

衛生福利部全民健康保險會
110年度全民健康保險醫療給付費用
總額協商會議議事錄

中華民國109年9月24日

110年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議事錄

時間：中華民國109年9月24日上午9時30分

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：劉于鳳、盛培珠、
方瓊惠、陳淑美、
陳思琪

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常務理事邦賢
(09：30~14：54代理)

朱委員益宏 台灣社區醫院協會王副秘書長秀貞(13：30以後代理)

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

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(19：00以後代理)

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(15：00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(13：30以後代理)

張委員澤芸
許委員美麗
許委員騏洪
陳委員有慶
陳委員炳宏
陳委員莉茵
黃委員金舜

中華民國藥師公會全國聯合會李會員代表懿軒

(10:00~15:00代理)

黃委員啟嘉
葉委員宗義
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

協商代表：(依姓名筆劃排序)

醫院總額部門
台灣醫院協會

林佩菽、陳石池、
陳瑞瑛、廖振成、
劉碧珠、潘延健、
謝景祥、羅永達、
嚴玉華

西醫基層總額部門

中華民國醫師公會全國聯合會

周慶明、張孟源、
陳相國、黃振國、
盧榮福、顏鴻順、
羅浚晷

牙醫門診總額部門

中華民國牙醫師公會全國聯合會

林敬修、徐邦賢、
翁德育、連新傑、
陳建志、陳彥廷、
蔣維凡、謝偉明、
簡志成

中醫門診總額部門

中華民國中醫師公會全國聯合會

吳清源、林永農、
施純全、胡文龍、
張廷堅、陳旺全、
陳憲法、詹永兆、
蔡三郎

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

蔡副署長淑鈴

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

貳、110年度全民健康保險醫療給付費用總額—各部門總額協商代表與付費者代表協商結論

一、醫院總額

(一)協商時間：

- 1.醫院總額：09：30~11：59(含付費者代表召集內部會議討論約1小時14分)。
- 2.門診透析服務預算：12：01~12：32為門診透析服務費用討論時間(含付費者代表召集內部會議討論約10分鐘)。

(二)協商結論摘要(未能達成共識各自提出建議方案)：

付費者代表方案

- 1.一般服務成長率為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%。
- 2.專款項目全年經費為29,942.4百萬元。
- 3.門診透析服務成長率3.1%。
- 4.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%。

醫院代表方案

- 1.一般服務成長率為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%。
- 2.專款項目全年經費為29,942.4百萬元。
- 3.門診透析服務成長率3.7%。
- 4.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4.474%。

(三)110年度醫院醫療給付費用總額及其分配，付費者代表方案及醫院代表方案(草案)，如附件一。

二、西醫基層總額

(一)協商時間：

13：07~14：53(含付費者及西醫基層部門代表各自召集內部會議討論約57分鐘)。

(二)協商結論摘要(未能達成共識各自提出建議方案)：

付費者代表方案

- 1.一般服務成長率為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%。
- 2.專款項目全年經費為6,790.9百萬元。
- 3.門診透析服務成長率3.1%。
- 4.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%。

西醫基層代表方案

- 1.一般服務成長率為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%。
- 2.專款項目全年經費為7,770.9百萬元。
- 3.門診透析服務成長率3.1%。
- 4.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%。

(三)110年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配，付費者代表方案及西醫基層代表方案(草案)，如附件二。

三、牙醫門診總額

(一)協商時間：

14：55~17：01(含付費者及牙醫部門代表各自召集內部會議討論約1小時16分鐘)。

(二)協商結論摘要(共識方案)：

- 1.一般服務成長率為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%。
- 2.專款項目全年經費為1,248百萬元。

3.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%。

(三)110年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配(草案)，如附件三。

四、中醫門診總額

(一)協商時間：

17：03~19：00(含付費者及中醫部門代表各自召集內部會議討論約1小時15分鐘)。

(二)協商結論摘要(共識方案)：

1.一般服務成長率為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%。

2.專款項目全年經費為899.8百萬元。

3.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%。

(三)110年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配(草案)，如附件四。

五、其他預算

(一)協商時間：

19：00~19：58(含付費者代表及健保署召集內部會議討論約28分鐘)。

(二)協商結論摘要(共識方案)：

110年度經費16,153.2百萬元，較109年度增加469百萬元。

(三)110年度全民健康保險其他預算及其分配(草案)，如附件五。

六、請各總額部門依協商結論，調整新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並以結果面為導向，呈現資源投入之具體效益，最遲請於今日(9/24)下

午11時前提送本會，俾利納入協商結論確認。

七、上述協商結論提送9月25日本會109年第7次委員會議報告。

參、協商會議結束：下午7時58分。

附錄：與會人員發言實錄

壹、110年度醫院醫療給付費用總額及其分配(草案)

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×(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×(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)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。

- (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照護方案整合。
- (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。

(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1。

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(0.312%)：

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%)：

醫院部門堅持應編列預算。

①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。

②預期效益之評估指標：醫院部門地區醫院門診平均點值提升0.17%。

(4)應分級醫療調整，改變醫療供給型態(0.215%)：

醫院部門堅持應編列預算。

①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、護理費及病房費一點1元)。

②預期效益之評估指標：醫院部門區域級(含)以上住院平均點值提升0.4%。

(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肝新藥須於使用C肝新藥，於治療結束時及治療結束後第12週檢測NA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)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。
 - (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照護方案整合。
 - (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3.7%。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。
 - (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1。

表1 110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之標準改變	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
其他醫療服務利用集中度之改變	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

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)
後天免疫缺乏病毒治療藥費	5,257.0	5,257.0	5,257.0	5,257.0
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	4.100%	20,970.9	23,318.9
	總金額		515,629.3	
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	
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	

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。

貳、110年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配(草案)

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×(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×(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)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。

(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照護方案整合。

(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。
 - (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3.229%。各細項成長率及金額，如表2。

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%)：

①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。

②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)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。

(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照護方案整合。

(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。

(3) 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。

(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2。

表2 110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 利用集中度 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)	0.0%	0.0	0.0%	0.0
	推動基層「全人 醫療」(110年新 增項目)	0.0%	0.0	0.0%	0.0
	因應肺炎疫情上 呼吸道感染照護 費(110年新增項 目)	0.0%	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	

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)
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
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
專款項目金額	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。

參、110年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配(草案)

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3。

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。

預期效益之評估指標：服務人數。

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。

預期效益之評估指標：治療根管難症顆數。

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，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。

表3 110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：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。
其他醫療服務利用密度之改變	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：服務糖尿病患者10萬人。 預期效益之評估指標：服務人數。
	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：70歲以上患者

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
				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。
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	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：服務16.8萬人 次。 預期效益之評估指標：服 務人次。 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	<ol style="list-style-type: none"> 1.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。
網路頻寬補助費用	136.0	0.0	<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	<ol style="list-style-type: none"> 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。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
專款金額		1,248.0	75.9	
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。

肆、110年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配(草案)

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4。

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管控傷科處理時間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，辦理中醫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)本項包含腦血管疾病、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)本項用於持續辦理「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。

表4 110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：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

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
				，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。
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：提升中醫傷科處置照護品質。 預期效益之評估指標： (1)管控傷科處理時間(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。
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	

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	140.6	5.0	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 4.呼吸困難相關疾病(110年新增項目)	234.0	30.0	1.本項包含腦血管疾病、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： 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。
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	

項 目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
中醫癌症患者加強照護整合方案	245.0	51.0	本項經費用於持續辦理「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」。
中醫急症處置	10.0	0.0	請檢討計畫執行情形及辦理方式，以提升執行成效。
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。
品質保證保留款	25.2	-35.6	<ol style="list-style-type: none"> 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。

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。

伍、110年度全民健康保險其他預算及其分配(草案)

一、總額協定結果：

(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5。

(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.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」、「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商考量。

(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.用於繼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，其中Pre-ESRD計畫新增急性腎損傷(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快研訂計畫，以利執行。

表5 110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)			<ol style="list-style-type: none"> 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。 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	<ol style="list-style-type: none"> 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。 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)。 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	<ol style="list-style-type: none"> 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。 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。
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫	290.0	0.0	

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
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			
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.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」、「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.用於繼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，其中Pre-ESRD計畫新增急性腎損傷(AKI)病人照護與衛教。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			2.本項不含移至醫院及西醫基層總額之糖尿病與Early-CKD共同照護服務。 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。
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快研訂計畫，以利執行。
總計	16,153.2	469.0	

壹、110年度總額協商－「醫院總額」
與會人員發言實錄

壹、110年度總額協商－「醫院總額」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

各位委員、各位與會代表，大家早安！今、明兩天是健保會今年度最重要的年度大事，也就是進行110年度總額協商會議。今天的主角包括付費者代表、醫事服務提供者代表，還有專家學者及公正人士。付費者代表召集人林委員錫維向我反映他們需要一點時間內部協調各個場次的主、協談委員，請教林委員大概需要幾分鐘的時間？

林委員錫維

20分鐘左右。

周主任委員麗芳

那就請付費者代表先行協調20分鐘後再回來開會。向醫院代表說明，因為付費者代表需要20分鐘決定主、協談委員，這段時間你們可以自行運用，謝謝。

(付費者代表進行內部會議討論約19分鐘)

周主任委員麗芳

請各位委員入座，付費者代表已經回到現場，今天第1個協商的部門是醫院總額，協商時間是120分鐘，從上午9點半到11點半，剛剛付費者代表已經先花費20分鐘進行內部協調。請問委員針對醫院部門所提的協商草案有沒有要提出整體性詢問？包括付費者、專家學者及公正人士代表委員有沒有要詢問？如果沒有，請問醫院部門有沒有補充說明？都沒有，醫院部門也沒有要補充。先請付費者代表林委員錫維說明。

林委員錫維

付費者協商代表分成6組，考量醫院總額金額較大，有4位主協談委員，其他部門是3位。醫院總額的主、協談委員如下：主談趙委員銘圓，協談鄭委員建信、張委員文龍及葉委員宗義。

周主任委員麗芳

干委員文男建議還是請醫院部門先進行簡短的重點說明，請翁理事長文能。

翁理事長文能

各位委員，大家好！首先代表醫院部門向大家道個早安，等一下先請醫院協會林副秘書長佩菽簡單報告醫院部門的草案重點。今天各層級主要的協商代表包括醫學中心陳理事長石池、社區醫院朱理事長益宏及區域醫院劉秘書長碧珠；門診透析服務則請羅院長永達負責說明。

林協商代表佩菽

主席，現場所有的協商代表及長官們，大家早安！僅代表醫院協會就110年全民健康保險醫院總額部門協商草案進行報告。

一、非協商因素：

(一)醫院部門經過醫院協會理監事及各層級協會多次協商，針對非協商因素，我們反對以附帶決議的方式，匡列「醫療服務成本指數改變率」所增加預算的使用範圍，並應該回歸非協商因素設計的本質。所謂的非協商因素，是為了維持醫療服務提供的穩定性，對於整體經濟因素、人口結構改變所自然產生的成本增加，做適度的反映。現行對醫療服務成本的評估公式是採2年前的成本資料，實際上是落後指標，而且是已經發生的成本資料，應該在基期中自然的反映，不應用於任何支付標準的調整。

(二)經各層級醫院協會共識決議，反對以附帶決議的方式就非協商因素匡列使用項目。有關支付標準的調整，應該回歸104年前的模式，在協商因素中以保險給付項目及支付標準改變的科目進行調整。

二、協商因素項目：

(一)「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)」：醫院部門編列的額度與健保署一樣，醫院部門支持持續引進新醫療科技及進程序與預算上的改革。有關新醫療科技的給付，

應該有充足的預算備援，而不是用過去5年的新藥使用額度來推估未來的使用量。醫院部門會持續與健保署溝通，雖然短期內很難收效，但我們會持續努力。在今年8月4日與健保署的討論過程中，健保署有提出新藥、新科技的相關表列項目，醫院部門雖不滿意，認為有改善空間，但在新藥、新科技部分，醫院部門尊重健保署編列的所有預算，亦希望健保署善盡預算管理之責。

(二)「藥品及特材給付規定改變」：醫院部門編列的額度與健保署一樣是14.48億元。我們都知道過去對新藥及特材的使用，擴大適應症部分並未編列預算，所以預算經常超支，106年超支12億元，108年超支19億元。經過與健保署溝通，未來還是會持續就藥品及特材規劃放寬適應症，故仍需相關經費挹注，以避免對整體費用造成排擠效應。本項我們也是尊重健保署所編列的預算。

(三)接下來是醫院部門特別提出並強調的2個項目，分別是「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」及「應分級醫療調整，改變醫療供給型態」，這2項是醫院部門今年非常堅持的項目，主要是醫院部門長期以來，所有的協商項目幾乎都是符合、因應國家政策推動所需。分述如下：

- 1.「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」：編列5億元。我們希望提供所有社區醫院良好的誘因，同時增加民眾的信心，所以需要編列預算，強化社區醫院門診照顧服務，調升夜間及假日門診診察費，並希望門診診察費回歸每點1元。經過這次新冠肺炎疫情，讓大家清楚了解，醫療人員對整體社會的貢獻與重要性，因此這部分希望給予保障。
- 2.「應分級醫療調整，改變醫療供給型態」：編列10億元。原本在議定區域級(含)以上醫院門診減量2%措施時，曾提到運用相關經費調整急重症服務支付標準，但這幾年並沒有看到成果，所以希望這部分能夠再加強。

三、專款項目：

(一)醫院部門悉數尊重健保署編列的所有預算。

(二)但有1項要特別提出說明，有關「使用C肝新藥所需要的檢測費用」，C肝新藥在使用的時候，必須經過一連串的檢測，檢測費用會占用到一般服務預算，這部分是政策需求，也應該編列預算。今年我們列了項目但是沒有編列預算，因為知道今年額度有限，但還是要提出來讓大家知道，我們對於C肝新藥所需要的檢測費用非常重視，也希望未來可以編列相關預算。

四、最後是有關門診透析服務預算，留待協商門診透析預算時再進行報告。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、今天是醫療給付費用總額協商，剛剛醫院部門建議不宜在非協商因素協定事項匡定預算及使用內容。但是依健保法的條文規範，健保會具備監理健保的功能，也有相關機制，如果付費者委員認為整體醫療支出面有偏差或有不足時，有權在總額協商的時候，協助導引整體醫療支出往正確方向發展。我們尊重醫院部門的建議，至於要不要匡列預算，付費者委員會有共同決議，若醫界要求不准匡列，那就是限制了付費者委員在總額協商的權利與義務，也違反健保法的規範與精神，健保法及其施行細則並無此限制。因此，我們尊重醫院部門的建議內容，至於要不要匡列用途，會由19位付費者委員開會決定。

二、「藥品及特材給付規定改變」110年編列14.48億元，本項在109年度只編列3億元，110年大幅上升，顯然很不合理。編列方式是用CDE(財團法人醫藥品查驗中心)提供的108年藥物給付項目及支付標準修訂內容，預估於110年度的財務衝擊編列預算額度，其預算估算的合理性有待審酌，且未考量替代效應

及退場機制，建議應予檢討。另未將歷年總額投入預算之節流金額回饋被保險人，109年以前放寬藥品適應症，都以藥費節流措施所節省的金額支應，並未於總額協商時新增預算。除104年降血脂藥物及黃斑部病變治療藥物產生較大的財務衝擊，曾編列預算外，其他年度都未編列，且以過去的執行結果估算財務衝擊並直接編列預算額度，不利費用管控。而依總額支付制度精神，應先匡列年度預算後在額度內執行，目前估算方式為先放寬適應症，再於次年度編列所需預算，與總額預算前瞻性管控的精神不符。每年預算滾入基期成長，未考量藥物替代效應及退場的預算處理，以上提供簡單說明。

周主任委員麗芳

請干委員文男、趙委員銘圓。

干委員文男

今年的非協商因素預算成長很多(增加173.16億元)，但是協定事項的文字只有「建議醫療服務成本指數改變率所增加之部分金額，由健保署與醫界取得共識，用於調整支付標準」，請問這部分的調整是分項？雨露均霑？還是著重在某項？因為今年如果沒有公平分配，明年可能會有某個層級提出沒有被分配到，或是分配不公平等其他意見，所以請與會的協商代表詳細說明如何運用非協商因素的預算。

趙委員銘圓

我的意見與何委員語、干委員文男大同小異，另外想詢問的是，醫院總額今年可以協商的空間，含透析是66.1億元，不含透析只有50.6億元。醫院部門提出的項目已經超出協商空間，請問有無可能再做調整？

周主任委員麗芳

請問專家學者及公正人士委員有沒有要提出詢問？沒有。請問其他委員還有沒有意見？都沒有。請醫院部門回應。

陳協商代表石池

- 一、謝謝委員剛才的說明，大家都知道總額預算區分為非協商與協商因素，每年在健保會有一定的協商架構。至於為什麼被稱為非協商因素，是因為依據政府公布的統計數字，再依總額設定公式計算所得的預算，醫院部門或付費者代表都沒有置喙協商的空間。
- 二、非協商因素所增加的預算對醫院財務狀況並無增減，主要是反映人口增減、老化程度、物價及人事成本變動等各項因素，以維持醫院財務最起碼的平衡而已。因此將非協商因素預算用於調整支付標準，是不當的挪用，是對醫院不公平、不合理的霸凌行為，也是蒙蔽醫界的作為，讓醫界以為有調整支付標準，但事實上是不正當的行為。所以，我們堅決反對以非協商因素來調整支付標準，如果要調整支付標準，我們非常贊同，但是應該匡列另外的預算，而不是由非協商因素支付。同時我們也堅決反對非協商因素加註任何的附註或匡列預算，我們通通堅決反對。

周主任委員麗芳

剛才付費者代表的詢問意見，請問醫院部門還有補充說明嗎？

廖協商代表振成

關於「藥品及特材給付規定改變」，醫院部門是參照過去的執行編列經費，108年因擴大一些藥品的適應症，所以當年超支19億元。110年編列的預算是14.48億元，主要是依照健保署所試算的金額，若放寬給付規定，約需14至15億元的預算，這也是幫助民眾。如果沒有擴大藥品、特材的適應症，病人不符合給付規定時則需要自費，因此，其目的也是減輕民眾的就醫負擔。醫院部門尊重健保署試算的金額，編列預算14.48億元。

周主任委員麗芳

如果付費者代表沒有其他垂詢，是不是雙方各自召開內部會議，提出具體的協商結果再來討論。(蔡委員登順表示要發言)請公正人士蔡委員登順表示意見。

蔡委員登順

剛剛醫院部門的協商代表提到反對應用非協商因素來調整支付標準，我個人有不同的看法。非協商因素是反映人口結構老化及醫療服務成本指數改變，為了醫院各科別支付的平衡性，這部分預算用於調整支付標準，是正確的方向。建議付費者代表委員慎重思考，如果本項預算不能用來調整支付標準，那到底是用在什麼地方比較恰當。非協商因素每年大幅度的成長，投入大量的金額意義何在。

周主任委員麗芳

請醫院部門最後一次回應。

劉協商代表碧珠

- 一、還是要再次表達，非協商因素是反映2年前物價成本相關指數的變化，是反映過去醫院部門的成本。剛剛干委員文男提到非協商因素今年成長很多，但是過去幾年非協商因素的成長率不高，甚至幾乎沒有成長。
- 二、回顧歷年醫院部門的浮動點值，過去20年來一直維持在0.83、0.85、0.88，最高就是0.88，醫院長期以來必須用這樣低的點值，去支付廠商或人力的所有成本，到現在已經持續20幾年，最後的結果一定是物極必反。所以如果要合理的調整支付標準，勢必要先將點值維持在合理的基準，最起碼要到0.95以上，再考慮是否應用本項預算調整支付標準。但現在醫院部門的浮動點值只有0.83到0.88之間，歷年來都沒有超過0.88，這樣的點值長期合理嗎？這是我們必須提出來的心聲。

周主任委員麗芳

好，謝謝。請付費者代表先進行內部會議，原則上先預訂20分鐘，如果時間不夠再延長，請蔡委員登順。

蔡委員登順

有關點值的問題，我們當然希望點值都能達到每點1元，不過在醫界長期操作下，如果今天點值很高，醫界就會啟動調整支付標準。支付標準一調整，浮動點值就往下降，所以不要因為點值沒有達到

每點1元而被迷惑，這是常態。例如診察費從230點調至260點，調高30點，是不是會稀釋點值？請大家慎重考慮。

周主任委員麗芳

好，請付費者代表先進行內部會議討論20分鐘再回來，原則上到11點半。

(付費者代表進行內部會議討論約29分鐘)

周主任委員麗芳

請各位委員入座，付費者代表已經回到現場，4位主、協談人包括趙委員銘圓、鄭委員建信、張委員文龍及葉委員宗義，請坐到內圈來，這樣等一下發言時比較容易聚焦，也請林召集人錫維每一場都坐到內圈來。現在先請主談趙委員銘圓說明付費者代表的共識方案。

趙委員銘圓

謝謝主席。不論如何還是要感謝醫界在新冠肺炎疫情期間，對全民的照顧與協助。不過總額協商總是會有不同意見，以下是付費者代表共同討論的結果，若能有共識當然最好，若沒有共識，大家再做後續的協商及處理。

一、一般服務：

- (一)對於「醫療服務成本指數改變率」所增加預算，雖然醫界的好朋友堅決反對匡列部分預算用途，但我們在協定事項還是希望有部分預算，由健保署與醫界討論後，用於調整支付標準，這是大家的意見。
- (二)「新醫療科技」：除協商大表所列的協定事項外，另外再增加1項：「應該提出預算投入之成果面績效指標」，這也是評核委員的建議。
- (三)「藥品及特材給付規定改變」：醫院代表希望編列14.48億元，但付費者討論的結果是修正為6億元。協定事項第1點請健保署檢討本項預算估算方式之合理性，並於110年7月底前提報執行情形，含修訂項目、申報費用及預算估算方式之檢

討結果；第2點是應考量退場機制及節流效益。其他的協定事項則是同協商大表。

(四)「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」：我們的看法與健保署一樣，不同意編列預算。

(五)「應分級醫療調整，改變醫療供給型態」：我們的討論結果也是不同意編列預算。

(六)「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：與健保署及醫院部門的方案一樣。

二、專款項目：

(一)「C型肝炎藥費」：與醫院方案相同。另外，「使用C肝新藥所需之檢測費用」也與醫院部門方案一樣不編列預算。

(二)「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」：建議與「後天免疫缺乏病毒治療藥費」分列預算，因為其致病原因完全不同，後天免疫缺乏病毒屬傳染疾病，分列預算對健保財務應更能有效管控。

(三)「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」、「醫療給付改善方案」、「急診品質提升方案」、「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」、「醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」、「鼓勵院所建立轉診之合作機制」、「網路頻寬補助費用」、「品質保證保留款」：與醫院部門的方案相同，協定事項都是與協商大表一樣。

三、以上是付費者的版本，請醫院代表參考。

周主任委員麗芳

請問其他的付費者代表有沒有補充？如果沒有，對於剛才趙委員銘圓提到有關「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」及「應分級醫療調整，改變醫療供給型態」2個項目，意見與健保署一樣，未編列預算，請健保署補充說明。

蔡副署長淑鈴

請參閱協商大表第5、6頁，第3項「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」及第4項「應分級醫療調整，改變醫療供給型態」，醫院方案確實有編列5億元及10億元預算。健保署的說明只是將醫院方案所需的預算金額計算出來給大家參考，並未表示不支持，而是將這2項訴求讓雙方去討論。付費者委員看到的是健保會幕僚的補充說明，在此先做澄清。

周主任委員麗芳

接下來請醫院代表針對付費者代表所提方案表示意見。

劉協商代表碧珠

- 一、我們事前大概也知道今天會有這樣的結果，對於這樣一個過度控制整體醫療支出的結果，其實可以預見未來對民眾而言資源只會越來越少，但並不是真的節省了支出。站在付費者立場，如果沒有在健保制度上提供合理的支付標準，相信在座各位都知道，台灣的醫界都是精英分子，不太可能長期接受這樣的支付標準去提供良好的服務。各位付費者應該要審慎思考。
- 二、現在說是因為服務量的關係，造成點值不好。但是不要忘了，門診與住院哪邊的成本重？當然是住院的成本重，現在要求區域級以上醫院減少門診量，今年的COVID-19(Coronavirus disease 2019，新冠肺炎)疫情的確讓所有的區域級以上醫院門診量降低20%~30%不等，到現在大概還有20%的門診量沒有恢復，已經遠超出當時所訂的門診減量人次。但是醫院的點值呢？沒有幾個分區的點值超過每點1元。在這種情況下，一家醫院住院的固定成本大約30%到40%，以這樣的點值去支應固定成本的費用合理嗎？能讓醫院經營下去嗎？目前一位醫師的診察費不到300點，一家醫院的病房需要多少的人力配備與設置，一天病房費不到600點，這樣的支付標準怎麼可能讓醫院能夠經營的下去？所以今天如果要我們減少輕症，重症的部分要用所謂的非協商因素去調整，調整的結果還是回到很低點值的情況下，還是一樣用很低的浮動點值去提供很高成本的重症

醫療。我們的人力成本都是每點1元，在這樣的情況下，醫院沒辦法經營下去，也生存不下去。

三、相信在座有很多的付費者或是企業主，都知道所謂的將本求利，當然醫療不能這樣講，就算不是將本求利，也必須維持一個基本的點值，讓醫院可以生存下去。並不是所有的服務都用非協商因素去調整支付標準，理論上要調整，應該編列比較充足的預算，好好將過去虧欠醫界的先補回來，未來要彌補的部分再用另外的財源支應才合理。非常遺憾付費者代表不能接受用於保障住院醫療服務點值的「應分級醫療調整，改變醫療供給型態」項目。其實對民眾而言，長期下來得到的只會更少不會更多，也不會更節省。

周主任委員麗芳

好，請陳協商代表石池。

陳協商代表石池

謝謝付費者代表對醫界在COVID-19防疫上的關切與肯定。我想各位的造詣比我好，什麼叫做非協商因素？非協商就是不能協商，不用協商也不可以協商，醫院與付費者代表都沒有置喙協商的空間，也不能在此討論啊！所以我們堅持、堅持再堅持2點，第1點，非協商因素不應在協商會議中討論；第2點，非協商因素不應匡列任何支付項目及附帶意見。

周主任委員麗芳

請羅協商代表永達。

羅協商代表永達

一、有關「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」，請參閱會議資料第6頁健保會的幕僚補充意見，其實地區醫院在整體醫療服務體系中的定位，越來越明確。不管是門診或住院的比例，我們有我們的定位與要求。包括健保署及衛福部都支持在推動分級醫療時，一定要先提高地區醫院的品質與相關的費用，社區醫院壯大後，才有辦法承接從醫學中心或區域醫院下轉的病人，

提升民眾就醫的可近性。請參閱會議資料第5頁的說明，我們主要規劃調整地區醫院門診診察費夜間加成，因為現在不管是醫學中心或區域醫院，夜間的就診相對不便，若希望地區醫院將門診當成服務重點，則夜間診察費加成有其必要。

- 二、大家也很清楚夜間門診經營的成本，支付給醫師的費用相對較高，所以本項預算用於調整門診診察費夜間加成及假日診察費加成，另外還有急診診察費加成。健保署協助試算所需經費約13.44億元，但考量協商空間其實不大，希望能夠逐年編列，今年只編列5億元，希望大家能夠支持。而對於付費者代表希望用「醫療服務成本指數改變率」所增加預算去調整支付標準，我們最喜歡講的就是，割我們的肉去加我們的菜。
- 三、醫院平常的點值，如果加上攤扣的話，不是剛剛講的0.86或0.88，而是0.83、0.82。在這樣的情況下，希望我們再去調整支付標準是不切實際的。而且剛剛有委員提到我們先調整支付標準，然後讓點值變低，事實上我們還有另外的攤扣，這是在所有的書面上看不出來的。所以我們堅持在協商因素中另外編列預算來調整支付標準，這樣才能展示政府對分級醫療，尤其是壯大社區醫院的誠意。

周主任委員麗芳

請林召集人錫維。

林委員錫維

- 一、我希望大家針對問題一起來探討，當然我們付費者都非常肯定醫師與醫院的付出，但也希望大家能了解付費者尤其是勞工界，能否負擔得起這樣的醫療與保費。如果醫院一般服務預算加專款的成長率為4.5%，需增加229.5億元，剛才付費者代表方案的成長率已達4.1%。假如以行政院核定的總額成長率低推估2.907%來計算，110年保險收支短絀已高達771億元，你們想想看錢從哪裡來？不是我們不想付或是與醫界作對，希望大家互相了解各自的困境與立場，不能說醫院付出這麼多，就要給

這麼多費用。我們也非常希望全部給，甚至給更多，但要考慮錢從哪裡來？現在付費者方案的成長率都已經達到4.1%，這樣的成長率至少會讓110年健保財務短缺約800億元左右，請問這800億元從哪裡來？一定是要增加相關費用或是調漲費率。

二、現在付費者方案成長率已加到4.1%，請問醫院代表同不同意？我想你們剛才講的話也很硬，好像醫院部門我們是多談的，你們認為一定是兩案併陳送部長裁示。但我們已經盡很大的誠意，你們要的成長率是4.57%，但我們已經給超過4%，今天也不是以低推估來計算，該加的已經加了，也沒有什麼刪減。我們非常尊重醫院與健保署討論出來的方案，但仍呼籲你們討論看看能不能接受，或是哪部分你們認為還可以再談，大家再進一步協商。

周執行秘書淑婉

主席，幕僚要補充說明。

周主任委員麗芳

好，請周執行秘書淑婉。

周執行秘書淑婉

不好意思，幕僚簡單補充剛才醫院代表提到所謂的「非協商因素」，現在正式的用字沒有「非協商因素」的成長率，已經一律改成「醫療服務成本及人口因素」(註)。我覺得這個部分可能還有一些可以討論的地方，請大家參考。

(註：查全民健康保險醫療費用協定委員會第158次委員會議(99.4.9)討論總額協商架構及原則案決議：「非協商因素」名稱修正為「醫療服務成本及人口因素」，各項因素成長率仍採衛生署報奉行政院核定之數值及計算公式。)

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

剛才在討論非協商因素(正名為「醫療服務成本及人口因素」)所增

預算的用途時，醫界陳協商代表石池一開口就抗議反對，並認為給的這些預算還是不足。但這是按照總額公式算出來的，我們也沒話說，我們只不過是關心(醫療服務成本指數改變率所增預算)實際上怎麼運用於調整支付標準，是雨露均霑還是怎麼樣。結果你們的回應，好像連一點空間都沒有，就這樣跟付費者委員講說不要再談了。如果你們心裡已經抱定這樣的定見，我們講再多也沒有用。

周主任委員麗芳

是不是請醫院部門代表也內部會議再協調溝通一下？

翁理事長文能

- 一、有關醫院部門非協商因素，也就是剛才說改名叫「醫療服務成本及人口因素」的成長率及增加金額。剛剛陳理事長石池已經報告過我們的意見了，原則上應該滾入基期。
- 二、其次關於「藥品及特材給付規定改變」項目，付費者代表將我們提出的預算額度減掉。這個金額(新增14.48億元)是健保署依其專業提出來的額度，我們同意健保署的估算。如果健保署不反對的話，我們也同意付費者代表的意見，不能說同意啦，應該說尊重才對。如果健保署不想維持原估算的金額，而付費者代表也認為要減少預算(新增6億元)，我們就予以尊重。
- 三、至於第3項(持續推動分級醫療，壯大社區醫院)跟第4項(應分級醫療調整，改變醫療供給型態)，剛剛我們區域醫院跟社區醫院的代表已經報告得非常清楚。如果這2項不編預算的話，醫院在經營上會有困難。還請付費者代表給予支持。
- 四、其他項目雙方的意見幾乎都一樣，我想這次協商比往年進步很多，彼此也互相有一些了解。對於付費者代表的意見，我們表示尊重，也希望各位付費者代表尊重我們的意見，那就再確認一下，也許就兩案併陳給部長做裁決。我想這樣比較不會浪費大家的時間。我們經過這幾年的協商，對彼此的想法都有一些了解，也請大家尊重我們的想法，謝謝。

周主任委員麗芳

健保署針對「藥品及特材給付規定改變」項目有補充說明，請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

- 一、有關剛剛翁理事長文能，希望本署對「藥品及特材給付規定改變」項目表示意見，健保署的意見在會議資料第4頁其實已經寫得非常清楚。本項預算14.48億元是有依據做估算的。會議資料的附件二有詳細的數據，基本上是按照最近支付標準改變，反映到明年所需要的費用，再依醫院跟基層的費用占率做劃分，這14.48億元是這樣算出來，而非憑空喊出來的。不太清楚付費者代表將預算減為6億元，是怎麼減的我不是很理解。
- 二、這筆預算有其需要性，如果沒有這個預算的話，有可能之前所做的支付標準的改變、放寬適應症等費用，會衝擊到其他醫院服務的點值，這是必然的影響，否則就需再重新修正給付規定。如果這樣對病人來講不公平，這筆預算是必要的費用。我們估算的細項及相關數據大家可以參考附件二。本項醫院與西醫基層估算的方法相同，只是用兩個總額的費用占率去拆分各自需要的預算。因為14.48億元是健保署算出來的，我有義務向大家做說明。

周主任委員麗芳

請問付費者代表，在醫院代表及健保署說明之後，對於付費者的第一個版本是不是還有協調空間？請何委員語。

何委員語

關於「藥品及特材給付規定的改變」，去年預算是3億元，今年我們付費者大家共同決定增加1倍為6億元。原因是這筆預算每年都會滾入基期成長，目前的估算方式，未考慮藥物替代效應及退場的預算處理：

- 一、健保署目前採用CDE的估算方式，並未說明是否已考慮這些擴增適應症藥品未來在市場上，被新藥替代或退出市場時，原來

滾入基期的預算如何處理，而且估算額度與實際執行有差距，預算的編列要扣除藥品的替代性，只能計算之間的差額。

二、我們參考109年同項預算的3億元，給予加倍成長至6億元，並建議檢討預算估算之合理性，應考慮藥物替代效應及退場時納入基期的預算如何調整，以利資源有效的應用，這是我們全部付費者代表的共識。

三、此外，健保署的資料中，沒有列出去年所編列的3億元預算的執行情形及替代效果，讓我們了解。

周主任委員麗芳

請蔡副署長補充說明。

蔡副署長淑鈴

一、謝謝何委員語的說明。在這裡要說明，所謂的替代效應應該是反映前面的那一項，就是新醫療科技，新藥、新診療項目跟新特材，這部分會有替代效應。基本上這些新藥、新診療項目、新特材會有替代問題。可是給付規定改變這一項，需要跟何委員語報告，例如病患須符合某些適應症可以使用這個藥，現在把適應症放寬，讓更多人可以來使用。在還沒有放寬適應症之前，民眾使用需要自費，放寬之後，自費就變成健保給付。

二、如果是新醫療科技項目，基本上就可能會有替代。譬如現在有個新藥納入健保給付後，可能原來舊藥的使用會變少或是被替代掉，則需要扣掉替代的效應。所以本署在引進新醫療科技時，都會做科技評估，其中非常重要的部分就是估算預算衝擊，會將替代的部分扣掉。至於給付範圍的放寬這部分，現在我們連這部分都做科技評估，也計算預算衝擊。本署現在算的14.48億元，基本上是實際上已經發生衝擊的部分，在此補充說明。

周主任委員麗芳

謝謝說明。請朱委員益宏。

朱委員益宏

關於這一點，個人提出一點建議。我們在協商之前提到，對於這次協商，包括付費者那邊如果要改變協商內容，應該要提出相關的效益與預期目標。所以我認為如果付費者在「藥品及特材給付規定改變」項目，要從原來健保署的14億元降成6億元的話，應該要提出哪些項目不要再編列，因為金額不足，或因為預算的考量，要明確的提出來哪些項目不要買單。如果最後的決議是依照付費者的方案，到時候健保署才能據以執行。不然的話會變成所有的項目都列在那邊，沒有說哪些項目不要，健保署到底是要做還是不做？會產生後續執行的困擾，我認為付費者既然砍了一半預算，應該說明執行項目，因為健保署提出的項目很明確，包括B肝用藥的擴大適應症、放寬肩韌帶的固定螺絲特材等等，都非常明確。付費者應該要提出來哪些項目不要放寬。

周主任委員麗芳

請林委員錫維。

林委員錫維

我們付費者該表達都表達了。假如醫院代表這邊的意見是要兩案併陳，你們不需要再談，我們也不需要再談。在座有專家學者、公正人士，我們想聽聽你們的意見，滕委員西華是公正人士，先請她表達一下看法，其他學者專家也可以提供專業的看法，讓我們了解。

周主任委員麗芳

等滕委員西華發言完，請在座的專家學者、公正人士都提供一下意見。

滕委員西華

一、謝謝林委員錫維要我分享一下想法。有關「藥品及特材給付規定改變」，西醫基層也有這個協商項目，我覺得給付規定改變與新藥新科技有點類似，它是新增適應症，被替代的效果其實非常有限。本來病人自費項目，現在放寬健保給付，比較像是新增需求，如果經過健保署、CDE評估，認為基於病人需要，有放寬給付規定的必要，最終還是會降低病人負擔，因為這些

病人原本是需要自費，現在變成健保給付。當然放寬給付規定會新增需求，它比較接近新醫療科技中全新新藥的概念，不是像2A、2B類藥品有替代的概念，就是它會有新的適應症、新的給付對象。當然金額越少，納入健保給付的項目越少，病人自費就會變多。

- 二、其次，我覺得可以採目標制，讓給付規定的改變可以預期，西醫基層也一樣。假設110年編列14.4億元，那麼14.4億元就是110年的執行目標，需在預算額度內規劃放寬的適應症。那麼在健保署共同擬訂會議，對於適應症的放寬就可預期、可預估，不會突然新增非常多，為了避免醫療體系過度承載這些新增的病人及需求，也許將來應該採用目標制管理。就是新增適應症預估使用量，就以14.4億元為限，不再新增。那111年之後需新增的項目，再逐年編列預算，就可以逐步放寬。如果能採新藥新科技的目標制管理方式。就不會有醫界長期擔心的一直放寬適應症、使用量不控管、金額又抓不準，預算編14億元但其實用了24億元的問題發生，那醫界就會很worry(擔憂)。
- 三、建議付費者代表可以考慮，如果健保署估算的預算接近現實，數據可以相信的話，我覺得可以接受健保署預估的數字，但是要採目標制管理，來降低病人的負擔。如果要再增、減預算都尊重付費者的決定，西醫基層也會有同樣的問題。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

這個部分我的看法跟滕委員西華差不多。請付費者代表考量，如果給付標準不放寬的話，病人就需要自費。健保支出的增加與否，與病人自費項目的放寬與否，是拔河的關係，如果本項金額縮得少一點，那麼病患自費的可能性會比較高一點，這是付費者代表要考量的點。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

剛才滕委員西華提到的目標制，講白說就是有多少錢做多少事。健保署針對這個項目提出14億元多的預算，其實包含很多的細項。如果付費者認為只能夠afford(負擔)到6億元的話，建議付費者從這些細項中，選出想把這6億元投在哪些項目。健保署也會比較好執行。健保署已經把細項提出來了，假設健保署算的都很準，如果付費者覺得只能夠出到6億元的情況下，不妨挑出認為重要、值得投入的項目，其他的項目放到111年度總額考量，我覺得會比較公平一點。

周主任委員麗芳

請周委員穎政。

周委員穎政

- 一、如果預算能有效使用、解決病人問題的話，我覺得6億元其實不多，如果可以減少自費，那這筆預算真的不是很高啦。
- 二、我比較好奇的一點是，目前在執行上，不知道剛剛醫界所擔心的，到時候會不會真的超過這筆預算，過去的經驗又是如何？我常常覺得，兩邊要建立一個比較良性的互動很重要，比如說今年給了6億元，或去年給了12億元，有沒有很好的評估報告來support(支持)說這樣的預算投入，其實創造了人民更多的健康，符合成本效益。
- 三、我個人不太認為消費者有能力去判斷從14億元變成6億元，要怎麼取捨給付規定調整項目，我認為沒有那個能力啦。連我自己都說，把給付規定調整的項目通通拿出來，勾這項、勾那項，你真的有那個能耐嗎？這需要靠專門技術、要做科技評估。必須有資料協助判斷現在將錢花在哪一方面，相對的成本效益比較高。我們將很多需要運用科學方法界定的部分，拉到這裡協商，不是不可以，但我認為應該是科學的方法走到了盡頭才回來協商，而不是協商走在科學方法的前端。

周主任委員麗芳

請蔡委員登順。

蔡委員登順

剛剛幾位委員表達的意見我都同意、尊重，本項預算是要放寬適應症或新增適應症，費用的評估當然是很科學的問題。如果付費者委員認為給6億元就夠了，那就如醫界所談的，是不是要決定放在哪些項目、或哪些項目不做。但周委員穎政也表示，這很難下決定。我想如果預算編足了，可能自費的部分就會減少。自費減少可以造福病患。健保署所編的預算以及細項很清楚，所以建議付費者委員能夠考量，是不是能支持健保署所編列的預算。

周主任委員麗芳

請賴委員進祥。

賴委員進祥

我有2點建議。第1點建議是總額計算方式，是不是找時間做通盤的檢討，這是總額協商最根本的問題。第2點建議是協商因素與非協商因素，是不是能夠做進一步的界定，這樣才能減少爭議。

周主任委員麗芳

謝謝，公正人士、專家學者都已經發言一輪了。我再回過頭來請問主談的趙委員銘圓，對於剛剛大家的發言，付費者委員有沒有要再修正版本？

趙委員銘圓

我們需要再內部討論一下。

周主任委員麗芳

好，請你們內部討論。請問是在這邊討論嗎？好，進去會議室討論，討論時間10分鐘。

(付費者代表進行內部會議討論約26分鐘)

周主任委員麗芳

各位委員請入座，付費者委員已經回到會場，我們繼續協商。接著

請主談趙委員銘圓說明目前你們的共識。

趙委員銘圓

剛剛內部會議，付費者委員也想要照顧我們的病患，針對剛剛所談的「藥品及特材給付規定改變」這個項目，我們將預算由6億元增加到8億元。協定的事項還是必須要列進去，要請健保署檢討本項預算估算方式的合理性。並於110年7月底前提報執行情形，含修訂項目、申報費用及預算估算方式之檢討結果。另外，也應該要考量退場機制及其節流的效益，這是我們大家共同的決議。

周主任委員麗芳

- 一、請教一下付費者代表，因為剛才健保署及專家學者說明時，都提到關於「藥品及特材給付規定改變」項目所編列金額在執行上如何運用，因此可能還是要請付費者代表針對本項的預算8億元列出用在哪些項目(付費者代表表示不用)。付費者代表已表達不用列出項目，也表示沒有辦法列出(何委員語：我們授權健保署)。
- 二、對於目前付費者代表的第2個版本，再徵詢醫院協商代表是不是能夠接受？

趙委員銘圓

主席，付費者代表還有另一個共識，就是假如醫界不同意，「藥品及特材給付規定改變」預算還是回復到原本的6億元。

周主任委員麗芳

如果醫界要兩案併陳的話，付費者方案的「藥品及特材給付規定改變」還是回歸6億元。另外還是要請教一下醫院部門協商代表，針對付費者代表的第2版是否能接受？請朱委員益宏。

朱委員益宏

不論「藥品及特材給付規定改變」是6億元或是8億元，在上一輪發言的時候，我就已建議應該要有項目。現在付費者代表認為可授權健保署決定預算使用在哪些項目，所以我想請教健保署，不管是6億元或8億元，健保署是不是能夠就項目去減列？如果最後的決議

是這樣的話，不管是6億元或是8億元，健保署有沒有可能就執行面來減列項目，而不是夯不啣噹所有的項目都還是要做，總額的費用減少，變成需挪用一般服務費用，再用稀釋點值來補中間的洞。這部分可能要請健保署進一步說明，若同意減列，也就是對於付費者方案的6億元或是8億元都予以尊重的話，到時候健保署執行面會不會有困難？

周主任委員麗芳

先請健保署就這部分說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、謝謝各位委員，剛才第一輪我就已說明「藥品及特材給付規定改變」14.48億元，其實很重要的部分是過去已經放寬適應症，會延伸到明年的費用。因此，這部分其實是「已經放寬」適應症的費用，如果現在預算沒有很足夠的話，那麼原來已放寬的部分，都有可能給付規定還要再還原，這樣才會足以因應。
- 二、至於明年要新增的項目，若要新增放寬適應症項目，需提到很多的會議去談，也就是本署專家會議及共擬會議，健保署也很難知道哪些項目會通過或不通過，或通過的程度是多少，所以本質上帶有非常多的不確定性，本署能否完全做到大家所期待的，其實很難說。
- 三、最後我們還是希望，既然是有需要，而且也不想為了要減少民眾的自費，而來壓縮醫界的點值，我們覺得這是比較公平或持平的說法。既然是減少民眾的自費，改成由第三者保險人來付費的話，還是希望付費者這邊能夠考量由總額負擔支出。至於為什麼會需要這麼多預算，因為很多疾病屬於慢性病，病人數非常的多，如果能夠給予用藥、治療的話，其實對民眾的健康是有幫忙的，否則這些病人，特別是慢性病患者，一旦又回到自費，民眾負擔也會加重。

周主任委員麗芳

謝謝蔡副署長淑鈴的說明，意思是說「藥品及特材給付規定改變」這筆預算，是在造福民眾，若預算刪減的話，受衝擊的還是這些病患。當然還是尊重付費者代表，請問付費者代表在蔡副署長淑鈴說明後，是不是還是維持你們的第2個版本？

趙委員銘圓

對，還是維持第2個版本。

周主任委員麗芳

再一次詢問醫院部門協商代表，針對付費者代表的第2版方案，是不是可以接受？

翁理事長文能

剛剛雖然付費者代表將「藥品及特材給付規定改變」預算調高為8億元，但醫院部門還是尊重健保署當初編列的預算，我們是尊重健保署的專業。

周主任委員麗芳

一、因為醫院總額部門的協商時間已經超過，而現在顯然醫院代表及付費者代表並沒有辦法達成共識。確認一下，如果是兩案併陳，沒辦法達成共識的話，有關「藥品及特材給付規定改變」這一項，付費者方案原先第2版是8億元，現在是要調回6億元嗎？還是維持8億元？(付費者代表：回到6億元)好，那就回到6億元。

二、針對醫院部門的協商預擬結論如下，再看大家的意見：

(一)110年度醫院部門總額，因付費者代表與醫院部門代表未能達成共識，請將各自之建議方案送本會幕僚彙整。請醫院總額部門於今日晚上8點前提送醫院代表方案至本會。其中新增項目之執行目標及預期效益之評估指標，應以結果面為導向，呈現資源投入之具體效益。

(二)請幕僚依付費者方案之內容及預算，協助修正執行目標及預期效益之評估指標，並於今日晚上11點前，提供付費者代表參考決定。

三、委員有無其他意見？若都沒有意見的話，醫院部門的協商，就暫告段落。

翁理事長文能

請稍等，螢幕上的數字要整個往下看一下，試算表請往下拉。

周主任委員麗芳

一、請委員參閱螢幕試算表。現在付費者方案已經又回到第1版，醫院方案只有1版。所以付費者方案是第1版，醫院方案也是第1版。(螢幕中試算表一邊往下拉，讓與會者逐項檢視)

二、補充說明，如果有委員提出不同意見的意見書，比方說個別委員對建議方案有不同意見時，也請個別委員在今天晚上8點前提供書面意見給幕僚，我們都會一併彙整。

翁理事長文能

有文字需修正，第2項「藥品及特材給付規定改變」，協定事項我們要寫尊重健保署原先編列的預算14.48億元，請加入這些文字。

周主任委員麗芳

醫院部門在協定事項加入「尊重健保署原先編列之預算14.48億元」文字。

翁理事長文能

事實上我們是尊重健保署的專業所編列的預算，才跟著編列此預算，目前這樣修改已經可以了。

周主任委員麗芳

醫院部門的協商就暫告段落。醫院代表還有意見，請朱委員益宏。

朱委員益宏

剛剛做的結論能不能略做修正。因為我在前幾次委員會議時就曾提出，付費者要修正的意見，由幕僚協助提出目標，同樣的，幕僚也應該協助醫院協會提出目標，不是只由醫院協會單方面自行提出。

周主任委員麗芳

沒問題，也請本會幕僚協助醫院協會。幕僚剛剛本來是說醫院部門

在8點前提送醫院代表方案至本會，請問幕僚你們幾點可以？還是8點嗎？(周執行秘書淑婉：一樣)所以醫院及付費者方案一樣，都是請幕僚依雙方所提之內容及預算提供協助。

何委員語

主席，程序問題。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

我們付費者是用共識決來決定付費者方案，大家都共識決定了，怎麼還能在8點以前送不同意見？

周主任委員麗芳

因為委員不是只有付費者，還有其他委員。

何委員語

先不管其他人，我們付費者代表19人，如果現在有其他意見，應該要即時於會議中表達，而不是在8點以前送不同意見的書面資料，過去歷年都是這樣。依過去的經驗，若有哪一位付費者委員在主席做結論之前，提出他的個人不同意見，該意見才可以另列為一項書面建議。

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

不好意思，大家應該都誤會了。剛剛主席的結論只是說，每個新增項目都希望訂定「執行目標」及「預期效益之評估指標」，因為給了此筆預算，到底要達到什麼樣的預期效益要先提出來，以利後續落實。僅是為了補足這部分，並沒有要更改任何事情。所以向委員報告，只是要將具體內容寫得更完整。

何委員語

對附帶的建議事項我沒有意見，但如果哪位委員對金額要另外提出

不同意見，是不准提出的。

周主任委員麗芳

- 一、好的，沒問題，醫院部門的協商就告一段落。
- 二、本來是安排午餐時間到12點半，但現在看來委員已吃過便當了，還需要再另外安排午餐時間嗎？(委員表示不用)好，那就繼續開會？還是要休息10分鐘？請問門診透析的協商代表已經來了嗎？(周執行秘書淑婉：門診透析協商代表已到場)
- 三、請問付費者代表是不是需要休息10分鐘？(委員表示不用)門診透析代表也已到達現場，那我們就換場，接下來進行門診透析預算協商。

(醫院與西醫基層總額之門診透析服務費用協商)

周主任委員麗芳

門診透析協商代表都已入座，接下來進行醫院與西醫基層總額門診透析預算協商，先請門診透析代表先進行5分鐘的說明。

羅協商代表永達

- 一、首先謝謝醫院協會剛剛完成醫院總額協商的辛勞，每年在這樣的場合來協商門診透析預算，大家都很清楚門診透析預算雖然由醫院及西醫基層部門共同協商，可是它所代表的意義與個別部門是不一樣的。
- 二、今年情形比較特別，因受到COVID-19疫情影響，整體門診透析病人，今年因共病造成的現象特別多。請看會議資料第19頁，108年整體透析人數成長2.9%，但是平均每人就醫點數成長2.6%，歷年來算是比較高，我們希望在這次協商考量的因素中，請大家幫門診透析的病人考慮，因為無論在醫院或西醫基層總額，目前都有所謂的非協商因素。
- 三、這些非協商因素包含了醫療服務成本及人口因素成長率，雖然門診透析與總額部門，在投保人數(服務人數)會有不同，但被保險人的年齡性別結構(人口結構改變率)跟消費者物價指數(醫療服務成本指數改變率)都會有改變，在所有的總額中都有這

樣的低推估，但門診透析卻沒有這樣的低推估。

四、我們特別估算，110年度門診透析預算成長率至少要包含2.9%的人數成長率，再加計平均每人費用成長率2.6%，這次醫院及西醫基層部門同時提出今年能有4%的成長率，希望大家支持。

周主任委員麗芳

一、我補充介紹，門診透析預算之付費者主談人是蔡委員明鎮，協談人是許委員駢洪、鄭委員素華，總共是3位委員。

二、針對剛剛協商代表所提說明，委員有沒有要提出詢問？(委員表示沒有)若都沒有，付費者代表是不是要內部會議討論？或是現場提出你們的想法？

蔡委員明鎮

我們要進行內部會議討論。

周主任委員麗芳

付費者內部會議討論大概需要多久？20分鐘嗎？

蔡委員明鎮

不用這麼久，10分鐘就好了。

周主任委員麗芳

付費者內部會議10分鐘。

(付費者代表進行內部會議討論約10分鐘)

周主任委員麗芳

付費者代表太有效率，已回到會場，請主談人蔡委員明鎮說明目前付費者代表的版本。

蔡委員明鎮

依剛才付費者內部會議的結論，今年門診透析預算的總成長率為2.9%，雖然大家可以慢慢談，但也不想拖時間，所以直接提出成長率。

周主任委員麗芳

非常有效率，付費者代表的門診透析預算總成長率是2.9%，請門診透析代表說明你們的想法。

羅協商代表永達

一、付費者代表雖然乾脆，問題是我們醫界沒辦法接受：

(一)首先，光是透析人數每季成長至少2.9%，這是基本需求。另外，這幾年在門診透析預算中，並沒有考慮許多因素。比如，最近門診透析院所都接到1個公告，為了達到環保的要求，未來透析液袋子的處理費用要漲價1/4；透析病人需用到的EPO(Erythropoietin，紅血球生成素)，也就是紅血球生成素全部漲價。

(二)不只上述成本增加的因素，現在病人的年齡結構，年紀越大、使用率越高。可是現在門診透析費用是採case payment(論病例計酬)方式支付，病人每次透析的支付金額都是固定的，這麼多年來，從來沒有因為成本增加而調整支付價格，不管是醫院總額或其他總額，都有考慮醫療服務成本的成長，可是門診透析都沒有將成本變動納入考慮，光人數成長就不夠了。所以付費者代表所提的2.9%成長率，連基本盤都談不上，除了人數成長，沒考慮其他成本增加。

二、為了盡量降低透析人數的成長，醫界費了很多心血，在座有參加門診透析總額研商議事會議的付費者代表，要替我們說幾句話，我們很努力，例如，我們跟成大的宋教授俊明合作進行1個很大的計畫，去降低門診透析的盛行率及發生率，我們嘗試各種努力，包括控制NSAID(非類固醇抗發炎藥物)跟止痛藥的不當使用、設法嘗試去管控藥品廣告、妥善照護糖尿病慢性疾病，透過各種努力，減少進入透析的人數及降低透析盛行率。不應單用透析人數成長率當作談判的標準，我們已盡了很大的力量，去降低盛行率及成長率，不能倒果為因。

三、我一開始就說門診透析預算始終無法去反映所有的單價，請看今天的會議資料，去年1年中，因為共病因素，平均每人就醫

點數成長2.6%，就醫人數成長2.9%，這2個加計已經成長5.5%，我們提總成長率4%，是因為考慮醫院總額成長率不能超過行政核定的上限，擔心整個協商下來剩下的空間不多，我們才自動將總成長率從5%多降至4%，我想大家都不樂見，因為預算不足而讓品質受到影響。

- 四、很多透析病人在西醫基層診接受照顧，這次COVID-19疫情，加上共病，診所承受非常大的壓力，目前點值約0.85，剛剛也有委員提到利用點數減少，點值才會變高，點值0.85是從哪裡來？剛開始每次透析的支付點數是4,100點，後來因為點值太低，將之調降至4,017點，現在又降到3,912點，只為了維持點值。在沒有維持原來4,100點的情況下，去維持這樣的點值。如果總成長率只有2.9%，恐怕是付費者代表有所誤會了，若預算成長率2.9%，要維持現有的門診透析品質是永遠做不到。

周主任委員麗芳

針對金額部分，現在回到付費者代表，是不是還有協商的空間？

蔡委員明鎮

- 一、現在還沒講到金額，只談到整體門診透析總額成長率，我們3位主談及協談人都是公會代表，也是本屆的新委員，我們勞工賺的錢不多，洗腎的人也比較多。因陳部長時中一直說要調漲健保費，我家也有人洗腎，1個洗到死了，1個現在還在洗，南部洗腎病人特別多，在南部跟在台北看醫師，進入洗腎的時間可以差3年，在台北就醫看3年還不用洗腎，到南部看醫生，報告一來就要洗腎，這是我本身的經驗。
- 二、今天不想拖時間，付費者這邊可以考慮多增加一點預算，請問你們可以再降多少？直接談一談比較快，不用再回去內部協商，這樣好不好？

羅協商代表永達

- 一、每年協商碰到的狀況都不太一樣，很多付費者代表認為因為醫療費用增加，而造成費率調漲，向委員報告，費率調漲對醫界

一點好處都沒有，那是增加安全準備金，醫界能拿到多少預算，與在座各位付費者代表的意願，或行政院核定的總額低推估與高推估的數值有關。健保費率增加的經費不是給我們，是做為健保財務的安全準備金，大家可能有所誤會，這是第1個不一樣的地方。

- 二、第2，剛剛主談人蔡委員明鎮提到慢性腎臟病進入洗腎的時間，目前不管是北部、南部，病人要進入洗腎，需要經過2位醫師的認可。目前為了減少洗腎已推出很多計畫，在座很多委員都很清楚，我們也報告很多次，包括初期慢性病前期之病人照護與衛教計畫，當病人腎功能開始不好時，就開始進行疾病管理。全世界管制最好的是台灣，去年盧前理事長國城被問到這個問題，提出很多數據，在座很多委員都還記得，從來沒有1個醫學會這麼努力在降低盛行率，目前透析人數已經降到成長率只有2.9%。
- 三、不知道付費者代表願意編列多少預算？因這有後續遞延效應，現在決定預算，後續會影響很多成本，例如本來應該施打的EPO，到時候若沒有足夠預算怎麼辦？或假設很多地區，尤其是診所，因為洗腎人數較少、不敷成本而不敢開業，到後來會發現很多偏遠地區、病人數較少的地方，每月服務量低於500或400人次以下的診所就歇業了，因成本划不來。
- 四、這些現象最大的受害者一定是消費者，因為院所經營成本不夠，假設它的利潤高，或許只要做到300、400、500人次就可以營運，若預算不足，未來可能要做到600、700人次才能營運下去，很多人就不開業了，這種遞延效應很可怕，請付費者代表再考慮一下，總成長率是不是可以高一點？

蔡委員明鎮

感謝腎臟科醫師照顧我們的腎臟病及洗腎病人，這些我們都很肯定，問題是我剛才說的總成長率，歷年來都是這個數字。

羅協商代表永達

沒有，去年門診透析總成長率是3.25%。

蔡委員明鎮

如你所說今年是因疫情關係，看病的比較少，我們3位主談及協談人都在這裡，我們大家直接說就好，不用再進去內部會議討論了！

張協商代表孟源

- 一、我是西醫基層部門的代表，台灣洗腎的病人，濁水溪以南是濁水溪以北的2倍，即盛行率2倍，大部分較有錢的人都是心臟病做心導管，較窮的就洗腎，有時去電台買藥來吃，對於洗腎尿毒的病人平均餘命較一般人少10、20幾歲。洗腎是國家負擔，但我們仍要考慮醫界經營的成本，請看會議資料第17頁，健保會的補充資料，醫院及西醫基層門診透析預算之計算方式，先協定年度透析服務費用成長率，再依109年第1季費用申報點數占率分配預算，醫院53.833%，基層46.167%。
- 二、不說人數成長，從醫療費用成長來看，醫院的非協商因素(即「醫療服務成本及人口因素」)成長率就有3.73%，基層則是2.954%，若以醫院的非協商3.73%乘以占率53.833%，加上基層的非協商2.954%乘以占率46.167%，試算是3.36%，這是最基本的數值，沒有協商因素加碼，只用「醫療服務成本及人口因素成長率」試算就有3.36%的成長率，至少應該有3.3%。
- 三、因新冠肺炎疫情造成普通門診量減少，但很慶幸勞工朋友洗腎權利未受影響，現在所有部門的點值有時每點接近1元，只有洗腎的點值仍然維持0.85左右，等於平常就被打折。若給予最基本的非協商因素成長率，估算至少也要3.3%，這樣比較合理。期待能透過整合照護幫助腎臟病患者讓他們不用洗腎，洗腎很可憐，但是已經在洗腎的病人還是要救，希望能給予幫助。

周主任委員麗芳

付費者主談人這邊，有關成長率的部分...。等一下，公正人士吳委員榮達有意見。

吳委員榮達

請看會議資料第19頁，歷年門診透析醫療服務利用及供需概況表，107、108年的成長率，透析人數成長約2.9%，去年總成長率是3.25%，建議比照透析人數成長2.9%計算方式，考量下一年度維持109年總成長率3.25%，不曉得雙方可不可以接受？提出這樣的建議請大家參考。

羅協商代表永達

- 一、剛剛我們提出的基本數值沒包括2樣東西，包括今年疾病嚴重度與以往不太一樣，即使將COVID-19因素去除，因人口老化，人口結構每5年就會有明顯的變化，現在是包裹式給付，只要與透析相關的治療都一併包在包裹給付中，為什麼一開始會說今年的情形不一樣，就是每5年重新試算數值不太一樣。
- 二、我們無法接受總成長率3.25%，但可以接受總成長率3.7%，我再回去跟他們商量看看，我們從4.0%降至3.7%，若可以這樣才能彌補，就是3.25%加上0.45%作為維持品質的成本。

周主任委員麗芳

接下來請付費者代表主談人蔡委員明鎮表示意見。

蔡委員明鎮

這樣啦！我們3位也有誠意跟你們協商，可是你提的總成長率3.7%比公正人士說得還多，我們不能接受。不要說我沒誠意，我被授權最多總成長率3.1%，成就成，不成我們就不談了，就這樣而已。

羅協商代表永達

我想我們就兩案併陳。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

請看總額協商的資料，很明確規範我們可以聽從專家學者、公正人士寶貴的建議，但是公正人士、專家學者不應該幫我們建議金額及

成長率，總額協商程序中已經規範得很清楚，這點有失總額協商付費者與醫療提供者對等協商的運作機制。明確的說專家學者、公正人士可以提供一些建議內容供協商雙方參考，但是不能幫我們訂總額成長百分比與金額，這點我必需要提出來。

周主任委員麗芳

剛剛兩造雙方，我們...

羅協商代表永達

我們願意用總成長率3.7%兩案併陳，就是螢幕上左邊的數字。

蔡委員明鎮

總成長率2.9%到3.0%就夠了，我們還給3.1%。

周主任委員麗芳

一、醫院、西醫基層部門在門診透析總成長率自己已先調整至3.7%，以總成長率3.7%的版本送部，付費者代表這邊是以總成長率3.1%的版本送部(註)。

(註：醫院及西醫基層部門與付費者方案如下表。)

單位：%；百萬元

總額 部門別	醫院及西醫基層部門方案			付費者方案		
	成長率	預算	新增金額	成長率	預算	新增金額
醫院	2.245%	22,705.6	498.5	1.653%	22,574.2	367.1
西醫基層	5.450%	19,472.2	1,006.4	4.840%	19,359.6	893.7
總計	3.700%	42,177.8	1,504.9	3.100%	41,933.8	1,260.8

二、關於110年度醫院與西醫基層總額之門診透析預算，因付費者代表與門診透析協商代表未能達成共識，請將各自之建議方案送本會幕僚彙整。

三、門診透析預算協商告一個段落，接下來進行西醫基層部門的總額協商。

貳、110年度總額協商—「西醫基層總額」
與會人員發言實錄

貳、110年度總額協商－「西醫基層總額」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

- 一、請西醫基層總額協商代表入座，付費者代表的主談人是何委員語，協談人是陳委員炳宏及吳委員鴻來，請入座。
- 二、西醫基層部門的協商代表都入座了嗎？若都入座，就開始進行110年度西醫基層總額協商。依協商程序，第一階段為「提問與意見交換」，先請西醫基層部門說明15分鐘，之後再由委員提問，若準備就緒，請開始說明。

黃常務理事啟嘉

何委員語及各位敬愛的付費者代表，請問是不是可以開始陳述意見？(付費者代表回應：好)今天是協商會議，我們從協商項目依序向各位委員陳述。首先第1項「新醫療科技」，請黃協商代表振國、顏協商代表鴻順及張協商代表孟源說明。

黃協商代表振國

- 一、各位委員大家午安！謝謝給我們陳述的機會，引進新醫療科技，實際上是嘉惠民眾健康，民眾使用新醫療科技的同時，其他的診察費、診療費也會增加，但總額預算就這麼大，增加新藥的預算並沒有同步增加其他治療所需(如診察及檢驗)的費用。所以爭取新藥經費是嘉惠民眾而對醫界總額的點值並沒有實質的幫忙。但是，醫界還是樂見引進新藥、新科技，可以減少病患產生重大併發症，提升民眾的健康及醫療品質。
- 二、病患在基層使用新藥、新科技後的效益是在後段減少民眾急重症的發生，進而減少醫療費用，因此在基層較無替代率，陳請各位委員能重視，在新醫療科技沒有專款專用之前，一般服務的「新醫療科技」預算能適量增加，讓民眾健康得到更適宜的保障。

顏協商代表鴻順

- 一、新藥、新科技是西醫基層部門非常重視的項目，所有新藥、新科技的引進，都是在照顧民眾的健康。尤其藥品費用非常難以

估算，有參與「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議—藥品部分」(下稱藥品共擬會議)的都知道，年度總額協商是在年度前先概估1個整體的預算額度，但是在下1年度每2個月，甚至隔1個月健保署都會召開藥品共擬會議，討論新藥引進事宜，若預算不能夠寬列，新藥引進時就會面臨很大的阻礙。

- 二、雖然健保署一直說有替代率，但是這方面(替代率)的爭議非常大。希望付費者代表能站在維護民眾用藥權益及嘉惠民眾的立場，寬列新藥的預算，讓醫界更能照顧民眾的健康。

張協商代表孟源

- 一、關於新醫療科技部分，剛剛門診透析服務預算協商破局主要是慢性腎臟病透析患者越來越多，國內洗腎患者已經高達9萬多人，在治療糖尿病的藥品方面，今年有多項藥品擴大適應症及引進新藥，對於慢性腎臟病，尤其對糖尿病導致的腎病變非常有幫助，不用注射胰島素，使用口服藥就可達到很好的治療效果，醫界也希望引進好的藥品，但有時光1、2個品項就需要10幾億元。
- 二、近日有藝人因心血管疾病早逝，新藥引進可以減少患者產生心血管及腎臟的問題，還能減少急症，提升健康品質，因此預算真的需要寬列。

黃常務理事啟嘉

新醫療科技的部分就向各位委員報告到這裡，接下來說明第2項「藥品及特材給付規定改變」部分。

黃協商代表振國

- 一、有關藥品放寬適應症，健保署認為2A類(與現行最佳常用藥品比較，顯示臨床價值有中等程度改善之新藥)或2B類(臨床價值相近於已收載核價參考品之新藥)的藥品，會取代舊藥品的使用，即有替代率(健保署替代率模型：2A第1-5年是60%、70%、80%、90%、90%，2B第1-5年是90%、100%、100%、

100%、100%)，因「替代率」使隔年以後的藥費預算下降許多，跟實際新藥使用費用差距擴大。曾統計5年後的藥品成長率，在第6、7年仍有5%以上的成長幅度。

二、我舉最有名的GLP-1促效劑(糖尿病針劑型藥品)為例，Victoza(糖尿病針劑型藥品，每天注射1次)先引進後，105年再引進Trulicity(糖尿病針劑型藥品，每7天注射1次)，依據108年實際醫療利用估算，Victoza沒有被新藥(Trulicity)替代掉，反而增加大概6億元的費用。這個耗用在引進當時並無法準確預估，放寬藥品適應症雖然嘉惠民眾健康，但開放一直到5年後實際所產生的費用，不是西醫基層總額能夠接受的。剛剛張協商代表孟源提到的糖尿病用藥，是目前最有效的糖尿病口服複方製劑(2種單方組成)的藥品，今年5月將給付規定從HbA1c(糖化血色素)8.5%降到7.5%即可使用，嘉惠許多民眾。

三、此外，110年藥品給付規定改變的預算，健保署是以108年擴大適應症品項的財務影響去估計編列，因此嚴重低估。107年疱疹用藥放寬適應症耗用太大，健保署估計有2億元費用差距，但光今年5月已經放寬適應症藥品所造成的費用，都遠高於健保署目前估列的預算(註)。

(註：健保署估列西醫基層總額110年「藥品及特材給付規定改變」經費為7.65千萬元。)

黃常務理事啟嘉

- 一、說明時間共15分鐘，目前已用5分鐘，請各位夥伴注意時間。
- 二、藥品擴大適應症的部分還有什麼要補充？若沒有，第3項「推動科際平衡」先略過，接下來說明第4項「推動基層『全人醫療』」部分。

黃協商代表振國

- 一、今年新冠肺炎疫情是百年難得一見的災難，台灣能夠守得這麼好，是因為有厚實的健保制度來維繫著醫療體系。在新冠肺炎疫情發生時，很多民眾發現唯有找到1個值得信任、可近性高

的醫師，尤其是家庭醫師或其他信任的醫師才能放心，能得到第一線的醫療防護非常重要，因此「全人醫療」值得大家支持，而不僅是辦理「家庭醫師整合性照護計畫」而已。

- 二、希望全人照護的觀念，能夠藉由這次新冠肺炎疫情深植人心，預期疫情還會持續到明年，過往台灣健保體系都著重專科化疾病治療，未來推動全人照護的觀念，有其必要。

黃常務理事啟嘉

這次新冠肺炎對整個醫療生態及民眾都有深遠影響，因此需要編列第5項「因應肺炎疫情上呼吸道感染照護費」來照顧民眾健康，請周協商代表慶明說明。

周協商代表慶明

- 一、這次新冠肺炎疫情不只是台灣，全世界都受到嚴重的衝擊。我本身是耳鼻喉科醫師，陳部長時中之前提到台灣為什麼不需要普篩，因為基層醫療做得非常好，依病患病情做好分級，視需要予以轉診，這樣可以代替普篩。很多第一線的基層醫師都參與防疫，特別是治療呼吸道疾病的醫師，但平日治療呼吸道疾病患者越多的醫師，此次受災越嚴重，就我所知，像兒科、耳鼻喉科診所營運衰退達5成、甚至6成。
- 二、基層醫師身心都遭受很大的衝擊，「身」是每天看診8~10個小時，全副武裝，特別是戴N95醫療口罩、面罩、頭罩及穿隔離衣，真的是非常地辛苦，「心」則是診所看診量down(下降)很多，但大家還是秉持著善盡社會跟防疫的責任，堅持不裁員、不減薪、不減診、不停診，繼續維持西醫基層防疫量能。
- 三、過去照護呼吸道病人越多的醫師，診所看診量down的越多，希望能夠給予診所及治療呼吸道疾病的醫師一些加成費用。

黃常務理事啟嘉

以上是一般服務項目，再來是專款項目，第7項「家庭醫師整合性照護計畫」，請黃協商代表振國說明。

黃協商代表振國

- 一、「家庭醫師整合性照護計畫」在各位委員支持之下，這幾年有明顯的成長，計畫已在西醫基層普及，民眾也有高度的參與。
 - 二、因應人口老化，醫療群也提供居家醫療與居家安寧服務，甚至協助民眾進行殘障鑑定。在配合建立防疫體系方面，包括視訊遠距問診、參與防疫醫療等，都以醫療群醫師參加最多，凸顯出透過這個計畫，讓基層醫師團結起來，站在第一線為民眾防疫而努力。
 - 三、對於經費的估算，考量本計畫近年會員已大幅成長，故採低推估，以109年會員成長率5.3%做推估，前幾年的績效獎勵金點值都在0.8以下、約0.7多，1個會員的預算本來是800點，實際算下來，平均每個人不到600元、大概只有500多元，若要維持好的品質、扮演堅強的民眾健康守護者角色，希望本計畫的預算能低度成長，且朝精實方向進行獎優汰劣。
 - 四、西醫基層部門跟健保署在預算編列的差異如下，希望委員能支持西醫基層的估算，讓這個計畫能持續維護民眾健康：
 - (一)健保署以新增1位會員550元估列預算，我們是以會員每人650元估列，差距100元。
 - (二)多重慢性病整合部分，健保署估列需2.5億元，但108年實際支出2.88億元，我們推估109年需3.03億元，考量明(110)年會員成長及人口老化因素，估計多重慢性病會員用藥整合費用約需3.2億元。
 - (三)另外在獎勵品質優異的醫療群部分，109年新增偏遠地區的優良醫療群與計畫評核指標特優級且費用有節省(會員平均每人VC-AE差值>275點)的醫療群(註)，給予每點1元獎勵，這部分健保署並未增編預算。
- [註：依109年計畫，給予醫療群健康管理成效鼓勵，將會員實際申報西醫門診醫療費用(AE)，與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋社區醫療群，平均每人275點為上限(以群方式統計)。]

黃常務理事啟嘉

為把握時間，我先說明第8項「鼓勵院所建立轉診之合作機制」、第11項「強化基層照護能力，及『開放表別』項目」及第12項「醫療給付改善方案」，西醫基層的方案都與健保署相同，請陳協商代表相國簡單陳述。

陳協商代表相國

- 一、第8項「鼓勵院所建立轉診之合作機制」，目前院所在上、下轉診部分執行良好，希望預算維持去年額度(2.58億元)。
- 二、第11項「強化基層照護能力，及『開放表別』項目」，可增加西醫基層的競爭力，對基層的醫療服務與可近性都有很大助益，執行情形良好，預算執行率達80%，希望能增編3億元預算。
- 三、第12項「醫療給付改善方案」，包括糖尿病給付與B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤等各項方案，執行效果良好，且可提升醫療品質，因此同意健保署的建議，增編1.96億元。
- 四、第13項「網路頻寬補助費用」也是執行良好，也同意健保署意見，增列300萬元。

黃常務理事啟嘉

第9項「平轉獎勵—糖尿病視網膜眼底檢查、子宮頸抹片、大腸癌篩檢」，請吳委員國治說明。

吳委員國治

- 一、分級醫療是國家既定政策，西醫基層的量能要足夠，平轉是未來要發展的方向，但全面開放平轉獎勵可能會引發過度使用的疑慮，所以西醫基層提出的方案，規劃先從建立優質的平轉開始。特地選定糖尿病視網膜眼底檢查、子宮頸抹片和大腸癌篩檢這3項開始進行平轉獎勵。
- 二、或許有人認為與既有計畫或家庭醫師整合性照護計畫重複，但目前這3項檢查的整體執行率還不高，希望藉由擴大平轉機制，利用西醫基層優質的能力，提升這3項的檢查率來照護民

眾。

周主任委員麗芳

由於時間關係，請在2分鐘內結束說明。

黃常務理事啟嘉

第10項「C型肝炎藥費」，請顏協商代表鴻順說明。

顏協商代表鴻順

一、C型肝炎治療是國家型的治療計畫，雖然一開始西醫基層參與的院所不多，但今年在克服審查與稅金問題後，西醫基層院所參與率非常高。今年西醫基層的執行率比醫院還高，109年西醫基層大概有4,500個病人quota(配額)，目前剩不到1,000個，執行率達75%以上，醫院分配名額的執行率大約在60%左右，C型肝炎藥費是實報實銷，本項預算編列，尊重健保署意見，但若可以寬列預算，就能照顧更多的病人。

二、在「國家消除C型肝炎政策綱領」中提到，每1個C型肝炎病人檢驗費用達14,120點，其中C型肝炎的RNA定量測驗(治療前、治療結束時及治療結束後第12週)與基因型檢測，合計需9,050點，希望在編列藥品預算時，也能夠補助治療C型肝炎病人的檢驗費用。

黃常務理事啟嘉

最後，第20項「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)」，再請顏協商代表鴻順跟大家說明。

周主任委員麗芳

請簡短。

顏協商代表鴻順

一、到目前為止，全球有3,000萬人感染新冠肺炎，死亡人數已經超過100萬人，台灣因為防疫做得非常好，所以在今年第2季，全世界主要國家的GDP(Gross Domestic Product，國內生產毛額)都衰退10%左右，台灣只有衰退0.73%，所以台灣醫界不僅

對民眾的生命健康有貢獻，同時對很多付費者代表所代表的工商團體及台灣整體經濟，都有非常大的幫助，希望這點能夠得到付費者代表的肯定。

二、估算這6個月西醫基層診所因應新冠肺炎所增加的醫療成本，大約有100億元，這部分有詳細的項目與金額(會議資料第340頁)，僅象徵性編列10億元預算，希望能給辛苦配合防疫的基層診所一些幫忙跟鼓勵。

周主任委員麗芳

說明時間已經超過，先說明到此，接續請付費者代表提問。

陳委員炳宏

非常感謝西醫基層協商代表詳細說明預算編列基礎，請容許付費者代表整合共識後再回報。

周主任委員麗芳

請等一下，若還有委員要提問，請先提問，讓西醫基層協商代表簡單回應，請問委員有沒有提問？(未有委員表示要提問)都沒有，接下來由付費者代表進行內部會議討論，預計20分鐘。

(付費者代表進行內部會議討論約18分鐘)

周主任委員麗芳

請各位委員入座，付費者代表已回到現場，請主談人何委員語及協談人陳委員炳宏、吳委員鴻來就位，請何委員語向大家說明付費者代表的方案。

何委員語

西醫基層的協商代表，大家辛苦了，在這一次新冠肺炎期間，西醫基層貢獻良多，大家都很努力，各位功德無量，一定會有很大的福報，現在就請陳委員炳宏來報告。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

以下說明付費者代表方案，付費者代表主要參考健保署提供的專業意見：

一、首先，請看螢幕右上方，對於「醫療服務成本指數改變率」所增加的部分金額有協定內容，另有需要優先用於科際平衡。相關文字列於螢幕右上方(註)，請問西醫基層代表是否可以看得清楚？

(註：付費者代表方案「醫療服務成本及人口因素成長率」之協定事項文字為：「醫療服務成本指數改變率」所增加之部分金額，由健保署與醫界討論後，用於調整支付標準，另有需要可優先用於科際平衡。)

二、一般服務協商因素項目：

- (一)第1項「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)」：依健保署意見(編列1.903億元)。
- (二)第2項「藥品及特材給付規定改變」：依健保署意見(編列0.765億元)。
- (三)第3項「推動科際平衡」、第4項「推動基層『全人醫療』」、第5項「因應肺炎疫情上呼吸道感染照護費」等新增項目，付費者代表依健保署意見，未編列預算。

何委員語

一、我補充說明，一般服務協商因素項目，第6項「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：依健保會決議(減列0.618億元)。

二、專款項目：

- (一)第7項「家庭醫師整合性照護計畫」：依健保署意見，增加1.7億元(全年經費36.7億元)。
- (二)第8項「鼓勵院所建立轉診之合作機制」：同意健保署及西醫基層意見不增加預算(全年經費2.58億元)。
- (三)第9項「平轉獎勵—糖尿病視網膜眼底檢查、子宮頸抹片、大腸癌篩檢」：健保署不增列預算，付費者代表也同意不增加預算。

- (四)第10項「C型肝炎藥費」：付費者代表支持健保署的預算編列(減列1.14億元，全年經費2.92億元)。
- (五)第11項「強化基層照護能力，及『開放表別』項目」：雖然西醫基層部門與健保署的意見都是增加3億元，但本項歷年執行率都未超過80%，108年只有78.5%，因此減列建議增加金額2億元。較109年的8.2億元增加1億元(全年經費9.2億元)，看110年的執行率能不能超過80%。
- (六)第12項「醫療給付改善方案」：依據健保署意見增加1.96億元(全年經費6.55億元)。
- (七)第13項「網路頻寬補助費用」：依健保署及西醫基層部門意見，付費者一致同意增加300萬元(全年經費2.14億元)。
- (八)第14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」：金額與健保署及西醫基層部門一樣(全年1.1億元)，但分列為2項(「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」與「後天免疫缺乏病毒治療藥費」分別列項)，每項各5,500萬元。
- (九)第15項「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」：同意健保署與西醫基層意見，維持1,100萬元。
- (十)第16項「西醫醫療資源不足地區改善方案」：同意健保署及西醫基層意見，不增加預算(全年經費3.171億元)。
- (十一)第17項「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」：同意健保署及西醫基層意見，全年經費5,000萬元，未增加預算。
- (十二)第18項「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費」：同意健保署及西醫基層意見，全年經費1.78億元，未增加預算。
- (十三)第19項「品質保證保留款」：照健保會決議(全年經費1.158億元，減列1.647億元)。
- (十四)第20項「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)」健保署未編列預算，全體付費者也同意不予編列預算。以上是付費者代表對專款項目的意見，請西醫基層部門協商代表參考，有什麼意見請提出來討論。

周主任委員麗芳

謝謝付費者代表提出第1個付費者版本，請西醫基層部門表示意見。

黃常務理事啟嘉

- 一、依過去多年來協商的經驗，我們知道健保署站在為民眾把關的立場，所提出的建議方案是最保守的版本。過去付費者代表都會以健保署版本為基礎，再往上增加預算，不過早上我有參加醫院總額協商，發現今年好像反過來。若跟前1場次的協商相比，我可以感受到付費者代表對西醫基層部門的善意。
- 二、事實上，有很多民眾健康需求所需費用，在付費者的版本並沒有呈現，包括新藥、新科技及藥品給付規定放寬等部分，其實新藥、新科技及藥品給付規定放寬的預算，只有計算藥費而已，即使爭取到這些預算，醫生也是義務幫民眾做評估，幫民眾承擔使用新醫療科技的責任，這些都沒有經費，新增診療費用或診察次數，也沒有任何費用挹注。西醫基層在估列預算時，並沒有特意多編預算，事實上新藥開放使用5年後，其產生的費用大約就是我們所估列的額度，這些經費都是用在民眾身上，也有助於提升西醫基層的醫療水準。
- 三、謝謝何委員語剛才對西醫基層在新冠肺炎防疫中投入的肯定，但付費者版本中與防疫相關的項目都沒有編列預算，我們需要進行內部討論，看看是不是能再跟付費者代表溝通、爭取預算，不知能否讓我們進行內部討論？(付費者代表回應：可以)

周主任委員麗芳

請吳委員國治。

吳委員國治

- 一、我就不稱非協商因素，對於協商因素成長率以外的部分，即

「醫療服務成本及人口因素成長率」，我們不希望在協定事項內羅列很多內容，因為這些不是協商因素，今天早上醫院總額協商時，醫院部門的協商代表也有提出相同意見，這些項目是在反映過去預算的不足，而不是未來需求，所以反對在協定事項內羅列相關內容。

- 二、有關「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」項目之預算，西醫基層部門還是希望能夠寬編，基本上西醫基層總額與醫院總額不同，醫院總額需概括承擔病患後期的所有照護，而西醫基層總額卻只有增加支出，沒有替代效應。按往年經驗，常常在新藥引進多年後出現預算不足現象，希望付費者能夠寬編。

黃協商代表振國

- 一、我補充一下，在「藥品及特材給付規定改變」中，以放寬糖尿病口服複方製劑藥品給付規定為例，原來要求病患的糖化血色素需8.5%以上才能使用，在今年2月的藥品共擬會議，通過放寬為高於7.5%即可使用。在討論過程中有一個重點，是關於限縮針劑型GLP-1促效劑類藥品的給付規定(註)，光此種藥品108年就多支出6億元，口服的複方製劑藥品(combo)，費用大約是針劑型藥品(GLP-1促效劑)的1/3，原本期待能夠藉著放寬口服複方製劑，讓更多使用針劑型藥品的糖尿病患者改用口服複方製劑，而產生費用移轉。當時的預估是以減少1個使用針劑型藥品病人的費用，換成3個使用複方製劑藥品病人的費用。

[註：109.2.20藥品共擬會議通過限縮使用GLP-1促效劑使用規定，未曾發生重大心血管事件之糖尿病人，須先使用其他口服降血糖藥品持續6個月以上，且HbA1c仍高於8.5%以上(原規定是7.5%以上)方可使用該類藥品，並公告自109.5.1生效。]

- 二、在藥效部分，針劑型GLP-1促效劑平均能將患者的HbA1c下降0.8%，也能保護患者的心血管，但放寬口服複方製劑，即SGLT-2抑制劑及DPP-4抑制劑的合併劑型，平均能使HbA1c下

降1.6%，效果比針劑更好，而且費用只有針劑型藥品的1/3。為了民眾的健康，醫界主動釋出善意，把原來口服用藥規範從HbA1c需達8.5%以上降到7.5%以上，但也希望有費用轉換的效果，讓醫界、健保與民眾健康三贏。只是健保署基於照顧民眾健康，7月又以行政命令，讓原來已使用GLP-1促效劑類藥品的民眾(HbA1c達7.5%以上者)，能繼續使用GLP-1促效劑類藥品(註)，不限制HbA1c需達8.5%以上才能使用，但這樣一來就不會產生預期的費用轉移效果，反而會增加許多。

(註：健保署考量已使用該類藥品之病人，恐因不符合新的給付條件而須面臨換藥，影響用藥品質，乃於109.7.15公告「109年5月1日前已依生效前之給付規定使用本類藥物之病人，得繼續使用原藥物至醫師更新其處方內容」，自109.8.1生效。)

三、剛才有提到，為什麼要編列這項經費呢？因為健保署所編列的110年擴大適應症預算，是以108年擴大適應症的項目去估計編列，並沒有估算到今年4月份公告、5月開始放寬使用的糖尿病口服複方製劑藥品的費用。以107年抗疱疹病毒用藥放寬適應症為例，當時預估衝擊很大，健保署就另外估算需2億元預算，協商108年度預算時一併編列預算，以減少基層總額衝擊。

四、我相信健保署的資料可以顯示，這幾個月無論是西醫基層或醫院端，糖尿病口服新藥使用量激增，民眾健康雖得以保障，但在既有針劑型GLP-1促效劑類藥品給付規定沒有限縮，同時又放寬口服複方製劑藥品給付規定下，基層實在沒辦法承受這樣的財務衝擊。個人預估明年至少產生2億元費用，從5月開放到現在，依我私下進行的調查，部分廠商的出貨量都已經比去年同期增加5~10倍。西醫基層照顧民眾的心意不變，也希望委員能夠支持，其他的藥品不談，但光這個藥品(糖尿病口服複方製劑)，在明年的西醫基層總額至少會產生2億元的費用衝擊。

周主任委員麗芳

接下來西醫基層代表進行內部討論，時間預計10分鐘。

(西醫基層代表進行內部會議討論約13分鐘)

周主任委員麗芳

西醫基層代表已回到現場，請說明西醫基層代表目前的版本，謝謝。

黃常務理事啟嘉

一、敬愛的付費者代表，西醫基層的協商代表剛剛在隔壁會議室經過激烈的討論，我們本於付費者代表的期待做出修正，對於剛剛付費者代表完全沒有著墨、不予編列的第3項「推動科際平衡」及第4項「推動基層『全人醫療』」，這2項就全部刪除。但付費者代表對於基層配合新冠肺炎防疫給予肯定，因此有關因應疫情的項目(第5項「因應肺炎疫情上呼吸道感染照護費」及第20項「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)」)予以保留。

二、專款項目：

(一)第11項「強化基層照護能力，及『開放表別』項目」，健保署意見是增加3億元，付費者代表修正為增加1億元，我們尊重付費者代表的意見。

(二)第7項「家庭醫師整合照護計畫」是推動分級醫療一個很重大的基礎建設，目前績效非常好，家庭醫師整合照護計畫的健康成效指標VC-AE部分(註)已經開始轉正，為了照顧患者及民眾，希望資源不要被縮減，但我們也自動減少1億元(從新增7.5億元預算改為新增6.5億元預算)。

[註：VC-AE：社區醫療群登錄個別診所會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值]

三、一般服務：

(一)第1項「新醫療科技」：費用從4億元降為3億元，因為預算用於未來1年內要陸續納入的新藥，我們可以更擰節的去引進新

藥，但希望本項不要過度縮減，以免影響到基層醫療整體的進步。

(二)第2項「藥品及特材給付規定改變」：這是反映在過去已經放寬規定後所產生的費用。我記得協商104年總額時，西醫基層爭取Lucentis(治療黃斑部退化病變用藥)放寬給付規定所需費用，得到付費者代表同意，在「其他醫療服務利用及密集度之改變」編列7億元預算(註)，今年有很多放寬適應症的品項，基層估算合計需5億，本項經費沒有再做更動，以上是這次西醫基層代表內部討論的結果，請付費者代表審酌。

[註：104年度西醫基層醫療給付費用總額協定結果，一般服務項目中「其他醫療服務利用及密集度之改變」編列7億元(成長率0.713%)，協定事項為「在合理預期支出範圍內，應含放寬藥品適應症所增之費用；若有全民健康保險法第26條第2款之情事，則不適用」。]

周主任委員麗芳

請黃協商代表振國。

黃協商代表振國

第14項(「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」與「後天免疫缺乏病毒治療藥費」分列)有配合付費者代表意見修正。

黃常務理事啟嘉

對，第14項將「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」與「後天免疫缺乏病毒治療藥費」分列預算，我們非常了解付費者代表的心情，也願意配合，同意將2項分列，金額同付費者代表方案。

周主任委員麗芳

謝謝，也很感謝西醫基層願意體諒付費者代表的心情，很多項目也都有配合修正。

何委員語

目前西醫基層代表所提方案較109年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)為4.873%(此處之總成長率，以付費者代表建議之醫院及西醫基層合計門診透析服務成長率3.1%，來計算西醫基層門

診透析服務成長率)，已經超過行政院核定範圍的上限值4.5%，請西醫基層代表重新修正好不好？

周主任委員麗芳

目前西醫基層代表所提方案已經超過上限。

黃協商代表振國

現在西醫基層門診透析服務成長率是多少？

周執行秘書淑婉

現在較109年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)是4.950%(此處之總成長率，以醫院代表建議之醫院及西醫基層合計門診透析服務成長率3.7%，來計算西醫基層門診透析服務成長率)。

黃常務理事啟嘉

門診透析服務成長率是4.950%嗎？

周執行秘書淑婉

- 一、剛才討論醫院總額時，門診透析服務協商未達共識，醫院代表方案醫院及西醫基層門診透析服務成長率為3.7%，付費者代表方案成長率為3.1%。
- 二、幕僚依醫院方案的門診透析服務成長率3.7%，據此計算西醫基層部門代表所提修正方案「較109年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」為4.950%。

黃常務理事啟嘉

西醫基層代表方案是以付費者代表方案的3.1%來計算。

周執行秘書淑婉

若以門診透析服務成長率3.1%計算，目前西醫基層方案總成長率4.873%，仍超過4.5%。

黃協商代表振國

我們修一下。

黃常務理事啟嘉

我們馬上修一下。

林委員錫維

修一下、修一下啦！講乎成啦(台語)！

周執行秘書淑婉

希望成長率修到4.5%(行政院核定範圍的上限值)以下。

黃常務理事啟嘉

第20項「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)」原為10億元，現在修正為7億元。

周主任委員麗芳

- 一、請幕僚現場試算，將第20項從10億元改成7億元，則成長率多少？
- 二、(滕委員西華表示要發言)請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我沒有要對金額提出建議。第20項「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)」，付費者跟西醫基層代表有不同的意見，請付費者代表看到會議資料第233頁說明3，其他預算第3項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，健保署為因應流行疫情發生所增加的費用，建議將本項由(109年)8.22億增列至(110年)10億。
- 二、若要減列協商項目預算，讓總成長率符合在(上限值)4.5%以內，建議西醫基層及付費者代表考量健保署在其他預算第3項已增列預算及相關用途，或許雙方在本項可達成共識。我是要提醒在其他預算也有編列相關預算。

黃協商代表振國

還是超過嗎？用我們的方案不會吧？

周執行秘書淑婉

- 一、幕僚已經用門診透析成長率3.1%試算，總成長率還是超過4.5%(現場試算總成長率為4.666%，西醫基層協商代表現場進

行討論)。

二、建議可考慮將第20項的7億元拿掉，再試算看看。

黃常務理事啟嘉

一、從頭再看一次，前面那2項(第1項「新醫療科技」及第2項「藥品及特材給付規定改變」)屬於民眾需要用的，不修正。

二、第5項「因應肺炎疫情上呼吸道感染照護費」(原為3.76億元)，再減少1億元。

三、第20項「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)」...

林委員錫維

建議把第20項的7億元拿掉，試算看差多少?(幕僚現場進行試算)

黃常務理事啟嘉

第20項的7億元刪除後，就剩下4%了。

周執行秘書淑婉

是4.116%。

林委員錫維

超過4%就好了。

黃常務理事啟嘉

第20項改為6億元。

何委員語

建議付費者代表再進行內部會議討論。

林委員錫維

主談委員建議付費者代表召開內部會議討論。

(付費者代表進行內部會議討論約17分鐘)

周主任委員麗芳

請各位委員入座。請主談人何委員語來說明付費者代表第2版方案內容。

何委員語

聚集付費者代表的智慧，經過充分、熱烈的討論後，結論如下：

一、醫療服務成本及人口因素成長率，同付費者代表方案第1版本。

二、協商因素項目：

(一)第1項「新醫療科技」，西醫基層代表提出3億元，付費者代表同意給予3億元，但若今天協商不成，要兩案併陳請部長裁決時，付費者代表方案要回歸1億9,030萬元。

(二)第2項「藥品及特材給付規定改變」：維持7,650萬元。

(三)第3項(推動科際平衡)及第4項(推動基層「全人醫療」)剛才西醫基層已同意刪除。

(四)第5項「因應肺炎疫情上呼吸道感染照護費」及第20項「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)」，付費者代表全部同意依健保署意見不予增列。

(五)第6項「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：照健保會決議。

三、專款項目：

(一)第7項「家庭醫師整合性照護計畫」：尊重健保署意見，以人數成長及每人550元估列，增加1億7,000萬元(全年經費36.7億元)。

(二)第8項「鼓勵院所建立轉診之合作機制」：維持依照健保署意見(全年經費2.58億元)。

(三)第9項「平轉獎勵—糖尿病視網膜眼底檢查、子宮頸抹片、大腸癌篩檢」：西醫基層代表已同意刪除。

(四)第10項「C型肝炎藥費」：也照健保署建議(減少1.14億元，全年經費2.92億元)。

(五)第11項「強化基層照護能力，及『開放表別』項目」：西醫基層代表已同意西醫基層方案減列2億元，全年經費為9億

2,000萬(新增1億元)，希望本項明年預算執行率能達80%以上。

- (六)第12項「醫療給付改善方案」：同西醫基層及健保署建議，增加1億9,600萬元(全年經費6.55億元)。
- (七)第13項「網路頻寬補助費用」：同西醫基層及健保署建議，新增300萬元(全年經費2.14億元)。
- (八)第14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)分列為2項，雙方意見一致(2項全年經費各為5,500萬元)。
- (九)第15項「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」：同西醫基層及健保署建議(全年經費1,100萬元)。
- (十)第16項「西醫醫療資源不足地區改善方案」(全年經費3.171億元)、第17項「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」(全年經費5,000萬元)、第18項「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」(全年經費1.78億元)，與西醫基層及健保署意見相同。
- (十一)第19項「品質保證保留款」：依健保會決議(全年經費1.158億元)。
- (十二)第20項「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)」：尊重健保署的意見不予增列。

周主任委員麗芳

- 一、謝謝何委員語說明付費者提出的第2個版本。
- 二、請健保署先說明針對COVID-19(Coronavirus disease 2019，新冠肺炎)衍生的成本費用，目前規劃為何？

李組長純馥

向各位委員報告，有關COVID-19所產生的影響，因為是各總額部門都會面臨的問題，所以健保署統一在其他預算第3項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，原(109年)編列8.22億

元，110年規劃增編為10億元，以因應未來COVID-19可能會增加的成本。

周主任委員麗芳

請教西醫基層代表對付費者代表第2個版本的想法如何？

黃常務理事啟嘉

- 一、我感受到付費者代表在很多地方釋出善意，不過以我的專業來看，很多項目預算跟基層民眾的醫療需求相比是不足的，甚至部分項目是現有醫療服務產生的需求，也沒有辦法滿足。
- 二、請允許西醫基層代表進行內部會議討論。(付費者代表委員：可以)

周主任委員麗芳

好，那請你們10分鐘後回來。

(西醫基層代表進行內部會議討論約9分鐘)

周主任委員麗芳

各位委員請回座，請西醫基層代表說明修正後版本。

黃常務理事啟嘉

- 一、敬愛的付費者代表，其實西醫基層在這次的談判中，感受到各位委員對西醫基層是愛之深、責之切。因為我們認為有些項目民眾有一定的需求，對於付費者代表對我們的期待，就專業的觀點來看，真的是無法達成。
- 二、在各位付費者代表的鞭策下，真的無法達到各位的期待。目前提出的版本，跟各位代表的版本還是有點距離。剛剛內部會議討論得非常激烈，我跟吳委員國治2個人甚至都被同儕趕出會議室，等其他協商代表討論完成後，才再讓我們進會議室。
- 三、在協商過程中，我感受到各位付費者代表釋出的善意，或許站在不同立場及觀點，對於民眾的醫療需求，有不一樣的想法，這部分請各位體諒。西醫基層總額最終的版本有再做一些刪減(註)，但跟付費者代表方案仍有差距，關於這點我感到非常的

抱歉。

[註：西醫基層代表方案第3版第20項「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)」改為5億元，整體成長率為4.460%。]

周主任委員麗芳

謝謝，就西醫基層部門所提出來的版本，請付費者代表表達看法，請主談人何委員語。

何委員語

- 一、付費者代表知道西醫基層總額希望能夠爭取較多的協商項目跟預算，但明年預估健保財務短絀高達800~890億元，所以站在付費者代表的立場，一方面希望能夠增加醫療服務的深度與廣度，一方面又要幫付費者節省費用支出。
- 二、付費者代表認為健保署是保險付費者的專業經理人，已經非常專業的精算協商資料。在西醫基層總額部分，付費者代表都同意專業經理人提供的專業資訊跟資料。第1項「新醫療科技」，健保署提的意見是1億9,030萬元，西醫基層代表提出3億元，付費者代表後來也同意3億元，至於其他項目，就依照健保署意見來決定。
- 三、但以目前的情勢來看，我建議付費者代表方案第1項「新醫療科技」3億元，回到健保署建議的1億9,030萬元，兩案併陳送部裁決，不要浪費大家的時間，生命有限，生命價值可貴，建議送部裁決，好不好？

黃常務理事啟嘉

好，謝謝各位付費者委員跟我們溝通，就按照雙方各自對民眾健康資源分配的期待，兩案併陳報衛福部決定。

周主任委員麗芳

- 一、謝謝西醫基層部門協商代表跟付費者代表的努力。110年度西醫基層總額因付費者代表與西醫基層代表未能達成共識，請將各自之建議方案送本會幕僚彙整。

(一)請幕僚依西醫基層方案內容及預算，於今日晚上8點前，提送西醫基層代表方案至本會。其中新增項目之執行目標及預期效益之評估指標，應以結果面為導向，呈現資源投入之具體效益。

(二)請幕僚依付費者方案之內容及預算，協助修正執行目標及預期效益之評估指標，並於今日晚上11點以前，提供付費者代表參考決定。

二、西醫基層總額協商就到此告一個段落，也感謝大家的努力。接下來要進行牙醫門診總額的協商。

參、110年度總額協商—「牙醫門診總額」
與會人員發言實錄

參、110年度總額協商－「牙醫門診總額」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

牙醫部門協商代表請入座，本場次進行牙醫門診總額協商，付費者代表主談人是林委員錫維、協談人是邱委員寶安及李委員育家，先請牙醫部門代表簡要說明5分鐘，請王理事長棟源。

王理事長棟源

- 一、主委、各位委員大家好，首先感謝各委員於去年協商109年度總額時，通過「全面提升感染管制品質」預算，當時牙醫部門承諾要100%執行進階感染管制，因此在新冠肺炎流行期間，我們成功地守護民眾及牙醫同仁的健康。在此特地感謝大家。
- 二、但有個問題，牙醫院所在防疫期間配合疾管署要求，增購頭套、護目鏡、防護衣、手套及口罩等防疫物資，其中有些設備是過去看診時不需要使用的，但現在這些設備都變成看診時的必要物品，使牙醫院所的營運成本大幅增加。舉例來說，醫療用手套已從1盒85元漲到240元，現在真的是賠本經營。從牙醫門診總額的「醫療服務成本指數改變率」能不能反映這些成本呢？答案是不可以。因為牙醫部門計算「醫療服務成本指數改變率」是以注射器、聽診器及導管等醫療器材的價格變動做為(藥材及耗材成本)計算基礎，所以今日總額協商，懇請各位委員疼惜牙醫部門，在疫情期間負擔高營運成本的情況下，守護民眾口腔健康，請給予牙醫部門愛的鼓勵，謝謝。

周主任委員麗芳

請問還有牙醫部門協商代表需要補充說明嗎？請徐協商代表邦賢。

徐協商代表邦賢

- 一、我從早上參加會議到現在，也理解委員與其他總額部門協商的辛苦。為了展現牙醫部門的誠意，我們先修正牙醫部門方案，先從一般服務協商因素項目開始，如下：

(一)「糖尿病患者口腔加強照護」：修正金額為600百萬元。

(二)「高齡患者根管治療難症處理」：修正金額為200百萬元。

二、如果沒有計算錯誤，應該符合委員及專家學者給牙醫部門的建議成長率不超過4.5%，算下來不會超過(周執行秘書淑婉：調整後成長率為4.6%)。還有專款部分，專款項目的修正額度...(林委員錫維：請講項次)好。

(一)第6項「牙醫特殊醫療服務計畫」：修正經費為815百萬元，精簡項目，將第9項「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」併入第6項。

(二)第7項「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」：修正經費為12百萬元。

(三)第8項「0~6歲兒童口腔健康照護試辦計畫」：修正經費為120百萬元。

周主任委員麗芳

請稍等，讓同仁在試算表同步修改牙醫部門方案。

徐協商代表邦賢

第9項「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」，併到第6項「牙醫特殊醫療服務計畫」，所以第9項金額為0元(螢幕顯示總額成長率4.504%)，以上是聽到委員建議後主動修正牙醫部門方案。調整後(周執行秘書淑婉：成長率還是超過4.5%)，只超過行政院核定上限(4.5%)0.004%而已，拜託各位委員不要計較。

周主任委員麗芳

四捨五入後，牙醫部門方案成長率還是4.5%。牙醫部門展現很大的誠意，協商一開始就先自砍金額，接下來請付費者代表表示意見，請主談人林委員錫維說明。

林委員錫維

牙醫部門誠意十足，自己先砍預算，事實上牙醫部門方案成長率還是超過總額高推估，對於所調整項目金額，付費者方案需要召開內部會議討論，時間約15分鐘。

周主任委員麗芳

付費者代表內部會議時間15分鐘(徐協商代表邦賢舉手表示要發言)。請徐協商代表邦賢。

徐協商代表邦賢

為了要縮短牙醫部門與付費者代表雙方的差距，能否讓我們知道付費者大概能給多少預算？協商項目一定要討論，但能否先讓我們知道付費者代表可以給...

周主任委員麗芳

不好意思，漏了1個程序，先進行提問與意見交換，請在場委員，包括專家學者、公正人士都能提出詢問？請滕委員西華。

滕委員西華

剛才牙醫協商代表提到將第9項「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」移列至第6項「牙醫特殊醫療服務計畫」，換言之，第6項「牙醫特殊醫療服務計畫」的預算，包含新增「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」的服務嗎？也就是不另外單獨列一筆經費，但在第6項「牙醫特殊醫療服務計畫」新增1項服務的意思嗎？

徐協商代表邦賢

是的。

周主任委員麗芳

如果各位委員沒有意見，付費者代表進行內部討論15分鐘。

何委員語

等一下，請幕僚先把剛才牙醫部門修正後的方案列印給我們參考。

周主任委員麗芳

好，請幕僚列印牙醫部門修正後的方案，提供給付費者代表參考。

徐協商代表邦賢

各位委員能否在內部會議開始之前，告訴我們大概能給牙醫部門多少預算？

林委員錫維

付費者代表還沒討論，我們是共識決，現在無法告訴你們，我們會速戰速決。

徐協商代表邦賢

我是希望能盡量加快我們彼此的協商速度。

周主任委員麗芳

這次牙醫部門很願意配合，大家也很樂意溝通。請幕僚提供牙醫部門修正後的方案給付費者代表。

(付費者代表進行內部會議討論約41分鐘)

周主任委員麗芳

各位委員，請大家盡速入座。現在請主談人林委員錫維向大家說明付費者最新的方案。

林委員錫維

一、大家好，牙醫部門非常有誠意，在協商之前就先自行調整，真的讓我們感受到誠意。在王理事長棟源帶領下牙醫部門所提方案，對於保險對象的照護，不論是年紀小的兒童或年長長者、甚至對特殊身心障礙者及肢體障礙者都涵蓋在內，加強提供服務，以被保險人的立場，我們感謝牙醫部門。王理事長棟源、陳部長時中及蔡副署長淑鈴到日本考察，研議怎麼從幼兒開始照顧牙齒，以達到80歲有20顆牙齒的目標，我們非常肯定你們的努力，所以付費者代表也會盡量支持，同時也會考量健保署的意見，以下逐項報告付費者的決定，就依照會議資料的順序逐一說明：

(一)第1項「糖尿病患者口腔加強照護」：會議資料第145頁，牙醫部門方案為600百萬元，付費者代表非常關心這個項目，花了很多時間踴躍討論，原本這項是要參考健保署意見編列0元，但是大家考量糖尿病患者很多，希望牙醫部門能幫助糖尿病患者提升口腔健康，編列預算200百萬元。

(二)第2項「高齡患者根管治療難症處理」：會議資料第146頁，我們覺得這項名稱怪怪的，但尊重牙醫部門，我們認為現代

65歲的民眾身體都還很強壯，應該把年齡提高到70歲以上，也是符合目前的相關法令及規定，現在65歲還不算是老人，像我自己都70多歲，但看起來像50幾歲(在場與會者：歡笑聲)，開開玩笑，緩和氣氛。牙醫部門方案是200百萬元，但我們也認為民眾需要照護，編列預算100百萬元。

- (三)第3項「唾液腺摘取術」：名稱修改為「新醫療科技(新增診療項目)」，會議資料第147頁，健保署也是沒有編列預算，這項付費者參照牙醫部門提出的金額，編列12百萬元。
- (四)至於第4項「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」，會議資料第148頁，與第5項「牙醫療資源不足地區改善方案」，會議資料第149頁，2個項目全部依照牙醫部門與健保署意見，沒有變動。
- (五)第6項「牙醫特殊醫療服務計畫」：會議資料第150頁，這項我們也討論很久，既然已單獨提出第9項「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」，建議不需要合併項目，仍維持單項協商，不要改來改去。以第6項來講，付費者依照健保署的建議，維持109年度的預算647.1百萬元。也希望牙醫部門能提出中度肢體障礙者的明確定義，讓健保署和所有委員瞭解什麼叫做中度肢體障礙者，以作為日後執行的依據。
- (六)第7項「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」：會議資料第151頁，之前委員有去試辦中心參訪，認為有辦理的必要，不過我們在參訪的時候也一直強調，假如民眾可以在白天門診治療，就不能使用夜間牙醫急診。付費者代表非常肯定牙醫師的犧牲奉獻，本項予以增編經費，總經費120百萬元，如果試辦效果良好，付費者代表未來會視執行情況再做考量。(周主任委員麗芳：本項是12百萬元)太累了，口誤念錯了，本項經費更正為12百萬元。付費者是希望盡量多給，但是大家都認為還要少幾個零，本項就是增加一些金額。(在場與會者：歡笑聲)

(七)第8項「0~6歲兒童口腔健康照護試辦計畫」：會議資料第152頁，大家也討論很久，本來認為健保署既然沒有編列預算，我們就不需要給預算，但是也有委員建議，希望牙醫師公會能在12月前將具體試辦計畫提送健保會，健保會同意後才執行，本項編列經費60百萬元，不是600百萬元啦。因為是屬於專款項目，原來希望指定試辦縣市，但是為了不造成牙醫部門的困擾，我們就不指定試辦縣市，由牙醫部門自己安排，並在年底以前提出具體試辦計畫向健保會報告。因為本項服務內容和公務預算可能有重疊的部分，希望牙醫部門要嚴格把關，繼續爭取公務預算，不要健保投入預算後，公務預算卻減少，兩邊都有預算投入才有助於兒童口腔照護。

(八)第9項「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」：會議資料第153頁，付費者尊重健保署的建議，不編列預算。

(九)第10項「網路頻寬補助」：會議資料第154頁，本項非常重要，付費者支持雲端查詢及網路資料上傳，同意健保署及牙醫部門的意見(編列136百萬元)。

(十)第11項「品質保證保留款」：會議資料第155頁，依健保署及牙醫部門的意見辦理。

二、以上是付費者代表對於牙醫各項協商項目的預算增減情形，我們刪的不多，但相對地給很多，希望在牙醫師公會王理事長棟源的帶領下能1次就順利完成協商，不要像前2個總額部門，幾乎談不起來，我認為大家要互相尊重，我們非常尊重牙醫師及所有在座各位先進，以上說明，感謝各位。

周主任委員麗芳

感謝主談人林委員錫維的說明，在他的心中希望能多給你們好幾個零，經費12百萬元，但他講成他心中想給的120百萬元，對不對(在場與會人員：歡笑聲)，但礙於預算有限，沒辦法給那麼多，付費者代表是真的很有誠意，接續請牙醫部門表示意見。

徐協商代表邦賢

螢幕試算表的畫面能不能往下移。

周主任委員麗芳

請幕僚調整螢幕畫面(付費者代表方案總成長率為2.948%)。

林委員錫維

你們要不要先內部會議討論一下，不要再細項說明。

邱委員寶安

你們先進去研究一下。

林委員錫維

不要再做細部說明了。

徐協商代表邦賢

感謝主談人及所有付費者代表，我們能感受到，也感謝大家對牙醫部門的照顧，請容我們進行內部會議討論，調整方案及方針，再盡速出來向大家報告。

周主任委員麗芳

現在進行牙醫部門代表內部會議。

(牙醫部門代表進行內部會議討論約29分鐘)

周主任委員麗芳

感謝牙醫部門代表，我們引頸期盼，請牙醫部門代表說明你們最新的方案。

徐協商代表邦賢

一、不好意思，內部會議花的時間比較長，因為我們內部會議討論的很激烈，今天真的感受到委員給我們非常多的善意，為回應剛才付費者代表方案內容，我就新增協商項目的執行目標及預期效益之評估指標向大家報告：

(一)第1項「糖尿病患者口腔加強照護」：執行目標設定為照護糖尿病患者10萬人，糖尿病患者經過牙周的加強照護後，能預防牙周病的發生，比較不會進入牙周病統合治療方案，因此，預期效益之評估指標為糖尿病患者接受牙周加強照護

後，進入牙周病統合治療方案的人數比例會減少。換句話說，現有的糖尿病人數中，若照護好就不會進入到牙周病統合治療方案，因為進入到牙周病統合治療方案都是屬於中、重度以上的牙周疾病。

(二)第2項「高齡患者根管治療難症處理」：付費者代表方案係以70歲以上患者為服務對象，提供70歲以上患者根管難症處理，將執行目標設定治療18萬顆，預期效益之評估指標是將治療的18萬顆牙要保存下來，所以預期效益之評估指標設定為1年的牙齒保存率，這是牙醫部門依據付費者代表方案設定的執行目標及預期效益之評估指標。

(三)第3項「新醫療科技(新增診療項目)」：新增唾液腺摘除處置，本項的執行目標及預期效益之評估指標之前已經提出，請委員參閱。接續是專款項目。

(四)第8項「0~6歲兒童口腔健康照護試辦計畫」：遵循付費者代表建議，我們會擇縣市進行試辦，在年底前會將試辦計畫的執行細節提報健保會，我們完全接受付費者代表的建議。

二、遵循付費者代表的方案，經過我們估算後，請將螢幕畫面移到最下面，向各位付費者代表說明，牙醫部門很努力照顧所有患者，尤其在評核會議時，我們提出10年內能夠少拔2顆牙齒，今天牙醫部門感受到付費者代表給我們滿滿的誠意，說實在，還要開口再增加預算，真的有點講不下去，就像剛才內部會議時，他們也說我無恥了。

三、但是就目前預算，我們很難做到剛才所設定的執行目標及預期效益之評估指標，在此懇請各位委員，經過牙醫部門估算，能否再增編預算100百萬元，讓我們自行調整，100百萬元讓牙醫部門自行調整新增協商項目的執行目標及預期效益之評估指標等，我們會調整到像剛才向大家保證要達到的目標，希望付費者方案再增編預算100百萬元。

翁協商代表德育

- 一、各位委員好，我是翁協商代表德育，先向各位委員道謝。以今天總額協商氛圍，外界盛傳調漲健保費率的情況下，委員還是這麼支持牙醫部門。坦白說，如果今天還向委員要求增編預算的話，那真的是厚顏無恥。但是我們還是懇請委員成全，剛剛付費者代表所提的方案較109年度核定總成長率2.948%，不能再突破一點，不要4個總額部門中，唯一成長率不到3%就是牙醫部門。
- 二、從剛才付費者代表方案所列出的協定事項內容，看得出來委員非常用心，大家會擔心預算投入後，沒有用在刀口上，來促進民眾健康，因此，牙醫部門一進會場向委員承諾牙醫部門會完成所設定的執行目標及預期效益之評估指標，牙醫部門一定會照做，大家把預算投資在牙醫總額就是投資在民眾身上，投資在健康，所以我們再懇請委員，能不能再增編預算100百萬元，讓我們再做更好的分配。

周主任委員麗芳

感謝牙醫部門代表說明，牙醫部門希望就付費者代表方案再增編預算100百萬元，讓他們分配。看牙醫部門很有誠意，現在就看付費者代表的意見，是不是能同意牙醫部門的意見。

林委員錫維

- 一、我們也感受到牙醫部門的誠意，要求的不多，但要再增編預算100百萬元，實在是非常困難，剛才醫院及西醫基層部門已經打電話向我抱怨，說我很沒良心、很偏心，健保署不編列預算的項目委員也給，也有委員反映有2~3個項目預算編列得不太恰當，以後可能會產生後遺症。我剛才提到的項目，如0~6歲兒童口腔健康照護試辦計畫、糖尿病患者口腔加強照護，也都在協定事項列出要求，我相信牙醫師公會不會敷衍了事，我們也一定會監督，你們要好好執行，我被罵也沒有關係啦。
- 二、現在又要求增編預算100百萬元，讓你們自行分配，更說不過去了。你們應該明確說明100百萬元要用在哪方面，不然明天

如果有人回頭要增列預算1,000百萬元，讓他們自行分配，那怎麼處理呢？如果牙醫門診總額再增編預算100百萬元，按照各總額比例換算，其他總額應該增編3,000百萬元，我認為這個要求不是非常合理。

三、你們應該明確說明增編預算要用在哪裡，我再請問所有付費者代表是否需要再召開內部會議討論，這件事情需要請教他們。剛才付費者代表也提到給牙醫的預算已經很足夠，我也一直被抱怨，希望協商一次就可以順利完成，現在你們還要要求增編預算，不要軟土深掘、得寸進尺。我希望牙醫部門說明100百萬元要編在哪個項目，如果民眾真有需求，我們會再召開內部會議討論，希望不要兩案併陳，兩岸現在很不好啦！（牙醫部門代表、付費者代表：歡笑聲）。

周主任委員麗芳

請牙醫部門具體說明擬增加的100百萬元如何運用。

徐協商代表邦賢

向委員及長官們說明初步規劃100百萬元的用途，第1個糖尿病患者人數相當多，我們擔心開放口腔加強照護服務後，入不敷出，希望「糖尿病患者口腔加強照護」項目增編50百萬元。第2個是用於「牙醫特殊醫療服務計畫」，主要對於特殊身心障礙者，擴大照顧對象至中度肢體障礙患者，但我們知道中度肢體障礙的範圍很大，到底要將哪些患者納入收案對象，這部分請牙醫特殊醫療服務計畫的召集人向大家說明。

簡協商代表志成

我補充說明關於「牙醫特殊醫療服務計畫」部分：

一、依據健保署的意見，受到COVID-19(Coronavirus disease 2019，新冠肺炎)疫情影響，因此本計畫沒有估算成長金額，但我們在評核時也提出執行結果報告，近年預算執行率都超過100%，也從一般服務移撥經費50百萬元到本計畫使用，如果110年沒有疫情影響，還是有基本的自然成長需求，如果沒有

編列預算支應，可能會影響特殊身心障礙者的照護。

- 二、關於中度肢體障礙患者，我們知道委員的顧慮，中度肢體障礙雖然包含手、腳不便或輕度肢體不便等患者，但我們要納入照顧的對象是因腦中風、腦傷造成肢體麻痺的中度肢體障礙者，因此，可以在協定事項限中度肢體障礙的腦中風、腦傷此類患者，而不是全面開放所有的中度肢體障礙者。希望委員能支持，很多腦中風、腦傷患者半邊麻痺，就醫很不方便，如果沒有將這類患者納入計畫的話，只能用一般民眾身分就醫，不能用特殊身心障礙者的身分就醫。
- 三、有關牙醫特定身心障礙者社區醫療網部分，我們希望提供重度及極重度患者整合性的照護，因為這些患者無法出來就醫，我們會和健保署共同研擬試辦計畫，研議通過的話，會選擇2個教學醫院或醫學中心與當地牙醫診所共同試辦。試辦的前提是我們會先和健保署溝通醫療網計畫執行內容，確定可以執行後，才會去執行。綜合上述，希望能對牙醫特殊醫療服務計畫再增編預算，畢竟其有自然成長的需求。

周主任委員麗芳

牙醫部門訴求是50百萬元編列在「糖尿病患者口腔加強照護」，50百萬元編列在「牙醫特殊醫療服務計畫」。接下來請付費者代表衡量。

林委員錫維

這件事情不是我1個人可以決定，現在雙方差距不大，但我還是需要與18位付費者代表，跟我的老闆共同討論。現在召開付費者代表內部會議，10分鐘內回覆，好嗎？

徐協商代表邦賢

拜託了。

周主任委員麗芳

現在進行付費者代表內部會議，時間10分鐘。

(付費者代表進行內部會議討論約6分鐘)

周主任委員麗芳

牙醫部門協商代表入座，請大家盡速入座，請主談人林委員錫維向大家說明付費者委員討論的結果。

林委員錫維

- 一、我們付費者代表真的討論很久，希望我講完後，你們鼓掌通過就好(牙醫部門代表：鼓掌聲)，我現在把結果發下去給你們看，你們拍手通過，這樣大家都高興。
- 二、牙醫部門是總額的模範生，能支持的我們會盡量支持，但也不能說要五毛給一塊，協商總要有進有退，付費者代表的共識是增編一半，也就是50百萬元，編列在「糖尿病患者口腔加強照護」，這樣好不好，好的話就大家鼓掌通過(在場與會者：鼓掌聲)。雙方就達成共識了，不要再說了，再說下去又變成兩案併陳，兩案再講就成兩岸，飛機飛來飛去了，真麻煩，這樣就好了，真的好了啦！

王理事長棟源

召集人，我知道，我要感謝您。(在場與會者：歡笑聲)

林委員錫維

我給你行個禮。(在場與會者：歡笑聲)

王理事長棟源

真的很感謝您，但我有一個懇求，付費者代表增編預算50百萬元，我們真的很高興，但是我兼任牙醫師公會理事長，我有一個夢想，希望能提供重度及極重度身心障礙患者照護醫療網絡，才需要1千多萬元，建議將50百萬元拆成2部分，「糖尿病患者口腔加強照護」25百萬元，「牙醫特殊醫療服務計畫」25百萬元，讓我們來推動這些服務。也就是50百萬元拆成各一半用在這2個項目。

林委員錫維

總增加額度還是50百萬元。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

我認為可同意拆分在2個項目，但中度肢體障礙者需明確定義照護對象，希望用在智能障礙患者，不要用在肢體障礙，就是手、腳障礙患者，而是要用在腦部功能障礙者，讓你們去規劃及處理。

馬委員海霞

因為大家看到中度肢體障礙者心裡會產生很多疑惑，為什麼要擴大照護中度肢體障礙者，我想不同領域醫師也會質疑這件事，牙醫部門提出擴大照顧中度肢體障礙者的腦傷患者，但腦傷患者也有分重度及輕度程度，要麻煩牙醫部門一定要優先照顧困難度高的腦傷患者。這類患者通常比較嚴重，大部分會有重大傷病證明，也會記載在病歷中，可連結有口腔需求的照護對象，一定要優先治療困難度較高或腦傷的中度肢體障礙患者。

周主任委員麗芳

請翁協商代表德育。

翁協商代表德育

感謝委員對我們的支持，25百萬元用在「糖尿病患者口腔加強照護」，25百萬元用在「牙醫特殊醫療服務計畫」，我知道大家對「牙醫特殊醫療服務計畫」擴大照顧中度肢體障礙者有很多的疑慮，請容我向大家說明：

- 一、牙醫特殊醫療服務計畫25百萬元涵蓋3件事項，第1個是110年自然成長的部分，109年因為疫情關係，如果110年沒有疫情的話，推估會有自然成長的需求，我們自行估算約50百萬元。
- 二、第2個，實務上我們碰到一個很大的問題，參與牙醫特殊醫療服務計畫牙醫師看到許多腦傷、腦麻、腦殘等患者，卻不在本計畫照護對象範圍內，讓我們很訝異，因此，建議將中度肢體障礙的腦傷患者納入本計畫，感謝委員的成全。
- 三、第3個，牙醫師公會王理事長棟源一上任就推動牙醫特定身心障礙者社區醫療網，主要對中重度以上特殊需求患者提供社區

醫療整合照護，我知道很多委員對本項有很大的疑慮，請容我再向大家說明，我們一定會和健保署共同討論，在健保署完全同意下才會啟動牙醫特定身心障礙者社區醫療網。如果健保署對計畫的執行內容有所疑慮，我們不會冒然推動。我再次強調，付費者代表所投入的預算，牙醫部門感激在心，每一分錢都會做最有效的運用。

周主任委員麗芳

請幕僚將螢幕畫面往下移動，110年度牙醫門診總額成長率較109年度核定總額成長率為3.055%...。請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、剛剛付費者代表同意增編預算50百萬元，其中25百萬元編列在「牙醫特殊醫療服務計畫」，請大家參看螢幕協定事項的文字，剛剛付費者代表的說明，聽起來是增加腦中風或脊髓損傷等屬於高複雜度的肢體障礙者，在原本肢體障礙類別以外，現在指定一個類別，只要ICD-10-CM/PCS(國際疾病分類第10版臨床修訂/處置分類系統)可以勾稽就可以。但是牙醫部門的回應是除了上述新增限定中度肢體障礙的對象以外，還要再做「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」，好像跟付費者提出來的不一樣。
- 二、付費者代表方案沒有編列預算支應「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」，但是同意新增中重度以上腦部損傷，服務這些原本沒有涵蓋在牙醫特殊醫療服務計畫的服務對象。我聽到是這樣，所以我想要釐清一下，究竟新增預算25百萬元的服務對象為何？

周主任委員麗芳

請牙醫部門再補充說明。

翁協商代表德育

我們希望25百萬元可以統籌運用於以下內容：

- 一、第1個是110年自然成長的部分，會用這25百萬元來支應。

- 二、第2個是擴大服務對象，包含中重度腦傷、脊髓損傷患者，原本不在本計畫的照護對象，我們希望將這些患者也納入照顧。
- 三、第3個用途是個不情之請，用於剛才所提，我們理事長上任以來一直想要推動的牙醫特定身心障礙者社區醫療網。我們知道大家的疑慮，所以在此立下但書，會在健保署完全同意的前提下，才會啟動牙醫特定身心障礙者社區醫療網，假如健保署不同意，就不會啟動，也不會執行。

周主任委員麗芳

我來做決議，請看到螢幕的最下方...，請馬委員海霞。

馬委員海霞

- 一、有關「牙醫特殊醫療服務計畫」新增照護對象，我們了解的是中度肢體障礙者的腦傷患者包括腦麻特殊需求者，但並沒有考慮脊髓損傷患者。
- 二、另外關於「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」部分，心口司不是已經要做嗎？所以請教牙醫部門25百萬元是要集中服務中度肢體障礙者的腦傷患者包括腦麻特殊需求者，還是這25百萬元還要再新增「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」？

周主任委員麗芳

請牙醫部門回應。

陳協商代表彥廷

- 一、向委員說明，衛福部心口司的確有辦理身心障礙特殊需求者口腔整合性照護計畫，目前有7個示範中心及20幾家醫院在執行，但醫療人力及醫療的佈建是需要基層院所的配合，而這也是目前該計畫最弱的地方，也是限縮其服務量及品質的關鍵因素。
- 二、我們希望透過基層院所與醫院牙科的合作，能夠提升弱勢患者醫療照護品質，規劃的服務對象是重度及極重度特定身心障礙者。現在有一個照護雛形，但執行成效非常有限，因為我們也觀察到這種情形，所以和衛福部心口司有初步規劃構想，配合

我們所提出的牙醫特定身心障礙者社區醫療網，可以讓照護網絡真正成形。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

我想今天用嘴巴講，很難把細節溝通清楚，建議牙醫部門在今年12月以前提報詳細的執行計畫，讓委員了解。現在已經進入牙醫門診總額協商的最後程序，是不是就同意110年度牙醫門診總額成長率，同意的話，就請主席裁定。

周主任委員麗芳

110年度牙醫門診總額協定結果決議，第1點...，請簡協商代表志成。

簡協商代表志成

我稍微校正文字，所謂的腦傷患者，目前重度腦傷患者已經納入照護對象了，而身心障礙證明所列障別是中度肢體障礙且為腦傷及脊髓損傷患者，才是我們擴大照護的對象，以上做文字的修正。重度腦傷患者本來就納入計畫照顧，目前身心障礙證明的中度肢體障礙且為腦傷及脊髓損傷，還不是計畫照護對象，目前計畫照顧不到這群患者，所以才提出來納入計畫照護對象。

蔡委員明鎮

請主席裁定本案。

周主任委員麗芳

現在針對牙醫門診總額協商結果，決議如下：

- 一、110年度牙醫門診總額較109年度所核定總額成長3.055%。
- 二、依110年度總額協商程序，請牙醫總額部門依據協商結論，調整新增項目之執行目標及預期效益之評估指標，其應以結果面為導向，呈現資源投入之具體效益，並請於今日晚上11點前提送本會，俾利納入明天委員會議確認，並請本會幕僚協助。牙

醫部門的協商就告一段落了。

徐協商代表邦賢

我們能不能再確認協定事項，可以嗎？

周主任委員麗芳

好！

滕委員西華

我先說明，要不要通過這個項目，我沒有意見。但如果我們同意牙醫部門執行服務對象包含中度肢體障礙的腦傷、脊髓損傷患者以及新增牙醫特定身心障礙者社區醫療網，我們不能等到12月提出具體實施計畫後才說要不要給，因為協定事項已經記錄這些文字，就表示我們要給這筆預算，但是我們同不同意...

馬委員海霞

我知道，現在還不清楚，剛剛...，所以現在還要再確認...

周主任委員麗芳

現在牙醫部門就是要確認螢幕上所列的協定事項相關文字，剛剛是決議成長率及金額，現在請在場委員確認協定事項文字。

馬委員海霞

剛才何委員語講得很清楚，「牙醫特殊醫療服務計畫」增編25百萬元，因為還不知道牙醫部門規劃，所以還沒有確認，我們確認的是增編金額25百萬元，新增中度肢體障礙者的腦傷患者，原來重度及極重度的認知障礙、心智障礙已包含在計畫中，但是沒有包含脊髓損傷患者。其實脊髓損傷的樣態非常多，若整個含括在內，也會擔心到時候有需求的人可能會沒有經費。剛才何委員語也已經講得很清楚，我們同意25百萬元，但還是需請牙醫部門提出執行內容規劃。

周主任委員麗芳

針對剛剛付費者代表所提意見，請問牙醫部門什麼時候可以提出具體執行的內容？請何委員語。

何委員語

因為本項是專款項目，專款項目沒有執行時，其款項就要歸回安全準備金，並不是回歸一般服務嘛！希望牙醫部門在12月份以前，提送明確的執行計畫，讓健保會委員了解執行細節。因為這是專款項目，專款項目也可以不執行啊！到年底就回歸安全準備金，這不是一般服務嘛！

周主任委員麗芳

關於這項目，我們同意增編預算，但是具體的執行內容，請在今年12月底之前，提報健保會做詳細說明。牙醫部門就告一段落。

徐協商代表邦賢

我們再看一下前面項目的協定事項？

周主任委員麗芳

需要請幕僚再宣讀嗎？剛剛是不是有看過？還是牙醫部門代表整個看完，有什麼疑義就提出來，這樣比較快。

周執行秘書淑婉

其實很多協定事項都在會議資料的大表中，不知道牙醫部門代表關心的是哪一個部分？

周主任委員麗芳

明天還會在委員會議確認協商結論，你們不用擔心，明天委員會議還有時間可以確認。

翁協商代表德育

協定事項記載得很清楚，今日提出執行目標及預期效益之評估指標。

周主任委員麗芳

剛剛我做決議時有提到，在今日晚上11點以前提出，不是現在。

翁協商代表德育

不是現在就可以了。OK。

周主任委員麗芳

而且健保會幕僚會協助你們，提出之後，明天會送委員會議做確認，大家不用擔心，你們可以稍作休息，牙醫門診總額的協商就告一段落了，恭喜牙醫部門！

王理事長棟源

感謝各位付費者代表及主委。

周主任委員麗芳

現在換場，接續進行中醫門診總額的協商。

肆、110年度總額協商—「中醫門診總額」
與會人員發言實錄

肆、110年度總額協商－「中醫門診總額」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

本場次將進行中醫門診總額協商，付費者代表主談人是干委員文男、林委員敏華及陳委員有慶，請委員入座。現在正式進入總額協商，先請中醫部門協商代表進行簡短說明。

柯理事長富揚

主席、在座的健保會所有委員、蔡副署長及商司長，大家辛苦了！經歷了一整天的協商，代表全國中醫界向各位委員致上最高的謝意，謝謝你們這麼辛苦。今年協商中醫部門展現出最高的誠意，剛剛已提出最新的協商版本，將中醫門診總額的成長率調降到符合規定，沒有超過行政院核定的高推估成長率(4.5%)，幾個重點說明：

- 一、從中醫的角度，在此懇請各位委員理解，針灸和傷科處置是中醫最根本的治療，也是民眾最大的需求。目前健保針灸及傷科處置給付，是以一般治療為主，這次我們提出中醫的針、傷科處置，要進一步區分「一般」、「中度複雜」、「高度複雜」，目的就是讓治療方式更貼近民眾實際的醫療需求。也會將過去原本自費部分，例如薰蒸療法、紅外線、放血、拔罐等納入健保給付，除治療時間上會做相關規範外，在疾病別的診斷上，也會更明確區分病患的病況屬於中度複雜或是高度複雜。
- 二、試想今天1個傷患，無論是從樓梯跌下來或出車禍摔傷，絕對是多部位受傷，可能光是藥布就貼了7、8塊了，但目前的健保給付，針灸及傷科治療處置費是227點，這樣的照護品質真的不足，在診斷上及治療上也無法完全反映出民眾的實際需求。除此之外，申報門診診察費還需符合合理門診量的規範，也就是1到30個病人門診診察費不打折、31到45個打9折、46個以上不給付的規定，而且是以浮動點值計算給付金額。中醫門診總額的浮動點值多在0.85到0.9之間，也就是每服務1位針傷患者，醫師端大概拿不到200元，這跟目前台灣現實的狀況，確

實有點差異。

三、專款部分，只有在「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」專案下，新增呼吸照護。在這次COVID-19(Coronavirus disease 2019，新冠肺炎)疫情期間，在三總、台中榮總、長庚、中國醫藥大學、彰化基督教醫院的西醫住院部分，都有收治受COVID-19感染的確診患者，這些病患尋求中醫會診，全部都需自費。呼吸照護的正確說法應該是「呼吸困難照護」，也就是，病人可能因哮喘、氣喘、肺炎、慢性支氣管炎，或者是慢性阻塞性肺疾病等原因住院，對於這些因呼吸困難的病患，中醫醫療照護確實對病患有幫助，可以達到非常好的療效，目前已有相關的文獻紀錄可以佐證。

四、中醫部門展現最高的誠意，今天所提都是民眾非常需要的醫療照護與服務，懇請委員支持，讓這些病患得到最好的針灸、傷科治療，以及西醫住院的呼吸照護輔助醫療等。以上簡短的補充報告，感謝各位委員。

周主任委員麗芳

一、請幕僚將螢幕上的協商試算表拉到最底。感謝中醫部門，剛剛柯理事長富揚提到中醫部門已先調降預算額度(註)，相較於109年的核定總額，110年總額調降後的成長率是4.495%。

[註：中醫部門原提方案成長率為4.832%，現調整「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」項目，預算由266百萬元，調降為254百萬元(增加50百萬元)、「中醫癌症患者加強照護整合方案」預算由274百萬元，調降為194百萬元(增加0元)，調整後成長率為4.495%。]

二、請問委員們有無詢問(未有委員表示意見)。都沒有，請問付費者代表委員有沒有需要進行內部會議討論？

千委員文男

一、各位委員、中醫部門協商代表以及所有與會者，大家應該都希望能趕快完成協商。大家這麼辛苦，無非是希望協商最終能夠

達成共識。如果等一下談判大家意見相左，也希望雙方能夠再協商、調整，盡量在最短的時間內來達成共識，這點希望大家都能支持。如果付費者代表提出的方案可能有些苛刻，也希望中醫部門能參考委員們的意見並考慮接受。

二、現在請所有付費者代表委員先到隔壁會議室進行內部會商，請問可以討論多久？

周主任委員麗芳

15分鐘內回來好不好？謝謝！

(付費者代表進行內部會議討論約40分鐘)

周主任委員麗芳

付費者委員已經回到會場，請各位就座，請主談人干委員文男向大家說明目前的付費者版本，請幕僚在螢幕上顯示試算表。

干委員文男

很抱歉讓各位等這麼久，付費者代表進去討論很久，也有很多爭論。我們都知道中醫部門很有誠意，已經重新調整過你們的預算額度，我們也認同，但是有些地方還是未能完全符合大家的期待，希望與現實總難免有點距離，以下是付費者討論後的版本：

一、一般服務協商項目：

(一)第1項「中醫針灸處置品質提升」：中醫部門編列1.81億元，我們在內部會議爭論很久，付費者版本增編至1.94億元，考量針灸處置是中醫重要的傳統診療方法，增加預算(註)應出乎你們意料之外。

(註：依健保署提供之估算資料，模擬醫界方案將第四部中醫第四章針灸治療之點數調升，所需預算約1.81億元，惟其調整未包含第八章針傷合併章節，若將第八章併同調整，推估預算為1.94億元。)

(二)第2項「中醫傷科處置品質提升」：這部分中醫部門編列2.496億元，經過討論及參考健保署提供的試算資料，付費者版本為1億元。因為是新增項目，希望將目前民眾自費的相關項目，優先考慮納入健保給付，希望中醫服務能達到預期的

效益。

(三)第3項「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：依健保會決議扣減24百萬元。

二、專款項目：

(一)第4項「醫療資源不足地區改善方案」：中醫部門編列135.6百萬元(增加0元)，但付費者採健保署意見，編列140.6百萬元，增加5百萬元。因為大家對於醫療資源不足地區民眾的醫療需求十分重視，也有委員反映屏東地區尚有不足，請多照顧偏鄉民眾。

(二)第5項「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」：同意中醫部門編列2.54億元，增加50百萬元(含新增呼吸困難照護)。

(三)第6項「中醫提升孕產照護品質計畫」：依健保署及中醫部門的意見，編列90百萬元。

(四)第7項「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」：依健保署的意見，增加2百萬元，編列24百萬元。

(五)第8項「中醫癌症患者加強照護整合方案」：中醫部門編列194百萬元(增加0元)，付費者依健保署的意見，編列265百萬元，增加71百萬元。

(六)第9項「中醫急症處置」：依健保署及中醫部門的意見，編列10百萬元。

(七)第10項「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」：依健保署及中醫部門的意見，編列50百萬元。

(八)第11項「網路頻寬補助費用」，中醫部門編列74百萬元(增加0元)，付費者依健保署的意見，編列81百萬元，增加7百萬元。並在此特別強調，依會議資料顯示，中醫部門的上傳比率是四個總額部門中最低，希望未來能提高。

(九)12項「品質保證保留款」，依健保會決議編列25.2百萬元。

三、綜上，付費者版本的總成長率為4.306%。其他付費者代表有沒有補充意見？(未有委員表示意見)，請問中醫部門協商代表能

否接受我們的版本？

周主任委員麗芳

付費者代表非常的用心，剛剛經過很長時間的討論後，跟中醫部門協商代表提出的方案，差距已非常接近了。接下來請中醫部門協商代表回應，是否能夠接受付費者代表提出來的版本？

柯理事長富揚

- 一、首先，真的非常感謝所有的委員對中醫的支持，中醫現在最擔憂的是傷科人才的斷層，以前跌倒、挫傷、拐傷、閃到、撞到，應該都是找中醫矯筋接骨。令我感觸最深的是，西醫的遠端橈骨骨折的復位術，健保給付大概可申請到5,000~6,000點，因此我們認為中醫的高度複雜傷科處置，甚至中度複雜傷科處置，真的有存在的必要，不應該鼓勵患者自費去國術館或到民俗調理治療，傷科處置明明就是中醫的強項。
- 二、對中醫界而言，最渴望的是讓中醫傷科治療可以延續，現在已經看到年輕的醫師不學傷科的現象了，傷科治療是中醫的國粹，中醫對傷科治療的著墨已經幾千年了，在以前用棍棒的時代，所有的傷科大概都是靠中醫的傷科治療，這麼好的治療模式應該被發揚光大，這也確實是民眾的需求，與其讓患者無法在中醫得到很好的照顧，而去尋求其他的民俗調理或到骨科用止痛的方式，我想是大家所不樂見的。
- 三、希望透過中醫傷科服務，讓患者得到最好的照護，尤其中醫對傷科的分類及處置，不管是中度複雜傷科及高度複雜傷科，都代表著中醫的精髓，很多委員可能之前曾接受中醫傷科治療，傷科矯筋接骨絕對是中醫的強項。懇求委員幫助中醫界，讓中醫在傷科部分能成長，以上補充報告。

周主任委員麗芳

針對柯理事長富揚的說明，請付費者代表回應？

干委員文男

- 一、剛才付費者內部會議，針對「中醫針灸處置品質提升」及「中

醫傷科處置品質提升」的預算討論很久，我們知道中醫部門不想要調增後面的專款項目預算，但考量所有需要專案照護的病患需求後，付費者代表認為，如果不增加這些專款項目預算，付費者無法購買到好的醫療品質，尤其是「中醫癌症患者加強照護整合方案」，另外「醫療資源不足地區改善方案」也增加5百萬元。

二、付費者編列的預算，已經盡量考慮民眾需求了，而且雙方的版本已經很接近了，希望中醫部門協商代表能夠好好考慮，是不是就接受付費者版本？

周主任委員麗芳

請林協商代表永農。

林協商代表永農

一、中醫一般臨床能做的醫療服務就是內科和針傷科，我們要的也很少，多年來針傷科對於患者的處置，不只是針灸而已，針灸完後續一定要再推、揉、調整、敷，有時候好幾個地方都需敷藥，也才給付200多點，每點點值又不到1元，實質領的都不到200多元，這種情形已經持續多年，不是1、2年而已。前幾年因為情況十分迫切，才會來爭取預算調整藥費。因受限於行政院核定的總額成長率上限，這麼多年來都忍耐沒有增加針傷科預算，請委員真的要補償針傷科。

二、簡單回顧歷史，當時所訂的給付規範，若進行針傷處置又開藥給患者，處置費只剩100元，這種情形已經20幾年了，非常不公平。還有若同時提供針傷和內科服務，本來看內科，健保有給付診察費，但如果加做針傷科治療，比如看20個內科病人，不管針傷科做幾個患者，當天進行針傷科處置的患者，第2次療程以後就沒有給付診察費，但是把它抓進來，合併計算合理門診量，像這樣的情形，中醫已經吞下20多年了，坦白講非常不公平。

三、針傷科的處置不是只是針灸一下或只有敷一下藥，這樣患者不

會接受，治療效果不好，我們幾乎都是提供加倍的服務，針灸後再進行傷科的處置，1個患者幾乎都要處理半小時、1小時以上，現在年輕醫師不怎麼喜歡投入傷科，因為沒什麼錢又辛苦。

四、中醫提供的醫療服務很單純，只有內科和針傷處置，這個項目沒有浪費，請所有的委員考量，真的要給我們啦！尤其很多複雜性傷科，像是從樓梯上跌下來、出車禍，並不是只有1~2處傷口而已，我們也才領200多元。上次到新竹進行巡迴醫療的參訪，委員聽取我們的報告後也都認同，所以拜託請不要刪減「中醫傷科處置品質提升」編列的預算，再減下去我們真的做不下去了，拜託。

周主任委員麗芳

現在兩邊唯一的差距，就是「中醫傷科處置品質提升」項目，但共識已經慢慢在形成，請許委員美麗。

許委員美麗

一、對不起，我不是主談人也不是協談人，但我有參與付費者代表內部會議討論，只能跟中醫部門的柯理事長說，請你接受這個版本，你知道我們的立場很難為，從早上協商到現在，付費者代表最多是尊重健保署的建議，但請看「中醫傷科處置品質提升」項目，健保署的建議金額是多少(健保署協助試算所需預算為0.8億元)？你們有資料可以看，我們編列的預算(1億元)還比健保署建議的金額多。對於中醫部門不增編預算的「中醫癌症患者加強照護整合方案」及「醫療資源不足地區改善方案」項目，我們也增加預算了。

二、依目前的情形來看，中醫的總成長率是4.306%，從早上到現在，其他部門的成長率沒有超過3%這麼多的，所以剛才內部會議也有委員說，為什麼獨厚中醫？已經出現這樣的聲音了。我知道中醫有很多難處，在這個部分我們也願意比健保署建議的多給，從早上到目前，我們沒有比健保署建議多增加預算

的，只有刪刪刪刪。可是在中醫部門，都是超過健保署的建議，然後中醫的總成長率已經高達4.306%，所以有人說，明天若其他人拿中醫部門的成長率4.306%來問付費者，該如何回答？

三、如果要付費者代表再增加「中醫傷科處置品質提升」項目預算，唯一的方法就是調整其他項目編列的預算，否則中醫的成長率已接近高推估、已經快到頂了！其實付費者代表在內部會議討論這麼久，已經考量很多中醫的立場，希望中醫部門能夠多服務病患，我們將所有能考量的部分都考量了，通通都給你們了，成長率4.306%已經是非常高。以上就我們剛才的討論，向柯理事長說明。

周主任委員麗芳

請林協商代表永農。

林協商代表永農

一、謝謝許委員美麗很好的建言，如果只看成長率4.306%，似乎真的比前幾個總額部門高，但是中醫的總額真的很小，只看成長率實在是不準，我們才拿幾億元而已，如果照我們的版本編列預算，好像是多拿4億多元而已(註)，不要只看成長率而已。我們當然尊重許大律師，但真的要體諒我們，不要只看總額的成長率，因為換算起來拿到的預算真的很少，其他總額部門中，較大總額的一點點就多中醫部門很多了。

(註：依中醫部門代表目前版本，總成長率4.495%，增加12.385億元，其中醫療服務成本及人口因素增加8.175億元，其他協商因素項目成長4.21億元。)

二、剛有報告，中醫內傷針灸處置和內傷開藥處置，20幾年來都被砍一半的錢，真的很委屈，委屈20幾年了，針傷科真的不要再砍這麼多，真的不符成本，增加這些預算其實沒有很多，中醫能做的就是內科和針傷科而已，請各位委員再多考慮和體諒一下。

周主任委員麗芳

請主談人干委員文男。

干委員文男

在「中醫針灸處置品質提升」項目，我們已經比中醫部門編列的預算(1.81億元)再增加編1千多萬元(總金額1.94億元)，算起來已經增加1千3百萬元，已經多編列預算了，如果在總成長率4.306%不變的條件下，請問中醫要怎麼調整？

林委員敏華

干委員文男的意思是，在成長率4.306%的前提下，麻煩中醫部門協商代表開內部會議，是否就其他可以調整的部分協商1個版本，再看委員能不能接受？

周主任委員麗芳

請中醫部門趕快進行內部會議討論，請在成長率4.306%之下進行調整。

(醫界協商代表進行內部會議討論約14分鐘)

周主任委員麗芳

請各位委員入座，中醫部門協商代表也回到現場，就請中醫部門協商代表向大家說明，在成長率4.306%之下的調整狀況，請柯理事長富揚。

柯理事長富揚

向各位愛護中醫的委員們報告，我們希望調整的項目：

- 一、希望將「醫療資源不足地區改善方案」增編的5百萬元，第2個從「西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫」增編呼吸照護預算的50百萬元中，挪20百萬元出來，第3個「中醫癌症患者加強照護整合方案」增編的71百萬元，將這3筆增加金額挪到「中醫傷科處置品質提升」。(有委員詢問：第1個的費用多少?)
- 二、第1個「醫療資源不足地區改善方案」，因為這項是專案，我們提供的照護不變，但對中醫界而言，只是點值會稍微降低一

點而已，整個費用是完全不變的，所以本項增編5百萬元全部挪到「中醫傷科處置品質提升」。「西醫住院中醫特定疾病輔助醫療」原來是增編50百萬元調整為增編30百萬元，挪出20百萬元。第3是從「中醫癌症患者加強照護整合方案」增編71百萬元，全數挪出，挪這3筆經費至「中醫傷科處置品質提升」。

三、因為中醫的傷科確實需要鼓勵，且民眾確實有這樣的需求，整體而言，總成長率及金額完全不變，只是讓中醫的傷科得以延續，可以提供患者更好的醫療照護。

周主任委員麗芳

好，在總成長率不變的條件之下調整，請問付費者代表是否同意中醫部門調整後的版本。

干委員文男

付費者委員內部會議討論一下好不好，差不多5分鐘時間。

周主任委員麗芳

5分鐘，這次就拜託大家了！

(付費者代表進行內部會議討論約21分鐘)

周主任委員麗芳

付費者代表已經進場請入座，干委員文男，我們等你們很久了，希望有好消息，看能不能早點達成共識，請干委員文男說明討論的結果。

干委員文男

在無法讓雙方都如意的情況下，這是最好的版本。本來預計討論5分鐘，結果討論將近20分鐘，希望就這樣解決。接下來說明一下討論的結果：

一、協商因素部分：

(一)第1項「中醫針灸處置品質提升」：按照原來中醫部門編列預算1.81億元。

(二)第2項「中醫傷科處置品質提升」：編列1.53億元。

二、專款項目：

(一)第4項「醫療資源不足地區改善方案」：按照健保署建議，增加5百萬元(總金額140.6百萬元)。

(二)第5項「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」：按照中醫部門調整後的預算，增加30百萬元(總金額234百萬元)。

(三)第8項「中醫癌症患者加強照護整合方案」：增加51百萬元(總金額245百萬元)。委員認為，本項可照顧癌症患者，真正讓病患有接受中醫醫療的機會，若預算都用於「中醫傷科處置品質提升」項目是說不通的

(四)其他的項目比照原來討論的版本。

周主任委員麗芳

請拉到試算表最下面，成長率為4.306%不變。接下來中醫部門應該可以感受到付費者代表的用心，他們花這麼多心思調整，請問中醫部門協商代表是否接受？

干委員文男

勉強接受啦！我們知道你們辛苦。

柯理事長富揚

非常由衷地感謝所有委員對中醫界的肯定及幫忙，也非常的感動。今年第1次當理事長，我已經胃潰瘍了，「火燒心看中醫真有效」，吞胃藥吞很久了，非常謝謝委員的幫忙(委員拍手致意)。

林協商代表永農

主席！

周主任委員麗芳

請發言。

林協商代表永農

一、我年紀比較大，我們柯理事長叫我叔叔，他的生活作息我真的很清楚，瘦了10幾公斤，又操到胃潰瘍。

二、很感謝各位，是不是趕快結束？是否能依中醫部門的方案，從「中醫癌症患者加強照護整合方案」，再挪移一些經費至「中醫傷科處置品質提升」？這只是經費的挪移，中醫部門並沒有多拿錢，而且我們對癌症病人提供的服務並不會因此減少。

干委員文男

依剛才大家討論的共識，認為癌症照護比傷科更為重要，因為癌症會危及病人生命，但傷科相對不危及生命。

林協商代表永農

但真的針、傷科處置所有費用不足很多，真的不足很多，中醫部門只是希望挪移一些經費過來，並沒有增加整體經費，能否請付費者委員體諒一下。

干委員文男

剛才在休息的時間，專家學者代表盧委員瑞芬特別來跟我說，她有接受過推拿的服務，知道傷科推拿的支付點數很少，她認為應該提高支付點數，我們曉得中醫部門常說傷科處置經費不夠，但我們也認為癌症照護非常重要。因此，我希望中醫部門勉強接受付費者的方案，再說下去也沒用，若明年能做得更好，明年再來爭取相關預算。

林協商代表永農

是否能同意再挪30百萬元至「中醫傷科處置品質提升」項目？

干委員文男

我認為不妥，如果付費者又去內部會議討論，經費分配可能又會有一番變動。

林協商代表永農

我想不用再內部討論，在這裡大家考慮一下？

周主任委員麗芳

請問付費者代表是否在這裡再討論一下？

林協商代表永農

跟各位委員報告，外面一般的民俗推拿收費300多元，中醫傷科推拿只支付200多點，我自己都覺得丟臉。委員是否可以考慮同意挪移一些經費至「中醫傷科處置品質提升」項目？

周主任委員麗芳

付費者代表是否在這裡討論一下？請付費者總召集人林委員錫維。

林委員錫維

- 一、非常肯定林協商代表永農對中醫部門始終如一的付出，我也瞭解你希望多挪一些經費給傷科的訴求。但目前方案中，中醫成長率已達4.306%，剛剛牙醫成長率也才3.055%，雖然你認為中醫整體預算規模較小，不能直接比較成長率，但剛才我們整體考量後，能增加的項目都已經增加預算了。
- 二、之前你們希望增加1億元至「中醫傷科處置品質提升」項目，我們經過非常久的內部會議討論，也是同意自專款中挪出約一半經費到這個項目，剩餘約一半經費留在專款，這種方式大家比較能接受。現在你提議要再移出30百萬元至「中醫傷科處置品質提升」項目，要從哪一個項目挪移出經費，可能再討論3個小時也沒有結論。
- 三、我認為目前的方案中醫部門應該能夠接受，不要為了這30百萬元僵持不下，建議就以這個方案定案，不要再改了，否則剛才也有人提議是否要再減少經費，是否將成長率降到3%左右等等，再討論下去變數很多。我認為既然付費者提出的方案，已經比健保署版本增加非常多經費，我們很尊重中醫部門，也請中醫部門也要尊重我們，大家各退一步，就能圓滿達成共識。拜託中醫部門不要再堅持，因為我也快要胃潰瘍了。總召集人真的很難做，今晚會議結束後我就要畢業了，再次跟林協商代表永農拜託，請不要再堅持了。

林協商代表永農

謝謝林委員錫維的建議，我沒有決定權，所以還是要請我們柯理事長富揚決定。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、中醫部門原本在「中醫針灸處置品質提升」項目編列1.81億元，後來我們付費者經過內部會議討論，同意編列1.94億元，並決議如果中醫部門願意從這1.94億元挪1,300萬元至「中醫傷科處置品質提升」項目，我們也是同意的(其餘委員表示：目前版本已將1,300萬元移過來了)。更正，這個部分剛才已經移過來了。
- 二、另外剛才付費者代表內部會議也有1個建議，對於「醫療服務成本指數改變率」所增加的預算，你們可衡量運用部分經費適度調整傷科處置支付標準，但要從中挪多少經費運用，請健保署與中醫部門評估及協議。

干委員文男

我認為越討論會越難達成共識，是不是就請柯理事長富揚快刀斬亂麻，同意目前付費者代表提出的版本，若同意請鼓掌。

柯理事長富揚

請中醫部門所有出席人員一同鼓掌，感謝所有委員的支持(眾人鼓掌)。

周主任委員麗芳

綜合一下剛才的版本，何委員語最後所提的建議，若中醫部門認為有窒礙難行之處，可運用「醫療服務成本指數改變率」預算，適度調整傷科處置支付標準(有人表示不需加入此段文字)。請問中醫部門代表「中醫傷科處置品質提升」項目協定事項第3點要放著嗎？還是不需要加入這段文字？

周執行秘書淑婉

請問「中醫傷科處置品質提升」項目，是否刪除協定事項第3點「請評估運用醫療服務成本指數改變率預算適度調整支付標準」相關文字？

柯理事長富揚

我們就按照健保會付費者代表的版本。

周主任委員麗芳

目前的版本協定事項有這段文字，請中醫部門確認是否刪除？這段文字能提供你們多一個彈性去調整支付標準。

柯理事長富揚

請刪除協定事項第3點「請評估運用醫療服務成本指數改變率預算適度調整支付標準」之文字。

周主任委員麗芳

一、「中醫傷科處置品質提升」項目之協定事項第3點刪除。

二、本案決議如下：

(一)110年度中醫門診總額，較109年度所核定總額成長4.306%。

(二)依110年度總額協商程序，請幕僚協助中醫部門依據協商結論調整新增項目之執行目標及預期效益之評估指標，其應以結果面為導向，呈現資源投入之具體效益，並請於今日晚上11點前提送本會，俾利納入明天委員會議確認。

三、中醫門診總額協商圓滿達成共識，謝謝大家。

四、在開始其他預算協商前，藥師公會理事長黃委員金舜，要邀請大家參加109年度社區藥局實地訪查，先請黃委員金舜說明。

黃委員金舜

首先向所有的委員表示敬意，今天已進行了一整天的總額協商，大家辛苦了！幸好今天牙醫門診及中醫門診總額已圓滿達成共識。今年4月，西醫基層曾在宜蘭舉辦參訪活動，當時我就向周主任委員麗芳表示，過去藥師公會從來沒有辦過參訪活動，希望今年可以首次舉辦，讓大家能夠瞭解藥師在醫院端提供的照護，及社區藥局端配合推動口罩實名制所做的努力及提供的照護。目前參訪活動時間訂在109年12月18日、19日(星期五、星期六)(註)，希望所有委員能夠支持並踴躍參與，期待大家更能瞭解藥師在藥事照護上付出的用

心及努力，謝謝。

(註：參訪活動時間更改為109年12月10日、11日。)

周主任委員麗芳

非常感謝黃委員金舜，他真的是位有擔當及魄力的理事長，願意將口罩實名制作業承接起來，即使相關的作業為藥師公會增加了很多的工作量，另外，他也很勇於創新，這是藥師公會第1次舉辦參訪活動。每位委員桌上都有1份邀請函，邀請函的最後1頁就是出席的回覆表，還沒填寫的委員，最晚請於明天委員會議結束前，填寫出席回覆表並交給藥師公会的代表，希望大家都能踴躍出席，謝謝。

伍、110年度總額協商—「其他預算」
與會人員發言實錄

伍、110年度總額協商－「其他預算」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

現在進行最後一場次的其他預算協商，本場次付費者代表主談人為許委員美麗，協談人為馬委員海霞及陳委員莉茵，請健保署先簡短說明。

李組長純馥

由我向各位委員說明其他預算經費編列情形，其他預算協商項目共有12項，以下針對有增加預算的項目詳細說明：

一、項次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」：

(一)本署依過去預算執行的成長情形，及衛福部交議之110年度總額協商政策方向「強化精神社區照護體系，使病人回歸社區，提升生活品質」，增編預算4.24億元。

(二)本項對於居家醫療照護及精神病人回歸社區照護非常重要，尤其最近擬提高日間型精神復健照護機構的支付標準，需要相關預算來支應。另外，轉銜長照2.0的出院準備服務，也包含在此預算中，希望各位委員能夠支持。

二、項次7「調節非預期風險及其他非預期政策所需經費」：

(一)請各位委員參閱會議資料第233頁，本項也是今天大家討論最多的部分，因為COVID-19(Coronavirus disease 2019，新冠肺炎)疫情對各部門總額或多或少都有影響，希望能在其他預算編列相關預算支應。

(二)本項經費編列10億元，較109年度增加1.78億元，不管是醫院或西醫基層總額都有提到這筆預算，期待委員能加碼，因為以總額成長率上限4.5%來看，預算還有增加的空間。

(三)另外，過去健保署支用本項經費前，都會提案到健保會討論，請各位委員放心，未來若有需要動支經費，一定會經過委員同意後才執行。

三、項次8「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」，就過去執行情形及未來推動更多的檢查(驗)上傳項目之需，本項預算需要提高，故增編預算4,400萬元，希望各位委員給予支持。

四、項次10「腎臟病照護及病人衛教計畫」：

(一)本項包含末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫、初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案，以及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。

(二)依過去執行經驗，本項預算不足以支應，已採浮動點值。之前會前會向委員報告協商草案時，本項原編列更多經費，後來依照委員建議下修，僅增編預算2,300萬元。

五、整體而言，其他預算增編6.69億元。

周主任委員麗芳

請問蔡副署長淑鈴是否需要補充說明？(蔡副署長淑鈴表示沒有補充)接下來請付費者代表提出詢問，請何委員語。

何委員語

一、有關「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，原則上我非常支持此計畫，可是離島人口一直外移減少，根本達不到健保署預期的執行率，請參閱會議資料第227頁，106年執行率為78.4%、107年為82.8%、108年降到為75.4%，執行率大多落在80%以下，加上離島人口持續減少，不確定本項預算是否需編列6億5,540萬元？

二、請問「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」是否與西醫基層總額專款項目「家庭醫師整合性照護計畫」有部分內容重複？如果沒有重複，本項預算成長率一直很高，請問健保署執行此計畫後，是否有減少一般醫療服務的費用支出？

三、有關「C型肝炎藥費」：

(一)其他預算「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」還是比照109年度額度，編列30億元，但健保署在討論C肝預算時，提到C肝人數已有減少。C型肝炎藥費在醫院、西醫基層總額都有編列，其他預算又編列，是否有重複編列的問題？

(二)據我所知，有醫院醫師表示，現在已經找不到C肝病人來治療，因為重症病人都治療完了，只剩下治療意願不高的輕、中度病人，叫他們來治療都不願意，雖然我們的用意非常好，可是病人卻不想治療，如此一來，預算是否要再調整？

(三)請健保署說明，C型肝炎藥費在醫院、西醫基層總額各編列多少預算？加上其他預算編列的30億元，合計編列多少預算？109年度合計編列81.66億元，110年度合計是多少？

周主任委員麗芳

有沒有委員要詢問？請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

一、謝謝健保署的說明，接續何委員語有關C型肝炎藥費的問題，大家應該都有印象，在9月2日召開的「110年度全民健保醫療給付費用總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會」中，討論C型肝炎藥費的預算時，為了讓決策更具正確性及有效性，我建議健保署於協商會議中提出C肝用藥的效益分析，請比照去年提供，並更新資料內容。

二、請問健保署，C肝用藥效益分析資料在會議資料的第幾頁，讓委員討論時能夠參閱，以利瞭解最新狀況。

周主任委員麗芳

請問委員還有沒有要提出詢問？如果沒有，請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

現在是最後一個協商場次，不耽誤大家時間，簡單回應何委員語及陳委員炳宏的問題：

一、有關「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」：

(一)本項計畫實施已久，委員關心的重點在於預算執行率未達100%，大多在80%左右，雖然山地離島地區人口一直在減少，但醫療團隊還是有進去提供服務，所以會產生固定的必要成本；此外，還有一些未滿足的需求需要處理，如次專科不足、老化因素等。

(二)本項沒有要增編預算，只是維持109年編列的預算，預算若未使用，就會回到健保的安全準備，不會有提高點值的問題。

二、有關「C型肝炎藥費」：

(一)110年度C型肝炎藥費分別在醫院、西醫基層總額及其他預算編列34.28億元、2.92億元及30億元，合計67.2億元。109年度合計編列81.66億元，預計治療5.1萬人，沒錯，109年治療人數達最高峰，接下來病人數會逐年下降，依國家消除C肝辦公室推估，明年治療人數約4.8萬人，因為C肝病人已經慢慢減少，所以許多中南部的醫院開始啟動外展服務，到當地找尋還未出來看病的C肝病人。

(二)在其他預算專款項目「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費」編列30億元，是為了讓所有被找出的C肝病人有藥可以用，最後如果預算沒有用完，還是會回到健保安全準備。

三、有關「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」：

(一)剛剛何委員語詢問，持續推動居家醫療服務，一般醫療服務是否會相對減少，理論上，居家醫療、助產所、精神疾病社區復健或轉銜2.0之服務，都是提供民眾過去未被滿足的需求，並非替代其他醫療服務，如居家醫療照護，服務對象是原本就無法出門的病人。

(二)本項是將未被滿足的需求慢慢滿足，但供給與需求其實還有段差距，還有很多人沒有辦法得到這類服務，所以服務對象會持續增長，而且隨著人口老化，這類需求會越來越多。就

整體病人而言，使用本項服務的病人非常小眾，即使服務量有可能移轉，也是非常有限，甚至可以忽略。本項提供新興醫療服務，需仰賴許多有愛心的醫師及相關專業人員的付出。

(三)由於提供居家醫療、助產所、精神疾病社區復健服務的特約醫療機構不屬於醫院或西醫基層總額，所以才會在其他預算編列預算，希望能依照本署的估算來編列預算，請委員支持。

四、有關陳委員炳宏所詢「C肝全口服新藥治療效益分析」，請參閱會議資料第328~334頁。

周主任委員麗芳

謝謝。請蔡委員登順。

蔡委員登順

一、何委員語對其他預算非常關心，他對C肝問題的看法，我個人非常認同。109年度C型肝炎藥費在醫院總額編列47.6億元、西醫基層總額編列4.06億元，以及其他預算編列30億元，合計81.66億元，預計治療5.1萬人，目前看起來治療成效良好，需要治療的C肝病人將逐年減少。

二、個人認為110年度的C型肝炎藥費預算編列要慎重，並且好好掌控C肝病人數，找出需要治療的病人，如果病人減少，預算也要配合下修，讓健保資源有效利用。C肝非常耗費醫療資源，既然新藥成效良好，加上經費充足，建請健保署好好掌握尚未治療的人數，有效治療C肝病人，避免浪費醫療資源。

周主任委員麗芳

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

一、謝謝蔡委員登順的意見，110年度的C肝新藥預算已經減列約14億元，明年編列111年度預算時還會再減少，因為C肝病人會越來越少，醫療資源耗用也會隨之減少。今年受COVID-19

疫情影響，或許無法治療到5.1萬人，109年度的預算若沒有用完，也會回到健保安全準備，如此一來，110年的治療人數就須累計109年未治療病人及110年預計治療病人的人數，本署會持續觀察預算使用情形。

二、依國家衛生政策，預計在2025年減少國內80%的C肝病人，過去是病人自動出來就醫，現在已經慢慢轉變為醫師出去找病人，為此，要感謝許多有愛心的醫師願意下鄉服務，特別是中南部的C肝病人多數是醫師主動提供服務，請各位委員支持。

周主任委員麗芳

請教主談人許委員美麗，付費者代表是否要進行內部會議討論？好，討論時間15分鐘。

(付費者代表進行內部會議討論約18分鐘)

周主任委員麗芳

付費者代表已回到現場，請主談人許委員美麗說明付費者討論的結果。

許委員美麗

一、請幕僚在螢幕呈現協商項目，為了讓大家可以8點前回家，我就只念項次，詳細項目名稱請直接看螢幕，以下是付費者代表方案：

(一)項次1(基層總額轉診型態調整費用)：同意健保署建議額度10億元，用百萬元來看，即1,000百萬元。

(二)項次2(山地離島地區醫療給付效益提昇計畫)：同意健保署建議額度655.4百萬元。

(三)項次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)：付費者代表建議增加224百萬元，預算額度為6,394百萬元。

(四)項次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、器官移植專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費)：同意健保署建議額度290百

萬元。

- (五)項次5(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)：同意健保署建議額度3,000百萬元。
- (六)項次6(推動促進醫療體系整合計畫)：同意健保署建議額度400百萬元。
- (七)項次7(調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費)：健保署建議增加178百萬元，付費者代表也同意，預算額度為1,000百萬元。
- (八)項次8(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)：付費者代表雖然同意健保署建議額度980百萬元，但有附協定事項「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」。
- (九)項次9(提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫)：同意健保署建議額度1,653.8百萬元。
- (十)項次10(腎臟病照護及病人衛教計畫)：同意健保署建議額度450百萬元。
- (十一)項次11(提升保險服務成效)：付費者代表雖然同意健保署建議額度300百萬元，但有附協定事項「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)項次12(提升用藥品質之藥事照護計畫)：同意健保署建議額度30百萬元。

二、總結，付費者代表方案是增加4.69億元，即469百萬元。

周主任委員麗芳

非常感謝付費者代表的支持與用心，除了部分項目有些微調整，大多都同意健保署建議的額度，雙方差距已經非常接近。請問健保署，是否接受目前付費者的方案？請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、請教「提升用藥品質之藥事照護計畫」，稍早黃委員金舜說到本項計畫，今年因疫情的關係，幾乎動員所有藥師賣口罩，所以沒有辦法執行，我很感動，為了全民健康，藥師們犧牲自己的權益服務民眾。
- 二、但考量計畫都沒有執行，距離年底也只剩3個月，109年度編列的3,000萬預算該如何執行，是否有清楚規劃？110年度能否朝提升社區民眾用藥安全的方向來努力，110年度的計畫是否繼續推動？以上麻煩黃委員金舜說明。

周主任委員麗芳

請黃委員金舜說明。

黃委員金舜

非常感謝各位委員對「提升用藥品質之藥事照護計畫」的支持，本項計畫於108年度開始編列，107年度以前為「高診次藥事照護計畫」，當時委員認為高診次計畫執行已久，所以調整計畫內容，調整後一直與健保署討論，但有部分細節彼此沒默契。109年初要開始執行本項計畫時又碰到疫情，所有的藥師人力都投入防疫工作，協助口罩販售，直到6月後疫情比較寬鬆，我們馬上積極與健保署討論執行細節，現在已大致底定，如果10月的「全民健康保險醫療服務項目及支付標準共同擬訂會議」（下稱醫療服務項目共擬會議）能通過，預計今年11月開始執行，希望委員繼續支持。

周主任委員麗芳

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、對於黃委員金舜的說明，我基本上支持，不過10月才向醫療服務項目共擬會議提出計畫，11、12月就要執行，2個月能將3,000萬的預算執行完畢嗎？健保資源有限，不要為了花完預算而去執行，應該要詳細規劃後再執行，不要浪費醫療資源。
- 二、另外，各該年度預算不能跨年度使用，只能在年度內使用，預算若有剩餘，則回到健保安全準備，請黃委員金舜也要注意。

黃委員金舜

在此簡單回應，因為本項計畫尚未執行，目前已經討論完細節，如果10月的醫療服務項目共擬會議能通過，預計於11月啟動，之後做多少算多少，不會濫用健保資源，請委員放心。

周主任委員麗芳

請健保署補充說明。

蔡副署長淑鈴

謝謝委員對其他預算的支持，針對項次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」提出幾點意見：

一、本項健保署建議增加424百萬元，付費者代表則建議增加224百萬元，少了2億元。雖然服務項目很多，但本項最主要是用在居家醫療照護及精神疾病社區復健，這2項占95%以上的預算，是非常重要的醫療服務：

(一)首先，居家醫療照護，如同剛才向委員說明的，居家醫療是過去未被滿足的需求，隨著人口老化或獨居，許多無法出門就醫者，需要有醫生提供外展服務，因為他們出不來，如高齡化社會的日本，居家醫療照護非常普遍，我們越來越需要醫師提供另一種類型的醫療服務。本項近年都是正成長，執行初期曾有2位數的成長率，目前是維持每年7~8%的成長率。

(二)至於精神疾病社區復健，主要是針對比較嚴重的精神病人，因為長期住院，無法立刻回到社區，中間需要有另外橋接的精神疾病社區復健機構，類似中途之家，提供日間照護或是全日照護，讓患者可以移出醫院住院病床，在社區復健中心照顧1、2年，讓病人可以先跟社會接軌，大部分是職能治療，讓他們一邊工作一邊接觸人群，熟悉團體生活，最終希望可以回到家裡。中間過程如果做得好，可以強化社會安全網，如果沒有橋接過程就直接回家，有可能因病情控制不好，成為社區的不定時炸彈，所以精神疾病社區復健是非常

需要的，過去每年有6~7%成長率，這也是醫療的一環，因此必須編列預算來照顧這些患者。

二、本項經費主要用在居家醫療照護及精神疾病社區復健，當初推估預算時已考量未來的成長需求，如果預算減少2億元，就會稀釋點值，變成浮動點值。由於本項的服務內容是未來必須要增加的項目，懇請委員支持，不要減列2億元這麼多，如果真要減列，能否只減5,000萬，不要讓這些辛苦付出的醫師及醫療機構最後得到浮動點值的結果，拜託各位委員。

周主任委員麗芳

針對健保署的回應，付費者代表的看法如何，可以直接在此討論嗎？

許委員美麗

我們要進行內部會議討論，5~10分鐘。

周主任委員麗芳

付費者代表進行內部會議討論，請盡速回來。

(付費者代表進行內部會議討論約9分鐘)

周主任委員麗芳

各位委員請入座，請主談人說明。

許委員美麗

付費者代表堅持減列2億元，但我們同意蔡副署長淑鈴的建議，項次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」只減列5,000萬，再由健保署選擇其他協商項目減編1.5億元，即其他預算增加金額維持4.69億元，依舊減列2億元，只是同意項次3減列5,000萬，希望健保署擇一項目減列1.5億元。

周主任委員麗芳

請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

現在是換我們出去討論了？

周主任委員麗芳

對，請健保署討論在哪個項目減列1.5億元。

蔡副署長淑鈴

我們從來沒有出去討論過。

周主任委員麗芳

請盡速回來，我們的目標是8點結束會議，最好3分鐘完成討論。

(健保署進行內部討論約1分鐘)

蔡副署長淑鈴

向各位委員報告，我們非常快速得到共識，在「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」減列1.5億元。

周主任委員麗芳

一、請幕僚把螢幕畫面往下拉，看一下總金額。其他預算的協商結論，110年度其他預算經費為16,153.2百萬元，較109年度增加469百萬元。

二、請問委員有沒有其他臨時動議？沒有，110年度總額協商結束！感謝大家的努力，讓協商會議可以在8點以前結束，感謝各位委員，也謝謝健保署及健保會同仁。