

衛生福利部全民健康保險會
第2屆104年第8次委員會議事錄

中華民國104年9月19日

衛生福利部全民健康保險會第2屆104年第8次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國104年9月19日上午11時05分

貳、地點：中央健康保險署大禮堂(台北市信義路3段140號18樓)

參、出席委員：

干委員文男

曲委員同光

何委員永成

何委員語

吳委員玉琴

吳委員肖琪

李委員永振

李委員蜀平

林委員至美

林委員敏華

侯委員彩鳳

張委員文龍

張委員煥禎

張委員賜

黃委員啟嘉

陳委員幸敏

陳委員健民

陳委員義聰

陳委員聽安

莊委員志強

楊委員芸蘋

楊委員漢淙

楊委員麗珠

葉委員宗義

蔡委員明忠

蔡委員宛芬

蔡委員登順

潘委員延健

中華民國中醫師公會全國聯合會張監事長景堯(代)

國泰人壽陳稽核襄理炳宏(代)

中華民國藥師公會全國聯合會古監事會召集人博仁(12:50以後代)

中華民國勞工聯盟總會陳監事會召集人順來(代)

壢新醫院院長室劉特別助理碧珠(代)

中華民國牙醫師公會全國聯合會陳常務理事彥廷(代)

滕委員西華
謝委員天仁
謝委員武吉
戴委員桂英
羅委員紀琮

肆、請假委員：
李委員成家

伍、列席人員：
本部社會保險司
中央健康保險署

本會

陳專門委員淑華
梁組長淑政
黃署長三桂
蔡副署長淑鈴
龐組長一鳴
施組長如亮
柯執行秘書桂女
張組長友珊
范組長裕春
魏組長璽倫

陸、主席：鄭主任委員守夏

紀錄：黃偉益、彭美熒、
邱臻麗、謝瓊慧、
陳淑美、方佳琳

柒、主席致詞(略)

捌、議程確認
決定：確定。

玖、例行報告

第一案

案由：確認本會上(第7)次委員會議紀錄，請鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第7)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要

業務報告，請鑒察。

決定：上次委員會議決議(定)事項辦理情形中，除「研修全民健康保險法施行細則重點報告」案改列繼續追蹤外，餘洽悉。

第三案

案由：中央健康保險署「104年8月份全民健康保險業務執行報告」，請鑒察。

決定：洽悉。

拾、討論事項

提案單位：本會第三組

案由：105年度牙醫門診、西醫基層、醫院、中醫門診醫療給付費用總額及其他預算案，提請協定。

決議：

一、105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：

105年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後104年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+105年度一般服務成長率)+105年度專款項目經費

註：校正後104年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會104年第4次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

(二)總額協定結果：

- 1.一般服務成長率為3.046%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率2.512%，協商因素成長率0.534%。
- 2.專款項目全年經費為1,897.6百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，105年度牙醫門診醫療給付費用總額，較104年度所核定總額成長3.463%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為3.109%。各細項成長率及金額如表1。

(三)總額分配相關事項：

1.一般服務(上限制)：

(1)醫療服務成本指數改變率所增加之預算(888.2百萬元)，應用於調整支付標準。

(2)品質保證保留款(0.300%)：

①依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，預算應於 105 年 3 月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始得動支，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報前一年度執行成果。

②金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年(104、105 年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

(3)其他醫療服務利用及密集度之改變(0.296%)：

①經費應用於加強感染控制等其他醫療服務利用及密集度改變之項目。

②請牙醫門診總額相關團體協調各區院所提供假日看診服務。

(4)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.031%)。

(5)新增支付標準預算執行率連 2 年未達 30%者，扣其原編預算之 50%(-0.031%)。

2.專款項目：全年經費為 1,897.6 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 104 年 11 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(1)醫療資源不足地區改善方案：

全年經費 280.0 百萬元，辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療計畫。

(2)牙醫特殊醫療服務計畫：

全年經費 473.0 百萬元，辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者、在宅及老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。

(3)牙周病統合照護計畫。

①第 1、2 階段，全年經費 884.0 百萬元；第 3 階段，全年經費 260.6 百萬元。

②第 1、2 階段照護目標數為 130,000 人；第 3 階段服務人數為 95,000 人。

③協商 106 年度牙醫門診總額時，應提出成效評估及規劃納入一般服務之期程。

④本計畫所涵蓋之支付項目不應再收取自費。

二、105 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：

■ 105 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 104 年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+105 年度一般服務成長率)+105 年度專款項目經費+105 年度西醫基層門診透析服務費用

■ 105 年度西醫基層門診透析服務費用＝104 年度西醫基層門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後104年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會104年第4次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

(二)總額協定結果：

- 1.一般服務成長率為 3.831%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 3.441%，協商因素成長率 0.390%。
- 2.專款項目全年經費為 2,112.7 百萬元。

3.門診透析服務成長率 4.498%。

4.前述三項額度經換算，105 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 104 年度所核定總額成長 4.274%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 3.959%。各細項成長率及金額如表 2。

(三)總額分配相關事項：

1.一般服務(上限制)：

(1)醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,292.8 百萬元)，應用於調整支付標準。

(2)品質保證保留款(0.100%)：

①依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，預算應於 105 年 3 月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始得動支，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報前一年度執行成果。

②金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年(104、105 年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

(3)新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.082%)：

請中央健康保險署於 104 年 12 月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)，若未於時程內導入，則扣減該額度。

(4)新增跨表項目(0.030%)。

①新增「CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」跨表項目。

②應於 104 年 12 月底前完成相關程序，若未能於年度開始時實施，則扣減本項成長率，

並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行情形。

(5)配合安全針具推動政策之費用(0.004%)。

①配合安全針具推動政策，5 年內按比例逐步完成全面提供安全針具。本項預算自 102 年起分 5 年編列，105 年為第 4 年。

②請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提送執行情形(含安全針具之申報量與價格)。

(6)因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(含慢性病照護之增進)(0.229%)。

①慢性病照護執行率以成長 20% 為目標。

②本項經費包含肯定西醫基層總額醫療服務效率提升之努力，預算 31 百萬元。

(7)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.024%)：

近 3 年之違規案件，多數來自民眾檢舉或中央健康保險署主動查核，由西醫基層總額相關團體舉發之案件為「0」，期許醫界發揮自主管理精神，強化內部之自律。

(8)醫療照護整合政策暨服務效率提升成效，利益共享：七成用以獎勵醫療服務提供者，三成回歸保險對象(-0.031%)。

2.專款項目：全年經費為 2,112.7 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 104 年 11 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報

告；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(1)西醫醫療資源不足地區改善方案：

①全年經費 240 百萬元，其中 180 百萬元得與醫院總額同項專款相互流用。

②預算應於 105 年 3 月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始得動支。

(2)加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫：

①全年經費 400 百萬元，不足部分由其他預算支應。

②病毒量檢測數據應上傳至中央健康保險署資訊服務網(VPN)，作為評估成效之依據。

(3)醫療給付改善方案：

①全年經費 292.7 百萬元。

②辦理原有糖尿病、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、早期療育及孕產婦等 6 項方案。

③請檢討各計畫執行內容，以提升照護率及執行成效，每項疾病之照護執行率以成長 20% 為目標，每年定期於全民健康保險會提出檢討報告。

(4)家庭醫師整合性照護計畫：

①全年經費 1,180 百萬元。

②應確實評估成效，並訂定嚴格之退場機制，預算應於 105 年 3 月底前將計畫內容提經全民健康保險會同意後始得動支。

(5)應整合相關照護方案/計畫，朝以病人為中心的整合性醫療服務發展，以提升醫療資源的使用效益。

3.門診透析服務：

(1)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，並統為運用。

(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。

(3)門診透析服務總費用成長率為 3.8%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.498%。

三、105 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

(一)總額設定公式：

■ 105 年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後 104 年度醫院一般服務醫療給付費用 $\times (1 + 105$ 年度一般服務成長率) + 105 年度專款項目經費 + 105 年度醫院門診透析服務費用

■ 105 年度醫院門診透析服務費用 = 104 年度醫院門診透析服務費用 $\times (1 + \text{成長率})$

註：校正後 104 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 104 年第 4 次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

(二)總額協商結論：

經醫院部門與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定。

付費者代表方案：

1. 一般服務成長率為 5.022%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 4.395%，協商因素成長率 0.627%。

(1) 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(9,160.5

百萬元)，應用於調整支付標準。

(2)各項協商因素及建議事項如下：

①品質保證保留款(0.100%)：

A.醫院總額品質保證保留款實施方案支付，預算應於 105 年 3 月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始得動支，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報前一年度執行成果。

B.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年(104、105 年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

②新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.503%)：

請中央健康保險署於 104 年 12 月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)，若未於時程內導入，則扣減該額度。

③配合安全針具推動政策之費用(0.027%)：

A.配合安全針具推動政策所需預算 5 億元，業自 102 年起分年攤提編列(102、103 年各編列 1 億元，104 年編列 2 億元)，105 年為最後一次編列，預算計 1 億元。

B.請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行情形(含安全針具之申報量與價格)。

④提升護理照護品質(0.0%)：

請中央健康保險署持續監測相關指標(護病比、護理人力、住院護理品質指標等)，並於

105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行情形。

- ⑤其他醫療服務利用及密集度之改變(0.032%)：
本項係肯定醫院總額醫療服務效率提升之努力。
- ⑥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%)：
違規案件多數來自民眾檢舉或中央健康保險署主動查核，醫院總額相關團體雖未受託專業自主事務，仍期許醫院部門發揮自主管理精神，強化內部之自律。
- ⑦醫療照護整合政策暨服務效率提升成效，利益共享：七成用以獎勵醫療服務提供者，三成回歸保險對象(-0.032%)。
- ⑧加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫：自 102 年由專款移列至一般服務，105 年起應將病毒量檢測數據上傳至中央健康保險署資訊服務網(VPN)，做為評估成效之依據。

2.專款項目：全年經費為 16,124.8 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 104 年 11 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(1)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

全年經費 4,162 百萬元，不足部分由其他預算支應。

(2)罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

- ①罕見疾病、血友病藥費全年經費 8,940 百萬元，不足部分由其他預算支應。
 - ②罕見疾病特材全年經費 12.5 百萬元。
 - ③為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於 105 年 6 月底前提出專案報告。
- (3)醫療給付改善方案：
- ①全年經費 876.3 百萬元。
 - ②辦理原有之糖尿病、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、孕產婦等 7 項方案。
 - ③請檢討相關計畫執行內容，以提升照護率及執行成效，每項疾病之照護執行率以成長 20% 為目標，每年定期於全民健康保險會提出檢討報告。
- (4)急診品質提升方案：
- ①全年經費 160 百萬元。
 - ②請中央健康保險署檢討方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。
- (5)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：
- ①全年經費 1,114 百萬元，導入第 3、4、5 階段 DRGs 項目。
 - ②本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。
 - ③請中央健康保險署於 105 年 6 月底前，提出 DRGs 相關診斷分類分組，由 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 之執行情形專案報告。
- (6)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：
- ①全年經費 60 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

②配合支援西醫醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。

(7)全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：全年經費 800 百萬元。

3.門診透析服務：

(1)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，並統為運用。

(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。

(3)門診透析服務總成長率為 3.8%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 3.273%。

4.前述三項額度經換算，105 年度醫院醫療給付費用總額，較 104 年度所核定總額成長 5.672%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 5.332%。各細項成長率及金額如表 3。

醫院代表方案：

1.一般服務成長率為 5.453%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 4.395%，協商因素成長率 1.058%。各項協商因素及建議事項如下。

(1)品質保證保留款(0.100%)：

①依醫院總額品質保證保留款實施方案支付，預算應於 105 年 3 月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始得動支，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報前一年度執行成果。

②金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最

近 2 年(104、105 年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

(2)新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.0%)：

先編列於其他預算中，專款專用，待執行穩定後再移列回醫院總額一般服務。

(3)配合安全針具推動政策之費用(0.027%)：

①配合安全針具推動政策所需預算 5 億元，業自 102 年起分年攤提編列(102、103 年各編列 1 億元，104 年編列 2 億元)，105 年為最後一次編列，預算計 1 億元。

②請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行情形(含安全針具之申報量與價格)。

(4)提升護理及醫事照護品質(0.271%)：

醫院護理人力短缺仍十分嚴重，衝擊其他醫事人員，為緩解醫院人力困境，續編列補助護理人力經費 8 億元，並增編其他醫事人力經費 2 億元。

(5)配合勞動基準法下修每週工時 40 小時，整體醫務人員(扣除醫師)配置全面調整政策(0.660%)。

(6)其他醫療服務利用及密集度之改變(0.0%)：

(7)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(0.0%)。

(8)醫療照護整合政策暨服務效率提升成效，利益共享：七成用以獎勵醫療服務提供者，三成回歸保險對象(0.0%)。

2.專款項目：全年經費為 15,010.8 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 104 年 11 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告(新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協考量。

(1)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

全年經費 4,162 百萬元，不足部分由其他預算支應。

(2)罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

①罕見疾病、血友病藥費全年經費 8,940 百萬元，不足部分由其他預算支應。

②罕見疾病特材全年經費 12.5 百萬元。

③為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於 105 年 6 月底前提出專案報告。

(3)醫療給付改善方案：

①全年經費 876.3 百萬元。

②辦理原有之糖尿病、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、孕產婦等 7 項方案。

③請檢討相關計畫執行內容，以提升照護率及執行成效，每項疾病之照護執行率以成長 20% 為目標，每年定期於全民健康保險會提出檢討報告。

(4)急診品質提升方案：

①全年經費 160 百萬元。

②請中央健康保險署檢討方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。

(5)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

①全年經費 0.0 百萬元。

②因疾病診斷碼從 ICD-9-CM(國際疾病分類第九版臨床修訂)轉換為 ICD-10-CM/PCS(國際疾病分類第十版臨床修訂/處置代碼系統)，會發生轉換前後 DRGs 各群組對應正確性之問題，在各方條件均未完備情形下，且中央健康保險署亦尚未讓醫界完成 DRGs 編審程式單機版測試，在轉換之準確率未達 80%以前，應暫緩 1 年導入第 3、4、5 階段 DRGs 項目。

(6)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

①全年經費 60 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

②配合支援西醫醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。

(7)全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：全年經費 800 百萬元。

3.門診透析服務：

(1)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，並統為運用。

(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。

(3)門診透析服務總成長率為 3.8%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 3.273%。

4.前述三項額度經換算，105 年度醫院醫療給付費用總額，較 104 年度所核定總額成長 5.790%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 5.451%。各

細項成長率及金額如表 3。

(三)個別委員意見表述，併送主管機關：

1.何委員語

本人係行政院政務顧問，於本(104)年 9 月 4 日行政院召開之政務顧問會議中，已向毛院長提出書面建議，105 年度總額協商，若發生付費者代表及醫界代表兩案併陳情況時，請必須尊重付費者代表意見，並請院長交付衛生福利部蔣部長。

2.謝委員武吉

既然今天無法達成共識，擬兩案併陳送衛生福利部決定，社區醫院於考量及體恤社會經濟現況之困境，尤其外界已經批評健保包山包海，提出另一方案，請併呈衛生福利部，至少讓外界看到健保會委員及醫院代表，也深刻體恤社會大眾的艱辛，健保會的各位委員並非像不負責任的政客拼命開支票，到頭來還是全民買單。建議方案如下：

收支連動係二代健保修法的主要精神，必要時甚至可以減少給付項目和範圍。今天即使無法做到減少給付項目和範圍，至少也應維持現狀，即以醫療服務成本及人口因素成長率為上限，不要再增加任何項目。

四、105 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：

105 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 104 年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+105 年度一般服務成長率)+105 年度專款項目經費

註：校正後104年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會104年第4次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

(二)總額協定結果：

- 1.一般服務成長率為 3.401%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 3.207%，協商因素成長率 0.194%。
- 2.專款項目全年經費為 286.4 百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，105 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 104 年度所核定總額成長 3.927%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 3.566%。各細項成長率及金額如表 4。

(三)總額分配相關事項：

- 1.一般服務(上限制)：
 - (1)醫療服務成本指數改變率所增加之預算(580.5 百萬元)，應用於調整支付標準
 - (2)品質保證保留款(0.100%)：
 - ①依中醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，預算應於 105 年 3 月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始得動支，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報前一年度執行成果。
 - ②金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年(104、105 年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。
 - (3)其他醫療服務利用及密集度之改變(0.364%)：

分 2 年調校診察費合理量之計算公式，105 年度原編列 200 百萬元，經扣減 104 年度所編 120 百萬元預算已納入基期部分，計增加 80 百萬元。
 - (4)腦血管疾病及顱腦損傷患者中醫特定疾病門診加強照護計畫自 103 年由專款移列至一般服務後執行率偏低之減列(-0.193%)；且 105 年度上半年預算中，若執行率未達 80%，將按比例扣款。

(5)小兒腦性麻痺及小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫自 102 年由專款移列至一般服務後執行率偏低之減列(-0.068%)。

(6)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.009%)。

近 3 年之違規案件，多數來自民眾檢舉或中央健康保險署主動查核，由中醫門診總額相關團體舉發之案件為「0」，期許醫界發揮自主管理精神，強化內部之自律。

2.專款項目：全年經費為 286.4 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 104 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 104 年 12 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告(新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(1)醫療資源不足地區改善方案：

全年經費 106.5 百萬元，辦理中醫師至無中醫鄉開業及巡迴醫療服務計畫。

(2)西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：

全年經費 113.0 百萬元，包含腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護等 4 項。

(3)提升孕產照護品質計畫：全年經費 32.0 百萬元。

(4)乳癌、肝癌門診加強照護計畫：全年經費 14.9 百萬元。

(5)學齡兒童過敏性鼻炎照護計畫：

①全年經費 20.0 百萬元。

②請於 105 年 6 月底前提送相關論質計酬或論病例計酬方案至全民健康保險會通過後預算始得動支。

五、105 年度全民健康保險其他預算及其分配

(一)105 年度其他預算減少 958.0 百萬元，預算總額度為 10,358.9 百萬元，採支出目標制，由中央健康保險署管控，各細項分配如表 5。

(二)預算分配相關事項：

1.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

全年經費 605.4 百萬元，請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。

2.非屬各部門總額支付制度範圍之服務：

(1)全年經費 4,000 百萬元，用於助產所、護理之家照護、居家照護、在宅醫療、精神疾病社區復健及安寧居家療護等所需經費。

(2)應增加在宅醫療之照護人數，及放寬安寧居家醫師訪視之合理量。

(3)請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報前一年度執行情形。

3.支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費及器官移植、西醫基層總額慢性 B 型與 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費：全年經費 300 百萬元。

4.推動促進醫療體系整合計畫：

(1)全年經費 1,100 百萬元，用於「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」3 億元、「區域醫療整合計畫」3 億元、「提升急性後期照護品質試辦計畫」4 億元，及「跨層級醫院合作

計畫」1 億元。

(2)上述「區域醫療整合計畫」係以論人計酬試辦計畫(試辦屆滿，朝鼓勵醫療整合方式修訂)修改而成，其中並融入相關子計畫，參加計畫之團隊應將家庭醫師整合性照護計畫、醫院以病人為中心門診整合照護計畫等予以整合，以提供全人式照護。

(3)「提升急性後期照護品質試辦計畫」應往社區化發展。

(4)新增計畫內容原則於 104 年 12 月底前完成相關程序，各計畫請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告(新增方案僅需提供初步執行結果)。

5.其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費：

(1)全年經費 1,000 百萬元。

(2)含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用。

(3)經費之支用，依全民健康保險會第 1 屆 103 年第 11 次委員會議通過之適用範圍與動支程序辦理。

6.提升 ICD-10-CM/PCS 住院編碼品質：

(1)全年經費 100 百萬元，費用申報應全面採 ICD-10-CM/PCS 編碼外，並提升其正確性。

(2)請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

7.鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施：

(1)全年經費 1,100 百萬元。

(2)請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

8.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 1,404.5 百萬元。

(2)請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

9.慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：

(1)全年經費 404 百萬元。

(2)用於繼續推動末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)，及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。

(3)應與品質獎勵扣連，並與糖尿病醫療給付改善方案等相關計畫整合。

(4)請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

10.提升保險服務成效：

(1)全年經費 295 百萬元。

(2)中央健康保險署應委託食品藥物管理署以外之機關團體抽驗健保給付之藥品品質。

(3)請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

11.高診次民眾就醫行為改善方案-藥事居家照護：

(1)全年經費 50 百萬元。

(2)應嚴格檢討計畫內容，且應依中央健康保險署提供之輔導對象名單擇取收案對象。

(3)請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。若無具體成效，未來不應再編列預算。

附帶決議：其他預算項下之「提升保險服務成效」項目，在 104 年度總額中首度編列預算，計畫名稱為「提升保險人管理效率」，據中央健康保險署表示，因對外之行政程序繁複，致預算無法在當(104)年度內全數執行，且相關計畫已逐步進行，考量其或已發生權利義務關

係，爰同意 104 年度所未執行預算於 105 年度可續用，惟僅此一次。

拾壹、專案報告

報告單位：衛生福利部社會保險司

案由：全民健康保險法施行細則第 45 條再研修案，請參考。

決定：本案係為回應委員於上次會議所提意見而再度安排之專案報告，本次雖因時間關係未及報告，惟考量其具時間急迫性，且委員已有一定程度之瞭解，爰照相關單位之建議，請委員在會後 7 個工作天內將書面意見交由本會幕僚轉衛生福利部(社會保險司)參考。

拾貳、散會：下午1時48分。

表 1 105 年度牙醫門診醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
一般服務				
醫療服務成本及人口因素成長率		2.512%	941.8	1. 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口數年增率)×(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1 2. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(888.2 百萬元)，應用於調整支付標準。
投保人口數年增率		0.140%		
人口結構改變率		0.000%		
醫療服務成本指數改變率		2.369%		
協商因素成長率		0.534%	200.5	
鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	品質保證保留款	0.300%	112.5	1. 依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，預算應於 105 年 3 月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始得動支，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報前一年度執行成果。 2. 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年(104、105 年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。
其他醫療服務利用及密集度之改變		0.296%	111.0	1. 經費應用於加強感染控制等其他醫療服務利用及密集度改變之項目。 2. 請牙醫門診總額相關團體協調各區院所提供假日看診服務。
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.031%	-11.5	
	新增支付標準預算執行率連 2 年未達 30% 者，扣其原編預算之 50%	-0.031%	-11.5	
一般服務成長率	增加金額	3.046%	1,142.3	
	總金額		38,634.6	

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
專款項目(全年計畫經費)			
醫療資源不足地區改善方案	280.0	0.0	1.辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療計畫。 2.具體實施方案於 104 年 11 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
牙醫特殊醫療服務計畫	473.0	30.0	1.辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者、在宅及老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。 2.具體實施方案於 104 年 11 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
牙周病統合照護計畫 (第 1、2 階段)	884.0	34.0	1.第 1、2 階段照護目標數為 130,000 人；第 3 階段服務人數為 95,000 人。 2.協商 106 年度牙醫門診總額時，應提出成效評估及規劃納入一般服務之期程。
牙周病統合照護計畫 (第 3 階段)	260.6	16.0	3.本計畫所涵蓋之支付項目不應再收取自費。 4.具體實施方案於 104 年 11 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
專款金額	1,897.6	80.0	
總成長率(註 1) (一般服務+專款)	增加金額	3.109%	1,222.3
	總金額		40,532.2
較 104 年度核定總額成長率	3.463%		

註：1.計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值。

2.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

表 2 105 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)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項	
一般服務				
醫療服務成本及人口因素成長率	3.441%	3,472.5	1. 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口數年增率)*(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1 2. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,292.8 百萬元)，應用於調整支付標準。	
投保人口數年增率	0.140%			
人口結構改變率	1.025%			
醫療服務成本指數改變率	2.272%			
協商因素成長率	0.390%	393.8		
鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	品質保證保留款	0.100%	100.9	1. 依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，預算應於 105 年 3 月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始得動支，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報前一年度執行成果。 2. 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年(104、105 年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.082%	83.0	請中央健康保險署於 104 年 12 月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)，若未於時程內導入，則扣減該額度。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	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	新增跨表項目	0.030%	30.0	1.新增「CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」跨表項目。 2.應於 104 年 12 月底前完成相關程序，若未能於年度開始時實施，則扣減本項成長率，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行情形。
	配合安全針具推動政策之費用	0.004%	4.0	1.配合安全針具推動政策，5 年內按比例逐步完成全面提供安全針具。本項預算自 102 年起分 5 年編列，105 年為第 4 年。 2.請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提送執行情形(含安全針具之申報量與價格)。
其他醫療 服務利用 集中度 之改變	因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(含慢性病照護之增進)	0.229%	231.2	1.慢性病照護執行率以成長 20%為目標。 2.本項經費包含肯定西醫基層總額醫療服務效率提升之努力，預算 31 百萬元。
其他議 定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.024%	-24.1	近 3 年之違規案件，多數來自民眾檢舉或中央健康保險署主動查核，由西醫基層總額相關團體舉發之案件為「0」，期許醫界發揮自主管理精神，強化內部之自律。
	醫療照護整合政策暨服務效率提升成效，利益共享：七成用以獎勵醫療服務提供者，三成回歸保險對象	-0.031%	-31.2	

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
一般服務 成長率	增加金額	3.831%	3,866.3	
	總金額		104,782.2	
專款項目(全年計畫經費)				
醫療資源不足地區改善方案		240.0	90.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.全年經費 240 百萬元，其中 180 百萬元得與醫院總額同項專款相互流用。 2.預算應於 105 年 3 月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始動支，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫		400.0	0.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.不足部分由其他預算支應。 2.病毒量檢測數據應上傳至中央健康保險署資訊服務網(VPN)，作為評估成效之依據。 3.具體實施方案應於 104 年 11 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
醫療給付改善方案		292.7	38.3	<ol style="list-style-type: none"> 1.辦理原有之糖尿病、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、早期療育及孕產婦等 6 項方案。 2.請檢討各計畫執行內容，以提升照護率及執行成效，每項疾病之照護執行率以成長 20% 為目標，每年定期於全民健康保險會提出檢討報告。 3.具體實施方案應於 104 年 11 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
家庭醫師整合性照護計畫		1,180.0	0.0	1.應確實評估成效，並訂定嚴格之退場機制。 2.預算應於 105 年 3 月底前將計畫內容提經全民健康保險會同意後始得動支，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
專款金額		2,112.7	128.3	
成長率 (一般服務+專款)	增加金額	3.882%	3,994.6	
	總金額		106,894.9	
門診透析服務 成長率	增加金額	4.498%	661.6	1.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，並統為運用。 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。 3.門診透析服務總費用成長率為 3.8%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.498%。
	總金額		15,371.0	
總成長率 (註 1) (一般服務+專款 +門診透析)	增加金額	3.959%	4,656.2	
	總金額		122,265.9	
較 104 年度核定總額成長率		4.274%	—	

註：1.計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值。

2.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

表 3 105 年度醫院醫療給付費用成長率項目表(兩案送主管機關決定)

項目	付費者代表方案		醫院代表方案		
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
一般服務					
醫療服務成本及人口因素成長率	4.395%	16,201.4	4.395%	16,201.4	
投保人口數年增率	0.140%		0.140%		
人口結構改變率	1.764%		1.764%		
醫療服務成本指數改變率	2.485%		2.485%		
協商因素成長率	0.627%	2,310.2	1.058%	3,900.6	
鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	品質保證保留款	0.100%	368.6	0.100%	368.6
保險給付項目及支付之標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.503%	1,853.5	0.000%	0.0
	配合安全針具推動政策之費用	0.027%	100.0	0.027%	100.0
	提升護理照護品質	0.000%	0.0	0.271%	1,000.0
其他醫療服務利用及密集度之改變		0.032%	117.0	0.000%	0.0
其他預法或政策改變	配合勞動基準法下修每週工時 40 小時，整體醫務人員(扣除醫師)配置全面調整政策	0.000%	0.0	0.660%	2,432.0
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.003%	-11.9	0.000%	0.0
	醫療照護整合政策暨服務效率提升成效，利益共享：七成用以獎勵醫療服務提供者，三成回歸保險對象	-0.032%	-117.0	0.000%	0.0
一般服務成長率	增加金額	5.022%	18,511.6	5.453%	20,102.0
	總金額		387,145.3		388,734.1

項目	付費者代表方案		醫院代表方案	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)
專款項目(全年計畫經費)				
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	4,162.0	190.0	4,162.0	190.0
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	8,952.5	1,125.0	8,952.5	1,125.0
醫療給付改善方案	876.3	135.0	876.3	135.0
急診品質提升方案	160.0	0.0	160.0	0.0
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	1,114.0	834.0	0.0	-280.0
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	60.0	0.0	60.0	0.0
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	800.0	0.0	800.0	0.0
專款金額	16,124.8	2,284.0	15,010.8	1,170.0
成長率 (一般服務+專款)	增加金額	5.437%	20,795.6	21,272.0
	總金額		403,270.1	403,744.9
門診透析服務 成長率	增加金額	3.273%	637.8	637.8
	總金額		20,125.3	20,125.3
總成長率(註1) (一般服務+專款+ 門診透析)	增加金額	5.332%	21,433.4	21,909.8
	總金額		423,395.4	423,870.2
較 104 年度核定總額成長率	5.672%	—	5.790%	—

註：1.計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值。

2.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值

表 4 105 年度中醫門診醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
一般服務				
醫療服務成本及人口因素成長率		3.207%	704.4	1. 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口數年增率)×(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1 2. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(580.5 百萬元)，應用於調整支付標準。
投保人口數年增率		0.140%		
人口結構改變率		0.420%		
醫療服務成本指數改變率		2.643%		
協商因素成長率		0.194%	42.6	
鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	品質保證保留款	0.100%	22.0	1. 依中醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，預算應於 105 年 3 月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始得動支，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報前一年度執行成果。 2. 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年(104、105 年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。
其他醫療服務利用及密集度之改變		0.364%	80.0	分 2 年調校診察費合理量之計算公式，105 年度原編列 200 百萬元，經扣減 104 年度所編 120 百萬元預算已納入基期部分，計增加 80 百萬元。
其他議定項目	腦血管疾病及顱腦損傷患者中醫特定疾病門診加強照護計畫自 103 年由專款移列至一般服務後執行率偏低之減列	-0.193%	-42.5	105 年度上半年預算中，若執行率未達 80%，將按比例扣款。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
	小兒腦性麻痺及小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫自 102 年由專款移列至一般服務後執行率偏低之減列	-0.068%	-15.0	
	違反全民健保醫事管理辦法之扣款	-0.009%	-1.9	近 3 年之違規案件，多數來自民眾檢舉或中央健康保險署主動查核，由中醫門診總額相關團體舉發之案件為「0」，期許醫界發揮自主管理精神，強化內部之自律。
一般服務 成長率	增加金額	3.401%	747.0	
	總金額		22,711.9	
專款項目(全年計畫經費)				
醫療資源不足地區改善方案		106.5	10.0	1.辦理中醫師至無中醫鄉開業及巡迴醫療服務計畫。 2.具體實施方案於 104 年 11 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
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.腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護 4.脊髓損傷		113.0	0.0	具體實施方案於 104 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 104 年 12 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告(新增計畫需提供初步執行結果)。
中醫提升孕產照護品質計畫		32.0	0.0	具體實施方案於 104 年 11 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
乳癌、肝癌門診加強照護計畫		14.9	14.9	具體實施方案原則於 104 年 12 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報初步執行結果。
學齡兒童過敏性鼻炎照護計畫		20.0	20.0	請於 105 年 6 月底前提送相關論質計酬或論病例計酬方案至全民健康保險會通過後預算始得動支，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報初步執行結果。
專款金額		286.4	44.9	
總成長率(註 1) (一般服務+專款)	增加金額	3.566%	791.9	
	總金額		22,998.3	
較 104 年度核定總額成長率		3.927%	—	

註：1.計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值。
2.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

表 5 105 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
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	605.4	0.0	請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。
非屬各部門總額支付制度範圍之服務	4,000	286.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.用於助產所、護理之家照護、居家照護、在宅醫療、精神疾病社區復健及安寧居家療護等所需經費。 2.應增加在宅醫療之照護人數，及放寬安寧居家醫師訪視之合理量。 3.請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報前一年度執行情形。
支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費及器官移植、西醫基層總額慢性 B 型與 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費	300.0	0.0	
推動促進醫療體系整合計畫	1,100.0	0.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.用於「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」3 億元、「區域醫療整合計畫」3 億元、「提升急性後期照護品質試辦計畫」4 億元，及「跨層級醫院合作計畫」1 億元。 2.上述「區域醫療整合計畫」係以論人計酬試辦計畫(試辦屆滿，朝鼓勵醫療整合方式修訂)修改而成，其中並融入相關子計畫；參加計畫之團隊應將家庭醫師整合性照護計畫、醫院以病人為中心門診整合照護計畫等予以整合，以提供全人式照護。 3.«提升急性後期照護品質試辦計畫»應往社區化發展。 4.新增計畫內容原則於 104 年 12 月

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
			底前完成相關程序，各計畫請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告(新增方案僅需提供初步執行結果)。
其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費	1,000.0	0.0	1.含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用。 2.經費之支用，依全民健康保險會第 1 屆 103 年第 11 次委員會議通過之適用範圍與動支程序辦理。
提升 ICD-10-CM/PCS 住院編碼品質	100.0	-150.0	1.費用申報應全面採 ICD-10-CM/PCS 編碼外，並提升其正確性。 2.請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施	1,100.0	-1,100.0	請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,404.5	0.0	請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	404.0	0.0	1.用於繼續推動末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)，及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。 2.應與品質獎勵扣連，並與糖尿病醫療給付改善方案等相關計畫整合。 3.請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
提升保險服務成效	295.0	10.0	1.中央健康保險署應委託食品藥物管理署以外之機關團體抽驗健保給付之藥品品質。 2.請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
高診次民眾就醫行為改善方案-藥事居家照護	50.0	-4.0	1.應嚴格檢討計畫內容，且應依中央健康保險署提供之輔導對象名單擇取收案對象。 2.請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。若無具體成效，未來不應再編列預算。
總 計	10,358.9	-958.0	

註：採支出目標制，由中央健康保險署管控。

第 2 屆 104 年 第 8 次 委員 會議
與 會 人 員 發 言 實 錄

壹、「議程確認」、例行報告第一案「確認本會上(第 7)次委員會議紀錄」、例行報告第二案「本會上(第 7)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」、例行報告第三案「中央健康保險署『104 年 8 月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

一、現在開始進行 104 年第 8 次委員會議，會議資料請參看「105 年度各部門總額協商草案」之後的頁面，因為時間非常有限，委員對議程的安排若無意見，則依程序進行今天的委員會議。(未有委員表示意見)

二、首先確認上次委員會議紀錄，請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

一、謝謝同仁的宣讀，請問委員對會議紀錄內容有無修正意見？(未有委員表示意見)若無意見，上(第 7)次委員會議紀錄確認。

二、接著進行「本會上(第 7)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」，請柯執行秘書桂女報告。

柯執行秘書桂女

請委員翻到會議資料第 124 頁，針對上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，共有 2 點說明：

一、說明一，上次委員會議決議(定)之 12 事項，依編製會議資料時相關單位的辦理情形，原建議解除追蹤 3 項、繼續追蹤 9 項。後因相關單位對部分事項更新辦理情形，因此建議解除追蹤 6 項、繼續追蹤 6 項，但最後仍依委員議定結果辦理。請參看今天分送的例行報告第二案更新資料之附表：

(一)第 1 項，有關「新醫療科技項目對財務之影響評估及替代效應報告案」，健保署回復：辦理新藥、新特殊材料、新增診療項目時，皆會進行財務影響評估及替代率分析，且

今年已於 7 月評核會議提報完成。本項於第 6 次委員會議也有追蹤，因委員認為回復的辦理情形與原決議不符，所以不同意解除追蹤。本次回復的辦理情形與上次又相同，因此特將追蹤內容列出來，請健保署參考並依委員所提建議，於累積不同項目之案例後，擇期提報完整且全面之資訊，爰建議繼續追蹤。

- (二)第 2 項，針對「個別醫學中心之急診下轉情形，請健保署持續關注並採取必要措施及定期提報；各層級醫院之門診初級照護檢驗檢查及藥事服務費與藥費等費用資料，則盡可能提供」乙節，各層級醫院之資料部分，健保署已配合提供；至個別醫學中心之急診下轉情形，因署尚未提報，爰建議除「個別醫學中心之急診下轉情形，請健保署持續關注並採取必要措施及定期提報」乙節繼續追蹤外，餘解除追蹤。
- (三)第 3 項，針對「委員所提『為疏緩北部收治八仙塵爆病患醫院之壓力，對願意接受轉至中南部治療者，可考慮自各界捐款中提撥部分金額做為誘因』之建議，請健保署轉請新北市政府參酌」乙節，健保署已於本(104)年 9 月 11 日將委員所提建議函轉新北市政府參考，爰建議解除追蹤。
- (四)第 4 項，有關衛福部預告修正「『全民健康保險醫療辦法』第 11 條、第 12 條、第 18 條(草案)」，健保署回復：辦理情形將提報 10 月份委員會議，本項建議繼續追蹤。
- (五)第 5、6 項，有關建請主管機關於研修涉及民眾權益、健保財務等相關重要法規前，先諮詢本會意見乙節，衛福部(社保司)表示予以尊重；健保署回復遵照辦理，此 2 項均建議解除追蹤。
- (六)第 7 項，張委員煥禎所關心，希望於「全民健康保險業務執行報告」中，呈現各層級醫院門、住診費用核減率資料，健保署回復：因資料產製時間，無法於 9 月份委員會

議提報，俟統計資料完成後，納入 10 月份委員會議業務執行報告，供委員參考。本項業取得張委員諒解，爰於提報後再解除追蹤。

- (七)第 8 項，有關衛福部(疾管署)預告修正「人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法(草案)」，健保署回復：已於 8 月 25 日發函向衛福部(疾管署)表達意見，並於 9 月 15 日再向衛福部轉達本會委員反對該案修正內容之立場；待有修法進度，將盡速提報本會。本項建議繼續追蹤。
- (八)第 9 項，有關衛福部(國健署)預告修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法(草案)」，衛福部(社保司)回復：已將本會委員意見轉請國健署參考。函文請參看更新資料第 9 頁，本項建議解除追蹤。
- (九)第 10 項，有關「104 年全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵案」，健保署回復：105 年度各部門總額品質保證保留款將參採評核委員建議研擬方案，以達實質獎勵品質佳之醫療院所。本項建議解除追蹤。
- (十)第 11 項，有關「八仙樂園粉塵暴燃事件醫療費用之後續執行方式及與新北市政府協商之情形報告」，健保署回復：將依委員會議決議於本年 10、12 月提報相關資料，本項建議繼續追蹤。
- (十一)第 12 項，有關「研修全民健康保險法施行細則重點報告」，衛福部(社保司)回復，已將全民健康保險法施行細則第 45 條再研修案，排入本次委員會議專案報告，本項建議解除追蹤。

二、說明二，衛福部及健保署本年 6 至 8 月份發布及副知本會之相關資訊，列於會議資料第 145~164 頁之附錄二至九，請委員參閱。

鄭主任委員守夏

一、謝謝柯執行秘書桂女的報告，請問委員有無詢問？(未有委員

提出詢問)若無詢問，例行報告第二案洽悉。

二、例行報告第三案為健保署業務執行報告，口頭報告採季(每年1、4、7、10月)報方式辦理，依慣例本次係提供書面資料，不進行口頭報告。請委員參看書面資料，若有相關詢問，可利用桌上的發言條提供書面意見，幕僚會轉請健保署說明。請陳代理委員炳宏。

陳代理委員炳宏(李委員永振代理人)

感謝健保署及本會委員們的努力，於去(103)年12月底調降平均眷口數，從0.7人調降到0.62人，嘉惠全國投保單位(包含醫事服務機構)，降低雇主及政府單位的健保費負擔；而目前平均眷口數，經計算的結果為0.61人，建請本會支持健保署依健保法施行細則第68條規定辦理公告調降事宜，以減輕全國投保單位的健保費負擔。

鄭主任委員守夏

謝謝陳代理委員炳宏。請問委員還有無詢問？請何委員語。

何委員語

主席、各位委員，有關平均眷口數部分，建請健保署能依0.61人辦理公告實施。此外，於9月4日召開「104年度行政院政務顧問座談會」時，我也將提案轉給院長，希望依法執行，也獲得院長的回應。

鄭主任委員守夏

一、謝謝何委員語，若無特別請教，例行報告第三案洽悉。接下來進行討論事項，也是今天的重頭戲，主要確認昨天至今天早上各部門總額協商的成長率、金額與協定事項。

二、依照協商順序，先從牙醫門診總額開始，請委員參看螢幕的投影文字，請同仁宣讀「二、總額協商結論」部分，至於「一、總額設定公式」，因為都是依循協商架構照列，則不特別宣讀。

貳、討論事項「105 年度牙醫門診、西醫基層、醫院、中醫門診醫療給付費用總額及其他預算案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

「105 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：(如書面資料)

二、總額協商結論：

(一)一般服務成長率為 3.046%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 2.512%，協商因素成長率 0.534%。

(二)專款項目全年經費為 1,897.6 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，105 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 104 年度所核定總額成長 3.463%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 3.109%。各細項成長率及金額如表 1。

三、總額分配相關事項：

(一)一般服務(上限制)：

1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(888.2百萬元)，應用於調整支付標準。

2.品質保證保留款(0.300%)：

(1)依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，預算應於105年3月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始得動支，並於105年6月底前提送前一年度執行成果。

(2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(104、105年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

3.其他醫療服務利用及密集度之改變(0.296%)：

(1)經費應用於加強感染控制、執行牙周病統合照護計畫衍生之其他服務利用密集度改變、全民健康保險牙醫急診供給提升計畫及加強13歲以下牙周控制基本處置等項

目。

(2)請牙醫門診總額相關團體協調各區診所提供假日看診服務。

4.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.031%)。

5.新增支付標準預算執行率連兩年未達30%者，扣回其原編預算之50%(-0.031%)。

(二)專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於104年11月底前完成，並於105年6月底前提報執行成果及成效評估報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.醫療資源不足地區改善方案：

全年經費280.0百萬元，辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療計畫。

2.牙醫特殊醫療服務計畫：

全年經費473.0百萬元，辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者、在宅及老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。

3.牙周病統合照護計畫：

(1)第1、2階段，全年經費884.0百萬元；第3階段，全年經費260.6百萬元。

(2)第1、2階段照護目標數為130,000人；第3階段服務人數為95,000人。

(3)協商106年度牙醫門診總額時，應提出成效評估及規劃納入一般服務之期程。

(4)本計畫所涵蓋之支付項目不應再收取自費。

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀，書面資料第 1、2 頁為文字部分，第 3、4 頁為表 1，即昨天協商的成長率、金額與協定事項。請問牙醫部門代表有無意見？請陳代理委員彥廷。

陳代理委員彥廷(陳委員義聰代理人)

第 2 頁，一般服務「3.其他醫療服務利用及密集度之改變」項下之「(2)請牙醫門診總額相關團體協調各區診所提供假日看診服務」。昨天協商時，我們的認知是各區「院所」，而非「診所」，希望文字修改為「院所」。

鄭主任委員守夏

應該沒問題，院所的意思包括醫院。請蔡委員登順。

蔡委員登順

診所係指非醫院層級，我認為不論診所或醫院，都應鼓勵提供假日看診服務。

鄭主任委員守夏

可否修改為醫院及診所？

謝委員天仁

若修改為「及」，是兩者皆要；「或」則表示只要有醫院或診所其中之一即可。我認為「或」應該比較符合原意，主要目的是要有院所提供假日看診服務。

鄭主任委員守夏

請問健保署在執行面有無問題？可否修改為「院所」？

蔡副署長淑鈴

可以。

鄭主任委員守夏

好，就照牙醫部門的建議，修改為「請牙醫門診總額相關團體協調各區院所提供假日看診服務」。委員有無其他意見？

柯執行秘書桂女

建議一般服務之「5.新增支付標準預算執行率連兩年未達 30%者」，將後段文字修改為「未達 30%之扣款」，以與各部門一致，因為牙醫門診、中醫門診及西醫基層總額等部門文字都為「扣款」。

滕委員西華

可否採較彈性的文字，修改為「未達 30%者列為減項」，不用「扣款」二字？

鄭主任委員守夏

修改為「未達 30%者列為減項」，其他委員有無意見？請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

主席！有問題想請教，但不知請教誰。請問「各區」的範圍如何定義？是否表示六分區，例如雲嘉南地區(南區)只要有 1 家院所提供假日看診服務即可。請問「區」的定義為何？

羅委員紀琮

我認為應該增列條件，納入民眾角度的指標，而非僅以院所有無開診的角度來看。因為即使有 5 家或甚至 10 家院所開診，民眾可能還是有無法得到服務的情況，所以文字應明確。否則只要有新增院所假日提供看診服務，即使只多了一家，都不能說牙醫部門不努力。但目標應是解決假日休診造成民眾就醫不便的問題，所以應寫明民眾假日看診不便應不超過某一比例。

鄭主任委員守夏

評核會議時所報告民眾滿意度調查結果，其中一項為「因例假日休診而造成就醫不便的比率」，因此已有評核指標。而協定事項文字

是否需要寫這麼詳細，甚至將鄉鎮市區等文字列入，執行面會不會根本做不到？此點協商時並未討論。先看付費者代表委員的期望，稍後再請陳代理委員彥廷表示意見。

滕委員西華

若以地理區域作為分區，會有人口數的差異，都會地區可細到街道、巷道及村里。以雲林地區來講，搞不好整體的每萬人口牙醫師數都偏低；重點應在於鼓勵醫師至資源供給與需求落差較大的地區或假日需求密度較高的地區提供服務。請牙醫部門與健保署協商，尤其假日看診部分涉及許多規定，請牙醫部門自行規範、定義分區後，提至本會討論是否合理。若協定事項訂這麼細，我們也很難評估需求是否正確。我認為委員會無法細緻到監測民眾需求，只要先告訴牙醫部門本會委員很關心這件事，即民眾有假日看診需求時如何處理，此點請牙醫部門多注意。

鄭主任委員守夏

請問各位委員，是要請牙醫部門規劃「各區」定義，還是請健保署協助？

蔡委員明忠

建議請牙醫部門與健保署共同研商，健保署也可由其觀點設計對民眾有利的方案。

鄭主任委員守夏

請問是否需再增列相關文字？請龐組長一鳴。

龐組長一鳴

呼應滕委員西華及蔡委員明忠所提建議。過去委員較關注診所開診有合理門診量的問題，現在健保署定期提供醫師公會全聯會假日開診率報表，如星期六、日各有幾家診所開診、假日看診病患人數佔總看診人數比率等。依照同樣模式，以後也會提供牙醫師公會全聯會假日開診率報表，健保署會採用一致模式衡量各部門假日開診的情形，這樣對相關團體的約束與管控會較有助益。若委員同意以上

建議，實務上會朝此方式進行。

鄭主任委員守夏

委員如果沒有不同意見，協定事項就列「請牙醫門診總額相關團體協調各區院所提供假日看診服務」。請陳委員聽安。

陳委員聽安

有關「5.新增支付標準預算執行率連兩年未達 30%者列為減項，扣回其原編預算之 50%」，文字怪怪的。

羅委員紀琮

文字不要寫「扣回」，建議修改為「減列」。

滕委員西華

原文字即為減列之意。

蔡委員宛芬

減列其原編預算。

謝委員天仁

文字上對於減項的表達不是很清楚，建議修改為「扣其原編預算 50%」。

鄭主任委員守夏

請同仁幫忙修正文字為「5.新增支付標準預算執行率連兩年未達 30%者，扣其原編預算之 50%」。文字呈現只要兩造解讀清楚，不會誤解即可。若沒問題，牙醫部門就此確認，可以嗎？請滕委員西華。

滕委員西華

一、還有一個問題，表 1 所列「其他醫療服務利用及密集度之改變」協定事項之「1.經費應用於加強感染控制、執行牙周病統合照護計畫衍生之其他服務利用密集度改變、全民健康保險牙醫急診供給提升計畫及加強 13 歲以下牙周控制基本處置等項目」。其實委員並未要求牙醫部門要做那幾項服務，而是建議

其統籌運用「醫療服務利用及密集度之改變」協商因素項目之預算，執行相關服務。

二、建議文字修改為「經費應用於加強感染控制等其他醫療服務利用及密集度改變之項目」，而不需逐項列出，因為付費者代表並未要求牙醫部門加強 13 歲以下牙周控制基本處置等項目。如果有要求列項，就會逐項編列預算，而非框列在「其他醫療服務利用及密集度之改變」預算中。請問其他付費者代表，我有無弄錯原意？

鄭主任委員守夏

請問其他付費者代表，尤其是主談委員，有無特別意見？請何委員語。

何委員語

昨天協商時，並未給予這些單項預算，所以協定事項不需全列，讓牙醫師公會全聯會可以自行彈性規劃。

鄭主任委員守夏

請問陳代理委員彥廷可否接受？(陳代理委員彥廷表示：可以)好，就不列細項，文字修改為「經費應用於加強感染控制等其他醫療服務利用及密集度改變之項目」。委員還有無其他建議？

龐組長一鳴

請參看(二)專款項目之第 4 行，「延續型計畫應於 104 年 11 月底前完成，並於 105 年 6 月底前提報執行成果及成效評估報告」。因每年 7 月份健保署均於健保會召開之「各部門總額執行成果發表暨評核會議」提供相關資料，為避免資料重複及簡化程序，建議此部分之執行成果及成效評估報告，併於「各部門總額執行成果發表暨評核會議」提報。後續各部門總額協定事項也有出現相同文字，可否一併修改？

鄭主任委員守夏

這部分尊重委員意見。如果在委員會議提報，是列於專案報告，而

專案報告多安排於例行報告、討論案之後，以過去 1 年委員會議的運作模式，到可進行專案報告時，時間多已下午了；若安排於「各部門總額執行成果發表暨評核會議」，優點是評核會議為期 1 天半，時間較為充裕，缺點則是委員可能無法全程參與。龐組長一鳴所提是事實，在那段時間所準備的資料是相同的，可否併至「各部門總額執行成果發表暨評核會議」提報，尊重大家的意見。每位委員都會收到評核會議的書面資料，委員若有特別關心的議題，亦可於「各部門總額執行成果發表暨評核會議」聆聽、提問。在此聽聽委員的意見。

滕委員西華

沒問題，可以！

鄭主任委員守夏

執行成果及成效評估，就在 7 月份「各部門總額執行成果發表暨評核會議」一併報告。請將「並於 105 年 6 月底前提報執行成果及成效評估報告」，修改為「並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告」。

張委員文龍

建議在(一)一般服務「1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(888.2 百萬元)，應用於調整支付標準」，增列「及相關適應症之放寬」文字，即修改為「應用於調整支付標準及相關適應症之放寬」，表格並請同步修改，這段文字一體適用於西醫基層、醫院及中醫部門。

鄭主任委員守夏

如果四部門總額願意統一寫法也可。請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

代表西醫基層部門，尊重牙醫部門的決定，不過個人認為增列此文字代表放寬服務範圍，請大家多加考量。總額是量入為出，在此預算下，可以用於調整支付標準，若加上放寬相關適應症，則已擴大

服務範圍，請牙醫部門再思考。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

我認為增列此段文字，跟醫療服務成本指數改變率所增加之預算，及設置目的有出入。因為醫療服務成本指數改變率所增加之經費，係應所提供醫療服務的成本增加而設置；但給付範圍改變，導致影響財務平衡時，應該依健保法第 26 條處理，不應列在此，我認為不宜如此解讀，否則財務很難釐清。

滕委員西華

依健保署意見，「醫療服務成本及人口因素成長率所增加之預算，應用於調整支付標準及相關適應症放寬之費用」，表示預算係用於適應症放寬，而非新增新藥、新特材。文字可否納入協定事項，個人沒意見，可再討論。

謝委員天仁

我再說明清楚。

鄭主任委員守夏

好。

謝委員天仁

我指的是「醫療服務成本指數改變率所增加之預算，應用於調整支付標準」，至於其他 2 項(投保人口數年增率、人口結構改變率)之用途，個人沒意見。「醫療服務成本指數改變率」所增加的預算，不應用於給付範圍改變所需經費，這不合理。至於其他委員認為要運用「投保人口數年增率」或「人口結構改變率」所增加預算，個人沒意見。

鄭主任委員守夏

文字已明確敘述「醫療服務成本指數改變率所增加之預算，應用於

調整支付標準」，至於要不要將「投保人口數年增率」、「人口結構改變率」一起納入，作為放寬適應症之經費？去年總額協商時，花了相當多時間討論此議題。某項適應症放寬，看似簡單，背後增加的費用有時多達數十億元。「醫療服務成本指數改變率」項目之費用，用於放寬相關適應症，很明顯違反健保法第 26 條，有關增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務平衡之規定。在此要不要落款，實質影響不大。若導致影響總額支出的給付項目，健保署在「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論時，醫界也會提出不同意見。考量執行面效率，如果只是放寬很小範圍的適應症，也需要在此落款嗎？不知健保署想法為何？請戴委員桂英。

戴委員桂英

支持滕委員西華的提醒，要特別表達，衛福部政策指示方向有明列此點。主席可否請健保署發言。不知屬特材組還是藥品組的業務？

鄭主任委員守夏

請施組長如亮。

施組長如亮

如果委員認為不適合運用「醫療服務成本指數改變率」之預算，建議可運用「人口結構改變率」之預算放寬藥品適應症。有些藥品會因新醫療科技發展而有新的適應症，例如原治療肝癌的藥品，後來證明也可以使用在乳癌病人身上，這也是民眾所需要的。

鄭主任委員守夏

請蔡委員明忠。

蔡委員明忠

一、謝謝大家很保守地將意見表達。回應主委，您說小，多少算小？大，多少算大？今天將這扇門打開後，影響層面非常廣泛，假設 5,000 萬元算小，5,100 萬為何算大？我認為適應症放寬不適合納入協定事項，醫事服務提供者認為放寬適應症的給

付條件，一定要有相對經費，以利執行，醫界對此相當堅持。

二、在「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」，一再跟藥廠、藥商報告及溝通，醫界絕對支持開放新藥、新科技，但任何開放一定要挹注相對財源，否則會衝擊原本穩定的健保總額。以醫師公會全聯會的立場，認為不宜加註後段文字，請委員慎重考慮。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

如果加入有健保法第 26 條的情形文字，即需依第 26 條啟動法定機制，即使落款這些文字，共擬會議也不能逕行協商納入，需待協商；如果沒有加入健保法第 26 條的情形文字，既對財務沒影響，那就包含放寬適應症之給付條件在內，所以落款這些文字，則也沒有意義、多此一舉，這是法制適用的問題。若不分是否有第 26 條之情形，給付範圍發生改變，落款這些文字後，醫界會認為包山包海，是不合理。

吳委員玉琴

想再釐清，會議資料第 133 頁，「(三)105 年度總額協商之政策方向」提及「(1)善用『醫療服務成本指數改變率』項目之費用，調整支付標準，並可反映因制度影響所增加之人事成本，合理分配醫療資源」。增列「相關適應症放寬之費用」並不適宜，剛剛所建議文字，應該是健保署過度解釋。我們一直說服醫界，「醫療服務成本指數改變率」之預算，是反映人事成本增加的經費，所以應該用於調整支付標準，而非「相關適應症放寬之費用」，此爭議性很大。建議依循主管機關所交付的政策方向辦理。

鄭主任委員守夏

如果沒有特別意見，就維持原「醫療服務成本指數改變率所增加之預算，應用於調整支付標準」文字。至於執行面部分，請健保署與

醫界及相關團體在「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」研擬。如果沒有其他意見，牙醫部門就此確認。接下來進行西醫基層總額部門，請同仁宣讀總額協商結論。

同仁宣讀

「105 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：(如書面資料)

二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 3.831%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率為 3.441%，協商因素成長率為 0.390%。
- (二)專款項目全年經費為 2,112.7 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率 4.498%。
- (四)前述三項額度經換算，105 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 104 年度所核定總額成長 4.274%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 3.959%。各細項成長率及金額如表 2。

三、總額分配相關事項：

(一)一般服務(上限制)：

- 1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,292.8百萬元)，應用於調整支付標準。
- 2.品質保證保留款(0.100%)：
 - (1)依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，預算應於105年3月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始得動支，並於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
 - (2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(104、105年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。
- 3.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.082%)：

請中央健康保險署於104年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告(含新增項目及申報費用/點數)，若未於時程內導入，則扣減該額度。

4.新增跨表項目(0.030%)：

(1)新增「CA-125腫瘤標記(EIA/LIA法)」跨表項目。

(2)應於104年12月底前完成相關程序，若未能於年度開始時實施，則扣減本項成長率，並於105年6月底前提送執行情形。

5.配合安全針具推動政策之費用(0.004%)：

(1)配合安全針具推動政策，5年內按比例逐步完成全面提供安全針具。本項費用自102年起開始分5年編列，105年為第4年。

(2)請於105年6月底前提送執行情形(含安全針具之申報量與價格)。

6.因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(含慢性病照護之增進)(0.229%)：

(1)慢性病照護率應提升至50%。

(2)本項經費包含肯定西醫基層總額醫療服務效率提升之努力，預算31百萬元。

7.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.024%)：

近3年之違規案件，多數來自民眾檢舉或中央健康保險署主動查核，由西醫基層總額相關團體舉發之案件為「0」，期許醫界發揮自主管理精神，強化內部之自律。

8.醫療照護整合政策暨服務效率提升之扣款(-0.031%)。

(二)專款項目：全年經費為 2,112.7 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於104年11月底前完成，並於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.西醫醫療資源不足地區改善方案：

- (1)全年經費240百萬元，其中180百萬元得與醫院總額同項專款相互流用。
- (2)預算應於105年3月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始得動支。

2.加強慢性B型及C型肝炎治療計畫：

- (1)全年經費400百萬元，不足部分由其他預算支應。
- (2)病毒量檢測數據應上傳至中央健康保險署資訊服務網(VPN)，作為評估成效之依據。

3.醫療給付改善方案：

- (1)全年經費292.7百萬元。
- (2)辦理原有糖尿病、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、早期療育及孕產婦等6項方案。
- (3)請檢討各計畫執行內容，以提升照護率及執行成效，每項疾病之照護率應成長50%，實際支付點數並按達成比例支付。
- (4)應整合相關照護方案/計畫，朝以病人為中心的整合性醫療服務發展，以提升醫療資源的使用效益。

4.家庭醫師整合性照護計畫：

- (1)全年經費1,180百萬元。
- (2)應確實評估成效，並訂定嚴格之退場機制，預算應於105年3月底前將計畫內容提經全民健康保險會同意後始得動

支。

(三)門診透析服務：

- 1.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，並統為運用。
- 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。
- 3.門診透析服務總費用成長率為3.8%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為4.498%。

鄭主任委員守夏

謝謝同仁的宣讀。請問委員有無意見？請柯執行秘書桂女。

柯執行秘書桂女

請參看西醫基層第2頁第8點「醫療照護整合政策暨服務效率提升之扣款」，建議依循「105年度健保總額協商之政策方向」，文字配合修改為「醫療照護整合暨服務效率提升成效，利益共享：七成用以獎勵醫療服務提供者，三成回歸保險對象(-0.031%)」。(多數委員回應：好)

鄭主任委員守夏

請同仁配合修改，謝謝。請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

剛才確認牙醫部門時忘記提出，昨天在協商牙醫部門時曾提出「品質保證保留款之核發家數上限不超過65%」之協定事項，並建議各部門總額比照辦理，惟今天文字資料尚未呈現。

鄭主任委員守夏

請同仁將相關文字列入，且各部門總額一體適用。

蔡委員宛芬

另各部門總額都有辦理相關試辦計畫，建議以 3 年為期，提出成效評估報告供委員參考，以利評估該試辦計畫究竟回歸一般服務項目或退場為宜。

鄭主任委員守夏

此建議較為複雜，因為有些專款計畫已實施超過 10 年，且並非新興計畫，考量各計畫內容不盡相同，無法一體適用，此意見建議列在個別性計畫之協定事項(多數委員回應：好)。請問西醫基層代表委員對品質保證保留款核發家數上限 65%的看法。

蔡委員明忠

- 一、西醫基層部門對品質保證保留款實施方案之核發方式，也期望具有鑑別力，希望健保署指導並會同西醫基層部門訂定品質保證保留款之獎勵核發機制。品質鑑別力如 65% 為例，等同告訴基層院所，獲得獎勵的 65% 院所是優良的，其餘 35% 未獲獎勵的院所是不好的。認同蔡委員宛芬所提，應該設立評比條件，由西醫基層部門與健保署溝通，惟建議不要列入西醫基層總額之協定事項，因擔心基層院所會有努力卻仍得不到獎勵的誤解，懇請再考量。
- 二、有關試辦計畫應以 3 年為期進行檢討並做必要處理乙節，同意鄭主任委員守夏的意見，依計畫性質個別處理而非所有計畫一體適用。
- 三、請教健保署，有關專款項目之「醫療給付改善方案」，若依「(3)請檢討各計畫執行內容，以提升照護率及執行成效，每項疾病之照護率應成長 50%，實際支付點數並按達成比例支付」之文字執行，是否意味著 105 年度西醫基層總額需被扣款。
- 四、糖尿病照護方案之執行率，早期僅 10%，近年來照護率已逐年上升，103 年為 25.6%，但推動上，其實十分艱辛的，因糖尿病照護需要醫師、護理師、營養師等醫療團隊共同執行。以西醫基層以往的成長率，105 年度糖尿病照護率不可能成長

50%。請教健保署如此可行嗎？年度還未開始，就已經勒死基層院所，不知明年如何執行。

五、手邊(104 年各部門總額執行成果摘要)有糖尿病照護率之相關數據，99 年 19.7%、100 年 21.8%、101 年 22.2%、102 年 23.1%、103 年則為 25.6%。若要成長 50%，明年糖尿病的照護率應達 38.4%以上，這等於將西醫基層總額直接扣款。基層院所歷經 5 年才提升 5%，可見有多難執行，更何況各項疾病之照護率均應成長 50%。請健保署回應，如何執行，明年西醫基層總額未達指標，一定會被扣款的。

滕委員西華

- 一、在健保署發言之前，先說明付費者代表的看法，再請健保署給予指導及回應。一般服務項目執行率差，在協商時會被扣款，專款項目也不應例外。醫療給付改善方案已執行多年，執行 7~10 年的計畫不在少數。每年評核委員均建議，糖尿病照護之成效會影響透析的發生率及進入 Pre-ESRD(末期腎臟病前期)的人數，糖尿病照護率每年成長幅度實在太低，如果該計畫一直試辦，照護人數又無法增加，其實受益的民眾非常有限。
- 二、糖尿病照護方案是個非常棒的計畫，如果不回歸一般服務項目之支付標準，涵蓋率又無法提升的狀況下，建議要有 monitor(監督)機制。照護率係正向指標，付費者協商時願意編列預算，但以提升照護率方式，請醫界努力。如果成長 50%有困難，建議仍需設定目標值，成長 20%、30%可再討論。認同蔡委員明忠所提，執行糖尿病照護方案有困難，但希望能以正向指標來提升成效。

鄭主任委員守夏

請龐組長一鳴。

龐組長一鳴

- 一、提供以前在南區業務組服務的案例，有位曾在部立醫院服務且

口碑非常好的內科醫師，後來在台南火車站前開設內科診所，收了一千多位糖尿病病患並遵從糖尿病臨床指引，定時為病人檢查，所以在業界口碑也非常好，但糖尿病方案之照護率卻為零，原因是不符資格無法登錄個案。有很多類似情形，實際有遵從 Guideline(指引)，卻因不符資格的關係而未登錄。

- 二、所謂照護率有幾個概念，目前健保係以個案登錄率計算，但國外有的採指引遵從率。究竟要以「指引遵從率」或「個案登錄率」計算，有不同見解。其實有些院所都有遵照臨床指引治療病患，卻因未登錄，導致照護率偏低。
- 三、建議「醫療給付改善方案」之(3)修改為「請檢討各計畫執行內容，以提升照護率及執行成效，每項疾病之照護率應以 50% 為目標，每年定期於健保會提出檢討報告」。本署會就各項計畫之實質照護率、個案登錄率等指標提出說明，並於健保會提出專案報告，請委員協助檢討、改善。
- 四、有關專款項目需提報執行成果及成效評估報告部分，謝謝健保會同仁，已比照牙醫部門，將文字修改為「前述方案之作業時程，延續型計畫應於 104 年 11 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告」。
- 五、專款項目「2.加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」之「(2)病毒量檢測數據應上傳至中央健康保險署資訊服務網(VPN)，作為評估成效之依據」，建議增列「醫院亦同」等文字。目前病毒量檢測大部分在醫院部門執行，西醫基層部門相對較少，健保署將配合提出相關改善措施，再請各院所上傳至 VPN，爰本項建議醫院部門比照辦理。
- 六、專款項目「3.醫療給付改善方案」之「(4)應整合相關照護方案/計畫，朝以病人為中心的整合性醫療服務發展，以提升醫療資源的使用效益」，是項很好的建議，惟因部分計畫均與家庭醫師整合性照護計畫有關，建議將其改列獨立的第 5 點，使整合範圍更廣泛。

鄭主任委員守夏

- 一、剛剛龐組長一鳴說得很快，請幕僚同仁現場登打，以利直接確認螢幕呈現的文字。
- 二、另外請問「3.醫療給付改善方案」係要以照護率或照護成長率為目標？

蔡副署長淑鈴

應該是「照護率」。

鄭主任委員守夏

依據龐組長一鳴的說法，各項醫療給付改善方案的執行情形均不同，有些尚有很大的成長空間，有些則無；有些屬醫療端，有些則屬病人端問題，目標到底要如何設定才算方案執行結果確有進步？建議採用可實質反映整體成效的指標，以照護成長率或治療指引遵從率為目標，恐無法判別真正達到進步的效果。

滕委員西華

目前西醫基層總額各項醫療給付改善方案之照護率均很低。

鄭主任委員守夏

照護率目標值訂為 50%，若實務上不容易達到，則是假象；但照護率應成長 50%，是對的方向。

滕委員西華

這是總數的概念，如果目前照護率為 10%，成長 50%後即為 15%。至於龐組長一鳴所提，我無意見。

鄭主任委員守夏

採照護率或其他名詞，請健保署與醫界討論，原則以 50%為目標，每年定期於健保會提出檢討報告。

戴委員桂英

建議稍微務實一點，因為現況成長 50%很困難，建議修改為 20%，依據過去歷史資料，已是加倍成長。

何委員語

應該嚴格一點。

鄭主任委員守夏

如果現行照護率偏低，成長 50% 可能較不困難；若照護率已經很高，要再成長 50%，會相對困難。以 50% 為目標，達到會很高興，若達不到應該也可理解。

蔡副署長淑鈴

- 一、要考量實務面的限制，因為本項所編預算不是以照護率達到 50% 來計算，而且要考量醫界有無能力執行。
- 二、各計畫照護成長率的訂定應務實，我們了解委員希望西醫基層部門多加努力，但各項醫療給付改善方案的執行狀況及目標期程並不相同，所以訂定的改善目標值要可行。剛剛龐組長一鳴也提及，有些院所其實已照治療指引執行，但未登錄，未來檢討時將一併呈現執行情形。懇請大家以務實的角度訂定目標值，且照護率目標若要達到 50%，也應編列相對應的預算才較合理。

鄭主任委員守夏

請蔡委員明忠。

蔡委員明忠

- 一、非常謝謝健保署的說法！向滕委員西華報告，西醫基層部門在執行面有困難，我們也一直努力往全人照護的方向邁進，每年健保署會同基層共同訂立相關照護指標，但可能付費者代表仍認為標準太低；但醫療實務上確實有窒礙難行處，不容易達成，否則健保署也會反對西醫基層部門所提的建議。
- 二、醫療行為絕對不能以目標 50% 計算，執行面真的有困難，特別是專款項目，都屬較特殊性的計畫，需要花很多心力推動，這部分較一般服務項目更為困難。拜託付費者代表委員讓健保署有點空間，相信該署會善盡督導西醫基層部門的責任，使基層

照護品質往上提升、進步。

三、至於如何訂定目標值，相信健保署有相當明智的做法。回應蔡副署長淑鈴的說法，若設定過高的目標值，最後達不到也是空談，以後乾脆不要編列該專款項目，但這樣將失去照護全民的初衷，希望提供西醫基層部門一點空間，也尊重健保署的意見。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員明忠！蔡委員建議大家務實一點，目標不要訂那麼高。

滕委員西華

不盡然同意蔡副署長淑鈴的說法，目前所編預算，如果醫界可以達到預設目標值且可超越，就應編列相對應的足夠預算；惟如果預算編列 10 億元，而只執行 1 億元，就不合理。付費者代表的意見是，既然編列預算，就應訂定目標值，讓醫界有努力的方向；若今年照護率成長較高，經費卻不足，則明年可以考量再多編一點預算。執行成效不是增加收案人次，而是希望增加照護人數。

鄭主任委員守夏

了解。

蔡副署長淑鈴

請讓我們說明一下。

龐組長一鳴

剛剛可能說明得不清楚，請參看會議資料第 30 頁，健保署在醫療給付改善方案所呈現的意見中，已詳列各項疾病照護之執行狀況，其均不相同，所推估合計須增加 38.3 百萬元預算，是以加權平均的概念推計，成長率約 13%。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

剛剛龐組長一鳴提及台南有位醫師照護一千多名糖尿病患，但都未登錄。我在想是國家生病，或醫療體系生病了，為何醫師照護一千多人卻未登錄，是誰的責任？如果是健保署的責任，為何不讓這家人所登錄？如果是法規有不適當或不公、不義之處？則請問醫師公會全聯會，貴會的會務應該辦得很好，為何這位醫師不知道要登錄？是醫師有其他想法？不管如何，希望能提供相關資料，改天我去拜訪，以了解未登錄的原因，是因健保署的規定太過繁瑣？還是醫師公會全聯會未解釋清楚。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

請直接建議文字如何調整，不要再論述。

鄭主任委員守夏

感謝謝委員天仁的提醒！建議修改為「每項疾病之照護執行率以成長 20% 為目標」，請健保署定義各項方案之照護執行率，因為不同疾病或須適用不同定義，例如照護率、納入率、完成率、照護執行率等都有可能。剛剛龐組長一鳴說明係以平均成長率 13% 編列預算，目前以成長 20% 為目標，也不致有因編列預算較低，卻要求太高目標值的說法。下次協商總額時，請大家有默契，訂定可達成之目標值，目前目標訂為 20% 應較務實，大家是否同意？

何委員語

可以。

鄭主任委員守夏

非常感謝！那就以成長 20% 為目標。另請幕僚同仁會後向何委員語說明糖尿病照護網的內容，衛教師、護理人員等都是計畫所要求專業人力，此係國健署之前所立的規定，有其歷史背景，執行上有點難度，這部分今天就不再討論。請蔡委員明忠。

蔡委員明忠

非常謝謝委員及健保署！有關西醫基層總額「因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(含慢性病照護之增進)」協商項目，其慢性病照護執行率目標值也請務實訂定，可否比照剛剛主席所裁示文字，慢性病照護執行率以成長 20% 為目標。

鄭主任委員守夏

- 一、請問付費者代表同意嗎？(部分付費者代表委員回應：同意)，就此確認西醫基層總額協定事項。
- 二、去年中午我們到餐廳時，工作人員都已經要休息了，所以請大家加快腳步，希望今天會議最晚到下午 1 點半結束。接下來進行醫院總額部門，請同仁宣讀。

同仁宣讀

「105 年度醫院醫療給付費用總額及其分配」

一、總額設定公式：(如書面資料)

二、總額協商結論：

經醫院部門與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定。

付費者代表方案：

(一)一般服務成長率為 5.022%：其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.395%，協商因素成長率 0.627%。

1. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(9,160.5百萬元)，應用於調整支付標準。

2. 各項協商因素及建議事項如下：

(1) 品質保證保留款(0.100%)：

① 依醫院總額品質保證保留款實施方案支付，預算應於 105 年 3 月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始得動支，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

- ②金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(104、105年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。
- (2)新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.503%)：
請中央健康保險署於104年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於105年6月底前提送執行結果(含新增項目及申報費用/點數)，若未於時程內導入，則扣減該額度。
- (3)配合安全針具推動政策之費用(0.027%)：
①配合安全針具推動政策所需預算5億元，業自102年起分年攤提編列(102、103年各編列1億元，104年編列2億元)，105年為最後一次編列，預算計1億元。
②請於105年6月底前提送執行情形(含安全針具之申報量與價格)。
- (4)提升護理照護品質(0.0%)：
請中央健康保險署持續監測相關指標(護病比、護理人力、住院護理品質指標等)，並於105年6月底前提送執行情形。
- (5)其他醫療服務利用及密集度之改變(0.032%)：
本項係肯定醫院總額醫療服務效率提升之努力。
- (6)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%)：
違規案件來自民眾檢舉或健保署主動查核，醫院總額專業自主事務雖未委託而無總額部門舉發案件，期許醫院部門發揮自主管理精神，強化內部之自律。
- (7)醫療照護整合暨服務效率提升成效，利益共享：七成用以獎勵醫療服務提供者，三成回歸保險對象(-0.032%)。
- (8)加強慢性B型及C型肝炎治療計畫：102年起由專款項目

移列至一般服務，應自105年起將病毒量檢測數據上傳至中央健康保險署資訊服務網(VPN)，做為評估成效之依據。

(二)專款項目：全年經費為 16,124.8 百萬元

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於104年11月底前完成，並於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告(新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協考量。

1.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

全年經費 4,162 百萬元，不足部分由其他預算支應。

2.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)罕見疾病、血友病藥費全年經費8,940百萬元，不足部分由其他預算支應。

(2)罕見疾病特材12.5百萬元。

(3)為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於105年6月底前提出專案報告。

3.醫療給付改善方案：

(1)全年經費876.3百萬元。

(2)辦理原有之糖尿病、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、孕產婦等7項方案。

(3)請檢討相關計畫執行內容，以提升照護率及執行成效，每項疾病之照護執行率以成長20%為目標，每年定期於健保會提出檢討報告。

4.急診品質提升方案：

(1)全年經費160百萬元。

(2)請中央健康保險署檢討方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。

5.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費1,114百萬元，導入第3、4、5階段DRGs項目。

(2)本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

(3)請中央健康保險署於105年6月底前，提出ICD-9-CM轉換為ICD-10-CM/PCS之執行情形專案報告。

6.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費60百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(2)配合支援西醫基層醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。

7.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：全年經費800百萬元。

(三)門診透析服務：

1.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，並統為運用。

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。

3.門診透析服務總成長率為3.8%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為3.273%。

(四)前述三項額度經換算，105 年度醫院醫療給付費用總額，較104 年度所核定總額成長 5.672%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 5.332%。各細項成長率及金額如表 3。

醫院代表方案：

(一)一般服務成長率為 5.453%：其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.395%，協商因素成長率 1.058%。各項協商因素及建議事項如下：

1.品質保證保留款(0.100%)：

(1)依醫院總額品質保證保留款實施方案支付，預算應於105年3月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始得動支，並於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

(2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(104、105年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

2.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.0%)：

先編列於其他預算中，專款專用，待執行穩定後再移列回醫院總額一般服務。

3.配合安全針具推動政策之費用(0.027%)：

(1)配合安全針具推動政策所需預算5億元，業自102年起分年攤提編列(102、103年各編列1億元，104年編列2億元)，105年為最後一次編列，預算計1億元。

(2)請於105年6月底前提送執行情形(含安全針具之申報量與價格)。

4.提升護理照護品質(0.271%)：

醫院護理人力短缺仍十分嚴重，衝擊其他醫事人員，為緩解醫院人力困境，續編列補助護理人力經費8億元，並增編其他醫事人力經費2億元。

5.配合勞動基準法下修每週工時40小時，整體醫務人員(扣除醫師)配置全面調整政策(0.660%)。

6.其他醫療服務利用及密集度之改變(0.0%)。

7.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款

(0.0%)。

8.醫療照護整合暨服務效率提升成效，利益共享：七成用以獎勵醫療服務提供者，三成回歸保險對象(0.0%)。

(二)專款項目：全年經費為 15,010.8 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 104 年 11 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告(新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

全年經費4,162百萬元，不足部分由其他預算支應。

2.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)罕見疾病、血友病藥費全年經費8,940百萬元，不足部分由其他預算支應。

(2)罕見疾病特材12.5百萬元。

(3)為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於105年6月底前提出專案報告。

3.醫療給付改善方案：

(1)全年經費876.3百萬元。

(2)辦理原有之糖尿病、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、孕產婦等7項方案。

(3)請檢討相關計畫執行內容，以提升照護率及執行成效，每項疾病之照護執行率以成長20%為目標，每年定期於健保會提出檢討報告。

4.急診品質提升方案：

(1)全年經費160百萬元。

(2)請中央健康保險署檢討方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。

5.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費0.0百萬元。

(2)因須從ICD-9-CM轉換為ICD-10-CM/PCS，在各方條件未完備情形下，應暫緩導入第3、4、5階段DRGs項目。

6.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費60百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(2)配合支援西醫基層醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。

7.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：全年經費800百萬元。

(三)門診透析服務：

1.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，並統為運用。

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。

3.門診透析服務總成長率為3.8%，依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為3.273%。

(四)前述三項額度經換算，105 年度醫院醫療給付費用總額，較104 年度所核定總額成長 5.790%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 5.451%。各細項成長率及金額如表 3。

三、個別委員意見表述，併送主管機關：

(一)何委員語

本人係行政院政務顧問，於本(104)年 9 月 4 日行政院召開之

政務顧問會議中，已向毛院長建議，105 年度總額協商，若發生付費者代表及醫界代表兩案併陳情況時，請必須尊重付費者代表意見，並請院長交付衛生福利部蔣部長。

(二)謝委員武吉

「維持去年的服務水準，因此只要求醫療服務成本及人口因素成長率(4.395%)，及 104 年各部門總額執行成果評核經評定為『良』級，所酌加之品質保證保留款成長率(0.100%)；至專款項目，尊重中央健康保險署政策推動」。

今天早上謝委員武吉提供之文字如下：

「既然今天無法達成共識，擬兩案併陳送衛生福利部決定，社區醫院於考量及體恤社會經濟現況之困境，尤其外界已經批評健保包山包海，提出另一方案，請併呈衛生福利部，至少讓外界看到健保會委員及醫院代表，也深刻體恤社會大眾的艱辛，健保會的各位委員並非像不負責任的政客拼命開支票，到頭來還是全民買單。建議方案如下：

收支連動係二代健保修法的主要精神，必要時甚至可以減少給付項目和範圍。今天即使無法做到減少給付項目和範圍，至少也應維持現狀，即以醫療服務成本及人口因素成長率為上限，不要再增加任何項目」。

柯執行秘書桂女

向委員說明，書面資料所呈現的個人意見表訴，其中謝委員武吉的意見於投影螢幕呈現 2 段文字，上段文字為昨晚幕僚依委員於會中發言所撰擬較精簡文字；下段文字則為今天早上請教謝委員武吉後原汁原味的文字，因屬謝委員個人的意見表訴，可否就採下段文字，不再討論。

鄭主任委員守夏

請問謝委員武吉有無意見？(謝委員武吉點頭表示同意)好。請何委員語。

何委員語

有關本人意見表訴的文字，請將「已向毛院長建議」，修改為「已向毛院長提出書面建議」，因為是以書面的方式向院長提出建議。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語。個別委員意見表述，也會併送主管機關。目前醫院總額有付費者代表與醫界代表 2 種方案，請問雙方代表有無意見？請劉代理委員碧珠。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

- 一、針對醫界代表方案，專款項目之「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」，再加以補充。所列「因須從 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS，在各方條件未完備情形下，應暫緩導入第 3、4、5 階段 DRGs 項目」，係指 ICD-10-CM/PCS 轉換結果尚未完成準確率報告前，應暫緩 1 年導入第 3、4、5 階段之 DRGs 項目，這是醫院的訴求。
- 二、醫界並非不願意推動 DRGs，因須從 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS，在各方條件均未完備情形下，健保署 ICD-10-CM/PCS 轉換後，DRGs 各群組對應正確性問題，尚未與醫界完成測試結果(單機版程式測試)，且在 ICD-10-CM/PCS 之專案轉換執行報告之準確率未達 80% 以前，應暫緩 1 年導入第 3、4、5 階段 DRGs 項目。這部分希望能納入協定事項。

鄭主任委員守夏

請參看投影螢幕，幕僚同仁正在打字，在專案轉換結果正確率...

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

未達 80% 以前。

鄭主任委員守夏

醫界可與健保署討論正確率應達多少才合理，不過此為醫院代表方案，尊重其代表所提意見。委員若無其他意見，則不再花時間討論。付費者代表委員有無意見？

謝委員天仁

有關「醫療服務成本指數改變率所增加之預算，應用於調整支付標準」部分，請問健保署，文字如何落款會較符合付費者代表的期待。我們認為應用於調升該調整的項目，而不應用於調升門診服務(門診手術除外)或初級照護相關項目的支付標準。希望門診服務盡量由基層院所執行，避免運用本項預算調整門診相關的支付標準，導致誘導醫院提供更多門診服務。

鄭主任委員守夏

付費者代表係詢問健保署意見，如何將其概念落入協定事項。請幕僚同仁先草擬文字，例如優先調整住院服務或...

謝委員天仁

限調整住院服務。

鄭主任委員守夏

請同仁配合增列相關文字。請龐組長一鳴。

龐組長一鳴

- 一、針對此點，目前已有政策指示，且歷次委員會議也請健保署朝此方向努力，本署刻正進行相關先期作業，但執行面確實有困難。隨著科技日益發達，門診手術已逐漸取代住院治療，以白內障手術為例，健保開辦初期，皆採住院治療，現則多以門診提供服務，整體醫療資源及效果都有改善。
- 二、根據過去推動 RBRVS(醫療資源耗用相對值表)的經驗，各項醫療服務包含人事及非人事成本，但都是因為人事成本增加，而須調整支付標準。因此，希望可以優先調整人事成本占率較高的支付標準項目，本署也已函請醫院協會及醫師公會全聯會，可就項目部分逐步達成共識。建議朝此原則，優先調整耗用人力成本較高的項目，若僅單純將之區分為門診、住院服務項目，執行上會有困難，向委員補充說明。

謝委員天仁

我的意思是若只限用於調升初級照護以外的支付標準項目，實務面是否可行？或應採正面表列，即限制僅能調整住院及門診手術等相關的支付標準，哪種規範方式較合宜？

滕委員西華

謝委員天仁的意見是不要調整屬輕症的支付標準項目。

龐組長一鳴

剛剛的說法是建議調整人力成本較高的項目。

謝委員天仁

初級照護相關的支付標準項目，人力成本較低嗎？

滕委員西華

請教健保署，付費者所提之調整方式哪種較合宜，或者都不適合？

蔡副署長淑鈴

了解謝委員天仁的用心，希望多調整住院項目的支付標準...

滕委員西華

因為是醫院部門，所以應該著重在住院服務。

蔡副署長淑鈴

委員希望資源合理配置，所以認為應多調整住院服務，以減少提供門診服務的誘因，使得輕症可以下轉至基層院所。但因為支付標準是逐項列表，有可能門診、住診病人都會使用到同一項檢查服務，所以若想透過此規範導正門、住診比率，採單一策略是不可能達成的。

滕委員西華

請直接建議文字，或...

蔡副署長淑鈴

醫療服務成本指數改變率本即用於反映成本變動，剛剛龐組長一鳴提到優先調整人力成本較高的項目，但未來細節仍要透過協商。人

力確實是醫療市場上占率最高的成本項目，因為需要投入人力照顧病患。

何委員語

請教衛福部，醫界一直認為內、外、婦、兒、急診等 5 大科醫師愈來愈短缺，以前曾調升 5 大科診察費 17%。今年醫療服務成本指數改變率非常高，有 90 多億元，請問可否分配一半的預算用以調整 5 大科的支付標準？

蔡副署長淑鈴

回應何委員語，105 年度醫院總額之醫療服務成本指數改變率，約可增加 90 多億元預算，金額確實非常高。何委員所提到的內、外、婦、兒科等議題，醫院總額於 102 年已投入 50.54 億元，前、後幾年也陸續投入不少資源。目前內、外、婦、兒科的生態已有改善，持平而論，建議這部分無須落入協定事項，可留供本署與醫界雙方未來討論支付標準調整議題時處理，會調整在大家覺得最需要的項目。醫療生態問題很多，並非此項措施執行後，就能改善所有狀況。

謝委員天仁

請問初級照護是否會發生在住診服務，抑或僅有門診服務？

蔡副署長淑鈴

只有門診服務。

謝委員天仁

那就對啦！

蔡副署長淑鈴

但初級照護最主要的支付標準項目為診察費，然診察費並未依疾病嚴重度，區分為輕症或重症之診察費。輕症門診可能需要診察、用藥或簡單的檢查項目，甚或無須檢查；若患者病情較為複雜，可能還需進一步執行較複雜的檢查項目，因此很難在一開始即判定屬重

症或輕症，因此也未將診察費再加以區分。

謝委員天仁

如果申報系統有設定哪些屬初級照護服務，則較容易區分；若健保署執行上有困難，沒關係，也可依照原列文字。

蔡副署長淑鈴

謝謝！

吳委員肖琪

謝委員天仁應是關心醫療體系的衡平性，昨天補充資料呈現各層級醫院門診、住院費用分布情形，醫學中心門診占率，在 99 年為 49.81%，至 103 年，已提升為 53.24%。謝委員天仁是請教健保署有何方法可以引導大醫院降低其門診費用占率。

謝委員天仁

沒關係，若健保署無法執行，就照原列文字。

鄭主任委員守夏

溝通的過程，大家可了解付費者代表期待將錢用在刀口上，健保署也清楚委員的用意。健保署與醫界討論時，也許無法以單一方案達到目的，例如內、外、婦、兒、急診等 5 大專科所面臨的問題不盡相同，單以調整支付標準的手段，尚無法解決所有問題。先請大家信任健保署會善用智慧與醫界討論，達成最佳方案。大概只能這樣，實務操作真的不容易，委員可否同意就照螢幕投影的文字(醫療服務成本指數改變率所增加之預算 9,160.5 百萬元，應用於調整支付標準)?(未有委員表示反對)好！請潘委員延健。

潘委員延健

一、針對昨天醫改會的記者會，醫學中心協會有完整的新聞稿，本不想隨之起舞而浪費大家時間，不過既然有人問起，請容許我們花點時間解釋、說明。(請醫學中心協會的秘書將完整的新聞稿發送委員參考)

二、醫改會提到 4 項指標(門診費用占率、初級照護比率、慢箋開立比率、門診量績效值)，每項都有其特定的監控意義，但不能依此做單一解釋。例如，門診手術是醫療科技發展的趨勢，化療、放療等都會導致門診費用增加，不但降低整體醫療費用，也減少住院，可將病床提供給有需要的病人，減少病床不足的壓力。近年健保署逐年開放癌症標靶藥物、器官移植後抗排斥藥物、罕病用藥等高價用藥，此類病人多於醫學中心就醫，造成門診費用增加；初級照護比率，是以主診斷認定，但醫學中心有 90%屬多重疾病診斷，不能只以主診斷認定，病人可能為癌症或多重慢性病患，惟本次係因感冒就診，難道就要將之下轉嗎？且醫療行為是病人自主選擇，醫院不能拒絕病人，也不希望造成病人誤解；有關慢箋開立比率，顯示醫學中心與各層級醫院比率近年呈現提升趨勢，惟各醫院病人結構特性不同，除了以單一時間點的比較外，應再比較各醫院的成長率更具積極意義。尊重各項指標所代表的涵義，但不宜以單一指標解讀。在此僅做基本說明。

鄭主任委員守夏

本會為監理業務所需，訂定多項監理指標，其中包含醫學中心急診病患之上轉、下轉情形，未來可逐步收集並定期看到相關資料，相信 1、2 年後，應有更多相關實證數據可供進一步討論。

滕委員西華

須修改「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」項目之文字。

鄭主任委員守夏

付費者代表方案嗎？

滕委員西華

只有一句話而已。

鄭主任委員守夏

好！

滕委員西華

所呈現的文字與昨天的結論不太相同。建議修改為「請中央健康保險署於 105 年 6 月底前，提出 DRGs 相關診斷分組分類中，ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 之執行情形專案報告」。希望健保署分析 DRGs 分類的正確性，使能有更具體的資料呈現，而非泛指所有 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 執行情形。

鄭主任委員守夏

這部分應沒問題。

龐組長一鳴

沒問題。

鄭主任委員守夏

請龐組長一鳴。

龐組長一鳴

也是就此項表示意見，ICD-10-CM/PCS 太過複雜，滕委員西華係指衛福部所有的業務，只要與 ICD-10-CM/PCS 編碼有關的都要一併轉換？

滕委員西華

不是！

龐組長一鳴

另建議專款項目之「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」項下(3)，比照之前建議，於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提出專案報告。

柯執行秘書桂女

系統性的文字修正，可否授權幕僚修改。

龐組長一鳴

好，謝謝！

鄭主任委員守夏

還有無其他修正建議。請楊委員麗珠。

楊委員麗珠

針對醫院代表方案，昨天協商時，僅以附表討論，一般服務中，「提升護理照護品質」協商因素項目，我的認知是用於補助護理人力，預算為 10 億元；惟今天文字卻呈現「…，續編補助護理人力經費 8 億元，並增編其他醫事人力經費 2 億元」，與昨天討論內容不相符，我想確認，項目是「提升護理照護品質」而內容卻含有醫事人力，這不合宜，我們還是爭取 10 億元。

滕委員西華

請問文字在第幾頁？

柯執行秘書桂女

第 5 頁。

鄭主任委員守夏

請醫院代表說明。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

昨天討論醫院部門時，口頭報告有提到包含護理及醫事人力。建議本項修改為「提升護理及醫事照護品質」。

鄭主任委員守夏

請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

昨天雖以表格的數據進行協商，但口頭說明時我一再強調，現在護理人員待遇的調整，已排擠藥師、醫檢師等其他醫事人員，因此醫院代表提出的版本，有提到護理人力經費 8 億元，其他醫事人力經費 2 億元。

鄭主任委員守夏

謝謝！楊委員麗珠已清楚了解。委員還有無其他意見？若沒有，醫

院部門確認至此，將兩案併陳報請主管機關決定。接下來進行中醫門診總額之確認。因為今天早上才完成中醫部門的協商，請委員參看剛剛發送的資料，請同仁宣讀。

同仁宣讀

「105 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：(如書面資料)

二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 3.401%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 3.207%，協商因素成長率 0.194%。
- (二)專款項目全年經費為 286.4 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，105 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 104 年度所核定總額成長 3.927%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 3.566%。各細項成長率及金額如表 4。

三、總額分配相關事項：

(一)一般服務(上限制)：

- 1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(580.5百萬元)，應用於調整支付標準。
- 2.品質保證保留款(0.100%)：
 - (1)依中醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，預算應於105年3月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始得動支，並於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
 - (2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(104、105年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。
- 3.其他醫療服務利用及密集度之改變(0.364%)：分兩年調校診察費合理量之計算公式，105年度原編列200百萬元，經扣

減104年度所編120百萬元預算已納入基期部分，計增加80百萬元。106年度編列250百萬元。

- 4.腦血管疾病及顱腦損傷患者中醫特定疾病門診加強照護計畫由專款移列至一般服務後執行率偏低之減列(-0.193%)，105年度上半年預算執行率若未達80%將按比例扣款。
- 5.小兒腦性麻痺及小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫由專款移列至一般服務後執行率偏低之減列(-0.068%)。
- 6.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.009%)。

近3年之違規案件，多數來自民眾檢舉或中央健康保險署主動查核，由中醫門診總額相關團體舉發之案件為「0」，期許醫界發揮自主管理精神，強化內部之自律。

(二)專款項目：全年經費為 286.4 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 104 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 104 年 12 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告(新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

- 1.醫療資源不足地區改善方案：全年經費106.5百萬元，辦理無中醫鄉巡迴醫療服務計畫及開業計畫。
- 2.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：全年經費113.0百萬元，包含腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護等4項。
- 3.提升孕產照護品質計畫：全年經費32.0百萬元。
- 4.特定疾病門診加強照護：全年經費14.9百萬元，於支付標準第四部第九章特定疾病門診加強照護新增乳癌、肝癌等2項服務。

5.學齡兒童過敏性鼻炎照護計畫：

(1)全年經費20.0百萬元。

(2)請於105年6月底前提送相關論質計酬或論病例計酬方案至全民健康保險會通過後預算始得動支。

鄭主任委員守夏

謝謝同仁的宣讀，請問有無須修正處，先請中醫部門代表張代理委員景堯。

張代理委員景堯(何委員永成代理人)

主委、各位委員、健保署長官及所有與會者大家好，協商結果雖與我們的期待有差距，但中醫部門既然接受協商結果，未來對健保會委員、評核委員、健保署長官等的指教與期許，我們都會虛心檢討改善。就一般服務部分表達幾個想法：

一、有關「5.小兒腦性麻痺及小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫由專款移列至一般服務後執行率偏低之減列」，存有兩個問題，牙醫部門的寫法為「預算執行率連2年未達30%者，扣其原編預算之50%」，但從昨天和今天的討論，對中醫的標準卻是執行率未達50%，扣減50%，因此對於各部門的一致性，我們有些疑慮，想在此確認，對中醫部門與牙醫部門是否存在有兩套標準。

二、「4.腦血管疾病及顱腦損傷患者中醫特定疾病門診加強照護計畫由專款移列至一般服務後執行率偏低之減列」，提及「105年度上半年預算執行率若未達80%將按比例扣款」，這部分對應牙醫部門的寫法，是否對中醫設定較高的門檻或對中醫較嚴格？我們才第1年執行，105年度上半年預算執行率若未達80%就將按比例扣款，看起來寫法較牙醫門診總額嚴格許多。另外，按比例扣款，是按原來比例或被扣款以後之比例來計算？

三、「6.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」

提及「近 3 年之違規案件，多數來自民眾檢舉或中央健康保險署主動查核，由中醫門診總額相關團體舉發之案件為『0』，期許醫界發揮自主管理精神，強化內部之自律」。應討論認定條件為何？及各分區的中醫門診總額執行委員會已有提報健保署業務組建議列管的監控對象；我想這是名詞不同的問題，難道中醫門診總額執行委員會提報不算舉發？中執會在與分區業務組的例行會議中，應已提供列管或監控的名單給健保署，但在這裡看到中醫門診總額相關團體舉發之案件為「0」，未來希望能與健保署討論總額相關團體舉發的定義，否則中醫界有提報，最後卻是以扣款處理。

鄭主任委員守夏

舉發的部分，等一下請健保署說明。如擬討論協商的數字，今日委員會議不會再討論，僅確認協商結論的文字內容。

張代理委員景堯(何委員永成代理人)

我知道，只是提出中醫界的疑慮。

鄭主任委員守夏

是否有兩套標準，抱歉！現在無法再細談。張代理委員景堯如擬建議修改文字內容，我們可以討論，若擬討論數字，則有困難。請問付費者代表對中醫部門所提疑慮，是否要說明？請謝委員天仁。

謝委員天仁

我不是要回應中醫代表的提問，是要提出適法性事項。105 年度核定醫療給付費用總額及其分配公告，一定是 105 年度執行的項目，不可能列入 106 年度的內容。在「其他醫療服務利用及密集度之改變」中，呈現「106 年度編列 250 百萬元」文字並不適合，建議刪除，在總額協商發言實錄呈現即可。

鄭主任委員守夏

請問付費者委員是否有共識？

謝委員天仁

相關文字將會在協商發言實錄中呈現。

鄭主任委員守夏

請張代理委員景堯。

張代理委員景堯(何委員永成代理人)

以中醫界立場，當然是希望「106 年度編列 250 百萬元」能在「105 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配」中呈現。其次，既然能在總額協商發言實錄中呈現，而且主席也承諾列入委員會議事錄，應該也可以在此呈現。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

有關中醫部分 105 年度總額協商醫療密集度改變項目，付費者代表既然已經同意分 2 年度編列預算，建議將「106 年度編列 250 百萬元」修正為「建議 106 年度繼續編列」，或是不列出金額，或者 106 年度中醫總額編列時，付費者全部同意編列，以會議紀錄為憑。

謝委員天仁

這是法制的問題，標題既然是「105 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配」，就不應該提及 106 年度的事項，在總額協商發言實錄中將會呈現即可。若是服務量有回復到原先預期的水準，我們可以將經費補回來，明年協商時，可拿協商發言實錄要求兌現，若是付費者代表委員不同意，再來向付費者代表爭取也還來得及，因衛福部沒有權利提早核定 106 年度的預算。

鄭主任委員守夏

關於實際執行層面，現在要公告 105 年度醫療給付費用總額及其分配，事實上是不適合提及 106 年度的事項。若是擔心昨天協商的實錄內容太多，今天的會議也是屬於委員會議，可以將相關文字列在

委員發言實錄中，即「付費者同意於 106 年度繼續編列預算」。請問各位委員是否同意如此處理？健保會委員會議紀錄(含實錄)代表委員同意，係有足夠的位階。請龐組長一鳴。

龐組長一鳴

- 一、專款部分，除了「醫療資源不足地區改善方案」，其餘「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「提升孕產照護品質計畫」、「特定疾病門診加強照護」、「學齡兒童過敏性鼻炎照護計畫」等 4 項，都具有試辦性質，請問「試辦」文字是否刪除或保留，徵詢各位委員意見。
- 二、第 4 項「特定疾病門診加強照護」涉及支付標準的章節安排，建議刪除「於支付標準第四部第九章特定疾病門診加強照護」文字授權健保署處理，文字修正為「全年經費 14.9 百萬元，新增乳癌、肝癌加強照護計畫」。

高專門委員世豪

健保署在此回應中醫界，有關違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之個案扣款問題，健保署對於經過裁處的個別案件，如果線索來源為中醫界，健保署皆已從寬認定。

鄭主任委員守夏

- 一、相信健保署對牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院總額 4 個部門自主舉發的標準是一樣的，中醫界可以放心，不會對中醫界特別好或特別壞，建議可以詢問其他總額部門。
- 二、關於龐組長一鳴所提執行面部分，是否同意...

謝委員天仁

主席，我要問的是...

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

我們不太瞭解專款部分，有些是試辦計畫，部分是非試辦計畫，兩者有何差異？若是沒有差異，不知為何要有「試辦」文字。試辦計畫是因沒有法令依據，或違反法令，所以用試辦，例如藥品差額負擔。請問沒有法令依據可以試辦嗎？

鄭主任委員守夏

如果沒有特別的差異，則沿用原來專案的名稱，不論有無「試辦」文字，如同蔡委員宛芬所言，有些試辦計畫才剛開始執行，有些屬於很容易推行，有些則很難推行，各計畫有其特性，可以配合修正，建議授權健保署處理。若委員對個別計畫非常瞭解，例如有特別證據知道計畫的好壞，可以請健保署對個別計畫進行報告，或是減列該計畫的經費。請將「並於 105 年 6 月底前提報執行成果及成效評估報告」，修改為「並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告」。請張代理委員景堯。

張代理委員景堯(何委員永成代理人)

- 一、關於「小兒腦性麻痺及小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫由專款移列至一般服務後執行率偏低之減列」，文字為「執行率偏低」，與牙醫為「新增支付標準預算執行率連兩年未達 30% 者，扣回其原編預算之 50%」不同，中醫的部分「執行率偏低」似乎沒有明確定義，建議仿照牙醫部門的文字。
- 二、因為時間匆促，發現「105 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配」部分數據及符號誤植或遺漏，例如表 4「其他醫療服務利用及密集度之改變」遺漏「%」，「其他議定項目」之「小兒腦性麻痺及小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫由專款移列至一般服務後執行率偏低之減列」其數值誤植，請予以修正。

鄭主任委員守夏

- 一、請幕僚協助修正數字及補上%符號。

二、所謂「執行率偏低」，係協商時用語，每個總額部門都不太一樣，因為不是原則，文字沒辦法比照牙醫。牙醫是連續兩年的執行率偏低，其為部門自行提出的減列項目；而中醫的項目，係協商時委員所提出，現在反映的是協商的紀錄。至於公告是否適當？請委員提供意見，文字有無需要特別考量。特別澄清，中醫的情況與牙醫不同，無法採一致的原則處理，所以文字不同。例如自行舉發不列入扣款是屬於原則，因此處理原則有其一致性，這部分請張代理委員景堯諒解。接著進行健保署主管的其他預算，請同仁宣讀。

同仁宣讀

「105 年度全民健康保險其他預算及其分配」

一、105 年度其他預算減少 958.0 百萬元，預算總額度為 10,358.9 百萬元，採支出目標制，由中央健康保險署管控，各細項分配如表 5。

二、預算分配相關事項：

(一)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

全年經費 605.4 百萬元，請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

(二)非屬各部門總額支付制度範圍之服務：

1.全年經費4,000百萬元，用於助產所、護理之家照護、居家照護、在宅醫療、精神疾病社區復健及安寧居家療護等所需經費；在宅醫療應增加照護人數。

2.請於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

(三)支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費及器官移植、西醫基層總額慢性 B 型與 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費：全年經費 300 百萬元。

(四)推動促進醫療體系整合計畫：

- 1.全年經費1,100百萬元，用於「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」3億元、「區域醫療整合計畫」3億元、「提升急性後期照護品質試辦計畫」4億元，及「跨層級醫院合作計畫」1億元。
- 2.上述「區域醫療整合計畫」係以論人計酬試辦計畫(試辦屆滿，朝鼓勵醫療整合方式修訂)修改而成，其中並融入相關子計畫，參加計畫之團隊應將家庭醫師整合性照護計畫、醫院以病人為中心門診整合照護計畫等予以整合，以提供全人式照護。
- 3.«跨層級醫院合作計畫»若執行情況良好，而有經費增加需求，在往後優先增加其經費。
- 4.新增計畫內容原則於104年12月底前完成相關程序，各計畫請於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告(新增方案僅需提供初步執行結果)。

(五)其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費：

- 1.全年經費1,000百萬元。
- 2.含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用。
- 3.經費之支用，依全民健康保險會第1屆103年第11次委員會議通過之適用範圍與動支程序辦理。

(六)提升ICD-10-CM/PCS 住院編碼品質：

- 1.全年經費100百萬元，費用申報應全面採ICD-10-CM/PCS編碼外，並提升其正確性。
- 2.請於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

(七)鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施：

- 1.全年經費1,100百萬元。
- 2.當年計畫之執行若超出11億元，同意隔年可增編，惟預算以22億元為上限。

3.請於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

(八)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1,404.5百萬元。

2.請於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

(九)慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：

1.全年經費404百萬元。

2.用於繼續推動末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)，及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。

3.應與品質獎勵扣連，並與糖尿病醫療給付改善方案等相關計畫整合。

4.請於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

(十)提升保險服務成效：

1.全年經費295百萬元。

2.請中央健康保險署應委託第三團體抽驗同成分規格之原廠藥與學名藥，以檢視其藥效與品質是否相當。

3.請於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

(十一)高診次民眾就醫行為改善方案-藥事居家照護：

1.全年經費50百萬元。

2.應嚴格檢討計畫內容，且收案對象應依中央健康保險署提供之輔導對象名單擇取收案對象。

3.請於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。若無具體成效，未來不應再編列預算。

鄭主任委員守夏

委員有無修正意見？請謝委員天仁。

謝委員天仁

內容涉及 106 年度的部分建議不宜呈現，只要列入委員會議實錄即可，例如「(四)推動促進醫療體系整合計畫」之「3.『跨層級醫院合作計畫』若執行情況良好，而有經費增加需求，往後優先增加其經費」；「(七)鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」之「2.當年計畫之執行若超出 11 億元，同意隔年可增編，惟預算以 22 億元為上限」等文字，建議全數刪除。明年協商總額時，假使「跨層級醫院合作計畫」執行情況良好，或「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」執行超出 11 億元時，健保署可依委員會議實錄編列相關預算。

鄭主任委員守夏

請潘委員延健。

潘委員延健

- 一、關於「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」，現已有初步成效，醫界對此項目也多所期待，請委員參看會議資料第 102 頁，幕僚補充說明所列評核委員意見「如何克服個人資料保護法的限制，以利醫療院所下載病患資料進行批次判讀，…」等文字並未納為協定事項，但若採批次判讀，可先於電腦進行比對，以避免重複用藥的問題，惟須先請病人簽署同意書，增加醫院作業及病人不便，因此建議將該段文字列入，簡化作業程序。
- 二、至評核委員意見中，有關「並輔助臨床決策，是未來研議方向」乙段文字，個人建議再補充部分文字，即「提供醫療院所三同藥品的對照資料，以輔助臨床決策」。現行醫療院所執行重複用藥比對時，是以 ATC(Anatomical Therapeutic Chemical Classification，解剖學、治療學及化學分類系統)編碼，每家醫院

最多使用一千多種藥，惟健保藥品多達四萬餘項，對於未曾使用的藥品，醫院並無能力進行專業比對。建議將上述文字列入協定事項，以減少目前還要醫院請病人簽署同意書的繁瑣程序，如此對擴展運用檢驗、檢查資訊，以輔助臨床決策具有關鍵性助益。

鄭主任委員守夏

請健保署說明此建議是否可行。至於幕僚補充說明所列「如何克服個人資料保護法的限制，以利醫療院所下載病患資料進行批次判讀，...」等相關文字，是否有必要列入？請委員表示意見。

滕委員西華

健保只要與個資有關的資料釋出與運用，都需符合法規。

鄭主任委員守夏

如果未指明要特別執行的經費項目，可以不須敘明，本項並非第一年執行。

潘委員延健

但醫院端在今年才開始採批次下載及以電腦事先比對，各醫院都耗費相當多人力請病人於門診或住院前簽署同意書。建議能在此呈現文字，或請健保署研議相關措施，以減輕醫院在法律層面的擔憂。

鄭主任委員守夏

據說醫院是被健保署半強迫，並要求病人一定要簽署同意書，但此議題與總額協商的額度並未有直接相關。若目的是讓體系運作更為順暢，醫院不要負擔太重，建議可於健保會提案討論，此議題與總額協商沒有直接相關。至於以雲端藥歷查詢系統進行藥品之 ATC 比對部分，請健保署說明。

施組長如亮

此部分會後再請教潘委員延健。

鄭主任委員守夏

若屬執行面問題，可能不需在此落款，歷來都由健保署與醫界協商後執行。請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

- 一、有關「提升保險服務成效」，感謝委員同意自 104 年起編列預算，其主要用在提升資訊相關軟硬體，特別是建立雲端系統，及健保署與院所間傳遞資訊所需之軟、硬體設備，未來對節省醫療資源的浪費，極具成效。健保署於 104 年度總額協定後立刻編入健保基金預算，惟因立法院較晚核定，致執行面也慢下來，所以 104 年執行率偏低，但相關計畫均已逐步進行。本來今年要執行的計畫，因為預算審議關係，導致遞延執行，今年未完成的事項會在年底及明年間執行，爰希望能比照 97 年其他預算中「鼓勵提升健保 IC 卡登錄及上傳資料之品質」項目，增列「104 年節餘預算得累積流用至次年同項計畫」等文字。
- 二、「提升保險服務成效」項下所列「2.請中央健康保險署應委託第三團體抽驗同成分規格之原廠藥與學名藥，以檢視其藥效與品質是否相當」，不曉得第三團體的定義為何？

滕委員西華

此段文字會要求修正，因與昨天協商的內容不符。

鄭主任委員守夏

委員是否同意健保署的說明。

蔡副署長淑鈴

還是依委員建議，先修改相關文字。

鄭主任委員守夏

委員是否同意健保署的訴求？

滕委員西華

- 一、健保係屬基金預算，是收支併列，立法院審議基金預算時，若

與前年度變化不大，一般而言是不會限制執行的業務範圍，更不用說基金的性質屬收支併結算，沒有所謂因立法院審議預算期程，致影響執行率這件事。若有影響，應該是整體健保基金都會受到影響。

二、專款項目均屬零基預算，沒有隔年流用的情形。健保署應該比各部門更嚴格遵守原則才對，要求各部門於編列預算時提出計畫，也應自我要求提出所規劃的執行方案。請蔡副署長淑鈴諒解，此部分健保署應可運用其他行政經費加以改善。

三、「提升保險服務成效」項下所列「2.請中央健康保險署應委託第三團體抽驗同成分規格之原廠藥與學名藥，以檢視其藥效與品質是否相當」，建議文字修改為「請中央健康保險署應委託食品藥物管理署以外之機關團體抽驗健保給付之藥品，以檢視其藥效與品質」，昨天已經列舉非常多機構。沒有所謂「藥效與品質是否相當」，我們強調的是藥品品質。

蔡委員宛芬

若藥品未做人體實驗，能否訂出藥效？

蔡副署長淑鈴

應是藥品品質。

蔡委員宛芬

能否訂出藥品品質？

滕委員西華

建議這種專業問題，可以私下討論。醫學中心的實驗室，例如臺大醫院每年都會抽驗所採購的藥品品質是否與許可證相符，執行並無困難。但目前並未規定醫院要進行生體相等性(BE)試驗。

蔡委員宛芬

療效係指生體相等性(BE)嗎？沒有進行生體相等性(BE)就不會有療效嗎？

滕委員西華

建議不要在此討論專業問題，我們就是要抽檢藥品品質？文字可以這樣寫，但須定義何謂藥品品質。

蔡副署長淑鈴

滕委員西華剛提及基金預算收支併列的概念並沒有錯。但在立法院還未審核通過前，基金預算中原例行編列的項目可以提早執行，惟本項係屬基金預算中之新增項目，故一定要等立法院核定後才能執行，確實有這樣的限制。104 年立法院已審議通過，未來年度就沒有此問題。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

如同蔡副署長淑鈴所提，立法院的效率大家都心知肚明。有些法案若涉及個人利益，可能會很快處理，但有些法案屬於民生法案或事不關己的法案，可能躺在立法院好幾年，這是常有的事。如果屬常態性預算，雖預算未通過，但可照舊預算執行；若屬新案，第 1 年執行時因沒預算，需等立法院審議通過後才能實施，可能會延宕一段期間，導致影響預算執行率，支持蔡副署長淑鈴所言。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、衛福部一定是核定當年度專款項目之預算，可以容許因當年度結帳時間較晚，致延至隔年再支付費用。惟若當年度(105 年)未執行，而遞延至 106 年，我認為已牽涉 106 年度總額預算的問題。預算若要流用，法令上並非不行，假若 105 年無法執行，則請健保署於協商 106 年度預算時，再補充這部分資料，這樣才能據以執行。不能現在就要衛福部核定 106 年可以支用 105 年預算。若執行年度會跨到 106 年，我認為應於編列 106

年度預算時再處理。

- 二、每年編列「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」22 億元的預算，也有類似問題，健保署建議分 5 年編列，所以預計編列 110 億元。每年未執行的預算，不可流用至下年度，若下年度有需要，則應重新編列預算，且應補充相關的資料，邏輯上這樣才正確。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

- 一、我認為現在協商 105 年度預算，就只能同意 105 年度的相關事項，不能干涉到 106 年度預算，如屬結算作業問題，則可延後。國家預算也是一樣，不是在 12 月底就結算。
- 二、協商這麼多年，發現醫療體系有很多缺失及不符實情的狀況。建議健保署邀集各部門總額，檢討體制及不符社會現況與需求的情形，並修正相關作業程序與細節，這樣國家才會進步。不然每年召開總額協商會議時，發現很多問題一直存在，整體醫療體系的發展也窒礙難行。懇請健保署長官多用點心力，醫療體系加以改革，這是我們的期望。

鄭主任委員守夏

請蔡副署長淑鈴簡短發言。

蔡副署長淑鈴

贊成剛剛謝委員天仁所提意見，今天並非協商 106 年度總額預算，現在談的是 104 年(第 1 年)編列本項預算時，因為立法院尚未審議通過，致較晚執行，而衍生 104 年度預算流用的問題。拜託請委員同意只要在今年「提升保險服務成效」項目中增列：「104 年未用完之專款，可以累積到 105 年同項專款」，不會有謝委員天仁所提，流用至 106 年的問題，因為只有第 1 年才會產生此問題。

謝委員天仁

法理上這樣站得住腳，104 年協商 105 年度總額預算時，假設 105 年度框列 295 百萬元，因 104 年尚未完全支用，希望保留至 105 年，這樣法理上沒有問題。

滕委員西華

健保署希望 104 年未執行的費用可以流用或保留至 105 年？

謝委員天仁

健保署是因 104 年度未執行完全，於協商 105 年度總額時，提出 104 年未執行預算保留至 105 年之建議，因屬 105 年度總額預算協商範圍，此提議在法理上沒有問題。

蔡委員宛芬

請問蔡副署長淑鈴剛提到 104 年預算未支用完，要流用至 105 年，係指哪項計畫，預算多少？因為並未提供相關參考資料，請問確定要流用多少預算？

蔡副署長淑鈴

向委員說明，因為「提升保險服務成效」項目於 104 年才開始辦理，健保署於總額協定後列入預算書，也通過層層關卡，歷經行政院主計總處(因經費編列於基金預算)，及國發會(因涉及資訊相關計畫)的審查程序，前端確實耗費許多行政作業時間，最終各單位才同意健保署編列此項預算，致執行時間延滯。剛剛委員詢問究竟年底可以執行多少，目前預估約 9 千萬元。

蔡委員宛芬

目前編列多少預算？

蔡副署長淑鈴

104 年「提升保險服務成效」項目，預算 285 百萬元，預計流用 195 百萬元至 105 年。

謝委員天仁

105 年「提升保險服務成效」預算為 295 百萬元，健保署希望 104

年同項預算(285 百萬元)可以流用部分經費至 105 年，這樣應該可以。

蔡副署長淑鈴

對，就是這樣！感謝委員天仁。

鄭主任委員守夏

請陳委員聽安。

陳委員聽安

我們現在討論的是昨天晚上健保署提出的協商草案，但昨天並未討論流用議題，是今天才提出，這樣是否符合協商規定？預算法有申請保留款的相關規定，請主計總處代表協助說明。

滕委員西華

除了陳委員聽安的意見外，再次強調，各部門總額也都有此現象，如果健保署的預算因為立法院怠惰未審議完成，預算就可以保留，各部門總額也可提出，是因無合適方案，或健保署不同意其方案內容，所以延至 6 月才執行，這是常有的事。如果因為行政程序延宕，就以此做為預算保留的理由，那各部門總額都可沿用此方式，沒有道理只有健保署可以保留預算。難道各項專案至年底未執行完全，就都可以納入隔年預算？沒有道理只讓健保署例外處理。

黃署長三桂

一、有關「提升保險服務成效」這筆預算是經去年總額協商會議通過，今年元月報部同意後才能開始進行行政作業，健保署是行政單位，當依預算編列及執行規定辦理相關事宜，為讓健保署能在最快時間內動支此預算，從辦理預算書編列到計畫送審查過程期間，健保署不斷與主計總處、國發會協調溝通，整個行政程序繁複且冗長，加上送立法院審議程序，前端行政作業確實耗費很多時間，因此遞延本署執行時間。所以與滕委員西華所提情況不太一樣，這是本署首次經歷到的經驗。本預算編列其主要用在提升相關軟硬體的資訊設備，提升保險對象就醫品

質，健保署懇請委員支持讓我們可以繼續執行本項計畫。

二、向委員報告，健保署在預算經費拮据的情況下，規劃雲端藥歷查詢系統，透過雲端藥歷查詢系統，提升民眾用藥安全及品質，也節省重複用藥的費用，經統計 103 年第 4 季就節省 56 億元。所以本項投資非常重要，健保署希望可將 104 年之 195 百萬元預算流用至 105 年使用。委員提到專款經費不能流用的意見，健保署完全尊重。但本案確實情況較為特殊，希望委員可以了解。

鄭主任委員守夏

現在已經下午 1 點 40 分，餐廳跟同仁說最晚 1 點 30 分要到達。

何委員語

請問黃署長現在未支用完的預算，可否於 12 月底前全部標出？若可以全部標出，贊成健保署使用本項流用經費。

黃署長三桂

向委員報告，若規劃「提升保險服務成效」計畫項目可以在年底前全部標出，如同剛剛謝委員天仁所提，法律上完全不會有問題，健保署也就不須在此向委員提出 104 年之 195 百萬元預算流用至 105 年的請求。就是在實務上不可行，所以才會提出此訴求。

謝委員天仁

協商程序上，陳委員聽安所提正確，今日委員會議只應處理昨天協商文字有無須加強的部分，在此提出流用議題，程序上確實有疑義。但實質上，有些委員將之當作 104 年舊案的流用。依我的看法，只是從 104 年度基金預算中掏出部分預算，在 105 年度重新編列，所以認為這是 105 年度新案，健保署只是將 104 年基金預算納入 105 年度之提升保險服務成效項目中，所以應該是新案而非舊案。

鄭主任委員守夏

抱歉，再次提醒，餐廳已經打電話詢問同仁，到底要不要過去用

餐。同仁一直回答快了！去年討論「提升保險服務成效」項目時，謝委員天仁就提醒，本案遊走在法律邊緣。今天所談的，與 105 年度總額無關，建議文字不列入 105 年度全民健康保險其他預算及其分配事項中，只列在會議紀錄，在會議紀錄附帶決議，意思大抵就是「104 年係第 1 次編列提升保險服務成效之預算，所以同意可在 105 年度流用」。

滕委員西華

主席，您可以下結論，但我要列名不同意。

鄭主任委員守夏

所有委員的發言，都會呈現在發言實錄。明年各部門總額執行成果發表暨評核會議，都會呈現各方案的執行情形。委員既然有意見，就請健保署在執行面更加努力，讓委員可以放心。後面還有一項專案報告！

吳委員玉琴

對不起！剛剛討論得很激烈，所以來不及發言。請問「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」，昨天討論時考慮到預算執行率未達 100%，所以編列 40 億元。協定事項列有「在宅醫療應增加照護人數」，但昨天討論時大家並未反對「放寬安寧居家醫師訪視合理量」，所以可否將之列入協定事項？因為昨天協商時，可擴大「非屬各部門總額支付制度範圍」之服務，已被認可，預算為 40 億元，支應舊有及新增的項目。是否如此？

鄭主任委員守夏

因為文字未特別註明，所以助產所、護理之家照護、居家照護、在宅醫療、精神疾病社區復健及安寧居家療護等所需經費，均包含在 40 億元內。

吳委員玉琴

我了解，但昨天有特別增列「放寬安寧居家醫師訪視合理量」、「在宅醫療應增加照護人數」2 項，請問是否照列？

鄭主任委員守夏

請將「放寬安寧居家醫師訪視合理量」列入協定事項。

吳委員肖琪

主席！1 分鐘就好。「推動促進醫療體系整合計畫」項下之「提升急性後期照護品質試辦計畫」，在擔任委員 3 年來已第 3 次提出其應該強化與社區及居家式服務連結，否則會擠壓急重難症的點值。現在衛福部醫事司可能要將急性後期照護納入醫院設置標準，這樣台灣會和全世界的制度都不相同，將急性後期照護著重在醫院發展，而且是特殊病床。但全世界都是往社區及居家方向發展，建議「提升急性後期照護品質試辦計畫」應往社區及居家發展。

鄭主任委員守夏

這是個未來方向，希望急性後期照護盡量往社區發展。實務上如何執行，請健保署多費心、努力。協定事項列原則即可，如何執行還需健保署與醫界討論。

吳委員肖琪

若醫學中心將資源投入在特殊病床，且朝向以急性照護方式提供服務，這樣無法達到垂直整合的效果。在此提醒委員。

鄭主任委員守夏

將「提升急性後期照護品質試辦計畫應往社區化發展」文字納入協定事項。這是個原則，實務如何執行，請健保署往此方向努力。

陳代理委員炳宏(李委員永振代理人)

請委員參看會議資料第 130 頁，追蹤表第 12 項「研修全民健康保險法施行細則重點報告」，由於今天會議時間所限，該重要議案未提出報告，建議改為「繼續追蹤」。

鄭主任委員守夏

可以改為繼續追蹤。今天還有個具時效性的專案報告。

滕委員西華

專案報告有什麼時效性？

曲委員同光

本案為政府每年度負擔健保總經費 36% 的議案。上個月已經報告過，委員也提供許多寶貴意見，這次提報再研修案，是因預告之修正案原要刪除全民健康保險法施行細則第 45 條條文，但本會委員建議不要刪除。本案時間非常緊迫，而專案報告的書面資料已清楚敘述，所以建議請委員參閱，若有寶貴意見則於一週內，以書面的方式提供指教，我們會併同 8 月份委員所提的建議綜合處理。

鄭主任委員守夏

本案重點是建議不刪除全民健康保險法施行細則第 45 條條文。

滕委員西華

可以於兩週內回復意見嗎？

曲委員同光

可否在一星期內回復？請委員於 7 個工作天內回復書面意見。

柯執行秘書桂女

請委員於 7 個工作天(不是日曆天)回復書面意見。

曲委員同光

請將書面意見交由健保會幕僚轉給社保司。

柯執行秘書桂女

請委員授權幕僚可以針對今天的資料再進行系統性整理，因為難免還會有前後文字不盡一致的情形。

謝委員天仁

好，贊成！

鄭主任委員守夏

今天會議到此結束，感謝大家！