

衛生福利部全民健康保險會
第7屆114年第1次委員會議事錄

中華民國114年3月26日

衛生福利部全民健康保險會第7屆114年第1次委員會議紀錄 (含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國114年3月26日上午9時30分

地點：本部301會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：馬文娟、張琬雅

出席委員：(依姓名筆劃排序)

田委員士金、朱委員益宏、江委員錫仁、吳委員永全、吳委員銘修、
吳委員鏘亮(中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠代理)、呂委員正華(中華民國全國工業
總會陳副秘書長鴻文代理)、李委員飛鵬、周委員慶明、林委員恩豪、林委員
敏華、花委員錦忠、洪委員瑜黛、紀委員淑靜(中華民國護理師護士公會全國
聯合會林副理事長綉珠代理)、胡委員峰賓、張委員田黨、張委員家銘、許委
員舒博、許委員慧瑩、陳委員秀熙、陳委員建宗、陳委員相國、陳委
員真慧、陳委員節如、黃委員心苑、黃委員金舜、黃委員國祥、楊委
員芸蘋、溫委員宗諭、董委員正宗、詹委員永兆、蔡委員順雄、鄭委
員力嘉、謝委員佳宜、嚴委員必文

請假委員：林委員宜平、連委員賢明、楊委員玉琦

列席人員：

本部社會保險司：陳專門委員淑華

中央健康保險署：石署長崇良、龐副署長一鳴、陳副署長亮好

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第61頁)

貳、議程確認：(詳附錄第62~64頁)

決定：同意臨時提案「因應我國醫學中心超載及人力短缺等
困境，『準醫學中心』應發揮其醫療照護量能，建請調
整給付標準，以確保醫療公平、病患權益及醫療體系
永續發展」納入本次委員會議議程，安排於所有議案
完成後討論，餘照議程安排進行。

參、確認上次(第6屆113年第11次)委員會議紀錄：(詳附錄第64頁)

決定：洽悉。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第66~68頁)

決定：

一、上(第6)屆委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤共5項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共17項，同意繼續追蹤。

二、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第69~87頁)

第一案

報告單位：本會第二組

案由：本(114)年度工作計畫及會議預定時間表(草案)，請鑒察。

決定：確認本年度工作計畫內容及會議時間表(如附件一)，請委員預留時間與會，並請各項工作計畫相關負責單位配合辦理。

第二案

報告單位：本會第三組

案由：「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核定結果及後續相關事項，請鑒察。

決定：

一、請中央健康保險署會同各部門總額相關團體，依114年度總額核(決)定事項及時程(如附件二)，完成法定程序及提報本會等事宜，以利年度總額順利推動。

二、委員所提意見，請中央健康保險署參考，餘洽悉。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：增修急診、急救責任醫院及護理相關支付標準案，請鑒察。

決定：

一、同意中央健康保險署運用114年度總額其他預算「114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等」項目預算，調整本案所提急診、急救責任醫院及護理相關支付標準，並請於額度內妥為管理運用。

二、委員所提意見，請中央健康保險署參考，餘洽悉。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「114年1月份全民健康保險業務執行季報告」(併「113年12月份、114年2月份全民健康保險業務執行報告」)(口頭報告)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署回復說明。

陸、討論事項(詳附錄第88~132頁)

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：114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：同意中央健康保險署所送之「114年度各部門總額一般服務之點值保障項目」(如附件三)。

第二案

提案單位：本會第二組

案由：114年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)，提請討論。

決議：請中央健康保險署參考委員所提意見，研修114年度方案內容後，依法定程序陳報衛生福利部核定。

第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：特殊材料「特殊材質縫合錨釘」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：

- 一、同意中央健康保險署本次所提自付差額給付之特材建議案，並請該署儘速循行政程序，報請衛生福利部核定公告實施，以維護民眾權益。
- 二、請中央健康保險署持續監測本案特材使用狀況，並於其納入自付差額給付半年後，提出檢討改善報告。
- 三、委員所提意見送請中央健康保險署參考。

第四案

提案單位：本會第一組

案由：推派本會委員擔任中央健康保險署「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」、「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」及「全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議」之代表案，提請討論。

決議：

- 一、本會推派名單如下：

會議名稱	代表屬性	人數	推薦名單
醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議	雇主	1	楊玉琦
	被保險人	1	林恩豪
藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(藥品)	雇主	1	黃國祥
	被保險人	1	林敏華
藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(特材)	雇主	1	呂正華
	被保險人	1	楊芸蘋

會議名稱		代表屬性	人數	推薦名單
醫療給付費用總額研商議事會議	醫院	保險付費者	2	吳永全
				洪瑜黛
	西醫基層		2	田士金
				董正宗
	牙醫門診		2	鄭力嘉
				許慧瑩
	中醫門診		2	陳節如
				張田黨
	門診透析		2	蔡順雄
				嚴必文

二、前項名單送請中央健康保險署辦理後續聘任事宜。

第五案

提案單位：中央健康保險署

案由：因應流感疫情及長連假診所開診率低，奉部交議擬動支其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目預算支應西醫基層診所及藥局開診額外獎勵措施案，提請討論。

決議：

- 一、本案同意動支114年度總額其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目預算支應。
- 二、請中央健康保險署依動支程序規定，報請衛生福利部核定後，會同相關總額部門討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。
- 三、委員所提意見，請中央健康保險署參考。

第六案

提案單位：中央健康保險署

案由：有關「全民健康保險提供矯正機關收容人醫療服務計

畫」113年專款預算不足額數，擬由113年度醫療給付費用總額「其他預算」項下具預備款性質專款結餘支應案，提請討論。

決議：

一、本案同意由113年度總額「其他預算」項下具預備款性質專款結餘支應，請中央健康保險署依協商原則所訂程序，向衛生福利部提出建議。

二、委員所提意見，請中央健康保險署研參。

第七案

提案人：詹委員永兆

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：建請重新評估113年度中醫門診總額預算扣減案，提請討論。

決議：

一、本案同意不扣減113年度中醫門診總額一般服務項目「中醫利用新增人口」未執行之額度，請中央健康保險署依協商原則所訂程序，向衛生福利部提出建議。

二、委員所提意見，請中央健康保險署研參。

柒、報告事項(詳附錄第133~134頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：114年度各部門總額依核(決)定事項，須提貴會報告之具體實施規劃/計畫，請鑒察。

決定：

一、114年度總額核(決)定事項應提報本會項目，尚有5項未完成、2項須補充內容(如附件四)，請中央健康保險署會同各部門總額相關團體儘速辦理，提報本會最近1次委員會議。

二、餘洽悉。

捌、臨時提案(詳附錄第135頁)

提案人：許委員舒博

代表類別：保險付費者代表之雇主代表

案由：因應我國醫學中心超載及人力短缺等困境，「準醫學中心」應發揮其醫療照護量能，建請調整給付標準，以確保醫療公平、病患權益及醫療體系永續發展，提請討論。

決議：本案係屬保險業務監理事項，委員所提監理建議，請中央健康保險署研參。

玖、臨時動議：無。

拾、散會：下午13時18分。

全民健康保險會 114 年度工作計畫

114 年第 1 次委員會議(114.3.26)通過

日期	工作項目
3 月 19 日	第 7 屆健保會委員共識營
3 月 26 日 (委員會議)	優先報告事項： 1.114 年度工作計畫及會議預定時間表(草案) 2.114 年度各部門總額及其分配方式之核(決)定結果及後續相關事項 3.全民健康保險業務執行季報告(口頭，含 113 年健保業務整體執行情形、併同分級醫療執行情形及成效檢討、急診品質提升方案指標執行結果)(附表 1)
	討論事項： 1.114 年度各部門總額一般服務點值保障項目之討論 2.健保署擬訂 114 年度抑制資源不當耗用改善方案之討論 3.推派本會委員擔任健保署「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」、「全民健康保險藥物(藥品及特材)給付項目及支付標準共同擬訂會議」及「全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議」之代表
	報告事項： 114 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之具體實施規劃/計畫(含須提報之「執行目標」及「預期效益之評估指標」)(附表 2)
4 月 23 日 (委員會議)	討論事項： 各總額部門 113 年度執行成果評核作業方式(草案)之討論
	報告事項： 1.112 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 2.113 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減之執行結果(附表 3) 3.113 年度全民健保年終決算報告、115 年度全民健保預算備查案
5 月 21 日 (委員會議)	法定諮詢事項： 衛福部 115 年度健保總額範圍(草案)併同健保署之財務試算諮詢案
	優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭，併同提出 113 年度抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略、分級醫療執行情形及成效檢討、急診品質提升方案指標執行結果)(附表 1)
	報告事項： 114 年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目(附表 4)

日期		工作項目
6 月 25 日 (委員會會議)		<p>討論事項：</p> <p>1.115 年度總額協商架構及原則(草案)之討論</p> <p>2.115 年度總額協商程序(草案)之討論</p> <p>(各總額部門 113 年度執行成果評核獎勵標準案之討論，依 4 月評核作業方式議定之時程提會)</p>
		<p>報告事項：</p> <p>1.精進「急診品質提升方案」執行內容(以解決急診壅塞為目標及增訂壅塞無法達標之處理方式)專案報告</p> <p>2.「鼓勵院所推動腹膜透析與提升照護品質方案」之成效檢討(含監測照護品質及健康結果與執行成效)專案報告</p> <p>註：全民健康保險業務執行報告(應併同提出前 1 年度「『藥品及特材給付規定改變』協商因素項目，經費若有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」辦理情形、「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」協商因素項目預算執行情形之完整資料)(附表 1)</p>
7 月 14、15 日		各總額部門 113 年度執行成果發表暨評核會議
7 月 23 日 (委員會會議)		<p>法定交議事項：</p> <p>衛福部交議 115 年度健保總額範圍案</p>
		<p>討論事項：</p> <p>(各總額部門 113 年度執行成果評核獎勵標準案之討論，依 4 月評核作業方式議定之時程提會)</p>
		<p>報告事項：</p> <p>1.114 年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告預算扣減方式之規劃)(附表 5)</p> <p>2.各總額部門 113 年度執行成果評核結果</p>
8 月 20 日 全天	上午 (委員會會議)	<p>優先報告事項：</p> <p>全民健康保險業務執行季報告(口頭，併同提出分級醫療執行情形、急診品質提升方案指標執行結果)(附表 1)</p>
		<p>報告事項：</p> <p>114 年度各部門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)(附表 6)</p>
	下午 (協商會前會)	115 年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會

日期		工作項目
★9月24日 全天 (總額協商會議)		115年度總額協商會議 (若有未盡事宜，則於9月25日上午9時30分繼續處理)
★9月26日 (委員會會議)		討論事項： 115年度各部門總額及其他預算協商結論之討論 (委員可選擇視訊方式參與)
10月22日 全天	上午 (委員會會議)	優先報告事項： 115年度總額協商結果整體成長率之確認
		討論事項： 1.115年度總額協商結果之部分協定事項(「執行目標」及「預期效益之評估指標」)之確認 2.115年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論
		報告事項： 部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告
	下午 (諮詢會議)	115年度保險費率審議前專家諮詢會議
★11月19日 (委員會會議)		優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭，併同提出分級醫療執行情形、急診品質提升方案指標執行結果)(附表1)
		討論事項： 1.115年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論(續) 2.115年度保險費率方案(草案)之審議
		報告事項： 113年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告
12月24日 (委員會會議)		優先報告事項： 115年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項
		討論事項： 健保署擬訂115年度抑制資源不當耗用改善方案之討論
		報告事項： 自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告(含開放半年後之檢討改善情形) 註：全民健康保險業務執行報告(應併同提出「『藥品及特材給付規定改變』協商因素項目，經費若有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」之辦理情形、「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」協商因素項目預算之執行情形)(附表1)

日期	工作項目
視健保署提出相關案件之時間安排	1.「114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等」項目支用方式(附表 7) 2.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論(依程序於 2、5、8、11 月) 3.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告(暫訂於 12 月) 4.健保署所擬訂調整保險給付範圍方案之審議 5.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議 6.健保署修訂醫療品質資訊公開辦法草案之討論

註：1.以★標註者，委員必須親自出席，不得委由代理人出席。

2.委員會議若另有決議(定)事項，配合安排或調整相關工作項目。

附表 1 業務執行報告應定期提報事項之時程及內容

項次	應提報事項	提報時程及內容
1	前 1 年全年健保業務執行情形之整體性說明	於每年第 1 季業務執行報告時提報。
2	前 1 年度抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略	併同於 5 月業務執行季報告提報前 1 年度完整之執行結果及檢討(含可節省費用)。
3	分級醫療執行情形及成效檢討(含結果面指標及監測結果)	併同於 2、5、8、11 月業務執行季報告呈現最新之辦理情形。
4	急診品質提升方案指標執行結果	
5	「『藥品及特材給付規定改變』協商因素項目，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」之辦理情形	併同於 6、12 月份委員會議之業務執行報告提報；並於 6 月提報前 1 年度完整資料。
6	「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」協商因素項目預算之執行情形	

附表 2 114 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之具體實施規劃/計畫(含須提報之「執行目標」及「預期效益之評估指標」)

類別	總額別	項目	核(決)定事項
具體實施規劃/計畫/方案	牙醫	非齒源性口腔疼痛處置	訂定醫療服務內容(含適應症之條件及申報資格，如限定專科別及層級別等)，於 113 年 12 月前提報全民健康保險會。
	中醫	提升用藥品質	應增加健保中藥給付品項、提升用藥品質，並減少民眾用藥自費情形，具體規劃於 113 年 12 月前提報全民健康保險會。
	醫院	暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)	在額度內妥為管理運用，並於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(含執行方式、預算估算及財務控管、擬訂暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，俾落實管控。
	西醫基層	暫時性支付(新藥、新特材)	
	醫院及西醫基層	新醫療科技(新藥、新特材及新增診療項目)	在額度內妥為管理運用，於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程。
	醫院及西醫基層	藥品及特材給付規定改變	在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程。
	西醫基層	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費	1.於 114 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議。 2.建立稽核機制，以確實提升護理照護品質。
	門診透析	居家血液透析與提升其照護品質	考量「居家血液透析」為新的照護模式，請會同門診透析服務相關團體審慎研議，於 114 年度總額公告後，完成擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方式(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提全民健康保險會報告。
執行目標及預期效益之評估指標	醫院	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	依衛生福利部決定結果，會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部決定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。
	西醫基層	提升國人視力照護品質	依衛生福利部決定結果，會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部決定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。
		強化基層照護能力及「開放表別」項目	

附表 3 113 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減之執行結果

請依 113 年第 6 次委員會議(113.7.30)及 113 年第 11 次委員會議(113.12.25)決定事項，於 114 年第 2 次委員會議(114.4.23)提報預算扣減方式之執行結果

總額別		項目【協定事項】	113 年委員會議決定事項及規劃內容(摘要)
牙醫門診	專款項目	1.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 【依 113 年度預算執行結果， <u>於一般服務扣減與本項重複部分之費用</u> 】	113 年第 6 次委員會議(113.7.30)決定 1.扣減方式：113年執行 P7101C 青少年齦齒控制照護處置(排除案件分類14醫不足方案)且沒有申報91014C「牙周暨齦齒控制基本處置」+91004C「牙結石清除-全口」者，於112年一般服務申報91004C+91014C，則扣減91014C 之費用。 2.扣減時程：113年第3、4季點值結算時扣減。
	一般服務	1.中醫利用新增人口 【113 年中醫實際就醫人數成長情形， <u>於一般服務扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減</u> 】	113 年第 6 次委員會議(113.7.30)及第 11 次委員會議(113.12.25)決定 同意健保署所報扣減方式： 1.扣減方式：113年就醫者平均每人就醫費用*(113年實際就醫人數-112年實際就醫人數)。 2.就醫人數定義：不含案件分類 C5(嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件等)、B6(職災)、A3(預防保健)、主、次診斷為 U07.1(確認 COVID-19病毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示)之案件保險對象人數。 3.扣減時程：113年第3、4季點值結算時扣減。
中醫門診	專款項目	2.照護機構中醫醫療照護方案 【依 113 年度預算執行結果， <u>於一般服務扣除與本項重複部分之費用</u> 】	113 年第 11 次委員會議(113.12.25)決定 同意健保署所報扣減方式： 1.扣減計算方式如下： (1)112年1月(含)以前收案：113年申報本計畫者，無一般服務移轉至專款支應情形，故不扣減。 (2)112年2月起收案：以住民112年收案始點計算未接受本方案服務期間申報之中醫醫療費用(扣除中醫專款項目)，視為一般服務移轉至專款支應，應予扣減之重複費用。 (3)自113年起收案：以113年收案始點計算112年同期中醫醫療費用(扣除中醫專款項目)，視為一般服務移轉至專款支應，應予扣減之重複費用。 2.扣減時程：113年第4季點值結算時扣減。
	一般服務	藥品及特材給付規定改變 【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】	113 年第 6 次委員會議(113.7.30)決定 同意健保署所報扣減方式： 1.藥品：醫院及西醫基層部門均配合辦理，並於 113 年度第 4 季結算，扣減當年度未執行之額度。 2.特材： (1)醫院部門：配合於113年度第4季結算，扣減當年度未執行之額度。 (2)西醫基層：無編列113年特材給付規定改變預算。

附表 4 114 年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目

總額別	項目	核(決)定事項
醫院	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	積極推動 DRGs 支付或作為品質衡量方式，朝建立論價值支付制度為推動方向。於 114 年 7 月前提出報告。
中醫	中醫急症處置	持續檢討計畫執行情形及成效，於 114 年 7 月前提全民健康保險會報告。(本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場)
其他 預算	推動促進醫療體系整合計畫之「急性後期整合照護計畫」	擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃，並於 114 年 7 月前提全民健康保險會報告。
	提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	持續檢討本計畫醫療利用情形(包含監測醫療利用率、檢討醫療利用成長合理性)，並加強執行面管理，訂定監測照護品質及健康結果改善之評估指標，評估執行成效，並於 114 年 7 月前提全民健康保險會報告。

附表 5 114 年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之預算扣減方式規劃

總額別	項目	核(決)定事項
牙醫	牙醫特殊醫療服務計畫	依 114 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。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 114 年 7 月提全民健康保險會報告。
中醫	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	依 114 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，其預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 114 年 7 月提全民健康保險會報告。

附表 6 114 年度各部門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)

類別	總額別	項目	核(決)定事項
專款 屆期之 檢討	牙醫	超音波根管沖洗計畫	1.本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年),請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效,並於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。 2.另依本會 113 年第 1 次委員會議(113.1.24)決定,請健保署將下列計畫量化之執行結果,併同於 114 年 7 月檢討計畫未來納入一般服務或退場時,納為重要參據:112 年度「超音波根管沖洗計畫」、「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」及「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」之協定事項,檢討各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。
		高風險疾病口腔照護計畫【113 年起合併辦理以下項目: 1.原一般服務之「高風險疾病口腔照護」。 2.原「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」專款項目。 3.原「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」專款項目。】	
	中醫	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫-術後疼痛	以 3 年(112~114 年)為檢討期限,請會同中醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效,若計畫持續辦理,則請於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

附表 7 114 年度各部門總額依核(決)定事項,須提本會同意之項目

總額別	項目	核(決)定事項
其他 預算	114 年度總額移出保留額度,用於推動政策執行:以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付標準費用調整(RBRVS)等	1.本項經費用於通盤檢討及修訂特定診療支付標準,如急重難罕症相關支付標準等,與多年未通盤調整的部分,列為優先調整項目,並不得直接用於保障點值每點 0.95 元相關費用。 2.本項目支用前,將依程序提全民健康保險會報告同意後進行運用。

全民健康保險會 114 年度會議預定時間表

會議次別	會議時間		會議地點
第 7 屆健保會委員共識營	3 月 19 日 (星期三，全天)		衛生福利部 1 樓大禮堂
第 1 次	3 月 26 日 (星期三上午 9 時 30 分)		衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 2 次	4 月 23 日 (星期三上午 9 時 30 分)		
第 3 次	5 月 21 日 (星期三上午 9 時 30 分)		
第 4 次	6 月 25 日 (星期三上午 9 時 30 分)		
各總額部門 113 年度執行成果發表暨評核會議	7 月 14 日 (星期一上午 9 時)全天 7 月 15 日 (星期二上午 9 時)半天		另行安排
第 5 次	7 月 23 日 (星期三上午 9 時 30 分)		衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 6 次	8 月 20 日	(星期三上午 9 時 30 分)	
115 年度總額協商草案會前會		(星期三下午 1 時)	
115 年度總額協商會議	★9 月 24 日 (星期三上午 9 時)全天 若有協商未盡事宜，則於 9 月 25 日(星期四)上午 9 時 30 分處理		
第 7 次	★9 月 26 日 (星期五上午 9 時 30 分)		
第 8 次	10 月 22 日	(星期三上午 9 時 30 分)	
費率審議前專家諮詢會議		(星期三下午 1 時)	
第 9 次	★11 月 19 日 (星期三上午 9 時 30 分)		
第 10 次	12 月 24 日 (星期三上午 9 時 30 分)		

備註：1. 以★標註者，委員必須親自出席，不得委由代理人出席。

2. 考量第 7 次委員會議與總額協商會議時間相近，且係為確認各部門總額及其他預算協商結論，為避免遠程委員旅途奔波，委員可視需要，選擇視訊方式參與。

3. 各次委員會議時間或地點如有更動，另行通知。

4. 如需召開臨時委員會議，其時間與地點另行通知。

114 年度各部門總額核(決)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 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告 或討論	提報本會執行 情形 ^{註2} /執行結果 納入總額協商參考
1		醫療資源不足地區改善方案 請檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略	114 年 3 月前		114 年 7 月前
2	專款項目	牙醫特殊醫療服務計畫 (1)持續監測本計畫醫療團適用對象(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	114 年 3 月前		114 年 7 月前
		(2)依 114 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。其預算扣減方式規劃，請議定後，於 114 年 7 月提本會報告		114 年 7 月委員會會議報告案	115 年 3 月委員會會議提報執行結果
3		12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 加強計畫推動並持續監測執行結果(如：參加本計畫追蹤 1 年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效	114 年 3 月前		114 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
4	專款項目	超音波根管沖洗計畫 (1)加強計畫推動並持續監測執行結果，及評估照護成效	114 年 3 月前		114 年 7 月前
		(2)本計畫以 3 年為檢討期限 (112~114 年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果 (3)請於協商 115 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 (4)另依本會 113 年 1 月、7 月委員會議決定，有關 112 年協定事項「檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源」，請健保署將其量化之執行結果，併同於 114 年 7 月檢討計畫未來納入一般服務或退場時之重要參據		114 年 8 月委員會議報告案	

項次	類別	工作項目 及時程 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
5	專款項目	<p>高風險疾病口腔照護計畫</p> <p>(1)加強高風險疾病病人口腔照護，並增加照護人數</p> <p>(2)於具體實施計畫中，妥為研訂「高風險疾病病人牙結石清除/塗氟」增加照護人數之作法，並評估其完整照護率及照護成效，研議朝完整照護包裹式支付、論病例或論質計酬等方向，進行支付制度改革</p>	114 年 3 月前		114 年 7 月前
		<p>(3)本計畫以 3 年為檢討期限 (112~114 年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果</p> <p>(4)請於協商 115 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</p> <p>(5)另依本會 113 年 1 月、7 月委員會議決</p>		114 年 8 月委員會議報告案	

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告 或討論	提報本會執行 情形 ^{註2} /執行結果 納入總額協商參考
		核定事項摘要 ^{註1}			
5 續		定，有關 112 年「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」及「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」協定事項「檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源」，請健保署將其量化之執行結果，併同於 114 年 7 月檢討計畫未來納入一般服務或退場時之重要參據			
6	專款項目	特定疾病病人牙科就醫安全計畫 (1)適用對象新增帕金森氏病人、失智症病人、甲狀腺相關疾病病人、與牙科治療相關之自體免疫系統病人	114 年 3 月前		114 年 7 月前
		(2)訂定「預期效益之評估指標」之監測值，以利評估成效，並於 114 年 7 月前提報本會			114 年 7 月前
		(3)計畫以 3 年為檢討期限(113~115 年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年(115 年 7 月前)，提出納入一般			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中 3 年期限檢討：於 115 年 7 月委

項次	類別	工作項目 及時程 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
6 續		服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算			員會議提報檢討結果
7	專款項目	非齒源性口腔疼痛處置(114年新增項目) (1)訂定醫療服務內容(含適應症之條件及申報資格，如限定專科別及層級別等)，於113年12月前提報本會		114年3月委員會議報告案	114年7月前
		(2)本計畫以3年為檢討期限(114~116年)，請滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(116年7月)納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中3年期限檢討：於116年7月委員會議提報檢討結果
8		品質保證保留款實施方案 積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的	114年3月前		各部門總額113年度執行成果發表暨評核會議(114年7月)

項次	類別	工作項目 及時程 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
9	其他	一般服務之點值保障項目 113年12月前提本會同意後執行		114年3月委員會議討論案	
10		特定用途移撥款執行方式	114年3月前送本會備查		

註：1.本表核定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。

2.114年執行情形於本會114年7月份委員會議提報，延續性項目於114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113年執行情形)。

二、中醫門診總額

項次	類別	工作項目 及時程 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	一般服務	提升用藥品質 (114 年新增項目) (1)應增加健保中藥給付品項、提升用藥品質，並減少民眾用藥自費情形，具體規劃於 113 年 12 月前提報本會		114 年 3 月委員會會議報告案	114 年 7 月前
		(2)於額度內妥為管理運用，並落實中藥用藥品質提升及費用之監督與管理 (3)研議將科學中藥納入核實申報及進行藥價調查之可行性			114 年 7 月前
2		中醫門診總額「醫療資源不足地區改善方案」專款之論量計酬費用移撥至一般服務費用不足部分 (114 年新增項目)			114 年 7 月前
3		「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款(114 年新增子宮頸癌、子宮體癌、甲狀腺癌)與一般服務重複費用扣減 (114 年新增項目)			114 年 7 月前
4		「照護機構中醫醫療照護方案」專款之論量計酬費用移列一般服務(114 年新增項目)			114 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
5		醫療資源不足地區改善方案 請加強推動中醫巡迴醫療服務及獎勵開業服務計畫，並優先改善偏遠等級高地區之醫療服務	114 年 3 月前		114 年 7 月前
6	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;5.術後疼痛) (1)辦理本計畫	114 年 3 月前		114 年 7 月前
		(2)另依 112 年度協定事項「術後疼痛」項目，以 3 年為檢討期限，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果		114 年 8 月委員會議報告案	
7		中醫提升孕產照護品質計畫 (1)辦理本計畫	114 年 3 月前		114 年 7 月前
		(2)請持續評估本計畫提升孕產照護的成效，對於執行成效良好之保胎項目，請規劃導入一般服務；另對成效有待			114 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
7 續	專款項目	提升之助孕項目，請研提改善策略，以提升助孕成功率			
8		中醫癌症患者加強照護整合方案 (1)持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」 (2)「癌症患者中醫門診加強照護計畫」擴大適用於子宮頸癌、子宮體癌及甲狀腺癌	114 年 3 月前		114 年 7 月前
9		中醫急症處置 (1)辦理本項目	114 年 3 月前		114 年 7 月前
		(2)持續檢討計畫執行情形及成效，於 114 年 7 月前提本會報告 (3)本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場		114 年 5 月委員會會議報告案	114 年 7 月前
10		中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 (1)持續檢討費用申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，以建立合理給付標準	114 年 3 月前		114 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
10 續		(2)依 114 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，其預算扣減方式規劃，請議定後，於114年7月提本會報告		114 年 7 月委員會會議報告案	115 年 3 月委員會會議提報執行結果
11	專款項目	照護機構中醫醫療照護方案 (1)辦理本方案	114 年 3 月前		114 年 7 月前
		(2)請檢討本計畫費用(含論量計酬費用)申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，朝論質計酬及建立合理支付等方向，精進支付制度			114 年 7 月前
12		品質保證保留款實施方案 積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的	114 年 3 月前		各部門總額113 年度執行成果發表暨評核會議(114 年 7 月)
13	其他	一般服務之點值保障項目 113 年 12 月前提本會同意後執行		114 年 3 月委員會會議討論案	

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告 或討論	提報本會執行 情形 ^{註2} /執行結 果納入總額協 商參考
		核定事項摘要 ^{註1}			
14	其他	風險調整移撥款執行 方式	114 年 3 月前 送本會備查		

註：1.本表核定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。

2.114 年執行情形於本會 114 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 114 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 113 年執行情形)。

三、醫院總額

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	一般服務	新醫療科技(新藥、新特材及新增診療項目) (1)於 114 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控		提出規劃之新增項目與作業時程：114 年 3 月委員會議報告案	提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容：併 114 年 7 月追蹤提報
		(2)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估 (3)在額度內妥為管理運用。於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)			114 年 7 月前
2		藥品及特材給付規定改變 (1)於 114 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作		提出規劃之調整項目與作業時程：114 年 3 月委員會議報告案	提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容：併 114 年 7 月追蹤提報

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告 或討論	提報本會執行 情形 ^{註2} /執行結果 納入總額協商參考
2 續	一般服務	業時程，並於115年度總額協商前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控			
		(2)於114年7月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)			114年7月前
3		因支付衡平性已調整支付標準之項目(114年新增項目)			114年7月前
4		因應牙醫支付標準調整所增加預算(114年新增項目)			114年7月前
5		因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引-UPCR 修訂為 UACR(每件增加235點)所增加預算(114年新增項目) 會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用			114年7月前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
		決定事項摘要 ^{註1}			
6	一般服務	C 肝照護品質提升衍生之醫療費用 (114 年新增項目) 會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用			114 年 7 月前
7		合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS) (114 年新增項目) 檢討醫院基本診療支付標準，確保醫院合理反映員工薪資調整，與監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用，並會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討成效			114 年 7 月前
8		配合 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用提升，醫療服務密集度改變 (114 年新增項目) 會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用			114 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
		決定事項摘要 ^{註1}			
9	一般服務	因應長新冠照護衍生費用(自專款項目移列一般服務項目) 監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用			114年7月前
10	專款項目	暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術) (1)於114年度總額公告後，至本會最近1次委員會議提出具體實施規劃(含執行方式、預算估算及財務控管、擬訂暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，俾落實管控		114年3月委員會議報告案	114年7月前
		(2)請於114年7月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)			114年7月前
11		C型肝炎藥費 (1)辦理本項目			114年7月前
		(2)於協商115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，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一			檢討實施成效，提出節流效益：併114年7月追蹤提報

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告 或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
		決定事項摘要 ^{註1}			
12	專款項目	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析			114年7月前
13		後天免疫缺乏症候群 抗病毒治療藥費 檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析			114年7月前
14		鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 於114年7月前提報之執行情形，應含醫療利用、等待時間及不同器官移植之存活率等			114年7月前
15		醫療給付改善方案 (1)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合...、生物相似性藥品、化療學名藥及擴大多重慢性病收案照護等方案	114年3月前		114年7月前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告 或討論	提報本會執行 情形 ^{註2} /執行結 果納入總額協 商參考
		決定事項摘要 ^{註1}			
15 續	專款項目	<p>(2)滾動式檢討方案內容，對執行多年的方案，若實施模式成熟且成效良好，請比照糖尿病方案導入支付標準，若照護率低或成效不明確，應提出改善策略或啟動退場機制</p> <p>(3)檢討生物相似性藥品方案之執行成效，評估對醫療費用及醫療品質的影響</p> <p>(4)朝全人照護方向整合相關計畫(如：家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫等)，以避免病患被重複收案</p> <p>(5)建議依病患之疾病風險提供分級管理照護服務，擬訂對應的個案管理費，以避免逆選擇效應</p>			
16		<p>急診品質提升方案</p> <p>(1)精進方案執行內容，以解決急診壅塞為目標，並增訂壅塞無法達標之處理方式，以提升急診處置效率及照護品質，並於 114 年</p>	114 年 3 月前	114 年 6 月委員會會議報告案	114 年 7 月前

項次	類別	工作項目及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
16 續	專款項目	7 月前提出專案報告 (2)提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率及急診重大疾病照護品質相關監測指標			
17		鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs) (1)積極推動 DRGs 支付或作為品質衡量方式，朝建立論價值支付制度為推動方向 (2)於 114 年 7 月前提出報告		114 年 5 月委員會會議報告案	114 年 7 月前
18		醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與	114 年 3 月前		114 年 7 月前
19		全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 (1)辦理本計畫 (2)依衛生福利部決定結果，會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於	114 年 3 月前	114 年 3 月委員會會議報告案	114 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
19 續	專款項目	衛生福利部決定後，提報本會最近1次委員會議 (3)檢討「燈塔型醫院」之補助方式、獎勵成效，及計畫之評估指標			
		(4)另依本會113年12月委員會議決定，請依113年度總額決定事項，持續檢討計畫評估指標			114年7月前
20		鼓勵院所建立轉診合作機制 (1)為落實分級醫療之健保重要政策，建議以提升基層醫療品質為努力目標，精進分級醫療轉診策略，以改善分級醫療推動成效 (2)會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討獎勵方式及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效			114年7月前

項次	類別	工作項目及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
20 續	專款項目	(3)監測各層級上下轉之情形，並有策略導向			
21		精神科長效針劑藥費評估本項專款之替代效果及執行效益，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用			114 年 7 月前
22		鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫精進計畫內容，檢討執行目標、預期效益評估指標及其目標值，以利檢討改善	114 年 3 月前		114 年 7 月前
23		持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能 (1)會同醫院總額相關團體，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)，並定期提報執行情形	114 年 3 月前		定期提報執行情形：併健保署業務執行季報告提報執行情形
		(2)114 年 7 月前提報之成效評估檢討報告，應含本項目具體成效之結果面指標及監測結果			114 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告 或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
		決定事項摘要 ^{註1}			
24	專款項目	健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能 (1)會同醫院總額相關團體，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)，並定期提報執行情形	114 年 3 月前		定期提報執行情形：併健保署業務執行季報告提報執行情形
		(2)114 年 7 月前提報之成效評估檢討報告，應含本項目具體成效之結果面指標及監測結果			114 年 7 月前
25	專款項目	地區醫院全人全社區照護計畫 (1)辦理本計畫	114 年 3 月前		114 年 7 月前
		(2)以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請健保署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中 5 年期限檢討：於 117 年 7 月委員會會議提報檢討結果

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
		決定事項摘要 ^{註1}			
26		區域聯防-提升急重症照護品質 (1)辦理本計畫	114 年 3 月前		114 年 7 月前
		(2)以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請健保署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中 5 年期限檢討：於 117 年 7 月委員會議提報檢討結果
27	專款項目	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫 (1)辦理本計畫	114 年 3 月前		114 年 7 月前
		(2)以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請健保署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中 5 年期限檢討：於 117 年 7 月委員會議提報檢討結果
28		品質保證保留款實施方案 積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品	114 年 3 月前		各部門總額 113 年度執行成果發表暨評核會議(114 年 7 月)

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
28	續	質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的			
29	其他	一般服務之點值保障項目 113年12月前提本會同意後執行		114年3月委員會會議討論案	
30		風險調整移撥款執行方式	114年3月前送本會備查		

註：1.本表決定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。

2.114年執行情形於本會114年7月份委員會議提報，延續性項目於114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113年執行情形)。

四、西醫基層總額

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	一般服務	新醫療科技(新藥、新特材及新增診療項目) (1)於 114 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控		提出規劃之新增項目與作業時程：114 年 3 月委員會議報告案	提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容：併 114 年 7 月追蹤提報
		(2)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估 (3)在額度內妥為管理運用。於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)			114 年 7 月前
2		藥品及特材給付規定改變 (1)於 114 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作		提出規劃之新增項目與作業時程：114 年 3 月委員會議報告案	提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容：併 114 年 7 月追蹤提報

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
2 續	一般服務	業時程，並於 115 年度總額協商前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控			
		(2)在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)			114 年 7 月前
3	一般服務	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費 (1)本項預算用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質			114 年 7 月前
		(2)於 114 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近 1 次委員會議		114 年 3 月委員會議報告案	

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
3 續		(3)建立稽核機制，以確實提升護理照護品質			114年7月前
4		因應預防保健政策改變產生之服務密集度(114年新增項目) 請擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用			114年7月前
5	一般服務	代謝症候群及C肝照護品質提升衍生之醫療費用(114年新增項目) 請擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用			114年7月前
6	一般服務	CKD 方案比照 DKD 方案採用 UACR 檢測(114年新增項目) 請擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用			114年7月前
7		因支付衡平性已調整支付標準之項目(114年新增項目)			114年7月前
8		因應長新冠照護衍生費用(自專款項目移列一般服務項目) 請監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用			114年7月前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
9	一般服務	促進醫療服務診療項目支付衡平性 (自專款項目移列一般服務項目) 請檢討西醫基層總額支付標準，與監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用，並會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討			114 年 7 月前
10	專款項目	暫時性支付(新藥、新特材) (114 年新增項目) (1)於 114 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(含執行方式、預算估算及財務控管、擬訂暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，俾落實管控		114 年 3 月委員會議報告案	
		(2)在額度內妥為管理運用，並請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)			114 年 7 月前
11		提升國人視力照護品質 (自一般服務項目移列專款項目)		114 年 3 月委員會議報告案	

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告 或討論	提報本會執行 情形 ^{註2} /執行 結果納入總額 協商參考
		決定事項摘要 ^{註1}			
11 續	專款項目	(1)依本部決定結果，研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部決定後，提報本會最近1次委員會議			
		(2)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，建立診療指引及醫療利用監測機制，提升分區管理及專業自律 (4)本項醫療點數以每點1元為原則；費用若有超支，依健保法第62條規定採浮動點值處理			114年7月前
		(5)本項以5年為檢討期限，之後回歸一般服務			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中5年之後回歸一般服務期限：於118年7月委員會議提報檢討結

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
11 續					果，及納入119年度總額協商之參具
12		西醫醫療資源不足地區改善方案 請持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與	114年3月前		114年7月前
13	專款項目	家庭醫師整合性照護計畫 (1)依論質計酬模式，以改變民眾生活習慣為計畫推動方向，提出全人照護整合之具體規劃，建立照護指引及訂定相應之品質指標 (2)落實依個案疾病風險分級管理照護，建議依會員疾病風險擬訂對應的個案管理照護費，避免逆選擇效應 (3)新增之風險管理照護諮商應建立執行面指標及結果面成效品質指標，以利評估成效	114年3月前		114年7月前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告 或討論	提報本會執行 情形 ^{註2} /執行 結果納入總額 協商參考
		決定事項摘要 ^{註1}			
14		C 型肝炎藥費 (1)辦理本項目			114 年 7 月前
		(2)於協商 115 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，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一			檢討實施成效，提出節流效益:併 114 年 7 月追蹤提報
15	專款項目	醫療給付改善方案 (1)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、生物相似性藥品、化療學名藥等方案 (2)滾動式檢討方案內容，對執行多年的方案，若實施模式成熟且成效良好，請比照糖尿病方案導入支付標準，若照護率低或成效不明確，應提出改善策略或啟動退場機制	114 年 3 月前		114 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告 或討論	提報本會執行 情形 ^{註2} /執行 結果納入總額 協商參考
		決定事項摘要 ^{註1}			
15 續	專款項目	(3)朝全人照護方向整合相關計畫(如：家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫等)，以避免病患被重複收案 (4)建議依病患之疾病風險提供分級管理照護服務，擬訂對應的個案管理費，以避免逆選擇效應 (5)檢討生物相似性藥品方案之執行成效，評估對醫療費用及醫療品質影響			
16		強化基層照護能力及「開放表別」項目 (1)依本部決定結果，請研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部決定後，提報本會最近1次委員會議		114年3月委員會議報告案	
		(2)提出規劃調整開放之項目與作業時程		提出規劃調整開放之項目與作業時程：併114年3月追蹤提報	114年7月前
		(3)對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務項目			114年7月前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告 或討論	提報本會執行 情形 ^{註2} /執行 結果納入總額 協商參考
		決定事項摘要 ^{註1}			
17	專款項目	鼓勵院所建立轉診合作機制 (1)為落實分級醫療之健保重要政策，建議以提升基層醫療品質為努力目標，精進分級醫療轉診策略，以改善分級醫療推動成效 (2)持續檢討獎勵方式及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效			114年7月前
18		偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫請精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與提供生產服務	114年3月前		114年7月前
19		罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材請檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用			114年7月前
20		後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費請檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用			114年7月前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
21	專款項目	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 請檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用			114 年 7 月前
22		新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用			114 年 7 月前
23		提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 請加強計畫推動，並持續監測醫療利用情形與照護成效	114 年 3 月前		114 年 7 月前
24		精神科長效針劑藥費 積極提升基層院所使用長效針劑之比率，並評估本項專款之替代效果及執行效益			114 年 7 月前
25		品質保證保留款實施方案 積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的	114 年 3 月前		各部門總額 113 年度執行成果發表暨評核會議(114 年 7 月)
26	其他	一般服務之點值保障項目 113 年 12 月前提本會同意後執行		114 年 3 月委員會議討論案	

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告 或討論	提報本會執行 情形 ^{註 2} /執行 結果納入總額 協商參考
		決定事項摘要 ^{註 1}			
27	其他	風險調整移撥款執行 方式	114 年 3 月前 送本會備查		

註：1.本表決定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。

2.114 年執行情形於本會 114 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 114 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 113 年執行情形)。

五、門診透析

項次	工作項目 及時程 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	考量「居家血液透析」為新的照護模式，請審慎研議擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方式(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提本會報告		114 年 3 月委員會會議報告案	
2	門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 47,375.2 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務			114 年 7 月前
3	請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質			114 年 7 月前
4	持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護			114 年 7 月前
5	鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，並於 114 年 7 月前提報專案報告	114 年 3 月前	114 年 6 月委員會會議報告案	114 年 7 月前

六、其他預算

項次	<div> <div>工作項目 及時程</div> <div>決定事項摘要^{註1}</div> </div>	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2} /執行結果納入總額協商參考
1	<p>基層總額轉診型態調整費用</p> <p>(1)訂定分級醫療成效評估指標，持續監測病人流向(包含基層就醫占率與醫療費用變化情形)，評估分級醫療之執行效益</p> <p>(2)持續檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，提出改善方案，以提升下轉成效</p> <p>(3)評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響，以落實編列本項預算之目的</p> <p>(4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於114年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告</p>			114年7月前
2	<p>山地離島地區醫療給付效益提昇計畫</p> <p>(1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質(含建立監測指標)，並評估114年新增鼓勵提升山地離島地區醫療服務措施之成效</p>	114年3月前		114年7月前

項次	<div>工作項目 及時程</div> <div>決定事項摘要^{註1}</div>	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2} /執行結果納入總額協商參考
2 續	<p>(2)新增「公費醫師在地服務診次費用」：建立評估機制，檢討本項預算對鼓勵公費醫師留鄉之成效，包括公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率等</p> <p>(3)新增「山地離島地區醫療院所點值保障費用」：應審慎評估鄰近都會地區醫療院所保障點值每點1元之合理性，並訂定排除條件</p> <p>(4)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效</p>			
3	<p>居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務</p> <p>(1)持續精進居家醫療照護模式，提升品質與成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)，並檢討、修訂「居家醫療照護整合計畫」相關支付標準</p>	114年3月前		114年7月前

項次	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2} /執行結果納入總額協商參考
	決定事項摘要 ^{註1}			
3 續	<p>(2)擴大辦理「在宅急症照護試辦計畫」：</p> <p>①加強監測病人安全、治療品質及成效，並滾動檢討計畫內容，以精進在宅急症照護模式</p> <p>②收集及分析本計畫替代醫院住院費用情形，供115年度總額協商參考</p> <p>③於114年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含近年支付標準調整情形及成效指標監測結果)</p>	114年3月前		114年7月前
	<p>(3)「在宅急症照護試辦計畫」：以4年為檢討期限(113~116年)，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果</p>			<p>1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效</p> <p>2.其中4年期限檢討：於116年7月委員會議提報檢討結果</p>
4	支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費，及狂犬病治療藥費			114年7月前

項次	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2} /執行結果納入總額協商參考
	決定事項摘要 ^{註1}			
5	推動促進醫療體系整合計畫 (1)擴大辦理「遠距醫療會診」 (2)檢討計畫執行方式，及評估醫療品質與成效，研提改善策略，以提升執行成效	114 年 3 月前		114 年 7 月前
	(3)擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃，並於 114 年 7 月前提本會報告	114 年 3 月前	114 年 5 月委員會議報告案	114 年 7 月前
	(4)為配合醫院「擴大多重慢性病收案照護」之政策，請強化多重慢性病人之整合照護 (5)於 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含支付標準調整情形及執行成效檢討)			114 年 7 月前
	(6)另依 113 年 12 月委員會議決定事項，請檢討「急性後期整合照護計畫」，其支付標準調整應考量支付衡平性，並納入 114 年度檢討計畫執行內容辦理	114 年 3 月前		114 年 7 月前
	調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費			114 年 7 月前

項次	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2} /執行結果納入總額協商參考
	決定事項摘要 ^{註1}			
7	提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 (1)持續檢討本計畫醫療利用情形(包含監測醫療利用率、檢討醫療利用成長合理性)，並加強執行面管理，訂定監測照護品質及健康結果改善之評估指標，評估執行成效，並於 114 年 7 月前提本會報告	114 年 3 月前	114 年 5 月委員會議報告案	114 年 7 月前
	(2)為減少疥瘡等傳染病發生，請本部協助矯正機關加強改善衛生環境			114 年 7 月前
8	腎臟病照護及病人衛教計畫 (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 (3)檢討「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標，訂定更具鑑別度之獎勵方式，以落實獎勵之目的	114 年 3 月前		114 年 7 月前

項次	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2} /執行結果納入總額協商參考
	決定事項摘要 ^{註1}			
9	提升用藥品質之藥事照護計畫 請加強推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效	114 年 3 月前		114 年 7 月前
10	114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等 (114 年新增項目) (1)用於通盤檢討及修訂特定診療支付標準，如急重難罕症相關支付標準等，與多年未通盤調整的部分，列為優先調整項目，並不得直接用於保障點值每點 0.95 元相關費用 (2)本項目支用前，將依程序提本會報告同意後進行運用		114 年 3 月委員會議報告案	114 年 7 月前

註：1.本表決定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。

2.114 年執行情形於本會 114 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 114 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 113 年執行情形)。

114 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	「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)。
西醫 基層	1.論病例計酬(每點 1 元支付)， <u>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)</u> 。 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)。
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)。 6.地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)。 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)。 8.地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點 1 元支 付)。 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)。

總額 部門	保障項目及支付方式
	<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)(註 3)。</p> <p>11.<u>醫院生產案件(每點 1 元支付)</u>。</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。

114 年度總額核(決)定事項尚待提報本會項目

類別	總額別	項次	項目
一、未完成項目			
具體實施規劃/計畫/方案	西醫基層	1	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費
	門診透析	2	居家血液透析與提升其照護品質
執行目標及預期效益之評估指標	醫院	3	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫
	西醫基層	4	提升國人視力照護品質
		5	強化基層照護能力及「開放表別」項目
二、須補充內容項目			
具體實施規劃/計畫/方案	牙醫門診	1	非齒源性口腔疼痛處置 ※尚須補充「適應症之條件」
	中醫門診	2	提升用藥品質 ※尚須補充「提升中藥用藥品質管理相關策略」

第7屆114年第1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(113 年第 11 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉：報告主席，還有各位委員，早安！今天是第 7 屆第 1 次的委員會議，跟大會報告，現在出席委員已經過半，達到開會條件，現在會議開始，先請主席致詞。

周主任委員麗芳：謝謝。全體第 7 屆健保會委員、石崇良署長、周淑婉執行秘書，以及所有與會同仁，大家早安！大家好！非常榮幸，感謝每 1 位健保會委員，從答應承接這個責任的時候，就背負了這個社會各界給我們的期許，今天大家桌上這張聯合聲明(詳議事錄第 65 頁)，也是社會各界對第 7 屆健保會委員的勉勵與期許。

全民健保實施 30 周年以來，非常感謝石崇良署長、龐一鳴副署長、陳亮妤副署長，以及所有健保署的同仁，請大家也給他們掌聲鼓勵，今天健保署陣容龐大，請起立讓大家看看(委員鼓掌)，因為今天是健保會第 7 屆第 1 次委員會議，有一半以上是新委員，所以非常感謝。各位委員可以看到健保署非常重視各位委員意見，石署長、龐副署長及陳副署長帶領這麼多健保署同仁，努力的結果就是讓健保 30 周年變成台灣之光。

現在是健保改革關鍵時刻，所以這屆委員承載健保改革相關責任，相信健保會是非常好的意見交流平台，因為 39 位委員來自不同領域，在會議中主席責任就是希望讓大家能夠把意見提出來，在一個很平和，但是大家又可以相互理解包容情形之下，做出健保會的決定，回應社會各界的需求。

也要特別感謝健保會幕僚工作同仁是非常辛苦的，從周淑婉執行秘書開始，包括第 1 組洪慧茹組長，第 2 組邱臻麗組長，第 3 組陳燕鈴組長，也請健保會幕僚工作同仁起身讓大家看看(委員鼓掌)，謝謝，請坐下。

現在就開始這次的會議，會議開始之前，大家可以看到桌上陳列很多邀請函，就請發邀請函部門，簡短向大家說明，先請西醫基層開始，謝謝。

周委員慶明：謝謝周麗芳主委、石崇良署長、各位委員，大家早安！大家好！西醫基層預計在今年的5月6日、7日辦理實地訪查，將會來到彰化與台中市，主要的參訪內容，包括西醫醫療資源不足地區的改善方案、賴清德總統大力推動的888計畫，包括慢性病整合照護，還有內科與外科照護、兒童障礙療育等醫療服務提供情形，及當地民眾就醫狀況與醫療需求，跟民眾做直接面對面的溝通，讓大家多瞭解在醫療資源不足地區基層診所執行概況，誠摯邀請委員們都可以來參與，謝謝大家。

周主任委員麗芳：接下來請醫院協會李飛鵬理事長。

李委員飛鵬：主席、石署長、各位委員，有關醫院協會今年的113年醫院總額風險移撥款的成果發表會，將會於114年4月24日在台北市立聯合醫院萬華國際會議廳舉辦，從上午9點到下午5點，歡迎委員有空來參加、指導。

周主任委員麗芳：接下來請中醫部門。

詹委員永兆：主席、署長、各位委員，大家早安！中醫部門預定在114年5月13、14日(星期二、三)，邀請各位委員參加實地訪視活動，這次重點地區是在台中市、南投縣，以及包括信義鄉，主要參訪巡迴點與照護機構的中醫照護現況，歡迎各位參與，謝謝。

周主任委員麗芳：接下來請牙醫部門。

江委員錫仁：主席、各位長官、各位委員，大家早安！有關牙醫部門的DM會在下個月發給大家，不過我們已經預訂在北部宜蘭，讓各位長官與委員參觀牙醫部門的一些機構與醫院執行專案的情形。

周主任委員麗芳：請藥師公會全聯會。

黃委員金舜：主席、署長、各位委員，大家好！因藥師公會這次春酒時間辦得比較慢，時間訂在3月29日星期六晚上6點在君品飯店，希望所有委員撥出時間指教，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝大家，現在會議繼續。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主席、各位委員，因為配合委員聘任時間，所以3月份才開第1次委員會議，累積議案比較多，加上會議日期在3月初才確認，所以這個會議室我們只能借到1點半，之後有其他單位要使用，今天的會議只能開到1點半就要準時結束。

這次議程安排計有優先報告4案，討論事項7案，報告事項1案，共12案，除了優先報告的第3案與討論事項第5案及第6案是健保署提案、討論事項第7案是委員提案外，其他都是依照本年度工作計畫排定，這次會議的議案都是法定任務或具時效性的案件，希望儘量能夠在本月完成報告或討論，所以可能就要拜託委員時間抓準一點。

另外在昨天早上我們收到1個臨時提案，請委員翻到補充資料1的第1頁，這部分是許舒博委員提案，是有關於準醫學中心建請要調整給付標準的案子，依照臨時提案的處理規定，會議規範第3點第2項第2款規定，臨時提案以當次會議亟待解決的緊急事件或是具時效性事項，並且要與本會法定任務有關者為限，且要有出席委員附議或連署始得成立，如果不符合要件，主席可以決定在下一次委員會議討論。這案子建請主席依照規定先確認是否與本會法定任務有關？是否是亟待解決的緊急事件？是否具有時效性的事項？以及徵詢委員是否有人附議？就可以納入本次委員會議提案。

如果納入本次委員會議提案，因剛剛提到今天12案都具時效性，建議排到所有議案完成之後再討論。如果與前述條件不符，主席也可以決定提到下次委員會議討論。

依照全民健康保險法第5條，委員會議實錄應於會後10天內公開，這次原本應在114年4月5日上網公開，適逢114年4月3日到6日是國定假日和週末假期，所以這次議事錄會在114年4月7日上網公開，就是包含委員發言實錄的部分一併公開。

另外委員桌上置有咖啡色提袋，是供委員攜帶會議資料用的，裡面有健保署提供的最新版本的全民健康保險暨相關醫藥法規彙編，另外健保署在新委員桌上也提供了本年度年曆工作記事本，還有杯

墊，謝謝健保署準備的禮物，以上是我的報告。

周主任委員麗芳：謝謝周淑婉執行秘書的報告，針對 1 項臨時提案，其是由許舒博委員提出來的，看起來與本會的法定任務保險業務監理有相關，請問有沒有委員附議？(委員舉手表示附議)好，有委員附議，那就排入議程，同意臨時提案納入本次委員會議議程，安排在所有議案完成後討論，其餘照議程安排進行。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳：謝謝幕僚同仁非常嚴謹的作業程序，針對上次會議紀錄的內容，委員有沒有其他意見？沒有的話，本案就洽悉，接下來進行本會重要業務報告。

《聯合聲明》

守護人民健康 促進健保永續

對第七屆健保會委員致敬與期許

全民健保是台灣社會安定重要的制度，過去30年來，在人民、政府和醫界的共同努力下，讓台灣的醫療照護，成為全球矚目的典範。近日第七屆全民健康保險會（健保會）的名單已確定，並即將開始運作，健保會由早期的監理會與費協會整併而成，擔負著費率審議、總額協商、給付範圍審議等重大責任，是影響健保制度運作非常重要的一個組織；較之前幾屆，本屆健保會組成名單，令人稱許也令人充滿期待：

1. 多元代表性，涵蓋各界團體代表

本屆健保會委員組成涵蓋勞工、農漁民、公務人員、病患團體等，並有雇主代表、醫事服務提供者、政府機關、專家學者及公正人士，廣納各界團體，確保決策過程考量不同立場與需求。

2. 勞工與弱勢團體代表比例增加

相比過去，本屆健保會有較多來自勞工、病患團體及社會福利組織的代表，如台灣社會福利總盟、癌症希望基金會、罕見疾病基金會、台灣身心障礙福利推動聯盟等，顯示衛福部對弱勢族群需求的關注度提升。

3. 雇主團體積極參與健保財務議題

隨著人口老化，新藥新科技的進步，國民所得增加，人民對醫療的要求也隨之提升，伴隨而來的就是醫療耗用的增加，這些費用的增加，也部份反應在雇主團隊和勞工團體，因此兼顧二者的需求和想法，在健保會的運作上就很重要。雇主團體的代表性完整，表示在強化勞工與弱勢團體代表之餘，對雇主企業界意見同樣予以高度重視。

4. 醫界代表完整，涵蓋各層級醫療機構

醫療服務提供者方面，醫院協會、醫師公會、牙醫師公會、中醫師公會、藥師公會、護理師護士公會等皆有代表，且社區醫院、區域醫院及醫學中心也都有代表參與，從醫療提供者專業的角度提出建議方案，並落實執行。

5. 學者與專家背景多元，強調政策專業性

本屆健保會的專家學者涵蓋公共衛生、法律、財政、社會保險及醫事法律等領域，如來自台大公衛學院、政大財政系、陽明交大等學術機構，顯示政府對健保政策的科學決策與專業研究的重視。

6. 政府機關代表維持公正性與行政協調角色

政府機關代表來自國發會、衛福部社會保險司、行政院主計總處等，畢竟政府負擔了36%的健保費用，善盡監督之責，確定醫界得以順利運作，確保人民得到良好的醫療照護。

健保會的委員來自不同領域，代表各方為了全民健保照顧的專業聲音，我們期盼健保會能夠站在專業與公正的立場，凝聚社會共識，透過理性對話與專業協商，找到最符合全民利益的健保政策方向，而不是只以節省費用為考量，導致人才出走，病房關床，急診壅塞，人民受苦，殷鑑不遠，勤奮的台灣人民值得更好的醫療照護。

同時，我們也對衛福部及政府對健保會的魄力改革，並付與重大責任，表示最大肯定和支持，健保制度的維護和改革，是一條漫長而艱辛的路，我們也期許這一屆健保會所有兼具專業與智慧的委員們，能兼容並蓄各方意見，為台灣健保永續，為台灣人民健康，大家一起努力！

台北市醫師公會理事長 洪德仁
基隆市醫師公會理事長 王俊傑
宜蘭縣醫師公會理事長 林旺枝
台灣家庭醫學醫學會理事長 黃振國
中華民國診所協會全國聯合會理事長 廖文鎮

新北市醫師公會理事長 顏鴻順
桃園市醫師公會理事長 吳家淦
新竹市醫師公會理事長 邱國華
中華民國基層醫療協會理事長 林應然
中華民國基層醫師協會理事長 潘志勤

114年3月25日

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：本會重要業務報告，項次一，是上屆委員會議列管追蹤案件及其辦理情形，上屆委員會議移請本屆委員繼續列管追蹤事項共有 22 項，依照辦理情形，建議擬解決追蹤 5 項，繼續追蹤 17 項，在會議資料第 20~33 頁，就其中擬解除追蹤的部分向委員報告，請委員參閱會議資料第 20 頁。

擬解除追蹤項次 1、2，是 113 年 12 月份委員會議報告案中委員所提意見，健保署回復在會議資料第 34~38 頁，項次 1、2 都已經完成。

項次 3，有關 112 年監理指標之監測結果報告，委員所提意見，健保署已回復說明，本會也已完成報告並上網公開。

項次 4，是牙醫門診總額及中醫門診總額地區預算分配有關風險調整移撥款執行方式送本會備查，已分別在 113 年 12 月 6 日、13 日送本會備查，待會在項次四，會向委員簡單說明，這項也完成了。

項次 5，請健保署列表呈現 114 年度總額，及加計各項政府挹注公務預算之金額、成長率與其計算方式，健保署已回復在會議資料第 39 頁，這項也已完成。這 5 項建議解除追蹤，但最後仍依照委員會議議定結果辦理。上次委員會議個別委員關切事項，相關單位回復如附錄一，在會議資料第 275~278 頁，請委員參閱。繼續追蹤這 17 項，以後每半年將提會報告進度，若有達解除列管的條件，會提最近 1 次的委員會議做解除追蹤。

項次二，是本會依照上次委員會議決議(定)事項辦理情形：

(一)是將 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式之核(決)定結果轉送上屆委員知悉，本會已在 114 年 1 月 9 日以電子郵件提供給上屆委員參考，待會在優先報告事項中也會向各位委員做說明。

(二)是有關於「代謝症候群防治計畫」委員所提意見，因為這計畫今年度已轉由健康署執行，已請健保署將委員所提意見轉送健康署

作為計畫後續推動之參考，這部分也已完成。

項次三，本會已完成辦理第 7 屆委員的聘任事宜，聘期是 114 年 3 月 4 日至 115 年 12 月 31 日，這次新任委員人數比例較多，有 21 位委員，比例為 53.8%，在上週也辦理共識營，感謝委員熱烈參與，當天部長有蒞臨，次長、陳秀熙委員及石署長都有很精彩演講，活動非常圓滿成功，共識營的大合照會在下次委員會議提供給各位委員。

項次四，是解除追蹤裡提到中醫門診總額及牙醫門診總額的地區預算分配關於「風險調整/特定用途移撥款」執行方式的報備案，本會同仁摘要重點在會議資料第 7 頁，請委員參閱。

項次五，是衛福部為擬訂 115 年全民健康保險醫療給付費用總額範圍，在 114 年 1 月 21 日函請本會提供健保總額基期的扣減項目及額度，向委員說明辦理情形：

(一)對於 113 年度總額核(決)定事項的預算扣減方式項目，在 113 年第 6 次委員會議(113.7.30)時有決議，請健保署在今年的 3 月份委員會議提報預算扣減執行結果，惟因本月份議案太多，乃將本項報告排到下個月(4 月)委員會議提報。

(二)本會請健保署在 3 月 20 日之前，先行提供執行結果給衛福部參考並副知本會。

項次六，是上次委員會議，擇定 112 年自付差額特材執行情形作為會訊報導主題，跟委員說明一下，在每次委員會議後，會選 1 項委員比較關心的主題，寫成本會的會訊，並置於本會在網頁上，委員可以轉知所屬團體的會員參閱。

項次七，衛福部及健保署在去年 12 月至今年 3 月發布及副知本會的相關資訊，這些資訊已置於健保署全球資訊網，本會在 3 月 19 日已寄到各位委員電子信箱，以上報告。

周主任委員麗芳：關於本會重要業務報告，委員有沒有其他意見？好，如果都沒有意見的話，第 6 屆委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形，擬解除追蹤 5 項，同意解除，擬繼續追蹤 17 項，同意繼續追

蹤，其餘洽悉。接下來進行優先報告事項第一案，謝謝。

參、優先報告事項第一案「本會本(114)年度工作計畫及會議預定時間表(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

邱組長臻麗：各位委員大家好，有關 114 年度工作計畫(草案)，在 114 年 1 月 14 日曾徵詢社保司及健保署意見，社保司建議將援例安排於 114 年 4 月份委員會議的法定諮詢事項，也就是「衛福部 115 年度健保總額範圍(草案)併同健保署之財務試算諮詢案」改到 114 年 5 月份委員會議，本會處理說明，考量歷年大概是在每年 4~5 月份提報諮詢事項，擬依社保司所請調整。另健保署意見為在今年 4、8、10、11 月的業務執行報告，因連假或資料轉檔等時間因素，無法在本會郵寄會議資料時提供，本會處理說明，請健保署於完成電子檔及書面資料後，即逕行寄送委員參閱。

114 年度工作計畫安排在附件一，在會議資料第 42~44 頁，請委員參閱，有關於 114 年會議預定時間表在附件二，會議資料第 50 頁，請委員預留時間與會，其中 114 年 9 月 24 日是 115 年總額協商，還有 114 年 9 月 26 日委員會議，會討論 114 年 9 月 24 日的協商結論，以及 114 年 11 月 19 日要討論 115 年費率審議，這 3 場會議委員均需親自出席，不得委由代理人出席。請參閱會議資料第 41 頁的擬辦，請確認 114 年度工作計畫內容及會議時間表，另各項工作計畫項目，請相關負責單位配合辦理。

周主任委員麗芳：本案是屬例行性的，就是告知健保會委員在今年度所有工作項目及會議的時間，如果各位委員沒有要詢問的地方，就確認本年度工作計畫內容及會議時間表，請委員預留時間與會，並請各項工作計畫相關負責單位配合辦理，接著進行優先報告事項第二案，請同仁宣讀。

肆、優先報告事項第二案「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式核定結果及後續相關事項」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴：向委員說明，請看會議資料第 52 頁，衛福部已經在 113 年 12 月 30 日核定 114 年度健保總額及分配方式，同時也在今年 1 月 9 日公告在網頁上，依衛福部核(決)定的今年度總額及成長率來講，114 年度總額全年金額是 9,286.25 億元，相較於 114 年度基期，成長率是 5.5%，衛福部核(決)定結果及本會協定結果在會議資料第 52 頁表格，請委員參考。

請參閱會議資料第 53 頁，總額支出的情形，有關於健保財務的狀況，請參閱會議資料第 53 頁的(二)，健保署也依據總額的核定結果提供 111~114 年健保財務收支情形，詳細資料在會議資料第 101 頁的附件三，主要是預估 114 年保險收支短絀 171 億元，到 114 年底安全準備累計餘額是 1,443 億元，約當 2.02 個月保險給付支出，這是財務狀況。

本會也整理去年本會協定結果及衛福部核(決)定結果的比較表，逐項的比較資料在會議資料第 102~117 頁的附件四，因為資料很多，我們有重點摘要在會議資料第 53~56 頁，請委員參閱，主要是有共識的牙醫、中醫及門診透析的總額分配，衛福部同意本會協定結果，至於其他預算、醫院及西醫基層總額，衛福部的核定重點也臚列在會議資料第 53~56 頁，請委員參考。

再請委員參閱會議資料第 56 頁第四項，因為 114 年已經到 3 月了，我們也請健保署將依衛福部核(決)定事項之辦理情形提報本會，經整理各總額部門應該在 3 月前依法定程序辦理及提本會報告的項目總共 57 項，健保署回復的詳細辦理情形在會議資料第 118~138 頁的附件五，我們也整理在會議資料第 56~57 頁的表格，整體來講總共需要完成的項目是 57 項，已經辦理完成 37 項，20 項還沒完成，這部分請儘速辦理。

請看會議資料第 57 頁，我們也根據整年核定結果擬具今年度各

部門總額協定事項及相關計畫追蹤時程表在附件六，擬辦部分就是請健保署依衛福部核(決)定事項，會同各部門總額相關團體或相關單位儘速辦理需提到本會報告或同意的事項，此外依擬定的追蹤時程表所列時程，完成法定程序及提報本會等事宜，以上說明。

周主任委員麗芳：衛福部核定 114 年度全年健保總額是 9,286.25 億元，相較於 114 年基期的成長率是 5.5%，本案委員有沒有其他意見？如果都沒有意見，這案子我們就請健保署……，請林恩豪委員。

林委員恩豪：其實不是想要詢問什麼，雖然 114 年度健保總額已經核定，但還是想要發表一下看法，114 年度健保總額衛福部逕自核定到最高成長上限，可是當時付費者代表及醫界提出的版本都不是這樣子，我覺得衛福部要嘛就是在付費者代表及醫界各自上限中間核定，或核定其中 1 個版本，但不能核定 1 個比付費者代表及醫界協議上限更高的上限，我覺得這對付費者還是全民都不是一件好的事情，發表一下，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝林恩豪委員，其他委員還有沒有意見？如果沒有意見，我們就請健保署會同各部門總額相關團體，依 114 年度總額核(決)定事項及時程，完成法定程序及提報本會等事宜，以利年度總額順利推動。委員所提意見請健保署酌參，餘洽悉。接著進行優先報告事項第三案，請同仁宣讀。

伍、優先報告事項第三案「增修急診、急救責任醫院及護理相關支付標準案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳專門委員依婕：主席及各位委員，大家好。請各位看到說明第二點，依 114 年度總額的公告，在其他預算有 41.56 億元用於「114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等」，決定事項略以，在支用前要依程序提貴會報告同意後進行運用。為回應投入急重症照護的醫事人員辛勞，並鼓勵醫院強化急診及住院照護量能及韌性，本署先前邀集醫院團體及護理團體共同討論相關支付標準調整，共分為下面 3 大面向，說明如下，第 1 大面向是急診相關基本診療項目調整方案，預計支出 11 億點，第 1 點，將現行「急診診察費」依照目前支付標準有內含護理費的比率拆分為診察費及護理費，並各調升支付點數 10%。第 2 點，調升急診觀察床護理費支付點數 60%，調整後其費用約為現在急性一般病床護理費的 9 成。第 3 點，為凸顯急診醫師付出的心力，將急診觀察床的診察費獨立列項，因現行支付標準已敘明比照一般病床住院診察費，所以推估本項不增加財務支出。

第 2 大面向是有關急救責任醫院急重症項目調整方案，預計支出 6.35 億點，第 1 個是加護病房的基本診療項目，包含住院診察費、病房費及護理費，若該醫院全院屬重度級急救責任醫院，其上述相關費用以醫學中心點數支付，若該院屬中度級急救責任醫院，以區域醫院點數支付，第 2 個是離島地區急救責任醫院急診案件醫療服務費用加成，若該院全院屬重度級急救責任醫院，急診費用依表定點數加計 50% 支付，若屬中度級急救責任醫院，目前離島有 3 家醫院，急診費用依表定點數加計 30% 支付，若屬一般級急救責任醫院，目前離島有 1 家醫院，急診費用依表定點數加計 10% 支付。

第 3 大面向是調升住院護理費支付點數方案，本項預計支出 25 億點，目前規劃優先調升急性一般病床(含精神急性一般病床)住院護

理費支付點數，調整原則是以前各層級現行支付點數差額等差調升，另外「首日」護理費以「次日起」支付點數的 1.3 倍為原則調整，調幅約 12~16%。

綜上，本項支付標準調整方案共計約增加 42.35 億點，前述調整方案都需要扣合相關指標，達標才可以外加個別醫院的預算額度，指標包含醫護人員調薪或增聘人力情形、加護病床開床率及占床率、留置急診相關指標等。本項調整方案如果獲得今天會議同意，將依程序提至明天的全民健康保險醫療給付項目及支付標準共同擬訂會議討論，通過後預告並報衛福部核定及公告實施。

周主任委員麗芳：接下來請石署長補充說明。

石署長崇良：這邊做幾個補充，本案是配合衛福部對急診壅塞的 3 個近期策略及 2 個中長期策略辦理，衛福部發布的中長期策略中，有 1 項是檢討急重症支付標準的調整，所以我們重新檢視後提出今天的幾個建議案，第 1 個，急診診察費過去是仿照門診的診察方式，門診診察費是內含護理費，並沒有分開，所以急診診察費名義上是診察費，但實際上內含一定比例的護理費，為了讓各自人力成本能夠明顯突出，就比照住院的支付標準，將醫師診察費及護理費依照原本的比例分開，分開之後，急診檢傷分類第五級的急診醫師診察費比照門診診察費調升，推估差不多要提升 10%，急診檢傷分類最嚴重是第一級，最輕是第五級，檢傷分類第五級的急診醫師診察費比照門診診察費，也就是調升 10% 左右，這是第一案，護理費等同比例調整，這是拆分後同時調升 10% 的計算方式。

第 2 個就是急診觀察床，在有些情形下確實沒辦法立即住院，過去急診觀察床雖然一樣需要醫師診察及護理照護，但是支付點數非常低，我們這次比照急性一般病床護理費的 9 成來計算，也沒完全等同，以 9 成來計大概是提升 60% 左右，這是急診觀察床護理費的部分，至於診察費就是比照住院診察費，未來我們會去監測在急診觀察床的病人，如短期無法立即住院，也能在急診得到適切的照顧。

第 3 個，除了剛剛講的急診本身這些勞力付出，我們給予調整之

外，也期待能夠院前分流，現在的做法一個是院前分流，一個就是需要住院的病人能夠加速住院，就是病房的周轉率可以提升，院前分流就是考慮到重症病人最不能等，需要住院但沒有立即生命危險的病人可以在急診觀察，但是重症病人不能在急診觀察，要立刻住院，特別是加護病房部分，所以就針對重度級急救責任醫院，醫學中心大概是 27 家，但是重度級急救責任醫院有 53 家，都是具備可以 24 小時執行心肌梗塞、腦中風、重大創傷、高危險妊娠、生產、加護病房照顧等，他們收治這些重症的能力跟醫學中心是相當的，所以比照醫學中心加護病房的給付，包含醫師診察費、護理費及病房費，讓重症病人能夠即時得到收治，也去分流醫學中心急診重症病人的候床壓力，所以我們讓有一些是區域醫院的重度級急救責任醫院可以比照醫學中心的加護病房給付，有一些是地區醫院的中度級急救責任醫院可以比照區域醫院點數給付，這是加護病房給付調整，以達到院前分流。

另外考量離島地區の後送更為困難，直升機起飛 1 趟大概是 30 萬元，1 年 100~200 件的後送其實所費不貲，對民眾生命影響更嚴重，所以我們希望提升離島急救責任醫院能力，就按照這樣的比例，一般級急救責任醫院加成 10%、中度級急救責任醫院加成 30%、重度級急救責任醫院加成 50%，目前盤查金門醫院已經可以達到中度級急救責任醫院，其他離島的醫院都仍然是一般級急救責任醫院，期待調整以後能鼓勵這些醫院可以提升，對不起，我補充離島地區中度級急救責任醫院，除了金門醫院以外，三軍總醫院澎湖分院及部立澎湖醫院也都是屬於中度級急救責任醫院，連江縣立醫院目前是一般級急救責任醫院，這是有關於離島地區的加成。

最後是增加護理人力改善病床關床的情形，因為護理費跟實際上落差有相當數目，但無法一步到位，所以我們跟護理界討論之後，大家同意用 4 年時間來調升，所以今年預算可支應的範圍 25 億元，優先調升急性一般病床護理費，可以增加開床數，能夠收治急診候床病人，按照醫院等級的不同調升不同幅度，讓落差不會太大，大

大概是調升約 12~16%不等。

這些調升的項目都按照當時總額協商決定事項，主要使用在醫事人力為主的支付標準，不是其他的什麼檢查檢驗，都是以人力付出為主的支付標準，符合當時健保會決議，但也希望這樣調升能夠真正反映在人員的薪資調升，所以我們有一個但書，這個費用要撥付下去必須是醫院的人力有增加、薪資有調升，同時我們也配合相關的指標，包括急診暫留指標、加護病床開床率及占床率的情形來評估之後，才予撥付，希望預算能夠發揮最大的效益，不過當然除了這個支付標準調整外，我們對於急診壅塞問題也有其他配套措施，包含縮短住院天數，對於一些輕症的病人可以改為門診治療，像是 OPAT(門診針劑抗生素使用)，或提早出院計畫，或在宅急症照護，也都會陸續調整政策，再跟健保會報告，今天只是就第一波有時效性的人力支付標準調整，向健保會報告並請求同意，如果可以同意我們動用的話，我們會盡速報衛福部核定及修正發布支付標準。

周主任委員麗芳：非常感謝石署長這麼詳盡的說明，也讓委員瞭解本案在目前健保實務運作上面的必要性及迫切性，因為我們有一半委員是新的委員，請大家看大螢幕，大螢幕最下面剩餘時間是這個案子預定的時間，我們把握時間，所以贊同的委員就請不用發言，對於這案有不同的意見，或者是反對的意見，再請委員提出。請林綉珠委員、陳節如委員、林恩豪委員。

林代理委員綉珠(紀委員淑靜代理人)：謝謝健保署看到急重症的困難，我當然不會是反對的，只是在會議資料第 181 頁(四)特別提到，剛剛石署長也報告要扣合指標達標的情形，其中醫護人員調薪及增聘人力情形的部分，是我們不瞭解或有模糊的空間，除了加護病床占床率、留置急診相關指標大概之前都已經非常明確，但最重要的 2 個指標就是醫護人員調薪及增聘人力情形，目前看起來是還沒有明確的指標，我想這部分是不是請健保署找專家學者，能夠幫我們更清楚地讓大家知道，因為調升支付標準的錢是進入大水庫，這部分怎麼回饋出來？是不是請健保署給我們更多的指示。也謝謝健保署對

整個急重症問題的關注，實質來協助我們，這部分我們在護理界都已經跟大家公告等通過之後就能實施，可是後續怎麼監測、標準的訂定、甚至回饋到護理部分，這部分有待大家一起努力，謝謝。

周主任委員麗芳：接下來請林恩豪委員。

林委員恩豪：我要問的問題跟林綉珠委員一樣，但是她已經幫護理界問了，因為其實前前後後健保已經撥補了很多護理的費用進去，但我們關心的是它到底有沒有落實、反應在護理人員身上，從新聞看起來似乎沒有的樣子，或是百分比沒有很高。我們當然是要解決這人力荒和薪資問題，跟剛剛林委員講的一樣，我們希望能夠真的確實落實。我想請問署長，你有這個指標，但到底要怎麼真的落實？能夠告訴我們真的有落實這件事。另外，這次提的預算超過本來核定的預算，如果到時候真的超過，那怎麼辦？

周主任委員麗芳：石署長要先回應，還是等陳節如委員發言完？請陳節如委員。

陳委員節如：我想這個問題已經好幾年了，應從根本解決，像社福這邊，社工師他們的管控是社工司從中央直接將薪水匯入他們戶頭，所以我覺得護理這邊也應該從薪水來開始調，這邊雖然有護理費調升的百分比，可是我們也不曉得薪水到底是多少，現在聽說剛畢業進來才3萬元出頭，領一領大概有4萬元，可是我們希望醫院的問題能解決，現在就是缺護理人員所以病床會空這麼多，使得急診非常的壅塞，如果要解決這個問題，應該是從薪水開始。這些急診費用調升，我覺得應該加，但最基本的薪水也應該加，一直都沒看到健保署規劃護理人員薪水，像社工他們一調差不多4萬5千元以上，大家都回流了，你們為什麼不用基本的薪水來吸引這些到外面的護理人員回歸呢？

我相信你們只要把基本薪水提高，他們一定有回歸的機會，我不曉得護理界的意見，我參加你們好多場公聽會聽的結果大概都是這樣，為什麼健保署沒有規劃從基本薪水提高，因為一旦進到大水庫，分到他們還是有限，我是覺得還是有限，雖然有些人有照程序拿到

錢，可是基本上你要護理人員回歸不是從這裡來加成，我覺得基本的問題是這樣，所以請署長回答一下，薪水的問題你們有沒有考慮？

周主任委員麗芳：朱益宏委員是最後 1 位口頭發言，其他的委員就請提書面意見，還有楊芸蘋委員，2 位就是最後發言了，其他委員就請書面提出。跟各位委員報告一下，書面的發言我們全部都會併入會議紀錄當中，所以請大家放心，接下來請朱委員。

朱委員益宏：我簡短說明，第 1 個我們支持健保署這次的調整案，但是這樣的調整會不會讓護理人員回流，我覺得是有困難度，沉痾 30 年的狀況，健保長期給付偏低的情形，要 1 次用約 41 億元左右把它解決，大概是不太可能，但是有總比沒有好，總是一個開頭，我覺得大家要給健保署一個鼓勵。前面的報告案，今年的總額整體成長 8% 以上，我們希望政府持續而不是只有曇花一現，因為今年 9 月又要協商明年總額，希望能夠持續有 8%、9% 的成長率，這樣至少 5 年、10 年以後慢慢才有可能有一些成效，但是當然如果要護理人員回流有一些必須要 CPR^(註 1)、打強心針，那是另外的作法，不在這邊談。

其實我另外要表達的就是，因為這筆 41 億元左右的預算^(註 2)，是在其他預算，它其實是類似專款的性質，所以也要拜託健保署在我們 9 月協商明年總額的時候，這筆預算要續編，不然的話，如果沒有續編或是把預算挪做他用，其實大家的失落感會更大，而且抱怨會比現在更嚴重，謝謝。

註 1：CPR(cardiopulmonary resuscitation，心肺復甦術)。

註 2：114 年度全民健康保險其他預算「114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等」項目編列 41.56 億元。

周主任委員麗芳：請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：其實這個問題已經談很久了，從我們知道要為護理人員解決問題以來已經有好多年了，都未必看到真正落實的結果，其實我們也有在坊間稍微詢問一下，我問他們的薪水有沒有增加？其實他們都沒有說有或是沒有，不敢講，我不知道是什麼原因，我就說

那如果有的話，增加多少？他們就說好像有一點點，感覺就有點靦腆，是不是真的有？或許是真的有，可是他們拿的不多，所以我覺得既然有 41.56 億元的預算來處理這個問題，我是真的希望署長能大刀闊斧，好好的利用與規劃，像陳節如委員和林恩豪委員講的，怎麼去真正落實，讓護理人員真正拿到這些費用。

護理人員真的太辛苦，我常常跑醫院，我自己要看病，我也陪朋友去看病，真的護理人員跑進跑出，臉都笑不出來，真的很辛苦，因為真的很累，薪水才 3~4 萬元怎麼留住 1 個人，我想可能醫院這方面也要跟大家通盤討論，不是光對護理人員的事情而已，我覺得醫院也有醫院的制度，可是我覺得制度有點不太公開、不太透明，我覺得應該要討論一下，謝謝。

周主任委員麗芳：請石署長來回應。

石署長崇良：跟各位委員報告，大家都關切護理人員薪資，這個當然部裡面也有照護司在關心、調查護理人員的薪資，健保這邊能夠掌握的大概就是投保薪資，因為每位護理人員都是受雇者，都是以第一類被保險人來投保，所以都有投保薪資，我們能看到的主要是投保薪資，不是什麼其他的獎金那些。以投保薪資來講，看起來醫學中心平均中位數是 5 萬元以上，區域醫院也是，地區醫院稍低，不到 5 萬元，但是也在 4 萬到 5 萬元之間，這個數字沒有太大的意義，因為護理人員有不同的年資、不同的工作屬性，他的薪資跟各行各業一樣，沒有一個公司裡面所有員工都是同一個薪資的，醫院也是如此，所以我們沒有辦法去訂一個標準薪資，說護理人員是多少薪資才可以，我們大概訂不出來。但是我們希望藉由這次調整之後，要拿到這筆錢必須符合條件。這筆經費編在其他預算，不在醫院總額一般服務裡面，也就是現在做的醫院個別總額裡面不包含這個費用，這筆費用是外加的，外加條件就是護理人員的投保薪資要調升一個級距，過去我們在基層已經做過了，要調升一個級距，一個級距大概是在 2 千元左右，等於 1 個月的投保薪資要調升一個級距，大概在 2 千元。

我們這樣算出來醫院還要再補一些，現在調升的並不足夠，如果要像陳節如委員的提議，如果薪資要保障的話，恐怕我們明年就要漲健保費，立刻就會面臨保費調升、研議調升健保費的問題，這茲事體大，讓我們再有點時間去處理。

所以現在我們才會以今年總額能處理的先處理，長期要處理的，我們可以從整個健保費的結構上一起討論，包含補充保費要不要調整、費率要不要調升等等，把有多少需求、要調整多少保費都算清楚，後續再來討論。這次主要是先配套護理費的調整，要求醫院對護理人員的投保薪資要調升一個級距，執行的方式過去在基層已經有過經驗，這次也會比照，調在哪個部分，那段人員的薪資就需要相對應的去調整，這大概是剛剛大家所關心的，我做這樣補充。

周主任委員麗芳：謝謝署長這麼詳盡的說明，也謝謝剛剛發言的委員都提供健保署實際執行上面可以參考的意見。

這個案子我做這樣的決議，同意健保署運用 114 年度總額其他預算「114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等」項目，調整本案所提急診、急救責任醫院及護理相關支付標準，並請於額度內妥為管理運用，委員所提意見請健保署參考，餘洽悉。我們進行第四案。

石署長崇良：對不起，主席，剛剛林委員關心萬一 budget 不夠會怎麼樣，因為我們按照程序，今天健保會同意，明天提共擬會議^(註)，共擬會議同意後還要報部公告，所以 4 月公告、5 月生效，預算估的是全年預算，所以 5 月開始實施的話，預算尚可支應。

註：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。

周主任委員麗芳：所以額度內沒有問題(石署長崇良：沒有問題)，就是剛剛說的，額度內妥為管理運用是沒問題，OK，接著進行優先報告事項第四案。

陸、優先報告事項第四案「中央健康保險署『114 年 1 月份全民健康保險業務執行季報告』(併「113 年 12 月份、114 年 2 月份全民健康保險業務執行報告」)(口頭報告)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

劉組長林義：主委、各位委員，以下健保署報告，健保署的報告資料是在補充資料 2，這邊有 1 份簡報，因為口頭報告是按季報告，這次報告的是 113 年第 4 季資料，我們會報告 113 全年跟去年比較情形供各位委員參考。

首先關於承保業務部分，113 年相較於 112 年，投保單位增加 3 萬 9 千多家，成長率大約是 4%，保險對象增加 7 萬多人，成長率是 0.32%，平均投保金額，在第一、三類被保險人部分，平均投保金額增加 1,779 元，成長幅度大概是 4.1%，在保險財務部分，現金收入以及權責收入部分，在現金收入部分，保費收入 113 年是 7,970 億元，其他收支部分是 370 億元，現金餘額在 113 年底是 469 億元。用權責收支來看，可以看到保費收入是 7,994 億元，扣掉保險給付 8,103 億元，扣掉呆帳 51 億元，再加上其他的一些收支 387 億元，大概 113 年底可以提列安全準備是 226 億元，整個安全準備餘額是 1,613 億元，相當於 2.39 個月的保險給付支出，這是 113 年，剛才健保會幕僚報告中提到 114 年整個安全準備，在剛才會議資料第 53 頁，預估到 114 年底，大概整個安全準備餘額是 1,443 億元，也就是安全準備有相當於 2.02 個月的保險給付支出，這邊再補充一下。

投影片第 4 張是醫療業務部分，醫事機構 113 年底增加 267 家，增加率是 1.21%；整體醫療費用申報，用第 4 季相對於去年第 4 季來看，件數減少 157 萬件，點數增加 56 億點，整個預估點值簡報呈現是第 2 季，請大家可以看到最新的 2 月份業務執行報告，有 113 年第 3 季的點值了，第 3 季點值在牙醫部分是 0.9896、中醫部分是 0.9449、西醫基層是 0.9057、醫院是 0.9671，都有超過 0.9，不過我們當然不會因此就滿足，我們還是會繼續努力。下面的 2 頁(投影片第 5~6 張)是有關急診的部分，這剛才我們署長已經有做過完整說明

了。

接下來是有關大家醫的執行情形，113 年就推動大家醫整合計畫，因為目前整個疾病計畫比較分散，我們希望以人為基礎來做一個整合，所以我們在去年有推動大家醫計畫，希望把有關 DM^(註 1)、CKD^(註 2) 等等疾病計畫都整合進大家醫裡面。當然參加家醫計畫的醫師也要加強 DM、CKD 這些慢性管理照護能力的訓練，在 113 年底，全部 522 個醫療群中已經有 357 群提升為家醫 2.0，占整體 7 成左右，114 年還會擴大辦理，會朝百分之百把原來的家醫計畫提升成為家醫 2.0 為目標，這是整個家醫 2.0 的執行情形。執行家醫除了基層以外，還有地區醫院，我們在去年也推動「地區醫院全人全社區照護計畫」，方向也都是一致的，就是將目前還沒有接受照顧的三高病人，但有規律在地區醫院就醫者，我們請地區醫院全部收案進來進行照顧，目前收案人數有 10 萬人，114 年一樣會再繼續擴大辦理。

底下是我們在去年整個健保藥品生效品項數，截至今年 2 月為止，已公告生效新給付的新藥共 43 項，內含有 5 項暫時性支付，還有擴增給付 36 項，受惠人數大概是 85 萬人，大家可以看到有癌藥、罕藥跟其他新藥品項數的部分，以下就擇要做一個說明。第一個部分，有關於雙標靶治療早期乳癌部分，因為我們發現這部分其實會較單標靶有較好的無侵襲性的疾病存活效益，因此納入給付，從 113 年 12 月 1 日開始，受惠人數大概有 1 千多人，每人每年藥費大概是 129 萬元。對於晚期乳癌部分，我們有再新增 1 個標靶用藥，它是適用於 HER2^(註 3) 陽性跟弱陽性的部分，受惠人數大概也是 1 千人，每人每年藥費也大概是 150 萬元。再來是有關罕病紫質症部分，有新納進 1 個藥品，因為它屬於罕見疾病，受惠人數 10 人，每人年藥費是 1,320 萬元，雖然價格高但我們還是納入，也跟各位委員報告罕病用藥是屬於專款，所以不受限於總額，是由專款部分支應。

為了解決、減少抗藥性發生，我們也導入新的一個複方抗生素，可以維持臨床抗生素多樣來源，這部分受惠人數大概是 600~2,000 人，每人每年藥費大概是 13 萬元。另外也因為 SGLT-2 抑制劑^(註 4) 這個藥

品非常有效，所以我們也從 114 年 3 月 1 日擴增給付範圍到 CKD 病人可以使用，另外慢性收縮性心衰竭病人一樣也可以用這個藥品，受惠人數 CKD 病患大概 15 萬人左右，藥費大概是每人年 1 萬元。

有關新功能特材部分，113 年特材共擬會議通過的新功能特材共計是 140 項，預計嘉惠人數大概有 6 萬 9 千人；公告生效品項總共是 63 項，嘉惠人數約 3.5 萬人次。從生效的特材品項可以看出，健保署非常重視兒童、急重症、臨床缺口，這部分的特材都會優先納入。

下面跟大家報告數位轉型部分，以癌症治療來看，我們對癌症患者不管是在重大傷病申請、或在去年開始給付的 NGS^(註 5)申報資料的收載，以及癌藥的事前審查申請，一直到治療結果的追蹤，等於是我們是要把檢測一直到治療追蹤的所有資料都要串起來，當中涉及到資料規格化的部分，這是我們目前著重的重點。

當然數位轉型不是只有這一項，目前我們有在規劃有關雲端 HIS^(註 6)部分，等規劃成熟後會跟健保會報告，這就是我們未來的重點，希望把癌症資料能夠做一個完整的收納，這個當然就涉及到整個資料結構化的部分，會建立一個癌症病人真實世界的資料庫，我們會以這個為目標，這個部分可以做為以後大家申請開發精準醫療用途的參考，以上就是健保署的說明。

註 1：DM(Diabetes mellitus，糖尿病)。

註 2：CKD(Chronic Kidney disease，慢性腎臟病)。

註 3：HER2(Human Epidermal Growth Factor Receptor 2，第二型人類表皮生長因子受體，乳癌 5 種亞型之 1)。

註 4：SGLT-2 抑制劑(sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors，新一代口服降血糖藥)。

註 5：NGS(Next Generation Sequencing，次世代基因定序檢測)。

註 6：HIS(Health Information System，醫療資訊系統)。

周主任委員麗芳：謝謝說明，接下來請石署長補充報告。

石署長崇良：簡單補充同時也回應委員剛剛關心，為什麼最後衛福部核定的今年總額成長率，竟然高於當時醫界所提出的成長率，我必須跟大家報告，是因為當時的醫界版本是沒有包括「罕見疾病、血

友病藥費及罕見疾病特材」，但是我們認為這些費用不應該被摒除在健保外，所以把它加回總額之後，核定的成長率就超過當時醫界所提版本，在這裡跟各位委員做個說明。

由於罕病藥費是編在專款項目部分，今年度全國一致推行的醫院個別總額，對於罕病病人是不會產生排擠的，我們做的醫院個別總額是針對總額預算裡醫院總額部門的一般服務費用，罕藥是編在專款，不在一般服務費用裡面計算，因此不會有排擠醫院個別總額的問題，藉這個機會跟各位委員報告。

我們同仁已經把去年第4季到今年2月間，各項業務推動情形重點式的跟各位報告，這邊先補充2點。

第1點，在癌藥部分，各位委員應該經常看到媒體報導，健保的癌藥給付跟不上國際指引，所以我們一直在努力追趕。在今天的報告裡可以看到，有些癌藥是新增的、有些是擴充給付的。擴充給付就是過去雖然有給付這種藥，但是範圍很限縮，並沒有按照國際上的治療指引給付，所以我們經過討論後再把它擴充。所以這裡面的癌藥不只是新增，還要考慮到過去已經給付的、不符合國際醫療指引的部分，我們也會把它擴充，這兩邊是並行的。

以去年為例，新增跟擴充給付的癌藥就超過30多項，我們的對應檢討模式是先參考國際指引，其實所謂的指引很複雜，會根據實證強度分成category 1、category 2，甚至有2A^(註1)、2B^(註2)，另外還有是不是preferred、優先建議。我們是先從category 1、就是實證效果最強的藥物，通常是三期臨床試驗RCT^(註3)controlled，隨機控制實驗證實的，這個都會放在category 1，同時它又是preferred、優先建議的用藥，就把它先納進來，所以現在癌藥大概都補得差不多了，大家可以看到今天報告裡面，有很多是乳癌用藥，乳癌用藥大概在今年上半年可以完成跟國際指引完全一致，肺癌的部分也將近完成。

國人癌症十大死因裡面前5個順位的癌症，包括肺癌、乳癌及大腸直腸癌的藥物都差不多能接上國際指引了，另外還有肝癌用藥，

大概也差不多了。所以癌症十大死因的前面幾個癌症，包括肺癌、肝癌、大腸直腸癌及乳癌，還有一個是口腔癌，口腔癌因為新藥比較少，其他前面這4個癌症大概都已經優先把藥品到位，這是癌症用藥的部分。

另外一個國人很重要的疾病就是慢性腎臟病，現在1年透析人數大概將近10萬人左右，過去我們常常被戲稱為洗腎王國，但是經過這幾年的努力後，新發生透析病患的成長已經趨緩，也慢慢地下降了，這是我們過去推動的CKD慢性腎臟病整合照護計畫呈現了初步效果。

但是隨著高齡化社會的到來，透析需求的壓力仍然是高的，現在有1項新藥，就是螢幕上呈現的SGLT-2抑制劑，初期慢性腎臟病患者如果能夠在早期使用，平均可以延緩進入透析的時間在10年左右。所以如果能夠盡早使用，搭配好的生活介入，包含營養、運動等等，就可以改善未來新增的透析人數，這個藥物的費用其實不便宜，大家可以看到人年藥費1人是1萬元左右，用這個藥每天1顆、1年365顆，藥費大概在1萬元，它跟癌藥比起來是便宜很多、不能比，但是因為人數很多，所以我們這次納入給付也是跟廠商談了很久，才把這個藥費談下來，同時要搭配進入照護網，因為患者不是只有吃藥，還要搭配生活習慣改變，才有辦法達到好的效果。

SGLT-2是相當具突破性的用藥，即使在一些國家也不全然能完全給付，我們運用有限的經費，從今年3月1日開始，會透過各種宣傳管道，讓大家找到有參加CKD計畫的照護網醫師，適當評估用藥，不過因為今年媒體宣傳預算被立法院刪了60%，所以現在媒體宣傳很困難，就請各位委員順便幫我們宣導一下，以上補充說明。

註1：第2A類新藥，係指與現行最佳常用藥品比較，顯示臨床價值與中等程度改善之新藥。

註2：第2B類新藥，係指臨床價值相近於已收載核價參考品之新藥。

註3：RCT(Randomized Controlled Trial，隨機對照試驗)。

周主任委員麗芳：非常感謝署長及所有健保署同仁，用心良苦幫我們做了很多規劃，請洪瑜黛委員、陳秀熙委員。

洪委員瑜黛：我是罕見疾病基金會代表，謝謝署長剛剛一再澄清罕藥

是專款，不含在一般服務費用裡面。這邊有幾個疑問請教，因為罕藥是藥費，如果罕病病人回醫院追蹤打 ERT^(註)，相關的診察費或檢查費，是不是也算在一般服務裡，這樣對醫院的個別總額會不會有影響，這是第 1 個疑問。

第 2 個疑問是剛剛的補充資料 2 投影片第 8 張，這邊提到罕藥有 9 項新藥，其中 2 項是暫時性支付，可是同張投影片右邊 5 項暫時性支付裡都沒有罕藥，這項資料似乎有不太一致的疑慮，謝謝。

註：ERT(Enzyme Replacement Therapy，酵素替代療法)。

周主任委員麗芳：謝謝，請陳秀熙委員。

陳委員秀熙：謝謝健保署的報告，我最主要有 2 點提醒跟大家分享，雖然我們看到今年總額有經費挹注進來，也看到健保署已經慢慢把點值做到將近 0.9 元，不過我還是要提醒大家，就像上禮拜我的報告，我們在健保經費一直在做節流，例如健保開辦時的小總額、一直到現在的這些節約制度，可是開源還是非常重要的，雖然目前健保安準備有 2.4 個月，看起來在安全範圍內，不過一定消耗得非常快。

我一直認為目前整體政策方向只放在供給面，不斷在供給面想辦法，但我們需要整體盤點國家需求，不管慢性病、癌症或罕見疾病這些需要高成本治療的疾病，都要納入盤點，以精算未來國家整體需求，如果沒有盤點精算，未來怎麼協商都一樣。

我當然很支持石署長剛剛說的關於急診、重症的作為，但是我讀了去年的資料後，看到有些總額項目改由公務預算支應、有些項目是專案不列入一般服務，這種種費用加起來，到底要怎麼反映出因為醫療需求上升而產生的費用，這部分我覺得一定要提醒大家，因為站在消費者立場，他們會覺得這些費用都涵蓋在他們繳的保費裡，這部分我覺得要注意。

第 2 點，我們在這次健保改革裡，若要做到節約和開源，或者是提出醫療需求的增加，所有方案或計畫應該都要有試算的數據作為支持，包括剛才我們看到急診檢傷分類五級，到底一到五級分類是

怎麼分布的，包括：各區域、醫療院所、特殊醫療區域，這些必須要有試算數據，若沒有試算數據，每次只丟出計畫爭取總額支持，還是沒辦法達到最好的效益，所以今天第2點很重要的提醒，也是剛剛健保署最後1張投影片、今天主席也提到，健保今天要改革，現在國際間已經慢慢走到精準醫療保險支付，不是只有精準醫療保險，所謂的精準醫療保險支付已經完全改成用 real world 的 data 產生 real world 的 evidence，過去的臨床試驗、績效效益評估無法反映這些動態，包括剛剛看到健保署報告裡提到的 SGLT-2、又有 GLP-1^(註1) 出來，而其他罕病藥物也都相當昂貴，可是這些患者都需要治療。要怎麼轉到精準醫療支付，動態精準是非常重要的，我在這屆委員任期內裡，將會不斷提醒要用 real world data^(註2)。甚至於 NICE^(註3) 現在慢慢也改成不用臨床試驗，因為臨床試驗結果無法實際反應藥物上市後健保署真正要監督的方向，這樣中間來來回回 2、3 年，讓所有的行政單位都覺得我們很慢，其實不是，我們在這個地方要跟得上時代。

我舉個例子，家醫計畫做得非常好，我也知道石署長在心血管這部分很用心，國際間關注的焦點從 Kidney^(註4) 慢慢到 cardiovascular disease^(註5)，慢慢又跟所謂的代謝症候群(Metabolic Syndrome)結合，叫做 CKM Syndrome^(註6)，這3個疾病要一起關注，這些都是國際間新興的發展，因為這個控制不好，走到最後當然就是 Cardiovascular disease，這個精算試算怎麼產生 real world data，要善用我們的資料，否則無法做系統性盤點，以我的立場，我認為今天不管錢從公務預算、專案來，無論消費者是否同意使用這筆健保費用，錢從哪裡來不重要，健保是全民之光，台積電有難大家要救，但是健保如果有難誰要來救，當我們看到需求這樣大量增加的時候，一定要趕快檢討怎麼把缺口補起來，這才是這次健保改革的重點，謝謝。

註1：GLP-1 (glucagon-like peptide-1，類升糖素胜肽-1)。

註2：real world data(真實世界數據)。

註3：NICE(National Institute for Health and Care Excellence，英國國家健康暨照護卓越研究院)。

註4：Kidney，腎臟。

註5：cardiovascular disease，心血管疾病。

註 6：CKM Syndrome(Cardiovascular-Kidney-Metabolic syndrome，心腎代謝症候群)。

周主任委員麗芳：因為今天提案很多，本案已經超過預定時間，其他委員是不是就請提書面意見，請石署長做一下回應。

石署長崇良：謝謝各位委員關心罕藥議題，我們在剛剛報告裡有提到 2 項罕藥擴增給付，這 2 項罕藥是 SMA^(註)用藥，過去是以運動功能做給付門檻限制，現在把它拿掉，按照 license、就是藥證許可的適應症給付，所以是擴充。罕藥很少放到暫時性支付，暫時性支付就是經過 2、3 年的時間可以收集到更多的 real world data，來讓我們重新評估該藥物要不要納入健保給付，但是因為罕病有它的特殊性，包含個案太少，不易在短時間內得到足夠的臨床資料做評估，考量罕病病友的負擔，我們很少把罕藥放到暫時性支付，所以它不是暫時性支付、是直接納入健保給付。

至於大家關心罕病是否影響醫院個別總額，其實如果把罕病病人的費用拿掉罕藥，其他的費用並不多，而且人數很少，每年新增案例也很少。我們在匡定醫院個別總額的時候，是以它的基期，它過去已經就在看病的這些量為基礎，後面如果人數再增加，因為其實增加的個案數不多，雖然藥費很高，但是我們已經拿掉藥費並以專款支應了，其他診察費、檢查費都不會影響太大。因為這些病人都是到大醫院去看，以醫院這麼大的量體，幾百人的的人數其實是不影響的，請大家放心。我也不相信有任何醫院院長做內部管理因應個別總額時，會先拿這些罕病病人開刀，這不可能，請大家放心。

註：SMA(Spinal Muscular Atrophy，脊髓性肌肉萎縮症)。

周主任委員麗芳：謝謝，其他委員如果還有意見就請提書面，本案洽悉，委員所提意見(含書面意見)，請健保署回復說明。接下來進行討論事項第一案。

柒、討論事項第一案「114 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

朱專門委員文玗：主委、各位委員，健保署報告。說明二，本署已與各部門總額相關團體討論 114 年一般服務點值保障項目，會議日期請參閱本段說明。

114 年較 113 年差異項目部分請見說明三(三)，西醫基層部門論病例計酬案件配合 114 年度總額，眼科白內障手術由一般服務移列專款項目，前開案件排除白內障手術門診案件，(四)醫院部門生產案件，自 114 年起納入保障項目。

說明四，114 年度各部門總額一般服務之點值保障項目、保障理由及 112 年非浮動點數占一般服務點數比率，請委員參見附件，亦即補充資料 1 第 6~9 頁，以上。

周主任委員麗芳：委員對於本案有沒有意見？都沒有特別意見。如果委員都沒有特別的意見，同意健保署所送之 114 年度各部門總額一般服務之點值保障項目。接著進行討論事項第二案。

捌、討論事項第二案「114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請說明。

林科長沁玫：說明一，依照健保法第 72 條規定，健保署每年應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提到健保會討論後再報主管機關核定。

說明二，關於 113 年方案的架構，分為 3 大架構共有 9 大策略、18 項指標，截至 113 年第 3 季的執行情形如會議資料第 188~189 頁的表格，未達標的後續處理說明，請委員翻閱到會議資料第 189 頁，(一)是有關「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」、「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數」、「接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率」及「提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標」等 4 項管控指標，因分級醫療政策已推行多年，本署會納入各界意見，且朝完善家庭醫師制度，及透過社區提供全人照護方向努力。在會議資料第 190 頁，(二)是有關「西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長」部分，指標基期在 112 年，因為受到 COVID-19^(註 1)影響，導致非急性患者減少就醫，隨著疫情趨緩、人口老化等因素導致復健利用成長，後續本署會定期監測。另外(三)「西醫門診病人可避免住院率」，以及(四)「住院案件出院後 3 日以內急診率」部分，本署會再繼續監測指標情形。關於 113 年全年執行結果，將依照往例在健保會 5 月份委員會議做完整的報告。

說明四，本署在 114 年 1 月 15 日邀請健保會付費者代表、醫界代表跟專家學者討論 114 年方案(草案)的架構，依照該次會議決議，114 年方案沿用 113 年的架構，調整內容包括：刪除 4 項指標及新增 2 項指標，新增管控項目分別是「照護機構由同一醫療院所提供醫療及長照服務比率」，以及「居家安寧照護對象在宅善終比率較前 1 年成長」。請委員翻閱到會議資料第 194 頁，附件一是 114 年方案(草案)各管控項目及其目標值的修改情形說明，總共有 16 項，其中提高目標值 4 項、放寬 4 項。指標 1 部分是修改指標名稱，原本是

「全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝人次增加率」，依照上開會議建議修改為「全民健保行動快易通/健康存摺 APP 健康存摺/生理量測功能資料登錄人數增加率」。指標 4「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」及指標 5「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數」之目標值調整的主要原因，係因 113 年醫院評鑑家數有異動，我們以 113 年全年平均值做計算，並依計算結果調整目標值。

在會議資料第 195 頁，有關於刪除指標 9「提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標」的部分，依照 114 年 1 月 15 日的專家會議，考量病人上轉是因為病情變化而且複雜，是否需要上轉是醫療權責，所以建議不要納入指標。另，指標 10「醫療檢查影像資訊即時上傳率」的部分，依上開專家會議建議，因為醫療檢查影像資訊即時上傳已是既有政策，而且影像上傳比率已經很高，加上該指標是過程面指標，故建議不納入。

再來是指標 15「死亡前安寧利用率」部分，依照上開專家會議建議，用「居家安寧照護對象在宅善終比率較前 1 年成長」指標取代，指標 16「呼吸器依賴病人安寧利用率」，專家會議的意見是，隨著 DNR(註 2)的推行，自然利用率會下降，建議不要納入，以上說明。

註 1：COVID-19(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)。

註 2：DNR(Do Not Resuscitate，不施行心肺復甦術)。

周主任委員麗芳：謝謝健保署，請問委員有沒有意見，請朱委員益宏、依序再請林委員恩豪、黃委員心苑。

朱委員益宏：我覺得抑制資源不當耗用方案的指標很重要，是適度呈現分級醫療推動成果，但我看健保署修正的指標，包括會議資料第 191 頁正確就醫觀念構面指標，例如：放寬指標 4「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」的目標值，意思就是說目標值可以降低一點，不要這麼高，我的解讀是這樣的調整跟分級醫療政策好像不太吻合。第 2 個是指標 5「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數」的目標值也是放寬，這 2 個指標在 113 年第 3 季都沒達到目標值，所以才要放寬其目標值，是這意思嗎？還是說放寬這 2 個指標的目標值，結果是不利於分級醫療推動，分級醫療沒有指標，就是

不用下轉一樣可以達標、或不用下轉這麼多一樣可以達標嗎？另外，會議資料第 192 頁的「提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標」，這個指標的意思是說，病人若真的有需要上轉到區域醫院或醫學中心，看完以後應該要下轉回到原來就醫的地區醫院或診所，但是這個指標刪除了，事實上包括我，相信全聯會也有感覺，有些病人轉上去以後就回不來了，病人上轉到區域醫院或醫學中心後，當次需上轉治療的疾病可能好了，但又因還有其他慢性疾病，結果就持續留在上轉的醫院治療。我覺得這幾支指標都是應該在監測分級醫療上面有它的效果，但是看起來不是刪除就是放寬目標值，我是覺得有點奇怪，不曉得是改用其他指標監測或是運用其他方式來推動分級醫療。

周主任委員麗芳：請林恩豪委員。

林委員恩豪：我的第 1 個問題跟朱委員的提問完全一模一樣，這在促進分級醫療是不是反效果，因為我們要促進分級醫療，但現在把相關指標的目標值放寬，不然就刪除，這是什麼原因？我也感謝朱委員對醫事服務團體自我的要求。

另外，我想請問現在新增指標 1「全民健保行動快易通/健康存摺 APP 健康存摺/生理量測功能資料登錄人數增加率」跟指標 2「年度健康存摺使用人次增加率」有什麼不同，感覺看起來是一樣，這是第 2 點。

第 3 點，在會議資料第 189 頁有提到要朝完善家庭醫師制度，但我想請問到底要去哪裡找家庭醫師？其實這問題存在我心中很久，我有個想法跟署長討論一下，現在已經刪除健康存摺安裝率(原指標 1)，可能是已經達到一定百分比就沒繼續監測，是否可以在健康存摺內，把各地區家醫計畫的資訊放入，讓民眾用健康存摺去找到自己家附近的家庭醫師，這樣才是真正完善家醫制度，不然說真的家醫計畫推這麼久，我也不知道去哪裡找家庭醫師。

再來就是有個指標是「醫療檢查影像資訊即時上傳」，把那個指標刪除是因為現在上傳率都達標，未來不要再監控的意思嗎？那怎麼

確保以後上傳率一直都是這樣好，會不會因為沒監控就下降？謝謝。

周主任委員麗芳：請黃心苑委員。

黃委員心苑：我的問題跟朱委員一模一樣，那 3 個指標，其實我們要做分級醫療，那 3 個指標不論是放寬目標值或刪掉，我都覺得有點奇怪，尤其現在要實施個別醫院總額，對於區域醫院或醫學中心都希望能專注在急、重、難、罕症照護或住院，現在大家正執行中，卻把標準放寬，是不是有點怪怪的。另外第 9 個指標「提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標」，可能之前健保會有討論過，我第 1 次參加，所以不清楚為何要限定為非同體系醫院，分級醫療是希望輕症往下轉就好，我比較好奇為何要規定非同體系醫院，謝謝。

周主任委員麗芳：請石署長回應。

石署長崇良：第 1 個，跟分級醫療有關的指標，我先講結論，這些指標都不修正，沒有關係。為什麼原來建議要修正，主要原因是醫院層級的家數及醫院評鑑的規定都有改變。過去有所謂的假地區醫院，就是床數很大的地區醫院，現在醫事司已經發布，如果是達 250 床以上之醫院，以前是「得」申請區域醫院評鑑，現在改為「應」申請區域醫院評鑑，所以有幾家地區醫院已經升級為區域醫院，因此醫院的家數就改變了，我們同仁就很精確地算出量，扣除後變成這樣的目標值，不過我覺得我們應該要把標準往上提升，所以就不要改目標值，等於說要有更多的轉診的意思，概念是這樣。同仁是算得比較精確，依據醫院評鑑規定的改變，簡單來說就是家數改變，幾家地區醫院升格為區域醫院，所以把地區醫院占率往下調，概念是這樣。不過我覺得可以不要修正目標值，因為我們現在實行個別醫院總額，理論上會增加才對，所以等於是更嚴的要求，而不是不變喔！數字不變但是更嚴格，因為地區醫院家數變少了，這是第 1 個說明，那幾個指標我們都不變。

但是我們刪除同體系的回轉率的這個指標，其實也在想到底要不

要同體系，還是同體系也可以算，其實意義並不大，我們看的是到底醫院間合作情形是如何。至於說「醫療檢查影像資訊即時上傳率」，現在確實是很高，在醫院部分都很高了，所以就想說監測這個不需要在健保會報告，不過如果委員想知道，我們就定時提報，因為有沒有上傳我們都知道，只是要不要來這裡報告。因為不管怎麼報，結果都是好的，但我相信委員要看的是轉診相關指標有沒有進步，這支指標就是所謂的鈍化指標，可以繼續提報，看有沒有做得更好，如果委員認為要放著就放著，我們也不堅持，我們也繼續在做，所以這不是什麼大問題。

周主任委員麗芳：謝謝署長，請陳秀熙委員。

陳委員秀熙：不知道有沒有可能用指標 1 的例子來看，剛剛說健康存摺 APP 登錄人數增加率要大於 5%，如果細分高風險跟低風險對象，對於高風險的對象，例如對 CKD 或糖尿病病人是不是要訂比較高的目標值，像是 10%？雖然現在不能一次到位，但能不能夠試辦？建議健保署根據個人風險回歸，提出精準的數據，如果不能這樣做，我們一直在講不當耗用，可能會傷害到高風險對象，但對低風險對象來說，就是資源浪費。

周主任委員麗芳：請朱益宏委員。

朱委員益宏：黃心苑委員特別提到關於不同體系的回轉率，就我的理解，當初這指標要拉出不同體系的回轉率，是有其意義的。其實同體系轉診是自然而然產生，因為是同個老闆，看起來內部合作是非常密切，所以有必要轉診，也會自然轉診，當初訂這指標主要是怕所謂的托拉斯，理論上病人轉診應是依病人需求轉診，而不是就我體系的 location 做轉診，可能病人住在 A 地方，但我的體系在 B 地方，兩者相距一段距離，車程可能要 10 幾分鐘到半小時，但是我把病人轉到同體系，不是轉到病人住家附近的醫院，所以監測非同體系的轉診才有意義，若同體系的回轉率含進去，指標的數字很漂亮，都是在體系內轉診，但病人實際上沒有得到應有的照顧，這樣比較不好，以上是我對黃委員所提詢問做說明，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝各位委員提供寶貴意見，石署長這邊還有回應。

石署長崇良：剛剛因為林恩豪委員關心家庭醫師去哪裡找，過去家醫計畫是主要針對慢性病患者，不是所有人都有家庭醫師，希望讓慢性病人固定就醫，就是家庭醫師，現在希望大家都有家庭醫師，所以健康存摺未來會標記家庭醫師是誰，建議民眾經常看病的醫師就是家庭醫師，沒有的話，會有地圖讓民眾去選擇，可以選擇就近的，我們已經建構好地圖，民眾可以就近去選，未來希望健康存摺可以呈現出家庭醫師。

周主任委員麗芳：謝謝署長及各位委員提供寶貴意見，本案請健保署參考委員所提意見研修，林恩豪委員還有意見，請發言。

林委員恩豪：我剛有請問署長修正後的指標 1 與指標 2 的差異到底是在哪裡，看起來都只是在用健康存摺。

最後，不好意思要補充一下，剛才忘記說，以往討論抑制資源不當耗用改善方案時，都會希望健保署提供量化結果，我們歷年都只有執行率，希望下次提出執行成果時，可以提出量化的結果。

周主任委員麗芳：石署長這邊要補充。

石署長崇良：指標 1 跟 2 的差異，指標 1 是下載就有，指標 2 的話是要有使用，是真正有功能的使用，有的人可能今天很好奇或者 demo 一下就下載了，那是下載。第 2 個指標是真正有在使用，就是所謂的使用用戶，就是健康存摺的用戶，民眾有在查看。

林委員恩豪：署長不是，你講的是舊的指標 1，下載就有了，但是 114 年已經改成新的指標 1 了。

石署長崇良：指標 1 的前半部是一樣，但後半部有增加要求，例如身體功能量測要有輸進去，現在有些穿戴式裝置有身體量測資料，輸入進去醫師就可以看到，以血壓來講，都是看病才血壓，我們更希望民眾平常血壓就記錄輸入進去，讓醫生看到平常的血壓，而不是進到診間的血壓，那可能不太準，休息不夠或是有白袍症候群，把平常在家裡量的血壓輸入進去，讓醫生可以看得更精確。

周主任委員麗芳：本案請健保署參考委員所提意見，研修 114 年度方

案內容後，依照法定程序陳報衛福部核定，現在進行第三案，謝謝。
黃委員心苑會後書面意見：請健保署說明會議資料第 192 頁指標 17、
18 放寬的理由。

玖、討論事項第三案「特殊材料『特殊材質縫合錨釘』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

張簡任技正淑雅：主席，各位委員好，健保署說明一，依據健保法第 45 條辦理保險對象自付差額特殊材料納入健保給付建議案及依全民健保藥物支付標準第 52 條之 4 規定辦理自付差額特殊材料的收載。

說明二，全民健保藥物支付標準第 52 條之 4 規定重點摘要如下：(一)健保給付比例部分係按臨床實證等級訂定給付比例，但不得超過核定費用的 40%。(二)核定費用得依同功能類別，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。(三)保險醫事服務機構收取差額上限，不得超過該類別特材核定費用扣除本保險給付上限之差額。

說明三，本保險特殊材質縫合錨釘主要的功能為將破損的軟組織重新固定回骨頭，最常用於肩關節的部分，在多次與相關專科醫學會溝通討論後，於 113 年 11 月特材共擬會議討論，考量對健保財務的影響，為廣納新醫材，維持臨床使用的供貨穩定，以及提升臨床可近性與普及性，經特材共擬會議代表共識同意以自付差額方式納入健保給付。其給付方式重點為(一)健保給付比例採核定最高比例 40%訂之。(二)核定費用採公立醫院、醫學中心兩者合併之採購價格中位數除以浮動點值訂定，在浮動點值部分，為確保支付單位換算及避免特材納入健保給付後受浮動點值影響，採近 10 年全區浮動點值最低 0.8699 計算。(三)保險醫事服務機構收取差額上限，為核定費用扣除健保給付比例換算之支付點數。(四)功能類別部分，依照專業建議共分為 7 個次功能分類，其核定費用、健保給付比例，及健保支付點數。請委員參考 114 年 3 月 19 日健保會送請委員的參考資料總頁碼第 92 頁。(五)給付規定部分，為臨床合理使用，本案訂有使用條件，每次手術限用組數，以及術中須檢附的資料，也請委員參閱參考資料總頁碼第 91 頁。

說明四，本案基本資料表及檢核表在會議資料的第 212~219 頁的附件一，另外品項彙整表、醫療科技評估報告及簡報、113 年 9 月與 11 月共擬會議資料及會議紀錄，請委員參閱參考資料。

擬辦部分，本案「特殊材質縫合錨釘」，建議採保險對象自付差額方式納入，分為 7 個次功能類別，並以各類別之院所採購價中位數除以浮動點值 0.8699 予以核定費用，健保給付比例為 40%暫予支付。另基於民眾使用特材權益，建議實施日期為本年 6 月 1 日，俟本會議予以通過後報主管機關核定公告。

周主任委員麗芳：請健保會補充說明。

邱組長臻麗：首先向委員說明什麼是自付差額特材？健保給付的特材已經可以提供民眾基本足夠的醫療需要，對於廠商研發出可以改善某些功能的特材，因為價格昂貴，基於健保財務考量，無法全額給付，乃由健保給付部分的費用，由民眾自行負擔差額費用，並在健保法第 45 條^(註)明定，健保署得訂定給付上限及醫療院所收取差額上限，健保署要將擬納入自付差額特材，提健保會討論後，報衛福部核定公告。有關健保全額給付及自付差額給付品項的示意圖，在會議資料第 207 頁，請委員參閱。

本會為討論健保署所提自付差額特材，訂有「健保會討論自付差額特材案之作業流程」，包含健保署提案須檢附的資料、健保會討論及後續監控等，請委員參閱會議資料第 207 頁作業流程重點摘要。

請委員參閱會議料第 208 頁，作業流程圖左上角有提到健保署提案送健保會時間要在委員會議討論前 2 個月，及健保署應該檢附基本資料表和檢核表，右下角是委員會議每季討論 1 次自付差額特材建議案，就是 5、8、11 月、次年 2 月。說明三，依照作業流程規定，本案應提至委員會議的討論時程為 5 月份，因為考量民眾就醫權益，乃提前到本次會議討論，我們並已依作業流程規定，檢視提案內容完整性及洽請專家學者委員提供建議後轉請健保署回復，全案資料並已經在 3 月 19 日併同會議資料寄送委員參考。

在會議資料第 209 頁，本會依健保署提供相關資料，整理出全額

給付及自付差額特材品項比較表，請委員參閱。在會議資料第 210 頁，有列出健保署提供之財務評估及建議納入自付差額特材的理由，請委員自行參閱。

會議資料第 211 頁的說明五，若本案特材要列入自付差額特材，建議如下，第 1，112 年申報量占整體縫合錨釘達 8 成，近常規使用，建請健保署儘速研議納入健保全額給付可行性。第 2，請健保署持續監測使用狀況，及依作業流程規定，於納入自付差額特材半年後，提出檢討改善報告。第 3，建議本案實施日期可在討論通過後，依照主管機關公告時程配合調整。

註：健保法第 45 條規範略以，健保署對特材得訂定給付上限及保險醫事服務機構得收取差額之上限，對屬於同功能類別之特材，得支付同一價格；保險對象經醫師認定有醫療需要時，可選用定有給付上限之特材，並自付其差額；自付差額之特材品項，應由其許可證持有者向健保署申請，經健保署同意後，併同其實施日期，提健保會討論，報主管機關核定公告。

周主任委員麗芳：請問委員有沒有意見？請陳秀熙委員。

陳委員秀熙：本案好像是之前留下來的案子，健保署有把財務衝擊算出來，我覺得這很好，這就是剛剛說的試算。目前特材的付費方式有 3 種，1 個是民眾全自費的醫材；第 2 是健保給付部分費用，民眾自行負擔差額費用；第 3，是健保全額給付。本案健保署有分別對以全額給付和自付差額方式納入健保給付，進行財務衝擊的試算，如果有這樣的試算，我們要怎樣買單，這部分就會牽涉到萬一本案特材開放自付差額後，其他的醫材以後是不是會比照同樣模式採自付差額方式納入健保，這個財務衝擊，恐怕大家要思考一下，這個案子是 1 個案子，我瞭解，也是前案。今天我不表示贊成或反對，因為在這屆我是新的委員。

回到需求面，像這種例子，要去跟其他國家比較一下，我們知道使用的數量很容易受到自費影響，我舉幾個比較重要的國家，例如歐洲、挪威、瑞典這些國家，不過我要告訴大家的是，如果我們的國家以人口數來算，本案是 10 萬分之 55，別的國家大概是一半，這樣比例讓我們想到，這個在 demand^(註 1)和 need^(註 2)中間的差別，是今天在節流和開源之下，我們要思考的問題。這個問題非常重要，

在看這個問題時，要知道哪些人需要做這個手術，後面那些臨床試驗評估都已經知道，這個恐怕是未來自付差額對消費者、健保財務衝擊影響的重要例子。可能的話，還是請把 demand 的需求精算出來，因為我們知道，在全世界文獻中，本案的這種手術，運動傷害占約 60%，其他在 need 跟 demand 間，會不會因為人口年齡層結構有所影響，這個就是需求面要精算，我會建議用本案來看未來怎麼審視自付差額特材的案子，否則在財務衝擊部分，我相信是相當大的。

註 1：demand (需求)。

註 2：need (需要)。

周主任委員麗芳：跟陳秀熙委員說明，這個案子是新案，接下來請朱益宏委員。

朱委員益宏：因為我在特材共擬會議也有參與這個案子的討論，其實這個品項並不是 unmet medical need (註 1)，因為健保有給付其他縫合錨釘支付，支付點數是 3,281 點，只是它是特殊材質，並不是說沒這個特殊縫合錨釘病人就沒有辦法治療，應該不是這個樣子。

在我的印象中，這個案子第 1 次進到特材共擬會議時，決議採自付差額給付，後來健保署又退回去，在去年 9 月，希望改回全額給付，應該是這個樣子，我應該是沒記錯。但全額給付議下來的價格，廠商不同意供貨，訂了這個價錢廠商不願意供貨等於沒用，所以最後今天才有這個自付差額的案子。

我覺得現在看到健保財務問題，例如血汗，及衍生出來的護理人員出走，包括現在醫師也在出走，其實出走潮最大的根源是財務問題，雖然現在健保已經到 9 千多億元，馬上要破兆了，但是健保包的範圍太大了，包山包海的結果，就算再乘上 1 倍，2 兆元、3 兆元，整個國家的 GDP (註 2) 全部拿給健保用也不夠，因為這個本來就是醫療經濟學 ABC，不管蓋多少床，這些床全部都會滿，人的慾望是無窮的，所以健保要慢慢建立自付差額的觀念。如果是目前沒有給付這個治療方式或特材，病人的疾病沒有辦法治療。我覺得當然這個應該要全額給付，健保應要保障民眾的權益，但若已經有健保

給付品項 A，但我想要功能更好的品項，我吃了陽春麵不夠，還要加 1 顆滷蛋，難道全民都要為加滷蛋的民眾付錢嗎？難道大家都要加保費去為他加滷蛋嗎？我個人是覺得不需要！但自付差額仍要經過特別是健保署把關和審慎評估到底是不是真的是 unmet medical need，我是支持這個案子，謝謝。

註 1：unmet medical need (未滿足的醫療需要)。

註 2：GDP (Gross Domestic Product，國內生產毛額)。

周主任委員麗芳：請蔡順雄委員。

蔡委員順雄：我看到之前健保會有找 3 個學者專家委員研究本案，請參閱會議資料第 226 頁，不曉得提出這個意見的專家大名，他提到我們的價格都高出美國、日本、韓國、澳洲這些國家 1.5、3、4、2 倍，算出來的結果是健保給付 40% 後，居然跟其他國家價格差不多，也就是總價拉高，縱使我們決定健保給付核定費用的 40%，所以他也對這個價格合理性存疑。健保署當然對此有些回復，請看在最右欄的第 1、2 點，有提出一些說明，但我沒看出針對專家提出的價格疑慮，是比較基礎不一樣，還是怎麼回事，第 1 點我看不出健保署針對這個部分有積極地回應。

第 2 個，是資源有限、民眾的需求當然無窮，這也就是為什麼健保會是由來自不同背景、經歷的人所組成，我要跟石署長報告與建議，從剛剛對罕見疾病的照顧，還有對醫護人員薪資的提升，都是針對個案做衡平性的考量而增加部分的費用，其實這跟剛剛陳秀熙委員提到的哪部分算自費、哪部分算全額、自費比例又應該若干，我認為這可能只能慢慢形成，從個案裡面慢慢做預算的挪移和分配，陳秀熙委員提到將來會不會有比較好的財務預測計算基礎，我們很期待。但是各種情形一直在變動，特別是罕病用藥要納進來，這些都是從個案去衡平考量需求性，但畢竟健保保的應該是需要幫助的人，就是有需要的人，我反而覺得像是感冒民眾自付額多一點沒有關係，沒有多少錢，大家花得起，其實大家也不知道，親朋好友會不會得到癌症或罕病，這個都難講，我覺得機率相同的情況之下，預算分配要特別考量。

雖然媒體宣傳費被刪，但剛剛講的那 2 個案子，都是對民眾很有感，健保會要做的不就是錢要花在該花的地方，健保署和健保會做的，我認為是民眾有感的事情。護理師流動率太高了，現在病房開不成，一堆人躺在急診室，最大的問題不是醫師不夠。現在律師 1 年增加快 1 千個人，全國現在有 1 萬 3 千個律師，我們從來不缺律師，但我們缺律師事務所的行政人員和秘書，現在大規模的找不到這些人。同樣的邏輯，護理師找不到人，病床開不成，急診躺一大堆人，這個民眾最有感，但實際最終護理師感觸怎麼樣不知道，剛有委員說去問護理師，對方不太想回答，其實對於加薪這件事情沒什麼人要回應，這道理實際如何不知道，但還是鼓勵石署長針對這部分要多宣傳，讓民眾有感觸。

周主任委員麗芳：謝謝蔡順雄委員，也給石崇良署長、健保署同仁打氣，多多宣傳，讓民眾知道健保有很多嘉惠措施。請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：其實剛剛講到宣傳，這個費用實在不該刪，這是怎麼回事，衛福部這麼大的機關竟然刪掉 60% 宣傳費，這實在是不應該，石署長應該再去多爭取一下，若沒有加強宣傳，應該很多東西一般民眾是不瞭解的。當然如果有像是媒體電視上 COVID-19 那段時間天天在講 COVID-19 的狀況，每天加 0、不加 0、加 1、加 2 的，每天都在看，就是讓民眾覺得原來這個很重要，這是題外話。不過宣傳真的很重要，需要去爭取多一些預算。

有關剛剛講的健保支付本案特材核定費用的 40%，健保負擔 40%，這是一個固定數字對不對？至於其他部分由民眾負擔，是不是每個醫院的收費金額會不一樣，這樣民眾是不是會有一點搞不清楚。剛剛問林恩豪委員，他提到健保署網頁有公布每家醫院的收費金額，是不是有這樣的一個數字，可以讓民眾瞭解？否則不同醫院的收費金額不一樣，是否為同樣的東西、或同樣的東西有不一樣的內容、不一樣的收費，是否讓民眾瞭解，例如：那些醫院收費特別高、那些醫院是一般的價格，可能要讓民眾多一些認識，不然醫療院所向民眾收費，讓民眾負擔太大也不行，當然健保能全額給付是最好，

但是考量對於健保財務的衝擊，我也贊成要自付差額。至於像是感冒之類要多一點部分負擔，我是贊成。

周主任委員麗芳：請林敏華委員。

林委員敏華：事實上，我本身是支持本案的，剛剛蔡委員提出健保署買特殊材質縫合錨釘的價格比其他國家貴很多，提出我在職場上所遇到的一些問題給大家參考，我的工作與牛奶加工生產有關，但我們的機械部分是有專利的，因為後來整個合併的關係，整個廠賣給其他廠商，廠商把在亞洲區所有的領導中心設在中國大陸，對我們的定價部分，大幅提高 1 倍。我提到這個的意思是，很多時候其他國價格能不能適用台灣？其實不能！第 1，台灣需求量是多少；第 2，它可能有差別定價；第 3，可能是它的市場策略，所以在價格的訂定是有很多考量因素。這部分我要深深地支持健保署，他們所有的同仁都很努力跟廠商砍價，在訂價部分他們都已經盡最大的努力，但不能看光看國外的價格，就把它移植到台灣做適用。

周主任委員麗芳：委員還有沒有其他意見？請陳秀熙委員。

陳委員秀熙：既然這個案子是新案，我想很快地用幾分鐘講一下。如果看它的臨床試驗，新的特殊材質縫合錨釘，在統計上並沒有達到顯著差異，我不知道當時醫療科技評估是怎麼做的，這就是我剛剛講的上市以後的 real world data，臨床試驗沒有差異但為什麼大家會喜歡用，國外也是這樣，我們接受今天這個案子是因為民眾 demand 增高，確實有這需求，但我覺得 data 的呈現，必須要貼近 real world data，告訴我們這是動態證據，以後才不會有人來挑戰臨床試驗做出來都沒有顯著差異，這就是今天我一直在講要有 real world data，若沒有，對於以後新藥或新項目的支付可能都會有很大的影響。

周主任委員麗芳：接下來請石署長做回應。

石署長崇良：健保面臨很多待收載項目應如何去排定優先順位，當然是一個很難的議題，今天會提出是因為這類不給付項目在臨床使用率很高，好像 8 成多都用這類，必須正視以減輕民眾經濟負擔，想

要納入給付，按照過去給付與否的邏輯來看臨床效果，這些醫材有幾個特性，第 1，不見得像藥品有嚴謹的臨床實驗，有臨床實驗設計，但不像藥品這麼嚴謹，這是醫材的共同特性，臨床試驗不像藥品有個標準品，或參考當時的標準，去隨機分配到控制組、實驗組，很難做到這麼嚴謹的實驗。再者這些醫材變化很大，稍做一點改變，就是新的品項，但是最後臨床療效卻沒有呈現明顯差異，所產生的影響，多數可能是副作用較低，或是臨床上使用較舒適，因此要不要納入全額給付，就會產生很大困擾，並不是像剛剛委員提到，是絕對必要，沒用這個就沒命，或是療效差很大，有民眾會選擇這種讓自己副作用較低或反應比較不強烈，或是用起來舒適的品項，我們就思考可能需要採取差額方式納入健保，好處是納入健保後會有收取差額的限制，不會在市場上漫天喊價，還是會訂一個收取差額上限，等於有價格管控。

第 2，納入之後，仍保留市場上的競爭機制，所以並不是一個固定的定價，我們是訂收取差額的天花板價，但是各個廠牌間還是可以有自由市場的競爭機制，後面還是會做特材價量調查，再據以調整價格上限，對民眾經濟負擔來講，或是對健保財務負擔都可以得到幫忙。

再者，剛剛陳秀熙老師也非常關心，後面的臨床試驗雖然沒有這麼嚴謹，可不可以透過真實世界使用後的資料蒐集來做評估，所以未來我們也會搭配 HTR 醫療科技再評估，前面的評估也許受限於資料取得不易，但是後面透過真實世界資料再評估，這也是好處。所有這些納入品項也會在醫材比價網上呈現，保障民眾知的權利跟選擇權利。我們現在正規劃新的自費醫療平台，平台會更 friendly，比過去單純把品項跟價格列上去，會有更多的搜尋和比較功能，也會融入一些衛教資訊在裡面，提升民眾知的權益做選擇，平台已經在試行中，我們希望在今年第 2 季可以上線，慢慢把原本的醫材比價網轉移到新的自費醫療平台上作業，剛剛各位委員的指教，我們會把它記錄下來並注意。

周主任委員麗芳：謝謝石署長，許舒博委員最後 1 位口頭發言，其他委員請於會後提供書面意見。

許委員舒博：謝謝主席，我第 1 次發言，早上聆聽很多專家學者及所有委員的意見，我有一點支持自付差額，假使大家都要靠健保，健保早晚會倒，自付差額是必然的。我是保險業，很多保險公司現在幾乎都不大想賣實支實付的保險，造成所謂商業保險無法 cover 健保這塊，為什麼不敢？很多病人每次到醫院，會被問有沒有保險，有的話會推薦用更好的，因為健保給付得不夠好，自費有保險會給付，所以保險公司無法計算賠率標準，不然就是拉高費率，否則就無法賣實支實付保險，因為會造成嚴重虧損，前幾年因為疫情關係，整個產險業虧損 2 千 7 百多億元，我覺得也要思考怎麼告訴醫生，不要老是用這種方式，直接告訴有保險的病人，健保給付的不好，我不知道健保到底好不好，健保假使不好，那要照顧這麼多人怎麼辦？這點是我的建議，謝謝！

周主任委員麗芳：感謝各位委員的寶貴意見，以及剛剛石署長詳盡的說明，這個案子我做以下的決議。第 1 點，同意健保署本次所提自付差額給付之特材建議案，並請該署儘速循行政程序，報請衛福部公告實施，以維護民眾權益。

第 2 點，請健保署持續監測本案特材使用狀況，並於其納入自付差額給付半年後，提出檢討改善報告。

第 3 點，委員所提意見送請健保署參考，接著進行討論事項第四案。

拾、討論事項第四案「推派本會委員擔任中央健康保險署『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』、『全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議』及『全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議』之代表案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

洪組長慧茹：向委員說明，這個案子主要是總額在本會完成協商及分配後，由健保署後續執行及推動，健保署在執行過程中召開的相關會議，希望可以諮詢本會委員意見，因此需要由本會推派代表，參加會議提供意見。

這幾個會議的比較整理在會議資料第 231 頁的表格，包括推派人數、開會頻率相關資料，請委員參閱。醫療服務共擬會議是推派被保險人代表、雇主代表各 1 人，開會頻率至少每 6 個月 1 次。藥物共擬會議會討論藥品跟特材，分別需要推派被保險人代表、雇主代表各 1 人，總共被保險人代表 2 人、雇主代表 2 人，開會頻率是至少每 2 個月 1 次。總額研商議事會議會推派保險付費者 10 人，分別是醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診、門診透析服務各 2 人，共 10 人，會議至少每 3 個月召開 1 次。

請大家翻閱到會議資料第 232 頁，本會委員有 39 人，保險付費者代表 20 人，其中包括被保險人 14 人、雇主代表 5 人及行政院主計總處 1 人。建議本案推派方式是循例用抽籤的方式推派，為了擴大委員參與機會，以不重複推派為原則，抽籤的順序先由雇主代表 5 人抽出 3 人，分別是醫療服務共擬會議代表 1 人、藥物共擬會議代表 2 人。另外再來就是由被保險人代表 14 人抽出 3 人，分別是醫療服務共擬會議代表 1 人、藥物共擬會議代表 2 人。

剛剛說以不重複為原則，20 個付費者代表抽出 6 人，剩下 14 人抽出研商議事會議代表 10 人，就是醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診、門診透析各 2 人，共 10 人。抽籤後委員可協調更動，最遲請於今天會議結束前告知，由主席公布確認推派名單。請委員坐在自己位置上，會有同仁協助委員抽籤，請假委員或不在場委員由周

淑婉執行秘書代為抽籤，以上報告。

周主任委員麗芳：謝謝說明，現在正好是午休時間，我們休息到 55 分，請雇主代表跟被保險人代表留在座位上，幕僚同仁會請您們抽籤，抽籤後彼此都可以協調更動，謝謝。

(中場休息 10 分鐘)

周主任委員麗芳：各位委員請就坐，我們在會議最後再來宣讀剛剛第四案的名單，先進入討論事項第五案。

本案於報告事項之後宣布名單，並做成決議。(詳議事錄第 134 頁)

拾壹、討論事項第五案「因應流感疫情及長連假診所開診率低，奉部交議擬動支其他預算之『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目預算支應西醫基層診所及藥局開診額外獎勵措施案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請說明。

王科長智廣：主席、各位委員好，請看說明二，今年農曆春節長達 9 天，有觀察到開診情形明顯低於例假日，考量流感疫情進入高峰且春節期間診所開診率低，為避免輕症病人於春節期間逕至醫院急診就醫，排擠急重症照護量能，衛福部於 114 年 1 月 22 日交議研擬提供適當誘因，獎勵春節連假期間開診的基層診所及藥局，獎勵條件請委員參閱說明(二)1~3，除夕至初五期間開診的診所跟藥局比照地區醫院診察費例假日加成方式，門診診察費加計 3 成，推估經費是 8 千萬元~9 千萬元。

經檢視「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍及動支程序，本案屬「其他非預期政策改變」，年度中非預期政策修訂，所生費用不在協定時西醫基層總額涵蓋範圍且經衛福部交議，因符合動支條件，擬依本會議議定結果，報部核定及結算後提報執行結果，以上報告。

陳組長燕鈴：本會補充說明請看會議資料第 235 頁，向委員報告，健保總額預算採上限制，為因應年度間發生非預期事件，會增加費用，每年總額在其他預算項下編列「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」預算，減輕這些非預期事件的財務衝擊，歷年的總額公告也都明定，若要動支這筆經費的話，需依本會議定的適用範圍跟動支程序辦理，這是背景資料。

這案子是健保署為了因應流感疫情跟春節連假期間診所開診率低，希望可以動支這項預算，請參閱會議資料第 236 頁，希望動支這筆經費約需 8 千 3 百萬元至 9 千 5 百萬元的預算，去獎勵春節期間開診的基層診所跟藥局，給予診察費或是藥事服務費加計 3 成的

費用。

(一)是有關於 114 年度的其他預算經費及決定事項，經費是 20 億元，決定事項裡面提到除了遇到藥品全球供應鏈不穩定可以動支外，其他經費動支都要依照本會所議定適用範圍及動支程序辦理，所以這案子的動支需要按照本會議定的適用範圍及動支程序辦理，完整規範在會議資料第 238~239 頁的附件一。

依照健保署說明，這筆經費有 2 個情況可以動支，「非預期風險」，如大型災害，跟「其他非預期政策改變」，這 2 個適用範圍都可動支，依照健保署說明，這性質屬於「其他非預期政策改變」，依照這個適用範圍摘要在會議資料第 238 頁中間表格。

適用範圍是指年度中發生非預期的健保法跟相關政策的修訂，這些新增的費用在協商時沒有涵蓋在總額範圍裡面，而且因為這是政策，所以需要經衛福部交議，同時排除協商考量的這些項目經費，這是適用範圍。

動支程序就是健保署依適用範圍在衛福部交議後，提案到本會討論，提案內容當然有一些規範，今天健保署都有提供。後續健保署依本會議定結果報請衛福部核定後，會同相關部門討論執行的一些細節，最後在費用結算的時候，再向本會提報執行結果，對這案子處理建議先請委員討論，是否符合適用範圍跟動支程序規定，符合的話再請委員討論是否同意由本項經費動支。若經過委員討論同意動支這項經費，請健保署依照動支程序跟議定結果報請衛福部核定，會同相關總額部門討論執行細節及結算事宜，於費用結算後請健保署向本會提報這案子執行結果，以上說明。

周主任委員麗芳：請石署長補充說明。

石署長崇良：這個案子要跟各位委員先致歉，沒有先事先在健保會報告、討論就先執行，因為剛好遇到空窗期，上一屆健保會在 113 年 12 月開完最後 1 次會議，本屆健保會還沒有成立，可是今年過年又比較早，1 月下旬就過年，過年期間又碰到流感季大流行，正好在高峯，過年期間只能到醫院急診看病，造成醫院壅塞，可能增加更多

交互感染機會。為了要分散人流，在部裡面開應變會議的時候，經部長裁示交付我們，鼓勵基層診所於連假期間開診，鼓勵方式比照地區醫院假日開診加成規定，當時以這樣簽辦，不過回過頭看這恐怕未來會變成是常態，因為每年過年假期都有一定天數，大概不像清明節只放 2~3 天，過年假期是多天，以後都會變成常態，而且大家也知道現在國人對於休假相當重視，加上勞基法的規範，其實假日出勤的人力成本很高，因此我們今年是採取動支非預期風險及其他非預期政策經費，我們會評估在未來把它納入在常態性的總額，也就是在討論下年度基層總額的時候，在年假期間的開診獎勵把它變成常規性，因為這都可以預估了，放假期間我覺得以加成給付方式是合理的。按照人力，在加班費的計算就不同，不要說過年，其實平常加班按照勞基法，放假日加班就有蠻高人力成本，這也都是人力問題，包含護理、藥師，所以今年是這樣，提出用「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」作為費用來源，明年我們會研議納入總額協商的談判內容。

周主任委員麗芳：請委員表示意見，先請周慶明理事長，再請林恩豪委員。

周委員慶明：我是診所的耳鼻喉科醫師，我們對呼吸道感染的疾病應該算是非常瞭解，當然每年的過年前後 1 個禮拜，包括過年期間，就是我們每年診所忙到翻的時候，真的病人非常多，不管有沒有疫情，其實病人都是非常多，而這兩年其實因為疫情，在流感方面到了過年期間好像比之前更嚴重，我想跟免疫負債有持續的關係，這狀況不曉得會不會繼續，我還是建議，剛剛石署長有講到把它變成常態化，我本來就想要講這個，因為這狀況每年都是這樣。另外我覺得公告時間要早一點，因為這次好像不到 1 個禮拜前才公告，而我診所大年初三就開始看診，排班至少要 1 個月前就跟員工講好誰願意來上班，我都是給他們 3 倍的薪水讓大家來加班，包括藥師、護理師、行政人員，而醫師部分當然是我自己來看，我覺得基層提供的服務一定要做到更到位，所以我建議如果變成常態的話，公告

的時間能不能再更早一點，讓大家有所因應，這樣診所的排班會較好安排。

第2點建議，現在的獎勵是加成3成，我建議應該是改為5成會更好，因為現在是比照地區醫院國定假日的加成，但過年期間應該跟國定假日更不一樣，過年期間大家都要出國出遊，如果要留下來上班的話，就是犧牲跟家人團聚或出國的時間，因為加成部分過去好像就是5成，而今年是給3成，我覺得5成的加成對基層在假日能夠看診的醫師是比較大的鼓勵，因為其實整個成本也是增加蠻多的，我的建議是這樣，謝謝。

周主任委員麗芳：請林恩豪委員。

林委員恩豪：基本上要動「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」這筆錢，它有適用範圍及動支程序，每次要使用這筆經費之前，就要先討論這個是不是符合適用範圍及動支程序。

可是現在本案要以「其他非預期政策改變」之適用範圍「年度中非預期之全民健康保險法及相關政策修訂，其新增費用不在協定時的各部門總額涵蓋範圍，且須經衛生福利部交議」來認定，但現在這件事情並沒有政策改變，光是要動支這個，在程序上就有點不符，剛剛石署長有報告本案是衛福部交議，那若是衛福部交議的話，我記得之前其他案子衛福部都會來函，也就是正式交議函，但這次就沒看到這文件，我是希望，如果一定要叫我們背這個鍋，程序上是不是應該要完備一點，不要什麼事情都推到這裡，不管是叫委員做壞人或背鍋，至少程序正義上要有。

周主任委員麗芳：請詹永兆委員。

詹委員永兆：非常感謝健保署有這政策，也非常敬佩西醫基層堅守崗位，這邊順帶一提，我們中醫在過年期間其實也有堅守崗位，在112年疫情的時候，中醫一樣是有加成，那這次沒跟到，期待下一次的話把中醫也納入，謝謝。

周主任委員麗芳：現在螢幕上已把要發言的委員名字都列上去了，接下來先請蔡順雄委員。

蔡委員順雄：這案子我認為要從合法性及妥當性來看，妥當性剛剛幾位前輩都講了，我想春節連計程車都加成，沒道理醫護人員沒給他鼓勵，正當性及妥當性絕對沒問題，現在回過頭有疑慮的是合法性，剛剛其他委員也提出，就是說這裡既然用語是「調節非預期風險及其他非預期政策改變」，非預期這件事情對健保署而言，每年冬天會有流感應該是署內大概有可得評估，所以要硬說是非預期，我覺得解釋上有點小困難。不過因為今年的春節期間疫情確實比較嚴峻，憑良心說我自己也是在春節期間得 A 型流感，我覺得今年情形比起往年情形確實比較嚴重，預期的風險也偏高，所以我覺得解釋上可以從寬，而金額也不大 8 千多萬元，所以我覺得解釋上，這次就可稍微從寬解釋及決定，石署長也講了往後就變常態性，不能說署不知道每年會有 A 型流感、B 型流感的情形，我個人淺見，今年情形特別較為嚴峻，確實大家周邊朋友一堆，而我辦公室過完年也一堆人請假，都是親身經驗生活法則，我覺得這案子個人支持，謝謝。

周主任委員麗芳：等一下這個案子就到陳秀熙委員最後 1 位口頭發言，之後就麻煩提書面意見，接下來請李飛鵬委員。

李委員飛鵬：在這次春節期間，我想我們要感謝基層的同仁他們出來承擔一些像是諾羅病毒或流感，分散掉很多的病人，不會擠到醫院的急診，也減輕了醫院的負擔。另外因為現在年輕的護理人員或醫師他們重視正常的休假或生活，平常要在這種假日出來實在不容易，以常識來講，譬如說餐廳或飯店也好、計程車司機也好，這些在過年本來都有加成，都是他們很合宜的要求，社會上也能肯定他們，這樣都 OK，也就是大家都願意計程車多付一些錢，然後飯店也一樣犧牲他們的假期來服務。我個人是覺得這個案子，我贊成能夠考量基層診所在過年期間承擔疫情流行，幫我們整個台灣社會解決問題。

周主任委員麗芳：請黃金舜委員。

黃委員金舜：我想謝謝健保署在這方面有此規劃，剛剛李飛鵬委員已經說過，如果西醫基層過年期間不協助幫忙，整個人潮都往大型醫院，更會造成大型醫院人滿為患，我想在媒體上大家都有看到報導，

如果過年期間基層診所可以協助，應該可以大量的減少醫院負擔，也可以讓大型醫院在急症及重症有更大量能，所以這部分藥師公會是表示支持，謝謝。

周主任委員麗芳：請林恩豪委員。

林委員恩豪：我主要是想要再補充一下，自從我們開始動用「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」這筆錢之後，現在大大小小的案子都要送進來用這筆錢，在疫情前其實這筆錢幾乎沒有動過，我想很多資深委員都知道。

我不是一直要反對這件事，如果合理且符合動支程序當然可以使用，我剛剛本來要補充的是，這後面也還會有其他效應出來，在我們以前一開始動支這筆錢的時候，就已經預期到後續都會有這些效應，現在這個案子更明顯了，西醫基層說要動用這個，為了鼓勵他在春節期間開業，我另外的想法是他願意在這邊開業，本來患者就會比較多，相對就會比平常多，另外一個其他效應，中醫也有，中醫剛剛也提到他們也很辛苦，春節開業我們也要用這筆錢，而醫院方面我也要幫醫院講一下話，西醫基層開業少、人都衝去醫院啦，都衝去李飛鵬理事長那邊了，是不是也要補助他們，這也是非預期啊，人都衝去了，大家都想個理由要用這筆錢，可是這筆錢本來用意就不是這樣啊，我覺得要用這個東西還是要審慎考慮一下，最後我再補充，請署長把程序補足好不好，謝謝。

周主任委員麗芳：請陳秀熙委員。

陳委員秀熙：我想這事情已經發生，我想要講的是，我可以協助再來提供數據，如果石署長要講到合理性，以及剛才蔡順雄律師講的，確實這是第1次全世界都遇到疫情，而疫情3年之後，本來就是所有疾病最高峰，所以剛好來到2024年這時候最高峰，所以我們算過是3倍成長，只是因為我們沒機會把這數字很快算完，所以我是覺得，應該要把這個數字好好呈現出來。疫情的時候，該看病的、癌症等等都沒篩檢，拖到現在這些人已變成重症，全部都出來就醫，住院當然影響到前面急診，所以急診壅塞是果、不是因，我支持這

案子，是因為它牽涉政策反應性，如果沒有給，因為西醫基層只是一個代表，本案是對醫界的一個鼓舞，這地方如果不投資源進去，以後在連假沒診所願意看診，民眾還是會受到影響無法就醫。所以非預期這件事，我同意蔡律師講的，我們應該用這是一個特殊狀態，尤其是第 1 次遇到這個，其實每個國家都遇過，英國、德國都遇過，只是他們的時間提前了，而我們是後疫情才發生、比較晚，我們的疫情比較晚，而且這個現象依照我們估算，恐怕會到 2026 年的年底，所以這就是我們要做好，我只是提醒石署長，當今年 9 月要協商時，這部分到底要納入總額還是要變成專案，我不知道，我想這部分還是要站在消費者剛說的合法性上做些思維，不管如何，錢只要投進去，以我前面講的，這樣就可以，謝謝。

周主任委員麗芳：本案經過充分討論，我做成以下幾點決議……(楊委員芸蘋示意要發言)

楊委員芸蘋：不好意思，我一定要講一下，我們付費者只有林恩豪委員講話，我要回應他一下，幫忙他回應，我不是反對，我可以同意接受，確實過年期間流感非常嚴重，對於使用非預期風險經費，同意可以使用。但是我覺得剛剛林恩豪委員講一個點很重要，這樣每個總額都可以來做這件事情的話，就會是固定常態了喔，石署長您的常態，是不是意指每年都有這狀況，就隨時可以用？是不是這意思？這很嚴重喔，還是要審慎，要用可以，但基本程序都要有，不能每個總額都來，也不宜顧此失彼，給了這個不給另一個，這不公平，要很審慎。至於本案原則上我是同意，因為這次流感非常嚴重。

周主任委員麗芳：請石署長回應。

石署長崇良：跟各位委員報告，確實從過去來看，先前疫情時因為另外有公務預算支應，後面又有補點值，而自今年開始就沒有，但確實又在過年有增加大量病人，那非預期概念就是因為我們總額是前瞻式協商，沒有把這因素考慮進去，所以列為非預期，但我剛也說了這樣看起來其實還可以預期，每年過年的時間跟流感週期會 match，但到底是幾天，因為每年放假時間還是不一樣，未來會編一

筆預算，就不用非預期經費，可能放專款內，到時候再依據年假長短，可能是哪天到哪天，再來按照天數做預算的撥付、開診。要實際開診才有，不是滾入大總額內，滾入大總額就是到一般服務，沒執行也分配下去就會這樣，而放在專款就是類似實支實用，有實支才會實付，沒開診就不會分配這筆預算，這就是專款跟一般服務不同的地方，我們會研議明年專款內加成年假開診，由今年服務量可以看到有多少，再來推算。

再來因為就是總額很困難，有時候量不容易估，現在疫情的 pattern 越來越難預測，陳秀熙老師就是專家，我們到時候要做這筆預算時，再來請教陳老師給我們指導，因為越來越難去預估其 pattern，這跟過去有點不一樣。

周主任委員麗芳：我做成以下幾點決議，第 1 點同意動支；第 2 點請健保署依動支程序規定，報請衛福部核定後，會同相關總額部門討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果；第 3 點委員所提意見，送請健保署參考。謝謝，接著進行討論事項第六案。

拾貳、討論事項第六案「有關『全民健康保險提供矯正機關收容人醫療服務計畫』113 年專款預算不足額數，擬由 113 年度醫療給付費用總額『其他預算』項下具預備款性質專款結餘支應案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

王科長智廣：主席、各位委員好，請參看說明二，矯正機關計畫預算 107~113 年是 1,654 百萬元，因為過往相對穩定，所以在 113 年我們沒有增編預算，不過在 113 年第 1 至 2 季結算，大約不足 17 百萬元，採浮動點值，以 113 年申報數推估全年執行數，大約不足 25 百萬元。

說明三，這個案子之前有提到本會 113 年第 10、11 次會議討論，並就收容人的醫療利用分析進行報告，分析的結果除了發現因應 COVID-19 費用回歸健保及相關政策推動外，更發現矯正機關收容人數從 110 年起逐年成長，造成整體門住診價量明顯增加，但是會議決議請本署遵循相關核(決)定事項及協商原則辦理，或另行爭取公務預算支應。

說明四，113 年 12 月 2 日函請法務部矯正署評估由該署或法務部公務預算支應之可行性，惟該署函復本署業務與該署業務分工有所區別，無另編列相關預算，無從支應協助，並表示受 COVID-19 疫情影響，國家司法及刑事政策調整，造成收容人數先減後增的狀況發生。

說明五，考量醫療費用成長與收容人數之增減有關，本案因涉及司法刑事政策調整，為避免因點值浮動而影響院所至矯正機關提供醫療服務意願及影響收容人之就醫權益。擬建議本案預算部分，由 113 年度醫療給付費用總額「其他預算」項下具預備款性質專款，譬如「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」專款結餘支應。

擬辦，擬依會議議定結果，依程序報請衛生福利部核定，以上報告，謝謝。

周主任委員麗芳：請健保會補充說明。

陳組長燕鈴：請委員參閱會議資料第 243 頁本會補充說明，說明一是本案前情說明，健保署前於本會 113 年 12 月份委員會議提出臨時提案「有關矯正機關計畫 113 年專款預算不足額數，擬由 113 年度醫療給付費用總額『其他預算』項下專款預算結餘支應」，該次會議決議為「鑑於 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額業經衛福部核(決)定並公告，且總額協商原則訂有其他預算各項目之預算不得相互流用之規定，爰本案請健保署遵循相關核(決)定事項及協商原則辦理，或另行爭取由公務預算支應」。

說明二，健保署本次重新提出擬由 113 年度總額其他預算項下「具預備款性質專款」結餘支應，但依衛福部公告之 113 年度總額及其分配方式，其他預算項下屬預備款性質之專款，均有指定用途，請委員參閱會議資料第 244 頁最上面表格，該 2 項內容較屬於「具預備款性質專款」，都有明定支用不足項目的範疇，沒有包含支應矯正機關計畫不足的經費。有關健保署提案由具預備款性質專款的結餘支應部分，其實還是屬於本會 113 年 12 月份委員會議決議「其他預算各項目預算不得相互流用規定」的範疇，建議仍依該次會議決議辦理。

另外提供總額決定事項及協商原則之相關規定供參。113 年度總額協商原則請參閱會議資料第 245~246 頁，該原則已事先訂定，包含專款項目有專款專用之意旨，不得以任何理由流出，尤其在其他預算部分，除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。在其他原則也提到，協商結果經過衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動上位的決定，若委員仍有不同意見，則依本會會議規範提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。因為本會無法改變總額核(決)定事項，如果最後委員討論的結果是同意健保署建議，則需請健保署向衛福部提出建議，以上說明。

周主任委員麗芳：請石崇良署長補充說明，謝謝。

石署長崇良：總額制度是一個前瞻性預算，但我們也理解到有很多情

形是沒辦法精準預測，所以，在預算中會保留其彈性空間，除前 1 案討論「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」外，在其他預算項下有「具預備款性質專款」，委員可以看到有 2 項具預備款性質，1 項是「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」，因為不清楚 C 型肝炎病人之實際人數，只能在計畫執行中盡力找出 C 型肝炎病人，實際執行與預估人數會有所落差。怕原編列的用藥費用預算不足，反而降低醫事服務提供者提供治療的意願，影響到病人權益，所以編列這項預備款。

同樣地，另外 1 項是屬於弱勢者照顧的「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」，只是當初並沒有加上這個「等」字。但這些概念都是一樣，是怕對某些弱勢者的照顧有所排擠，且數量有其不可預測性，因此有預備款的編列，必要時作為調節之用。

我想健保會委員會的設計，也就是處理在制式性的制度下，必須要有彈性的時候來提會討論，當時這些項目裡面確實沒有列到矯正機關，但各位委員可以瞭解，矯正機關的醫療環境相當惡劣，且在過去健保開辦時，並未納入收容人，後來受到一些糾正之後，在健保開辦大約在 10 年之後把他們納入^(註)，即使納為保險對象，他們就醫的自由度仍然受到限制。

再者，因為矯正機關環境的關係，會有一些群聚的感染，跟一般人能夠具有自我保護力量是不一樣的，所以收容人也是屬於醫療的弱勢，因此，我們商量了很多的醫療機構，到矯正機關提供醫療服務。其實到矯正機關提供醫療服務，對提供服務者來講也是具有相當的風險性，因為在監獄的環境跟一般醫療服務場域是不一樣的，到這些矯正機關，不是路途遠，就是面臨到受刑者的特性跟平常所服務的病人是不太一樣，對醫護人員是相當有壓力的。

我們覺得不應該以浮動點值支付，因為矯正機關的服務量不是由醫療服務提供者所創造出來的，不該歸責於他們，反而讓點值下降，

顯然不符合公平正義，我們希望能夠保障到這些矯正機關提供的醫療服務是每點 1 元，預算不足部分，可以以具有預備款性質之項目來支出。113 年度「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項目編列 9 千萬元，目前才動支約 2 百萬元，本案不足預算大概是 2 千多萬元，以當年該項預算來講是足以支應，所以特別在本次會議提出請求，希望各位委員給予支持。

註：102 年配合二代健保法施行，自 102 年 1 月 1 日起全民健康保險提供矯正機關收容人醫療服務。

周主任委員麗芳：非常謝謝石崇良署長詳盡的說明，石崇良署長也提到矯正機關收容人相對是弱勢的，也希望在健保照顧上，不要遺落任何一人，本案聽聽看委員意見。陳節如委員、洪瑜黛委員，先請陳節如委員。

陳委員節如：我想瞭解一下收容人健保費是誰來付？收容人健保費，就是用本案的錢來付健保費是不是？

石署長崇良：不是不是，跟委員報告，這是醫療服務費用不是保險費，收容人保險費有能力的是自己付、沒有能力的是法務部來付。

陳委員節如：一般民眾也是有繳健保費，為什麼要特別編經費給矯正機關收容人，他們也是可以享受健保的權利啊，為什麼健保署要提出他們是弱勢？他們既然有繳費，只是看病有受限制，可是他看病所需要的治療應該都是公平的，為什麼還要另外編這麼多錢來支應醫療費用？

周主任委員麗芳：我們等一下請石崇良署長一起說明。

陳委員節如：一起說明不要漏掉喔！如果是這樣的話，法務部也應該要負點責任啊！法務部一張公文說付不起，就可以不要付？我覺得如果收容人是弱勢，但弱勢的人很多嘛，當然在矯正機關裡面的受刑人，健保支出費用可能減少一點，但這群人的醫療費用健保還是有付啊，為什麼要再特別編預算呢？這個疑問，謝謝。

周主任委員麗芳：請洪瑜黛委員。

洪委員瑜黛：有關剛剛石崇良署長提到的「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」9千萬元，是其他預算項下的預備金。

大概從 94 年開始，在醫院總額及西醫門診總額就有編列罕見疾病跟血友病相關專款，這邊要謝謝健保的照顧，但就我們所知這些專款歷年都沒用完。剛才提到的 9 千萬元是預備金，但正規編列罕見疾病、血友病專款，歷年來幾乎都沒有用完。我們統計從 106~112 年 7 年間約剩 41.27 億元，想請教 41.27 億元，應該不是回到點值，是不是回到安全準備金去？這是第一個疑問。

我要表達的是，前面提到的這筆 9 千萬元的預備金，113 年預算為 9 千萬元，112 年以前的預算是 2 億 9 千萬元，是因為 112 年以前都沒用完，以至於 113 年預算有減少。首先必須要知道，原本編列在醫院總額及西醫門診總額的專款到底夠不夠用，不夠就會用到其他預算項下的預備金，其他預算項下的預算應該要先補前面所提這些疾病專款不足地方。

如果還是有剩，我們也知道在矯正機關提供服務醫療服務的人員很辛苦，不該用低點值來支付他們的費用，我們不反對，但會擔心如果大家不夠預算的計畫都用其他預算這筆專款來補，那真正該補的項目，預算不夠的時候該怎麼辦？是不是也有其他方式處理？

周主任委員麗芳：請江錫仁委員。

江委員錫仁：我想針對這議題表達贊成。本案在去年就以臨時動議提出討論，當時有一些委員認為這是蠻重要的一個議題，但還是需要再提供一些資料。健保署也提供相關資料並在本次會議以正式討論案提出。

矯正機關議題在牙醫總額算是比較特殊的族群，我們牙醫總額部門在去年的牙醫門診總額參訪活動，特別帶各位委員跟長官去臺南的矯正機關參訪。確實，逐漸有更多各科的醫師，包括牙醫師，進去矯正機關服務，我相信醫療服務會逐年增加，希望健保署能編列

更多的預算，我相信該需求會越來越多。

但我在這邊還是要幫各科醫師、牙醫師說一下話，我們那天去參觀時，牙醫師在看診時會用到非常多的尖銳器械，在服務這些受刑人的時候，要有特別的經費，保障他們人身安全，這是我們希望健保署，或許是法務部這邊也要共同來努力。

周主任委員麗芳：接下來請鄭力嘉委員，林恩豪委員是最後 1 位口頭發言，謝謝。

鄭委員力嘉：本案其實在上一次委員會以臨時動議提出來的，我沒記錯的話，上一屆委員最主要是針對矯正署的環境造成他們褥瘡或其他一些疾病其實是非常嚴重，如果環境一直沒改善，這費用永遠不會降下來，所以上一屆委員是要求矯正署要改善環境。但看到矯正署的回函，完全沒針對我們要求部分做回復，所以我希望這屆委員還是要要求矯正署要去改善它的環境，這是第 1 點，我們還是要堅持，源頭沒處理好的話，後面就是永遠永遠錢就是永遠不夠用，我覺得矯正署本來就要負擔這樣的責任。

第 2 點，總額協商總是要有架構和原則，大家也看得很清楚，其實今天好多的議案都不斷打破這些原則。如果預算不得流用這個原則一直在被打破，我覺得委員在這邊就會非常辛苦，永遠沒辦法就事論事來討論事情，上屆委員都已經把這案子退掉了，我的立場是覺得要堅守，付費者代表原則不能打破。

第 3 點，最後補充，我知道醫師進去矯正機關服務、面對受刑人壓力很大，應該用不同方式補助，而不是用本案所提的方式補助，謝謝。

周主任委員麗芳：請林恩豪委員。

林委員恩豪：大部分其他委員都講過，鄭力嘉委員也講過，這個議案上屆委員已經討論過 2 次，專款就是不能流用嘛！我是覺得不能趁這一屆好像有比較多新的委員搞不太清楚，然後就又把這案送進來，基本上，主委也是上屆委員，整個流程她都很清楚，其他我不再多說，我覺得不能流用啦，不能支持，謝謝。

周主任委員麗芳：石崇良署長請您補充。

石署長崇良：第 1 個先回答陳節如委員的問題，本預算從一開始就是另外編列在「其他預算」，並沒有滾在一般服務預算內，如果要改變，OK，下次委員提案要讓本預算滾入一般服務是 OK 的，但是當時在編預算支出時，就已經是額外編列，所以一開始是額外編列，現在又說是一般服務費用，這樣邏輯會亂掉，目前就是額外編列，並沒有在一般服務費總額去討論，這是第 1 個。

第 2 個，多位委員都有提到，確實，矯正機關醫療特性是不一樣的，環境影響因素很大，大家都希望嚴厲要求矯正機關去改善。不過，退一萬步講，矯正機關不作為或是沒有很好作為，反而變成懲罰受刑人得不到好醫療照顧，或懲罰醫療服務提供者，讓他們的服務打折，這樣是否符合公平？一碼歸一碼，我們持續要求矯正機關應該改善，但是健保署的主管機關是衛福部，矯正機關的主管機關是法務部，衛福部好像也沒有辦法管到法務部，當然我們可以將此議題提到更高層級的人權委員會，要求矯正機關去改善，我們會窮極可能的方式，希望矯正機關改善環境。

不過我們就事論事，希望醫療服務單位所付出的心力能夠得到適當的回饋，因為到這個環境裡面，壓力真的是很大，像是剛剛江錫仁委員提到的，矯正機關裡面是不可以有任何可能會造成傷害的東西，這是嚴格禁止的，但醫師在執行醫療業務的過程中，不可能不帶剪刀、刀片等各種醫療器械，但隨時都可能讓這些器械變成致命的凶器，即使醫療人員旁邊有戒護人員，到裡面去服務壓力還是非常非常大的。也許我們可以找機會安排各位委員去參訪矯正機關的衛生和醫療環境，來讓各位委員得到實際上的理解，也一起來督促矯正機關改善受刑人的衛生條件，還是懇請委員可以給予本案支持。

周主任委員麗芳：非常謝謝石崇良署長的補充說明，本案之所以會再提本會討論，想必就是健保署在實務的執行上，有這方面的急迫需求，尤其這是 113 年的案子，我們第 7 屆委員是從今年 3 月才開始

就任。

綜整各位委員的意見，我相信健保署也都有聽見，有關矯正機關的相關問題，也建議衛福部跟法務部積極去協商。因為已經有事件發生，相信健保署未來對於矯正機關內收容人就醫的相關數據，不管在估測預算、經費的部分，應該也會更貼近實際需求。

本案我試著做這樣的決議，因為剛剛有委員贊同，也有幾位委員比較保留，我來試作這樣的建議：

第 1 點，本案同意由 113 年度總額「其他預算」項下具預備款性質專款結餘支應。

第 2 點，建請健保署依法定程序辦理。

第 3 點，委員所提意見，請健保署研參。

是不是可以這樣來進行？

周執行秘書淑婉：主席，不好意思，這部分我還是要說明一下，因為本案決議涉及總額其他預算的決定事項不同，決定事項都是衛福部核定跟公告，我們無法做這樣的決定，是不是還是請健保署向衛福部提出建議，因為這個是部的決定事項，所以可能還是要……。

周主任委員麗芳：周淑婉執行秘書，我的第 2 點決議是請健保署依法定程序辦理，法定程序當然包括您剛剛所說的，該報部、該做什麼他們都要去進行，所以我都已經納入了，請放心，謝謝。

林委員恩豪：現在這樣決議的程序，就已經不符合法定程序了啊！（有委員發言：對啊！因為你先同意了。）

周主任委員麗芳：這樣子好了，我修正決議第 2 點，請大家再一起給意見。第 2 點，請健保署依協商原則所訂程序，向衛福部提出建議。這樣好不好？接著進行討論事項第七案。

嚴委員必文會後書面意見：支付費用應符合「其他預算」原提案的內容及原則，若與原編列項目不同，預算項目間應不得流用，宜再額外編列公務預算支付不足額。

拾參、討論事項第七案「建請重新評估 113 年度中醫門診總額預算扣減案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

詹委員永兆：首先要非常感謝健保署在補充資料 1 第 14 頁的意見，體恤中醫在疫情過後，整個門診量太大而稀釋點值，所以做出不扣減 5.88 億元的建議。

對中醫門診總額來講，疫情期間從 110~112 年大概增加將近 1 百萬人口來看中醫，就醫次數增加將近 1 千萬人次，中醫門診總額很小，總額預算只有 3 百多億元，111 年申報點數跟預算的缺額約 18.5 億元，112 年的缺額甚至達 34.9 億元，所以在 113 年度總額協商時，我們提出「其他醫療服務利用及密集度之改變」的項目，希望能補中醫的基期。從 113 年整個統計資料來看，中醫補了 5.88 億元，還是不足 20 億元，點值 0.9 都站不穩，是四個總額部門裡面點值最低的^(註 1)，因為中醫門診總額太小，疫情後病人一下子來太多，導致點值真的變太低了。

當然 113 年算是最近 10 年來中醫就醫人數第 2 高^(註 2)，最高是 112 年疫情期間，所以整個來講，中醫界提出看這麼大量的病人，希望預算是不是可以補在基期，其實 113 年的結果跟我們預期稍微有點差異，在這邊懇請各位委員支持中醫部門，因為點值太低的窘境，做出不扣減 5.88 億元預算的決議，向衛福部提出建議，請衛福部裁決，謝謝。

註 1：依健保署 114 年 2 月份全民健康保險業務執行報告「表 26-1 各總額部門歷年平均點值」、「表 27-113 年各部門一般服總額點值預估」，113 年中醫門診總額平均點值：113 年第 1 季 0.9099、113 年第 2 季 0.9319、113 年第 3 季 0.9449 及 113 年第 4 季 0.8919(預估)。

註 2：依補充資料 1 第 13、21 頁，健保署提供中醫門診總額 106~113 年就醫人數資料，106 年 647.6 萬人、107 年 646.4 萬人、108 年 650.4 萬人、109 年 612.2 萬人、110 年 554.5 萬人、111 年 655.1 萬人、112 年 674.7 萬人，113 年 636.8 萬人，詳議事錄第 132 頁。

周主任委員麗芳：謝謝詹永兆委員，您今天在桌上發的這張圖(如議事錄第 131 頁)需要跟每位委員說明一下嗎？每個委員桌上都有你發的這張圖。

詹委員永兆：大概有些委員有拿到現場發的這張資料(如議事錄第 131

頁)，精簡的說，111 年預算跟申報點數差 18.5 億元，112 年預算跟申報點數差 34.9 億元，這是疫情期間對中醫影響最大的時候，所以我們這時候提出希望補基期不足，113 年 5.88 億元補進來，中醫門診總額還是不足 20.1 億元，所以 5.88 億元扣下去，點值根本無法達到 0.9，跟去年立法院決議平均點值每點 0.95 元，對我們來講是奢望。希望大家能支持中醫門診總額，向衛福部提出不予扣減的建議，謝謝。

周主任委員麗芳：先請健保署針對這個案子表示意見。

石署長崇良：這個案子，誠如剛剛詹委員談的，是考量到整個疫情之後，就醫行為的改變，就是民眾過去在看中醫的件數，有明顯的差異跟落差，之後才做這樣的調整，目的是希望做基期的調整。

以就醫人數來講，111 年其實就已經超越疫情之前，也就是 1 年就醫人數大約是 655 萬人，我們談的是人數，人數比較準，件數有時候是因為看病的次數增加而增加，所以 111 年當年度的中醫的就醫人數是 655 萬人，已經高過了疫情之前，到 112 年更是再創新高達到 675 萬人，又比 111 年高，因為連續兩年這樣的情形，造成剛剛報告提到對點值的影響。

因為預算成長率是根據歷史資料推估的，但就醫行為已經改變了，所以在連續 2 年都產生預算跟實際申報點數之間落差很大的情形之下，才會有 113 年協商的 5.88 億元，其實是要去調整基期。但是當時協定事項的文字要求就醫人數要增加，可能當時文字落得不是很精準，反而變成要再比 112 年成長，實際上就醫人數從過去到現在大概已經穩定了，但還是比疫情之前高^(註)，所以我們覺得以目前的申報情形，申報點數跟預算之間的落差仍然具有相當的量，所以建議這筆費用不予扣減，滾入基期之後未來做整個病人就醫行為改變的調動。

註：依補充資料第 13、21 頁，健保署提供中醫門診總額 106~113 年就醫人數資料，106 年 647.6 萬人、107 年 646.4 萬人、108 年 650.4 萬人、109 年 612.2 萬人、110 年 554.5 萬人、111 年 655.1 萬人、112 年 674.7 萬人，113 年 636.8 萬人，詳議事錄第 132 頁。

周主任委員麗芳：謝謝署長說明，我們聽聽看委員的意見。請林恩豪

委員。

林委員恩豪：健保會幕僚是不是應該有補充資料要說明？

周主任委員麗芳：請健保會補充說明。

陳組長燕鈴：請委員參閱會議資料第 248 頁，向委員補充說明本案基本的背景資料，本案是 113 年度中醫門診總額一般服務項目，其預算滾入基期，依衛福部核定公告的 113 年度總額，這筆預算的項目叫做「中醫利用新增人口」(註 1)，預估金額是 5.88 億元，當時核定事項是「依 113 年中醫實際就醫人數成長情形，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減」，扣減方式是「以 113 年實際就醫人數」扣除「112 年實際就醫人數」，乘以「113 年就醫者平均每人就醫費用」計算，如果低於 5.88 億元就扣減未達之差額。意思是增加人數要能達到預估增加費用的 5.88 億元，如果沒達到 5.88 億元，依當時的核定事項要予以扣除。

請參閱會議資料第 248 頁說明二的部分，健保署也依照核定事項要求，在去年第 6 次委員會議(113.7.30)已經提報計算扣減的方式，那時候委員都同意，決定今年 3 月份委員會議提報本案的扣減結果。對於就醫人數定義其實也經過委員會議討論，請參閱會議資料第 249 頁，在去年 12 月份委員會議(113.12.25)，也同意依照健保署的建議調整就醫人數的操作型定義，因為很細我就不再說明。

請看說明三的部分，為利委員討論，已經請健保署提供相關資料跟意見，請委員參閱補充資料 1 第 13 頁有 1 張表，依據議定的就醫人數操作型定義，請健保署統計 106~113 年中醫實際就醫人數及醫療利用、點數申報情形(註 2)。這張表呈現 113 年就醫人數是 637 萬人，112 年是 675 萬人，灰色是疫情期間，相較疫情前 106~108 年中醫就醫人數大概是 650 萬人，健保署對於本案的意見在補充資料 1 第 14~21 頁，這部分相關的資料請委員參考。

補充資料的部分說明完，請委員翻到會議資料第 249 頁，提案說明四的部分，過去從 103 年開始，都依歷年總額公告事項，對於要扣減的部分，都在各總額部門點值結算時進行扣減，103~112 年各

總額部門預算數如未執行要扣減，實際於點值結算時扣減情形如第 249 頁表列，這是背景資料。

根據協商原則，因為這部分已經是衛福部的核定事項，是政策的上位決定，本會無權更動，若委員討論結果尊重健保署意見不扣減，建請健保署向衛福部提出建議，以上說明。

註 1：會議資料第 248 頁，衛福部公告 113 年度中醫門診總額醫療給付費用成長率項目表，一般服務新增協商項目「中醫利用新增人口」，核定事項略以：依 113 年中醫實際就醫人數成長情形，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減，扣減方式如下：以「113 年實際就醫人數」扣除「112 年實際就醫人數」，乘以「113 年就醫者平均每人就醫費用」計算，若低於 113 年協定增加之預算 588 百萬元，則扣減未達之差額。

註 2：補充資料第 13、21 頁，健保署提供 106~113 年中醫門診總額 113 年就醫人數及醫療利用資料資料，詳議事錄第 132 頁。

周主任委員麗芳：非常謝謝陳燕鈴組長很詳盡的說明，剛剛石署長也補充說明健保署的意見，我們來聽聽看委員的想法，請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：其實這案子大家看了以後都有一點為難，因為無權更動，就像剛剛的案子一樣，我們都已經在總額協商確定了，也都講明而且經衛福部公告了，本會是無權更動沒有錯。可是又有很多的內容顯示，預算好像一直都不足，111 年、112 年、113 年連續 3 年都不足，在這期間你們一直照這樣編列，是不是編列預算時，金額沒有估得很精準，希望中醫之後在編列預算或計算就醫人數時要精準估列，以免實際執行與預算差距過大，明年又要補不足部分。

剛剛署長也說每年預算都不足，建議這筆費用不予扣減，可是我覺得法的規定上是不能這麼做，還是請健保署或衛福部等比較瞭解相關內容的單位，跟中醫再去好好討論，決定是否要送部裁決。

周主任委員麗芳：接下來請林敏華委員。

林委員敏華：我剛剛看健保署的補充意見後，我發現其實去看中醫的就醫人數，一開始利用率比較正常，可是疫情期間 110 年就醫人數降到 500 多萬人，可能當時疫情比較嚴重，後來中醫推出清冠一號，清冠一號整個開放後，因為民眾感染人數增高，導致去中醫的就醫人數也大幅上升。因為這個案子比較特殊一點，其實中醫也很為難，面對需求突然暴增的部分，要準確估算就醫人數是有點為難，因為

上一年度協商我不是委員，我不清楚當初協商的內容怎麼去導致這個結果。基本上我的意見是既然署裡面也有替中醫計算一些他們點數不夠的資料，是不是可以比照上個案子，請健保署幫中醫送給衛福部，由部長裁示核定事項到底可不可以異動，謝謝。

周主任委員麗芳：請蔡順雄委員。

蔡委員順雄：我想最後不管做什麼決定，大概都只是建議衛福部做最後核定，這個案子我看起來健保署的意見是不反對詹委員的提案，我只是想表達一件事情，現在看起來在沒有扣減 5.88 億元的情況下，中醫門診總額的點值是這幾個總額部門中最低的，已經是最低的，再把它扣減掉 5.88 億元之後，我認為跟其他總額部門的點值相比不相襯，除非我們心裡覺得中醫較不值錢，打折要多一點，否則我覺得以結果來論，對中醫不盡公允，這是我從衡平性的考量。當初預估可能太樂觀，沒有想到中醫就醫人數看起來是減少，從 675 萬人(112 年)減少到 637 萬人(113 年)，大概在預估上有點落差，未來在評估時不宜自己把條件講太死，變得針對前屆委員的決定，要這屆委員重新修正，確實有點為難，總結來說從點值公平來看，我會同意這案子建請衛福部重新考量斟酌。

周主任委員麗芳：接下來請林恩豪委員。

林委員恩豪：關於本案，我看到補充資料 1 第 14 頁健保署的意見，照講是要扣減，因為所有總額部門都是這樣做，規定就是這樣，預算未執行、未導入就是要扣減，會議資料第 249 頁也有提到，不管是醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額都要照規定扣減。

健保署的第 2 點意見「113 年就醫人數相較 112 年減少 37.9 萬人，因就醫人數未增加，本項目 5.88 億元須全數扣減」，照理講要扣減，但是最後健保署的第 4 點意見又說「建議本項預算回歸本署當初建議用於補助疫情期間大幅增加之就醫人數而不扣減」。所以事實上這個本來就是應該扣減，因為 113 年就醫人數就是下降啊！

但是健保署現在建議不扣減，只是想要補疫情期間的影響。我覺得這兩件事情要分開處理、講清楚，不能說不扣減是要補疫情期間

的影響，那這樣其他總額部門情何以堪，其他總額部門是不是也要這樣做？只要需要扣減費用都說不行，因為疫情期間受到影響，都要拿來補。你要補助中醫我不反對，但不能用不扣減來做這件事情，這樣邏輯上就不太對，對其他總額也不公平，乖乖的反而被扣減，也不是乖乖的，依規定就是要扣減。基本上每次在協商的時候，對於牙醫、中醫總額，所有的付費者委員都是大力支持，成長幅度幾乎都是要多少給多少，我覺得要補中醫這件事情我當然沒意見，但是不應該用不扣減這種說法，然後來要求重新評估。

周主任委員麗芳：請江錫仁委員。

江委員錫仁：主席、各位長官、各位委員，我第 2 次發言。首先佩服詹永兆委員的勇氣跟精神提這個案子，我跟他一樣都是醫療服務提供者，我們都感同身受，在這邊希望各位委員能表達支持，不過剛剛林恩豪委員有特別提到，如果其他總額部門有類似的情況也要顧慮進去，謝謝。

周主任委員麗芳：本案以李飛鵬委員為最後 1 位口頭發言，等一下，還有 4 位要口頭發言，等等還有 2 個案子，今天 1 點半一定要離開這裡，後面會議室還要用，接下來請陳節如委員。

陳委員節如：其實中醫自己算的確實有點問題，每年都不夠，不夠這麼多，現在高達 26 億元，在 COVID-19 期間中醫醫療確實比較有用，很多都是打了針以後趕快去看中醫，看西醫反而會嚴重，由於這樣中醫才會被信賴，所以中醫的人數很多，一直在增加。如果人民有這個傾向，健保會應該也要支持，不要不足那麼多，你們再算一算補多少，應該要 26 億元嗎？是不是可以減少還是怎樣，扣 5.88 億元也沒什麼幫助，再去協商一下，原則上我是覺得增加是要增加，確實中醫這陣子幫了很多的忙，謝謝。

周主任委員麗芳：請李飛鵬委員。

李委員飛鵬：我們當醫師的，有些病人的病情有時候真的很難由醫師照常規方法來預測，所以中醫人數突然增加，我個人是覺得難免。在疫情期間，大家稍微發燒後，很多親戚朋友都拜託我女兒去找清

冠一號，那時候如果能給幾罐清冠一號，好像給人家很大的恩惠。我也是提醒大家，在疫情期間，中醫的清冠一號對我們國家、對於穩定薪資非常有幫助，大家都信任中醫，人數才增加那麼多。剛才委員也講到點值實在太低了，可是點值太低也不是中醫能預測到的，如果能夠給中醫補一下，不要扣錢，我相信對整個醫界或跟病人之間的和諧是有幫助，不要讓醫師都治療完了，醫師無法拒絕看病，都看完了錢也用了，現在還要扣掉，已經進到口袋去的錢又把它掏出來，詹主委回去大概難以交代，希望大家能夠應他要求，讓他回去對中醫能交代，尤其在疫情期間幫助台灣度過去的貢獻，給中醫一點點回補。

周主任委員麗芳：請陳秀熙委員。

陳委員秀熙：今天很多案子都是一直在講有關 real world data 的評估，包括基期，這完全看用哪個基期做基準點，就會影響到今天扣減，上禮拜石署長也講了，醫院實施小總額，將來也會牽涉到基期的基準點，所以請四大總額一定要注意，你們基準點算法跟健保署這邊怎麼算要溝通。

中醫因為受到疫情影響，就醫人數變動很大，國人行為、習慣都改變，中醫在 real world data 上面要怎麼呈現這件事情，因為案子是建請重新評估，我會支持該重新評估當然就是重新評估，剛才付費者委員講得很清楚，法令規則都在那裡，但是如果像今天看到的時事改變，就像健保署準備轉到精準醫療一樣，我覺得大家一定要精準算，如果不精準算，到最後一定就會有今天這個案子。

前面那個案子其實我就想表達，我跟大家講 C 肝根除健保會幫了多少忙，投入了數百億的錢，但在社區做的時候，受刑犯其實有些時候不太喜歡服藥，為什麼？因為他有人權的問題。每個地方所因應的需求是不一樣的，即使國家給他錢，是不是他就應該……，就像陳節如委員講的，這些都是衛福部必須要注意的，法務部當然也要負這個責任，法務部站在這個立場，為什麼法務部不能編公務預算來幫助衛福部，從國際間來看 C 肝根除，唯一最 concern 就是矯

正機關，因為是唯一沒達到目標的，我們正在努力。

由這案子來講，我覺得重新評估就是要把數據重新盤點，如果每次都沿用前面 1 年，前面 1 年萬一遇到突發狀況，以後就會影響到整個總額的扣除點數，石署長又希望點值能夠維持立法院要求的 0.9~0.95，這對大家的影響非常大，如果有機會，我們應該好好的在這屆任期做個盤點精算。

周主任委員麗芳：請胡峰賓委員。

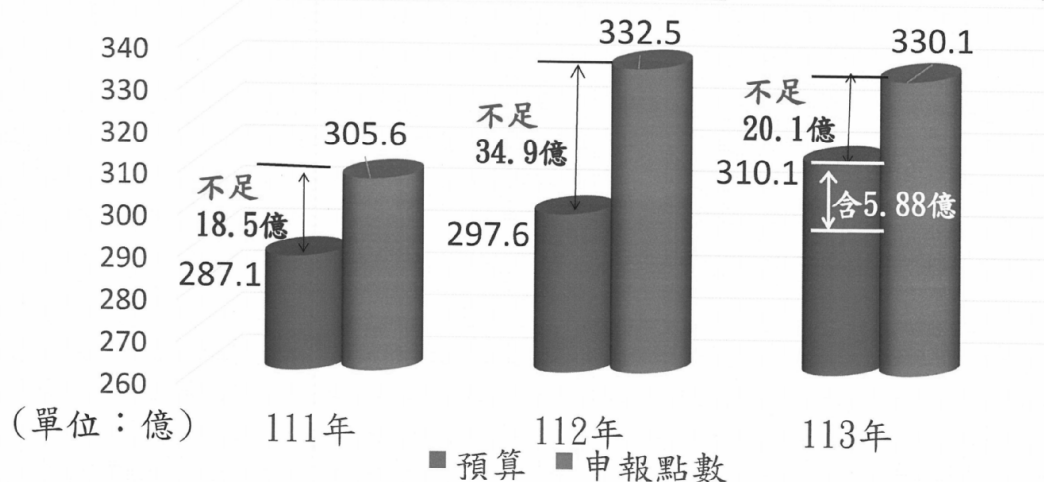
胡委員峰賓：謝謝主席，有關第七案建請重新評估，剛剛也有委員提到，在上一屆有做一些決議跟意見，但是我們知道委員會是一個合議性質的機關，每屆成員可能有不同任命或不同原因更替，所以導致不同的意見，我要強調說，從法理上來講，委員會決議當然具有機關決策永續性，所以可以依照當時委員的意見，然後不同屆次產生的不同點或相異的決議，都是可被接受的。在建請重新評估的部分，扣減 5.88 億元之後，相較於其他的總額部門，中醫總額確實點值偏低，重新評估有它的必要性，以上是我的簡單說明，謝謝。

周主任委員麗芳：請最後 1 位田士金委員。

田委員士金：因為中醫所提出的「中醫利用新增人口」5.88 億元是 113 年新增項目，他的精神是在補基期的不足而不是在點數，所以即使補了 5.88 億元，點值也在 0.9 之下，所以我本人附議中醫的提案，建議再重新審查，謝謝。

周主任委員麗芳：剛剛委員所提出的意見，有支持的、保留的，也考量健保署的意見，所以我綜整多數意見做這樣的決議，第 1 點，同意不扣減，第 2 點，請健保署依協商原則所定程序向衛福部提出建議，第 3 點，委員所提意見送請健保署參考。接下來進行報告事項。

疫情過後二年內：中醫利用人數成長高達25%，利用人次成長高達26%，111年缺口達18.5億、112年高達34.9億，所以提5.88億補基期不足；113年申請件數為歷年的第二高，預算不足20.1億，若再扣減5.88億，113年預算不足將高達26億



附件之表 5、中醫門診總額 106~113 年就醫人數及一般服務醫療利用
資料

就醫人數：請依貴署提報提報本會 113 年第 11 次委員會議(113.12.25)
決定之定義(註)，進行歷年就醫人數統計。

年度	就醫人數	一般服務 申請件數	一般服務 申請點數
106	6,476,058	38,450,628	25,058,994,218
107	6,463,836	39,242,076	26,516,084,119
108	6,504,062	40,346,130	28,503,113,057
109	6,122,120	39,016,317	28,887,071,503
110	5,545,389	34,930,793	26,896,066,254
111	6,551,058	40,544,290	30,853,876,049
112	6,746,598	43,213,544	33,805,819,936
113	6,367,893	42,484,707	34,230,274,959

註：健保署提報本會第 11 次委員會議(113.12.25)之就醫人數操作型定義如下：不含案件分類 C5(嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件等)、B6(職災)、A3(預防保健)、主、次診斷為 U07.1(確認 COVID-19 病毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示)之案件保險對象人數。

拾肆、報告事項「114 年度各部門總額依核(決)定事項，須提貴會報告之具體實施規劃/計畫」與會人員發言實錄

同仁宣讀

朱專門委員文玗：健保署報告說明二，需提貴會報告的事項分述如下，有關具體實施規劃/計畫/方案，項次 1，牙醫「非齒源性口腔疼痛處置」，本項已在支付標準新增相關醫令，適應症的部分已洽牙全會後續依程序修訂審查注意事項。項次 2，中醫「提升用藥品質」，有關增加中藥品項部分，已經修改藥品支付標準，增加收載含非濃縮中藥的藥品，有關提升中藥用藥品質部分，中全會已經擬具相關策略，後續依程序辦理。

張副組長惠萍：項次 3、4 是醫院及西醫基層總額「暫時性支付」的具體實施規劃，在新藥方面，預算預估是參酌廠商在前瞻性新藥登錄平台上面的非癌藥新藥，以即將納入的非癌藥新藥預估財務資料據以編列。財務管控部分，我們會跟廠商簽訂多元風險分攤並且定期監測，然後提到共擬會議上討論。至於適用藥品部分，須領有衛福部所核發的藥品許可證，具有臨床迫切需求，而加速核准的非癌症新藥或新適應症，在審查流程部分，一樣提到專家會議及共擬會議，確定暫時性支付的理由跟待決定事項，暫時性支付的期限大概是 2~3 年，2~3 年後會根據廠商提交的再評估報告書提到共擬會議上，確認是要納入常規性支付或是暫停支付。在新特材方面，整個流程大概跟藥品相似，未來規劃聚焦在智慧醫療特材，支付方式朝向差額給付方式。各位委員翻到會議資料第 258 頁，在新醫療技術方面，本署規劃依照近期辦理的 HTA^(註)評估結果，邀集相關的專家討論，並且擬訂暫時性支付相關規範。

項次 5、6，有關醫院跟西醫基層「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」，在新藥方面，今年預計要開 24 場專家諮詢會議，其中 12 場是癌藥、12 場是非癌藥，以及 6 次藥品共擬會議。在特材方面，今年預計會召開 12 次專家諮詢會議，6 次特材共擬會議。在新增診療項目方面，今年預計開 10 次專家會議跟 4 次醫療服務

共擬會議，都會視提案單位檢送的資料完整性跟補件情形，依序提會討論。

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

周主任委員麗芳：因為健保會同仁表示不用報告，這個案子還需要補充嗎？沒有補充。這個案子主要是還有 5 項沒有完成、2 項內容要補充，我們需要去追蹤這些項目，我試做這樣的決議，依 114 年度總額核(決)定事項應提報本會項目，尚有 5 項未完成、2 項須補充內容，請健保署會同各部門總額相關團體儘速辦理，提報本會最近一次會議，餘洽悉。

我們先回到剛剛討論事項第四案，臨時提案再等一下，第四案要推派代表，代表名單已經出來了，是不是投影出來請各位委員確認一下。好，畫面上是我們推派出來的名單，本會推派名單如螢幕所示，本項名單送請健保署辦理後續聘任事宜。接下來進行最後一案臨時提案，請宣讀。

拾伍、臨時提案「因應我國醫學中心超載及人力短缺等困境，「準醫學中心」應發揮其醫療照護量能，建請調整給付標準，以確保醫療公平、病患權益及醫療體系永續發展」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：是不是請劉守仁代理委員來代為說明。

劉代理委員守仁(許委員舒博代理人)：我幫許舒博委員簡單的摘要說明一下，醫學中心的醫療量能都已經超載，這是不爭的事實，準醫學中心在醫療設備、人力配置及服務內容都已經達到醫學中心的相關標準，所以建請調整準醫學中心的給付標準，如能獲得合理給付，準醫學中心可以有效分流病患，減輕醫學中心負擔，以上補充，謝謝。

周主任委員麗芳：針對這案子，因為是屬於保險業務的監理事項，所以委員所提出來的監理建議，我們就送請健保署研參，不知道其他委員還有沒有要補充，如果沒有的話，非常感謝許舒博委員的提案。本案係屬保險業務監理事項，委員所提監理建議，請健保署研參。

今天非常感謝全體委員還有署長、健保署、健保會幕僚，我們達成不可能完成的任務，因為累積 1 月、2 月、3 月所有的提案，在 13 點 18 分全數完成，感謝大家，謝謝。

張委員田黨會後書面意見：為了確保護理人員工作辛勞，同意提高給付標準，而且數字要達到所求，符合需求及達公平性為原則！

更重要的是應朝「醫療」及「照護」共同永續發展為前提，醫療照護沒有在分貧富貴賤或大小，不應只針對「醫療」單一面向調整給付標準，為確保台灣整體護理人力運轉，應針對各「醫療層級」護理人力及各種醫療「照護後送機構」單位的護理人員的薪資通盤檢討，不能急就章只專注在「準醫學中心」或醫療院所，均須在衛福部補助條款中，一視同仁，一樣的額度，否則機構請不到護理人員，一樣會導致「醫療」及「照護」永續發展窒礙難行的窘境，盼能做到整體公平、合理的準則。永續發展不是一個口號，需要時拿來消費，永續發展是一種行動而且需要去實踐！