

衛生福利部全民健康保險會  
第2屆105年第9次委員會議事錄

中華民國105年9月24日



# 衛生福利部全民健康保險會第2屆105年第9次委員會會議紀錄

壹、時間：中華民國105年9月24日上午9時30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

何委員永成

何委員語

吳委員肖琪

李委員永振

李委員偉強

李委員蜀平

林委員至美

林委員敏華

林委員惠芳

邱委員泰源

侯委員彩鳳

商委員東福

張委員文龍

張委員煥禎

張委員澤芸

莊委員志強

陳委員幸敏

陳委員義聰

陳委員聽安

黃委員偉堯

黃委員啟嘉

黃委員淑英

楊委員芸蘋

楊委員漢淥

葉委員宗義

趙委員銘圓

滕委員西華

謝委員天仁

中華民國中醫師公會全國聯合會陳常務理事旺全(代)

中華民國勞工聯盟總會陳監事會召集人順來(代)

中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠(代)

中華民國牙醫師公會全國聯合會陳常務理事彥廷(10:30以後代)

全國產業總工會蔡顧問登順(代)

謝委員武吉

肆、請假委員

李委員成家

李委員來希

陳委員平基

羅委員紀琮

伍、列席人員：

本部社會保險司

中央健康保險署

本會

梁組長淑政

李署長伯璋

蔡副署長淑鈴

龐組長一鳴

施組長如亮

周執行秘書淑婉

張副執行秘書友珊

洪組長慧茹

陳組長燕鈴

陸、主席：戴主任委員桂英

紀錄：邱臻麗、彭美熒、  
劉于鳳、謝瓊慧、  
陳淑美

柒、主席致詞

各位委員、李署長及所有與會人員，大家早！

非常感謝各位委員昨天一整天的努力協商、謀求共識，協商會議結束時已超過晚上 11 點，真得非常辛苦，再次感謝各位為全民健保的付出！

首先介紹新任的商委員東福，原社會保險司曲委員同光已退休，改推派新任商司長東福擔任本會委員，請大家以掌聲歡迎商委員的加入。

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 8)次委員會議紀錄，請鑒察。

決定：確定。

### 第二案

案由：本會上(第 8)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：

- 一、上次委員會議決議(定)事項辦理情形中，擬解除追蹤之項次 1，「請中央健康保險署於 106 年度總額協商前，提供該年度總額範圍之財務影響評估，及未來健保財務收支之概估資料供參」乙項，改列「繼續追蹤」，餘洽悉。
- 二、請社會保險司提供政府每年度應負擔全民健康保險總經費法定下限 36%之認列範圍，並請中央健康保險署參考委員意見重新推估未來健保財務資料，供本(105)年 10 月 17 日「106 年度全民健康保險費率審議前意見諮詢會議」參考。

### 第三案

案由：中央健康保險署「105 年 8 月份全民健康保險業務執行報告」，請鑒察。

決定：洽悉。

【上午 10 時 12 分~10 時 52 分：中場休息由西醫基層及付費者代表委員召開內部會議討論 106 年度西醫基層總額協商事宜後，進行西醫基層總額協商】

## 拾、討論事項

提案單位：本會第三組

案由：106 年度醫院、牙醫門診、中醫門診、西醫基層醫療給付費用總額及其他預算案，提請協定。

決議：

一、106 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

(一)總額設定公式：

■106 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 105 年度醫院一般服務醫療給付費用×(1+106 年度一般服務成長率)+106 年度專款項目經費+106 年度醫院門診透析服務費用

■106 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×(1+成長率)

註：校正後105年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會105年第5次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值。

(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 4.442%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.203%，協商因素成長率 0.239%。

(1)醫療服務成本指數改變率所增加之預算(8,967.4 百萬元)：

①本項預算應用以調整「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，並優先調整重症項目(費用比率至少占本項預算 60%)，整體調整方案應送全民健康保險會備查。

②請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果(含調整項目及申報點數)。

(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.依「醫院總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 105 年 12 月底前完成相關程序，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。
  - B.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年(105、106 年)該保留款成長率之累計額度(約 757.3 百萬元)為限，104 年額度回歸一般服務預算；106 年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。
  - C.請中央健康保險署與醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。
- ②新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.531%)：  
請中央健康保險署於 105 年 12 月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於 106 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配合勞動基準法調整，醫院資源配置全面調整政策、調整醫管人員支付標準、因應原自費特材納入健保支付標準使用之調整項目(0.0%)。
- ④提升護理照護品質(0.0%)：  
自 104 年起由專款項目移列至一般服務，請中央健康保險署持續監測相關指標，如護病比、護理人力(並區分一般急性病床)、住院

護理品質指標等，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。

- ⑤移列 C 型肝炎藥品費用至專款項目(-0.386%)：105 年原於一般服務執行，移列 1,500 百萬元至「C 型肝炎用藥」專款項目。
- 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(-0.006%)。
- ⑦醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年之 90%，超過部分，不予分配。
- ⑧配合安全針具推動政策所需預算 5 億元，業自 102 年起分 4 年攤提(102、103 年各編列 1 億元，104 年編列 2 億元，105 年編列 1 億元)，於 105 年已編足，請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。

2.專款項目：全年經費為 21,600.7 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 105 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 105 年 12 月底前完成，並於 106 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)新藥：維持編列於一般服務之「新醫療科技」項目。

(2)C 型肝炎用藥：

- ①全年經費 2,655 百萬元，包含自一般服務移列 1,500 百萬元。



- ②宜選擇對病人最有效益之治療方式。
  - ③106 年應編列相對比例之公務預算。所提之執行計畫及治療適應症，送全民健康保險會備查，否則本項之新藥預算不得動支。107 年新藥應全部由公務預算支應(註：此句文字不列入 106 年度總額公告版本)。
  - ④提報之執行成果及成效評估報告應包含 102 年起由專款項目移列至一般服務之「加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」。
- (3)罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材：
- ①全年經費 12,452.5 百萬元。
  - ②罕見疾病藥費(5,791 百萬元)及罕見疾病特材(12.5 百萬元)經費共計 5,803.5 百萬元，不得與其他項目流用；血友病藥費為 3,149 百萬元。不足部分由其他預算支應。
  - ③後天免疫缺乏病毒治療藥費為 3,500 百萬元。
  - ④為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於 106 年 6 月底前提出專案報告(含醫療利用及成長原因分析)。
- (4)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：  
全年經費 4,215.7 百萬元，不足部分由其他預算支應。
- (5)醫療給付改善方案：
- ①全年經費 997.5 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，並新增慢性阻塞性肺疾病方案。
- (6)急診品質提升方案：

- ①全年經費 120 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。
  - (7)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：
    - ①全年經費 300 百萬元，導入第 3 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。
  - (8)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。
  - (9)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)門診透析服務總費用成長率為 4.0%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 2.975%。
  - (4)應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。
  - (5)請於 106 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。

4.前述三項額度經換算，106 年度醫院醫療給付費用總額，較 105 年度所核定總額成長 5.881%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 5.493%。各細項成長率及金額如表 1。

醫院代表方案：

1.一般服務成長率為 5.289%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.203%，協商因素成長率 1.086%。

(1)醫療服務成本指數改變率所增加之預算(8,967.4 百萬元)：

不應用以調整「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」。

(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.依「醫院總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 105 年 12 月底前完成相關程序，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。

B.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年(105、106 年)該保留款成長率之累計額度(約 757.3 百萬元)為限，104 年額度回歸一般服務預算；106 年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。

C.請中央健康保險署與醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。

②新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新材等)(0.0%)：

先編列於其他預算中，專款專用，待執行穩定後再移回一般服務。

- ③配合勞動基準法調整，醫院資源配置全面調整政策(0.772%)。
- ④提升護理照護品質(0.257%)。
- ⑤調整醫管人員支付標準(0.129%)：  
醫管人員涵蓋面甚廣，為醫院必要人才。
- ⑥因應原自費特材納入健保支付標準使用之調整項目(0.077%)。
- ⑦移列 C 型肝炎藥品費用至其他預算(-0.243%)：  
106 年 C 型肝炎藥費(含干擾素)，全部移列至其他預算支應。
- ⑧違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.006%)：  
本項扣款，不應滾入一般服務之基期費用。
- ⑨因 ICD-10-CM/PCS 甫於 105 年全面導入，尚未成熟，致無法明確定義初級照護，爰付費者代表方案所提初級照護案件數下降之要求，實務上不可行，請中央健康保險署先與各專科醫學會研商定義後再議。

2.專款項目：全年經費為 15,668.7 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 105 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 105 年 12 月底前完成，並於 106 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)新藥：

本項同新醫療科技項目，先編列於其他預算中，專款專用，待執行穩定後再移列回一般服務。

(2)C 型肝炎用藥：

106 年 C 型肝炎藥費(含干擾素)，移列至其他預算支應，107 年新藥應全部由公務預算支應。

(3)罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材：

①罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材，全年經費 9,435.5 百萬元，不足部分由其他預算支應。

②後天免疫缺乏病毒治療藥費，移列至其他預算支應。

(4)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

全年經費 4,215.7 百萬元，不足部分由其他預算支應。

(5)醫療給付改善方案：

①全年經費 997.5 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，並新增慢性阻塞性肺疾病方案。

(6)急診品質提升方案：全年經費 160 百萬元。

(7)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：全年經費 0.0 百萬元。

(8)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。

(9)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)門診透析服務總費用成長率為 4.0%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 2.975%。

(4)應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。

(5)請於 106 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。

4.前述三項額度經換算，106 年度醫院醫療給付費用總額，較 105 年度所核定總額成長 5.257%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 4.871%。各細項成長率及金額如表 1。

## 二、106 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：

106 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 105 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+106 年度一般服務成長率)+106 年度專款項目經費

註：校正後 105 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 105 年第 5 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值。

### (二)總額協定結果：

- 1.一般服務成長率為 2.340%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.922%，協商因素成長率 0.418%。
- 2.專款項目全年經費為 2,146.0 百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，106 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 105 年度所核定總額成長 3.246%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 2.841%。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)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，請於 105 年 12 月底前完成相關程序，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。
- ②金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年(105、106 年)該保留款成長率之累計額度(約 228.9 百萬元)為限，104 年額度回歸一般服務預算；106 年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。
- ③請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。

(2)12 歲牙結石清除(0.054%)。

(3)加強全民口腔疾病照護(0.100%)：適用對象為未滿 12 歲兒童。

(4)顎顏面骨壞死術後傷口照護(0.026%)。

(5)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.023%)。

(6)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%(-0.039%)。

(補充說明：3 項新增之 12 歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護等項目，牙醫部門代表表示，因實際執行數難以預估，爰應逐年檢討，如執行數超過預算，建議於下年度總額協商時納入考量)。

## 2.專款項目：全年經費為 2,146.0 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 105 年 11 月底前完成，並於 106 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家量。

### (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 階段照護，全年經費 1,042.4 百萬元；

第 3 階段照護，全年經費 350.6 百萬元。

②應於 108 年回歸一般服務。

## 三、106 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：

106 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 105 年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+106 年度一般服務成長率)+106 年度專款項目經費



註：校正後105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105年第5次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值。

(二)總額協定結果：

- 1.一般服務成長率為 3.291%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.281%，協商因素成長率 1.010%。
- 2.專款項目全年經費為 377.2 百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，106 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 105 年度所核定總額成長 4.066%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 3.643%。各細項成長率及金額如表 3。

(三)總額分配相關事項：

1.一般服務(上限制)：

(1)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，請於 105 年 12 月底前完成相關程序，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。
- ②金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年(105、106 年)該保留款成長率之累計額度(約 44.8 百萬元)為限，104 年額度回歸一般服務預算；106 年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。
- ③請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。

(2)其他醫療服務利用及密集度之改變(1.096%)：

- ①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。

②106 年度編列 250 百萬元。

(3)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.019%)。

(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，於 105 年上半年執行率未達 80%之扣款(-0.167%)。

2.專款項目：全年經費為 377.2 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 105 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 105 年 12 月底前完成，並於 106 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 121.5 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 133 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)中醫提升孕產照護品質計畫：

①全年經費 47.7 百萬元。

②106 年請提出嚴謹療效評估報告，包含有無中醫治療之療效比較，並應控制西醫治療介

入等因素。

(4)乳癌、肝癌門診加強照護計畫：全年經費 25 百萬元。

(5)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：全年經費 20 百萬元。

(6)癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫：

①全年經費 30 百萬元。

②不予支付病床費及病床護理費。

③計畫內容提經全民健康保險會備查，預算始得動支。

#### 四、106 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：

■106 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 105 年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+106 年度一般服務成長率)+106 年度專款項目經費+106 年度西醫基層門診透析服務費用

■106 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×(1+成長率)

註：校正後105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105年第5次委員會決議，校正投保人口預估成長率差值。

##### (二)總額協定結果：

1.一般服務成長率為 3.963%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.159%，協商因素成長率 0.804%。

2.專款項目全年經費為 2,998.0 百萬元。

3.門診透析服務成長率 5.342%。

4.前述三項額度經換算，106 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 105 年度所核定總額成長 5.157%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為

4.789%。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(2,070.6百萬元)：

①本項預算應用以調整「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，且朝支付點數相對合理之方向處理。

②請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果(含調整項目及申報點數)。

(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，請於 105 年 12 月底前完成相關程序，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。

②請將「醫療資訊品質提升」列入品質保證保留款之分配指標之一。

③金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年(105、106 年)該保留款成長率之累計額度(約 206.1 百萬元)為限，104 年額度回歸一般服務預算；106 年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。

④請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。

(3)新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.080%)：

請中央健康保險署於 105 年 12 月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於 106 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)山地離島門診診察費(0.095%)：

請於 105 年 12 月底前完成相關程序，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。

(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，106 年為第 5 年。

②請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。

(6)其他醫療服務利用及密集度之改變(0.570%)。

(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(-0.045%)。

2.專款項目：全年經費為 2,998 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 105 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 105 年 12 月底前完成，並於 106 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)強化基層照護能力「開放表別」：全年經費 250 百萬元。

(2)西醫醫療資源不足地區改善方案：

全年經費 180 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(3)加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫(含 C 肝新藥)：

①全年經費 688 百萬元。

②原加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫，經費 400 百萬元，不足部分由其他預算支應。

③C 肝新藥 288 百萬元，動支條件比照醫院總額辦理。

(4)醫療給付改善方案：

①全年經費 300 百萬元。

②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、孕產婦等 6 項方案，並新增慢性阻塞性肺疾病方案。

(5)家庭醫師整合性照護計畫：

①全年經費 1,580 百萬元。

②應擴大社區醫療群之服務量能，納入居家照護服務，及將醫療給付改善方案之適用對象(例如：糖尿病、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、氣喘等)納入照護範圍。

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 4.0%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 5.342%。

(4)應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。

(5)請於 106 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、106 年度全民健康保險其他預算及其分配

(一)106 年度其他預算增加 905.0 百萬元，預算總額度為 11,263.9 百萬元，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：

請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果，計畫型項目應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.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。

2.非屬各部門總額支付制度範圍之服務：

(1)全年經費 5,000 百萬元。

(2)用於「居家醫療與照護」3,412 百萬元、「精神疾病社區復健」1,583 百萬元及「助產所」5 百萬元，各分項費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條第 3 項辦理。「居家醫療與照護」及「助產所」2 項經費可互相流用。

3.支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費、罕見疾病特材及器官移植、西醫基層總額原慢性 B 型及 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」300 百萬元、「區域醫療整合計畫」300 百萬元、「提升急性後期照護品質試辦計畫」400 百萬元，及

- 「跨層級醫院合作計畫」100 百萬元。
- (2) 「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」，病人照護數應較 105 年成長 20%。
- (3) 「提升急性後期照護品質試辦計畫」應朝居家、社區型照護發展，及建立單一核心評估工具(非依個別疾病)，並於 106 年 4 月底前將修訂計畫提經全民健康保險會同意後，預算始得動支。
- 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，依全民健康保險會所議定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：
- 已於 105 年全面導入 ICD-10-CM/PCS，106 年起不再編列預算。
- 7.鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施：
- 全年經費 1,100 百萬元，請中央健康保險署於 106 年 6 月底前提報健保醫療資訊雲端查詢系統執行情形之專案報告。
- 8.提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：
- 全年經費 1,404.5 百萬元。
- 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)建議將「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」之適用對象，納入「家庭醫師整合性照護計畫」之照護範圍。



10.提升保險服務成效：

全年經費 310 百萬元，包含 106 年「健保藥品品質監測計畫」15 百萬元，及繼續執行 105 年未執行完成之預算。

11.高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫

(1)全年經費 40 百萬元。

(2)若 106 年執行數超出預算，則納入總額協商時考量。

拾壹、散會：中午 12 時 45 分。

表 1 106 年度醫院醫療給付費用協定項目表(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)	
<b>一般服務</b>					
醫療服務成本及人口因素成長率	4.203%	16,337.2	4.203%	16,337.2	
投保人口預估成長率	0.113%		0.113%		
人口結構改變率	1.778%		1.778%		
醫療服務成本指數改變率	2.307%		2.307%		
協商因素成長率	0.239%	929.0	1.086%	4,223.0	
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%	388.7	0.100%	388.7
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) (*醫院代表方案編列於其他預算)	0.531%	2,063.0	0.000%*	0.0*
	配合勞動基準法調整，醫院資源配置全面調整政策	0.000%	0.0	0.772%	3,000.0
	提升護理照護品質	0.000%	0.0	0.257%	1,000.0
	調整醫管人員支付標準	0.000%	0.0	0.129%	500.0
	因應原自費特材納入健保支付標準使用之調整項目	0.000%	0.0	0.077%	300.0
其他預期之法令或政策改變	移列 C 型肝炎藥品費用至專款項目 (*醫院代表方案移列至其他預算)	-0.386%	-1,500.0	-0.243%*	-943.0*
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	-0.006%	-22.7	-0.006%	-22.7
一般服務成長率	增加金額		17,266.1		20,560.2
	總金額	4.442%	405,969.1	5.289%	409,261.5

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)	
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>					
新藥	0.0	0.0	0.0	0.0	
C 型肝炎用藥(*醫院代表方案移列至其他預算)	2,655.0	2,655.0	0.0*	0.0*	
罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材(*醫院代表方案移列「後天免疫缺乏病毒治療藥費」至其他預算)	12,452.5	3,500.0	9,435.5*	483.0*	
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	4,215.7	53.7	4,215.7	53.7	
醫療給付改善方案	997.5	121.2	997.5	121.2	
急診品質提升方案	120.0	-40.0	160.0	0.0	
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	300.0	-814.0	0.0	-1,114.0	
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	
<b>專款金額</b>	<b>21,600.7</b>	<b>5,475.9</b>	<b>15,668.7</b>	<b>-456.1</b>	
<b>成長率 (一般服務+專款)</b>	<b>增加金額</b>	<b>5.618%</b>	<b>22,742.0</b>	<b>4.966%</b>	<b>20,104.1</b>
	<b>總金額</b>		<b>427,569.8</b>		<b>424,930.2</b>
門診透析服務 成長率	增加金額	2.975%	598.7	2.975%	598.7
	總金額		20,724.0		20,724.0
<b>總成長率(註1) (一般服務+專款+ 門診透析)</b>	<b>增加金額</b>	<b>5.493%</b>	<b>23,340.8</b>	<b>4.871%</b>	<b>20,702.8</b>
	<b>總金額</b>		<b>448,293.8</b>		<b>445,654.1</b>
<b>較 105 年度核定總額成長率(註2)</b>	<b>5.881%</b>	—	<b>5.257%</b>	—	—

- 註：1.計算「總成長率」所採基期費用，一般服務含校正投保人口預估成長率差值(1,557.7 百萬元)。  
2.計算「較105年度核定總額成長率」所採基期費用，一般服務不含校正投保人口預估成長率差值。  
3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

表 2 106 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
<b>一般服務</b>				
醫療服務成本及人口因素成長率		1.922%	745.6	計算公式： 醫療服務成本及人口因素 成長率 = [(1+投保人口預 估成長率)×(1+人口結構 改變率+醫療服務成本指 數改變率)]-1
投保人口預估成長率		0.113%		
人口結構改變率		-0.118%		
醫療服務成本指數改變率		1.925%		
協商因素成長率		0.418%	161.9	
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%	116.4	1. 依「牙醫門診總額品質 保證保留款實施方案」 支付，請於 105 年 12 月底前完成相關程序， 並於 106 年各部門總額 執行成果發表暨評核會 議提報執行成果。 2. 金額應全數用於鼓勵提 升醫療品質，並以最近 2 年(105、106 年)該保 留款成長率之累計額度 (約 228.9 百萬元)為限， 104 年額度回歸一般服 務預算；106 年品質保 證保留款如有剩餘，則 不滾入一般服務基期費 用。 3. 請中央健康保險署與牙 醫門診總額相關團體， 持續檢討品質保證保留 款之發放條件，訂定更 嚴格的標準，及增加能 反映健康或品質結果面 之指標，使更具鑑別 度，並達提升品質之效 益。
其他醫療 服務利用 及密集度 之改變	12 歲牙結石清除	0.054%	20.8	
	加強全民口腔疾 病照護	0.100%	38.7	適用對象為未滿 12 歲兒 童。
	顎顏面骨壞死術 後傷口照護	0.026%	10.0	

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
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	-0.023%	-9.0	
	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%	-0.039%	-15.1	
一般服務 成長率	增加金額	2.340%	907.5	
	總金額		39,702.0	
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>				
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 105 年 11 月底前完成，並於 106 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	0.0	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 105 年 11 月底前完成，並於 106 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)		1,042.4	158.4	1.應於 108 年回歸一般服務。 2.具體實施方案於 105 年 11 月底前完成，並於 106 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 3 階段)		350.6	90.0	
<b>專款金額</b>		<b>2,146.0</b>	<b>248.4</b>	
總成長率(註1) (一般服務+專款)	增加金額	2.841%	1,155.9	
	總金額		41,848.0	
<b>較 105 年度核定總額成長率(註2)</b>		<b>3.246%</b>	—	

- 註：1.計算「總成長率」所採基期費用，一般服務含校正投保人口預估成長率差值(159.6 百萬元)。  
2.計算「較105年度核定總額成長率」所採基期費用，一般服務不含校正投保人口預估成長率差值。  
3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

表 3 106 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項	
<b>一般服務</b>				
<b>醫療服務成本及人口因素成長率</b>	<b>2.281%</b>	<b>520.2</b>	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口預估成長率)×(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1	
投保人口預估成長率	0.113%			
人口結構改變率	0.411%			
醫療服務成本指數改變率	1.755%			
<b>協商因素成長率</b>	<b>1.010%</b>	<b>230.5</b>		
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%	22.8	<ol style="list-style-type: none"> <li>依「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 105 年 12 月底前完成相關程序，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。</li> <li>金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年(105、106 年)該保留款成長率之累計額度(約 44.8 百萬元)為限，104 年額度回歸一般服務預算；106 年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。</li> <li>請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。</li> </ol>
其他醫療服務利用及密集度之改變		1.096%	250.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>106 年度編列 250 百萬元。</li> </ol>

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
其他議定 項目	違反全民健保醫事 服務機構特約及管 理辦法之扣款	-0.019%	-4.3	
	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，於 105 年上半 年執行率未達 80% 之扣款	-0.167%	-38.0	
一般服務 成長率	增加金額	3.291%	750.7	
	總金額		23,556.1	
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>				
醫療資源不足地區改善方案		121.5	15.0	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 105 年 11 月底前完成，並 於 106 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		133.0	20.0	具體實施方案於 105 年 11 月底前完成，並於 106 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。
中醫提升孕產照護品質計畫		47.7	15.7	1.106 年請提出嚴謹療 效評估報告，包含有 無中醫治療之療效比 較，並應控制西醫治 療介入等因素。 2.具體實施方案於 105 年 11 月底前完成，並 於 106 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		25.0	10.1	具體實施方案於 105 年 11 月底前完成，並於 106 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。
兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫		20.0	0.0	具體實施方案於 105 年 11 月底前完成，並於 106 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。
癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫(106 年新增計畫)		30.0	30.0	1. 不予支付病床費及病床護理費。 2. 計畫內容提經全民健康保險會備查，預算始得動支。 3. 具體實施方案於 105 年 12 月底前完成，並於 106 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		377.2	90.8	
總成長率(註 1) (一般服務+專款)	增加金額	3.643%	841.4	
	總金額		23,933.3	
較 105 年度核定總額成長率(註 2)		4.066%	—	

註：1. 計算「總成長率」所採基期費用，一般服務含校正投保人口預估成長率差值(93.7 百萬元)。

2. 計算「較105年度核定總額成長率」所採基期費用，一般服務不含校正投保人口預估成長率差值。

3. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。



表 4 106 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	
<b>一般服務</b>				
<b>醫療服務成本及人口因素成長率</b>	<b>3.159%</b>	<b>3,323.6</b>	1. 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口預估成長率)×(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(2,070.6 百萬元)，應用以調整「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，且朝支付點數相對合理之方向處理。 3. 請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果(含調整項目及申報點數)。	
投保人口預估成長率	0.113%			
人口結構改變率	1.075%			
醫療服務成本指數改變率	1.968%			
<b>協商因素成長率</b>	<b>0.804%</b>	<b>846.0</b>		
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%	105.2	1. 依「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 105 年 12 月底前完成相關程序，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。 2. 請將「醫療資訊品質提升」列入品質保證保留款之分配指標之一。 3. 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年(105、106 年)該保留款成長率之累計額度(約 206.1 百萬元)為限，104 年額度回歸一般服務預算；106 年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
				4.請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。
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)	0.080%	84.0	請中央健康保險署於 105 年 12 月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果及成效評估報告(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。
	山地離島門診診察費	0.095%	100.0	請於 105 年 12 月底前完成相關程序，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。
	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，106 年為第 5 年。 2.請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。
	其他醫療服務利用及密集度之改變	0.570%	600.0	
	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	-0.045%	-47.2
一般服務成長率	增加金額	3.963%	4,169.6	
	總金額		109,381.4	

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>			
強化基層照護能力「開放表別」	250.0	250.0	請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。
西醫醫療資源不足地區改善方案	180.0	-60.0	1.經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2.具體實施方案於 105 年 11 月底前完成，並於 106 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(含 C 肝新藥)	688.0	288.0	1.原加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫經費 400 百萬元，不足部分由其他預算支應。 2.C 肝新藥 288 百萬元，動支條件比照醫院總額辦理。 3.具體實施方案於 105 年 12 月底前完成，並於 106 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	300.0	7.3	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、孕產婦等 6 項方案，並新增慢性阻塞性肺疾病方案。 2.具體實施方案於 105 年 11 月底前(新增方案原則於 105 年 12 月底前)完成，請中央健康保險署於 106 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)。
家庭醫師整合性照護計畫	1,580.0	400.0	1.應擴大社區醫療群之服務量能，納入居家照護服務，及將醫療給付改善方案之適用對象(例如：糖尿病、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、氣喘等)納入照護範圍。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
				2.具體實施方案於 105 年 11 月底前完成，並於 106 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		2,998.0	885.3	
成長率 (一般服務+專款)	增加金額	4.710%	5,054.9	
	總金額		112,379.4	
門診透析服務 成長率	增加金額	5.342%	821.1	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 4.0%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 5.342%。 4.應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。 5.請於 106 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。
	總金額		16,192.1	
總成長率 (註1) (一般服務+專款+門診透析)	增加金額	4.789%	5,876.0	
	總金額		128,571.5	
較 105 度核定總額成長率(註2)		5.157%	—	

- 註：1.計算「總成長率」所採基期費用，一般服務含校正投保人口預估成長率差值(429.7 百萬元)。  
 2.計算「較105年度核定總額成長率」所採基期費用，一般服務不含校正投保人口預估成長率差值。  
 3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

表 5 106 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 106 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。
非屬各部門總額支付制度範圍之服務	5,000	1,000.0	1.全年經費 5,000 百萬元，用於「居家醫療與照護」3,412 百萬元、「精神疾病社區復健」1,583 百萬元及「助產所」5 百萬元，各分項費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條第 3 項辦理。「居家醫療與照護」及「助產所」2 項經費可互相流用。 2.請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果，計畫型項目應提報執行成果及成效評估報告。
支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費、罕見疾病特材及器官移植、西醫基層總額原慢性 B 型及 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	請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。
推動促進醫療體系整合計畫	1,100.0	0.0	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」300 百萬元、「區域醫療整合計畫」300 百萬元、「提升急性後期照護品質試辦計畫」400 百萬元，及「跨層級醫院合作計畫」100 百萬元。 2. 「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」，病人照護數應較 105 年成長 20%。 3. 「提升急性後期照護品質試辦計畫」應朝居家、社區型照護發展，及建立單一核心評估工具(非依個別疾病)，並於 106 年 4 月底前將修訂計畫提經全民健康保險會同意後，預算始得動支。 4.請於 106 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)。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
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，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。 3.請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。
提升 ICD-10-CM/PCS 住院編碼品質	0.0	-100.0	已於 105 年全面導入 ICD-10-CM/PCS，106 年起不再編列預算。
鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施	1,100.0	0.0	1.請中央健康保險署於 106 年 6 月底前提報健保醫療資訊雲端查詢系統執行情形之專案報告。 2.請於 106 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 106 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.建議將「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」之適用對象，納入「家庭醫師整合性照護計畫」之照護範圍。 3.請於 106 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	310.0	15.0	1.包含 106 年「健保藥品品質監測計畫」15 百萬元，及繼續執行 105 年未執行完成之預算。 2.請於 106 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。
高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫	40.0	-10.0	1.請於 106 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.若 106 年執行數超出預算，則納入總額協商時考量。
<b>總計</b>	<b>11,263.9</b>	<b>905.0</b>	

第 2 屆 105 年 第 9 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 8)次委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

主任委員、各位委員大家早安！目前現場出席委員人數已超過半數，達法定開會人數，請示主任委員是否宣布召開今天的委員會議。

戴主任委員桂英

- 一、各位委員早安！現在開始進行 105 年第 9 次委員會議，經過昨天一整天的協商會議，大家努力協商、謀求共識，會議結束時已超過晚上 11 點，非常辛苦。今天又很早到達會場，非常感謝各位委員！
- 二、請參看昨天協商會議資料(106 年度各部門總額協商草案)之後的頁面。首先進行議程確認，本次會議有例行報告 3 案、討論事項 1 案，即昨天協商會議結論的確認及臨時動議。委員是否同意議程的安排(委員表示同意)。
- 三、首先進行例行報告第一案「本會上(第 8)次委員會議紀錄確認」，紀錄已於 9 月 6 日函送各委員，並上網公開，請問委員有無修正意見？(委員表示無修正意見)若無意見，上(第 8)次委員會議紀錄確定。
- 四、接著進行「本會上(第 8)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」，請委員翻到會議資料第 8 頁，請周執行秘書淑婉報告。

貳、例行報告第二案「本會上(第8)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

請委員參閱會議資料第8頁，對「本會上(第8)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告案」，說明如下：

一、說明一，上次委員會議決議(定)事項，計有11項次，依辦理情形建議解除追蹤2項，繼續追蹤9項，但最後仍依委員議定結果辦理。請委員參閱會議資料第10頁，以下摘要說明。

(一)擬解除追蹤共2案：

1.第1項，為請健保署於106年度總額協商前，提供該年度總額範圍之財務影響評估，及未來健保財務收支概況。健保署已依106年度總額範圍提供相關資料，供昨天協商會議參用，建議解除追蹤。

2.第2項，有關新增診療服務、藥品及特殊材料等給付項目與調整給付內容應進行整體財務影響及替代效應分析，健保署會配合辦理，建議解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共9案，在建議解除追蹤時，會詳細報告辦理情形，為節省會議時間，本次會議不作逐案說明，敬請各位委員自行參閱。

二、說明二，本(105年)10月17日上午9時30分將於本部301會議室召開「106年度全民健康保險費率審議前意見諮詢會議」，敬請委員踴躍參加。

三、說明三，衛福部及健保署本年6至9月份發布及副知本會之相關資訊，計有3項，請各位委員參閱，以上報告。

戴主任委員桂英

謝謝周執行秘書淑婉的報告，請問委員對本案有無詢問？請劉代理委員碧珠發言。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

擬解除追蹤事項第2項，健保署尚未針對「105年度及近5年新增

給付項目與調整給付內容之執行情形及財務影響」提出報告，應俟健保署提出報告，並經委員會議確認後才解除追蹤，而非健保署表示配合辦理就解除追蹤。

戴主任委員桂英

請問委員有無其他詢問或意見？請謝委員武吉。

謝委員武吉

擬解除追蹤事項第 1 項，「行政院核定 106 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍，請依法辦理」報告案，昨天協商會議討論很久，但還有部門沒有結果，應等到有結果才能解除追蹤。

戴主任委員桂英

謝委員武吉希望繼續追蹤。

謝委員武吉

對！

戴主任委員桂英

請問其他委員有無意見？請陳委員聽安。

陳委員聽安

健保署提供的 106 年度總額財務影響評估資料，係供昨天總額協商參考，故不需要再追蹤。

戴主任委員桂英

先處理兩項追蹤事項：

- 一、謝委員武吉提到例行報告第 3 案「行政院核定 106 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍，請依法辦理案」，本案還是列在繼續追蹤。
- 二、劉代理委員碧珠所提，因當時決議是為了提供昨日協商會議參考，健保署已提供相關資料供參，本項解除追蹤。若委員關心 106 年度總額協商完成後之健保財務情形，可再提案。請李委員永振。

李委員永振

主席、各位委員，大家早。首先，感謝健保署提供很詳細的健保財務相關資料。針對所提出的健保財務收支預估內容，幾點建議供健保署準備 10 月 17 日「106 年度全民健康保險費率審議前意見諮詢會議」之資料參考：

- 一、去年曾提及，於推估未來健保財務時，醫療給付費用總額成長率，宜採較貼近事實之資料，不宜採高推估資料。請委員參看總額協商會議補充資料第 4 頁，106 年醫療給付費用總額成長率採低推估 3.769%，第 5 頁則採高推估 5.9%，若 107 與 108 年的保險費率及醫療費用成長率皆相同，高、低推估成長率的差距為 2.131%(5.9%-3.769%)，2 年後(至 108 年時)保險收支累計餘絀相差 246 億元(低推估 1,320 億元-高推估 1,074 億元)。若歷年皆採高推估的移動平均，推估至 5 年後會差多少？支出面採用高推估預估財務收支，雖然較穩健保守，但我們要看的是真相，尤其考慮保險費率時，須以較接近事實的數據估算。此外。我未引用 110 年的推估資料，因表格顯示 109 年已調整費率，比較基礎不同，較不具參考價值。
- 二、表格中的說明三提到，爭議已久的健保法施行細則第 45 條修正案，依立法院 105 年 6 月 22 日的衛環委員會決議，將自 105 年起把中央政府實質負擔之 7 項保險費納入政府負擔健保總經費之認列範圍，因此預估 1 年將減少 107 億元保險費收入。但應該不是 107 億元，而是 68.5 億元。
- 三、昨天晚上大家很辛苦地討論支出面到 11 點，就為了西醫基層總額的付費者方案與醫界方案幾億元的差異。現在收入面差距高達 38.5 億元(107-68.5=38.5)，我們是否應再花點心思來討論，考慮看看應怎樣做才對。上次(105 年第 6 次委員會議)我提出應該只有減少 68.5 億元，不是減少 107 億元，為什麼？因現在勉強接受把政府補助社福團體的保險費(68.5 億元，屬社會福利支出)，計入政府應負擔健保總經費(社會保險支出)之認列範圍，但是政府相對應負擔的 36% 仍應如實提撥(68.5/64%\*36%=38.5)，不知道健保署是沒聽懂、還是故意

的，仍說會減少 107 億元。

四、即使 106 年醫院總額未達共識、兩案併陳的金額差距，也不曉得有沒有這麼大，所以應該考慮用什麼方式來處理才對。因我手邊無資料可查證，照此邏輯推論，我甚至質疑，政府為雇主及國營企業所繳保險費而相對產生的 36%，可能也沒繳，這筆金額就大條了，能否請健保署進一步了解到底事實為何，謝謝。

戴主任委員桂英

其他委員還有無詢問？(未有委員表示意見)請健保署針對李委員永振的詢問提出說明。

蔡副署長淑鈴

一、謝謝李委員永振，這次補充資料，我們提供多種財務估計，因無法事先知道最後協商的結果，對未來的估計，我們當然會採保守估計，即以高推估計算，李委員建議能否有較接近事實的估算資料，這也都需要假設，在未協商前沒有人會知道實際的數據為何。若李委員覺得高推估不符實際，本署可以再以過去 5 年總額的平均成長率，作為試算基礎，李委員能否接受(李委員表示可以)。

二、有關政府負擔法定 36% 之定義，中央政府實質負擔之 7 項保險費納入政府負擔健保總經費之認列範圍，1 年確實會減少 107 億元保險費收入。李委員關心納入認列範圍的相關項目，屬社保司的權責，社保司代表也在場，是否請社保司回應。

戴主任委員桂英

抱歉，應先介紹新任委員，原社保司司長曲委員同光於 9 月 2 日退休，新任司長為商委員東福(委員鼓掌表示歡迎)。因商委員剛接任，能否請社保司的列席人員說明。

梁組長淑政

我們再提供書面資料供委員們參考。

戴主任委員桂英

李委員永振可以接受社保司以書面資料回覆政府負擔法定 36%涵蓋範圍，請陳委員聽安。

陳委員聽安

本不想發言，但覺得討論這個問題意義不大，政府應負擔 36%的認列範圍，牽涉到整個健保制度。我國健保從一開辦就不是純粹的社會保險制度，它是混合社會福利與社會保險的制度，在這樣的架構下，討論李委員永振所提的問題，我覺得是得不到結論的。

戴主任委員桂英

謝謝，因李委員永振建議 10 月 17 日「106 年度全民健康保險費率審議前意見諮詢會議」須更新部分資料。請相關單位在 10 月 17 日前，至少提供目前政府每年度應負擔全民健康保險總經費法定下限 36%之認列範圍，至於涵蓋項目已非本會討論範圍。先請李委員永振。

李委員永振

陳委員聽安的看法，我完全贊同。但立法院已通過健保法施行細則第 45 條修正案，我們就依法行政。只是不了解，上次講 74 億元，刪除 2 項(「失業被保險人及其眷屬健保費」及「經濟弱勢者健保費」)後，變成 68.5 億元，現在為何會變成 107 億元？希望能在 10 月 17 日的會議前，提供相關說明讓各位委員知道未來財務的情況，以利本會 10 月 17 日「106 年度全民健康保險費率審議前意見諮詢會議」參考。

戴主任委員桂英

請社保司及健保署盡快提供相關資料供所有委員參考。請蔡代理委員登順。

蔡代理委員登順(趙委員銘圓代理人)

主席、各位委員，大家早。剛才蔡副署長提到的高、低推估值或過去 5 年總額平均成長率，都是推估值，若已有實際醫療費用數據，還是要以實際數據做財務的推估，會較精準。例如人口老化，每年老化人口成長多少，應有此數據。總額協商較困難的是每年老年人

口成長要增加多少費用？若能精確計算，將能減少協商時的爭議。

戴主任委員桂英

這部分應沒問題，未來健保署可將人口老化因素納入試算。委員如果沒有其他意見，本案洽悉(未有委員表示反對)。接下來進行下一案。

參、例行報告第三案「中央健康保險署『105年8月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

健保署 105 年 8 月份業務執行報告，已隨同會議資料寄送委員參考，依本會 102 年 2 月 22 日委員會議決定，本次係提供書面資料，不進行口頭報告，但可以討論 20 分鐘。請問委員有無詢問？請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、主席、各位委員大家早，請大家參看業務執行報告第 12 頁(表 7 全民健保直轄市政府應負擔保險費補助款欠費情形統計表)，台北市政府 100 年度以前的收繳率都是 100%，但高雄市政府沒有 1 年有達到 100%，究係因其誠意不夠，還是因本身財務短缺而無法還款。北、高市政府的欠費合計 197.84 億元，再加上投保單位及保險對象欠費 194.33 億元，共計 392.17 億元。我知道健保署很辛苦地催收，收繳率有增加，但從資料看來，高雄市政府的還款誠意不若台北市政府。
- 二、請問「表 8 全民健康保險投保單位及保險對象欠費收回統計表」，保險對象之欠費是否包含滯納金。
- 三、過去主要聽取署長的口頭報告，未仔細閱讀業務執行報告，本份報告內容包含很多財務資料，例如：營運資金、安全準備金運用概況，肯定健保署幕僚的細心。「表 10 全民健康保險安全準備金運用概況表」之「投資損失」金額為 10.51 億元，請說明投資標的及發生年度。目前健保財務狀況不錯，安全準備可支應 5 個月保險給付，但期待健保署能更費心收回欠費，讓健保財務更充裕。

戴主任委員桂英

謝謝楊委員芸蘋，請干委員文男。

干委員文男

有關近日敏盛醫院及高雄婦產科診所詐領保險金案，其違法情形已



有一段時間，請問健保署有否進行例行性查訪？還是這次的違法事件設計得非常周延，很難看出端倪？這麼嚴重的事情不應該發生，尤其隔天媒體刊登健保將調整部分負擔的新聞，讓社會再次批評健保，請健保署說明。

戴主任委員桂英

謝謝，請問委員有無其他意見。請陳代理委員順來。

陳代理委員順來(侯委員彩鳳代理人)

本月保險對象較去年同時約增加 4 萬多人，請說明目前全民納保率。

戴主任委員桂英

請健保署針對委員的提問加以說明。請李署長伯璋。

李署長伯璋

- 一、謝謝楊委員的指教，關於高雄市欠費問題，健保署一直持續與高雄市政府互動，高雄市表示有還款意願，明年的還款金額為 25 億元，但市政會議通過的金額僅 20 億元，這部分行政執行署會進行處理。一旦追討年限到期，情況會變很麻煩，這部分我們會持續處理。
- 二、請王組長沫玉說明表 10「全民健康保險安全準備金運用概況表」之「投資損失」。
- 三、關於干委員所提，敏盛醫院事件，現階段檢調單位尚未與健保署接觸，本次商業保險公司發現疑問，主動請檢調單位調查，與健保未有太大相關，健保署也有進行內部檢討。目前胃潰瘍手術的案件數並不多，一年約一千多例，該院李醫師的手術案件數卻偏高，昨天北區同仁也調出相關手術病歷，並邀請兩位審查醫師審視，發現有些個案向健保申報胃潰瘍手術，但病人的胃鏡檢查結果卻沒有胃潰瘍情形。我認為健保開源雖有難度，但要努力節流，也希望醫界自律，事件發生時，身為管理者也責無旁貸，要特別留意。
- 四、接著請王組長說明表 10「全民健康保險安全準備金運用概況

表」之「投資損失」。

戴主任委員桂英

請財務組王組長說明。

王組長沫玉

關於安全準備的投資損失，係早期健保資金運用有投資股票，其中一家上市公司被下市，認列之損失，因為曾發生過這種情況，所以，健保署全民健康保險安全準備管理小組決議將健保資金的投資排除股票項目，目前投資項目比較保守，主要是公司債、定存、活儲等。

李署長伯璋

請江專門委員姝靚說明目前的納保率。

江專門委員姝靚

關於委員關心目前之納保率，承保資料因為有轉入、退保(轉出)等異動，統計時有時間落差，目前總體納保率約 99.7%。

戴主任委員桂英

一、謝謝李署長及相關同仁的說明，請問委員還有沒有詢問事項？  
(委員回應：沒有)本案洽悉。

二、接下來進入討論事項，請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

主席，各位委員，大家早！昨天西醫基層總額協商沒有達成共識，個人感到非常遺憾，事後也感受到付費者委員非常多的善意，不曉得今天還有沒有機會雙方再做協商。

戴主任委員桂英

謝謝！徵求委員的意見，昨天西醫基層總額協商結果是兩案併陳，醫界版本與付費者版本其實已經非常接近，昨天西醫基層部門的協商時間安排在最後面，協商時已經很晚，請問各位委員有沒有可能同意再行協商？請蔡代理委員登順。

蔡代理委員登順(趙委員銘圓代理人)

- 一、西醫基層有此感受，我們也有誠意且期待西醫基層總額能達成共識，目前付費者委員多數傾向同意重啟協商。
- 二、昨天協商時存在許多框架，希望今天重啟協商，能打破昨天所設定的框架，若預先設定超高的成長率，即使重啟協商，還是會增加協商的困難度。若西醫基層有誠意突破框架，則達成共識的機會頗高，亦是我們最大的期待。

戴主任委員桂英

請何委員語。

何委員語

主席，各位委員大家早！對於昨天西醫基層邱理事長泰源，發表的長篇意見，我也寫一篇聲明稿。但今天看到西醫基層提出善意，我們付費者也應表達善意，付費者需要交換一下意見，時間不用太長，希望在可以調整的範圍內，讓雙方達成共識，這是我們的期望。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

我想請教黃委員啟嘉，昨天的協商有兩個跨不過去的鴻溝，分別是  
新藥及 C 肝新藥，若西醫基層不堅持，我們當然樂意再做協商及調整，若西醫基層還堅持這兩項，我想雙方不必再浪費時間。

黃委員啟嘉

請問有沒有機會就這部分進行溝通？我個人很希望協商可以達成共識。邱理事長是醫師公會全聯會理事長，我則是基層總額主委，雖然邱理事長持保留態度，但我希望重啟協商，一切責任由我承擔。

滕委員西華

你們是一個團隊...。

黃委員啟嘉

由我來承擔所有責任，我是西醫基層總額主委，執行長也已經來到

會場，現在可以馬上通知其他協商代表趕到會場，我目前已經取得西醫基層協商代表過半數的共識，希望能先與付費者委員進行內部溝通，看看有沒有機會達成共識。

戴主任委員桂英

現在暫時休息 10 分鐘讓雙方溝通，10 分鐘後再做下一步的決定。  
(中場休息約 35 分鐘，由西醫基層及付費者代表委員召開內部會議，討論 106 年度西醫基層總額協商草案，之後召開西醫基層總額協商會議約 5 分鐘，發言實錄記載於協商會議紀錄)

戴主任委員桂英

現在回到報告事項第三案，健保署業務執行報告。請謝委員武吉。

謝委員武吉

106 年度有編列愛滋病經費，應該要求疾病管制署提供名冊、標準作業流程及目前治療成果。病人是否能完完全全的配合治療，還是斷斷續續接受治療並有剩餘藥品，應該要據實以報。未來健保署的作業應如何配合，也需要有相關配套措施。

戴主任委員桂英

請李署長伯璋說明。

李署長伯璋

我們還是應該要尊重愛滋病病人的醫療人權，病人一旦接受治療，疾病管制署就會持續追蹤，這些都已定有標準作業流程。在台灣，愛滋病人可以等待換腎，條件是偵測不到病毒，這部分我們會再斟酌，不會讓病人拿藥後不吃藥的情況發生。

謝委員武吉

疾病管制署做得不夠的地方，健保署應補足。

(委員書面補充意見：另外，愛滋病用藥病患是否併用有 C 肝治療的病患？人數是多少？愛滋病用藥病患是否有靜脈注射毒癮者？人數是多少？而 C 肝治療病患中，是否有靜脈注射毒癮者？人數是多少？同時具有愛滋病用藥、C 肝治療用藥與靜脈注射毒癮者，又

是多少人？以上資料，請有關單位提供。)

戴主任委員桂英

接下來進行討論事項，確認「106 年度醫院、牙醫門診、中醫門診、西醫基層醫療給付費用總額及其他預算案」。請同仁說明。

肆、討論事項「106 年度醫院、牙醫門診、中醫門診、西醫基層醫療給付費用總額及其他預算案」與會人員發言實錄

張副執行秘書友珊

- 一、請委員翻到會議資料第 33 頁，「106 年度醫院、牙醫門診、中醫門診、西醫基層醫療給付費用總額及其他預算案」，請問委員是否同意不宣讀提案內容，直接確認昨天的協商結果(未有委員表示反對)。
- 二、建議依照協商順序，先從醫院部門開始，請委員參看今天會上提供的補充資料，即昨天協商結果的書面資料，文字略有酌修的部分，同仁在宣讀時會進行口頭補充，並同步呈現在投影螢幕。請同仁宣讀。

同仁宣讀

**「106 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 4.442%：其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.203%，協商因素成長率 0.239%。

1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(8,967.4百萬元)：

(1)本項預算應用以調整「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，並優先調整重症項目(費用比率至少占本項預算60%)，整體調整方案應送全民健康保險會備查。

(2)請於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行情形(含調整項目及申報點數)。

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，相關程序請於105年12月底前完成，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。
- ②金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(105、106年)該保留款成長率之累計額度(約757.3百萬元)為限，104年額度回歸一般服務預算；106年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。
- ③請中央健康保險署與醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。

(2)新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.531%)：

請中央健康保險署於105年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於106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)配合勞動基準法調整，醫院資源配置全面調整政策、調整醫管人員支付標準、因應原自費特材納入健保支付標準使用之調整項目(0.0%)。

(4)提升護理照護品質(0.0%)：

自104年起由專款項目移列至一般服務，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106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行情形。

(5)移列C型肝炎藥品費用至專款項目(-0.386%)：

105年原於一般服務執行，移列1,500百萬元至「C型肝炎用藥」專款項目。

(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

(-0.006%)。

(7)醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過105年之90%，超過部分，不予分配。

(8)配合安全針具推動政策所需預算5億元，業自102年起分4年攤提(102、103年各編列1億元，104年編列2億元，105年編列1億元)，於105年已編足，請於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行情形。

(二)專款項目：全年經費為 21,600.7 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105年11月底前完成，新增計畫原則於105年12月底前完成，並於106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.新藥：維持編列於一般服務之「新醫療科技」項目。

2.C型肝炎用藥：

(1)全年經費2,655百萬元，包含自一般服務移列1,500百萬元。

(2)宜選擇對病人最有效益之治療方式。

(3)106年應提出執行計畫，並編列相對比例之公務預算及訂定治療適應症，送全民健康保險會討論通過，否則本項之新藥預算不得動支；107年新藥應全部由公務預算支應。

(4)請於106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(包含102年起由專款項目移列至一般服務之「加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」)。

3.罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費12,452.5百萬元。



- (2)罕見疾病藥費(5,791百萬元)及罕見疾病特材(12.5百萬元)經費共計5,803.5百萬元，不得與其他項目流用；血友病藥費為3,149百萬元。不足部分由其他預算支應。
  - (3)後天免疫缺乏病毒治療藥費為3,500百萬元。
  - (4)為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於106年6月底前提出專案報告(含醫療利用及成長原因分析)。
- 4.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：  
全年經費4,215.7百萬元，不足部分由其他預算支應。
- 5.醫療給付改善方案：  
(1)全年經費997.5百萬元。  
(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，並新增慢性阻塞性肺疾病方案。
- 6.急診品質提升方案：  
(1)全年經費120百萬元。  
(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。
- 7.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：  
(1)全年經費300百萬元，應導入第3階段DRGs項目。  
(2)本項經費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。
- 8.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。
- 9.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4%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為2.975%。
- 4.應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。
- 5.請於106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。

(四)前述三項額度經換算，106年度醫院醫療給付費用總額，較105年度所核定總額成長5.881%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為5.493%。各細項成長率及金額如表1。

醫院代表方案：

(一)一般服務成長率為5.289%：其中醫療服務成本及人口因素成長率4.203%，協商因素成長率1.086%。各項協商因素及建議事項如下：

- 1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(8,967.4百萬元)：  
不應用以調整「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」。
- 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，相關程序請於105年12月底前完成，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。

②金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(105、106年)該保留款成長率之累計額度(約757.3百萬元)為限，104年額度回歸一般服務預算；106年品質

保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。

③請中央健康保險署與醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。

(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，待執行穩定後再移回一般服務。

(3)配合勞動基準法調整，醫院資源配置全面調整政策(0.772%)。

(4)提升護理照護品質(0.257%)。

(5)調整醫管人員支付標準(0.129%)：

醫管人員涵蓋面甚廣，為醫院必要人才。

(6)因應原自費特材納入健保支付標準使用之調整項目(0.077%)。

(7)移列C型肝炎藥品費用至其他預算(-0.243%)：

106年C型肝炎藥費(含干擾素)，全部移列至其他預算支應。

(8)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.006%)：本項扣款，不應滾入一般服務之基期費用。

(9)因ICD-10-CM/PCS甫於105年全面導入，尚未成熟，致無法明確定義初級照護，爰付費者代表方案所提初級照護案件數下降之要求，實務上不可行，請中央健康保險署先與各專科醫學會研商定義後再議。

(二)專款項目：全年經費為15,668.7百萬元。

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105年11月底前完成，新增計畫原則於105年12月底前完

成，並於 106 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.新藥：

本項同新醫療科技項目，先編列於其他預算中，專款專用，待執行穩定後再移列回一般服務。

2.C型肝炎用藥：106年C型肝炎藥費(含干擾素)，移列至其他預算支應，107年新藥應全部由公務預算支應。

3.罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材：

(1)罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材，全年經費 9,435.5百萬元，不足部分由其他預算支應。

(2)後天免疫缺乏病毒治療藥費，移列至其他預算支應。

4.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

全年經費 4,215.7 百萬元，不足部分由其他預算支應。

5.醫療給付改善方案：

(1)全年經費997.5百萬元。

(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，並新增慢性阻塞性肺疾病方案。

6.急診品質提升方案：全年經費160百萬元。

7.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：全年經費0.0百萬元。

8.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。

9.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4%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為2.975%。
- 4.應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。
- 5.請於106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。

(四)前述三項額度經換算，106年度醫院醫療給付費用總額，較105年度所核定總額成長5.257%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為4.871%。各細項成長率及金額如表1。

戴主任委員桂英

謝謝同仁報告，請問內容是否正確，委員有無修正意見？請張委員澤芸。

張委員澤芸

主席、各位委員，大家平安！有關「提升護理照護品質」之「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)」，在護理人力部分，除了過去監測醫院整體護理人力外，建議再增列提供一般急性病床護理人力的資料。

戴主任委員桂英

現在是針對付費者方案進行討論。

滕委員西華

請問「一般急性病床護理人力的動態」與健保會監理指標「護理人力指標」的差異在哪裡？健保會的監理指標會公開，若監理指標已

經夠了，還需要在這裡加註文字意義是什麼？關於護病比，是否特別區分急慢性病床，健保署也會尊重護理師公會的意見，健保會監理指標已有「護理人力指標」，這樣還不夠嗎？還需要增加一般急性病床，那是否也要增列加護病房護理人力監測？

張委員澤芸

的確，健保業務監理指標中有護病比資料，現在談的是一般急性病床的護理人力，過去呈現的是所有醫院護理人力的增減，但因增加的護理人力不一定都在急性病房服務，我們希望在「住院護理照護品質」上，能進一步監測至一般急性病床護理人力的情形，以了解一般急性病床護理人力改善狀況。

滕委員西華

我的意思是決議文字：「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』)」，還有必要列舉細項嗎？如果要列舉，那就不須用「等」字眼。建議由護理師公會與健保署討論所監測護理人力定義，若公會要求列舉，我沒有意見，但我認為列舉可能不是很好。

張委員澤芸

謝謝滕委員提醒，但我們希望能看到一般急性病床護理人力的變化，因為過去僅就執登的護理人力進行統計，看到的是醫院有執登的護理人員數，沒有辦法看到一般急性病床護理人力的變化。

滕委員西華

那就改採列舉，不要使用「等」字眼，因為我們用「等」，是授權你們再去協商的意思。

戴主任委員桂英

張委員澤芸是希望監測最重要的部分，請健保署說明實務上是否可行。

龐組長一鳴

現行的登錄系統與健保申報沒有這項資料，目前統計「護病比、護理人力」是利用現有的資料，若要增加動態資料，請問是每天的動

態、還是每小時的動態、還是每年的動態？為了這件事，需要再建置一套系統，且需要麻煩醫院同仁隨時填報資料，請護理師公會考慮所付出的行政代價。

張委員澤芸

的確，還需搭配醫事人力卡才能精確統計，現行狀況下無法做到。但 103 年之前本項目尚列在專款時，在 VPN 系統中各醫院就須申報這項資料，故所建議事項，只是恢復過去醫院於 VPN 系統所申報人力資料。

龐組長一鳴

VPN 系統的確是可以增加申報項目，但這項資料涉及健保費用，兩者是有連動的，護理界對外揚言醫院登錄不實，這涉及詐領健保費，屬於刑事案件，需要製造這麼大的陷阱，讓醫院行政人員承擔風險嗎？這需要考量一下。

張委員澤芸

護理界涵蓋範圍很廣，但就護理師護士公會全聯會立場而言，絕對要相信醫院所申報的數據。

戴主任委員桂英

張委員澤芸相當關心如何監測，相信實際監測時，還需要再協調才能順利進行。建議先列「一般急性病房護理人力資料」，至於動態資料，以後再協調。

張委員澤芸

謝謝。

戴主任委員桂英

請李委員偉強。

李委員偉強

建議維持原案，如同滕委員西華提到的「等」字已經有很大的空間，實務面可透過相關學協會與健保署訂出可行的指標，現在正面表列反而堵死很多空間。而且以評鑑角度來看，護理比是實際執行

人力，會扣掉行政人員等其他事務人力。所謂的護理人力，是指在醫院執業並在衛生局執登的人力，若覺得不夠，有「等」字眼。如剛龐組長一鳴所提，醫院每天的人力是動態的，不管醫師、護理師、藥師等皆有請假、輪班等情況，調查每個時間點的人力需耗費許多行政成本，建議監測每週或每月平均護理人力即可，目前醫院評鑑有關護理人力之指標亦是採用月平均，在座工商界委員應該很清楚，公司行號每天的人力也是起起伏伏，我建議維持原案。

戴主任委員桂英

謝謝，請黃委員淑英。

黃委員淑英

我想護理界在意的是一般急性病房護理人力資料，我建議文字修改為「護理人力(包含一般急性病房)」，即監測護理人力指標時須包含此項資料，不知這樣是否符合護理界需求？

張委員澤芸

一、所有護理人力統計，一定會包含一般急性病床人力，我們希望能區分一般急性病房的護理人力資料。因常被提及，已補助護理界多年，護理人力到底有無增加？雖然數據顯示是增加的，但又會被質疑，並非增加在一般急性病床。

二、另外，資料不須每天統計，只要每月提報平均人力即可。

戴主任委員桂英

謝謝，請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、付費者代表方案有部分文字需調整並增加說明，首先一般服務「1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算」，付費者不希望用於調整門診手術以外的門診相關支付標準，雖未列入協定事項，但仍請健保署了解。

二、第 2 頁，一般服務「2.(1)品質保證保留款」項下第 2 點後段「106 年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用」，原意應該是 106 年品質保證保留款不滾入一般服務基期



費用，不是剩餘款才不滾入，請刪除文字「如有剩餘，則」。

三、第 3 頁，專款項目「2. C 型肝炎用藥」項下之「(3)106 年應提出執行計畫，並編列相對比例之公務預算及訂定治療適應症，送全民健康保險會討論通過，否則本項之新藥預算不得動支；107 年新藥應全部由公務預算支應」文字表達方式易產生誤解，原意應是執行計畫及治療適應症送健保會備查，我稍微重整過，請大家再確認，即「106 年應編列相對比例之公務預算。所提之執行計畫及治療適應症，送全民健康保險會備查，否則本項之新藥預算不得動支」。

四、由於 106 年度總額公告後即產生法規命令效果，所指為 106 年總額協定範圍內的項目，最後一句「107 年新藥應全部由公務預算支應」建議放在會議紀錄即可，供下屆健保會付費者委員參照爭取，並請衛福部了解，付費者委員要求 107 年新藥應由公務預算支應。

五、以上修訂建議，不知其他委員有無意見？

滕委員西華

一、因醫院部門的總額協商結論是兩案併陳，目前即使是付費者代表方案並非公告版本，部長裁定後才会有公告版本。

二、專款項目「2.C 型肝炎用藥」編列 106 年預算的前提是「107 年新藥應由公務預算支應」，否則我傾向全部由公務預算支應。協定此前提有 2 項理由：

(一)基於病人權益，如果 107 年公務預算可以支應，我們可替新政府爭取 1 年時間，以尋找充足財源支應。

(二)預算多寡會影響照護人數，各界對於適用病人數看法不一。

三、站在照顧被保險人的立場，健保願意先分擔 C 肝新藥費用，106 年以公務預算搭配健保總額，減輕第一年政府公務預算壓力，但付費者代表還是希望能 100% 由公務預算支應。另付費者代表認為使用干擾素失敗後再使用 C 型肝炎口服新藥，如

果是在目前以干擾素為主之治療與新型全口服新藥療程內藥費相近的前提下，耗費 2 次治療費用，沒有經濟效益。

四、我建議報部時要有文字「107 年新藥應由公務預算支應」，但可同意 106 年公告版本不列入。

謝委員天仁

建議在「107 年新藥應全部由公務預算支應」後面註記。

滕委員西華

這是前提，否則我支持全部由公務預算支應。

謝委員天仁

一、在「107 年新藥應全部由公務預算支應」後面增加「(此段文字不列入 106 年度總額公告版本)」。

二、「106 年應編列相對比例之公務預算」，所謂「相對的比例」，文字上並非是「對等比例」，至於「相對的比例多少？」是有彈性的。希望盡量多爭取公務預算，進行 C 肝防治，請健保署不要誤解為對等，相對比例是有彈性的，以上是補充說明，不知其他付費者對版本有無問題？

戴主任委員桂英

謝謝，請黃委員淑英。

黃委員淑英

我只是要提醒，句點位置非常重要，如果最後的句點放在「公務預算支應」後面(註)，則整段文字都不會列入公告版本，句點應放在括號後面，以表示不列入的僅有「107 年新藥應全部由公務預算支應」，我只是提醒！

註：106 年應編列相對比例之公務預算。所提之執行計畫及治療適應症，送全民健康保險會備查，否則本項之新藥預算不得動支。107 年新藥應全部由公務預算支應。(此段文字不列入 106 年度總額公告版本)

滕委員西華

「此句」比較好。

謝委員天仁

「此段」容易誤解為整段。

黃委員淑英

句點寫在最後意義就完全不一樣。

戴主任委員桂英

將「此段文字不列入 106 年度總額公告版本」修改為「此句文字不列入 106 年度總額公告版本」。請問委員有無其他意見？請李委員永振。

李委員永振

同專款項目「2. C 型肝炎用藥」項下之「(1)全年經費 2,655 百萬元，包含自一般服務移列 1,500 百萬元」，其中全年經費是否有誤？原 2,655 百萬元是包含自一般服務移列之 943 百萬元，現改移列 1,500 百萬元，不應是 2,655 百萬元？

謝委員天仁

是回頭減列一般服務預算。

李委員永振

自一般服務移列至專款項目，全年經費應該是 3,212 百萬元。

謝委員天仁

不是，是移列後總數框限 2,655 百萬元。

李委員永振

先前移列 943 百萬元，全年經費才是 2,655 百萬元。

謝委員天仁

不論移列多寡，專款項目「2.C 型肝炎用藥」全年經費都是 2,655 百萬元。

李委員永振

健保署預估 C 肝新藥費用為 20 億元，再分醫院跟西醫基層總額...。

滕委員西華

在一般服務列為減項，在專款項目則是總數，即 2,655 百萬元含一般服務移列的 1,500 百萬元，新增加 1,155 百萬元，並在一般服務減列 1,500 百萬元。

李委員永振

這樣我了解。

戴主任委員桂英

專款項目「2. C 型肝炎用藥」文字確認。先前有關護理人力相關文字之增修，付費者委員有無其他意見？

滕委員西華

護理界代表認為恰當即可。

戴主任委員桂英

在一般服務「2.(4)提升護理照護品質」項下之「護理人力」增加「(並區分一般急性病房)」。

張委員澤芸

建議修正為「病床」，因為急性病床不一定在急性病房裡。

戴主任委員桂英

一、請修正為「(並區分一般急性病床)」。請問委員對付費者代表方案有無其他意見？(未有委員表示意見)

二、接下來確認醫院代表方案，醫院代表有無修訂意見？(未有委員表示意見)沒有，好。接下來進行牙醫部門。

張副執行秘書友珊

請委員翻開今天會上提供的補充資料，頁碼為牙醫-1，請同仁宣讀牙醫門診總額的協定結果。

同仁宣讀

**「106 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 2.340%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.922%，協商因素成長率 0.418%。
- (二)專款項目全年經費為 2,146.0 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，106 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 105 年度所核定總額成長 3.246%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 2.841%。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.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，相關程序請於105年12月底前完成，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。
- (2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(105、106年)該保留款成長率之累計額度(約228.9百萬元)為限，104年額度回歸一般服務預算；106年品質保證保留款不滾入一般服務基期費用。
- (3)請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。

##### 2.新增12歲牙結石清除(0.054%)。

##### 3.加強全民口腔疾病照護(0.100%)：適用對象為未滿12歲兒童。

##### 4.顎顏面骨壞死術後傷口照護(0.026%)。

##### 5.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.023%)。

##### 6.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% (-0.039%)。

#### (二)專款項目：全年經費為 2,146.0 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 105 年 11 月底前完成，並於 106 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階段照護，全年經費1,042.4百萬元；第3階段照護，全年經費350.6百萬元。

(2)應於108年回歸一般服務。

戴主任委員桂英

謝謝同仁宣讀。請問委員有無修訂意見？

陳代理委員彥廷(陳委員義聰代理人)

主席、各位委員，昨天協商時並未討論到「品質保證保留款」不滾入基期，是否暫時不列入協定事項，另案討論？

滕委員西華

有關「品質保證保留款」不滾入基期，是 105 年第 8 次委員會議所提，當時在爭論品保款成長率及金額，我所提出折衷建議方案。醫院總額部門在品質保證保留款協定事項已做修正，其他部門也會比照。

張副執行秘書友珊

幕僚補充說明，請委員參閱委員會議資料第 5 頁，頁面下方為 105

年第 8 次委員會議討論事項第二案，「105 年全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵案」之決議事項。

戴主任委員桂英

請委員翻到會議資料藍色隔頁後的第 5 頁。

張副執行秘書友珊

請同仁幫忙委員翻閱，謝謝！

戴主任委員桂英

一、請同仁先幫忙陳代理委員彥廷翻閱。

二、請付費者委員也確認文字，上次委員會議之決議為「如有剩餘款，則不滾入一般服務基期費用」，印象中是楊委員芸蘋所提意見。

三、陳代理委員彥廷的意見是，「品質保證保留款」之協定事項保留原來決議文字「如有剩餘款，則...」。

陳代理委員彥廷(陳委員義聰代理人)

是，按照第 8 次委員會議紀錄之決議文字。

戴主任委員桂英

依照上次委員會議決議文字，一般服務之「1.品質保證保留款」之(2)，後段文字修正為「106 年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用」，委員有無意見？

謝委員天仁

醫院總額付費者代表方案的相關文字是否修正？

戴主任委員桂英

醫院部門也同步修正，請幕僚同仁一併修改。委員有無其他意見？請陳代理委員彥廷。

陳代理委員彥廷(陳委員義聰代理人)

昨天協商時提及，一般服務的「2.新增 12 歲牙結石清除」、「3.加強全民口腔疾病照護」、「4.顎顏面骨壞死術後傷口照護」等 3 項新增項目，執行數係預估值，希望執行 3 年內應該逐年檢討，如執

行數有超過預算，可納入未來年度總額協商考量，原本是期待前開文字落入協定附註事項，後來謝委員天仁建議會議紀錄呈現即可，可否列入本次會議紀錄？

戴主任委員桂英

請陳代理委員彥廷再複述一次。

陳代理委員彥廷

牙醫於一般服務新增 3 項目，因難以估算精確執行數，因此我們期待將逐年檢討等文字列入總額協商附註事項，但謝委員說放入會議紀錄即可，是否就列入本次會議紀錄？

謝委員天仁

沒有問題。

戴主任委員桂英

請列入會議紀錄。委員有無其他意見？接下來進行中醫部門。

張副執行秘書友珊

請委員翻開今天會上提供的補充資料，頁碼為中醫-1，請同仁宣讀中醫門診總額的協定結果。

同仁宣讀

### 「106 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、總額協定結果：

(一)一般服務成長率為 3.291%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 2.281%，協商因素成長率 1.010%。

(二)專款項目全年經費為 377.2 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，106 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 105 年度所核定總額成長 4.066%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 3.643%。各細項成長率及金額如表 3。

三、總額分配相關事項：

(一)一般服務(上限制)：



1.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，相關程序請於105年12月底前完成，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。
- (2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(105、106年)該保留款成長率之累計額度(約44.8百萬元)為限，104年額度回歸一般服務預算；106年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。
- (3)請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。

2.其他醫療服務利用及密集度之改變(1.096%)：

- (1)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。
- (2)106年度編列250百萬元。

3.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.019%)。

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，於105年上半年執行率未達80%之扣款(-0.167%)。

(二)專款項目：全年經費為377.2百萬元。

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105年11月底前完成，新增計畫原則於105年12月底前完成，並於106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 121.5 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 133 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：

(1)全年經費47.7百萬元。

(2)106年請提出嚴謹療效評估報告，包含有無中醫治療之療效比較，並應控制西醫治療介入等因素。

4.乳癌、肝癌門診加強照護計畫：全年經費25百萬元。

5.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：全年經費20百萬元。

6.癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫：

(1)全年經費30百萬元。

(2)不予支付病床費及病床護理費。

戴主任委員桂英

謝謝同仁宣讀。請問委員有無修訂意見？請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

我比較擔心專案項目「6. 癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」，協定事項提到 105 年 12 月底前完成具體實施方案，然後就可以執行，直到 106 年成果發表會才提出報告。

戴主任委員桂英

一、吳委員肖琪提醒計畫內容完成後是否需先送健保會，委員有無建議增列協定事項？同仁於投影螢幕已暫擬「計畫內容提經全民健康保險會同意，預算始得動支」文字，請委員表示意見。

二、文字要用「同意」，或是「報告」、「備查」即可？(有委員表示：同意)就照幕僚所擬文字。請問中醫部門代表的意見，請陳代理委員旺全。

陳代理委員旺全(何委員永成代理人)

主席、各位委員，本計畫並非所有醫療院所皆可申請，僅設有中醫部的醫院才可承辦，目前規劃承辦院計有台北市立聯合醫院、桃園長庚醫院、中國附設醫院，及高雄長庚醫院...等。建議計畫送健保會備查即可。

吳委員肖琪

可將「同意」修正為「備查」，讓委員了解計畫執行方式即可，我是擔心將來衝擊會很大。

戴主任委員桂英

好，修正為「計畫內容提經全民健康保險會備查，預算始得動支」，請問委員有無其他修正意見？接下來進行西醫基層部門。

張副執行秘書友珊

因西醫基層總額今天早上有再行協商，協商結論資料未及印出，請委員先參看今天會上提供西醫基層總額的付費者代表方案，頁碼為西醫-1，投影螢幕為再協商後的共識方案，有修改少部分項目，同仁會宣讀西醫基層總額最後的協定結果。

同仁宣讀

### 「106 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 3.963%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率為 3.159%，協商因素成長率為 0.804%。

(二)專款項目全年經費為 2,998.0 百萬元。

(三)門診透析服務成長率 5.342%。

(四)前述三項額度經換算，106 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 105 年度所核定總額成長 5.157%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 4.789%。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(2,070.6百萬元)：
  - (1) 本項預算應用以調整「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，且朝支付點數相對合理之方向處理。
  - (2) 請於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行情形(含調整項目及申報點數)。
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「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」支付，相關程序請於105年12月底前完成，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。
    - ② 請將「醫療資訊品質提升」列入品質保證保留款之分配指標之一。
    - ③ 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(105、106年)該保留款成長率之累計額度(約206.1百萬元)為限，104年額度回歸一般服務預算；106年品質保證保留款如有剩餘款，則不滾入一般服務基期費用。
    - ④ 請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。
  - (2) 新醫療科技(包括新診療項目、新藥及新特材等)(0.080%)：

請中央健康保險署於105年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於106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) 山地離島門診診察費(0.095%)：

請於105年12月底前完成相關程序，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果情形。

(4)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，106年為第5年。

②請於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。

(5)其他醫療服務利用及密集度之改變(0.570%)：

(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(-0.045%)。

(二)專款項目：全年經費為 2,998 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 105 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 105 年 12 月底前完成，並於 106 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.強化基層照護能力「開放表別」：全年經費250百萬元。

2.西醫醫療資源不足地區改善方案：

全年經費 180 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

3.加強慢性B型及C型肝炎治療計畫(含C肝新藥)：

(1)全年經費688百萬元。

(2)原加強慢性B型及C型肝炎治療計畫經費400百萬元，不足部分由其他預算支應。

(3)C肝新藥288百萬元，動支條件比照醫院總額辦理。

4.醫療給付改善方案：

(1)全年經費300百萬元。

(2)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，並新增慢性阻塞性肺疾病方案。

5.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費1,580百萬元。

(2)應擴大社區醫療群之服務量能，納入居家照護服務，及將醫療給付改善方案之適用對象(例如：糖尿病、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、氣喘等)納入照護範圍。

(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4.0%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為5.342%。

4.應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。

5.請於106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。

(四)前述三項額度經換算，106年度西醫基層醫療給付費用總額，較105年度所核定總額成長5.157%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為4.789%。各細項成長率及金額如表4。

戴主任委員桂英

謝謝同仁宣讀。因稍早才完成協商，幕僚同仁來不及印出書面資料，請見諒。請問委員有無修訂意見？(未有委員表示意見)都沒問題，接下來進行健保署主管的其他預算。

滕委員西華

主席，可否檢視一下專款項目「3.加強慢性B型及C型肝炎治療計

畫(含 C 肝新藥)」，文字說明需與醫院總額一致。

(註：投影螢幕顯示本項協定事項「3.C 肝新藥 288 百萬元，動支條件比照醫院總額辦理」)

戴主任委員桂英

經確認兩者文字一致。委員有無其他需確認事項？如果沒有，接著確認其他預算，請同仁宣讀。

同仁宣讀

### 「106 年度全民健康保險其他預算及其分配」

一、106 年度其他預算增加 905.0 百萬元，預算總額度為 11,263.9 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：

請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行情形，計畫型項目應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。

(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。

(二)非屬各部門總額支付制度範圍之服務：

全年經費 5,000 百萬元，用於「助產所」5 百萬元、「居家醫療與照護」3,412 百萬元及「精神疾病患者社區復健」1,583 百萬元。各分項費用若有超支，依健保法第 62 條第 3 項辦理。居家醫療與照護及助產所兩項經費可相互流用。

(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 型及 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」300百萬元、「區域醫療整合計畫」300百

萬元、「提升急性後期照護品質試辦計畫」400百萬元，及「跨層級醫院合作計畫」100百萬元。

2. 「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」病人照護數應較105年成長20%。
3. 「提升急性後期照護品質試辦計畫」應朝居家、社區型照護發展，及建立單一核心評估工具(非依個別疾病)，並於106年4月底前將修訂計畫提經全民健康保險會同意後，預算始得動支。

(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，依全民健康保險會所議定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：

已於 105 年全面導入 ICD-10-CM/PCS，106 年起不再編列預算。

(七)鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施：

全年經費 1,100 百萬元，請中央健康保險署於 106 年 6 月前提報健保醫療資訊雲端查詢系統執行情形專案報告。

(八)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

全年經費 1,404.5 百萬元。

(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.建議將「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」之適用對象，納入「家庭醫師整合性照護計畫」之照護範圍。

(十)提升保險服務成效：

全年經費 310 百萬元，包含 105 年「健保藥品品質監測計



畫」。

(十一)高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫：

1.全年經費40百萬元。

2.若106年執行數超出預算，則納入總額協商時考量。

戴主任委員桂英

謝謝同仁宣讀。請問委員有無修訂意見？昨天協商要求健保署拆分「2.非屬各部門總額支付制度範圍之服務」之各項目經費，健保署已提供，請健保署說明。

龐組長一鳴

一、非屬各部門總額支付制度範圍之服務，依性質分為助產所、精神疾病社區復健及居家醫療照護三大項。

二、考量助產所的預算數較少，加上政府鼓勵友善生產之政策，若生產人數增加，則預算恐有不足之風險，請委員考量能否將助產所與居家醫療照護計畫合併，至於精神疾病社區復健，因其內容屬獨特性，故單獨列項。

三、因助產所與居家醫療照護計畫性質較無相關，若計畫合併，恐令人不解。但為避免助產所費用少、預算不足之風險，故經費配置上須做一些調整，以上說明及建議。

戴主任委員桂英

謝謝，請林委員惠芳。

林委員惠芳

本項目之經費原包含助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健及安寧居家療護等所需經費，請問分列方式為何不將助產所與護理之家之經費合併；居家照護與安寧居家療護合併；精神疾病社區復健單獨列項？有無計畫漏列之虞？

龐組長一鳴

一、本署提出之經費配置規劃，並無漏列，僅將分項過細之項目做合併。

二、說明護理之家經費用途，健保不負擔民眾至護理之家住院之費

用，僅負擔民眾在護理之家執行居家護理的費用，與居家醫療照護性質雷同，故將此 2 項歸為同類並合併。

吳委員肖琪

建議能否將助產所放後面一點，曾有學生提問，為何不鼓勵在家生產，主要因為 1 千人中若有 1 人在家生產大出血，無法如產婦希望能到醫院做緊急處理，則恐有國賠之虞。因目前醫療院所普及性高，健保已給付生產費用，產婦並無財務負擔，僅建議將其順位往後移，並無反對意思。

滕委員西華

個人對於排列順位無意見，預算原則上依健保署建議，但請加註「若助產所經費不足則由居家醫療照護支應或流用」，建議預算仍控制在 500 萬元，並且監控經費支出。

戴主任委員桂英

請同仁增加文字說明。

張副執行秘書友珊

所增加之文字如螢幕「各分項費用若有超支，依健保法第 62 條第 3 項辦理。『居家醫療與照護』及『助產所』兩項經費可互相流用」。

戴主任委員桂英

請問委員有無不同意見？請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

請教，其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費之第 2 項：醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用。此為預期明年政策會改變？還是有其他狀況呢？

龐組長一鳴

屬於例行性項目，每年都編列。

黃委員偉堯

每年都會編列。(戴主任委員桂英：不一定會動支)所以保留此項目

的目的是作為動支費用之依據嗎？(龐組長一鳴：是的)謝謝！

戴主任委員桂英

本項經費之支用，必須依健保會通過之「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」之適用範圍與動支程序辦理。請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

請參看「106 年度全民健康保險其他預算及其分配」第 2 頁，「(九)慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」第 3 點：建議將「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」之適用對象，納入「家庭醫師整合性照護計畫」之照護範圍。請問付費者委員意見，西醫基層總額的「家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)」已擴大照護範圍，例如糖尿病、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、氣喘等。依此協定事項，不了解醫療院所若執行本項「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」之病患照護如衛生教育，則應該申請哪項計畫支付費用？是兩項計畫都可申請？或僅限申請其中 1 項？

滕委員西華

- 一、若未來朝論人計酬的方向，沒有道理不讓已發展逾 10 年的 GP(General Practitioner, 家庭醫師)制度，納入病人的 Primary Care(初級照護)。希望所有 Primary Care，特別是含預防性功能之計畫，都應全部整合併入家醫計畫。但因整合性照護計畫又分多項任務，若合併，不知經費上如何分配？
- 二、基本上，建議家庭醫師要照顧初期慢性腎臟病病人，相關經費得由「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」項下支應。醫療院所應不至於重複領取，請健保署在費用支付上把關。若現行家醫計畫經費充裕，應該增列初期慢性腎臟病病人照護與衛教計畫，而非增加費用。
- 三、若要落實強化基層照護能力之口號，則實質上應該為民眾增加更具效益之服務，並非只有疾病治療，而應設法讓民眾更健康。家庭醫師制度若朝此目標前進，沒道理執行家醫整合照護

計畫時，排除初期慢性腎臟病病人，僅挑容易照護之疾病執行。

四、謝謝吳委員肖琪提醒，若家醫整合照護計畫經費不足，得於其他單項醫療給付改善方案項下編列預算，但請健保署與西醫基層總額相關團體規劃修訂家醫計畫時，考慮將慢性腎臟病人一併納入照顧，如同納入其他如糖尿病等醫療品質改善方案一樣，如此才能真正發揮及評估 GP 效益。如果家醫計畫無法達成大家期待的目標，僅依賴新增跨表項目，還是無法強化基層照護能力，病人也不會留在基層診所。

戴主任委員桂英

謝謝，請問吳委員肖琪是否還需健保署再說明？

龐組長一鳴

簡單說明及回應，現行家醫計畫分為三部分，包括由健保署指定收案對象、健保費用給付及績效獎勵。依滕委員西華意見，首先應將腎臟疾病病人納入指定收案對象；其次，2 項計畫都有個案管理費用，不得重複申請；此外，獎勵績效費用涉及評核指標與計算方式，為能加強初期慢性腎臟病照護，則需同步進行修改，未來於收案對象及評核指標將朝此方向修正。

吳委員肖琪

謝謝健保署說明。

千委員文男

「(十)提升保險服務成效」，全年經費編列 310 百萬元，包含「健保藥品品質監測計畫」。首先請教，這項藥品品質監測計畫是 105 年還是 106 年計畫？健保署昨日說明時，表示需增加 15 百萬元，但沒有列出相關文字，為避免以較少的預算執行藥品品質監測計畫，影響計畫成效，宜請健保署說明。

戴主任委員桂英

是否改為：本項預算包含 105 年「健保藥品品質監測計畫」之續辦，後面增列「續辦」文字，至於是否列出金額，個人沒意見。

滕委員西華

健保署上次是以立法院凍結預算為由，而未執行計畫，今年健保署已委外辦理，應該已動支 105 年之經費，若加「續辦」2 字，表示 106 年將新增續辦的項目及費用，請健保署說明。

戴主任委員桂英

請健保署說明「健保藥品品質監測計畫」委外辦理的期程。

施組長如亮

本項計畫履約期限為 1 年，並保留後續擴充 1 年。

戴主任委員桂英

請問履約期限起訖期程，以及 106 年新增之預算如何處理？

施組長如亮

本項計畫刻正辦理採購評選委員會，目前尚未開始履約，但一定為跨年度之計畫，本項採購需求說明包含後續擴充之費用。

戴主任委員桂英

所以需要再延續 1 年的計畫經費？請謝委員天仁。

謝委員天仁

我想精確文字表達，應該是全年經費 310 百萬元，包含 106 年「健保藥品品質監測計畫」15 百萬元，105 年未執行完成之預算繼續執行。

戴主任委員桂英

請問擴充 1 年計畫需多少經費？

黃科長兆杰

向委員報告，105 年健保藥品品質監測計畫初步規劃執行 8 個子項目，即 8 個藥品成分，共檢測約 206 項藥品，每 1 項單方藥品檢測費用約為 1 萬 2,000 元，複方藥品檢測費約為 2 萬元，檢測總費用 2 百多萬元。此外，倘須負擔抽驗藥品的費用，1 年所需經費也不會超過 4 百萬元，若 105 年 9 月開始委辦，預估履約期程為 105 年 9 月~106 年 8 月，106 年後續擴充計畫金額不需這麼多，以上補充

說明。

滕委員西華

健保署指的是匡列 15 百萬元預算過多而可能影響其他項目的執行費用？

戴主任委員桂英

黃科長兆杰僅就藥品品質監測計畫所需費用說明，但「提升保險服務成效」項目仍有其他相關計畫須執行。

滕委員西華

請問健保署「藥品品質監測計畫」需多少預算，5 百萬元？

黃科長兆杰

協定事項能否不匡列本項之金額。

謝委員天仁

若不列金額，恐有移作其他「提升保險服務成效」項目使用之虞，個人無法接受。

吳委員肖琪

請問 106 年編列 310 百萬元預算，是否包含執行「藥品品質監測計畫」1,500 萬元？(其他委員：是的)意思是 106 年「藥品品質監測計畫」編列 1,500 萬元預算。

戴主任委員桂英

請干委員文男。

干委員文男

去年協商時，已編列 105 年執行「藥品品質監測計畫」之經費，為何已編列預算，卻不執行？現於 106 年同項目編列 15 百萬元經費，健保署又認為編列過多預算，若要做事，哪怕錢多呢？民眾很關心市面上的藥品品質問題。105 年藥品品質監測計畫有多少預算？

戴主任委員桂英

委員非常關切「提升保險服務成效」編列 310 百萬元，健保署執行

內容為何。請參看會議資料第 126 頁之表 5(106 年其他預算項目表)，健保署建議及費用說明欄位「本項經費除用於系統維護外，新增病例診療組合發展團隊建立醫療院所辨識系統與實證醫療資訊庫、進行民眾就醫經驗調查，及提升醫療影像儲存傳輸、資料倉儲相關資訊系統與強化資安作業，以及大家關心的監測健保給付之藥品品質」，工作項目非常多，剛剛藥品科黃科長僅就藥品部分說明，請健保署做整體性的答覆。

請楊委員漢淙

主席，能否發言？

戴主任委員桂英

請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

本項預算已於去年通過協商，但不表示每年都從健保其他預算項下編列經費，應該依法執行回歸公務預算，不能便宜行事。醫療費用經費已逐年不足，既屬行政費用，應回歸由行政經費支應，不能因為行政費用無法編列或編列不足，就改編列於其他部門，以上是個人意見，若其他委員表示支持，個人無意見，但我反對本項應編列於公務預算之項目，編列於病人醫療費用預算。

戴主任委員桂英

請劉代理委員碧珠。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

- 一、呼應楊委員漢淙發言，雖然樂見提升健保服務成效，但本項所編列之用途，多屬行政作業費用，如監測健保給付之藥品品質等，健保用藥本應符合一定品質，若未符合應有的品質，健保就不能給付，食藥署就不該核發許可證。
- 二、若認為藥品品質有所疑慮，須進行監測，其監測費用為何要由健保經費支應？這些實屬行政費用，是否找尋其他公務預算支應？不應由民眾所繳交健保費項下支應，應再考量其合理性，請再討論。

戴主任委員桂英

謝謝，請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、先說明為什麼編列本項經費，當初健保署編列「提升保險服務成效」項目時，付費者代表並不支持，認為應編列在公務預算，但既然已編列於其他部門預算，故在協商時一併要求健保署應執行對被保險人有益的事情。
- 二、基本上健保署一開始也是認為既然健保給付藥品，已通過食藥署核發藥證，為何健保署還要監測藥品品質，我也同意這個想法。但大家都知道，食藥署根據 PIC/S GMP(國際醫藥品稽查協約組織所規範之優良作業規範)進行藥廠檢驗與管理，才核發藥品許可證，但實際上藥廠檢驗與管理出現如添加物、賦形劑等問題，才會出現衛福部食藥署已核發藥品許可證，但民眾仍有所質疑。
- 三、原自 104 年始，未通過 PIC/S GMP 廠之藥品，健保不再給付，但現在健保仍然給付。為何要將藥品監測計畫納入協定事項，因為藥品品質管理是國家承諾的政策，故要求買藥的人，須確認其藥品與藥商當時送食藥署檢定，有一致品質及相同療效。
- 四、此外，醫學中心醫師曾質疑藥品品質，連開處方之醫師，都無法確知藥品品質之優劣，所以付費者委員認為，既然編列「提升保險服務成效」項目經費，就必須有效益回饋至被保險人及整體醫療服務成效上，剛黃科長兆杰說明檢測藥品品項數，請就已編列之經費，增加檢測藥品數。藥品檢測是付費者委員堅持一定須執行的事項。

戴主任委員桂英

謝謝，請問其他委員有無意見？

楊委員漢源

反對。



戴主任委員桂英

楊委員漢淥不贊成。

楊委員漢淥

我的意見是，編列本項經費雖然在解決問題，但不能每年都做違法的事情，既然編列預算有法規可循，就該回歸公務預算支應（滕委員西華：我同意），就由行政費用支應，我認為本項屬於行政費用就應由公務預算支出。

戴主任委員桂英

請龐組長一鳴說明。

龐組長一鳴

- 一、雖然有部分屬於行政費用，但舉幾個例子讓委員了解，例如增加「病例診療組合發展團隊建立醫療院所辨識系統」，目前已編列預算，請醫療院所執行巡迴醫療，但其辨識系統卻呈現「本診所義診，請攜帶健保卡」，未能呈現健保照顧民眾之美意。若有一致性的辨識系統，供執行巡迴醫療之診所使用，相信對民眾就醫及健保成效有所幫助。
- 二、前述費用若全由健保的行政經費支出，不盡合理，除了健保特約醫療院所外，如牙科診所執行特殊服務，有些醫療院所提供糖尿病、慢性腎臟病照護等，若有適當的標準化辨識系統，讓民眾就醫時，清楚看到標示，對民眾就醫是有幫助的。
- 三、有關新增「實證醫學資料庫」部分，目前各大醫學中心有國外很好的資料庫供使用，但是基層開業醫師及藥局須使用的資料庫非常昂貴，若能用健保的力量設置，並與國外廠商簽約使用優質的資料庫，供各位醫師做臨床實證醫學參考，病人醫療品質會有大幅提升及幫助。
- 四、若要供每個醫療院所使用，卻用健保的行政經費支付，這也不妥，因本項業務可提升保險服務成效，又可提升民眾醫療品質，所以本署建議用本項經費支付是有道理的。

謝委員天仁

尊重楊委員漢淥所主張的意見，基本上我們也期待不要用健保經費支付，這是一件好事，但是目前現實上有困難，我們與健保署有預算本身的協定，今天是雙方確認協定的文字內容有無問題。好像西醫基層與我們協定，就不勞駕醫院總額部門表示相關意見，應該要尊重健保署，他們的意見已經表達，這不影響確認程序。

戴主任委員桂英

- 一、感謝委員天仁。楊委員漢淥所提，的確是當時立法的原意，因健保署屬公辦公營的機關，行政經費理應由公務預算支應，而保險經費是用來支付醫療費用。但後來因為有實務需求，在我擔任主任委員之前，就已有變通做法，特別是將「提升保險服務成效」項目納入其他預算。
- 二、請將楊委員漢淥及其他委員的意見記錄下來，這是正確的意見。本案昨天已完成協定，目前是確認協定所附加的文字，請問各位委員有無修改意見？

干委員文男

沒有啦！但金額要寫清楚包含 106 年「健保藥品品質監測計畫」金額是 1,500 萬元，這樣可以。

戴主任委員桂英

其他預算的協定結果確認完畢。請李委員蜀平。

李委員蜀平

- 一、主席！有關高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫，拜託所有的委員及健保署，若我們明年能達標，希望未來能變成常態性的給付，因這個計畫案已做了七年，而且高診次即是一年門診就醫次數達 90 次以上者，還有複雜用藥者的病人，這些病人大都是弱勢族群，及收入不多的貧困者，這些族群，希望能藉由藥事照護，可能有更順從的用藥習慣，未來也一定可以減少健保資源浪費。
- 二、雖然目前雲端藥歷系統執行成效卓越，醫療的專業服務更好，但是高診次暨複雜用藥者，需要藥師面對面溝通，而且要病人

幫忙整理所購買的健康食品、及隨意買的成藥，如果醫師處方的藥品不正常吃，或超過劑量都是非常危險的，藥事照護可以教育病人正確用藥，這是德政，如果可以達標，懇請未來列入常態性給付，因為高齡化的社會即將來臨，如能讓高診次暨複雜用藥的病人能得到更好的藥事照護，一定可以創造更好的健康品質，及降低健保費用。

戴主任委員桂英

謝謝李委員蜀平，請謝委員天仁。

謝委員天仁

表 5「106 年度其他預算協定項目表」最後一頁，註的文字是「採支出目標制，由中央健康保險署管控」，這與決議有出入，不了解甚麼是採支出目標制，決議也沒這些文字。106 年協商通則已列有其他預算「除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用」之文字，但目前附註及協定事項又這樣寫，這些文字與決議的內容相衝突。

戴主任委員桂英

請問這些文字是幕僚或健保署所擬？健保署是否要進一步說明？

龐組長一鳴

這是依原來的習慣寫的。

謝委員天仁

我過去已抗議過這部分，所謂原來的習慣是各項目可互相流用，沒有這個道理，支出目標制是可互相流用的。

戴主任委員桂英

請本會幕僚說明。

張副執行秘書友珊

從 91 年總額支付制度全路上路後，其他預算就一直沿用原來「採支出目標制，由中央健康保險署管控」的文字，在每年的協定內容、報部核定與公告的文字都這樣臚列，所以是參照過去的方式處

理。

滕委員西華

這與我們所理解的不同，我們理解的是單項採支出目標，內容由健保署管控，例如，支應醫院總額罕見疾病、血友病藥費，或精神疾病社區復健等項目，這筆經費健保署可以管控，但是各項目不得流用。剛提的提升保險服務成效經費編列 3 億 1 千萬元，若經費不足，則由別的項目流用，這樣不就等於沒有管理，形同授權健保署 1 百多億元，不對啦！

戴主任委員桂英

請張副執行秘書友珊說明。

張副執行秘書友珊

請委員參看補充資料第 56 頁，確實如謝委員天仁所提，討論 106 年度總額協商通則時，付費者代表建議增列「五、其他預算：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用」，這部分通則也併同有所規範。

戴主任委員桂英

建議將附表的註「採支出目標制，由中央健康保險署管控」文字刪除，及第 1 頁「一、106 年度其他預算增加 905.0 百萬元...，採支出目標制」中，「採支出目標制」之文字刪除，請問各位委員有無意見？(委員表示沒有)，若沒有其他修改意見，本案通過。

李委員蜀平

主席，我提的意見尚未處理。

戴主任委員桂英

針對李委員蜀平所提部分，請問委員有無意見？

干委員文男

針對高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫，我們已很寬列，依評核委員意見，本計畫應縮減及經費減少，目前這個計畫都做不好，曾請問藥局前面之藥箱丟掉的藥要如何處理？也沒說明，若做好藥品管

理，自然用藥浪費會減少，未來你們再提出，我們會支持，目前是以過去打 8 折的經費給你們，目前高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫，都還沒做好，就要求明、後年常態給付，沒道理，我反對。

李委員蜀平

高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫與門前藥局是不同的，門前藥局是健保署管轄的。

干委員文男

我說的是藥局設有回收的藥箱，我帶你去看，就知道有藥品浪費。

李委員蜀平

那不是我們藥師可以主導的，請干委員明察。

干委員文男

看到藥品的回收箱，就知道浪費，這也是需要改善的事項，也須有改善目標。

戴主任委員桂英

請黃委員淑英。

黃委員淑英

本案已討論通過，不知李委員蜀平所提的意見與本案有何關係？若有其他意見，應於委員會議提案，請不要再說了，大家都很累。

李委員蜀平

建議健保署原本就有訂定明確的指標，若我們能達標，未來懇請能夠成為常態性的給付，造福弱勢族群。

黃委員淑英

沒有協商的餘地，有些話要留紀錄我沒意見，但是今天沒有再討價還價的餘地，大家協商已經很累了！

李委員蜀平

不好意思！若能達標，懇請成為常態性的給付。

滕委員西華

明年協商再說。

戴主任委員桂英

請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

平心而論，健保署前 2 年都很勇敢的告訴我們，高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫與健保署自行輔導的結果差不多，明年請拿出誠意，若成果超出健保署自己輔導的結果，這部分可再考慮。

李委員蜀平

請列入紀錄，可以嗎？

戴主任委員桂英

我們會將李委員蜀平及吳委員肖琪所提的意見列入紀錄。本案討論完畢，請問各位委員有無臨時動議？

滕委員西華

可否宣布目前總額協商金額與成長率？

戴主任委員桂英

醫院總額經醫院部門與付費者代表協商，未能達成共識，因此有兩個版本(付費者代表及醫界代表之方案)，結果尚未確定。先請周執行秘書淑婉報告。

周執行秘書淑婉

本次的總額協商，其中 C 肝新藥部分有很多記者媒體關心，幕僚依過去的慣例預先準備一份新聞稿，請各位委員檢視內容是否適當？

戴主任委員桂英

請各位委員參看螢幕上的新聞稿內容。

滕委員西華

為何不印書面資料？

周執行秘書淑婉

同仁已經去印了，等一下會發書面資料。

戴主任委員桂英

這份新聞稿主要呈現本會協商結果，代表本會看法，請各位委員提

出意見。

楊委員漢淙

請看第 2 段第 2 行「...雙方代表雖均同意編列 C 型肝炎新藥預算，...」，我們的講法是不同的，不要寫雙方代表均同意編列 C 肝新藥預算，這樣的寫法似乎醫界與付費者代表的意見是一致的，建議應各自表述意見。

滕委員西華

這樣寫法似乎不妥，我們認為要由公務預算編列，願意在照顧病人的前提下，106 年應相對編列公務預算先支應一部分。若這樣寫，似乎是我們都同意由健保支付 C 肝新藥。

楊委員漢淙

不希望各自再發布新聞稿，醫界代表的意見是 C 肝新藥預算不應列於醫院總額，最多由健保「其他部門」支應。

滕委員西華

以前沒發布新聞稿，請問為何這次要發？

周執行秘書淑婉

因為這次 C 肝議題各界相當關切，很多記者媒體關心。

滕委員西華

那這部分就要寫好。

戴主任委員桂英

同仁已經在分送書面資料，請各位委員參看。第 1 段是事實的描述，大家可能比較沒意見，目前委員想修改的是第 2 段內容。請滕委員西華。

滕委員西華

一、先釐清事實，基層與醫院總額部門均涉及 C 肝新藥預算編列，昨天一開始在黃委員啟嘉提確認 C 肝新藥之預算來源之程序問題的資料中，醫院總額部門希望由公務預算支應，其實付費者代表也認為應優先由公務預算支應，只是在現行健保署

協商版本是將 C 肝新藥列於專款的項目，但是付費者代表原則是希望用公務預算支應，才会有這樣的協商結果。這結果是落在醫院與西醫基層總額兩部門，不只落在醫院總額，所以新聞稿放在「至於醫院總額部門...，雙方雖已釋出最大誠意」段文字，這樣表達不對。

二、對於 C 肝新藥我們立場都一樣，認為照護 C 肝病人是一定要做的事，且希望用公務預算優先編列。只是新政府似乎尚未準備好，財源也許還沒找到，所以我們願意在 106 年基於照顧病人福祉，以病人權益為最大優先考量之立場，編列健保 C 肝藥費預算，但前提是 106 年政府要相對編列公務預算，才同意動支健保 C 肝藥費，且只有 106 年 1 年的期限，在 107 年這部分全部要由政府編列公務預算支應。事實及過程是這樣，請問各位委員是否同意我的說明？

戴主任委員桂英

有關 C 肝新藥部分之內容，請同仁先繕打。

滕委員西華

我們要傳達的是，「政府要編列公務預算」是我們同意的底線，我先陳述這個事實，請問大家理解的是否一樣？

戴主任委員桂英

請先列「健保會付費者代表基於照顧病人福祉的前提」，刪除「均同意」，因為雙方有各自的意見。

滕委員西華

這個前提大家的意見都一樣，是對預算來源的意見不同，但是照顧病人的福祉都一樣，我希望能和諧的結束。

戴主任委員桂英

文字部分修改為「健保會委員基於照顧病人健康的考量」，可以嗎？

謝委員天仁

二代健保以後，有關本會的相關事項可由主任委員處理，所以主任



委員將如何處理，或授權哪個委員協助處理，我們沒有意見，請不要再花時間討論了。

戴主任委員桂英

請各位委員推舉由誰來負責新聞稿的撰擬。

林委員敏華

建議由滕委員西華與戴主任委員桂英討論後再發布。

戴主任委員桂英

建議要多一位醫界代表，邀請楊委員漢淙。

林委員敏華

授權戴主任委員桂英處理。

謝委員天仁

這不叫授權，本來就是法定職權。

戴主任委員桂英

本案就討論到此，請問各位委員有無其他意見？在散會之前，請幕僚報告中午用餐事宜。

同仁報告

各位委員，接下來是午餐時間，本會同仁將在會場外引導各位委員。

戴主任委員桂英

本次會議到此結束，散會。會後請楊委員漢淙與滕委員西華留步，感謝大家！