

衛生福利部全民健康保險會
第7屆115年第6次委員會議事錄

中華民國115年7月29日

衛生福利部全民健康保險會第7屆115年第6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7月29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：張琬雅、吳佳恩

出席委員：(依姓名筆劃排序)

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(台灣身心障礙福利推動聯盟張秘書長
志麒代理)、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、黃委員立賢、黃委員金舜、黃委員國祥、楊委員玉琦、
楊委員芸蘋、溫委員宗諭、蔡委員順雄、鄭委員力嘉、謝委員佳宜、
嚴委員必文、蘇委員守毅

請假委員：田委員士金、黃委員振國、董委員正宗、顏委員鴻順

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：陳署長亮妤(張副署長禹斌、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20~24頁)

貳、議程確認：(詳附錄第24~25頁)

決定：確認。

參、確認上次(115年第5次)委員會議紀錄：(詳附錄第25頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第27~31頁)

決定：

一、請中央健康保險署會同各總額部門相關團體，儘速辦

理115年度各部門總額核定事項未依時程完成之工作項目(如附件)，以利總額協商。

二、有關「116年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」之提報，請中央健康保險署依衛生福利部來函要求，按本會排定時程(115.12.23)辦理。

三、委員意見提供中央健康保險署研參。

四、餘洽悉。

伍、討論事項 (詳附錄第32~37頁)

提案單位：中央健康保險署

案由：特殊材料「脊髓刺激器」以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案，提請討論。

決議：

本案原則同意，請中央健康保險署辦理下列事項：

一、委員所提意見，送請參考，並儘速循行政程序，報請衛生福利部核定公告實施。

二、請在實施半年後，提出檢討改善報告，2年後進行醫療科技再評估(HTR)，滾動式檢討本案效益，作為給付決策之參考。

陸、報告事項 (詳附錄第38~54頁)

第一案

報告單位：本會第三組

案由：各總額部門114年度執行成果評核結果及評核建議，請鑒察。

決定：

一、依照各總額部門114年度評核結果，確認116年度「品質保證保留款」專款之獎勵成長率如下：

總額別	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
獎勵成長率	0.2%(優)	0.2%(優)	0.3%(特優)	0.2%(優)

註：計算基礎係依各總額部門受評年度(114 年)一般服務預算為基數。

二、請中央健康保險署及各總額部門承辦團體將評核委員所提各項精進建議，納為未來總額規劃及執行之參據，並於116年評核報告提出改進意見參採情形說明。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「促進醫療服務診療項目支付衡平」之具體實施方式及執行情形專案報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面)，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年度牙醫門診總額專款項目執行期限屆期之檢討(提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提書面意見，提供中央健康保險署及牙醫門診總額相關團體參考。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：「0~6歲兒童醫療量能保障」具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)專案報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

第五案

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，須提本會報告之具體
實施計畫/方案/規劃或執行方式(續提)，請鑒察。

決定：本案洽悉。

第六案

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「115年6月份全民健康保險業務執行
報告中央健康保險署」(書面報告)，請鑒察。

決定：本案洽悉。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：上午11時22分。

115年度各部門總額核定事項未依時程完成之工作項目

部門別/未完成項目		依相關程序辦理，並副知本會項目	提報本會執行情形 (115年初步結果/成果)
牙醫門診總額			
1	牙醫特殊醫療服務計畫		項次3
中醫門診總額			
1	友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質		項次1
2	強化全人照護與慢性疾病管理-增加高度複雜性針灸、中度複雜性傷科適應症(腦中風後遺症-診斷碼 I69)(115 年新增項目)		項次2(3)
3	中醫急症處置		項次10(1)(2)
4	照護機構中醫醫療照護方案		項次12(2)
醫院總額			
1	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫		項次18
2	精神科長效針劑藥費		項次20
3	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫		項次21(1)(2)
4	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	項次24	項次24
5	全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS(自專款項目拆分)		項次28
西醫基層總額			
1	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費		項次3
2	擴大糖尿病用藥(如：SGLT2)適應症產生費用(115 年新增項目)		項次4
3	配合根除胃癌政策之衍生醫療費用(115 年新增項目)		項次5
4	強化心血管疾病照護—放寬開立降膽固醇藥物 Statin 標準(門檻)(115 年新增項目)		項次6
5	提升國人視力照護品質		項次10(2)

部門別/未完成項目		依相關程序辦理，並副知本會項目	提報本會執行情形 (115年初步結果/成果)
6	家庭醫師整合性照護計畫		項次12
7	強化基層照護能力及「開放表別」項目		項次15(2)
8	精神科長效針劑藥費		項次23(2)
門診透析			
1	鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質		項次1
其他預算			
1	腎臟病照護及病人衛教計畫	項次8	項次8(3)

註：各部門總額未依時程完成之工作項目，詳附表「115年度各部門總額應於115年7月前完成之核定事項辦理情形」之各該項次內容。

附件之附表

115 年度各部門總額應於 115 年 7 月前完成之核定事項辦理情形(節錄)

一、牙醫門診總額

專款項目

項次	工作項目	辦理情形
3	牙醫特殊醫療服務計畫 ※核定事項： (1)檢討醫療團論次費用及居家牙醫醫療服務相關支付標準，加強醫療服務量能 (2)持續監測本計畫適用對象(包含：不同障礙別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： 已於 115.3.2 公告，方案修訂重點已提報 115 年 4 月份委員會議。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(7 月前)： 115 年編列 955.9 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： (1)依據全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 115 年第 2 次研商議事會議決議修訂本計畫，特定身心障礙者牙醫醫療服務之費用支付及申報不予加成項目，新增 1 項「週日及國定假日牙醫門診處理」(支付標準編號 92133C)。 (2)業經 115.6.25「全民健康保險醫療給付項目及支付標準共同擬訂會議 115 年第 2 次會議」決定通過，刻正依程序辦理報部核定事宜。 【本會補充說明：依核定事項，請提出本項醫療利用執行情形】

二、中醫門診總額

(一)一般服務項目

項次	工作項目	辦理情形
1	友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質 (115 年新增項目) ※核定事項： (1)本項經費用於調整支付標準「看診時聘有護理人員跟診之門診診察費及針傷治療處置費」，以反映護理人員薪資，提升護理照護品質 (2)請研訂具體實施方案(包含執行方式、請領資格、調薪認定標準及稽核機制等)，並於 115 年 3 月前提出專案報告	1.提 3 月委員會議報告案： 已提 115 年 3 月份委員會議報告。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(7 月前)： 115 年增加 375.1 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： (1)本署業於 115.4.9 以健保醫字第 1150661359 號公告新增「全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案」，自 115.1.1 起生效。 (2)考量計畫公告時程，前開方案第 1 季獎勵金將併第 2 季獎勵金結算。 【本會補充說明：依核定事項，請提出本項醫療利用執行情形】
2	強化全人照護與慢性疾病管理-增加高度複雜性針灸、中度複雜性傷科適應症(腦中風後遺症-診斷碼 I69) (115 年新增項目) ※核定事項： (1)將腦中風後遺症(診斷碼 I69)擴增納入「高度複雜性針灸」、「中度複雜性傷科」及前二者針傷合併治療之適應症 (2)請於 115 年度總額公告後 1 個月內完成支付標準修訂，並於 115 年 7 月前提報執行情形	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： 已於 115.3.17 公告，並自 115.4.1 生效，支付標準項目附表增列 I69「腦血管疾病後遺症」，方案修訂重點已提報 115 年 4 月份委員會議。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(7 月前)： 115 年增加 50.7 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： (1)中醫支付標準之修訂業於 115.3.17 以衛部保字第 1151260123 號令公告，自 115.4.1 起生效。 (2)統計 115 年 4 月申報情形：申報醫令量為 11,409 件，申報點數為 5.15 百萬點。

項次	工作項目	辦理情形
	(3)請於額度內妥為管理運用，並加強高度、中度複雜性針灸傷科及合併處置之療效評估與申報費用管理(如建立「黃金治療期」針傷照護流程及訂定未呈現療效之處理方式)	3.核定事項辦理情形(7月前)： 擬持續追蹤腦中風後遺症病人申報「高度複雜性針灸」、「中度複雜性傷科」及前二者針傷合併治療之申報情形。 【本會補充說明：依核定事項，請提出療效評估與申報費用管理之相關內容。】

(二)專款項目

項次	工作項目	辦理情形
10	中醫急症處置 ※核定事項： (1)請加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及落實成效評估(如急診停留天數) (2)請積極檢討計畫執行情形、執行成效及加強推動區域平衡，並進行客觀成效評估，若計畫效益不佳，建議規劃退場機制	1.依相關程序辦理，並副知本會(2月前)： 已於 114.12.17 公告，方案修訂重點已提報 115 年 1 月份委員會議。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(7月前)： 115 年編列 20.8 百萬元，截至 115 年 4 月辦理情形如下： (1)本計畫參與院所數為 8 家、申報人數為 0.16 萬人、件數為 0.17 萬件、申報 5.5 百萬點(預算執行率 26.4%)。 (2)查本計畫執行目標為參與院所數 11 家及服務人數 4,000 人，現目標達成率分別為 64%及 39%。 【本會補充說明：依核定事項，請提出加強區域平衡及客觀成效評估之辦理情形。】
12	照護機構中醫醫療照護方案 ※核定事項： (1)辦理本方案 (2)請檢討計畫照護成效，研議減少住民外出就診中醫之策略，以提升資源使用效率	1.依相關程序辦理，並副知本會(2月前)： 已於 114.12.19 公告，方案修訂重點已提報 115 年 1 月份委員會議。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(7月前)： 115 年編列 10.8 百萬元，截至 115 年 4 月辦理情形如下： (1)計有 145 家院所參與方案，提供照護機構住民中醫照護服務共計 0.36 萬診次。

項次	工作項目	辦理情形
		(2)另統計 114 年照護機構住民外出中醫就醫率為 12.13%，顯低於 111 年 21.64%。 【本會補充說明：依核定事項，請提出研議減少住民外出就診中醫之策略之相關內容。】

三、醫院總額

專款項目

項次	工作項目	辦理情形
18	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 ※核定事項： 精進方案執行內容及檢討計畫成效，並於額度內妥為管理運用	1.依程序辦理，並副知本會(2月前)： 本署業於 115.3.20 以健保醫字第 1150661060C 號函陳衛生福利部，尚未核定。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(7月前)： 115 年編列 2,000 百萬元，截至 115 年 6 月，本項計畫係於結算時計算，115 年第 1 季結算作業，預計於 115 年 8 月底確認，爰尚無執行數。
20	精神科長效針劑藥費 ※核定事項： 積極推動，並於額度內妥為管理運用，後續請評估執行效益(如整體醫療費用變化)及導入一般服務之可行性	提報本會執行情形： 115 年編列 3,006 百萬元，截至 115 年 3 月，預估執行 689.93 百萬元，預估執行率 22.95%。 【本會補充說明：依核定事項，請提出執行效益及導入一般服務之可行性評估】
21	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫 ※核定事項： (1)精進計畫內容，檢討獎勵方式及支付誘因，並評估病人脫離呼吸器及安寧療護之照護成效 (2)另依 114 年 12 月委員會決議決定，請依 114 年度總額決定事項：精進計畫內容，檢討執行目標、預期效益評估指標及其目標值，並納入 115 年度檢討計畫執行內容辦	1.依相關程序辦理，並副知本會(2月前)： 全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻支付方式計畫業經 115.6.25 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報告，將依程序報請衛生福利部核定後，本署公告實施。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(7月前)： 115 年編列 300 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： 全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻支付方式計畫增列居家照護階段兒童加成。 3.核定事項辦理情形(2月前)： 114 年預算數 300 百萬元，執行數 294.4 百

項次	工作項目	辦理情形
	理	萬元，預算執行率 98.1%。114 年總額協定事項執行情形：病人簽署 DNR 比率較 108 年 RCC 增加 6.2%、RCW 增加 9.5%。 【本會補充說明：依核定事項，請提出本項 115 年醫療利用及照護成效與指標檢討情形】
24	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫 ※核定事項： 精進計畫內容及績效指標，並鼓勵醫院積極參與	1.依相關程序辦理，並副知本會(2月前)： 115 年本計畫修訂案經提報 115.6.3 醫院總額研商討論，決議暫保留，待感染症醫學會參考與會代表意見修正後，再提會討論。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(7月前)： 115 年編列 300 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： (1)本計畫 115 年尚未核定，爰沿用 114 年計畫內容，115 年第 1 季結算中。 (2)本計畫 114 年預算數 225 百萬元，參與院所數 312 家，執行數 224.8 百萬元。其中高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費(P8301B)為 180 百萬元，醫院感染管制品質獎勵費為 32.8 百萬元，預算執行率為 100%。 (3)查計畫執行目標為參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於前 1 年之醫院家數，114 年較 113 年增加 1.28%。 【本會補充說明：依核定事項，請提出本項醫療利用執行情形】
28	全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS(自專款項目拆分)	1.依相關程序辦理，並副知本會(2月前)： 「全民健康保險術後加速康復推廣計畫」已於 115.7.13 報部，俟核定後公告實施。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(7月前)： 115 年編列 200 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： 115 年「全民健康保險術後加速康復推廣計

項次	工作項目	辦理情形
		畫」預算 2 億元，相關計畫較 114 年新增「冠狀動脈繞道手術」、「肺臟重大手術」及「大腸直腸重大手術」術式。 【本會補充說明：依核定事項，請提出本項醫療利用執行情形】

四、西醫基層總額

(一)一般服務項目

項次	工作項目	辦理情形
3	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費 ※核定事項： (1)持續研修具體實施方案(包含執行內容、支付方式、結果面之評估指標、稽核機制等)，以增加護理人力或護理人員薪資調整為原則，確實提升護理照護品質，並於 115 年度總額公告後，提報至本會最近 1 次委員會議 (2)檢討評估指標，訂定更具反映護理人員薪資或增加護理人力指標(如：診所實際護理人力雇用數、增加護理人力、在職穩定率)，以落實編列本項預算之目的	1.提 1 月委員會議報告案： 已提 115 年 1 月份委員會議報告。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(7 月前)： 115 年新增 659.3 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： (1)「115-116 年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」業於 115.4.15 公告，並自 115.1.1 起實施。 (2)115 年第 1 季將併第 2 季結算。 【本會補充說明：依核定事項，請提出本項醫療利用執行情形】
4	擴大糖尿病用藥(如：SGLT2)適應症產生費用(115 年新增項目) ※核定事項： 於額度內妥為管理運用，並監測糖尿病用藥(如 SGLT-2 抑制劑)利用情形及執行效益(如整體醫療費用變化)	提報本會執行情形： 本署於 115 年 6 月 16 日邀集臨床專家召開「糖尿病用藥臨床指引會議」，後續就建議修訂之糖尿病用藥給付規定進行醫療科技評估，並將依程序提至相關會議討論。 【本會補充說明：依核定事項，請提出糖尿病用藥醫療利用執行情形】
5	配合根除胃癌政策之衍生醫療費用(115 年新增項目)	提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(7 月前)： 115 年新增 300 百萬元，截至 115 年 6 月辦

項次	工作項目	辦理情形
	※核定事項： 本項依實際執行，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減	理情形如下： 依據 115 年 5 月 13 日本署與中華民國醫師公會全國聯合會溝通結論，業函請該會重新研議本項費用未執行額度扣減之執行方式及操作型定義，並請於 115 年 7 月 15 日前函復相關規劃，俾利納入本署 115 年第 3 次西醫基層總額研商議事會議討論。 【本會補充說明：依核定事項，除健保署所提扣減方式未訂定外，請提出本項醫療利用執行情形】
6	強化心血管疾病照護—放寬開立降膽固醇藥物 Statin 標準(門檻)(115 年新增項目) ※核定事項： 本項依實際執行，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減	提報本會執行情形： 115 年編列 700 百萬元，本案已提至 115 年 6 月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通過，預計最快於 115 年 9 月公告生效。 【本會補充說明：依核定事項，請提出本項醫療利用執行情形】

(二)專款項目

項次	工作項目	辦理情形
10	提升國人視力照護品質 ※核定事項： (1)持續檢討具體實施方案(含執行內容、支付方式、執行目標、以結果面為導向之評估指標等) (2)持續檢討白內障手術案件成長合理性、手術時機適當性，及監測照護成效與民眾自費情形，以確保醫療品質及民眾權益 (3)加強執行面管理與監督，建立診療指引及醫	1.依相關程序辦理，並副知本會(2月前)： 本方案業依 115.6.25 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決議通過，已於 115.7.17 報部核定後公告實施。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(7月前)： 115 年編列 3,771.4 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： 本次修訂係調整結算方式(高申報量醫師折付)，並改以點值撥補剩餘款核發品質獎勵金。 【本會補充說明：依核定事項，請提出本項醫療利用執行情形及核定事項之檢討情形】

項次	工作項目	辦理情形
	療利用監測機制，提升分區管理及專業自律	
12	家庭醫師整合性照護計畫 ※核定事項： 持續提升服務量能(如提高醫師參與率及個案涵蓋率)及強化照護品質，並評估本計畫整體照護成效，朝性性病整合及全人照護方向推動計畫，於 115 年 5 月前提出專案報告	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： 已於 115.6.26 公告，方案修正重點已提報本次委員會議。 2.提 5 月委員會議報告案： 已提 115 年 5 月份委員會議報告。 3.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(7 月前)： 115 年編列 5,866.5 百萬元，截至 115 年 5 月辦理情形如下：本計畫甫公告資料尚在分析中。
15	強化基層照護能力及「開放表別」項目 ※核定事項： (1)持續研議開放表別項目，朝普及性及提升民眾社區就醫可近性的方向努力 (2)對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務項目[本項併入 114 年 12 月委員會議決定之 114 年度總額決定事項追蹤]	提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(7 月前)： 115 年編列 1,720 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下：尚無新增開放表別項目。 【本會補充說明：依核定事項，請提出對開放多年且穩定實施之項目，建議導入一般服務項目之規劃】
23	精神科長效針劑藥費 ※核定事項： (1)持續提升基層院所使用長效針劑之比率 (2)於額度內妥為管理運用，並評估執行效益(如整體醫療費用變化)及導入一般服務之可行性	提報本會執行情形： 115 年編列 50 百萬元，截至 115 年 3 月，預估執行 19.44 百萬元，預估執行率 38.88%。 【本會補充說明：依核定事項，請提出執行效益及導入一般服務之可行性評估】

五、門診透析

項次	工作項目	辦理情形
1	門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.4 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，且 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： (1)「全民健康保險居家血液透析試辦計畫」已於 115.2.26 公告，修訂重點已提報 115 年 3 月份委員會議。 (2)「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」已於 115.4.1 公告，修訂重點已提報 115 年 3 月份委員會議。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(7 月前)： 截至 115 年 6 月辦理情形如下： 114 年用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質之 4.33.5 百萬元已全數支用。 【本會補充說明：依核定事項，請提出本項 115 年醫療利用執行情形】

六、其他預算

項次	工作項目	辦理情形
8	腎臟病照護及病人衛教計畫 ※核定事項： (1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以延緩病人進入透析之照護 (2)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率	1.依相關程序辦理，並副知本會(2月前)： (1)已於 115.7.1 公告「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」，修正重點已提報 115 年 7 月份委員會議。 (2)115 年「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析品質提升獎勵計畫」修訂案經提報 115.5.13 門診透析預算研商會議討論，決議待台灣腎臟醫學會修改計畫內容後，再提會討論。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(7月前)： 115 年編列 500 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： (1)為達「全人照護」目標，115 年起，規劃西醫基層論質方案-DM/Early CKD/DKD 與家醫計畫進行整合，重複收案之個案統一由家醫計畫照護，並調整家醫計畫相關費用支付額度趨近論質方案，期提升照護品質及照護率。 (2)114 年末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫支用點數共 3.26 億點，另慢性腎衰竭病人門診透析服務品質保證保留款實施方案 4,500 萬元將於 115 年 6 月底前完成核發。
	(3)為鼓勵院所積極提升照顧品質，請適度調整「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質保證保留款實施方案」預算額度，並檢討核發條件，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本項獎勵之目	3.決定事項辦理情形(7月前)： 本項方案條文修訂已於本署門診透析預算 115 年第 2 次研商議事會議(115.5.12)討論，會議決議由台灣腎臟醫學會參考本署及與會代表建議修改計畫內容，於 115 年第 3 次會議(115.8.12)再議。 【本會補充說明：依核定事項，請提出「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質保證保留

項次	工作項目	辦理情形
	的[本項併入 114 年 12 月 委員會議決定之 114 年 度總額決定事項追蹤]	款實施方案」之預算額度及核發條件檢討】

第7屆115年第6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5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！現在會議時間已經到了，委員出席人數已經過半，達法定開會人數，今天會議可以正式開始，首先請主席致詞。

周主任委員麗芳：好，謝謝周淑婉執行秘書。各位委員，大家早安！今天健保署是由張禹斌副署長、顏家瑞副署長帶隊前來。首先要跟各位介紹健保會今天有1位新生報到，因為中華民國牙醫師公會全聯會理事長改選，所以本會委員代表異動，由黃立賢理事長擔任本會委員，聘期從115年7月17日到115年12月31日，不要懷疑，大家聘期都是到12月31日，請熱烈掌聲歡迎黃立賢理事長擔任本會委員，等一下會請他做新生致詞。

其次也要跟大家報告，也感謝大家，在7月20、21日所有委員的努力之下，還有健保會幕僚非常積極的準備，以及健保署同仁共同努力，當然還有4個總額部門，包括健保署其他預算部分，共同完成了今年度針對114年度總額執行成果的評核會議。

這次的評核會議，可以說創下了歷年最佳的表現，4個總額部門，其中由牙醫部門得到特優白金獎，這非常困難。它曾經在什麼時候出現？18年前曾出現過，在史上出現過2次，接下來就沒有這個特優了。所以是不是也先給牙醫部門鼓勵(眾人鼓掌)。

還有不管是醫院部門、西醫基層部門，還有中醫部門，都得到金獎，也就是優等。今年能夠得到這麼好的績效表現，絕對不是評核委員放水，因為評核委員還是非常嚴謹、嚴格的把關，外加所有健保會委員在這2天當中也都積極出席參與。

我們也來介紹這次擔任評核的委員，都是一時之選，其中在現場的就是陳秀熙委員、黃心苑委員，還有外聘委員，包括吳肖琪委員、王惠玄委員、戴桂英委員、郭年真委員，以及我個人等7位評核委員，都非常嚴謹執行所有資料的審閱。我們觀察到幾點，第1個我們可以看到所有醫界的努力，都獲得民眾肯定，所以說在各個部門

當中，民眾的滿意度，可以說都創下了新高。特別是在民眾的滿意度部分，要特別感謝，包括牙醫部門跟中醫部門，因為他們的滿意度都創下了 96.5% 這樣的高分，可以說是獲得民眾高度的肯定。

除了民眾滿意度提升之外，可以看到整個醫療品質也是大幅提升，在各項觀察指標當中也都有很長足的進步。此外所有醫療服務的布點與項目也大幅擴大，當然除了感謝所有總額部門的努力，包括健保署給予最強大的後盾之外，還要非常感謝健康台灣國政願景的推動，使健保總額也有大幅成長，包括 114 年、115 年都足額成長 5.5%，加上政府公務預算挹注。以今年來看，整個健保資源來到 1 兆 82 億元。有這麼充沛的資源，才有辦法支撐所有醫療部門達成他們想要做的事情。也就是醫界的心聲我們聽到了，民眾的滿意我們也看到了，包括各位委員的信任，我們也都觀察到了。所以說 7 位評核委員，一致肯定給予我們醫療部門最佳的績效評鑑，是不是給委員與所有醫療部門最大的掌聲鼓勵，謝謝(眾人鼓掌)。

這當中我們也發現到，健保署在其他預算部分的表現也可圈可點。雖然說他們沒有列入評等，但是如果有評等的話，相信也是金質獎、優等以上。也都特優嗎？好，所以是不是也給健保署在執行其他預算的部分一個大大掌聲鼓勵好不好？(眾人鼓掌)

大家可以看到在今天的會議資料當中，非常詳盡地載明了所有委員提出的意見，這些資料都是周淑婉執行秘書帶領健保會同仁，幾天熬夜下來趕製出來的成果，也給健保會幕僚同仁一個最大的鼓勵，謝謝(眾人鼓掌)。

最後還是再次感謝所有委員，因為在 114 年總額能夠執行這麼透徹、成功，相信是所有健保會委員的鞭策，在每次健保會開會中提出建言，包括委員到實地做總額參訪時提供的寶貴建議，也發揮了成效。所以最後的掌聲要給全體健保會委員，謝謝大家(眾人鼓掌)。

接下來就是今天的榮耀時刻，我真的是很難相信，牙醫全聯會的理事長黃立賢一上任，可以看到今天又是新生致詞，又代表牙醫部門特優獎要來致詞，所以是雙重榮耀。就請黃立賢理事長來發表感

言，謝謝。

黃委員立賢：主委、各位委員、各部門代表，大家好！牙醫部門今年能獲得特優的肯定，我代表牙醫部門深感榮幸、也滿懷感恩，這一份榮耀來自 18 年之後的再生。我們 18 年前得到特優，已經經過 18 年了，但是當時的時空背景是得分 85 分，我知道現在比較困難，是 90 分。這份榮耀不只屬於牙醫部門，更屬於所有長期支持牙醫專業發展，共同為健保制度努力的夥伴。

特別感謝健保會委員長期以來秉持專業公正的立場，傾聽各界意見，研議健保政策資源配置，讓牙醫醫療在全民健康照護體系中持續發揮重要價值。各位委員的支持與建言，不僅促進牙醫醫療品質的提升，也讓更多民眾享有公平、優質且具可近性的口腔醫療服務。

還有評核老師對於牙醫部門的期望，我們未來會繼續努力，只要是對民眾口腔政策的建言，我們都會努力的使命必達，未來將持續以專業為本、以病人福祉為核心，積極推動健保制度的精進，強化預防保健，提升醫療品質，促進資源合理應用，共同打造更永續、更完善的全民健保制度。

再次感謝主委、各位委員，以及評核老師，一路以來的支持與鼓勵。也期盼未來持續攜手努力，為全民健康與台灣牙醫的醫療永續發展共同打拼，謝謝大家對牙醫部門的肯定，剛上任就拿到一份很好的成績單，這份努力我一定會非常珍惜，也會為健保制度做出貢獻，謝謝大家。

周主任委員麗芳：我們再次感謝黃立賢理事長，在第一天踏入健保會就做出承諾，他一定會帶領牙醫部門為整個民眾健康照護做出最大的貢獻。既然要一視同仁，好像也不能只有特優的牙醫部門，最佳進步獎，最大進步獎來自中醫部門，評核等級有很大的躍升，今年得到優等，所以我們請最大進步獎的蘇守毅理事長來發表一下感言。

蘇委員守毅：謝謝主委，真的很感謝主委跟各位委員對中醫的認可，我們講實在話，中醫不像西醫部門有很多精進的儀器、設備跟藥物，中醫翻來覆去永遠講的就是那幾樣東西，所以中醫有時候想要再進

步是有一些困難度，但是我們會儘量積極地改進，然後以牙醫做我們的榜樣，中醫希望未來第 1 個就是錢跟著人走，第 2 個是在保健的這部分，希望能為全民福祉跟健康的部分來做更加加分的項目，也希望各位委員持續支持我們，讓中醫可以持續地精進，持續為民眾福祉做最大的努力跟貢獻，謝謝大家。

周主任委員麗芳：謝謝蘇守毅理事長，接下來還有 1 位一定要請他發言，也就是最佳毅力獎，這個最佳毅力獎要給誰呢？就是李飛鵬理事長，為什麼我說他是最佳毅力獎？沒有任何 1 個部門是由理事長親自報告，他說他為了要上台做這個報告，他 1 個禮拜沒有睡好覺，而且他是 2 天全程參加評核會議，所以最佳毅力獎要給李飛鵬理事長，李飛鵬理事長是不是也請您來發表感言？

李委員飛鵬：謝謝主委給我發言的機會，我想這次的評核會議，我首先要感謝主委以及各位評委，對我們醫院部門執行報告的肯定。我想優等已經是不得了，我們覺得是莫大的榮幸，再次對各位評核委員的肯定表示感謝。我們的簡報內容在林佩菽副秘書長還有各層級的秘書長，大家集思廣益努力做了很久，他們給我的時候，我常常覺得健保這學問博大精深，他們準備那麼多菜，我要好好消化再講出來實在不容易，簡報內容真的是太多了，在 40 分鐘要把醫院總額 7 千億元全部報告出來，1 分鐘不知道講幾億元，所以很抱歉，我最後還是沒有講完，但是再次感謝各位委員的肯定。

醫院的部分承擔將近 70% 國家的病人照護量能，我們會持續努力，至於大家在會中的意見，要跟大家致歉，DRGs^(註)雖然有規劃但沒有往前，我們會努力做好，評核委員建議我們把評核指標做得更有差別性，我們會持續盡可能的協商來完成。再次感謝各位委員對我們的肯定，因為這一筆品質保證保留款的量體太大，能得到優等已經非常好了，已經很多的錢，再次向各位表示感謝。

註：DRGs(Diagnosis Related Groups，住院診斷關聯群；係一種住院支付制度，以住院病患的診斷、手術或處置、年齡、性別、有無合併症或併發症及出院狀況等條件，分成不同的群組，同時依各群組醫療資源使用的情形，於事前訂定各群組的包裹支付點數)。

周主任委員麗芳：謝謝李飛鵬理事長，最後健保署表現得很棒，但是

我們沒有辦法給他們任何實質的獎勵，我們對於最佳奉獻獎，今天因為署長另有要公無法前來，但是 2 位副署長帶隊，我們是不是請張禹斌副署長也發表一下你們的感言。

張副署長禹斌：謝謝主委、各位委員，這次的評核會議我是想全程參加，但僅第 1 天可全程參加，也看到健保署同仁的表現跟整個報告內容，不瞞主委講，我也覺得我們好像做得還不錯，講到這個一般要給鼓掌(眾人鼓掌)，但是我們沒有獲得特優，我本來想說能不能分一點獎金也沒有，也沒有獲優等，還是滿懷感謝，包括中醫、牙醫、醫院、西醫基層跟各位委員的協助，其實健保署跟醫界都是共榮共享，是共管的概念在處理，謝謝主委領導的健保會在中間為我們做協調，醫界跟政府部門這 2 方面的爭執越來越少，達到共識的越來越多，我想這對臺灣的健保是一件好事，也衷心的謝謝主委帶領的健保會跟各位委員，幫我們在醫界跟健保署之間做一個溝通協調的管道，在此特別謝謝。

周主任委員麗芳：最後我看一下我們現場有 2 位評核委員，不管是陳秀熙委員或黃心苑委員，有要再做補充嗎？沒有，那沒有的話，各位委員手上有 1 本健保會 114 年版年報，請大家回去參閱，我們要感謝周淑婉執秘帶領的健保會同仁，編製這份這麼完整精美的年報，也給他們掌聲鼓勵一下，謝謝。我們今天的會議就正式開始。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主委、各位委員，在說明議程之前有 2 件事情跟委員報告一下，剛才主委有提到，依據本會組成及議事辦法第 8 條，及會議規範第 6 點規定，健保署署長是法定列席人員，該署在昨天函知署長另有要公不克出席，所以請張禹斌副署長跟顏家瑞副署長 2 位代理出席，來函影本放在委員桌上，請委員參閱。

委員的桌面上放了 2 本或 3 本的資料，其中是評核會議後我們整理的「全民健康保險各總額部門 114 年度執行成果評核指標摘要」，這是我們依照健保署跟四總額部門提供的資料編製完成的，給委員作為年度總額協商參考的基本資料；還有就是剛才主委講到本會

114 年版年報，年報也是我們嘔心瀝血寫的，敬請委員參閱，我們也會寄給委員推薦團體收藏參考。另外，各總額部門 114 年度執行成果發表暨評核會議的會議手冊，因為有些委員那天可能太忙沒辦法出席，今天也有放在那天未出席的委員桌上，有 2 本上、下冊，給委員參閱，以上 2 件事情。

今天的議程基本上安排有討論事項 1 案，報告事項 6 案，除了討論事項以外都是按照本年度的工作計畫跟委員會議決議(定)事項做安排。討論事項這案是健保署提案，有關於「脊髓刺激器」自付差額特材的建議案，依照本會訂定的討論自付差額特材的作業流程，其實提案時間應該每季審查，應該在 11 月的委員會議才做討論，但是我們覺得民眾權益很重要，所以提早安排到本次的議程。

報告事項的部分，第一案就是剛剛主委提到的評核結果，稍後會將評核建議做簡要報告，第二案至第五案都是依照總額核定事項須提報之具體實施規劃內容的報告案，第二案是支付衡平、第三案是牙醫專款執行期限屆期的檢討、第四案原本要在 6 月提報的 0~6 歲兒童醫療量能保障、第五案原先應該在 5 月份提報，即醫院部門住院護理費的部分，第六案是健保署例行的業務執行報告，本次不做口頭報告，以上。

周主任委員麗芳：謝謝周淑婉執行秘書，有關於今天的議程，委員有沒有其他意見？如果委員沒有特別意見的話，我們議程確認。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳：有關於上次的會議紀錄，因為事前都有先讓委員參閱，不知道委員有沒有其他意見？如果沒有的話，會議紀錄確認。

衛福部健保會第7屆115年第6次委員會議
中央健康保險署陳署長亮好請假函

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7月28日
發文字號：健保企字第1150681740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7月29日召開第7屆115年第6次委員會，本署陳
署長亮好因另有公務不克出席，將由本署張副署長禹斌及
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 2026/07/29
交 換 章

115.07.29



1153340156

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，項次一，為本會依上次委員會議的決議(定)事項辦理情形，(一)關於 116 年度總額範圍法定諮詢事項決定的辦理情形，本會已於 6 月 25 日函送衛福部參考，衛福部也在 7 月 6 日將總額範圍草案報請行政院核定，並副知本會，函報的重點摘要請委員參閱。(1)跟來本會報告的內容一樣，(2)是關於基期及低推估值的計算，較重要的是，本會委員的諮詢意見及回應的部分，彙整在會議資料第 130~133 頁，並已如實提供給行政院參考，這部分跟委員報告。

(二)有關上次委員會議裡面個別委員關切事項，健保署回復內容已在附錄 3，包括楊玉琦委員關心的平均眷口數，以及朱益宏委員關心的分級醫療及醫院下轉改善情形，這部分健保署已有回應。

項次二，剛剛主委有提到 7 月 20、21 日已經完成評核的發表會及評核作業，相關內容稍後在報告事項的第一案再向委員說明。

項次三，有關健保署在 6 月 15 日，將 115 年西醫基層總額風險移撥款的執行方式已函報本會備查，摘要內容請委員參閱附錄四。

翻到會議資料第 7 頁項次四，有關 115 年各部門總額各項協定項目的核定事項定期追蹤辦理情形，本項是依本會 115 年第 2 次委員會議決定，由健保署在 7 月份提出各項辦理情形，目前應提報或副知本會事項共有 143 項，已完成 121 項，完成率為 84.6%，其中，需完成相關程序後副知本會者，目前還有 2 項未完成，1 個是醫院，1 個是其他預算，至於需提本會報告或討論事項都已經全部完成，需提本會報告執行情形的部分，其實還有 20 項沒有提出，牙醫 1 項、中醫 4 項、醫院 5 項、西醫基層 8 項、透析 1 項，以及其他預算 1 項，這 22 項希望請健保署會同各總額部門相關團體儘速辦理，因為這些資料都可以作為總額協商的參考。

項次五，是本年 6 月 29 日部核定健保署所報的「115 年度抑制資源不當耗用改善方案」，在函文中有請健保署於下年度依健保會排定

的時程提報方案，本會已排定於 115 年 12 月 23 日，也請健保署按時程提出。本會亦整理本案重點供委員參考，(一)整體方案還是維持 3 大構面、8 項策略、16 項管控項目，其中 16 項管控項目部核定目標值調高 7 項、放寬 2 項、維持 6 項，另修正 1 項指標是醫院下轉件數修正為醫院下轉率。(二)部裡也希望抑制資源不當耗用方案是長期的，因此也訂定 3 年目標值，作為未來努力方向，若達到目標值隔年就要去調整目標值，所以這部分是有前瞻性的核定。

項次六，是罕見疾病基金會在 6 月 29 日有函提 116 年健保總額專款項目，建議有關於罕病、血友病藥費及罕病特材專款費用編列額度，希望編列 265.15 億元，並提出詳細的細項及編列說明，在會議資料第 173~179 頁，這部分提供給委員作為 116 年度總額協商參考。

項次七，剛剛主委已提到，114 年版年報已放置於委員桌上，要特別向各位委員報告，本會已將歷年工作成果報告建置成電子書，並置於本會網頁，可以請委員提供給會員參考。

項次八，是上次委員會議依照委員討論的重點，即總額範圍諮詢的結果作為會訊的報導主題，已刊載於官網，敬請委員轉知所屬會員團體參閱。

項次九，是衛福部及健保署 6 月至 7 月發布及副知本會的相關資訊，摘要如下，詳細內容已在 7 月 22 日寄送各委員電子信箱，以上報告。

周主任委員麗芳：非常感謝周淑婉執行秘書對於會務的詳盡報告，有關於剛才的會務內容，各位委員有沒有其他意見？先請朱益宏委員，再請呂正華委員。

朱委員益宏：關於上次委員會議，我有提到分級醫療相關的事項，健保署已有部分書面回應，但我覺得並不是很滿意，第 1 個是個別醫院總額部分，雖然這裡提到有些可以降低，例如門診非急重症占率越高，分階成長越低，但所謂越低的影響力(impact factor)非常有限，因為目前各分區業務組對第 1、第 2 及第 3 階成長率的計算，是採用 1 套相當複雜的公式，包括許多項目，而門診非急重症占率僅是

其中 1 項，因此對整體成長率的影響相當有限。以臺北業務組為例，第 1 階大約允許醫院成長 4%，也就是較基期成長 4% 以內，基本上不會被核扣；第 2 階再增加約 3%，同樣不會有任何核扣，合計約可達 7%。但去年總額成長加上專款也不過 5.5%，在分階管控機制下，醫院即使成長 7、8% 可能不會有任何核扣，反而那些沒有成長，或是只有成長 1、2%，並控制在總額協商成長率 5.5% 範圍內的醫院，反而相對吃虧，我認為這樣並不公平。因此，針對分級個別醫院總額制度，希望下次能有更詳細的報告，並提供更完整的書面統計資料，例如制度實施後，大型醫院門診成長情形、住院成長情形，以及整體成長情形等分析。如果健保署沒有時間分析，我也願意協助健保署進行相關分析。

第 2 個是健保署這邊提到，例如醫學中心下轉 5.8 萬件，較去年同期成長 11%，但我跟各位說明健保署沒有提的部分，依據健保署 114 年統計資料，醫學中心全年門診量約 3,700 萬件，而實際下轉件數約 10 萬件，大概只有千分之二，也就是平均 1 千個病人，僅 2 個病人下轉，我不確定這樣是否足以稱為分級醫療已有成效？再依健保署統計，醫學中心這類大型醫院的非重大傷病的慢性病病人約占 40% 左右，即使採較保守估計，也至少有三分之一屬慢性病病人，換句話說，3 千萬門診量有幾個慢性病可以下轉？但實際結果 1 千個病人只有 2 個病人下轉。

另外醫學中心 1 年約接受 70 多萬件轉診，其中約有 50 萬件來自西醫基層轉上去的，但轉回去給西醫基層的件數是否達到一半？可能連十分之一都不到。這些都是值得關注的問題，但在健保署提供的統計資料或回復中，並沒有充分呈現，而是著重說明相關措施已有成效。所以我期待下次季報告，能針對這些議題提供更完整的分析，以上，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝，請呂正華委員。

呂委員正華：各位委員，我的議題是會議資料第 159 頁，這部分先前楊玉琦委員有提到，希望健保署能提供平均眷口數的計算公式，並

能進一步分析，健保署的回復大致就引據條文，說是依據被保險人實際眷屬人數平均計算，法規本來就是這樣沒錯，但從近幾年出生率來看，2022、2023、2024 年，每年約 13 萬人，到 2025 年則下降至 10 萬多人，新聞也常常有少子化的報導，我認為平均眷口數理應會連動，但 2024~2026 這幾年似乎都維持在 0.56，希望健保署除計算方式引用條文外，也能針對數據的計算多做說明，如此能讓付費方就此部分有進一步的了解，以上。

周主任委員麗芳：謝謝，請嚴必文委員。

嚴委員必文：我也是針對上次有提到的自費管理及監督機制補充意見，行政院有函示關於自費管理，我也收到健保署的回應，內容是說為強化民眾自費管理，已經建置自費醫療資訊公開透明平台，即醫材比價網，以及全國性醫療費用資訊平台，但當時想表達的是，這 2 個網站在醫材方面比較容易查詢，對於急重症病人而言，自費需求往往在藥品上，而藥品查詢非常困難，據我所知，好幾個病友團體也曾嘗試查詢，但都查不到相關資料，因為網站演繹方式跟一般民眾的思維邏輯不太一樣，希望能加強網站的可親近及友善度，讓病人在查詢自費藥品資訊時，能更方便取得公開透明的資訊。

另外，上次提到希望了解健保署對於自費管理及監督的機制，目前這 2 個網站看起來只有比價資訊透明，但對於自費管理及監督資料較不足，因為這部分也攸關未來財務的分配，如果自費過高會造成民眾負擔，也跟健保所謂不要因病而貧的理念是衝突的，所以還是希望這部分能夠加強，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝，剛剛有 3 位委員，包括朱益宏委員、呂正華委員、嚴必文委員所提出來的，他們詢問的事項希望健保署再加精進，這些就請副署長把它帶回去再加改進。針對重要業務報告做以下的幾點決定：

一、請健保署會同各總額部門相關團體，儘速辦理 115 年度各部門總額核定事項未依時程完成之工作項目，以利總額協商。

二、有關 116 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之提

報，請健保署依衛福部來函要求按本會排定時程 115 年 12 月 23 日
做辦理。

三、委員意見提供健保署研參。

四、餘洽悉。進行討論事項，謝謝。

參、討論事項「特殊材料『脊髓刺激器』以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請報告。

涂專門委員奇君：各位委員早，會議資料第 64 頁，說明一的部分是依照全民健康保險法第 45 條還有藥物支付標準第 52 條之 4 辦理。說明二，上述的藥物支付標準第 52 條之 4，重點摘要包括：健保給付比例是按臨床實證來訂定給付比例，最高 40%，在核定費用的部分，得依照同功能類別，參考院所採購價格中位數除以浮動點值、國內市場販售價格、院所收取自費價格或國際價格予以核定。保險醫事服務機構收取差額上限，不得超過該類特材核定費用扣除本保險給付上限之差額。

說明三，本案特材係以微量電波刺激脊髓神經，改善及治療慢性疼痛，前經 113 年 11 月及 115 年 3 月的特材共擬會議討論，考量本案特材全額給付的財務衝擊影響大，尚待觀察評估臨床使用的情形，所以共識同意「脊髓刺激器」以自付差額方式納入健保。在健保給付比例的部分，以臨床實證訂定，暫時性植入品項為核定費用之 20%；永久植入品項則是核定費用之 30%。在核定費用的部分，是以公立醫院及醫學中心採購決標價格之中位數除以最近四季的浮動點值核定。在保險醫事服務機構收取差額上限，則是核定費用扣除健保給付比例換算支付點數。在功能類別的部分，是依暫時性植入與永久植入分成 2 大類，再依照不同功能組件分為 8 個次功能類別。

請各位委員翻閱到第 71 頁，在基本資料表的部分，這 15 項脊髓神經刺激器，目前沒有全額給付的健保品項，功能類別分為暫時性跟永久性 2 大類。在用途部分，我們把依據的參考資料都寫在上面，本案的特材是診療項目脊髓刺激器的暫時性植入手術及永久植入手術、電池更換跟參數調整，過程中必須使用到的醫材，而且是國際普遍慢性疼痛的最後一線治療，所以在專家諮詢會議的時候，醫學會有說已經有許多大型的臨床實證來佐證它的療效，美國麻醉醫師

協會在 2010 年也放到 guideline(臨床指引)裡，臨床上會先用暫時性的神經刺激做測試，確認治療效果後再植入永久性刺激器。相對效果及風險的第 1 點，主要的 HTA^(註 1)給付建議，英國 NICE^(註 2)有脊髓刺激器用在神經性、缺血性慢性疼痛的效益評估；澳洲 MBS^(註 3)建議用在治療慢性神經病變疼痛或難治型心絞痛病人。

第 2 點，相對療效及安全性評估，英國 NICE 創新科技簡報指出多路式 DTM^(註 4)脊髓電刺激，就是刺激多點大概 6 點左右，相較於傳統的刺激更可以改善病人疼痛。臨床實證部分，除了脊髓刺激器置放有它的療效以外，不同的刺激模式其實也有更好的效果。像在 A 這個文獻，發現陣發性的刺激相較於持續性的刺激更能降低異常感覺。請委員翻到 72 頁，在 B 的文獻部分，DTM 就是多點刺激，主要療效指標下背痛反應率是高於傳統的脊髓刺激。C 的文獻研究則是有植入與沒植入，在疼痛量表(PCS)、病人健康問卷憂鬱症檢測(PHQ-9)、健康生活品質測量問卷(EQ-5D)及高心理困擾(PD)之次族群分析，研究結果顯示相較於基期是來得好的，這是療效與安全性的部分。

會議資料第 72 頁的下半部則是價格調查，本案特材有 2 大類、8 個次功能類別，(一)是醫材比價網中位數，(二)是核定價格。用永久性植入脊髓刺激器來做說明，永久性的刺激器分為 5.3Ah 跟 7.5Ah，如果是 5.3Ah 是 51 萬元，7.5Ah 大概是 95 萬元，這是比價網的中位數。核定費用請看到第 73 頁上半段，永久性非充電式的 5.3Ah 是 36 萬元，7.5Ah 是約 55 萬元，這是核定費用部分。健保給付上限在非充電式 5.3Ah 就是 10.8 萬點左右，7.5Ah 就是 16.4 萬點左右。第 73 頁下半部，(3)保險醫事服務機構收取差額上限的部分，在永久性植入脊髓刺激器，非充電式的 5.3Ah 大概是 25.4 萬元、7.5Ah 就是 38.4 萬元左右。

請各位委員翻到會議資料第 74 頁，在「納入前後預估使用量」可以看(2)，自付差額品項納入後 3~5 年的使用量，暫時性是 150 人、永久性是 89 人、電池更換是 72 人，預估增加費用 3 年合計是 1.05 億點，這個是參考 HTA 報告、專家諮詢會議跟臨床醫學意見。

會議資料第 75 頁，建議以自付差額納入特材的理由有 3 點，第 1 點在(2)A，它是國際普遍最後一線慢性疼痛治療，而且具國際治療指引及臨床療效，是脊髓刺激器手術所必要使用的特材，依照 HTA 報告跟專家意見，這個特材在國際已使用很久，具英國 NICE 評估指引並為澳洲 MBS 給付項目，已累積許多大型臨床實證佐證療效，國內也有豐富臨床經驗，可以減少病人長期用藥及看診支出，年輕病人也可回到勞動市場，減輕家庭負擔。第 2 點則是全額給付財務影響大，建議以差額給付觀察使用量變化跟監測成效，在共擬會議的代表考量特材植入後疼痛會快速緩解，但價格比較昂貴，如果用全額給付可能比較難預估使用量，為了維護病人的使用權益，還有兼顧健保財務及新科技在臨床上的使用，建議先以差額負擔方式納入健保給付，後續再進行 HTR^(註 5)滾動式檢討，有關之前共擬會議的決議剛才有唸過了，第 77 頁國際價格部分請委員參考，以上報告。

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

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

註 3：MBS(Medicare Benefits Schedule，澳洲健保醫療服務給付清單)。

註 4：DTM(differential target multiplexed，差異式標靶多路式，係一項新的脊髓電刺激(SCS)療法，主要用於治療其他常規介入與藥物治療無效的慢性、難治型下背痛或腿部神經痛)。

註 5：HTR(Health Technology Reassessment，醫療科技再評估)。

周主任委員麗芳：謝謝涂奇君專委，請健保會補充。

邱組長臻麗：主席、各位委員，大家好，請翻到會議資料第 66 頁，項次一、二是說明為何會有本自付差額特材的討論案，剛才健保署報告過它是用於治療慢性疼痛的 4 項診療項目的醫材，目前健保沒有給付，經特材共擬會議討論建議以自付差額方式納入健保，健保署乃依照健保法第 45 條規定提本會討論，後續將報請衛福部核定公告。第 67 頁項次三有 1 個圖，這是為了討論健保署提出的自付差額特材建議案所訂的作業流程，明定相關的作業程序跟時程，左邊是健保署應辦理事項，右邊是健保會部分，可以看到健保會右下角有委員會議討論時間，剛剛周淑婉執行秘書有提到是每季季中討論，主要是考量本會有既定法定任務事項及需要完成的時限，所以安排每季季中討論，也就是在 2、5、8、11 月委員會議，左上角的健保

署提會時間需在委員會議討論前 2 個月提出，本案健保署是在 6 月 2 日送到本會，依照作業流程的規定應該在 11 月的委員會議討論，考量民眾的就醫權益，乃提前到 7 月討論。另在作業流程也規範了健保署提案應該檢附的資料，以及納入自付差額特材後的後續追蹤管理措施。

項次四的部分，我們有檢視提案的內容完整性，在 6 月 25 日請辦健保署補充說明，健保署在 7 月 8 日函復相關說明在附件二，會議資料第 80~83 頁，請委員參閱，同時也更新了基本資料表。

項次五是我們整理健保署提供資料的重點摘要，(一)是剛剛署報告提到有分暫時性跟永久植入 2 大類、8 個次功能，共 15 個品項。

(二)療效部分，依醫療科技評估報告，可以改善病人疼痛及生活品質，醫療科技評估報告的重點摘要，請委員參閱。

(三)價格部分，我們有依共擬會議資料整理出國內外價格，在附表 1 及 2(第 68 頁)，請委員參閱，這個特材在醫材比價網中位數價格，高於國際價格 1.06~4.8 倍。核定費用計算的方式剛剛健保署有說明，我們也把相關費用做表格，最右邊的醫事服務機構收取差額上限，就是核定費用扣掉健保給付上限。在表格下方有註，依給付規定，如果是暫時性脊髓刺激器，限使用體外刺激器 1 個、暫時性導線 2 組；如果是永久植入脊髓刺激器，則是充電式刺激器或非充電式刺激器擇一、8 極導線(2 組)或 16 極導線(1 組)擇一。

(四)健保財務影響評估，預算來源為醫院總額「新醫療科技」項下的新特材預算 8 億元，納入以後 3~5 年，每年新增費用預估約 3,500 萬點。

(五)依特材共擬會議決議，納入自付差額特材的理由，第 1 為具臨床實證療效，第 2 為全額給付影響很大，共擬會議財務預估是 1.04 億點，所以建議以差額給付的方式觀察使用量變化及監控成效，2 年後會進行 HTR 滾動檢討健保的給付效益。

(六)本案健保署所提供的參考資料，我們也另冊併同會議資料寄給委員審閱。

(七)如果本案同意列為自付差額品項，請健保署辦理下列事項：儘速循行政程序報請衛福部核定公告實施，實施日期建請一併報請衛福部決定。另外依作業流程規定，於納入自付差額特材半年後，提出檢討改善報告，2年後進行HTR，滾動式檢討健保給付效益，作為給付的決策參考，以上。

周主任委員麗芳：謝謝補充說明，有關於本案我們來聽聽看委員的意見。因為剛剛健保署報告得很詳盡，然後會務同仁也補充說明，所有資料都很嚴謹，不管是國際資料、國內資料，還有臨床上的資料都非常齊備，看起來大家沒有……，請黃心苑委員。

黃委員心苑：核定價格有1個公式，就是用公立醫院跟醫學中心的中位數，再除以浮動點值，這樣算出來都比國際價格高，前面有說在107年以前因為用國際價格，廠商都不願意進來。我想請教一下，廠商的理由是因為台灣的市場小，所以價格需要訂得比較高一點，還是說我們現在進的這些特材，如果只是單一廠商，那沒辦法，但是如果有多家廠商，是不是也是同樣的定價方式？因為核定價格會影響健保給付的20%及30%，請教一下，健保署在核定價格的時候，都會統一用這公式，還是會因為產品的廠商家數是多家或少家，而有可以議價的空間？以上。

周主任委員麗芳：還有其他委員要提出詢問嗎？如果沒有的話，就請健保署來做回應。

顏副署長家瑞：謝謝黃心苑委員的提問，事實上，我們是以公立醫院及醫學中心採購價(中位數)，除以我們的浮動點值，大家可以看到我們浮動點值不是1，還是稍微差一點點，廠商的理由是，他覺得市場是一個浮動機制，所以我們是根據他的核價來做這樣的調整，依實證訂定健保給付上限，黃育文組長要不要補充一下？

黃組長育文：謝謝各位委員，我這邊做小小補充，其實在核定價格的部分確實不會每一次都用公立醫院及醫學中心採購價的中位數除以浮動點值，在藥物給付項目及支付標準第52條之2有清楚規定可以用成本，或是我們會視目前來的家數有幾家，跟廠商協議，也會看

市場的使用量，當然核定的健保給付比例就是依照實證等級在會上討論。

周主任委員麗芳：謝謝顏家瑞副署長及黃育文組長的詳盡說明，如果沒有其他意見的話，本案原則同意，請健保署辦理下列事項：

第 1 點，委員所提意見，送請參考，並儘速循行政程序，報請衛福部核定公告實施。

第 2 點，請在實施半年後提出檢討改善報告，2 年後進行醫療科技再評估(HTR)，滾動式檢討本案效益，作為給付決策之參考。

接下來進行報告事項。

肆、報告事項第一案「各總額部門 114 年度執行成果評核結果及評核建議」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請報告。

陳組長燕鈴：向委員報告，評核結果的部分在會議一開始的時候，主委已經向各位委員說明一些評核結果的重點，所以我這邊就其他的部分再補充說明，請看到黃色封面補充資料第 1 頁，我們在 7 月 20、21 日完成評核會議以後，其實會裡在 7 月 21 日下午召開評核內部會議討論後，評核結果已經在網頁上公開，還有大家關心的各部門總額執行成果簡報也在 7 月 22 日同步上網公開，這次會議有 160 多人參加，其中本會委員就有 30 多人與會，非常踴躍，評核委員的部分剛剛主委已經說明了，我再就評核結果跟大家說明。

評核結果部分，在醫院、西醫基層、中醫門診總額都是獲得優等，牙醫門診是特優，依據評核結果及 6 月份委員會決議的獎勵標準去計算，各總額部門在 116 年度「品質保證保留款」專款獎勵成長率，請看補充資料第 2 頁，計算基礎就是 114 年各總額部門一般服務預算為基數，醫院、西醫基層、中醫門診都是乘以 0.2%，牙醫門診乘以 0.3%，乘出來就是 116 年度的品保款額度。

除了品保款，最重要的是從評核中得到 7 位評核委員對於健保制度的未來建議，所以為了精進健保署跟各總額部門的執行成效，也彙整 7 位評核委員對於健保署跟各總額部門提出的精進作為之整體建議，放在附件，如補充資料第 3~24 頁，這份附件總共分為 5 大部分，包含對健保署及四總額部門的整體建議，以及分別對醫院、西醫基層、牙醫、中醫總額的整體建議。

因為時間關係，我先就「一、對健保署及四總額部門之整體建議(含門診透析)」，對評核委員建議進行重點報告，其實資料很詳細，委員可以參考，只是因時間關係簡要說明。

在(一)嘉勉意見部分，7 位評核委員都很肯定健保署對於全民健保的穩健經營，以及在可近性、民眾滿意度及醫療品質等方面，都維

持高度水準，也積極因應高齡化、少子化等挑戰。健保署持續推動個別醫院總額、大家醫計畫等重要措施，因此評核委員認為，健保署已逐步由醫療支付者的角色，漸漸轉型為健康治理者的角色，這些積極作為值得肯定。

另外，健保署在支付制度改革、品質導向給付，以及跨部門整合照護方面，也相當努力，透過支付制度引導醫療體系朝向高齡、失能及慢性病整合照護服務發展，並逐步奠定未來健保發展的基礎。

評核委員也特別肯定健保署及健保會同仁，在有限的公務預算及人力下，戮力統合各項資源與政策研議所需資料；健保署並與醫界共同努力，重視醫療品質及一般服務預算管理，因此，114 年點值回升已可看出相關成效，顯示總額管理成果相當顯著。

至於其他預算部分，執行情形良好，各項績效指標均已達標，健保署在管理與推動上的成效值得肯定。

近年門診透析服務轉為推動居家透析，這個方向值得肯定；請看補充資料第 4 頁，門診透析相關計畫已展現初步成效，這部分同樣值得肯定。

接下看到(二)建議改進意見，這是重點，也就是評核委員對健保署及整體總額制度所提出。

第 1 點，評核委員提醒，面臨人口超高齡化與少子化挑戰，以及新疫情威脅、氣候異常等大環境改變，應及早建置因應未來需求的健保制度。在這些變化之下，加上人口集中化、城鄉差距擴大，因此應有更多實證資料協助政策規劃，掌握未來變化趨勢，並及早規劃人力培育及服務模式轉型策略，例如持續發展可降低員工負荷的整合照護模式。

評核委員也特別提醒，非都會區鄉鎮市人口將逐漸減少，因此非都會區或偏鄉地區的在地基層診所及衛生所，未來將扮演重要角色。所以在政策制定上，應維持其穩定營運，才能確保民眾基本醫療服務的可近性與品質。

第 2 點，整體來看，四總額部門現行專業醫療服務品質指標參考

值設定偏向寬鬆，建請重新檢討，設定較具挑戰性的指標或參考值。

第 3 點，請看補充資料第 5 頁，委員也集中關心目前幾個面臨比較急遽的問題，其中包括護理人力不足及急診壅塞，建議積極研訂改善策略，例如加速擴大 DRGs、推動門診手術，以及調整部分負擔等相關措施，供健保署及醫界參考。同時評核委員也提醒，為避免護病比及住院護理品質資料出現監測空窗，建議健保署能持續監測各層級醫院的護病比、護理人力、開放床數、關床情形及離職率等變化，以掌握醫院整體照護量能。

第 4 點，分級醫療已推動多年，但成效仍有待提升，建議進行整體政策檢討。評核委員也提供一些策略，請健保署及醫界參考。

第 5 點，評核委員建議，因為現在協商項目眾多、資源有限，建議檢視各協商項目或計畫執行成效，落實以成效導向的資源重整策略。請看到補充資料第 6 頁，也就是建議健保署全面檢視各項協商項目或計畫的成效、實際需求及資源運用情形，對於成效有限或需求不足的計畫，應優先檢討、整併、轉型或退場；但對於執行成效良好且需求持續增加的服務項目，要適度增加資源投入，以提升整體服務量能。同時，鼓勵健保署，繼續強化保險人在總額協商、資源配置及政策規劃的角色。

第 6 點，評核委員也關切近年專款項目持續增加，自 110 年至 114 年間幾乎倍數成長，因此評核委員建議，對於專款項目應建立生命週期管理機制，要有強化資源配置效能及退場管理，並定期檢視執行情形。對於長期執行率偏低、參與率不足，或無法展現具體健康效益的計畫，應啟動縮編、整併或退場；對於已成熟且穩定的計畫，例如試辦 5 年以上且執行成效良好者，則應評估納入常態性醫療服務或一般預算辦理。

第 7、8 點，此外對於資料治理與指標管理的精進，以及對於健保未來發展願景，包括運用 AI 打造智慧、永續與學習型健康治理體系，也提供了一些建議。

第 9、10 點，至於腹膜透析及居家透析部分，也請持續提升照護

量能；而居家血液透析試辦計畫，也請持續監測未來執行情形及照護品質，確保病人安全。

再翻回補充資料第 2 頁說明三、四，評核委員的這些建議就請四部門及健保署參考；最後請健保署跟各總額部門承辦團體，對於評核委員的整體建議，可以納為未來整個執行或規劃的參據，並且在明年(116 年)評核報告時，能夠針對這些整體的改進建議提出參採情形說明，以上。

周主任委員麗芳：謝謝陳燕鈴組長，您也辛苦了，因為主要負責總額評核，謝謝您。我們再次恭喜，不管是健保署還有四個總額部門，還有所有健保會委員的努力之下，我們創造了有史以來最佳的表現。在最佳的表現之下，我相信好還要更好，所以在明年評核時，我希望各總額部門也包括健保署，在 115 年的執行成效能夠再創佳績，所以再次恭喜大家，也可以看到 7 位評核委員的努力及認真，是因為針對健保署還有四總額部門都提出詳盡的評核意見，分為嘉勉意見及建議改進意見，建議改進意見又臚列出大項，大項之下有次項，當然大項是最重要的，所以也請各部門針對評核委員的意見去研析一下可能的改進之道。

有關這個提案還有沒有要提出詢問的？如果沒有的話，我們這案子做 2 點決定：

第 1 點，依照各總額部門 114 年度評核結果，確認 116 年度「品質保證保留款」專款之獎勵成長率如下，醫院、西醫基層及中醫門診都是優級、0.2%，牙醫門診為特優級、0.3%。

第 2 點，請健保署及各總額部門承辦團體，將評核委員所提各項精進建議，納為未來總額規劃執行的參考，並於 116 年評核報告提出參採情形說明，接下來進行報告事項第二案。

伍、報告事項第二案「『促進醫療服務診療項目支付衡平』之具體實施方式及執行情形專案報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請報告。

陳副組長依婕：略

周主任委員麗芳：謝謝陳依婕副組長，有關報告內容，我們看一下委員是不是有要提出詢問的地方，請朱益宏委員。

朱委員益宏：謝謝主席，也非常謝謝健保署剛剛針對自 106 年開始推動急重難症相關作為所做的說明，從剛才 2 張投影片來看，大概從 106 年至今，已投入接近 200 億元經費在急重難症，特別今年又針對兒科、婦產科，在支付標準上做了相當大幅度的處理。

不過，這件事情其實也讓我想到另一件事，這也是我今天特別舉手發言的原因。在 106、107 年間，陳時中政務委員，當時是衛福部陳部長提出，包括醫學中心及區域醫院，大醫院的門診年減 2% 的政策，希望門診要分級醫療，那時候醫界就提出，是因為重症給付不足，所以會有一些要靠門診。

看到剛才投影片的資料，從 106 年開始，政府已針對急重難症大幅增加投入，到現在接近 200 億元，但是輕症有沒有下來？沒有下來！政府對支付標準的調整，只要是在年度總額預算範圍之內，增加的幅度其實非常明顯，也很有感；但是相對應的配套措施，也就是推動輕症落實分級醫療這件事情，反而沒有任何的政策，也不能說完全沒有政策，而是政策的力道還不夠。

所以延續我剛才所談的這個問題，我真的希望，既然賴清德總統也提到「不同工、不同酬」，那麼在急重難症給付大幅增加之後，是不是也應同步推動輕症大幅轉診到地區醫院與基層診所，去真正落實所謂的分級醫療？不然你投注的這 200 億元，其實基層診所和地區醫院是拿不到的，因為政策目標本來就不是要他們做急重難症，所以他們是拿不到這部分資源。當資源分配是偏頗的時候，整體醫療體系架構會出大問題。因此，當急重難症支付大幅增加的同時，

再強調一次，同步就該把輕症做分級醫療，要有一些更強的政策，讓病人能夠下轉到地區醫院及基層診所，我也期待未來能夠看到這件事情真正發生。謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝朱益宏委員，其他委員有沒有要提出詢問的？我們在這個案子當中，當然也非常肯定健保署對於整個在急重難症的部分，花了相當大的心思，歷年來也端出非常多的新政策，特別是在 114~115 年這 2 年當中，我們看到最大的進步，確實是在整個大環境之下，給予在第一線服務急重難症的所有醫務同仁最大的支持。其他委員如果沒有意見的話，剛剛朱益宏委員所提到的，再請副署長來做補充。

顏副署長家瑞：非常謝謝朱益宏委員的提問，事實上健保署一直在監測這項數據，我們手裡的數據包括醫學中心門診，非重症占門診的比率，108 年是 40.2%，114 年已經到 36.6%，已經開始在緩步下降，我們希望可以藉由這樣的支付標準，讓它下降的幅度達到我們的目標。區域醫院是從 52.8% 降到 48.6%，所以事實上趨勢是在往下，可能降的幅度，我們希望可以再加大力道，讓它可以達到我們的目的，就是在醫中及區域的部分可以不要看非重症的門診，以上。

周主任委員麗芳：謝謝顏家瑞副署長的補充，也就是可以看到包括醫學中心、區域醫院，有關輕症的看診比率，就如同剛剛朱益宏委員關心的是朝這個方向。如果沒有其他意見的話，本案洽悉，委員所提的意見，請健保署參考，接下來進行報告事項第三案。

.....

陳委員節如書面意見：謝謝健保署的說明和健保會同仁的資料整理，這些經費的投入，「目的」大家都是非常認同，但是，目前報告的資料都偏向呈現「財務執行」的狀況，缺乏成效指標，希望後續還有『結果面的品質指標』能夠呈現，回應這些費用挹注的效益，例如：兒科醫師留任與招收的情形、關床比率的變化等，讓大家能進一步了解經費投入後的實質效益。

陸、報告事項第三案「115 年度牙醫門診總額專款項目執行期限屆期之檢討(提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請報告。

洪專門委員于淇：請各位委員看會議資料第 98 頁說明二，我們主要是對 3 個牙醫的專款報告。首先是超音波根管沖洗計畫，115 年預算編列 144.8 百萬元，115 年 1~4 月執行數申報 38.33 百萬點，執行率大概是 26%。112~114 年詳細執行情形，健保會幕僚已經整理在會議資料第 100~103 頁，請各位委員參閱，112~114 年目標達成率分別為 48.7%、67.6%及 77.2%，考量執行率還有成長空間，另外執行本項計畫一定要有相關設備，目前不是每一家診所都有，加上成效我們還在分析中，所以建議 116 年還是維持在專款。

接下來第 2 個計畫是高風險疾病口腔照護計畫，115 年編列 42.558 億元，執行數在 115 年 1~4 月大概申報 13.667 億點，執行率大概是 32%。健保署基於下面 3 個因素還是建議維持在專款，首先是執行數還是在大幅的成長，大於預期，以 114 年來說預算大概 28 億元，可是因為執行數太高，所以點值大概只有 0.8、0.7 左右，另外在 4 月份委員會議報告也有提到，本計畫 3 項預期效益之評估指標，其中 2 項在 117、119 年才能有相關數據。

如果納入一般服務，就要 100%按照 R 值前進，可是因為目前申報數跟 R 值占率事實上有一點點差距，可能要請牙全會提出配套措施，我們在 7 月 21 日的預擬「116 年牙醫門診總額協商因素與專款項目計畫」會議有跟牙全會進行溝通，牙全會覺得執行情形已經很穩定了，建議移入一般服務，這塊我們會尊重總額協商的結果。

接下來第 3 個計畫是特定疾病病人牙科就醫安全計畫，115 年預算是 424.4 百萬元，115 年 1~4 月執行情形申報數大概是 1.31 億點，執行率大概是 31%。3 項評估指標在辦理情形(二)，牙全會覺得指標定義及監測值還有調整的空間，會再研議修正，本計畫建議 116 年

還是維持在專款，以上報告。

周主任委員麗芳：非常感謝洪于淇專委的報告，有關於這個提案，牙全會要再做補充嗎？黃立賢理事長或徐邦賢常務理事都可以，謝謝。

徐常務理事邦賢：牙全會邦賢跟大家報告，有關這3個計畫中，誠如剛剛健保署長官所報告的，關於超音波根管沖洗計畫，因為要添購設備，醫師要上課受訓，目前為止正積極努力推動中，但是因為還有些成長空間，請容我們能夠確實的讓全體牙醫師步入這樣好的計畫，所以建議維持專款。

至於高風險疾病口腔照護計畫，目前醫療模式穩定，但是經費不足，目前點值一直維持在不到1的情況，相較於一般服務的點值有明顯的差距，因此牙全會只是在於資源的互相調整，建議可以用一般服務預算，相對比較有一些盈餘的資源來支應這專案，當然如果這個計畫在專款有充足的預算，牙全會並不反對，我們也會再繼續研議相關的評估指標。

特定疾病病人牙科就醫安全計畫是我們牙全會的使命，希望在所有就醫民眾裡面，不是只有單純來看牙齒，而是能在就醫的時候，也能夠顧及全身相關的風險，還有包括一些安全性，也希望大家都能夠安安全全地確實地完成牙醫診療，目前參與計畫的醫師都需要再教育，包括提供自我評估，我們覺得推廣需要再一點時間，來讓所有的牙醫師能夠進入狀況，而且能夠確實地把這個計畫做好，因此我們建議這個計畫是不是能夠留在專案，讓我們牙醫界再更努力一下，以上說明。

周主任委員麗芳：謝謝補充，接下來我們就聽聽看委員的意見，有沒有要提出詢問的？如果沒有要再詢問的話，本案洽悉，委員若有書面意見，再提供健保署及牙醫部門參考，接著進行報告事項第四案。

.....

陳委員節如書面意見：本案主要針對3個專款計畫，然後3個專款計畫健保署都建議先維持專款，維持專款也沒關係，但針對資料說還需要時間分析或研議的部分，我認為至少應該要有時程讓大家了解。

例如：

第 1 個「超音波根管沖洗計畫」，資料寫『照護成效尚在分析資料』。但根據今天會議資料第 106 頁，在 114 年第 6 次委員會議的時候就有評估，112 年資料大約需要 2 年半，所以最快將在 115 年可以有分析結果。目前暫時還沒有成效資料也沒關係，但想請問這個資料分析，健保署預計什麼時候會有結果？

第 3 個「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，資料上寫『預期效益評估指標定義及監測值尚在研議中，且需蒐集多年度執行數據始能研析成效』。請問這個指標定義和監測值目前研議的情況是什麼？需要收蒐集多年度執行數據，目前認為是需要多久的數據才足以分析成效？

柒、報告事項第四案「『0~6 歲兒童醫療量能保障』具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)專案報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請報告。

陳副組長依婕報告：略。

周主任委員麗芳：非常感謝陳依婕副組長的報告，有關這個案子委員有要提出詢問的嗎？請陳秀熙委員。

陳委員秀熙：謝謝健保署的報告，有關兒科的人力不足，我最近在很多公聽會上面，聽到 1 個非常有趣的現象跟大家做分享，這跟分級醫療也有相關，兒科醫師認為他們的給付減少不是因為少子化，而是因為台灣跟全世界比，小兒疫苗接種率非常高，打疫苗越多的以後生病的次數就會減少，所以今天談這個議題，健保為什麼要做一個改革，從過去支付給付的方式變成健康治理，過去長期都不談疫苗在健保總額及後續的住院，對醫院及西醫基層有非常大的影響，因為剩餘的錢能不能夠回饋給小兒科醫師或醫院，像剛才報的這樣，但長期以來受限於只要是 CDC^(註 1)的疫苗預算通常不在健保討論的範圍，我覺得我們現在沒辦法改變，可是我覺得健保署或相關的 CDC，還有健康署也提供相關的兒童服務。

COVID^(註 2)最近又流行，可以看到它不只是影響感染，而是影響所有感染的老人及小孩子的住院，這個問題會影響總額基期，我們是不是還要堅守所有的疫苗，包括大家最近提的成人疫苗，這跟我剛剛談的分級醫療也是一樣，如果今天沒有辦法做風險分層，又如何能夠知道輕症病人在哪裡、重症病人在哪裡？我們都知道這個道理，可是如果重症給付越高，輕症給付沒有提高，就會形成照顧輕症是一種 punishment(懲罰)，預防接種打得好，疫苗打得高，就是一種 punishment，這思維提供給大家參考，希望健保署如果有機會可以帶回去研參，我知道這必須經過立法院修法，及整個結構上面再塑，可是今天不提出來，小兒疫苗接種，包括未來可能會提出的成人疫

苗接種，都會面臨同樣的問題，以上給報告的建議。

另其中 1 條就是只要預算有剩餘，剛才署也提到是否可以另行研議，我建議醫院及西醫基層可以考慮給兒科一些除了現在已有的點值提升獎勵之外的措施，我覺得這是大家可以思考，也就是健保慢慢要走入新里程碑的代表，否則一直給錢，但兒科的醫護人力也是一樣無法增加，錢無法解決所有問題，過去我們覺得錢跟著人走，但是現在的問題已經不一樣，以上建議，謝謝。

註 1：CDC(Centers for Disease Control，疾病管制署)。

註 2：COVID(Coronavirus disease，嚴重特殊傳染性肺炎)。

周主任委員麗芳：謝謝陳秀熙委員，請黃心苑委員。

黃委員心苑：謝謝主委，我的意見跟陳秀熙委員很像，我本來看到評估指標讓我一直很想不通，像評估指標 1 是擴大醫師參與幼兒專責醫師制度之人數，不低於基期，如果幼兒專責醫師制度做得很好，代表前面預防保健做得很好，primary care^(註)做得很好，自然就不會去急診及住院，但是評估指標 3 卻是醫院 0~6 歲急診及住院服務量不要低於 114 年，那這 2 個評估指標好像方向就有點剛好相反，我在猜會訂這個指標的原因是希望醫院兒科醫師的收入不要下降，因為現在都是論量計酬就會變成這樣，所以才會回應到剛才陳秀熙委員講的，如果前面做得好，照道理後面急診及住院就不會多，但是醫師收入又跟量有關，才會有這樣指標上非常怪異的地方。我覺得如果專責醫師制度做得好，又要期待急診及住院服務量要提升，大概是不大可能的，所以這 2 個指標可能要請健保署參考一下，謝謝。

註：Primary Care(初級照護)。

周主任委員麗芳：謝謝黃心苑委員，請蔡順雄委員。

蔡委員順雄：謝謝，0~6 歲國家養是大家都耳熟能詳的重要政策方向，兒童醫療量能保障訂了幾個評估指標，包括兒科醫生的人數、服務量能等等，設定一些指標不要再下降了，我的疑問是說，現在兒科的醫生少，除了在學校裡面道德勸說讓他們能夠願意選擇兒科並留下來以外，我們有什麼樣的政策方法能夠讓人家有意願選擇加入？我看起來就還蠻單薄，在補充資料第 32 頁上方，就只有 1 個簡

單的承諾，就是點值不低於 1 元支付，還有就是預算如果有剩餘，再行研議支用方式，我的意思是說，預算的支用方法有沒有一個更彈性的政策鼓勵，否則一直依靠道德勸說，我認為很困難，變成永遠就是鎖住幾個指標在考慮，這是我的第 1 個疑問，所以我會覺得除了預算結算點值不低於 1 元以外，有沒有更彈性的處理方式能夠鼓勵兒科，在量變少的狀況下收入不能急劇下降。

第 2 個我比較意外或是我並不了解，在補充資料第 32~33 頁的表格都有調升兒童相關醫療支付，特別把兒童精神日間住院支付做一個指標，我不是很理解，就是兒童的精神科別或住院情形拿來做指標的原因何在？是有比較明顯的嚴重嗎？這倒是讓我頗為意外，這點我是門外漢，再請教，以上。

周主任委員麗芳：謝謝蔡順雄委員提出很精闢的想法，接下來請朱益宏委員。

朱委員益宏：謝謝主席，關於這個議題的標題是 0~6 歲兒童醫療量能保障，我覺得這個議題不是只有健保署這個計畫就能滿足，如果只靠這個計畫我其實還蠻悲觀的，我認為很多指標檢討的時候會達不到，因為這確實是國家很大的一個問題，我舉個例子來講，比如新進兒科醫師減少，兒科專科醫師歷年越來越少，當然跟少子化有關，病人來源少所以兒科醫師收入就少，但是專科醫師的議題又涉及醫事司整個專科醫師容額的分配，1 年醫學院畢業大概 1,300 人，這數字還蠻固定的，但 25 個專科容額分配到底是不是剛好 1,300？還是 1,400？還是 1,500？這就有學問了，如果剛好 1,300，就會變成畢業學生一定要選 1 個專科，再不然他就只能犧牲，不要拿專科，直接去做醫學美容，但直美現在衛福部另外又有政策，如果容額甚至少一點，變成應屆畢業生想要選皮膚科、眼科、耳鼻喉科但選不到，最後只好選兒科，那兒科醫師就會比較充足一點，但是這個政策是醫事司主導，包括專科訓練容額，如果真的要解決這問題，可能衛福部要多下點功夫。

保障兒童醫療量能的來由我替健保署講，不知道對不對，是因為

醫院兒科沒有人值班，所以醫院的老教授、兒科大教授必須下來值班，所以開始哇哇叫，當這些現象出來之後，這些教授可能就離開醫院去開診所，因為健保署剛剛有張投影片提到，兒科專科醫師去診所的比去醫院的多，為何大家都要去診所？這是另一個政策面，也不是健保署能講的，第 1 個診所沒有急診，第 2 個最大的是稅務，診所的報稅其實報得非常低，就算衛福部現在要推的醫師免稅，也不過 33%，遠不如診所醫師的免稅額度，所以這都是很大的問題。

兒科醫師的量能是不是真的不夠？我覺得是不夠，但大部分都集中在診所這件事情，凸顯出來醫院的量能更不足而已，我覺得這件事情要分開，是整體兒科照顧量能都不夠呢？還是醫院急重症的兒科病人照護量能不夠，我覺得這要分開講，如果針對題目是整體兒科量能保障的話，會有點偏頗，我覺得醫院急重症的兒科醫師量能要優先保障。

大家目光都在兒科，少子化帶來只有兒科受影響嗎？產科醫師也會受影響，現在很多婦產科都不願意做產科，寧願做婦科對不對？產科要不要也保障？前一陣子健保署開會講到胸腔內科沒有人要做，所以 ICU^(註)的重症醫師以後也會出問題，那衛福部成立的相關的重症專科醫師是不是也要做一些處理？另外昨天報紙上還登載醫院缺麻醉護理師，導致開刀房的手術都延遲，這些科的人力是不是也要做保障？就像地雷一樣，一個一個爆出來，今天這裡爆、明天那裡爆，這件事情真的有賴衛福部通盤檢討，而不是只靠健保署這個計畫去保障兒科的量能，以上。

註：ICU(Intensive Care Unit，加護病房)。

周主任委員麗芳：謝謝，請連賢明委員。

連委員賢明：剛剛前面委員其實有講到，我想講大概是 2 點，第 1 個我呼應蔡順雄委員講的，健保署好像到最後就是保障點值，從頭到尾就是保障點值這招，1 點 1 元，其實你要保障的應該是他要投入，事實上可能的方式，除了保障點值以外，是不是給他們基礎的，就是無論做多少都保障月薪多少錢，這個其實是比较實在的，以前也有對醫缺地區提供獎勵，我覺得用這個方式去鼓勵他投入這行業，

事實上會是比较有用的。

第 2 個是剛剛黃心苑委員和陳秀熙委員都講了，我要講的是評估指標 3，我比較擔心的倒不是後面的照護是不是因前面沒做好，而是現在小孩就變少，卻要求醫院增加急診和住院服務量，但小孩就少了，是要醫院多讓小孩急診或住院嗎？這是我覺得這個指標有點奇怪的地方，就是這個應該要算小孩的人數，怎麼會直接跟去年比？我們每年小孩人數其實掉很快，這樣實際上反而是變相讓醫院有誘因把很多不該住院和急診的人弄進去，以確保能達到這個指標的要求，謝謝。

周主任委員麗芳：好，謝謝，接下來請陳建宗委員。

陳委員建宗：主席、謝謝各位委員對於兒童醫療的關切，我非常同意朱益宏委員講的，現在兒童醫療比較麻煩的是，我想應該是在醫院，也許在醫學中心，大家可以看到評估指標 3，從 113 年到 114 年下降大概 4 點多億點，雖然在調升兒科醫療支付的部分有挹注，只有挹注 2.3 億元，也是不足。跟各位委員報告，現在很多加護病房值班是找不到住院醫師的，支付標準調升 10% 遠遠不足以支付主治醫師每日的值班津貼或住院津貼，醫院支出的費用是遠遠超過健保挹注的，其實都是醫院自救兒科醫師，醫院自己貼錢來救這些兒科醫師，如果要靠調升 10%，大概愈來愈難找得到主治醫師留在醫院看診或值班，現在很多醫院 60 歲以下的主治醫師都要下來值班，我們也是只有大家共體時艱，也不知道以後會不會更慘，所以光是挹注 2.3 億元或是調升 10%，我想對以後專科醫師留置在醫院，尤其是重症醫院，我想是杯水車薪很難達到效果，以上補充。

周主任委員麗芳：非常感謝陳建宗委員發自從第一線的聲音，包括剛才提到很多政策面如何來接地氣，讓實務運作上能持之以恆，這可能要健保署更大的努力。剛剛我們可以看到從今天委員的發言人數，還有關切的內容，就可以了解到大家高度關切 0~6 歲兒童醫療量能保障的案子，是不是就請顏家瑞副署長回應一下？謝謝。

顏副署長家瑞：首先非常謝謝各位委員對於保障兒童醫療量能的部分

給予很多的建議，陳秀熙委員和黃心苑委員提到的沒錯，事實上在預防醫學的部分，我們不是因為生病而給付，是希望可以在疾病沒有發生就做預防醫學，這部分我們已經跨署，跟健康署積極合作，希望他們那邊的疫苗接種、照顧原則能讓健保發揮的部分可以達到比較衡平的部分。當然剛才提到輕重症，大家看到好像都是調整重症支付，其實輕症部分我們也會研擬相關措施，不要讓大家感覺有處罰輕症醫療的感覺，所有的醫療應該是衡平性的思考。

有很多委員強調兒科醫師人數的部分，評估指標部分，大家一直聚焦在評估指標 3 急診及住院的醫療量能，我必須講，我們算的是點數，因採論量計酬，調升支付標準，希望可以保障，至少保障他的額度不會因為兒童人數減少而造成點數下降，反而希望可以藉由提升照護點數，讓整個服務量的部分可以得到保障。相對地，這對未來願意投身成為兒科醫師的醫科畢業生，也希望這樣的調整能有鼓勵的作用，包括朱益宏委員、蔡順雄委員也提到，有關醫事司督導的責任，包括薪資保障，以及怎麼鼓勵醫學院畢業生積極投入兒科等議題，這部分衛福部也在積極研議怎麼樣可以讓醫療部分，其實不光兒科，剛才有提到內、外、婦、兒四大科都面臨這樣的問題，也開始在盤點，所以我們也跟醫事司積極合作。

回到健保部分，剛才可以看到今天提出的部分，有關調整兒科相關醫療給付，我必須講這不是最後，也不是只有做這項，今天提出保障點值不低於 1 元，特別是兒科醫療部分，若有相對結餘部分我們會繼續研議，也會繼續調升相對應的補助，希望可以保障兒科的醫療量能不會萎縮，以上報告。

周主任委員麗芳：好，謝謝顏家瑞副署長，先就整體面說明到不只是健保署，其實是整個衛福部都動起來，健保署、健康署、醫事司都共同在研擬對策。本案洽悉，委員所提的意見請健保署研參。接下來進行報告事項第五案。

捌、報告事項第五案「115 年度各部門總額依核定事項，須提本會報告之具體實施計畫/方案/規劃或執行方式(續提)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請報告。

曾科長琬茜：主席、各位委員大家好，請參閱會議資料第 115 頁。本項是依 115 年度各部門總額核定事項辦理，有關醫院總額住院護理費用專款項目，請健保署會同相關團體研訂後提至委員會報告。

辦理情形如下表列，115 年的醫院總額專款住院護理費用調整規劃已經在 6 月 16 日邀請相關團體召開討論會議達成共識，並且提到 6 月 25 日醫療服務共擬會議討論通過，會議決議本項費用除維持 114 年已調整項目 25 億元外，另外 20 億元用於調整 115 年住院護理費支付標準，包含急性病床(含特殊病床)調升 5%，約增加 15.10 億點；慢性病床(含慢性精神病床住院照護費)調升 10%，約增加 3.21 億點；偏鄉醫院護理費加成由 15%調至 30%，約增加 3.06 億點，合計調升點數約 21.37 億點，其中 20 億元由 115 年度醫院總額專款項目「住院護理費用」支應，1.37 億元由其他預算支應。請參閱會議資料第 116 頁，115 年住院護理費監測指標扣合護理人員薪資指標，擇 1 達標者始外加其個別醫院總額額度，包括執登護理人員之健保投保金額與 113 年 12 月相較，提升一投保級距的人數達 60%，或者是護理人員調薪人數高於該院急性一般病床護理人員數占率。

周主任委員麗芳：謝謝曾琬茜科長的報告，還有健保署的總盤點。針對這個案子，各位委員有沒有其他詢問？好，如果委員沒有其他詢問，本案洽悉。接下來進行報告事項第六案。

玖、報告事項第六案「中央健康保險署『115 年 6 月份全民健康保險業務執行報告』(書面報告)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：有關 6 月份健保署的業務執行報告，是提供書面資料，委員如果有什麼寶貴意見的話，請儘管提出來，所有委員的意見，我們都會如實地送請健保署詳加回應，甚至有些會給他們作為改進參考的意見，我們都會很詳細地請健保署針對委員意見妥為處理。本案洽悉。今天全部的議案都已經完成了，非常感謝各位委員。

今天議案很多，謝謝各位委員今天的辛勞，以及 7 月 20 日、21 日評核會的辛勞，有沒有要提出臨時動議的？如果沒有的話，我們再次感謝大家，今天會議開到這裡，謝謝。