

衛生福利部全民健康保險會
第7屆115年第3次委員會議事錄

中華民國115年4月22日

衛生福利部全民健康保險會第7屆115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115年4月22日上午9時30分

方式及地點：本部301會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：劉于鳳、林偉翔

出席委員：(依姓名筆劃排序)

田委員士金、朱委員益宏、吳委員永全、吳委員銘修、吳委員鏘亮、呂委員正華、李委員飛鵬、林委員宜平、林委員恩豪、林委員敏華、花委員錦忠、洪委員瑜黛、胡委員峰賓、張委員田黨、張委員家銘、張委員鈺旋、許委員舒博、許委員慧瑩、連委員賢明、陳委員世岳、陳委員秀熙、陳委員建宗、陳委員節如、陳委員麗琴、黃委員心苑、黃委員金舜(中華民國藥師公會全國聯合會李常務監事懿軒代理)、黃委員振國、黃委員國祥(中華民國工商協進會黃專案協理美慧代理)、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、溫委員宗諭、董委員正宗、蔡委員順雄、鄭委員力嘉、謝委員佳宜、顏委員鴻順、嚴委員必文、蘇委員守毅

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：陳署長亮好(顏副署長家瑞代理)

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第21~22頁)

貳、議程確認：(詳附錄第22~23頁)

決定：確認。

參、確認上次(115年第2次)委員會議紀錄：(詳附錄第23頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第26~32頁)

決定：洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第33~47頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：116年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)，提請討論。

決議：

- 一、總額協商架構之「總額設定公式」及「醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法」暫列，委員所提意見，送請衛生福利部參考，後續將俟衛生福利部交議總額範圍內容再行定案，並提報委員會議確認。
- 二、依委員共識意見修正內容後，通過訂定「116年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，如附件一(修正如劃線處)。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：116年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)，提請討論。

決議：

- 一、照案通過，訂定「116年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，如附件二。請中央健康保險署及各總額部門依總額協商程序及所訂時程辦理相關事宜，並請委員預留總額協商相關會議時間與會。
- 二、確認各部門總額協商順序，依序為：醫院總額、門診透析預算、西醫基層總額、中醫門診總額、牙醫門診總額、其他預算。請本會同仁據以安排，並於8月份委員會議提報協商議程。

第三案

提案單位：本會第三組

案由：修正「115年度各部門總額一般服務之點值保障項目」

案，提請討論。

決議：同意修正「115年度各部門總額一般服務之點值保障項目」，如附件三(修正如劃線處)。

第四案

提案人：陳委員世岳

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：建請重新評估114年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫於一般服務扣減重複部分之費用案，提請討論。

決議：本案經委員討論後，未能達成共識，惟本協定項目業經衛生福利部核定並公告，後續將併同所有意見，送請衛生福利部決定。

陸、報告事項(詳附錄第48~53頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：114年度全民健康保險基金附屬單位決算及116年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案，請鑒察。

決定：本案援例不同意備查，委員所提意見請中央健康保險署研參及書面回復。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「高風險疾病口腔照護計畫」專案報告(含牙結石清除各類適用對象醫療利用及執行效益檢討結果)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署參考。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：115年度各部門總額依核定事項，須提會報告之具體
實施計畫/方案/規劃或執行方案(續提)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保
險署參考。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：115年3月份全民健康保險業務執行報告(併「115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(含書面意見)，請中央健康保
險署參考。

柒、臨時動議：無。

捌、專題演講及意見交流

題目：健康台灣的願景與推展

講座：總統府健康台灣推動委員會陳志鴻副召集人

玖、散會：下午12時33分。

116 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

第 7 屆 115 年第 3 次委員會議(115.4.22)通過

壹、總額協商架構

一、總額設定公式(暫列，俟衛生福利部交議總額範圍後定案，再提委員會議報告)

■年度部門別^{註1}醫療給付費用總額＝

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

年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

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

■年度全民健保醫療給付費用總額＝

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

年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

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

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

2.因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正前 2 年投保人口預估成長率與實際之差值金額(即 116 年度總額基期須校正 114 年度總額投保人口預估成長率與實際之差值金額)。

- 3.依本會 114 年第 4 次委員會議(114.6.25)確認之「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，115 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，於 116 年度總額協商基期費用加回。
- 4.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。
- 5.依衛福部報奉行政院核定之 116 年度總額基期，係以前 1 年度(115 年)健保醫療給付費用總額，校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額、加回前 1 年度(115 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

二、醫療服務成本及人口因素

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

(二)成長率計算公式

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

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

三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新醫療科技及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

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

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式

先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1

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

(三)計算公式

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

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

貳、總額協商原則

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

二、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

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

三、基期

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

四、醫療服務成本及人口因素

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

五、協商因素

(一)給付項目之調整

本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目給予合理配置，不涉及個別給付項目之決定。

(二)各部門之「品質保證保留款」

1.列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。

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

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款

1.列為協商減項，扣減前2年度(114年)違反特管辦法第37、39、40條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主

動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件。且於次年度(117年)總額加回該違規扣款金額，不影響次年度總額協商之基期費用。

2.本項扣款數值，以協商時健保署提供者為準。

(四)一般服務之協商因素項目：

- 1.應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用。新增項目需提出執行目標及預期效益之評估指標，延續性項目需提出過去執行成果效益或檢討改善規劃，並須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料。
- 2.並於年度實施前提出具體實施方案，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則得核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。

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

六、專款項目

- (一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。
- (二)為避免預算重複編列，專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及已由一般服務涵蓋之支付項目費用，請回歸一般服務支應。
- (三)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。
- (四)新增計畫應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用、執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料，並提出預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)，以利檢討退場或納入一般服務。若為續辦性專款項目則須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標。
- (五)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得

相互流用。

七、其他原則

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

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

一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以 113 年醫療費用點數為基礎，計算 114 年納保人口年齡性別結構相對於 113 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，年齡則以 1 歲為一組做調整(人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均)。

二、醫療服務成本指數改變率

(一)成本項目之權數

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

(二)成本項目之指數

採行政院主計總處 115 年 4 月發布之「物價統計月報」與查詢「薪情平臺」。各總額部門指標類別如下：

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

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

(三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以 110 年指數為基值(訂為 100)，計算 114 年 1 月至 12 月相對 113 年 1 月至 12 月各指數年增率。

三、投保人口預估成長率

以最近一年可取得之實際投保人口成長率，即以 114 年對 113 年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

116 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第 7 屆 115 年第 3 次委員會議(115.4.22)通過

壹、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<p>一、協商前置作業</p> <p>(一)討論 116 年度總額協商架構及原則與協商程序。</p> <p>(二)辦理各總額部門執行成果評核： 檢討、評估各總額部門 114 年度協定事項執行情形。</p> <p>(三)116 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業： 1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策目標。 2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。</p> <p>3.提供協商參考資料「115 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」。</p> <p>4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算協商草案。 (1)協商草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (2)各總額部門與健保署擬訂協商草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。</p> <p>5.由本會將各總額部門提出之協商草案，送請衛福部業管單位評估是否與其政策規劃方向及施政目標相符，提供意見供協商參考。</p> <p>(四)安排總額協商會前會及座談會。 1.召開 116 年度總額協商草案會前會： (1)請各總額部門及健保署報告所提出之「116 年度總額協商草案」，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之具體內容(依協商草案最終版本應提報內容，如附表 1)，重點如下： ①問題分析及需求評估。 ②醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。 ③新增項目之執行目標及預期效益之評估指標(以具體、可量化之結果面為導向，呈現資源投入之具體效益，若能提出分年目標值尤佳)。延續性項目則須持續檢討。 ④新增專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)。 (2)請各總額部門及健保署依自行檢核表(如附表 2)，逐項檢視提報資料是否齊全，填具後併會前會資料送本會。</p>	<p>第 3 次委員會議(115 年 4 月 22 日)</p> <p>115 年 7 月 20、21 日</p> <p>115 年第 6 次或第 7 次委員會議(115 年 7 月 29 日或 8 月 19 日，俟衛福部交議時間而訂。)</p> <p>115 年第 7 次委員會議(115 年 8 月 19 日)</p> <p>115 年 7~8 月</p> <p>115 年 8 月</p> <p>115 年 8 月 19 日下午 (115 年第 7 次委員會議結束後)</p>

工作項目及內容	預訂時程
<p>(3)請幕僚檢視提報資料之完整性，並彙整評核委員之建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。</p> <p>2.召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。</p> <p>3.各總額部門及健保署提送「<u>116</u>年度總額協商因素項目及計畫草案」之最終版本： (1)應提報內容及格式如附表 1，並檢附自行檢核表(如附表 2)併送，確保資料內容齊全，以利協商。 (2)請如期提送協商草案之最終版本，送會後不可臨時提出新增項目或更動內容。</p> <p>4.視需要辦理 <u>116</u> 年度總額協商因素項目及計畫草案溝通會議。</p>	<p><u>115</u>年8~9月</p> <p><u>115</u>年8月<u>26</u>日上午</p> <p><u>115</u>年8月<u>27</u>日前</p> <p>視協商資料及討論需求評估是否辦理</p>
<p>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</p> <p>(一)總額協商順序，依序為：<u>醫院總額、門診透析預算、西醫基層總額、中醫門診總額、牙醫門診總額、其他預算</u>，並據以排定總額協商會議議程。</p> <p>(二)協商各部門總額成長率及分配方式。</p> <p>1.召開總額協商會議。 (1)協商四部門總額及其他預算之總額及分配。 (2)請部門當日依據協商結論，於協定事項調整新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。</p> <p>2.協商結論提9月份委員會議討論、確認。 (1)確認四部門總額及其他預算之總額及分配。 (2)請委員就協商結果，提供各總額部門所提新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」之修正建議，會後由健保署會同各總額部門共同討論研修。</p> <p>3.«執行目標»及«預期效益之評估指標»之確認： (1)達成共識部門：健保署會同總額部門研修«執行目標»及«預期效益之評估指標»，將研修後之結果，提報10月份委員會議確認。 (2)未達共識部門：請衛福部就政策目標要求，逕予核定。</p> <p>(三)協商各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。 1.請各總額部門於9月份總額協商完成後，2週內提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提10月份委員會議討論。 2.倘部門未於<u>11月11日</u>前提送分配建議方案，則由幕僚掣案提11月份委員會議討論，並完成協定。</p> <p>(四)年度整體總額協定成長率及其分配之確認及報請衛福部核定及公告。</p>	<p><u>115</u>年第<u>3</u>次委員會議(<u>115</u>年4月22日)確認，於第7次委員會議(<u>115</u>年8月19日)提報排定議程</p> <p><u>115</u>年9月<u>23</u>日全天；若有未盡事宜，於9月<u>24</u>日上午9時30分繼續處理</p> <p><u>115</u>年第<u>8</u>次委員會議(<u>115</u>年9月30日上午9時30分開始，委員可視需要採視訊方式與會)</p> <p><u>115</u>年第<u>9</u>次委員會議(<u>115</u>年10月28日)</p> <p><u>115</u>年11~12月</p> <p><u>115</u>年10月<u>14</u>日前</p> <p><u>115</u>年11月<u>11</u>日前</p> <p><u>115</u>年11~12月</p>
<p>三、協定事項之執行規劃與辦理</p> <p>(一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。</p> <p>(二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。</p>	<p><u>115</u>年10月~<u>116</u>年12月</p>

貳、協商會議

一、會議時間：

- (一)預備會議：115年9月23日(星期三)上午9時至9時30分。
供付費方、醫界方視需要召開內部會議(請事前通知本會同仁協助安排會議場地)。
- (二)協商會議：115年9月23日(星期三)上午9時30分起，全天。
- (三)若有協商未盡事宜，則於115年9月24日(星期四)上午9時30分至12時30分討論。

二、與會人員：

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

三、進行方式：

- (一)分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門總額、門診透析服務費用及健保署管控之「其他預算」。
- (二)各部門之協商順序，於委員會議確定後，不可臨時要求變更。
- (三)各協商場次預計分配所需時間如下表：

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

各協商場次	第一階段 ^{#1} 提問與意見交換	第二階段 視雙方需要自行召開內部會議		第三階段 部門之預算協商	合計 (最長時間含各自召開內部會議時間)
		付費方	醫界方		
牙醫門診	20 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘	60~100 分鐘
其他預算	20 分鐘	20 分鐘		35 分鐘	55~75 分鐘

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

2.門診透析之協商場次，援例安排於醫院或西醫基層優先之場次後進行。

(四)相關原則：

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

協商階段		場次	四部門總額及門診透析服務 費用協商	其他預算協商
第一階段	提問與意見 交換		總額部門委員及協商代表： 說明協商草案與回應提問	健保署： 說明協商草案與回應提問
			所有委員：均參與提問與意見交換 (若協商草案中，有部分項目涉及其他總額部門者，相關之醫界委員得表達其看法；另必要時，得請健保署人員提供說明)	
第二階段	視雙方需要 自行召開內 部會議		付費方或醫界方： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚與健保署人員協助試算或說明)	付費方或健保署： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚協助試算)
第三階段	部門之預算 協商		由「付費方」與「醫界方」雙方 進行預算協商 (得請健保署人員提供說明)	由「付費方」與「健保署」討論
			若雙方初步協商無法達成共識時： 由專家學者、公正人士、政府機關代表委員，在不涉及特定金額下提供專業見解及中立意見，供雙方參考，再決定是否召開內部會議或繼續協商	

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

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

1.付費者代表委員間無法達成共識時：

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

2.總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表委員召集內部會議協調醫界方案。

3.總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表委員、保險醫事服務提供者代表委員各自提出一個建議方案。

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

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

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

參、委員會議

一、時間：115年9月30日(星期三)上午9時30分。委員可視需要採視訊方式與會。

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

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

附表 1、各部門總額及其他預算協商草案(協商大表)應提供之內容及格式

項目類別	○○部門(其他預算)草案	健保署草案	健保會補充說明
新增項目	<p>協商方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.問題分析及需求評估 2.醫療服務內容及說明 3.費用估算基礎及淨增加之費用 4.執行目標及預期效益之評估指標(以具體、可量化之結果面呈現資源投入之具體效益) 5.專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果) 6.請檢附上開 1~4 項之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參 	<p>對醫界方案提出保險人之評析及建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.評析醫界方案之問題分析、需求評估及醫療服務內容之合理性與必要性，並提出保險人意見 2.試算醫療費用、淨增加費用，並提出合理之預算建議 3.對執行目標及預期效益之評估指標提供建議 4.對專款項目之預估試辦檢討期限提供建議 <p>若新增協商項目或計畫屬政策交辦或健保署提出項目，且未納入各總額部門協商草案：</p> <p>請健保署提供完整之協商方案(比照部門草案內容)</p>	<p>彙整相關資料供參考：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.□是否為政策交付項目：是者，摘錄政策內容 2.提供評核委員及會前會專家學者意見 3.彙整相關統計數據與總額協商相關規範 4.提供協定事項執行情形與研析，不作任何預算額度及經費增刪的建議。另提供協定事項建議文字
延續性項目	<ol style="list-style-type: none"> 1.醫療服務內容及說明(含問題分析及需求評估) 2.費用估算基礎及淨增加之費用 3.過去執行成果效益(以結果面呈現資源投入之具體效益)，或檢討改善之相關規劃 4.延續性項目則須持續檢討「執行目標」及「預期效益之評估指標」 5.請檢附上開內容之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參 		

附表 2、各部門總額及其他預算協商草案(協商大表)自行檢核表

類別		是否符合 116 年度總額交付項目	協商草案應提供內容之檢核(資料完整請打「V」)					專款新增填寫	新項目
			所有協商項目須填寫				延續項目填寫		
檢核項目			問題分析及需求評估	醫療服務內容及說明	費用估基礎淨增及加用	提出(檢討)執行目標及預期效益之評估指標	過去執行成效檢討或改善之相關規劃	預辦檢期限	
協商項目		【A】	【B】	【C】	【D】	【E】	【F】	【G】	
一般服務									
新增	項目名稱								
延續	項目名稱								
專款項目									
新增	項目名稱								
延續	項目名稱								

註：1.延續項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

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

2.延續項目依協商屬性，以下項目不須填報：

- (1)四部門總額：一般服務「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」、專款項目「品質保證保留款」。
- (2)醫院專款項目：「離島地區加成費用」。
- (2)西醫基層專款項目：「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」。
- (3)其他預算專款項目：「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」、「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」。

3.【B】~【E】須檢附相關實證資料。

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

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

114.5.23

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

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

四、年度總額協商會議，「部門版本」及「付費者版本」之資料提供：

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

115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目

總額部門	保障項目及支付方式
中醫門診	1. 「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件(每點 1 元支付)。 2. 若當季當區一般服務浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付作業。
西醫基層	1. 論病例計酬案件(每點 1 元支付)，排除白內障手術之門診案件分類 C1 且醫令代碼 97608C 之總醫療費用(申請點數+部分負擔)。【論病例計酬案件之白內障手術，自 114 年度西醫基層總額一般服務預算中移列至「提升國人視力照護品質」專款預算結算。】 2. 血品費(每點 1 元支付)。 3. 「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280 點×季申報總住院數(每點 1 元支付)。
門診透析	1. 腹膜透析之追蹤處理費(每點 1 元支付)。 2. 偏遠地區之門診透析服務(每點 1 元支付)。 3. 若當季一般服務浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付作業。
醫院	1. 門診、住診之藥事服務費(每點 1 元支付)。 2. 門診手術(每點 1 元支付)。 3. 住院手術費、麻醉費(每點 1 元支付)。 4. 血品費(每點 1 元支付)。 5. 主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數(每點 1 元支付)。

總額 部門	保障項目及支付方式
	<p>6.地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)。</p> <p>7.經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(註 2)。</p> <p>8.地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點 1 元支付)。</p> <p>9.區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費(每點 1 元支付)(註 3)。</p> <p>10.地區醫院住院病房費(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)、一般病床住院診察費、住院護理費(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)(每點 1 元支付)。</p> <p>11.醫院生產案件(每點 1 元支付)。</p> <p>12.若當季當區一般服務浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付作業。</p>

註：1.藥費依藥物給付項目及支付標準辦理，不列入。

2.以前一季該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付。

3.對應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1 年內不得適用地區醫院保障項目【地區醫院急診診察費、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費】，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準者，其醫療服務得比照區域醫院保障【區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費】；另自醫院評鑑不符合之日起 1 年後，仍不符合區域醫院評鑑者，不得適用地區醫院保障項目，亦不得比照區域醫院保障。

第7屆115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：主委、各位委員，大家早安！今天會議時間已經到了，委員出席人數已經過半，達法定開會人數，所以今天會議可以開始，我們就先請主席致詞。

周主任委員麗芳：謝謝，全體的健保會委員大家早安，同時我們也歡迎健保署，因為陳亮好署長出國，由顏家瑞副署長出席，我們歡迎他。除了健保會委員之外，也感謝健保會、健保署的幕僚。

其次跟大家報告一下，今天是一個非常特別的日子，為什麼非常特別呢？因為今天是4月22日，就是世界地球日。在世界地球日大家都知道，要永續健康。人民健康、地球才能永續，永續地球、人民才能健康。非常高興在4月22日世界地球日，健保會能夠針對人民健康、地球永續，也就是環境永續進行更深度的對話，今天會後邀請到總統府健康台灣推動委員會的陳志鴻副召集人說明健康台灣的願景與推展，所以今天會議將在10點50分之前結束。

要有永續的地球，才有辦法保護人民的健康，所以從去年到今年，這2年來總統府陳志鴻國策顧問不斷呼籲，碳費從今年5月徵收之後，要用到我們的醫療減碳，同時要用作民眾氣候健康的調適。也因為這樣我也略盡一己之力，在最近媒體投書，希望能夠共同呼籲、倡議，碳費的徵收要能夠用在挹注醫療減碳，及民眾的健康調適上面。我們也期待，各位委員在不同角色、各種不同的場合當中，也能夠共同來呼籲，讓碳費的收入錢要花在刀口上。

從上個月到這個月期間，我們也做了非常多事情，首先很感謝健保會周淑婉執行秘書所帶領的團隊，規劃了今年度的參訪活動，開啟了總額執行成果參訪序幕。首先謝謝罕病基金會，在陳莉茵創辦人、洪瑜黛委員協助下，第1站是3月25日參訪罕見家園，同時也非常感謝健保署張禹斌副署長向參訪委員做了有關罕病醫療利用的報告，也謝謝委員共同參與。

其次4月8、9日是中醫參訪行程，中醫團隊在蘇守毅理事長帶

領下大陣仗深入臺東縣，參訪醫不足地區、偏鄉民眾照顧等，為偏鄉點起最後一盞燈，那樣的胸懷令人非常感動。他們提出的參訪結果，在委員桌面上有 2 張補充資料，其中第 2 張是中醫參訪的成果，非常感謝中醫團隊。

還有 4 月 15、16 日是西醫基層參訪行程，也很感謝陳相國理事長、顏鴻順副理事長，包括黃振國常務理事，為我們規劃的行程。這一次是到臺南市，也是去看醫不足地區，包括偏鄉、診所，最後到安南醫院，看到好幾位執業、開業的醫師，他們離開大醫院來到診所，特別在衛生所，其實都是懷抱著為民眾服務的胸懷，所以再一次感謝，在西醫基層的努力之下，也呈現豐碩的成果。

因為今天時間關係，我們就把握時間，現在就開始進行今天的會議，謝謝。

同仁宣讀(議程確認)

周主任委員麗芳：我注意到委員桌上還有 1 張台灣病友聯盟的邀請函，可否拜託嚴必文委員進行邀請及說明。

嚴委員必文：跟各位委員報告，桌上的邀請函是台灣病友聯盟的邀請。台灣病友聯盟是一個跨疾病領域的組織，從 2016 年成立到現在，有 22 個病友團體加入聯盟之中，台灣病友聯盟一直致力於政策倡議，也感謝政府協助，這 10 年內我們看到病友團體的力量可以慢慢進入並瞭解各個關於醫療決策的團體組織。

剛好今年適逢聯盟成立第 10 年，所以舉辦一個感恩餐會，想要特別邀請健保會委員，如果有空的話，可以一起來參與，瞭解病友團體遇到的困境，希望未來病友團體能夠走到什麼樣的方向，能夠跟政府有更多協作與努力的方向，邀請函上可以看到有 QRcode，如果大家有興趣可以掃描進去瞭解。

周主任委員麗芳：好，非常謝謝嚴必文委員的邀請，同時也麻煩您跟吳鴻來理事長致謝，謝謝她對健保會長期的關心，謝謝。

周執行秘書淑婉：主委，各位委員，有關議程部分做個報告。剛剛主委已經大概提過了，依照全民健康保險會組成及議事辦法第 8 條，

以及會議規範第 6 點，健保署署長是法定列席人，健保署在 4 月 21 日來函提到陳亮好署長出國，由顏副署長家瑞代理，來函影本就放在桌上請大家參閱。

這次議程有討論事項 4 案，報告事項 4 案，共有 8 案，所以議程其實有一點緊湊。除了討論事項第三案、第四案外，其他都是按照本年度工作計畫、委員會議議定結果來安排。

討論事項第一案、第二案都是例行的，就每年度總額協商架構原則與程序，再重新做一個檢視，這部分是例行的。第三案是健保署建議修正醫院總額點值保障部分。第四案是陳世岳委員提到關於 114 年牙醫門診總額特殊醫療計畫，在一般服務的扣減案，希望可以重新評估。報告事項第一案是依照健保法施行細則規定，每年健保預、決算要報本會備查，所以這是備查案。第二案是高風險疾病口腔照護計畫執行成果報告，這也是依照協定事項結果作報告。第三案是依照 115 年總額核定事項要提會報告的中醫三高病人的加強照護方案。第四案是健保署例行的業務執行報告。特別跟委員講一下，這次的業務執行報告有兩本，是因為 3 月份委員會議比較早召開，所以來不及印 3 月份的報告，這次累積有 2 本，是 3 月份跟 4 月份要提供的報告，所以我們併同提供。本次也不需要做口頭報告。

最後剛剛主委有提到，我們今天委員會議後，有安排一個專題演講，因為預定 11 點開始，所以等一下討論過程拜託委員看看時間，希望委員會議 11 點前能順利結束，以上。

周主任委員麗芳：好，謝謝周淑婉執行秘書的說明，有關我們的議程，委員是不是可以同意？若委員沒有其他意見就議程確認，好，謝謝。進行下一個議程。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳：有關會議紀錄因為先前已經寄給委員審閱，如果委員沒有其他意見，會議紀錄就確認。請進行本會重要業務報告，謝謝。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：江政謙
聯絡電話：02-27065866 分機：2583
傳真：02-27025834
電子郵件：A110101@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年4月21日
發文字號：健保企字第1150680885號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：貴會115年4月22日第7屆115年第3次委員會，本署陳署長
亮好因公出國不克出席，原由本署張副署長禹斌代表，惟
因故改由本署顏副署長家瑞代表出席，敬請諒察。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：電文
2026/04/21
16:58:11
交換印章

5.04.21



1153340074

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：江政謙
聯絡電話：02-27065866 分機：2583
傳真：02-27025834
電子郵件：A110101@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年4月17日
發文字號：健保企字第1150680842號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：貴會115年4月22日第7屆115年第3次委員會，本署陳署長
亮好因公出國不克出席，將由本署張副署長禹斌代表出
席，敬請諒察。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：電文
2026/04/17
14:26:13
交換

5.04.17



1153340073

貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周執行秘書淑婉：主委、各位委員，本會的重要業務報告，項次一是本會依照上次委員會議討論事項第一案決議，辦理總額評核作業：

(一)有關總額評核結果的獎勵標準討論案，將會安排在第 5 次委員會議，就是 6 月份委員會議來做討論。

(二)是我們已經按照討論議定的評核作業方式及提報內容，在 4 月 2 日發文給健保署及各總額部門受委託團體，希望大家遵照以下時程提送相關的評核資料。配合 7 月 20、21 的評核會議，請健保署在 6 月 8 日及 22 日提出評核報告的上冊、下冊；各總額部門在 6 月 22 日前提出成果報告、7 月 6 日前提供簡報資料，以上是請大家配合的事項。

(三)有關於評核委員籌組作業，我們已彙整四部門總額受託團體的推薦名單，還有本會現任專家學者及公正人士委員，擬具評核委員建議名單後，於 3 月 30 日已經送請委員票選，也在 4 月 7 日完成票選作業，所有評核委員邀請都已經完成，名單在評核會議前依照規定需保密。

項次二，健保署依照 114 年第 9 次委員會議決議，在今年 3 月 20 日、4 月 10 日分別把醫院總額及中醫門診總額的風險調整移撥款執行方式函報本會備查，相關摘要的整理(會議資料第 25~26 頁)，請委員參閱。

項次三，是剛剛主委有特別提到的，本會業務參訪活動已在 3 月 25 日辦理完竣，由主委帶隊，有 16 位委員參加，健保署由張禹斌副署長陪同，並對罕病的醫療利用做了報告，我想委員有親身體驗病友的食衣住行的狀況，有助於委員對罕病相關政策的瞭解及預算的支持。

項次四，為落實健保法第 5 條規定，發揮本會民意溝通平台角色，依法持續辦理公民參與活動，在 7、8 月間會辦理公民參與活動，今年的議題是選定「怎麼看醫生才安心？分級醫療公民論壇—探討民

眾就醫選擇與分級醫療制度之對話與建議」。

項次五，是本年4月份總額部門辦理的參訪活動：

(一)中醫師公會全聯會在4月8、9日在臺東縣辦理的參訪活動，有17位委員參加，我們有整理重點在會議資料第34頁，請委員參閱，我們已將委員的建議做了整理，提供健保署參考。

(二)醫師公會全聯會在本年4月14、15日，選擇孕育重大政策「健康台灣」的搖籃—臺南市，辦理參訪活動，本會委員有21位參加，請委員參閱補充資料(第1~5頁)，會議資料是預計參加人數，但活動已經辦完，故在補充資料裡面說明。另外要特別說明，在補充資料第4~5頁，是黃振國委員提供對家醫2.0整合推動的經費需求及效益說明，因為有一些委員沒有參加參訪活動，所以我們也提供這份資料，讓其他沒有參加的委員也能瞭解、支持這個計畫。

項次六，是衛福部及健保署在本年3月至4月份發布及副知本會的相關資訊摘要，已在4月15日寄到各委員電子信箱，摘要內容請委員參閱，以上報告。

周主任委員麗芳：非常感謝周淑婉執行秘書特別提到，就是2個醫療部門，中醫師公會全聯會及醫師公會全聯會舉辦的參訪活動。尤其這一次來到「健康台灣」的發源地，也瞭解到真的是全民運動，非常感謝大家。有關剛剛周淑婉執行秘書報告的內容，不知道大家有沒有意見？如果沒有特別的意見，是不是業務報告就洽悉。有委員有意見，請林恩豪委員。

林委員恩豪：謝謝主席，關於業務報告，我對於第1點，有關評核作業裡面的評核委員推薦方式，我希望下次可以修正。因為這2年收到評核委員的推薦名單時，真的令人傻眼，因為以前的推薦名單資料庫比較多，可是自從去年改過推薦方法後，整個評核委員推薦的名單變得很少，執行成果評核本來就是希望引進外部的聲音，不是只有在這個同溫層裡面互相取暖。

我去翻113年的推薦方式，我覺得差異真的太大了，113年時4個總額部門最多都可以推薦3個人，但付費者代表也可以推薦人選，

現在付費者代表完全沒有推薦的空間；再來還有被選名單，以前 113 年是規定 3 屆的健保會專家學者，都可以納入被推薦名單，現在完全沒有，現在只有當屆，這樣等於少之又少。

以前的作業方式用意是希望可以有多元的聲音，現在一開始就要保障 3 名的當屆委員，我後來翻了去年的資料，去年討論時原本還要全部當屆委員 7 名直接納入，這太誇張了。現在的規定是至少保障 3 名當屆委員，113 年是以保障 2 名「當屆專家學者及公正人士委員且未曾擔任評核委員者」為原則，還希望沒有當過評核委員的優先納入，可以經驗傳承。當然我現在講這個，這次評核方式都定了，講了也沒用，但我希望下次可以做個修正，改回去跟以前一樣，納入比較多元的聲音及方式，謝謝。

周主任委員麗芳：非常謝謝林恩豪委員提供高見，因為我們今年度評核方式已經定了，這屆委員任期是到今年的年底，所以林委員的意見，我想大家也瞭解，但這事涉下 1 個年度健保會委員的權責，可能在這裡暫時沒有辦法幫下一屆委員做決定。

如果其他委員沒有意見的話，業務報告就洽悉。接著進行討論事項第一案。

中華民國醫師公會全國聯合會 【會務快報】 本會與台南市醫師公會共同舉辦 「115年全民健康保險醫療服務參訪活動」已於4月15日圓滿落幕

本會辦理多年的參訪活動，秉持過去全聯會的優良傳承，今年在陳相國理事長大力支持下，再度於4月14日至4月15日至台南市進行兩天一夜的參訪，此次並升級為全民健康保險醫療服務參訪活動，主要邀請衛生福利部全民健康保險會各委員共襄盛舉，共同關心瞭解醫療院所提供的各項健保醫療服務。

活動在基層醫療委員會召集委員暨醫療服務審查執行會黃振國主任委員全程規劃帶領，以及台南市賴俊良理事長大力協助下展開，感謝健保會周麗芳主任委員率領的付費者代表及學者專家委員超過六成參與。本會陳相國理事長於公務繁忙之際，在活動第一天即親自前往台北車站一路陪同委員南下參加活動，抵達台南後台南市醫師公會賴俊良理事長於高鐵迎接，兩位理事長皆親力親為，全程參加。

本次參訪由偏鄉醫療到區域醫院，完整呈現台南在不同層級醫療體系中的整合與實踐成果。偏鄉地區至台南市龍崎區參訪，由龍崎衛生所王琦瑩所長介紹透過巡迴醫療與到宅服務，逐步克服無診所、無藥師等資源不足困境，並結合小黃公車補足公共運輸缺口，有效改善交通不便問題，提升民眾就醫可近性與服務覆蓋率。



基層診所則深耕社區醫療服務，永德康內科診所嚴逢杰院長以慢性病管理、預防醫學及社區健康促進，打造結合醫療、營養與運動的整合照護模式；陳建宏骨科診所陳建宏院長以預防醫學為核心，推動骨質疏鬆與肌少症早期介入，強調「醫未病」理念，並深入社區強化健康識能；世澤居家醫療診所盧豐華院長分享居家醫療、長照整合及偏鄉巡診經驗，突顯高齡社會下居家醫療的重要性，以及制度優化與永續發展的迫切需求，同時投入教學與推廣，培育居家醫療人才。安南醫院林聖哲院長偕同陳容卿副院長，親自導覽醫院設備，展現臨床實力與智慧醫療應用，透過現場觀摩，體現從制度規劃到臨床實踐的落實，具體呈現醫學中心等級的臨床實力與整合照護能力，致力打造以病人為中心之優質且永續的醫療照護體系。



行程最後辦理座談會，邀請健保會周麗芳主任委員給予勉勵，並請特地前來參與活動的本會王宏育常務監事提供建議。健保會委員們透過實地參訪聆聽在地需求，深入了解基層診所、居家醫療及區域醫院之多元服務模式，具體呈現醫療資源配置與服務現場的實際運作情形，能瞭解醫療提供者實際困境，陳相國理事長表示未來本會將持續強化政策與實務的對接，優化健保資源運用，支持多元照護模式發展，進一步提升醫療服務品質，促進健保體系之永續與精進，持續守護民眾的醫療健康。



本次活動圓滿成功，本會陳相國理事長率隊南下至台南，再次感謝本會參與的諸多幹部及台南市醫師公會團隊協助，特別感謝中央健保署劉林義主任秘書全程參與活動給予指導，南區業務組韓佩軒組長帶領六位組員全程參加，與參訪醫師及健保會委員交流甚多，相信對未來各項健保業務推動將更有助益。

陳理事長特別感謝本次參與諸多醫師幹部的協助。本會黃振國常務理事、丁榮哲常務理事(雲林縣醫師公會理事長)、林誓揚常務理事(高雄縣醫師公會理事長)、吳孟憲理事、林聖哲理事、張文祥理事(嘉義市醫師公會理事長)、王宏育常務監事、吳家淦常務監事、趙善楷監事(執行會南區分會主任委員)、洪才力副秘書長、陳炳誠副秘書長、鄭熙騰副秘書長。台南市醫師公會賴俊良理事長、李明陽常務理事、林士敦常務理事、吳東泰理事、陳俊文理事、魏大倫理事、吳國榮常務監事。



理事長 陳相國

發布日期：115年4月17日

115 年度全民健康保險中醫門診總額專案計畫實地訪視活動

文/中華民國中醫師公會全國聯合會 蘇守毅理事長

因為中醫有愛，讓偏鄉傳來希望的聲音！

台灣城鄉醫療資源分布不均，偏鄉與離島醫療匱乏，尤其年長者就醫困難。自民國 91 年中醫師全聯會推動「無中醫鄉巡迴醫療服務計畫」起，遂獲健保局支持，納入專款專用資源，建立偏鄉中醫服務網絡。此後計畫歷經多次擴大與調整，至 114 年服務超過 373 萬人，涵蓋 120 個偏遠鄉鎮，大幅提升偏鄉醫療可及性。

重視偏鄉，實地洞察醫療現場困境與成果

115 年 4 月 8 日至 9 日理事長蘇守毅與健保會周麗芳主委率領 16 位健保委員及健保署與中醫全聯會相關代表，實地訪視東部偏鄉。

第一站來到台東海瑞鄉巡迴醫療點，由福壽堂中醫診所陳建光醫師駐點。陳醫師長期服務以長者及慢性病患者為主，其細心與耐心在基層醫療中扮演關鍵，尤其在肌肉骨骼疼痛及慢性病管理方面成效卓著。參訪團隊見證了巡迴醫療如何成為偏鄉長者維持生活品質的基石。



第二站造訪台東延平村紅葉少棒紀念館內設立的巡迴點，玉晟中醫診所謝景鵬醫師操守堅定，20 年來從都市台中遠赴東部邊陲服務，身體力行中醫承載社會責任的精神，謝醫師的事蹟激勵年輕醫師投身偏鄉，促進人才培育與醫療永續。

次日訪視鹿野獎勵開業服務計畫診所惠心堂。莊琇惠醫師自 111 年起到偏鄉服務，於專案保障期滿後仍自願持續耕耘，展現了堅韌的「史懷哲精神」。她扎根在地方，不僅是醫療提供者，更是社區健康守護者。



最後一站，參觀東基醫療財團法人的迦南護理之家，由台東基督教醫院院長馬堅毅帶隊介紹。該護理之家提供整合式長期照護，涵蓋樂齡學習、社會參與以及醫療護理服務，其中中醫科納入多面向照護，開啟中醫走入長照體系的新局面，顯示中醫在全人照護的獨特價值。



座談會中，委員們熱烈交流意見

座談會中，委員交流熱絡。建議強化偏鄉醫療人才培訓與留任，加強原住民中醫服務適切性，適度放寬巡迴醫療頻率限制，提升針灸療效及看診量。呼籲衛福部增經費支持，反映藥材成本上升問題，盼調高藥價並推廣腎病及住院會診專案。另建議擴大癌症輔助治療項目，持續優化經費分配。

結語

兩天一夜的實地訪視行程雖緊湊，卻讓委員們深刻理解偏鄉醫療服務的真正困境與需求，並對中醫師在偏鄉默默奉獻致上最高敬意。未來期盼政府與醫療團體可持續協力，完善中醫偏鄉醫療資源分配，讓台灣每一個角落的民眾都能享有平等且優質的醫療照護，真正實現「無醫鄉」的願景，讓中醫的「愛」繼續傳遞，為偏鄉帶來更多希望與健康的光芒。



參、討論事項第一案「116 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴：向委員報告，本案依照健保法規定，本會要在行政院核定年度總額範圍內，協定該年度總額及其分配方式，援例本會每年協商前都會進行協商架構及原則的確認，為了今年 9 月份要協商 116 年度總額，需要事先議定 116 年度總額協商架構及原則，所擬的草案，主要是參考 115 年度的協商架構及原則，也參考近年總額協商的經驗及實務運作，擬具完整草案在附件(會議資料第 39~44 頁)，請委員參考。

修訂的部分有劃線，請委員參考。先報告修訂的重點：

(一)關於總額協商架構，這部分因過去的計算方式相當穩定，目前先沿用 115 年協商架構暫列，因必須與行政院核定之總額範圍一致，所以在「總額設定公式」，及「醫療服務成本與人口因素之計算公式與方法」部分，即在附件(第 39~40、44 頁)灰底處，需等行政院核定之總額範圍內容為基準。因此，需待本會收到衛福部交議總額範圍後再定案，屆時會提報委員會議確認，基本上仍沿用過去的協商架構。

(二)關於總額協商原則，這次的研修主要是參考近幾年總額協商的經驗與實際運作，建議在專款項目新增一個協商原則，即於項目六，專款項目新增「(二)，為避免預算重複編列，專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及一般服務涵蓋之費用，請回歸一般服務支應。」

說明建議新增此協商原則的理由，因為總額的專款項目與一般服務性質不同，專款項目有些屬特殊性之鼓勵方案或試辦性計畫，通常在執行幾年、成效穩定後，再納入一般服務。過去牙醫、中醫部分專款項目服務計畫，請參閱會議資料第 38 頁，因專款的服務內容與一般服務重複，也就是這些服務項目已於一般服務預算中支付，因而產生預算重複編列的疑慮。為避免此類問題，自 114 年度起，

部分專款項目於總額協商時，即依健保署建議，於一般服務列減項，事先扣減重複部分的預算。於未列減項部分，衛福部公告核定事項明訂，請健保署於執行時，專款計畫之內容不應與一般服務重複，若有涉及一般服務已涵蓋之費用，請回歸一般服務支應。

這是過去幾年的做法，為避免未來專款項目與一般服務間重複編列預算而衍生之相關疑義，建議將衛福部核定的通則性文字，即前述內容，新增為專款項目的協商原則，讓各部門研提協商草案時有所依循。

另外，過去皆會提供違規扣款之基礎資料，依總額協商原則，違反醫療服務機構特約及管理辦法之扣款，將列為協商減項。本次已請健保署提供 114 年度各總額及其他預算部門查處追扣金額表(第 45 頁)，如各總額部門對這數值有疑義，請逕與健保署核對或修正，最終將以 9 月協商時健保署提供之數據為準。

本案擬辦部分，係議定「116 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」；總額協商架構之「總額設定公式」及「醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法」暫列，將依衛福部交議總額範圍再行定案，並提委員會議報告，以上說明。

周主任委員麗芳：非常謝謝剛剛詳盡的說明，這案我簡單跟大家補充說明，會議資料中有一些灰底處(如第 39~40、44 頁)，這些都是暫列部分，因為需待衛福部後續交議總額範圍後才能確認，所以大家會看到有幾頁以灰底標示。其次，本次原則中較為重要的，如同剛剛燕鈴組長所說，這次專款項目中新增一項原則「(二)為避免預算重複編列，專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及一般服務涵蓋之費用，請回歸一般服務支應。」

有關這案我們想聽聽委員意見，因總額協商涉及多個重要醫療部門，如果有任何想法或建議，請大家踴躍提出。請林恩豪委員。

林委員恩豪：我想問 MCPI^(註 1)的部分，過去一直有提到 MCPI 的計算方式，想要採 4 年平均，但目前為止仍未實施，這部分後續是如何規劃處理？因為我看到衛福部社保司在 112 年，針對 113 年健保總

額範圍擬定時，曾發布相關說明，目前網頁上仍可查詢(註2)，內容提到：低推估值是考量「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率(MCPI)」及「投保人口預估成長率」3項因素來合併計算的成長率；有關 MCPI 計算項目，過去共識係參採主計總處公告之數值，惟數值落後 2 年，無法準確反映當下社會經濟環境的實際狀況，屬於落後指標。以近 4 年(109 年至 112 年)總額採計之 MCPI 值為例，數值分別為：2.181%、1.285%、-0.228%、0.401%，顯示每年數值起伏較大，亦會連帶影響低推估值產生明顯波動，所以醫療服務提供者建議本部應研議改善。所以當時就有提到要研議改善這件事情。

第 2 段又提到：為解決此一問題，本部自 111 年至 112 年研議各種改善策略，並試圖建立即時性之各種 MCPI 預測模型，但於 111 年 11 月召開專家諮詢會議，經各領域專家學者檢視，因部分推估方法及預測值均有不確定性或無法找到解釋力足夠之模型，而採多年平均為相對合適且平穩之計算方式，其中 4 年平均較符合原 MCPI 指標波動趨勢(2 年高峰、2 年低峰之波動)。上述研析結果亦納入 112 年 3 月之「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍草案擬訂方向」會議討論，與會代表多數發言者皆同意採計 4 年平均較為妥適穩定，且無強烈反對意見。

既然當時已有此共識與研析結果，想請教社保司，為何至今還未將此事落實？

註 1：MCPI(Medical Care Consumer Price Index，醫療服務成本指數改變率)。

註 2：衛生福利部社會保險司 112 年 5 月 18 日「113 年健保總額範圍之擬訂歷程說明」，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/DOSI/cp-317-74695-102.html>。

周主任委員麗芳：非常謝謝林恩豪委員，我們一併蒐集委員意見後，稍後再請社保司進一步詳盡說明。接下來請朱益宏委員。

朱委員益宏：我本來想提一點，因為林恩豪委員剛剛提了，所以我也有一些意見。確實 MCPI 之前有提出過 4 年平均的想法，但我記得在正式會議上也有討論過是沒有共識的，這事涉總額分配，當然就不會適用多數決，因為在座本來付費者就是多數。所以在討論的過

程中醫服務提供者，大概意見還滿一致的，都是反對，因為那時候提出 112 年的時候剛好 MCPI 是相當高的一年，如果用 4 年平均，反而把當年的 MCPI 給拉低了，所以大家都認為這是有問題的，你用另外一種方式把 MCPI 拉低，為了什麼目的，為了就是要擴大協商因素可以協商的空間，所以大家認為用這種操作不太妥當，所以是沒有共識，並不是說要做而延宕到現在沒有做，其實這個案子是沒有共識的，我覺得如果要做的話當然就要尋求大家的共識，尤其這件事涉到總額分配，我在這邊做個補充。

第 2 個我本來想提問的就是新增的文字，這部分我個人精神上一定是支持，就是預算是不能重複編列，但文字敘述上，假設明年委員換屆，很多資深委員或許都不再續任了，未來新的委員看到這個文字時會不會產生誤解。舉例來講：如果讀到「倘有涉及一般服務涵蓋之費用，請回歸一般服務支應」，我就在想每年醫院總額在一般服務都有一個新醫療科技項目，裡面含有一部分新藥，那在專款又有一個暫時性支付項目，它也是新藥的一種，這個算不算是重複呢？我覺得這會產生一些混淆，所以文字上是不是要釐清？當然衛福部裁定的文字是比較簡略，但我覺得既然要列到協商原則，要更謹慎、更詳細一點去敘明比較好，基本上我是支持不應該重複編列，若在一般預算已經給的項目，當然在專款就不能重複再找另一個名目編列。

但是在一般預算裡面有一些是有條件的給付，那為了某些目的，在一般預算給付條件之外，當然就可以在專款裡面再去做處理，以上 2 點，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝，請嚴必文委員。

嚴委員必文：我也是想對於 MCPI 表達一下看法，因為 MCPI 從過往議事錄看到有很多爭議，2 位委員也都有分別說明。站在我的立場則會看到另 1 個面向，MCPI 計算方式有一個是醫療服務成本指數，可是現在這個成本指數其實是沒有辦法反映實際狀況，因為重大傷病有很多治療方式以及新醫療科技進步，大幅提升存活率，隨之而

來的用藥年限延長、用藥人口增加，這些成本的變化其實在 MCPI 公式中是看不出來的，導致我們用這樣的指數來看醫療成本應該是有被低估，就無法真實看到實際醫療成本是多少，這個公式應該要加以調整，這是我的想法。

另外 1 個我很快地講一下，剛剛講到協商因素中有個新醫療科技項目，新醫療科技的新藥預算，是包含 5 年內所有新藥，全國民眾所有新藥全部都在這個預算中。過去因為一直看到預算不足，所以現在有暫時性支付或是癌症新藥暫時性支付，可是這個暫時性支付只暫時支付 2 年，它會回到協商因素中的新藥預算，以去年一整年來看已經高達 13 億元，在 116 年回到新藥預算的時候，要怎麼看新藥預算的成長？到時候要麻煩健保署應該做清楚的說明，怎麼去評估新藥新科技的預算？方法學及計算方式是什麼？另外再提供這些暫時性支付到底占多少的數據，我希望這個在今年的預算中能夠透明，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝，因為這個案子的討論時間已經超過 7 分鐘，其他委員還有意見的話沒有關係，我們都蒐集起來，先請社保司回應，再請周淑婉執行秘書補充說明。

陳副司長真慧：有關於 MCPI 的部分，剛剛林恩豪委員所提的，確實曾經在 112 年討論過，也謝謝朱益宏委員的補充，當初我們的確有討論過嘗試用 4 年的平均，也在健保會提出來諮詢過，但是當初都沒有共識，所以我們就又回去原來的做法，所以目前的算法還是維持原來的沒有變，以上補充。

周主任委員麗芳：謝謝，周淑婉執行秘書請補充說明。

周執行秘書淑婉：謝謝朱益宏委員的建議，我們把它寫清楚一點，我建議文字改成這樣：「倘有涉及已由一般服務涵蓋之支付項目費用」，這樣子就更清楚了，就是已經由一般服務支應的部分就不重複，剛剛提到的暫時性支付就不會在這範圍裡面，這樣比較清楚，謝謝朱益宏委員，謝謝。

周主任委員麗芳：針對這一案我做以下決議：

總額協商架構之「總額設定公式」及「醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法」暫列，將俟後續衛福部交議總額範圍內容再行定案並提報委員會議確認，委員意見提供衛福部參考，本案修正後通過。我們進行討論事項第二案。

肆、討論事項第二案「116 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請說明。

陳組長燕鈴：向委員說明本案也一樣是為了準備 116 年度總額協商，我們先議定協商程序，依據工作計畫今年 9 月 23 日將召開 116 年度總額協商會議，因為中間有中秋節連假，所以在 9 月 30 日委員會議確認協商結果。在協商前需要先議定整個總額協商的全年度工作計畫，還有協商會議當天的與會人員、進行方式、協商時間及相關原則等協商程序，以利相關單位能配合執行，提高議事效率。

116 年度協商程序的草案，主要參照 115 年度總額協商程序，及依據過去實務運作經驗，擬定協商程序在會議資料第 48 頁的附件，修正部分如劃線處，請委員參考。這次修訂重點比較單純，過去協商程序運作起來都還滿順利的，只是過去是用抽籤決定協商順序，但過去 3 年，雖然在委員會議上進行協商順序抽籤，可是各部門代表會再自行去協調，所以過去 3 年順序都是一樣，依序為醫院總額、門診透析、西醫基層總額、中醫門診總額、牙醫門診總額，最後才是其他預算，整個協商運作上是還滿順暢的，所以為簡化作業流程，我們建議取消抽籤的方式，直接參採過去 3 年的協商順序，看委員是不是同意？如果覺得需要調整的話，那就再請委員討論。

第 2 個部分是一般服務地區預算分配建議方案最後的提交期限，因為需要在年底前完成協定，過去都是請各部門在 9 月協商後 2 週內提送地區預算分配的建議方案，若部門沒有提送的話，則會由幕僚掣案提 11 月委員會議討論。今年度是希望把最後提案期限明確化，就是配合 11 月委員會議的提案時程，請各部門最遲在 11 月 11 日前，也就是委員會議前 2 週提送建議方案。本案擬辦是確認協商原則，確定後再請委員及各部門依照時程辦理相關事宜，尤其請委員預留總額協商會議的時間，以上說明。

周主任委員麗芳：謝謝陳燕鈴組長的說明，所以最重要的事情就是在

總額協商的時候幾個醫療部門的協商順序，因為過往不管怎麼抽，醫療部門都會去調整，變成這個順序，這次乾脆不要這麼麻煩，大家還要再去協商、調整，所以一開始就幫大家把順序定下來，有關這個順序，幾個醫療部門是不是都沒有意見？都沒有意見，大家都點頭了。

其次，本案請委員預留時間，在9月份正式總額協商之前，我們還會再召開2場次會前會議，工作計畫表都有明列，1場是在8月19日健保會委員會議開完的下午，另1場是8月26日，這場主要是由健保署針對明年度的總額預算提出相關的看法及建議，去年因為在8月份的第2場會議，健保署還有些資料未及完備，事後健保署才又再加辦1場說明會，希望今年能回歸到原始精神，在8月第2場會議健保署的資料就齊備了，不用額外再增加1場。

這樣的原則是不是大家都同意？如果對這個原則沒有意見的話，本案照案通過，請健保署及各總額部門依總額協商程序及所訂時程辦理相關事宜，並請委員預留總額協商相關會議時間與會。確認各部門總額協商順序，依序為醫院總額、門診透析預算、西醫基層總額、中醫門診總額、牙醫門診總額、其他預算，請本會同仁據以安排，並於8月份委員會議提報總額協商議程。接下來進行討論事項第三案。

朱委員益宏：主席，對不起，關於這案，我想稍微請教一下，剛剛主席下的結論，我沒有意見。我只是想詢問一下分區預算部分，因為在醫院總額，歷年對分區預算都有一些想法，醫院協會也一直要求要對分區預算公式做調整，已經講很多年了，這個權責不知道是社保司要去處理，還是健保署要去處理？也不知道現在到底社保司或健保署怎麼處理？也沒有找醫院協會來瞭解醫院協會的想法，現在也不知道醫院協會的案子到底可行不可行？到時候R值^(註1)、S值^(註2)調整時，又衍生出風險移撥款要不要對某一區有特別處理方式，造成醫院協會內部真的非常困擾，希望能提早解決這個問題，希望社保司、健保署能不能趕快啟動對醫院總額分區預算的公式做調整、研議，以上。

註 1：R 值(各地區保險對象人數校正風險因子後之數值，人口參數)。

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

周主任委員麗芳：好，這個部分是不是請社保司補充說明，還是您找一個時間邀大家討論一下。

張委員鈺旋：這好像從我第 1 次來擔任委員時，大家就在關心這案子，分區預算的部分，社保司收到了，後續我們再來啟動相關作業和檢討。

周主任委員麗芳：非常謝謝。

朱委員益宏：希望社保司要儘快，因為 10 月就要討論分區預算了，不要到 5、6 月再啟動，那就來不及了。

周主任委員麗芳：感謝社保司的高效率，放心，張鈺旋司長和陳真慧副司長一定會展現高效率。接下來進行討論事項第三案。

伍、討論事項第三案「修正『115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目』案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請說明。

陳組長燕鈴：本案是依據健保署 3 月 31 日來函辦理。說明一下背景，對於各總額部門今年度點值保障項目，在今年度 1 月份委員會會議已經依健保署提案照案通過，其中決議還有委員所提意見送健保署研參。當時 1 月份通過的內容，主要是中醫門診總額和門診透析預算的點值保障項目有增列「若當季各區一般服務浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生的點值差額，於次季辦理追扣補付作業」的規定，其餘都跟 114 年度相同。醫院和西醫基層總額則維持過去保障項目以每點 1 元支付。不過在 1 月份委員會會議也有委員提出意見，如果浮動點值大於 1 元，可是保障項目僅維持每點 1 元支付，就失去保障原意，所以請健保署參考。

健保署參考委員意見，分別在 3 月 4 日、3 月 12 日提醫院總額、西醫基層總額研商議事會議討論，其中醫部門同意比照中醫門診總額和門診透析預算增列剛剛報告的規定，西醫基層部門考量到會影響次季預算分配與點值，所以西醫基層部分仍維持保障項目以每點 1 元支付，所以健保署就來函建議修正醫院門診總額點值保障項目，增加跟中醫、門診透析一樣的文字。

依據總額公告，這個保障項目要本會同意後執行，請委員討論是否同意依健保署來函修正醫院總額 115 年度總額點值保障項目，這部分請委員討論，以上說明。

周主任委員麗芳：謝謝，本案因為健保署已經召集各總額部門詳加研商，各總額部門也考量自己的生態及執行運作情形，跟健保署提出他們的建議方案，有關這個建議方案，委員是不是可以同意？好，我們就同意修正「115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目」。接下來進行討論事項第四案。

陸、討論事項第四案「建請重新評估 114 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫於一般服務扣減重複部分之費用案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：好，請提案的陳世岳委員說明。

陳委員世岳：周麗芳主任委員、顏家瑞副署長，及各位委員大家早安！非常感謝參加了中醫參訪和西醫基層參訪，有很多收穫，學了很多，但是還有個小小收穫就是得了重感冒，一度完全沒聲音，跟陳相國理事長一樣，所以這個聲音可能大家聽起來會不太愉快，聲音不好，我想請徐邦賢醫師幫我做報告，不好意思。

周主任委員麗芳：請徐邦賢醫師。

徐常務理事邦賢：是，徐邦賢在這裡跟各位做報告，由於健保署計算 114 年牙醫門診特殊醫療服務計畫，在第 3 季點值已經嚴重下滑到 0.84、0.95^(註)，相信第 4 季會更低。有關特殊醫療服務計畫，在我們積極推動、蓬勃發展後，原來的預算已經有比較低了，懇請各位委員是否能夠考量，讓醫療服務提供者能夠努力去為這些牙醫特殊醫療服務計畫的病患提供服務。因為特殊醫療服務計畫並不是包含所有的醫療服務項目，我們醫療團在出外到這些相關機構提供服務的時候，有時難免會有些灰色地帶或是尚未包進來的服務，醫療團也會一併提供一些服務，的確會有一點點重複的部分。

重複的部分，也是為了醫師能繼續提供服務，之前我們都想沒關係，我們自行吸收，但是由於 114 年點值已經相當低，而且還已經動用一般服務預算支應 970 萬元來挹注這個計畫，讓它的點值不要過低，懇請委員是不是能體諒因為我們點值比較低，且經費不足的情況下，114 年重複部分能暫時不扣列，讓提供醫療服務醫師的士氣得以維持，不會因為扣減重複部分的費用、點值又低，降低大家對參與這個特殊醫療服務計畫的意願，以上報告。

註：114 年第 3 季浮動點值 0.84，以一般服務預算支應 970 萬元後，浮動點值調整為 0.95。

周主任委員麗芳：好，謝謝，這個案子非常謝謝剛剛陳世岳理事長，

還有徐邦賢總額主委的報告。這案重複部分的金額是 92 萬元，剛剛報告的時候也提到，其實他們專款的經費不足，自己還從一般服務預算撥過來 970 萬元，所以在牙醫門診總額 115 年第 1 次的研商議事會議，牙全會代表就表達建議不應該扣減，本案健保署也回復希望能夠不予扣減，所以委員針對這案是不是可以同意不予扣減？請陳節如委員。

陳委員節如：謝謝，牙醫特殊醫療服務計畫因為擴大服務對象，原本由一般服務裡面支應的費用，改由牙醫特殊醫療服務計畫專款項目支付，一般服務費用預算應該扣除，才不會同 1 個項目 2 邊都有預算。但 114 年因為牙醫特殊醫療服務計畫執行速度超標，導致專款不足，點值被稀釋，因此牙醫界希望原本應扣除的一般服務費用預算 92 萬元，可以不用扣除，以補專款不足致被稀釋的點值。

對於牙醫界共同推動的牙醫特殊醫療服務計畫，我一直都非常感謝你們，這對身心障礙者非常有貢獻，我一直以來非常支持這個項目，感謝願意投入牙醫特殊醫療服務計畫的牙醫師。但去年討論「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」關於免予扣減的事情，大家都強調遊戲規則不應該隨意破壞，不然何必訂這個規則，我認為這個原則還是應該要守住，不管多少，重點是這是個原則問題，提供給大家參考，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝陳節如委員，請林恩豪委員。

林委員恩豪：謝謝主席，首先我支持陳節如委員的講法，就是這是 1 個規定，去年中醫部門這樣子做的時候，就已經預料到未來會產生這些問題。本來就不應該應扣未扣，這樣的話，你做 1 份服務領 2 份的錢，這樣是不是有不當得利，這樣對嗎？而且我覺得這件事，3 個單位都有問題，第 1 個是牙醫部門，第 2 個是健保署，再來就是衛福部。

基本上，我知道牙醫代表在會內可能有一些壓力，要他們一定要提出這個案子，但事實上牙醫代表也應該對自己會內的會員說明，去年總額協商時，健保署給牙醫的成長率是多少？大概 4%而已，

但付費者代表給牙醫最高的成長率 5.5%，現在牙醫總額約 580 多億元吧，這樣無形中就多了 7、8 億元出來，付費者代表已經很照顧牙醫了，不然我們也可以按照健保署版本就通過了，第 1 個是這樣，所以我覺得有些事情應該是可以回去跟自己會內的牙醫師們再溝通說明一下。

再來，說到點值問題，我看了一下點值統計，114 年第 1 季牙醫平均點值是 1.02，第 2 季平均點值 1.01，第 3 季是 0.99，第 4 季預估的點值是 1.03，這是牙醫整體的平均點值。在這個專案上有必要一直爭執這件事？而只有區區 92 萬元，付費者代表多給 7、8 億元，為什麼要為了 92 萬元破壞這些規矩？我覺得為什麼健保署也有問題，健保署是一個善良管理人，應該盡善管理人的責任，這本來就是應該就該扣，應該去說服牙醫不要去做這件事，之前中醫已經這樣做過 2 次了，現在牙醫也來了，這樣會沒完沒了，未來健保署怎麼管理這些總額部門，大家有問題都丟出來到健保會這裡來。我覺得衛福部如果真的要這樣破壞協商原則，就發個文就好，根本不需要付費者代表做壞人，就發文說明一下改變規定，有什麼問題就自己承擔，也不需要提出這個討論案，希望就是應扣就該扣。

周主任委員麗芳：我們再多聽聽大家的意見，還有委員要發言嗎？沒有，請周淑婉執行秘書。

周執行秘書淑婉：剛剛前一個討論案我們有特別提到，我們在總額協商架構及原則的部分，建議增加 1 個協商原則，以免後續發生一般服務跟專款的重複部分要扣減的情形，這就是 1 個個案。如果真的來看這個案子，我自己本身是覺得，要做牙醫特殊服務的牙醫師已經不多了，扣 92 萬元真的是不多，但這好像會打擊一些士氣。原則是一定要扣，我們這裡也沒辦法做成決定，因為這是衛福部已經核定的協定事項，我們今天做的決議只是給部裡建議，委員也可以再多方考量，最後決定權在部裡面，請委員可以再想一想。

周主任委員麗芳：剛剛周執秘提醒雖然金額不高是 92 萬元，但因為是牙醫特殊服務，根本找不到牙醫師，有時候還要理事長自己跳下來

自己去服務。這個案子本會其實是不能做決定，縱使這案子我們有建議，也是要報到衛福部，最後的裁定是衛福部，只是站在給這些牙特醫師…，請蔡順雄委員最後定槌，那拜託你了。

蔡委員順雄：沒有定槌啦，會議資料第 66 頁附件一，健保署的意見是曖昧而委婉地表示不反對的意思，看起來是這樣子，這裡有 1 個法律用語，似非尚無不可的感覺。剛剛陳節如委員跟林恩豪委員講的原則性問題我認為應該要認可，否則太多例外就沒有原則了。

本件情形我的考量有 2 個，第 1 個就是如剛剛主委所講的，牙特的服務感覺上不是 1 個很多人願意去幫忙的業務。第 2 個從量的部分來看，不能說才 92 萬元哪有差，不是這個意思，但從總體預算來看，不算是占比大或奇特的金額，剛剛主委也說這是建議案，我不曉得等一下會內要怎麼處理，是要表決還是大家形成共識？

我個人是覺得署的意見也不無有道理，是不是某種程度上可以供部審酌，做最後的定奪，但要請部審酌特別考慮，例外的情形要有極端例外的必要性跟價值才叫做例外，否則枉開後門，中醫可以、牙醫可以，下次其他的什麼都來了，這可能會對付費者代表當時對牙醫特別考量的良善美意，會被認為很浮濫。也謝謝陳世岳理事長很辛苦提出這個案子，剛剛 2 位委員反對的意見也要一併給部裡面做參考，這有一點要做裁量跟判斷，我想這些意見都要一併送給部裡面做審慎的考慮。

周主任委員麗芳：請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：我也支持林恩豪委員講的，這是原則問題，既然訂了原則就應該扣，這是醫界與付費者代表的協定事項。剛剛蔡順雄委員講的內容，我想衛福部對這案子應該心裡有衡量，應該也會看狀況決定是否同意。我覺得還是要考慮，原則就是原則，很怕像去年中醫部門這樣，應扣不扣，今年牙醫就來了，我們擔心下一次是不是還有誰會來，這是我們最擔心的事情，希望不要再有。

92 萬元不多，但我覺得還是可以考慮一下，我看陳世岳委員確實也滿辛苦的，一直說牙特服務比較辛苦，要提供服務的醫師不多，

如果這樣子扣下去會打擊士氣，沒有錯，希望牙特醫師可以更多一點，能夠盡量為大家服務。可是如果是原則上的問題，我們還是要尊重原則，我覺得還是可以討論一下，如果在不影響大原則下，如果衛福部願意吸收或有特別的做法的話，也是可以考量。

周主任委員麗芳：請林恩豪委員最後一位發言。

林委員恩豪：不好意思再簡短發言一下，剛剛周淑婉執行秘書有講這樣可能打擊牙醫士氣，但我想講的是，對牙特這案子付費者已經支持很久，且會議資料有提供醫療費用再加成情形，雖然說再加 2 成，但事實上每個項目不只加 2 成，因為是在原有的加成上再加成，比如會議資料第 69 頁「牙醫特殊服務計畫執行情形」附註有提供 113 年調升特定身心障礙者加成的成數，舉例而言，自閉症及失智症加 11 成，是原來的 9 成再加 2 成，總共是加 11 成，其他的請大家參閱。其實我們對牙醫都很支持，但這件事是原則問題，希望不要一直在破壞原則。

周主任委員麗芳：這案子最終還是要由部做決定，看起來委員是沒有共識，所以這案子絕對不會用共識方式來處理。我建議這樣決議，本案經委員討論後，委員未有共識，因協定項目業經部核定公告，所以本案併同所有意見，送請衛福部逕行裁定。不知道這樣可以嗎？這案確實沒有共識，本案就這樣處理。

接下來進行報告事項，最後 1 案是健保署的業務報告，這次是書面所以不報告，其他報告案請簡短報告，先一併報告，再提出意見。

柒、報告事項第一案「114 年度全民健康保險基金附屬單位決算及 116 年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案」與會人員發言實錄
同仁宣讀

王專門委員佳瑜：主席、各位委員，大家好，接下來由健保署報告健保基金 114 年度決算及 116 年度預算備查案，本備查案是依據全民健康保險法施行細則第 3 條：「保險人應依全民健康保險業務計畫及安全準備運用狀況，編列年度預算及年終決算報告，報主管機關，並分送健保會備查。」的規定辦理。

首先說明 114 年度決算，在保險營運計畫部分，保險收入 8,836 億元，包含保費收入、公彩盈餘及菸品健康福利捐分配收入、政府補助收入及利息收入等；保險成本 8,383 億元，包含保險給付、呆帳及業務費用等。

其他計畫部分，第 1 項是菸品健康福利捐專項業務，114 年度菸品健康福利捐收入 6 億元，專項業務支出 3 億元，賸餘 3 億元，依法提存安全準備；第 2 項菸品健康福利捐及政府撥補挹注罕見疾病用藥費用，114 年度獲配菸品健康福利捐收入 2 億元及政府撥補 20 億元，全數用於補助罕見疾病的用藥支出；第 3 項癌症新藥暫時性支付專款，114 年度政府撥補 50 億元，支出 13 億元，未支用 37 億元，保留以後年度繼續支用。

114 年度保險收支淨結餘 457 億元，依法提存安全準備後，114 年底的安全準備餘額是 2,078 億元，折合約 2.99 個月保險給付支出。

接下來說明 116 年度預算，在保險營運計畫部分，116 年度保險收支暫按 115 年度費率編列，醫療費用總額是以成長率 5.5% 推估編列。至於預算執行時的保險費率及醫療費用總額成長率，要依全民健康保險法第 24 條及 61 條規定程序及核定情形辦理。依照以上原則，116 年度保險收入編列 8,951 億元，包括保費收入、公益彩券盈餘及菸捐分配收入、利息收入等。保險成本是編列 9,769 億元，包含保險給付、呆帳及業務費用等。

其他計畫部分，第 1 項菸品健康福利捐專項業務，編列菸品健康

福利捐收入 3.78 億元，相關經費是 3.26 億元，賸餘 0.52 億元；第 2 項菸品健康福利捐及政府撥補罕病用藥費用，菸品健康福利捐收入是 2 億元，政府編列預算撥補 20 億元，總共 22 億元，全數用在罕病用藥支出，政府編列預算 20 億元部分要等行政院審查後才能確定；第 3 項癌症新藥暫時性支付專款，編列政府撥補 100 億元，這也要等行政院核定審查之後才能確定。

最後，116 年度保險收支淨短絀 817 億元，依法收回安全準備填補短絀，預估 116 年底安全準備餘額是 833 億元，折合約 1.03 月保險給付支出，以上報告。

洪組長慧茹：本會第 1 組說明，請委員參閱會議資料第 76 頁，有關預決算備查案，本會根據健保署提報的 114 年度決算書跟 116 年度預算書有研析分析報告，在附件第 79~102 頁，請委員參考，以下就 114 年度決算及 116 年度預算做重點說明。

114 年度決算部分，請大家參閱會議資料第 76 頁中間表格，114 年度決算數的保險收入是 8,842.02 億元，保險成本是 8,385.32 億元，與 113 年度審定決算數相較，成長率分別是 5.31%、2.74%，保險收支餘絀是 457 億元。分析差異原因，保險收入部分主要是來自保費收入，114 年度保費收入是 8,618.71 億元，較 113 年度增加 615.22 億元，成長 7.69%。請委員參閱第 77 頁上面的表格，我們可以看到保費收入的成長原因，一般保險費部分是平均投保金額跟平均保險費增加，影響金額是 296.15 億元；補充保費部分是投保單位雇主負擔、獎金、股利所得增加，這部分影響金額是 63 億元；還有政府應負擔 36% 的差額，主要是因為隨著 114 年度一般保費增加，還有 114 年修正施行細則第 45 條增加 134 億元，合計影響金額 615.22 億元。

116 年度預算部分，健保署剛剛有說明，收入部分是按照 115 年度一般保險費率 5.17%、補充保險費率 2.11% 推估，保險收入是 8,955 億元，保險成本主要按照 115 年度總額 9,883.35 億元，116 年度總額暫用 5.5% 推估，所以保險成本是 9,772.2 億元。

116 年度的保險收支預計會短絀 817.21 億元，安全準備餘額部分，

健保署也說明預估在 116 年底時安全準備是 833.42 億元，約 1.03 個月保險給付支出。請委員參閱會議資料第 78 頁，這案子以往在本會的備查情形，主要是因為第 4、5、6 屆的委員對政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算公式中，提列安全準備的項目有不同的看法，還有針對健保法施行細則第 45 條^(註)的適法性疑慮也有不同的意見，所以本會 107~114 年對預決算備查案均做成不同意備查的決議。

註：本法第三條第一項所稱政府每年度負擔本保險之總經費如下：

- 一、政府為投保單位時，依本法第二十七條第一款第一目、第二目及第三十四條規定應負擔之保險費。
- 二、政府依本法第二十七條規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。

周主任委員麗芳：謝謝，這案子比較簡單，我詢問一下委員，同意備查或不同意備查，有沒有委員不同意備查？請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：我不是對備不備查表示意見，我想要瞭解一下 116 年預算第 37 頁的派員出國計畫預算總表，這個是每一年都有還是這幾年才有？我看一下有些類別前 3 年沒有派員，有些類別去年好像有派員，動機及實施內容的成效如何？還有今年編這麼多預算，是不是還要繼續執行？因為這預算有點多，我想瞭解一下。

周主任委員麗芳：等一下請健保署再補充。

楊委員芸蘋：還有剛剛你們提到的會議資料第 78 頁，第 4、5、6 屆的委員對政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算公式，到目前為止都還沒有正確的計算方式，我不知道現在計算方式是如何，怎麼做，如果沒有一個正確計算方式，這案子還要繼續讓它備查嗎？以上。

周主任委員麗芳：請洪瑜黛委員。

洪委員瑜黛：我對於數字有點疑問，想請教會議資料第 77 頁有 3 個表格，中間那個表格是 115 年保險收支餘絀是 -673.22 億元，下面的表格的 115 年短絀數是 427.74 億元，這邊其實是兜不攏。會議資料第 101 頁也是，115、116 年的餘額都很奇怪，會議資料第 102 頁有 1 個劃線處是 115 年預估短絀是依據財務組 115 年 2 月財估調整後預估數，所以其實是有做調整，我想知道 115 年是怎麼調整，手邊有 114 年及 116 年，但沒有 115 年，到底是怎麼調整，謝謝。

周主任委員麗芳：今天因為時間的關係，剛剛委員的意見，請健保署會後以書面詳盡說明，現在需要做的決定是，健保署會後依照委員意見修正資料後，是不是可以同意備查？請林恩豪委員。

林委員恩豪：主席你剛剛不是要調查不同意備查？我不同意備查。

周主任委員麗芳：林恩豪委員不同意備查，這個案子我們還是尊重委員的意見，本案援例不同意備查，委員所提意見送請健保署研參，請健保署書面回復剛剛委員所垂詢到的問題，因為時間已經很緊湊了，報告事項第二案跟第三案就合併報告，拜託簡短報告。

捌、報告事項第二案「『高風險疾病口腔照護計畫』專案報告(含牙結石清除各類適用對象醫療利用及執行效益檢討結果)」、報告事項第三案「115 年度各部門總額依核定事項，須提會報告之具體實施計畫/方案/規劃或執行方案(續提)」及報告事項第四案「中央健康保險署『115 年 3 月份全民健康保險業務執行報告』(併「115 年 2 月份全民健康保險業務執行報告」)(書面報告)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

洪專門委員于淇報告：略。

周主任委員麗芳：接下來請徐邦賢醫師補充 2 分鐘。

徐常務理事邦賢：我跟各位委員補充有關牙結石清除，剛才健保署報告提到有提升支付誘因，跟大家說明其實並沒有提升支付誘因，一般服務預算中，一般洗牙 40 歲以上有加成，所以 40 歲以上洗牙是 720 點，加上高風險患者洗牙支付標準的牙菌斑清除是 100 點，720 點加 100 點是 820 點，跟一般服務預算支付點數是一樣的，並沒有所謂提高支付點數的誘因，之所以大家的申報會比較踴躍，第 1 個，因為民眾需求比較殷切。第 2 個，從 113 年起，承蒙老師們建議把一些複雜的申報程序可以簡化及統合，讓牙醫師申報起來會比較便利，所以很多牙醫師才會願意投入高風險患者的照護，以上補充說明，謝謝。

周主任委員麗芳：非常感謝，也謝謝牙醫部門的投入還有健保署的資料準備，進行第三案報告。

許科長博淇報告：略。

周主任委員麗芳：期許中醫珍惜這個機會，在三高防治 888 的部分來貢獻他們的心力，因為時間關係，有關第二~四案，第四案這次健保署是書面報告，就請委員有什麼寶貴意見，麻煩會後書面提出，委員書面意見就會轉請健保署做詳盡的回應，不知道這樣可不可以？如果委員同意，第二、三、四案的決議都一樣，就是本案洽悉，委員所提意見請健保署參考。

最後，在大家的桌上有放 1 份邀請函，今天藥師公會黃金舜委員

因為要公無法出席，由李懿軒副秘書長代理出席，李懿軒副秘書長要不要跟大家說明一下桌上的資料。

李代理委員懿軒(黃委員金舜代理人)：謝謝周麗芳主任委員在繁忙會議當中，讓我有機會跟大家報告，很抱歉因為懿軒太久沒有來代班了，所以程序上面比較晚給大家邀請函，藥師公會因為是藥界代表，所以在6月3、4日安排委員能夠來宜花瞭解藥廠藥物的製造品質，以及在社區藥局參與藥事照護、慢性病及多重用藥的參與，以及在花蓮的醫院的偏鄉藥事照護及藥物服務，請各位委員可以撥冗6月3、4日的時間可以前來，不好意思，大家知道去東部的車程可能較遠一點，所以6月3日集合時間稍早一點點，不過請周主委及各位委員多多擔待，非常誠摯地邀請，代表林憶君理事長及黃金舜榮譽理事長邀請各位委員，因為我們已經辦滿多年了，可以來宜蘭花蓮瞭解我們整個藥事服務的狀況，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝李懿軒代理委員的邀請，也謝謝藥師公會全國聯合會，也歡迎委員踴躍出席，有沒有臨時動議？沒有的話，今天會議進行到此結束。

等一下大概11點，本會特別邀請總統府健康台灣推動委員會副召集人陳志鴻教授演講「健康台灣的願景與推展」，現在要進行換場，懇請各位委員，包含健保署同仁，也感謝社保司同仁，因為機會難得，是不是大家共襄盛舉，盡可能參加等一下重磅級的健康台灣演講。