

衛生福利部全民健康保險會
第7屆114年第6次委員會議事錄

中華民國114年8月20日

衛生福利部全民健康保險會第7屆114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114年8月20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：許至昌、李德馥

出席委員：(依姓名筆劃排序)

田委員士金、朱委員益宏(台灣醫院協會羅常務理事永達代理)、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、周委員慶明、林委員宜平、林委員恩豪、林委員敏華(中華民國農會徐二等專員珮軒代理)、花委員錦忠、洪委員瑜黛、胡委員峰賓、張委員田黨、張委員家銘、許委員舒博、許委員慧瑩(中華民國全國公務人員協會葉理事長書羽代理)、連委員賢明、陳委員世岳(中華民國牙醫師公會全國聯合會徐常務理事邦賢代理)、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、陳委員麗琴、黃委員心苑、黃委員金舜、黃委員國祥、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、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：溫委員宗諭

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4~5頁)

貳、優先報告事項(配合石署長崇良另有要公議程調整)(詳附錄第6~18頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「114年7月份全民健康保險業務執行季報告」，請鑒察。

決定：本案洽悉。

參、議程確認：(詳附錄第19頁)

決定：

- 一、本會將於衛生福利部交議115年度總額範圍(含各部門總額之「醫療服務成本及人口因素成長率」)案後，儘速函轉本會委員、各總額部門承辦團體及中央健康保險署，俾依交議內容辦理總額協商事宜。
- 二、餘照調整後議程進行。

肆、確認上次(第5次)委員會議紀錄：(詳附錄第19頁)

決定：確認。

伍、本會重要業務報告：(詳附錄第20~22頁)

決定：

- 一、確認「115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程」(如附件)，請轉知各總額部門協商代表依議程時段提早到場準備，另總額協商會議請本會委員務必親自出席，不得委由代理人出席。
- 二、餘洽悉。

陸、報告事項(詳附錄第23~29頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：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)。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署參考。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：上午10時50分。

115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程

| 時間 | 內容(協商時間 ^註) | 與會人員 |
|--------------------------|----------------------------------|---|
| 114 年 9 月 24 日(三) | | |
| 09:00~09:30 | 報到/預備會議(供付費方、醫界方「視需要」召開會前內部會議) | |
| 09:30~12:00 | 1. 醫院總額協商(150 分鐘) | 本會委員、醫院部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁 |
| 12:00~12:30 | 午餐 | |
| 12:30~13:20 | 2. 門診透析服務協商 (醫院與西醫基層總額，50 分鐘) | 本會委員、醫院及西醫基層協商代表，與社保司、健保署及本會同仁 (本節之協商，邀請腎臟醫學會列席) |
| 13:20~13:30 | 中場休息 | |
| 13:30~15:25 | 3. 西醫基層總額協商(115 分鐘) | 本會委員、西醫基層部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁 |
| 15:25~15:35 | 中場休息 | |
| 15:35~17:15 | 4. 中醫門診總額協商(100 分鐘) | 本會委員、中醫部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁 |
| 17:15~17:25 | 中場休息 | |
| 17:25~19:05 | 5. 牙醫門診總額協商(100 分鐘) | 本會委員、牙醫部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁 |
| 19:05~19:35 | 晚餐 | |
| 19:35~20:50 | 6. 其他預算協商(75 分鐘) | 本會委員、健保署，與社保司及本會同仁 |
| 114 年 9 月 25 日(四) | | |
| 09:30~12:30 | 視需要處理協商未盡事宜 | 本會委員、相關部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁 |
| 114 年 9 月 26 日(五) | | |
| 09:30~12:30 | 第 7 次委員會議 (實體及視訊併行) | 本會委員與社保司、健保署及本會同仁 |

註：各部門總額之協商時間已計列各部門視雙方需要自行召開內部會議時間。

第7屆114年第6次委員會議
與會人員發言實錄

壹、「主席致詞」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉：報告主委、各位委員，大家早安！現在已經到了開會時間，委員出席人數過半、達到法定開會人數，今天會議可以開始，先請主席致詞。

周主任委員麗芳：謝謝周淑婉執行秘書、石崇良署長、陳真慧代理司長、所有健保會委員，還有來自健保署堅強的團隊，以及健保會鋼鐵團隊。首先，感謝大家！

這段時間，台灣面臨氣候變遷帶來的衝擊，確實非常不平靜，從7月初到現在已經有3個颱風過境，包括丹娜絲颱風，以及最近的楊柳颱風，對中南部帶來很大的災情。對於醫療體系有沒有帶來災情？有！在台南就有醫院員工上班時，是要搭橡皮艇進去的；甚至從媒體報導的影像上看到，有很多民眾就醫、洗腎時，也都是要靠消防局人員以橡皮艇運送出來，大家都感受到整個氣候變遷帶來很大的衝擊。

在8月17日，台灣氣候與健康聯盟與台北榮總共同舉辦院長永續講堂，其中賴清德總統、包括衛福部邱泰源部長、還有總統府健康台灣推動委員會副召集人陳志鴻，也都出席了這場會議。賴總統在這場會議特別提到，希望醫療體系積極邁向淨零轉型，同時提到除了一方面在第一線照顧國人健康之外，另外一方面也期許整個醫療體系，積極投入永續行動，擔負起救人民、救地球的任務。

我也跟大家分享，當天非常感謝台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會，也都是協辦單位，包括李飛鵬理事長、周慶明理事長、陳相國副理事長，以及陳建宗理事長等，也都在場出席。當場陳志鴻副召集人，就是總統府國策顧問及健康台灣推動委員會的副召集人，也介紹了健康台灣的五大支柱：第一、推動國家癌症防治計畫；第二、落實888三高防治計畫；第三、強化全民心理健康韌性；第四、啟動健康台灣深耕計畫；第五、優化全民健保永續發展。大家可以看到這五大支柱當中，都是與健康以及全民健保息息相關。當然這過程當中非常感謝衛福部與健保署的努力及付出。

最近尤其是 8 月 15、16 日，可以說是全國醫院院長最暗黑的日子。因為剛剛提到的啟動健康台灣深耕計畫，就是在 8 月 15、16 日，進行了院長面試，所有院長都來到南港展覽館裡做口頭報告，可以看到啟動健康台灣深耕計畫，是以 5 年為期，總經費 489 億元。這過程透過四大範疇，希望改善整個台灣健保體系和健保體質：第 1、優化醫療工作條件；第 2、多元人才培育；第 3、智慧科技醫療；第 4、社會責任與醫療永續。其中第 4 範疇，社會責任與醫療永續部分，整個健康台灣深耕計畫是要鼓勵醫界，包括所有醫療院所、以及公、協會等，提出創新提案，以鼓勵降低碳足跡，還有朝綠色醫療轉型。

在 8 月 17 日的「院長永續講堂」，大家討論交流非常熱烈，其中也轉達與會者的建議，也就是建議未來的健保署，以及健保署的各分區，在分配個別醫院總額時，應該考量各醫療院所的特殊性，針對綠色醫療投資的績效，還有急、重、難、罕的病患集中程度，給予不同的總額分配，讓他們在執行困難任務時，能夠得到必要的支持。以上分享最近的健保政策。因為等一下署長還要到台中公出，所以在 10 點之前必須離開，我們就調整一下議程，是不是先讓署長做報告？謝謝。

貳、優先報告事項「中央健康保險署『114年7月份全民健康保險業務執行季報告』（口頭報告）」與會人員發言實錄

石署長崇良：謝謝主委，也跟各位委員說聲抱歉，因為今天要參加「政府服務品質獎」評鑑，要到台中進行實地訪查、評鑑，所以我待會要趕去台中，到現場做評鑑。今天我們接下來要討論明年的總額成長，因為有些計畫，剛好是在今年上半年到現在陸陸續續上路，計畫實施期間也會延續到明年，所以想利用這個時間向各位委員報告，過去這半年新執行的一些業務，以及陸陸續續上路的計畫，請各位委員來指教及支持。

今天的報告內容大概分成5大區塊，第1個，也就是剛剛主委特別提到風災受災者的就醫補助作業；第2個，是我們今年實施的個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫，就是俗稱的醫院個別總額，第2季剛好全國都已經上路，包含台北區，我會將這項計畫初步的結果向各位委員報告；另外是一些創新的服務計畫；還有癌症新藥基金的部分，雖然癌症新藥基金不是在健保的總額裡，但是我相信各位委員也非常關切，所以待會也會跟大家報告；最後報告上半年有一些新的藥品及新功能特材品項生效的情形，請各位委員參考。

第1個，風災災民的補助，當發生風災的時候，我們都會馬上發布健保相關協助措施的新聞，如果災民的健保卡遺失或者受損，都可以例外就醫，不會因為健保卡不見了就無法看病；如果慢性處方箋丟掉了，也可以重新開立處方，不會因為你領過的藥還沒吃完就不能再領。所以當發生災情時，我們都會調整健保作業，提供健保相關協助措施。一旦行政院發布災區範圍時，在災區範圍裡的災民，可以補助3個月內的就醫費用，包含住院的膳食費，這些補助是由公務預算來支應，不是由健保費來支出的。另外，還補助6個月健保費，這部分也由公務預算來補助，這些作業就會自行由各分區業務組來執行，我們會核對受補助的名單，民眾不需要另行申請。還有對經濟困難欠費者，提供無息貸款及免加徵滯納金，以上是跟各位委員說明，當有重大的災情發生時，健保的相關協助措施。

第 2 個，是今年在總額部分，大概有幾個改革方向，其中有一項是把總額預算裡屬於公共政策的項目改為公務預算支應，但是仍然是在健保平台做執行。另外，委託國衛院辦理的論壇也快要到尾聲，謝謝國衛院，還有在座幾位委員的共同參與，今年論壇提出了幾個議題，包含總額成長推估公式的檢討、總額分配原則等等，屆時論壇在做最後結論時，也歡迎各位委員來共同關心。

至於強化分區治理部分，就是今年推動的所謂醫院個別總額，我們也密切地關注它對於整個醫療體系的影響。在支付標準調整部分，我們目前已經先調整了急診、加護病房給付，還有病房護理費，總計大概是 42 億元左右；另外還有一些要調整的支付標準，包含緊急創傷手術、麻醉加成等，也在陸續討論中，都是優先以急重症為主。

我們在實施醫院個別總額時，大概把它分為幾種樣態，包含競爭型的醫院，也就是醫療資源比較豐沛的地方，還有偏鄉型的醫院；另外針對急、重、難、罕症，就是所謂的剛性需求，設計特定保障項目，例如癌症、ICU^(註 1)這些項目；至於配合政策實施的部分，就列在專款。

用這張投影片(補充資料 1 第 8 張投影片)簡單說明，大家都可以看得很清楚，以醫院總額為例，在每年的總額裡，有一部分業務是屬於專款項目，另外一部分業務是一般服務。我們在做醫院個別總額分配的時候，主要是以右邊的一般服務為主，左邊的專款項目並沒有納入醫院個別總額的限制，也就是說都是外加的，包含罕病、愛滋病治療藥費、血友病藥費等等，這些都是在專款項目，真正納入到醫院個別總額的是右邊的一般服務。一般服務我們都會有個基期來控管，超過基期的部分會扣除剛剛講的特定排除項目後，才進入到分階折付，這個就是我們所謂的醫院個別總額。

待會給各位看的就是在還沒有經過分階折付之前的點值情形，因為只有醫院部門有做個別總額，其他部門是沒有的，所以我們只呈現醫院的部分。以 114 年來看，因為我們的點值結算會有半年的時

間落差，所以這邊都是屬於預估的點值，在沒有做分階折付之前的原始點值，第 1 季醫院的部分是達到了 0.95，第 2 季也超過 0.95，跟去年同期比較就有很大的進展。

謝謝所有委員對預算的支持，下面這個表格是各層級醫院點值的分布情形，不過第 2 季的數值可能還有一些落差，因為 6 月的數字是同仁用 4、5 月的數據初步推估出來的，到 6 月有了實際點值再精算後可能就不是這個結果，所以這個數據大家參考就好。

另外，我們在今年度有陸續推動 8 項新的服務計畫，也依序跟大家報告，補充資料 1 第 10 張投影片左半邊紅色項目是加強居家醫療的部分，希望讓我們過去集中式的照顧方式，能夠回歸到社區、甚至居家；第 4、5、6 項是希望縮短在醫院的住院天數，有些處置可以不需要住院、或是住院天數可以縮短，讓醫院可以收治更多重症病人；在社區部分，還有大家醫跟遠距醫療照護做為整體計畫的支持。

接下來第 1 個介紹的是在宅急症照護試辦計畫，過去我們有居家醫療照護，從去年 7 月開始，我們把一些行動比較不方便的居家或是機構裡的病人，一旦罹患感染症的時候，轉由在家住院接受團隊到宅服務。到今年 7 月為止，全國有 178 個團隊、804 家院所參與，收治了 3,800 多人次，這些居家住院的病人有九成可以完成在家治療，只有 10% 是後面需要再住院或轉到急診，平均的照護天數是 6.5 天，對比同樣條件的病人，到醫院住院大概要 11~15 天，平均是 2 個禮拜，大幅地縮短照護天數、醫療費用也下降了，成效不錯，所以我們今年會繼續擴大辦理，包含調整支付方式，還有擴大適應症，以及導入新的提早出院模式，預計在下半年會陸續修正後再公告實施，這是第 1 個在宅急症照護。

第 2 個是推廣居家透析，依據統計，我國大概只有 7% 案例是採居家透析，不要說跟香港比，香港是 70% 以上，相較於澳洲、紐西蘭這些 20% 以上的國家，我們居家透析的比率很低。我們希望強化居家透析服務，讓民眾更方便、生活品質也比較不會受到機構式血

液透析的限制，所以我們分 2 部分進行，1 個是鼓勵院所加強推動腹膜透析，今年會推出一些新的鼓勵方案，希望擴大支持腹膜透析院所持續運作、布點增加；第 2 個是今年 6 月 1 日也開始推動居家血液透析試辦計畫，民眾可以選擇不用到機構做血液透析，我們支付同樣的論次血液透析費用，民眾只要自行負擔 1 個月 1 萬元的 RO^(註 2)水設備或是透析機的租賃費用就可以；今年 6 月 1 日也開始執行遠距醫療視訊訪視，我們會看看執行情形，適時地再跟各位委員報告。

第 3 個計畫是居家及機構的安寧精進計畫，我們希望多數國人都可以居家善終，所以這部分也要強化。投影片上面數字是我們去年安寧的執行情形，大家可以看到居家安寧的部分，去年大概服務 19,000 人，對比於上面的機構安寧，不論是住院或共照，居家的部分還有進步的空間，所以我們今年提出幾個措施，一方面當然要強化安寧品質，所以我們下半年會開始做安寧品質訪視，論質提供加成獎勵，鼓勵提供好的安寧照護；另外也會修訂整個安寧居家的支付標準，讓它更彈性，特別是在人生最後一里路，讓病人可以得到更多的支持；另外在前端部分，就是預立醫療照護諮商服務，我們也在今年 5 月開始放寬適用對象，可以在門診執行本項服務。

第 15 張投影片是我們 7 月開始實施的加成獎勵方案，未來根據品質評核結果分別給予不同加成，這些都不需要 paper，以實地訪視為主，主要是看病人受到的照顧如何，分別給予加成。

補充資料 1 第 16 張投影片是 5 月 1 日開始可以在門診執行 ACP^(註 3)，就是進行預立醫療照護諮商來預立醫療決定，我們初步放寬的對象是 65 歲以上重大傷病、符合安寧療護收案條件、或是家醫計畫、社區醫院全人全社區計畫收案對象、65 歲以上的多重慢性病患者等，每人支付 3,000 點，投影片左邊是前半年的執行情形，因為這個計畫 5 月 1 日才開始執行，相信後面應該會有一些成績出來。

另 1 個是門診靜脈抗生素治療獎勵方案，有一些過去要住院打抗生素針劑的病人，在 8 月 1 日開始，可以到門診注射抗生素。這類

病人 1 年大概有 20 萬人次，初步希望可以 10% 改由門診接受治療，這樣可以減少住院需求，可以空出更多病房收治重症患者，整個治療費用也會比住院費用下降。這個計畫的適應症只要是感染症，我們幾乎全部都框進來，但是依據我們的統計，大概前 3 個適應症：肺炎、泌尿道感染、軟組織感染，占所有感染住院病人的 80%，或是其他病症有注射抗生素的需求也都可以到門診打，有一些像心內膜炎要打比較久的，可以每天到門診來打 1 次，我們的做法是以 5 天為 1 個療程，對門診個案只收 1 次部分負擔，急診轉過來的患者就不收部分負擔，藉此鼓勵民眾選擇這個新的治療模式。這個計畫的支付點數也列在表格裡，未來還會有 24 小時持續性滴注新醫材的給付會納進來，大概在 11 月會上路，這個是門診靜脈抗生素治療獎勵方案。

另外 1 個也是在 7 月 1 日開始實施的計畫，我們叫 ERAS^(註 4)，就是術後加速康復推廣計畫，台灣面臨高齡化的社會，這概念是動手術就像跑馬拉松一樣，不可能不練習就直接上場去跑馬拉松，絕對會出事情，所以平常就要開始練習跟熱身，這個概念用在手術上也是一樣，手術不是只有手術的當下，前面的準備工作，包括病人體質的調整、病人狀況的優化，都會影響到手術的成功或術後的併發症、住院的天數，所以導入這樣的概念，從住院前的營養評估，包含貧血的矯正，及肌力的評估，甚至需強化復健的人就先做，然後入院時的準備、手術管路、麻醉藥物的審慎使用，到術後儘快拔除各類的管路，減少可能的感染症，以加速病人出院、復原。

整個計畫已於今年 7 月 1 日在全國各分區推動，各位委員可以參閱補充資料 1 投影片第 19 張左下角的預期結果，這個前 2 年有做過小規模前驅試驗，從過去的執行經驗發現它的效果很好，可以降低整個醫療費用及住院天數，所以這次希望擴大成全國 6 個分區都推動，各分區也都有主責醫院，在這裡也很謝謝包含林口長庚紀念醫院，陳建宗院長也在這裡，率先為這個區域的所有醫院做示範，進行人員的訓練、推廣。今年初步擇定以骨科的手術為主，適用術式為髖關節及膝關節置換手術，讓高齡者能夠得到更好的手術品

質，所以今年已經開始這樣做，明年的話我們會再導入肺癌及大腸直腸手術的計畫，這個是 ERAS 的部分。

另外，推動區域聯防計畫急重症綠色通道，這是去年開始推動的計畫，對於有黃金救命期的手術，例如主動脈剝離手術、腦中風的取栓術等，建立各區的網絡，採論質支付的方式，請委員參考。從去年 7 月 1 日開始實施到現在，2 季下來大概是 5,000 多例，今年第 1 季就已經近 4,000 例了。實施這個計畫後，可以幫助更多的家庭，因為在黃金時間 24 小時內取栓的話，可大幅的減少腦中風的後遺症，降低失能的機率，可以大大地降低家庭的負擔，也可以提升病人的整個生活品質，本署也希望持續地擴大推動。

至於大家醫計畫的部分，也是從去年開始，除了持續擴大辦理原本的家醫計畫之外，也納入社區醫院，對於三高患者，也希望在社區醫院，以家庭醫師的精神提供全人全社區照顧，目前的實施情形在補充資料 1 投影片第 22 張，有 137 家地區醫院參與，收案數已經超過 14 萬人，原本的家醫群也持續擴大收案，共約 647 萬人已經在家醫整合性照護計畫中。

新的家醫計畫 2.0 主要的概念有 3 個，第 1 個，擴大整個預防保健、促進全人的照護，所以包含健檢、癌症篩檢、C 肝篩檢、疫苗接種、整合慢性病照護都把它導入。第 2 個，我們與學會合作建立一些照護病人的指引，並按照這個指引檢討支付標準，所以包含放寬糖尿病用藥，讓 CKD^(註 5) 患者也能使用，還有本署最近發布放寬高血脂用藥的給付規定，這個都是 follow 國際的指引進行調整，讓照護和用藥能夠一致。另外也導入數位工具來協助醫師更精確地掌握每個病人的狀況，並導入生活習慣的諮商，下半年我們會提出的 AI^(註 6) 衛教。支付的部分，也做了新的調整，包含個案管理費是按照風險不同的等級給予獎勵，而不是給予一致性、同樣的個案管理獎勵。在達標的獎勵及績效的回饋獎勵等等，也持續檢討導入新的論價值支付的方式。

遠距醫療的部分，過去主要是以偏鄉為主，限定在五大科醫師對

醫師的遠距會診為主，從去年開始，讓病人在家直接跟醫師進行遠距醫療，就是導入在宅急症照護，參考美、日的醫師可以用遠距的方式訪視病人。另外今年開始的居家血液透析也導入遠距醫療照護。

至於在山地離島、偏鄉地區民眾遠距會診的部分，也在今年 8 月擴大到不限於山地離島，將所有的醫療資源不足地區都納入，從過去 63 個鄉鎮擴大到 135 個鄉鎮，場域擴大雙倍以上；科別也不再限制五大科，只要當地有需求，提出計畫就可以，預計照護人數可以 cover 到 180 萬人口，這是今年遠距醫療照護計畫的擴大，剛剛是 8 大創新服務計畫，也會滾動式修正持續推動。

在癌藥基金的部分，請委員參閱補充資料 1 投影片第 24 張的右邊，先跟各位委員報告，近 3 年(2022~2024 年)健保的新藥預算，在癌藥、罕藥及其他新藥的生效品項及預算情形，可以看到癌藥的部分，統計到 2024 年，近 3 年挹注的藥費從 4.7 億元到 132.2 億元，罕藥也有很明顯的成長，其他新藥也持續的成長，品項數在投影片下面，請委員參考。至於在癌藥基金的部分，請參閱投影片左半邊，癌症新藥暫時性支付專款，我們也訂定了作業原則，今年是由公務預算挹注 50 億元，到目前為止已經通過收載 3 項癌症新藥及 2 項擴增藥品給付規定，共 5 項藥品，支出已近 20 億元，這是癌症新藥暫時性支付專款的支付情形。

除了支付的部分，本署也在加快數位化的進展，包含 NGS^(註 7)檢測結果的數位化、標準化、癌症的重大傷病申請，還有到難度最高的癌藥事前審查的數位化，也謝謝很多醫院的支持，所以都陸陸續續在實作當中，特別是癌藥採線上申請事前審查的部分，已經有 6 家醫院實際上線操作，審查速度就加快很多，也與醫院的電子病歷連結，減少臨床醫師反覆的文書作業，對於臨床的負荷也好，或者是民眾要使用需事前申請的癌藥，也可以加速很多行政作業的時間，所以這是我們持續在進行當中。

補充資料 1 投影片第 26 張是今年 1~7 月新增的癌藥、罕藥，及

其他新藥的給付情形，今年上半年共通過 22 項新藥及 22 項藥品擴增給付，所以已經有 44 項新給付或擴增給付的藥品，惠及人數超過百萬人。請參閱投影片第 27 張，就是剛剛提到的癌藥基金專款的部分，共有 5 項藥品，包含 3 項新藥、2 項擴增給付的藥品，特別是用癌藥基金擴大給付免疫治療的藥物。

在醫材的部分，在今年上半年，急重症醫材部分，通過了 13 個品項，在臨床缺口以及功能改善的部分，也各自通過 51 個品項、88 個品項，共計生效 152 個品項，受惠者超過 11 萬人次，請各位委員一併參考。

最後 1 個是今年 5 月已經上線的資訊平台，除了健保的給付部分，其實委員也在幾次的會議當中，關切自費項目的使用情形，所以我們建立一個全國性醫療費用資訊平台，這個平台主要就是以縣市衛生局所核定的自費項目為主，這個分成 3 個階段，第 1 階段是單一平台查詢，過去要到 22 個縣市衛生局查閱，現在已經把它整合在同 1 個平台上就可以查詢得到，所以各縣市衛生局所核准的醫療項目收費上限都可以在這個網站上，一站式查詢，從 5 月上線到目前為止，已經有 13 萬人瀏覽。第 2 個，在過去廠商或醫院可能要到各衛生局申請醫療項目收費審查，現在就可以到單一入口申請，並新增醫療器材商可以在這個平台上採線上申請醫療項目收費審查，衛生局就可以在線上直接進行後續的作業，大概已經有 15 件採這個方式申請，已經拿到這個平台授權登記的醫院也超過 147 家了。第 3 個階段，現在正在規劃，預計下半年執行的是中央地方聯合審查，聯合 22 個縣市衛生局共同審查，未來在費用的部分，審查後由這個聯合審查決定費用，再由各縣市衛生局加速核定，所以不論是醫院或業者，就不用分別逐一到 22 個縣市送件，也簡化行政成本。

最後 1 個，當然也繼續在做後續功能的強化，應該下半年會上線的一些資訊，這些新的醫材到底是什麼？我們與民間合作，把已經拍好的影音檔、文件檔、說明檔都放在網站同時呈現，所以民眾不只是查詢費用，也可以得到一些新的醫療服務項目或者器材的一些新知，提升民眾對於這個產品或是服務的健康識能，這是我們今年

所做的重點，跟各位委員報告，再請大家指教。

註 1：ICU (Intensive Care Unit，加護病房)。

註 2：RO(Reverse Osmosis，逆滲透)。

註 3：ACP(Advance Care Planning，預立醫療照護諮商)。

註 4：ERAS(Enhanced Recovery After Surgery，術後加速康復)。

註 5：CKD (Chronic Kidney disease，慢性腎臟病/慢性腎衰竭)。

註 6：AI(Artificial Intelligence，人工智慧)。

註 7：NGS(Next Generation Sequencing，次世代基因定序檢測)。

周主任委員麗芳：非常感謝署長的報告，大家再一次以掌聲感謝署長、2 位副署長，以及所有健保署同仁的用心，這段時間推出很多新的計畫，滿滿的感謝。署長要趕著去台中，等一下大家如果提問，可以請 2 位副署長代為回答。

因為調整議程順序，將優先報告事項提到前面，剛剛署長報告的健保署 7 月份業務執行季報告，各位委員有沒有要提出垂詢，請陳秀熙委員。

陳委員秀熙：健保署的報告非常清楚，大部分的計畫都是今年 5 月開始實施，未來可能相當辛苦。我提出 3 個精進意見，供健保署參考。

請看補充資料 1 投影片第 9 張，有關醫學中心、區域醫院、地區醫院的點值計算，署長剛才已經講過第 2 季還沒有完全出來，我們還是要提醒看這個表的時候一定要非常注意，大部分的醫院點值都大於 0.9，這是整體。大部分的改善都是在區域醫院和地區醫院，醫學中心其實改善有限，點值大於 0.95 的家數從 5 家增加到 9 家、點值介於 0.9~0.95 的家數由 10 家增加到 14 家；區域醫院是有改善，點值介於 0.9~0.95 的比率有提升；地區醫院改善最多。整體來看似乎都大於 0.9，當然我們都不看小於 0.9，因為大家比較沒辦法接受。

我們應該再仔細去看醫學中心跟區域醫院點值大於 0.95 跟介於 0.9~0.95 的比率，這部分會影響整個醫院在門診、住院的人力配置，對醫中跟區域醫院執行健保署所推行的業務一定會有衝擊，我們還是希望能夠達到 0.95，如果沒辦法達到是有什麼樣的因素，提供給健保署參考，我們看這個表不能看整體，各層級醫院的比率是不同的。當然第 2 季還沒有完全結束，不過要請大家注意，113 年 Q 1

整體點值 0.9148，Q2 整體點值為 0.8999，雖然沒有到 0.95，至少都在 0.9 左右。我們對於醫中跟區域醫院非常關心，在目前這個情境之下，希望能夠再精進。

第 2 點就是有關於 8 大創新服務計畫，我想是很好，我比較關心的是，除了實施時間，從現在開始真的會非常辛苦。如果要推展以病患為中心，署長簡報的圖是以病患為中心，剛才署長報告的 file 的格式跟後面提到的數位平台，我很敬佩健保署把數位的平臺都結合在一起，這部分也是要非常辛苦，龐副署長是專家，我提醒這部分可能在做的時候，在經費挹注、在技術層面上，在所有做法上面可能也是相當艱難。

我想整體而言，政府現在目前推的所有計畫都希望在 8 大創新服務計畫，未來 1、2、3 年會有什麼樣的成效，請健保署對這 8 大計畫所產生的效益做預測跟評估。以上建議讓我們一起努力。

周主任委員麗芳：請黃心苑委員。

黃委員心苑：謝謝主席，接續剛才陳老師的問題，大家現在都很在意醫院個別總額，我想請教一下，我也覺得如果只是看 overall 的話，真的有點太 general，比較看不出來。我想請教一下，那個點值醫院應該都會蠻開心，我想了解今年點值可以進步的原因，是因為今年的總額比較多，所以比較有餘裕，所以看起來點值比較好？還是因為制度上我們改成醫院個別總額，大家都沒有在衝量？原因不曉得到底是為何。

第 2 個，因為這樣看醫學中心、區域、地區醫院，我們知道不同區域實施的時間不一樣，會不會因為有些場域可能點值超過 1，可能台北區或北區可能比較低，不曉得狀況是什麼樣，如果有更詳細的資訊，可能會更好。

周主任委員麗芳：請胡峰賓委員。

胡委員峰賓：剛剛署長報告大家醫計畫，可以有效整合這些家庭醫師及社區醫療資源，有效的讓健保永續發展。一個好的計畫要有足夠的誘因，報告裡面有講到調整支付誘因，包括品質達標獎勵，

HbA1c(註1)、LDL(註2)、BP(註3)這3個指標是很重要的，好像比較偏重短期指標，請問有沒有長期指標，提供支付誘因可以讓這個大家醫計畫能夠繼續永續為我們的健康把關。

註1：HbA1c(Glycated Hemoglobin 之縮寫，糖化血色素)。

註2：LDL(Low-density lipoprotein cholesterol，低密度脂蛋白膽固醇)。

註3：BP (Blood Pressure，血壓)。

周主任委員麗芳：請林恩豪委員。

林委員恩豪：謝謝主席，我想問投影片第11張在宅急症照護試辦計畫，成效非常好，照護天數縮短，比傳統照護天數11~15天縮短一半以上的時間，只要6.5天就可以完治，我想問健保署這樣換算下來，醫療費用可以節流多少點。

周主任委員麗芳：因為時間的關係，其他委員如果有意見就請提供書面，因為今天我們差不多11點要結束，接續還有115年度總額協商會前會要召開，請健保署回應。

龐副署長一鳴：我先做綜合性的回答，第一個是關於醫院點值部分，這個是表達方式的意見，我們有各種不同的表達方式，有區域的、有層級的、有個別醫院的，我們會參考大家的意見，現在只做到第2季的一半而已，我們後續會做改善。

關於後面這些精進的計畫，都是在總額的基礎下往前延伸的，在後續的總額報告，我們會依據大家的建議，在資料呈現方式時，提供更符合大家需要的方式。

周主任委員麗芳：請陳亮好副署長。

陳副署長亮好：回應陳秀熙委員的指導，關於醫院總額的醫學中心，進步的幅度，有呈現在上面的總共23家，未來我們在呈現資料的部分會更注意。關於黃心苑委員提到今年點值進步，除了我們推出前瞻式預算以外，今年總額成長5.5%，公務預算額外的挹注，總共額外的成長是8.13%，所以今年的總額成長，再加上公務預算，應該是30年來最高的1年，可能是原因之一。

當然還有一些原因是我們新推出的制度，詳細的總額點值成長原因，還需要更細的分析，我們未來會再做。關於剛剛蠻多委員提到

我們新的計畫，關於大家醫計畫的支付誘因，過去是論件計酬，所以未來用 Value Based Payment^(註 1)，簡單的說，假設臨床表現比較好，我們會給醫療團隊更多的 bonus，用 bonus 的方式，而不是用扣款的方式，未來的慢性病的支付制度會這樣。今年邁入超高齡社會，如果繼續用論件計酬，成長率會非常高，而且病人得到的 outcome 沒有比較好，我們未來會跟上國際潮流，慢性病如同署長指導的，朝價值給付的方向邁進。

剛剛林恩豪委員提到的 ACAH^(註 2)其實是我們這 8 個計畫中實施相對比較久的，因為是去年 7 月開始，其他計畫大都是今年 5 月或 7 月開始的，ACAH 有九成可以達到不用住院，所以算是成效良好，其他 7 個計畫的 KPI，我們會如同委員建議，陸陸續續在健保會提出來，以上補充，謝謝。

註 1：Value Based Payment，論質計酬。

註 2：ACAH(Acute Care at Home，在宅急症照護試辦計畫)。

周主任委員麗芳：如果委員還有其他垂詢的地方，就麻煩用書面提出，我們再請健保署說明，本案就洽悉，然後我補充一下今天桌上有陳節如委員提供的資料，請陳節如委員口頭說明一下。

陳委員節如：謝謝主席給我這個機會，我在健保會是代表台灣社會福利總盟，我們底下有一個育成社會福利基金會，照顧 1,500 個心智障礙的小朋友，我們有 5 個庇護工廠，其中 1 個就是做餅乾及月餅，所以我們希望各位能夠幫忙這些小孩，因為今年各部會，像衛福部，預算都被刪掉了，沒有辦法跟我們採購，所以希望各位委員能夠捧場，謝謝。在各位桌子上的 DM^(註 1)，今年中秋節在 10 月，所以麻煩要訂的話，現在就開始幫我們，掃一下 QR code^(註 2)，謝謝。

註 1：DM(direct mail，傳單)。

註 2：QR code(Quick Response Code，快速響應矩陣碼)。

周主任委員麗芳：因為今天桌面上的資料也很多，我不曉得有沒有遺漏任何 1 位委員，有擺在桌上想讓大家知道的事情嗎？如果都沒有，各個醫療部門也都沒有的話，就請周淑婉執行秘書報告，謝謝。

參、「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

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主席、各位委員，因為剛剛已經變動了議程，所以簡單說一下，本次的議程都是按照年度工作計畫來排定，其實我們原先有安排一個優先報告，是法定的交議事項，因為衛福部依健保法要交議行政院核定的115年健保總額範圍，但到目前為止，本會還沒有收到交議案，所以我們建議就比照去年的處理方式，就是本會在收到交議案之後，會儘速函轉各位委員、各總額部門承辦團體及健保署，依交議的內容來研提協商草案。因為我們要求各總額部門在8月28日之前要提最終的版本出來，如果行政院的交議案在8月28日之後才給本會的話，本會會再給各總額部門一段時間依照交議案的內容做調整，去年也是這樣，這邊先跟大家做一個報告。

優先報告案剛剛已經變動議程到前面報告，所以健保署業務執行季報告已經完成，只剩下1個報告案，是依照114年的總額核(決)定事項的各部門總額專款項目執行期限屆期檢討案，所以今天議程相對單純，在委員會議之後還要繼續進行剛剛主席提到的115年度總額協商的初步溝通會議，我們預訂10點50分前能夠召開，所以麻煩委員配合一下時間，謝謝。

周主任委員麗芳：本會將於衛福部交議115年度總額範圍(含各部門總額之「醫療服務成本及人口因素成長率」)案後，儘速函轉本會委員、各總額部門承辦團體及健保署，俾依交議內容辦理總額協商事宜，餘照調整後的議程進行。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳：針對上次會議紀錄，委員有沒有意見？如果沒有，會議紀錄就確認。請進行本會重要業務報告。

肆、「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：主席、各位委員，本次重要業務報告的項次一是本會依照上次委員會議的決議(定)事項辦理情形：(一)是依照議程確認的決定，於8月4日已經將本會周慶明委員提案、陳相國委員連署，有關丹娜絲風災對於醫療體系衝擊臨時提案的決定及委員的相關建言，送請衛福部參考，請委員參閱附錄一。(二)是依照報告事項第一案決定，同樣於8月4日將本會委員對114年度中醫門診總額「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」預算扣減方式的建議，函送請衛福部鑒查，請委員參閱會議資料第54~55頁。上次的委員會議沒有列管追蹤事項。

項次二，有關於115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議的議程安排，依照上次委員會議的抽籤結果，及第4次委員會議通過的「115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，我們擬訂於9月24日在301會議室召開115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議，請委員參閱議程的詳細情形。再特別提醒各位委員，在114年初，我們函請各團體提出推派委員建議名單的公文裡面中特別提到總額協商是屬於重要會議，所以委員必須親自出席，不得委由代理人出席，再一次的重申。

請委員參閱會議資料第25頁(二)，是有關於協商當天付費者代表委員及醫界代表委員要配合的事項，如果9月24日當天在總額協商會議前需要開內部預備會議的話，希望大家能在總額協商會議前2天，就是9月22日通知我們，以利安排預備會議的場地，一般都是安排在302及304會議室，一間提供付費者代表委員使用，一間提供醫界代表委員使用。9月24日當天表訂的協商時間是從早上9點30分到晚上8點50分，各總額部門就依照這個時間來進行協商，如果會議時間結束還沒有達成共識的話，就會依健保法規定兩案併陳的方式送衛福部決定。

如果有早於表訂時間完成協商的話，經下一場協商雙方同意的情

形下，可以提早進行協商。萬一協商到太晚，過去曾經到晚上 12、隔天凌晨 1 點，我覺得今年不會，但是如果萬一協商真的太晚結束，我們還是會提供住宿及交通的費用，請大家安心，那如果協商當天有未盡事宜或再次協商的必要，我們有安排一個 buffer 的時間，就是預留隔天可以繼續協商，但協商雙方代表要達成共識，並在協商當天晚上 8 點前告訴我們，好讓我們通知委員們隔天需要繼續協商，這個情形其實發生機率非常的低。

上次有提過因為本部的資安作業規定，所以協商當天各部門要自行攜帶筆電及隨身碟進行內部試算，為了確保協商當天各部門的筆電及隨身碟跟本部的投影機及印表機可以 match，所以我們希望各部門在協商會議前 1 天派員攜帶筆電來本部測試，我們會另行通知各部門幕僚測試的時間。

項次三，為完備協商的資訊，用客觀的數據來當作協商的基礎，我們同仁彙整「全民健康保險各總額部門 113 年度執行成果評核紀錄」，也整理健保署提供的相關資料，這邊真的要特別謝謝健保署提供我們原始的資料，我們把這個原始資料再編製成「114 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」，這 2 本書都是我們同仁嘔心瀝血加班做出來的東西，希望能幫大家順利進行協商。當然這 2 本書很重，如果委員帶不回去，可以擺在桌上，我們再寄給委員。

項次四，衛福部及健保署在本年 7~8 月發布及副知本會的相關資訊，內容都在健保署的全球資訊網，詳細的內容及附件，我們在 8 月 13 日也都寄到各委員的電子信箱，簡單的摘要，請委員參閱，以上。

周主任委員麗芳：非常感謝，是不是借大家的雙手給周淑婉執行秘書及所有健保會的同仁，很不簡單，雖然是 2 本，但是裡面密密麻麻的資料是花了大家很多的心血完成。不過在這個過程，除了感謝健保會的同仁，也要感謝全體的委員，因為裡面很多的發言、相關的資料都是委員所貢獻出來的，還有健保署提供很多的數據，同仁也

是很辛苦的統整出來這些資料，所以很感謝大家，我們是完全的團結，心手合一。本案有 2 點決定，第 1 點，確認「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程」，請轉知各總額部門協商代表依議程時段提早到場準備，另總額協商會議請本會委員務必親自出席，不得委由代理人出席。第 2 點，餘洽悉。接著進行報告事項，請同仁宣讀。

伍、報告事項「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)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請健保署報告。

洪專門委員于淇：主席、各位委員大家好，請看說明二的表格，先就這部分報告，至於節流效益的部分，等一下會另外補充報告。

首先是牙醫門診總額部分，先看項目 1 超音波根管沖洗計畫，我們直接看表格右邊欄辦理情形，本項預算執行情形，112~113 年的執行率約為 40%、67%，另就本案我們洽詢牙全會，該會表示，因為執行這個計畫的院所，需要額外添購專用的器材，而且需要適應器材的操作流程，所以若要達到預期目標，時程可能需要比較長，因此建議本專款可以持續執行，然後在 115 年以後再評估是不是要納入一般服務項目，本署尊重牙全會的意見。

項目 2 高風險疾病口腔照護計畫^(註)，這個計畫在 113 年合併 3 項計畫，第 1 點在預算執行率方面，113 年的實際執行率是將近 150%，至於點值，除了第 1 季是每點 1 元以外，其他季點值都不到 1 元。請看會議資料第 38 頁，第 2 點，牙全會建議應該要持續照顧高風險疾病病人口腔健康，所以建議本計畫持續執行，並爭取增加預算來支應。第 3 點，本署於 114 年 7 月 22 日召開預擬「115 年牙醫門診總額協商因素與專款項目計畫」會議，牙全會是建議本計畫可以移列到一般服務部門，並建議預算可以調高到 46.113 億元。第 4 點，請看預期效益之評估指標部分，這邊我們列出 2 項指標，但其實他有 3 項指標，我等一下會補充說明。從評估指標來看，事實上要在 115 年之後才能計算，我等一下補充的第 3 項指標則是在 117 年才能算出來，再加上考量本計畫申報其實沒有那麼穩定，所以本署建議為了照護高風險患者口腔疾病，希望本項還是列在專款項目，等評估指標結果出來，之後再來考慮要不要納入一般服務。

項目 3 中醫門診-西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫-術後

疼痛，第 1 點術後疼痛的部分是在 112 年納入的，其 112~113 年執行情形請看會議資料第 39 頁右上角的(1)申報數、(2)服務人數、(3)服務人次，至於 114 年 1~5 月的執行情形在第 2 點。再來請看第 3 點，中全會是認為病人經本計畫治療後，其實病人各種疼痛的評估指標有顯著改善，從 2 個評估指標「簡易麥吉爾疼痛問卷(SF-MPQ)量表」、「歐氏失能量表(ODI)」來看，都可以看到後測分數是顯著低於前測的結果。第 4 點，其實對於健保署來說，考量本計畫可以有效的減輕術後疼痛，我們建議持續辦理，不過因為它本身是屬於西醫住院之中醫輔助治療的一部分，所以比較難移到中醫的一般服務部門，所以建議還是列在專款計畫中執行。

請參閱今天的右上角標明序號 2 的補充資料 2，接下來報告節流效益的部分，請看表格的序號 1 超音波根管沖洗計畫，主要是依據健保會 113 年第 1 次委員會議決定，其成效指標是要算這項計畫執行之後 2 年內的牙齒根管治療再治療率比未使用者低，所以若要對 112 年資料進行評估，須等到 115 年才会有數字，所以現在是沒有辦法算的。

再來是序號 2 高風險疾病口腔照護計畫之高齶齒病患牙齒保存改善服務計畫，這塊主要是想評估 P7301C(執行高齶齒率患者氟化物治療)的執行結果，請看右上角本署說明的部分，我們可以從 B(節流效益之金額)的數字可以看出來，其實我們算出來的是負值。再來請看本署說明二，我們發現它計算的過程，是以執行 P7301C 治療後，追蹤其執行成效，因為 2 組的追蹤年限事實上並不一樣，如果有執行 P7301C 的人，是從他執行氟化物治療後開始追蹤 730 天，可是距離他第 1 次填補的時間可能會多達 1,460 天，可是後面他的對照組(未執行者)則是用第 1 次填補那天來看，之後追蹤 730 天，兩邊的追蹤公式不一樣，所以拿來做為成效指標之衡量，可能有一點疑慮。本案經洽牙全會，牙全會認為其實就國際文獻來看的話，事實上他是有效的，相關文獻我們附在後面(補充資料 2 第 5~6 頁)，請大家參考。

接下來請看補充資料 2 第 3 頁，序號 3 齶齒經驗之高風險患者氟

化物治療計畫，其成效計算出來的結果，請看本署說明一的 B(節流效益之金額)，算出來有 1.07 億點，可是這個因為上開數據沒有考量高風險人口數增加、老化及醫療指數成本改變率等因素，所以請大家參考。

請看補充資料 2 第 4 頁，剛剛有先提過高風險口腔疾病計畫的執行目標及預期效益之評估指標，關於評估指標剛剛有先講到 2 項，但事實上在 114 年公告時有 3 項，那第 2 項的部分剛剛已經講了是 115 年才能申報(如會議資料第 38 頁)，至於第 3 項「65 歲以上接受照護病人 3 年後，因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群減少」，也就是說 116 年執行完，117 年起因為牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數的數字才比較齊全，因此這塊要到 117 年才能計算，所以目前也不能計算，以上報告。

註：高風險疾病口腔照護計畫，自 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。

周主任委員麗芳：非常感謝健保署詳細的評估，當然剛剛也針對節流效益的量化部分跟大家說明，有的是已經指出，有的是存在時間上的限制，但未來也會針對這個部分持續精進，接下來請健保會幕僚同仁報告。

陳組長燕鈴：請委員參閱會議資料第 39~40 頁，幕僚這邊補充一些相關背景，本案是健保署依據 114 年度總額核定事項及本會 113 年第 1 次委員會議(113.1.24)決定，將 3 項專款項目實施執行期限屆期檢討的結果提報本會，並依委員會議決定提出節流效益的量化執行結果，併同評估這些專款計畫，是要回歸一般服務，還是繼續試辦，還是甚至有的時候如果成效不好，是不是要考慮退場。會有這個決定，是因為過去評核委員都建議，各部門專款項目其實非常多，所以各專款項目試辦的數目及金額應該要有個上限，所以各專款計畫在試辦一段期間後，成熟以後應該進行檢討，到底是很有成效要納入一般服務，或者是要退場，或其他的轉型等等的處理，所以本會

從 112 年度總額起，我們在協商程序裡面都有明訂，就是所有新增的專款項目都要訂定預估的試辦檢討期限並進行檢討，那這 3 個專款是根據總額核定事項，因為已經執行 2、3 年了，要進行屆期的檢討，剛才健保署已經非常詳細的說明檢討結果，而我們幕僚整理補充及相關建議，詳細內容在會議資料第 43~48 頁，請委員參考，我就簡要的說明一下。

第 1 項是牙醫門診總額-超音波根管沖洗計畫，這個計畫從 112 年起實施，實施這 2 年看起來，不管在預算執行率或執行目標都逐漸增加，到去年為止，預算執行率大概是 6 成多，執行件數的目標達成率也約 6 成多。而牙全會及健保署的意見，剛才健保署已報告結果，看起來就是還需要一些時間去添購專業器械及適應操作流程，等更成熟一點，所以建議在明(115)年度總額續辦，那明年以後再評估納入一般服務項目。另關於節流效益的量化金額，剛剛健保署已經說明，因為評估的時間也還沒到，所以等到有評估結果時，於 115 年之後可以一起來看，這個計畫到底後續應採何種處理方式。

請參閱會議資料第 41 頁，第 2 項牙醫門診總額-高風險疾病口腔照護計畫，剛剛健保署說得很清楚，這個計畫其實在 113 年合併 3 項原來舊的計畫來執行，以其 113 年執行情形來看，申報點數是超過預算數的，也就是申報點數的實際執行率達將近 150%，另就執行目標來看，也超出了目標達成率，所以這個部分的話，剛剛健保署講了，牙全會在健保署相關會議中建議，希望本計畫能在 115 年度移列一般服務及增編預算，至於健保署主要是考量，在剛才該署報告的預期效益之評估指標方面尚未完整，還有一些執行方法及評估期程仍要再評估，也就是其預期效益之評估指標還沒有完成，再加上健保署也認為申報還沒有穩定，所以建議本項仍編列於專款，等到有完整的評估結果以後，再研議納入一般服務的可能性，以上 2 項是有關牙醫門診總額的部分。

第 3 項是中醫門診總額-西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫-術後疼痛，那這個計畫其實合併了很多的項目，其中 112 年新增了 1 個術後疼痛的項目，那並以 3 年(112~114 年)為檢討期限，請看

到會議資料第 42 頁，就術後疼痛這個項目來看，以目標人次及服務人次計算出目標達成率約 64%，因為這部分預算是編列在中醫門診總額，而服務對象則是西醫住院的病人，健保署考量這個計畫其實可以有效減輕疼痛，所以建議持續辦理，但是因為這個是西醫住院內 1 個中醫輔助治療的項目，比較難移到中醫門診總額的一般服務去執行，所以健保署還是建議在專款中持續執行。以上這 3 個專款項目的檢討結果，委員可以納入明年度總額協商的參考，以上說明。

周主任委員麗芳：謝謝，因為本案的內容事涉 2 個總額部門，1 個是牙醫，1 個是中醫，是不是我就先請中醫詹永兆理事長，要不要補充說明一下。

詹委員永兆：西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫，在執行術後疼痛部分，目前呈現的資料顯示是真的很有效，建議繼續執行。

周主任委員麗芳：接下來請徐邦賢主委。

徐代理委員邦賢(陳委員世岳代理人)：各位委員大家好，因為理事長出國無法出席，所以由本人代理。針對剛才的報告，我們提出以下說明。

第 1 個，關於高風險疾病口腔照護計畫，是在 113 年整併原一般服務及專款項目而成，在原來的高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫，大家會覺得說奇怪怎麼在評估效益時，追蹤期間不一致，那是因為當初計畫提出的時候，牙全會在考量實驗組跟對照組的時間切點，的確沒有解釋得很清楚，也沒有考慮的很清楚，所以評估的時候，實驗組跟對照組的追蹤期間並不相同，時間差距很大，所以在做相關評估的時候，不容易做出完整的評估。

第 2 個，跟委員報告，就是原來的 3 個項目內容，已在 113 年 3 月整併為 1 個計畫，相關的內涵也納入整併後的新計畫，例如「自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩」，是比較有積極意義的成效指標，而且是屬於時間切點比較整齊的，牙全會建議將計畫整併前，也就是過程型的指標能夠先暫緩下來，以 113 年計畫整併後的成效指標，來做整體的觀察，我想可能這樣子效益

評估會比較完整，也比較正確。

周主任委員麗芳：這個案子屬於報告案，因為時間的關係，如果委員沒有特別意見的話，本案是不是就洽悉。請林恩豪委員。

林委員恩豪：我想請問一下健保署，因為在補充說明的時候，有關牙醫整併的計畫，剛剛徐邦賢主委也有講，就是「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」，健保署都有提到指標的計算方式有點問題，但也只是很委婉的說，作為成效指標之衡量恐有疑義，此外，提到上開計算方式之數據未考量高風險人口數增加、老化及醫療指數成本改變率等因素，健保署可不可以明確地講一下，應該要怎麼樣調整比較好？

周主任委員麗芳：請陳秀熙委員。

陳委員秀熙：有關於評估指標很簡單，跟大家講一下，我比較希望超音波根管沖洗計畫的評估，能夠有短期的成效指標，因為這是牙科非常創新的作法，而且對病患來講有非常好的效果，建議牙醫總額部門是不是可以還是找出短期的成效指標，例如：縮短根管治療的時間就是 1 個成效、病患減輕疼痛也是，如果要等到 2 年之後才能計算，我的建議是可能還是要有短、中、長期的成效指標。

至於齲齒的部分，我沒有太多意見，因為你們的重點主要在計畫的整併，我只要提醒，上次在評核會中你們有提出將銀髮族納入，所以請將這部分也列入考慮。

周主任委員麗芳：先請陳節如委員，再請黃國祥委員，但是我們大概在 2 分鐘內結束，因為 11 點要換場。

陳委員節如：對牙醫門診高風險疾病口腔照護計畫，我們 113 年度的預算是將近 16 億元，實際是 15.99 億元，執行率將近是 150% 的狀態，114 年度預算提高到 28 億元，看起來預算相對很充裕。健保署在 7 月召開的預擬「115 年牙醫門診總額協商因素與專款項目計畫」會議中，牙醫總額部門有提出將高風險疾病口腔照護計畫的專款移到一般服務的想法，也提出增編預算到 46.113 億元的期待，既然想增加預算，建議應該將本計畫執行的各種樣態分析出來，讓我們可

以更加的瞭解高風險樣態，以及其實務上的需求，例如在這個計畫符合 65 歲以上的病患，在整體的申報比率是多少？畢竟台灣人口老化的速度是非常的快，如用 65 歲來看待高風險，我想應該會涵蓋相當高比率的民眾。這些分析資料對於討論計畫執行、一般服務是否需要進一步調整支付標準，以及整體預算需求評估，也是能做參考。

周主任委員麗芳：黃國祥委員最後 1 位，其他委員如有意見，就請提書面意見(陳節如委員表示還有其他意見)，請陳節如委員，不好意思，因為我一直在看時間。

陳委員節如：在居家醫療的部分，我建議要增加牙醫到宅的經費，為什麼要增加呢？因為居家醫療的費用是按次給付，可是在門診就醫的費用是按項目給付，兩者差異很多，牙全會是否可以考慮一下？因為這些在宅的病患，如果有治療牙齒的需求，但是沒有適當處理，不利於維護其健康。我現在看不到在宅醫療的詳細資料，大概都是西醫過去，牙醫幾乎很少有人到居家去，如果有預算，牙全會這邊是不是要考慮一下，否則沒有牙醫師會過去。我們有實施多年的在宅醫療經驗，不曉得健保署有沒有統計牙醫服務的情況？相關經費使用的情形如何？希望牙全會支持我的想法。

周主任委員麗芳：請黃國祥委員。

黃委員國祥：跟陳節如委員意見差不多，會議資料第 38 頁也有提到高風險疾病口腔照護計畫，115 年的預算要增編到 46.113 億元，該計畫 113 年的預算是 15.99 億元，增加了 30.123 億元，應說明增編預算的理由。

周主任委員麗芳：謝謝，本案洽悉，委員所提意見，請健保署參考。還有其他臨時動議嗎？如果沒有的話，上午的會議就到這裡告一個段落。我們緊接著進行總額協商的會前會，謝謝大家。