

衛生福利部全民健康保險會
第3屆107年第8次委員會議事錄

中華民國 107 年 9 月 28 日

衛生福利部全民健康保險會第3屆107年第8次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國107年9月28日下午13時15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：(依委員姓名筆劃排序)

干委員文男
王委員雅馨
古委員博仁
吳委員國治
吳委員榮達
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
林委員敏華
林委員惠芳
林委員錫維
翁委員文能
商委員東福
張委員文龍
張委員清田
張委員煥禎
張委員澤芸
郭委員錦玉
陳委員旺全
陳委員亮良
陳委員有慶
黃委員偉堯
黃委員啟嘉
葉委員宗義
趙委員銘圓
劉委員志棟
蔡委員登順

中華民國身心障礙聯盟滕秘書長西華(代理)

中華民國全國工業總會何常務理事語(代理)

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

本會

梁組長淑政
李署長伯璋
蔡副署長淑鈴
李組長純馥
戴組長雪詠
周執行秘書淑婉
洪組長慧茹
邱組長臻麗
陳組長燕鈴

伍、主席：傅主任委員立葉

紀錄：盛培珠、陳思縉

陸、主席致詞

會議開始前，先對各位委員、醫界代表及健保署，表達敬意和感謝。昨天的協商會議，在大家的努力及合作下，經過整日的辛勞協商，圓滿完成 108 年度各部門總額及其他預算協定。依健保會過去的協商經驗，要全部達成共識，是一件相當不容易的事，我們共同為健保會寫下光榮的一頁，是很值得高興的事情。

本次協商可說是健保總額協商制度真正完全落實，相信在委員的互信、合作基礎下，健保會未來的運作會更好，讓健保制度更臻完善，這也是人民之福。此外，周執行秘書淑婉及幕僚同仁非常辛勞，努力提供各位委員最好的協助，請大家鼓掌表示感謝。(周執行秘書代表幕僚鞠躬致意)

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

提案單位：本會第三組

案由：108 年度牙醫門診、西醫基層、中醫門診、醫院醫療給付費用總額及其他預算協商案，提請討論。

決議：

一、108 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：

108 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 107 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+108 年度一般服務成長率)+108 年度專款項目經費

註：校正後107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107年第5次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

(二)總額協定結果：

- 1.一般服務成長率為 8.276%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 0.187%，協商因素成長率 8.089%。
- 2.專款項目全年經費為 1,069.1 百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，108 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 107 年度所核定總額成長 3.433%；而於校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款後，成長率估計值為 3.192%。各細項

成長率及金額，如表 1。

(三)總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 108 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.一般服務(上限制)：

(1)新醫療科技(新增診療項目)(0.030%)：

①本項用於新增口腔外科診療項目。

②請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於 107 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未依時程導入，則扣減該額度；另於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用/點數。

(2)牙周病統合照護計畫(第 1、2、3 階段)(6.918%)：

①執行目標：30 萬人次。

預期效益：提升牙周病照護品質。

評估指標：A.服務量 B.完成率 C.申報第 3 階段件數核減率 D.治療對象跨院所接受 91006C~91007C 比率 E.民眾抽樣調查治療之滿意度。

②請加強管理及監督機制，持續監測醫療利用情形，並請中央健康保險署於 108 年 6 月底前提出專案報告(含管控措施及監測指標)。

(3)牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用(0.862%)：

執行目標：增加 350,000 人次。

預期效益：維護牙周健康，降低牙周病復發。

(4)提升假日急症處置服務(0.284%)：

①執行目標：100,000 人次。

預期效益：增進民眾假日就醫可近性。

②請牙醫門診總額相關團體協調各區院所提升假日開診率，增加民眾假日就醫可近性。

(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(-0.005%)：本項不列入 109 年度總額協商之基期費用。

2.專款項目：全年經費為 1,069.1 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，屬延續型計畫者應於 107 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 107 年 12 月底前完成，且均應於 108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告(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 534 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及老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。

②新增預算(50 百萬元)優先用於提升院所型牙醫醫療服務之人數。

(3)牙周病統合照護計畫(第 1、2、3 階段)：108 年導入一般服務，經費移列至一般服務項下。

(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 108 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。
- 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 108 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，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。

(5)網路頻寬補助費用：

- ①全年經費 136 百萬元。
- ②本項預算由其他預算移列，用於補助牙醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
- ③執行目標：108 年度參與院所數達 100%。
預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。
評估指標：醫療院所參與率。

二、108 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：

- 108 年度西醫基層醫療給付費用總額 = 校正後 107 年度西醫基層一般服務醫療給付費用 × (1 + 108 年度一般服務成長率) + 108 年度專款項目經費 + 108 年度西醫基層門診透析服務費用
- 108 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 × (1 + 成長率)

註：校正後107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107年第5次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

(二)總額協定結果：

- 1.一般服務成長率為 2.901%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 2.549%，協商因素成長率 0.352%。
- 2.專款項目全年經費為 5,719.2 百萬元。
- 3.門診透析服務成長率 4.683%。
- 4.前述三項額度經換算，108 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 107 年度所核定總額成長 4.067%；而於校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款後，成長率估計值為 3.830%。各細項成長率及金額，如表 2。

(三)總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依協定事項辦理，並於 108 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.一般服務(上限制)：

(1)新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.037%)：

- ①對擬納入健保給付之新醫療科技項目，應進行醫療需求整體評估，並於額度內妥為管理運用。
- ②請中央健康保險署於 107 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；另於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用/點數。
- ③附帶建議：中央健康保險署之新醫療科技預算

推估公式，應考量預算超支之處理是否能反映其合理成長。

(2)藥品給付規定範圍改變及相關醫療服務密集度之增加(0.356%)：

包含「反映藥品節流措施所節省金額用於支用『107及108年藥品給付規定範圍改變』」之不足費用、因應開放表別所增加之醫療費用及居家醫療衍生之醫療費用。

(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(-0.041%)

①為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。

②本項不列入109年度總額協商之基期費用。

2.專款項目：全年經費為5,719.2百萬元。

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，屬延續型計畫者應於107年11月底前完成，新增計畫原則於107年12月底前完成，且均應於108年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告(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406百萬元，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。

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)強化基層照護能力及「開放表別」項目：

- ①全年經費 720 百萬元。
- ②請中央健康保險署於 107 年 12 月委員會議說明擬調整之項目與作業時程。
- ③請於 108 年 6 月底前提出以下專案報告：
 - A.中央健康保險署提報「各項開放表別項目之民眾利用情形及改善方向」。
 - B.中華民國醫師公會全國聯合會提報「開放表別項目之中長程規劃(含具體目標及開放期程)」。
- ④本項依實際執行扣除原基期之件數、點數，併入一般服務費用結算。

(3)家庭醫師整合性照護計畫：

- ①全年經費 2,880 百萬元。
- ②其中 450 百萬元用於新增多重慢性病患收案及其照護獎勵費用。
- ③請中央健康保險署參考評核委員建議，落實以病人為中心的照護，提出監測指標及具體執行成效，並加強執行面監督，於 108 年 6 月底前提出專案報告。

(4)鼓勵院所建立轉診之合作機制：

- ①全年經費 258 百萬元，不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- ②本項預算不支付平轉之獎勵費用。
- ③請中央健康保險署持續監測病人流向及執行效益，於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含

上開監測結果。

(5)醫療給付改善方案：

- ①全年經費 400 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、慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案，並新增糖尿病人胰島素注射獎勵措施。
- ③請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效，於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含健康狀況改善之量化指標。
- ④請中央健康保險署評估「整合氣喘與慢性阻塞性肺疾病方案」，及「整合糖尿病與慢性腎臟病方案(Pre-ESRD、Early-CKD)」之可行性及支付效益，並納入 109 年度總額協商提案考量。

(6)罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材(108 年新增)：

- ①全年經費 110 百萬元，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。
- ②為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署研析醫療利用及費用成長原因，並提出因應管理作法，於 108 年 6 月底前提出專案報告。

(7)因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用(108 年新增)：

- ①全年經費 11 百萬元。
- ②本項依實際執行併入一般服務費用結算。

(8)西醫醫療資源不足地區改善方案：

- ①全年經費 217.1 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

②新增「南迴 24 小時救護中心試辦計畫」：

A.經費 20.1 百萬元。

B.請中央健康保險署持續關注，若有其他單位補助相同項目，則該計畫預算不予執行。

C.109 年若持續辦理，需提出計畫執行目標、預期效益及評估指標。

(9)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。

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。

(10)品質保證保留款：

①全年經費 328.1 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 108 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。

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 108 年度品質保證保留款(328.1 百萬元)合併運用(計 433.3 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，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。

(11)網路頻寬補助費用：

①全年經費 211 百萬元。

②本項預算由其他預算移列，用於補助西醫基層診所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。

③執行目標：108 年度參與院所數達 100%。

預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。

評估指標：醫療院所參與率。

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 3.1%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.683%。

(4)請加強慢性腎臟病管理，進行照護整合，並應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。

(5)請於 108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告。

三、108 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：

108 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 107 年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+108 年度一般服務成長率)+108 年度專款項目經費

註：校正後107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107年第5次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

(二)總額協定結果：

- 1.一般服務成長率為 3.457%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.365%，協商因素成長率 2.092%。
- 2.專款項目全年經費為 676.2 百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，108 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 107 年度所核定總額成長 4.429%；而於校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款後，成長率估計值為 4.128%。各細項成長率及金額，如表 3。

(三)總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 108 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。

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(100.5 百萬元)，其中 50 百萬元併入「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目使用。

(2)其他醫療服務利用及密集度之改變(2.109%)：

①優先用於提升用藥品質。

②附帶建議：請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，研議將科學中藥納入「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」核實申報之可行性。

(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(-0.017%)：

①為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。

②本項不列入 109 年度總額協商之基期費用。

2.專款項目：全年經費為 676.2 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，屬延續型計畫者應於 107 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 107 年 12 月底前完成，且均應於 108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告(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)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執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 182 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：
 - ①全年經費 65 百萬元。
 - ②請精準化適應症，以提高計畫成效，並提出嚴謹療效評估報告。
- (4)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：全年經費 10 百萬元。
- (5)中醫癌症患者加強照護整合方案：
 - ①全年經費 166 百萬元。
 - ②包含癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫、癌症患者中醫門診延長照護計畫、特定癌症患者中醫門診加強照護計畫。
 - ③請落實全人照護，加強 3 項癌症照護計畫之實質整合，並訂定統一照護規範及提供證明成效之實證資料，於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含前開具體作法及成效資料。

(6)中醫急症處置：

- ①全年經費 20 百萬元。
- ②請依實證醫學，訂定有效之醫療指標，並加強計畫之推動，於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含前開具體作法及相關規劃。

(7)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 108 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。
- 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 108 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，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。

(8)網路頻寬補助費用：

- ①全年經費 74 百萬元。
- ②本項預算由其他預算移列，用於補助中醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
- ③執行目標：108 年度參與院所數達 100%。
預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。
評估指標：醫療院所參與率。

四、108 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

(一)總額設定公式：

■ 108 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 107 年度醫院一般服務醫療給付費用×(1+108 年度一般服務成長率)+108 年度專款項目經費+108 年度醫院門診透析服務費用

■ 108 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×(1+成長率)

註：校正後107年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會107年第5次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

(二)總額協定結果：

- 1.一般服務成長率為 4.080%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.292%，協商因素成長率 0.788%。
- 2.專款項目全年經費為 29,161.7 百萬元。
- 3.門診透析服務成長率 1.839 %。
- 4.前述三項額度經換算，108 年度醫院醫療給付費用總額，較 107 年度所核定總額成長 4.428%；而於校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款後，成長率估計值為 4.200 %。各細項成長率及金額，如表 4。

(三)總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依協定事項辦理，並於 108 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。

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：

①12 億元用於調升急重難症等相關支付標準。

②附帶建議：請加強急性一般病床或加護病房

護理費支付之合理性。

(2)新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.714%)：

- ①包含新藥預算 19.34 億元、新特材 5.85 億元、新診療項目 4 億元及支付標準未列項目 1 億元。
- ②對擬納入健保給付之新醫療科技項目，應進行醫療需求整體評估，並於額度內妥為管理運用。
- ③請中央健康保險署於 107 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；另於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用/點數。
- ④附帶建議：中央健康保險署之新醫療科技預算推估公式，應考量預算超支之處理是否能反映其合理成長

(3)藥品給付規定範圍改變(0.071%)：

反映「藥品節流措施所節省金額用於支用『107 及 108 年藥品給付規定範圍改變』」之不足費用。

(4)其他醫療服務利用及密集度之改變(0.010%)：

- ①本項於 107 年未支用之 2.32 億元，不自 108 年一般服務預算基期中扣除，並與本項預算合併運用。
- ②前開預算用於「斗六慈濟診所」併入醫院總額，及「台中榮民總醫院嘉義分院附設門診部」回歸原醫院，預算分配於所在分區一般服務結算。如未回歸，則予扣除。

(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(-0.007%)：

- ①為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。
- ②本項不列入 109 年度總額協商之基期費用。
- (6)為落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域級(含)以上醫院門診減量措施，自 107 年起以五年降低 10% 為目標值(以 106 年為基期)，並定期檢討。108 年醫學中心、區域醫院門診件數持續降低 2%，即不得超過 106 年之 96.04%(98%×98%)，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配。

2.專款項目：全年經費為 29,161.7 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，屬延續型計畫者應於 107 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 107 年 12 月底前完成，且均應於 108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告(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 4,760 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。
- 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 15,234.4 百萬元，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。
 - ②為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署研析醫療利用及費用成長原因，並提出因應管理作法，於 108 年 6 月底前提出專案報告。
- (3)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：全年經費 4,712.8 百萬元，不足部分由其他預算支應。
- (4)醫療給付改善方案：
- ①全年經費 1,187 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、提升醫院用藥安全與品質等 9 項方案，並新增糖尿病人胰島素注射獎勵措施。
 - ③請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效，於 108 年 7 月底前提報執行情形，請包含健康狀況改善之量化指標。
 - ④請中央健康保險署評估「整合氣喘與慢性阻塞性肺疾病方案」及「整合糖尿病與慢性腎臟病方案(Pre-ESRD、Early-CKD)」之可行性及支付效益，納入 109 年總額協商擬案考量。
- (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。

(6)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

- ①全年經費 868 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。

(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。

(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：

- ①全年經費 689 百萬元，不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- ②本項預算不支付平轉之獎勵費用。
- ③請中央健康保險署持續監測病人流向及執行效益，於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含上開監測結果。

(10)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 108 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。
- 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 108 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，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。

(11)網路頻寬補助費用：

- ①全年經費 114 百萬元。
- ②本項預算由其他預算移列，用於補助醫院提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
- ③執行目標：108 年度參與院所數達 100%。
預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。
評估指標：醫療院所參與率。

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 3.1%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 1.839%。
- (4)請加強慢性腎臟病管理，進行照護整合，並應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。
- (5)請於 108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告。

五、108 年度全民健康保險其他預算及其分配

(一)總額協定結果：

1.108 年度其他預算增加 40.0 百萬元，預算總額度為 12,821.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如表 5。

2.請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

(1)於 108 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估資料；實施成效並納入下年度總額協考量。

(2)屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)，其中延續型計畫應於 107 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 107 年 12 月底前完成，請依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。

(二)預算分配相關事項：

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)請持續檢討醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，訂定合理的動支標準，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算。本項經費為全年經費，未實施月份，應扣減支應上開專款項目不足經費後之預算。

(4)本項動支方案原則於 107 年 11 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。

2.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

(1)全年經費 655.4 百萬元。

(2)本項納入「山地鄉論人計酬試辦計畫」，但不支應屬於公共衛生預防保健項目。計畫原則於 107 年 12 月底前完成相關程序，並送全民健康保險

會備查。

- 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 6,020 百萬元。
 - (2)新增預算(500 百萬元)用於居家醫療照護服務。
 - (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。
- 4.支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、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)請加強醫院及西醫基層總額同項專款項目之費用管控，避免發生預算不足之情形。
- 5.推動促進醫療體系整合計畫：
 - (1)全年經費 500 百萬元，用於「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」，及「跨層級醫院合作計畫」。
 - (2)請中央健康保險署檢討「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」在分級醫療政策下之定位及各種整合模式之成效，並修訂計畫內容。
- 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)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.獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用：
 - (1)全年經費 800 百萬元。
 - (2)請提出全面實施本方案期程規劃，並增訂實施鼓

勵院所上傳資料之獎勵期限。

(3)請於協商次年度總額前檢討實施成效，將節流執行效益，適度納入 109 年各部門總額協商減項。

(4)本項預算不用於回補 107 年度不足款。

8.提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

(1)全年經費 1,653.8 百萬元。

(2)請中央健康保險署檢討本計畫之執行及提出醫療利用合理性評析，於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含前開分析結果。

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)請加強個案管理機制，並評估整合糖尿病與慢性腎臟病方案(Pre-ESRD、Early-CKD)之可行性及支付效益，並納入 109 年總額協商擬案參考。

10.提升保險服務成效：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)為提升保險服務成效，請中央健康保險署於 108 年 7 月底前提出各總額部門前 1 年一般服務各協商項目之執行情形(含成效)檢討，實施結果納入下年度總額協商參考。

(3)請中央健康保險署檢討總額預算挹注重要政策「推動分級醫療」之執行成效，並規劃中長期目標與策略，於 108 年 7 月底前提出專案報告。

(4)附帶建議：未來由公務預算編列購置相關硬體設備，不應由本項預算支應。

11.特殊族群藥事照護計畫：

(1)全年經費 30 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會研訂本計畫照護對象。

(3)附帶建議：請加強藥物浪費之查核與輔導。

附帶決議：依 108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則，應於年度協商時提出協商項目之執行目標及預期效益(含評估指標)，本案部分項目之執行目標及預期效益(含評估指標)資料尚待補正，請各總額部門於本年 10 月 11 日前提送本會，俾利於本會第 9 次委員會議(107.10.26)併同本案決議，進行確認。

拾壹、報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：107 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。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：落實指示藥品不納入健保給付之規劃報告(含配套措施及對健保財務之影響評估)，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 5 分。

表 1 108 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
一般服務				
醫療服務成本及人口因素成長率		0.187%	75.9	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。
投保人口預估成長率		0.359%		
人口結構改變率		0.282%		
醫療服務成本指數改變率		-0.453%		
協商因素成長率		8.089%	3,283.3	請於 108 年 7 月底前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(新增診療項目)	0.030%	12.0	1.本項用於新增口腔外科診療項目。 2.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於 107 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未依時程導入，則扣減該額度；另於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用/點數。
其他醫療服務利用及集中度之改變	牙周病統合照護計畫(第 1、2、3 階段)	6.918%	2,808.0	1.執行目標：30 萬人次。 預期效益：提升牙周病照護品質。 評估指標：(1)服務量(2)完成率(3)申報第 3 階段件數核減率(4)治療對象跨院所接受 91006C~91007C 比率(5)民眾抽樣調查治療之滿意度。 2.請加強管理及監督機制，持續監測醫療利用情形，並請中央健康保險署於 108 年 6 月底前提出專案報告(含管控措施及監測指標)。

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 利用 及 密 集 度 之 改 變	牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用	0.862%	350.0	執行目標：增加 350,000 人次。 預期效益：維護牙周健康，降低牙周病復發。
	提升假日急症處置服務	0.284%	115.3	1.執行目標：100,000 人次。 預期效益：增進民眾假日就醫可近性。 2.請牙醫門診總額相關團體協調各區院所提升假日開診率，增加民眾假日就醫可近性。
	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.005%	-2.0	本項不列入 109 年度總額協商之基期費用。
一般服務 成長率	增加金額	8.276%	3,359.2	
	總金額		43,947.6	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 107 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 107 年 12 月底前完成，且均應於 108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告。
醫療資源不足地區改善方案		280.0	0.0	辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
牙醫特殊醫療服務計畫		534.0	50.0	1.辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者及老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。 2.新增預算優先用於提升院所型牙醫醫療服務之人數。
牙周病統合照護計畫(第 1、2 階段)		0.0	-1,564.0	108 年導入一般服務，經費移列至一般服務項下。
牙周病統合照護計畫(第 3 階段)		0.0	-588.8	

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
品質保證保留款		119.1	0.0	1.依「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於108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。 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108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，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。
網路頻寬補助費用		136.0	136.0	1.本項預算由其他預算移列，用於補助牙醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。 2.執行目標：108年度參與院所數達100%。 預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。 評估指標：醫療院所參與率。
專款金額		1,069.1	-1,966.8	
總成長率(註1) (一般服務+專款)	增加金額	3.192%	1,392.4	
	總金額		45,016.7	
較107年度核定總額 成長率(註2)		3.433%	—	

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為43,624.4百萬元，其中一般服務為40,588.5百萬元(含校正投保人口預估成長率差值96.9百萬元及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款5.0百萬元)，專款為3,035.9百萬元。

2.計算「較107年度核定總額成長率」所採基期費用為43,522.5百萬元，其中一般服務為40,486.6百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值96.9百萬元及未加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款5.0百萬元)，專款為3,035.9百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以健保署結算資料為準。

表 2 108 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	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		2.549%	2,867.8	計算公式： 醫療服務成本及人口因素 成長率=[(1+人口結構改變 率+醫療服務成本指數改變 率)×(1+投保人口預估成長 率)]-1。
投保人口預估成長率		0.359%		
人口結構改變率		1.297%		
醫療服務成本指數改變率		0.885%		
協商因素成長率		0.352%	396.0	請於 108 年 7 月底前提報各 協商項目之執行情形，延續性 項目則包含前 1 年成效評估； 實施成效並納入下年度總額 協商考量。
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)	0.037%	42.0	1.對擬納入健保給付之新醫 療科技項目，應進行醫療需 求整體評估，並於額度內妥 為管理運用。 2.請中央健康保險署於 107 年 12 月委員會議說明規劃之 新增項目與作業時程，若未 於時程內導入，則扣減該額 度；另於 108 年 7 月底前提 報執行情形，請含新增項目 及申報費用/點數。
其他醫 療服務 利用及 密集度 之改變	藥品給付規定範圍 改變及相關醫療服 務密集度之增加	0.356%	400.0	包含「反映藥品節流措施所節 省金額用於支用『107 及 108 年藥品給付規定範圍改變』」 之不足費用、因應開放表別所 增加之醫療費用及居家醫療 衍生之醫療費用。
其他議 定項目	違反全民健康保險 醫事服務機構特約 及管理辦法之扣款	-0.041%	-46.0	1.為提升同儕制約精神，請加 強內部稽核機制。 2.本項不列入 109 年度總額協 商之基期費用。
一般服 務成長 率	增加金額	2.901%	3,263.8	
	總金額		115,770.4	

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)			各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於107年11月底前完成，新增計畫原則於107年12月底前完成，且均應於108年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告。
C 型肝炎藥費	406.0	-2.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.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。 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。
強化基層照護能力及「開放表別」項目	720.0	270.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.請中央健康保險署於107年12月委員會議說明擬調整之項目與作業時程。 2.請於108年6月底前提出以下專案報告： <ol style="list-style-type: none"> (1)中央健康保險署提報「各項開放表別項目之民眾利用情形及改善方向」。 (2)中華民國醫師公會全國聯合會提報「開放表別項目之中長程規劃(含具體目標及開放期程)」。 3.本項依實際執行扣除原基期之件數、點數，併入一般服務費用結算。
家庭醫師整合性照護計畫	2,880.0	0.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.其中450百萬元用於新增多重慢性病患收案及其照護獎勵費用。 2.請中央健康保險署參考評核委員建議，落實以病人為中心的照護，提出監測指標及具體執行成效，並加強執行面監督，於108年6月底前提出專案報告。

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	129.0	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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. 本項預算不支付平轉之獎勵費用。 3. 請中央健康保險署持續監測病人流向及執行效益，於108年7月底前提報執行情形，請含上開監測結果。
醫療給付改善方案	400.0	100.0	<ol style="list-style-type: none"> 1. 辦理原有之糖尿病、氣喘、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等7項方案，並新增糖尿病人胰島素注射獎勵措施。 2. 請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效，於108年7月底前提報執行情形，請含健康狀況改善之量化指標。 3. 請中央健康保險署評估「整合氣喘與慢性阻塞性肺疾病方案」，及「整合糖尿病與慢性腎臟病方案(Pre-ESRD、Early-CKD)」之可行性及支付效益，並納入109年度總額協商擬案考量。
罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材(108年新增)	110.0	110.0	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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。 2. 為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署研析醫療利用及費用成長原因，並提出因應管理作法，於108年6月底前提出專案報告。
因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用(108年新增)	11.0	11.0	本項依實際執行併入一般服務費用結算。
西醫醫療資源不足地區改善方案	217.1	30.1	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2. 新增「南迴24小時救護中心試辦計畫」(20.1百萬元): (1) 請中央健康保險署持續關注，若有其他單位補助相同項目，則該計畫預算不予執行。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
				(2)109 年若持續辦理，需提出計畫執行目標、預期效益及評估指標。
新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用		178.0	0.0	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。
品質保證保留款		328.1	218.7	<ol style="list-style-type: none"> 依「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」支付，請於108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。 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108年度品質保證保留款(328.1百萬元)合併運用(計433.3百萬元)。 請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。
網路頻寬補助費用		211.0	211.0	<ol style="list-style-type: none"> 本項預算由其他預算移列，用於補助西醫基層診所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。 執行目標：108年度參與院所數達100%。 預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。 評估指標：醫療院所參與率。
專款金額		5,719.2	1,077.8	
成長率 (一般服務+專款)	增加金額	3.706%	4,341.6	
	總金額		121,489.6	

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
門診透析服務 成長率	增加金額	4.683%	793.3	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3.1%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為4.683%。 4.請加強慢性腎臟病管理，進行照護整合，並應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。 5.請於108年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告。
	總金額		17,734.1	
總成長率(註1) (一般服務+專款+門診透析)	增加金額	3.830%	5,134.9	
	總金額		139,223.7	
較107年度核定總額成長率 (註2)		4.067%	—	

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為134,088.8百萬元，其中一般服務為112,506.6百萬元(含校正投保人口預估成長率差值266.6百萬元及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款39.9百萬元)，專款為4,641.4百萬元，門診透析為16,940.8百萬元。

2.計算「較107年度核定總額成長率」所採基期費用為133,782.2百萬元，其中一般服務為112,200.0百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值266.6百萬元及未加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款39.9百萬元)，專款為4,641.4百萬元，門診透析為16,940.8百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以健保署結算資料為準。

表 3 108 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	
一般服務				
醫療服務成本及人口因素 成長率	1.365%	333.0	1. 計算公式： 醫療服務成本及人口因素 成長率=[(1+人口結構改變 率+醫療服務成本指數改變 率)×(1+投保人口預估成 長率)]-1。 2. 醫療服務成本指數改變率 所增加之預算(100.5 百萬 元)，其中 50 百萬元併入「 其他醫療服務利用及密集 度之改變」項目使用。	
投保人口預估成長率	0.359%			
人口結構改變率	0.590%			
醫療服務成本指數改變率	0.412%			
協商因素成長率	2.092%	510.4	請於 108 年 7 月底前提報各 協商項目之執行情形，延續 性項目則包含前 1 年成效評 估；實施成效並納入下年度 總額協商考量。	
其他醫療服務利用及密集 度之改變	2.109%	514.6	優先用於提升用藥品質。	
其他議定 項目	違反全民健康 保險醫事服務 機構特約及管 理辦法之扣款	-0.017%	-4.2	1. 為提升同儕制約精神，請 加強內部稽核機制。 2. 本項不列入 109 年度總額 協商之基期費用。
一般服務 成長率	增加金額	3.457%	843.4	
	總金額		25,241.5	
專款項目(全年計畫經費)			各專款項目之具體實施方案， 屬延續型計畫者應於 107 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 107 年 12 月底前完成，且均應 於 108 年 7 月底前提報執行情 形及前 1 年成效評估報告。	
醫療資源不足地區改善方 案	135.6	0.0	辦理中醫師至無中醫鄉執業 及巡迴醫療服務計畫。	
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	182.0	52.0		

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
中醫提升孕產照護品質計畫	65.0	5.0	請精準化適應症，以提高計畫成效，並提出嚴謹療效評估報告。
兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	10.0	-10.0	
中醫癌症患者加強照護整合方案	166.0	63.0	1. 包含癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫、癌症患者中醫門診延長照護計畫、特定癌症患者中醫門診加強照護計畫。 2. 請落實全人照護，加強 3 項癌症照護計畫之實質整合，並訂定統一照護規範及提供證明成效之實證資料，於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含前開具體作法及成效資料。
中醫急症處置	20.0	0.0	請依實證醫學，訂定有效之醫療指標，並加強計畫之推動，於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含前開具體作法及相關規劃。
品質保證保留款	23.6	0.0	1. 依「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 108 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。 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 108 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，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。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
網路頻寬補助費用		74.0	74.0	1.本項預算由其他預算移列，用於補助中醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。 2.執行目標：108 年度參與院所數達 100%。 預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。 評估指標：醫療院所參與率。
專款金額		676.2	184.0	
總成長率(註 1) (一般服務+專款)	增加金額	4.128%	1,027.4	
	總金額		25,917.7	
較 107 年度核定總額成長率 (註 2)		4.429%	—	

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為 24,890.3 百萬元，其中一般服務為 24,398.1 百萬元(含校正投保人口預估成長率差值 58.2 百萬元及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 13.6 百萬元)，專款為 492.2 百萬元。

2.計算「較107年度核定總額成長率」所採基期費用為24,818.6百萬元，其中一般服務為24,326.4百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值58.2百萬元及未加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款13.6百萬元)，專款為492.2百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以健保署結算資料為準。

表 4 108 年度醫院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
一般服務				
醫療服務成本及人口因素成長率		3.292%	13,922.6	1. 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。 2. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算，12 億元用於調升急重難症等相關支付標準。
投保人口預估成長率		0.359%		
人口結構改變率		1.884%		
醫療服務成本指數改變率		1.039%		
協商因素成長率		0.788%	3,331.2	請於 108 年 7 月底前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協考量。
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)	0.714%	3,019.0	1. 包含新藥預算 19.34 億元、新特材 5.85 億元、新診療項目 4 億元及支付標準未列項目 1 億元。 2. 對擬納入健保給付之新醫療科技項目，應進行醫療需求整體評估，並於額度內妥為管理運用。 3. 請中央健康保險署於 107 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；另於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用/點數。
其他醫療服務利用及密集度之改變	藥品給付規定範圍改變	0.071%	300.0	反映「藥品節流措施所節省金額用於支用『107 及 108 年藥品給付規定範圍改變』」之不足費用。
其他醫療服務利用及密集度之改變		0.010%	42.0	1. 本項於 107 年未支用之 2.32 億元，不自 108 年一般服務預算基期中扣除，並與本項

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	協 定 事 項
				預算合併運用。 2.前開預算用於「斗六慈濟診所」併入醫院總額，及「台中榮民總醫院嘉義分院附設門診部」回歸原醫院，預算分配於所在分區一般服務結算。如未回歸，則予扣除。
其他議 定項目	違反全民健康保 險醫事服務機構 特約及管理辦法 之扣款	-0.007%	-29.8	1.為提升同儕制約精神，請 加強內部稽核機制。 2.本項不列入 109 年度總額 協商之基期費用。
一 般 服 務 成 長 率	增加金額	4.080%	17,253.8	為落實分級醫療與轉診制度，持 續推動區域級(含)以上醫院門診 減量措施，自 107 年起以五年降 低 10%為目標值(以 106 年為基 期)，並定期檢討。108 年醫學中 心、區域醫院門診件數持續降低 2%，即不得超過 106 年之 96.04%(98%×98%)，超過部分， 按該院門診每人次平均點數，不 予分配。
	總金額		440,178.9	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案， 屬延續型計畫者應於 107 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 107 年 12 月底前完成，且均應 於 108 年 7 月底前提報執行情 形及前 1 年成效評估報告。
	C 型肝炎藥費	4,760.0	232.0	1.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。 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。
	罕見疾病、血友病及後天 免疫缺乏病毒治療藥費及 罕見疾病特材	15,234.4	1,273.9	1.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。

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	協 定 事 項
			2.為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署研析醫療利用及費用成長原因，並提出因應管理作法，於108年6月底前提出專案報告。
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	4,712.8	313.1	不足部分由其他預算支應。
醫療給付改善方案	1,187.0	0.0	1.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、提升醫院用藥安全與品質等9項方案，並新增糖尿病人胰島素注射獎勵措施。 2.請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效，於108年7月底前提報執行情形，請包含健康狀況改善之量化指標。 3.請中央健康保險署評估「整合氣喘與慢性阻塞性肺疾病方案」及「整合糖尿病與慢性腎臟病方案(Pre-ESRD、Early-CKD)之可行性及支付效益，納入109年總額協商擬案考量。
急診品質提升方案	160.0	0.0	請精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	868.0	-220.0	1.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。
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	80.0	0.0	1.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。
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	950.0	0.0	
鼓勵院所建立轉診之合作機制	689.0	431.0	1.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.本項預算不支付平轉之獎

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	協 定 事 項
				勵費用。 3.請中央健康保險署持續監測病人流向及執行效益，於108年7月底前提報執行情形，請含上開監測結果。
品質保證保留款		406.5	0.0	1.依「醫院總額品質保證保留款實施方案」支付，請於108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。 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108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，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。
網路頻寬補助費用		114.0	114.0	1.本項預算由其他預算移列，用於補助醫院提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。 2.執行目標：108年度參與院所數達100%。 預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。 評估指標：醫療院所參與率。
專款金額		29,161.7	2,144.0	
成長率 (一般服務+專款)	增加金額	4.312%	19,397.8	
	總金額		469,340.6	

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	協 定 事 項
門診透析服務 成長率	增加金額	1.839%	391.1	1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式： 先協定新年度門診透析服務 3.門診透析服務總費用成長率為3.1%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為1.839%。 4.請加強慢性腎臟病管理，進行照護整合，並應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。 5.請於108年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告。
	總金額		21,658.5	
總成長率(註1) (一般服務+專 款+門診透析)	增加金額	4.200%	19,788.9	
	總金額		490,999.1	
較107年度核定總額成長率(註2)		4.428%	—	

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為471,208.7百萬元，其中一般服務為422,923.6百萬元(含校正投保人口預估成長率差值994.0百萬元及加回前1年度總額違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款33.0百萬元)，專款為27,017.7百萬元、門診透析為21,267.4百萬元。

2.計算「較107年度核定總額成長率」所採基期費用為470,181.7百萬元，其中一般服務為421,896.6百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值994.0萬元及未加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款33.0百萬元)，專款為27,017.7百萬元、門診透析為21,267.4百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以健保署結算資料為準。

表 5 108 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
其他預算(全年計畫經費)			1.請於 108 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估資料；實施成效並納入下年度總額協商考量。 2.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)，其中延續型計畫應於 107 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 107 年 12 月底前完成，請依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。
基層總額轉診型態調整費用	1,346.0	0.0	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。 2.請持續檢討醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，訂定合理的動支標準，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算。本項經費為全年經費，未實施月份，應扣減支應上開專款項目不足經費後之預算。 3.本項動支方案原則於 107 年 11 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。
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	655.4	50.0	本項納入「山地鄉論人計酬試辦計畫」，但不支應屬於公共衛生預防保健項目。計畫原則於 107 年 12 月底前完成相關程序，並送全民健康保險會備查。
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	6,020.0	500.0	1.新增預算(500 百萬元)用於居家醫療照護服務。 2.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。
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、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	0.0	請加強醫院及西醫基層總額同項專款項目之費用管控，避免發生預算不足之情形。

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	500.0	-200.0	1.用於「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」，及「跨層級醫院合作計畫」。 2.請中央健康保險署檢討「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」在分級醫療政策下之定位及各種整合模式之成效，並修訂計畫內容。
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	822.0	0.0	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。
獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用	800.0	-300.0	1.請提出全面實施本方案期程規劃，並增訂實施鼓勵院所上傳資料之獎勵期限。 2.請於協商次年度總額前檢討實施成效，將節流執行效益，適度納入109年各部門總額協商減項。 3.本項預算不用於回補107年度不足款。
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,653.8	0.0	請中央健康保險署檢討本計畫之執行及提出醫療利用合理性評析，於108年7月底前提報執行情形，請含前開分析結果。
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.請加強個案管理機制，並評估整合糖尿病與慢性腎臟病方案(Pre-ESRD、Early-CKD)之可行性及支付效益，並納入109年總額協商提案參考。
提升保險服務成效	300.0	0.0	1.為提升保險服務成效，請中央健康保險署於108年7月底前提出各總額部門前1年一般服務各協商項目之執行情形(含成效)檢討，實施結果納入下年度總額協商參考。 2.請中央健康保險署檢討總額預算挹注重要政策「推動分級醫療」之執行成效，並規劃中長期目標與策略，於108年7月底前提出專案報告。
特殊族群藥事照護計畫	30.0	-10.0	請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會研訂本計畫照護對象。
總計	12,821.2	40.0	

第 3 屆 107 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」與會人員
發言實錄

周執行秘書淑婉

主任委員、各位委員，現在出席的人數已經過半，達法定開會人數，請示主任委員是否宣布開會。

傅主任委員立葉

- 一、各位委員，目前已達法定開會人數，現在開始今天的委員會議。在開會開始前，先對各位委員、醫界代表及健保署，表達敬意和感謝。昨天的協商會議，在大家的努力及合作下，經過整日的辛勞協商，讓各部門總額及其他預算協商結果圓滿。據說，依健保會過去的協商經驗，要全部達成共識，是一件相當不容易的事，我們共同為健保會寫下光榮的一頁，是很值得高興的事情(委員鼓掌)。
- 二、本次協商可以說是健保總額協商制度真正完全落實，相信在委員的互信、合作基礎下，健保會未來的運作會更好，讓健保制度更臻完善，這也是人民之福。此外，周執行秘書淑婉及幕僚同仁非常辛勞努力，他們盡最大努力提供各位委員最好的協助，昨天工作到半夜，長時間加班工作，提供我們最好的協助，我們也鼓掌感謝他們(委員鼓掌)(周執行秘書淑婉代表幕僚鞠躬致意)。
- 三、接下來進行今天的議程確認，有委員表示希望會議能 1 小時內結束(委員笑)，可以的話，我們再打破一個紀錄。(委員鼓掌)

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請問各位委員對議程有沒有問題？沒有的話，議程確認。

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請問各位委員對上次會議紀錄內容有無修正意見？(未有委員表示意見)沒有的話，會議紀錄確認。如有意見的話，請於會議結束之前

提供給幕僚。接下來進行「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」。

貳、「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

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請周執行秘書淑婉報告。

周執行秘書淑婉

一、各位委員好，感謝大家昨天的努力，幕僚很開心能順利完成 108 年度總額協商。囿於時間關係，我會盡速向委員說明本會重要業務報告。

二、請各位委員翻到會議資料第 9 頁，上次委員會議決議(定)事項計有 10 項，依辦理情形建議解除追蹤 3 項，繼續追蹤 7 項；歷次委員會議決議事項達解除追蹤條件，計有 1 項，但最後還是依委員議定結果辦理。

(一)請各位委員翻到會議資料第 11 頁，擬解除追蹤共 3 項：

- 1.項次 1，關於緊急照護資源運作的意見，醫事司已回復說明，請委員參閱，建議解除列管。
- 2.項次 2，有關「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍交議案」，本會昨天已順利完成協商，建議解除追蹤。
- 3.項次 3，關於「107 年 7 月份全民健康保險業務執行報告」沒有委員提出書面意見，建議解除追蹤。

(二)歷次委員會議的解除追蹤案，有關「藥品價量協議(PVA)回收金額回歸總額」之辦理情形，健保署回復 PVA 回收金額之處理方式，已評估完成，並報部奉核回歸總額。建議解除追蹤。

(三)擬繼續追蹤共 7 案，因為時間的關係，就不再說明，但請各位委員翻到會議資料第 17 頁項次 4，「委員呼籲強化宣導與及早防治後天免疫缺乏症候群等意見，轉請疾管署參考辦理」案，疾管署已提供詳細的辦理情形，詳如桌上補充資料，請委員參閱，建議解除追蹤。

(四)請各位委員翻回會議資料第 9 頁：

- 1.說明二，本會訂於 10 月 24 日(星期三)召開「108 年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議」，敬請委員撥冗參加。
- 2.說明三，本會委託辦理 107 年度「新醫療科技(含高價藥品)納入健保給付民意調查」，調查成果及結論摘要，詳會議資料第 47~48 頁，請委員參閱。
- 3.說明四，衛福部及健保署本年 6 至 9 月份發布及副知本會之相關資訊，詳細內容及附件業於本年 9 月 18 日寄至各委員電子信箱，請各位委員參閱會議資料，以上報告。

傅主任委員立葉

請問各位委員對於歷次委員會議決議(定)事項辦理情形有無意見？(眾委員表示沒意見)委員無意見，接著進行討論事項第一案「108 年度牙醫門診、西醫基層、中醫門診、醫院醫療給付費用總額及其他預算協商案」。

參、討論事項第一案「108 年度牙醫門診、西醫基層、中醫門診、醫院醫療給付費用總額及其他預算協商案」與會人員發言實錄
傅主任委員立葉

先進行昨天總額協商結果的確認。

同仁宣讀

「108 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，請委員參閱。

二、總額協定結果：

(一)一般服務成長率 8.276%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 0.187%，協商因素成長率 8.089%。

(二)專款項目全年經費為 1,069.1 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，108 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 107 年度所核定總額成長 3.433%；而於校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款後，成長率估計值為 3.192%。各細項成長率及金額，如表 1。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 108 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.新醫療科技(新增診療項目)(0.030%)：

(1)本項用於新增口腔外科診療項目。

(2)請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於 107 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未依時程導入，則扣減該額度；另於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用/點數。

2.牙周病統合照護計畫(第 1、2、3 階段)(6.918%)：

(1)執行目標：30 萬件。預期效益_____，待補。

(2)請加強管理及監督機制，持續監測醫療利用情形，並請中央健康保險署於 108 年 6 月底前提出專案報告(含管控措施及監測指標)。

陳組長燕鈴

- 一、幕僚補充說明，依本會 108 年度總額協商通則規定，於總額協商時須提出各協商項目的執行目標及預期效益(含評估指標)。因為目前各部門提出的相關資料不完整，紀錄先以空白呈現。
- 二、建議請各總額部門於 10 月 11 日前，提報各協商項目之執行目標及預期效益(含評估指標)，相關資料將納入 10 月份委員會議，併同協定結果確認。以作為明年度評核執行成效參考。
- 三、其他各總額部門若有同樣需提報執行目標及預期效益的協商項目，建議比照辦理，以上報告。

同仁宣讀

- 3.牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用(0.862%)：執行目標：502,115 人次，預期效益_____，待補。
 - 4.提升假日急症處置服務(0.284%)：
 - (1)執行目標及預期效益資料，待補。
 - (2)請牙醫門診總額相關團體協調各區院所提升假日開診率，增加民眾假日就醫可近性。
 - 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(-0.005%)：本項不列入 109 年度總額協商之基期費用。
- (二)專款項目全年經費為 1,069.1 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 107 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 107 年 12 月底前完成，並於 108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告(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. 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 534 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及老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。
 - (2) 新增預算(50 百萬元)用於提升院所型牙醫醫療服務之人數。
3. 網路頻寬補助費用：
 - (1) 全年經費 136 百萬元。
 - (2) 本項預算由其他預算移列，用於補助牙醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
 - (3) 執行目標：108 年度參與院所數達 100%。
預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。
評估指標：醫療院所參與率。
4. 牙周病統合照護計畫(第 1、2、3 階段)：108 年導入一般服務，經費移列至一般服務項下。
5. 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 108 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。
 - (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 108 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，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

先進行牙醫門診總額協商結果的確認，剛才宣讀的內容，請問委員有無修正意見？

謝委員尚廷

沒有意見。

傅主任委員立葉

確認牙醫門診總額協商結果…請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

健保署提出幾個問題：

- 一、牙醫門診協商結果第 1 頁，(三)總額分配相關事項明定「請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 108 年 7 月底前提報執行情形」，這些文字皆出現於各部門總額協商結果資料中。原則上，每年 7 月健保署準備各部門總額評核會議的相關資料，健保署及各總額部門承辦團體會在評核會議上提報執行情形，建議修正文字為「…並於 7 月總額評核會議提報執行情形」，大家不要做重複的工作，建議文字直接修正為於 7 月底前評核會議時提報執行情形，第 2 頁「②請中央健康保險署…108 年 7 月底前提報執行情形…」也有同樣的情形。
- 二、第 2 頁，牙周病統合照顧計畫之協定事項「108 年 6 月底前提出專案報告」部分，建議併評核會議報告，不要增加大家的負擔。
- 三、第 3 頁，專款項目明定「108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告」，建議併評核會議報告即可。
- 四、第 3 頁，牙醫特殊醫療服務計畫之協定事項「②新增預算(50 百萬元)用於提升院所型牙醫醫療服務之人數」，請說明意涵為何？或可請牙醫師公會說明，以上是健保署的意見。

傅主任委員立葉

委員有沒有其他意見？關於蔡副署長淑鈴的建議，主要是文字修正，請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

一、關於蔡副署長淑鈴所提建議，將「於 108 年 7 月底前提報健保會執行情形」及「前 1 年成效評估報告」合併於評核會提報，部分協商項目沒問題，但部分協商項目則不適用。以牙醫部門之「新醫療科技(新增診療項目)」為例說明：

(一)總額協商時，牙醫部門提出新增顛顎關節口腔外科診療項目，說明在治療流程、診察與檢查間的差異等，且須附上檢查表格才符合收案程序。協定事項是否落實，涉及後續執行辦法、方式或收案對象的訂定，其他總額新增項目也有同樣的情形。

(二)對於總額協定事項，理應第 1 季就該向健保會提報新增項目的規劃情形與作業時程等辦法，但第 1 季常無法提出，導致評核會議時，多數新增項目僅有 1~2 個月執行資料，很難提出成效資料。健保會想看到的是新增項目的規劃或辦法，以檢視是否符合協商時付費者代表的期待，至於執行成果則於評核會議提報就可以。兩者間還是有所差別，理論上，提報新增計畫的相關規劃說明或辦法不應有困難，否則就提不出執行成果了。

二、關於牙醫特殊醫療服務計畫協定事項「新增預算(50 百萬元)用於提升院所型牙醫醫療服務之人數」部分，近年牙醫特殊醫療服務計畫，在老人機構、身障機構等機構型擴張速度很快，但大部分老人和身心障礙者居住於社區，我們希望能在社區普及老人或身障等特殊族群醫療服務，故新增費用不要用於擴增原本機構型醫療服務，應擴大社區的牙醫診所參與該計畫，謝謝。

傅主任委員立葉

委員有沒有其他意見？請謝委員尚廷。

謝委員尚廷

- 一、有關 108 年牙醫特殊醫療服務計畫，牙醫部門原建議增編 8 千萬元，昨天協定結果增編 5 千萬元。就資料顯示，院所型申報費用成長率為 21%，醫療團為 6.7%，對於本項新增費用，牙醫部門建議不一定要限制在提升院所型或醫療團的服務人數。目前資料顯示兩者費用成長速度不同。
- 二、委員希望新增預算 5 千萬元限於新增院所型服務人數，目前不清楚執行上是否有困難，若新增預算能支應這兩種服務型態是最好，因為醫療團服務也有增加的情形。

傅主任委員立葉

其他委員有沒有意見？請周委員麗芳。

周委員麗芳

- 一、我們曾在牙醫部門安排下，實地訪查牙醫特殊醫療服務執行情形，不論院所型或醫療團的牙醫特殊醫療服務，對民眾而言都是很珍貴的醫療資源。
- 二、108 年度總額協商部分，牙醫部門較委屈，爭取預算也有限，希望能在有限的預算下發揮最大的效率。
- 三、個人傾向讓牙醫部門有較大的彈性空間，將預算用於最需要的地方，不論是院所型或醫療團牙醫特殊醫療服務。未來仍可持續透過評核會議檢視執行成效，以上建議。

傅主任委員立葉

請委員直接提出建議的修正文字，提供精確文字可以加快各部門總額協商結果的確認，請謝委員尚廷。

謝委員尚廷

- 一、謝謝周委員麗芳的建議。若能修正文字，實務執行上更能發揮成效，假設 108 年醫療團執行服務成長較多，則不限制新增預算的使用是最好的。
- 二、建議刪除第 2 點的文字。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、若執行上沒有困難，我們就希望保留。我相信技術上一定沒有困難，因為是獎勵或給付如何分配的問題，我相信沒有困難。困難點在於如何設計誘因讓院所增加服務量，因為本計畫以醫療團方式較容易執行，也較容易去開發服務對象。
- 二、目前匡列 5 千萬在「用於提升院所型牙醫醫療服務之人數」，除非牙醫部門認為 5 千萬預算做不到普及社區式牙醫特殊醫療照護，這是另外一件事；若將新增預算一起運用，就需要訂定指標，108 年醫療團及院所型的執行目標成長率各為多少，這與匡列預算的概念是相同的，這也是另一種處理方式。
- 三、若要推動李署長伯璋念茲在茲的分級醫療，特別是牙醫與中醫部門，95%都是以基層診所型態提供服務，我們希望能加強診所型態服務、照顧最多的民眾，而不是加強醫療團提供服務。雖然以醫療團方式提供服務，對牙醫師較便利，機構的居民也可以得到很好的照護。可是對 95%在社區的身心障礙者而言，因為制度設計上沒有誘因，沒有強力推廣，他們得到的服務很可能被稀釋，這部分可以再討論如何處理較合適。

傅主任委員立葉

請健保署說明。

李組長純馥

- 一、謝謝委員的指教，這在實際結算作業時會有困擾。本計畫原先還有院所醫師提供在宅牙醫醫療服務的個案，在執行面比較難的是，這些都包含在同一專款項目內申報，若要求「新增預算(50 百萬)用於提升院所型牙醫醫療服務之人數」，則無法辨別哪些是原有個案、哪些是新增個案。健保署建議同牙醫師公會，移除本項文字。
- 二、因為本計畫服務對象是身心障礙者，身障者本身出門就有些困難，所以醫師到機構或是社區機構去提供醫療服務，對身障者的可近性會比較高，若是「院所型牙醫醫療服務」的定義是身心障礙者要到牙醫院所就醫這部分，我覺得推廣這類型的牙醫

療服務有窒礙難行之處。

傅主任委員立葉

請謝委員尚廷。

謝委員尚廷

請牙醫部門代表許醫師世明補充說明。

牙醫部門代表許醫師世明

- 一、主席、各位委員，事實上我們也很重視院所型牙醫醫療服務，在品質保證保留款核發指標中，有 1 項是院所必須提供這項服務才能領到品保款，因此有額外鼓勵措施。
- 二、若將新增預算(50 百萬)限定使用在「提升院所型牙醫服務之人數」，執行上可能真的有困難；若落下文字為「『加強』提升院所型牙醫醫療服務」，我覺得可以接受。

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、李組長純馥說明的內容與我所提的不太一樣。有關牙醫到宅醫療服務的部分，已經納入其他預算的居家醫療服務。身心障礙者到醫療院所就醫，不只是本身行動不便的限制而已；如果健保署在結算時分辨新、舊個案有困難，這部分我可以理解。但我們對於提供身心障礙者醫療服務的看法，與剛才李組長所提「增加服務量」的概念不同。
- 二、如果健保署結算時難以分辨新、舊個案，可以考慮調整文字。過去許多評核委員包含李教授玉春在內都認為，身心障礙者服務的「人次增加」相對於「人數增加」，兩者相較之下，應更重視「人數增加」。所以我們希望落款為「院所服務身心障礙者人數之提升」等相關文字，是「人數」而不是「人次」，1 個人服務 10 次與 10 個人服務 2 次是不同的概念。
- 三、若能提升身心障礙者就醫人數，整體身心障礙者就醫比率就會提高，若是這樣，可以不匡定額度，但主要目的是要增加社區

的身心障礙者「就醫人數」，而不是「就醫人次」。

傅主任委員立葉

綜合雙方意見，提出一個意見，大家看看是否可行。建議刪除本計畫第 2 項文字，但請牙醫部門提出計畫評估指標時，將滕代理委員的意見納入評估指標內，是否同意？

謝委員尚廷

同意，建議刪除「院所型牙醫醫療」這幾個字。另外我們會將服務人數納入指標，提報下次委員會議。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

主席、各位委員，請問本計畫第 1 項文字提到辦理對象包含特定障別之身心障礙者，身心障礙的障別有分為輕、中、重度及極重度，我似乎沒有聽過「特定障別」這個名詞，請問是什麼意思？

傅主任委員立葉

是特定的身心障礙類別。

李組長純馥

簡單向委員說明，不是所有身心障礙者都有牙醫就醫困難的問題，例如肢體障礙者，看牙醫可能沒有困難，但若是精神障礙或智能障礙，因為溝通不易，看診是困難的。所以特定身心障礙別是指真正有就醫困難的障礙類別患者，本專款才給予加成支付，讓院所願意提供醫療服務照顧這群看診困難的身心障礙患者。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

主席、各位委員，大家好，拜託謝委員尚廷，昨天都已經談好的東西，現在再推翻，不好啦！麻煩先執行看看，若真的不能執行再說！這些都是昨天協商會議通過的內容，原本大家還希望今天會議能在

2 點鐘結束，但這裡就已經討論這麼久了。再麻煩一下，我想就按照昨天大家協商的結果就好了，謝謝。

傅主任委員立葉

請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

對不起，有關牙醫門診協商結果第 1 頁新醫療科技…。

傅主任委員立葉

能否先把剛剛討論的內容先處理完？

蔡副署長淑鈴

對不起，有關新醫療科技(新增診療項目)，我要說明一下：

- 一、本項是新增診療項目，在牙醫門診協商結果第 2 頁文字為「請中央健康保險署於 107 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；另於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用/點數」，有關「扣減該額度」部分，不知道如何執行。
- 二、「在 108 年 7 月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用/點數」部分，事實上，新增診療項目一開始申報量都不多，雖然健保署可以加快修訂支付標準表的時程，儘快導入支付標準，但在扣減額度部分，要提醒牙醫部門注意，因為新診療項目第 1 年導入時，執行量都不會太多，而今年匡列的預算額度不少，以上提醒牙醫部門。

傅主任委員立葉

委員還有沒有其他意見？

謝委員尚廷

有關「新醫療科技(新增診療項目)」之口腔外科診療項目部分，因協商已有共識，我們就依照辦理。

傅主任委員立葉

- 一、基本上，就依照昨天協商結果，是共識結論，除非真的沒有辦

法執行才做修正。

二、回到「牙醫特殊醫療服務計畫」，若實務上，牙醫部門覺得還可行，依趙委員銘圓的建議，還是維持原來共識結論「用於提升院所型牙醫醫療服務之人數」，或是前頭加上「優先」2字，是否可行？

蔡副署長淑鈴

原來刪掉的文字是對的啊！

謝委員尚廷

我請牙醫部門代表許醫師世明再補充說明，有關 108 年新醫療科技(新增診療項目)項目的部分。

牙醫部門代表許醫師世明

補充說明，因為 108 年牙醫門診總額新增「新醫療科技(新增診療項目)：口腔外科診療」項目，大多在醫院執行，從健保署公告修正支付標準到院所實際執行間，會有幾個月的落差，假設本項於 108 年 3 月公告生效，可能會到當年 7 或 8 月院所才有執行個案與申報資料，若據此直接扣減額度恐怕會有影響，以上請各位委員予以考量。

傅主任委員立葉

委員還有沒有其他意見？請幕僚補充說明。

陳組長燕鈴

一、幕僚補充說明，有關新醫療科技項目的協定事項，過去醫院及西醫基層總額都是依照這樣的決議文字辦理，沒有改變過；以醫院總額為例，106 年度醫院總額因為於 106 年 12 月底前，部分規劃的新特材項目沒有導入，健保署會在年度結束後計算未導入支付標準應扣減額度，提報本會，進行當年度經費扣減。

二、本段「未依時程導入，則扣減該額度」的意思是：如果到 108 年 12 月底，年度協定的項目都還沒有導入支付標準，健保署就會提報本會扣減經費額度。以上說明。

傅主任委員立葉

- 一、幕僚已清楚說明「新醫療科技」協定事項中的「未依時程導入，則扣減該額度」不是指當年7月未導入或依當年7月執行的數量，作為額度扣減的依據。我想應該沒有問題。
- 二、接下來「牙醫特殊醫療服務計畫」協定事項第2點，若牙醫代表沒有意見，依照昨天協商共識的文字仍可推動，就不修正，或是新增「優先」2個字，改為「新增預算(50百萬元)優先用於提升院所型牙醫醫療服務之人數」是否可行？

蔡副署長淑鈴

建議金額不要寫，因為計畫的經費都是統合運用，很難區隔，健保署無法結算。

傅主任委員立葉

委員是否同意把金額(50百萬元)的文字移除嗎？「新增預算」大家知道所指的意思？文字意思夠清楚嗎？

蔡委員麗娟

健保署是認為在經費結算上面有困難是嗎？

傅主任委員立葉

- 一、就把文字改為「新增預算(50百萬元)優先用於提升院所型牙醫醫療服務之人數」，盡量不要更動昨天共識結論的文字，增加「優先」2個字，沒有全數指定的意思。
- 二、目前螢幕上這段預擬的文字「請牙醫研訂納入服務人數提升之執行目標」就不用新增，牙醫部門剛才表示會提出相關指標。
- 三、接下來討論蔡副署長淑鈴建議修正「請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於108年7月底前提報執行情形」的意見，是否就維持原來「於108年7月底前提報執行情形」的文字，因為其同時包含「在評核會議提出執行成果報告」以及「在本會提出執行情形報告」2種意涵，至於執行面如何安排，實際執行時再說，再想辦法讓健保署不要重複提報，提報1次就好。

謝委員武吉

主席，我建議如果能夠在評核會議報告的話，就在評核會議時報告，如果有特殊議題，需要另外提報再行提報，才不會讓健保署重複報告，不要同樣的事情做 2 次報告。

傅主任委員立葉

- 一、認同謝委員武吉的意見，這是執行面的操作，請幕僚於執行時注意，不要讓健保署重複提報，若文字改為「於 108 年 7 月底及評核會議提報…」，反而會讓人以為要提報 2 次，目前文字「7 月底前提報…」的意思就是只提報 1 次。
- 二、若沒有其他意見，牙醫門診總額協商結果確認。
- 三、接著進行西醫基層總額協商結果的確認，請同仁宣讀。

同仁宣讀

「108 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，請委員參閱。
- 二、總額協定結果：
 - (一)一般服務成長率 2.901%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 2.549%，協商因素成長率 0.352 %。
 - (二)專款項目全年經費為 5,719.2 百萬元。
 - (三)門診透析服務成長率 4.683%。
 - (四)前述三項額度經換算，108 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 107 年度所核定總額成長 4.067%；而於校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款後，成長率估計值為 3.830%。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.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.037%)：
 - (1)對擬納入健保給付之新醫療科技項目，應進行整體評估，排定優先順序，並於額度內妥為管理運用。

(2)請中央健康保險署於 107 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；另於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用/點數。

(3)附帶建議：中央健康保險署對於新藥預算之估算方法，應考量預算超支之處理是否能合理反映新藥費用。幕僚說明，本項係配合醫院同項目之建議新增。

2.藥品給付規定範圍改變及相關醫療服務密集度之增加(0.356%)：

包含「反映藥品節流措施所節省金額用於支用『107 年藥品給付規定範圍改變』」之不足費用、因應開放表別所增加之醫療費用及居家醫療衍生之醫療費用。

3.強化外傷照護服務之密集度(0%)

4.多重慢性病及身心障礙者照護(0%)

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(-0.041%)

(1)為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。

(2)本項不列入 109 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目全年經費為 5,719.2 百萬元。

1.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 211 百萬元。

(2)本項預算由其他預算移列，用於補助西醫基層診所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。餘同牙醫部門。

2.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 406 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。

(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。

3.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

(1)全年經費 720 百萬元。

(2)請中央健康保險署於 107 年 12 月委員會議說明擬調整之項目與作業時程。

(3)請於 108 年 6 月底前提出以下專案報告：

①請中央健康保險署提報「各項開放表別項目之民眾利用情形及改善方向」。

②請中華民國醫師公會全國聯合會提報「開放表別項目之中長程規劃(含具體目標及開放期程)」。

(4)本項依實際執行扣除原基期之件數、點數，併入一般服務費用結算。

4.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 2,880 百萬元。

(2)其中 450 百萬元用於新增多重慢性病患收案及其照護獎勵費用。

(3)請中央健康保險署參考評核委員建議，落實以病人為中心的照護，提出監測指標及具體執行成效，並加強執行面監督，於 108 年 6 月底前提出專案報告。

5.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

(1)全年經費 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。

(2)本項預算不支付平轉之獎勵費用。幕僚說明，本項係配合醫院同項目之決議新增。

(3)請中央健康保險署持續監測病人流向及執行效益，於 108

年 7 月底前提報執行情形，請含上開監測結果。

6. 醫療給付改善方案：

(1) 全年經費 400 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、慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案，並新增糖尿病人胰島素獎勵措施。

(3) 請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效，於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含健康狀況改善之量化指標。

(4) 請中央健康保險署評估「整合氣喘與慢性阻塞性肺疾病方案」，及「整合糖尿病與慢性腎臟病方案」之可行性及支付效益，並納入 109 年度總額協商擬案考量。

7. 因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用 (108 年新增)：

(1) 全年經費 11 百萬元。

(2) 本項依實際執行扣除原基期之件數、點數，併入一般服務費用結算。

8. 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材(108 年新增)：

(1) 全年經費 110 百萬元，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。

(2) 為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署研析醫療利用及費用成長原因，並提出因應管理作法(含基層院所之感染管制措施)，於 108 年 6 月底前提出專案報告。

9. 西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1) 全年經費 217.1 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(2)新增「南迴 24 小時救護中心試辦計畫」

①經費 20.1 百萬元。

②請中央健康保險署持續關注，若有其他單位補助相同項目，則該計畫預算不予執行。

③109 年若持續辦理，需提出計畫執行目標、預期效益及評估指標。

10.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。

(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。

11.品質保證保留款：

(1)全年經費 328.1 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 108 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。

(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 108 年度品質保證保留款(328.1 百萬元)合併運用(計約 433.3 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，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，請委員參閱。

3.門診透析服務總費用成長率為 3.1%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.683%。

4.請加強慢性腎臟病管理，進行照護整合，並應持續推動腎臟

移植，以減少透析病人數。

5.請於 108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告。

傅主任委員立葉

委員對西醫基層總額的協商結果有無意見？請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

我對金額都沒有意見，但對於專款項目「強化基層照護能力及『開放表別』項目」的協定事項有一些意見，想提供給付費者委員參考，今年西醫基層是以比較積極的態度處理開放表別，希望盡可能符合民眾的期待。

傅主任委員立葉

請問在第幾頁？

黃委員啟嘉

- 一、請看到西醫基層協商結果第 4 頁，專款項目「強化基層照護能力及『開放表別』項目」的協定事項「④本項依實際執行扣除原基期之件數、點數，併入一般服務費用結算」，建議不要列入。假如開放表別項目過多，以致金額超出預算，我們希望可以在專款內採浮動點值，而不是併入一般服務費用結算，如併入一般服務，會使西醫基層在討論開放表項目時，因為擔心侵蝕到一般服務預算，而綁手綁腳。個人認為不列第④點對付費者權益比較好。
- 二、站在專業立場，開放表別如併入一般服務費用結算，會增加開放表別推動及醫界內部討論的阻力，因為不知道開放後的申報量多寡，一旦有侵蝕一般服務預算的可能，就會傾向盡量不要開放，開放速度就會趨向保守。
- 三、建議刪除本項協定事項，依實際情況反映即可，而且我們會定期召開西醫基層總額研商議事會議，可在該會議上討論計算方式，以上建議，請各位付費者委員參酌。

傅主任委員立葉

其他委員有無意見？請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

請翻到西醫基層協商結果第 2 頁，一般服務「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」的附帶建議「中央健康保險署對於新藥預算之估算方法，應考量預算超支之處理是否能合理反映新藥費用」，看不太懂文字所表達的意思，昨天協商時病友團體是建議「健保署對於新藥預算的估算，應考量將預算超支部分，納入下年度的新藥預算編列中」，但附帶建議的寫法不太容易瞭解文意。

傅主任委員立葉

請王委員雅馨。

王委員雅馨

我補充說明，我們今年非常肯定健保署在經費估算上，能回補醫院部門 106 年新藥預算超支部分，這對民眾和病患是非常好的政策，希望可以延續這種方式，我們昨天已有明確表達，但我不清楚「應考量預算超支之處理是否能合理反映新藥費用」想表達什麼？建議如蔡委員麗娟所提文字「應考量預算超支部分，納入下年度新藥編列預算」，這樣比較清楚明瞭。

傅主任委員立葉

這些不是已經加在附帶建議了嗎？

蔡委員麗娟

今年很高興健保署在預算編列上有回補過去超支的部分，希望能成為例行性的編列方式，所以以附帶建議提醒。

傅主任委員立葉

108 年度已經以附帶建議呈現，未來年度的處理則以後再談。請王委員雅馨。

王委員雅馨

我們認為附帶建議的寫法不明確，為免之後因為解讀不同而引起誤解，希望文字表達的部份可以明確表達(請中央健康保健署對於新藥預算之估算方法，能考量將預算超支部份，應納入下年度新藥預算編列)。

傅主任委員立葉

請問文字要如何修正？

蔡委員麗娟

是否可以修正為「應考量將預算超支部分，納入下年度新藥預算編列中」？

林委員錫維

現在是協商 108 年度總額，不要談到下年度。

傅主任委員立葉

下年度的預算編列明年再協商，昨天已有共識的協定事項，如無必要盡量不要修改，雖然文字呈現方式不完全相同，但文意是大家的共識。或許對個別委員而言文義不夠明確，但在目前的共識下，在文字表達上需保留一些彈性空間。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

剛才西醫基層部門提出要刪除開放表別文字，可是我們是依部門的資料來進行協商，即專款項目第 12 項「強化基層照顧能力及『開放表別』項目」來協商，項目名稱已列出開放表別文字，現在又說不要列對付費者會更有利，原先在編列時沒考慮到病患權益嗎？我不太清楚。

黃委員啟嘉

我向何代理委員語解釋一下，我們的文字刪除建議不涉及實質內容，只會影響點值結算方式，依照協定事項「併入一般服務費用結算」，開放表別會與一般服務預算一起結算，若是刪除這句話，則開放表別可以單獨結算，僅此而已。若兩者一起結算，開放表別點值高而一般服務點值低時，就會拉高平均值；分開結算就是各自結算、各自負責，至於孰好孰壞，我只能說，一起結算是方便行政作業，分開結算則會使討論開放表別項目時的顧忌較少，對付費者權益及預算金額是沒有差別的，僅結算方式不同而已。

傅主任委員立葉

請吳委員國治。

吳委員國治

- 一、補充說明，此處只是結算方式不同而已，107 年度同項專款項目並無此協定事項，昨天協商時的協定事項也無這些文字。
- 二、我們主要是考量到費用估算的變異性非常大，舉個例子，請看會議資料第 271 頁「附表 1-106 年西醫基層總額開放表別診療項目」，序號 10 耳石復位術，健保署預估年增加預算為 0.8 百萬點，再翻到會議資料第 280 頁「附件 3-106 年開放表別項目(25 項)107 年上半年實際申報件數及增加點數」，107 年上半年耳石復位術已經執行 5.23 百萬點，相差好幾倍。
- 三、因為費用估算變異性大，因此希望在專款項目結算，不要併入一般服務費用結算，如果併入一般服務結算，很可能衍生部分費用須由一般服務預算支應，對一般服務費用產生衝擊。

黃委員啟嘉

我再解釋一下，無論怎麼結算，經費都是支付給醫療院所，一旦有侵蝕一般服務預算的可能性，醫界內部在討論開放項目時，保守派的聲音會比較大，如果希望醫界以積極的態度來處理開放表別，以專款浮動點值方式結算，保守派的聲音會比較小，對付費者應該也是有利的。

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、我能夠理解西醫基層部門的意思，也說一下付費者的看法，開放表別應該是分級醫療政策的重要支柱，讓民眾不為了某些檢驗、檢查而不在基層就醫，也方便基層醫師在提供診療時有更多的參考資訊。當然，也要看診所有無提供開放表別項目的意願，是否願意擴充儀器、擴大其他服務量能等來服務病人。
- 二、開放表別是讓病人留在基層的重要作法之一，現在不考量廣大的基層醫療服務量能，反而要單獨結算，我認為這不是為了服務民眾，而是利用這種手段或誘因吸引診所提供服務，萬一將

來沒有誘因了呢？

三、如果真的希望把病人留在基層照護，為什麼不能與一般服務預算一起結算？原本就已經提供的一般服務，現在編列預算拜託診所加大服務量能，如同健保署的其他預算專款項目，許多方案都要以獎勵的方式推動，其實在健保特約體系中，保險人本來就有權力要求辦理，健保署卻說沒有支付誘因難以推動事務一樣的道理。如果提升服務量能是基層將來重要的發展方向，包括身心障礙者、多重慢性病等，開放表別不應該有特定點值考量，才能回應原本就已經在提供服務的診所，提早提供服務反而沒有得到後面新增的待遇，如同透過財務誘因創造某種程度上的差異，不太合適，請西醫基層部門考量併入一般服務費用結算，不要另外在專款結算。

吳委員國治

我們可以理解滕代理委員的考量，但衛福部及健保署的政策都是希望能盡快增加開放表別項目，為此，於專案項目結算可以加快開放速度，併入一般服務費用結算則會有疑慮，擔心佔用一般服務預算，可能與政策背道而馳。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

那就要控制好費用。

黃委員啟嘉

- 一、費用實在很難管控，就像吳委員國治舉例的耳石復位術，預估年增加預算才一點點，結果實際申報點數超過好幾倍。
- 二、講句實話，本項是專款項目，當執行效率不足，預算就是還給付費者。我們當然希望提高執行率，每次基層內部討論開放表別，爭議的氣氛比健保會還激烈，每個科別都認為自己的項目最值得開放或是對財務的衝擊最小。在我們說服同儕優先處理或盡快處理開放項目時，若有財務上的安全保障，會有促進效果。我只是提供專業看法與實際發生的情況，請付費者委員考量。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

專款項目的風險承擔能力絕對是比一般服務較差，如按照黃委員啟嘉所述，當申請點數暴增，專款點值就會浮動，反而不能與占比高的一般服務預算共同承擔風險。這些為分級醫療努力、為西醫基層贏得名聲的診所，不應讓他單獨承擔風險，應該是整個基層總額共同承擔風險。為了壯大基層量能，基層總額要與願意新增服務項目的診所共同承擔風險才對，依 2 位的口才和能力，應該有辦法說服同儕共同支持把民眾留在基層照護。

傅主任委員立葉

請吳委員國治發言，也請西醫基層代表考量付費者委員的意見。

吳委員國治

因為 107 年度同項專款並沒有此條協定事項，建議可以提到西醫基層總額研商議事會議討論。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、剛才已經提過，部門送出來的項目名稱有「開放表別」4 個字。
- 二、另外，開放表別在 106、107 年的執行率不是非常高(106 年 5~12 月為 53.4%，107 年 1~6 月為 31.2%)，但開放表別是落實分級醫療、擴大基層量能的重要一環，107 年已增至 34 項，主要以 2 項流行性感冒病毒抗原檢驗的服務量最高，在開放項目及執行上，我認為還有檢討的空間。又，開放表別項目的中長程規劃，希望釐清適合於基層醫療執行的範疇，明定具體目標及開放項目，以利推動和落實。
- 三、基於以上觀點，如果拿掉「開放表別」4 個字，就無法達成專案的執行目的，我認為西醫基層部門應該維持提案時的初衷。

傅主任委員立葉

建議西醫基層部門不要堅持刪除本項協定事項。

吳委員國治

我們不堅持，尊重付費者委員意見，個人很擔心會減緩開放速度。

傅主任委員立葉

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

我們還有好幾個部門需要討論，討論應該有原則，昨天的協商結果就是共識，是第一優先。除非雙方能夠在短時間達成協議，否則就應維持原來的共識，不然等同於重啟協商。

傅主任委員立葉

我也同意盧委員瑞芬的看法，請問對西醫基層總額的協商結果還有無意見？

蔡副署長淑鈴

主席，我有修正文字的建議，請看西醫基層協商結果第2頁第4行，「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」的協定事項「對擬納入健保給付之新醫療科技項目，應進行整體評估，排定優先順序，並於額度內妥為管理運用」，念起來很順，但有時序性問題，事實上，納入健保給付項目是先申請先審查，很難申請後再排定優先順序，建議修正為「應進行醫療需求整體評估，並於額度內妥為管理運用」，酌修文字以符合執行政序。

傅主任委員立葉

可以將文字再重述一遍嗎？

蔡副署長淑鈴

新醫療科技項目，應進行醫療需求整體評估，並於額度內妥為管理運用，刪除「排定優先順序」文字。

傅主任委員立葉

請幕僚做文字修正。請問還有沒有其他修正意見？沒有的話，西醫基層部門就確認。接下來進行下一個部門。

戴組長雪詠

主席，健保署再說明一下。請委員參閱西醫基層協商結果第 2 頁，一般服務之(2)「藥品給付規定範圍改變及相關醫療服務密集度之增加」項目，提到「…107 年藥品給付規定範圍改變…」，應該改為 108 年。

陳組長燕鈴

本項決議文字是依照健保署的提案內容照列。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

107 年沒有錯，108 年是反映 107 年藥品給付規定範圍改變。

蔡副署長淑鈴

建議文字稍作修正為「…支用『107 及 108 年藥品給付規定範圍改變』之不足費用…」，因為 108 年藥品給付規定範圍仍陸續改變。醫院總額部門也是寫 107 及 108 年。

傅主任委員立葉

按照蔡副署長淑鈴的意見修正為 107 及 108 年。

李組長純馥

第 5 頁之(8)「罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材」，提到須提出因應管理做法(含基層院所感染管制措施)，本項非屬健保署權責，建議刪除括弧內之「含基層院所之感染管制措施」文字。另因其屬新增項目，所以沒有基期，故建議刪除(7)之②「本項依實際執行扣除原基期之件數、點數，併入一般服務費用結算」，應無扣除原基期的概念。

傅主任委員立葉

請再複述一遍。

李組長純馥

第 5 頁之(7)「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」，因為是 108 年新增，沒有原基期，寫「扣除原基期之件數、點數」怪怪的，建議刪除(7)之②「本項依實際執行扣除原基期之件數、點數，併入一般服務費用結算」。

傅主任委員立葉

就是刪除②。

李組長純馥

另外，第5頁之(8)「罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材」，主要是因為愛滋病藥費要拓展到基層給藥，這是CDC(Centers for Disease Control，疾病管制署)的建議，因為感染管制措施並非健保權責，寫在這裡可能有窒礙難行之處，建議刪除括弧內「含基層院所之感染管制措施」文字。

傅主任委員立葉

其他委員有沒有意見？請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

我沒有意見，不過昨天各位與會者都在現場，在協商時若發現文字有問題，就應該適時處理，而不是等到第二天才要改變推翻，非常不好。所有的文字都呈現在螢幕上，就應該適時處理，不應該到今天才做後續改變，以上是我的建議。

傅主任委員立葉

我們先處理健保署的修正建議，請問委員同意嗎？(委員表示同意)那就依照健保署意見，刪除第(7)之②「本項依實際執行扣除原基期之件數、點數，併入一般服務費用結算」。另外(8)之②括弧…。

李組長純馥

對不起，我可能表達不夠好，只要刪除「扣除原基期之件數、點數」就好，保留「本項依實際執行，併入一般服務費用結算」文字。

傅主任委員立葉

一、好，刪除「扣除原基期之件數、點數」，這樣還有沒有問題？(委員表示沒有問題)。若沒有其他意見，西醫基層總額協商結果確認。

二、接著進行中醫門診總額協商結果的確認，請同仁宣讀。

同仁宣讀

「108年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配」

請委員參閱中醫門診協商結果第 1 頁，108 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配，總額設定公式…。

謝委員武吉

主席，程序問題，我建議不要再唸了。

傅主任委員立葉

好，可以不用唸。(委員鼓掌表示同意)請問中醫部門有無意見。

陳委員旺全

非常感謝各位委員。中醫門診協商項目(2)「其他醫療服務利用及密集度之改變」，於第 2 頁的附帶建議最後一句「…並於 108 年 7 月底前提報研議結果」文字，建議刪除。(多位委員表示：好)。

謝委員武吉

評核報告的時候，提出來就好。

傅主任委員立葉

一、如果大家都同意，依中醫部門的意見進行修正。請問委員還有沒有其他意見？若沒有意見，中醫門診協商結果也確認。

二、接下來進行醫院部門協商結果的確認，一樣不宣讀，請問醫院部門代表有沒有意見？

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

剛才蔡副署長淑鈴建議西醫基層部門的文字修正，與醫院部門有一致性部分，就併同修正。例如新科技項目刪除「排定優先順序」等，不用再重複提出。

傅主任委員立葉

醫院部門與西醫基層一致性項目，文字比照修正。

李組長純馥

醫院協商結果第 2 頁「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」之②「附帶建議：請加強急性一般病床或加護病房護理費支付之合理性」，這些項目已納入 107 年支付標準調整，建議刪除。昨天在協商的時候，只提到調整急重難症的支付標準，護理費調整是 107 年的

方案，這樣會變成每年都在調整同樣的項目。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

因為這是部分付費者代表委員堅持加進去的文字，我們也知道有連續調整護理費的問題，但相關文字在付費者內部會議已達成共識，還是希望能夠保留。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

只是希望注意加強，不一定要調整支付標準。

傅主任委員立葉

只是注意加強，請張委員澤芸。

張委員澤芸

首先謝謝昨天付費者代表將相關文字列入，剛才有提到尊重昨晚的協商結果，但昨天本項文字是放在協定事項。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

不是，是附帶建議。

周執行秘書淑婉

是協定事項的附帶建議。

張委員澤芸

可是我昨天看到的投影片是寫在協定事項。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

我們主談的我們知道，這項是附帶建議，我們希望健保署注意這件事，而不是一定要調整相關支付標準。

張委員澤芸

因為我昨天看到的紀錄是放在協定事項，和今天的結果是不一樣的。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

昨天就是在附帶建議。

傅主任委員立葉

因為付費者討論很久，我想不會錯，應該是已經字字斟酌過。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

昨天有編列診所回歸醫院的項目，是否應註明「慈濟斗六診所」及「中榮嘉義醫院附設門診部」的文字？

周執行秘書淑婉

已列入協定事項，請委員參看醫院協商結果第2頁之(4)。

傅主任委員立葉

請委員參看電腦螢幕紅字標示處。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

OK。

傅主任委員立葉

請問委員還有沒有其他意見？沒有的話，醫院部門也確認，接下來是其他預算。委員還有意見是嗎？請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

昨天的文字我有拍下來，那時候是寫「是否能反映新藥之合理成長」。亦即醫院協商結果第2頁之(2)新醫療科技第4點附帶建議，昨天電腦螢幕的文字是「考量預算超支之處理，是否能反映新藥之合理成長」。

傅主任委員立葉

目前協定事項的文字(附帶建議：請中央健康保險署對於新藥預算的估算方法，能考量預算超支之處理是否合理反映新藥費用)，合理反映新藥費用，當然也包括新藥之成長。

盛技正培珠

幕僚有稍作文字修正。

傅主任委員立葉

蔡委員麗娟的意見是只講新藥費用成長嗎？

盛技正培珠

幕僚補充說明，昨天電腦螢幕呈現的文字是「新藥預算公式推估應考量預算超支之處理，是否能反映新藥之合理成長」，目前決議文字，幕僚只是略為潤飾，讓文字更為通順。

王委員雅馨

昨天就是這樣寫的，但今天看到的版本又不一樣。

陳組長燕鈴

幕僚只是潤飾讓它容易閱讀，意思是一樣的。

傅主任委員立葉

就依委員的意思，按照原來的文字修正，西醫基層部門併同修正。還有沒有其他意見？

張委員澤芸

不好意思，還是要耽誤大家時間，剛才在電腦螢幕呈現的「請加強急性一般病床或加護病房護理費支付之合理性」文字，真的是寫在協定事項，是不是可以再 show 出來昨天電腦螢幕呈現的文字。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

一、我們在討論這件事情的時候，非常多的人關注護理費及病房費，但是經過我們審視了健保署 106 年及 107 年支付標準調整情形，且往年健保會的協定事項並不會單獨指定一定要調整什麼項目。因此，我們的共識是不指定個別項目，所以本次只匡列預算用於急重難症部分，由健保署、醫院總額相關團體及專家學者，在「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」，依實際需求去討論需要調整的項目(註)。

(註：健保法第 41 條規定略以：醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。…前二項標準之擬訂，應依被保險人之醫療需求及醫療給付品質為之。)

二、依照過去的協定事項，不管是 106 年「優先以 60 億元調整重症項目」，或是 107 年「優先用以提升重症護理照護品質(如加護

病房)…」，健保署都已經有持續調升護理費和病房費了。因為有委員非常關切合理性，但是依照本會權責並不適合指定調整特定項目，況且付費者也很難判斷過去調整的幅度是否正確，或是在臨床上有無其他更緊急需要調整的項目，所以希望在協定事項中以附帶建議方式提醒這件事，而不是納入協定事項，一定要健保署或醫院處理。我們都很關切醫療品質，但是也不願意虧待任何一個專業。請問張委員那麼堅持是協定事項或附帶決議的差別在那裡？

張委員澤芸

謝謝滕代理委員的說明，我想護理團體是沒有資格進去(付費者內部會議)參與任何的協商，所以協商的結果，我們都非常的尊重。我只是提出疑問，因為電腦螢幕呈現的文字明明寫在協定事項，如果本就寫在附帶建議，我絕對不會有意見。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

請告訴我差別在哪裡？

張委員澤芸

我私下有請教，所謂協定事項就是要參考，若是附帶建議就可做可不做。

陳組長燕鈴

幕僚可以補充說明嗎？昨天內部會議討論本項時，已經是到了最後的階段，因為付費者對本項沒有共識，最後付費者決定變成附帶建議，當時幕僚需要趕快將試算檔案攜回大會，呈現在螢幕上，以利付費者和醫院部門繼續協商，所以沒有時間打上附帶建議的文字，但這確實是附帶建議，也請委員體諒幕僚作業時間的急迫性。

周執行秘書淑婉

向委員致歉，是幕僚作業匆忙的疏忽，但本項就是附帶建議。

張委員澤芸

我想幕僚的辛苦我們都看在眼裡。

傅主任委員立葉

現在問題癥結不在幕僚有沒有疏忽，重點是還原大家當時真正的意思。據了解，好像是委員有不同意見，最後大家折衷取得的共識就是附帶建議(付費者委員：對啦！對啦！)，本項維持不變。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

關於這件事情，付費者當時進行內部討論時，我發言很多次。如果是協定事項，提議的人要將金額講出來，但是提議人從頭到尾都沒有講出金額，既然沒有金額，怎麼會是協定事項？最後又將優先改掉，最後改成附帶建議，建議醫院部門整體考量病床及護理費的合理性，在「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算，授權健保署和醫院部門決定如何調整，是附帶建議，而不是協定事項。協定事項要將金額定出來，我當時有建議應提出需匡列的預算，因為沒有匡列金額，就不是協定事項，只是附帶建議。

傅主任委員立葉

尊重協商雙方的意見，若沒有反對意見，就確認本項附帶建議。其實不管是附帶建議或是協定事項，如同剛才滕代理委員所說，意思都是提醒他們要注意，但決議還是要還原及尊重付費者當時的共識。醫院部門協商結果確認，最後進行其他預算協商結果的確認，一樣不宣讀，請問健保署對協商結果有沒有意見？

蔡副署長淑鈴

- 一、請參閱其他預算協商結果第 1 頁，(二)預算分配相關事項之 1. 「基層總額轉診型態調整費用」，其中第(3)項第 4 行，本項經費為全年經費，後面的「未實施月份」，這是不會發生的，因為本項 107 年就有，現在都是連續辦理，沒有未實施月份，建議刪除「未實施月份」文字，修正為「本項經費為全年經費，應扣減支應上開專款項目不足經費後之預算」。
- 二、第 3 頁，第 7 項「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」，第(2)項不像是建議，而是要本署一定要訂定院所上傳資料的獎勵期限。請釐清是建議還是決議，因為院所

上傳資料有一定的成本。

三、第 4 頁，第 10 項「提升保險服務成效」之(4)「附帶建議：未來應編列公務預算購置相關硬體設備，該部分不應由本項預算支應」，提到本署不能購置相關硬體設備，昨天已向委員說明，該部分預算併健保署的全民健保基金預算報立法院審議，歷年來都有軟硬體的設備預算。

四、最後 1 項是「特殊族群藥事照護計畫」，附帶建議「請檢視回收藥物，加強藥物浪費查核與輔導」。回收藥物是 TFDA (Taiwan Food and Drug Administration, 臺灣食品藥物管理署)的職責，不是健保署的職責，建議不要讓本署侵犯到其他單位的權責。

傅主任委員立葉

我們一項一項來，請看第 1 頁，第 1 項「基層總額轉診型態調整費用」(3)的文字，健保署建議刪除「未實施月份」這幾個文字，請問是否同意？或保留？

陳委員有慶

若是都有實施，放著也沒關係，沒有影響。

傅主任委員立葉

一、其實沒有影響，更動少會比較好，第 1 項「基層總額轉診型態調整費用」的(3)維持原來的文字，執行上應該沒有影響。

二、請看第 3 頁，第 7 項「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」，(2)「…，並增訂實施鼓勵院所上傳資料之獎勵期限」，剛剛健保署建議，本項要刪除嗎？

蔡副署長淑鈴

委員要求我們去訂獎勵期限，意思是指以後不獎勵，請問這是建議或決議？因為院所上傳資料有一定的時間、人力及自動化成本，我們獎勵每 1 件約 1 元，只是量大，如果委員確定不再獎勵，這會影響將來雲端藥歷資料的完整性，就依委員決議辦理。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

我知道蔡副署長淑鈴的考慮，但我們也想到 1 個問題，若沒有獎勵期限的限制，申請獎勵時間會往後遞延，是否會遞延至 2、3 年後？這筆錢要如何做獎勵？哪個年度來做獎勵的給付或分配，會有些疑慮，在作業上考量你們的問題，獎勵期限可以訂得寬點，讓醫療院所在作業上有較寬的期限，較不會造成以後的遞延問題，我較憂心這個問題。

蔡副署長淑鈴

這樣我理解委員的想法，可能我們自己也有問題，理論上不應該用獎勵 2 個字，因為是反映院所配合這件事情的基本成本，每做 1 件事情都有成本，但是可增進公共利益，未來這個成本是否要給院所吸收，尊重委員決議，因這也在總額預算裡，我們只是要提醒，並詢問這是建議或決議？

陳委員有慶

是決議，本項目的標題也是寫著獎勵。

蔡副署長淑鈴

目前我們並沒有強制院所一定要上傳，院所於 24 小時內上傳資料則給予成本補貼，但是錢很少，1 筆 1 元，類似這樣。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、這件事我想了好幾天，假使健保署下定決心全面重新跟醫療院所重打契約，就像我們保險卡常在換約，信用卡也常給合約書，我們就要接受，若與醫療院所重訂合約，上面就規定要參加健保特約的醫療院所需遵守資料上傳的義務與責任，就不必花這筆錢了。

二、我們進出口海關也要自動提報資料，經濟部要求提報的資料，我們也不能不提報，不能說要求給獎勵金才提報，沒這回事，

現在財政部要求產品檢驗證明要提報，我們也要提報。

- 三、這件事情是不是政府的決策或政策上有問題？對於民間企業經營者，政府要我們提報，我們不能拒絕，所以健保署與要加入健保特約的醫療院所訂定合約時，應該要有這樣的條文，這樣國家政策才能推動。不然每次都要編錢去誘導及獎勵，凡事都要錢很難解決事情，這是我的淺見。

傅主任委員立葉

- 一、委員的意見表達的很清楚，剛剛蔡副署長淑鈴是問這是決議或建議，這部分很清楚是決議。
- 二、請看第 4 頁，第 10 項「提升保險服務成效」，附帶建議「未來應編列公務預算購置相關硬體設備，該部分不應由本項預算支應」，這項附帶建議昨天已經討論很久，這是建議，健保署覺得要通過這個預算很困難，健保會的附帶建議供他們參考，就像國發會有時也會提供建議供衛福部參考一樣，所以這點建議就保留。
- 三、最後 1 項「特殊族群藥事照護計畫」，附帶建議「請檢視回收藥物，加強藥物浪費查核與輔導」，因為回收藥物是 TFDA 的權責，如果只是檢視，不去處理回收藥物，回收藥物當然不是健保署的工作，可是如果只是檢視，是否可以？請干委員文男。

干委員文男

我非常注重這個，健保付藥費，醫師開處方箋讓病人去藥局拿藥，病人拿了藥又丟掉，這就形成浪費，每個院所的回收藥都是一整桶，不管用什麼名詞，只要能達到消滅浪費或加強藥物查核的目的，文字上用檢視不好，那要用什麼字好？整體醫療費用總額中，藥費占率高達 25% 以上，結果你們要 TFDA 去做，我是要請你們和藥師公會協商出個辦法，檢視回收藥物，並運用雲端藥歷或想個方法杜絕浪費，這是主要的目的。你們一直推給 TFDA，我覺得很奇怪，不管是自費或健保給的藥，都會污染土地、水源，且形成浪費，這些都是資源，就是要提醒大家不要浪費，請不要將責任一直推給 TFDA。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

建議修正文字，文字直接寫成「請加強宣導避免藥物浪費」，可不可以？干委員文男的意思也是這樣，好不好？

干委員文男

只要能減少回收藥物，杜絕浪費就好。

傅主任委員立葉

請將「檢視回收藥物」的文字刪除，是否就寫「請加強藥物浪費之查核與輔導」？

吳委員榮達

是宣導。

傅主任委員立葉

文字要改成：請加強藥物浪費之宣導？

干委員文男

我有意見，不是宣導，宣導就是發發宣傳單張，就沒事了，不是這樣，要能實際解決問題，是誰在浪費？不然我去開記者會說是健保署浪費，因為不作為，為什麼一直推給 TFDA 呢？

李組長純馥

向委員說明，TFDA 有公告 1 個藥品回收作業實施要點，目前已經是個法規要點，在處理藥品回收的程序，確實非健保署的業務執掌，請委員瞭解。

干委員文男

這個不要再爭議，如果文字上要修正我沒有意見，只要能杜絕藥物浪費，無論是自費或健保的藥，我們有雲端藥歷應該可以執行。藥品檢驗才是 TFDA 的職責，我們要想個辦法，要不然重啟協商將藥費都砍掉。

傅主任委員立葉

不用啦！這只是文字上的修正，就寫「請加強藥物浪費之查核與輔導」，就健保署職責範圍內可以做的，請在這方面貢獻點力量，TFDA 的事情還是歸 TFDA。文字請做修正，請問還有無其他意見？請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

昨天大家都很重視協商的金額，對於文字比較沒有時間關注，建議除了要注意金額，文字部分請大家盡量在第一時間修正，有些建議事項，其實並沒有強制性，各單位也無需將附帶建議部分當成像聖旨，請平常看待。建議文字修正能在第一時間修正，不要等到協商完成，隔天確認再做文字修正，這樣會浪費時間。

傅主任委員立葉

- 一、附帶建議只是做個提醒，希望能夠注意，影響應該沒那麼大。其他預算協商結果確認。
- 二、108 年度各部門醫療給付費用總額及其他預算協定結果通過，依 108 年度總額協商通則規定，需於協商時提出協商項目之執行目標及預期效益(含評估指標)，請各總額部門於 10 月 11 日前補報上開資料，於 10 月份委員會議併同「各部門醫療給付費用總額及其他預算」之決議，進行確認。
- 三、因為媒體非常關注我們 108 年度總額協商結果，建議授權周執行秘書淑婉，如果媒體詢問，將總額的協商結果向媒體宣布，請問可以嗎？(委員回應可以)好。
- 四、接下來進行下面 2 個報告案，第 1 個報告案是全民健康保險業務執行報告，這次是書面報告(有委員建議報告案都延到下個月委員會議報告)。請問委員這 2 個報告案可以併至下個月報告嗎？(委員回應：好)，報告案就併至下個月的委員會議報告。還有臨時動議嗎？請何委員代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我參加健保會 8 年來，從來沒有 5 個部門全數達成協商共識，今年非常特別，因為付費者委員與醫界代表，大家都很聰明也很英明能

夠全數協商達成共識。我的臨時動議是建議主委請大家吃飯，因為主委非常有面子，能夠全部完成協定。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

剛才何代理委員語說的沒錯，當然要鼓勵，但是有個問題，我們昨天和今天所談論的，我認為對健保署有點偏頗，剛才還在說浪費，浪費不只是健保署問題，很多付費者及醫療提供者也有問題，這是三方面共同的問題，所以每個人站在自己的角度要自我加強，也要替健保署加油，不能一味要求及指責，這也不對。還有幕僚也很辛苦，也要獎勵。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我的意見是大家聽者都有份啦！

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

這次協商都沒有麻煩到部長，應該是部長請我們吃飯才對，建議下次會議部長應到會致意一下，好不好？

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

這次協商最要感謝的是醫院部門，今年協商比較務實，感謝醫院協會理事長翁委員文能，希望以後也能像今年一樣務實編列經費，這樣以後比較好協商。我受付費者委員委託做召集人，我想盡辦法就是希望可以全部達成共識，最後是早晚燒香求神希望協商順利，結果很順利，昨天回去非常高興，感謝所有醫界的幫忙，會務人員也很辛苦，謝謝大家。

謝委員尚廷

- 一、各位委員、主委及召集人干委員文男，恭喜 2 位福星高照，第 1 次就全壘打，牙醫部門最後感受到若牙醫部門破局就無法全部達成共識，第 1 個要感謝健保會委員支持跟牙醫折衷協商，雖然預期目標沒有達到，但我要代表牙醫界謝謝各位，未來一定會更努力。
- 二、最後我要附議林委員錫維提議，希望以後每年都能像今年這樣有圓滿的協商成果，不要麻煩部長裁定，我附議建請部長請大家吃飯，是否能列入附帶決議，同意的請鼓掌(眾委員鼓掌)。

傅主任委員立葉

今日會議進行到此，謝謝大家，散會！

王委員雅馨會後書面意見

本次協商特別感謝健保會與健保署在先前的準備工作，看到許多健保會與健保署的相關同仁日以繼夜的付出，真的要跟每位辛苦的同仁們說聲謝謝，使本次協商能圓滿達成，期盼未來的協商的相關過程能更精進，本席提出以下幾點建議：

- 一、由於先前有多位委員在協商前，皆建議健保會與健保署多舉行與各部門之會前會來縮小差距，因此資料顯示，這次總額協商前的版本，在絕大部門的金額和項目差距不大，所以這次總額協商的 success，更說明事先以多次會前會拉近與部門間協商版本差距的重要性，在此要肯定健保署與健保會在這件事情上的努力。
- 二、正因著前述之觀察，爰建請往後總額協商時在電腦螢幕上所協商項目的實質內容(包含數字及文字)，在部門之預算協商階段，應有全程錄影及電腦硬碟擷取螢幕畫面的機制，有助於後續若有內容爭議時，可調閱查詢。
- 三、健保法第一條開宗明義指出為增進全體國民健康，辦理全民健康保險，以提供醫療服務，特制定本法。全民健保是屬於全體

國民所擁有的珍貴資產，付費者端應建立公平、完善的議事辦法及制度，讓所代表不同背景的委員有充份參與健保協商的過程，建立民主、明確、透明、公正合理，可服眾的議事辦法和方式來產生談判人選。特別是付費者端的委員組成多元，其目的且在保障每位委員有均等且獨立的權力，來為其所代表的全體發聲，故應有合宜的機制，讓付費者端的各個代表就協商版本的内容在協商前就應須做逐項實質及理性討論的空間，達成共識後再與醫療提供者代表協商，如此可讓往後協商過程更臻完善、順利。

- 四、本次協商適逢教師節，學者專家公正人士皆各有專精，建議往後同時在總額協商過程時，應在各個部門協商階段，有具體且分別的時段讓專家學者公正人士，就協商內容多提出專業建議，相信健保在既有的基礎上，如能更精進相關的協商制度，實為健保永續之幸，也是國家之福。
- 五、本席肯定健保署新藥超支部分能回補之方式，有助醫藥體系正常合理化。故主張新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)的附帶建議，本席主張應放置在協定事項，其文字表達應更為清楚明確，內容如下：請中央健保署對於新藥預算之估算方法，應考量將預算超支之部份能納入下年度新藥預算之編列。
- 六、藥品給付規定範圍改變，本席主張應在每年總額有預算編列，以符合目前實際的現況，為使藥品共擬會在決議藥品給付規定範圍改變時，有穩定的預算來源，故主張應在每年總額有固定的預算編列。
- 七、醫院部門：請加強急性一般病床或加護病房護理費支付之合理性，本席主張應放置在協定事項。護理照護病患的人力相關配置合理性，與病患安全及照護品質息息相關，在現行的住院病患中，約有 6 成的病患會使用到急性一般病床，使用的病患人數多，影響層面大，故本席主張放在協定事項，以維病患照護品質。

有關健保會請健保署針對 107 年 8 月份(107 年 8 月 24 日)委員會議與會人員發言實錄(議事錄 P.17、36、37、40)提供相關書面資料，健保署說明如下：

項次	委員意見摘要	健保署說明
1	<p>王委員雅馨(議事錄 P.36-37)</p> <p>我剛剛有問到占比的部分，現場若未有數據，可以會後書面提供，請看會議資料第 18 頁，想要瞭解以病人為中心這部分，以病友團體來說，想了解整合的情況，我們知道署裡面及醫界都很努力推這一部分，想了解人次占比，例如符合資格的人和納入計畫的人大致比例。</p> <p>李組長純馥(議事錄 P.37)</p> <p>委員所問是有關三高病人收案比率，我要先說明，基本上這是自願性參加的計畫，也就是自願開設整合門診的院所來參與，本署會篩選出此醫院比較忠誠的三高病人名單供給醫院收案，這 33 萬人占目前收案率約 7 成，也就是我們給的名單，院所願意收案、提供整合服務的部分約占 70%，若要更詳細知道哪些醫院有參加，本署全球資訊網都有參與院所的名單，會後可提供委員查詢路徑。</p>	<p>有關「醫院醫院以病人為中心門診整合照護計畫」參與醫院之名單，查詢路徑如下，請委員參考：</p> <p>本署全球資訊網(www.nhi.gov.tw)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 首頁 > 一般民眾 > 網路申辦及查詢 > 醫院以病人為中心門診整合照護計畫 2. 首頁 > 一般民眾 > 健保醫療服務 > 醫院以病人為中心門診整合照護計畫

<p>2</p>	<p>李委員永振(議事錄 P.17)</p> <p>因此，同樣的問題，罕病、血友病藥費前 20 名使用那麼多錢，也應形成問題，加以研究處理。</p> <p>吳委員榮達(議事錄 P.40)</p> <p>會議資料第 40 頁，健保署說明辦理情形，有關罕病疾病(二)健保署之管理措施，有 3 個項目，有些是在進行當中，例如健保署函請學會表示意見，或是研擬退場機制及停藥原則，還有 107 年藥價檢討，如果有結果時，可否對委員做業務報告。至於第三個愛滋病的部分，我建議就診人數及點數成長的部分列入至業務報告。</p> <p>傅主任委員立葉(議事錄 P.40)</p> <p>好，吳委員榮達所提意見，請健保署列入業務執行報告。還有沒有其他意見？</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 血友病之管理措施：106 年人數及藥費成長皆為-0.8%，另 105 年前 20 名病人藥費追蹤至 106 年藥費成長為-9.43%，本署將持續對個案跨院就醫情形，以有效方式進行管理。另本署將依委員指示，每年定期提供藥費前 20 名資料供委員參考。 2. 罕見疾病之相關給付規定修正、停藥原則、相關退場機制及調整罕藥健保支付價格等作業，俟完成後提報貴會業務報告說明。 3. 有關委員建議，愛滋病就診人數及點數成長資料，將列入本署業務執行之年度報告。
----------	--	---