

衛生福利部全民健康保險會  
第7屆114年第7次委員會議議事錄

中華民國114年9月26日



衛生福利部全民健康保險會第7屆114年第7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9月26日上午9時30分

方式及地點：實體會議(本部301會議室)、視訊會議(使用 Microsoft Teams 線上會議系統)

主席：周主任委員麗芳

紀錄：劉于鳳、張嘉云

出席委員：(依姓名筆劃排序，\*為參與視訊會議)

田委員士金\*、朱委員益宏\*、吳委員永全、吳委員銘修\*、吳委員鏘亮\*、呂委員正華\*、李委員飛鵬、林委員恩豪\*、林委員敏華\*、花委員錦忠\*、洪委員瑜黛\*、胡委員峰賓\*、張委員田黨\*、張委員家銘\*、許委員慧瑩\*、連委員賢明\*、陳委員世岳、陳委員秀熙、陳委員建宗\*、陳委員相國、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、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\*、嚴委員必文

請假委員：周委員慶明、林委員宜平、許委員舒博、謝委員佳宜

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：陳署長亮好、張主任秘書禹斌

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83~86頁)

貳、議程確認：(詳附錄第86頁)

決定：確認。

參、確認上次(第6次)委員會議紀錄：(詳附錄第86~87頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第88~89頁)

決定：洽悉。

## 伍、討論事項(詳附錄第90~116頁)

提案單位：本會第三組

案由：115年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案。

決議：

- 一、確認115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配協商結果包括：成長率、金額、協定事項，如附件一至附件五。至於「執行目標」及「預期效益之評估指標」，如劃線處，請中央健康保險署會同總額部門相關團體研訂，並提報本(114)年10月份委員會議(114.10.22)確認。委員所提意見，送請各總額部門及中央健康保險署參考。
- 二、除醫院總額已提送地區預算分配建議方案外，請其餘總額部門相關團體於10月7日前提送，將安排於10月份委員會議討論；最遲仍未於11月4日提送建議方案者，則由本會掣案提11月份委員會議(114.11.19)討論，俾依法於年底前完成協定。

## 陸、報告事項(詳附錄第117~129頁)

第一案

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(第四次續提)。

決定：本案洽悉。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「114年8月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)。

決定：本案洽悉。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：上午11時59分。

## 115 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

- 115 年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後 114 年度醫院一般服務醫療給付費用  $\times (1 + 115 \text{ 年度一般服務成長率})$   
+ 115 年度專款項目經費 + 115 年度醫院門診透析服務費用
- 115 年度醫院門診透析服務費用 = 114 年度醫院門診透析服務費用  $\times (1 + 115 \text{ 年度成長率})$

註：校正後114年度醫院一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部114.9.3  
衛部保字第1140137541號交議總額範圍函確認，以前1年度(114年)  
醫院一般服務醫療給付費用，校正前2年度(113年)投保人口預估成  
長率與實際之差值金額，及加回前1年度(114年)健保總額違反「全民  
健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

### 二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 5.101%。其中醫療服務成本及人口因  
素成長率 3.655%，協商因素成長率 1.446%。
- (二)專款項目全年經費為 49,746.1 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 2.209%。
- (四)前述三項額度經換算，115 年度醫院醫療給付費用總額，  
較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

### 三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依協定事項辦  
理，並於 115 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含  
前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；  
新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 116 年  
度總額協商考量。

### (一)一般服務(上限制)：

- 1.新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)(0.689%，  
預估增加 4,000 百萬元)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)在額度內妥為管理運用，並於協商 116 年度總額前，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。
  - (2)積極引進新特材，避免新增差額給付項目，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。
- 2.藥品及特材給付規定改變(0.431%，預估增加 2,500 百萬元)：
- 請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，並於協商 116 年度總額前，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。
- 3.因應牙醫支付標準調整所增加預算(0.0001%，預估增加 0.5 百萬元)：
- 用於因應牙醫門診總額 113 年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。
- 4.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)(-0.026%，減列 150 百萬元)：
- (1)減列「離島醫院住院案件加計 30%之費用」150 百萬元，移至專款項目「離島地區加成費用」。
  - (2)本項目之 114 年預算額度剩餘款，併同專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」統籌運用。
- 5.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性提升，醫療服務密集度改變(0%)。
- 6.因應流感/類流感、長新冠照護，造成醫院醫療服務密集度改變(0%)。
- 7.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(自專款項目移列一

般服務項目)(0.002%，預估增加 9 百萬元)：

請中央健康保險署於額度內妥為管理運用。

8.精進成人預防保健併行診療服務之照護品質(0%)：

請中央健康保險署監測成人預防保健併行診療服務之醫療密集度改變情形，以利評估預算需求。

9.因應醫院評鑑政策改變，醫學中心家數變動所產生的醫療服務密集度及預算重分配效應影響(0%)。

10.代謝症候群防治計畫後續照護衍生費用(0%)。

11.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(自專款項目移列一般服務項目)(0.086%，預估增加 500 百萬元)：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體檢討執行內容及獎勵方式(排除已由公務預算支應部分)，落實分級醫療之目的。

12.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(自專款項目移列一般服務項目)(0.172%，預估增加 1,000 百萬元)：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體檢討執行內容及執行成效，落實分級醫療之目的。

13.0~6 歲兒童醫療量能保障(0.092%，預估增加 536 百萬元)(115 年新增項目)：

(1)本項額度 536 百萬元，用於保障 0~6 歲兒童醫療服務量能每點 1 元，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」項目支應。

(2)本項預算與一般服務預算保留之 0~6 歲兒童醫療費用 12,014 百萬元合併運用(計 12,550 百萬元)，保留額度將與西醫基層總額額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①執行目標(暫列)：確保 0~6 歲兒童就醫權益的維護，保障其醫療費用採固定點值。

預期效益之評估指標(暫列)：鼓勵醫院擴大醫師參與幼兒專責醫師制度之人數不低於 112 年。

②訂定具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)，並於 115 年 6 月前提出專案報告。

③監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用。

14.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.0004%，減少 2.4 百萬元)：

於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。

(二)專款項目：全年經費為 49,746.1 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，應於 115 年度總額公告後 1 個月內完成。

1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)：

(1)全年經費 600 百萬元。

(2)請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，對於新醫療技術之導入項目及具體執行方式，請妥為規劃後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。

2.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 1,200 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並檢討實施成效，節流效益請適度納入總額預算財源，或做為提升醫療服務與品質之用，以提升資源使用效率。

### 3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

- (1)全年經費 19,191 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署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。

### 4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

- (1)全年經費 5,871 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署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。

### 5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

全年經費 5,364.3 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

### 6.醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 2,618.5 百萬元。
- (2)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、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、提升醫院用藥安全與品質、生物相似性藥品、化療學名藥、擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)及加護病房侵襲性呼吸器優化管理計畫等方案。
- (3)請中央健康保險署辦理下列事項：
  - ①滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護率無法提升的項目，請研議具體改善策略。
  - ②持續朝全人照護方向整合相關計畫(如：地區醫院全人全社區照護計畫、家庭醫師整合性照護計畫等)，以提升照護成效。

7.急診品質提升方案：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進方案執行內容，積極提升急診處置效率及急診照護品質，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效。

8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

本項移併至專款項目「促進醫療服務診療項目支付平衡」通盤研議。

9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 135.5 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署持續檢討不同地區醫療需求特性及其利用情形，鼓勵醫師積極參與。

10.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：

(1)全年經費 2,000 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進方案執行內容及檢討計畫成效，並於額度內妥為管理運用。

11.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(1)全年經費 224.7 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同醫院及西醫基層總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，提升成功下轉案件，以落實分級醫療政策。

②持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。

12.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：

本項移列至一般服務項目「腹膜透析追蹤處置費及

APD 租金」。

13.精神科長效針劑藥費：

- (1)全年經費 3,006 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署積極推動，並於額度內妥為管理運用，後續請評估執行效益(如整體醫療費用變化)及導入一般服務之可行性。

14.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫：

- (1)全年經費 300 百萬元。
- (2)請中央健康保險署精進計畫內容，檢討獎勵方式及支付誘因，並評估病人脫離呼吸器及安寧療護之照護成效。

15.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能：

本項移列至一般服務項目「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」。

16.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能：

本項移列至一般服務項目「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」。

17.地區醫院全人全社區照護計畫：

- (1)全年經費 500 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
  - ①滾動式檢討計畫內容，並鼓勵醫院積極參與。
  - ②本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請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。

#### 18. 區域聯防-提升急重症照護品質：

(1)全年經費 268 百萬元，本項移出「術後加速康復推廣計畫」，單獨列項。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①滾動式檢討計畫內容，加強區域聯防及網絡建置，以提升急重症照護成效。

②本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請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。

#### 19. 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①執行目標(暫列)：鼓勵醫院投入抗微生物製劑管理及感染管制品質的提升。

預期效益之評估指標(暫列)：鑑於本項於 114 年開始編列，建議評估指標續 114 年之項目，暫一年後再予檢討。

A.參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於 112 年。

B.參與醫院高度管制性抗微生物製劑 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)不高於 112 年。

②精進計畫內容及績效指標，並鼓勵醫院積極參與。

③本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請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。

20.促進醫療服務診療項目支付衡平(115 年新增項目)：

(1)全年經費 1,891.5 百萬元，本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①執行目標(暫列)：本項預算原於其他部門，已於 114 年用以調整急診診察費、急診觀察床診察費、離島急救責任醫院急診醫療服務點數加成、急性一般(含精神)病床護理費等項。

預期效益之評估指標(暫列)：下列 4 項任一項合格即達標。

A.急診病人轉出率(排除直接轉入他院住院案件)  
不高於 113 年。

B.每季急診轉住院病人滯留急診超過 24 小時之  
日均人次，不大於 113 年。

C.急診轉住院人次占率較去年增加。

D.急診病人停留超過 24 小時之案件比率較 113 年  
下降。

②本項併入「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」通盤研議，修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。

③114 年度一般服務項目「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)」預算額度剩餘款，併同本項統籌運用。

④本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

⑤本項以 5 年為檢討期限(115~119 年)，會同醫療服務提供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(119 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。

⑥併同西醫基層總額及其他預算同項專款，將具體實施方式及執行情形，於 115 年 7 月前提出專案報告。

## 21.住院護理費用(115 年新增項目)：

(1)全年經費 4,500 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：提升護理人員調薪人數比率達一定比率。

預期效益之評估指標(暫列)：提升服務於醫院一般急性病床之護理人員與 113 年 12 月相較增加其薪資增加一定比率，其比率擬於中央健康保險署共同研商設計，契合預期效益之可行性、合理性。

(3)本項用於調升住院護理費用，請落實用於調升護理人員薪資，鞏固醫療量能，並訂定具體實施規劃，於 115 年 5 月前提報全民健康保險會。

## 22.離島地區加成費用(自一般服務項目及其他預算移列專款項目)：

(1)全年經費 200 百萬元。

(2)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

## 23.全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS(自專款項目拆分)：

(1)全年經費 200 百萬元。

(2)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請中央健康保險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。

## 24.品質保證保留款：

- (1)全年經費 1,075.6 百萬元。
- (2)本項專款額度(1,075.6 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品保款之額度(388.7 百萬元)，合併運用(計 1,464.3 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，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。

### (三)門診透析服務：

- 1.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統籌運用。
- 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 2.209%。
- 3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.3 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，且 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。
- 4.本項經費扣除「鼓勵院所加強腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質」，其餘預算優先用於調整門診透析支付標準。
- 5.請中央健康保險署辦理下列事項：
  - (1)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。
  - (2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持

續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」及「居家血液透析與提升其照護品質」實施方案，並監測計畫執行成效及病人照護品質與健康結果，於 115 年 8 月前提報專案報告。

**附表 115 年度醫院醫療給付費用協定項目表**

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
<b>一般服務</b>			
醫療服務成本及人口 因素成長率	3.655%	21,224.8	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。
投保人口預估成長率	0.320%		
人口結構改變率	1.866%		
醫療服務成本指數 改變率	1.458%		
協商因素成長率	1.446%	8,393.1	請於 115 年 7 月前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 116 年度總額協商考量。
保險給付項目 及支付標準之 改變	1. 新醫療科 技(新藥、 新特材、 新增修診 療項目)  2. 藥品及特 材給付規 定改變  3. 因應牙醫 支付標準 調整所增 加預算	0.689%  0.431%  0.0001%	請中央健康保險署辦理下列事項： 1. 在額度內妥為管理運用，並於協商 116 年度總額前，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。 2. 積極引進新特材，避免新增差額給付項目，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。  請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，並於協商 116 年度總額前，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。  用於因應牙醫門診總額 113 年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
其他議定項目	4. 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）	-0.026%	-150.0	1. 減列「離島醫院住院案件加計30%之費用」150百萬元，移至專款項目「離島地區加成費用」。 2. 本項目之114年預算額度剩餘款，併同專款項目「促進醫療服務診療項目支付平衡」統籌運用。
其他醫療服務利用及密集度之改變	5. 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性提升，醫療服務密集度改變	0.000%	0.0	
	6. 因應流感/類流感、長新冠照護，造成醫院醫療服務密集度改變	0.000%	0.0	
保險給付項目及支付標準之改變	7. 腹膜透析追蹤處置費及APD租金（自專款項目移列一般服務項目）	0.002%	9.0	請中央健康保險署於額度內妥為管理運用。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
其他醫療服務利用及密集度之改變	8.精進成人預防保健併行診療服務之照護品質	0.000%	0.0	請中央健康保險署監測成人預防保健併行診療服務之醫療密集度改變情形，以利評估預算需求。
	9.因應醫院評鑑政策改變，醫學中心家數變動所產生的醫療服務密集度及預算重分配效應影響	0.000%	0.0	
	10.代謝症候群防治計畫後續照護衍生費用	0.000%	0.0	
保險給付項目及支付標準之改變	11.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(自專款項目移列一般服務項目)	0.086%	500.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體檢討執行內容及獎勵方式(排除已由公務預算支應部分)，落實分級醫療之目的。
	12.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(自專款項目移列一般服務項目)	0.172%	1,000.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體檢討執行內容及執行成效，落實分級醫療之目的。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
其他議定項目	13.0~6 歲兒童醫療量能保障 (115 年新增項目)	0.092%	536.0	<p>1.本項額度 536 百萬元，用於保障 0~6 歲兒童醫療服務量能每點 1 元，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」項目支應。</p> <p>2.本項預算與一般服務預算保留之 0~6 歲兒童醫療費用 12,014 百萬元合併運用(計 12,550 百萬元)，保留額度將與西醫基層總額額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)執行目標(暫列)：確保 0~6 歲兒童就醫權益的維護，保障其醫療費用採固定點值。</p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列)：鼓勵醫院擴大醫師參與幼兒專責醫師制度之人數不低於 112 年。</u></p> <p>(2)訂定具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)，並於 115 年 6 月前提出專案報告。</p> <p>(3)監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用。</p>
其他議定項目	14.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.0004%	-2.4	於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。
一般服務 成長率 <sup>註1</sup>	增加金額 總金額	5.101%	29,617.9 610,327.7	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>			各專款項目之具體實施方案，應於 115 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 115 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
1. 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)	600.0	-267.0	請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，對於新醫療技術之導入項目及具體執行方式，請妥為規劃後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。
2.C 型肝炎藥費	1,200.0	-1,024.0	1. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2. 請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並檢討實施成效，節流效益請適度納入總額預算財源，或做為提升醫療服務與品質之用，以提升資源使用效率。
3. 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	19,191.0	1,195.0	1. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2. 請中央健康保險署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。
4. 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	5,871.0	121.0	1. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2. 請中央健康保險署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。
5. 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,364.3	0.0	經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
6.醫療給付改善方案	2,618.5	346.5	<p>1.持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、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、提升醫院用藥安全與品質、生物相似性藥品、化療學名藥、擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)及加護病房侵襲性呼吸器優化管理計畫等方案。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護率無法提升的項目，請研議具體改善策略。</p> <p>(2)持續朝全人照護方向整合相關計畫(如：地區醫院全人全社區照護計畫、家庭醫師整合性照護計畫等)，以提升照護成效。</p>
7.急診品質提升方案	300.0	0.0	請中央健康保險署精進方案執行內容，積極提升急診處置效率及急診照護品質，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效。
8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	0.0	-210.0	本項移併至專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」通盤研議。
9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	135.5	0.0	<p>1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。</p> <p>2.請中央健康保險署持續檢討不同地區醫療需求特性及其利用情形，鼓勵醫師積極參與。</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
10.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	2,000.0	0.0	請中央健康保險署精進方案執行內容及檢討計畫成效，並於額度內妥為管理運用。
11.鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	0.0	<p>1.經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同醫院及西醫基層總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，提升成功下轉案件，以落實分級醫療政策。</p> <p>(2)持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。</p>
12.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金	0.0	-15.0	本項移列至一般服務項目「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」。
13.精神科長效針劑藥費	3,006.0	0.0	<p>1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署積極推動，並於額度內妥為管理運用，後續請評估執行效益(如整體醫療費用變化)及導入一般服務之可行性。</p>
14.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	300.0	0.0	請中央健康保險署精進計畫內容，檢討獎勵方式及支付誘因，並評估病人脫離呼吸器及安寧療護之照護成效。
15.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	0.0	-500.0	本項移列至一般服務項目「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
16.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	0.0	-1,000.0	本項移列至一般服務項目「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」。
17.地區醫院全人全社區照護計畫	500.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.滾動式檢討計畫內容，並鼓勵醫院積極參與。 2.本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請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。
18.區域聯防-提升急重症照護品質	268.0	0.0	1.本項移出「術後加速康復推廣計畫」，單獨列項。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)滾動式檢討計畫內容，加強區域聯防及網絡建置，以提升急重症照護成效。 (2)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請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。
19.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	300.0	75.0	請中央健康保險署辦理下列事項： <u>1.執行目標(暫列):鼓勵醫院投入抗微生物製劑管理及感染管制品質的提升。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列):</u> <u>鑑於本項於 114 年開始編列，建議評估指標續 114 年之項</u>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			<p>目，暫一年後再予檢討。</p> <p>(1)參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於 112 年。</p> <p>(2)參與醫院高度管制性抗微生物製劑 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)不高於 112 年。</p> <p>2.精進計畫內容及績效指標，並鼓勵醫院積極參與。</p> <p>3.本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請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。</p>
20.促進醫療服務診療 項目支付衡平 (115 年新增項目)	1,891.5	1,891.5	<p>1.本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)執行目標(暫列)：本項預算原於其他部門，已於 114 年用以調整急診診察費、急診觀察床診察費、離島急救責任醫院急診醫療服務點數加成、急性一般(含精神)病床護理費等項。 預期效益之評估指標(暫列)：下列 4 項任一項合格即達標。</p> <p>①急診病人轉出率(排除直接轉入他院住院案件)不高於 113 年。</p> <p>②每季急診轉住院病人滯留急診超過 24 小時之日均人次，不大於 113 年。</p> <p>③急診轉住院人次占率較去年增加。</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			<p>④急診病人停留超過 24 小時之案件比率較 113 年下降。</p> <p>(2)本項併入「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」通盤研議，修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。</p> <p>(3)114 年度一般服務項目「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)」預算額度剩餘款，併同本項統籌運用。</p> <p>(4)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。</p> <p>(5)本項以 5 年為檢討期限 (115~119 年)，會同醫療服務提供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(119 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>(6)併同西醫基層總額及其他預算同項專款，將具體實施方式及執行情形，於 115 年 7 月前提出專案報告。</p>
21.住院護理費用 (115 年新增項目)	4,500.0	4,500.0	<p>1.執行目標(暫列): 提升護理人員調薪人數比率達一定比率。</p> <p>預期效益之評估指標(暫列): 提升服務於醫院一般急性病床之護理人員與 113 年 12 月相較增加其薪資增加一定比率，其比率擬於中央健康保</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			<u>險署共同研商設計，契合預期效益之可行性、合理性。</u> 2.本項用於調升住院護理費用，請落實用於調升護理人員薪資，鞏固醫療量能，並訂定具體實施規劃，於 115 年 5 月前提報全民健康保險會。
22.離島地區加成費用 (自一般服務項目及其他預算移列專款項目)	200.0	200.0	本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。
23.全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS (自專款項目拆分)	200.0	200.0	本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請中央健康保險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。
24.品質保證保留款	1,075.6	46.1	1.本項專款額度(1,075.6 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品保款之額度(388.7 百萬元)，合併運用(計 1,464.3 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，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。
專款金額	<b>49,746.1</b>	<b>5,559.1</b>	
較基期成長率 (一般服務 + 專款) <sup>*2</sup>	<b>5.630%</b>	<b>35,177.0</b>	
增加金額 總金額		<b>660,073.8</b>	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
門診透析服務	增加金額	545.3	<p>1. 門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統籌運用。</p> <p>2. 門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 2.209%。</p>
	2.209%		<p>3. 門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.3 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，且 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。</p> <p>4. 本項經費扣除「鼓勵院所加強腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質」，其餘預算優先用於調整門診透析支付標準。</p> <p>5. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)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。</p> <p>(2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持</p>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」及「居家血液透析與提升其照護品質」實施方案，並監測計畫執行成效及病人照護品質與健康結果，於 115 年 8 月前提報專案報告。
較基期成長率 (一般服務+專款 +門診透析) <sup>#3</sup>	增加金額  總金額	5.500%	35,722.3  685,306.4	

- 註：1. 計算「一般服務成長率」所採基期費用為 580,705.9 百萬元(含 114 年一般服務預算 574,837.7 百萬元，及校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 5,865.0 百萬元、加回前 1 年度(114 年)健保總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款核定金額 3.2 百萬元)。
2. 計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 624,892.9 百萬元，其中一般服務預算為 580,705.9 百萬元，專款為 44,187.0 百萬元。
3. 計算「較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為 649,580.2 百萬元，其中一般服務預算為 580,705.9 百萬元，專款為 44,187.0 百萬元，門診透析為 24,687.2 百萬元。
4. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

## 115 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

- 115 年度西醫基層醫療給付費用總額 = 校正後 114 年度西醫基層一般服務醫療給付費用  $\times (1 + 115 \text{ 年度一般服務成長率}) + 115 \text{ 年度專款項目經費} + 115 \text{ 年度西醫基層門診透析服務費用}$
- 115 年度西醫基層門診透析服務費用 = 114 年度西醫基層門診透析服務費用  $\times (1 + 115 \text{ 年度成長率})$

註：校正後 114 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 114.9.3 衛部保字第 1140137541 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(114 年)西醫基層一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前 1 年度(114 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

### 二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 5.077%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.776%，協商因素成長率 2.301%。
- (二)專款項目全年經費為 14,250.6 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 3.861%。
- (四)前述三項額度經換算，115 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

### 三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依協定事項辦理，並於 115 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 116 年度總額協商考量。

#### (一)一般服務(上限制)：

1.新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)(0.161%，預估增加 228 百萬元)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)在額度內妥為管理運用，並於協商 116 年度總額前，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。

(2)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。

2.藥品及特材給付規定改變(0.305%，預估增加 430.3 百萬元)：

請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，並於協商 116 年度總額前，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。

3.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(0.467%，預估增加 659.3 百萬元)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)執行目標(暫列)：聘有護理人員之診所，調升護理人員之薪資比率。

預期效益之評估指標(待補)：\_\_\_\_\_。

(醫全會說明：請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修，提全民健康保險會報告。)

(2)會同西醫基層總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會持續研修具體實施方案(包含執行內容、支付方式、結果面之評估指標、稽核機制等)，以增加護理人力或護理人員薪資調整為原則，確實提升護理照護品質，並於 115 年度總額公告後，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議。

(3)檢討評估指標，訂定更具反映護理人員薪資或增加護理人力指標(如：診所實際護理人力雇用數、增加

護理人力、在職穩定率)，以落實編列本項預算之目的。

4.擴大糖尿病用藥(如：SGLT2)適應症產生費用(0.250%，預估增加 353 百萬元)(115 年新增項目)：

請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並監測糖尿病用藥(如 SGLT-2 抑制劑)利用情形及執行效益(如整體醫療費用變化)。

5.促進醫療服務診療項目支付衡平(0%)：

本項目之 114 年預算額度剩餘款，併同專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」統籌運用。

6.修訂西醫基層合理門診天數(0%)。

7.提升外傷換藥照護品質(0%)。

8.提升西醫基層外科手術照護品質(0%)。

9.蒸氣或噴霧吸入治療，依年紀實施困難度列入兒童加成項目(0%)：

本項屬單項支付標準調整，併專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」考量。

10.婦產科護理人員跟診費(0%)。

11.婦產科夜間及假日自然產手術費加成(0%)。

12.代謝症候群計畫衍生費用(0%)。

13.成人預防保健第二階段併同因病就醫之診察費(0%)：

請中央健康保險署監測成人預防保健併行診療服務之醫療密集度改變情形，以利評估預算需求。

14.配合根除胃癌政策之衍生醫療費用(0.212%，預估增加 300 百萬元)(115 年新增項目)：

本項依實際執行，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減。

15.強化心血管疾病照護—放寬開立降膽固醇藥物 Statin

標準(門檻)(0.496%，預估增加 700 百萬元)(115 年新增項目)：

本項依實際執行，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減。

16.提升照護「成人預防保健服務之排除對象」之健康(0%)。

17.0~6 歲兒童醫療量能保障(0.418%，預估增加 590 百萬元)(115 年新增項目)：

(1)本項額度 590 百萬元，用於保障 0~6 歲兒童醫療服務量能每點 1 元，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」項目支應。

(2)本項預算與一般服務預算保留之 0~6 歲兒童醫療費用 11,760 百萬元合併運用(計 12,350 百萬元)，保留額度將與醫院總額額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①執行目標(待補)：\_\_\_\_\_。

預期效益之評估指標(待補)：\_\_\_\_\_。

(醫全會說明：請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修，提全民健康保險會報告。)

②訂定具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)，並於 115 年 6 月前提出專案報告。

③監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用。

18.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.008%，減少 11.6 百萬元)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理，並對違規院所進行輔導與追蹤，以建立違規處分與再教育機制連結。

(2)於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。

(二)專款項目：全年經費為 14,250.6 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，應於 115 年度總額公告後 1 個月內完成。

1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)：

(1)全年經費 100 百萬元。

(2)請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，對於新醫療技術之導入項目及具體執行方式，請妥為規劃後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。

2.提升國人視力照護品質：

(1)全年經費 3,771.4 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：

①持續檢討具體實施方案(含執行內容、支付方式、執行目標、以結果面為導向之評估指標等)。

②持續檢討白內障手術案件成長合理性、手術時機適當性，及監測照護成效與民眾自費情形，以確保醫療品質及民眾權益。

③加強執行面管理與監督，建立診療指引及醫療利用監測機制，提升分區管理及專業自律。

④本項以 5 年為檢討期限(114~118 年)，之後回歸一般服務。

⑤本項醫療點數以每點 1 元為原則；費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。

3.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 466.7 百萬元，本項經費得與醫院總額同

項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署持續檢討不同地區醫療需求特性及其利用情形，鼓勵醫師積極參與，並加強就醫率低地區之醫療服務提供，提升就醫可近性。

#### 4.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 5,866.5 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①執行目標(暫列)：持續擴大收案照護對象，將更多適合照護對象(如慢性病患者等)，納入家庭醫師整合性照護計畫照護。

預期效益之評估指標(暫列)：

A.家庭醫師整合性照護計畫收案人數較前一年度增加。

B.中風等併發症發生率較前一年度減少。

②持續提升服務量能(如提高醫師參與率及個案涵蓋率)及強化照護品質，並評估本計畫整體照護成效，朝慢性病整合及全人照護方向推動計畫，於 115 年 5 月前提出專案報告。

#### 5.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 462 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並檢討實施成效，節流效益請適度納入總額預算財源，或做為提升醫療服務與品質之用，以提升資源使用效率。

#### 6.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 422.1 百萬元。

(2)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。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護率無法提升的項目，請研議具體改善策略。
- ②持續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)，以提升照護成效。

7.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

(1)全年經費 1,720 百萬元，本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：

- ①持續研議開放表別項目，朝普及性及提升民眾社區就醫可近性的方向努力。
- ②對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務項目。

8.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(1)全年經費 258 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，提升成功下轉案件，以落實分級醫療政策。
- ②持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。

9.基層診所產婦生產補助試辦計畫：

(1)全年經費 50 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與提供生產服務。

10.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用。

11.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

(1)全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用。

12.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：

(1)全年經費 11 百萬元，本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用。

13.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

全年經費 178 百萬元，本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各分區一般服務費用結算。

14. 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫：

- (1)全年經費 10 百萬元。
- (2)請中央健康保險署持續精進計畫內容與支付誘因，透過分級醫療加強與醫院轉介合作，提升參與率，並持續監測照護成效。

15. 精神科長效針劑藥費：

- (1)全年經費 50 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
  - ①會同西醫基層總額相關團體持續提升基層院所使用長效針劑之比率。
  - ②於額度內妥為管理運用，並評估執行效益(如整體醫療費用變化)及導入一般服務之可能性。

16. 西醫基層品質保障基金：0 元。

17. 促進醫療服務診療項目支付衡平(115 年新增項目)：

- (1)全年經費 558.6 百萬元，本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
  - ①執行目標(待補)：\_\_\_\_\_。  
預期效益之評估指標(待補)：\_\_\_\_\_。  
(醫全會說明：請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修，提全民健康保險會報告。)
  - ②通盤研議、修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。
  - ③114 年度一般服務項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」預算額度剩餘款，併同本項統籌運

用。

- ④本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
- ⑤本項以5年為檢討期限(115~119年)，會同醫療服務提供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(119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。
- ⑥併同醫院總額及其他預算同項專款，將具體實施方式及執行情形，於115年7月前提出專案報告。

#### 18.品質保證保留款：

- (1)全年經費266.3百萬元。
- (2)本項專款額度(266.3百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原106年品質保證保留款之額度(105.2百萬元)，合併運用(計371.5百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，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。

#### (三)門診透析服務：

- 1.門診透析服務總費用成長率為3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統籌運用。
- 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為3.861%。
- 3.門診透析服務總費用成長率3%(總費用48,796.3百萬元)，其中433.5百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透

析及居家血液透析與提升其照護品質，且 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。

4. 本項經費扣除「鼓勵院所加強腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質」，其餘預算優先用於調整門診透析支付標準。
5. 請中央健康保險署辦理下列事項：
  - (1) 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。
  - (2) 鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」及「居家血液透析與提升其照護品質」實施方案，並監測計畫執行成效及病人照護品質與健康結果，於 115 年 8 月前提報專案報告。

附表 115 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項	
<b>一般服務</b>				
醫療服務成本及人口 因素成長率	2.776%	3,920.1	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。	
投保人口預估成長率	0.320%			
人口結構改變率	0.962%			
醫療服務成本指數 改變率	1.486%			
協商因素成長率	2.301%	3,249.0	請於 115 年 7 月前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 116 年度總額協商考量。	
保險給付項目 及支付標準之 改變	1. 新醫療科 技(新藥、 新特材、 新增修診 療項目)  2. 藥品及特 材給付規 定改變  3. 因應基層 護理人力 需求，提 高 1~30 人次診察 費	0.161%  0.305%  0.467%	228.0  430.3  659.3	請中央健康保險署辦理下列事項： 1. 在額度內妥為管理運用，並於協商 116 年度總額前，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。 2. 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。  請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，並於協商 116 年度總額前，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。  請中央健康保險署辦理下列事項： 1. <u>執行目標(暫列)</u> : 聘有護理人員之診所，調升護理人員之薪資比率。 2. <u>預期效益之評估指標(待補)</u> : (醫全會說明：請中央健康保

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
保險給付項目及支付標準之改變				險署會同西醫基層總額相關團體研修，提全民健康保險會報告。) 2. 會同西醫基層總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會持續研修具體實施方案(包含執行內容、支付方式、結果面之評估指標、稽核機制等)，以增加護理人力或護理人員薪資調整為原則，確實提升護理照護品質，並於 115 年度總額公告後，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議。 3. 檢討評估指標，訂定更具反映護理人員薪資或增加護理人力指標(如：診所實際護理人力雇用數、增加護理人力、在職穩定率)，以落實編列本項預算之目的。
	4. 擴大糖尿病用藥(如：SGLT2)適應症產生費用(115 年新增項目)	0.250%	353.0	請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並監測糖尿病用藥(如 SGLT-2 抑制劑)利用情形及執行效益(如整體醫療費用變化)。
	5. 促進醫療服務診療項目支付衡平	0.000%	0.0	本項目之 114 年預算額度剩餘款，併同專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」統籌運用。
	6. 修訂西醫基層合理門診天數	0.000%	0.0	
	7. 提升外傷換藥照護品質	0.000%	0.0	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
保險給付項目及支付標準之改變	8.提升西醫基層外科手術照護品質	0.000%	0.0	
	9.蒸氣或噴霧吸入治療，依年紀實施困難度列入兒童加成項目	0.000%	0.0	本項屬單項支付標準調整，併專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」考量。
	10.婦產科護理人員跟診費	0.000%	0.0	
	11.婦產科夜間及假日自然產手術費加成	0.000%	0.0	
	12.代謝症候群計畫衍生費用	0.000%	0.0	
	13.成人預防保健第二階段併同因病就醫之診察費	0.000%	0.0	請中央健康保險署監測成人預防保健併行診療服務之醫療密集度改變情形，以利評估預算需求。
其他醫療服務利用及密集度之改變	14.配合根除胃癌政策之衍生醫療費用 (115 年新增項目)	0.212%	300.0	本項依實際執行，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減。
	15.強化心血管疾病照護—放寬開立降膽固醇藥物 Statin 標準(門檻)	0.496%	700.0	本項依實際執行，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
其他醫療服務利用及密集度之改變	(115 年新增項目) 16.提升照護「成人預防保健服務之排除對象」之健康			
		0.000%	0.0	
其他議定項目	17.0~6 歲兒童醫療量能保障 (115 年新增項目)	0.418%	590.0	<p>1.本項額度 590 百萬元，用於保障 0~6 歲兒童醫療服務量能每點 1 元，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」項目支應。</p> <p>2.本項預算與一般服務預算保留之 0~6 歲兒童醫療費用 11,760 百萬元合併運用(計 12,350 百萬元)，保留額度將與醫院總額額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)執行目標(待補)： <u>預期效益之評估指標(待補)：</u> (醫全會說明：請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修，提全民健康保險會報告。)</p> <p>(2)訂定具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)，並於 115 年 6 月前提出專案報告。</p> <p>(3)監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用。</p>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
其他議定項目	18.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.008%	-11.6	1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理，並對違規院所進行輔導與追蹤，以建立違規處分與再教育機制連結。 2.於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。
一般服務	增加金額	5.077%	7,169.2	
成長率 <sup>#1</sup>	總金額		148,384.7	
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>				各專款項目之具體實施方案，應於 115 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 115 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)		100.0	42.0	請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，對於新醫療技術之導入項目及具體執行方式，請妥為規劃後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。
2.提升國人視力照護品質		3,771.4	196.6	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項： 1.持續檢討具體實施方案(含執行內容、支付方式、執行目標、以結果面為導向之評估指標等)。 2.持續檢討白內障手術案件成長合理性、手術時機適當性，及監測照護成效與民眾自費情形，以確保醫療品質及民眾權益。 3.加強執行面管理與監督，建立診療指引及醫療利用監測機制，提升分區管理及專業自律。 4.本項以 5 年為檢討期限(114~118 年)，之後回歸一般服務。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			5.本項醫療點數以每點 1 元為原則；費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。
3. 西醫醫療資源不足地區改善方案	466.7	42.8	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署持續檢討不同地區醫療需求特性及其利用情形，鼓勵醫師積極參與，並加強就醫率低地區之醫療服務提供，提升就醫可近性。
4.家庭醫師整合性照護計畫	5,866.5	1,218.5	請中央健康保險署辦理下列事項：  1. <u>執行目標(暫列)：持續擴大收案照護對象，將更多適合照護對象(如慢性病患者等)，納入家庭醫師整合性照護計畫照護。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> <u>(1)家庭醫師整合性照護計畫收案人數較前一年度增加。</u> <u>(2)中風等併發症發生率較前一年度減少。</u> 2.持續提升服務量能(如提高醫師參與率及個案涵蓋率)及強化照護品質，並評估本計畫整體照護成效，朝慢性病整合及全人照護方向推動計畫，於 115 年 5 月前提出專案報告。
5.C 型肝炎藥費	462.0	0.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署於額度內

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			妥為管理運用，並檢討實施成效，節流效益請適度納入總額預算財源，或做為提升醫療服務與品質之用，以提升資源使用效率。
6. 醫療給付改善方案	422.1	-484.0	<p>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。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護率無法提升的項目，請研議具體改善策略。</p> <p>(2)持續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)，以提升照護成效。</p>
7. 強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,720.0	0.0	<p>1.本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。</p> <p>2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：</p> <p>(1)持續研議開放表別項目，朝普及性及提升民眾社區就醫可近性的方向努力。</p> <p>(2)對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務項目。</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
8.鼓勵院所建立轉診 合作機制	258.0	0.0	<p>1.經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，提升成功下轉案件，以落實分級醫療政策。</p> <p>(2)持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。</p>
9.基層診所產婦生產 補助試辦計畫	50.0	0.0	請中央健康保險署精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與提供生產服務。
10.罕見疾病、血友病 藥費及罕見疾病特 材	30.0	0.0	<p>1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用。</p>
11.後天免疫缺乏症候 群抗病毒治療藥費	30.0	0.0	<p>1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用。</p>
12.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	11.0	0.0	<p>1.本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。</p> <p>2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體加強醫療</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用。
13.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.0	本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各分區一般服務費用結算。
14.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	10.0	0.0	請中央健康保險署持續精進計畫內容與支付誘因，透過分級醫療加強與醫院轉介合作，提升參與率，並持續監測照護成效。
15.精神科長效針劑藥費	50.0	-50.0	<p>1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同西醫基層總額相關團體持續提升基層院所使用長效針劑之比率。</p> <p>(2)於額度內妥為管理運用，並評估執行效益(如整體醫療費用變化)及導入一般服務之可能性。</p>
16.西醫基層品質保障基金	0.0	0.0	
17.促進醫療服務診療項目支付衡平 (115 年新增項目)	558.6	558.6	<p>1.本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)執行目標(待補)： <u>預期效益之評估指標(待補)</u>： (醫全會說明：請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修，提全民健康保險會報告。)</p> <p>(2)通盤研議、修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			<p>及相對合理性。</p> <p>(3)114 年度一般服務項目「促進醫療服務診療項目支付平衡性」預算額度剩餘款，併同本項統籌運用。</p> <p>(4)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。</p> <p>(5)本項以 <u>5</u> 年為檢討期限 (115~<u>119</u> 年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 <u>5</u> 年(<u>119</u> 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>(6)併同醫院總額及其他預算同項專款，將具體實施方式及執行情形，於 115 年 7 月前提出專案報告。</p>
18.品質保證保留款	266.3	137.9	<p>1. 本項專款額度(266.3 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(105.2 百萬元)，合併運用(計 371.5 百萬元)。</p> <p>2. 請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，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。</p>
專款金額	<b>14,250.6</b>	<b>1,662.4</b>	
較基期成長率 (一般服務 + 專 款) <sup>**2</sup>	<b>5.742%</b>	<b>8,831.6</b>	
總金額		<b>162,635.3</b>	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
門診透析服務	增加金額	876.0	<p>1. 門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統籌運用。</p> <p>2. 門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為 3.861%。</p> <p>3. 門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.3 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，且 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。</p> <p>4. 本項經費扣除「鼓勵院所加強腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質」，其餘預算優先用於調整門診透析支付標準。</p> <p>5. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)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。</p> <p>(2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持</p>
	總金額	23,563.9	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」及「居家血液透析與提升其照護品質」實施方案，並監測計畫執行成效及病人照護品質與健康結果，於 115 年 8 月前提報專案報告。
較基期成長率 (一般服務+專款 +門診透析) <sup>*3</sup>	增加金額	5.500%	9,707.5	
	總金額		186,199.2	

- 註：1. 計算「一般服務成長率」所採基期費用為 141,215.2 百萬元(含 114 年一般服務預算 139,768.0 百萬元，及校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 1,442.1 百萬元、加回前 1 年度(114 年)健保總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款核定金額 5.0 百萬元)。
2. 計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 153,803.4 百萬元，其中一般服務預算為 141,215.2 百萬元，專款為 12,588.2 百萬元。
3. 計算「較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為 176,491.3 百萬元，其中一般服務預算為 141,215.2 百萬元，專款為 12,588.2 百萬元，門診透析為 22,687.9 百萬元。
4. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

## 115 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

115 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 114 年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+115 年度一般服務成長率)+115 年度專款項目經費

註：校正後 114 年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 114.9.3 衛部保字第 1140137541 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(114 年)中醫門診一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前 1 年度(114 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

### 二、總額協商結論：

(一)一般服務成長率為 4.978%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.652%，協商因素成長率 1.326%。

(二)專款項目全年經費為 1,527.6 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，115 年度中醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

### 三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 115 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 116 年度總額協商考量。

#### (一)一般服務(上限制)：

1.友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質(1.128%，預估增加 375.1 百萬元)(115 年新增項目)：

(1)執行目標(暫列)：聘有護理師/護士之中醫健保特約院所，有申報本項加計且有調升護理師/護士薪資占

率達 40%。

預期效益之評估指標(暫列)：聘有護理師/護士並有申報本項加計之中醫健保特約院所的病患衛教覆蓋率≥70%。

- (2)本項經費用於調整支付標準「看診時聘有護理人員跟診之門診診察費及針傷治療處置費」，以反映護理人員薪資，提升護理照護品質。
- (3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會研訂具體實施方案(包含執行方式、請領資格、調薪認定標準及稽核機制等)，並於 115 年 3 月前提出專案報告。
- 2.強化全人照護與慢性疾病管理-增加高度複雜性針灸、中度複雜性傷科適應症(腦中風後遺症-診斷碼 I69)(0.152%，預估增加 50.7 百萬元)(115 年新增項目)：
- (1)執行目標(暫列)：申報腦中風後遺症(診斷碼 I69)看診中醫病人，至少有 1 次「中高度複雜性針灸或傷科」之比例≥20%。
- 預期效益之評估指標(暫列)：申報腦中風後遺症看診中醫病人一年內急診就醫率低於未看診中醫病人。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
- ①將腦中風後遺症(診斷碼 I69)擴增納入「高度複雜性針灸」、「中度複雜性傷科」及前二者針傷合併治療之適應症。
  - ②會同中醫門診總額相關團體，於 115 年度總額公告後 1 個月內完成支付標準修訂，並於 115 年 7 月前提報執行情形。
  - ③於額度內妥為管理運用，並加強高度、中度複雜性針灸傷科及合併處置之療效評估與申報費用

管理(如建立「黃金治療期」針傷照護流程及訂定未呈現療效之處理方式)。

3. 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(0.090%，預估增加 30 百萬元)。
4. 「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款(115 年新增卵巢癌、鼻咽癌、膀胱癌)與一般服務重複費用扣減(-0.044%，預估減列 14.5 百萬元)(115 年新增項目)。
5. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.0003%，減少 0.1 百萬元)：
  - (1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。
  - (2)於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。

(二) 專款項目：全年經費為 1,527.6 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，應於 115 年度總額公告後 1 個月內完成。

1. 醫療資源不足地區改善方案：

- (1) 全年經費 183 百萬元。
- (2) 請中央健康保險署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。

2. 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：

- (1) 全年經費 533.7 百萬元。
- (2) 持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛中醫照護。

3. 中醫提升孕產照護品質計畫：

- (1)全年經費 82 百萬元。
- (2)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及落實成效評估。

#### 4. 中醫癌症患者加強照護整合方案：

- (1)全年經費 432.5 百萬元。
- (2)執行目標(暫列)：服務癌症加強照護整合中醫病人目標：≥5%。

預期效益之評估指標(暫列)：癌症病患經治療後，功能性評估一般性量表(FACT-G)與生活品質評估量表(ECOG)有改善。

- (3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- 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其中「癌症患者中醫門診加強照護計畫」，新增三項適應症：卵巢癌、鼻咽癌及膀胱癌。

#### 5. 中醫急症處置：

- (1)全年經費 20.8 百萬元。
- (2)執行目標(暫列)：執行院所 10 家以上。

預期效益之評估指標(暫列)：急診病人經中醫治療後，視覺類比量表(VAS)有改善。

- (3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同中醫門診總額相關團體加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及落實成效評估(如急診停留天數)。
- ②積極檢討計畫執行情形、執行成效及加強推動區域平衡，並進行客觀成效評估，若計畫效益不

佳，建議規劃退場機制。

## 6. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：

(1)全年經費 180.8 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及一般服務涵蓋之費用，請回歸一般服務支應。

## 7. 照護機構中醫醫療照護方案：

(1)全年經費 10.8 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：

①115 年服務 200 家照護機構。

②服務人次 80,000 人次，服務總天數 6,000 天。

預期效益之評估指標(暫列)：照護機構住民外出就診中醫次數較前一年減少。

(3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，檢討計畫照護成效，研議減少住民外出就診中醫之策略，以提升資源使用效率。

## 8. 中醫三高病人加強照護計畫(115 年新增項目)：

(1)全年經費 53 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：參與個案 3 萬人。

預期效益之評估指標(暫列)：個人健康資料上傳及生活習慣自評 60% 收案個案完成。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同中醫門診總額相關團體，訂定具體實施計畫(含適應症、適用對象、醫療服務內容、支付方式)，於 115 年度總額公告後，將實施方案提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。

②本計畫以 3 年為檢討期限(115~117 年)，請會同中醫門診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3年(117年7月)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

#### 9.品質保證保留款：

- (1)全年經費 31 百萬元。
- (2)本項專款額度(31 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(22.8 百萬元)，合併運用(計約 53.8 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，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。

**附表 115 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表**

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
<b>一般服務</b>			
醫療服務成本及人口 因素成長率	3.652%	1,214.2	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。
投保人口預估成長率	0.320%		
人口結構改變率	0.824%		
醫療服務成本指數 改變率	2.497%		
協商因素成長率	1.326%	441.2	請於 115 年 7 月前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 116 年度總額協商考量。
鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	1. 友善醫事人員環境 - 提升中醫護理照護品質 (115 年新增項目)	1.128%	<p>1. <u>執行目標(暫列):聘有護理師/護士之中醫健保特約院所，有申報本項加計且有調升護理師/護士薪資占率達 40%。</u>  <u>預期效益之評估指標(暫列):聘有護理師/護士並有申報本項加計之中醫健保特約院所的病患衛教覆蓋率≥70%。</u></p> <p>2. <u>本項經費用於調整支付標準「看診時聘有護理人員跟診之門診診察費及針傷治療處置費」，以反映護理人員薪資，提升護理照護品質。</u></p> <p>3. <u>請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會研訂具體實施方案(包含執行方式、請領資格、調薪認定標準及稽核機制等)，並於 115 年 3 月前提出專案報告。</u></p>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
保險給付項目及支付標準之改變	2. 強化全人照護與慢性疾病管理 - 增加高度複雜性針灸、中度複雜性傷科適應症（腦中風後遺症 - 診斷碼 I69）(115 年新增項目)	0.152%	50.7	<p>1. <u>執行目標(暫列): 申報腦中風後遺症(診斷碼 I69)看診中醫病人，至少有 1 次「中高度複雜性針灸或傷科」之比例 &gt;20%。</u></p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列): 申報腦中風後遺症看診中醫病人一年內急診就醫率低於未看診中醫病人。</u></p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 將腦中風後遺症(診斷碼 I69)擴增納入「高度複雜性針灸」、「中度複雜性傷科」及前二者針傷合併治療之適應症。</p> <p>(2) 會同中醫門診總額相關團體，於 115 年度總額公告後 1 個月內完成支付標準修訂，並於 115 年 7 月前提報執行情形。</p> <p>(3) 於額度內妥為管理運用，並加強高度、中度複雜性針灸傷科及合併處置之療效評估與申報費用管理(如建立「黃金治療期」針傷照護流程及訂定未呈現療效之處理方式)。</p>
其他醫療服務利用及密集度之改變	3. 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	0.090%	30.0	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
其他議定項目	4.「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款(115年新增卵巢癌、鼻咽癌、膀胱癌)與一般服務重複費用扣減(115年新增項目)	-0.044%	-14.5	
	5.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理办法之扣款	-0.0003%	-0.1	1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2.於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。
一般服務 成長率 <sup>註1</sup>		增加金額 4.978%	1,655.4 34,901.6	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，請於 115 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 115 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
1.醫療資源不足地區改善方案	183.0	0.0	請中央健康保險署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。	
2.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	533.7	67.8	持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛中醫照護。	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
3. 中醫提升孕產照護品質計畫	82.0	0.0	請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及落實成效評估。
4. 中醫癌症患者加強照護整合方案	432.5	80.2	<p>1. <u>執行目標(暫列):服務癌症加強照護整合中醫病人目標：<math>\geq 5\%</math>。</u>  <u>預期效益之評估指標(暫列):癌症病患經治療後，功能性評估一般性量表(FACT-G)與生活品質評估量表(ECOG)有改善。</u></p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(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」。</p> <p>(2)其中「癌症患者中醫門診加強照護計畫」，新增三項適應症：卵巢癌、鼻咽癌及膀胱癌。</p>
5. 中醫急症處置	20.8	10.8	<p>1. <u>執行目標(暫列):執行院所10家以上。</u>  <u>預期效益之評估指標(暫列):急診病人經中醫治療後，視覺類比量表(VAS)有改善。</u></p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同中醫門診總額相關團體加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及落實成效評估(如急診停留天數)。</p> <p>(2)積極檢討計畫執行情形、執行成效及加強推動區域</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			平衡，並進行客觀成效評估，若計畫效益不佳，建議規劃退場機制。
6. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	180.8	28.4	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及一般服務涵蓋之費用，請回歸一般服務支應。</p>
7. 照護機構中醫醫療照護方案	10.8	2.8	<p>1. <u>執行目標(暫列)</u>：</p> <p>(1) 115 年服務 200 家照護機構。</p> <p>(2) 服務人次 80,000 人次，服務總天數 6,000 天。</p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列)</u>：照護機構住民外出就診中醫次數較前一年減少。</p> <p>2. 請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，檢討計畫照護成效，研議減少住民外出就診中醫之策略，以提升資源使用效率。</p>
8. 中醫三高病人加強照護計畫 (115 年新增項目)	53.0	53.0	<p>1. <u>執行目標(暫列)</u>：參與個案 3 萬人。</p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列)</u>：個人健康資料上傳及生活習慣自評 60% 收案個案完成。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 會同中醫門診總額相關團體，訂定具體實施計畫(含適應症、適用對象、醫療服務內容、支付方式)，於 115 年度總額公告後，將實施方案提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。</p> <p>(2) 本計畫以 3 年為檢討期限</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			(115~117年)，請會同中醫門診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3年(117年7月)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
9.品質保證保留款	31.0	1.2	1.本項專款額度(31 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(22.8 百萬元)，合併運用(計約 53.8 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，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。
專款金額	1,527.6	244.2	
較基期成長率 (一般服務 + 專 款) <sup>#2</sup>	增加金額  總金額	5.500%	1,899.6  36,429.2

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為33,246.6百萬元(含114年一般服務預算32,908.6百萬元，及校正前2年度(113年)投保人口預估成長率與實際之差值金額337.2百萬元、加回前1年度(114年)健保總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款核定金額0.8百萬元)。  
 2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為34,530.0百萬元，其中一般服務預算為33,246.6百萬元，專款為1,283.4百萬元。  
 3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

## 115 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

115 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 114 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+115 年度一般服務成長率)+115 年度專款項目經費

註：校正後 114 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 114.9.3 衛部保字第 1140137541 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(114 年)牙醫門診一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前 1 年度(114 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

### 二、總額協商結論：

(一)一般服務成長率為 2.468%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.471%，協商因素成長率-0.003%。

(二)專款項目全年經費為 6,456.1 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，115 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

### 三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 115 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 116 年度總額協商考量。

#### (一)一般服務(上限制)：

違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.003%，減少 1.5 百萬元)：

於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。

(二)專款項目：全年經費為 6,456.1 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，應於 115 年度總額公告後 1 個月內完成。

### 1. 醫療資源不足地區改善方案：

- (1)全年經費 323.8 百萬元。
- (2)持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
- (3)請中央健康保險署檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略。

### 2. 牙醫特殊醫療服務計畫：

- (1)全年經費 955.9 百萬元。
- (2)持續辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者、老人與身心障礙安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。
- (3)請中央健康保險署辦理下列事項：
  - ①檢討醫療團論次費用及居家牙醫醫療服務相關支付標準，加強醫療服務量能。
  - ②持續監測本計畫適用對象(包含：不同障礙別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性。

### 3. 青少年口腔提升照護試辦計畫：

- (1)全年經費 240 百萬元。
- (2)執行目標(暫列)：照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」、「青少年齲齒氟化物治療(P7102C)」合計 619,000 服務人次為執行目標。  
預期效益之評估指標(暫列)：

- ①提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於該

年齡層 108 年牙醫就醫率。

②執行 P7102C 後 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均齲齒填補顆數增加率減緩。

(3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動及提升青少年就醫率，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。

#### 4.超音波根管沖洗計畫：

(1)全年經費 144.8 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，提出能即時反映計畫成效之指標，以評估照護成效，並於 115 年提出是否納入一般服務之評估結果。

#### 5.高風險疾病口腔照護計畫：

(1)全年經費 4,255.8 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：

①115 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 225 萬人次、照護人數不低於 99 萬人。

②115 年「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於 270 萬人次、照護人數不低於 143 萬人。

預期效益之評估指標(暫列)：

①國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。

②自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。

③65 歲以上接受照護病人 3 年後(116 年執行完，自 117 年起)，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。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①在額度內妥為管理運用，並會同牙醫門診總額相關團體，持續檢討高風險疾病病人牙結石清除各類適用對象醫療利用情形及評估執行效益，並加強執行管理與費用管控，以提升資源有效運用。具體執行情形及檢討結果，請於 115 年 4 月前提出專案報告。
- ②專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及一般服務涵蓋部分之費用，請回歸一般服務支應。
- ③本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 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 4 年(115 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。

6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫：

(1)全年經費 424.4 百萬元。  
(2)執行目標(暫列)：執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率達 6 成。

預期效益之評估指標(暫列)：

- ①降低使用抗凝血劑病人牙科處置後 24 小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率。
- ②減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，頸骨壞死之風險。
- ③服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同牙醫門診總額相關團體，訂定「預期效益之評估指標」之監測值，以利評估成效，並於 115 年 7 月前提報全民健康保險會。
- ②本計畫以 3 年為檢討期限(113~115 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(115 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。

#### 7. 非齒源性口腔疼痛處置：

- (1)全年經費 14.4 百萬元。
- (2)本計畫以 3 年為檢討期限(114~116 年)，請中央健康保險署會同牙醫門診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 3 年(116 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。

#### 8. 品質保證保留款：

- (1)全年經費 97 百萬元。
- (2)本項專款額度(97 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品保款之額度(116.4 百萬元)，合併運用(計 213.4 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，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。

**附表 115 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表**

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項	
<b>一般服務</b>				
醫療服務成本及人口 因素成長率	2.471%	1,251.9	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。	
投保人口預估成長率	0.320%			
人口結構改變率	0.251%			
醫療服務成本指數 改變率	1.893%			
協商因素成長率	-0.003%	-1.5	請於 115 年 7 月前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 116 年度總額協商考量。	
其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.003%	-1.5	於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。
一般服務 成長率 <sup>註1</sup>	增加金額 總金額	2.468% 1,250.4 51,912.4		
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>			各專款項目之具體實施方案，應於 115 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 115 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。	
1. 醫療資源不足地區 改善方案	323.8	0.0	1. 持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。 2. 請中央健康保險署檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略。	
2. 牙醫特殊醫療服務 計畫	955.9	150.0	1. 持續辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者、老人與身心障礙安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。 2. 請中央健康保險署辦理下列	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			<p>事項：</p> <p>(1)檢討醫療團論次費用及居家牙醫醫療服務相關支付標準，加強醫療服務量能。</p> <p>(2)持續監測本計畫適用對象(包含：不同障礙別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性。</p>
3.青少年口腔提升照護試辦計畫	240.0	68.5	<p>1.執行目標(暫列)：照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」、「青少年齲齒氟化物治療(P7102C)」合計 619,000 服務人次為執行目標。</p> <p>預期效益之評估指標(暫列)：</p> <p>(1)提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於該年齡層 108 年牙醫就醫率。</p> <p>(2)執行 P7102C 後 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均齲齒填補顆數增加率減緩。</p> <p>2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動及提升青少年就醫率，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。</p>
4.超音波根管沖洗計畫	144.8	0.0	請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，提出能即時反映計畫成效之指標，以評估照護成效，並於 115 年提出是否納入一般服務之評估結果。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
5.高風險疾病口腔照 護計畫	4,255.8	1,455.8	<p>1.執行目標(暫列)：</p> <p>(1)115年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達225萬人次、照護人數不低於99萬人。</p> <p>(2)115年「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於270萬人次、照護人數不低於143萬人。</p> <p>預期效益之評估指標(暫列)：</p> <p>(1)國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。</p> <p>(2)自113年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。</p> <p>(3)65歲以上接受照護病人3年後(116年執行完，自117年起)，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。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)在額度內妥為管理運用，並會同牙醫門診總額相關團體，持續檢討高風險疾病病人牙結石清除各類適用對象醫療利用情形及評估執行效益，並加強執行管理與費用管控，以提升資源有效運用。具體執行情形及檢討結果，請於115年4月前提出專案報告。</p> <p>(2)專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			<p>及一般服務涵蓋部分之費用，請回歸一般服務支應。</p> <p>(3)本計畫以 4 年為檢討期限 (112~115 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 4 年(115 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>
6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫	424.4	117.3	<p>1.執行目標(暫列):執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率達 6 成。</p> <p>預期效益之評估指標(暫列):</p> <p>(1)降低使用抗凝血劑病人牙科處置後 24 小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率。</p> <p>(2)減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，頸骨壞死之風險。</p> <p>(3)服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同牙醫門診總額相關團體，訂定「預期效益之評估指標」之監測值，以利評估成效，並於 115 年 7 月前提報全民健康保險會。</p> <p>(2)本計畫以 3 年為檢討期限 (113~115 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(115 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			評估指標及檢討結果。
7.非齒源性口腔疼痛 處置	14.4	0.0	本計畫以3年為檢討期限 (114~116年)，請中央健康保險署會同牙醫門診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3年(116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。
8.品質保證保留款	97.0	1.2	1.本項專款額度(97.0百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原106年品保款之額度(116.4百萬元)，合併運用(計213.4百萬元)。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，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。
專款金額	6,456.1	1,792.8	
較基期成長率 (一般服務+專 款) <sup>註2</sup>	增加金額  總金額	5.500%  58,368.5	3,043.2

註:1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為50,662.0百萬元(含114年一般服務預算50,129.8百萬元，及校正前2年度(113年)投保人口預估成長率與實際之差值金額527.6百萬元、加回前1年度(114年)健保總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款核定金額4.7百萬元)。  
 2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為55,325.3百萬元，其中一般服務預算為50,662.0百萬元，專款為4,663.3百萬元。  
 3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

## 115 年度全民健康保險其他預算及其分配

### 一、總額協商結論：

(一)115 年度其他預算增加 1,148.5 百萬元，預算總額度為 22,032.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如附表。

(二)請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

- 1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案，於 115 年度總額公告後 1 個月內完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。
- 2.請於 115 年 7 月前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 116 年度總額協商考量。

### 二、預算分配相關事項：

(一)基層總額轉診型態調整費用：

- 1.全年經費 600 百萬元。
- 2.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)加強各層級醫療院所之資訊整合及交流，並建立引導院所適當轉診及轉診病人追蹤機制，提升病人醫療連續性與照護效率。
- (2)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。
- (3)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 115 年 7 月前提報執行情形及

前1年成效評估檢討報告。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

1.全年經費 1,695.2 百萬元。

2.執行目標(暫列)：

(1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度維持 95%以上。

(2)全人整合照護方案 35~64 歲民眾結核病主動篩檢率 >=55%。

(3)全人整合照護方案鄉內就醫之初級照護率。

預期效益之評估指標(暫列)：

(1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。

(2)全人整合照護方案 35~64 歲民眾結核病主動篩檢率。

(3)全人整合照護方案鄉內就醫之初級照護率。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(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，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。

(2)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。

(三)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：

1.全年經費 9,876 百萬元。

2.本項醫療點數以每點 1 元支付，經費如有不足，由「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」項目支應。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續精進居家醫療照護模式與照護成效之評估指標

(如納入病人健康結果、家屬滿意度等成果指標)，提升照護品質。

(2)「在宅急症照護試辦計畫」：

①加強計畫推動，研議放寬適應症，並持續監測病人安全、治療品質及成效，滾動檢討計畫內容，提升院所參與意願。

②本計畫以 4 年(113~116 年)為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 4 年(116 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。

(四)支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費：

1.全年經費 300 百萬元。

2.本項用於狂犬病治療藥費，及支應醫院、西醫基層總額及其他預算下列專款項目不足之經費，包括：

(1)C 型肝炎藥費

(2)罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材

(3)後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費

(4)器官移植

(5)精神科長效針劑藥費

(6)矯正機關服務

(7)居家醫療(含居家醫療照護、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)

(五)推動促進醫療體系整合計畫：

1.全年經費 620 百萬元。

2.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療給付計畫」。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)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。
- (2)擴大推動「急性後期整合照護計畫」及「遠距醫療給付計畫」，並滾動檢討計畫內容，以因應人口老化及醫療不足地區之醫療需求。

(六)調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費：

- 1.全年經費 1,000 百萬元。
- 2.經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。

(七)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

- 1.全年經費 2,100 百萬元。
- 2.本項除門診透析服務點數維持以醫院及西醫基層門診透析合併獨立預算之前一季點值支付外，餘醫療服務項目(含承作獎勵金、門診診察費加成、門診藥事服務費加成及論次費用)，以每點 1 元支付。經費如有不足，由「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」支應。
- 3.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形之合理性及健康改善成效，並加強執行面管理。

(八)腎臟病照護及病人衛教計畫：

- 1.全年經費 500 百萬元。
- 2.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫，並於額度內妥為管理運用。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
  - (1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如

逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以延緩病人進入透析之照護。

- (2)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。
- (3)為鼓勵院所積極提升照顧品質，請適度調整「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」預算額度，並檢討核發獎勵款之條件，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本獎勵計畫之目的。

**(九)提升用藥品質之藥事照護計畫：**

- 1.全年經費 30 百萬元。
- 2.請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加強推動計畫，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。

**(十)促進醫療服務診療項目支付衡平：**

- 1.全年經費 5,311 百萬元。
- 2.請中央健康保險署辦理下列事項：
  - (1)本項經費用於通盤檢討、修訂支付標準及提升假日醫療服務可近性，並得支應醫院及西醫基層總額同項專款及「0~6 歲兒童醫療量能保障」項目之不足款。
  - (2)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入所屬部門總額一般服務費用結算。
  - (3)併同醫院及西醫基層總額同項專款，將具體實施方式及執行情形，於 115 年 7 月前提出專案報告。

**附表 115 年度其他預算協定項目表**

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
其他預算(全年計畫經費)			<p>1. 屬計畫型項目，應提出具體實施方案，於115年度總額核定後1個月內完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。</p> <p>2. 請於115年7月前提報執行情形，延續性項目應包含前1年成效評估檢討報告；實施成效納入116年度總額協商考量。</p>
1. 基層總額轉診型態調整費用	600.0	-200.0	<p>1. 優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 加強各層級醫療院所之資訊整合及交流，並建立引導院所適當轉診及轉診病人追蹤機制，提升病人醫療連續性與照護效率。</p> <p>(2) 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>(3) 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115年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。</p>
2. 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	1,695.2	338.6	<p>1. <u>執行目標(暫列)：</u></p> <p>(1) <u>山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度維持95%以上。</u></p> <p>(2) <u>全人整合照護方案35~64歲民眾結核病主動篩檢率&gt;=55%。</u></p> <p>(3) <u>全人整合照護方案鄉內就醫之初級照護率。</u></p> <p>預期效益之評估指標(暫列)：</p> <p>(1) <u>山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。</u></p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>(2)全人整合照護方案35~64歲民眾結核病主動篩檢率。</p> <p>(3)全人整合照護方案鄉內就醫之初級照護率。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</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，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> <p>(2)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.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	9,876.0	498.0	<p>1.本項醫療點數以每點1元支付，經費如有不足，由「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)持續精進居家醫療照護模式與照護成效之評估指標(如納入病人健康結果、家屬滿意度等成果指標)，提升照護品質。</p> <p>(2)「在宅急症照護試辦計畫」：</p> <p>①加強計畫推動，研議放寬適應症，並持續監測病人安全、治療品質及成效，滾動檢討計畫內容，提升院所參與意願。</p> <p>②本計畫以4年(113~116年)為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第4年(116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>
4.支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費	300.0	85.0	<p>本項用於狂犬病治療藥費，及支應醫院、西醫基層總額及其他預算下列專款項目不足之經費，包括：</p> <p>1.C型肝炎藥費</p> <p>2.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材</p> <p>3.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費</p> <p>4.器官移植</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			5.精神科長效針劑藥費 6.矯正機關服務 7.居家醫療(含居家醫療照護、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)
5.推動促進醫療體系整合計畫	620.0	100.0	1.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」，及「遠距醫療給付計畫」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)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。 (2)擴大推動「急性後期整合照護計畫」及「遠距醫療給付計畫」，並滾動檢討計畫內容，以因應人口老化及醫療不足地區之醫療需求。
6.調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	1,000.0	-1,000.0	經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。
7.提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	2,100.0	171.9	1.本項除門診透析服務點數維持以醫院及西醫基層部門透析合併獨立預算之前一季點值支付外，餘醫療服務項目(含承作獎勵金、門診診察費加成、門診藥事服務費加成及論次費用)，以每點1元支付。經費如有不足，由「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」支應。 2.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形之合理性及健康改善成效，並加強執行面管理。
8.腎臟病照護及病人衛教計畫	500.0	0.0	1.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫，並於額度內妥為管理運用。 2.請中央健康保險署辦理下列事項：

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(3)為鼓勵院所積極提升照顧品質，請適度調整「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」預算額度，並檢討核發獎勵款之條件，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本獎勵計畫之目的。</p>
9.提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加強推動計畫，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。
10.促進醫療服務診療項目支付衡平	5,311.0	1,155.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.本項經費用於通盤檢討、修訂支付標準及提升假日醫療服務可近性，並得支應醫院及西醫基層總額同項專款及「0~6歲兒童醫療量能保障」項目之不足款。</li> <li>2.本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入所屬部門總額一般服務費用結算。</li> <li>3.併同醫院及西醫基層總額同項專款，將具體實施方式及執行情形，於115年7月前提出專案報告。</li> </ol>
總 計	22,032.2	1,148.5	

第7屆114年第7次委員會議  
與會人員發言實錄



## 壹、「主席致詞」、「議程確認」、「確認上次(第 6 次)委員會議紀錄」與 會人員發言實錄

**周執行秘書淑婉：**報告主委、各位委員，現在委員人數已經達到法定出席人數，會議可以正式開始了，首先請主席致詞。

**周主任委員麗芳：**線上、現場所有的健保會委員，以及陳亮好署長、張禹斌主任秘書、來自健保署的堅強的團隊，還有健保會周淑婉執秘帶領的鋼鐵團隊，社保司陳真慧代理司長，大家好。這次會議也一樣要介紹一下新的成員，雖然在協商那天已經介紹過，但是今天的場景不一樣，是正式的委員會議。

首先要介紹的是健保署新任署長陳亮好署長，我們歡迎她，我跟她是拉近距離了，因為原先我們中間還隔 1 位石署長，但是石署長現在已經高升為部長，所以副署長現在高升為署長之後，我們兩個就坐在一起併肩作戰，非常歡迎您。

接下來要介紹的是西醫基層代表，也是中華民國醫師公會全聯會陳相國理事長，陳理事長星期天剛上任不到 1 個星期，也非常感謝他，因為一上任馬上就承擔重任，這也讓我們見證無縫接軌，在這裡當然也要感謝周慶明理事長過去對健保會、還有整個醫界的貢獻，所以首先歡迎新加入的成員。

其次就是要感謝大家，因為我們這次總額協商達成了健保有史以來的紀錄，這個紀錄是大家共同締造的紀錄，健保會成立 12 年以來，第 1 次所有的總額部門，不管是醫院、西醫基層、牙醫、中醫，甚至其他預算，都能達成行政院核定總額成長率上限共識。能夠達成共識，我覺得是所有健保會委員的努力，特別是今天很多的付費者代表委員在線上，在這邊要跟大家致上最大的謝意，是因為大家可以理解我們這屆的健保會委員在協商時做了很大的忍讓，這個忍讓主要是希望前邱泰源部長跟行政院大力爭取，115 年度總額預算獲得行政院支持成長率上限為 5.5%，我們希望把爭取到的預算、資源，在全體健保會委員、最主要是付費者代表的支持下，能給予台灣的醫療體系更豐沛的資源；這些豐沛資源的背後當然我們是有期

許的，大家都知道權責相符，我們給了醫療體系、醫療服務提供者這麼豐沛的資源，我們希望看到的是什麼？在明年評核要檢視的是什麼？就是希望看到台灣有更好的醫療品質，希望落實健康台灣，希望我們的民眾能被照顧好，能夠活得長壽、活得健康、活得快樂。特別是希望透過這樣的預算，能夠協助醫療院所改善現在面臨的重大課題，包括：醫護人員的流失、急重難罕相關科別的營運困難、協助兒童診療。我們希望這樣子的一個預算，能夠呼籲全體醫療界、所有的醫療部門，務必秉持以病人為優先的心情，把每一分的總額預算花在刀口上，都能夠做最好的挹注，這是我們對於這次總額協商的期許。

當然，我們也知道，新任的陳亮紓署長上任後，我們也期許健保所有的執行項目，不管是舊執行項目的滾動檢討，或是新增項目需跟健保署及總額部門協商執行方式，我們希望 115 年度項目的執行方式能夠儘速定案，能夠在明年 1 月 1 日開始，讓所有這些項目盡可能地上路，希望保護民眾的初衷，不要有任何時程上的延宕，這是所有健保會委員的期許。

在此先借大家的雙手，給所有健保會委員一個掌聲，特別是我們這次勞苦功高，多次進出會議室協商，最後相忍為國的所有付費者代表，給大家一個最大的掌聲好不好！

我在這邊也借一點時間特別感謝幾位主談人，他們很不容易，包含林恩豪委員、楊芸蘋委員、林敏華委員、鄭力嘉委員、蔡順雄委員、陳節如委員這幾位主談人，當然還有協談人跟所有付費者代表，今天我們締造了健保有史以來創紀錄的一刻，這個歷史的軌跡是我們一起走出來的，我們會牢牢记得對所有醫療部門的期許，我們一定也會秉持這樣的初衷，好好地把關、監督，在明年評核的時候，我們希望所有的總額部門把照顧病人的決心展現出來，幾位今天來到現場及線上的代表，回答一下，大聲一點允諾，好不好？

李委員飛鵬：好，一定做到。

周主任委員麗芳：李飛鵬理事長做到，詹永兆理事長也做到，雖然詹

永兆理事長年底要改選了，但這是無縫接軌，不管誰當理事長都要把這樣的承諾做好。

第 2 件事情要跟大家分享的，是因為我接任健保會主委之後，知道健保的預算再怎麼透過這個大餅分配還是不夠，縱使明年度成長率已經來到 5.5%、共 9,883 億元，外加公務預算可能都突破兆元，但是還是不夠，在這情形下怎麼辦呢？還是要爭取大餅，所以我們也非常感謝社保司提出的方案，透過國衛院籌組了一個專家團隊，我非常感謝有機會參與這團隊，也是召集人之一。這個團隊最重要的召集人，就是現在主責健康台灣推動委員會的召集人陳志鴻國策顧問，這個團隊在做什麼呢？就是研議在面對整個氣候變遷下，我們是否有可能去爭取國家的環境稅或者是規費來做為健保之用？最近我們正式召集了跨部會會議，然後也跟環境部做近距離的溝通、協商，得出了幾點共識。

第 1 個，有關於現在的空污費，空污費要挹注健保的部分是可行的，也就是我們會建請衛福部相關司署能夠提出專案，跟環境部申請動支空污基金，協助做相關的疾病管理、還有相關疾病的追蹤，這是一個很大的突破。也就是我們要善用空污基金，是可以提出專案的。

第 2 個，也獲得環境部的支持，明年度馬上要開徵碳費了，今年已經在做碳盤查，明年針對排碳大戶收的碳費，預估金額大概在 150 億元上下。我們也爭取到能用碳費挹注所有相關的主管機關，特別是衛福部，由衛福部爭取預算協助醫療院所進行減碳，進行淨零排放，也就是不只是醫院，甚至是所有的基層診所，相關醫療院所都可以善用這樣的經費，這部分也獲得環境部的支持。所以現階段也建請衛福部相關司署能夠開始研提前期計畫，前期計畫研擬好了，等明年 5 月碳費收進來後，我們就可以向溫室氣體管理基金爭取動支碳費，來支應所有醫療院所的減碳費用。甚至醫療院所在減碳過程需要相關人員編制，我們希望都能夠爭取，如果這塊預算能爭取到環境部相關基金支應，我們就有更大餘裕支應健保支出。

另外還有一塊很重要的預算，就是國發會現在也有一個大型計畫，叫做「國家總體減碳旗艦計畫」，這個計畫中主要六大部門的部會，提出了 20 個旗艦計畫，行政院初步也支持大約 2,300 億元的預算。我們也建請衛福部在新任石部長的帶領下，整合所有衛福部下面的醫療院所提出減碳旗艦計畫，依據碳排放的比例，大概是全國的 4.4%，如果以 5% 去估算的話，能夠再提一個 100 億元的預算、甚至是 200 億元的預算，來支持各醫療院所做節能減碳，相信對醫療部門而言，這就是一個及時雨，是一個很大的額外的經費挹注。所以在這邊先跟大家報告一下，我們大家的心情是相同的，把餅做大，第二個就是把餅分好，所以我們現在正在做的事情，就是把總額的餅分好，對外爭取的部分，很感謝部長、陳志鴻老師的帶領，還有署長跟我們並肩作戰，當然還有社保司，陳真慧代理司長，我們團結一致爭取更多的大餅，謝謝，今天的會議開始。

#### 同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主委、各位委員，大家早安。石部長本來會議一開始就要來向委員致意，但是因為花蓮光復鄉的災情，他現在還在處理一些事情，晚一點才會過來跟大家致意。

今天的議程安排都是按照年度工作計畫排定，有討論事項一案，是確認 9 月 24 日星期三 115 年度總額協商的結論初稿；報告事項兩案的部分，第一案是有關 114 年度各部門總額依核(決)定事項須提會報告事項，這已經是第四次續提案，這案提完之後大概就結束了；第二案是健保署的例行業務報告，這次不做口頭報告。

另外提醒委員，今天因為有實體跟視訊會議同時進行，所以我們發言的順序，建議優先由現場的委員發言之後，再請視訊的委員舉手發言。今天實體有 13 位委員、視訊有 22 位委員，請假有 4 位委員，以上是議程部分。

周主任委員麗芳：謝謝說明，我們繼續進行議程。

#### 同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳：首先，先就議程部分做確認，委員沒有其他意見的

話，議程確認。現在進行會議紀錄確認，因為會議紀錄已經送請委員做審閱，不知道委員有沒有要提出垂詢的地方？如果沒有的話，會議紀錄確認，接著進行下一案。

## 貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄 同仁宣讀

周執行秘書淑婉：主委、各位委員，簡單說明本會重要業務報告項次一的部分，我們在 9 月 3 日收到衛福部交議行政院核定的 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案，立即轉知委員，雖然已經在星期三完成總額協商，但是還是跟委員報告一下處理過程。

項次二的部分，是跟委員說明本年第 5 次委員會議兩項決定事項的後續辦理情形，(一)是我們已經在 8 月 4 日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的臨時提案決定內容函請衛福部參考，健保署也在 8 月 21 日函復本會，他們會視前開地區醫療院所 114 年 7 月申報情形，評估是否符合動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」的條件，如果符合的話，會依照程序提到本會討論，資料在附錄的第 37 頁，請委員參閱。(二)是我們在 8 月 4 日也把本會委員對 114 年度中醫門診醫療給付費用總額有關「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」的預算扣減方式建議案，函請衛福部做參考。衛福部也在今年 9 月 2 日函請健保署依照本會 114 年第 5 次委員會議的決定辦理，並副知本會，相關公文請參閱會議資料第 38 頁。

項次三是跟委員報告，為落實健保法規定，發揮本會民意溝通平台的角色，我們今年度委託臺北市立大學，以「慢性腎臟病醫療照護政策評估」為議題，辦理 3 場公民會議，共有 104 人參加，相關共識意見摘要在會議資料第 39~41 頁，也請委員參閱。

項次四是衛福部跟健保署在本年 8~9 月，發布跟副知本會相關資料的摘要，詳細的資料已經分別在 9 月 18 日、25 日寄到各位委員的電子信箱，內容摘要請委員參閱。

其中有 1 項比較特別的是 9 月 25 日寄給委員的 1 份資料，已經列在今天會議的補充資料，裡面提到全民健康保險法施行細則第 45 條跟 73 條修正草案，修正的第 45 條條文是把非屬本法規定補助的健保費排除計入政府負擔的健保總經費，這對健保財務會有正面的

影響，這也是上屆委員一直關心的議題，法制化是最後臨門一腳了，現在是預告修正草案，如果委員有意見也可以提出來，以上是我的說明，謝謝。

**周主任委員麗芳：**好，非常感謝周淑婉執行秘書的說明，特別是在最後提到，我們也非常感謝石崇良部長、健保署陳亮妤署長，現在逐步把非健保相關的業務移出總額，由公務預算來支應，讓我們的健保能夠回歸到健保的事項，讓經費能夠更加充裕。

有關於剛剛的業務報告部分，委員有沒有要垂詢的地方？如果沒有的話，本會重要業務報告洽悉，接著進行討論事項。

## 參、討論事項「115 年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案」與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

周主任委員麗芳：請說明。

陳組長燕鈴：向委員報告有關 115 年度總額，昨天已經完成了協商，本案是將協商結論草案提請大家討論跟確認。衛福部交議 115 年度總額範圍的成長率是 2.942% 到 5.5%，本會完成協商，總金額達到高推估的成长率 5.5%，115 年度總額的總金額是 9,883 億元。

請看到會議資料第 26 頁，是前天協商結果，昨天同仁已經將協商結論整理成書面資料並寄給委員，也就是補充資料附件一到附件五，等一下會依前天協商的順序，醫院、西醫基層、中醫、牙醫及其他預算，逐步確認文字跟成長率。

根據協商原則及程序，今天委員會議要確認協商結論草案，有幾個重要的事項，首先要確認四部門跟其他預算的成长率、金額，還有協定事項，依照協商程序，今天如果要做一些修正的話，只能在不違反原來協商意旨的前提下，酌予調整修正文字，但是相關的數字、實質的內容是不能更動的。

另一個是對於新增的項目，或是預算金額增加較多的項目，都會請各部門去訂定「執行目標」跟「預期效益之評估指標」，後續在評核的時候，才能知道預算執行的效益。因為前天協商結果，部分項目的金額有更動，已經請四部門跟健保署依金額去調整執行目標跟預期效益之評估指標，列在補充資料的附件中有劃線的地方。今天要請委員就他們提出的 KPI 提供一些修正建議，委員給的這些建議，後續健保署將會同各部門做一些修正，在下次 10 月份委員會議(114.10.22)確認，之後再報請衛福部核定。

還有地區預算的分配，將在 10、11 月份的委員會議會討論(114.10.22、114.11.19)，目前醫院部門已經將地區預算的建議方案送會了，其他部門請在 10 月 7 日前提送，沒有提送的話，因為時間關係幕僚會直接掣案，11 月份委員會議要提案，而且要完成協定。

擬辦的部分，就是今天要確認補充資料附件一到附件五各部門的協商結果，還有 KPI 的部分，如果有建議的話請提出來，給健保署跟總額部門參考，以上說明。

**周主任委員麗芳**：好，我們接下來就從附件一開始，每個總額部門逐一來做確認，同仁帶一下，現在看附件一的哪個地方。

**陳組長燕鈴**：第 1 個是醫院醫療給付總額跟分配。

**周主任委員麗芳**：請說明一下頁數。

**陳組長燕鈴**：為了方便起見，我想大家可以先看我們整理的表格，補充資料最下面有個頁碼，第醫院-13 頁，表格比較容易看，相關文字全都在裡面。

醫院總額的部分，這是我們整理的金額跟協定事項，有需要委員給 KPI 提供意見的，總共有 4 個項目。第醫院-16 頁，項次 13，「0~6 歲兒童醫療量能保障」，有本項的執行目標及預期效益之評估指標；在第醫院-20 頁，項次 19，有關於抗微生物製劑部分，因為這項目的金額增加幅度比較大，所以也訂了新的執行目標跟預期效益之評估指標；另外在第醫院-21 頁，項次 20，今年醫院、基層及其他預算都有新增「促進醫療診療項目衡平」項目，並訂定執行目標跟預期效益之評估指標，請看到第醫院-22 頁，有關執行的檢討期限，醫院部門訂出來的期限是 1 年，但是西醫基層部門是訂 5 年，所以 10 月份委員會議時，要請兩個部門再討論出共識及修正；還有項次 21，「住院護理費用」，也是新增預算較多的項目，需提出執行目標跟預期效益之評估指標，請先確認數字跟協定事項有沒有問題，然後再請委員對於這些 KPI 提出建議，以上說明。

**周主任委員麗芳**：好，針對這些內容我們的進行程序，首先，我先請醫院部門李飛鵬委員，就你們現在所提出的資料，跟呈現在委員桌上的資料，請做一個確認。

其次，請健保署針對醫院部門所提出來的，特別是剛才所說的執行目標、預期效益之評估指標等，提出健保署的專業看法。再請我們委員也針對這部分提出看法，三方聚焦之後我們就確認。請李飛

鵬委員。

李委員飛鵬：我想先請陳建宗委員，還有朱益宏委員跟吳鏘亮委員表達意見，我最後補充。

周主任委員麗芳：請陳建宗委員、吳鏘亮委員、朱益宏委員。

朱委員益宏：報告主席，我沒有特別的意見，關於這個項目，就是這些指標其實是我們在當天協商完了以後，醫院協會秘書處有跟健保署稍微瞭解一下，因為這裡面有些項目都是依照健保署的規劃來編列的，所以預期的指標我們也……，我知道秘書處在協商完以後有跟健保署做相關的討論，才訂出這個項目，以上補充，謝謝。

周主任委員麗芳：好，李飛鵬委員。

李委員飛鵬：醫院三層級委員都確認，我們就確認。

周主任委員麗芳：好，接下來我們請健保署補充說明。

劉組長林義：首先是有關「0~6 歲的兒童醫療量能保障」，那塊的執行目標這邊寫說「確保 0~6 歲兒童就醫權益的維護，保障其醫療費用採固定點值」，其實我們框出來 0~6 歲兒童的醫療費用是因為他的生產數、人數其實是一直在下降，所以未來的點值有可能越來越高，這才是我們保障的目的，我們再跟醫院協會洽談，不是採固定點值，是用 0~6 歲的總費用除以他的總點值，所以點值可能還會更高。其他新增的項目，有關目標值的部分，請各位委員授權由健保署再跟醫院協會洽談，因為我們也需要跑一些數字之後再跟醫院協會討論，那指標部分是沒有問題，以上。

周主任委員麗芳：好，剛剛在報告的過程當中，陳燕鈴組長有指出 1 個小地方，就是醫院部門跟西醫基層不太一樣的地方，補充資料第醫院-22 頁的上方，「(5)本項以 1 年為檢討期限」，因為我們看整個醫院部門，螢幕請往上移，比方說請看到第醫院-20 頁，很多項目都是寫 5 年為檢討期限。那醫院這邊寫 1 年，如果對照西醫基層，我剛剛也檢視了一下，在第西醫基層-21 頁，西醫基層也是訂 5 年。若要跟西醫基層比較衡平一點的話，而且也對照醫院部門先前好多項目都寫 5 年為檢討期限，這項是不是能夠跟西醫基層一樣，這樣比較

衡平一點？是不是在醫院-22 頁這裡，也調整以 5 年為檢討期限，兩個部門拉齊會比較適合，請李飛鵬委員提出看法。

**李委員飛鵬：**請問朱益宏委員，有沒有什麼意見？

**朱委員益宏：**因為這一部分文字細節當初也沒特別注意，我想如果西醫基層是這樣，我們配合他們應該沒有太大問題，謝謝。

**周主任委員麗芳：**好，那這項我們就是兩邊拉齊，5 年為檢討期限，就是 115~119 年。

接下來就聽一下委員對於醫院部門整個協商結果，包括協定事項，是不是還有要提供他們做改進、參考的意見？請楊芸蘋委員、蔡順雄委員，然後再請線上的委員發言。

**楊委員芸蘋：**大家好，我也是對項次 20 有意見，為什麼西醫基層部門跟醫院部門會有不同的年份差別？應該要一致，而且內容也要確定是什麼、項目是什麼，讓我們付費者或所有委員都瞭解，否則不知道要怎麼執行，所以這項請務必要達成協議，你們的年份、執行、檢討的時間一定要一樣，讓我們早點知道，謝謝。

**周主任委員麗芳：**好，請蔡順雄委員。

**蔡委員順雄：**我的疑問跟請教，在補充資料第醫院-22 頁下面，就是大家這次討論很久、也很關注的，有關「住院護理費用」的調整跟增加，協定事項中以括號暫列的執行目標，裡面提到說「提升護理人員調薪人數比率達一定的比率」，這個剛剛劉林義組長講了，要授權給健保署，針對實際的狀況跟金額再跟醫院協調，執行上的技術性問題這當然一定會授權，我是建議調薪的人數比例不能偏低，如果只有 5%、3% 調薪，其他 95%、97% 沒有調薪，這樣無感。

**陳署長亮妤：**跟委員報告，目前草案是 50%。

**蔡委員順雄：**好，這樣我們就放心了，至少一定要普遍性地有感，不能比例偏低。另外，預期效益之評估指標這邊也是暫列，看起來是一般急性病床之護理人員薪資跟 113 年 12 月相較，這是 1 個評估指標，但下面的協定事項又講到「用於調升住院護理費用……」，請問其他急性一般病床以外的護理人員薪資就不在這個範圍內嗎？這樣

會不會醫院就只調急性病床的護理人員薪資，其他的護理人員就不去調整，會不會造成好像其他都不重要、慢性病床的護理人員薪資沒關係，反正你們沒有要調薪、沒有要評估，在取樣的量體跟群體上是不是不宜只限於急性病床？我怕這個……。

**陳署長亮好：**這邊補充說明，因為這個護理費，譬如說以基層診所來講就沒有這個支付項目，他們醫師的診察費全包了，包含護理師、檢驗師的費用，之後再進行拆分。而在醫院部分本來就有 1 個支付項目叫做護理費，所以這次是特別再編列到 45 億元，這是第 1 點。

第 2 點，一般病床有護理費，但我們跟醫院談的時候，事實上是希望全院的護理費調薪的比例，目前草案是到達 50%，所以並不是一般病房的護理師調薪比例 50%，而是以醫院整體去看，以上。

**周主任委員麗芳：**蔡順雄委員的提問告一段落了嗎？

**朱委員益宏：**主席，朱益宏是不是可以補充？

**周主任委員麗芳：**請線上朱益宏委員。

**朱委員益宏：**謝謝委員提醒，114 年度總額在其他預算有編 25 億元<sup>(註)</sup>，要求醫院調升護理人員薪資，不光是住院護理費而已，但這筆費用在 114 年主要是用來調升住院護理費，是不是因為 115 年將這筆費用移列到醫院總額，所以項目直接照列？我覺得 115 年調升範圍會擴大，建議修訂協定事項第 2 點的文字為「本項用於調升護理費用」，至於護理費要怎麼調升、怎麼調整支付標準或怎麼使用，健保署應該有相關規劃。

我建議給一些空間，不要只寫「本項用於調升住院護理費用」，這樣確實會有些困擾，很多地區醫院是以慢性病床為主，或是以門診病人為主，他們同樣需要有護理師照顧病人，健保署在 114 年並沒有給這些醫院任何護理費補助，卻同樣要求這些地區醫院要給護理人員加薪，我建議明年度要給予更大的彈性，謝謝委員提醒。

註：114 年度其他預算編列「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(41.56 億元)，用於通盤檢討及修訂特定診療支付標準，其中約 25 億元用於調整住院護理費，並於 115 年度移列 25 億元至醫院總額「住院護理費用」。

**周主任委員麗芳：**請楊芸蘋委員。

**楊委員芸蘋**：大家好。朱委員說要把「住院」2個字拿掉，是不是就跟原來協商的項目內容差很多，有住院、沒住院差太多了，這空間未免太大了點，需要仔細討論、再衡量，而且也不符合當初協商項目的內容，現在改變不太適合。

**周主任委員麗芳**：今天是針對「執行目標」跟「預期效益之評估指標」交換意見，就是有劃線的地方，委員的意見都會收集起來給健保署，因為劃線部分都是暫列，健保署要會同總額部門，並參採委員所提出來的意見，最後再做定案，10月份委員會議再提出來讓大家確認，委員有任何垂詢、關切或是疑慮請提出來，再請健保署跟總額部門好好釐清，訂出來指標。線上還有沒有委員要發言？

**朱委員益宏**：主席，朱益宏再補充。關於這項要請楊芸蘋委員或是其他付費者委員幫醫院多多考量，今年用25億元調升住院護理費，甚至衛福部對於夜班護理費還有公務預算補助，這些針對特定護理人員的補助在醫院產生相當大的困擾。當然受補助的護理人員都很高興，但醫院另一批沒受到補助的護理人員就有非常大的抱怨聲音，所以補助的衡平性是非常非常重要。雖然項目名稱叫「住院護理費」，我想是因為是從114年其他預算移列過來，當時是以住院護理費優先。部長也承諾連續4年、每年25億元的護理費補助，但部長的意思是不是這100億元全部都要放到住院護理費？我相信應該不是這樣的，這部分也請健保署幫忙說明一下你們的想法。如果全部的經費，包括未來115年，甚至116、117年，如果相關的經費全部都用在住院護理費的話，其他手術室、急診室、門診等的護理人員該怎麼辦呢？我覺得這會造成非常大的困擾，以上補充。

**周主任委員麗芳**：先請楊芸蘋委員，之後是陳秀熙委員、李飛鵬理事長，最後是蔡順雄委員。

**楊委員芸蘋**：朱委員講的我也能接受，可是協商就是協商，已經協議好的內容不應該隨意更改，歷年來都是這樣尊重協商結果。當然我非常贊成所有護理人員都能夠調薪，不足的部分健保署應該有其他想法，而不應該從這個項目勻支，這是我的建議，當然我也希望每

個護理人員都能確實把錢落入口袋，以上建議。

周主任委員麗芳：請陳秀熙委員。

陳委員秀熙：讓李飛鵬委員跟蔡順雄委員先講。

周主任委員麗芳：好，先請李飛鵬理事長。

李委員飛鵬：有關住院護理費用的協定事項，我建議大家折衷一下，改為「本項優先調升住院護理費用」。事實上整個醫院業務收入比例，住院反而比較少，但是住院是比較剛性的需求，現在執行上就有一些問題，需要護理人員照護的時候，像開刀房、急診等，如果護理人員跑掉了，以後要開刀就沒得開刀、住院也住不進來。朱益宏理事長講的也有部分道理，在執行時希望讓醫院可以更有彈性、可以協調，對整個醫院的運作、對病人的照顧，對於增加急性病床才是有幫助的。現在很多麻醉護士不足、開刀房都關起來，病人要住院、開刀都等在急診、門診。所以我建議是不是可以用「優先」調升，當然也要配合健保署的政策考量，給醫院一點彈性，我們可以跟健保署及護全會來討論，怎樣做比較周延，因為手心手背都是肉，期待是不是可以這樣改，以上。

周主任委員麗芳：李飛鵬理事長的建議是在調升的前面加 2 個字，改為「本項優先調升住院護理費用」，接下請蔡順雄委員，最後是陳秀熙委員。

蔡委員順雄：謝謝陳秀熙委員讓我先講，我簡短補充，既然叫協商結論，協商就是雙方意思表示合致，我們合致什麼？項目名稱不就是寫「住院護理費用」嗎？講一堆，要把住院拿掉，但協商半天就是在談住院護理費用，所以當時為什麼會新增這個項目？大家在討論過程中講得很清楚，就是因為開床率低啊！病人進不去，所以要讓開床率增加，要讓住院護理人員的薪資調到有感覺。

我完全不反對調升所有護理人員的薪資，老實講以他們的辛苦程度薪資都偏低，但這跟本次新增項目的目標關聯性不強，硬要把這筆經費用到別的地方，當時大家討論半天、講開床率高低，就變成毫無意義可言，項目名稱改成護理人員薪水偏低好了，還好吳永全

委員在場，基本工資要再調整了不是嗎？要調就跟著大家一起調。

我意思不是反對護理人員調薪，而是當時討論半天的過程很清楚，就是在講住院這件事情，所以我剛剛才會請教指標問題，看起來只有評核急性病床的護理人員薪資，慢性病床的護理人員薪資如果沒有被評核、沒有被關照到，會不會所有資源都只用於調整急性病床，慢性病床的並沒有調到，這樣我會覺得有點失去當時增加費用的目的，以上是我個人淺見。

**周主任委員麗芳：**請陳秀熙委員。

**陳委員秀熙：**我要提醒大家，在協商完之後，有些項目需要訂定 KPI，有 2 個很大的原則請大家要記住。第一，對於新增項目，我覺得就按照目前訂定的時限，給一點時間再進一步討論，畢竟是新增的項目；對於舊有的項目，則是要跟過去的評核意見扣合。另外，我同意大家討論的「住院護理費用」，還有剛剛健保署對「0~6 歲兒童醫療量能保障」的 KPI 建議也非常好，我們要做的是精準，點值不是越高越好，而是要精準。換句話說，希望醫院總額、西醫基層總額或其他部門，都要能遵循這 2 個原則。

第 2 個很重要的概念就是優先性，不管是朱益宏委員或李飛鵬委員，他們都已經有考量到優先性，蔡順雄委員也提到優先性。為什麼「0~6 歲兒童醫療量能保障」的 KPI 不用固定點值？因為人數可能變少，反而提高點值，這邊我用精準來取代優先性，精準代表資源要用在最重要的地方，為什麼「住院護理費用」要優先考量住院？因為現在病床短缺，病床數不足最後會造成死亡率上升，所以這是第一優先。

評核委員對於護理人員短缺提出很多建議，尤其是時薪人員問題，這邊就不再多說細節，大家可以參考健保會的評核紀錄，做得非常詳細，現在很多護理人員回流，這些回流人員有可能是領時薪、也有可能是固定薪水，「住院護理費用」對時薪人員與固定薪水人員的補助可以彈性處理。我的意思是，所有項目都應該在大原則下，考慮優先性後再做到精準，處理過去看到卻沒能解決的問題，例如

時薪人員薪水調升的問題，現在很多大醫院鼓勵護理人員回來，叫做義勇軍，讓這樣有經驗的人力能部分回到臨床幫忙。

這 2 個原則是我建議大家要注意的，其實大家的意見都很一致，也很關心兒童及護理問題。總結前面意思，第一，有關 KPI 訂定，舊的協商項目要參據評核會建議，新的協商項目要給予研擬時間，我想醫院總額也不能在短時間內就訂出 KPI，並且參考委員意見；第二，執行協商項目時要遵循原本的協商內容，先想好優先性，再做精準的調整，以上建議。

**周主任委員麗芳**：如果線上委員對醫院總額沒有其他意見的話，接下來就進行西醫基層總額，請大家看到附件二。

**陳組長燕鈴**：目前電腦螢幕是呈現西醫基層總額，請委員看補充資料西醫基層-12 頁的協定項目表，西醫基層總額這次新增跟修訂的 KPI 共有 3 項，第 1 項在西醫基層-12 頁「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」，其中預期效益之評估指標，依醫全會說明，還要跟健保署討論，所以指標待補，研修後提下次委員會議。第 2 項在西醫基層-15 頁「0~6 歲兒童醫療量能保障」，這項也一樣，醫全會需要再跟健保署討論，還沒有提出來。第 3 項在西醫基層-17 頁，是舊項目「家庭醫師整合性照護計畫」，因為增加金額的幅度超過 20%，所以重新修訂了執行目標跟預期效益之評估指標，以上是西醫基層需再提出 KPI 的項目，至於其他文字已經照協商結果整理了，請委員確認數字跟文字，以上說明。

**周主任委員麗芳**：謝謝，先請陳相國理事長就內容補充說明，謝謝。

**陳委員相國**：主席、各位委員，大家好！我先說明西醫基層-12 頁項次 3 「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」，這項目是 5 年計畫，每年編列 6.593 億元用於提升西醫基層護理人員薪水，今(114)年是編列的第 3 年，現行護理人員費用內含在診察費裡面，如果診所符合調薪規範，則提升 1~30 人診察費，每位醫師每月 750 人次診察費加 24 點。執行至今執行效果不錯，調升護理人員薪資占率之診所家數約 80%，今年的標準是診所須符合調升聘用護理人員達半數

以上才給這筆費用，每年都會修正計畫內容，這項計畫到今(114)年已經執行 19.779 億元，明(115)年要執行第 4 個 6.593 億元。因為每年訂定的標準及指標都不同，所以我們全聯會會和健保署一起研修執行目標及預期效益之評估指標。

這項計畫在西醫基層執行的效果不錯，有些診所會比政策先行調整，當然這筆費用沒辦法完全達到護理人員對提升薪水的要求，比如說健保幫忙出 1/3，我們出 2/3，如果護理師調薪 5 千元，健保出 1,600 元，我們出 3,400 元，我覺得這很好跟著政策調整，西醫基層診所醫師很有責任感，幫忙他們調升護理人員薪水，像我自己的診所每年都有調整。

關於項次 17「0~6 歲兒童醫療量能保障」，本項是新增項目，執行目標和預期效益之評估指標，我們會跟健保署再研議。接下來專款項目項次 4「家庭醫師整合性照護計畫」(下稱家醫計畫)，115 年的經費增加比較多，所以執行目標和預期效益之評估指標部分會做調整。預期效益之評估指標第 1 個是「家醫計畫收案人數較前 1 年度增加」，第 2 個是「中風等併發症發生率較前一年度減少」。項次 17 「促進醫療服務診療項目支付衡平」，這也是新增項目，我們會和健保署討論，在下次健保會向各位委員報告，以上。

**周主任委員麗芳：**非常感謝理事長詳盡的說明，接下來請健保署對目前所提出的內容表示意見。

**劉組長林義：**就像剛剛陳相國理事長所說，我們會再跟醫全會討論，就所提的指標及目標值計算以前的數據趨勢，再來議定合理的目標值。

**周主任委員麗芳：**謝謝。接下來我們來聽委員的意見，林恩豪委員今天是以視訊方式參加會議，我非常的想念你。(周執行秘書淑婉：沒有)沒有喔，所以林委員不在線上，我想說今天還沒聽到林恩豪委員的聲音。接下來其他委員有沒有意見？剛才也講得很清楚，如果委員沒有意見，接續進行第 3 個中醫門診總額，請參看附件三，謝謝。

**陳組長燕鈴：**請直接參看中醫門診總額協商項目表會比較清楚，中醫

需要確認的指標比較多，第 1 項是今年增加金額最多的新增項目「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」，中全會提出的執行目標和預期效益之評估指標列在右邊欄位，請委員參考，執行目標為調升護理師/護士薪資占率達 40%，評估指標為病患衛教覆蓋率 $\geq 70\%$ 。

請參看補充資料中醫-8 頁，第 2 個也是新增項目「強化全人照護與慢性疾病管理-增加高度複雜性針灸、中度複雜性傷科適應症(腦中風後遺症-診斷碼 I69)」，主要是針對腦中風後遺症針傷加強照護的部分，執行目標和預期效益之評估指標列在右邊欄位，請委員參考。

接續是中醫-10 頁，專款項目「中醫癌症患者加強照護整合方案」及「中醫急症處置」2 項都是延續性項目，因為增加金額幅度達 20%，需重新訂定新的執行目標和預期效益之評估指標，中全會都有提出新的執行目標和預期效益之評估指標。

接下來中醫-11 頁，項次 7 「照護機構中醫醫療照護方案」，因為增加幅度大於 20%，所以中全會提出調升執行目標、預期效益之評估指標。項次 8 「中醫三高病人加強照護計畫」是新增項目，執行目標、預期效益之評估指標列在右邊欄位，請委員參考，以上是中醫門診總額新增及修訂 KPI 部分。

**周主任委員麗芳：**謝謝陳燕鈴組長。詹永兆理事長是視訊參加會議，接下來請詹永兆理事長說明。

**詹委員永兆：**主委、各位委員，大家早安！非常感謝各位委員對中醫部門的支持，115 年主要項目「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」，執行目標是對護理人員加薪，所以執行目標為「聘有護理師/護士之中醫健保特約院所，有申報本項加計且有調升護理師/護士薪資占率達 40%」，當然我們會參照西醫基層部門的做法，和護全會、健保署一起討論執行方式。我們希望有護理人員加入後，加強病患衛教及提升醫療品質，所以會設立中醫的衛教組，參與本項的中醫院所病患衛教覆蓋率一定要達到 70% 以上，以提升醫療品質。

第 2 項「強化全人照護與慢性疾病管理-增加高度複雜性針灸、中

度複雜性傷科適應症(腦中風後遺症-診斷碼 I69)」，主要是針對腦中風後遺症的照護，中醫目前有專案提供 2 年內腦中風病人門診加強照護，但是罹病超過 2 年以上的病人也很需要照顧，這些人若經過中醫調理後，生活品質、甚至失能會有所改善，所以執行目標為 20% 的腦中風後遺症病人參與，同時希望減少腦中風後遺症(診斷碼 I69)病人急診看診次數<sup>(註 1)</sup>。

關於「中醫癌症患者加強照護整合方案」，115 年新增 3 個癌症，預算增加 8 千萬元，成長幅度超過 20%，所以新增執行目標、預期效益之評估指標。依循往例，所有收案的癌症病患都會經過功能性評估一般性量表、生活品質評估量表，歷年來評估量表結果都很亮眼、執行得不錯。

關於「中醫急症處置」，執行目標為 10 家以上院所參與，更多的院所參與，同時用 VAS 量表<sup>(註 2)</sup>評估療效。

「照護機構中醫醫療照護方案」是中醫熱門方案，很多照護機構要求中醫進入，執行目標調升服務 200 家照護機構，預期效益之評估指標是減少照護機構住民外出就診中醫次數<sup>(註 3)</sup>。

「中醫三高病人加強照護計畫」是中醫第 1 次介入三高病人加強照護，現在約 7 萬人只使用中醫，本項執行目標為 3 萬人參與本項加強照護計畫，預期效益之評估指標為個人健康資料上傳及生活習慣自評 60% 收案個案完成，以上報告謝謝。

註 1：強化全人照護與慢性疾病管理-增加高度複雜性針灸、中度複雜性傷科適應症(腦中風後遺症-診斷碼 I69)：

執行目標(暫列)：申報腦中風後遺症(診斷碼 I69)看診中醫病人，至少有 1 次「中高度複雜性針灸或傷科」之比例≥20%。

預期效益之評估指標(暫列)：申報腦中風後遺症看診中醫病人一年內急診就醫率低於未看診中醫病人。

註 2：「中醫急症處置」之預期效益之評估指標(暫列)：急診病人經中醫治療後，視覺類比量表(VAS)有改善。

註 3：「照護機構中醫醫療照護方案」：

執行目標(暫列)：(1)115 年服務 200 家照護機構。(2)服務人次 80,000 人次，服務總天數 6,000 天。

預期效益之評估指標(暫列)：照護機構住民外出就診中醫次數較前一年減少。

**周主任委員麗芳**：非常感謝詹永兆理事長，接下來請健保署針對這些內容補充說明，謝謝。

**劉組長林義**：健保署建議說明，中醫部門所提的 KPI，如果是申報資料可以分析的話會比較簡單。第 1 項「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」，執行目標部分和西醫基層、醫院一樣都是院所調薪占率達多少。但預期效益之評估指標為「聘有護理師/護士並有申報本項加計之中醫健保特約院所的病患衛教覆蓋率」，這裡須釐清什麼是「衛教覆蓋率」？因為申報資料沒有這個項目，需請中全會說明。

另外專款部分，部分項目的預期效益之評估指標都是治療後量表有改善，就中全會的意思是透過 VPN 增設量表，讓參與的中醫師在病人治療前、治療後都要上 VPN 填報這些量表。這部分需請中全會宣導，因為會增加院所的行政作業，當然健保署的 VPN 可以配合。第 1 項編列在一般服務，如何蒐集「衛教覆蓋率」的資料需要再和中全會討論，以上。

**周主任委員麗芳**：謝謝，我要提醒一下詹永兆理事長，剛剛健保署劉林義組長提出很多執行面，怎麼讓指標在執行的過程中是易於執行，不管是資料取得、界定等，以避免未來在認定績效的過程中有所爭議。所以中醫部門和健保署討論時，務必逐項釐清剛剛的內容，接下來請委員提供高見，請楊芸蘋委員。

**楊委員芸蘋**：大家好，如同劉林義組長說的，我對衛教內容也不瞭解，在提升護理人員薪資部分，大家都看到護理人員的辛苦，希望你們能做到讓護理人員真的有感、有增加費用，讓他們知道有付出也有增加收入。

再來是病患衛教覆蓋率 $\geq 70\%$ ，印象到中醫看診的時候，比較少看到相關的衛教，不知道這要怎麼執行？我想在 115 年 3 月前提報具體實施方案的專案報告時，也一併說明如何執行衛教，也讓大家清楚瞭解本項預算的發放方式、請領資格等，以上。

**周主任委員麗芳**：請蔡順雄委員。

**蔡委員順雄**：先趁這個機會謝謝健保署，因為這屆有很多新的委員，對狀況不是那麼了解，之前召開說明會讓我們瞭解整個協商的規劃，非常感謝。也要謝謝健保會各位同仁，星期三晚上 10 點完成協商，

今天星期五早上開會相關資料準備得很齊備，這是超高效率，老實講是蠻感動。

有一件事情必須請教健保署，因為在補充資料第中醫-7頁協定項目表，我關心的是護理人員薪資結構問題，這項標題叫做「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」，這部分就沒有住院不住院的問題，就是普遍性，沒有什麼疑慮，不過我的疑慮是說，剛剛陳亮好署長在醫院總額「住院護理費用」指標的部分有提到，將來會考慮要有 50% 的護理人員加薪作為目標，但在中醫一般服務「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」的執行目標「聘有護理師/護士之中醫健保特約院所，有申報本項加計且有調升護理師/護士薪資占率達 40%」，中醫所訂的目標，覆蓋率沒有這麼高，差異點的考量何在？這是預算問題、還是執行上的問題？這點我不是很了解，所以想再請教一下。

這次協商所有部門皆達成共識，新聞出來後，也謝謝黃金舜理事長對媒體口頭說明，讓大家更了解這次協商經過，我建議，雖然這次協商結果各部門的成長率都達到上限 5.5%，但是付費者委員們都非常認真沒有放水，不然就不用開到晚上 10 點啊！中午 12 點飯吃一吃就可以走啦！我們堅持該堅持的，堅持錢花在我們認為的刀口上，但該鼓勵醫護人員的部分，不會無意義的苛扣下來。

我要說的是，這些協商經過，包含對護理人員調薪，建議健保會，日後如果協商都達成共識，可以適度發個新聞稿，讓其他人知道我們在忙什麼，好不好？有很多東西是苦口婆心，希望在健保執行方面提升整個醫護人員士氣，以上補充建議。

**周主任委員麗芳：**好，非常好，謝謝蔡順雄委員，健保會所有委員的努力、堅持跟所做的努力，也是要讓社會看到，感謝你。接下來還有沒有其他委員要提供高見？吳永全委員。

**吳委員永全：**主席，署長大家好，在整個中醫門診總額協商的過程中，我比較 care 「中醫急症處置」的處理，也順著剛剛蔡順雄委員的部分，健保署真的要做到監督功能。該計畫 114 年就有在執行，115 年

協商則有 2,080 萬元的預算，希望健保署能針對本計畫做到監督的功能。

就我所知，「中醫急症處置」的執行率可能跟醫院麻醉有關，這部分是否合乎中醫的方向跟特質？講實在的，計畫如果是硬做、難做，就不要做，我的意思是，中醫在慢性病、身體調理方面有很強大的優勢，然而在急症處置，我倒是覺得，如果要付出成本太多，就要再考慮是不是要持續編列預算？感覺上這計畫是要留校察看，以上報告，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝，線上的張田黨委員請。

張委員田黨：周麗芳主任委員、各位委員、衛福部的同仁們大家早，我們 24 日挑燈夜戰，衛福部工作同仁真的很辛苦，馬上幫我們把資料整理好，今天在這裡做確認。

我對中醫部門所提的計畫項目感覺都滿好的，但有一點是希望中醫部門能鼓勵中醫師們到偏遠地區或偏遠機構，有定時定點的駐診。對各種慢性病預防、或急性預防，會有相當好的結果。大家對中醫還是停留在比較舊式的思維，現在的中醫已經走向科學化，一些服用的藥物已經是科學化、新科技的產物，所以對一些慢性病的治療有非常明顯的效果。所以我希望中全會多考慮和安排，邀請優秀醫師到社區居家服務的地方，或是在各個部落、村莊、心智障礙機構及老人機構，做定期性的駐診，也希望衛福部在這方面的預算規劃，能相較於一般看門診，給他們應有的待遇及車馬費，以上是我的建議。

周主任委員麗芳：好，謝謝張田黨委員。也很感謝張田黨委員把委員們的心聲講出來，真的很感謝健保會幕僚同仁，非常了不起，星期三開會到晚上 10 點多，然後回去整理資料，昨天就把全部詳細的資料寄給委員，讓我們今天能夠開會，是不是也掌聲感謝一下，他們真的很辛苦。好，接下來請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：我再了解一下，補充資料第中醫-11 頁「中醫三高病人加強照護計畫」，這是 115 年新增的項目，詹永兆理事長你暫列的執行

目標是「參與個案有 3 萬人」，所以是現在已經有 3 萬人參與這項目嗎？再來是預期效益之評估指標暫列「個人健康資料上傳及生活習慣自評 60% 收案個案完成」，是已經有 60% 的患者有生活習慣自評的內容了嗎？是不是？有的話，這是 3 年的計畫，你可能要逐年討論計畫內容，可能要讓健保會委員了解你們是怎麼做的，以利之後年度協商計畫及預算增加額度。以上請詹永兆理事長幫我們說明一下，謝謝。

周主任委員麗芳：好，請詹永兆理事長。

詹委員永兆：關於剛剛健保署所提「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」的預期效益之評估指標「聘有護理師/護士並有申報本項加計之中醫健保特約院所的病患衛教覆蓋率」衛教部分，其實中全會有一套中醫衛教的方式，但沒有好好發揮，藉由這個機會，我想把這些衛教好好發揮，我們再跟健保署洽談，看怎麼樣去評估。

關於「中醫急症處置」這塊，計畫執行初期剛好遇到疫情，所以做得不穩定，不過在疫情後，像花東地區的花蓮慈濟醫院就做得非常好，尤其是針對眩暈、頭痛這塊，中醫在急診中是有機會介入，所以今年執行率看起來會超過 150% 以上，115 年總額協商才會把該計畫的預算提高，同時中全會也鼓勵西部各醫學中心適度地在急診室能讓中醫部門的主治醫師進去提供服務，對符合該計畫 indication 的病人進行中醫治療。讓中醫進去急診，可以縮短病人在急診室的時間。

關於「中醫三高病人加強照護計畫」這部分，中醫界是新兵，西醫的大家醫計畫做了 20 年，因應賴總統 888 計畫，且長年僅使用中醫來治療三高的病人有將近 7 萬人，我們希望這 7 萬人中，今年至少有 3 萬人能加入本計畫，當然在我們的列管下，進行體質調整及良好的飲食衛教後，我相信這些病人能得到很好的控制。

「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」是新增計畫，所以執行目標先訂 40%，中醫界很期待讓護理人員的薪水拉高一點，讓更多的護理人員加入中醫，提升中醫整體的照護品質，以上。

**周主任委員麗芳：請陳亮妤署長補充說明。**

**陳署長亮妤：**關於「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」薪資的部分，剛剛蔡順雄委員有問為何醫院部門的計畫粗估 50%、中醫部門的計畫是 40%，其實一開始署方版本的確是 50%，也希望中醫部門幫我們加油。

另外一個部分，關於剛剛楊芸蘋委員在問「中醫三高病人加強照護計畫」的部分，這是我到健保署以後看到大數據，覺得很有趣的地方。在台灣，有三高疾病病人只看中醫的是 7 萬人，只看中醫。有數百萬三高疾病病人是中西醫都看，但是有一群特定的社會經濟地位、特定的年紀、特定的信仰、以及特定的就醫習慣的人，是只看中醫，任何病都只看中醫，所以三高介入在中醫部門也不能偏廢，所以從這群人開始做為起點，只看中醫的這 7 萬人，我們慢慢強化他們三高的治療、管理及健康促進，未來再擴及到中西醫都有看診的病人，以上。

**周主任委員麗芳：**謝謝，中醫的部分還有沒有要提供給中全會參考的？

如果沒有的話，我們就進入下一個部門，牙醫部門。

**陳組長燕鈴：**牙醫部門還是一樣，請參閱補充資料第牙醫-6 頁項目表，牙醫部門部分，KPI 主要是有 3 項，都是因為金額增加比較多而需進行修訂。

第 1 項，請參閱補充資料第牙醫-7 頁「青少年口腔提升照護試辦計畫」，這是既有的計畫，牙全會在執行目標有提升目標值，預期效益之評估指標過去也有訂定，本次有再做精細的調整。

第 2 項，請參閱補充資料第牙醫-8 頁「高風險疾病口腔照護計畫」，這部分委員應該很清楚，因為預算增加非常多，牙全會也修訂了「執行目標」，至於「預期效益之評估指標」是因為過去好幾年，在經過健保會討論之後，有一些比較具體的成果面指標，後續健保署會再繼續蒐集資料跟評估。

第 3 項，請參閱補充資料第牙醫-9 頁「特定疾病病人牙科安全就醫計畫」，這也是預算增加蠻多的項目，所以在執行目標跟預期效益

評估指標都有做調整，以上 3 項說明，謝謝。

**周主任委員麗芳**：好，謝謝，依序就先請陳世岳理事長說明，謝謝。

**陳委員世岳**：周麗芳主任委員、陳亮妤署長、張禹斌主任秘書，還有周淑婉執行秘書、各位健保會委員、健保署長官大家早安、大家好！首先非常非常感謝，這次各位委員的支持，還有主委、健保署的支持，讓牙醫部門成長率可以破天荒地達到最高的成長率，可以跟其他總額部門平起平坐，真的讓我們牙醫部門非常振奮，當然我們得到這麼多經費的挹注，會非常認真的把能執行到的目標訂出來，希望能儘量執行。

第 1 個，「青少年口腔提升照護試辦計畫」的部分，希望有更多的學生參與，我們發現這群學生的蛀牙率最高、就醫率最低，實在是因為功課壓力的關係，希望能透過任何管道讓學生知道每學期可以檢查、提升就醫率。

今年「高風險疾病口腔照護計畫」部分，把執行目標的「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)照護人次拉高到 225 萬人次；「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)達到 270 萬人次，我們真的希望能早日達到 8020 的目標，至少從 65 歲就開始保存牙齒，把牙周病的拔牙數，還有蛀牙的平均填補顆數都慢慢降低，這是我們希望達到的目標，請各位委員、健保署幫忙提供意見。

**周主任委員麗芳**：謝謝陳世岳委員，更多預算代表更多的責任，就要把民眾的口腔照護做得更加完備。接下來請健保署補充說明。

**劉組長林義**：健保署報告，牙醫在每個項目都提了比較多的指標，這部分可以看出牙醫部門的努力。就健保署來講，怎麼樣去算、如何定義才是重點。比如第 3 項「青少年口腔提升照護試辦計畫」，預期效益之評估指標(2)「執行 P7102C 後 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均齲齒填補顆數增加率減緩」，意思是只要負成長就可以嗎？或是第 5 項「高風險疾病口腔照護計畫」，有些指標寫增加率減緩，或是較比較族群減少等，這些詳細的操作定義我們可能要花一點時間跟牙全會討論，以上。

**周主任委員麗芳**：非常好，我們也見識到健保署很盡責，每個指標能不能執行、如何定義及操作，後續就要拜託健保署。接下來請委員針對牙醫的部分，有沒有要提供給他們參考的地方？先請嚴必文委員，再請楊芸蘋委員發言，請嚴必文委員。

**嚴委員必文**：我想談的是「青少年口腔提升照護試辦計畫」，其實我覺得這部分的執行，可能要請健保署、教育部，尤其學校的護理人員一起協作。如果我沒有記錯的話，其實小學之前對牙齒照顧是很看重的，學校如果發現小孩有蛀牙，都會要求家長帶去看醫生後，回報給保健室的校護，可是到國高中之後，可能相對訊息的通知跟強制力比較弱，再加上這段時間又是小孩的升學時間，如果父母沒有被通知，或沒有收到通知，很多口腔照護措施都不會去進行。所以我覺得這部分健保署應該也要跟教育部、校護做一些連結，在追蹤上會更有意義。

**周主任委員麗芳**：請楊芸蘋委員。

**楊委員芸蘋**：我跟嚴必文委員的意見差不多，現在主動去看牙齒的學生不多，真的需要學校幫助，這很重要。我們家也有小朋友，他真的很少去看牙醫，除非學校找衛生所來幫忙檢查牙齒，但是檢查的結果沒有比去牙科診所看的好。除了效率快之外，沒有看得很仔細，例如有牙周病、牙結石的情形沒有講清楚，要到院所做檢查才會發現問題。所以我覺得不管幼稚園、小學、中學，尤其 12~18 歲年齡層的青少年根本沒空，一定要學校幫忙讓他們知道牙齒的重要性，從小開始保養，長大後不只達到 8020，而是有機會保留更多的牙齒，雖然很困難，但我們希望達到這個目標。

再來是第 5 項「高風險疾病口腔照護計畫」，我覺得有一些老年人蠻懶的，很少主動去看牙齒，除非有人告訴他，或是衛生所或其他單位提供衛教資訊，我不知道你們怎麼通知這些年紀大的人去看牙、洗牙，我自己習慣去醫院找牙科醫生，我不知道別人是否知道要定期檢查、洗牙、剷除牙結石，我覺得還是要讓年紀大的人知道把牙齒弄乾淨、維持好這很重要。要加強衛教及訊息通知，讓他們

知道早點看診，對牙齒的健康保護會更好。

周主任委員麗芳：謝謝楊芸蘋委員，請蔡順雄委員。

蔡委員順雄：只有一個請教，在補充資料牙醫-7，有關剛剛大家關心的「青少年口腔提升照護試辦計畫」，協定事項的執行目標及預期效益之評估指標(1)為「提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於該年齡層 108 年牙醫就醫率」，我不是很理解為什麼要以 108 年度的牙醫就醫率作參考指標？那一年度發生什麼事，是逐年降低嗎？還是因為少子化的關係就醫率本來就低？當時 108 年的牙醫就醫率是多少？我們想大概了解一下狀況跟數字。

周主任委員麗芳：請陳世岳委員補充說明。

陳委員世岳：首先感謝楊芸蘋委員、嚴必文委員的關切，其實小學在齲齒的部分學校都有檢查，但到高中就沒有了，其實應該把學校的口腔檢查持續下去，若教育部可以配合，我想青少年就醫率會明顯大幅提升，我們也希望可以做到。

至於老年人就醫的部分，一開始執行「高風險疾病口腔照護計畫」時，我們就向媒體跟記者朋友們把這個訊息廣泛的發出去了，後來是因為點值變得很低不到 0.5<sup>(註)</sup>，我們就不敢再發了。今年謝謝大家的支持，我們會盡量利用所有的媒體，把 65 歲以上口腔照護的相關訊息發出去，謝謝大家的支持，我們一定會把這塊做好，因為我們的目標真的就是要讓所有的民眾有感，尤其 65 歲以上的民眾有感，這對提高政府施政的滿意度有幫助。

剛剛蔡順雄委員問為什麼用 108 年度的青少年就醫率為基準，因為 108 年度是疫情之前，那年的就醫率比較高大概有 48.26%，後來就慢慢變低，所以用那年度的就醫率做標準，當然這幾年會慢慢上升，我們希望以疫情前的標準來做。

註：高風險疾病口腔照護計畫 113 年第 2 季~第 4 季暫結金額超出預算數，分別以浮動點值 0.9212、0.5669、0.4919 支付。

周主任委員麗芳：請洪瑜黛委員。

洪委員瑜黛：不好意思，這樣聽得到我的聲音嗎？

**周主任委員麗芳：可以。**

**洪委員瑜黛：**提供一個整體的建議，之前我去參加牙全會的說明會，當時針對有些特殊計畫，其實一般民眾不知道怎麼找到加入這些計畫的牙醫診所，牙全會當時的建議是健保快易通有很多資訊可以查詢。現在不管是西醫基層或醫院有一些居家醫療服務，或是牙醫友善就醫的資訊，其實健保快易通就可以查到不少資料，就是我們可以去哪裡看診，哪些院所有這些特殊方案可以運用，希望健保署可以多一點宣傳，因為如果民眾都不知道，那這麼這些善意的計畫也沒有辦法被廣泛運用，謝謝。

**周主任委員麗芳：**接下來請張田黨委員。

**張委員田黨：**有關剛剛提到牙醫的重要性，大部分都有共識，但有一點還是沒有做得很好，因為一般社區或機構的老人，這些人他們沒辦法自己去醫院或診所治療，光靠媒體宣傳是完全不夠的，效果只有一部分。我們希望能透過社政單位通知每個里長或鄰長，用廣播或逐戶告知，找出有需要治療的病人。因為這是以前比較沒有的，讓牙醫師能真的走出來，幫助社區或到機構駐診作治療，也許對他們更有幫助。

因為牙醫師所需要的器具很多，若是沒辦法外出，有些區域醫院用巡迴車載病人去看病，是不是利用公會或是由政府補助，能有車子載這些偏遠地區或是沒辦法外出就醫的長輩，能接受牙醫治療，增長牙齒的壽命，或重新植牙等治療，以上是我對牙全會還有健保署的建議。

**周主任委員麗芳：**謝謝張田黨委員寶貴建議，接下來請吳永全委員。

**吳委員永全：**第 2 次發言。對於牙醫部分我們有期待，也有一些建議，牙醫這次有很大的振奮，希望一鼓作氣把該做的都做好，既然你們提出 8020 的口號，不是只有落實在青少年朋友，因為他們好手好腳，去醫療診所其實都沒有問題。我建議延續剛剛張田黨委員的意見，如果能夠擴大服務到長輩，特別是 80 歲以上的老年人，或是針對特殊需求病人，只由 1 個小團隊去執行可能有困難，如果有進一

步規劃，例如剛剛提到運用巡迴醫療車，去附近把不方便的老人載去看病等一些具體的作為，我倒是覺得可行。我知道牙齒對於老人非常重要，我的岳母就是因為沒有牙齒很快就失智，希望透過牙醫服務的提升，讓這些長輩受到更好的照顧，謝謝。

周主任委員麗芳：請嚴必文委員。

嚴委員必文：我記得協商當時對於牙醫居家醫療的部分，大家討論了很多，包括牙醫部門也是。委員很關心到底是不能也，還是不為也，最後牙醫部門告訴我們真的沒辦法做到。沒有辦法的話，其實也可以告訴我們，可能健保署必須要協商出來能做到什麼程度，我覺得委員如果明年再看，這個會是委員關心的重點，提出我的建議請參考，謝謝。

周主任委員麗芳：針對牙醫部門還有沒有其它詢問？請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：我想請問一下陳世岳理事長，前天聽陳節如委員講去做牙醫在宅醫療的醫生很少，是什麼原因呢？是不是因為錢太少？不光是她在講，還有聽其他家裡有長輩的人講，機構應該會有人去看，但去家裡看診的真的比較少。不知道訊息管道有哪些？或是醫生不好安排、不好配置？有什麼困難？你們若將在宅醫療這塊做得更深入、更完整，不只能達到 8020 的目標，台灣的失智老人也會減少，因為沒有牙齒無法咀嚼，腦筋不會動，很快就會失智，所以請牙全會討論一下在宅醫療如何能夠做得更深入，謝謝。

周主任委員麗芳：請陳世岳委員補充一下。

陳委員世岳：謝謝幾位委員的提問，第 1 個，失智跟牙周病真的是百分之百相關，北醫分子病理學教授做的研究顯示，牙周病的細菌會從口腔透過血液循環影響腦部，他在失智症病人的腦中發現牙周病的細菌，而且沒有咀嚼功能也會讓老人很快失智。對牙醫特殊醫療服務計畫，謝謝委員在談判時一直希望我們可以多做，我們真的會努力做。

各位委員可能也知道，牙科到病患家裡提供服務，不是拿著皮箱就進去，我們的皮箱的器材重達 40 公斤，而且一般家庭都是 3、4

層樓，雖然我們帶著護理師，但護理師搬不動，一定是醫師自己搬進去。在總額參訪時，很多委員都看到我們在機構所做的努力，各地方的牙醫師都非常有愛心，會去機構提供這些服務，但是必須要有一定的規模，這部分請徐邦賢醫師回答。

**周主任委員麗芳：請徐邦賢醫師。**

**牙醫部門代表徐醫師邦賢：**主席、各位委員、各位長官大家好，再補充說明一下，有關明年度的在宅服務，我們預計擴大服務障別範圍，甚至把超高齡部分列為服務對象，包括張田黨委員擔心的獨居長者等，我們都會納入，納入後需要的醫師人力我們會盡力去大幅度提升，其實這幾年在宅醫療的服務醫師已經有大幅提升。

其次是在宅牙醫醫療支付點數我們會做等級性差別調升，對於越困難案件，無論是路程、醫療上或任何困難，其支付會跟一般較容易達到目標的案件做明顯差別，因為目前是統合性的支付，但我們會作差別支付，希望能夠讓真正照顧困難患者的牙醫師，相對得到比較合理的支付，這是我們現在努力的目標，也謝謝各位委員給予牙醫特殊醫療服務計畫很大的經費挹注。

**周主任委員麗芳：好，謝謝。牙醫部分……。**

**楊委員芸蘋：**不好意思我再補充一下，剛剛陳世岳委員講說牙醫配備太重又要花很多錢，針對牙醫師提供在宅醫療所需攜帶的配備，是否有提供補助或是有優惠，雖然支付點數比較高，但是再怎麼高也不夠買儀器，所以相關的配備是讓他自己處理、吸收，還是牙全會幫忙補助？

**周主任委員麗芳：請補充說明。**

**牙醫部門代表徐醫師邦賢：**代為補充說明，早在幾年前，應該是3、4年前，全聯會由民間熱心機構已經有捐助許多套在宅醫療的基本配備，我們也都分送到各縣市公會，只要醫師想要提供服務，不用自己去購置，縣市公會都有，可以直接作相關設備上的提升。當然有些醫師是以在宅醫療為志業，自己會有一套，但很抱歉，到現在為止，透過所有廠商的努力，40公斤跑不掉，雖然現在正在減重中，

但是減重成果有限，我們也會持續努力，以上補充，謝謝。

**周主任委員麗芳**：牙醫部門現在看起來可以暫告一個段落，我們進行下一個部分：其他預算。

**陳組長燕鈴**：其他預算的部分請看到下面的頁碼，其他預算-6，是有關協定項目表，在其他預算部分要確定 KPI 的是第 2 項「山地離島地區醫療給付效益提升計畫」，因為這項增加金額比較高，書面資料昨天還來不及列上去，經健保署送會後已經列上去，請看螢幕上的紅字部分，這是健保署提出來的執行目標及預期效益之評估指標，其他預算只有這 1 項須提出 KPI，以上說明。

**周主任委員麗芳**：陳節如委員在線上，剛剛稍微有點時間落差所以沒跟上，您針對牙醫部門有詢問意見，是不是請陳節如委員發言，請問有聽到我們的聲音嗎？

**陳委員節如**：有。在此我鄭重地跟牙醫講，針對在宅醫療與機構部分，當然機構也是住民的家，這兩部分牙醫師的訪視經費一定要提高，否則沒有人要去。現在你們允諾一定會加強，我希望你們提出服務提供的執行情形，以後這部分的經費才可以允諾你們去處理，否則去機構跟在宅提供服務，確實是少之又少。

剛剛提到的牙醫設備器具，應該可以慢慢簡化重量，因為現在有新的設備出來，希望牙醫能重視這個部分，否則明年我們可能會刪減預算，謝謝。

**周主任委員麗芳**：非常謝謝陳節如委員寶貴的意見，請牙醫部門參考。接下來是不是請健保署補充說明？請劉林義組長補充。

**劉組長林義**：跟各位委員報告，有關「山地離島地區醫療給付效益提升計畫」，因為明(115)年我們預定在花蓮進行 10 個鄉鎮的全人照護計畫，會從目前在花蓮秀林鄉 1 個鄉實施，擴張到 10 個鄉鎮。目前訂的 3 項指標(註)都是屬於山地離島比較需要的。第 1 項是當地民眾對整體計畫的滿意度，目前訂的滿意度目標值是 95%。第 2 項是因為花蓮的鄉鎮原住民居多，當地結核病盛行率較高，所以我們覺得比較重要的應該是結核病的篩檢率，有暫訂 1 個目標值。第 3 項是

初級照護率，因為全人照護最重要應該是初級照護，但現在東區業務組正忙於處理花蓮災情，所以容我們再跟東區討論。明年的重點是在花蓮的 10 個鄉鎮，還是要看看東區業務組在當地的情形，這 3 項我們先暫列，會朝這個方向努力，請各位委員給我們一點時間，我們還要再跟東區業務組討論，以上。

註：山地離島地區醫療給付效益提升計畫：

執行目標(暫列)：

- (1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度維持 95%以上。
- (2)全人整合照護方案 35~64 歲民眾結核病主動篩檢率 $\geq 55\%$ 。
- (3)全人整合照護方案鄉內就醫之初級照護率。

**周主任委員麗芳**：好，謝謝，署長還要不要補充？(署長表示沒有)好，我們就開放請委員提供意見，因為其他預算也相對簡單，提出執行目標的只有「山地離島地區醫療給付效益提升計畫」這 1 項，不知道委員還有沒有要提出垂詢？請蔡順雄委員。

**蔡委員順雄**：謝謝，我比較關切的是在協商結論的第其他預算-9 頁項目 10 「促進醫療服務診療項目支付衡平」，這是 1 個比較籠統的科目，我比較希望的是，將來在後續執行上，特別是針對提升假日醫療服務可近性這部分，要有比較具體的數字來追蹤跟討論。比如假日的開診率，建議先觀察 1 年，了解因為經費挹注後開診率的提升到底增加多少，以及因為編列預算鼓勵開診，所增加的點數或獎勵金額大約占多少比例，有助於明年或是下屆委員在考慮這部分的執行率及金額時，會比較有方向感。我認為這是一個對的方向，而且是重要的努力方向，特別是比較偏鄉的地方，假日如果民眾身體不舒服，特別是感冒、發燒等症狀，如果診所不開診，民眾都要跑到醫院去，這對民眾來講是很多方面的負擔。雖然犧牲醫生的假日休息，但是我建議既然我們覺得是對的方向，所以特別給予鼓勵，希望能訂定 1 個後續追蹤執行的指標，以上。

**周主任委員麗芳**：謝謝蔡順雄委員，其他委員還有沒有寶貴意見？請嚴必文委員。

**嚴委員必文**：我的意見跟蔡順雄委員一樣，我覺得有一些指標，譬如說提升滿意度指標，如果叫做「提升」，就一定要有一個 base 才能比

較提升的差值有多少。所以我希望能夠有更清楚的數據。例如「山地離島地區醫療給付效益提升計畫」，其預期效益的評估指標就具體寫出山地離島醫療給付效益提升計畫民眾滿意度，請問這項指標可顯示計畫執行前後滿意度的差異性嗎？這是我比較好奇的。同樣第8項「腎臟病照護及病人衛教計畫」，也提到要提升照護率，請問健保署期待照顧率要達到多少百分比？，這是我們後續想要知道的重點。

**周主任委員麗芳**：謝謝，就是所訂的指標要具體。接下來先請吳永全委員，再請楊芸蘋委員。

**吳委員永全**：謝謝，第3次發言，我們知道這部分只有10大項，但項目金額都很大，特別是第10項部分，剛才蔡順雄委員也提到，健保署面對很多問題該支付就先支付，我們這一任第7屆委員就職是在3月份，所以從第6屆到第7屆中間有3個月的空窗期，明年不會發生，因為我們任期到後年，但我希望之後不要再發生這樣的問題。雖然健保署可以先做一些緊急的運用，但對我們而言，在我們來之後就變成健保署已經有支出，我們只是完備程序而已。挪用可以，但要有1個原則，希望下一屆委員不要再有空窗期。

**周主任委員麗芳**：好，謝謝吳永全委員，請楊芸蘋委員。

**楊委員芸蘋**：補充一下，吳永全委員提到空窗期，其實每一屆委員任期開始都可能會有時間差，因為部長需要時間勾選相關的人才，這很難講，不能要求健保署。

有關第2項「山地離島地區醫療給付效益提升計畫」，剛剛健保署有說要跟分區業務組討論一下內容，希望討論、調整時能以對民眾最有助益、配合政策方向來執行，我們期待你們的內容。

有關「腎臟病照護計畫及病人衛教計畫」，我想了解衛教是做哪個部分？因為腎臟病真的很需要衛教，比任何其他的總額部門都還重要，因為腎臟病就是要靠衛教，讓護理人員告訴病人平常生活起居、飲食的注意事項，這很重要，這部分要很鉅細靡遺。我也看過好幾個相同症狀的腎臟病患者，有的醫院診所會講得很詳細，說明該怎

麼做到腎臟病防治，而且推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案是真的很 important，如果能做好的話，可以減少很多洗腎病人及費用。

**周主任委員麗芳**：我們看一下線上還有沒有委員要針對其他預算提供高見？如果沒有的話，第一項討論案，看起來大家都非常熱心給予意見，我試做以下的決議。

第 1 點，確認 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配初步協商結果(含成長率、金額、協定事項)，如附件一至附件五。其中執行目標及預期效益之評估指標暫列如劃線處，請健保署會同總額部門等相關團體研訂，並提報本年 10 月 22 日委員會議確認。委員所提意見，送請總額部門及健保署參考。

第 2 點，除醫院總額已提送地區預算分配建議外，請其餘各總額部門相關團體於 10 月 7 日前提送，並將安排於 10 月份委員會議討論，若未提送建議方案者，則由本會來提案到 11 月份的委員會議(11 月 19 日)討論，以依法在年底前完成協定。

接下來進行報告事項第一案。

肆、報告事項第一案「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(第四次續提)」與會人員發言實錄  
同仁宣讀

周主任委員麗芳：請黃瓊萱科長報告。

黃科長瓊萱：請參閱會議資料第 31 頁的說明二，114 年度西醫基層總額專款項目，其中有 1 項「強化基層照護能力及『開放表別』項目」決定事項提到，請健保署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」，經本署 8 月 21 日的西醫基層總額研商議事會議討論結果，請參閱說明三(一)執行目標，考量 113 年預算執行率為 88%，114 年目標值訂為 90%；說明三(二)預期效益之評估指標為預算執行率，分子為預算執行數、分母為預算數。本署為繼續壯大基層的服務量能，落實分級醫療，所以調升執行目標，以符合總額公告的決定事項。

周主任委員麗芳：請問委員針對本案有沒有要詢問？沒有的話，本案洽悉。接著進行報告事項第二案。

## 伍、報告事項第二案「中央健康保險署『114 年 8 月份全民健康保險業務執行報告』(書面報告)」與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

**周主任委員麗芳**：本次健保署 8 月份的業務執行報告是書面報告，如果各位委員有高見的話，可以會後以書面方式提出，我們會請健保署就委員的提問詳加回應，本案洽悉。有沒有臨時動議？

**周執行秘書淑婉**：報告主委，不好意思，我要補充一下，依據全民健康保險法第 5 條規定<sup>(註)</sup>，會議實錄應該在會議後 10 日內公布，因為這次 10 月 6 日要公布的那一天是放假日，所以本會會在 10 月 7 日上網公開，跟委員做說明。

註：全民健康保險法第 5 條第 3 項

健保會於審議、協議本保險有關事項，應於會議七日前公開議程，並於會議後 10 日內公開會議實錄；於審議、協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。

**周主任委員麗芳**：謝謝。我也要代石崇良部長跟大家致歉，部長本來的行程是排在本次開會時間要來跟各位健保會委員致意，謝謝大家願意在整個醫療體系最需要資源的時候，給予最大的援助。因為部長今天還在忙於處理花蓮這次災情的後續事宜，所以他沒辦法過來，但是也請我代表部長感謝所有的健保會委員，我們展現最大的團結和諧，而且給予醫療部門最大的支持，再次感謝大家，我們一同來努力、一同來監督，好不好？(周執行秘書淑婉：還有新聞稿)還有新聞稿，請周執行秘書說明。

**周執行秘書淑婉**：不好意思，還有 1 件事情，往例的話，總額協商結果都會授權我們對外說明，因為今天大家都已經確認初步協商結論，如果主委及各位委員同意的話，在新聞稿整理好後，下午就由我代表對外做說明？

**周主任委員麗芳**：好，非常感謝，我們就援例請周淑婉執行秘書對外說明，整理好的新聞稿也請提供給所有委員參考。請陳秀熙委員。

**陳委員秀熙**：剛才周淑婉執行秘書提到新聞稿的事情，剛才蔡順雄委員對於新聞稿也有一些提醒，從總額協商到今天大家討論、調整內容的過程中，我認為這次協商 3 個最重要的精神，1 個就是 healthy、

1 個是 equitable<sup>(註 1)</sup>、1 個是 inclusive<sup>(註 2)</sup>，在這次總額協商，付費者委員就是展現了 inclusive。

上次我也跟大家表明，兩邊協商，學者就是站在公正立場，讓大家充分表達，但今天的議題大部分都在偏鄉或弱勢，包括護理人力，其實這些問題有些時候不是健保署本身或健保會可以解決的，因為有機構性的問題。我用很短的 1 分鐘跟大家分享，我們在社區看到非常多的老人，現在有 C 據點(巷弄長照站)，現在長照也在擴大長照服務，民眾常去長照的據點吃便當，如果我們可以在這地方，就是剛才張田黨委員和很多委員都有講的。我本來是想要提臨時動議，也就是說這些案子，不管新、舊案都必須做滾動式修正。我們看到你們提的預期效益之評估指標的目標值，都是用比較保守的文字，例如用減緩，我們瞭解目標值很難具體訂出來，但是我們要善用其他機構，包括教育部……，可是我們要如何和這些機構溝通，也希望總額部門、醫院幫助台灣的民眾、幫助健保署，有時候你們的溝通，在幾次部會溝通時，不論是醫院、西醫基層、中醫、牙醫部門，只要你們出面，很多機關都會聽從專業的意見，我只是建議可以從這裡下手，與其您去民眾家裡，如果趁民眾到長照據點吃便當這個機會，可以在民眾吃便當前，給他做一下檢查，可以避免掉很多麻煩，這個部分，以學者的立場也會不斷地提出滾動式建議。

我也很佩服黃金舜委員，每天我都在看他給我的新聞，今天新聞稿重點，我覺得就是這次協商有達到 healthy、equitable、inclusive 的目標，付費者不是容忍，而是他們包容性很高，這次我也表達非常佩服。臨時動議就是可能在做滾動式修正裡面，有沒有可能和相關單位或機構，例如口腔健康司也有很好的口腔照護計畫，已經實施將近 20~30 年，這部分高雄醫學大學黃純德教授做的努力，目前口腔健康司已經在實施了，在老人服務部分有沒有參考的必要，這些都可協助健保署在專業上求精進，周麗芳主委是菩薩心腸，周淑婉執行秘書是鋼鐵人，鋼鐵人加上菩薩才會組成今天最厲害的健保會。

註 1：equitable(公平)。

註 2：inclusive (包容；共融)。

**周主任委員麗芳**：請楊芸蘋委員、嚴必文委員。

**楊委員芸蘋**：不好意思，陳秀熙老師講了這些話，我們聽了都有點感動，我要跟大家講件事情，這次能夠完成所有的協商，真的不是我們這屆的委員很厲害，不厲害，是因為這次大家的和諧度很夠，而且每個總額部門都釋出最大的誠意。當然也是因為有個協商基礎，總額成長率最高就是 5.5%，大家把 5.5% 做滿、做好，付費者代表也是因為成長率都已經 5.5% 了，沒有什麼好特別糾結的，而是針對協商項目、協商內容要怎麼調整最好作努力。所以我很謝謝這次所有的總額部門，您們真的很棒，釋出最大的善意，我們付費者委員也集結最大的能量、善意來達成這次協商的和諧，這次是很難得的歷史見證。

還有 1 件事，其實不是過去 23 年來沒有達成過共識，從健保會 102 年成立以來，其中有 2 次，我記得有次是 107 年協商 108 年度總額，另外有次是哪年我忘記了，那天黃啓嘉醫師有講說有 2 次全部達成共識<sup>(註)</sup>，具體年份我忘了，不過我記得有 2 次是全部協商完成、成功。所以主委不好意思，在這邊跟您稍微做個修正，因為之前協商成功的委員，我們不能不講一下他的戰績，還是有很多委員能把事情談到圓滿、完美。這次協商我非常謝謝所有的委員、所有的總額部門，以及主談、協談，所有付費者代表的委員，謝謝您們這次的合作，感謝大家的配合。

註：查自健保會 102 年成立以來，健保總額協商分別於 104 年度總額、108 年度總額，四總額部門及其他預算全數達成共識。

**周主任委員麗芳**：非常感謝楊芸蘋委員，請嚴必文委員。

**嚴委員必文**：這次總額協商是我的初體驗，看到所有健保會委員的努力與所有醫界的儘量協調。但是我必須說，如果整個資料出去之後，對於我這個病友團體來說，我相信病友團體相對是炸鍋的，可能大家沒有算過，所有的新藥、新醫療科技預算、藥品及特材給付規定改變、暫時性支付的總金額，其實今年是下降將近 2 億多元，這是 5 年來，在看整體預算中第 1 次比例下降，我相信病友團體會有很

多反彈的意見。

不知道大家是否知道這些費用，對於病友團體來說，這是台灣所有的病友團體除去罕病之外，他們 5 年內使用新藥的費用，很多病友團體是靠這些預算去支撐他們的新藥運用。之前石部長當時還是石署長時講 1 句話，光新藥、新科技，去年新增癌藥預算就要 123 億元，這 123 億元現在已經進到健保，明年還有新藥在增加，所以健保署預估是 90 億元。我想再次強調的是，不管今天是 90 億元、40 億元，我還是回到當時的說法，若要說服病友團體，請給予新藥、新醫療科技更清楚的計算方式，我們才能有討論的基礎，因為我們廣大的病友，不像是罕病，其實罕病可估計人數都掌握在手裡，可是對於 2,300 萬人中大部分的病友來說，要使用新醫療科技的病友，他們沒有辦法這樣算，唯一能依靠的就是健保署給的資料，來估計新醫療科技預算到底是不是真的能夠因應病友的需求，當然我們也知道這個費用，在健保署有限資源底下，只能做到最好的分配，但還是希望能有個基本的基礎能提供給我們，我希望明年當我們討論新醫療科技預算時，這個也能放入備註或備忘，希望一定要做到。

**周主任委員麗芳：**接下來請吳永全委員。

**吳委員永全：**第 4 次發言，其實對於今天下午的新聞稿，我有 1 個感謝及期待。看到昨天陳相國理事長說，如果沒有怎麼樣就會被打死，其實我們付費者代表也有這樣的立場與擔憂，今年各總額部門的成長率都是達到 5.5% 的上限，我們損失的就是成長率，我擔心未來會不會每一年都是到上限。我們期待這次的成長率上限，我們給滿、給足，能夠讓我們整個醫療很順暢地讓國人享受到該有的醫療品質，最重要的是不要提高健保費，這是宣示我們的立場。

這次能這麼順利，我覺得要很感謝健保署，健保署在過程中占有很大、很重要的角色。因為我們付費者不是這個專業，我們僅能就自己的專業做把關，只能期待、建議，這部分能很精準的控制，把數字做衡平，我覺得是健保署的功能發揮到極限，我一直很肯定這部分，也希望我們這個合作的機制、架構能繼續下去，但也不要忽

略了費用成長，希望以後能有這樣的規劃，謝謝。

**周主任委員麗芳：**當然剛剛吳永全委員也提到，這次真的很感謝健保署提供這麼詳盡的資料，而且陳署長也協助論述，是不是掌聲給他們鼓勵一下？接下來我還是要請幾位委員發言一下，首先靜靜坐在這邊的溫宗諭委員，我一早跟他一起搭電梯，我問他，您在彰化，這麼多委員選擇視訊與會，您為什麼要親自來？他告訴我說，這是歷史的一刻，他希望能始終如一，親自到我們健保會的殿堂中見證這一刻，請溫宗諭委員自己講。

**溫委員宗諭：**謝謝主委及大家，沒想到會被點到，因為已經接近會議結束時間，我就不要講太多。非常榮幸這次能夠跟專家學者、各方代表參與健保會，不管結果怎樣，這個過程是最重要的，在過程中，我們能夠達成共識是件很不容易的工作，也期待未來健保能夠更擴大照顧一些需要照顧的族群，讓每一方每次都能夠有些進步，大家都能獲得更好的照顧，以上是我的一些小建議，謝謝。

**周主任委員麗芳：**有 2 位理事長默默坐在這裡，首先是護全會陳麗琴理事長，是不是可以講幾句話？

**陳委員麗琴：**因為我剛剛是去參加我們的「護理專業論壇-護理智能、永續健康」，所以晚點到，不過會務人員都有告訴我會議情形，與會的付費者代表、委員都非常支持護理人員。首先我真的要非常感謝，不管是醫院、牙醫、中醫、西醫基層，都把提升護理的費用，將我們的薪水都放在首位，真的很感謝。另外我要感謝付費者代表的支持，還有健保署也強力地支持，這些我們都很感謝。其實我開完會就已經轉達給所有理監事，請他們告訴他們的所屬。另外我們也會在討論好細節後，公告給所有會員知道社會大眾都非常支持我們，我們自己也是要努力、加油，謝謝。

**周主任委員麗芳：**還有默默地守護 3 千萬元的黃金舜理事長，請黃理事長。

**黃委員金舜：**主委、現場的所有委員大家好！前天在整個總額過程中，看到醫院、西醫基層、牙醫、中醫、透析，還有護全會，大家都滿

載而歸，實際上我很羨慕，我們藥事團體，每年總額協商，我都在固守 3 千萬元，擔心如果有委員對我們有意見，我就沒命回中原，總是要跟所有委員說聲謝謝。

前天陳節如委員也提到，台灣慢性病病人差不多 1 千多萬人，服用慢性病藥品的民眾非常多，1 天服用 5 種以上藥品的民眾也很多，根據學理上的報告，服用 5 種藥以上副作用非常高，所以陳節如委員有提到，是不是健保署可能的話，針對服用 5 種藥品的民眾，也可以讓藥師關心他們，這樣應該可以減少洗腎或其他的問題，謝謝。

**周主任委員麗芳：**接下來，請陳相國理事長，沒想到開始就是結束，因為他剛接任理事長，理論上，像是今年度就是理事長、副理事長參加健保會擔任委員，但是現在有耳聞好像醫全會打算重新調整這個方案，我不好代您說明，但您可不可以跟我們說明一下，我們當然很希望繼續看到您。

**陳委員相國：**首先感謝各位親愛的健保會委員，以及周麗芳主委，還有陳亮紹署長，感謝各位對於西醫基層的包容與體諒。我還原那天的情形，我們跟楊芸蘋等委員協商，經過 3 小時，雙方還是沒有共識，還是有些意見、歧異，雙方無法達成共識，所以我們就忍痛破局。在高鐵上，周主委就 line 我要不要回來談一下，可能有機會，我就打電話給周主委，表示如果調成都一樣，如果談不成也沒什麼用，周主委就說要回來、要回來，有談就有機會。周主委對我們每個總額都很好，就像親切的姐姐一樣，一直鼓勵我、給我勇氣、希望，又說你姿態要低一點，要裝可憐。

**周主任委員麗芳：**你不是裝可憐，是真的可憐，不能用裝的。

**陳委員相國：**也是真的很可憐，所以周主委幫我們講很多話，黃啓嘉主委也很可憐，回花蓮途中被叫回來，我們就敘說我們很多的處境，在場很多健保會的公正人士也都很支持我們，在千辛萬苦幾度協商之下，也在楊芸蘋委員、蔡順雄委員的幫忙之下，終於對這 0.1% 有歧異的 10 億元預算達成共識、完成協定。這是史上第一次 23 年來首次 4 個總額都順利協商完成，而且是首次達到最高成長率 5.5%，

也是首次預算接近 1 兆元，這是不得了的成就，非常感謝周麗芳主委跟陳亮妤署長。

因為醫全會理事長非常忙碌，做為一位 leadership，不用把全部責任攬在一起，我打算請黃振國主委、顏鴻順副理事長接任健保會委員。今天不是我的畢業典禮，我們有代理制度，如果黃振國主委無法出席，會由我代理，以後我們還是會常常見面，未來我們見面機會仍很多。

擔任健保會委員期間，我學習很多，尤其委員都是各地方的專業、公正人士，健保署、健保會、專家委員都是非常有知識、學識及能力的人，口才又好，讓我自己本身的武功大增。對於要接掌醫全會，我有更多的信心，期待各位委員，醫療服務提供者、公正人士委員都能開創健保會美好的未來，開創台灣醫界美好的未來，照顧更多台灣民眾的幸福，以上謝謝大家。

**周主任委員麗芳：**非常感謝陳相國理事長，我們也預祝您在新職務上能帶領整個台灣醫全會更上層樓，未來還要持續並肩作戰，李飛鵬理事長，剛剛看了大家講這麼多話，請問還要再補幾句嗎？

**李委員飛鵬：**當然要。

**周主任委員麗芳：**請李飛鵬委員。

**李委員飛鵬：**主委、署長、各位委員、各位健保署、健保會的同仁，大家好，首先代表醫院協會感謝前衛福部邱部長，幫我們爭取 5.5% 的成長率，給大家比較多預算能挹注健保的空間。我也特別感謝付費者代表，一開始就展現非常大的誠意，我在醫院協會主要在佩萩副秘書長跟團隊的協助下，第一時間就告訴我們理監事跟同仁，大家第一時間就表達這真的不容易，這次能很快地達成共識，我要特別感謝付費者代表。大家都知道健保資源珍貴，我常常講世界變了，台灣也變了，人心也變了，尤其陳秀熙委員常常在講，老年人口多了 300、400 萬慢性病用藥的人口，整個健保的架構、使用者都變了，這次大家都是體察到這個趨勢，把 5.5% 的經費成長率加進去，在此特別感謝。對護理人員的照顧，以及其他急重症、急診、病房等的

問題，大家都注意到關鍵的問題，我期待這次在新部長、新署長上任的時候，我們醫界跟付費者代表大家齊心跟衛福部、健保署把增加的經費好好運用，把台灣的病人，尤其是長者、小朋友都照顧好。

在協商的這一天，我覺得工作最吃緊的，除了主委以外，署長、副署長、劉組長也很辛苦，劉組長的團隊隨時要被我們考問，真的是很內行，能夠一一幫我們解釋說明，讓我們能達成共識，特別表示感謝。我再次把這訊息發給我們的醫院院長，還有醫管協會，大家都對我們這次能達成共識，表示高度肯定，也對付費者代表表達肯定，希望在新部長、新署長的帶領之下，一起把台灣照顧好。

**周主任委員麗芳：**我相信現在線上有位心裡很忐忑，但沒讓他講話，他今晚沒辦法睡覺，請問詹永兆理事長有沒有在線上？你還在線上嗎？沒關係，請楊芸蘋委員。

**楊委員芸蘋：**我還是要糾正陳相國理事長，你剛說 23 年來，就像昨天的新聞稿，很多資深委員都紛紛打電話來表示抗議，不是只有 115 年度總額全部的總額部門協商達成共識。健保會 102 年成立以來，中間有 2 次全部達成共識。前天黃啓嘉主委也有講過，我記得 1 次是 107 年、1 次是哪一年我忘了，可是我們還是要謝謝，這次真的是歷年來最高的成長率、最高的總額數字，明年可能會再高，大家有個心理準備。

我們要擔心的是收入的來源在哪裡，這個是重要的課題。下個月之後我們可能要面對更多的考驗，很感謝這次所有的醫界及所有委員。我們這次真的展現最大的誠意，更要感謝陳亮妤署長、劉林義組長、龐副署長，你們真的非常認真用功，幫我們把所有問題一一解釋清楚，讓付費者都能清楚內容，最感謝的是周執秘帶領的團隊，很辛苦，我知道每天加班到深夜，所以資料才能這麼完整，真的感謝大家，這次能夠完整的 ending，很謝謝大家。

**周主任委員麗芳：**今天健保會已經變成感恩大會，既然這樣有沒有人還想要再感恩的？我們就繼續感恩，請蔡順雄委員。

**蔡委員順雄：**快中午了，大家血糖低了，注意能力都偏低，我簡要說

明，我是「菜」委員，就是很菜的委員，我雖然長年在健保署擔任法規諮詢委員，但我一直覺得，別的部門請不要吃醋，我覺得健保署是水準很高的公務部門，每次開會都言之有物，來了之後才發現健保會也是很厲害，臥虎藏龍。老實講，星期三晚上開到 10 點，我今天來開會要找資料的毛病，還沒有找到，所以真的蠻厲害，昨天我去更保會<sup>(註)</sup>開會還挑到 2 個毛病，是用語的毛病，今天這份資料我還沒找到毛病，憑良心講蠻厲害。

我對下午的新聞稿有個小小懇求，外界可能誤以為各部門全部都是高成長率 5.5%，付費者代表會有壓力，付費者不是散財童子，全部都給醫界，絕對沒有這樣的意思，可能要特別講一下，協商破局後，陳相國理事長還從高鐵返回，表示協商戰況激烈。我自己在工程會當調解委員，我其實很會拿捏調解的過程跟歷程，離開之後再回來還能成的，老實講西醫基層回來的時候，我覺得不太會成，雙方蠻堅持，有個人我要特別感謝，就是林恩豪委員，他是我們這個團隊的總教練兼總隊長，他分工分得蠻好的，而且他很容易形成一個共識決，憑良心講我當時覺得不會成，所以我有點打瞌睡，但是協商到後來，我律師做 31 年，我憑職業敏感度，我直覺 99% 會成，因為雙方基本上不是本質的差異，是科目的調整，這就有機會。依我過去的調解的經驗，好比損害賠償、精神慰撫金多些、醫療費用少些，結果還不是同樣那麼多錢嗎？我們當時在考慮的就是 A、B 要不要移來移去的問題，所以我那時候突然醒了，我覺得會成，最後臨門一腳成了。

協商沒有成也不代表是失敗，既然法規賦予權限，最後弄到讓部長去裁決，有點懈怠，表示我們能力沒有到那，以前阿扁總統講的衝突、妥協、進步，這句話我很在意，我調解時都奉為圭臬，雖然他是卸任總統，但是這句話影響我甚深，在調解過程中，衝突、妥協、進步，要的就是那個進步。今年成長率高，但我認為錢都有花在刀口上，我自己問心無愧，還是感謝在場及線上的各位朋友，讓我學習到健保會是一個很有趣，可以學習的地方。

註：財團法人臺灣更生保護會。

**周主任委員麗芳**：很溫暖，我們感恩大會已經發揮效益，連線上委員都要加入，請呂正華委員。

**呂委員正華**：主委，謝謝，我第1年參加，我覺得能跟大家一起學習，尤其林恩豪委員在過程中讓我們共同協作，一起努力也非常順暢，但是要提醒健保安全準備金的部分，我剛好看到石部長接受新聞採訪，還是希望照石部長意見落實完成，有些公務上要做準備的部分要準備好，謝謝主委，四大總額大家一起努力。

**周主任委員麗芳**：接下來請陳亮好署長也來談一下她的感言。

**陳署長亮好**：現在好像是感恩大會，我本來想要安靜，想說今天會議很順利，但我還是要誠摯表達我的感謝，這是第1次用新的身分參與協商，沒想到這麼順利，我的確沒有想到。要感謝的人太多了，包含長官們的資源挹注，包含付費者代表手把手仔細的看及監督，也促使我們做得更好，也謝謝與會參與的所有協商的人，最後要謝謝健保人。我常說我是新健保人，這裡有老健保人、中健保人、新健保人，我今年就任時有跟大家講，我用這樣新的身分進入健保署，希望能達到健保永續，也希望大家督導、督促、支持、鼓勵我們健保署，讓大家一起邁向健保永續，謝謝。

**周主任委員麗芳**：今天健保會接近尾聲，延續大家的感恩，還是要再次感謝所有健保會委員，如同剛剛大家所說，今年4個部門，包含其他預算，全部都達到行政院成長率5.5%，絕對不是健保會委員軟弱，絕對不是代表健保會委員的放水，我們健保會委員針對這5.5%的背後有非常多的期待，也有非常多的把關，我們也希望今天下午對媒體的新聞稿當中，務必把健保會委員在協定5.5%成長率之下的初衷，這初衷就如同在我們協商的過程，每個部門只要一上場我就講一遍，對於5.5%成長率的想法，我們希望提升醫療品質、落實健康台灣、落實賴總統的健康台灣的願景，包括我們希望在最艱困的醫療生態之下，給予醫療供給者最大的後援，也期待他們務必把民眾照護好，把醫護人員的工作環境改善好，這些我們在協商的時候，3點初衷務必要幫我們帶出來，在這裡感謝全部的健保會委員，感

謝所有醫療部門，當然合作無間的健保署在陳亮紓署長帶領下，全體健保署優秀傑出團隊，最後回到健保會，健保會在周淑婉執秘帶領之下，如剛剛陳秀熙老師所說是鋼鐵人，所謂的鋼鐵團隊，再次感謝大家，我們圓滿達陣，謝謝。

陳相國理事長可能下一次會議，您要來代理的機會很少，因為接下來兩位都是很認真的人，不會讓你代理的，所以會後是不是大家一起合照一下？今天會議到此結束。

---

**黃委員國祥會後書面意見：**感謝健保會在 115 年總額預算協商的努力，詳盡及快速回應委員們會議需要的支持，破紀錄健保會付費者與醫界代表首次達成共識、協商順利完成。

提問：依據健保會提供 9/26 會議資料(檔名：7 附件 1—委員會議資料，頁碼 28) “112 年至 115 年健保財務收支情形表”(如下表)，114 年保險收支餘額約當 1.98 月。

請協助說明與署長於昨日記者會表示預計至今年底健保總額安全準備金達到 2.8 個月之間的差異值。新聞報導：  
<https://twnews.yahoo.com/%E5%81%A5%E4%BF%9D%E7%B8%BD%E9%A1%8D%E8%BF%91%E5%85%86%E5%85%83%E7%8D%B2%E5%85%B1%E8%AD%98-%E7%9F%B3%E5%B4%87%E8%89%AF%EF%BC%9A%E9%87%8D%E6%96%B0%E9%A0%90%E4%BC%B0%E8%B2%A1%E5%8B%99-%E7%A2%BA%E5%AE%9A115%E5%B9%B4%E4%BF%9D%E8%B2%BB%E5%87%8D%E6%BC%B2-054430898.html>

石崇良今天上午出席記者會，會後面對媒體聯訪，被問到明年保費是否可能凍漲？石崇良表示，衛福部已重新預估財務狀況，預計到今年年底，健保總額的安全準備金，將達到約 2.8 個月。

112年至115年健保財務收支情形表

單位：億元

項目	112年	113年	114年	115年	
				總額成長率 採下限2.942%	總額成長率 採上限5.5%
	審定決算數		預估數		
醫療給付費用總額	8,364	8,755	9,286	9,644	9,883
總額成長率	3.323%	4.700%	5.500%	2.942%	5.500%
保險成本	7,771	8,110	8,775	8,939	9,174
保險成本成長率	3.74%	4.37%	8.20%	1.87%	4.55%
保險收入	8,110	8,344	8,604	8,469	8,467
保險收入成長率	6.66%	2.89%	3.11%	-1.57%	-1.59%
一、保險費收入	7,730	7,998	8,256	8,338	8,338
(一)一般保險費	6,075	6,294	6,489	6,553	6,553
(二)補充保險費	723	715	643	636	636
(三)政府負擔不足法定36%之差額	933	988	1,124	1,149	1,149
二、其他收入	380	347	348	131	130
當年保險收支餘緝	339	234	-171	-470	-707
保險收支累計餘緝	1,388	1,622	1,451	980	744
約當保險給付支出月數	2.14	2.40	1.98	1.32	0.97

製表日期：114.09.04