

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段
488號

聯絡人：陳怡安

聯絡電話：(02)8590-7526

傳真：(02)8590-7092

電子郵件：mpann1215@mohw.gov.tw

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國113年10月17日

發文字號：衛部綜字第1130142472號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A21000000I_1130142472_doc2_Attach1.pdf)

主旨：檢送113年8月12日總統接見「中華民國醫師公會全國聯合會」所提陳建言書一案，建言事項本部辦理情形(如附件)，請查照。

說明：依行政院秘書長113年9月23日院臺衛字第1131026106號函辦理。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會

副本：總統府秘書長、行政院、衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部國民健康署、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部疾病管制署、本部社會保險司、本部醫事司、本部長長期照顧司(均含附件)



113年8月12日中華民國醫師公會全國聯合會建言書1份
衛生福利部辦理情形

| 序號 | 建言書內容 | 辦理情形 |
|----|--|--|
| 1 | <p>「全民健康保險法第六十二條條文修正草案」經立法院朝野協商，決議不入法，改以主決議方式處理。懇請政府持續正視醫界訴求，保障健保點值，以維護全國醫事人員權宜。</p> <p>說明內容詳如建言書 P1-2</p> | <p>為回應立法院主決議及落實總統健康臺灣政見「確保健保永續經營」，辦理說明如下：</p> <p>一、持續擴大資源挹注：</p> <p>(一)113年成長率以行政院核定之總額上限(4.7%)核定，114年健保署努力爭取總額預算，如以上限成長率5.5%推估，約較113年公告金額(8,755億元)再增加531億元達9,286億元。</p> <p>(二)114年度行政院另挹注335.6億元，其中公務預算挹注健保總額金額181億，包含總額移出111億元、癌症新藥暫時性支付專款50億元及罕病藥費20億元，加計後實際總額達9,467億元，合計共增加約712億。</p> <p>二、精進總額制度，資源合理配置，策略如下：</p> <p>(一)穩定醫療服務點值：爭取每年總額適當成長，檢討總額基期內含項目，並配合總統健康臺灣計畫，持續推動慢性病管理、國家癌症防治等措施。</p> <p>(二)精進分區總額治理制度：</p> <p>1、本部健保署將強化六分區總額治理制度。</p> <p>2、規劃導入新階段 Tw-DRGs 之政策鼓勵，優先保障急重難症住院點值，並逐步擴大至整體住院點值保障。</p> <p>三、加強民眾健康自我照護能力，推動疾病風險分級，落實分級醫療，並強化個人化衛教資訊，以提升民眾健康賦能。</p> |

113年8月12日中華民國醫師公會全國聯合會建言書1份
衛生福利部辦理情形

| 序號 | 建言書內容 | 辦理情形 |
|----|--|--|
| | | <p>四、114年規劃將委託國家衛生研究院辦理「健保總額制度之檢討策進研析」健康論壇，以廣納各界意見，精益求精。</p> |
| 2 | <p>113年預估點值低落，政府已挹注200億至健保基金，建議113年相關經費持續撥補點值到0.95，並持續挹注足夠資源，以穩定醫療量能，保障國民健康權益，同時尊重醫療專業價值。 說明內容詳如建言書 P2-3</p> | <p>一、全民健康保險依法採行總額支付制度，係以前瞻性預算方式執行，為因應年度中可能產生之非預期風險，或其他非預期政策改變對總額造成之衝擊，於其他預算編列「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目專款備用。112年度編列8億元、113年編列4.406億元、114年研提20億元，惟付費者代表建議10億元。</p> <p>二、健保總額預算是對全國民眾健康投資，亦為國家重要社會保險制度，將持續完備相關配套措施，合理分配資源，以保障民眾就醫品質，並使醫護人員獲得合理待遇，維持健保永續。</p> <p>三、持續擴大資源挹注：</p> <p>(一)113年成長率以行政院核定之總額上限(4.7%)核定，114年健保署努力爭取總額預算，如以上限成長率5.5%推估，約較113年公告金額(8,755億元)再增加531億元達9,286億元。</p> <p>(二)114年度行政院另挹注335.6億元，其中公務預算挹注健保總額金額181億，包含總額移出111億元、癌症新藥暫時性支付專款</p> |

113年8月12日中華民國醫師公會全國聯合會建言書1份
衛生福利部辦理情形

| 序號 | 建言書內容 | 辦理情形 |
|----|--|--|
| | | <p>50億元及罕病藥費20億元，加計後實際總額達9,467億元，合計共增加約712億。</p> <p>四、精進總額制度，資源合理配置，策略如下：</p> <p>(一) 穩定醫療服務點值：爭取每年總額適當成長，檢討總額基期內含項目，並配合總統健康臺灣計畫，持續推動慢性病管理、國家癌症防治等措施。</p> <p>(二) 精進分區總額治理制度：</p> <p>1、本部健保署將強化六分區總額治理制度。</p> <p>2、規劃導入新階段 Tw-DRGs 之政策鼓勵，優先保障急重難症住院點值，並逐步擴大至整體住院點值保障。</p> <p>五、加強民眾健康自我照護能力，推動疾病風險分級，落實分級醫療，並強化個人化衛教資訊，以提升民眾健康賦能。</p> <p>六、114年規劃將委託國家衛生研究院辦理「健保總額制度之檢討策進研析」健康論壇，以廣納各界意見，精益求精。</p> |
| 3 | <p>配套修訂健保「收入面」，建議修訂健保法第3條，提高政府負擔由36%至40%，擴大健保收入，符合收支連動精神，並應明確臚列計算科目及方式，以免衍生爭議。</p> <p>說明內容詳如建言書 P3-4</p> | <p>一、為增加健康投資，政府近年積極投入健保資源，除健保法定負擔外，特於112年度以公務預算撥補健保基金240億元，113年度再以疫後特別預算挹注200億元。</p> <p>二、114年度再增加「健保財務協助方案」共335.6億元，其中收入面包含將非依健保法規定之健保費補助排除計入政府負擔36%(134億元)、原由菸捐支應之中低收入戶健保費補助亦改</p> |

113年8月12日中華民國醫師公會全國聯合會建言書1份
衛生福利部辦理情形

| 序號 | 建言書內容 | 辦理情形 |
|----|--|--|
| | | <p>由公務預算支出(9.6億元)，使政府增額負擔保險費143.6億元，實質負擔率已大幅提高並趨近38%。</p> |
| 4 | <p>醫師人力培訓應恪守總量管制原則。 說明內容詳如建言書 P4</p> | <p>一、有關「醫師人力培育應總量恪守總量管制原則」一節，涉大專校院之醫學系增設及招生名額管控，屬教育部權責，本部係針對醫師人力需求及人力推估提供建議供教育部參考。</p> <p>二、現行醫學系招生名額自88年由教育部調整上限為每年1,300名至今，整體國內醫師人力變化，呈現逐年穩定增加趨勢，且依據國家衛生研究院執行「2019年西醫師人力發展評估計畫」，其研究結果推估至2030年整體西醫師人力尚不虞匱乏，惟人力有分布不均情形。</p> <p>三、有關第二期重點科別培育公費醫師將於114年完成最後一屆招生，該計畫預計培育1,250名公費醫師以充實偏遠地區醫師人力；又依據國家發展委員會「中華民國人口推估（2022年至2070年）」之結果顯示，我國總人口數已於2019年達最高峰，高齡人口加上少子化影響，未來我國人口減少速度將日益增快，因此未來偏鄉醫療將朝人力留任及預防人力流失為政策規劃方向。</p> |

113年8月12日中華民國醫師公會全國聯合會建言書1份
衛生福利部辦理情形

| 序號 | 建言書內容 | 辦理情形 |
|----|---|--|
| | | <p>四、已於113年5月推動「兒科住院醫師留任獎勵計畫」、「兒科及小兒外科研修醫師留任獎勵計畫」，鼓勵醫學生投入兒科訓練與服務，以加強留任意願，並獎勵新進專科醫師投入新生兒、兒童癌症、兒童遺傳及兒童重難症等4大領域，以及小兒外科醫療照護領域，確保兒科重難症醫師人力。另，為強化醫院的兒科團隊，提升周產期與兒童重症加護照護服務，亦將提供加護病房照護獎勵補助，改善兒科醫療環境，以因應少子化下之兒童重難罕症照護需求。</p> |
| 5 | <p>為使醫療資源均衡分布，政府應獎勵並保障醫療資源不足地區之醫療機構發展，保障其合理收入，並應限制已過度集中的醫療資源區再新開設大型醫院或增設院區，以求照顧醫療資源不足地區。</p> <p>說明內容詳如建言書P5</p> | <p>一、偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施：為穩定偏遠地區燈塔型地區醫院正常營運，以維持該地區醫療量能，於「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」中增訂偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施。補助條件為同一醫院112年一般服務收入，低於基期收入者，得予以補助，成長型醫院(高於基期收入)補助至依本計畫第陸點屬該醫院適用之保障金額上限。本案已於本部健保署113年9月4日召開之全民健康保險醫療給付費用醫院總額113年第3次研商議事會議通過，113年9月26日已依程序報請本部核定中，114年將持續辦理。</p> <p>二、為保障醫療資源不足地區之醫療機構經營及發展，本部健保署自91年辦理「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，透過方案之推動提供誘因，鼓勵醫師及院所至醫療資源</p> |

113年8月12日中華民國醫師公會全國聯合會建言書1份
衛生福利部辦理情形

| 序號 | 建言書內容 | 辦理情形 |
|----|---|---|
| | | <p>不足地區提供醫療服務，俾提升偏遠地區民眾就醫可近性，說明如下：</p> <p>(一)提供辦理本方案開業計畫之診所：依施行地區分級，每月支付於保障期間診所最低保障額度(第一級20萬點，第二級25萬點，第三級35萬點)，超過保障額度者，以核定點數計算，每點金額至少1元支付。</p> <p>(二)提供醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至1元之費用，及例假日診察費加計2成之費用。</p> <p>三、本部將再請相關領域專家協助研議。</p> |
| 6 | <p>建請政府重視分級醫療之重要性，並妥為規劃相關配套措施。 說明內容詳如建言書 P5</p> | <p>一、推動分級醫療，促進醫療體系合作，橫向連接推動大家醫計畫，作為基層與醫院連結的平台，並以病人為中心，整合基層與醫院的就醫資料，提供量身訂作個人化衛教。推動醫院及基層診所垂直整合，強化現行已組成之策略聯盟，截至113年6月已完成81個策略聯盟，共計6,900家特約院所，可執行互轉及後送機制。將持續觀察及檢討部分負擔調整政策成效，適時調整政策。</p> <p>二、刻正開發 AI 疾病風險分級模型，先以 ASCVD 及糖尿病為目標，將低風險輕症或穩定慢性病人於基層院所照護，高風險或重症病人讓區域級以上醫院照護，讓雙向轉診之醫療院所即時獲得必要資訊，以提供連續性照護。</p> |

113年8月12日中華民國醫師公會全國聯合會建言書1份
衛生福利部辦理情形

| 序號 | 建言書內容 | 辦理情形 |
|----|--|---|
| 7 | <p>全盤檢視醫事人力需求，以達教、考、訓、用之目標。 說明內容詳如建言書 P5</p> | <p>一、有關醫事人力培育採「教、考、訓、用」之管制，各階段之主管機關分別為教育部、考選部及本部；對於各職類醫事人員之人力供需，本部已建立定期評估機制，並委託辦理醫事人力評估計畫，除作為規劃醫事人力之參考依據，一併提供教育部及考選部作為未來政策規劃之參考。</p> <p>二、所提增加各職類招生率及考照率係屬教育部及考選部權責，後續將轉請相關部會參酌。</p> <p>三、本部將於健康臺灣深耕計畫，獎勵醫療機構採取醫療場域內之友善職場措施，以鞏固醫療人力資源，確保醫療品質及韌性。</p> <p>四、為強化醫院急重難症照護量能，健保106年至113年共挹注1,476億元用於調整護理費、診察費、藥事服務費等基本診療項目；另為反映西醫基層成本之調整，健保106年至113年共挹注478億元用於調升診察費、特定診療項目中基層之點數至與醫院相同。</p> <p>五、考量近年人力成本上升造成財務衝擊，為合理反映實際醫療成本及臨床人員的辛勞，本部健保署112年起編列醫院及西醫基層總額預算，參考醫療服務資源耗用相對值（RBRVS）調整模式，就方法學及成本蒐集與校正程序等關鍵事宜，邀集專家學者共同討論。</p> |

113年8月12日中華民國醫師公會全國聯合會建言書1份
衛生福利部辦理情形

| 序號 | 建言書內容 | 辦理情形 |
|----|--|--|
| | | 六、承上，本部健保署於113年5月20日召開支付標準衡平性評量規劃專家小組會議，決議優先調升醫事人力投入為主及急重難症項目，將持續邀相關專業團體共同討論並提出通盤調整支付標準方式，逐年於預算範圍內調整支付標準相關項目，讓醫療提供者得到合理醫療給付，以穩固醫療照護量能。 |
| 8 | <p>目前「依據健保法應求償(或執行)但未落實」或「非屬健保給付但現行由健保給付」的部分，應修法落實，或移出健保由政府另編預算挹注設立基金。</p> <p>說明內容詳如建言書 P6</p> | <p>一、屬於預防保健但現由健保給付的部分，例如代謝症候群，應移出健保，由政府另編預算挹注設立基金。</p> <p>為擴大資源挹注，有關健保由公務預算挹注項目，行政院113年8月22日通過健保財務協助方案，包含癌症新藥暫時性支付專款、護理人力政策整備計畫、提升醫療院所智慧化資訊機制、罕病藥費、代謝症候群防治計畫、癌症治療品質改善計畫、慢性傳染病照護品質計畫等項目，業已於114年移由公務預算支應，原移出項目之費用留於總額，可挹注改善點值及醫療品質。</p> <p>二、依法應代位求償，但無法落實，尤其在勞保傷害案件應可由過去經驗概算出費用。(健保法§51)</p> <p>(一)本部健保署已依法落實代位求償：</p> <p>依健保法第95條規定，保險對象因汽車交通事故及發生對第三人有害損害賠償請求權之公共安全事故、其他重大交通事</p> |

113年8月12日中華民國醫師公會全國聯合會建言書1份
衛生福利部辦理情形

| 序號 | 建言書內容 | 辦理情形 |
|----|-------|---|
| | | <p>故、公害或食品中毒事件等保險事故(擴大代位)，本部健保署於提供保險給付後，均依規定向責任保險保險人或第三人（肇事者）代位求償，除擴大代位需要逐案釐清甚或訴訟始得獲償外，汽車交通事故代位求償作業運作順暢，112年合計獲償金額約23億元。</p> <p>(二)職災保險給付屬於健保代辦業務</p> <p>依健保法第94條規定，被保險人參加職業災害保險者，其因職業災害事故所發生之醫療費用，由職業災害保險給付。該項給付作業，本部健保署係接受勞動部勞工保險局委託辦理，並依「全民健康保險保險人受託辦理職業災害保險醫療給付費用償付辦法」規定核算費用後，向該局請款。</p> <p>三、依法調降藥費但卻未調整部分，考量部分藥品藥價已過低，應有公務預算挹注費用，避免影響民眾用藥權益。(健保法§62)</p> <p>公會所提由公務預算挹注藥費之建議，如須實施，仍應取得各界共識，並確保財源穩定。</p> <p>四、不歸健保給付的指示用藥，建議加速修正全民健康保險法第51條，使部分指示用藥合理給付。(健保法§51)</p> <p>(一)現行健保仍給付之指示藥品約有800項，本部健保署於110年</p> |

113年8月12日中華民國醫師公會全國聯合會建言書1份
衛生福利部辦理情形

| 序號 | 建言書內容 | 辦理情形 |
|----|-------|--|
| | | <p>12月邀集消費者代表、病友聯盟及相關醫藥學（協）會團體等單位召開「全民健康保險收載指示藥品之意見交流會議」，並依會議決議，由各專科醫學會針對使用人數在5,000人以下品項數表示意見，各方意見不一。</p> <p>(二) 本部健保署再於112年6月6日邀集醫師公會全國聯合會、藥師公會全國聯合會、相關專科醫學會、醫/藥專家學者與會討論，針對健保現行給付840項指示用藥之「臨床需求」進行討論，初步共識建議取消15品項之健保給付，其中1項廠商已自行建議取消健保給付，餘14項已依行政程序辦理公告自113年8月1日起取消健保給付。</p> <p>(三) 本部健保署將再就保留藥事法第27條之2必要藥品與小兒、急救及公衛需求之指示藥品徵求各界意見，後續邀集各界代表妥適溝通，倘取得共識，將再行研修全民健康保險法修法草案。</p> <p>五、 未依法執行的部分負擔比例之費用，建議落實全民健康保險法第43條第1項定率制收取，倘目前所訂比率過高，建議應修法合理調整。(健保法§43)</p> <p>(一) 依健保法第43條第1款規定，保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，惟考量定率制對於民眾經濟負擔較大，且無法預估就醫所需負擔金額，故現行採同法第3款：</p> |

113年8月12日中華民國醫師公會全國聯合會建言書1份
衛生福利部辦理情形

| 序號 | 建言書內容 | 辦理情形 |
|----|-------|---|
| | | <p style="text-align: center;">「第一項應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依診所及各級醫院前一年平均門診費用及第一項所定比率，以定額方式收取，並每年公告其金額。」</p> <p>(二) 實施部分負擔定率制須有相關配套措施，將另行研議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、衛福部邱部長任立法委員期間曾提出應落實健保法第43條訂定之定率制，並以未經轉診至地區醫院、區域醫院和醫學中心就醫，分別負擔20%、25%、30%以增加可行性。 2、目前部分負擔新制實施後，部分負擔占總醫療費用占率已有提升，醫學中心約達16%，惟考量若不區分層級別而直接採定率制，可能使輕病至大醫院就醫；對於重病者則可能經濟負擔過大。 <p>(三) 為持續落實分級醫療，本部健保署刻正評估部分負擔調整方案實施一年後之成效，後續將對高利用檢驗檢查加收部分負擔，或分層級實施門診部分負擔定率制研議其可行性。</p> <p>六、配合政府新興政策所產生費用，例如病人住院的整合照護(skill mix)，尊重醫院協會之醫院團體共識。住院整合照護服務試辦計畫114年已自健保總額移列公務預算支應。</p> <p>七、屬於慢性傳染病防治照護但現由健保給付的部分，例如慢性傳染病防治照護，應有公務預算挹注費用。</p> |

113年8月12日中華民國醫師公會全國聯合會建言書1份
衛生福利部辦理情形

| 序號 | 建言書內容 | 辦理情形 |
|----|---|---|
| | | <p>八、政府基於照顧弱勢，開放極貴的藥物，易造成一般疾病排擠的藥物(例如少數極高價藥物僅由極少數人使用)，應移出健保，由政府另編預算挹注設立基金。</p> <p>為擴大資源挹注，有關健保由公務預算挹注項目，行政院113年8月22日通過健保財務協助方案，包含癌症新藥暫時性支付專款、護理人力政策整備計畫、提升醫療院所智慧化資訊機制、罕病藥費、代謝症候群防治計畫、癌症治療品質改善計畫、慢性傳染病照護品質計畫等項目，業已於114年移由公務預算支應，原移出項目之費用留於總額，可挹注改善點值及醫療品質。</p> |
| 9 | <p>數位醫療首重醫療核心價值，且應先行完備基礎建設與配套措施。</p> <p>說明內容詳如建言書 P6-7</p> | <p>一、依醫師法第11條規定略以，醫師診察以親自為原則通訊應用於診察治療屬輔助工具之一，又通訊診察治療辦法第19條第1項規定，通訊診療之實施，得以電信設備、電子通訊、網際網路或其他相類資通訊技術或設備為之。爰此，宜由醫療機構依其實際執行診療業務需求，選擇合適之方式提供服務。</p> <p>二、醫療面通訊診察部分：</p> <p>(一)依通訊診察治療辦法第21條明定，通訊診療之病人為全民健保之保險對象時，其保險給付，應依全民健康保險法(以下簡稱健保法)及其相關法規之規定辦理；即應依健保法第41條及</p> |

113年8月12日中華民國醫師公會全國聯合會建言書1份
衛生福利部辦理情形

| 序號 | 建言書內容 | 辦理情形 |
|----|-------|--|
| | | <p>第61條程序，透過總額協商爭取預算，修正或擬訂相關計畫並由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報衛生福利部核定後始納入給付。</p> <p>(二)配合通訊診察治療辦法擴大特殊情形病人適用範圍，為兼顧病人安全與就醫便利性，本部健保署規劃由低風險及風險可控之就醫模式逐步開放，並優先考量具地理障礙或失能族群：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、第一階段以提供偏遠地區、區域聯防及矯正機關之遠距會診(B to B to C)服務為主軸，通訊診察(B to C)則優先搭配健保慢性病照護計畫，提供衛教諮詢服務(如大家醫計畫、居家透析)。 2、第二階段針對失能族群試辦 B to C 並得開立處方，例如在宅急症照護計畫及居家醫療照護整合計畫。 3、後續再視執行成效研議擴大至其他實體就醫困難之族群。 <p>三、產業面數位醫療：</p> <p>(一)因應國際數位轉型趨勢，本部健保署規劃協助基層院所使用之醫療資訊系統(HIS)自傳統本地端階段式移轉至雲端服務，以提升基層院所資訊因應醫療政策變動敏捷度與韌性。</p> <p>(二)上開轉型規劃，本部健保署預計114-116年推動補助計畫，以</p> |

113年8月12日中華民國醫師公會全國聯合會建言書1份
衛生福利部辦理情形

| 序號 | 建言書內容 | 辦理情形 |
|----|--|--|
| | | <p>資訊服務廠商為補助對象，並以導入80%基層診所家數為目標。</p> |
| 10 | <p>增加醫師在長照的參與角色，建構醫療與長照無縫接軌的社區整合性照護。</p> <p>說明內容詳如建言書 P7-8</p> | <p>一、為鼓勵醫師參與長照服務，本部自108年7月起實施「居家失能個案家庭醫師照護方案」，相關精進作為及未來規劃如下：</p> <p>(一)精進作為：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 已免除醫師須完成長期照顧服務人員資格訓練及認證之規定：以1小時醫師意見書訓練課程及2小時長照資源及跨專業合作議題，取代原長照共同訓練課程(Level 1)18小時，提升醫師參與率。 2. 提高給付額度：已提高每月之個案管理費。 3. 精進醫師意見書格式與內容：參考日本介護保險使用主治醫師意見書及中華民國醫師公會全國聯合會之建議修訂醫師意見書，以符實務使用需求。 4. 加強派案宣導：由照顧管理專員依責任分區全面派案，強化民眾接受服務意願，由醫師提供服務。 5. 強化跨團隊聯繫協調機制：強化醫師意見書之實務運用，及醫療與長照服務人員之橫向聯繫；建立跨團隊即時溝通 |

113年8月12日中華民國醫師公會全國聯合會建言書1份
衛生福利部辦理情形

| 序號 | 建言書內容 | 辦理情形 |
|----|-------|--|
| | | <p style="text-align: center;">平台。</p> <p>(二)未來規劃：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 研議本方案與健保居家醫療照護整合計畫進行整合，由同一醫事機構訪視及照顧個案。 2. 強化醫師意見書之實務運用，及醫療與長照服務人員之橫向聯繫；建立跨團隊即時溝通平台。 3. 規劃研議由照專依居醫責任分區全面派案，由醫師主動提供服務，強化民眾加入意願。 <p>二、有關醫師在醫療與長照間扮演角色：</p> <p>(一)為保障民眾長照服務使用之品質與可近性，以及統整地方政府照管制度，整合社政及衛政資源，各地方政府均設立長期照顧管理中心，以單一窗口整合式服務，由照顧管理專員從受理民眾長照服務申請、執行長照需求評估、核定資格及補助等級、追蹤服務品質，並與相關單位進行垂直與橫向連結協調，係長照服務重要的守門人。</p> <p>(二)截至113年3月底，個案申請至初次接受長照服務之時間，平均為4.23天，為使民眾有效率地使用長照服務，建議維持現行以照顧管理專員為長照需要評估的第一線人員，而醫師參與長照服務可著重於個案健康、慢性病管理與諮詢、提供醫師意見書等相關醫療服務措施，以利醫療與長照整合，與照</p> |

113年8月12日中華民國醫師公會全國聯合會建言書1份
衛生福利部辦理情形

| 序號 | 建言書內容 | 辦理情形 |
|----|--|---|
| | | <p style="text-align: center;">管制度雙軌併行。</p> <p>三、另有關簡化醫事人員長照積分規定部分：</p> <p>（一）長照人員辦法106年6月3日公布施行，明定長照人員依其各該專門職業人員法規接受繼續教育者，該繼續教育之課程性質與專業課程、專業品質、專業倫理課程相近者，其積分得相互採認；其採認原則應向積分認可單位提出申請審查，經審核通過後始發生積分抵免。</p> <p>（二）本部於113年5月31日函釋，醫事人員已取得感染管制、性別敏感度（性別議題），以及課程屬性為專業倫理之醫事人員繼續教育積分，則同時核認為長照人員繼續教育積分。</p> |
| 11 | <p>建議積極解決缺藥問題，保障民眾用藥安全。</p> <p>說明內容詳如建言書 P8</p> | <p>為促進全民健康及福祉，面對藥品短缺情事，本部積極處理因應，於112年4月11日設立「藥品供應通報處理中心」，本中心由本部部長擔任召集人，次長擔任副召集人，召集本部所屬六個單位，涵蓋西藥、罕見疾病藥品、兒童困難取得藥品、中藥、公費疫苗及傳染病用藥等供應管理及藥品給付規定，強化跨單位合作，以研擬防缺藥政策、完善國內藥品分配，強化藥品供應監控、加強藥品供應資訊傳遞、共同處理藥品短缺事件，以確保民眾用藥權益。</p> |

113年8月12日中華民國醫師公會全國聯合會建言書1份
衛生福利部辦理情形

| 序號 | 建言書內容 | 辦理情形 |
|----|--|--|
| 12 | <p>後疫情時代，建議持續編列充足防疫公務預算，建置安全防疫網保護全民健康。</p> <p>說明內容詳如建言書 P8</p> | <p>一、為建構防疫安全網，本部於疫後即積極透過計畫爭取防疫預算，包括擴大推動高齡族群之公費疫苗接種，強化監控各項急性傳染病流行之風險預警，並檢討精進大流行期間傳染病防治醫療網之運作，期提升國民免疫力及醫療體系防疫韌性，降低國人因傳染病所致之重症、死亡及醫療負擔。</p> <p>台灣即將邁向超高齡社會，而感染 COVID-19、流感及繼發之肺炎為造成高齡者併發重症或死亡之重大威脅，推動疫苗接種仍為最有效預防之方法。本部已於112年起擴大65歲以上族群公費接種2劑肺炎鏈球菌疫苗；另於113年10月1日起與全聯會合作，共同推動民眾同時接種流感疫苗與單價新冠 JN.1疫苗之重要接種政策，期透過接種率的提升，有效降低傳染病對於民眾健康之威脅。</p> <p>二、過去於新冠肺炎疫情大流行期間，考量政府依據嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例、傳染病防治法第53條或其他法律規定，發給相關補貼、補助、津貼、獎勵及補償，目的或在慰勉、獎勵執行相關工作成效，或在協助產業等降低損失及使其復甦，以達產業紓困及振興之效果，相關特別規定已隨疫後回歸常態而廢止。又基於保障病人安全及職業安全，醫療院所儲備及提供醫護人員適足之個人防護裝備，為落實機構內感染管制及確保持續營運所必須。本部將持續</p> |

113年8月12日中華民國醫師公會全國聯合會建言書1份
衛生福利部辦理情形

| 序號 | 建言書內容 | 辦理情形 |
|----|---|---|
| | | <p>評估規劃防疫政策相關之獎勵及補助措施，與醫界共同推動公衛服務，保護國人健康安全。</p> |
| 13 | <p>增加預防保健公務預算，落實預防醫療，提升國人生活品質。 說明內容詳如建言書 P8-9</p> | <p>一、為擴大資源挹注，有關健保由公務預算挹注項目，行政院 113 年 8 月 22 日通過健保財務協助方案，包含癌症新藥暫時性支付專款、護理人力政策整備計畫、提升醫療院所智慧化資訊機制、罕病藥費、代謝症候群防治計畫、癌症治療品質改善計畫、慢性傳染病照護品質計畫等項目，業已於 114 年移由公務預算支應，原移出項目之費用留於總額，可挹注改善點值及醫療品質。</p> <p>二、為擴大預防保健服務對象年齡範圍、增加服務項目、調升給醫界的服務項目費用，本部健康署積極爭取、行政院予以支持，114 年預防保健項目將增加近 60 億元公共衛生的公務預算投入，重點如下：</p> <p>(一) 成健擴大及代謝症候群防治計畫新增 16 億元。</p> <p>(二) 癌症治療品質改善計畫新增 4 億元。</p> <p>(三) 第五期國家癌症防治計畫新增 40 億元。</p> |

113年8月12日中華民國醫師公會全國聯合會建言書1份
衛生福利部辦理情形

| 序號 | 建言書內容 | 辦理情形 |
|----|--|---|
| 14 | <p>請儘快通過「全民健康保險基金收支保管及運用辦法」修正草案。</p> <p>說明內容詳如建言書 P9-10</p> | <p>有關「全民健康保險基金收支保管及運用辦法」修正，本部刻正依行政院主計總處意見加強修法說明。該辦法雖尚未完成修正，為擴大醫療投資，打造健康台灣，政府已透過預算程序，114年除健保法定負擔外，另提供「健保財務協助方案」計335.6億元。</p> |
| 15 | <p>建議政府落實分級醫療，加強基層診所能力，讓醫療有效率化，減輕國家醫療財政負擔。</p> <p>說明內容詳如建言書 P10-11</p> | <p>一、本部健保署將持續推動大家醫計畫，在西醫基層部分，推動家庭醫師整合性照護計畫2.0，係以家醫計畫為基礎，逐步與代謝症候群防治計畫、論質計酬等慢性病管理照護方案整合，藉由社區醫療群早期發現代謝症候群患者，協助個案追蹤管理，延緩進入慢性病的病程，亦透過多重慢性病門診整合品質指標評核等措施，提升慢性病人照護品質，提供以病人為中心之全人照護。</p> <p>二、另預定於113年底建置完成家醫大平台，將以家醫計畫參與診所做為首要使用的對象，該平台將彙整及歸戶現有之個人健康資料，並透過數位化工具進行個案追蹤管理及提醒，賦能民眾及回饋醫師個人化資訊，提升健康管理效率。</p> <p>三、又配合賴總統三高防治888政策目標，已規劃於114年將生活習慣諮商導入家醫計畫，蒐集收案會員之生活習慣相關資料，以利併入家醫大平台歸人分析，並據此產製個人化衛教資訊及醫師後續治療參考，進而提升醫療效率。</p> |

113年8月12日中華民國醫師公會全國聯合會建言書1份
衛生福利部辦理情形

| 序號 | 建言書內容 | 辦理情形 |
|----|--|---|
| | | <p>四、 至代謝症候群防治計畫自114年起已移列公務預算。</p> <p>五、 本部健保署已就擴增 SGLT-2抑制劑之給付規定用於慢性腎臟病進行評估，已於113年7月藥品專家會議討論，後續將積極與廠商協議依程序辦理。為落實總統健康臺灣政見「推動8年888計畫」，使三高病人獲得完善且整合性之醫療照護，本部健保署於114年爭取預算5.22億元，研議擴增降膽固醇等三高慢性病藥物相關給付規定，期促進我國高血糖、血脂治療標準與臨床實務接軌國際。</p> |
| 16 | <p>社區藥局需有一定設備與被藥品項才與健保特約，且不能無故不接釋出處方籤或選擇性只接簡單調劑有利潤的處方。</p> | <p>本項本部已於113年9月16日衛部綜字第1130137443號函回復在案。</p> |
| 17 | <p>請發展國際醫療，吸引國外人士到台灣治病、美容、健檢，以挽救台灣醫界的危機。</p> | <p>本項本部已於113年9月16日衛部綜字第1130137443號函回復在案。</p> |