

衛生福利部全民健康保險會  
第7屆115年第1次委員會議事錄

中華民國115年1月21日



# 衛生福利部全民健康保險會第7屆115年第1次委員會議紀錄 (含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國115年1月21日上午9時30分

方式及地點：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(台灣社區醫院協會王秘書長秀貞代理)、吳委員銘修、吳委員鏘亮、呂委員正華(中華民國全國工業總會陳副秘書長鴻文代理)、李委員飛鵬、林委員宜平、林委員恩豪、林委員敏華(中華民國農會徐二等專員珮軒代理)、花委員錦忠、洪委員瑜黛、胡委員峰賓、張委員田黨、張委員鈺旋、許委員舒博、許委員慧瑩、連委員賢明、陳委員世岳、陳委員建宗、陳委員節如、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、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、溫委員宗諭、董委員正宗、蔡委員順雄、鄭委員力嘉、謝委員佳宜、顏委員鴻順、嚴委員必文、蘇委員守毅

請假委員：吳委員永全、張委員家銘、陳委員秀熙

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

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9~15頁)

貳、議程確認：(詳附錄第16頁)

決定：

一、優先報告事項案由修正為「『115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式』核定結果」。

二、餘照議程之安排進行。

參、確認上次(114年第10次)委員會議紀錄：(詳附錄第16頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第18~23頁)

決定：

一、本會訂於本(115)年3月25日辦理業務參訪活動，敬請委員預留時間踴躍參加。

二、委員所提平均眷口數及全民健康保險法施行細則第68條相關意見，送請中央健康保險署研議。

三、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第24~30頁)

報告單位：衛生福利部

案由：「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核定結果，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請衛生福利部參考(委員意見整理如附件一)。

陸、討論事項(詳附錄第31~40頁)

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：115年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)，提請討論。

決議：請中央健康保險署參考委員所提意見(整理如附件二)，研修115年度方案內容後，依法定程序陳報衛生福利部核定。

第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：115年度各部門總額一般服務之點值保障項目案，提請討論。

決議：

一、照案通過。115年度各部門總額一般服務之點值保障項目，如附件三。

二、委員所提意見，送請中央健康保險署研參。

柒、報告事項(詳附錄第41~47頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：115年度各部門總額依核定事項，須提會報告之具體實施計畫/方案/規劃或執行方式，請鑒察。

決定：

一、本案洽悉。

二、另有關「中醫三高病人加強照護計畫」，請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體儘速完成研訂後，提至最近1次委員會議報告。

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12月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)，請鑒察。

決定：本案洽悉。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：上午11時26分。

## 「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式核定結果」 之本會委員意見摘要

### 一、醫院及西醫基層總額「0~6 歲兒童醫療量能保障」項目：

#### 醫事服務提供者委員意見

- (一)協定事項係明訂保障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。其保障內容及執行方式明確，對醫療服務提供者而言獎勵明確、有利推動，且在保障每點1元下，評估保障兒童醫療服務量能的經費是否不足，操作定義明確。
- (二)衛福部核定事項刪除「保障每點1元」文字後，雖然是善意增加健保署的執行彈性，但點值浮動，具體的執行方式、經費不足與否都不明確。建議健保署與醫療服務提供相關團體討論、研訂保障0~6歲兒童醫療服務量能的具體執行方式及操作型定義，以利執行。

#### 專家學者委員意見

健保會當初協定本項預算，用意是展現委員對於提升兒童醫療服務量能的關心與期許，希望健保署與醫療團體未來在實務操作層面，能秉持健保會當初協商的精神，朝兒童醫療服務量每點1元的方向規劃，經費不足時再由其他預算支應。

### 二、一般服務費用之地區預算分配方式：

#### 付費者委員意見

- (一)依衛福部核定結果，中醫門診、醫院總額人口參數(R 值)都有前進，僅西醫基層總額未前進。依政策規劃時程，各部門地區預算的 R 值早就應該達到100%，依規劃時程西醫基層總額 R 值占率已落後，若衛福部是因為112年總額公告「未來西醫基層總額地區預算分配之人口參數比率，每2年增加1%」才不前進，並不合理，因為公告亦可解讀為至少兩年一調，但每年都可以調整。

(二)今年總額成長率很高，各區分配到的預算都增加很多，此時 R 值前進造成的衝擊相對較小，所以這時候更應該要前進，否則未來總額成長率若不如期待的高，恐被醫界以衝擊過大，做為 R 值不前進的理由，而讓問題繼續存在。建議應持續提升 R 值占率。

#### 醫事服務提供者委員意見

- (一)善用健保資源是大家的共識，政策設計上，地區預算分配公式是採「錢跟著人走」的精神，理論上 R 值應該要走到100%。惟公式實施至今已逾20年，其分配結果與實際狀況已有很大落差，若大家同意「錢跟著人走」，但分配公式應該要檢討，政策才能獲得大家的認同。希望衛福部盡快檢討地區預算分配公式，在今年提出具體方案。
- (二)在現行地區預算分配公式下，西醫基層總額六分區點值差異大於其他部門總額。點值差異過大，會造成成本反差，對於點值低而經營成本高的地區不公，地區預算分配公式亟需檢討。醫界內部對於六區預算分配雖經多次開會，仍爭議不斷、難有共識，無法解決多年來的問題。衛福部及健保署有責任衡平各分區點值差異，希望能夠具體檢討制度，提出解決方案。

## 「115 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」之本會委員意見摘要

### 一、不宜下修管控指標 4、5 之目標值，理由如下：

#### (一)指標4「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」：

115年目標值擬由74.2%下修至74%，意義不大，建議維持同114年。若本指標無法設定合理目標值，建議恢復實施「區域級(含)以上醫院門診減量措施」。

#### (二)指標5「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數」：

健保署雖已積極推動分級醫療壯大基層及家醫計畫等策略，惟未達原目標值前，仍有努力空間，不宜放寬目標值，建議健保署通盤考量。

### 二、建議另訂適合分級醫療策略分類之管控指標：

原列於「持續推動分級醫療」策略之指標6「接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率」及指標7「收案後居家醫療整合照護對象平均每人每月門診就醫次數較收案前減少」，與分級醫療關聯性不大，建議另訂適合分級醫療策略分類之管控指標。

### 三、與抑制資源不當耗用相關建議

- (一)加強對開立不實醫療證明者之查察。
- (二)研議外籍配偶家屬使用健保之管理措施。
- (三)研議對於無效醫療之停止健保給付條件。
- (四)開放藥局調劑時，可透過健保卡查詢機制確認有否重複用藥。

### 四、請健保署提供參考資料

- (一)指標10「全藥類藥品重複用藥日數下降率」：重複用藥日數，及重複用藥之來源，例如醫院端及診所端的占比、有插健保卡及沒插健保卡的比例等。
- (二)指標11「門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率」：重複檢查(驗)之再次執行率。



115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目

總額 部門	保障項目及支付方式
中醫 門診	<p>1.「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件(每點 1 元支付)。</p> <p>2.當季當區一般服務浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付。</p>
西醫 基層	<p>1.論病例計酬案件(每點 1 元支付)，排除白內障手術之門診案件分類 C1 且醫令代碼 97608C 之總醫療費用(申請點數+部分負擔)。【論病例計酬案件之白內障手術，自 114 年度西醫基層總額一般服務預算中移列至「提升國人視力照護品質」專款預算結算。】</p> <p>2.血品費(每點 1 元支付)。</p> <p>3.「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280 點×季申報總住院日數(每點 1 元支付)。</p>
門診 透析	<p>1.腹膜透析之追蹤處理費(每點 1 元支付)。</p> <p>2.偏遠地區之門診透析服務(每點 1 元支付)。</p> <p>3.若當季浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付。</p>
醫院	<p>1.門診、住診之藥事服務費(每點 1 元支付)。</p> <p>2.門診手術(每點 1 元支付)。</p> <p>3.住院手術費、麻醉費(每點 1 元支付)。</p> <p>4.血品費(每點 1 元支付)。</p> <p>5.主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之</p>

總額 部門	保障項目及支付方式
	<p>急診醫療服務點數(每點 1 元支付)。</p> <p>6.地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)。</p> <p>7.經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(註 2)。</p> <p>8.地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點 1 元支付)。</p> <p>9.區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費(每點 1 元支付)(註 3)。</p> <p>10.地區醫院住院病房費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)、一般病床住院診察費、住院護理費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)(每點 1 元支付)。</p> <p>11.醫院生產案件(每點 1 元支付)。</p>

註：1.藥費依藥物給付項目及支付標準辦理，不列入。

2.以前一季該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付。

3.對應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1 年內不得適用地區醫院保障項目【地區醫院急診診察費、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費】，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準者，其醫療服務得比照區域醫院保障【區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費】；另自醫院評鑑不符合之日起 1 年後，仍不符合區域醫院評鑑者，不得適用地區醫院保障項目，亦不得比照區域醫院保障。

第7屆115年第1次委員會議  
與會人員發言實錄



壹、「主席致詞」、「議程確認」、「確認上次(114 年第 10 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

**周執行秘書淑婉：**主委、各位委員，大家早安！今天真的很冷，但大家都準時到了。現在委員出席人數已經過半，可以正式開始開會，先請主席致詞。

**周主任委員麗芳：**謝謝周淑婉執行秘書。各位健保會委員，健保會、健保署幕僚，大家早安，大家好。今天外面是寒冬，但我們心裡非常溫暖，因為今天是 115 年開春以來第 1 次的健保會，所以大家都精神抖擻，還是準時召開這次的會議。

馬上緊接著就是 2 月份農曆春節，所有健保會委員，與衛福部，還有醫事團體等，最關心的就是在春節期間，對民眾健康照護是不打折，不打烊的。

目前 115 年春節期間這次是長達 9 天，春節期間急診、住院的診察費、護理費都是加成到 100%，包括醫院、診所的門診診察費也是一樣加成 100%，所以特別拜託代表台灣醫院協會的李飛鵬理事長，還有代表西醫基層顏鴻順副理事長，黃振國委員都來向大家喊話，醫界是不是準備好了，這次春節照護一定要讓民眾感受到，有兆元的健保也就有兆元的照護品質出來。

當然也謝謝健保署在陳亮妤署長帶領下，還有醫事司與衛福部相關司署等，做好萬全的前期部屬，超前部屬，首先就這一點，一方面先跟大家拜個早年，另一方面期許所有醫療部門，展現團結服務守護健康台灣的品質。

其次我今天也要介紹社保司張鈺旋司長，非常感謝她，上次因為她到立法院，大家還來不及看到她的廬山真面目，張司長擔任委員也會跟我們並肩作戰。

還有我右手邊健保署，包括陳亮妤署長，劉林義主任秘書也是新上任，黃珮珊組長是醫管組新任組長，大家可以看到位置愈坐愈接近署長，但專業能力真的是一等一的，是超強的健保署團隊。

其次，在桌上有些實地參訪的邀請函，很感謝有非常多醫療部門，

大家都知道每年當中很重要的幾件事情，包含除總額協商外，就是要回顧，總額協商是前瞻下一年的總額，另一個是回顧在整個去(114)年一整年當中，所有的總額部門在執行健保會協商出的總額過程中，是不是有依照大家共同的協議，好好善盡這樣管理人的角色，把醫療服務做好。所以每年援例，除了審閱書面報告外，當然也是希望能夠帶著所有委員實地瞭解，到底在各個部門、各個區域的總額執行，看的不只是都會區的醫學中心，甚至是到偏鄉去、到診所去看執行情形，甚至過去藥師公會全國聯合會黃金舜理事長，也帶大家去看藥廠及偏鄉藥局，健保會委員也都非常接地氣，一樣要善盡健保會委員職責，瞭解總額是不是每 1 塊錢都花在刀口上。等一下不同醫療部門都有不同的規劃，今年度怎麼展現出究竟過去一年中是怎麼執行總額的。我先邀請剛說過的，要承諾春節的服務、照顧民眾決心的李飛鵬理事長發言。

**李委員飛鵬：**主委，署長，還有各位委員，各位同仁，非常感謝主委特別一早就點名我要承諾、要發言。首先要感謝衛福部、健保署，還有各位先進，經過很多時間的規劃討論，包含在醫療服務共擬會議的討論，擬定了在春節期間如何提升醫療服務品質，至少在病人有病時要看急診，或要住院時都能順利，因為這次連假 9 天很長，若大家都休假，病人都在急診，要住院沒辦法住院的話，會是災難。

台灣醫院協會也在石崇良部長，及醫事司，還有陳亮好署長指導下，非常努力的宣導，希望過年前，各醫院能把一些比較不必要的手術往後排，不要排在春節連假期間，把病房、急診能量釋出給有緊急、急迫性需要的病患。

在健保署、衛福部，還有健保會委員大家同意支持下，注入很多的資源，相信這資源一定不會白費。也希望過年總不要去急診時又看到一堆人塞住，我們投入 1 兆元做健保，做了 UCC(註)，做了 telemedicine(遠距醫療)、在家打抗生素等，很多措施都是要疏導、要服務，醫院會善盡職責把病人照顧好，請大家放心。

另外就是台灣醫院協會在 3 月 20 日規劃與健保會委員交流吃春

酒，會再發請帖給大家。以上，謝謝。

註：UCC(Urgent Care Center，假日輕急症中心)。

**周主任委員麗芳：**感謝醫院部門已經做足準備，請西醫基層顏鴻順副理事長。

**顏委員鴻順：**謝謝主席、署長、主秘，還有各位委員，大家早安！衛福部和主席都很關切今年農曆春節 9 天連假，會不會又像去年流感疫情爆發，在春節期間造成急診大塞車。今年我們充分做足準備，醫師公會全國聯合會會向一般診所宣導，一般診所其實大多數都會開診到除夕前 1 天，或甚至除夕當天都會開診，我們都鼓勵至少除夕當天早上到下午都出來看診。

為了因應連續 9 天假期，我們都跟西醫基層診所宣導，慢性病用藥都可以提早 1 個禮拜就給民眾領回去。有時候領藥時間正好落在過年前或過年中，就會有可能領不到、斷炊情形，所以有鼓勵診所在 1 個禮拜前就可以開藥給民眾，也謝謝健保署同意並鼓勵我們這樣做。

其次，急性病用藥，經常是遇到感冒、流感季節，若有一些感冒症狀在最後 1 天來，可以的話，也不一定只有開個 2 天、3 天藥，在病情可控制狀況下可以多開幾天藥，讓民眾在過年期間不要因為感冒、發燒、拉肚子沒辦法，只好去衝急診，這是門診規劃的因應。

另外謝謝衛福部、健保署，在今年春節期間診察費、調劑費都有加成，醫全會也不斷宣導、鼓勵診所春節期間開診，相信除了醫院急診之外，西醫基層、中醫、牙醫、洗腎診所的門診，應該西醫基層診所的開診家數會是最多的。

第 2 個在 UCC 方面，持續鼓勵有急診需求的民眾能透過多元管道獲得服務，同時也在積極推動 OPAT(註)，可以分散有抗生素治療需求的病人，不見得要湧向急診。這些措施都是春節期間我們所做的各方面準備。

此外，誠摯邀請各位委員於今年 4 月 14 日、15 日參加由醫全會舉辦的「115 年度全民健康保險醫療服務參訪活動」，地點在台南，

本次活動涵蓋醫院、診所、衛生所及居家醫療，堪稱全面性的參訪行程。陳相國理事長也特別表示，除了醫療參訪外，將會讓大家感受台南府城的文化，期盼各位委員能撥冗參與。

註：OPAT (Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy，門診靜脈抗生素治療)。

**周主任委員麗芳：**謝謝西醫基層顏鴻順副理事長的說明，黃振國委員想要補充說明。

**黃委員振國：**有關春節期間相關措施，顏副理事長已向各位報告。西醫基層的一大特色是「家庭醫師整合性照護計畫」，長期在西醫基層就診的民眾大多已納為本計畫的會員，診所除了春節期間應付急性疾病外，還有流感疫苗注射是西醫基層的主力，大部分民眾會在診所接種，自 1 月 20 日起 CDC<sup>(註)</sup> 擴大公費流感抗病毒藥劑使用條件，在此宣導若有類流感或相關症狀的民眾，不用擠往醫院，在西醫基層診所即可獲得治療，有提供施打公費流感抗病毒藥的診所名單，可在疾管署或各地衛生局的網站查到，請在座委員協助多加宣導。

剛剛顏副理事長邀請大家的參訪活動，日期「414」相當好記，也就是「到台南試一試」，我知道不同總額部門到不同地方去，我們理事長是台南在地人，會讓大家感受到台南熱情。另外，3 月 8 日是婦女節，西醫基層選擇在好記的日子舉辦春酒活動，誠摯邀請各位委員參加。據我瞭解，許多委員對台南行程充滿期待，為了節省時間不安排遊覽車，會搭乘高鐵前往，雖然行程只有 2 天，但內容充實能讓您感受到如同 3 天般的感覺，在此邀請各位共襄盛舉。

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

**周主任委員麗芳：**謝謝西醫基層完善的說明，接下來請牙醫部門陳世岳理事長。

**陳委員世岳：**各位委員大家早安，春節期間我們也鼓勵會員至少能開診至除夕，春節過後也期盼大家儘快恢復開診。今年的診察費補助措施涵蓋西醫基層與醫院，希望未來也能擴及至中醫部門、牙醫部門及藥局。期待明年有更多部門加入春節開診的行列，讓服務更全面。畢竟過年期間若有牙齒疼痛等急症，將大大影響民眾生活便利，



因此我們會鼓勵會員春節開診，但希望明年的獎勵，可以涵蓋牙醫部門、中醫部門及藥局。

第2個，邀請大家參加3月29日牙醫師公會全國聯合會的春酒，中午11點半開始，地點在W HOTEL。再來是慶祝5月4日牙醫師節，在5月3日星期日將有個牙醫師節慶祝活動，早上10點開始，地點在大直典華。還有最重要今年在總額預算中，感謝各位委員支持，讓我們能夠獲得這麼多的經費。今年參訪活動是5月21日、22日，地點在花蓮，行程還在規劃中，在下次健保會委員會議會提出詳細規劃，屆時歡迎大家報名參加。

**周主任委員麗芳：**謝謝陳世岳理事長，雖然上任不到半年，但各項工作已完全就緒，由衷感謝他過去在牙全會裡長期服務。也謝謝牙醫部門對大家的承諾，在春節期間會善盡把關責任。接下來請中醫部門蘇守毅理事長。

**蘇委員守毅：**各位好朋友，大家早，中醫部門主要是回應剛剛陳世岳理事長的意見，今年我們也曾向健保署反映過有關春節加成獎勵，健保署表示由於去年醫院及西醫基層已事先編列預算，所以今年我們與牙醫部門及藥師們來不及納入，不過，希望來年在這部分能獲得協助。另外，關於專案計畫實地訪視活動，時間是在4月8日、9日，原本規劃在第4週，剛好碰到健保會開會時間，改到15日後發現醫全會已經安排15日有訪視活動，因此提前到4月8日、9日，邀請各位委員來參加。今年訪視地點在台東，路程相對較遙遠，所以先跟各位委員報告行程安排，預計出發時會搭乘高鐵、騰雲車廂，在車廂裡面用餐並進行會報，抵達台東後就直接往巡迴醫療點。4月9日回程時，希望交通時間不要拖太久，回程時我們可能會安排搭乘飛機回台北，從台東搭乘下午3點20分的班機，4點20分抵達台北，縮短返程時間。當日上午看完巡迴醫療點後，中午用餐時將同步進行會報；若時間上許可，會報可於用餐前完成，餐後則直接前往機場，準備返回台北。以上為目前暫定行程，希望各位委員儘量來參加。台東已久未訪視，我們期待看到當地更好的成果與回饋，確保資源能真正花在刀口上、發揮最大效益，謝謝大家。

**周主任委員麗芳：**謝謝蘇守毅理事長，也代表中醫部門表達春節守護的決心，再者希望看到台東地區醫療品質的提升，接著請藥全會黃金舜理事長。

**黃委員金舜：**主委、各位委員大家好，關於剛剛醫界代表有提出過年加成獎勵的部分，他們會增加開診量讓民眾就醫上沒有困難，藥全會在這 1~2 週也會積極向民眾宣導，慢性病患的慢性病連續處方箋儘量於過年前到藥局備好慢性病的藥，免得過年期間拿不到藥，同時，若診所春節期間仍有門診，我們也鼓勵社區藥局儘量開業，確保民眾用藥不中斷。其次，藥全會規劃於今年 6 月舉辦參訪活動，目前行程尚在規劃中，待細節完成後再向各位委員報告，謝謝。

**周主任委員麗芳：**非常感謝黃金舜委員，特別是藥全會部分，不管是跟醫院、西醫基層都做最好的搭配。請蘇守毅委員。

**蘇委員守毅：**我們坐騰雲車廂不是從台北坐到台東，是先從台北坐高鐵到高雄，然後再從左營坐騰雲車廂到台東，這樣時程上比較不用這麼久。

**周主任委員麗芳：**我也知道蘇守毅委員他們很體貼，考慮到往南過去的車廂比較不會顛簸，希望委員善盡責任的時候，但是也不要有太多旅途的勞累，感謝。蘇委員還沒講完，...

**蘇委員守毅：**另外南迴沿途風光還不錯，大家趁這時候欣賞一下。

**周主任委員麗芳：**請護理師護士公會全國聯合會陳麗琴委員補充。

**陳委員麗琴：**我們護理師這幾天媒體報導應該都有看到，因為很多醫院為了不要讓急診壅塞，所以提供不分科、公床等措施，這邊要呼籲大家這樣做之前，我相信醫院已經做了很好的配套措施，人員都有經過訓練，照顧病人是沒有問題的，我也知道有些醫院平常就有病床流用的方式，這部分持續做都沒有問題。

另外也很感謝 9 天的春節期間，護理費都有加成，不管是 100% 或 50% 的加成，很感謝健保署，很體貼的有告訴所有醫療院所，必須 8 成是提撥給醫事人員，不是全部獎勵金都給醫院，我相信大家都是好夥伴，不會為了這樣傷感情，一定會按照規範來做，護理人員排

班也都安排好了，我們很願意配合。以往過年或節日都是一個蘿蔔一個坑，不會減少人力的服務，謝謝大家，大家新年快樂！

**周主任委員麗芳：**謝謝所有總額部門，包括藥師、護理師都給我們打了 1 劑強心針，讓所有委員放心，大家一定會團結守護健康台灣，接著壓軸的健保署陳亮妤署長也要跟大家信心喊話，他們做了萬全的準備，謝謝！

**陳署長亮妤：**謝謝主席、健保會委員，還有在座的各位醫藥界、護理界各先進代表，這是在上週四記者會向各位公布的全民健康保險春節加成獎勵方案(如本議事錄第 17 頁)，今年急診跟住院的部分，從 2 月 14 日情人節到 2 月 22 日整整 9 天連假，所有加成都是 100%，目前陸陸續續大家也看到媒體上有公布或沒公布的，不管台大、北榮的開床，還有一些沒有對外公布的其他中南部醫院的開床，都比去年除夕同時期多 100 床、150 床，甚至更多床位以上，以避免急診壅塞，讓有需要的急重症量能可以入住。

大家也可以看到，謝謝西醫基層、醫全會，在醫院、藥局及西醫診所部分，診察費、藥事服務費是依照開診的量能，在 12 月 24 日的醫療服務共擬會議通過，除夕至初三(2 月 16 日~2 月 19 日)加成 100%，初四至初五(2 月 20 日~2 月 21 日)加成 50%，其餘(2 月 14 日~2 月 15 日、2 月 22 日)加成 30%，我們也會評估因為這樣加成之後，開診的量能有沒有提高。

其他沒有在這張投影片上面顯示的是 UCC，這是指小病可以看基層，急重症的量能留給住院，急而不重的，需要立刻處理，但不是重症的，就歡迎到 13 個點的 UCC，在春節 9 天有 7 天開診<sup>(註)</sup>，我們陸陸續續也會把這資訊提供給大家，雖然上週四已對外發布新聞，但我想可見性可能還不夠，我們會繼續加強宣傳，以上非常謝謝大家在春節時一起守護全民健康，健保署也會跟大家一起努力，祝福大家新春愉快，先拜個早年，祝福今年萬事順心、馬到成功，謝謝。

註：僅除夕 2 月 16 日與初五 2 月 21 日不提供服務。

**周主任委員麗芳：**我們熱烈掌聲感謝健保署，還有所有第一線辛勞服務的醫事部門，今天會議開始，謝謝。

### **同仁宣讀(議程確認)**

**周執行秘書淑婉：**主委、各位委員，大家早，這次議程計有優先報告事項 1 案，討論事項 2 案，報告事項也 2 案，除了討論事項第 1 案以外，其他都是依照年度工作計畫排定。

在優先報告事項的部分，因為 115 年度的總額核定跟本次會議時間太近，所以原先安排的題目，後面有後續相關事項，我們會把這部分改到下次委員會議的時候再做提報，所以跟委員報告，我們想把案由修正為「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核定結果。

在討論事項第 1 案，是依照上次委員會議決定延到本次會議討論，就是 115 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案；第 2 案是 115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案。

在報告事項第 1 案，是有關 115 年總額核定事項，須提會報告之計畫；第 2 案是健保署的例行業務執行報告，本次也不做口頭報告，以上是今天的議程安排。

**周主任委員麗芳：**各位委員對於今天的議程安排有沒有意見？(委員沒有意見)好，謝謝。

一、優先報告事項案由修正為「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核定結果。

二、餘照議程之安排進行。接下來確認會議紀錄。

### **同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)**

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

## 新增115年度全民健康保險春節加成獎勵方案

獎勵期間：115/2/14~115/2/22



醫院  
西醫診所  
藥局



急診  
住院

日期	2/14	2/15	2/16	2/17	2/18	2/19	2/20	2/21	2/22
星期	六	日	一	二	三	四	五	六	日
春節	連假	小年夜	除夕	初一	初二	初三	初四	初五	連假
門診 加成率	30%	30%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	30%
1.診察費 2.藥事 服務費									
急診 住院 加成率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
1.診察費 2.藥事 服務費 3.護理費									



共挹注**16億元**



獎勵金須分配**八成以上**予相關人員

## 貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

**周執行秘書淑婉：**主委，各位委員，項次一，是健保署依照去年 12 月 17 日本會 114 年第 9 次委員會議決議，將 115 年度牙醫門診總額地區預算分配，其中「特定用途移撥款」執行方式函報本會備查，詳如附錄一，會議資料第 35~36 頁，摘要如下，請委員參閱。

項次二，有關衛福部為擬訂 116 年全民健康保險醫療給付費用總額範圍，於今年 1 月 7 日函請本會，在 3 月 13 日前要提供 116 年健保總額基期之扣減項目及額度，本會已於 1 月 9 日函復，因為本會在去年第 5 次委員會議(114.7.23)，就已請健保署提報 114 年度總額有關預算扣減方式規劃在案，也隨函提供該會議的決定，請衛福部逕洽健保署提供後續預算扣減的實際執行情形。

項次三，為即早規劃 7 月要辦理的 114 年度總額執行成果評核作業，我們在昨天(1 月 20 日)已經函請四總額部門受託團體跟健保署，就本會研修的 114 年度評核項目內容提供意見，並提出 115 年度重點項目及績效指標(含目標值)，請受託團體跟健保署如期於本(115)年 2 月 5 日前回復，這已於昨天發文，再請大家幫忙協助提供。

項次四是依本年度工作計畫，本會安排於本年度 3 月 25 日到罕見疾病基金會附設新竹縣私立關西身心障礙福利服務中心(罕見家園)進行業務參訪活動，敬請委員預留時間踴躍參加。這兩天我們已經有調查委員參與情形，如果可以的話請委員儘量參加。本會也同時請健保署提報罕病的醫療利用，含罕藥收載及使用情形，到時候要拜託健保署，因為罕病都是每年總額協商重要的議題，所以安排委員做一下參訪。

項次五是衛福部及健保署在去年 12 月至今年 1 月份發布跟副知本會的相關資訊摘要，比較重要的是會議資料第 13 頁(一)衛福部 1. 的部分，衛福部函轉行政院在去年 12 月 31 日已經核定 115 年度全民健康保險一般保險費率維持現行費率 5.17%，補充保險費率應依全民健康保險法第 33 條規定，維持 2.11%，不予調整，詳細公文在

附錄四，請委員參閱。其他健保署及衛福部發布、副知本會的相關資訊已經摘要於會議資料第 13~16 頁，請委員參閱。

還有一件事情，剛剛各總額部門都有安排一些參訪活動，本會也要提醒各總額部門，參訪仍以健保業務主題為主，儘量不要安排太多跟主題無關的行程，因為本部政風單位有在關心，請各總額部門協助。

**周主任委員麗芳：**很感謝健保會幕僚、周淑婉執行秘書協助安排本會今年有關總額執行的業務參訪，參訪地點是罕見疾病基金會附設的關西身心障礙福利服務中心，在這邊特別謝謝罕病基金會，謝謝洪瑜黛委員，也請洪瑜黛委員幫本會向陳莉茵創辦人感謝，讓我們可以更瞭解罕病患者相關的需求。對於剛剛周淑婉執行秘書報告的業務內容有沒有要提出意見？請陳鴻文代理委員。

**陳代理委員鴻文(呂委員正華代理人)：**主席，各位委員大家好，因為剛剛聆聽周淑婉執行秘書報告後，我想提出一個大家可能也都很關心的平均眷口數的問題，因為全民健康保險法施行細則第 68 條<sup>(註)</sup>提到保險人每年應公告的事項，其中第三款是眷屬人數，我查了一些統計數據，以去年來看新生兒人數約 10 萬 7,812 人，比前一年減少了 2 萬 7 千多人，這減幅滿高的，約 20% 左右，而我國 114 年預估的總生育率只有 0.8 人左右。

這數字代表台灣的婦女從 15 到 49 歲中間，一生的平均生育子女總數不到 1 個小孩，台灣的總人口數是呈現負成長的狀況，再加上台灣的死亡人數高於出生人數，所以新生兒人數持續創新低，導致少子化的問題日益嚴重。我們分析台灣生育率比較低的原因，除了大家都很熟悉的房價高漲、經濟壓力大、育兒成本過高、生活負擔高等等以外，愈來愈多雙薪家庭的夫妻進入職場之後，往往只生 1 個小孩，或是因為前面提到的那些壓力，可能乾脆不生了，這樣我國的眷口數就會逐年變少。

所以我又查了過去歷年的平均眷口數數據，健保從 1995 年 3 月開辦的平均眷口數是 1.36 人，到 1996 年調整為 0.95 人，接下來有逐

年往下降的趨勢，到 2016 年是降到 0.61 人，2020 年調整為 0.58 人，2023 年調整為 0.57 人，最新則是 2024 年調整為 0.56 人，這調整的數據顯示未來趨勢仍是往下降的。

根據衛福部健保署在 112 年 11 月 13 日公告，把眷口數調整為 0.56 人，從 113 年 1 月 1 日開始實施。因為 113 年 1 月 1 日至今經過兩年了，有兩個問題請教，第 1 個是最新 2025 年平均眷口數計算數字是多少？如果有最新的平均眷口數，第 2 個要請教的問題是，根據健保法施行細則第 68 條規定每年應公告事項，要請教根據健保法施行細則，不管有沒有調整，是不是應該依法行政，這個動作也要趕快讓社會大眾知道，以上 2 個問題請教。

註：全民健康保險法施行細則第 68 條：

保險人每年應公告之事項如下：

- 一、依本法第二十二條規定第三類保險對象適用之投保金額。
- 二、依本法第二十三條所定之平均保險費。
- 三、依本法第二十九條所定之眷屬人數。
- 四、依第四十六條第一項第四款所定之平均投保金額。

**周主任委員麗芳：**謝謝，請黃國祥委員。

**黃委員國祥：**剛剛陳鴻文代理委員建議，其實健保法施行細則第 68 條已經提出每年都要公告，目前最新是 112 年 11 月 13 日的公告，113 年 1 月 1 日適用，建議無論平均眷口數是否有變動，其實都要依法如實公布。當然可能健保署考慮財務不足的部分，應該從其他方面，比如在健保相關會議去探討，以上說明。

**周主任委員麗芳：**謝謝，其他委員沒有意見，這 2 個意見請健保署回應？

**陳署長亮好：**請財務組、承保組分別回應，我再補充，謝謝。

**林專門委員本源：**主席、各位委員，健保署報告有關平均眷口數的部分，依照健保規定，如果平均眷口數有調整，我們就會併同公告，今年剛好沒有做調整，所以公告項目中就沒有平均眷口數的公告。未來我們會持續檢視整個計算的過程，如果需要調整公告的話，就會依照行政程序來處理，以上。

**周主任委員麗芳：**承保組還有補充嗎？



**盧專門委員麗玉：**就承保執行面的部份我們都依據公告的結果來計算保險費，這是沒有問題的，謝謝。

**周主任委員麗芳：**謝謝，署長還要補充嗎？非常感謝 2 位委員提的意見，陳鴻文代理委員還要再說明。

**陳代理委員鴻文(呂委員正華代理人)：**我只是想進一步建議，還是要依法行政，既然健保法施行細則第 68 條提到，無論有沒有調整，每年都要公告。根據剛才的解釋是說如果沒有調整就不公告的話，但回過頭來，要麼就依法行政，要麼就是施行細則要適當做修改，否則大家會覺得健保法細則有規定應公告，但又不公告，很奇怪。

剛才我問的第 1 個問題是經過 2 年了，因為少子化的影響，平均眷口數看起來是有往下降，可是我們卻不知道最新的計算數字結果，如果有數字的話也可以讓委員知道一下。

**周主任委員麗芳：**非常感謝 2 位委員對平均眷口數這麼詳盡的關切及說明，雖然說剛剛健保署已經做回應，但還是希望把 2 位委員剛剛所叮嚀的事項好好地帶回去再做研議。請林恩豪委員，不好意思剛剛我沒有看到。

**林委員恩豪：**謝謝主席，我要問的跟剛剛陳鴻文代理委員後來補充的意思一樣。因為後來署長沒有再補充了，所以我是想要再問一下，剛剛健保署同仁的回答似乎沒有回答到問題。因為同仁是說有調整的時候就會公告，所以現在意思是不想調整的時候就不公告嗎？但陳鴻文代理委員和黃國祥委員的意思是每年應該要公告，這件事情以前何語委員也追了很久，最後署長就公告然後也調整了。我想確認一下，到底是不是每年應該要公告，不管平均眷口數有沒有變動每年都要公告，剛剛陳鴻文代理委員講的也沒錯，現在出生率就下降，平均眷口數現在應該會比 0.56 人略低一點吧。

**周主任委員麗芳：**謝謝，請陳亮好署長。

**陳署長亮好：**請劉林義主任秘書先做初步回應，各位委員的意見我們一定會帶回去研擬。

**劉主任秘書林義：**因為不管是保險費率或平均眷口數，其實都跟健保

財務狀況有關，每年健保署都會全盤考量整個財務狀況，然後做必要的考量，謝謝。

**周主任委員麗芳：**剛剛 3 位委員針對平均眷口數相關的意見，還有對於健保業務的叮嚀，請健保署帶回去好好研議，再看看後續的處理狀況。請林恩豪委員。

**林委員恩豪：**我的問題是，法規的規定到底是每年都要公告，還是健保署沒有一定要公告，想調的時候再公告，我只是想要確認一下這件事情。如果法規規定每年都要公告，就每年都公告啊！不用一直在這裡追這件事情，如果一定要討論才能公告的話，那我建議是不是每年都把這項列入討論議案，每年都正式討論一下，謝謝。

**周主任委員麗芳：**謝謝林恩豪委員的再次叮嚀。請劉林義主任秘書回應。

**劉主任秘書林義：**本署每年都會依照相關法規規定，比如平均眷口數、費率等等都會檢視相關數據，然後報衛福部做整體裁量，所以剛才說考量整個財務狀況，是指在部的層級，其實都會去考量。

**周主任委員麗芳：**謝謝，因為平均眷口數不是今天的提案，所以針對這個議題意見，請許舒博委員為最後 1 位發言。

**許委員舒博：**關於法律的規定，剛剛劉林義主任秘書講的是不對的，法律的規定沒有裁量權，你的意思是報衛福部裁量今年要不要公告，法律的規定是每年應公告之，是「應」哦！所以部長沒有裁量權，不能報部之後考慮財務狀況再公告，你們沒有依法行政，這樣是不對的。

其次是牽涉到我們負擔保險費的單位，我們依法律規定來負擔，但是該我們負擔少的時候，不能說因為你可以做衡量，所以就讓我們多負擔一點。希望主席能夠裁決，這件事情沒有討論空間，依法行政，沒有裁量權。

**周主任委員麗芳：**謝謝，陳亮好署長是不是再回應？

**陳署長亮好：**我們帶回去研擬，要依法行政，我們再確認一下法規。剛剛主任秘書、承保組、財務組的回應跟委員的建議不一樣，我們

會回去釐清楚，健保署作為行政單位一定會依法行政。

**周主任委員麗芳：**謝謝多位委員提出意見、對平均眷口數的關切，有關本會重要業務報告，委員的意見請健保署帶回去研議，同時，剛剛提到 3 月 25 日的健保會業務參訪也請委員保留時間參加。接著進行優先報告事項。

參、優先報告事項「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式核定結果」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請說明。

郭科長乃文：主委，委員大家好，以下由社保司報告。115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式，本部已於 115 年 1 月 20 日核定，本部核定結果與健保會協定結果之差異，詳如說明二，其中醫院部門「0~6 歲兒童醫療量能保障」項目之協定事項文字第 1 項，本部有進行調整，調整為「本項額度 536 百萬元，用於 0~6 歲兒童醫療服務量能，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』支應」；另 1 個項目「全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS」，協定事項文字之年度誤植，調整為「114~118 年」；至於「門診透析預算」項目，精算後總費用有微調，所以總費用的小數點後數字有調整，調整後總費用為 48,796.4 百萬元。

接下來是西醫基層總額，「0~6 歲兒童醫療量能保障」項目，跟醫院總額一樣，協定事項第 1 項有調整，文字調整為「本項額度 590 百萬元，用於 0~6 歲兒童醫療服務量能，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」；西醫基層的「門診透析預算」項目跟醫院總額一樣，總費用經精算後，微調小數點後數字，調整後總費用為 48,796.4 百萬元，以上是協定事項部分。

有關地區預算分配方式核定結果摘述如下：牙醫門診總額人口參數占率 100%，移撥款 3.8 億元；中醫門診總額人口參數占率 17%，移撥款 4 億元；西醫基層總額人口參數占率 70%，移撥款 7 億元。醫院總額人口參數占率門診 54%、住診 47%，移撥款 6.5 億元，以上報告。

周主任委員麗芳：很感謝社保司，不知道新上任的張鈺旋司長針對這部分有沒有要補充？

張委員鈺旋：我想比較需要跟大家說明的是，針對 0~6 歲兒童醫療量能保障的部分，主要這部分我們會認為 0~6 歲兒童醫療量能保障是

部裡非常重要的政策考量，所以我們希望能夠讓健保署保險人在未來的規劃方向及經費使用上更有彈性，所以做了一些決定後的文字呈現，本項額度在醫院部分，醫院額度是 536 百萬元，是用在 0~6 歲兒童醫療服務量能，經費若有不足之處會由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」支應，同樣的在西醫基層部分，0~6 歲兒童醫療服務量能也會有這情況，同樣的保障，如果經費有不足部分也是由其他預算這部分來支應。

主要是因為兒童醫療是目前政策上部裡最重要的一件事情，我們還是希望未來也能讓兒科的醫師能得到比較好的服務保障，所以我們做這樣的決定結果，以上報告。

**周主任委員麗芳：**有關這個案子，應該最關切的當然是我們所有的醫事團體、所有總額部門，因為部長已經核下來了，所以縱使心裡面還是有一些覺得比較委屈的地方，也拜託大家共體時艱，因為部長已經核下來。所以有關這個報告案，是不是我們就洽悉？先請黃振國委員，再請林恩豪委員。

**黃委員振國：**這是文字的差異，你看 0~6 歲兒童醫療量能保障項目，本來保障每點 1 元，不足額由其他預算促進醫療服務診療項目支付衡平支應，但是把「保障每點 1 元」拿掉後，怎麼還會不足呢？這邏輯性不好，我就不知道衛福部跟健保署如何來操作這 590 百萬元的費用，如果在西醫基層跟醫院總額是不一樣的，因為西醫基層並沒有個別院所總額，對醫療院所而言，保障每點 1 元是比較實在的明確、簡單，又能夠讓大家有共識感，但是今天告訴我拿掉每點 1 元，我就不知道保障在哪裡，錢要花在哪裡，這是個很大的學問喔。第 2 個，今天假設預算有較多，反之來想，那是不是會每點超過 1 元了？所以我要問一下今天的核定結果操作型定義為何？謝謝。

**周主任委員麗芳：**我先把意見通通蒐集，因為有些可能可以綜整起來再一起回應，請林恩豪委員。

**林委員恩豪：**謝謝主席，我想問的是一般服務費用之地區預算分配方式核定結果，我看中醫門診、醫院總額 R 值<sup>(註)</sup>占率都有前進，唯獨

西醫基層沒有，我想問社保司這是什麼原因？我一次講完好了，如果原因是因為之前衛福部來函說 2 年 1 調的話，這樣我是無法認同的，因為我的解讀是 R 值占率這件事情早就該達到 100% 了，如果從實施 R 值占率前進到現在，之所以搞這麼久都還沒有到 100%，所以衛福部上次才會說 2 年 1 調，我的解讀是最少 2 年 1 調，並不是每年只能調 1%，所以每年都可以調整啊，請社保司說明一下原因是什麼，謝謝。

註：有關地區預算分配公式中之「人口參數」，四總額部門採用之人口參數及其校正因子如下：

醫院總額：門診-各地區保險對象人數校正「人口風險因子及轉診型態」後之數值(簡稱 R 值)。

住診-各地區保險對象人數校正「人口風險因子」後之數值(簡稱 R 值)。

西醫基層總額：各地區保險對象人數校正「人口風險因子及轉診型態」後之數值(簡稱 R 值)。

牙醫門診總額：各地區保險對象人數校正「人口風險因子」後之數值(簡稱 R 值)。

中醫門診總額：各分區戶籍人口數占率換算後之數值。

**周主任委員麗芳：**其他委員目前沒有意見了，就針對剛剛的委員意見，我先請健保署陳亮好署長說明。

**陳署長亮好：**先說明健保署的行政流程，我們是依照上次的協商決議送到衛福部，所以剛剛黃振國委員的問題，說文字上稍有差異，還有剛剛林恩豪委員的提問，我這邊就不便回答，是不是請衛福部回答。

**周主任委員麗芳：**請社保司張司長回應。

**張委員鈺旋：**我還是按照剛剛委員提問的順序回應，首先在西醫基層部分，我們針對這部分，剛有特別提到我們對兒童醫療量能特別重視，這在政策考量上確實有其特殊之處，也希望讓保險人健保署未來跟醫界談的時候能有更大彈性，同樣的目標，就是希望能夠對兒童醫療服務量能重視的前提之下，我們能做比較好的處理，這是第 1 個部分。

第 2 個部分，剛才林恩豪委員提到，為什麼西醫基層是採醫界的方案，簡單就是這樣的想法，沒有所謂 2 年 1 調，這部分也完全是在綜合考量之下做討論的，當然在綜合考量之下，我們會考慮各地區預算分配狀況、醫療服務量能及相關需求，所以 R 值占率前進與否，未必是要有一定的邏輯，不是每年一定的邏輯，但基本上我們還是會在綜合考量下做這樣的處理。但是我們已經有試算過，不論

R 值占率是否前進，各分區預算其實都有增加，所以其實可以反映民眾對醫療的需求，以上。

**周主任委員麗芳：**2 位委員仍要再發言，先請黃振國委員，再請林恩豪委員。

**黃委員振國：**說實在，你說的我們都聽不懂，因為我要回去轉達給我們所有西醫基層的夥伴，我相信他們一樣會聽不懂。第 2 點，大家知道我們有一個很重要的，雖然西醫基層的各區總額都增加，但是我們現在各區的點值高低落差超過 10%，這是非常不穩定的，在所有總額部門並沒有高低落差這麼大，我們為了所謂 6 區分配永遠吵不完，我們對 R 值、S 值<sup>(註 1)</sup>公式的檢討，希望社保司能儘快在今年提出具體方案，不然老實講讓我們內部互相內鬥，不能解決問題。

其實衛福部社保司、甚至健保署應該有責任，來衡平各區點值的差異，因為點值差異過大，容易造成成本的反差，我相信各位委員已經看到，我們以台北區為例，現在是 6 區最低，現在即使 114 年第 3 季點值已經出來了<sup>(註 2)</sup>，浮動點值依然小於 0.9，但已經有 2 個區甚至 3 個區大於或接近 1，這非常不穩定，而且大家知道台北區的成本應該是全國最高，不管是硬體、軟體相關費用都是最高，當其他總額沒有那麼大差異時，希望衛福部社保司能針對 R 值、S 值公式妥善檢討，來年甚至訂個上下限，不然老實說，我們現在台北跟北區雖然只有 2 區點值偏低，但別忘了，這 2 區合計投保人口占率超過 5 成、西醫基層服務醫師占 4 成多將近 5 成，這是非常不公平的事情，不是看表面數字而已，如果今天任由現在的機制，我這主委真的做不下去，我們每次都爭吵不休，我相信這機制應該是可以檢討的，所以我建議今年務必進行，不要再拖了，從總額開始實施到現在已經 20 幾年，不要都沒有檢討，我希望能夠具體檢討，謝謝。

註 1：有關地區預算分配公式中之「醫療利用參數」，係指各部門總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用比率(簡稱 S 值)。

註 2：依 114 年第 4 次西醫基層總額研商會議(114.12.11)會議資料第 42 頁顯示，114 年第 3 季一般服務點值預估，浮動點值為台北區 0.8851、北區 0.9026、中區 0.9496、南區 0.9948、高屏 0.9735、東區 1.1468。

**周主任委員麗芳：**請林恩豪委員。

**林委員恩豪：**剛剛張鈺旋司長說，沒有 2 年前進 1% 這件事，但確實就是，112 年度總額協定事項衛福部自己的公文就是這樣寫，沒錯，我意思就是真的沒有這定律嗎？但我的解讀是，衛福部就是要求 2 年至少要前進 1%，但現在西醫基層的解讀是 2 年只能調整 1%，所以今年才用這理由不調，但其他中醫門診、醫院總額都有調，我覺得這樣不合理。

另外一個就是說，剛才司長也有講，今年成長率很高，都是最高的，所以可分配金額也多了，你剛也有說，所以衝擊相對會比較小，是不是應該在這時候就要前進。難道司長能保證今年談下(116)年度總額協商成長率會很好嗎，西醫基層會拿到他們想要的成長率嗎？到時候要調整的時候，是不是又要用 2 年前進 1% 也只是一個說法而已，那今年我們分配到的錢沒那麼多，衝擊很大，所以也不要調，那就會造成這些問題啊，是不是？謝謝。

**周主任委員麗芳：**請張鈺旋司長。

**張委員鈺旋：**相信每位委員針對 R 值、S 值分配都很關心，確實誠如剛剛黃振國委員特別提到 R 值、S 值確實要檢討，這部分我們真的也會帶回部內，再做比較好的處理方式。不過這部分的結果部長已經核定下來，所以針對今年 115 年度的地區分配預算，我們就先按照核定出來的結果來執行，但是剛才委員的意見我們都有聽到，我們會針對 R 值、S 值相對的公式做更精準的計算，這部分社保司非常樂意來參與，以上。

**周主任委員麗芳：**這個案子我們非常感謝，剛剛不管是黃振國委員、林恩豪委員都提出很多寶貴意見，而這些意見對於未來總額分配上，其實是有很大的助益，剛剛也很感謝張鈺旋司長，提到委員的意見會如實帶回部內，該研議、該改善的，我們會進一步往這方面前進。

那因為這個案子部長已經核定，在先前的會議當中，以總額的程序來說，如果醫療部門跟付費者代表意見不一，兩案併陳報到部裡面由部長做裁示，而因為現在部長已經核定下來，所以我們還是將委員的意見蒐集起來，拜託社保司要把它帶到部裡面去。



當然，後續也是要拜託健保署，因為雖然是已經核定，但是馬上面臨要執行，執行的時候怎麼樣在目前的核定內容當中，可以把我們總額上次討論過程的精神跟期許，在執行的時候落實，我想這也是要請陳署長亮好跟相關單位，不管是醫院部門或是西醫基層部門，好好進一步研商，把這個精神維持下去。黃振國委員，我看這案就先這樣子吧？

**黃委員振國：**我解讀一下張司長所言，她說善意其實是有，但是沒有設定方法和底線。因為本來協定的文字是保障每點 1 元，計算明確、操作定義明確、經費夠不夠也很明確，現在什麼都沒有寫進去，我就不知道什麼叫經費不足。所以等於是你授權健保署跟西醫基層只要條件能夠談好，社保司都會同意、衛福部也同意，是這個意思囉？不然的話，你今天善意是很夠，但是方法真的不明確。本來每點 1 元下的不足額是由其他預算支應，就等於保障這些醫療院所。

大家知道點值是什麼時候結算嗎？所有點值都是落後半年才結算，不是服務當時結算，尤其現在少子化，其實本案受惠最多的是小兒科醫師，但是如果你今天告訴我，你半年後拿到多少錢是未知的，這不好啦。獎勵要給的明確，要讓人家有為有守。如果我沒有解讀錯誤，如果今天社保司答應前面假設性的問題，健保署依據衛福部裁示，他如果跟西醫基層沿用原來健保會協定的 SOP<sup>(註)</sup>，你們不反對，是不是這個意思？如果你不反對就好了，是不是這意思？

註：SOP(Standard Operation Procedure，標準作業程序)

**周主任委員麗芳：**黃委員，這個議題你也知道是部長核定，張鈺琰委員是司長，所以今天講到 12 點，也沒有人能夠提出答案，所以我在這邊拜託大家。顏鴻順委員還要發言嗎？

**顏委員鴻順：**我稍微補充，主席這樣裁示我們都很理解，因為部長已經核定了，黃振國委員的意思是把每點 1 元的文字拿掉後，我們可能至少內部要討論一下操作型定義。因為理論上如果沒有保障每點 1 元，感覺上就是浮動點值了，就不會發生經費不足的情形，沒關係，操作型定義我們再討論。

剛才講到 R、S 值問題，我想健保會委員的共識都是要善用健保

資源，所以讓錢跟著人走，這是概念；如果錢跟著人走，理論上 R 值應該要走到 100%，就是剛才林恩豪委員講的概念。但是因為這個公式設計出來已經經過 20、30 年，跟 real world 的分配已經有很大的 bias，所以每次往前進的時候就會發現，整個地區的預算落差非常大，其實公式非常值得檢討。我們內部針對 R、S 值開了不下一、二十次的會議，唯一的共識是這個公式要檢討，如果今天大家也同意錢跟著人走，R、S 值的公式應該要做檢討，才能讓大家認同，以上。

**周主任委員麗芳：**剛剛我也有表達我們健保會的想法，就是雖然衛福部核定結果每點 1 元的文字不見了，但是站在健保會的立場，原來的協定結果畢竟是在健保會所有醫療服務提供者、付費者代表的期許下，希望在兒童醫療部分能展現我們的善意與關心，所以剛才有提到執行部分，我們期許健保署在執行過程，就是剛剛大家很關心的怎麼落實，希望秉持著健保會當時的精神，能夠朝向兒童醫療服務量能每點 1 元的方式，經費如有不足的時候由其他預算支應，期許健保署跟醫事團體未來在實務操作層面從這方向出發。本案洽悉。接著進行討論事項第一案。

## 肆、討論事項第一案「115 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

周主任委員麗芳：請說明。

林科長沁玫：主席，各位委員好。說明一，依照健保法第 72 條規定，保險人每年應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提健保會討論後，報主管機關核定。

說明二，114 年度方案經衛福部同意，共分 3 大構面、8 項策略、16 項指標，截至 114 年第 3 季執行情形如下表。

請委員翻到補充資料第 10 頁，說明三，針對 114 年第 3 季指標未達標後續處理說明：(一)「門診就醫次數全年大於 90 次之保險對象就醫次數下降率」，本署各分區業務組皆持續追蹤高診次就醫個案就醫情形及加強輔導。

(二)「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」、「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數」等項目，分級醫療政策本署已經推動多年，將持續納入各界意見討論，朝向完善家庭醫師制度。

(三)「全藥類藥品重複用藥日數下降率」，本署各分區業務組已在共管會議中，宣導重複用藥的管理規範，並針對重複開立率或是用藥日數較高的院所加強輔導。

(四)「門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率」，本署各分區業務組已就未達標醫院進行專業審查與輔導。

(五)「西醫門診病人可避免住院率」部分，本署各分區業務組已納入相關管理措施，有關 114 年全年指標執行情形將在今年 5 月委員會議報告。

說明四，115 年方案沿用 114 年架構及指標，115 年方案調整的部分是目標值，總共調整 10 項目標值，提高的目標值有 5 項，放寬的目標值也有 5 項，有關放寬的說明請委員翻到補充資料第 14 頁。

在項次 5「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數」，這部分因為原目標值是從 110 年開始沿用到現在，經統計，基層診所 114

年較 110 年增加 300 多家，申報件數大概成長將近 30%，考量本署積極推動分級醫療及壯大基層，需要轉診的病人已經較 110 年減少，因此調整 115 年的目標值。

再來是項次 4「基層與地區醫院門診占整體件數占率」，目標值是 111 年訂定沿用至今，考量評鑑等級改變的遞延效應，而且統計近 10 年的占率介於 73%~76%，因此 115 年目標值微調為 74%。

再來是補充資料第 15 頁，項次 10「全藥類藥品重複用藥日數下降率」部分，這個指標在推動初期其實是有顯著成果，但是在 114 年開始成效趨於平緩，因此 115 年目標值參考近 5 年的實際情形，調整下降 1%。

再請委員翻到補充資料第 16 頁，項次 11「門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率」的部分，這個指標跟上一個指標一樣，推動初期均有顯著成果，但是從去年開始成效趨於平緩，因此 115 年目標值參考近 5 年實際情形調整為 2%。

再來是指標 15「西醫門診病人可避免住院率」的部分，這個指標的目標值是以實際值來訂定，以上是 115 年調整的部分。

**周主任委員麗芳：**非常感謝健保署做了這麼詳盡的方案，我們聽一下委員的意見，先請許舒博委員，再請黃振國委員。

**許委員舒博：**主席，我是做保險的，我常常講商業保險事實上是跟健保合為一體的，現在商業保險在健保這方面的理賠支出，大概占整個健保支出的 25%。可以說沒有商業保險這塊的話，健保恐怕很難維持下去，25%這個數字是非常可觀的。

這幾年保險業者有個共同的痛，就是我們希望是真正有需要的醫療才來請領醫療給付，而不是像現在有些詐保的事件論「億」的發生。現在每家公司都緊急地在統計哪些人申報出險，有些人一個月摔倒 20 幾次，怎麼會那麼頻繁，實在令人匪夷所思，但是醫療院所跟醫師也配合開立證明，我們就覺得很奇怪。而且慢慢縮小統計範圍以後，我們可以點出哪些醫院的出事率特別高、哪些醫院開立的證明特別高、哪些醫師都會集中在某些醫院，我不喜歡把這個數字

和名稱公布出來，但是我希望健保署對這些配合保戶的不肖醫事人員能夠有所作為。

那天高雄發生 1 位保戶拿刀衝到保險公司威脅，他 1 個月可以報 34 次出險，醫師也幫忙開證明，我就搞不清楚，後來我們查核結果認為他真的是蓄意。我認為這個情形第 1 點，不是只有浪費保險公司的錢，也浪費所有健保資源；第 2 點，造成這些醫師多開就多請領。我們也會衡量保戶繳的費用，假使很多醫師指定不用健保給付，只用商業保險給付的，將來很多業者都不願意賣實支實付險，健保靠保險給付這塊的量能就縮小了。

不要造成劣幣趨逐良幣，所以我們保險業者希望健保署對於健保詐保或商保詐保的案件，要特別予以重視，要求檢調單位儘快偵查，以嚇阻某些醫師一再犯錯。像是曾有整個家族的就醫證明都是某醫師開立的，哪有可能每位家族成員都是動同樣的眼科手術，他們全家都是動同樣的眼科手術，而且不只是直系親屬，連旁系親屬都是，也都是同一個醫師開刀，這種情形我們就覺得很奇怪。所以為了要有良善的健保給付，希望不要被這種情形破壞制度，謝謝。

周主任委員麗芳：請黃振國委員。

黃委員振國：針對本案指標「全藥類藥品重複用藥日數下降率」沒有進步，我有幾個建議。第 1 個，大家知道現在健保署發展很好，在我們開立處方箋的時候，都有 KPI<sup>(註)</sup>可以直接查這個個案有沒有在這段時間也在其他地方領藥，也會警告，但是我也發現有所謂的漏網之魚。我之前曾經有 1 個病人，他是我的處方箋跟醫院的處方箋，在同一家藥局調劑的時候發現重複，這不是要責怪藥局，我先講我們要怎麼改善制度。

第 1 點建議，我希望健保署在提不予支付指標的時候，能夠尊重醫界，現在總額不是每年都在成長對不對，但是大家不知道，審查費幾乎 20 年都沒動，所以今年西醫基層明定所有委員不能領出席費，而且審查醫師的費用還要往下調，因為錢根本不夠。希望我們提出包含 AI、檔案分析、不予支付指標的意見時，健保署能夠接納。

我們真的不想浪費醫療資源，可是事後的審查機制太弱了，提醒就是能夠減少人工審查的機制愈多愈好，不管是在醫院或診所，醫師在開立處方的時候，就能得到主動的警告。

第 2 點建議，在藥局請領的時候，只要插健保卡下去，就能發現某個案在 A 醫院及 B 診所同時領取相同成分的藥，只是商品不一樣，也能即時警告第一線調劑的藥事人員，這樣可以減少不必要的浪費，這是必要且可以保障民眾健康的措施。

第 2 個，我是不是能請健保署提供重複用藥的來源為何？來自醫院端的占比多少、來自基層端的占比多少，還有插健保卡的比率是多少、沒有插健保卡的比率是多少。針對需要檢討的部分，能夠明確一點，這樣醫院、西醫基層及藥局都能回去自我反省，看哪個部分可以做得更好。

第 3 個，民眾端，現在有個大家可能要重視的事情，就像剛剛許舒博委員說該花的花、該省的省。現在健保有部分負擔，部分負擔在藥費中有上限，但連續處方箋卻不需要部分負擔，是不是民眾在合理使用次數中給予保障，但 1 年藥費超過某個金額時，他的藥費部分負擔就回到健保法，我相信民眾在拿藥的時候就會說這藥我不需要拿了，這樣子才能讓健保永續，所以各方面都要檢討，不是只有針對某方面，我相信重複用藥真的可以少很多，謝謝。

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

**周主任委員麗芳：**請林恩豪委員。

**林委員恩豪：**我想要請問一下管控項目 5(非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數)，我想要再確認一下，剛剛有說明放寬的原因是因為現在西醫基層壯大，民眾就醫觀念也變好了，分級醫療就醫的概念也變強了，很多民眾都直接去西醫基層就診，從醫院下轉件數就減少了，所以就把目標值放寬，是這樣嗎？

再來是管控項目第 11「門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率」，我們知道這個會慢慢趨緩，我的問題是現在的再次執行率是多少？不是下降率，是再次執行率是多少？因為下降到一

定程度當然很難再下降，但是現在有重複檢驗檢查的再次執行率是多少？還有第 10 項全藥類藥品重複用藥日數現在是多少？謝謝。

**周主任委員麗芳：**請代表朱益宏委員出席的王秀貞代理委員。

**王代理委員秀貞(朱委員益宏代理人)：**謝謝各位委員及主席，朱益宏委員對這個議題非常的關切，有幾個項目要詢問健保署。

指標 4 的部分，就是針對合理使用保險權益、正確就醫觀念行為的部分，第 4 項「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」，114 年的全年目標是 74.2%，這次會議提出要調整為 74%，只有下修 0.2%，但是根據剛剛健保署的說明，是說基層與地區醫院的家數有增加，如果是這樣子的基礎下，整體件數的占率不是應該要維持嗎？如果只調降 0.2%，我們建議這個指標 115 年目標值是不是能夠維持和 114 年一樣？

再來就是指標 5 的部分，「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數」，這部分我們也有疑問，剛剛林恩豪委員也有提到目標值放寬，我覺得 115 年的目標值下修非常大，當然我們也知道衛福部有推出很多不同正確就醫觀念的宣導，或是更多的措施，比如像 UCC 這樣的機制來處理，但是下轉的目標值是有需要下修超過 1 萬件嗎？114 年第 3 季的執行值是 40,945 件，下修 115 年目標值是為了配合執行值嗎？還是民眾確實有符合正確就醫觀念行為，才來下修？我覺得這點可能要請健保署再進一步說明，我們現行看到很多民眾去大醫院就醫還是一樣排很滿、掛不到號，或等很久，我們覺得這個目標值的放寬是有待保留的。

另外就是持續推動分級醫療部分，指標 6(接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率)跟指標 7(收案後居家醫療整合照護對象平均每人每月門診就醫次數較收案前減少)，這 2 項目標值是沿用 114 年度，我們也知道政府推動分級醫療很久，大家也努力很久，但這 2 個指標是不是跟分級醫療的推動，大醫院、小醫院、小診所，這樣的分級醫療推動有很密切連結，我們覺得這 2 支指標可以再進一步檢討或新增，謝謝。

**周主任委員麗芳：**請張田黨委員。

**張委員田黨：**主委、各位同仁，大家早安。我想健保資源不當耗用是一個相當嚴肅及嚴重的問題，而且絕對是有這個情形，希望公會能特別要求醫師要有使命感，把這個問題降到最低，尤其部分醫師執行眼科小手術，一整群人去開刀，甚至開車去載民眾來開刀，真的是不當的行為，這點我們應該注意。

還有一點就是我常常提起的一些外籍配偶或外籍新娘，他們的家屬來到台灣後濫用台灣的健保，這也是個很嚴重的問題，而且也是健保資源浪費的一個主因，我們應該加強預防的這種事情再度發生。

第3個部分是有些已經插管、時間已經拖了很久，而且完全沒有希望的這種對象，是不是能有個規定，在一定時間後就可以拔管或健保停止給付，讓他們改用自費，我相信這部分的浪費也是很大，如果我們能把這些錢省下來改用到兒童身上，我相信這是個非常好的政策，而且我想讓一個已經完全沒有希望的植物人靠維生器活著也是沒有意義，只是浪費整體的健保資源，以上。

**周主任委員麗芳：**謝謝張田黨委員語重心長，請洪瑜黛委員最後1位口頭發言，其他委員請提會後書面意見，謝謝。

**洪委員瑜黛：**謝謝剛剛張田黨委員也有提到，項次14「居家安寧照護對象在宅善終比率較前一年成長」，第3季執行值沒有資料，請教健保署是健保資料沒有註記導致沒有資料嗎？還是怎麼樣？因為如果沒有資料可以查，後面要怎麼比對，這樣是很可惜的，我們也希望未來可以多發展居家安寧照護在宅善終這個很重要的議題，謝謝。

**周主任委員麗芳：**接下來請健保署針對大方向統整說明，因為會後還是要帶回去修正方案內容。

**陳署長亮妤：**謝謝委員的意見，我會逐一回覆，健康存摺使用(指標2)的目標值會增加，是因為我們希望賦權於民；第4項基層與地區醫院門診件數占率的目標值74.2%調到74%，意義不大，就依委員的建議維持74.2%；第5項非同體系區域級以上醫院下轉件數，這的確是比較特別，因為它是跟前一年比較，完全沒動的狀況下，去年下



轉件數就是 5 萬多件，所以如果目標值用前年的 6 萬多件就會相關困難達到，所以到底用率還是件數比較恰當，我們會參採各位委員的意見，補充資料呈現的 115 年目標值 51,624 件是去年前 3 季的平均值，低於去年目標值 1 萬多件。

再來就是剛剛黃振國委員提到的藥品重複使用(指標 10)，我們會參採，特別是臨床第一線人員的意見。最後是居家安寧善終(指標 14)的部分，健保署在去年醫療服務共擬會議有通過要加強居家安寧善終，這是政策方向，第 1~3 季的統計數字會再整理給大家，這署內有統計資料，不會因為它是居家就沒有統計資料，以上補充，謝謝。

**周主任委員麗芳：**很感謝委員針對這個案子非常認真的提出相關意見，請王秀貞代理委員。

**王代理委員秀貞(朱委員益宏代理人)：**署長剛剛有回答大多數委員的意見，但是對於持續推動分級醫療的指標 6(接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率)跟 7(收案後居家醫療整合照護對象平均每人每月門診就醫次數較收案前減少)，我們朱益宏委員也認為這 2 項指標跟分級醫療，就是希望各層級的大醫院門診量要下降、急重症的量能要維持、小病要去小醫院及小診所，這樣的連動性比較小，我們希望這 2 項是不是請健保署能夠再研議。

**陳署長亮妤：**這個出院準備的後續醫療銜接率(指標 6)，沒有問題，可以持續提升，這原本就是出院準備銜接 PAC<sup>(註)</sup>或銜接長照，甚至是銜接完 PAC 還可以銜接長照，這本來就是總統府公布長期照顧十年計畫 3.0 的規劃；第 7 項收案後居家醫療整合照護每月門診就醫次數較收案前減少的部分，這就是又回到先前講的，到底是數字還是比率的問題，這跟政策方向一致，主要是指標設定要能反映政策方向，第 7 個跟第 5 個有類似的問題，第 6 個我們會參採，以上，謝謝。

註：PAC(Post Acute Care，急性後期照護)。

**周主任委員麗芳：**感謝非常多的委員針對這個案子用心提出意見，本案請健保署參考委員所提的意見，研修 115 年度方案內容後，依法定程序陳報衛福部核定。接著進行討論事項第二案，請同仁宣讀。

## 黃委員振國會後書面意見

- 一、建議指標 5「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數」之 115 年度目標值不宜放寬，雖健保署積極推動分級醫療壯大基層及家醫計畫等策略，惟未達原目標值前，仍有努力空間，建請健保署通盤考量。
- 二、「區域級(含)以上大醫院門診減量措施」107 年 7 月起實施每年減少 2%，已見初步成效(按健保署資料，108 年本方案門診件數醫學中心下降 4.6%，區域醫院下降 4.0%)。惟因新冠疫情，自 109 年 1 月起已暫停實施本項政策，若「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數」無持續設定合理目標，則建議為持續推動分級醫療，建立民眾正確就醫觀念，應恢復實施區域級(含)以上大醫院門診減量措施。

## 伍、討論事項第二案「115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案」與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

**黃科長瓊瑩：**請委員看到討論事項第二案的說明一，依照健保會去年 11 月 19 日的決議，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由本署會同各總額部門相關團體議定後送健保會同意後執行。

說明二部分，本署已經在去年 11 月、12 月召開中醫、牙醫、透析、醫院及西醫基層的研商會議，討論各部門的保障項目，牙醫部分是因為沒有保障項目，所以並沒有進行討論。

在說明三中，列舉歷年來保障項目的退場及修訂的內容，(一)是藥事服務費，在開辦時就納入保障，目前是維持以每點 1 元支付。(二)是腹膜透析，在 95 年納入保障，在 103 年以每點 1 元的保障項目支付到現在。(三)是在西醫基層論病例計酬一直是保障項目，114 年度總額，因為眼科的白內障手術，從一般服務項目移列到專款項目，所以這項論病例計酬的案件，會排除白內障手術之後的其他 C1 案件，我們才會列入每點 1 元保障。(四)是醫院生產案件在 114 年列入保障項目。請參閱會議資料第 23 頁(五)，本署考量部分季別或特定分區目前有浮動點值大於 1 的情形，所以如果只侷限在每點 1 元，就會低於當季一般服務浮動點值，所以今年中醫部門和透析部門增列以下條款「如果當季當區浮動點值大於 1，前開保障項目優先以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，將於次季辦理追扣補付作業」。在醫院和西醫基層部門在研商議事會議決議則是考量到影響次季預算分配及點值，所以大家的共識是維持保障項目以每點 1 元支付，以上報告。

**周主任委員麗芳：**謝謝，也很感謝健保署協助所有醫療部門共同把這案子討論出來，請問委員針對這部分有沒有什麼意見？請陳建宗委員。

**陳委員建宗：**謝謝健保署去年給我們有較高的總額成長率，讓各區醫

院的預算能有大幅度成長。在中醫、透析部門，若分區的浮動點值大於 1，其保障項目的點值可以用大於 1(即採浮動點值)來計算；但是在醫院部分，大家可以看到健保署公布的去年第 2 季浮動點值，只有台北區、中區的是小於 1，其他 4 區則都大於 1，若保障項目的點值採每點 1 元，其他 4 個區的保障項目根本沒辦法用大於 1 來計算點值，這 4 區的平均點值甚至比浮動點值還要來得低，這樣的話，我想對其他 4 區的醫院並不太合理。

回到剛說的保障 0~6 歲兒童醫療服務量能每點 1 元，就算採每點 1 元，現在浮動點值都大於 1，我不知道到底是要鼓勵，還是要打壓，浮動點值就已經大於 1，這有保障跟沒保障是差不多的。如果真的有保障，是保障台北區或中區做兒童醫療的醫療院所，其他 4 區則大概都沒什麼保障到，所以這點可能要再重新考量，是不是西醫部門也應該比照中醫和透析部門，增列「當分區浮動點值大於 1，保障項目以浮動點值支付」，以上。

**周主任委員麗芳：**謝謝，如果委員沒有其他意見的話，請健保署回應，謝謝。

**劉主任秘書林義：**因為這項是健保會交下來，每年都會跟各個總額部門做協商，在跟醫院及西醫基層部門協商時，他們是考量到，比如若這次浮動點值大於 1，要用浮動點值支應的話，預算就要從次季挪過來，所以當初本署的確有再確認醫院及西醫基層部門是否也有這樣的考量，由於他們不認為這樣做是好的，所以維持原來的原議，是這樣子。當然假如健保會委員有強烈意見，我們再帶回去跟各總額部門再次協商，以上。

**周主任委員麗芳：**陳建宗委員所提意見，我想一定是醫界有這方面相關的需求，請健保署帶回去做後續研參。本案照案通過，委員所提意見送請健保署研參。接下來進行報告事項第一案。

陸、報告事項第一案「115 年度各部門總額依核定事項，須提會報告之具體實施計畫/方案/規劃或執行方式」與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

周主任委員麗芳：請說明。

陳專門委員依婕：主委、各位委員大家好，本次在 115 年度各總額部門依核定事項，須提貴會報告之具體實施計畫和方案共有 2 項，首先請大家翻到補充資料第 27 頁表格，第 1 項是西醫基層「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」，本項已經連續 4 年在西醫基層一般服務編列，每年增編額度是 6.593 億元，核定事項是請本署會同西醫基層總額相關團體及護全會持續研修相關實施計畫內容。

本項目標是希望增加護理人力或調整護理人員薪資為原則。本項的執行方式，感謝醫全會及護全會已經積極達成共識，並提到本署 114 年 12 月 24 日醫療服務共擬會議討論，決議延續 114 年全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案，修訂為 115 年，向委員報告修訂重點，首先是加計獎勵，聘有護理人員且有達調薪幅度標準之西醫基層診所，其第一階段門診診察費之案件獎勵點數由去年的 24 點今年調升到 40 點，原本的獎勵標準跟 113 年 12 月健保投保薪資相較，今年會改成跟 114 年 12 月的投保薪資相較。請委員翻到補充資料第 28 頁，用白話文講就是今年要再調薪一級才有辦法獲得本項獎勵。

調薪標準如(3)，在 115 年該診所所有聘任的護理人員調薪幅度要達半數以上調薪，才有機會獲得本項獎勵；116 年的調薪方式也在本次有一起達成共識，是依照該診所執業登記護理人員數的不同，訂有不同標準，其標準為當月聘有 4 位以下的診所，護理人員須全數調整護理人員薪資，若聘有 5~10 位診所須調薪 90%以上護理人員薪資，聘有 11 位以上護理人員的診所須調升 80%以上護理人員薪資，這是 116 年的達標要求。

核發方式會由本署按季依照實際護理人員薪資調升狀況發放 40 點

的獎勵。除此之外，全年若本項預算有剩餘，本署會另外依照各診所調升護理人員薪資人月占率發放獎勵。

在第(三)點的品質監測指標，訂為聘有護理人員診所調升護理人員薪資的比率，執行目標值由去年的 80%，今年調升到 85%，調薪幅度的認定就依照剛剛計畫所訂的方式來訂定，且修訂後的投保金額不可以低於第四等級，也就是月投薪資為 33,300 元。這次西醫基層和護全會達成的共識方案，除了把基期調整到去年 12 月，意思就是今年一定要比去年再調薪以外，而且同時調升目標值，是符合總額公告的決定事項，本案依程序正在報衛福部核定，等衛福部核定後，本署會公告實施。

第 2 項是中醫門診「中醫三高病人加強照護計畫」，需訂定具體計畫提到健保會報告，本項尚在跟中醫師公會全國聯合會草擬計畫內容，預計於 115 年 2 月 12 日本署召開的中醫門診總額研商議事會議討論，並提醫療服務共擬會議通過後，再依會議結論提報貴會，以上。

**周主任委員麗芳：**非常感謝健保署詳盡地報告，首先就教，提升基層護理人員照護品質獎勵方案有提到 116 年的部分，116 年的獎勵經費，等一下請健保署一併說明。請問委員有沒有意見？委員如果沒有意見的話，先請健保署說明。

**劉主任秘書林義：**因為這個案子涉及西醫基層及護全會，所以西醫基層與護全會兩邊是有達到共識的，再提到總額研商議事會議，再經醫療服務共擬會議同意，整個程序是這樣子的。他們達成的共識是 1 次排定 2 年，就是 115 年、116 年，不過當然 116 年度總額是在今年 9 月才會開始協商，所以也要看今年 9 月協商的結果，若需要修改目標值，本署會再請西醫基層與護全會討論。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，我個人是比較建議，這個程序是比較不符合一般的狀況，因為現在完全不知道 116 年度總額是多少，就把 116 年要怎麼支應去匡住，所以這個……，請黃振國委員。

**黃委員振國：**這是有歷史的，因為當時我們跟衛福部講的是 5 年的計

畫，原本 114 年、115 年是合併計算，但我們跟護全會討論時，他們希望再調升一下，我們也退讓了，本來 115 年是不需要調基準的，我們 114、115 年是 2 年調 1 次，因為每年只調 6 點，我們是為了積極照顧護理同仁，所以為什麼本來是 114、115 年 2 年調整 1 次，今年本來是不要動的，但基於我們對於護理人員的認同，所以我們提早動了，協商內容才會是 115 年、116 年，本來是 114 年、115 年合併，基於這個理由和互信，我們非常有誠意，大家知道這幾年的基本工資一直在調，本來我們之前協商是 3 萬 1 千多元，但是大家知道政府體恤要照顧民眾的基本權益，所以今年最低基本工資也調了，調到 2 萬 9 千多元，當時我們有答應要比基本工資高，所以會從 2 萬 8 千元、2 萬 9 千元直接跳到 3 萬 3 千元，所以這是有這概念。

謝謝主委的擔心，若明年總額成長率不如預期，但是大家知道這幾年護理人員都是我們最佳的夥伴，我都說他們都是我們醫療院所的寶貝，像我的護理同仁一畢業待到現在，待了快 17、18 年，都當自己女兒、自己的家人在看，我們是一家人。對於這樣的夥伴、這樣的家人，即使明年的成長率不如預期，我們都願意繼續往前走。我們都知道目前台灣經濟發展最好的是電子業，其他行業會告訴我不如預期，無論醫院或西醫基層，真的都是微利，不像幾 10 年前那麼好，但我覺得對於夥伴我們應該照顧，報告主委，不用擔心，我們答應，西醫基層或醫院都願意照顧我們的夥伴。

**周主任委員麗芳：**謝謝，我沒有擔心。我非常期待社保司在今年要陳報行政院核定明年的總額時，務必大力爭取，因為可以看到包括護理同仁的部分，我們要好好照顧他們，所以希望是不是大家可以攜手努力，包括衛福部、健保會、健保署，希望 116 年度的總額也能夠如同今年一樣再創新高，對於醫療人員的照顧才不會打折扣。請楊芸蘋委員。

**楊委員芸蘋：**謝謝主席、各位委員，其實我看到健保署也非常重視這個問題，確實這個案子提得蠻好的，西醫基層也非常認真配合，我相信應該是每個人都會關心護理人員的薪水問題，尤其是我們這些付費者更會關心，因為我們擔心的是，到底床有沒有再加開？因為

沒有開床，這些患者怎麼辦？我擔心的是這一點，所以我看到這樣的政策出現以後，不知道對我們護理人員的留任率有沒有提高？執行結果如何？是否今年執行一段時間後可以提供我們相關數據，讓我們瞭解執行成果及開床率等情形，大家都知道現在住院一床難求，不知道方案執行下來有沒有真正的效果？大家拭目以待。

**周主任委員麗芳：**請教黃振國委員，剛剛提到已經跟護全會討論好這案子，請問獎勵方案的實施期間？

**黃委員振國：**這是今年的協定事項，當然是今年獎勵，我們當然期待衛福部跟健保署明年能繼續獎勵，明(116)年是第5年，部長跟長官都能體恤護理同仁辛勞，我相信預算會繼續編列，我們也會更加努力。我們現在最大的困擾就是聘有很多護理同仁的診所，因為點數增加，要調整的人數會比較多，我們統計過聘有6、7個護理人員以內的診所都沒問題，但是超過10幾個人的診所壓力很大，因為不只調1位護理人員，要調整很多護理同仁薪資，這是他們的困難點，我希望明年有更多資源挹注。

大家知道3萬3千元在正職的護理人員真的是相對低的，現在比較有問題的是part-time的護理人員，我跟很多同輩都希望明年談的話，能針對part-time的護理人員有另外的想法。很多護理同仁生涯規劃到某種程度時，不希望全職工作，但這些人離開很可惜，昨天有長庚的助理來做眼底鏡，請教她背景是護理同仁，因為有家庭不想輪班，所以就離開護理崗位，這是損失。明年我們可能會建議針對兼職護理同仁，至於怎麼認定、怎麼協助他們也能得到好的待遇，希望護全會能協助調查怎麼來照顧這些人。

**周主任委員麗芳：**請陳署長回應。

**陳署長亮妤：**謝謝主席的提醒，我們一開始的獎勵方案實施期間寫到115年，但是方案裡面的薪資認定標準寫到116年，從剛剛黃振國委員補充的，還有護全會理事長也在這裡，這是西醫基層跟護全會的協商，是不是比較恰當的方式是補充資料第32頁的116年加註「暫定」。因為主席意思是我們的標題只講實施期間到今年底，但內



文卻是寫到明年，為讓健保會委員明白兩邊已經談好，而且是全力支持護理薪資，在 116 年後面寫「暫定」這樣比較符合。

剛剛楊芸蘋委員詢問護理人員的回流情況，主責單位是照護司，我現在講的是照護司的數字，理事長這邊也有相關的數字，今年比去年同期統計全國回流超過 3 千人，理事長補充已經超過 4 千人，理事長的數字比我還新，看起來加強第一線基層人員的人力、薪資挹注及環境改善是持續有效果，我們會共同持續來努力。

**周主任委員麗芳：**請教黃振國委員，若你們要 1 次寫 2 年方案，我們也沒意見，我們全力配合照顧護理人力，就是內容、期程弄好就好，若明年確定要這樣做，要改成 116 年也沒有意見。

**黃委員振國：**確定，大家知道有時候，我的位置雖然可能不會動，但有時候換了單位、換了人，想法會不一樣，造成我們互信就會不好，我們跟護全會合作這麼久，各方面配合得很好，我願意說，我們明年就不要讓衛福部、健保署擔心，這案子通過，我們就減少再送到健保會再談一次的意思，我們會認真努力照顧護理同仁。

**周主任委員麗芳：**如果各位委員沒有意見，我們也希望照顧護理人力，這案子因為要名符其實，因為已經寫到 116 年，但適用期間又寫 115 年，所以就把期間拉成一致，委員也都同意說可以到 116 年 12 月 31 日，至於獎勵方案的表頭，我們授權健保署跟兩造雙方看看，既然你們想做到，明年我們是支持的，就是在文字上面怎麼讓語意跟內容一致。本案洽悉，有關中醫三高病人加強照護計畫請健保署會同中醫門診總額相關團體，儘速完成研訂之後，提到最近一次委員會議做報告。接著進行報告事項第二案，請同仁宣讀。

柒、報告事項第二案「中央健康保險署「114 年 12 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：**這個月進行 114 年 12 月全民健保業務報告，很感謝健保署今天把報告呈現在委員桌上，這次是屬於書面報告，請問是不是有委員要就教，也歡迎大家書面提出，請陳鴻文代理委員。

**陳代理委員鴻文(呂委員正華代理人)：**不好意思，還是耽誤大家一點時間，因為我剛剛一開始談到平均眷口數時有 2 個問題，但有個問題一直沒有得到釐清。

113 年 1 月 1 日公布 0.56 人的平均眷口數，又經過 2 年，這 2 年內我們看到新生兒的出生數變化，去年比上一年又大減 2 萬 7 千多人，人口已經連續 22 個月負成長，這些數據攤開來看時，我們推估最新的平均眷口數，應該是比 0.56 人再往下調降，當然還是要以官方統計數據為準，我們也知道平均眷口數往下降會影響保費收入，可是我還是要請健保署讓各位委員知道最新的平均眷口數計算結果。

**周主任委員麗芳：**這個部分我們支持委員的意見，請健保署帶回去研議。除了剛剛陳鴻文代理委員代表呂正華委員表達意見外，其他委員如果有意見的話，也歡迎提出書面，我們會完整請健保署對每位委員的意見提出回應，這個案子目前沒有其他口頭的詢問，本案洽悉。

請問委員有沒有要提出臨時動議？好，沒有提出臨時動議。再次感謝大家在寒冬當中齊聚在此，114 年健保對人民照護，在大家的努力之下，我在這邊也代表全體國民感謝今天所有出席的各部門醫療團體代表，有你們在第一線衝鋒陷陣，守護大家，大家才能安居樂業，馬上要過個好年，當然協助第一線醫療團體提供服務的健保署也是功不可沒，是不是先給第一線的醫療團體及健保署一個最大的掌聲(大家鼓掌)。

其次，謝謝包括社保司、健保會所有的幕僚同仁，真的非常辛苦，

不只去年一年照顧我們，也已經幫我們規劃新一年的工作事項，是不是也掌聲感謝社保司、健保會幕僚同仁(大家鼓掌)。

最後一個掌聲給我們大家(大家鼓掌)，也期待大家新的一年更好，新年快樂，謝謝，散會！