

衛生福利部全民健康保險會  
第7屆114年第5次委員會議議事錄

中華民國114年7月23日



# 衛生福利部全民健康保險會第7屆114年第5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7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：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、吳委員銘修、吳委員鏘亮(中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠代理)、呂委員正華(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(中華民國醫師公會全國聯合會黃常務理事啓嘉代理)、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、張委員田黨、張委員家銘、許委員舒博、許委員慧瑩、陳委員世岳、陳委員秀熙、陳委員建宗(台灣醫學中心協會游秘書長進邦代理)、陳委員相國、陳委員真慧、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、黃委員金舜、黃委員國祥、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、溫委員宗諭、董委員正宗、詹委員永兆、蔡委員順雄、鄭委員力嘉(全國產職業總工會林秘書雨樵代理)、謝委員佳宜、嚴委員必文

請假委員：吳委員永全、胡委員峰賓、連委員賢明、黃委員心苑

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

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23~24頁)

貳、議程確認：(詳附錄第24~31頁)

決定：

一、有關周委員慶明提案、陳委員相國連署之臨時提案「考量丹娜絲颱風重創南部地區之實際情況，建請動用『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目

之預算，針對臺南市12個重災行政區開診診所提供的適當補償，以維持基層醫療服務能量」，本會委員甚為關切丹娜絲風災對醫療體系的衝擊，將建請衛生福利部儘速召開會議研處。有關委員所提意見，一併送請衛生福利部參考。

## 二、餘照議程確認。

參、確認上次(第4次)委員會議紀錄：(詳附錄第31頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第32~35頁)

決定：

- 一、上次(第4次)委員會議決議(定)列管追蹤事項共計2項，同意繼續追蹤。
- 二、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件1項，同意解除追蹤。
- 三、請中央健康保險署及各總額部門遵循衛生福利部115年度健保政策目標，及早研擬年度總額協商草案，並依115年度總額協商程序提供資料，如期提送本會。
- 四、115年度各部門總額協商順序抽籤結果(如附件一)，依序為：醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診總額，其中門診透析安排在醫院總額協商場次之後，最後為其他預算，本會將據以安排總額協商會議細部議程，提下次委員會議報告。
- 五、請中央健康保險署會同各總額部門承辦團體，儘速辦理114年度總額核(決)定事項未完成之工作項目(如附件二)，以利總額協商。
- 六、同意中央健康保險署所請，將原訂於本次報告之「擴大辦理並持續精進『急性後期整合照護計畫』之規劃」延後提報，並請儘速辦理。

七、餘洽悉。

## 伍、報告事項(詳附錄第36~59頁)

### 第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：114年度各部門總額依核(決)定事項須提會報告之預算  
扣減方式規劃，請鑒察。

決定：

- 一、牙醫門診總額「牙醫特殊醫療服務計畫」：依中央健康保險署規劃之扣減方式辦理。
- 二、中醫門診總額「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」：本案依中央健康保險署建議不予以扣減，惟涉及衛生福利部114年度總額核定事項，本會將向衛生福利部提出建議。

### 第二案

報告單位：本會第三組

案由：各總額部門113年度執行成果評核結果及評核建議，請鑒察。

決定：

- 一、各總額部門113年度評核結果及115年度「品質保證保留款」專款之獎勵成長率如下：

總額別	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
獎勵成長率 (評核結果)	0.2%(優)	0.2%(優)	0.2%(優)	0.1%(良)

註：計算基礎係依各總額部門受評年度(113年)一般服務預算為基數。

- 二、請中央健康保險署及各總額部門承辦團體依評核委員所提精進作為之整體建議，納為未來規劃健保制度及總額預算執行參據，並於115年評核報告針對建議改進意見提出參採情形說明。

### 第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：114年度各部門總額依核(決)定事項，須提會報告之項目，請鑒察。

決定：

- 一、本案尚有1項「急性後期整合照護計畫」未完成，請中央健康保險署儘速辦理，提報本會最近1次委員會議。
- 二、餘洽悉。

### 第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：精進「急診品質提升方案」執行內容(以解決急診壅塞為目標及增訂壅塞無法達標之處理方式)專案報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署參考。

### 第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「114年6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。

陸、臨時動議：無。

柒、散會：上午11時30分。

## 115 年度各部門總額協商順序抽籤結果

抽籤日期：114 年 7 月 23 日(健保會 114 年第 5 次委員會議)

協商順序	總額部門別	簽名
1	醫院	李 球鳴
2	西醫基層	陳相國
3	中醫門診	詹永柏
4	牙醫門診	陳世玉

註：1.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。

2.依 115 年度總額協商程序規定，門診透析協商場次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；最後協商場次為其他預算。

附件二

**114年度各部門總額協定事項未依時程完成之工作項目**

部門別 / 未完成項目 (應完成期限)	依相關程序辦理，並副知本會(114年3月前)	需經本會同意、確認或向本會報告(114年7月前)	提報114年執行情形/執行結果納入總額協商參考(114年7月前)
<b>牙醫門診總額</b>			
1 高風險疾病口腔照護計畫			項次17(2)
2 特定疾病病人牙科就醫安全計畫			項次18
<b>中醫門診總額</b>			
1 提升用藥品質			項次14(3)
2 中醫提升孕產照護品質計畫			項次20
3 中醫急症處置			項次22(1)
4 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫			項次23
<b>醫院總額</b>			
1 急診品質提升方案	項次2		
2 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	項次5		項次41
3 因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引 -UPCR 修訂為UACR(每件增加 235 點)所增加預算(114 年新增項目)			項次24
4 C 肝照護品質提升衍生之醫療費用(114 年新增項目)			項次25
5 配合 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用提升，醫療服務密集度改變(114 年新增項目)			項次27
6 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材			項次31
7 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費			項次32
8 精神科長效針劑藥費			項次40

部門別 / 未完成項目 (應完成期限)	依相關程序辦理，並副知本會(114年3月前)	需經本會同意、確認或向本會報告(114年7月前)	提報114年執行情形/執行結果納入總額協商參考(114年7月前)
<b>西醫基層總額</b>			
1 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	項次6		
2 強化基層照護能力及「開放表別」項目		項次15	項次32
3 因應預防保健政策改變產生之服務密集度 (114年新增項目)			項次20
4 代謝症候群及C肝照護品質提升衍生之醫療費用(114年新增項目)			項次21
5 CKD 方案比照 DKD 方案採用 UACR 檢測 (114年新增項目)			項次22
6 精神科長效針劑藥費			項次40
<b>其他預算</b>			
1 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	項次1(2、3)		項次11(2、3)
2 居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務 ※於協商115年度總額前收集及分析「在宅急症照護試辦計畫」替代醫院住院費用情形，供115年度總額協商參考★	項次2(1)		項次12(3)
3 推動促進醫療體系整合計畫	項次3(3)	項次7	項次14(3)
4 腎臟病照護及病人衛教計畫	項次5(2)		

註：1.各部門總額未依時程完成之工作項目，詳附表「114年度各部門總額核(決)定事項辦理情形」之各該項次內容。

2.註記★之項目，請健保署於協商115年度總額前，提出「在宅急症照護試辦計畫」替代醫院住院費用情形，以利總額協商。

附件二之附表

**114年度各部門總額核(決)定事項辦理情形(節錄)**

**114 年度各部門總額應於 114 年 7 月前完成之協定事項辦理情形**

**一、牙醫門診總額**

工作項目	應完成時限	辦理情形
<b>提報本會執行情形(114 年初步結果/成果)</b>		
17 高風險疾病口腔照護計畫 ※協定事項： (1)加強高風險疾病病人口腔照護，並增加照護人數 (2)於具體實施計畫中，妥為研訂「高風險疾病病人牙結石清除/塗氟」增加照護人數之作法，並評估其完整照護率及照護成效，研議朝完整照護包裹式支付、論病例或論質計酬等方向，進行支付制度改革	114 年 7 月前	114 年編列 2,800 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下： 114 年 1-4 月高風險疾病口腔照護計畫申報人數為 985,338 人、件數為 1,166,785 件、申報 1,333.15 百萬點。 <b>【本會補充說明：依協定事項，提報內容請包含增加照護人數作法、評估其完整照護率及照護成效、研議支付制度改革等事項】</b>
18 特定疾病病人牙科就醫安全計畫 ※協定事項：訂定「預期效益之評估指標」之監測值，以利評估成效，並於 114 年 7 月前提報本會		114 年編列 307.1 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下： 114 年 1-4 月特定疾病病人牙科就醫安全計畫申報人數為 556,699 人、件數為 946,887 件、申報 94.79 百萬點。 <b>【本會補充說明：依協定事項，提報內容請訂定「預期效益之評估指標」之監測值】</b>

## 二、中醫門診總額

工作項目	應完成 時限	辦理情形
提報本會執行情形(114 年初步結果/成果)		
14 提升用藥品質 ※協定事項： (1)應增加健保中藥給付品項、 提升用藥品質，並減少民眾 用藥自費情形 (2)於額度內妥為管理運用，並 落實中藥用藥品質提升及費 用之監督與管理 (3)研議將科學中藥納入核實申 報及進行藥價調查之可行性	114 年 7 月前	<p>114 年編列 347 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本署業與中醫門診總額相關團體共同擬訂「中藥用藥安全管理策略」並提至 114 年 6 月份委員會議報告。</li> <li>2. 依據全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 11 條規定，可建議納入全民健康保險給付之中藥藥品：             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)取得主管機關核發藥品許可證之新藥。</li> <li>(2)主管機關核准經由藥品優良製造規範(GMP)中藥廠製造之「調劑專用」及「須由醫師(中醫師)處方使用」之濃縮中藥為限，但屬調劑或調配專用之非濃縮中藥，經藥物擬訂會議同意者，不在此限。</li> </ol> </li> <li>2. 前於 108 年 4 月 17 日科學中藥納入「全民健保藥物給付項目及支付標準」核實申報之可行性會議決議，建議維持目前日劑藥費之制度，惟若要推動核實申報，可先從醫療機構申報格式能夠一致，例如頻次、數量等，以利將來能夠進行統計分析，再評估本案的可行性。後續研擬函請中華民國中醫師公會全國聯合會、臺灣製藥工業同業公會及台灣中藥工業同業公會針對個別品項核價之可行性及執行方式案提供意見。</li> </ol>

工作項目	應完成 時限	辦理情形
20 中醫提升孕產照護品質計畫 ※協定事項：請持續評估本計畫提升孕產照護的成效，對於執行成效良好之保胎項目，請規劃導入一般服務；另對成效有待提升之助孕項目，請研提改善策略，以提升助孕成功率	114 年 7 月前	114 年編列 82 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下： 114 年 1-4 月中醫提升孕產照護品質計畫申報人數為 3,713 人、件數為 2.19 萬件、申報 23.79 百萬點。 【本會補充說明：依協定事項，請評估成效，對於成效良好項目提出導入一般服務之規劃；對成效待提升項目研提改善策略】
22 中醫急症處置 ※協定事項： (1)持續檢討計畫執行情形及成效 (2)本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場		114 年編列 10 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下： 114 年 1-4 月中醫急症處置計畫申報人數為 1,400 人、件數為 1,510 件、申報 5 百萬點。 【本會補充說明：依協定事項，請評估計畫具體成效】
23 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 ※協定事項：持續檢討費用申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，以建立合理給付標準		114 年編列 152.4 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下： 114 年 1-4 月中醫癌症患者加強照護整合方案申報人數為 6,775 人、件數為 3.2 萬件、申報 50.79 百萬點。 【本會補充說明：依協定事項，請檢討費用申報之合理性，評估計畫成效、建立合理給付標準】

### 三、醫院總額

工作項目	應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
2 <b>急診品質提升方案</b>  ※決定事項：精進方案執行內容，以解決急診壅塞為目標，並增訂壅塞無法達標之處理方式，以提升急診處置效率及照護品質	114 年 3 月前	依據本署 114.6.17 「急診壅塞之健保因應策略第四次研商會議」會議決議，修訂急診品質提升方案因時間因素，保留至下次會議討論，本署預計於 114.7.21 召開「急診壅塞之健保因應策略第五次研商會議」討論。
5 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫  ※決定事項：精進計畫內容，檢討執行目標、預期效益評估指標及其目標值，以利檢討改善		1. 「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」新增 RCC、RCW 住院階段獎勵項目及費用，自 111.10.1 起實施，至 114 年持續辦理。 2. 辦理情形詳項次 41 。
提報本會執行情形(114 年初步結果/成果)		
24 因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引-UPCR 修訂為 UACR(每件增加 235 點)所增加預算  (114 年新增項目)  ※決定事項：會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用	114 年 7 月前	114 年編列 200 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下： 1. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」之初期慢性腎臟病(Early CKD)照護，已放寬為 UACR 及 UPCR 並行(擇一執行)，本署業於 114.4.30 以健保醫字第 1140662176 號函公告，自 114 年 5 月 1 日起施行。 2. 全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫，本署業於 114.6.4 以健保醫字第 1140662606 號函公告新增 UACR 檢測填寫欄位。 3. 另擬訂預期效益之評估指標部分，本署業已蒐集相關團體意見，刻正溝通確認。

工作項目	應完成時限	辦理情形
25 <b>C 肝照護品質提升衍生之醫療費用</b>  (114 年新增項目)  ※決定事項：會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用	114 年 7 月前	<p>114 年編列 59.3 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」，業新增糖尿病及初期慢性腎臟病病人，符合特定條件者得執行 C 型肝炎篩檢規定。本署於 114.4.30 以健保醫字第 1140662176 號函公告，自 114.5.1 起施行。</li> <li>至擬訂預期效益之評估指標部分，本署業已蒐集相關團體意見，刻正溝通確認。</li> </ol>
27 配合 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用提升，醫療服務密集度改變  (114 年新增項目)  ※決定事項：會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用		<p>114 年編列 2,500 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下：</p> <p>為妥適因應五癌擴大篩檢後續疑似陽性個案之檢測及後續治療，研擬以五癌篩檢病人陽追率作為預期效益之評估指標，刻正請台灣醫院協會確認指標定義。</p>
31 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材  ※決定事項：請檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析		<p>114 年編列 17,996 百萬元，辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>藥費：公務預算補助挹注罕見疾病藥費 2,000 百萬元，罕見疾病及血友病藥費共 19,993 百萬元，截至 114 年 3 月，預估執行 4,089.91 百萬元，預估執行率 20.46%。</li> <li>特材：114 年編列 3 百萬元，截至 114 年 7 月，罕見疾病特材計 1 品項，截至 4 月申報費用為 1.2 百萬點。</li> </ol>

工作項目	應完成時限	辦理情形
32 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費  ※決定事項：請檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析	114 年 7 月前	【本會補充說明：依協定事項，提報內容請含醫療利用及成長原因分析】  114 年編列 5,750 百萬元，截至 114 年 3 月辦理情形如下： 截至 114 年 3 月，預估執行 1,122.91 百萬元，預估執行率 19.53%。 【本會補充說明：依協定事項，提報內容請含醫療利用及成長原因分析】
40 精神科長效針劑藥費  ※決定事項：評估本項專款之替代效果及執行效益，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用		1.114 年編列 3,006 百萬元，截至 114 年 3 月，預估執行 623.36 百萬元，預估執行率 20.74%。 2.113 年思覺失調症照護率較 112 年增加 0.4%，思覺失調醫療給付改善方案品質指標 12 項，高風險病人達標 5 項，達標率 41.7%(5/12)；未達標 7 項中「社區關懷訪視共訪比率」雖未達成目標值 100%，惟 113 年 70.56% 較 112 年 40.91% 大幅提升；另「因轉診結案且後續無就醫比率」因 113 年及 112 年均為 0%，爰 113 年未較上年度減少，本署將持續推動本方案，鼓勵院所提高思覺失調症之醫療照護品質。 【本會補充說明：依協定事項，提報內容請含替代效果及執行效益】
41 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫  ※決定事項：精進計畫內容，檢討執行目標、預期效益評估指標及其目標值，以利檢討改善		114 年編列 300 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下： 預計召開呼吸器照護支付調整專家諮詢會議討論「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫修訂方向。

#### 四、西醫基層總額

工作項目	應完成時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
6 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	114 年 3 月前	114 年 4 月 22 日邀集台灣復健醫學會、台灣心肺復健醫學會及中華民國醫師公會全國聯合會研議相關支付規範，將依程序提至相關會議討論。
需提本會報告或討論		
15 強化基層照護能力及「開放表別」項目 ※決定事項： (1)依本部決定結果，請研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部決定後，提報本會最近 1 次委員會議 (2)提出規劃調整開放之項目與作業時程	114 年 3 月委員會議報告案	本項「執行目標」及「預期效益之評估指標」經提至 114.6.5 研商會議，會議決議為請中華民國醫師公會全國聯合會依「歷年開放表別項目執行情形及檢討」研議開放表別項目再提會討論。俟回復後將依程序提至相關會議討論。
提報本會執行情形(114 年初步結果/成果)		
20 因應預防保健政策改變產生之服務密集度 (114 年新增項目) ※決定事項：請擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用	114 年 7 月前	114 年編列 360 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下： 研擬以五癌篩檢病人陽追率作為預期效益之評估指標，刻正請醫師公會全聯會確認指標定義。
21 代謝症候群及 C 肝照護品質提升衍生之醫療費用 (114 年新增項目) ※決定事項：請擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理		114 年編列 626.6 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下： 1. 代謝症候群衍生費用之預期效益之評估指標為「代謝症候群改善率」提升之診所占率較前 1 年增

工作項目		應完成時限	辦理情形
21 續	運用	114 年 7 月前	<p>加，並已與醫師公會全國聯合會達成共識。</p> <p>2.C 肝照護品質提升：</p> <p>(1)全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」，業新增糖尿病及初期慢性腎臟病病人，符合特定條件者得執行 C 型肝炎篩檢規定。本署於 114.4.30 以健保醫字第 1140662176 號函公告，自 114 年 5 月 1 日起施行。</p> <p>(2)全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫，業新增符合特定條件者得執行 C 型肝炎篩檢規定，本署於 114.6.4 以健保醫字第 1140662606 號函公告。</p> <p>(3)至擬訂預期效益之評估指標部分，本署業已蒐集相關團體意見，刻正溝通確認。</p>
22	<b>CKD 方案比照 DKD 方案採用 UACR 檢測</b> (114 年新增項目) ※決定事項：請擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用	114 年 7 月前	<p>114 年編列 199.8 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下：</p> <p>1.全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」之初期慢性腎臟病(Early CKD)照護，已放寬為 UACR 及 UPCR 並行(擇一執行)，本署業於 114.4.30 以健保醫字第 1140662176 號函公告，自 114.5.1 起施行。</p> <p>2.全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
		<p>畫，本署業於 114.6.4 以健保醫字第 1140662606 號函公告新增 UACR 檢測填寫欄位。</p> <p>3.至擬訂預期效益之評估指標部分，本署業已蒐集相關團體意見，刻正溝通確認。</p>
32 強化基層照護能力及「開放表別」項目 ※決定事項：對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務項目	114 年 7 月前	<p>114 年編列 1,720 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下：</p> <p>本案經提至 114.6.5 研商會議，會議決議為請中華民國醫師公會全國聯合會依「歷年開放表別項目執行情形及檢討」研議開放表別項目再提會討論。俟回復後將依程序提至相關會議討論。</p>
40 精神科長效針劑藥費 ※決定事項：積極提升基層院所使用長效針劑之比率，並評估本項專款之替代效果及執行效益		<p>1.114 年編列 100 百萬元，截至 114 年 3 月預估執行 13.79 百萬元，預估執行率 13.79%。</p> <p>2.113 年思覺失調症照護率較 112 年增加 0.4%，思覺失調醫療給付改善方案品質指標 12 項，高風險病人達標 5 項，達標率 41.7%(5/12)；未達標 7 項中「社區關懷訪視共訪比率」雖未達成目標值 100%，惟 113 年 70.56% 較 112 年 40.91% 大幅提升；另「因轉診結案且後續無就醫比率」因 113 年及 112 年均為 0%，爰 113 年未較上年度減少，本署將持續推動本方案，鼓勵院所提高思覺失調症之醫療照護品質。</p> <p>【本會補充說明：依協定事項，提報內容請含替代效果及執行效益評估】</p>

## 六、其他預算

工作項目	應完成時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
<p>1 山地離島地區醫療給付效益提升計畫          ※決定事項：          (1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質(含建立監測指標)，並評估114年新增鼓勵提升山地離島地區醫療服務措施之成效          (2)新增「公費醫師在地服務診次費用」：建立評估機制，檢討本項預算對鼓勵公費醫師留鄉之成效，包括公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率等          (3)新增「山地離島地區醫療院所點值保障費用」：應審慎評估鄰近都會地區醫療院所保障點值每點1元之合理性，並訂定排除條件          (4)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效</p>	<p>114年3月前</p>	<p>1.本署於全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫訂有民眾滿意度、IDS 執行情形、醫療照護成效、促進預防保健及當地特定疾病個案等管理指標，以監測山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質。</p> <p>2.本署將於 114 年底評估離島公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率，據以評估編列預算挹注之成效。</p> <p>3.為持續強化山地離島地區在地院所醫療量能，爰規劃透過點值保障措施鼓勵醫療服務提供，本署將持續監測資源配置之合理性及成效。</p> <p>4.本署於 113.8.19 健保醫字第 1130116825 號公告修訂「全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案」，並訂有健康管理指標、醫療照護指標、其他政策鼓勵指標以評估計畫成效。</p> <p>5.另為持續檢討 IDS 計畫執行之效益，本署於 113-114 年邀集各分區業務組召開 3 場會議，並擬具計畫修訂草案，目前洽詢醫界團體意見中，將俟取得各界共識後，再行辦理 IDS 計畫修訂事宜。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>2 居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務 ※決定事項：</p> <p>(1)持續精進居家醫療照護模式，提升品質與成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)，並檢討、修訂「居家醫療照護整合計畫」相關支付標準</p> <p>(2)擴大辦理「在宅急症照護試辦計畫」：加強監測病人安全、治療品質及成效，並滾動檢討計畫內容，以精進在宅急症照護模式</p>	114 年 3 月前	<p>1.助產所業務：114 年延續 113 年計畫持續辦理。</p> <p>2.居整計畫及居家照護：</p> <p>(1)本署刻正依相關學/協會意見全盤檢討本項計畫，並規劃調升醫事人員訪視費用，以合理反映醫事人員照護成本，將組專家團體討論，再依程序提會討論。</p> <p>(2)為提升居家安寧個案照護品質及在宅善終比率，刻正訂定相關監測指標。</p> <p>(3)規劃與居整計畫共同研議調升支付點數以合理反應醫事人員付出之心力及成本。</p> <p>3.在宅急症：已於 114.2.3 公告修訂「在宅急症照護試辦計畫」，方案修訂重點已提報 114 年 3 月份委員會議。</p> <p>4.安寧居家：已於 114.6.2 公告新增「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案」，依實地訪視評核給予加成獎勵，方案重點已提報 114 年 6 月份委員會議。</p> <p>5.精神社區：114 年延續 113 年作法持續配合辦理。</p>
<p>3 推動促進醫療體系整合計畫</p> <p>(1)醫院以病人為中心門診整合照護計畫</p> <p>(2)急性後期整合照護計畫</p> <p>(3)跨層級醫院合作計畫</p> <p>(4)遠距醫療會診 ※決定事項：</p>		<p>1.醫院以病人為中心門診整合照護計畫：延續 111 年計畫辦理。</p> <p>2.急性後期整合照護計畫：研擬於 114 年第 3 季邀集各層級醫院協會、相關專科醫學會研修急性後期整合照護計畫。</p> <p>3.跨層級醫院合作計畫：延續 113 年計畫辦理。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>3 繼</p> <p>(1)擴大辦理「遠距醫療會診」</p> <p>(2)檢討計畫執行方式，及評估醫療品質與成效，研提改善策略，以提升執行成效</p> <p>(3)擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃</p> <p>※113 年 12 月委員會議決定事項：請檢討「急性後期整合照護計畫」，其支付標準調整應考量支付衡平性，並納入 114 年度檢討計畫執行內容辦理</p>	114 年 3 月前	<p>4.遠距醫療給付計畫：</p> <p>為擴大遠距醫療推動，提升偏鄉民眾專科醫療可近性，遠距計畫修訂草案已於 114 年第 2 次共同擬訂會議討論通過，修訂重點如下：</p> <p>(1)取消遠距會診專科別限制：由在地端院所依當地醫療需求協調遠距端院所量能提供服務。</p> <p>(2)調升在地端院所執行遠距會診之診察費加成，以鼓勵院所提供遠距專科會診服務。</p> <p>(3)在地院所資格新增「參與全民健康保險西醫醫療資源不足改善方案且計畫施行地區內進行巡迴醫療之院所」，將醫缺地區巡迴點納入實施範圍。</p>
<p>5</p> <p>腎臟病照護及病人衛教計畫</p> <p>(1)末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫</p> <p>(2)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案</p> <p>(3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以延緩病人進入透析之照護</p> <p>(2)檢討「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標，訂定更具鑑別度之獎勵方</p>		<p>1.末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫，已於 114.6.4 以健保醫字第 1140662606 號函公告修訂。</p> <p>2.初期慢性腎臟病醫療給付改善方案：業於 114.4.30 以健保醫字第 1140662176 號公告修訂。</p> <p>本署於 113 年以家醫計畫為基礎，與代謝計畫、糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案進行整合，另於 114 年精進相關費用支付方式，如透過個案管理費加成，鼓勵院所定期追蹤慢性病個案。並精進相關指標，追蹤收案會員之特定檢驗項目表現，鼓勵醫療群提升醫療照護品質。</p> <p>【本會補充說明：依協定事項，提報內容請含「慢性腎衰竭病人門診</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
式，以落實獎勵之目的		透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標檢討】

需提本會報告或討論

7	<b>推動促進醫療體系整合計畫</b> ※決定事項：擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃，並於 114 年 7 月前提本會報告	114 年 7 月 委員會議 報告案	為完善規劃「社區型急性後期整合照護服務模式」，本署刻正廣泛蒐集意見暨邀集專家研商，業於 114.6.25 函請貴會同意延後報告時程(附錄)。
---	--	--------------------------	--

提報本會執行情形(114 年初步結果/成果)

11	<b>山地離島地區醫療給付效益提升計畫</b> ※決定事項： (1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質(含建立監測指標)，並評估 114 年新增鼓勵提升山地離島地區醫療服務措施之成效 (2)新增「公費醫師在地服務診次費用」：建立評估機制，檢討本項預算對鼓勵公費醫師留鄉之成效，包括公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率等 (3)新增「山地離島地區醫療院所點值保障費用」：應審慎評估鄰近都會地區醫療院所保障點值每點 1 元之合理性，並訂定排除條件 (4)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成績面之監測指標，以評估計畫成效	114 年 7 月前	114 年編列 1,356.6 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下： 1.IDS 計畫草案現函詢各單位意見中，本署將俟取得各界相關團體共識後，再行辦理 IDS 計畫修訂事宜，評核指標修訂重點如下： (1)促進預防保健指標項下，增訂「B、C 型肝炎篩檢比率」。 (2)增訂癌症防治指標(大腸癌、乳癌、子宮頸癌、口腔癌篩檢率)。 2.有關公費醫師在地服務評估機制一節，因健保無收載公費醫師資料，本署將洽請衛福部醫事司提供資料後，規劃於 114 年底針對醫師整體留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率進行統計，據以評估編列預算挹注之成效。 3.有關為持續強化山地離島地區在地院所醫療量能，爰規劃透過點值保障措施鼓勵醫療服務提供，本署將持續監測資源配置之合理性及成效。另排除條件訂定建議，本組將請各分區業務組針對轄區
----	---	---------------	--

工作項目	應完成時限	辦理情形
11 續	114 年 7 月前	<p>鄉鎮(市)區特性及醫療資源提出建議後彙整提報本署。</p> <p>4. 本署業於 113.8.19 健保醫字第 1130116825 號公告修訂「全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案(原山地鄉全人整合照護執行方案)」，修訂評核指標如下：</p> <p>(1) 健康管理指標項下，「高風險孕產婦產檢達成率」修訂為「孕產婦產檢達成率」，增訂「高風險妊娠產檢率」、「全口牙結石清除」、「施行全口牙結石清除，且併同牙周暨齲齒控制基本處置(91014C)的執行率」</p> <p>(2) 其他政策鼓勵指標項下，增訂「B、C型肝炎篩檢比率」。</p>
12 居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務  ※決定事項： (1)持續精進居家醫療照護模式，提升品質與成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)，並檢討、修訂「居家醫療照護整合計畫」相關支付標準 (2)擴大辦理「在宅急症照護試辦計畫」；加強監測病人安全、治療品質及成效，並滾動檢討計畫內容，以精進在宅急症照護模式 (3)收集及分析本計畫替代醫院	114 年 7 月前	<p>114 年編列 9,378 百萬元，截至 114 年 5 月辦理情形如下：</p> <p>1. 居家醫療照護：</p> <p>(1) 截至 114 年 5 月，居家醫療照護整合計畫共 3,483 家醫事機構參與，收案約 7.1 萬人。</p> <p>(2) 截至 114 年 4 月，新收案照護對象(收案滿 1 個月)後每月平均門診就醫次數，較收案前半年減少約 0.5 次。</p> <p>(3) 安寧居家：本署業於 114.6.2 公告新增「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案」，依實地訪視評核給予加成獎勵，自 114.7.1 起實施。</p> <p>2. 在宅急症照護試辦計畫：截至 114 年 5 月計有 172 個團隊、762 家院所參與計畫，共收案 2,955 人</p>

工作項目	應完成 時限	辦理情形
住院費用情形,供 115 年度總額協商參考★		<p>次，且平均照護天數為 6.9 天，113 年平均醫療費用約 3 萬點。</p> <p>3.轉銜長照之服務：114 年持續辦理。</p> <p><b>【本會補充說明：依決定事項，請於 115 年度總額協商前，提出「在宅急症照護試辦計畫」替代醫院住院費用情形】</b></p>
14 推動促進醫療體系整合計畫 ※決定事項： (1)擴大辦理「遠距醫療會診」 (2)檢討計畫執行方式，及評估醫療品質與成效，研提改善策略，以提升執行成效 (3)擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃 (4)為配合醫院「擴大多重慢性病收案照護」之政策，請強化多重慢性病人之整合照護	114 年 7 月前	<p>114 年編列 520 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下：</p> <p>1.114 年 1-4 月申報遠距會診費 431.1 萬點，共 0.5 萬人次接受服務；另 114 年截至 6 月，共 123 家在地院所與 53 家遠距院所合作參與遠距計畫，提供 63 個鄉鎮、11 個急重症轉診網絡及 2 間矯正機關遠距會診服務。</p> <p>2.為擴大辦理「遠距醫療會診」，114 年遠距計畫已研議取消遠距會診專科別限制，並透過調升在地端院所執行遠距會診之診察費加成鼓勵院所提供遠距專科會診服務，計畫修訂草案已於 114 年第 2 次共同擬訂會議通過，刻正依程序辦理相關事宜。</p> <p>3.為完善規劃「社區型急性後期整合照護服務模式」，本署刻正廣泛蒐集意見暨邀集專家研商，業於 114.6.25 函請貴會同意延後報告時程(附錄)。</p>

第7屆114年第5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 4 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉：報告主席、各位委員，會議時間已經到了，委員出席人數過半，目前已有 27 位委員出席，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，所有健保會的委員、石崇良署長、陳真慧代理司長，以及所有今天與會的各位先進們，大家早安、大家好！

非常開心今天看到很多中南部的委員，終於能夠上來開會了，因為這次丹娜絲颱風重創南台灣，包括停水、停電、淹水，以及屋頂受損等等，不管是民眾或一些基層診所、醫療機構等，他們的家園、財產、生計上都受到一些影響，也是因為這樣，全體健保會的委員是非常關切的。有關於這次的風災，整個衛福部也是感同身受，所以在風災發生的第一時間，衛福部在邱泰源部長的指示之下，已經展開積極的救援，不僅是在第一時間的救援，也包括現在的重建工作都在積極進行當中。

目前不管是除了災害的慰問金補助、就醫、健保卡不中斷之外，有關於醫師公會全國聯合會提出的一些措施，對於基層診所，以及對於西、中、牙醫的救助補助措施等，衛福部也都積極研處當中，這點請大家放心。相信在大家心手相連之下可以共度難關，衛福部目前已經設置了 1 個專戶來做募款，是從 7 月 21 日開始勸募，這是第一件事情，也表達健保會最大的關切和協助。

第二，在 7 月 14 日、15 日本會辦理了 113 年度總額執行成果發表暨評核會議，是針對 113 年各總額部門執行成果，還有健保署的相關執行事項來進行評核。這次的評核會非常感謝全體的健保會委員非常重視，多數都到場來聆聽 2 個整天，也感謝 7 位評核委員，包括健保會現任的委員陳秀熙委員、黃心苑委員、胡峰賓委員，還有我個人，另外還有 3 位學者專家的評核委員，戴桂英委員、吳肖琪委員、林文德委員。

有關評核會的感言，首先，要給所有總額部門，及健保署最大的肯定，也感謝大家在內部閉門會議當中推派我擔任主席，我可能也有責任跟大家說明，這次評核會議中最基本的原則，是每個總額部門是自己跟自己比，也就是要自我超越，這是第 1 個重大原則。其次是有 4 點評核要素，第 1 點是品質，醫療照護品質要提升；第 2 點就是進步，要看到每個總額部門進步之所在；第 3 點是鼓勵，希望評核絕對不是站在懲罰的角度，而是站在鼓勵的立場，讓每個總額部門都能夠更加精進；第 4 點是形塑一個正向的力量，也就是透過健保會全體委員來共同集思廣益，包括評核委員，給予各總額部門，還有健保署最多精進的建言，讓他們能夠形成一種正向精進的力量，包括品質、進步、鼓勵與正向，這是評核要素。所以首要原則是每一個部門自我超越，自己跟自己比，包括剛剛提到的 4 大要素之下，要肯定大家的是，今年因為總統府也推動健康台灣推動委員會，在健康台灣各項措施的進行當中，可以看到，所有總額部門在 113 年幾乎達到有史以來滿意度最高的 1 年，在這裡首先要肯定大家的努力，其次是醫院部門、牙醫部門、西醫基層部門在 113 年的執行成果的部分都獲得優等肯定，中醫部門也是有獲得肯定。以上是針對評核事項。

第三件事情要跟大家報告，台灣全民健保的成就是有目共睹，也是台灣之光，就在最近公布的 2025 年國際醫療照護指數評鑑，台灣連續 7 年再一次獲得世界排名第一，今年的分數甚至比去年還要高，可以看到在所有第一線醫療先進的努力之下，包括健保署石崇良署長和各分區業務組，以及衛福部邱泰源部長所帶領的健保會共同努力之下，成果是被大家看到的，也希望大家能夠珍惜健保得來不易的成果，並發揮健保會更大的把關責任。以上簡單報告，謝謝。

另外，委員桌上的這本書「謝謝您留下來陪我」，非常感謝石崇良署長致贈這本書，相信對每位關心失智的朋友、關心所有在度過人生最後歲月的朋友，值得大家好好來閱讀，謝謝。

### 同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主委、各位委員，這次的議程安排共有報告事項 5

案，沒有討論事項，除了第 3、4 案以外，其他 3 案都是依照年度工作計畫排定。報告事項第 1 案是有關年度各部門總額依核(決)定事項須提會報告之預算扣減方式規劃案，第 2 案的部分是有關於，剛剛主席有講，就是我們上週辦理的 113 年度各總額部門執行成果的評核結果與評核建議。第 3、4 案是之前就安排的，原本依年度工作計畫是安排在 5 月、6 月報告，健保署為準備得比較充實所以延到這個月報告。第 3 案是總額核(決)定事項須提會報告的項目，第四案是急診品質提升方案報告案，第 5 案是健保署例行業務報告，本次不做口頭報告。

另外在桌上是有一個臨時提案，請翻到補充資料 2 說明的部分，這部分是昨天周慶明委員在昨天下午 4 點 31 分提出的新增提案，提案的案由是「考量丹娜絲颱風重創南部地區之實際情況，建請動用『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目之預算，針對臺南市 12 個重災行政區開診診所提供的適當補償，以維持基層醫療服務量能」，請參閱補充資料 2 的第 3~4 頁。

其實這個臨時提案也是真的叫本會緊急應變，昨天下午 5 點 47 分做了研析寄送給各位委員，因為時間很趕，幕僚試著做出初擬建議。請委員看到初擬建議，說明一的部分是有關臨時提案的處理規定，請委員參閱，說明二的部分是我們對本案初擬的建議，請委員參酌。

初擬建議第(一)點，提到 114 年度其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目的決定事項，是「經費之支用，除依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理，如遇有藥品全球供應鏈不穩定等特殊事件，亦得動支」。所以本案提出動用本項經費的話，其實就必須依照本會議定之「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』之適用範圍與動支程序」規定辦理。

第(二)是本案所提丹娜絲颱風是在 7 月 7~11 日發生，目前各級政府還在災後復原、處理程序中，整體對於醫療費用的影響，尚無完整的醫療費用數據可供評估。而且依適用範圍與動支程序之「二、動支程序」規定，須由健保署與受影響之總額部門於提案前共同完

成評估，是否符合適用範圍、動支標準後，再提供前述評估資料及完整數據提本會討論。所以這部分建請健保署及西醫基層總額部門在蒐集完整的受災情形影響的資料後，依適用範圍與動支程序進行評估及提供相關完整的資料，再提本會討論，以上是本項提案的說明，有關臨時提案請委員等一下再做討論。

在委員桌面上放有「全民健康保險各總額部門 113 年度執行成果評核指標摘要」，是本會同仁彙整健保署及四總額部門提供資料編製完成，提供給委員作為年度總額協商參考；另外沒來參加上週評核會議的委員，桌上也放有執行成果發表暨評核會議的會議資料共 2 冊，桌上還放有公文紙袋，若會後委員方便可以將資料帶走，如果覺得資料太重可以留在桌上，本會同仁會幫忙郵寄給委員，以上。

**周主任委員麗芳：**非常感謝周淑婉執行秘書的報告，也非常謝謝周執行秘書帶領的健保會同仁，大家可以看到桌上有很詳盡的評核會議指標摘要。我這邊要特別感謝，在這次收到資料時，也同步收到 1 本健保會的年報，健保會每年幕僚同仁會協助編製年報，並從 111 年開始在健保會網站還有年報的電子書櫃，是不是掌聲感謝幕僚同仁做了很多細緻的行政工作(委員鼓掌)。有關剛剛議程確認的說明，在主席致詞時也提到這次的臨時提案，衛福部對於南部相關的災情受損，特別是基層診所及醫療機構的部分，已經展開協處措施，有關臨時提案，本會非常重視也支持，建請衛福部儘速召開會議研處，我們希望能夠快速給大家更宏觀且全面性的協助，不知道針對臨時提案的處理方式，大家是不是可以接受？請朱益宏委員。

**朱委員益宏：**如果衛福部要召開相關的會議，因為受風災影響在幾個縣市都有，且不會只有基層的西醫診所，牙醫、中醫診所，甚至包括醫院都有受到部分的影響，如果衛福部、健保署要找大家來商量的話，可能這幾個總額部門也要一併做考慮，雖然是由西醫基層來提案，但是這次風災不是只有影響到西醫基層診所。

**周主任委員麗芳：**依序由黃啓嘉代理委員，等一下，不好意思，我剛只看這邊，我現在才注意到林恩豪委員也有舉手想發言，對不起，

我打斷你一下，請提案人說明。

**黃代理委員啓嘉(周委員慶明代理人)**：主席、各位委員，我是黃啓嘉醫師，今天代理周慶明委員出席，代理提案人來做說明，看提案單的案由及說明內文沒有強調限於補助診所，擬辦內容要支應的是所有醫療機構不限於基層診所，藥局若真的有受損也可一併辦理，並沒有限制對象，醫全會不會只提一個限用於診所的議案，其實這個案子主要呼應衛福部在救災方面已經開始動作，是不是要給衛福部比較大的空間有預算可用，以及給衛福部建議的方向，議案的主旨如提案單，至於細節部分，我們尊重衛福部裁量，若有其他的預算來源那更好，如果沒有的話，我們有這項預算給衛福部，可讓衛福部在救災工作上能更迅速地完成，這是本案宗旨。再次強調，本案涵蓋所有醫療機構，是影響民眾健康權益的所有執行單位，我們都一併考量，謝謝。

**周主任委員麗芳**：謝謝黃啓嘉醫師代理周慶明委員做提案說明，既然是提案說明，我就公允一下，我看 2 個提案人，要不要一起把提案人的初衷一起講完？請陳相國委員。

**陳委員相國**：主委、各位委員大家好，我來自災區，我是台南人，跟大家報告，這次風災非常嚴重，大概台南沿海 12 區包括佳里、七股等，受損房子約有 1 萬棟，大部分是屋頂被吹掉了，很多診所招牌都被吹掉，修復只有 4 千棟，還有 6 千棟等待修復。評核會那天我去勘災看沿海的受損情形如何，真的很慘，有的診所大門被吹破，屋頂被掀掉，最慘是連續停水、停電、停網、停大哥大，連續 5 天無法對外聯絡，災情真的很嚴重，感謝衛福部及健保會都支持這個提案，嘉義竹崎、布袋地區，災情也是很嚴重，是不是把竹崎與布袋也列入這次想要補助的區域，感謝各界力量一起幫助臺南，現在逐漸復原中，電線桿倒了 1 千根，現在修復 700、800 根，還好人員損傷不嚴重，是財損比較嚴重，各醫療機構都有受損，希望可以一併給予補助，感謝大家。

**周主任委員麗芳**：謝謝。

**黃代理委員啓嘉(周委員慶明代理人)：**我再補充一下，我要跟大家說明一下，救災不是用這個預算來救災，真的災害傷害不是用這個預算，災害傷害是用其他預算，我們這邊強調的是災害發生以後，當地所有的醫療單位，不分醫院、診所、藥局、中醫、牙醫、西醫，仍然堅守崗位為民眾健康權益在開診、照顧，基於這點是不是要在醫療費用上，給予一些補助，因為那時候開診，第一個，正常其實是要休診的，你要知道風災時強調醫療量能，是否能夠在民眾最需要的時候，醫療機構能不要休診，別的公司、餐廳可以關起來不讓大家吃飯，但醫院、診所及藥局不能關起來讓民眾得不到醫療照顧，他們堅持在這種情況下開診，可能會面臨到規模經濟不夠，導致開診入不敷出，另外還有人員上班要支付加班費、風災產生的額外費用，在這些前提下，我們考量是不是要給他們補助，而不是因為房子屋頂被吹掉，我們拿健保的錢去補貼他們的損失，完全不是這個意思。我們的意思是，在那種情況下維持醫療量能所需要的費用，無疑是增加了醫療機構的負擔，希望能夠在這個非預期風險上面給他們支持。

**周主任委員麗芳：**請林恩豪委員。

**林委員恩豪：**主席，我想先請問一下，通常臨時提案不是先討論要不要排入議程？

**周主任委員麗芳：**其實我剛剛已經講到，因為衛福部正在處理這個案子，這個案子我們要建請衛福部儘速召開會議，所以這個臨時提案先不用送進來，衛福部處理完有必要的時候會再送進來，剛剛我已經有先做這樣的說明。

**林委員恩豪：**所以主席你的意思是說.....

**周主任委員麗芳：**對，不是在討論。(林委員恩豪：不是在討論這個案子？)不是在討論，我們現在只是在說明今天沒有把臨時提案擺進議程的原因，是因為部裡面正在處理，我們請部裡面先積極協處，然後有必要再送來會裡，所以沒有實質討論。

**林委員恩豪：**所以第1點，這個案子今天不會討論？

周主任委員麗芳：今天暫時沒有。

林委員恩豪：那我支持主席這個做法。第 2 點，我簡單說一下，就不廢話，如果下次要討論這個議題，因為它是要動支調節非預期風險這筆經費，大家都知道，這筆經費有它的動支標準，請先和健保署討論到底符合不符合動支標準，評估以後再送過來，謝謝。

周主任委員麗芳：接下來請黃金舜委員。

黃委員金舜：實際上這次颱風的災情，我是台南佳里人，我老家的屋頂都不見了，上週我好不容易在屏東找到 1 個鐵工，他來測量後，我問他哪個時候可以去修建，他也不敢跟我確定日期。

藥師公會在 7 月 17 日，已經針對臺南、嘉義的災情展開調查，我在 7 月 20 日也派了 10 幾個藥師去七股區龍山里，那個里 8 天無水無電，我們去發一些物資與外傷用的藥品，我們已經在進行。

我知道張田黨委員的房子損傷也很嚴重，所以周慶明委員的提案我想剛剛朱益宏委員也說過，因為受災的部分不只是基層診所，包括醫院、牙醫、中醫、藥局都在處理醫療工作，衛福部如果要召開會議，也不能忘了藥局，以上。

周主任委員麗芳：接下來請陳秀熙委員、詹永兆委員，但是跟大家報告，我們現在沒有實質討論這個案子，謝謝。

陳委員秀熙：這個案子我是這樣建議，就是也要考慮未來會有相同的情況出現，在通則上面，我會建議提案人未來在計畫提出前，因為行政院針對災害防救應該都有成立災害重建小組，所以在法源上面，希望大家注意一下，除了基本的全民健康保險法跟你們現在的提案有關之外，災害防救法第六章災後復原重建，其中第 37~44 條裡有講到金融等方面的協助，例如低利貸款，我想這部分可以參考。

各位如果去看災害防救法第六章災後復原重建的第 45 條<sup>(註)</sup>，它已經對所有災區民眾在全民健康保險上應該要得到的權益，馬上就可以得到，法條裡連不在全民健康保險範圍內的民眾權益都規定得相當清楚，所以我們一定要善於利用行政院災害防救法，我建議提案的部分，是不是可以加入行政院的災害防救法，因為颱風是屬於

天災，颱風所引起後面的水災，非常符合災害防救法，這樣在提案的法源，對於健保會做這件事，法源根據才會非常明確，以上提醒，請大家參考第六章災後復原重建的第45條。

註：災害防救法第六章災後復原重建第45條

災區受災之全民健康保險保險對象，於災後一定期間內，其應自付之全民健康保險保險費、受災就醫之醫療費用部分負擔及住院一般膳食費用，由中央政府支應並得以民間捐款為來源。未具全民健康保險保險對象資格者於災區受災，其屬全民健康保險給付範圍之受災就醫醫療費用及住院一般膳食費用，亦同。

災區範圍公告前，遇有大量受災傷病患須收治之情形時，衛生福利部得劃定大量受災傷病患區域，該區域受災民眾就醫，準用前項有關受災就醫醫療費用及住院一般膳食費用規定。

第一項適用對象之資格、條件、期間與前項大量受災傷病患區域之劃定程序及其他相關事項之辦法，由衛生福利部定之。

**周主任委員麗芳：**等一下發言就到陳世岳委員為止，也就是所有的醫療部門都發言一輪，我們就得停止，因為現在都還沒有進入議程，請詹永兆委員。

**詹委員永兆：**各位委員，大家早。我們這週也是開了中醫的中執會<sup>(註)</sup>，我們南區包括台南、嘉義的診所也是嚴重受損，所以如果有召開會議討論的話，我想中、西、牙、藥應該也要一併列入考量。如果不符非預期風險經費動支條件的話，是不是動用剛才陳秀熙委員講的公務預算支付，謝謝。

註:中醫門診醫療服務審查執行會。

**周主任委員麗芳：**請陳世岳委員。

**陳委員世岳：**謝謝周慶明委員及陳相國委員提這個案子，其實嘉義、台南的牙科診所受損真的非常嚴重，而且大家知道牙科裡面設備都是非常昂貴的，天花板不見了，所有電腦斷層設備全部都毀了。我們要開診，其實真的很辛苦，要有備用水塔、另外還要有發電機，牙科才能做，其實我們付出與損失都是非常慘重，謝謝2位委員提出這個案子，我們非常支持，也希望大家給所有醫療服務者有個鼓勵，謝謝。

**周主任委員麗芳：**對於所有委員包括提案人提出來的意見，我個人都非常認同及支持，我想健保會的委員也是感同身受，不只是西醫基層，剛剛提到的，全體的醫療體系，西醫、中醫、牙醫，甚至剛才提到的藥界，也就是醫界全體。所以有關於議程確認，本會甚為關

切丹娜絲風災對醫療體系的衝擊，臨時提案建請衛福部儘速召集會議研處，本會委員所提意見送請衛福部參考，這是第 1 點；第 2 點，餘照議程安排進行。接下來確認上次會議紀錄。

**同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)**

周主任委員麗芳：針對上次委員會議紀錄，委員有沒有詢問？如果沒有的話，會議紀錄確認，謝謝。

## 貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄 同仁宣讀

周主任委員麗芳：請說明。

周執行秘書淑婉：主委、各位委員，請看到項次一，依上次委員會議決議(定)事項辦理情形：(一)我們已經依照討論事項第二案決議，辦理相關作業，在 7 月 2 日函送 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額(下稱 115 年度總額)協商程序給各總額部門及健保署，希望大家依照預定期程及早規劃 115 年度總額協商內容，我們隨函也檢附了衛福部函報行政院核定 115 年度總額範圍草案的健保政策規劃目標，雖然尚未交議，但是規劃目標還是可以給各總額部門作為總額協商擬案的參考。

也拜託大家依照規劃期程，在 8 月 12 日前提送 115 年度總額協商因素項目及計畫草案，把各協商項目跟計畫的具體內容提出來；在本年 8 月 28 日前提送協商草案的最終版本，提送前也請大家填具自行檢核表，確認資料的完整性以利協商，而且最終版本送進來之後就不要再修正了，因為我們沒有時間再做修正。

另外我們收到衛福部交議 115 年度總額範圍案後，會儘速轉知各總額部門承辦團體、健保署及本會委員，也會提到最近 1 次的委員會議報告，並邀請衛福部派員蒞會說明，我們預期會在 8 月 20 日的委員會議進行，讓委員能夠瞭解行政院對總額範圍核定情形及政策目標。

(二)上次委員會議決議(定)追蹤列管事項共有 2 項，依辦理情形，沒有要解除追蹤的事項，建議繼續追蹤的有 2 項，如會議資料第 27 頁附表一，最後仍依照委員會議的議定結果辦理，附表內容請委員參閱。

項次二，是歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項，達到解除追蹤條件，擬建議解除追蹤 1 項，在會議資料第 28 頁附表二，請委員翻到會議資料第 28 頁，本追蹤事項是有關 114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)部分，健保署已經報部，本部已經

在 6 月 20 日核定，健保署也已經在 6 月 30 日轉知給署內各單位辦理，本項已經完成，所以建議解除追蹤，最後還是依照委員會議的議定結果來做辦理。請委員再翻回會議資料第 21 頁。

項次三，依照 115 年度總額協商程序，等一下要麻煩四個總額部門的委員代表進行協商順序的抽籤作業，我們會再依抽籤結果安排協商的議程。其中透析的部分，依照協商程序規定，將會安排在醫院或是西醫基層抽籤序比較優先的場次進行，就不另行抽籤。等一下同仁會引導四總額部門的代表到旁邊抽籤，抽籤出來，如果大家覺得場次要做調整，可以自行協商，最後的結果在會議結束前會請主席來作宣布。

項次四，剛才主席已經報告過了，所以我就不做說明了。

項次五，是本來這次會議要請健保署報告「擴大辦理並持續精進『急性後期整合照護計畫』之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃」，因為健保署在 6 月 25 日來函表示將召開專家學者會議研商，希望規劃得更為完整，所以想要延後報告時程。我們考量健保署積極處理本案中，擬請委員同意本報告案延後提報，也拜託健保署完成規劃後儘速提報本會。

項次六，是 114 年度各部門總額核(決)定事項定期追蹤辦理情形，簡單說，114 年度總額核(決)定事項依執行做法分為 3 類，可以看到會議資料第 22 頁(二)本會整理的核(決)定辦理情形表，「依相關程序辦理，並副知本會」的項目，46 項裡有 7 項沒有完成；「需提本會報告或討論」的項目，26 項裡有 2 項沒有完成；需「提報本會執行情形」的有 80 項，其中還有 21 項沒有完成。依照 114 年度總額協商原則，114 年度執行成效要納入 115 年度總額協商考量，所以還是請大家把這 24 個項目依照時程辦理，請健保署會同各總額部門承辦團體儘速辦理，以利總額協商。

項次七，就是剛才在解除列管部分有提到，114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案報部情形，本部在 6 月 20 日已經核定改善方案，我們有整理核定方案跟委員會議討論內容的差異，這

部分請委員參閱；另外核定函有提到各年度改善方案的提報，請健保署斟酌規劃時程，俾按健保會排定的時程辦理。這邊要提醒健保署，我們 114 年度工作計畫是把本案排在第 10 次委員會議，也就是規劃在 114 年 12 月 24 日討論 115 年度改善方案(草案)，請健保署參辦。

項次八，剛剛主席已經幫我說了，就是我們的年報已經併同這次的委員會議資料寄送給各位委員，歷年的年報資料也放在本會的網頁上，並建置了所謂的電子書櫃，請委員可以知會關心健保議題的會員做參考。

項次九，是衛福部及健保署在本年 6 月到 7 月發布並副知本會的相關資訊摘要，詳細內容在健保署的全球資訊網都有，各資訊的詳細內容跟附件，我們也在 7 月 17 日寄到各位委員的電子信箱，再請委員參閱，以上是本會的重要業務報告。

**周主任委員麗芳：**謝謝周淑婉執行秘書的業務報告，有關於本會的業務報告，不知道委員有沒有其他意見？剛才報告也非常詳盡，如果沒有要特別的意見，我就做成下面幾點決定，內容稍微長一點。

第 1 點，上次(第 4 次)委員會議決議(定)列管追蹤事項共計 2 項，擬繼續追蹤 2 項，同意繼續追蹤。

第 2 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 1 項，同意解除追蹤。

第 3 點，請健保署及各總額部門遵循衛福部 115 年度健保政策目標，及早研擬年度總額協商草案，並依 115 年度總額協商程序提供資料，如期提送本會。

第 4 點，115 年度各部門總額協商順序抽籤結果，依序為：醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診總額，其中門診透析安排在醫院總額協商場次之後，最後為其他預算，本會將據以安排總額協商會議細部議程，提下次委員會議報告。

第 5 點，請健保署會同各總額部門相關團體，儘速辦理 114 年度總額核(決)定事項未完成之工作項目，以利總額協商。

第6點，同意健保署所請，將原訂於本次報告之「擴大辦理並持續精進『急性後期整合照護計畫』之規劃」延後提報，並請儘速辦理。

第7點，餘洽悉。

接著進行報告事項第一案。

## 參、報告事項第一案「114 年度各部門總額依核(決)定事項須提會報告之預算扣減方式規劃」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請報告。

黃科長瓊萱：請參閱會議資料第 85 頁中間的表格，有關 114 年度各總額部門依核(決)定事項須提會報告的 2 項預算扣減，是依 114 年度預算執行結果，在一般服務扣除與本項專款重複部分的費用。表格的第 1 項是牙醫特殊醫療服務計畫，本署辦理情形是建議延續 113 年度的扣減計算方式，目前估算 113 年度的扣減費用大概是 74.4 萬點；第 2 項中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫，本署的建議扣減方式請參閱補充資料 1 第 6 頁中間的表格，113 年度第二期以上慢性腎臟病病人就醫申報情形，我們的計算方式是統計僅提供一般服務的院所，請看最右邊的欄位，「平均每人一般服務醫療費用」是 6,007 點；再計算同時提供一般服務及專款計畫的院所，同時使用這 2 項服務的病人的「平均每人一般服務醫療費用」是 2,990 點，兩者相差點數 3,017 點。我們預算扣減金額就用 3,017 點，乘以同時使用這 2 項服務的病人約 1,357 位，推估 1 年扣減點數約 409 萬點。

請看會議資料第 86 頁，中醫師公會全國聯合會建議因該項專款執行率超過 100%(113 年預算 105.3 百萬元，實際申報 121.3 百萬點)，故與一般服務重複部分建議不予以扣減。本署予以尊重，以上。

周主任委員麗芳：非常謝謝健保署的報告，剛才的報告中，有關會議資料第 85 頁的資料，健保署研訂牙醫部門的處理情形如表列。有關中醫部門，健保署提出該署及中全會建議共 2 個方案，2 個方案都予以尊重，請問署長有要補充嗎？(石署長崇良表示沒有)沒有，請健保會說明。

陳組長燕鈴：請委員參閱會議資料第 86 頁，這 2 個案子是健保署依據衛福部 114 年度核定事項，提報 2 個專款項目及一般服務預算重複的扣減方式，我先說明預算扣減背景。各部門總額分為 2 個預算類別，一般服務是提供所有被保險人常規性醫療服務，預算每年滾入

到來年總額基期，總額一般服務已經包含所有既有的醫療服務提供項目。各部門總額還有一個專款項目，是辦理一些特殊性、鼓勵性質或保障性質的醫療服務，是用零基預算，每年重談預算，沒有以過去預算為基礎，視其情形增減預算。

本於預算不重複編列原則，過去如果這個專款項目服務內容，有跟一般服務的服務項目重複的部分，不得重複支付相同服務費用，所以在核定事項裡面都會明定，一般服務裡面需要扣減本項專款重複部分的費用，因為有一些費用在一般服務已經編列，且已經在基期中。

114 年度主要是中醫、牙醫各有 1 項，我們彙整健保署提報的扣減方式及本會補充說明在附件(會議資料第 88~90 頁)，健保署的說明在會議資料第 88~89 頁。因為第 90 頁有請健保署提供資料說明，所以更新在補充資料 1 第 3~6 頁，剛才健保署有說明，不再贅述。

重點說明如下，牙醫特殊醫療服務計畫在 91 年起實施非常多年，服務對象都是一些中重度以上特定身心障礙者，還有唇顎裂的患者。113 年擴大醫療團服務對象，把其他有身心障礙證明的人通通納入服務對象，這些新納入的服務對象是比較輕症，原來的醫療費用都由一般服務支應，113 年納入專款之後，醫療費用變成由專款支應，在一般服務就要扣減重複預算。

健保署已經說今年規劃的扣減方式與 113 年度計算方式相同，把新納入對象原來在一般服務支應的費用扣除，我們覺得還蠻合理的，建議尊重健保署的預算扣減方式規劃，請循例在第 4 季結算扣減。

中醫門診總額的中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫在 109 年實施，專款計畫服務項目是包在一起，但內含跟一般服務重複相同的服務內容，包含診察費、藥費、調劑費、針灸處置等費用，在 114 年度總額核定事項就明訂在一般服務要扣減跟它重複的費用。

剛才健保署已經說得很清楚，主要的扣減方式是有辦理這項專款服務的院所，有同時使用一般服務跟本項專款服務的 1,357 個病人，

扣減專款計畫跟一般服務可能會有替代的費用，我們認為是合理的，我們也建議尊重健保署扣減方式的規劃，循例在第 4 季扣減。

根據今年 3 月份委員會議(114.3.26)的決定，這個扣減方式的執行結果，需在 115 年 3 月份委員會議提報本會，作為 116 年總額協商參考，以上補充說明。

**周主任委員麗芳：請詹理事長說明。**

**詹委員永兆：**因為中醫門診總額在治療慢性腎臟病績效非常良好，每年進入專案的人愈來愈多，113 年實際上的利用率衝過 100%，預算 105.3 百萬元，實際上使用 121.3 百萬點，我們實際多支出 16 百萬點，點值是浮動的，拿不到 1 元，才 0.9 多元。我們希望重複的 4 百多萬點，請不予核扣，以上，謝謝。

**周主任委員麗芳：**詹永兆理事長提出他們實際的執行狀況，剛剛健保署的報告也是 2 案都提出來，也提到基本上是尊重中全會的論述。請林恩豪委員。

**林委員恩豪：**我想先請教健保署尊重中全會的意思，因為健保署說要按照規定來扣減，又說尊重中全會，是尊重他但還是會執行扣減？還是尊重他但是沒有要執行扣減？

**周主任委員麗芳：請石署長回應。**

**石署長崇良：**就如同詹理事長講的，後來執行有 over，等於金額不夠，原則上我們就應該是同意不扣減，可是還是尊重健保會的決定。

**林委員恩豪：**還是會尊重健保會的決定，本來就應該要執行扣減，重複使用怎麼可能不扣減，健保署做為一個基金管理人，應該要依照本來說好的事情來執行，應該是依照本來約定好的，告訴我們怎麼計算、怎麼扣減。

今年 3 月中醫新增利用人口也沒有達標，5.88 億元，最後不是硬過？本來健保署也說要扣 5.88 億元，後來用不扣減的方式作為補點值。我覺得這一碼歸一碼，該扣就是要扣，而且這裡又是重複利用、重複使用，怎麼可能不扣，以上，謝謝。

**周主任委員麗芳：請林敏華委員。**

林委員敏華：我很同意補充資料 1 第 3 頁本會補充及建議，剛剛詹理事長沒有講到，會造成大家混淆的原因，是因為中醫數據沒有很明顯區隔，建議事項第 3 項，建議未來比照西醫基層醫療給付改善方案，做明顯區別。剛剛詹理事長有講到，署長也有補充中醫已經做超過 100%，所以我個人意思是支持，我尊重這個建議方案去做執行，就是今年已經超過 100%就不扣減。再來是建議中醫未來執行這部分要明顯區隔，將一般服務與專款計畫預算的涵蓋內容要明顯區隔出來。

周主任委員麗芳：請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：其實我覺得林恩豪委員講的也沒有錯，照理說重複的部分應該扣除，可是中醫確實也很辛苦，總額不多，多做了超過預算的部分，剛剛林敏華委員也講得很清楚，考量比照醫院跟西醫基層總額醫療給付改善方案，中醫總額的部分是不是也應該要將一般服務已涵蓋的部分，移列到一般服務，我想這個內容可以再跟健保署討論，下次特別要注意，不要再超過，這樣對整個總額來說是制度破壞。

周主任委員麗芳：請朱益宏委員。

朱委員益宏：我支持中醫的論述，因為他們做超過，我覺得我們總額有個最大的問題，雖然議定年度總額以後，做超過，算醫療服務提供者活該倒楣，感覺是這樣，因為沒有一個後補的機制，沒有說預算不足的時候要來補預算，像中醫做超過 120%，沒有一個機制去彌補它的不足，現在只好回過頭說要扣的地方不扣減，用這種方式平衡，截長補短的處理。

我覺得對總額運作確實是不好，我也同意林恩豪委員講的，該扣就要扣，但是同樣要有一個機制，如果做的時候編列預算不足，是不是也要有追加預算的機制？但是現在沒有，不光是中醫，這是所有醫療服務提供者都非常痛苦的一件事，像我們醫院總額，每年遇到新醫療科技，編了 40、50 億元的經費，但就是不夠，等到第 2、3 年就已經成長好幾十倍的費用，當初編列的經費，到了第 2、3 年

就是不夠用，點值變差，就是點值浮動。所以我覺得社保司應該在點值浮動這件事要做一個制度上的討論，或健保會是不是可以考慮我們有一些追加減預算，既然扣減等於追減預算的概念，是不是應該要有追加預算的機制，我覺得這樣才是對等公平的，以上。

**周主任委員麗芳：**本案非常感謝所有委員提供的寶貴意見，這也是我們健保會成立的宗旨，希望讓每一個代表委員都能充分表達，在各種不同的意見下，來尋求大家的共識。剛剛有希望中醫的部分扣減，更多的委員希望雙重考量，一個是扣減的部分，另外一個部分則是中全會提出執行率接近 120%，所以多數委員希望這個案子不予以扣減。

我綜整一下大家的發言，本案做這樣的決議，本案牙醫門診部分依健保署研訂的方式進行扣減，中醫門診的部分也是依據健保署建議的扣減方式第 2 項辦理，健保署的第 2 項建議就是不扣減。

**陳組長燕鈴：**主席，幕僚想請問一個程序問題，因為這個扣減是衛福部的總額核定事項，所以本會沒有辦法改變衛福部的核定，只能跟部提出建議。

**周主任委員麗芳：**就由本會向部裡面提出本會的建議，接下來進行報告事項第二案。

## 肆、報告事項第二案「各總額部門 113 年度執行成果評核結果及評核建議」與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

陳組長燕鈴：請參閱補充資料 1 第 7 頁，一開始會議主席已經說明我們在今年 7 月 14 日、15 日辦理評核會議，再簡要說明一下，當天總共有 160 餘人出席，委員有 25 人與會，提供諸多寶貴建議。7 月 15 日下午召開評核內部會議討論，當日並在本會網頁公開結果，也同時 email 給各位委員參閱。

評核委員名單請委員參考，剛才主委也已經說明，我再補充說明內部會議主席是由評核委員互推產生，由周評核委員麗芳擔任，內部會議所有與會人員都不能對外公開討論過程、個別委員發言，是以整體結果對外公布，經評核委員討論後的評核等級，醫院是優、西醫基層是優、牙醫門診是優、中醫門診是良。依照第 3 次委員會議決議之評核獎勵標準計算，各總額部門「品質保證保留款」專款獎勵成長率如下：醫院 0.2%，西醫基層 0.2%，牙醫門診 0.2%，中醫門診 0.1%。這個成長率的計算基礎是各總額部門受評年度，也就是 113 年一般服務預算為基數去計算，將會列在 115 年度總額協商的專款項目裡面。

為了提升及精進健保署及各總額部門未來的執行成效，我們彙整 7 位評核委員對健保署跟四總額部門精進作為之整體建議，整理在附件(補充資料 1 第 9~29 頁)，因為資料很多，會前已經將會議資料提供給委員參考。今年度整體建議有 2 部分，即嘉勉意見及建議改進意見。嘉勉意見是今年新增，在研擬評核作業方式時，周執行秘書希望對各總額部門努力投入部分能給予正面鼓勵，乃在審核表新增嘉勉意見欄位，請評核委員寫出各總額部門做得好的部分，給予正向回饋，期許總額部門對這部分能夠繼續努力，同時希望提供給其他部門彼此間共同學習。有關於嘉勉意見及建議改進意見，請各位委員參考。

還有很多評核委員的詳細意見與當天的評論意見，我們會一併收

納，資料很多，我們還在整理，在8月份會提出完整評核建議，提供給本會委員、健保署及各總額部門研參。

請健保署跟各總額部門承辦團體，依評核委員所提的整體建議，納為未來規劃健保制度及總額預算執行的參考，並請在明(115)年做評核報告時，針對評核老師建議改進意見的部分，提出參採情形改進說明，這部分請在明年評核報告納入，以上說明。

**周主任委員麗芳**：非常感謝陳燕鈴組長，我首先還是要謝謝周淑婉執行秘書及所有健保會同仁，準備這些資料真的是很大很大的工程，我們收到的資料疊起來，都看不見人頭了，到評核前一天還不斷有更新版，感謝健保署及所有受評核部門，每個部門到前一晚都還在演練，有演練了5次、6次的，非常非常認真。是不是掌聲給所有總額部門、健保署、健保會同仁，謝謝(全體鼓掌)。

誠如我剛才所說的，這次的評核我們發現每個總額部門，包括健保署，表現的都可圈可點，進步我們都看到了，民眾的滿意度更是都看到了，都是破歷史紀錄的，再次恭喜4個部門都獲得所有評核委員一致的肯定。

有關健保會同仁協助整理的「對健保署及各總額部門(含其他預算)精進作為之整體建議」，剛剛陳燕鈴組長有提到，現在還有很多的細部資料在蒐集，但是我在這邊也跟大家定調一下，明年度評核的時候，也就是你們要回應114年度的評核意見時，我們以今天的這個版本為主，因為事後你會收到密密麻麻、很細很細的執行成果評核紀錄，那些你們就參考，要不然沒辦法評核，評核報告也沒辦法寫，重申1次，就是明年度你們在準備評核報告時，如果要回應我們這次評核委員意見的話，以今天每個部門所拿到的這些資料為準，這樣理解嗎？

我再一次的，在我做會議決議之前，我要一個、一個部門跟你們確認，這邊所臚列的相關委員意見，有沒有覺得窒礙難行或是錯誤理解的部分，或是你們已經有收到這樣的訊息，也可以來做精進、改進，我是不是就逐一確認一下？首先針對健保署及四總額部門之

整體意見的部分，是不是先請署長這邊，還是健保署同仁要協助我們一下，就是有關於評核委員意見，這裡面有沒有要提出補充說明的？不過這不是請署現在回應，現在不是回應，只是你們看過之後，是不是確認這些資料了？署長可以嗎？(石署長崇良點頭)可以，非常感謝署長。

接下來我們就依序請各總額部門，先請醫院總額部門李飛鵬理事長。

**李委員飛鵬：**我看到建議改善的意見有 9 項，我們像是回答論文 review 意見一樣，point to point 儘量在明年的評核報告回應，提出 point to point 的說明。

**周主任委員麗芳：**加油。接下來請西醫基層總額部門陳相國副理事長。

**陳委員相國：**感謝各位委員及評核委員，對我們嘉勉以及希望改進的地方，改進意見有 8 項，我們會持續精進西醫基層的醫療服務及品質方面。

**周主任委員麗芳：**接著請牙醫門診總額部門陳世岳理事長。

**陳委員世岳：**主委、署長、各位長官，謝謝評核委員給我們牙科的嘉勉，我們的努力大家都有看到，當然也提了 8 項要我們改善的意見，我們牙醫部門會非常努力地配合各位委員提出的建議，會儘量朝著各位委員的期待去努力。

**周主任委員麗芳：**接下來請中醫門診總額部門詹永兆理事長。

**詹委員永兆：**主席、署長、各位委員大家好，非常感謝各位委員對我們的嘉勉和提供意見，中醫部門會悉心接受委員的建議，在未達到目標的地方我們會努力，以上。

**周主任委員麗芳：**再次非常感謝評核委員，還有全體的健保會委員，對於這次活動的重視與支持，也謝謝所有被評核的部門。有關本案做 2 點決議：

第 1 點，各總額部門 113 年度評核結果及 115 年度品質保證保留款專款之獎勵成長率如下：醫院為優級、0.2%，西醫基層為優級、0.2%，牙醫門診為優級、0.2%，中醫門診為良級、0.1%。

第 2 點，請健保署及各總額部門承辦團體依評核委員所提精進作為之整體建議，納為未來規劃健保制度及總額預算執行參據，並於 115 年評核報告針對建議改進意見提出參採情形說明。謝謝，接下來進行報告事項第三案。

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

### 同仁宣讀

**黃科長瓊萱**：請參閱會議資料第 92 頁中間表格，有關 114 年度各部門總額依核(決)定事項須提會報告之 4 項，報告本署目前辦理情形，請參閱表格，第 1 項醫院—鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)，核定事項為積極推動並提出報告，辦理情形為本署已與台灣醫院協會共同組成工作小組，預計於今年下半年召開至少 6 次會議，主要會討論擴大導入 DRGs 之可行性，以及有哪些 DRGs 項目可移至門診實施之支付方案等。

第 2 項中醫門診—中醫急症處置，核定事項為檢討執行成效並提出報告，辦理情形為經統計 114 年 1~4 月本計畫申報人數為 1,400 人、件數為 1,510 件、申報費用為 500 萬點，均高於 113 年同期。

第 3 項其他預算—提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫，核定事項為檢討利用情形並訂定指標評估執行成效，在醫療利用的部分，因為今年第 5 期的計畫剛開始，我們發現部分承作團隊合作院所略有異動，所以利用情形有比去年稍低，經統計 114 年 1~4 月申報 30.2 萬件、6.012 億點，比去年同期略低。請參閱會議資料第 93 頁，在指標部分，本計畫訂有「疥瘡盛行率」與「急診就醫率」的照護指標，而且從今年開始新增「C 肝全口服抗病毒藥物治療率」指標，本署會持續監測指標變動的狀況。

第 4 項是其他預算—推動促進醫療體系整合計畫之「急性後期整合照護計畫」，核定事項為擴大辦理並強化社區型服務模式，本署為完善規劃，刻正蒐集專家意見，已經函請健保會同意本項延後報告時程，以上。

**周主任委員麗芳**：請健保會補充報告。

**陳組長燕鈴**：請參閱會議資料第 93 頁本會整理說明，這個案子是健保署依據衛福部 114 年度總額核(決)定事項，在今年 7 月前要就 4 項已經實施多年的專款項目，向本會提報其執行情形檢討及未來精進

規劃。以下分項說明，另提供我們彙整健保署在評核提供的歷年執行情形資料，如參考資料一~三給委員參考。

第 1 項鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)，先簡要說明其協定事項背景，本項今年專款預算是 2.1 億元，是從 98 年起每年在醫院專款編列預算用來導入 DRGs 項目，DRGs 是一種有別於論量計酬的支付方式，是一種包裹式的支付，針對特定疾病住院病人採定額支付，以病人的診斷手術處置有沒有合併症等等去做分組，訂定各群組包裹支付的點數，這樣的支付方式主要是希望能夠提升病人的照護品質及醫療效率。

歷年的推動情形，補充在會議資料第 96 頁，DRGs 分別在 99 年跟 103 年導入第 1、2 階段，第 3~5 階段還沒有導入，也就是從 104 年起到現在，本項專款預算的執行率都是零，不過我們從第 2 階段導入的 DRGs 項目，請看會議資料第 94 頁，在各個指標項目，在 3 日內再急診率、14 日內再住院率等，都比沒有實施 DRGs 的項目好，所以依據核(決)定事項及近年評核委員的建議，是希望健保署積極朝建立論病例、論質、包裹等以價值導向的支付制度努力，剛才健保署也報告他們開了很多會在處理此事，希望能夠早日擴大實施。

第 2 項中醫急症處置，今年預算為 1 千萬元，背景是這項專款從 107 年起每年在中醫門診總額都編列預算，主要希望對於在醫院急診有一些病症能夠導入中醫處置，以減輕急診滯留情形。不過 113 年評核委員建議各總額部門專款項目應該有個上限，不是一直增加，這樣量能會被稀釋分散，希望這些專款項目試辦一段期間之後應該要檢討，好的就導入一般服務執行，全面實施，民眾都能受惠，若成效不好請予以退場，重新提出更有效率的方案。尤其對於一些專款項目執行不佳、效益不清楚、試辦多年仍無法確認定位的，評核委員建議我們積極檢討。所以本項專款的 114 年度核定事項，即請健保署及中醫承辦團體持續檢討其執行情形及成效，且再試辦 1 年仍沒有呈現具體成效的話，就應該辦理退場。

這部分推動情形也請委員參考，剛才健保署已經說明了，因為協定事項裡面有一個成效檢討的部分，也請健保署補充說明這個計畫是否具有具體成效。請參閱補充資料 1 第 30 頁，健保署也提出具體說明，有關實施效益的部分，資料是在中全會，所以健保署目前沒有各類疾病適應症量表前後測的評估結果。對於關鍵績效指標主要是預算執行率的部分，114 年是比較高的，至於每人就醫次數是逐年下降，服務人數的部分 112 年上升、113 年略降、114 年人次已經達到 1,400 人，以上是量的部分，請委員參考，今年在協商明年總額時，可能就要討論這個計畫的處理及後續辦理情形。

第 3 項其他預算一提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫，114 年專款的額度是 19.281 億元，這個計畫在 103 年度起每年都有編列預算，鼓勵院所到矯正機關提供服務。113 年評核委員建請健保署分析門診次數成長合理性、監測醫療利用率，並訂定成效指標，剛剛健保署報告他們已訂 3 項重要成效指標，並且加強執行面管理。歷年推動情形，剛剛健保署有報告，109~111 年疫期間服務人次下降，112~113 年服務人次上升，114 年 1~4 月同期略降，請委員參考，也訂有一些我們關心的照護品質指標如疥瘡盛行率、急診就醫率等，未來健保署會持續監測。

有關其他預算，還有 1 項「急性後期整合照護計畫」之精進照護模式及評估指標，上次委員會議也同意他們延後提報，請健保署儘速研議完成後，提報本會最近 1 次委員會議，以上說明。

**周主任委員麗芳：署長這邊是否要補充？**

**石署長崇良：**跟委員補充，有關最後提到的那項急性後期整合照護計畫 PAC(註)，這也已經實施一段時間，現在行政院剛核定通過長照 3.0 計畫，裏面有一塊重點就是跟 PAC 無縫銜接的強化，另外也要推動社區 PAC，陳節如委員與老人福利聯盟也組了一個團，8 月份要去日本參訪，我們等他們回來之後，再把一些新的意見納入及完整 review 計畫，修正後再提出報告。

註：PAC(Post Acute Care，急性後期照護)。

**周主任委員麗芳：**接著依序請朱益宏委員、洪瑜黛委員、詹永兆委員、

黃國祥委員，先請朱益宏委員。

朱委員益宏：剛才署長講到 PAC 這部分，我剛剛才知道 6 月已經開過 1 次專家會議，事實上衛福部一直跟社區醫院協會說，社區醫院協會扮演非常重要的角色，包括呂建德次長也表示在長照 3.0 中地區醫院非常重要，但是健保署的 PAC 專家會議，我們也不知道要怎麼表達意見，因為也沒有邀請我們參加，討論的草案是怎麼樣我們也都不知道，其實我們協會應該在 3 年前就已經把實施 PAC 的相關意見，都已經呈給健保署。未來希望健保署在草案形成之前，也能夠邀請社區醫院協會，或是邀請我們參加專家會議，表達我們協會所看到的意見。

周主任委員麗芳：接下來請洪瑜黛委員。

洪委員瑜黛：我這邊也是要針對 PAC 這個計畫提供一點小小建議，也許今年來不及，但希望大家可以放在心上。我們看 PAC 整個計畫對象比較偏重成人，比方說中風、心臟衰竭、衰弱高齡病人，我們在想針對兒童部分也許可以參考，兒童如果可以早期進入這個整合計畫，後面生命期很長，減緩失能對於整個健康效益應該蠻大的，這一塊也是可以稍微看，是不是有個納入獎勵的方案。目前查起來大概就是部立台南醫院有做這樣子的 PPAC(註)的中心，台北的婦幼醫院也正在規劃，現在生的少，小孩這一塊如果可以有些協助方案進來，讓他在急性失能之後可以早一點恢復，應該是有蠻大的好處。

註：兒科急性後期照護(Pediatric Post-Acute Care, PPAC)。

周主任委員麗芳：接下來請詹永兆委員。

詹委員永兆：關於中醫急症處置，剛好我們開始實施的時候碰到 COVID-19(註)，COVID-19 期間急診是不開放中醫進去的，所以造成 112 年以前基本上執行的成效不好，但是現在隨著 COVID-19 解封，整個已經開放以後，中醫的部分已經逐漸進去了，像以 114 年來講，第 1 季執行成效達到 50%，關於它的效果好不好？目前我們在評核會議的時候有報告，療效最好的就是眩暈，眩暈到急診室可能要待在那邊占床，穩定才能走，但是經過中醫針灸幫忙的話，他可以提早離開醫院，包括一些痛症以中醫處理的療效，也是可以讓他提早

舒緩疼痛離開急診，以上報告。

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

周主任委員麗芳：請黃國祥委員。

黃委員國祥：第 1 點，請看會議資料第 93 頁，DRGs 自 104 年起執行率為零，印象中署長在 4 月份新聞有提到明年要擴大到 4 成左右，請問後續階段有沒有明確的進度或之類的？第 2 點，會議資料第 94 頁提到中醫要延長試辦 1 年，要不要訂明確的評核指標？以利評估執行成效或確認退場標準，以上報告。

周主任委員麗芳：還有委員要發言嗎？(未有委員示意)先請健保署回應。

石署長崇良：有關社區醫院協會的建議，因為我們第 1 次會議只是先諮詢一些 PAC 專家，還沒有正式有草案，要形成草案之前一定會邀大家共同討論。

第 2 個是有關 DRGs 的推動，因為我們今年剛好進行 ICD-10-CM/PCS<sup>(註)</sup>改版為 2023 年版，在這個改版過程中也會涉及 DRGs 歸類問題及金額調校，也產生一些問題，我們正在處理，等這邊順利才往下一步 DRGs 推動。

至於兒童的 PAC 部分，事實上我們接下來的 PAC 也會去擴大收案的對象及執行場域，所以這些都會一併在下一期的 PAC 計畫修正一起考量，因為長照 3.0 是明年 1 月開始執行，所以我們是搭配著長照 3.0 做整體檢討，所以 PAC 的修正應該快的話也是在明年 1 月才會有新的 PAC 計畫推出。

註：ICD-10-CM/PCS(國際疾病分類第 10 版臨床修訂及處置分類系統)。

周主任委員麗芳：請陳秀熙委員。

陳委員秀熙：有關於 DRGs，我想目前在醫院協會這邊，從過去被要求做台灣版的 Tw-DRGs 及 CMI<sup>(註)</sup>，我想多年來其實我們也看到在醫院這邊做得很辛苦，如果各位看會議資料第 96 頁的參考資料一，我一直認為在比較推動成效時，不能夠完全只用已實施或未實施來看，對於已實施 DRGs 的項目，不能只看 DRGs 實施後歷年的指標數據，

而是要看這些指標是否因為實施 DRGs 而有改善，雖然這些指標項目的數字看起來都比未實施 DRGs 的數字來得低很多，可是並沒有下降。所以我們在看這些數字的時候，必須要非常小心，就是說，我們也要瞭解醫院在實施 DRGs 上到底有什麼困難，剛才署長也講，因為碰到 ICD-10-CM/PCS 的改版與再分類，目前來講，歐美國家對於過去在 1990~2010 年代推動的 DRGs，其實也慢慢在蛻變。

我一直在思考，我們如何在目前不調漲健保費的情況之下，做到精準動態補點值，避免發生剛討論的重複使用一般服務及專款計畫服務的情形，不然等到病人重複使用了，回頭看這些事情的時候，大家就會有非常多的爭議。各國現在都在推動態的精準支付，特別是台灣已經做了浮動點值，就應該有能力可以做這個事情。總之，我還是認為 DRGs 的實施，在目前來講對醫院不容易，我也希望醫院協會教導我們，或者是健保署這邊提供更多的意見，讓我們可以來幫忙，在全國的民眾、消費者關心的品質之下，到底哪些項目是適合做 DRGs，可以繼續發展，哪些項目我們其實可以再精進，否則在評核的時候，同樣的問題還是會再出現，以上是提供給大家的建議。

註：CMI(Case Mix Index，疾病嚴重度)。

**周主任委員麗芳：請李飛鵬理事長。**

**李委員飛鵬：**謝謝署長以及各位委員的意見，我想醫院在推動 DRGs 的部分，一開始是從一些比較單純的外科手術項目著手，內科系的話，因為疾病的變化很多，再加上 ICD-10-CM/PCS 的介入以後，項目要怎麼對應都需要討論，所以可能要給我們一點時間。最重要的是剛剛陳秀熙委員講的，有時候 DRGs 就是為了提升服務的品質、為了控制經費，把支付標準縮得太緊了，以至於當像是病人的醫材、人事費用等很多支出都提很高的時候，壓縮得過緊的時候，就會很困難，但我們還是會配合健保署的政策盡力去推動，不要說好像覺得我們都是一匹馬，怎麼打都不往前走，我們會努力配合健保署的政策，以及大家的期待。

**周主任委員麗芳：**經這一輪發言下來，有關這個案子我做以下決定：

第 1 點，本案尚有 1 項急性後期整合照護計畫未完成，請健保署儘速辦理提報本會最近一次委員會議。第 2 點，餘洽悉。接著進行報告事項第四案。

陸、報告事項第四案「精進『急診品質提升方案』執行內容(以解決急診壅塞為目標及增訂壅塞無法達標之處理方式)專案報告」與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

周主任委員麗芳：請報告。

成科長庭甄：(略)

周主任委員麗芳：非常感謝，我們可以看到急診壅塞現在是全民關切的議題，但在署長的帶領下，健保署很認真地為因應本議題，已經舉辦了5次會議，並提出了八大策略，是不是也請署長補充說明。

石署長崇良：謝謝主委及各位委員的指教，急診壅塞的問題很複雜，不過簡單來講，首先就是在急診端的分流，所以我們去強化各級醫院該扮演的角色，包含中度級、重度級、一般級各應該扮演什麼角色，把它定位清楚，希望能夠在急診前就能夠適當的分流，讓病人不要迷失在醫學中心、地區醫院、區域醫院，而是按照醫院的能力，去做就醫的選擇。第2個，當然就是不要讓輕症的病人都湧向大型醫院，所以目前在籌辦所謂的假日急症中心(Urgent Care Center)，就是在假日的時候，也能夠開診處理一些輕症，再搭配遠距平台，這是我們目前規劃中的。

在急診的內部，我們也不希望所有的病人通通馬上就去住院，其實那也不必要，所以還是適當去鼓勵在輕症暫時留觀區收治，所以將留觀的支付標準提高，有些病人也許治療1~2天之後，就可以轉成門診治療或回家，就不要去占住院的病床，因為一旦輕症占床之後，反而其他重症的病人沒辦法住院，健保署已於114年5月1日調升急診觀察床的支付點數，以前觀察床1天300點，現在是比照住院的9成，所以有些症狀簡單，經過處理之就可以回家或轉門診的病患，可以在急診處理就好，不一定就要馬上住院，反而是重症患者能否儘速收治住院才是我們的關切，所以也強化轉診的獎勵，包含那些會要命的，例如主動脈剝離，有黃金時間的心肌梗塞、腦中風，這些情形都要強化區域聯防，是在急診內部的運作。

至於後端，當然就是怎麼讓該住院的能夠儘快住院，現在的確是病房很吃緊，因為護理人力短缺的問題，所以病房很吃緊，我們能夠處理的就是儘量把一些不用住院，或是不用住這麼長的，讓病房的 turnover rate 可以加快，所以我們也啟動規劃 OPAT<sup>(註1)</sup>，就是在門診打靜脈抗生素，過去有些住院都是為了要打靜脈抗生素，我們規劃讓他可以轉到門診治療，所以有 3 個來源，1 個是從急診來，1 個從門診直接收，另外也可以住院當中治療到穩定就可以轉，像是骨髓炎、心肌內膜炎等，要打很久的抗生素就轉到門診去，比較需要臥床的就轉到家裡繼續治療，把 OPAT 與在宅急症照護都結合起來，目的都是希望讓住院的天數縮短，台灣的平均住院天數大概在 9 天，OECD<sup>(註2)</sup>國家平均大概在 4~5 天，所以我們的天數是比較長，如果能夠把住院天數縮短，就可以收治更多需要住院的病人。這裡面不瞞大家講，還有些困擾的地方，就是病人有無私人保險，因為現在還是很多私人保險的保單，是要住院才理賠，因為住院 1 天，就有 1 天的給付，所以對於提早出院也好，或者轉成門診，或在居家治療，都變成是政策推動上的障礙，不過行政院也重視到這個事情，讓政委出面協調，這樣這些政策才能夠成功。

另外我也很感謝李飛鵬理事長，台灣醫院協會協助我們去盤點，將有部分住院 DRGs 項目，改於門診進行診療，這樣病人可以提早出院也好，或者是直接在門診處置。另外我們今年 5 月 1 日也開始做 ERAS<sup>(註3)</sup>的規劃，應該逐步都會開始執行，ERAS 目的也是在縮短住院天數，但是可以將病人照顧得更好，過去是從住院開始做手術規劃，ERAS 就是在門診，術前就開始在門診規劃，把他的營養狀態都矯正好之後再來手術，併發症會更少、住院天數會更短，這也有助於病房的有效利用，所以本署透過層層面面先來做，當然最後還是會希望民眾都能夠配合，聰明就醫、分級醫療，讓健保資源做最有效的利用，現在持續的在監測各個急診壅塞的指標，目前看起來大概還是傳統那幾家醫院為主，其他大致上也還好，所以監測指標還會因地制宜，會有全國性共通指標，但是我也要求各個分區要個別擬出當地的方案去解決，因為每個分區還是有它的不同特

性，包含醫療資源、病人的就醫型態，這些需要因地制宜去做調整，以上先簡短的做一些補充。

註 1：OPAT(Outpatient Antimicrobial Therapy，門診靜脈抗生素治療)。

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

註 3：EARS(Early Recovery After Surgery，術後加速康復)。

**周主任委員麗芳：**非常感謝署長剛剛鉅細靡遺地告訴大家，現在健保署結合了所有的醫療院所所進行的努力，當然除了健保署與醫療院所之外，包括從行政院、衛福部，對於急診壅塞的這個問題也是積極地在想方設法來因應。在座的各位委員是不是也有一些寶貴意見？請楊芸蘋委員。

**楊委員芸蘋：**剛剛健保署的報告內容非常地完整豐富，其實大家都應該要有信心，健保署可以做很多事情，尤其是急診壅塞是目前民眾的一個痛，急診病人真的很多，而且是人滿為患，滿到連落地走路的地方都沒有了，大醫院都是這樣子，所以很希望急診不要那麼壅塞，病人數減少。如同署長剛剛說的，減少病人的住院天數，可以增加更多的有需要急診患者住院。其實講到私人保險，真的是有很大的影響，如果可以門診治療，就不需住院，可是一般的醫生都會問病人有沒有保險，光這句話就很夠了，不想住院的人都會想住院了，因為有住院，就可以獲得保險理賠，這點確實是非常大的障礙，我想執行是很困難的，可是不執行永遠都沒辦法進步，所以我支持健保署這樣的做法，也希望大家、民眾、每個總額部門都能夠積極宣導，把相關策略宣傳出去，如果健保署會議已經開了 5 次，應該有很多詳細內容，如果可以做宣導或宣傳的話，可以先宣導，讓民眾知道不要老是往大醫院，導致急診壅塞，可以分流一下，我覺得這個健保署還是可以做到的。

宣傳的費用不要刪，電視媒體都可以多些報導，當然那個費用是比較高，可是比起浪費醫療資源來說算是小數目，所以這點署長加加油，爭取一些媒體上的預算，那個比較快、效率比較好。

**周主任委員麗芳：**因為餐點已經到了，大家可以開始用餐了。請朱益宏委員。

朱委員益宏：我覺得急診壅塞這筆 3 億元的專款，剛剛在資料裡面顯示從 101 年就開始編列，其實各位委員去查閱一下，之前從 101 年開始，衛福部核定的資料裡面，每次的決定事項針對這 3 億元，都有加上一句話敘明這 3 億元目的，就是要解決急診壅塞，但是後來這 3 億元都用在所謂的提升急診效率及急診品質，反而急診壅塞這件事就沒有很積極地作為。這次健保署召開的「急診壅塞之健保因應策略研商會議」，署長也有邀請我去參加，我參加了前面幾次的專家會議，其實署長真的是很努力，希望解決急診壅塞這件事情，所以處理的面向比以前要更廣，做法也更多元，我覺得這要給署長鼓掌。但是我也要提醒署長一下，我看到以下幾點現象，比如說，健保署從 106 年推動區域級(含)以上大醫院門診減量，年減 2% 的時候，外界有聲音說，如果門診減量、輕症減量，重症就要給足夠的給付，現在其實也是同樣的講法，我記得從 106~108 年總共有超過 100 億元的經費去補貼重症，也就是包括 ICU<sub>(註)</sub>、重大手術等等這些加成、支付標準調整，總共調整超過了 100 億元，但結果呢，事實上大型醫院的輕症一樣沒有減少。

我覺得急診壅塞只是一個結果，處理急診壅塞的問題，要針對原因去解決，如果只有處理結果的話，事實上再多的方法也都沒有辦法，原因是什麼？就是沒有落實分級醫療，醫院的病床不夠住，事實就是因為有很多其實在區域醫院或地區醫院就可以處理的住院病人，都到急診室去處理。我舉幾個例子來講，一般的膽囊切除在地區醫院可以做，但是病人不會來，他到了大醫院，大醫院一樣收住院，一樣把他開刀開掉了，其他類似的情況，還有簡單的疝氣手術，很多中小型醫院也可以做，但是因為病人資訊不對等，如果病人不知道，他就會到大醫院去，大醫院一樣收住院，把他開刀開掉了，這類手術案例一旦收住院，就要住個 3、5 天，如果這些病人的住院需求沒有釋放出來，大醫院的病床永遠是不夠用，我覺得其實這裡面的關鍵在分級醫療，也希望署長繼續推動分級醫療，針對所謂輕症下轉這件事情，不是只有門診，還有一些住院的、輕的、小的內科疾病或是外科疾病，怎麼鼓勵讓輕症下轉，我覺得沒有看到

這樣的策略，所以建議署長能不能再考慮加強一下。因為唯有如此，病床才有可能空出來，不然就現在收治病人的方式，你做 ERAS 去縮短住院天數，從原來的 5 天變成 4 天、3 天，但那又怎麼樣，這類型住院病人還是一樣多，以後可能越來越多，若不落實分級醫療，病人越來越習慣往大醫院就醫，病床一樣塞滿，反而看到地區醫院就一天一天在萎縮，空床空在那邊做不下去又萎縮。我今天才聽到高雄又有 1 家地區醫院 9 月份要關門，現在正在辦理資遣員工，其實都非常可惜。所以我是希望署長在解決急診壅塞問題的同時，要把分級醫療列為首要重點。

註：ICU(Intensive Care Unit，加護病房)。

**周主任委員麗芳：請張田黨委員。**

**張委員田黨：**大家都看到急診壅塞的問題，除了醫院醫護人員，醫生、護士不足以外，我想最大的問題是沒有把醫療資源分配到地區的診所，這是最實際的問題，為什麼我會這樣講？跟大家分享我實際的就醫經驗，我曾經因不明原因鼻子流血不止，要找耳鼻喉科的醫生來處理，但一般診所沒有急診服務，只有上班或是有看診的時間，例如早上 9 點到晚上 10 點，其餘的時間就不看診。如果是叫救護車或是自己到地區醫院或到教學醫院去，大部分都不會真正地處理，最多也就是幫你先止血，教你怎樣按壓止血，就叫你回家，問如果再流血呢？得到的答案就是再流你再來，也有這種醫院，而且是長庚醫院，這麼大型的醫院還這樣。

對於我的鼻孔血管破裂流血問題，大部分的耳鼻喉科以前是用電燒灼法處理，現在根本不用，只要把出血的血管黏住就好了。這其實延伸很多問題，也造成好多人不知道，他們有小病也是去大醫院，沒有想說大醫院大部分都是實習醫生，不見得比診所好，衛福部應該好好教育、落實民眾與診所醫師建立家庭醫師制度，才能真正地讓病人可以找到適合的醫療院所就醫，不然雖然台灣健保做得這麼好，但是真的好多浪費，如果能實際把這些浪費的費用花在刀口上，我相信台灣民眾的健康會更好，而且大型醫院也不會這麼擁擠，比菜市場還熱鬧，這是不好的現象，以上是我的報告。

周主任委員麗芳：非常感謝張田黨委員的分享，也祝福您健康，接下來請黃國祥委員。

黃委員國祥：補充資料 1 第 33 頁第 3 點所提到的急診壅塞新指標，可以考慮用現有的資料進行試算，檢視近幾年的趨勢，協助評估新指標的可行性。

周主任委員麗芳：請陳秀熙委員。

陳委員秀熙：謝謝署長提出的八大策略，我們現在談急診壅塞的問題，我有 2 個建議提供參考，護病比是開設病床數很重要的原因，可是我認為今天為什麼這麼多急診病人，即便檢傷分類之後仍是，台灣也經歷過這麼多檢傷分類是否應修正的討論，署長也是急診專科醫師，我想都很清楚，但我們很少從需求面去盤點，所以我們在這屆健保會一直跟大家說難道這一群病人真的都是 over admission 嗎？難道這些病人真的是重複浪費嗎？除了這些之外，可是我們從來沒有在需求面去盤點所有急診檢傷分類之後的這些病人是否確屬合理，我們已經談過好多次，都是些老生常談的問題，但是問題就是說，台灣在急診上面，如同周麗芳主任委員剛才講的台灣在 2025 醫療保健指數排名第一，我跟大家講，那天 JAMA<sup>(註 1)</sup>的編輯看到台大醫院的急診，他就馬上問 how come？我就用非常幽默的語氣說因為我們有音樂會，所以把病床推到這個地方讓他聽音樂。

我一直跟大家講四大總額都做得非常好，但我們應該想怎麼 revolutionize 急診壅塞的問題。當然大家都知道這些問題，把這些問題系統性的整合出來，然後署長提出八大策略，但不盤點需求面，我們永遠不知道要怎麼樣調整。我舉個例子，COVID-19 疫情之後，新病毒進來有沒有影響急診及住院人次，你看 CDC<sup>(註 2)</sup>的資料全部都上升，但評估急診需求面都沒有納入這一些因素，對醫院也很不公平，因為 COVID-19 本來當時大家就有額外的急診需求，行政院層級也應該重視，把所謂的免疫債還掉，可是我們提出這些東西都沒有被採納，對消費者來講，他沒有辦法知道真正的需求，所以這個問題如果沒有辦法解決，急診壅塞問題永遠都是剛才講的這些問

題，這是第一個。

第 2 個，謝謝署長提出非常重要的八大策略，不過還是希望能做動態調整，比方說急診遠距服務及在宅急症照護到底最後的演化是怎樣，動態評估調整修正指標非常重要，不然急診壅塞的問題還是會一直持續，如果冬天的時候又有一個新的疫情，急診人流還是會上去，所以我們從疫情前、疫情中、疫情後都要考慮及盤點所有需求，謝謝。

註 1：JAMA(The Journal of the American Medical Association，美國醫學會雜誌)。

註 2：CDC(Centers for Disease Control，疾病管制署)。

**周主任委員麗芳：請嚴必文委員。**

**嚴委員必文：**剛剛署長談到在宅急症照護及增加病床使用率的時候提到商業保險的問題，我想商業保險的問題所連動的不只是今天在講的解決急症住院醫療問題，其實很重要的是很多重大傷病的病人都會面對同樣的問題，他連動到的是增加醫院病床使用的整體狀況，剛才署長提到行政院可能透過政委已經在協調金管會及保險公司，若有任何改變，對許多病人有非常非常多影響，因為這件事情從去年國家衛生研究院就有在談，談到現在聚焦在能夠解決門診與住院轉換的問題，因為攸關病人權利，所以如果有任何的進度，如果可以的話，我希望就是讓健保會或更多人知道，我想這對病人來說是非常急切的需求。

**周主任委員麗芳：接下來請石崇良署長回應。**

**石署長崇良：**謝謝各位委員的指教，剛剛提到的策略是進行當中，我們也會根據執行結果做滾動式修正。加強宣導的部分，我們會努力讓更多人知道運用這一些新的方案，謝謝。

**周主任委員麗芳：**非常感謝健保署很用心的提出八大策略，委員也提供很多意見，有關這個案子，本案洽悉，委員所提意見請健保署參考。接著進行報告事項第五案，請同仁宣讀。

## 柒、報告事項第五案「中央健康保險署『114年6月份全民健康保險業務執行報告』(書面報告)」與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

周主任委員麗芳：本次是書面報告，如果委員有寶貴意見的話，也請大家以書面提出，所有委員的任何意見，都會請健保署完整逐一回應，本案洽悉。有沒有臨時動議？沒有的話非常感謝大家，今天會議到此結束，謝謝大家，散會！