

全民健康保險醫療費用協定委員會
第 186 次委員會議事錄

中華民國 101 年 9 月 15 日

全民健康保險醫療費用協定委員會第186次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國101年9月15日上午11時30分至下午12時40分

貳、地點：中央健康保險局臺北業務組901會議室

參、出席委員：

王委員德明

何委員語

李委員明濱

林委員啟滄

陳秘書健民(代)

孫委員茂峰

孫委員碧霞

翁委員文能

陳高級分析師雪芬(代)

許委員怡欣

連委員瑞猛

陳委員玉枝

陳委員宗獻

陳委員錦煌

黃委員建文

陳常務理事彥廷(代)

黃委員偉堯

葉委員宗義

廖委員本讓

蔡委員登順

鄭委員淑芳

鄭委員聰明

謝委員天仁

謝委員武吉

簡委員慧娟

李科員惠涓(代)

蘇委員清泉

肆、請假委員
凌委員月霞
陳委員紹元
葉委員明峯

伍、列席人員

行政院衛生署
中央健康保險局

全民健康保險監理委員會
本會

梁組長淑政
黃局長三桂
蔡主任秘書魯
蔡組長淑鈴
柯副主任委員桂女
林執行秘書宜靜
張組長友珊

陸、主席：江主任委員東亮

紀錄：林淑華、張櫻淳、
邱臻麗、盛培珠、
陳燕鈴、黃偉益、
方瓊惠

柒、議程確認

決定：確定。

捌、報告事項

第一案：確認本會上(第 185)次委員會議議事錄。

決定：確定。

第二案：本會重要業務報告。

第三案：中央健康保險局報告「醫療費用支出情形」。

玖、討論事項

提案單位：本會第一組

案由：102 年度牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院部門及其他預算醫療給付費用總額協商因素項目及成長率案，提請 討論。

決議：

一、102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：

102年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後101年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+102年度一般服務成長率)+102年度專款項目經費

註：校正後101年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依費協會第114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：

1.一般服務成長率為 0.981%：

(1)醫療服務成本及人口因素成長率0.381%。原投保人口數年增率中之受刑人納保所增加成長率0.280%(101.3百萬元)移至專款項目項下。

(2)協商因素成長率0.600%。

2.專款項目全年經費為 1,205.8 百萬元。

3.前述二項額度經換算，102 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 101 年度所核定總額成長 1.421%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 1.409%。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)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，該方案請於101年11月底前完成相關程序，並於102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，並以累計最

近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

③請中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體，於102年6月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，發展結果面指標，並改善民眾自費情形。

(2)口腔癌統合照護計畫(0.064%)。

(3)根部齲齒填補(0.276%)，其2年之重補率不超過10%。

(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(-0.040%)。

2.專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於101年11月底前完成，並於102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考量。

(1)醫療資源不足地區改善方案：

全年經費229.2百萬元，辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

(2)牙醫特殊服務：

全年經費423百萬元，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牙醫醫療服務。

(3)牙周病統合照護計畫：

全年經費452.3百萬元，照護人數至少66,800人。

(4)受刑人之醫療服務費用：全年經費101.3百萬元。

二、102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：

- 102年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後101年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+102年度一般服務成長率)+102年度專款項目經費+102年度西醫基層門診透析服務費用
- 102年度西醫基層門診透析服務費用＝101年度西醫基層門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後101年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依費協會第114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：

- 1.一般服務成長率為 2.494%：
 - (1)醫療服務成本及人口因素成長率2.101%。原投保人口數年增率之受刑人納保所增加成長率0.280%(262.4百萬元)，移至專款項目項下。
 - (2)協商因素成長率為0.393%。
- 2.專款項目全年經費為 1,946.8 百萬元。
- 3.門診透析服務成長率 4.659%。
- 4.前述三項額度經換算，102 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 101 年度所核定總額成長 2.818%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 2.809%。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(0.1%)：
 - ①依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於101年11月底前完成相關程序，並於102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，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

③請中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體，於102年6月底前完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值，並改善假日休診造成民眾就醫不便情形。

(2)新醫療科技(0.041%)。

(3)配合安全針具推動政策(0.004%)。

(4)新增9項跨表項目(0.011%)：應於101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。

(5)支付標準調整(0.237%)：

①內科支付標準之調整200.0百萬元。

②外科手術及處置項目支付標準之調整22.0百萬元。

③自明年度起不得以調整科別支付標準為由增加預算。

(6)其他預期之法令或政策改變(0.057%)，支應因糖尿病給付改善方案導入支付標準提升照護人數所增加之費用。

(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(-0.057%)。

2.專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於101年11月底前完成，並於102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考量。

(1)醫療資源不足地區改善方案：全年經費150百萬元。

(2)慢性B型及C型肝炎治療計畫：全年經費157百萬元。

元。本項預算不足部分，由其他預算支應。

(3)醫療給付改善方案：全年經費162.4百萬元，辦理糖尿病、氣喘、精神分裂症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤等4項方案。

(4)家庭醫師及診所以病人為中心整合照護計畫：

①家庭醫師整合性照護制度計畫：全年經費1,115百萬元。

②診所以病人為中心整合照護計畫：全年經費100百萬元。

③以家庭醫師整合性照護計畫為主，納入診所以病人為中心整合照護計畫。

(5)受刑人之醫療服務費用：全年經費262.4百萬元。

3.門診透析服務(上限制)：

(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)合併西醫基層及醫院兩總額部門之年度門診透析服務費用，協商新年度成長率，並依協商當年第1季醫院總額及西醫基層總額之門診透析費用點數占率分配計算而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。(依本會第182次委員會議決議)

(3)門診透析服務總費用成長率為2%，新增預算用於鼓勵非外包經營之透析院所。依上述分攤基礎，西醫基層本項服務費用成長率為4.659%。

三、102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：

102年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後101年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+102年度一般服務成長率)+102年度專款項目經費

註：校正後101年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依費協會第114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：

1.一般服務成長率為 2.587%：

(1)醫療服務成本及人口因素成長率2.460%。原投保人口數年增率中之受刑人納保所增加成長率0.280%(57.1百萬元)移至專款項目項下。

(2)協商因素成長率0.127%。

2.專款項目全年經費為 285.5 百萬元。

3.前述二項額度經換算，102 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 101 年度所核定總額成長 2.187%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 2.177%。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%)：

①金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

②101年度品質保證保留款成長率0.1%(19.9百萬元)，102年度仍應依中醫門診總額品質保證保留款實施方案辦理。該方案請於101年11月底前完成相關程序，並於102年6月底前提送前一年度執行成果。

③請中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體，於102年6月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，並發展結果面指標。

(2)支付標準調整(0.147%)：小兒腦性麻痺、小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫，自102年起由專款項目移列至一般服務。

(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(-0.02%)。

2.專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於101年11月底前完成，並於102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：

①全年經費74.4百萬元。

②辦理巡迴醫療服務計畫及獎勵開業服務計畫。

另，「偏遠地區中醫師長期進駐服務試辦計畫」不再辦理，原經費改用於鼓勵增加巡迴點。

(2)腦血管疾病後遺症門診照護計畫：全年經費100百萬元。

(3)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫：全年經費40百萬元。

(4)腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫：全年經費14百萬元。

(5)受刑人之醫療服務費用，全年經費57.1百萬元。

四、102年度醫院醫療給付費用總額及其分配

(一)總額設定公式：

■ 102年度醫院醫療給付費用總額＝校正後101年度醫院一般服務醫療給付費用×(1+102年度一般服務成長率)+102年度專款項目經費+102年度醫院門診透析服務費用

■ 102年度醫院門診透析服務費用＝101年度醫院門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後101年度醫院一般服務醫療給付費用，係依費協會第114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：

付費者代表方案：

1.一般服務成長率為 4.690%：

(1)醫療服務成本及人口因素成長率3.128%。原投保人口數年增率中之受刑人納保所增加成長率0.280%(903.7百萬元)，移至專款項目項下。

(2)協商因素成長率1.562%，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，該方案請於101年11月底前完成相關程序，並於102年6月底前提送前一年度執行成果。

b.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

c.請中央健康保險局會同醫院總額相關團體，於102年6月底前，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值。

②新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)(0.418%)：

其中新增支付標準項目，請中央健康保險局訂定相關項目之額度與開放時程，若未於時程內導入，則扣減該額度。

③支付標準調整(1.022%)：

用於調整急、重、難症之支付項目，含手術、處置等費用，但不含門診診察費。

④配合安全針具推動政策(0.031%)。

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(-0.009%)。

2.專款項目全年經費為 16,718.5 百萬元：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 101 年 11 月底前完成，並於 102 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考量。

- (1)慢性B型及C型肝炎治療計畫：全年經費3,600百萬元，包含所編列專款2,022百萬元，及列於一般服務之1,578百萬元，若仍有不足，則由其他預算支應。
- (2)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：全年經費3,672百萬元，不足部分由其他預算支應。
- (3)罕見疾病、血友病藥費：全年經費6,864百萬元，不足部分由其他預算支應。
- (4)醫療給付改善方案：全年經費499.8百萬元。
- (5)急診品質提升方案：全年經費320百萬元。
- (6)提升住院護理照護品質：全年經費2,000百萬元，請護理師護士公會全聯會代表於101年10月份委員會前，研提具體之人力監測指標。
- (7)繼續推動DRGs之調整與鼓勵：全年經費387百萬元，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)醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案：全年經費50百萬元，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。
- (9)受刑人之醫療服務費用：全年經費903.7百萬元，經費不足時，採浮動點值核算；若有剩餘，則回歸健保安全準備。

3.門診透析服務：

- (1)合併醫院及西醫基層兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
- (2)合併醫院及西醫基層兩總額部門之年度門診透析服務費用，協商新年度成長率，並依協商當年第1季醫院總額及西醫基層總額之門診透析費用點數占率分配計算而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。(依本會第182次委員會議決議)
- (3)門診透析服務總費用成長率為2%，新增預算用於鼓勵非外包經營之透析院所。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為0.188%。

4.前述三項額度經換算，102年度醫院醫療給付費用總額，較101年度所核定總額成長4.952%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為4.943%。各細項成長率及金額如表4。

醫院代表方案：

1.一般服務成長率為7.123%：

- (1)醫療服務成本及人口因素成長率3.128%。原投保人口數年增率中之受刑人納保所增加成長率0.280%(903.7百萬元)，移至專款項目項下。
- (2)協商因素成長率3.995%，各項協商因素及建議事項如下：
 - ①品質保證保留款(0.100%)。
 - ②新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)(0.403%)：
係以新增當年度起之5年效應推算所需經費，故不宜扣減當年度未執行數。
 - ③支付標準調整(1.611%)：
用於調整內、外、婦、兒、急診及重難症等相關

之支付項目(含診察費、手術、處置及麻醉費等)。

④住院護理費調整(0.775%)。

⑤配合安全針具推動政策(0.031%)。

⑥慢性B型及C型肝炎治療計畫(1.084%)。

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(-0.009%)。

2.專款項目全年經費為 12,560.5 百萬元：

(1)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：全年經費3,600百萬元，不足部分由其他預算支應。

(2)罕見疾病、血友病藥費：全年經費6,800百萬元，不足部分由其他預算支應。

(3)醫療給付改善方案：全年經費499.8百萬元。

(4)急診品質提升方案：全年經費320百萬元。

(5)繼續推動DRGs之調整與鼓勵：全年經費387百萬元。

(6)醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案：全年經費50百萬元。

(7)受刑人之醫療服務費用：全年經費903.7百萬元，預算不足時採浮動點值計算，預算若有剩餘則回歸一般預算。

3.門診透析服務成長率：本項暫以 0.188%推估醫院總額部門總成長率，唯實際門診透析服務成長率需再與西醫基層總額部門就部門占率進行研議。

4.前述三項額度經換算，102 年度醫院醫療給付費用總額，較 101 年度所核定總額成長 5.991%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 5.982%。各細項成長率及金額如表 4。

五、102年度全民健康保險其他預算及其分配

(一)102年度其他預算減少402百萬元，預算總額度為

7,505.9百萬元，採支出目標制，由中央健康保險局管控，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603.9百萬元。請於102年6月底前提送執行成果及成效評估報告。
- 2.非屬各部門總額支付制度範圍之服務：全年經費3,714百萬元。用於助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護等所需經費。
- 3.支應罕病及血友病藥費、器官移植、慢性B型及C型肝炎治療計畫專款不足之經費：全年經費200百萬元。
- 4.推動促進醫療體系整合計畫：全年經費950百萬元。
 - (1)預算用於醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、論人計酬試辦計畫，及醫院垂直整合方案等三項。
 - (2)延續型計畫，請於102年6月底前提送執行成果及成效評估報告。新增方案原則於101年12月底前完成相關程序，並於102年6月底前提送初步執行結果。
- 5.其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費：全年經費1,000百萬元。
 - (1)含新增醫藥分業地區所增加之費用。
 - (2)配合二代健保實施推動家庭醫師責任制度，若對部門醫療費用有顯著影響，得提經委員會同意後動支調整。
 - (3)經費之支用，依本會第178次委員會議通過之適用範圍與動支程序原則辦理。
- 6.增進偏遠地區醫療服務品質計畫：全年經費500百萬元。

(1)經費若有不足，得由前項支應，並以1.7億元為上限。

(2)請於101年12月底前完成相關程序，並於102年6月底前提交執行成果及成效評估報告。

7.全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護：全年經費 54 百萬元

(1)本項以輔導至少7,000人為目標。

(2)輔導個案重複用藥之問題及輔導結果，應提供健保局管理。

(3)請於101年12月底前完成相關程序，並於102年6月底前提交執行成果及成效評估報告。

8.慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：全年經費 404 百萬元，預算用於：

(1)繼續推動「Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫」、「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」。

(2)新增「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」。

9.配合二代健保法施行全民健康保險提供矯正機關收容人醫療服務計畫：全年經費 80 百萬元。

(1)用於鼓勵院所至矯正機關提供收容人醫療服務之論次費用及診察費加成之獎勵費用。

(2)請於101年12月底前完成相關程序，並於102年6月底前提交初步執行結果。

拾、臨時動議：無。

拾壹、散會：下午12時40分。

表 1 102 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)	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		0.381%	137.9	1. 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 = $[(1 + \text{投保人口數年增率}) * (1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率})] - 1$ 2. 原投保人口數年增率中之受刑人納保所增加成長率 0.280% (101.3 百萬元) 移至專款項目項下。
投保人口數年增率		0.163%		
人口結構改變率		-0.129%		
醫療服務成本指數改變率		0.347%		
協商因素成長率		0.600%	217.1	
醫療品質及 保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.300%	108.6	1. 依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於 101 年 11 月底前完成相關程序，並於 102 年 6 月底前提交前一年度執行成果。 2. 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。 3. 請中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體，於 102 年 6 月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，發展結果面指標，並改善民眾自費情形。
支付項目的 改變	口腔癌統合照護計畫	0.064%	23.0	
	根部齲齒填補	0.276%	100.0	2 年之重補率不超過 10%。
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	-0.040%	-14.5	
一般服務成長率		0.981%	355.0	

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 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	229.2	0.0	辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
牙醫特殊服務	423.0	0.0	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牙醫醫療服務。
牙周病統合照護計畫	452.3	68.0	照護人數至少 66,800 人。
受刑人之醫療服務費用	101.3	101.3	
專款金額	1,205.8	169.3	
總成長率預估值及增加金額^(註) (一般服務+專款)	1.409%	524.3	
較 101 年度核定總額成長率	1.421%	-	

註：1.計算總成長率所用之基期費用，已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，最終仍以健保局結算資料為準。

表 2 102 年度西醫基層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		2.101%	1,969.2	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. 原投保人口數年增率之受刑人納保所增加成長率 0.280%(262.4 百萬元)，移至專款項目項下。
投保人口數年增率		0.163%		
人口結構改變率		0.762%		
醫療服務成本指數改變率		1.173%		
協商因素成長率		0.393%	368.3	
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.100%	93.7	1. 依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於 101 年 11 月底前完成相關程序，並於 102 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，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。 3. 請中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體，於 102 年 6 月底前完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值，並改善假日休診造成民眾就醫不便情形。
支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)	0.041%	38.4	
	配合安全針具推動政策	0.004%	3.7	
	新增 9 項跨表項目	0.011%	10.3	應於 101 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。
	支付標準調整	0.237%	222.1	1. 內科支付標準之調整 200.0 百萬元。 2. 外科手術及處置項目支付標準之調整 22.0 百萬元。 3. 自明年度起不得以調整科別支付標準為由增加預算。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
其他醫療 服務及密 集度的改 變	其他預期之法令或 政策改變	0.057%	53.4	支應因糖尿病給付改善方案導入 支付標準提升照護人數所增加之 費用。
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	-0.057%	-53.4	
一般服務成長率		2.494%	2,337.5	
專款項目(全年計畫經費)				
醫療資源不足地區改善方案		150	0	
慢性 B 型及 C 型肝炎治療 計畫		157	0	本項預算不足部分，由其他預算 支應。
醫療給付改善方案		162.4	-49.6	辦理糖尿病、氣喘、精神分裂症、 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染 者個案追蹤等 4 項方案。
家庭醫師整合性照護制度 計畫		1,115	0	以家庭醫師整合性照護計畫為 主，納入診所以病人為中心整合 照護計畫。
診所以病人為中心整合照 護計畫		100	-100	
受刑人之醫療服務費用		262.4	262.4	
專款金額		1,946.8	112.8	
(一般服務+專款)成長率預估 值及增加金額		2.564%	2,450.4	
門診透析服務成長率		4.659%	588.8	
總成長率預估值及增加金額^(註) (一般服務+專款+門診透析)		2.809%	3,039.1	
較 101 年度核定總額成長率		2.818%	—	

註：1.計算總成長率所用之基期費用，已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，最終仍以健保局結算資料為準。

表 3 102 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		2.460%	501.9	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. 原投保人口數年增率中之受刑人納保所增加成長率 0.280%(57.1 百萬元)，移至專款項目項下。
投保人口數年增率		0.163%		
人口結構改變率		0.579%		
醫療服務成本指數改變率		1.714%		
協商因素成長率		0.127%	25.9	
醫療品質及 保險對象健康狀況的 改變	品質保證保留款	0.000%	0.0	1. 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。 2. 101 年度品質保證保留款成長率 0.1%(19.9 百萬元)，102 年度仍應依中醫門診總額品質保證保留款實施方案辦理。該方案請於 101 年 11 月底前完成相關程序，並於 102 年 6 月底前提交前一年度執行成果。 3. 請中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體，於 102 年 6 月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，並發展結果面指標。
支付項目改 變	支付標準調整	0.147%	30.0	小兒腦性麻痺、小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫，自 102 年起由專款項目移列至一般服務。

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	-0.020%	-4.1	
一般服務成長率		2.587%	527.8	
專款項目(全年計畫經費)				
	醫療資源不足地區改善方案	74.4	0.0	辦理巡迴醫療服務計畫及獎勵開業服務計畫。另，「偏遠地區中醫師長期進駐服務試辦計畫」不再辦理，原經費改用於鼓勵增加巡迴點。
	腦血管疾病後遺症門診照護計畫	100.0	18.0	
	腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫	40.0	-5.0	
	腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫	14.0	4.0	
	受刑人之醫療服務費用	57.1	57.1	
專款金額		285.5	74.1	
總成長率預估值及增加金額 ^(註) (一般服務+專款)		2.177%	451.9	
較 101 年度核定總額成長率		2.187%	—	

註：1.計算總成長率所用之基期費用，已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，最終仍以健保局結算資料為準。

表 4 102 年度醫院醫療給付費用成長率項目表(送署裁決版)

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		3.128%	10,095.3	3.128%	10,095.3
投保人口數年增率(註1)		0.163%		0.163%	
人口結構改變率		1.969%		1.969%	
醫療服務成本指數改變率		0.991%		0.991%	
協商因素成長率		1.562%	5,041.2	3.995%	12,893.5
醫療品質 及保險對 象健康狀 態的改變	品質保證保留款	0.100%	322.7	0.100%	322.7
支付項目 的改變	新醫療科技(包括藥品、 特材、新增項目等)	0.418%	1,349.1	0.403%	1,300.6
	支付標準調整	1.022%	3,298.4	1.611%	5,199.3
	住院護理費調整			0.775%	2,501.2
	配合安全針具推動政策	0.031%	100.0	0.031%	100.0
	慢性B型及C型肝炎 治療計畫			1.084%	3,498.5
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	-0.009%	-30.5	-0.009%	-30.5
一般服務成長率		4.690%	15,136.5	7.123%	22,988.8
專款項目(全年計畫經費)					
慢性B型及C型肝炎治療計畫		2,022.0	100.0	0.0	-1,922.0
鼓勵器官移植並確保術後追蹤 照護品質		3,672.0	187.3	3,600.0	115.3
罕見疾病、血友病藥費		6,864.0	1,215.0	6,800.0	1,151.0
醫療給付改善方案		499.8	0.0	499.8	0.0
急診品質提升方案		320.0	0.0	320.0	0.0
提升住院護理照護品質		2,000.0	0.0	0.0	-2,000.0
繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵		387.0	0.0	387.0	0.0

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)
醫院支援西醫基層總額醫療資源 不足地區改善方案	50.0	0.0	50.0	0.0
受刑人之醫療服務費用	903.7	903.7	903.7	903.7
專款金額	16,718.5	2,406.0	12,560.5	-1,752.0
(一般服務+專款)成長率預估值及 增加金額	5.205%	17,542.5	6.301%	21,236.8
門診透析服務成長率	0.188%	34.9	0.188%	34.9
總成長率預估值及增加金額(註2) (一般服務+專款+門診透析)	4.943%	17,577.4	5.982%	21,271.6
較 101 年度核定總額成長率	4.952%	—	5.991%	—

註：1.原投保人口數年增率中之受刑人納保所增加成長率0.280%(903.7百萬元)，移至專款項目項下。

2.計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口數成長率差值。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值，最終仍以健保局結算資料為準。

表5 102年度其他預算項目表

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	603.9	0	請於102年6月底前提送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	3,714	-500	用於助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護等所需經費。
支應罕病及血友病藥費、器官移植、慢性B型及C型肝炎治療計畫專款不足之經費	200	0	
推動促進醫療體系整合計畫	950	0	1.預算用於醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、論人計酬試辦計畫，及醫院垂直整合方案等三項。 2.延續型計畫，請於102年6月底前提送執行成果及成效評估報告。新增方案原則於101年12月底前完成相關程序，並於102年6月底前提送初步執行結果。
其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費	1000	0	1.含新增醫藥分業地區所增加之費用。 2.配合二代健保實施推動家庭醫師責任制度，若對部門醫療費用有顯著影響，得提經委員會同意後動支調整。 3.經費之支用，依本會第178委員會議通過之適用範圍與動支程序原則辦理。
增進偏遠地區醫療服務品質計畫	500	0	1.經費若有不足，得由前項支應，並以1.7億元為上限。 2.請於101年12月底前完成相關程序，並於102年6月底前提送執行成果及成效評估報告。
全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護	54	18	1.以輔導至少7,000人為目標。 2.輔導個案重複用藥之問題及輔導結果，應提供健保局管理。 3.請於101年12月底前完成相關程序，並於102年6月底前提送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	預算用於： 1.繼續推動「Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫」、「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」。 2.新增「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」。
配合二代健保法施行全民健康保險提供矯正機關收容人醫療服務計畫	80	80	1.用於鼓勵院所至矯正機關提供收容人醫療服務之論次費用及診察費加成之獎勵費用。 2.請於101年12月底前完成相關程序，並於102年6月底前提送初步執行結果。
總計	7,505.9	-402.0	

註：採支出目標制，由中央健康保險局管控。

本會第 186 次委員會議
與會人員發言實錄

壹、主席致詞、議程確認、報告事項第一案「確認本會上(第 185)次委員會議議事錄」、報告事項第二案「本會重要業務報告」及報告事項第三案「中央健康保險局報告『醫療費用支出情形』」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

- 一、本會應出席委員人數 27 人，現已出席人數達 22 人，正式宣布第 186 次委員會議開始。
- 二、首先感謝大家一天半(9 月 14 日至 15 日)在這邊努力協商，特別是委員都很辛苦。在這一天半協商會議之前，本會也有安排相關會議，讓各方有充分的時間說明、溝通、討論，終於到了決定時刻。希望大家秉持認真、實事求是的精神，討論剛剛完成協商共識的部分。首先依照過去慣例，先確認議程，請林執行秘書宜靜說明。

林執行秘書宜靜

請翻到第 186 次委員會議補充資料第 2 頁，議程有增加一項報告事項。報告案共三案，一為確認第 185 次議事錄；二為新增的本會重要業務報告，有兩點補充說明；三為健保局報告醫療費用支出情形。討論案一案，係針對 102 年各部門總額及其他預算的協商結論，會將昨天與今天討論的協商結論跟委員做最後確認。

江主任委員東亮

- 一、醫療費用支出情形報告部分，依原定規劃每季報告 1 次，9 月份係需進行口頭報告，不過相信委員對這些事項都很瞭解，本次因為時間關係，可否不報告，書面資料由委員自行參閱，若有需要，下次再進行口頭報告，以節省大家時間？若無異議就進行報告事項。
- 二、請宣讀上次會議議事錄。

同仁宣讀(略)

江主任委員東亮

請問委員對上次會議紀錄有無文字修正？若無意見，則紀錄確定。
進行報告事項第二案，請林執行秘書宜靜報告。

林執行秘書宜靜

- 一、請委員翻到補充資料第 3 頁，本會重要業務報告第一點。衛生署前於 8 月份交議本會協商 102 年度總額時，有一項政策方向為「試辦藥費總額支出目標制」，方案後送。現衛生署於 101 年 9 月 5 日行文本會，將健保局所擬「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案(草案)，交付本會依全民健康保險法第 49 條規定，協定 102 年藥品費用總額支出目標值，並將協定結果報請衛生署核定。
- 二、因 9 月份為本會進行年度總額協商期間，故將安排於 10 月份提案討論藥品費用支出目標方案，同時邀請健保局於會上專題報告，先跟委員預告。
- 三、第二點，9 月 6 至 7 日中華民國牙醫師公會全國聯合會舉行「101 年度牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案、特殊醫療服務試辦計畫參訪」，我們有多位委員參加，如陳委員錦煌、蔡委員登順、謝委員武吉及連委員瑞猛等。幕僚將與會委員的建議整理在第 7 至 9 頁資料，請委員參閱。

江主任委員東亮

以上報告若可，則進行報告事項第三案，中央健康保險局報告「醫療費用支出情形」，剛剛已提出請委員自行參閱。進入討論事項。

貳、討論事項「102 年度牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院部門及其他預算醫療給付費用總額協商因素項目及成長率案」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

請同仁宣讀。

同仁宣讀(略)

江主任委員東亮

一、今天最重要的事就是將 102 年度總額協商結論於委員會議中確認。過去一天半的協商，中醫門診、牙醫門診、西醫基層總額部門皆有共識，醫院部門及門診透析部分則尚無共識，依法有、無共識皆會送署，未有共識部分則將付費者、醫療提供者二方案併陳。

二、先就有共識部門逐一確認，若對結論文字有意見，可以酌修，至於協商成長率部分，因為屬協商結果，若無意見就通過，有意見再另行處理。

林執行秘書宜靜

昨天第一個談的是牙醫門診總額部門，請同仁宣讀協商結論。

林視察淑華(宣讀)

102 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：

102 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 101 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+102 年度一般服務成長率) +102 年度專款項目經費。

註：校正後 101 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依費協會第 114 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：

(一)一般服務成長率為 0.981%：

1.醫療服務成本及人口因素成長率0.381%。原投保人口數年增

率中之受刑人納保所增加成長率0.280%(101.3百萬元)移至專款項目項下。

2.協商因素成長率0.600%。

(二)專款項目全年經費為 1,205.8 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，102 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 101 年度所核定總額成長 1.421%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 1.409%。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.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，該方案請於101年11月底前完成相關程序，並於102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，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

(3)請中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體，於102年6月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，發展結果面指標，並改善民眾自費情形。

2.口腔癌統合照護計畫(0.064%)。

3.根部齶齒填補(0.276%)，其2年之重補率不超過10%。

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(-0.040%)。

(二)專款項目：具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 101 年 11 月底前完成，並於 102 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229.2百萬元，辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

2.牙醫特殊服務：

全年經費423百萬元，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牙醫醫療服務。

3.牙周病統合照護計畫：

全年經費452.3百萬元，照護人數至少66,800人。

4.受刑人之醫療服務費用：全年經費101.3百萬元。

四、表1「102年度牙醫門診醫療給付費用成長率項目表」，請委員自行參閱。以上宣讀。

江主任委員東亮

請牙醫門診部門表示意見。

陳常務理事彥廷(黃委員建文代理人)

本會無意見。

江主任委員東亮

好，那就確認。請大家翻到西醫基層部分，請同仁宣讀。

林視察淑華(宣讀)

102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：

- 102年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後101年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+102年度一般服務成長率)+102年度專款項目經費+102年度西醫基層門診透析服務費用
- 102年度西醫基層門診透析服務費用＝101年度西醫基層門診透析服務費用×(1+成長率)。

註：校正後101年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依費協會第114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：

(一)一般服務成長率為2.494%：

1.醫療服務成本及人口因素成長率2.101%。原投保人口數年增率之受刑人納保所增加成長率0.280%(262.4百萬元)，移至專款項目項下。

2.協商因素成長率為0.393%。

(二)專款項目全年經費為1,946.8百萬元。

(三)門診透析服務成長率4.659%。

(四)前述三項額度經換算，102年度西醫基層醫療給付費用總額，較101年度所核定總額成長2.818%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為2.809%。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(0.1%)：

(1)依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於101年11月底前完成相關程序，並於102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，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

(3)請中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體，於102年6月底前完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值，並改善假日休診造成民眾就醫不便情形。

2.新醫療科技(0.041%)。

3.配合安全針具推動政策(0.004%)。

4.新增9項跨表項目(0.011%)：應於101年12月底前完成相關程序，若未能於年度開始時實施，則扣減該項目成長率。

5.支付標準調整(0.237%)：

(1)含外科處置項目支付標準之調整22.0百萬元。

(2)自明年度起不得以調整科別支付標準為由要求增加預算。

6.其他預期之法令或政策改變(0.057%)，支應因糖尿病給付改

善方案導入支付標準提升照護人數所增加之費用。

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(-0.057%)。

(二)專款項目：具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於101年11月底前完成，並於102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考量。

1.醫療資源不足地區改善方案：全年經費150百萬元。

2.慢性B型及C型肝炎治療計畫：全年經費157百萬元。

3.醫療給付改善方案：全年經費162.4百萬元，辦理糖尿病、氣喘、精神分裂症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤等4項方案。

4.家庭醫師及診所以病人為中心整合照護計畫：

(1)家庭醫師整合性照護制度計畫：全年經費1,115百萬元。

(2)診所以病人為中心整合照護計畫：全年經費100百萬元。

(3)以家庭醫師整合性照護計畫為主，納入診所以病人為中心整合照護計畫。

5.受刑人之醫療服務費用：全年經費262.4百萬元。

(三)門診透析服務(上限制)：

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.合併西醫基層及醫院兩總額部門之年度門診透析服務費用，協商新年度成長率，並依協商當年第1季醫院總額及西醫基層總額之門診透析費用點數占率分配計算而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。(依本會第182次委員會議決議)

3.門診透析服務總費用成長率為2%，新增預算用於鼓勵非外包經營之透析院所。依上述分攤基礎，西醫基層本項服務費用成長率為4.659%。

四、表 2「102 年度西醫基層醫療給付費用成長率項目表」，請委員自行參閱，以上宣讀。

江主任委員東亮

請西醫基層部門表示意見。

陳委員宗獻

只是讓文字明確，請參看「5.支付標準調整」部分，「(1)含外科處置項目支付標準之調整 22.0 百萬元」，建議前面增列文字，修訂為「內科支付標準調整(含外科處置項目支付標準)」。

林執行秘書宜靜

向委員說明，「5.支付標準調整」預估增加 222 百萬元，其中外科處置支付標準之調整為 22 百萬元，剛西醫基層部門是建議將內科診察費納入，不知付費者委員同意嗎？

江主任委員東亮

支付標準調整項目已有內含內科。

陳委員宗獻

討論時是談調整內科門診診察費，但建議不要寫診察費，原因是額度太少，第一階段診察費每人只有增加幾元而已，所以不用寫太清楚，會較有彈性，但主要還是在支應內科。

江主任委員東亮

付費者當時的建議文字為何？

蔡委員登順

可以彈性調整，但昨天談的是內科。

陳委員宗獻

所以要註明內科。

蔡委員登順

昨天外科談的是 22 百萬元，現在合在一起。

謝委員武吉

主席，支付標準昨天是分開談，現在又合在一起，這樣不對。應該外科 22 百萬元，內科 2 億元，寫成 2 項。

林執行秘書宜靜

建議文字修正為：(1)用於內科支付標準之調整 200 百萬元；(2)用於外科處置項目支付標準之調整 22 百萬元。

江主任委員東亮

這樣修正可以嗎？健保局有無意見？

蔡組長淑鈴

「5.支付標準調整」第 2 項含外科處置項目部分，記得昨天醫師公會全聯會提出的項目中，不僅處置，還有門診手術，所以應該是手術或處置項目，這樣文字修正是否較完整？因為是承認他們昨天提的那些項目。

江主任委員東亮

修正為「外科手術及處置項目」，可以接受嗎？

李委員明濱

接受。

江主任委員東亮

那就確認。

蔡委員登順

昨天門診透析沒有做成決議，雖然西醫基層同意。

江主任委員東亮

門診透析西醫基層同意的部分寫在這裡，可以嗎？(未有委員反對)
那就確認。接下來進行中醫門診部門，請同仁宣讀。

林視察淑華(宣讀)

102 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：

102 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 101 年度中醫門診一般服務醫療給付費用 $\times(1+102$ 年度一般服務成長率)+ 102 年度專款項目經費。

註：校正後 101 年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依費協會第 114 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：

(一)一般服務成長率為 2.587%：

1.醫療服務成本及人口因素成長率2.460%。原投保人口數年增率中之受刑人納保所增加成長率0.280%(57.1百萬元)移至專款項目項下。

2.協商因素成長率0.127%。

(二)專款項目全年經費為 285.5 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，102 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 101 年度所核定總額成長 2.187%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 2.177%。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%)：

(1)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

(2)101年度品質保證保留款成長率0.1%(19.9百萬元)，102年度仍應依中醫門診總額品質保證保留款實施方案辦理。該方案請於101年11月底前完成相關程序，並於102年6月底前提交前一年度執行成果。

(3)請中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體，於102年6月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，並發展結果面指標。

2.支付標準調整(0.147%)：小兒腦性麻痺、小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫，自102年起由專款項目移列至一般服務。

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(-0.02%)。

(二)專款項目：具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於101年11月底前完成，並於102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考量。

1.醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費74.4百萬元。

(2)辦理巡迴醫療服務計畫及獎勵開業服務計畫。另，「偏遠地區中醫師長期進駐服務試辦計畫」不再辦理，原經費改用於鼓勵增加巡迴點。

2.腦血管疾病後遺症門診照護計畫：全年經費100百萬元。

3.腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫：全年經費40百萬元。

4.腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫：全年經費14百萬元。

5.受刑人之醫療服務費用，全年經費57.1百萬元。

四、表3「102年度中醫門診醫療給付費用成長率項目表」，請委員自行參閱。以上宣讀。

江主任委員東亮

請問中醫門診部門對文字有無修正意見？

孫委員茂峰

沒有，確認。

謝委員武吉

請問我可以發言嗎？不要像昨天，一下子說我可以又說我不可以，如果不可以發言，就先說。

江主任委員東亮

可以。

謝委員武吉

請問專款項目，腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫，及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫，如何與西醫住院切割？

孫委員茂峰

目前健保並未給付中醫住院，住院病患如須輔以中醫治療，是支用中醫門診總額的費用，並未支用西醫部門的費用。

江主任委員東亮

即中醫是外加，並未影響到原來西醫的利用，您的意思是這樣嗎？

謝委員武吉

費用如何申請？

孫委員茂峰

依腦中風或腫瘤患者經手術、化療、放療住院病患的醫療需求，由設有中醫部門醫院的中醫師提供相關中醫醫療服務，費用從中醫門診總額部門的專款預算支應。

江主任委員東亮

請問計畫實施幾年？

孫委員茂峰

腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫，是 95 年開始實施；腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫，自 98 年開始實施。

江主任委員東亮

實施過程，有無發生申請的困難？

孫委員茂峰

沒有。

江主任委員東亮

委員有無其他意見？

謝委員武吉

費用切割要很明確。

陳委員錦煌

腦血管疾病住院是採西醫治療，大家都知道主治醫師有權利，不讓病人亂服其他藥品；住院期間病患如另服中藥，會怕被醫師看到，故基本上是不能服用中藥。中醫的計畫內容是施予針灸還是其他醫療服務？我不清楚，我不同意這筆經費是此原因。會診內容為何，請說明。

孫委員茂峰

- 一、謝委員武吉關心費用的部分，兩項住院病患中醫輔助醫療試辦計畫，皆有中醫自己的支付標準項目及代碼，和西醫費用不會有任何瓜葛。
- 二、陳委員錦煌關心腦血管計畫，一為針對急性期、另一為進入復健的慢性期。病患急性期發作時通常會住院治療，但因現行健保並未給付中醫住院治療，如病患住院期間有中醫需求，民眾須自費，故我們爭取試辦計畫，讓病患在住院期間也可接受中醫輔助醫療，促成中西醫合作。早期因西醫不太了解中醫，病患住院期間服用中藥必須偷偷摸摸，現在很多大型醫院都設有中醫部門，同一間醫院的醫師因一起照顧病患，了解中醫的處置內容，故台灣合法中醫師開具的中藥，主治醫師多會傾向於同意，且會告訴病人為避免藥物交互作用，要間隔 1 小時再服用，但如果是病患自行從大陸攜帶中藥，因主治醫師不清楚其成分，大多不會同意。

陳委員錦煌

你這樣說，大家就明白了，但可能需要在同一間醫院才可行，這樣給你們 4 千萬的預算才有意義，否則我們不清楚，西醫住院怎可同時採中醫治療，當初我不同意，是這個原因。否則主治醫師不知道中藥成分，怎可能同意病患服用中藥，說不定病人本來沒事，吃了中藥後死亡。

江主任委員東亮

孫委員茂峰解釋得很清楚，建議孫委員可提供書面資料，讓委員了解。

謝委員武吉

昨天主席規定我們不能說話，昨天沒說的話，今天一定要補說。剛問幾點會議結束，你無法回答，所以會議要再延長，這個又要搞很久。請問輔助醫療有無重複的醫療行為？其照護對象及成果要說清楚。

江主任委員東亮

請孫委員茂峰簡單說明。

孫委員茂峰

成果在評核時已報告過，輔助醫療並無重複的醫療行為。

謝委員武吉

如果成果很好，為何品質保證保留款成長率為 0%！

孫委員茂峰

主席，我抗議，這並無關係。

謝委員天仁

程序問題，本次會議主要目的是透過委員會議確認明年度總額預算，這部分能否先完成，大家如有其他意見再交換。

江主任委員東亮

對於中醫 102 年度協商結論，孫委員茂峰剛有說確認(孫委員點頭)，

點頭不算數。

孫委員茂峰

確認。

江主任委員東亮

謝謝。接下來進行醫院總額部門，昨天未達共識，請同仁宣讀。

林視察淑華(宣讀)

102 年度醫院醫療給付費用總額及其分配：

一、總額設定公式：

- 102 年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後 101 年度醫院一般服務醫療給付費用 × (1 + 102 年度一般服務成長率) + 102 年度專款項目經費 + 102 年度醫院門診透析服務費用
- 102 年度醫院門診透析服務費用 = 101 年度醫院門診透析服務費用 × (1 + 成長率)

註：校正後 101 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依費協會第 114 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：

付費者代表方案：

(一) 一般服務成長率為 4.690%：

1. 醫療服務成本及人口因素成長率 3.128%。原投保人口數年增率中之受刑人納保所增加成長率 0.280% (903.7 百萬元)，移至專款項目項下。

2. 協商因素成長率 1.562%，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，該方案請於 101 年 11 月底前完成相關程序，並於 102 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，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸

一般服務預算。

③請中央健康保險局會同醫院總額相關團體，於102年6月底前，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值。

(2)新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等) (0.418%)：
其中新增支付標準項目，請中央健康保險局訂定相關項目之額度與開放時程，若未於時程內導入，則扣減該額度。

(3)支付標準調整(1.022 %)：

用於調整急、重、難症之支付項目，含手術、處置等費用，但不含門診診察費。

(4)配合安全針具推動政策(0.031%)。

(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(-0.009%)。

(二)專款項目全年經費為 16,718.5 百萬元：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於101年11月底前完成，並於102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考量。

1.慢性B型及C型肝炎治療計畫：全年經費3,600百萬元，包含所編列專款2,022百萬元，及列於一般服務之1,578百萬元，若仍有不足，則由其他預算支應。

2.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：全年經費3,672百萬元，不足部分由其他預算支應。

3.罕見疾病、血友病藥費：全年經費6,864百萬元，不足部分由其他預算支應。

4.醫療給付改善方案：全年經費499.8百萬元。

5.急診品質提升方案：全年經費320百萬元。

6.提升住院護理照護品質：全年經費2,000百萬元。

- 7.繼續推動DRGs之調整與鼓勵：全年經費387百萬元，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.醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案：全年經費50百萬元，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。
- 9.受刑人之醫療服務費用：全年經費903.7百萬元。

(三)門診透析服務：

- 1.合併醫院及西醫基層兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
- 2.合併醫院及西醫基層兩總額部門之年度門診透析服務費用，協商新年度成長率，並依協商當年第1季醫院總額及西醫基層總額之門診透析費用點數占率分配計算而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。(依本會第182次委員會議決議)
- 3.門診透析服務總費用成長率為2%，新增預算用於鼓勵非外包經營之透析院所。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為0.188%。

(四)前述三項額度經換算，102年度醫院醫療給付費用總額，較101年度所核定總額成長4.952%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為4.943%。各細項成長率及金額如表4。

醫院代表方案：

(一)一般服務成長率為7.123%：

- 1.醫療服務成本及人口因素成長率3.128%。原投保人口數年增率中之受刑人納保所增加成長率0.280%(903.7百萬元)，移至專款項目項下。
- 2.協商因素成長率3.995%，各項協商因素及建議事項如下：
 - (1)品質保證保留款(0.100%)。
 - (2)新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等) (0.403%)。

(3)支付標準調整(1.611%)：用於調整內、外、婦、兒、急診及重難症等相關之支付項目(含診察費、手術、處置等)。

(4)住院護理費調整(0.775%)。

(5)配合安全針具推動政策(0.031%)。

(6)慢性B型及C型肝炎治療計畫(1.084%)。

(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(-0.009%)。

(二)專款項目全年經費為 12,560.5 百萬元：

1.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：全年經費3,600百萬元，不足部分由其他預算支應。

2.罕見疾病、血友病藥費：全年經費6,800百萬元，不足部分由其他預算支應。

3.醫療給付改善方案：全年經費499.8百萬元。

4.急診品質提升方案：全年經費320百萬元。

5.繼續推動DRGs之調整與鼓勵：全年經費387百萬元。

6.醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案：全年經費50百萬元。

7.受刑人之醫療服務費用：全年經費903.7百萬元。

(三)門診透析服務成長率 0.188%。

(四)前述三項額度經換算，102 年度醫院醫療給付費用總額，較 101 年度所核定總額成長 5.991%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 5.982%。各細項成長率及金額如表 4。

江主任委員東亮

有關 102 年度醫院醫療給付費用總額及其分配，付費者與醫院部門對於各自的方案有無文字修正？請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

有關專款項目「受刑人之醫療服務費用」乙項，因付費者代表於討論時提到支用方式為：「若不足時點值浮動，若有剩餘則回歸國庫」，

但醫院部門認為應該多退少補，這部分在文字上如何呈現？

江主任委員東亮

本項因未達成共識，因此於個別方案補充其支用方式的說明。

林執行秘書宜靜

與付費者代表確認，有關專款項目「受刑人之醫療服務費用」乙項，是否新增文字：「經費不足時，採浮動點值核算；若有剩餘，則回歸健保安全準備」？(委員點頭表示同意)

陳委員錦煌

請教受刑人醫療服務費用之金額來源，預算若由法務部全額編列，則也是全民支付！能否說明清楚，這樣回去好向工會報告。

江主任委員東亮

陳委員錦煌的問題很好，能否先將年度總額協商結論文字確定後，再以臨時動議的方式對此議題進行討論？

陳委員錦煌

好。

蔡委員登順

付費者代表方案，專款項目「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」乙項，應增加「不足部分由一般服務支應」等文字，以免預算不足時，醫院部門就停止辦理。

林執行秘書宜靜

請委員參看協商結論醫院部分第 2 頁之文字內容，付費者方案是：「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫：全年經費 3,600 百萬元，包含所編列專款 2,022 百萬元，及列於一般服務之 1,578 百萬元，若仍有不足，則由其他預算支應」。

謝委員天仁

有關「提升住院護理照護品質」方案，去年訂有達成指標，102 年

是否也應訂定評估指標？

江主任委員東亮

付費者代表對評估指標有無建議？

陳委員宗獻

請問付費者代表方案，專款項目「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：全年經費 3,672 百萬元，不足部分由其他預算支應」，本項支用若超過 3,672 百萬元，由其他預算支應，有無支用上限？

林執行秘書宜靜

補充說明，器官移植、罕見疾病、血友病部分的專款是支應藥費，每點 1 元，所以如果不足，須有其他經費來源挹注，請參看剛才發放的單張，表 5「102 年度其他預算項目表」的第 3 項，「支應罕病及血友病藥費、器官移植、慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費，全年總預算 2 億元」。所以醫院總額若有不足，可動用此經費。

謝委員天仁

有關「提升住院護理照護品質」專款的指標，可否請護理師護士公會全聯會代表陳委員玉枝提供建議？

陳委員玉枝

101 年「提升住院護理照護品質」目標值為 3,000 人，各醫院要延聘 3,000 人，一定要提高薪資福利，以留任護理人員，否則只增加但留不住人也有問題。102 年度本計畫的目標值也要列入增聘人數嗎？

江主任委員東亮

需要蒐集何種資料來監控？

陳委員玉枝

今年健保局有比對醫院評鑑護理人力標準，達到 C、B、A 級標準的醫院…。

謝委員天仁

醫院都有符合指標啊！所以可否要求若有關床，則不得補助？

陳委員玉枝

這可能比較困難...。

謝委員天仁

醫院接受專款預算補助卻還關床，那就不要給預算。

陳委員玉枝

醫院關閉病床需要正式向衛生局報備...。

謝委員天仁

有無正式報備都不管...。

江主任委員東亮

建議若以全年 FTE(全時等量人員數，Full-Time Equivalents)與病床比，應可解決此問題。

謝委員天仁

但我們還是介意醫院有無關床問題，因為關床後，病床數與 FTE 的比值就會變動。

陳委員錦煌

我看醫院若關床則不予補助，應該很困難，就像陳主任瑞瑛曾說，醫院因為評鑑而護理人員離職，評鑑後又再補足人力的情形，這樣不太好。但如要像謝委員天仁建議，若醫院關床則不補助，我看可能也不易執行，關床後護理人員數若不變就還好。護理師護士公會全聯會可否說明，本年度新增 3,000 名護理人員的目標，到底各醫院聘用人數、執行情況、執行率為何？應提出詳細執行報告。

陳委員玉枝

健保局只能先提供粗估數供參考。今年前半年，扣掉新增病床之護理人數，增加 932 人(不含實習護士人數)。有關謝委員天仁的意見，

如果關床應減計新增護理人數部分，據了解，醫院會在評鑑前短時間調整床數，評鑑後恢復收病人，所以要在減床期間減計新增的護理人數，技術面有困難；另外，可能與民眾需求有關，例如：農曆7月不是旺季，病人數少時，也會調整床數。至於主委提到以達到醫院評鑑人力標準來控制，是可考慮的方式。

陳委員錦煌

請問陳委員玉枝，若101年度未達新增3,000位護理人員目標，可以扣減經費嗎？

陳委員玉枝

101年度本方案預算已匡定，通過醫院評鑑護理人力標準獎勵12億；補助新增護理人員數7.5億，即醫院月平均執業登記數較100年增加之人力，離島及地區級醫院每位保障點值補助36萬，其餘醫院每位補助金額上限為25萬點，採浮動點值計算。預估至年底，將新增2,000多人次護理人力，上半年已新增1,300多位。

陳委員錦煌

所以新增不到3,000位。

陳委員玉枝

若新增3,000人，還是支出7.5億。

謝委員天仁

付費者委員在意關床問題，最近媒體報導急診室，很多病人躺在地板上的情形，當然與醫院關床有關，有床就可以住院，沒床才躺地上，這是連鎖效應。我們投入費用，還讓病人躺在地上，表示不應該投入。從另一個角度，應列出要求事項，尤其要解決關床問題，不能以季節性為由，來解釋費用投入不見得有效，若真如此，預算應該收回。雖已協商結束，但協定事項建議列出相關指標。

陳委員玉枝

請問健保局，醫院關床是否須向健保局報備？

江主任委員東亮

請健保局回應。

蔡組長淑鈴

健保局與衛生局統計的床數同步，即醫院向衛生局報備關床的訊息，健保局才會獲得該資訊。依衛生局規定，連續關床 30 天以上才須報備，若醫院自行調節關床 30 天以內，是不須向衛生局報備。謝委員天仁聽到有關關床的訊息可能是未超過 30 天部分，屬於醫院機動調整，無須向衛生局報備，健保局提供委員的書面資料，則皆屬已報備關床部分。

謝委員天仁

連續 2 年投入費用，媒體仍報導「血汗護士」，問題沒解決。建議列出「10 月以前提出相關監測指標」。

蘇委員清泉

- 一、向大家報告，馬總統一再宣示要改善護理人力問題，若想讓總統漏氣，整筆經費都刪掉，我最贊成。
- 二、護理師公會為計算執業護士人數，規定連護士放產假、請假超過 30 天都要辦歇業。現在政府鼓勵生育，護士生小孩是好事，要拍拍手，但放產假 2 個月須辦歇業，不算護理人數，屆時假滿要回去工作，要是醫院已經雇別人，不能回去工作怎麼辦？大家為了迎合付費者的要求，已經搞成這樣，所以我覺得乾脆都刪掉。

陳委員玉枝

回應蘇委員清泉的意見，「請假超過 30 天都要辦歇業」並非護理師公會所定，而是衛生署的政策，所有醫事人員一體適用，以上說明。

謝委員武吉

大家對本方案的看法分歧，但蘇委員清泉所說是事實。另外，我之前講過護理人員在評鑑前集體離職，也發生過這種情形，評鑑後護理人員又要求調整薪水，否則不願意待，這些都是偉大的護理師公

會處理的；還有，要求醫學中心不能雇用護士，一定要雇護理師，根本是本末倒置的行為，在領導上有很大瑕疵、問題。關於本方案，我跟蘇委員清泉看法一樣，有氣魄的話，20億全部刪掉。

江主任委員東亮

對於已經協商、有共識部分，沒辦法更改，問題在決定給錢後，醫院、付費者代表、護理界三方面都不滿意，此情況下，需有更好的監測指標，顯現可改善途徑，但因短期內無法達成共識，建議落個條款，於101年10月委員會前，研提具體之人力監測指標。可以嗎？應由誰提出？

陳委員玉枝

建議由衛生署護理人力改革工作小組提出，可較全方位處理。

江主任委員東亮

我們沒辦法要求衛生署，僅能針對付費者委員認為…。

謝委員武吉

剛才提到護理人力改革部分，衛生署一年才開一次會，要找誰報告？況且今年會議已經開完。

江主任委員東亮

可否請健保局，總要有人先提出，如果大家都不滿意，表示對指標可能有不同意見？還是因牽涉到護理經費，可否請護理師護士公會全聯會提出監測指標，在委員會提案討論。請問醫院部門代表，可以嗎？

謝委員武吉

我們比較笨不會訂，你們比較行。

謝委員天仁

本案協商時，並沒有達成共識，所以有付費者版本，也有醫院版本。現在是付費者代表要充實版本中要求的監測指標，相關指標只要護理師護士公會全聯會提出，若付費者代表認為沒問題，就列入相關

資料中，只是透過委員會議確認而已。

陳委員玉枝

好。

江主任委員東亮

文字就這樣修正，付費者代表可以嗎？如無意見，請確認。

謝委員天仁

我們確認。

江主任委員東亮

好，謝謝。接下來換醫院代表方案。

陳高級分析師雪芬(翁委員文能代理人)

主席，醫院部分我們有些文字修正，請直接看醫院修改的部分，請投影我們的方案：

一、協商因素部分：

(一)有關新醫療科技乙項，建議增列文字「係以新增當年度起之5年效應推算所需經費，故不宜扣減當年度未執行數」。因為新藥對於費用的影響至少持續5年。

(二)有關支付標準調整乙項，之前版本列有麻醉費，所以建議將麻醉費也納入調整項目。

二、專款部分，「7.受刑人之醫療服務費用」乙項，建議增列文字「預算不足時採浮動點值計算，預算若有剩餘則回歸一般預算」。我們覺得這樣比較有程序正義。我們覺得這樣比較符合程序正義。

三、有關門診透析部分，暫以0.188%推估，大家認為我們沒共識，其實我們也很掙扎。尤其剛才蘇委員清泉講的那段話，對醫院部門而言，一直希望門診透析能夠回歸醫院總額，不希望放在兩個部門，就像孩子放出去後，根本顧不到。所以建議加上「本項暫以0.188%推估醫院總額部門總成長率，唯實際門診透析服務成長率需再與西醫基層總額部門就部門占率進行研議。」

江主任委員東亮

醫院部門的方案就這樣，如果沒有意見，請醫界代表表示確認。

陳高級分析師雪芬(翁委員文能代理人)

確認。

江主任委員東亮

一、好，感謝。

二、其他預算部分列在表 5，請同仁宣讀。

陳專員燕鈴(宣讀)

102 年度全民健康保險其他預算及其分配：

一、山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：全年經費 603.9 百萬元，請於 102 年 6 月底前提送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：全年經費 3,714 百萬元。用於助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護等所需經費。

三、支應罕病及血友病藥費、器官移植、慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費：全年經費 200 百萬元。

四、推動促進醫療體系整合計畫：全年經費 950 百萬元。

(一)預算用於醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、論人計酬試辦計畫，及醫院垂直整合方案等三項。

(二)延續型計畫，請於 102 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。新增方案原則於 101 年 12 月底前完成相關程序，並於 102 年 6 月底前提送初步執行結果。

五、其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費：全年經費 1,000 百萬元。

(一)含新增醫藥分業地區所增加之費用。

(二)配合二代健保實施推動家庭醫師責任制度，若對部門醫療費用有顯著影響，得提經委員會同意後動支調整。

(三)經費之支用，依本會第 178 次委員會議通過之適用範圍與動

支程序原則辦理。

六、增進偏遠地區醫療服務品質計畫：

(一)全年經費 500 百萬元，經費若有不足得由前項支應，並以 1.7 億元為上限。

(二)請於 101 年 12 月底前完成相關程序，並於 102 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。

七、全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護：全年經費 54 百萬元。

(一)本項以輔導至少 7,000 人為目標。

(二)輔導個案重複用藥之問題及輔導結果，應提供健保局管理。

(三)於 101 年 12 月底前完成相關程序，並於 102 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。

八、慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：全年經費 404 百萬元，預算用於：

(一)繼續推動「Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」、「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」。

(二)新增「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」。

九、配合二代健保法施行全民健康保險提供矯正機關收容人醫療服務計畫：全年經費 80 百萬元。

(一)用於鼓勵院所至矯正機關提供收容人醫療服務之論次費用及診察費加成之獎勵費用。

(二)請於 101 年 12 月成相關程序，並於 102 年 6 月底前提送初步執行結果。

102 年度其他預算增加-402 百萬元，預算總額度為 7,505.9 百萬元，採支出目標制，由中央健康保險局管控。

江主任委員東亮

請問健保局有無意見？

黃局長三桂

確認。

江主任委員東亮

感謝。請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

請問，有關第三項，剛剛有討論慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫部分，不知最後的結論為何？

黃局長三桂

慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫部分要拿掉。

江主任委員東亮

那就修正文字，可以嗎？

林執行秘書宜靜

我再說明一下，本項經費用途包含三項，其中慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫部分，因為在醫院總額中，付費者版本是列在專款，雖然會從一般服務支應 15.78 億，但若執行超過 36 億，還是會有預算不足需由其他預算支應的問題。若採醫院代表版本，B 型及 C 型肝炎治療計畫列在一般服務，就不會有這個問題。

江主任委員東亮

那就這樣，黃局長三桂已經確認。

謝委員天仁

黃委員偉堯所提意思是，如果採醫院代表版本，將慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫列在一般服務，這一項就應該將相關文字刪除。兩者應該連動，但衛生署如何裁決，沒有人知道。

林執行秘書宜靜

醫院總額醫院代表的方案，因為慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫是列在一般服務，所以一般服務中並沒有不足款須由其他預算支應的文字。

江主任委員東亮

- 一、對，醫院代表方案是列在一般服務。可以嗎？(未有委員反對)好，確認。以上所有的協商結論，全體委員無異議通過。
- 二、接下來進行臨時動議，剛剛陳委員錦煌有提出臨時動議，可否請您說明。

陳委員錦煌

移至下次委員會議。

江主任委員東亮

好。請問其他委員有無意見？如果沒有，委員會議到此結束。感謝所有委員、健保局、衛生署及各總額部門同仁，大家辛苦了，謝謝。