

衛生福利部全民健康保險會  
第5屆110年第5次委員會議事錄

中華民國110年9月24日



衛生福利部全民健康保險會第5屆110年第5次委員會議紀錄  
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國110年9月24日上午11時

地點：本部301及304會議室(雙會議室同步連線)

主席：周主任委員麗芳

紀錄：盛培珠、陳思縝

出席委員：(依姓名筆劃排序)

干委員文男、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮、李委員永振、李委員麗珍、卓委員俊雄、林委員恩豪、林委員敏華、侯委員俊良、柯委員富揚、胡委員峰賓、翁委員文能、翁委員燕雪、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍、張委員澤芸、許委員駢洪、陳委員石池、陳委員有慶、陳委員秀熙、陳委員建志(中華民國牙醫師公會全國聯合會徐常務理事邦賢代理)、黃委員金舜、黃委員振國、楊委員芸蘋、趙委員曉芳、劉委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊、滕委員西華、鄭委員素華、盧委員瑞芬、賴委員博司、謝委員佳宜、顏委員鴻順(中華民國醫師公會全國聯合會黃常務理事啓嘉代理)、台灣總工會(待聘中)

列席人員：

本部社會保險司：盧副司長胤雯

中央健康保險署：李署長伯璋(蔡副署長淑鈴代理)、張組長禹斌、戴組長雪詠

本會：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：略。(詳附錄第69~70頁)

貳、議程確認：(詳附錄第70~71頁)

決定：

一、同意將臨時提案「建議健保總額財源應優先解決總額缺口，不宜再新增任何項目」排入議程，列為討論事項第二案。

二、餘照議程之安排進行。

參、確認上次(第4次)委員會議紀錄：(詳附錄第71頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第 72 頁)

決定：

- 一、上次(第 4 次)及歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形，擬解除追蹤共 5 項，同意依擬議，解除追蹤。
- 二、餘洽悉。

伍、討論事項：(詳附錄第 73~126 頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：111 年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案，提請討論。

決議：

一、111 年度各部門總額協商因素項目及其他預算協商結論(含成長率、金額及其分配)如下：

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

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

二、請中央健康保險署會同各總額部門相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，其中：

(一)達成共識之部門，於本(110)年 10 月份委員會議提報、確認。

(二)未達共識之部門，於衛生福利部核定後最近 1 次委員會議提報、確認。

三、請各總額部門受託團體於本年 10 月 8 日前，提送地區預算分配之建議方案，以利提 10 月份委員會議討論；若未提送建議方案者，則由本會掣案提 11 月份委員會

議討論。

第二案(臨時提案，如附件六)

提案人：吳委員鏘亮、朱委員益宏、陳委員石池

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：建議健保總額財源應優先解決總額缺口，不宜再新增任何項目，提請討論。

決議：委員所提意見，送請衛生福利部社會保險司及中央健康保險署研議。

陸、報告事項：(詳附錄第 127~132 頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：110 年 8 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

主席裁示：保留至下次委員會議報告。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：醫院總額部門 110 年第 3 季比照第 2 季之結算方式案，請鑒察。

主席裁示：保留至下次委員會議報告。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午 14 時 10 分。

附錄：與會人員發言實錄

## 111 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

111 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 110 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+111 年度一般服務成長率)+111 年度專款項目經費

註：校正後 110 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 110 年第 2 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 1.843%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 0.270%，協商因素成長率 1.573%。
- (二)專款項目全年經費為 1,738.8 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，111 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 2.756%。各細項成長率及金額，如表 1。

### 三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 111 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.高風險疾病口腔照護(0.863%)：

(1)執行目標：服務高風險疾病患者 270,062 人。

預期效益之評估指標：服務人數。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前

提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。

②依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

③檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

## 2.提升假日就醫可近性(0.314%)：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，辦理下列事項：

(1)加強改善民眾假日就醫不便情形，提升診所假日開診率及民眾假日就醫可近性，並訂定相關「執行目標」及「預期效益之評估指標」，如下：

執行目標：

①牙醫急症處置 92093B：11,900 人次。

②週六、週日及國定假日牙醫門診急症處置 92094C：282,000 人次。

③牙齒外傷急症處理 92096C：500 人次。

預期效益之評估指標：服務人次。

(2)於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。

## 3.其他醫療服務利用及密集度之改變(0.443%)。

## 4.109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款(-0.024%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)會同牙醫門診總額相關團體，加強牙醫院所感染管制品質之查核與輔導，並提高實地訪查之抽查比率，儘速達成 100%院所符合加強感染管制之標準。

(2)持續監測全面提升感染管制品質之執行結果(含申報及查核結果)，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會

報告，並納入 112 年度總額協商之參據。

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(-0.023%)：

(1)為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。

(2)本項不列入 112 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 1,738.8 百萬元。

具體實施方案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，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：全年經費 280 百萬元，持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

2.牙醫特殊醫療服務計畫：

(1)全年經費 672.1 百萬元。

(2)辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者(含社區醫療網)、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.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，持續監測執行結果，以評估照護成效。

4.0~6 歲嚴重齲齒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)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，檢討計畫內容，並監測執行結果及評估照護成效。

5.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫：

(1)全年經費 271.5 百萬元。



(2)執行目標：服務 12~18 歲青少年 905,099 人次。

預期效益之評估指標：

①提升就醫率至 60%。

②同齡青少年是否參加計畫的恆牙根管治療及拔牙顆數。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體研訂具體實施方案，並於 110 年 12 月底前提報全民健康保險會同意後執行。

②依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。

6.高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫：

(1)全年經費 184 百萬元。

(2)執行目標：服務高齲齒患者 122,720 人。

預期效益之評估指標：服務人數。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用與管控措施，並提全民健康保險會報告。

②檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

7.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 168 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①檢討、提升牙醫院所參與率、檢驗(查)結果上傳率及門診雲端藥歷查詢率，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

②於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。

③確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。

#### 8.品質保證保留款：

(1)全年經費 91.2 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 111 年度品質保證保留款(91.2 百萬元)合併運用(計 207.6 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核發條件及核發結果，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 1 111 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項	
<b>一般服務</b>				
醫療服務成本及人口 因素成長率	0.270%	126.7	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。	
投保人口預估成長 率	0.136%			
人口結構改變率	0.309%			
醫療服務成本指數 改變率	-0.175%			
協商因素成長率	1.573%	738.1	請於 111 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。	
其他醫療服務 利用及 密集度 之改變	高風險疾病 口腔照護 (111 年新增 項目)	0.863%	405.0	1.執行目標：服務高風險疾病 患者 270,062 人。 預期效益之評估指標：服務 人數。 2.請中央健康保險署辦理下列 事項： (1)會同牙醫門診總額相關團 體，於 110 年 12 月底前， 提出具體規劃內容，並提 全民健康保險會報告。 (2)依 111 年度預算執行結果 ，扣減當年度未執行之額 度。 (3)檢討本項預防處置之實施 成效，提出節流效益並納 入總額預算財源。
	提升假日就 醫可近性 (111 年新增 項目)	0.314%	147.1	請中央健康保險署會同牙醫門 診總額相關團體，辦理下列事 項： 1.加強改善民眾假日就醫不便 情形，提升診所假日開診率 及民眾假日就醫可近性，並 訂定相關「執行目標」及「預

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				<p>期效益之評估指標」，如下： 執行目標： (1)牙醫急症處置 92093B： 11,900 人次。 (2)週六、週日及國定假日牙 醫門診急症處置 92094C： 282,000 人次。 (3)牙齒外傷急症處理 92096C： 500 人次。 預期效益之評估指標：服務 人次。 2.於 110 年 12 月底前提出具體 規劃內容，並提全民健康保 險會報告。</p>
	其他醫療服務利用 及密集度之改變	0.443%	208.0	
	109 年度全 面提升感染 管制品質未 達協定事項 之扣款 (111 年新增 項目)	-0.024%	-11.4	<p>請中央健康保險署辦理下列事 項： 1.會同牙醫門診總額相關團體 ，加強牙醫院所感染管制品 質之查核與輔導，並提高實 地訪查之抽查比率，儘速達 成 100%院所符合加強感染 管制之標準。 2.持續監測全面提升感染管制 品質之執行結果(含申報及查 核結果)，於 111 年 7 月底前 提全民健康保險會報告，並 納入 112 年度總額協商之參 據。</p>
	違反全民健 康保險醫事 服務機構特 約及管理辦 法之扣款	-0.023%	-10.6	<p>1.為提升同儕制約精神，請加 強內部稽核機制。 2.本項不列入 112 年度總額協 商之基期費用。</p>
一般服務 成長率 <sup>註1</sup>	增加金額	1.843%	864.8	
	總金額		47,779.5	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>			各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成，且均應於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
醫療資源不足地區改善方案	280.0	0.0	持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
牙醫特殊醫療服務計畫	672.1	0.0	辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者(含社區醫療網)、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。
牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	12.0	0.0	請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續監測執行結果，以評估照護成效。
0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫	60.0	0.0	1.本項經費不應支付預防保健相關服務。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，檢討計畫內容，並監測執行結果及評估照護成效。
12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫(111 年新增項目)	271.5	271.5	1.執行目標：服務 12~18 歲青少年 905,099 人次。 預期效益之評估指標： (1)提升就醫率至 60%。 (2)同齡青少年是否參加計畫的恆牙根管治療及拔牙顆數。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同牙醫門診總額相關團體研訂具體實施方案，並於 110 年 12 月底前提報全民健康保險會同意後執行。 (2)依 111 年度預算執行結

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫 (111 年新增項目)	184.0	184.0	<p>果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。</p> <p>1.執行目標：服務高齲齒患者 122,720 人。 預期效益之評估指標：服務人數。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同牙醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用與管控措施，並提全民健康保險會報告。 (2)檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。</p>
網路頻寬補助費用	168.0	32.0	<p>1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討、提升牙醫院所參與率、檢驗(查)結果上傳率及門診雲端藥歷查詢率，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。 (2)於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。 (3)確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。</p>
品質保證保留款	91.2	3.3	<p>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 111 年度品質保證保留款(91.2 百萬元)合併運</p>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				用(計 207.6 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核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額		<b>1,738.8</b>	<b>490.8</b>	
較 110 年度核定總額成長率 (一般服務+專款) <sup>#2</sup>	增加金額	<b>2.756%</b>	<b>1,355.6</b>	
	總金額		<b>49,518.3</b>	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 46,914.8 百萬元(含 110 年一般服務預算為 46,942.1 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-96.7 百萬元與加回前 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 69.4 百萬元)。

2.計算「較 110 年度核定總額成長率」所採基期費用為 48,190.1 百萬元，其中一般服務預算為 46,942.1 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-96.7 百萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 69.4 百萬元)，專款為 1,248.0 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。

## 111 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

111 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 110 年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+111 年度一般服務成長率)+111 年度專款項目經費

註：校正後 110 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 110 年第 2 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 4.176%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.085%，協商因素成長率 3.091%。
- (二)專款項目全年經費為 979.8 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，111 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 4.208%。各細項成長率及金額，如表 2。

### 三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 111 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.提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護(1.814%)：

(1)執行目標：111 年民眾使用針傷於疾病黃金治療期醫療次數大於 110 年。

預期效益之評估指標：減少患者同期使用針傷於疾病黃金治療期跨院所就醫次數。



(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同中醫門診總額相關團體，於110年12月底前提出具體規劃內容(含適應症及結果面指標)，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告。

②依111年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

2.其他醫療服務利用及密集度之改變(1.328%)。

3.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.051%)：

(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112年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為979.8百萬元。

具體實施方案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，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於110年11月底前完成，新增計畫原則於110年12月底前完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：全年經費172百萬元，持續辦理中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

2.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：

(1)全年經費252.7百萬元。

(2)持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷及呼吸困難相關疾病中醫照護。

3.中醫提升孕產照護品質計畫：全年經費81百萬元。

4.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：全年經費21.6百萬元。

5.中醫癌症患者加強照護整合方案：

(1)全年經費245百萬元。

(2)持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。

6.中醫急症處置：

(1)全年經費 5 百萬元。

(2)請提出強化利用率之策略，並檢討計畫執行情形，考量是否持續辦理。

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.照護機構中醫醫療照護方案：

(1)全年經費 28 百萬元。

(2)執行目標：111 年至少 30 家院所參與服務。

預期效益之評估指標：111 年相對 110 年照護機構住民外出就診中醫人次減少。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同中醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告。

②依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。

9.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 98 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①檢討、提升門診雲端藥歷查詢率，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

②於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。

③確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。

10.品質保證保留款：

- (1)全年經費 26.5 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 111 年度品質保證保留款(26.5 百萬元)合併運用(計 49.3 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核發條件及核發結果，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 2 111 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項	
<b>一般服務</b>				
醫療服務成本及人口 因素成長率	1.085%	299.0	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。	
投保人口預估成長 率	0.136%			
人口結構改變率	0.756%			
醫療服務成本指數 改變率	0.192%			
協商因素成長率	3.091%	851.8	請於 111 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。	
其他醫療服務 利用及密集度 之改變	提升民眾於 疾病黃金治 療期針傷照 護 (111 年新增 項目)	1.814%	500.0	1.執行目標：111 年民眾使用針 傷於疾病黃金治療期醫療次 數大於 110 年。 預期效益之評估指標：減少 患者同期使用針傷於疾病黃 金治療期跨院所就醫次數。 2.請中央健康保險署辦理下列 事項： (1)會同中醫門診總額相關團 體，於 110 年 12 月底前提 出具體規劃內容(含適應 症及結果面指標)，及醫療 利用監控與管理措施，並 提全民健康保險會報告。 (2)依 111 年度預算執行結 果，扣減當年度未執行之 額度。
其他醫療服務利用 及密集度之改變		1.328%	365.9	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
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	-0.051%	-14.1	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 112 年度總額協 商之基期費用。
一般服務 成長率 <sup>註1</sup>	增加金額	4.176%	1,150.8	
	總金額		28,710.9	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方 案，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫 原則於 110 年 12 月底前完 成，且均應於 111 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		172.0	31.4	持續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		252.7	18.7	持續辦理腦血管疾病、顱腦損 傷、脊髓損傷及呼吸困難相關 疾病中醫照護。
中醫提升孕產照護品 質計畫		81.0	-9.0	
兒童過敏性鼻炎照護 試辦計畫		21.6	-2.4	
中醫癌症患者加強照 護整合方案		245.0	0.0	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		5.0	-5.0	請提出強化利用率之策略，並 檢討計畫執行情形，考量是否 持續辦理。
中醫慢性腎臟病門診 加強照護計畫		50.0	0.0	

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
照護機構中醫醫療照護方案 (111年新增項目)	28.0	28.0	1.執行目標：111年至少30家院所參與服務。 預期效益之評估指標：111年相對110年照護機構住民外出就診中醫人次減少。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同中醫門診總額相關團體，於110年12月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告。 (2)依111年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。
網路頻寬補助費用	98.0	17.0	1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討、提升門診雲端藥歷查詢率，並於111年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。 (2)於協商112年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。 (3)確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，於111年7月底前提全民健康保險會報告。
品質保證保留款	26.5	1.3	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111年度品質保證保留款(26.5百萬元)合併運用(計49.3百萬元)。 2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，持續檢

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				討品質保證保留款之核發條件及核發結果，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。
<b>專款金額</b>		<b>979.8</b>	<b>80.0</b>	
<b>較 110 年度核定總額成長率 (一般服務+專款)<sup>#2</sup></b>	<b>增加金額</b>	<b>4.208%</b>	<b>1,230.8</b>	
	<b>總金額</b>		<b>29,690.7</b>	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 27,560.0 百萬元(含 110 年一般服務預算 27,592.0 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-56.0 百萬元與加回前 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 24.0 百萬元)。

2.計算「較 110 年度核定總額成長率」所採基期費用為 28,491.8 百萬元，其中一般服務預算為 27,592.0 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-56.0 百萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 24.0 百萬元)，專款為 899.8 百萬元。

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

## 111 年度全民健康保險其他預算及其分配

### 一、總額協商結論：

(一)111 年度其他預算增加 426 百萬元，預算總額度為 16,579.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如表 3。

(二)請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

- 1.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 110 年 11 月底前完成，新增項目原則於 110 年 12 月底前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。
- 2.請於 111 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 112 年度總額協商考量。

### 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 800 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」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
  - (1)持續檢討經費動支條件，建立長期效益評估指標，並監測病人流向(包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。
  - (2)提出「基層總額轉診型態調整費用」之未來規劃與期程(含退場)。
  - (3)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」，於 111 年 7 月底前提出專案報告。



(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

- 1.全年經費 605.4 百萬元。
- 2.請中央健康保險署定期檢討山地離島地區醫療利用情形，並精進執行方案；另請儘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 7,300 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.請中央健康保險署辦理下列事項：
  - (1)為強化精神社區復健照護體系，請整體檢討精神疾病社區復健相關支付標準之合理性，及精神復健機構於健保政策下之定位。
  - (2)檢討居家醫療訪視費支付標準之合理性，並朝分級支付方向調整，以鼓勵急重症、緊急往返及困難疾病之照護。
  - (3)訂定反映居家醫療照護品質及效益之績效指標(如減少急診、住院之醫療利用等)，於 111 年 7 月底前將執行結果提全民健康保險會報告。

(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 1,900 百萬元。
- 2.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項

目或新藥新科技等之財源之一。

(六)推動促進醫療體系整合計畫：

- 1.全年經費 450 百萬元。
- 2.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」，請中央健康保險署檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。
- 3.因應新興傳染性疾病，請中央健康保險署儘速研議遠距醫療會診執行及管理策略，並審慎規劃及執行急重症轉診網絡之遠距會診醫療服務。

(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)提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用：

- 1.全年經費 1,500 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.請中央健康保險署辦理下列事項：
  - (1)於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。
  - (2)確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。
- 4.新增提升院所智慧化資訊機制：

執行目標：提升檢驗所(與基層診所合併計算)資料上傳率達 50%。

預期效益之評估指標：上傳率。

(九)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

- 1.全年經費 1,653.8 百萬元。
- 2.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。

(十)腎臟病照護及病人衛教計畫：

- 1.全年經費 450 百萬元。
- 2.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
  - (1)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。
  - (2)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。

(十一)提升保險服務成效：

- 1.全年經費 600 百萬元。
- 2.請中央健康保險署辦理下列事項：
  - (1)精進提升保險服務成效之評估指標，以反映實施成效及節流效益。
  - (2)於協商 112 年度總額前檢討實施成效，及預算編列之妥適性，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。
  - (3)請於 111 年 7 月底前提出成效評估報告。

(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.執行目標：年度預計服務達 3 萬人次。  
預期效益之評估指標：服務人次。

表 3 111 年度其他預算協定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
其他預算(全年計畫經費)			1.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110年11月底前完成，新增項目原則於110年12月底前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。 2.請於111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。
基層總額轉診型態調整費用	800.0	-200.0	1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續檢討經費動支條件，建立長期效益評估指標，並監測病人流向(包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。 (2)提出「基層總額轉診型態調整費用」之未來規劃與期程(含退場)。 (3)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」，於111年7月底前提出專案報告。
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	605.4	-50.0	請中央健康保險署定期檢討山地離島地區醫療利用情形，並精進執行方案；另請儘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	7,300.0	756.0	1.本項醫療點數以每點1元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第62條規定採浮動點值處理。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)為強化精神社區復健照護體系，請整體檢討精神疾病社區復健相關支付標準之合理性，及精神復健機構

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>於健保政策下之定位。</p> <p>(2)檢討居家醫療訪視費支付標準之合理性，並朝分級支付方向調整，以鼓勵急重症、緊急往返及困難疾病之照護。</p> <p>(3)訂定反映居家醫療照護品質及效益之績效指標(如減少急診、住院之醫療利用等)，於111年7月底前將執行結果提全民健康保險會報告。</p>
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費	290.0	0.0	
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費	1,900.0	-950.0	請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商112年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥新科技等之財源之一。
推動促進醫療體系整合計畫	450.0	50.0	<p>1.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」，請中央健康保險署檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。</p> <p>2.因應新興傳染性疾病，請中央健康保險署儘速研議遠距醫療會診執行及管理策略，並審慎規劃及執行急重症轉診網絡之遠距會診醫療服務。</p>
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	1,000.0	0.0	經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。
提升院所智慧化資訊機制(111年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構	1,500.0	520.0	<p>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。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
網路頻寬補助費用			(1)於協商112年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。 (2)確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，於111年7月底前提全民健康保險會報告。 3.新增提升院所智慧化資訊機制： 執行目標：提升檢驗所(與基層診所合併計算)資料上傳率達50%。 預期效益之評估指標：上傳率。
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	0.0	1.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰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。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。 (2)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。
提升保險服務成效	600.0	300.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.精進提升保險服務成效之評估指標，以反映實施成效及節流效益。 2.於協商112年度總額前檢討實施成效，及預算編列之妥適性，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。 3.請於111年7月底前提出成效評估報告。
提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	執行目標：年度預計服務達3萬人次。 預期效益之評估指標：服務人次。
<b>總計</b>	<b>16,579.2</b>	<b>426.0</b>	

## 111 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

- 111 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 110 年度醫院一般服務醫療給付費用×(1+111 年度一般服務成長率) +111 年度專款項目經費+111 年度醫院門診透析服務費用
- 111 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×(1+111 年度成長率)

註：校正後 110 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 110 年第 2 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。

#### 付費者代表之委員建議方案：

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 111 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 2.669%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.922%，協商因素成長率 0.747%。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)(0.616%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。
- (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)。
- (3)藥品價量協議(PVA)之還款金額，可做為本項預算不足之財源。
- (4)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於 111 年 6 月底前提出專案報告。

## 2.藥品及特材給付規定改變(0.134%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。
- (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。
- (3)藥品價量協議(PVA)之還款金額，可做為本項預算不足之財源。
- (4)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。
- (5)歷年引進新醫療科技之成效及藥品節流措施所節省



之金額，應適度運用於調整給付規定，以維護民眾就醫權益。請於 112 年度總額協商前提出節流效益，並納入該年度本項預算財源。

3. 促進醫療資源支付合理(0%)：

- (1) 考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且近年健保財務困難，故本項不新增預算，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。
- (2) 請中央健康保險署全盤檢討各項支付標準，朝支付點數相對合理的方向調整，積極改革支付制度，提升費用結構及資源配置效益。

4. 持續推動分級醫療，壯大社區醫院(0%)：

- (1) 需保障或鼓勵之醫療服務，應回歸支付標準處理。若確有其必要性，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。
- (2) 請釐清地區醫院在醫療照護體系的定位，以利其在分級醫療政策中發揮應有功能。

5. 提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變(0%)：

需保障或鼓勵之醫療服務，應回歸支付標準處理。若確有其必要性，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。

6. 研修病房費給付原則(含 RCW)(0%)：

- (1) 為避免同一病床同日重複給付，維持現行支付方式。
- (2) 其中「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護」，改列專款項目。

7. 研修住院護理費給付原則(含 RCW)(0%)：

- (1) 為避免同一病床同日重複給付，維持現行支付方式。

(2)請中央健康保險署積極導入、全面施行 DRGs，以促使醫療院所主動改變醫療型態，避免過多的微觀管理，以利提升照護成效及國人健康。

8.配合 110 年牙醫門診總額調整支付標準所需費用 (0.0004 %)：

經費 2.1 百萬元，用於因應 110 年度牙醫門診總額於協商因素編列經費增修診療項目，預估於醫院總額增加之費用。

9.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 112 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 31,426.5 百萬元。

具體實施方案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，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 3,128 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)請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技財源之一。

2.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 12,807 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。

3.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。

4.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)提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等。

5.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 1,428 百萬元。

(2)持續辦理糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等 9 項方案。

(3)其中 60 百萬元用於新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」，並整合納入「思覺失調症醫療給付改善方案」。

(4)請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及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。

6.急診品質提升方案：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。

7.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費 210 百萬元，111 年應完成導入第 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結算。

8.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。

9.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。

10.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

(1)全年經費 224.7 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)請中央健康保險署辦理下列事項：

①檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)，以提升執行成效。

②會同醫院及西醫基層總額相關團體，討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

11.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 200 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。
- ②確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。

12.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：

- (1)全年經費 15 百萬元，用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金。
- (2)其中 4.08 百萬元由門診透析服務費用移列。(醫院門診透析費用移列 4.04 百萬元，西醫基層門診透析費用移列 0.04 百萬元)
- (3)本項於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。

13.住院整合照護服務試辦計畫：

- (1)全年經費 300 百萬元。
- (2)依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

14.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫：

- (1)全年經費 300 百萬元。預算如有不足，由品質保證保留款支應，執行效益納入未來總額財源。
- (2)依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

15.品質保證保留款：

- (1)全年經費 929.8 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 111 年度品質保證保留款(929.8 百萬元)合併運用(計 1,318.5 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核發條件及核發結果，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.考量進口材料成本下降，且 109 年、110 年 1~6 月透析人數成長趨緩，爰 111 年度門診透析服務總費用成長率為 2.8%，依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 1.571%。
- 4.自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.08 百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中 4.04 百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04 百萬元自西醫基層門診透析費用減列。
- 5.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體辦理下列事項：
  - (1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護。
  - (2)持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質。

(3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。

(4)請檢討末期病人使用透析服務之必要性。

(四)前述三項額度經換算，111 年度醫院醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 2.567%。各細項成長率及金額如表 4。

#### 醫院代表之委員建議方案：

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 111 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 4.650%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.922%，協商因素成長率 2.728%。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)(0.616%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。

(2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)。

(3)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於 111 年

6 月底前提出專案報告。

2.藥品及特材給付規定改變(0.349%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。
- (2)建立藥品及特材材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。
- (3)歷年引進新醫療科技之成效及藥品節流措施所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，以維護民眾就醫權益。請於 112 年度總額協商前提出節流效益，並納入該年度本項預算財源。

3.持續推動分級醫療，壯大社區醫院(0.205%)：

- (1)執行目標：強化地區醫院社區照護能力，地區醫院住院照護部分(含診察費、病房費、護理費)，予以保障點值每點 1 元。

預期效益之評估指標：地區醫院住院滿意度達 80%。

- (2)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

4.提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變(0.411%)：

- (1)執行目標：優先保障加護病房住院診察費及病房費點值每點 1 元，急性一般病床護理費點值每點 1 元。

預期效益之評估指標：區域級(含)以上醫院住院滿意度達 80%。

- (2)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。



5. 研修病房費給付原則(含 RCW)(0.431 %)：

(1) 執行目標：

- ① 調整支付標準表給付通則，病房費出院日併入計算。
- ② 提升 RCW 病人同意簽署 DNR。

預期效益之評估指標：

- ① 醫院部門住院滿意度達 80%。
- ② RCW 簽署 DNR 較現行增加 5%。

(2) 依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

6. 研修住院護理費給付原則(0.719%)：

(1) 執行目標：調整支付標準表給付通則，住院護理費出院日併入計算。

預期效益之評估指標：醫院部門住院滿意度達 80%。

(2) 依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

7. 配合 110 年牙醫門診總額調整支付標準所需費用(0.0004 %)：

經費 2.1 百萬元，用於因應 110 年牙醫門診總額於協商因素編列經費增修診療項目，預估於醫院總額部門增加之費用。

8. 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 112 年度總額協商之基期費用。

(二) 專款項目：全年經費為 31,493.6 百萬元。

具體實施方案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，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 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。
- (2)請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技財源之一。

#### 2.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

- (1)全年經費 12,807 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。

#### 3.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。

#### 4.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)提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、成

長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等。

5. 醫療給付改善方案：

(1) 全年經費 1,435.1 百萬元。

(2) 持續辦理糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等 9 項方案。

(3) 請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及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。

6. 急診品質提升方案：

(1) 全年經費 300 百萬元。

(2) 請中央健康保險署精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。

7. 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。推動 DRGs 計畫已延宕多年，請儘速推行。

(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結算。

8. 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。

9. 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。

10. 鼓勵院所建立轉診之合作機制：

(1) 全年經費 224.7 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)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)，以提升執行成效。
- ②會同醫院及西醫基層總額相關團體，討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，並於111年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。

11.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費200百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①於協商112年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。
- ②確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，於111年7月底前提全民健康保險會報告。

12.腹膜透析追蹤處置費及APD租金：

- (1)全年經費15百萬元，用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及APD租金。
- (2)其中由醫院門診透析費用移列4.04百萬元，西醫基層門診透析費用移列0.04百萬元，合計4.08百萬元。
- (3)本項於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。

13.住院整合照護服務試辦計畫：

- (1)全年經費300百萬元。
- (2)執行目標：鑑於住院照護服務試辦計畫須重新會同社保司、照護司、護理公會研議可行方案，暫無法於9月23日提供「執行目標」及「預期效益之評估指標」。

預期效益之評估指標：\_\_\_\_\_。

14.精神科病人出院後急性後期照護服務試辦計畫：

(1)全年經費 60 百萬元。

(2)執行目標：配合心口司預定計畫執行，提升精神病人急性後期照護。

預期效益之評估指標：配合心口司規劃，降低 6 個月內精神急性再住院率。

15.建置智慧醫療區域聯防機制：

贊同 15 百萬元由中央健康保險署編列於其他預算。

16.國家慢性病防治整合計畫：

原中長期改革計畫項目之一，鑑於國健署已執行多年，建議續由國健署編列預算並予以執行，醫院部門不再編列預算，但配合計畫給予協助。

17.品質保證保留款：

(1)全年經費 929.8 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 111 年度品質保證保留款(929.8 百萬元)合併運用(計 1,318.5 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核發條件及核發結果，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 3.6%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 2.361%。
  - 4.自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.08 百萬元，移列至醫院總額專款項目，其中 4.04 百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04 百萬元自西醫基層門診透析費用減列。
  - 5.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體辦理下列事項：
    - (1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護。
    - (2)持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質。
    - (3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。
- (四)前述三項額度經換算，111 年度醫院醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 4.397%。各細項成長率及金額如表 4。

表 4 111 年度醫院醫療給付費用協定項目表(兩案送主管機關決定)

項目	付費者代表方案		醫院代表方案		
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
<b>一般服務</b>					
<b>醫療服務成本及人口因素成長率</b>		<b>1.922%</b>	<b>9,354.2</b>	<b>1.922%</b>	<b>9,354.2</b>
投保人口預估成長率		0.136%		0.136%	
人口結構改變率		2.042%		2.042%	
醫療服務成本指數改變率		-0.258%		-0.258%	
<b>協商因素成長率</b>		<b>0.747%</b>	<b>3,635.6</b>	<b>2.728%</b>	<b>13,285.6</b>
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.616%	3,000.0	0.616%	3,000.0
	藥品及特材給付規定改變	0.134%	650.0	0.349%	1,700.0
	促進醫療資源支付合理	0.000%	0.0	0.000%	0.0
其他醫療服務利用及密集度之改變	持續推動分級醫療，壯大社區醫院	0.000%	0.0	0.205%	1,000.0
	提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變	0.000%	0.0	0.411%	2,000.0
	研修病房費給付原則(含RCW)(111年新增項目) (*付費者代表方案將「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫」改列專款項目。)	0.000%*	0.0*	0.431%	2,100.0
	研修住院護理費給付原則(含RCW)(111年新增項目)	0.000%	0.0	0.719%	3,500.0
	配合110年牙醫門診總額調整支付標準所需費用(111年新增項目)	0.0004%	2.1	0.0004%	2.1

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)
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	-0.003%	-16.5	-0.003%	-16.5
一般服務成長率 <sup>註1</sup>	增加金額	2.669%	12,989.8	4.650%	22,639.8
	總金額		499,682.7		509,324.1
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>					
	C型肝炎藥費	3,128.0	-300.0	3,428.0	0.0
	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	12,807.0	1,108.0	12,807.0	1,108.0
	後天免疫缺乏病毒治療藥費	5,257.0	0.0	5,257.0	0.0
	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,127.0	0.0	5,127.0	0.0
	醫療給付改善方案	1,428.0	60.0	1,435.1	67.1
	急診品質提升方案	300.0	54.0	300.0	54.0
	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	210.0	0.0
	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100.0	0.0	100.0	0.0
	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	0.0	1,100.0	0.0
	鼓勵院所建立轉診之合作機制	224.7	-175.3	224.7	-175.3
	網路頻寬補助費用	200.0	73.0	200.0	73.0
	腹膜透析追蹤處置費及APD租金 (111年新增項目)	15.0	15.0	15.0	15.0
	住院整合照護服務試辦計畫 (111年新增項目)	300.0	300.0	300.0	300.0
	精神科病人出院後急性後期照護服務試辦計畫 (111年新增項目) (*付費者代表方案將本計畫整合納入「醫療給付改善方案」項下之「思覺失調症醫療給付改善方案」)	0.0*	0.0*	60.0	60.0



項目	付費者代表方案		醫院代表方案	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)
鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫 (111年新增項目) (*醫院代表方案編列於一般服務，內含於「研修病房費給付原則」項目)	300.0	300.0	0.0*	0.0*
品質保證保留款	929.8	49.4	929.8	49.4
<b>專款金額</b>	<b>31,426.5</b>	<b>1,484.1</b>	<b>31,493.6</b>	<b>1,551.2</b>
<b>較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款)<sup>註2</sup></b>	增加金額	14,473.9	4.486%	24,191.0
	總金額	531,109.2		540,817.7
門診透析服務成長率	增加金額	355.1	2.361%	533.7
	總金額	22,958.1		23,136.6
<b>較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)<sup>註3</sup></b>	增加金額	14,829.0	4.397%	24,724.7
	總金額	554,067.3		563,954.3

- 註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為486,692.9百萬元(含110年一般服務預算487,655.2百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-976.1百萬元與加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款13.7百萬元)。
- 2.計算「較110年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為517,597.6百萬元，其中一般服務預算為487,655.2百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-976.1百萬元及未加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款13.7百萬元)，專款為29,942.4百萬元。
- 3.計算「較110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540,200.6百萬元，其中一般服務預算為487,655.2百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-976.1萬元及未加回前1年度違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款13.7百萬元)，專款為29,942.4百萬元、門診透析為22,603.0百萬元。(已扣除移列至醫院總額專款「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」4.0百萬元)。
- 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。

## 111 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

- 111 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 110 年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+111 年度一般服務成長率)+111 年度專款項目經費+111 年度西醫基層門診透析服務費用
- 111 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×(1+111 年成長率)

註：校正後 110 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 110 年第 2 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。

#### 付費者代表之委員建議方案：

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 111 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 1.659%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.176%，協商因素成長率 0.483%。

1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.242%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。
- (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)。
- (3)藥品價量協議(PVA)之還款金額，可做為本項預算不足之財源。
- (4)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於 111 年 6 月底前提出專案報告。

## 2.藥品及特材給付規定改變(0.216%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。
- (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。
- (3)藥品價量協議(PVA)之還款金額，可做為本項預算不足之財源。
- (4)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。
- (5)歷年引進新醫療科技之成效及藥品節流措施所節省

之金額，應適度運用於調整給付規定，以維護民眾就醫權益。請於 112 年度總額協商前提出節流效益，並納入該年度本項預算財源。

3. 促進醫療資源支付合理(0%)：

(1) 考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且近年健保財務困難，故本項不新增預算，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。

(2) 請中央健康保險署全盤檢討各項支付標準，朝支付點數相對合理的方向調整，積極改革支付制度，提升費用結構及資源配置效益。

4. 配合醫院總額調整支付標準所需費用(0%)：

(1) 考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且醫院總額係以前開預算調整支付標準，未另編列預算，故本項不新增預算，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。

(2) 未來請援例運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算，合理調整支付標準，反映各項服務成本，並以同病、同品質、同酬為原則及考量部門衡平性訂定之。

5. 蒸汽吸入治療加成(0%)：

本項屬支付標準之調整，考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且近年健保財務困難，故本項不新增預算，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。

6. 提升國人視力照護品質(0.097%)：

(1) 依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之

評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同西醫基層總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。
- ②依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

7.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.072%)：

- (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 112 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 7,472.1 百萬元。

具體實施方案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，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 3,948 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①於協商 112 年度總額前檢討實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新科技之財源之一。
- ②於 111 年 7 月底前提出未來導入一般服務或退場之期程及規劃。

2.代謝症候群防治計畫：

(1)全年經費 308 百萬元。

(2)依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同西醫

基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

(3)本計畫收案對象不得與家庭醫師整合性照護計畫及其他醫療給付改善方案重複，每人支付費用額度(包含個案管理費及績效獎勵費用)比照家庭醫師整合性照護計畫。

(4)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體擬訂具體實施方案(內容應包含結果面品質指標，並依執行績效支付費用)，於提報全民健康保險會同意後執行。

3.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫：

(1)全年經費 9.7 百萬元。

(2)依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

(3)本項計畫之執行診所需與醫院心臟復健中心簽署合作計畫共同照護病患，或承接醫院出院準備計畫、急性後期整合照護(PAC)計畫下轉病患之照護。

4.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)請中央健康保險署精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與計畫。

5.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。

(2)請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。

6.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 805 百萬元。

(2)持續辦理糖尿病、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案。

(3)請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及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.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)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於 110 年 12 月委員會議提出規劃調整之項目與作業時程。

②通盤檢討開放表別項目的適當性，並定期檢討既有項目服務之成長情形，分析及監測西醫診所與醫院醫療利用之合理性。

(3)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務結算。

8.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

(1)全年經費 200 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)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)，以提升執行成效。
- ②會同西醫基層及醫院總額相關團體，討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，並於111年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。

9. 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：

- (1) 全年經費 50 百萬元。
- (2) 請中央健康保險署精進計畫內容，並加強推廣，鼓勵醫師參與計畫。

10. 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

- (1) 全年經費 30 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。

11. 後天免疫缺乏病毒治療藥費：

- (1) 全年經費 30 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支用之合理性。

12. 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。

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.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 253 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①檢討、提升雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

②於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。

③確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。

#### 15.提升院所智慧化醫療資訊機制：

本項移至其他預算項下之「提升院所智慧化醫療資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構之網路頻寬補助費用」項目編列。

#### 16.因應新興疾病，診所感染管控作業守則：

感染管制是醫療院所維護病人安全的執業基本要求，本項不新增預算。

#### 17.品質保證保留款：

(1)全年經費 120.3 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 111 年度品質保證保留款(120.3 百萬元)合併運用(計 225.5 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，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.考量進口材料成本下降，且109年、110年1~6月透析人數成長趨緩，爰111年度門診透析服務總費用成長率為2.8%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為4.233%。
- 4.自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」4.08百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中4.04百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04百萬元自西醫基層門診透析費用減列。
- 5.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體辦理下列事項：
  - (1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護。
  - (2)持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質。
  - (3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。
  - (4)請檢討末期病人使用透析服務之必要性。

(四)前述三項額度經換算，111年度西醫基層醫療給付費用總

額，較 110 年度所核定總額成長 2.239%。各細項成長率及金額，如表 5。

### 西醫基層代表之委員建議方案：

(一)一般服務成長率為 2.410%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.176%，協商因素成長率 1.234%。

1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.242%)：

(1)因應民眾實際醫療需求，PVA 的預算是不可靠的財源，不足以因應本項。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。

②於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程；並於 111 年 7 月底前提報執行情形。

③建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於 111 年 6 月底前提出專案報告。

2.藥品及特材給付規定改變(0.564%)：

(1)擴大藥品給付規定，已提升醫療品質並嘉惠民眾健康。以基層醫療糖尿病患實際用藥為例(SGLT2 及 GLP1)，在基層使用量逐年增加最多，109 年與原編列之預算差距高達 8 億元，建議逐年滾動式修正預算回歸，反映實際醫療需求。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定

調整健保給付條件之優先順序。

②建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。

3.促進醫療資源支付合理(0.010%)：

(1)111 年醫療服務成本指數改變率為負值，無法支應本項預算。

(2)依中央健康保險署新增項目，調整支付點數，含呼吸訓練、腹腔鏡手術、護理照護相關診療、大腸鏡息肉切除等。

4.配合醫院總額調整支付標準所需費用(0.379%)：

(1)111 年醫療服務成本指數改變率為負值，無法支應本項預算。

(2)齊一基層與醫院支付標準差距。

5.蒸汽吸入治療加成(0.014%)：

(1)111 年醫療服務成本指數改變率為負值，無法支應本項預算。

(2)本項支付點數已不符成本，應同中央健康保險署「促進醫療資源支付合理」支應。

6.提升國人視力照護品質(0.097%)：

協商因素過去沒有扣減當年未執行額度或補付不足額度之慣例。

7.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.072%)：

(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 112 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 9,477.1 百萬元。

具體實施方案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，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

#### 1. 家庭醫師整合性照護計畫：

- (1) 全年經費 4,185 百萬元。
- (2) 醫療群的醫師們在疫情嚴峻期間，不僅堅守崗位守護民眾的健康照顧需求，並擔任第一線防疫工作，也積極協助各地政府籌設大型快篩檢站及疫苗施打站，並滿足原長期醫院就醫病患因疫情限制無法就醫民眾之醫療需求，使民眾醫療需求之保障得以延續。這都是歷年來建立家醫醫療群以整合基層醫療累積的成效，應予重視，不宜以 550 元估算每人之年度照護費。
- (3) 每個人都需要一位擔任健康守門員的家庭醫師，家庭醫師制度亦建立在醫病雙方良好的認同與互動上，才能增進健康照護。目前已收案人數達 6 百萬人，但仍有很多醫療資源投入不夠的地方，如個案管理費用偏低，此外因為人口老化，民眾醫療需求逐漸增加，較需照護族群也會增加。因現行參與計畫之會員人數及醫師人數眾多，為提升良好照護品質，每年仍需滾動式修正計畫內容，在健保有限資源之下，以符合民眾實際需求。

#### 2. 代謝症候群防治計畫：

- (1) 全年經費 308 百萬元。
- (2) 執行目標：照護代謝症候群個案人數 20 萬人。  
預期效益之評估指標：辦理代謝症候群個案照護服務之完成率、執行率及改善率。
- (3) 依據國健署規劃之方案，基層醫師主動積極尋找需要照護之個案，提供介入管理模式，提高對象自我健康

照顧的意識，建立健康行為，進而促進健康狀況。

(4)不得與家醫計畫及其他醫療給付改善方案重複領取個案管理費。

3.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫：

(1)全年經費 9.7 百萬元。

(2)執行目標：提高心肺病人門診復健涵蓋率。

預期效益之評估指標：最大耗氧量率(心肺功能檢查)、病人運動功能(國際評估問卷量表)、14 天再住院率、死亡率。

4.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)請中央健康保險署精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與計畫。

5.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。

(2)請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。

6.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 805 百萬元。

(2)持續辦理糖尿病、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案。

(3)請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及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.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

- (1)全年經費 1,220 百萬元。
- (2)為擴大基層服務量能，強化分級醫療，宜持續編列預算，照顧民眾健康。
- (3)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務結算。

8.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)鼓勵院所建立雙向轉診機制，符合分級醫療精神，也是健保永續經營之基石。

9.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：

- (1)全年經費 50 百萬元。
- (2)請中央健康保險署精進計畫內容，並加強推廣，鼓勵醫師參與計畫。

10.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

- (1)全年經費 30 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，並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含醫療利用及成長原因分析)。

11.後天免疫缺乏病毒治療藥費：

- (1)全年經費 30 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支用之合理性，並於

111 年 7 月底前提報執行情形。

12. 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。

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. 網路頻寬補助費用：

全年經費 253 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應

15. 提升院所智慧化醫療資訊機制：

- (1) 全年經費 210 百萬元。
- (2) 因應防疫需求，智慧化醫療資訊是世界潮流，減少健保卡接觸成為疾病傳染的來源。

16. 因應新興疾病，診所感染管控制作業守則：

- (1) 全年經費 1,200 百萬元。
- (2) 延續基層診所後疫情時代感染管控制機制(基層診所防疫 2.0)，且疫情結束後將停止公務預算補助各種防疫物資，考量現有的經費不足應付新興感染性疾病的複雜及多樣性，疾病的發展也難以預測，為了維護醫療品質，及確保民眾就醫與醫護人員安全，建議增加經費，以強化診所感控的每一道防線。
- (3) 執行目標：以第一階段門診診察費加成給付，強化基層院所感染管控制作業方式。

預期效益之評估指標：

- ① 通過自評之院所得申請門診診察費加成。



②各縣市醫師公會定期抽樣訪查診所。

#### 17.品質保證保留款：

- (1)全年經費 120.3 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 111 年度品質保證保留款(120.3 百萬元)合併運用(計 225.5 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，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 3.6%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 5.044%。
- 4.自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.08 百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中 4.04 百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04 百萬元自西醫基層門診透析費用減列。
- 5.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體辦理下列事項：
  - (1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護。
  - (2)持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人

生活品質。

(3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。

(四)前述三項額度經換算，111 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 4.295%。各細項成長率及金額，如表 5。

表 5 111 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(兩案送主管機關決定)

項目	付費者代表方案		西醫基層代表方案		
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
<b>一般服務</b>					
醫療服務成本及人口因素成長率	1.176%	1,459.9	1.176%	1,459.9	
投保人口預估成長率	0.136%		0.136%		
人口結構改變率	1.257%		1.257%		
醫療服務成本指數改變率	-0.218%		-0.218%		
協商因素成長率	0.483%	598.0	1.234%	1,530.2	
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.242%	300.0	0.242%	300.0
	藥品及特材給付規定改變	0.216%	268.0	0.564%	700.0
	促進醫療資源支付合理(111年新增項目)	0.000%	0.0	0.010%	11.9
	配合醫院總額調整支付標準所需費用(111年新增項目)	0.000%	0.0	0.379%	470.9
	蒸汽吸入治療加成(111年新增項目)	0.000%	0.0	0.014%	17.4
其他醫療服務利用及密集度之改變	提升國人視力照護品質(111年新增項目)	0.097%	120.0	0.097%	120.0
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	-0.072%	-90.0	-0.072%	-90.0
一般服務成長率 <sup>#1</sup>	增加金額		2,057.9		2,990.1
	總金額	1.659%	126,203.8	2.410%	127,136.1

項目	付費者代表方案		西醫基層代表方案	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>				
家庭醫師整合性照護計畫	3,948.0	278.0	4,185.0	515.0
代謝症候群防治計畫 (111年新增項目)	308.0	308.0	308.0	308.0
提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 (111年新增項目)	9.7	9.7	9.7	9.7
西醫醫療資源不足地區改善方案	317.1	0.0	317.1	0.0
C型肝炎藥費	292.0	0.0	292.0	0.0
醫療給付改善方案	805.0	150.0	805.0	150.0
強化基層照護能力及「開放表別」項目	920.0	0.0	1,220.0	300.0
鼓勵院所建立轉診之合作機制	200.0	-58.0	258.0	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
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	30.0	-25.0	30.0	-25.0
後天免疫缺乏病毒治療藥費	30.0	-25.0	30.0	-25.0
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
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
網路頻寬補助費用	253.0	39.0	253.0	39.0
提升院所智慧化醫療資訊機制 (111年新增項目) (*付費者代表方案移至其他預算項下編列)	0.0*	0.0*	210.0	210.0
因應新興疾病，診所感染管控作業守則 (111年新增項目)	0.0	0.0	1,200.0	1,200.0
品質保證保留款	120.3	4.5	120.3	4.5
<b>專款金額</b>	<b>7,472.1</b>	<b>681.2</b>	<b>9,477.1</b>	<b>2,686.2</b>

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)
較 110 年度核定總額 成長率(一般服務+專 款) <sup>註2</sup>	增加金額	1.944%	2,739.1	4.184%	5,676.3
	總金額		133,675.9		136,613.2
門診透析服務 成長率	增加金額	4.233%	820.7	5.044%	977.9
	總金額		20,208.3		20,365.5
較 110 年度核定總額 成長率(一般服務+專 款+門診透析) <sup>註3</sup>	增加金額	2.239%	3,559.8	4.295%	6,654.3
	總金額		153,884.2		156,978.7

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 124,144.2 百萬元(含 110 年一般服務預算 124,336.1 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-253.7 百萬元與加回前 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 61.8 百萬元)。

2.計算「較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為 131,127.0 百萬元，其中一般服務預算為 124,336.1 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-253.7 百萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 61.8 百萬元)，專款為 6,790.9 百萬元。

3.計算「較 110 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 150,514.6 百萬元，其中一般服務預算為 124,336.1 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-253.7 百萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 61.8 百萬元)，專款為 6,790.9 百萬元，門診透析為 19,387.62 百萬元(已扣除移列至醫院總額專款「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」0.04 百萬元)。

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

提案人：

吳清亮 朱益峯 陳石池

案由：建議健保總額財源應優先解決總額缺口，不宜再新增任何項目，提請討論。

說明：

- 一、基於維護二代健保改革之量入為出及收支連動的核心精神。
- 二、臺灣各界，特別是醫療體系經過109及110年連續二年的疫情衝擊，誠待重整復甦。值此之際，醫院總額500~600億落差尚未改善前，實不宜再新增任何項目，尤其更不該強行納入是未有共識的，增加醫院總額執行及保費調漲等負擔。
- 三、承上，建議健保財源優先填補總額缺口，且同步檢討現行健保給付，對於依法非屬健保保險給付範圍（健保法第51條）及不符合健保給付等項目（健保法第2條），予以剔除。

第 5 屆 110 年 第 5 次 委員 會議  
與 會 人 員 發 言 實 錄





壹、「主席致詞」、「議程確認」、「確認上次(第4次)委員會議紀錄」與  
會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

報告主席、各位委員，大家好！開會時間已到，現在出席的人數已經過半，達法定開會人數，請主席開始進行今天的會議。

周主任委員麗芳

- 一、各位委員好，特別感謝周執行秘書淑婉及所有健保會同仁的協助，也感謝健保署所有同仁的協助。我們昨天歷經馬拉松式的討論，從早上9點半到深夜凌晨1點鐘，順利圓滿完成111年度健保總額的協商。在協商過程中，非常感謝擔任本次協商付費者代表召集人的何委員語，協商召集人的工作非常辛勞。在四部門總額中，恭喜中醫及牙醫部門在付費者代表與醫界代表的努力下達成共識，完成下年度總額預算的協定。
- 二、首先感謝付費者代表中醫部門的主談人林委員敏華、協談人馬委員海霞、楊委員芸蘋，也謝謝中醫部門柯理事長富揚願意忍痛割愛，先自廢武功、自行調降預算，來成就本次的圓滿協商。其次，也要恭喜牙醫部門，在陳理事長建志、徐常務理事邦賢的帶領下，緊接在中醫之後順利完成協定。因為前面已經有很好的典範，一進場後立刻自砍預算，雙方協商時，在付費者代表主談人李委員永振、協談人許委員駢洪、侯委員俊良的協助之下，圓滿達成牙醫部門的總額協定。
- 三、雖然說醫院及西醫基層部門雙方無法在第一時間達成總額預算的共識，但在彼此意見交流的過程中，無論對於醫院部門的營運上，或是基層醫療照護上，相信大家都有更多前瞻性的思考。感謝醫院部門的翁理事長文能、陳委員石池、朱委員益宏、吳委員鏘亮，以及西醫基層部門的黃委員振國、顏委員鴻順等幾位委員的大力協助。相信這是一個新契機，透過意見交流，增進醫療服務提供者與付費者代表之間對問題的了解，有助於未來凝聚共識。

- 四、其次，也要特別感謝專家學者及公正人士，在今年的協商過程中，專家學者及公正人士有更多的參與，也大力協助付費者代表完成協商談判，再次感謝所有與會的代表。
- 五、今天可以說是很重要的委員會議，因為要針對昨天所完成的協商結論進行確認，諸位委員對於協商談判過程，若有寶貴的意見也歡迎提出。在此也要恭喜黃理事長金舜，在他的任內大力協助提升藥師服務品質，本次在「其他預算」項下編列有「提升用藥品質之藥事照護計畫」，期待能提升藥師的服務品質，激發大家服務的熱忱。
- 六、昨天我們整日協商一直到今天凌晨 1 點鐘才完成協商，健保會同仁忙碌到凌晨 4、5 點無法休息，可說是紅著眼睛挑燈夜戰，今天又一大早就進辦公室繼續工作，讓我們大家以最熱烈的掌聲感謝他們。謝謝！接下來進行今天的會議。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉

- 一、主委、各位委員，我一定要特別站起來發言，昨天大家歷經 16 小時的協商會議十分辛苦，非常感謝各位委員及協商代表對協商資料的指教與建議，本會同仁都收到了，委員對我們的支持與鼓勵，也都點滴在心。我們會好好思考委員的建議，本於權責做好幕僚的任務與工作。如果做不好的地方都是我的錯，做得好的都是我們同仁的努力，再次謝謝委員對健保總額的貢獻，在此還是要謝謝大家(委員掌聲)。
- 二、本次的議程安排，討論事項有 1 案，主要是確認昨天的協商結論，就是「111 年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案」。報告事項有 2 案，第一案是健保署 110 年 8 月份業務執行報告，這是依照年度工作計畫排定，不進行口頭報告；第二案是健保署提報的「醫院總額部門 110 年第 3 季比照第 2 季之結算方式」報告案。

三、另外還有 1 項臨時提案，書面資料已經放在委員桌上，是由吳委員鏘亮、朱委員益宏及陳委員石池提案，有關於「健保總額財源應優先解決總額缺口，不宜再新增任何項目」案。對於臨時提案之處理，依照本會議事規範第 3 點第 2 項第 2 款規定，臨時提案以當次會議亟待決定之緊急事件或具時效性事項，且與本會法定任務有關者為限，並應有出席委員附議或連署始得成立，若不符合要件，主席得決定提下次會議討論。本案請大家討論是否符合上述所提及的亟待決定的緊急事件或具有時效性，請主席徵詢委員意見，決定是在本次或下次會議討論。若決定在本次委員會議討論，建議列為討論事項第二案。

周主任委員麗芳

謝謝說明，現在徵詢各位委員的意見，有關吳委員鏘亮、朱委員益宏、陳委員石池提出的臨時提案，是否有委員附議，同時列為今天的討論案？(有委員表示附議)有 2 位委員附議，所以我們就成案，並列入今天的討論事項第二案。委員如果沒有其他意見，議程確定。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳

有關紀錄部分，如果委員沒有垂詢的地方，會議紀錄確認。請進行下一案。

貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

一、項次 1 的部分：

(一)上次(第 4 次)及歷次會議列管追蹤事項辦理情形，上次委員會議決議列管追蹤事項有 2 項，依辦理情形建議解除追蹤 2 項。歷次委員會議決議事項，與總額協商有關的事項都已經完成，依照辦理情形建議解除追蹤 3 項，辦理情形如附表，最後還是依委員會議議定結果辦理。

(二)請委員參閱會議資料第 9 頁，上次委員會議決定事項 2 項，都屬需請健保署依照本會決議執行事項，健保署對委員意見的回復說明，在會議資料第 13~20 頁，這部分健保署已經處理，建議解除追蹤。

(三)會議資料第 10 頁，歷次委員會議決議 3 項，如同剛才的說明，都是有關總額協商所需的資料，健保署都已經提供，建議解除追蹤。

二、項次 2 的部分，請委員翻回會議資料第 7 頁，是衛福部及健保署 8、9 月份發布及副知本會的相關資訊，詳細資料於 9 月 14 日寄到各委員電子信箱，摘要部分在會議資料第 7~8 頁，請委員參閱。

周主任委員麗芳

請問委員對本會重要業務報告有無提出垂詢？如果沒有，上次及歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形，解除追蹤共 5 項，同意依擬議解除追蹤，餘洽悉。

參、討論事項第一案「111 年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診  
醫療給付費用總額及其他預算協商結論案」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

請同仁開始。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請說明。

陳組長燕鈴

本案主要是確認昨天協商會議的結論，建議依照過去的做法，按照昨天各部門的協商順序，逐一就會上提供的協商結論做確認，請委員提出修正意見，但文字修正不能違反昨天協商的意旨。如果委員同意，建議從醫院部門開始。

周主任委員麗芳

好，請說明。

陳組長燕鈴

因為醫院部門是兩案併陳，建議委員是否直接針對有疑問的部分提問。

周主任委員麗芳

昨天大家應該還記憶猶新，因為已經花那麼多時間討論。

周執行秘書淑婉

醫院部門因為是兩案併陳，請付費者委員看一下現在整理的付費者代表方案，內容有無需要調整。醫院代表的方案是依醫院部門所提供的內容，請確認同仁彙整的資料有無文字需要調整，提出來可以馬上修正。

周主任委員麗芳

一、因為是兩案併陳，所以有付費者代表及醫院代表方案。為充分尊重各自的方案，請雙方各自檢視一下。

二、請看螢幕顯示內容，我們邊檢視邊往下看，如果等一下發現問題，可以隨時回過頭來處理。同仁都是依據大家的版本彙整，請大家有問題隨時提出。請朱委員益宏。

朱委員益宏

印象中在去年協商前，就曾要求雙方包括付費者及醫療服務提供者，如果提出相關預算的話，應該要有執行目標與預期效益，還有 KPI (Key Performance Indicators, 關鍵績效指標) 指標。本次醫院部門有提出，但是付費者代表方案並未提出相關 KPI、執行目標及預期效益。既然是對等協商，醫院這邊有提出，付費者應該也要提，以利部長裁示，而且這是會議決議。去年協商時我也提出有這個問題，是否今年請付費者代表補充執行目標及預期效益。

周主任委員麗芳

謝謝，朱委員益宏的意思是這 2 個版本在各自的方案及預算額度下，需提供執行目標及預期效益，請同仁協助檢視，有缺漏的部分再補充，這樣就可以了。

劉委員淑瓊

請教是哪一次會議決議也要付費者提出總額項目的績效指標？健保是「保險人—被保險人—醫療服務提供者」的第三方付費關係，健保署(保險人)代表被保險人向 Providers(醫療服務提供者)購買服務，所以要提出問題分析、需求評估及關鍵績效指標的是 Providers 與保險人，而不是付費者。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、主席、各位委員，有關執行目標與預期效益，是執行者要提出的。付費者是付錢給保險人去執行，醫院部門是兩案併陳，主管機關都還未核定相關預算。依程序，主管機關核定後會由保險人與執行者研修執行目標、執行細節及成果的預期效益，保

險人再來告知付費者，讓付費者了解所付的錢可以得到什麼成果。

二、去年也沒有這種決議啊！我們是付費者，我們付費給保險人，保險人請醫療服務提供者來執行，是執行者要向保險人提出編列這些預算，達到什麼目標、達到什麼執行成果，經過保險人專業評估或者要求達到什麼成果後，再來向付費者提報應該達到某種預期目標、效益、成果，讓付費者考量是否通過預算。是你們提出來讓我們通過才對，哪有本末倒置反過來，我們怎麼知道執行效益有多少？如果我說執行效益只有 10，說不定保險人說不是，執行效益可以到達 100，我們不是專業的執行者，怎麼會知道？

三、本項意見雖然去年有提，但我們沒有接受，也沒有同意。

周主任委員麗芳

謝謝何委員語對程序的指導，我覺得比較合理的方式，是先將兩個版本送部裁決，因為最後的核定結果還不確定，醫界的版本雖有提出執行目標、預期效益之評估指標，建議先暫緩，對於未達共識的 2 個部門，等核定後再決定執行目標及預期效益評估指標。

周執行秘書淑婉

謝謝朱委員提醒，補充說明，這部分在總額協商程序有規定(註)，大家可能忘記了，如果是兩案併陳，因為不知道衛福部核定的結果，所以等部核定後，請健保署會同總額相關團體，研修執行目標及預期效益之評估指標，於衛福部核定後的最近 1 次委員會議提報、確認，這在協商程序就有相關規定，是否就依照協商程序處理？

(註：依據健保會 110 年第 2 次委員會議 (110.6.25) 通過的「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」(略以)：

1. 協商程序二(二)1. 召開總額協商共識會議：

(2) 請部門當日依據協商結論，於協定事項調整新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。

2. 協商程序二(二)2. 協商結論提 9 月份委員會議討論、確認：

(2)請委員就協商結果，提供各總額部門所提新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」之修正建議，會後由健保署會同各總額部門共同討論研修。

3.協商程序二(二)3.確認健保署會同各總額部門研修後之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(由健保署提報)：

(1)達成共識部門：於10月份委員會議提報、確認。

(2)未達共識部門：於衛福部核定後最近1次委員會議提報、確認。)

### 周主任委員麗芳

在此向醫院、西醫基層部門致歉，昨天讓你們花費很多時間研提「執行目標」及「預期效益之評估指標」，讓大家辛勞了。建議在報部時先不要列入，按照委員會議通過的協商程序，等衛福部核定後再研提。2位委員有意見，依序請李委員永振、劉委員淑瓊。

### 李委員永振

- 一、經過1天的苦戰，大家可能要精神集中一點。對於這個問題，我聽了剛才的說明覺得怪怪的，本來提出計畫就要有執行目標及成效的呈現。在協商會議資料中，健保會幕僚補充意見也都有提出來，哪一個協商項目沒有執行目標，應該要補充。
- 二、如果提出協商項目的單位沒有後補「執行目標」及「預期效益之評估指標」，那麼這項協商項目在討論預算的時候，就已經存在缺陷，既然這是一個預算協商必備的要件，而且委員會議也提過好幾次，如果沒有，那就是提出協商草案的問題了。
- 三、我的看法是，應該在總額協商前，提出協商項目的單位就要提出執行目標及預期效益評估指標，不然怎麼談？付費者怎麼知道預算執行的目標是什麼？成效是什麼？如果沒有目標、也沒有成效，又不是菜市場在喊價，只說我要多少錢，這樣真的是怪怪的。這屬於提出協商方案時就已經缺漏的問題，依我過去處理或接觸過計畫的經驗，應該要這樣處理才對。我在參加相關會議的時候，就一直強調「預算的投入要有成效」，沒有成效資料，我怎麼知道yes或no呢？

### 周主任委員麗芳



一、謝謝李委員永振，向委員報告，大家在螢幕上看到付費者代表方案的文字(註)，是健保會本屆委員任內 110 年 6 月份委員會議大家通過的，所指的執行目標及預期效益是協商完的最終版本，所以還要經過最後的核定後，還要再次做確認。

(註：醫院總額付費者代表方案 13.住院整合照護服務試辦計畫：(1)全年經費 300 百萬元。(2)依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。)

二、建議付費者代表的方案就以目前內容提報。對本項議題，110 年 6 月份委員會議才剛討論通過，不要再討論細節，因為這是經過委員會議的決議，現在修改沒有實質效益。如果是以前委員的決議還有話說，我們自己才剛通過，這部分不要再討論。請委員如果有別的意見再提出，如果是同樣的議題請不要再發言，請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

一、剛才講的是等到衛福部核定後，再請總額部門及健保署提出最後的執行目標及預期效益，提報本會確認。

二、但我要講的是，事實上總額部門提出的協商草案，在進入協商之時，就應該要有執行目標及預期效益，因為所謂的 the cost of quality(質量成本)，意思是服務提供者希望能夠得到這樣額度的金額的同時，承諾要提供什麼樣的服務，可以做到什麼程度。這樣我們付費者代表在協商預算的時候，才能去衡量這樣的額度能期待到什麼程度，這是雙方協商承諾的基礎。之後經過協商，可能總額實在沒有辦法給這麼高的預算，而減少經費，在這樣的情況下，就需要再去調整執行目標及預期效益，這是方案設計的基本概念。

周主任委員麗芳

補充說明，在總額協商資料當中，各總額部門提出的草案，說明中都已包括這些資料，至於 KPI 是事後訂定。

劉委員淑瓊

很多項目沒有檢具執行目標及預期效益喔！

滕委員西華

請先不要下結論，還有很多委員沒有發言。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

- 一、即使衛福部要核定，也需要有資訊，就是這筆預算到底要做什麼，有什麼執行目標及預期效益。昨天在對談過程中，付費者代表一直提及，有些協商項目提出這麼多預算需求，但執行目標是什麼？你沒有提供執行目標，沒有提出你要做到什麼程度，我怎麼知道要給你多少錢合理？這樣就會讓協商無法更進一步深入討論。
- 二、螢幕上付費者版本呈現的文字，指的是最後定案階段的執行目標及預期效益指標，就是部核定後，預算可能有增減，後面再隨之的調整，這都沒有問題。但是在總額協商階段，如果協商過程中沒有這些資訊，協商根本就無法對焦，真的就是淪為市場喊價，因為你都沒有說要做到什麼目標或有什麼評估指標，我怎麼能夠判斷願意付多少錢，這是一個很重要的概念。有這樣的資訊送到衛福部，部長比較容易裁量，你要這麼多錢才可以做這麼多事，到底合不合理，這個觀念很重要，我贊同前面2位委員的想法，也認為應該採這樣的做法。

周主任委員麗芳

向各位委員說明，因為是兩案併陳，現在醫院及西醫基層部門的疑問是，他們的版本都已備妥內容並送會了，但付費者未提供執行目標及預期效益，我剛才說的是付費者這邊暫時不需提，但如果大家都覺得雙方都要提的話，付費者也要一併提出，你們的意見是付費者方案也要同步提出嗎？

劉委員淑瓊

不是，依據前面提及健保是第三方付費關係，付費者不是提出執行目標及預期效益的關係人，本不具提出執行目標及預期效益的責任。我總結 2 點意見，第 1 點，付費者本來就不用提執行目標及預期效益。第 2 點，我們希望在明年的協商，四總額部門所提供的協商資料，都應該包括執行目標及預期效益，這樣我們在協商的時候會比較聚焦。

周主任委員麗芳

我們現在是在確認昨天總額的協商結論，委員的寶貴建議很重要，都可以參考。但流程上，在下年度啟動總額預算談判前，委員會議就會再次討論總額協商程序的相關規範，各位委員的寶貴意見，請同仁做為研修下次總額協商原則及程序的參考。

周執行秘書淑婉

補充說明，其實我們在函請各總額部門提供協商草案時，都有要求須提出執行目標及預期效益之評估指標，只是有些部門有提，有些部門沒有提，但這是本會協商程序所訂的要求。請醫界思考，如果納入現在規劃的執行目標及預期效益指標，有助於部核定時了解計畫效益，不見得不好。建議互相尊重雙方所提的內容，也符合當初總額所訂的協商原則。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

一、我提出這個問題，是因為我們在 6 月份討論協商程序時就談過這個議題，協商程序當然是說，如果是醫療服務提供者提出計畫就要有具體效益及預計達成的目標，所以這次醫院協會就有提送。記得在會議上我也提到，因為協商是對等協商，如果今天只是針對醫療服務提供者提出來的效益，那付費者說 Yes 或 No，當然他說 No 就 No 了。但如果他去修改，付費者就要提出，我減少這麼多經費，我覺得你的執行目標會怎麼樣、預期效益會怎麼樣，這是在討論協商程序時大家的共識。如果付費

者修改預算，我們也不希望淪於討價還價或是亂喊價的情形，所以在會議上大家同意如果有修改預算，兩案併陳同樣要有具體的執行目標，我記得是會議上的共識，我只是就會議的共識提出。如果大家認為不妥，明年可以在討論協商程序時再談，至少今年與去年的協商程序都是通過的，所以回過頭來否定 6 月討論協商程序的共識，我覺得不妥。

- 二、明年談協商程序時，如果付費者修改 provider 提出的預算，當然也要有具體理由，不能只說沒有效益，這都是很空虛的理由。當然付費者可能認為對於醫界所提方案不太瞭解，所以需要健保會或健保署的協助，既然對醫界所提方案或預算提出要求，如果完全沒有 KPI 等評估指標，會淪於討價還價、用喊價的方式來協商，這是非常不好的。

#### 周主任委員麗芳

- 一、感謝朱委員益宏的寶貴意見，6 月份委員會議討論協商程序的共識結論，如現在螢幕上呈現的文字。6 月份的共識主要是在部核定總額協商結果後，由健保署以專業保險人角色會同總額部門相關團體共同研修。因為今年是兩案併陳報部核定，所以徵詢各位委員同意，感謝醫院及西醫基層部門已經將具體執行目標、預期效益之評估指標提供給健保會同仁彙整，如果你們同意的話，就一併陳報部核定考量；至於付費者方案，誠如剛剛委員的建議，以目前的方案內容陳報。
- 二、至於委員針對 112 年總額協商程序及協商資料的寶貴意見，屆時再專案針對內容進行討論，各位委員所提的寶貴意見同仁都聽到了，屆時會協助釐清。
- 三、我們還是回到昨天總額協商結論的確認。還有 2 個委員有意見，很抱歉，委員的舉手被螢幕遮住，我剛才沒看見，接下來請滕委員西華、林委員恩豪發言。

#### 滕委員西華

其實在剛剛朱委員第 2 次發言之前，我們就在發言序的名單上了。主席的理解跟我過去的理解都不太一樣。

- 一、首先，大家都知道，昨天主席一直提醒，晚上幾點以前，請醫界完成「執行目標」及「預期效益之評估指標」，供今天早上討論。至於付費者是否要提出這些內容，前面有幾個委員說付費者應不應該提出「執行目標」及「預期效益之評估指標」的意見，我完全同意！付費者對於總額協商方案，是被動審查所有醫療服務提供者提出的方案，付費者沒有主動提出隔年健保總額需要什麼服務。目前協商項目的提出有 2 種類型，1 種是政策交辦，1 種是各總額部門提出的，付費者怎麼會需要提出「執行目標」及「預期效益之評估指標」？
- 二、其次，總額協商不管兩案併陳或是有共識的總額部門，都是在原本醫療服務提供者提出的基礎下作出的決定。談妥的部門，付費者對醫療服務提供者提出的方案跟金額有共識，至於沒有談妥的部門，也都是就原本醫療服務提供者提出的方案，有些是付費者不購買，有些是購買但是金額不一樣。
- 三、政策交辦的項目，要請健保署跟社保司提出「執行目標」及「預期效益之評估指標」，比如「住院整合照護服務試辦計畫」。但如果是屬於總額部門主動提出的方案，剛剛盧委員瑞芬、劉委員淑瓊都說得很對，需要醫界提出來。如果協商時不提出初步的目標及效益，付費者要如何判斷？即使後來部長要裁定醫界的方案，可能也有部分項目是付費者支持的。如果都到最後才確定「執行目標」及「預期效益之評估指標」的話，例如拖到 6 月方案才定案，年度都過去半年了，那時再確認「執行目標」及「預期效益之評估指標」已失去意義了。
- 四、既然總額部門都已經提出，沒有道理不呈現，這是一種承諾和負責，付費者代表不管同不同意、有沒有達成的共識，至少大家都看到這些「執行目標」及「預期效益之評估指標」。如果可以進一步提出有共識項目的想法，也沒有什麼不好，至少部

長知道達成共識項目的「執行目標」及「預期效益之評估指標」，付費者代表也同意醫界的執行方式及目標，至於不同意的項目則讓部長參採。

五、已經提出的「執行目標」及「預期效益之評估指標」，沒有道理不放上來，去年也都放上來討論，我覺得還是要尊重程序，在確定協商結論的時候，還是要呈現「執行目標」及「預期效益之評估指標」才對。

周主任委員麗芳

感謝滕委員西華的寶貴意見，請林委員恩豪。

林委員恩豪

我要說明「執行目標」及「預期效益之評估指標」不應該要求付費者提出，理由同剛才許多委員的發言，我就不再重複。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、我不想一直講我待多久，從費協會做 2 年總額協商，到現在的健保會，李委員永振說我是做第 9 年，不是第 11 年，我說加上費協會的 2 年，就是 11 年。我到近 2 年才聽到朱委員益宏提到付費者要提出「執行目標」及「預期效益之評估指標」，我想這種話是很奇怪的邏輯，真的很奇怪的邏輯。

二、我們付費者的角色是付錢，重複再講不用提出「執行目標」跟「預期效益之評估指標」的理由沒有意思。在總額協商中，付費者是被動來審查醫療服務提供者提出的醫療項目，不是付費者提出的。付費者從來沒有要求醫療服務提供者做哪項醫療服務，從來沒有。我想蔡副署長淑鈴很清楚，我們有沒有提出過 1 次？沒有。11 年來，付費者沒有提出希望醫療服務提供者做的醫療服務項目。都是你們提出協商方案給保險人，也就是健保署幫忙評估，總額協定後，我們付費者將全部的錢委託健保署執行。

- 三、過去總額協商方案的提出有 2 種方式，1 種是保險人提出的醫療服務項目，但不是付費者提出來的，另外 1 種是醫療服務提供者團體提出想做的服務項目。你們提出協商項目的金額及「執行目標」跟「預期效益之評估指標」先跟健保署研商，健保署以保險人角色完成評估後，會提出資料供付費者委員參考，但這些資料不足時，就要請健保會同仁蒐集更多資料給我們參考，在總額協商的時候才能判定這項服務要不要做？給多少金額合理？金額有加、有減，增減都有過，付費者方案不完全都是減錢。
- 四、但是付費者沒有增加項目，11 年來付費者從來沒有增加醫療服務項目，都是醫療服務提供者告訴我們需要多少錢、要做到什麼程度，這個很重要的概念及職責。健保法規定的很清楚，今天是兩邊談不攏，你想要提供的服務項目，和我們付費者想要的不同，觀念不同的時候就提給部長做最後裁定。部長也會諮詢健保署，健保署認為多少金額，可以達到什麼目標及效益。部長裁決以後，最後會讓付費者知道裁定的金額及其「執行目標」及「預期效益之評估指標」，付費者沒有否決權去否決部長裁定的金額及核定事項。
- 五、這些目標及效益指標，從來就不是由付費者提出。簡單講，賣汽車的人開價 2 百萬元，並說明具備有什麼功能，在這個價格下，我不能要求汽車會飛，如果要會飛，就必須花幾億去買飛機。一樣的道理，你們提供產品及價格，我們評估這個產品適不適合，價錢合不合理，如果談不攏就由部長去裁定。我剛才講過了，依照最後部長裁定的金額，請保險人健保署研提我們希望的「執行目標」及「預期效益之評估指標」，哪有我們付費者去提這些？對不對？

周主任委員麗芳

今天有很多重要的議案待討論，拜託大家，在黃委員振國、李委員永振發言完之後，這個議題就停止討論。先請黃委員振國。

## 黃委員振國

- 一、各位委員及在座幕僚同仁辛苦了，昨天挑燈夜戰這麼久，在此對你們感到非常敬佩，恭喜中醫部門及牙醫部門昨天達到共識。我認同各位委員講的，但是也要知道朱委員益宏為什麼會提出這個的議題。
- 二、以昨天協商結論為例，這也是反映去年的結果，雖然有 2 個總額部門，付費者代表和醫療服務提供者達成共識，另外 2 個總額部門跟往年一樣沒有達成共識。但以實際的金額來看，昨天達成共識的 2 個總額部門只占總額的 10~12%，而總額預算代表民眾健康需求，很遺憾西醫基層昨天也沒能達成共識，該努力的地方我們會虛心檢討。
- 三、但是有 1 點，請健保會委員或主管機關能重視，就是制度面。這次有很多新委員，委員有任期制，所以才有辦法坐在這裡，昨天我也目睹很多主談人非常佛心來的，對於醫療提供者非常佛心，何委員語也非常佛心。可惜我們和何委員語談了 3 年都沒有交集，所以是不是應該建立制度，哪個總額部門有哪些主談的委員，也應該有輪調制。也許磁場不合、意見相左或相見恨晚也無所謂，但至少在公平性、完整性上建立制度。呼應剛才說明年總額協商時是否可以換一換風水，讓小總額部門達成共識，會讓外界以為付費者的代表都是抓大放小，只談成 10% 而已，表面上談成一半，事實上這成績有待雙方共同努力。
- 四、第 2 個，我聽了各位說法，終於了解原來付費者不能提需求，這個決議請健保會告知健保署。因為我參加「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」多年來，就會有病友團體來談，要求新藥或擴大適應症，如果病友團體有需求的話也請先提到健保會，讓付費者確認是不是付費者認同的，再提到藥物共擬會議辦理，報告到這裡。

## 周主任委員麗芳



- 一、請何委員語等一下，李委員永振在您之前舉手，因為剛剛有提到何委員，所以何委員在李委員永振之後發言。
- 二、真的要拜託大家，有關原則檢討的問題，我會請同仁在明年度討論的時候，請所有總額部門、專家學者及公正人士、付費者代表，大家都可以提出改進的寶貴意見，彙整完後一併討論。剛剛黃委員振國的意見，到時候再請提出一併檢討，但是今天真的沒辦法再討論下去，因為還有其他任務。2 位委員最後發言，之後回到今天的討論案，請李委員永振。

### 李委員永振

- 一、個人覺得還是要感謝朱委員益宏，因為他把原來就應該這樣做的買賣行為提出來給大家討論之後，有一個共識。剛剛滕委員西華、劉委員淑瓊、何委員語所提的是我們目前進行的方式，大概有一個了解。目前主動提出來協商項目，就是政府交辦，另外就是醫界推銷，過去這幾年，付費者並沒有提出這個部分。所以就是一個邀約，一個承諾，邀約方要把目的講出來，承諾方再提出承諾，這樣才能談嘛！
- 二、如果將來付費者，或者剛剛黃委員振國提到的，病友協會有需要，就是提出需求，也就是邀約，邀約之後要怎麼滿足需求，服務提供者就要提出來，就是「執行目標」及「預期效益之評估指標」的目的，要達到什麼效益。
- 三、另外提 1 點，總額協商如果要講得很清楚，協商過程應該不只 1 次，今年的總額協商照理講，醫界有什麼想法，要賣什麼東西給付費者，應該提早拿出來才能討論，過去應該都沒有重視這個，希望將來大家有共識後可以照這樣走，將來付費者有需要就提出來。像何委員語剛剛提到買車，我想買車就是買方，買方提出價格、功能要求，賣車的要找有沒有符合買方所提之功能、價格的車子，若找到的車子功能、價錢買方都能接受，談妥了就成交，應該是這樣。我們討論成交之後，部長核定下來，需要再提的「執行目標」及「預期效益之評估指標」就屬於執

行細節了，那是要追蹤的，而且會在評核會提出來考評的，就不只是之前初步的內容了。

周主任委員麗芳

接下來請何委員語，干委員文男最後 1 位發言。

何委員語

- 一、我要更正黃委員振國的發言內容。第 1 點，你剛才說付費者不能提醫療項目，不是這樣，我說的是我們「沒有提」，不是「不能提」，這點差別很大。請紀錄清楚，這有很大的差別，我們是沒有提，不是不能提。在總額協商時，我們沒有提出醫療項目，而不是不能提。法律上、文字上都沒有說付費者不能提，這點要重新更正。
- 二、第 2 點，醫療團體怎麼一直干預付費者對協商的安排？到底有什麼目的？我說我們是緣分太深了嘛，增上緣，所以才有 3 年的對談，如果都沒有緣分的話，就無法跟你們對談，路上相見也不認識，就是緣分太好了嘛，但我希望你不能這樣子講。付費者為什麼在會議 30 分鐘前才宣布主談人、協談人，你們知道過去發生什麼事情嗎？過去曾經事先決定主談人、協談人，結果這 3 個委員很痛苦，每天被電話追蹤。你們一直要推銷你的產品，後來發現他們真的被干擾到太痛苦，所以這次才在開會前 30 分鐘前宣布主談人及協談人。但我們先在私下一個一個地確認。
- 三、這一次很奇怪，坦白地說，10 年來沒有新委員主動跳出來要當主談人，但這次發現有這個現象，到底有什麼目的？我講過何語從不收禮物光明磊落，總額協商的過程，都有請專家學者及公正人士進去內部會議協助，我很尊重所有委員發表的意見，但如果有人偏離，我會拉回正軌。我會徵詢大家的意見，也很尊重大家討論的決議，並且提醒主談人要問大家同不同意，取得所有付費者的共識。

四、我昨天也講得很白，我知道西醫基層的醫師對我偏見很深，我一直要跟你們協商你們都不理。我們協商很光明磊落，陳委員錦煌的委員聘任還沒核定下來，目前的 18 個委員都開誠布公沒有私心，很坦然的進行總額協商。我這一次也讓新委員了解協商流程、充分發表意見，我們付費者要傳承。我很清楚健保署、衛福部、醫療團體會一直存在，但我們付費者是過客，任期期間長短而已，所以一定要傳承，我一直在培養新委員，傳承協商經驗。

五、放心啦，明年還不知道是不是我跟你談，因為孔子公說，毋敢收人隔暝帖(台語，意指即使是孔子，也不敢收人家隔夜的請帖。意即世事多變，對未來的事無法確定)，我也不知道還能不能活到明年，你們西醫基層永遠存在，放心啦。

周主任委員麗芳

請干委員文男等一下，先提醒大家，現在已經 11 點 55 分，已經過了 1 個小時，我們今天要做的功課都還沒有開始，所以請干委員文男、黃委員振國及馬委員海霞發言後，彼此互相鼓勵，趕快進行今天的議題。有關程序檢討跟整個流程進行，明年會徵詢大家的意見再提案討論，拜託大家了，請干委員文男。

干委員文男

大家都辛苦了，所有問題的產生都是因為錢，付費者代表提出的方案，也是經過長時間的考慮後所做的決定，真的不可能讓所有人滿意，我也不滿意，可是還是要接受，因為這是協商的結果。我要表達的是，希望大家可以有意見，但不要有成見，有成見以後就不好溝通。我也希望健保會多提供機會，讓醫界和付費者多溝通，溝通讓對方清楚彼此的需求，再看看彼此能不能接受，能不能執行，這樣比較可以達到目的。主席剛剛裁示應該要停止討論，我贊同停止討論直接進入議案討論。

周主任委員麗芳

還有 2 個委員舉手，名單都在上面，等這 2 位委員發言後才能進行討論事項。

黃委員振國

- 一、第 1 個，我想我們遵守會議規則，1 個委員 1 次發言不超過 3 分鐘，請主席確實掌握時間。第 2 個，我想要強調的是，這麼多年在藥物共擬會議我從未阻擋過病友團體的申請項目，我知道剛剛付費者強調從未主動要求醫療服務項目，那付費者也包括病友團體，我希望一個好的機制是大家共同討論的，誠如各位說從來沒有提出過，那只是沒有在健保會上提出，絕對不是像何委員語說的，我不讓病友團體申請給付項目。
- 二、我剛講很重要的是制度面，我不是針對何委員語，制度面要維繫一定要有輪調機制，委員不管新任或舊任都是同樣地位，我在這裡受到各位尊重，我對每位委員的尊重也是一致的，至於何委員語若覺得有被我的發言冒犯或不妥之處，我私下會跟他道歉，但是希望何委員語不要對我的發言去咬文嚼字，我的意思不是你所認為的那樣，希望我們來日還能相見。

周主任委員麗芳

請馬委員海霞，最後 1 位委員發言後就進行本案討論事項。

馬委員海霞

- 一、各位委員午安，黃委員振國剛剛的發言，真的是講到重點，付費者代表在總額協商的時候，大家的地位都是一樣的，雖然我沒有當過主談人，但是我的意見在內部會議討論的過程中，有機會充分表達，意見都能被接受，經過大家討論後形成共識。
- 二、討論的時候，參與的人不只是付費者代表，還有專家學者、公正人士以及健保會同仁都在裡面。我們也都知道，人員會變動，如果有任何不可以公開透明的事情發生，消息也會被傳出來。我希望醫界要放心，主談人對付費者代表方案的說明都是經過付費者代表的共同決定，絕對不是主談人的個人想法。

周主任委員麗芳

- 一、非常感謝各位委員彼此之間互相尊重，套句剛才何委員語說的，若不是大家緣分很深，不會同時聚在這間會議室來擔任委員，我們要惜緣，大家互相鼓勵，共同努力。
- 二、西醫基層的部分，請西醫基層代表及付費者代表，各自檢視所提的版本，如果有意見，請即時向本會同仁反映。
- 三、接續進行中醫門診及牙醫門診總額的部分，因為 2 個總額有達成共識，所以今天委員會議必須對他們所提的執行目標、預期效益之評估指標等進行檢視。請幕僚說明。

周執行秘書淑婉

向大家報告，中醫部門及牙醫部門是有達成共識，請所有委員審閱他們所提的版本，有沒有其他意見，再請總額部門攜回研議與調整，最後會在 10 月份委員會議進行「執行目標」及「預期效益之評估指標」之確認。今天請大家就所提的內容提出建議，讓總額部門可以修正或思考，所以不是在今日定案，以上再補充說明。

周主任委員麗芳

今日只是意見交換就對了。

周執行秘書淑婉

對的。

周主任委員麗芳

請幕僚同仁帶領大家再檢視資料，大家要審閱的資料是哪一份？

陳組長燕鈴

中醫部門達成共識，請委員參閱螢幕 111 年度中醫門診總額的協商項目表格部分，簡要說明如下：

一、一般服務：

(一)醫療服務成本及人口因素成長率 1.085%。

(二)協商因素成長率 3.091%，增加 851.8 百萬元，依序如下：

- 1.提昇民眾於疾病黃金治療期針傷照護：新增項目，編列 500 百萬元，協定事項則是依照昨天委員要求的臚列在螢幕上。

2.其他醫療服務利用及密集度之改變：編列 365.9 百萬元。

3.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款：依之前委員會議決議減列額度-14.1 百萬元。

綜上，一般服務成長率為 4.176%，增加 1,150.8 百萬元。

## 二、專款項目：

(一)醫療資源不足地區改善方案：增編 31.4 百萬元(全年預算 172 百萬元)

(二)西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：增編 18.7 百萬元(全年預算 252.7 百萬元)。原擬新增之服務項目(術後疼痛)沒有新增。

(三)中醫提升孕產照護品質計畫：減少 9 百萬元。(全年預算 81 百萬元)

(四)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：減少 2.4 百萬元。(全年預算 21.6 百萬元)

(五)中醫癌症患者加強照護整合方案：按照 110 年度的額度編列。(110 年度額度編列 245 百萬元)

(六)中醫急診處置：減少 5 百萬元。(全年預算 5 百萬元)

(七)中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：按照 110 年度額度編列。(110 年度編列 50 百萬元)

(八)照護機構中醫醫療方案：新增項目，編列 28 百萬元。

1.昨天中醫部門提出執行目標為「111 年至少 30 家參與服務」，預期效益之評估指標為「111 相對 110 年照護機構住民外出就診人次減少」，之後請健保署會同中醫部門再討論研修。

2.協定事項要求需提出具體實施方案，提本會報告。另考量本項服務對象與一般服務有重複，因此，協定事項「依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分的費用」。

(九)網路頻寬補助費用：增編 17 百萬元(全年預算 98 百萬元)。

(十)品質保證保留款，依評核結果編列(增編 1.3 百萬元，全年預

算 26.5 百萬元)。

專款項目合計增加 80 百萬元(全年預算 979.8 百萬元)。

三、111 年度中醫門診總額較 110 年核定總額成長率 4.208%，增加 1,230.8 百萬元，全年預算 29,690.7 百萬元，以上說明。

周主任委員麗芳

請柯委員富揚補充說明。

柯委員富揚

- 一、非常感謝主委、健保署、健保會所有長官及同仁、醫界代表委員，感謝大家的支持及幫忙。經過昨天協商達成共識，中醫門診總額也近 300 億元，我們會持續努力，預算挹注對中醫的發展絕對是正向的，我們會持續提升中醫醫療利用率。
- 二、一般服務之協商因素部分，第 1 項「提昇民眾於疾病黃金治療期針傷照護」的執行目標及預期效益之評估指標，我們覺得設定得很好，我們也會依此目標努力執行。我們不希望民眾的醫療需求無法被滿足而跨院所就醫，這樣療效不好，民眾所需的醫療也無法被滿足。
- 三、我們在意的部分是協定事項，請將螢幕往下移動，第 2 點之(2)「依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度」，就是這句話。因為本項涉及支付標準調整，依照過去經驗，健保署於隔年 2~3 月公告，3~4 月生效，有些因素並不是我們可以掌控的，所以想徵求委員同意，將這段增加部分文字為「依 111 年度預算執行結果，加上『經檢討後，若歸責於中醫總額受託單位，則』扣減當年度未執行之額度」。如果是中醫的問題那就扣減預算，就加上這句話「經檢討後，若歸責於中醫總額受託單位，則」，主要的目的在於，這不是衡量的概念，還要兼顧醫療品質，及後續會繼續和健保署研商相關監測，這些因素都要納入考量，我希望可以加上這些文字修改為「依 111 年度預算執行結果經檢討後，若歸責於中醫總額受託單位，則扣減當年度未執行額度」，以上補充說明。

周主任委員麗芳

感謝柯委員富揚補充說明，柯委員提出修正文字的建議，委員是否同意。因為執行啟動的時間，不是完全由中醫部門自行決定，會因為討論過程，可能無法從年度 1 月 1 日開始執行，若歸責於中醫門診總額相關團體的話...

柯委員富揚

是受託單位，我們不是相關團體，我們是總額受託單位。

周主任委員麗芳

歸責於中醫總額受託單位，屬於他們的責任才去扣減。依序請劉委員國隆、卓委員俊雄。請劉委員國隆。

劉委員國隆

一、其實昨天大家一起討論的結果，當年執行和未來幾年執行都會有這種狀況，如果每個項目都要寫，歸責於受託單位，那每個項目都要加，等於每個項目都要個別再檢討，到底誰要檢討？是健保署檢討，還是健保會檢討？還是我們來檢討？還是你們自我檢討？這就沒完沒了了。剛才我們花 70 幾分鐘討論付費者代表是否提出執行目標及預期效益之評估指標等，我們是看數據看執行率，執行率就是看時間內執行結果，再來是看預算執行結果，真的還要再仔細檢討嗎？如果還要檢討，那每個項目都要加，大家再來檢討，每一年再檢討，就像何委員語說的，除開委員會議外大家都是做義工，這都是為了全民健保好。剛才醫界代表委員提到付費者提出執行目標部分，我覺得不合理，我想也不要增加檢討的相關文字了。

二、另外，有關付費者能不能提出項目，我想所有人包括病友團體每個人都可以提出，付費者也有很多朋友，也會討論健保還有哪些問題，大家集思廣益如何讓它更好。為什麼我會說我是新委員，是 1 次委員，因為我是建築師公會推派，委員由律師公會、會計師公會及建築師公會 3 個公會輪流推派。之前我提出要擔任西醫基層主談人，也問過李委員永振之前西醫基層及醫



院協商的情形，他說醫院只有 1 次達成共識(107 年協商 108 年度醫院總額，達成共識)。我覺得雙方之間，或許經過 1 次委員調和後大家能和諧，大家共同幫助健保，也能節省更多費用。說真的，我非常痛心，協商結果兩案併陳，付費者代表賺面子，沒有替所有民眾省一毛錢，因為最後還是依照部長核定結果，這是政策使然，行政者一定有行政者的權限，他要負責。我們向外界說我們已經阻擋，但就是核定那麼多預算，但這樣好嗎？當然不好啊。

三、我昨天第 1 次參加總額協商會議，開會時間很長，半夜才結束，我私下也和主委、健保署說總額協商能否分成 2 天，讓醫院及西醫基層有較多的時間可以協商，要不然說明討論占用一些時間，但真正需要審核或協商卻沒有時間，當然有爭議的項目需要協商，要有時間讓大家了解，像醫院總額規劃的協商時間約 120 分鐘，足夠能讓大家瞭解近 6 千億元預算嗎？大家也可思考一下。我是 1 次委員，不會站在任何一方，希望健保會可以去思考和規劃，我們也可以提出好的方案，我覺得付費者也要提建議，這就是政策形成的過程，衛福部同意後才能編列。昨天其他預算「提升用藥品質之藥事照護計畫」編列 3 千萬元，這需要時間討論，在場的每一個人都要為健保提出好的意見，不要讓醫界說我們付費者不能提，應該是大家都提出意見，凝聚大家共識之後才能提到衛福部核定。題外話，像我這麼健康的人，昨天半夜左胸心臟感覺有些疼痛，我想大家都在為健保努力，能奉獻就盡量奉獻，大家不會為了一點小事花費這麼多的時間。

周主任委員麗芳

感謝劉委員國隆的奉獻，您也不用客氣，現場有很多醫師，有需要您可以諮詢。請卓委員俊雄。

卓委員俊雄

剛才劉委員國隆已經說明了，這段新增文字的內容確實充滿不確定性，如果因為生效時間晚而沒有執行，也應該使用較精確的文字，螢幕上這段新增文字需要再調整。

周主任委員麗芳

依序請滕委員西華、李委員永振。

滕委員西華

以下幾點請教健保會幕僚及中醫部門：

一、協定事項所列的 111 年 7 月底以前提報各協商項目之執行情形，會在 7 月前健保會提報，因為日期沒有訂，會在評核會之前嗎？提出來的執行報告會不會涉及到評核會，因為付費者代表會關心過去半年協商項目的執行情形，7 月底前會不會太慢？或 6 月底前會不會太早？請教健保會幕僚作業原則。

二、請教中醫部門各項目的協定事項，會和未來評核中醫執行結果相關：

(一)「提昇民眾於疾病黃金治療期針傷照護」：

1. 執行目標提到「疾病黃金治療期醫療次數」，請問黃金治療期是西醫定義還是中醫？因為昨天協商草案提到疾病，急性期多在西醫被診斷或治療，經過治療一段時間後會診中醫，甚至出院後返家。黃金治療期是什麼狀態？是採西醫的定義？如果是年長者或長久未被治癒患者非黃金治療期的不能去適用這次針傷嗎？還是受限於過去 15 次嗎？這會影響很多民眾的就醫權益。
2. 我也覺得提出的預期效益之評估指標非常的好，建議中醫部門及健保署同時監測放寬限制後民眾針傷次數變化情形，有沒有大幅增加針傷的次數或在可接受的範圍，監測結果的趨勢分析可做為提升利用率參考，也可以監測有無誘發需求等其他情形，以做為未來總額協商的參考。
3. 剛才柯委員富揚及卓委員俊雄提到協定事項所列的扣減當年度未執行之額度部分，可以思考為什麼要訂扣減呢？如果

用非協商因素調整支付標準就不會做這樣的要求，因為本項預算編列在一般服務，有無執行或執行率低，預算會滾入總額基期的問題，因此越晚執行對總額越有利，若 8 月才執行留在總額內的預算更多，不管健保署或中醫部門任何一方都一樣，若不要求扣減未執行之額度，越晚執行越有利，錢不用花掉也不扣減，編列 5 億元執行 2 億元剩下 3 億元這是一樣的道理，不管歸責於誰，列在協定事項上，壓力擺在那裏也是希望趕快執行，若不執行、民眾不來使用，或民眾需求沒有當初設想那麼高等誤判情形，則需扣減預算，經過幾年經驗累積後，才會知道預算編列多少才是合理。如果沒有依照執行結果扣減未執行的額度，這沒有誰的對錯或不認真，而是許多原因使然，如果增加螢幕上這段紅色文字，不利總額一般服務預算的管控，我再次強調，如果不扣減未執行額度，越晚執行越有利。

(二)會議資料第 7 頁，「照護機構中醫醫療方案」：

1. 預期效益之評估指標為「111 年相對 110 年照護機構住民外出就診中醫人次減少」，請教中醫部門，是否有照護機構住民從來沒看過中醫，這該如何減少？是指整體次數減少嗎？參照基準為何？有可能照護機構住民從沒看過中醫，只有增加不會減少，所以減少的比較基礎是什麼？未來付費者或評核時，檢視是否有達到所提的預期效益之評估指標，參照的基準是什麼？
2. 協定事項「2.(2)依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用」，請教如何定義。因為原本就有給付此項服務，民眾都可以去中醫診所使用本項服務，除非像牙醫有論次、論量或自費項目，如果沒有，那麼本項一定會有重複，我所講的重複就是在專款支應，要不然就是在原本一般服務支應，因此，重複扣減是怎麼扣減，還是編列在專款項目的 28 百萬元要從一般服務費用移列至本項，因為兩者財源不同，而且本項是額外增編預算，我不了解重複部分

費用的定義為何？以上請教。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

- 一、我認為應該感謝柯委員富揚，拋出此問題讓我們關注，剛才卓委員俊雄也提到，增加文字後語意仍然不清楚！往例都是這樣處理，各部門總額也有扣減未執行之額度的要求，剛才滕委員西華解釋很清楚，如果是年度新增項目，7月公告生效，剩半年可以執行，執行半年，但編列1年的費用，若不扣減也不太對。另一種是原有項目額外增加部分預算，原本項目已經開始在做，若7月才開始執行新增加部分，扣減全部預算似乎不太適合。
- 二、因為本項是新增項目，建議可以先執行，以後可以再做討論。也請健保署多思考，可能有很多不同的情形，因此所列的協定事項文字也會不同，如果一個全新項目，同滕委員西華提到是可以這樣處理，但像柯委員富揚提到的那種情形或原本已經在執行的項目，要如何定義清楚，才能滿足各種情況，將來健保署在追蹤或評核會考核執行結果才會明確。

周主任委員麗芳

依序請朱委員益宏、盧委員瑞芬、陳委員秀熙。

朱委員益宏

- 一、有關111年度中醫門診總額協商結果，中醫部門與付費者達成共識，我對文字沒有意見。因為協商因素之協定事項提到沒有執行或執行不力扣減當年度費用，其他部門總額也會遇到同樣的情形，我個人對這點有不同的意見，協商因素不是專款項目，專款編列1億元用不完就要扣減的概念，協商因素預算滾入總額基期，屬於一般服務的預算。如果今日大家都有共識，對於編列於一般服務的預算，若年度沒有執行，則扣減未執行之額度，相對的，也應該考慮年度執行後，當第2、3、4年預算不足時，是否補助預算，這是相對的，不能說扣錢的時候要扣，

編列預算不足時，由 provider side(醫療提供者端)自行吸收，這是不公平的。

- 二、我認為專款項目，屬年度編列，不是滾入基期，若第 2 年沒有編列預算也不會執行，若年度執行不力，預算也不會滾入總額基期，這是比較合理的，但一般服務的預算滾入總額基期，也就是第 2、3、4 年持續執行，若第 1 年未執行預算就要扣減，可能是第 1 年使用率不高，這在醫院總額常出現的情形，第 1 年度利用率不高，但是第 2、3、4 年後利用率超高，甚至呈 2、3、4 倍成長，顯示當年度預算編列不足的情形，既然要建立一般服務項目之扣減當年度未執行額度的原則，相對的，未來也要檢討預算不足時，應該有新的預算補助。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

- 一、延續剛才朱委員益宏的發言，因為署長今日沒有參加委員會議，要不然可以請教署長，為什麼今年看到各部門總額協商草案資料，很多新增項目健保署都建議編在一般服務，而不是在專款項目，我參加昨天協商的時候覺得非常奇怪，過去新增項目包含政策要求納入健保的項目，理論上會編在專款，如同昨天協商時，醫療提供者代表也提到 8 月才交辦執行，在不清楚如何執行的情況下怎麼會編在一般服務。預算編在一般服務會有滾入總額基期的問題，社保司之前也提出國發會提到預算滾入總額基期，每年乘上成長率累滾後，總額費用越來越多，也因為編在一般服務的預算會滾入總額基期，更需要審慎的評估一般服務的新增項目。但這次各部門總額協商草案資料，健保署主張編在一般服務，反而是醫療提供者代表建議編在專款，思維完全顛覆，因為今年很多新委員參加總額協商，需要向大家說明編在一般服務及專款的差異，主要在於一般服務預算會滾入總額基期，越滾越多，會像剛才滕委員西華提到越晚執行或不

執行、服務少，但已經編列預算並滾入總額基期。因此，如果沒有落入「扣減當年度未執行之額度」條款，會產生沒有提供服務，變相增加預算的情形，總額基期也隨之成長，等於增加一筆沒有提供實際服務的預算。我不了解健保署為什麼現在會有不一樣的思維，就此請教，因為今天署長沒參加會議，如果他在場會更好，能回答這個問題，我們對於編列在一般服務及專款是這樣理解的。

二、第 2 件事情，非常感激中醫的用心，希望提供民眾更多的服務，這次提出第 1 個「提昇民眾於疾病黃金治療期針傷照護」、第 2 個「其他醫療服務利用及密集度之改變」2 個項目，參閱中醫部門協商草案說明，當初內部管控措施設定太嚴格，中醫部門希望放寬規定提供民眾更多的服務但沒有足夠預算，付費者代表認同有心提供更多服務，因此，第 1、2 項都是編在一般服務，如果第 1 項的協定事項要求「依 111 年度執行預算結果，扣減當年度未執行之額度」，第 2 項應該有相同的要求，不會只有第 1 項有，是否第 2 項漏掉了，因為第 1、2 項相同性質，請教付費者代表第 2 項是否漏掉，需要再確認。

三、另外，我的發言會超過一點時間，關於專款項目「照護機構中醫醫療方案」，照護機構的居民本就可以外出就診中醫，主要的問題是健保署規定照護機構限 1 家特約醫事服務機構，所以大部分照護機構會選擇西醫，除牙醫外，會選擇醫院或西醫診所，不會選擇中醫，中醫被屏除在外，新增本方案重點係中醫能進駐照護機構提供住民所需的醫療服務。但本方案執行關鍵在於健保署要放寬規定，若健保署允許照護機構除牙醫、西醫外增加中醫，換言之，排除中醫、牙醫，限 1 家特約西醫醫事機構，若不修改相關規定，本項預算難以執行，以上提醒。

周主任委員麗芳

請陳委員秀熙。

陳委員秀熙

- 一、首先很佩服中醫部門，將過去中醫門診總額內部管控規定的問題提出來和大家討論。我只是提醒，也不是只有中醫部門，其實我曾在協商前座談會就有提醒，若 111 年用 110 年做基礎點，剛剛提的 KPI 或成效指標一定會受到 COVID-19(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)疫情影響，今天沒考慮這個因素，這些指標將無法反映民眾對於成效評估的反應，可以思考 110 年黃金治療期，若比較期是 5 至 8 月與 8 月以後，以及 5 月以前，都會不同。
- 二、未來，整體而言協商後應完成的 KPI 及成效指標應有很多討論空間，不可能今天一次到位，這 2 年的疫情變化，讓所有計畫的成效指標與所提方案產生衝擊與影響，也衝擊到中醫部門提出的計畫，比如說「中醫癌症患者加強照護整合方案」，民眾最關心中西醫癌症防治，癌症病人完成放化療後，中醫如何幫他們做中西醫強化治療是民眾端的需求，尤其是癌症病人可以看到 COVID-19 之後受到影響，包括中醫急診處置。我要提醒四個總額部門，未來的成效指標若無法區分這部分，恐怕將來在協商過程反映民眾真正的醫療需求會受到影響。

周主任委員麗芳

針對剛剛滕委員西華提出繳交時程，請健保會同仁補充說明。

陳組長燕鈴

有關提報協商項目執行情形部分，依照目前作業方式分 2 部分處理，首先在委員會議會做 2 次例行的辦理情形追蹤，1 次在 7 月，1 次在 12 月，主要以條列式表格，呈現簡要的執行情形。若是持續型計畫需要提出前 1 年的成效評估檢討報告，因為報告內容龐大，會併入 7 月份的評核執行成果報告。我們曾試著提前追蹤，但是健保署在提供半年或相關執行資料時，因為時程太早，相關統計資料不完整，準備上也太匆促，所以後來決定仍在 7 月底，以上說明。

周主任委員麗芳

今天委員所提意見請中醫部門參考，也請健保署會同中醫部門進一步研修，關於剛剛柯委員富揚提出於協定事項增加文字部分，請與2位法律專家卓委員俊雄及胡委員峰賓討論文字用詞，包括朱委員益宏建議預算沒有執行會扣減，但超過時怎麼處理？這些問題請中醫部門帶回去，您們與健保署共同提報的最終版本下個月再送至委員會議確認，中醫部門協商結論確認。

盧委員瑞芬

請問剛才我請教健保署的問題是事後回覆或現場說明？

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

- 一、剛剛聽到各位委員對中醫部門的協定事項有蠻多意見，因本署未來任務仍需要與中醫部門擬訂執行目標及預期效益之評估指標，就本署立場與大家分享昨天的協定結果，將來要訂執行目標及預期效益的問題供大家參考，因為大家都是專家。
- 二、首先，第1項「提昇民眾於疾病黃金治療期針傷照護」、第2項「其他醫療服務利用及密集度之改變」，這2項名稱與原來中醫的訴求不同，名稱沒有反映當時的訴求，換個名稱用新或舊的名稱訂定評估指標差距會很大。原來「提昇針傷病患中醫照護」有申報上限，「提昇中醫門診加強照護」看病次數也有上限，現在改了黃金治療期就不是上限以上的部分，則是全部，密集度是所有次數都算進去，所以會混在一起。
- 三、我相信昨天付費者代表討論這些事情時有考慮過去慣例，折中讓名稱中性一點，但名稱看來似乎是個新項目，本署具體是建議將來訂定這2項執行目標及預期效益之評估指標，仍要回到原來的中醫訴求目的去訂定，否則第1項光是疾病黃金治療期就不知道指的是什麼？基期也很難計算，更難說基期怎麼減少跨院所，因為定義不明就算不出來。第2項也是一樣訂定有困難，建議也可以這樣補救。



- 四、另外，協商結論中醫第 7 頁「照護機構中醫醫療方案」，機構這部分剛剛滕委員西華有提出重複的部分，也許它的基期是 0，或是中醫取代西醫治療，這非常複雜，這個項目的指標若沒想清楚，訂出來會無法量化原本的效果，需要仔細評估。
- 五、陳委員秀熙提出的意見，若都用 111 年前 1 年為基礎，110 年受到 COVID-19 影響，這 1 年所有醫療利用率都失真，所以訂定基期選擇的年度要將陳委員秀熙的意見納入考量。
- 六、有關盧委員瑞芬提出的問題，因為盧委員瑞芬可能看到昨天在醫院部門的「建立護理整合照護服務試辦計畫」項目，健保署建議列在一般服務，醫院部門建議列在專款，這項也有討論的空間，最後本署已主動建議改列到專款。至於委員詢問其他總額有些項目應該列在專款卻為何放在一般服務，這次本署非常尊重各總額部門提出原始列的位置，並沒有調動，我們相信健保會協商時會做必要的更動，所以健保署提供意見的資料文字上，也略有提醒這些項目原則上可以列在哪個部分。
- 七、我們尊重昨天協商的結果，不管是列在一般服務或專款。但協商後發現有些項目列在一般服務不妥當，應該列在專款，那補救方式就是一開始討論的那些文字，即若執行不完要扣減當年度未執行的額度，這是妥協的寫法。意即這項應該列在專款而不是列在一般服務，但是為了效果一致，用這樣的方式補救，這是我對協商結果的理解。

周主任委員麗芳

感謝補充說明，請何委員語。

何委員語

因為中醫部門昨天的主談人是...

周主任委員麗芳

對不起，我看錯了，我只看到何委員語舉手，沒看到劉委員國隆的名字，先請劉委員國隆，再請何委員語。

劉委員國隆

先讓何委員語發言，我之後再說明。

周主任委員麗芳

劉委員國隆對不起！

何委員語

- 一、昨天中醫部門的主談人是林委員敏華，當初這2項就是原來舊有的執行方案，只是將執行方案提升，剛剛蔡副署長淑鈴提到更改名稱，這是我們這些聰明的委員創造的名稱，我正式提出來，這2項我們同意健保署與中醫部門共同擬訂執行目標及方案，若付費者代表不反對，就授權你們雙方去擬訂。
- 二、至於協定事項新增文字部分要這樣訂嗎？我提出來修正成「...如因外在環境重大變化時，經與健保署檢討後...」，我認為這句比較好，不然大家不清楚要不要訂，或是照原來的文字授權健保署與中醫部門去做完善的溝通及協調，因為我們現在都很尊重新舊委員的發言權，大家發言很多創造新名詞，你們雙方共同討論執行面、執行目標及方向，該怎麼執行我們授權雙方去討論協議，好不好？

周主任委員麗芳

請劉委員國隆，再請盧委員瑞芬。

劉委員國隆

- 一、其實加上這些文字會沒完沒了，因為這是系統上的問題。其次，我贊成滕委員西華剛剛所提意見，不然以後大家都越晚實施越好，剛剛討論的重點是歸責於誰由誰當裁判，若加上這些文字會沒完沒了，這會有問題。
- 二、拜託中醫部門，我們為了討論這幾個字耗掉蠻多時間，若預算不足明年再提，若績效很好民眾也需要，我們一定全力支持。我相信對各總額部門都一樣，醫院、西醫基層、牙醫都是這樣，我剛剛報告過不要因為這個產生很多細節上的不確定性，請各總額部門提出好的計畫，提供好的全民服務，我們一定全力支

持，在總額下繼續努力，請更精準的執行預算，建議還是刪掉這些紅色的新增文字。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

- 一、有關第 2 項「其他醫療服務利用及密集度之改變」，因為內規要增加診次，性質與第 1 項一樣，第 1 項有寫協定事項，第 2 項沒有協定事項是漏掉嗎？我記得昨天討論有，今天為何沒有列上去，這部分請付費者代表再確認，因為今天確認後就不能改變，接下來主要是確認執行目標及預期效益之評估指標，今天這個協定事項決定的版本不能再改變，請付費者代表確認這點，讓健保會同仁可以作業。
- 二、第 2 個，有關「照護機構中醫醫療方案」，我剛剛說錯了，謝謝劉委員淑瓊提醒，那個規定照護機構只能 1 家醫療院所是長照司規定不是健保署，這超過我們的權限，不知道長照司會不會接受我們建議？若不同意這個方案將無法執行，這是長照司的權責要進一步溝通。

周主任委員麗芳

剛剛盧委員瑞芬垂詢的問題，請周執行秘書淑婉補充說明。

周執行秘書淑婉

- 一、主席、各位委員，有 2 件事情我再重新說明與更正，下個月委員會議會再做確認的是「執行目標」及「預期效益之評估指標」部分，但是協定項目文字內容因為是昨天討論的結果，今天需要確認(部門無法再攜回研提修正)，這是第 1 個修正。
- 二、剛剛盧委員瑞芬提到「其他醫療服務利用及密集度之改變」，雖然中醫部門原來希望放寬診察次數內控規定，但是經過討論，付費者委員並沒有同意以這個理由編列費用，委員考量民眾有增加中醫醫療服務次數的需求，予以編列反映醫療服務密集度

改變之經費，因為這屬於一般服務密集度的提升，不需要特別訂定未執行的扣款事項。

- 三、第 1 項改成「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」，主要考量中醫部門提出，許多疾病於黃金治療期給予完整針傷照護可達最佳療效，本項與中醫部門當初提出要放寬針傷處置內控次數無關，仍要回歸總額概念，無法因為要放寬內控次數就來增加預算，這 2 個性質不同，以上說明。

周主任委員麗芳

謝謝周執行秘書淑婉的補充說明，有關中醫門診總額協商結論，針對大家的意見，有 2 個地方需要處理及確認：

- 一、第 5 頁「提昇民眾於疾病黃金治療期針傷照護」的協定事項 2.(2)「依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度」，剛剛柯委員富揚建議要補充的文字，是否列入？
- 二、第 7 頁「照護機構中醫醫療方案」的協定事項 2.(2)「依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用」的定義，這 2 項請問柯委員富揚的意見，是要維持或修正？

柯委員富揚

同意維持，感謝委員的指正，就照昨天原本的決議文字，不修正。

周主任委員麗芳

- 一、若是這樣，執行目標及預期效益之評估指標是下個月確認，其餘文字是不是確認？(委員回應確認)。中醫門診總額協商結論確認。
- 二、接續進行牙醫門診總額協商結論的確認，請健保會同仁說明。

陳組長燕鈴

牙醫門診總額部分，請委員參閱後面的協商項目表：

一、一般服務：

(一)醫療服務成本及人口因素成長率是 0.270%。

(二)協商因素成長率 1.573%，增加 738.1 百萬元，依序如下：

- 1.高風險疾病口腔照護：新增項目，編列 4.05 億元。右邊的協定事項 2.(2)要求與中醫部門一樣「依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度」。
  - 2.提升假日就醫可近性：新增項目，編列 1.471 億元。協定事項要求改善民眾假日就醫不便情形，提升診所假日開診率，因有這樣的前提，請牙醫部門訂定執行目標及預期效益之評估指標，請參考所提報內容，若對內容有意見，今天可以提供給牙醫部門與健保署參考，接下來他們會進行研修，並提報至下次委員會議確認。
  - 3.其他醫療服務密集度之改變：增加 2.08 億元。
  - 4.109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款：扣減 11.4 百萬元。
  - 5.違規扣款部分：依據之前委員會議決議扣減 10.6 百萬元。
- (三)一般服務成長率 1.843%，增加 8.648 億元，總金額 477.795 億元。

## 二、專款項目：

- (一)「醫療資源不足地區改善方案」、「牙醫特殊醫療服務計畫」、「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」、「0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」均維持 110 年度預算額度，沒有增加經費。
- (二)12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫：新增計畫，編列 2.715 億元。牙醫部門提出的執行目標是增加服務人次，預期效益之評估指標是提升就醫率，及同齡青少年是否參加計畫的恆牙根管治療及拔牙顆數。這部分委員可以給健保署及牙醫部門建議，讓他們帶會回去討論，下次再確認。
- (三)高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫：新增計畫，編列 1.84 億元，執行目標是提升高齲齒患者服務的人數，預期效益之評估指標也是服務人數，這部分也是請委員提供修正建議。
- (四)網路頻寬補助費用：增編 0.32 億元(全年預算 1.68 億元)。

(五)品質保證保留款：3.3 百萬元，依照評核結果編列(增編 3.3 百萬元，全年預算 91.2 百萬元)。

專款項目合計增加 4.908 億元(全年預算 17.388 億元)。

三、111 年度牙醫門診總額成長 2.756%，增加 13.556 億元，總金額 495.183 億元。

周主任委員麗芳

請徐代理委員邦賢向大家補充說明。

徐代理委員邦賢(陳委員建志代理人)

一、謝謝委員、健保署長官，昨天大家都很辛苦，我記得我們結束協商時間已經是今天，感謝大家給牙醫部門這麼多的新資源，讓牙醫部門日後在 111 年度提供更多服務，在此先向大家報告也致歉，因我們的執行目標及預期效益之評估指標，昨天晚上大家都討論到暈頭轉向，我們理事長因身體不適，今天由我代理，在此先向大家致歉。

二、有關執行目標及預期效益之評估指標，我們會虛心接受大家指導，因我們只呈現數字，應該要有結果面的指標，容我們回去請教專家學者，包括陳委員秀熙給我們一些相關的結果面，真正能呈現成效的指標，我們與健保署再做些相關的討論後再呈現，這裡相關的數字及內容，請各位委員參考。

三、第 2 個，剛才中醫部門提到有關扣款的事情，我們也感同身受，昨天討論感染管控扣款的事情，其實我們本來也有加文字，若加上這些文字造成大家困擾，我們就跟中醫部門一樣，維持原來協定文字，不另外增加文字，以上向大家報告，再次說聲謝謝。

周主任委員麗芳

一、雖然牙醫部門沒有另加文字，但是實際的執行面相信委員都有共識，健保署協助做這方面檢視及評估時，原則上歸責於相關受託部門才扣款，相信剛剛委員發言內容都是這樣的意旨，只是文字上雖然沒寫，但是健保署執行時會依此方向執行。

二、委員也體諒牙醫部門協商達成共識時已經是今天凌晨，剛剛徐代理委員邦賢也說，有關執行目標及預期效益之評估指標，會回去請教專家學者，再與健保署討論、補充得更完整。即使這樣，今天牙醫部門也有提出初步內容，是不是請委員給予指教？請李委員永振，他是牙醫部門的主談人。

李委員永振

一、剛剛主席提到牙醫部門會重新考量執行目標部分，我看到「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」是111年新增計畫，增加2.715億元。牙醫部門提出「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」及「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」，這2項的預算差約快1億元，但是「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」服務90萬人次，「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」只服務12萬人，是人次跟人的關係？或有其他原因？

二、建議了解細節，不然直接用2個數字的金額去相較，好像不太平衡，主席剛才所提請他們繼續考量，若是這樣，請他們在這裡可以考量一下，再讓付費者代表了解。

周主任委員麗芳

接下來請滕委員西華。我先向大家致歉，因為現在螢幕幾乎擋住視線，很多委員有舉手，但順序上可能會看不清楚，很抱歉若有失誤地方請原諒。請滕委員西華。

滕委員西華

一、剛剛徐代理委員邦賢的意思是現在提上來的執行目標及預期效益之評估指標服務人數部分，牙醫部門都會重新考慮嗎？我記得昨天有答應不會用一樣的，太感謝了。

二、再來是如同之前盧委員瑞芬所提的，「高風險疾病口腔照護」是111年新增項目，這項列在一般服務，執行不力時要扣減當年度未執行的額度，但是後面專款項目「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」，這項原本也是列在一般服務，可是我們移列到專款，其實性質都一樣，但是已經協商了就沒辦法變動，仍

建議牙醫部門與付費者代表，之後要移列到專款才對，因為新增服務不是原來密集度的改變，要用在一般性服務完全不符合邏輯，也不利管控。

三、再來是協商結論牙醫第 8 頁，若下次要提「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」的預期效益之評估指標，就醫率的定義要清楚，是指 12~18 歲青少年或是全人口就醫率？或指他洗牙的就醫率？就醫率的定義需再具體，若全人口花 2.715 億元，就醫率可以增加至 60%，效率很好，希望可以再具體一點。第 2 個，同齡青少年是否參加計畫的恆牙根管治療及拔牙顆數，是與誰比？與沒參加計畫的比？顆數是什麼？原本根管治療或補綴在原本的是跟什麼比？國際比？reference(參考)都不清楚，下次提出來，請牙醫部門將參照的目標說清楚比較好。

周主任委員麗芳

請胡委員峰賓。

胡委員峰賓

謝謝辛苦的牙醫部門，專款項目中的「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」相當重要，青少年口腔照護有必要注重，但是預期效益之評估指標(2)「同齡青少年是否參加計畫的恆牙根管治療及拔牙顆數」，文義上應該再精確表達，這是要比較參加與不參加的根管治療不一樣？以及二者拔牙數量不一樣嗎？或是其他意義？從文字敘述很難理解評估指標的意涵，建議修正成更容易理解的文字。

周主任委員麗芳

請問委員還有沒有意見？依序請陳委員秀熙、趙委員曉芳。

陳委員秀熙

一、剛才盧委員瑞芬提到一般服務與專款項目之差異，我也非常認同。昨天協商牙醫門診總額時，付費者代表在內部會議是非常盡責地討論，原本「高風險疾病口腔照護」是要放在專款項目，但因為健保本來就有支付洗牙(牙結石清除)費用，而且是由一般服務預算支應，「高風險疾病口腔照護」則是要提高洗牙頻



率到 4 次，是要擴增洗牙頻率，付費者最後還是認為放回一般服務比較好。

- 二、付費者其實很堅守崗位，他們也瞭解太多預算滾入基期不好，不過以「高風險疾病口腔照護」為例，不是每個項目都能以 1 或 0 區分，還是需要再深入討論。

周主任委員麗芳

請趙委員曉芳。

趙委員曉芳

有關專款項目「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」，目前無法看出高齲齒患者定義為何，希望之後可以定義得更清楚。我個人建議，依照牙醫專業來發掘高齲齒病患並加以分群，將醫療服務效益高的族群優先列入計畫，如 75 歲以上長者，若牙齒得到良好保存，對其後續健康及心智功能維護效益會比較好，以此原則，亦請同步考量其他齲齒保存後，有較高健康效益之族群優先納入計畫研訂考量。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

- 一、我的問題比較一般性，前面幾位委員主要是針對預期效益之評估指標設定提出建議，如能否有信度、效度，是否能真正呈現醫療服務提供者的執行成效等。如同蔡副署長淑鈴所述，設定預期效益是很困難的事情，我以醫院部門為例，但不限於醫院部門，醫院部門的資料中所列的 KPI(Key Performance Indicators，關鍵績效指標)多是「各層級住院滿意度」調查，做方案或計畫評估的人都知道，滿意度調查是最簡易好操作的，但所能呈現的意義非常有限。
- 二、我的具體建議是，能否請健保署對四總額部門提供訓練，因為你們很有經驗，可以提供各總額部門相關經驗或教育訓練的機會，若總額部門能設定出好的、有意義的結果面執行目標、預

期效益之評估指標，我們也容易瞭解執行成效，對後續評核、協商都較有具體幫助。

周主任委員麗芳

一、非常感謝劉委員淑瓊的建議。請牙醫部門參考委員所提意見，與健保署研修執行目標及預期效益之評估指標。如果委員沒有其他意見，牙醫門診總額協商結論確認。

二、接續進行其他預算協商結論確認。蔡副署長淑鈴是否需要補充說明？

蔡副署長淑鈴

沒有。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

其實是名稱問題，不知能不能稍微修改？第 1 項「基層總額轉診型態調整費用」，因為內容涉及基層及醫院總額，我建議把名稱調整為「基層及醫院總額轉診型態費用」，是否比較妥適？

周主任委員麗芳

請問蔡副署長淑鈴的看法？

蔡副署長淑鈴

一、謝謝朱委員益宏的建議，但本項原本就是給西醫基層總額使用，該等病人從醫院端下轉到診所端，對診所而言是新的病人、新的需求，病人的醫療費用並不在原本的西醫基層總額基期中，所以才需要校正，這也是推動分級醫療的配套措施之一，為了要讓病人流動，基層預算可以支應未來可能下轉的病人，所以才會在其他預算編列項目彌補，這是當初設計的本意，預算也只支應西醫基層總額，本項並不是新增項目，已經編列好幾年，從推動分級醫療以來就存在的項目。

二、委員對於分級醫療提出許多建議，劉委員淑瓊也提到要注意上、下轉的效益，這也是現實，雖然下轉有限，但下轉病人若可以長期留在基層診所，對西醫基層總額就是新的需求，由於原本的總額並未估計此類新的需求，才會在其他預算預留空間，這是本項過去的設計邏輯，提供委員參考。

周主任委員麗芳

請黃代理委員啓嘉。

黃代理委員啓嘉(顏委員鴻順代理人)

一、今天顏委員鴻順有要事，我也正好是西醫基層總額協商代表之一，所以就代理他出席。「基層總額轉診型態調整費用」本身就有一個迷思，大家常認為分級醫療的目的是為了要節省醫療費用，但其實分級醫療最大功效是讓醫療資源更有效的被利用，如果很多輕症、穩定的慢性病患集中在醫院，醫院急重症的等候時間、資源分配就會受到排擠，在這種情況下，若穩定的慢性病患在基層診所進行治療，就可以讓醫院騰出手、騰出資源，投入在急重症的治療。

二、自疫情發生後，醫院開始降載，許多醫院的慢性病患便來到基層診所，我的診所就增加非常多這樣自行就醫的患者，這些人在疫情之後也不會回到醫院，疫情期間大家看到西醫基層的利用率好像有所下降，但這是假象。疫情總會過去，我也不希望大家永遠蒙著面互動，不能聚在一起吃飯，開會都要用視訊，我相信這一天會過去，一旦人與人接觸開始頻繁，自然的很多急性傳染病就會出現，醫療耗用就會增加，因此，此時以疫情關係降低「基層總額轉診型態調整費用」的預算，我認為有疑慮。

三、我沒有權力參與其他預算的協商，只是表達意見，希望疫情過後，未來如果有機會，能調升「基層總額轉診型態調整費用」的預算額度，以符合實際需求，我相信基層醫師都有強烈的感受，今年基層總額的醫療耗用，有很多是從醫院用腳走路(自行

就醫，非透過轉診)走到基層診所的病人，但這不是壞現象，請委員能理解。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

一、我也補充一下，最近 2、3 個月都在幫民眾施打新冠肺炎疫苗，其中也有很多慢性病患者，他們來到診所，發現診所的醫療服務很符合需求，包括醫療服務項目或是用藥品質，而且我們很認真的查看雲端藥歷，甚至一些慢性病控制不良的病患，還會勸阻他當天不要打疫苗，之後再去追蹤，控制好了再讓他打。以我個人為例，雖然在疫情下，服務量是全面性的萎縮，但診所的糖尿病患者 1 個月增加將近 20、30 名，就是從醫院端下來的。

二、111 年度「基層總額轉診型態調整費用」的預算已經確定，希望疫情早日過去，未來如果預算不足，希望談 112 年度總額時，可以算一下成長率，讓預算能符合需求。

周主任委員麗芳

一、委員有無其他意見？(未有委員表示意見)都沒有意見。本案決議如下：

(一)111 年度各部門總額協商因素項目及其他預算協商結論(含成長率、金額及其分配)如下：

1. 付費者代表及醫事服務提供者代表之委員協商達成共識之方案：牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算，如附件一、二、三。

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

(二)請健保署會同各總額部門相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，其中：

1.達成共識之部門，於本年 10 月份委員會議提報、確認。

2.未達共識之部門，於衛福部核定後最近 1 次委員會議提報、確認。

(三)請各總額部門受託團體於 110 年 10 月 8 日前，提送地區預算分配之建議方案，以利提 10 月份委員會議討論，若未提送建議方案者，則由本會掣案提 11 月份委員會議討論。

二、在進行討論事項第二案之前，我要特別感謝張委員澤芸，張委員代表護理界全程參與協商，因為四部門總額及其他預算通通有護理的身影，非常感謝張委員以及護理界的投入。

三、接下來進行討論事項第二案。

謝委員佳宜會後書面意見

一、本年本會(國家發展委員會)回復行政院交議衛生福利部函報「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)之審議結論，在上限部分，除綜合評估健保整體財務狀況、經濟成長與國人負擔能力等因素外，特別考量衛福部積極推動「全民健康保險醫療給付費用總額中長期改革計畫(110 年-114 年)」，及近 1 年半來疫情衝擊醫療需求與供給，爰同意給付費用成長率上限訂為 4.4%，後經行政院核定函覆衛福部在案。是以 111 年度總額保留較高協商空間，主要係為落實推動衛福部所提之中長期改革計畫，行政院核定函亦已明確指示該計畫為現階段重要政策，請衛福部審慎衡酌、積極推動，合先敘明。

二、然於本年 9 月 23 日召開之「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議」中，中長期改革計畫部分項目因醫療服務提供者與付費者代表尚有疑慮，如「住院整合照護服務試辦計畫」、「精神科病人出院後急性後期照護服務試辦計畫」等，未能於 111 年度編列相當推動經費或改併入既有方案，恐影響該項目之推動期程與成效。如考量執行上尚有成本估算、人力整備、照護公平性等問題，改以專款方式試辦，建請仍宜酌予提高經費額度，俾利計畫推動。

肆、討論事項第二案(臨時提案)「建議健保總額財源應優先解決總額缺口，不宜再新增任何項目」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

請提案委員說明。

朱委員益宏

一、本議案之所以會提出來，主要是李署長伯璋在委員會議上曾經正式提及，目前醫院總額的財務缺口大約有 5、6 百億元，我認為這個問題很嚴重，健保署在執行總額時，對於 5、6 百億元的缺口，大家看到的就是讓點值浮動，目前浮動點值大約為 0.86、0.87，原本預計給 1 元，卻打折支付。但這是檯面上看得到的，還有檯面下看不到的，每家醫院用斷頭攤扣等行政管理方式，讓浮動點值沒有那麼難看，因此實際上醫院總額的財務缺口是遠遠大於 5、6 百億元。

二、每年總額協商都是在談次年度的總額預算，從來沒有把差額、缺口拿出來認真檢討，就像昨天協商，差額、缺口也從來不是議題，對於總額差額，健保法規定得很清楚，有幾種辦法來處理：

(一)首先就是提高保費，依照去年經驗，無論是付費者還是政府，都要面對非常大的輿論壓力。

(二)另一個辦法就是檢討保險給付範圍，總額實施大概 20 年了，從來沒有執行過。

三、11 月份委員會議要談明年的保險費率，也從來沒有考慮浮動點值的問題，每年 9 月總額協商後，有共識的部門在 9 月決定總額預算、沒有共識的部門至少 12 月底前部長會裁定，之後浮動點值會變成什麼樣，已經完全與大家無關，但所有的財務責任卻是由醫療服務提供者承擔，我們認為這樣的政策非常不公平，提出以下幾點建議：

(一)委員會議應該要定期檢討財務缺口，每 1 年、每半年或是評核會議，應該檢討總額的財務缺口是否逐年減小，不能逐年

擴大，無法一步到位至少要逐年減小，這是健保會委員的責任，應該要定期追蹤、檢討。

(二)在 10 月、11 月份談明年總額收入時，應該有專案來討論保險給付範圍，保險給付範圍是否太大？如果範圍太大導致總額根本無法支應，是否要限縮範圍？不必要的給付，甚至是健保法明文規定不應該納入保險給付的，是否應該考慮進行專案檢討？

(三)最重要的是，政府政策對整體健保財務的責任，不僅是醫院總額，對於四個總額的整體財務，政府應該要擔負什麼樣的責任？醫療機構是否有停損機制，當健保署用盡所有節約、減少浪費措施，如我前面提到的，包括檯面上及檯面下的管控方式都一併考慮後，如果點值還是持續惡化，政府是否要有其他財源或是其他補救方式？而不是讓醫療服務提供者無限制的承擔所有財務責任，讓點值無限制的浮動，承擔如此沉重的財務壓力。

四、醫學中心協會理事長陳委員石池、區域醫院協會理事長吳委員鏘亮，以及我本人代表社區醫院協會，我們提出這個議案，最主要的原因是看到昨天健保署提出的「住院整合照護服務試辦計畫」，抱歉讓我多說 2 句，雖然醫院總額協商破裂，但是這個計畫本身是提供住院民眾的生活照顧，依照健保法第 1 條規定，全民健康保險是提供醫療服務，是保醫療服務，並不是保生活照顧，我們認為將「住院整合照護服務試辦計畫」納入健保，未來預算額度不是 40 多億元，甚至 60、80、100 億元，或是超過 200 億元都有可能。這麼大的財務壓力要全部放到醫院總額，讓醫院總額單獨承擔，我們覺得沒有辦法背下來，所以才提到健保會，請委員了解、深究醫院總額的財務落差問題。

五、現在醫院總額已經有 5、6 百億元的落差，我們應該用什麼方式來解決？請社保司、健保署或是衛福部正視問題來減少財務落

差，而不是像鴛鴦一樣，把頭埋在沙子裡，就看不到問題，讓整體醫療環境持續惡化。

周主任委員麗芳

針對本案，請委員提供意見，請干委員文男。

干委員文男

- 一、感謝提案委員，現在看到醫界關切總額財務問題，以前付費者提了很多次政府應負擔健保總經費法定下限 36%不足數之金額，以及呆帳等問題，但醫界都很冷淡。
- 二、如同朱委員益宏剛才的說明，二代健保最珍貴的地方就是收支連動，他的本意是今年收多少就支多少，而不是無限制的支出，我們最大的敗筆在哪裡，預備金是大水庫原理，一直拿也不會痛，等到水沒有了，才再喊要調漲保險費率，反而都沒有管制總額項目的成長。
- 三、朱委員益宏的建議我非常贊同，健保本來就要收支連動，有多少錢買多少東西，希望用二代健保的精神來處理這些問題。有些問題我們一再提出來，但健保署都沒辦法做，實在很遺憾。剛才一直討論執行目標、預期效益等，總額項目提出來前應該先算一算，讓我們了解現在有沒有錢，有錢再買這些服務，沒有錢就退場，希望健保署能依據二代健保的收支連動精神來執行。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、朱委員益宏的提案非常好，如果能更早提出來的話更好，因為 2 個月前左右，衛福部交議 111 年度的總額政策，那時我們也站出來認為不妥，但是醫界並沒有一同發聲，如果這個提案能提早 2 個月提出，總額協商時就可以把你剛提到的項目刪除。
- 二、我很認同干委員文男所提的收支連動精神，我當健保會委員這麼多年來，每年有件事情是一定要做的，就是衛福部提出次年



度總額的高、低推估成長率後，我們全國工業總會會聯合七大工商團體及其他團體，一起向衛福部、行政院、國發會提出我們的建議，全國工業總會及工商協進會都會合作，請精算師詳細精算次年度的高、低推估成長率，可是每年發的文都被打回來，所以現在變成收支不連動了，支出一直擴大。

三、現在你們提出醫院總額的財務落差，我們也有落差問題，像是雇主承擔眷口數，以前都是用比較高的數字來收眷口數的保費，後來被發現了，但也繳了很多年，統計大概超收 7、8 百億元，我們也沒有辦法，這也是落差問題。若總額支付制度的規劃真的是由收入決定支出，醫界也依據收入情形編列總額項目，健保才會有穩健的發展，否則提高保費是必然的結果，總有一天總額入不敷出，也許明年元月份又要提高保費了，11 月份委員會議討論結果可能會提出提高保費，這是很現實的問題。

四、另外，昨天總額協商時我也提過，醫院長照化是不好的現象，會讓醫院的體制、發展崩盤，醫院不能走上長照化，依朱委員益宏所述，「住院整合照護服務試辦計畫」不是照顧疾病，而是生活照顧，似乎有長照化的趨勢，我們應該釐清長照法及健保法，醫療及長照的專業導向不能混在一起，否則未來會很麻煩。日本就是個例子，最後稅收都不足以支應，每年需要 1.4、1.6 兆元支應長照，現在也開始轉用費率收入，不敢用稅收，目前台灣長照還是用稅收，會不會逐漸變成由健保收入支應？這不是健康的發展方向，我們不是醫界，但也理解醫界的困難所在。

五、現在醫界提出這個議案，如果能詳細列出辦法會更好，如禁止長照化，不接受長照照護，或是其他具體的改善方式，大家才能共同推動。現在只看到說明沒有看到辦法，若有具體辦法可以讓委員更瞭解。

周主任委員麗芳

請李委員永振、侯委員俊良。

李委員永振

- 一、非常感謝朱委員益宏等 3 位委員提出本案，我在擔任第 3 屆委員時也提過，本屆委員會也提了 3、4 次，我們很快就要碰到保險費率 6% 的天花板。很高興醫界開出第一槍，付費者與醫療服務提供者都有共識，但可能會給社保司及健保署帶來壓力，何委員語提及的情形，大家需要及早面對，屆時才要處理可能就來不及了。今年協商前我一直強調，新藥、新科技的預算如果一直成長，易放難收，我們應該藉此議題思考將來會面臨的問題。
- 二、剛才干委員文男提到，我們一直講求要達到二代健保收支平衡的原則，要跟大家分享一下我觀察 9 年之後得到的想法。坦白講，雖然健保法的精神大家都知道，但為何之前安全準備一直累積到 5 個多月保險給付支出約 2,500 多億元。因為以前在費率 4.55% 的時代，大家虧怕了，99 年 3 月底，尚未調漲費率前，虧了約 610 億元；費率調整為 5.17%，再經過 2 年 9 個月，終於把這 610 億元填補完，還有剩 210 億元安全準備，這 210 億元安全準備，就是二代健保的起跑點。費率調整至 5.17%，讓收支結餘填補 800 多億元。我上次有詢問，若費率改回 5.17% 會怎麼樣，但健保署還沒給我答案，是不是在損益分析的時候提出來研究分析，不然若明年要調漲保費，該怎麼面對。雖然過去曾經歷一段安全準備太多的日子，但現在又面臨虧損了，大家回頭思考一下，回首看看來時路也不錯。
- 三、有個重要的問題，干委員文男也有提到，若想回到收支平衡，國發會建議了好幾年，針對健保收支結構失衡問題要怎麼解決？如果一直想從收入面解決的話，這問題無解，但如果改由支出面來看，剛好可以從今天這個提案來好好思考，一直期待能有一個好的制度，期待能建構出足以讓健保永續經營的制度。

周主任委員麗芳

請侯委員俊良，再請朱委員益宏。

侯委員俊良

- 一、基本上我支持這個提案，但是對部分內容有不同意見。我想原則上不會有人反對，對整體財源或總額缺口進行檢討，但有關檢討這部分，也不全然都是從「不再新增任何項目」，不是只有從節流方面著手，我想應該是全面性的檢討。一些給付項目新增，有很多需要再檢討，這次總額協商是我第1年參加，也試著慢慢去了解。
- 二、本次各總額部門所提協商草案項目，有些會讓人感覺好像錢很容易拿，通常來說進行1個計畫要寫出很多規劃，包括時程、相關研究及規劃等等，但各部門所提項目，好像僅有簡單的幾頁說明，就要拿高達數億元的經費。以這樣的計畫來說，到底可不可以執行？本來就該檢討。對於很多持續進行的計畫，從協商過程中，包括各位委員的討論，或是健保署、本會幕僚提供的意見，其實我們看到很多問題，這些問題若深究檢討，可能有機會從中進行一些節流措施？我覺得這也是應要討論的。
- 三、此外，我覺得有些部分應該是屬於國家政策面該去執行，那為何還要用健保總額的經費支應，這也需要檢討。
- 四、總體來講，很多地方都值得深入檢討，例如有可能存在各方面的醫療浪費，或許能從這邊著手設法節約。應以這樣的想法，盡可能凝聚各單位共識，大家集思廣益，從中解決一些問題，才有辦法把整個健保的缺口稍微縮小一點，這不是只有「不增加新項目」就可以解決的，我想不會有委員會反對這樣的檢討，而且應該是全面性、非僅對某部分去檢討。

周主任委員麗芳

鑑於時間關係，希望朱委員益宏是最後1位口頭發言。等一下，還有陳委員石池、黃代理委員啓嘉表示要發言，本案的口頭發言就此結束，委員如有其他意見請提出書面。先請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、本案雖由醫療服務提供者的醫院代表所提出，但很高興有許多付費者委員也支持，在健保會來說，這案屬於少數難得在兩方

都有高度的共識。本案我只提出說明，另何委員語則表示若有具體的辦法會更好，確實我現在很難有具體的辦法，本來健保事務就是千頭萬緒，大家剛剛講的都對，但我提出本案，就是希望總要有個政府單位出面統合這件事，所以才提出，以財務缺口此議題，應該要定期在委員會檢討，不管社保司或健保署主責，都應定期檢討，如果現在有 600 億元的差距，那半年或 1 年檢討後，變成 550 億元、或 500 億元，就表示現在的方法是對的、有效的，但要是反而越來越增加，就表示這方法有問題。其實這 500、600 億元是偶然聽到健保署李署長伯璋在委員會說出的數字，我覺得若沒有定期檢討，怎麼會知道現在狀況惡化到什麼程度，所以才會提出建議委員會定期檢討，例如半年或 1 年為期，用專案方式進行。且不宜在健保署的業務執行報告中進行檢討，因為健保署只是執行單位，應由層次更高的社保司或其他單位來主責本案。至於我個人則建議應每半年檢討 1 次，如果大家覺得太頻繁，改為 1 年檢討 1 次也可，大家可以討論。至於檢討的時間點，是評核會議之前，還是年度協商總額之前？我覺得時間上都可以討論。綜言之，第 1 點，我提出具體建議，要檢討及追蹤，而且不只有 1 次，而是會上要持續監控，這是件很重大的事情。

二、第 2 點，從健保開辦到現在快要 30 年了，從未檢討過健保的給付範圍，當錢不夠的時候，也就是安全準備低於 1 個月就增加保費。安全準備不足有 2 種，第 1 個是給付偏低，第 2 個是給付範圍太大，可能是健保包山包海，至於政府從未檢討到底給付範圍是太大或太小。這裡牽涉到大部分的民眾及付費者，對於健保滿意度超過 80%、甚至接近 90%，這麼高的滿意度，每年平均就醫接近 15 次，就醫這麼方便的習慣之下，也是健保入不敷出的重要原因之一。我們應該在健保會法定權責之內，去檢討給付範圍，以指示用藥為例，明明是健保法明文規定不給付的項目，是不是還要繼續給付？當然不給付勢必會有一些抱怨，但也有醫療服務提供者在這邊，這是可以討論的議題。檢

討給付範圍是從未開始的事情，是不是可以在哪次委員會排 1 次專案檢討，專門檢討現在的給付範圍，1 次不夠就進行 2 次、3 次，對於給付範圍認真的思考，也有助於未來大家對於保費收取的基礎共識。

周主任委員麗芳

請陳委員石池。

陳委員石池

- 一、昨天朱委員益宏來找我連署提案的時候，我覺得這案很好、但應該不會過，沒想到獲得大家熱烈贊成，可見大家真的是很佛心，也感謝大家支持。我想健保滿意度是建立在犧牲醫療服務提供者的身上，大家可以看出來，這黑洞蠻大的，不過起碼沒有像欠健保費要追繳這點我很贊同，但健保署應該要對這件事妥為回應，到底這問題要怎麼處理，每年健保會應該要追蹤，到底情況有沒有在惡化？或起碼不要繼續惡化下去。
- 二、剛剛有委員提出說不贊同不增加新增項目，我覺得好的政策大家拿出來看看，讓付費者代表和醫療服務提供者代表看看不可行，不然每次都是從上面施壓要推動，在執行上、經費上是不是很困難，到底長官的政策要不要支持，剛剛說住院整合照護服務試辦計畫有錢者才能享受，沒錢者不能享受，此不公平正義的政策社會大眾很難接受的。政策不是不能提，但要獲得大家認同才做，不是上面交代下來、下面就要做，我想這樣不是很好。

周主任委員麗芳

請黃代理委員啓嘉。

黃代理委員啓嘉(顏委員鴻順代理人)

- 一、本案由醫院三層級的 3 位代表委員所提出，中間 500、600 億元的落差是缺口，這是在台灣現行醫療支付標準下，但台灣現行醫療支付標準只有國際標準的三分之一或五分之一，甚至可能更低，同樣的醫療費用若以國際標準計算，我們的醫療缺口將

是 500、600 億元的好幾倍。大家覺得台灣醫師收入不錯，那是因為台灣醫師的服務量是國際的 3 至 5 倍，單一支付標準是人家的三分之一或五分之一，服務量彌補了收入。

二、我要提醒付費者代表，有件重要的事一定要注意，就是供給面潛藏的危機，衛福部最近又增加了醫學生容額、又在製造醫師，我不是說不能製造醫師，而是製造後所產生的醫療服務密集度，是不是又要健保吸收？很多跟健康有關的架構，不是服務密集度越高越好，應要達到一個平衡點，但要思考，到底是該提高醫師的品質還是醫師的數量？未來人口一定老化，老化之後，以現在的醫療制度能不能承受？人口老化後，年輕人少、老年人多，仍要用現在的醫療模式來應付未來的世界嗎？

三、健保會委員應該要思考，老化速度很快，這也就是為什麼何委員語提到，未來費率可能突破上限 6%，因為大部分健保支出的成長就是來自人口結構改變，老人越多，本質上醫療費用的耗用就越高，這是健保美麗的錯誤，健保做得好、醫療更進步讓我們的餘命延長，很多人可以活下來、維持身體的健康都需要健保來給付這個支出，那麼這樣要不要改變醫療型態？健保會委員這邊面臨的是最末梢的問題，根本之道是從醫學教育開始，應該要去教育一個醫生要提供怎麼樣的醫療，才能應付未來的社會。換句話說，未來老化的社會如何進行醫療資源的分配，要從教育開始，但我們沒有善加思考，僅提高醫學生容額，不知道這是不是又造成問題，也許大家都要思考。深切希望健保永續經營，但我相信現在的型態一定要改變，否則未來健保無法應付，沒那麼多年輕人可以負擔老化社會的健保費用。

周主任委員麗芳

時間因素，最後 1 位委員，請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

- 一、謝謝我們的醫療服務提供者委員提出這樣的提案，關心健保的財務很重要。其實這個議題大家已經關心很久了，但是我要強調，健保的財務健全，不必然對應到「不宜再新增任何項目」。
- 二、不希望給大家這樣的印象，認為付費者也同意提案「不宜再新增任何項目」。應該是說，我們付費者同樣關心健保財務。我也很贊成朱委員益宏所提，請健保政策規劃單位，定期在健保會對於財務及因應策略進行專案報告，但是總額項目的進退場機制尚有檢討空間，不希望直接對應到「不宜再新增任何項目」，也誠如剛剛侯委員俊良所言，改善健保財務還有很多可以檢討的因素。

周主任委員麗芳

感謝所有委員提供本案寶貴建議，我試做這樣的決議：委員所提意見，送請健保署及社保司研議。請何委員語。

何委員語

我反而認為應該大膽下一個決議，建議蔡總統成立全民健康保險改革委員會，大力推動全民健康保險改革，我認為應該要成立這個組織。本案若送到衛福部，還是在那邊有如打陀螺轉來轉去，最後很有可能無疾而終，只是提供給衛福部參考，沒有用。衛福部要改革自己很難，要成立一個總統府隸屬下的組織，客觀地去進行全面改革才有辦法解決問題。

周主任委員麗芳

謝謝何委員語，考量健保會職掌的限制，所以本案是不是先決議送請衛福部內相關單位研議。真的要拜託委員，我要說明一下，昨天總額協商完，今天本會同仁還有很多事情後續要辦理，是否徵求委員同意，會議後授權周執行秘書對外說明本會 111 年度總額協商結果，今日會議預訂時間表到 2 點，希望本案討論到此。

朱委員益宏

主席，對不起，我有舉手，螢幕上發言序也登記了我的名字。

周主任委員麗芳

我知道，但我剛剛也有說，拜託委員可否討論到此為止，因為稍後還有記者會等等工作...

#### 朱委員益宏

因為我剛剛已提出具體建議，而且我建議的都是本會權責，並沒有逾越本會權責範圍。第 1 個是本會定期追蹤，比方說 1 年或半年追蹤。納入追蹤管制，相關政府部會就要定期報告執行狀況。第 2 個是要有一個專案，看排什麼時候專案檢討給付範圍，這都是本會權責。如果我提的不是本會權責範圍，就請健保署或社保司參採。但我提的是本會權責，只因為本案為臨時提案，確實提出來政府單位事前也不知道，建議是否將本案列入追蹤，下次開會看健保署或社保司對這 2 個案子，比方說時間怎麼排定及如何往下處理。

#### 周主任委員麗芳

向朱委員益宏及提案委員說明，剛剛我試做的決議是送請健保署及社保司等 2 個單位研議，不只是參考，而是進行研議。社保司商司長東福要回應，請商司長。

#### 商委員東福

一、這個問題很重要，我一定要回應，剛剛一直指名我，雖然因為時間關係，但我不希望造成大家有所疑問。首先感謝提案委員和發言委員，我們很多政策形成，過去都有共識，我常講，現在的制度其實是各位委員過去的智慧結晶，剛委員提到的問題，例如健保給付的內容，健保法第 40 條有規定給付的內容有哪些？若要研議增減給付項目，健保法第 41 條也有規定，可藉由參與醫療服務、藥物共擬會議訂定給付項目及支付標準。現在並不是沒有進行健保改革，「全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫(110-114 年)」(以下稱健保總額中長期改革計畫)特別提到健保署有一些健保改革的規劃，例如：HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)或 HTR(Health Technology Reassessment，醫療科技再評估)，對於醫療服務進行進退場評估，希望讓健保的給付更有效益、支付更有效率。



- 二、總額協商是共識的結果，有利有弊，大家都學會如何趨吉避凶，這個沒問題，在疫情下醫療院所也受到相當的保障。至於從去年就提出「健保總額中長期改革計畫」，今天在主計總處代表也知道，我和各位委員共同努力，我有帶著大家的命令、指示向主計總處爭取。事實上「健保總額中長期改革計畫」，並不是要公務預算應支應的部分要健保支付，而是希望藉由這些計畫，有更多公務預算挹注到健保。
- 三、尤其朱委員益宏提案的說明一，提到收支連動的問題，我一定要強調，今天進行總額協商，這樣購買醫療服務的過程本來就很開心、很享受。上次我提到，可以快樂地協商，這次也聽到很多委員說到，我們要在這裡快樂協商，我們是好朋友。其實這是健保會可以很驕傲的地方，102年二代健保實施後，健保會就是一個收支連動、資訊公開透明、民眾參與的平台。
- 四、健保署的前身是行政院衛生署中央健康保險局，是金融保險事業機構，當時考量它不是行政機關，沒有健保監理委員會，似乎就缺乏監督的機制，所以成立全民健康保險監理委員會、全民健康保險醫療費用協定委員會。在99年時，雖然健保局改制為行政機關，但還是維持這樣的監督和費用協定的機制，何委員語和幾位委員都知道，勞保沒有這樣的監督機制，它們部分的單位已經併入勞動部勞動保險司，所以健保會是一個值得驕傲的地方，希望各位委員，不管是醫界、付費者，大家有責任把我們在這裡做的事情轉達到外面，而不是外面對我們有些不明瞭之處，把不明瞭的事情帶進來，我一定要在這邊特別強調。
- 五、剛剛委員對「建立住院整合照護計畫」提出很多建議，這個項目沒有破局，我想付費者也同意。過去我做國際合作，到過很多發展中的國家，1個人住院就是全家都在醫院埋鍋造飯，大家都來了。這次疫情讓我們體驗到院內感染問題的重要性，不只是這樣，很重要是病人的醫療照護品質。今天1個人生病到了醫院，即使是基本的生活照護，仍要先評估其生活照護是否需要專業的照護。我特別強調，「建立住院整合照護計畫」是希

望提供民眾專業的照護服務，但大家也不用擔心，剛才盧委員瑞芬和滕委員西華都有提到，什麼樣的情況支付？用什麼樣的條件？怎麼審核？還有共同參與的機會？我們也承諾會和醫界好好討論要怎麼執行，我認為這是重要的分水嶺，要讓健保支付制度，提供一個整合性的照護模式，我們是以專業服務民眾的概念規劃這個計畫，希望不要失焦。

周主任委員麗芳

感謝社保司司長商委員東福的說明，也讓大家比較放心。接下來進行報告事項。

伍、報告事項第一案「中央健康保險署『110年8月份全民健康保險業務執行報告』」、報告事項第二案「醫院總額部門110年第3季比照第2季之結算方式」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

- 一、報告事項第一、二案都是健保署提出的，報告事項第一案按慣例不需報告，若有意見就併同報告事項第二案一起提出來。
- 二、請蔡副署長淑鈴就報告事項第二案簡要說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、報告事項第二案是個特別的報告案，主要就醫院總額110年第3季結算方式要比照第2季結算方式提出報告。本案的作法是依據台灣醫院協會來函經過其內部決議所提出的建議，也經過醫院總額110年第2次研商議事會議的共識辦理。
- 二、第3季的結算方式和第2季處理的概念是一樣的，因為COVID-19疫情造成醫院部門各層級的營運受到衝擊，特別病人在這段時間不論大小醫療的問題，病人端擔心被感染，醫院端也擔心院內感染。大家都非常審慎地來面對疫情，希望能兼顧病人就醫需求，也能讓各層級醫院一起共度難關。其實醫院協會提出這樣的建議，是基於醫院各層級的互助，希望能夠一起攜手來度過這個疫情難關，不要有任何的醫院因為疫情倒下，從這個觀點提出這個建議案。
- 三、說明三，第3季醫院總額結算的方式和第2季結算的方式有些不同：
  - (一)第3季醫院總額結算分3階段，第1階段與第2季的差異在於，第2季的結算方式是比照108年同期9成收入，第3季結算方式是比照109年的同期收入，希望第1階段先保障到9成，最高保障到109年同期100%收入。
  - (二)第2階段，事實上，這段期間6個分區不同層級的醫院受到的影響不一，有些是新設立的醫院，也有醫院是比較落後的，所以第2階段就第1階段分配完的金額再做第2階段的討

論和彌補，會透過健保各分區業務組及醫院共管會議決定如何分配。

四、說明四，本署會同意醫院協會以互助的方式來處理第 3 季的總額，是基於不要讓任何 1 家醫院在疫情當中倒下的觀點，大家一起攜手共度。這樣的做法，雖然有別於原來的總額結算方式，但這是醫院協會取得所有醫院的共識，而且是台灣醫院協會主動提出，也經過本署的總額研商議事會議共同討論通過，向健保會委員做以上報告。

周主任委員麗芳

非常感謝蔡副署長淑鈴的說明，也特別感謝台灣醫院協會及健保署對健保會的尊重，特別來向委員報告。接著請干委員文男、何委員語、李委員永振。

干委員文男

一、首先是程序問題，已經到原訂會議結束時間了。如果要繼續討論，我想 1 個鐘頭也不能解決，因為我們前次就已經提出相關意見，建議本案和健保署業務執行報告併入下一次會議研議。

二、剛才朱委員益宏的提案，您所做的結論還沒有徵詢各位委員的意見，應該要徵詢朱委員益宏的意見。您都離題了，他提的第 1 個說明很清楚，主要認為目前健保沒有遵照二代健保精神收支連動的精神運作，決議都沒有講到這一點，希望您尊重他的提案。

三、蔡副署長淑鈴已經報告很久，很辛苦，建議本案和健保署的業務執行報告，併入下一次會議討論。

周主任委員麗芳

請問朱委員益宏，有關朱委員益宏、陳委員石池、吳委員鏘亮 3 位委員的提案，要徵詢您們的意見。因為您們的提案，委員已提供很多寶貴的意見，也都希望這樣的概念能讓相關主管機關，健保署及社保司進一步的規劃。基於我的職務，剛剛先試做的決議是，本會委員意見送請健保署和社保司研議。也感謝社保司商司長東福的說

明，他們都很積極在做，再次徵詢 3 位委員，對剛剛所做的決議建議，是否都同意？

朱委員益宏

為了不占用大家時間，原則上我同意主席的決議，但只是希望能列入追蹤，至少研議後，若有具體的結論，本會能對研議的結論進行討論，再評估是否繼續追蹤。

周主任委員麗芳

本案在下一次會議就會追蹤，就像我們每次會議都會報告委員會議決議(定)事項辦理情形，再決定哪些事項解除追蹤、哪些事項繼續追蹤。請委員放心，本案送請健保署和社保司研議後，會列入追蹤。請何委員語。

何委員語

付費者委員支持朱委員益宏這個提案，但不是支持他提案的說明二所提，醫院總額缺口 500~600 億元。我們支持說明一所提，應維護健保收支連動的概念，以及支持健保永續經營，大家共同檢討未來健保的方向，包括健保給付項目、保險收支問題怎麼改善、哪些給付項目應該退場等問題。對於提案所寫總額的缺口 500~600 億元部分，我們不同意，因為我們的確不清楚，李署長伯璋也沒有向委員報告過。我們支持這個提案收支連動的精神，但不是支持總額缺口的這個論述，希望主席下個決議，記錄清楚，不然以為付費者支持醫院總額有 500~600 億元缺口，我們都不知道，哪裡有這個缺口？我們沒有收到書面具體報告內容。

周主任委員麗芳

請何委員語放心，我們會就個別委員意見送請健保署和社保司研議參考，請李委員永振。

李委員永振

我只有 1 點請健保署釋疑，請參閱 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議資料(上冊)第 1 頁的「108-111 年健保財務收支情形及模擬試算表」中，保險收支餘絀欄位的「總額成長率採上限」

與「總額成長率採下限」相差 244 億元，但是為什麼「一、保險費相關收入」之「3.政府負擔不足法定 36%之差額」欄位，在「總額成長率採上限」與「總額成長率採下限」之政府負擔金額是一樣的？

周主任委員麗芳

是哪一本？

李委員永振

是 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議資料(上冊)第 1 頁，有 1 個「108~111 年健保財務收支情形及模擬試算表」...

周主任委員麗芳

請問李委員永振要開始討論報告事項第一案嗎？

李委員永振

對啊，是有關報告事項第一案的提問。

周主任委員麗芳

那我們先處理報告事項第一案。

李委員永振

請教健保署，「保險收支餘絀」欄位的「總額成長率採上限」與「總額成長率採下限」相差 244 億元，但為什麼「3.政府負擔不足法定 36%之差額」是一樣的？因為這和下個月要討論的保險費率審議的財務推估有關，希望下一次提出的資料可以更完整，讓委員可清楚瞭解。

周主任委員麗芳

既然李委員永振針對報告事項第一案進行實質提問，委員對於健保署的 8 月份業務執行報告有沒有其他意見？

干委員文男

主席，你都沒有尊重我的意見。

周主任委員麗芳

因為李委員永振說要討論。

干委員文男

這已經脫離我們討論的內容，不在討論程序中，這個問題可以留在下次會議再提問，大家已經很累了。

周主任委員麗芳

向李委員永振說明，您的意見將併入下次會議處理。在此，要感謝大家，因為會後幕僚也有非常多事務要處理，不然我們一定會拼命把這2個報告事項一起完成，但實在沒有辦法。這2個報告事項，就併入下個月委員會議一起討論。

干委員文男

剛才主席已就朱委員益宏等委員的提案，做出送請社保司及健保署研議的建議，在還沒有研議出更好的辦法之前，請按照二代健保的核心精神，在「財務平衡」及「量入為出」的原則下，請保險人同時提出資源配置及財務平衡方案，如果充分尊重業務單位執行業務，就不會產生這麼多困擾。

周主任委員麗芳

感謝干委員文男的寶貴意見，請滕委員西華。

滕委員西華

不能對健保署的業務執行報告提問了，是不是？

周主任委員麗芳

對！因為大家說昨天總額協商到今天凌晨，今天又繼續開會，大家已經很累了。

滕委員西華

下一次可能就過了「110年全民健康保險保險對象住院應自行負擔費用之最高金額」草案預告修正的60天的期限。

(註：查該草案表示意見截止日期為110年11月8日。)

周主任委員麗芳

我本來也是建議繼續討論，但有委員表示他們太累了，真的不好意思。剛才李委員永振對報告事項第一案表示意見後，有委員提出程

序問題，表示不要繼續討論了。因為現在有不同意見，還是要徵詢一下大家意見，請問各位委員是想要...

何委員語

主席剛才宣布會議結束時間是 2 點，現在時間已經超過了。其次，昨天總額協商會議進行到今天凌晨 1 點多才結束，我們不想陪主委賣命，也不敢陪主委賣命。

周主任委員麗芳

我是想要陪你們賣命啦！

何委員語

我們希望 2 個報告事項移到下個月啦！

周主任委員麗芳

請問各位委員有沒有意見？(委員表示沒有)。若沒有意見，有沒有要提出臨時動議？沒有的話，今天會議進行到此，散會，大家辛苦了，再次謝謝大家。



衛福部健保會第5屆110年第5次委員會議  
中央健康保險署李署長伯璋請假函

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：台北市信義區三段140號  
傳真：(02)27029964  
承辦人及電話：吳箴(02)27065866轉2531  
電子信箱：a111158@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年10月1日  
發文字號：健保企字第1100038537號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：無

主旨：貴會第5屆110年第5次委員會議當日因配合行政院唐鳳政  
務委員視察本署協力推動振興五倍券辦理情形，不克出席  
並委請蔡副署長淑鈴代理，尚祈鑒察。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：本署企劃組

