

衛生福利部全民健康保險會
第7屆114年第10次委員會議議事錄

中華民國114年12月24日

衛生福利部全民健康保險會第7屆114年第10次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國114年12月24日上午9時30分

方式及地點：本部301會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：劉于鳳、楊羽晴

出席委員：(依姓名筆劃排序)

田委員士金、朱委員益宏(台灣社區醫院協會王秘書長秀貞代理)、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、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、張委員鈺旋(陳專門委員淑華代理)、許委員慧瑩、連委員賢明、陳委員世岳、陳委員秀熙、陳委員建宗、陳委員節如、陳委員麗琴、黃委員心苑、黃委員金舜、黃委員振國(中華民國醫師公會全國聯合會陳理事長相國代理)、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、蔡委員順雄、鄭委員力嘉、謝委員佳宜、顏委員鴻順、嚴委員必文、蘇委員守毅

請假委員：許委員舒博

列席人員：

中央健康保險署：陳署長亮好

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11~13頁)

貳、議程確認：(詳附錄第13頁)

決定：確認。

參、確認上次(第9次)委員會議紀錄：(詳附錄第13頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第14~18頁)

決定：

一、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計13項，其中11項達解除追蹤條件，同意解除追蹤；1項同意部分解除追蹤，該項未完成部分與其餘1項繼續追蹤。

二、原訂於本次提報之「115年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」，同意中央健康保險署所請，延至115年1月份委員會議辦理。

三、有關「114年度各部門總額核(決)定事項」未完成之8項核(決)定事項(如附件一)，併入115年度持續追蹤。

四、餘洽悉。

伍、報告事項(詳附錄第19~36頁)

第一案

報告單位：本會第二組

案由：本會115年度工作計畫及會議預定時間表(草案)。

決定：確認115年度工作計畫內容及會議時間表(如附件二及附件三)，並請委員預留時間與會。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：113年全民健康保險自付差額特殊材料執行概況。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：114年度各部門總額依核(決)定事項，須提會報告之項目(續提)。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署參考。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「114年11月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)。

決定：本案洽悉。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：上午11時。

114 年度各部門總額核(決)定事項未完成之工作項目

項次 ^註	部門	114年度總額未完成項目
23	中醫 門診	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 (會議資料附件項次 23) ※協定事項：持續檢討費用申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，以建立合理給付標準
5、41	醫院	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫 (會議資料附件項次 5、41) ※決定事項：精進計畫內容，檢討執行目標、預期效益評估指標及其目標值，以利檢討改善
32	西醫 基層	強化基層照護能力及「開放表別」項目 (會議資料附件項次 32) ※決定事項：對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務項目
1、11		山地離島地區醫療給付效益提升計畫 (會議資料附件項次 1、11) ※決定事項：新增「公費醫師在地服務診次費用」：建立評估機制，檢討本項預算對鼓勵公費醫師留鄉之成效，包括公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率等
2	其他 預算	居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務 (會議資料附件項次 2) ※決定事項：持續精進居家醫療照護模式，提升品質與成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)，並檢討、修訂「居家醫療照護整合計畫」相關支付標準
5		腎臟病照護及病人衛教計畫 (會議資料附件項次 5) ※決定事項：檢討「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標，訂定更具鑑別度之獎勵方式，以落實獎勵之目的

註：項次係指會議資料附件之項次。

全民健康保險會115年度工作計畫

114年第10次委員會議(114.12.24)通過

日期	工作項目
1月21日 (第1次委員會議)	<p>優先報告事項： 115年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項</p> <p>討論事項： 115年度各部門總額一般服務點值保障項目之討論</p> <p>報告事項： 115年度各部門總額依核定事項，須提本會報告之具體實施計畫/方案/規劃或執行方式(附表1之項次1、2)</p>
3月11日 (第2次委員會議)	<p>優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭；含114年健保業務整體執行情形、併同分級醫療執行情形及成效檢討、急診品質提升方案指標執行結果)(附表2)</p> <p>討論事項： 各總額部門114年度執行成果評核作業方式(草案)之討論</p> <p>報告事項： 「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」具體實施方案(包含執行方式、請領資格、調薪認定標準及稽核機制等)專案報告</p>
3月25日 (業務參訪活動)	地點：罕見疾病基金會附設新竹縣私立關西身心障礙福利服務中心 (罕見家園，新竹縣關西鎮東平里9鄰小東坑7之6號)
4月22日 (第3次委員會議)	<p>討論事項： 1.116年度總額協商架構及原則(草案)之討論 2.116年度總額協商程序(草案)之討論</p> <p>報告事項： 1.114年度全民健保年終決算報告、116年度全民健保預算備查案 2.「高風險疾病口腔照護計畫」專案報告(含牙結石清除各類適用對象醫療利用及執行效益檢討結果)</p>
5月20日 (第4次委員會議)	<p>法定諮詢事項： 衛福部116年度健保總額範圍(草案)併同健保署之財務試算諮詢案</p> <p>優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭；併同提出114年度抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略、114年「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」協商因素項目預算執行情形、分級醫療執行情形及成效檢討、急診品質提升方案指標執行結果)(附表2)</p>

日期	工作項目
	<p>報告事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 「家庭醫師整合性照護計畫」之專案報告(包含整體照護成效及朝慢性病整合及全人照護方向之推動結果) 115 年度各部門總額依核定事項，須提本會報告之具體實施計畫/方案/規劃或執行方式(附表 1 之項次 3、4)
6 月 24 日 (第 5 次委員會議)	<p>討論事項：</p> <p>各總額部門 114 年度執行成果評核獎勵標準案之討論(依 3 月評核作業方式議定之時程提會)</p>
	<p>報告事項：</p> <p>「0~6 歲兒童醫療量能保障」具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)專案報告</p>
7 月 20、21 日	各總額部門 114 年度執行成果發表暨評核會議
7 月 29 日 (第 6 次委員會議)	<p>法定交議事項：</p> <p>衛福部交議 116 年度健保總額範圍案</p> <p>討論事項：</p> <p>各總額部門 114 年度執行成果評核獎勵標準案之討論(依 3 月評核作業方式議定之時程提會)</p>
	<p>報告事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 「促進醫療服務診療項目支付衡平」之具體實施方式及執行情形專案報告 115 年度牙醫門診總額專款項目執行期限屆期之檢討(提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)(附表 3)
8 月 19 日 全天	<p>上午 (第 7 次委員會議)</p> <p>優先報告事項：</p> <p>全民健康保險業務執行季報告(口頭；併同提出分級醫療執行情形、急診品質提升方案指標執行結果)(附表 2)</p> <p>報告事項：</p> <p>「鼓勵院所推動腹膜透析與提升照護品質方案」及「居家血液透析與提升其照護品質」專案報告(含執行成效及照護品質與健康結果)</p> <p>下午 (協商會前會)</p> <p>116 年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會</p>
★9 月 23 日 全天 (總額協商會議)	116 年度總額協商會議 (若有未盡事宜，則於 9 月 24 日上午 9 時 30 分繼續處理)

日期	工作項目
★9月30日 (第8次委員會議)	討論事項： 116年度各部門總額及其他預算協商結論之討論 (委員可選擇視訊方式參與)
10月28日 全天	討論事項： 1.116年度總額協商結果之整體成長率及部分協定事項之確認 2.116年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論 下午 (諮詢會議) 116年度保險費率審議前專家諮詢會議
★11月25日 (第10次委員會議)	優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭；併同提出部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討、分級醫療執行情形、急診品質提升方案指標執行結果、115年「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」協商因素項目預算執行情形)(附表2) 討論事項： 1.全民健康保險116年度保險費率方案(草案)之審議 2.116年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論(續) 報告事項： 114年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告
12月23日 (第11次委員會議)	優先報告事項： 116年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項 討論事項： 健保署擬訂116年度抑制資源不當耗用改善方案之討論 報告事項： 自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告(含最近1年新增項之檢討改善報告)
視健保署提出 相關案件之時 間安排	1.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論(依序於2、5、8、11月) 2.健保署所擬訂調整保險給付範圍方案之審議 3.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議 4.健保署修訂醫療品質資訊公開辦法草案之討論

註：1.以★標註者，委員必須親自出席，不得委由代理人出席。

2.委員會議若另有決議(定)事項，配合安排或調整相關工作項目。

附表 1 115 年度各部門總額依核定事項，須提本會報告之具體實施計畫/方案/規劃或執行方式

項次	總額別	項目	核(決)定事項	提報時程
1	中醫	中醫三高病人加強照護計畫	訂定具體實施計畫(含適應症、適用對象、醫療服務內容、支付方式)，於 115 年度總額公告後，將實施方案提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。	1 月份 委員會議
2	西醫 基層	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費	持續研修具體實施方案(包含執行內容、支付方式、結果面之評估指標、稽核機制等)，以增加護理人力或護理人員薪資調整為原則，確實提升護理照護品質，並於 115 年度總額公告後，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議。	
3	醫院	住院護理費用	本項用於調升住院護理費用，請落實用於調升護理人員薪資，鞏固醫療量能，並訂定具體實施規劃，於 115 年 5 月前提報全民健康保險會。	5 月份 委員會議
4	醫院 及 西醫 基層	暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)	在額度內妥為管理運用，對於新醫療技術之導入項目及具體執行方式，請妥為規劃後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。	

附表 2 業務執行報告應定期提報事項之時程及內容

項次	應提報事項	提報時程及內容
1	前 1 年全年健保業務執行情形之整體性說明(含視健保指示藥品取消收載情形提報)	於每年第 1 季業務執行報告時提報。
2	前 1 年度抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略	併同於 5 月業務執行季報告提報前 1 年度完整之執行結果及檢討(含可節省費用)。
3	部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討	併同於 11 月業務執行季報告提報自 112.7.1 實施之新制部分負擔執行情形(含成效檢討)。
4	分級醫療執行情形及成效檢討(含結果面指標及監測結果)	併同於 2、5、8、11 月業務執行季報告呈現最新之辦理情形。
5	急診品質提升方案指標執行結果	
6	「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」協商因素項目預算之執行情形	併同於 5 月業務執行季報告提報前 1 年度完整資料、11 月業務執行季報告提報當年度執行情形。

附表 3 115 年度牙醫門診總額專款項目執行期限屆期之檢討
(提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)

類別	總額別	項目	核(決)定事項
專款屆期之檢討	牙醫	超音波根管沖洗計畫	請會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，提出能即時反映計畫成效之指標，以評估照護成效，並於 115 年提出是否納入一般服務之評估結果。
		高風險疾病口腔照護計畫	本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第 4 年(115 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
		特定疾病病人牙科就醫安全計畫	本計畫以 3 年為檢討期限(113~115 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第 3 年(115 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

全民健康保險會 115 年度會議預定時間表

會議次別	會議時間		會議地點	
第 1 次	1 月 21 日(星期三)上午 9 時 30 分		衛生福利部 3 樓 301 會議室	
第 2 次	3 月 11 日(星期三)上午 9 時 30 分			
業務參訪活動	3 月 25 日(星期三)全天		罕見家園(新竹縣關西鎮)	
第 3 次	4 月 22 日(星期三)上午 9 時 30 分		衛生福利部 3 樓 301 會議室	
第 4 次	5 月 20 日(星期三)上午 9 時 30 分			
第 5 次	6 月 24 日(星期三)上午 9 時 30 分			
各總額部門 114 年度執行成果發表暨評核會議	7 月 20 日(星期一)上午 9 時全天 7 月 21 日(星期二)上午 9 時半天		衛生福利部 1 樓大禮堂	
第 6 次	7 月 29 日(星期三)上午 9 時 30 分		衛生福利部 3 樓 301 會議室	
第 7 次	8 月 19 日	(星期三)上午 9 時 30 分		
116 年度總額協商草案會前會		(星期三)下午 1 時		
116 年度總額協商會議	★9 月 23 日(星期三)上午 9 時全天 若有協商未盡事宜，則於 9 月 24 日(星期四)上午 9 時 30 分處理		衛生福利部 3 樓 301 會議室	
第 8 次	★9 月 30 日(星期三)上午 9 時 30 分		衛生福利部 3 樓 301 會議室	
第 9 次	10 月 28 日	(星期三)上午 9 時 30 分		
費率審議前專家諮詢會議		(星期三)下午 1 時		
第 10 次	★11 月 25 日(星期三)上午 9 時 30 分		衛生福利部 3 樓 301 會議室	
第 11 次	12 月 23 日(星期三)上午 9 時 30 分			

- 備註：1.以★標註者，委員必須親自出席，不得委由代理人出席。
 2.考量第 8 次委員會議與總額協商會議時間相近，且係為確認各部門總額及其他預算協商結論，為避免遠程委員旅途奔波，委員可視需要，選擇視訊方式參與。
 3.各次委員會議時間或地點如有更動，另行通知。
 4.如需召開臨時委員會議，其時間與地點另行通知。

第7屆114年第10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 9 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉：報告主委，各位委員！會議時間已經到了，出席委員人數過半了，已經達到法定開會條件，今天的會議可以開始，請主席致詞。

周主任委員麗芳：好，謝謝。所有健保會的委員，健保會周淑婉執行秘書所帶領的幕僚，還有健保署最強、最好的夥伴同仁，大家早安！大家好！

首先要向大家恭賀，今天是 12 月 24 日是聖誕夜，祝大家聖誕節快樂、新年快樂！但真正恭賀的還不是這個，真正要恭賀的是今年健保會第 7 屆委員，在這一年當中歷經了很多變化，首先的變化之一，特別是健保署陳亮好署長，以及熱騰騰的劉林義主任秘書，發現好像經過健保會的歷練，升官都特別快。其次，等一下也可以看到社會保險司新任的代理司長張鈺旋，她今天在立法院有會議，先由陳淑華專門委員代理。還有，在今年度醫療部門換血換得非常快，但還是無縫接軌，容我再介紹一下，首先是西醫基層新接任的中華民國醫師公會全國聯合會陳相國理事長，新接任的顏鴻順副理事長，牙醫部門中華民國牙醫師公會全國聯合會陳世岳理事長，中醫部門中華民國中醫師公會全國聯合會蘇守毅理事長也是今年剛接手，請蘇理事長要先講幾句話。

蘇委員守毅：各位委員，委員桌上有放 2 張邀請卡，1 張是 1 月 15 日的邀請，先前選理事長很激烈，周主任委員一再跟我打氣加油，曾答應過她選上要宴請感謝大家，如果大家時間上許可就邀請委員一起來吃飯，另外是 1 月 18 日，是中醫部門的尾牙，順道邀請大家一起參加，所以 1 月份有連續二個餐會活動邀請大家。

周主任委員麗芳：好，謝謝蘇守毅理事長。這兩張邀請卡是來自中醫部門蘇守毅理事長的邀請。

現在陳亮好署長也來到了現場，剛才講到健保會今年很多喜事，包括陳亮好署長的上任，以及劉林義主任秘書的升任。接下來是中

華民國藥師公會全國聯合會黃金舜委員，從理事長進階為榮譽理事長，也是升級。中華民國護理師護士公會全國聯合會陳麗琴理事長，也是今年接任。可以看到幾乎是全部換血，再次感謝大家。雖然說有些異動，但都是無縫接軌，且持續扮演好健保會委員的角色。

等一下陳亮好署長也會向大家報告，我先向大家說明，有沒有發現我今天的穿著是配合桌上健保署致贈的「健保 30 週年專輯」，很像國家最近發下來的小橘書「當危機來臨時台灣全民安全指引」，全部都是橘色的。健保從民國 84 年開辦到現在 30 週年，非常感恩大家的努力，特別是健保會，也是導引健保發展過程中不可或缺的重要角色。

大家都知道，今年也就是 114 年度健保總額成長率破 30 年以來最高的紀錄，除了成長率達到上限 5.5% 外，也很感謝賴清德總統、石崇良部長，還有行政院卓榮泰院長等的支持，把一些過去由健保總額支出項目移出改由公務預算支應，整個加起來，健保實際運用金額成長率來到 8.13%，也要感謝過程中所有的健保會委員陸續提出很多建言，都是讓健保越走越穩健的重要過程。

其次要感謝在座的每位委員攜手努力創下這不可能的任務，一個是總額協商能夠縮短協商時間，在晚上 9 點多就能協商完成，不但每個部門協商完成，付費者代表也完全體恤現在醫療體系生態，護理人力流失的現象，希望能夠提供更高的醫療品質，同時留任更多的醫護人員。所以今年度在總額協商當中，為 115 年打下非常好的基礎，4 個醫療部門的總額成長率都來到了 5.5%，給各位委員掌聲鼓勵(委員鼓掌)。另外在賴總統支持下，明年公務預算也額外再挹注 199 億元。所以每位在座的委員，都可以大聲的對外界講，現在已經邁入兆元健保。健保會有更大責任，因為有更多經費挹注，也希望能讓健保運作更好。也就是在健保 30 年之際，在有更多預算支持下，帶動整體醫療品質的提升，包括強調論質計酬、以病人為導向，不再是片段式疾病醫療服務，而是全人完整性的照護服務。這些是要再次感謝大家的地方。

非常謝謝石崇良部長，很尊重健保會的委員，希望今天會後與每位委員交流，所以今天的會議在上午 11 點要結束。在會議正式開始前，再請教醫療部門的代表，除蘇守毅理事長外，有沒有遺漏其他要跟委員布達的事情嗎？沒有，好，會議正式開始。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主委，各位委員，早安！這次議程，計有報告案 4 案，都是依照年度工作計畫與委員會議決定辦理，第 1 案是明(115) 年度工作計畫與會議時間規劃的草案，第 2 案是每年 12 月都會提報的自付差額特材的執行概況，第 3 案是依照本年度總額核(決)定事項要提會報告的續提案。第 4 案是健保署 11 月份業務執行報告，本次不作口頭業務報告，請委員提供書面意見。

剛剛主委已提及委員會議後，我們會在附近與部長做座談跟餐敘，因此本次會議須於上午 11 時前結束。因為座談會地點不在衛福部，會後將安排交通接駁，非常感謝協助開車接送的委員，委員會議結束後，本會同仁將引導委員們至地下室搭車。若座談會結束後有坐車需求的委員，本會同仁會協助委員叫計程車，並由本會支付車資，計程車將送至指定捷運站，這是座談會後交通接駁方式。以上是議程的部分。

周主任委員麗芳：議程的部分非常謝謝周執行秘書淑婉的說明，委員如果沒有其他意見的話，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一次的會議紀錄有沒有意見？如果都沒有意見的話，會議紀錄就確認。接下來進行本會重要業務報告。

貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄 同仁宣讀

周執行秘書淑婉：本會的重要業務報告，項次一是本會依上次(第 9 次)委員會議決議(定)事項辦理情形，(一)依照討論事項第一案決議，已將 115 年度保險費率的審議結果陳報衛福部，衛福部也在本年 12 月 8 日轉陳行政院核定，並副知本會，相關資料在附錄一、二，第 89~95 頁。

(二)本會在本年 12 月 1 日將完成協定之「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式」陳報衛福部核(決)定。一併跟委員報告進度，在會議前有詢問衛福部有關 115 年度的總額協協定結果，及地區預算的分配結果，部裡還在核定中，尚未核定下來。

(三)依照報告事項決定，本會在 11 月 28 日已將 113 年度監理指標監測結果報告定稿並上網公開，報告書的網址請委員轉知所屬相關的團體的會員參閱。

項次二，為利委員了解歷次委員會議未結案件之辦理情形，依例每半年彙報 1 次，截至 11 月底未結案件計 13 項，依辦理情形，擬建議解除追蹤 11 項，部分解除追蹤 1 項，繼續追蹤 1 項，如附表第 18~28 頁。但最後仍依委員會議定結果辦理。請委員參閱會議資料第 18 頁，向委員簡單說明擬解除追蹤案件：

項次 1，有關指示用藥逐步不納入健保給付之規劃與配套措施，健保署已自 94 年起陸續公告取消部分指示藥品之健保給付。其實健保署都有在做，所以未來有取消給付的部分，建議併入健保署業務執行報告提報，本案建議解除追蹤。

項次 2，是有關醫院及西醫基層總額之「新醫療科技(包括新藥及新特材等)」及「藥品及特材給付規定改變」預算，委員關心導入之後，如果超出原編列預算的彌補機制。健保署已提出，其實新藥新特材每季都會做監控，新藥在 111 年到 113 年都沒有超過原編列預算的情形，如果有超過的話，健保署將會在隔年去爭取額外的預

算，以補足不足的部分；在特材的部分，如果申報點數超出該項編列的預算，健保署會採取修訂給付規定或者進行價量協議去調整支付點數，所以都已經有相關的彌補機制，建議解除追蹤。

項次 3，是有關於分級醫療各項策略的執行成效，健保署已提出精進分級醫療的政策、方案跟相關鼓勵措施，並會在業務執行報告定期提報，建議可以解除追蹤。

項次 4，請委員參閱會議資料第 21 頁，是 112 年度牙醫門診總額依協定事項須提本會報告「預算扣減及節流效益之規劃」之未完成項目，其中涉及節流效益檢討之 3 項計畫，請健保署提報量化的執行結果，及提出退場時重要的參據。健保署在 10 月份已提報執行結果，所以建議解除追蹤。

項次 5，請委員參閱會議資料第 22 頁，是有關 113 年度牙醫門診總額「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，提出合理的比較基準。健保署在 10 月 22 日已函報指標監測的比較基準，所以建議解除追蹤。

項次 6，請委員參閱會議資料第 23 頁，是有關 114 年度總額核(決)定事項及時程，完成法定程序及提報本會等事宜。尚未完成的項目已在本次委員會議重要業務報告項次四做報告，所以建議解除追蹤。

項次 7，是有關流感疫情及長連假診所開診率低，要動用「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目預算支應西醫基層診所及藥局開診額外獎勵措施案，向本會提報執行結果。健保署在 10 月 22 日第 8 次委員會議時已報告執行結果，所以建議解除追蹤。

項次 8，有關於 114 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之具體實施規劃/計畫，之前有 5 項未完成、2 項須補充內容，現在全部都已經提報完成，所以建議解除追蹤。

項次 9，請委員參閱會議資料第 24 頁，有關 114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)，需衛福部核定後，才可以解

除追蹤。衛福部已在 6 月 20 日核定，本項已經完成，建議解除追蹤。

項次 10，是關於特殊材料「特殊材質縫合錨釘」以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案，請健保署監測使用狀況，並於納入半年後提到本會做檢討報告，健保署在本次委員會議的報告事項第二案裡會提報，所以建議在提報之後解除追蹤。

項次 11，是修正「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條第 1 項第 2 款之附表一。衛福部核定發布後解除追蹤，衛福部已在 114 年 10 月 29 日發布，所以建議解除追蹤。

請委員參閱會議資料第 26 頁，有 1 項擬部分解除追蹤，大家應該都記憶非常深刻，這項是關於收入面的部分，一個是政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之計算方式，還有是健保法施行細則第 45 條的修正。因為健保法施行細則第 45 條的修正已在 114 年 10 月 20 日修正發布，所以已經完成一半，這個部分建議解除追蹤，之後只追蹤政府應負擔健保總經費法定下限 36% 的計算方式。以上是解除追蹤的情形。

請參閱會議資料第 12 頁，項次三，是有關原訂本次的委員會議安排健保署要提報「115 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，健保署在本年 12 月 12 日來函，為使這個方案能夠規劃得更完善，建請本會同意延後至 115 年 1 月份委員會議提報。考量該署所提理由尚屬合理，建請同意依健保署所請辦理。

項次四，是有關於 114 年總額核(決)定事項未完成之工作項目後續的辦理情形。在會議資料第 13 頁，未完成的項目原本有 28 項，在健保署的努力之下已經完成了 20 項，只剩 8 項還沒有完成，因為年度就要結束了，這 8 項未完成項目都是延續在 115 年會繼續辦理的計畫或項目，所以建議併入 115 年度總額核(決)定事項持續追蹤，也請健保署能夠盡速辦理，請委員參閱。

項次五，要跟委員們報告，「全民健康保險會組成及議事辦法」第 7 條第 1 項規定，本會的委員在任期內要親自出席委員會議達 2/3

的次數，這是續聘的必要條件。第 7 屆委員的任期是 114 年 3 月 4 日到 115 年 12 月 31 日為止，預計召開 21 次的委員會議。出席達 2/3 的次數是以 2 年合併計算，委員至少要親自出席 14 次才符合續聘的條件。統計到 114 年 11 月底，所有委員出席率介於 50%~100% 之間，請委員盡量親自出席參與會議討論，為代表團體發聲。如果委員確實有要公，還是可以請假，但請不要到現場只有簽名而沒有實質出席會議，這樣會讓本會有公文書登載不實的疑慮，對同仁會造成很大的壓力，請委員幫忙。

項次六，是衛福部及健保署在本年 11 月至 12 月份發布及副知本會的相關資訊摘要，內容都置於健保署全球資訊網，詳細內容及相關文件於本年 12 月 17 日已經寄至各位委員的電子信箱，不過還是有補充資料。委員請看到黃色補充資料頁，我們有補充衛福部發布 115 年保險對象住院應自行負擔費用之最高金額，這個都是用公式計算的。此外健保署也公告第 3 類被保險人適用之投保金額，及第 4 類及第 5 類保險對象適用之保險費，詳細資料在補充資料的第 1~7 頁。另外，要再跟委員報告，補充資料附錄 12 有個地方誤植，在補充資料修正附錄 12 及會議資料的第 113~116 頁，附錄 12 是有關新藥及新特材的收載情形，其實這個是本會同仁花時間整理的，若有不小心誤植的部分，要找的對象是本會，不是健保署，對健保署很不好意思，本會花了很多力氣整理，其實問本會比較清楚。真的很抱歉，我們幫各位委員整理，有不小心誤植的部分就請大家包涵。以後有問題的話，就直接找本會同仁，我們會再做確認，這樣會比較好一些，以上說明，謝謝。

周主任委員麗芳：非常謝謝周淑婉執行秘書剛剛詳盡的說明，這個過程中我們可以看到健保署在陳亮紓署長的帶領之下，真的做了好多好多的事情，我們每個月都開會，每個月都看到健保署的進度非常快，很有效率。

也很感謝我們健保會的同仁，剛剛周淑婉執行秘書念得上氣不接下氣，是因為在追蹤、整理這些案件的辦理情形，有的案件已經追蹤了 10 年、5 年，但是我們有鍥而不捨的精神，持續在追蹤進度，

周淑婉執行秘書帶著同仁去每案整理，也很詳盡的說明，所以針對剛剛周淑婉執行秘書對業務的說明，包括我們要解除追蹤的事項，真的是都很有道理，因為他們很密切的去做功課。還有一些是屬於健保署推動新的業務及公告。委員有沒有其他意見？請林恩豪委員。

林委員恩豪：我想問一下，會議資料第 19 頁擬解除追蹤項次三，有關分級醫療各項策略之執行成效，這是未來固定在季報告裡報告嗎？還是 114 年報告完後，後續 115 年就不會再報告了。

周主任委員麗芳：請周淑婉執行秘書。

周執行秘書淑婉：以後是例行報告，我們會再請健保署提季報告的時候，提醒他們一定要提供分級醫療的執行情形。

周主任委員麗芳：謝謝，委員如果沒有其他意見的話，本案我做以下幾點決定：第 1 點，歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計 13 項，其中 11 項達解除追蹤條件，同意解除追蹤；1 項同意部分解除追蹤；該項未完全部分與其餘 1 項繼續追蹤。第 2 點，原訂於本次提報之「115 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」，同意健保署所請，延至 115 年 1 月份委員會議辦理。第 3 點，有關「114 年度各部門總額核(決)定事項」未完成之 8 項核(決)定事項，併入 115 年度持續追蹤。第 4 點，餘洽悉。接著進行報告事項第一案。

參、報告事項第一案「本會 115 年度工作計畫及會議預定時間表(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

邱組長臻麗：主席、各位委員，大家好。115 度的工作計畫是依本會 115 年度總額協商的結果，及歷次會議決議(定)事項辦理，最後還是會依部的核定結果來做調整。

這個工作計畫的草案我們有徵詢過社保司跟健保署的意見，社保司的回復意見是有關於 11 月份會議時間的安排，他們希望可以提前召開，因為考量費率審議的結果要報行政院，需要一些作業時間，所以社保司建議可以提前召開。本會的處理說明請看表格右邊，我們總額協商在 9 月 23 日，之後會遇到一些連續假日，所以委員會議確定協商結果的時間排在 9 月 30 日，之後因為各總額部門及健保署都要依據協商結果來研擬執行目標及預期效益之評估指標，還有費率的方案，需要一些作業時間，所以我們在 10 月份排在 28 日召開委員會，還有費率審議前的專家諮詢會議。之後因為健保署還要依據費率審議前專家諮詢會議意見去做修正，所以我們也把 11 月份委員會議排在 11 月 25 日，這是我們考量的因素。

請委員翻到附件二第 58 頁，這是本會明年會議的預定時間表，原則上都是排定在每個月的第 4 個禮拜三，但部分會因為農曆過年、國定假日，還有因為業務需要，會做一些調整。請委員參考預定時間表預留時間與會。以上說明。

周主任委員麗芳：非常感謝，這一案很重要，因為所有的時間需要事先排定好，如果經過大家確認的話，我們有幾個很重要的行程，首先 2 月份因為是農曆過年，所以 2 月份不開會。其次，7 月份很重要的評核會議，所以 115 年評核會議是在 7 月 20 日及 21 日這 2 天進行。其次就是總額協商，安排在 9 月 23 日全天，我們要來進行 116 年度總額協商。

在明年度的評核會議之前，我們也希望讓大家多了解實際業務的執行狀況，所以在明年度 3 月 25 日，我們會有業務參訪活動，預

定地點是罕見疾病基金會在新竹縣的罕見家園，所以這邊要謝謝洪瑜黛委員，也請洪委員回去後跟陳莉茵創辦人致謝，讓我們有機會多了解罕病或是特殊疾病患者的需求，以及他們的照護狀況。有關本案，委員有沒有要提出其他意見？請陳代理委員淑華。

陳代理委員淑華(張委員鈺旋代理人)：主席、各位委員，我代表社保司回應，有關明年費率審議的日期，我們是比較希望能夠像過去年度提前 1 個禮拜。我在這邊說明一下，事實上，在二代健保實施之後，我們每年幾乎都是在 11 月的第 3 個禮拜召開費率審議會議，主要是因為會議召開之後，我們還要等健保會的會議紀錄，才有辦法簽辦陳報行政院的公文。以今年來講，費率審議會議是在 11 月 19 日，部裡 12 月初函報行政院之後，行政院目前還沒有核定下來，因為今天也已經 12 月 20 幾日了，過往的經驗是投保單位都會很關心明年的費率到底是多少？所以我們昨天也跟健保署承保組討論過，健保署的承保單位就執行面來看，也是希望能夠提前 1 個禮拜。以上補充。

周主任委員麗芳：林淑華專委，我問一下，所以社保司建議的是哪 1 天？提前 1 個禮拜嗎？

陳代理委員淑華(張委員鈺旋代理人)：11 月 18 日。

周主任委員麗芳：我們聽一下健保署的意見。

盧專門委員麗玉：各位委員好，這個部分確實如社保司所說，因為我們按照往年經驗，健保署幾乎都是在 12 月中下旬收到投保金額或保險費、保險費率調整的正式公告，確實這幾年來不斷收到投保單位反映，對於 1 月份保費的扣收作業造成非常大的影響，所以如果可以的話，我們也是希望能夠適度地提前，方便投保單位的作業。

周主任委員麗芳：謝謝，現在我充分了解。健保會周淑婉執行秘書帶領的幕僚同仁當然也很辛苦，因為我們在前 1 個月，也就是 10 月 28 日才開完委員會議，會後有很多作業，但是考量到所有單位的配合，我們就在 11 月 18 日召開費率審議會議，尊重社保司跟健保署的意見。

周執行秘書淑婉：不好意思，周主委，我們在作業上真的沒有辦法在短時間內既要製作議事錄、同時又要彙整下一次委員會議資料，我們沒那麼多人手，也沒辦法吃得下來，同仁也是要休息，我們會盡量配合，但是真的沒有辦法。如果要提前，健保署就要如實承諾依照期限提供資料給我們，我們才可以趕快整理資料；因為本會的審議資料是健保署提供的，如果要提前開會，那就必須要在 10 月 28 日委員會議開完後，健保署可以馬上修改資料給本會，我們才可以馬上做議程。不然的話，我們根本沒有資料可以提供給委員，其實是健保署資料要趕快提供給本會。

周主任委員麗芳：請陳亮妤署長。

陳署長亮妤：這是醫審單位要提出來的資料嗎？(劉主任秘書林義：是財務。)有沒有可能按照原本的議程，讓大家都有充裕的時間準備？好，那就維持原來的期程。

周主任委員麗芳：那就按照原期程，謝謝。畢竟我們是好幾個單位一起合作，不知道社保司這邊可以嗎？

陳代理委員淑華(張委員鈺旋代理人)：我們主要是考慮到健保署執行面的部分，如果健保署在執行面上有辦法處理，我們就尊重健保署的決定，因為每年年底除了他們，我們也都會接到投保單位的電話。

周主任委員麗芳：所以這邊也要讓各位委員充分的了解到，健保會能夠順利地運作，3 個單位必須要同心協力，除了我們健保會的幕僚、還有社保司、健保署通力合作。可是在剛剛的討論過程，我們就可以看到，彼此的心中都是為了另外的單位著想。我身為健保會的主委，因為有 2 個單位提出意見，我們當然也是替他們設想，可是馬上看到陳亮妤署長說沒關係，尊重健保會，讓同仁負擔不要太沉重。所以既然社保司也說尊重健保署，健保署尊重健保會，我這個主委就拍板維持原案，拜託林淑華專委回去再跟張鈺旋司長報告一下今天的討論情形，好不好？周淑婉執秘就可以稍微放心了，等一下我們還有餐敘，所以放輕鬆。本案就確認 115 年度工作計畫內

容及會議時間表，並請委員預留時間與會，接下來進行報告事項第二案，請同仁宣讀。

肆、報告事項第二案「113 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

張參議惠萍：略。

周主任委員麗芳：署長這邊需要補充嗎？

陳署長亮好：跟各位委員報告，大家都蠻關注特材相關政策，健保署在特材的政策上當然扮演至關重要的角色，今年我們先做的第一步就是讓費用透明，讓民眾可以比價，大家就可以比較出不同的醫院、同樣的水晶體、同樣的品牌到底價差在哪裡？這樣會產生一個互相制衡的效果。

第 2 個部分要向各位委員報告，目前在行政院 BTC(Bio Taiwan Committee)^(註)，也就是行政院層級的生技委員會，已責成衛福部推動中央與地方的聯合審查機制，規劃針對廠商的申請進行聯合審查。如果這個措施持續推動，不僅可以大幅節省廠商在 22 縣市申請審查的行政成本，更可以避免出現各縣市衛生局核價結果不同，導致同品牌、同品項特材產生價差的情況，進而大幅改善目前台灣面臨的特材問題。以上是本案的進度補充，謝謝。

註：Bio Taiwan Committee，生技產業策略諮詢委員會。行政院為加強生技產業發展藍圖之規劃，並強化政策與資源統籌功能，特於 2005 年成立具國家政策位階之「生技產業策略諮詢委員會 (Bio Taiwan Committee, BTC)」，並逐年召開會議，針對國內生技產業發展，提出策略方向建議。

周主任委員麗芳：謝謝署長的說明，在場的委員是否有其他意見？請洪瑜黛委員。

洪委員瑜黛：我想請教簡報第 4 頁(會議資料第 64 頁)自付差額特材實施現況，最右邊一欄醫事服務機構收費情形範圍，雖然我知道各類特材還有分細項跟不同功能，但是可以看到各類特材的收費範圍其實蠻大的。以我上網查詢的第 6 項特殊材質生物組織心臟瓣膜為例，它的價格範圍真的很大，從 4 萬 9 千元到 43 萬 8 千元；它裡面再區分為 4 類，我發現即便是同樣的許可證字號，應該就是同一個品項的特材，它的收費還是從 4 萬 9 千多元到 16 萬 4 千多元，有 11 萬元的價差，這個範圍真的很大。就一個病人來講，他用同

一個機器、同一個材質，它的價錢竟然差這麼多。我想請教的是，各醫院的定價是不是經過一定的程序、並且訂定一個合理的收費範圍，讓醫院在這個範圍裡面訂價，謝謝。

陳署長亮妤：我剛剛特別補充後面那一段話，就是知道各位委員一定會問健保署，我要跟各位委員報告，目前自付差額特材的收費，是由廠商自行跟 22 縣市的衛生局申請，再由衛生局核價。

由於行政院層級收到蠻多意見反映，首先是廠商陸續反映需要跑 22 縣市申請審查，很耗費時間與金錢；第 2，由各縣市各自核價，很有可能導致核價不一致，就是洪瑜黛委員提到的情形；第 3，由於健保署承擔這個責任，先把這個平台建起來，所以委員就可以看到同品項同序號的特材會有價差的情形。至於健保署下一步是否配合衛福部進行管理上的調整或討論，就尊重今天各位健保會委員寶貴的意見，各位委員包含在座的幾位專家學者委員也可以對這個政策提出下一步改進的建議。

因為這個政策措施牽涉到衛福部的其他單位及 22 縣市的衛生局，所以我才特別做這樣的補充，因為醫材比價網這個平台是健保署建立的，大家對平台的所有疑問一定會來問健保署，所以上補充我們設置醫材比價網的討論歷程，謝謝。

周主任委員麗芳：接下來請陳秀熙委員。

陳委員秀熙：謝謝健保署的報告，謝謝陳亮妤署長的補充，可不可以回到未來方向的那一張投影片(會議資料第 75 頁)？就自付差額特材政策目前狀況，如果你們要用 HTA^(註 1)的標準來看這些，就剛才未來方向那張投影片，如果要處理價差的問題，還是得做成本效益分析，也就是說未來在每 1 項自付差額特材，都一定要做成本效益分析，而且這個分析必須涵蓋生活品質的改善情形。

我對優先納入健保全額給付的前 2 項考量沒有意見，但是第 3 項不僅要具給付效益，而且還要做成本效益分析，因為當很多醫療項目在排隊納入給付的時候，需要排列出優先順序。當然前面已經提到須考量醫療必要性、急迫性，以及臨床使用經驗純熟，但是國際

間一定會考量成本效益，我了解在 HTA 已經有做成本效益分析，所以我建議未來也要規劃進行成本效益分析，我的意思不是馬上就要做。做完成本效益分析之後，綜整健保財務可負擔的範圍及廠商的議價結果，自然會落在一個可以接受的範圍，這樣才能平衡長期以來國際供應商對我們報價的爭議，因為總是要有公開的標準，美國的 NIH^(註 2)遇到類似問題時，也都是以成本效益排序，以上建議，謝謝。

註 1：HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)。

註 2：NIH(National Institutes of Health，美國國立衛生研究院)。

陳署長亮好：謝謝陳秀熙老師，完全贊成您的意見，今年健保署有積極爭取增加 CHPTA^(註 1)的人力。CHPTA 就是 Center for health technology assessment，由於目前 CDE^(註 2)的 HTA 量能受限於人力，目前是 70 到 80 人，我們希望明年可以擴編到 100 人、4 年內可以到 300 人，這是目前衛福部的規劃。我們有很多要納入給付的項目需要 HTA，未來還有一些納入支付、但是臨床證據不夠的項目，或者是 cost effectiveness 不夠的項目，我們在 HTR^(註 3)之後，可能也會退出，未來不會只進不出。

這是整個衛福部的規劃，未來會朝這個方向進行，自付差額特材一定會是我們的重點之一，這部分我們會需要醫事司的協助，所以我們也會再跟衛福部報告各位委員的意見，謝謝。

註 1：CHPTA(Center for Health Policy and Technology Assessment，健康政策與醫療科技評估中心)。

註 2：CDE(Center for Drug Evaluation，財團法人醫藥品查驗中心)。

註 3：HTR(Health Technology Reassessment，醫療科技再評估)。

周主任委員麗芳：請連賢明委員。

連委員賢明：就是剛剛陳秀熙老師的意見，比較傾向於品質，因為我們自己有做一些研究，我想講一下，其實有關差額負擔這部分，大家想的有點複雜，有些醫事機構的定價其實是希望你買這支特材，因為他擔心你不買這支，所以他把另外一支價格訂得更貴，促使你買這支特材，所以光看整個特材價格的時候，不見得能夠反映現實狀況。

我提 2 個建議，第 1 個是除了價格以外，醫事司應該公布例如每季或每半年的醫療利用情形，因為他可能希望你做一些事情，所以把價格做一些變化，如果沒有看到數量、光看價格，可能很容易就會覺得價格訂得太貴，反而造成健保署很多的困擾。因為訂價時，不見得是想要患者真的去購買這個品項，因為把它訂貴，所以你不會買，而是買另外一個品項，這樣他就可以把量集中在某一品項。

其實我們跟健保署建議過，大家查詢資料的時候，沒有很方便，建議健保署定期公布資料讓大家看，學者其實會花很多時間去分析，結果出來以後才可以比較精確地去了解影響是什麼，很多時候健保署碰到的困難就是大家上網查詢，然後就比較最高、最低價，然後就說怎麼都不管理，可是問題是這些價格的品項到底有沒有人用？還是只是訂在那邊讓你覺得它很貴，所以另外一個廠牌相對很便宜。

還有這些廠商是不是真的有影響力、還是沒有影響力，像是人工水晶體，每一家眼科都可以做，光去看價差，有些時候沒有太大的意義，你要分析整個分布的變化，才能夠比較精確地去了解。我一直提醒健保署在討論的時候，大家都是拿那個資料對健保署表示意見，健保署其實壓力很大，因為大家就會說你為什麼不管，為什麼同樣一個東西可以價差 3 倍是暴利。健保署應該要想怎麼樣因應會比較好，因為你一旦管理價差，你接下來面對的問題是到底怎麼管理有效，其實沒有那麼簡單。

周主任委員麗芳：請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：我是站在患者的立場來看，簡報第 4 頁第 10 項品項(特殊功能及材質髓內釘組)價差從 3,412~68,964 元，價差實在太大。其實患者不知道怎麼樣去比較，而且各縣市不一樣，每個地方衛生局的報價或許都不一樣，民眾不知道怎麼樣去比較，這對民眾是困擾。當然公開透明化是好事，讓大家都了解，健保署做得很棒，可是相對也造成民眾的困擾，我們還是以民眾的顧慮為主。

如果價差太大，民眾不知道該怎麼辦，是不是去比較便宜的院所

去做就好，這樣子會造成患者的心慌亂，他可能會擔心沒有經濟能力負擔，為什麼在台北做 5 萬、8 萬元，搞不好去南部如嘉義或臺南，可能只需要 2、3 萬元，差距太大，讓人不知所措。是不是有折衷一點的辦法，讓民眾簡單地了解，例如訂統一價，或是讓價差不要太大的做法，可能健保署要傷一點腦筋。

周主任委員麗芳：請張田黨委員。

張委員田黨：主席、署長，我想大家剛才說得很清楚，特殊材料的價差太大，我不知道材質有沒有影響，用較貴的有比較好嗎？對生命有影響嗎？尤其如血管支架被廣泛使用，這是救命用的，價格合理嗎？一般醫院都會告訴患者不要用健保，建議用自費的，有錢人可能選擇自費的，但是價格真的差很多，一般平民百姓付不起差額，使用健保給付的支架安全嗎？我有很大的不安全感，怎麼會這樣，這樣合理嗎？病人付得起嗎？90% 醫師都會建議病人自費，這真的是很大的問題。

周主任委員麗芳：請黃心苑委員。

黃委員心苑：很多委員都有提到自費醫材管理，我和連賢明老師的看法相同，價格只是片面，應該去看新醫療科技是怎麼在健保體制下做擴散，我覺得這非常重要，大家就可以去做比較，看到是不是多數人一定會用貴的，這個不一定。第 2，大家都曾去院所看過病，也曾被收過自費，我們現在談的是自付差額的特材，這裡面有很多市場機制，很多人會說為什麼價差這麼大，牛肉麵也是價差很大，有一碗 100 元，也有一碗 1 千多元的，我覺得健保署做得很好，把價格告訴大家。

但是不是價差這麼大，所以我們需要去管理？我覺得這是很複雜的問題，因為我們看到的是那個特材，但是特材到了醫院以後，可能包含的不只是特材，還有服務或是其他配套，我們到底要怎麼去設定合理的價格範圍，這是非常困難的問題，我不曉得世界上有哪個國家可以訂出所謂的合理價格範圍，我建議如果真要訂這個範圍的時候，要考量得非常仔細，我記得 1、2 年前也曾經為這件事有

很大的爭議。

民眾去醫院看病，當然會擔心價格是不是會很離譜，市場上有公立醫院，公立醫院的收費應該不至於那麼沒良心，建議可以用公立醫院當作一個 benchmark，因為公立醫院比較不是以盈利為目的。在市場裡面，大家可以看公立醫院收多少錢做為基準，這個大概是比較合理的價格，我覺得在市場上還是有市場價格的調整，或是市場價格平衡的機制，以上建議。

周主任委員麗芳：請嚴必文委員最後一位發言。

陳署長亮好：我想利用這個機會聽聽大家的意見，請嚴委員發言後，邀請李飛鵬委員表示意見。

周主任委員麗芳：請李飛鵬委員最後一位發言，請嚴必文委員。

嚴委員必文：我呼應剛剛張田黨委員講的，我覺得自費醫材在某一個程度上，醫師的推波助瀾可能會達到一定的效果，我覺得這件事情要仔細的評估。

第 2，在所謂的價格平台上，我很贊成價格平台不能只是用價格做判斷，因為它可能還有所謂剛剛連賢明老師提到利用率的問題，我自己曾經在一個產業，那是自費非常廣泛使用的醫材，我有看過價差看起來差距非常大，可是實際給到最低價的那個診所幾乎沒有在做這樣的手術。這就會呈現一個問題，民眾到底怎麼去看這個價格的差異是否合理，如果純粹看一個診所這麼低的價格，那我就應該用這個當作 benchmark 去找尋這個醫生嗎？但他幾乎不會做這樣的手術。所以我贊成剛剛 2 位老師提的，我覺得這個平台的資訊揭露可能不只是價格，要有一個更完整的配套，才會比較能夠保障民眾。

周主任委員麗芳：請李飛鵬委員。

李委員飛鵬：謝謝署長、主委特別指定我發言，我能感受到所有付費者委員胸懷天下，捨不得我們的病人在生病的時候經濟困難，現在還要面臨選擇比較高價的醫材，讓人不忍心，我個人也是這樣覺得，全民健保創立的宗旨就是要讓人民有公平就醫的機會，不要讓

人民因病而貧或因病轉貧，健保有太多的新科技或者新的癌症項目要給付，健保總額就是這麼多，要納進來的時候實際上有困難，所以不得已的情況下，就是讓一些部分有健保，一些部分有差額。

各位知道，這些新的醫材都是國外科技先進的大廠製造，它引進到我們醫院，它的價格就訂在那裡，醫院引進時也經過評核，要收多少錢要由衛生局核定，像萬芳醫院是公立醫院打 9 折。我覺得醫材就像委員所講是很複雜的層面，我也常常跟同仁講，比如一個爸爸心肌梗塞，他的家人帶他到診間去看醫師，醫師說自費的效果一般在科技評估是比較好，要不要讓爸爸用這個自費，我覺得這真的是一個天人交戰的問題。他小孩子的薪水不高，也許一個月 4 萬塊，只有 1 萬塊剩餘，弄個支架要個 7、8 萬元差額，爸爸可能認為奮鬥了一輩子，既然有這些醫材，能不能讓他用好一點，能不能讓他活得好一點，醫生也不得不去說明。

我一直很想推動一個理念，我們不要讓病人因病而貧，能不能把它都納入，我們大家行行好，把罕病、這些癌症的新科技都納進來，把它算到總額內，納進來的時候要調高多少保費，大家要有共識，用大家的力量，或許 1 個月調個 500 元就可以納進來。我們一年去日本玩花費 4、5 千億元，國內旅遊花費 4 千億元或 1 兆元，我們把這些新科技拉進來其實沒有多少錢，調高一些保費，做出一個公式，就是一個參數，大家想要讓支架都不用自費，這個支架到底多少錢，健保署、在座的各位先進賢達都可以一起來評估價位是不是合理，我覺得這樣才可以解決大家的問題。以上就是我一直在宣教，希望餘生之年能夠把這個公式能弄出來。

周主任委員麗芳：也希望李飛鵬理事長活得久、活得健康、活得快樂，接下來請署長回應。

陳署長亮好：謝謝主委及健保會委員，剛剛我特別希望請所有委員能夠儘量發言，也謝謝大家給我時間說明。

我一直都很關注特殊材料自付差額議題，舉個例子分享，上個禮拜在網路上有個公開的貼文，貼文者說為什麼某醫院的脊椎微創手

術的收費是 1~2 萬元，臺大醫院的脊椎內視鏡手術要 16.5 萬元，令人不安。這個貼文在一天之內有 8,000 多個點閱，1,600 多個回應。為什麼健保署要關注這個訊息？因為這充分展現了民眾對於自費價差的不安。事實上，要謝謝石部長在署長任內就已邁開了第一步，先讓價格透明，我剛剛所提有關定價部分，目前衛福部也正在處理，包含中央與地方聯合審查，我們會繼續往前走。關於醫材比價網資料，我們會再細緻化，像剛剛提到一般民眾在看脊椎微創跟脊椎微創內視鏡的資訊時，不曉得為何兩者之間會有 16 倍的價差，民眾是真的看不懂，所以未來網站資訊會朝更細緻化的方向發展。

最後要報告的，是關於自費市場的管理。的確過去有非常多的爭議。首先我們要看，該項自費特材是否為 life saving 相關，如果是跟救命有關，利用知識落差來賺取大額價差的部分，是世界各國目前的共識，但若自費特材的價差是因為功能不同，而非救命相關，那麼政府是否要介入價差的管理，目前世界各國有不一樣的看法，我們查過國際文獻，目前還是踩在是否與救命相關這裡，這也是政府的最大原則，以上先跟各位委員報告。關於網站內容的細緻化，我們也一定會繼續進行，謝謝。

周主任委員麗芳：非常感謝剛剛很多委員都提供寶貴的建議，所以本案做以下決定。本案洽悉，委員所提的意見，請健保署研參。接著要進行報告事項第三案及第四案，但現在離會議結束時間僅剩下 19 分鐘，我們務必要在 11 點結束，因為後面已安排與部長的座談交流，所以請報告同仁儘量簡短。

伍、報告事項第三案「114 年度各部門總額依核(決)定事項，須提會報告之項目(續提)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

阮專員柏叡：略。

周主任委員麗芳：謝謝阮柏叡專員很詳盡的說明，接下來看一下委員對本案有沒有要提問的地方？請黃心苑委員。

黃委員心苑：謝謝健保署的報告，我知道健保署在推 PAC^(註)計畫，推動得很辛苦也很用力，我也發現其實蠻多的病人家屬，因為有 PAC 計畫之後就放心很多，病人後續的復健狀況也都很好，現在看起來比較大的問題就是，因為大家覺得 PAC 計畫很好，所以到處都在拜託關係找 PAC 計畫住院的照護服務。

今天會議資料第 84 頁的參考資料，呈現的是服務人次，但不知道有多少腦中風病人符合 PAC 計畫的收案條件，健保署是否可以提供不同疾病類別，例如有多少百分比的腦中風、或骨折病人，可以獲得 PAC 計畫照護？這樣比較知道差距在哪裡，不然從目前的統計數字看起來也還可以，不同疾病的服務人次從幾千到幾百幾十都有，但是對於有需要的民眾，到底符合了多少的需求，是否可以提供相關的數字，這樣付費者代表比較能瞭解實際上需要多少的資源，只看服務人次，不瞭解是否已符合實際的需求。

註：PAC(Post Acute Care，急性後期照護)

周主任委員麗芳：請陳節如委員。

陳委員節如：謝謝主席，我在 113 年 9 月的委員會議，對於居家醫療照護整合計畫曾提出提升訪視費及個案管理費等建議，在今天的會議資料第 41 頁，健保署的辦理情形是正依相關學/協會意見檢討，聽說近期也有召開會議討論，等一下是否可以請健保署說明開會的情況，以及後續可能調整的方向。

首先，針對居家醫療整合照護計畫，醫師評估出院病人居家醫療照護需求，建議健保署也評估遠距會診的可能性，這對於居家醫療醫師的實質參與會比較可行。其次，非常感謝並肯定健保署積極推

動 PAC 計畫，後續無論是擴大 PAC 計畫內容，或者是試辦復建病房計畫，都希望可以讓急性後期病患可以平安的順利返家，試辦醫院的部分，請健保署努力在北、中、南、東等地域尋找適合試辦的醫院，也期待社區 PAC 計畫的推展，並能於半年或者是 1 年內做個檢討，謝謝。

周主任委員麗芳：不知道委員有沒有其他意見？如果沒有的話，請署長說明。

陳署長亮好：首先，謝謝黃心苑教授的建議，未來我們會把分母補上，讓大家更清楚，事實上大家會看到 PAC 計畫有些病房是一床難求，但是從全國資料看，有些特定疾病類別的占床率其實只有一半。從副署長任內到接任署長，我看到 PAC 計畫的有些疾病類別的需求是很大的，但有些疾病類別的需求，可能當初的評估也的確需要重新盤點，所以在下次的健保會，我們會再跟各位委員報告。

第二，也謝謝陳節如委員的建議，其實隨著神經科學醫學證據的發展，我們也發現急性中風之後，後來如果有積極的復健，甚至是包含社區的賦能，病人失能的比例會大幅度的下降，但這件事情當然也牽涉城鄉差距跟家庭的支持，所以政府應該要承擔起來。關於中風，還有周邊神經損傷這類的 PAC 的照護，目前是朝 3 個月後再擴充另外 3 個月方向規劃，以試辦模式用其他預算的經費支應，在北、中、南、東區各找 1 家醫院來試辦，這個模式也是採取像日本的復建病房的模式，其實日本已經遍地開花了，希望台灣也能夠跟上，今年我們也正式的進入超高齡社會。

在此也謝謝各位健保會的委員，在當初健保署於總額協商爭取其他預算時，我們特別報告了 PAC 計畫，謝謝各位委員的牽成^(註)。

註：牽成(台語，指幫助某人完成某件事情，或者是在某件事情上給予幫助或支持)

周主任委員麗芳：今天真的像是感恩大會，特別今天是聖誕夜，是感恩的季節，我看到委員們對健保署的表現，注入了暖流、肯定跟讚許。我聽到的是對於健保署給予高度的肯定，不管是在推動 PAC 計畫，或是剛剛提到的很多其他業務，所以，是不是也給陳亮好署長和所率領的健保署團隊熱烈掌聲好不好？(委員鼓掌)。好，本案

洽悉，委員所提意見，請健保署參考，接下來進行第四案。

陸、報告事項第四案「中央健康保險署「114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

周主任委員麗芳：本案這次是書面報告，委員如果有意見，歡迎提出書面意見，健保署的同仁非常盡責，一定會詳盡的回答。趁這個時間，因為陳亮好署長剛剛離座，我先幫忙宣傳，今天為配合健保30，我也穿橘色衣服，現在就請陳署長您自己介紹桌上這本健保30週年專書。

陳署長亮好：首先謝謝在座的各位先進，大家在健保30年來都有舉足輕重的貢獻，大家可以看到在第5頁是賴總統對健保的期許，希望打造永續健保跟健康臺灣。

第7頁是蔡前總統對於健保的期許，希望我們可以發揮自助，而且可以照亮世界，接著還有包含行政院卓院長、健保署之前的大家長，現在是更大的家長，石部長寫了跨越挑戰、共築健康台灣的新篇章。

我寫了四大政策藍圖，除了健保永續之外，也提到希望人力永續，謝謝委員的牽成，明年希望對於第一線醫事人力，我們可以對其付出增加報酬，還有全人照護，這也是所有委員給我們的期許。

最後是健保傲視全球的數位轉型，我們會在未來4年進行次世代的數位轉型的計畫。剛剛委員提到很多建議，包含資訊的透明平台的建設，還有支付制度，這些都跟我們的數位建設相當有關係，資訊越透明，數據越充分，我們就能夠以數據治理進行未來衛生政策的改造。在此，我代表健保署全體同仁，謝謝我們的主委、健保會、社保司、各位委員，還有在座各位夥伴，感謝大家給予健保署的指教跟支持。祝福大家聖誕快樂，來年一切順心，謝謝。

周主任委員麗芳：本案洽悉。那今年度其實對全國的國民及醫界來講，我們也展現出全民人跟人之間團結的氛圍，大家可以看到，今年7月開始的丹娜絲風災，雲嘉南地區災情慘重，尤其電線桿一次倒幾千支，等一下請在臺南執業的陳相國理事長說明你們醫護同仁

怎麼樣投入救災的，因為今天感恩嘛，所以一定要感恩一下，再來這一次花蓮的災情，全國的鏟子超人讓我們也見識到我們經常講的台灣最美的風景就是人，而且我也看到這邊好幾位理事長都衝到第一線，以及還有無人機送藥等等。為什麼要特別拜託陳相國理事長說明一下，是因為你當上了理事長之後，結果這一屆你現在變成是代理委員，因為不知道你下次什麼時候還能夠來出席本會議，所以我一定要請你講話，謝謝。

陳代理委員相國(黃委員振國代理人)：謝謝周麗芳主委讓我有機會發言，7月丹娜絲風災那個時候對臺南造成很大的影響，電線桿大概倒了1萬支，民宅屋頂被吹掉2萬戶，第一時間醫全會啟動聯合各層級醫療院所，而且成立醫護隊進入災區，幫助有需要服務的民眾就醫，丹娜絲風災對民眾的傷亡人數沒有很多，可是造成的災損很多，重創12個區，災損比較嚴重的是北門區及將軍區，大概有40家診所無法營業，我們隔1、2天就去問這些診所，一方面給他們慰問金，另外詢問有什麼需要幫忙的，很感謝當時健保署及健保會協助爭取，最後我們就爭取到未八補八的方案，而醫全會也給每個診所5萬元慰問金，然後當地的賴惠員立法委員啟動結合中、西、牙醫的一系列義診列車活動，那這活動在9月30號結束，一共辦了12場義診，服務當地有需要的災民。

行政院也撥一筆丹娜絲風災100多億元的特別預算基金，對當地的重建有非常大的幫忙，也非常感謝各位健保會委員的支持，也感謝衛福部及健保署大力支持，災區附近的復原情況已經差不多，被吹倒的2萬間房子，有一些是沒有人居住的，臺南市政府也有提出一些補助的方案，現在沿海的七股區、將軍區、北門區的基礎建設及房屋重建還在進行中，不過居民的生活穩定，非常感謝大家對臺南的關心，謝謝。

周主任委員麗芳：我們熱烈掌聲感謝一下所有的醫療部門，除了醫院、西醫基層、牙醫、中醫、藥師公會，還有勞苦功高的所有護理人員，給他們最熱烈的掌聲。非常感謝大家，今年我們很用力的來支持賴清德總統所推動的健康臺灣，健康臺灣的步伐是不能夠停止

下來的，我們希望透過健保來保護所有的國人，活得更久，活得更健康，活得更快樂。那麼明年健保會也承擔更大的責任，祝福大家聖誕快樂，新年快樂，今天會議到此結束，謝謝大家，散會！