

衛生福利部全民健康保險會
第7屆115年第4次委員會議事錄

中華民國115年5月20日

衛生福利部全民健康保險會第7屆115年第4次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國115年5月20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：張琬雅、黃文瑤

出席委員：(依姓名筆劃排序)

田委員士金、朱委員益宏、吳委員永全、吳委員銘修、吳委員鏘亮、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(台灣身心障礙福利推動聯盟張秘書長志麒代理)、張委員家銘、張委員鈺旋、許委員舒博、許委員慧瑩、連委員賢明、陳委員世岳、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、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、嚴委員必文、蘇委員守毅

請假委員：陳委員秀熙、顏委員鴻順

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：陳署長亮好(張副署長禹斌代理)、顏副署長家瑞

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4~6頁)

貳、議程確認：(詳附錄第6~7頁)

決定：確認。

參、確認上次(115年第3次)委員會議紀錄：(詳附錄第7頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第9~10頁)

決定：

一、上次(第3次)委員會議決議(定)列管追蹤事項共計1項，

擬解除追蹤1項，同意解除追蹤。

二、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第11~26頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「115年4月份全民健康保險業務執行季報告」(口頭報告)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署參考。

陸、報告事項(詳附錄第27~37頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)」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)，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署參考。
- 二、請中央健康保險署持續監測「家庭醫師整合性照護計畫」執行情形。
- 三、若本項專款預算不足，需由其他專款項目流用，本會委員予以支持，因涉及115年度總額核定事項之變更，請中央健康保險署逕送衛生福利部決定。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：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(續提)，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署參考。
- 二、另有關醫院總額「住院護理費用」專款項目，請中央健

康保險署會同相關團體儘速完成研訂後，提至最近 1 次委員會議報告。

柒、臨時動議：無。(另洪委員瑜黛提出病友反映「抽痰管」缺貨，請健保署協助了解乙事，詳附錄第37頁)

捌、散會：上午11時20分。

第7屆115年第4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3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，大家早安！現在會議時間已經到了，出席委員人數已經過半，所以今天會議可以正式開始，先請主委致詞。

周主任委員麗芳：謝謝，所有的健保會委員，大家好。今天健保署陳亮好署長因為在日內瓦參加 WHA 會議活動，由 2 位副署長親自來到委員會議，一位是張禹斌副署長，一位是顏家瑞副署長，以及所率領的健保署團隊，其次也非常感謝，就是周淑婉執行秘書與健保會的同仁，以及社保司的同仁。

因為今天是 5 月份的健保會委員會議，5 月份是一個光輝的月份，首先當然就是母親節，向全體在座的母親致上敬意。其次 5 月份，包括 5 月 4 日是牙醫師節，5 月 12 日是國際護師節，也在此向牙醫師與護理師致上最高的敬意與祝賀。

今天這個時間也非常的特別，正好是 520，520 就是我們非常愛健保，同時 520 也是賴清德總統上任滿 2 周年，這上任滿 2 周年對我們的意義為何？因為我們是健保會，對我們的意義就是健康台灣滿 2 周年，這個滿 2 周年大家可以看到，最近民調最高的，就是健康台灣，所以我們給每位在場的委員或是來自健保會、健保署的同仁，最大的掌聲好不好？(眾人鼓掌)。

大家可以看到健康台灣，雖然說只有 2 年的執行時間，但為什麼會讓大家這麼有感？在上次健保會委員會議邀請到總統府健康台灣推動委員會陳志鴻副召集人來跟大家分享，他跟大家提到健康台灣最重要的核心精神，就是六大支柱，第 1 個支柱就是有關於推動國家癌症的防治計畫，也就是罹癌的風險希望能夠早期發現，現在有關 5 種癌症(乳癌、子宮頸癌、大腸癌、口腔癌、肺癌)的篩檢率，篩檢人次已經達到 604.9 萬人次，與去年比較增加了 26%，所以這是有感的數字，讓大家感覺有被照顧到了，當然也非常感謝除了醫界的好夥伴在第一線協助提供服務外，健保署也是功不可沒的。

第 2 個支柱就是落實 888 三高防治計畫，有關 888 三高防治計畫，今天委員會議也有 1 個報告案跟西醫基層非常有關係，就是大家醫計畫，在落實 888 三高防治發揮非常大的功效，就是 80% 要找出來、80% 要介入、80% 有改善，也就是希望透過這樣的 888 三高防治計畫，2030 年要降低三高相關慢性病死亡率三分之一。

第 3 大支柱是強化全民心理健康韌性，心理健康韌性是希望民眾的心理壓力能夠被接住，過去有心理壓力是對 15 歲到 30 歲提供免費的諮商服務，現在擴大到 30 歲到 45 歲也都免費提供服務，可以看到去年服務 14.2 萬人次，成長 65%。

第 4 個支柱就是結合科技強化醫療韌性，這也是台灣非常有特色的地方，不但智慧醫療是我們強項，綠色醫療也是現在的重點，除這雙軸轉型以外，也希望建立韌性醫療的廊道，這對醫界來講也是一個澈底翻覆、轉骨的工程，啟動 5 年 489 億元的健康台灣深耕計畫。

第 5 個支柱，優化全民健保永續發展，這也是全體健保會委員所努力的，在今年度健保總額加上額外的公務預算，已經來到 1 兆 82 億元，也就是今年正式突破兆元健保產業，所以從健保 84 年 3 月 1 日開辦以來走到今天，我們見證整個台灣在醫療照護上的發展歷程，非常謝謝健保署歷任署長，以及現任署長、副署長、同仁努力之下，整個健保服務能讓民眾給予最高肯定與滿意。

第 6 個支柱就是啟動長照 3.0 十年升級計畫，去年服務人次高達 83 萬人，希望家庭當中每一個長者都能被照顧到。我們可以看到，現在正在瑞士日內瓦召開的 WHA 世界衛生大會，台灣連續 10 年都沒有獲得邀請，確實是國際的損失，為什麼呢？因為今年 WHA 的主題，可能大家有注意到，其中一個就是提出整個國際未來照護模式的改革，所謂照護模式的改革，我仔細看是跟健康台灣完全吻合、完全契合的。包括世界衛生大會、聯合國也發現，他們體認跟我們一樣，過去是強調傳染病，現在則是慢性病，也像我們一樣，要強調心理健康精神上的支持，是與我們完全一樣的，而且他們體認到

氣候變遷影響很嚴重，我們已經在做，我們的韌性醫療、綠色醫療，包括他們發現財務吃緊，我們早就上路，5 年 489 億元啟動健康台灣深耕計畫，他們也是從今年才開始啟動健康策略的草案，也是 5 年的計畫，所以我們早就超前部署，要歸功所有健保會委員，還有健保署，以及不管是賴清德總統、卓榮泰院長，包括石崇良部長等，歷任部長也都非常努力。

今天是 520，需要幫大家加油打氣，好讓在 WHA 第一線努力的大家，包括衛福部石崇良部長、外交部林佳龍部長等，雙部長第一次聯手出擊到 WHA 會議活動現場，雖然還是不得其門而入，但我們自己開出一條路來，在場邊舉辦智慧醫療，以及健康產業的博覽會展覽，我們好多的醫界代表，包括醫師公會全聯會的陳相國理事長等人，也正在日內瓦共同幫大家發聲。

在這裡我們要非常有信心，我們的健保也好，健康台灣也好，絕對都是國際典範，都能為國際貢獻。所以希望今天也是一個新的開始，期待明年的 520，也就是健康台灣執行 3 年之後，依然可以驕傲地提出更多的成果亮點。我們會議正式開始，謝謝。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：謝謝主委、各位委員，剛剛主委已經有提到了，依本會組成及議事辦法第 8 條與會議規範第 6 點規定，健保署署長是法定列席人員，因為陳亮好署長參加 WHA 會議活動，所以健保署在昨天有函知本會，陳署長因公出國不克列席，由張副署長禹斌代表，來函影本放在各位桌上請委員參閱。

本次議程請參閱補充資料修正，這次安排有優先報告 1 案，報告事項 2 案，都是依照本年度工作計畫排定，優先報告事項是健保署業務執行口頭季報告，這次併同呈現 114 年抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略，還有推動分級醫療、急診品質提升方案指標執行情形、「新醫療科技」跟「藥品及特材給付規定改變」項目預算之前 1 年度的完整執行資料，待會請健保署對這幾個部分做說明。

報告事項第一案是家醫計畫專案報告，第二案是 115 年總額核定事項須提會報告的項目，本來有 2 項，這一次提出來是醫院及西醫基層總額有關暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)的報告。在原會議資料中有排一案是依照工作計畫安排的法定諮詢事項「衛福部 116 年度總額範圍(草案)諮詢案」，因為社保司 5 月 14 日通知，將延到 6 月份提報，所以才會做這次的議程修正，以上報告。

周主任委員麗芳：謝謝周淑婉執行秘書的報告，各位委員對於議程安排是不是同意？若委員沒有其他意見就議程確認，好，謝謝。進行下一個議程。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳：會議紀錄因為先前已經寄給委員審閱，如果委員沒有其他意見，會議紀錄就確認。請進行本會重要業務報告。

衛福部健保會第7屆115年第4次委員會議
中央健康保險署署長亮好請假函

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：江政謙
聯絡電話：02-27065866 分機：2583
傳真：02-27025834
電子郵件：A110101@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115年5月19日
發文字號：健保企字第1150681117號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：貴會115年5月20日召開第7屆115年第4次委員會，本署陳
署長亮好因公出國不克出席，將由本署張副署長禹斌代表
出席，敬請諒察。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：電
文
2025/05/19
1150681117
文
章



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：項次一，是本會依照上次委員會議決議(定)事項辦理情形說明：

(一)依照討論事項第一案決議，在 5 月 6 日已將本會委員對總額設定公式的「醫療服務成本指數改變率」所提意見，送請衛福部參考，在附錄一(會議資料第 57 頁)，請委員參閱。

(二)依照討論事項第二案決議，在 5 月 11 日函送 116 年度總額協商程序，並請各總額部門承辦團體及健保署依預定作業時程及早規劃 116 年度總額協商內容，包括：8 月 11 日前提送「116 年度總額協商草案」、8 月 27 日前提送協商草案之最終版本，這邊就拜託各總額部門承辦團體及健保署依作業時間提送資料。

(三)依討論事項第四案決議，於 5 月 6 日將「建請重新評估 114 年牙醫特殊醫療服務計畫於一般服務扣減重複部分之費用案」之所有意見，提請衛福部決定。衛福部在 5 月 12 日函示健保署依部決定不予扣減，並納入 116 年度專款做檢討，未來儘量避免重複支應的情形。

(四)是上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計 1 項，依照辦理情形建議解除追蹤。請委員參閱會議資料第 27 頁，列管的部分是有關預決算案，委員所提意見，健保署說明在第 28~30 頁，這部分已經完成，建議解除追蹤。請委員翻回第 22 頁。

項次二，是 7 月 20、21 日召開「全民健康保險各總額部門 114 年度執行成果發表暨評核會議」，議程已安排好了，請委員參閱(第 32~33 頁)，後續將函請委員及相關團體、單位報名參加。

項次三，醫院協會在 4 月 23 日辦理「114 年度醫院總額風險移撥款成果發表會」，邀請專家學者、本會委員、健保署分區業務組等共同參與，本會委員共有 11 位參加，會議由六分區執行分會進行風險移撥款執行成果經驗分享，我們已將重點整理在附件三(第 34~35 頁)，請委員參閱。

項次四，剛剛主委也有提到上次委員會議本會邀請陳志鴻教授進行專題演講「健康台灣的願景與推展」，我們已將其作為會訊報導主題，已置於本會網頁，敬請委員轉知所屬團體跟會員參閱。

項次五，健保署在本年4月到5月發布及副知本會的相關資訊摘要，內容在健保署全球資訊網，詳細資料及附件已在5月13日寄到各委員的電子信箱，摘要的部分請委員參閱，以上報告。

周主任委員麗芳：有關健保會重要業務報告，不知道委員有沒有要詢問的？如果都沒有的話。本案決定，第3次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計1項，擬解除追蹤1項，同意解除追蹤，餘洽悉。接著進行下一案。

參、優先報告事項「中央健康保險署『115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

黃組長珮珊：各位委員大家好，接下來由健保署報告4月份業務執行季報告，請參閱補充資料2，剛剛周淑婉執行秘書提到有3項報告是114年「新醫療科技」與「藥品及特材給付規定改變」協商因素項目預算執行情形、分級醫療執行現況、急診品質提升方案指標執行結果，最後是115年近期工作重點。

投影片第3張是說明114年增修診療項目的預算執行，114年新增或修訂的診療項目數共有84項，醫院跟基層預算加起來是1,150百萬元，實際執行是1,121.6百萬點，執行率是97.53%。

投影片第4張是114年新增新藥的部分，預算25.41億元，114年新增項目26項，110年至114年累計新增新藥144項，這些藥品在114年新增的費用，實際執行25.53億元，執行率100.48%。投影片第5張是藥品給付規定改變及修訂，包含改變給付規定及提高藥價，預算是20.86億元，實際執行是18.85億元，執行率是90.36%。

接下來投影片第6張是新功能特材的部分，預算是10億元，共有急重症醫材、臨床必要、功能改善等三大類，公告生效品項計有185項，推估約需10億元。針對特材給付規定改變及修訂，預算是4億元，114年給付規定修訂6類，因應成本調升支付點數有2類，推估約需2.09億元。這是第一部分針對114年「新醫療科技」與「藥品及特材給付規定改變」協定項目的預算執行情形。

第二部分報告分級醫療執行概況，可以看到圖中藍色部分是106年，也就是推動分級醫療六大策略當年，橘色部分則是115年，兩者比較區間均為1~3月，這是目前蒐集到的最新數據，從資料中可看出，115年1~3月轉診件數，最右邊的橘色長條是81.4萬件，相較於106年同期是51.4萬件，增加約30萬件。若以轉診率來看，115年為1.10%，相較106年的0.70%亦是成長。另外補充說明，針對分級醫療有2項指標，後續在抑制資源不當耗用報告中也會提到，

第 1 項為基層及地區醫院門診占整體件數比率，114 年為 74.7%，已達目標值；另 1 項指標為非同體系區域醫院以上醫院下轉比例，目前為 6 萬 3 千多件，同樣達標。

近期署方在分級醫療有許多精進作為，包含推動全人全程整合照護，115 年度將家醫計畫與 P4P^(註 1) 做高度整合，希望個案能由同一個醫療團隊提供整體性照護。另外針對醫院及基層合作部分，今年持續有 80 個策略聯盟，共有 6,700 多家院所參加。在個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫中，也透過相關策略鼓勵醫院將輕症病人儘量下轉，並自去年 9 月 1 日起，若個案成功下轉，獎勵點數從 500 點調升為 700 點，接受下轉之院所，其獎勵點數也從 200 點提高至 500 點，希望藉由搭配策略，提升分級醫療成效。

第三部分是急診品質提升方案，六大策略自 113 年 7 月開始推動至今，包含在全國 13 個地點推行 UCC^(註 2)、春節期間編列 16 億元加成獎勵方案鼓勵門診開診，以及透過調整急診支付機制，來提升急診處置品質及效率，處置越快我們也提供部分加成。另外針對腦中風與主動脈剝離病人，已建構區域聯防機制，也推動在宅急症照護計畫，以在家住院的方式替代醫院住院的形式，以及推動門診靜脈抗生素治療獎勵方案(OPAT)。這些策略皆有助於提升急診處理效率、促進門診分流，以及透過居家或門診方式，分流抗生素治療與民眾住院需求。今年我們亦針對急診品質提升方案進一步提高加成，例如 OHCA^(註 3) 個案若能清醒出院，獎勵調升至 3 萬 5,000 點；另外在轉院部分，也鼓勵醫院直接將病人轉入加護病房或住院，而非經急診轉診，這些策略都是希望個案不要塞在急診。從左側圖表指標來看，上圖為急診病人停留超過 24 小時的比率，可以看到紅色曲線在 8 月明顯下降，114 年 8 月以前，滯留急診超過 24 小時比率，大約是 4.5% 以下，但 114 年 8 月以後則下降至 2~4% 之間，顯示滯留急診 24 小時比率自去年 8 月起已有下降趨勢；至於個案從急診轉住院超過 48 小時的比率，也呈現相同趨勢，同樣可看出 114 年 8 月後已有下降情形。

剛剛提到 OPAT 部分，是透過門診靜脈抗生素治療，來分流滯留

在急診的個案。去年也新增 infusor(輸液器)，也就是持續性輸注液，讓醫師在抗生素使用上有更多選擇。從右下表能看到，自去年 8 月~115 年 2 月，使用人數有 5,000 多人，且醫院與基層診所使用情形相當，可見兩者皆有投入此項服務。

接著報告今年幾項比較重要的方案，第 1 個是乳癌照護計畫，總統揭示希望將癌症死亡率降低三分之一，雖然過去已有乳癌醫療給付改善方案，但因過去醫療院所參與度較低，為擴大醫院參與，因此新增乳癌照護品質提升方案，目標是希望收案率達 80%。此方案有 2 個重點，第 1 是今年先採 pay for reporting^(註 4)機制，已與相關專家及學會共同研議結構面、過程面及結果面指標，目前共有 41 家院所參與，先由院所進行醫療申報，明年則開始轉向 pay for value based^(註 5)，希望以這些資料為基礎，進一步產生實際價值，讓照護品質較佳之醫院可獲得更多給付。

第 2 個 COPD^(註 6)部分，屬於現行計畫修正，重點在於接軌國際指引。我們採用新版臨床照護指引，針對納入計畫照護之個案適度調升給付，同時納入心血管功能評估，針對心肺共病個案進行整合評估，也同步簡化醫院行政作業流程。

另一項重要方案是肝炎醫療給付改善方案，同樣屬於現行計畫修正，為呼應 WHO 倡議 2030 消除病毒性肝炎，所以進行本次調整，可以看到紅色部分，過去僅限主診斷為 B 型肝炎帶原或 C 型肝炎感染者，這次則擴大至主、次診斷皆可收案。另外還有一個重點，如果是代謝性、酒精性肝炎病人，肝纖維化在 F3 以上，也納入這次照護範圍，希望藉此擴大照護對象。管理照護費也從 100 點調升至 150 點，追蹤頻率由每年 2 次增加為 3 次，希望透過給付改善，讓 B、C 肝個案能在計畫中更被照護。

今年 1 月 1 日新增 ASCVD^(註 7)改善方案，根據分析心臟疾病是國人第 2 大死因，腦血管疾病是第 4 大死因，兩者醫療支出合計約 469 億點，所以我們在 112 年便與 9 大醫學會共同研議，以臨床實證為基礎建立 ASCVD 臨床照護架構，並進行風險分級及臨床共識建立，

此方案重點在於，特別針對風險分級較高的個案規劃方案，包含照護追蹤等措施。待個案在醫院照護穩定後，也設定必須下轉至基層照護，這是今年新啟動的方案。

質子治療部分，經過醫療科技評估，質子治療對周圍組織傷害相對比較小，考量兒童還在發展階段，因此今年新增兒童質子治療給付。這部分請大家參考，我們針對 PICU^(註 8)及 NICU^(註 9)診察費做部分加成，還有一些新生兒重大手術及兒童精神科住院等項目調升給付。針對居家訪視的部分，則全面調升居家訪視給付，包含安寧居家訪視。

接著報告藥品部分，今年 1~4 月藥品生效的情況，新增給付約 9 項，擴增給付 14 項，其中新增 1 項為暫時性支付，是針對阻塞型肥厚性心肌病變。特材部分則新增 6 項，推估預算約 2,225 萬元。

最後報告癌症數位轉型，從篩檢、診斷到治療，我們已逐步導入 FHIR^(註 10)格式，以加速院所間資料互通性，處方資料也針對大腸癌及乳癌疾病 journey(病程)進行資料整理，希望避免個案於照護過程中漏接，後續將持續針對肝癌、肺癌、攝護腺癌等疾病進行建置。目前有 80 家合作醫院依 FHIR 格式向我們提出資料傳輸申請，其中 36 家已經開始使用 FHIR 格式上傳。以上為近期業務報告。跟主席請示，因為抑制資源不當耗用是另一份報告，是否繼續？

註 1：P4P(Pay-for-Performance，論質計酬，指健保署實施之醫療給付改善方案)。

註 2：UCC(Urgent Care Center，假日輕急症中心)。

註 3：OHCA(Out-of-Hospital Cardiac Arrest，到院前心跳停止)。

註 4：pay for reporting(通報獎勵支付)，以鼓勵醫院通報個案資料，來建置全國性的基準數據。

註 5：pay for value based(價值導向給付基礎)。

註 6：COPD(Chronic Obstructive Pulmonary Disease，慢性阻塞性肺病)。

註 7：ASCVD(Atherosclerotic Cardiovascular Disease，動脈粥狀硬化心血管疾病)。

註 8：PICU(Pediatric Intensive Care Unit，兒童加護病房)。

註 9：NICU(Neonatal Intensive Care Unit，新生兒加護病房)。

註 10：FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources，國際醫療資料交換標準)。

周主任委員麗芳：好，就繼續，謝謝。請問健保署有帶簡報電子檔來嗎？等檔案處理好就立刻接續報告，...

周執行秘書淑婉：在健保署書面業務執行季報告第 167 頁有簡報。

周主任委員麗芳：請大家看書面資料。

林專門委員家輝：主席、各位委員、各位與會先進大家好，下面就 114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案的執行情形提出報告，建請各位委員指教。

投影片第 2 張是簡報大綱，本次報告內容首先說明方案推動背景跟政策定位，其次會報告 114 年度各項指標執行情形，接續說明未達標項目原因分析及改善策略，最後提出後續的精進方向跟整體結論。

投影片第 3 張，方案說明的部分，依據全民健康保險法第 72 條規定，為了減少無效醫療及不當耗用保險醫療資源情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用改善方案，提報健保會討論後，報請主管機關核定。114 年全民健康保險核定總額約 9,286 億元，健保透過總額支付制度可有效控制費用成長，而本方案則進一步從微觀管理面向，透過各項監測指標及管理措施，降低重複醫療、不必要檢查及不當耗用，使健保資源更有效運用於民眾的健康照護。

投影片第 4 張，114 年度共監測 16 項指標，涵蓋合理使用保險權益、分級醫療與轉銜照護、醫療資源合理利用、違規查處、疾病管理及病人安全等面向，方案所產生的健保費用摺節效益，包含違規查處扣款，粗估約 8.13 億元，除了財務節省費用效益之外，更重要的是透過本方案提升醫療品質、強化病人安全、落實分級醫療以及推動以病人為中心的整合照顧。

投影片第 5 張，114 年度 16 項指標有 10 項達標、6 項未達標。在強化民眾健康管理方面，全民健保行動快易通(健康存摺)APP/生理量測資料登錄人數增加率為 12.4%，健康存摺使用人次增加 27%，均高於原訂目標，顯示民眾對健康管理參與程度有持續地提升。在分級醫療方面，基層與地區醫院的門診占率達 74.7%、非同體系區域級以上醫院下轉件數達 63,839 件，均達年度目標，顯示基層照護量能跟院所合作機制持續深化。另外在長照跟整合照護部分，與長

照體系銜接率達 71.9%、照護機構由同一醫療院所提供醫療及長照服務比率達 81.36%，亦均達成目標。

投影片第 6 張，在醫療資源合理使用方面，西醫門診年復健次數超過 180 次異常件數成長率為-3%，達成零成長目標，另外違規院所訪查家數達 470 家，也超過原訂的目標值，114 年度查處追扣金額約 3.8 億元。居家安寧照護對象在宅善終比率較前 1 年成長 1.8% 亦達標；至於未達標項目包括高診次就醫、出院後的醫療銜接率、重複用藥及重複檢查、可避免住院率跟出院後 3 日內急診率，後續會逐項說明原因跟改善的策略。

請委員看到投影片第 7 張，第 3 項指標主要是觀察全年門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫次數下降情形。

周主任委員麗芳：螢幕有投影片了，大家可以看螢幕，謝謝。

林專門委員家輝：我繼續，114 年度下降率為 16.53%，雖然沒有達到 18% 的目標，但輔導之後已摺節約 4.3 億點的醫療費用。本項因為受到高齡化、多重慢性病增加以及民眾就醫可近性等因素影響，目前本署會透過分區衛教輔導、藥師收案輔導、指定院所就醫，也會結合社福資源，例如：教會牧師、里長、村里幹事等，持續加強個案管理，以兼顧病人照護需求跟醫療合理利用。

投影片第 8 張，第 6 項指標主要是觀察接受出院準備服務之後續醫療照護銜接的情形，114 年度銜接率為 29.7%，與 113 年度相當，但並未達今年的 30.8% 的目標，分析原因有可能是後續的醫療照護轉向長照 2.0 或安養機構，並未接受醫療銜接導致未達標。本署已經將本項納入品質補付指標及減審指標，並持續透過資訊回饋、分區輔導個別醫院，加強醫院轉銜照護管理。

投影片第 9 張，第 10 項指標是為了強化病人用藥安全，避免重複領藥與剩藥浪費，114 年度下降率為 2.27%，未達 8% 目標。本署從 104 年起就持續推動相關管理措施，包含雲端藥歷、API_(註)主動提示、按季的資訊回饋及重複用藥的管理方案，目前已經累積了相當的改善成果，因此後續下降空間相對有限，但 114 年重複的藥費

仍較前 1 年減少約 180 萬元。

投影片第 10 張，第 11 項指標希望促進醫療院所建立系統化檢查機制，減少不必要的重複檢查，114 年度下降率為 0%，未達 4% 目標，主要原因包括部分檢查是屬於病人安全及臨床必要需求，譬如說慢性病及代謝症候群的最終檢驗，因此在兼顧品質的情形下，再下降的空間有限，本署後續會持續透過共管會議的宣導、專業審查、回溯抽審及提供案件明細資訊回饋等方式來加強管理。

投影片第 11 張，第 15 項指標未達標是因為 114 年度目標值是以疫情期間較低數值估算，未能反映後疫情時代變化，後續本署將透過品質給付方案、大家醫計畫、門診照護計畫等提升慢性病照護品質，並降低可避免住院的發生。

投影片第 12 張，第 16 項指標主要觀察住院案件出院後短期內再急診情形，以監測出院照護品質，114 年再急診率為 2.59%，略高於 2.48% 目標，主要是因為 114 年上半年受到流感疫情影響，高風險病人感染後急性發病的機率增加所致，後續本署將持續監測指標變化、提供醫院資訊回饋、納入品質及減審指標、強化醫院的品質管理，以持續提升出院後的照護品質。

整體而言，本方案兼具合理使用保險權益、鼓勵醫療體系合作跟轉銜服務、善用醫療資源合理使用等構面，雖然部分指標未達目標，但多數項目仍呈現改善趨勢，本署將持續精進管理作為。另外，本署亦刻正蒐集日本及韓國抑制資源不當耗用相關的管理經驗，作為 116 年度方案精進參考方向，以上是今日的報告，請各位委員指教。

註：API(Application Programming Interface，應用程式介面)

周主任委員麗芳：非常感謝健保署準備相當充分，剛剛包括黃珮珊組長及林家輝專門委員，除了對於健保署業務詳盡報告外，也提出整個健保在抑制資源不當耗用方面所盡的努力，可以說是全方位的，除了達標項目，也針對沒有達標的部分，提出很詳盡的檢討及精進計畫。接下來就聽一下，各位委員對於剛剛健保署所提出的口頭報告，是不是有要詢問的地方？請黃振國委員。

黃委員振國：關於剛剛健保署報告，有幾點建議，第 1 個針對 114 年藥品給付改變規定及修訂，如補充資料 2 投影片第 5 張，那裡的算法，大家可能有點要考量，因為總額預算是年度制，整年預算是 1 月到 12 月，但是藥品給付規定的改變及修訂往往在各季度、各月份就有進行修訂，修訂完後的實施往往不足 1 年，這樣的計算方式，也就是為什麼執行率只有 90% 左右，大家要研議，可能是要以修訂後的 1 年來計算，或者上年度未滿 1 年的累計加起來。所以這樣的計算方法才會比較公平，不然會誤以為這個改變的預算是夠的，但往往我們的經驗是不太夠的，希望爾後的計算也請大家指導，怎麼修訂才符合實際醫療需求。

針對門診靜脈抗生素治療獎勵方案(OPAT)，投影片第 10 張，這是非常好，但我們發現 1 個最大的問題，針對 OPAT 的來源，不管是醫院或診所，都是自己的個案，比如說這個診所都是有準備適當的抗生素才可以接，事實上大家都知道，很多民眾都期待，民眾在急診多待 2、3 天打抗生素，我們應該建立更擴大機制，讓原來只在急診打抗生素的個案，若病情穩定，能夠由醫院及跟他合作的醫療群診所，建立聯繫管道，讓這個抗生素帶回診所，每天施打就好。那但是因為我們大家知道，藥品的購買以我們診所為例，診所無法大量採購注射型抗生素，藥品都有其效期，往往無法備到這麼足，所以我覺得這種合作模式的建立，讓 OPAT 2 億元^(註 1)能夠擴大實施，而且我們大家知道對很多的民眾來說，若你今天要打抗生素，應該是找自己家最鄰近的診所，是最方便的，要是變成我今天還要坐計程車到某個診所去打抗生素，我相信這個可近性跟實質效益一定是打折的，所以我建議 OPAT 這個良意非常好，我們應該要擴大，能夠讓醫院跟診所間合作更密集，提升效能。

還有就是針對高血脂醫療給付改善方案，投影片第 14 張，這也是健康 888^(註 2)重要的 issue，最近看到一個新聞好像是新光醫院，他提到 1 天內有 9 位年輕人因為心血管疾病，只有 LDL^(註 3)高跟抽菸兩樣危險因子，去了急診有救回來。所以我覺得因為國人尤其關於膽固醇 LDL，很多人警覺心都不太夠，坦白講我們以前都認為 LDL

不用降這麼低，但因為有實證醫學證實，針對極高風險跟高風險者，即早降低 LDL 是有幫忙的，但是現在這個計畫只有在醫院實施，計畫裡面講得很清楚，穩定的病人才下轉，請問要如何下轉？有沒有機制？今年基層也編了 statin 降膽固醇藥物經費，我們已經準備好了，據我瞭解 6 月份共同擬訂會議也會通過相關的給付規定，所以是不是在 6 月以後針對計畫內容能夠擴大辦理，讓適當的穩定病人下轉，讓民眾更方便，也是大家可以思考的。

還有針對抑制資源不當耗用第 10 張投影片(業務執行季報告第 171 頁)，有關重複用藥，這非常好，很多醫師反映雲端病歷，很多病人來自於同 1 個醫療院所或在不同院所有多重用藥，甚至雖然不是相同藥品，但是同性質甚至有交互作用的藥都發生了，我會覺得這個管理應該要更精進，尤其有 AI 之後，我覺得不要再用簡單的一些指標，是不是讓 AI 的輔助能進來。

我這裡還要提一個比較重要，費用節省倒是其次，我看到很多有時候看似是便民措施，尤其是很多醫師會開，大家知道台灣是洗腎王國，我很多個案因為個人病情需要到醫院，往往開了止痛藥 NSAIDs^(註 4)一開就 1 個月、甚至開慢連箋 3 個月，我們知道，尤其最近在做 CKD^(註 5)就是腎病預防時發現，我們基層在檢驗 UACR 微量白蛋白非常普及，我們發現很多人即使腎功能從抽血看沒變化，如果他長期用 NSAIDs 之後，你會看到微量白蛋白是上升的，這個造成實際上腎臟有實質病變，所以我建議除非是癌末或其他特殊案例，醫院不該開 NSAIDs 止痛藥超過 28 天，應該要謹慎。那便民及安全兩者如何達到平衡點，至少在提醒、甚至重複用藥的警示，甚至核扣，我覺得這個是需要的，因為基於病人安全，我建議一定要建立這個系統。

註 1：門診靜脈抗生素治療獎勵方案(OPAT)，預算來源為全民健康保險醫院、西醫基層醫療給付費用總額一般服務「新醫療科技」新增診療項目項下支應。以 114 年度西醫基層總額為例，新醫療科技編列 2.28 億元，健保署分配新增診療項目為 0.5 億元。

註 2：健康台灣-三高防治 888 計畫。

註 3：LDL(Low-density lipoprotein cholesterol，低密度脂蛋白膽固醇，俗稱壞膽固醇)。

註 4：NSAIDs(non-steroid anti-inflammatory drugs，非類固醇類消炎止痛藥)

註 5：CKD (Chronic Kidney disease，慢性腎臟病/慢性腎衰竭)。

周主任委員麗芳：謝謝黃振國委員提出非常精闢意見，接下來請朱益宏委員。

朱委員益宏：謝謝主席，幾點意見。第 1 點，就是關於 114 年新增新藥費用，如補充資料 2 投影片第 4 張，看起來預算執行率是超過 100% 的，雖然超過不多約在 1,200 萬元左右，但是的確是超過的，而且這部分，我們知道健保署預算超支後，因為沒有其他預算來源，是要從今年的新藥預算先扣回來嗎？還是這筆預算要預備從哪裡支應？我想詢問一下。

第 2 點，我最大的意見是對於分級醫療，只有 1 張投影片，投影片第 8 張，看起來好像是成長很高，持續都在成長，但這張投影片只有顯示接受轉診的醫院，看起來接受轉診的醫院是持續成長，這裡面其實健保署有一些數字，我這邊看到的數字，以醫學中心為例，醫學中心一年門診量大概是 3,700 多萬件，實際往下轉診的，包括轉診給其他醫學中心、區域醫院、地區醫院及診所的大概 10 萬件，3,700 萬件門診中只有 10 萬件轉出去，這比率大概是千分之一或二，不知道大家覺得這樣的分級醫療是好棒棒嗎？而且這是我們從 106 年起就實施到現在了。

以醫學中心為例，我看到的資料是 114 年全年的資料，不是分季的，因為健保署資料的問題，公開資料只有全年，114 年全年大概 10 萬件，印象中我看資料，109 或 110 年差不多都維持 9 萬多件，也就是疫情過後，轉出的數量是持平的，是沒有變的，那我不知道這樣子的分級醫療是好還是不好？是好還是不好？

那這裡看到的成長率，醫學中心接受轉診案件數是非常多，大部分都是基層轉給醫學中心跟區域醫院，轉的數量非常非常多，大概 1 年有 70、80 萬件，都由基層往上轉，因為它的診療量能是不夠的，所以有問題當然就往上轉。但這一些轉上去的病人，到底治療完以後有沒有再回到基層？看起來是沒有，因為轉上去 70、80 萬件，轉下去基層屈指可數，我看看只有 1 千多件、還是 1 萬多件而已。意思就是病人轉上去之後，大部分有去無回，我不曉得這樣子到底所

謂的分級醫療是好棒？

我們看到包括抑制資源不當耗用，那些指標全部達標，但實際上看到的結果，是並沒有分級醫療的、並沒有分級醫療！沒有像剛剛黃振國委員講到 OPAT，他們診所接受不到真正由急診打抗生素的病人轉給診所，沒有，所有 OPAT 病人都是在區域醫院、醫學中心，在這些大型醫院裡面的居家小組就做掉了，病人不會去基層診所、也不會就近去處理，現況就是這樣。

所以我覺得這個資料只有 1 頁，看起來成長率很高，應該要給健保署鼓掌，實際上真正狀況是是我剛剛講的，所以我覺得今天做這個報告而言，我覺得下次健保署報告的時候，要把實際上我們所關心的轉診，不是只有上轉，更關心的是分級醫療的下轉，就像石崇良部長，也就是以前的健保署石署長常常說，上轉這件事情不需要任何的獎勵，本來醫師判斷不能處理自然而然就會上轉，但是下轉才是政策上要去監控的，分級醫療政策上要去推動的。也就是政策不用推動上轉，而是要推動下轉，而我們這邊 monitor 的竟然只有上轉，沒有下轉，而且今天告訴委員也只有上轉，沒有下轉，我覺得這非常可惜。

當然第 1 個是希望以後你們報告，可以把下轉的狀況如實呈現，第 2 個希望健保署真正落實分級醫療這件事，而不是喊口號，真正對於下轉這件事情要怎麼樣落實，或是下次有機會的時候在這邊健保會有一個專報，針對真正下轉的推動策略有哪些，尤其是搭配現在的個別醫院總額，到底你要怎麼樣去推動，在這樣子的策略、方法之下，然後去訂一些 KPI^(註)，更實際的 KPI，這樣我覺得才有可能會實現，謝謝。

註：KPI(Key Performance Indicators，關鍵績效指標)。

周主任委員麗芳：謝謝朱益宏委員語重心長，接下來請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：各位委員大家好，我的問題跟朱益宏委員差不多，被他講光了，我就簡短就好。其實你講得很好，他講得很對，我是真的有深深感覺到 106~115 年這中間的成長率，你說還不錯，我倒覺得還不夠好，才 0.7%^(註 1)，將近 10 年，才這樣的成長率是不夠好，表

示我們分級醫療不夠落實。其實健保會很用心，還做了公民參與的討論，就是針對分級醫療這件事^(註2)，我覺得這個很好，因為民眾跟醫院不是很熟，但畢竟跟地方的診所會比較熟，如果他的病情在診所無法照顧的話，一定幫我們轉到醫院去，這是正常的，所以剛剛朱委員說不用鼓勵這部分，這是對的。

而真的到醫院診療之後，如果病情穩定應該要下轉到診所，這樣才不會有去無回，若一去不回這樣診所怎麼經營，所以經營這方面，診所跟醫院之間我們覺得還是應該要達成共識，若真的要把分級醫療落實，下轉這個動作非常重要。而且患者跟醫院診所之間的默契已經夠了，我覺得要找到可以直接上轉的醫學中心或大醫院，他們也應該給予相當便利的通報或轉診制度、程序，不要太麻煩，當然診所要有他的熟悉度，他熟悉的大醫院或是醫學中心，這樣直接轉過去比較快，後續醫院第一個也要如實的，在病人比較好了之後，轉到診所去，這樣互動夠頻繁，才可以把分級醫療做到比較完整一點，以上。

註1：依補充資料2季報告第8張投影片，轉診率於106年1-3月、115年1-3月分別為0.7%、1.1%。

註2：相關公民參與活動預計115年7~8月間舉辦，詳見本會115年第3次委員會議(115.4.22)會議資料第26頁，本會重要業務報告說明四。

周主任委員麗芳：謝謝楊芸蘋委員。我先說明一下，這案因為時間關係，口頭發言到黃心苑委員，其他委員如果還有意見的話，請大家提書面意見，會請健保署詳細做回應。接下來請連賢明委員。

連委員賢明：我想要針對減少重複醫療的部分，在投影片第9、10張(業務執行季報告第171頁)，因為健保有個非常重要的功能，就是擁有一個很好的資訊系統，而在重複醫療的部分，看起來好像沒有達到效果。

我想要比較具體地問，第1，在這個檢討報告裡說因為已經有成效了，所以下降空間有限，可不可以告訴我們到底現在重複用藥的比例是多少，才可以接著告訴我重複醫療下降的空間有限，也包括那些重複檢查的比例。

第2個我想知道的是，其實大家、特別是醫院一直詬病的是病人

不斷地使用一些……可不可以列出來是什麼項目？特別是一些比較昂貴的檢查，在兩家醫院同時做的比例有多少？我們才會知道是為什麼。檢查的部分好像有一些檢驗是比方說定期追蹤或是其他，我覺得這不是真正的重複，我們關心的是像 MRI^(註 1)、CT scan^(註 2)等花比較多錢的項目，在兩家醫院同時做的比例有多少？這一些數據都沒有提供，就直接說因為已經做得很好，所以接下來要下降比例很難，這好像有一點奇怪，謝謝。

註 1：MRI (Magnetic Resonance Imaging，核磁共振攝影)。

註 2：CT scan (Computed Tomography，電腦斷層掃描)。

周主任委員麗芳：謝謝，接下來請李飛鵬委員。

李委員飛鵬：我覺得朱益宏委員提到分級轉診的問題，上轉有很大的誘因，一般的民眾如果從基層診所轉到醫學中心，他本來的部分負擔 420 元，現在變成 170 元，轉到區域醫院是 240 元變成 100 元，我看門診時常常會有病人拿轉診單來，當然很有誘因啊。

我覺得要把下轉做好，應該比照上轉提供一些誘因，下轉到診所或到區域醫院、地區醫院時，掛號費或部分負擔也可以減免，這樣應該可以推動起來，獎勵是最好的管理辦法，以上建議。

周主任委員麗芳：謝謝，請黃心苑委員。

黃委員心苑：我的意見和連賢明老師的有點類似，其實健保署應該有不少資料，所以我好奇的部分，像指標 3、指標 6，還有指標 15，這一些指標健保署應該都可以分析，例如第 1 個，指標 3「門診就醫次數全年大於 90 次的保險對象就醫次數下降率」(業務執行季報告第 170 頁)，因為現在人口老化，可能很多人真的是有需要的，而這個指標其實是看不出來哪些人應該用、哪些人不應該用，建議如果資料可以分得更細，知道哪一些真的是不需要用的，我們才來看到底有沒有下降空間，不然 aging(人口老化)持續下去，指標很難達到我們想要的目標。

第 2 個，這也是滿好奇的，指標 6「接受出院準備服務個案的後續醫療銜接率」(第 170 頁)達標是 3 成，3 成其實很少，因為這些個案需要醫療，但是竟然有 7 成的個案沒有銜接，就算指標達標，也

還有 7 成的人沒有銜接。我很好奇當初這個指標是怎麼訂的，為什麼這些人沒有銜接？因為目前的改善策略，看起來好像很難讓銜接率變得比較好。現在高齡化又有很多是獨居，真的是很嚴重的問題。

另外，指標 15「西醫門診病人可避免住院率」(第 172 頁)，我提供一個建議，因為全世界都受到疫情影響，avoidable hospitalizations^(註 1)是 OECD^(註 2)都有的指標，健保署可以試試看，我們是不是其實已經做得比國外好了，這樣的指標已經是很 OK 了，因為要去排除疫情的部分是很難的，所以可以跟國外的比較看看，以上。

註 1：avoidable hospitalizations(可避免住院)。

註 2：OECD(Organization for Economic Cooperation and Development，經濟合作暨發展組織)。

周主任委員麗芳：非常感謝今天委員踴躍發言，提供很多寶貴的意見，接下來請張禹斌副署長簡單回應，謝謝。

張副署長禹斌：謝謝各位委員的詢問和指教，我簡單針對幾位委員所提的內容說明。第 1 個，黃振國委員所提的藥品給付規定的改變及修訂，因為這個算法很多年都這樣，這個部分可能我們回去跟黃委員私下再看看應該要怎麼算可能比較符合邏輯。

第 2 個，OPAT 還有 ASCVD 方案是我們今年在做的，剛才黃委員所提的也是目前會有的狀況，建議是不是在我們的定期檢討會議把黃委員所提這兩樣列進去，像 OPAT 還有 ASCVD 方案剛開始執行，檢討的時候會把黃委員所提的部分納入，再請一些專家委員來討論，這是黃委員的第 3 個問題。

還有提到重複用藥的部分，重複用藥和檢驗、檢查的監測行之多年，已經有一點鈍化，剛才黃委員有提到使用 AI 輔助，這倒是可以嘗試。其實重複用藥不代表說藥品重複使用就叫做重複用藥，是指有一些藥品之間有些相似的成分，目前的系統可能不好辨識，利用 AI 可能會做得更好，這部分請醫審組研擬。另外 NSAIDs 大於 28 天不給付的部分，我們需要回去再研究一下，也是要經過專家討論，這是黃委員提的問題，以上簡單說明。

朱益宏委員所提第 1 個問題，他看到整個健保署的預算是用預估

的，但是從我們的預算規定，理論上在匡列的部分應該要超過，我們以後要檢討，但現在因為沒有超過很多，只是一個預估，未來我們會檢討，理論上不應有這種情形。

第2個，有幾位委員提到分級醫療，我還是跟各位說明，分級醫療必須與原本的健保政策扣連，最近這1、2年最大的新政策改變就是個別醫院總額。個別醫院總額實施後，很多分級醫療原本的措施或是觀念要做檢討，謝謝幾位委員，包括上轉、下轉誘因等建議，我們回去會針對個別醫院總額做檢討，把分級醫療納進去，這是環環相扣的，這部分我們會一起檢討。

剛剛楊芸蘋委員所提，也是跟分級醫療有關，會在轉診的部分做檢討。分級醫療做得好或做不好，從數字以及民眾的感受上來看是不一樣的，我相信民眾對分級醫療並不是覺得做得相當好，這部分會再來研究。

朱益宏委員提到很多病人上轉後，治療完後會不會再轉回到基層，醫管組會再做資料分析，這數字等分析完後再向委員說明。

連賢明委員提到的比較是針對效益，像重複的檢驗檢查，向委員們致歉，提供的資料包括附件，分析尚不到位，沒有把一些數字呈現，這部分看是用補充的方式提供給健保會委員參考，下次會議委員如果對於提出的數字還有意見的話，再提出來討論，包括用藥、昂貴的檢驗檢查重複的比例有多少，醫管組整理這些資料後再做說明。

李飛鵬委員所提到上轉、下轉的部分，以後我們在個別醫院總額或分級醫療的檢討會議中會一起討論。

黃心苑委員所提，學者真的是問到重點，我們剛剛提到的很多都是簡單做了結論，很多細節都沒有做說明，包括指標3、指標6、指標15等，這部分一樣，我們如果能夠重新再算一算，把一些細節再跟委員做說明，下一次委員會議再提出說明。

至於哪一些指標可以功成身退，當然可以參考OECD或其他國家，哪一些台灣已經做得很好了，是否需要再用這些指標來做監測，

這部分到時候可以提出來再討論，如果可以拿掉再拿掉，以上簡單向各位說明。

周主任委員麗芳：非常感謝張禹斌副署長剛剛做了初步的回應，他也提到對於所有委員的意見，回去後他們還是會繼續精進資料，所以剛剛大家的意見，包括如果還有書面意見，他們會把資料補充好，再提供給委員參考。所以本案洽悉，委員所提的意見請健保署參考。進行報告事項第一案，謝謝。

肆、報告事項第一案「『家庭醫師整合性照護計畫』之專案報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請報告。

呂專門委員姿擘報告：略。

周主任委員麗芳：謝謝，針對這案我們聽聽看委員的意見，請陳節如委員。

陳委員節如：大家好，家庭醫師整合性照護計畫 115 年預算是 58.665 億元，預計朝向慢性病整合及全人照護方向推動，可是健保署因擔心後續預算不足，因此盼計畫專款可流用。最近幾年家庭醫師整合性照護計畫的經費持續增加，今天看到的收案人數及醫師參與數也創新高，加上持續針對各計畫進行整合，這個方向我認為很好，值得肯定。

但就資料整理所提到的社區醫療群的數量卻從 110 年的 623 群，下降到 114 年的 471 群，相當於少了四分之一，參與診所數也從 5,687 家降至 5,456 家，這現象的主要原因可能是什麼？這個請健保署說明。

因為剛剛講到分級醫療上轉、下轉，我覺得這應該可以一併講。家庭醫師整合性照護計畫持續的擴展，對民眾基層醫療的可近性是不是會有什麼影響？這點請健保署說明。

其次，既然 113 年開始推動大家醫計畫，推三高等慢性病的整合，今年更是要整合醫療給付改善方案(P4P)的糖尿病、腎臟病的照護，未來在大家醫計畫的指標上，是否能夠有更多品質結果導向的指標？而不是只有單純人數、次數等過程的指標。

關於兩個計畫預算流用的問題，既然不是當初總額核定的事項，回來健保會徵詢委員，我猜健保署是基於尊重，但身為健保會委員，恐怕會覺得背書的味道更多一點，這部分是否請健保署報衛福部來做斟酌？

周主任委員麗芳：謝謝，接下來請黃振國委員。

黃委員振國：各位委員大家早安，因為我有兩個身份，一個是醫師公會全國聯合會代表，一個是家庭醫學醫學會理事長。剛剛陳節如委員提到的重點，我回應一下，第一，因為這個計畫實施很久了，原本是以論量計酬方式，只要指定家庭醫師，且家庭醫師有提供照護，初期就可以得到該有的費用。但是由於基層強調的是全人照護，剛剛健保署已經有報告了，如果有機會我再專門一個時間跟陳節如委員報告。

計畫指標含括結構面，還有過程面指標，如一些預防保健的達成情形，及剛剛有講到很多結果面的指標，包括潛在可避免急診率、可避免住院率。重要的是我們把每個評比指標，所謂的評比對象就是所有在西醫基層就醫的民眾，每個指標要拿到滿分，通常執行結果需達前 60 百分位，甚至像是糞便潛血檢查要拿到 70 百分位，等於要高於平均值 10~20%，才能得滿分，後來發現的確有些診所在參加後，沒辦法跟上這樣的要求，而且說實在我們的淘汰率，我以最近的指標跟大家報告，醫療群要持續參加家醫計畫，評核指標分數必須達到 70 分，大家知道考試及格不是 50 分、60 分，是 70 分，以其他類似計畫，像是地區醫院全人全社區照護計畫及格是 60 分，家醫計畫在推動初期也是 60 分就可以延續資格，可是為什麼很多醫療群被淘汰，因為他們沒有積極配合政府政策以致被淘汰，淘汰後診所也不是就死掉了，因為要同儕學習，我們容許被淘汰的醫療群可以擇優選擇已經存有的群加入，這就是為什麼看到醫療群數減少、醫師沒有減少、病人數沒有減少，這就是結果面。

第 2 個是為什麼強調預算不夠，大家知道原來的 P4P 都是以診所為單位，以糖尿病為例，參加糖尿病 P4P 計畫，除了醫師以外，還要有護理師、衛教師、營養師，今天都是有某種程度規模以上的診所才有辦法參加，基於這個理由，我們剛剛強調 888 計畫，就是收案要達到 8 成，但是會發現假設相對比較偏遠或醫療人力不足的診所，目前就被排除在 P4P 的計畫，但回到家醫計畫，坦白講，就計畫本身，以家庭醫學醫學會理事長的立場，我應該反對，為什麼？因為從原來 by 診所為單位變成 by 病人為單位，原來參加 P4P 的民

眾可能是 7~8 成，現在是百分之百，多了 20~30%，只要參與家醫計畫，且品質指標達標就可以獲得獎勵。從以前必須要有完整的照護團隊，到現在較為務實，可在基層診所接受家庭醫師的照顧，達標就可以獲得獎勵，所以這就是為什麼造成經費的落差。

另一個也很重要，大家別忘了 CKD 預算是來自其他預算，DM^(註 1)、CKD、DKD^(註 2)納入的時候，其他預算的錢不夠，所以我要拜託，其實我不是要跟健保署要錢，因為有照顧的事實，原來的預算來自於其他預算，真的不足的時候，我也要拜託各位委員的支持，以鼓勵每個願意照顧好病人的醫師。

坦白講，這個計畫去年在石崇良部長修改之下，那個指標多難啊，有機會我再跟各位詳細報告，他求好心切，我每次跟他說，部長，這個您要考慮現實面，不是每個人都可以考 90 分，都是第 1 志願、第 2 志願的，要讓中段班也能夠前進。他說不行，去年石部長還是石署長的時候訂了一個史上最嚴格的標準，也造成很多診所哀鴻遍野，但基於鼓勵大家一起往前走，不是最頂尖的團隊，基層尤其偏遠地區，很多民眾就醫不便，人口老化，多重慢性病增加，在地化的醫療是值得鼓勵的，懇請各位委員能夠支持，這樣我講得夠清楚了，若真的家醫計畫有剩錢，P4P 不夠，我也願意給，因為我們是務實的團隊，並不是要求高收入的團隊，謝謝。

註 1：DM(Diabetes mellitus，糖尿病)。

註 2：DKD (Diabetic Kidney Disease，糖尿病合併初期慢性腎臟病)。

周主任委員麗芳：非常感謝黃振國委員這麼詳盡地補充說明，請問委員針對這個案子還有沒有要提出來做回應？請林恩豪委員。

林委員恩豪：謝謝主席，首先我要表達一下這個案子其中的重點，就是想要流用這兩個計畫的專款預算，我是會認同這樣的事情，因為我覺得健保署做整合這個事情好像也是蠻吃力不討好的，但請問一下，當然在初期是採用專款流用這個權宜之計，但整合要花多久的時間？感覺不是 1~2 年內可以完成，您們有沒有一個預計整合的時間？這是 115 年的預算，提明年也就 116 年度總額的時候，你們是會拆好，還是一樣想要像這樣子流用？這樣明年是不是可以拆好、

拆清楚一點？但是剛剛又有講，這樣做估算可能又有困難，是不是您們可以好好思考一下，因為如果可以拆好，做個好一點的估算，專款就不用這樣子流用，當然我是會認同初期像這樣子做。剛剛陳節如委員有講，健保署跟醫療團體討論後報衛福部就好，我們這裡就是聽完這整個報告而已，這是第 1 個。

第 2 個，會議資料第 47 頁投影片第 4 張提到預防保健檢查率/老人流感注射率，家醫收案會員和全國的比較，家醫收案會員均較全國高，我的疑問是這樣子，這個高也只高一點而已，但是我的認知是，這個家醫收案的會員，其實醫師都已經介入了，而且被家醫計畫收案的會員應該都是算身體有些狀況、比較亞健康的人，他的成人預防保健或其他的檢查率，在醫師介入後應該要比全國平均值高很多才對吧！不是只有高一點，因為醫師應該會要求他的病人做預防保健和檢查來促進健康，並不是好像只有高而已，這邊是不是可以檢討一下，就是醫師介入了，為什麼只高這麼一點？謝謝，以上。

周主任委員麗芳：好，謝謝，請陳節如委員。

陳委員節如：我為什麼對這個計畫非常地關心，因為它已經執行 20 幾年，還沒有聽到一個整體的執行報告，在月初的時候，我到臺東縣泰源村，剛好那天余尚儒醫師是在泰源看門診，我感覺到那裡真的是好遠好遠，我到成功鎮後，再進去還要再花 1 個多鐘頭才能到泰源，大家都知道在泰源那邊有個監獄，可是那邊的人口，我大約估計，我不知道準不準，好像有 1,200 多人，泰源的民眾也有付保險費，可是幾乎沒有什麼醫療，巡迴醫療醫師 1 個禮拜僅去 2 次，我覺得這是非常不夠，那邊只有 1 個保健室，連 1 個醫師固定在那邊看門診都沒有，為什麼我們的醫療會做到那麼可憐啊？我是特別去找余醫師想跟他請教在宅醫療的事情，因為他在電話中跟我說他那天剛好要出診到泰源，我就趕過去看他，像這樣有心的醫師確實是不簡單，很少。1 週只有 2 次巡迴醫療是不是太少？如果有診所在那邊，民眾隨時都可以去看病，我也有到保健室看一下，有保健室但沒醫師固定開診也沒有什麼醫療服務啊，我是覺得那邊偏遠地區的醫療品質和量確實非常非常缺乏。泰源是在山谷裡面，我覺得那

邊人口也多，我去到那邊時，看到有整屋子的人，大概醫師看一個早上都看不完，可是我們健保只准醫師去 2 次，我覺得非常非常地不合理，是不是請健保署再研究看看。還有在宅醫療已經實施 10 幾年了，到底是怎麼樣，是不是請健保署在下次會議也做 1 個整體的專題報告，讓我們瞭解目前到什麼程度。

再來我覺得現在有醫院承接的、有診所承接的，散布在各地，執行狀況好像都不一，目前我們在健康台灣這邊最需要的就是在宅醫療，就是到家裏面去，老人家已經增加那麼多，為什麼不大力執行這個東西呢？還有身心障礙者、老人不要說大醫院，要去一趟診所也都非常非常困難，有交通問題、陪同問題，這是非常嚴重的事情，是不是下次會議請健保署報告一下在宅醫療的情況？謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝陳節如委員，請胡峰賓委員。

胡委員峰賓：謝謝主席，首先我們非常肯定家庭醫師整合性照護計畫，因為民眾可以經過家庭醫師的初步診療來篩檢輕重症，健全分級醫療的一個基礎，同時就診在同個家庭醫師，他可完整地掌握病人的病史、用藥史，還有對一些慢性病追蹤會更穩定。對健保來講，因為早期介入照護節省一些健保就醫的次數，只是就民眾跟家庭醫師之間的媒介，或是怎樣引薦的部分，是不是需要再強化一下，譬如健保有健保行動快易通 APP，是不是民眾能透過 APP，可以直接看到在這個區域裡面有哪些醫師可以來選擇加入，讓民眾端部分可以更便利來參與這個計畫，以上，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝，最後 1 位口頭發言，請黃振國委員補充。

黃委員振國：是不是可以把老人流感注射率那張投影片放出來(會議資料第 47 頁投影片第 4 張)，因為剛剛委員指導得非常好，所以我要跟大家報告。關於流感注射率跟全國民眾比，我建議健保署做為比較的那個 bar 不要用全國平均數，應該是用非家庭醫師收案的民眾注射率，我想就能看出有無接受家醫計畫照顧的差異，是不是明年可以這樣呈現，因為全國平均包含家醫照顧的民眾，所以水漲船高，是不是對照組可以採用沒有參加家醫診所照顧的平均數進行比較，

謝謝。

周主任委員麗芳：好，謝謝，剛剛黃振國委員非常科學，就是等於參加家醫整合性照護計畫和非參加家醫整合性照護計畫兩者進行比較，接下來請張禹斌副署長回應，謝謝。

張副署長禹斌：首先謝謝黃振國委員剛才幫忙本署說明家庭醫師整合性照護計畫的一些改革，這部分如果有不足的地方，有需要的話，會再以書面向委員說明。

另外是林恩豪委員提到有關流用的部分，跟各位委員報告，其實要把 P4P 整合進家庭醫師計畫中，我們花相當多心力，談得相當久，也不是那麼容易，原則上整合進來就整合進來，不會獨立再有一個 P4P 計畫了，就整個融進到家庭醫師計畫裡。因為今年剛整合，明年會怎麼樣，等一下我請同仁再說明。

剛剛林恩豪委員提到的預防注射，家醫比全國平均值高，但數字也沒有被凸顯到很高，另外還有剛才黃振國委員提的，我們再嘗試照黃委員提的方式，重新分析一下，是不是能凸顯更好的數字給各位看。

陳節如委員所提的就是健康平權的概念，這在台灣不容易做，尤其在偏鄉，我上週去復興鄉，復興鄉已經做得很好，但醫師到某一個案家做居家都非常的遠，他們車子的磨損程度超過我們想像，常常去做居家的車子都會耗費掉，但健保不可能給付這些錢，願意做偏鄉居家醫療的醫師是相當偉大。至於陳委員提到泰源只能去 2 次，這部分我們會檢討，2 次是一個制度，還是必須有彈性空間，這部分容我們回去檢討，我認為還是應該要有一些讓醫師願意投入的措施，像是提供更優渥的環境或更好的支付點數。

胡峰賓委員提的 APP，若民眾對家庭醫師有興趣，可以透過 APP 看附近有哪些家庭醫師，這部分應該有，只是宣傳力道不夠，我們回去會好好宣傳，以上簡單說明。接著請醫管組向林恩豪委員說明明年還會不會有獨立的家庭醫師、P4P 專款。

黃組長珮珊：跟委員報告，我們推估可能要 3 年時間做完整的整併，

現行的個案可能因為糖尿病參加 P4P 在 A 診所，可是又參加 B 診所的家醫，我們覺得這樣的服務未來應該朝向整合，所以才會做整併，為什麼講 3 年，因為 113 年大家醫計畫開始整合一些糖尿病照護，從 113 年到 115 年完成整合，所以我們覺得以過去家醫 1.0 到 2.0 花 3 年時間，推估如果要把家醫跟 P4P 整併，大概也要這樣的時程，因為醫界需要逐步瞭解，很多系統面、病人面要調整，我覺得依照我們的經驗，3 年是比較可以整合過渡過來的。

周主任委員麗芳：非常感謝很多委員關心這個案子，這個案子對民眾的健康有很大的促進，各位委員對於執行過程如何能夠更加落實，達到原始初衷，很感謝委員提供的意見。關於專款預算不足的部分由其他專款項目流用，委員持肯定跟支持，這案子我做這樣的決定。

一、本案洽悉，委員所提意見請健保署參考。

二、請健保署持續監測家庭醫師整合照護計畫執行情形。

三、若本項專款預算不足須由其他預算專款項目流用，本會委員予以支持，因涉及 115 年度總額核定事項之變更，請逕送衛福部核定。接著進行報告事項第二案，請同仁宣讀。

伍、報告事項第二案「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(續提)」與會人員發言實錄
同仁宣讀

張副組長如薰：本報告有 2 項，第 1 項是「醫院住院護理費用」，為落實調升護理人員薪資，本署研擬增修護理相關支付標準，但是護理團體與醫院協會意見未有完全共識，我們預計在今年 5 月開會討論，建議本項是否可以延後到確認執行方式後再到會報告。

第 2 項涉及醫院及西醫基層暫時性支付執行方式，針對醫療服務部分，本署已經委託醫藥品查驗中心辦理執行流程優化的計畫，後續會依照委託成果進行研議。

新藥的部分，為了滿足病人臨床需求，並且加速與國際治療指引的接軌。在預算編列部分，我們會參考廠商在本署建置的「前瞻式新藥及新給付範圍預算推估登錄作業平台」，提供預期近 2 年會建議收載資料，最後依照新藥通過率、核價折扣比率及廠商即時送件率等因素，調整之後進行 115 年預算編列。收載之後，在財務控制部分會透過 MEA (註 1)、PVA(註 2)等多元風險分攤方式，降低財務影響。

至於執行方式，適用藥品是領有藥品許可證，具有臨床急迫性，但財務上健保總額尚無法納入給付，這部分我們會列入，非癌症新藥的部分也會列入。納入給付與否的評估程序會採現行藥品收載方式，透過共擬會議決議確認暫時性支付。這樣的藥品收載之後，以 2~3 年收載時間為原則，廠商必須在協議屆期前 6 個月，提供評估報告給健保署，作為我們後續評估藥品給付策略的參考。

新特材的部分，在預算編列方式，也是會參考廠商提出的新功能醫材品項，依照預估使用量，進行年度預算編列。財務控管部分，也是跟藥品一樣會採用多元式價量協議。

執行方式，適用醫材會針對領有許可證，療效尚缺乏實證，屬健保尚未收載但為醫療必需使用品項或智慧醫材產品收載。評估方式跟藥品一樣，經過專家會議討論，由共擬會議決議進行支付。收載

方式也是 2~3 年為限，評估方式為協議屆期 6 個月前請廠商提交報告給健保署，時限內沒有提交的會取消暫時性支付。退場部分會依共擬會議討論，依照會議決議予以持續支付或取消辦理，以上報告。

註 1：MEA(Managed Entry Agreements，藥品給付協議)。

註 2：PVA(Price-Volume Agreement，價量協議、藥品價量協議)。

周主任委員麗芳：請黃振國委員。

黃委員振國：我想新醫療科技跟新特材對民眾的健康是有保障的，但我之前在藥品共擬會議有一些特殊要求，比方說某些特殊疾病，或實施很久的特材，例如 IVIG^(註 1)對視網膜糖尿病病變的成效，類似這樣可以列入我們品質指標的揭露，有一些新醫療技術、新特材、新藥會限定某一些病人只能用一次，既然只有一次機會，為什麼不讓他去成功率比較高的地方？

最近有一個議題很重要，因為肺功能的 Low-dose CT^(註 2)做多，很多檢查出來之後，開刀發現不是癌症。健保資源的可貴，有一些重大行之多年且具體的項目，希望健保署能揭露，讓民眾有選擇權利，有一些都是口耳相傳，包含心導管成功率，急症就不必談。希望健保署定期揭露類似這樣的指標，揭露時不要用醫學中心跟地區醫院比較，可以醫學中心跟醫學中心比較、區域醫院跟區域醫院比較，地區醫院跟地區醫院比較，這樣比較公平，好處就是民眾要做治療的時候，可以選擇他相對覺得可以信賴的地方，這是我的建議。

註 1：IVIG(Intravenous immunoglobulin，靜脈注射免疫球蛋白)。

註 2：LDCT (Low-dose Computed Tomography，低劑量電腦斷層掃描)。

周主任委員麗芳：請嚴必文委員。

嚴委員必文：健保署提出暫時性支付費用，對很多病友都是好事，因為在沒有辦法時，不管是所謂的時效性或所謂的預算衝擊之下，先到暫時性支付讓病友提早用藥，這絕對是健保署的美意，但不能忽略這是「暫時性」，這些藥終究要回到健保，不管癌藥或是非癌藥。最近大家在談論的癌症新藥基金，看到的是百億規模，正式名稱就是「癌症新藥暫時性支付專款」，從 114 年、115 年納入，有很多藥會屆期，可能要進入健保，我們擔心健保預算如何把這些新藥納入？

過往在講新藥新科技預算時，我們看到的常常是一大包，我不知道有多少藥，我也不知道品項，我看到的是總額。偏偏在暫時性支付是每一個藥都條列得清清楚楚，因為共擬會議都會把它條列出來，什麼時候上、有哪些藥、花費多少錢。請健保署今年提出新藥新科技預算時，要讓委員瞭解新藥新科技預算，哪一些是暫時性支付費用，哪一些是本來就要進入健保的費用，可能要重新思考提案的結構，這樣我們才可以更清楚的看到暫時性支付對新藥的影響。不管暫時性支付在明年 116 年度到底有多少進入健保總額，但它是一個制度的開啟，我覺得這個制度要能夠明確，必須要能對我們說明。

周主任委員麗芳：請問還有委員要詢問嗎？沒有的話，請張禹斌副署長補充。

張副署長禹斌：第 1 個，黃振國委員提的很多希望揭露的指標，我可能要拜託黃委員提供我們哪幾個，再跟您討論。但先跟委員報告，若要變成制度性揭露需要時間，必須要系統化，比較成熟的我們就會揭露，歡迎各位委員覺得哪一些指標要揭露，提供我們定義，我們試試看，有需要時會向委員提供書面或口頭說明。

第 2 個，嚴必文委員提的意見，她算內行，暫時性支付總有一天要滾進新藥新科技預算，但有一個條件，暫時性支付必須要看效果，所以不是說馬上 1、2 年就納入，如果成效不彰，留在暫時性支付先再看一看，因為已經有病人先用，這部分會再瞭解。至於您提的，沒錯，會滾進新藥新科技預算，有些費用健保署必須要分開，有些資料滾進來，必須先弄出來看看明年到底哪一些暫時性支付要滾進健保，我們再研究一下。

周主任委員麗芳：非常感謝，今天我也非常佩服張禹斌副署長，在回應過程中展現健保署在很多業務處理上，其實也都有一定的彈性跟同理心，非常謝謝。有關這個案子，本案洽悉，委員所提意見，請健保署參考。

另有關於醫院總額「住院護理費用」專款項目，請健保署會同相

關團體儘速完成研訂後，提到最近 1 次委員會議報告。接下來進行臨時動議，不知道委員有沒有意見？請洪瑜黛委員。

洪委員瑜黛：這應該不算是臨時動議，應該也不是健保署的事情，想說在場有很多的長官們，想要反映昨天我們收到病友反映說，他們在現在的社區藥局買不到抽痰管，竹東、新竹的很多藥局買不到抽痰管，大家應該知道需要抽痰的病友一口痰卡住的後果影響非常大，可是現在已經有這樣的情況出現，不知道要跟哪一個主管單位反映，所以說如果在場有長官可以協助的話，這邊提出來。

周主任委員麗芳：請張禹斌副署長。

張副署長禹斌：這個部分可能要回去瞭解一下，要問 TFDA^(註)是不是有這個狀況，我是還沒聽過有這件事，回去瞭解一下。

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

周主任委員麗芳：請回去瞭解一下之後，也是給委員回復。接下來我請周淑婉執行秘書跟大家說明一下我們今天的午餐。

周執行秘書淑婉：因為今天表訂會議開到 11 時 5 分，但我們開到 20 分了，依規定會議到 12 時 30 分才能請購便當，所以不好意思，今天大家湊合點就一個小餐盒，還是請大家自己去吃午餐，抱歉抱歉。

周主任委員麗芳：謝謝，不過我們下次盡可能爭取幫委員準備便當，因為特別是很心疼好多遠道而來的委員，早上 5、6 點就出門，搞不好連早餐都沒有吃，那這次就請大家委屈一下，我們就先吃這個餐盒，今天會議到此結束，謝謝大家，散會！