

衛生福利部全民健康保險會
第7屆114年第8次委員會議事錄

中華民國114年10月22日

衛生福利部全民健康保險會第7屆114年第8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10月22日上午9時30分

地點：本部301會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：馬文娟、張琬雅

出席委員：(依姓名筆劃排序)

田委員士金、朱委員益宏、吳委員銘修、吳委員鏘亮、呂委員正華、
李委員飛鵬、林委員宜平、林委員恩豪、林委員敏華、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、
連委員賢明、陳委員世岳、陳委員秀熙、陳委員建宗、陳委員真慧、
陳委員節如(台灣社會福利總盟馬副理事長海霞代理)、陳委員麗琴、黃委員心
苑、黃委員金舜、黃委員振國、黃委員國祥(中華民國工商協進會黃專案協
理美慧代理)、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、溫委員宗諭、詹委員永兆、
鄭委員力嘉(全國產職業總工會林秘書兩樵代理)、謝委員佳宜、顏委員鴻順、
嚴委員必文

請假委員：吳委員永全、花委員錦忠、董委員正宗、蔡委員順雄

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：陳署長亮妤(龐副署長一鳴代理)

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第9~12頁)

貳、議程確認：(詳附錄第12~13頁)

決定：確認。

參、確認上次(第7次)委員會議紀錄：(詳附錄第13頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第15~16頁)

決定：

- 一、請中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國醫師公會全國聯合會及中華民國中醫師公會全國聯合會於114年11月4日前提送115年度一般服務地區預算分配之建議方案。屆時未提送者，將由本會掣案提11月份委員會議(114.11.19)討論，俾依法於年底前完成協定。
- 二、餘洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第17~39頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項內容確認案，提請討論。

決議：

- 一、確認115年度總額協定結果之整體成長率，如下表：

115 年度 醫療費用	醫院 (含透析)	西醫基層 (含透析)	牙醫 門診	中醫 門診	其他 預算	整體 合計
金額 (億元)	6,853.06	1,861.99	583.69	364.29	220.32	9,883.35
成長率	5.5%	5.5%	5.5%	5.5%	增加 11.49 億元	5.5%

註：1.門診透析服務總成長率 3%，總金額 487.96 億元，其中醫院總額為 252.32 億元，西醫基層總額為 235.64 億元，已分別併入醫院及西醫基層總額預算。

2.年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

- 二、確認各部門總額及其他預算新增或延續性項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，如附件一。
- 三、依中央健康保險署建議，修正115年度總額部分協定事項文字內容，如附件二。
- 四、本次確認及修正文字事項，併入115年度各部門醫療給付費用總額協商結果，報請衛生福利部核定。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：115年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：本案保留，請醫院總額部門代表委員攜回付費者委員意見，內部充分溝通，於第9次委員會議(114.11.19)續議。

陸、報告事項(詳附錄第40~43頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告，請鑒核。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參，並持續監測執行成效，定期向本會提報。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：114年度西醫基層診所及藥局春節連假開診額外獎勵措施執行結果，請鑒核。

決定：本案洽悉。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：「114年9月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)，請鑒核。

決定：本案洽悉。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：上午11時5分。

**各部門總額及其他預算新增或延續性項目協定事項
之「執行目標」及「預期效益之評估指標」**

部門	新增或延續性項目		「執行目標」及「預期效益之評估指標」
醫院總額	一般服務	0~6 歲兒童醫療量能保障	1.執行目標：維持醫院兒童醫療量能。 2.預期效益之評估指標： (1)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)醫院兒科醫師之人數、急診及住院服務量不低於 114 年。
	專款項目	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	1.執行目標：鼓勵醫院投入抗微生物製劑管理及感染管制品質的提升。 2.預期效益之評估指標：鑑於本項於 113 年開始編列，建議評估指標續 114 年之項目，1 年後再予檢討。 (1)參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於 113 年。 (2)參與醫院全院/加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於過去 3 年。 (3)參與醫院高度管制性抗微生物製劑 DDD(定義每日劑量)耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)不高於 113 年。
		促進醫療服務診療項目支付衡平	1.執行目標：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。 2.預期效益之評估指標：下列 4 項任 1 項合格即達標。 (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。 (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。 (3)急診轉住院人次占率較去年增加。 (4)急診病人停留超過 24 小時之案件比率較 113 年下降。
		住院護理費用	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會討論研訂執行目標、預期效益之評估指標，確保預算用於增加住院護理人力或回饋第一線護理人員薪資，並報請衛生福利部核定。

部門	新增或延續性項目		「執行目標」及「預期效益之評估指標」
西醫基層總額	一般服務	因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費	1.執行目標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數不低於80%。 2.預期效益之評估指標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數。
		0~6歲兒童醫療量能保障	1.執行目標：維持西醫基層兒童醫療量能。 2.預期效益之評估指標：西醫基層診所參與醫事司幼兒專責醫師制度計畫之醫師數較113年增加。
	專款項目	家庭醫師整合性照護計畫	1.執行目標：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。 2.預期效益之評估指標： (1)家庭醫師整合性照護計畫收案人數較前一年度增加。 (2)糖心腎症候群監測數據(HbA1c、LDL)控制良好占率較前一年度增加。
		促進醫療服務診療項目支付衡平	1.執行目標：以民眾就醫權益為優先，並保障醫事人員合理工作量能，鼓勵基層院所於假日開診，以利推動分級醫療、改善假日急診壅塞困境，維護民眾假日就醫權益。 2.預期效益之評估指標：西醫基層假日看診診所數較前一年度增加。
牙醫門診總額	專款項目	青少年口腔提升照護試辦計畫	1.執行目標：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。 2.預期效益之評估指標： (1)提升全國12~18歲青少年牙醫就醫率不低於60%。 (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。
		高風險疾病口腔照護計畫	1.執行目標： (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。 (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。 2.預期效益之評估指標：

部門	新增或延續性項目		「執行目標」及「預期效益之評估指標」
			<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>
		特定疾病病人牙科就醫安全計畫	<p>1.執行目標：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>2.預期效益之評估指標：</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，顎骨壞死之風險。</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>請明訂預期效益之評估指標之目標值，以利後續評估規劃。</p>
中醫門診總額	一般服務	友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質	<p>1.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 50%。</p> <p>2.預期效益之評估指標：聘有護理師/護士之中醫健保特約院所較 114 年增加 1%。</p>
		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)	<p>1.執行目標：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$\geq 20\%$。</p> <p>2.預期效益之評估指標：申報腦中風後遺症且接受高度複雜性針灸、中度複雜性傷科之中醫病人一年內急診就醫率低於未看診中醫病人。</p>
	專款項目	中醫癌症患者加強照護整合方案	<p>1.執行目標：服務癌症加強照護整合之中醫病人數較前 1 年增加 5%。</p> <p>2.預期效益之評估指標：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。</p>

部門	新增或延續性項目		「執行目標」及「預期效益之評估指標」
		中醫急症處置	1.執行目標：執行院所 11 家以上。 2.預期效益之評估指標：急診病人經中醫治療後，視覺類比量表(VAS)有改善。
		照護機構中醫醫療照護方案	1.執行目標： (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。 2.預期效益之評估指標：照護機構住民外出就診中醫次數較前 1 年減少。
		中醫三高病人加強照護計畫	1.執行目標：參與個案 3 萬人。 2.預期效益之評估指標：個人健康資料上傳及生活習慣自評 60%收案個案完成。
其他預算	專款項目	山地離島地區醫療給付效益提升計畫	1.執行目標： (1)山地離島地區醫療給付效益提升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)全人整合照護方案初級照護案件鄉內就醫比率 $\geq 80\%$ 。 2.預期效益之評估指標： (1)山地離島地區醫療給付效益提升計畫民眾滿意度。 (2)全人整合照護方案 35~64 歲民眾結核病主動篩檢率。 (3)全人整合照護方案初級照護案件鄉內就醫比率。

依健保署建議修正 115 年度總額協定文字

部門	項目名稱	原協定文字	修正後文字
醫院 總額	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		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。
中醫 門診 總額	8.中醫三高病人加強照護計畫 (115 年新增項目)	2.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)，將實施方案提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。	2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1) <u>於 115 年度總額公告後</u> ，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)，將實施方案提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。
其他 預算	8.腎臟病照護及病人衛教計畫	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。	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保證保留款實施方案，並於額度內妥為管理運用。

第7屆114年第8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 7 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，現在會議時間已經到了，因為下大雨，今天出席委員人數也剛好過半，已經達到法定開會人數，今天的會議可以開始，先請主席致詞。

周主任委員麗芳：謝謝周淑婉執行秘書，所有健保會委員、健保署龐一鳴副署長、社保司陳真慧代理司長，以及所有健保署、健保會同仁，大家早安！大家好！非常感謝大家，這幾天特別是台北天候不佳，有一些委員都還在趕過來的途中。

首先介紹一下，本會這屆的委員會有 2 位新任委員，因為醫師公會全國聯合會在 9 月 21 日已經舉辦理事會改選，改選之後派任的健保會委員，是由黃常務理事振國與顏副理事長鴻順兼任，聘期從 114 年 10 月 7 日到 115 年 12 月 31 日，讓我們用掌聲歡迎黃委員與顏委員的加入(委員鼓掌)。等一下再請 2 位委員做新生致詞，坦白說他們也不是新生，因為他們是回娘家，2 位過往都曾是健保會的委員，也都戰力十足，同時都是非常有經驗的，所以歡迎再次回到健保會。

另外，有點離情依依，就是中醫師公會全國聯合會在這個週末即將進行理事長改選，很感謝詹永兆委員，在健保會任上也貢獻良多，同時打下很多美好的戰役，等一下也是要請詹永兆委員做畢業感言，黃金舜理事長還沒，藥師公會全國聯合會新任理事長要到 11 月中才交接，11 月 19 日是健保會委員會議，所以您的畢業感言，要到日期比較接近的時候才會有臨場感，所以等到 11 月委員會議的時候，再麻煩黃金舜委員做畢業感言。

其次要跟大家報告 1 個好消息，就是衛福部在近日發布了有關於全民健康保險法施行細則第 45 條的修法，就是攸關政府負擔健保總經費 36% 的爭議，過往的爭議就是撥補的 36% 當中，有一些社福補助的健保費包括中低收入戶、原住民、中重度身心障礙者，還有受僱者育嬰留職停薪期間政府補助原由雇主負擔的健保費等，都算在

政府負擔總經費的 36%當中，導致健保收入減少。

非常感謝在所有歷任的健保會委員的大力爭取之下，也很感謝衛福部，包括石崇良部長、邱泰源前部長的努力爭取，當然社保司居功厥偉，陳真慧代理司長也非常用心，在這案子上面大力論述、爭取，最近已經公告了，健保法施行細則第 45 條中屬於其他法律補助的保費就移出，不算在政府負擔總經費的 36%內。因為這樣的修法，回溯至今(114)年 1 月 1 日，今年健保可以額外再挹注 134 億元經費。這是很大的財務來源，也是讓大家看到，只要健保會的各位委員很堅持、很努力，不斷地去做論述，然後再配合衛福部做最大的支持，健保會是可以撼動一些政策的改變，所以在此跟大家先行報告。

接下來，桌上還有幾份公會的邀請函，要邀請委員參與相關活動，等一下再請大家說明，接下來先請詹永兆委員做畢業感言，謝謝。

詹委員永兆：主委、各位委員大家早安。中全會將在下週日(10 月 26 日)舉辦理監事改選，屆時將會產生一組新的人馬出來，因此今天也是我參與健保會委員會議 30 幾次以來的最後 1 次出席，此刻心情百感交集。我要特別感謝所有委員對中醫部門那麼小的總額呵護有加，總是在我們最無助的時候伸出援手，尤其今年協商 115 年度中醫門診總額給我們高推估 5.5%的成長率，中醫部門能獲得到那麼多委員的關愛，讓我們得到高達 5.5%的成長率，真的讓我終身難忘。中醫總額真的是所有總額裡面最小的，我想我們也很努力追求表現，希望能夠照顧到更多民眾，也希望民眾用最低廉的方式，得到中醫最大的照護。這些年來，非常感謝所有的委員以及健保會幕僚對中醫部門的支持，未來，新任理事長將接棒出席健保會，懇請各位委員持續給予中醫部門支持與關愛，以上，謝謝。

周主任委員麗芳：非常謝謝詹永兆理事長，「永兆」台語講就是「用跑的」，接下來的理事長很難超越他，可能要搭噴射機會比較快一點。中醫部門在委員桌上放的這張邀請函，詹永兆理事長是不是也跟大家說明一下？謝謝。

詹委員永兆：這張邀請函是我們 1 年 1 度的「中醫嘉年華」活動，將中醫的基本常識向民族幼苗，也就是中小學生進行推廣，透過這場大型嘉年華會讓大家認識中醫文化，今年的活動將於 11 月 16 日在新北市舉行，屬於台北都會區，誠摯邀請各位健保會委員蒞臨參加，謝謝。

周主任委員麗芳：接下來是新生致詞，先請顏鴻順委員。

顏委員鴻順：謝謝主委，健保署龐副署長、各位委員大家早安。我是代表醫全會跟黃振國委員一起擔任這屆健保會委員，這是我第 2 次進入健保會，上次我擔任委員時也是周麗芳主委，跟主委學習了非常多，這屆健保會中，有多位委員是熟悉的舊任委員，也有一些新加入的成員。健保會是個能夠學習與交流的平台，也看到各界的委員在不同的面向，對全民健保與臺灣醫療的針砭與建議。西醫基層在臺灣醫療體系中，一直扮演著非常重要的角色，臺灣醫療之所以能獲得超過 9 成的民眾滿意度，正是因為全民健保制度備受世界各國稱羨，關鍵在我們擁有健全的四級醫療制度，以及優質的基層醫療服務。此次總額協商中，感謝各位委員給予西醫基層 5.5% 的成長率，雖然協商過程中略有波折，但在各位委員的指導與支持下，最終仍順利達成任務。請大家放心，西醫基層一定會秉持最大的努力，承接大家的期許與指導，持續站在第一線守護民眾健康，扮演好基層醫療應有的角色，請各位委員未來繼續給予西醫基層更多支持與指導。

周主任委員麗芳：謝謝，也恭喜顏鴻順委員擔任醫全會的副理事長。接下來請陳世岳理事長，您們也放了 1 張邀請函在委員桌上。

陳委員世岳：周麗芳主委、龐副署長、周執行秘書，還有燒燙燙剛出爐的顏委員、各位委員，大家早安！首先非常感謝各位委員，牙醫門診總額 23 年來第 1 次觸及天花板，115 年度總額成長率達到上限 5.5%。謝謝主委還有各位委員的疼惜，知道我們牙醫其實是很努力在做、也儘量做，謝謝大家的肯定，讓我們可以達到跟醫院、西醫基層、中醫門診總額，四大總額都一樣的成長率 5.5%，我想我們拿

到這個費用以後，會朝著照顧這些高風險族群口腔健康的要求，儘量地去努力。而且我們可能在 11 月就會召開一個記者會，把這次總額協商我們要做的時候對外宣布，希望讓民眾都知道，其實我們是非常照顧民眾的健康，希望所有民眾都知道可以享受這權益，我們會儘量做到我們答應要做的事。

再來就是在 12 月 17 日，我們將舉行「天籟之聲愛無限暨牙醫總額歲末餐敘」，在 W Hotel，請主委還有各位長官、各位委員蒞臨指導，然後最重要的是要感謝大家，謝謝大家的支持，也請大家那天把時間撥出來，謝謝。

周主任委員麗芳：非常感謝。今天稍微有點時間的壓力，因為我們 11 點馬上要緊接著召開「115 年度保險費率審議前的專家諮詢會議」，從現在開始不到 2 個小時，我們就要完成任務，所以會議開始。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主委、各位委員好，大家早安，在議程確認之前，先跟大家報告，依據本會的組成及議事辦法第 8 條及會議規範第 6 點規定，健保署署長是法定列席人員，該署在 10 月 21 日，昨天函知陳亮好署長因為需要出席 1 個重要會議(詳議事錄第 6 頁)，所以不克列席，今天是委請龐一鳴副署長代表，這個來函在委員的桌上，請大家參閱。

這次的議程都是依照年度工作計畫及委員會議的決議來做安排，討論事項有兩案，第 1 案是延續上個月的總額協定結果，我們針對各總額部門的成長率跟部分的協定事項，主要是新增項目或預算成長比較大的延續性項目，其執行目標及預期效益評估指標的部分，需要再做一個確認。第 2 案是醫院總額的地區預算分配，這是兩個討論事項。

報告事項的部分有三案，第 1 案是依照工作計畫來安排，是部分負擔監測結果的成效檢討，第 2 案是今年第 1 次委員會議(114.3.26)決議，將動支其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，支應西醫基層診所及藥局春節連假開診額外獎勵費用的

執行結果，提到會裡面做報告。第3案是健保署9月份的業務執行報告，本次沒有做口頭報告，以上是今天的議程安排。

周主任委員麗芳：委員如果沒有其他意見的話，議程確認。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳：有關上一次的會議紀錄，不知道委員還有沒有詢問？如果沒有的話，會議紀錄確認，接下來進行本會重要業務報告。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：吳箴

聯絡電話：02-27065866 分機：2531

傳真：02-27029964

電子郵件：a111158@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年10月21日

發文字號：健保企字第1140682423號

速別：最速件

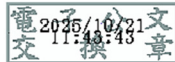
密等及解密條件或保密期限：

附件：無

主旨：有關貴會114年10月22日第7屆114年第8次委員會議，本署
陳亮好署長因需出席鈞部高階主管相關會議，故不克列
席，委請龐一鳴副署長代表，敬請諒察。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：



114. 10. 21



1143340237

貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周執行秘書淑婉：本會重要業務報告，項次一，是依照本會上次委員會議決議，請各總額部門受託團體在今年的 10 月 7 日之前，提送 115 年度一般服務地區預算分配建議方案，這個部分各總額部門的辦理情形，醫院協會在 9 月 18 日就函送在案，已經列入討論事項的第 2 案。

牙全會在 10 月 1 日函復本會，希望在 10 月 29 日開完內部會議討論之後再提送本會。醫全會及中全會尚未提供，所以請牙全會、醫全會及中全會最遲在本(114)年 11 月 4 日之前，提送地區預算分配的建議方案，讓我們在 11 月的委員會議可以提案。如果 11 月 4 日沒有提送的話，本會就會直接掣案提會討論，才能依法在年底之前完成協定報部核定。

項次二是本會在本年第 7 次的委員會議(114.9.26)，完成總額協商結論的初步確認，健保署依照協商結果及健保法第 24 條規定提出的費率草案，將在今天委員會議之後，依法召開費率審議前專家諮詢會議，請各位委員列席參加。

項次三，為提供即時資訊，我們再更新 8 月份彙編的總額協商參考指標要覽，在 10 月 17 日已經將電子檔公開於本會網頁，為節能省碳，這次就不再印紙本，如果委員及相關單位團體有參考的需要，可以直接到本會網頁自行下載，下載路徑請大家參閱。

項次四是本會將 115 年度總額協商結果，列為委員關切重要議題的會訊報導主題，這個資料在會議資料第 127~128 頁，也已放在本會的網頁，請委員可以轉知所屬團體的會員來做參閱。

項次五是衛福部及健保署在本年 9 到 10 月份發布及副知本會的相關資訊摘要，內容都放在健保署的全球資訊網，詳細內容和附件，在 10 月 15 日、10 月 20 日已寄送到各委員的電子信箱。其中，就是剛剛主委在致詞的時候有特別提到，列在補充資料 1 第 1~7 頁的部分，在我們大家努力下，衛福部已經修正發布全民健康保險法施

行細則第 45 條、第 73 條的修正條文，詳細內容在補充資料 1 的第 1~7 頁，也請委員參閱，以上。

周主任委員麗芳：針對剛剛周淑婉執行秘書所做的重要業務報告，不知道委員有沒有其他意見？如果沒有的話，就請牙全會、醫全會、中全會在今年的 11 月 4 日以前，提送 115 年度一般服務地區預算分配之建議方案，如果沒有提送，則由本會掣案提 11 月份委員會議，於 114 年 11 月 19 日來做討論，俾依法於年底前完成協定。第 2 點餘洽悉，接著進行討論事項第一案。

參、討論事項第一案「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項內容確認案」與會人員發言實錄
同仁宣讀

周主任委員麗芳：等一下，我們先暫停一下，我們也要歡迎今天新任委員，黃振國委員，如同剛剛所說的，他也是回娘家，是我們戰力十足的好夥伴委員，是不是也請您發表一下新生致詞？

黃委員振國：應該也算回娘家，謝謝大家。今天真的是大塞車，比我估計多 20、30 分的車程，自己開車遇到下大雨真的很可怕。在此也謝謝我們健保會委員的指導及支持，我想我謹代表醫全會，我們會盡到溝通、尋求良好的互動，也希望各位給我們支持與指導，謝謝。

周主任委員麗芳：歡迎黃委員及顏委員的加入，我們繼續回到議案。

陳組長燕鈴：請委員看到討論事項第一案，就是在會議資料第 91 頁，主要是本會已經完成了 115 年度總額的協定，今天要再對於整體的總額成長率，還有部分協定事項，就是執行目標及預期效益評估指標作確認，在這次委員會議確認完了之後，我們就需要儘快進行報部的事宜。

請看到會議資料第 91 頁說明一(一)，我們要確認 115 年度總額整體成長率，協商結果是四部門總額跟其他預算都完成協定，經總額計算公式去估算的話，整體成長率是 5.5%，整個總額是 9,883.35 億元。說明一(二)的部分就是在四部門跟其他預算都有 115 年度新增的協商項目，或者是說原來是既有的延續性項目，但是因為它的預算增加超過 20%的部分，要重新訂定執行目標及預期效益評估指標，這部分依上次委員會議決議，已經請健保署會同各總額部門參考委員的意見，共同討論研修後，提本次委員會議確認，健保署在 10 月 20 日回復的研修結果，已列在補充資料 1 裡面，在今天的會上他們也有提供更新的資料，等一下再說明。最後就是這個整體的成長率如果經委員確認，還有剛才講的執行目標、預期效益評估指標等，我們就會併入整個總額的協商結果報請衛福部核定。

現在請回到執行目標及預期效益評估指標的討論，請看補充資料

1 第 8 頁，另外還要併同參閱健保署今天會上提供的補充資料 2，標題是「115 年度總額協定事項『執行目標』及『預期效益之評估指標』之本署意見」，我先簡要說明一下，健保署在 10 月 20 日已經函送他們對於四部門總額與其他預算協定事項之執行目標及預期效益評估指標的研修結果，健保署的意見主要分成 3 部分，1 個是有提出修正的建議或意見，有些項目就是完全尊重醫界的意見，覺得合理。其他還有些是還沒有提出或需要補充的，但是今天在會上提供的這份資料，健保署的意見都已完整補上，等一下我建議是用健保署最新的資料來討論。

關於處理方式，因為討論的結果是要報部的內容，所以執行目標及預期效益評估指標的內容是要確定才能列入，建議逐項討論和確認，如果在確認的過程有問題的話，再請健保署就今天更新的資料提供說明。如果經過討論以後，有些項目還是沒有辦法確認的話，因為時程的關係，就建議依本會的組成及議事辦法第 10 條規定報請衛福部決定。另外在補充資料 1 第 9 頁，就是健保署在 10 月 20 日來函的時候還有 1 個建議，就是對於總額協定事項部分的文字提供了修正建議，在補充資料 1 的第 22~23 頁，我們有看過，基本上都沒有涉及到實質內涵，只提供一些文字的增修，比較明確而已，這個部分，我們就建議尊重健保署的建議去做文字的酌修。

接下來請看健保署會上提供的「115 年度總額協定事項『執行目標』及『預期效益之評估指標』之本署意見」這份資料，建議逐部門逐項討論，以利確定協定事項的 KPI^(註)，以上說明。

註：KPI(Key Performance Indicators，關鍵績效指標)

周主任委員麗芳：有關這個案子的討論有 3 個重點。第 1 個重點就是確認 115 年度總額協商結果整體成長率，這應該是無庸置疑 5.5%，其他預算增加 11.49 億元。第 2 個重點就是剛剛桌上的這份健保署提供的補充資料 2 要逐項討論，要確定執行目標及預期效益評估指標，這比較需要花點時間討論。第 3 個就是健保署有微調一些文字，微調的文字，我們看過跟協定事項的內涵沒有什麼相違背的地方，所以這部分應該是可以尊重他們的修正建議。

針對第 2 個重點，我們進行方式就是逐一部門來討論，首先是醫院部門，我先請教一下，因為當時我們希望各個總額部門跟健保署去協商，提出方案來健保會再進行討論，目前提出來有一些是一致的，健保署也予以尊重的，有一些健保署有額外意見的，我想我們還是要先聽聽看各個醫療部門的意見，所以首先是醫院總額部門，先請李飛鵬理事長針對醫院總額幾個項目，健保署的意見你們是不是都接受？

李委員飛鵬：都同意。

周主任委員麗芳：你們都同意嗎？真的很乾脆，健保署列出來的你們都同意。我們再問一下各位委員對他們兩造雙方都同意的內容，是否還有其他意見？請林敏華委員。

林委員敏華：我這邊能不能請教健保署一下，在本署意見第 2 項「參與醫院全院/加護病房重點監測抗藥菌感染密度不能高於過去 3 年」，我這邊有個疑問就是，是平均值嗎？還是任何 3 年裡面都不能超過？

周主任委員麗芳：等一下，先累積一下，看看還有沒有別的問題，還有別的嗎？目前沒有，請健保署說明，謝謝。

黃參議珮珊：跟委員補充報告，這個指標其實是要關注於這個醫院長期對於抗藥性的監控，所以我們建議的監控是全院的整體感染密度，尤其是加護病房，這兩邊的感染密度都要同時下降，所以其實不是取平均值，是每年都要能夠持續地不要高於前一年，精神上大概是這樣。

周主任委員麗芳：請龐副署長。

龐副署長一鳴：監測的抗藥菌數目跟科技能力有關係，醫院要有實驗室能夠支持，所以一般正常情況之下都是監控內容越來越多，所以要依據這個趨勢來做處理，並不是一般門診量有每年度不一樣的問題，而是監控項目的趨勢，要按照這樣的邏輯走。

周主任委員麗芳：醫院總額部分我們就確認，接下來進入到西醫基層總額部分。

朱委員益宏：對不起，醫院總額的部分，我是不是稍微再提出一點小

小的修正，就是第 4 項「住院護理費用」的部分，因為健保署的意見是由健保署再跟護理師護士公會全國聯合會研議，但是因為這個項目畢竟是在醫院總額，我覺得健保署意見漏了醫院協會，應該是要跟醫院協會這邊再研議，當然請護全會一起來研議是比較妥適的，但是這個研議過程不能把醫院協會漏掉，謝謝。

周主任委員麗芳：好，謝謝。龐副署長這邊要補充嗎？

龐副署長一鳴：可以，應該可以一起研議，謝謝。

周主任委員麗芳：好，我們就把醫院協會加進去。醫院總額的部分，若大家沒有意見的話，我們就確認。接下來進行西醫基層總額，西醫基層總額有 2 位委員代表，先請副理事長顏鴻順委員。

顏委員鴻順：西醫基層有 4 個項目，第 1 個就是「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」部分，我們同意健保署的意見，因為今年執行目標是不低於 80%，我們內部也會繼續跟護全會、健保署一起溝通，希望能訂出有利於整個制度的推動，也有利於護理人員的制度，所以這個項目我們同意。

第 2 個就是「0~6 歲兒童醫療量能保障」項目，健保署意見是希望調整執行目標的文字為「維持西醫基層兒童醫療量能」，這個我們也同意，至於預期效益評估指標為參與醫事司幼兒專責醫師制度計畫的醫師數要逐年增加，我們也同意。我想問一下，這裡的醫師數是指西醫基層醫師的人數嗎？(龐副署長一鳴點頭)好，我們會朝健保署指示的方向，一起來努力。

第 3 個是有關「家庭醫師整合性照護計畫」項目，這個計畫已經執行 20 年，其實在演進過程當中也是不斷的精進，尤其疫情期間，發揮了非常大的功能，我之前講過基層診所以前像散兵游勇，自從有社區醫療群之後，我們每個月都必須把群的醫師召集起來一起交流，有時候是參訪、有時候是演講、有時候是開會，所以自從有醫療群之後，基層診所變成一支一支的國民兵部隊，在疫情期間才有辦法很迅速的組建起來，我們也全力配合衛福部與健保署推動的相關醫療政策。健保署建議預期效益評估指標之「(2)中風等併發症發

生率較前一年度減少」修正為「糖心腎症候群監測數據(HbA1c、LDL)控制良好占率較前一年度增加」，這個我們也認同，因為這個本來就是我們要一起努力的方向。

第4點，「促進醫療服務診療項目支付衡平」預期效益評估指標是假日看診部分，其實影響假日看診的因素很多，首先是受到相關制度影響，包含勞基法的改變、假日變多等，這些對基層診所影響非常大，基層診所不是醫師出來看診就好，還要有藥師、護理人員、掛號人員等，每個人員都須依循勞基法規範。以我目前手上的資料，星期六西醫基層開診率應該都有達80%以上，但星期日部分，之前的統計只有18%，這部分容我們再一起努力。我們提出的評估指標是西醫基層假日看診的診所數能夠增加，不要用比例，我們希望診所數能夠增加，以上是我們的意見，謝謝。

周主任委員麗芳：請黃振國委員。

黃委員振國：大家都知道現在西醫基層診所約有1萬多家，但是有些診所專門在做自費項目，譬如醫美或減重診所。有些科別的診所民眾在假日的需求不大，譬如說精神科或是急症。現在衛福部正推動假日急症中心UCC^(註)，即將在六都試辦，所以可能會有許多輕症的民眾往UCC去尋求醫療照護。以看診率作為評估指標，說實在的在其他總額並沒有這樣的要求。再者，我們應該要看民眾的假日需求有沒有增加，假設民眾假日看診需求真的增加了，而相對應提供的醫療服務並沒有增加，那就是西醫基層應該努力，反之，民眾都已經習慣週休二日，而且很多非急症民眾可以在平時得到適切醫療服務的時候，反而不會往假日去擁擠。

第2個跟大家報告，很抱歉，因為勞基法的關係，很多醫療診所尤其是在假日開診的院所，員工的薪資待遇都必須加成，所以會看到有些診所假日掛號費不得不增加，我想這是需求跟供應相對的配合，所以我們還是建議以實際有在服務的診所數來因應實際的醫療需求，以上補充報告，謝謝。

註：UCC(Urgent Care Center，假日輕急症中心)。

周主任委員麗芳：非常感謝顏鴻順委員和黃振國委員的說明，西醫基層總額的部分，目前看起來相當的單純化，西醫基層和健保署意見只有 1 個指標「假日看診」部分，就是在補充資料 1 第 5 頁最下方，西醫基層希望以診所數較前一年度增加來做指標，請龐副署長回應。

龐副署長一鳴：這個算法我們原則同意，因為今天數據可能不夠，我們再把基期的數字和預期目標的數字，再跟醫全會一起討論出具體數字，好了之後再來會上跟大家說明、報告。

周主任委員麗芳：應該是不用，你們修正即可。

周執行秘書淑婉：沒有，今天會議結束後，我們會報請衛福部核定，這部分健保署可以直接跟衛福部再做研擬。

周主任委員麗芳：剛剛龐副署長已說明健保署的態度，針對這個指標是沒有問題，可以修，具體執行就是執行的時候，你們再去處理，所以現在等於已經修正成一致了(龐副署長一鳴：對)，等於我們陳報部的時候，健保署意見在假日看診這塊已修正、拿掉了，就是跟醫全會建議的西醫基層假日看診診所數較前一年度增加，兩者是一致的，到時候陳報出去就是修正健保署這塊就對了，他們兩個是一致的。

西醫基層部分，目前除了有 1 個項目是健保署修正尊重醫全會意見之外，其餘是醫全會尊重健保署的意見，所以請健保會同仁往上陳報的時候修正。

接下來進行第 3 個部門，中醫門診總額，請詹永兆理事長說明，謝謝。

詹委員永兆：主席、各位委員大家好，關於第 1 點，護理師/護士的病患衛教覆蓋率，其實我們是請院所成立衛教專區並提供相關內容，回傳到中全會，中全會再來訪查，最後將資料回傳給健保署核定，所以這樣的話，基本上應該不會有沒辦法執行的問題，再看健保署對這部分有沒有意見，可以接受嗎？第 2 項我們同意健保署的修正意見。

第 3 項「中醫癌症患者加強照護整合方案」的執行目標，希望

115 年度比 114 年度來看癌症加強專案照護的人數大於 5%，我想明確寫出來會比較清楚，因為費用增加，所以原則上看診人數是增加 5%，這樣就符合執行目標。

關於中醫急診處置，當初我們訂 10 家是因為依 113 年資料，那時執行院所只有 9 家，所以執行目標設定為 10 家。健保署統計 114 年 1~6 月執行院所數有 11 家，中全會也努力鼓勵各醫學中心或各醫院參與本計畫，但目前還不算很穩定，所以我們才會以 10 家為執行目標，如果真的一定要我們提高，我們可以先提高到 11 家，以上。

周主任委員麗芳：好，所以下面這幾個項目就是尊重健保署的意見。現在中醫門診的部分，目前就 2 個項目，第 1 項是「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」的衛教覆蓋率，再來就是「中醫癌症患者加強照護整合方案」，請龐副署長回應，謝謝。

龐副署長一鳴：衛教覆蓋率對健保署來講沒辦法測量，剛才你講的方法就是中醫師填報給健保署，請教詹理事長，健保署要不要去查證？

詹委員永兆：可以啊！

龐副署長一鳴：我的意思是，你的成本會非常高，以最近本署有執行的 888 計畫及大家醫計畫中，有做慢性病生活習慣諮商，諮商的內容、標準的問卷、衛教內容，填報完成，還要建置整套資訊系統，我覺得中醫目前的概念還沒有形成到那個階段，而且查證的成本都轉移到健保署，你剛才說你可以，但我們不見得有那個執行力，所以有具體、現實客觀的數據可以測量應該是比較好，以上建議。

周主任委員麗芳：好，謝謝，還有 1 項就是中醫癌症患者加強照護整合方案的部分。

黃參議珮珊：「中醫癌症患者加強照護整合方案」的部分，我們是同意中全會所提的內容，但是定義的部分是否可以訂定得比較明確，這樣比較好估算。

周主任委員麗芳：等於有兩塊，中醫癌症患者加強照護整合方案部分，「服務癌症加強照護整合中醫病人目標： $\geq 5\%$ 」是同意的，執行細節的部分，你們再去研議怎麼定義分子、分母，原則上指標是 OK 的。

第一項的部分則再看是否有更具體的指標。

詹委員永兆：如果「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」項目要另設預期效益之評估指標，最直接簡單的就是增加聘護理人員的家數增加 1%，這樣健保署就有資料，這樣更直接。

周主任委員麗芳：好。

陳委員麗琴：可是那個要加薪。

詹委員永兆：這一定要加薪啊！

陳委員麗琴：因為這指標是希望友善醫事人員環境，對有聘護理人員的診所，這樣對他就沒有什麼效果，對有聘護理人員者也是要調整，就是本來就已經聘護理人員的中醫診所，就是也應該要調薪，執行目標訂為 40%，我覺得很低，會破壞我們的行情，因為從西醫基層診所開始做的時候，是從 50%開始調，因為你們是第 1 年做，是不是也是從 50%開始，不要 40%？

詹委員永兆：沒關係，我們中醫很努力，很多薪水都 4~5 萬元，其實薪水都蠻高的，就是要加一個級距，你說 50%，沒關係。

周主任委員麗芳：詹理事長我們現在要很確切訂出來，就是「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」執行目標的部分，有申報本項加計且有調升護理師/護士薪資占率達多少？你要 40%，還是要用剛剛陳麗琴委員建議的 50%？

詹委員永兆：對！

周主任委員麗芳：所以 50%你們做得到？

詹委員永兆：沒關係！我想我們會努力，我們有參考西醫基層總額，他們做到 57%，中醫部門會儘量，我們還是衝看看。

周主任委員麗芳：好，所以在友善醫事人員環境部分，第 1 個目標值改為 50%，第 2 個預期效益評估指標，就是剛剛你建議的。

詹委員永兆：如果衛教覆蓋率窒礙難行，可改為增加聘請護理師/護士的院所數增加 1%。

周主任委員麗芳：建議改為增加聘請護理師/護士的院所數增加 1%。

詹委員永兆：這樣他們資料就很容易勾稽。

周主任委員麗芳：龐副署長、健保署這邊也是同意的，太好了，所以中醫門診總額部分，雙邊也達成共識，委員有沒有針對這個有意見？請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：剛剛龐副署長有說有提到不容易做這個指標，衛教覆蓋率大於等於 70%.....。

周主任委員麗芳：已經沒有那個指標了。

楊委員芸蘋：那個沒有了？刪掉了？那怎麼做衛教？

周主任委員麗芳：已經刪掉，現在是把這個指標改成增加聘請護理師/護士的院所數增加 1%，用增加人力來取代覆蓋率，所以現在覆蓋率已經刪了。

楊委員芸蘋：我還想這怎麼做得到，瞭解。

周主任委員麗芳：接下來進入牙醫門診總額，牙醫門診總額也是一樣，先請陳世岳理事長來回應，謝謝。

陳委員世岳：主委、龐副署長、各位委員，牙醫門診總額部分，第 1 項就是「青少年口腔提升照護試辦計畫」，其實我們在執行這項計畫時就知道 12~18 歲年齡層的就醫率很低，我們希望把它提高，有關健保署的意見，我們希望預期效益評估指標是不是把它訂為就醫率不低於全國就醫率，不用 108 年，改用全國就醫率，看健保署能不能同意？

龐副署長一鳴：全國是什麼意思？全國是全國總人口，還是全國那個年齡層？你們要提升的是青少年的牙醫就醫率。

陳委員世岳：用總人口，這個年齡層和大家的年齡層的就醫率都是一樣的。

龐副署長一鳴：不是，應該是要提升哪個年齡層的就醫率，就和那個年齡層的就醫率資料比較，這樣才有可比性。

陳委員世岳：那這樣.....。

周主任委員麗芳：好，沒關係，這項你們想一下，我們先往下。

陳委員世岳：第 2 項「高風險疾病口腔照護計畫」，我們沒有意見。
第 3 項「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，健保署算出來 114 年 1~5 月執行院所數占率是 61%，但我們算出來是 44.4%，跟我們算出來的差距很大，因為我們 113 年的執行率是 51.82%^(註)，所以我們的規劃是希望「執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率」爬升到 6 成，再看健保署的意見，目標是希望能達到 6 成，因為 113 年的執行率是 51.82%，所以我們還是希望再往上走。

註：各總額部門 113 年度執行成果評核標摘要之執行院所占率為 54.2%。

周主任委員麗芳：好，謝謝，所以第 1 項你們想一下，等一下再來回應「青少年口腔提升照護試辦計畫」。我們先來處理「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，牙醫部門希望「執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率」訂為 6 成，健保署是建議還要再調升，剛剛陳世岳理事長說明執行目標訂為 6 成的理由，健保署可以接受他們的意見嗎？謝謝。

龐副署長一鳴：如果是數字算法有爭議，大家可以對一下，不過這項努力太久了，我們總是要有一點進展吧。

陳委員世岳：其實我們很努力在推，但是 113 年執行率就是 51.82%，目標值訂為 60%，我們也是往上調，希望能達到。

周主任委員麗芳：所以牙全會的意思就是他們已經從 51.82%往上要升到 6 成。

龐副署長一鳴：建議我們對一下數字再做調整，因為關係上好像差不多，如果是普遍性、系統性計算有誤差，我們再來調。

周主任委員麗芳：好，所以龐副署長的意思是 6 成的部分，這個大原則可以接受嗎？

龐副署長一鳴：可以。

周主任委員麗芳：大原則可以接受，至於細部，你們再去核對為什麼彼此間計算會有錯誤，所以這項也有共識了，就是尊重牙全會。現在回到「青少年口腔提升照護試辦計畫」。

陳委員世岳：我們可不可以還是用 60%？因為我們去年真的很努力在

做，這部分我們是有力在推，現在就是回到 113 年的評估指標，還是用 60%，這樣可以嗎？

龐副署長一鳴：剛剛主委已經講 6 成了。

周主任委員麗芳：對，最下面的特定疾病病人牙科就醫安全計畫的執行目標值 6 成，是 OK 的。

陳委員世岳：沒有，我是在講上面的...

周主任委員麗芳：你在講上面的「青少年口腔提升照護試辦計畫」？

陳委員世岳：我在講第 1 項「青少年口腔提升照護試辦計畫」，本來用不低於 108 年的就醫率，現在還是比照 113 年度的目標值 60%，將本項評估指標目標值訂為 60%，我們儘量做。

周主任委員麗芳：就是用 113 年度的該年齡層就醫率作為參考指標。

周執行秘書淑婉：直接寫 60%。

周主任委員麗芳：你要直接寫 60% 還是？

陳委員世岳：直接寫 60%。

周主任委員麗芳：這邊目標值直接改成 60%，這也是健保署的意見，太完美了。牙醫門診總額，在牙全會和健保署再次核對後，雙方也都達成共識。請問委員還有沒有意見？如果沒有意見，接下來就進入其他預算，其他預算的協定事項，請看一下健保署的意見，現在請龐副署長回應一下。

周執行秘書淑婉：這是他們自己的，就是看委員有沒有意見。

周主任委員麗芳：好，請問委員有沒有意見？

周執行秘書淑婉：基本上，我覺得他應該只是把文字修得比較清楚一點。

周主任委員麗芳：好，文字把它修正得更清楚一點。委員有沒有要提出詢問？如果委員沒有意見，就予以尊重。好，這個案子非常感謝大家，我們也非常有效率，本案做成以下 3 點決議：

第 1 點，確認 115 年度總額協商結果的整體成長率，細節的部分就如會議資料，我不贅述。

第 2 點，確認四部門總額及其他預算新增或延續性項目協定事項之執行目標及預期效益之評估指標。

第 3 點，另依健保署建議，修正 115 年度總額部分協定事項文字內容。

接下來進行討論事項第二案。

肆、討論事項第二案「115 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案」 與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴：有關討論事項第二案，主要討論 115 年度醫院總額一般服務之地區預算分配，依照健保法規定，本會協商四部門總額預算後，還要進行地區預算分配，把各部門總額的錢再分到 6 個健保分區，地區預算分配主要目的是希望提升保險對象就醫公平性，以「錢跟著人走」為原則，達到醫療資源均勻分布，及加強分區自主管理能力。醫院協會在 9 月 18 日函送地區預算分配暨風險移撥款建議方案，請委員參閱會議資料第 111 頁附件一，爰排入本次會議討論。

在討論本案前先說明，115 年度醫院醫療給付費用總額協商結果，成長率高達 5.5%，達行政院總額成長率上限，其中一般服務費用成長率為 5.101%，需進行 6 分區之預算分配，專款項目部分則是專款專用，不需要分區分配。

請委員參閱會議資料第 92 頁，有關地區預算分配，先說明歷年的執行概況及現行的分配方式規劃。健保署 6 分區業務組所轄的範圍，分為台北區、北區、中區、南區、高屏區及東區等 6 個地區，至於地區預算要怎麼分配、怎麼把醫院總額一般服務費用分配到 6 分區？分別有 2 個參數，1 個是「各地區保險對象人數校正風險因子後之數值」，以下就簡稱 R 值，主要反映各區保險人口的醫療需要，包含考量人口數、年齡老化及疾病狀況等；另外 1 個參數是「總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用占率」(S 值)，主要是反映各區實際的醫療利用情形，這 2 個分配參數占率加起來是 100%，彼此之間是有競合關係。

R 值是「錢跟著人走」很重要的參數，所以在主管機關交議時，R 值就已經規劃了人口需要的校正因子，請委員參閱會議資料第 93 頁，門診部分主要以各區投保人口數占率為計算基礎，例如台北區投保人口數最多、占率最高，但還需校正人口風險因子，例如若台北區人口老化指數增高，則校正後占率會較高，年齡性別指數占

80%。此外，標準化死亡比占 20%，最後再校正轉診型態；住院就沒有轉診型態，住院一半用年齡性別指數校正，另一半用標準化死亡比校正，這是門診及住院的風險校正因子。

分配方式部分，在總額開辦時，當時主管機關公告，地區預算自 93 年起，原則上以 8 年為期，逐年達成 R 值 100%之分配，該期程可視實況檢討修訂。在講到 R 值和 S 值分配以前，要先做門住診費用的比例拆分，剛才有講過 2 者校正因子不同，6 分區的校正因子也不同，所以要把錢分成門診跟住診 2 塊預算後，再計算 R 值和 S 值。門住診費用比率從 94 年度起分為 45:55，門診 45、住診 55，將門、住診費用分別依各地區門、住診 R 值、S 值占率計算後，合併預算，按季結算各區點值以核付費用。接下來就是，門住診的 R 值和 S 值占率要怎麼調整？

近年除了 R 值和 S 值分配以外，還有 1 個風險調整移撥款，請委員參閱會議資料第 93 頁最下面，風險調整移撥款主要是地區預算往前進的時候可能對於某一些分區會有一些衝擊，或是各部門總額地區預算前進時有各區的需求，所以近年總額協商也同意從一般服務預算 6 區分配前，先移出部分經費作為移撥款，讓各區去做風險調控或醫療平衡發展之用。

請委員參閱會議資料第 94 頁，醫院總額地區預算的占率情形，R 值有按照政策規劃，逐年提升，門診和住院都有逐年提升，114 年度門診 R 值占率 53%，S 值占率 47%；住院 R 值占率 46%，S 值占率 54%，加起來就是 100%。風險調整移撥款部分，從 108 年度起就有持續編列，醫院總額都是用於各區資源平衡發展，所以各區可以視發展需求，自行運用強化區內醫療服務。風險調整移撥款預算有逐年增加，可以看到中間表格最下面，到 114 年度的金額是 6.5 億元，除了用於各分區資源平衡發展之外，特別把 0.5 億元用於因應東區因 R 值占率調升造成之財務衝擊，因為 114 年度門、住診的 R 值都調升 1%，對東區的預算影響，相較不調升會少增加 0.5 億元，所以特別這 0.5 億元去調整財務衝擊，主要是因為東區非常小、地理環

境跟醫療資源較不足，這是對於弱勢的保障，所以這是 114 年度風險調整移撥款制度規劃跟過去的執行結果。

接下來是醫院協會的 115 年度分配建議，醫院協會經邀集各層級醫院協會代表召開會議，研商結果係考量 114 年度門、住診 R 值占率已各前進 1%，建議 115 年度 R 值及風險調整移撥款維持跟 114 年度相同，查 114 年度門、住診費用比為 45:55，門診 R 值占率 53%、住院 R 值占率 46%，風險調整移撥款是 6.5 億元。用途剛才已經說明，對於醫院協會的建議也請健保署提供執行面的意見，還有風險調整移撥款的執行結果，等一下說明完後再請健保署補充意見。

請委員參閱會議資料第 94 頁第五點，回到待討論事項，(一)「計算門、住診費用比率」，我們建議援例用「45:55」，先計算之後再合併結算。(二)「門、住診之各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R 值)分配比率」，目前醫院協會建議不調整，維持 114 年度的分配方式，需要討論的是，依據主管機關規劃的地區預算是「錢跟著人走」的原則，達成保障民眾就醫公平性的政策目標，若就政策目標來講的話應該適度提升 R 值。

跟委員說明各分區的人口及預算情形，請委員參閱會議資料第 102 頁表 2-1 跟 2-2，可以看到 6 分區在投保人口、一般服務預算占率及平均每人預算成長率等變化情形，請先看到表 2-2，113 年較總額實施(95 年)之成長率，無論是投保人口、戶籍人口的成長率，在台北區、北區及中區是正成長，但在南區、高屏區及東區是負成長，成長率最高的是北區，113 年相對 95 年投保人口成長率 20.4%、戶籍人口成長率 17%，但其他區域是微幅成長或是負成長。再請委員看到表 2-1，可以看到 6 分區的占率都列在這邊了，像是台北區的投保人口占率為 37%、戶籍人口占率為 32.1%、一般服務預算占率為 35.9%，但北區的投保人口占率是 16.7%、戶籍人口占率為 16.8%、一般服務預算占率 14%，中區、南區及高屏區的投保人口占率、戶籍人口占率和一般服務預算占率的差距就沒這麼大，差距比較大的是北區。所以可以看到，表 2-1 最右邊平均每人預算數的部分，各

區平均每人分配到的預算數都有 2.2 萬元以上，只有北區不到 2 萬元，是 1.9 萬元，這是目前人口成長情形，及預算分配情形，給委員參考。

接下來要討論的是，R 值要不要往前進？我們也做了一個模擬試算表，請委員參閱會議資料第 97 頁表 1-1，模擬試算門診服務地區預算，114 年度門診 R 值占率是 53%，若 R 值占率調升至 54%，6 分區預算會是什麼變化，還有 6 分區各增加多少金額，所以本會提供 R 值占率 53%~56%之各分區預算增加金額試算，這是門診部分。

住院試算的部分，在會議資料第 98 頁表 1-2，因為字小不好看，所以特別整理簡報，比較容易閱讀，請委員參閱本會現場補充資料 3。補充資料 3 上半部是模擬試算門診 R 值前進 1%時，對於 6 區預算的影響，可以看到不管 R 值維持或者前進，各區預算的成長率都有 6.4%以上，如果 R 值維持 53%不變，較 114 年度預算增加額度，因為東區規模較小，只有增加 3.7 億元，可是其他 5 區，都是增加 20 多億元，尤其是台北區增加了 58.88 億元，其他像北區、中區、南區及高屏區都增加約 21~28 億元，所以各區預算增加幅度都很大；如果 R 值占率前進 1%，東區增加金額就會稍微減少一點，對於北區、中區、南區及高屏區其實影響也不大，都還是有 20 多億元，台北區也是有約 58 多億元，差距不大。對各區預算影響請看最右邊欄位，意思是 R 值前進 1%的預算減掉 R 值維持不前進的預算，各區增加的預算會差多少，以台北區來講就是差 5 百萬元，可是它實際增加的預算是約 58 億元，以北區來講人口成長太多，R 值調升 1%對北區是有幫助，不過比不前進也只多增加約 6 千 9 百萬元。中區、南區、高屏區預算較 114 年度增加約 20 多億元，對 R 值前進 1%的影響，中區只有少增加約 750 萬元、南區跟高屏區約少增加 2 千多萬元影響不大，東區約少增加 380 萬元比較少。

請看到下面住院的部分，住院的部分也一樣，如果看到綠色字 R 值 46%，同 114 年度的部分，除了東區較 114 年度預算增加約 5 億多元，其餘 5 分區增加的預算都達到 28 億元以上，尤其台北

區增加 69.11 億元，北區、中區、南區、高屏區增加的錢都很多，從約 28 億元到 36 億元之間。請看到右邊藍色字 R 值前進 1%變成 47%，可以看到對東區影響比較大，較 114 年度增加預算從 5.89 億元變成 5.42 億元，對於北區、中區、南區、高屏區其實影響也不大，較 114 年度增加的預算差不多約 28 億元到 36 億元之間。台北區也差異不大，本來是 69.11 億元變成 69.43 億元，略為增加。

請看到最右邊的表格，把 R 值 46%及 47%較 114 年度增加的預算相減，R 值前進 1%對各區預算的影響，台北區多增加約 3 千 2 百萬元，對於人口成長比較多的北區有增加多一點，多增加約 1.26 億元，對中區、南區、高屏區的影響，中區只有少增加約 440 萬元，南區少增加約 6,190 萬元、高屏區少增加約 4,470 萬元，東區是特別要注意的，因為參數的關係，R 值前進 1%對它的影響竟然少增加 4,710 萬元。如果門、住診 R 值都前進 1%的話，把住院少增加 4,710 萬元跟門診少增加 380 萬元預算相加，東區會少增加將近 5,090 萬元。東區比較小，相對影響比較大，這是 R 值前進 1%對於各區預算影響。無論前進多或少，各區預算增加的幅度都是很大的。

周主任委員麗芳：我也先跟大家說明一下，等一下 11 點還有個會議，距離現在還剩下 22 分鐘。接下來我先請龐副署長，他們今天也非常用心整理了 1 張表件，請龐副署長針對這部分補充。

龐副署長一鳴：謝謝健保會幕僚剛剛的說明，各位可能感覺很複雜，因為需要計算人口成長等一大堆資料，所以我們做 1 個比較簡要的表，請各位參閱。因為剛剛長官也提到，錢要跟著人走，所以我們就直接算平均每人預算數，比較直接，不然算得太複雜了。請看健保署提供的補充資料 4 的 114 年平均每人預算數，剛剛幕僚報告的平均每人預算數是用 113 年的資料算的，我們用的是 114 年的資料，所以數字有點差距，不過精神上是一樣的。各分區 114 年平均每人預算數，台北區 23,096 元、北區 20,236 元、東區 35,875 元，這是 114 年現在的情形。

我們的建議方案還是要維持錢跟著人走的精神，R 值就是代表人

數影響的占率，如果 115 年度 R 值前進 1%，平均每人分配到的預算，台北區 24,480 元，相較未前進的 24,477 元是增加的，北區 21,517 元、中區 25,850 元、南區是 29,371 元、高屏區 28,892 元，東區還是最高 37,582 元。用這樣來看會比較簡單，方便大家討論，所以做以上建議，希望 R 值持續前進。

周主任委員麗芳：很感謝健保署給我們一個不同的視野，就是直接換算成平均每人預算數。現在最重要的，這個案子有 3 件事情要討論，第 1 個就是門、住診費用比，過去都是援用門、住診費用比 45：55 也沒有什麼大問題。

第 2 個是風險調整移撥款的部分，114 年移撥 6.5 億元，持續推動各分區資源平衡發展，其中 0.5 億元用於因應東區因 R 值占率調升造成的財務衝擊，等一下的討論會連動這部分。

第 3 個是重頭戲，請李飛鵬理事長回應，剛剛不管是健保署、健保會同仁提出的資料，如果門、住診 R 值各前進 1%，看起來比較能夠保障民眾公平就醫的權利，所以是不是可以從善如流，門、住診 R 值各前進 1%？

李委員飛鵬：謝謝周主委和健保署同仁的說明，請大家看一下會議資料第 94 頁(三)地區預算各年核(決)定情形的第 1 個表，基本上可以看到 106~108 年門診的 R 值是 50%，108 年還是維持 50%，大概 2 年調整 1 次，109~111 年調升 1%，112~113 年又調升 1%，住院的 R 值過去 106~113 年都沒有調。

大家回憶一下去年我是戴鋼盔來，經過我們內部授權，在門診及住院的 R 值都各前進 1%，事實上有很大的躍進。我們內部涉及錢的分配本來就非常複雜，因為去年門診跟住院 R 值才各調升 1%，去年進步的幅度已經非常大，這個議題在我們內部不管是三個層級、6 個分區都很難有共識，因為涉及錢的分配，就像 1 個大草原的草都不夠吃，每個分區都固守他們的領域，所以去年 6 分區的很多代表，也戴著鋼盔回去被攻擊。

我們好不容易達成平衡，是不是跟去年一樣，至少 2 年 1 進就好，

不要去年調，今年又要調。雖然書面資料已經有三層級醫院的回復，是不是還是請朱益宏理事長，代表地區醫院協會發表一下意見，依序請三個層級醫院的理事長也一起發表意見，我貿然的同意或不同意，回去可能很慘啦！

周主任委員麗芳：請朱益宏委員。

朱委員益宏：謝謝李飛鵬理事長點名要我先講，第 1 個就是醫院協會內部的共識是不調，這個我要先講。確實如李飛鵬理事長講的，這件事情在醫院協會內部開會的時候大家意見非常多，雖然剛剛組長報告起來非常輕鬆，都增加一點點，財務影響不大，但是拉回到分區後影響都非常大。如果今天醫院的點值已經達到每點 1 元，甚至超過 1 元，大家不會斤斤計較，但是現在點值只有 0.9、0.8 的時候，預算減少一些，點值可能又會減少 0.1、0.2，這對大家的影響非常大，這是第 1 件事情。

第 2 件事情，有關 R 值、S 值的占率，其實剛剛組長在報告的時候，還有一個關鍵沒有講，我不知道為什麼沒有特別提，當初總額設計的時候，希望「錢跟著人走」，人多的時候錢要分配多一點，但是另外 1 個目的是醫療機構要跟著錢走，就是當人多的時候，希望當地提供服務的醫療機構數量能夠增加，這樣才會達到就醫公平性。但事實上這是學者的理論，顯然經過健保 30 年的驗證是失敗的，所以歷年對於 R 值、S 值檢討的時候，其實有很多學者也認為不可行，在醫院這邊 R 值不可能達到 100%，而且 R 值雖然要前進但不宜太快，這是第 2 點。

第 3 點，我要表達如果 R 值真的要前進，錢真的跟著人走，為何去年 R 值前進之後，又覺得對東區影響太大，還要再用風險調整移撥款補助？依照健保署提供的表，東區平均每人預算數是最高的 3 萬多元，事實上在 6 分區中最高，對不對？若照這個理論，R 值前進以後東區真的會出大問題，我要去凸顯這個公式的謬誤，是非常有問題的公式。

我覺得去年醫院協會在李飛鵬理事長的領導之下，大家也都同意

門、住診 R 值各前進 1%，所以希望今年再緩一下，而且往年也沒有每年都調整，雖然算起來是這樣子，但是坐在辦公室裡面看到的數字，跟實際上到現場看的狀況不一樣，今天我們不是坐在冷氣房裡面看數字決定事情，應該考慮實際現場的狀況，謝謝。

周主任委員麗芳：請吳鏘亮委員。

吳委員鏘亮：謝謝主委，我想這部分要跟健保署澄清，健保署有算平均每人預算數的部分，但是請看到會議資料第 102~106 頁，可以看到投保人數跟實際使用人數其實有很大的落差，所以各分區在實際執行上其實有很多的影響因素。當然這個數字很好看，東區平均每人預算數好像是最高的，115 年度 R 值若前進 1%，從 114 年度的 35,875 元增加到 37,582 元，對大家來看這個數字好像很離譜，東區怎麼會高出其他 5 分區這麼多。

我想在實際上運用上，各分區有不同因素在影響，健保署計算平均每人預算數所使用的是投保人口數，但真正使用的人口數多少？其實不知道，在東區服務 1 個病人是不是就有這麼多的預算？其實沒有。我們真正能夠服務病人的數字，不像在辦公室裡面算出來的，我想這部分凸顯出各分區有不同的影響因素，所以目前來講，在醫院協會裡面我們還是覺得在 R 值前進的部分，是不是腳步上能夠再放緩一點，這是我們的建議，謝謝。

周主任委員麗芳：請陳建宗委員。

陳委員建宗：我要講這個也是蠻尷尬的，因為我所在的地區是北區，但是 R 值前進影響最大的是東區，所以每個人的立場不太一樣。不過這個的影響程度到底如何。有關人口成長，剛剛有提到不可諱言北區在這幾年人口的確成長了，大家可以看新生兒的成長，在新竹、桃園是增加的，而其他地區新生兒人口是下降的，當然實際的使用情形我覺得可以再精算。

會議資料第 102 頁提供的是 113 年較 95 年每年投保人數、戶籍人口等等成長率，我覺得如果可以的話，應該把這幾年每年的成長列出來，能夠看到每年的成長率情形^(註)，這樣來看，包括 R 值、S 值

的調整，也許能讓更多委員看到這幾年每個區塊呈現的變化，這樣再來調，也許更好。

不可諱言，北區的平均每人預算成長率比其他分區低，但這受很多東西影響，如果能再提供更多數據，瞭解每個分區這幾年的變化，讓委員能夠更瞭解投保人口數成長，還有醫療服務成長等，有個完整的表來呈現，我想各位委員會比較清楚，以上。

註：會議資料本案之表 2-3~表 7(第 103~108 頁)，呈現 109~113 年各年 6 分區投保人口數、戶籍人口數、醫院醫師分布、急性一般病床數、就醫人數、就醫次數及費用點數等資料。

周主任委員麗芳：剛剛醫院協會理事長及 3 位各層級醫院的理事長都發表意見了，他們今天是戴著鋼盔來到這裡，如果把 R 值占率前進 1% 又帶回去，坦白講是很難取得共識，當然今天全部的 39 位健保會委員也會陪你們一起戴鋼盔。

今年很特別，115 年度總額開啟了健保新紀元，因為各總額部門成長率都是行政院核定的上限 5.5%，尤其醫院部門可以說是領頭羊，是最好的典範，在這新紀元的開始，雖然李飛鵬理事長提到可不可以 2 年調 1 次，畢竟去年才剛調過，115 年度就不要再動了。

但是大家想想看，我們在總額協商都已經大破大立的了，當然很期待在 115 年度地區預算分配中，能夠展現健保改革的決心，並沒有說要醫院部門前進 2%、3%，還是穩健的成長，也希望延續衛福部的政策，讓 R 值占率能前進 1%。

另外，也聽聽委員的意見，是不是同意醫院部門建議的 R 值占率維持不變，還是鼓勵醫院部門在 115 年度新紀元勇敢往前走一步，陪他們一起戴鋼盔，聽聽大家意見，請林恩豪委員。

林委員恩豪：謝謝主委。其實這個問題應該早就不是問題，因為在 93 年制定這個政策方向時，就說要分 8 年來達成 R 值占率 100%，93 年加 8 年，應該 101 年就要完成的，不會在十幾年後的今天還一直討論 R 值要不要前進，會有這問題就是沒有年年調啊！剛剛朱益宏委員提到過去都沒有年年調，就是因為沒有年年調，到現在還在討論這件事情，我覺得 R 值占率要再前進 1%，因為今年總額的成長率已經達到上限。

剛才李飛鵬理事長提到糧草就這麼多，沒錯，糧草就這麼多，但現在是討論糧草怎麼分配比較公平的問題，請大家看到會議資料第 102 頁表 2-2，113 年較 95 年的投保人口成長率，北區是最高的 20.4%，但平均每人預算成長率是最低的 88.6%，敬陪末座，人口成長最高反而預算分配沒有比較多，現在就是在討論怎麼讓預算分配更公平一點，讓「錢跟著人走」，我強烈支持門、住診 R 值占率都各前進 1%，謝謝。

周主任委員麗芳：請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：我同意林恩豪委員的說法，健保署也有試算數據，他們都試算出這樣的結果了，應該要支持，本來錢就是跟著人走，這麼多年下來確實沒有每年都調升，既然說 115 年度是新紀元，大家都會陪醫院部門戴鋼盔走下去。我覺得分配要公平，北區確實成長太快、人又多，預算分得少也不公平，影響就醫者權益，還是應該讓 R 值占率前進 1% 比較好，這樣對每個患者、每個分區才公平。

周主任委員麗芳：付費者委員已經提出心中的想法，大家都希望醫院部門在 115 年度的新紀元勇敢往前跨出一步，當然跨出這一步對他們相對的掙扎，大家是不是就陪著醫院部門一起面對，也懇請李飛鵬理事長及 3 位各層級醫院的理事長，回去能夠代為說明，雖然說健保委員也很不忍心看理事長陷入掙扎，但大家也期待在公正轉型、公平就醫的過程中能有所突破，所以我是不是可以下結論？請朱益宏理事長。

朱委員益宏：建議主席不要下結論，因為地區預算分配是總額協商的一部分，如果雙方有不同意見是要部長裁示，不是多數決就能決定的，因為這牽涉到總額協商，我建議 11 月份再討論，其他總額部門也還沒談，容醫院協會先內部討論，給我們一點時間，回去討論一下，今天先不要下結論，若主席今天一定要下結論，我強烈要求送部裁決，因為這是醫院協會的共同決議，而且正式公文是寫不要前進，我相信任何人，包含李飛鵬理事長、包括我或任何人，都無法同意主席的裁定，建議主席先不要裁，好不好？

周主任委員麗芳：好，因為其他總額部門也還沒有提出地區預算建議方案，這個案子就延到 11 月再進行討論，也希望 4 位理事長帶回去充分溝通。接下來進行報告事項，進行方式改為 2 個報告事項一起報，報完後再一起詢答。

伍、報告事項第一案「部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告」
及報告事項第二案「114 年度西醫基層診所及藥局春節連假開診
額外獎勵措施執行結果」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。

宋專員怡慧：各位委員、各位長官好，接下來報告部分負擔監測指標之監測結果及成效報告。說明一，依貴會 114 年第 1 次委員會議決議(定)事項辦理。說明二，本署辦理情形如下：

(一)衛福部 112 年 7 月發布修正的門診藥品、急診應自行負擔費用，主要內容為落實分級醫療與期待民眾就醫分流，原本免部分負擔對象，如重大傷病、低收入戶等都不受影響，另外中低收入戶與身心障礙者門診藥品部分負擔以基層方式，急診亦維持原方案收費。

(二)前述部分負擔實施半年與 1 年的成效，業已於 113 年 4 月及同年 10 月於委員會議報告，本次併同實施後 2 年執行情形，綜整摘要如下：1.在病人就醫情形，基層門診就醫件數占率持續上升，從實施前的 112 年上半年 70.17%，上升至實施 2 年後的 70.28%；慢性病人於基層就醫件數占率有較明顯的成長，從實施前的 33.85%，上升到實施 2 年後的 44.19%；年就醫次數則是呈現持續上升的趨勢。2.在急診就醫件數變化部分，醫學中心的急診輕症件數占率持續下降，從實施前的 7.82%，持續下降到實施 2 年後的 6.25%；地區醫院的急診案件件數占率較實施前略降，但是較疫情前上升，疫情前的 108 年下半年是 24.28%，在實施 2 年後是 27.2%。3.在藥費變化部分，基層開立慢箋件數占率略微上升，從實施前的 30.25%，上升到實施 2 年後的 31.13%；在一般箋及慢箋調劑藥費則較沒有明顯趨勢變化。4.在部分負擔金額部分，實施 2 年後，以 114 年上半年與實施前 112 年上半年比較，半年大約增加 27 億元，推估全年大約增加接近 60 億元。

(三)112 年部分負擔新制實施 2 年後的成效大概與實施半年、1 年相同，實施後對民眾就醫行為持續影響，基層就醫件數占率較實施前略升，增加大概 687 萬件，急診輕症占率則略降，以醫學中心來說，急診輕症件數較實施前大約減少 9 千件，對民眾的就醫次數則沒有影響，以上報告。

周主任委員麗芳：請健保署報告第二案。

王科長智廣：主席、各位委員好，第二案是 114 年度西醫基層診所及藥局春節連假開診額外獎勵措施執行結果，這案子在今年第 1 次委員會議有提案討論通過，經費是由其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目支應，因此依照專款動支程序及委員會決議，在費用計算完後向健保會提報執行結果。

說明二，本次獎勵是針對西醫基層診所及藥局的門診診察費及藥事服務費加計 3 成，統計全國約有 1 萬 2 千家院所，領取獎勵金約 7 千 9 百萬元，其中西醫基層診約有 5 千 6 百家診所，領取獎勵金約 6 千 7 百萬元，而藥局約 6 千 3 百家，領取獎勵金約 1 千 2 百萬元，都是屬於藥事服務費加成。

為了瞭解這項獎勵措施成效，我們以院所事先於 VPN 維護的開診率跟院所實際申報情形來做比較，在基層診所部分，開診率從 39% 提升到 51%，上升大約 12%，藥局開診率則是由 47% 大幅增加到 72%，接近 25%，顯示政策已經有達到鼓勵院所開診之效。

說明五，為反映醫事人員假日出勤人力成本，基於開診獎勵有其必要性及應列為常態性政策，健保署在 115 年度西醫基層總額及其他預算有爭取編列預算，提升假日醫療服務的可近性，以上報告。

周主任委員麗芳：針對這 2 個報告案，委員有沒有其他意見？請胡峰賓委員。

胡委員峰賓：就第一案部分，我想疫情期間統計數字會失真，所以來看疫情前，基層門診就醫件數占率在疫情前是 70.81%，經過多年努力之後，114 年上半年是 70.28%，也就是經過多年努力，基層門診就醫件數占率下降 0.53%，好像進入負利率年代，存款越多越努力

反而虧越多，經過這 5、6 年努力，除了看到健保署令人值得尊敬的努力外，似乎看不到分級醫療在西醫基層有什麼具體改善的成效？以上請健保署說明。

周主任委員麗芳：委員還有沒有其他意見？如果都沒有，請健保署來回應。

龐副署長一鳴：這是見仁見智的說法，請委員看另一個慢性病指標，慢性病病人在西醫基層的就醫增加很多，這幾年大家醫計畫的改善趨勢都是讓慢性病病人往基層走，過去很多慢性病病人都是去大醫院的，這幾年醫全會做了很多方案，讓基層在治療慢性病這塊非常強，所以慢性病指標差距非常大，以上說明請大家參考。

周主任委員麗芳：有關 2 個報告事項決議，首先報告事項第一案，本案洽悉，委員所提意見請健保署研參，並持續監測執行成效，定期向本會報告。報告事項第二案，本案洽悉。

陸、報告事項第三案「中央健康保險署「114 年 9 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

周主任委員麗芳：本案是健保署 9 月份的全民健保業務執行報告，因為是書面報告，委員如果有意見，請提書面意見，我們會轉請健保署來回應，報告事項第三案就本案洽悉。

今天有沒有臨時動議？好，沒有臨時動議。感謝大家，也再次感謝畢業生詹永兆理事長。今天的委員會議就到這邊結束，待會休息到 11 點 15 分，之後進行 115 年度保險費率審議前專家諮詢會議。