

衛生福利部全民健康保險會
第7屆114年第3次委員會議議事錄

中華民國114年5月21日

衛生福利部全民健康保險會第7屆114年第3次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國114年5月21日上午9時30分

地點：本部301會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：劉于鳳、林偉翔

出席委員：(依姓名筆劃排序)

田委員士金、朱委員益宏(台灣社區醫院協會羅常務理事永達代理)、江委員錫仁、吳委員永全、吳委員銘修、吳委員鏘亮(中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠代理)、呂委員正華、李委員飛鵬、周委員慶明、林委員宜平、林委員恩豪、林委員敏華、花委員錦忠、洪委員瑜黛、胡委員峰賓、張委員田黨、張委員家銘、許委員舒博、許委員慧瑩、陳委員秀熙、陳委員建宗、陳委員相國、陳委員真慧、陳委員節如、陳委員麗琴、黃委員心苑、黃委員金舜、黃委員國祥、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、溫委員宗諭、董委員正宗、詹委員永兆、蔡委員順雄、鄭委員力嘉、謝委員佳宜、嚴委員必文

請假委員：連委員賢明

列席人員：

本部社會保險司：陳專門委員淑華

中央健康保險署：石署長崇良

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第11~16頁)

貳、議程確認：(詳附錄第16頁)

決定：確認。

參、確認上次(第2次)委員會議紀錄：(詳附錄第16頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第17~18頁)

決定：

一、依本年度工作計畫，原訂安排本次會議提報之「114年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目」，同意依中央健康保險署來函建議，改於7月份委員會議(114.7.23)報告。

二、本會於7月14、15日召開「各總額部門113年度執行成果發表暨評核會議」之議程，如附件一。請中央健康保險署分別於5月23日及6月13日提出評核報告上、下冊，各總額部門於6月13日前提出成果報告，簡報資料請於6月30日前提供，以利評核參據。

三、餘洽悉。

伍、法定諮詢事項(詳附錄第19~42頁)

說明單位：衛生福利部社會保險司、中央健康保險署

案由：衛生福利部「115年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)併同中央健康保險署「115年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」諮詢案。

決定：

- 一、委員所提諮詢意見(含書面意見)摘要(如附件二)，併同發言實錄，送請衛生福利部參考。
- 二、考量健康台灣政策落實與友善醫事人員環境等項目之適足財源，建請衛生福利部檢視115年度總額協商因素及高推估成長率之財務適足性。
- 三、請中央健康保險署於衛生福利部交議總額範圍時，依法併同提出資源配置及財務平衡方案，供協商參考。

陸、優先報告事項(詳附錄第43~49頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「114年4月份全民健康保險業務執行季報告」，請鑒察。

決定：本案洽悉。

柒、討論事項(詳附錄第50~53頁)

提案單位：本會第三組

案由：全民健康保險各總額部門113年度執行成果之評核結果
獎勵標準案，提請討論。

決議：

一、各總額部門113年度執行成果評核結果，將納為115年
度各部門總額「品質保證保留款」(下稱品保款)專款
獎勵，其獎勵標準如下：

(一)計算基礎：以各總額部門受評年度(113年)一般服務
預算為計算基礎，並與115年度總額基期算法一致。

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

二、因應107年起品保款預算屬性改變，115年度各部門總
額品保專款額度，應與其一般服務預算保留匡列原
106年品保款之額度^(註)合併運用，全數作為鼓勵提升
醫療品質之用。

註：各部門額度：醫院3.887億元、西醫基層1.052億元、牙醫門診1.164億元、中
醫門診0.228億元。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：上午11時44分。

附件一

全民健康保險各總額部門 113 年度執行成果發表暨評核會議議程

日期：114 年 7 月 14 日、15 日(星期一、二)

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂(台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)

7月14日(一)	報告內容	報告單位
09:00~09:10	報到	
09:10~09:15	開幕致詞	
09:15~10:15	各總額部門(含門診透析)一般服務執 報告單位：中央健康保險署 行成果報告(60 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.各總額部門整體性、一致性項目執行成果 3.門診透析服務	
10:15~10:30	中場休息(15 分鐘)	(出席人員大合照)
10:30~11:00	跨部門及其他預算專案計畫執行成 果報告(30 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.專案計畫/方案執行成效	報告單位：中央健康保險署
11:00~12:00	評論及意見交流(60 分鐘)	
12:00~13:00	午餐	
13:00~13:40	醫院總額執行成果報告(40 分鐘)	報告單位：台灣醫院協會 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效
13:40~14:40	評論及意見交流(60 分鐘)	
14:40~14:55	中場休息(15 分鐘)	
14:55~15:35	西醫基層總額執行成果報告(40 分鐘)	報告單位：醫師公會全聯會 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效
15:35~16:35	評論及意見交流(60 分鐘)	
— 第 1 天議程結束 —		

7月15日(二)	報告內容	報告單位
08:50~09:00	報到	
09:00~09:40	牙醫門診總額執行成果報告(40分鐘) 報告單位：牙醫師公會全聯會 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	
09:40~10:40	評論及意見交流(60分鐘)	
10:40~10:55	中場休息(15分鐘)	
10:55~11:35	中醫門診總額執行成果報告(40分鐘) 報告單位：中醫師公會全聯會 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	
11:35~12:35	評論及意見交流(60分鐘)	
— 成果發表會結束 —		
12:35~13:30	午餐	
13:30~16:00	評核內部會議(不公開)	參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁

註：依健保會 114 年第 2 次委員會議(114.4.23)通過之評核作業方式，提報重點如下：

簡報內容以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請以政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出 113 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。

「115年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」及「115年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」之本會委員所提諮詢意見摘要

一、對115年度總額範圍(草案)及財務試算影響部分

付費者委員意見

(一)若以 115 年度總額高推估成長率 5.5% 試算健保財務，當年保險收支將短绌 707 億元，保險收支累計結餘約當 0.96 個月保險給付支出，已不符合健保法第 78 條所定保險安全準備總額(以相當於 1 至 3 個月保險給付支出為原則)。

(二)為避免調高健保保險費率造成企業及民眾的負擔增加，對於總額範圍擬訂的建議如下：

- 1.請審視是否有將上年度未執行或未導入的預算納入基期計算之情事，並評估予以扣除，避免安全準備低於法定應至少 1 個月保險給付支出之情形發生。

- 2.對於推動預防醫學及提升醫療效能所帶來的節流成效，應適切反映納入總額財源。

- 3.請健保署檢視收入面，努力提升其他收入挹注健保財源，如：菸品健康福利捐等經費挹注。

(三)付費能力參考指標所引用之 GDP 成長率 3.14%，為 114 年 2 月預估值。然面對未來關稅問題，GDP 數字可能會下修，若未來主計總處修正 GDP 成長率預估值，本案相關的估算宜配合調整。

(四)行政院今年通過特別條例，其中將有 200 億元挹注健保基金，其屬挹注健保基金的財源之一，若未來確定執行，宜納入總額範圍(草案)說明。

專家學者及公正人士委員意見

考量健康臺灣政策落實與友善醫事人員環境等項目之適足財源，建請衛福部檢視 115 年度總額協商因素及高推估成長率之財務適足性，以利解決醫事人力流失問題，造福民眾健康。

二、對115年度總額低推估公式之建議

付費者委員意見

- (一)衛福部於擬訂 113 年度總額範圍時，曾規劃提出「醫療服務成本指數改變率」(下稱 MCPI)計算方式改採 4 年平均值，以使 MCPI 數值之趨勢較為平穩，然最後仍未正式導入。為利整體制度之穩健，建請衛福部持續規劃 MCPI 採 4 年平均值之導入時點。
- (二)認同醫界所提目前 MCPI 的計算方式可能有諸多問題，但在未提出更好的計算方式前，採主計總處等政府單位提供的資料，仍較具公信力。

醫事服務提供者委員意見

- (一)目前總額公式中，MCPI 所採參數為落後指標，無法反映醫療院所實際成本之變動，請再審酌。尤其是醫事人力薪資部分無法如實反映，若改採過去 4 年平均值，可預見會對醫界造成很大的衝擊。
- (二)西醫基層 114 年 MCPI 成長率為 2.14%，115 年降至 1.486%，與目前醫事人力薪資及藥品價格現況背道而馳。例如 115 年西醫藥品費用成長 0.078%，與 114 年成長 3.02% 差距非常大，藥品部分不宜採用落後指標。
- (三)藥品費用成長，應將國際情勢的變化納入考量，以保留未來若國際藥價調升，我國需調高藥品核價來因應的彈性空間。

專家學者及公正人士委員意見

- (一)健保總額低推估公式已經實施多年，公式結構應通盤檢討，並考慮進行轉型，以適應近年人口結構及醫療服務多面向變化：
- 1.人口結構改變對醫療費用的影響為非線性關係，以現行低推估公式 $(1+A+B) \times (1+C)-1$ ，隱含線性加總於人口結構與成本變動率，可能低估高齡化與科技進步帶來的非線性成本增加(如多重慢性病與延長存活但高花費)，未來可以參考 OECD

國家迴歸模型公式。(請詳附錄第 38~42 頁完整書面意見)

- 2.建議非協商因素推估公式結構應該考慮進行轉型來適應近年人口結構及醫療服務多面向變化，增加參數估算過程透明度、強化對未來變數的敏感性分析，以及反映政策導入與醫療結構改革效果的回饋機制。若未來進一步納入「動態預測」與「預防介入效果」，將更具前瞻性與政策指導價值。(請詳附錄第 38~42 頁完整書面意見)
- 3.對各項參數的不確定性，宜就敏感度分析進行高低推估。例如慢性病盛行率是否上升、癌症新藥費用的成長情形、公務預算挹注專款、總額預算未執行部分是否從基期扣除等，都應進行多情境假設推估，以評估財務承擔能力及提升總額協商資訊的透明度。
- 4.目前的低推估公式已實施多年，建議檢視過去 10 年或 15 年推估參數與實際運作的落差，可透過委託研究，針對低推估公式如 MCPI 相關參數或基期計算合理性進行檢討，以利發展短中長期的改善策略。

(二)MCPI 相關參數除採用主計總處的數據，宜納入健保署之數據說明，例如：何項參數參採健保署數據及該數據之來源或計算基礎等。

三、對115年度總額政策目標之建議

付費者委員意見

- (一)115 年度總額協商因素金額增加 239.65 億元，其中第二項總額政策目標「友善醫事人員環境，鞏固醫療量能與醫療價值」增加 154.78 億元，約占 64%，請詳細說明其計算內涵，並應考量是否排擠新藥、新科技與其他必要服務的預算。
- (二)第三項政策目標「加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧急重難罕病人醫療需求，強化醫療服務及品質」增加 41.67 億元，較健保署原預估之 90 億元實屬不足，亦較 114 年同項預算 82.66 億元，減少 41 億元，恐嚴重影響病人權益。

請提出具體說明，以判斷此調整是否具正當性與可接受性，並建議爭取更多公務預算挹注，讓更多急重難罕病人儘早獲得新藥治療，減輕病痛與等待時間。

(三)健保新醫療科技預算涵蓋所有新藥、新特材及新增診療項目，長期以來預算不足，導致許多新藥雖獲准納入健保，仍因預算限制而不當限縮。115 年度預算不增反減，恐導致新醫療科技納入給付速度更加緩慢，限縮情形加劇，使病人自費負擔增加，影響醫療可近性與公平性。

(四)第四項政策目標「提升醫療可近性與效能，平衡醫療資源配置」僅增加 6.02 億元，請考量其額度是否有增加的空間？

醫事服務提供者委員意見

115 年未見編列足夠預算用於調整護理人員薪資，恐無法解決護理人力流失問題。此外，醫師薪資也有相同的問題，診察費支付標準調整幅度有限，醫師只能透過服務量增加收入。現行總額制度下之醫事人力出走，是必須面對的現實問題。

專家學者及公正人士委員意見

第二項總額政策目標「友善醫事人員環境、鞏固醫療量能與醫療價值」，有關改善醫事人員待遇是否要用公務預算支應？要不要滾入基期的計算？宜進行政策討論。

附錄

第7屆114年第3次委員會議
與會人員發言實錄

壹、「主席致詞」、「議程確認」、「確認上次(114 年第 2 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉：報告主席、各位委員，現在會議時間到了，出席委員已經過半，達法定開會人數，今天會議可以開始，先請主席致詞。

周主任委員麗芳：謝謝周淑婉執行秘書，健保會全體委員，大家早安！

大家好！非常感謝，又有機會來到 5 月份健保會的委員會議，先跟大家報告，從 4 月份到 5 月份當中主要的幾件大事。

首先，非常感謝台灣醫院協會在 4 月 24 日舉辦 113 年度醫院總額風險移撥款成果發表會，非常成功。

其次，感謝醫師公會全國聯合會在 5 月 6、7 日 2 天，在彰化縣、臺中市辦理 114 年全民健保西醫基層總額醫療服務實地訪查活動，很感謝周慶明理事長、陳相國副理事長、林恒立執行長、黃啟嘉總額主委。

也感謝中醫師公會全國聯合會在 5 月 13、14 日，擇定臺中市、南投縣辦理 114 年度全民健保中醫門診總額專案計畫實地訪視活動，感謝詹永兆理事長、蘇守毅執行長、陳博淵秘書長。

這幾次參訪當中非常感謝都有很多位健保會委員陪同，還有周淑婉執行秘書，能夠從這個過程中看到大家執行的成效，還有傾聽大家在執行過程中面臨的挑戰及待改進事項。

接續由幾位理事長做行程說明，等一下再請大家發言。先請藥師公會全國聯合會理事長黃金舜邀請大家參加他們的訪視活動。

黃委員金舜：主任委員、各位委員，大家好！大家早安！我是藥全會理事長黃金舜，藥全會在 6 月 17、18 日(星期二、三)要舉辦 114 年健保會委員實地訪視活動，2 天 1 夜，住宿在高雄市，第 1 天在新營參觀藥廠。賴總統一直提到台灣藥品韌性，向各位報告，實際上台灣的藥品原料 85% 以上來自國外，台灣如果戰爭，只要被封鎖，台灣很快就沒藥，所以邀請大家來瞭解台灣原料藥怎麼製造。第 2 天參觀長庚醫院及高雄市的藥局，如果各位時間許可，請儘量撥空出席。

今天 10 點藥全會要在衛福部大門口向邱泰源部長陳情，如果吵到大家，跟大家說聲抱歉。

周主任委員麗芳：好，非常謝謝藥全會黃金舜理事長，這次的訪視活動是在南部的臺南市及高雄市，歡迎各位委員踴躍出席。剛剛是因為黃金舜理事長說他另有公務，所以說他要求先講，搶佔了牙醫師公會全國聯合會江錫仁理事長的說明時間，但請不用擔心。在江理事長發言前我先說明，一早牙醫部門徐邦賢總額主委就跟我說，因為牙全會在 6 月 15 日要改選理事長，今天是江錫仁理事長的畢業典禮，健保會所有的委員與江理事長已建立很好的情誼，所以都希望江理事長能留校察看，不要畢業。先請他邀請大家參加牙醫部門今年度的總額訪視。此外，江理事長可以有多一點的時間，講一下畢業感言。請牙醫部門江錫仁理事長。

江委員錫仁：牙全會預定在 6 月 15 日改選，差不多還剩不到 1 個月的時間，主任委員已經先跟大家預告個人即將要畢業了。首先說明 114 年牙醫門診總額參訪活動日期是在 6 月 5、6 日，算是對牙醫總額去年整年及今年在一般服務項目與專款項目執行狀況的一個回顧，希望在座很多老朋友、新朋友在 6 月 5、6 日這 2 天都能來參加，目前大概有將近一半是新委員，希望都能來參訪。

第 1 天首先到新北市三峽參訪一些機構，主要瞭解一些特殊需求者的牙醫照護狀況。下午再到烏來的 1 個醫療站參訪，還有口腔的醫療站，烏來的口腔醫療站不像烏來衛生所熱鬧，可能一般遊覽車沒辦法上去，要小巴才能上去，這也讓大家體驗，口腔醫療站的設立，可以讓比較偏遠地方的民眾都能就近受到口腔的照顧。晚上就會到宜蘭，在宜蘭一個溫泉會館飯店過一晚，讓大家能夠充分休息，當然也可以在晚餐的時候交換一些意見，希望委員能夠瞭解牙醫總額執行會遇到的困難，或需要委員幫忙的地方。

隔天一早就會帶大家參觀很多長照機構和老人機構，以及參訪陽明交通大學附設醫院，以上是整個過程。希望大家能夠在個人即將要卸任之前，能夠更踴躍瞭解牙醫總額在整個執行的努力，希望大

家都能夠來參與。

我進到健保會的這 2 年的時間，算是人生一個難得的經驗。認識很多位好朋友，健保會大家都是家人，真的都是為我們國家及國民的健康在努力、在付出。我在這裡真的學習非常的多，是我這一生最美好的一個回憶。有這樣的一個經驗，我會把它當作是一個很重要的歷練，有幸能夠跟大家一起來努力。感謝主任委員一直帶領大家，感謝衛福部及健保署很多的長官，還有社保司、健保會周淑婉執行秘書，以及所有長官對整個總額，不管是對醫院、西醫基層、牙醫、中醫等各部門總額，還有對藥師給予的所有協助，讓全國民眾都能夠享受更好的、更適合的醫療服務。

在這裡要利用這個時間，介紹牙醫總額主委徐邦賢，他在牙醫總額已經付出應該有 10 年了，真的是非常的辛苦，他真的是跟我一樣，為了牙醫部門總額，為了要讓牙全會會員醫師能夠提升執行效率，我們 2 個北中南東到處去協助推動。這段時間個人到國外去，也一直幫我們台灣健保制度做宣傳，像是我到韓國、外蒙古，最近又到菲律賓參加一些會議、做演講，都有提到我國的健保制度。我跟他們說牙醫是第一個加入總額的專業團體，讓各國口腔界的同仁、夥伴都能夠對於對台灣的健保制度多些瞭解，他們對於台灣的健保制度是非常的羨慕。

在這裡還是要感謝大家，這 2 年對我的照顧，不過還是要請委員繼續幫忙照顧牙全會的徐邦賢常務理事，最後祝福大家身體健康、平安喜樂，謝謝大家。

周主任委員麗芳：非常謝謝江錫仁理事長的訪視邀請，以及剛剛的畢業感言，當然也希望所有的健保會委員，未來以榮譽校友、傑出校友的身分，再回來健保會指導我們，畢業之後身分不一樣，畢業之後才能當傑出校友。

接下來是剛剛提到的幾個辦理完成的訪視活動，也讓勞苦功高、幕後籌劃的訪視團隊講幾句話，先請西醫基層周慶明委員，跟大家講幾句心得。

周委員慶明：主任委員，還有各位尊敬的健保會委員，大家早安、大家好，剛剛因為門口的陳抗活動有點 delay 進來。非常感謝大家參與 5 月 6、7 日這 2 天安排在彰化縣、臺中市的參訪活動。這次的主軸是呼應賴總統的「三高防治 888 計畫」，有很多診所參與，包括長照 3.0、醫照整合、10 分鐘照顧圈等相關議題，非常多的診所都已經積極地投入相關計畫，希望能夠不要用到 8 年的時間就能將賴總統傑出的「三高防治 888 計畫」完成；另外長照 3.0 的「10 分鐘照顧圈」是非常重要的新政策，就是希望讓所有需要長照服務的民眾能夠在 10 分鐘車程內獲得所需服務，這些工作其實非常需要更多的診所積極地投入，所以這次安排的幾個診所，包括醫不足地區的巡迴醫療、診所推動的糖尿病病友會、失智症照護、長照站以及早期療育，還有原來已經在做的居家照護、HaH(註)相關工作，在這些診所都一一呈現出來，在每一位委員指導之下，大家做了非常直接面對面的展示與溝通，展示基層醫療在這塊已經非常努力。

當然要非常感謝這次訪視共有 23 位委員與代表參與，冒著很熱的天氣到彰化縣、臺中市 1 個 1 個據點及診所做參訪，提出很多寶貴的意見，我們也提出一些目前面臨的困境，直接面對面跟這麼多關心我們的委員，大家離開辦公室直接到診所做交流及溝通。我想在經過這次深入的溝通之後，大家對西醫基層這方面有更多瞭解，我們也努力呈現給大家，也持續希望大家繼續給我們支持、鼓勵與指導，我們一定會全力以赴，以上報告，謝謝。

註：HaH(Hospital at Home，在家提供醫療照護)。

周主任委員麗芳：謝謝周慶明理事長，接下來陳相國副理事長要不要也講幾句話？

陳委員相國：主任委員、各位委員大家好，很感謝 5 月 6、7 日在主委的領導下有 23 位委員到臺中市做西醫基層參訪，這 2 天行程很緊密，我們充分讓所有健保會委員瞭解到西醫基層的許多醫師努力付出，他們做得很好，尤其在基層的病人服務方面、偏鄉服務、長照 3.0 各方面都做到盡善盡美，也獲得很多健保會委員肯定及支持。訪視活動從早上 8 點開始到晚上 12 點，主委一直陪著我們很辛苦，很

感謝主委和所有健保會委員這麼辛苦參訪西醫基層，得到很好的溝通，期待在主委領導下的健保會可以做得更好、更多，讓我們的台灣變成世界的中心。

額外補充 2 點，最近主任委員擔任國衛院論壇有關「因應氣候變遷等環境因素對健康危害-探討環境稅(費)挹注健保之可行性」議題之主席，還有陳志鴻院長擔任共同主席，研究如何把更多經費挹注到健保，首先是空污費，我跟主委有共同寫一篇文章，空污費有 60 億元，希望有 50% 可以撥到健保來，還有碳費有 300~500 億元，若這 2 個經費都挹注到健保，順利的話可能一年大概保守估計會有 100~150 億元的資源挹注健保。周主委是我看過這麼會幫全民健保爭取額外經費的主委，我覺得這樣做很不容易，以前都是省錢至上、越省越好，拚命節省開支，可是周主委很厲害要開源，讓健保財源更廣闊，感謝主委。

周主任委員麗芳：謝謝，我們大家一起努力，也謝謝陳相國副理事長，接下來請中醫部門詹永兆理事長講幾句話。

詹委員永兆：主任委員、各位委員大家早，首先感謝 5 月 13、14 日有十幾位委員參加中醫的巡迴訪視，這次巡迴地點在臺中市、南投縣，這次參訪主要有 2 個主軸，1 個是居家醫療，主要參訪住宿型長照及養護中心，今年是執行第 4 年，我們照顧的民眾已經逐年成長，目前照顧的主要病患是失智、腦中風、巴金森氏症這類的病人；接著是巡迴醫療，這次參訪南投縣，很幸運山區沒有落石，這次下雨像是泰安鄉、花蓮縣都在落石，中醫巡迴醫療因為深入山區，落石常常是我們最大的困擾。中醫巡迴醫療執行到現在，113 年執行超過 37 萬人次，服務人次再創新高，我們照顧服務的對象 50 歲以上超過 7 成 5，也就是說幾乎都是中老年人，不容易往外就醫的族群，非常感謝所有委員對我們巡迴醫療、居家醫療的支持，以上，非常感謝。

周主任委員麗芳：謝謝，再一次感謝所有醫療部門，這麼辛勞的籌劃總額的訪視，也謝謝所有委員的參與，正好石崇良署長也已經到了，

所以會議就開始。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主席、各位委員，本次議程安排，法定諮詢事項是衛福部依據健保法第 60 條規定，在擬訂 115 年度總額範圍草案報院核定之前，先提本會諮詢的法定程序；第 2 個優先報告事項是健保署業務執行季報告，將進行口頭報告，並依歷次委員會議決議定併同呈現 113 年度抑制資源不當耗用改善方案整年度的執行情形及檢討改善策略，還有推動分級醫療及急診品質提升方案指標執行情形，這次季報告都會呈現；討論事項是依照上次委員會議決議，安排本次委員會議討論 113 年度總額執行成果之評核獎勵標準案，以上 3 個議案。

周主任委員麗芳：有關這次的議案排程，委員有沒有其他意見？如果沒有的話，議程確認。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳：請問各位委員對於上次的會議紀錄，有沒有其他意見？如果沒有的話，會議紀錄確認，謝謝。

貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄 同仁宣讀

周執行秘書淑婉：本會重要業務報告，項次一是依照本會上次委員會議決議(定)事項的辦理情形。

(一)本會已依照討論事項第一案決議，辦理評核相關作業，包括第1個，修正113年各總額部門執行成果評核作業方式及評核報告大綱，也在5月1日發文給健保署跟各總額部門受託團體，請他們配合時程提供評核相關資料，在附錄一(會議資料第59~60頁)，請委員參閱。請健保署5月23日、6月13日要提出評核報告上、下冊，各總額部門在6月13日前，要提出各自的成果報告，評核的簡報資料，請各總額部門所有機關(構)在6月30日前提供，讓評核委員可以審視與評核。第2個，依照評核作業方式辦理評核委員籌組作業，已請四部門總額受託團體函提評核委員推薦團體，加上本會現任專學者及公正人士委員，擬具114年的評核委員建議名單後，本會在5月6日以電子郵件請各位委員進行票選，依照票選結果，後續已經辦理評核委員邀請及相關事宜，在評核會議前，評核委員名單依照規定是要保密的。

(二)依照報告事項第一案決定，在5月1日已經發文給衛福部，把健保署提報有關113年度各總額部門核決定事項對於預算扣減的執行成果，報給衛福部，讓衛福部作為115年健保總額基期訂定參考，相關資料在附錄二(會議資料第61~62頁)，請委員參閱。上次的委員會議沒有列管追蹤事項。

項次二，依照本會114年度工作計畫安排，原本健保署須要在本次委員會議提報114年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告的項目，但是健保署在5月12日函提這4個專款項目還在規劃辦理中，預計7月份提委員會議報告，擬請同意依照健保署建議，本報告案是不是改到7月份委員會議(114.7.23)再來做提報？

項次三，有關本年7月14、15日召開各總額部門113年度執行成果發表暨評核會議，議程安排在附件二(會議資料第41~42頁)，

請委員參閱，後續會函請委員及相關團體、單位報名參加。

項次四、五，剛剛醫全會、中全會的訪查在主任委員和幾位委員的說明後，已經非常清楚，我就不再說明了。

項次六是下次委員會議安排的專案報告，1 個是精進急診品質提升方案執行內容，1 個是鼓勵院所推動腹膜透析與提升照護品質方案之成效檢討，這 2 個專案報告，如果委員有需要請健保署回應、說明的問題，請委員最晚在 5 月 26 日前向本會提出，本會會轉給健保署回應。

項次七是衛福部及健保署在今年 4、5 月發布跟副知本會的相關資訊摘要，內容已經在 5 月 14 日寄到各委員的電子信箱，相關的摘要，請委員參閱。

周主任委員麗芳：非常感謝周淑婉執行秘書和健保會同仁的辛勞，有關本會重要業務報告，不知道各位委員有沒有要提出詢問的地方？如果都沒有意見的話，本案決定第 1 點，依本年度工作計畫，原訂安排本次會議提報之「114 年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目」，同意依健保署來函建議，改於 7 月份委員會議 (114.7.23)報告。請林恩豪委員。

林委員恩豪：主席，請問現在是討論法定諮詢事項案嗎？

周主任委員麗芳：不是，現在是進行本會重要業務報告，由周淑婉執行秘書報告的本會重要業務，還沒有進行法定諮詢事項的討論。

接續本案決定第 2 點，本會在 7 月 14、15 日召開「各總額部門 113 年度執行成果發表暨評核會議」，議程如會議資料第 41、42 頁，請健保署分別於 5 月 23 日、6 月 13 日提出評核報告上、下冊，各總額部門則於 6 月 13 日前提出成果報告。簡報資料請在 6 月 30 日前提供，以利評核參據。其他洽悉。接下來進行法定諮詢事項，請說明。

參、法定諮詢事項「衛生福利部『115 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍』(草案)併同中央健康保險署『115 年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算』諮詢案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

郭科長乃文報告：略。

周主任委員麗芳：謝謝社保司陳真慧代理司長所率領的團隊，同時謝謝郭乃文科長非常詳細地報告，接下來請健保署報告，謝謝。

李科長仁輝：請各位委員接續參閱補充資料 1 第 32 頁，有關 115 年度醫療給付費用總額範圍之財務試算，是依據社保司所提供的資料進行試算，試算條件是：維持現行費率 5.17%，總額基期是 9,368.10 億元，低推估是 2.942%，高推估是 5.5%。這個財務試算表是在總額成長率 3~5%間，每 0.5 個百分點為 1 個級距做區隔，進行試算。115 年健保費法定下限認列範圍，排除其他法定部分，還有 114 年行政院「因應國際情勢強化經濟社會及國土安全韌性特別條例草案」挹注全民健康保險基金的部分。

接著請委員看到這張表，2.942% 是屬於低推估，總額預算增加金額是 276 億元，當年保險收支餘绌是 -470 億元，累計結餘是 972 億元，約當保險給付支出月數 1.3 個月。總額成長率 5.5% 屬高推估，總額預算增加金額是 515 億元，收支餘绌是 -707 億元，累計結餘是 735 億元，約當保險給付月數是 0.96 個月。

在總額成長率 3%~5% 間，大概總額預算增加 281 到 486 億元之間，當年保險收支短绌 476~661 億元之間，累計結餘是 967~782 億元之間，約當保費給付支出月數是 1.3~1.03 個月之間，有關補充資料 1 第 33 頁是第 32 頁財務試算的計算項目，請各位委員參閱。

周主任委員麗芳：非常感謝健保署由石崇良署長率領的團隊及剛剛李仁輝科長的報告。接下來請健保會陳燕鈴組長。

陳組長燕鈴：請委員參閱補充資料 1 第 1 頁本會整理說明，剛才社保司和健保署已經詳細地說明 115 年度全民健保醫療給付費用總額範圍(草案)擬訂的資料及財務試算，本會整理過去諮詢案委員關心的

重點讓委員參考。

衛福部為什麼會報這個案子到本會，是因為健保法第 60 條明定，衛福部應將所擬訂 115 年度全民健保醫療給付費用總額範圍(草案)送至本會諮詢委員的意見，後續會再報行政院核定。本案是本會委員法定任務之一，委員所提的所有意見，本會會整理送請衛福部作為擬訂總額範圍的參考，所以等一下委員的意見很重要，我們會做整理與收錄。

社保司很清楚說明了總額範圍，總額成長率的範圍有高、低推估，低推估是 2.942%，增加 275.59 億元，整個總額是 9,643.7 億元，低推估是不經協商，基本上過去叫做非協商因素，若確認後就直接計列到總額成長率中，275.59 億元就是不會動的必要成長。衛福部根據政策目標擬訂出的協商因素成長率是 2.558%，增加差不多 239.65 億元，未來這個就是本會的協商空間，還要看行政院最後裁定的總額範圍，這是本會將配合政策目標去做協商的部分。把低推估值和協商因素加起來就是高推估值，今年的高推估是 5.5%，高推估的總額金額約 9,883.35 億元，這是總額高、低推估成長率和金額的範圍。

剛剛提到所謂的非協商因素就是低推估直接計列的部分，這是衛福部經由一些公式和可取得的數字去計算的，計算方式跟 114 年度總額相同，剛剛社保司已經報告得很清楚，就不再贅述。總額基期計算方式在補充資料 1 第 2 頁下面，低推估成長率主要考量是要反映投保人口、醫療服務成本變動等自然成長需要的預算，主要考量 3 個因素，包括投保人口結構改變率，主要反映人口老化對醫療費用的影響，還有醫療服務成本指數改變率及投保人口預估成長率，這個是依這樣去計算，所以成長率是 2.942%。

請參閱補充資料 1 第 3 頁，協商因素是我剛剛講到，未來就是本會的協商空間，衛福部擬訂 115 年度的政策目標和金額，這 4 點剛剛都已經有詳細報告過了，請委員參考這些政策目標，也給予建議，所以這樣加起來，高推估值就是 5.5%。

剛剛講的是預期 115 年度的健保的總額支出，考量支出的同時也

需要考慮財務的狀況，所以健保署剛剛報告過，依照高低推估值計算健保財務，到 115 年年底會短絀約 470~707 億元，但是收支結餘約 972~735 億元，安全準備約當 1.31~0.96 個月保險給付支出，這是財務的部分。

上次委員會議有委員提醒，要提供各案的歷史資料，以利委員參考和討論，所以在補充資料 1 第 3 頁的第 4 點，本會整理出過去總額範圍訂定及本會討論的相關資料，在參考資料第一到四，在補充資料 1 第 34~42 頁。參考資料一是總額範圍(上、下限)及歷年的成長率。參考資料二是低推估成長率計算方式的整理。請參閱補充資料 1 第 4 頁，參考資料三是去年本會委員對 114 年度總額範圍及財務試算的諮詢意見。參考資料四是去年委員針對 114 年度總額關切事項及後續辦理情形，在補充資料 1 第 42 頁，請委員參閱。

請參閱補充資料 1 第 4 頁第 5 點，依照健保法第 5 條規定辦理總額之協議訂定時，如果有減少保險收入或增加保險支出的情事，請健保署同時提出資源配置與財務平衡方案，併案審議。為利 115 年度總額協定，未來等行政院核定後，衛福部可能在 7 或 8 月交議本會 115 年度總額範圍時，請健保署併同提出「115 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」，以供委員協商參考，以上說明。

周主任委員麗芳：謝謝周淑婉執行秘書所帶領的幕僚團隊和剛剛陳燕鈴組長詳盡地報告，接下來開放委員表示意見。先請林恩豪委員發言，再請楊芸蘋委員。

林委員恩豪：謝謝主席，我是想問一下社保司，這個 MCPI^(註)今年的計算方式還是如同往年一樣？我剛剛聽報告是這樣，事實上本來在 112 年時就規劃要導入採 4 年平均，也就是我們在算 113 年度總額的高、低推估時，就已經要導入這個計算方式，當然後來醫界有反對嘛，但事實上一開始也是醫界提出修正公式的，因為這樣子，之前社保司也有在會裡面報告過。採 4 年平均的作法，可以讓 MCPI 不會陡降或陡升，對大家都會有好處。每年都會重提這件事情，若採 4 年平均，本來是 113 年度總額就要導入的，現在我們在算 115 年度總

額了，今年已經是第 3 年了，如果說付費者跟醫事服務提供者各讓 2 年，採中間的話，一人一半大家各退一步，付費者也已經讓超過了，現在已經要邁入第 3 年了。

我想問社保司到底哪時候 MCPI 才要正式導入 4 年平均？之前要採 4 年平均也不是沒有討論，都是大家討論一輪的結果，113 年度總額諮詢案報告時都已經說要導入了，是後來在報行政院的時候，突然自己又改掉，抵抗不住壓力又改掉，我想問一下這件事情到底哪時候才要導入？或是現在又有新的醫界委員要不要重新提出，好好討論一下要不要導入？這對大家都有好處啊。

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

周主任委員麗芳：我們統問統答，接下來請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：我的意見是有關高推估、低推估的內容，收支餘绌最多短差了 700 多億元，這樣是不是要特別檢視一下收入的部分，我記得每年的收入都有好幾個挹注來源，我比較在乎的是菸品健康福利捐，現在到底給我們健保多少？可不可以恢復像以前那樣挹注我們健保安全準備多一點，我記得以前是百分之八十，還是多少？現在是多少^(註)，我不知道，我已經忘了，健保署是不是可以從這個方向對挹注經費內容再加把勁。

註：96.10.11 訂定菸品健康福利捐分配及運作辦法第 4 條規定略以，菸品健康福利捐之分配百分之九十供全民健康保險準備之用；98.4.17 修正為百分之七十供全民健康保險之安全準備；104 年 10 月 15 日修正為百分之五十供全民健康保險之安全準備之用；108 年 5 月 24 日修正為百分之五十供全民健康保險之安全準備及補助經濟困難者之保險費之用；112 年 12 月 6 日修正為百分之五十供全民健康保險之安全準備、醫療科技評估、醫療服務審查、全民健康保險政策推動及補助經濟困難者之保險費之用。

周主任委員麗芳：謝謝楊芸蘋委員，請陳秀熙委員。

陳委員秀熙：我們國家的全民健保總額的計算公式，很多年來，其實在第 5 屆我擔任健保會委員時，我一直跟大家講，健保總額的非協商公式的推估，是不是應該要做一個全盤的檢討，當然歷經大家的討論，因為這是個重大的改變。各位如果看公式推估，其中有很多因素，今天用的低推估成長率公式是 $(1+A+B)*(1+C)-1$ ^(註 1)，這種相乘的推估公式，好處是可以推估人口結構對醫療費用、服務費用成長做交互錯綜的影響，隨時可以調整。可是我們一再在講 2 件事，

就是 A+B 的線性公式，在目前整個技術推估上，這個線性公式無法反映人口老化的影響，人口老化是 1 個非線性因素。每次總額協商，協商因素、非協商因素對於消費者及醫療服務供給者而言都是很重要的公式，但每次都用線性的公式來做估算。

在這部分的推估，過去在專業上就提過非常多的問題，所以目前這些公式，尤其在人口老化、人口結構改變對醫療費用成長的影響上，線性關係無法反映費用成長上的非線性關係，所以再怎麼做，協商因素永遠都是這樣，當然這還涉及健保法規定健保費率有法定上限 6% 的規定^(註 2)，這是另外一回事，但如果今天一直都不把這個提出來，每次這樣做推估會有很多的問題出現。

這裡面還包括，現在公務預算投入，有非常多的相關專款投入，很多都是用在預防保健，節省下來的錢是不是要反映進來這個公式上？我們投資這麼多年的項目，像是從 2005 年開始做癌症篩檢，節省下來的錢是不是要回歸民眾身上？可是公式就沒有納進來。整體而言，我認為這個公式要多去想想，包括新科技、新藥物的導入不在這個地方做調整，一直把費用加在協商因素，到最後談出來的東西就無法真實反映。以後我們國家要不要給付智慧醫療？醫療院所也都在投入這件事情，政府投入發展智慧科技，無非就是要給下一代在健保上有所改變，我第 1 個建議是這樣。當然現在沒有辦法馬上做這件事，但是每次討論這件事都覺得這個公式就暫時先用，第 1 點我是提出長遠性的建議。

第 2 點，不是長遠性的建議，剛剛報告得非常好，已經說明了低推估、高推估，但在學界這不是低推估、高推估，因為你的高推估是把非協商因素放進去，但真正的推估是對參數的不確定性去做推估，有它的敏感度分析說明，低的下限是這樣、高的上限是這樣，提供給健保署做財務穩定性評估。健保會這邊才能說我們財務不穩定、低於安全準備 1 個月我們要怎麼辦？需要再挹注其他的財源。現在都沒有針對參數做這些敏感度的低推估、高推估。我舉個例子，慢性病盛行率有沒有在上升？癌症新藥、新科技這些費用成長是怎麼樣？沒有從這些參數去推估，只有做百分比的推估，到最後協商

也只是喊價。所以我還是認為社保司或相關的政府部門單位，包括公務預算挹注的專款，都應該進行多情境假設推估，讓消費者更清楚知道相關資訊，增加協商的透明度。不然你把協商、非協商全部都弄在一起變成高推估，我也可以預期目前推估安全準備是0.96~1.31個月，等總額談出來最後的安全準備是1.1、1.2個月，都是這樣談的，所以我認為要回歸專業談這個事情，我先針對這個議題提出看法，這個問題還要做很多討論。

註 1：依據衛福部提出的「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」諮詢案，115 年度總額低推估金額 $9,643.70$ 億元 = 115 年度健保總額基期 $\times \{ [(1+A+B) \times (1+C)-1] \times (114\text{ 年校正後一般服務費用占率}) \} = \{9,368.10 \times [(1+1.561\%+1.529\%) \times (1+0.320\%-1)] \times (86.018\%) \}$ 。其中 A：投保人口結構改變對醫療費用之影響率 B：醫療服務成本指數改變率 C：投保人口預估成長率。

註 2：全民健康保險法第 18 條第一項：第一類至第三類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及保險費率計算之；保險費率，以百分之六為上限。

周主任委員麗芳：非常謝謝陳秀熙委員，接下來請陳相國委員。

陳委員相國：有個問題要請教社保司，114 年度醫療費用總額約 $9,286$ 億元，成長率是 5.5% ，成長金額是 531 億元，我們知道在賴清德總統和邱泰源部長大力支持下，又花了 181 億元，把一些應該由公務預算支付的部分，從健保移出來，所以如果 531 億元，加上 181 億元，核定成長率是 5.5% ，可是實質成長率應該有到 8.1% 。在我的理解，今年的費用的總額應該是 $9,286$ 億元 + 181 億元 = $9,467$ 億元，我認為 115 年度總額基期中所採計的今年健保總額是不是應該為 $9,467$ 億元，不是這裡寫的約 $9,286$ 億元^(註)，我這樣的算法不知道正確不正確？是不是基期沒有把 181 億元加進去？如果加進來基期應該是 $9,400$ 多億元，以上請社保司回答。

註：依據衛福部提出的「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」諮詢案，115 年度總額基期約為 $9,368.10$ 億元，計算方式如下：

115 年度總額基期採前 1 年度(114 年)健保總額預算($9,286.25$ 億元)，校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額(下稱人口差值， $+81.72$ 億元)，及加回前 1 年度(114 年)違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款(下稱違規扣款， $+0.14$ 億元)，約為 $9,368.10$ 億元。

周主任委員麗芳：等一下一起回答，接下來請黃心苑委員。

黃委員心苑：我非常贊成剛才陳秀熙老師說的，其實有些變化不是線性的，但我們用這個公式已經用非常久了。

第 2 個就是參數部分，可以剛剛看到社保司報告中，尤其是 MCPI，

它很多參數都是用 5 年前的，或者是說也沒辦法，我們只能用主計總處的資料。但是剛剛陳秀熙老師提到重要的一點，目前我們的低推估就是採用主計總處給我們的數字，但是我們要針對那個參數的不確定性，應該要做個高推估，所以我們在健保總額公式裡面的低推估和高推估，其實跟我們平常在做預估不大一樣，我覺得陳秀熙老師的意見是非常好的意見。

我還有 1 個想請教的是，其實健保署在這段時間很積極推動很多方案，我不曉得這些方案所需要的費用，目前是列在協商因素裡面嗎？例如說今年很多都在調支付標準，這個支付標準的調整，會用到的這些錢，到底是用公務預算，還是在我們現在要討論 115 年度健保總額裡面，還是在健保總額裡面的協商因素中？這個部分想請教一下。另外有些額外的經費來源，剛剛一下子沒有聽得很清楚，不曉得是不是有放在剛才推估的保險收支餘绌裡面？以上。

周主任委員麗芳：謝謝黃心苑委員，今天朱益宏委員是由羅永達院長，也是常務理事來代理，接下來請羅永達院長。

羅代理委員永達(朱委員益宏代理人)：我想每次醫院總額協商的部分，醫院總額部門包括所有醫界都非常非常地擔心，為什麼？因為總額框架中，所有醫界最大問題就是人力問題。講到 MCPI，若按照過去 4 年平均值計算，護理人員就是 4 萬多元，但是現在告訴我們這些錢不夠，所以大家用腳投票、不願意待在醫院，很多因素，錢是 1 個很重要的因素，但是依照現在總額協商方式，剛剛很多的前輩、委員都提到說現行整個框架裡面 MCPI 值，不管推估是否採線性推估，依目前的計算方式，不管怎麼調查都是過去的落後指標，這個落後指標，假設按照現在很多急重難症醫師的薪水，民國 80 年我當住院醫師的薪水大概 6 萬元左右，現在住院醫師薪水大概是 7~8 萬元左右，30 年增加 1 萬元，現在很多人不願意當醫師，走牙醫、獸醫，醫不如牙、牙不如獸。現在總額框架裡面，對 MCPI 根本沒有給這個錢的位置，因為你用的是落後指標，調查結果就是低推估的這些錢。那高推估要多少錢？現在說高推估是線性的東西，我們要提一個簡單的數字，以剛剛統計數字當中，醫院的人事費用裡面大概佔

19~20%左右，以現在護理人員的薪資平均大概 5~6 萬元，假設 16 萬人每個人加 10%，也不過加 6 千元，他們還是不會回來，所以你要加到 20%，可是 115 年總額預算看不到這個錢。每次政府拿個 20 億元出來就要醫院加薪，以現在總額協商的框架，醫院不知道拿哪裡的錢來給護理人員加薪，這是很嚴重的，日積月累，從總額實施到現在，醫師薪資從來沒有加過，支付標準調整的並不多，大部分都沒有調整，只能靠量增加收入，也就是這樣的情形、這樣的總額造成人力的出走，我想這很現實。

我想在座很多先進是統計、財政專家，應該替大家想一想怎麼把框架拿掉，否則我保證，依明年總額成長率 5.5%推估，依照目前政策要求，我們還是沒有任何的錢可以給未來的人員加薪，人員會繼續流失，現在的薪資還是沒辦法增加，這是 1 個可見事實，我在這裡沉重地呼籲，每一次協商總額，在 MCPI 的部分，大家可能真的要思考人力的部分有沒有在整個框架裡面，是不是大家同意思考整個框架。剛剛提到 MCPI 是不是要用過去 4 年的資料，那已經是落後指標了，再用過去 4 年平均，可以預見對醫界是很大的災難。

周主任委員麗芳：謝謝羅永達代理委員，接下來請許舒博委員。

許委員舒博：謝謝主席、各位委員，我是本屆新任的委員，所以有些事情還不是很瞭解，希望請教一下。

現在很多人到了醫院，經過醫師診斷後，要採取治療方法時，在藥物部分，會有藥品及醫材的選用，醫師經常會問病人說「你有沒有保險？」，假使病人有保險，就會推銷哪些藥會比較好，需要自費，哪些醫材會比較好，需要自費。我不曉得病人接受了這些所謂好的藥品及特材治療、其自費治療的部分，是不是健保就不給付，因為不需要再給付這筆費用了。這個部分的費用到底有多少，等於是保險公司去買單，當病人的保險有實物給付的話，就是會由保險公司來買單。這樣的情形好像逐年在增加，因為保險公司的保險支出逐年在攀升，所以健保的支出費用應該是逐年在遞減，因為這部分的支出健保都不用負擔，因為病人用需自費的新藥、新特材，健保都

沒有補助。我不曉得整個健保費用裡面這塊支付情形如何？

站在保險業者來講，現在很多保險業者不想發這種所謂實支實付的保單，因為發覺現在保戶用的新藥、新特材的費用也是很貴，譬如說有些手術，1 個刀就是幾十萬元，到底有沒有訂價標準，各醫院的費用也有差異，例如心臟開刀，這家醫院的收費是 100 多萬元，那家醫院是 60、70 萬元，到底價值在哪裡，我真的搞不清楚。所以，我只是瞭解一下，就是醫師要求病人自付的部分，我們健保不給付的狀態下，健保的支出是不是相對會減少，還是說我們還是一樣要支出？

周主任委員麗芳：周慶明委員最後 1 位口頭發言。好，還有委員要發言，接續請林敏華委員、呂正華委員，陳秀熙委員是第 2 輪，是最後 1 位。其他委員若未及發言，沒關係，我們會完完整整將你們的書面意見一併提報。請周慶明委員。

周委員慶明：關於 115 年總額成長率的推估，我對於低推估由 114 年的 3.5% 降到 2.942%，因為降幅非常大，在此要表達非常高的憂慮，特別是在 MCPI 的成長率，西醫基層 114 年是 2.14%，115 年反而降到 1.486%，降幅也非常大，這是跟現在整個市場上所有的薪資、藥品的價格，或很多的價格其實是背道而馳，我覺得非常的不可思議。剛剛我們羅永達代理委員有提出對人事費用的關切，其實薪資都一直在調漲，剛剛他也表達過了。

我所要表達的是，在藥品、醫材費用的成長，我們可以參閱補充資料 1 第 16 頁，西醫藥品費用成長 0.078%，但這是落後指標，且與 114 年成長 3.02% 差距非常大。在藥品方面，當然我們也要去考慮到整個國際情勢的變化，我們知道美國的川普總統最近發布行政命令要把藥價調降 59%，這個動作出來以後，其實國際的藥廠為配合美國的政策，勢必要調漲其他國家的藥價，而且調的漲幅會非常高。我們台灣的健保都習慣用低價的價格來給付原廠的藥，如果不符他們需求的時候，原廠就有可能會退出台灣市場、減少生產，甚至放棄生產。所以在這個狀況下，其實調高藥品的核價，有可能是

台灣健保未來因應川普總統政策的措施，這是勢在必行。所以我們今天把藥品費用的成長壓到這麼低，萬一明年的藥價成長非常高的時候，是不是會產生很大的落差？

所以我建議在推估醫療給付費用總額時，特別是藥品價格的這塊，可能要把現在整個國際的局勢要列入，有個彈性的考量，不能一直用 2 年前的落後指標，而沒有去考慮全世界現在整個經濟的變化，大家都看到川普總統上任以來，其實整個世界非常的動盪，藥價這塊我們覺得可能要砍 30~80%，甚至 59%，這個數字其實一直都有出現、也一直都在變化，所以在這邊提出來，請健保署、社保司在考量藥品費用成長時，一定要把國際因素加進來，不然到時候有可能藥價會崩盤。

周主任委員麗芳：非常感謝周慶明委員，接下來請林敏華委員。

林委員敏華：請各位委員參閱補充資料 1 第 29 頁，我剛剛看了一下資料，在協商因素內涵裡面，計算出來是大概 239.65 億元，可是再深入去看，有關友善醫事人員環境的部分，總共計算出來金額是 154.78 億元，想請教社保司這個數字怎麼算出來的？這是第 1 個。我剛剛去算了一下，因為基本上這個預算就是要去調整支付標準，可是計算後，發現整個金額已經占到 115 年度協商金額的 64%，這是非常高的金額，不曉得是怎麼計算出來，因為如果這個部分占了這麼高的金額，後面的新藥、新科技，甚至於其他需要做的事情，好像會被排擠掉。

剛剛很多醫界的委員都提到 MCPI 的計算方式有問題，其實他們講的也非常有道理，我都同意，可是我們目前提不出比較好的方式，也就是說，畢竟這些數據都是主計總處所提供的，我們也都可以接受，我們也是相信政府啊！所以，既然大家都找不出比較好的方式，我也同意目前的方式，一定有其侷限的地方，包括未來如果用 4 年平均，不管用幾年，因為這幾年又有卡到 COVID-19^(註)的問題，還有這幾年整個國際局勢變動很大，這些我都同意，可是大家在講的時候，我們也未能提出更好的計算方式，讓大家都可以信服，畢竟

目前的計算依據，都是主計總處所提供的資料，既然大家都提不出來比較好的方式的時候，我們目前只能委屈的去接受這方面的資料，畢竟這是政府所提供的，以上是我的意見。

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

周主任委員麗芳：接下來，請呂正華委員。

呂委員正華：我有 2 個問題請教，第 1 個是補充資料 1 第 19 頁，今年的 GDP^(註 1)在 2 月預估時是 3.14%，不過因為主計總處的資料是最標準的，主計長在立院詢答時關稅課題時，表示會低於 3%，他說保 3 是有困難的，現在因為還沒有新的數字，但面對未來關稅問題，數字可能會改變，提供長官決策時，估算的資料也要與時俱進調整。GDP 降下來、經濟 down 下來，整個東西大概要跟著公式調整，這是第 1 個。

第 2 個，在補充資料 1 第 10 頁，因為最近參加了幾個總額部門的參訪，依現行公式，在提升醫療可近性與效能，平衡醫療資源配置部分，預估金額是 6.02 億元，醫界確實是相當辛苦，套公式只能跑出這樣的數字，還有沒有空間？回到今年特別預算編列 200 億元，有沒有含在今天報告的方案裡頭說明，這是挹注進健保基金的部分，目前看起來可能沒有，因為剛接任委員，不確定有沒有別的地方有論述，可能要放在裡頭。

520 新聞^(註 2)可以看到，醫界說 200 億元遠遠不足，應該要 500 億元才夠，這是民間期望，特別預算如果擺進來，也要一併思考未來執行時，這也算是挹注健保資源的 1 項。

註 1：GDP(Gross Domestic Product，國內生產毛額)。

註 2：114 年 5 月 20 日工商時報新聞「特別條例挹注健保 200 億 5 大醫團認不足：提升至 500 億」內容摘要：因應關稅等國際情勢，行政院上月通過規模新台幣 4,100 億元的「因應國際情勢強化經濟社會及國土安全韌性特別條例」草案，其中將有 200 億元挹注健保基金。台灣醫院協會、醫師公會全聯會等 5 大醫事團隊今（20 日）發出聲明，肯定特別條例的提出，但仍認為 200 億元的金額不足夠，呼籲提高健保基金的預算配比至 500 億元，以呼應健康台灣政策願景。

周主任委員麗芳：謝謝呂正華委員，接下來請陳秀熙委員。

陳委員秀熙：針對剛才我的意見，跟大家所提到的這些建議，我覺得就是屬於不確定的參數之一，我知道社保司跟健保署方面，都已經

做了非常努力的工作，但是這個問題就在於我們曾經想過嗎？今天我們的健保開辦了這麼久，這個推估公式也用這麼久，我們有沒有去回溯過去 10、15 年的資料，去看看這些推估參數，跟我們實際運作的狀況到底有沒有什麼落差？我們有沒有參考國外經驗，例如英國的 NICE^(註 1)系統、德國的 G-BA^(註 2)系統，他們都會把過去的經驗看做推估參數，讓大家很透明化，雖現在因為時間來不及，但我還是認為，這個部分不管怎麼樣，應該還是要有計畫的委託，在目前看到這麼多的不確定性，比方說，剛才林敏華委員提到友善醫事人員環境部分就是如此，醫事人員待遇是否要用公務預算去支出，如果是用公務預算要不要滾入基期的計算？這個都是大家要討論的點，對不對，滾入基期跟不滾入基期，算的就不一樣。

至於 MCPI 問題更多，那些參數的不確定性，今天如果原料價格上升，後面要怎麼馬上因應，而不是說今天用過去 4、5 年的資料去推估合不合理，而是說當遇到這樣緊急狀況的時候，行政院有沒有辦法因應國人在這個地方的健康保護，那也不是醫療供給者所要承擔的責任，大家都要來承擔這個責任啊！MCPI 突然降這麼多，生理食鹽水的例子大家都忘掉了嗎？對不對，所以這些我覺得應該要有因應策略，至少有某一部分現在要區分成短期可以做的，然後中期我們繼續發展的，然後長期推動的。現在因為把很多東西，一下是公務預算，一下是專案專款，然後跟一般總額全部混在一起的時候，協商的時候根本沒辦法判斷，這個東西是合理還是不合理，這就是我們做委員最困難的地方，就算我們很公正，可是巧婦難為無米之炊，所以我們要怎麼樣能夠真正反映在醫界擔心的事情。

我認為消費者當然也會有他們的顧慮，例如過去總額預算沒有執行的部分要不要從基期扣除，如果醫界執行有困難，你把他扣除也不是、不扣除也不是，可是面對這些狀況，我們必須要去做合理的推估、看我們能不能承擔。我可以接受用現在的公式去推估，不要說所有都用科學方法處理，但至少要有可容忍程度的區分，是高忍受度，還是低忍受度，應該是反過來這樣講，不是說今天只是用公式去推估，每次都是用推估結果，就訂出 1 個值在這個地方。

我還是認為如果我們不做這件事情，我們對於的公式這些參數不確定性，永遠也討論不完。對於 MCPI，其實我們過去也都討論過，這不是主計總處的問題，主計總處給我們的這些數據，我們如何自己發展適合我們醫療服務、適合全民健保的計算公式。目前的低推估公式 $(1+A+B)*(1+C)$ 是我們訂的，不是主計總處訂的。例如參數 B 「醫療服務成本指數改變率」的相關數據是從主計總處來的，可是這並不代表公式不能夠做調整，我們應用短期的調整來因應目前遇到的狀況，例如遇到疫情之後，我們可以看到急診壅塞後面所衍生的問題，那些都不解決的話，只是照這樣做，最後當然與社會的期望有很大的 gap，到最後受傷的也都是民眾，所以我覺得這個部分，應該有更多的時間來討論。

註 1：NICE(National Institute for Health and Care Excellence，英國國家健康暨照護卓越研究院)。

註 2：G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss，德國聯合聯邦委員會)。

周主任委員麗芳：非常謝謝陳秀熙委員，也謝謝剛剛所有發言的委員，包括有些委員會提書面意見，今天我們的這個工作當然非常重要，雖然只是諮詢健保會委員的意見，但今天諮詢內容，是衛福部到底要向行政院爭取多少 115 年的總額額度，等於是請行政院核定 115 年全民健康保險總額額度上下限。請大家參閱充資料 1 第 20 頁，社保司提出來的下限是 2.942%，上限是 5.5%，剛剛委員們提出許多關切，陳秀熙委員所提意見也打動我的心，巧婦難為無米之炊。賴總統是第 1 位醫師總統上任，特別在總統府成立健康台灣推動委員會，要大力促成民眾健康，但背後一定是需要預算。現在醫護人員流失、物價上漲，從補充資料 1 第 20 頁可以看到 102 年低推估是 2.994%，可是衛福部陳報出去，向行政院爭取的上限是 7%，最後行政院核下來是 6%。歷年的資料，衛福部報出去的上限有 102 年的 7%，106 年的 6.49%，然後 105 年是 6.139%，109 年是 5.976%。也就是說希望在非常時期努力爭取。尤其又在強調健康台灣推動的這個過程當中，至少我們也希望今天衛福部所提出去爭取的明年度總額預算，要有這樣子的魄力跟架式，真正解決醫界的問題、造福民眾的健康。接下來，是不是就分別請社保司跟健保署來回應剛剛委員的意見？

接下來請陳真慧代理司長。

陳委員真慧：謝謝各個委員們的意見，我將各位委員意見綜整幾個面向來談，第 1 個就是針對公式，也謝謝陳秀熙委員今天提出學術上的想法。首先說明，社保司在今年已有 1 個委託研究計畫，針對總額預算、醫療服務成本的估算研究，現在正在進行中，為了這個案子，我們要求廠商團隊邀請專家委員討論，會將醫界及專家老師都列進來，這部分我們會接續研究。剛剛陳秀熙委員提到的意見，我們會在後續研究中跟團隊做詳細討論，謝謝。

關於林恩豪委員講的 MCPI 採 4 年平均這件事，也是一樣，我們今年已經有委託研究，特別是針對 MCPI 這部分去做討論，請大家參閱補充資料 1 第 27 頁，裡面有明確寫出 MCPI 目前計算方式，包含人事費用、藥品費用、醫療器材費用、基本營業費用、其他營業費用等，的確剛剛醫界委員有提到人事費用的占比是相對高的，這塊在我們今年委託研究計畫中，也一併會去做討論。也呼應剛剛黃心苑委員提的，這裡計算的權數及指數，是依照主計總處每 5 年做的工業及服務業普查調查結果，據以計算權數及指數，但我們在計算剛剛提到的藥品及醫材費用，一部分用主計總處的資料，一部分會請健保署計算，都會用相對最新的醫療費用估算，不是像黃心苑老師所提，是用 5 年前的資料。因為總額預算是前瞻性預算，MCPI 也確實是落後 2 年的指標，但我們計算時已經盡可能使用最新的資料，尤其是投保人口的資料，以 115 年為例，投保人數的計算採用的是 113 年完整的資料，以上補充說明。

接下來，楊芸蘋委員關心菸品健康福利捐的部分，我先說明，不足的話請健保署幫忙補強。菸捐的部分，現在菸捐費用是 50% 挖注給衛福部，以 113 年為例，50% 裡面挖注 47.3% 到健保的安全準備，另外 2.7% 用到哪裡去？是用在補助經濟弱勢的費用。菸品健康福利捐每年都會有挖注全民健保的費用，其管理是由健康署負責，所以每年都是該署先報上來，運用的細節由健保署提出建議。以 113 年來說，我目前手上數字挖注到安全準備總共有 125.18 億元，這是針對楊芸蘋委員所詢的說明。

另外，就是有關於陳相國委員提到的計算方式，請委員再翻到補充資料 1 第 27 頁，這裡有基期的計算公式，我們同仁剛剛也有報告，是用前 1 年度的公告金額，再加上人口差值的金額及違規扣款回補金額，減掉未導入執行的金額，所以回應剛剛陳相國委員的詢問，我們沒辦法用前 1 年的公告金額 9,286 億元去外加，因為這個公式並不是直接去加您講的 181 億元。

這邊特別要補充說明，今年行政院的確有給健保財務協助方案的預算，總共是 335.6 億元，其中原本編列在健保總額，今年改用公務預算支應的是 111 億元，因為這部分金額原來就在基期裡面，只是 114 年的總額已經將這塊移出去，回到公務預算支應。但是原來的這個金額，仍然是回歸一般醫療需求，也就是說，114 年的健保醫療給付費用總額 9,200 多億元，其實就已經含這部分的費用，只是移出去回到公務預算執行。

剛剛陳相國委員提到的 181 億元，我的理解是健保總額改由公務預算支應是 111 億元，另外在 335.6 億元當中，行政院還給了罕病 20 億元加上癌藥 50 億元，我想陳委員的計算是這樣，但這兩塊跟健保總額無涉，那是額外挹注的經費，在這邊予以補充說明。

另外再回應林敏華委員跟呂正華委員 2 位委員關心高推估的計算，協商因素所預估的金額，是因應衛福部所提出的整體政策需要，115 年整個政策規劃目標有 4 個重點。剛剛林委員關心這個費用怎麼計算，原則上我們分 4 個面向目標，依據健保署提供給社保司所有的細部計畫，他們會提出比較詳細的內容，社保司再將每個計畫因應目的歸類到這 4 大面向目標，我們是這樣計算出來。所以這不光是推估，應該是說，根據健保署詳細預估提出要做的計畫，我們再據以計算而得。所以剛才林敏華委員關心協商因素的 239.65 億元中，友善醫事人員環境部分就已經 154.78 億元，其實是依照細部計畫歸類後計算出來的，針對這個項目有 2 點，第 1 點是確保醫療服務機構獲得合理給付，因應醫材跟成本，也會有醫療支付標準的調整等等，另 1 點是改善醫事人員工作環境的部分，這些都是回歸計畫所需。

接下來呂正華委員關心的 GDP，我們估算總額預算時，GDP 不是計算公式的參數，請委員參閱補充資料 1 第 19 頁，GDP 是付費者的付費能力參考指標之一，我們在擬訂總額範圍陳報行政院時，通常會一併附上供行政院委員審核時參考，如同我剛剛提到，我們的總額是前瞻式的預算，而那個指標是一直都在浮動的，所以不可能一直去更新，但在審核當下，這些資料都會提供給行政院的委員參考。以上說明，其他如果還有需要，請健保署補充。

周主任委員麗芳：謝謝陳真慧委員，接下來是不是請石崇良署長來跟我們說明。

石署長崇良：謝謝各位委員的指教，剛剛很多的問題，陳真慧代理司長已做說明，我從技術層面的內容及編列預算的推估，跟各位委員報告。

第 1 個，就是剛剛陳相國委員提到總額基期，簡單的講，在今年公告的健保總額 9,286 億元裡頭，雖然行政院在公務預算撥了 111 億元，把一些公共衛生像是預防保健的項目移出到公務預算去執行，可是基期沒有扣除，所以等於是將 111 億元放到 9,286 億元裡頭，所以在計算明年總額成長率的基期裡面就已經沒有扣除這 111 億元，所以就不會再外加。至於另外癌藥新藥基金 50 億元，本來就不在基期裡，以上回應基期計算的問題。

第 2 個，大家關心的特別預算，行政院已經有 1 個版本，裡面編列給健保基金是 200 億元，現在正在立法院審查當中。我們原則上並沒有讓這 200 億元放在財務規劃，去作為安全準備之用，因為這筆預算的目的是因應國際貿易改變之下成本增加之需。因為總額是前瞻式預算，所以去年編列時，並沒有考慮到今年會面臨到這些國際上的挑戰，因為不知道這 200 億元的預算，最後會用掉多少或剩下多少，所以本署在立法院審查特別預算時有特別表明，將優先用於因為國際貿易關係改變之後增加的成本，包含：挹注醫材、藥品的費用，我們可能需要因應去調高藥品給付，像最近凝膠事件，我們多花 300 多萬元，這都是需要去調整的。我們不知道會剩下多少，

所以做財估的時候並沒有把它列入，如果未來立法院有通過今年特別預算 200 億元，屆時沒有使用完的部分，當然就會滾回安全準備，作為安全準備金，以上說明今年還在立法院審查中的特別預算。

至於明年協商因素，剛剛社保司有報告 115 年政策目標分成四大範疇，我補充說明範疇二友善醫事人員環境，最主要還是調支付標準，很多支付標準都沒有調整，我們希望逐年調護理費，1 年 25 億元，今年 25 億元，明年就會變成 50 億元，是累計的概念，我們會編在這裡面。當然還有其他長期沒有調整人力成本的，或是人才羅致困難的，也是要優先調整。因為需要整體考量調整，過去在 100 年左右曾經做過 RBRVS 的整個盤點，那時候是想要調 500 億元，最後只調了 50 億元，這個落差逐年存在，我們現在希望逐年調整上來，雖然 154.78 億元也是不夠，但是考量到整個健保財務永續性，我們採逐年方式處理。

範疇三的部分其實也是不夠，因為光是新藥、新科技，去年新增的癌藥預算就要 123 億元，這 123 億元現在已經進到健保了，明年還有一些藥還要再增加，我們本來是估 90 億元，最後社保司裁下來是 41.67 億元，我們都接受。健保署是根據我們的技術去提供意見，但是會尊重健保會最後的決定，再去執行，不然我們這邊在新藥新科技部分預估是需要 90 億元的，這也跟各位委員說明。

剛剛有委員特別關心自費醫材的問題，誠如委員所提，我們是禁止推銷，醫師看診時不該推銷醫材，應該要本於醫療專業跟病人的實際需要，不應該以推銷的方式，如果有這種情形，我們會移送醫師公會懲戒，醫師不可以有推銷的行為，我想醫師公會長期也都是這樣主張，不會允許這種行為，如果有這樣的情形，我們一定會嚴格處理。

至於如何把民眾需要的盡可能納入健保給付，我要藉這個機會說明最近開刀所用的凝膠，凝膠是在手術縫合之後塗上去，讓傷口比較不會滲漏，這是一個輔助性的醫材，經過醫學會專家的討論之後，認為它的實質效應主要用在主動脈手術，因為手術處理主動脈剝離

時，在銜接心壁、主動脈根部的地方要縫合，那是壓力最大的地方，心臟打出血流的時候，是先打到主動脈的根部，所以是 type A 主動脈剝離在縫合根部的地方壓力最大，希望用凝膠鞏固。它的用途很廣，其他的血管也可以塗，但相對效應沒這麼多，最後決定只給付在主動脈剝離手術使用。現在有一些新的科技雖然號稱很好，但健保給付時，仍須要考慮它的效益，沒有達到足夠的效益的話，健保就不會給付，讓醫師跟民眾去討論。關於它的價格，我們參考國際核價，已經比日本、澳洲的價格都高，後來媒體報導有醫師反映廠商因為我們的核價太低，無法接受要退出市場，我們為了病人的權益，請他們再提出成本分析，最後決定再提高價格。其實健保署都希望為大家把關，為納稅人減少財務負擔，也很希望得到所有委員的支持。因為醫材推陳出新太多，沒有絕對的效益，健保資源有限，我們沒有辦法全部給付，貴的、需要救命的優先，因為對民眾財務衝擊比較大，對一些比較便宜、達不到明顯效益的，我們還是會選擇，根據醫療科技評估的結果決定是否納入健保給付，以上說明。

至於商業保險部分，我們一直希望跟商保合作，瞭解他們的給付情形，很可惜一直得不到資料，我們也不瞭解到底商保付出多少自費項目，如果許委員可以協助我們，彼此可以交換一下資料，讓我們理解商保那邊有支出的是哪些項目，是不是在醫療上有其必要性。

許委員舒博：石崇良署長可以正式行文到壽險公會，我會請他們答覆。
石署長崇良：謝謝，我們過去都不得其門而入，透過金管會好像效益不大，我想還是透過許舒博委員比較有用。

周主任委員麗芳：健保會確實是一個非常好的交流平台，大家相互合作。本案的討論時間已經比原定時間超出快半小時，還沒有發言的委員歡迎提供書面意見，非常謝謝陳真慧代理司長跟石崇良署長的詳細說明，這個案子是諮詢案，我預做這樣的決定：一、委員所提諮詢意見摘要併同發言實錄，送請衛福部參考。二、考量健康台灣政策落實與友善醫事人員環境等適足財源，建請衛福部檢視 115 年

度總額協商因素成長率，以及高推估成長率之財務適足性。三、請健保署於衛福部交議總額範圍時，依法併同提出資源配置及財務平衡方案供協商參考，以上。接下來進行優先報告事項。

洪委員瑜會後書面意見：有關法定諮詢案，115 年總額規劃目標重點三、加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧急重難罕病人醫療需求，強化醫療服務及品質，共 41.67 億元。

本次編列之 41.67 億元，對於照顧急重難罕病患者而言，實屬捉襟見肘。誠如石崇良署長所言，原本預估擬編 90 億元，今編列 41.67 億元，對於苦等新藥救命的病患而言，實令人不忍！懇盼在 115 年度能爭取更多公務預算挹注，以期讓更多急重難罕病人能儘早獲得新藥治療的機會，減輕其病痛與等待的煎熬。

黃委員心苑會後書面意見：請社保司提供 MCPI 相關數據，除來自主計總處之數據，如何納入健保署之數據相關說明。例如：何項參數有參採健保署數據？另健保署數據之來源或是計算基礎？

黃委員國祥會後書面意見：為避免調高健保保險費率造成企業及民眾的負擔增加，對於推估試算有下列建議：

一、對於推動預防醫學及提升醫療效能所帶來的節流成效應適切反映到總額財源。

二、若以 5.5% 高推估值之財務試算，115 年保險支出累計結餘約當 0.96 個保險給付支出月數，似乎不符合健保法第 78 條所定保險安全準備總額(以相當於 1~3 個月保險給付支出為原則規定)，故建議審視是否有將上年度未執行或未導入的預算納入基期計算之情事，若有，建請評估予以扣除，以避免低於保險安全準備總額之情形發生。

嚴委員必文會後書面意見：在健保 115 年度協商因素中，「加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧急重難罕病人醫療需求，強化醫療服務及品質」項下衛福部提出之預算為 41.67 億元，比較 114 年度本項預算的 82.66 億元，115 年預算減少 41 億元近 5 成。

健保署於本次會議上提到，原提出之預算為 90 億元，惟經衛福部刪減至 41.67 億元，差距達 41 億元之多，恐嚴重影響病人權益。如擬大幅刪減 115 年新藥新科技預算，衛福部理應提出具體且合理的說明，供各界公評，判斷此調整是否具有正當性與可接受性。

健保「新醫療科技預算」涵蓋所有新藥、新特材及新增診療項目，長期以來預算杯水車薪，導致許多新藥獲准納入健保，仍因預算限制而遭受不當限縮。115 年預算「加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧急重難罕病人醫療需求，強化醫療服務及品質」大減，勢必影響撥入「新醫療科技預算」之費用，導致新醫療科技納入速度恐更嚴峻、加劇限縮情形，進而使病人需自費負擔增加，影響可近性與醫療公平。

陳委員秀熙會後書面意見：全民健保非協商因素推估公式建議

台灣全民健保實施總額支付制度，每年總額調整需考慮非協商因素(如人口結構與醫療通膨)及因應政策等非協商因素進行彈性動態調整，各國建立一套制度化的非協商因素推估公式作為依據，對於穩定財務與合理分配資源及反映民衆醫療需求非常重要，此非協商因公式已經實施多年，其公式結構應該考慮進行轉型來適應近年來大量嬰兒潮及 X 世代人口結構進入老化及疾病好發年齡所造成醫療需求突增，平均餘命增加，醫療成本上升速度遠高於生產力增長之鮑莫爾(Baumol)成本疾病效應，新科技導入，及國家公衛政策長年預防醫學投資等特性，以下以 114 年全民健保會第 3 次會議中提出非協商公式結果為例進行說明、評論及建議，並附上 OECD 所使用推估公式做為參考。

115 年醫療服務成本及人口因素成長率

$$3.420\% = (1 + \text{投保人口結構改變對醫療費用之影響率} + \text{醫療服務成本指數改變率}) \times (1 + \text{投保人口預估成長率}) - 1$$

此屬於乘積模型(multiplicative model)的一種，反映了醫療費用成長受到結構性與人口數量雙重因素交互影響的思維。

一、結構解釋與合理性

1.結構說明：

(1)(1+A+B)：代表每位保險人平均醫療費用的變動率，其中：

A=人口結構改變(如高齡化)對醫療支出的壓力

B=醫療服務成本變動(如薪資、設備成本)

(2)(1+投保人口預估成長率)：代表總投保人口的變動，即量的成長。

(3)整體乘積減 1：代表醫療費用總體成長的百分比。

2.優點：

(1)考慮複合效應，不同於單純加總，乘積模型能捕捉到結構變化與總人口成長的交互影響。

(2)可延展性：可因應未來新增參數(如慢性病盛行率、新型科技導入率)進行微調。

二、潛在問題

1.隱含線性加總於人口結構與成本變動率：

A+B 採線性相加，可能低估高齡化與科技進步帶來的非線性成本增加(如多重慢病與延長存活但高花費)。可以參考 OECD 國家迴歸模型公式(如附件)。

2.人口結構改變的估算不透明：

「人口結構改變對醫療費用之影響率」可能包含極高主觀預測假設，尤其高齡者占比成長不一定線性轉換為費用成長，可能受慢性病照護模式改變(如長照 2.0)干擾。

3.醫療服務成本指數未明確揭示組成：

是否包括醫師薪資、藥品、耗材、建築折舊等？若醫院效率提升或數位醫療導入降低成本，是否能反映？也未考慮 OECD 國家所提出醫療成本上升速度遠高於生產力增長之鮑莫爾(Baumol)成本疾病效應。

4.模型假設人口成長為外生變項：

台灣少子化下，總人口將逐年負成長，但保險人口若透過移工或保險擴充穩定，也會扭曲這一因子之意義。

三、政策運用建議與改進方向

1.政策透明度建議：

建議健保署每年公開模型參數來源與估算過程，提高推估模型可信度，利於各界監督。

2.導入多情境模擬(Scenario Simulation)：

特別對高齡化加速、新興高價醫療科技擴散(如 CAR-T)、慢性病盛行率上升，進行情境模擬，建議不只一組 3.42% 值(醫療服務成本及人口因素成長率)。

3.納入「預防成效指數」：

若國家投入更多公共衛生預防支出，可降低結構性費用增幅，建議模型加入「健康促進成效」參數進行負調整。

4.與醫療支付制度連動：

此模型與總額支付制度調整公式或 DRG 點值設定間的關聯性應明確化，避免資源錯置。

四、總結

全民健保非協商因素公式已經實施多年，其公式結構應該考慮進行轉型來適應近年人口結構及醫療服務多面向變化，以使其中參數估算過程透明度增加、強化對未來變數的敏感性分析，以及反映政策導入與醫療結構改革效果的回饋機制。若未來進一步納入「動態預測」與「預防介入效果」，將更具前瞻性與政策指導價值。

附件

OECD 健康照護支出(Health Care Expenditure, HCE)模型推估參考

國際間對於健康照護支出模型在不同國家有不同考量，也因此會有不同模型推估公式，但一般而言會參考 OECD 健康照護支出(Health Care Expenditure, HCE)其預測模型在提供整體視角各種不同變數方面的影響，以及參考所使用推估公式，特別是在協助政策制定者理解各種驅動因素如何影響未來的財政壓力。OECD 健康照護支出(Health Care Expenditure, HCE)變數的影響：

- **健康照護支出(總體、公共)**：依據各國及時間變動，為以下因素的函數
 - 人口結構(Demographics)
 - 所得、工資、生產力(Income, Wages, Productivity)
 - 科技(Technology)
- **人口結構(年齡、性別)**：依據各國及時間變動
 - 根據死亡機率、死亡時間、標準化成本比率進行建模。
- **科技**：依據各國及時間變動，為以下兩者之一的函數
 - 一種是透過「研發占比與時間延遲」。代理變數
 - 或者是以「對健康照護支出的殘差估計」為基礎(此方法會將政策影響納入考量)。
- **政策**：依據各國及時間變動，為以下函數：
 - 透過「健康支出的殘差估計」反推(並間接包含科技影響)。

迴歸方程式與人口組成主要迴歸模型公式為：

$$\Delta \ln HCE_{c,t,f} = \alpha + \beta_1 \Delta \ln Demo_{c,t} + \beta_2 \Delta \ln GDP_{c,t} + \beta_3 (\Delta \ln W_{c,t} - \Delta \ln Y_{c,t}) + \delta_1 Income_{c,t} + \beta_4 \Delta \ln Tech_{c,t} + \eta_c + \tau_t + \varepsilon_{c,t}$$

解釋如下：

- **HCE**：每人健康照護支出
- **Demo**：人口結構(公式(2))
- **GDP**：人均國內生產毛額
- **W - Y**：薪資超過每位工人的生產力(鮑莫爾(Baumol)成本疾病效應)
- **Income**：所得(含不同國家群組虛擬變數 δ_1)
- **Tech**：科技變數(可能為研發投入占比等)
- **η_n, τ_t** ：國別與時間效果
- **ϵ** ：誤差項

全民健保會第七屆委員 台灣大學公衛學院 陳秀熙 教授

陳秀熙

2025/05/27

肆、優先報告事項「中央健康保險署『114 年 4 月份全民健康保險業務執行季報告』(口頭報告)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

張參議惠萍：主席、各位代表，大家好，接下來由健保署報告全民健康保險業務執行情形。今天要報告的內容分為 2 個部分，包括調整給付堅實民眾醫療需求以及改變軌制促進國內外發展與作業效率。

在藥品部分，今年 1~4 月我們公告生效的新藥有 13 項，其中癌藥 7 項、罕藥 3 項、其他新藥 3 項；擴增給付 10 項，其中癌藥 1 項、其他是新藥，預估每年 100 萬人受惠。

接下來介紹 2 個擴增給付藥品，今年 3 月 1 號擴增標靶藥品 bevacizumab 用於轉移性大腸直腸癌第 2 線治療，之前健保也有給付標靶藥品用於轉移性大腸癌第 1、3、4 線的治療，第二線沒有給付標靶藥品，只有化療藥品。這次主要參考臨床試驗資料，發現標靶併用化療比單用化療會有比較好的存活期，而且國際治療指引也建議這樣的組合當作標準治療，所以共擬會議同意收載標靶藥品用於大腸直腸癌第 2 線治療，預估受惠人數每年 587~842 人。

第 2 個藥品是擴增支付骨質疏鬆藥品，之前健保給付骨質疏鬆用於次級預防，骨質疏鬆病人且曾發生中肘骨骨折才可用藥，這次考量人口老化，骨質疏鬆影響人民健康，參考國際建議，擴增提前到初級預防，沒有骨折但具有高危險因子的人可以使用，擴增給付次級預防於遠端橈骨跟近端肱股骨折病人，預估每年受惠人數 8 萬 4 千人到 13 萬 4 千人。

今年 1~5 月公告生效新功能特材 28 項，含括急重症醫材、功能改善醫材，預估受惠人次 4,200 人次。今年 5 月調升急救責任醫院加護病房支付，針對全重度極急救責任醫院加護病房的病房費、護理費、診療費比照醫學中心支付，全中度及急救責任醫院比照區域醫院支付，預計 1 年增加 6 億點。針對離島地區急救責任醫院急診加成案件也會根據全院的緊急醫療能力分級，如果是重度級加成 50%、中度級加成 30%、一般級加成 10%

在護理相關的支付標準部分，今年 5 月起調升急診醫護人力支付，將急診診察費拆分成診察費跟護理費各調升支付點數 10%，也調升急診觀察床支付點數 60%，整體是 3.68 億點。也在 5 月 1 日調升住院病床的護理費，這次優先調升急性一般病床支付點數，調升幅度是 12.3~15.9%，支付標準在 5 月 1 日生效，將扣合特定指標，達標者會外加個別醫院預算的額度。另外，早產兒照護也是我們的重點，為了讓早產兒獲得充分營養以及反映住院期間早產兒餵食照護心力，今年 5 月 1 日新增早產兒母乳補助照護，預估每年會有 2,200 人受惠。

第 2 部分改變軌制，今年 4 月 26 日公告修正藥物支付標準及藥價調整作業辦法，修正重點分為 2 個部分，包括藥品核價與藥品調價，藥品核價有 4 個重點，第 1 個是鼓勵新藥在台製造，10 大先進國上市 2 年內願意來台製造、委託國內製造的新藥或是上市 5 年一直沒有引進台灣，都會給予優惠核價。第 2 個重點是鼓勵學名藥跟生物相似藥在原廠專利逾期的時候趕快研發上市，我們也會給予核價。第 3 個部分是為加速新藥收載，對於具有臨床迫切需求的藥品設計平行送審機制，向食藥署申請查驗登記，同時就可以跟健保申請核價。第 4 個是對於必要藥品，賦予保險人具有主動收載的權利。

藥品調價部分有 3 個重點，第 1 個是針對原廠專利跟收載時間重新歸類，調整除了市場交易價也會納入 10 大先進國家藥價，希望台灣的藥價不要偏離 10 大先進國家藥價太遠。第 2 個重點是針對衛福部公告的必要藥品，同分組沒有超過 3 個品項，而且由國內生產，符合這 3 個條件藥品，每年藥價調整不予調整，希望能穩定供應。第 3 是為增加藥品供藥韌性，對於國產藥品使用國內原料藥等等情形，也會給予優惠調價。

為了扣合賴總統健康台灣政見，113 年開始規劃針對 NGS_(註)申報資料收載跟癌症重大傷病申請，還有癌藥事前審查申請、癌症個案療效追蹤等等癌症治療資訊數位轉型，希望透過資料有效互通，達到以病人為中心的照護。目前為止約有 43 家醫院參與癌藥事前審查，以電子病歷申請的規劃，其中 12 家正在進行上傳測試，目前已

經有 3 家完成測試，以電子病歷，就是 FILE 格式申請癌藥事前審查，主要目的是希望透過數位轉型資料結構化，未來可以朝向自動化審查、可以加速癌藥事前審查結果的回復，也可以加速新藥真實世界療效評估，可以滾動式修正藥品給付規定。

健保署每年會移送 60 萬件健保欠費，由法務部行政執行署去查扣義務人的財產，以扣取存款最大宗。目前做法是金融機構扣取義務人存款，每年郵寄高達 20 萬張的支票解繳欠費，耗費很大的行政成本，今年規劃用轉帳、刷條碼簡化方式取代支票。113 年 9 月 1 日士林執行分署率先試辦，今年 4 月臺中市及臺南市的執行分署也加入。到目前為止，以轉帳還有刷條碼的方式繳納的有 3,169 筆，繳納金額 2,195 萬元，後續會持續擴大到各執行分署、金融機構都採用，希望達到節能減碳、簡化作業的效果。

114 年 4 月份的全民健康保險業務執行季報告第 41~42 頁裡面有呈現急診品質提升方案指標的執行成果，第 43~46 頁有呈現分級醫療執行情形跟成效的檢討，第 164~179 有呈現 113 年度的抑制資源不當耗用改善方案的執行結果與檢討，接下來請本署醫管組簡單報告抑制資源不當耗用改善方案。

註：NGS(Next Generation Sequencing, 次世代基因定序檢測)。

林科長沁政：業務執行季報告第 164 頁投影片是 113 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案，整個方案有 18 項指標，當中有 10 項指標達標、8 項沒有達標，接下來針對未達標項目加以說明及改善策略，請參閱第 175 頁投影片第 24 張。

針對未達標的部分，第 3 項是門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫次數下降率，沒有達標原因是因為人口老化以及急性疾病慢性型態的影響，依照年度高診次個案就醫資料顯示，38% 有精神疾病，因為個案容易受到情緒心理影響，輔導不易見成效，未來我們會持續強化跨雲端藥歷的查詢，供醫師診療參考，另外研議調高就醫的部分負擔。

第 4 項指標基層與地區醫院門診占整體件數之占率、第 5 項非同體系區域級以上醫院下轉件數、第 9 項提升非同體系區域級以上醫

院回轉率，未達標因素是 113 年醫院評鑑改變以致於沒有達標，未來會持續推動全人整合醫療照護跟促進醫院及基層建立合作機制，落實分級醫療。

第 6 項指標接受出院準備服務個案之後續醫療轉銜率，因為 112 年修正出院準備跟追蹤管理費支付規範，排除出院後轉往同體系院所住院之案件，影響到本項指標的達成情形，我們未來會納入分區管理方案以及例行追蹤，回饋給醫療院所。

第 13 項西醫基層年復健次數大於 180 次異常件數成長率，本指標以 112 年為基期，受到疫情趨緩及人口高齡化因素，導致整個復健利用情形有上升趨勢，後續除了定期監測之外，我們透過個別醫院輔導、共管會議、VPN 平台等多元方式，回饋加強輔導措施。

第 17 項西醫門診病人可避免住院率，未達標是因為 113 年考量 109~111 年受疫情影響，當時目標值以 112 年執行及 107~108 年成長率估算，113 年計算方式無法反映當年的疾病型態。後續我們會持續推動大家醫計畫，強化慢性病照護品質以及分區定期回饋各項指標情形，供收案醫院參考。

第 18 項住院案件出院後 3 日以內急診率，本項指標 113 年目標值是以 108 年第 3、4 季及 112 年第 1、2 季數值計算，113 年受到流感疫情，增加高風險病人感染後併發可能性，導致出院後再急診率增加，本署會持續監測本指標表示表現情形，逐年調升目標值，以期降低出院後再急診率，以上報告。

周主任委員麗芳：接下來請問石崇良署長有補充嗎？目前沒有，那請問我們委員針對剛剛健保署的報告，有沒有要詢問？請陳秀熙委員。

陳委員秀熙：謝謝健保署的報告，其實有一些方案提出來真的是蠻好的，剛才石崇良署長提到有很多新科技、新藥，譬如大家報導的大腸直腸癌第 2 線治療轉移性用藥擴增會有幾百個人會受惠，另外一個就是骨質疏鬆，我用這 2 個例子跟大家說明骨質疏鬆藥物規定。我認為健保署應該在決定過程中，除了療效評估、衝擊評估之外，應該也要有成本效益分析報告，我們常常沒辦法看到，譬如骨質疏

鬆藥物，以我們瞭解這個藥物非常具有成本效益，可以下降 40~50% 的骨折風險，國際間的分析都顯示具成本效益，前面的大腸直腸癌藥物若看成本效益分析可能都很貴。未來因應新藥、舊藥轉型，我看到很多報告並沒有附上成本效益分析，因為成本效益分析代表的就是一個門檻，做為檢測眾多藥品是否納入收載的門檻，當然每個人可能會認為有其他的原因影響到最後的決策。

我舉個例子，英國 NICE 系統是以成本效益分析做為重要的依據，對於所有的新藥，包括新的器材，一定以成本效益分析為主，這個部分會影響到自費額的部分，我們國家自費額高出很多，有些國家認為有成本效益分析就補助，無法只以它的價格做國際價格的比較，所以我認為應該要有成本效益分析。我想健保署在這個地方非常有經驗，過去做過很多，除了有些項目像是急診、護理人力支付沒有辦法馬上得到成本效益分析的短期評估，可是對於新藥，國際間多已納入新藥的成本效益分析，我覺得還是要用這樣的思維把標準建立，我們國家有給付 NGS 很不容易，有這些分析我們才有辦法做精準支付，才有可能把錢繼續省下來，這部分提供給健保署參考。

周主任委員麗芳：接下來請陳節如委員。

陳委員節如：有關出院準備計畫，我們雖然一直在推動，但我覺得效果還是不彰，原因出在哪裡？到底是錢不夠？或是醫生都太忙？而且這些專業人員沒有辦法跟轉出去的單位銜接，這是第 1 個問題。

第 2 個問題是安寧照護，以前黃勝堅醫師做得很好，最近安寧照護一直在減縮，是不是需要將安寧照護納入在宅醫療裡面去處理，否則單獨將安寧照護拉出來一直無法達標，這部分在病人、家庭都是非常important的一環，是不是到了該做檢討的時候了。

周主任委員麗芳：看來沒有其他委員有意見，請石崇良署長針對剛剛 2 位委員的意見回應。

黃組長育文：謝謝陳秀熙委員，我這邊稍微說明一下，現在新藥或新材納入醫療給付都會做醫療科技評估，包括療效評估跟成本效益，我們資料呈現主要是 BRA，就是財務衝擊、療效、受惠人數，我們

內部資料是有成本效益，需要改進的部分，還有老師提到的標準，我們要花多少錢、買到多少品質、可以持續多久等等，我們正在研議當中，以上說明。

周主任委員麗芳：還有劉林義組長要說明。

劉組長林義：陳節如委員提到有關出院準備的部分，以 113 年看，有申報出院準備是 20 萬件，委員關心出院準備銜接長照的部分，假如有長照需求，大概有 2 成都從出院準備來轉介，轉介之後最後有到長照的地方是 8 成，也就是說 20 萬件中，有 3 萬件是真的有長照需求，且真的轉到長照去，這部分我們也跟長照司密切聯繫，我們認為不要等到出院準備那一天長照才介入，應該是住院就開始規劃，後續我們會跟長照司好好協調，醫療銜接長照是我們既定政策，我們會再努力改進。

周主任委員麗芳：請張田黨委員。

張委員田黨：主席，針對醫材的問題，目前很多醫院大部分都有 2 套標準，1 套是要病人自費，另 1 套是直接用健保，自費當然負擔就不少，到底為什麼造成這樣不公平。一般手術跟雷射手術，如果選擇雷射，自己就要再付 10 幾萬元，都有這種情形。之前有人問健保署為什麼不能把這些資訊更透明化、公開化，或是把它制度化，讓一些弱勢者也能同樣享受到新的醫材、新的治療方式，以上是我的提議。

周主任委員麗芳：這部分請石崇良署長回應。

石署長崇良：我想就醫材的部分，現在多數看起來，當然它有它的好處，但都不是基本需要，其實健保所提供的醫材都已經夠用，大家常常聽到臺北榮民總醫院的陳威明院長，他的外號叫做陳健保，他在骨科開刀都是用健保的醫材，像這麼有名的教授都是這樣用了，我想我們還是多多宣導使用健保的醫材就夠了。

當然有一些醫材會強調使用後更舒適，或傷口比較小、以後可以穿比基尼，類似沒有疤痕這種的，當然它也是事實，但這就是看個人能力，因為畢竟健保給付的是最基本、要救命的，至於有些比較

舒適或美觀更好的那些醫材，可能就要請民眾跟醫師好好討論。

不過這一些自費情形，應該是5、6月就會完成自費醫材平台，全國核定過的自費醫材都在這個平台上可以查到，等到建置完成的時候，我們會舉辦記者會，因為今年的媒體宣導費都被立法院砍掉了，所以我們會用記者會的方式，來讓大家瞭解可以到哪裡查詢自費醫材。

周主任委員麗芳：謝謝石崇良署長的說明，如果委員對這個案子沒有其他意見，本案洽悉，接下來進行討論事項。

伍、討論事項「全民健康保險各總額部門 113 年度執行成果之評核結果獎勵標準案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴：向委員報告，請參閱會議資料第 47 頁，這個提案主要是依據上個月委員會議的決議，必須在 7 月召開評核會議前，議定評核結果獎勵標準，也就是確定品質保證保留款(下稱品保款)如何計算，所以在本次委員會議提案討論。

依據「各總額部門 113 年度執行成果評核之作業方式」規定，在 7 月評核等級「良」以上的部門，會在 115 年度總額專款裡面核給品保款作為鼓勵。

歷年總額品保款預算編列情形說明如下，自 107 年度起品保款都是列在專款項目，所謂專款是採零基預算，每年協商預算額度，沒有基期的問題；品保款的計算方式，也就是品保款的額度最後如何跟獎勵等級扣連，是用「計算基礎」乘以「評核等級對應的獎勵成長率」計算獎勵額度，歷年計算方式詳列在會議資料第 47 頁中間的表格，請委員參考。

前面提到的計算基礎，從 108 年起都是採計受評年度的一般服務預算，像今年是評核 113 年度執行成果，我們就用各部門的 113 年度一般服務預算作為基礎，至於要獎勵多少成長率？在 110~114 年最近的這 5 年，我們的評核獎勵成長率，良級部門都是乘以 0.1%、優級是乘以 0.2%、特優級是乘以 0.3%，當然在 110 年以前的優跟特優會有比較高的成長率，但是近 5 年都是採 0.1%、0.2%、0.3% 的成長率，雖然成長率是一樣的，但是因為總額基期會逐年長大，尤其是一般服務預算的部分，所以算出來的預算還是會逐年增加。

如果想要知道四部門整個加起來總共會核給多少品保款，過去 5 年各年四部門的品保款合計金額介於 7.33~12.84 億元，占可協商空間比率約為 4.3~9.3%，詳細資料在附件一，請委員參考。

請參閱會議資料第 48 頁，這個案子要討論的是 115 年度總額品保款獎勵標準，我們依照過去年度的獎勵標準，試算 115 年度品保

款的額度給委員參考，計算方式是沿用過去方式，計算基礎是用 113 年度的一般服務預算為計算基礎。因為品保款是放在 115 年度總額專款，我們暫時用健保署 113 年度點值結算報表的一般服務預算試算，不過最後在 9 月協商的時候，113 年度的一般服務預算需要跟 115 年度總額基期的算法一致，目前我們是暫時用去年的方式試算。

委員參閱會議資料第 48 頁的表格，四部門總額的試算基礎我們已經列在左邊，假設四個部門都是良級的話，加起來的品保款是 7.51 億元；若都是優級的話，試算結果會有 15.01 億元的品保款；如果都是特優級的話，獎勵成長率是 0.3%，就會有 22.52 億元的品保款。

過去委員會關心 0.1%、0.2%、0.3% 這樣的獎勵成長率，最後會占掉多少協商空間？總額協商空間其實要等到行政院核定高低推估之後相減，協商因素的成長率才是本會的協商空間，因為總額範圍還沒有核定，暫以剛才社保司優先報告案的協商因素 239.65 億元試算，如果都是良級，成長率 0.1% 的話，需要 7.51 億元大概占協商空間的 4%；都是優級、成長率 0.2% 的話，需要 15.01 億元約占協商空間的 6%；都是特優級、成長率 0.3% 的話，需要 22.52 億元會占協商空間的 9%。不過實際評核時，四部門成績表現大概會不一樣，所以也很難說最後加起來的品保款總額是多少，會依評核結果而異。

請委員參閱會議資料第 49 頁，提供本案過去的歷史資料給委員參考，因為品保款自 107 年才改列專款項目，106 年度以前都是放在一般服務預算，也就是說，目前的一般服務預算已經納入 106 年以前的品保款，為了合理運用這筆錢，過去都會協定把 106 年的品保款放在一般服務預算匡列起來，跟新年度的品保款專款合併運用，115 年度總額建議援例辦理。

去年評核委員的建議，主要是品保款的分配還有改善空間，包含鑑別度不足、指標鈍化等問題，請健保署協助各總額部門加強改善品保款分配方式；此外，評核委員認為牙醫部門品保款核發鑑別度較其他部門高，建議其他部門參考牙醫部門的做法，研擬更具鑑別

度的指標與分配方式，這是去年評核委員的建議。

為了瞭解各部門品保款執行情形，我們也請健保署提供近年品保款實施結果，詳細內容請委員參閱附件二，請委員參閱會議資料第 49 頁下面的摘要表格，各部門到底有多少家數可以得到品保款？各部門都有 7 成以上院所獲得品保款，不過這各數字沒有辦法看出鑑別度，因為個別院所領取金額多寡不同。

鑑別度的部分，請參閱會議資料第 50 頁中間的表格，主要有 2 個指標，1 個是核發前 20% 院所金額占品保款比率，意思是表現最好的 20% 院所領取品保款金額占率如果越高、鑑別度越好，從表格裡核發前 20% 院所金額占品保款比率，可以看出來牙醫部門鑑別度最好，有 6 成以上，中醫部門次之，醫院部門歷年來看起來都是持平大概 4 成 6 左右。

第 2 個是核發指標權重大於 100% 家數比率，意思是滿分的院所比率有多少，滿分的比率越低、鑑別度就越好。歷年看起來牙醫、中醫滿分的院所都低於 2%，基層約有半數以上是滿分，醫院有九成以上比較高，但 112 年已經有明顯下降，這是各部門過去年度表現情形。

今年度各部門提升鑑別度的部分，健保署有提供修訂情形供參，健保署已經依據 113 年評核委員建議，在研商議事會議中提出 114 年修訂方案，可以看到中醫部門、西醫基層、牙醫部門都有修訂獎勵方式，包含修訂核算的基礎、獎勵的指標以提升鑑別度，醫院部門 114 年則是沒有修訂，以上資訊提供參考。

擬辦的部分，請委員議定品保款獎勵標準，尤其是良、優、特優的獎勵成長率是多少，也建議依循過去把 106 年各部門放在一般服務預算之品保款額度跟 115 年品保款專款合併運用，而且全數用於鼓勵提升醫療品質；此外建請健保署會同各部門持續檢討品保款的核發條件與結果，訂定更具醫療品質鑑別度的標準，落實獎勵目的。

周主任委員麗芳：謝謝周淑婉執行秘書、陳燕鈴組長，也謝謝健保署的協助。這個案子相對不複雜，就是我們接下來 7 月份要進行評核

會議，我們現在預先訂好，假設評核出來的結果是良、優、特優，要給部門多少的獎勵。

至於獎勵成長率，在會議資料第 47 頁我們可以看到，過往從 110~114 年良就是給 0.1%、優給 0.2%、特優給 0.3%，獎勵成長率為什麼會比先前年度略為下降，也是考慮到整個總額預算有限的情形之下，儘量不要排擠到其他總額項目的使用。

所以徵詢各位委員意見，如果我們今年度評核結果出來之後，對於良、優、特優，是不是維持過去幾年 0.1%、0.2%、0.3% 這樣的獎勵，不知道各位委員有沒有意見？

周主任委員麗芳：沒有意見，因為這個案子的重點就在這裡，委員如果沒有意見，我就做以下決議：

一、115 年度總額品保款專款之獎勵標準，計算基礎以各總額部門受評年度(113 年)一般服務預算為計算基礎，並與 115 年度總額基期計算一致；評核等級獎勵成長率，評核結果「良」級給予 0.1%，「優」級給予 0.2%、「特優」級給予 0.3% 獎勵成長率。

二、因應 107 年起品保款預算屬性改變，115 年度各部門總額品保專款額度，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品保款之額度合併運用，全數作為鼓勵提升醫療品質之用。以上 2 點決議。

接下來有沒有臨時動議？如果沒有臨時動議，台灣醫院協會李飛鵬理事長因為稍微晚點進來，剛剛會議中有特別感謝台灣醫院協會在 4 月 24 日進行 113 年度醫院總額風險移撥款的成果發表會，非常成功，是不是請李理事長用簡短幾句話談談您的感想，謝謝。

李委員飛鵬：謝謝主任委員給我這個機會，抱歉晚到，非常感謝當天主委跟 6 分區的組長，還有衛福部跟健保署的長官，以及很多的委員都一起來參與，給我們很多意見，我們期待這個計畫能夠越做越好，再一次感謝大家的參與，也給我們很多的指教，謝謝。

周主任委員麗芳：各位委員，感謝大家，我們今天會議就進行到這裡，散會。