

衛生福利部全民健康保險會
第7屆114年第4次委員會議議事錄

中華民國114年6月25日

衛生福利部全民健康保險會第7屆114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114年6月25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：馬文娟、張琬雅

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(中華民國全國工業總會陳副秘書長鴻文代理)、李委員飛鵬、周委員慶明、林委員宜平、林委員恩豪、林委員敏華、花委員錦忠、洪委員瑜黛、胡委員峰賓、張委員田黨、張委員家銘、許委員舒博(中華民國全國商業總會劉秘書長守仁代理)、許委員慧瑩、陳委員世岳、陳委員秀熙、陳委員建宗、陳委員相國、陳委員真慧(衛生福利部陳專門委員淑華代理)、陳委員節如(台灣社會福利總盟馬副理事長海霞代理)、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、董委員正宗、詹委員永兆、蔡委員順雄、鄭委員力嘉、嚴委員必文

請假委員：連委員賢明、溫委員宗諭、謝委員佳宜

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、陳副署長亮好

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20~21頁)

貳、議程確認：(詳附錄第21~22頁)

決定：確認。

參、確認上次(第3次)委員會議紀錄：(詳附錄第22頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第28~36頁)

決定：

一、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計23項，其中12項達解除追蹤條件，同意解除追蹤；其餘11項繼續追蹤。

二、基於健保法第73條規定之分工權責，有關健保收入超過2億元之醫療院所財務公開情形，自明(115)年起不需提會報告，請中央健康保險署在每年度該財報公開時，副知本會即可。

三、同意中央健康保險署所請，將原訂於本次提報之「精進『急診品質提升方案』執行內容」專案報告，延至7月份委員會議(114.7.23)提報。

四、請未來參加本會辦理相關會議之與會單位，遵循本會訂定之資安作業規定(如附件一)，以確保含有資訊媒體傳送之安全。

五、餘洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第37~53頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)，提請討論。

決議：

一、總額協商架構之「一、總額設定公式」及「二、醫療服務成本及人口因素之附件」暫列，將依衛生福利部交議總額範圍內容再行定案，並提報委員會議確認。

二、總額協商原則，依委員意見修訂七、其他原則(三)2.之文字(如附件二劃線處)，餘照案通過，並訂定「115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，如附件二。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)，提請討論。

決議：照案通過，並訂定「115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，如附件三。

第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：特殊材料「特殊功能/材質脊椎間體護架(CAGE)」以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案，提請討論。

決議：

- 一、同意本自付差額特材案，並請中央健康保險署儘速循行政程序，報請衛生福利部核定公告實施，以維護民眾權益；另請循例在實施半年後，提出檢討改善報告。
- 二、委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

第四案

提案單位：中央健康保險署

案由：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款之附表一整體性之醫療品質資訊項目案，提請討論。

決議：照案通過，請中央健康保險署依法定程序報請主管機關核定發布。

陸、報告事項(詳附錄第54~68頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「鼓勵院所推動腹膜透析與提升照護品質方案」之成效檢討(含監測照護品質及健康結果與執行成效)專案報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

第二案

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(第三次續提)，請鑒察。

決定：

一、本案尚有1項未完成「執行目標、預期效益之評估指標」，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體儘速辦理，提報本會最近1次委員會議。

二、餘洽悉。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「114年5月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)，請鑒察。

決定：本案洽悉。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：上午11時37分。

全民健康保險會遵循「衛生福利部可攜式媒體(USB 隨身碟)管控措施」
相關會議資安作業規定

114.5.23

為確保含有資訊媒體傳送之安全，本會遵循「衛生福利部可攜式媒體(USB 隨身碟)管控措施」，訂定本項資安作業規定。為確保資訊安全，衛生福利部(下稱本部)自 113 年 11 月 1 日起，管制本部同仁辦理公務桌上型電腦與筆記型電腦(統稱個人電腦)USB 隨身碟存取功能，經本部認證之隨身碟始可用於本部重啟存取功能之個人電腦。基此，本會辦理委員會議、評核會議、總額協商會議等會議時，請與會單位、機關(構)及人員配合之作業規定如下：

- 一、因本部設有防火牆掃描、過濾電子郵件，進行資安保護，因此各機關(構)提供本會之電子文件資料，應以電子郵件送達方式辦理。
- 二、倘會議當天電子文件資料需臨時抽換、增修或提供者，請直接提供紙本資料，若需投影播放，則請於會議前一天 15:00 點前，以電子郵件將檔案寄送本會，以利處理資料存取及電腦投影事宜。
- 三、若會議當天仍有臨時需要使用未經認證之隨身碟者，則依「衛生福利部可攜式媒體(USB 隨身碟)管控措施」第四點辦理，應持該隨身碟至本部三樓東側機房，由機房值班人員協助掃毒並讀取資料。
- 四、年度總額協商會議，「部門版本」及「付費者版本」之資料提供：
 - (一)協商主會場(301 會議室)：統一由本會處理協商版本電子文件之資料存取、投影等事宜。
 - (二)內部會議會場：請外部單位自行攜帶筆記型電腦及隨身碟，進行內部試算，本會將於會議室準備投影機及列表機(含驅動程式)供投影及列印紙本資料，且為確保協商當天投影及列印功能正常，請各機關(構)於會議前一天派員攜帶筆記型電腦至本部完成測試(測試時段請洽本會)。
 - (三)協商過程中，若協商雙方之協商版本有更動，請列印紙本試算表，交由協商主會場之本會同仁，協助電腦鍵入試算表及投影。為確保試算資料正確，雙方協商版本之試算，請使用本會提供之試算表電子檔，以利統一格式及計算方式。

115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

第 7 屆 114 年第 4 次委員會議(114.6.25)通過

壹、總額協商架構

一、總額設定公式(暫列，俟衛生福利部交議總額範圍後定案，再提委員會 議報告)

■年度部門別^{註1}醫療給付費用總額＝

[前一年度校正後部門別一般服務醫療給付費用^{註2、註3} ×(1+年度
醫療服務成本及人口因素成長率+年度協商因素成長率)]+年
度專款項目經費+年度門診透析服務費用^{註4}

年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

[年度部門別醫療給付費用總額-(前一年度之部門別醫療給付
費用總額+前二年度投保人口預估成長率與實際之差值金額+
前一年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管
理辦法」之扣款核定金額)^{註5}]/(前一年度之部門別醫療給付費用
總額+前二年度投保人口預估成長率與實際之差值金額+前一
年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管
理辦法」之扣款核定金額)^{註5}

■年度全民健保醫療給付費用總額＝

年度部門別^{註1}醫療給付費用總額之合計+年度其他預算^{註1}醫療
給付費用

年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

[年度核定之全民健保醫療給付費用總額-(前一年度之全民健
保醫療給付費用總額+前二年度投保人口預估成長率與實際之
差值金額+前一年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機
構特約及管理辦法」之扣款核定金額)^{註5}]/(前一年度之全民健
保醫療給付費用總額+前二年度投保人口預估成長率與實際之
差值金額+前一年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機
構特約及管理辦法」之扣款核定金額)^{註5}

註：1.部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2.因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正前 2 年投
保人口預估成長率與實際之差值金額(即 115 年總額基期須校正 113 年度總額投保人口預估成長
率與實際之差值金額)。

- 3.依本會 113 年第 4 次委員會議(113.5.22)確認之「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，114 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 115 年度總額協商之基期費用，爰於 115 年度總額協商基期費用加回 114 年度總額扣款金額。
- 4.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。
- 5.依衛福部報奉行政院核定之 115 年度總額基期，係以前 1 年度(114 年)健保醫療給付費用總額，校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額、加回前 1 年度(114 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

二、醫療服務成本及人口因素

(一)按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」合併計算成長率。

(二)成長率計算公式

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

(三)各項因子之計算公式與方法如附件，將依行政院核定之醫療服務成本及人口因素內涵辦理。

三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新醫療科技及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

反映其他醫療服務利用及密集度改變，對醫療費用之影響(排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分)。

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式

先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1

季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

(三)計算公式

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用=前一年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用×(1+成長率)

年度門診透析服務費用=年度醫院門診透析服務費用+年度西醫基層門診透析服務費用

貳、總額協商原則

一、依據行政院核定之年度醫療給付費用總額範圍及政策目標進行協議擬訂，使健保政策延續並連結醫療給付費用總額。

二、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

總額協商之前提，應考量全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨；且所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，對有限健保資源，應予合理配置。

三、基期

以穩定為原則。若確需變動，應於前一年6月前提經議定；6月以後所議定調整事項，適用於下年度總額。

四、醫療服務成本及人口因素

各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式。

五、協商因素

(一)給付項目之調整

~~健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案，請參考本會第2屆104年第2次(104.3.27)委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」辦理。本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目給予合理配置，不涉及個別給付項目之決定。~~

(二)各部門之「品質保證保留款」

1.列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。

2.考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款合併運用，並須提經本會通過。

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦

法)之扣款

1.列為協商減項，扣減前2年度(113年)違反特管辦法第37、39、40條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件。且於次年度(116年)總額加回該違規扣款金額，不影響次年度總額協商之基期費用。~~不納入116年度總額協商基期費用。~~

2.本項扣款數值，以協商時健保署提供者為準。

(四)一般服務之協商因素項目：

1.應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用。新增項目需提出執行目標及預期效益之評估指標，延續性項目需提出過去執行成果效益或檢討改善規劃，並須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料。

2.並於年度實施前提出具體實施方案，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則得核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(五)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

六、專款項目

(一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。

(二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。

(三)新增計畫應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用、執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料，並提出預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)，以利檢討退場或納入一般服務。若為續辦性專款項目則須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標。

(四)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得

相互流用。

七、其他原則

- (一)新增協商項目或計畫，宜先列為專款項目，俟執行穩定且具成效後，未來年度再考量移至一般服務項目。
- (二)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (三)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：
 - 1.衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」之復議案程序辦理。
 - 2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，由本會向衛福部提出建議。
- (四)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率以不超過行政院核定範圍之上限值為原則。
- (五)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (六)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (七)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。
- (八)各總額部門提出涉及使用年度總額調整支付標準項目之協商草案，健保署應評估是否連帶影響其他總額部門，如有影響，應於協商前提出受影響總額部門之預算需求評估，供本會協商時一併考量。協商時，請受影響總額部門列席。

附件、醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法(暫列，俟衛生福利部交議總額範圍後定案，再提委員會議報告)

一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以 112 年醫療費用點數為基礎，計算 113 年納保人口年齡性別結構相對於 112 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，年齡則以 1 歲為一組做調整(人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均)。

二、醫療服務成本指數改變率

(一)成本項目之權數

採行政院主計總處 110 年「工業及服務業普查」結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。

(二)成本項目之指數

採行政院主計總處 114 年 4 月發布之「物價統計月報」與查詢「薪情平臺」。各總額部門指標類別如下：

成本項目	指標類別	
人事費用	1/2「醫療保健服務業」薪資及 1/2「工業及服務業」薪資	
藥品費用	醫院	國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類
		國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類
醫療材料費用	西醫 基層	國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類 國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類
	牙醫	健保牙醫門診藥費權重及國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類 國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類
		國產內銷及進出口物價指數—藥品類之中藥製劑 國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類
基本營業費用	國產內銷及進出口物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	
其他營業費用	消費者物價指數—總指數	

註：醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」、「電子醫療用儀器及設備」、「放射照相或放射治療器具」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」、「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」及「其他醫療器材」；其他醫療器材，包括：注射器、點滴器(或輸液 pump)、病床、人工關節、洗腎用血液迴路導管、外科接管、血液迴路管(不含血壓計、血糖計、體溫計)。

(三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以 110 年指數為基值(訂為 100)，計算 113 年 1 月至 12 月相對 112 年 1 月至 12 月各指數年增率。

三、投保人口預估成長率

以最近一年可取得之實際投保人口成長率，即以 113 年對 112 年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第 7 屆 114 年第 4 次委員會議(114.6.25)通過

壹、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<p>一、協商前置作業</p> <p>(一)討論 115 年度總額協商架構及原則與協商程序。</p> <p>(二)辦理各總額部門執行成果評核： 檢討、評估各總額部門 113 年度協定事項執行情形。</p> <p>(三)115 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策目標。 2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。 3.提供協商參考資料「114 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」。 4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算協商草案。 <ol style="list-style-type: none"> (1)協商草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (2)各總額部門與健保署擬訂協商草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。 5.由本會將各總額部門提出之協商草案，送請衛福部業管單位評估是否與其政策規劃方向及施政目標相符，提供意見供協商參考。 <p>(四)安排總額協商會前會及座談會。</p> <p>1.召開 115 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會：</p> <p>(1)請各總額部門及健保署報告所提出之「115 年度總額協商因素項目及計畫草案」，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之具體內容(依協商草案最終版本應提報內容，如附表 1)，重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> ①問題分析及需求評估。 ②醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。 ③新增項目之執行目標及預期效益之評估指標(以具體、可量化之結果為導向，呈現資源投入之具體效益，若能提出分年目標值尤佳)。延續性項目則須持續檢討。 ④新增專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)。 	<p>第 4 次委員會議(114 年 6 月 25 日)</p> <p>114 年 7 月 14、15 日</p> <p>114 年第 5 次或第 6 次委員會議(114 年 7 月 23 日或 8 月 20 日，俟衛福部交議時間而訂。)</p> <p>114 年第 6 次委員會議(114 年 8 月 20 日)</p> <p>114 年 7~8 月</p> <p>114 年 8 月</p> <p>114 年 8 月 20 日下午 (114 年第 6 次委員會議結束後)</p>

工作項目及內容	預訂時程
<p>(2)請各總額部門及健保署依自行檢核表(如附表 2)，逐項檢視提報資料是否齊全，填具後併會前會資料送本會。</p> <p>(3)請幕僚檢視提報資料之完整性，並彙整評核委員之建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。</p> <p>2.召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。</p> <p>3.各總額部門及健保署提送「<u>115</u>年度總額協商因素項目及計畫草案」之最終版本：</p> <p>(1)應提報內容及格式如附表 1，並檢附自行檢核表(如附表 2)併送，確保資料內容齊全，以利協商。</p> <p>(2)請如期提送協商草案之最終版本，送會後不可臨時提出新增項目或更動內容。</p> <p>4.視需要辦理 <u>115</u>年度總額協商因素項目及計畫草案溝通會議。</p>	<u>114</u> 年 8~9 月 <u>114</u> 年 8 月 27 日上午 <u>114</u> 年 8 月 28 日前 視協商資料及討論需求評估是否辦理
<p>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</p> <p>(一)各部門委員代表自行抽籤決定各部門之協商順序，並據以排定總額協商會議議程。</p> <p>(二)協商各部門總額成長率及分配方式。</p> <p>1.召開總額協商會議。</p> <p>(1)協商四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請部門當日依據協商結論，於協定事項調整新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。</p> <p>2.協商結論提 9 月份委員會議討論、確認。</p> <p>(1)確認四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請委員就協商結果，提供各總額部門所提新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」之修正建議，會後由健保署會同各總額部門共同討論研修。</p> <p>3.「執行目標」及「預期效益之評估指標」之確認：</p> <p>(1)達成共識部門：健保署會同總額部門研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，將研修後之結果，提報 10 月份委員會議確認。</p> <p>(2)未達共識部門：請衛福部就政策目標要求，逕予核定。</p> <p>(三)協商各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p> <p>1.請各總額部門於 9 月份總額協商完成後，2 週內提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提 10 月份委員會議討論。</p> <p>2.倘部門未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提 11 月份委員會議討論，並完成協定。</p> <p>(四)年度整體總額協定成長率及其分配之確認及報請衛福部核定及公告。</p>	<u>114</u> 年第 5 次委員會議(<u>114</u> 年 7 月 23 日)抽籤 ^註 ，於 <u>第 6</u> 次委員會議(<u>114</u> 年 8 月 20 日)提報排定議程 <u>114</u> 年 9 月 24 日全天；若有未盡事宜，於 <u>9</u> 月 <u>25</u> 日上午 9 時 30 分繼續處理 <u>114</u> 年第 7 次委員會議(<u>114</u> 年 9 月 26 日上午 9 時 30 分開始，委員可視需要採視訊方式與會) <u>114</u> 年第 8 次委員會議(<u>114</u> 年 10 月 22 日) <u>114</u> 年 11~12 月 <u>114</u> 年 10 月 7 日前 <u>114</u> 年第 9 次委員會議(<u>114</u> 年 11 月 19 日) <u>114</u> 年 11~12 月

工作項目及內容	預訂時程
三、協定事項之執行規劃與辦理 (一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。 (二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。	<u>114</u> 年 10 月~ <u>115</u> 年 12 月

註：若各總額部門無法派員抽籤，則由本會執行秘書於會上代為抽籤。

貳、協商會議

一、會議時間：

- (一)預備會議：114 年 9 月 24 日(星期三)上午 9 時至 9 時 30 分。
供付費方、醫界方視需要召開內部會議(請事前通知本會同仁協助安排會議場地)。
- (二)協商會議：114 年 9 月 24 日(星期三)上午 9 時 30 分起，全天。
- (三)若有協商未盡事宜，則於 114 年 9 月 25 日(星期四)上午 9 時 30 分至 12 時 30 分討論。

二、與會人員：

- (一)付費方：付費者代表委員。
- (二)醫界方：
 - 1.保險醫事服務提供者代表委員。
 - 2.牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門協商時，由該總額部門代表委員 1 名主談，各部門並可推派 9 名代表協助會談，推派之協商代表需經充分授權。
 - 3.護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之會談。
 - 4.門診透析服務：由西醫基層及醫院部門各推派 4 名代表會談，並邀請台灣腎臟醫學會推派 1 名代表列席說明。
- (三)專家學者及公正人士、國家發展委員會及主管機關代表委員。
- (四)社保司與健保署相關人員及本會幕僚。

三、進行方式：

- (一)分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門總額、門診透析服務費用及健保署管控之「其他預算」。
- (二)各部門之協商順序，於 7 月份委員會議抽籤確定後，不可臨時要求變更。

(三)各協商場次預計分配所需時間如下表：

各協商場次	第一階段 ^{註1} 提問與意見交換	第二階段 視雙方需要自行召開內部會議		第三階段 部門之預算協商	合計 (最長時間含各自召開內部會議時間)
		付費方	醫界方		
醫院	30分鐘	30分鐘	30分鐘	60分鐘	90~150分鐘
門診透析 ^{註2}	10分鐘	10分鐘	10分鐘	20分鐘	30~50分鐘
西醫基層	25分鐘	20分鐘	20分鐘	50分鐘	75~115分鐘
牙醫	20分鐘	20分鐘	20分鐘	40分鐘	60~100分鐘
中醫	20分鐘	20分鐘	20分鐘	40分鐘	60~100分鐘
其他預算	20分鐘	20分鐘		35分鐘	55~75分鐘

註：1.各部門之協商草案已於會前會報告，若本時段仍須說明，請簡要說明並以5分鐘為限。

2.門診透析之協商場次，援例安排於醫院或西醫基層抽籤序優先之場次後進行，不另行抽籤。

(四)相關原則：

所有委員均可入場，惟非該協商場次之總額部門委員，可以提問與發表意見，但不參與預算協商。協商場次安排分為三個階段，與會人員之參與方式如下：

場次		四部門總額及門診透析服務 費用協商	其他預算協商
協商階段			
第一 階段	提問與意見 交換	總額部門委員及協商代表： 說明協商草案與回應提問 所有委員：均參與提問與意見交換 (若協商草案中，有部分項目涉及其他總額部門者，相關之醫界委員得表達其看法；另必要時，得請健保署人員提供說明)	健保署： 說明協商草案與回應提問
第二 階段	視雙方需要 自行召開內部會議	付費方或醫界方： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚與健保署人員協助試算或說明)	付費方或健保署： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚協助試算)
第三 階段	部門之預算 協商	由「付費方」與「醫界方」雙方 進行預算協商 (得請健保署人員提供說明) 若雙方初步協商無法達成共識時： 由專家學者、公正人士、政府機關代表委員，在不涉及特定金額下提供專業見解及中立意見，供雙方參考，再決定是否召開內部會議或繼續協商	由「付費方」與「健保署」討論

(五)依衛福部資安規定，協商過程請各部門、健保署及本會委員配合本會訂定之「全民健康保險會遵循『衛生福利部可攜式媒體(USB 隨身碟)管控措施』相關會議資安作業原則」(如附件)辦理。

(六)若總額部門與付費者代表委員順利完成協商，達成共識，則於其預算協商時段當場試算，作成共識方案。倘未能達成共識時，其處理方式如下：

1.付費者代表委員間無法達成共識時：

由付費者代表委員召集內部會議協調之，若無法以共識決形成一案時，得以多數決定付費者方案。

2.總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表委員召集內部會議協調醫界方案。

3.總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表委員、保險醫事服務提供者代表委員各自提出一個建議方案。

(七)各協商場次之協商結果，於主席宣布協商結論後即定案，禁止任一方提出變更或推翻前開結論。惟經雙方代表同意，得再重新協議，並酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。

(八)各部門總額年度預算之協商終止點，訂為9月份委員會議之前，經委員會議確認後定案，不得變更。

(九)為利瞭解年度總額之協商過程，與會人員之發言內容，將以實錄方式上網公開。

參、委員會議

一、時間：114年9月26日(星期五)上午9時30分。委員可視需要採視訊方式與會。

二、確認協商結論(共識方案或雙方建議方案，含成長率、金額、協定事項)，協定事項之文字在不違反原協商意旨前提下，可酌予調整修正。

三、依全民健康保險會組成及議事辦法第10條規定，未能達成共識方案時，應將委員會議確認之付費者代表委員、保險醫事服務提供者代表委員建議方案，報請主管機關決定。至於個別委員對建議方案有不同意見時，得於建議方案確認後，提出不同意見書，由健保會併送主管機關。

附表 1、各部門總額及其他預算協商草案(協商大表)應提供之內容及格式

項目類別	○○部門(其他預算)草案	健保署草案	健保會補充說明
新增項目	<p>協商方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 問題分析及需求評估 醫療服務內容及說明 費用估算基礎及淨增加之費用 執行目標及預期效益之評估指標(以具體、可量化之結果面呈現資源投入之具體效益) 專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果) 請檢附上開 1~4 項之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參 	<p>對醫界方案提出保險人之評析及建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 評析醫界方案之問題分析、需求評估及醫療服務內容之合理性與必要性，並提出保險人意見 試算醫療費用、淨增加費用，並提出合理之預算建議 對執行目標及預期效益之評估指標提供建議 對專款項目之預估試辦檢討期限提供建議 <p>若新增協商項目或計畫屬政策交辦或健保署提出項目，且未納入各總額部門協商草案：</p> <p>請健保署提供完整之協商方案(比照部門草案內容)</p>	<p>彙整相關資料供參考：</p> <ol style="list-style-type: none"> □是否為政策交付項目：是者，摘錄政策內容 提供評核委員及會前會專家學者意見 彙整相關統計數據與總額協商相關規範 提供協定事項執行情形與研析，不作任何預算額度及經費增刪的建議。另提供協定事項建議文字
延續性項目	<ol style="list-style-type: none"> 醫療服務內容及說明(含問題分析及需求評估) 費用估算基礎及淨增加之費用 過去執行成果效益(以結果面呈現資源投入之具體效益)，或檢討改善之相關規劃 延續性項目則須持續檢討「執行目標」及「預期效益之評估指標」 請檢附上開內容之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參 		

附表 2、各部門總額及其他預算協商草案(協商大表)自行檢核表

類別	是否符合 115 年度總額政策交付項目	協商草案應提供內容之檢核(資料完整請打「V」)						專款新增項目填寫
		所有協商項目須填寫				延續項目填寫		
檢核項目	【A】	【B】	【C】	【D】	【E】	【F】	【G】	
協商項目								
一般服務								
新增	項目名稱							
延續	項目名稱							
專款項目								
新增	項目名稱							
延續	項目名稱							

註：1.延續項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

- (1)自 108 年度總額起，新增項目核(決)定事項訂有執行目標及評估指標者，若該項目延續則應持續檢討執行目標及評估指標。
- (2)107 年度總額(含)以前，協商項目未訂執行目標及評估指標，若有項目延續且預算有大幅增加(如 $\geq 20\%$)者，請檢討執行情形並建議提出執行目標及評估指標，以利協商。
- (3)另「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」、「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」、「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」、「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」係被動依病人需求或藥物引進情形支用，故不需提出檢討執行目標及評估指標。

2.延續項目依協商屬性，以下項目不須填報：

- (1)四部門總額：一般服務「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」、專款項目「品質保證保留款」。
- (2)醫院專款項目：「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」。
- (3)西醫基層專款項目：「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」。
- (4)其他預算專款項目：「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」、「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、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不足之經費，及狂犬病治療藥費」。

3.【B】~【E】須檢附相關實證資料。

4.若各部門總額新增協商項目或計畫屬政策交辦或健保署提出項目，且未納入各總額部門協商草案，應由健保署填具檢核表送會。

全民健康保險會遵循「衛生福利部可攜式媒體(USB 隨身碟)管控措施」 相關會議資安作業規定

114.5.23

為確保含有資訊媒體傳送之安全，本會遵循「衛生福利部可攜式媒體(USB 隨身碟)管控措施」，訂定本項資安作業規定。為確保資訊安全，衛生福利部(下稱本部)自 113 年 11 月 1 日起，管制本部同仁辦理公務桌上型電腦與筆記型電腦(統稱個人電腦)USB 隨身碟存取功能，經本部認證之隨身碟始可用於本部重啟存取功能之個人電腦。基此，本會辦理委員會議、評核會議、總額協商會議等會議時，請與會單位、機關(構)及人員配合之作業規定如下：

- 一、因本部設有防火牆掃描、過濾電子郵件，進行資安保護，因此各機關(構)提供本會之電子文件資料，應以電子郵件送達方式辦理。
- 二、倘會議當天電子文件資料需臨時抽換、增修或提供者，請直接提供紙本資料，若需投影播放，則請於會議前一天15:00點前，以電子郵件將檔案寄送本會，以利處理資料存取及電腦投影事宜。
- 三、若會議當天仍有臨時需要使用未經認證之隨身碟者，則依「衛生福利部可攜式媒體(USB隨身碟)管控措施」第四點辦理，應持該隨身碟至本部三樓東側機房，由機房值班人員協助掃毒並讀取資料。

四、年度總額協商會議，「部門版本」及「付費者版本」之資料提供：

- (一)協商主會場(301 會議室)：統一由本會處理協商版本電子文件之資料存取、投影等事宜。
- (二)內部會議會場：請外部單位自行攜帶筆記型電腦及隨身碟，進行內部試算，本會將於會議室準備投影機及列表機(含驅動程式)供投影及列印紙本資料，且為確保協商當天投影及列印功能正常，請各機關(構)於會議前一天派員攜帶筆記型電腦至本部完成測試(測試時段請洽本會)。
- (三)協商過程中，若協商雙方之協商版本有更動，請列印紙本試算表，交由協商主會場之本會同仁，協助電腦鍵入試算表及投影。為確保試算資料正確，雙方協商版本之試算，請使用本會提供之試算表電子檔，以利統一格式及計算方式。

第7屆114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(114 年第 3 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉：報告主委、各位委員，大家早安！現在委員出席人數已經過半，達到法定開會人數，所以今天會議可以開始，首先請主席致詞。

周主任委員麗芳：各位委員，還有健保署石崇良署長、龐一鳴副署長，社保司今天陳真慧代理司長由陳淑華專門委員代理出席，周淑婉執行秘書，以及健保會的幕僚，還有健保署同仁，大家早安！大家好！

首先要來歡迎健保會的新生，今天第 1 次出席的新生，這位新生是中華民國牙醫師公會全國聯合會新任理事長，在 6 月 15 日改選，由新任的陳世岳理事長當選。陳理事長的任期會從今(114)年的 6 月 24 日到明(115)年的 12 月 31 日，等一下再請新任的陳世岳理事長致詞。

這段時間也非常感謝兩個總額部門的協助，首先是牙醫部門，在 6 月 5、6 日舉辦牙醫門診總額的參訪活動，到了新北市和宜蘭縣，很感謝帶委員參訪不管是在智能方面的機構，例如啟智基金會，還有烏來的醫療站，以及蘭陽智能發展學院，特別是來到陽明交大的附設醫院進行實地訪視，非常感謝，成果也很豐碩，謝謝牙醫部門在第一線的努力。

也非常感謝中華民國藥師公會全國聯合會，在 6 月 17、18 日兩天，辦理有關藥師相關服務的參訪，首先是到了臺南市的生達化學製藥公司，來瞭解本土藥廠在經營上的一些挑戰和未來的相關利基、優勢。其次是到了高雄長庚紀念醫院，進行有關智慧藥櫃的一些參訪，同樣的讓大家嘆為觀止，也學習到非常多，謝謝這兩個部門。

另外在這次會議完後，在 7 月 14、15 日，本會就要進行今年度非常重要的盛事，即去(113)年度健保總額執行成效的評核，屆時不管是接受評核的醫療部門團隊，或是我們的健保會委員，還有評核委員，都期待大家一起來共襄盛舉，讓這次的評核能夠圓滿完成。接

下來就請今天新生報到第 1 天的陳世岳理事長來跟我們致詞，謝謝。

陳委員世岳：謝謝周麗芳主委、石崇良署長、龐一鳴副署長、周淑婉執行秘書，還有社保司陳淑華專門委員，健保會洪慧茹組長、邱臻麗組長、陳燕鈴組長，以及各位委員，大家早安！大家好！我是在 6 月 15 日剛接任江錫仁理事長的位置，擔任牙醫師公會全國聯合會理事長，其實有關健保會是很多的不懂，來這裡多多學習，請大家多多指教。江錫仁理事長這 2 年任內做了很多事情，我們在他卸任當天做的一個簡報，會請幕僚夾在附件(第 23~27 頁)給大家參考，未來跟大家多多學習，不懂的地方請多多指教。

周主任委員麗芳：非常感謝陳世岳理事長，雖然來不及親口告訴江錫仁理事長，但是希望幫我們轉達，整個健保會對他是滿滿的感謝，尤其在他任上也看到牙醫部門有非常多的突破與傳承。剛剛陳世岳理事長提到有關江理事長在任上牙醫相關的事蹟，也會併入會議紀錄中讓所有委員參考。

因為黃金舜理事長比較晚到，跟黃理事長報告，剛剛已經說過很感謝藥師公會全國聯合會協助我們參訪，讓大家收穫滿滿，感謝。今天桌上還有 1 份中醫師公會全國聯合會提出的邀請函，請詹永兆理事長跟大家說明，謝謝。

詹委員永兆：周麗芳主委、健保署石崇良署長、龐一鳴副署長、以及各位委員，大家早安！桌上有 1 個國際東洋醫學會第 21 屆的學術大會邀請函，這個會議是世界衛生組織中唯一台灣是創始會員國，大陸不列入，大陸一直想進入這個會，但是台灣表現很好，所以沒有被他擠下去，大概每 6 年 1 次才會來到台灣，都是我們跟日本、韓國輪流 2 年舉辦 1 次，所以這次 8 月 31 日在台北舉辦，歡迎各位委員、長官有空蒞臨指導，謝謝。

周主任委員麗芳：非常感謝詹永兆理事長的邀請，請委員有空的時候可以共襄盛舉。現在會議開始，謝謝。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：報告主席、各位委員，這次議程安排 4 案討論事項、

3 案報告事項，除了討論事項第 3 案以外，其他都是按照年度工作計畫安排。首先討論事項第 1 案、第 2 案，這是例行的討論事項，在 9 月份要進行總額協商，會把協商架構原則與協商程序在會裡面先達成共識。第 3 案、第 4 案是健保署提案，是依據健保法規定，要經過本會討論以後才可以報部核定公告或者發布。第 3 案是特殊功能/材質脊椎間體護架自付差額特材建議案，依照本會原定自付差額作業流程應該是 8 月份才會討論，但是因為跟民眾權益有關，幕僚提早排入這次會議議程。第 4 案是醫療品質資訊公開指標修訂案。

報告事項第 1 案是腹膜透析品質方案成效的檢討，腹膜透析品質方案是希望能夠提升多一點效益，因為一直都有挹注一些健保費用，所以希望監測它的成效。第 2 案是 114 年總額依核(決)定事項需要提會報告的第 3 次提案。第 3 案是健保署例行業務報告，這次不做口頭報告，以上。

周主任委員麗芳：委員針對剛剛所提到的這些議程安排，委員有沒有其他意見？如果沒有的話，議程確認，謝謝。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳：有關上次會議紀錄，因為也都已經上網公告給委員看過，委員有沒有其他意見？沒有的話，會議紀錄確認，謝謝。

牙醫深情 永植我心 薪火相傳 不負初心

江錫仁 醫師
2025.06.15



為牙醫界帶來深遠影響
將專業形象臻向頂峰
社會更加認同並重視牙醫師的價值



專業奠基



許恒瑞秘書長及團隊
幕前奔走，幕後支持，攜手並進
讓牙醫界在國內、國際，展現專業風采



全體會員福祉為首要任務
與賦稅署就醫療成本合理計算達成共識
發生暴力事件，第一時間協助，獲法務部、警政署實質支持



秉持信念 延續榮光

總額評核

- 2024年7月：2023年總額評核，牙醫部門重新榮獲「優等」
- 2025年：品質保留款成長率0.2%，增加預算近1億



支付標準

- 健保開辦後，牙結石清除等點數未調整
- 2024年：更新給付標準

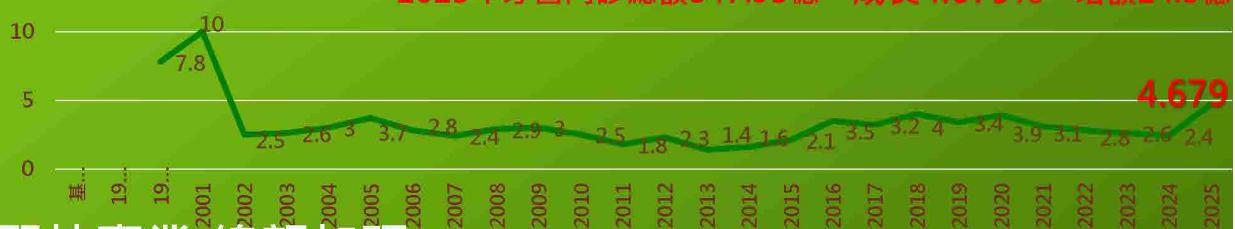
就醫安全

- 推動「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」
- 針對長期服藥患者設計專屬治療流程，降低藥物交互作用

成長率%

15

2025年牙醫門診總額547.93億，成長4.679%，增額24.5億



堅持專業 總額加碼

名揚瓦城：台灣牙醫展現國際影響力



- 衛福部+全聯會+世界公共衛生協會+亞太牙醫聯盟，在日內瓦舉辦口腔論壇
- 首次拜會FDI總部、世界公共衛生協會及日內瓦大學附設醫院牙科部等

友國支持：拓展國際網絡、深化專業合作



- 韓國牙醫師公會100週年，以「[Taiwan Dental Association](#)」受邀出席
- 參訪首爾、延世大學牙科醫院，規劃口腔臨床醫學研究中心及牙科示範醫院

深化合作：簽署姊妹會、前進外蒙總統府



- 2025年台韓(4th)、台緬(5th)簽署姊妹會
- 受邀入外蒙總統府會晤高層，針對醫療專業、服務推廣等深入討論



連結世界 行銷台灣



賴總統於2024年8月接見全聯會WHO宣達團，
期勉牙醫界與政府共同打造「健康臺灣」



4年60億:偏鄉弱勢、口腔長照、牙科醫院、產學合作

- 總統：認同，速與衛福部討論，以利政策推動及預算編列
- 衛福部**完成計畫書**，陸續送行政院審查



健康臺灣論壇，醫界：牙醫系分數>醫學系，不同工、不同酬

- 憂慮：人才報考踴躍，學校與教學醫院牙科**師資逐年流失**
- 期許：優秀學子進牙醫系，政府增加資源，培育**醫學科學家**，帶動產業升級
- 認同成立兼具臨床與研究的**牙科醫院**，強化產業連結，培育研究人才

層峰肯定 共築願景



慰問明揚工廠爆炸傷亡人員、
推動診療椅捐贈與維修補助、
致力弱勢中、小學課後輔導



牙醫師的價值，非高額收入
打造高品質的照護環境
利他出發，關心患者，贏得尊重



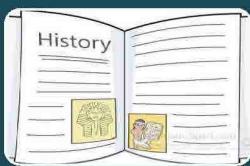
近20年的堅持，
翻轉偏鄉子弟的人生，
以音樂贏得世界掌聲
金牌傳奇



深耕專業、立足台灣、放眼國際，

讓牙醫界走得更穩、更遠

專業當責 永續公益



編纂《口腔醫學發展史》

了解篳路藍縷奮鬥歷程、堅持的智慧



2030聯合國
永續發展目標

四大主軸政策結論重點



2024全國科學技術會議
四大主軸



編撰《口腔健康政策白皮書》

邀產、官、學、研專家，從前瞻與專業角度出發

以歷史為鑰、專業為帆，以全球視野結合在地需求

銘記歷史 擘劃願景

2025/01/21 - 7

立足巔峰，放眼前瞻；續攀高頂，堅定信念
卸任，並非終點；服務，亦無止境
一任的承諾，我將用一生守護



不忘初心 砥礪前行

懷著最深的敬意，向阿中政委表達誠摯的感謝：



為牙醫專業開創新局，為社會大眾重塑觀念。
帶領我們登上高峰，享有榮耀。
改寫世代格局，開拓無限可能。



以行動證明，
牙醫師不僅影響病患，
更能改變國家，
乃至整個世界。

不要忘了，陳政委也是...



巨星

歐爸

偶像

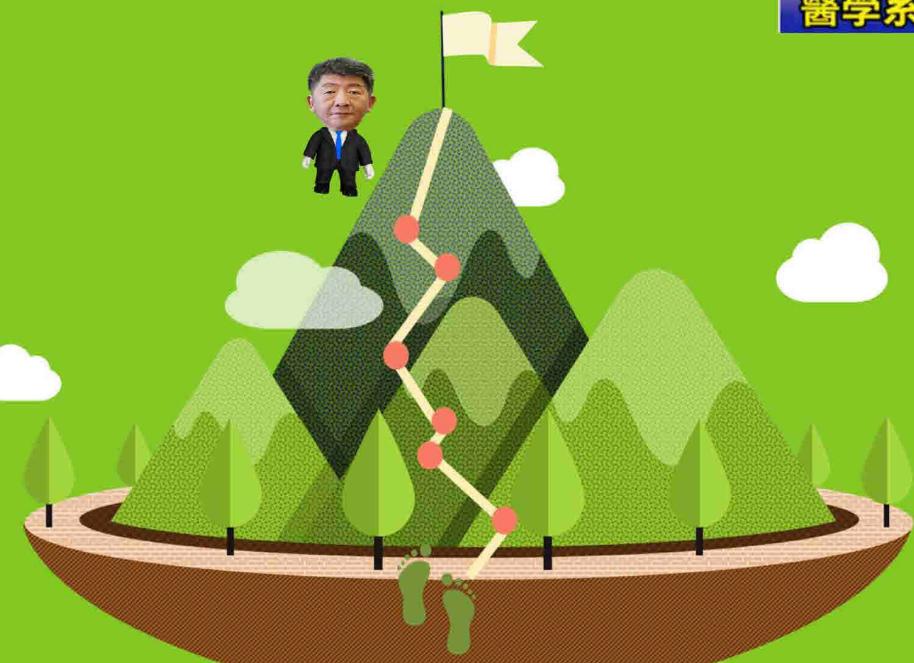
暖男

型男

未來，我們追隨他的腳步，秉持他的信念，
不忘初心，堅定前行。

114學年申請入學篩選標準			
(若不看成績排序順位，只看總英數A自然科資班錄取分數)		台灣大學	成功大學
牙醫系59 > 醫學系58	牙醫系59 > 醫學系58	牙醫系59 > 醫學系58	牙醫系59 > 醫學系58
高雄醫學大學	中山大學	牙醫系57 > 醫學系56	牙醫系57 > 醫學系56

醫學系不再是首選！



貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周執行秘書淑婉：本會重要業務報告，項次一，本會依上次委員會議決議(定)事項辦理情形：(一)剛剛主委已經提過，將在 7 月 14 日、15 日召開「各總額部門 113 年度執行成果發表暨評核會議」，本會已在 6 月 9 日發文邀請委員參加，如果委員真的無法列席，也不需要請他人代理，因為有邀請評核委員來評核各總額部門執行成果，委員不用特地再找人列席。(二)有關於法定諮詢事項決定，本會對「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍草案」的諮詢結果，已在 5 月 28 日送請衛福部參考。(三)衛福部也在 6 月 9 日依照健保法第 60 條規定，將「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」報請行政院核定，並副知本會，詳細函文及內容，請委員參閱會議資料第 149~183 頁，函報重點摘要請委員參閱。

項次二，為利委員瞭解歷次委員會議未結案件的辦理情形，依例每半年(6 月、12 月)彙報 1 次，補充說明上次委員會議沒有追蹤列管事項，針對每半年彙報歷次委員會議未結案件的辦理情形，截至 5 月底未結案件計 23 項，依照辦理情形，擬建議解除追蹤 15 項，繼續追蹤 8 項，最後仍依照委員會議議定結果辦理。請委員參閱會議資料第 23 頁，依例針對解除追蹤的部分，簡單地向委員報告，委員應該在收到會議資料時都有看過內容，因為項次較多，我會稍快地向委員說明。

項次 1，是有關政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之計算方式，還有對於全民健康保險法施行細則第 45 條，恐有違反母法第 27 條之虞，社保司已回復，政府應負擔健保總經費法定下限，早期因法規爭議衍生之預算不足數已完成撥補，各年度政府應負擔數也都經過審計部審定，相關的法制程序已完備，所以合法性及合理性沒有疑慮。至於健保法施行細則第 45 條，本部已研擬修正政府負擔 36% 計算範圍以健保法規定為限，過去都沒有特別限制在健保法，114 年預算行政院先以此計算方式編列，增加保險費補助 134 億元，這部

分都已經處理完畢，建議解除追蹤。

請委員參閱會議資料第 24 頁，項次 2，是有關呆帳的部分，希望能夠建立事前積極防範措施及事後財源籌措方案，並尋求其他財源補助的可能性。有關呆帳的事前防範，健保署回復提到，已針對經濟弱勢民眾提供分期繳納、紓困貸款等欠費協助措施；公務預算的部分，請委員參閱會議資料第 25 頁第 4 點，行政院在 112 及 113 年度分別以公務預算及特別預算撥補全民健康保險基金共 440 億元，雖沒有直接對呆帳挹注經費，但已協助健保財源的問題有所解決，這部分已經達成，建議解除追蹤。

項次 3，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」的部分，希望再說明新醫療科技引進考量因素，導入後對總額之財務壓力，以及導入後若超出原編預算之彌補機制，請委員參閱會議資料第 26 頁，健保署回復(2)提到在癌藥基金的部分，114 年已從健保總額外由公務預算挹注 50 億元，用於「癌症新藥暫時性支付專款」，是以用多少隔年補多少，保持一定的水位。而且健保的總額預算項目依現有機制，持續在每季監控預算執行及進度狀況，至於新醫療科技引進時，在 2. 特材部分有提到，在收載時健保署會先辦理醫療科技評估(HTA)，並考量人體健康、醫療倫理及醫療成本效益等等面向。另引進之後也會強化醫療科技評估管理(HTM)，且會蒐集真實世界實證資料做確認，對已收載品項的臨床療效、成本效益等面項進行醫療科技再評估(HTR)，從給付前到給付後的成本效益循環式管理，已做很好的管控，而且定期也會在共擬會議提出監控報告及滾動式檢討，機制非常完備，建議解除列管。

項次 4，是有關分級醫療各項措施執行成效，健保署已提出分級轉診的優惠，就是轉診的支付誘因；第 3 點在會議資料第 28 頁，提到 112 年 7 月調整部分負擔，有看到明顯的下轉情形；另外也調升合理的支付標準，針對重症、小兒 ICU_(註)、急診等都有調整一定的支付標準，以達到重症留在醫院照護、輕症於社區院所照護；第 5 點，積極推動大家醫計畫，可以把病人留在基層，整個分級醫療各

項策略已經都非常完備，也有一定的執行成效，建議解除追蹤。

項次 5，是關於建議健保總額財源應優先解決總額缺口，不宜再新增任何項目，總額協商是每年協商，對於所謂的總額缺口近年討論非常多，健保署積極面對總額缺口造成點值下降的問題，立法院也在去年有決議，今年應該要朝點值 0.95 元的目標前進，已經做蠻多的因應，不只健保署，衛福部也對這問題非常重視，也都有在積極處理，建議解除追蹤。

請委員參閱會議資料第 30 頁，項次 6，有關於 113 年度總額 4 項涉及四部門總額預算扣減方式之執行結果提報，這已在 114 年第 2 次委員會議(114.4.23)報告完畢，建議解除追蹤。

項次 7，是有關鼓勵推動腹膜透析的成效報告，本項安排在今天報告事項第二案，建議是不是在今天報告完後就解除追蹤。

項次 8，是關於 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額基期之計算是否包含移由公務預算支應項目之費用額度，請委員參閱會議資料第 31 頁，社保司回復，挪出額度回歸一般醫療需求，114 年總額核定預算已不含移出項目，115 年總額基期亦不再含有移出項目，這就很明確，而且在 114 年第 1 次委員會議(114.3.26)有提報，之前委員關心的 114 年度總額預算數及成長率計算公式與數據，這部分已經完成，建議解除追蹤。

項次 9 及項次 10 一併報告，是 114 年醫院總額及西醫基層總額對於地區預算分配案包含風險調整移撥款執行方式送本會備查，已提報 114 年第 2 次委員會議(114.4.23)本會重要業務報告，建議解除追蹤。

請委員參閱會議資料第 32 頁，項次 11，是有關電子處方箋，健保署已納入 114 年 6 月份委員會議業務執行報告，如果時間來得及，也許健保署可以再做說明，這部分也完成，建議解除追蹤。

項次 12，有關「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)」之具體實施規劃，是支付標準的檢討，健保署 113 年 5 月已成立「支付標準衡平性評量規劃專家小組」並持續

召開會議，會議結論請委員參閱會議資料第 32 頁，114 年優先調整急診、急救責任醫院、護理及自然產手術等支付標準，並規劃 4 年投入 100 億元，以提升住院護理費占比至 15% 為目標，未來支付標準調整，將扣合醫護人力薪資、加護病床使用、急診留滯等指標，達標者才能夠增加個別醫院預算額度，健保署真的很積極應對，相信近年總額在這部分的挹注也會有一定比例，健保署已經提報完成，建議解除追蹤。

項次 13，有關抑制資源不當耗用改善方案，希望在提出 114 年度方案時，將委員在 113 年提出的意見一併回復，健保署已經在 114 年第 1 次及第 3 次委員會議提報，建議解除追蹤。

項次 14，有關健保醫療品質資訊公開辦法的新增指標項目公開部分，針對再住院率的定義，其實健保署在會議資料第 34 頁有說明，新增指標操作定義已參考委員意見註明含急診轉住院案件，而公開的部分，在 114 年 3 月 27 日已經新增公開 4 項指標資訊供各界查詢。

項次 15，是在今年 3 月份委員會議討論的特殊材料「特殊材質縫合錨釘」以自付差額方式納入健保給付，衛福部已在 114 年 5 月 23 日公告，並自同年 6 月 1 日生效，資料請委員參閱。

以上為本次擬解除項目，這次項數有夠多，至於剩下 8 項繼續追蹤的部分，就請委員自行參閱。

請參閱會議資料第 11 頁，項次三，原定安排健保署在本年 4 月份委員會議提報「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」，因為健保署覺得還需要再做整理而延後提報。而健保署其實在 6 月 10 日就提報過來了，請參閱會議資料第 184~195 頁，這次沒有特別安排在報告事項，是因為健保署已經依照健保法規定，在 5 月 29 日上網公開、也發布新聞，我們覺得已經完全依法照辦，所以就請委員參閱。而且健保署這次也有用視覺化圖表輔助大家瞭解，所以非常清楚。不過在此有附帶事項要跟委員報告，健保署過去依照健保法第 73 條規定，指定一定金額以上收入的醫療

院所要提報及公開財務報告，指定金額從 6 億元、4 億元到現在的 2 億元，而 2 億元這個門檻從 107 年實施至今，應該已經制度化，所以我們建議本會是不是回歸健保法第 72 條第 2 項規定之立法原意分工權責，也就是健保署如有修正「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」時，再提至本會討論。至於未來對於財報公開的部分，是不是就拜託健保署在公開時副知本會就好，這部分等一下委員如果有意見可以再討論。

項次四，關於本次委員會議本來要安排健保署提出「精進『急診品質提升方案』執行內容」專案報告，而健保署於 6 月 11 日來函告知，該署 6 月 17 日要召開會議會針對修訂內容再討論，為了讓報告更為完整，建議延到 7 月份委員會議提報。如果委員可以的話，我們是建議讓資料更完備，考量健保署已積極處理中，建請本報告延到 7 月份委員會議再提報。

項次五，為確保含有資訊媒體傳送之安全，本會遵循「衛生福利部可攜式媒體(USB 隨身碟)管控措施」，據以訂定相關會議的資安作業規定，如附件一，會議資料第 39~40 頁。未來本會辦理委員會議、評核會議、總額協商會議時，就要請與會單位、機關(構)及人員配合，重點就是 USB 隨身碟不能隨便插來插去，簡單講也就是本部的電腦設備只能允許使用本部認證的 USB 隨身碟，或外部人員的隨身碟經本部機房掃毒完成。所以這部分相關的規定要拜託大家，尤其是評核會議的簡報一定要遵循，因為我們有資安的問題。

項次六，為了落實健保法第 5 條，發揮本會民意溝通的平台角色，依法持續辦理公民參與活動，今年委託臺北市立大學於 8 月份在北、中、南地區各辦理 1 場活動，議題為「慢性腎臟病醫療照護政策評估」，本會將在 7 月份發文給付費者代表及醫事服務提供者代表團體，請大家幫我們轉知會員踴躍報名參加。

項次七、八剛剛主委已說明，我就不再重複，請委員參閱。

項次九，關於衛福部及健保署在本年 5 至 6 月發布及副知本會相關資訊，內容已置放於健保署全球資訊網，詳細內容及附件也在 6

月 18 日寄到各委員電子郵件，謝謝，以上報告。

註：ICU(Intensive Care Unit，加護病房)。

周主任委員麗芳：非常感謝周淑婉執行秘書及健保會同仁，真的非常嚴謹，針對剛剛周淑婉執行秘書的本會重要業務報告，首先來看要解除追蹤的部分，剛才周執行秘書花了很多時間，每一項都很詳盡地跟大家說明，所以針對我們要解除追蹤的部分，委員是不是可以同意？請朱益宏委員。

朱委員益宏：關於擬解除追蹤的這 13 項，我建議其中有 2 項可能還是要再調整一下。第 1 個是項次 3，提到醫院及西醫基層總額這 2 部分對於新醫療科技的管控措施，但裡面特別提到要有個機制，萬一財務預算超出時要怎麼處理，但是看到健保署的回復都是說有做 evaluation，也就是有做 HTA^(註 1)、HTR^(註 2)等評估，但是評估以後，真正在 real world 實際發生超出當初財務預算的時候，這裡並沒有提到處理機制，到底是在總額上做處理？還是用管控處理？

所謂 HTR，以我瞭解，都是進入健保 2 年以後才開始做，等到 HTR 做完可能都 3、4 年了，萬一真的超過，事實上只要超過預算，目前都是醫療服務提供者來承擔所有財務責任，我覺得這樣對於醫療服務提供者不公平。所以應該是我們真的發現超過時，就應該也有個機制，這機制是財務要補進來，或是次年度用非協商因素作彌補、回補，這就牽涉整個總額的架構，但這邊並無提到這部分，所以我想說這部分看是否等一下健保署再補充，或是社保司可以說明一下。

第 2 個，項次 4，對於分級醫療的成效這邊建議解除追蹤，我是覺得分級醫療現在才剛開始做，雖然分級醫療這件事講了 20 幾年，但真正有在落實有在做，是最近的事。健保署從 106 年開始，就有持續專門追蹤轉診的情況，但每一季追蹤結果，事實上看到成效都不好，並不是追蹤的成效不好，而是轉診成效不好，才衍生今年年初的急診壅塞，最近醫界又在講最近可能又要再一次發生急診壅塞，又有一些風聲出來。因此，我認為這些事情可能要持續追蹤，而且不但是追蹤，甚至有沒有可能，每半年健保署就針對分級醫療

成效做一個簡略的報告，我看統計的數字，每季的統計數字^(註3)其實上轉率非常高，但下轉率非常低只有 1~2%，既然分級醫療是政府很重要的政策，到底哪一些該下轉、不該下轉有沒有一個 monitor 機制，除數字之外，另外應該要定期報告，以上 2 點，謝謝。

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

註 2：HTR(Health Technology Reassessment，醫療科技再評估)。

註 3：依本會 114 年度工作計畫之附表 1 健保署業務執行報告應定期提報事項之時程及內容，項次 3「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，截至目前可參閱 114 年 1 月份季報告第 41~48 頁、4 月份季報告第 43~46 頁。

周主任委員麗芳：接下來請林恩豪委員。

林委員恩豪：第 1 個是關於項次 1，就是 36% 的事情，我是看可不可以暫緩解除追蹤，因為這件事情已經追蹤這麼久了，雖然現在社保司是說有作為，但事實上到底結論怎樣，也還沒有。之前欠健保的這些錢要怎麼撥補、計算，也沒有明確的結果，所以我希望這件事情繼續追蹤。

再來就是剛才朱益宏委員提到的項次 4 分級醫療，剛才朱委員已經解釋得很清楚，我不再贅述，這項我也希望能繼續追蹤，畢竟分級醫療是健保中的重中之重。

周主任委員麗芳：請嚴必文委員。

嚴委員必文：我也是建議，應該保留項次 3，也就是繼續追蹤，因為新醫療科技這部分，當時是希望能針對新醫療科技預算的檢討調整與管控機制，健保署做很多說明，也都可以瞭解，以今年實際提出新醫療科技預算比去年整整減少 41 億元^(註)，這是很大的差距，上次石崇良署長也提到原先健保署預估的是 90 億元，不知道這麼大的差距之下，新醫療科技到底應該怎麼做，我還是希望能夠繼續保留。

註：係指衛福部「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」，第三項政策目標「加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧急重難罕病人醫療需求，強化醫療服務及品質」較 114 年度同項預算減少 41 億元。

周主任委員麗芳：請洪瑜黛委員。

洪委員瑜黛：我 echo 林恩豪委員項次 1 的部分要繼續追蹤，因為它應該是爭議很久了，從 106 年開始有這個疑義，不是不能解除，是不

是有一個完整報告，到時候有哪些東西該釐清、哪些回補了，有一個完整的說明，讓我們瞭解事情真的已經解決之後，就可以解除追蹤，謝謝。

周主任委員麗芳：請鄭力嘉委員。

鄭委員力嘉：我也是支持項次 1 應該保留，因為我們不應該解除，我覺得應該是說，因為辦理情形說明沒有提到歷年來政府分擔的比例跟金額，這部分會讓付費者代表不是很明確知道，我們到底應該怎麼做，所以我認為應該要保留。

周主任委員麗芳：有關剛才提到的 15 項擬解除追蹤，感謝幾位委員都有提出看法，針對項次 1、3、4 大家現階段認為還是繼續追蹤為宜，這部分尊重各位委員。除了追蹤之外，關於剛剛周淑婉執行秘書重要業務報告的其他內容，委員還有沒有其他意見？請朱益宏委員。

朱委員益宏：有關剛剛周淑婉執行秘書其他的報告，我是建議健保財務公開這個議題，雖然周執行秘書是建議未來只要副知本會，就不用特別在這邊提一個報告，只要副知我們就好，但我是認為健保財務公開，醫界也很想要透過政府的嘴巴告訴民眾說，其實醫界並不是那麼賺錢，醫界非常血汗，在健保制度之下醫界非常辛苦。但因為在健保會組成，畢竟付費者占 2/3，所以健保署如果在這邊做了政府方面非常公允的說明以後，我覺得是會對大家理解整個健保，特別是醫界的財務方面，會有所幫忙。所以雖然健保法並無明文規定要在健保會提出報告，但我還是建議，如果健保署認為可行的狀況之下，是否還是每年有個簡短的報告，讓大家可以藉此機會有些討論，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝朱委員的意見，因為畢竟健保會還是依照健保法行事，你看石署長也在這邊，署長也是非常有肩膀，也很願意跟大家溝通，尤其在相關財務公開的時候，也有正式記者會，考慮到朱委員所提意見，未來可不可以建請健保署在做相關財務公開時，可以多邀請健保會委員到健保署那邊去一併瞭解狀況，不用兩地都開相關的會議，但可以有異曲同工之效，讓委員能夠多參與，這樣

朱委員可以嗎？好不好？就建請署長在未來署裡面公開的時候，能有機會讓大家多參與。

本案如果沒有其他意見，我做以下決定：第 1 點，歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬解除追蹤共 12 項，同意解除追蹤；其餘 11 項繼續追蹤。

第 2 點，有關健保收入超過 2 億元之醫療院所財務公開情形，明年起不需提會報告，請健保署將財報公開結果副知本會即可，也建請健保署廣邀健保會委員參與。

第 3 點，同意健保署所請，將原訂於本次提報之「精進『急診品質提升方案』執行內容」專案報告延至 7 月份委員會議(114.7.23)提報。

第 4 點，請未來參加本會辦理相關會議之與會單位，遵循本會訂定之資安作業規定，以確保含有資訊媒體傳送之安全。

第 5 點，餘洽悉，接著進行討論事項第一案。

參、討論事項第一案「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴：向委員報告，討論事項第一案主要是因為依健保法規定，本會應該在行政院核定的總額上下限範圍內，協定年度總額及分配方式，為了完成這個法定任務，我們每年 9 月會進行協商，所以必須事先確定協商架構及原則，以利後續作業。

這個案子我們在擬案時，依據衛福部 5 月份委員會議諮詢本會總額協商範圍草案的相關計算方式及資料，也參考過去本會多年以來所議定的總額協商架構及原則，並考量近年一些實務經驗與運作，擬具 115 年度健保總額協商架構及原則的草案，如會議資料第 48~53 頁，請委員參閱。

請參閱會議資料第 52 頁協商原則的部分，因為我們是根據 114 年度資料而有些部分沒有修改到，很抱歉這邊 copy 到舊檔案，感謝朱益宏委員細心指正，我們把會議資料第 52 頁需修正處，呈現於黃色封面補充資料第 1 頁，予以修正。請看貳、總額協商原則之七、其他原則之(四)，我們有一些漏字，請看劃底線的部分，就是「各部門總額成長率以不超過行政院核定範圍之上限值為原則」，我們主要漏了「為原則」，114 年本來就有這 3 個字。(八)也漏了一些，主要是最後 1 句「協商時，請受影響總額部門列席」，這部分我們一併修正補上，請委員以補充資料第 1 頁為準。

請參閱會議資料第 45 頁，要向委員報告，115 年度擬案的修訂重點，請看到第 45 頁說明二(一)，有關總額協商架構部分，我們列在會議資料第 48 頁的總額協商架構，這涉及到整個總額跟部門總額要怎麼樣計算，因為這部分要跟行政院核定的總額範圍扣連，現在先沿用過去架構，再依據衛福部在今年 5 月份委員會議所提總額協商範圍草案暫列。請參閱會議資料第 48 頁灰底，總額設定公式和醫療服務成本及人口因素，在會議資料第 53 頁附件，我們有標示灰底，也就是雖然先暫列如灰底處，但最後還要等衛福部確定交議本

會的總額範圍，這些相關計算公式要能夠一致，我們先暫列，到時候再提報委員會議確認，這是總額協商架構的部分。

總額協商原則的部分，我們已經更新年度及酌修文字比較明確以外，主要是參考了近年的總額協商經驗跟實務運作，有 2 點修正。首先請參閱會議資料第 50 頁，我們擬具的總額協商原則的五、協商因素之(一)給付項目調整，我們建議把前半段文字(健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案，請參考本會第 2 屆 104 年第 2 次(104.3.27)委員會議討論通過之全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程辦理)予以刪除，委員比較容易閱讀，請翻回會議資料第 46 頁上面表格，我們有把原條文跟修正條文做對照，為什麼要這樣做，跟委員說明，原來條文的前半段主要是建議健保署在擬協商草案時，能參考本會在 104 年訂定的給付項目調整作業原則辦理，而這個部分為什麼建議刪除，主要是考量當時這個作業原則與流程是二代健保實施初期所訂，本會對健保署在研擬協商草案時，就藥品、特材、醫療服務給付項目調整所訂定之原則性建議，但因為這個原則性建議已經超過 10 年，跟現在健保署的實務運作已經有落差，且給付項目擬訂及管理是健保署法定管理權責，健保署也有其專業考量及現在有很多科學估算方法，所以依據醫療科技發展與時俱進，我們也建議尊重健保署的權責，把前半段我們建議健保署的文字，予以刪除。後半段部分仍保留，因為回到我們權責是協定總額，有一些協商對等協議精神與原則建議保留。綜上，建議刪除前半段文字。

第 2 部分的修正，請參閱會議資料第 46 頁第 2 點修正五之(三)，請參閱會議資料第 51 頁，貳、總額協商原則之五、協商因素之(三)，也就是違反健保醫事服務機構特約及管理辦法的扣款條文，我們建議酌修文字，也是一樣有做對照，請翻回會議資料第 46、47 頁，我們有把原條文跟修正後條文做對照，以利委員容易瞭解。其實這部分研修，是完全不影響實質計算方式與運作，但原來的文字很容易誤解，好幾次接到委員詢問，建議把文字清楚描述。說明一下本次研修理由，自 97 年度起違反特管辦法的扣款，我們在每年總額協商

都會先作為減項，但是在下一年度計算年度總額時，那個基期我們其實是沒有扣的，所以會把當年度扣的去把它加回去。也就是說，雖然當年度總額協商扣減了，但是在計算次年度總額協商基期時，並沒有扣減，是把它加回去。因為我們原來的文字叫做「且不納入 116 年度總額協商基期費用」，會以為是扣減，所以現在修正成表格右邊這部分「且於次年度(116 年)總額基期費用加回該違規扣款金額，不影響次年度總額協商之基期費用」這樣就不會誤解了，比較容易瞭解。

本案也檢附了 114 年度舊的協商架構原則在會議資料第 54~63 頁，也請健保署提供協商 115 年度會用到的 113 年度各總額及其他預算部門違規扣款的金額表，在會議資料第 64 頁的參考資料二，不過這是健保署目前提供的資料，請各部門看一下，我們協商時，仍以協商時健保署最後提供的數值為準，各部門如果對扣款數值有疑義，請各總額部門在協商前跟健保署核對修正。

擬辦就是本案所擬協商架構及原則草案請委員討論，不過協商架構「一、總額設定公式」及「二、醫療服務成本及人口因素」是暫列，要依衛福部交議總額範圍之後，我們會再提委員會議報告，以上說明。

周主任委員麗芳：請問委員，特別是幾個醫療部門，針對接下來 115 年度總額協商的架構及原則，委員還有沒有詢問？請陳世岳委員，沒想到模範生牙醫部門，陳委員第一次出席就發言。

陳委員世岳：不好意思，我是要勘誤一下，會議資料第 64 頁牙醫總額在類型別總額舉發的部分，我們牙醫不是 0 元，雖然不多但數值應該是 904 元，就勘誤一下。

周主任委員麗芳：這部分數據是健保署提供，請健保會同仁跟健保署確認一下資料，如果資料需要調整的話(註)，我們會在會議紀錄時整個更新(已依健保署會後提供之違規扣款資料，更新併同議事錄上網之會議資料)。其他的部分，不曉得委員委員還有沒有其他意見？

另外有個小地方可能要叮嚀一下，就是會議資料第 52 頁七、其他

原則之(三)第 2 點，其實我們在今年度已經有用到了，就是提到如果委員有不同意見就依照規範提案，決議達共識的部分向衛福部提出建議，但我們沒有把誰向衛福部提出建議寫出來，衍生出的情況是，已經來到健保會討論、健保會也同意了，結果流程還要走回去健保署。那這一塊是不是我們就建議這樣修改，既然整個流程走到這邊，是不是寫出「由本會」向衛福部提出建議，這樣子在流程也比較符合行政效率。如果委員沒有反對意見，我們就寫清楚，就是由本會向衛福部提出建議，謝謝。

其他部分有沒有要提出意見的？沒有的話，有關這個案子，我做這樣的決議：第 1 點，總額協商架構之「一、總額設定公式」及「二、醫療服務成本及人口因素之附件」暫列，將俟後續衛福部交議總額範圍內容再行定案，並提報委員會議確認。

第 2 點，就是剛剛所提到的，貳、總額協商原則之七、其他原則之(三)2.，修正為「由本會向衛福部提出建議」。

第 3 點，餘照案通過，接下來進行討論事項第二案，謝謝。

註：提案時所附違規扣款資料，為本會先洽健保署提供初步資料供參。依照往例，各部門會後都會自行核對，若有疑義，部門會再與健保署確認、修正，最後健保署再將修正後的數值，提供 9 月份總額協商資料。是以，各部門總額違規扣款數值，以健保署 9 月份提供之協商資料為準。

肆、討論事項第二案「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴：向委員報告，本案 115 年度總額協商程序，主要依據本會年度工作計畫，今年會在 9 月 24~26 日 3 天召開 115 年度總額協商會議及委員會議確認協商結果。歷年來我們在總額協商前，因為要協定 9,000 多億元的預算是很繁複的工作，我們需要事先議定整個協商工作計畫的規劃，以及我們在 9 月 24 日當天所有協商會議的方式，包含與會人員、進行方式(協商時間)與相關原則等程序事宜必須先確定，這樣大家在協商時才能提高議事效率，所以我們就先提出本案讓委員討論。

115 年度協商程序草案，主要還是參照 114 年度總額協商程序，因為過去以來運作都很順暢，我們整個架構就依循 114 年度程序，主要更新年度別、會議日期跟酌修部分文字比較明確以外，主要還是遵循衛福部在 113 年訂定的資安作業規定，因為本部設有防火牆，電子郵件都會經過過濾才放行進入本部，電腦跟 USB 隨身碟都要被管控，存取功能會受影響，所以前面在本會重要業務報告周執行秘書也已經說明，本會依循衛福部規定也訂定相關會議資安作業規定，而這部分在總額協商時也是要遵循，到時候各方協商時，我們沒有辦法接受外部的 USB 隨身碟放到本會電腦裡面，所以有一些因應作為，我們等一下會說明。基於前述原因，擬具 115 年度總額協商程序草案，在會議資料第 67~74 頁，我稍微簡要說明一下協商程序，如果是舊委員應該很清楚，不過因為有新委員，我還是大概講一下協商程序內容。

請參閱會議資料第 67 頁，這是我們為了協商明年度總額所訂定的整個程序，第壹個部分是工作計畫表，表中可見，其實我們從現在開始已經展開協商序幕，因為今天已進入一、協商前置作業，在(一)討論協商架構及原則與協商程序的階段，所以前置作業從這次會議開始，一直延續到整個協商過程一路下來，各總額部門、健保

署、委員、本會要做的工作項目、內容及預訂時程，如果是新委員要注意預定期程，我們會按照預定期程來辦理，前置一連串作業就請委員參考。

請參閱會議資料第 68 頁，是整個總額協商時分配的工作內容及預定期程，預定期程列在表格右邊，我們按照預定期程的每一個步驟運作，這是整個年度總額工作內容及時程安排。

請參閱會議資料第 69 頁，最重要的是 9 月 24 日整個年度總額大協商的會議，我們訂定會議時間、與會人員、進行方式等等，特別說明 9 月 24 日 9 點 30 分開始協商會議，如果付費者代表、醫界需要事先召開內部會議，可以在那一天 9 點到 9 點 30 分召開，但請事先通知本會同仁以利協助安排會議場地，9 月 24 日當天能談完最好，如果有協商未盡事宜，經過付費者、醫界雙方共識，可以在 9 月 25 日上午進行未盡事宜的討論。有關與會人員明確規範付費方及醫界方的參與人員，已經執行很久都沒有改變，請委員參考。

進行方式都依照過去，請參閱會議資料第 70 頁，對每個協商場次的每個階段時間，及每個階段要做的事情、每個角色要參與的方式，都在會議資料第 70 頁中間的部分，這是對於協商的一個規範。

今年主要是增加(五)，就是劃線的部分，依衛福部資安規定，協商過程請各部門、健保署及本會委員配合本會訂定之「全民健康保險會遵循『衛生福利部可攜式媒體(USB 隨身碟)管控措施』相關會議資安作業原則」(如附件)辦理，附件請參閱會議資料第 74 頁，這是今年新增的部分，等一下會再詳細說明。

請參閱會議資料第 71 頁，這個協商原則包括如果協商最後沒有達成共識要怎麼處理，協商如果已經定案就不能夠再推翻結論等等的原則。協商完後的委員會議是在 9 月 26 日，也就是當週的星期五舉辦，委員可視需要採視訊方式與會，因為連 3 天真的很忙，委員可能無法親自與會。我們在確認協商結論時，協定事項的文字可以在不違反原協商意旨前提下酌以調整修正，但是不能推翻 9 月 24、25 日協商的結論，這是要跟委員特別說明。以上是整個協商原則的

部分，簡要 review 一遍。

請參閱會議資料第 65 頁說明二，今年主要新增剛剛說的資安作業規定，主要會受影響的是本會幕僚人員、健保署、各部門總額幕僚人員，今年總額協商主會場是在本部 301 會議室，由本會同仁協助處理電子版文件資料存取及投影，至於醫界及付費者代表的內部會議，請各部門自行準備筆記型電腦及隨身碟，在內部會議的時候先試算，為了確保投影及列印功能正常，請各部門在會議前一天把筆電帶來本部測試，協商時列印紙本，回到主會場時，由本會同仁協助鍵入試算表及投影，這部分再請參考詳細作業原則。

請參閱會議資料第 66 頁說明三、四，各部門的協商順序，援例在今年 7 月份委員會議由各部門自行或派員抽籤決定，我們會依抽籤結果安排協商會議議程，並在 8 月份委員會議提報，我們也檢附 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序給委員參考。

擬辦的部分，本案請委員討論一下我們所擬的 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序草案，如果委員同意確認後，就請健保署及各總額部門依總額協商程序及所訂時程辦理協商相關事宜，請各部門及健保署確實依照時程辦理，協商時間真的很緊迫，如果前一關延後就會卡到後一關，對整個協商的效率及資料完整度是有影響的。委員的部分，就請委員務必預留總額協商相關會議時間，事前協商、會前會、協商會議的時間都很重要，都載明在工作計畫表的預訂時程，就請委員務必把這很重要的總額協商會議時間先預留下來，以上說明。

周主任委員麗芳：非常感謝陳燕鈴組長詳盡地說明，針對本案總額協商的程序，因為主要的部分沒有做變動，就是加進資安而已，我們也執行多年，所以付費者、醫界代表對程序應該都是蠻熟悉的。請陳秀熙委員。

陳委員秀熙：謝謝剛才的報告，我想對於被保險人、醫療機構代表、健保署來說，總額協商是非常重要的事情，我們看到會議資料第 48 頁的總額設定公式，決定的關鍵還是非協商因素成長率，在協商之

前四大總額的成長率都有不同版本，但版本非常重要，通常健保署計算出來的版本就會牽涉到時程，因為這裡面有很多困難，比如說有些專案是衛福部非常重要的任務，但交辦時間像剛剛報告所說時間不能固定，協商時這些專案就會影響成長率，我覺得拿捏總額協商會前會及座談會的時程安排必須要非常精準，我們才有辦法考慮到付費者代表、醫界簽約者及健保署的立場，不然如果要在 9 月 24 日前一週將試算結果算出來讓協商代表判定是非常具有挑戰。

協商的意思就是希望大家都能夠滿意，要有科學依據又要照顧到公平公正，所以一定很多東西 beyond science，一定牽涉到非常多的複雜情況，但我認為每次知道協商成長率的時間太晚，如果我們可以做好，讓雙方之間可以有足夠時間討論。

我覺得剛才討論的財務報表部分，健保署做這麼多財務報表，每天都在看，到 5 月底安全準備金是 1,600 億元，還有 2.3 個月保險給付，這都會影響到協商的成長率，如果今天根據健保署上次算的結果並採高推估，安全準備金就會降到 0.95 個月保險給付支，就不符合健保法規定安全準備總額以 1~3 個月之保險給付支出為原則。

在協商時程中最重要的是最後決定的成長率大家能不能滿意，所以讓四總額部門在做的時間及付費者代表有充足時間做一些建議。我自己是學者專家，我當然要站在最公平公正的立場，提出對台灣最好又能夠讓大家都滿意，所以我不知道我們在時程裡面要怎麼來克服這點，我就是提出來提醒大家，因為暑假大家都很忙，7 月全民健康保險各部門總額評核會之後，到 8 月都很忙，9 月初又開學，這個東西又是 step by step，如果做得好才能真正為健保所把關，謝謝。

周主任委員麗芳：非常感謝陳秀熙委員對於時程安排的叮嚀，我先請周淑婉執行秘書補充說明，謝謝。

周執行秘書淑婉：謝謝老師的指導，這個總額協商時程過去都已經用這樣子來運作，其實應該是沒有問題的，現在是要等行政院核定總額範圍之後，總額的成長率就匡在行政院核定的上下限，然後會在

這個上下限裡面去做協商，那至於老師提到是不是有 1 個月的安全準備，其實也只能在行政院核定下來的上限去預估，健保署會提供最新的數據，讓我們協商的時候有一個拿捏範圍，所以幾年下來的運作都還可以，我們也儘量把各總額部門的協商內容分析清楚並產出一些文件，讓付費者委員、醫事服務提供者委員在看的時候會有所本及有一些基本資料來協商，所以老師先放心，我們覺得目前還可以，以上。

周主任委員麗芳：也非常感謝署長非常細心，不要以為署長來這邊都沒有講話，署長馬上幫我們看到有幾個錯別字，他說會議資料第 77 頁的預備會議及協商會議的時間不對，應該是 9 月 24 日星期三，25 日要改成 24 日，然後(三)若有協商未盡事宜是在 9 月 25 日星期四，所以我們會來調整日程，這是我們有.....這不是喔？

周執行秘書淑婉：那是去年的參考資料啦。

石署長崇良：去年的喔。

周執行秘書淑婉：抱歉！會議資料第 75 頁上面有寫參考資料，我們把去年的放在後面讓大家可以做些比較，不好意思，我們資料給太多了，讓大家誤會了。

周主任委員麗芳：所以說給太多參考資料真的是會搞混，因為已經弄不清楚哪個是今年、哪個是去年。

周執行秘書淑婉：抱歉！抱歉！

周主任委員麗芳：沒關係，那這樣子一樣，感謝您的貢獻。會議資料第 70 頁是對的，後面是參考資料，所以要看前面不要看後面。請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：其實我覺得剛剛陳秀熙老師講的也不是沒有道理，預估的 percent 不要差距太大，比如成長率真的跟每一個總額執行內容有關，我也希望說大家在成長率的程度上不要差距太大，每次都是健保署 1 個版本，醫界代表 1 個版本，我們付費者代表又 1 個版本，這 3 個版本真的有一點差距，到後來都不是很開心的結束，我不希望每年都這樣，每年都無法達成共識是蠻遺憾的，希望今年大家誠

意更夠一點，讓我們之間的差距不要太大，我希望這樣子，因為每年看到沒有達到共識以後的那個表情真的很尷尬、很難過，希望今年不管醫界代表、付費者代表、健保署的成長率能夠集中一點，以上。

周主任委員麗芳：謝謝楊芸蘋委員的呼籲，也希望說我們今年總額協商能夠順利，不需要還送給衛福部裁定。針對這個案子如果沒有特別意見，本案 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)就照案通過。接著進行討論事項第三案。

伍、討論事項第三案「特殊材料『特殊功能/材質脊椎間體護架(CAGE)』以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

張簡任技正淑雅：本案說明主要是依據健保法第 45 條及藥物給付項目及支付標準第 52 之 4 條規定辦理，在藥物支付標準第 52 之 4 條條文的重點，健保給付比例是按臨床實證等級訂定給付比例，最高不超過 40%，在核定費用的部分，得依同功能類別，參考院所採購價格的中位數除以浮動點值、院所收取自費的價格或國際價格來予以核定。保險醫事服務機構收取差額上限不得超過該類別特材核定費用扣除健保給付上限的差額，這類特材主要是穩定脊椎椎體及促進骨間融合，我們提到 109 年 3 月及 114 年 3 月「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議特材部分」討論，大家都認為要兼顧臨床需求及健保財務，共識同意以自付差額方式納入健保，健保給付比例以核定費用 20% 訂定，核定費用以公立醫院及醫學中心的採購價格中位數除以浮動點值 0.8766 予以核定。

功能類別經多次與專科醫學會討論，最終在特材共擬會議代表的共識之下，本案特材分為 3 大類、19 個次功能/材質分類，請委員參考會議資料第 87~96 頁的基本資料檢核表，其餘的品項彙整表、特材共擬會議資料、會議紀錄、醫療科技評估報告、財務預估表等資料也已經寄給委員參考。本案特材特殊功能/材質脊椎間體護架建議採保險對象以自付差額方式納入健保給付，共計 3 大類 19 個次功能/材質分類，並以各類別的院所採購價中位數除以浮動點值 0.8766 予以核定費用，健保給付比例為 20% 暫予支付。基於民眾使用權益，若本次會議討論通過後，後續我們就報請主管機關核定公告，以上報告。

周主任委員麗芳：接下來請健保會幕僚補充說明。

邱組長臻麗：請委員翻到會議資料第 84 頁，為了討論健保署所提的自付差額特材建議案，我們訂有「健保會討論自付差額特材案之作業

流程」，明定相關作業程序及時程，接著用作業流程圖做說明，左邊是健保署的部分，明定健保署提案送健保會討論時間必須在委員會議前 2 個月，及健保署提案須檢附的相關資料，右邊是健保會的作業程序，健保署送來本會後，我們會先檢視提案內容的完整性，之後請本會專家學者委員提供建議，再請健保署補充說明後，彙整相關資料後再提會討論。

考量本會有既定法定任務及須完成時限，所以安排每季討論 1 次，今天委員會議討論通過後，健保署後續會報衛福部核定公告，後續也有監控措施，比如說 5、12 月會請健保署提報開放半年後的檢討改善情形報告，每年 12 月提出整體檢討改善報告。

說明二是健保署在 4 月 21 日函送本會，看到上面作業流程圖，因為本案是在 3 月以後送進來的，所以討論時程應該是在 8 月份，可是考量民眾就醫權利，因此提前安排在本次委員會議討論。會議資料第 102 頁附件三是健保署針對專家學者委員建議所回復之補充說明。

接下來請委員參閱會議資料第 85 頁，本會整理了健保全額給付品項與本案自付差額品項的相關費用，左邊是健保全額給付的支付點數，右邊是自付差額特材品項，有核定費用、民眾自付費用及健保給付上限的點數，這個部分請委員參考。

接下來請委員翻到會議資料第 86 頁，如果這個案子同意列為自付差額品項，我們有提出 2 個建議，第 1 個是請健保署儘速循行政程序報請衛福部核定公告實施；第 2 個是請健保署依作業流程規定，於納入自付差額特材半年後，提出檢討改善報告，以上說明。

周主任委員麗芳：針對本案委員有沒有詢問？請陳秀熙委員。

陳委員秀熙：我想目前台灣如果要把自付差額納進健保，這個案子是個蠻好的例子，我有 3 個建議，第 1 個，健保署對於這樣自付差額的好意，有時候應該把前面的緣起講清楚，因為我們知道這種手術其實健保本來就有給付部分後開路徑 CAGE 的品項，現在討論的前開路徑 CAGE 品項比原本就有給付的項目還要貴，再加上裡面有些

植入的東西要用 TiPEEK^(註 1)或鈦合金材質，這樣子民眾當然就要自付差額，健保署有時候會利用這樣的自付差額來滿足很多人的需求，特別現在人口老化，我建議健保署要跟大眾交代清楚這個好意的緣起，以免把成本轉嫁到健保支付。

第 2 個，我仔細看過這個案子，我覺得我們看這個案子對於未來的自付差額是有非常多的做法，我們都知道有 HTA，可是這些 HTA 是不是執行面有不足的地方，或廠商提供文獻的基礎，跟委員在提供評估的時候的基礎不一樣，比如說該用統合分析但沒用，而只用單一研究，那有很多療效好與壞之間，比如說融合率是重要的，可是顯然看到加入 TiPEEK 和鈦合金，其實有些研究顯示並沒有特別的療效，我們在做 HTA 的時候是不是要非常小心？

第 3 個，我個人提出來，但我覺得非常重要，很多案子有成本效益分析，但根本沒有成本效益分析的結果，透過參考 NICE^(註 2)的案子，我國如果要做成本效益，總要訂成本效益的參考點，否則每個項目都丟進來，健保有辦法把每個自費項目都納入健保嗎？雖然健保署很聰明把價錢壓下來，可是對後來進健保的東西，9,000 億元將來要匡出來，成本效益分析要趕快來訂定，比如說每治療 1 個疾病所必需要花的錢，5 萬元、7 萬元、10 萬元，不同項目的精準費用都可以訂，而國外 NICE 已經訂了這個標準，所以他們清楚知道優先順序來決定財務的資源，有成本效益分析的，沒有訂參考標準，沒有成本效益分析的，沒有辦法排入今天的優先順序，這些都會有遺珠之憾，我想這就是實證科學中，最重視的就是這 1 點，以上 3 點建議，謝謝。

註 1：TiPEEK (鈦合金聚醚醚酮)。

註 2：NICE(National Institute for Health and Care Excellence，英國國家健康暨照護卓越研究院)。

周主任委員麗芳：請洪瑜黛委員。

洪委員瑜黛：我不是對於這個案子有問題，是對於這個流程有疑問，按照健保法本案是要提健保會討論，可是看會議資料第 84 頁的流程，送到健保會討論之後就是同意納入，那沒有其他路嗎？健保會一定要同意納入嗎？我們的角色在哪裡？我是對於這點有疑問，謝

謝。

周主任委員麗芳：請張田黨委員。

張委員田黨：我個人非常同意陳秀熙委員所提的這些問題，但是我再加入一些，特殊材料大部分都是進口的，但是我們在醫院接受到的特殊材料好像有不同材質，同樣的病有時候用的特殊材料就有等級之分，我希望是不是能一視同仁，不要說有錢人才能用好的特殊材料，希望政府也儘量對經濟狀況差的病人給予補助，讓他能用到比較安全、健康、堅固的特殊材料，對他的身體幫助才是正面的。而且，如果付不起或中低收入戶，就由政府全部吸收，是不是可以這樣幫助一個人、一個家庭，謝謝。

周主任委員麗芳：請嚴必文委員。

嚴委員必文：其實大家應該都清楚自費醫療器材沒有最貴只有更貴，其實醫療器材品項持續進來，沒有最多只有更多，所以我贊成陳秀熙老師的說法，第 1 個是醫療器材進入的時候，一旦從自費進入到能夠自付差額的時候，對醫療院所宣傳或推廣上的管制，我覺得健保署可能要多費心，因為如果大幅增長的話，我覺得這樣的數據應該要參考，以上意見，謝謝。

第 2 個是我也贊成陳秀熙老師說的，HTR 一定要落實，一個病人負擔費用這麼多，但成本效益卻不值得，這件事情誰能夠告訴病人？而且我看了一下今年 3 月特材共擬會議的會議資料有提到 109 年 4 月曾送健保會，健保會的專家學者委員提出的意見是希望針對給付效益、病人族群做溝通及蒐集資料，但到今年 3 月還在程序中，資料都還未完備，所以這就是我會去擔心的，就是到底進來以後，這個評估程序怎麼進行？怎麼把這些有效資料提供給我們或大眾做參考？以上意見，謝謝。

周主任委員麗芳：請黃心苑委員。

黃委員心苑：我有個問題請教，從今年開始實施個別醫院總額，實施之後還會有浮動點值嗎？如果沒有浮動點值，以後這價格怎麼計算？謝謝。

周主任委員麗芳：我們就累積了這麼多意見，其他委員就麻煩會後提書面意見，因為等一下署長還要跟我們做說明，我這邊先跟洪瑜黛委員報告，案子提到健保會，健保會絕對不會只是蓋個章，一定要同意，可能我們幕僚為了簡化這張圖，請周淑婉執行秘書補充一下。

周執行秘書淑婉：剛剛主委講得沒錯，我們可能沒有寫清楚，其實依法規規定是提到健保會討論，也沒有同意不同意，如果討論結束後有意見，就將案子併同委員意見報給衛福部做最後決定，所以可能是我們的文字沒有寫得那麼清楚，討論的結果就一併報給衛福部做最後決定。

周主任委員麗芳：接下來請署長針對本案做回應。

石署長崇良：謝謝主委及各位委員，健保法對特材是可以採自付差額的方式給付，當時為什麼有這樣的考量是因為醫材的部分，如果做長期療效，有時候不太會有差異，像今天這個是骨科用的 CAGE，椎間融合器固定系統，大家可以看會議資料第 87 頁表一，當時 HTA 報告都可以看得到，以長期療效來說，跟現在健保所給付的 PEEK CAGE 幾乎差不多。但還是有些零星的報告，包含一些 Cohort 報告，在跟自身骨質融合上，也就是說舒適度上比較好，但對壽命、功能其實影響不大，然而感受上確實有所不同，這是第一個跟委員報告。

所以過去長期並沒有把它納入健保給付，都由民眾自費，可是發現用的數量愈來愈多，數量愈來愈多之後又發現在比價網上面各醫院的售價，大家可以參考會議資料第 89 頁，這是目前還沒有納入健保給付或差額給付之前，在網路上公告由醫院自填的自費醫療費用，跟會議資料第 95 頁我們能調查得到的日本、韓國、澳洲相似醫材價格來說，在台灣的販售價格高很多，有到 5 倍、8 倍這樣的價格。目前其實民眾都是全自費使用，納入自付差額給付之後會有 2 個效果，第 1 個效果本署訂出醫療院所收費的上限價，最高的價格會被壓下來，對民眾而言，即使要自付差額也減輕了負擔，也讓這個醫材在市場上的價格，不會偏離其他國家的價格太多。第 2 個，健保也按照實證結果部分給付，這個醫材有些效果，但這個效果不

至於影響到比如壽命的延長，或是功能有明顯改善，但還是有些差異，所以健保給付 20%，剩下還是由民眾和醫師互相討論後，決定是否要使用健保的全額品項，因為這類特材都有提供健保全額給付的特材品項，或者選擇這類別比較新的特材，採差額負擔的方式，所以這就是考量到健保財務、科技發展，還有民眾的選擇三方面後，做出差額給付政策的決定。

跟各位委員報告，在納入前都會有這幾個考量，第 1 個是這個醫材在市場上或是臨床上的使用情形；第 2 個，醫材價格的合理性；第 3 個，在臨床的證據上是否有更好的效果？以決定健保採用全額給付、差額給付或完全不予給付。

至於剛剛幾位委員指教的部分，要做這個決定之前，當然除了要掌握市場價格外，最重要的還是進行醫療科技評估，這些醫療科技評估有的好做、有的不容易做，例如植入物的醫材相對是比較好評估，還有很多過程面的醫材，像這個醫材是屬於植入面的醫材，會放在體內；還有些過程面的醫材，比如縫合針、凝膠都是過程面的醫材，通常在進行效益評估時，臨床上很難做出明確的結果，經常都是療效稍微好一點，所以這個是有它的限制，不過本署還是會儘量透過科學的方式做為決策的參考依據，以上補充。

周主任委員麗芳：非常感謝石署長很詳盡地說明整個案子的流程和思維背景。針對本案委員沒有其他意見的話，我做成決議，第 1 點，同意本自付差額特材案，並請健保署儘速循行政程序，報請衛福部核定公告實施，以維護民眾權益。另請循例在實施半年後提出檢討改善報告。第 2 點，委員所提意見送請健保署參考。接著進行討論事項第四案。

陸、討論事項第四案「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 款之附表一整體性之醫療品質資訊項目案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請健保署說明。

賴專門委員秋伶：各位委員，健保署說明，請參閱會議資料第 111 頁說明二，附表一整體性之醫療品質資訊項目配合醫院及西醫基層總額支付制度品質確保方案專業醫療服務品質指標，在同(跨)醫院(院所)門診同藥理用藥日數重疊率部分，於 112 年新增抗血栓藥物(口服)、前列腺肥大藥物(口服)2 類藥物，所以建議新增。

另外考量醫療費用核減率，在本署全球資訊網已經有專業醫療審查專區定期進行各總額核減率資訊資料公開，建議牙醫門診總額與門診透析，刪除核減率指標。相關指標項目，請委員參閱會議資料第 113~114 頁，指標修正意見說明，請參閱會議資料第 115 頁附表二。

周主任委員麗芳：謝謝說明，石署長這邊需要補充嗎？(石崇良署長表示沒有)沒有。委員有沒有其他意見？(沒有委員表示意見)看起來委員的共識都很高，如果對本案都沒有特別的意見，本案就照案通過，並請健保署依法定程序報請主管機關核定發布。接著進行報告事項第一案。

柒、報告事項第一案「鼓勵院所推動腹膜透析與提升照護品質方案之成效檢討(含監測照護品質及健康結果與執行成效)專案報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請健保署報告。

陳視察怡蒨：針對方案執行成效，健保署重點說明，請參閱補充資料第 2 頁說明三，本方案自 112 年 7 月 4 日公告實施，計畫目的(一)提升末期腎衰竭病人腹膜透析治療之占率、(二)加強院所腹膜透析照護品質及病人自我照護能力，提升病人腹膜透析技術之存活率與總存活率、(三)鼓勵新設置腹膜透析中心/室，醫院及基層透析診所可組成共同照護團隊，提升可近性，及發揮醫病共享決策精神、(四)提升腎臟疾病整體醫療照護品質。

說明四，112 年、113 年執行情形，預算金額是 4.335 億元，預算執行率部分，112 年 38.3%、113 年 66.6%。參與本計畫的院所數，113 年為 305 家，其中以基層診所家數增加最多。

在院所開辦獎勵費用部分，新設立腹膜透析室/中心，113 年為 85 家，較 112 年增加 18 家；在新發個案獎勵部分，113 年 102 家，較 112 年增加 17 家，新發個案人數，113 年較 112 年新增 1,649 人；在推廣獎勵費部分，113 年 41 家，較 112 年增加 2 家；照護品質獎勵部分，113 年 93 家，較 112 年增加 2 家。

請參閱補充資料第 4 頁說明五的評估指標，(一)腹膜透析新發個案的目標值占率 $> 10\%$ ，113 年占率為 10.1%，有達標；(二)腹膜透析盛行個案之占率，目標值占率 $> 8\%$ ，113 年為 6.7%，沒有達標。針對腹膜透析盛行個案之占率未達標的部分，114 年擬定的策略，在獎勵費的部分，新增腹膜透析院所持續運作費及腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費，修訂腹膜透析院所推廣獎勵費之年成長率獎勵點數級距、提升腹膜透析院所照護品質獎勵費，並就「腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費」項目，增列山地離島地區加計 30% 等獎勵措施。

在支付標準新增獎勵措施的部分，包含新增全自動腹膜透析機搭配病人遠距管理、連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術、輔助型腹膜透析治療處置費等項目，以鼓勵院所參與本計畫提升腹膜透析涵蓋率及照顧品質。簡報部分，請委員參閱補充資料第 11~20 頁，以上。

周主任委員麗芳：接下來請健保會補充說明。

陳組長燕鈴：請委員參閱補充資料第 5 頁，本會整理說明部分，本會主要提供有關本方案的背景資訊，112 年衛福部為加強腹膜透析的推動與提升透析病人生活品質，新增本項專款，健保署在 112 年 7 月公告實施本方案，每年預算都是 4.335 億元，本方案主要是健保署依據 114 年度總額的決定事項，就腹膜透析的病人照護品質、健康結果及執行成效提出專案報告。本方案健保署在 112 年 6 月 29 日報衛福部核定執行目標與預期效益評估指標，如補充資料第 5 頁下面的表格，臚列 2 個執行目標與 4 項預期效益評估指標，本會在去年 7 月份委員會議也請健保署提報 112 的年執行情形與成效評估結果，不過去年 7 月是因為執行期間還很短，所以成效不明確，113 年第 6 次委員會議(113.7.30)決議，請健保署會同透析相關團體密切監測腹膜透析病人照護品質與健康結果，持續評估本項專款項目的執行成效。

健保署這次提報的執行情形，請參閱補充資料第 6 頁，113 年不論在預算執行率、醫療供給院所投入方面(包括參與院所、新設立腹膜透析室/中心)、獲取獎勵院所數(新發個案獎勵、推廣獎勵、照護品質獎勵)等部分都有提升。在腹膜透析新發個案占率和盛行個案占率，是把腹膜透析和血液透析兩者都有做的病人算到腹膜透析盛行率來看的話，也較 112 年增加，就這個部分 113 年增長的情形是這樣。

同時健保署 114 年也調整支付標準，新增多項的鼓勵措施，藉以加強推動腹膜透析，不過這次報告還沒有看到照護品質和健康結果相關統計結果的資訊，所以建議健保署依衛福部決定事項要求，持

續監測和評估腹膜透析病人的照顧品質與健康結果，此外，檢附我國透析模式選擇人數與分布情形在補充資料第 10 頁，請委員參考，以上說明。

周主任委員麗芳：接下來請石署長補充說明。

石署長崇良：謝謝主委、各位委員給我們這機會，請參閱簡報。這 2 年本署特別強調腹膜透析，各位委員也知道從今年 5 月 1 日開始又再進一步做居家血液透析，其實居家透析是整個國際的趨勢，當然居家透析還是以腹膜透析為主，居家血液透析仍然是少數，為什麼全世界都會做這件事情？請各位看到補充資料第 12 頁投影片第 4 張腹膜透析的存活率，不論是短期或長期來講，其實是優於血液透析，當病人進入完全血液透析後，通常 eGFR (註 1) 在 10~15 以下，就開始進入透析，但是其實腎臟還有殘餘的功能，經過血液透析或腹膜透析的差別是，血液透析之後的腎功能，也就是腎餘排尿會快速地萎縮，之後就會變成無尿；腹膜透析通常還可以維持腎功能，會部分慢慢降，所以他還有餘尿，腎臟能夠維持功能。腎臟不是只有排尿功能，還有其他的內分泌功能，對身體的正常運作影響很大，所以用腹膜透析的另外 1 個好處就是還能夠保留延緩完全的腎臟失能，這是第 2 個好處。第 3 個，從研究上來看，在做腎臟移植之前，用腹膜透析跟血液透析比較的話，移植之後的失敗率，是腹膜透析會比較低，所以也鼓勵做腹膜透析。

再者，從急診就醫率和病人的可自主性，因為血液透析通常就是要每天至少 4 小時，1 個星期 3 天就綁在那裡，但腹膜透析可以在晚上或夜間用 APD(註 2)全自動腹膜透析或是連續性可攜帶式的 CAPD(註 3)，這是可以正常活動、工作，出國或做什麼事情通常也比較容易，其實腹膜透析對病人的生活品質或就醫的醫療支出都是優於血液透析。

當然它唯一缺點就是必須要病人或是照顧者要有好的照顧能力，如果沒有的話，缺點就是會有腹膜炎的問題。另外老人家的照護能力也是個挑戰，但是隨著科技進步，過去認為高齡是腹膜透析禁忌

症，但是現在也排除掉了，很少數的情形，像是過去接受過腹部的手術，有沾黏情形，或者是有腫瘤，當然就沒有辦法，不然腹膜透析可以適用的對象相當多，這邊只是呈現出存活率的比較，還有右邊的急診就醫次數、醫療支出，或存活率，都是優於血液透析。

請參閱投影片第 5 張，全世界來看，多數的國家，也都是朝這個方向去推動，甚至有些國家並沒有腹膜透析的禁忌症，需要優先使用腹膜透析，不然保險是不給付的，若不接受腹膜透析，要選擇血液透析就變成要自費，有這些政策的國家，像香港 71% 都是用腹膜透析，因為它就是有這個優先政策在。泰國也開始推行，所以有 28%、墨西哥有 32%，比率都非常高，台灣目前就是維持在 7~8% 而已，相對來講是低的。

請參閱投影片第 6 張，這個趨勢已經在 COVID-19^(註 4)之後，大家又重新檢視，因為疫情中人員移動受到限制，需要做 quarantine^(註 5) 或是需要做居家照護，就發現血液透析需要到機構，造成非常大的障礙，不只是在社區移動，或是病人的照護上，一旦病人感染後的照護都產生很大問題，所以全世界都在檢討居家透析的重要性，當然以腹膜透析為主流。這邊已列出各國訂出的目標，以馬來西亞為例，其希望在 2030 年居家透析要超過 30%、加拿大希望達到 40%，韓國在 2033 年也要達到 33%、泰國要到 50%，台灣目前是 7~8%，但我們也不要洩氣，因為日本比我們低，只有 2%，但其他各國都是朝這個方向努力，連新加坡都是以 30% 的居家透析為目標，所以我們也很希望透過一些政策的導入，來提升居家透析的比率。

請參閱投影片第 9 張，這 2 年在做法上，目標是希望推動院所參與，能夠增加提供腹膜透析的點，因為這些需要提供對照顧者或病人的教育。而血液透析就是到診所或醫院後，就有醫護人員服務，可是居家透析就是要提升病人的或者是家屬的自我照顧能力，目前全世界都在談 self-care，如果沒有 self-care，醫療費用的支出將會更快速上升，醫療體系、全民健保不可能支撐得了。所以需要更多院所參與來做教育訓練，讓民眾能夠自我照護，所以第一步是去擴大資源布建。

另外一個就是獎勵新開始透析的個案，舊的個案要轉過來比較困難，因為他已經在做血液透析，要勸病人做腹膜透析是困難的，所以用新收案獎勵，就是新開始要做透析的病人做腹膜透析也給予獎勵，這是收案獎勵；另一個是布點多，所以有開辦獎勵、新收案獎勵。

投影片第 12 張的執行成效，在參與院所家數部分，醫學中心幾乎都投入做腹膜透析，區域醫院、地區醫院家數也都有增加，特別是在基層診所也在響應這樣的政策。整個收治的情形，收治數量，包含訪視、自我照護衛教、醫病共享決策的人數都在成長。

在新發個案部分，以 113 年全年已經比 112 年有所成長，雖然人數還是少。在醫院的部分，很謝謝各層級醫院的協助，基層診所還受制於醫療機構設置標準，我們正在跟衛生局溝通，基層診所被一些設置標準法規卡住，有心卻無力，現在在突破法規的部分，如果能讓基層診所的點更多，民眾參與的意願就會更增加。

請參閱投影片第 16 張的新收個案年齡層分析，年齡層多數是在年輕的族群，因為剛剛提到更長期來講，這個族群預後會比較好，活動力、生命品質也比較好。這是我們目前的獎勵執行情形，再請各位委員參考。

請參閱投影片第 18 張的 5 年累積存活率，向各位委員報告，左邊這是血液透析，右邊是腹膜透析的 5 年累積存活率，血液透析部分，台灣也做得不錯，最高的是韓國，但是我們在腹膜透析的 5 年存活率都優於很多國家，不論美國、加拿大、澳洲……這些所謂先進國家，台灣都優於這些國家，而且可以看得到腹膜透析 5 年存活率仍然高於血液透析，這是今天的報告，再請各位委員指教並給予支持。

註 1：eGFR(腎絲球過濾率估計值)。

註 2：APD(全自動腹膜透析)。

註 3：CAPD(連續性可攜帶式腹膜透析)。

註 4：COVID-19(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)。

註 5：quarantine (隔離；檢疫)。

周主任委員麗芳：非常感謝署長及健保署同仁準備這麼詳盡的簡報內容，也讓我們充分瞭解到，不管是在本土或國際上腹膜透析的最新狀況，當然最後 1 張投影片(補充資料第 19 頁投影片第 18 張)也是最具有吸引力，讓大家瞭解到腹膜透析在相關死亡率、病人相關醫療品質改善上的成果。針對本案，我們聽聽看委員意見，請陳秀熙委員。

陳委員秀熙：謝謝署長報告，剛才署長提到自我照護，我想這應該也是精準醫療的好例子，就是血液透析和腹膜透析還是有不同的適應症，剛才提過。

我有 2 個建議，有些時候看存活率，因為病人嚴重程度會決定存活率，畢竟目前在腹膜透析使用這麼少的情況下，跟血液透析當然不一樣，不能完全用存活率高低來評估，但我會支持這個案子的重要原因是，除了目前腹膜透析是全世界的趨勢外，其對於病人、健保未來的效益和成本而言，是非常好的替代方案。有 2 個關鍵點，台灣跟其他國家不一樣，我們洗腎很早，全台灣都知道洗腎是我們最重要的議題，我認為這部分是不是能夠有精準的人工智慧，如果說今天在服務提供者(provider)端，健保署推這個方案，也有提出一些獎勵的措施，國科會也有在執行相關的研究案，不過像石署長推出來全面性、廣泛性的方案，讓醫療院所的可接受性更高。這個方案的獎勵措施應該有 2 方面，一個就是服務提供者的部分，是不是也給醫療院所能夠分別哪些病人適合血液透析？哪些病人適合做腹膜透析？這個來做獎勵，對醫療院所會是正面的誘因。

第 2 個是剛才署長提到，通常我們發現在社區對於做腹膜透析，雖然可以讓病人進行自我照顧，可是病人對這個是不是真的有能力執行，以目前台灣的 health literacy(註)，還是有很大的障礙。衛教的部分，許多醫院的衛教人員，尤其是護理人員的貢獻非常大，所以將來對於衛教的給付是否要有不同的想法，再請健保署參考。

我想這個方案，如果可以把精準醫療的政策扣上去，我們並不是在 follow 西方國家，要把血液透析翻轉成腹膜透析，我覺得在意識

形態上面的宣告是比較難的，而是應該讓病人有方便性，讓健保有成本效益性。第 3 個在真正的可近性上是可行的，也不會犧牲掉血液透析這群病人，因為是看胰、腎功能，以及心血管功能，不會因為要推動腹膜透析，就犧牲掉血液透析，這樣才會比較符合精準醫療。謝謝。

註：health literacy(健康識能)。

周主任委員麗芳：請林恩豪委員。

林委員恩豪：我想問一下健保署腹膜透析也推廣了一小段時間，為什麼新發個案的占率一直在 10% 上下？我看到 114 年又有提供更多獎勵措施，請問署長這是因為我們的民情問題嗎？還是認為對醫療院所投入獎勵不足，所以想要透過提供更多獎勵誘導適合的民眾進入腹膜透析，健保署有分析一下真正的問題到底在哪裡嗎？謝謝。

周主任委員麗芳：請黃心苑委員。

黃委員心苑：謝謝署長報告，我非常支持，只是我有個好奇，就是 112~113 年可近性增加很多，尤其是診所，從 6 家變成 175 家，但比較特別的是，不曉得診所是有什麼特別的障礙嗎？因為診所符合腹膜透析院所推廣獎勵費部分，112 年是 2 家，113 年也是 2 家，這些診所是不是有參與？但是品質達不到照護指標 70 分，不曉得是什麼原因？

周主任委員麗芳：請張田黨委員。

張委員田黨：我個人有個比較方便的想法，就是除了醫院下放給診所實施腹膜透析之外，也可以在社區裡面進行宣導、衛教，甚至推到宅服務的方式。因為目前一般鄉間都是一些老人，接受血液透析的人也不少，如果能夠透過在社區提供服務，由診所醫師指導或從旁協助，現在有些社區服務，是不是也可以來做間接的訓練，在這方面也能協助、幫助民眾可以自己做腹膜透析，以上是我的建議，謝謝。

周主任委員麗芳：接下來請石署長綜整性的回應，謝謝。

石署長崇良：跟各位委員報告，我們現在推動的這個透析，國際上都

稱為居家透析，居家透析並不僅限於腹膜透析，有些人其實也可以使用居家血液透析。根據幾篇文獻看起來，不論是存活率或是生命品質，居家血液透析的長期效果，都不亞於腎臟移植，甚至是完全可以跟腎臟移植相比，所以我們今年才會推出居家的血液透析，好處就是血液透析要去診所，通常都抓時間 4 小時，不可能天天去洗，每個星期只能洗 3 天，但居家血液透析可以天天洗，因為機器就在家裡，所以洗的速度可以變慢、時間可以拉長，相對就洗得比較乾淨。這跟腹膜透析有類似的情形，因為腹膜透析是用透析水的交換，它是 24 小時的運作，不是血液透析的每週 3 次，血中數值會忽高忽低，腹膜透析就比較穩定，這個結果是可以理解。

可是過去一般對腹膜透析的印象，不只是民眾，有些醫療人員也都會有以下的迷思，第 1 個就是年紀大的不適合、有糖尿病的不適合，因為會有傷口跟腹膜管；但現在是高齡化社會，血液透析的比率越來越高，要維持住腹膜透析的比率，不要掉下來就不容易了。相對來講，過去都是沒有共病的年輕人，才會用腹膜透析，所以兩者間使用比率很懸殊，全世界也是這樣，因為一般都會認為透析需要醫護人員照護，很少會想到自我照護，所以未來推動上，需要有整個國家的策略，從醫療提供者端、專業端到社區資源的布建，到民眾的觀念改變。我們現在正在跟腎臟醫學會合作，在年底之前會發布國家的居家透析白皮書，希望讓整個政策完整，不只有政策端而已，而是從健保給付、資源布建到民眾的教育宣導、專業人員培訓，通通有完整策略及目標。

同時剛剛陳秀熙委員提到說，能不能精準的去找出適用對象，我們現在也在利用 AI(註 1)技術分析哪些人適合做腹膜透析，透過 screening(註 2)，可以提醒並幫忙找出尚未進入 ESRD(註 3)的適用對象。因為現在健保有 pre-ESRD(註 4)的病人照護與衛教計畫，其目的是希望將腎功能再延長久一點，今年在各位委員的支持之下，開始給付 SLGT-2 抑制劑(註 5)，可以延緩進入透析的時間，希望病患還沒有進入透析前，在 pre-ESRD 階段能夠延緩一點時間，但是也需要開始做準備，所以準備時就可運用 AI 分析，當病患後面真的需要進入

透析時，可為其選擇合適的方式。我們用 AI 在協助，也會訂定出照顧跟臨床的指引，來做全面性的推動。

當然，這 2 年做下來之後，還是有成長，雖然有在進步，但是在社區的部分，特別是在基層診所還是碰到一些障礙，主要的障礙在診所已投資的設備，因為診所執行血液透析業務需要投資設備，對於他們來說，要放棄既有的投資設備並不容易，所以只能從新的部分來鼓勵。另外，新的部分也碰到醫療機構設置標準的限制，大家可以看到願意參與的診所，其實成長了幾百家，可是真正能夠收到個案的只有 2 家，因為新加入的診所在衛生局實地勘查時可能會卡住，因為這些腎臟科診所，本來是以血液透析為主，現在要變更做腹膜透析，就會卡在衛生局須要依照醫療機構設置標準重新進行查驗，但執行時，可能會遇到建物不符現行消防標準的問題，因為有的診所已經開很久，其開業時的建物消防標準與現行標準有落差。黃心苑委員就知道，會笑的就是內行，因為法規更迭，診所要新增執行業務，就要用新的法規檢視，必須符合診所設置基準表的規定，社區醫院也碰到很多同樣的問題，要提供新的服務就要重新經過設置標準的查驗，查設標就要用新法規去看，可是他明明是舊的診所，所以就會卡住，目前我們正在協調這塊，也請醫事司幫忙，希望可以讓社區這邊能夠多些服務據點，當然給付上也需要做調整，因為 2 者支付點數還是有落差，我們希望讓腹膜透析的比率提高，估計要達到 30% 不太可能，雖然新加坡訂的目標是 30%，不過我們儘量看能不能朝向 15%~20% 的目標努力。

張田黨委員特別提到社區的推廣，社區很重要，我們會納入到白皮書的綱領裡面，持續透過社區去努力，特別是對高齡社會來講，能夠在地得到照顧很重要。

註 1：AI(Artificial Intelligence，人工智能)

註 2：screening(篩檢)

註 3：ESRD(End-stage renal disease，末期腎臟病)

註 4：Pre-ESRD(末期腎臟病前期)

註 5：SGLT-2 抑制劑(sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors，新一代口服降血糖藥)。

周主任委員麗芳：非常感謝署長率領健保署同仁的用心，我們對國家

居家透析白皮書也是寄予厚望，本案就做以下決定：本案洽悉，委員所提意見請健保署研參，進行報告事項第二案。

捌、報告事項第二案「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(第三次續提)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請報告。

洪專門委員于淇：請參閱會議資料第 130 頁的說明二，以下分 2 個類別報告本署執行情形，首先是具體實施規劃、計畫、方案部分，第 1 項是牙醫門診的非齒源性口腔疼痛處置，已經依照核定事項在支付標準新增非齒源性口腔疼痛處置初診及複診診療項目，在貴會 114 年第 1 次委員會議(114.3.26)報告過，並經衛福部公告從 114 年 5 月 1 日生效。另外關於適應症的部分，也修訂在醫療服務審查注意事項中，並於 6 月 1 日公告生效，請參閱會議資料第 135 頁的附件二。

中醫門診的提升用藥品質部分，我們跟中全會討論過，共同擬訂了中醫用藥安全的管理策略，在會議資料第 140 頁的附件三。我們後續會跟中全會依據這個管理策略辦理，透過增加健保中醫給付品項，減少民眾用藥自費情形，達到提升中藥用藥品質目標。

第 2 項是執行目標、預期效益之評估指標，首先是醫院的部分，醫療資源不足地區醫療服務提升計畫，(1)執行目標跟(2)預期效益的評估指標，都是原來計畫舊有的，這次主要是增加(3)對燈塔型地區醫院設立評估指標，考量燈塔型地區醫院屬於偏鄉，如果我們要求服務量每年要成長，有一定困難度，所以先設定為觀察指標，不設目標值。另補充說明，我們的觀察指標還包括醫院的醫師數、護理人數、就醫人數、轉診人數等等。

接下來，是西醫基層的提升國人視力照護品質，首先，執行目標有 2 部分，第 1 個是執行面，件數要執行 172,606 件，第 2 個是品質面，白內障視力品質照護說明書執行率要大於等於 95%。預期效益評估指標有 2 個面向，1 個是術前指標，久未看診而當日就診即執行白內障手術比率應為 0%，所謂的久未看診，我們在備註有說明，是指 90 日內沒有同院或同醫師的就醫資料。另外 1 個指標是

術後指標，有關術後 30 日內的併發症，也就是眼內炎之件數比率應小於等於 0.1315%。

最後是西醫基層的強化基層照護能力及開放表別，這部分已提 114 年 6 月 5 日的西醫基層研商會議討論，因為當日的決議是暫保留，所以請醫全會研議後再提會討論，以上報告。

周主任委員麗芳：健保會幕僚要補充。

陳組長燕鈴：請委員看到會議資料第 132 頁本會整理說明，本案主要是 114 年總額核(決)定事項，請健保署在 114 年第 1 次委員會議(114.3.26)提出具體實施規劃/計畫/方案，及執行目標、預期效益評估指標的部分，其實已經連續報過 2 次，這次是第 3 次，是把還沒有完成的部分做提報，有 2 項是具體實施方案部分，有 3 項是執行目標及預期效益評估指標部分。

因為剛剛健保署已經說明的很清楚，我就不再贅述。有關具體實施規劃是牙醫門診的非齒源性口腔疼痛處置及中醫門診的提升用藥品質，在 114 年第 1 次委員會議(114.3.26)，健保署已經將完整規劃和具體實施方案提會報告，這次只是把第 1 次委員會議未提出的部分作補充，牙醫門診的部分，已經提出非齒源性口腔疼痛處置的適應症條件，包括口腔疼痛、感覺異常等適用疾病，所以這部分已經完整提出。

中醫門診的提升用藥品質部分，也是在 114 年第 1 次委員會議(114.3.26)提報過規劃內容，但還缺 1 個提升中醫用藥品質，本次報告內容已提出詳細的用藥管理策略，在會議資料的第 140 頁，包含開放用藥給付、繼續教育宣導、不良反應通報，評估指標部分包含健保用藥品項數提升、用藥安全宣導、中醫不良反應報告率等，請健保署持續執行，未來評核時可以納為參考。

執行目標、預期效益評估指標有 3 個部分，第 1 部分是醫院的醫療不足地區醫療服務提升計畫，這個計畫其實在 103 年就有專款，主要是針對山地、離島及醫療資源不足地區的醫院，給予相應的點值保障，讓其能夠持續開業。因為 113 年新增了偏遠地區燈塔型地

區醫院的補助，增編預算 2 億元、114 年再增編 7 億元，故 114 年的決定事項是請健保署研修執行目標及預期效益評估指標。健保署這次已經提出執行目標及預期效益評估指標，在會議資料第 131 頁，只是對於燈塔型地區醫院，先以觀測其執行情形為主，還沒有訂定目標值，以後可以看情況再去處理，我們也整理本計畫歷年的執行情形，在會議資料第 141 頁的參考資料一，請委員參考。

第 2 個，西醫基層的提升國人視力照護品質的部分，也說明一下背景資料，這部分是為了因應放寬醫師執行白內障手術的相關規範，所以在 111、113 年在一般服務都有編列預算。114 年度考量白內障手術案件一直成長，為了各區的管理，所以整個移到專款項目，所以決定事項是請健保署研議執行目標及預期效益評估指標，剛才健保署報告也已經提出來。因為這計畫是從 111 年到現在，每年都有訂執行目標及預期效益評估指標，所以我們也整理了 114 年所提出這 2 項跟 113 年的比較，在會議資料第 142 頁給委員參考。請委員看到會議資料第 142 頁，這次提出來的預期效益評估指標，主要有 2 個，第 1 項指標的部分，是久未看診而當日就診即執行白內障手術比率的目標值修正為 0%，這是從嚴規定。第 2 項是 30 天內併發症件數比率，這項沒有修正，繼續比照 113 年訂定之小於等於 0.1315%。另 114 年度刪除 113 年度的 1 個指標，就是術後 90 日內同眼再執行白內障手術之件數比率。2 個年度的評估指標比較，請委員參考會議資料第 142 頁的表 2。

請參閱會議資料 133 頁，第 3 項就是西醫基層的強化基層照護能力跟開放表別項目，這個項目是目前還在研修討論中的部分，請健保署儘速研議完成，提報本會最近 1 次委員會議，以上說明。

周主任委員麗芳：謝謝健保署及 4 個總額醫療部門，都已經把相關的執行目標、預期效益評估指標提報來，目前只差西醫基層總額其中 1 項，這個部分再請加快速度。

針對這個案子，委員有沒有詢問？(沒有委員表示意見)剛剛解釋都非常詳盡，還是署長有要補充嗎？(石崇良署長表示沒有)沒有了，

如果大家都沒有意見，因為剛剛報告確實特別詳盡。有關本案尚有 1 項未完成的執行目標、預期效益之評估指標，請健保署會同西醫基層總額相關團體儘速辦理，提報本會最近 1 次委員會議，第 2 點，餘洽悉。接著進行報告事項第三案。

玖、報告事項第三案「中央健康保險署「114年5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：因為我們這個月份是排定書面報告，本案就請委員卓參，請問委員有沒有要詢問的地方？如果都沒有的話，本案洽悉。請問是否有臨時動議？臨時動議也沒有。那再次感謝大家，今天的會議圓滿結束。