

衛生福利部全民健康保險會  
第3屆106年第8次委員會議事錄

中華民國 106 年 9 月 22 日



# 衛生福利部全民健康保險會第3屆106年第8次委員會會議紀錄

壹、時間：中華民國106年9月22日下午14時16分

貳、地點：本部301會議室(台北市忠孝東路6段488號3樓)

參、出席委員：

干委員文男

王委員雅馨

台灣乾癬協會柯理事長怡謀(代)

古委員博仁

吳委員國治

吳委員榮達

中華民國消費者文教基金會謝名譽董事長天仁(14:20後代)

李委員永振

李委員育家

李委員偉強

周委員麗芳

林委員至美

國家發展委員會陳科長靜雯(代)

林委員敏華

林委員惠芳

中華民國身心障礙聯盟滕秘書長西華(代)

林委員錫維

翁委員文能

台灣醫院協會潘秘書長延健(15:35後代)

商委員東福

張委員文龍

張委員清田

張委員煥禎

中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠(代)

張委員澤芸

萬芳醫院護理部劉主任淑芬(代)

郭委員錦玉

陳委員平基

陳委員旺全

陳委員亮良

黃委員偉堯

黃委員啟嘉

葉委員宗義

趙委員銘圓

全國產業總工會曾常務理事小玲(代)

劉委員志棟

中華民國全國工業總會何常務理事語(14:20後代)

蔡委員登順

蔡委員麗娟  
盧委員瑞芬  
謝委員尚廷  
謝委員武吉  
羅委員莉婷

肆、列席人員：

本部社會保險司  
中央健康保險署

楊副司長慧芬  
李署長伯璋 蔡副署長淑鈴(代)  
龐組長一鳴  
陳副組長真慧  
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

本會

伍、主席：傅主任委員立葉

紀錄：邱臻麗、陳思縝、  
陳淑美、方瓊惠、  
劉于鳳

陸、主席致詞

各位委員及所有與會人員，大家午安！

非常感謝各位委員這兩天努力的協商、謀求共識，昨天開始的協商會議至結束時已是今天凌晨 1 點，大家真的非常辛苦，再次感謝各位為全民健保的付出！希望今天的委員會議可以更有效率，讓大家可以早點休息。

柒、議程確認

決定：確定。

捌、請參閱並確認上(第7)次委員會議紀錄

決定：確認。

玖、上(第7)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告

決定：洽悉。

## 拾、討論事項

### 第一案

提案單位：本會第三組

案由：107 年度西醫基層、中醫門診、牙醫門診、醫院醫療給付費用總額及其他預算案，提請討論。

決議：

#### 一、107 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：

■ 107 年度西醫基層醫療給付費用總額 = 校正後 106 年度西醫基層一般服務醫療給付費用  $\times$  (1 + 107 年度一般服務成長率) + 107 年度專款項目經費 + 107 年度西醫基層門診透析服務費用

■ 107 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  $\times$  (1 + 成長率)

註：校正後 106 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 106 年第 4 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：

經西醫基層代表與付費者代表協商，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西醫基層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 2.310%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.757%，協商因素成長率 0.553%。

(1) 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(429.6 百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適

度增減支付點數，並於 107 年 7 月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)。

(2)各項協商因素及建議事項如下：

①新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.106%)：

請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於 106 年 12 月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；並請於 107 年 7 月底前提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。

②配合一例一休政策(0%)。

③其他醫療服務利用及密集度之改變(0.228%)。

④糖尿病及初期慢性腎臟病品質支付(0%)：

A.糖尿病醫療給付改善方案仍列於西醫基層總額專款項目。

B.初期慢性腎臟病醫療給付改善方案仍列於其他預算「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」項下。

⑤B型肝炎藥費回歸一般服務(0.255%)：請中央健康保險署於 107 年 7 月底前提報執行結果。

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(-0.036%)，本項不列入 108 年度總額協商之基期費用。

2.專款項目：全年經費為 4,214.4 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 106 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 106 年 12 月底前完成，並

於 107 年 7 月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)及成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；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」：

①全年經費 450 百萬元。

②請中央健康保險署檢討推動成效，並於 106 年 12 月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。

(2)鼓勵院所建立轉診之合作機制：

①全年經費 129 百萬元，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

②請中央健康保險署於 106 年 12 月委員會議說明執行方式。

③本項依實際執行轉診之件數、點數併入一般服務費用結算，並於 107 年 7 月底前提報執行成果。

(3)家庭醫師整合性照護計畫：

①全年經費 2,460 百萬元。

②持續檢討計畫內容，加強執行品質管控及審核社區醫療群參加資格。

③具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。

(4)西醫醫療資源不足地區改善方案：

①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。

- ②請檢討方案執行內容，以提供更適切醫療服務。
- ③具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。

(5)C 型肝炎藥費：

- ①全年經費 408 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。
- ②本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式。具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
- ③請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)，可考量列入總額協商減項。

(6)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、孕產婦及慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案。
- ③請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。糖尿病醫療給付改善方案應新增胰島素注射之品質獎勵指標。
- ④具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成；並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告，內容應包含健康狀況改善之量化指標。



(7)新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

- ①全年經費 178 百萬元，本項預算由其他預算移列。
- ②本項依六區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算。

(8)品質保證保留款：

- ①全年經費 109.4 百萬元，依「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 106 年 12 月底前完成相關程序，並於 107 年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。
- ②原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 107 年度品質保證保留款(109.4 百萬元)合併運用(計 214.6 百萬元)。
- ③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，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

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 3.5%，不包含一例一休費用。依上述分攤基礎，西醫基層部門

本項服務費用成長率為 4.624%。

(4)應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。

(5)請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。

(6)中央健康保險署建議「108 年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)之病人，將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」乙節，請於 108 年度總額協商前儘早規劃，並與相關團體先行溝通，以利推動。

4.前述三項額度經換算，107 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 106 年度所核定總額成長 3.721%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 3.491%。各細項成長率及金額如表 1。

西醫基層代表方案：

1.一般服務成長率為 3.095%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.757%，協商因素成長率 1.338%。

(1)醫療服務成本指數改變率所增加之預算(429.6 百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，並於 107 年 7 月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)。

(2)各項協商因素及建議事項如下：

①新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新材等)(0.182%)：

請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於 106 年 12 月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；並請於 107 年 7 月底前提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。

- ②配合一例一休政策(0.100%)：本項費用運用於因一例一休導致之成本增加項目。
- ③藥品給付規定修正(0.094%)。
- ④配合分級醫療及醫療服務利用增加(0.729%)。
- ⑤提升老人視力照護品質(0.069%)。
- ⑥新興疾病(失眠、焦慮等)產生之醫療利用提升(0.109%)。
- ⑦外傷服務密集度及照護品質(0.091%)。
- ⑧糖尿病及初期慢性腎臟病品質支付(0%)：
  - A.糖尿病給付改善方案仍列於西醫基層總額專款項目。
  - B.初期慢性腎臟病醫療給付改善方案仍列於其他預算「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」項下。
- ⑨B型肝炎藥費回歸一般服務(0%)：維持列於西醫基層總額專款項目。
- ⑩違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.036%)，本項不列入 108 年度總額協商之基期費用。

2.專款項目：全年經費為 4,513.4 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 106 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 106 年 12 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)及成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；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」：

- ①全年經費 450 百萬元。
- ②請中央健康保險署檢討推動成效，並於 106 年 12 月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。

(2)鼓勵院所建立轉診之合作機制：

- ①全年經費 129 百萬元，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- ②請中央健康保險署於 106 年 12 月委員會議說明執行方式。
- ③本項依實際執行轉診之件數、點數併入一般服務費用結算，並於 107 年 7 月底前提報執行成果。

(3)家庭醫師整合性照護計畫：

- ①全年經費 2,880 百萬元。
- ②持續檢討計畫內容，加強執行品質管控及審核社區醫療群參加資格。
- ③具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。

(4)西醫醫療資源不足地區改善方案：

- ①全年經費 187 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。
- ②請檢討方案執行內容，以提供更適切醫療服務。
- ③具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估

報告。

(5)B 型肝炎藥費：全年經費 280 百萬元，不足部分由其他預算支應。

(6)C 型肝炎藥費：編列於其他預算。

(7)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、孕產婦及慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案。

③請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。糖尿病醫療給付改善方案應新增胰島素注射之品質獎勵指標。

④具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成；並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告，內容應包含健康狀況改善之量化指標。

(8)新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

①全年經費 178 百萬元，本項預算由其他預算移列。

②本項依六區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算。

(9)品質保證保留款：

①全年經費 109.4 百萬元，依「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 106 年 12 月底前完成相關程序，並於 107 年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。

②原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 107 年度品質保證保留

款(109.4 百萬元)合併運用(計 214.6 百萬元)。

- ③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，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

### 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 3.5%，不包含一例一休費用。依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.624%。

(4)應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。

(5)請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。

(6)中央健康保險署建議「108 年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)之病人，將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」乙節，請於 108 年度總額協商前儘早規劃，並與相關團體先行溝通，以利推動。

4.前述三項額度經換算，107 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 106 年度所核定總額成長 4.623%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 4.391%。各細項成長率及金額如表 1。

## 二、107 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：

107 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 106 年度中醫門診一般服務醫療給付費用 $\times$ (1+107 年度一般服務成長率)+107 年度專款項目經費

註：校正後106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106年第4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 3.000%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.715%，協商因素成長率 1.285%。
- 2.專款項目全年經費為 492.2 百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，107 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 106 年度所核定總額成長 3.699%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 3.432%。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(266.4 百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，並於 107 年 7 月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)。
- (2)其他醫療服務利用及密集度之改變(0.707%)：
  - ①優先用於提升用藥品質。
  - ②請於 107 年 7 月底前提報執行情形。
- (3)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康(0.635%)：
  - ①優先用於提升用藥品質。

②請於 107 年 7 月底前提報執行情形。

(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(-0.057%)，本項不列入 108 年度總額協商之基期費用。

2.專款項目：全年經費為 492.2 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 106 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 106 年 12 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)及成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；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量。

(1)醫療資源不足地區改善方案：全年經費 135.6 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 130 百萬元，包含腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷等 3 項。

(3)中醫提升孕產照護品質計畫：全年經費 60 百萬元。

(4)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：全年經費 20 百萬元。

(5)乳癌、肝癌門診加強照護計畫：本項移併至「中醫癌症患者加強照護整合方案」。

(6)癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫：本項移併至「中醫癌症患者加強照護整合方案」。



(7)中醫癌症患者加強照護整合方案：

- ①全年經費 103 百萬元。
- ②本項經費用於持續辦理原「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫—腫瘤患者手術、化療、放射線療法」、「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」；及擴大原「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」之適用癌症類別。
- ③請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體研訂方案及其新增之適用對象，方案應送全民健康保險會備查。

(8)中醫急症處置：全年經費 20 百萬元。

(9)品質保證保留款：

- ①全年經費 23.6 百萬元，依「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 106 年 12 月底前完成相關程序，並於 107 年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。
- ②原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8 百萬元)，與 107 年度品質保證保留款(23.6 百萬元)合併運用(計 46.4 百萬元)。
- 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，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

三、107 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：

107 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 106 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+107 年度一

## 般服務成長率)+107 年度專款項目經費

註：校正後106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106年第4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 1.706%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.341%，協商因素成長率 0.365%。
- 2.專款項目全年經費為 3,035.9 百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，107 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 106 年度所核定總額成長 4.001%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 3.740%。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)醫療服務成本指數改變率所增加之預算(463.4 百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，並於 107 年 7 月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)。
  - (2)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(0.377%)：往後不再增編此 3 項預算。
  - (3)牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用(0%)：歷年執行結果，納入未來效益評估及總額協商考量。
  - (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(-0.012%)，本項不列入 108 年度總額協商之基期費用。
- 2.專款項目：全年經費為 3,035.9 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 106 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 106 年 12 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)及成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；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)醫療資源不足地區改善方案：全年經費 280 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)牙醫特殊醫療服務計畫：

①全年經費 484 百萬元。

②持續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 1,564 百萬元；第 3 階段，全年經費 588.8 百萬元。

②於 108 年導入一般服務，請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體規劃及評估所需醫療費用，並建立成效評估、監測指標，成效列入 108 年度總額協商參考。

(4)品質保證保留款：

①全年經費 119.1 百萬元，依「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 106 年 12 月底前完成相關程序，並於 107 年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行

成果及成效評估報告。

②原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 107 年度品質保證保留款(119.1 百萬元)合併運用(計 235.5 百萬元)。

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，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

#### 四、107 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

##### (一)總額設定公式：

■ 107 年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後 106 年度醫院一般服務醫療給付費用  $\times (1 + 107$  年度一般服務成長率) + 107 年度專款項目經費 + 107 年度醫院門診透析服務費用

■ 107 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  $\times (1 +$  成長率)

註：校正後 106 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 106 年第 4 次委員會決議，校正投保人口預估成長率差值。

##### (二)總額協商結論：

經醫院代表與付費者代表協商，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 3.576%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 2.642%，協商因素成長率 0.934%。

(1) 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,698.2

百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，其中 30% 用以調整加護病房相關費用，並於 107 年 7 月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)。

(2)各項協商因素及建議事項如下：

①新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.844%)：

A.本項含「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統」自付差額品項納入全額給付(24 百萬元)。

B.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於 106 年 12 月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；並請於 107 年 7 月底前提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。

②糖尿病及初期慢性腎臟病品質支付(0%)：

A.糖尿病醫療給付改善方案仍列於醫院總額專款項目。

B.初期慢性腎臟病醫療給付改善方案仍列於其他預算「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」項下。

③醫療資源整合獎勵方案(0%)：併入其他預算項下「跨層級醫院合作計畫」考量。

④其他醫療服務利用及密集度之改變(0.098%)。

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(-0.008%)，本項不列入 108 年度總額協商之基期費用。

⑥為有效推動分級醫療與轉診制度，應持續減

少區域級以上醫院之初級照護案件數，107 年度件數不得超過 106 年之 90%，超過部分，不予分配。

2.專款項目：全年經費為 26,729.7 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 106 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 106 年 12 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)及成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；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)C 型肝炎藥費：

- ①全年經費 4,478 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。
- ②本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式。具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
- ③請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)，可考量列入總額協商減項。

(2)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 13,960.5 百萬元，不足部分由其他預算支應。

- ②為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於 107 年 6 月底前提出專案報告(含醫療利用及成長原因分析)，並於 107 年 7 月底前提報執行成果。
- (3)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：
- ①全年經費 4,399.7 百萬元，不足部分由其他預算支應。
- ②請於 107 年 7 月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)。
- (4)醫療給付改善方案：
- ①全年經費 1,078 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、慢性阻塞性肺疾病等 8 項方案。
- ③請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。糖尿病醫療給付改善方案應新增胰島素注射之品質獎勵指標。
- ④具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成；並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告，內容應包含健康狀況改善之量化指標。
- (5)急診品質提升方案：
- ①全年經費 160 百萬元。
- ②請精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。
- ③具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
- (6)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

- ①全年經費 1,088 百萬元，導入第 3~5 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請於 107 年 7 月底前提報執行成果。
- (7)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：
- ①全年經費 80 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。
  - ③請檢討方案執行內容，以提供更適切醫療服務。
  - ④具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
- (8)全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：
- ①全年經費 950 百萬元。
  - ②具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
- (9)多重抗藥性病患治療費用：應由公務預算支應。
- (10)鼓勵院所建立轉診之合作機制：
- ①全年經費 129 百萬元，用以支付醫院回轉轉診個案及將病情穩定病人下轉之醫師診察費。預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
  - ②請中央健康保險署於 106 年 12 月委員會議



說明執行方式。

- ③本項依實際執行轉診之件數、點數併入一般服務費用結算，並於 107 年 7 月底前提報執行成果。

(11)品質保證保留款：

- ①全年經費 406.5 百萬元，依「醫院總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 106 年 12 月底前完成相關程序，並於 107 年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。
- ②原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 107 年度品質保證保留款(406.5 百萬元)合併運用(計 795.2 百萬元)。
- 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，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

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 3.5%，不包含一例一休費用。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 2.622%。

- (4)應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。
- (5)請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
- (6)中央健康保險署建議「108 年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)之病人，將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」乙節，請於 108 年度總額協商前儘早規劃，並與相關團體先行溝通，以利推動。

4.前述三項額度經換算，107 年度醫院醫療給付費用總額，較 106 年度所核定總額成長 4.736%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 4.491%。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 4.234%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 2.642%，協商因素成長率 1.592%。
  - (1)醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,698.2 百萬元)：醫院部門不預設任何匡定的使用項目，不同意原中央健康保險署於補充資料中所說明之設定項目。
  - (2)各項協商因素及建議事項如下：
    - ①新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.545%)：
      - A.同意付費者版匡列的預算金額，但鑑於免疫療法為新興項目，其未來可能的財務影響未知，移列專款專用，以確保所需民眾權益。
      - B.本項預算不匡列特定項目及金額，依法定程序辦理。

- ②糖尿病及初期慢性腎臟病品質支付(0%)：同意付費者版本，糖尿病醫療給付改善方案仍列於醫院總額專款項目，初期慢性腎臟病醫療給付改善方案仍列於其他預算。
- ③醫院配合政策推動分級醫療及疾病嚴重度費用之調整(0%)：同意付費者版本，不列預算，另於「其他醫療服務利用及密集度之改變」中提列。
- ④醫院與西醫基層風險調校(0%)：同意中央健康保險署補充資料試算的版本，於 107 年 3 月進行總額基期調整 396 百萬元(10 個月)，餘 2 個月另於 108 年度總額基期補回 79 百萬元。
- ⑤配合一例一休及住院醫師縮短工時政策(0.613%)：醫院部門勉為同意自降額度至 2,500 百萬元。
- ⑥其他醫療服務利用及密集度之改變(0.442%)：統合醫院配合政策推動分級醫療及疾病嚴重度費用之調整，及落實醫院層級支援合作方案預算，酌修為其他醫療服務利用及密集度之改變。
- 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(-0.008%)，本項不列入 108 年度總額協商之基期費用。

2.專款項目：全年經費為 24,324.7 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 106 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 106 年 12 月底前完成，並

於 107 年 7 月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)及成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；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)C 型肝炎藥費：

A.全年經費 615 百萬元。

B.同意原中央健康保險署版本，C 型肝炎新藥移其他預算編列，但鑑於 C 型肝炎干擾素於診治過程仍有需求，保留原 C 型肝炎干擾素藥費 615 百萬元，預算不足時由其他預算支應。

(2)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：全年經費 13,960.5 百萬元，預算不足時由其他預算支應。

(3)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：全年經費 4,399.7 百萬元，預算不足時由其他預算支應。

(4)醫療給付改善方案：

A.全年經費 1,187 百萬元。

B.糖尿病醫療給付改善方案仍列於醫院總額專款項目，並依據中央健康保險署原匡列之預算及成長率，預算回歸醫療給付改善方案中。

(5)急診品質提升方案：全年經費 160 百萬元。

(6)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

A.全年經費 1,088 百萬元。

B.同意付費者版本，惟預算依 DRGs 導入期程逐步攤入。

(7)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：全年經費 80 百萬元，本項經費得與西醫基層總額

同項專款相互流用。

(8)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 950 百萬元。

(9)鼓勵院所建立轉診之合作機制：

A.全年經費 258 百萬元。

B.同意採中央健康保險署原試算之版本匡列 258 百萬元，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(10)癌症免疫療法：

A.全年經費 1,220 百萬元。

B.同意採中央健康保險署試算癌症免疫療法新藥費用 1,220 百萬元，並由一般服務「新醫療科技」項目中移列專款專用，預算不足時由其他預算支應。

(11)品質保證保留款：

①全年經費 406.5 百萬元，依「醫院總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 106 年 12 月底前完成相關程序，並於 107 年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。

②原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 (388.7 百萬元)，與 107 年度品質保證保留款 (406.5 百萬元)合併運用(計 795.2 百萬元)。

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，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

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 3.5%，不包含一例一休費用。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 2.622%。

(4)應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。

(5)請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。

(6)中央健康保險署建議「108 年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)之病人，將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」乙節，請於 108 年度總額協商前儘早規劃，並與相關團體先行溝通，以利推動。

4.前述三項額度經換算，107 年度醫院醫療給付費用總額，較 106 年度所核定總額成長 4.798%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 4.553%。各細項成長率及金額如表 4。

#### 五、107 年度全民健康保險其他預算及其分配

(一)107 年度其他預算增加 1,517.3 百萬元，預算總額度為 12,781.2 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 107 年 7 月底前提報執行結果，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. 基層總額轉診型態調整費用：

- (1) 全年經費 1,346 百萬元。
- (2) 優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足。
- (3) 為落實分級醫療，請中央健康保險署研訂醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算。
- (4) 本項動支方案原則於 106 年 12 月底前完成相關程序，方案(含經費動支條件及相關規劃)應送全民健康保險會備查，並請於 107 年 7 月底前提報執行情形。

2. 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。

3. 居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務：

- (1) 全年經費 5,520 百萬元。
- (2) 請中央健康保險署檢討「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」內容，並加強審查機制。
- (3) 請整合牙醫、中醫及藥師居家醫療照護服務。
- (4) 醫療點數以每點 1 元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。
- (5) 請於 106 年 12 月底前完成相關程序，計畫應送全民健康保險會備查，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告(含各項照護服務利用情形)。

4. 支應醫院總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病

毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及 C 型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費：

- (1) 全年經費 290 百萬元。
- (2) 請中央健康保險署積極協商合理藥價。
- (3) 優先支應罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費。
- (4) 支應 C 型肝炎藥費專款不足之經費以 100 百萬元為上限。

5. 推動促進醫療體系整合計畫：

- (1) 全年經費 700 百萬元，用於「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「區域醫療整合計畫」、「提升急性後期照護品質試辦計畫」，及「跨層級醫院合作計畫」。
- (2) 預算盡量運用於推動轉診制度及分級醫療。
- (3) 請中央健康保險署每半年向全民健康保險會提報執行情形。
- (4) 新增計畫原則於 106 年 12 月底前完成相關程序，並於 107 年 7 月底前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)。

6. 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費：

- (1) 全年經費 822 百萬元。
- (2) 「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」(178 百萬元)移列西醫基層總額專款項目。
- (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。

7. 鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案：



- (1)全年經費 1,100 百萬元。
  - (2)請中央健康保險署加強醫事服務機構即時查詢之執行率及增加網路頻寬。
  - (3)請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告(含即時查詢執行率之提升情形)。
- 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 1,653.8 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)請加強推動初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)，並提升完整照護率。
- 10.提升保險服務成效：
- (1)全年經費 300 百萬元。
  - (2)請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
- 11.高診次者藥事照護計畫：
- (1)全年經費 40 百萬元。
  - (2)請加強藥物浪費稽核與輔導。
  - (3)請中央健康保險署與中華民國藥師公會全國聯合會針對高診次病患之藥事服務費，研擬合理支付費用。

## 第二案

提案人：黃委員啟嘉、吳委員國治

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：敬請研議「臺灣地區外自墊核退費用(海外自墊費用)」編列於 107 年其他總額部門預算案，續請討論。

主席裁定：基於 107 年度全民健康保險醫療給付費用總額已完成協商，爰依提案委員意見予以撤案。

### 第三案

提案人：謝委員武吉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：基於維護台灣整體醫藥生態衡平發展與現行健保藥費議題及藥價支付標準的檢討，建議健保署秉於保險人權責，向藥商調查「專利期內藥品」於各類特約醫事服務機構的折扣狀況，並於本會報告，續請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

### 第四案

提案人：謝委員武吉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：「鑒於維護全民健保之正義與健保的體制、永續，籲請盤點現行健保實務中違反全民健康保險法之情事，並立即改善或規劃導正期程」及「全民健康保險法明確揭示『成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品』不列入本保險給付範圍，建議儘速依法改正，其他違反之相同情事，亦應比照辦理」案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

### 第五案

提案人：謝委員武吉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：呼應健保署李伯璋署長及其同仁之「從健保大數據分析，邁向健保改革之路」乙文，建議檢討健保給付價較高之品項(如：電腦斷層、磁振造影、正子造影等)

支付點數及給付規範，防杜藉由高單價檢查項目不當圖利之情形，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

#### 第六案

提案人：陳委員亮良

代表類別：保險付費者之被保險人代表

案由：107 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案建議案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

#### 第七案

提案人：陳委員亮良

代表類別：保險付費者之被保險人代表

案由：建議修正全民健康保險會組成及議事辦法第 15 條條文案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

### 拾壹、報告事項

#### 第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：106 年 6 月份全民健康保險業務執行季報告(併「專業雙審及公開具名」試辦方案之執行情形、健保醫療資訊雲端查詢系統之執行情形、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費用成長之合理性分析、「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」執行情形報告)，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

#### 第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：106 年 8 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。  
拾貳、散會：下午 16 時 40 分。

表1 107年度西醫基層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		西醫基層代表方案	
		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		1.757%	1,926.8	1.757%	1,926.8
投保人口數預估成長率		0.175%		0.175%	
人口結構改變率		1.188%		1.188%	
醫療服務成本指數改變率		0.392%		0.392%	
協商因素成長率		0.553%	606.1	1.338%	1,469.0
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)	0.106%	116.0	0.182%	200.0
	糖尿病及初期慢性腎臟病品質支付	0.000%	0.0	0.000%	0.0
	B型肝炎藥費回歸一般服務(*西醫基層代表方案編列於專款項目)	0.255%	280.0	0.000%*	0.0*
其他預期之法令或政策改變	配合一例一休政策	0.000%	0.0	0.100%	110.0
其他醫療服務利用及密集度之改變	其他醫療服務利用及密集度之改變	0.228%	250.0	0.000%	0.0
	藥品給付規定修正	0.000%	0.0	0.094%	103.0
	配合分級醫療及醫療服務利用增加	0.000%	0.0	0.729%	800.0
	提升老人視力照護品質	0.000%	0.0	0.069%	75.9
	新興疾病(失眠、焦慮等)產生之醫療利用提升	0.000%	0.0	0.109%	120.0
	外傷服務密集度及照護品質	0.000%	0.0	0.091%	100.0
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	-0.036%	-39.9	-0.036%	-39.9
一般服務成長率		增加金額	2,532.9	3.095%	3,395.8
		總金額	112,200.0		113,060.9

項目	付費者代表方案		西醫基層代表方案		
	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>					
強化基層照護能力「開放表別」	450.0	200.0	450.0	200.0	
鼓勵院所建立轉診之合作機制	129.0	129.0	129.0	129.0	
家庭醫師整合性照護計畫	2,460.0	880.0	2,880.0	1,300.0	
西醫醫療資源不足地區改善方案	180.0	0.0	187.0	7.0	
慢性 B 型及 C 型治療計畫(本項刪除，經費拆分為 B 型及 C 型肝炎藥費)	0.0	-688.0	0.0	-688.0	
B 型肝炎藥費(*付費者代表方案編列於一般服務)	0.0*	0.0*	280.0	280.0	
C 型肝炎藥費(*西醫基層代表方案編列於其他預算)	408.0	408.0	0.0*	0.0*	
醫療給付改善方案	300.0	0.0	300.0	0.0	
新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	178.0	178.0	178.0	
品質保證保留款	109.4	109.4	109.4	109.4	
<b>專款金額</b>	<b>4,214.4</b>	<b>1,216.4</b>	<b>4,513.4</b>	<b>1,515.4</b>	
成長率 (一般服務+專款)	增加金額	3.328%	3,749.3	4.358%	4,911.2
	總金額		116,414.4		117,574.3
門診透析服務 成長率	增加金額	4.624%	748.7	4.624%	748.7
	總金額		16,940.8		16,940.8
總成長率(註1) (一般服務+專款+ 門診透析)	增加金額	3.491%	4,498.0	4.391%	5,659.9
	總金額		133,355.2		134,515.1
較 106 年度核定總額成長率(註2)	3.721%	—	4.623%	—	

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為128,856.8百萬元，其中一般服務為109,666.7百萬元(含校正投保人口預估成長率差值285.3百萬元)，專款為2,998百萬元，門診透析為16,192.1百萬元。

2.計算「較106年度核定總額成長率」所採基期費用為128,571.5百萬元，其中一般服務為109,381.4百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值285.3百萬元)，專款為2,998百萬元，門診透析為16,192.1百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

4.西醫基層總額部門建議：醫院醫療給付費用協定項目表中(兩案送主管機關決定)有關「醫院與西醫基層風險調校」部分，應考量所涉門診開設時間，為西醫基層總額開辦前或總額開辦後；若為西醫基層總額開辦後所設立之診所，應將其費用補足給西醫基層總額。另應考慮上述診所結束營業後病患之挪移，建議不調整西醫基層總額之基期費用。

表 2 107 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>1.715%</b>	<b>405.0</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(266.4 百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，並於 107 年 7 月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)。	
投保人口預估成長率	0.175%			
人口結構改變率	0.409%			
醫療服務成本指數改變率	1.128%			
<b>協商因素成長率</b>	<b>1.285%</b>	<b>303.4</b>		
其他醫療服務利用及密集度之改變	0.707%	167.0	1.優先用於提升用藥品質。 2.請於 107 年 7 月底前提報執行情形。	
鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	0.635%	150.0	1.優先用於提升用藥品質。 2.請於 107 年 7 月底前提報執行情形。	
其他議定項目	違反全民健保特約及管理辦法之扣款	-0.057%	-13.6	不列入 108 年度總額協商之基期費用。
<b>一般服務成長率</b>	<b>增加金額</b>	<b>3.000%</b>	<b>708.4</b>	
	<b>總金額</b>		<b>24,326.4</b>	
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>				
醫療資源不足地區改善方案	135.6	14.1	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 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前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.脊髓損傷	130.0	-3.0	具體實施方案於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前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	60.0	12.3	具體實施方案於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前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 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前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		0.0	-25.0	本項移併至「中醫癌症患者加強照護整合方案」。
癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫		0.0	-30.0	本項移併至「中醫癌症患者加強照護整合方案」。
中醫癌症患者加強照護整合方案		103.0	103.0	1.本項經費用於持續辦理原「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫—腫瘤患者手術、化療、放射線療法」、「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」；及擴大原「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」之適用癌症類別。 2.請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體研訂方案及其新增之適用對象，方案應送全民健康保險會備查。 3.具體實施方案請於106年12月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。
中醫急症處置(107年新增計畫)		20.0	20.0	具體實施方案請於106年12月底前完成，並於107年7月底前提報初步執行結果。
品質保證保留款		23.6	23.6	1.依「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於106年12月底前完成相關程序，並於107年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。 2.原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8百萬元)，與107年度品質保證保留款(23.6百萬元)合併運用(計46.4百萬元)。 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，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。
專款金額		492.2	115.0	
總成長率(註1) (一般服務+ 專款)	增加金額	3.432%	823.4	
	總金額		24,818.6	
較106年度核定總額成長率(註2)		3.699%	—	

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為23,995.0百萬元，其中一般服務為23,617.8百萬元(含校正投保人口預估成長率差值61.7百萬元)，專款為377.2百萬元。

2.計算「較106年度核定總額成長率」所採基期費用為23,933.3百萬元，其中一般服務為23,556.1百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值61.7百萬元)，專款為377.2百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。



表 3 107 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)	預估增加 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	1.341%	533.8	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(463.4 百萬元)，應運 用於檢討支付標準之合理性， 適度增減支付點數，並於 107 年 7 月底前提報執行情形(含調 整項目及申報費用點數)。	
投保人口預估成長率	0.175%			
人口結構改變率	0.000%			
醫療服務成本指數改 變率	1.164%			
協商因素成長率	0.365%	145.0		
其他 醫療 服務 利用 密度 及集 之改 變	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	0.377%	150.0	1.往後不再增編此 3 項預算。 2.請於 107 年 7 月底前提報執行 情形。
	牙周病支持性 治療(91018C) 所增加之費用	0.000%	0.0	歷年執行結果，納入未來效益評 估及總額協商考量。
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	-0.012%	-5.0	不列入 108 年度總額協商之基期 費用。
一般服務 成長率	增加金額	1.706%	678.8	
	總金額		40,486.6	
<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 迴醫療服務計畫。 2.具體實施方案於 106 年 11 月底 前完成，並於 107 年 7 月底前提 報執行成果及成效評估報告。	
牙醫特殊醫療服務計 畫	484.0	11.0	1.持續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 106 年 11 月底 前完成，並於 107 年 7 月底前提 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
牙周病統合照護計畫 (第 1、2 階段)		1,564.0	521.6	1.於 108 年導入一般服務，請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體規劃及評估所需醫療費用，並建立成效評估、監測指標，成效列入 108 年度總額協商參考。 2.具體實施方案於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前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)		588.8	238.2	
品質保證保留款		119.1	119.1	1.依「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 106 年 12 月底前完成相關程序，並於 107 年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。 2.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 107 年度品質保證保留款(119.1 百萬元)合併運用(計 235.5 百萬元)。 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，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。
專款金額		3,035.9	889.9	
總成長率(註 1) (一般服務+ 專款)	增加金額	3.740%	1,568.7	
	總金額		43,522.5	
較 106 年度核定總額 成長率(註 2)		4.001%	—	

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為 41,953.4 百萬元，其中一般服務為 39,807.4 百萬元(含校正投保人口預估成長率差值 105.5 百萬元)，專款為 2,146 百萬元。

2.計算「較 106 年度核定總額成長率」所採基期費用為 41,848.0 百萬元，其中一般服務為 39,702.0 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值 105.5 百萬元)，專款為 2,146 百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

表 4 107 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>					
<b>醫療服務成本及人口因素成長率</b>		<b>2.642%</b>	<b>10,768.2</b>	<b>2.642%</b>	<b>10,768.2</b>
投保人口預估成長率		0.175%		0.175%	
人口結構改變率		1.801%		1.801%	
醫療服務成本指數改變率		0.662%		0.662%	
<b>協商因素成長率</b>		<b>0.934%</b>	<b>3,807.0</b>	<b>1.592%</b>	<b>6,487.0</b>
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)	0.844%	3,440.0	0.545%	2,220.0
	糖尿病及初期慢性腎臟病品質支付	0.000%	0.0	0.000%	0.0
	醫院配合政策推動分級醫療及疾病嚴重度費用之調整	0.000%	0.0	0.000%	0.0
鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	醫療資源整合獎勵方案	0.000%	0.0	0.000%	0.0
其他預期之法令或政策改變	配合一例一休及住院醫師縮短工時政策	0.000%	0.0	0.613%	2,500.0
	醫院與西醫基層風險調校	0.000%	0.0	0.000%	0.0
其他醫療服務利用及密集度之改變		0.098%	400.0	0.442%	1,800.0
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	-0.008%	-33.0	-0.008%	-33.0
一般服務成長率	增加金額		14,575.2		17,255.2
	總金額	3.576%	422,153.5	4.234%	424,835.4

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>					
C 型肝炎藥費(*醫院代表方案新藥由其他預算支應)	4,478.0	1,823.0	615.0*	-2,040.0*	
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	13,960.5	1,508.0	13,960.5	1,508.0	
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	4,399.7	184.0	4,399.7	184.0	
醫療給付改善方案	1,078.0	80.5	1,187.0	189.5	
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)	1,088.0	788.0	1,088.0	788.0	
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	80.0	20.0	80.0	20.0	
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	950.0	150.0	950.0	150.0	
多重抗藥性病患治療費用(*付費者代表方案建議應由公務預算支應)	0.0*	0.0*	0.0	0.0	
鼓勵院所建立轉診之合作機制	129.0	129.0	258.0	258.0	
癌症免疫療法	0.0	0.0	1,220.0	1,220.0	
品質保證保留款	406.5	406.5	406.5	406.5	
<b>專款金額</b>	<b>26,729.7</b>	<b>5,089.0</b>	<b>24,324.7</b>	<b>2,684.0</b>	
<b>成長率(一般服務+專款)</b>	<b>增加金額</b>	<b>4.581%</b>	<b>19,664.2</b>	<b>4.646%</b>	<b>19,939.2</b>
	<b>總金額</b>		<b>448,883.2</b>		<b>449,160.1</b>
門診透析服務成長率	增加金額	2.622%	543.4	2.622%	543.4
	總金額		21,267.4		21,267.4
<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>4.491%</b>	<b>20,207.6</b>	<b>4.553%</b>	<b>20,482.6</b>
	<b>總金額</b>		<b>470,150.6</b>		<b>470,427.5</b>
<b>較 106 年度核定總額成長率(註2)</b>	<b>4.736%</b>	<b>—</b>	<b>4.798%</b>	<b>—</b>	

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為 449,943.2 百萬元，其中一般服務為 407,578.5 百萬元(含校正投保人口預估成長率差值 1,053.5 百萬元)、專款為 21,640.7 百萬元、門診透析為 20,724.0 百萬元。

2.計算「較 106 年度核定總額成長率」所採基期費用為 448,889.7 百萬元，其中一般服務為 406,525.0 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值 1,053.5 百萬元)、專款為 21,640.7 百萬元、門診透析為 20,724.0 百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

4.醫院部門建議：「醫院與西醫基層風險調校」同意中央健康保險署補充資料試算的版本，於 107 年 3 月進行總額基期調整 396 百萬元(10 個月)，餘 2 個月另於 108 年度總額基期補回 79 百萬元。

表 5 107 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
基層總額轉診型態調整費用	1,346.0	1,346.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足。</li> <li>2. 為落實分級醫療，請中央健康保險署研訂醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算。</li> <li>3. 本項動支方案原則於 106 年 12 月底前完成相關程序，方案(含經費動支條件及相關規劃)應送全民健康保險會備查，並請於 107 年 7 月底前提報執行情形。</li> </ol>
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	605.4	0.0	請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務	5,520.0	520.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 請中央健康保險署檢討「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」內容，並加強審查機制。</li> <li>2. 請整合牙醫、中醫及藥師居家醫療照護服務。</li> <li>3. 醫療點數以每點 1 元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。</li> <li>4. 請於 106 年 12 月底前完成相關程序，計畫應送全民健康保險會備查，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告(含各項照護服務利用情形)。</li> </ol>
支應醫院總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及 C 型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費	290.0	-10.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 請中央健康保險署積極協商合理藥價。</li> <li>2. 優先支應罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費。</li> <li>3. 支應 C 型肝炎藥費專款不足之經費以 100 百萬元為上限。</li> <li>4. 請於 107 年 7 月底前提報執行結果。</li> </ol>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
推動促進醫療體系整合計畫	700.0	-400.0	1.用於「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「區域醫療整合計畫」、「提升急性後期照護品質試辦計畫」，及「跨層級醫院合作計畫」。 2.預算盡量運用於推動轉診制度及分級醫療。 3.請中央健康保險署每半年向全民健康保險會提報執行情形。 4.新增計畫原則於 106 年 12 月底前完成相關程序，並於 107 年 7 月底前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)。
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	822.0	-178.0	1.「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」(178 百萬元)移列西醫基層總額專款項目。 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 107 年 7 月底前提報執行結果。
鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案	1,100.0	0.0	1.請中央健康保險署加強醫事服務機構即時查詢之執行率及增加網路頻寬。 2.請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告(含即時查詢執行率之提升情形)。
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,653.8	249.3	請於 107 年 7 月底前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.請加強推動初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)，並提升完整照護率。 3.請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
提升保險服務成效	300.0	-10.0	請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
高診次者藥事照護計畫	40.0	0.0	1.請加強藥物浪費稽核與輔導。 2.請中央健康保險署與中華民國藥師公會全國聯合會針對高診次病患之藥事服務費，研擬合理支付費用。 3.請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
總 計	12,781.2	1,517.3	

第 3 屆 106 年 第 8 次 委員 會議

與 會 人 員 發 言 實 錄





壹、「議程確認」、「請參閱並確認上(第 7)次委員會議紀錄」、「上(第 7)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

傅主任委員立葉

- 一、現在正式開始今天的委員會議。這 2 天大家都辛苦了，從昨天忙到今天凌晨。希望下午的委員會議可以更有效率，讓大家早點休息，這是我目前最大的願望。
- 二、請問各位委員對上次會議紀錄內容有無修正意見？(未有委員表示有修正意見)若無意見，會議紀錄先確認，若委員有修正意見，請在今天會議結束前提供給幕僚。接下來進行「上次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」，請周執行秘書淑婉報告。

周執行秘書淑婉

- 一、謝謝大家昨天那麼辛苦進行協商，簡單說明本月份的重要業務報告。
  - (一)上次委員會議決議(定)事項計有 13 項，依辦理情形建議解除追蹤 3 項，繼續追蹤 10 項，歷次委員會議決議事項達解除追蹤條件，擬建議解除追蹤者，計有 1 項，但最後仍依委員議定結果辦理。
  - (二)請委員翻開會議資料第 13 頁，項次 1 是請幕僚整理委員提案所需連署人數之相關規定，以利提案作業之參考，經幕僚參考本會會議規範第 3 點規定，一般提案只要本會委員提出，沒有連署人數限制；臨時提案則需要出席委員附議或連署始得成立。相關規定在會議資料第 18~19 頁，請委員參考。
  - (三)項次 2 是請幕僚在會議召開前，將開會通知單以電子郵件方式傳送給委員，俾作為蒞部之憑證，9 月份相關會議(4 日、15 日及今日)召開前，幕僚都已遵照辦理。建議解除追蹤。

(四)項次 3 是請幕僚整理相關資料供 107 年度總額協商參考，健保署及中醫、醫院跟牙醫部門都在 9 月 12 日前將協商草案都送到會裡，西醫基層則維持 8 月 25 日提報之草案，昨天也進行 107 年度各部門總額協商，所以建議解除追蹤。

(五)再請看會議資料第 14 頁，歷次委員會議決議事項有 1 項達解除追蹤條件。本項是請幕僚在委員會議召開前，將會議資料儘早提供給委員參閱，以利討論；並請健保署配合時程提供所需資料。本項在 8 月份時，健保署已經依照時程提供資料，建議解除追蹤。

(六)關於擬繼續追蹤 10 項，因為本日會議重點在確認協商結果，因此就不一一說明，請委員參閱。

二、說明二，本會訂於 106 年 10 月 20 日下午 2 點在本部 301 會議室召開「107 年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議」，敬請委員撥冗踴躍參加。

三、說明三，健保署在本年 6~9 月公告相關資訊，請委員參閱。以上報告。

(註：依據本會會議規範規定，健保署署長為法定列席人員，今日李署長伯璋因要公，已正式來函請假，由蔡副署長淑鈴代理。)

傅主任委員立葉

委員如果沒有其他意見，本案洽悉。接著進行討論事項第一案「107 年度西醫基層、中醫門診、牙醫門診、醫院醫療給付費用總額及其他預算案」。

貳、討論事項第一案「107 年度西醫基層、中醫門診、牙醫門診、醫院醫療給付費用總額及其他預算案」與會人員發言實錄

傅主任委員立葉

請本會第三組說明。

張副執行秘書友珊

請問委員是否同意不宣讀提案內容，直接進行昨天協商結果的確認？(未有委員表示反對)建議依照協商順序，先從西醫基層部門開始。

傅主任委員立葉

先進行西醫基層總額協商結果的確認。

周執行秘書淑婉

請大家翻開今天發放的補充資料，即昨天的協商結果，請委員翻開資料第 1 頁「107 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配」，接著進行宣讀。

同仁宣讀

### 「107 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：

經西醫基層代表與付費者代表協商，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西醫基層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 2.310%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.757%，協商因素成長率 0.553%。

1. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(約 429.6 百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，並於 107 年 7 月底前提報執行情形(含調整項目及申報

費用點數)。

2.各項協商因素及建議事項如下：

(1)新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.106%)：

請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，並於 106 年 12 月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；並請於 107 年 7 月底前提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。

(2)配合一例一休政策(0%)

(3)其他醫療服務利用及密集度之改變(0.228%)

(4)新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(0%)：移列西醫基層專款。

(5)糖尿病及初期慢性腎臟病品質支付(0%)：

①糖尿病醫療給付改善方案仍列於西醫基層總額專款。

②初期慢性腎臟病醫療給付改善方案仍列於其他預算「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」項下。

(6)B型肝炎藥費回歸一般服務(0.255%)：請中央健康保險署於107年7月底前提報執行結果。

(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(-0.036%)，本項不列入108年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 4,214.4 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 106 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 106 年 12 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)及成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；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」：

- (1)全年經費450百萬元。
- (2)請中央健康保險署檢討本項推動成效，並於106年12月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

2.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

- (1)全年經費129百萬元，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- (2)請中央健康保險署於106年12月委員會議說明執行方式。
- (3)本項依實際執行轉診之件數、點數併入一般服務費用結算，並於107年7月底前提報執行成果。

3.家庭醫師整合性照護計畫：

- (1)全年經費2,460百萬元。
- (2)持續檢討計畫內容，加強執行品質管控及審核社區醫療群參加資格。
- (3)具體實施方案請於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

4.西醫醫療資源不足地區改善方案：

- (1)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。
- (2)請檢討方案執行內容，以提供更適切醫療服務。
- (3)具體實施方案請於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

5.C 型肝炎藥費：

- (1)全年經費408百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。

(2)本項執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式，具體實施方案請於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

(3)請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)，可考量列入總額協商減項。

6.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、慢性阻塞性肺疾病方案等7項方案。

(3)請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。糖尿病醫療給付改善方案應新增胰島素注射之品質獎勵指標。

(4)具體實施方案請於106年11月底前完成；並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告，內容應包含健康狀況改善之量化指標。

7.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

(1)全年經費178百萬元，本項預算由其他預算移列。

(2)本項預算依六區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算。

8.品質保證保留款：

(1)全年經費109.4百萬元，依「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」支付，請於106年12月底前完成相關程序，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

(2)原106年度品質保證保留款額度(105.2百萬元)與107年度品質保證保留款額度(109.4百萬元)合併運用(計約214.6百萬元)。

(3)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，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

(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，再依協商當年第一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 3.5%，不包含一例一休費用。依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.624%。
- 4.應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。
- 5.請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
- 6.中央健康保險署建議「108 年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)之病人，將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」乙節，請於 108 年度總額協商前儘早規劃，並與相關團體先行溝通，以利推動。

(四)前述三項額度經換算，107 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 106 年度所核定總額成長 3.721%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 3.491%。各細項成長率及金額如表 1。

傅主任委員立葉

先在這裡暫停一下，請問對付費者代表方案有無修正意見？文字都可以嗎？請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

一、有關西醫基層協商結果第 5 頁，「品質保證保留款」（下稱品

保款)協定事項為：「107年7月底提報執行成果及成效評估報告」，每年進行各部門總額評核會議時，評核委員都會檢視各總額部門品保款核發的結果，但是今年評核會的資料，執行結果有1年的落差，評核委員看不到去(105)年的資料，只有前(104)年的資料，評核會議主要檢視去年的執行結果，但卻沒有看到資料，不知道健保署能否在評核會前就提供上年度品保款核發的結果？

- 二、建議文字修改為「107年度總額評核會議前，提報執行成果及成效評估報告」，不知道健保署在執行上有沒有困難？今年健保署就無法在評核會議前提供資料，若文字維持為「107年7月底前」好像健保署就不用於評核會議前提供，我想確認健保署在本項執行上有無困難？

傅主任委員立葉

- 一、早上蔡委員登順有提醒大家，委員會議不能更改協定事項與金額，僅能酌予調整協定事項文字。
- 二、本項是協定事項的文字，剛才盧委員瑞芬的修正建議，請問健保署在評核會議前提供資料，執行上有無困難？

龐組長一鳴

- 一、在此簡單報告，有關107年度各總額部門協定事項中，新增計畫需於12月底前完成、原有的計畫需於11月底前完成，本署會儘量配合時程辦理，在此也請醫界代表配合。
- 二、有關需於年度中提報執行成果的部分，因為涉及健保資料申報期限及點值結算時程，因為在7月時，第2季才剛結束，5月的資料完整，但6月的資料尚未完整，因此無法避免時間落差。如果要7月前提供，則只能提供第1季的資料，但本署會儘量在期限內，就當時健保資料庫所能取得的資料來呈現資料。

傅主任委員立葉

請謝代理委員天仁。



謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

協定事項中敘述性的文字可稍微調整，讓文意更周延，只要不要妨礙原協商意旨即可，我覺得盧委員瑞芬所提的建議可採用。

傅主任委員立葉

請問要依盧委員瑞芬所提的建議修正，或加註在後面？

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

只要不妨礙原本付費者代表方案之真義，付費者代表不反對即可。本項建議可協助評核作業，也沒有涉及協商實質內容的修改。

干委員文男

贊成，評核會議沒有資料也不行。

傅主任委員立葉

請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、請教技術上的問題，並不是反對。我發現年度總額評核會議的資料的確存在時間上的落差，除了牙醫部門外，其他很少呈現106年執行結果。
- 二、想跟盧委員瑞芬確認，依所建議修正文字，是要健保署在107年度評核會議前，就要提供106年度品保款的執行結果，請問健保署在實務上是否可行？

盧委員瑞芬

因為今(106)年擔任評核委員時，沒有看到105年各部門總額品保款的核發結果，幕僚表示是因為健保署尚無法提供。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、原文字為「7月底前報告...」，請健保署要確認，若沒有問題就改成「107年度總額評核會議前提報...」。
- 二、若年度總額評核會議在7月底後召開，則文字不用修正。

傅主任委員立葉

若年度評核會議在7月以後召開，則不需修改文字。

### 盧委員瑞芬

- 一、今年擔任評核委員時，只看到各總額部門前(104)年品質保證保留款的執行情形。
- 二、歷年總額評核會議都約在7月中下旬舉辦，評核委員約在2週前才收到資料，如果健保署技術上沒有困難，就建議文字改為「在107年度總額評核會議前...」，這樣評核委員在107年評核會議時才能看到上(106)年度資料。

### 傅主任委員立葉

請問健保署實務上可以做到嗎？

### 龐組長一鳴

- 一、這部分再跟委員說明，因為年度總額評核會議在7月下旬，若要在評核會議前提供，健保署會儘量配合委員會議決議。
- 二、品保款的結算，涉及申復審議有其複雜性，本署雖然希望能在隔年第1季完成結算，但實務上會因為申復審議作業而受影響。委員希望在評核會議時能夠看到核發結果，健保署會儘量配合，但可能會有資料不夠完整的情形，需向委員說明實務執行上的限制。

### 傅主任委員立葉

- 一、目前是兩案併陳，不是雙方協定，如果付費者代表同意，就依盧委員瑞芬的建議，酌修文字。
- 二、如果是雙方協定的共識內容，協定文字部分就不做修改。

### 蔡副署長淑鈴

有關西醫基層第5頁，品質保證保留款第2點「原106年度品質保證保留款額度，與107年度品質保證保留款合併運用」，健保署同仁想要表達意見，請張專門委員溫溫。

### 張專門委員溫溫

向委員說明，因為107年度品保款已移列專款項目，106年以前品保款是由一般服務預算支應，本點提到2年額度合併運用，建議寫

清楚 106 年的額度是由一般服務預算支應。

蔡副署長淑鈴

因為第 2 點是希望 2 年品保款額度合併運用，但 106 年的品保款已經滾入一般服務，若真的要合併運用，是不是文字寫清楚 106 年品保款從一般服務預算移列跟 107 年品保款合併運用。讓內容更加完整。

陳組長燕鈴

建議修正為「原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度，與 107 年度品質保證保留款合併運用...」。

蔡副署長淑鈴

建議改為「原 106 年度之品質保證保留款額度於一般服務移列...與 107 年額度合併運用...」。

陳組長燕鈴

一、想請教若使用「移列」，日後會不會有基期增減的疑慮？在這裡並沒有減列基期的意思，只是在結算時將一般服務內 106 年的品保款額度拿出來與 107 年專款的額度一併運用。

二、「移列」會不會被誤會是要把預算從一般服務挖出來？

蔡副署長淑鈴

並沒有要減列基期，但總是要明確說明預算來源。

陳組長燕鈴

請參考螢幕文字，建議修正為「原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)與 107 年度品質保證保留款額度(109.4 百萬元)合併運用(計約 214.6 百萬元)」。

蔡副署長淑鈴

這樣也可以。

傅主任委員立葉

本項文字修正，付費者代表同意嗎？(付費者代表表示同意)

蔡副署長淑鈴

接下來請各總額部門品保款相關文字就請一併照此修改。

傅主任委員立葉

付費者代表方案是否還有要修改處？請蔡委員登順。

蔡委員登順

想請教，剛才西醫基層部門有提出在「其他醫療服務利用及密集度之改變」有修正，但在此並沒有修正。

傅主任委員立葉

一、蔡委員登順抱歉，目前還在討論付費者代表的方案，還沒討論到西醫基層代表的方案。

二、若沒有其他意見，付費者代表方案確認。請同仁宣讀西醫基層代表方案。

同仁宣讀

西醫基層代表方案：

一、一般服務成長率為 3.186%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.757%，協商因素成長率 1.429%。

(一)醫療服務成本指數改變率所增加之預算(約 429.6 百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，並於 107 年 7 月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)。

(二)各項協商因素及建議事項如下：

1. 新醫療科技(包括新診療項目、新藥及新特材等)(0.182%)：

請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於106年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；並請於107年7月底前提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。

2. 配合一例一休政策(0.100%)：

(1)本項費用運用於因一例一休導致之成本增加項目。

(2)請於107年7月底前提報執行情形。

3.藥品給付規定修正(0.094%)

4.配合分級醫療及醫療服務利用增加(0.729%)

5.提升老人視力照護品質(0.069%)

6.新興疾病產生醫療利用提升(0.109%)

7.外傷服務密集度及照護品質(0.091%)

(註:本項原為 0.182%，會前西基層代表調降 1 億元，成長率修為 0.091%)。

8.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(0%)：本項維持編列於其他預算。

9.糖尿病及初期慢性腎臟病品質支付(0%)：

(1)糖尿病給付改善方案仍列於西醫基層總額專款。

(2)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案仍列於其他預算「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」項下。

10.B 型肝炎藥費回歸一般服務(0%)：維持列於專款項目。

11.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.036%)，本項不列入 108 年度總額協商之基期費用。

二、專款項目：全年經費為 4,335.4 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 106 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 106 年 12 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)及成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；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)強化基層照護能力「開放表別」：

1.全年經費 450 百萬元。

2.請中央健康保險署檢討本項推動成效，並於 106 年 12 月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。

(二)鼓勵院所建立轉診之合作機制：

- 1.全年經費 129 百萬元，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- 2.請中央健康保險署於 106 年 12 月委員會議說明執行方式。本項依實際執行轉診之件數、點數併入一般服務費用結算，並於 107 年 7 月底前提報執行成果。

(三)家庭醫師整合性照護計畫：

- 1.全年經費 2,880 百萬元。
- 2.持續檢討計畫內容，加強執行品質管控及審核社區醫療群參加資格，具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。

(四)西醫醫療資源不足地區改善方案：

- 1.全年經費 187 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。
- 2.請檢討方案執行內容，以提供更適切醫療服務。
- 3.具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。

(五)B 型肝炎藥費：全年經費 280 百萬元，不足部分由其他預算支應。

(六)C 型肝炎藥費：編列於其他預算。

(七)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、孕產婦及慢性阻塞性肺疾病方案等 7 項方案。

- 3.請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。糖尿病給付改善方案應新增胰島素注射之品質獎勵指標。
- 4.具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成；並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告，內容應包含健康狀況改善之量化指標。

(八)品質保證保留款：

- 1.全年經費 109.4 百萬元，依「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 106 年 12 月底前完成相關程序，並於 107 年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。
- 2.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 107 年度品質保證保留款(109.4 百萬元)合併運用(計 214.6 百萬元)。
- 3.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，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

三、門診透析服務：

- (一)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。
- (二)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。
- (三)門診透析服務總費用成長率為 3.5%，不包含一例一休費用。依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.624%。
- (四)應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。
- (五)請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
- (六)中央健康保險署建議「108 年針對慢性腎臟衰竭末期

(ESRD)之病人，將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」乙節，請於 108 年度總額協商前儘早規劃，並與相關團體先行溝通，以利推動。

四、前述三項額度經換算，107 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 106 年度所核定總額成長 4.562%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 4.330%。各細項成長率及金額如表 1。

五、因會議開始前，西醫基層代表有略做方案修正，會後幕僚會再與西醫基層部門確認修正相關成長率。

(註:一般服務之「外傷服務密集度及照護品質」原為 0.182%，會議開始前西基層代表調降 1 億元，成長率修為 0.091%，但口頭宣讀之一般服務成長率、協商因素成長率、及總成長率部分，係以 0.182% 計算，尚未及配合修正)

傅主任委員立葉

一、西醫基層代表在會議開始前修正金額，造成成長率改變的部分，請幕僚會後再跟西醫基層部門代表確認。

二、剛才宣讀的內容，西醫基層代表有沒有意見？若沒有，就確認方案。

龐組長一鳴

請看西醫基層資料第 7 頁，「配合一例一休政策」乙項，(A)本項費用運用於因一例一休導致之成本增加項目，(B)請於 107 年 7 月底前提報執行情形，請問由誰來提報？請確認。

傅主任委員立葉

一、請問西醫基層代表，對本項文字有無修正意見？黃委員啟嘉有意見嗎？如果沒有，就依照原來文字。

二、請問由「誰」提報執行情形？是西醫基層代表或請其他委員提供建議，西醫基層方案原意旨為何？是請健保署提報嗎？

吳委員國治

本項是健保署提的，我們是採用健保署版本。



傅主任委員立葉

所以西醫基層代表建議由健保署提報執行情形？

黃委員啟嘉

請稍等一下。

蔡副署長淑鈴

在講哪一項？

傅主任委員立葉

「配合一例一休政策」的協定事項「請於 107 年 7 月底前提報執行情形」。

黃委員啟嘉

請於「配合一例一休政策」項目，刪除協定事項(B)「請於 107 年 7 月底前提報執行情形」。

傅主任委員立葉

因是兩案併陳，尊重西醫基層代表的意見，如是雙方共識的協定事項就無法隨意刪除文字。

蔡副署長淑鈴

第 6 頁，107 年度西醫基層協商因素成長率要修正，1.429% 是西醫基層修改「外傷服務密集度及照護品質」預算前的數字，該項預算已從 2 億元降為 1 億元。

黃委員啟嘉

所有數據應在調整「外傷服務密集度及照護品質」預算後，重新計算。

傅主任委員立葉

會後請幕僚再確認數字，因為剛才調整預算金額，幕僚還來不及處理。

蔡副署長淑鈴

成長率應該試算出來了，文字可以趁現在一併修正。

傅主任委員立葉

文字請一併修正。還有沒有其他意見？

蔡副署長淑鈴

總成長率應該也會有變動。

黃委員啟嘉

「外傷服務密集度及照護品質」調整預算後，一般服務預算成長率及總成長率都會變動。

蔡副署長淑鈴

數字還沒修正，可以現在一併修正。

周執行秘書淑婉

建議先確認其他部門的協商結果，給幕僚一點作業時間。

吳委員國治

西醫基層將「外傷服務密集度及照護品質」調整為 1 億元，其餘數字待會再確認。

蔡副署長淑鈴

抱歉，如果現在沒有確認，不知道加上其他預算後，整體總成長率會不會超過 5%。

吳委員國治

剛才已經試算，應該是沒有。

龐組長一鳴

有沒有最後的總成長率？

蔡副署長淑鈴

請確認總成長率有沒有超過 5%。

吳委員國治

建議最後確認的時候一起算。

蔡副署長淑鈴

如果到時候超過 5%，回頭要扣哪個項目或者由誰代表處理？應該要現在確認。

傅主任委員立葉

有更動數據的部門確認程序挪後，西醫基層總額稍後再確認。

黃委員啟嘉

剛才我們已經試算過，應該不會超過5%，如有超過我可以負責。

蔡副署長淑鈴

不是西醫基層的問題，而是各部門大總額如果超過要怎樣解決？

張副執行秘書友珊

報告主席，可否同意先以西醫基層總額成長率試算表來核對各項目的成長率？包括大家特別關心的非協商、協商因素、一般服務成長率及專款經費等。

蔡副署長淑鈴

對，請讓我們看一下西醫基層試算表。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

我建議幕僚同仁先核對數據，檢查確認後，再將最後版本唸一遍讓大家確認，現在邊唸邊確認，會造成時間延宕，請幕僚同仁先行作業，再送過來大家確認。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

既然西醫基層與醫院部門有更動金額，建議給幕僚充裕的作業時間，中醫及牙醫已有共識就先進行確認，而且其他預算的結果也還在作業中。西醫基層、醫院部門及其他預算可以在同一程序確認，先處理中醫及牙醫。

傅主任委員立葉

那就先繼續進行中醫及牙醫部門的確認，西醫基層的醫界方案與醫院總額的兩案及其他預算的協商結果，留到最後再確認。請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

剛才確認西醫基層付費者方案時提及，有關「品質保證保留款」協定事項的文字修訂，應該是各總額部門都適用，建議統一詢問是否接受修改意見？不需要每個部門確認時都提出。

傅主任委員立葉

一、大家是否有共識？文字酌修不影響原協定內容，就通案處理。各部門總額的「品質保證保留款」協定事項的文字：「107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告」，都修正為「107 年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告」。

二、接下來進行中醫門診總額協商結果的確認，請同仁宣讀。

同仁宣讀

### 「107 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 3.000%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.715%，協商因素成長率 1.285%。

(二)專款項目全年經費為 492.2 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，107 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 106 年度所核定總額成長 3.699%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 3.432%。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(266.4 百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，並於 107 年 7 月底前提報調整執行情形(含調整項目及申報費用點數)。

2. 其他醫療服務利用及密集度之改變(0.707%)：

(1)優先用於提升用藥品質。

(2)請於107年7月底前提報執行情形。

3.鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康(0.635%)：

(1)優先用於提升用藥品質。

(2)請於107年7月底前提報執行情形。

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(-0.057%)，本項不列入108年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為492.2百萬元。

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106年11月底前完成，新增計畫原則於106年12月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)及成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；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.醫療資源不足地區改善方案：

全年經費135.6百萬元，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130百萬元，包含腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷等3項。

3.中醫提升孕產照護品質計畫：

全年經費60百萬元。

4.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：

全年經費20百萬元。

5.乳癌、肝癌門診加強照護計畫：

本項移併至「中醫癌症患者加強照護整合方案」。

6.癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫：

本項移併至「中醫癌症患者加強照護整合方案」。

7.中醫癌症患者加強照護整合方案：

- (1)全年經費103百萬元。
- (2)本項經費用於持續辦理原「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫—腫瘤患者手術、化療、放射線療法」、「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」；及擴大原「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」之適用癌症類別。
- (3)請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體研訂方案及其新增之適用對象，方案提經全民健康保險會同意後，預算始得動支。

8.中醫急症處置：

全年經費20百萬元。

9.品質保證保留款：

- (1)全年經費23.6百萬元，依「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於106年12月底前完成相關程序，並於107年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。
- (2)原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8百萬元)，與107年度品質保證保留款(23.6百萬元)合併運用(計46.4百萬元)。
- (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，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

傅主任委員立葉

謝謝同仁宣讀，請問委員對中醫門診總額的協商結果有無意見？

陳委員旺全

- 一、感謝各位委員支持「中醫癌症患者加強照護整合方案」，雖然只有增加 9 百萬，不無小補，協定事項提及「擴大原『乳癌、肝癌門診加強照護計畫』」，蔡委員麗娟提到，要盡量提供癌症患者更多照護服務，但因經費問題，擴大項目有限。
- 二、另外，有關「請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體研訂方案及其新增之適用對象，方案提經全民健康保險會同意後，預算始得動支」，請問動支是指新增之 9 百萬元預算或包含移列之延續性方案？
- 三、去年的專款項目「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」也有類似情形，當時協定事項是「計畫內容提經全民健康保險會備查，預算始得動支」，懇求委員同意我們改為備查的方式，先前謝代理委員天仁提到，方案都送健保會同意的話，1 個月談 1 次，1 年就過去了，有時候還不一定談得到，所以拜託各位委員改為備查，附表也希望能更改，可以嗎？(付費者委員：可以。)

蔡副署長淑鈴

此項目也是我想提出的，如果方案備查即可，就不要再增加「預算始得動支」，若是所有修改或新增的計畫都要同意後才能動支經費，則原來就在進行的計畫，會有經費無法連續的問題，建議刪除「預算始得動支」，只要備查即可。(付費者委員：同意。)

傅主任委員立葉

雙方都同意修正文字，還有其他意見嗎？如果沒有問題，接著進行牙醫門診總額協商結果的確認，請同仁宣讀。

同仁宣讀

#### 「107 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、總額協定結果：

(一)一般服務成長率為 1.706%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.341%，協商因素成長率 0.365%。

(二)專款項目全年經費為 3,035.9 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，107 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 106 年度所核定總額成長 4.001%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 3.740%。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.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(463.4 百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，並於 107 年 7 月底前提報調整執行情形(含調整項目及申報費用點數)。
- 2.12 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(0.377%)：往後不能再增編此 3 項預算。
- 3.牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用(0%)：歷年執行結果，納入未來效益評估考量。
- 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(-0.012%)，本項不列入 108 年度總額協商之基期費用。

#### (二)專款項目：全年經費為 3,035.9 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 106 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 106 年 12 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)及成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；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.醫療資源不足地區改善方案：

全年經費 280 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：

- (1)全年經費484百萬元。
- (2)持續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)請中央健康保險署於其他預算「居家醫療照護整合計畫」併同考量納入牙醫服務。

## 3.牙周病統合照護計畫：

- (1)第1、2階段，全年經費1,564百萬元；第3階段，全年經費588.8百萬元。
- (2)於108年導入一般服務，請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體規劃及評估所需醫療費用，並建立成效評估、監測指標，成效列入108年度總額協商參考。

## 4.品質保證保留款：

- (1)全年經費119.1百萬元，依「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於106年12月底前完成相關程序，並於107年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。
- (2)原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4百萬元)，與107年度品質保證保留款額度(119.1百萬元)合併運用(計約235.5百萬元)。
- (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，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

傅主任委員立葉

謝謝同仁宣讀，請問委員對於牙醫門診總額的協商結果有無意見？

謝委員尚廷

一般服務第 3 點「牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用(0%)：歷年執行結果，納入未來效益評估考量。」我請求改為「納入未來效益及總額協商評估考量」，希望可以加上「及總額協商」5 個字。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

這是總額文件，不加也會納入，加上也沒關係。

謝委員尚廷

因為是我們內部開會的結果，拜託請加上(付費者委員：好，螢幕上的文字已經加了)，附表也請一併修改，謝謝。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

文字順序好像顛倒，應該是「納入未來效益評估及總額協商考量」。

周執行秘書淑婉

「評估」擺到「及總額協商」前面。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

對，這樣讀起來比較順。

謝委員尚廷

謝謝。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

106 年的品質保證保留款是編在一般服務，所以加上「一般服務」文字，西醫基層與醫院部門的文字應該比照修正。

傅主任委員立葉

好，這部分會通案處理。

蔡副署長淑鈴

一、牙醫專款項目「牙醫特殊醫療服務計畫」，我記得上午談其他預算時已將牙醫在宅服務納入居家醫療照護服務中，因為現在還沒拿到其他預算協商結果無法確認，如果有的話，兩邊文字用詞應一致。

二、另外，協定事項第 3 點「請中央健康保險署於其他預算『居家醫療照護整合計畫』併同考量納入牙醫服務」，是否有需要？我記得協定事項第 2 點的在宅牙醫醫療服務預算已納入其他預算(委員：對。)，如果項第 2 點文字刪除「在宅」，協定事項第 3 點也可一併刪除。

傅主任委員立葉

這樣修改，雙方都同意嗎？(委員：同意。 ) 文字上有無其他意見？若都沒意見，接下來先確認醫院總額的協商結果，請同仁宣讀。

同仁宣讀

### 「107 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：

經醫院代表與付費者代表協商，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 3.576%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.642%，協商因素成長率 0.934%。

1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,698.2 百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，其中 30%用以調整加護病房相關費用，並於 107 年 7 月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)。

2.各項協商因素及建議事項如下：

(1)新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.844%)：

①本項含「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統」自付差額品項(24百萬元)納入全額給付。

②請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於

106年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；並請於107年7月底前提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。

(2)糖尿病及初期慢性腎臟病品質支付(0%)：

①糖尿病醫療給付改善方案仍列於醫院總額專款。

②初期慢性腎臟病醫療給付改善方案仍列於其他預算「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」項下。

(3)醫療資源整合獎勵方案(0%)：併入其他預算項下「跨層級醫院合作計畫」考量。

(4)其他醫療服務利用及密集度的改變(0.098%)。

(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(-0.008%)，本項不列入108年度總額協商之基期費用。

(6)為有效推動分級醫療與轉診制度，應持續減少區域級以上醫院之初級照護案件數，107年度件數不得超過106年之90%，超過部分，不予分配。

(二)專款項目：全年經費為 26,729.7 百萬元。

1.C 型肝炎用藥：

(1)全年經費4,478百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應；請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。

(2)本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式。具體實施方案請於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

(3)請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)，可考量列入總額協商減項。

2.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13,960.5百萬元。

(2)為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於107年6月底前提出專案報告(含醫療利用及成長原因分析)，並於107年7月底前提報執行成果。

3.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

(1)全年經費4,399.7百萬元，不足部分由其他預算支應。

(2)請於107年7月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)。

4.醫療給付改善方案：

(1)全年經費1,078百萬元。

(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、慢性阻塞性肺疾病方案等8項方案。

(3)請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。糖尿病醫療給付改善方案應新增胰島素注射之品質獎勵指標。

(4)具體實施方案請於106年11月底前完成；並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告，內容應包含健康狀況改善之量化指標。

5.急診品質提升方案：

(1)全年經費160百萬元。

(2)請精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。

(3)具體實施方案請於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

6.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費1,088百萬元，導入第3~5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)請於107年7月底前提報執行成果。

7.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費80百萬元，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。

(3)請檢討方案執行內容，以提供更適切醫療服務。

(4)具體實施方案請於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

8.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：

(1)全年經費950百萬元。

(2)具體實施方案請於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

9.多重抗藥性病患治療費用：應由公務預算支應。

10.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

(1)全年經費129百萬元，用以支付醫院回轉轉診個案及將病情穩定病人下轉之醫師診察費，不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2)請中央健康保險署於106年12月委員會議說明執行方式。

(3)本項依實際執行轉診之件數、點數併入一般服務費用結算，並於107年7月底前提報執行成果。

11.品質保證保留款：

(1)全年經費406.5百萬元，依「醫院總額品質保證保留款實施方案」支付，請於106年12月底前完成相關程序，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

(2)原106年度品質保證保留款額度(388.7百萬元)，與107年

度品質保證保留款(406.5百萬元)合併運用(計約795.2百萬元)。

(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，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

(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，再依協商當年第一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 3.5%，不包含一例一休費用。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 2.622%。
- 4.應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。
- 5.請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
- 6.中央健康保險署建議「108 年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)之病人，將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」乙節，請於 108 年度總額協商前儘早規劃，並與相關團體先行溝通，以利推動。

(四)前述三項額度經換算，107 年度醫院醫療給付費用總額，較 106 年度所核定總額成長 4.736%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 4.491%。各細項成長率及金額如表 4。

傅主任委員立葉

請幕僚先暫停一下，以上宣讀是付費者代表提出的方案，委員有無詢問？請謝委員武吉。

謝委員武吉

現在是先討論付費者代表提出的方案嗎？現在講完了？

傅主任委員立葉

現在正在確認付費者代表提出的 107 年度醫院總額方案，醫院代表提出的方案還沒宣讀。委員可以直接參看螢幕，等一下會直接將方案呈現出來，不再影印紙本，以節省紙張。就剛剛幕僚宣讀付費者代表方案，請問付費者委員有沒有意見？請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

- 一、請先回到 107 年醫院部門第 1 頁，有關「醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,698.2 百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，『其中 30%用以調整加護病房相關費用』，並於 107 年 7 月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)」部分，紅色字體處是後來加上去的。
- 二、其實 106 年度醫院總額協定事項中，醫療服務成本指數改變率所增加之預算，應用調整支付標準，其中 60 億優先調整重症項目，106 年主要優先調整加護病房相關費用，包含加護病房醫師診察費等項目，所以 107 年度醫院總額「醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,698.2 百萬元)，『其中 30%用以調整加護病房相關費用』」還需要再做加護病房相關費用的調整嗎？還是應該保留一些彈性，考量除了急重症加護病房外，還有住院病房的特殊照護服務等項目，也都算急重症的相關照護，是否能留有部分彈性，讓我們跟醫界再來討論調整細節？不要匡列特定項目使用。
- 三、再者，另一段新增文字，107 年度與 106 年度醫院總額方案有相同的決議為「⑥為有效推動分級醫療與轉診制度，應持續減少區域級以上醫院之初級照護案件數，107 年度件數不得超過 106 年之 90%，超過部分，不予分配」，意即初級照護案件數要減少 10%。今(106)年度曾在委員會議上報告過，實務上有執行的困難，像醫院協會等單位對於 coding(編碼)原則還有意



見，因此今年執行上有一定的困難。因為 106 年度初級照護的數據已產生部分問題，執行上也有困難，如果 107 年度初級照護案件數要比 106 年度再降 10%，不知道醫院部門要怎麼繼續執行，是否也請大家集思廣益，在朝著落實分級醫療方向上，如何將相關的文字落款於協定事項，讓這個方案是可執行的，也請大家貢獻意見。

李委員偉強

請問主席，這部分是還有討論的空間嗎？還是只是確認的過程呢？

傅主任委員立葉

因為這是剛才付費者代表閉門會議後，在付費者代表版本新增加的文字，主要以付費者的意見為主。

蔡副署長淑鈴

可不可以先聽聽大家意見？再請付費者參考看看有沒有討論的空間。

李委員偉強

我先表達意見，再請付費者代表考量一下：

- 一、加護病房是很重要，也應該適度調整相關費用，如蔡副署長淑鈴所言，今(106)年度醫院總額匡列 60 億元已有優先調整加護病房相關費用，如果明(107)年度醫院總額方案特別匡列「30% 用以調整加護病房相關費用」，某種程度一定會影響到其它急重難症項目的資源分配。不知道付費者代表指定新增本項協定事項是否有其他的考量呢？對醫院來說，加護病房是急重難症很重要的一環，但並非全部，請再多方考量。
- 二、有關初級照護案件數較去年減少 10% 部分，健保署還再找相關學會討論門診正確 coding(編碼)原則，例如，現在疾病診斷是採 ICD-10-CM/PCS(國際疾病分類第十版臨床修訂/處置分類系統)，約有 8 萬多個編碼，沒有人會記得這麼多診斷代碼，實務上會以常用的編碼優先使用。再者，在過去門診編碼也沒有一套很好的編碼原則規範，因此，健保署也邀請醫界以外的其

他相關協會共商，並參考國外編碼原則來訂定門診編碼的相關規範。如果 106 年度目標值是 106 年初級照護案件數比 105 年減少 10%，107 年初級照護案件數比 106 年度再少 10%，則初級照護案件數的基期將會一直往下降，另外，如果持續目標值設定為下降 10%，是否能另訂絕對值的標準，例如某醫院初級照護案件比率已經低到 5% 或 10% 之下，是否還繼續執行每年下降前一年的 10% 呢，以上建議請付費者代表參考。

傅主任委員立葉

請劉代理委員碧珠。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

- 一、現在討論是付費者代表的方案內容，有關調整加護病房相關費用的部分，就今年各總額部門評核委員會議時，諸位專家學者共同提出調整支付標準不應是片斷性的調整，要全面通盤考量，兼顧支付標準項目間的衡平性，以達到整體性資源分配，不是東調一個、西調一個支付標準，或應某個需求而調整支付標準。
- 二、去(105)年協商 106 年度醫院總額時，提出初級照護案件數下降 10% 部份，我曾提出詢問，請問初級照護定義為何？當時都沒辦法講清楚。尤其醫療院所面臨醫療資訊系統由 ICD-9-CM/PCS (國際疾病分類第 9 版臨床修訂/處置分類系統)轉成 ICD-10-CM/PCS(國際疾病分類第十版臨床修訂/處置分類系統)的時候，是以 1 對多的編碼，且醫院系統銜接仍有許多問題，尚未解決的情況下，多數付費者委員就提出初級照護案件數一定要下降 10%。因此健保署執行本項時，醫界就提出要有一個具體定義及目標，醫界才能知道哪個族群要下降 10%。為此，健保署與醫界多次討論初級照護的定義，直到 106 年 4 月底前仍無法將初級照護定義清楚，106 年第 1 季醫院總額結算時，即將要執行本項，扣減費用，難道消費者只是要扣減費用的嗎？
- 三、如果付費者是希望民眾自己願意至基層就醫，擴大基層。我本

身也是消費者代表也是民眾身分，我願意走到隔壁診所看病，不用去擠醫學中心，但那是我願意相信基層醫療，而非醫學中心、區域醫院看初級照護就是罪大惡極，不應該看初級照護，每年要求初級照護案件數下降 10%，一直砍。

四、現在的問題是初級照護定義尚未釐清，甚至連 ICD-9-CM/PCS 轉成 ICD-10-CM/PCS，其編碼(coding)項目多，編碼原則也不熟悉。分享我們醫療部門的群組曾傳過一個 ICD-10-CM/PCS 的笑話，有個診斷叫做給飛彈射擊到，就真的有人編到這個診斷碼，這是因為編碼系統轉換所對應的結果，所以編碼系統的轉換會產生很多奇怪的問題。因此，ICD-10-CM/PCS 不能真正表現疾病嚴重度。現在大家都在講 Upcoding(將疾病嚴重度較低者，填報為嚴重度較高)，實際上是各醫院都很努力，召集疾病分類管理師協助醫生瞭解 ICD-10-CM/PCS 的 coding(編碼)，而不是隨便一個編碼就叫初級照護，就要扣減 10% 費用，也不是沒有扣減 10% 就不對，這不是民眾之福，應理性看待此事。在此誠懇呼籲付費者代表，不要貿然用每年初級照護下降 10% 的方式，就認為會達到分級醫療，絕對沒有。

傅主任委員立葉

以上意見提供付費者代表參考。

劉代理委員淑芬(張委員澤芸代理人)

感謝付費者代表長期對護理界的支持跟關懷。有關付費者代表提出「30% 用以調整加護病房相關費用」，若付費者代表允許的話，是否建議用於調整該項護理人員相關費用，例如：護病比加成。以 105 年為例，扣除新增院所後，增加的護理人員約 2,200 多人，在付費者代表長期支持下，整個護理的執業環境進步很多，但護理人員仍有約 5.6% 的空缺率，建議該事項還請委員繼續支持，以上是護理公會代表的建議。

傅主任委員立葉

委員提出許多意見供付費者委員參考，付費者委員就所提的方案內

容是否要修正？

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

- 一、有關一例一休部分，醫界常說會增加成本的支出，基本上應該是住診人事成本增加，因此，是希望能將相關的成本費用反映於此處，以調整支付標準。就我們了解，加護病房的相關給付仍有不足的地方，所以這次於「醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,698.2 百萬元)」中，匡列「30%用以調整加護病房相關費用」的預算並不多，約 8 億元而已，其餘尚有 70% 額度可用於調整其他項目。
- 二、沒有所謂的全面性調整支付標準，預算有限情況下，怎麼可能全面性調整。以前曾認為應採 RBRVS(resource-based relative value scale，醫療資源耗用相對值表) 調整支付標準，請問現在調整了多少？現在哪有那麼大的金額可以調整全部的支付標準，這是不可能的，只能針對不合理的項目稍微調整，現實就是如此。
- 三、我們了解初級照護在 coding(編碼)上存有部分的問題。我認為應該慢慢做適應及調整，利用過去以 ICD-9-CM 編碼的申報資料，慢慢的轉換及調整出一套 ICD-10-CM/PCS 編碼原則，並確認初級照護編碼。我們可以接受需要時間進行轉換，但是醫院的初級照護應該下轉至基層，否則怎麼壯大基層醫療，如何落實分級醫療。現在執行上有困難我們很清楚，但也希望大家嘗試努力，看是否會有成果出來。

傅主任委員立葉

所以付費者代表方案還是維持目前的文字嗎？好。

蔡副署長淑鈴

有關「醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,698.2 百萬元)『其中 30%用以調整加護病房相關費用』」部分，30%是很主觀的數據，雖然今年醫療服務成本指數改變率所增加之預算並不大，但是 30%卻是占該項預算很大的部分。如果付費者代表認為加護病房是

需要處理，那是否不要匡定 30% 或金額，建議修正為「應優先考量加護病房費用調整」，如此經費運用上會較有彈性。在尚未進行評估，還不知道 30% 額度應該調整哪些項目的情況下，就先匡定 30% 額度，且 106 年度醫院總額之醫療服務成本指數改變率所增加之預算，60 億用以調整支付標準，其中加護病房相關費用是調整的大宗，恐怕會有重疊。我認為付費者用心良苦，希望不要忘記加護病房的部分，但各項支付標準的調整或費用的占比，是否待整體評估後再行決定，而不是現在就匡定特定項目占比，以上建議請付費者代表再行考量。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

會這樣匡定特定項目及比例，是因為看到分配 106 年 60 億元時，健保署沒辦法抵抗外部壓力的問題。如果把 30% 拿掉，修正為應優先調整加護病房費用，這沒有辦法解決問題，建議採行付費者所列的文字「其中 30% 用以調整加護病房相關費用」，先執行後再行檢討。

傅主任委員立葉

請柯代理委員怡謀。

柯代理委員怡謀(王委員雅馨代理人)

還是要表達一下病人端的意見，醫病關係的和諧是很重要的，如果醫療體系於病人端出現不好狀況，而影響到病人權益，我們也很擔心。剛才內部會議時，付費者代表真的是有考慮 ICU (Intensive Care Unit, 加護病房) 的部分，同時也聽到護理界所提的護病比的狀況，現在護理界一位護士要照顧好幾床病人的狀況，的確很辛苦，我們也是了解的。正因為 ICU 很重要，因此，我們希望問題可以有所改善，至於如何匡列預算，個人沒有意見，只是就病人端部分，希望有好的結果。

周委員麗芳

我個人很尊重付費者代表意見及所提出的版本。但蔡副署長淑鈴、醫界所提的意見，都是希望朝更好的醫療環境邁進。現在 107 年度

醫院總額兩案併陳報部核定，是不是將健保署、醫院代表的意見也共同提出，包含實務執行上困境、經費匡列能稍有彈性等意見，能夠一併報給衛福部核定時參考。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、剛才蔡副署長淑鈴提到今(106)年有 60 億元優先調整重症項目，直到 106 年 4 月尚未公布分配結果，是因為各科競爭的很厲害，是不是會有運作能力強的科別或關係友好的科別分配到的資源就越多呢？會不會弱勢的科別就分配較少資源，甚至產生無力感。
- 二、付費者代表的方案明定在加護病房，誠如謝代理委員天仁所說，是因為加護病房給付仍有不足之處，再加上加護病房工作繁重等因素，因此在有限資源內，匡定 30%用於加護病房相關費用，包括護理人員部分，期讓加護病房的運作更健全。
- 三、付費者代表重視加護病房的部分，若沒有匡定特定項目，屆時分配該筆經費時，是否會產生如同 106 年以 60 億經費調整支付標準，健保署邀請十大專家商議，但產生其他科別不滿意調整方式，甚至有人質疑等問題，所以付費者匡列加護病房經費，讓健保署執行本項經費時能簡化一點。

傅主任委員立葉

付費者代表對其所提出的方案是有共識的，就尊重付費者代表。有關 107 年度醫院總額兩案併陳，將雙方各自的方案陳報衛福部裁決。

龐組長一鳴

- 一、有關 106 年 60 億元支付標準調整，健保署同仁都很用心，當然會有人對於分配結果不甚滿意，但不滿意原因是因為覺得方案不公平，或某些科怎樣、某些科不怎樣等各種論述，對健保署同仁是一種羞辱，在這裡代表健保署同仁提出異議。
- 二、有關加護病房的部分，台灣加護病房的比例是全世界最高的，這意味著加護病房可近性高，理論上，重症的病人才會需要住

進加護病房，但現行提出的方案只調整加護病房費用，這恐會讓更多人入住加護病房，而不是讓真正需要加護病房照顧的重症病人得到更好的照護，重點在於重症病人的照顧，而不是單純調高加護病房費用。

三、付費者方案匡列 30% 調整加護病房相關費用部分，健保署有執行上的困難。大家都希望醫療環境更好及保障民眾的就醫權益，但不能盲目的只就結構面調整病房費用，這可能會揠苗助長，恐無法讓台灣健保制度更好。委員會議是有做實錄的，所以我們要提出嚴正聲明。

傅主任委員立葉

請古委員博仁。

古委員博仁

一、大家都很辛苦，經費這麼少，要滿足所有的需求，這確實是很難的。我認為經費的使用，應該要考慮到醫療結構性問題，包括醫界長期的委屈，及護理人力不足或血汗等問題。

二、我有不同的想法，考量這次有外加的經費，站在民眾端使用 ICU (Intensive Care Unit, 加護病房) 的角度，為什麼不趁這次機會讓藥師發揮功能呢？讓藥師協助醫師評估用藥，提供更多數據讓醫師下診斷，納入更多的專業醫事人員共同照護，讓病人能得到更好照顧，因此，建議將藥師納入給付考量。以國內外經驗為例，加入臨床藥師服務可以降低醫療費用及提升照護品質，建議 ICU 或急重症的部分能夠納入臨床藥師照護，未來讓民眾得到更好的照護。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

我想大家都在爭取經費，這無可厚非的。付費者代表對於調整 ICU 是有共識的，不論調整經費多少，希望朝改善加護病房的工作環境來考量，這是付費者共同的希望。

傅主任委員立葉

謝謝干委員文男，我想大家也都充分...。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

各位先進，我非常肯定...。

傅主任委員立葉

付費者代表已決定不修改付費者版本，可否不再對此部分進行討論？

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我非常肯定健保署的努力和盡責，但我在共同擬訂會議聽到的，就是我剛才講的那些過程，我沒有污衊健保署的官員，我知道每個人都很努力、盡責，但為什麼從去年 12 月開始討論到今年 8 月才定案，1 個案子討論了 9 個月，裡面也有醫界反映很多內容，我剛才只是敘述醫界反映的內容而已，並沒有要污衊健保署，我非常肯定健保署非常盡責與努力，但受到外界的壓力也很大。我們才會想對加護病房所有的費用，給予支持，就是這樣來的。我還是非常尊敬健保署的任何官員與工作同仁。

傅主任委員立葉

討論失焦了，現在主要是確認付費者代表的方案，委員所提意見可供參考。如果付費者代表堅持維持原來的文字不更動，我們尊重付費者代表的意見，兩案併陳送部裁決。為避免討論失焦，付費者方案就討論到此，並予以確認，接下來請同仁宣讀醫院代表的方案。

同仁宣讀

醫院代表方案：

一、一般服務成長率為 4.234%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 2.642%，協商因素成長率 1.592%。

(一)醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,698.2 百萬元)：醫院部門不預設任何匡定的使用項目，不同意原健保署於補充資料中所說明之設定項目。



(二)各項協商因素及建議事項如下：

- 1.新醫療科技(包括新增診療項目及新特材等)(0.545%)：
  - (1)同意付費者版匡列的預算金額，但鑑於免疫療法為新興項目，其未來可能的財務影響未知，移列專款專用，以確保所需民眾權益。
  - (2)本項預算不匡列特定項目及金額，依法定程序辦理。
- 2.糖尿病及初期慢性腎臟病品質支付(0%)：同意付費者版本，糖尿病仍列於醫院專款專用，初期慢性腎臟病仍列於其他預算。
- 3.醫院配合政策推動分級醫療及疾病嚴重度費用之調整(0%)：同意付費者版本，不列預算，另以其他醫療服務利用及密集度之改變中提列。
- 4.醫院與西醫基層風險調校(0%)：同意健保署補充資料試算的版本，於 107 年 3 月進行總額基期調整 396 百萬元(10 個月)，餘 2 個月另於 108 年總額基期補回 79 百萬元。
- 5.配合一例一休及住院醫師縮短工時政策(0.613%)：醫院部門勉為同意自降額度至 2,500 百萬元。
- 6.其他醫療服務利用及密集度之改變(0.442%)：統合醫院配合政策推動分級及疾病嚴重度費用之調整及落實醫院層級支援合作方案預算，酌修為其他醫療服務利用及密集度之改變。
- 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(-0.008%)，本項不列入 108 年度總額協商之基期費用。

二、專款項目：全年經費為 24,324.7 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由健保署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送健保會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 106 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 106 年 12 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)及成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；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。

(一)C 型肝炎用藥：

1.全年經費 615 百萬元。

2.同意原健保署版本，C 肝新藥移其他部門編列，但鑑於 C 肝干擾素仍對診治過程有需求，保留原 C 肝干擾素藥費 615 百萬元，預算不足時由其他部門預算支應。

(二)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：全年經費 13,960.5 百萬元，預算不足時由其他部門預算支應。

(三)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：全年經費 4,399.7 百萬元，預算不足時由其他部門預算支應。

(四)醫療給付改善方案：

1.全年經費 1,187 百萬元。

2.同意付費者版本，糖尿病仍列於醫院專款專用，並依據健保署原匡列之預算及成長率，預算回歸醫療給付改善方案中。

(五)急診品質提升方案：全年經費 160 百萬元。

(六)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

1.全年經費 1,088 百萬元。

2.同意付費者版本，惟預算依 DRGs 導入期程逐步攤入。

(七)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：全年經費 80 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(八)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 950 百萬元。

(九)鼓勵院所建立轉診之合作機制：

1.全年經費 258 百萬元。

2.同意採健保署原試算之版本匡列 258 百萬元，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(十)癌症免疫療法：

1.全年經費 1,220 百萬元。

- 2.同意採健保署試算癌症免疫療法新藥費用 1,220 百萬元，並由一般服務新醫療科技項中移列專款專用，預算不足時由其他部門預算支應。

(十一)品質保證保留款：

- 1.全年經費 406.5 百萬元，依「醫院總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 106 年 12 月底前完成相關程序，並於 107 年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。
- 2.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 107 年度品質保證保留款(406.5 百萬元)合併運用(計約 795.2 百萬元)。
- 3.請健保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，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

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 3.5%，不包含一例一休費用。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 2.622%。
- 4.應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。
- 5.請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
- 6.健保署建議「108 年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)之病人，將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」乙節，請於 108 年度總額協商前儘早規劃，並與相關團體先行溝通，以利推動。

四、前述三項額度經換算，107 年度醫院醫療給付費用總額，較 106 年度所核定總額成長 4.798%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 4.553%。各細項成長率及金額如表 4。

傅主任委員立葉

對於醫院總額醫院代表的方案，有沒有文字上需要修正的地方？先請劉代理委員碧珠、再請謝委員武吉。

謝委員武吉

沒關係，我只講幾句話，很簡單，請讓我先講。醫院版本減少 7 億元、西醫基層版本減少 1 億元後，整體總額總成長率是否有降到 5% 以下？這很重要，要先確定！

傅主任委員立葉

總成長率有沒有在 5% 以下？

周執行秘書淑婉

請幕僚說明醫界調整方案後，總成長率有無超過 5%？

陳組長燕鈴

超過 30 幾億元。

(註：健保署建議 C 肝用藥計 48.86 億元，扣除醫院總額專款已編列干擾素藥費 6.15 億元，若照醫界建議將其他 C 肝用藥列在其他預算，則需增加 42.71 億元。因此，若各部門總額採醫界版本，其他預算採付費者版本加計此筆 C 肝用藥費用，則超出行政院核定總額上限金額約 31 億元)

周執行秘書淑婉

補充說明：

一、因醫院與西醫基層部門的醫界方案均建議將 C 肝用藥列在其他預算，故若將其編列於其他預算加計這筆費用，則會超過 30 幾億元，總成長率就會超過 5%。

二、若其他預算按照付費者版本(未編列 C 肝用藥預算)，而醫院與西醫基層部門醫界方案也未編列 C 肝用藥預算，則總成長率

是在 5% 以下，但卻沒有 C 肝用藥的預算，因為西醫部門的方案都沒有 C 肝用藥的預算。

李委員偉強

- 一、在進行委員會議前(討論其他預算時)，我有提到醫院部門方案減編 7 億元，按照我們修正後的版本，較 106 年度所核定總額成長 4.798%，不會超過 5% 的法定上限，但我們是將 C 肝新藥預算是放在其他部門預算。
- 二、相對於昨天兩案併陳的付費者代表方案，係將 C 肝用藥編列於醫院總額專款，付費者方案整體成長率沒有超過上限的問題。但醫界方案，若是將 C 肝用藥從其他預算轉成為總額部門的一般服務預算，成長率就會超過上限了。經過討論後，我們瞭解這個情況，醫界還是維持目前的版本兩案併陳，沒有錯，這是原則問題，也是在政府沒能編列公務預算支應 C 肝新藥下的合理折衷方案，減緩對其它支出的排擠效應。

傅主任委員立葉

也就是說，採醫界方案，但其他預算未編列 C 肝用藥的預算，總成長率可以維持在 5% 以下。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

醫院部門方案協商因素第 4 項，有關「醫院與西醫基層風險調校」部分，有提到於「107 年 3 月進行總額基期調整 396 百萬元(10 個月)，餘 2 個月另於 108 年總額基期補回 79 百萬元」，醫院部門建議將這段文字列於表 4 後面的備註，因到時送部裁定時會用這張表，希望將其列於備註的文字第 4 點，以上。

傅主任委員立葉

備註的文字，現在可以很快整理出來嗎？還是醫界要會後再補入，因為是醫界的版本？

林委員敏華

你們的版本付費者沒有意見。

傅主任委員立葉

這樣可以嗎？有沒有其他意見？如果沒有，就確認醫院代表方案。  
因西醫基層總額的協商結論還在處理中，接下來先宣讀其他預算。

同仁宣讀

### 「107 年度全民健康保險其他預算及其分配」

一、107 年度其他預算增加 1,517.3 百萬元，預算總額度為 12,781.2 百萬元，由健保署管控，各細項分配如表 5。

二、預算分配相關事項：

請於 107 年 7 月底前提報執行結果，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。

(一)基層總額轉診型態調整費用：

- 1.全年經費 1,346 百萬元。
- 2.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款之不足。
- 3.為落實分級醫療，請研訂醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算。
- 4.本項動支方案原則於 106 年 12 月底前完成相關程序，方案(含經費動支條件及相關規劃)提經全民健康保險會同意後，預算始得動支，並請於 107 年 7 月底前提報執行情形。

(二)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。

(三)居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務：

- 1.全年經費 5,520 百萬元。
- 2.請健保署檢討「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」內容，並加強審查機制。
- 3.請整合牙醫、中醫及藥師居家醫療照護服務。

4.醫療點數以每點 1 元支付為原則，費用若有超支，依健保法第 62 條規定採浮動點值處理。

5.請於 106 年 12 月底前完成相關程序後，計畫提經健保會同意後，預算始得動支，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告(含各項照護服務利用情形)。

(四)支應醫院總額罕見疾病、血友病藥費與後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材及器官移植及 C 型肝炎用藥專款不足之經費，及狂犬病治療藥費：

1.全年經費 290 百萬元。

2.請健保署積極協商合理藥價。

3.經費優先支應罕見疾病、血友病與後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材及器官移植專款不足。

4.C 型肝炎用藥專款不足之經費以 100 百萬元為上限。

(五)推動促進醫療體系整合計畫：

1.全年經費 700 百萬元，用於「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「區域醫療整合計畫」、「提升急性後期照護品質試辦計畫」，及「跨層級醫院合作計畫」。

2.預算盡量運用於推動轉診制度分級醫療。

3.請健保署每半年向健保會提報執行情形。

4.新增計畫原則於 106 年 12 月底前完成相關程序，並於 107 年 7 月底前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)。

(六)調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費：

1.全年經費 822 百萬元。

2.「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」(1.78 億元)移列西醫基層專款。

3.經費之支用，依健保會所議定之適用範圍與動支程序辦理。

(七)鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案：

1.全年經費 1,100 百萬元。

2.請健保署加強醫事服務機構即時查詢之執行率及增加網路頻寬。

3.請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告(含即時查詢執行率提升情形)。

(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 1,653.8 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.請加強推動初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)，並提升完整照護率。

(十)提升保險服務成效：

1.全年經費 300 百萬元。

2.請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。

(十一)高診次者藥事照護計畫：

1.全年經費 40 百萬元。

2.請加強藥物浪費稽核與輔導。

3.請健保署與藥師公會全聯會針對高診次病患之藥事服務費研擬合理支付費用。

三、請委員翻到第 5 頁「107 年度其他預算協定項目表」，高診次者藥事照護計畫之增加金額，幕僚誤植為-10 百萬元，應為 0 百萬元，總金額則是正確的。

傅主任委員立葉

請問大家對於其他預算協商結論的文字，有沒有意見？先請蔡副署長淑鈴，滕代理委員西華是否也對文字有意見？



滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

第 2 頁「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」的第(5)點「...計畫提經全民健康保險會同意後，預算始得動支...」，建議修改為「...計畫提經全民健康保險會備查...」就好，把同意後始得動支的文字刪掉。

傅主任委員立葉

健保署是否同意？

蔡副署長淑鈴

我要講的就是這個，滕代理委員西華已經講了，謝謝！

傅主任委員立葉

刪除始得動支，僅需備查即可。

蔡副署長淑鈴

第 1 頁「基層總額轉診型態調整費用」的第(4)點及後面的表格，也請比照前開修正，一併修改。

傅主任委員立葉

請一併修正文字。還有其他文字修正？沒有的話就確認。接下來確認西醫基層總額的醫界代表方案。

黃委員啟嘉

主委，醫界方案有 2 處變動，需要讓付費者代表知道，請讓我先說明：

- 一、「外傷服務密集度及照護品質」項目，我們剛已調降 1 億元，預算為 1 億元。
- 二、另將「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」(1.78 億元)從「其他預算」移回西醫基層總額的專款，修正這 2 處。

傅主任委員立葉

請同仁宣讀。

同仁宣讀

各位委員好，僅宣讀西醫基層代表方案有修正的部分。

傅主任委員立葉

請等一下，有委員想發言。

潘代理委員延健(翁委員文能代理人)

- 一、抱歉，剛節奏一下跳太快，我沒有跟上。在其他預算部分，上午協商過程，我們對某些項目的觀點不同，其實我們知道在下午的委員會議，絕對沒有地方可以再納入醫界的意見，因已沒有任何空間，但是我還是要表達我們的看法跟意見。誠如蔡委員登順早上提到的，如果經過昨天協商之後，已經確定的數字與大原則，是不能再更改了，但是文字可以再做修飾。在秉持這個原則之下，若有總額部門經協商後已決定兩案併陳的內容，但其他預算的協商會間接影響兩案併陳的結果，這樣是否恰當？
- 二、會議至此已接近尾聲，已無法再改變，但我覺得這在議事處理上，邏輯是有問題的，未來是否先不要協商 4 個總額部門，先協商其他預算，知道剩下多少預算空間後，我們再來討論，才不會互相干擾。在討論 4 個總額部門預算的時候，我們就遵照前面其他預算的協商結論。這是第 1 個要提出質疑的地方。剛才我們同仁也有提到，我們感覺好像被綁架一樣，這是個人的感覺，與整體議事沒有太大、直接的關連。
- 三、第 2 個，我們還是要強調，在醫院總額的兩案併陳裡面，醫界方案是已完整的陳述希望 C 肝用藥列在其他預算，這我不再重複，但希望這個意見能被尊重，至少在兩案併陳之下，這個意見能被完整地尊重。

傅主任委員立葉

謝謝，但是對於其他預算的協商結論，並未打算作文字修正吧！

蔡委員登順

我回應一下醫院部門潘代理委員延健的部分，請委員翻開會議資料第 181 頁，有清楚的規定。

- 一、第 7 點，經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方

提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得再重新協議，酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。

- 二、第 8 點，各部門總額年度預算之協商終止點，訂為 9 月份委員會議之前，經委員會議確認後，不再重啟協商。協商終止點，就是剛剛我們還沒有進入委員會議前，就是還在協商，進入委員會就是協商終止了。亦即剛才那個點，你沒有說要重啟協商，現在進入委員會議就不能再重啟協商了，這已訂的很清楚。
- 三、在委員會議的第(二)點，確認協商結論(共識方案或雙方各自提出的建議方案，含成長率、金額、協定事項)，協定事項之文字在不違反原協商意旨前提下，可酌予調整修正。所以剛才你表達的，照理說今天沒有達成共識的，付費者與醫界代表兩個版本不同，即各自呈現，因我們覺得沒有共識，你們想要修正，大家也不太計較，不然嚴格說來，已是不能再修正的，因建議方案也是協商結論，各自的版本就是這樣，就是要照這樣來呈現，當然經過大家同意修正，則可酌予修正。但是協商完成後，你回去反悔了，認為有沒爭取到的、遺漏，要再翻案，就會沒完沒了。有共識的，我們堅決不可重啟協商，沒共識的，大家就不堅持。今天這個時間點，照程序規範，已進入委員會議，沒共識部門，是不能再重啟協商、也不能再修改版本，醫界代表與付費者代表的版本是相對應的，A 案對 A 案，B 案對 B 案，應該是要這樣。若大家不計較，同意修正，我會支持。

#### 傅主任委員立葉

謝謝蔡委員登順的提醒，我們剛剛所有的更動，包括特別拜託醫院與西醫基層部門調整醫界方案，都是在委員會議之前進行，所以可視為昨天協商的未盡事宜，並未打破健保會協商程序的規定。剛剛付費者代表的閉門會議，也是在委員會議之前做的調整。所以基本上還是遵守規定。我也覺得不要輕易打破或違反規定為宜，謝謝蔡

委員的提醒。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

原本我要表示跟主席相同的內容，因為醫院與西醫基層總額版本跟付費者版本對照，都超過 5%，這是在委員會議前，主席要求醫界不得違反行政院核定上限(5%)而要求調整內容。所以是應主委要求而調整，只是調整後的表格，比較慢出來，在委員會議開議後才出來，但我們還是支持剛才醫界所做的調整。

傅主任委員立葉

謝謝。各部門總額協商的結果是否確認到此...。

潘代理委員延健(翁委員文能代理人)

一、主席，我能否再花 1 分鐘的時間說明。可能我剛剛表達的不是很清楚，我講的不是後面更動數字的這件事，而是總額部門的協商結論若有兩案併陳，但最後協商其他預算時，因為是由付費者跟健保署雙方協商，所協商出來的結果，若有些項目跟前面總額部門兩案併陳的部分有所相關聯的話，那其他預算最後的協定結果會影響兩案併陳的結果。

二、就像 C 肝用藥(其他預算未編列預算、醫院及西醫基層總額部門的醫界方案也沒編列預算)，部長裁決時可能會覺得醫界方案沒有 C 肝預算，很自然就會裁決採付費者代表的方案。我要表達的是在這樣的順序之下，最後的結果有可能影響到兩案併陳，兩案之間的對等性。

傅主任委員立葉

謝謝，潘代理委員延健的意見我們可以理解，這次的經驗，可提供未來參考，的確協商是環環相扣，就像剛剛所提的狀況，是否變成應先協商其他預算，因其決定會影響至少 2 個部門的相關方案，因為這有邏輯關係，未來若有這種狀況，可以另外考量或做些處理。本次協商會議是按照抽籤順序協商，這個意見納入未來參考。請干委員文男。

干委員文男

潘代理委員延健說有理，以後排議案時，其他預算可在協商 4 個總額部門前先談，其他預算協商結果對總額部門有沒有影響，談完後就可知道，後面協商時要增減都可以。請會務單位研究，是否可行。

傅主任委員立葉

潘代理委員延健的建議有道理，因這次沒有預想得很周延，所以這樣進行，即是今天的結果。請謝代理委員天仁。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

- 一、每個談判團體或部門對於總額的結構本身，本來就要瞭解，你們 push(力主)健保署將 C 肝放在其他預算，是否會因協商而產生相關的風險，你們要自己去瞭解，歷來其他預算都最後談，現在反而倒過來要先談其他預算，這是不對的，邏輯不通。你們要瞭解這樣的安排是否會產生不利，每個總額部門要處理及面對，去年度醫界已經瞭解這樣的狀況，不瞭解為何這次要這樣做，可能是認為自己影響力很夠。
- 二、某個角度來看，協商需要大家各自努力，若協商時，將第三方調整和第三方有相同的地位，這很奇怪，若這樣，以後醫院部門協商時，應該找護理、藥師及藥商一起協商，因這都與你們有關，也應該聽他們意見，將其意見融入協商內容，可是並沒有！
- 三、我們的架構及遊戲規則是這樣，以後要改的更完善，我不反對。但是現階段你們要自己去面對風險，最後部長要怎麼決定是一大問號，可能會用你們的版本加上 C 肝，或我們的版本加上 C 肝，也許更有創意，C 肝加上兩個合體都有可能，沒人知道，既然沒有談成，就相信我們有智慧的部長，好不好？

傅主任委員立葉

對於 107 年度總額協商結果...

黃委員啟嘉

剛才西醫基層部分數字還未確認。

傅主任委員立葉

抱歉，現在確認西醫基層總額醫界方案的文字，請同仁宣讀。

同仁宣讀

- 一、西醫基層代表方案修正結果，一般服務成長率為 3.095%，協商因素成長率為 1.338%。
- 二、「外傷服務密集度及照護品質」減列 100 百萬元，成長率為 0.091%。
- 三、「新增醫療分業地區所增加之藥品調劑費用」，同意付費者方案，編列於西醫基層專款項目，全年經費 178 百萬元，本項經費由其他預算移列，預算依六區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算。
- 四、專款項目全年經費 4,513.4 百萬元。
- 五、107 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 106 年度所核定總額成長 4.623%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 4.391%。

傅主任委員立葉

請吳委員國治。

吳委員國治

- 一、有關醫院總額「醫院與西醫基層風險調校」部分，有文字說明，西醫基層部門想釐清這部分會不會動到基層的基期？應該要寫清楚，因為這是跨 2 個總額部門的變動。
- 二、這部分其實以前爭論很久，其實這些應該要考量這些門診開設時間是總額前或總額後，若是總額後所設立的診所，這些費用應要追溯補給基層才對，若總額前或後，再基於醫院考量，若有些關閉，有些病患也會到基層就醫，建議不要去調整基層基期，這部分應該要寫清楚，希望能呈現出來，不管是寫在醫院或基層的說明，建議能單獨寫清楚。

傅主任委員立葉

若要寫在醫院總額的方案，就要醫院代表同意。

黃委員啟嘉

寫在基層這邊就好，對於醫院總額爭取預算，我們樂觀其成，但是若牽涉到基層預算，則需要以更公平的方式來處理，感謝付費者的睿智，對這部分理解非常多。因為事實上在總額開辦後，醫院附設門診部(或俗稱院前診所、法人設立診所等)之設立，其實是侵蝕基層總額的行為，相信這點已得到社會大眾的共鳴，所以在處理基期的歸還，醫院總額爭取其權益我們完全沒意見，但是若牽涉基層基期時，必須要考慮其公平及合理性。謝謝付費者對這点的理解，希望西醫基層總額的兩案併陳中，可以增列基層意見。

傅主任委員立葉

這是西醫基層部門的版本，只要你們同意，可以增列。請問有具體建議文字嗎？寫在哪裡？

吳委員國治

建議在附表後面加註。

傅主任委員立葉

請說明加註的文字。

吳委員國治

文字希望呈現「醫院醫療給付費用成長率項目表中(兩案併陳)，附註：有關醫院與西醫基層風險調校部分，應考量所涉門診開設時間為總額前或總額後，總額後設立之診所應明列費用補給基層，亦應考慮上述診所結束營業後病患之挪移，建議不調整基層之基期」。

傅主任委員立葉

請再念一次，幕僚還未將文字打好，再念一次比較保險，文字可以精確點。請看螢幕，幕僚已經處理部分文字。

吳委員國治

「醫院醫療給付費用成長率項目表中(兩案併陳)，附註：有關「醫院與西醫基層風險調校」部分，應考量所涉門診開設時間，為西醫

基層總額開辦前或總額開辦後；若為西醫基層總額開辦後所設立之診所，應將其費用補足給西醫基層總額。另應考慮上述診所結束營業後病患之挪移，建議不調整西醫基層總額之基期費用。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

這牽涉到醫院總額和基層總額兩方面，為了公平起見，醫院總額若是哪家醫院去設另外一個診所要扣基期時，應該是從該母體醫院扣減，而不能扣整體大家的費用，這才公平合理。

黃委員啟嘉

附議謝委員武吉意見，這樣才公平。

傅主任委員立葉

文字要再修正嗎？

李委員偉強

- 一、支持西醫基層代表的附註文字，第一，總額前後哪些醫院設立診所，要扣錢或補錢大家算清楚，這點若要達到醫院的附註文字，又要滿足西醫基層附註文字，在執行面，要請健保署花點功夫。
- 二、這還涉及醫事司的認定，29 家醫院的附設診所中有些完全關閉，也有些合併至原來的醫院，這點聽說還在確認中，在附註文字中醫院及基層代表將各自立場說明清楚，正確合理。

傅主任委員立葉

先請謝委員武吉，再請干委員文男。

謝委員武吉

為了公平起見，錢是集團或財團母體醫院賺的，所以我認為要扣就扣母體醫院或單位，這樣才公平合理，若要這樣做，建議要加上文字。

傅主任委員立葉



文字需要再酌修嗎？

干委員文男

我無法當公道伯，怎麼爭是你們的事，請專家學者、公正人士幫他們做個公裁，在這裡調節，不用在外面調節，等一下才有辦法落款，不然會說到今晚 12 點，還沒有結論。

黃委員啟嘉

主席，我可以向干委員文男說明一下嗎？

傅主任委員立葉

請說明。

黃委員啟嘉

目前是宣示意義，事實上部長會不會裁決金額都不知道，即使裁決金額，但後續怎麼執行那還有得討論，所以今天可以不用在這裡討論，只是先宣示精神，這是基層心聲，也非常支持謝委員武吉對公平性的意見表達，全力支持這理念，這是宣示而已，細節我們就不再討論。

傅主任委員立葉

這些意見請健保署參考。請謝代理委員天仁。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

- 一、付費者代表也要宣示我們的立場，基本上，我們有考慮醫院風險調校部分，就西醫基層部分我們沒扣款，因為我們認為你們被侵門踏戶，畫個大餅，還要拿錢贖回來，我們覺得有點困擾，這是歷史共業，所以沒採取這樣的平衡措施，希望醫界能夠充分瞭解。
- 二、我要指出，不要以為你們雙方協定，說好就可以去扣特定醫療院所的錢，到時會有法律依據的問題，憑什麼可以扣款？當然謝委員武吉說得也有道理，我也支持，但是法律依據在哪裡？總額之間分配的部分本會可以談，至於非總額部分的分配，甚至要滲透至特定的醫療院所，沒辦法在本會形成任何法律效力，這點供大家參考。

傅主任委員立葉

一、文字上有沒有其他意見(未有委員表示意見)，確認 107 年度全民健康保險總額預算之協商結果。

二、因為時間已經很晚，從昨天到今天大家非常辛苦的協商，徵求大家意見，是否委員會議就進行到此？目前還有好幾個討論案，建議處理方式：若委員同意，就延至下次會議再討論，但若委員考量議案積案太多，因為沒有急迫性，也可加開 1 次臨時會。大家意見如何？請干委員文男。

干委員文男

陳委員亮良已經累了，所以先離開。陳委員所提的討論案已經過了 2 個月，上次陳委員希望他的案要提前討論，若大家同意，他的案現在可以討論，不知大家的意見如何？

傅主任委員立葉

現在已經 6 時 30 分了，我看錯了，是下午 4 時 30 分。請周委員麗芳。

周委員麗芳

我認為要加開臨時會要謹慎，若此例一開，會變成正式的委員會討論時間越來越冗長，因為有加開臨時會的前例，會由 1 個月開 1 次會，變成 1 個月開 2、3 次，建議正式委員會中要有效率完成議案討論，這才是核心重點。

傅主任委員立葉

我也只是提個建議，考量 1 個月 1 次會議，大家開會很辛苦。請林委員錫維。

林委員錫維

大家都很辛苦我知道，我建議繼續開會，開個 1 小時左右，不要超過 6 點，盡量不要再加開會議，已經很累了，這 3 千元很難賺。真的好累，還要自己貼錢，每個人來都很盡心盡力，有些案子沒討論完沒有關係，雖然案子都很重要，但是沒急迫性一定要通過，像有些議案是今天一定要通過的就要討論。其他我同意剛才干委員文男

提及陳委員亮良的提案先討論。

傅主任委員立葉

但陳委員亮良已先離席，是否要繼續討論議案？

林委員錫維

- 一、他已先離席了，我們尊重他，他上次說要提到第 1 個案討論，我們今天就先討論，非常正確符合他的要求，沒有什麼不對。
- 二、上次為了這個案，我也與他意見不同，這 2 天坐他旁邊，雖然我們沒有很熟，但是後來他很理性、也很合群，他說林委員錫維你人也不錯，後來他說要當主談，我們也讓他當主談，大家都很尊重他，假如我們要繼續開會，應該 1 小時就可以，但還是尊重主席，要散會就散會，這是個人意見。

謝委員武吉

拜託林委員錫維，葉委員宗義從中部來，我從高雄來，還有從花蓮、彰化來，好心一點，昨天已經開到凌晨 1 點，現在已經下午 4 點多了，拜託主席，我也提了幾個議案，建議今天先休息一下，不要再開了。

千委員文男

要開會還是散會？

謝委員武吉

散會啦。

傅主任委員立葉

大家都非常辛苦，還有工作人員也都很辛苦，很多人昨晚都沒有睡覺，也讓他們早點回去休息，今天會議進行到此，不加開臨時會議，剩下的議案就下次再討論。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

討論事項第六案「107 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案建議案」，這與 107 年度總額協商事項有關，已失去提案效力，建議在會議上做成不必討論的議事程序，因為這已經在總額協

商處理完畢，不應再續提案，技術上程序已經處理完，不用再討論。還有討論事項第二案，這也涉及總額協商，也不用再討論。

傅主任委員立葉

涉及 107 年度總額協商的討論事項第二及第六案就不再討論。好，希望可以減少 2 個討論案。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

這要經過提案人的同意，看他要不要撤案。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、依照議事程序，提案人自己沒提撤案，我們就不能否決。這違反議事程序，應該是下次委員會議再撤。
- 二、有關謝委員武吉提出的 3 個議案，若您願意在下個月討論，應該要自己提出於下次會議討論，而不是提出散會動議。
- 三、有關黃委員啟嘉和吳委員國治提出的第二案，若認為無需討論，則要自己提出撤案才行，若沒有，就違反議事程序，以後爭議很大。

黃委員啟嘉

沒關係，考量大家都很辛苦，討論事項第二案撤案沒問題，既然撤案就單純撤案，下次要不要討論，以後再說。

傅主任委員立葉

討論事項第二案依提案委員意見予以撤案。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

程序上，討論事項第二案撤案是合法成立，但是第三、第四、第五案，這 3 個案可以裁決延至下次討論，那就進入討論事項第六案討論，才符合議事程序。

曾代理委員小玲(趙委員銘圓代理人)

何代理委員語提的不符合議事規則，因為剛才委員提出散會動議，主席有徵詢委員散會的意見，大家同意就可以散會，這是議事規則，既然散會，所有議案進行就至下次會議再討論，這是會議規

則規範。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

但是主席沒正式宣布散會，沒宣布這句話，雖然有提及散會，但是大家只說好啦好啦，主席沒徵求附議，大家只說好啦，沒做正式的議事處理，在主席還沒宣布以前，會議仍在進行。

曾代理委員小玲(趙委員銘圓代理人)

請主席完成議事程序。

傅主任委員立葉

今天會議到此結束，大家是否同意散會？(多位委員表示同意，鼓掌通過)會議到此結束，謝謝大家。

有關健保會 106 年 8 月份委員會議與會人員發言實錄，委員對於中央政府未撥付「應負擔健保總經費不足法定下限 36% 差額」計收遲延利息所提問題 (議事錄 P.30-31)，健保署回復說明如下：

委員意見	健保署回復說明
<p>吳委員榮達意見：</p> <p>請參閱健保署 106 年 7 月份業務執行報告第 10 頁，上次會議探討有關政府應負擔健保總經費不足法定下限 36% 收繳情形，備註第 4 點之(3)，我上次特別請教健保署，關於中央政府打算將待撥的 314 億元，分別於 107 年及 108 年各撥付 157 億元。在還沒撥付之前，是不是應該給付遲延利息，上次會議健保署也明確答覆需要給付遲延利息。但本月的健保收入，有關利息收入，有臺北市與高雄市政府遲延給付的利息收入，但就是沒有中央政府應撥付而未撥付之前的遲延利息收入，這部分是否請健保署說明，或列為追蹤事項。</p> <p>連地方政府積欠健保費都要給付利息，中央政府竟然不用，而且上次會</p>	<p>一、依健保法第 3 條規定，政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%，其負擔不足 36% 部分，由主管機關編列預算撥補，並自 102 年 1 月 1 日二代健保實施日起施行。</p> <p>二、二代健保實施初期，因主計總處及衛生福利部對政府負擔不足法定 36% 差額之計算方式見解不同【主計總處引用健保法第 78 條規定，僅以 1 個月安全準備計算，衛福部則依健保法第 76 條「以當年結餘提列安全準備」之規定計算】，致該項預算之編列產生疑義，暫依主計總處見解編列。</p> <p>三、案經行政院 104 年 5 月之協商結論，尊重主管機關衛福部對健保法令解釋權及計算方式，並請主計總處會同衛福部，依前開原則重新計算本案預算不足數金額，依政府財政狀況分年撥補。經重新核算後，102 年至 104 年該項差額預算編列預估共不足 627 億元，於主計總處 104 年 7 月 15 日召開之 105 年度預算審查會議作成決議，該不足數分 4 年攤撥，自 105 年起每年撥補 157 億元。</p> <p>四、綜上，102 年至 104 年政府負擔不足法</p>

委員意見	健保署回復說明
<p>議是明確答覆要給付遲延利息。有關法規問題，建議健保署於會後提供書面分析資料。</p>	<p>定 36%之差額，105 年及 106 年已依前述協商決議，分別撥付 157 億元，其餘 314 億元待撥數，將分別於 107 年及 108 年各撥補 157 億元。</p>