

衛生福利部全民健康保險會
第7屆114年第2次委員會議議事錄

中華民國114年4月23日

衛生福利部全民健康保險會第7屆114年第2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4月23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：許至昌、彭美熒

出席委員：(依姓名筆劃排序)

田委員士金、朱委員益宏、江委員錫仁、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、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(台灣總工會張秘書長鈺民代理)、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(中華民國全國商業總會劉秘書長守仁代理)、許委員慧瑩、連委員賢明、陳委員秀熙、陳委員建宗、陳委員相國、陳委員真慧、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、詹委員永兆、蔡委員順雄、謝委員佳宜、嚴委員必文

請假委員：陳委員節如、董委員正宗、鄭委員力嘉

列席人員：

本部社會保險司：蔣簡任視察翠蘋

中央健康保險署：石署長崇良(龐副署長一鳴代理)

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25頁)

貳、議程確認：(詳附錄第25~26頁)

決定：確認。

參、確認上次(第1次)委員會議紀錄：(詳附錄第26頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第28~29頁)

決定：

一、上次(第1次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤共1項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共6項，同意繼續追蹤。

二、同意中央健康保險署「112年度健保收入超過2億元之醫療院所財務報告之公開情形」報告案延後提報，並請儘速辦理。

三、餘洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第30~44頁)

提案單位：本會第三組

案由：各總額部門113年度執行成果評核之作業方式(草案)，
提請討論。

決議：

一、依委員意見修正通過「各總額部門113年度執行成果評核之作業方式」，如附件一(修正如劃線處)，並請中央健康保險署及四總額部門依作業方式及時程，提供所需資料。

二、有關評核結果獎勵標準，安排於114年5月份或6月份委員會議討論。

三、通過「114年度一般服務之重點項目與績效指標(含目標值)」，如附件二。請中央健康保險署及四總額部門落實執行，以利115年評核時呈現執行成效。

四、本會訂於114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」，請委員預留時間參加。

陸、報告事項(詳附錄第45~58頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：113年度各部門總額核(決)定事項有關預算扣減之執行結果，請鑒察。

決定：本案洽悉。中央健康保險署提報資料及委員意見，送請衛生福利部參考。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：113年度全民健康保險基金附屬單位決算及115年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案，請鑒察。

決定：本案不同意備查，委員所提意見(含書面意見)送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，須提貴會報告之具體實施規劃/計畫(續提)，請鑒察。

決定：本案洽悉。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：114年3月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署回復說明。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：上午11時8分。

各總額部門113年度執行成果評核之作業方式

第7屆114年第2次委員會議(114.4.23)通過

壹、評核範圍

- 一、醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診四總額部門113年度之年度重點項目、一般服務項目及門診透析服務執行成果。
- 二、四總額部門及其他預算113年度之專款項目執行成果。

貳、辦理方式

一、評核委員

- (一)函請四總額部門受託團體(下稱總額部門)推薦評核委員人選，每部門至多推薦3名，包括：醫務管理、公共衛生及財務金融等健康保險相關領域專家學者。
- (二)就四總額部門推薦人選，加上全民健康保險會(下稱本會)現任專家學者及公正人士委員，排除具有付費者代表或醫事服務提供者身分者後，彙整為建議名單，請本會委員就該建議名單票選適合人選(每人7票，超過或未達7票者視為無效票)，依據委員票選結果之票數多寡，依序邀請7位擔任評核委員，並對「本會現任專家學者及公正人士委員」名額予以保障，以至少3名為原則，邀請順序如下：

- 1.第一階段：由「本會現任專家學者及公正人士委員」中，依票數多寡，依序邀請3名擔任評核委員，若同意擔任評核委員之人數不足3名，不足之名額併入第二階段處理。
- 2.第二階段：其餘名額再依票數多寡依序邀請，連同第一階段邀請擔任之評核委員，共計7位評核委員。

- (三)評核委員名單不事先公開，本會委員票選評核委員時，請兼顧四總額部門之衡平性與差異性，並為鼓勵專家學者廣泛參與，請避免專家學者服務機構過度集中。

二、評核會議之資料

- (一)請四總額部門及健保署於評核會議前1個月，提供年度重點項目、一般

服務項目及專款項目之執行成果書面報告，另對於113年執行未滿半年之總額協商因素項目，請說明執行現況與未來規劃(報告大綱及提報單位，詳附表一~四)，供評核委員事先審閱。

(二)書面報告內容以精簡為原則，部門提報之年度重點項目及一般服務項目內文限100頁，各專款項目內文限10頁，並編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。

(三)請四總額部門及健保署於評核會議前2週，提送口頭報告(簡報)。

三、評核會議

(一)會議期程：2天。

(二)第一階段：公開發表會議(1天半)。

1.健保署統一報告各總額部門一般服務之整體性、一致性項目(如：利用概況、滿意度調查結果、品質指標監測結果等)及門診透析與其他預算之執行成果。

2.由接受健保署專業事務委託之四總額部門報告年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果；為利評核委員及與會者掌握及聚焦於重點項目，簡報內容請以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請部門以政策目標、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。

3.評核委員評論各總額部門年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果報告，並開放與會者提問。

4.參與人員：除本會委員、四總額部門與健保署外，另邀請衛福部相關單位與附屬機關，如：社保司、醫事司、照護司、心健司、口健司、中醫藥司、全民健保爭議審議會、健康署、疾管署等，以及民間團體，如：病友團體、社福團體、醫策會、消基會、醫改會等，預估約160人。

(三)第二階段：評核內部會議(半天)。

1.評核委員就四總額部門之執行成果，充分溝通後評定等級；並針對四部門總額及其他預算之年度重點項目、一般服務項目及專款項目提出共識建議，供協商參考。

2.參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁，由評核委員互相推選主

席。

參、評核項目與配分

評核年度重點項目執行成果、一般服務項目及專款項目執行績效/成果之計分權重分別為20%、60%、20%，於分開評核之後再合併計分，各總額部門執行成果評核項目及配分如下表。

評核項目	配分
<p>壹、年度重點項目執行成果與未來規劃^{註1}</p> <p>一、年度重點項目：請部門以政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出2~3項<u>113</u>年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為(附表三)</p> <p>二、<u>111~113年總額核(決)定項目KPI^{註2}</u>之執行檢討及指標研修</p>	20
<p>貳、一般服務項目執行績效</p> <p>一、就<u>112</u>年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明 (請以對照表方式，針對評核<u>共識</u>建議提出回應說明，包含採行之具體措施)</p> <p>二、維護保險對象就醫權益</p> <ul style="list-style-type: none">(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施(二)民眾付費情形及改善措施(三)就醫可近性與及時性之改善措施(四)民眾諮詢及抱怨處理(五)其他確保民眾就醫權益之措施 <p>三、專業醫療服務品質之確保與提升</p> <ul style="list-style-type: none">(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施(二)品質保證保留款實施方案執行結果(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施 <p>四、協商因素項目之執行情形</p> <ul style="list-style-type: none">(一)延續項目之執行情形<ol style="list-style-type: none">1.新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)(本項適用於核(決)定事項有新醫療科技項目之部門)2.支付標準修訂及其他協商因素項目(依核(決)定結果分列)(二)<u>113</u>年新增項目之執行情形(執行未滿半年請加註) <p>五、總額之管理與執行績效</p> <ul style="list-style-type: none">(一)醫療利用及費用管控情形(二)地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理(三)點值穩定度	60

評核項目	配分
(四)專業審查及其他管理措施 (五)院所違規情形及醫療機構輔導 (六)其他	
參、專款項目執行績效/成果^{註3}	
一、就 <u>112</u> 年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明 (請以對照表方式，針對評核 <u>共識</u> 建議提出回應說明，包含採行之具體措施)	
二、 <u>113</u> 年計畫/方案說明	
三、 <u>109~113</u> 年執行情形及成效評估(含自選3項關鍵績效指標)	20
四、檢討與改善方向	
(一)專款項目執行期限屆期之檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標)	
(二)計畫/方案 <u>114</u> 年修正重點	
(三)113年執行未滿半年之新增項目/方案執行情形	
總分	100

註：1.年度重點項目係就一般服務項目中，擇與政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切之議題進行重點報告，以利評核聚焦於年度重要事項。
 2.KPI指年度總額核(決)定事項之「執行目標」、「預期效益之評估指標」及「品質監測指標」。
 3.列入評核之專款項目如附表四。

肆、評核結果之應用

一、評核結果區分為下列五等級：

評核分數	等級
90分及以上	特優
85分至未達90分	優
80分至未達85分	良
75分至未達80分	可
未達75分	劣

二、評核等級作為115年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給「品質保證保留款」之預算，以茲鼓勵。

三、評核委員針對四總額部門年度重點項目、一般服務項目及專款項目之共識建議，作為協商115年度該部門總額一般服務項目成長率及各專款項目經費增減及續辦與否之參據。

伍、114年評核作業時程表

時 間	作 業 內 容
<u>114年1~3月</u>	1.函請四總額部門及健保署提供建議之 <u>114年度重點項目</u> 及其績效指標、操作型定義及目標值，並請就本會研擬之評核內容(草案)提供修正建議。 2.研擬「各總額部門 <u>113年度執行成果評核之作業方式</u> 」(草案)。
<u>114年4月</u>	「各總額部門 <u>113年度執行成果評核之作業方式</u> 」(草案)提委員會議議定。
<u>114年4~5月</u>	1.辦理評核委員聘任事宜。 2.請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。
<u>114年5月下旬</u>	健保署依評核報告大綱及評核項目表，先提送監測/調查/統計結果(報告上冊)予本會，供評核委員審閱及四總額部門參用，總額部門可專注於提報執行檢討與改善結果。
<u>114年6月中旬</u> (評核會議前1個月)	四總額部門及健保署提送執行成果之書面報告(健保署提送報告下冊)予本會，供評核委員審閱。
<u>114年7月上旬</u> (評核會議前2週)	1.健保署及四總額部門提送「各總額部門 <u>113年度執行成果發表暨評核會議</u> 」之口頭報告(簡報)，供評核委員審閱。 2.本會同仁彙整「各總額部門 <u>113年度執行成果評核指標摘要</u> 」供評核委員參考。
<u>114年7月中旬</u> (7月 <u>14、15</u> 日)	召開為期2天之「各總額部門 <u>113年度執行成果發表暨評核會議</u> 」。

各總額部門年度重點項目及一般服務項目執行績效/成果之報告大綱

評核項目	健保署提報	部門提報
壹、年度重點項目執行成果與未來規劃		
一、年度重點項目： 請部門以政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出2~3項113年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為	V	V
二、111~113年總額核(決)定項目KPI ^{註4} 之執行檢討及指標研修	跨部門項目 執行情形檢討 改善、指標研修	各部門項目 執行情形檢討 改善、指標研修
貳、一般服務項目執行績效		
一、就112年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明 (請以對照表方式，針對評核 <u>共識</u> 建議提出回應說明，包含採行之具體措施)	V	V
二、維護保險對象就醫權益		
(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施	調查/統計結果及重點說明	檢討及改善
(二)民眾付費情形及改善措施		
(三)就醫可近性與及時性之改善措施		
(四)民眾諮詢及抱怨處理		
(五)其他確保民眾就醫權益之措施		V
三、專業醫療服務品質之確保與提升		
(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施	監測結果及重點說明 核發結果統計	檢討及改善
(二)品質保證保留款實施方案執行結果		
(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施		V
四、協商因素項目之執行情形		
(一)延續項目之執行情形	執行情形(含成效)檢討 ^{註3}	推動情形、目標達成情形、檢討及改善
(二)113年新增項目之執行情形(執行未滿半年請加註)		
五、總額之管理與執行績效		
(一)醫療利用及費用管控情形	醫療利用情形 預算分配結果 點值 審查核減統計 違規情形統計	管控措施、檢討及改善
(二)地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理		
(三)點值穩定度		
(四)專業審查及其他管理措施		
(五)院所違規情形及醫療機構輔導		
(六)其他		
參、附錄 (如：品質確保方案、品質保證保留款實施方案及其他視需要提供之方案內容)		

註：1.請健保署於5月下旬依報告大綱及評核項目表，先提供監測/調查/統計結果(上冊)予本會及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料。

- 2.報告內容請涵蓋評核項目表各項評核內涵及指標，並提供5年(109~113年)之數據。另請健保署提供各項調查/統計結果時，重點說明其結果。部門提報之執行成果報告內文限100頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
- 3.依據114年度總額核(決)定事項，請於114年7月底前，提報延續項目之113年執行情形及成效評估。
- 4.KPI指年度總額核(決)定事項之「執行目標」、「預期效益之評估指標」及「品質監測指標」。

各總額部門及其他預算專款項目執行績效/成果之報告大綱

壹、計畫型項目	健保署提報	部門提報 ^{註3}
一、就 <u>112</u> 年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明(請以對照表方式，針對評核 <u>共識</u> 建議提出回應說明，包含採行之具體措施)	—	V
二、 <u>113</u> 年計畫/方案說明	—	
(一)計畫內容簡介	—	
(二)該年度計畫與過去之差異	—	
三、 <u>109~113</u> 年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率	執行情形之統計結果、關鍵績效指標及改善建議	推動情形、檢討及改善、目標達成情形
(二)總額核(決)定事項執行情形		
(三)計畫/方案之目標達成情形		
(四)執行概況及結果，包含醫療服務提供及民眾利用情形、獎勵情形等		
(五)成效評估，包含計畫所訂之評核指標達成情形、就医可近性及健康狀況改善情形等(含自選3項關鍵績效指標)		
四、檢討與改善方向		
(一)專款項目執行期限屆期之檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標)	V	V
(二)計畫/方案 <u>114</u> 年修正重點	—	V
(三) <u>113</u> 年執行未滿半年之新增計畫/方案執行情形與規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃
五、附錄：各項專案計畫/方案內容	—	V
貳、非計畫型項目	健保署提報	部門提報 ^{註3}
一、就 <u>112</u> 年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明(請以對照表方式，針對評核 <u>共識</u> 建議提出回應說明，包含採行之具體措施)	—	V
二、 <u>109~113</u> 年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率	執行情形之統計結果及改善建議	推動情形、檢討及改善
(二)總額核(決)定事項執行情形		
(三)執行結果及成效		
三、檢討與改善方向		
(一)專款項目執行期限屆期之檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標)	V	V
(二) <u>114</u> 年修正重點	—	V
(三) <u>113</u> 年執行未滿半年之新增項目執行情形與規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃

註：1.各總額部門及跨部門之專款項目，請健保署於5月下旬依報告大綱，先提供執行情形摘要表(上冊，其中計畫型應含3項自選關鍵績效指標)予本會及總額部門參考，總額部門

請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料；由健保署負責之專款項目(計畫型及非計畫型)，均由署提報，各專款項目之提報單位如附表四。

2.各專案之執行成果報告內文限10頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。

3.部門提報內容中，若計畫/方案之執行檢討，已於一般服務「111~113年總額核(決)定項目 KPI 之執行檢討及指標研修」中呈現，則請於報告中說明，不須重複提報。

各總額部門及健保署「113年度重點項目與績效指標(含目標值)」

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
整體總額 —健保署	<p>項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目] 至少包括以下內容：</p> <p>(1)整體總額基期執行結果及資源配置檢討與建議： 現行總額基期預算分配、費用分布及成長情形分析(區分總額別、服務別、分項費用、層級別、地區別、人口別等)及資源配置檢討與建議。</p> <p>(2)健保總額重點政策推動說明及檢討與建議： 重點政策推動情形，及推動多年但未達預期目標之原因檢討(如全面導入DRGs支付制度、家庭醫師整合性照護計畫之轉型等)。</p> <p>(3)全人醫療之醫療服務整合情形及照護成果： 包括跨機關、跨專案、共病照護相關計畫(如家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、論質計酬計畫)之整合情形及照護成效。</p> <p>(4)以保險人角度提出健保總額未來實施方向及執行規劃。</p>	
	<p>項目2： 分級醫療之推動 成效 [延續項目]</p>	<p>指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率$\geq 3.85\%$ 目標值：$\geq 3.85\%$ 操作型定義：分母案件之回轉件數/區域級(含)以上醫院接受上轉之門住診申報件數合計 觀察指標：醫院層級疾病嚴重度CMI變動</p>
醫院總額 —醫院 協會	<p>項目1： 醫院分級醫療 執行成效 [延續項目]</p> <p>項目2： 護病比執行成 效 [延續項目]</p>	<p>指標：醫院層級轉診率 目標值：轉診率較前一年度成長 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數</p> <p>指標：全日平均護病比達成占率 目標值：整體全日平均護病比達成之月次占率較前一年維持 操作型定義：整體醫院達護病比加成的月次/整體醫院申報住院護理費總月次</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
西醫基層 總額 一醫全會	項目1： 西醫基層診所 糖尿病病人整 體照護情形 [延續項目]	<p>指標：照護率、HbA1c<7%(控制良好率)、 HbA1c>9%(控制不良率)</p> <p>目標值：1.照護率：55%以上 2.HbA1c<7%(控制良好率)：54%以上 3.HbA1c>9%(控制不良率)：6%以下</p> <p>操作型定義：1.照護率：糖尿病病人(E08-13)於同一家基層診所持 續接受糖尿病照護3個月以上/該院所診斷糖尿病 病人數</p> <p>2.HbA1c<7%(控制良好率)：分母病人中，其最後一 次HbA1c檢驗值<7.0%(80歲以上病人 HbA1c<8.0%)之人數/糖尿病病人於同一家基層診 所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數</p> <p>3.HbA1c>9%(控制不良率)：分母病人中，其最後一 次HbA1c檢驗值>9.0%之人數/糖尿病病人於同一家基層診所持 續接受糖尿病照護3個月以上之人 數</p>
	項目2： 檢驗(查)結果上 傳率 [延續項目]	<p>指標：上傳率</p> <p>目標值：60%以上</p> <p>操作型定義：檢驗(查)結果上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢 驗(查)結果)/「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查詢 病患就醫資訊方案」附件五-「獎勵醫事服務機構上 傳檢驗(查)結果之項目」之診所申報醫令數</p> <p>計算條件：1.採診所歸戶(即檢驗所上傳資料併回診所計算) 2.排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資 料、病理報告及出院病歷摘要資料</p>
	項目3： 西醫基層診所代 謝症候群照護情 形 [新增項目]	<p>指標：代謝症候群改善率</p> <p>目標值：代謝症候群改善率較前一年度提升</p> <p>操作型定義：1.分子：分母診所「代謝症候群改善率」之「指標3： 收案對象血壓改善」及「指標5：收案對象低密度 脂蛋白膽固醇改善」之合計分數 2.分母：診所收案60名以上且當年度檢驗檢查上傳 率$\geq 70\%$之診所數</p>
牙醫門診 總額 一牙全會	項目1： 國人牙周照護落 實現況、改善情 形 [新增項目]	<p>指標(1)：年度國人牙周統合執行件數</p> <p>目標值：>最近三年全國平均值</p> <p>操作型定義：當年度(113年)牙周病統合治療第二階段支付 (91022C)及牙周病支持性治療(91018C)申報醫令 數加總</p> <p>指標(2)：減少有牙周治療者平均拔牙顆數</p> <p>目標值：<最近三年全國平均值</p> <p>操作型定義：1.分子：前一年度(112年)牙周病支持性治療(91018C) 申報3次以上之就醫人往後追蹤當年度(113年)申</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>報簡單性拔牙(92013C)及複雜性拔牙(92014C)醫令數加總</p> <p>2.分母：前一年度(112年)牙周病支持性治療(91018C) 申報3次以上之就醫人數</p> <p>3.計算：分子/分母</p>
中醫門診 總額 一中全會	<p>項目2： 高風險患者照護 現況 [新增項目]</p> <p>項目1： 提升中醫醫療服務 [延續項目]</p>	<p>指標：申報高風險患者照護項目院所參與率 目標值：前一年度參與率*(1+5%) 操作型定義：1.分子：當年度申報高風險患者相關照護項目醫令院所數 2.分母：當年度申報院所數 3.計算：分子/分母 4.高風險疾病照護相關項目醫令：口乾症牙結石清除-全口(91005C)、糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)、高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)、齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)。</p> <p>指標(1)：中醫醫療服務人數成長率 目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(113年中醫醫療服務人數-112年中醫醫療服務人數)/112年中醫醫療服務人數</p> <p>指標(2)：中醫醫療服務人次成長率 目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(113年中醫醫療服務人次-112年中醫醫療服務人次)/112年中醫醫療服務人次</p> <p>指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長2% 操作型定義：(113年中醫居家醫療服務人數-112年中醫居家醫療服務人數)/112年中醫居家醫療服務人數</p> <p>指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長2% 操作型定義：(113年中醫居家醫療服務人次-112年中醫居家醫療服務人次)/112年中醫居家醫療服務人次</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率大於1% 操作型定義：(112年無中醫鄉數-113年無中醫鄉數)/112年無中醫鄉數</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>指標(6)：醫療資源不足地區服務人數成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人數成長2% 操作型定義：(113年醫療資源不足地區服務人數-112年醫療資源不足地區服務人數)/112年醫療資源不足地區服務人數</p> <p>指標(7)：醫療資源不足地區服務人次成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人次成長2% 操作型定義：(113年醫療資源不足地區服務人次-112年醫療資源不足地區服務人次)/112年醫療資源不足地區服務人次</p>
項目2： 特定疾病門診醫 療服務 [新增項目]		<p>指標(1)：特定疾病門診人數成長率 目標值：特定疾病門診人數成長率呈現正成長 操作型定義：(113年特定疾病門診人數-112年特定疾病門診人數)/112年特定疾病門診人數</p> <p>指標(2)：特定疾病門診人次成長率 目標值：特定疾病門診人次成長率呈現正成長 操作型定義：(113年特定疾病門診人次-112年特定疾病門診人次)/112年特定疾病門診人次</p> <p>指標(3)：特定疾病門診費用成長率 目標值：特定疾病門診費用成長率呈現正成長 操作型定義：(113年特定疾病門診費用-112年特定疾病門診費用)/112年特定疾病門診費用 特定疾病項目：1.小兒氣喘疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之氣喘疾病(ICD-10：J45)者。 2.小兒腦性麻痺疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之腦性麻痺疾病(ICD-10-CM：G80)者。 3.腦血管疾病(ICD-10-CM：G45.0-G46.8、I60-I69)、顱腦損傷(ICD-10-CM：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.0-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10-CM：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)疾病門診加強照護。</p>
其他預算 一健保署	項目1： C型肝炎全口服 新藥治療成效 [延續項目]	<p>指標：C型肝炎全口服新藥治療成效 目標值：C型肝炎全口服新藥累計受惠人數(歸戶)，較去年提高5% 操作型定義：1.受惠人數：曾接受過C型肝炎全口服新藥治療之歸戶後人數 2.分子：113年C型肝炎全口服新藥累計受惠人數-112年C型肝炎全口服新藥累計受惠人數 3.分母：112年C型肝炎全口服新藥累計受惠人數</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
	項目2： 居家整合新收案 對象門診次數降低 [延續項目]	<p>指標：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前半年(○○次)低</p> <p>目標值：每月平均門診就醫次數較收案前半年(○○次)低</p> <p>操作型定義：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前半年低。</p>

各總額部門及其他預算專款項目執行績效/成果之提報單位

部門別	計畫／方案名稱	提報單位
牙醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 牙醫特殊醫療服務計畫 - 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 - 高齶齒病患牙齒保存改善服務計畫(113 年起併入「高風險疾病口腔照護計畫」^註) - 超音波根管沖洗計畫 - 齒齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫(113 年起併入「高風險疾病口腔照護計畫」^註) - 高風險疾病口腔照計畫(113 年起合併 3 項計畫^註) 【註：113 年合併原一般服務「高風險疾病口腔照護」及專款項目「高齶齒病患牙齒保存改善服務計畫」、「齒齒經驗之高風險患者氟化物治療」併入執行】 - 特定疾病病人牙科就醫安全計畫(113 年新增) 	牙醫師公會 全聯會 (健保署提供執行情形統計結果及改善建議)
中醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 - 中醫提升孕產照護品質計畫 - 中醫癌症患者加強照護整合方案 - 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫(114 年起停辦) - 中醫急症處置計畫 - 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 - 照護機構中醫醫療照護方案 	中醫師公會 全聯會 (健保署提供執行情形統計結果及改善建議)
西醫基層	<ul style="list-style-type: none"> - 家庭醫師整合性照護計畫(含計畫檢討與管控暨執行成果) - 家庭醫師整合性照護計畫(醫界配合推動情形) - 西醫醫療資源不足地區改善方案 - 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 - 強化基層照護能力及「開放表別」項目(非計畫型) - 因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用(非計畫型) - 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(非計畫型) - 代謝症候群防治計畫 - 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 - 因應長新冠照護衍生費用 	健保署 醫師公會 全聯會 (健保署提供執行情形統計結果及改善建議)
醫院	<ul style="list-style-type: none"> - 急診品質提升方案 - 西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層) - 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫 - 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型) - 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型) - 住院整合照護服務試辦計畫 - 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫 - 腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(非計畫型) - 因應長新冠照護衍生費用 	醫院協會 (健保署提供執行情形統計結果及改善建議)

部門別	計畫／方案名稱	提報單位
	<ul style="list-style-type: none"> - 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增 - 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能 - 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能 - 暫時性支付(新藥、新特材)(113年新增) - 地區醫院全人全社區照護計畫(113年新增) - 區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113年新增) - 區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作(113年新增) - 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(113年新增) 	
門診透析	<ul style="list-style-type: none"> - 腎臟病照護及病人衛教計畫 - 鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫 	健保署
跨部門	<ul style="list-style-type: none"> - C型肝炎藥費(含其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費」) - 醫療給付改善方案(含糖尿病等9項方案) - 鼓勵院所建立轉診合作機制(非計畫型) - 基層總額轉診型態調整費用(非計畫型) - 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材(非計畫型) - 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費(非計畫型) - 精神科長效針劑藥費(非計畫型) - 慢性傳染病照護品質計畫 	健保署 (相關總額部門提供配合推動情形)
醫院、 西醫基層		
醫院、 西醫基層、 牙醫門診	<ul style="list-style-type: none"> - 癌症治療品質改善計畫(113年新增牙醫門診總額) - 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(113年新增牙醫門診總額) 	
四部門	- 獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用	
其他預算	<ul style="list-style-type: none"> - 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 - 居家醫療照護(含居家醫療照護整合計畫)、在宅急症照護試辦計畫(113年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務 - 推動促進醫療體系整合計畫 - 提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(含各部門總額之網路頻寬補助費用執行成果) - 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 - 提升用藥品質之藥事照護計畫 - 支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費(非計畫型) - 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費(非計畫型) - 提升保險服務成效(非計畫型) - 因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能執行情形(非計畫型)(113年新增) 	健保署

各總額部門及健保署「114年度一般服務重點項目與績效指標(含目標值)」

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
整體總額 —健保署	<p>項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目] 至少包括以下內容：</p> <p>(1)整體總額基期執行結果及資源配置檢討與建議： 現行總額基期預算分配、費用分布及成長情形分析(區分總額別、服務別、分項費用、層級別、地區別、人口別等)及資源配置檢討與建議。</p> <p>(2)健保總額重點政策推動說明及檢討與建議： 重點政策推動情形，及推動多年但未達預期目標之原因檢討(如全面導入DRGs支付制度、家庭醫師整合性照護計畫之轉型等)。</p> <p>(3)全人醫療之醫療服務整合情形及照護成果： 包括跨機關、跨專案、共病照護相關計畫(如家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、論質計酬計畫)之整合情形及照護成效。</p> <p>(4)以保險人角度提出健保總額未來實施方向及執行規劃。</p>	
	<p>項目2： 降低門診10項 重點檢查(驗)非 合理區間再次 執行 [新增項目]</p> <p>項目3： 分級醫療之推動 成效 [延續項目]</p>	<p>指標：門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率 目標值：較前一年同期下降$\geq 1\%$ 操作型定義：(當期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率-113年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率)/113年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率</p> <p>指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率$\geq 3.85\%$ 目標值：$\geq 3.85\%$ 操作型定義：分母案件之回轉件數/區域級(含)以上醫院接受上轉之門住診申報件數合計</p>
醫院總額 —醫院 協會	<p>項目1： 醫院分級醫療 執行成效 [延續項目]</p> <p>項目2： 護病比執行現 況 [延續項目]</p>	<p>指標：醫院層級轉診率 目標值：轉診率較前一年度成長 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數</p> <p>指標：全日平均護病比達加成之占率提升 目標值：整體全日平均護病比達加成之月次占率較前1年度維持</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>操作型定義：1.整體醫院達護病比加成的月次/整體醫院申報住院護理費總月次 2.「加成」係指全日平均護病比達一定比例之住院護理費加成</p>
西醫基層 總額 一醫全會	項目1： 西醫基層診所糖 尿病病人整體照 護情形 [延續項目]	<p>指標：照護率、HbA1c<7%(控制良好率) 目標值：1.照護率：55%以上 2.HbA1c<7%(控制良好率)：54%以上</p> <p>操作型定義：1.照護率：糖尿病病人(E08-13)於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數/該院所診斷糖尿病病人數 2.HbA1c<7%(控制良好率)：分母病人中，其最後一次HbA1c檢驗值<7.0%(80歲以上病人HbA1c<8.0%)之人數/糖尿病病人於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數</p>
	項目2： 檢驗(查)結果上 傳率 [延續項目]	<p>指標：上傳率 目標值：60%以上</p> <p>操作型定義：檢驗(查)結果上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果)/「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查詢病患就醫資訊方案」附件五-「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」之診所申報醫令數 計算條件：1.採診所歸戶(即檢驗所上傳資料併回診所計算) 2.排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、病理報告及出院病歷摘要資料</p>
牙醫門診 總額 一牙全會	項目1： 國人牙周照護落 實現況、改善情 形 [延續項目]	<p>指標：減少有牙周治療者平均拔牙顆數 目標值：≤最近三年全國平均值</p> <p>操作型定義：1.分子：前一年度(113年)牙周病支持性治療(91018C) 申報3次以上之就醫人往後追蹤當年度(114年)申報簡單性拔牙(92013C)及複雜性拔牙(92014C)醫令數加總 2.分母：前一年度(113年)牙周病支持性治療(91018C) 申報3次以上之就醫人數 3.牙位：1~4象限1-7(排除乳牙、智齒、多生牙) 4.計算：分子/分母</p>
	項目2： 高風險患者照護 現況 [延續項目]	<p>指標：當年度高風險疾病照護項目執行件數 目標值：≥最近三年全國平均值</p> <p>操作型定義：1.當年度(114年)申報高風險疾病照護相關項目醫令數加總 2.高風險疾病照護相關項目醫令：口乾症牙結石清除-全口(91005C)、糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)、高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)、齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
中醫門診 總額 一中全會	項目1： 提升中醫醫療服務 [延續項目]	<p>指標(1)：中醫醫療服務人數成長率 目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(114年中醫醫療服務人數-113年中醫醫療服務人數)/113年中醫醫療服務人數</p> <p>指標(2)：中醫醫療服務人次成長率 目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(114年中醫醫療服務人次-113年中醫醫療服務人次)/113年中醫醫療服務人次</p> <p>指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數呈現正成長 操作型定義：(114年中醫居家醫療服務人數-113年中醫居家醫療服務人數)/113年中醫居家醫療服務人數</p> <p>指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次呈現正成長 操作型定義：(114年中醫居家醫療服務人次-113年中醫居家醫療服務人次)/113年中醫居家醫療服務人次</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率呈現正成長 操作型定義：(113年無中醫鄉數-114年無中醫鄉數)/113年無中醫鄉數</p> <p>指標(6)：醫療資源不足地區服務人數成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人數呈現正成長 操作型定義：(114年醫療資源不足地區服務人數-113年醫療資源不足地區服務人數)/113年醫療資源不足地區服務人數</p> <p>指標(7)：醫療資源不足地區服務人次成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人次呈現正成長 操作型定義：(114年醫療資源不足地區服務人次-113年醫療資源不足地區服務人次)/113年醫療資源不足地區服務人次</p>
	項目2： 慢性腎病利用中 醫醫療服務 [新增項目]	<p>指標(1)：慢性腎病服務人數成長率 目標值：慢性腎病服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(114年慢性腎病服務人數-113年慢性腎病服務人數)/113年慢性腎病服務人數</p> <p>指標(2)：慢性腎病服務人次成長率 目標值：慢性腎病服務人次成長率呈現正成長</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		操作型定義：(114年慢性腎病服務人次-113年慢性腎病服務人次)/113年慢性腎病服務人次
其他預算 —健保署	項目1： 罕見疾病新藥或 給付規定修正案 件審理通過件數	指標：罕見疾病新藥或給付規定修正案件審理通過件數 目標值：大於等於5件 操作型定義：當年罕見疾病新藥案件及給付規定修正案之審理通過生效件數總和 \geq 5件
	項目2： 居家整合新收案 對象門診次數降 低 [延續項目]	指標：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門 診就醫次數較收案前半年(○○次)低 目標值： $< \text{○○次}$ 操作型定義：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前半年低。

第7屆114年第2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 1 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，早安！現在已經到了會議時間，出席委員也達到一半的出席人數，所以今天的會議可以開始，先請主席致詞。

周主任委員麗芳：謝謝周淑婉執行秘書，也非常感謝各位委員，包括健保署龐一鳴副署長率領的健保署同仁，出席健保會的委員會議，這是今年度第 2 次委員會議，健保會的使命就是一個平台，這個平台希望讓所有不同參與者的聲音都能夠充分表達，讓委員在一個和諧、團結的氣氛之下，凝聚大家的共識，所以首先非常感謝大家，特別今天在豪大雨的情形之下，幾位委員現在可能都還被耽誤在車程、路程當中，非常感謝。

首先介紹新任委員，因為中華民國護理師護士公會全國聯合會理事長進行改選，所以異動委員代表，目前由新任理事長陳麗琴擔任委員，歡迎她(委員鼓掌)。陳委員的聘期是從今年 4 月 16 日開始到 115 年 12 月 31 日。

在上一次的委員會議，因為個人行程出國、還沒有介紹到的委員是楊玉琦委員，楊委員所代表的是付費者代表當中的雇主代表，是中華民國工業協進會產業發展委員會的委員，謝謝。

在進行會議之前，先請各總額部門說明邀請委員參加的活動，請台灣醫院協會李飛鵬理事長說明明天醫院協會的活動。

李委員飛鵬：主委、各位委員，明天醫院協會有一個 113 年度醫院總額風險移撥款成果發表會，在台北市聯合醫院萬華辦公室樓上，9 點開始，請各位委員蒞臨指導，謝謝委員。

周主任委員麗芳：委員桌上還有好幾個部門邀請函，因為幾位理事長都還被外面的風雨卡住，所以等一下再請他們邀請，先進入今天的議程。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主委、各位委員，依據本會的組成及議事辦法第 8

條、議事規範第 6 點規定，健保署署長為委員會議法定列席人員，該署在 4 月 21 日函知石署長因公出國不克列席，今天委請龐一鳴副署長代表，來函影本在委員桌上，請委員參閱。

本次議程依照年度工作計畫排定，計有討論事項 1 案，是 113 年總額執行成果評核之作業方式(草案)；報告事項有 4 案，第 1 案是依照過去委員會議決議提報，第 2 案是依照健保法施行細則規定提報的預決算備查案，第 3 案是延續上次的委員會議報告事項，有關 114 年度總額核(決)定事項需要提會報告的續提案，第 4 案是健保署例行業務執行報告，本案只在季報告做口頭說明，本次是月報，請委員自行參閱，不做口頭說明，請委員審閱書面報告後提意見。

另外，委員桌上有 1 張 3 月 19 日共識營大合照，請各位委員留存，以上。

周主任委員麗芳：首先很感謝健保會幕僚同仁，委員都看到這張大合照，拍的每一個人都非常的開心，也很感謝幕僚的工作效率，跟健保會同仁再次感謝，委員若沒有其他意見的話，今天議程就確認。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳：針對上一次委員會議的會議紀錄，各位委員是否有要提出垂詢的地方？如果沒有的話，會議紀錄確認，謝謝。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：吳箴
聯絡電話：02-27065866 分機：2531
傳真：02-27029964
電子郵件：al11158@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114年4月21日
發文字號：健保企字第1140680858號
送別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：有關貴會114年4月23日第7屆114年第2次委員會議，因本署石崇良署長赴日出席第14屆亞洲製藥協會合作會議
「The 14th Asia Partnership Conference of Pharmaceutical Associations(APAC)」，故不克列席，
委請龐一鳴副署長代表，敬請諒察。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：

114.04.22



1143340084

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：請各位委員翻到會議資料重要業務報告，項次一：

(一)是本會上次委員會議決議(定)事項辦理情形，依照討論事項第四案決議，在4月9日已經行文給中央健康保險署，是有關於本會推派擔任健保署希望本會提供的共擬會議等6項會議的委員代表名單，送請該署辦理聘任事宜，相關資訊在附錄一(第149~150頁)。

(二)是依照臨時提案決議，在4月14日已經把委員就建請調整準醫學中心健保給付標準案所提建議送請健保署研參，在第151頁。

(三)有關於上次委員會議決議(定)列管追蹤事項計有7項，依照辦理情形，建議擬解除追蹤1項，繼續追蹤有6項，但是最後還是會依照委員會議議定結果辦理。請委員翻到第67頁，擬解除追蹤的這1項，是有關於健保署業務執行報告對於委員意見的回復，在第70~71頁，健保署已經回復，所以建議解除追蹤。另外，健保署回復個別委員關切的事項包含書面意見，在附錄三(第152~155頁)，請委員參閱。

項次二，是有關於依照健保法第73條及本年度工作計畫，健保署應該在這次委員會議提出112年健保收入超過2億元醫療院所財務報告公開情形的報告案，該署在4月15日來函表示，為能夠增列相關資料讓報告更臻完備，希望能夠延後該報告的時程。幕僚認為本案是依法須提報本會，而且屬年度工作計畫項目，還是希望該署儘快提報。

項次三，是有關於各總額部門地區預算分配關於風險調整移撥款額度、用途與執行方式，這部分健保署分別在3月21日、4月9日已經將西醫基層總額、醫院總額函報到本會備查，幕僚有做摘要，請委員參閱，這項就可以解除追蹤。

項次四，是針對上一次委員會議擇定特殊材料自付差額的案子，已經納入會訊報導主題，內容在附錄七(第162~163頁)，也放在本會網頁，敬請委員轉知所屬團體會員參閱。

項次五，是衛福部與健保署在本年3月、4月發布及副知本會的相關資訊，這部分幕僚已經在4月16日寄到委員電子信箱。新委員收到電子郵件可能會想怎麼有這麼多資料，到底是哪一個案子的附件，請委員先瀏覽摘要或是摘要項目中的資訊，委員認為比較重要的再看詳細內容，就不用擔心內容那麼多怎麼看，特別向委員做個說明。

項次六，請翻到黃色補充資料第1頁，是我們為了讓委員在委員會議可以查閱相關健保資訊及本會運作狀況，一般有一個基本資料的黑色資料夾放在抽屜裡，會有相關的重要會議時間表、工作計畫及法規等。但因為每次會議委員桌上的東西都蠻多的，所以可能未來為不占委員座位空間，會在幕僚旁邊留幾份備用，若委員於會議中需要時舉個手講一下，同仁就會把資料拿給委員查閱，以上說明，謝謝。

周主任委員麗芳：非常感謝周淑婉執行秘書的會務說明，委員有沒有其他意見？剛剛執秘提到抽屜裡有放黑色資料夾，若委員覺得沒有關係不會影響到座位，或者是覺得會影響座位，可跟健保會同仁講一下把它移除，若有些委員覺得資料要放的話，還是幫他放著，因為大家可能會用到，請詢問每一個委員是不是要將資料暫時收到旁邊去，也很感謝幕僚同仁的貼心，考慮到空間的問題。

針對執秘提到的本會重要業務報告，不知道委員有沒有其他要詢問的地方？因為會議資料都有提供給委員們，大家也都有看過，如果沒有特別的意見的話，第1點上次(第1次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形，擬解除追蹤1項，同意解除追蹤；擬繼續追蹤6項，同意繼續追蹤。第2點同意健保署就「112年度健保收入超過2億元之醫療院所財務報告之公開情形」報告案延後提報，並請儘速辦理，第3點餘洽悉。接下來進行討論事項。

參、討論事項「各總額部門 113 年度執行成果評核之作業方式(草案)」 與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴：向委員報告，這是為了準備今年度評核作業需要討論這個案子，有 3 項子題需要討論，第一項，主要是議定評核作業方式才能夠據以辦理今年 7 月的評核會議；第二是評核結果有一個獎勵額度，需要討論獎勵額度的議定時間點；第三是為了準備明年評核作業，需要確認各總額部門及健保署今年度的執行重點項目與績效指標，以下逐項說明：

首先參閱會議資料第 75 頁，第一項，就是要議定「各總額部門 113 年度執行成果評核之作業方式(草案)」，其實每一年為了要落實總額執行結果檢討與回饋，會在 9 月總額協商前辦理前一年度總額執行成果評核作業，過去年度是邀請 7 名評核委員進行審閱及提供建議，對評核結果成效優良的總額部門，在次年度總額給予品質保證保留款獎勵額度，列為明年度總額的專款，這是評核的基本作業。今年度工作計畫已經訂於本年 7 月 14、15 日辦理「各總額部門 113 年度執行成果發表暨評核會議」，除了評核委員以外，也會邀請所有的健保會委員列席，以利所有的委員能夠瞭解各總額部門過去的執行狀況及績效，以利來年總額協商，也請委員預留 7 月 14、15 日這 2 天的時間。

有關於今年評核 113 年度執行成果的作業方式，幕僚也研修一個草案，為了能夠精進作業方式，已經在 2 月份函請四總額部門及健保署提供對於評核內容的建議，同時參照前一年度的作業方式及參考大家回復的意見，去做一個修正，擬具「113 年度執行成果評核之作業方式(草案)」，在附件一，會議資料第 80~95 頁。

修正的重點我先說明一下，主要第一個是修正評核委員組成，還是一樣是聘請 7 名評核委員，但修正方式在第一階段會優先邀請本會現任專家學者及公正人士委員擔任評核委員，主要是為了借重現任專家學者及公正人士委員協助年度總額協商作業。

請委員參閱會議資料第 76 頁，事先審閱各部門總額執行成果，所提評核建議能扣合 9 月總額協商需要，以利健保資源有效配置。優先邀請這 7 位評核委員，如果邀請以後不足 7 名時，不足額會參照過去作法，請四總額部門推薦評核委員人選，再根據推薦人選由本會委員進行票選，依據票數多寡依序邀請擔任評核委員，總計邀請到 7 名評核委員的成員，這是第 1 個改變。

第 2 個是評核項目與配分沒有太大變動，參照前一年作業方式，但也配合 113 年度總額核(決)定事項，及各總額部門的建議去修正，也謝謝各總額部門給本會很多的建議，大部分的建議本會都有參採整理在附件二，會議資料第 96~98 頁，很多的部分都進行酌修，說明一下修訂重點如下：

第 1 個，是年度重點項目的部分，因為 113 年度總額核(決)定事項對於 KPI(註)除原先的預期效益評估指標之外，還新增很多要求各總額部門做的品質監測指標，也納入評核內容，修正在會議資料第 86 頁附表一註 4，將「品質監測指標」納入 KPI 內容，請各總額部門配合執行檢討與指標研修。

第 2 個，有關一般服務項目執行績效的部分，其中它的子項有「六、COVID-19 疫情對醫療服務之影響與因應作為」，這個部分醫院協會考量疫情已經過了，大家都恢復常軌，建議把這項評核項目刪除，不過因為其他三個總額部門及健保署沒有修正建議，要請委員討論這個子項的部分是不是要刪除，就請委員表示意見。

第 3 個，關於專款項目執行績效的部分，醫院協會也建議，對於方案的說明過去有 6 項，認為這會有重複，所以建議方案的說明以年度差異為主，不要再重複說明各計畫的細部內容，請參閱會議資料第 77 頁，考量因為專案計畫有幾十項，為了讓評核委員很快的掌握每個專案在做什麼，建議還是要有一個簡要的說明，本會也參考醫院協會的建議將 6 項合併為 1 項「計畫內容的簡介」，同時也新增醫院協會的建議，「該年度計畫與過去之差異」修正在會議資料第 87 頁，請委員參考。

有關於執行情形及成效評估的部分，有新增一個「總額核(決)定事項執行情形」，主要考量近幾年本部對於核(決)定事項都有政策指示要執行的部分，評核作業也應該瞭解對於部核(決)定事項的執行結果，所以新增這一項在會議資料第 87 頁，請委員參考。

有關檢討改善方向的部分，在 113 年度總額核(決)定事項，對於部分專款項目有明定試辦檢討期限，過去幾年健保會委員都認為新項目應該列為專款項目，執行一段時間評估成效良好再列入一般服務，有一些項目在 114 年 7 月檢討期限就到了，須納入檢討改善方向的一環，爰新增子項目「專款項目執行期限屆期之檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標)」，在會議資料第 83、87 頁，請委員參考。

至於幾十項的專款計畫的細部表格，也謝謝牙醫部門及健保署給予修訂專款計畫的評核指標與操作型定義的建議，更能反映計畫成效，也會配合修訂相關專款執行情形表 5-6、1-8、2-2 及 6-8，因為這個表格很細，就沒有另外呈現，已有依據部門建議去做修正，以上是今年評核作業方式的草案，請委員討論，這是第一個要討論的。

請參閱會議資料第 77 頁下方，第二項要討論的是獎勵標準議定時間點，評核結果良級以上，過去都會酌給不同等級之「品質保證保留款獎勵額度」來做鼓勵，請參閱會議資料第 78 頁，這額度要放在明年的專款，委員必須在 9 月總額協商前就要討論不同評核等級的獎勵額度。過去在決定時間點時有不同的考量，有的年度是在評核會議前就先把評核結果「良」的獎勵額度、「特優」的獎勵額度都訂出來；有的年度則是在評核會議後，有評核結果之後再來討論獎勵額度，主要考量列在會議資料第 78 頁的上方，請委員參考。如果在評核會議前議定的話，總額部門認為事先就知道評核等級的獎勵額度，對爭取成績會有比較有鼓勵的效果；如果評核會議後議定的話，通常是 7、8 月，因為已經有評核結果，而且衛福部通常 7、8 月已經交議總額協商的範圍，如果 8 月再議定的話，委員可以根據總額有多少範圍可以協商酌予調整獎勵額度，各有優點，請委員參

考。不過近幾年都是評核會議前就提案討論，就是在 5~6 月討論，請委員討論時間點，本會再依之提案。

會議資料第 78 頁中間第三項要確認的部分，因為每年評核的時候，會聚焦在那 1 年的執行重點與績效指標，明年要評核 114 年的話，就必須先確定今年各總額部門的重點項目，這樣做了以後，明年才能夠評核，所以今年要先確認今年的重點項目，這個部分已經在 2 月循例函請四總額部門及健保署以政策目標及人民關切的議題為主軸，提出今年度的重點項目及執行績效指標，他們回復的完整資料在附件三，會議資料第 99~102 頁，多數是延續 113 年度的重點項目及指標，不過有些部門小修評估指標。本會也整理今年所提內容與去年的比較在附件四，會議資料第 103~107 頁，請委員參考，各總額部門及健保署提出的重點項目，整理在會議資料第 78、79 頁的表格，請委員參考，這部分也是要請委員確認。

擬辦部分是等委員確認評核作業方式之後，據以辦理評核作業，也請健保署及四總額部門依據時程，提供評核所需的執行成果資料；評核結果獎勵標準，會依委員議定的時間點安排提會討論；同時委員議定的「114 年度一般服務之重點項目與績效指標(含目標值)」，也請各四總額部門及健保署落實執行以利明年的評核，以上說明。

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

周主任委員麗芳：非常感謝陳燕鈴組長很詳盡的說明，在我們正式討論之前，我補充介紹我們 2 位委員，首先介紹的是專家學者林宜平委員，林委員是陽明交通大學科技與社會研究所的教授，歡迎她，在上一次我們還沒有介紹到的，也是專家學者，是連賢明委員，連委員是中華經濟研究院的院長及政治大學財政學系的教授，謝謝。

接下來我們來討論這個案子，聽完剛剛陳燕鈴組長的報告，第一次接觸這個案子的委員可能會覺得比較繁複，我就說明幾個重點，第一個，今年 7 月 14、15 日辦理「各總額部門 113 年度執行成果發表暨評核會議」，要看四部門的執行績效，請大家先預留時間。

第二個，針對於評核委員的組成，剛剛有提到評核委員要 7 位，今年度跟過去年度不太一樣，今年度的評核委員希望借重現任的專家學者及公正人士委員，在我們 39 個委員當中，專家學者及公正人士就是有 7 名，除了我之外，還有林宜平委員、胡峰賓委員、連賢明委員、陳秀熙委員、溫宗諭委員及黃心苑委員總共 7 位，今年的做法是先邀請這 7 位專家學者及公正人士委員，如果 7 位現任專家學者及公正人士委員都同意的話，7 位評核委員就已經聘足了，假設這 7 位當中有 1 位因為重要事情出國去無法參加，就會缺 1 位評核委員，我們就如同剛剛陳燕鈴組長所說的請各個部門推介，再來進行遴聘，總而言之就是會補足到 7 位。

今年度會有這個差別，最主要是要借重現任委員因為有參與健保會的運作，瞭解四個部門的狀況，四個部門也都進行了相關的總額事項，包括訪評及明天醫院協會舉辦的論壇、說明等等，大家其實是非常了解的，同時另外一個原因是 7 位委員也扣合了 9 月份的總額協商，所以會一氣呵成，今年度就要多多拜託專家學者及公正人士委員能夠扛起這份重任。針對評核委員組成的修正，大家有沒有不同意見？請林恩豪委員。

林委員恩豪：主席，你現在是一點一點討論還是？

周主任委員麗芳：因為這次案子比較繁複，所以我們逐項討論，這樣比較抽絲剝繭。

林委員恩豪：主席，我對評核委員的組成有意見，但在我發言之前，能不能請幕僚提供一下之前的方式？因為這個方式跟之前差異很大，我想要讓所有委員知道之前的方式是怎麼樣，然後我再發言。

周主任委員麗芳：好，請陳燕鈴組長說明。

陳組長燕鈴：說明一下去年的作業方式，我們首先會函請四總額部門及付費者代表推薦評核委員人選，收到推薦人選之後，我們會再加上本會現任及近 3 屆專家學者及公正人士委員彙整成評核委員建議名單，名單可能就會有 2、30 人，接下來請所有委員就評核委員建議名單進行票選，依照票選結果票數多寡依序邀請到 7 位評核委員，

但是會保障初任評核委員名額，以 2 名為原則，這是去年的作法，以上說明。

周主任委員麗芳：謝謝，因為這一次的修正是由幕僚提出來，是不是也請陳燕鈴組長補充說明一下，為什麼這一次我們健保會的幕僚會提出修正的意見？謝謝。

陳組長燕鈴：主要考量是這一屆 7 位專家學者及公正人士委員對於整個總額參與的不多，過去只有 2 位參與過，如果能事先看到四總額部門的執行結果，對於未來總額協商的時候所提供的建議也會落實到協商的內容裡面，所以我們想說建議看看，請委員參考，以上說明。

周主任委員麗芳：謝謝，那其他的委員針對這個部分有沒有意見？蠻多位的，朱益宏委員、張田黨委員、嚴必文委員。

林委員恩豪：主席，不好意思，我剛剛說請幕僚講完以後我再發言。

周主任委員麗芳：好，請林恩豪委員。

林委員恩豪：謝謝主席，我對新的方式有意見，我希望評核委員組成按照以前的方式。如果是要讓新的委員有多一點參與，我覺得你可以把這個優先列入，徵詢他們，這個不是不行，我覺得這樣有點開倒車，本來被推薦的評核委員資料庫有 2、30 個人，現在直接限縮在本會 7 個專家學者及公正人士委員，說真的評核委員不是人幹的事情，陳秀熙老師之前就當過評核委員，他應該心有戚戚焉，現在新任的 7 個專家學者及公正人士委員當然都學有專精，但他們對整個醫療體系的運作、評核項目、健保會的運作還沒有那麼熟悉，之前 2 屆都這樣決定，已經考慮到多元、平衡、傳承，所以剛剛陳燕鈴組長才說有保障本會委員 2 名，我是希望說可以按照之前的方式，要優先的話也是可以徵詢他們，但不要只侷限在本會 7 個專家學者及公正人士委員，可以嗎？謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝林恩豪委員的意見，請朱益宏委員。

朱委員益宏：謝謝主席，對於這次評核委員組成的方式改變，我個人是表示同意，我覺得就是讓學者專家實際參與運作，然後評核，我

覺得試試看這個方式也不是壞事。但我另外想請教一下，就是對於會議資料第 80 頁的貳、辦理方式的一、(二) 之 2 這點，如果人數不足就請四總額部門受託團體推薦，接著大家票選，但是這邊提到由健保會同仁先就推薦人選排除付費者代表及醫事服務提供者身分，這 2 個有什麼不一樣？為什麼是付費者代表、醫事服務提供者身分？到底所謂身分是含括什麼？只要是醫事服務提供者聘僱的專家就不行？還是說曾任醫事服務提供者代表不行？還是現任的醫事服務提供者代表不行？這要說明一下。而且具有付費者代表是這一任嗎？還是歷任的都算？幕僚是不是就文字上面提出比較清楚的說明？謝謝。

周主任委員麗芳：我們等一下一併說明，請張田黨委員。

張委員田黨：主席、各位委員，大家好。我個人的意見希望評核的結果具有比較創新的意義，我希望不要只選我們這邊的委員，南北差距明顯很大，應該南部跟北部有不同委員，而且這一些委員應該讓業者或相關的人來參與，因為他們比較實際理解地方的風情民俗的需要，健保的評鑑絕對是要符合民情民意，這才是最重要的一環，南北真的差異性很大，光一些評鑑的問題，台北出身的很多專家學者看南部都會有一種低一層的，感覺南部本來程度就比較差，先天就會被打折扣，這是一個長久以來的問題。

我還有另外一個建議，我們的評鑑真的不要再停留在用文字敘述，像是作文比賽紀錄性的，認為紀錄得最好、會寫文章的成績就很高，這是多年來都沒辦法改善，也讓大家更不服的問題，我們真的要澈底理解、澈底解決這些問題，以上。

周主任委員麗芳：謝謝張田黨委員的意見，請嚴必文委員。

嚴委員必文：我 echo 剛剛林恩豪委員的意見，因為我想評核委員的職責重大是無庸置疑，而且評核委員要做的事情其實是真的很多，我們自己其實一開始對這部分不了解，也是去看議事錄，發現的確是近 3 屆的專家學者及公正人士委員為建議名單，而且為了新舊傳承，確實有剛剛提到保障初評委員 2 名的設計，今年提出完全優先邀請

現任委員，今年現任委員又很多是新委員，我們擔心新舊傳承的目標及希望這樣的功能能夠發揮，因此希望提議按照往年評選的方式進行，或用現階段的方式，但新舊委員比例是不是也可以說明，像是當時保障新委員有 2 位，這是我方的想法，也是提供參酌。

周主任委員麗芳：謝謝，關於評核委員組成方式的口頭表示意見到楊芸蘋委員，接下來請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：大家好，我也很贊成林恩豪委員剛剛的建議，我們應該承認現任委員各有專精、學有專長，應該是很不錯的，可是我們也不了解他們專精的部分在哪，真的不是很了解，按照往年經驗，這一些被選出來的評核委員是真的很專業、很專精，本會專家學者及公正人士委員目前有 7 位，我是認為可以不限只有 2 位，如果大家意願很夠或不夠，或許要重新評選的機會是很大的，我認為不要侷限於現任 7 位，我覺得侷限太小，應該還是照往年的方式產生我們新的評核委員，只是現任可以不限 2 位，可以提升到 3 位或 4 位都可以，只是不侷限於現任 7 位，以上。

周主任委員麗芳：謝謝，周淑婉執行秘書要說明。

周執行秘書淑婉：謝謝委員這麼關心這一次評核委員遴選方式的改變，其實我們幕僚這次會這樣提，真的也是大膽嘗試，我們覺得專家學者及公正人士委員過去在議事裡面好像一直都沒有一個比較明確的角色，所以我們想這一次是不是就直接讓現任的專家學者及公正人士委員參與評核，因為其實總額的執行成果在評核時就可以全面看到，也許委員就可以在後續 1 年多的任期中提出一些比較具體的建議，我們當初是這樣的一個發想，因為剛剛委員們也都覺得只侷限這 7 位是好還是不好，這個部分其實是試看看，原本的想法是 7 位也不見得全部同意擔任評核委員，因為真的很辛苦，資料一大疊，真的很累，我們原本的想法是如果有人懇辭了，就用遴選的方式，委員票選優先順序，我們再去邀請，今天可能再麻煩委員想一想，看能不能怎麼樣去修改，剛剛提到要多元或什麼，我覺得都是不錯的意見，或者我也建議我們先問 7 位專家學者及公正人士委員的意

願，有意願的委員就和各部門推薦的 3 位人選一起納入建議名單，依照票選結果票數多寡依序邀請。

剛剛朱益宏委員提到為什麼評核委員組成方式要排除具有付費者代表及醫事服務提供者身分，這個應該過去一直都是這樣的文字，畢竟我們希望執行的成果是有一個公正及專業的建議，因為我們有點擔心醫事服務提供者評到自己所屬團體的時候，會對其他部門不公平，當初是想要排除這樣的可能，所以就排除。至於是不是過去歷屆都要排除，我們希望曾經以付費者代表身分進來擔任健保會委員，至於醫事服務提供者以現任，如果他現在是教授，也是可以當作我們的評核委員建議人選，我覺得這樣比較合理，最後還是請委員討論，因為還是以委員的意見為主，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝，有關於評核委員的部分，我做一個綜整，我覺得舊的方式也很好，我們幕僚這一次嘗試，為什麼會修正，當然其中一個理由是讓每一個委員在健保會當中都有職責，大家知道 9 月的總額協商，這一些專家學者及公正人士其實是一整天都坐在這裡等候，我們其他的委員也是擔負很重要的責任，就是讓 2 組不同的委員，一組委員在評核當中擔負任務，另外一組委員在總額協商擔負任務，如果大家希望更多元也沒有關係，剛剛周淑婉執行秘書提到也把現任的專家學者及公正人士委員納入，我記得楊芸蘋委員剛剛有提到保障名額 2 位可以變成 3 位或 4 位都可以，我們是不是可以漸進式的調整，現任的專家學者及公正人士委員當中如果有意願，比方說保障名額 4 名，我們先看看成效如何，如果大家也覺得很好，下一屆要改，我們就再漸進式地改。如果大家沒有意見的話，我們是不是朝這個方向，等於說舊的制度跟新的制度並行，假設票選 7 位，現任專家學者及公正人士委員都在前面，當然我們也不能排除對不對，如果票選出來就在前面，但就如同過去有保障比較新的委員，我們以前就有保障，我記得楊芸蘋委員也說保障額度可以提高一點，名額先以 4 名，其他按照投票順序，是不是可以這樣漸進式的？接下來我們先把比較容易達成的先完成，一個是……請林恩豪委員。

林委員恩豪：主席，請問你剛剛說的是結論嗎？討論完了嗎？

周主任委員麗芳：大家先就這個部分交換意見，這樣可以嗎？

林委員恩豪：主席，我希望不要一次保障到 4 名，之前是 2 名，如果漸進式的話，是不是先保障 3 名，因為一次保障 4 名就已經過半了啊。

周主任委員麗芳：以前保障的那 2 名不是保障既有的委員，是保障委員當中從未參加過的，所以他如果是……

林委員恩豪：所以現在已經保障現有委員 3 名了啊。

周主任委員麗芳：好啦，沒關係啦，現有委員至少啦，這個真的啦，以在座各位專家學者這麼多，沒關係啦，可以啦。

林委員恩豪：主席，不是，評核有很多是傳承，有很多委員續任過，知道他們之前建議過什麼，到底醫界有沒有改善，如果都很新的話，也搞不清楚以前發生的事情。

周主任委員麗芳：我覺得漸進式沒關係，我相信除了我之外，6 位專家學者及公正人士委員都是一時之選，等大家進一步了解他們，幾次會議下來就會發現他們的專業，這一點我們絕對有信心。也就是說不是下限 3 名，是至少 3 名，假設票選前 7 名是現任專家學者及公正人士委員，就由他們擔任評核委員，這樣好不好，就是漸進式，至少 3 名。

接下來我們先來討論獎勵標準議定時間，過去 3 年都是先決定，不要說最後評核結果出來才去改，有一些人會覺得是不是有針對性，這也是為什麼過去會事前決定好遊戲規則再評核，有沒有反對意見？過去之所以會事前決定是這樣的理由，今年如果沒有反對意見就援例，因為連續 3 年都這樣，希望遊戲規則是公平的，不要評核結果出來才決定獎勵額度是多少。

接下來進入評核的項目跟配分，我們注意共通性的評核項目「COVID-19 疫情對醫療服務之影響與因應作為」，請大家看到會議資料第 83 頁，醫院協會提出因為現在其實疫情也慢慢回穩了，希望刪除評核項目「COVID-19 疫情對醫療服務之影響與因應作為」，但

是除了醫院協會之外的其他部門沒有提出來，所以我們在這邊也要徵詢其他部門，是不是有關於會議資料第 83 頁上方灰底字「六、COVID-19 疫情對醫療服務之影響與因應作為」，如果一體適用移除的話，除了醫院協會之外的其他部門有沒有窒礙難行的地方？可以嗎？可以移除嗎？(未有部門表示意見)這部分就移除。

我們現在就請四個部門及健保署，整個看一下目前的評核項目、內容、指標，包括剛剛所講到的重點項目，如果覺得這些內容有窒礙難行的，覺得好像不太合理的，達不到的，現在就先提出來，我們就一個部門一個部門了解一下好了，醫院協會有沒有問題？謝謝。

李委員飛鵬：謝謝主委的垂詢，基本上幕僚經過詳細的研議，我們在那麼短時間要報告健保總額三分之二的執行情形，幾千億元的東西，我如果去報告都很吃力，還會報不完，我們林佩萩副秘書長及幕僚經過詳細研議，希望這樣跟各個評核委員報告，我們目前沒有意見。

周主任委員麗芳：非常感謝，請西醫基層陳相國副理事長。

陳委員相國：主席、各位委員，大家好。西醫基層年度重點項目第一個是基層診所糖尿病病人整體照護情形，第二個是檢驗(查)結果上傳率。向各位委員報告，西醫基層有在推行家醫計畫及糖尿病照護計畫，糖尿病照護計畫是健保署所有 P4P^(註 1) 計畫中執行成效最好的一個，不論病人整體照護率、糖尿病控制指標 HbA1c^(註 2)達標率等各方面都做得很好，為了達到健康台灣-888 計畫，現在糖尿病收案率已經達到 60%，預計 8 年內可以達到 80%，我們覺得西醫基層在這部分做得很好，有必要將成果呈現給各委員，讓各位委員知道我們西醫基層對糖尿病照護及全體病人照護的優良成果，這個很重要。

第二個是檢驗(查)結果上傳率，我們一向做得非常好，但為了推行大家醫計畫，我們希望檢驗(查)結果上傳率能夠到達 100%，整個健保雲的資訊就沒有落差，希望基層做得很好的部分能夠繼續呈現給評核委員知道，我們就 2 個重點，以上報告。

註 1：P4P(Pay-for-Performance，論質計酬)。

註 2：HbA1c(醣化血色素，反映血糖高低)。

周主任委員麗芳：謝謝，也就是這 2 個重點沒有修正。請牙醫部門江錫仁理事長。

江委員錫仁：主委、各位委員，我們牙醫部門針對一般服務及專案的評核項目都沒有意見。

周主任委員麗芳：謝謝，請中醫部門詹永兆委員。

詹委員永兆：主委、大家好，中醫部門也沒有意見，以上，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝，健保署有沒有意見？

龐副署長一鳴：我們第一個指標「C 型肝炎全口服新藥治療成效」的分母及分子是受惠人數，如果大會決定要放那個指標，因為我們已經配合國健署在申請 C 肝消除計畫，都已經在做最後的指標了，所以實際上如果用受惠人數多寡來評估，可能容易有誤會，如果還是要用這個指標，我們繼續呈現資料是沒問題，可是我們已經做得蠻好了，因為已經在申請 C 肝消除計畫。

周主任委員麗芳：跟副署長說明，重點項目也是會尊重健保署的意見，如果健保署覺得會議資料第 79 頁其他預算「1.C 型肝炎全口服新藥治療成效」指標要修正，我們也尊重。這個重點項目要如何呈現，請幕僚會後洽健保署了解，如果健保署文字上要做什麼修正，我們是尊重(註)。(龐副署長一鳴：謝謝)

剛剛整個詢問過大家的意見，評核最主要的是受評單位，非常感謝幕僚同仁花了很多的心思，可以看到密密麻麻的指標都已經先進行過充分的溝通。所以這個提案，剛剛評核委員的產生沒有問題了，獎勵標準議定時間也沒有問題，評核內容也都確定了，我嘗試做這樣的決議：

(一)依委員意見修正通過「各總額部門 113 年度執行成果評核之作業方式」，並請健保署及四個總額部門依作業方式及時程提供所需資料。

(二)有關評核結果獎勵標準，安排於本年 5、6 月份委員會議討論。

(三)通過「114 年度一般服務之重點項目與績效指標(含目標值)」，

請健保署及四總額部門落實執行，以利 115 年評核時呈現執行成效。

如果大家都沒有意見的話，剛剛張田黨委員提到不要只看書面資料，確實如此，我們沒有只看書面，也有實地去訪視，剛才有幾個委員被風雨延誤，現在就分別請委員說明一下實地訪查行程，先請西醫基層周慶明委員、周理事長是不是跟大家說一下你們的行程。

註：健保署於會後提供修正重點項目為「罕見疾病新藥或給付規定修正案件審理通過件數」。

周委員慶明：感謝主席、各位委員，首先回應張田黨委員提到的，很多實際的狀況，可能沒有辦法在評核會的時候做呈現，評核會主要是在一些數據、數字、文章上面發揮，實地訪查可以深入各基層民間去了解現況，包括西醫基層診所在政府相關重要政策項目的執行狀況，所以在這邊也正式邀請所有委員來參加 114 年 5 月 6、7 日 2 天的訪查活動。這次特別安排在中部，行程包括彰化縣跟台中市，第 1 天 5 月 6 日第 1 個訪查點是彰化縣芳苑鄉的萬來診所，它位於醫療資源不足的區域，這位醫師在醫療資源不足地區貢獻良多，大家可以實地去了解。第 2 個訪查點在彰化縣和美鎮，參訪 1 個內科、小兒科、家醫科的綜合診所，它的特色是在失智症方面做了非常多的努力。

第 3 個訪查點是在台中市的王欽耀診所，他是內科醫師，特別的是他長期參與糖尿病病友會的運作，也做得非常好，值得大家參訪給我們指導。第 4 個訪查點是 1 個骨科診所，專長是足踝外科，在骨科算是比較特殊的領域，也讓大家多了解。

第 2 天行程集中在台中市，第 1 點參訪點是翔新診所，它是 1 個內科診所也是 1 個長照站，在長照 3.0 依照整合運作上非常的成功，也請大家來指導，第 2 個點是永安診所，是由 1 位肝膽內科專科醫師負責。最後參觀瑪利亞社會福利基金會瑪利亞學園，這個學園的特色是在兒童療育方面。這一次總共安排 7 個實地訪查點，請各位委員給我們這些在基層犧牲奉獻、非常優秀的診所與醫師們多指導、鼓勵，在這邊做一個簡短的報告。

周主任委員麗芳：謝謝，非常感謝醫師公會全國聯合會詳盡的行程規劃，在 5 月 6、7 日舉辦，歡迎委員參加。接下來請牙醫部門也說明

一下今年實地參訪的行程，謝謝。

江委員錫仁：謝謝主席讓牙醫總額跟各位委員、還有部裡面各位長官說明牙醫總額的參訪行活動，時間在6月5、6日2天1夜，之前是到南部或東部去參訪，這次回到北部。第1天會先到三峽的特殊需求機構，參訪特殊需求服務的執行狀況，下午到烏來醫療站，烏來衛生所還算在比較熱鬧的地方，烏來牙科醫療站的位置比較偏遠，大車可能沒辦法上去，必須坐小巴上去，讓大家了解我們在醫療資源不足地區的執行狀況。結束第1天的參訪之後，接下來到宜蘭溫泉飯店，讓大家休息、補充體力，晚上也會繼續意見交流。

第2天早上到宜蘭參訪老人機構和特殊醫療機構，下午參訪陽明交通大學附設醫院「特殊需求者牙科醫療服務獎勵計畫示範中心」，這2天的行程大致就是這樣，也非常希望主委帶領各位委員和部裡面的各位長官都能參與牙醫總額的參訪活動，謝謝大家。

周主任委員麗芳：非常感謝牙醫師公會全聯會江錫仁理事長詳盡說明，預計在6月5、6日舉辦，也請大家保留時間，接下來請中醫部門詹永兆理事長跟大家說明。

詹委員永兆：主委、各位委員大家早，中醫部門預計在5月13、14日舉辦參訪活動，因為「照護機構中醫醫療照護方案」逐年在成長，目前大概1個星期有180個點，所以這次列為參訪重點，第1個參訪點是南投縣的照護機構，之後參訪南投縣國姓鄉的巡迴醫療服務，目前中醫總額每周約有340個巡迴點，第1天參訪機構跟巡迴點，夜宿在日月潭雲品。

第2天參訪南投縣信義鄉明德村、愛國村的巡迴點，最後到中國醫藥大學附設醫院，如果時間允許會參訪醫院並舉辦座談會，以上，歡迎所有委員蒞臨參加。

周主任委員麗芳：謝謝中醫師公會全聯會詹永兆理事長，接下來請藥師公會全聯會黃金舜理事長。

黃委員金舜：主委、各位委員大家好，藥師公會準備在6月17、18日舉辦藥師公會參訪活動，現在藥師公會初步規劃希望讓所有委員了

解台灣製藥產業，以及現在教學醫院的智慧型藥櫃，再找一家具特殊性的藥局，來增加委員對整個社區藥局的了解，以上報告，謝謝。

周主任委員麗芳：非常感謝藥師公會全聯會也一起舉辦委員實地訪視活動，接下來就進行今天的報告事項第一案。

肆、報告事項第一案「113 年度各部門總額核(決)定事項有關預算扣減之執行結果」與會人員發言實錄

同仁宣讀

洪專門委員于淇：請看會議資料第 111 頁說明二，執行情形如下表，項次 1 是牙醫專款項目「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，經本署統計結果跟一般服務重複額度有 11.5 萬元，會在 113 年第 4 季結算時扣減。

請看下一頁，項次 2 是「中醫利用新增人口」，這項上次會議決議「同意不扣減並請本署向衛福部提出建議」，本署也在 4 月 16 日函報衛生福利部。項次 3 是「照護機構中醫醫療照護方案」，這項專款跟一般服務重複 240.7 萬點，預計 113 年第 4 季結算時於一般服務扣減。

張簡任技正淑雅：項次 4 是醫院及西醫基層部分，在「藥品及特材給付規定改變」，藥品預算是 11.03 億元，醫院部分是 10.27 億元，西醫基層是 0.76 億元，執行數總計為 10.79 億元，剩餘約 0.24 億元，考量院所現在還在申報當中，且 114 年 3 月擴增 SGLT-2 藥品用於慢性腎臟病治療，爰不扣減。

特材部分，醫院部門本項預算 3.5 億元，執行數 2.16 億元，因為 112 年 11 月 1 日有擴增特材給付規定 2 項，當時有說預算不足由 113 年給付規定預算支應，經計算後不足大概 0.82 億元，就由 113 年給付規定預算支應，所以預算已經用罄無須扣減，西醫基層沒有編列，以上報告。

周主任委員麗芳：謝謝說明，針對這個案子委員沒有詢問？**林恩豪委員**。

林委員恩豪：謝謝主席，因為這只是報告案，很多事情都木已成舟，講也只是吠一吠而已。我還是希望健保署能夠擔負起善良管理人責任，上次會議討論的「中醫利用新增人口」扣減案，在 113 年第 6 次及第 11 次委員會都有提出，第 11 次委員會是在 113 年 12 月 25 日，健保署提出扣減方式建議，委員會議也都通過要扣減、要執行。但

上次委員會議，才隔 3 個月而已，立刻又讓中醫總額部門提出來要翻案。我覺得執行本來就是健保署的責任，今天該扣減就是要扣減，如果覺得有應該要補助中醫的地方，上次我也講過這是 2 件事，該撥補就撥補、該扣減就扣減，不能拿不扣減來做撥補。那麼多的經費，其實健保署愛怎麼用就怎麼用，之前也是沒經過健保會同意就拿準備金去撥補點值，那何必把這個東西拿來陷健保會委員於不義。我覺得健保署應該善盡管理的責任，不要把這些東西丟到這邊來，好像很沒擔當，這也只能講一講，就這樣，謝謝。

周主任委員麗芳：委員有沒有其他意見？如果沒有委員要表示意見，剛剛林恩豪委員的意見就請健保署參考。本案我做這樣的預擬決議：本案洽悉，健保署所提報資料及委員意見送請衛福部參考。我們進行報告事項第二案。

伍、報告事項第二案「113 年度全民健康保險基金附屬單位決算及 115 年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

簡專門委員妙容：主席、各位委員大家好，接下來由健保署報告健保基金 113 年度決算及 115 年度預算備查案。首先報告 113 年度決算，保險營運計畫部分，(1)保險收入 8,386.66 億元，包括保費收入 7,994.55 億元、政府補助收入 200 億元、公益彩券盈餘分配及菸品健康福利捐(簡稱菸捐)分配收入 142.28 億元、利息收入 35.71 億元及收回呆帳等業務外收入 14.12 億元。(2)保險成本 8,160.51 億元，包括保險給付 8,103.95 億元、呆帳 51.49 億元、業務及業務外等費用 5.07 億元。(3)保險收支淨結餘 226.15 億元，依法提存安全準備，113 年底安全準備餘額為 1,613.81 億元，折合約 2.39 個月保險給付支出。其他計畫部分，菸捐分配收入 2.14 億元全數挹注罕見疾病藥費。

接下來報告 115 年度預算，首先保險營運計畫部分：115 年度保險收支暫按 114 年度一般保險費率 5.17%、補充保險費率 2.11% 及醫療費用總額以成長率 5.5% 推估編列。至預算執行時之保險費率及醫療費用總額成長率，是依健保法第 24 條及 61 條規定程序及核定情形辦理。依照上開原則，保險收入編列 8,527.06 億元，包括保費收入 8,343.08 億元、公益彩券盈餘分配及菸品健康福利捐分配收入 142.24 億元、利息收入 30.16 億元及收回呆帳等業務外收入 11.58 億元。保險成本 9,200.07 億元，包括保險給付 9,142.73 億元、呆帳 55.56 億元、業務及業務外等費用 1.78 億元。

其他計畫部分，(1)菸捐專項業務：編列菸捐分配收入 3.38 億元，用於支應全民健康保險之醫療科技評估、醫療服務審查及全民健康保險政策推動等專項業務，相關經費編列 2.93 億元。(2)挹注罕見疾病藥費部分：編列菸捐分配收入 2.11 億元，及由政府編列預算撥補暫編列 20 億元，總計編列 22.11 億元。(3)癌症新藥暫時性支付專款，由政府編列預算專案撥款 100 億元，這部分跟前述政府挹注罕

藥 20 億元，都需要經過行政院審查核定公務預算之後能才確定、再配合修正。綜上，保險收支淨短絀 672.56 億元，依法收回安全準備填補短絀後，預估 115 年底安全準備餘額為 770.05 億元，折合約 1.01 個月保險給付支出。以上報告。

周主任委員麗芳：謝謝說明，請健保會補充說明。

洪組長慧茹：向委員說明，本會幕僚根據健保署提送的 113 年健保基金決算書、115 年度健保基金預算書分別整理分析報告，列在會議資料第 120~128 頁及第 129~143 頁，分析報告併同決算書、預算書已在 4 月 8 日寄送給各位委員先行審閱，讓委員有意見可先行提出，一共有 2 位委員提出意見，幕僚也把委員意見轉請健保署回復說明，健保署回復資料在今天會議補充資料第 2~5 頁，請委員參閱，以上。

周主任委員麗芳：謝謝，針對健保署所提出來的這個備查案，委員有沒有不同意見？是不是同意備查？**林恩豪委員**。

林委員恩豪：謝謝主席，主席應該也猜得到我要講什麼，這個備查案從 106 年的決算開始，健保會從來都沒有備查過。這期間主席也擔任過 4 年主席，也從來沒有備查過。為什麼會這樣？之前李永振委員都會跟大家分析政府應負擔健保總經費法定下限 36% 的計算方式是有點問題的，當然雙方各說各話、各執一詞，但這裡就是存在一個問題，到底是要從支出面還是從收入面計算？明明一直都有爭議存在。

我記得上次社保司也有說過，他們會再去爭取，也會用修法解決這個問題，所以我認為在「政府撥補 36% 不足的問題仍存在」的狀況下，建議照往年一樣不予備查，謝謝。

周主任委員麗芳：請健保署針對 36% 的部分回應說明。

龐副署長一鳴：36% 部分請社保司說明，行政院有解釋過。

周主任委員麗芳：謝謝。

陳委員真慧：有關於 36% 的部分，其實社保司在歷次會議都有說明，36% 計算方式是依據行政院跨部會研商後確定的定義，據以計算各年度政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數，這部分也都經過

立法院預算審查及審計部審定決算，相關法制程序相當完備，政府每年也都依法負擔最低的 36% 不足數，沒有合法性的問題。

針對林恩豪委員所提到，目前健保法上對 36% 的計算方式確實沒有很清楚，所以那一塊我們會研議在健保法處理，因為健保法盤點要修法的部分社保司都有在做處理，這個部分我們一定會再把它納入修法的規定，明定 36% 的計算方式以杜絕爭議，以上說明。

周主任委員麗芳：其他委員針對這個部分，有沒有不同意備查的看法？

陳秀熙委員。

陳委員秀熙：主席、各位委員，我想全民健保從一開始只有一般保險費收入，在 2013 年為什麼會實施補充保險費，就表示一般保險費與總額協商、總額支出之間，錢一定是不夠的。我屢次在很多次會議提出，很多需求面的東西，其實並沒精準評估。一般保險費率 5.17%，補充保險費率只有 2.11% 是非常少的，而補充保險費來源以股利跟獎金為主，因為今年遭遇經濟環境改變，可預期明年補充保險費收入一定會減少，補充保險費的部分是我們還要再努力的，如果今天沒有辦法從補充保險費來擴增健保這塊大餅，我們永遠都會有缺口、一定沒有辦法補足，因為需求面真的是太高了。

除了評核委員資格外，我在擔任評核委員時，所關心的是會議資料第 82 頁評核項目「一般服務項目執行績效」配分 60 分裡，民眾實際需求面、在就醫可近性跟及時性部分，到底有沒有辦法被滿足？我們一直都在供給端制訂盡責的指標，一直去控制績效這些指標，想要 pay-for-performance^(註)，可是對於今天 supply 跟 demand 之間能不能做到？

延伸到今天補充保險費的問題，菸捐已經 15 年沒有調漲，健康署的菸捐 78 億元的預算，15 年間我們多次喊出要調漲，但從沒有調漲過，如果可以將這些預算用在健保這個地方，對於消費者、整個健保上面也是有很多的想法。我覺得這部分大家要群策群力，不管保險收入是從一般保險費、補充保險費或是政府公務預算，當安全準備不夠的時候政府還是要出錢補足，我認為這部分要審慎考慮，

謝謝。

註：pay-for-performance(論質計酬)。

周主任委員麗芳：謝謝，楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：大家好，剛剛陳秀熙委員說得很清楚，菸捐的分配，從一開始 70% 供全民健康保險安全準備，到現在只有 50% 而已，真的少太多、太多了，大家要群策群力好好思考這個問題。至於政府應該撥補 36% 的議題，其實也是十多年來，每 1 次開會都會講、都會討論，可是都無法讓付費者代表清楚了解內容。剛剛社保司也說，他們每 1 次都有講得很清楚、也都具備合法性及適法性，但我們真的不太清楚計算公式，是不是把計算公式釐清後，再討論是否同意備查預算案，以上。

周主任委員麗芳：謝謝，朱益宏委員最後 1 位口頭發言。

朱委員益宏：針對 115 年預算，請教一下健保署，會議資料第 131 頁「(6)政府補助辦理之專款項目：115 年由公務預算編列經費支應癌症新藥暫時性支付專款 100 億元跟罕病藥費 20 億元」，不知道這是屬於健保保險支出，還是像癌藥基金那樣根本不是在健保範圍之內，健保只是代辦，還是假設明年有暫時性支付 100 億，在政府編列以後進入保險收入、健保基金，也會列到健保支出總額裡面嗎？這概念上跟政府用行政經費編列百億癌藥基金的概念應該是不一樣，應該不是在健保總額範圍之內，這部分是不是能夠做一個澄清、說明，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝，請健保署說明。

龐副署長一鳴：我簡單講，它在健保內，可是不在總額協商內，基金的收支辦法行政院有新的規定，它有一個專有名詞我忘記了，等一下讓我們同仁補充。

簡專門委員妙容：全民健康保險基金收支保管及運用辦法在 4 月 2 日已經核定修正，這裡面基金用途有 1 項就是「經行政院核准保險醫療給付外之專項支出」。

龐副署長一鳴：現在有 1 個專有名詞叫「專項支出」。

朱委員益宏：所以意思就是說這個 100 億元，未來像癌藥基金 100 億元也是屬於健保支出的一部分，是這個意思嗎？

龐副署長一鳴：當然是健保支出。

簡專門委員妙容：它是列在雜項業務成本，沒有列在保險給付裡面。

周主任委員麗芳：謝謝，就回到我們的主題，這一次是要看健保署提出來的 113 年度全民健康保險基金附屬單位決算及 115 年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案，經過大家充分討論，本案不同意備查，委員所提意見送請健保署研參。進行報告事項第三案。

林委員敏華會後書面意見：政府應負擔 36% 差額，就如同林恩豪委員所提意見，多年以來未明確，計算公式宜儘早完成，俾對於其法定下限 36% 差額有早日明確之依據，建議宜有明確期程。

陸、報告事項第三案「114 年度各部門總額依核(決)定事項，須提貴會報告之具體實施規劃/計畫(續提)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳專門委員依婕：主委、各位委員，大家好。健保署本次要報告的 2 個具體實施規劃/計畫，第 1 個是門診透析的「居家血液透析與提升其照護品質」具體實施方案。今年總額預算總共編列 4.335 億元的專款用於推動本方案，其中有 3 億元不得流用到一般服務。

考量居家血液透析是一種新的照護模式，過往健保沒有給付，所以協定事項也請本署會同門診透析服務團體腎臟醫學會共同審慎研議。

本案經提到 114 年 3 月 27 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議通過，規劃以試辦計畫的方式推動。方案內容包括院所資格以及醫事服務提供人員的資格。

在院所資格方面，有規範血液透析的執行經驗要累積至少 2 千人 次以上，並有專任腎臟專科醫師，如果要進行視訊訪視，應該要有相關視訊設備以及資安管理機制；在醫師資格部分，除了是腎臟專科醫師之外，也要接受 2 小時的居家血液透析教育訓練課程；護理人員必須領有台灣腎臟醫學會核發的血液透析護理人員資格核定證書，並有 1 年以上血液透析護理經驗，另外也要接受 2 小時的居家血液透析教育訓練課程，並且要完成居家血液透析護理師 1 個月的訓練。

本案的收案對象是經醫師評估適合在宅或機構執行血液透析的病人，並且要經過本署事前審查同意。

本案支付方式，其中居家血液透析是論次支付，比照門診血液透析採用包裹方式給付，建議支付點數為 3,912 點，在計畫書要明訂醫療院所必須要執行的項目，包含病人技術訓練、院所必須要遠端監測透析數據，透析紀錄及血液透析報告結果都需要上傳。另外，本方案也支付了居家訪視費，包含實地訪視支付 1,200 點、視訊方式支付 420 點。

本方案訂有品質監測指標，總共有 4 個年度觀察指標，資料在補充資料第 16 頁請各位委員參考，每年至少需要 3 項以上指標達標，如果沒有達標的話，本署會送台灣腎臟醫學會進行審查，依照審查結果確認是否暫停其參與資格。

本項財務預估是以有進行血液透析且有申報居家照護的病人人數推估，請委員翻到補充資料第 8 頁，另外也參考專家學者的意見，估計執行居家血液透析的人數比率約 1~5%，如果以 5% 推估，推估 1 年執行人數為 50 人。

居家血液透析支付點數因為跟門診透析支付一致，所以不會增加財務支出。

在居家訪視費，我們以訓練期間訪視 2 次、常規訪視 1 年 1 次，以第 1 年訪視 2 次來估算，大概會增加財務支出 12 萬點。

本方案需要由民眾自行負擔透析機與水處理設備費用，參考現在自費市場價格，建議訂為 1 年 12 萬元，本方案會依程序報衛福部核定後公告實施。

第 2 個是有關於西醫基層總額的「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」具體實施方案。

在今年的總額公告裡面，本項預算編列在一般服務共有 6.593 億元，其實這個經費編列到今年已經是第 3 年，先口頭跟各位委員報告前面 2 年的執行內容。

本案前 2 年，就是 112、113 年，都是以西醫基層執業登記在西醫基層的護理人員，看他實際健保投保薪資等級跟 111 年 12 月相較是否有再增加 1 個投保等級，分別給予 6、12 點的獎勵。

在第 1 年是這間診所如果有半數以上護理人員有調薪的話，健保會額外獎勵 6 點；第 2 年是全數護理人員如果都有調薪的話，健保獎勵 12 點，這是前 2 年的獎勵內容。

114 年的獎勵內容請委員看補充資料第 8 頁下面的第三點，我們把調薪的基期拉到 113 年 12 月，委員可以看到補充資料第 9 頁上方(3)，我們把基期調整為 113 年的 12 月，意思就是診所聘請護理

人員的薪資跟去年 12 月相較，健保投保薪資要再增加 1 個等級，才可獲得本方案的獎勵，獎勵標準是執業登記在這診所的護理人員半數以上都有調升。假設這間診所聘有 2 位護理人員，就要有至少 1 位以上護理人員跟去年 12 月相比有調升薪資，才可以獲得本項獎勵 24 點。

因應行政院希望月投保金額應達到最低基本工資 1.1 倍的政策，這個計畫也訂定投保金額不得低於 114 年投保金額分級表的第 4 等級 31,800 元，這是今年獎勵方案的規劃內容。另外，在年度的部分，如果預算有剩餘，我們會依照各診所調升護理人員薪資的人月占率發放相關獎勵金。

接著請委員看(三)品質監測指標，品質監測指標訂為聘有護理人員診所調升護理人員薪資之診所家數比率，目標值去年是 70%，今年再予調升，有調薪家數比率會調升到 80%。調薪幅度就是依照剛剛獎勵條件，有半數以上護理人員跟去年 12 月相比有調薪，且投保金額不得低於第 4 等級的診所才會納入分子計算。

本署說明是本項是鼓勵西醫基層今年再規劃調升護理人員的薪資，所以基期有所調整，而且也調升它的執行目標從 70% 到 80%，符合總額公告的決定事項，本案建請依照程序報請衛福部核定後本署公告實施，以上。

周主任委員麗芳：非常感謝健保署就門診透析和西醫基層總額相關計畫詳盡說明，接下來請健保會幕僚同仁簡單說明，謝謝。

陳組長燕鈴：請各位委員看到補充資料第 10 頁，這 2 項是上次委員會議報告案的續提事項，因為衛福部公告裡有提到，要在 3 月份將新的具體實施計畫方案提報本會，上次委員會議提報後還有一些方案沒有完成，這次續提 2 項，1 項是「居家血液透析與提升其照護品質」，這部分在去年協商時候，因為在家裡做血液透析是一個新的模式，所以委員非常關心到底怎麼執行這個計畫、還有相關的品質要求，所以在決定事項裡面有明訂，請健保署審慎研議實施方式，而且要提本會報告。

這次健保署已經建議用試辦計畫方式，把協定事項要求的院所及醫師資格、條件認定、適用對象、支付方式跟品質監測指標內容提交本會，剛剛健保署報告得很清楚，請委員參考。

關於第 2 個是「因應基層護理人員需求，提高 1~30 人次診察費」的部分，跟各位委員說明，這項其實是本部持續性推動的政策，從 112 年度起連續 3 年，在西醫基層一般服務每年都有編列 6.593 億元，而且這些錢是每年滾到基期裡，所以至今已經有 18、19 億元的經費規模。決定事項裡提到要能夠反映護理人員薪資，提升護理照護品質，而且要請健保署擬訂具體實施方案提本會報告。

健保署這一次提出的 114 年度報告，也有依照部裡的決定事項提報實際執行內容、方式與品質監測指標，我們有整理今年方案跟 113 年度方案的比較，列在補充資料第 23~24 頁附件四給委員參考。整個看起來，健保署 114 年有持續調升診察費加計獎勵，例如 113 年是調升到 12 點、今年是調升到 24 點，作為鼓勵增加護理人員薪資的費用基礎；同時獎勵條件認定標準也有調整，過去是以不同護理人員調薪比率做為標準，現在是一定要半數以上護理人員薪資有調升，才符合獎勵的條件。同時健保署今年也把執行年度目標值從 70% 調升到 80%，這是今年度精進的做法。

其實衛福部的核(決)定事項，應該在 3 月份提出報告的部分，還有幾項沒有完成，像是西醫基層、腹膜透析及一些計畫的 KPI^(註)等，請儘速完成提報本會最近 1 次的委員會議，以上說明。

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

周主任委員麗芳：這個案子是例行性的，有關各總額部門依據核(決)定事項要報到本會，讓本會了解具體的實施計畫。關於這次提報的計畫內容，委員有沒有還要垂詢的地方？如果都沒有的話，本案洽悉。請繼續進行報告事項第四案。

柒、報告事項第四案「中央健康保險署『114年3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：3月份全民健保業務執行報告依據過去委員會議決定結果，採取提供書面資料方式，委員的意見我們也是以書面方式請健保署回復，本案如果按照這個方式處理就是洽悉，委員提出的意見包含書面意見，請健保署回復說明。

我們今天全部的議程已經結束，接下來進行臨時動議，有沒有委員要提出臨時動議？

周執行秘書淑婉：因為今天會議出乎預期的提早結束，所以我的臨時動議是，可不可以請大家等一下，因為便當還沒有到。

周主任委員麗芳：請林恩豪委員。

林委員恩豪：謝謝主席，我沒有臨時動議，可不可以請主席責成幕僚同仁，因為以前每次會議，幕僚都會就討論案或報告案補充前因後果，有些案子其實是有延續性的。像我整理資料的時候，還要再去翻閱前面的會議資料，但是有些委員可能是新任的，沒有辦法找到舊的資料，無從得知前因後果、來龍去脈，是不是請幕僚這邊可以把會議資料再整理得更完善一點，如果有改變的地方，也說一下原來跟現在是怎樣做，或是這些案子以前是怎麼決議、為什麼會這樣決議、後來為什麼會這樣做。我記得之前幕僚都會做這件事，我覺得現在提供的參考資料有比較精簡一點，謝謝。

周主任委員麗芳：請周淑婉執行秘書。

周執行秘書淑婉：謝謝林恩豪委員，其實我們這次評核作業，是因為相關資料真的比較多，所以我們就沒有把過去的資料放進來。至於其他提案，如果有修正的部分，我們都會把過去跟現在的資料整理出來，這一次是評核的部分我們沒有完全放進來，是我們疏忽了，後續所有的案子在整理的時候，我們都會把過去跟現在有什麼樣差異，做一些比較給委員了解有沒有修正，這部分我們會做。

周主任委員麗芳：是針對同一個議題嗎？

楊委員芸蘋：臨時動議。

周主任委員麗芳：臨時動議喔？還是私底下會後聊聊的？

楊委員芸蘋：我簡單說一句而已，不是臨時動議，只是臨時想到這件事要講。請看補充資料第 8、9 頁，這個計畫蠻好的，我是希望真的能夠有對護理人員加薪的動作，10% 金額不少，一定要落實，執行結果是不是真的能讓護理人員留下來或增加在職的護理人員，這是很重要的，因為一直沒辦法開床是我們消費者的痛苦，每次去醫院看診住院都要等好久，我覺得這個問題希望能因為這樣解決，但也不知道是不是確實能解決，我只是替消費者想，為什麼每次住院都要等很久，甚至要拜託才有床位，以上，謝謝。

周主任委員麗芳：請陳秀熙委員。

陳委員秀熙：主席，我不是臨時動議，既然有空檔時間，針對剛才我要講的那個議題，就用血液透析這個計畫跟大家簡單講幾分鐘。台灣的洗腎在全世界是非常有名的，過去血液透析所占比率，相對於香港，我們剛好是相反，我們都是以血液透析至少占 70、80%、腹膜透析只有 20、30%，這些問題隨著時代演進，慢慢腹膜透析可以跟血液透析搭配作在宅醫療、居家照護，這是一個漂亮的例子。

我要講的意思是，我們要反問，民眾端是不是能夠接受？因為我們在社區看到腹膜透析跟血液透析這麼大的改變。為什麼台灣血液透析是單獨總額，因為我們有很多的成長歷史，南部洗腎的需求非常高，過去從 case payment(註)，這幾個協會，不管醫院協會、西醫基層總額他們都非常清楚，case payment 走到今天在總額之下延伸。現在要把居家引進來，這個 case 就會反映我們有沒有貼近評核指標修正，要考慮腹膜透析是不是會使健保成本降低？醫療費用降低？對民眾可近性有沒有升高？要不要做一個成本效益分析？當然現在提出來，可能對於血液透析是一個壓力，但是我的意思是，我們能不能循序漸進地、一步一步提出完整的計畫，支持健保署的好意，我看了點數基本上沒有太大的意見，不過各位一定要了解，這些點數能不能反映在剛才講的洗腎的需求，隨著需求增高，嬰兒潮世代

人口升高，這些有沒有算進去，我用這個例子呼應前面的評核項目，我們在 20、60、20 的配分裡，到底要怎麼反映即時性，才能解決目前健保面臨的核心問題。

剛好要等便當，我想趁這個機會，我們做委員的總是有點講話的機會，因為開會時間都很緊，我是覺得林恩豪委員也講得很對，不過我要替健保會同仁這邊稍微講一下話，因為這資料整理起來，剛才你聽我講簡短幾分鐘的歷史，都要研讀過非常多東西，對大家來說也是非常大的負擔，有些時候大家聊聊天可以把問題提出來，也不用每次都在健保會裡用這樣的方式，每次都做這樣黑白決議的時候，我想可能在公正人士的立場，醫療端供給者跟消費，我非常關心醫療端供給者跟消費者的想法是不是能夠兼顧，也需考量是否對民眾有利。

註：case payment，論病例計酬。

周主任委員麗芳：非常謝謝陳秀熙委員，我先宣布今天會議散會，謝謝。