議的重要業務報告項次五有做說明，建議在報告後解除追蹤。

(九)項次 9，有關請健保署妥善處理「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」是否退場案，該計畫將於 114 年停辦，回歸一般服務，建議解除追蹤。

(十)項次 10，有關醫療科技評估作業的報告，已安排在本次委員會議的報告事項第三案，所以建議在報告後解除追蹤。

(十一)項次 11，在會議資料第 27 頁，有關部分負擔新制的監測結果及成效檢討，要有全年的檢討報告，健保署已在第 9 次委員會議提報及在第 10 次委員會議做回應及說明，已依限提報全年成效檢討報告，本會建議每半年監測，列入例行的業務執行報告，建議解除追蹤。

(十二)項次 12，是保險憑證製發及存取資料管理辦法是否跟其他預算獎勵上傳項目有重複，健保署有回復因為一個是完整性，一個是即時性，而且獎勵上傳項目，在 114 年改由公務預算支應，建議解除追蹤。

(十三)項次 13，是每年第 1 季業務執行報告時，要針對前 1 年業務執行情形作整體性說明，健保署已在 113 年第 1 季報告例行業務時，將 112 年全年執行情形做報告，所以未來納入例行提報項目，建議解除追蹤。以上是歷次委員會議未結案件，擬解除追蹤的狀況。

請委員參閱會議資料第 9 頁，項次三，依全民健康保險法第 72 條及本年工作計畫，健保署應於本次委員會議提出「114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」討論案，但因為健保署表示有些考量，請委員參閱黃色封面補充資料第 53 頁，健保署在 12 月 23 日來函，表示為配合 2024 年國家希望工程的 888 計畫及長照等措施，要重新研擬方案之架構及指標，為臻完善，需要較長時間蒐集意見而且要召開專家諮詢會議，希望能延後至 114 年的委員會議做討論，考量方案的周延性，建議依照健保署所請，納入 114 年工作計畫安排。

請委員參閱會議資料第 10 頁，項次四，是本會第 6 次委員會議的決定事項，關於 113 年度總額核(決)定事項未完成之工作項目，健保署提報辦理情形，25 項中有 6 項尚未完成，因 113 年度即將結束，建議解除追蹤及後續處理作法：

(一)項次 1~3，核定事項已提報歷次委員會議，部分未完成內容，依委員會議決定，納入 114 年評核及計畫檢討作業持續辦理。

(二)項次 4~6，是延續性計畫/項目，考量 113 年度即將結束，請健保署儘速依決定事項辦理，本會將併入 114 年度總額核(決)定事項持續追蹤，詳細部分請委員參閱會議資料第 10~12 頁。

請委員參閱會議資料第 12 頁，項次五，依照第 6 次委員會議決定，有關中醫門診總額專款項目，一個是「照護機構中醫醫療照護

方案」的預算扣減方式規劃，還有一般服務項目「中醫利用新增人口」的就醫人數定義，提出上開扣減方式規劃。依健保署提報資料內容，本會經檢視後尚屬合理，所以建議予以尊重，至於扣減時程，請健保署循例在 113 年第 3、4 季結算執行扣減。

項次六，是上次委員會議本會提出的會訊報導，是有關 114 年度保險費率審議結果，已置於本會網頁，請委員轉知所屬團體的會員參閱。

項次七，衛福部及健保署在 11 月至 12 月份發布及副知本會的相關資訊，本會在 12 月 18、23、24 日寄至委員電子信箱，其中較重要的部分，特別向委員做說明，請委員參閱黃色補充資料第 53 頁，衛福部在 12 月 18 日，配合最低工資的調升還有做些檢討，修正發布「全民健康保險投保金額分級表」，自 114 年 1 月 1 日生效，修正後投保金額分級表的下限金額為 28,590 元，上限金額也調高為 313,000 元(修正前為 219,500 元)，最高一級與最低一級投保金額的差距是 10.95 倍，本案每年挹注健保經費約 86 億元，調整前後的差異，本會同仁有整理成表格，請委員參閱補充資料第 54 頁。補充資料第 55 頁，是本部 12 月 21 日修正發布「全民健康保險法施行細則」部分條文，自發布日施行，這案大家在新聞上都有看到，主要係因應憲法法庭 111 年 12 月 23 日憲判字 19 號判決，刪除有關停保、復保相關條文，主要是停復保的部分，本會整理修正重點，請委員參閱。另健保署也配合衛福部修正發布投保金額分級表，公告各類被保險人適用的投保金額、保險費，修正重點請委員參閱補充資料第 55 頁下半頁。以上是本會重要業務報告。

盧主任委員瑞芬：請委員針對本會重要事項表示意見，請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：請看會議資料第 14 頁，關於收容於矯正機關者醫療服務計畫，其實在今年總額協商的時候我們就提出來，目前的指標與使用人數較相關，屬於 output 指標。到目前為止，健保署訂定的品質指標只有急診就醫率，另外還有 113 年增訂的 C 肝全口服抗病毒

藥物治療率，建議健保署多研發幾支比較敏感的品質指標，一方面這是監所醫療人權，另一方面也牽涉到健保支出，因為後面還有 1 個案子也是要增加支出，所以我們會比較關心。

再請各位看到會議資料第 39 頁，關於門診減量政策，謝謝健保署的回應，現在就是要透過分區共管納入醫院門診減量課題，但是這個議題其實非常值得關注，因為我們從立法院那邊拿到 1 份資料，也是健保署提供的，符合門診減量範圍的件數占率，發現 112 年排名前 3 的是萬芳醫院、新光醫院跟三軍總醫院，它們的占率大概都在 65%~68%之間，換句話說，這 3 個醫院的門診病人中，有 2/3 是符合健保署界定要減量的範圍。

可是這 3 家醫院的位置都是在醫療資源豐沛的地區，但是吸納了這麼多健保署要減量的範圍，我覺得這是值得關注的。另外，即使像臺大醫院跟臺北榮民總醫院這 2 間很有指標性的醫學中心，它的占率也是一半以上，所以我覺得第 1 個問題是，這個數據是我們可以接受的嗎？第 2 個問題是，如果我們覺得這數據有問題，是不是需要再斟酌這個定義？因為醫界也有反映我們沒有區分疾病的嚴重程度，所以要不要請健保署再重新檢視現在的定義？當然也有人認為好像那些收治較多重症的醫院，會比較吃虧，這裡面有正義公平的問題。簡單講就是希望我們有比較細緻的配套，可以加強常態化的審查，然後依照風險分級來引導病人，也可以結合抑制醫療資源不當耗用改善方案等監理措施發揮綜效，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請李永振委員。

李委員永振：大家早，我這邊有 3 個請教。第 1 個，會議資料第 26 頁歷次會議追蹤事項擬解除追蹤的項次七，依照追蹤的時點來講，是已經要解除追蹤，因為時間過了，但是到現在還沒有看到節流效益的具體數據，也沒有納入總額預算財源的考量，就是說我們追蹤沒有結果，這邊提出來提醒健保會進一步思考，以後遇到這種情形要怎麼處理，我的重點就是同意解除追蹤後，留下尾巴的追蹤事項要怎麼處理。

第 2 項，依健保法施行細則第 68 條規定，保險人每年應公告的事項有 4 項，今天只看到其中 3 項，平均眷口數還沒有見到蹤影，大概 2 年前曾經討論過，健保署也答應不管數字有無改變都要依法公告，但是到今天已經 12 月 25 日了還沒有看到，雇主的行政作業應該也是有時間性的，不知道是數字還沒有算出來、還是公告遺漏了，請說明。

第 3 項，會議資料第 152~155 頁個別委員關切事項，政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算公式中，有關法定收入疑義的部分，除了本人以外，滕西華委員也很關心，在上次會議有發言，不過看了健保署的說明後，應該除了我、滕委員也沒辦法釋疑，所以對於說明文字有 3 點再請教。

第 1 點，第 155 頁說明有提到 112 年度、113 年度政府特別挹注之 240 億元及 200 億元，皆屬政府法定負擔外額外撥款性質，特別強調這是法定以外的，所以這 2 筆款項怎麼會是法定收入呢？應該不是，你自己都承認是法定外的特別挹注，結果有一段說明又說不影響當年度政府應負擔的法定下限 36% 的應撥補數，但是既然貴署已經明示 440 億元是法定外的性質，為何在計算政府應負擔 36% 金額時，這 440 億元又被包含在法定收入中，成為公式裡的減項，這個讓人不解。

第 2 點，承上，440 億元納入公式中扣除，這 2 年政府就少負擔 440 億元的 36%，大概是 158 億元，怎麼會不影響應撥補數呢？

第 3 點，第 152~153 頁健保署提及一向之計算方式，所引用的法條，或是行政院協商過程與結論，都沒有談及法定收入的議題，健保署的處理說明實在難以服眾，以上。

盧主任委員瑞芬：請王惠玄委員。

王委員惠玄：主席、各位委員、同仁，大家好。請看會議資料第 10 頁，有關牙醫門診特定疾病病人牙科就醫安全計畫的處理建議，這裡面提到指標比較基準尚未訂定。第 1 個問題是時程能不能提早一點，因為到 114 年 7 月評核時再提報，如果這個指標沒有被評核委

員認同，可能又要再拖過 1 年，因為過去幾年評核時，都有發現總額部門在 3 月就已經開始整理總額評核報告資料，但是過程中有一些指標好像還有疑慮，造成評核委員的為難，所以在時程的部分，是不是能夠儘早確定指標的分子跟分母，我想指標的問題大概主要是分母。

下一個課題就是談到分母，健保醫療資訊雲端查詢系統已經進階到第 2 版，有提示的功能，所以對於使用抗凝血劑甚至 INR^(註)控制不理想的病人，是不是可以納入 2.0 版本的提示項目？因為凝血功能不佳，不只是牙科有風險，任何侵入性的治療都是有風險的，所以這部分是不是請健保署納入考量？謝謝。

註：INR(International Normalized Ratio，國際標準化比值)。

盧主任委員瑞芬：其他委員有沒有意見？如果其他委員沒有意見的話，我要請健保署回應幾個比較明確的問題，劉淑瓊委員提到門診減量的部分請說明；李永振委員問到平均眷口數，這個蠻明確的，數字是不是也可以說明，還有關於第 152~153 頁政府撥列的 200 億元跟 240 億元，到底屬於法定收入還是非法定收入，社保司跟健保署的回復好像不太一致；另外王委員提到有關牙科就醫安全計畫指標，以及第 10 頁時程的部分，以上請健保署回應。

龐副署長一鳴：我先簡單回答，王惠玄委員提到的凝血指標我們記下來，後續再跟中央討論；劉淑瓊委員的收容人指標跟門診減量議題，門診減量議題現在是請分區做管理，其實最近我們內部有開會針對方法學跟工具檢討，後續有結果再跟委員報告，委員意見我們會參考；收容人部分我們確實會朝指標再做研議，最近是想朝論人計酬方向調整，所以需要更多指標；平均眷口數部分等下請美杏組長說明，政府負擔 36% 部分，因為還有社保司，是不是先請社保司表示意見，健保署再說明，先請美杏說明。

陳組長美杏：委員好，李委員特別關心我們每年保險人公告事項，按照施行細則是公告 3 項沒有錯，另外有關平均眷口數的部分，在 112、113 年連續 2 年都調降，所以調降的時候我們就會公告；114

年的部分，我們基於整體財務考量，沒有調降，也就援用過去的情形沒有公告，這是有關平均眷口數的部分，以上。

陳代理委員淑華(劉委員玉娟代理人)：委員好，有關政府撥補的 200 億元跟 240 億元，是其他收入，並不是在計算 36%的法定收入裡面，所以不含在政府應該負擔的 36%，以上說明。

盧主任委員瑞芬：這個部分如果各位委員沒有其他意見，那我們就……，請李委員。

李委員永振：針對他們的回應，我有 2 點要再說明，因為剛才特別提到 2 年前追了 10 個月才公告平均眷口數，雇主多負擔的保費就不去計較了，但當時有下一個承諾，就是說以後依法，特別強調依法，不管數字有沒有變動都要公告，可以查當時的會議紀錄，所以不是剛才說明的，可能是不是在業務交接之間落掉了，不過沒關係，這次再提醒一下，不公告就是沒有依法。

第 2 點，剛才社保司講的，既然政府挹注的 240 億元及 200 億元不是法定收入，為什麼公式裡法定收入的金額沒扣掉這 2 項？我剛才特別強調，104 年、106 年的 2 次協商都沒有談到法定收入，我在上次會議也特別說明，當時為什麼沒有爭議，因為它的差距有多、有少，前後年度大概可以互相彌補，所以就沒有特別再強調這個問題。但是這 2 年 440 億元就有影響了，剛才已經說出來，為什麼這 2 項金額不能放到法定收入裡面計算 36%？放進去法定收入就不對了，一定會影響 36%計算結果，你的解釋怎麼讓人家信服？

陳代理委員淑華(劉委員玉娟代理人)：我想這個部分可能要跟委員說清楚，有關 200 億元跟 240 億元的部分，是非常明確地沒有在 36%的計算範圍內，編列預算的時候是區隔的，也就是說我們跟主計總處在編列 114 年度的預算，甚至是 112、113 年度預算的時候，這 36%是依照健保法第 27、34 條政府所應該負擔的健保費計算，絕對不含 112 年度、113 年度所撥補的 240 億元跟 200 億元，這個我可以跟委員說明。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：我現在是跟你論法，你們自己怎麼協調我不知道，但是依健保法你從頭到尾就是違法，沒有依法行政，你也承認了那不是法定收入，但是計算公式時把它列在法定收入裡扣掉。

盧主任委員瑞芬：社保司的回復是，他們在計算 36% 的時候，並沒有把這 240 億元、200 億元放進去。

李委員永振：不是，上次會議健保署提供的資料就點出這個問題了，它上次有提到，其他收入是利用健保法第 17 條反算出來的結果，反算的話，我上次提到，既然是法定收入，應該有法源，像菸捐有法、運動彩券都於法有據，這樣算出來的收入才是法定收入，不能把呆帳等其他項目夯不啣噹都放到法定收入裡面。沒有關係，請你把法條列出來讓下一屆委員參考，我要講的是你沒有按照整個計算 36% 的法條規定處理，你也承認這 2 項不是法定收入，那為什麼在 36% 的公式裡，又被包含在法定收入做為減項呢？你自己回去看看自己邏輯的矛盾。再看上一次會議資料第 16 頁健保署提供的表，社保司也不用再解釋了，因為也解釋不清楚，你們私底下再跟健保署討論看看，留給下一屆委員傷腦筋。

盧主任委員瑞芬：我想李委員是指上次委員會議健保署提供表格的數字，所以那部分的數字是經過社保司確認嗎？

李委員永振：公式是法定收入，但是我們在處理的時候加 2 個字「其他」，我不曉得它的定義是什麼？法定收入跟其他法定收入是不是一樣？以前我不 care 這部分，但是這次金額太大了。

盧主任委員瑞芬：我想這部分我們請社保司跟健保署在數字上比對一下再做回復，如果各位委員沒有其他意見，重要業務報告就做以下的決議，上次也就是第 10 次委員會議決議(定)的列管追蹤事項辦理情形，第 1 點，擬解除追蹤共 1 項，同意解除追蹤，第 2 點，擬繼續追蹤共 4 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，擬解除追蹤的有 13 項，同意解除追蹤，其餘 16 項繼續追蹤，併上次委員會議繼續追蹤的 4 項，移請下一屆委員繼續督辦。

為使 114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)內容更加完善，同意健保署所請，納入 114 年度工作計畫安排；有關 113 年度各部門總額核決(定)事項有 6 項尚未完成之工作項目，同意依處理建議辦理，其餘洽悉。請進行報告事項第一案。

參、報告事項第一案「112 年全民健康保險自付差額特殊材料執行概況」與會人員發言實錄

同仁宣讀

張簡任技正淑雅報告：略。

盧主任委員瑞芬：請問委員對這個報告案有沒有意見？滕西華委員第 1 次發言。

滕委員西華：謝謝健保署這次自付差額的報告，我覺得要感謝健保署這次的報告，其實是送給我們的畢業禮物，比以前都還要詳細，很謝謝幕僚同仁的努力，我有幾點請教跟建議。

首先是今天補充資料第 72~73 頁裡，提到一些關鍵性的資料，上次委員會議只有看各類別特材的申報占率，沒有看次功能分類的申報占率，剛剛健保署已經提到冠狀動脈塗藥支架跟特殊功能材質髓內釘組研議要部分納入全額，我們看一下為什麼在第 1 次委員會議報告時，建議要看各類特材項下次功能類別占率，即使如此，我們看到各類別申報占率沒有達 7 成以上的特材，譬如說補充資料第 73 頁裡面，治療複雜性心臟不整脈特殊功能導管，其項下次功能類別中，就有一個是占將近 80%；一樣的情形，特殊功能人工心律調節器的申報占率是 49.3%，但項下的雙腔型人工心律調節器(DDDR+MRI+運動調節功能+其他臨床助益特殊功能)也占了 91%；特殊功能人工水晶體整體是 47%，項下有一個次功能類別達到 45%，以下皆然，甚至有一些單項次功能類別使用占率達到 50%、甚至 90%的，像是後面 74 頁的治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置。

我覺得將來健保署應該要注重單項次功能類別，如果有特殊適應症使用率已經達到 90%，而且評估後確有療效，也減少後面的併發症跟其他醫療費用的話，長期以來醫療費用應該要從大項裡面的單項逐步去納入全額給付，不必整個包裹式的給付，我覺得這是一個方向；不然就是像第二個塗藥支架一樣，應該要把特殊適應症納入全額給付，在國外也是這樣的，不是適用所有的診斷，在特殊適應

症療效相對顯著的狀況下，應該是根據適應症納入全額給付，這個給付的動作也同時告訴全國民眾，其他的差額你也不必花那個錢，因為是健保署評估之後，即使付了差額，根據全額給付項目不是這些適應症的，不一定比全額給付還要好。真的達到這麼好的健保署都會研議在某種特定適應症底下納入全額，這透露出來給民眾的訊息是重要的。

114 年我們沒有當委員了，我們還是會追蹤健保署在健保會的報告，但是不希望再次聽到這些占率高的特材還在規劃納入全額給付，因為冠狀動脈塗藥支架，從 110、112 年就有了。二代健保之後幾乎每年都有自付差額特材納入，預期沒有最貴只有更貴的情況之下，自付差額特材只會增加不會減少，在收費資訊公開部分，請參閱會議資料第 90 頁，建議健保署以年度為基準，分析差額費用的變化趨勢，不是只有公告錢，民眾不會比較上個月跟下個月這家醫院差多少錢，或是今年跟明年臺大醫院跟臺北榮民總醫院有沒有差，因為公開資訊無非是希望民眾可以選擇一個收費比較合理的，健保署既然有公告收費上限，觀察趨勢應該也是蠻必要的，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請李永振委員。

李委員永振：我這邊有 3 個看法提供參考，第 1，我認同滕委員對於健保署用心的肯定，不過有一點美中不足，健保署是依去年題目報告執行概況，但是今年的題目已經改了，是要對整體品項進行檢討改善，這才是重點，所以執行報告很詳細，但是看不到改善方向，實在有點可惜。

第 2 點，請各位看我們會議資料第 79 頁，健保會同仁很用心整理出來各年度的占率趨勢，其中第 10 項特殊功能及材質髓內釘組，明年要研議是不是納為全額給付，不過看了之後，覺得有點可惜，因為在 110 年 12 月將民眾自費使用占率高的 3 類髓內釘納入自付差額特材，就是擴增給付品項，擴大之後，特殊功能及材質髓內釘組占率就開始提高，該類是 12 月公告，但是當年度的占率就從原來的 60.8%，提高到 64%，1 個月的時間，因為增加給付類別

的因素就提高了 3.2%，我覺得可惜的是，當時沒有把這個情況往前面去推，就是說往前面 2、3 年，如果把這 3 項也納進來，我不曉得有沒有資料，如果有的話，應該可以看得出來百分比是提高的，也可能是因為評估說要 4.5 億元，所以沒有錢，不如不看，但是對被保險人來講是好像有一點不足，如果可以的話，應該要早點發現百分比提高的趨勢，說不定現在已經在研議考量是不是要納入全額給付了，時間應該可以早個 2、3 年，所以我個人的想法是，以後如果遇到類似這種現象，可不可以往前幾個年度看整個趨勢，這樣觀察會比較完整，這是第 2 點。

第 3 點，請各位看到會議資料第 88 頁投影片第 17 張，關於冠狀動脈塗藥支架的問題，去年曾經建議，看到健保署從善如流值得肯定，不過這裡提到一個初步結果，大概 1~2 個月前我在媒體看到心中就有疑問了，就是開放的是「優先全額給付於 STEMI(ST 段上升之心肌梗塞病人族群)」(註)，坦白講，我們這邊聽了半天都不懂，太專業了，所以將來正式採用的時候，能不能像剛才委員建議，用一些平易近人、好懂的方式，讓人知道這是什麼東西、哪一段，我們只知道有三條大條的血管，這是哪一條血管的哪個部分，可以再進一步說明的話，會比較好一點，謝謝。

註：STEMI(ST segment elevated myocardial infarction，ST 波段上升型心肌梗塞)。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請侯俊良委員。

侯委員俊良：謝謝主席，一樣非常感謝健保署的規劃，我有 1 個請教，就是會議資料第 76 頁健保署提供資料裡面提到，未來要規劃建置全國性醫療費用資訊平台計畫，我想請教今年 6 月份石署長對媒體公布的，是不是就是這個自費醫材核准核價的平台？如果是這個平台，當時石署長是說年底要試辦，現在已經要過年了，所以不知道這個平台是什麼時候要上路，有沒有一個時程？

第 2 個，我想所有平台的建立，當然對民眾都是有幫助的，就是公開透明讓大家了解，所以在查詢功能的部分，我這邊提供幾點建議，第 1 點就是我們不管什麼時候要上路，這些資訊可能只是提供使用者做個比較，但並沒有讓大家了解最合理的價格是什麼，這無

從處理，比如隨機查詢比價網，特殊性材質生物組織心臟瓣膜這個產品，它上面最高跟最低醫療院所收費差了 10 萬元，以我是查詢的人，我就不曉得為什麼同樣的東西價格差這麼多？這個東西跟那個東西差了 10 萬元，如果都是同樣的品質，會不會引導我就去比較便宜的醫療院所做處理，所以是不是有資訊可以了解為什麼會有這樣的差額？或是我們要了解這個醫療院所為什麼會差這麼多，我覺得這部分是不是可以再進一步做些了解，甚至也可以讓民眾及健保署知道為什麼會有這樣的差別？

另外點選醫材比價網中各院所使用情況後，發現健保全額給付特材的使用百分比真的落差很大，有一些地方是 0%，就是說它的比率是 0%，或許這是比較極端的數字，但是查詢同樣的特材品項，我稍微看了一下，在不同的院所，全額給付特材使用百分比在 50% 以下部分，甚至有些是 20~30%，大部分這些醫療院所是落在農村或老年人口比較多的縣市，例如南投、屏東、彰化，我當然沒有去懷疑醫療院所刻意隱瞞而讓他們自費，不過如果透過醫材比價網進行比較、查詢後，瞭解到有這樣的狀況，是不是也要去關心一下，或者是要怎麼樣讓民眾瞭解到可以用健保給付的特材品項，而不是用自付差額的方式而得到和健保全額給付特材一樣的醫療品質，我覺得這些資訊在這個平台上應該也可以呈現，或讓民眾也可以去瞭解，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請陳石池委員。

陳委員石池：剛才李永振委員談到的 STEMI 是專業用詞，所以很多人不太懂，我還是建議要改成大家看得懂的語言，不過我簡單介紹一下，心電圖高高低低，有 5 個點，有 P、Q、R、S、T 點，剛好在 S、T 那 2 個點要爬起來，E 是 elevation，也就是高起來，MI 是 myocardial infarction，就是心肌梗塞，所以簡稱 STEMI，就是心電圖上 ST 那一段高起來。

李委員永振：所以是心電圖，不是血管。

陳委員石池：是心電圖，因為心電圖那段提高可能會有阻塞的情況。

另外對於自付差額部分，我非常認同健保署能夠做這個報告。因為我現在是特材專家諮詢會議的專家，我瞭解關於冠狀動脈塗藥支架開始啟動全額給付規劃的這個過程起碼快 1 年，所以我希望在啟動特殊功能及材質髓內釘組納入全額給付這件事情，動作能夠快一點，但我知道納入全額給付是需要蠻多預算的，大概要 4.5 億元，這個要請專科醫學會協商納入先後順序，不然 4.5 億元，真的太高了，可以看哪些比較重要，分項開放納入，我想這樣可以獲得一些解決。

另外其他自付差額使用占率沒有到 70%類別的特材，我看占率也是逐年增加，很多項目的占率幾乎是 50%，因為這個占率已經一半了，請健保署考量是不是也要逐步納入全額給付，不然等到占率到 70%，就已經病入膏肓了，希望健保署在占率達 50%，就可以優先做考量，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：我要感謝陳石池委員，他的說明把我的誤解完全解決了，因為我一直想這是血管支架，是要放在血管哪一段？是什麼上升段？雖然他的說明還是很專業，但至少讓我們瞭解心電圖有幾個點，ST 不是血管的位置，而是心電圖的幾個階段，謝謝陳委員。

盧主任委員瑞芬：非常謝謝，我們藉由開這個會，大家可以彼此認識、溝通，這就是最好的功能之一，現在請健保署回應一下。

龐副署長一鳴：這是心電圖的波，反映病情緊急的程度，對病人來講，讓他知道緊急的程度可能比讓他知道 P、Q、R、S、T 波更重要，這就是剛剛講醫療費用資訊平台要做的事情，我先回答侯俊良委員的問題，這個平台就是石署長講的那個平台，今年的任務會先蒐集資料，不過因為蒐集這些資料要靠廠商願意填資料，如果廠商送 1 個掃描檔，我們也沒辦法轉換成民眾可以得知的檔案。再來，原來網頁的功能只有比價錢，是看產品的價錢，可是產品的背後有很多知識，像是剛剛討論到，我們希望未來可以用科普的方法解

決，我們要讓民眾查到價錢時，也要查得到相關的知識，才能做判斷、比較，這也是我們的期望，前提就是要靠這些廠商和專家累積大量足夠的知識庫，才能做這件事情，所以今年第 1 件事情是讓廠商可以填資料。第 2 個是衛生局，因為很多自費是靠衛生局審查，所以我們跟衛生局作業會做調整。在民眾部分，在第 1 年無法立刻開放實施，這要跟大家講是比較抱歉的部分。

委員建議有些自付差額特材未來可考量逐步納入健保給付的部分，我們會記下來，也麻煩未來總額協商時，大家來支持這些事情。對於資料的分析方法，剛才有建議不同的分析方法，不管是整體性、年度性的分析，我們再研究一下，按照委員的意見來改善以後的報告，在這先做初步回應，以上。

盧主任委員瑞芬：這個案子委員沒有其他意見的話，謝謝健保署的報告，剛剛委員有提到，這個報告真的是一直有在進步，非常謝謝健保署，辛苦了。剛才委員蠻強調知識的傳遞，所以這個部分，也請健保署儘量讓語言比較平民化，讓民眾可以確切瞭解相關的資訊。

為維護民眾就醫權益，請健保署針對申報占率比較高、已接近常規使用的自付差額特材，審慎評估納入健保全額給付的可能性。其他委員所提的意見，請健保署研參，其餘洽悉。接著進行報告事項第二案。

肆、報告事項第二案「有關全民健康保險代謝症候群防治計畫 113 年執行情形及成效評估」與會人員發言實錄

同仁宣讀

盧主任委員瑞芬：因為要提高議事效率，如果委員已事前看過資料，有意見要提出的話，請委員直接提出來，否則的話，就請委員會後提書面意見，我們會請健保署回應。請問委員有沒有其他意見？本案不進行報告，因為本計畫明年已改由公務預算支應了。

李委員永振：請問現在到報告事項第二案了嗎？

盧主任委員瑞芬：對，到第二案了，我們不做報告。

李委員永振：可以發言嗎？

盧主任委員瑞芬：可以，請李永振委員。

李委員永振：坦白講，發言也是……，既然有看過資料，還是要講，我有 2 點意見，第 1 點，這次健保署也是一樣有很深入的統計資料，請各位注意我的講話，是統計資料，但好像沒有提出對計畫精進的論點，這不能怪健保署，這個計畫應該是健康署那邊在主導，其中我舉 2 個例子，像收案的個案和家醫計畫收案人數重疊的比率，在年中報告的時候是 65%，這次報告提高到 72%，怎麼辦？不知道。另外 1 個是個案結案情況，其中有 1 項原因是個案拒絕或失聯大於等於 3 個月，當然拒絕或失聯就不會繼續收案，年中報告是 36.2%，這次又提高到 43.9%，這項也是提高，但也是沒有下文，所以像這種情形，除了統計之外，應該針對重點聚焦處理，看怎麼樣會有比較好的精進作為。

第 2 點，就是 114 年開始本計畫由公務預算支應，主責機關回歸到健康署，以前用健保的預算至少還有我們在監理，不管講得有沒有用，但至少要有盡到責任，有人在看，那以後用公務預算誰來監理呢？這是第 1 個。

類似這種情況不是只有這項，因為有 111 億元健保預算的相關項目，以後都是由公務預算去處理，當然還留在健保的部分，至少下屆委員還可以監理、繼續追，其他如果不是的話，要怎麼辦？因為

國家的錢也是人民的錢，但是以前用公務預算支應好像就沒有事了，所以我是覺得衛福部要跳出來，以前我曾提到過有關全民健保上下游應該要做整合，像健康署屬於上游，下游就是如果要醫療、醫治的話，才會到健保署這邊來，以前講是講，現在既然提出來說要健康台灣，那格局應該要放大，我建議，不一定有用，但總是要建議，衛福部應該思考怎麼進一步有效地整合相關計畫，那才真的可以邁向健康台灣，早日完成這個目標，這是我的一點建議。

盧主任委員瑞芬：請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：我們追隨李永振委員，畢業前還是要好好開會。剛剛講到這個計畫和家醫計畫有 7 成的重疊，我覺得這是個很大的警訊，因為會墊高檢驗、檢查的費用，然後影響到點值，我相信醫界朋友都非常關心這個議題。

第 2 個，雖然這個計畫改由公務預算支出，但是不要忘記像是剛剛李委員講的，它會產生的醫療利用，不管是用藥、檢驗、檢查還是會跟健保有關，不要以為切出去就無關了，希望健保署和健康署不是只做利用率、結案率的分析，可能真的需要做成本效益分析，也就是有接受代謝症候群的方案跟沒有接受的個案，在後續的醫療支出或是生活品質，到底有什麼樣的不同，我覺得這個 Evidence-based^(註)還是非常需要，以上。

註：Evidence-based(實證基礎)。

盧主任委員瑞芬：接下來請滕西華委員。

滕委員西華：我快速提出 3 點意見，在 2 個月前曾經有人跟我分享 1 個代謝症候群的個案，這個個案被收案後，收案的診所所有推薦他使用自費減肥的藥，但是他一樣被收到代謝症候群這個專案，我要先說，我對診所推銷自費減肥藥沒有意見，我覺得這是病人選擇，他也可以這麼做，但是我當時有問，如果病人同時接受自費減肥又來參加代謝症候群方案，這個效果算誰的？你很難區分這個效益，所以當時我有說健保署應該監控自費和代謝症候群方案兩邊效益重複利用的情況，也許很難區分，我不太知道，但事實上，健保費用要優先用在照顧健保病人，要儘量排除收自費減肥藥的病人。

第2個，跟家醫計畫勾稽，剛才2位委員說的我也蠻同意，重複收案的部分，請健保署要注意幾件事情，第1個會不會改由公務預算支應之後，每年公務預算萬一撥補不足或不穩定，又擴大流向家醫計畫，如果他本來應該就是家醫計畫，就是今年家醫計畫擴大收案也可以的話，不必另外有預算辦理代謝症候群計畫，但是現在是切分2個專案在走，其中1個切割給衛福部健康署，會不會因為這72%的部分，反正也無法勾稽，就兩邊的錢都拿了，但事實上是產生1種效益而已，即使都是衛福部的單位，特別是對健保來說，這可能也要注意會不會有擴大流向家醫計畫的情形，如果真的擴大流向家醫計畫，是不是代表代謝症候群就沒有辦理的必要，健康署這筆錢也省下來，省下來也沒有關係，我們應該要避免的是一魚兩吃的情況，而不是要推哪邊的問題。

剛剛劉淑瓊委員也提到，我建議健保署未來應該要向健保會報告，這個專案如何跟健保切割，也就是健康署到底包含了哪些錢？他可以上檢驗平台查詢就不用再做檢驗，這是原本健保署要求的，不要重複檢驗，3個月內或1個月內，在其他家診所所有做三高檢驗就不要再重複做，如果今天換成了健康署來執行的時候，沒關係，我們可以給他共用，國家一體、政府一體沒問題，但是怎麼去切割、申報檢驗或是其他的診療費、追蹤費、衛教費，我都認為一筆一筆錢，未來應該要向健保會報告，我們也不願意做假，也願意共同照護，只是錢該誰出，這可能要進一步分清楚，親兄弟還是要明算帳比較好。

盧主任委員瑞芬：接下來請王惠玄委員。

王委員惠玄：肯定健保署在這個案子的報告分析，提供很多很有趣的資料，也看出不同風險因素分布不是很均衡，也要呼應李永振委員談到的，其實有很多解讀需要去做，這部分可能就請健康署接棒。

剛剛幾位委員都談到這是整體的，不管健康台灣項下的三高防治「888計畫」，或是國人整體心血管方面的課題，雖然是切分2個不同的署執行，但是銜接還是很重要，不管經費使用或是計畫歸

屬，改由公務預算支應後是否還要在健保會報告，以及健保署要怎樣承接前端健康署的預防保健工作，健保署對於個案的健康狀況到經費執行，是否能做妥善的規劃及報告等，都要納入考量。請看到會議資料第 98 頁，執行 9 個月，但是預算執行率只有 31.3%，這個在預算編列和工作執行方面，當然有些是供健康署參考，但是另外一方面可能也涉及健保署後續的承接問題。

盧主任委員瑞芬：接下來請陳石池委員。

陳委員石池：我對報告沒有意見，但我有個建議，代謝症候群大部分跟體重有關係，假如能夠減重，改善效果就很好。在 2008 年，日本就有 1 個全國的瘦腰政策，規定 40 歲以上上班族，如果男性沒有在 85 公分以下、女性沒有在 90 公分以下，企業主就要被罰款，這項新政策促使日本企業界掀起一股激烈的肉搏戰，使很多上班族努力節食、運動，希望可以成功甩掉鮪魚肚。我意思是假設民眾減重的話，高血壓、高血糖、高血脂確實會改善，建議朝這個方向思考，所以是不是要將減重納入國家政策，才有辦法促使民眾去做，不然不痛不癢，每天付錢給他去吃藥，這樣是不對的。只要能夠減重，很多疾病都可以改善，日本早在 2008 年就在做了，或許我們也可以思考一下。

盧主任委員瑞芬：謝謝陳石池委員的建議，現在就請健保署回應一下剛才委員的意見。

龐副署長一鳴：因為涉及與健康署的合作，還有很多類似的計畫會夾雜在一起，所以本署的大方向是推大家醫計畫，這部分請劉林義組長先回答。

劉組長林義：剛剛各位委員關心家醫計畫和代謝症候群計畫兩者間重複的問題，在會議資料第 104 頁，因為這個案子今年還是在健保署手上，我們發現到有重複情形，在 113 年計畫有規定，請參閱(三)成效評估 1.收案情形表格的備註 2，假如收案有重複的話，至少健保給付上不要重複，就是同一個個案在同一個診所的家醫計畫收案者，假如又在代謝症候群計畫收案的話，個案管理費只付一份，這

個是回答有關重複醫療給付部分。當然大家還是會關心重複情形怎麼解決，家醫計畫是屬於派案制，就是由本署根據情形派案，代謝症候群計畫是屬於收案制，在未來，家醫這邊是派案，所以個案我們可以掌控，我們可以把個案的資訊回饋給要收代謝症候群的診所，當診所確定這個個案的資料在家醫計畫的名單中，就不應該收進代謝症候群計畫，這就是龐副署長講的，我們會建構一個家醫大平台，把這些資訊放進去，所以未來只要院所有上去查詢的話，就可以知道這個個案目前的收案狀況，這是從前端避免重複的方法。

本案在 114 年已經轉給健康署，健康署也有找醫界開會協商 114 年度計畫的修正方向，當然目前家醫計畫也在做修正，所以我們兩個署之間都有定期會議，會在定期會議上，把 2 個計畫翻開來彼此討論一下有沒有競合的地方，以上。

龐副署長一鳴：我就比較宏觀角度回答這個問題，第 1 點，相關政策已經納入總統健康臺灣論壇的「888 計畫」，會定期檢討，因為總統府每次都會開直播，也會跟民眾說明，後續會在大的政策下配合一起來做，因為這是相關方案，所以我們一定會努力來執行這件事情。

第 2 點，我們看健保開辦以來，早期做糖尿病，後來做 CKD^(註)、家醫，到現在推動代謝症候群計畫，它都有告訴我們 1 個答案，有納入管理的，預後都比較好，這是事實，可是有無納入管理，又不能排除 selection bias，也就是挑選個案的誤差，基本上有參加的個案，我們稱為遵從性比較好的病人，也有一群比較不遵從的病人，我們成本要花在不遵從的人上，還是遵從的人上？這要請教各位老師，你要把心思花的好學生，還是壞學生身上。

註：CKD(Chronic Kidney disease，慢性腎臟病)。

滕委員西華：把心思花在你們身上。

龐副署長一鳴：花在我們身上，這是個資源配置和觀念的問題，可是目前基本上是尊重民眾和醫療人員的選擇，這是第 2 個觀念。

第3個觀念，過去我們認為這些人要個案管理，沒有錯，但我們現在發現個案管理需要成本，所以才會付相關的費用，可是過去忽略一件事情，個案管理需要人、錢，還需要工具，所以本署推大家醫計畫就是讓基層診所、地區醫院醫師有比較好的工具做個案管理，因為現在透過資訊可以橫向連結、風險分攤等等，所以透過大家醫計畫可以幫助我們做個案管理，透過這次這個事情可以有比較好的個案管理方式，可以幫助病人，可以達到「888 計畫」的政策目標。

再過來一個比較重要的觀念，就是科技會影響很多事情，過去認為很多疾病可能是生活型態的關係，要靠包括生活型態改變、減肥等行為來做介入，可是現在的科技發展都告訴我們，一些神奇藥物可以瞬間改變這些事情，像是減肥神藥 GLP-1，最近還有像是 SGLT-2 等等這些神藥，都會讓醫療費用增加，可是個案管理有時候也會達到這個效果，所以現在健保政策就是讓遵從性比較好的個案能用這個神藥，上個星期藥物共擬會議通過擴增 SGLT-2 給付規定，很謝謝醫全會的支持，因為基層醫師認為這個藥很重要，所以我們通過擴增給付，通過條件是要參加相關照護計畫才能用這個藥，也就是遵從性比較好的個案，所以我們未來的方式會用行為介入和比較高科技的藥品結合，及提供醫師個案管理工具的方式，來改善慢性病的方案，以上做我們的策略性報告。

盧主任委員瑞芬：謝謝各位委員提供的意見，請陳副署長亮好。

陳副署長亮好：很謝謝龐副署長和劉林義組長的說明，剛剛劉淑瓊委員和滕西華委員都提到，希望不要跟健康署疊床架屋，還有這幾個計畫的關聯，這邊我做一些補充。因為和健康署的計畫常常都是我主持，大家醫計畫是剛剛龐副署長提到，現在健保署在推的，首先，我們要蒐集病人的臨床數據，第2個要結合 AI，所以會結合臨床數據後，再做病人的分級分流，未來才可以落實病人的分級分流，特別在一開始委員提到，大醫院有很多輕症的慢性病病患，的確是如此，所以要蒐集這樣的數據，才能根據臨床指引去做分級分流。

第2個，本署也有做數據分析，所謂臨床的結果，去比較大家醫計畫、糖尿病、慢性病，以及健康署代謝症候群計畫所謂的臨床結果，這也已經在進行，也就是同時有很多慢性病管理計畫和家醫計畫在進行，所以已經在盤點了，未來為避免疊床架屋，如同龐副講的，未來會整合到大家醫計畫中，但是健康署的經費，如同剛剛滕委員提及的，這個和我們的經費是不會重疊的。

第3，大家會聽到很多計畫名字，1個是三高防治「888計畫」，「888計畫」不是計畫，是政策目標，是指希望80%的慢性病個案納入管理，納入管理者有80%接受生活習慣諮商，希望納入生活習慣諮商者有80%達到好的慢性病控制，所以「888計畫」是政策目標不是計畫。如何達到888，就是靠後續這些計畫，代謝症候群的計畫先行，後面還有其他小的計畫，例如以糖尿病為主的計畫，或者大家醫計畫，簡單跟各位報告，我們希望透過大家醫計畫擴大，根據我們的數據管理來做分級分流，來落實其他的慢性病管理，最終目標是888，這樣應該就會很清楚，至於費用的切割，我們和健康署會做很清楚的切割。

簡單補充，以糖尿病為例，有納入家醫計畫和沒有家醫計畫，糖尿病的慢性病追蹤指標，HbA1c^(註)的指標、眼底鏡的指標、白蛋白的指標，都有非常顯著的增進，所以事實上有很多很細的數據今天無法放上去，但簡單說888是政策目標，最後會整合到大家醫計畫，中間有很多細的，不管糖尿病或代謝症候群，代謝症候群會切給健康署，委員在意的是費用切割，這我們會在後續做處理，以上補充。

註：HbA1c(糖化血色素)。

盧主任委員瑞芬：如果委員對本案還有其他意見，可以會後提出書面意見，本案洽悉。委員剛才所提的意見和會後書面意見都會請健保署轉送健康署做為計畫後續推動的參考，重要的是，兩署要合作把費用做明確的切割，還有照顧的方式，避免重複。接著進行報告事項第三案。

伍、報告事項第三案「醫療科技評估辦理情形及未來規劃專案報告」
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，針對這個報告案，請問委員有沒有什麼意見？請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：首先要謝謝健保署，這個報告非常地詳盡，我對於 2 個議題有一些想法，第 1 個是醫療科技再評估，第 2 個是病人參與。

請先看到會議資料第 130 頁，我們關心退場機制，就是 HTR^(註 1)本來的用意是有一些舊的或是不適用的科技退場，騰出空間可以引入新的醫療科技，我想請教健保署，到目前為止，維持給付及建議退場的百分比各有多少？另外有多少案件或多少百分比是我們建議他退場，但是沒有退場？因為從實務上瞭解到有時候是因為醫師處方需要，所以應退場而未退場。

第 2 個是關於病人參與，我們很高興看到健保署要把病友團體納入正式成員，我們也樂見其成，不過不管是病友或是學者專家，乃至於服務提供者，來參加 HTA^(註 2)也好、HTR 也好，其實都有個很關鍵的議題，就是他能不能實質的參與，而不只是橡皮圖章？第 2 個是他是不是具有 social accountability^(註 3)。第 3 個是怎麼樣去避免他受到廠商或特定人士的關說、遊說，也就是怎麼保持公正公開。病友參與的這塊，其實很需要培力，跟我們有簽合作的英國的 NICE^(註 4)也好，或是歐洲的 EUPATI^(註 5)，他們也都非常強調病人專家或是常民專家的培力，我們查詢資料後，發現台灣現在只做辦理溝通會議或是演講，其實可能還不夠，我們查了一下，他們的課程內容非常豐富且到位，包括病人的角色定位及他相對應的倫理議題，第 2 個是讓他瞭解什麼是 conflict of interest，也就是什麼是利益衝突。第 3 個是意見表達的技巧，因為在這麼多的專家當中要能夠清晰的表達，其實是很大的挑戰，再來就是提供專家諮詢的管道，以及提醒他們參與這樣的會議必須負擔什麼樣的課責。

簡單來講，就是我們一方面期待、樂見擴大病友參與，另一方面，也建議應該在培力的部分，可以參考國外的做法，以上。

註 1：HTR(Health Technology Reassessment，醫療科技再評估)。

註 2：HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)。

註 3：social accountability(社會課責、社會責任)。

註 4：NICE(National Institute for Health and Care Excellence，英國國家健康暨照護卓越研究院)。

註 5：EUPATI(European Patients' Academy on Therapeutic Innovation，歐洲病人治療創新學院)。

盧主任委員瑞芬：接下來請蔡麗娟委員。

蔡委員麗娟：我想講的，剛剛劉淑瓊委員都已經幫我講了，我想病友的參與，不管在 HTA 或者是健保給付的政策上面，都是國際的趨勢，而且國際評比也會看我們的健康醫療體制有沒有納入病人的聲音，納入病人的觀點是很重要的指標，因為我們的醫療體系是因為有病人而存在，病人是最直接的使用者，也可以說是最重要的利害關係人之一，病友參與的議題在國際會議上也是很重要的議題，包括近期的 ESMO 2024^(註 1)的年會，也是以 patient engagement^(註 2)做為會議的主軸，當然臺灣從 2015 年開始已有很多的進步，包括剛剛健保署已經都有報告了，但是我們覺得還有進步的空間，譬如說在 2 個禮拜以前，TAPO^(註 3)有個記者會，這是由 20 個跨疾病的病友團體所組成的團體，在記者會裡頭，提出 3 個主要的訴求，其實我們可以看會議資料第 135 頁，這邊有提到要透過請健保會建議，將病友團體納入藥物共擬會議的正式成員，所以在 TAPO 臺灣病友聯盟的 3 個訴求就有提到，第 1 個，就是在共擬會議裡面，病友團體是不是能夠變成正式的代表，我們現在是列席代表，當然會議的主席都非常的友善病友團體，如果有舉手他會讓病友團體發言，但是我們既然是最直接的使用者，是不是應該就變成正式的成員，而且剛才的說明，是需要透過健保會的建議，不知道那個實際上的流程應該是由健保會的哪個部門，是健保署，還是國發會的代表？或者是我們病友團體要自己提案，這個流程我們也不太清楚，但是很期待能夠在下個會期把這件事情落實。

第 2 個，就是說健保會的病友團體代表，其實在目前 39 席委員裡面，我是唯一病友團體代表，但我是抽籤抽來的，所以能不能讓

病友團體成為一個常設的代表？尤其我們要讓病友擴大參與，因為病友聯盟裡面有很多不同的疾病別，是不是能有一個常設的席次，以保障病友團體的參與？

第3個就是說，給付過程當中病友團體的參與，剛剛劉淑瓊委員提到，就是病友團體很有意願要參與，但是也很希望能夠被培訓，參考加拿大、英國或是澳洲，他們其實都有一套完整的培訓系統，定期的在給這些病友專家相關的知能訓練，這個當然是我們參與裡面很重要的一環，因為我們不只參與，我們要實質的參與，我們也需要被 empowerment^(註 4)，以上都是病友團體參與的時候，實際上去關注的。

另外就是，有關新藥在給付收載的過程當中，因為健保的資源有限，所以會偏向於從財務衝擊面向思考，但是 CHPTA^(註 5)成立後，新藥的給付是不是能夠更擴大到價值的層面，因為很多的新藥，如果是可以早一點使用的話，甚至我們看到很多病人他可以一面治療一面工作，或者是回到學校，減輕家人的負擔，減輕照顧者這些必須陪伴的壓力，這些其實也是重要的價值，可是我們目前在評估上面，這些面向可能沒有辦法兼顧到，但未來這也是在價值層面上可以做的多元化考量，會讓新藥更凸顯它的價值，以上建議。

因為我們今天可能就畢業了，今年委員聘任的作業好像比較晚，我們不知道下一屆病友團體要參與抽籤，或者是具有抽籤能力的團體是哪些，到現在還不知道，所以也希望進度上面可以更快速。

註 1：ESMO(European Society for Medical Oncology，歐洲腫瘤學學會)。

註 2：TAPO(Taiwan Alliance of Patients' Organizations，臺灣病友聯盟)。

註 3：patient engagement(擴大病人參與)。

註 4：empowerment(賦能)。

註 5：CHPTA(Center for Health Policy and Technology Assessment，健康政策與醫療科技評估中心)。

盧主任委員瑞芬：接下來請朱益宏委員。

朱委員益宏：我覺得 HTA 應該是在引進新醫療科技時，踏出非常重要的一步，我特別想要講的就是，對於財務預估這件事情，因為在新藥納入健保給付的過程，有所謂的 horizon scanning^(註 1)，印象中這個前瞻性的評估方法應該也執行有 2、3 年的時間，我不知道能

否在下屆委員任期，請健保署針對 horizon scanning 的執行情形，讓大家瞭解一下。為什麼提這件事情？因為剛剛健保署的報告，就是說 horizon scanning，它是在整個藥物給付要進到 HTA 或是這個過程的第一步，廠商要先填具未來預估它 5 年的財務衝擊狀況，但是我們常常在新藥引進以後，有一些 real-world data^(註 2)發現之前的預估是失準的，我不知道有沒有回過頭來校正 5 年的財務預估，因為可能新藥進來以後第 1 年，然後第 2 年就發現失準了，但是如果那個 5 年預估沒有校正的話，那我們第 3 年、第 4 年在編列預算，若還是依照舊的資料推估，事實上會造成的 budget impact^(註 3)太大，會失準。

回過頭來看，雖然 horizon scanning 已經有 2、3 年的時間，但是我們每年在 DET^(註 4)調整藥價的時候，還是有 40、50 億元的差距，理論上如果財務預估很準的話，新藥都有新的預算，可以將增加的支出 cover 住的話，那麼舊的藥物支出或是慢性病成長率，它又在自然的成長狀況之下，理論上 DET 應該不會超額那麼多，因為我們每年 DET 的預算，就跟總額的成長率是一樣的，也就是它可能跟疾病的正常成長率應該是類似的，但是事實上我們並沒有看到這個趨勢，所以顯然就是說在整套財務推估的系統裡面，包括未來的 HTA 或是之前的 horizon scanning，我覺得還是有檢討的空間。

因為方法學出來了，但是到底準不準、中間要不要調整也很重要，我覺得健保署是不是也應該稍微再 review 一下，或許有機會的話，讓下屆的委員知道之前的狀況怎樣、現在做了哪些調整，未來預備要怎麼做，讓整個財務的預估會更精準，也不會在每年 DET 藥價調整的時候，讓更多本土藥廠或是已經超過專利期的廠商感到非常痛苦，謝謝。

註 1：Horizon Scanning(簡稱 HS，前瞻性評估)，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。

註 2：real-world data(真實世界數據)。

註 3：budget impact(財務衝擊)。

註 4：DET(Drug Expenditure Target，藥品費用支出目標制)。

盧主任委員瑞芬：接下來請滕西華委員。

滕委員西華：我非常高興我們國家可以正式在醫療科技評估進到新的紀元，這是非常棒的事情，幾點請教如下：

在會議資料第 127 頁投影片第 8 張，剛剛劉淑瓊委員跟蔡麗娟委員都提到病友參與的重要，我也有類似的意見，事實上病友分享，如果我們真的有跟 NICE 簽合作，那麼擴大病友參與的作法，其實不能僅如會議資料第 135 頁投影片第 24 張所提，是專門額外蒐集病友意見或是用病友會前會的平台。依照 NICE 的作法，病友是經過訓練之後，應該是加入專家會議裡面的一環，不是額外再去蒐集他們的意見，剛剛蔡委員提到的 PBRs^(註 1)為什麼要透過健保會來推薦？健保會跟 PBRs 同樣都是依健保法設立的平行組織，我們彼此沒有隸屬，其實社保司自己透過修法，在全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法第 4 條^(註 2)，只要把會議聘請的委員成員納入病友團體就可處理。現在病友團體依照共擬會議辦法第 4 條，就是跟藥廠一樣，是屬於列席，但是病友怎麼會跟藥廠一樣，藥廠本身是利益關係直接的對象，是 stakeholder^(註 3)，所以病友團體要納入 PBRs，要請社保司去修法，因為這跟健保會沒有關係，健保會建議的東西，PBRs 可以完全不採納。

再來其實就剛剛講到，病友團體應該要進入專家會議，如果說，我們有一天要成立 300 個人的行政法人，而且又跟 NICE 合作，沒有道理只是額外去蒐集病友意見，好像有擴大參與，2015 年開始蒐集病友意見就是因為健保法的關係，這 10 年來我們做的其實慢慢的越來越好是一件好事，但是健保署要有規劃、才會有劃時代的進步，隨著行政法人的設立，應該是要把病人納入專家諮詢會議正式的體系，而不是只有列席。

第 2 個。就是在第 127 頁投影片第 8 張，從 HS^(註 4)平台登錄之後，到經過專家會議及共擬會議，請問健保署政策跟法規上面最久的作業期是多久？也就是廠商送件進來，應該要求行政部門在多久以內要完成？這個程序對國家、對人民，甚至對廠商都非常的重要，不能一直拖、一直補件，又不是以前我們 40 年前在戶政事務所，今天來叫你補印章，明天叫你補什麼，一補補個 1 年都補不起

來，這樣是不行的，所以應該要有明確的規範，在案件成立以後，也就是從廠商登錄之後到共擬會議，最大容忍期是多久？是 36 個月嗎？還是幾個月？應該要明確地來規範，我們才能夠一步一步在流程裡面列出哪個時點應該要做什麼事情，這個是國家應然、必然要做的義務。

最後一個是在會議資料第 132 頁投影片第 18 張，之前健保會有將健保署藥物相關法規的修正預告寄給我們，其中 1 個就是全民健康保險藥物給付項目及支付標準的部分條文修正，其中新增的第 4 條之 1^(註 5)，我記得投影片第 18 張就是關於平行送審，其實這個法規還沒完成修正，結果平行送審已經做 1 年了，這個說不過去，你們這樣先斬後奏真的蠻多次的。

投影片第 18 張的內容，讓人覺得做得非常好，這個事情不是不能做，但是已經做 1 年才送修正草案，而且這個條文裡面其實有蠻多議題，例如小兒或少數嚴重疾病突破性治療，這些都是很不確定的概念，而且跟再生醫療雙法，或恩慈療法其實都有一些類似的地方，為什麼不去用恩慈，不去用再生醫療，而要做平行審查呢？更不用講說，沒有在 10 大先進國家滿 2 年、5 年的品項，都是去做優先審查或送審，為什麼上述小兒或少數嚴重疾病突破性治療就可以走快速登記，我不太懂，為什麼不能走我們的藥物標準審查程序，而且他已經有在國外，也有國外的 data 進來，照理說應該要比完全沒有上市的更快。那更不用講說第 4 條之 1 第 5 款，第 5 款就是表示國內已經有這個藥了，為什麼要那麼急讓他平行送審？第 6 款更是行政有擴大，就是給行政部門開空白支票的意味，就是經健保署認定具有醫療迫切，到底有什麼醫療迫切，醫事司要認定迫切、食藥署也要認定迫切，現在健保署也要認定迫切，那這樣就開很多的窗口，所以，其實平行送審法規都還沒有修正通過，我建議健保署在上述修正條文未通過前，應該要暫停平行送審這個做法，謝謝。

註 1：PBRs(Pharmaceutical Benefit and Reimbursement Scheme Joint committee，全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議)。

註 2：全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法第 4 條條文。

本會議召開時，應邀下列代表出席：

- 一、主管機關及其所屬藥物管理機關代表各一人。
- 二、專家學者九人，其中具專科醫學背景者至少四人。
- 三、被保險人代表三人。
- 四、雇主代表三人。

五、保險醫事服務提供者代表人數如下：

- (一)中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會，各一人。
- (二)台灣醫院協會一人。
- (三)醫學中心、區域醫院、社區醫院、基層診所，各二人。

前項代表應依下列方式產生：

- 一、機關代表：由該機關指派。
- 二、專家學者：由保險人遴選。
- 三、被保險人及雇主代表：由保險人洽請相關團體推薦後遴選之。
- 四、保險醫事服務提供者代表：由相關團體推派。

保險人得洽請相關團體，分別推派藥物提供者代表三人、病友團體代表二人，列席本會議；列席人員無表決權。

註 3：stakeholder(利益關係人)。

註 4：Horizon Scanning，簡稱 HS(前瞻性評估)，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。

註 5：全民健康保險藥物給付項目及支付標準第四條之一修正草案條文。

符合下列條件之一且同時申請查驗登記未取得藥品許可證前之藥品，得向保險人建議收載：

- 一、主管機關認定之下列新藥：
 - (一)查驗登記優先審查。
 - (二)查驗登記加速核准。
 - (三)小兒或少數嚴重疾病藥品。
 - (四)突破性治療。
- 二、未於國際上市之新藥。
- 三、於十大先進國家首次上市兩年內，且屬國內製造之新藥。
- 四、已在十大先進國家上市滿五年，且屬國內製造之新成分新藥。
- 五、療效不劣於本標準已收載品項且年藥費支出低。
- 六、其他經保險人認定具醫療迫切需求。

盧主任委員瑞芬：接下來我們請周麗芳委員，是最後 1 位發言了。

周委員麗芳：主席、龐副署長、陳副署長，還有各位委員大家好，首先，我非常支持國家醫療科技評估中心的設立，因為它也是一個國際趨勢，特別是把病友的聲音納進來，來維護醫療平權，我個人覺得這是往前跨出很大的一步，我就是要特別提醒一下，可能有 2 個面向在設置健康政策與醫療科技評估中心的時候可以考量。

第 1 個就是在財務的部分，有關於預算的規模，還有未來的財務永續，因為我們的員額大概未來會增加到 300 名左右，所以說對於財務的來源跟永續的運作，這是要去思考的第 1 點。

第2個，就是有關於未來這個中心所聘用的人力，應該都是屬於比較專業的人力，但是其實現在在市場當中也非常面臨這種人力延攬的一個困境，所以可能要預先先想像一下，就是未來我們需要這麼龐大的專業人力，來擔負重要的這個責任，這些的人力是不是目前市場上已經有適合的人力，還是必須先進行什麼樣的培訓過程，可能要預作準備。

盧主任委員瑞芬：健保署有沒有要回應的部分？剛才委員其實都很關心病友團體代表參與的事情，有沒有要回應？

龐副署長一鳴：涉及HTR、horizon scanning及平行審查，請育文組長先回答，等一下病友團體的部分，還有健康政策與醫療科技評估中心的設置，由我來回答。

黃組長育文：主席、各位代表，跟各位報告，關於委員提到HTA、HTR的相關意見，就是剛剛劉淑瓊委員關心到底現在已經評估了哪些、退場的有哪些，我現在手上沒有數據，會後再用書面補充。

另外就是有關於病友參與的部分，我們會強化，在目前的作業原則已經納進去一些如何強化病友意見的部分，也會再跟大家溝通。還有就是滕委員有提到的時程，應該要有一些試辦，對不起，是有關HS登錄之後的整個時程，這個我們會再補上，不過我們的計算點會從正式受理案件開始來算，因為廠商登錄之後不一定會來送件，大概先這樣。

龐副署長一鳴：平行審查或是horizon scanning現在是自願性質，因為是自願性質，所以並沒有結合權利義務，訂到法制裡面才是強制性質，具強制性質之後，完成相關流程後，才可以享受後面的權利，所以兩者性質上不太一樣，這一點先做簡單說明。

謝謝周麗芳委員提有關人才的問題，現實確實還是比較骨感一點，因為要做HTA的人，特別是政府組織，剛剛我們同仁沒有報告，這個中心是一個超然的單位，重點他是一個超然單位，所以要有很多利益的揭露，我舉個例子，譬如學校老師可能接了哪個廠商的案子，需要利益揭露的時候，他就不能夠去做中立性組織相關的

研究，所以人才確實是缺乏的，所以我們接下來人才和財源的問題，我們都會審慎來處理，初期不會那麼快擴充，這是第 1 個。

第 2 個，是想辦法就現有人力來做訓練，這是我們第 2 個方法，所以這是很嚴肅的議題，我也在這裡公開跟大家講，因為剛剛劉淑瓊委員有講，在健保的整個決策裡面，不管是 HTA 或是病友團體，或是相關的團體，其實揭露是一件很重要的事情，所以我們會繼續 follow 這個原則來做處理。

大家對於病友團體的期許，其實我們都知道，在這裡跟大家報告，我們常舉英國的案例，但是在英國病友參與是有單獨立法的，因為病友團體不只參與健保，還可以參與很多健康的政策，其實不只有健保署，所以它是有立法的，各位應該可以感覺健保，起碼我很驕傲就是，起碼在衛福部的單位裡面，願意跟病友團體做這麼多溝通和聽這麼多意見的，大概也只有健保署，剛剛聽到代謝症候群防治計畫的執行情形，他們也是只找專家討論，也沒聽到病友去抗議，這也很奇怪。

滕委員西華：應該是病友還不知道。

龐副署長一鳴：我們會持續努力去改善，並擴大病友參與，剛剛聽到很多執行面的意見，包括由什麼單位來推薦、什麼單位來做，大家的這些意見我們會做後續的參考，不過大的方向是朝這個沒有錯，我們在沒有確定像英國明確立法以前，我們仍會擴大病友的參與，這個方向和政策會持續來進行。

盧主任委員瑞芬：本案洽悉，委員剛才提到很多的意見，如果健保署手邊上沒有資料，沒有辦法即時回覆，就請事後以書面來回覆，所有的意見都請健保署研參，接著進行報告事項第四案。

陸、報告事項第四案「中央健康保險署『113年11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：本案請委員提書面意見，我們一定會請健保署回覆說明，接下來進行臨時提案第一案。

李委員永振會後書面意見：一、記得去年其他預算協商時，時間用得最多的項目就是因應護理人力荒而新增的「因應醫院護理人力，強化住院護理照護量能」，同意編列新增 20 億元，最後核定 40 億元，應是需款孔急^(註)，但由會議資料第 174 頁第 1 季實際支用情形，全年執行率 16.6%，離季平均的 25%有一段距離，請說明其間變化。

二、由於立法院最近要排審「老人福利法」改變 65 歲老人健保費附條件由中央政府全額負擔，引發爭議，這 2、3 天媒體亦爭相報導，滕西華、韓幸紋、劉淑瓊(醫改會)3 位委員極關心或發聲，我們在健保會提及的如：關懷弱勢、預算排擠、世代公平等議題都受到關注，滕委員更注意到 36%的問題(施行細則第 45 條)！目前雖出現暫緩的聲音，但屏東蘇清泉立委堅持要推，此案遲早須面對，因此提出幾點淺見供參考：

1.65 歲以上老人的健保費是改由中央政府全額補助，非免繳(個人不用出錢，改由政府出)，但說法常變成「免繳」，造成誤解、混淆。

2.對健保財務的影響(36%)：

(1)依目前施行細則第 45 條規定的其他法令增加老人福利法，則報載的 65 歲以上老人的 350 億元健保費將納為政府已繳的保費，政府撥補不足的保費將少掉 350 億元，也就是說：健保費年收入減少 350 億元，而政府不須另找財源，但將提前調漲保費！65 歲以上老人不用負擔的部分將以調高費率的方式轉嫁給年輕世代負擔，造成不公！

(2)若將施行細則第 45 條修回二代健保開始時的內容，只以健保法規範的範圍為限，則 350 億元不會影響健保財務，但政府須另找這 350 億元財源，以增加稅收或排擠其他社會福利預算處理。

結論：老人福利法不可修(醫療資源用得多還不用負擔保費，有失公允，造成世代對立)，設法加速把施行細則修回原內容，才依法有據。(非以 114 年的處理方式以公務預算挹注，好像額外施恩，每年去要，哪一天可能就沒有了)如此對健保財務才有幫助，談永續才有意義！

註：急切的需要錢財。

柒、臨時提案第一案「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』項下專款預算結餘支應案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

盧主任委員瑞芬：請健保署說明。

王科長智廣：主席、各位委員好，本案在前次委員會議討論後，我們其實有針對委員提供的建議，去做更細緻的分析，不過其中要特別說明的是，因為受限於申報資料我們其實無法知道，收容人增加後，其產生的費用到底會貢獻在醫療費用的哪個部分，所以中間我們確實花了一點時間跟法務部矯正署溝通，看他們能不能提供收容人的個案資料，好讓我們去勾稽醫療費用的申報，所以才造成會議資料延遲提供給委員，請各位委員見諒。

以下針對本案進行簡要說明，在說明二的部分，矯正機關計畫往年的預算執行率大概是 85%~90%，所以我們在 113 年度總額並未增編費用，維持 1,654 百萬元，112 年下半年我們才觀察到費用確實有明顯的成長，目前 113 年 Q1 結算的浮動點值是 0.955，以最新申報資料到 113 年 10 月的試算，大概全年還需要 6,800 萬元。也謝謝各位委員在前次會議提供許多寶貴的意見，包含建議我們在就醫療利用費用成長情形，收容人增加之間的關聯性，以及是不是符合非預期風險的動支條件去釐清，所以才會有剛剛提到的，我們有去跟矯正署要資料以佐證我們的論述，不過因為矯正署基於收容人的資料是屬於特種的個資，最後仍然拒絕提供，所以這部分我們其實只能就整體的費用申報資料來進行說明。

請委員看到說明四的部分，矯正署雖然拒絕提供收容人的醫療利用資料，不過有特別提到說，對於費用的成長他們也覺得可能是因為 109~112 年初有疫情的影響，各地檢署多以暫緩執行徒刑或採具保、限制住居等替代羈押措施減少收容，在 112 年下半年疫情趨緩後，收容人陸續會進入矯正機關去執行，醫療需求也因此增加，這

也跟我們觀察到費用在 112 年下半年的一个明顯成長趨勢有一致的狀況。

說明五的部分，我們針對這次分析整體的費用進行說明，第 1 個是整體醫療利用的部分，113 年 1~9 月相較於 112 年同期，無論是人數、件數跟費用其實都有成長，門診的部分費用成長率大概是 7%，住診的部分大概是 12%，門診主要大概就是平均每人就醫次數增加，住診的部分就是觀察到平均每件單價有成長比較高的狀況。另外我們分析就醫科別，門診主要是以急診科、家醫科、精神科的成長貢獻最高，住診的部分則是以胸腔內科住院為多，這個部分就占了整體費用成長貢獻的 8 成。

另外，因為監內的門診其實專科是有限的，特定專科有時候是 1~2 週才提供 1 次門診，所以常常會有收容人無法等待，而會在當天有的專科別或是內部的管理需要，直接讓收容人在內科跟家醫科就診，所以剛剛提到的就醫科別，有時候對於醫療利用的分析不是那麼準確，所以我們另外依照病人的就醫診斷碼來進行分析，這部分是觀察到門診的部分是以皮膚、精神跟呼吸道的就醫成長最高，住診胸腔內科的成長則是以肺炎、呼吸衰竭住院為主，剛剛提到因為在門、住診其實我們都有看到呼吸系統，就是上呼吸道、肺炎這些就醫的成長，所以我們也有就類流感、上呼吸道感染，以及 COVID-19^(註)的案件進行分析，發現這部分其實無論是在件數跟費用都相較於 112 年有明顯的成長，成長率大概有到 20%，也顯示了疫情後費用回歸健保，以及類流感確實有帶來一些影響。

說明六的部分，總歸來說，在矯正署無法提供名單給我們去勾稽費用的狀況下，其實我們是相對難以去佐證特定罪刑的收容人，對於費用成長是不是有較高的貢獻，但是在整體費用成長的申報資料來看，矯正機關的門診主要是以皮膚、精神跟呼吸道感染為主，住診則是以肺炎感染的住院最多，其實這些都是在矯正機關人口結構特定下的醫療剛性需求，在收容人日漸增加的情形下，剛剛提到因應 112 年 3 月起 COVID-19 的確診者醫療費用回歸健保，然後我們也配合疥瘡用藥放寬到矯正機關，以及近年來鼓勵長效針劑的使用

政策，以及 112 年底到 113 年上半年類流感的疫情升溫影響，導致整個門、住診的使用量都有明顯成長。

因為前述的費用成長，在 112 年 9 月協商 113 年度總額時，其實相對是難以往預估的，矯正署也認同說，醫療費用的成長與收容人數的增減有關，只是因為這部分其實還是會涉及到法務部矯正政策跟收容員額的各項因素影響，健保署其實相對是屬於被動的，而且也觀察到有疫情降級醫療費用增加的影響下，我們其實很難將費用的成長歸責於這些願意提供服務的院所。因為委員對於本案是不是符合調節非預期風險的預算有諸多疑慮，我們還是想說在避免預算不足而影響院所的承作意願下，擬建議由 113 年度醫療給付費用總額其他預算項下的專款結餘支應，以上說明報告。

註：COVID-19(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)。

盧主任委員瑞芬：現在請委員發表意見，請林文德委員。

林委員文德：從補充資料第 18 頁的統計，可以看到本計畫歷年的執行情形，預算數實際上很多年都沒有變動，趁這個機會提出來就是說，其實矯正機關收容者的醫療使用狀況，應該會受到人數跟人口老化的影響，因為有些人要關很久，這些收容人也跟我們一樣會有老化的問題，所以預算應該要適度的去調整，而不是一直用固定的預算，未來難免會遇到經費不足的情形，所以我覺得，因為這樣的關係導致的預算不足，確實是有需要從其他的預算來加以補充。

但是在補充資料第 2 頁說明四的部分，我就有一點不太認同，也就是說過去因為疫情的關係，很多處分是採暫緩執行徒刑等權宜措施，當時有些費用應該是節省下來了，但健保還是給了同樣的經費，現在因為疫情結束，收容人的人數又增加了，以致預算不夠，所以我們就要去詢問，過去有沒有多給的狀況？就是當收容人減少時，經費有跟著去做調整嗎？還是說我們是給同樣的錢？這是我比較有疑惑的問題。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：看完健保署的提案資料，覺得時間很趕，但是他們真的有去面對問題，分析很多理由，我們也肯定說去獄所提供服務風險比較高，事實上應該要給這些醫護人員比較多的照顧。不過最主要的是現在才給，勇敢的人都去了嘛，也就是說，鼓勵的考量已經不存在了。健保的確應該要鼓勵他們勇往直前，去風險高的地方提供服務，但今天已經是 12 月 25 日了，有那種醫德精神的人，不管怎麼樣也去了嘛，所以這個提案應該達不到鼓勵他們的性質，但認同應該給他們特別考量，這是肯定的。

我最主要考慮的是原則問題，因為我們訂下來的原則是科目之間不可以流用，但也曾有過例外，歷年來只有 2 案，1 案沒過、1 案有過，過的那案是衛福部交議的，那屆我沒有擔任委員，是看紀錄知道的，108 年的「有關 C 型肝炎藥費專款不足」案，不過該案是因為加速我國根除 C 型肝炎的目標以利跟國際接軌，目標已經定了，所以當時以 19 億元為上限去支應，是有條件的科目間流用，但也只有那 1 件，所以性質不太一樣。但因為 C 型肝炎藥費專款有國際考量性質，勉強可以同意。如果本案也要採流用方式處理，此例一開，未來其他總額部門不夠也可以流用，健保署已經帶頭做，那以後怎麼擋？這也是我們要考慮的最主要因素，如果要兼顧鼓勵那些勇敢去的人，又不要破壞我們既有的原則，由公務預算去處理可能是兩全其美，我個人是這樣認為。

盧主任委員瑞芬：請王惠玄委員。

王委員惠玄：委員、各位同仁，大家好，請教現在是 12 月，經費不足的話，10、11、12 月都還有持續提供服務嗎？預算不足的意思，是會開天窗嗎？還是說沒有錢給已經提供服務的人？

盧主任委員瑞芬：是點值的問題，沒有不夠的問題。

王委員惠玄：對，但是對於提供服務者而言，就是面臨一個被剝削的感覺，我想這個課題很嚴重，但是經費哪裡來，剛剛李永振委員也有提到，目前按照規則，除了公務預算，好像沒有比較容易說得順的來源，當然這邊是說專案有結餘款，能夠用也是很好，但是能不

能打破那個原則，或是說有一個比較四平八穩的說法，不會變成後續沿用，我想這是蠻重要的，支持已經提供服務的人，願意冒著風險去提供服務，很感恩。

另外獄所的收容人員在生活上、疾病上是很不同的樣態，感謝負責這個專案的同仁做了很多分析，建議做類似健保署經常在做的，按照年齡、疾病樣態做分組。再來就是上次有談到預防保健，獄所環境要做預防保健很困難，疥瘡感染等等都面臨很大的挑戰，從提供資料可看到，可避免住院的感染症住院數量不小，我的重點是獄所人員的健康照護計畫是不是應該有別於一般人民的健康照護計畫，剛剛龐副署長有提到論人計酬，論人計酬怎麼樣去維護健康的健康。我也注意到外科的門診跟住院費用相當高，當然獄所環境比較特殊，對於外科及麻醉費用也很高，像這樣特殊的耗用，是不是在論人計酬方案裡面也有一些對策，這是來年很期待看到的部分。

盧主任委員瑞芬：接下來請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：我想基於監所醫療人權，這筆錢是該給，但是剛剛林文德委員講得很好，一個是人數增加，現在社會氛圍都希望加重其刑，的確監所現在人滿為患；另外就是人口老化，這都是現實因素，我覺得未來編列預算時要有所考量，這個費用要從哪一筆錢支應。我覺得健保會幕僚已經有分析，恐怕還是從公務預算的可能性高一點，但我要強調的是，從監所外部視察報告中，我們看到好幾個監所都反映，現在有一些合作的醫療院所人力不足，有些科別不提供服務，像泰源監獄那邊 112 年第 3 季外部視察報告提到牙科、皮膚科醫療資源不夠，換句話說，他有健保身份，但無法得到醫療服務，我覺得這是健保署要關心的。

剛才王惠玄委員也提到，監所很大的問題是裡面的環境本身就在製造疾病，我們就是一直在填補他們不改善環境造成的後果，所以像疥瘡、上呼吸道感染其實都是監所環境的問題，我建議健保署做監測，我們不再是提款機，法務部矯正機關裡面的 1 人 1 床遲遲沒有達成，衛生條件環境都不做改善，不斷耗用健保資源，我覺得這

是不合理的，我贊成因為人數增加、人口老化而增加錢，但是我不贊成因為監所環境不改善而變成提款機，所以我建議健保署做監測，等於他自己跟以前比較，如果一直沒有改善，我認為這已經變成跨部會的議題，應該要透過政委來做一些討論，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：6,800 萬元不是很多，還是強調是原則問題，我看健保署的分析，如果照預估會打折，大概點值 0.95，比照下一案在補的那個地方相對還好。第 2 案讓我想起來，我看媒體報導，行政院長有提到各總額部門點值補到 0.9，如果原來有超過 0.9，也照比例補，是不是可以沿用，由公務預算來補這邊，會不會兩全其美？

盧主任委員瑞芬：請陳石池委員。

陳委員石池：我剛剛聽劉委員講得沒有錯，我也覺得第 1 名是肺炎，跟日常住院比例不太一樣，應該是裡面的環境有問題，去看一下為什麼住在裡面的肺炎比較多，有時候是環境，有時候是人管理的問題。

盧主任委員瑞芬：剛才的討論委員提供很多意見，我個人覺得，我們協商時已經訂出相關原則，總額協商原則就已經規定其他預算的各個項目預算不得相互流用，這案子上個月提案是建議動用「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，這筆風險款明定要符合條件才能夠動用，健保署應該是看到不符合，這次的提案才建議改用其他預算的結餘款，但是動用其他預算結餘款的規定更嚴，規定就是各個項目預算就是不能互相流用。

剛才委員也發表很多意見，包括要從源頭，就是從環境救起，不能只是在下游救人，這都要拜託健保署跟法務部溝通。就本案要動用其他預算的結餘款，按照我們的規定是不可以，因為白紙黑字寫得很清楚，唯一 1 次同意流用是因為衛福部交議，衛福部是政策制定最大的老闆，但是這個案子沒有衛福部交議，就健保會的職權所在，按照總額協商原則，我們無法同意。很抱歉，健保署提了 2 次案，我們也知道他們一直想要為受刑人提供服務，我們都非常肯

定，但是按照協商原則，白紙黑字下，我們無法讓健保署動用這個款項，所以我必須做成下列的決議……。

滕委員西華：在做決議之前，請教健保署一個問題，不影響決議，今年政府有挹注 240 億元及 200 億元，113 年是 200 億元。之前健保署規劃用來補點值，我想問都花完了嗎？有沒有剩一點錢補我們協商的部分。

盧主任委員瑞芬：如果是補點值就是另外的議題，我想這部分先不……。

滕委員西華：健保署提案的 6,800 萬元，並不是用於補足醫療需求 unmet 的部分，而是因為原本編列預算時沒有考量到保障點值，現在因為要反映提供醫療院所的辛勞，儘量以保障點值來回饋他們，所以補的不是醫療費用，是點值，就是現在點值是 0.955，希望補到 1。政府挹注的 200 億元，健保署本來就是拿來這樣用，請問都花完了嗎？依照協商原則本案無法通過，但主計總處撥的 200 億元是用來這裡。

盧主任委員瑞芬：對，那是第 2 個臨時提案的議題。

滕委員西華：我講的不是動用健保非預期風險款，而是在會議資料第 152 頁，李永振委員講的部分，我的意思是說為什麼健保署沒有想到那筆費用？還是那筆費用花完了？

盧主任委員瑞芬：健保署針對剛才委員討論的內容，有沒有要說明回應的地方？

劉組長林義：去年動用 200 億元時，我們也是透過非預期的方案，因為是符合，可是因為錢超過非預期的 8 億元額度，所以我們就從 200 億元額外支應。矯正機關誠如滕委員講的，我們就是看到這個困難，因為 112 年 9 月就協商 113 年預算，在協商當下我們沒有看到這個趨勢，113 年看到所以 114 年有加錢可以解決，目前就是 113 年沒辦法處理，去矯正機關的醫療院所是千拜託、萬拜託的，上個月報是結算到第 1 季，這個月報已經結算到第 2 季，事實上還是可以補還給他們，所以才說是不是我們再提一次看看，當然是不符規

定我才提出，符合規定我自己就做了，不符規定提到這邊，讓各位委員參考一下，還是幫我們加一個附議，不過動到公務預算是上面同意的。

盧主任委員瑞芬：動到這個錢也要上面交議才有辦法。

劉組長林義：剛剛委員講到有關品質部分，我們今年都有訂定，疥瘡盛行率、可避免急診住院率，今年都有訂定，這個大家會看到。既然做到浮動點值，醫療院所明年還要不要繼續加入，可能會對他們的服務意願產生影響，願意繼續到矯正機關服務的人真的很少，醫界代表可能可以回應一下，真的很辛苦，因為每個人都有被威脅過。

盧主任委員瑞芬：但是因為是白紙黑字的規定，沒有辦法去變動，這個是原則問題，除非協商原則允許，過去委員都很擔心此例一開，後患無窮，後面的效應很大，我們也知道健保署在這部分真的很盡力，但我們的原則就在那邊，真的沒有辦法改，所以我只能做下面的決議。

鑑於 113 年度總額業經衛福部核(決)定並公告，且總額協商原則訂有其他預算各項目之預算不得相互流用之規定，本案請健保署遵循相關核(決)定事項及協商原則辦理。委員也建議另行爭取由公務預算支應，委員完全支持你們爭取公務預算來支應，以上做成這樣的決議。我們就進行下一案。

捌、臨時提案第二案「因新冠疫情對西醫基層、中醫門診及醫院總額 113 年之醫療費用造成顯著影響，提請動支其他預算之『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

洪專門委員于淇：主席、各位委員好，請看說明二的地方，自 112 年 3 月 20 日起新冠肺炎改由健保總額支應，因為新冠肺炎跟呼吸道病毒交叉感染，導致疾病複雜度增加且就醫人次大幅提高，導致 112 年點值下降，所以 112 年有動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8 億元，跟行政院挹注的健保基金 240 億元做點值補助，總共補助 87.87 億元。考量 113 年度前開造成點值低落情形仍存在，在附件二有提供 113 年相較 112 年、108 年 COVID-19 跟類流感案件變化趨勢，請委員參考。

我們 113 年研擬參考 112 年補助方式，在尊重各分區醫療生態差異前提下，及鼓勵院所強化自主管理與同儕制約的機制，調整第二階段的補助方式。首先，第一階段補助 COVID-19 跟類流感案件，相較 108 年同期增加費用每點 1 元補助；第二階段部分，於第一階段補助後，依補助後的點值，將最低分區補到 0.9，其餘分區依照其點值差距給予補助。預算來源優先動支 113 年度「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」4.406 億元，不足部分由行政院 113 年公務預算挹注的健保基金來支應。前述的補助方式，估計總共約 122.03 億元，各總額補助情形如補充資料第 21 頁表格，請委員參考。

本案規劃如下，首先是 113 年補助方式在貴會討論之後，依程序提報衛福部核定辦理。另外是 113 年總額成長率核定為 4.7%，已達行政院核定的上限，113 年預估總額剩餘數約 35 億元，不足支應上開方案所需金額，考量本案是以公務預算挹注，補助金額後將超過行政院核定總額成長率上限，所以我們會簽報行政院同意後再補付。如以 113 年點值補助 122.03 億元，加上 114 年總額成長率上限

5.5%推估，預估 114 年底安全準備金大概是 1.91 個月的保險給付支出。

盧主任委員瑞芬：本會幕僚的意見請各位委員參閱，請委員發表意見，請李永振委員。

李委員永振：本案的性質跟去年 11 月 15 日開會的內容、訴求雷同^(註)，依去年當次會議發言實錄，多數付費者委員表達反對意見，會議決議是請健保署再詳細分析估算，再提會討論，該案後來直接向當時的行政院長報告，不是現在的卓院長，就通過了。結果到今天才看到 113 年資料，當時付費者是蠻大的反彈，我記得還召開記者會，既然這樣的話，去年是過了，但是留下遺憾，今年的情境類似，不過有一點不太一樣，就是行政院卓院長在 12 月 17 日已經對外宣布，今天提案討論只是走程序而已，我是這樣想，就是說一定要給，但是過程要這樣子嗎？我個人是感覺勢在必行，我們今天討論只是過水而已，但是這種情形好嗎？

今天國發會跟主計總處的長官也都在場，我個人提出幾點供大家參考，來思考這個問題。第 1 點，這案有關預算來源的部分明示，不足部分大概是 83 億元，由行政院 113 年公務預算挹注，特別講出來那 200 億元是安全準備，去年為了這個爭議蠻久，但是今年已經明示那筆錢是特別挹注安全準備的，所以我第 1 個要提出來的，從去年的講法，若要動用安全準備，依照健保法第 76 條第 2 項規定，當年度收支有短絀才可以動用安全準備，但是上個月費率審議時，健保署估計今年是結餘 276 億元，若去動用就跟原來的估算有牴觸，這是第 1 個要留意的。

第 2 個，今天所提 122 億元的財源，第 1 個是剛才講到的非預期風險經費 4.4 億元，用 4 億元來算。但是本案後面所講內容又會牽扯到科目之間的流用，會用 35 億元，如果這樣計算的話，35 億元是不是包含 4 億元的非預期風險經費，還有 31 億元是其他科目之間的流用，是從其他科目的結餘部分拿過來，如果是的話，是不是會卡到我們剛才上一案討論的問題，這是第 2 點。113 年的總額成

長率是 4.7%，比照 112 年的 3.323%，多了 1.77%，我粗估大概多了 120 億元左右，但是撥補金額卻由去年的 87.87 億元提高為 122.03 億元，多了大概 34 億元，這種現象是不是合理，2 位長官可能要去思考一下。

第 3 點，12 月 18 日媒體報導引述卓院長的講法，裡面有提到對今年健保總額部門，是全部喔，各分區平均點值未達 0.9，會補到 0.9 外，撥補前已達 0.9 元的分區，也會依相同比例增補鼓勵，要增補鼓勵，所以剛才提到獄所點值 0.95，是不是可以照比例調上去。今天討論卻看不到我們一向稱讚、管控模範生的牙醫部門，是漏掉了嗎？還是又被忘了？我覺得牙醫很虧，2 年都站在旁邊，管得太好了，只能站在旁邊癡癡的看就對了，但根據媒體報導，除非媒體報導錯誤，不然的話是各部門喔，各總額部門都有喔，牙醫總額點值超過 0.9，本來是不符合點值低於 0.9 的條件，但是媒體報導說這樣也可以撥補，也要照比例補啊，是不是也需要考量一下？

綜上，大概估算一下，我個人的看法，這 2 年政府挹注 440 億元，扣掉去年已經用掉 80 億元，87.87 億元中包含 8 億元的非預期風險經費在裡面，真的動到公務預算是 80 億元，今年照這邊算一算，122 億元扣掉剛剛提到的 35 億元，大概 87 億元，再扣掉我剛前面講到的那個 36% 的 158 億元，表面上政府特別挹注健保財務 440 億元放到安全準備，事實上扣完之後，最後只有 115 億元，沒有那麼多，給大家參考。

註：本會 112 年第 10 次委員會議(112.11.15)討論事項第二案「因新冠疫情造成各部門總額 112 年醫療費用顯著影響，提請動支其他預算之『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目案」。

盧主任委員瑞芬：這個案子在去年提出補點值的議案時，健保署需要提供的資料，請各位看補充資料第 23 頁附件一「『調節非預期風險及其他非預期政策所需經費』項目之適用範圍與動支程序」，依照動支程序，因為本案是以屬於「非預期風險」為適用範圍，所以去年提這個案子時，有把數字(提案前評估)算出來，今天只提供圖而已，也就是說若屬非預期風險，需要符合其「適用情況」跟「評估指標」，也就是必須具有傳染性疾病異常流行等情況，評估指標

第 1 點是平均點值在 0.9 以下，且較去年同季點值下降幅度大於 5%，第 2 點就是一般服務醫療費用點數成長率大於當年醫療服務成本及人口因素成本+5%以上^(註)。

這部分去年健保署都有提供資料給委員，所以委員才能夠支持，委員去年是同意動支非預期風險經費，但比較大的爭議點是錢不夠怎麼辦？最後健保署就是動用政府提供的 240 億元。所以去年同意是因為符合動支的條件，今年送這個案子，但是沒有提供數字，可不可以請健保署告訴我們這個數字在哪裡？委員才有辦法判斷，去年討論了很久，後來就同意，因為符合非預期風險經費的相關規定就會同意，去年的爭議是錢從哪裡來。李飛鵬委員有意見，我們先聽一下李委員的意見。

註：「調節非預期風險及其他非預期政策所需經費」項目之適用範圍與動支程序：

屬「非預期風險」：

- 一、適用範圍：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。
- 二、動支程序：1.提案前評估：由受影響之總額部門與健保署於提案前共同完成評估，確定對總額影響顯著，其影響不可歸責於該總額部門。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：①平均點值在 0.9 以下，且較去年同季點值下降幅度>5%以上。②一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。若該疾病異常流行具有地區性差別，則適用受影響之健保分區；閾值同上。

李委員飛鵬：首先代表我們醫院協會的九大醫療團體，非常感謝行政院卓院長跟我們有關部門在看到醫界現在經營艱難的狀況，願意兼顧兩方面，第 1 個不讓我們的付費者人民增加負擔的情況下，撥補預算來補貼醫院，大家也都知道，現在醫院的醫護，包括護士、藥師，很多醫師跑到自費診所，醫院經營不好，包括醫師都去開業，醫院關床的數目讓很多民眾因為關床塞在急診室，有些醫院的服務品質已經到了很嚴重的程度。所以點值補撥，希望撥補的錢能夠用在醫護人員身上，優先用於留才。我常常說我們臺灣政府用總額制度、點值制度，創造這麼好的就醫可近性，為什麼全世界沒有其他國家來標竿學習，我一直在看有沒有國家願意採取我們這樣的制度，我一直在想這個制度為什麼獨獨在臺灣可以這樣施行，醫師沒

有像韓國這樣剝悍起來反抗，我分析台灣大型醫療體系，也就是醫院體系來說，大概占了健保醫療費用約 68%、近乎 70% 左右，這些都是公益單位，例如 11 家醫學院附設醫院是教育部管的，還有宗教法人、財團法人設立的醫院等。所以大家似乎都會擔心醫院賺錢，但我覺得讓這些幾乎占一半、可能 80% 以上的錢，都是公家政府的，它有些盈餘是用來發展的，希望能讓台灣醫療的品質在世界上的排名可以跟人家比拚，現在台灣醫院已經到了生存及發展的問題，而又主要是生存問題為主，去大陸看看他們的醫院發展，很多已超過我們，以前我們去大陸還教人家，現在則變成要去跟人家標竿學習。

所以就這些錢的撥補來講，沒有哪家醫院是院長自己拿去，是要用來讓我們醫院的品質能夠存續下去，剛才李永振委員特別提到，為什麼這次行政院要把點值已經到 0.9 的部分還要給它再提升。我跟大家講我們過去的經驗，去年在協調的時候，由於我們 6 個分區管理方法不一樣，像南區他們有自己的管理，每個分區的管法不同，有的是先叫他攤扣，有的是先弄到 1，他們說我們努力管理後弄到 1，可是照管理之後所報出來的點值，他們覺得實在受到非常殘酷的剝削。

所以這一次，如果我們台灣的健保，因為這麼小，其實 1 區就好了，大家點值都一樣就不會有這樣的問題，但重點是 6 區都不一樣，開會時，南區、高屏區對我這個醫院協會理事長不滿，甚至說要告我，表示：「你這個到底在搞什麼，難道我們南部的醫生、醫院不是人嗎？我們做的跟他們不一樣嗎？為什麼他們有補，我們沒有補？」所以我這次要請求各位，給他們補一下，因為這是他們努力管理後的點值，所以拜託大家，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請林文德委員。

林委員文德：非常贊同剛剛主委提到的，就是如果我們要動用「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」這筆錢，那第 1 個就是要有傳染性疾病，不然第 2 個就是非天災的大型事件。現在看起

來好像是要用第 1 個，也就是傳染性疾病的異常作為理由，但如果我們看健保署的資料，首先還是要肯定健保署提供非常精確的 COVID-19 及類流感案件的就醫次數資料，讓我們可以看看到底是不是符合條件，但我們看到這個結果，看起來好像醫院部門在 113 年跟 112 年相比，好像並沒有增加很多這類病患的就醫次數，而西醫基層部門就有一些月份是增加比較多，但這個我也很想請教一下，為什麼會在這幾個月別有特別高的情況，至於中醫跟醫院其實差不多，就是看不出來 113 年跟 112 年相較有大幅增加的狀況。

所以到底有沒有符合動用的條件？就是要看成長率，較去年同季點值的下降幅度要大於 5% 且平均點值是 0.9 以下等等幾個適用的評估指標，所以這部分可能還是要請健保署多提供相關的資料，我們才知道到底是不是符合這樣的狀況。

如果不符合的話，可能就要想其他的理由，就是我們未來到底要不要有保障點值這件事情，不管是不是傳染性疾病或其他原因造成的，總額精神到底要不要去打破，如果這案子成立的話，但根本就不符合動支程序，就要考慮以後的點值維護要用什麼樣的說法，比較能夠說服社會大眾，以上就是我的想法，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請滕西華委員。

滕委員西華：剛剛主席提到希望健保署補充資料，我也是附議，因為那個資料非常重要，至少在既有的這個條件下，應該要算出來評估結果，但是目前沒有數字。其實看附件二(COVID-19 跟類流感案件變化趨勢圖)後面月份的幅度都已經趨緩，我要問 2 個問題，我們到底還要為保障 COVID-19 編列預算，要編列多久？當全世界都已經不再把 COVID-19 另外特別拉出來看，即使是 Long COVID 也一樣，而我們還在因為這個理由，還要拿出來講點值跟醫療利用，也不是不可以，但是告訴我們到底要到什麼時候，這是第 1 個。

第 2 個，台灣社會不能一方面講感冒不給付，一方面又來說感冒要保障點值。由類流感來看，除了 COVID-19 因素，可以看它的診斷，我們不是說診斷 upcoding 或其他因素，診斷是屬於醫療專業、

我們不輕易質疑，但是從類流感的趨勢來看，跟往年比起來，包括這幾年的疫苗採購量都增加，在這個條件底下，我們單看類流感、不看 COVID-19，有相對過去異常嗎？如果它就是一個一般性的疾病，每年隨季節都會發生，且疾管署在疫苗的供給上面沒有缺失，也設法強化疫苗的保護力，健保署也有專案鼓勵民眾施打疫苗，請問類流感有什麼條件會比重症更需要保障點值？我就想不通。

我要先說，我對媒體也是這樣說，我反對任何沒有配套措施的保障點值，不管保障到多少錢，這是第 1 點。第 2 點，即使保障點值，類流感有什麼正當要件需要保障點值？類流感大部分就是流行性感冒啊！過去大家批評感冒的醫療費用約 200 億元，這部分不應該列入健保給付，不僅僅是醫界，台灣社會很多聲音都這樣講，結果現在台灣社會要同意類流感要保障點值，這怎麼樣都說不通啊！剛剛講監所的醫療服務在重症的給付方面，都還沒有談到重症要保障點值，今天類流感要保障，我覺得這個是完全不通。

如果真的不行、真的不行，你今天一定要做，我以為卓榮泰院長講的是 114 年，不是 113 年，如果真的是這樣，我個人反對，不應該用在類流感，我們應該要討論的是其他的部分，這是第 1 點。如果不行，請勿輕易動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目，你應該要優先去用公務預算。因為今天的提案訴求是倒過來，希望優先以「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目支用，但我的想法是應該優先用公務預算，而不是優先用這個專款。也就是說，不是我們這專款的錢先花完再動公務預算，是應該先去動支公務預算再用這專款。如果行政院有指示一定要做的話，應要先動支公務預算。

至於剛剛臨時提案第一案監所的部分我也支持，如果健保署 6,800 萬元不夠，前一案比本案還要有動支的正當性好不好！你比照類流感要用公務預算補到滿，反而監所醫療利用的正當性還比較強，我在這邊也發言支持健保署向行政院爭取，以 200 億元基金撥補臨時提案第一案所需的 6,800 萬元，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請陳相國委員。

陳委員相國：感謝各位委員指教，我說明一下醫界情形，包括我們西醫基層、中醫門診及醫院總額都遇到疫後就醫大爆發，COVID-19 影響不只是 COVID-19 這疾病所需醫療照護，而且它會壓抑其他醫療需求，像是在 2020~2023 年期間很多醫療需求都是被壓抑的，所以它影響的不只是類流感，還有一般民眾就醫，比如說民眾本來有膝蓋關節炎，因疫情不敢去開刀，所以疫後就出來就醫，而白內障也是。

現在我們醫療院所經營很困難，不論是西醫基層、中醫或醫院，都有護理師、藥師流失的情況，因為各種成本大幅增加，醫院跟診所經營都相當困難，感謝卓榮泰院長及邱泰源部長體恤醫療院所的經營困難，我覺得醫院、中醫、西醫基層都要補到夠，如果沒有補到夠的話，無法讓醫療人員有合理待遇，他們就會流失，流失的話會去哪裡？去醫美、電子科技廠，例如韓國也是我們最可以借鏡的例子，韓國的醫院據悉約有 1 萬位醫師轉為從事醫美，所以造成韓國醫美醫師增加很多，並使得韓國醫師的醫美服務降價，也連帶影響到我們國內醫美診所的業績下降 30%，這部分是蝴蝶效應。

回到本案，這部分不會增加民眾負擔、也不會調高保費，而且健保會要處理的是 4.406 億元，懇請各位委員能夠體恤醫界的辛勞，體恤醫院經營的情況，體恤西醫基層及中醫門診的辛勞，讓我們可以得到一點合理的待遇，以上謝謝大家。

盧主任委員瑞芬：請周麗芳委員。

周委員麗芳：主席、各位委員，在今年來講，因為這個案子其實不是一個全新的案例，去年就有相關案例，我覺得剛剛很多委員給予相較更多元性的討論，而剛剛主席有提到，今年跟去年案例唯一差別是，在健保署的實證相關數據這個部分，可能檢附比較不足，今年是以提案附件二圖表曲線的方式提供，但我們也真的很感謝健保署，包括署長現在還在立法院作戰，坦白說以現在爭取預算的時節，健保署連 2 位重要的副署長跟同仁都在這邊陪伴我們，因為今

天也是本會今年最後 1 次會議，相關資料是不是可以讓健保署同仁後補給我們，因為就體例而言，當然明年、後年可以再進一步去思考，但是以今年度來講，我個人還是比較建議援例來做辦理，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請林文德委員，是第 2 次發言。

林委員文德：補充一個資訊，我最近在分析一些資料，發現其實 COVID-19 之後，肺炎的發生率、住院率都下降，可能因為口罩防護的關係，其實有很多傳染性疾病也有下降的趨勢，所以現在我們拿一個有增加的東西說要補它的預算，但是那些下降的部分我們都沒有去看，有些可能增加、有些可能減少，整體來講到底對總額的影響是怎麼樣？我們要整體評估，不是只有看到一個東西增加，就要來增加預算，要用整體的概念來作評估，可能會比較適當一點。

盧主任委員瑞芬：請韓幸紋委員，各位如果肚子不餓的話，我會讓大家儘量發言(委員笑)。

韓委員幸紋：其實我肚子好餓，所以我剛剛掙扎很久到底要不要舉手，我已經快昏了，剛剛已經偷吃了一些東西(委員笑)。這案子可參考去年年底類似案件，就爭議很大，就像李永振委員講的，那個會議紀錄再拿來參考，真的都還是可以用的，可是從這個案子再結合剛才臨時提案第一案，就發現問題，很多制度性的部分為什麼我們要堅持不能隨便動，因為只要動一次，現在健保署的本案說明二馬上提到，去年 112 年這樣做，113 年想繼續這麼做。

當我看到這次會議資料時，比較困惑的是，第 1，大家看到動用的條件是否符合？第 2，假設符合，只是今天還沒有看到實際數據，假設真的符合的話怎麼去補點值？這次還創造了一個新的公式，這公式也沒有被討論過，而今天是我們任期的最後 1 次開會，所以我一直很掙扎要不要講話，因為我們講話，到底是想要去影響下一任委員嗎？這次很尷尬，怎麼會在最後 1 次會議提一個完全新的補助公式，更何況其實已經很多人提到這補助方式的合理性。

另外我也在想一個問題，就是 240、200 億元來了之後，它的定位就非常尷尬，到底是什麼性質，大家剛才也有提到，就整個制度怎麼去執行。比如說，我們明明前面談定總額，以前是支出上限制，前面講好、訂好怎麼分配，所以來決定費率是多少；結果現在在費率決定之後，再來說要把前面本來認列為收入的，先不管是什麼收入，因為什麼收入現在還有爭議，我原本認定我有這麼多收入，結果我現在要額外動支這些錢，大家都會一直強調沒有影響到費率、沒有差，但現在有了前例之後，第 2 年大家又來一次要援用前例，114 年會不會再有這問題。未來是不是每年年底都在想說，那筆錢可不可以拿來補點值之類的？會不會真的有一天，你動用這筆錢之後，平衡費率應該是要上升的？

就以現在整個制度 run 的過程來講，已經出現矛盾的部分，所以我先講不管類流感還是什麼情況到底應不應該補點值，我覺得都可以再討論，但如果真的連著 2 年我們都有出現這樣的問題，想要額外的去動用預算，也就是在原本支出上限制的情況下，連 2 年都出現支出上限制好像綁得太緊的狀況。不管實況是怎麼樣，這部分有爭議的話，我覺得其實真的還是要落實在制度上去做改革，而不是在法條完全沒有修，每次都在健保會年底的時候，引起這麼大的爭議，討論這麼久，我後面還有一堆人等著要發言。對於這件事情，我們還要用這種有點模糊的方式搓過去嗎？我真的認真建議衛福部，要針對此事好好進行制度上的討論與改革，不然每年到年底，尤其今年特別在我們任期要結束時，在這個時候還要討論這件事情，實在有點奇怪，這是我的意見，謝謝。

盧主任委員瑞芬：後面還有 3 位委員一定會讓你們發言，但我也擔心血糖比較低的委員身體會有點不適，所以桌上有一些點心可以先吃，我想我們會後 1 小時用餐時間應該還夠，因此我希望下午 1 點以前結束，但我也希望最後 3 位委員發言之前，我只想問健保署 1 句話，就是我剛剛問的第 1 個問題，請問你們有沒有數字？是不是值得我們繼續討論下去，如果動支條件不符合，今天這案子就不成立了，剛剛講的就是盍各言爾志，委員給了很多很好的建議，因為

今天就是本屆最後 1 次會議，所以這些發言都會列入實錄，請健保署很簡短告訴我們，你們有沒有數字，是不是符合動支條件？是屬於非預期風險還是屬於非天災所致的大型事件？就這 2 個，請簡單先回應。

劉組長林義：跟主席、各位委員報告，今天這個提案是比照 112 年，所以所有補助方式是完全比照，這部分要區分到各個總額部門的各分區的各季，條件也一定是要符合非預期風險裡面的 2 個適用情形及評估指標，1 個就是平均點值低於 0.9，而且較去年同季點值下降幅度大於 5%，另 1 個就是一般服務的醫療費用點數成長率 $>(\text{當年度醫療服務成本及人口因素成長率} + 5\%)$ 以上，動支條件完全比照去年模式，我們有粗看一下，涉及 3 個總額部門各分區的各季，所以還沒有統計完，可是我們初步看了一下是有符合、有符合。

盧主任委員瑞芬：因為沒有統計完，所以今天沒有辦法把數字給大家，所以也就是在這樣的基礎下，沒辦法繼續討論，但我還是讓最後 3 位委員發言完以後，我們再來做決議，請周慶明委員。

周委員慶明：我這邊先講結論，建議大家還是要針對這些呼吸道感染疾病，需要非常提高警覺。我是第一線的耳鼻喉科醫師，其實今年大家應該還有印象，在過年的時候政府就提到，好像是第 4 波還第 5 波的流感，其實那個波不一定是流感，跟 COVID-19 是混在一起，所以我在門診看診，發燒病人蠻多的，一直持續到現在，大概是 2 種感染，1 個是 COVID-19、1 個是流感，所以在診所會做流感快篩，篩出來是流感大概就知道了，如果篩出來不是流感，請他回家去做 COVID-19 快篩，有 5 成以上的人回來會說他是確診，所以大宗還是這 2 種病毒。

台灣在防疫期間，大家防護得非常好，不過今年我覺得病毒的感染，其實整個已經亂了套，變成今年整個年度都一直在感染，除了 COVID-19 之外，流感也是大宗，我原來看病人時覺得奇怪怎麼會這樣，所以我們全聯會有針對全台灣的醫師開設課程，請黃立民教授來演講，他才給我們答案，其實第 4 波、第 5 波、第 6 波、第 7

波，一直持續在台灣發生，所以大家真的要比較小心，因為 COVID-19 的死亡率仍是流感的 10 倍。但是流感也還是蠻可怕的，我舉個人最近看到的例子，我有個同學的太太，她去看一個朋友時還好好的，結果突然發燒，發燒後去醫院照 X 光發現已經是大白肺，一做篩檢就是流感，而隔天就過世了，非常快速的一個流感病程，造成他太太過世，這是真實的案例，所以大家真的還是要很注意呼吸道疾病，在台灣整個疫情變化來說，真的要非常小心。當然剛剛講這個的意思就是說，其實我們台灣的疫情，並沒有因為去年 3 月解封，就得到緩解，除了 COVID-19 外，其他的病毒都還是持續在，因為跟以前的這種季節性的流行已經不一樣，所以大家還是要特別提高警覺，以上報告。

盧主任委員瑞芬：請林恩豪委員。

林委員恩豪：謝謝主席，本來剛剛主席講完我覺得要結束了，沒想到後面要講這麼久，因為剛才主席講完我就沒有要講，我想問的問題跟主席一樣，但我還是要說一下，希望先把「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目動支程序的提案前評估，完整送上來，讓我們有資料再來討論本案，才有意義，不然就不用再討論了。

盧主任委員瑞芬：接下來請詹永兆委員。

詹委員永兆：這疫情在中醫的影響，我們在疫情前 107、108 年每年大概看 650 萬人、4,200 萬人次，到 112 年已經看到 680 萬人、4,600 萬人次，今年雖然比去年看起來稍微少一點，但實際上也預估將近 4,400 萬人次，實際上我們都看了這麼多病人，但是我們的中醫門診總額還是來不及成長，所以中醫是所有總額中，點值最低的，第 1 季有 3 個分區小於 0.9，所以說疫情過了，但是在中醫來講整個利用率上升了，但是真正總額進來的錢是不夠的，以上。

盧主任委員瑞芬：健保署現在是說他們的數據僅有部分而已，但這樣真的沒辦法討論下去，因為只有部分數據，我們沒有辦法把 3 個總額都拿來談，當然我們知道醫界很辛苦，但如果沒有數據，現任委

員真的沒有辦法討論，所以我會比較傾向這個案子要等你們把資料補過來，到下一次的會議再討論，也就是明年由新的委員會來決定。因為時間太趕，你們開會前幾天才把提案給委員，委員都覺得太趕沒辦法直接討論，而現在也只有部分總額有數據的情況下，本案真的沒有辦法討論。

劉委員淑瓊：附議，因為付費者代表也有我們的 accountability^(註)，所以沒有完整的程序，我覺得是說不過去。

註：accountability(問責、負有責任)。

盧主任委員瑞芬：健保署真的很辛苦，但是很抱歉，委員還是需要一些數據。(有委員舉手要發言)你們真的不用吃飯嗎？請李飛鵬委員。

李委員飛鵬：這個要用很多的數據，又很多精準或什麼……。

劉委員淑瓊：那是規定，是法理。

盧主任委員瑞芬：對，這是法理。

李委員飛鵬：我是說，在有些比較危急的狀況時，很多醫院等著這筆錢能夠回去發年終獎金，儘量提高年終獎金發給所有醫護人員，能夠好好過年，而不要說過完年立刻走掉一堆人，我真的向大家誠心建議，在過年前能夠發放這筆錢是很重要的，真的！

盧主任委員瑞芬：但是現在因為我們沒有辦法確認本案是不是符合動支程序，你等於是要所有的委員都背書，萬一不符合的時候，那這些委員就變成，去贊成一個不符合動支條件的案子，委員們其實為難，真的是要怎麼扛這個責任？

李委員飛鵬：兼顧了我們付費者代表的想法，有一部分給醫界，有一部分給安全準備金，有安全準備金就抵了調保費的事情。也就是說，其實我們安全準備金夠，是因為攤扣、點值滑落，才讓我們有安全準備金，才能不調整保費。所以健保署如果 6 個分區，未來不要這麼拼命砍醫界，怎麼可能會有安全準備金呢，早就沒有了，點值是零點幾，根本就是很荒謬的事情，每點 1 元是醫界的尊嚴。

劉委員淑瓊：這是總額制度啦。

李委員飛鵬：我知道，我要講這件事(劉委員淑瓊：我們都理解)，其實我是很溫和的，全世界只有我們國家願意用這樣的總額制度來框住醫界，醫界其實已經……，其實我很想說，真的我跟大家講，點值每點 1 元對醫界真的很重要，這一筆錢很多醫院都在期待，可是我真的跟大家講，我有點激動，我真的跟大家講，這一筆錢很多醫院都在期待，能夠回去調薪，能夠給我們護士、能夠留人。你知道嗎，現在有個自費的診所準備要開 300 家店面，很多護士、急診醫師都想去了，我真的期待，我們五大醫護團體也講了，我們這個錢是要拿來想辦法加薪給醫護人員，所以我拜託大家，這筆錢是行政院的美意，不要再用這樣的程序來拖住它，要是拖到人都跑掉了，那該怎麼辦？

盧主任委員瑞芬：請李永振委員，真的是最後 1 次發言，因為時間已經是下午 1 點 3 分了。

李委員永振：我可以體諒李飛鵬理事長的立場，但是聽他的意思、我 catch 到的意思是政治解決嘛，政治解決就不要為難健保會嘛，因為健保會大家可以倒帶一下，去年我們很大爭議是 240 億元是幹嘛用的，那時候黃小娟委員有仗義執言是要放到安全準備，後來就勉強解釋被中途攔截了，今年各位看到補充資料第 20 頁說明三之(三)，今年他很明確，這部分文字是健保署自己寫在提案中「不足部分由行政院 113 年公務預算挹注健保安全準備 200 億元」，這是挹注安全準備喔，那你是挹注安全準備的話，麻煩就更大了！因為根據健保法第 76 條第 2 項，這剛才講過，有短絀才可以動用，今年預估結餘 276 億元欸！這就是在行政院要做這個拍板時，國發會跟主計總處的長官你們要去反映啊！行政院的政治解決可以凌駕法律嗎？這是重點！那如果這個可以解決的話，我個人建議，今天我們會也沒有同意的立場，因為我們同意的話就是違法，沒有依法。

健保署有壓力沒有關係，就政治解決，剛才李理事長也同意政治解決，所以我建議我們會的決議應該是不同意，但是健保署後續怎麼去處理，已經不是我們權責可以過問的，這樣會不會比較好？如果要這樣去處理，我很贊同剛才滕西華委員提到也一起處理那

6,800 萬元，這樣我們原則也站住了，而且也解決了原來要達到的目的，如果最後結論是這樣，行政院去負責，若行政院沒有依法行政就跟我們無關，這樣是不是會比較好？不然到下一屆還是同樣的問題，謝謝。

盧主任委員瑞芬：各位委員的意見我都聽到了，今天是最後 1 次會議，我其實很希望大家在吃飯前可以 big smile face，結果我們現在講到已經很緊張，我以主席的立場不會說這個案子不同意，不同意就完全沒有討論的空間，最主要是因為今天健保署沒有提出實際的數據讓委員來做判斷，所以這個案子沒辦法談，然後不管是付費者或醫界的意見其實都非常寶貴，醫界充分表達他們的立場及實際醫療狀況，所以是值得需要讓他們來告訴我們實際狀況，我們也很希望能解決他們的困境。

雖然行政院已經都講了這些話，但那是另外的 issue，健保會今天是按照現有的規定及原則來做討論，長官們有他們的訴求及考量我們無法左右，但只要我們擔任健保會的委員一天，我們就必須支持之前所立下的原則及規定，所有討論的議題才有根基可以繼續，更不想留下不好的例子，就是什麼時候破壞了原則，所以以前他們是這樣，我們以後也可以這樣，留下這種判例，對於健保會的運作非常不好，所以這是我唯一的堅持，我們今天討論到這裡，容許我以主席的身分做一個結論……。

陳委員石池：主席，不好意思。

盧主任委員瑞芬：陳石池委員，我還是……，好，請陳石池委員。

陳委員石池：簡單 2 點，第 1 點就是跟各位委員報告每年過年期間就是醫界的離職潮，所以這個補助對醫界來講是非常重要的。第 2 點，剛才健保署談到初步看起來是符合，我想問一下假如是 50% 以上，應該就沒有問題了，假如 50% 以下，可能後續還要斟酌，所以健保署可不可以告訴我們，初步整理多少資料？初步看起來是合格的？

盧主任委員瑞芬：實在是委員手上沒有資料，真的沒有辦法讓他同意這個案子，因為沒有數據，黃小娟委員今天最後 1 次發言，不是最後 1 次，你明年還會來。

黃委員小娟：不一定啦。謝謝主席給我這個機會發言，因為剛剛李永振委員有提到，但我還是要再澄清，行政院編 200、240 億元在衛福部的預算上，挹注健保的財務，沒有指定用途是放安全準備或補點值，到底可不可以補點值？要怎麼補？就回到健保總額機制，如果符合非預期風險或非預期政策改變這些因素的話，當然就可以依照健保的制度規定來支用，但是如果超過總額，那也要循原來的機制報行政院核定，我想再澄清說明的是這個，200、240 億元不是一定要放安全準備，進了健保基金對健保基金來說就是補助收入，怎麼支用就是回到健保機制。

盧主任委員瑞芬：謝謝，這個澄清對後續的決議其實會有很大的幫忙，所以各位，今天這個案子，因為健保署今天沒有提出這 3 個總額部門是否符合「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目的適用範圍及動支程序條件的相關規定，討論過後沒有共識，所以我們就請健保署補充資料，然後提下次的委員會議來討論，或是優先爭取公務預算支應，委員所提的意見就請健保署參考，以上。

請問有沒有臨時動議，如果沒有臨時動議的話，今天已經是最後 1 次的會議，我還是站起來先謝謝各位這 2 年來的支持(委員鼓掌)，很多決議如果不符合各位期望，也希望在年底的時候一筆勾銷，結束之前我要謝謝健保署同仁這麼辛苦地為健保而努力，我也要謝謝健保會同仁做我們最好的後盾，我們幕僚真的非常辛苦，挑燈夜戰，謝謝執秘，謝謝各位，我們後會有期，開始用餐，謝謝。

衛福部健保會第 6 屆 113 年第 11 次委員會議
中央健康保險署石署長崇良請假函

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：吳箴
聯絡電話：02-27065866 分機：2531
傳真：02-27029964
電子郵件：a111158@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年12月23日
發文字號：健保企字第1130683409號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：有關貴會113年12月25日第6屆113年第11次委員會議，因
本署石崇良署長出席立法院第11屆第2會期社會福利及衛
生環境委員會第16次全體委員會議，故不克列席，委請龐
一鳴副署長代表，敬請諒察。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：電 2024/12/23 文
交 換 章

