

衛生福利部全民健康保險會
第5屆111年第3次委員會議事錄

中華民國111年3月25日

衛生福利部全民健康保險會第5屆111年第3次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國111年3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)

干委員文男、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮、李委員永振、李委員麗珍、卓委員俊雄、林委員恩豪、林委員敏華、侯委員俊良、柯委員富揚(中華民國中醫師公會全國聯合會詹常務監事永兆12:05以後代理)、胡委員峰賓、翁委員文能、翁委員燕雪、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍、張委員鈺民、張委員澤芸(中華民國護理師護士公會全國聯合會劉主任淑芬11:00以後代理)、許委員駟洪、陳委員石池、陳委員有慶、陳委員秀熙、陳委員建志(中華民國牙醫師公會全國聯合會徐常務理事邦賢11:23以後代理)、黃委員金舜(中華民國藥師公會全國聯合會邱副秘書長建強代理)、黃委員振國、楊委員芸蘋、趙委員曉芳、劉委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊、滕委員西華、盧委員瑞芬、賴委員博司、謝委員佳宜、顏委員鴻順

請假委員：鄭委員素華

列席人員：

本部社會保險司：盧副司長胤雯

中央健康保險署：李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、戴組長雪詠

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、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46~47頁)

貳、議程確認：(詳附錄第47~51頁)

決定：優先報告事項第一案，變更安排至「確認上次(第2次)委員會議紀錄」之後報告；另討論事項第三案「有關『全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫』(草案)報請同意案」，同意撤案，餘照議程之安排進

行。

參、確認上次(第2次)委員會議紀錄：(詳附錄第51頁)

決定：確認。

肆、優先報告事項第一案(詳附錄第52~67頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：「110年第4季全民健康保險業務執行季報告」(併「111年2月份全民健康保險業務執行報告」)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

伍、本會重要業務報告(詳附錄第68~82頁)

決定：

- 一、上次(第2次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：擬解除追蹤1項，同意解除追蹤。
- 二、同意中央健康保險署所請，將「109年度健保收入超過2億元之醫療院所財務報告之公開情形」報告案，延至本(111)年6月份委員會議辦理。
- 三、委員所提意見，送請衛生福利部及中央健康保險署研參，餘洽悉。

陸、優先報告事項第二案(詳附錄第83~93頁)

報告單位：本會第三組

案由：健保署應依「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核(決)定事項及時程提報本會之事項辦理情形，請鑒察。

決定：

- 一、確認111年度醫院總額2項新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(如附件一)。另「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」項目，併同醫院及西醫基層

總額新增項目尚未完成研訂者，儘速辦理，提本年4月份委員會議確認。

二、請中央健康保險署會同各部門總額相關團體，儘速辦理「111年度各部門總額應於110年12月底前完成之協定事項」之未完成項目(如附件二)，並確實依協定事項及時程(附件三)，完成法定程序及提報本會等事宜。

三、餘洽悉。

柒、討論事項(詳附錄第94~129頁)

第一案

提案人：李委員麗珍、干委員文男、何委員語、吳委員鴻來、李委員永振、林委員恩豪、林委員敏華、侯委員俊良、馬委員海霞、張委員文龍、許委員馥洪、陳委員有慶、楊委員芸蘋、劉委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊、賴委員博司

代表類別：保險付費者代表

案由：建請健保署針對高死亡率癌別優先給付免疫療法新適應症，並請衛福部設立國家癌症藥品基金，提高癌症病人新藥使用機會，提請討論。

決議：本案屬衛生福利部及中央健康保險署權責，委員所提意見，送請權責單位研參。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：各總額部門110年度執行成果評核之作業方式(草案)(併本年第1次委員會議討論事項第四案討論)，提請討論。

決議：

一、有關110年度執行成果評核之作業方式如下，餘照案

通過：

(一)評核委員產生方式依照去年方式辦理，評核內部會議參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁，由評核委員互相推選主席。

(二)四總額部門均保留細項指標「就醫院所是否具備無障礙友善設施」，本項不納入評分，惟需提供資料。

二、訂定「各總額部門110年度執行成果評核之作業方式」，如附件四。請中央健康保險署及四總額部門依時程提供所需資料。

三、有關評核結果之獎勵標準，提本年6月份委員會議討論。

四、同意中央健康保險署及四總額部門所提之「111年度重點項目與績效指標(含目標值)」(如附件五)，請據以執行，俾利執行成果之展現。

捌、報告事項(詳附錄第130頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：有關「111年度各部門總額依協定事項需於110年12月底前提本會報告之項目」辦理情形，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提書面意見，送請中央健康保險署回復說明。

玖、臨時動議：無。

拾、散會：下午14時。

醫院總額新增項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」

新增項目		「執行目標」及「預期效益之評估指標」
一般服務	提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變	<p>1.執行目標：區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成30%。</p> <p>2.預期效益之評估指標：區域級(含)以上醫院，住院滿意度調查，平均滿意度達成82%。</p>
專款項目	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	<p>1.執行目標：提升 RCC、RCW 病人同意簽署 DNR 比率較 <u>108 年</u> 增 2%。</p> <p>2.預期效益之評估指標：</p> <p>(1)RCC：呼吸器脫離率為主要指標；簽署 DNR 比率及召開緩和醫療家庭會議比率為次要指標。<u>指標達成與 108 年比較進步視同達標。</u></p> <p>(2)RCW：簽署 DNR 比率及召開緩和醫療家庭會議比率為主要指標；呼吸器脫離率為次要指標。<u>指標達成與 108 年比較進步視同達標。</u></p> <p>(3)簽署 DNR 案件數與 <u>108 年</u> 比較進步視同達標。</p>

「111 年度各部門總額應於 110 年 12 月底前完成之協定事項」

之未完成項目

部門	工作項目	應完成時限
牙醫門診總額	需經本會同意或向本會報告 1 牙醫特殊醫療服務計畫 ※依 110 年協定事項暨 110 年第 8 次委員會議決定辦理： (1)擬新增之「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」，需提出共識之具體實施方案，並提報本會同意後執行。 (2)依 110 年第 8 次委員會議決定，儘速研議具體實施方案，提報本會同意後解除追蹤	配合健保署送會時程
醫院總額	依相關程序辦理，並副知本會 1. 住院整合照護服務試辦計畫 (111 年新增項目) 2. 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫 (111 年新增項目) ※決定事項：預算如有不足，由品質保證保留款支應	110 年 12 月底前
西醫基層總額	依相關程序辦理，並副知本會 1 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫(111 年新增項目) 需經本會同意或向本會報告 2 代謝症候群防治計畫 (111 年新增項目) ※決定事項：擬訂具體實施方案(內容應包含結果面品質指標，並依執行績效支付費用，惟不得與家庭醫師整合性照護計畫及其他醫療給付改善方案重複領取個案管理費)，於提報本會同意後執行	110 年 12 月底前

部門	工作項目	應完成時限
	3 強化基層照護能力及「開放表別」項目 ※決定事項： (1)於 110 年 12 月委員會議提出規劃調整之項目與作業時程 (2)通盤檢討開放表別項目適當性，含導入一般服務之時程規劃	110 年 12 月 委員會議
其他預算	依相關程序辦理，並副知本會	
	1 居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務 ※協定事項： (1)檢討居家醫療訪視費支付標準之合理性，並朝分級支付方向調整，以鼓勵急重症、緊急往返及困難疾病之照護 (2)為強化精神社區復健照護體系，請整體檢討精神疾病社區復健相關支付標準之合理性，及精神復健機構於健保政策下之定位	110 年 11 月 月底前
	2 推動促進醫療體系整合計畫 (1)醫院以病人為中心門診整合照護計畫 (2)急性後期整合照護計畫 (3)跨層級醫院合作計畫 (4)遠距醫療會診 ※協定事項： (1)檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效 (2)儘速研議遠距醫療會診執行及管理策略，並審慎規劃及執行急重症轉診網絡之遠距會診醫療服務	
3 提升院所智慧化資訊機制(111 年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」)	110 年 12 月 月底前	

111 年度各部門總額協定事項及相關計畫追蹤時程表

一、牙醫門診總額

項次	類別	工作項目 及時程	協定事項	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
1		高風險疾病口腔照護 (111 年新增項目)	(1)提出具體規劃及執行情形		110 年 12 月底 前提本會報告 (3 月委員會議 提報告案)	111 年 7 月底 前
			(2)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度			111 年 7 月及 112 年 7 月(協商 113 年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
			(3)檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源			
2	一般服務	提升假日就醫可近性 (111 年新增項目)	提出具體規劃及執行情形		110 年 12 月底 前提本會報告 (3 月委員會議 提報告案)	111 年 7 月底 前
3		109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款 (111 年新增項目)	(1)加強查核與輔導，提高實地訪查之抽查比率 (2)持續監測全面提升感染管制品質之執行結果(含申報及查核結果) (3)執行結果納入 112 年度總額協商之參據		111 年 7 月底 前提本會報告 (7 月委員會議 提報告案)	111 年 7 月底 前
4		醫療資源不足地區改善方案		110 年 11 月底 前		111 年 7 月底 前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
5		牙醫特殊醫療服務計畫 (1)辦理本項目	110年11月底前		111年7月底前
		(2)依110年協定事項暨110年第8次委員會議決定：提報「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」之具體實施方案		提本會同意後執行(配合健保署送會時程)	
6		牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	110年11月底前		111年7月底前
7		0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫	110年11月底前		111年7月底前
8	專款項目	12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫 (111年新增項目) (1)提出具體實施方案及執行情形	110年12月底前	110年12月底前提本會同意後執行 (1月委員會議提討論案)	111年7月底前
		(2)依111年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用			111年7月及112年7月(協商113年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
9		高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫 (111年新增項目) (1)提出具體實施方案及執行情形	110年12月底前	110年12月底前提本會報告 (3月委員會議提報告案)	111年7月底前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
9	專款項目	(2)檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源			111年7月及112年7月(協商113年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
10	專款項目	品質保證保留款實施方案	110年11月底前		各部門總額111年度執行成果發表暨評核會議(112年7月)
11	其他	一般服務之點值保障項目		110年12月底前提本會同意後執行(1月委員會議提討論案)	
12		特定用途移撥款執行方式	111年6月底前送本會備查		

註：專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「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」提報。

二、中醫門診總額

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
1	一般服務	提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護 (111年新增項目) (1)提出具體規劃內容及執行情形		110年12月底前提本會報告 (3月委員會議提報告案)	111年7月底前
		(2)依111年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度			111年7月及112年7月(協商113年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
2		醫療資源不足地區改善方案	110年11月底前		111年7月底前
3	專款項目	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 (1)腦血管疾病 (2)顱腦損傷 (3)脊髓損傷 (4)呼吸困難相關疾病	110年11月底前		111年7月底前
4		中醫提升孕產照護品質計畫	110年11月底前		111年7月底前
5		兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	110年11月底前		111年7月底前
6		中醫癌症患者加強照護整合方案	110年11月底前		111年7月底前
7		中醫急症處置	110年11月底前		111年7月底前
8		中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	110年11月底前		111年7月底前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
9	專款項目	照護機構中醫醫療照護方案 (111年新增項目) (1)提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施	110年12月底前	110年12月底前 提本會報告 (3月委員會議提報告案)	111年7月底前
		(2)依111年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用			111年7月及112年7月(協商113年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
10		品質保證保留款實施方案	110年11月底前		各部門總額111年度執行成果發表暨評核會議(112年7月)
11	其他	一般服務之點值保障項目		110年12月底前 提本會同意後執行(1月委員會議提討論案)	

註：專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「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」提報。

三、西醫基層總額

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
1	一般服務	<p>新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)</p> <p>(1)於額度內，妥為管理運用，並排定納入健保給付之優先順序</p> <p>(2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程</p>		110 年 12 月委員會議	111 年 7 月底 前
		<p>(3)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值(併同「藥品及特材給付規定改變」提出專案報告)</p>		111 年 6 月底 前提出專案報告(6 月委員會議提專案報告)	
		<p>(4)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度</p>			111 年 7 月及 112 年 7 月(協商 113 年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
		<p>藥品及特材給付規定改變</p> <p>(1)於額度內，妥為管理運用，並排定調整健保給付條件之優先順序</p> <p>(2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程</p>		110 年 12 月委員會議	111 年 7 月底 前

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
2	續	(3)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制(併同「新醫療科技」提出專案報告)		111年6月底前提出專案報告(6月委員會議提專案報告)	
		(4)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度			111年7月及112年7月(協商113年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
3	一	促進醫療資源支付合理 (111年新增項目)			111年7月底前
4	般服務	提升國人視力照護品質 (111年新增項目)		110年12月底前提本會報告 (3月委員會議提報告案)	111年7月底前
		(1)提出具體規劃內容及執行情形			
		(2)研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」		部核定後提本會最近1次委員會議確認(3月委員會議提報告案)	
		(3)依111年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度			111年7月及112年7月(協商113年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
5	專款項目	家庭醫師整合性照護計畫 (1)辦理本項目	110年11月底前		111年7月底前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
5	續	(2)於 111 年 7 月底提出導入一般服務之評估規劃		111 年 7 月底前提出(5 月委員會議提專案報告)	
6		代謝症候群防治計畫 (111 年新增項目) (1)提出具體實施方案及執行情形	110 年 12 月底前	提本會同意後執行(3 月委員會議提討論案)	111 年 7 月底前
		(2)研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」		部核定後提本會最近 1 次委員會議確認(3 月委員會議提報告案)	
7	專款項目	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬 (pay for value)計畫 (111 年新增項目) (1)辦理本項目	110 年 12 月底前		111 年 7 月底前
		(2)研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」		部核定後提本會最近 1 次委員會議確認(3 月委員會議提報告案)	
8		西醫醫療資源不足地區改善方案	110 年 11 月底前		111 年 7 月底前
9		C 型肝炎藥費 (1)辦理本項目			111 年 7 月底前
		(2)於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源			111 年 7 月前 (納入 112 年度總額協商)

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
		協定事項			
10		醫療給付改善方案	110年11月底前		111年7月底前
11		強化基層照護能力及「開放表別」項目 (1)於110年12月委員會議提出規劃調整之項目與作業時程 (2)通盤檢討開放表別項目適當性，含導入一般服務之時程規劃		110年12月委員會議	111年7月底前
12	專款項目	鼓勵院所建立轉診合作機制(併同其他預算「基層總額轉診型態調整費用」提出專案報告)		111年7月底前提出專案報告(7月委員會議提專案報告)	111年7月底前
13		偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	110年11月底前		111年7月底前
14		罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材			111年7月底前
15		後天免疫缺乏病毒治療藥費			111年7月底前
16		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			111年7月底前
17		新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用			111年7月底前
18		精神科長效針劑藥費(111年新增項目)			111年7月底前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
19	專款項目	品質保證保留款實施方案	110年11月底前		各部門總額111年度執行成果發表暨評核會議(112年7月)
20	其他	一般服務之點值保障項目		110年12月底前提本會同意後執行(1月委員會議提討論案)	
21		風險調整移撥款執行方式	111年6月底前送本會備查		

註：專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「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」提報。

四、醫院總額

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
1	一般服務	<p>新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)</p> <p>(1)於額度內，妥為管理運用，並排定納入健保給付之優先順序</p> <p>(2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程</p> <p>(3)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值(併同「藥品及特材給付規定改變」提出專案報告)</p> <p>(4)若於年度結束前未依時程導入，則扣減其預算額度</p>		<p>110 年 12 月委員會議</p> <p>111 年 6 月底前提出專案報告(6 月委員會議提專案報告)</p>	<p>111 年 7 月底前</p> <p>111 年 7 月及 112 年 7 月(協商 113 年度總額前)提本會報告規劃及執行結果</p>
2		<p>藥品及特材給付規定改變</p> <p>(1)於額度內，妥為管理運用，並排定調整健保給付條件之優先順序</p> <p>(2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程</p>		<p>110 年 12 月委員會議</p>	<p>111 年 7 月底前</p>

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
2 續	一般	(3)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制(併同「新醫療科技」提出專案報告)		111年6月底前提出專案報告(6月委員會議提專案報告)	
		(4)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度			111年7月及112年7月(協商113年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
		(5)於112年度總額協商前提出節流效益，並納入該年度本項預算財源			111年7月前(納入112年度總額協商)
3	服務	促進醫療資源支付合理 (111年新增項目)			111年7月底前
4		持續推動分級醫療，壯大社區醫院 (1)辦理本項目			111年7月底前
		(2)視執行需要研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」		部核定後提本會最近1次委員會議確認(3月委員會議提報告案)	
5		提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變 (1)辦理本項目			111年7月底前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
		協定事項			
5	一般服務	(2)視執行需要研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」		部核定後提本會最近1次委員會議確認(3月委員會議提報告案)	
6		配合110年牙醫門診總額調整支付標準所需費用(111年新增項目)			111年7月底前
7	專款項目	C型肝炎藥費			111年7月底前
		(1)辦理本項目			
		(2)於協商112年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源			111年7月前(納入112年度總額協商)
8		罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材			111年7月底前
9		後天免疫缺乏病毒治療藥費			111年7月底前
10		鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質			111年7月底前
11		醫療給付改善方案新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」，並納入「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」	110年12月底前		111年7月底前
12	急診品質提升方案	110年11月底前		111年7月底前	
13	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)			111年7月底前	

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
		協定事項			
14		醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	110年11月底前		111年7月底前
15		全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	110年11月底前		111年7月底前
16		鼓勵院所建立轉診合作機制(併同其他預算「基層總額轉診型態調整費用」提出專案報告)		111年7月底前提出專案報告(7月委員會議提專案報告)	111年7月底前
17		腹膜透析追蹤處置費及APD租金(111年新增項目)			111年7月底前
18	專款項目	住院整合照護服務試辦計畫(111年新增項目) (1)辦理本項目	110年12月底前		111年7月底前
		(2)研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」		部核定後提本會最近1次委員會議確認(3月委員會議提報告案)	
19		鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫 (111年新增項目) (1)辦理本項目	110年12月底前		111年7月底前
		(2)研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」		部核定後提本會最近1次委員會議確認(3月委員會議提報告案)	

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
19	專款項目	(3)執行效益納入未來總額財源			111年7月及112年7月(協商113年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
20		精神科長效針劑藥費(111年新增項目)			111年7月底前
21		品質保證保留款實施方案	110年11月底前		各部門總額110年度執行成果發表暨評核會議(111年7月)
22	其他	一般服務之點值保障項目		110年12月底前提本會同意後執行(1月委員會議提討論案)	
23		風險調整移撥款執行方式	111年6月底前送本會備查		

註：專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「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」提報。

五、門診透析服務

項次	協定事項 工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
1	加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護			111年7月底前
2	持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質			111年7月底前
3	持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測			111年7月底前
4	請檢討末期病人使用透析服務之必要性			111年7月底前

六、其他預算

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
		協定事項			
1		基層總額轉診型態調整費用(併同「鼓勵院所建立轉診合作機制」提出專案報告)		111年7月底前提出專案報告(7月委員會議提專案報告)	111年7月底前
2		山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	110年11月底前		111年7月底前
3		居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務	110年11月底前	111年7月底前提本會報告(7月委員會議提報告案)	111年7月底前
4	專款項目	支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、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			111年7月底前
5		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 (1)辦理本項目			111年7月底前
		(2)於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源			111年7月前(納入 112 年度總額協商)
6		推動促進醫療體系整合計畫	110年11月底前		111年7月底前
7		調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費			111年7月底前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
8	專款項目	提升院所智慧化資訊機制(111年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」)	110年12月底前		111年7月底前
		(1)辦理本項目及新增提升院所智慧化資訊機制			
		(2)網路頻寬補助費用：檢討、提升院所參與率、檢驗(查)結果上傳率及門診雲端藥歷查詢率			
		(3)獎勵上傳：確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式		111年7月底前 提本會報告 (7月委員會議 提報告案)	
		(4)於協商112年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源			111年7月前 (納入112年度 總額協商)
9		提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	110年11月底前		111年7月底前
10		腎臟病照護及病人衛教計畫	110年11月底前		111年7月底前
11		提升保險服務成效 (1)精進提升保險服務成效之評估指標，並提出成效評估報告		111年7月底前 (7月委員會議 提報告案)	
		(2)於協商112年度總額前檢討實施成效，及預算編列之妥適性，提出節流效益並納入該年度總額預算財源			111年7月前 (納入112年度 總額協商)

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
12		協定事項 提升用藥品質之藥事照護計畫	110年11月底前		117年7月底前

註：111年執行情形於本會111年7月份委員會議提報，延續性項目於111年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含110年執行情形)。

各總額部門 110 年度執行成果評核之作業方式

第 5 屆 111 年第 3 次委員會議(111.3.25)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110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110年度之專款項目執行成果。

貳、辦理方式

一、評核委員

- (一)函請四部門總額受託團體及本會付費者代表委員推薦醫務管理、公共衛生及財務金融等健康保險相關領域專家學者為評核委員人選。
- (二)本會同仁彙整四部門總額受託團體及本會付費者代表委員推薦名單，加上本會現任、曾任專家學者及公正人士委員後，請本會委員就該建議名單票選適合人選，依據委員票選結果，排定邀請名單，依序邀請7位擔任評核委員，評核委員名單不事先公開。本會委員票選評核委員時，請兼顧四部門總額之衡平性與差異性，並請鼓勵專家學者廣泛參與，避免專家學者之服務機構過度集中。

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 110 年執行未滿半年及 111 年新增之總額協商因素項目，請說明執行現況與未來規劃(報告大綱及提報單位，詳附表一~四)，供評核委員事先審閱。
- (二)書面報告內容以精簡為原則，部門提報之年度重點項目及一般服務項目內文限 100 頁，各專款項目內文限 10 頁，並編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
- (三)請四總額部門及健保署於評核會議前 2 週，提送口頭報告(簡報)。

三、評核會議

- (一)會議期程：2 天。
- (二)第一階段：公開發表會議(1 天半)。

- 1.健保署統一報告各部門總額一般服務之整體性、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部門總額受託團體報告年度重點項目、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、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出110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、四部門總額相關團體與健保署外，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、心口司、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
壹、年度重點項目執行成果與未來規劃^{**1} 一、年度重點項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出2~3項110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) 二、自選重點項目：部門自行提報，最多2項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。	20

評核項目	配分
<p>貳、一般服務項目執行績效</p> <p>一、就110年評核委員評論意見與期許之回應說明</p> <p><u>二、COVID-19 疫情對醫療服務之影響與因應作為</u></p> <p>三、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>四、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>五、協商因素項目之執行情形</p> <p>(一)110年新增項目(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標)之執行情形</p> <p>(二)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)(本項適用於協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(依協定結果分列)</p> <p>(三)110年執行未滿半年及111年新增項目之執行與規劃</p> <p>六、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> <p>(五)院所違規情形及醫療機構輔導</p> <p>(六)其他</p>	60
<p>參、專款項目執行績效/成果^{註2}</p> <p>一、就110年評核委員評論意見與期許之回應說明</p> <p>二、110年計畫/方案執行成果</p> <p>三、106~110年執行情形及成效評估(含自選3項關鍵績效指標)</p> <p>四、檢討與改善方向</p> <p>(一)計畫/方案111年修正重點</p> <p>(二)110年執行未滿半年及111年新增項目之執行與規劃</p>	20
總分	100

註：1.年度重點項目係就「一般服務項目」及「專款項目」中，擇與政策目標、總額協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.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112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、評核委員針對四部門總額年度重點項目、一般服務項目及專款項目之共識建議，作為協商112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、111 年評核作業時程表

時間	作業內容
111 年 1~3 月	1.函請四部門總額受託團體及健保署提供建議之 111 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.研擬評核作業方式(草案)。
111 年 3 月	評核作業方式(草案)提委員會議議定。
111 年 4~5 月	1.請四部門總額受託團體及本會付費者代表委員推薦評核委員人選。 2.本會同仁彙整四部門總額受託團體及本會付費者代表委員推薦名單，加上本會現任、曾任專家學者及公正人士委員後，請本會委員就該建議名單票選適合人選。 3.依據委員票選結果，及貳之一.評核委員產生方式，排定邀請名單，依序邀請 7 位擔任評核委員。 4.請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。

時間	作業內容
111 年 5 月下旬	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。
111 年 6 月中旬 (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。
111 年 7 月上旬 (評核會議前 2 週)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 健保署及四總額部門提送「各總額部門 110 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 110 年度執行成果評核指標摘要」供評核委員參考。
111 年 7 月中旬 (預訂 7 月 19、20 日)	召開為期 2 天之「各總額部門 110 年度執行成果發表暨評核會議」。

年度重點項目及各部門總額一般服務項目執行績效/成果之報告大綱

評核項目	健保署提報	部門提報
壹、年度重點項目執行成果與未來規劃		
一、年度重點項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 2~3 項 110 年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。	V	V
二、自選重點項目：部門自行提報，最多 2 項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。	V	V
貳、一般服務項目執行績效		
一、就 110 年評核委員評論意見與期許之回應說明	V	V
二、COVID-19 疫情對醫療服務之影響與因應作為	—	V
三、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
四、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
五、協商因素項目之執行情形		
(一)110 年新增項目(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標)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)延續項目之執行情形		
(三)110 年執行未滿半年及 111 年新增項目之執行與規劃		
六、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	
(六)其他	—	
參、附錄(如：品質確保方案、品質保證保留款實施方案及其他視需要提供之方案內容)		

- 註：1.請健保署於 5 月下旬依報告大綱及評核項目表，先提供監測/調查/統計結果(上冊)予本會及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料。
- 2.報告內容請涵蓋評核項目表各項評核內涵及指標，並提供 5 年(106~110 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 111 年度總額協定事項，請於 111 年 7 月底前，提報延續項目之 110 年執行情形及成效評估。

各部門總額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
一、就 110 年評核委員評論意見與期許之回應說明	—	V
二、110 年計畫/方案執行成果		
(一)計畫目的		
(二)執行目標		
(三)經費來源與協定事項		
(四)費用支付		
(五)執行內容		
(六)評核指標及退場機制		
三、106~110 年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率	執行情形之統計結果、關鍵績效指標及改善建議	推動情形、檢討及改善、目標達成情形
(二)目標達成情形(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標達成情形)		
(三)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		
(四)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(含自選 3 項關鍵績效指標)		
四、檢討與改善方向		
(一)計畫/方案 111 年修正重點	—	V
(二)110 年執行未滿半年及 111 年新增計畫/方案之執行與規劃	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
一、就 110 年評核委員評論意見與期許之回應說明	—	V
二、106~110 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)執行結果及成效		
三、檢討與改善方向		
(一)111 年修正重點	—	V
(二)110 年執行未滿半年及 111 年新增計畫/方案之執行與規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃

註：1.各總額部門及跨部門之專款項目，請健保署於 5 月下旬依報告大綱，先提供執行情形摘要表(上冊，其中計畫型應含 3 項自選關鍵績效指標)予本會及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料；由健保署負責之專款項目(計畫型及非計畫型)，均由署提報，各專款項目之提報單位如附表四。

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

健保署及四總額部門「110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 一健保署	項目 1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目]	
	項目 2： 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 目標值： $\geq 3.77\%$ 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
	項目 3： 推動健保醫療資訊雲端查詢系統之成效 [延續項目]	指標：全藥類藥品重複用藥日數下降比率 目標值：較 108 年下降 5%或 \leq 低於全國值 操作型定義：全藥類藥品之重複用藥日數/全藥類藥品之總給藥日數 健保署之指標目標值說明： 管理方案因 COVID-19 疫情於 109 年 Q1-Q3 暫停啟動，故本指標以 108 年為基期進行比較。
醫院總額 一醫院協會	項目 1： 醫院分級醫療執行成效 [延續項目]	指標(1)：醫院層級轉診率 目標值：轉診率維持成長 10% 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數 指標(2)：分級醫療垂直整合策略聯盟 目標值：分級醫療涵蓋率 80% 操作型定義：完成建立與其他院所策略聯盟合作機制之家數/醫院部門醫院家數 註：醫院協會建議健保署新增「就醫民眾對分級醫療轉診政策實施滿意度調查」，俾利納入績效指標。
	項目 2： 護病比執行現況 [延續項目]	指標：全日平均護病比分級達成率 目標值：全日平均護病比合格率 80% 操作型定義：【參考醫院評鑑基準】(醫院急性一般病床床位數 \times 占床率 $\times 3$)/全日平均三班護理人員數(同健保署全民健康保險醫療品質資訊公開網指標-急性一般病床全日平均護病比) 註：1.急性一般病床：包含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床。 2.醫院不含未設置「急性一般(經濟)、精神急性一般(經濟)病床」醫院。

部門/單位	年度重點項目	績效指標
西醫基層 總額 一醫全會	項目 1： 西醫基層轉診執行概況 [延續項目]	<p>指標(1)：基層接受轉診率 目標值：較前 1 年度接受轉診率增加 1.5% 操作型定義：基層接受轉診件數/醫院轉至基層件數。 註：基層排除平轉案件。</p> <p>指標(2)：基層接受慢性病病人轉診率 目標值：較前 1 年度接受慢性病病人轉診率增加 1.5% 操作型定義：基層接受醫院慢性病轉診件數/醫院轉至基層慢性病件數 註：慢性病定義：案件分類為 04、08 案件。</p> <p>指標(3)：慢性病病人轉診照護情形 目標值：較前 1 年度慢性病轉診病人持續就醫人數比率增加 1.5% 操作型定義：慢性病轉診病人持續就醫歸戶人數/醫院轉至基層慢性病歸戶人數 註：1.持續就醫定義：醫院轉至基層慢性病病人於同院所因慢性病持續就醫兩次以上。 2.慢性病定義：案件分類為 04、08 案件。</p> <p>醫全會之指標目標值說明： 考量 COVID-19 疫情期間，暫緩實施「執行區域級以上醫院門診減量」，爰前開指標之目標值均修訂為較前 1 年增加 1.5%(109 年目標值為 3~5%)。</p> <p>觀察指標(1)：轉診回復率</p> <p>①基層上轉至醫院後，醫院回復比率 目標值：較前 1 年度比率增加 操作型定義：醫院接受基層上轉後，回復基層之件數/基層上轉至醫院轉診件數</p> <p>②醫院下轉至基層後，基層回復比率 目標值：較前 1 年度比率增加 操作型定義：基層接受醫院轉診後，回復醫院件數/基層接受醫院轉診件數</p> <p>觀察指標(2)：基層接受轉診病人之跨表比率 目標值：較前 1 年度比率增加 操作型定義：基層接受轉診病人申報跨表件數/基層接受轉診件數</p> <p>醫全會之觀察指標說明：</p>

部門/單位	年度重點項目	績效指標
		考量尚無資料可供參考，爰先列為觀察指標，未來若合適或做滾動式修正後，再列為績效指標。
西醫基層 總額 一醫全會	項目 2： 居家醫療照護整合計畫成效 [新增項目]	<p>指標(1)：承作診所數 目標值：較前 1 年度診所數增加 操作型定義：有參加居家醫療照護整合計畫的診所。</p> <p>指標(2)：承作醫師數 目標值：較前 1 年度醫師數增加 操作型定義：有申請居家醫療照護整合計畫費用的醫師。</p> <p>指標(3)：收案數 目標值：較前 1 年度收案數增加 操作型定義：居家醫療照護整合計畫的收案數。</p>
牙醫門診 總額 一牙全會	項目 1： 牙醫院所加強感染管制之現況與改善 [延續項目]	<p>指標：院所感染管制申報率 目標值：最近 3 年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：申報加強感染管制診察費的院所數/申報總院所數</p>
	項目 2： 國人牙齒保存現況與改善情形 [延續項目]	<p>指標：有就醫者平均拔牙顆數(負向指標) 目標值：最近 3 年全國平均值*(1+10%) 操作型定義：拔牙總顆數(簡單性拔牙 92013C+複雜性拔牙 92014C)/就醫人數</p>
	項目 3： 國人牙周現況改善情形 [新增項目]	<p>指標：牙周病統合治療第三階段完成率 目標值：最近 3 年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：當年度完成第三階段人數(當年 1~9 月申報第一階段案件於 180 天內申報第三階段件數)/當年度執行第一階段人數(當年 1~9 月申報第一階段件數)</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： 提升複雜性針灸 傷科醫療服務品 質 [新增項目]	<p>指標(1)：中度高度複雜性針灸醫療利用率 目標值：中度高度複雜性針灸醫療服務 利用率呈現正成長 操作型定義：(110 年中度及高度複雜性針灸人 次/110 年針灸人次)-(109 年複雜 性針灸人次/109 年針灸人次)</p> <p>指標(2)：中度高度複雜性傷科醫療利用率 目標值：中度高度複雜性傷科醫療服務 利用率呈現正成長 操作型定義：(110 年中度及高度複雜性傷科人 次/110 年傷科人次)-(109 年複雜 性傷科人次/109 年傷科人次)</p> <p>中全會之指標說明： 1.110 年度修正中度高度複雜性針灸及傷科給付辦法，其 申報規定要求正確使用 ICD-10 診斷碼，增加醫療服務 時間(中度≥10 分鐘、高度≥20 分鐘)，同時增加輔助治 療項目，以大幅提升中度及高度複雜性針灸傷科之醫 療品質，是故中醫院所必須提升針灸傷科醫療品質才 能合乎申報條件。 2.民眾若能使用中度高度複雜性針灸及傷科服務，且院 所能正確申報，代表民眾獲得之中度高度複雜性針灸 及傷科醫療品質得到一定的提升，並可提高中醫利用 率。故使用利用率來觀察是否提升其醫療服務品質， 以利後續中醫健保規劃。</p>
	項目 2： 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：中醫醫療服務人數(110 年-109 年) /109 年</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：中醫醫療服務人次(110 年-109 年) /109 年</p> <p>指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數 成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服 務人數成長率呈現正成長 操作型定義：居家醫療整合照護計畫中醫服務 人數(110 年-109 年)/109 年</p>

部門/單位	年度重點項目	績效指標
		<p>指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次(110年-109年)/109年</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率為正值 操作型定義：無中醫鄉數(109年-110年)/109年</p> <p>指標(6)：無中醫鄉服務人數成長率 目標值：無中醫鄉服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：無中醫鄉服務人數(110年-109年)/109年</p> <p>指標(7)：無中醫鄉服務人次成長率 目標值：無中醫鄉服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：無中醫鄉服務人次(110年-109年)/109年</p>
其他預算— 健保署	項目 1： 居家醫療照護整合計畫之推動成效 [延續項目]	指標：居家整合新收案對象門診次數降低 目標值：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低 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低。
	項目 2： C 型肝炎新藥治療成效 [延續項目]	指標：C 型肝炎治療涵蓋率(年累計) 目標值：C 型肝炎治療涵蓋率(年累計)，較去年同期提高 操作型定義：至當年底已接受治療人數/慢性 C 型肝炎患者人數
	項目 3： 腎病防治成效 [新增項目]	指標：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫照護率 目標值：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫照護率較去年同期提高 操作型定義：參與末期腎臟病前期病人(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫之人數/個案符合前 12 月門診 2 次或住診 1 次就醫主診斷為 N184-186、049 符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及死亡人數

各部門總額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 - 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫 - 0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫(110年新增) - 12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫(111年新增) - 高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫(111年新增) 	牙醫師公會 全聯會
中醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 - 中醫提升孕產照護品質計畫 - 中醫癌症患者加強照護整合方案 - 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 - 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(111年新增) 	中醫師公會 全聯會
西醫基層	- 家庭醫師整合性照護計畫(含計畫檢討與管控暨執行成果)	健保署
	<ul style="list-style-type: none"> - 家庭醫師整合性照護計畫(醫界配合推動情形) - 西醫醫療資源不足地區改善方案 - 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 - 強化基層照護能力及「開放表別」項目(非計畫型) - 因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用(非計畫型) - 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(非計畫型) - 代謝症候群防治計畫(111年新增) - 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫(111年新增) 	醫師公會 全聯會
醫院	<ul style="list-style-type: none"> - 急診品質提升方案 - 西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層) - 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) - 住院整合照護服務試辦計畫(111年新增) - 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫(111年新增) - 腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(非計畫型)(111年新增) 	醫院協會
門診透析	- 腎臟病照護及病人衛教計畫	健保署
跨部門	<ul style="list-style-type: none"> - C型肝炎藥費(含其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費」) - 醫療給付改善方案(含糖尿病等9項方案)(111年新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」) - 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) - 後天免疫缺乏病毒治療藥費(非計畫型) - 精神科長效針劑藥費(非計畫型)(111年新增) 	健保署 (相關總額部門提供配合推動情形)
	四部門	- 獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用

部門別	計畫／方案名稱	提報單位
其他預算	<ul style="list-style-type: none"> - 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 - 居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務(含居家醫療照護整合計畫) - 推動促進醫療體系整合計畫 - 獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用(含各部門總額之網路頻寬補助費用執行成果)(111年新增提升院所智慧化資訊機制) - 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 - 提升用藥品質之藥事照護計畫 - 支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費(非計畫型)(111年新增支應精神科長效針劑之藥費不足款) - 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費(非計畫型) - 提升保險服務成效(非計畫型) 	健保署

註：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。

健保署及四總額部門「111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]	
	項目2： 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 目標值： $\geq 3.77\%$ 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
	項目3： 推動健保醫療資訊雲端查詢系統之成效 [延續項目]	指標：全藥類藥品重複用藥日數下降比率 目標值：較108年下降5% 操作型定義：全藥類藥品之重複用藥日數/全藥類藥品之總給藥日數 健保署之指標目標值說明： 管理方案因COVID-19疫情於109年Q1~Q3及110年Q1~Q3暫停啟動，故以108年為基期進行比較。
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：轉診率維持成長10% 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數。 觀察指標：醫院層級疾病嚴重度CMI變動 醫院協會對於觀察指標之目標值說明： 配合專家學者建議暫列觀察指標，但鑑於醫院總額獨立資料區僅限於審查相關案件查詢且不得涉及各院，爰醫院部門無法逕自就各院資料進行查詢，疾病嚴重度CMI的運算須仰賴健保署協助運算並提供，且CMI偵測僅可就住院DRG案件，無法顯示門診情形，另CMI值每年皆會受DRG相對權重所影響，礙於資料運算難以回溯，爰無法進行年度間的比較，無法訂定目標值。
	項目2： 護病比執行現況 [延續項目]	指標：全日平均護病比分級達成率 目標值：全日平均護病比合格率80% 操作型定義：同健保署全民健康保險醫療品質資訊公開指標(醫院急性一般病床床位數×占床率×3)/全日平均三班護理人員數 註：1.急性一般病床：同全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準表所列，含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床及精神急性經濟病床。 2.計算排除未設置上述病床之醫院。

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
西醫基層 總額 一醫全會	項目1： 西醫基層轉診執行概況 [延續項目]	<p>指標(1)：基層接受轉診率 目標值：較前1年度增加1.5% 操作型定義：基層接受轉診件數/醫院轉至基層件數 註：基層排除平轉案件</p> <p>指標(2)：基層接受慢性病病人轉診率 目標值：較前1年度增加1.5% 操作型定義：基層接受醫院慢性病轉診件數/醫院轉至基層慢性病件數 註：慢性病定義：案件分類為04、08案件。</p> <p>指標(3)：慢性病病人轉診照護情形 目標值：較前1年度增加1.5% 操作型定義：慢性病轉診病人持續就醫歸戶人數/醫院轉至基層慢性病歸戶人數 註：持續就醫定義：醫院轉至基層慢性病病人於同院所因慢性病持續就醫兩次以上。慢性病定義：案件分類為04、08案件。</p> <p>觀察指標(1)：轉診回復率 ①基層上轉至醫院後，醫院回復比率 目標值：較前1年度增加 操作型定義：醫院接受基層上轉後，回復基層之件數/基層上轉至醫院轉診件數 ②醫院下轉至基層後，基層回復比率 目標值：較前1年度增加 操作型定義：基層接受醫院轉診後，回復醫院件數/基層接受醫院轉診件數</p> <p>觀察指標(2)：基層接受轉診病人之跨表比率 目標值：較前1年度增加 操作型定義：基層接受轉診病人申報跨表件數/基層接受轉診件數</p>
	項目2： 居家醫療照護整合計畫成效 [延續項目]	<p>指標(1)：承作診所數 目標值：較前1年度增加 操作型定義：有參加居家醫療照護整合計畫的診所。</p> <p>指標(2)：承作醫師數 目標值：較前1年度增加 操作型定義：有申請居家醫療照護整合計畫費用的醫師。</p> <p>指標(3)：收案數 目標值：較前1年度增加 操作型定義：居家醫療照護整合計畫的收案數。</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
牙醫門診 總額 一牙全會	項目1： 國人牙周現況改善情形 [延續項目]	指標：牙周病統合治療第三階段完成率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：當年度完成第三階段人數(當年1~9月申報第一階段案件於180天內申報第三階段件數)/當年度執行第一階段人數(當年1~9月申報第一階段件數)
	項目2： 青少年口腔照護改善狀況 [新增項目]	指標：年度12~18歲青少年就醫率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：當年度12~18歲青少年牙醫就醫人數/當年度12~18歲青少年投保人口數
中醫門診 總額 一中全會	項目1： 提升複雜性針灸傷科醫療服務品質 [延續項目]	指標(1)：中度高度複雜性針灸醫療利用率 目標值：中度高度複雜性針灸醫療服務利用率呈現正成長 操作型定義：(111年中度及高度複雜性針灸人次/111年針灸人次)-(110年複雜性針灸人次/110年針灸人次) 指標(2)：中度高度複雜性傷科醫療利用率 目標值：中度高度複雜性傷科醫療服務利用率呈現正成長 操作型定義：(111年中度及高度複雜性傷科人次/111年傷科人次)-(110年複雜性傷科人次/110年傷科人次)
	項目2： 提升中醫醫療服務 [延續項目]	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：(111年中醫醫療服務人數-110年中醫醫療服務人數)/110年中醫醫療服務人數 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：(111年中醫醫療服務人次-110年中醫醫療服務人次)/110年中醫醫療服務人次 指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(111年中醫居家醫療服務人數-110

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>年中醫居家醫療服務人數)/110年中醫居家醫療服務人數</p> <p>指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(111年中醫居家醫療服務人次-110年中醫居家醫療服務人次)/110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：無中醫鄉減少比率為正值 操作型定義：(110年無中醫鄉數-111年無中醫鄉數)/110年無中醫鄉數</p> <p>指標(6)：無中醫鄉服務人數成長率 目標值：無中醫鄉服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(111年無中醫鄉服務人數-110年無中醫鄉服務人數)/110年無中醫鄉服務人數</p> <p>指標(7)：無中醫鄉服務人次成長率 目標值：無中醫鄉服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(111年無中醫鄉服務人次-110年無中醫鄉服務人次)/110年無中醫鄉服務人次</p>
其他預算 一健保署	<p>項目1： 居家醫療照護整合計畫之推動成效 [延續項目]</p> <p>項目2： C型肝炎新藥治療成效 [延續項目]</p>	<p>指標：居家整合新收案對象門診次數降低 目標值：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低 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低。</p> <p>指標：C型肝炎治療涵蓋率(年累計) 目標值：C型肝炎治療涵蓋率(年累計)，較去年同期提高 操作型定義：至當年底已接受治療人數/慢性C型肝炎患者人數。</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
	項目3： 腎病防治成效 [新增項目]	<p>指標：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫照護率</p> <p>目標值：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫照護率較去年同期提高</p> <p>操作型定義：參與末期腎臟病前期病人(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫之人數/個案符合前12月門診2次或住診1次就醫主診斷為N184-186、049符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及死亡人數。</p>

第5屆111年第3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 2 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

主席、各位委員，大家早安！現在開會時間已到，出席會議的委員人數已經過半，達法定開會人數，可以開始進行今天的會議，請主席致詞。

周主任委員麗芳

- 一、各位委員、李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、商司長東福、與會各位先進代表，大家早安！大家好！今天本會多了 1 位成員，容我來介紹新委員，台灣總工會代表委員蔡前理事長明鎮不幸過世，該席次已經完成補聘程序，由該工會張秘書長鈺民兼任本會委員，請大家歡迎張委員鈺民的加入(眾人鼓掌)。
- 二、在這段時間非常感謝所有醫療部門以及委員的努力，首先在 3 月 24 日台灣醫院協會(下稱醫院協會)在翁理事長文能帶領之下，主辦「111 年度醫院總額風險移撥款成果發表會及如何應用醫院總額風險移撥款」打造更具效益醫療模式論壇，台北區主任委員朱委員益宏，以及很多健保會委員都有參與。看到醫院協會在不同分區當中，戮力把風險移撥款發揮最大效益，很感謝醫院協會的努力，讓弱勢、偏鄉地區的醫療照護資源得以提升。
- 三、其次感謝中醫部門，柯理事長富揚所帶領的中醫國家隊，在 3 月 12、13 日舉辦「第 92 屆國醫節 2022 國際中醫藥臨床學術大會暨中醫長照&居家計畫成果研討會」，其中 1 場為中醫門診總額專案計畫成果研討會。會中非常多位健保會委員共同參與、研討，看到中醫不只是對於過去執行的成果，對於新年度也設定很多新的相關目標，充分展現中西醫合治的價值與方向。
- 四、再來就是在牙醫的部分，陳理事長建志有事會晚點到，先由徐主委邦賢代理，很感謝牙醫部門，由陳理事長建志帶領全國牙醫致力於保障弱勢醫療照護，尤其台中市牙醫師公會進駐偏

鄉，深耕石岡地區已經 10 週年，完成很多牙醫特殊弱勢照顧，特別感謝牙醫國家隊。

五、最後在藥師國家隊的部分，感謝黃理事長金舜的帶領，今天他有要事不克前來，由邱副秘書長建強代表出席，這段時間藥師國家隊非常關切台灣分級醫療的落實，提出很多建議方案，也是要由衷感謝。

六、今天的議程當中，也會牽涉到跟評核相關的業務，等一下大家可以充分交換意見，再次感謝大家！

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉

主席、各位委員，本次議程安排，首先有優先報告事項 2 案，第 1 案是上次的保留，是中央健康保險署(下稱健保署)110 年第 4 季全民健康保險業務執行季報告，這一次就併入 111 年 2 月份業務執行報告做口頭報告。第 2 案是總額核(決)定事項辦理情形；討論事項共有 3 案，第 1 案也是上次保留李委員麗珍等 17 位委員提案，第 2、3 案是依照年度工作計畫排定。健保署昨天下午通知第 3 案計畫內容需要調整，所以先行撤案；報告事項 1 案也是上次保留。等一下因為署長另有要公，希望變更議程，將業務執行口頭報告提早到上次委員會議紀錄確認後先進行，同時因為我們會議室 2 點以後也有其他單位使用，所以本次會議需要在 2 點以前結束，請各位委員幫忙。

周主任委員麗芳

針對剛才周執秘淑婉提到的變更議程，即李署長口頭報告移至會議紀錄確認後，我想大家應該沒有反對的意見。請黃委員振國。

黃委員振國

針對今天撤案的討論案第三案代謝症候群計畫案，我們醫師公會全國聯合會(下稱醫全會)代表有異議。

周主任委員麗芳

但是這個提案是健保署的提案？

周執行秘書淑婉

是健保署提出撤案，因為計畫內容還需要調整，我們尊重提案單位提出撤案的要求。

黃委員振國

我們說明一下可以嗎？醫全會說明一下過程。

周主任委員麗芳

在你說明之前我先補充，我發現主席致詞遺漏了西醫基層部分，正好是黃委員振國發言，剛才也要感謝西醫基層部門，他們非常用心，在黃委員振國、顏委員鴻順、邱理事長泰源的帶領之下，這段時間可以看到很多人戴支持烏克蘭的口罩，在西醫基層部門不斷透過國內外力量，希望持續強化亞大區域醫療防疫體系，支持世界醫師會呼籲的醫療中立，還有呼籲戰爭時期應該保護醫療救治病患的權利，對於西醫基層邱理事長泰源帶領的團隊給予肯定。請黃委員振國說明，謝謝。

黃委員振國

一、各位委員早安，很抱歉必須做個說明，代謝症候群管理計畫很感謝國民健康署(下稱健康署)、健保署長官，為了國民的健康把關提出這麼好的計畫內容，中間我們也跟健康署長官從去年11月8日1次、1月7日1次、2月份2次，3月1日在健保署跟內部代表做過溝通，3月3日經過健保署西醫基層總額研商議事會議，健康署代表也列席充分溝通交換意見，3月10日又經過健保署醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱醫療服務共擬會議)，健康署代表也列席並充分表示意見且通過本案。我想我們經過健保署法定2個會議，就是西醫基層總額研商議事會議與醫療服務共擬會議，在座很多委員也有蒞臨指導，給予我們充分意見。我們之前這麼多次的溝通、還有2次的正式會議，是可能還有很多需要改進的地方，但歷年以來，我們在與健保署研擬的各項論質計酬方案也都經過這樣的法定程序。這次我們卻在禮拜三又接收到健康署針對內容要提出修正，本會也一一回應，不曉得為什麼昨天下午忽然說要撤案。我們很迷惘，到底是健康署與健保署愛之深責之切，還是

講難聽一點，變成「害」之深責之切。真的希望健康署和衛福部的長官能給我們適當指導。

- 二、從去年至今開過多次溝通會議，內部也做了很多妥協，目前已是3月份，假設今天未通過此議案，等到下個月再開會，實施的時間可能不到半年，我相信這個計畫的品質與成效可能又會讓在座委員很失望，甚至到評核會議時會覺得我們做得不夠好。
- 三、在這個計畫初期，大概知道健康署的長官因為計畫依政府預算挹注實施，較著重在個案管理。可是大家知道健保署的方案，因為是使用健保資源，希望健保資源能有效運用在民眾照顧健康上，較著重成效面的結果，也許兩造觀念上有待磨合，但經過多次討論會議，也都達到初步的共識。
- 四、試辦計畫在第1年初步上路時一定有很多不盡人意的地方，希望今天撤案必須告訴我們，這個方案是什麼時候要溝通、什麼時候會導入行程，如果溝通之後健康署堅持立場，我們要如何因應，還是完全聽衛福部的長官裁示。若長官真的有指導，請明文指導醫全會，我們會告知西醫基層夥伴這是衛福部的長官指示，我們盡力溝通，溝通無效我們也一定接受，也先跟各位委員抱歉，若實施成效不盡人意，請各位委員多多包涵，謝謝。

周主任委員麗芳

有關本案剛剛在周執行秘書淑婉的報告中，很清楚說明提案單位健保署撤案，剛剛黃委員振國垂詢的部分，請原提案單位事後書面回復委員。請何委員語。

何委員語

- 一、我要提出來的第1點，依據「會議規範」，原提案人有權在會議開會前提出撤案，如果進入討論議程的程序時，則由當場參與開會的出席者同意或不同意撤案，這是會議規範裡面寫得很清楚。既然健保署在昨天就撤案，還沒進入今天會議議程討論，所以我們沒有立場來討論這個案，這是第1點。

二、第2點，剛剛聽黃委員振國講了最後一句話，我要在這裡提出意見，他說如果未來這整個計畫執行的話，如果未能達到預期效果，請各位委員不要有意見。不能講這種話，我們錢給你了，你可以事先講說以後這個案執行得不好，你們委員不要有意見來對我們詢問及監理，我認為這句話應該要收回，不能講這種話。我們要很明確，我希望列入紀錄裡，把我的話也列入紀錄。如果這樣子做，若健保署規定的案我們執行者不滿意，以後你們委員不要來對我們監理，不要有意見，不要提出詢問也不要對這個案說怎麼成效不好，我覺得不能這樣講，我要鄭重讓在座委員理解這件事。

周主任委員麗芳

黃委員振國最後1個針對撤案發言，既然撤案，就不宜占用這麼多時間討論，等一下黃委員發言完，議程確認，就繼續進行下一案，請黃委員振國發言。

黃委員振國

我想何委員可能誤解我的意思，我們從不會請各位委員放棄你應有的職責，因為我們這麼努力，但不盡人意的過程還是要讓各位知道而已，我想你也不要過度解釋我的發言內容，何委員語是否要檢視你之前所有發言是否也有所謂失當，若你有失當願意道歉，我也願意...

何委員語

抗議，抗議，怎麼可以來質詢我以前發言的內容，請你把錄音帶都拿出來。

黃委員振國

沒關係，你可以抗議啊。

何委員語

如果發現我質詢內容確實有錯，我都公開道歉且馬上更正，你今天當1個委員，可以公開質詢我以前發言失當的地方，請把證據拿出來，不然我真的要發公文，我要告你公開毀謗...

黃委員振國

歡迎你來告。

周主任委員麗芳

2位委員請息怒，請息怒。

何委員語

怎麼可以這樣子講，惡霸到這種程度...

黃委員振國

誰惡霸。

周主任委員麗芳

2位委員請息怒。

何委員語

怎麼可以講這種話，我剛才只是說你後面那一句要收回，你不能說以後執行不好，委員不能有意見對我們有監理的詢問，你怎麼可以講這種話，今天所有委員都有自己的職責，怎麼可以現在就向委員們下馬威。

周主任委員麗芳

非常感謝2位委員的寶貴意見，接下來進行上次(第2次)會議紀錄確認。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳

有關上次會議紀錄各位委員有沒有要垂詢的部分?(委員回應：沒有)，會議紀錄確認。接下來請進行優先報告事項第一案。

貳、優先報告事項第一案「中央健康保險署『110年第4季全民健康保險業務執行季報告』（併『111年2月份全民健康保險業務執行報告』）」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請李署長伯璋報告。

李署長伯璋報告：略。

周主任委員麗芳

非常感謝李署長伯璋這麼詳盡的報告，接著依序請顏委員鴻順、陳委員石池、滕委員西華、陳委員秀熙、李委員永振、何委員語、朱委員益宏、干委員文男發言。

顏委員鴻順

一、特別謝謝李署長伯璋在短時間給我們精闢跟深入淺出的說明，特別針對說明眾多項目中，現在醫全會已經積極在討論有關第1個提到的檢驗(查)值上傳的議題，及國家計畫2025根除C肝，這2個計畫我們都會特別成立專案小組推動，以配合健保署政策。C肝治療計畫方面，目前根據數字13.3萬人已接受治療，還有11.7萬人的目標數，接下來的族群在我們會議當中，大家都認為集中在特定族群、高風險族群或是自己都不知道自己有C肝的民眾，所以在推動的過程當中請健保署提供更多資訊及資料給醫全會，我們也會提供給各縣市的醫師公會，一起來幫忙推動，我們特別知道雲嘉南、花東、屏東及苗栗有些地方是熱區，甚至在C肝風險潛勢地圖是5、6、7級的高風險區，希望健保署能否在這方面多提供資料，讓我們協助政策的推動。

二、第2個，有關檢驗(查)值上傳，這是李署長伯璋非常在意的議題，個人也非常了解如何打造台灣健康雲的大架構及概念。李署長伯璋有提到現在朝著修法，將來不上傳不給付的概念，因為這句話在基層引起很多疑慮，我想了解修法從哪一個層次去修法？我實際上有做檢查，也付出服務成本以及做了解釋，若

因為沒有上傳就不給付，是怎麼樣的法源依據，大家非常疑慮。

- 三、希望健保署能體諒台灣基層院所有 1 萬多家，遍布全台灣大街小巷甚至偏鄉，其實有些年齡層或地區是有資訊落差，在推動過程希望能夠緩緩推動，不要用斷然不給付的方法，不然怕對基層參與配合改革的意願會造成很大的打擊。

周主任委員麗芳

請陳委員石池。

陳委員石池

- 一、各位委員早安，我個人對今天李署長伯璋的報告非常滿意，代表健保署有努力做事情，我有幾件事情跟大家反映，我先講上一次部分負擔有關要修改資訊系統方面，各醫院哀鴻遍野，1 個月時間其實是做不來，也沒有經費補助，這是醫療機構幫健保署收部分負擔自付額的部分，又不是醫院的收入。我上次就跟陳部長時中說過，醫院幫你們做事情，卻沒有給醫院任何補貼，我想這不是很合理的，你們又急著要人家上線，現在各醫院都反應激烈，表示做不了，而且系統需要修改到很細，多 100 元要多幾%，非常細，要修改電腦非常非常困難，每個醫院都在反映，請健保署多方考量。
- 二、今天的報告提到健保署要做 BI(Business Intelligence, 商業智慧)管理，是非常好，但希望除了給醫院之外，也給醫院協會知道，醫院協會知道哪個醫院管理有問題，我們可以從旁協助，告訴他們要注意的事情。
- 三、再來就是遠距醫療，剛才聽李署長伯璋說耳鼻喉科，我就很納悶，耳鼻喉科都是局部發現，怎麼做遠距醫療，不是遠距醫療就做得好，我曾經做 1 個調查，問很多人說台灣醫療這麼方便，你願意看遠距醫療還是看醫生，大部分的人說要看醫生，因為很方便，遠距醫療適合偏遠地區，但並不是每 1 個疾病都適合，比方說肚子痛，胃腸科肚子摸不了、腸音聽不了，肚子有沒有問題也不知道，不見得效果會那麼好。遠距醫療不是不

能做，但限定在某些方面的疾病，可以做才做，不然不要做，否則不是很理想。

- 四、優化十大疾病網頁資訊是非常好的事情，但十大死因癌症為什麼沒有，高血壓是第二還是第三大死因，就很高，鼻竇炎有那麼重要嗎？當然對有些人很困擾，但應該針對很多人的疾病來做網頁資訊比較好，總之我對你們今天的報告很滿意，但有一些建議精進的地方請再精進增加，謝謝。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、首先對於李署長伯璋最近報告都有使用簡單整理的 slide(投影片)呈現業務報告，較過去好很多，比我們單純直接閱讀業務報告能夠了解健保署的作為，我覺得非常棒，下面就對簡報內容提出幾點意見，剛剛李署長伯璋提到最近公告的部分負擔調整草案，其他觀點我都說過了，但我再次強調藥品分級負擔違反健保法，其他合理性我們就不再提，就法而言健保法只有規範門診、急診有分級，而且採醫藥分帳，藥品採分級、不同的醫療分級採不同的部分負擔顯然違法，萬不可為。
- 二、投影片第2張的整合照護計畫，COVID-19(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)染疫康復者門住診整合醫療計畫非常的好，但根據國外研究，染疫之後3個月加上2個月以上的持續才會變成 Post COVID Syndrome(後新冠肺炎症候群)，也就是後染疫的症狀。我們看來是6個月追蹤，從國際上看起來若有 Post COVID Syndrome，例如長期肺的後遺症、身體精神後遺症，比方在多數人都有疲倦、睡眠障礙、呼吸障礙，腦神經比例最高，接著是骨骼障礙，這都會導致慢性化，而且30%有精神障礙的盛行率，包含失眠、焦慮、憂鬱，廣泛型精神焦慮症狀，女性比例更是高於男性，所以我想知道，只有初評後就有精神科評估，不知道精神科評估之上是生理評估嗎？若超過6個月要怎麼辦？

- 三、全民健康保險憑證製發及存取資料管理辦法部分(下稱保險憑證管理辦法)，跟投影片第 7 張有一些關係，上次也有公告修訂保險憑證管理辦法，增加虛擬健保卡的部分，可是都沒有講要怎麼管理虛擬健保卡，醫病兩端怎麼處理、管理上傳、虛報浮報或盜用，一些認證的過程，全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法有沒有規範虛擬健保卡要另外跟醫療院所簽訂管理合約，可不可以也請李署長伯璋補充。
- 四、關於視訊診療和遠距醫療，我也蠻同意剛剛陳委員石池提的，當時的遠距是為了偏遠地區對影像解讀或專科醫師不足，所以遠距會診專科醫師意見，基本上是有另外 1 位醫師在現場診療，不是只有現在講的遠距是醫師在一端，病人在另外一端，病人端沒有任何醫療人員在。這容易產生醫療上解讀錯誤的現象，因為只有聽病人描述甚至看不清楚，也沒有看到實施場域擴展到其他地方去，病人端設備要怎麼辦，不是只有網路問題而已，病人要遠距視訊醫療需要有一定程度的設施設備，但沒有提到病人端要怎麼補足。
- 五、最後一點是在 slide(投影片)第 16 張，很抱歉我完全反對強化健保與商業保險(下稱商保)的整合，特別是在健康存摺或 APP(mobile application 之簡稱，手機應用程式)上，健保實施 20 幾年，民眾卻越買越高的商保，這是健保的恥辱，全民健保是為了降低民眾的負擔，不去買更多的商保，若民眾 1 年要花幾萬元買商保，那麼我們就應該跟民眾說該漲保費，但是全民健保都可以 cover(涵蓋)你的需求，商保還是經濟比較好的人、比較健康的人可以去買的，並不是一般低所得的人可以買。現在想要用全民健保健康存摺幫商保做客服？我完全反對用國家資源幫任何商保公司做客服服務，謝謝。

周主任委員麗芳

請陳委員秀熙。

陳委員秀熙

- 一、謝謝李署長伯璋的報告，我有以下 3 點建議，很高興看到健保署提出 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫，其對於 Long COVID-19(長期新冠肺炎)的病人而言相當重要，包含剛才署長報告的遠距醫療，這都是 COVID-19 之後延伸出來，我覺得這部分應該要有長程的計畫及規劃，其實不是只有 Long COVID，昨天 ACIP(Advisory Committee on Immunization Practices，衛福部傳染病防治諮詢會預防接種組)開會，很多小孩子接種完疫苗後有後遺症，也都應該涵括在整合性計畫裡面。希望本計畫將來在納入健保後，對於醫院給付面、管理面，特別是給付面，在規劃給付成長率，對消費者及醫界，我覺得都要有 1 個比較有系統的長程規劃方式。
- 二、我知道健保署這幾年在 AI and Cloud Medicine(人工智慧及雲端醫療)上花很多功夫、做很多優質化方案，這些方案當然都要支持，不過我還是覺得除了強化預警、管理、稽核等，在給付的政策，能將 evidence(實證)導入個人化，李署長剛才的簡報有關特材差額負擔的投影片，有提到依 evidence-based(實證基礎)來決定健保給付與自費的比例。最近我們在社區常聽到民眾認為自費的負擔有逐漸升高的趨勢，所以我想利用 virtual(虛擬健保卡)的方式，包含 Digital Twin(數位分身)的方式來 evaluate(評估)，可以很快、有效益地來分配，是非常好的事情。
- 三、第 3 點，我要提到的仍是 AI and Cloud Medicine 的延續，健康存摺非常有用，但其如何與現行其他紀錄整合，未來面對出入境解封的情況下，民眾接種疫苗後到國外旅遊出入境的方便性，一定要提前部署、提前規劃。如果未來我們疫苗的健康紀錄，在出入境時沒有辦法整合為 1 個系統，健康存摺當然是民眾非常高的期望，健保署能否站在行政院層次將其整合成是國家可以用的健康存摺，又能兼顧疫苗護照的健康紀錄，我看到健保署有些計畫已在做提前部署的相關工作，對健保署予以肯

定，方向是對的，但如何進行跨行政部門的整合、在行政院層次如何克服，我們需要提前來思考此事。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

主席，署長、各位委員大家早，以下有 4 點請教：

- 一、請參閱 111 年 1 月份業務執行季報告，在第 1 頁提到 110 年 10 月 22 日起取消開立 C 肝新藥的專科醫師資格，剛才李署長伯璋報告投影片第 11 張也提到不限制科別都可以開立處方，院所數增加 21%，相當高的幅度，我想請教的是，取消醫師專科別的限制，原來限制的原因是否已經不存在？還是因為現在才 13 多萬人接受治療，為了要儘快達到 25 萬人治療的目標，才這樣開放？取消後，要怎麼追蹤控管，我是比較關心這點問題。
- 二、第 2 點，請參閱 111 年 1 月份業務執行季報告第 27 頁，從去年進入總額協商階段，我們就聚焦在健保財務狀況、也關心健保資金運用收益情形，收益率從去年 1 月 0.4%，逐漸遞減，全年約剩下 0.33%，比較 109 年的 0.59% 幾乎只剩下一半，看到這個資料時，無巧不巧看到媒體報導去年整體勞動基金收益率達到 9.65%，若這只是單一年，我們就看長一點，從 2012 年到 2021 年(10 年)，它的平均收益率也有 5.85%，如果看最近 5 年的話，是 7.09%。看到那數字會讓人很羨慕，他山之石提供給健保署參考，我個人感覺是大小漢(台語)差這麼多，我們收益率只有 0.33%，他們平均收益率卻有 5 點多。另外是央行最近調漲利率 1 碼，優惠存款利率是不是跟著調漲，以前是優勢，雖然還是蠻低的，但還是比 0.17% 高，現在調 0.25% 之後，我們原來的優惠是否還有優惠呢？
- 三、請參閱 111 年 1 月份業務執行季報告第 54 頁，這個表裡面 4 季呈現，門診 109 年負成長 7.43%，110 年是負成長 7.88%、住院的話 109 年是負成長 4.68%，110 年是負成長 7.45%，門

診住院件數連 2 年負成長，在 109 年 8 月份委員會議付費者代表就曾提案，考量防疫期間門診及住院件數下降，請健保署持續落實年度預算檢討，但那建議好像又被視若無睹。追蹤近 2 年醫療量能資料，民眾從 109 年起已經回歸自主管理減少就醫，兼顧醫療體系穩健與運作之下，應重新評估民眾合理的醫療需求，檢討總額公式及下修總額基期，以減少未來調漲保費的壓力。這好像是老生常談，也了無新意，但總是沒有看到動作，蠻擔心的。

- 四、第 4 點，參閱 111 年 2 月份業務執行報告第 9 頁，1、2 月保費收入成長 5.71%，附註說明是因為基本工資的調整所致，我翻了一下資料，基本工資調漲是 59 億元，再加上公教人員調薪 4%，是 12 億元，加起來是 71 億元，71 億元除以 12 個月，1 個月只有 6 億元，2 個月為 12 億元，保費收入成長 5.71% 是 68 億元，你用 12 億元的東西去解釋 68 億元的成長，我不了解這要怎麼解釋？這 4 點請教。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、我們對李署長伯璋今天的報告還是要給他讚美一下，整份報告不僅掌握到重點項目，而且內容很明確又相當清楚。經過我們這 10 幾年來陸續投入 200 多億元預算用於雲端等網路資訊，李署長伯璋也積極推動科技數位化還有 AI 系統導入，我們希望這些投下去的預算，未來能夠產出相當高的價值，那才是好的方向。
- 二、第 2 個，整份報告裡面，並沒有看到中醫藥整合推動的部分，希望在未來推動上，不要忽略這部分。
- 三、另外推動大腸直腸癌的預防部分，在還未手術前屬於檢查，切了息肉才屬於手術，如何讓醫師能很明確了解其中如何區分，建議探討明確方案，因為現在大腸直腸癌的人數節節上升，你

們希望5月份召開專家會議，我想在檢查與手術之間的分際，是不是能夠訂出1個明確的方向。

- 四、另外，剛才報告完成預告修訂保險憑證管理辦法，未來不上傳不給付，對於網路上傳獎勵措施每年都在做，未來若達到1個規模，你的法源基礎要很健全，才能不上傳不給付。
- 五、希望健保署未來算出因為疫情患者每年會承擔多少醫療費用支出？我想這個能夠很明確地告訴我們所有付費者委員，未來多了這一塊，我們的健保支出會占多少金額，這樣子我們除了原來的治療醫療，還有預防醫療，整個特殊傳染病防治會慢慢的侵蝕到整個醫療資源，這也是需要大家共同體認，就是被染疫者的受害者，未來也是需要全民幫他們解決這些醫療服務。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、首先感謝李署長伯璋做了非常廣泛的報告，於這個報告中有各種不同方面與層次，從不同的地方來看，我才了解署長真的不好當，有太多業務需要操心，對於報告中，我有幾點提供署長參考。
- 二、第1個是虛擬健保卡這件事，我覺得推行虛擬健保卡也是時代趨勢，但是李署長伯璋可能也要幫醫界想一下怎麼解決，因為原本沒有虛擬健保卡之前，醫界只要1個讀卡機即可，現在虛擬與實體健保卡並行，所以醫界去偏鄉做巡迴醫療服務時，就要帶2個，1個是QR code(Quick Response Code，快速響應矩陣碼)掃描機，1個是讀卡機，這樣作業對醫界而言是更繁複，雖然民眾簡便，但醫界更繁複，因此在精進過程也要簡化醫界的一些措施，這需要請健保署幕僚同仁多費心，不能將一些行政措施無限制的加諸到醫界身上。
- 三、我也 echo(附和)剛剛陳委員石池所提到，包括最近要實施調整部分負擔，但部分負擔對醫界而言是代收代付，這次調整多了檢驗(查)，這些是排程，醫院可能先預收，但後來病人沒有來

就牽涉要退費，所以代收、代付甚至退費，全部都是醫界的行政流程，我們知道刷信用卡，所有刷卡單位都會收 2%手續費，包括退費部分，所以代收、代付這件事，事實上醫院有行政支出，但是在這裏面沒有看到所謂的行政事務，包括我剛剛講的虛擬健保卡這件事，並沒有對醫界的行政支出有任何補助，健保署是否應該考慮或請衛福部那邊有沒有其他方面的經費，對於這些項目給予一些行政上的補助。

- 四、第 2 點是剛剛特別提到商保這件事，我在 7、8 年前就開始關注商保，給各位 1 個 2020 年的數據，資料在財團法人保險事業發展中心，這是 1 個公開資料，大家都可以查到，2020 年健康保險契約書是 1.04 億件，就是 2,300 萬人每人大概有 4 點多張的健康保險保單，不是壽險、意外險、傷害險，而是專門的健康保險每人大概超過 4 張保單，而理賠給付為 1,200 萬件，也就是其給付比率大概 12%，在 2020 年有那麼多的保單，只有理賠約 12%的件數，總共的 1 億件保單裡面，總共的保費是 3,997 億元，所以金額非常龐大，幾乎是我們健保總額的一半，這是商保，在 2020 年保險給付 1,592 億元，大概給付 40% 而已。
- 五、我覺得商保和健保的結合有很大的合作空間，但是我們看到健保署剛剛的報告，對於所謂推動特材差額負擔提升新醫材可近性這件事，我覺得就是商保可以處理的空間，雖然剛剛我們公正人士滕委員西華大聲疾呼她反對，但我覺得全世界任何國家推行健保都是有商保做補助，這是我要補充。怎麼樣擴大商保範圍，讓商保的給付更具彈性，擴大商保作為健保的補充，我也期待健保署與保險局的合作能夠更擴大。
- 六、最後 1 點，李署長伯璋今天整個報告中並沒有提到，我也要跟各位委員說明，特別向付費者委員報告，110 年第 4 季醫院總額中，其預估浮動點值，以台北業務組為例只有每點 0.78 元，我想在座很多付費者委員是商業總會代表、工業總會代表、產業界代表，哪 1 個產業當你做了，政府給你的錢是打了 0.78，

打了超過 8 折，這樣醫院怎麼活呢？剛剛講的是台北業務組，中區業務組是每點 0.77 元，北區業務組是每點 0.81 元，6 個分區業務組有 3 個分區業務組預估點值是低於每點 0.85 元，即有一半的分區業務組低於每點 0.85 元，怎麼精進點值這件事，可能需要李署長真的多費一點心。我剛剛講這是預估點值，健保署還會有一些行政方式去提高點值，但我覺得這部分確實是整個總額嚴重的警訊，在這邊特別提出來。

周主任委員麗芳

我先補充說明，本案只剩 14 分鐘可以討論，在許委員駢洪之後的委員請提書面意見，我們一樣會請健保署回復。請干委員文男。

干委員文男

- 一、李署長伯璋辛苦，這一段時間你也寂寞了！因為調整部分負擔，有人贊成但反對的比較多，這是我所聽到。
- 二、第 1 個，我今天要講，剛才滕委員西華說商保的問題，我是持反對意見，我非常反對，為什麼呢？健保開辦初期，所有有關健保看病有給付的項目，商保通通不能列入保單，也通通不能賣，只有他們之前有買的才算有效，最可憐就是商保以後如果這樣辦下去，造成醫療階級化，我有錢能多買，現在就有這個現象，他把以前買的保險到醫學中心等地方打癌症預防針等等，先門診、住院都是健保花錢，我們出錢給他做，最後他自付多少錢，又可以回收，商保全部都給付，署長你想這樣對不對？當初我們推行健保的立場就是要世界第一，通通全民健保，不要產生其他付費，現在你又要調整部分負擔又要與商保結合，我是站在所有付費者的立場，我是非常反對。
- 三、第 2 個，我在門診透析預算研商議事會議裡面，聽到現在進入第 3 期、第 4 期要洗腎之前，有 1 種藥，1 顆約 28~30 元，使用那個藥物之後，可以延遲 8 年再洗腎，這個算是預防，我想我們錢花很多，但若要換算成本，他進入洗腎以後，1 年就要花 50~60 萬元，1 顆藥用 30 元算，1 年也只不過 1 萬多元，我想在這方面可以多加以利用，因為剛才報告時有提到透析 1 年

總額 6、7 百億元，我們也心疼，但我們台灣食安等種種問題，尤其在公民教育、食安、衛生問題都要特別加強，在加強之前，需要健康署與健保署等單位一起整套配合，因為時間關係，簡要提供意見。

周主任委員麗芳

請李委員麗珍

李委員麗珍

- 一、我也是提供對於商保的意見，我身為金管會轄下企業的員工，要跟各位報告，保險公司一定賺錢，現在你要保險身上哪個部位？心臟、肝臟、肺臟，身上這麼多器官要保險哪 1 個部位都不清楚，你不清楚的話，你以後要申請商保的理賠醫療保險是申請哪個部分，是腦、手、腳等？都不知道，若要全身保險，你知道要繳多少保費嗎？有沒有人研究過？絕對是繳不起。
- 二、另外，你要申請理賠時，保險公司沒有這麼簡單給你理賠，甚至你被車子撞到，你走斑馬線，你的手或腳有無碰到斑馬線？沒碰到就不理賠。
- 三、保險公司更厲害的是，若你向他要求高額賠償，有爭議時，保險公司絕不會跟你好好談，不然報紙上就不會報導為理賠跑法院，因為保險公司的理賠人員也無法確定要不要理賠，只好透過法院確定要理賠他才理賠，對消費者來說，要求保險公司理賠有多困難。
- 四、保險公司都是站在賺錢的身分上去做保險，我們健保是為了我們大眾在付出，怎麼會有 1 個人要跟保險公司這個披著羊皮的狼去談給付問題。這是台語說的，讀書人想的才會想到跟商保整合。

周主任委員麗芳

謝謝李委員麗珍分享。請許委員駙洪。

許委員駙洪

- 一、謝謝李署長伯璋最近致力於健保改革與財務調整的措施方案，為國為民，一直做很大的努力，非常感謝。

二、我們現在有 5 大調整方案，比方說我們第 1 個是調整部分負擔，第 2 個是廢除停復保制度，第 3 個是提高投保金額上限，接著是公務預算的補助，還有二代健保實施的調整。這 5 大調整方案，其實在我們這邊的輿論，尚還消化不了，我們一直致力於支持我們的政府政策，也支持李署長伯璋這段時間的努力，但我想健保和商保的整合，應該還是要慢一點再提出，這個議題一提出的話，可能現在的議題還消化不了，又會增加 1 個議題，我們真的有時候要對外解釋也很難解釋，所以有關投影片第 16 張，我建議還是需要慢慢地再提出就好，改革不要太快，這是我的建議。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬簡短發言，只剩下 7 分鐘。

盧委員瑞芬

我剛才聽到委員發言很多反對商保，我想要稍微平衡一下，今天謝謝李署長伯璋精彩的報告，李署長這邊提到的其實是想辦 1 個研討會，各位正反聲音都可以讓他聽到，我非常贊成李署長提議要規劃辦理這個研討會，我知道大家的擔心，的確世界各國有辦社會保險的國家，對於商保介入的立場都不同，有的政府不希望商保介入，有的政府則非常鼓勵，其實有正反兩方的事證都可以討論，我發言支持李署長辦這個研討會。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

我也是談商保的問題，只談一句話，全民健保是社會保險，社會保險不太可能包山包海，僅是提供基本保障，在這個前提下來考量，應怎麼去思考，這是一個方向，同時在我們的健保財務也不是那麼理想的情況下，你要講到保障的時候，同時在收入面也要考慮，剛剛滕委員西華提到要調整保費，已經沒有多少空間可以調整，我一直強調 6% 恐快到了，要思考研討會議召開完後，聽聽大家的意見再說。

周主任委員麗芳

請李署長伯璋回應。

李署長伯璋

- 一、謝謝各位委員指導，針對商保的部分，我是希望讓商保公司自己告訴人家，他們的保單能提供什麼樣的幫忙，健保該做好就是會做好，剛剛朱委員益宏有提供一些數據，很多民眾投保商保，若商保可以很透明讓人知道，對民眾會比較有幫忙。
- 二、各位委員幾個意見我簡單回應，顏委員鴻順提到C肝治療，我認為重點放在病人要有自覺，其實醫生很忙，若病人不覺得需要照顧，醫生做白工一直在追蹤也很累。
- 三、很多人很擔心不上傳不給付，跟諸位說明 230 幾億筆申報費用，有沒有做我們會去查，我們都會針對像是高診次，他必須要看病我們都沒有意見，但有一些人高診次是固定在某些醫療院所拿安眠藥，我們都會利用大數據分析，有一些東西說起來很簡單，其實都是需要處理。
- 四、陳委員石池提到調整部分負擔，陳部長時中都會聽見，我們都會注意這個情況。遠距醫療從以前做到現在，滕委員西華也有提及，遠距醫療其實是醫師對醫師，可是視訊診療，目前是在這次疫情下有一些病人跟醫師對話，但我跟各位說，數據顯示防疫第3級時視訊診療大幅度升高，但疫情穩定後，民眾還是喜歡去給醫生看，這是給各位1個回應。
- 五、陳委員秀熙提到給付面部分我會注意，剛剛提到健康存摺部分，坦白說政府是一體，但CDC(疾病管制署)並未將施打疫苗的資料給健保署，都是必須透過NIIS(全國性預防接種資訊管理系統)醫師才看得到。現在有數位疫苗護照，我記得之前的統計數據是100多萬人申請，但平常其實就可用健康存摺查閱疫苗接種紀錄，已經有8百萬人申請使用。台中有1間很有名的頂粵吉品餐廳鼓勵賓客施打第3劑疫苗就送1盤小菜，我覺得那個也蠻夠義氣。

- 六、李委員永振提到 C 肝專科醫師，在 C 肝治療方面，其實有一些病人沒有症狀不見得會去胃腸科治療，若病人自己知道罹患 C 肝，我們就有機會可主動提醒他要注意，例如病人有就醫時，內科醫學會提供治療指引給各醫師參考，各醫師就可以知道用藥有什麼需要注意。
- 七、至於財務問題，等下請財務組陳副組長振輝向李委員永振報告。剛剛提到病人門診人數或住院人數比較少，這是事實，但我們發現每件平均申報費用變多，這問題都是很現實的。事實上有些人告訴我們，這一次疫情使得有些病人不敢來看病，但病人死亡人數並沒有大幅成長，到底醫界希望病人越多越好，或是越少越好，我想大家各自心中有一把尺。以我的高度來講，我是希望若病人需要看病，就該去看。談到檢驗(查)需要部分負擔，我上次有跟你講過，我自己也清楚，我是覺得若病人需要追蹤做檢查，健保就該付此費用，但若屬病人不必要的醫療行為就建議不要做，這是需要注意。
- 八、向李委員永振報告，我個人感覺現在的醫療改革是轉型期，到底成長率要達到多少，今年總額是 8 千億元，規劃明年要到 8 千 5 百億元，之後甚至會到 1 兆元。看似驚人，但我知道很多公衛專家都認為台灣投入健保的錢仍屬不夠，但這是政治議題，不是單純的管理問題，也不是我能作主的。
- 九、何委員語提到中醫整合方面，上次參加國醫節活動，全中華民國該出現的重量級人物都出現了，中醫界的影響力真的不得了。委員剛才也提到大腸癌預防及治療，這部分我們會去注意，現在健康署推廣糞便潛血檢查很重要，但你擔心大腸鏡檢查給付不夠好，當然我們會再進行整體考量。
- 十、有關不上傳不給付，還是要向顏委員鴻順報告一下，說實在，在資訊面來說，不是做不到，而是要不要做而已，這心中有一把尺，200 多億元的錢我也很困擾。
- 十一、朱委員益宏所提虛擬健保卡，我們也會注意，場域問題很重要，主要這是針對偏鄉、山區、離島，但委員擔心在一般的

醫療院所門診的時候，虛擬卡及實體卡造成院所要準備 2 套行政作業，我們也了解你的擔憂。至於部分負擔代收代付這個部分請別擔憂，這個錢也不是到我們口袋，實務運作上若有什麼問題，我們都可以討論。就像最近 CDC 也為了一些事情傷腦筋，醫療院所連打疫苗的資料影印費 1 張 1 元也要跟 CDC 拿。

十二、關於透析方面，請教干委員文男，我不知道你說的藥物，是糖尿病的藥，還是腎臟方面的藥，可以延長 8 年再洗腎？

干委員文男

藥物名稱我會回去確認後，另行提供，謝謝。

李署長伯璋

以上與委員分享，謝謝各位。

周主任委員麗芳

- 一、謝謝各位委員踴躍參與討論，也非常感謝李署長伯璋詳盡的回應，本案洽悉，委員所提意見送請健保署參考。
- 二、我剛剛遺漏未請中醫部門柯理事長富揚發言，桌上有 1 張「中醫 APP 請你來命名調查問卷」係由中醫部門提請委員協助，請柯理事長富揚向委員說明？

柯委員富揚

中醫師全聯會一直希望中醫醫療服務利用率可以大幅提升，感謝健保會委員及健保署長官對我們中醫藥發展的支持與協助，我們把健保所有相關專案、一般醫療、居家門診、長期照護、偏鄉醫療，跟 google map 結合在一起，也在 APP 裡面納入許多衛教資料，期待長官及委員惠賜名稱，在調查問卷上有列出幾個備選項目，希望選出更響亮、更親近民眾也更容易讓人記住的好名稱，敬請委員長官協助。

周主任委員麗芳

此問卷請委員勾選 2 項 APP 名稱，或也可以自己命名，會議結束前請交給柯理事長。接下來進行本會重要業務報告。

卓委員俊雄會後書面意見

有關強化健保與商保整合議題，本人持肯定見解，理由如下：

- 一、舉辦研討會係為透過彙整各界意見廣泛討論，如此才能發現真實。因此規劃舉辦相關研討會應屬正確方向。
- 二、至於研議健康存摺是否應呈現商保資料，本人亦表支持。蓋因，如不認真研議，貿然決議對健全健保制度更屬不利。

楊委員芸蘋會後書面意見

110年第4季全民健保業務執行季報告，提出以下幾點意見：

- 一、感謝李署長伯璋精闢的報告，簡單扼要。
- 二、有關檢驗(查)結果不上傳不給付部分，已於3月7日完成預告現正準備公告，這是未來必行之事，也宣導多年，是否應給與最後緩衝執行最終日期之後，再鐵腕執行，這段時間請醫全會盡全力宣導，也請健保署協助解決困難，請在最終公告日期結束前盡力溝通輔導，以利執行。不至於對資訊未連結通暢前已有付出者造成遺憾與損失，逐漸可達到抑制資源不當耗用政策方案之項目。
- 三、建議健保署在5月份健保會報告抑制資源不當耗用改善方案管控項目及目標值，看到數據之後，再做討論更可行。

參、「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

請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

一、項次一，本會依上次委員會議決議(定)事項辦理情形：

(一)有關政策諮詢案「全民健保財務調整措施」擬議草案之決定及委員發言實錄，已於本年 3 月 3 日以書函送衛福部參考。衛福部也在 3 月 16 日預告修正「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」草案，有意見或修正建議可自公告次日起 14 日內，於 3 月 30 日前陳述意見。

(二)另外補充一下，有關「全民健康保險投保金額分級表」上限增加一級，也在 3 月 23 日預告修正，各界可於 4 月 6 日前陳述意見，這部分請委員參閱今天桌上的補充資料，此修正案就是投保金額分級表增加一組(第十組級距)，與上月委員會議所報擬議草案內容相同，本案預告完成後依規定須報請行政院核定。會後會把預告草案資料寄送委員參考。

(三)決議(定)列管追蹤事項共計 1 項，依辦理情形，建議解除追蹤 1 項，最後仍依委員會議定結果辦理。前開追蹤事項主要為上次會議本會重要業務報告之委員意見回復，除會議資料第 10 頁健保署回復之說明，健保署另行補充資料，請委員參閱黃色封面更新及新增資料第 3~6 頁。

二、項次二，依健保法第 73 條及本年度工作計畫，健保署應於本次會議提出「109 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形」報告案，健保署於 3 月 16 日來函表示，財務報告公開要併同該署全球資訊網「院所財務報告趨勢」視覺化建置作業，須再多蒐集各界意見使公開內容可以更加完備，請求延到本年 6 月份委員會議報告。該署所請，我們認為可使公

開內容更加完整，爰建議可延後提報，但希望健保署屆時可如期提報。

三、項次三，本次會議實錄依規定須於會議後 10 天內公開，剛好會碰到清明假期，須把上網日期提早到下星期五，希望委員配合作業，在下星期一我們會把發言內容送請各位委員確認，拜託各位委員協助於下星期二中午 12 點前回復修正內容，讓我們能依法完成上網公開。

四、項次四，有關上次委員會議討論之「111 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」：

(一)衛福部已於 3 月 3 日核定健保署所報改善方案，本次衛福部核定函特別尊重本會討論之結論，並請健保署就本會委員針對執行成效及管控項目之建議，妥適研處，也請健保署在改善方案內容增列附表，以整體呈現各構面、策略及其管控項目與目標值之議決事項，要求該署儘速補陳備查，並副知本會。至該署改善方案之提報，衛福部希望健保署尊重本會排定時程，於年度開始前就要通過，據以執行。

(二)健保署依衛福部核定函將整體呈現各構面、策略及其管控項目與目標值，在 3 月 14 日於改善方案增列附表，陳報衛福部備查並副知本會，如附錄五，請委員參閱。

(三)本會也整理健保署報奉核定內容與提送本會 1 月份委員會議討論之差異，摘要內容請委員參閱。

五、項次五，配合政府資訊公開策略，並因應資訊平台及載具多元趨勢，希望能讓民眾下載政府資訊與相關企業間之資訊交換相容性高，所以推動開放文件格式 ODF(Open Document Format)，這裡向委員說明，衛福部有訂 1 個執行計畫，希望各單位能配合推廣，本會也於會議資料第 7 頁摘錄開放性檔案優點請委員參閱。本項與本會事務較為有關的，就是以後提供委員之檔案及置放於本會網站之檔案，例如會議資料、議事錄，不是屬於可以編輯的檔案，就以 PDF 文件格式提供；其他以電子郵件或電子公文提供給委員之附件，如為可以編輯者，就

以提供 ODF 文件格式為原則。拜託委員知悉後，配合政府 ODF 政策，讓文件交換能夠標準化。

六、項次六，健保署在本年 2~3 月發布及副知本會相關資訊，均已公開於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件本會業於 3 月 16 日寄至各委員電子信箱，摘要的部分請委員參閱。

周主任委員麗芳

謝謝周執行秘書淑婉的說明，各位委員有無提出垂詢的部分？先請劉委員淑瓊、再請李委員永振。

劉委員淑瓊

- 一、針對抑制資源不當耗用改善方案，首先謝謝健保會同仁分析草案版及核定版的差異，我們也贊成健保署增列「非必要醫療」當作是改善方案的主要管控目標，我們認為這是正確的方向。不過以下有幾個意見，首先，目前看來此方案是「有診斷無處方」。上次陳部長時中與付費者代表座談時，提供 1 項資料，健保署於資料中呈現 110 年整體檢驗(查)有 930 億點，門診占 698 億點且持續成長，經署方分析之後，係以進行電腦斷層的分析為主，發現部分案件疑似非必要檢查，採用 2 項的篩異指標(同病人 90 天內執行 CT 3 次以上；特定診斷以外執行 CT 之適當性)分析，發現異常案件比例將近 4 成。這是健保署的診斷，但為了解決此問題所採用的處方，卻只是透過回饋院所自主管理及信函提醒，我們認為強度十分不足，恐難有收效。
- 二、再者，在方案的「三、善用醫療資源合理使用」，其策略及方法只有針對重複檢查，但在此方案中，對於非必要藥品或檢驗(查)，關於其適當性及必要性並沒有提出具體措施，我們覺得非常失望。健保署應公開健保資料檔案分析結果，尤其剛剛李署長伯璋講到健保署運用 BI 期最佳化健保大數據，我們希望具體提出管制及改善的操作目標與方法。
- 三、最後，李署長伯璋今日季報告說明將修正保險憑證管理辦法，提到檢驗(查)未來不上傳就不給付，我們肯定此方向，且應該要同時關注重複檢驗(查)或不必要的檢查，這對於民眾健康及

荷包、健保財務都有影響，十分重要。也希望上路之後，能夠將相關規範納入改善方案之管控。

- 四、對於實施策略和方法之推動分級醫療，健保署已刪除「區域醫院以上門診逐年適當減量」，這並非健保會委員共識意見，卻沒有任何交代及說明，我們表達反對及遺憾。本來這個目的是要讓大醫院降低初級照護率，將資源優先使用在急重難罕症照護，但我們不懂，現在健保署要刪除的原因為何？到底是因疫情暫緩，還是因為現在已經達標，或分級醫療政策有什麼改變？我們具體主張，請健保署要分階段檢討政策成效，不管是因為疫情降下來，或因為醫院端有何因應行為，這個因應行為到底造成什麼樣的影響，希望健保署能夠有具體分析。

周主任委員麗芳

先請李委員永振，再請朱委員益宏。

李委員永振

對重要業務報告有 3 點看法。

- 一、第 1 點，對於擬解除追蹤事項 1 項沒有意見，但有 2 件事請健保署考量：

- (一)會議資料第 10 頁，感謝健保署後來再補充很多資料，但所補充的其實都僅為前 2 次會議資料，我還以為有什麼新的發現。其實重點在於，會議資料第 10 頁的說明，理應於 1 月份會議資料就要詳述，現在的說明與 1 月份會議資料所提到內容，2 者解讀完全不同！1 月份資料問題在哪裡，或許我錯怪健保署，還是實為社保司責任，這我不清楚，請 2 單位自行協調整清。在此強調更重要的重點是，估計的誤差不要太大，例如對 111 年底安全準備之估計，我把這 3 個月來所談的統整一下，111 年底的安全準備，若按照健保署提供資料，是會超過 1.1 個月保險給付，這個數據有何意義？因為在我們去(110)年 11 月 19 日進行費率審議時，是根據這個數字，前後不到 3 個月，健保署提供的數字差那麼多、又是在臨界點，當時若能估計準一點，安全準備到今年年底能

超過1個月，那就不用討論了。結果去年費率審議時，我們討論了大半天，最後還兩案併陳讓陳部長時中傷腦筋。建議健保署是否能估準一點，讓大家討論時有所憑據。

(二)有關平均眷口數，健保會同仁很認真，於寄送會議資料時，併同提供歷次委員會議未結案件追蹤表電子檔，其中有關平均眷口數之繼續追蹤事項，其完成期限是依照健保署研擬進度辦理，我認為本項是屬於執行單位行政怠惰，所以上次有建議應該儘速依法行政，提供實際平均眷口數並公告。我相信李署長伯璋懂法律，我不是說蔡副署長淑鈴不懂，李署長伯璋說他50歲又去學法律，他懂法律也講那麼多次，卻還是沒跟社保司協調好，我覺得很奇怪，陳部長時中也知道，你不要就說不要，平均眷口數是0.56人還是0.58人，都沒關係，請健保署講出那個數字，而且還要公告，健保法的規定很明確，有什麼好研擬的，我一直不理解。

二、第2點，會議資料第5頁，周執行秘書淑婉提到關於抑制資源不當耗用改善方案，衛福部的裁示是請健保署就本會委員針對執行成效及管控項目之建議，妥適研處。我建議年底健保署提這個改善方案時，一併將研處情形提出，委員所提意見可行不可行，可行就採納，不可行應說明原因，這樣才比較有意義。另如會議資料第6頁提到的「實施目的增列所擲節之非必要醫療支出，將回歸健保總額」，這也是委員提過很多次的建議；在111年3月15日「112年度全民健康保險醫療服務給付費用總額範圍(草案)擬訂方向」會議資料的投影片第21張也提到「有關成效回饋部分，則待健保會確認後再納入總額基期計算」。但問題是沒有案怎麼確認，所以請健保署儘速提出做法、期程，提會報告，及早討論確認施行，這樣才可行，不然社保司、健保署各有講法，又沒結論，1年就過去了。

三、第3點，依照本會工作計畫，4月份委員會議將安排112年度總額範圍報行政院前之諮詢、110年度全民健保年終決算報

告、112 年度全民健保預算備查等議案，我建議社保司及健保署提早準備，回顧去年 6 月討論相關議案時，委員們提出很多很好的意見，是否先整理一下，到底過去委員提出的那些建議處理怎麼樣了，不然每年諮詢、諮詢完送行政院，行政院附帶決議下來又不見了，可行與否應該明確的告訴委員，這樣以後我們就不要再重複提，或是目前做不到也沒關係，就明確承認，我們就不再講了。另外請健保署就預決算備查案之處理，說明是否跟往年有不一樣的地方，列示出來給委員參考，這樣討論可能比較快，不然看半天看不懂，問半天也沒有結果，這樣不好。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、個人意見其實與剛剛劉委員淑瓊的意見類似，就是在會議資料第 157 頁持續推動分級醫療部分，健保署把「區域醫院以上門診逐年減量...」文字刪除，我覺得不妥，第 1 個，因為區域醫院逐年減量是陳部長時中的政策指示，雖然疫情期間，自 109 年開始即未繼續實施年減 2%，但那只是暫不實施，陳部長時中並未修改他的政策，所以，我覺得健保署在陳部長時中沒有修改原來政策的情況下，直接刪除相關文字，這樣可能不妥，這是第 1 點。
- 二、第 2 點，陳部長時中現在認為疫情期間，可以暫不實施區域醫院以上門診年減 2% 的政策，但當初在推動這個政策時，事實上健保署有配套措施，因為區域醫院以上門診年減 2% 有 1 個具體的目標，所以就把支付標準裡面，區域醫院以上的合理門診量刪除。現在因疫情暫緩實施，但實務上配套措施並未同步處理，反而還將抑制資源不當耗用方案裡相關的文字刪除，我覺得這跟衛福部的政策有點背道而馳。所以建議健保署還是要留著相關文字，至於沒有年減 2%，要怎麼執行適當的減量的政策還是要有其他的配套措施，比方說是不是恢復合理門診

量，或是用其他什麼方式，這次部分負擔的調整是不是也是一種方式，都是讓區域醫院以上的門診要逐年減量。這件事要去落實，有了具體文字，將來健保會委員才能去追蹤執行面上是否達到預期效果，如果連這些文字都刪掉，表示健保署根本不願意去執行這個項目，我覺得這件事情就比較麻煩。

周主任委員麗芳

請林委員恩豪。

林委員恩豪

- 一、有關本會重要業務報告第四項抑制資源不當耗用改善方案，雖然上次我有講過，但這次還是想要再講 1 次，因為這個改善方案提出來的內容，一樣都是設定有目標值，但最後結案時就只是檢討目標值的執行率，沒有實質的預期效益，所以下次的檢討，又會跟上次講的一樣，執行率超好、超棒，每個項目幾乎都達標，但是最後到底效益在哪裡？
- 二、請參閱會議資料第 159 頁列出的預期效益，這些預期效益根本都太空泛，完全沒有辦法反映出這些指標到底可以產出什麼預期效益，雖然說不是每個指標都可以產出實際的數據，我們來看預期效益第 3 點，減少不必要的檢驗(查)，這些總能算出到底是減少了多少費用支出。預期效益要明確，不然明年度還是一模一樣，每個項目都執行得很好，大家都很努力在執行，但看不出效益，空轉 1 年難道是做白工嗎？

周主任委員麗芳

如果委員暫時沒有其他提問，請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

謝謝委員們的提問，以下幾件事情我請業務單位先跟大家報告一下。有關 CT(Computed Tomography，電腦斷層掃描)的部分請醫審組、刪除 2%的部分就請醫管組，還有李委員永振及林委員恩豪所提有關抑制醫療資源不當耗用的效益應該要呈現節省的金額，然後納入總額的協商，這個部分也請醫管組補充一下。李委員永振就下

個月要報告的 112 年度總額，還有預決算報告建議部分，我們會照委員的意見來準備。

戴組長雪詠

- 一、有關委員關切檢驗(查)部分，從申報費用我們的確看到用去年 1 整年的數據跟前 1 年比的話，檢驗(查)的費用大概增加 4 億元，以貢獻度來看的話，CT 貢獻度將近 7 至 8 成，剛剛委員垂詢健保署如何管理？其實從 108 年開始，我們就有加強管理方案，包括所謂的回饋，意思就是說，我們按月依照醫院別、醫師別，可以看到哪個醫師的檢驗(查)的比例是高於同儕值，我們會按月將監測結果回饋給醫院。
- 二、第 2 個是，健保署會用院長信函提醒，所謂院長信函就是說，當我們發現同層級醫院的門診 CT 檢查率高於同儕值的話，我們會發函給該醫院院長請他們加強管理，因為同層級之間的比較很明確。
- 三、第 3 個是，健保署有所謂的 CIS 指標(篩異指標)，若 CT 檢查是非屬適應症的使用，比方說非重大的疾病，還使用 CT 檢查，這是 1 個指標；第 2 個指標是 3 個月內再次執行 CT 檢查，我們現在將上述指標列入常態性的抽審。以命中率來看，大概可以到 2 成，但是抽出來後，還是要再進行專業審查，因為醫療需求的東西，必須透過專業判斷，我們認為是非合理區間，比如說 3 個月內醫師開單再次執行，那有些通常的確是醫療上的需要，所以並不是經篩異出來後就一定要扣錢，就是說還是要透過專業的審查，儘量在尊重醫師專業判斷上面，如有不合理的狀況，健保署再來做制約的動作。在 108 年我們開始強力的來做檢驗(查)重複的管理之後，如果用上升曲線來看，我們估計的跟實際的申報金額差異，大概至少節省 10 億元以上，最近的數字我們再提供給委員參考。

劉專門委員林義

- 一、另外幾位委員提到有關抑制資源不當耗用改善方案的部分，健保署是依據 1 月份委員會議討論結果及委員的意見進行修正。

剛剛委員比較關切的是有關刪除區域醫院以上門診年減 2% 相關文字的部分。事實上，因為這個方案每年都要檢討，區域醫院以上門診年減 2% 部分，因為受到疫情的影響暫緩，再加上健保會在最近幾年的決議，其實也都沒有寫到這 1 項，所以我們就將相關文字先從抑制資源不當耗用方案中刪掉，但其實執行成效的數字，都公布在本署網站分級醫療專區上面，大家每季還是可以去知道這部分的執行狀況。

- 二、林委員恩豪提到關於目標值與執行效益的部分，我們將在 5 月份委員會議，就整個抑制資源不當耗用方案執行情形進行專案報告，屆時會儘量以數字呈現執行效益。

蔡副署長淑鈴

- 一、有關朱委員益宏、劉委員淑瓊及林委員恩豪共同關心區域級以上醫院門診減量的問題，雖然在抑制醫療資源不當耗用的方案裡面暫時刪除相關文字，但並不代表健保署不再監控，我們還是會持續監控。其實在疫情期間，門診減量都是達標的，原因是大家都不去大醫院看病，所以就算是我們暫時不去處理那個數字，也都是比預期還要減得更多。事實上，疫情之後，門診量漸漸的在恢復中，剛剛委員也有看到醫院去年第 4 季的資料，還有今年 1 月份的資料，事實上這些數據都需要再觀察一段時間，因為疫情期間的減量，有些是 delay(延遲)的，疫情之後會恢復，這個現象全球都一樣，所以我們會持續監控。另外，李委員永振剛剛也有提到 COVID-19 之後所產生的病人新醫療，這些變化都是非常的複雜，也需要予以監控。
- 二、朱委員益宏也有提到，當時門診減量的時候有個配套措施，就是取消醫學中心及區域醫院的合理門診量，我想這些都需要在後續的數據稍微具體一點，或者是穩定一點之後，再回過頭來檢討是比較好的。另外剛剛其實很多委員都有在關心，這些效益的數據不要那麼的抽象，就是不要用敘述性說法，而是要有數據性。我想委員的關心也是希望將來這些效益可以反映在總額協商上，李委員永振已經提過很多次，我們都有聽進去，也

希望將相關數據陸續在健保會安排的時程向委員報告。大家如果覺得提供的數據還有需要做怎麼樣的追蹤，都可以在每次的報告提出，以便在總額協商的時候綜整提供。

三、李委員永振一直關心平均眷口數，還有估計的誤差，其實我也有去了解，其實估計的誤差並不大，但因為提供的時間點不同，數據會有產生差異，以致讓大家有點錯覺。平均眷口數的部分，是不是應該請社保司商司長東福來說明一下比較好？健保署就先報告到此。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

我也認同蔡副署長淑鈴所言，現在疫情好像趨緩，但數字可能還不是很穩定，如果是這樣，建議還是把這個區域醫院以上門診逐年適當減量留著，因為現在還不確定，我們先留著，等觀察到我們認為數字比較趨向正常了，再來討論要不要拿掉，畢竟這項指標設立之初有其意涵，是不是這樣處理會比較好？

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

這個方案衛福部已經核定，行政程序已經走完也公告，但是大家仍覺得這個指標有留下來的必要性，因為現在數據還在累積，可否將這1年當成是觀察期，假定經過這1年，大家回過頭來認為那個指標還是必要，我們就再還原，這樣子好不好？因為今年其實這些數據也都不能做準，就算留在那裡，也是反映過去因疫情累積的延遲數量，所以可否請劉委員同意，我們知道大家關心這件事情，下次檢討方案時再看如何修正，等於將今年當成觀察期，如果把這個因素都交雜在一起，其實對醫學中心跟區域醫院也不盡公平，所以我建議可否將今年當成觀察期，待數據穩定，這些都是可以再來檢討。

周主任委員麗芳

先請何委員語，接續請李委員永振及劉委員國隆。

何委員語

- 一、我認為刪除區域醫院以上門診逐年適當減量這個文字是應該的，為什麼？第 1 個，衛福部已經核定這個方案，而且相關文字已經刪除。
- 二、第 2 個，我認為當初在決定區域醫院以上門診年減 2% 部分，因為當時委員的思考不夠周延，才會把相關文字列進去，後來發覺確實是不太公平的執行方向，所以才要求 5 年到就要取消。
- 三、第 3 個，我認為在推動健保改革的時候，應從整個就醫面，還有病患自己個人的意願方向，還有整個自付額的方向各自去改善，而不是限定。有很多人跟我講，如果今天在台大醫院門口騎摩托車跌倒，若不跑台大，難道要將我送去其他院所門診，當然因為跌倒只是小傷，所以可以到其他門診就醫。我認為這個方案需要整體規劃，建議健保署，既然衛福部已經核定這個方案，相關文字就應該刪掉，未來整體考量評估健保改革方向的時候，當然可以納入分級醫療的內涵在裡面，這個我不反對，建議這個文字還是依據衛福部核定的內容刪除掉。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

- 一、有關於平均眷口數的問題，我知道健保署很委屈，但沒辦法，依法是健保署要公告，人家不給數字怎麼公告？你要人家說明，他也不講，你們就自己在陳部長時中前面去協商，不然怎麼辦呢？不然就是沒有依法行政，這是第 1 點。
- 二、第 2 點，有關於點值的問題，建議健保署可能要想辦法打破重練，不然剛剛朱委員益宏提到，醫院總額的點值 110 年第 4 季才不到 8 成，但是明明資料出來就是門住診都是負成長，到底是怎麼回事？以前楊委員漢源曾經講過，醫界都是 1 年打 85 折，但是社保司商委員東福又說沒有這回事，從去年到現在，

我不曉得健保會同仁如何去處理追蹤事項，之前有個提案還在列入追蹤，這個問題要怎麼去解決？不然等到本屆委員畢業以後，那個問題還是存在，未來的委員不曉得怎麼去追，周執行秘書淑婉會很辛苦。

周主任委員麗芳

最後 1 位口頭發言，請劉委員國隆。

劉委員國隆

其實有關區域醫院以上門診逐年適當減量的文字，衛福部已經核定就是要取消，取消並不是說我們就不重視，尤其我相信健保署或者是衛福部，有增加部分負擔，然後也有轉診系統等措施，這些都會讓他們減量，屆時我們再來看成果。可是我想建議，如果有可能的話，在衛福部核定之前，有沒有可能給健保會可以來供參，或是大家來提供意見以後，討論或許會比較周詳，這是我的建議，還是支持把相關文字刪除。

周主任委員麗芳

蔡副署長淑鈴還需要回應嗎？

劉委員淑瓊

主席對不起，我一句話。

周主任委員麗芳

好，請。

劉委員淑瓊

剛剛何委員語說我們在健保會 111 年第 1 次委員會議裡面沒有反對刪除關於區域醫院以上減量的這件事情，跟我的記憶不太一樣，我記得在之前的會議當中，不論醫界或付費者委員均有提出及關心門診減量這 2 年暫緩的情形，並要求健保署說明。這表示我們在健保會裡講的，跟最後健保署要提給衛福部，以及衛福部的決策是有落差的，也就是我們在健保會的發言基本上就是「國是論壇」，大家說說，至於健保署要不要採納、部裡面要不要採納，其實是兩回事，本案充分反映健保會的困境，我想特別點出來。

周主任委員麗芳

剛剛蔡副署長淑鈴已經回應很清楚，還需要再回應嗎？

蔡副署長淑鈴

- 一、大家還是關心第 4 季的點值，請看事先發給大家的業務執行報告的數據，請委員參閱業務執行報告第 45 頁開始的醫療點數統計，可以看出 COVID-19 之後，穩定期的成長率，其實可以很清楚看出，疫情期間的負成長，以及疫後穩定期的大幅成長，正好反映在去年的第 4 季的回復的成長，當然點數就增加很多，這邊的成長率都將近 6~7%，住院，慢性病的部分或非慢性病的部分，在門診的部分都是大幅有回復，那也證明說其實是有一部分的慢性病在疫情期間，確實也就沒有再去看病，現在只是恢復到疫前的狀態，才会有這樣子的反映，正好在第 4 季。
- 二、可是我們也要去想，第 2 季、第 3 季的點值是超好，對不對？因為總額並沒有因此而減少，所以這個就是我們要相互理解，疫情穩定後點值受到影響，其實大家可以持平來討論，至於未來會怎麼樣，當然就是大家共同關心。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏，發言請簡短，謝謝！

朱委員益宏

- 一、我覺得第 4 季的服務量確實是呈現疫後的反彈，但是我也跟各位委員、也特別跟蔡副署長淑鈴報告，其實在疫情剛發生時，我就在本會提醒健保署，因為 SARS(嚴重急性呼吸道症候群)的經驗告訴我們，疫後那個反彈量之大，是如海嘯一般，所以當時我在這邊就有提醒，建議應該在疫情期間，將相關的減量，或是一些非必要的醫療，就應該趁著疫情還沒有反彈的時候，就要有同步的措施去處理，讓真正不需要就醫，或是不需要直接到大型醫院、醫學中心就醫的病人，透過這些配套措施有機會調整其就醫行為，那麼疫情結束了，這些病人就不會去大型醫院。雖然他有就醫的需求，但可能就會留在基層的醫療去提供相關醫療服務，特別是對於穩定的慢性病，其實我在疫前或

是疫情剛發生的時候，就已經呼籲這件事情，只是當時健保署可能有太多防疫的事情，大概也無法著力在這件事情，當然提醒的時候，也還沒有發生反彈量增加的情形，但是現在確實看到疫後是大量反彈的情形，SARS 的經驗就已經告訴我們會是如此。

二、所以我覺得不能歸咎說疫前、疫情的時候點值很高，然後疫後點值低是理所當然，我覺得也不能夠這樣去講，就是說應該在疫後的時候要有相關的配套，在疫情可能第 2、3 季就要去執行，這也就是為什麼有這麼多委員在關心醫學中心、區域醫院適當的減少門診量的這個文字不要拿掉，這裡並沒有說要減少 2%，因為本來陳部長時中就說現在暫緩實施，陳部長時中沒有說要年減 2%，當然健保署也不應該去執行，但是陳部長時中很明顯的表示過政策上醫學中心、區域醫院要減少門診量這件事情，這個政策沒有改，所以才要有配套，特別在疫情剛恢復的時候反彈量不要那麼大。我覺得這是健保署該做的事情，但很遺憾並沒有看到健保署有所處理，所以第 4 季的反彈量才這麼大，當然我覺得還是有機會，現在還有機會，現在才今年的第 1 季，依照 SARS 的經驗，也不會只有反彈 1 季，後面反彈的量還會更大，所以我再次提醒健保署，應該趕快規劃相關的配套措施並落實，不是只有年減 2%這件事，而是規劃減少輕症不要直接到大型的醫院去就醫的配套，這個措施要趕快的落實。

周主任委員麗芳

一、本案做以下決定：

- (一)上(第 2)次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形，擬解除追蹤 1 項，同意解除追蹤。
- (二)同意健保署所請，將「109 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告書公開情形」報告案，延至本(111)年 6 月份委員會議辦理。
- (三)委員所提意見，送請衛福部及健保署研參，餘洽悉。

二、接下來進行優先報告事項第二案，謝謝。

肆、優先報告事項第二案「健保署應依『111 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式』核(決)定事項及時程提報本會之事項辦理情形」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、向委員報告，本案是依 1 月份委員會議的決定，請健保署依時程將 111 年度各部門總額應提報事項至本會提報。請委員參閱會議資料第 14 頁說明二之(一)，有關各部門總額在 110 年 12 月底前應辦理完成提報的事項，已彙整在附件一(會議資料第 17~43 頁)。應完成事項共 51 項，其中 42 項已經辦理完成，還有 9 項未辦理完成，列在附件一標示灰底處，包括：牙醫門診 1 項、醫院 2 項、西醫基層 3 項及其他預算 3 項，這部分會繼續追蹤。
- 二、其次要提報的是研訂醫院及西醫基層總額新增項目的「執行目標」及「預期效益之評估指標」，健保署已經回復研訂結果，送本次會議確認，如附件二(會議資料第 44~48 頁)。摘要說明如下：
 - (一)醫院總額共 4 項新增項目，其中 3 項於本次會議有提出研訂結果，健保署表示都尊重醫院協會建議，本會也有研析意見，請委員參考並提請確認。為方便說明，請委員翻到會議資料第 44 頁，有關醫院總額 3 項新增項目：
 - 1.項次 1「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變」，健保署表示尊重醫院協會決議。因其「執行目標」同衛福部決定事項，本會同健保署意見。
 - 2.項次 2「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」，健保署尊重醫院協會建議。因其「執行目標」同衛福部決定事項，本會沒有意見，但有關「預期效益之評估指標」部分，醫院協會本次提出「醫院部門地區醫院住診滿意度調查平均滿意度達 82%」指標。本會研析考量該項經費主要用於支應地區醫院假日及夜間門診案件採固定點值，建議除住院

滿意度指標外，110 年度「預期效益之評估指標」為「地區醫院夜間及假日門診開診率提升 2%」，建議該項指標在 111 年度予以保留。

3. 有關指標比較基礎年度，本會於 110 年度第 6 次委員會議對牙醫、中醫門診總額新增項目之「預期效益之評估指標」，決定為避免受到 COVID-19 疫情影響，都是以 108 年度為比較基準，故建議本項指標也改為以 108 年為比較基準。
4. 有關專款項目新增之「RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」，健保署的說明也是尊重醫院協會建議。本會研析意見基本上也是同健保署意見，同意醫院協會建議，只是與前述說明相同，建議採 108 年為比較基準。以上本會研析意見請委員參考，再決定是否要修正。

三、請委員翻回會議資料第 15 頁，說明三有關「111 年度各部門總額一般服務費用之地區預算分配」需提報本會的事項：

(一) 點值保障項目已經於第 1 次委員會議同意在案。

(二) 各總額部門風險調整移撥款之執行方式須送本會備查部分：

1. 牙醫門診總額已經於第 1 次會議備查在案。
2. 西醫基層及醫院總額已經在 3 月 18 日函報本會，請委員參閱補充資料黃色封面更新資料第 7 頁，西醫基層部門風險調整移撥款是 6 億元，其中 3 億元撥補台北區、3 億元撥補點值落後地區。
3. 醫院部門之風險調整移撥款也是 6 億元，其使用範圍為符合內政部、衛福部定義的偏鄉地區，及所屬轄區須扶弱或援助的照護人口，至於計算方式及金額分配請委員參考。
4. 中醫門診總額今年未設風險調整移撥款。

四、請委員參閱會議資料第 15 頁說明四，有關 111 年整年度總額的執行，本會援例擬具各部門總額協定事項及相關計畫追蹤時

程表，列於附件三(會議資料第 49~67 頁)，請健保署依照時程辦理：

- (一)辦理期限是今年 7 月之項目，請在 7 月份委員會議提報辦理情形。
- (二)111 年度總額有部分核(決)定事項內容，涉及需要依 111 年預算執行結果，扣減未執行額度或重複費用部分，列在附件三(會議資料第 49~62 頁)灰底處，計 11 項。為利後續依核(決)定事項執行，請健保署於今年 7 月份委員會議提報處理方式的規劃，並於明(112)年 7 月份委員會議提報預算執行結果及核(決)定事項辦理情形，以做為後續預算協商參據。

五、擬辦部分請健保署會同各部門總額相關團體辦理下列事項：

- (一)應於 110 年 12 月底前完成的協定事項，尚未完成的項目請儘速完成。
- (二)醫院及西醫基層總額新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，還有 4 項未完成項目，請儘快研訂，提報下次委員會議確認。
- (三)依照「111 年度各部門總額協定事項及相關計畫追蹤時程表」所列時程，完成相關程序及提報本會等事宜。

周主任委員麗芳

謝謝說明，接下來請委員提問。依序為劉委員淑瓊、朱委員益宏、干委員文男。先請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

- 一、首先，請委員參閱會議資料第 29 頁，針對「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，醫改會去年用 1 年的時間透過焦點團體進行訪談、焦點團體與民調，了解 providers(醫療服務提供者)與民眾的需求，相關資料我們會用書面的方式提供。
- 二、再者，針對會議資料第 44 頁「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」，目前所訂定之「預期效益之評估指標」為「地區醫院住診滿意度調查，平均滿意度達 82%」。事實上，我們在去年

總額協商時，曾提出「滿意度」不是很好的指標，也有很多委員關心預算編列之後，一線護理人員的勞動條件有無實質改善。若錢到位之後，沒有實質改善勞動條件，即使滿意度很高，可能也是建立在血汗之上。希望健保署能把關追蹤護理費點數支付點數加成，是否能確實改善護理人員的勞動條件。

三、最後，我們同意健保會同仁的建議，保留 110 年度本項目的「預期效益之評估指標」，就是「地區醫院夜間及假日門診開診率提升 2%」。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、關於會議資料第 15 頁「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」的「預期效益之評估指標」，醫院協會提給健保署的建議，健保署也同意的內容中，並沒有 110 年的指標要在 111 年延續。為何 110 年有該項指標，是因為 110 年編列 5 億元預算，用於「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」，當初這 5 億元用於假日、夜間門診保障點值，所以指標配套就是要提升開診率。
- 二、111 年所編列之 10 億元經費，其用途目前尚未確定，但依台灣社區醫院協會的草案，今年預備用於住院部分，在基本診療章做一些處理，所以我們才會提到醫院協會，並達成內部共識。既然 10 億元是用在住院，相應的指標應該是監控住院滿意度，所以今年經費 10 億元若沒有放在門診的假日開診，要求持續監控 110 年的「預期效益之評估指標」，是沒有道理的。健保會同仁下次在提意見時，也要了解實際狀況，因為該項經費的執行方式目前沒有送健保會，健保署內部也還沒有開始討論，醫院協會內部針對該項經費運用方式也還沒開始討論。向各位委員報告，台灣社區醫院協會預計建議這 10 億元的經費要放在住院，既然放在住院，指標要加列門診是沒有道理的。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

千委員文男

會議資料第 56 頁第 6 項代謝症候群管理計畫，剛才為了撤案，引起無謂的紛爭，其實每項計畫在總額協商時提出來，到 12 月底依程序核定後，隔年 3 月份就應該要有討論結果，並於 7 月份進行評核。現在該計畫撤案，不曉得何時再提案？若每項計畫都要半年以後才能定案，很多新增項目都會拖到 7、8 月或 5、6 月才能實施。本項計畫若今天沒有討論，預定何時再議？因為討論的時間與西醫基層有關，沒聽錯的話，剛才黃委員振國提到如果該案撤回，又沒有說何時再討論，拖到 7 月要怎麼評核？我想也要納入考量。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

請教朱委員益宏，會議資料第 44 頁有關「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」的「執行目標」，包含「地區醫院假日或夜間門診案件採固定點值」，所以我們不太理解為什麼不能訂定相對應的指標？既然固定點值，當然相對的我們就會期待開診率有所提升，是否可以請您再補充說明。

周主任委員麗芳

先請陳委員石池。

陳委員石池

有關「住院整合照護服務試辦計畫」，是衛福部以後準備實施的方向，去年原編列 60 億元，但很多規劃沒有完成，最後於 111 年度編列 3 億元，目前很多執行細節尚未訂出來，今年能執行嗎？雖然編列預算 3 億元，希望到時候不要消化預算，否則恐怕不是很好，若連執行目標都沒有訂出來，今年真的能夠執行嗎？以上特別提出詢問。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、謝謝劉委員淑瓊關心「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」這個項目，確實陳部長時中裁示本項編列的 10 億元預算，是用於地區醫院夜間或假日門診案件採固定點值，及提升住院照護品質。社區醫院協會當初的考量，是因為去年已經有 5 億元經費挹注在門診，為了不要將全部經費放在門診，我們認為這樣會失衡。去年的執行目標是夜間及假日門診開診率要提升 2%，今年評核就可以看到有無達標。
- 二、今年雖然編列 10 億元經費，陳部長時中裁示用於上述的兩部分，但社區醫院協會內部討論，希望今年還是將較多的經費放在住院，雖然社區醫院以門診型為主，但住院的部分也要特別加強，以突顯我們住院的功能，所以今年預計將這 10 億元經費放在住院。因為內部還沒有討論，如果經費用於住院後仍有結餘，能挪動部分經費到門診，我當然同意委員的意見，假日及夜間門診開診率就持續監控，但門診除固定點值外，也會有其他的保障項目是放在假日及夜間開診。若討論結果經費只放在住院，今年的目標要求假日及夜間門診開診率還要再增加 2%，可能不太適合。
- 三、本項是否容我建議，希望劉委員淑瓊同意，俟分配結果定案後，若該筆經費對假日及夜間門診案件有相關獎勵措施，我們同意將 110 年的指標加進去，若 10 億元用於住院保障已經不足，全部用在住院的話，是不是就請劉委員淑瓊同意 110 年的指標不要列入。

周主任委員麗芳

請劉代理委員淑芬發言。

劉代理委員淑芬(張委員澤芸代理人)

非常謝謝劉委員淑瓊為護理發聲，對於會議資料第 44 頁有關住院護理費支付點數的加成，是否能改善勞動條件，在之前的會議確實有討論過，若能透過重新協商，討論護理費加成是否落實在勞動條件的改善上，並將其列入評估指標，建議在其他的會議可以再進一步研議。

周主任委員麗芳

謝謝，請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

謝謝朱委員益宏的回應，因為這次衛福部擬調高部分負擔的項目裡面有 1 項就是急診檢傷分類第 4 級、第 5 級，我們上次有提到星期天西醫基層診所開診率不到 20%，若連地區醫院夜間及假日門診開診率提升 2% 都不能保留，我們認為民眾相當無奈。還是請醫院協會在資源配置時，能夠多考量這部分，建議如果操作目標仍有「地區醫院假日或夜間門診案件採固定點值」，希望還是將該指標納入，謝謝。

周主任委員麗芳

接下來請蔡副署長淑鈴回應。

蔡副署長淑鈴

非常謝謝大家對本案的意見，向委員回應如下：

- 一、首先，干委員文男提到代謝症候群及陳委員石池提到住院整合照護這 2 個計畫，目前都沒有核定，也是太慢了，因為現在已經是 3 月份，我們也很著急，委員的質疑我們也認同。會比較緩慢的原因，第 1 是全新計畫，第 2 是衛福部的跨單位計畫，不全然是健保署的計畫，所以要協調的人更多、想法更多，醫界也不斷的參與，尤其是代謝症候群管理計畫，住院整合照護計畫醫院協會也有參與，但因為確實不是延續性計畫，是全新又是跨單位計畫，理解委員們的督促，我們也會儘量加速推動。
- 二、另外是剛剛朱委員益宏與劉委員淑瓊關切有關會議資料第 44 頁項次 2「推動分級醫療，壯大社區醫院」這件事，幫兩邊稍微解釋一下，可以理解 2 位委員的關切，因為項次 2 是 10 億元的經費，目前只有討論到住院首日的護理費加成 30%，並沒有把 10 億元都用完，事實上還有一部分的經費是待協商，所以朱委員益宏一直說明待協商的部分究竟會用在住院或門診還

不確定，所以他也保留說若有經費放在門診，再來討論相關可行的監控指標。

三、劉委員淑瓊也提到，其實這次的部分負擔有調整急診檢傷分類第 4、5 級，希望也能有配套，我個人給劉委員的建議是，若是基於這樣的考慮，這項指標就未必要放在這個項目，因為這個項目是有關 10 億元經費的分配。

劉委員淑瓊

那執行目標就要改，目前的執行目標仍有地區醫院假日或夜間門診案件採固定點值。

蔡副署長淑鈴

劉委員淑瓊關心的是部分負擔調整後，有哪些指標要監控，放在哪個地方能更突顯我們是什麼政策介入，希望看到什麼結果，至於本項介入是因為調整支付所反映出的指標，我不反對那是重要指標。

劉委員淑瓊

為何要調整支付？就是要鼓勵開診。

蔡副署長淑鈴

沒有錯，目前調整支付是住院第 1 天的護理費，剩下的經費會調整哪裡，朱委員益宏一直在解釋因為那部分還沒有討論完，不知道是否會放在門診，是否有可能有這樣的建議？

劉委員淑瓊

如果是這樣的話，調整部分負擔是不是更沒有正當性？就是西醫基層診所的開診率你也不能保證，地區醫院的開診率我們也不要求？

蔡副署長淑鈴

劉委員淑瓊可能誤解我的意思，我的意思是說，現在大家討論的是會議資料第 44 頁針對項次 2「推動分級醫療，壯大社區醫院」所提出的「執行目標」及「預期效益之評估指標」，這個項目並非部分負擔的調整，但部分負擔是另一項很大的政策，現在還沒定案。

劉委員淑瓊

這 2 者間如果沒有關聯性，地區醫院的開診率沒有保證，憑什麼調整部分負擔？政策的正當性就會被質疑。

蔡副署長淑鈴

我覺得是時間問題，剛剛朱委員益宏的意思是，是否能等 10 億元的分配決定後，再來增減本項目的評估指標，現在列的是住院滿意度。至於說...

劉委員淑瓊

如果是反過來呢？

蔡副署長淑鈴

至於是不是要納入 110 年度的指標，其實我們也是尊重醫院協會，以上說明。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

一、特別請劉委員淑瓊能夠再重新思考，這 10 億元是我們在總額協商今年爭取到的預算，就要有對於這筆預算使用的預期目標，我也承諾劉委員，若這筆 10 億元預算有用到假日或夜間門診，就將「地區醫院夜間及假日門診開診率提升 2%」指標放回去，若這 10 億元經費沒有用在這邊，硬要放這項指標，可能請劉委員再考慮。因為確實有醫療專業衡平性的問題，如果把所有的資源全部都放在假日及夜間門診開診，雖說增加 2、3 倍支付點數誘因會很大，但會有破壞支付相關衡平性的狀況，這也是社區醫院協會考量的地方。

二、例如，假日開診現在加成 30%，當然社區醫院開診成本是遠大於加成，但我也聽到有一些大型醫院、區域醫院與醫學中心提到地區醫院門診診察費已經比醫學中心還高，這就是衡平性問題。所以我們在調整時也必須考慮整體，特別在醫院三層級內部的狀況。但我可以承諾劉委員，若今年 10 億元有部分金額用於調整假日及夜間門診開診，我們就將「地區醫院夜間及假日門診開診率提升 2%」指標再放回去，承諾還要再提升，是否請劉委員淑瓊能夠同意。

三、抱歉占用一點時間補充說明，會議資料第 21 頁有關「急診品質提升方案」，是編列在醫院總額專款，因為陳部長時中特別裁定該項經費要紓解醫學中心急診壅塞情形。該項專款健保署已經開過會議，會議中我們看到該方案雖然用了很多加成鼓勵的地方，但是將壅塞指標都刪除。這部分是不是拜託健保署，既然該項專款是用來解決醫學中心急診壅塞，而且每年編列很多經費，壅塞情形有無逐年改善是非常重要的，不是只有急診醫學會提出要如何加成，健保署應該也要有行政指導，確實改善醫學中心急診的壅塞情況。

周主任委員麗芳

感謝朱委員益宏、劉委員淑瓊 2 位委員，你們已發言 3 次，接下來聽聽其他委員的意見，請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

針對剛才劉委員淑瓊與朱委員益宏討論的部分，我想劉委員的癥結點應該是在於，既然執行目標有提到地區醫院假日、夜間門診採固定點值，怎麼可能 10 億元沒有分配經費在其中？癥結點是不是在此？朱委員益宏提到只要有經費用於夜間及假日門診就會將「地區醫院夜間及假日門診開診率提升 2%」列入，既然執行目標有納入，怎麼可能內部協商不會將經費放在這個項目？

劉委員淑瓊

一、謝謝盧委員瑞芬，因為她的發言提到我，所以我回應一下，這是邏輯前後的問題。剛才朱委員益宏的意思是，分配完後若有用在夜間及假日門診，再將「地區醫院夜間及假日門診開診率提升 2%」這項指標列入。而我的意思是，如果健保署要調整部分負擔的理由，是說你可以在小飯館就吃得飽，為什麼要跑到大飯店？這是引述署長的話。若是依循這個邏輯的話，我們就要講說，小飯館也必須有開門。

二、西醫基層診所的週日開診率目前也不高，若地區醫院夜間及假日門診開診率提升 2%也沒有承諾，健保署要調整部分負擔的正當性就下降，這是邏輯問題，不是用剩再考慮給不給，而是

應回歸部方決定的操作目標「地區醫院假日或夜間門診案件採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成 30%」。並在這個前提之下，才能思考怎麼分配用於住院與門診的經費。

周主任委員麗芳

一、因為委員對於 111 年度醫院總額新增項目項次 2「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」的意見很多，本項今天暫不確認。至於比較沒爭議的即會議資料第 44、45 頁的項次 1、3，決定如下：

(一)確認 111 年度醫院總額新增協定項目項次 1、3 之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。另醫院及西醫基層新增項目尚未完成研訂者，請儘速辦理，俾提 4 月份委員會議確認。

(二)請健保署會同各部門總額相關團體，儘速辦理「111 年度各部門總額應於 110 年 12 月底前完成之協定事項」之未完成項目，並確實依協定事項及時程，完成法定程序及提報本會等事宜。

二、現在休息 10 分鐘，後續進行討論事項第一案，謝謝。

伍、討論事項第一案「建請健保署針對高死亡率癌別優先給付免疫療法新適應症，並請衛福部設立國家癌症藥品基金，提高癌症病人新藥使用機會案」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

請各位委員回到座位上，接下來進行討論事項第一案，請宣讀。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請本會同仁簡短補充。

邱組長臻麗

有關擴增免疫療法適應症部分，依健保法第 41 條規定，藥品給付項目及支付標準之修訂，由健保署「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論共同決定，建議送請健保署參辦。至於國家癌症藥品基金，因涉及國家癌症防治政策，屬主管機關權責，建議送請衛福部參辦。

周主任委員麗芳

請干委員文男代表提案人說明。

干委員文男

李委員麗珍有要事先離席，她請我代為說明，本會補充說明寫得很清楚，我們就按照本會擬定意見通過，趕快送全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議討論，請相關單位辦理。

周主任委員麗芳

一、感謝干委員文男、李委員麗珍及所有提案委員，本案決議如下：本案屬衛福部及健保署權責，委員所提意見送請衛福部及健保署研參。

二、接續進行討論事項第二案...還有 2 位委員舉手，依序請陳委員石池、吳委員鴻來。因為干委員文男剛已說明同意依本會補充說明，希望趕快送請相關單位辦理，故我做了決議。請陳委員石池。

陳委員石池

我非常敬佩多位委員認為需要強化癌症治療，我個人表示贊同，如果我認知沒錯的話，目前癌症免疫療法的科學實證結果沒有很好的療效，很多國人都到國外去治療，事實上是花冤枉錢，沒有那麼好的效果。很多委員很關心，這也是以後努力的方向，我就個人知道的向大家說明。

周主任委員麗芳

請吳委員鴻來。

吳委員鴻來

關於本案，我補充說明如下：

- 一、第 1 點，我昨天晚上上網查詢現在 IO(Immuno-Oncology Therapy，癌症免疫療法)審查同意使用名額，約 1/3 都是肺癌，也是核准給付最多的癌別，但現在 IO 給付還是不夠的，給付療程以 2 年為限，即使病友使用 IO 有效果，若經濟不允許也會被迫停藥。第 2 點，藥廠一直在申請 IO 藥物新的適應症，但尚未納入健保給付。第 3 點，IO 的給付上仍有很多限制，給付適應症多為三線使用。IO 治療的原理適用於自身免疫系統或身體狀況較好的病友，若有機會提前期別使用較能即時達到適切的治療，提升健保給付的效益及患者存活率。
- 二、提案內容提到國家癌症藥品基金部分，我補充說明係參考英國 Cancer Drugs Fund(簡稱 CDF，癌症藥物基金)，這是一個暫時性的給付方案，在此澄清一下，並不是把所有癌症藥費獨立管控，英國 CDF(Cancer Drugs Fund，癌症藥物基金)是用 NHS(國民保健署，National Health Service)以外的獨立財源，由英國政府編列預算。我剛才也強調了這是暫時性的方案，最多只支付 2 年，低於市場價且有潛力但具療效不確定性的新癌症藥品，幫助癌友加速使用癌症新藥。再者，英國 CDF 同時蒐集病人使用藥品反應及療效數據，作為日後納入常規健保給付審查參考依據，此外，該基金對於年度預算設定上限，超出預算部分由藥廠依據協議及市占率攤提償還。

三、再次重申，病友面臨用藥的困境也很殘酷現實，我相信大家都知道健保財務緊縮及資源有限下，需要做妥善的分配，但仍希望健保署排定給付優先順序時，應充分瞭解及全盤考量，也要向民眾、家屬、病友說明清楚依據什麼原則來排定順序。

周主任委員麗芳

感謝吳委員鴻來補充說明，請朱委員益宏。

朱委員益宏

一、本案是付費者好幾位委員提案，這是台灣癌症基金會在背後推動的事情，他們也有邀請我參加幾次的專家會議。確實現在健保面臨的困境之一，癌症免疫療法的新藥給付越來越高，特別是免疫療法的新藥物，若納入健保給付的話，健保財務是負擔不了。

二、剛剛吳委員鴻來提到的英國，英國的作法是在 NHS 之外，由政府編列預算成立癌症藥物基金。我們和台灣癌症基金會討論時，大家也有共識希望由政府編列公務預算或其他財源挹注，不會使用健保的資源。

三、我覺得本案的擬辦文字需要釐清與修正：

(一)健保對於新的癌別適用免疫療法有一定角度及考量，不應擴大解釋為健保署擴增癌症免疫療法之新適應症、新癌別部分，這和本提案沒有關係。

(二)關於擬辦二的文字「建請健保署主動提請衛福部...」，我覺得這不是健保署的責任，應該是衛福部，修正為「建請衛福部將...納入國家癌症政策，...」，並註明在健保有限財務之外，由公務預算或其他財源來挹注新的癌症藥物，如免疫療法藥物或癌症抗癌等藥物，可以提早讓病友使用。

四、剛才吳委員鴻來說明得非常清楚，我覺得決議應該是這樣，而非照擬辦的文字，擬辦的文字加諸健保太大的責任，如果依擬辦文字送到衛福部，最後裁定由健保基金來支應的話，我想即使健保費率調到6%或8%都是不夠的，這會產生很大的問題。

周主任委員麗芳

- 一、朱委員益宏您別擔心，主席的裁示不會照擬辦的文字，因為擬辦是提案人寫的建議，所以主席裁示不會完全按照擬辦。
- 二、我再次說明本案的決議，本案屬衛福部及健保署權責，委員所提意見送請衛福部及健保署研參。接下來進行討論事項第二案。

陸、討論事項第二案「各總額部門 110 年度執行成果評核之作業方式(草案)(併本年第 1 次委員會會議討論事項第四案討論)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、向委員報告，本案援例為檢視各部門總額執行成效，每年在總額協商前邀請專家學者，就前一年度總額執行成效進行評核，評核成效優良部門酌給品質保證保留款(下稱品保款)額度，評核建議則作為總額協商參據。依照今年工作計畫訂在 7 月 19、20 日 2 天辦理評核會議。
- 二、依據本會 1 月份委員會會議「有關全民健保各部門總額執行成果評核會的委員組成，建議應由本會專家學者及付費者代表共同擔任」案，決議為本案併入 3 月份委員會會議的執行成果評核作業方式案討論，所以將該提案併入本案討論。關於 1 月份委員會會議的提案內容如附件二會議資料第 92~94 頁，請委員參閱。
- 三、說明三的部分是為了完成上述事項，本會就 109 年度執行成果評核作業方式，並蒐集及參考本會委員、各總額部門與健保署所提的建議，列在附件三會議資料第 95~96 頁。此外，參考評核委員建議，研擬 110 年度執行成果評核之作業方式(草案)如附件一，會議資料第 78~91 頁。簡要說明如下：
 - (一)評核委員組成：此部分涉及併案的提案，稍後於說明四一併說明，這裡就先帶過。
 - (二)評核項目及部門提報內容：主要是參照過去內容，除酌修文字外，參考委員意見、併案提案內容，在評核項目「貳、一般服務項目執行績效」新增 2 項內容，請委員參閱會議資料第 79 頁的評核項目，增加 2 項簡要說明：
 - 1.第 1 項增列「二、COVID-19 疫情對醫療服務之影響與因應作為」，主要理由：去年 8 月醫界及專家學者均建議，因為疫情所以評核時應該要呈現醫界對投入的努力，也要評估疫情對民眾醫療利用的影響，故增加本項。

2.此外，在「六、總額之管理與執行績效」，增列(六)其他項目，主要係參採併案的提案建議，各總額部門評核分數中納入一定比例的社會責任分數，以鼓勵各總額部門善盡照顧弱勢的責任。考量總額部門的醫療服務性質不同，除共通項目以外，新增其他 1 項，可以呈現各部門特色，故增列本項，提報內容可以包含社會責任、弱勢照護及其他提升總額管理與執行績效的措施，以上是增列 2 項評核項目內容。

(三)關於今(111)年度重點項目與績效目標研訂，自 107 年起為了強化總額預算檢討與回饋，請各總額部門預先設定今年度努力的重點項目與預期目標，作為明年評核的依據，本會已函請四總額部門及健保署提報，彙整如附件五會議資料第 98~102 頁，將做為評核 111 年度執行成果之用。

四、接續為說明四，有關評核作業方式以下幾項尚需討論：

(一)第 1 個是評核委員組成：評核委員產生方式，原則建議參考過去採三階段票選方式辦理：

- 1.首先，第 1 階段是產生建議名單，過去是請四部門總額及付費者委員推薦醫務管理、公共衛生等相關領域專家學者，作為評核委員人選。再加上本會現任、曾任專家學者及公正人士委員，彙整成建議名單。
- 2.請委員參閱會議資料第 76 頁，第 2 階段係就建議名單，請本會全體委員進行票選。
- 3.票選統計完成後進入第 3 階段決定評核委員，依據票選結果得票數多寡，依序邀請 7 位擔任評核委員，並由評核委員互相推選主席。
- 4.有關第 3 階段評核委員決定部分，經參採併案提案的精神，該案提議評核委員由本會專家學者與公正人士、付費者代表中遴選產生，本會建議仍以票選結果為主，至於票選後，要不要保障一定名額給予本會現任專家學者與公正人士、付費者代表擔任，則請委員討論。

(二)其次，請委員討論評核項目中細項指標，「就醫可近性與即時性之改善措施」細項指標為「就醫院所是否具備無障礙通道及無障礙廁所的比率」部分，細項指標是參考健保署民眾滿意度調查，自 108 年起即有此問項，所以增列。經徵詢四總額部門意見後，其中西醫基層總額部門函復意見，請委員參閱會議資料第 95 頁，目前政府以鼓勵方式補助設置無障礙環境，而不是強制性規定，建議刪除此細項指標。至於醫院、牙醫、中醫部門及健保署對此細項指標沒有意見。請委員討論細項指標是否刪除，該指標是四部門共通性指標，建議四總額部門有一致性的做法。

(三)第三項請委員討論「評核獎勵標準之議定時間點」，這涉及後續的提案時程，背景說明如下：

- 1.對於評核結果良好的部門會酌給一定比例的品保款，計算方式是採前一年度一般服務為計算基礎，並依據評核等級，如優、良等不同等級，乘以不同的獎勵成長率來計算品保款，以獎勵良級以上的部門。
- 2.近 3 年品保款四總額部門加起來介於 10~15 億元之間，請委員參閱會議資料第 97 頁。評核結果之評核等級所對應獎勵成長率標準，過去是每年議定，至於議定時間則請委員討論。過去多在評核會議後，8 月份委員會議議定，少許年度是在評核會議之前議定。
- 3.去年評核時，評核委員建議先評核再決定獎勵標準，主要考量為評核是以專業角度評核績效並提出建議，不適合在評核等級時，將財務因素品保款納入考量，故建議評核結束後，由健保會依財務狀況議定獎勵標準。上述 2 個議定時間，各有不同考量，說明如下：

(1)7 月評核會議後議定的優點是協商空間有限，7 月評核結果確定後，8 月可以視總額範圍調整，因為 8 月總額範圍確定再去調整獎勵額度。缺點是已知部門評核等級再決定額度，有委員表示有先射箭再畫靶之慮。

(2)若選擇評核會議前議定，優點是部門已經知道額度，較有鼓勵效果，缺點是獎勵方式已議定，而總額範圍無法配合調整，若總額範圍太低的話，可能壓縮可協商空間之虞。

4.綜上，有關今年評核獎勵標準議定的時間點，究在評核會議前或後，則請委員討論。

五、擬辦部分，有關評核作業方式依議定結果辦理，屆時請總額部門及健保署依作業時程提供所需資料。至於獎勵標準議定時間點，依議定結果提委員會議討論。最後，四總額部門及健保署建議 111 年度重點項目與績效指標，請配合執行，以利評核 111 年度總額時，做為評核項目，以上說明。

周主任委員麗芳

一、感謝陳組長燕鈴的說明，相當清楚。綜整後，本案有三個面向需要討論，第 1 個是評核委員組成，第 2 個是評核項目的內容，有關細項指標的部分，第 3 個是評核獎勵標準的議定時間點，等一下將分別就這 3 部分進行討論。

二、先討論評核委員組成的部分，此部分也涉及 1 月份委員會議的提案內容，併本案討論，徵詢大家的意見。依序請何委員語、盧委員瑞芬、李委員永振、朱委員益宏、林委員恩豪、干委員文男及侯委員俊良。請何委員語。

何委員語

一、關於評核委員組成部分，上次提案是全部由本會現任付費者代表、專家學者與公正人士擔任，我認為人選範圍非常狹窄。另外，本會付費者代表 19 名，我不敢保證每個人都具備公衛專業或健保監理等能力，若不具備公衛專業又不具備健保監理等能力，如何進行評核？對於付費者代表要派出全部做為評核委員的人選，實際上可以挑選的人數有限，我建議專家學者納入公衛等相關領域專家學者為評核委員人員供大家票選，但付費者代表只能派出 1~2 名，不能超過 2 名，這是我的看法。

二、我建議要挑選公衛等健保相關領域專家學者較為客觀，而且他們的專業知識及領域比較廣泛，從不同角度觀點去檢視格局也較大，我認為應該朝此方向進行遴選。目前為止，也沒有對公衛專家學者有不好的評語，沒有的話為什麼要取消掉？我建議由公衛、參與健保事務等經驗專家學者來擔任是比較恰當的，這是我的看法。我們付費者代表雖然當了幾年的委員，但所學的專業不是公衛，也沒有醫療實務的經驗，我想很難提出很卓越的評核建議給大家參考。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬先稍候，因為是併案討論，先請 1 月份委員會議議案提案人說明。

馬委員海霞

非常不好意思，因為我沒有舉手，現在插進來發言。我和林委員敏華委員原本想等委員發言後，再進行回應，但剛才何委員語的發言有很大的誤會，所以我必須現在先說明清楚。我們 2 個從來沒有說全部由付費者代表來擔任評核委員，我們的意思是付費者代表能否有機會 1 名來參與評核，甚至部分指標可以由付費者代表評核。

周主任委員麗芳

盧委員瑞芬發言之前，我先說明一下，各位委員都是由陳部長時中聘請來擔任健保會委員，大家的能力都是受肯定的，在此感謝各位委員對健保業務的付出。請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

一、對於會議資料第 75~76 頁，第一階段「①請四部門及付費者委員推薦...專家學者為評核委員人選...」，再加上「②加上本會現任、曾任專家學者及公正人士委員」，這兩部分都沒有付費者代表，但在「2...(提議評核委員應由本會專家學者與公正人士代表、付費者中遴選產生)...」，這 2 個不一致。若是這樣的提議，第一階段要有付費者代表的產生。

二、上次委員會議我有提出意見，我並不贊成付費者代表擔任評核委員，因為年度總額協商是由付費者代表及醫界雙方進行協商，我覺得評核適合由第三方來擔任，不包含付費者代表。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

本案我們之前在 1 月份委員會議就討論過了，因為併案討論，健保會同仁很認真補充許多資料，整個架構蠻完整的，但對於內容部分我有 2 點請教，第 1 點，會議資料第 75 頁新增內容，醫界投入防疫之努力與相關作為，並評估疫情...。

周主任委員麗芳

李委員永振請稍等一下，本案分 3 個部分討論，第 1 部分是討論評核委員組成，關於您提的是第 2 部分，現在還沒有開始討論，這樣會亂掉，現在先聚焦在評核委員組成。

李委員永振

不是，我是對提案內容有疑問需要先釐清。

周主任委員麗芳

您提的是評核項目嗎？

李委員永振

對，關於新增內容的部分。

周主任委員麗芳

等我們討論到評核項目時，您優先發言好嗎？

李委員永振

好。關於評核委員組成部分，我贊成何委員語提出，現任委員中付費者代表、專家學者與公正人士 1~2 位擔任評核委員，上次委員會議討論時，提到可能有評核委員離開健保相關會議太久而斷線無法銜接的問題，若 1~2 位擔任評核委員應該可以銜接上，也能消弭以前遴選方式無法掌握本會會議等情形。我贊成用過去方式，再加上 1 月份委員會議提案的精神，現任的付費者代表、學者專家與公正人士有 1~2 名參加，評核委員組成就很完整了。

周主任委員麗芳

李委員永振您的意見與何委員語不相同，何委員語是說1~2位付費者代表，您的意見是只能有1~2位付費者代表、學者專家與公正人士代表，是嗎？

李委員永振

是的，這部分是1~2位。

周主任委員麗芳

一、向各位委員報告，近年評核委員票選結果，109年本會委員中有盧委員瑞芬、周委員穎政、滕委員西華、吳委員榮達4位擔任評核委員，去(110)年評核委員則有滕委員西華、陳委員秀熙。

二、李委員永振您的意見是限縮，是把本會委員名額限縮，剛才何委員語的意見是票選前7名就前7名擔任評核委員，有公正性，但其中1~2名是付費者代表，李委員永振是否重新界定所提的1~2名為何？

李委員永振

我的意思是1~2名為保障名額。

周主任委員麗芳

是指付費者代表或專家學者與公正人士，還是全部？

李委員永振

全部。

周主任委員麗芳

全部的話，不用保障每次都是。

李委員永振

這樣會超過的話，上次提到評核委員會有斷線無法銜接的問題就不存在了。

周主任委員麗芳

不是，因為上次沒有付費者代表。

何委員語

過去都沒有付費者代表...。

周主任委員麗芳

沒有付費者代表，現在爭議在付費者代表。請滕委員西華。

滕委員西華

非常早期，全民健康保險監理委員會(下稱監理會)時代曾經有過付費者代表參加，不過也只有1年。

周主任委員麗芳

現在的爭議是付費者代表要不要進來，如剛才盧委員瑞芬問的，請何委員語。

何委員語

- 一、監理會及全民健康保險醫療費用協定委員會(下稱費協會)年代，費協會江主任委員東亮的時候，我當過1年評核委員，我的經驗是真的很辛苦，1個月都沒有睡好，還要花費很多時間及精神去詢問很多人，我們不是專家，不要自己膨風(台語：吹牛或誇口說大話)那麼大。
- 二、剛才馬委員海霞說明提案是指1名付費者代表，我修正為付費者代表1名參與，同意他們提案只要付費者代表1名就好了，其他為公衛等相關領域專家學者進行票選，這樣比較客觀，有1名付費者代表參與也沒關係。
- 三、坦白講，要具備公衛、醫療基礎背景的付費者代表，不然真的很辛苦，我這麼努力都覺得自己沒有能力了，講實話，不要把自己抬太高。我贊成原提案人提出之付費者代表1名參與，付費者代表保障名額1名，其他是公衛等健保相關領域專家學者。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

我的意見跟盧委員瑞芬一樣，因為總額協商是由醫療服務提供者及付費者進行對等協商，如果評核時再請付費者委員擔任評核委員，其實會有利益衝突的問題，舉例來說，如果今天醫院總額部門的評核結果不好，事後醫院總額部門可以主張付費者可能因為當初總額

協商時和醫界意見不同，所以如何如何...，這會讓整個評核制度產生很大的疑問，我覺得在任何場合，不是只有健保會，相關的場合都要避免所謂利益衝突，所以為什麼很多政府的會議都要求與會者要利益迴避，特別是我們在總額協商時，有一些部門未達共識，是兩案併陳由衛福部決定，表示醫療服務提供者及付費者的意見不一樣，如果在這樣的情形下，再請付費者來參與評核，我認為非常不公平，所以我建議採原來的方案。如果今天大家決議付費者還是要擔任評核委員，就必須有個決議，如果該總額部門當初是兩案併陳，就不得由付費者參與，我覺得這是 1 個公平的原則，不然當初兩案併陳就是代表雙方沒有共識，再請沒有共識的一方來評核這個總額部門做得好不好，這樣完全沒有公平性可言。

周主任委員麗芳

請林委員恩豪。

林委員恩豪

- 一、首先我想表達，我是比較支持盧委員瑞芬的看法，也就是我不希望付費者委員擔任評核委員，原則上我建議照以前的作業模式運作，因為本來評核委員的組成就已經有本會現任及曾任的委員，所以也沒有什麼不清楚健保會協商或運作狀況的問題。以往評核的最終結果，也都給會裡很好的回饋，所以我認為付費者應該不需要再參與其中。
- 二、另外，如果最後大家決定要保障 1 位付費者委員的話，那我也希望有 1 個決議是，付費者委員有權利選擇不要成為評核委員候選人。因為也許我能力沒問題，但或許我真的沒那麼多時間去參與評核，擔任評核委員就要對這件事情負責，你要投入多少時間也是你自己要決定，如果你沒有時間就不要去做這件事，所以我認為也要給付費者權利拒絕成為候選人。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、我想健保會同仁初擬的評核委員產生方式已經很詳細，評核委員產生的方式主要還是依照投票的結果。我認為確實公衛相關專家或公正人士有能力來擔任評核委員，而1月份委員會馬委員海霞提案建議由本會專家學者與公正人士、付費者委員共同擔任評核委員，主要的原因是評核結果出來後，所有委員都不太清楚評核內部會議的討論過程及考量，所以我們希望付費者能參與評核內部會議，能夠出來告訴其他付費者委員發生什麼事情，馬委員，是不是這樣？
- 二、另外，希望評核內部會議的主席不要參與評分，讓其他6位評核委員去評分，主席只要掌控議程、控制時間及最後公布結果就可以了，不用參與評分。因為以前何委員語也講過，主席參與其中就不好了。

周主任委員麗芳

- 一、針對剛才干委員文男第2點的意見，請委員參閱會議資料第76頁提到第三階段選出7位評核委員後，由評核委員互相推選主席，而干委員文男的意思是，評核內部會議的主席不應該參與評分，只是負責公正的主持會議，所以大家可能要設想，以前是由健保會主委來擔任主席，而主委本來就不參與評分，但若是大家希望由評核委員互選主席，則被推選為主席的評核委員就不能參與評分。因為過去評核內部會議，會請評核委員就所評核的部門建議評核等級(如：優、良...等)，而干委員文男的意見是擔任主席的評核委員就不能再參與評分，他主要的工作就是掌控會議流程及時間。
- 二、所以現在我們有2個議題要討論，1是評核內部會議主席是否參與評分，2是評核委員是否保障一定名額予付費者委員。請侯委員俊良。

侯委員俊良

我支持維持原來的評核委員產生方式，其實我認為目前的票選方式中也沒有排除付費者代表，並沒有規定他們不能參加，第一階段產生建議名單時，只要付費者代表本身具有醫務管理、公共衛

生或財務金融等條件，其實也可以被推薦，所以並沒有反對付費者代表參加。另外，我不同意剛才朱委員益宏的意見，付費者代表如果成為評核委員，不見得就會發生不公平的現象，因為我們本身就是對於四個總額部門整體的執行情形去做瞭解，並沒有公平性的問題。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

剛才聽了主委及各位委員的說明後，我要釐清及修正我剛才的講法，就是建議按照原來的做法，如果擔心上次提到評核委員皆非本會現任委員，怕有不清楚狀況的問題，是否考慮如果票選出來的7位評核委員都沒有本會現任委員，保障1個名額予本會現任委員，這樣就可以克服前述問題。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我剛才說監理會時代有付費者代表擔任評核委員，是因為當時費協會及監理會是分開的2個單位，費協會負責總額協商，監理會負責業務監理，而參與評核的是監理會的付費者代表，並不是負責總額協商的費協會付費者代表，這個和現在健保會的情境不太一樣，先補充說明。
- 二、我也比較傾向支持盧委員瑞芬的意見，因為總額協商的時，付費者代表其實不僅是和醫療服務提供者對等協商，對等協商的兩方其實是利害關係人，現在只有邀協商的一方，也就是付費者來參與評分，醫療服務提供者沒有來參與評分，我認為醫療服務提供者會對這個評核制度感到擔心。另外，在協商的過程中，付費者代表其實也是醫療服務提供者遊說的對象，所以在那時他們決定了總額協商的項目，再決定了總額的執行方法，當然不是說買方不能去看自己買的東

西賣方做得好不好，而是當事人在這麼深的利害關係結構中，進行評核的時候要保持客觀性是相對困難。

三、我認為評核內部會議的主席不參與評分也蠻奇怪的，就我過去的經驗，主席只有協助議事主持，但他還是評核委員，擔任主席跟擔任委員的職務好像不衝突，而且大多數評核結果都是採共識決，我印象中過去幾年來都沒有動用過表決，評核委員主要都採共識決，這個共識決還包含意見上的共識，有點像是大法官會議一樣，你有不同意見可以提出來，但也有共識的意見可以去討論，可能客觀性會比較好。況且評核結果的獎勵標準大多數還是掌握在付費者代表的意見中，所以付費者代表又去評核，又去協商，評核獎勵標準又由付費者代表來決定，如果要這樣子的話，可能付費者代表或是健保會在決定評核原則時，可能要再拿捏得比較好一點。因此，我是比較傾向支持盧委員瑞芬的建議。

周主任委員麗芳

謝謝滕委員西華的補充，過去評核內部會議的主席是由健保會主委擔任，確實主委不是評核委員，主委出席評核內部會議只是擔任主席，主要任務是請大家發言及表示意見，所以也不參與評分。針對剛才滕委員西華及干委員文男提到評核內部會議主席角色的議題，我們待會再討論，請劉委員國隆。

劉委員國隆

其實我們也知道擔任評核委員當然要公平、公開、公正，我也相信，只要是有一天我們付費者委員中有公共衛生專才等，他在票選時自然就會出線，如果強制一定要保障1名付費者委員擔任評核委員，他的聲音或許也不是非常恰當。我是覺得現在的制度也蠻好的，可是我有1個看法，其實醫療服務提供者及付費者都是在同一條線上，不一定是對造的兩方，大家都應該去多瞭解。當然付費者委員的專業不夠很正常，如果我們專業足夠的話，就可以當專家學者了。我想建議一下，評核內部會議除了7個評核委員外，如果像以前再加1個主委當主席，那我們的付費者或是我們的醫療服務提

供者，是否也可以去旁聽？這樣有助於大家互相瞭解，為什麼評核委員的意見會這樣，以後可不可以來改善。此外，總額協商時，付費者在討論時也能夠有一些依據，也會有更多資訊可參考，可能對於未來健保制度也會有比較好的修正方向，這是我的建議。

周主任委員麗芳

劉委員國隆剛才拋出 1 個議題供大家討論，假設退而求其次，付費者不是評核委員，是否可以列席方式旁聽評核內部會議，不論是透過視訊或是現場列席，像是視訊的方式也較不會干擾會議進行，但又可以參與，這是劉委員提出的建議，待會我們一一決定。請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

- 一、我想要確認一下劉委員國隆的建議，其實評核相關的會議有 2 個，1 個是評核的大會，是由醫療服務提供者來進行報告，這是所有委員都可以參加，但是另 1 個是評核內部會議，只有評核委員可以參加(劉委員國隆表示他指的是評核內部會議)。這個部分我認為有一點問題須釐清，其實也是要確認剛才干委員文男的發言，干委員文男剛才說付費者代表希望參加評核內部會議的原因，是因為這樣才有人能將評核內部會議的內容告訴其他付費者代表，我認為這是萬萬不可！因為評核內部會議必須要公平，但是必須保密，會議討論的內容是不能夠透露出去，只能告訴大家最後評核出來的結果，所以我自己擔任過那麼多次評核委員，我出了會議室從來沒告訴過別人裡面在討論什麼，這是不可以的。
- 二、如果評核內部會議的內容不保密，你可以想像這些專家學者要承擔的壓力有多少？絕對不能把評核內部會議的討論內容公開，否則那就直接製作發言實錄公開就好了，我認為這是不對的！你要相信評核委員是公正的，但過程不應該被揭露，因為這會帶來很大的困擾。所以我認為要確認一下剛才干委員文男的發言，若評核內部會議的內容可以講出去，那必須讓所有來參加的評核委員知道，因為我過去擔任評核委

員都是持保密原則，若可以透露就要事先跟評核委員說，這個務必要確認，不然對評核委員非常不公平。

- 三、剛才在討論主席的部分，我想一樣要釐清，主席分為整個大會的主席及評核內部會議的主席，如果是評核的大會，我覺得請司儀負責按議程控制時間就可以了，但評核內部會議的主席，我贊成現在的規劃，是由評核委員互選，互選就是找 1 個評核委員來主持會議，但他/她還是可以擔任評核委員，不要被推選成為主席的評核委員就不能評分，因為評核結果是採共識決，因此主席本就能兼顧主持會議及擔任評核委員（註：政府標案的審查會議，主席原本就是由審查委員互推）。

周主任委員麗芳

請馬委員海霞。

馬委員海霞

- 一、我剛才聽到有委員說不要把自己抬得太高，我當然不知道指的是誰，但因為我是提案人，我會覺得心情非常沉重。我個人也知道，這麼多年無論在公私部門，我都有提出很多新的想法和建議，所以也從來沒有期待有什麼新想法或建議都能立刻被接受，我也蠻開心大家都有很多不同想法可以一起討論。所以其實當初我跟林委員敏華討論，我們是非常在意病人的權益以及就醫可近性，我們是從這個話題討論慢慢醞釀出這樣的建議，當然很多委員有不同的想法，我覺得都是非常棒的提醒。
- 二、我們也非常開心這次的評核項目中有可能加上一些病人權益或社會企業責任相關的內容，也包含無障礙環境的細項指標，我們也知道醫界做了很多社會企業責任及無障礙環境的努力，這是非常令人感動的事情，若可以在評核中提出相關成果，就可以讓大家知道醫界所做的努力，也可以讓在這方面做得還不是太完善的醫界同儕可以做個參考。大家互相學習，這其實是我跟林委員敏華當初提案的 1 個想法，本來我們 2 個也沒有期待 1 個新想法馬上就可以被大家接受，但我

覺得提出來大家討論是 1 個好的方式。其實我個人覺得有一些的想法，例如把社會企業責任、無障礙環境放進來，我個人是認為非常重要。

周主任委員麗芳

我要特別向馬委員海霞、林委員敏華說明，每一位付費者代表，包括全體委員，都是經過千挑萬選而選出來，大家都是專家中的專家，這一點我一定要給大家肯定，所以請馬委員心情不要沉重。請何委員語。

何委員語

- 一、我要重新談起，因為在監理會及費協會時代，我當時同時擔任這 2 個委員會的委員。費協會的江主任委員東亮看到我在監理會的發言及提供的建議很多，因此他突然要我去擔任費協會的評核委員，所以我當時有 2 個職務同時具備，當時他也知道我擔任教育部的科技大學評鑑委員，他說你對公部門的評鑑有概念，我就這樣被推薦擔任評核委員，後來我才知道痛苦，因為第 1 次送來的資料，我很努力看完後，又補第 2 次資料來，害我重新看一次，之後還陸續補送資料，我就要一直看，不懂的就要再去請教其他專家，我不是讀公共衛生，坦白講對於醫療實務也都不懂，就要多方去請教。
- 二、在評核會議中，在座所有委員都可以參加，每 1 個評核委員只有 10 分鐘的時間可以做評核結論報告，看 1 個月的資料卻只有 10 分鐘做結論報告，你可以想像要費多少精神去濃縮內容並寫成結論報告，之後台下的聽眾，包括所有委員及醫療團體還要提問，你要幫這個總額部門回答。而在評核會議後，這些評核委員才會到另外 1 個房間去，由主委主持召開評核內部會議，評核委員開始打分數，在評核內部會議中每個人都有發表個人意見，最重要的是我認為我們的評核委員都很公平、公正，學經歷、實務經驗都兼具，其實是很優質的，坦白講我對於評核委員都很有信心也很信任。第 2 點，評核委員不可以把別人講的話傳出去，這是違背道德良心的，你不能去討好特定

總額部門說我給你打 90 分，某某委員給你打 80 分，這是違背道德良心，所以評核委員都不能對外講評核內部會議討論的內容，這也是剛才盧委員瑞芬強調的，這是機密不能對外講。就像我們參加教育部的科技大學評鑑，委員當場寫好評分表就交給教育部帶走，因為怕晚上會有學校打電話來關說。一樣的道理，我們評核也是評分好就交給健保會同仁帶走了，我們也不能拿回去，這個很重要。

三、再來，請大家參閱會議資料第 76 頁第 2 點，我認為這裡的文字第 75~76 頁第 1 點評核委員產生方式的(1)、(2)、(3)的內容我都沒有意見，我有意見的是第 2 點，至於第三階段評核委員之決定，經參採併案討論之提案精神後括弧內的文字：「(提議評核委員應由本會專家學者與公正人士、付費者代表中遴選產生)」，這段文字是把提案內容摘要放在括弧內，我認為這一段坦白講應該比照前面第 75~76 頁第 1 點(1)、(2)、(3)的內容一起討論及決定，因為若這一段文字確認為決議，變成評核委員只能從在座的付費者代表、專家學者與公正人士中去選，就不能對外遴選專家學者。我建議大家考慮看看，刪掉括弧這一段文字，否則這段文字通過後，我們就不能對外聘請評核委員，等於 7 個評核委員都在本會委員中產生，這個字義是這樣。雖然我們 19 位付費者加上專家學者，加一加有將近 25 位委員，從中票選 7 位，但我還是認為這樣不妥，應該把這一段刪掉。即使這段刪除後，在座專家學者都有具備前 3 項資格可成為評核委員人選，如果付費者有人想參加，頂多在這裡規定保障 1 個名額給付費者代表，這點我同意，但我建議這個括弧內的文字要刪除。

周主任委員麗芳

周執行秘書淑婉要補充說明，請說明。

周執行秘書淑婉

何委員可能有點誤會，那段括弧內的文字，只是在描述當初併案討論的提案內容，因為擔心委員不清楚併案討論的內容跟這個議案有

什麼關聯，只是用這段括弧內的文字再次提醒委員。因此，這段文字只是 1 個備註，並不是我們就建議這麼做，這也不是決議文字，所以刪不刪除無所謂，我們下次會改用備註的方式處理，避免讓委員誤會，謝謝。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

對不起我再補充一下，謝謝周執行秘書淑婉的解釋，我理解這段文字只是備註，所以用括弧表示，但今天如果整個案子通過，括弧內的文字也是有效(周執行秘書淑婉表示不會)，除非你在後面寫清楚是備註。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

這個案子主要是因為 2 位委員提案的建議，我想徵得 2 位原提案人的意見，是否就刪除保障 1 位付費者代表擔任評核委員的內容，按照原案通過，不要再討論這麼久。因為上次的提案上次沒有定論，到今天又併案討論，剛才大家也爭論很長的一段時間，但沒有共識，我建議這部分就刪除，其他照案通過。

周主任委員麗芳

請林委員敏華。

林委員敏華

我要講的干委員文男都幫我講完了，其實我的意思也是這樣子，因為當初會提這個提案，是因為我個人很欣賞我們這屆的劉委員淑瓊，如果他是付費者代表不能參加評核有點可惜，但是剛才醫界也有反應相關意見，很多專家學者代表也表示不同意，剛才干委員也講了這部分我們就不更改，建議就照原方式產生評核委員。

周主任委員麗芳

剛才徵求了這麼多的意見，我建議沒有共識的部分就按照過去的常規來辦理，所以包括評核委員的產生、評核內部會議的主席，剛才

委員提出的幾個意見大家都有爭論，所以我建議就由主委勉為其難擔任評核內部會議的主席，未來視情況再討論，沒有共識的部分今天不決定。評核委員產生方式及評核內部會議主席的部分，就此確定，現在進行有關評核項目的討論，西醫基層部門有意見，請顏委員鴻順。

顏委員鴻順

- 一、請各位委員參閱會議資料第 96 頁第(5)項的評核細項指標「就醫院所是否具備無障礙通道及無障礙廁所的比率」，這部分寫得蠻明確的，包括：無障礙通道跟廁所，大家也知道最近診所設置無障礙或友善措施的議題吵得沸沸揚揚，到目前為止，究竟要把它納入醫療機構設置標準，或是採用像台北市或好幾個縣市已經在推動的多元友善就醫方案，或是採用去年醫事司委託醫策會所推動的診所無障礙環境改善方案，這裡面的內涵及標準都不一樣。所以我建議這樣的 1 個指標，是否等這些問題都確定了，包含評核的標的及標準都一致了，再把它列進去，這是我們的建議。
- 二、其實醫院和診所的無障礙設施是分列不同標的，醫院是屬於公共建築物，原本就有設置無障礙設施或廁所的相關規範，其無障礙設施的比例一定是比較高，而目前診所尚在推動無障礙設施，這是 2 個不同的總額在評比。醫院已經有無障礙設施的相關規範，但診所還正在推動無障礙設施中，2 個評比起來，這個指標就會失準，建議是不是可以暫時先刪除這個細項指標。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

- 一、醫改會希望保留「就醫院所是否具備無障礙通道及無障礙廁所的比率」本細項指標，作為長期觀察的數據參考，也讓委員們瞭解未來總額還能夠投入哪些有意義的項目。舉我 1 個坐輪椅的學生為例，他傳 LINE 給我，提到 228 連假時，他腸胃不舒

服需要就醫，用 google map 的街景服務，有時街景會被擋到，他很努力調整角度觀看，搜尋很久都沒有找到設有坡道的診所，後來他只好請他姐姐陪他到附近的診所就醫，他姐姐向櫃台說明他的狀況，醫師非常好，就到診所外面看診，看診完後，姐姐再進去診所櫃台拿藥。他說如果自己去，根本無法進去診所，就算進得去診所，櫃台那麼高，連掛號都無法完成，更別說看診、拿藥。我問了身邊的身障朋友，有位說因為空間的緣故，看病都去三軍總醫院，幾乎不去小診所，我聽了心裡很難過，但這些事情只是冰山一角。現在要推分級醫療，身障等行動不便民眾的就醫困境，政府真的要去面對。

二、上個月，在醫改會的 podcast(播客)頻道，我們也訪談中華民國診所協會全國聯合會陳理事長宏麟，他也坦誠地分析診所面臨的困境，包括診所的房子是租賃的，或廁所建置遇到不符法令等問題。診所端認為推動無障礙空間的確有其重要性，他們也會面對病人的期待及需要。但是到底政府與診所各要負擔多少比例，要如何鼓勵推動，是不是獎勵取代強制先行，其實還沒有共識。我們的重點是，希望保留本細項指標在評核項目中，我相信在清楚說明的前提下，評核委員不會因為沒有無障礙設施就打低分，反而能夠讓付費者委員更了解基層第一線的狀況，針對確實有窒礙難行之處，如何在總額協商裡投入，共同把就醫友善環境建構起來。

三、因為現在健保署要推動分級醫療，不只是貧窮和多重共病者面臨增加部分負擔的困境，其實因為就醫環境限制，身障者也不得不去大一點的醫院看病，但此時又要增加部分負擔，政策充滿各種潛在矛盾，也讓民眾很為難，我們相信診所端也有很辛苦之處。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、當時我記得在各總額品保款中，陳部長時中指示，如果有做無障礙設施，可以領到一部分品保款的獎勵，所以把這個細項指標列入評核。若是有列入品保款的獎勵，應該要放進評核項目。
- 二、第 2 點，我也覺得這個細項指標可能不太容易影響評核的項目，把這個細項指標放進去，當作觀察指標也不錯，因為有資料，就可以從歷年評核瞭解無障礙設施建構的情況，因為還在建構無障礙設施，我同意不必拿來打分數。過去基層沒有這樣的概念，國家又在法案規劃階段，若將本項拿來打分數，確實會有不好的地方，因為診所不是醫院，很早就將建築物技術規則納入規範。我還是建議保留此細項指標，但可以不要作為評分的參考，可是應該用以觀察每年的趨勢變化，這樣就會有多年的累積資料，這是關於無障礙診所的部分。
- 三、再來，關於主委要不要擔任主席，請參閱會議資料第 79 頁，第二階段評核內部會議，健保會同仁列席評核會議要 confidential(保密)，他們只是來紀錄、幫忙整理出評核結果。因為評核委員絕大多數不是健保會的委員，在挑選評核委員時，主委本來就是專家學者之一，可以列入評核委員的票選名單，不是另外將主委這個角色抽出來，因為他不是評核會的主委，評核會主席應該由評核會委員互相推舉產生，主席只是主持議事而已，他本身是委員的角色沒有變，不應該由另 1 個人主持會議。我想這都是剛剛盧委員瑞芬或其他委員提到的，評核會議是要 confidential 的過程。如果是會議資料第 79 頁，除評核委員之外，主委也要進來，應該要讓主委等同是專家學者的身分納入票選名單，若選上評核委員後，主席由評核委員互推比較好，由第三方擔任主席好像也不太對。

周主任委員麗芳

滕委員西華講到這點，剛剛是有 1 個決定，因為過往到現在，主委從來都沒有被列入專家學者進行評分，包括在這邊主持會議，其實主委就是保持中立客觀的立場，剛又起了 1 個主委要不要列入票選

名單的選項，我想還是維持剛剛說的，今天還沒有共識的部分，先由主委擔任評核會議主席，未來再進行...

盧委員瑞芬

對不起，剛討論評核委員互相推選主席，這個有共識啊。

周主任委員麗芳

因為剛剛干委員文男提出，評核委員擔任主席應該要公正，不應該參與評分及建議評核等級。您覺得主席應該可以評分，所以是這個部分還沒有共識。因為今天時間真的很有限，還須討論評核項目及評核獎勵標準的議定時點，評核委員部分，剛剛已經花很多時間討論，沒有共識的部分先告一個段落。

李委員永振

我有意見，我贊成滕委員西華提的意見，去年就是這樣，為什麼沒有共識呢？是因為干委員文男有另一種想法，但聽起來大家覺得去年的作法不錯，會議資料第 76 頁「(3)第三階段(決定評核委員)」也是由評核委員互相推選主席，但您的結論卻要把它翻掉？

周主任委員麗芳

不是啦，剛剛沒有共識的部分是，評核內部會議的主席是否中立、能否參與評分。

李委員永振

不是，本案已經寫明就是 7 個評核委員互選啊。

周主任委員麗芳

可是到現在還沒有共識，其他委員還是沒有很清楚干委員文男的意見，待會再請干委員文男表示意見，這樣兩造雙方的意見就都講得很清楚了，今天並不是說採怎麼樣的方式一定最好，而是就沒有共識的部分，就稍微留待以後慢慢沉澱。去年因為疫情關係，採視訊方式進行評核會議。干委員文男是不是麻煩您表示意見？

干委員文男

我講過了，表達很清楚了。

周主任委員麗芳

我想就這樣，接續要討論的 2 項也是同樣的處理原則，沒共識的部分，先依往例辦理。評核委員的部分，就先告個段落，剛剛干委員文男也講他已經表達得很清楚，不再表達了。請侯委員俊良。

侯委員俊良

針對是否刪除「就醫院所是否具備無障礙通道及無障礙廁所的比率」這項細項指標，我是反對刪除。對於身障人士，整體無障礙空間設施的規劃，應該是一個基本設施，更何況就醫時，他們更需要無障礙設施，所以若本會刪除這項細項指標，對外來講是很大的諷刺，包括整體國家對身障人權的重視，所以我反對刪除。

周主任委員麗芳

請吳委員鴻來。

吳委員鴻來

一、我也是對於刪除這項細項指標有疑慮，會議資料也提到，因為考量我國邁入高齡化社會，所以列入這項指標，剛剛劉委員淑瓊也有分享實例，我接觸很多行動不便的身障朋友，現在健保署大力推行分級醫療，但很遺憾地，這些障礙者無法做到分級醫療，他常進不去基層診所，反而被迫要去醫院就醫，只是因為醫院無障礙環境相對比較好，對他而言比較方便，但最近又調整部分負擔，他到醫院就醫要多付部分負擔的費用，又要浪費交通時間成本。刪除這項細項指標，和推動分級醫療政策背道而馳，如果身障民眾進得去他家附近的診所，他很樂意到診所就醫，現在等於他們是被迫無法做到分級醫療的族群，所以我認為不能拿掉這項指標。

二、有時候看到有些論述提到，可以用遠距醫療補足，今天的會議稍早也有提到，當然是可以好好利用遠距醫療，但還是有一些限制，我們無法寄望當無法解決空間問題時，都靠遠距醫療去處理，其實還是要根本解決這個問題。在高齡化的社會，即將面臨銀髮海嘯，很快地會有大量的老化人口，這是迫切的問題，相信診所醫師也不希望因此影響生意，相信基層診所醫師

也希望好好運用他們的專業照顧更多病人，所以還是希望能保留此細項指標。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、這個議題在所有醫師的群組，包括中、西、牙醫的群組都在討論，我們都很重視身障團體的生活、就醫權利，但很重要的是需要全體社會共同努力，醫界也願意一起來幫忙，對於細項指標的前半段「就醫診所是否具有無障礙通道」，醫界共識很高，比較沒意見，但對於後半段「及無障礙廁所的比率」，就法規面來講，102年後的新建築的面積達50平方公尺以上，在公共區域就要設置無障礙廁所，反之102年前的舊建築並沒有像這樣的法規規範。剛劉委員淑瓊也提到，若現在陳理事長宏麟在場就會反對，我隨時可以打電話給他，無障礙廁所的概念是什麼？我們開玩笑說，診所不是上廁所的地方，事實上，我的診所距離伊甸基金會大概不到500公尺，幾乎每天都會幫身障朋友服務。第2個，我們無障礙通道是OK的，醫界也很願意協助身障朋友，像最近診所提供施打新冠肺炎疫苗的服務，每天都有身障朋友，甚至有坐輪椅的長者過來接種疫苗，我們相關的服務也都做得非常好。但問題在於因為很多診所設在市區，舊建築礙於自有或建築法規等限制，無法去設立無障礙廁所。若診所的房屋是租賃的，跟房東說要改成無障礙廁所，退租時，還要將其恢復原狀，這就是困難度很高的原因。
- 二、身障朋友可以問問看，事實上我們也溝通過，google後就知道，附近到底哪些單位、公家區域有無障礙廁所，我們都願意共同推動，讓身障朋友急需時，有無障礙廁所可以使用。最近反應很激烈的是，將無障礙廁所列入設置標準，這樣在舊市區就不可能有新設診所，新診所的定義包括舊診所更換負責人、科別更換也視為新診所，做得太over(過度)的話，就會發現您家附近就醫很方便的診所就會消失。我們要重視身心障礙者的

就醫權利，但並非讓一般非身心障礙者的就醫權利也都沒了，請深思。

三、若問我個人支持不支持診所應具備無障礙通道，我個人很支持，我們就在創造無障礙通道給身障朋友就醫。很重要的，不是只有診所內要有無障礙通道，身障朋友到診所就醫最大的困擾不是在診所內，是在停車後，第1個找不到車位，第2從車位到騎樓診所端，也是困難重重。去年度因為醫事司獎勵醫療機構設置無障礙就醫環境，我的診所有參與，也願意來幫忙，包括我們都樂意添購、改善輪椅進入診所的高低差或其他的無障礙設施，及提供無障礙環境的服務。例如，上個月，因為身障朋友行動不便，我也到門口提供看診服務，我們都願意提供這樣軟體的服務。所以我建議適度修正這個細項指標，例如修正比較爭議的無障礙廁所的部分，包括醫事司、醫界、身障團體都沒有很好的共識前，這個真的請大家深思，有需要把診所做為上廁所的地方嗎？

周主任委員麗芳

謝謝。(劉委員淑瓊舉手)等一下...

劉委員淑瓊

因為和我直接有關，1句話就好，剛黃委員振國提到陳院長宏麟在的話，他一定會反對，我不知道哪句話引用錯了？

黃委員振國

我的意思是說，如果您特別強調是無障礙廁所的部分...

周主任委員麗芳

請2位委員會後再好好協商。

劉委員淑瓊

因為涉及我引用不在場第三人的話，一定要在這裡澄清，抱歉占用大家時間。

周主任委員麗芳

沒關係，謝謝，請馬委員海霞。

馬委員海霞

- 一、其實無障礙環境，包含軟、硬體，還有替代方案可以用，當有些法規或標準的細部規定尚不明確時，西醫基層無障礙設施的這項細項指標，我個人贊成用獎勵的方式。設置無障礙環境，不只是為了身障者，也是為了老人，另外當年輕人推娃娃車、帶著小孩時，1個有障礙的環境也是其考量的負擔之一。
- 二、我推動醫院無障礙環境和無障礙藥袋已經 20、30 年了，現在都實施了，當這個社會氛圍到了，大家接受了，就慢慢朝這個方向走。我知道診所會有些很困難之處，但我們可以想想有哪些替代方案可行，不是只有硬體設施設備，還包括軟體，所以我是 100%接受替代方案，本來就可行，我贊成先採獎勵的方式，克服困難，慢慢去執行。

周主任委員麗芳

先綜整一下，若還有欠缺，麻煩再持續發言，剛剛聽下來幾位委員，包括滕委員西華也建議西醫基層提供此細項指標的資料，但畢竟今年是評核 110 年，剛醫界也說他們努力在做，但去年無法回推去做，所以我們可以先蒐集資料，觀察它的變化，但不列入評分，多數委員也都接受，若這個方向可以接受，是否繼續往下討論？大家有共識嗎？請侯委員俊良。

侯委員俊良

我對這件事情有保留，若不列入評分是不是有一定時間的限制，不然後續沒有 1 個評分機制就不會促進這東西往前走。

周主任委員麗芳

後續機制的話，就是若健保會委員覺得明年一定要放此細項指標，現在西醫基層部門已經知道本會很重視這件事，只是要讓他們有緩衝時間，我看基層代表一直在點頭，等於今年先納入，因為今年要看去年的，但明年就不是如此了，因為今年已經花那麼多時間討論了，如果有共識...，請趙委員曉芳。

趙委員曉芳

其實 disability friendly environment(無障礙友善環境)的概念不是只有通道和廁所，還有 1 個替代做法是醫療院所是否具備無障礙友善

的環境，讓各個醫療院所各自表述他們做了什麼。無障礙通道、廁所涉及建物、公共安全，不能一次處理，但總要做其他努力，這是我的建議。

周主任委員麗芳

趙委員曉芳所提建議的涵蓋面更廣，等於說無障礙友善的環境，例如無障礙廁所或通道...等其他無障礙設施，請醫療院所提供這項資料，但今年不列入評分，若是委員可以接受的話，接下來要確認，品保款議定時點是評核前還是後？去年是在評核前，請林委員恩豪。

林委員恩豪

對不起，我要講的不是這1項，不好意思，我想重新討論第1項，確認評核委員產生方式決議是依照過去三階段方式產生，由7位評核委員推選主席嗎？

周主任委員麗芳

不是，因為還是沒有共識，所以先由主委擔任主席。

林委員恩豪

這是最後的共識？

周主任委員麗芳

就是因為沒有共識，對於評核內部會議的主席...。

李委員永振

這是主席的裁決啦，因為大家都同意依照去年的執行方式啊。

周主任委員麗芳

這個部分，我其實沒有關係，不需要擔負責任更好。剛剛因有2種不同意見而沒有共識，1個是由7位評核委員互選主席，但考慮到公正性，主席就不要進行評核，這是干委員文男意見。盧委員瑞芬則認為主席仍可進行評核，因為這是評核委員的職責，他評核的部門，他應最清楚該部門的表現應給予哪種評核等級；但干委員文男認為擔任主席又評定等級恐怕不適宜。因兩邊沒有共識，才會說由主委擔任主席，不是我自己要擔任。

李委員永振

沒有共識就不應該有結論啊。

周主任委員麗芳

沒有共識還是要有結論，不然怎麼進行？

李委員永振

留在下次討論。

周主任委員麗芳

這樣真的討論不完，很多人沒有發言不代表反對這樣的決議。

李委員永振

就表決嘛。

周主任委員麗芳

很多委員說贊成主席的決議，我剛剛已經講了，不是主委想要擔任評核內部會議主席，是因為真的沒有共識，今天會議開始就已經提醒，下午2點以後，有其他單位要使用會議室，而且本案要趕快確定，真的是拜託大家。接下來請就品保款額度議定時點的部分進行討論，去年是在評核會議前議定，是本會同屆委員決定在評核會議前議定，所以贊成會前議定品保款的委員不需要發言，現在請希望在評核會議後議定的委員發言，請李委員永振。

李委員永振

因為如果是評核會議前議定品保款的話，我是不瞭解這邊寫的優點，因為評核是評核去年的執行成果，事前決定有什麼鼓勵效果？去年總額都執行完畢，要評核了，還有什麼獎勵效果？是看報告誰寫的比較好嗎？我們不是看他的報告，所以我是贊成評核會議後議定啦！

周主任委員麗芳

去年在評核會議前議定，是因為評核結果出來後，再決定什麼等級給多少錢，會有先射箭再畫靶的問題，乃決議於評核會議前先議定品保款額度，去年委員會議討論重點是這樣。請胡委員峰賓。

胡委員峰賓

剛討論到無障礙設施，友善設施不只廁所，包括通道寬度、廁所空間、坡道斜度、櫃檯高度等，若是廁所因為涉及建築法及室內裝修

許可，或是跟房東有租賃關係，涉及租賃物變更，可能處理難度較大，但若是櫃台高度的友善措施等，應該比較能夠處理。建議先從比較簡單的友善設施開始實施，先納入評分，但像是廁所這種困難度比較高的設施，則是列入指標，觀察變化，暫不列入評分，待日後有共識再進行。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

呼應任何比賽的獎金、獎勵都是賽前公告，沒有賽後再決定的，這樣容易有舞弊機會。

周主任委員麗芳

一、剛剛已經充分交換意見，去年是在評核會議前議定品保款額度，委員對於採行這樣的做法沒有意見，本案決議如下：

(一)有關 110 年度執行成果評核作業方式：

- 1.評核委員產生方式依照去年方式辦理，評核內部會議由主任委員擔任主席。
- 2.綜合與會意見，評核項目的細項指標「就醫院所是否具備無障礙友善設施」，今年度不納入評分。

(二)有關評核結果之獎勵標準議定時間點於本年 6 月份(評核會議前)委員會議討論。

(三)同意健保署及四總額部門所提之「111 年度重點項目與績效指標(含目標值)」，請據以執行，以利執行成果之展現。

二、提醒健保會同仁幾個小地方，會議資料第 79 頁「4.參與人員」的第 3 行提到健康署，請問是健保署還是國健署？

周執行秘書淑婉

是國健署。

周主任委員麗芳

好，國健署就是健康署。另外會議資料第81頁，111年4~5月的第2點「加上本會現任、曾任專家學者後」，不能把滕委員西華這麼優秀的公正人士遺漏，文字再加上「公正人士委員」。

劉委員淑瓊

針對是否由健保會主委擔任評核內部會議的主席，我認為評核委員均為票選產生，若直接指定評核主席人選，恐違背制度設計的精神，應該再斟酌。一般外面的會議，通常都是由參與委員互推1位擔任主席，這樣推舉出來的主席本身有實際參與評核作業，了解整個脈絡，比較妥適。如果主席要做裁決，我建議表決。

周主任委員麗芳

這部分剛剛也交換過意見，請林委員恩豪。

林委員恩豪

不好意思，這個議題好像有點吵太久了，如果大家一直沒有共識，是否就按照原本的三階段就好了，不要再有額外的方式。

周主任委員麗芳

是，依照原本的三階段，但是沒有共識的...

林委員恩豪

就是按照原本的方式，由評核委員互相推選主席。

周主任委員麗芳

是評核委員互推，但大家對主席的角色沒有共識，所以剛剛有幾位委員表示尊重主席裁示。

劉委員淑瓊

不是，就是指評核委員互推1位主席，還是由健保會主任委員擔任評核會議主席這件事情，不應回到主席裁示，再次建議表決。

周主任委員麗芳

好，我們退而求其次，如同干委員文男所建議，由評核委員互推主席，但主席不擔任評核委員，且不提出評核等級建議。

滕委員西華

主席，行政院公共工程委員會標案的主席也是委員，亦是評分者，而且這是多數人的決定，怎麼可能干預，我覺得有點多餘。

周主任委員麗芳

因為剛剛已經下決議，我建議先按照原決議，尊重沒有發言的委員，並不代表說一定是...。

劉委員淑瓊

我主張表決，我知道時間很趕，但是大家已經表示意見，如果最後還是由主席決定，這個會真的不用開了。

周主任委員麗芳

那我們請最資深的何委員語表示意見，尊重何委員語的意見。

何委員語

- 一、依程序，決議不是我個人可以決定的，但也不是干委員文男個人可以決定，我認為應該聽大家的意見比較好。
- 二、我的意見就是按照會議資料第 75、76 頁(1)、(2)、(3)的文字，都不要改，這樣就很簡單。至於會議資料第 76 頁第 2 點「至於第三階段評核委員之決定...」，這段要不要保留？請教周執行秘書淑婉。

周主任委員麗芳

這段沒有妨礙。

何委員語

好，沒妨礙。依原來的文字，最後面已經寫「由評核委員互相推選主席」，這樣就好了啊。

周執行秘書淑婉

向委員說明，會議資料第 76 頁第 2 點是案由說明，與後面的作業方式(草案)文字沒有關聯，請委員放心，不會列入評核作業方式。

何委員語

好，我不擔心，晚上會睡好一點。

陳委員石池

- 一、本案怎麼討論這麼久，健保會同仁在會議資料第 81 頁寫得非常好，「四部門總額受託團體及本會付費者代表委員推薦評核委員人選」，委員認為自己很強也可以被推薦，沒有說不能推

薦啊？還有「加上本會現任、曾任專家學者等」，我覺得已經寫得非常好了，怎麼討論這麼久。

二、評核委員被推舉出來他就有權力打分數，當主席就不能打分數，這不太公平，假設認為當主席有違背立場之虞，那就7個評核委員加主委當主席，這樣就能解決問題了，為什麼這個議題可以吵這麼久，這麼簡單的概念，我一直想不通。

周主任委員麗芳

沒錯，就是這樣，既然陳委員石池已經說了，為什麼要討論這麼久，我想在沒有共識的情形下，今年先以這樣的方式處理，明年再來檢討。

劉委員淑瓊

主席，為什麼一定要堅持回到您的意見呢？

周主任委員麗芳

剛剛干委員文男表示評核委員應該要維持中立、不打分數，我詢問一下大家意見，若評核委員不打分數，就是主席的話...

劉委員淑瓊

我們尊重干委員文男的意見，但是其他委員也表示主席也能打分數，為什麼又回頭問干委員為難他呢？

周主任委員麗芳

我沒有預設立場，我就接受你們...

何委員語

主席，我要講一句話，當時的前提是付費者代表推選1位擔任評核委員，所以干委員文男才提出後面的建議。後來林委員敏華已經不堅持他的提案，既然不具備前提了，就回歸原本的模式，互推主席就好了。

周主任委員麗芳

一、沒有問題，這部分我們從善如流，我們再次確認內容，請大家參閱會議資料第79頁，「評核內部會議參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁，由評核委員互相推選主席」，本案就到這裡。

二、接下來還有一個報告事項，蔡副署長淑鈴剛剛表示，該案已經第3次提本會報告，今天沒有時間討論，但是我們會請委員提書面表示意見，請同仁宣讀。

柒、報告事項「有關『111 年度各部門總額依協定事項需於 110 年 12 月底前提本會報告之項目』辦理情形」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

- 一、本案資料很詳細，已經是第 3 次提本會報告，在此也向健保署致歉，請各位委員會後撥冗仔細研讀，針對本案如有寶貴意見請以書面提出，我們會送請健保署回應。
- 二、今天的會議有無臨時動議？沒有，那今天的會議就到此結束，謝謝大家。

李委員永振會後書面意見

請參閱會議資料第 133 頁，我有 3 點意見如下：

- 一、協商結果核定，相關監控管控措施即應陸續推出。擬計畫時即應考量，不是邊做邊想。
- 二、健保署應扮演好保險人角色，相關議題可事先與各團體代表溝通討論，但向健保會報告應是保險人的責任！
- 三、請健保署依健保會同仁研析意見加強落實所訂定之相關管控措施，並於 111 年 7 月提供初步執行結果。

行政院公報

第028卷 第053期

20220323

衛生勞動篇

衛生福利部公告

中華民國111年3月23日

衛部保字第1111260109號

主 旨：預告修正「全民健康保險投保金額分級表」。

依 據：行政程序法第一百五十一條第二項準用第一百五十四條第一項。

公告事項：

一、修正機關：衛生福利部。

二、修正依據：全民健康保險法第十九條第一項。

三、「全民健康保險投保金額分級表」修正草案如附件。本案另載於本部全球資訊網站（網址：<https://www.mohw.gov.tw/>）「法令規章 / 衛生福利法規檢索系統」網頁。

四、本案業於111年2月25日全民健康保險會第5屆第2次委員會議進行討論，多數委員表示肯定。為強化全民健保量能負擔精神、提升負擔公平性，儘速落實符合社會期待，爰縮短預告期間為14日。對於本公告內容有任何意見或修正建議者，請於本公告刊登公報次日起14日內陳述意見或洽詢：

（一）承辦單位：衛生福利部社會保險司

（二）地址：臺北市南港區忠孝東路6段488號4樓

（三）電話：(02)85906731

（四）傳真：(02)85906048

（五）電子郵件：hgshirley@mohw.gov.tw

部 長 陳時中

全民健康保險投保金額分級表修正草案總說明

依據全民健康保險法第十九條第一項規定，第一類至第三類被保險人之投保金額，由主管機關擬訂分級表，報請行政院核定之。考量投保金額分級表最高一級已十二年未調整，然最低一級已配合基本工資調升十一次（調幅百分之四十六），為強化社會保險量能負擔之精神，高所得者負擔較多之保險費責任，使整體社會制度更符合公平正義，縮小貧富差距衍生之健康不平等，爰依法修正全民健康保險投保金額分級表，將最高一級投保金額由新臺幣十八萬二千元調整為二十一萬九千五百元。

全民健康保險投保金額分級表修正草案對照表

修正規定				現行規定				說明
組別 級距	投保 等級	月投保 金額 (元)	實際薪資月額 (元)	組別 級距	投保 等級	月投保 金額 (元)	實際薪資月額 (元)	
第一組 級距 1200 元	1	25,250	25,250 以下	第一組 級距 1200 元	1	25,250	25,250 以下	一、全民健康保險投保金額分級表最高一級由現行182,000元調高至219,500元(增列47-51級,共5級)。 二、本表以新臺幣(元)為單位。
	2	26,400	25,251-26,400		2	26,400	25,251-26,400	
	3	27,600	26,401-27,600		3	27,600	26,401-27,600	
	4	28,800	27,601-28,800		4	28,800	27,601-28,800	
第二組 級距 1500 元	5	30,300	28,801-30,300	第二組 級距 1500 元	5	30,300	28,801-30,300	
	6	31,800	30,301-31,800		6	31,800	30,301-31,800	
	7	33,300	31,801-33,300		7	33,300	31,801-33,300	
	8	34,800	33,301-34,800		8	34,800	33,301-34,800	
第三組 級距 1900 元	9	36,300	34,801-36,300	第三組 級距 1900 元	9	36,300	34,801-36,300	
	10	38,200	36,301-38,200		10	38,200	36,301-38,200	
	11	40,100	38,201-40,100		11	40,100	38,201-40,100	
	12	42,000	40,101-42,000		12	42,000	40,101-42,000	
第四組 級距 2400 元	13	43,900	42,001-43,900	第四組 級距 2400 元	13	43,900	42,001-43,900	
	14	45,800	43,901-45,800		14	45,800	43,901-45,800	
	15	48,200	45,801-48,200		15	48,200	45,801-48,200	
	16	50,600	48,201-50,600		16	50,600	48,201-50,600	
第五組 級距 3000 元	17	53,000	50,601-53,000	第五組 級距 3000 元	17	53,000	50,601-53,000	
	18	55,400	53,001-55,400		18	55,400	53,001-55,400	
	19	57,800	55,401-57,800		19	57,800	55,401-57,800	
	20	60,800	57,801-60,800		20	60,800	57,801-60,800	
第六組 級距 3700 元	21	63,800	60,801-63,800	第六組 級距 3700 元	21	63,800	60,801-63,800	
	22	66,800	63,801-66,800		22	66,800	63,801-66,800	
	23	69,800	66,801-69,800		23	69,800	66,801-69,800	
	24	72,800	69,801-72,800		24	72,800	69,801-72,800	
第七組 級距 4500 元	25	76,500	72,801-76,500	第七組 級距 4500 元	25	76,500	72,801-76,500	
	26	80,200	76,501-80,200		26	80,200	76,501-80,200	
	27	83,900	80,201-83,900		27	83,900	80,201-83,900	
	28	87,600	83,901-87,600		28	87,600	83,901-87,600	
	29	92,100	87,601-92,100		29	92,100	87,601-92,100	
	30	96,600	92,101-96,600		30	96,600	92,101-96,600	
	31	101,100	96,601-101,100		31	101,100	96,601-101,100	
	32	105,600	101,101-105,600		32	105,600	101,101-105,600	

	33	110,100	105,601- 110,100		33	110,100	105,601- 110,100
第八組 級距 5400 元	34	115,500	110,101- 115,500	第八組 級距 5400 元	34	115,500	110,101- 115,500
	35	120,900	115,501- 120,900		35	120,900	115,501- 120,900
	36	126,300	120,901- 126,300		36	126,300	120,901- 126,300
	37	131,700	126,301- 131,700		37	131,700	126,301- 131,700
	38	137,100	131,701- 137,100		38	137,100	131,701- 137,100
	39	142,500	137,101- 142,500		39	142,500	137,101- 142,500
	40	147,900	142,501- 147,900		40	147,900	142,501- 147,900
	41	150,000	147,901- 150,000		41	150,000	147,901- 150,000
第九組 級距 6400 元	42	156,400	150,001- 156,400	第九組 級距 6400 元	42	156,400	150,001- 156,400
	43	162,800	156,401- 162,800		43	162,800	156,401- 162,800
	44	169,200	162,801- 169,200		44	169,200	162,801- 169,200
	45	175,600	169,201- 175,600		45	175,600	169,201- 175,600
	46	182,000	175,601- 182,000		46	182,000	175,601 以上
第十組 級距 7500 元	47	189,500	182,001- 189,500	/			
	48	197,000	189,501- 197,000				
	49	204,500	197,001- 204,500				
	50	212,000	204,501- 212,000				
	51	219,500	212,001 以上				

衛生福利部全民健康保險會
第5屆111年第3次委員會議

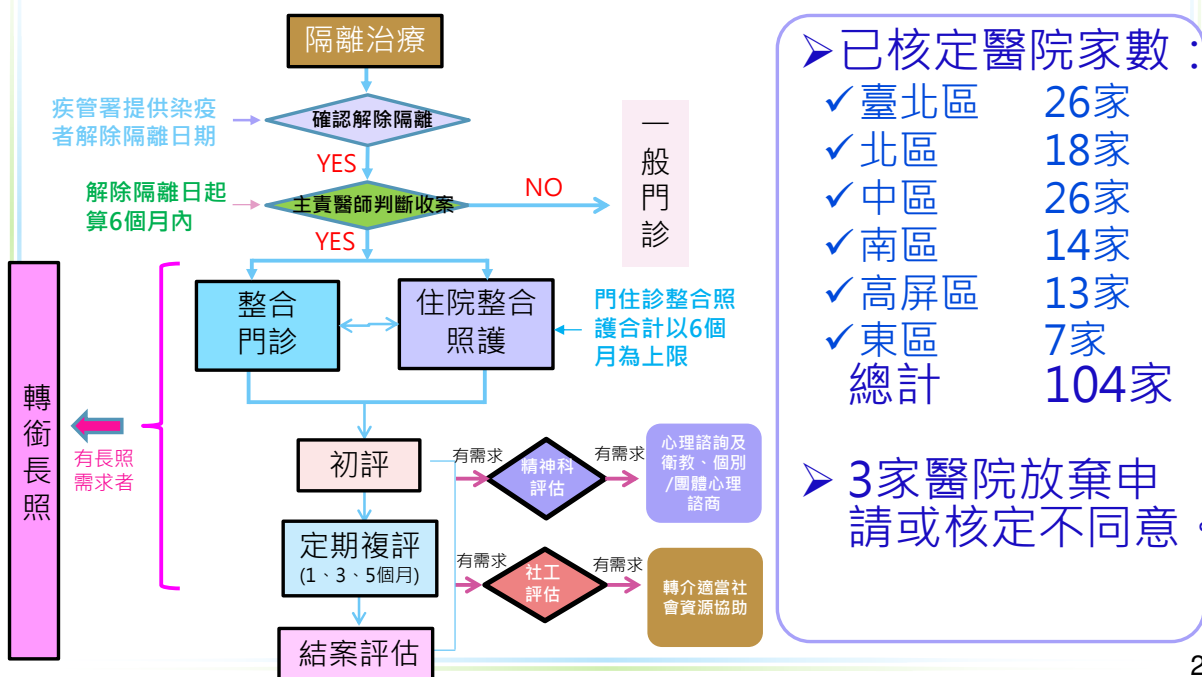
「110年第4季全民健康保險
業務執行季報告」

中央健康保險署
李伯璋署長
111年3月25日



COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫

110年12月13日公告計畫，提供以康復者為中心之跨科別門住診整合醫療
照護，截至111年3月18日，已有107家醫院提出申請，核定104家醫院承作



已核定醫院家數：

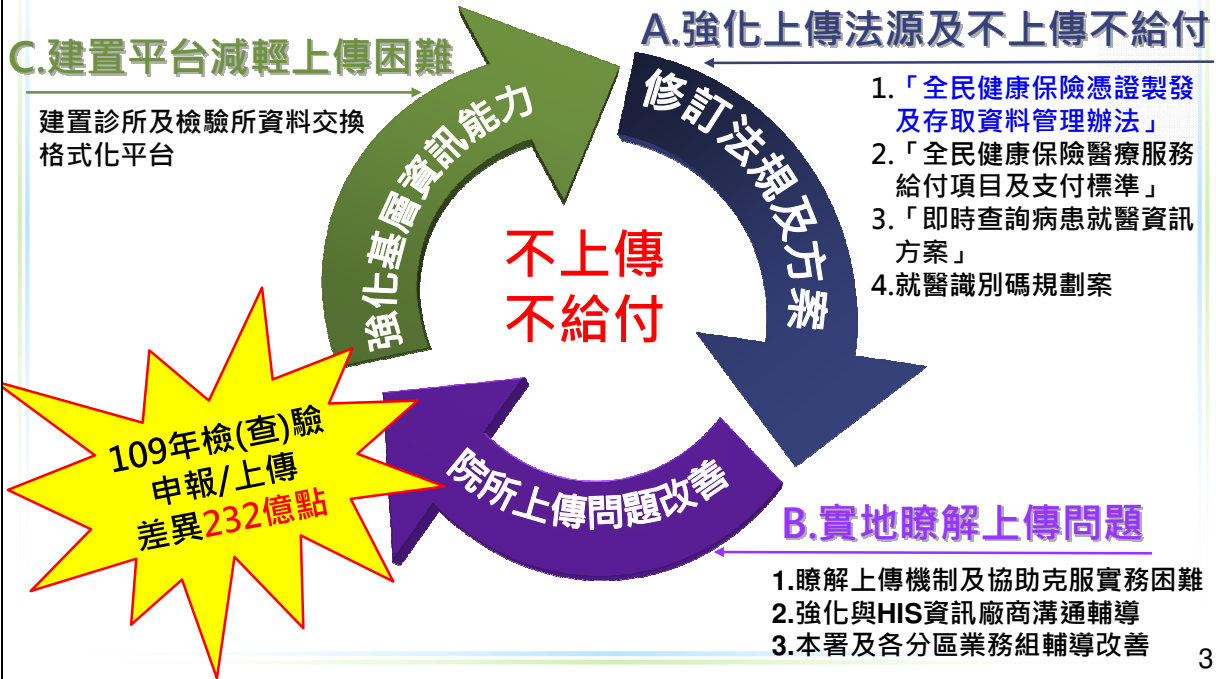
- ✓ 臺北區 26家
- ✓ 北區 18家
- ✓ 中區 26家
- ✓ 南區 14家
- ✓ 高屏區 13家
- ✓ 東區 7家
- 總計 104家

3家醫院放棄申請或核定不同意。



修訂保險憑証管理辦法

111年3月7日完成預告，刻正報部準備公告，未來**不上傳不給付**

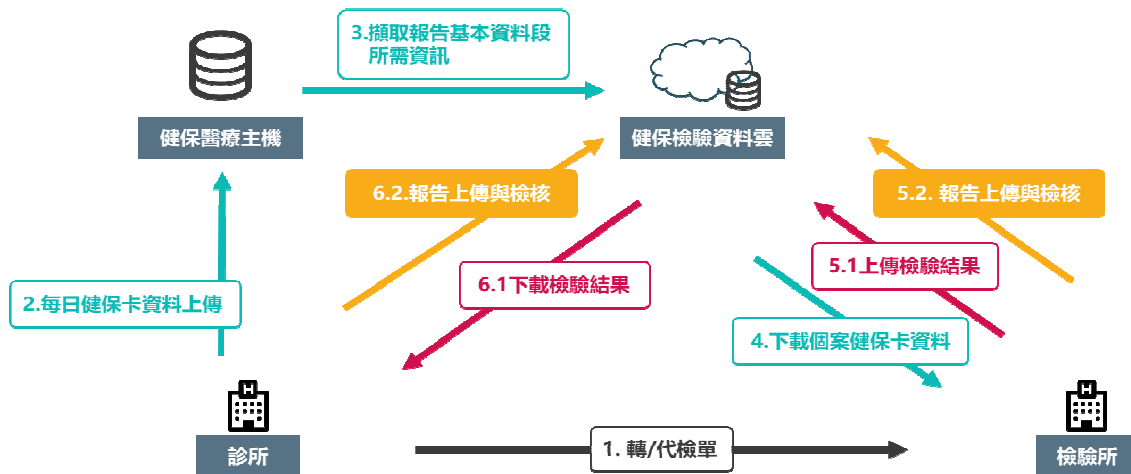


3



檢驗(查) 資料交換平台規劃

- ✓ 平台功能測試中，預計111年6月正式上線
- 提升基層診所 / 檢驗所檢驗(查)上傳率，協助轉檢、代檢資料整合。
- 111年1月邀請醫療資訊廠商、診所及檢驗所進行平台測試，截至3月21日共20家診所、9家檢驗所及4家醫療資訊廠商參與對測。



4



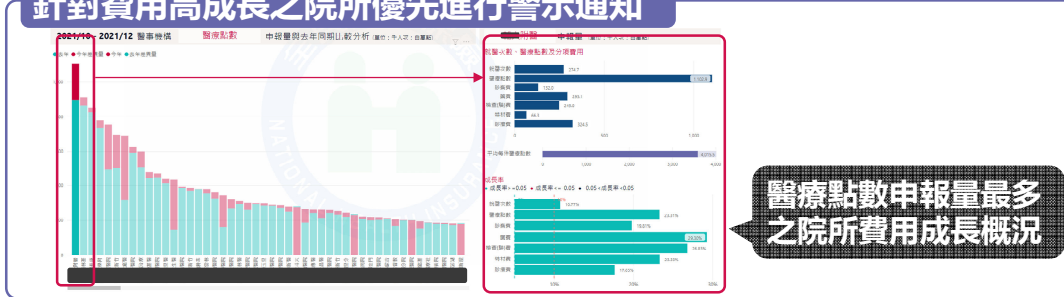
運用BI管理 最佳化健保大數據

• (Business Intelligence)

運用BI，快速掌握費用成長來源



針對費用高成長之院所優先進行警示通知



5



遠距醫療及視訊診療未來規劃

遠距醫療給付計畫修正

– 修正草案將提111年3月30日「111年醫療服務共擬會議第1次臨時會議」

新增地區範圍	新增會診科別	新增實施場域
<ul style="list-style-type: none"> 醫療資源缺乏地區 110年以前衛福部遠距計畫施行地區 	心臟內科、腸胃科、神經內科、胸腔科	<ul style="list-style-type: none"> 施行地區照護機構 山地離島地區居家醫療照護整合計畫收案個案居家訪視

– 放寬同一施行地區僅1家在地院所得執行之限制

– 在地醫師診察費加成

配合防疫持續辦理視訊診療

– 衛生福利部110年5月17日及7月13日函示放寬通訊診察治療辦法規定，實施期限至中央流行疫情指揮中心解散日止

– 如疫情趨緩或結束後仍有開放視訊診療之需求，本署配合研議視訊診療相關給付方式及配套

6



虛擬健保卡介接 行動支付規劃說明

民眾開啟「健保快易通APP」取得**虛擬健保卡** QR CODE，並進行就診。



民眾看完診，開啟「健保快易通APP」
選擇看診院所後，逕連結至「該院提供之行動支付」之繳費頁面

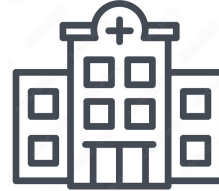


使用**虛擬健保卡**，系統自動帶入。

於「行動支付」繳費頁面，確認當次費用並繳費。

領藥/辦理出院。

維持現行「行動支付」與院所資料介接



7



放寬白內障手術規範之配套管理

研修相關規定，以**事前登錄**取代**事前審查**



醫師執行白內障手術
>40例須送事前審查



白內障手術事前登錄作業

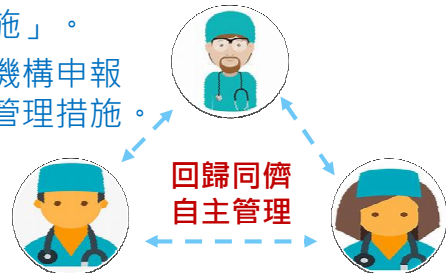


費用管控及事後審查措施



- 110年12月9日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」通過，自**111年3月1日生效**

- 刪除「醫師執行白內障手術四十例以上須送事前審查」規範。
- 改以「白內障手術事前登錄作業」、由眼科相關學會及總額部門受託單位共同研議「費用管控及事後審查措施」。
- 視後續特約醫事機構申報情形，滾動檢討管理措施。



8



推動「糖尿病及初期慢性腎臟病 照護整合方案」

- 糖尿病及初期慢性腎臟病在基層院所多由不同專科醫師分別照護，對共病人難以提供完整照護，爰推動以病人為中心之全人照護
- 衛福部已於111年2月15日公告，自**111年3月1日生效**

方案重點

- 針對同時於同院所參與DM及CKD P4P方案之個案新增糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理措施，並提供管理照護費、品質獎勵金。
- 整併共管措施、DM、CKD方案為「**糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案**」

	DM方案	共管措施	CKD方案
參與醫師數	4,130	-	4,158
符合收案條件人數	1,493,310	-	1,293,566
收案人數	870,787	-	433,694
模擬新增共管措施後收案人數	642,583	228,204	205,490

註：以109年申報資料分析

9



雲端系統三層防護 強化腎病用藥安全

雲端查詢系統新增高風險腎臟病人開立NSAIDs時之提示，腎病患者用藥更安全

原有功能

- ① 摘要區提示：中、重度腎病患者宜注意用藥訊息 提示範圍：CKD第3B期至第5期病人

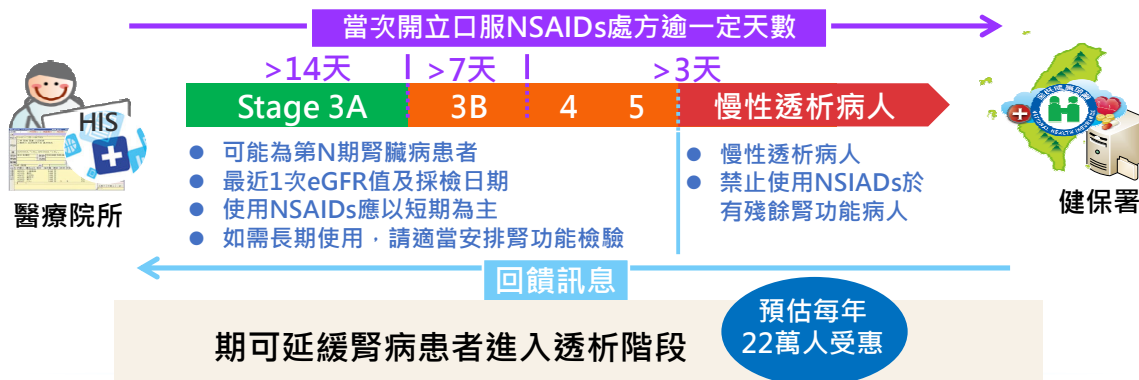
摘要：

此病患可能為中重度與重度慢性腎臟病患者，請儘量避免使用NSAIDs以及具腎毒性之顯影劑、抗生素、免疫抑制劑及抗腫瘤藥物等，並至少每三個月評估血清肌酸酐值，另建議轉診至腎臟科追蹤治療。最近一筆eGFR值為【20.5】，採檢日期為【110/01/28】。

- ② 28天內NSAIDs重複用藥提示API：28天內NSAIDs口服藥、貼布及軟膏情形

新增功能(111年1月26日上線)

- ③ 高風險腎臟病人NSAIDs用藥提示API 提示範圍：CKD第3A期至第5期及慢性透析病人



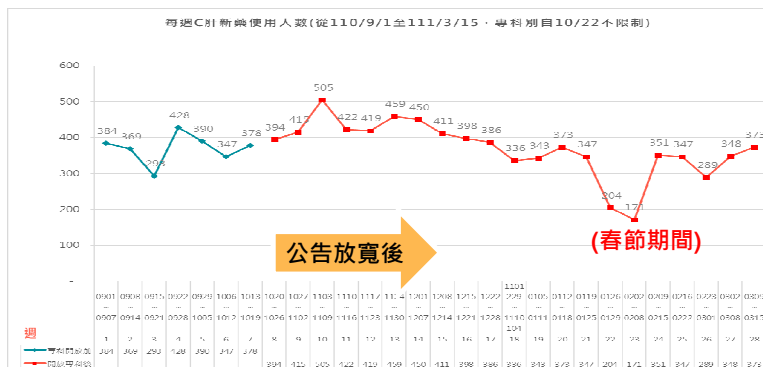
10



C肝治療持續推動精進

- 截至111年2月15日，13.3萬人接受治療，距離C肝消除目標（25萬人）還剩11.7萬人。
- 110年10月22日公告放寬DAA之處方醫師資格，截至111年2月15日，參與C肝新藥健保給付執行計畫之院所家數增加177家，成長21%。
- 對於曾檢查有C肝但未治療者、或高風險（洗腎/共用針具等）病人，規劃在醫療場所透過平面媒體建立其病識感，鼓勵民眾主動洽詢醫師診治。

	DAA處方醫師資格放寬前	DAA處方醫師資格放寬後
全臺參與C肝新藥給付執行計畫之院所家數	658	835



健保C肝新藥

不限專科別醫師均可開立處方
藥費18萬元 健保來給付

曾檢查為C肝病人
為洗腎/共用針具等
高風險者，請主動
洽詢醫師安排治療

肝會導致肝癌，立即治療不能拖

健保C肝
全口服新藥

- ◆療程短
- ◆免打針
- ◆副作用少
- ◆治療率近99%

11



藥品MEA按季檢討 加速還款

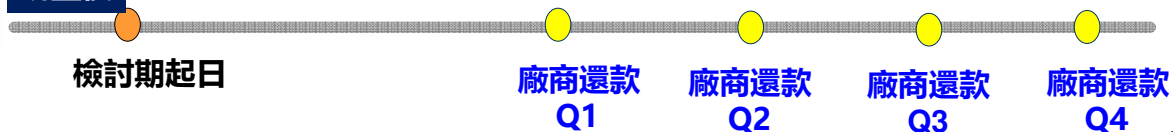
調整簽有固定比例還款之其他協議(MEA)檢討頻度

- 目的：縮短廠商還款時間，使還款能即時返回健保總額。
- 作法：調整簽有固定比例還款之其他協議(MEA)檢討頻度，原每年檢討，改為每季檢討。
- 指標藥品品項：Tagrisso、CDK4/6類藥品 (Kisqali、Ibrance) 等。

調整前



調整後



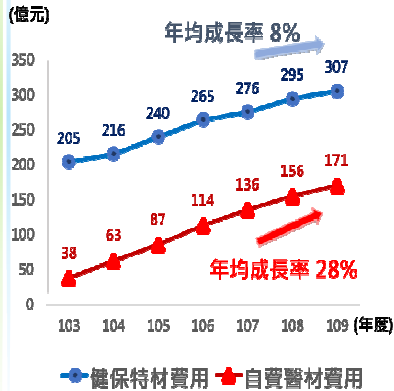
12



推動特材差額負擔 提升新醫材可近性

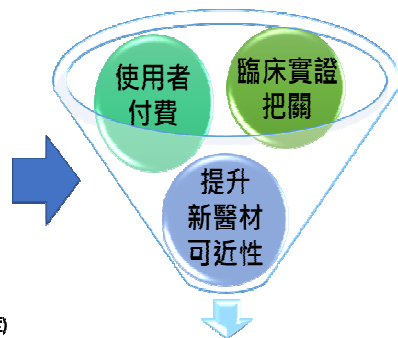
問題

自費醫材費用年均成長率遠高於健保特材



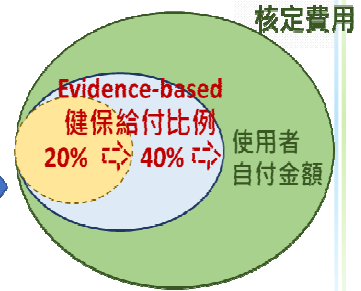
- 發現兩大問題：
- 一、健保收載特材未能與時俱進，導致自費使用量增加。
 - 二、健保完全沒有收載，造成臨床缺口。

策略



109.1.30完成公告增列藥物支付標準§52-4

效益



- ◆ 合理健保給付
- ◆ 明確使用者付費
- ◆ 兼顧健保財務
- ◆ 提升新醫材可近性
- ◆ 資訊透明



優化十大疾病網頁資訊 民眾好用好查

現行網頁



規劃優化網頁



- 糖尿病指標：
- ✓ 糖尿病病人執行檢查率-糖化血紅素或糖化白蛋白、空腹血脂、眼底檢查或眼底彩色攝影、尿液蛋白質檢查
 - ✓ 糖尿病病人加入照護方案比率



預計111年3月底上線

- 十大疾病別：
 - 糖尿病
 - 人工膝關節手術
 - 子宮肌瘤手術
 - 消化性潰瘍疾病
 - 氣喘
 - 急性心肌梗塞
 - 鼻竇炎
 - 腦中風
 - 慢性腎臟病
 - 人工髖關節手術



外來人口換發新健保卡

- 移民署110年1月2日實施外來人口新式統一證號政策，至112年底影響人數約95萬人。
- 外來人口換發新證號後，若健保卡仍為舊證號，於就醫、PCR檢測或疫苗預約造成爭議。
- 為避免新舊證號交錯使用困擾，本署積極爭取經費，111年起由本署主動替變更新證號之外來人口辦理基本資料變更暨製發新健保卡。
 - 本署健康存摺串接疾管署預防接種資料，會整合新舊居留證號資料同步查詢呈現，惟醫療院所若以疾管署NIIS系統查詢，則需待疾管署資料整合。

15



強化健保與商保整合

- 規劃辦理「善用商保補位健保研討會」
 - 全民健保為健康醫療保險之基礎，提供多數的醫療照顧。為擷節健保資源，部分臨床效益未明確之新藥、材料及手術暫時無法納入給付。
 - 商業保險可為多數民眾補足健保暫時無法提供新藥、醫材的第二道選擇，期能藉由此研討會提升民眾正確投保商保認知，有效進行醫療風險管理。
 - 規劃主題：
 - 全民健保總額支付制度及新藥、新科技發展趨勢下面臨之挑戰。
 - 提升新藥、新醫材之可近性，善用商業保險補位健保。
 - 活動日期：111年上半年(日期待定)
 - 邀請單位：
 - 全民健康保險會委員、金融監督管理委員會保險局、壽(產)險公會及業者、保險事業發展中心、醫師公會、專家學者等。
- 研議於健康存摺呈現民眾商保資料之可行性
 - 預計3/28拜會人壽公司商討合作提案

16



持續精進健康存摺SDK功能

- 現況
 - 27家54支APP介接完成
- 近期精進功能
 - 新增生物辨識快速登入
 - 新增預授權月份區間
 - 新增預設授權資料類別
 - 簡化文字說明，快速閱讀

➔ **提升民眾使用便利性
擴大健康資料應用**

健康存摺的豐富資料庫

利用SDK一起為國人健康加油!

為提升醫療品質與效率，健保署結合資訊及雲端科技

2014年

發展「健康存摺」，將就醫紀錄與健康數據回歸個人，促進民眾自主健康管理、便利醫病溝通。

2019年

擴大健康資料運用，開發軟體套件(SDK)介接各醫療院所、健康管理、資訊應用企業App等，提供民眾更多元的健康照護服務。

SDK 三大好處一次看

01

我的健康，我管理!

讀自身的醫療訊息能以最熟悉的方式自主管理。

02

授權匯入健康及醫療資訊

使用不同的App不用一直重複輸入，透過SDK直接匯入App最迅速。

03

公私協力 整合健康管理資源

讓App擴大資料應用企業發展更進步，讓民眾享有更多元的健康照護服務。

17



健保資訊運用及共享調查

111.4.26 憲法法庭將就健保資料庫運用案進行言詞辯論
本署調查民眾意願，超過八成民眾支持相關應用

填答總人數 **12萬9,449人**

支持學術利用 **91.6%**

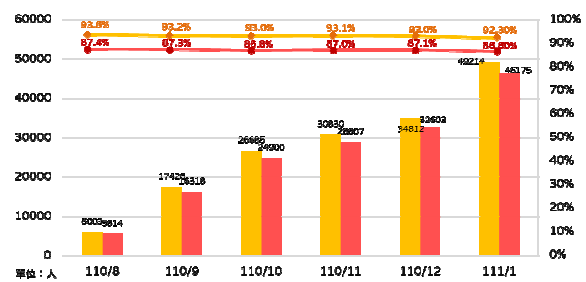
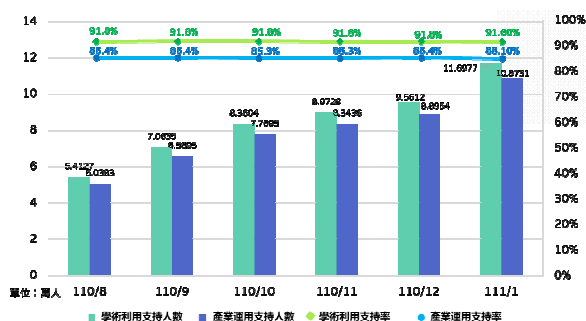
支持產業應用 **85.1%**

個人資料利用告知同意書(試辦)

支持學術利用 **92.3%**

支持產業應用 **86.6%**

統計期間 110年7月10日至111年2月7日



18



健康存摺疫苗接種情形呈現優化

以打勾、燈號之方式呈現，便利民眾進出特定場所

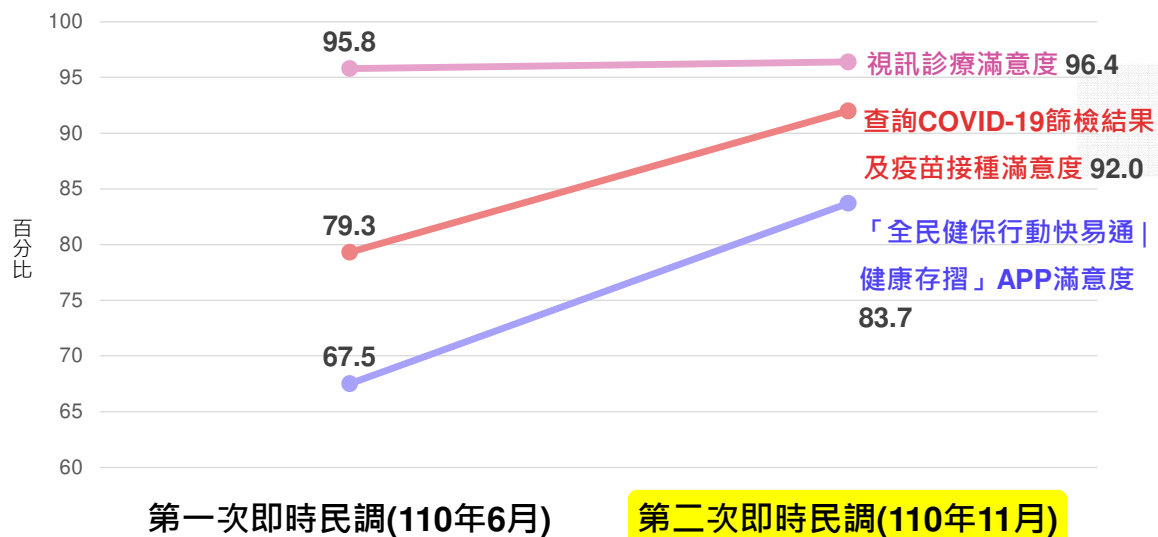
- 中央疫情指揮中心規定自111年1月21日起民眾進入特定場所須配合出示完整疫苗接種紀錄
- 本署於健康存摺精進疫苗接種顯示情形，以視覺化呈現

使用人數達
798萬人
(截至111/3/21)

19



民眾對視訊診療、疫苗接種查詢及健康存摺滿意度皆達8成以上



- 調查對象：臺閩地區（臺、澎、金、馬）年滿18歲以上之民眾
- 有效樣本：2,226人



疫情下，不間斷的健保服務

一、網路申辦健保卡大幅成長

1. 推動APP申辦健保卡，110年全年利用約5.5萬人次，成長42%
2. 健保卡除就醫外，更配合防疫-運用於購買口罩、疫苗登記預約、領取五倍券

二、健保APP健保櫃檯利用率速增

免接觸服務，110年共逾1,445萬人次使用，成長67.87%

三、增加多元通訊服務

啟動通訊受理(電話、傳真、E-MAIL) 第6類民眾異動服務



21



多元協力助弱勢 健保愛心到地方

透過健保弱勢民眾通報平台及跨機關資訊交流，協助補助弱勢民眾



111.1.7 舉辦高屏澎地區
關懷弱勢感恩茶會暨記者會



110.12.28 與宜蘭縣政府共同召開
「健保有溫暖 送愛到宜蘭」記者會



22



中央健康保險署
LINE官方帳號

全新升級6大功能!



111年1月12日全新上線!
1/31-2/6提供春節期間COVID-19自費PCR院所查詢



- **醫療資源**
預約掛號看診、藥局搜尋、醫材比價搜尋、藥品搜尋、春節服務時間查詢。
- **最新消息**
點擊右上角鈴鐺，即可收到健保署最新消息推播。
- **健保服務**
健保卡申辦、保費計算、醫療費用。
- **健保快易通**
台灣最夯APP用了沒？從LINE開啟或下載健保快易通。
- **健保資訊運用及共享意願調查**
健保資料庫開放的成就有目共睹，透過LINE即能表達個人健保資訊運用及共享意願。
- **我要支持弱勢**
連結全球資訊網「健保愛心專戶」專區，擴大愛心專戶宣導。



謝謝聆聽
敬請指教

