

衛生福利部全民健康保險會
第 4 屆 109 年第 7 次委員會議事錄

中華民國 109 年 9 月 25 日

衛生福利部全民健康保險會第4屆109年第7次委員會議紀錄

時間：中華民國109年9月25日上午11時

地點：本部301會議室(台北市忠孝東路6段488號3樓)

主席：周主任委員麗芳

紀錄：盛培珠、陳淑美

出席委員：(依委員姓名筆劃排序)

干委員文男

王委員棟源 中華民國牙醫師公會全國聯合會徐理事邦賢(11:04以後代理)

朱委員益宏

何委員語

吳委員國治

吳委員榮達

吳委員鴻來

李委員育家

李委員偉強

台灣醫學中心協會游工作小組成員進邦(代理)

周委員穎政

林委員敏華

林委員錫維

邱委員寶安

柯委員富揚

翁委員文能

台灣醫院協會林副秘書長佩菽(11:40以前代理)

馬委員海霞

商委員東福

張委員文龍

中華民國工業協進會楊顧問玉琦(11:48以後代理)

張委員煥禎

中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠(12:30以前及13:10以後代理)

張委員澤芸

許委員美麗

許委員駮洪

陳委員有慶

陳委員炳宏

陳委員莉茵

黃委員金舜

黃委員啟嘉

趙委員銘圓

滕委員西華
蔡委員明鎮
蔡委員登順
鄭委員建信
鄭委員素華
盧委員瑞芬
賴委員進祥
謝委員佳宜
羅委員莉婷

請假委員：
葉委員宗義

列席人員：
本部社會保險司
中央健康保險署

本會

盧副司長胤雯
李署長伯璋(蔡副署長淑鈴代理)
李組長純馥
戴組長雪詠
周執行秘書淑婉
張副執行秘書友珊
洪組長慧茹
邱組長臻麗
陳組長燕鈴

壹、主席致詞

各位委員、各位與會代表，大家好！今天我看各位委員都精神抖擻，因為昨天進行的 110 年度總額協商會議，可以說是破紀錄，第一次在晚上 8 點以前結束，展現本屆委員的團結與效率。雖說醫院及西醫基層總額是兩案併陳，但相信在部長的睿智下，會做最妥適的裁決。在此也恭喜已經達成協議的牙醫門診、中醫門診總額及其他預算，感謝健保會同仁在這段期間挑燈夜戰、不眠不休，請大家給健保會幕僚同仁一個掌聲，謝謝！

在此也恭喜健保會幕僚同仁製作的「107 年版全民健康保險會年報」，榮獲衛福部 109 年度政府出版品評獎之

連續出版品類優良獎，感謝周執行秘書淑婉及其帶領的健保會所有同仁。

其次，今天桌上還有一份 109 年度社區藥局實地訪查邀請函，很感謝中華民國藥師公會全國聯合會黃理事長金舜有創新的想法，在今年 12 月份首次舉辦社區藥局的實地參訪，在此邀請委員踴躍出席，實地了解社區藥局的作業情形。接下來開始今天的委員會議，謝謝！

貳、議程確認

決定：確認。

參、請參閱並確認上(第 6)次委員會議紀錄

決定：確認。

肆、上(第 6)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請鑒察。

決定：

一、上(第 6)次委員會議決議(定)事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤案(共 2 項)：同意依幕僚擬議，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤案(共 2 項)：同意依幕僚擬議，繼續追蹤。

二、本委員會議資料屬內部之擬稿或準備作業，符合政府資訊公開法第 18 條應限制公開或不予提供之條件，爰自 109 年 10 月起恢復以紙本送達會議資料，不另提供電子檔。

三、委員所提有關政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之計算方式，與其他財務相關建議，送請衛生福利部研議參考。

四、餘洽悉。

伍、討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：110 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案，提請討論。

決議：

一、110 年度各部門總額協商結論(含成長率、金額及其分配)如下：

(一)付費者代表及醫事服務提供者代表委員協商完成達成共識之方案：牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算，如附件一、二、三。

(二)付費者代表及醫事服務提供者代表委員協商後未能達成共識，各自提出之建議方案：醫院總額及西醫基層總額，分別如附件四、五。

二、依照 110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則規定，新增項目之協定事項應提出「執行目標」及「預期效益之評估指標」(如附件一、二、四、五灰底劃線處，文字暫列)，請中央健康保險署會同各部門總額相關團體研訂後，將結果提報本會，俾於 10 月份委員會議確認。

三、依照 110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序規定，本會後續將協商各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)，請各部門於 109 年 10 月 9 日前提送建議方案，以利 10 月份委員會議討論。若部門未提送分配建議方案者，則由幕僚掣案提 11 月份委員會議討論，俾依法於 12 月份委員會議完成協定。

第二案

提案人：干委員文男、何委員語、林委員敏華、林委員錫維、邱委員寶安、馬委員海霞、許委員美麗、許委員馥洪、陳委員有慶、陳委員炳宏、陳委員莉茵、葉委員宗義、趙委員銘圓、蔡委員明鎮、鄭委員建信、鄭委員素華(依委員姓名筆劃排序)

代表類別：保險付費者代表

案由：政府將擴大美國豬肉牛肉進口，將衍生萊克多巴胺的食安風險，國人的健康代價及醫療成本，最終仍由全民健保承擔；建議衛福部繼續推動並完成「健康促進相關法規」，開徵「食安健康捐」，挹注健保安全準備，持續維護國人食安的醫療保障案，提請討論。

決議：委員所提意見，送請衛生福利部研究參考。

陸、報告事項

報告單位：中央健康保險署

案由：109年8月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

柒、散會：下午 14 時。

附錄：與會人員發言實錄

附件一

110 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：

110 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 109 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+110 年度一般服務成長率)+110 年度專款項目經費

註：校正後 109 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 109 年第 3 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、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 3.054%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.466%，協商因素成長率 0.588%。
- (二)專款項目全年經費為 1,248 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，110 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 109 年度所核定總額成長 3.055%。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 110 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(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)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：

請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 110 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。

2.新醫療科技(新增診療項目)(0.026%)：

(1)執行目標：服務 3 千人。

預期效益之評估指標：服務人數。

(2)請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於 109 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未依時程導入者，則扣減其預算編列額度；並請於 110 年 7 月底前提報執行情形。

3.糖尿病患者口腔加強照護(0.494%)：

執行目標：服務糖尿病患者 10 萬人/服務糖尿病患者 15 萬人。

預期效益之評估指標：服務人數/接受照護患者 1 年內進入牙周病統合治療方案之人數下降。

4.高齡患者根管治療難症處理(0.220%)：

(1)提供 70 歲以上患者根管難症治療。

(2)執行目標：70 歲以上患者根管難症治療顆數 18 萬顆 /70 歲以上患者完成根管難症治療顆數 18 萬顆。

預期效益之評估指標：治療根管難症顆數/提升 3 年內治療牙齒保存率。

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(-0.152%)：本項不列入 111 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 1,248 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)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。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 109 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 109 年 12 月底前完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：全年經費 280 百萬元，持續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 672.1 百萬元。

(2)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(增列腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者)、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。

(3)執行目標：服務 16.8 萬人次。

預期效益之評估指標：服務人次。

(4)另有關擬新增之牙醫特定身心障礙者社區醫療網，需經中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體共同研擬，提出共識之具體實施方案，並於 109 年 12 月底前提報全民健康保險會同意後執行。

3.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫：

(1)全年經費 12 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續監測醫療利用情形與評估執行成效。

4.0~6 歲兒童口腔健康照護試辦計畫：

(1)全年經費 60 百萬元，本項經費不應支付預防保健相關服務。

(2)執行目標：服務 0~6 歲兒童 2 萬人。

預期效益之評估指標：服務人數。

(3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，擇縣市試辦，具體實施方案請於 109 年 12 月底前提報全民健康保險會同意後執行。

5.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 136 百萬元，經費如有不足，由其他預算「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」支應。

(2)請檢討並加強牙醫院所參與率、檢驗(查)結果上傳率及門診雲端藥歷查詢率，110 年度應達到院所參與率 100%之目標。

(3)請中央健康保險署逐步調整資料上傳獎勵金支付規範，以 5 年(110~114 年)為退場期程。

6.品質保證保留款：

(1)全年經費 87.9 百萬元。

(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 110 年度品質保證保留款(87.9 百萬元)合併運用(計 204.3 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放資格條件，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

附件二

110 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：

110 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 109 年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+110 年度一般服務成長率)+110 年度專款項目經費

註：校正後 109 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 109 年第 3 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、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 4.260%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.089%，協商因素成長率 1.171%。
- (二)專款項目全年經費為 899.8 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，110 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 109 年度所核定總額成長 4.306%。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中醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 110 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(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)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：

請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 110 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。

2.中醫針灸處置品質提升(0.684%)：

(1)執行目標：提升中醫針灸處置照護品質。

預期效益之評估指標：

①新增自費項目，眼部特殊針灸，納入健保給付。

②新增自費之輔助治療項目，納入健保給付。

(2)本項應以新增複雜性疾病特殊針灸治療及協同輔助治療項目為優先考量，請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，於 109 年 12 月底前提出具體實施方案(含分類標準、醫療服務內容及確保品質之標準作業程序)，並提報全民健康保險會核備。

3.中醫傷科處置品質提升(0.578%)：

(1)執行目標：提升中醫傷科處置照護品質。

預期效益之評估指標：

①管控傷科總處置時間。

②新增自費之輔助治療項目，納入健保給付。

(2)本項應以新增複雜性骨傷疾病之整復治療及協同輔助治療項目為優先考量，請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，於 109 年 12 月底前提出具體實施方案(含分類標準、醫療服務內容及確保品質之標準作業程序)，並提報全民健康保險會核備。

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(-0.091%)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 111 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 899.8 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)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。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 109 年 11 月底前完成，新增

計畫原則於 109 年 12 月底前完成。

1. 醫療資源不足地區改善方案：全年經費 140.6 百萬元，持續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：
 - (1) 全年經費 234 百萬元。
 - (2) 持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷，及新增呼吸困難相關疾病中醫照護。
 - (3) 新增呼吸困難相關疾病中醫照護：
執行目標：至少服務 6,000 人次。
預期效益之評估指標：針對住院中之呼吸困難患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到呼吸功能恢復、日常生活能力改善、生活品質提升，併縮短住院天數，降低醫療費用支出。
3. 中醫提升孕產照護品質計畫：全年經費 90 百萬元。
4. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：全年經費 24 百萬元。
5. 中醫癌症患者加強照護整合方案：
 - (1) 全年經費 245 百萬元。
 - (2) 持續辦理「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」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。
6. 中醫急症處置：
 - (1) 全年經費 10 百萬元。
 - (2) 請檢討計畫執行情形及辦理方式，以提升執行成效。
7. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：全年經費 50 百萬元。
8. 網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 81 百萬元，經費如有不足，由其他預算「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」支應。
- (2)請檢討並加強中醫院所參與率及門診雲端藥歷查詢率，110 年度應達到院所參與率 100%之目標。
- (3)請中央健康保險署逐步調整資料上傳獎勵金支付規範，以 5 年(110~114 年)為退場期程。

9.品質保證保留款：

- (1)全年經費 25.2 百萬元。
- (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 110 年度品質保證保留款(25.2 百萬元)合併運用(計 48.0 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放資格條件，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

附件三

110 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協商結論：

(一)110 年度其他預算增加 469 百萬元，預算總額度為 16,153.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如表 3。

(二)請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

- 1.於 110 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估檢討報告；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(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於 109 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 109 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：

(一)基層總額轉診型態調整費用：

- 1.全年經費 1,000 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」專款項目不足之經費。
- 3.請中央健康保險署持續檢討經費動支條件，並建立長期效益評估指標，監測病人流向(含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益，於 110 年 7 月底前提出專案報告(含「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目)。
- 4.本項動支方案(含經費動支條件及相關規劃)應於 109 年 11 月底前完成相關程序，並送全民健康保險會備查。

(二)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.請中央健康保險署持續評估山地離島地區需求，並滾動檢討、精進執行方案。另請加速推動山地鄉論人計酬試辦計畫。
- (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 6,544 百萬元。
 - 2.本項醫療點數以每點 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。
 - 3.請中央健康保險署精進執行方案，並持續推動不同醫療體系間的合作與轉介，朝全人照護方向發展。
- (四)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、器官移植專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費：全年經費 290 百萬元。
- (五)支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費：
- 1.全年經費 2,850 百萬元。
 - 2.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。
- (六)推動促進醫療體系整合計畫：
- 1.全年經費 400 百萬元。
 - 2.持續辦理「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」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」。
 - 3.請中央健康保險署檢討執行方式，以增進計畫執行效益。另請加速推動「遠距醫療會診」服務。
- (七)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 1,000 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。

(八)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 980 百萬元。
- 2.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。
- 3.請中央健康保險署逐步調整資料上傳獎勵金支付規範，以 5 年(110~114 年)為退場期程。
- 4.請於協商次年度總額前檢討實施成效，將節流效益適度納入各部門總額協考量。

(九)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.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。

(十)腎臟病照護及病人衛教計畫：

- 1.全年經費 450 百萬元。
- 2.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫，並研議新增急性腎損傷(AKI)病人照護與衛教。
- 3.本項不含移至醫院及西醫基層總額之糖尿病與初期慢性腎臟病(Early-CKD)共同照護服務。
- 4.請中央健康保險署持續推動腎臟移植，並利用雲端藥歷加強西藥與中藥之用藥管理，審慎開立藥物。

(十一)提升保險服務成效：

- 1.全年經費 300 百萬元。
- 2.請中央健康保險署於 109 年 12 月底前訂定提升保險服務成效之評估指標，並於 110 年 7 月底前提出執行情形。

(十二)提升用藥品質之藥事照護計畫：

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盡速研訂計畫，以利執行。

附件四

110 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■ 110 年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後 109 年度醫院一般服務醫療給付費用 \times (1 + 110 年度一般服務成長率) + 110 年度專款項目經費 + 110 年度醫院門診透析服務費用

■ 110 年度醫院門診透析服務費用 = 109 年度醫院門診透析服務費用 \times (1 + 110 年度成長率)

註：校正後 109 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 109 年第 3 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：

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 110 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(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)一般服務成長率為 4.623%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.730%，協商因素成長率 0.893%。

1. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算：

(1) 所增加之部分金額，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體討論後，用於調整支付標準。

(2) 請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，

朝成本結構相對合理之方向調整，並於 110 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。

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)(0.767%)：

- ①請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並依全民健康保險會 108 年第 3 次委員會議決議，未來於總額協商前，應提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。
- ②請中央健康保險署對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值。
- ③請中央健康保險署於 109 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未依時程導入者，則扣減其預算編列額度；並請於 110 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

(2)藥品及特材給付規定改變(0.129%)：

請中央健康保險署檢討經費編列及估算方式之合理性，並將藥品之節流效益納入考量。請於 110 年 7 月底前提報執行情形(含修訂項目及申報費用/點數)及檢討結果。

(3)持續推動分級醫療，壯大社區醫院(0%)。

(4)應分級醫療調整，改變醫療供給型態(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(-0.003%)：

①為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

②本項不列入 111 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 29,942.4 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)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。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 109 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 109 年 12 月底前完成。

1.C 型肝炎藥費：

- (1)全年經費 3,428 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。
- (2)請於協商次年度總額前檢討實施成效，如替代效益、節省費用或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。

2.使用 C 肝新藥所需之檢測費用：全年經費 0 元。

3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

- (1)全年經費 11,699 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

4.後天免疫缺乏病毒治療藥費：

- (1)全年經費 5,257 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

(註：本項依委員共識，於 110 年與「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」專款項目分列預算)

5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

- (1)全年經費 5,127 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

6.醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 1,368 百萬元。
- (2)持續辦理糖尿病、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。
- (3)新增其他預算移列之糖尿病與初期慢性腎臟病 (Early-CKD) 共同照護服務；請持續加強推動糖尿病與慢性腎臟病整合照護。
- (4)請通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。

7.急診品質提升方案：

- (1)全年經費 246 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。

8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

- (1)全年經費 210 百萬元，用於導入第 3 階段 DRGs 項目。
- (2)本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

- 全年經費 100 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

10.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 1,100 百萬元。

11. 鼓勵院所建立轉診之合作機制：

- (1) 全年經費 400 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- (2) 請精進方案執行內容，提升分級醫療成效。
- (3) 請中央健康保險署建立長期效益評估指標，持續監測病人流向及評估執行效益。

12. 網路頻寬補助費用：

- (1) 全年經費 127 百萬元，經費如有不足，由其他預算「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」支應。
- (2) 請中央健康保險署逐步調整資料上傳獎勵金支付規範，以 5 年(110~114 年)為退場期程。

13. 品質保證保留款：

- (1) 全年經費 880.4 百萬元。
- (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 110 年度品質保證保留款(880.4 百萬元)合併運用(計 1,269.1 百萬元)。
- (3) 請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放資格條件，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(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 3.1%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 1.653%。

4.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體：

(1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護，並持續推動糖尿病與慢性腎臟病整合照護。

(2)持續推動腎臟移植，並利用雲端藥歷加強對腎功能不佳病人提示審慎使用 NSAID 藥物及中西藥併用之訊息，提醒醫師審慎開立藥物。

(四)前述三項額度經換算，110 年度醫院醫療給付費用總額，較 109 年度所核定總額成長 3.995%。各細項成長率及金額如表 4。

醫院代表方案：

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 110 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(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)一般服務成長率為 5.129%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.730%，協商因素成長率 1.399%。

1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算：

醫院部門堅持非協商因素(即醫療服務成本及人口因素成長率)不應於協商會議中做任何討論，更不應匡列任何項目及附帶意見。

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、新藥及新材材等)(0.767%)：

①請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並依全民健康保險會 108 年第 3 次委員會議決議，未

來於總額協商前，應提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。

- ②請中央健康保險署對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值。
- ③請中央健康保險署於 109 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未依時程導入者，則扣減其預算編列額度；並請於 110 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

(2)藥品及特材給付規定改變(0.312%)：

- ①尊重中央健康保險署原先編列之預算 1,448 百萬元。
- ②請中央健康保險署檢討本項經費估算方式之合理性，並於 110 年 7 月底前提報執行情形(含修訂項目及申報費用/點數)及經費估算方式之檢討結果。

(3)持續推動分級醫療，壯大社區醫院(0.108%)：

- ①醫院部門堅持應編列預算。
- ②執行目標：分年提撥預算校正。

A.調增夜間及假日門診診察費 20%，並回歸每點 1 元支付。

B.強化社區急診照護-調增急診診察費 01015C、急診檢傷分類第 4 級 00204B 及急診檢傷分類第 5 級 00225B 支付點數由原 19%調至 20%，並回歸每點 1 元支付。

C.保障地區門診診察費每點 1 元。

預期效益之評估指標：提高病人門診醫療可近性。

(4)應分級醫療調整，改變醫療供給型態(0.215%)：

- ①醫院部門堅持應編列預算。
- ②執行目標：分年提撥預算，保障區域級(含)以上醫院住診服務項目(住院診察費、護理費

及病房費每點 1 元)。

預期效益之評估指標：提升區域級(含)以上醫院住院照護品質。

(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(-0.003%)：

①為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

②本項不列入 111 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 29,942.4 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)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。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 109 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 109 年 12 月底前完成。

1.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 3,428 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。

(2)請於協商次年度總額前檢討實施成效，如替代效益、節省費用或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。

2.使用 C 肝新藥所需之檢測費用，鑑於 110 年預算有限暫不編列預算。

鑑於 C 肝病人須於使用 C 肝新藥治療前、治療結束時及治療結束後第 12 週檢測 RNA 病毒量定量檢測 12185C，這是執行 C 肝新藥的必要處置，應予編列預算支應，110 年雖鑑於國發會核定之上限暫不編列，惟建議邇後有關 C 型肝炎藥費預算中應併入檢驗費用一

同計算。

3. 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

- (1) 全年經費 11,699 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2) 請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

4. 後天免疫缺乏病毒治療藥費：

- (1) 全年經費 5,257 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2) 請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

(註：本項依委員共識，於 110 年與「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」專款項目分列預算)

5. 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

- (1) 全年經費 5,127 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2) 提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

6. 醫療給付改善方案：

- (1) 全年經費 1,368 百萬元。
- (2) 持續辦理糖尿病、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。
- (3) 新增其他預算移列之糖尿病與初期慢性腎臟病 (Early-CKD) 共同照護服務；請持續加強推動糖尿病

與慢性腎臟病整合照護。

(4)請通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。

7.急診品質提升方案：

(1)全年經費 246 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。

8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費 210 百萬元，用於導入第3階段 DRGs 項目。

(2)本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

全年經費 100 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

10.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 1,100 百萬元。

11.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

(1)全年經費 400 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2)請精進方案執行內容，提升分級醫療成效。

(3)請中央健康保險署建立長期效益評估指標，持續監測病人流向及評估執行效益。

12.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 127 百萬元，經費如有不足，由其他預算「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」支應。

(2)請中央健康保險署逐步調整資料上傳獎勵金支付規範，以 5 年(110~114 年)為退場期程，該期間補助費

用應於 115 年併入基期。

13.品質保證保留款：

- (1)全年經費 880.4 百萬元。
- (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 110 年度品質保證保留款(880.4 百萬元)合併運用(計 1,269.1 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放資格條件，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(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 3.7%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 2.245%。
 - 4.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體：
 - (1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護，並持續推動糖尿病與慢性腎臟病整合照護。
 - (2)持續推動腎臟移植，並利用雲端藥歷加強西藥與中藥之用藥管理，審慎開立藥物。
- (四)前述三項額度經換算，110 年度醫院醫療給付費費用總額，較 109 年度所核定總額成長 4.474%。各細項成長率及金額如表 4。

附件五

110 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：

■ 110 年度西醫基層醫療給付費用總額 = 校正後 109 年度西醫基層一般服務醫療給付費用 \times (1 + 110 年度一般服務成長率) + 110 年度專款項目經費 + 110 年度西醫基層門診透析服務費用

■ 110 年度西醫基層門診透析服務費用 = 109 年度西醫基層門診透析服務費用 \times (1 + 110 年成長率)

註：校正後 109 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 109 年第 3 次委員會決議，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：

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 110 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(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)一般服務成長率為 3.125%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.954%，協商因素成長率 0.171%。

1. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算：

(1) 所增加之部分金額，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體討論後，用於調整支付標準。

(2) 請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，

朝成本結構相對合理之方向調整，若另有需要，可用於調節科別平衡，並於 110 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。

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)(0.158%)：

- ①請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，並依本會 108 年第 3 次委員會議決議，未來於總額協商前，應提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。
- ②請中央健康保險署對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值。
- ③請中央健康保險署於 109 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，若未依時程導入者，則扣減其預算編列額度；並請於 110 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

(2)藥品及特材給付規定改變(0.064%)：

請中央健康保險署檢討經費編列及估算方式之合理性，並將藥品之節流效益納入考量。請於 110 年 7 月底前提報執行情形(含修訂項目及申報費用/點數)及檢討結果。

(3)推動科際平衡(0%)。

(4)推動基層「全人醫療」(0%)。

(5)因應肺炎疫情上呼吸道感染照護費(0%)。

(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(-0.051%)：

- ①為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。
- ②本項不列入 111 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 6,790.9 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)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。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 109 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 109 年 12 月底前完成。

1.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 3,670 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進計畫內容，納入更多結果面成效指標，及強化執行面監督與退場機制，並於 110 年 7 月底前提出成效檢討專案報告。

2.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

(1)全年經費 258 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2)請精進方案執行內容，提升分級醫療成效。

(3)請中央健康保險署建立長期效益評估指標，持續監測病人流向(含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益。

3.平轉獎勵-糖尿病視網膜眼底檢查、子宮頸抹片、大腸癌篩檢：全年經費 0 元。

4.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 292 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。

(2)請於協商次年度總額前檢討實施成效，如替代效益、節省費用或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。

5.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

(1)全年經費 920 百萬元。

- (2)請中央健康保險署於 109 年 12 月委員會議提出規劃調整之項目與作業時程。
- (3)請檢視開放表別新增項目的適當性，並定期檢討既有項目費用成長之合理性，加強查核機制，避免與醫院總額重複執行。
- (4)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務結算。

6.醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 655 百萬元。
- (2)持續辦理糖尿病、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。
- (3)新增由其他預算移列之糖尿病與初期慢性腎臟病 (Early-CKD)共同照護服務；請持續加強推動糖尿病與慢性腎臟病整合照護。
- (4)請通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。

7.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 214 百萬元，經費如有不足，由其他預算「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」支應。
- (2)請檢討並加強西醫基層院所參與率、檢驗(查)結果上傳率及門診雲端藥歷查詢率，110 年度應達到院所參與率 100%之目標。
- (3)請中央健康保險署逐步調整資料上傳獎勵金支付規範，以 5 年(110~114 年)為退場期程。

8.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

- (1)全年經費 55 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目

支應。

- (2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

9.後天免疫缺乏病毒治療藥費：

- (1)全年經費 55 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

- (2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

(註：本項依委員共識，於 110 年與「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」專款項目分列預算)

10.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：

- (1)全年經費 11 百萬元。
- (2)本項經費依實際執行併入一般服務結算。

11.西醫醫療資源不足地區改善方案：

- (1)全年經費 317.1 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。
- (2)請中央健康保險署調整方案目標值及精進計畫內容。

12.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：全年經費 50 百萬元。

13.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)本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入各分區一般服務結算。

14.品質保證保留款：

- (1)全年經費 115.8 百萬元。
- (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 110 年品質保證保留款(115.8 百萬元)合併運用(計 221 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資格條件，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

15.新冠肺炎/武漢肺炎(COVID-19)所造成之醫療成本增加(含風險加給)：全年經費 0 元。

(三)門診透析服務：

- 1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
- 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。
- 3.門診透析服務總費用成長率為 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 4.840%。
- 4.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體：
 - (1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護，並持續推動糖尿病與慢性腎臟病整合照護。
 - (2)持續推動腎臟移植，並利用雲端藥歷加強對腎功能不佳病人提示審慎使用 NSAID 藥物及中西藥併用之訊息，提醒醫師審慎開立藥物。

(四)前述三項額度經換算，110 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 109 年度所核定總額成長 3.229%。各細項成長

率及金額，如表 5。

西醫基層代表方案：

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 110 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(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)一般服務成長率為 3.799%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.954%，協商因素成長率 0.845%。
- 1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算：醫療服務成本指數改變率所增加之預算不應於協商會議中做任何討論，更不應匡列任何項目及附帶意見。
 - 2.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)(0.250%)：
 - ①請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，並依本會 108 年第 3 次委員會議決議，未來於總額協商前，應提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。
 - ②請中央健康保險署於 109 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，若未依時程導入者，則扣減其預算編列額度；並請於 110 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
 - (2)藥品及特材給付規定範圍改變(0.416%)：

請中央健康保險署檢討本項經費估算方式之合理性，並於 110 年 7 月底前提報執行情形(含修訂項目及申報費用/點數)及經費估算方式之檢討結果。
 - (3)推動科際平衡(0%)。
 - (4)推動基層「全人醫療」(0%)。

(5)因應肺炎疫情上呼吸道感染照護費(0.230%)：

執行目標：保障執行上呼吸道感染照護之醫師，能持續為民眾提供醫療服務。

預期效益之評估指標：執行上呼吸道感染照護之院所持續提供服務。

(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(-0.051%)：

①為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

②本項不列入 111 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 7,770.9 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)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。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 109 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 109 年 12 月底前完成。

1.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 4,150 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進計畫內容，納入更多結果面成效指標，及強化執行面監督與退場機制，並於 110 年 7 月底前提出成效檢討專案報告。

2.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

(1)全年經費 258 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2)請精進方案執行內容，提升分級醫療成效。

(3)請中央健康保險署建立長期效益評估指標，持續監測病人流向(含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益。

3.平轉獎勵-糖尿病視網膜眼底檢查、子宮頸抹片、大腸癌

篩檢：全年經費 0 元。

4.C 型肝炎藥費：

- (1) 全年經費 292 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。
- (2) 請中央健康保險署於協商次年度總額前檢討實施成效，如替代效益、節省費用或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。

5. 強化基層照護能力及「開放表別」項目：

- (1) 全年經費 920 百萬元。
- (2) 請中央健康保險署於 109 年 12 月委員會議提出規劃調整之項目與作業時程。
- (3) 請檢視開放表別新增項目的適當性，並定期檢討既有項目費用成長之合理性，加強查核機制，避免與醫院總額重複執行。
- (4) 本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務結算。

6. 醫療給付改善方案：

- (1) 全年經費 655 百萬元。
- (2) 持續辦理糖尿病、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。
- (3) 新增由其他預算移列之糖尿病與初期慢性腎臟病 (Early-CKD) 共同照護服務；請持續加強推動糖尿病與慢性腎臟病整合照護。
- (4) 請通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。

7.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 214 百萬元，經費如有不足，由其他預算「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」支應。
- (2)請檢討並加強西醫基層院所參與率、檢驗(查)結果上傳率及門診雲端藥歷查詢率，110 年度應達到院所參與率 100%之目標。
- (3)請中央健康保險署逐步調整資料上傳獎勵金支付規範，以 5 年(110~114 年)為退場期程。

8.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

- (1)全年經費 55 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

9.後天免疫缺乏病毒治療藥費：

- (1)全年經費 55 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

(註：本項依委員共識，於 110 年與「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」專款項目分列預算)

10.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：

- (1)全年經費 11 百萬元。
- (2)本項經費依實際執行併入一般服務結算。

11.西醫醫療資源不足地區改善方案：

- (1)全年經費 317.1 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。
- (2)請中央健康保險署調整方案目標值及精進計畫內容。

12.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：全年經費 50 百萬元。

13.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)本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入各分區一般服務結算。

14.品質保證保留款：

- (1)全年經費 115.8 百萬元。
- (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 110 年品質保證保留款(115.8 百萬元)合併運用(計 221 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資格條件，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

15.新冠肺炎/武漢肺炎(COVID-19)所造成之醫療成本增加(含風險加給)：

- (1)全年經費 500 百萬元。
- (2)執行目標：減少院所因新冠肺炎疫情停診風險。
預期效益之評估指標：維持基層院所看診數。

(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 3.1%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.840%。

4.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體：

(1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護，並持續推動糖尿病與慢性腎臟病整合照護。

(2)持續推動腎臟移植，並利用雲端藥歷加強西藥與中藥之用藥管理，審慎開立藥物。

(四)前述三項額度經換算，110 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 109 年度所核定總額成長 4.460%。各細項成長率及金額，如表 5。

表 1 110 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		2.466%	1,123.3	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： 請中央健康保險署整體評 估醫療服務之支付標準， 朝成本結構相對合理之方 向調整，並於 110 年 7 月 底前提報執行結果(含調整 項目及申報增加點數)。
投保人口預估成長率		0.204%		
人口結構改變率		0.617%		
醫療服務成本指數改變率		1.640%		
協商因素成長率		0.588%	267.6	請於 110 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 估檢討報告；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)	0.026%	12.0	1. 執行目標： <u>服務 3 千人</u> 。 預期效益之評估指標： <u>服務 人數</u> 。 2. 請中央健康保險署於額度 內，妥為管理運用。並於 109 年 12 月委員會議說明 規劃之新增項目與作業時 程，若未依時程導入者， 則扣減其預算編列額度； 並請於 110 年 7 月底前提報 執行情形。
其他 醫療 服務 利用 及密 集度 之改 變	糖尿病患者口 腔加強照護 (110 年新增項目)	0.494%	225.0	執行目標： <u>服務糖尿病患者 10 萬人/服務糖尿病患者 15 萬人</u> 。 預期效益之評估指標： <u>服務 人數/接受照護患者 1 年內進 入牙周病統合治療方案之人 數下降</u> 。

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	高齡患者根管 治療難症處理 (110年新增項目)	0.220%	100.0	1.提供 70 歲以上患者根管難 症治療。 2.執行目標： <u>70 歲以上患者根管 難症治療顆數 18 萬顆/70 歲以 上患者完成根管難症治療顆數 18 萬顆。</u> 預期效益之評估指標： <u>提升 3 年內治療牙齒保存率。</u>
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	-0.152%	-69.4	本項不列入 111 年度總額協 商之基期費用。
一般服務 成長率 (註1)	增加金額	3.054%	1,390.9	
	總金額		46,942.1	
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 109 年 11 月底前完成，新增 計畫原則於 109 年 12 月底 前完成，且均應於 110 年 7 月 底前提報執行情形及前 1 年 成效評估檢討報告。
醫療資源不足地區改 善方案		280.0	0.0	持續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		672.1	25.0	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(增列腦傷及脊髓損傷 之中度肢體障礙者)、老人 長期照顧暨安養機構及護理 之家與居家牙醫醫療服務。 2.執行目標： <u>服務 16.8 萬人次。</u> 預期效益之評估指標： <u>服務 人次。</u> 3.另有關擬新增之牙醫特定 身心障礙者社區醫療網， 需經中央健康保險署與牙 醫門診總額相關團體共同 研擬，提出共識之具體實 施方案，並於 109 年 12 月 底前提報全民健康保險會 同意後執行。

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
牙醫急診醫療不足區 獎勵試辦計畫	12.0	4.2	請中央健康保險署會同牙醫 門診總額相關團體，持續監 測醫療利用情形與評估執行 成效。
0~6 歲兒童口腔健康照 護試辦計畫 (110 年新增計畫)	60.0	60.0	1.本項經費不應支付預防保健 相關服務。 2.執行目標： <u>服務0~6歲兒童 2萬人</u> 。 <u>預期效益之評估指標：服 務人數</u> 。 3.請中央健康保險署會同牙醫 門診總額相關團體，擇縣市 試辦，具體實施方案請於 109 年 12 月底前提報全民健 康保險會同意後執行。
網路頻寬補助費用	136.0	0.0	1.經費如有不足，由其他預算 「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」支應。 2.請檢討並加強牙醫院所參與 率、檢驗(查)結果上傳率及 門診雲端藥歷查詢率，110 年度應達到院所參與率 100%之目標。 3.請中央健康保險署逐步調 整資料上傳獎勵金支付規 範，以 5 年(110~114 年)為 退場期程。
品質保證保留款	87.9	-13.3	1.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 110 年度品質保證 保留款(87.9 百萬元)合併運 用(計 204.3 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同牙醫 門診總額相關團體，持續檢 討品質保證保留款之發放資 格條件，訂定更具提升醫療 品質鑑別度之標準，落實本 款項獎勵之目的。
專款金額	1,248.0	75.9	

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
較 109 年度核定 總額成長率 (一般服務+專款) (註2)	增加金額	3.055%	1,466.8	
	總金額		48,190.1	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 45,551.0 百萬元(含 109 年一般服務預算為 45,589.2 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-65.5 百萬元與加回前 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 27.3 百萬元)。

2.計算「較 109 年度核定總額成長率」所採基期費用為 46,761.3 百萬元，其中一般服務預算為 45,589.2 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-65.5 百萬元及未加回前 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 27.3 百萬元)，專款為 1,172.1 百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

表 2 110 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		3.089%	817.5	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： 請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 110 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。
投保人口預估成長率		0.204%		
人口結構改變率		1.006%		
醫療服務成本指數改變率		1.873%		
協商因素成長率		1.171%	310.0	請於 110 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 年成效評估檢討報告；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	中醫針灸處置品質提升(110年新增項目)	0.684%	181.0	1. 執行目標： <u>提升中醫針灸處置照護品質</u> 。 預期效益之評估指標： (1) <u>新增自費項目，眼部特殊針灸，納入健保給付</u> 。 (2) <u>新增自費之輔助治療項目，納入健保給付</u> 。 2. 本項應以新增複雜性疾病特殊針灸治療及協同輔助治療項目為優先考量，請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，於 109 年 12 月底前提出具體實施方案(含分類標準、醫療服務內容及確保品質之標準作業程序)，並提報全民健康保險會核備。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
保險給付 項目及支 付標準之 改變	中醫傷科處置 品質提升(110年 新增項目)	0.578%	153.0	1.執行目標： <u>提升中醫傷科 處置照護品質</u> 。 預期效益之評估指標： <u>(1)管控傷科總處置時間。</u> <u>(2)新增自費之輔助治療項 目，納入健保給付。</u> 2.本項應以新增複雜性骨傷 疾病之整復治療及協同輔 助治療項目為優先考量， 請中央健康保險署會同中 醫門診總額相關團體，於 109年12月底前提出具體 實施方案(含分類標準、 醫療服務內容及確保品質 之標準作業程序)，並提 報全民健康保險會核備。
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	-0.091%	-24.0	1.為提升同儕制約精神，請 檢討內部稽核機制，加強 專業自主管理。 2.本項不列入111年度總額 協商之基期費用。
一般服務 成長率(註1)	增加金額	4.260%	1,127.5	
	總金額		27,592.0	
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109年11 月底前完成，新增計畫原則 於109年12月底前完成，且 均應於110年7月底前提報執 行情形及前1年成效評估檢討 報告。
醫療資源不足地區改善方 案 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 4.呼吸困難相關疾病(110 年新增項目)		140.6	5.0	持續辦理中醫師至無中醫鄉 執業及巡迴醫療服務計畫。 1.持續辦理腦血管疾病、顱 腦損傷、脊髓損傷，及新 增呼吸困難相關疾病中醫 照護。 2.新增呼吸困難相關疾病中 醫照護：
		234.0	30.0	

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
			<p>執行目標：<u>至少服務6,000人次</u>。</p> <p>預期效益之評估指標：<u>針對住院中之呼吸困難患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到呼吸功能恢復、日常生活能力改善、生活品質提升，併縮短住院天數，降低醫療費用支出。</u></p>
中醫提升孕產照護品質計畫	90.0	0.0	
兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	24.0	2.0	
中醫癌症患者加強照護整合方案	245.0	51.0	<p>持續辦理「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」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。</p>
中醫急症處置	10.0	0.0	<p>請檢討計畫執行情形及辦理方式，以提升執行成效。</p>
中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	50.0	0.0	
網路頻寬補助費用	81.0	7.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.經費如有不足，由其他預算「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」支應。 2.請檢討並加強中醫院所參與率及門診雲端藥歷查詢率，110年度應達到院所參與率100%之目標。 3.請中央健康保險署逐步調整資料上傳獎勵金支付規範，以5年(110~114年)為退場期程。

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		25.2	-35.6	1.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 110 年度品質保證保留款 25.2 百萬元)合併運用(計 48.0 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放資格條件，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額		899.8	59.4	
較 109 年度核定 總額成長(一般服 +專款)(註 2)	增加金額	4.306%	1,186.9	
	總金額		28,491.8	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 26,464.6 百萬元(含 109 年一般服務預算 26,475.1 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-39.6 百萬元與加回前 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 29.1 百萬元)。

2.計算「較 109 年度核定總額成長率」所採基期費用為 27,315.5 百萬元，其中一般服務預算為 26,475.1 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-39.6 百萬元及未加回前 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 29.1 百萬元)，專款為 840.4 百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

表 3 110 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 110 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估檢討報告；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(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於 109 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 109 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	1,000.0	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」專款項目不足之經費。 2.請中央健康保險署持續檢討經費動支條件，並建立長期效益評估指標，監測病人流向(含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益，於 110 年 7 月底前提出專案報告(含「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目)。 3.本項動支方案(含經費動支條件及相關規劃)應於 109 年 11 月底前完成相關程序，並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	0.0	請中央健康保險署持續評估山地離島地區需求，並滾動檢討、精進執行方案。另請加速推動山地鄉論人計酬試辦計畫。
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	6,544.0	374.0	1.本項醫療點數以每點 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。 2.請中央健康保險署精進執行方案，並持續推動不同醫療體系間的合作與轉介，朝全人照護方向發展。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
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、器官移植專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費	290.0	0.0	
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費	2,850.0	-150.0	請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。
推動促進醫療體系整合計畫	400.0	0.0	1.持續辦理「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」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」。 2.請中央健康保險署檢討執行方式，以增進計畫執行效益。另請加速推動「遠距醫療會診」服務。
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	1,000.0	178.0	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	980.0	44.0	1.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。 2.請中央健康保險署逐步調整資料上傳獎勵金支付規範，以5年(110~114年)為退場期程。 3.請於協商次年度總額前檢討實施成效，將節流效益適度納入各部門總額協商考量。
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	請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。
腎臟病照護及病人衛教計畫	450.0	23.0	1.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫，並研議新增急性腎損傷(AKI)病人照護與衛教。</p> <p>2.本項不含移至醫院及西醫基層總額之糖尿病與初期慢性腎臟病(Early-CKD)共同照護服務。</p> <p>3.請中央健康保險署持續推動腎臟移植，並利用雲端藥歷加強西藥與中藥之用藥管理，審慎開立藥物。</p>
提升保險服務成效	300.0	0.0	請中央健康保險署於 109 年 12 月底前訂定提升保險服務成效之評估指標，並於 110 年 7 月底前提出執行情形。
提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會盡速研訂計畫，以利執行。
總計	16,153.2	469.0	

表 4 110 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)	
一般服務					
醫療服務成本及人口因素成長率	3.730%	17,315.6	3.730%	17,315.6	
投保人口預估成長率	0.204%		0.204%		
人口結構改變率	2.262%		2.262%		
醫療服務成本指數改變率	1.257%		1.257%		
協商因素成長率	0.893%	4,148.3	1.399%	6,496.3	
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)	0.767%	3,562.0	0.767%	3,562.0
其他醫療服務利用及密集度之改變	藥品及特材給付規定改變	0.129%	600.0	0.312%	1,448.0
其他預期之法令或政策改變	持續推動分級醫療，壯大社區醫院(110年新增項目)	0.000%	0.0	0.108%	500.0
	應分級醫療調整，改變醫療供給型態(110年新增項目)	0.000%	0.0	0.215%	1,000.0
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.003%	-13.7	-0.003%	-13.7
一般服務成長率(註1)	增加金額	4.623%	21,463.9	5.129%	23,811.9
	總金額		485,686.9		488,035.9
專款項目(全年計畫經費)					
	C型肝炎藥費	3,428.0	-1,332.0	3,428.0	-1,332.0
	使用C肝新藥所需之檢測費用	0.0	0.0	0.0	0.0
	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	11,699.0	-3,846.0	11,699.0	-3,846.0
	後天免疫缺乏病毒治療藥費	5,257.0	5,257.0	5,257.0	5,257.0

項目	付費者代表方案		醫院代表方案	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,127.0	100.0	5,127.0	100.0
醫療給付改善方案	1,368.0	181.0	1,368.0	181.0
急診品質提升方案	246.0	86.0	246.0	86.0
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	-658.0	210.0	-658.0
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100.0	20.0	100.0	20.0
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,100.0	150.0	1,100.0	150.0
鼓勵院所建立轉診之合作機制	400.0	-289.0	400.0	-289.0
網路頻寬補助費用	127.0	13.0	127.0	13.0
品質保證保留款	880.4	-175.0	880.4	-175.0
專款金額	29,942.4	-493.0	29,942.4	-493.0
較109年度核定總額成長率(一般服務+專款)(註2)	增加金額		20,970.9	23,318.9
	總金額	4.100%	515,629.3	517,978.3
門診透析服務成長率	增加金額	1.653%	367.1	498.5
	總金額		22,574.2	22,705.6
較109年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)(註3)	增加金額	3.995%	21,338.0	23,817.5
	總金額		538,203.5	540,683.9

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為464,225.7百萬元(含109年醫院一般服務預算464,885.7百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-692.4百萬元與加回前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32.5百萬元)。

2.計算「較109年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為495,321.1百萬元，其中一般服務預算為464,885.7百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-692.4百萬元及未加回前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32.5百萬元)，專款為30,435.4百萬元。

3.計算「較109年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」所採基期費用為517,528.2百萬元，其中一般服務預算為464,885.7百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-692.4百萬元及未加回前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32.5百萬元)，專款為30,435.4百萬元、門診透析為22,207.1百萬元。

4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

表 5 110 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)	
一般服務					
醫療服務成本及人口因素成長率	2.954%	3,548.9	2.954%	3,548.9	
投保人口預估成長率	0.204%		0.204%		
人口結構改變率	1.585%		1.585%		
醫療服務成本指數改變率	1.159%		1.159%		
協商因素成長率	0.171%	205.0	0.845%	1,014.2	
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)	0.158%	190.3	0.250%	300.0
其他醫療服務利用及密集度之改變	藥品及特材給付規定改變	0.064%	76.5	0.416%	500.0
	推動科際平衡(110 年新增項目)	0.000%	0.0	0.000%	0.0
	推動基層「全人醫療」(110 年新增項目)	0.000%	0.0	0.000%	0.0
	因應肺炎疫情上呼吸道感染照護費(110 年新增項目)	0.000%	0.0	0.230%	276.0
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	-0.051%	-61.8	-0.051%	-61.8
一般服務成長率 (註 1)	增加金額	3.125%	3,753.9	3.799%	4,563.1
	總金額		123,894.0		124,703.7
專款項目(全年計畫經費)					
	家庭醫師整合性照護計畫	3,670.0	170.0	4,150.0	650.0
	鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	0.0	258.0	0.0
	平轉獎勵-糖尿病視網膜眼底檢查、子宮頸抹片、大腸癌篩檢(110 年新增項目)	0.0	0.0	0.0	0.0
	C 型肝炎藥費	292.0	-114.0	292.0	-114.0
	強化基層照護能力及「開放表別」項目	920.0	100.0	920.0	100.0
	醫療給付改善方案	655.0	196.0	655.0	196.0

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)
網路頻寬補助費用	214.0	3.0	214.0	3.0
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	55.0	-55.0	55.0	-55.0
後天免疫缺乏病毒治療藥費	55.0	55.0	55.0	55.0
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	11.0	0.0	11.0	0.0
西醫醫療資源不足地區改善方案	317.1	0.0	317.1	0.0
偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	50.0	0.0	50.0	0.0
新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.0	178.0	0.0
品質保證保留款	115.8	-164.7	115.8	-164.7
新冠肺炎/武漢肺炎(COVID-19)所造成之醫療成本增加(含風險加給)(110年新增項目)	0.0	0.0	500.0	500.0
專款金額	6,790.9	190.3	7,770.9	1,170.3
較 109 年度核定總額成長率(一般服務+專款)(註 2)	增加金額	3,944.2	4.405%	5,733.4
	總金額	130,684.9		132,474.6
門診透析服務成長率	增加金額	893.7	4.840%	893.7
	總金額	19,359.6		19,359.6
較 109 年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)(註 3)	增加金額	4,838.0	4.460%	6,627.2
	總金額	150,044.5		151,834.2

- 註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為120,139.6百萬元(含109年西醫基層一般服務預算120,285.1百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-180.4百萬元與加回前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35.0百萬元)。
- 2.計算「較109年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為126,885.7百萬元，其中一般服務預算為120,285.1百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-180.4百萬元及未加回前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35.0百萬元)，專款為6,600.6百萬元。
- 3.計算「較109年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」所採基期費用為145,351.5百萬元，其中一般服務預算為120,285.1百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-180.4百萬元及未加回前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35.0百萬元)，專款為6,600.6百萬元，門診透析為18,465.8百萬元。
- 4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

第 4 屆 109 年 第 7 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 6)次委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

主任委員、各位委員，大家早安。大家昨天協商辛苦了，謝謝大家。現在已到開會時間，經統計委員出席的人數已經過半，達法定開會人數，敬請主席宣布開始開會。

周主任委員麗芳

- 一、各位委員、各位與會代表，大家好！今天我看各位委員都精神抖擻，因為昨天進行的 110 年度總額協商會議，可以說是破紀錄，第一次在晚上 8 點以前結束，展現本屆委員的團結與效率。雖說醫院及西醫基層總額是兩案併陳，但相信在部長的睿智下，會做最妥適的裁決。在此也恭喜已經達成協議的牙醫門診、中醫門診總額及其他預算，感謝健保會同仁在這段期間挑燈夜戰、不眠不休，請大家給健保會幕僚同仁一個掌聲，謝謝！
- 二、在此也恭喜健保會幕僚同仁製作的「107 年版全民健康保險會年報」，榮獲衛福部 109 年度政府出版品評獎之連續出版品類優良獎，感謝周執行秘書淑婉及其帶領的健保會所有同仁。
- 三、其次，今天桌上還有一份 109 年度社區藥局實地訪查邀請函，很感謝中華民國藥師公會全國聯合會黃理事長金舜有創新的想法，在今年 12 月份首次舉辦社區藥局的實地參訪，在此邀請委員踴躍出席，實地了解社區藥局的作業情形。接下來開始今天的委員會議，謝謝！

周執行秘書淑婉

- 一、在確認議程安排之前有件事情先向委員報告，依據本會會議規範規定，健保署署長是法定列席人員，健保署在 9 月 24 日函知李署長伯璋不克出席，本次會議請假，由蔡副署長淑鈴代理，來函影本放在各位委員桌上，請委員參閱。

二、本次議程安排，計有討論事項 2 案，第 1 案依照本年度工作計畫排定，確認昨日(9 月 24 日)協商結論，即 110 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案。向各位委員報告，幕僚昨天直到半夜 1 點才將資料整理好，今天早上還有略做微調，若仍有疏漏的部分，再請委員指正。第 2 案是本次委員提案；報告事項 1 案是依照本年度工作計畫排定。

周主任委員麗芳

如果委員沒有意見的話，議程確認。接下來進行上(第 6)次委員會議紀錄確認。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請問各位委員對上次會議紀錄內容有無修正意見？(委員回應：沒有)好，會議紀錄確認，請進行下一案。

貳、「上(第 6)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

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉報告。

周執行秘書淑婉

- 一、說明一是上(第 6)次委員會議的決議(定)事項計有 4 項，依辦理情形建議解除追蹤 2 項，繼續追蹤 2 項，請委員參閱會議資料第 12、13 頁，最後仍依委員會議定結果辦理。
- 二、請委員參閱會議資料第 12 頁，擬解除追蹤 2 項，項次 1 是討論事項有關「經導管置換瓣膜套組(TAVI)」自付差額特材納入健保給付建議案，委員意見已經送請健保署參考。項次 2 對於健保署 7 月份業務執行報告，委員所提意見，健保署也有做回應，請委員參閱會議資料第 14、15 頁，建議解除追蹤。繼續追蹤案，則請委員參閱。
- 三、說明二，委員關切兩項歷次委員會議決議(定)事項與協商事宜有關者辦理進度，如附件二。委員關心的是與安全準備及健保財務相關部分，詳細辦理情形請委員參閱會議資料第 16 頁。
- 四、說明三，為利委員實地了解健保業務推動狀況，幕僚本來安排在 3 月辦理業務訪視活動，因為疫情關係，依本年第 1 次委員會議決定延期辦理，目前規劃延到本年 12 月，預定於 12 月 24~25 日到中央健康保險署高屏業務組，辦理業務訪視活動與第 10 次委員會議，訪視主題是「山地離島地區醫療給付效益提升計畫執行成效」。時間為 2 天 1 夜，行程表草案在會議資料第 17 頁，活動安排得很充實，敬請委員預留時間參加。
- 五、說明四，有關健保署本年 6 月至 9 月發布及副知本會的相關資訊，本會已於 9 月 11 日寄至委員電子信箱，詳細內容及附件請委員參閱，重點摘要請委員參閱。

- 六、請委員參看桌上有本次會議的補充資料，說明五，依據健保法規定，本會的會議實錄應於會議後 10 日內公開，因此本次的會議實錄必須於 10 月 5 日前上網，因為 10 月 1 日、2 日是中秋節國定假日，本次的會議實錄製作時間比較趕，為利作業，預定於 9 月 28 日(星期一)前送請委員確認發言內容，拜託委員於 9 月 29 日(星期二)中午前回覆修正內容，我們才能依法完成上網公開作業。
- 七、說明六，要請委員諒解，本會自本年 10 月份起，將恢復寄送紙本會議資料，不另提供會議資料電子檔。本來為配合節能減碳政策，109 年起提供本會委員與法定列席人員會議資料紙本，其餘與會人員自行下載電子檔使用。但考量本會召開委員會議前，相關議案沒有經過討論與決議，依政府資訊公開法第 18 條規定，會議資料內容還沒有討論，屬於內部撰稿或準備作業，符合限制公開或不予提供的要件，在未獲決議前如予公開或提供，將徒增不必要的困擾。主要是本會的討論案內容若尚未在委員會討論之前，被媒體報導可能將造成困擾或影響後續討論結果，鑑於電子檔下載公開較容易，因此自 10 月份起將依政府資訊公開法，不另提供電子檔，但仍依健保法規定於會議 7 日前公開議程，會後 10 日內公開會議實錄，請委員諒解配合。
- 八、本會幕僚製作的「107 年全民健康保險年報」，榮獲衛福部政府出版品評獎之連續出版品類優良獎，這是本會第 2 次得獎，蠻開心的。
- 九、另外，桌上有 1 份資料是台灣健康經濟學會與國立陽明大學防疫科學中心，於 10 月 9 日(星期五)在國立陽明大學共同辦理「疫情下健保改革世代對話研討會」，研討會由周委員穎政主辦，希望邀請委員參加，議程已經放在委員桌上，想參加的委員可以填寫報名回條，會後交給同仁統一代為報名。

周主任委員麗芳

謝謝周執行秘書淑婉詳盡的說明，請問委員有沒有提出垂詢？請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

謝謝周執行秘書淑婉的說明，請委員參閱會議資料第 16 頁，委員關切的決議事項及辦理進度，有關「近年健保應提列安全準備來源受到社保司自行解釋並逕減，影響安全準備之實際權責數字」，而健保署的回覆「政府應負擔健保總經費 36% 不足數之計算方式，業經行政院協商及主管機關『認定』」，對於前述「認定」字眼看起來似乎很簡略，試問行政院協商及主管機關的「認定」是否有法規依據作為基礎？主管機關既然沒有說明清楚，我今天試著用圖解幫大家說明清楚。

- 一、首先，請大家參看螢幕第 1 張投影片，應提列安全準備來源，整塊圓形圖，代表健保法第 2 條規定「保險經費」的計算內涵，就是上面「保險給付支出」(綠色區塊)，再加下面「應提列安全準備」的法定計算項目，依健保法第 76 條第 1 項規定很清楚，應提列安全準備內涵有 5 款因子，分別是第 1 款「收支結餘(≥ 0)」(藍色區塊)，以及第 2~5 款「滯納金、運用收益、菸品健康捐、其他法定收入」(橘色區塊)。
- 二、最後依健保法第 3 條規定，政府應負擔健保經費之金額 $\geq 36\% \times [(\text{保險給付支出} + \text{應提列之安全準備}) - \text{法定收入}]$ ，政府最少要負擔 36%，但追蹤近年政府都沒有達到這個 36% 比例。如果在財政拮据下，會如何減輕其承擔健保經費？從第 2 張投影片，下方的法定收入移除掉(橘色區塊)，即不當重複扣除「法定收入」；再看第 3 張投影片，由於近年度發生收支「短絀」，因此，依應提列安全準備的收支「結餘」數應歸零(藍色區塊)，而不是像權責單位逕行以短絀「負數」帶入計算，這是不符合本法第 76 條第 1 項第 1 款規定，我以綠色虛線標示的區塊，就是被逕行刪減的部分；歸納以上因素，導致政府計算每年應負擔健保經費都沒有達到 36%，105 年約 35%、106

年 34%、107 年 34%、108 年下降到 33%。

三、請委員參閱會議資料第 24 頁，我們辛辛苦苦在去年 12 月 27 日委員會決議，拜託健保署提供「委員依法主張」的財務收支情形表，請大家看到目前健保署仍執意提供的表格，中間「政府應負擔不足法定 36%之差額」部分，110 年不論是高推估或是低推估，政府負擔 36%不足數都是 650 億元，為何一樣都是 650 億元？正常邏輯，健保經費越高，政府應負擔 36%不足數應該愈高，但該表「高、低推估」列示出來都是 650 億元！剛才向大家說明過了，因為政府將短絀數扣掉，所以造成兩個數字一樣。這將會影響到什麼？這將會嚴重減少我們的安全準備！我們請大家看到該頁最下面，財務收支表的右下方，約當保險給付月數，也就是安全準備的預警指標，如果 110 年總額協商採下限的話會有 0.54 個月，採上限的話會有 0.33 個月，請問我們的安全準備，真的有這麼低嗎？

四、今年年初部分媒體就開始鼓吹要調整費率，但實際的情形是，請大家看到投影片第 6 頁，如果將被不當扣除掉的部分加回來的話，110 年總額採下限推估出來的約當保險給付月數，已經不是 0.54 個月，而是 2.5 個月，110 年總額採上限推估出來的約當保險給付月數，已經不是 0.33 個月，而是 2.3 個月，110 年安全準備有 2.3~2.5 個月，何須勞駕大家調漲費率？不需要了！以上報告。

周主任委員麗芳

其他委員還有沒有垂詢？請何委員語。

何委員語

一、首先要對陳委員炳宏表示敬佩，陳委員對自己的本職工作十分盡責，剩下的時間全為健保會賣命付出，我昨天晚上 11、12 點聯繫他，他還在辦公室做圖表資料，很欽佩他願意為健保會這麼投入，一直追蹤政府應負擔健保法定下限 36%的短差，真的非常敬佩他。

二、請看今天會議資料第 24 頁，107~110 年健保財務收支情形表，保險費收入的第 3 項「3.政府負擔不足法定 36%之差額」，這是公式資料，政府的公式資料都寫政府負擔不足差額，那為甚麼政府都不補，如果可以補足，會有超過 2.5 個月的健保安全準備金，明年就不必調漲保費，所以政府不該揩全民健保的油，目前政府在外面花個幾百億都很大方，為甚麼這些應該補足的部分都沒有補，這是我重申的，政府負擔不該連續 4 年都撥補不足，讓不足金額越差越大。

三、另一點要請教健保署，會議資料第 15 頁，委員詢問區域級(含)以上醫院門診減量措施檢討會議辦理情形，健保署說明為：有關區域級(含)以上醫院門診減量措施，自 107 年第 3 季實施，惟 109 年為利醫界全力配合防疫，該項措施不辦理核扣作業，最後一句「110 年將依貴會總額協定事項辦理」。但 110 年總額協商草案並沒有列出這項讓本會進行協議的文字啊？我們怎麼知道這個項目在哪一項可讓委員做協定？我一直想不通，請教健保署哪個協商項目跟這個有關？我到現在都弄不清楚，因為昨天整天都沒有協商到這個議題。

周主任委員麗芳

何委員語，蔡副署長淑鈴請您就剛才詢問的地方再講 1 遍。

何委員語

就是會議資料第 15 頁下面，對我在第 6 次委員會議議事錄第 74 頁的詢問，健保署說明的文字裡面，最後一句不是說「110 年將依貴會總額協定事項辦理」，但昨天協定事項沒有這 1 項啊，昨天總額協定事項沒有這 1 項，沒有醫院門診減量的項目啊！

周主任委員麗芳

好，等一下請蔡副署長淑鈴說明。

何委員語

等一下請講清楚是在總額協定事項的哪 1 項。

周主任委員麗芳

我們等一下統一回答，請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、我非常佩服陳委員炳宏將政府應負擔健保法定下限 36% 的短差做那麼詳細的說明，雖然我沒有做這些圖表，不過我想大家應該都清楚，愛滋病藥費自 106 年納入健保給付之後，到 110 年已編列將近 170 億元左右的健保預算支應，照理說疾管署應該要把公務預算相關經費移過來。有關 C 型肝炎藥費，我想在座有許多委員都清楚，當時總額協商要通過 C 肝預算的時候，有個非常重要的決議，就是必須有相對的公務預算挹注，但這幾年來政府有投入多少預算？其實都是由健保及全民買單。
- 二、姑且不論政府調降菸品健康捐分配予健保安全準備之比例，剛剛陳委員也有談到，政府硬是修改健保法施行細則 45-1 條，將 7 項社會福利支出部分，都灌在政府應負擔健保法定下限 36% 之中，讓政府預算少支付這些費用，當然會讓整個健保財務雪崩式的下滑，一個大有為的政府不該吃老百姓的豆腐。
- 三、希望社保司及健保署應該要誠實向全民說清楚，否則在大環境經濟情況這麼不好的狀態下，一直在講調漲費率，對民眾而言是個壓力。因應新冠肺炎疫情，政府已經拿出許多特別預算，若這些預算能挹注健保，我想健保費率可以不用調漲，更不用講陳委員炳宏談的，還有 2.5 個月的安全準備，健保會應正視這個問題，也希望社保司、健保署要好好計算一下。
- 四、另外我建議付費者委員聯合拜訪行政院長或政府相關主管，把這件事情攤開來說清楚，否則對全民百姓非常不公平。

周主任委員麗芳

請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、我附議趙委員銘圓的建議，希望健保會安排時間讓我們去拜訪

行政院院長，我們把所有的資料整理好，看他怎麼答覆。本來健保財務問題應該是健保署要想辦法處理的，但好像健保會提出來，你們也沒有處理。不如我們健保會委員自己籌組，來向我國行政最高單位反映，如果要再調費率，請政府依法先將政府應負擔健保法定下限 36% 的短差補齊，如果還不夠，我們再來探討是否要調部分負擔或保險費率。

- 二、我希望透過健保會請健保署協助，對於陳委員炳宏所提的資料，請健保署配合核對或有無其他意見，或是健保署可以提出解決辦法，由健保會委員做出決議，再由健保署進行處理。看是由健保署想辦法或是我們共同設法努力，政府應負擔健保法定下限 36%，本來就是政府應該負的責任，我們要真正做到讓上層有感覺，不然很麻痺，說了那麼多年，政府還是撥補不足。希望主席能重視此案，真正落實看有什麼辦法能讓上層知道，應該要先將上開問題處理好，我們再來談費率相關問題。

周主任委員麗芳

要請本會的公正人士賴委員進祥提供高見，因為賴委員當時在健保署擔任副總經理時，完成了一項不可能的任務，就是跟地方政府催收欠費，績效卓著，特別請教賴委員是否可以提供高見。

賴委員進祥

我認為這件事所以爭議不休，問題在於政府應負擔健保費的範圍跟定義，一直沒有界定清楚。如果現在就要求健保署安排本會委員去行政院見蘇院長貞昌，請他重視這個問題，在程序上有點逾越。是不是我們在今天會上共同作成一個建議，然後由健保會將建議呈送給衛福部陳部長時中，如果陳部長在一定的期間內，沒有作出明確回應，健保會再安排我們這些委員，跟衛福部陳部長及健保署李署長等重要的官員，進行面對面的討論。如果討論結果大家仍不滿意，再考慮是不是到行政院見蘇院長，這樣循序漸進，程序比較完整。

周主任委員麗芳

謝謝賴委員進祥的建議，他建議我們循序漸進，依循程序在不同層級將我們的意見反映出去，請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

- 一、謝謝趙委員銘圓、林委員錫維、何委員語挺力相助。
- 二、請幕僚再播放 1 次第 1 張投影片，這個圓融的圖已完整的呈現整個法規的結構。因為今天想用看圖說故事的方式表達，讓大家簡明易懂，所以圖中沒有逐字列示法規，但邏輯都已呈現在其中。請問今年上半年委員有沒有提案，109.4.24「建請健保署於今年上半年協助本委員會向行政院彙報說明本案」，最後有沒有安排？沒有！各位有沒有印象，我們有沒有連署？有連署！程序有沒有走完？有走完嘛！對法的闡述盡力了沒？盡力了！
- 三、請幕僚播放第 5 張投影片，在計算政府應負擔 36%時，權責單位已將中間那塊虛線框起來的短絀數扣除了，造成計算政府要負擔的 36%法定經費，不管花多少錢、預算編多少錢，都不受影響。例如，第 1 個假設「支出 110 元、短絀數是 10 元」，第二個假設「支出 120 元、短絀數是 20 元」，權責單位在計算政府應負擔健保經費時，都已將「給付支出」減去「短絀數」，兩者結果都是以 100 元來計算應負擔的 36%經費，算出來的結果都一樣的。
- 四、所以，這不符合去年年底(108.12.27)，委員連署提案所提出來的收支分析表。請問我們有沒有在委員會提出明確建議？有！有沒有走完相關行政程序？我們程序都走完了！在座的各位委員若認為相關行政程序沒有完成的，請舉手(未有委員舉手)，這代表大家都認同我們已經完成了相關的行程流程。
- 五、我想請大家回顧，去年總額協商會議時，當天晚上離開時的天候及氛圍，是不是陰雨綿綿；而昨晚協商會議結束後，是不是也是同樣的天氣。請大家回想老祖先曾經提及「萬般帶不走，唯有業隨身」這句話，我們付費者委員真誠的，不斷提醒、再

提醒，得到的結果是推延、再拖延。

六、在體制內已經走到這種地步了，還要再拖下去嗎？我已經畫圖詳加說明了，期盼我們善念轉成善業。

周主任委員麗芳

陳委員炳宏，我們都非常感謝你。

陳委員炳宏

我都講得這麼清楚，這張圖畫得這麼圓融，本法的第 2 條、第 3 條、第 76 條第 1 項都融合在裡面，還需要解釋什麼相關法令？在此真誠的提醒，給該負責的人。

周主任委員麗芳

一、非常感佩陳委員炳宏的認真，昨天我們開會到那麼晚，他今天還準備那麼詳盡的資料，非常感謝。也感謝剛剛幾位委員表達對這個議題的關心，剛剛公正人士賴委員進祥也有提出建議，我個人認為不妨考慮朝此方向進行。

二、感謝今天陳委員炳宏詳盡的報告，我們會將逐字稿一併報到部裡面，也讓社保司、健保署跟部長先研議，之後再看研議後的結果，必要時再來進行後續作業。

三、回到今天議程，針對「上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」，剛剛已有幾位委員提出詢問，是不是請健保署蔡副署長淑鈴先回應。

蔡副署長淑鈴

有關何委員語詢問區域級(含)以上醫院門診減量的檢討會議部分：

一、健保署每年都會依照年度總額協定事項辦理相關事宜，這些協定事項都是健保會在總額協商時的建議或決議，健保會將總額協商結論陳報衛福部後，健保署依部核定下來的協議事項辦理。

二、在此跟何委員語報告，從 106 年開始就有與門診減量相關決定事項，我們是從 106 年開始推動區域級(含)以上醫院門診減

量，107、108 及 109 年都有相關的協定事項，要進行門診減量相關措施，今(109)年協定事項是「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，並定期檢討。109 年醫學中心、區域醫院門診件數不得超過 106 年之 94.12%」，這些文字都列在衛福部核定事項中，所以跟何委員語報告，從 106 年開始至今，我們不斷推動區域級以上醫院門診減量措施，目的在落實分級醫療及轉診制度，我想這部分何委員語也都理解。

三、有關會議資料第 15 頁，何委員語上次會議所提意見，本署的回應說明部分，今年因為疫情的關係，導致民眾不敢去大醫院就醫，區域級以上醫院整體的門診量並沒有比去年多，甚至更少，所以在年初時暫停門診減量的措施，但仍持續進行監測。

四、在本政策還沒暫停前，曾規劃要召開門診減量檢討會議，但今年因疫情，已暫停執行區域級以上醫院門診減量措施，也沒有進行相關的核扣作業，因為並非每家醫院的門診量都呈現負成長，仍有少數醫院門診量呈正成長，但考量醫界辛苦配合防疫，所以目前已經暫緩相關措施，而原訂要進行的檢討會議，也因為今年暫緩實施，所以就配合門診減量政策重新啟動時再進行，但仍會持續監測、檢討。

五、昨天進行 110 年度總額協商，雖然還是有很多項目涉及分級醫療，但並沒有看到委員有相關的建議，以上說明。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

謝謝蔡副署長淑鈴的說明，可是我前天晚上看協商會議資料，看到 12 點，在醫院總額部分，健保署都沒有寫繼續執行區域級(含)以上醫院門診減量措施，或許我年紀大了也眼花，能不能告訴我哪 1 頁哪個地方有寫呢？我沒有看到那段文字(蔡副署長淑鈴回應：沒有寫)，因為你們沒有寫，所以我在總額協商會議時就沒有特別提出

來，這就是我要請問的原因。

蔡副署長淑鈴

一、謝謝何委員語，現在就是回憶那段文字，其實這幾年來每年協商結果都有相關文字，但昨天協商時，因為大部分的與會代表都沒有提到這件事情。我剛請李組長純馥幫我回憶一下，當時是健保署提出，或是委員主動加上，這部分我需要一點時間再釐清，等找到資料後再跟您報告。

二、事實上近幾年在總額協商時，都有相關文字，但昨天協商會議中確實沒有討論到，因為今年門診減量措施已暫緩執行，這是目前的狀況，謝謝。

周主任委員麗芳

何委員語您所關心的部分，蔡副署長淑鈴會找資料後回復。

何委員語

蔡副署長淑鈴說今年暫緩執行，但在醫院總額協商時，我一直都沒有看到與分級醫療、門診減量有關的文字。

蔡副署長淑鈴

跟委員報告，今年健保署確實沒有提出相關的文字。

何委員語

因為我沒有看到相關文字，以為健保署要開檢討會了。

蔡副署長淑鈴

今年因為疫情，整體醫院門診大量減量，甚至已超過我們想要每年減少 2%的目標，雖然個別醫院有差異，但因為今年整體都達成減量目標，所以檢討會議沒有開，等到要重新啟動時，會累積大家近年努力的結果，再召開檢討會議。

何委員語

OK。

周主任委員麗芳

謝謝，本案我預做以下決議：

- 一、上次委員會議決議(定)事項辦理情形，擬解除追蹤案共 2 項，同意依照幕僚之擬議解除追蹤，擬繼續追蹤案共 2 項，同意依照幕僚之擬議繼續追蹤。
- 二、有關周執行秘書淑婉報告的會議資料提供部分，我要再提醒一下，本委員會議資料屬內部之擬稿或準備作業，符合政府資訊公開法第 18 條應限制公開或不予提供之條件，爰自 109 年 10 月起恢復以紙本送達會議資料，不另提供電子檔。
- 三、委員所提供意見送衛生福利部社保司及健保署參考，接下來進行討論事項。請吳委員鴻來。

吳委員鴻來

有關今天會議補充資料第六點會議資料電子檔的問題，請問能否在會後提供電子檔？我知道現在是不要在開會前把會議資料散布出去，那請問會後可否提供？

周執行秘書淑婉

目前依照法規規定，委員會的議事錄都會完整的呈現，但目前會議資料沒有特別公開在網路上，主要是怕被誤用，已經作成決定的內容上網公開比較沒有爭議，但在會議前還沒有進行或未完成討論的資料內容，我們覺得比較不適合對外提供。

周主任委員麗芳

謝謝，接下來進行討論事項。

參、討論事項第一案「110 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案」與會人員發言實錄
同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、向委員報告，本案主要是要確認昨天 4 個總額部門及其他預算的協商結果，請委員看到今天會上所發的整份協商結論，依序是醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額及其他預算協商結論，還有 1 張淡綠色單張是中醫部門的更正資料，請委員審閱。
- 二、依據昨天協商結果，醫院跟基層總額兩案併陳，請雙方委員確認各自的方案內容，牙醫門診、中醫門診總額跟其他預算達成共識方案，請委員共同確認所整理的結論是不是昨天的共識。
- 三、此外，需要依據昨天協商結論調整新增項目的「執行目標」及「預期效益之評估指標」，昨天會後各總額部門都已提供相關內容，幕僚也納入協商結論內，請委員一併確認。接下來建議依昨天部門協商的次序，逐一進行確認，但依據總額協商程序，若有修正需要，需在不違反昨天協商意旨下，才能酌予修正文字。
- 四、建議從醫院總額開始進行確認，協商結論每頁下方都有依部門編排頁碼，如：醫院第 1 頁、西醫基層第 1 頁，若委員認為有哪 1 頁的文字需要修正，麻煩提出來，幕僚直接在現場電腦上進行修正，以上報告。

周主任委員麗芳

- 一、謝謝陳組長燕鈴的說明，健保會同仁非常辛苦，昨天也是挑燈夜戰，沒有鋼鐵般的健保會幕僚同仁，總額協商工作恐怕難以順利完成，感謝幕僚今早就高效率的提供這麼完整的資料。
- 二、昨天第 1 個協商的是醫院部門，請大家一起參看書面資料，因為文字量龐大，我想就不要從頭宣讀，委員若看到有疑義的地方請直接提出，除了付費者代表要確認「付費者代表方案」

外，醫院部門代表也要仔細看「醫院代表方案」的協商結論，若有意見，請逐一提出。

周執行秘書淑婉

補充報告，昨天幕僚將資料整理完成後，都事先將檔案寄送給各總額部門的幕僚窗口，理論上都有大致先看過，若還有疏漏的部分，再請大家提出來討論。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

一、關於醫院部門協商結論，我想跟付費者代表確認一下，也許我是沒有注意到，在協商結論醫院第 5 頁最下方，門診透析服務總費用成長率為「3.1%」。

二、我印象中，昨天在協商門診透析服務費用時，蔡委員明鎮有提到，若醫界協商代表不同意總成長率 3.1%，付費者代表方案就回到 2.9%，請問付費者代表方案最後是 3.1%或是 2.9%？

周主任委員麗芳

請門診透析服務主談委員蔡委員明鎮說明。

蔡委員明鎮

滕委員西華提到，協商結論醫院第 5 頁「門診透析服務總費用成長率為 3.1%」，3.1%是付費者代表昨天給的額度，但並未獲醫界代表接受。昨天在協商過程中，我是有說過「若他們不同意，就回到原來提出的 2.9%」這樣的話。

滕委員西華

我昨天聽到的也是這樣。

蔡委員明鎮

有，我有這樣講。

周主任委員麗芳

請幕僚同仁也確認一下。

陳組長燕鈴

- 一、向各位委員報告，當時協商過程大致是這樣的，醫界代表一開始提出來的門診透析服務費用總成長率是 4%，付費者代表則提出 2.9%，之後付費者代表拋出總成長率提高到 3.1%的方案，醫界代表則回應從 4%往下調降至 3.7%。
- 二、因為醫界代表已從 4%調降為 3.7%，因此雖然雙方沒有達成共識，但付費者代表方案是 3.1%，若醫界代表方案維持 4%，則付費者代表方案則回到 2.9%不動，幕僚是依據委員協商討論過程的意旨及最後的決定來辦理。

周主任委員麗芳

- 一、因為當時醫界代表方案已降為 3.7%，所以付費者代表方案就是 3.1%。
- 二、昨天的 3 位主協談委員，主談蔡委員明鎮、協談許委員馥洪及鄭委員素華，請 3 位主、協談委員來說明。

蔡委員明鎮

昨天協商門診透析服務費用時，我說進行快一點，我把底線給你，就是 3.1%，醫界代表回應他們調成 3.7%，我有說過如果協商不成就照原案送，原案就是 2.9%。

周主任委員麗芳

(現場有委員表示是 3.1%)好幾位委員說 3.1%，請 3 位主協談委員表達意見，可以接受 3.1%嗎？

蔡委員明鎮

沒有關係啦，3.1%也可以，協商過程都有錄音。

何委員語

沒有沒有，現在不是協商會議，今天是要確定昨天討論的結果，如果昨天協商結果是 2.9%，那就是 2.9%。

周主任委員麗芳

昨天付費者代表方案結論是 2.9%嗎？請朱委員益宏。

朱委員益宏

因為昨天我也在會議現場，我並沒有聽到「雙方協商不成，付費者代表方案就要退回 2.9%」這句話，應該要再確認一下錄音檔。

周主任委員麗芳

請幕僚聽錄音檔來確認最後的協商結論。

朱委員益宏

如果今天付費者代表要修改成長率的話，醫院方案的成長率也要修正。

周主任委員麗芳

一、幕僚同仁都有協商會議的錄音檔案，已請幕僚調出來確認，等幕僚確認昨天協商的結果後，就會回報，再依昨天協商的結果來修正，現在就暫時不要討論了。

二、針對醫院部門，請問其他委員有沒有問題？請劉代理委員碧珠。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

有關醫院部門門診透析服務費用的部分，在昨天協商過程中，我們有提出如果付費者代表願意調高的話，我們這邊也願意從 4% 往下調降到 3.7%；若今天付費者代表方案調整為 2.9%，我們也要調整為原來提的 4%。

周主任委員麗芳

一、有關門診透析服務費用總成長率，醫界的意見是如果付費者代表方案為 3.1%，醫院部門方案就是 3.7%，若付費者代表方案改為 2.9%，則醫院部門方案就要調回 4%。

二、已經請幕僚聽錄音再去確認當時協商結果付費者方案到底是 3.1% 還是 2.9%，等確認成長率後再填入數值。蔡副署長淑鈴表示要補充說明，請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

一、主席、各位委員，對於協商結論中醫院總額協定事項的文字，

有幾項建議，希望文字能更精準一點，請看到協商結論醫院總額第6頁第2行，有關門診透析服務的2項協定事項(付費者代表方案)，建議文字修正為：

(一)加強腎臟病前期的整合照護，強化延緩病人進入透析之照護，並持續推動糖尿病與慢性腎臟病整合照護。

(註：原文字為：加強腎臟病前期的整合照護，強化延緩病人進入透析之預防性措施，並持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合)

(二)持續推動腎臟移植，並利用雲端藥歷加強對腎功能不佳病人提示審慎使用 NSAID 藥物及中西藥併用之訊息，提醒醫師審慎開立藥物。

(註：原文字為：持續推動腎臟移植，並利用雲端藥歷加強西藥與中藥之用藥管理，審慎開立藥物)

二、這些是目前健保署已在執行的內容，會比較明確。

周主任委員麗芳

我要確認一下，請問是建議修改付費者代表方案，還是醫院部門方案？

蔡副署長淑鈴

在醫院總額協商結論中，有關門診透析服務的協定事項，雙方方案的文字內容都是一樣的。

周主任委員麗芳

請問付費者代表是不是同意健保署的文字修正？(付費者代表委員回應：可以啦！)

周主任委員麗芳

好，付費者代表方案依蔡副署長淑鈴提出的文字做修正。

蔡副署長淑鈴

一、協商結論醫院總額第7頁，健保署有一些執行困難，在項目「(3)持續推動分級醫療，壯大社區醫院」以及項目「(4)應分級醫療調整，改變醫療供給型態」，這2個項目都有預期效益

之評估指標。

(一)「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」的預期效益之評估指標是「醫院部門地區醫院門診平均點值提升 0.17%」，「應分級醫療調整，改變醫療供給型態」的預期效益之評估指標是「醫院部門區域級(含)以上住院平均點值提升 0.4%」。

(二)目前醫院總額的點值結算是不分層級，也不分門住診，不知道這樣的指標內容適不適合列為預期效益之評估指標，這是實際執行面的細節，提請各位委員討論。

二、協商結論醫院總額第 8 頁「使用 C 肝新藥所需之檢測費用」下方的說明，建議酌修為「鑑於 C 肝病人須於使用 C 肝新藥治療前、治療結束時及治療結束後第 12 週檢測 RNA 病毒量定量檢測」，這段文字應該是這樣的內容，請大家討論。目前文字只有 NA，漏打 R，應該是 RNA(ribonucleic acid，核糖核酸)。

三、協商結論醫院總額第 9 頁，醫療給付改善方案(3)，請將「糖尿病醫療給付改善方案」這幾個文字刪除，因為這方案已經導入支付標準，已經沒有這個方案了。

四、協商結論醫院總額第 11 頁，建議同前面所提，修正(醫院代表方案)門診透析服務 4(1)、(2)的文字內容，若委員同意，建議就照前面所提的意見修正。

周主任委員麗芳

一、關於文字修正部分，委員是否同意依照健保署的建議文字來修正、調整？蔡副署長淑鈴提到，協商結論醫院總額第 7 及 8 頁中，2 項預期效益評估指標有實務執行上的困難，有關「醫院部門地區醫院門診平均點值提升 0.17%」及「醫院部門區域及(含)以上住院平均點值提升 0.4%」，目前並沒有相關數據資料，需要做修正，才有辦法執行。

二、請問醫院部門代表，是否要調整文字內容？

朱委員益宏

- 一、關於剛剛健保署提出來的，有關預期效益評估指標有執行困難部分，確實目前健保署在點值結算時，並沒有分到這麼細，但若真的要算，應該還是有辦法。
- 二、個人建議，包括付費者的方案或其他預算專款項目，健保署也沒有寫明預期效益之評估指標，建議本項(「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」)的預期效益之評估指標暫時拿掉，但容我們在一段時間，如半年以後，以什麼樣的方式進行檢討，改以這種方式取代，以上。

周主任委員麗芳

請翁委員文能。

翁委員文能

- 一、有關蔡副署長淑鈴剛才建議，修改協商結論醫院總額第 11 頁門診透析服務(2)的部分，我覺得維持原本的文字比較好。
- 二、因為蔡副署長淑鈴說這是現在在推動的內容，但我認為原來文字內容涵蓋範圍比較寬廣，而且剛剛蔡副署長淑鈴建議的文字，我不是很了解實際內容。我覺得保留一定的彈性比較好。

蔡副署長淑鈴

- 一、謝謝翁委員文能，我們原來用意是讓內容更完整一點，若要維持原來的文字，是不是可再做一點小更動，建議(2)後面修改為「並利用雲端藥歷，加強西藥與中藥的訊息顯示，提醒醫師審慎開立藥物」。
- 二、因為有關西藥與中藥用藥的部分，我們尊重醫療專業，目前雲端藥歷系統僅能做到訊息提示，建議文字上是否可以做這樣的修正？

翁委員文能

我覺得用原來的文字「用藥管理」比較好。文字修改後只有提示功能，貴署還是要管理一下，因為只有你們才管得動。

(註：原文字為：持續推動腎臟移植，並利用雲端藥歷加強西藥與中藥之用

藥管理，審慎開立藥物)

蔡副署長淑鈴

本署尊重專業，實務上有中藥、西藥併用，雲端藥歷呈現也有這種情形，醫師需要耗費很多時間搜尋，因此我們提供提示的資訊，但涉及專業，我們很難判斷對與不對。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、醫院代表方案所列文字內容，之前跟健保署會前會就已經討論(蔡副署長淑鈴：沒有)，協定事項文字為「...加強西藥與中藥之用藥管理」，當然提示訊息也是一種管理方式，但我比較同意翁委員文能的意見，管理有很多種方式，健保署將文字修改為「...加強對腎功能不佳病人提示審慎使用 NSAID 藥物及中西藥併用之訊息，提醒醫師審慎開立藥物。」，也就表示 110 年度只有提示訊息，提示後其它管理措施在執行上就沒有彈性，萬一有重複或不當用藥時，就只有訊息提示，之後要介入管理確實比較困難。
- 二、我認為可以用放寬的方式，做用藥管理，管理包含提示訊息、執行核扣或其他等方式，有更大的彈性，我建議依照翁委員文能的建議。

周主任委員麗芳

我們尊重醫院代表所提的文字意見。剛才提到執行上有困難的部分，就暫時拿掉，其他部分有沒有問題？請周執行秘書淑婉。

周執行秘書淑婉

剛剛醫院代表方案所提「推動分級醫療，壯大社區醫院」、「應分級醫療調整，改變醫療供給型態」2 項目的預期效益之評估指標部分，因健保署表示無法統計，所以醫院代表建議暫時不列。但因為這 2 項目屬於新增項目，依據 110 年度協商架構及原則，應該還是

要提出預期效益之評估指標，若要執行半年後做評估，也要先提出具體評估內容，而且其他總額部門的新增項目也都有提出預期效益之評估指標，建議醫院部門還是要有具體指標文字，不宜空白。

周主任委員麗芳

建議給醫院部門一些時間討論，我們待會再回來確認預期效益之評估指標的具體文字，請醫院部門先討論。

朱委員益宏

一、這個部分就是整個政府推動分級醫療的配套措施，對於急重症調整相關支付標準，也對壯大社區進行補助，半年後提出檢討，因為健保署也需要對分級醫療進行檢討，我認為可以合併執行，分級醫療除了監測病人流向的數量變化外，各層級對於急重症、病人權益、輕症照護品質也都可以在半年後提出檢討。

二、檢討過程中，健保署檢討分級醫療政策的執行方式外，我覺得醫院協會也可以提出對應的簡要報告，不知道這方式可不可行？我會這樣說的主要原因，這是第1次執行，第2是其他總額部門所提項目都沒有列出預期效益之評估指標，如果只要求這個項目需要列出評估指標是有困難。

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

沒關係，那就留空白。

周主任委員麗芳

沒有問題了。若劉代理委員碧珠也是同樣的意見，就不繼續討論，就先留空。請劉代理委員碧珠。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

總額協商時，要求醫院部門提出預期效益之評估指標，剛剛蔡副署長淑鈴說明健保署沒有分層級結算點值，但我印象中健保署業務執

行李報告中，都有提供分區、分部門別的點值及門住診點值資料(蔡副署長淑鈴：有，但沒有門住診)，業務執行季報告都會看到相關資料，我不知道為何不能作為評估指標的依據？

蔡副署長淑鈴

我們沒有分層級別的結算點值，只有總額別，沒有層級別(劉代理委員碧珠：有層級別)。請劉專門委員林義(督導結算科的專委)說明技術上是否可行。

劉專門委員林義

我們每季公布係不分層級、不分門住診的醫院點值結算，業務執行季報告所列的點值是以回算方式去計算各層級點值。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

這樣的點值也具有管理指標的意義，可以是結算點值也可以是管理指標，現在只要看預期效益的話，回溯性的統計結果也可以作為管理指標，我覺得這是沒有問題。

周主任委員麗芳

蔡副署長淑鈴今天代表健保署，認為現階段執行上仍有困難，剛才健保會也確認，2個協商項目預期效益之評估指標所列的相關文字暫時先刪掉，醫院部門有沒有其他問題？依序請盧委員瑞芬、滕委員西華。

盧委員瑞芬

我記得總額協商架構及原則，要求各總額部門協商項目應提出預期效益之評估指標，如果沒有評估指標的話，我們就不知道提這些項目要做到什麼程度，即使兩案併陳也會影響部長裁決，協商時則會影響付費者代表願不願意支持這個項目及編列多少預算，若預期效益之評估指標空白呈現會影響裁決，並不妥。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我的意見與盧委員瑞芬相同，每個部門提出協商項目爭取該項預算，所提出「預期效益之評估指標」代表各總額部門深思熟慮的結果，而不是隨便提出項目跟付費者喊價，先拿到多少錢後才說能不能執行或效益是什麼。如果醫院部門可以刪掉，那麼其他總額部門也不必在昨晚 11 點前提出預期效益之評估指標。
- 二、建議還是要有預期效益之評估指標，不管是在部長裁決時或將來執行時，這些指標可以顯示確實買到哪些服務內容，值得我們編列預算去投資，不然預算先給了，但預期效益之評估指標卻不明確，我覺得需要有客觀指標作為判斷的基礎。

周主任委員麗芳

建議給醫院部門一些時間討論，還是現在可以說明...，請翁委員文能。

翁委員文能

我覺得維持剛才我們提出的文字，從剛才健保署的說明聽起來，健保署是可以算出來的。

周主任委員麗芳

可不可以算出來？

蔡副署長淑鈴

劉專門委員林義或李組長純馥說明...。

李組長純馥

- 一、每一家院所可以算出來自己醫院的門住診點值，但影響點值的因素很多，點值內也含括固定點值，固定點值占率占很大的影響。現行總額不分門住診、也不分層級別去結算點值，醫院總額就是一個點值。
- 二、不管醫院是屬於哪個層級別，就是單一點值，現在回頭算對住院點值及門診點值的衝擊，這些都是推估值，不是真正的點值結算，若以推估值做為預期效益之評估指標，確實造成我們的

困擾。

周主任委員麗芳

我覺得繼續討論下去會耽誤後面的行程，我們給醫院部門一些時間和健保署同仁溝通討論，利用幾分鐘先討論，再提出你們建議的預估效益之評估指標，我們再行確認，可以嗎？

朱委員益宏

我認為若只針對醫院代表方案的這 2 個預期效益之評估指標，給我們時間去討論，這個我同意。但我也要抗議，付費者代表方案的這 2 個項目編列預算 0 元，預期效益之評估指標是什麼？編列 0 元的理由為何。

周主任委員麗芳

因為這兩項付費者代表編列 0 元，代表不支持，所以沒有預期效益之評估指標。

朱委員益宏

關於「藥品及特材給付規定改變」，付費者方案減少預算，到底減列哪些項目、預期效益之評估指標為何，因為在委員會討論時提到，雙方有不同版本時，同樣需提出預期效益之評估指標，我覺得大家包括專家學者、公正人士都要求醫院部門提出預期效益之評估指標的話，其他總額部門在協商時是否也要有對應的預期效益之評估指標，我覺得要一致看待。

周主任委員麗芳

因為醫院部門是第 1 個確認協商結果，之後各總額部門也會用同樣原則逐一審視。請醫院部門針對預期效益之評估指標與健保署討論，若能執行就維持，不能執行就修正。依序請翁委員文能、滕委員西華。

翁委員文能

一、等一下我們會請教健保署哪些項目可以幫忙做到的，總要一個數字，因為資料都在健保署，這點須先確認。

- 二、此外，針對我們所提的2個項目(「推動分級醫療，壯大社區醫院」、「應分級醫療調整，改變醫療供給型態」)，付費者編列預算為0元，請付費者提出不贊成的理由，這樣才是對等。

周主任委員麗芳

依序請滕委員西華、何委員語、許委員美麗。

滕委員西華

- 一、再補充說明我剛剛講的內容，有關是否分門住診或是不同醫院層級計算點值部分，請醫院代表再思考，現行總額沒有區分門診總額及住院總額，總額也沒有區分醫學中心總額、區域醫院總額及地區醫院總額，醫院總額是包裹在一起。
- 二、推動分級醫療是透過制度讓病人產生流動，將來多數重症集中在醫學中心的話，若單獨計算點值，點值波動大，也不一定計算的準確。如果地區醫院門診量增加的話，給予 restrict(限制)也不合理，住院可能變少，不一定可行。醫院總額預算是整個匡在一起運用，不管技術上能否克服分層級問題，我覺得還是不宜單獨計算，醫院代表可能再考慮，加在一起既然沒有分層級，卻計算分層級點值是不適當的，請醫院部門考慮。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、剛才的發言請弄清楚對象，「推動分級醫療，壯大社區醫院」、「應分級醫療調整，改變醫療供給型態」2個項目是健保署不同意編列預算，付費者代表方案依照健保署提供資料，沒有編列預算，這是第1點說明。
- 二、第2點付費者代表不知道健保署能不能執行或執行到什麼狀況，應該是健保署與醫院討論可執行的方案，再讓我們了解。主席，我提議休息10分鐘，休息10分鐘讓他們討論，這個不能解決一直拖下去也不是辦法，休息10分鐘先讓健保署及醫

院代表討論，大家休息。

周主任委員麗芳

剛才許委員美麗舉手要發言，我們讓她先發言，蔡副署長淑鈴說休息前要先補充說明，周執行秘書淑婉也有補充說明，等 3 位發言後，休息 10 分鐘。請許委員美麗。

許委員美麗

- 一、關於醫院總額「推動分級醫療，壯大社區醫院」、「應分級醫療調整，改變醫療供給型態」2 個項目，我們是尊重健保署意見，如果醫院部門有任何意見可以提出來，但是不要所有的發言都針對付費者，付費者是有代表的，但不是所有委員都是付費者代表，如果健保署不能執行，在可以執行範圍內，我們付費者予以尊重，但能不能執行，付費者不是專家，健保署可以提出來哪些可以執行、哪些不能執行，付費者尊重專業，付費者在總額的部分盡他應有的職責。
- 二、所有的會議紀錄請回歸錄音檔，今天只確認書面紀錄，無法做任何的修改，如果有不能執行的情形，經大家討論並共識後做文字修正，這是可以接受。任何會議紀錄確認請回歸電腦或錄音檔，無法再改變任何主張，昨天協商沒有提到的部分，均不能在今天有任何異議與修改，以上是付費者代表的意見。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴補充說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、主席，各位委員，請翻閱總額協商會議資料，剛才大家討論「推動分級醫療，壯大社區醫院」、「應分級醫療調整，改變醫療供給型態」2 項目，健保署意見說明在總額協商會議資料第 6 頁，請何委員語、許委員美麗參閱總額協商會議資料，這 2 項目健保署意見是試算數據提供委員參考，預估增加金額是空白，也就是我們尊重雙方的協商結果，我們對這項目沒有表示意見，請許委員美麗及何委員語參看總額協商會議資料。

二、我們不支持或有理由項目，會在預估增加金額欄位以增加、減少或為零編列額度呈現，這些我們都有寫理由，這 2 項我們確實都是空白，是尊重雙方協商結果辦理。

周主任委員麗芳

蔡副署長淑鈴說明得很清楚，接續請周執行秘書淑婉。

周執行秘書淑婉

向委員報告，剛才幕僚重新聽取透析協商結果錄音檔，經過醫界及付費者雙方討論後，最後主席裁定付費者方案為 3.1%，醫界方案為 3.7%。雙方協商到最後，主席都會將協商結果明確的再複述 1 次讓大家確認，昨天透析的協商結果大家並沒有提出異議，門診透析兩案協商結果是否就予以確認。

周主任委員麗芳

好，所以確定門診透析兩案協商結果，付費者及醫界的方案就照昨天錄音檔的協商結論列入紀錄。請翁委員文能，發言結束後，休息 10 分鐘。

翁委員文能

想再確認，剛才蔡副署長淑鈴說明 2 項目金額為空白，不是編列 0 元，但付費者代表方案編列 0 元，健保署是空白，提供試算數據。

周主任委員麗芳

是尊重你們雙方的協商結果。

翁委員文能

我只是確認一下而已。

周主任委員麗芳

休息 10 分鐘，請醫院部門討論預期效益之評估指標。

(中場休息 10 分鐘)

周主任委員麗芳

請各位委員入座，請問醫院部門有結論了嗎？請各位委員先回座，會議開始，請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

主席、各位委員大家午安，剛剛醫院代表提到「推動分級醫療，壯大社區醫院」、「應分級醫療調整，改變醫療供給型態」2 個項目，付費者代表為什麼不同意的理由，我在此向醫院代表說明：

一、「推動分級醫療，壯大社區醫院」，理由：

- (一)我們認為 110 年總額協商架構及原則回歸支付標準處理，不應該新增預算。
- (二)醫院部門在 109 年總額協商也提出類似項目，衛福部核定結果為不同意，而且近年已經多次調高地區醫院診察費，包含 107 年週六門診診察費加計 100 點、週日加計 150 點，其餘服務加成 30%，108 年夜間門診診察費加成 10%，現行地區醫院急診診察費已保障每點 1 元。
- (三)政策上也鼓勵地區醫院之誘因，推動分級醫療，鼓勵病人從區域級以上醫院下轉至地區醫院及診所，且門診減量措施並未涵蓋地區醫院，這是對於推動社區醫療壯大的部分。

二、「應分級醫療調整改變醫療供給型態」，我們也不同意，理由是醫院部門曾於 109 年總額提出「因應門診減量保障住院診察費點值」之協商項目，最終衛福部核定「醫療服務成本指數改變率所增加之預算用於急重難症、急重症護理費及門診減量配套措施等支付標準之調整」。109 年總額已針對區域級(含)以上醫院受門診減量配套措施之影響進行處理。因此，在協商時，我們認為不應該新增項目及預算。

周主任委員麗芳

趙委員銘圓是昨天醫院部門協商的主談人，提出非常詳細說明，為什麼沒有支持這 2 個項目的原因。請問，醫院部門對這 2 個項目的預期效益之評估指標有無結論？如果有結論的話，哪位可以代表說明？

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

- 一、有關「應分級醫療調整改變醫療供給型態」的預期效益之評估指標修正為：提升醫院部門區域級(含)以上住院服務照護品質。
- 二、請社區醫院代表說明「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」的部分。

朱委員益宏

「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」預期效益之評估指標修正為：提高病人門診醫療可近性。

周主任委員麗芳

非常的具有前瞻性，我們予以尊重，醫院部門的協商結論確定，接續進行西醫基層部門。(委員表示：螢幕的文字幕僚還沒改完。)

周主任委員麗芳

還沒改完？螢幕的文字是修正為：提高病人醫療可近性。

朱委員益宏

加門診2字，完整的文字是：提高病人門診醫療可近性。

周主任委員麗芳

提高病人門診醫療可近性。另一個修正為：提升區域級(含)以上醫院住院護理品質。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

不是，應該是修正為「...住院照護品質」。

周主任委員麗芳

- 一、指標修正為：提升區域級(含)以上醫院住院照護品質，醫院部門結論確定。
- 二、接下來進行西醫基層部門確認，請大家參閱西醫基層部門協商結果資料，若有修正意見，請提出來。

陳組長燕鈴

先向委員報告，西醫基層的付費者版本，如果與醫院部門相同的項目，我們會配合修正付費者方案的協定事項文字。

蔡副署長淑鈴

已經修正嗎？

周執行秘書淑婉

已經修正，請參閱協商結論西醫基層第 6 頁。

周主任委員麗芳

剛才醫院總額健保署提出修正建議，西醫基層也用同樣文字做修正(修正付費者代表方案)。

蔡副署長淑鈴

剛才醫院代表方案提出修正文字，與現在螢幕上文字不相同。

周主任委員麗芳

- 一、請西醫基層代表確定西醫基層協商結論，剛才醫院總額之門診透析協定事項，付費者代表方案修改為提示用藥訊息，醫院代表方案維持用藥管理。西醫基層部門是否比照醫院部門修正？對於健保署在醫院部門建議修正門診透析協定事項之意見，醫院代表方案是保留原來的文字。西醫基層比照醫院部門做同樣的修正。(付費者及西醫基層代表委員均未提出不同意見)
- 二、請問還有沒有其他修正意見？(未有委員提出修正意見)沒有的話，西醫基層協商結論確認。
- 三、接續進行牙醫部門協商結論確認。請問委員有沒有修正意見？沒有的話，請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

關於牙醫部門協定事項，有幾個數據向委員再 check(確認)：

- 一、糖尿病患者口腔加強照護：請參閱協商結論牙醫第 2 頁，牙醫部門提出執行目標為服務糖尿病患者 10 萬人，通過編列預算 2.25 億元，本署以執行目標 10 萬人洗牙服務估算約 1.5 億元，需要再釐清預算數與執行目標之間的差異。
- 二、高齡患者根管治療難症處理：原規劃係提供 65 歲以上患者，

現在修改為 70 歲以上患者，若以最嚴格假設 70 歲或 65 歲以上患者接受根管治療且全數都是難症處置，以最多照護人數估算，70 歲以上患者約 43 萬顆，若按照牙醫部門規劃每個患者根管治療難症處置加成 30%，估算所需預算約 6 千萬元，但現在編列預算 1 億元，需要再釐清預算數與執行目標之間的差異。

三、牙醫特殊醫療服務：執行目標為服務 18.6 萬人次(周執行秘書淑婉：16.8 萬人次)，服務 16.8 萬人次，經查 108 年未含中度肢體障礙者之腦傷、脊髓損傷患者，服務 17.3 萬人次，需要釐清執行目標數。

四、0~6 歲兒童口腔健康照護試辦計畫：執行目標為服務 0~6 歲兒童 2 萬人，現行 0~6 歲兒童約 136 萬人，本項執行目標 2 萬人只有 1%的人，對照給牙醫部門 6 千萬元預算，1 個人要 3 千點，因這些執行目標，最後本署需要再確認，將現在的數據向各位委員報告。

周主任委員麗芳

謝謝蔡副署長淑鈴的說明，請問委員還有沒有其他意見？請委員先將意見提出來，再請牙醫部門委員整體思考回應。請林委員錫維。

林委員錫維

感謝蔡副署長淑鈴提醒，昨天雙方在談商時沒有談到這些數據，好像只在討論「糖尿病患者口腔加強照護」時提到一些，您一下子說那麼多數據，不知數據在哪裡？

周主任委員麗芳

林委員錫維是昨天牙醫部門的主談人。

林委員錫維

一、有關「糖尿病患者口腔加強照護」(編列預算 2.25 億元)，昨天好像有談到要服務 10 萬人，但是蔡副署長淑鈴剛提到兩個不一樣的金額，有 2.25 億元、有 1.5 億元，我現在不知該怎麼回

覆，等一下請教其他委員的意見。

- 二、「高齡患者根管治療難症處理」服務對象改為 70 歲以上患者，蔡副署長剛才說這已是難症，相關的評估是否合理？我們尊重健保署所提的相關數據來做必要的修改。

周主任委員麗芳

剛剛許委員美麗特別提醒，有些是在會場上談判時大家提到的數據，只要是會場上有共識的具體金額及數據，就不適合在今天的會議推翻，今天僅酌修其他文字部分，這部分幕僚都可確認，只要在協商會場上大家討論的結論，請不要再更動。

林委員錫維

現在要填入的數據，我們不知道怎麼回覆。現在是健保署提出來在執行上的問題，但我們現在根本沒有資料依據，不知如何再添加數字進去。

周主任委員麗芳

請幕僚同仁確認，健保署在執行上有無困難。若沒困難，若是兩造雙方談定的數字就不更動，沒數據就不需再填入數據，以維護協商共識，協商當時大家講定的就不更動，請幕僚同仁協助確認剛提的幾項內容。

陳組長燕鈴

- 一、幕僚說明，昨天協商時討論的是各協商項目的「金額」，並沒有討論執行目標及預期效益之評估指標。程序上需要先協定出金額，才能請醫界依據金額提出執行目標及評估指標。
- 二、雖然醫界在協商草案有提出執行目標，但因為實際金額會因協商結果而調整，所以昨天協商到最後，主席才會裁示請醫界依據協定金額調整執行目標及評估指標，送幕僚彙整後，在今天會上提出來確認。委員可以參考協商時醫界草案的經費估算方式與今天提出的執行目標是否相當，健保署可以提供資料供委員判斷，醫界也可以提出意見，大家看看執行目標多少才合

理。

林委員錫維

剛才蔡副署長淑鈴談到「糖尿病患者口腔加強照護」的目標，只要 1.5 億元就足夠，但是我們給 2.25 億元，當初他們沒有明確提這幾個目標，我剛才已經說過仍要以健保署的試算資料，以前相關的單價或數據，既然給這麼多預算，就應該要多提供服務，不應維持在原本的人數，我們能表達的只有這樣，至於細部增加多少人數當初沒談，只有說多給預算就應該要多做。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

這部分昨天在協商時，健保署也都在，應該在那時就要提出來會比較好。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

請參看協商結論牙醫第 3 頁，「牙醫特殊醫療服務計畫」(4)，另有關擬新增之牙醫特定身心障礙者社區醫療網(註)...這項，衛福部心口司已有這樣的預算編列，為了區隔預算管理，建議移除，其他委員有沒有補充意見。

(註：「牙醫特殊醫療服務計畫」(4)文字為：另有關擬新增之牙醫特定身心障礙者社區醫療網，需經中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體共同研擬，提出共識之具體實施方案，並於 109 年 12 月底前提報全民健康保險會同意後執行)

周執行秘書淑婉

補充說明，這段文字是昨天的共識，記得昨天協商時，最後大家覺得需要牙醫部門與健保署共同研擬有共識的方案，而且要提報本會同意後才能動支經費。因為本項是專款預算，需要本會同意方案可行後，才可以執行，這是昨天的共識，建議今天僅做文字酌修，不

宜大幅更動。

周主任委員麗芳

請賴委員進祥。

賴委員進祥

我個人有 1 個很簡單的意見：牙醫總額列有 4 項執行目標，包括：服務糖尿病之患者達 10 萬人、70 歲以上之患者根管難症治療顆數達 18 萬顆、牙醫特殊醫療服務計畫服務總數達 16.8 萬人次、服務 0-6 歲兒童達 2 萬人。這樣的目標值沒有什麼意義，也無法突顯出牙醫界之努力，應該是由多少提升至多少以上的目標數才重要，說不定現在的執行數，已超過上開之目標數，這樣的目標值就失去其意義。建議改為「由現在多少人次，提高至多少人次」，這樣才有意義。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、有關牙醫部門的執行目標及預期效益之評估指標，其他總額部門提出的內容都是品質指標或新增服務，但牙醫部門 4 項新增項目預期效益的評估指標都一樣是服務人次，服務人次應該是執行目標，但這些人要達到什麼樣的預期效益才是評估指標。
- 二、醫院、西醫基層、中醫門診部門的預期效益評估指標，都是提出品質指標或要增加什麼服務，請付費者代表審視，服務多少人次是執行目標數，牙醫部門不宜把服務人數或人次做為評估指標，建議付費者代表請牙醫部門與健保署再做研訂，不能用服務量做為評估指標。

周主任委員麗芳

綜整大家的意見，建議給牙醫部門一點時間內部討論，我們先討論別的案子，等牙醫部門確認完再回來討論本案。請牙醫部門內部討論後，將這幾項執行目標及預期效益之評估指標送回來確認。先進

行中醫部門協商結論確認。

陳組長燕鈴

幕僚報告，中醫部門的協商結論，請委員看到淡綠色單張的更新版，中醫部門在會前提出要修改第 1 頁「中醫針灸處置品質提升」及第 2 頁「中醫傷科處置品質提升」預期效益之評估指標，這部分請委員以淡綠色資料為準。

周主任委員麗芳

請柯委員富揚說明。

柯委員富揚

向各位委員報告，因為評估指標還要新增一些項目，包括眼部特殊針灸也都納入健保給付，還有一些輔助療法，以此做為評估指標，未來考慮中度、高度複雜性針灸，比方說能以服務量超過 5% 以上做為指標，未來會再與健保署進一步確認。

周主任委員麗芳

針對中醫門診總額部分，請問委員還有無詢問？請蔡委員明鎮。

蔡委員明鎮

請問柯委員富揚，中醫的美容針灸收費嗎？請問是健保給付或自費？因為美容針灸很危險，這是最有爭議的，中醫部門將中醫針灸部分寫得很好，現在提到要將一些自費項目改健保給付，請說明美容針灸是否要收費？因不收費會有點問題。

周主任委員麗芳

請柯委員富揚回應。

柯委員富揚

謝謝蔡委員明鎮提醒，目前美容、美白、減肥部分都沒有納入健保給付，所以美容針灸部分未納入健保給付。

周主任委員麗芳

請問委員還有沒有其他意見？請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

請教用針灸促進身高增高、改善近視有沒有納入健保給付？針灸會讓人長高，這是中醫理論，還有治療近視，這要確認。

周主任委員麗芳

請柯委員富揚。

柯委員富揚

目前健保不給付項目中，也將近視、老花都納入，健保目前都沒有給付，至於長高目前也未納入健保，且沒有實證，所以沒有納入健保。

周主任委員麗芳

請許委員美麗。

許委員美麗

請看協商結論中醫第 2 頁，對不起現在要看綠色這張更新資料，我看成原來的資料。淡綠色更新資料是 109 年 12 月底前提出具體實施方案，對於更新資料部分我沒有意見。

周主任委員麗芳

有關執行目標及預期效益之評估指標是今天要做確認，若委員沒有其他意見，這部分是否就確認。請柯委員富揚。

柯委員富揚

向各位委員報告，協商結論中醫最後 1 頁「網路頻寬補助費用」，有關協定事項「請檢討並加強中醫院所參與率及門診雲端藥歷查詢率，110 年度應達到院所參與率 100% 之目標」，這點向委員報告，因為中醫師的執業年齡都偏長，70、80 歲以上的老醫生很多，這部分我們公會確實請他們要做雲端藥歷查詢，目前瓶頸在這裡，但會逐步完成參與率目標，是否明年度讓我們可以訂定以成長 5~10% 為目標，好不好？100% 真的沒有辦法做到。

周主任委員麗芳

請干委員文男，干委員是昨天中醫部門的主談人。

干委員文男

這點我在委員會議上多次要求，我很注重這部分，原來健保署訂的目標早就要達到 100%，你們現在達到 80% 以上，應該訂 100% 讓你們同僚有壓力，我們不同意不達到那個目標值，已經協定的事情不要再談，請盡量做，總額協商時是要求這樣，你再提出新數據也沒有意義。

陳組長燕鈴

向委員報告，中醫部門 109 年 1~3 月的院所參與率已達 93%，在各總額部門的協商結論都是要求參與率達 100%。

周主任委員麗芳

剛剛柯委員富揚提到有些中醫師較年長，是否同意讓他們能逐步改善，但剛剛干委員文男提到希望能一步到位，將參與率達 100% 的目標寫上去，請各位委員表示意見，請問林委員錫維有無意見？

林委員錫維

沒有，我們主談人都已經表示意見。

周主任委員麗芳

好，請問柯委員富揚，如果中醫部門也沒有意見，中醫部門協商結論就確認。若牙醫部門還沒討論好沒關係，我們議程繼續往下進行。

陳組長燕鈴

建議接下來進行其他預算協商結論確認。

周主任委員麗芳

進行其他預算部分，請問委員有無意見？協商結論其他預算第 3 頁有幾個文字做修正。

陳組長燕鈴

幕僚說明，其他預算資料第 3 頁，健保署修正「腎臟病照護及病人衛教計畫」2. 的文字(註)，將「其中 Pre-ESRD 計畫」文字刪除，後面改為「並研議」新增急性腎損傷(AKI)病人照護與衛教。

(註：原「腎臟病照護及病人衛教計畫」2. 文字為：用於繼續推動...及末期腎

臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫，其中 Pre-ESRD 計畫 新增急性腎損傷(AKI)病人照護與衛教。)

周主任委員麗芳

請問委員還有無其他意見？若沒有，其他預算也確認，現在只缺牙醫部門，給他們一點時間，等牙醫部門確認後再決議，先進行下面的議程。

滕委員西華

請看協商結論其他預算第 2 頁，第 7 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，提到經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理，這沒有錯，但原本通過的動支程序未包含總額協商資料第 234 頁，健保署說明第 3 點，若部長裁西醫基層「新冠肺炎/武漢肺炎所造成醫療成本增加」預算為 0，這邊沒納進去，預算會不會無法動支，我想確認這部分。

蔡副署長淑鈴

好像真的漏掉了，這不在原本的動支程序。

周主任委員麗芳

這很重要，謝謝滕委員西華提醒，這部分是事後修正嗎？

蔡副署長淑鈴

原本動支程序要改。

周主任委員麗芳

這部分等於說原來的動支條件要改。

周執行秘書淑婉

這部分若要動用預算執行內容，不在目前使用規範內，可提出修正適用範圍與動支程序案，經委員會議通過後就可以支用。

滕委員西華

我不太確定這部分，付費者代表討論西醫基層部門「新冠肺炎/武漢肺炎所造成醫療成本增加」，提到 10 億元時，中間有對話說要不然用其他預算，因醫院可能也會涉及，所以其他預算特別明列這

條，除非將來下一屆委員要修改動支程序，將健保署說明第 3 點納進來，如果下一屆委員不同意，不知道會不會影響部長裁示，部長若不裁西醫基層那邊，認為要放在其他預算，則要看動支程序，要不要列上去我沒有意見，只是要確認你們的看法。

蔡副署長淑鈴

謝謝滕委員西華，確實我們有疏漏沒有注意到，請參看 110 年度總額協商會議資料第 234 頁，健保署說明 3，本項係因應各種重大事件發生或流行疫情發生及部交議健保改革之中長期政策，降低各部門總額預算之承擔風險，所以才新增 1.78 億元預算，變成 10 億元。目前沒有可以動支這項的條件，待會本署會提供文字給幕僚，將這段文字的意義寫進去。

周主任委員麗芳

如同蔡副署長淑鈴所提，動支條件部分會再補文字進來。

陳組長燕鈴

一、請問主席幕僚可以補充說明嗎？本項經費的適用範圍與動支程序規定，需要排除依其他法令(依據健保法第 52 條)由各級政府負擔的醫療費用(註)。因應新冠肺炎疫情各種支出的性質不同，其中若屬於健保法由政府專款補助部分，就不應該由健保的費用支付。

二、若要變動本項經費的動支規定，建議仔細研議之後再做改變會比較適切。建議待有實際動支需求提案之後，經審酌經費動支的適當性，再配合修正適用範圍與動支程序。因為我們現在不知道未來疫情會發展到什麼情況，那些部分由公務預算支應？那些部分可動用健保經費。

(註：健保法第 52 條：因戰爭變亂，或經行政院認定並由各級政府專款補助之重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災所致之保險事故，不適用本保險)

周主任委員麗芳

請許委員美麗。

許委員美麗

- 一、這部分我們也討論過，這筆費用應該依適用範圍與動支程序辦理，幕僚剛提到，將來如果適用範圍與動支程序要修改，應該要擬定辦法之後提本會討論通過才能動支。如果現在將不確定的文字掛上去，將來在動支上會有問題，
- 二、經費的動支應回歸動支程序明訂，經本會通過後才予以動支，這樣才符合動支程序，我認為應該維持原來的規範，若有必要，健保署可主動提出動支程序或範圍修改案，提本會通過後動支。

周主任委員麗芳

請教許委員美麗，剛剛健保署蔡副署長淑鈴、滕委員西華關心目前沒有動支條件，因 110 年有增加預算，其中有部分是考量新冠肺炎可能衍生的相關費用，剛剛蔡副署長才會希望將這樣的文字精神補進去，避免無法及時因應。

許委員美麗

- 一、就法規來講，法有它的立法條文及立法理由，對於這些要因應什麼，那是屬於立法理由，即為什麼要增加這個費用的理由，而不是在動支項下。
- 二、而經費動支項下或動支的範圍，涉及規範範圍與動支的程序，當然經費增加的理由是因為這些疫情，可以理解，如果要形諸文字，則它只是理由，而不是動支的項目或動支的範圍與程序。為什麼要增加費用的理由，純屬增加理由，那只是立法理由而已，至於動支範圍或程序則要回到規定，也就是回歸動支條文的規定。

周主任委員麗芳

請吳委員國治。

吳委員國治

現在是要確認昨天的協商結果，應該要回歸至昨天協商當時的狀況，昨天協商其他預算時，健保署羅列的理由，若付費者代表同意，應該要陳述下去，這是我的看法。

周主任委員麗芳

如同剛剛許委員美麗所提，補充進去是理由的部分，健保署要補充理由的文字，請健保署、健保會同仁看一下，最後仍要請許委員美麗就法律專業幫我們看一下，補充進去的理由不涉及動支程序內容，就是將協商當下大家的理由補進去，這樣好不好？最後請許委員幫我們過目，其他預算確認。接下來進行討論事項第二案。

(註：經與健保署及許委員美麗確認，本項協定事項不修正)

(接著先進行討論事項第二案，詳第 109-116 頁與會人員發言實錄)

周主任委員麗芳

回到討論事項第一案，牙醫門診總額的部分還沒完成確認，請牙醫部門說明。

徐代理委員邦賢(王委員棟源代理人)

牙醫部門已修正「執行目標」及「預期效益之評估指標」的文字，請在螢幕呈現，以下依序報告，請各位委員過目：

一、一般服務項目「糖尿病患者口腔加強照護」：

(一)「執行目標」修正為：服務糖尿病患者 15 萬人。因為糖尿病患者接受的照護服務不是只有洗牙，還會增加洗牙次數以及牙菌斑控制等，估算一連串處置的醫療費用及本項經費，可以服務 15 萬人，所以將執行目標由 10 萬人提升為 15 萬人。

(二)我們提出本項照護計畫的初衷，是希望糖尿病患者不要罹患牙周病，所以「預期效益之評估指標」修正為：接受照護患者 1 年內進入牙周病統合治療方案的人數下降。因為牙周病患者會納入牙周病統合治療方案來進行照護，本項是加強糖尿病患者口腔照護，避免他們得到牙周病，故指標

做此修正。

二、請問是依序報告嗎？

周主任委員麗芳

對，請往下說明，內容如有疑問稍後再討論。

徐代理委員邦賢(王委員棟源代理人)

一般服務項目「高齡患者根管治療難症處理」：

- 一、本項並非所有 70 歲以上患者的根管治療項目都有點數加成，只有確實完成治療的才有點數加成，所以我們是統計有確實完成根管治療的牙齒顆數，總共約 18 萬顆，至於健保署提出的 43 萬顆，可能與資料定義不同有關，本項經費是以 18 萬顆來估算的。
- 二、原先本項是針對 65 歲以上患者提供照護服務，所以編列的預算確實比較高，與委員協商後，則是希望優先照護 70 歲以上患者，經統計，70 歲以上確實有完成根管治療的牙齒是 18 萬顆，並不是所有接受治療的牙齒都計入，本項預算是以完成數來推估。
- 三、委員希望投入預算後能看成果，所以我們將「預期效益之評估指標」修正為：提升 3 年內治療牙齒保存率。根管治療完成後至少要保障 3 年。

周主任委員麗芳

3 年內治療牙齒保存率？

徐代理委員邦賢(王委員棟源代理人)

- 一、是，希望牙齒接受根管治療後的保存率能提升，以上是有關「高齡患者根管治療難症處理」的說明。
- 二、專款項目「牙醫特殊醫療服務計畫」：
 - (一)請委員看到牙醫第 3 頁，有關執行目標數，健保署提到本項服務人數已達 17.3 萬人，但這是 108 年的執行數，108 年沒有疫情，109 年的執行數已經往下降，我們也不知道 110 年

疫情走向，所以務實估算人數，110 年預估服務 16 萬人次，另外增編的經費預估能服務中度肢體障礙中的腦傷、脊髓損傷患者 8,000 人，合計 16.8 萬人。

(二)有關新增之牙醫特定身心障礙者社區醫療網，計畫規劃完成後會與健保署充分溝通，之後才會執行，請委員放心，我們會請健保署加以把關，不會光撒網而不管結果，我們會提出完整執行計畫。

三、專款項目「0~6 歲兒童口腔健康照護試辦計畫」：

(一)原先規劃服務 22,500 人，預估經費 1.635 億元，協商後的經費是 6,000 萬，精算相關照護費用後，大約可以服務 0~6 歲兒童 2 萬人。

(二)健保署剛剛有提醒，2 萬人就花 6,000 萬，但這群兒童不是一般的小孩，是經過評估後，屬於蛀牙中高風險的兒童，千萬不能把所有 0~6 歲的小孩都算進去，我們承受不了，也做不了。我們主要照護屬於蛀牙中高風險的兒童，這群小孩子不蛀牙則已，一旦蛀牙，隔年 1 顆變 5 顆、5 顆變 10 顆，在沒有蛀牙時就要開始照顧，是本計畫的主要目的。

(三)之所以服務 2 萬人，是因為照顧服務包含初、複診治療及風險評估，內容很繁複，不是單純的刷牙教學而已，是屬於客製化服務，依據服務內容及預算額度推估服務人數。

周主任委員麗芳

請問委員有無詢問，請吳委員榮達。

吳委員榮達

請回到「糖尿病患者口腔加強照護」，剛才徐代理委員邦賢有提到完成治療項目的牙齒才計入，但「執行目標」沒有「完成」2 個字，是否應該落實計畫標的？請在執行目標落入「完成」文字。

周主任委員麗芳

請徐代理委員邦賢仔細確認文字。

吳委員榮達

抱歉，「完成」應該是加在「高齡患者根管治療難症處理」的執行目標(註)才對，不好意思，講錯了，請刪掉「糖尿病患者口腔加強照護」的「完成」。

(註：修正後「高齡患者根管治療難症處理」的執行目標為：70 歲以上患者完成根管難症治療顆數 18 萬顆。

周主任委員麗芳

請幕僚刪掉「糖尿病患者口腔加強照護」執行目標的「完成」，「高齡患者根管治療難症處理」的執行目標加上「完成」。

吳委員榮達

「高齡患者根管治療難症處理」的執行目標加上「完成」，才符合計畫目的。

周主任委員麗芳

請問吳委員榮達還有意見嗎？

吳委員榮達

一、請看到「牙醫特殊醫療服務計畫」，執行目標是服務 16.8 萬人次，但預期效益之評估指標也是服務人次。這怎麼能算是評估指標？「0~6 歲兒童口腔健康照護試辦計畫」也一樣，執行目標是服務 2 萬人，預期效益之評估指標是服務人數，我不認同這種指標。

二、另外，在執行目標及預期效益之評估指標確定後，請健保署嚴格把關，編列經費不代表一定要給付，訂定適用範圍再執行，否則實在太浮濫，請健保署確實把關。

周主任委員麗芳

請徐代理委員邦賢盡速修正「牙醫特殊醫療服務計畫」及「0~6 歲兒童口腔健康照護試辦計畫」的預期效益之評估指標，稍後再請您報告。請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、現在已經快 2 點了，事實上各總額部門所提「執行目標」、「預期效益之評估指標」，以及健保署剛才所提數據，協商共識根本沒有提及，我們實在無法確認這些數據。
- 二、因為人數成長而預算不足，所以我們同意編列預算，之後應該由醫療服務提供者與健保署來規劃預算使用。至於「執行目標」、「預期效益之評估指標」的內容細節，我們沒有專業背景難以做判斷，我認為不適合在這裡討論。我們編列預算，是因為部門反映民眾醫療需求，有增加預算之必要，增編的預算是用來增加服務，現在要我們確認相關數據，我想沒有必要。
- 三、如果健保署認為有必要修改「執行目標」、「預期效益之評估指標」，我沒有意見，但不能要求要把預算剛剛好用完，我沒辦法也沒能力去計算，這些修正、調整應該是健保署與總額部門討論，我認為這樣比較合理。至於公正人士吳委員榮達所提文字修正，我沒有意見，我只是要強調，我們沒辦法背書，至於內容調整是沒意見的。

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

- 一、向各位委員說明，可能委員有點忘記了，協定新增項目的「執行目標」、「預期效益之評估指標」是總額協商原則及程序中的規範，希望藉由訂定這些指標資料，讓委員知道協商增加預算後，可提供民眾甚麼具體的服務。
- 二、程序上，在本會協定預算後，會請各部門依照預算額度提出目標及預期效益，這部分與健保署沒關係，是請部門自行提出目標及預期效益，今天會上醫界所提出來的執行目標及預期效益之評估指標，請委員考量有沒有買到想要的醫療服務、達到想要的品質。
- 三、了解林委員錫維所說，付費者委員其實很難做確認，但是剛才健保署已大致協助檢視並試算費用合理性，牙醫部門也配合修

正，希望藉此讓預算使用更有具體效果。這部分看委員是否認同，若要刪除牙醫部門的這些執行目標與評估指標，也請委員考量其他總額部門的觀感，因為其他三個總額部門都已經提出具體的「執行目標」及「預期效益之評估指標」了，還請委員考量。

周主任委員麗芳

請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、我的意思不是說不用提，編列這麼多預算本來就應該提出目標及效益的數據，只是我認為應該請健保署確認數據是否合理，而不是由委員來確認。
- 二、剛才健保署針對人數、支付單價提出看法，我沒有意見，牙醫部門也做了說明及修正內容，如果健保署認為合理，我也沒意見，但我們沒辦法確認是否合理。

周主任委員麗芳

林委員錫維的意思是，健保會昨天談的是總額金額及分配，至於「執行目標」及「預期效益之評估指標」則授權未來各總額部門跟健保署去議訂。

林委員錫維

對，我的意思就是這樣。

周主任委員麗芳

其實健保會也可以不要管那麼細，有關「執行目標」及「預期效益之評估指標」由各總額部門與健保署去議訂。

林委員錫維

就這樣。

周主任委員麗芳

還有3位委員要發言，請盧委員瑞芬、滕委員西華及周委員穎政。

盧委員瑞芬

- 一、總額協商是由付費者代表與醫界代表進行預算協商，付費者代表在付錢的同時，心中應該也有預期值，當然健保署比較專業，但我認為付費者代表不適合說對辦理績效如何沒有意見，付費者可以諮詢健保署提供專業意見，再來做成決議，因為協商是付費者代表與醫界代表共同協商。
- 二、針對牙醫的「預期效益之評估指標」有 2 點意見：
 - (一)「牙醫特殊醫療服務計畫」及「0~6 歲兒童口腔健康照護試辦計畫」的「預期效益之評估指標」是人次及人數，我認為不合宜，因為這是執行量，不是預期效益，達到人數/次目標並不等於達到計畫的預期效益，牙醫部門經常強調品質提升，應該朝這方向思考。
 - (二)現在有明確提出評估指標的，文字不是很容易理解，例如評估指標是「人數下降」，要判定人數是否下降，必須要先定義 benchmark(基準)，說明標準是甚麼，是從哪裡開始往下降；另外一項評估指標是「率」，如提升 3 年內治療牙齒保存率，所謂「率」必須先定義分母、分子，不宜有模糊空間。

滕委員西華

請牙醫部門思考，將「預期效益之評估指標」回歸計畫目的：

- 一、「糖尿病患者口腔加強照護」是增加糖尿病患者洗牙次數，屬於密集度改變，建議應該比較收案前後的口腔狀況。依據牙醫部門草案，收案後，每年洗牙次數由半年 1 次變成 3 個月 1 次，以及增加牙周疾病控制處置等，需有指標讓我們瞭解收案後達到的照護結果。
- 二、有關「0~6 歲兒童口腔健康照護試辦計畫」，剛剛徐代理委員邦賢提到，主要是針對蛀牙高風險兒童，「預期效益之評估指標」就應該是風險管控成果，即降低風險，如再礦化風險或是齲齒率下降。
- 三、「執行目標」當然可以列服務人數，而「預期效益之評估指

標」則應該是預期結果、對民眾的效益，把牙醫部門當初說服付費者代表支持項目的實證資料拿來當指標，付費者代表也不需要重新思考，再請健保署協助設定閾值就好了。

周主任委員麗芳

最後請周委員穎政，再請牙醫部門說明，本案就要進行決議。

周委員穎政

- 一、委員的意思都差不多，我這次很支持付費者代表，不應該請付費者確認成果數據，他們只是決定方向而已，我們願意出錢加強醫療服務，但總額部門有無達到目標、目標訂定等，責任不能放到付費者代表身上，有時候需要專家學者及公正人士協助。
- 二、在「預期效益之評估指標」方面，滕委員西華說的很對，服務人數不是重點，重要的是做了哪些改變，從現在時間點到新時間點，在數量與質量有什麼變化。
- 三、另外，也要避免球員兼裁判，評估、測量不見得是健保署執行，有時候是團體自行提供數據，這樣可能會有問題，建議應該請健保署協助分析，或找學者、公正人士確認，也有利明年評核，讓付費者瞭解投入的預算有無達到預期效益。

邱委員寶安

我們不是開公聽會，現在是委員會議不是公聽會，健保署才是執行單位，不應該在這邊開公聽會。

周主任委員麗芳

請委員不要誤會健保署，現在是我們健保會的委員會議，有關「執行目標」及「預期效益之評估指標」，請林委員錫維提出看法。

林委員錫維

非常感謝周委員穎政瞭解我們的看法，我剛才不斷強調，執行人數不是付費者關心的重點，但要訂出執行目標才能做監督我們認同，但我們真正關心的是效果，我們投入的預算，是否達到應有的效

果，至於人數多少合理，我們並不清楚。

何委員語

我建議由各總額部門與健保署共同擬訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」，在 12 月底前提報本會，讓付費者了解。

周主任委員麗芳

剛才林委員錫維、何委員語、周委員穎政說得有道理，相關的內容太細太專業了，委員難以確認是否合理。有關「執行目標」及「預期效益之評估指標」，授權健保署與各個總額部門擬訂，於 12 月提報本會(周執行秘書淑婉：下個月)，好，下個月提到會上報告。徐代理委員邦賢也不用再報告了，請帶回去討論。

徐代理委員邦賢(王委員棟源代理人)

如果要跟健保署討論，剛才修正的「執行目標」及「預期效益之評估指標」是不是也帶回去討論？

周主任委員麗芳

對，剛才各個總額部門討論許久的「執行目標」及「預期效益之評估指標」就僅是暫列，我認為這個原則很好，本案實在花了太多時間，讓我先對本案做決議：

- 一、有關「執行目標」及「預期效益之評估指標」，請健保署與各總額部門擬訂，於下個月送會報告。
- 二、後續各部門總額一般服務費用分配，依 110 年度總額協商程序，請各部門於本年 10 月 9 日前，提送地區預算分配之建議方案，以利本會提 10 月份委員會議討論。若部門未達成協商共識或未提送分配建議方案者，則由幕僚掣案提 11 月份委員會議討論，最遲於 12 月份委員會議完成協定。

周執行秘書淑婉

幕僚有個請示，依往年慣例，各界都很關心協商結果，徵求各位委員意見，今天下午是否由我代各位委員將這 2 天協商的結果，向記者做個說明，請問委員是否同意由我這邊來處理。(委員表示同意)

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉代表本會對外說明本會 110 年度總額協商結果。
接著進行報告事項。

肆、討論事項第二案「政府將擴大美國豬肉牛肉進口，將衍生萊克多巴胺的食安風險，國人的健康代價及醫療成本，最終仍由全民健保承擔；建議衛福部繼續推動並完成『健康促進相關法規』，開徵『食安健康捐』，挹注健保安全準備，持續維護國人食安的醫療保障案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請提案委員說明。

陳委員炳宏

感謝 16 位付費者代表委員的支持跟連署，還有何委員語會前提供中肯建議，以及吳委員榮達專業的指正跟賜教。本次提案適逢總額協商會議，大小表印刷量很大，提案作業必須儘早提前送件，對於來不及連署的委員，也在此深表歉意。

一、請大家回想兩年前非洲豬瘟是不是傳染到中國各省，疫情嚴重到什麼程度，疫情蔓延到金馬地區海岸都有死豬浮屍事件，導致內陸民生需求對於豬肉供應嚴重短缺，但中國很清楚，美國出口的豬肉有兩種，一種是不含瘦肉精(佔美國市場 6 成以上)，另一種是含瘦肉精的，明確說美國豬肉出口有分流管理，請問大家中國選擇進口哪一種美國豬肉？他們選擇進口「不含瘦肉精」的豬肉，並嚴格要求合約農場禁用萊克多巴胺，以符合中國進口的規定。

二、回顧上個月，政府很快地，無預警地宣布自明年 1 月 1 日起擴大美國豬肉牛肉進口，引起台灣對於萊克多巴胺的食安風險議論紛紛。衛福部執掌國人衛生健康之重責，對於萊克多巴胺使用疑慮是否致病，衛福部能做的事就是確保安全？我們慢慢思索「確保安全」這幾個字，試問捍衛全民食安是否需要充足的人力，這樣人力資源配置情況如何？食藥署的人力在 106 年是 824 人達到高峰，之後慢慢遞減，到 108 年從 800 多人降到 579 人，人力資源直直落，食安的人力又開始倒退，請問我們如何

做好食安風險管理？可見未來將衍生食安風險，試問國人的健康代價及醫療成本，有哪個部會首長願意站出來承擔？大家皆信，最後默默的承擔者，仍是我們的全民健保，由健保安全準備買單。

三、回顧剛才討論，政府遲未撥補過去 4 年應負擔健保總經費不足 36% 缺口(約 487 億元)，反觀「救豬農百億基金」政府卻很快承諾，這是國家資源分配的正常程序嗎？那麼我們僅能相信自力圖強救健保！大家目前開始了解也發現，國外肉品出口業使用瘦肉精、外銷到其他國家，是不是為了千里迢迢來照顧別人的健康？不是吧。而是為了降低成本，增加市場競價能力，並搶攻市占率，以賺取更多利潤。

四、既然國外肉品出口業者對於「含、或不含瘦肉精」有「明確分流」，那麼「食安健康捐」徵收對象就可以逐漸被釐清，這才是保護真正守法的養豬戶，避免他們陷入不公平的價格競爭。

五、台灣公共衛生促進協會在 9 月上旬提出 4 個有關風險管理政策的觀點，來捍衛國人的健康安全，而本會也關注「食安風險成本」，建議開徵「食安健康捐」，課稅收入之後，其用途必須挹注在健保安全準備，維護國人食安醫療保障，也是我們提案委員衷心回敬給健保的善意，敬請委員們支持與指正。

周主任委員麗芳

接下來請蔡委員明鎮及干委員文男表達意見。

蔡委員明鎮

針對本案，我們吳委員榮達有接受媒體的專訪，可否請吳委員榮達將您的意見跟我們說明一下，因為您接受專訪後，引起政府機關的重視，想請吳委員榮達跟我們分享，您在接受專訪時所表達的意見，好不好？

周主任委員麗芳

好的！我們依序請干委員文男，再請吳委員榮達。

干委員文男

感謝陳委員炳宏很費心提這個案子，主要就是說，因為美豬進來之後會影響國人健康，有比照抽菸的菸捐，最主要就是說，這可以補充我們預備金之外，也保障我們在地養豬農，這個目的很好，我們希望委員都能夠支持。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

這案子陳委員炳宏有找我連署，但是我拒絕了，我之所以反對是基於以下幾個理由：

- 一、首先，我覺得順序弄錯了，如果真的要課徵，如果是酒捐的話，我馬上連署，因為酒捐跟菸捐的性質相同，有非常明確的數據顯示，過量或長期的抽菸、喝酒會造成人體必然的損害，所以才會有菸捐挹注健保費用的規定，但美牛、美豬，包括其他肉品，尚未能確定對人體的危害，以及影響的快、慢程度，也就是說，我們要將尚未發生事實項目課徵稅捐，放在健保的安全準備，我認為這是完全不合理的。
- 二、其次，如果食用美牛、美豬對於民眾健康產生危害，應該比照藥害救濟或是現在預防注射補償的救濟程序，對預防注射藥品的部分課徵一定金額，放在一個基金中，經過會議討論，對於相關或無法排除的因素做補償或救濟，我覺得這樣才對。美牛、美豬宣布進口後，消基會立即發表新聞稿，呼籲政府應該同樣編列 100 億公務預算，將來若有民眾因此受害，可從這 100 億元金額予以補償，而不是課徵食安捐，這是我反對的第 2 個理由。
- 三、第 3 個，課徵的對象是誰？課徵的對象只有外國肉品，進口美牛、美豬的商人？我們也知道肉品進口後，特別是有食用萊克多巴胺的美豬，進來以後，如果是經過食品加工呢？或是甚至利用走私管道進口呢？都會造成人體危害的疑慮，我們要不要

都課徵？我們要不要對這些加工業者課徵？要不要對有執照的業者及無執照的攤販也課徵？因為這不像菸捐或酒捐，有明確的菸商或酒商做為課徵對象，這是我第3個反對的理由。

四、第4個，一旦對進口商徵稅，銷售成本及售價勢必提高，這樣不是變相變成民眾的負擔嗎？一點意義都沒有，這就是我這麼反對本案的4個理由。

周主任委員麗芳

我們再聽聽大家的意見，請朱委員益宏、何委員語。

朱委員益宏

一、關於這案子，可能我們這邊要先確認一件事情，我個人認為若這個案子有一個結論，是可以建議政府，但這件事不是我們能決定，依照健保法第5條規定，委員會並沒有權責規定要不要開徵食安健康捐或其他相關捐，我們只能針對保險費率去做研議，但我們可以針對政府的一些監理或施政做建議案，所以我覺得這要先確認，即使這案子通過，僅能建議政府、衛福部開徵這樣的稅捐，這是第1點意見。

二、第2點，我個人認為若我們真的提出建議，衛福部、行政院接受的話，其實這些所謂的額外收入的稅捐，像是菸捐都屬於收入面，若通過就表示政府也同意這些東西確實會對人體健康造成一定程度的危害，我覺得除了在收入面表現外，或許明年的支出面也應該有所呈現，不能錢收進來，支出面完全不考慮，當然今年協商已經結束，若這案子政府考量要開徵，明年協商的時候希望付費者也要一起支持，在醫療支出面給予必要反映。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、請大家看清楚會議資料的文字，擬辦寫的是建議衛福部繼續推

動並完成健康促進相關法規，這些相關法規有沒有要開徵食安健康捐？要讓健康促進相關法規去決定。如果衛福部完成健康促進相關法規要開徵食安健康捐，當然是希望能夠挹注健保安全準備，維護國人食安的醫療保障。這是一個建議案而已，健保會委員沒有這麼偉大，偉大到我們可以決議要求衛福部怎麼做，健保會委員沒有這個力量跟權責。我們是王老五過年，一年不如一年，我的感覺是這樣。

二、至於政府要不要完成健康促進相關法規，由政府決定，無論有沒有完成，都是政府的事。要不要對進口豬肉課徵這個健康捐，要課多少錢？都不是我們的事情，而且我們也沒有說進口1公斤豬肉要課多少稅。過去我在眼鏡公會時，進口日本的玻璃做眼鏡片，眼鏡公會強制要求1公斤玻璃課徵5角作為會費捐，大家也都繳給公會，後來才有錢可以在台北市及台南市購置辦公室。

三、本案沒有說要怎麼課，或是跟誰課，這些都沒有寫明，我的意思就是說，這個案子只是建議案，衛福部要不要做，那是衛福部的事情，這個案只是健保會委員作建議方案給衛福部參考，做不做是衛福部的權責，擬辦也沒有寫決議，就是建議而已。建議事項是給政府參考而已，對不對？我認為不要看得這麼嚴重，看得這麼嚴重，人生越來越痛苦。

周主任委員麗芳

何委員語也是這個連署的提案人，他也解釋得很清楚，我們提案的案由是建議繼續推動完成健康促進相關法規。請趙委員銘圓、陳委員莉茵。

趙委員銘圓

一、我是真的很佩服陳委員炳宏，從本案可以看出我們付費者代表委員對於安全準備金的急遽減少，同時也是為整個國民健康的憂心。一方面對於含萊克多巴胺的美豬，應該這樣說，是不希望發生食安問題，另一個部分當然也是希望讓我們健保安全準

備金能有多一點的挹注。從連署的狀況，其實看的出來我們付費者委員多數都非常支持這案子，因為我們認為政府對於現在應該要負擔的 36%，還有一些原本不是健保要支付的費用，導致安全準備大幅下滑，這都是我們很憂心的事，希望有多點財源可以挹注健保。

二、付費者代表一起連署，當然是希望政府重視食安問題，還有就是後續可能會影響健保費用的支出。剛剛朱委員益宏馬上就談到，是不是明年在總額部分又要增加費用，我認為這些都是隱形的成本，希望大家還是要用正面的態度看待這個提案，以上請大家參考。

周主任委員麗芳

請陳委員莉茵。

陳委員莉茵

一、因為過去曾在 U.S. Wheat Associates(USW)的台灣辦公室工作，有些經驗可供大家參考。其實台灣的麵粉公會所進口的小麥，絕對是美國的一級小麥，至少 15 年以上，我們不進口二級小麥，為的是確定台灣民眾可以吃到最好的麵粉。每次進口小麥時，USW 會以每公噸小麥提撥 0.5 到 1 美元的額度，放到一個類似品質風險基金，作為對品質以及對本地業者的保障。這與剛才何委員語舉例，進口日本玻璃要收取會費捐的情況很類似。

二、我參與連署的原因，主要是我覺得這是進口含瘦肉精的牛、豬肉時，可能要面對的一個食安問題。至於吳委員榮達所提要另外成立像是藥害基金那樣的一種基金，那又是另一種方式。但本提案是在進口之前就有所因應，我們為什麼要進口含瘦肉精的牛、豬肉品？難道不能進口最好的豬肉嗎？如果要進口次級的豬肉，是不是事前要對可能的健康影響進行考量，以避免像是塑化劑、餿水油之類食安問題產生。

三、本案所提是在事前就做考量，讓我們有保障食安的處理基金，

同時可以在事後以罰款成立另一個基金，這是不同的層面，所以我贊成進口的時候，要預先想好，因為現在是進口次級豬牛肉，應該要有這樣的因應，這是給大家做一個參考。我替 USW 做那麼久的事情，當時有這樣的作法，每噸進口的美國小麥中，都有品質風險基金，以上請大家參考。

周主任委員麗芳

請周委員穎政、陳委員有慶、蔡委員明鎮。

周委員穎政

- 一、對於這類的提案不知可否有這樣的可能性，先區分是要以健保會提案，還是其實只有部分委員有這樣的聲音，如果只是部分委員的意見，我們就註明是哪些委員提這個案子，而不是大家都要背書，這樣就可以結束。
- 二、這個案子在健保會的職權上有一點超越，若委員願意提就讓他連署，本會部分委員有這樣看法的建議案提請政府參考，要跳上去就跳上去，沒有意見的就算了，這案子就結束掉了，互不影響。

周主任委員麗芳

好，兩位委員發言完，我們就決議，不好意思。

陳委員有慶

對於美牛、美豬進口這件事，相信含有萊克多巴胺對人體健康有一定程度的傷害，柯市長文哲說都是貧窮人在吃含瘦肉精的豬肉，我看不見得，其實有錢的民眾也會吃到，因為政府說會將產地標明清楚，所以我相信無論富裕或貧窮的民眾都不會買，那這些進口的美豬肉品會銷到哪裡？銷到食品加工業，加工之後的水餃，用台灣豬做的一顆是 6 元，用含有萊克多巴胺的美國豬也會是 6 元，如果扣健康捐的話，也只是減少食品加工業的利潤而已，但對民眾的健康有傷害時，就會影響到我們的健保費用，所以我也參與連署。

周主任委員麗芳

蔡委員明鎮最後一位口頭發言。

蔡委員明鎮

我也是連署人之一，為何會連署，若有錢要給健保署當然是好的，所以我連署。剛才請吳委員榮達說明，就表示這不是我們健保會的職權。本案也好，什麼案都好，都不會通過啦，因為這是屬於政治案件，開放進口都不跟你說了，提案有什麼用，這提案是提爽的而已，但只要能增加健保的安全準備都是好的，不過這就是建議案。

周主任委員麗芳

不好意思，這案子我們討論比較久，委員所提意見，送請衛生福利部研究參考。

(繼續進行討論事項第一案，詳第99~108頁與會人員發言實錄)

伍、報告事項「中央健康保險署 109 年 8 月份全民健康保險業務執行報告」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

本次是書面報告，請問委員有無意見，請吳委員榮達。

吳委員榮達

以下幾點意見請教：

- 一、業務執行報告第 23 頁，西醫基層總額醫療費用申報情形，7 月門診件數減少 13.41%，跟預期有差距，請教原因。
- 二、業務執行報告第 33、34 頁，109 年 7 月的違規情形有升高趨勢，想瞭解原因。
- 三、業務執行報告第 80 頁，醫學中心病床增減情形，高雄長庚好像連續幾個月都有減床，是因需求問題，而暫時關閉急性精神病房 51 床，請教健保署，這些減床，是否是將原先的健保病床挪到自費病床使用？
- 四、業務執行報告第 81 頁，醫院總額各層級醫院急診下轉件數，109 年下轉件數比例下降可以理解，但地區醫院 109 年 7 月的成長率最右下欄是 200%，我不曉得數據對或錯，以及代表的意義，想請教一下。
- 五、業務執行報告第 83 頁，109 年的第 1 季醫院病人數占率 47.44%，西醫基層 81.47%，加起來超過 100%，第 2 季醫院病人數占率 49.61%，西醫基層 78.65%，加起來也超過 100%，請教數據的意義。

周主任委員麗芳

- 一、委員有無其他意見，因為問題比較多，健保署表示以書面回覆，如果委員沒有意見，今天會議就到這裡。
- 二、另外，黃委員金舜邀請大家參加藥師公會的參訪活動。

黃委員金舜

藥師公會原訂 12 月 17(星期五)、18 日(星期六)舉辦參訪活動，因昨

天很多委員表示假日比較不方便，經過協調，參訪時間調整為 12 月 10 日(星期四)、11 日(星期五)，希望委員可以給予支持。

周主任委員麗芳

參訪日期是 12 月 10 日(星期四)、12 月 11 日(星期五)，請各位委員踴躍參加。有無臨時動議？今天會議到這邊，謝謝大家。

黃委員金舜

參訪日期是 12 月 10 日及 11 日。

周主任委員麗芳

日期是 12 月 10 日及 11 日，請大家改一下日期。會議到這邊，謝謝大家。

衛福部健保會第4屆109年第7次委員會議
議程確認現場補充資料
中央健康保險署李署長伯璋請假函

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

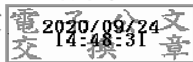
地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27025834
承辦人及電話：李佩菱(02)27065866轉
2545
電子信箱：all11057@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國109年9月24日
發文字號：健保企字第1090038509號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：貴會訂於109年9月25日（星期五）召開之第4屆109年第7次委員會議，本署李伯璋署長為照顧入院手術之高齡丈人，不克出席，擬由本署蔡淑鈴副署長代表出席，敬請諒察。

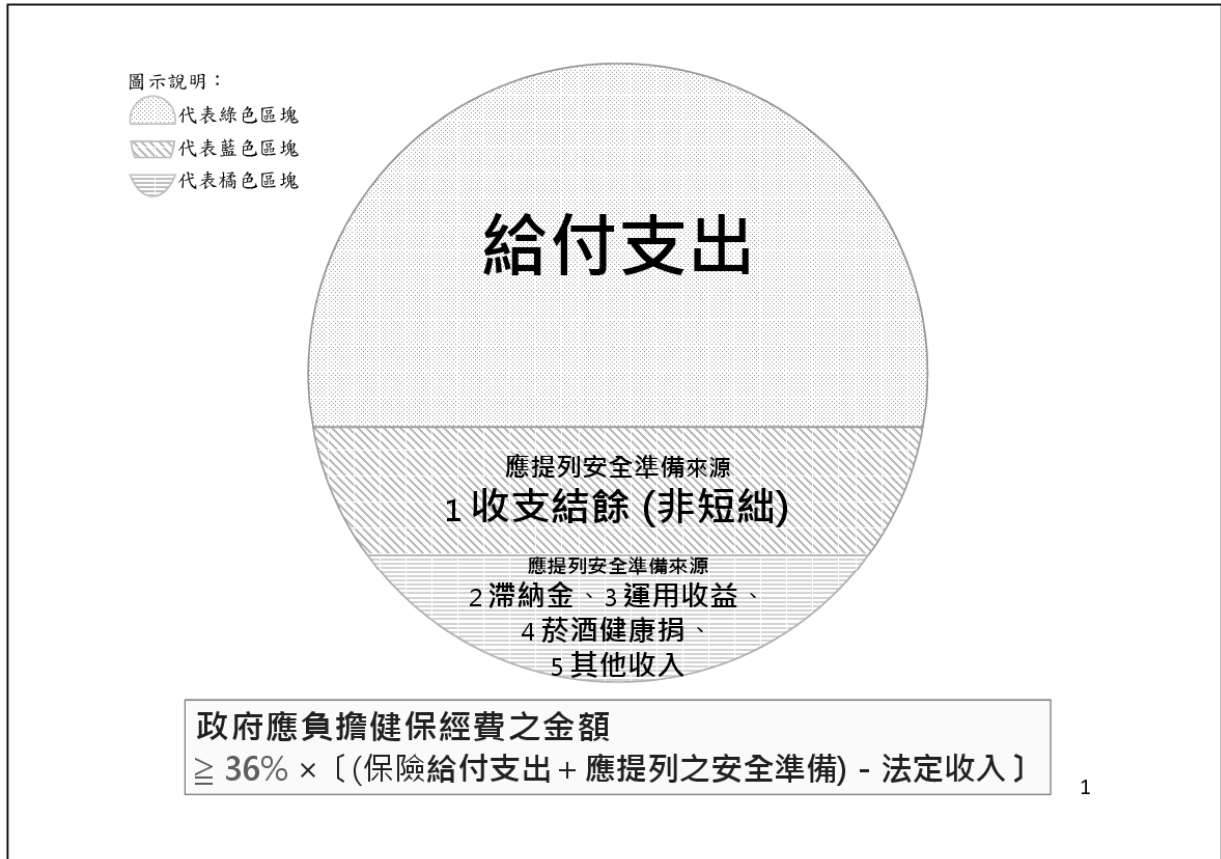
正本：衛生福利部全民健康保險會
副本：本署署長室



109.09.24



1093340158



圖示說明：

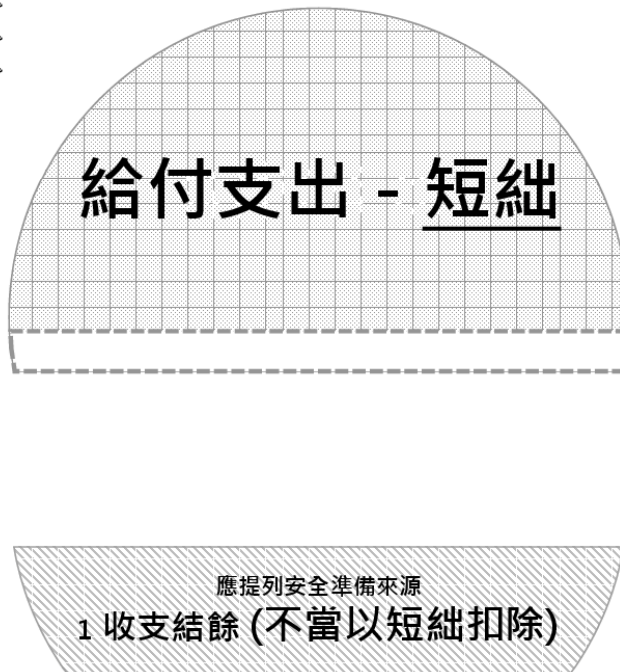
- 代表綠色區塊
- 代表藍色區塊
- 代表橘色區塊



3

圖示說明：

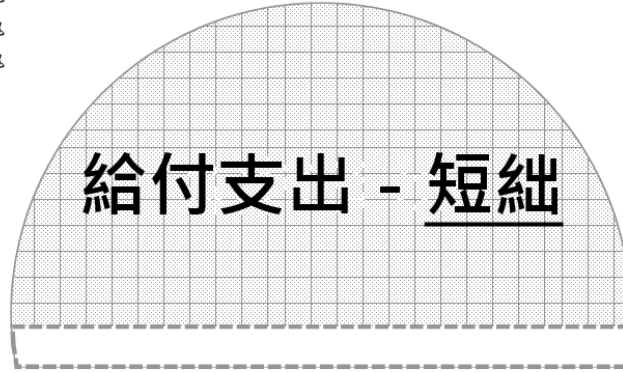
- 代表綠色區塊
- 代表藍色區塊
- 代表橘色區塊



4

圖示說明：

- 代表綠色區塊
- 代表藍色區塊
- 代表橘色區塊



近年政府僅以「部分保險經費」計算其負擔經費，
導致應負擔健保法定經費皆未達36%，
105年約35%、106年約34%、107年約34%、108年約33%。

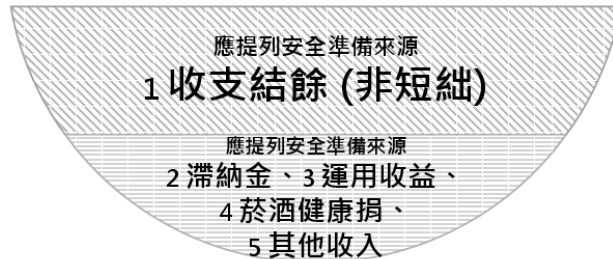
5

圖示說明：

- 代表綠色區塊
- 代表藍色區塊
- 代表橘色區塊



健保會的努力  維護財務健全



6