

衛生福利部全民健康保險會
第7屆115年第2次委員會議事錄

中華民國115年3月11日

衛生福利部全民健康保險會第7屆115年第2次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國115年3月11日上午9時30分

方式及地點：本部301會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：許至昌、彭美瑩

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、林委員恩豪、林委員敏華(中華民國農會徐二等專員珮軒代理)、花委員錦忠、洪委員瑜黛、胡委員峰賓、張委員田黨、張委員家銘、張委員鈺旋(衛生福利部陳副司長真慧代理)、許委員舒博、許委員慧瑩、連委員賢明、陳委員世岳、陳委員秀熙、陳委員建宗、陳委員節如、陳委員麗琴、黃委員心苑、黃委員金舜、黃委員振國、黃委員國祥、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、溫委員宗諭、董委員正宗、蔡委員順雄、鄭委員力嘉、謝委員佳宜、顏委員鴻順、嚴委員必文、蘇委員守毅

請假委員：林委員宜平

列席人員：

本部社會保險司：陳專門委員淑華

中央健康保險署：陳署長亮好

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第25~27頁)

貳、議程確認：(詳附錄第29~30頁)

決定：確認。

參、確認上次(115年第1次)委員會議紀錄：(詳附錄第30頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第31~33頁)

決定：

一、上次(第1次)委員會議決議(定)列管追蹤事項共計3項，擬解除追蹤1項，改列繼續追蹤，併繼續追蹤2項，合計3項。

二、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第34~41頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「115年1月份全民健康保險業務執行季報告」，請鑒察。

決定：本案洽悉。

陸、討論事項(詳附錄第42~52頁)

提案單位：本會第三組

案由：各總額部門114年度執行成果評核之作業方式(草案)，提請討論。

決議：

一、依委員意見修正通過「各總額部門114年度執行成果評核之作業方式」，如附件一(修正如劃線處)，並請中央健康保險署及四總額部門依作業方式及時程，提供所需資料。

二、有關評核結果獎勵標準，請本會同仁安排於115年5月份或6月份委員會議討論。

三、依委員意見修正通過「115年度重點項目與績效指標(含目標值)」，如附件二(修正如劃線處)。請中央健康保險署及四總額部門落實執行，以呈現總額執行成效。

四、本會訂於115年7月20~21日召開「各總額部門114年度執行成果發表暨評核會議」，敬請委員預留時間參加。

柒、報告事項(詳附錄第53~57頁)

第一案

報告單位：本會第三組

案由：「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」公告後續相關事宜，請鑒察。

決定：

一、請中央健康保險署會同各部門總額相關團體，依115年度總額核定事項及時程，及早研擬規劃、執行，每半年(7月、12月)於本會提報辦理情形。

二、餘洽悉。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」具體實施方案專案報告，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。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：上午11時13分。

各總額部門114年度執行成果評核之作業方式

第7屆115年第2次委員會議(115.3.11)通過

壹、評核範圍

- 一、醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診四總額部門114年度之年度重點項目、一般服務項目及門診透析服務執行成果。
- 二、四總額部門及其他預算114年度之專款項目執行成果。

貳、辦理方式

一、評核委員

(一)函請四總額部門受託團體(下稱總額部門)推薦評核委員人選，每部門至多推薦3名，包括：醫務管理、公共衛生及財務金融等健康保險相關領域專家學者。

(二)就四總額部門推薦人選，加上全民健康保險會(下稱本會)現任專家學者及公正人士委員，排除具有付費者代表或醫事服務提供者身分者後，彙整為建議名單，請本會委員就該建議名單票選適合人選(每人7票，超過或未達7票者視為無效票)，依據委員票選結果之票數多寡，依序邀請7位擔任評核委員，並對「本會現任專家學者及公正人士委員」名額予以保障，以至少3名為原則，邀請順序如下：

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

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

二、評核會議之資料

(一)請四總額部門及健保署於評核會議前1個月，提供年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果書面報告，另對於114年執行未滿半年之總額協商因素項目，請說明執行現況與未來規劃(報告大綱及提報單

位，詳附表一~四)，供評核委員事先審閱。

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

(三)請四總額部門及健保署於評核會議前2週，提送口頭報告(簡報)。

(四)依衛福部資安規定，評核過程請各部門、健保署及評核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)。

三、評核會議

(一)會議期程：2天。

(二)第一階段：公開發表會議(1天半)。

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

2.由接受健保署專業事務委託之四總額部門報告年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果；為利評核委員及與會者掌握及聚焦於重點項目，簡報內容請以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請部門以政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出114年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。

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

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

(三)第二階段：評核內部會議(半天)。

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

2.參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁，由評核委員互相推選主席。

參、評核項目與配分

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

評核項目	配分
<p>壹、年度重點項目執行成果與未來規劃^{註1}</p> <p>年度重點項目：請部門以政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出2~3項114年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為(附表三)</p>	20
<p>貳、一般服務項目執行績效</p> <p>一、就113年度執行成果之評核委員評論意見回應說明 (請以對照表方式，針對評核之建議改進意見提出回應說明，包含採行之具體措施)</p> <p>二、維護保險對象就醫權益</p> <p>(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施</p> <p>(二)民眾付費情形及改善措施</p> <p>(三)就醫可近性與及時性之改善措施</p> <p>(四)民眾諮詢及抱怨處理</p> <p>(五)其他確保民眾就醫權益之措施</p> <p>三、專業醫療服務品質之確保與提升</p> <p>(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施</p> <p>(二)品質保證保留款實施方案執行結果</p> <p>(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施</p> <p>四、協商因素項目之執行情形(含總額核(決)定項目KPI^{註2}之執行檢討)</p> <p>(一)延續項目之執行情形</p> <p>1.新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)(本項適用於核(決)定事項有新醫療科技項目之部門)</p> <p>2.支付標準修訂及其他協商因素項目(依核(決)定結果分列)</p> <p>(二)114年新增項目之執行情形(執行未滿半年請加註)</p> <p>五、總額之管理與執行績效</p> <p>(一)醫療利用及費用管控情形</p> <p>(二)地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理</p> <p>(三)點值穩定度</p> <p>(四)專業審查及其他管理措施</p>	60

評核項目	配分
(五)院所違規情形及醫療機構輔導	
參、專款項目執行績效/成果^{註3} 一、就113年度執行成果之評核委員評論意見回應說明 (請以對照表方式,針對評核之建議改進意見提出回應說明,包含採行之具體措施) 二、114年計畫/方案說明 三、112~114年執行情形及成效評估(含總額核(決)定項目KPI ^{註2} 之執行檢討及自選3項關鍵績效指標) 四、檢討與改善方向 (一)專款項目執行期限屆期之檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標) (二)計畫/方案115年修正重點 (三)114年執行未滿半年之新增項目/方案執行情形	20
總分	100

註：1.年度重點項目係就一般服務項目中，擇與政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切之議題進行重點報告，以利評核聚焦於年度重要事項。

2.KPI指年度總額核(決)定事項之「執行目標」、「預期效益之評估指標」及「品質監測指標」。

3.列入評核之專款項目如附表四。

肆、評核結果之應用

一、評核結果區分為下列五等級：

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

二、評核等級作為116年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給「品質保證保留款」之預算，以茲鼓勵。

三、評核委員針對四總額部門年度重點項目、一般服務項目及專款項目之共識建議，作為協商116年度該部門總額一般服務項目成長率及各專款項目經費增減及續辦與否之參據。

伍、115年評核作業時程表

時間	作業內容
115年1~3月	1.函請四總額部門及健保署提供建議之115年度重點項目及其績效指標、操作型定義及目標值，並請就本會研擬之評核內容(草案)提供修正建議。 2.研擬「各總額部門114年度執行成果評核之作業方式」(草案)。
115年3月	「各總額部門114年度執行成果評核之作業方式」(草案)提委員會議議定。
115年4~5月	1.辦理評核委員聘任事宜。 2.請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。
115年6月8日	健保署依評核報告大綱及評核項目表，先提送監測/調查/統計結果(報告上冊)予本會，供評核委員審閱及四總額部門參用，總額部門可專注於提報執行檢討與改善結果。
115年6月22日 (評核會議前1個月)	四總額部門及健保署提送執行成果之書面報告(健保署提送報告下冊)予本會，供評核委員審閱。
115年7月6日 (評核會議前2週)	1.健保署及四總額部門提送「各總額部門114年度執行成果發表暨評核會議」之口頭報告(簡報)，供評核委員審閱。 2.本會同仁彙整「各總額部門114年度執行成果評核指標摘要」供評核委員參考。
115年7月20、21日	召開為期2天之「各總額部門114年度執行成果發表暨評核會議」。

各總額部門年度重點項目及一般服務項目執行績效/成果之報告大綱

評核項目	健保署提報	部門提報
壹、年度重點項目執行成果與未來規劃		
年度重點項目：請部門以政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出2~3項114年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為	V	V
貳、一般服務項目執行績效		
一、就113年度執行成果之評核委員評論意見回應說明 (請以對照表方式，針對評核之建議改進意見提出回應說明，包含採行之具體措施)	V	V
二、維護保險對象就醫權益		
(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施	調查/統計結果及重點說明	檢討及改善
(二)民眾付費情形及改善措施		
(三)就醫可近性與及時性之改善措施		
(四)民眾諮詢及抱怨處理		
(五)其他確保民眾就醫權益之措施	—	V
三、專業醫療服務品質之確保與提升		
(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施	監測結果及重點說明	檢討及改善
(二)品質保證保留款實施方案執行結果	核發結果統計	
(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施	—	V
四、協商因素項目之執行情形(含總額核(決)定項目KPI ^{註4} 之執行檢討)		
(一)延續項目之執行情形	執行情形(含成效)檢討 ^{註3}	推動情形、目標達成情形、檢討及改善
(二)114年新增項目之執行情形(執行未滿半年請加註)		
五、總額之管理與執行績效		
(一)醫療利用及費用管控情形	醫療利用情形	管控措施、檢討及改善
(二)地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理	預算分配結果	
(三)點值穩定度	點值	
(四)專業審查及其他管理措施	審查核減統計	
(五)院所違規情形及醫療機構輔導	違規情形統計	
參、附錄(如：品質確保方案、品質保證保留款實施方案及其他視需要提供之方案內容)		

- 註：1.請健保署於6月8日依報告大綱及評核項目表，先提供監測/調查/統計結果(上冊)予本會及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料。
- 2.報告內容請涵蓋評核項目表各項評核內涵及指標，並提供3年(112~114年)之數據。另請健保署提供各項調查/統計結果時，重點說明其結果。部門提報之執行成果報告內文限100頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
- 3.依據115年度總額核(決)定事項，請於115年7月前，提報延續項目之114年執行情形及成效評估。
- 4.KPI指年度總額核(決)定事項之「執行目標」、「預期效益之評估指標」及「品質監測指標」。

各總額部門及其他預算專款項目執行績效/成果之報告大綱

壹、計畫型項目	健保署提報	部門提報 ^{註3}
一、就113年度執行成果之評核委員評論意見回應說明(請以對照表方式,針對評核之建議改進意見提出回應說明,包含採行之具體措施)	—	V
二、114年計畫/方案說明		
(一)計畫內容簡介		
(二)該年度計畫與過去之差異		
三、112~114年執行情形及成效評估	執行情形之統計結果、關鍵績效指標及改善建議	推動情形、檢討及改善、目標達成情形
(一)預算執行數及執行率		
(二)總額核(決)定事項執行情形		
(三)計畫/方案之目標達成情形		
(四)執行概況及結果,包含醫療服務提供及民眾利用情形、獎勵情形等		
(五)成效評估,包含計畫所訂之評核指標達成情形、就醫可近性及健康狀況改善情形等(含總額核(決)定項目KPI ^{註3} 之執行檢討及自選3項關鍵績效指標)		
四、檢討與改善方向	V	V
(一)專款項目執行期限屆期之檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標)		
(二)計畫/方案115年修正重點		
(三)114年執行未滿半年之新增計畫/方案執行情形與規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃
五、附錄:各項專案計畫/方案內容	—	V
貳、非計畫型項目	健保署提報	部門提報 ^{註3}
一、就113年度執行成果之評核委員評論意見回應說明(請以對照表方式,針對評核之建議改進意見提出回應說明,包含採行之具體措施)	—	V
二、112~114年執行情形及成效評估	執行情形之統計結果及改善建議	推動情形、檢討及改善
(一)預算執行數及執行率		
(二)總額核(決)定事項執行情形		
(三)執行結果及成效(含總額核(決)定項目KPI ^{註3} 之執行檢討)	V	V
三、檢討與改善方向		
(一)專款項目執行期限屆期之檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標)		
(二)115年修正重點		
(三)114年執行未滿半年之新增項目執行情形與規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃

- 註：1.各總額部門及跨部門之專款項目，請健保署於6月8日依報告大綱，先提供執行情形摘要表(上冊，其中計畫型應含3項自選關鍵績效指標)予本會及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料；由健保署負責之專款項目(計畫型及非計畫型)，均由署提報，各專款項目之提報單位如附表四。
- 2.各專案之執行成果報告內文限10頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
- 3.KPI指年度總額核(決)定事項之「執行目標」、「預期效益之評估指標」及「品質監測指標」。

各總額部門及健保署「114年度重點項目與績效指標(含目標值)」

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

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

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

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

各總額部門及其他預算專款項目執行績效/成果之提報單位

部門別	計畫/方案名稱	提報單位
牙醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 牙醫特殊醫療服務計畫 - 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 - 超音波根管沖洗計畫 - 高風險疾病口腔照護計畫(113 年起合併 3 項計畫^註) 【註：113 年合併原一般服務「高風險疾病口腔照護」及專款項目「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」併入執行】 - 特定疾病病人牙科就醫安全計畫 - 非齒源性口腔疼痛處置(114 年新增) 	總額承辦 團體 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)
中醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 - 中醫提升孕產照護品質計畫 - 中醫癌症患者加強照護整合方案 - 中醫急症處置計畫 - 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 - 照護機構中醫醫療照護方案 	總額承辦 團體 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)
西醫基層	<ul style="list-style-type: none"> - 家庭醫師整合性照護計畫(含計畫檢討與管控暨執行成果) - 家庭醫師整合性照護計畫(醫界配合推動情形) - 西醫醫療資源不足地區改善方案 - 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 - 強化基層照護能力及「開放表別」項目(非計畫型) - 因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用(非計畫型) - 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(非計畫型) - 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 - 提升國人視力照護品質(114 年自一般服務移列專款項目) 	健保署 總額承辦 團體 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)
醫院	<ul style="list-style-type: none"> - 地區醫院全人全社區照護計畫 - 急診品質提升方案 - 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 - 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 - 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型) - 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型) - 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫 - 腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(非計畫型) - 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能 - 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能 - 區域聯防-提升急重症照護品質(114 年合併 113 年新增之主動脈剝離手術病患照護跨院合作及腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作) - 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫 	健保署 總額承辦 團體 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)

部門別		計畫／方案名稱	提報單位
門診透析		- 腎臟病照護及病人衛教計畫 - 鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫	健保署
跨部門	醫院、西醫基層	- C 型肝炎藥費(含其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費」)(非計畫型) - 醫療給付改善方案 - 鼓勵院所建立轉診合作機制(非計畫型) - 基層總額轉診型態調整費用(非計畫型) - 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材(非計畫型) - 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費(非計畫型) - 精神科長效針劑藥費(非計畫型) - 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術(醫院))(非計畫型)(114 年新增西醫基層總額)	健保署 (相關總額部門提供配合推動情形)
其他預算		- 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 - 居家醫療照護(含居家醫療照護整合計畫)、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務 - 推動促進醫療體系整合計畫 - 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 - 提升用藥品質之藥事照護計畫 - 支應醫院及西醫基層總額 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項目不足之經費，及狂犬病治療藥費(非計畫型) - 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費(非計畫型) - 114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等(114 年新增)	健保署

註：1.各部門總額之品質保證保留款實施方案執行成果於一般服務項目執行成果報告中提報。

2.中醫門診總額「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」自 114 年起停辦。

3.114 年移列一般服務項目：醫院「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」、醫院及西醫基層總額「因應長新冠照護衍生費用」、醫院、西醫基層及牙醫門診總額「促進醫療服務診療項目支付衡平性」等。

4.114 年改由公務預算支應項目：西醫基層總額「代謝症候群防治計畫」、醫院總額「住院整合照護服務試辦計畫」、醫院及西醫基層總額「慢性傳染病照護品質計畫」、醫院、西醫基層及牙醫門診總額「癌症治療品質改善計畫」、醫院、西醫基層、牙醫門診及中醫門診總額「獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用」、其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」、「提升保險服務成效」、「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能執行情形」等。

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。

各總額部門及健保署「115年度重點項目與績效指標(含目標值)」

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
整體總額 —健保署	<p>項目1：整體資源配置與未來規劃(含分級醫療之推動成效) [延續項目] 至少包括以下內容：</p> <p>(1)整體總額基期執行結果及資源配置檢討與建議： 現行總額基期預算分配、費用分布及成長情形分析(區分總額別、服務別、分項費用、層級別、地區別、人口別等)及資源配置檢討與建議。</p> <p>(2)健保總額重點政策推動說明及檢討與建議： 重點政策推動情形(含分級醫療之推動成效)，及推動多年但未達預期目標之原因檢討(如全面導入DRGs支付制度、家庭醫師整合性照護計畫之轉型等)。</p> <p>(3)全人醫療之醫療服務整合情形及照護成果： 包括跨機關、跨專案、共病照護相關計畫(如家庭醫師整合性照護計畫、論質計酬計畫)之整合情形及照護成效。</p> <p>(4)以保險人角度提出健保總額未來實施方向及執行規劃。</p>	
	<p>項目2： 降低門診10項 重點檢查(驗)非 合理區間再次 執行 [延續項目]</p>	<p>指標：門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率 目標值：較前一年同期下降$\geq 1\%$ 操作型定義：(當期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率-114年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率)/114年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率</p>
	<p>項目3： 保障醫院兒童醫 療量能 [新增項目]</p>	<p>指標：醫院兒科醫師之人數、急診及住院服務量 目標值：醫院兒科醫師之人數、急診及住院服務量不低於114年 操作型定義：1.115年醫院兒科之執登醫師人數≥ 114年同期數值 2.115年醫院總額申報西醫急診、住診0-6歲兒童每人均醫療點數加總≥ 114年同期數值</p>
醫院總額 —醫院 協會	<p>項目1： 醫院分級醫療 執行成效 [延續項目]</p>	<p>指標：醫院層級轉診率 目標值：轉診率較前一年度成長 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數</p>
	<p>項目2： 護病比執行現</p>	<p>指標：全日平均護病比達加成之占率提升</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
	況 [延續項目]	<p>目標值：整體全日平均護病比達加成之月次占率較前1年度維持</p> <p>操作型定義：1.整體醫院達護病比加成的月次/整體醫院申報住院護理費總月次</p> <p>2.「加成」係指全日平均護病比達一定比例之住院護理費加成</p>
西醫基層 總額 一醫全會	項目1： 西醫基層診所糖尿病病人整體照護情形 [延續項目]	<p>指標：照護率、HbA1c<7%(控制良好率)</p> <p>目標值：1.照護率：55%以上</p> <p>2.HbA1c<7%(控制良好率)：54%以上</p> <p>操作型定義：1.照護率：糖尿病病人(E08-13)於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數/該院所診斷糖尿病病人數</p> <p>2.HbA1c<7%(控制良好率)：分母病人中，其最後一次HbA1c檢驗值<7.0%(80歲以上病人HbA1c<8.0%)之人數/糖尿病病人於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數</p>
	項目2： 檢驗(查)結果上傳率 [延續項目]	<p>指標：上傳率</p> <p>目標值：60%以上</p> <p>操作型定義：檢驗(查)結果上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果)/「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查詢病患就醫資訊方案」附件五-「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」之診所申報醫令數</p> <p>計算條件：1.採診所歸戶(即檢驗所上傳資料併回診所計算)</p> <p>2.排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、病理報告及出院病歷摘要資料</p>
	項目3： 改善「透析前高風險腎臟病人使用NSAIDs藥量異常」 [新增項目]	<p>指標：透析前高風險腎臟病人使用NSAIDs之比率</p> <p>目標值：115年指標值<114年指標值</p> <p>操作型定義：開立NSAIDs藥物案件/透析前高風險腎臟病人(人次)</p> <p>指標精神：較前一年減少透析前高風險腎臟病人使用NSAIDs之比例，以降低透析個案。符合透析前高風險腎臟病人定義，於3個月內所有使用口服NSAIDs藥品總日數≥31日之案件，例：110年1-3月申報開立NSAIDs藥物案件，以申報資料之主次診斷碼或上傳eGFR值歸類判斷透析前高風險腎臟病人，並將該病人口服NSAIDs藥品總日數≥31日之案件列入監測</p> <p>名詞定義：1.病患ID歸戶如任一ICD-10-CM碼為透析後之主次診斷碼，則該病人歸類為透析後病人，餘符合以下慢性腎臟病第3B期至第5期病人條件，定義為透析前高風險腎臟病人：</p> <p>慢性腎臟病第3B期病人，符合以下任一條件：</p> <p>(1)資料範圍內最近一次eGFR值$30 \leq eGFR < 45$</p> <p>(2)CKD收案者且資料範圍內最近一次eGFR值$30 \leq eGFR < 45$</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>(3)PRE-ESRD收案者且資料範圍內最近一次eGFR值$30 \leq eGFR < 45$ 慢性腎臟病第4期病人，符合以下任一條件： (1)病患以ID歸戶，資料範圍內任一診斷碼(ICD-10-CM)為N18.4 (2)資料範圍內最近一次eGFR值$15 \leq eGFR < 30$ 慢性腎臟病第5期病人，符合以下任一條件： (1)病患以ID歸戶，資料範圍內任一診斷碼(ICD-10-CM)為N18.5 (2)資料範圍內最近一次eGFR值< 15且尚未透析 備註： (1)透析後診斷碼：N18.6、R88.0、Z49.01、Z49.02、Z49.31、Z49.32、Z91.15、Z99.2 (2)尚未透析：資料範圍未申報透析案件(案件分類05) (3)資料範圍為近3個月內資料</p> <p>2. 口服NSAIDs藥品：ATC碼前5碼為M01AA、M01AB、M01AC、M01AE、M01AG、M01AH或ATC碼7碼M01AX01、M01AX02、M01AX07、M01AX17且醫令代碼第8碼=1(口服藥) (1)M01AA：phenylbutazone、mofebutazone、oxyphenbutazone、clofezone、kebutzone (2)M01AB：Acetic acid derivatives and related substances (3)M01AC：Oxicams (4)M01AE：Propionic acid derivatives (5)M01AG：Fenamates (6)M01AH：Coxibs (7)M01AX01：nabumetone (8)M01AX02：niflumic acid (9)M01AX07：benzydamine (10)M01AX17：nimesulide</p>
牙醫門診 總額 一牙全會	項目1： 國人牙周照護落實情況、改善情形 [延續項目]	<p>指標：減少有牙周治療者平均拔牙顆數 目標值：\leq最近三年全國平均值 操作型定義：1.分子：前一年度(114年)牙周病支持性治療(91018C)申報3次以上之就醫人往後追蹤當年度(115年)申報簡單性拔牙(92013C)及複雜性拔牙(92014C)醫令數加總 2.分母：前一年度(114年)牙周病支持性治療(91018C)申報3次以上之就醫人數 3.牙位：1~4象限1-7(排除乳牙、智齒、多生牙) 4.計算：分子/分母</p>
	項目2： 高風險病人照護回診率	<p>指標(1)：提升高風險病人牙結石清除照護回診率 目標值：\geq最近三年全國平均值</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
	[新增項目]	<p>操作型定義：1.分子：當年度申報高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)醫令2次以上之就醫人數 2.分母：當年度申報高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)醫令之就醫人數 3.計算：分子/分母</p> <p>指標(2)：提升高風險病人氟化物治療照護回診率 目標值：≥最近三年全國平均值</p> <p>操作型定義：1.分子：當年度申報齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)醫令2次以上之就醫人數 2.分母：當年度申報齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)醫令之就醫人數 3.計算：分子/分母</p>
中醫門診 總額 一中全會	項目1： 提升中醫醫療服務 [延續項目]	<p>指標(1)：中醫醫療服務人數成長率 目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(115年中醫醫療服務人數-114年中醫醫療服務人數)/114年中醫醫療服務人數</p> <p>指標(2)：中醫醫療服務人次成長率 目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(115年中醫醫療服務人次-114年中醫醫療服務人次)/114年中醫醫療服務人次</p> <p>指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數呈現正成長 操作型定義：(115年中醫居家醫療服務人數-114年中醫居家醫療服務人數)/114年中醫居家醫療服務人數</p> <p>指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次呈現正成長 操作型定義：(115年中醫居家醫療服務人次-114年中醫居家醫療服務人次)/114年中醫居家醫療服務人次</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率呈現正成長 操作型定義：(114年無中醫鄉數-115年無中醫鄉數)/114年無中醫鄉數</p> <p>指標(6)：醫療資源不足地區服務人數成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人數呈現正成長 操作型定義：(115年醫療資源不足地區服務人數-114年醫療資源不足地區服務人數)/114年醫療資源不足地區服務人數</p> <p>指標(7)：醫療資源不足地區服務人次成長率</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>目標值：醫療資源不足地區服務人次呈現正成長 操作型定義：(115年醫療資源不足地區服務人次-114年醫療資源不足地區服務人次)/114年醫療資源不足地區服務人次</p> <p>指標(8)：照護機構服務人數成長率 目標值：照護機構服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(115年照護機構服務人數-114年照護機構服務人數)/114年照護機構服務人數</p> <p>指標(9)：照護機構服務人次成長率 目標值：照護機構服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(115年照護機構服務人次-114年照護機構服務人次)/114年照護機構服務人次</p>
	<p>項目2： 慢性腎病利用中醫醫療服務 [延續項目]</p>	<p>指標(1)：慢性腎病服務人數成長率 目標值：慢性腎病服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(115年慢性腎病服務人數-114年慢性腎病服務人數)/114年慢性腎病服務人數</p> <p>指標(2)：慢性腎病服務人次成長率 目標值：慢性腎病服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(115年慢性腎病服務人次-114年慢性腎病服務人次)/114年慢性腎病服務人次</p>
其他預算 一健保署	<p>項目1： 罕見疾病新藥或給付規定修正案件審理通過件數 [延續項目]</p>	<p>指標：罕見疾病新藥或給付規定修正案件審理通過件數 目標值：大於等於7件 操作型定義：當年罕見疾病新藥案件及給付規定修正案之審理通過生效件數總和≥ 7件</p>
	<p>項目2： 居家整合新收案對象門診次數降低 [延續項目]</p>	<p>指標：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前半年(○○次)低 目標值：$< \text{○○}$次 操作型定義：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前半年低</p>

第7屆115年第2次委員會議
與會人員發言實錄

壹、「主席致詞」、「議程確認」、「確認上次(第1次)委員會議紀錄」與
會人員發言實錄

周執行秘書淑婉：報告主委、各位委員，大家早安！過了一個春節，大家很久不見，聊得很開心，但時間已經到了，委員出席人數已經過半，今天委員會議要正式開始，首先請主委致詞。

周主任委員麗芳：各位健保會委員，還有健保署今天有很龐大的陣容，當然也非常感謝由周淑婉執行秘書率領的健保會幕僚同仁，還有社保司的同仁，大家早安！大家好！

今年馬年剛開始，現在還是正月，跟大家拜個晚年，其次展望一下 2026 年。2026 年不管在台灣的经济或是在整個醫療的體系，可以說是最輝煌的一年，為什麼說是最輝煌的一年，因為我們對整個台灣醫療體系非常有信心。

首先，可以看到 2025 年當中，經濟成長率可說創了過去 15 年新高，來到 8.68%。從醫療體系來看，自從賴總統上任推動健康台灣，幫整個醫療體系帶進多少資源。以今年總額來看，我們創立了一個歷史，健保從今年開始已經邁入兆元健保，進入新的紀元，總額來到 9,883 億元，加上政府整個公務預算挹注 199 億元，總經費來到 1 兆 82 億元，在兆元健保之下相信每位健保會委員也感受到我們肩上的責任變沉重。但是，希望把這樣的兆元預算發揮到最大效益，好好守護民眾，也希望整個台灣的醫療體系，在整個轉型過程中，能夠讓它發揮得更好，更加強韌。

剛剛提到在整個健康台灣的推動之下，包括已經有的增加癌篩預算，從過去 28 億元到 68 億元，增加百億癌症新藥基金，及推動健康台灣深耕計畫 5 年期 489 億元，在座的整個醫療部門，任何一個醫療部門從中都獲得非常大的助益，因為這些經費都是額外補充的，對整個醫療體系轉型如同及時雨一樣。尤其深耕計畫有四大範疇，第 1 個就是改善醫護工作環境，是現在最需要的。第 2 個部分是提升人力品質、增加人力，這也是現在最需要的，尤其是在現今醫護勞動力欠缺的情況下。第 3 部分也相當重要，整個智慧科技的導入，

特別是如何輔助讓醫療體系能夠像轉骨、脫胎換骨一樣，這是第 3 個層次。第 4 個層次也是現在非常需要的，就是韌性，怎麼強化醫療體系的韌性，包括永續、如何減碳等，特別台灣是缺乏能源的國家，現階段國際動盪，大家都知道能源很重要，醫療體系如何能更加精簡能源的使用來減碳，是規劃在 5 年 489 億元健康台灣深耕計畫中。

其次也要跟大家報告一個非常重大的好消息，也就是從今年 2026 年開始，衛生福利部已經啟動了長照 3.0，長照 3.0 建築在過去的基礎之上，但是今年的預算總共是 1,150 億元，長照 3.0 可以說是全國動起來，最大的目的，就是不希望再有長照的悲歌，希望接住每個需要長照服務的民眾，這是長照 3.0 的部分。

另外在 3 月 5 日，總統府健康台灣推動委員會第 7 次委員會議中賴總統正式宣示，從今年開始正式啟動 4 年期的國家藥物韌性整備計畫 240 億元，藥物韌性整備計畫除了跟藥界息息相關之外，對於整個民眾在用藥的保障、醫療品質的提升上，都有非常大的助益，特別是在這個計畫當中，可以看到很重要的就是，面對國際情勢不穩定的狀況，希望提升台灣自己的藥品自主性、國產國用、智慧調整，包括國際的聯盟等，這都是非常重要的。

當然對在座各位，尤其很多來自產業界的雇主代表，來自付費者代表等，這個計畫希望能夠滾動整個台灣的經濟，帶動兆元的產業，所以由剛剛的說明當中，各界對台灣的經濟，或者是未來在這一年的健保，是充滿信心。也希望所有的健保會委員能夠秉持過去一年當中，對於健保的建言、還有關注，在新的一年當中，共同來努力合作，讓健保會能夠發揮更大的職能，也共同攜手健保署，因為健保署在陳亮好署長、顏家瑞副署長，以及劉林義主任秘書，一路相隨下，在今年業務推動上，希望健保署也能夠更加的接地氣、更加發揮成效。

接下來今天又有好多的醫療部門，提供很多寶貴的資訊，是不是就依序請醫療部門說明。首先，請李飛鵬理事長，最近醫院協會是

不是有一個風險移撥款論壇，要不要跟大家說明？

李委員飛鵬：有關醫院協會風險移撥款論壇，歡迎大家踴躍參加，是一個例行性的會議，謝謝。

周主任委員麗芳：接下來請西醫基層。

顏委員鴻順：主席、各位長官、各位敬愛的委員，大家早安！大家好！西醫基層有 3 件事情向各位尊敬的委員報告，第 1 個就是剛才主席有提到，我們非常重視的 5 年 489 億元健康台灣深耕計畫，在各地也陸續在舉辦首次的成果分享會，醫師公會全國聯合會在陳相國理事長、邱泰源榮譽理事長帶領之下，在 4 月 8 日下午 2 時到 5 時，舉辦 1 場以各地醫師公會體系為主的深耕計畫分享會，在這裡邀請各位敬愛的委員如果有空，可以現場或是上線給我們指導。

第 2 件事情，4 月 14、15 日 2 天在台南舉辦基層醫療參訪，參訪地點包括衛生所、基層醫療、安南醫院、居家診療所等，讓大家知道在南部地區比較基層的一些運作狀況，在這裡也邀請各位委員能夠蒞臨。

第 3 件事情，今天我跟黃振國委員可能要先跟大家報備，大概在 10 時 20、30 分左右要先行離開，因為要到立法院去協調有關去年度稅務的問題，特別是去年我們非常積極爭取的醫院醫師加班、值班、超時等一些有關工時稅賦減免的問題，今天可能要跟財政部賦稅署做最後的定案，在這裡跟各位委員報告，也先請個假，謝謝。

周主任委員麗芳：非常謝謝顏鴻順委員，黃振國委員沒有要補充？我們也預祝大家等一下在立法院的協商旗開得勝，接下來請牙醫部門陳世岳委員。

陳委員世岳：主委、各位委員，大家早安，大家好！今天桌上有 3 份邀請函，要邀請大家的，我想春節還沒有過完，牙醫最後一個春酒要邀請大家，3 月 29 日中午在 WHOTEL 有牙醫界的春酒活動，邀請所有長官及委員蒞臨。

再來是我們將於 5 月 3 日舉辦 5 月 4 日牙醫師節慶祝活動，以往牙醫師節都是與大會合併舉行，這屆特別拉出來單獨舉辦，因為希

望藉此感謝許多捐贈給牙科偏鄉醫療的單位，包括扶輪社、宮廟、地方政府以及善心人士，慷慨捐助治療椅與設備，我們要在這次活動中，特別感謝他們。同時，我們也有表揚活動，牙醫教育面臨師資不足的問題，許多人選擇投入臨床開業，願意留在學校與醫院奉獻心力的人相對較少，這次活動要表揚牙醫教育奉獻獎，願意留在學校的老師，還有牙醫專業奉獻獎，就是醫療奉獻獎。誠摯邀請各位委員蒞臨參與，共同見證這次單獨舉辦的牙醫師節慶祝活動。

第3件是5月21日、22日我們辦理總額參訪活動，地點在花蓮，上次花蓮光復鄉洪災非常地嚴重，當地2間牙醫診所受創極深，然而，在各界的支持下，我們在極短時間內完成復原，而且復原完後，比原來還要漂亮還要新，這要特別感謝牙醫界、地方人士以及牙材商等單位的捐款，在這次參訪活動中，我們將與大家分享診所復原前後的對比，展現牙醫界與社會各界共同努力的成果，希望偏鄉的醫療量能持續，第2天會安排失智日照中心，讓大家了解我們對失智症如何處理，誠摯邀請各位委員撥冗參加此次牙醫部門總額參訪活動，謝謝大家。

周主任委員麗芳：

非常謝謝陳世岳理事長，接下來請中醫部門蘇守毅理事長。

蘇委員守毅：謝謝主委、各位委員大家早安！我等一下約在上午10點需要先行離開，因為今天有一場與中醫藥司的會議，討論拔針相關研究及其適法性，以及中藥在食用與藥用方面的法律規範，這場會議是上週才臨時通知的，對中醫部門而言蠻重要，所以等一下就會先離開一下，會議地點就在本部8樓，如果時間允許，我會再回來。

在此向各位委員報告，上次委員會議時我們已經發放訪視活動調查表，在4月8日、9日要到台東做偏鄉醫療訪視，因為時間快到了，再跟各位委員友善提醒，4月8日早上7點40分在台北車站B1入口集合，搭乘8點01分高鐵至左營是10點整抵達，若南港上車時間為7點50分、桃園8點20分、台中8點54分，抵達高雄後轉乘台鐵到台東，台鐵是新自強號3000型第161車次，10點

20分自新左營出發，12點15分抵達台東市，當日將前往海端鄉巡迴點及延平鄉紅葉村巡迴點做參訪，第二天則安排參訪獎勵計畫的惠心堂中醫診所，4月9日下午回台北的話，會從台東搭乘15點20分的飛機，回到台北16點20分，若中南部一樣會安排高鐵及自強號，希望各位委員踴躍參與這項活動，這都是我們健保會全力支持，讓偏鄉地區能有更好的醫療服務水平，希望各位共襄盛舉，謝謝。

周主任委員麗芳：非常感謝剛剛幾個醫療部門，當然我們也很感謝藥師公會、護理師全聯會，也特別要感謝西醫基層跟醫院部門有關醫事人員稅賦減稅的問題，不斷積極地來爭取協商，那麼也先預祝大家協商順利。

再者，剛剛幾位委員的發言讓我們非常感動，大家如此重視健保會，始終將健保會放在第1位，雖然有很多重要會議但還是都親自出席，而且還向委員們報告行程，甚至告訴我們說結束後一定趕回來，這份心意讓我們感受到彼此同心，都是為了健康台灣、為了健保共同努力，真心感謝大家。

也很感謝陳亮妤署長親臨現場，稍後在健保署的業務報告中，請署長跟我們分享今年度特別成果，尤其在春節期間，讓民眾大開眼界，健保署展現了完整的醫療備戰能力，健保署及衛福部讓民眾在春節期間就醫無障礙且非常便利，最重要的是我們在第一線為民眾守護而犧牲假期的所有醫護同仁，再次感謝大家，我們就進行今天的會議。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主委、各位委員，這次議程相對非常單純，計有優先報告事項1案，討論事項1案，報告事項2案，這都是按照年度工作計畫排定。

優先報告事項是業務執行的口頭季報告，剛剛主委有講，署長會親自向大家報告這次春節期間急診的處理。這次的季報告，基本上要併同呈現前1年的健保業務整體性說明，包括過去各位委員關心的指示藥品取消收載情形提報、分級醫療、急診品質提升方案指標

執行情形，這是今天第 1 個優先報告案。

第 2 個是討論事項，本會在 7 月會辦理 114 年總額執行成果評核，辦理評核時會先議定所有作業方式，今天就是要討論作業方式。

報告事項第 1 案，依照上次委員會議有報告 115 年度總額核定結果，核定結果之後會有一些核定事項需要辦理，本會同仁整理之後向委員及健保署做說明；第 2 案是依照核定事項的要求辦理，是中醫護理照護品質的專案報告，以上是今天議程安排。

周主任委員麗芳：請問各位委員對於今天的議程安排有沒有意見？如果沒有的話，今天議程就確認，我們進行接續的議程。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳：有關會議紀錄，委員有沒有要詢問？如果沒有的話，會議紀錄確認。

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：在本會重要業務報告項次一的部分，是本會依照上次委員會議決議事項的辦理情形，(一)是依優先報告事項決定，已將委員對 115 年度總額核定結果的意見，函送衛福部參考，資料在附錄一，會議資料第 107 頁，請委員參閱。

(二)是依照討論事項第一案決議，將「115 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，委員所提意見函送給健保署，請健保署研修方案內容之後，依照法定程序陳報衛福部核定，這部分在附錄二，會議資料第 108 頁。

(三)是上次委員會議決議定列管追蹤事項共有 3 項，依照辦理情形建議解除追蹤有 1 項，繼續追蹤有 2 項，最後還是會依照委員會議的議定結果來做辦理，另外個別委員關切的事項，健保署回復在附錄三，會議資料第 109~111 頁，請委員參閱。

麻煩委員參閱會議資料第 19 頁，跟委員報告擬解除追蹤的事項，這次擬解除追蹤的事項是在重要業務報告中，委員提到有關於平均眷口數跟依照健保法施行細則第 68 條的相關意見，我們有送請健保署研議。健保署的回復，是有關於施行細則第 68 條規定公告事項，每年都有依照規定將計算結果報請衛福部核定，考量原公告仍屬有效，所以援例將有調整事項辦理公告，另外提到針對委員其他建議，健保署在本年辦理報部時會做一併參考，所以建議解除追蹤，這個是建議解除追蹤的事項。

請委員翻回會議資料第 10 頁，項次二的部分，是本會在 3 月 25 日會辦理參訪活動，主題是罕見疾病醫療利用及服務，地點在罕見疾病基金會附設身障福利服務中心—罕見家園，我們會安排健保署報告罕見疾病的醫療利用，包含罕藥收載及使用情形，目前雖然寫了 23 位委員報名參加，不過最近又少了 3 個人，現在一共是 20 位委員參加，行程表如會議資料第 21 頁，其實這個參訪行程是還不錯的活動，希望委員可以多加報名，我們還是可以繼續接受報名，所以

如果委員時間允許的話希望能夠踴躍參加。

項次三是健保署在本年1月至2月發布及副知本會相關資訊摘要，詳細內容都在健保署全球資訊網，附件也在3月4日有寄到各位委員電子信箱，摘要的部分請委員參閱，以上報告。

周主任委員麗芳：非常感謝周淑婉執行秘書的報告，也非常謝謝健保會幕僚同仁協助安排在3月25日辦理業務參訪活動，這次也非常感謝，請洪瑜黛委員幫我們跟陳莉茵創辦人致謝一下，因為這次的地點是在罕病基金會附設的身障福利服務中心—罕見家園，我們也歡迎大家踴躍參加。有關於剛剛周淑婉執行秘書報告內容，有沒有要詢問的地方？請陳鴻文代理委員。

陳代理委員鴻文(呂委員正華代理人)：主席、各位委員大家好，針對會議資料第19頁平均眷口數解除追蹤的這件事情，我還有一些小小看法供大家參考，先提供一些數據供大家再做一些思考。第1個，根據最新2月份人口統計新生兒總人口數連續26個月負成長，2月份新生兒6,523人，這是什麼概念呢？就是年減37.3%，創下史上新低。第2個數據，2015年出生人數是21.3萬人，到了2024年是13.4萬人，如果按照2025年的預估大概11萬人，可是我們看到的最新數據，大概會低於11萬人，約10.7萬米左右。這2個數字的概念告訴我們：因為少子化的影響，其實平均眷口數是持續在減少。

基於這樣的數字，我提2個建議。第1個，健保署既然每年都依照規定計算結果報衛福部核定，現在已經3月了，我不曉得是不是應該讓所有委員知道最新平均眷口數統計結果，在沒有公布平均眷口數最新數據以前，我是建議不宜解除追蹤，這是第1個建議。第2個建議是，即使公布出來最後結果平均眷口數沒有調整，根據施行細則第68條，我建議衛福部還是要依法行政予以對外公告，2個意見提供參考。

周主任委員麗芳：謝謝陳鴻文代理委員，那他剛剛也特別提到，整個新生兒出生率下降的問題，特別請健保署在計算平均眷口數要妥為思考。因為剛剛也建議說如果還沒有正式對外公告的話，建議不要

解除追蹤，我們尊重委員，就繼續追蹤好不好？請林恩豪委員。

林委員恩豪：謝謝主席，我的建議跟陳鴻文代理委員一樣，在健保署還沒有公告之前應該不要解除追蹤，因為現在就是沒有公告。

周主任委員麗芳：我們就遵從委員的建議，這案我們就繼續追蹤，其他事項還有沒有委員要詢問的？如果沒有的話，本案決定就是建議解除追蹤這項，繼續列管追蹤，餘洽悉。

參、優先報告事項「中央健康保險署『115年1月份全民健康保險業務執行季報告』」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳署長亮妤：大家好，因為黃珮珊組長主責這次分級分流還有 UCC^(註)，她會跟大家報告，我會做一點點的補充，謝謝各位委員。

註：UCC(Urgent Care Center，假日輕急症中心)

周主任委員麗芳：請黃珮珊組長。

黃組長珮珊：主委、各位委員大家好，接下來由健保署報告春節期間醫療應變措施的分析。投影片第 2 張是春節期間的加成方案，也謝謝委員支持，我們在春節期間基本上是針對除夕到初三，就是去年急診比較壅塞的時間，給予門診 100%加成，急診住院部分也是 9 天連假都是 100%加成，一共挹注 16 億元，方案也明確規範獎勵金要分配 8 成給春節期間出席相關人員，接下來跟大家報告分析結果。

投影片第 3 張，在急診人次部分，藍色部分是 114 年、紅色部分是 115 年，我們可以看到整體 115 年急診是有明顯下降，而且趨勢是蠻持平的，意思就是說 115 年的急診其實沒有明顯高低起伏，整體而言 115 年相較 114 年減少 3,522~12,047 人次，其中去年急診高峰在初二、今年也在初二，但人次有明顯下降，從 4.2 萬人下降為 3.1 萬人，急診確實在就醫人次上有明顯下降。

投影片第 4 張，剛剛有報告獎勵部分也涉及門診，我們看一下門診就醫人次，大家可以看到藍色部分，去年 114 年的小年夜是星期一，今年的小年夜是星期日，差異是因為平日跟假日的關係。可以看一下除夕一直到初三其實是相對門診量比較低，這 2 年相較起來，雖然很貼近，但是 115 年門診仍高於 114 年門診。再來看到初四、初五，今年紅色線相較於去年藍色線是跳上來，門診量明顯回升，顯示初四、初五後一些比較不急迫的醫療需求在春節後反彈出來就醫。請看右上角圖，因為初一到初三比較貼近，我們放大來看，確實初一、初二的門診量，115 年都是比 114 年還要高的。

投影片第 5 張，我們來看一下門診件數改變，到底民眾跑去哪裡看診。綠色部分就是門診件數增加的，紅色部分是門診件數減少的，從除夕、初一、初二可以看到基層診所門診件數明顯上升，右下角可以看到每一天的分析，可以看到除夕、初一、初二、初四的門診都是上升，其中主要帶來貢獻的部分就是基層紅色的部分，其實除夕門診上升有 91% 來自基層貢獻，初一門診上升則是有 128% 來自基層貢獻，尤其是初二，醫院層級門診下降全數都是由基層承接，也就是門診上升 298% 由基層貢獻，所以除夕到初二期間其實基層發揮了關鍵分流功能，門診增加人次介於 1,933~26,960 人次。

投影片第 6 張，我們再看一下到底是哪些診斷會跑去門診，一樣綠色是增加，紅色是減少，可以看一下趨勢，除夕一路到初四其實慢性病都是增加的主因，因為綠 bar 比較長，而類流感也是下降主因，紅 bar 比較長，所以我們可以看的出來，除夕到初二藉由春節獎勵方案讓醫療量能開診開出來之後，一些慢性病人確實是在基層就醫，類流感也有減少情況。

投影片第 7 張，急診的部分也是依診斷別來看，看起來一些屬於傷害、中毒這種比較硬性需求，或是癌症這些比較重症的部分，它的件數是沒有減少，但是類流感、慢性病的件數是減少，所以我們可以看出輕症的需求沒有跑到急診去，急診的減壓確實讓比較需要重症的個案還是會在急診，但輕症確實有分流到門診去。

投影片第 8 張，春節期間 9 天連假 UCC 開設 7 天，另在 228 連假開設 2 天，來看一下 UCC 開設 9 天的執行情形，就醫共 6,394 人次，左邊這張圖可看出占率有一半都是發燒及呼吸道的症狀，剛剛跟大家報告的急診下降幅度比較大的初一、初二、初三這幾天，也是 UCC 就醫人次比較多的，所以也顯示急診的下降，是部分分流到門診，也部分分流到 UCC。

投影片第 9 張，我們看一下對整個報告的總結，首先，確實疫苗接種能有效降低類流感疾病在門診及急診的就醫人次，顯示疫苗接種有建立一個防護屏障。第 2 個就是基層量能開出來，確實有疏

導急診壅塞，這 16 億元獎金的成效是初步看得到的，有緩解急診壅塞也落實分級醫療，讓慢病可以分流到基層去。第 3 個，急診部分輕症確實減少，但急重症服務仍維持，所以從分析可以看到急診內類流感等輕症變少，而心血管、中風這類重症還是維持在急診，確實能讓醫療量能真正集中在需要的患者，以上報告。

周主任委員麗芳：接下來請署長補充。

陳署長亮好：今天來跟健保會委員報告，也謝謝我們健保署同仁在春節過後特別為了今天的報告趕快把統計跑出來。請看到投影片第 3 張，很多急診人都在臉書或各種媒體投書都有提到，今年的急診壅塞好像比去年好很多，我們來看實際上的數字，剛好今年跟去年都是連假 9 天，那我們看小年夜到初五，事實上的確跟急診人的體感是一樣的，在除夕、初一、初二、初三一路以來，急診就醫人次下降都超過 1 萬人次，下一個問題是人去哪裡？有幾個可能，一個可能是今年的疫苗打得特別好，我特別問過疾管署羅一鈞署長，就是在 vulnerable populations^(註)分成嬰幼兒、學齡前、65 歲以上長者、免疫不全患者各種人口群，去年比前年的疫苗施打率大概提高 2% 以上，2% 是非常多人喔，因為那是全人口的比率。那下一個問題，是不是因為 COVID 跟流感控制得很好，還是春節 16 億元獎金有發揮分級分流的功效，所以我們的統計想要簡單的看這件事情，在座很多統計專家，包括陳秀熙教授、黃心苑教授等等，而我們同仁都是先以粗淺的統計跟大家報告。

請看到投影片第 5 張，這裡是趕出來的資料，所以如果各位委員好奇詳細數字可以再分析。我們可以看到門診件數依照層級別，可以看到最左邊很長很長的綠色 bar，那個是蠻大幅度都到基層診所，那這裡要非常感謝基層診所與醫師公會全聯會，今天的代表是黃振國委員及顏鴻順委員，還有在座各位，當然還有醫院今年的開診率也到 67%，醫福會部分也特別謝謝林慶豐執行長，部立醫院開診率到 9 成，大家可以看到，除夕一路到初二這個去年急診最壅塞的狀況，事實上今年很大幅度都移到春節門診，特別是基層門診。

投影片第 6 張，我們就很好奇，事實上類流感下降，那麼其他去就醫的是哪些病人。目前看到慢性病還是非常大宗，隨台灣邁向超高齡社會，慢性病為主；另還有傷害及中毒，這個中毒包含食物中毒，因為春節大家會大魚大肉、大吃大喝，是比較容易食物中毒的時候，其他的心血管跟中風也是，特別是春節不管是天氣、飲食，壓力比較大，大家要團聚在一起。

接著看投影片第 7 張，這邊最特別的請大家看這 5 個圖，事實上是除夕到初四的就醫類別，我們去看他下降的幅度，那如果從右邊往左邊看的第 3 個圖，右邊第 3 個 bar，以除夕來講類流感下降 620 人次，這些都是急診，那如果是初一的話則是下降 1,244 人次，簡單來說這張圖告訴我們，類流感今年真的是防守得很好，當然防疫專家陳秀熙教授在這裡，還有很多其他原因，包括很多人說因為去年大家大感染、所以今年有抗體，那另外 1 個原因當然就是今年疫苗打得很好等等，還有很多很多原因，但是我們從除夕到初四看到類流感就是大幅下降，這是急診就醫。所以如果類流感下降、疫苗打得好對急診壅塞有幫忙，春節不管是醫院或基層的門診疏散也對這個有幫忙，以上是數據解讀補充。

因為在座太多專家，我們就不再往下講，還是跟各位報告分享，主要是致謝，向全台灣醫護致謝他們駐守在崗位上，也謝謝委員在去年支持，讓我們健保署開辦 31 年來第一次在春節特別為了緩解急診壅塞的獎勵金，以上報告，謝謝。

註：依據教育部台灣學術倫理教育資源中心學術倫理領域辭典，易受傷害族群(Vulnerable population)一般包括：胎兒及胚胎；兒童、青少年及中小學生；第一期臨床試驗的健康成年人；婦女及孕婦；決定能力減損者；從屬族群(如犯人、軍人、大專學生、受雇者等)；末期患者；災民；發展中國家人民；原住民與新移民。

周主任委員麗芳：謝謝陳亮好署長對同仁報告的補充，在顏鴻順委員發言之前，我們是不是先給健保署及所有在第一線守護我們的醫護人員一個掌聲鼓勵(眾人鼓掌)，感謝大家，接下來請顏鴻順委員。

顏委員鴻順：謝謝健保會所有同仁對於健保署春節加成獎勵方案的支持，也要非常感謝及尊敬衛福部及健保署所有長官，從春節前就一直不斷透過各種管道、公協學會及全聯會，一起鼓勵如何重視急診

壅塞問題，我們也把這些訊息帶回地方醫師公會，我也是透過我自己的社區醫療群去號召，我們醫療群在新莊地區有 3 家診所初三出來看診，我就是其中之一。我初三出來看診，本來想說要嗑個瓜子比較有年節氣氛，怕沒有人，結果那一天早上看了 90 幾個病人，從 8 點半看到下午 2 點半。的確從這裡分析，大概 8 成都是類流感相關疾病，1 成多是腸胃炎，少數幾個是屬於春節期間可能打掃拉傷或痛風發作，少數幾個是其他問題，不然整體而言幾乎都是類流感跟腸胃炎居多。

我覺得今年這樣的措施，當然有其他不同因素，但基層醫療一起出來分攤春節急診壅塞的確也扮演一定角色，也要謝謝健保會的支持，跟健保署衛福部長官的努力推動，社區醫療群在這裡也扮演一定角色，謝謝大家。

周主任委員麗芳：謝謝顏鴻順委員，您也辛苦了，犧牲春節假期，接下來請蔡順雄委員。

蔡委員順雄：今年基層的開診，因為我這邊沒有看到數據，就是在我們這樣鼓勵之後，基層診所春節期間的開診率跟去年比較，到底增加多少診所，有受到這個誘因而開診？等一下看有沒有數據可以說明，才能夠知道這樣的鼓勵，到底有沒有實質讓基層診所有感。

第 2 個大方向，我認為往後都應該要支持。我今年過年，我忘記是大年初一還是初二去竹林山寺拜拜，我放假都住在林口，我家離那裡走路也很近，走路過去沿路就看到好幾個診所有開診，我有觀察到，我就覺得不簡單。也很感謝這些醫生，相信這都是杯水車薪，人家也不是為了獎勵才特別開診，但總是要給予肯定跟支持。

第 3 個其實有一個變數，老實講今年農曆年天氣比去年好太多，平均溫度也比較高，高爾夫球場整天客滿，我不是專家、但我是社會觀察人士，可能多少因為這樣感冒的人變比較少。但我還是覺得肯定這個措施，並覺得往後還是要推，因為以前看到過年感冒，那個太離譜了，有開診的診所，病人就已經在感冒痛苦但排不進去，外面又濕又冷，家長在外面撐傘等著進去看診，表示大家都塞在幾

個特定有開診的基層診所。因此這是最讓人民有感的實踐與做法，給予高度肯定與支持，也感謝大家，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝蔡順雄委員的鼓勵，接下來請陳世岳委員。

陳委員世岳：看到醫界真的很努力，讓我們的民眾減少了過年的痛，我想我們牙醫其實也願意付出，我想過年牙齒痛，一痛要痛 9 天，其實我們過年一開診，我每天都看診到半夜，本來就有約診病人，然後也有很多急診病人，而且急診病人是一定要接的，很多病人抱怨說他們過年沒地方能看診，就去了醫院急診。如果把牙醫納入春節加成獎勵方案的話，我想醫院急診其他部分的比例會降低很多，希望明年牙醫師也可以盡到一部分的責任，讓大家好過年。

周主任委員麗芳：我們當然希望能精益求精。請黃金舜理事長。

黃委員金舜：主委、署長、現場所有委員，大家早安。這次農曆春節連續假期 9 天，去年急診壅塞造成很多輿論討論，所以這次健保署要求診所可以開診，也希望藥局可以大量開業，今年我們特別號召全台灣的社區藥局，在連假 9 天社區藥局的開業率達 49%，是不是給我們一個掌聲。

今年顯然除了診所醫師的努力，社區藥局藥師也扮演非常重要的角色，感謝衛福部特別挹注的春節加成獎勵金。未來如果政府及國人需要藥師繼續在連假來開業，我想我們所有的第一線社區藥局責無旁貸，謝謝大家。

周主任委員麗芳：非常謝謝藥師公會全聯會的努力，特別是黃金舜理事長大聲呼籲之下，可以看到連藥師、藥局都動員起來。顏鴻順理事長，我知道您馬上要去開會，剛剛委員的詢問有沒有要補充一下？有關西醫基層在春節期間的開診情形。

顏委員鴻順：西醫基層跟醫院這次的開診率增加非常多，就我知道西醫基層過年這幾天開診率增加 100%，詳細數據可能請健保署再補充一下。

周主任委員麗芳：請健保署補充。

陳署長亮好：在春節 9 天，剛好有一天是星期五，西醫基層跟去年相比沒有增加太多，但是實際上每日增加大約是 700 次到 1,000 次的開診。醫院部分雖然家數增加不如西醫基層多，但醫院的開診率是高的，部立醫院開診率高達 9 成，全台灣醫院開診率高達 6 成 7。

特別謝謝藥局，因為藥局家數非常多，如果藥局開到將近 5 成，以初四為例，全台灣藥局今年開業家數比去年額外增加 1,400 家。抱歉，今天沒有呈現藥局的分析，如同黃金舜理事長所講，藥局鎮守在崗位上，對於國人非常重要，很多人可以比較方便取藥，特別是慢性病患者。藥局扮演相當重要的分級分流角色，不管是基層診所、社區藥局、醫院的開診，事實上都相當重要。

而醫院部分，針對急診、加護病房以及所有住院，9 天的加成率都是 100%，獎勵金分配希望有 8 成以上能夠回饋予第一線人員，以上補充。

周主任委員麗芳：非常感謝，剛剛的報告當中，看到衛福部、健保署還有所有第一線醫護人員的努力之外，也看到所有健保會委員的貢獻，因為健保會的委員高瞻遠矚，在總額協商的時候就預留伏筆，早已洞見春節期間的壅塞狀況，所以在今年預算中同意春節期間看診診療的加成，把掌聲給全部的委員，也感謝所有委員對這個案子的支持。

剛剛也提到，牙醫部門也覺得能有所貢獻，好多部門都說能貢獻，沒關係，我們在今年協商時再進一步看看能不能有足夠的資源擴大，再次感謝大家。

顏委員鴻順：主席，我稍微補充幾個數據，剛才委員的詢問，在春節假期西醫基層的開診情形，以開診率來講，增加幾乎 100%，例如初一的開診率從 114 年 4% 增加到 115 年 7%、初二的開診率從 114 年 4% 增加到 115 年 9%。以開診家數來說，除夕增加 571 家、初一增加 396 家、初二增加 463 家、初三增加 568 家、初四增加 1,221 家，所以是有明顯的鼓勵效果。

周主任委員麗芳：最後一次掌聲，您可以放心到立法院協商，預祝旗開得勝。本案洽悉，進行討論事項。

肆、討論事項「各總額部門 114 年度執行成果評核之作業方式(草案)」 與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴：向委員報告，這案主要是為了落實總額檢討與回饋機制，本會每年都在協商下一年度總額前，於 7 月辦理前一年度總額執行成果評核作業。評核成效優良的總額部門會在次年度總額協商酌給品質保證保留款獎勵額度，評核建議則列為次一年度總額協商參據。為議定各項作業內容，本次討論案有 3 項討論子題，依序說明：

第 1 部分，議定「各總額部門 114 年度執行成果評核之作業方式」，本會擬具「114 年度執行成果評核之作業方式(草案)」，參照前一年度評核作業方式及辦理經驗，並遵守衛福部資安規定，今年度以簡化及明確作業為原則。本會預擬評核內容草案，在今(115)年 1 月 20 日函請四總額部門及健保署提供修正意見。四總額部門及健保署均函復本會沒有修正建議，本會擬具的作業方式詳列於附件一(第 30~45 頁)，以下簡單說明修訂重點：

首先，(一)貳、辦理方式：本會在「二、評核會議之資料」部分，需依照衛福部資安規定，新增(四)，依衛福部資安規定，評核過程請各部門、健保署及評核委員配合本會訂定的「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」來辦理，請各部門、健保署及評核委員的相關文件資料，需要事先用電子郵件寄送給本會，沒辦法在會中臨時使用沒有經過本部認證的 USB 隨身碟來存取資料或投射簡報等等，請各部門、健保署及評核委員能夠配合辦理。

(二)參、評核項目與配分：配分援例，沒有改變，評核項目主要參考去年總額部門意見反映，希望能精簡內容，及評核作業時程有一些部分需要調整，本會酌修評核項目、提報內容與作業時程。

1. 壹、年度重點項目執行成果與未來規劃：本會整併項目，減少評核報告內容重複，將「二、近 3 年總額核(決)定項目 KPI_(註)之執行檢討及指標研修」項目刪除，其內容併入「貳、一般服務項目執

行績效」及「參、專款項目執行績效成果」各專案計畫項下做 KPI 檢討及指標研修。

2.貳、一般服務項目執行績效及報告大綱：(1)配合前項說明，本會將 KPI 整併到「四、協商因素項目之執行情形」，併入 KPI 之執行檢討內容，修訂相關文字。(2)精簡提報項目：考量「五、總額之管理與執行績效」項下之「(六)其他」，近年各總額部門都沒有提報內容，故將此項刪除。

3.專款項目執行績效/成果及報告大綱：納入整併內容，各專款的 KPI 執行檢討內容併入各專款「執行情形及成效評估」提報，修訂相關文字。

(三)伍、115 年評核作業時程表：依年度工作計畫明訂於本年 7 月 20、21 日召開「各總額部門 114 年度執行成果發表暨評核會議」，本會據以往前推估各項作業時程。

請委員看第 27 頁，第一批資料是由健保署提報上冊，健保署提報內容有上下 2 冊，上冊內容主要先提供各總額部門執行成果的客觀數據與統計資料，包含服務量、統計結果、滿意度調查及品質監測值等統計數據，各總額部門依這些數據基礎作為基礎之後，再撰寫書面報告之執行情形與檢討改善措施，所以請健保署依時程準時提供，以利各總額部門後續提報。

過去年度規劃健保署提供上冊時間為 5 月下旬，但近年看起來因為費用結算因素均到 6 月才提供，建議依實際情形調整，並明訂作業時點，請各單位依明確的作業時點提送。建議健保署提供上冊時間為 6 月 8 日，四總額部門提送書面報告及健保署提送下冊時間調整為 6 月 22 日，在評核會議前 1 個月所有資料都要送給評核委員審閱，要準時，這樣他們才有 1 個月的時間審閱資料，因為評核資料非常多，本會擬具的評核作業方式草案如附件一，請委員討論。

第 2 部分，總額評核結果有個獎勵標準，本會過去議訂不同等級評核結果要給予多少的品保款，過去「良」以上的部門都會給予不

同等級的品保款，所以在協商下年度總額的時候需要預留額度，所以在總額協商前要先討論獎勵標準。

過去評核獎勵標準的議定時間點，有的年度在評核會議前，有的年度在評核會議之後，主要考量是如果評核會議前(5、6月)議定，事先議定對各總額部門爭取評核成績較具鼓勵效果。也有幾年是在評核會議之後(7、8月)議定，那時可能行政院已經核定總額範圍，評核結果也出來了，可以視年度總額範圍酌予調整獎勵額度。近年都在評核會議前(5、6月)提案討論，本會也會配合委員決議結果來提案，所以獎勵議定時間點請委員討論。

第3部分，是各總額部門及健保署「115年度重點項目與績效指標(含目標值)」的確認，為使各總額部門每年有個努力目標，下一年度評核有所依據，本會在年初會設定當年度重點項目及預期目標，各總額部門可以聚焦於重點項目努力。

本會在1月20日函請四總額部門及健保署，以政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出各總額部門及健保署今年度的重點項目與績效指標。各總額部門及健保署回復摘要如下表，詳細資料如附件二(第46~50頁)，另本會整理115年度重點項目修訂對照表(與114年相較)如附件三，請委員參考。

重點說明以健保署為例，健保署的年度重點項目有3項，第1、2項都是延續114年度的項目，第3項是配合今年總額，新增「保障醫院兒童醫療量能」，同時刪除「分級醫療之推動成效」項目。

醫院總額部分有2項是延續的；西醫基層總額部分有3項，其中2項延續，新增第3項改善透析前高風險腎臟病人使用NSAID止痛藥藥量異常指標；牙醫門診總額有1項延續，另外新增1項高風險病人照護回診率替代舊的項目，主要是參考去年評核委員建議進行指標研修；中醫門診總額的年度重點項目都沒有變，但是在項目一提升中醫醫療服務下，新增2項子指標，就是照護機構服務人數成長率跟照護機構服務人次成長率；健保署的部分，請看第29頁，2

項都是延續性項目。以上請委員確認各部門跟健保署 115 年度重點項目跟績效指標。

擬辦是在委員議定評核作業方式後，請健保署跟部門配合提供所需資料，並依委員議定時間將獎勵標準提會討論，最後請健保署跟各總額部門依照議定的 115 年重點項目與績效指標落實執行，以呈現總額執行成效，以上說明。

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

周主任委員麗芳：非常謝謝陳組長的說明，本案也是健保會很重要的任務，就是在年中的時候，會針對上 1 年度總額的執行成果進行評核，所以有幾件事情要來決定：第 1 個是有關評核作業的方式；其次就是剛剛提到的，究竟評核結果獎勵標準是在評核之前、還是評核之後訂定，最近幾年都是在評核之前訂定，包括去年也是這樣，委員的想法是覺得這樣比較公正客觀，不要名次都出來了，才決定誰拿多、誰拿少，所以最近幾年是這樣的方式進行；第 3 個是有關各總額部門還有健保署其他預算的重點項目與績效指標。

先從最簡單的來講，就是評核結果獎勵標準到底要在評核前或評核後決定，看看委員的意見如何？因為都是同一屆委員，去年也是在評核前就先確定，如果大家同意的話，我們可不可以一樣在評核前決定。至於是安排在 5 月或 6 月委員會議，就由健保會幕僚看看什麼樣的時程，你們作業上比較配合得來，如果委員沒有反對意見的話，這項比較簡單。

接下來是評核方式，評核方式變動不大，但我有 1 點想要提出來請教一下，請看第 32 頁「壹」下面，原先有「二、112~114 年總額核(決)定項目 KPI 之執行檢討及指標研修」，你把它劃掉以後，在第 33 頁這邊有個項目是 110~114 年，我想要帶出來的意思是，現在連醫院評鑑原本是 4 年 1 次延長到 6 年 1 次，希望大家文書工作能盡量簡化，但現在 3 年變成 5 年的資料，坦白說每年在評核這些資料都是滾動式的仔細看，我這邊是不是拋磚引玉看看大家的意見，我們是不是就是 3 年，就是 112、113、114 這 3 年資料真的很夠，因為每 1 年要讓他重新清 5 年的資料，連委員看了資料都覺得實在是

太繁複了，我拋磚引玉看看委員意見如何，這邊檢視 KPI 執行成效的話，以 3 年來提報資料就好，這個資料也就是第 27 頁貳、討論議定時間點的(三)110 到 114 年的這些評核資料，是不是能夠稍微做一個簡化，其實也是更加的精進，要不然時間拉這麼長，到底要看哪裡，我們就是滾動式的滾 3 年，我覺得拋出來讓大家討論一下。

我們現在先針對這方案的內容，包括我剛剛所建議的是不是滾 3 年來把它確定下來，請問各位委員有沒有意見？(周執行秘書：主委，我可以先說明一下嗎？)請周執行秘書。

周執行秘書淑婉：其實剛剛主委講的，也是我們這次修訂評核作業方式的主要考量，希望能夠盡量精簡，所以在第 32 頁裡把 112~114 年這項做了刪除；但是在第 33 頁部分，因為是專款項目，我們一直希望它有個退場機制，在 5 年之內應該要有個決定，所以我們才會改成是 5 年內專款項目的執行情形跟成效評估，做為最後是不是納入一般服務還是應該要退場的參考。

所以這部分看看委員意見，我們是這麼考量，因為這是專款比較簡單，不像前面一般服務是整體的；剛剛第 32 頁講的是整個年度的重要項目，後面第 33 頁講的只有專款項目，這是幕僚調整考量的點，可能剛剛在說明時沒有特別講清楚，看委員跟主委怎麼調整，我們就依照委員決定。

周主任委員麗芳：我們來聽聽大家的意見，請朱益宏委員。

朱委員益宏：我先就這個 3 年或 5 年來表示，我個人覺得其實 3 年的資料就夠了，因為評核是每 1 年評核，所以它是滾動式的，如果真的要前面的話，其實之前年度的資料也可以調得到，如果評核委員覺得要往前面年度再看，或許可請幕僚或健保署再個別提供，這種方式會不會比較好？

至於提到的專款項目是看 5 年，然後希望專款退場，我個人可能表達不同意見。因為專款是不是一定要在 3 年退場，在健保會沒有這樣的決議，我們也沒有決議過 3 年專款就應該要退場，因為專款項目確實跟一般服務有不同的狀況才會放在專款，專款有一個很大

的特點是沒有分區預算的概念。很多項目放到分區預算後，因為 R 值(註 1)跟 S 值(註 2)弄得亂七八糟，分配到分區後扭曲了整個醫療資源的分配狀況。大家記得我們每 1 年在談分區預算調整時，講到 R 值、S 值到底要不要進，都會產生很大的後座力，所以專款事實上就沒有這樣的因素，他去掉這樣的因素干擾，更可以有一些政策性的推動放在專款，我覺得並不是說 3 年或者到 5 年專款就希望能夠停止，我覺得在健保會並沒有這樣的決議，我這邊認為完全應該要看協商以及健保署跟政府政策上的規劃，到底是放在專款比較好、還是放在一般預算比較好，我覺得要保留這樣的彈性，所以我覺得專款看 3 年的資料也是 OK 的。

註 1：R 值(各地區保險對象人數校正風險因子後之數值，人口參數)。

註 2：S 值(開辦前一年(89 年)各地區保險對象實際發生醫療費用比率)。

周主任委員麗芳：請陳燕鈴組長。

陳組長燕鈴：我想要補充說明為什麼用 5 年，是因為過去評核委員希望看到趨勢，就是用過去 5 年的資料，他們比較能看出趨勢。第 2 點是會不會增加部門或健保署提報資料的困難度，其實可以看出來我們的表是歷年累積的，只是呈現過去的量化資料，部門、健保署不用重新提報，基本上，過去年度的資料我們會照列，除非它有修正，只是讓委員看出一個趨勢。

從以前評核到現在，我們呈現的資料就是 5 年，但是部門跟健保署只要就評核的那個年度怎麼推動、怎麼執行、怎麼檢討提報就好，5 年是指歷史資料，不是要檢討過去 5 年。

主委講到 KPI 的部分，因為我們的歷史資料都是呈現 5 年，但是 KPI 是近年的部分，如果 KPI 的檢討一樣是維持 3 年，我覺得是可行的。就是我們還是維持原來的提供 5 年執行資料，但是 KPI 的檢討是 3 年，這樣子對於資料的完整性、還有對 KPI 的要求也是比較符合過去大家的共識，以上補充。

周主任委員麗芳：有關這部分，如果其他委員沒有垂詢意見，我很謝謝剛剛健保會同仁的補充，但是因為有的項目是 3 年、有的項目又是 5 年，真的會很混亂，但是對於評核委員要的资料，不要說 5 年

啦，他如果說要 10 年的話，我們就把資料提供給他。但是我們現在這邊就以 3 年為切割，其實 3 年也稍微看得出來趨勢，但是我們就附帶說明，如果評核委員想要看更長的趨勢，我們就竭盡全力提供資料協助評核委員，哪怕他要的是超過 5 年我們都協助他，這樣可不可以。因為畢竟我們還是要不斷精進，從我們現在做起，讓整個評核作業更加精準化、更加有效率，所以我們就把包括 KPI 跟趨勢部分都先拉 3 年來看。另外剛剛提到幾個總額部門以及健保署其他預算部分，有關明年要看的重點項目跟績效指標等，如果委員沒有其他意見的話，這個案子就通過。

第 2 個剛剛我們已經決定了，就是第 1 項……(朱益宏委員表示要發言)，請朱益宏委員。

朱委員益宏：不好意思，在第 28 頁，各部門要提報的重點項目，因為我看到在健保署負責的總體總額把「分級醫療之推動成效」刪除，因為我看變成只有在醫院總額提報分級醫療執行成效，醫院總額也只能就醫院內部 3 個層級的分級醫療做提報而已，但是分級醫療的上下轉診裡還隱含非常大的政策指導，是不是健保署也應該至少就 114 年推動分級醫療成效，還有未來推動分級醫療相關的政策這部分也要做一個說明讓大家知道，不然只有在醫院協會報一些分級醫療上下轉診的指標或 KPI，其實對整個政策並不是那麼完整。建議健保署如果真的要刪除分級醫療，就應該在整體資源配置與未來規劃這項裡要做一個詳細說明。

周主任委員麗芳：其他委員還有沒有補充？請洪瑜黛委員。

洪委員瑜黛：不好意思，因為剛剛主席好像是不是已經要討論到績效指標了，因為剛剛朱益宏委員也討論到了，現在是不是可以補充？

周主任委員麗芳：當然可以，請說。

洪委員瑜黛：有關績效指標部分，請大家看到會議資料第 50 頁，其他預算健保署的績效指標，項目 1「罕見疾病新藥或給付規定修正案件審理通過件數」設為「大於等於 5 件」。因為 114 年的目標值就是大於等於 5 件，恭喜健保署 114 年的績效已經達到 200%，從我們

掌握到的數字，114年已經生效給付至少10個罕見新藥。有沒有可能115年有一點精進，也許健保署覺得說，有那麼多罕見疾病新藥可以增加嗎？

雖然當初在專款協商的時候，我們一直說還有29個新藥沒有納入健保給付，我知道這29個新藥的申請流程不見得都已經走到健保署，但就我們觀察，新藥要納入健保給付前，健保署會提案到藥品共擬會議討論，所以在提案之前，都要我們去平台^(註1)分享病友意見，所以一定是健保署有收案才會要我們去填意見。

我們追蹤近年在那個平台填過但尚未納入給付的新藥，112年的登錄品項有2個還未納入給付、113年6個、114年8個，在擴增給付部分，總共還有7案沒有給付，今(115)年到現在，也已有2個新藥已經在平台登錄，累計下來目前共有18個新藥及7個擴增給付案件尚未納入健保給付，我想於很多罕病病人來說，這些新藥都很重要，尤其有些罕病的病人連第1個可使用的藥都沒有，所以非常期待罕見疾病新藥的引進。

我這邊也分享1個案件給大家知道，我們才剛獲得新的資訊，去年有個非常貴的基因治療的藥^(註2)，感謝健保有納入給付了，這個藥非常昂貴，當初我們知道要給付的時候，醫師就辦理病友聯誼會邀請有治療過及沒治療過的家庭一起參加，讓他們可以瞭解這個藥物也許不是一針打下去，病人就可以活蹦亂跳，後續還是需要復健跟醫療配合，讓期待的家屬知道要怎麼配合。會中有個病友非常焦慮，因為這個藥物適應症是6歲以下的兒童，但今年過完農曆年小朋友就超過6歲，醫生非常認真希望讓他在6歲前進行治療，非常謝謝團隊讓他在過年前就進行基因治療手術，手術到現在1個月了，小朋友現在6歲了，6歲以前小朋友都是癱軟的，基因治療1個月後，小朋友的頭可以稍微抬起來了，6歲才開始有嬰兒進展出現，非常感謝有這樣的治療，也還有其他病友在等待。所以不曉得罕見疾病新藥或給付規定案審理通過件數這個績效指標，有沒有可能再加強進步一下，謝謝。

註1：前瞻式新藥及新給付範圍預算推估登錄作業及平台(Horizon Scanning, HS)。

註 2：Upstaza，基因治療所使用之神經系統藥物，用於 18 個月以上芳香族 L-胺基酸類脫羧激酶(AADC)缺乏症病人，病患通常在出生幾個月後開始出現肌肉張力低下、躺著無法動彈、自律神經系統功能失調、嚴重動作障礙等症狀。

周主任委員麗芳：謝謝洪瑜黛委員剛剛補充很多實務案例，接下來請陳節如委員。

陳委員節如：各位委員好，剛剛提到要刪除健保署原來績效指標第 3 項分級醫療之推動成效，請健保署再說明一下考量點是什麼。

過去幾年健保已挹注超過百億元在基層醫療的部分，如獎勵家庭醫師整合照顧計畫等，都是為了推動分級醫療，對於這個指標雖然有或多或少的質疑，但分級醫療是很重要的 1 個項目，指標可以調整或更換，但我認為分級醫療的推動成效，這年度的重點項目應該是要保留，畢竟分級醫療對健保跟整體醫療來說是非常重要的政策，我想希望健保署再做考量，說明一下到底是為什麼，以前我們也提過好幾次，今年毅然決然就要把這部分刪除，這個是什麼原因，是不是再考量說明一下。

周主任委員麗芳：如果委員暫時沒有其他意見，請健保署回應，剛剛幾位委員的意見都是針對健保署預擬的建議項目提出的，請陳亮好署長。

陳署長亮好：分級醫療醫療部分，請劉林義主秘補充說明指標刪除的考量，刪除並不是不做而是改變，將分級醫療醫療部分改為呈現在其他績效指標。

關於洪瑜黛委員提到引進罕見疾病藥物的進度，我們一直在精進藥物引進過程，去年跟今年我也跟石崇良部長到立法院報告衛福部組織再造的議案，經過立法院司法及法制委員會及社會福利及衛生環境委員會聯席會議討論，也通過衛福部組織再造的部分，特別是健保署要成立一個行政法人 CHPTA(註 1)，未來 HTA(註 2)、HTR(註 3)的工作希望在 CHPTA 成立後新藥審查的量能增加，未來國家往科學治理方向走。

第二，不管是罕病、癌藥、所有藥物，我們都還是希望有科學憑據，事實上很少說一定要通過 5 個、6 個、10 個，因為還是要透過

既定的流程走，檢視 evidence、financial impact(財務影響)、clinical benefit(臨床效益)在哪裡，並在健康平權的概念下支持，事實上這樣的流程比較對，我們要把這個流程完善過程當中，健保會這邊還是要設定幾個指標監督健保署必須要往前走，未來整個流程完備，大家會比較放心，這是國家基礎建設的過程。

我剛剛盤了一下，目前這個績效指標設定是大於等於 5 件，我們是可以把它提高，現在的確是有些 pending(暫緩處理)的藥物，我們的財務目前也還可以，這些藥物也都經過 HTA 評估，但我們還是要經過藥品共擬會議的程序，是不是把 5 件提高為 7 件，這樣好嗎？

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

註 2：HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)。

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

周主任委員麗芳：會議資料第 50 頁健保署其他預算的績效指標項目 1「罕見疾病新藥或給付規定案審理通過件數」目標值改為「大於等於 7 件」，接著請劉林義主任秘書補充分級醫療績效指標改變的部分。

劉主任秘書林義：有關委員垂詢分級醫療部分，大家可以翻到會議資料第 51 頁，其實就是講健保署及各總額部門的 KPI，每個部門大概提 2 項到 3 項，KPI 也不宜太多。我們主要考量，第 1 個是其他部門有沒有提，醫院部門已經有提分級醫療的項目，因此大家可以看到在健保署部分，項目 1 的指標叫做「整體資源配置與未來規劃」，這裡面就會內含分級醫療的辦理成效，我們本來就會在健保署報告裡面做整體成效。另考慮到項目 3「保障醫院兒童醫療量能」，因為這個項目是從今年開始試辦，費用也非常多，整體費用有 249 億元，我們覺得也要給它 1 個 KPI 值，讓各位委員觀察成效是如何，所以我們才會把分級醫療指標改成「保障醫院兒童醫療量能」，但是分級醫療的內容就併到項目 1「整體資源配置與未來規劃」呈現，這沒問題，因為只是 KPI 變動，相關的內容還是會在整體配置跟規劃裡面呈現，以上說明。

周主任委員麗芳：剛剛健保署的補充說明，特別是針對會議資料第 28 頁剛剛提到年度重點項目，就像剛剛朱益宏委員所說，把分級醫療推動成效刪除，是因為現在已經併入「整體資源配置與未來規劃」當中，不知道健保署的說明有回答到陳節如委員的疑問嗎？

如果其他委員沒有意見的話，我們剛剛提到幾點修正，資料的準備以 3 年滾動式提供，「罕見疾病新藥或給付規定案審理通過件數」目標值由 5 件調到 7 件，以及將原來分級醫療指標刪除，因相關內容已併到第 1 項「整體資源配置與未來規劃」，委員原則同意，這個案子我預做以下決議：

一、依委員意見修正通過各總額部門 114 年度執行成果評核之作業方式，並請健保署及四個總額部門依作業方式跟時程，提供所需資料。

二、有關評核結果跟獎勵標準，安排於 115 年 5 月或 6 月委員會議討論，這部分就尊重幕僚。

三、依委員意見修正通過 115 年度重點項目與績效指標(含目標值)，請健保署及四個總額部門落實執行，以呈現執行總額成效。

四、本會訂於 115 年 7 月 20、21 日召開總額部門評核執行會議，敬請委員預留時間參加。

接下來，進行報告事項第一案，謝謝。

伍、報告事項第一案「『115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式』公告後續相關事宜」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴：向委員說明關於 115 年度總額分配方式，衛福部已經在 115 年 1 月 20 日核定，我們也在上次(1 月份)委員會議向委員報告，跟委員說明後續情形，衛福部已於 1 月 28 日公告，公文在附錄九，所有公告內容都放在本會網頁，因為資料很多，委員如果有需要可以去下載。

115 年度健保總額是 9,883.35 億元，成長率是 5.5%，大家都已經瞭解了，詳細金額列在下表，為了執行這 9,883 億元的預算，核定事項都有些要求跟完成時程，所以就是請健保署依衛福部核定公告事項，會同各總額部門相關團體，確實依時程完成法定程序跟提報本會的事宜，本會也依據衛福部公告內容，將相關時程做了追蹤時程表，請委員看到附件，會議資料第 60~94 頁，總額協商所有的項目需要辦理的項目也依序在四總額部門列出來，主要有 3 個主軸，第 1 個就是說要依相關程序辦理並副知本會，這是指方案或計畫，新增計畫需要新增計畫跟方案，舊的計畫需要在年度之初就趕快做修訂，這部分需要在 2 月份前送本會備查，這部分各總額部門健保署都已經公告並副知本會，在本會重要業務報告已說明；如果還沒有完成公告程序的話，請儘速辦理。

第 2 個，需要提本會報告或討論部分，這些已經納入年度工作計畫，請四總額部門跟健保署依據規劃時程，向本會提出專案報告。

第 3 個，每年 7 月要向本會提報今年度的執行情形，因為 9 月要協商，7 月要先提報一下 115 年度各項的執行情形，有些資料要納入總額協商參考，相關時程訂在這邊。

另外剛才委員有說有一些專案報告有試辦期程，這已經都規劃在裡面，請看到會議資料第 62 頁，舉 1 個部門的例子來說明，例如牙醫「非齒源性口腔疼痛處置」，我們都有訂執行年限，例如疼痛處

置是3年，第3年，116年7月就要提報這個處置方案的執行成效，要納入一般服務或退場，這部分依據協商結果訂試辦期程。

另外還有像是會議資料第69頁，醫院總額新醫療科技或是藥品特材給付規定改變，西醫基層也有同樣項目，除了在7月要提出執行情形之外，也需要提出下年度總額新醫療科技規劃或是給付項目規定改變的預估，這部分都需要在7月提出明年度的規劃，以利總額協商，這個追蹤表是這樣列時程，因為資料很多我不一一說明，請各部門跟健保署參考。

回到會議資料第59頁，健保會每年援例在7、12月請健保署會同各部門總額提供執行情形，我們也會在7、12月委員會議提報辦理情形，以上說明。

周主任委員麗芳：我們來聽聽看委員針對這個案子有沒有高見，非常感謝幕僚同仁跟健保署跟所有的總額部門，都已經按部就班，把準備的工作都就緒了，聽聽看委員還有沒有要垂詢？

如果沒有的話，就請健保署會同各部門的總額相關團體，依115年度總額核定事項跟時程，及早研擬規劃執行，每半年(7月跟12月)來本會提報辦理情形，餘洽悉。進行報告事項第二案。

陸、報告事項第二案「『友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質』具體實施方案專案報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請報告。

陳專門委員依婕報告：略。

周主任委員麗芳：請健保會幕僚補充。

陳組長燕鈴：這個方案是依據總額的核定事項，由健保署向本會提出專案報告，核定事項在會議資料第 96 頁，委員之前對這個方案的執行目標及預期效益評估指標，已經協商且報衛福部核定，從剛才健保署的報告，他們在方案的目標跟評估指標已經有把核定事項訂進去，包含聘有護理師護士的院所，申報有調升護理師護士薪資達 50%，及特約院所要較 114 年增加 1% 都有訂到方案內。

核定事項也提有到本項經費用於調整支付標準，就是看診時聘有護理人員跟診，一個是診察費，一個是針傷治療處置費，來反映護理人員的薪資，從剛剛健保署的報告也可以看到第 1 階段是用於調整支付標準。核定事項第 3 點就是要研訂具體實施方案，健保署的報告已經依據核定事項提出具體實施方式，包含獎勵方式、請領資格跟薪資認定標準等等，我們有查 112~115 年西醫基層一般服務裡面，也是為了鼓勵提升護理人員薪資，有編列性質一樣的項目，就是因應基層護理人力需求提高 1~30 人次診察費的部分。所以中醫跟西醫基層所定的執行方式、請領資格、調薪認定標準、稽核機制等內容，都幾乎比照西醫基層的規定辦理，具有政策一致性，我們也整理兩部門的對照表在會議資料第 103 頁，請委員參考。

從本案獎勵方式看起來就是預算先用於護理人員薪資調升支付標準，但如果預算有剩餘的話，會再發放給調薪人數符合本方案標準的院所，就是提升護理照護品質獎勵金的部分，也就是調升支付標準之後，如果預算有剩餘的部分，還是會再發放回去原來就已經調升支付標準的這些院所，意思是說這個經費就不會有剩餘，全數會支用。建請健保署跟中醫部門積極推動提升護理人員薪資跟照護

品質，希望調升薪資的院所更多，而不是每一個院所得更多獎勵金，希望能夠普及，才能夠達到我們所訂的執行目標，就是聘有護理人員的中醫院所，調升護理人員薪資比率能夠達到 50% 的執行目標，以上說明。

周主任委員麗芳：請蔡順雄委員。

蔡委員順雄：一個醫療服務，除了醫師當然是很重要，周邊包括後台，護理人員跟醫管人員相對的服務跟努力，我認為都是同等重要的。這個案子，我記得當時我們在討論的時候，大家都是給予支持，有關的稽核機制包括級距、最低投保金額不能低於 3 萬 3,300 元，我認為稽核制度都還蠻清楚而具體。

只是有 2 個小建議，將來在大數據分析的時候，看能不能追蹤一下，因為讓中醫診所或中醫門診能夠聘用護理師的人數增加，流動率的管考有沒有因此至少不要減少，忙了半天該走的還是走，好像沒有太大實益，人數有沒有增或減，流動率分析也要考慮一下。再來是有聘護理師的中醫比例，診所或門診的比例有沒有因鼓勵而增加，護理師的人數跟聘護理師的診所，有沒有因此而增減，我認為後續在稽核的時候，也要看它的效益如何。

再來第 2 點，這是一個好的政策，但金額可能也是杯水車薪，這一些錢灑下去一個人加的有限，但總比默默做卻都沒有人關懷好，請中醫師公會，理事長不在，護理師公會理事長還在，可能幫我們多宣導一下，我們也考慮到資源分配的這一小塊，以上補充建議。

周主任委員麗芳：謝謝蔡順雄委員，我們在這邊當然也要很感謝所有的健保會委員，因為我們在 115 年確實大幅度的強化有關護理人員的照護品質提升，包括預算的挹注，尤其陳麗琴理事長全程督軍，可以看到每 1 次開健保會，每 1 次都有案子提出來，怎麼樣對護理人員更加的照顧，所以今天中醫提出的案子，就如同上次西醫基層提出來，大家都非常的支持，然後剛剛也一再地強調，不管是健保署還是會內同仁都在強調，這些錢最後絕對不會又放到整個中醫的其他營運內容，絕對都是給護理人員，每一分錢都會花在刀口上，

我也看到陳麗琴理事長有點頭、有肯定，也幫我們大家宣導一下，讓護理人力也打一劑強心針，確實整個的醫療體系當中，護理人員是被看見的。其他委員對於這個案子還有沒有要提出垂詢的？沒有的話，本案洽悉，委員所提意見，請健保署參考。

接下來在臨時動議之前，我要先跟大家介紹、歡迎陳真慧副司長，先前的代理司長，今天因為張鈺旋代理司長另有重要會議，所以陳真慧委員回娘家了，在社保司主管交接的時候，整個健保會委員來不及向她感謝，要非常感謝陳真慧委員，在過去健保會委員的任內給大家很多的支持跟幫忙，特別是在推動健康台灣當中付出很多努力，是不是給她掌聲感謝一下好不好？陳真慧要不要跟大家打個招呼。

陳代理委員真慧(張委員鈺旋代理人)：謝謝主席的介紹，也謝謝各位委員過去 1 年的協助與幫忙，未來我們社保司還是會持續在政策面給予一些協助，謝謝大家。

周主任委員麗芳：接下來就進入臨時動議，有沒有臨時動議？沒有，今天時間接得很好，無縫接軌，便當已經來了，請大家可以慢慢享用，再次感謝大家，馬年行大運、馬到成功，今天會議到此結束，謝謝大家，散會！