

衛生福利部全民健康保險會
113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112年9月20日

113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議事錄 (含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國 112 年 9 月 20 日上午 9 時 30 分至 23 時 34 分

地點：本部 301 會議室

主席：盧主任委員瑞芬 紀錄：盛培珠、劉于鳳、李岳蓁、
林偉翔、張藹云、張靈、
陳思琪

出席單位及人員：

本會委員：(依委員姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏(台灣社區醫院協會羅常務理事永達10:00以後代理)、江委員錫仁、吳委員榮達、吳委員鏘亮、李委員永振、周委員慶明、周委員麗芳、林委員文德、林委員恩豪、林委員淑珍、林委員綉珠、侯委員俊良、翁委員文能、張委員清田、陳委員石池、陳委員杰、陳委員相國、陳委員節如、陳委員鴻文(中華民國全國工業總會何常務理事語代理)、游委員宏生、黃委員小娟、黃委員金舜、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、劉委員玉娟、劉委員守仁(中華民國全國商業總會王秘書麗萍代理)、劉委員淑瓊、滕委員西華、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、鄭委員素華(全國工人總工會陳幹事怡伊代理)、謝委員佳宜、韓委員幸紋

各總額部門承辦團體及協商代表：(依姓名筆劃排序)

醫院總額—台灣醫院協會

李飛鵬、林佩菽、游進邦、廖述朗、劉碧珠、謝文輝、謝景祥、羅永達、嚴玉華

門診透析服務—台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會

林恒立、張孟源、游進邦、黃啓嘉、羅永達

西醫基層總額—中華民國醫師公會全國聯合會

王宏育、吳國治、周慶明、林恒立、洪德仁、陳相國、黃振國、黃啓嘉、顏鴻順

中醫門診總額—中華民國中醫師公會全國聯合會

吳清源、林永農、柯富揚、胡文龍、陳俊龍、陳博淵、陳潮宗、詹永兆、蘇守毅

牙醫門診總額—中華民國牙醫師公會全國聯合會

江錫仁、吳志浩、吳迪、林敬修、林鎰麟、徐邦賢、翁德育、簡志成、羅界山

中央健康保險署：

李副署長丞華、蔡副署長淑鈴、劉組長林義、孫組長浩淳、黃組長育文、游組長慧真、林副組長右鈞、張副組長惠萍、洪專門委員于淇、陳專門委員依婕、呂專門委員姿擘、姚簡任秘書雨靜、朱科長文玥、鄭專員智仁、吳專員箴

列席單位及人員：

腎臟醫學會：施主任委員孟甫、許秘書長永和

本部社會保險司：陳副司長真慧

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 105 頁)

貳、113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商：略。(詳附錄第 106~278 頁)

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：

9月20日09：32~12：11(含付費者及部門代表各自召集內部會議討論約1小時35分鐘)。

(二)協商結論摘要(未能達成共識各自提出建議方案)：

付費者代表之建議方案

- 1.一般服務成長率為5.152%。其中醫療服務成本及人口因素成長率4.179%，協商因素成長率0.973%。
- 2.專款項目全年經費為40,059.7百萬元。

- 3.門診透析服務總費用成長率為3%，醫院總額本項服務費用成長率為1.586%。
- 4.前述三項額度經換算，113年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長3.626%。

醫院代表之建議方案

- 1.一般服務成長率為4.721%。其中醫療服務成本及人口因素成長率4.179%，協商因素成長率0.542%。
- 2.專款項目全年經費為48,250.4百萬元。
- 3.門診透析服務總費用成長率為3%，醫院總額本項服務費用成長率為1.586%。
- 4.前述三項額度經換算，113年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長4.660%。

(三)113年度醫院醫療給付費用總額及其分配，付費者代表及醫院代表之建議方案，如附件一。

二、門診透析服務(醫院總額及西醫基層總額)

(一)協商時間：

9月20日12：30~13：55(含付費者及醫界共同推派代表各自召集內部會議討論約26分鐘)。

(二)協商結論摘要(共識方案)：

- 1.門診透析服務總費用成長率為3%，合併醫院及西醫基層兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
- 2.依112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，113年度醫院及西醫基層門診透析費用成長率，分別為1.586%及4.587%。
- 3.門診透析服務總費用成長率3%(總費用45,995.3百萬元)，維持433.5百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中300百萬元不得流用

於一般服務。

(三)113年度門診透析服務費用及其分配，如附件一、二。

三、西醫基層總額

(一)協商時間：

9月20日13：57~16：02(含付費者及部門代表各自召集內部會議討論約1小時12分鐘)。

(二)協商結論摘要(未能達成共識各自提出建議方案)：

付費者代表之建議方案

- 1.一般服務成長率為3.704%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.517%，協商因素成長率0.187%。
- 2.專款項目全年經費為9,745.9百萬元。
- 3.門診透析服務總費用成長率為3%，西醫基層總額本項服務費用成長率為4.587%。
- 4.前述三項額度經換算，113年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長3.066%。

西醫基層代表之建議方案

- 1.一般服務成長率為5.464%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.517%，協商因素成長率1.947%。
- 2.專款項目全年經費為10,096.3百萬元。
- 3.門診透析服務總費用成長率為3%，西醫基層總額本項服務費用成長率為4.587%。
- 4.前述三項額度經換算，113年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長4.697%。

(三)113年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配，付費者代表及西醫基層代表之建議方案，如附件二。

四、中醫門診總額

(一)協商時間：

9月20日16：05~17：56(含付費者代表召集內部會議討論約52分鐘)。

(二)協商結論摘要(共識方案)：

- 1.一般服務成長率為4.979%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.002%，協商因素成長率1.977%。
- 2.專款項目全年經費為1,276.7百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，113年度中醫門診醫療給付費用總額，較基期成長4.221%。

(三)113年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配，如附件三。

五、牙醫門診總額

(一)協商時間：

9月20日17：59~20：58(含付費者及部門代表各自召集內部會議討論約1小時17分鐘)。

(二)協商結論摘要(共識方案)：

- 1.一般服務成長率為2.055%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.909%，協商因素成長率-0.854%。
- 2.專款項目全年經費為3,520.4百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，113年度牙醫門診醫療給付費用總額，較基期成長2.436%。

(三)113年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配，如附件四。

六、其他預算

(一)協商時間：

9月20日21：00~23：34(含付費者代表召集內部會議討論約1小時12分鐘)。

(二)協商結論摘要(共識方案)：

113年度經費17,818.2百萬元，較112年度增加2,039百

萬元。

(三)113年度全民健康保險其他預算及其分配，如附件五。

七、依113年度總額協商程序，請各總額部門及健保署依據協商結論辦理下列事項(未達共識之部門，協商雙方必要時可請健保署協助研訂，並併入各自建議方案)，並請於9月21日上午9點前提送本會。

(一)以結果面為導向，調整新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。

(二)新增專款項目請確認提出預估試辦檢討期限，未提出者，請增補以幾年為檢討期限。

(三)須修正項目名稱者，請提出修正後之項目名稱。

八、上述協商結論提送9月22日本會112年第8次委員會議討論。

參、協商會議結束：9月20日23時34分。

附錄：與會人員發言實錄

(本紀錄內容依據會議錄音、錄影檔整理)

113 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■ 113 年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後 112 年度醫院一般服務醫療給付費用 \times (1 + 113 年度一般服務成長率) + 113 年度專款項目經費 + 113 年度醫院門診透析服務費用

■ 113 年度醫院門診透析服務費用 = 112 年度醫院門診透析服務費用 \times (1 + 113 年度成長率)

註：校正後 112 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 112 年第 7 次委員會議決定，校正投保人口預估成長率差值、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，及扣除「111 年未導入預算扣減」部分(醫院總額 111 年度未有本項扣減金額)。

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。

付費者代表委員之建議方案：

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 113 年 7 月前提報執行情形，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)；實施成效納入 114 年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 5.152%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.179%，協商因素成長率 0.973%。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)(0.705%，預估增加 3,600 百萬元)：

(1)含暫時性支付新藥 6 億元，其 PVA(價量協議)或 MEA(藥品給付管理合約)還款金額，應納入本項預算財源，並於公務預算挹注或另有基金財源後退場。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①在額度內妥為管理運用，於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程(含暫時性支付之執行及費用支付方式、預算估算、擬暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，並於 114 年度總額協商前，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對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。

③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；並請於 113 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及暫時性支付之申報費用/點數)。

④歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於給付新醫療科技，並請於 114 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

2.藥品及特材給付規定改變(0.270%，預估增加 1,377 百萬元)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支

應。於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 114 年度總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。

(2)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；並請於 113 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。

(3)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並請於 114 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

3.配合醫療器材使用規範，修訂受影響之診療項目支付點數(0%)：

考量本項相關支付標準之調整尚未公告實施，維持編列於「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」專款項目，爰不新增預算。

4.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(0%)：

考量本項預算執行率尚不穩定，維持編列於「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」專款項目。

5.平衡醫院部門實際醫療服務與總額額度落差(點值不平衡調整方案)(0%)：

(1)現行總額支付制度為支出上限制，點值隨著醫療服務量變動，本項與總額支付制度之設計不符，爰不新增預算。

(2)醫界所稱點值不平衡，真正的關鍵是「論量計酬」，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，重新檢討並修正總額醫療費用案件之審查作業，以發揮同儕制約精神，並加速支付制度改革之推進，

以使健保能永續經營。

6.提升醫院兒童急重症照護量能(0%)：

(1)本項建議由公務預算支應，並重新調整兒童醫療資源配置，主要考量如下：

①兒童急重症照護支付標準已多次調升，但醫界仍舊反映有虧損問題，顯見已不全然是支付因素。

②兒童急重症照護由於量體過小且診療成本高，支付加成能發揮的效果有限，建議應重新調整兒童醫療資源配置，透過區域化分工形成規模，並挹注公務預算，以提升兒童急重症服務量能。

(2)請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，優先由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

7.提升醫院用藥安全與品質方案之 ICU 臨床藥事照護給付(0%)：

維持編列於「醫療給付改善方案」專款項目。

8.B 型肝炎病毒治療藥費移列專款(0%)：

考量現行 B 型肝炎病人已於一般服務穩定提供治療用藥，尚無移列專款項目之必要，應維持於一般服務支應，故本項不移列專款。

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(-0.002%，減少 12.1 百萬元)：

(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 114 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 40,059.7 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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

1.暫時性支付(新藥、新特材)

併入一般服務項目「新醫療科技」支應，故本項不編列專款。

2.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 2,224 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，並於協商 114 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。

3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 15,108 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，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

(1)全年經費 5,580 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，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

- (1)全年經費 5,208.06 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本項專款項目已穩定執行多年，請規劃回歸一般服務，並持續監測服務量變化情形。
 - ②提報之執行情形，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。
- 6.醫療給付改善方案：
- (1)全年經費 1,693.4 百萬元。
 - (2)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、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)請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效不佳之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效。
 - (4)對於執行穩定且具成效的項目，宜回歸一般服務費用與相關醫療處置銜接。
- 7.「提升醫院用藥安全與品質方案」之 ICU 臨床藥事照護：
- 維持編列於「醫療給付改善方案」專款項下。
- 8.急診品質提升方案：
- (1)全年經費 300 百萬元。
 - (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①精進方案執行內容，檢討獎勵方式，對實質提升急診處置效率及急診重大疾病照護品質者予以獎勵，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成

效。

②提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率及急診重大疾病照護品質相關監測指標。

9.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費 210 百萬元。

(2)請中央健康保險署積極推動 DRGs 雙軌方案，以醫院為單位進行試辦，早日完成全面導入 DRGs 支付制度。

10.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 115 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。

11.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：

(1)全年經費 1,300 百萬元。

(2)請中央健康保險署確實檢討當地民眾之醫療需求與特性，及其醫療利用情形，並精進計畫內容及提升服務可近性。

12.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(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)請中央健康保險署檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。

13.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 150 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請檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率。
- ②於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。
- ③請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。

14.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)本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。

15.住院整合照護服務試辦計畫：

- (1)全年經費 560 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①請加強計畫之推動，發展提升整體照護成效之整合照護服務模式及評估整合服務成效，並持續建立多元品質監測指標，包括病人安全(如：院內感染、跌倒發生率)、照護聘任模式、照護人力狀況、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標。
 - ②提報之成效評估檢討報告，應含多元品質監測指標監測結果。

16.精神科長效針劑藥費：

- (1)全年經費 2,664 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)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。

17.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。
- (2)請中央健康保險署精進計畫內容，檢討醫院評比獎勵方式及獎勵標準設定之合理性，以利檢討改善。

18.因應長新冠照護衍生費用：

- (1)全年經費 40 百萬元。(擴增藥品給付規定費用由一般服務「藥品及特材給付規定改變」項目支應)
- (2)本項支出如達動支條件，依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。
- (3)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。

19.因應肺癌篩檢疑似陽性個案健保後續費用擴增：

- (1)全年經費 500 百萬元。
- (2)本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務結算。
- (3)本項以 3~5 年為檢討期限，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請最遲於 116 年 7 月前提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

20.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：

- (1)全年經費 2,772 百萬元。
- (2)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。
- (3)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險

會。

- ②本項以3年為檢討期限(112~114年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

21.癌症治療品質改善計畫：

- (1)全年經費414百萬元，本項經費得與西醫基層、牙醫門診總額同項專款相互流用。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。
 - ②請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。
 - ③本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年(115年7月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

22.慢性傳染病照護品質計畫：

- (1)全年經費180百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
- (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，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。
 - ②精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質。
 - ③本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請會同醫

院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年(115年7月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

23.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能：

本項經費用於支付標準補付及加成，與「優化醫療服務品質」及「提升分級醫療推動量能」政策目標不盡相符，爰不編列預算。

24.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能：

本項經費用於支付標準補付及加成，與「優化醫療服務品質」及「提升分級醫療推動量能」政策目標不盡相符，爰不編列預算。

25.社區好醫院-地區醫院家庭責任醫師整合方案(113年新增項目)：

考量西醫基層總額「家庭醫師整合性照護計畫」之家醫群已與地區醫院合作共同提供服務，並支付相關獎勵費用，爰不編列預算。

26.區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113年新增項目)：

考量現行「急診品質提升方案」已提供緊急手術病人之轉出及轉入醫院獎勵費用，爰不編列預算。

27.區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作(113年新增項目)：

本項手術獎勵費用高於現行支付標準，考量支付衡平性，且健保已投入多項經費鼓勵轉診與院所合作，爰不編列預算。

28.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(113年新增項目)：

考量醫院部門並未編列本項預算，且感染管制為醫療院所基本要求，爰不編列預算。

29.抗凝血藥品藥師門診方案(113 年新增項目)：併入「醫療給付改善方案」專款項目處理。

30.品質保證保留款：

(1)全年經費 501.5 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 113 年度品質保證保留款(501.5 百萬元)合併運用(計約 890.2 百萬元)。

(3)請中央健康保險署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.門診透析服務總費用成長率為 3%，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總費用成長率，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。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 1.586%。

3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。

4.請中央健康保險署辦理以下事項：

(1)請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。

(2)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。

(3)鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之具體實施方案請於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(四)前述三項額度經換算，113 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 3.626%。各細項成長率及金額如附表。

醫院代表委員之建議方案：

醫院部門強調續秉持 108 年對非協商因素的主張，即在醫院總額點值未達一點 1 元之前，不應且不得就非協商因素(含醫療服務成本指數改變率；MCPI 預算)以任何附帶決議形式，框定或限定預算的使用。

(一)一般服務成長率為 4.721%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.179%，協商因素成長率 0.542%。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%)：

(1)主張移列專款項目，與暫時性支付(新藥、新特材)合併為新醫療科技((含新藥、新特材、新增診療項目及暫時性支付(新藥、新特材))編列 1,306 百萬元。

(2)另就付費者代表所擬之協定事項：「本項支付之新藥、其 PVA/MEA 還款金額，應納入本項預算財源」表達堅決的反對立場。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①在額度內妥為管理運用，於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規

劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，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對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。

2.藥品及特材給付規定改變(0.270%，預估增加 1,377 百萬元)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。

(2)堅決反對付費者代表所擬之協定事項：「本項支付之新藥、其 PVA/MEA 還款金額，應納入本項預算財源，於公務預算挹注或另有基金財源」。

3.配合醫療器材使用規範，修訂受影響之診療項目支付點數(0%)：

(1)配合健保署方案，編列於促進醫療診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼及 RBRVS)預算，112 年加 113 年計 1,882 百萬元。

(2)相關專款預算已併入 112 年醫院總額一般服務費用結算，爰 113 年於一般服務計列成長率。

4.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(0.003%，預估增加 15 百萬元)：

相關專款預算已併入 112 年醫院總額一般服務費用結算，爰 113 年於一般服務計列成長率。

5.平衡醫院部門實際醫療服務與總額額度落差(點值不平衡調整方案)(0.588%，預估增加 3,000 百萬元)

6.提升醫院兒童急重症照護量能(0%)

7.提升醫院用藥安全與品質方案之 ICU 臨床藥事照護給付(0%)：

維持編列於專款項目，原由醫療給付改善方案獨立出來為 ICU 臨床藥事照護給付，編列 120 百萬元。另，提升醫院用藥安全與品質方案-地區醫院門診及一般門診維持在醫療給付改善方案中。

8.B 型肝炎病毒治療藥費移列專款(-0.317%，預估減少 1,615.3 百萬元)：

(1)原於一般服務執行，移列 1,615.3 百萬元至「病毒性肝炎藥費」專款項目。

(2)針對 B 型肝炎病毒治療藥費應依健保署版原規劃移列專款專用編足經費，解決因所編列預算不足長期由醫院總額一般服務預算補入而壓縮排擠其他醫療服務的不合理現象。

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(-0.002%，預估減少 12.1 百萬元)：

(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 114 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 48,250.4 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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

1.暫時性支付(新藥、新特材)：

- (1)與一般服務預算-新醫療科技(含新藥、新特材及新增診療項目)合併為新醫療科技(含新藥、新特材、新增診療項目及暫時性支付(新藥、新特材)，編列1,306百萬元。
 - (2)堅決反對付費者代表所擬之協定事項：「本項支付之新藥、其 PVA/MEA 還款金額，應納入本項預算財源，於公務預算挹注或另有基金財源」。
- 2.病毒性肝炎藥費：
- (1)全年經費 6,359 百萬元，用於 B 型肝炎及 C 型肝炎治療藥費。
 - (2)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，並於協商 114 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。
- 3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：
- (1)全年經費 15,108 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.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：
- (1)全年經費 5,580 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。

5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

- (1)全年經費 5,208.06 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規劃本項專款項目回歸一般服務，並持續監測服務量變化情形。
 - ②提報之執行情形，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。

6.醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 1,674.1 百萬元。
- (2)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病、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)請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效不佳之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效。

7.提升醫院用藥安全與品質方案-ICU 臨床藥事照護給付：

- (1)全年經費 120 百萬元，由「醫療給付改善方案」專款項下移列。
- (2)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。

8.急診品質提升方案：

- (1)全年經費 300 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①精進方案執行內容，檢討獎勵方式，對實質提升急診處置效率及急診重大疾病照護品質者予以獎勵，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效。

②提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率及急診重大疾病照護品質相關監測指標。

9.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費 210 百萬元。

(2)請中央健康保險署積極推動 DRGs 雙軌方案，以醫院為單位進行試辦，早日完成全面導入 DRGs 支付制度。

10.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 115 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。

11.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 1,300 百萬元。請中央健康保險署檢討計畫之評估指標，新增結果面指標，呈現計畫之具體效益。

12.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(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)請中央健康保險署檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。

13.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請檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率。

②於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。

14.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：

移入一般服務。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。

15.住院整合照護服務試辦計畫：

(1)全年經費 560 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①請加強計畫之推動，發展提升整體照護成效之整合照護服務模式及評估整合服務成效，並持續建立多元品質監測指標，包括病人安全(如：院內感染、跌倒發生率)、照護聘任模式、照護人力狀況、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標。

②提報之成效評估檢討報告，應含多元品質監測指標監測結果。

16.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 2,664 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)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。

17.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。
 - (2)請中央健康保險署精進計畫內容，檢討醫院評比獎勵方式及獎勵標準設定之合理性，以利檢討改善。
- 18.因應長新冠照護衍生費用：
- (1)全年經費 128 百萬元。
 - (2)本項支出如達動支條件，依實際執行情形併入醫院總額一般服務結算。
 - (3)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。
- 19.因應肺癌篩檢疑似陽性個案健保後續費用擴增：
- (1)全年經費 500 百萬元。
 - (2)本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務結算。
- 20.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：
- (1)全年經費 2,790.0 百萬元。
 - (2)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。
 - (3)請中央健康保險署於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。
- 21.癌症治療品質改善計畫：
- (1)全年經費 414 百萬元。
 - (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。
 - ②請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流

效益應適度回饋總額預算。

22.慢性傳染病照護品質計畫：

(1)全年經費 180 百萬元。

(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，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

②精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質。

23.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能：

(1)全年經費 600 百萬元，用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)。

②提出之成效評估檢討報告，應含分級醫療具體成效之結果面指標及監測結果。

(3)執行目標及指標為 113 年優化地區醫院住診、重症及急診照護能力，其護病比不低於 112 年。

24.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能：

(1)全年經費 1,200 百萬元，用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)。

②提出之成效評估檢討報告，應含分級醫療具體成

效之結果面指標及監測結果。

- (3)評核指標以 14 日內再住院率較 112 年比率減少 1% 為目標，公式：14 日內再住院的案件數/出院案件數。

25.地區醫院全人全社區照護計畫(原：社區好醫院-地區醫院家庭責任醫師整合方案)：

- (1)全年經費 500 百萬元。
- (2)執行目標：透過全人全社區照護計畫，接受照護對象能獲得更良善妥適的照護，醫療資源端的使用也更適切、有效率。
- 預期效益之評估指標：接受照護對象，住院次數較 112 年下降 1%。

26.區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作：

- (1)全年經費 81 百萬元。
- (2)執行目標：降低主動脈剝離手術病人轉診至非轄區醫院手術率。
- 預期效益之評估指標：主動脈剝離手術病人轉診至非轄區醫院手術小於 15%，公式：分子為急性 A 型主動脈剝離(I71.03)病人轉診至非分(轄)區醫院且執行 68043B 人數；分母：分(轄)區急性 A 型主動脈剝離(I71.03)總病人數。
- (3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：
- ①於 112 年 12 月前完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)。
- ②以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 5 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

27.區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作：

(1)全年經費 127 百萬元。

(2)執行目標：腦中風經動脈內取栓 33143B 手術病人轉診至非轄區醫院手術比率下降。

預期效益之評估指標：腦中風經動脈內取栓 33143B 手術病人轉診至非轄(分)區醫院手術比率 < 15%

公式：分子:急性缺血性腦中風(I63.9)病人轉診至非分(轄)區醫院且執行 33143B 人數。分母:分(轄)區急性缺血性腦中風(I63.9)總病人數。

(3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：

①於 112 年 12 月前完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)。

②以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 5 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

28.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫：全年經費 0 元。

29.抗凝血藥品藥師門診方案：全年經費 0 元。

30.品質保證保留款：

(1)全年經費 501.5 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 113 年度品質保證保留款(501.5 百萬元)合併運用(計約 890.2 百萬元)。

(3)請中央健康保險署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.門診透析服務總費用成長率為 3%，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總費用成長率，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。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 1.586%。
- 3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。
- 4.請中央健康保險署辦理以下事項：
 - (1)請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。
 - (2)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。

(四)前述三項額度經換算，113 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 4.660%。各細項成長率及金額如附表。

附表 113 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		4.179%	21,325.0	4.179%	21,325.0
投保人口預估成長率		-0.757%		-0.757%	
人口結構改變率		2.034%		2.034%	
醫療服務成本指數改變率		2.940%		2.940%	
協商因素成長率		0.973%	4,964.9	0.542%	2,764.6
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)	0.705%	3,600.0	0.000%	0.0
	藥品及特材給付規定改變	0.270%	1,377.0	0.270%	1,377.0
	配合醫療器材使用規範，修訂受影響之診療項目支付點數(113年新增項目) (*付費者及醫院代表方案列專款項目)	*0.000%	*0.0	*0.000%	*0.0
	腹膜透析追蹤處置費及APD租金 (*付費者代表方案列專款項目)	* -	* -	0.003%	15.0
鼓勵提升品質及促進保險對象健康	平衡醫院部門實際醫療服務與總額額度落差(點值不平衡調整方案) (113年新增項目)	0.000%	0.0	0.588%	3,000.0
	提升醫院兒童急重症照護量能 (113年新增項目)	0.000%	0.0	0.000%	0.0
鼓勵提升品質及促進保險對象健康	「提升醫院用藥安全與品質方案」之ICU臨床藥事照護 (113年新增項目) (*付費者代表方案列專款項目)	* -	* -	* -	* -
	「醫療給付改善方案」專款項目 (*醫院代表方案另立專款項目)				

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 型肝炎病毒治療藥費移列專款	0.000%	0.0	-0.317%	-1,615.3
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	-0.002%	-12.1	-0.002%	-12.1
一般服務成長率 ^{#2}	增加金額	5.152%	26,289.9	4.721%	24,089.6
	總金額		536,580.5		534,381.1
專款項目(全年計畫經費)					
新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) (*付費者代表方案列一般服務)		* -	* -	1,306.0	1,306.0
暫時性支付(新藥、新特材) (*付費者代表方案併入一般服務「新醫療科技」項目) (*醫院代表方案併入「新醫療科技」專款項目)		* -	* -	* -	* -
C 型肝炎藥費 (*醫院代表方案本項名稱修正為病毒性肝炎藥費)		2,224.0	-1,204.0	6,359.0	2,931.0
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材		15,108.0	1,165.0	15,108.0	1,165.0
後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費		5,580.0	323.0	5,580.0	323.0
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質		5,208.06	0.0	5,208.06	0.0
醫療給付改善方案		1,693.4	50.0	1,674.1	30.7
「提升醫院用藥安全與品質方案」之 ICU 臨床藥事照護(113 年新增項目) (*付費者代表方案編列於「醫療給付改善方案」專款項目)		* 0.0	* -	120.0	120.0
急診品質提升方案		300.0	0.0	300.0	0.0
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		115.0	15.0	115.0	15.0

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)
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,300.0	200.0	1,300.0	200.0
鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	0.0	224.7	0.0
網路頻寬補助費用	150.0	-50.0	200.0	0.0
腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(*醫院代表方案列一般服務)	15.0	0.0	*0	*-15.0
住院整合照護服務試辦計畫	560.0	0.0	560.0	0.0
精神科長效針劑藥費	2,664.0	0.0	2,664.0	0.0
鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	300.0	0.0	300.0	0.0
因應長新冠照護衍生費用	40.0	0.0	128.0	88.0
因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增	500.0	-500.0	500.0	-500.0
促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)	2,772.0	772.0	2,790.0	790.0
癌症治療品質改善計畫	414.0	12.0	414.0	12.0
慢性傳染病照護品質計畫	180.0	0.0	180.0	0.0
持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	0.0	-500.0	600.0	100.0
健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	0.0	-1,000.0	1,200.0	200.0
社區好醫院-地區醫院家庭責任醫師整合方案(113 年新增項目)	0.0	0.0	500.0	500.0
區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113 年新增項目)	0.0	0.0	81.0	81.0
區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作(113 年新增項目)	0.0	0.0	127.0	127.0
抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(113 年新增項目)	0.0	0.0	0.0	0.0
抗凝血藥品藥師門診方案(113 年新增項目) (*付費者代表方案併入「醫療給付改善方案」專款項目)	* -	* -	0.0	0.0

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)
品質保證保留款		501.5	-473.8	501.5	-473.8
專款金額		40,059.7	-1,190.8	48,250.4	6,999.9
較基期成長率(一般服務+專款) ^{註3}	增加金額	3.713%	25,099.1	4.791%	31,089.5
	總金額		576,640.2		582,631.5
門診透析服務成長率	增加金額	1.586%	374.5	1.586%	374.5
	總金額		23,987.5		23,987.5
較基期成長率(一般服務+專款+門診透析) ^{註4}	增加金額	3.626%	25,473.6	4.660%	31,464.0
	總金額		600,627.6		606,619.0

註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，113 年度總額之基期(採淨值)，係以 112 年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「111 年未導入預算扣減」部分。

2.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 510,290.3 百萬元(含 112 年一般服務費用為 514,745.5 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-4,466.5 百萬元、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 11.4 百萬元，未有需扣除 111 年未導入預算)。

3.計算「較 113 年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 555,995.9 百萬元，其中一般服務預算為 514,745.5 百萬元(112 年度健保醫療給付費用公告金額為 514,745.5 百萬元，未有需扣除 111 年未導入預算)，專款為 41,250.5 百萬元。

4.計算「較 113 年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為 579,608.9 百萬元，其中一般服務預算為 514,745.5 百萬元(112 年度健保醫療給付費用公告金額為 514,745.5 百萬元，未有需扣除 111 年未導入預算)，專款為 41,250.5 百萬元，門診透析為 23,613.0 百萬元。

5.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。

113 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：

- 113 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 112 年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+113 年度一般服務成長率)+113 年度專款項目經費+113 年度西醫基層門診透析服務費用
- 113 年度西醫基層門診透析服務費用＝112 年度西醫基層門診透析服務費用×(1+113 年度成長率)

註：校正後 112 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 112 年第 7 次委員會議決定，校正投保人口預估成長率差值、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，及扣除「111 年未導入預算扣減」部分。

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建議方案當中各提一案，報請主管機關決定。

付費者代表委員之建議方案：

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 113 年 7 月前提報執行情形，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)；實施成效納入 114 年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 3.704%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.517%，協商因素成長率 0.187%。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)(0.176%，預估增加 224 百萬元)：

(1)含暫時性支付新藥 7 百萬元，其 PVA(價量協議)或 MEA(藥品給付管理合約)還款金額，應納入本項預算財源，並於公務預算挹注或另有基金財源後退場。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①在額度內妥為管理運用，於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程(含暫時性支付之執行及費用支付方式、預算估算、擬暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，並於 114 年度總額協商前，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對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。

③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；並請於 113 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及暫時性支付之申報費用/點數)。

④歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於給付新醫療科技，並請於 114 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

2.藥品及特材給付規定改變(0.060%，預估增加 76 百萬元)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支

應。於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 114 年度總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。

(2)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；並請於 113 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。

(3)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並請於 114 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

3.配合分級醫療，調高診察費(0%)：

(1)本項屬支付標準之調整，考量「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算已編列因應成本變動所需預算，爰不新增預算。

(2)請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，優先由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

4.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(0%)：

(1)本項屬支付標準之調整，考量「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算已編列因應成本變動所需預算，爰不新增預算。

(2)請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，優先由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

5.強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護(0%)：

- (1)本項屬支付標準之調整，考量「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算已編列因應成本變動所需預算，爰不新增預算。
 - (2)請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，優先由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。
- 6.強化高齡人口之基層醫療照護(0%)：
- 本項屬支付標準之調整，考量現行 75 歲以上長者診察費已加計 7.5%，且應以民眾醫療需求為導向，提出有別於現行且具有價值之醫療服務內容，爰不新增預算。
- 7.因應高血壓指引修正，所增加之醫療服務密集度(0%)：
- 本項所提之國際指引修正，國內是否連動修正，尚需審慎評估，且考量目前加強推動之「代謝症候群防治計畫」，旨在降低高血壓、糖尿病等發生率，且早期發現血壓偏高患者應優先調整其生活型態，不必然需要用藥治療，爰不新增預算。
- 8.因醫療品質提升，增加之醫療費用(0%)：
- 本項不新增預算，請先檢討「代謝症候群防治計畫」之檢驗(查)使用情形及必要性。
- 9.提升國人視力照護品質(0%)：
- 本項不新增預算，請先檢討放寬白內障手術規範後，案件成長之合理性，及監測照護成效與民眾自費情形，並加強執行面管理與監督。
- 10.B 型肝炎病毒治療藥費移列專款(0%)：
- 考量現行 B 型肝炎病人已於一般服務穩定提供治療用藥，尚無移列專款項目之必要，應維持於一般服務支

應，故本項不移列專款。

11.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.049%，減少 62.1 百萬元)：

(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 114 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 9,745.9 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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)：

考量「新醫療科技」既有項目大多具有替代效應，不易切割，爰維持於一般服務支應，故本項不編列預算。

2.暫時性支付：

併入一般服務項目「新醫療科技」支應，故本項不編列專款。

3.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)本項維持原支付方式，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)請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與計畫。

4.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建議依論質計酬模式，建立照護指引及訂定相應之品質指標，以提升照護成效。

- ②持續檢討計畫成效，提出朝全人照護方向整合之具體規劃、實施方案(含實施期程、目標、與相關計畫整合方式，以及導入一般服務之評估規劃)，並於 113 年 7 月前提報專案報告。

5.代謝症候群防治計畫：

(1)全年經費 616 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①積極建立成人健檢個案轉介及資源共享之派案機制，鼓勵醫師參與，加強計畫推動。
- ②滾動式檢討計畫內容，以改變民眾生活習慣為推動方向，檢討擴增收案人數上限合理性，以及現行檢驗(查)使用情形及必要性，監測計畫成效，並與家庭醫師整合性照護計畫及糖尿病醫療給付改善方案之相關指標、費用及效益進行分析比較。
- ③於 113 年 7 月前提報執行情形及成效評估檢討之專案報告。

6.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，並於協商 114 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。

7.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 900.3 百萬元。

(2)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、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)請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效不佳之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效。

(4)對於執行穩定且具成效的項目，宜回歸一般服務費用與相關醫療處置銜接。

8.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

(1)全年經費 1,320 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①提出規劃調整開放之項目與作業時程。

②建立評估機制，檢討各開放項目執行差異因素及其適當性，對於執行占率較高、有助病人留在基層就醫之開放品項，應規劃導入一般服務之時程。

(3)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務費用結算。

9.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(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)請中央健康保險署檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。

10.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，研訂以服務成效為支付及獎勵指標，並鼓勵醫師積極參與及投入外

部醫療資源。

11.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討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

12.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

- (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討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

13.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費用結算。
- (3)請中央健康保險署檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

14.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費用結算。

15.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 223 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請檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結

果與檢查影像上傳率。

②於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。

③請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。

16.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)請中央健康保險署加強計畫推動，並持續監測醫療利用情形與照護成效。

17.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 100 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)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。

18.因應長新冠照護衍生費用：

(1)全年經費 10 百萬元。

(2)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。

(3)本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

19.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：

(1)全年經費 1,213.6 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、

執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。

②本項以3年為檢討期限(112~114年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

(3)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

20.癌症治療品質改善計畫：

(1)全年經費 93 百萬元，本項經費得與醫院、牙醫門診總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。

②請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

③本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請會同西醫基層總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年(115年7月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

21.慢性傳染病照護品質計畫：

(1)全年經費 20 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於額度內妥為管理運用，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

- ②精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質。
- ③本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同西醫基層總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年(115 年 7 月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

22.品質保證保留款：

- (1)全年經費 126.2 百萬元。
- (2)原 106 年度一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 113 年度品質保證保留款(126.2 百萬元)合併運用(計 231.4 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署積極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.門診透析服務總費用成長率為 3%，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總費用成長率，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。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為 4.587%。
- 3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一

般服務。

4.請中央健康保險署辦理以下事項：

- (1)請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。
 - (2)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。
 - (3)鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之具體實施方案請於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
- (四)前述三項額度經換算，113 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 3.066%。各細項成長率及金額如附表。

西醫基層代表委員之建議方案：

- (一)一般服務成長率為 5.464%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.517%，協商因素成長率 1.947%。
- 1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0%)：建議移列專款。
 - 2.藥品及特材給付規定改變(0.157%，預估增加 200 百萬元)：
 - (1)因修正時程及民眾需求性，財務往往有遞延效應，如需扣減未導入或剩餘預算，建議應有預算不足之回補機制。
 - (2)如需執行預算扣減規劃，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年增編預算。
 - 3.配合分級醫療，調高診察費(0.096%，預估增加 122.5 百萬元)：
 - (1)分級醫療是重要政策，應延續 112 年度持續編列。

- (2)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。
- 4.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(0.517%，預估增加 659.3 百萬元)：
- (1)執行目標與預期效益之評估指標：需視執行情形再與中央健康保險署研擬執行目標。
- (2)本項預算以 5 年編列為目標，以朝提高護理人力薪資、維持基層護理人力為中心。
- (3)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。
- (4)如需執行預算扣減規劃，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年增編預算。
- 5.強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護(0.096%，預估增加 122.5 百萬元)(113 年新增項目)：
- (1)執行目標：本會成立研議「強化基層醫師提升兒(少)虐辨識與通報」小組。
- 預期效益之評估指標：於本會「醫療安全暨品質研討系列」與醫事司或相關團體合作辦理全國性「兒(少)虐通報之醫事人員教育訓練課程」至少 1 場。
- (2)現行兒童醫療照護量能持續萎縮中，要保護其服務量能，本項強調「人文關懷」與「保障兒童的醫療需求得到足夠的照護」。
- (3)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。
- (4)如需執行預算扣減規劃，請中央健康保險署會同西

醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年增編預算。

6. 強化高齡人口之基層醫療照護(0.359%，預估增加 458.2 百萬元)(113 年新增項目)：

(1) 執行目標：強化高齡照顧，其可避免住院率及急診率，較現有比率降低百分之 2。[相關數據計算請中央健康保險署提供]。

預期效益之評估指標：降低「可避免住院率」及「可避免急診率」。

(2) 不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

(3) 如需執行預算扣減規劃，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年增編預算。

7. 因應高血壓指引修正，所增加之醫療服務密集度(0.141%，預估增加 180 百萬元)(113 年新增項目)：

(1) 執行目標：以新發現高血壓且照護病人為目標，新增醫療費用約 4.21 億元(註)，但囿於成長率上限 4.7%，本項醫療費用僅增加編列 180 百萬元。

預期效益之評估指標：執行預算。

註：

① 參考健保署統計 2021 年高血壓性疾病就醫人數為 272.5 萬人，醫療費用約 263.4 億元。

② 以盛行率增加 40% 計算，將「增加醫療費用」約 105.3 億元。

③ 再以醫院與基層高血壓照護占比約 6：4，換算西醫基層約 42.19 億點。建議預算可分 10 年編列，1 年增加 4.21 億元。

- ④因高血壓民眾「病識感」不高，無法立竿見影。西醫基層會非常努力，加強診斷，並先給與非藥物治療、強化健康促進的生活，窮盡一切非藥物治療都沒有辦法改善，才給予藥物治療。但過程中仍會增加醫療利用(診察費等)。
- (2)如需執行預算扣減規劃，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年增編預算。
- (3)檢附參考資料 1。
- 8.因醫療品質提升，增加之醫療費用(0.395%，預估增加 504 百萬元)(113 年新增項目)：
- (1)執行目標：提高收案對象「代謝症候群改善率」。
- 預期效益之評估指標：同代謝症候群防治計畫中之「代謝症候群改善率」指標定義。
- (2)透過定期追蹤的檢驗(查)數值，醫病雙方可以掌握健康進步的狀態，進而調整健康管理的方法。
- (3)目前追蹤管理及年度評估的檢驗(查)，都是由一般服務預算支應，並沒有用到專款預算，當收案人數增加，就會提高醫療服務的密集度。
- 9.提升國人視力照護品質(0.235%，預估增加 300 百萬元)：
- (1)執行目標：依核定預算換算目標值。
- 預期效益之評估指標：每月申報超過 40 件以上白內障手術之醫師，其「VPN 登錄率」大於 90%。
- (2)中央健康保險署僅以手術量來推估 112 年費用不足 155.5 百萬元，但其未將「疫情期間的醫療需求遞延效應」納入考量。
- (3)如需執行預算扣減規劃，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行。

(4)檢附參考資料 2。

10.B 型肝炎病毒治療藥費移列專款(0%)：維持於一般服務執行。

11.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.049%，減列 62.1 百萬元)：本項不列入 114 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 10,096.3 百萬元。

1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)：

(1)全年經費 234 百萬元。

(2)新醫療科技移列專款的優點：

①不影響民眾就醫權益(用藥、診療等)。

②專款預算未導入部分不需扣減基期，直接回歸安全準備金。

③有效監控新醫療科技使用情形。

2.暫時性支付(包括新增診療項目、新藥及新特材等)：

(1)全年經費 0 百萬元。

(2)建議編列於專款項目新醫療科技。

3.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 317.1 百萬元。

(2)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(3)巡迴計畫之預算支用範圍，建議修正與醫院一致，包含醫院及診所執行本方案產生之「診察費加成，巡迴醫療服務醫師、護理人員、藥事人員之報酬、診察及診療費用點值最高補至 1 元之費用及執行本方案產生之醫療費用」。

4.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 4,248 百萬元。

(2)持續與中央健康保險署研擬，執行「大家醫計畫」

逐步整合各項疾病照護計畫與家醫會員之聯結。

5.代謝症候群防治計畫：

(1)全年經費 616 百萬元。

(2)持續與國民健康署滾動式檢討、精進照護內容。

6.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 292 百萬元。

(2)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。

7.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 900.3 百萬元。

(2)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、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。

8.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

(1)全年經費 1,320 百萬元。

(2)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務費用結算。

9.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(1)全年經費 258 百萬元。

(2)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。

10.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。

11.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。

(2)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。

- 12.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：
- (1)全年經費 30 百萬元。
 - (2)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。
- 13.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費用結算。
- 14.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費用結算。
- 15.網路頻寬補助費用：
- (1)全年經費 253 百萬元。
 - (2)經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
 - (3)考量醫事機構與健保資料及政策推廣之緊密性及數據傳輸之便利性，且中央健康保險署每年大力要求醫事機構上傳檢驗(查)結果及醫療檢查影像等，持續提出各項資訊更新政策規劃，如醫療費用申報格式改版、健保卡資料上傳格式改版(就醫識別碼)、電子處方箋等，都加劇網路頻寬速度升級的需求。建議持續補助並延長執行期間至少 5 年。
- 16.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫：全年經費 9.7 百萬元。
- 17.精神科長效針劑藥費：
- (1)全年經費 100 百萬元。
 - (2)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。

- 18.因應長新冠照護衍生費用：全年經費 10 百萬元。
- 19.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：全年經費 1,000 百萬元。
- 20.癌症治療品質改善計畫：
 - (1)全年經費 93 百萬元。
 - (2)本項經費得與醫院、牙醫門診總額同項專款相互流用。
- 21.慢性傳染病照護品質計畫：
 - (1)全年經費 20 百萬元。
 - (2)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。
- 22.品質保證保留款：
 - (1)全年經費 126.2 百萬元。
 - (2)原 106 年度一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 113 年品質保證保留款(126.2 百萬元)合併運用(計 231.4 百萬元)。

(三)門診透析服務：

- 1.門診透析服務總費用成長率為 3%，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總費用成長率，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。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為 4.587%。
- 3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一

般服務。

4.請中央健康保險署辦理以下事項：

- (1)請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。
 - (2)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。
 - (3)鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之具體實施方案請於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
- (四)前述三項額度經換算，113 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 4.697%。各細項成長率及金額如附表。

附表 113 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	3.517%	4,482.9	3.517%	4,482.9	
投保人口預估成長率	-0.757%		-0.757%		
人口結構改變率	1.470%		1.470%		
醫療服務成本指數改變率	2.837%		2.837%		
協商因素成長率	0.187%	237.9	1.947%	2,484.4	
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) (*西醫基層代表方案列專款項目)	0.176%	224.0	* -	* -
	藥品及特材給付規定改變	0.060%	76.0	0.157%	200.0
	配合分級醫療，調高診察費	0.000%	0.0	0.096%	122.5
	因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費	0.000%	0.0	0.517%	659.3
	強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護 (113年新增項目)	0.000%	0.0	0.096%	122.5
	強化高齡人口之基層醫療照護 (113年新增項目)	0.000%	0.0	0.359%	458.2
	因應高血壓指引修正，所增加之醫療服務密集度 (113年新增項目)	0.000%	0.0	0.141%	180.0
	因醫療品質提升，增加之醫療費用 (113年新增項目)	0.000%	0.0	0.395%	504.0

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)	
		提升國人視力照護品質	0.000%	0.0	0.235%	300.0
		B型肝炎病毒治療藥費移列專款(113年新增項目)	0.000%	0.0	0.000%	0.0
	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	-0.049%	-62.1	-0.049%	-62.1
一般服務成長率 ^{#2}	增加金額		3.704%	4,720.8	5.464%	6,967.3
	總金額			132,186.3		134,429.7

專款項目(全年計畫經費)

新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) (*付費者代表方案列一般服務)	* -	* -	234.0	234.0
暫時性支付 (*付費者及西醫基層代表方案併入「新醫療科技」)	* -	* -	* -	* -
西醫醫療資源不足地區改善方案	317.1	0.0	317.1	0.0
家庭醫師整合性照護計畫	3,948.0	0.0	4,248.0	300.0
代謝症候群防治計畫	616.0	0.0	616.0	0.0
C型肝炎藥費	292.0	0.0	292.0	0.0
醫療給付改善方案	900.3	0.0	900.3	0.0
強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,320.0	0.0	1,320.0	0.0
鼓勵院所建立轉診合作機制	258.0	0.0	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	0.0	30.0	0.0
後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	30.0	0.0	30.0	0.0
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

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)
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	223.0	-30.0	253.0	0.0
提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	9.7	0.0	9.7	0.0
精神科長效針劑藥費	100.0	0.0	100.0	0.0
因應長新冠照護衍生費用	10.0	0.0	10.0	0.0
促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)	1,213.6	213.6	1,000.0	0.0
癌症治療品質改善計畫	93.0	-22.0	93.0	-22.0
慢性傳染病照護品質計畫	20.0	0.0	20.0	0.0
品質保證保留款	126.2	1.9	126.2	1.9
專款金額	9,745.9	163.5	10,096.3	513.9
較基期成長率(一般服務+專款)^{註3}	增加金額	4,884.3	4.714%	7,481.2
	總金額	2.834%		141,932.2
門診透析服務成長率	增加金額	965.2	4.587%	965.2
	總金額	4.587%		22,007.8
較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)^{註4}	增加金額	5,849.6	4.697%	8,446.5
	總金額	3.066%		163,940.0

- 註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，113 年度總額之基期(採淨值)，係以 112 年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「111 年未導入預算扣減」部分。
- 2.計算「一般服務成長率」，所採基期費用為 127,465.0 百萬元(含 112 年一般服務預算為 128,629.3 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-1,124.3 百萬元、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 151.7 百萬元與扣除 111 年度新醫療科技未導入金額 191.7 百萬元)。
- 3.計算「較 113 年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 138,020.1 百萬元，其中一般服務預算為 128,437.7 百萬元(112 年度健保醫療給付費用公告金額為 128,629.3 百萬元，扣除 111 年度新醫療科技未導入金額 191.7 百萬元)，專款為 9,582.4 百萬元。
- 4.計算「較 113 年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為 159,062.7 百萬元，其中一般服務預算為 128,437.7 百萬元(112 年度健保醫療給付費用公告金額為 128,629.3 百萬元，扣除 111 年度新醫療科技未導入金額 191.7 百萬元)，專款為 9,582.4 百萬元，門診透析為 21,042.6 百萬元。
- 5.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。

「因應高血壓指引修正，所增加醫療服務密集度」

高血壓是死亡風險因子第一名的疾病，值得吾人多投資經費！
尤其台灣國民平均餘命偏低。落後日本、新加坡、韓國等國。

2023.8.4 大岡山醫療群邀請義大醫院內科部何立鈞教學副部長演講「2022 台灣高血壓治療指引」，首先引用 WHO 資料，顯示全球死亡危險因子第一名是高血壓，其次才是抽菸、糖尿病、空氣污染、肥胖...可見控制血壓的重要性。

醫療服務提供者應盡可能找出高血壓病人，努力衛教病人接受治療（因高血壓是一種沒有症狀的沉默殺手）；執行國家政策者應該投予足夠經費，來改善高血壓防治，否則無法改善台灣國民「平均餘命」在日本和亞洲四小龍之間敬陪末座。

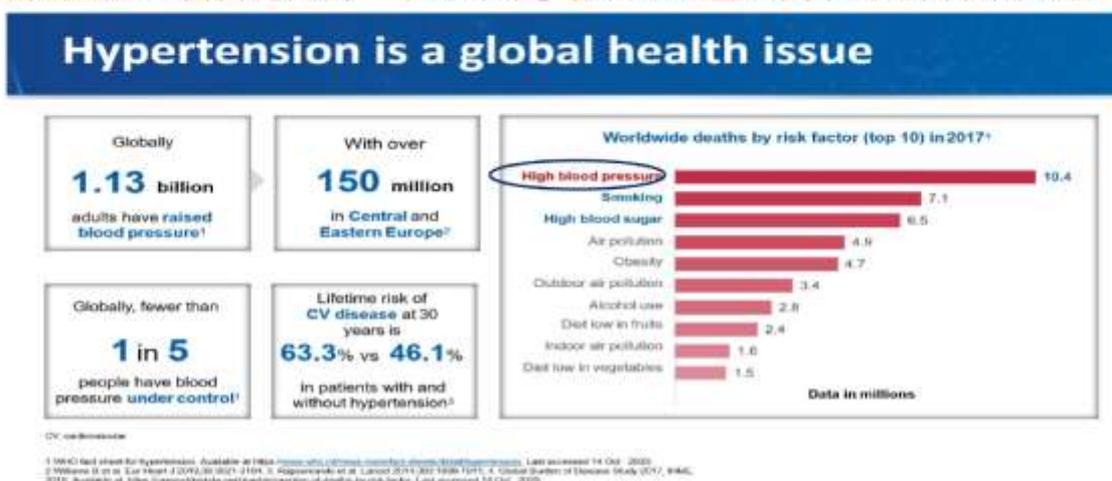


圖 1 WHO 的資料，顯示世界上死亡危險因子第一名是高血壓

<台灣本土資料>

2020.6.5 高雄縣醫師公會林誓揚常務理事到大岡山醫療群演講「慢性病管理之高血壓」，提及台灣大學公衛學院與國健署合作執行「台灣地區歸因於可介入危險因子之主要疾病死亡負擔」研究，利用台灣本土健康資料庫，包括國民健康訪問調查、台灣三高盛行率調查、國民營養健康狀況變遷調查等，及環保署空氣品質測站資料，整合臺灣死因統計資料，評估生活型態、代謝、環境、感染因子對國人死亡影響，分析結果顯示，高血糖、吸菸與高血壓高居國人健康危險因子的前三位。高血壓必須加強防治。

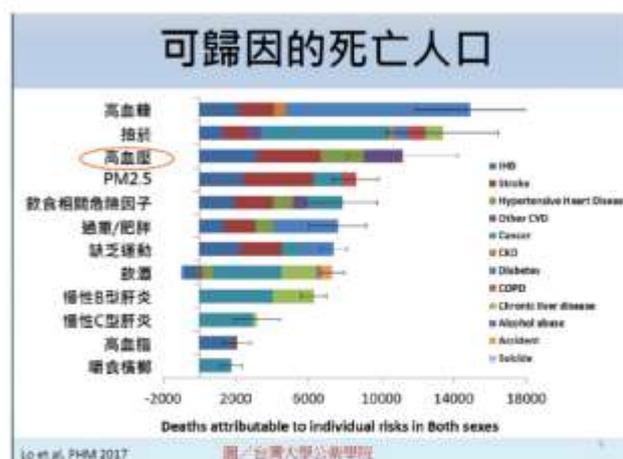


圖 2 台大公衛與國健署研究顯示，高血糖、吸菸與高血壓高居國人健康危險因子前三位

台灣高血壓的病人，有沒有得到適當的治療？ 若只有 20% 得到治療，需不需要投資經費努力改善？

何立鈞副部長引用 2021 年 Lancet 資料，顯示高血壓病人，只有五分之一達到良好的控制，其他五分之四，多數不知道自己患有高血壓，只有少數知道自己患有高血壓卻沒有接受治療，約五分之一有接受治療但沒有得到良好控制。這樣的後果易導致高血壓後端的心臟衰竭、心肌梗塞、主動脈剝離、腦中風、慢性腎臟病、糖尿病共病等盛行率大增，就會導致台灣平均餘命偏低。這個資料顯示一定要加強高血壓的診斷、衛教、治療。政策面更需投注更多的關注和經費，要國家醫療政策的領導人，決策核心，有此深刻體認，才能大幅改善。

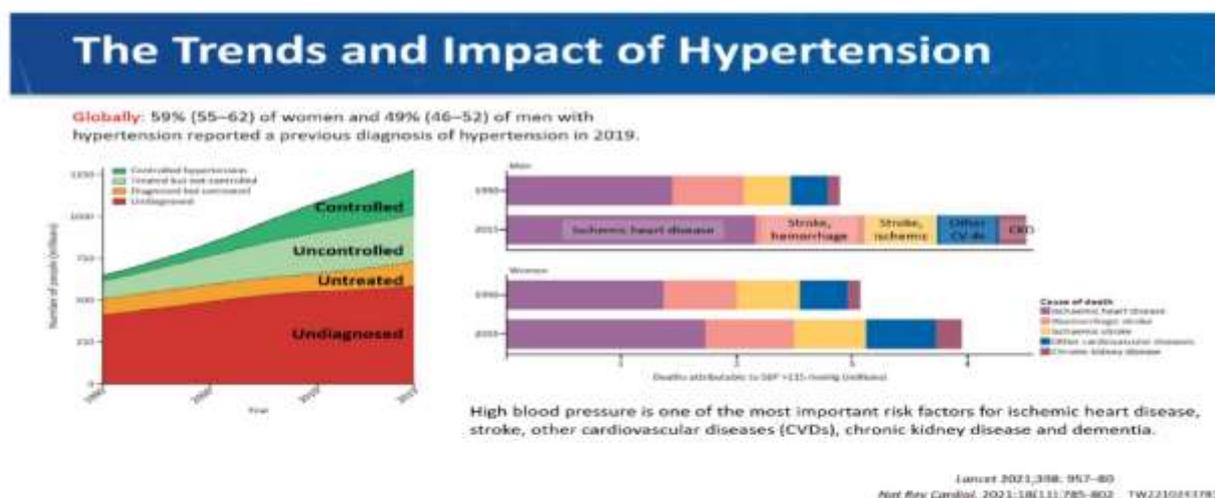


圖 3 Lancet 資料顯示高血壓的病人，只有五分之一達到良好的控制，尚有許多努力的空間。

<台灣本土資料>

高雄縣醫師公會林誓揚常務理事強調高血壓的治療，在台灣有一半以上是沒有得到適當的治療，或是完全沒有治療，如此會導致許多的併發症、後遺症，嚴重傷害國民健康，這就是我們衛福部、健保署、醫界要共同努力的地方。

台灣高血壓良好控制比例，只有 30-40%！需多加強診斷、非藥物治療、藥物治療！

高血壓之自知率及控制率

表 2 20 歲以上民眾高血壓之自知率及控制率

項目	年齡層	男	女	合計
		%	%	%
自知率	20-39 歲	24.6	57.5	34.2
	40-64 歲	70.3	80.4	74.2
	65 歲以上	79.1	82.1	80.7
控制率	20-39 歲	18.2	35.3	23.2
	40-64 歲	45.3	50.6	50.9
	65 歲以上	56.7	59.1	57.9

資料來源：2013-2015 年國民營養健康狀況變遷調查

自知率定義：

控制率定義：分子：體檢值血壓控制者在相應 <140mmHg 及舒張壓 <90mmHg。

分母：體檢值收縮壓 ≥140mmHg 或舒張壓 ≥90mmHg 或問卷調查回答有服用降血壓藥物或曾經醫師診斷有高血壓者

- ▶ 三分之一患者不自覺有高血壓
- ▶ 已知高血壓患者良好控制:30-40%

圖 4 高血壓良好控制比例，只有 30-40%，尚有許多努力空間

十大死因第六名高血壓，可能嚴重低估！
高血壓直接、間接造成的死亡，和癌症一樣的可怕。

何立鈞副部長提到，一般人比較少知道死亡診斷書的「死亡原因」如何決定。假設有人長期高血壓控制不佳，甚至沒有治療，引起出血性腦中風，最後心肺衰竭死亡，那死亡原因應該要寫**最起始的病因~高血壓**。但有部份醫院的醫師，因不了解病人數十年疾病過程，他只觀察到住院的情況，認為是出血性腦中風導致死亡，那死亡原因就是出血性腦中風。甚至有的醫師只在急診見病人一面，就寫心肺衰竭死亡，以致**死亡原因高血壓常被低估**。高血壓雖是我們十大死因第六名，但十大死因第二名心臟疾病，和第四名腦血管疾病，也可能是因高血壓引起，**高血壓才是許多死亡原因真正根源**，醫師如果沒有正確瞭解最起始疾病，「死亡原因」高血壓就會被低估，所以控制血壓真的很重要。

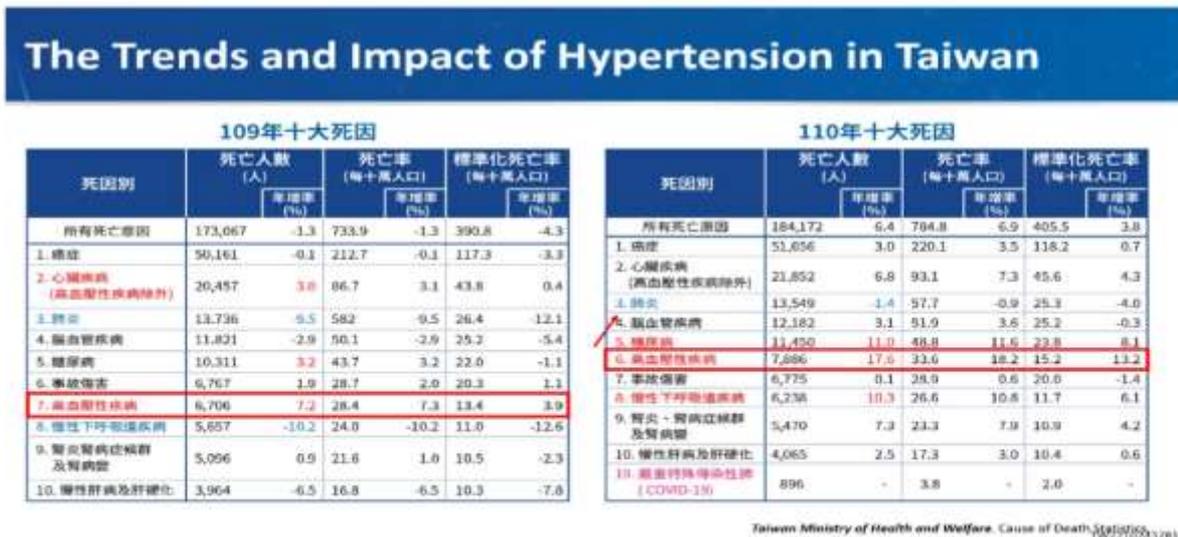


圖 5 高血壓常常是心臟疾病、腦血管疾病的根源

「WHO」資料顯示「全球死亡危險因子第一名是高血壓」，如果台灣做的不夠好，國民壽命就會輸給韓國。要迎頭趕上，**一定要投資經費於高血壓的診斷和治療。**

Lancet 顯示只有五分之一高血壓得到治療。台灣官方資料高血壓有 30-40% 得到治療，**更顯示我們應該大力的推廣&「投資經費」於高血壓的診斷和治療。**

第三頁指出高血壓是許多共病根源，如果最基礎的高血壓治療不理想，導致後端的腦中風、心肌梗塞等慢性病的照護品質不好。現在醫學非常重視「可避免死亡率」以及「HAQ」(Healthcare Access & Quality Index)，Lancet 評比台灣慢性病照顧不佳，改善高血壓治療，台灣慢性病照顧成績應該會得到長足的進步。

高血壓改善後(要讓高血壓者「都」知道自己有高血壓，先非藥物治療、不得已才藥物治療)，國民會少中風、少心肌梗塞，少腎臟硬化而洗腎等，會活的更健康，活得更久，減少不健康的餘命(7-8 年)，這就是我們的目的。

真正落實健保法第 1 條:為增進全體國民健康，辦理全民健康保險。

綜上，懇請健保署、健保會諸委員大力支持 113 年總額成長率協商項目:「因應高血壓指引修正，所增加醫療服務密集度」，台灣民眾健康甚幸！



圖 8 2022 台灣高血壓治療指引

附錄:計算參考: 美國在 2017 年修改高血壓臨床指引，將標準下修到 130/80 mmHg。台灣直到 2022 年 5 月才跟進，正式將高血壓標準從 140/90 調降至 130/80 mmHg。

- (1)高醫蘇河名教授 2022 年研究，以台灣生物資料庫分析，如新的定義 130/80 分析，國人罹患高血壓人數將增加 15.5%，扣除人口結構改變率 1.47%，增加 14%。國健署統計 18 歲以上高血壓盛行率 26%，增加 14%盛行率將增加為 40%。增加高血壓人數為原來 26%「再」增加 14%，台灣資料增加比例為 $14/26=54\%$ 。
- (2) 陽明醫學院陳震寰院長 2019 研究:根據新的高血壓定義 (130/80)，台灣男性高血壓罹病率為 48.7%，女性 30.7%；相較舊定義，男、女性增加 18.8%、9.4%。
- (3)2017 年美國將高血壓標準從 140/90 下修到 130/80，罹患率上升 13.7%，估計比原來的高血壓人口增加 42.9%。(資料自 J Am Coll Cardiol. 2018; 71(2):109-18.)
- (4)110 年全國高血壓性疾病醫療費用 263.41 億點*(約略增)40%，約增加 105.49 億點。
- (5)再以醫院與基層高血壓照護占比約 6：4，換算西醫基層約 42.19 億點。
- (6)因應高血壓民眾「病識感」不高，無法立竿見影。西醫基層診所會非常努力，希望 10 年內可以達成目標，建議分 10 年編列，1 年增加 4.21 億點來照顧民眾健康。

執行方式

1. 當然全聯會一定得多舉辦高血壓學術研討會，例如每個月都有一個禮拜六，會舉辦全國大型醫療品質學術演講，安排傑出的講師，完善精美的講義，一定可以讓所有的基層醫師體察到高血壓的診斷不足，有許多人不知道他有高血壓，要加強我們的診斷能力，並先給與**非藥物治療**，窮盡一切非藥物治療沒有辦法，才給予藥物治療。
2. 家醫照護計畫和代謝症候群防治計劃等許多計畫，也可以要求高血壓的診斷和治療品質。有許多可以努力的目標。
3. 「台灣醫界雜誌」可以多多邀稿～有關高血壓的診斷、治療，強調**非藥物治療**，讓基層醫師知道高血壓的診斷標準有下修，以減少高血壓後端的心臟衰竭、心肌梗塞、主動脈剝離、腦中風、慢性腎臟病、糖尿病共病等併發症，期提高台灣平均餘命。
4. 台灣醫界雜誌最後面「醫師繼續再教育」通訊學分，也可以加強這方面要求。目前每個月大概有 6000 位醫師有藉由台灣醫界雜誌「醫師繼續再教育」通訊測驗拿到學分~至少醫師會員們一定會很用心研讀這些高血壓學術文章。

提升國人視力照護品質

1. 因應人口老化，白內障手術量逐年成長

首先，戰後嬰兒潮出生者(1946~1964 年)開始進入白內障的發生期，增加的人數以前並未詳細估算。

	出生世代	人口數
99 年 55-74 歲人口	1936-1954	3,985,546
109 年 55-74 歲人口	1946-1964	5,850,105

※戰後嬰兒潮出生的 55-74 歲人口(出生年 1946-1964)，人口增加(585 萬)為 10 年前出生之同年齡層 398 萬人 1.5 倍。

且白內障手術成長率遠高於非協商因素的人口結構改變率。自 102 年至 108 年白內障手術量成長介於 3.1%至 8.0% (108 年)，109 年若排除新冠疫情影響，手術量推估達 153 千件，較 108 年增加 12 千件(下圖)。自 111 年起，因應放寬原有「限 40 例」之規定，即取消事前送審規定，爰編列 1.2 億預算因應。



2. 112 年白內障手術量及醫療支出高於預期

依據健保署統計 112 年上半年手術量超出 5226 件，以平均每件白內障手術 30000 元計算，全年費用不足 313.6 百萬元 (超出 5266 件×30000 元×2=313.6 百萬元)。[白內障手術為論病例計酬保障每點 1 元]

112 年各區點值受疫情嚴重影響大幅滑落，卻仍需補足白內障手術超量每點 1 元。

以台北區為例，112 年上半年手術量超出 1847 件，全年費用不足 110.8 百萬元（超出 1847 件×30000 元×2=110.8 百萬元）。

台北區平均點值六區最低（第一季 0.9382；第二季 0.8791），還需補足手術費用不足 1 元金額共 5.1 百萬元，全年 10.2 百萬元。

★全國西醫基層 112 年上半年白內障手術案件申報與 110、111 年同期比較

項目	申報件數			112 上半年成長情形		112 年分配預算推估				
	110 上半年 A	111 上半年 B	112 上半年 C	111 上半年	110 上半年	110 年 各區申報 件數 (基期)	111 年 各區估計 可成長 件數 ^{註1}	112 年		
				成長率 C/B-1	成長率 C/A-1			各區全年 估計分配 件數 E ^{註2}	平均 半年分配 件數 F=E/2	超出半 年分配 件數 C-F
臺北	15,669	18,558	19,509	5.1%	24.5%	33,252	1,320	35,323	17,662	1,847
北區	8,144	9,653	10,278	6.5%	26.2%	17,700	600	18,697	9,349	929
中區	13,240	14,545	15,527	6.8%	17.3%	27,240	760	28,608	14,304	1,223
南區	12,115	12,318	13,460	9.3%	11.1%	24,328	600	25,469	12,735	725
高屏	14,359	14,943	15,841	6.0%	10.3%	29,579	640	30,875	15,438	403
東區	930	983	1,061	7.9%	14.1%	1,803	80	1,924	962	99
合計	64,457	71,000	75,676	6.6%	17.4%	133,902	4,000	140,896	70,450	5,226

註1：111 年西基總額分配一般服務新增項目「提升國人視力照護品質」計 1 億 2,000 萬元，以一般服務預算占率推估各區成長件數(資料來源：全聯會提供)。

註2：112 年各區估計分配件數=(110 年各區申報件數+111 年各區估計可成長件數)×(1+112 年一般服務預算成長率 2.172%)。

註3：資料擷取時間：112 年 8 月 16 日。

3. 113 年協商項目「提升國人視力照護品質」預算編列建議

依健保署統計，111 年白內障手術成長量，扣除 110 年申報件數及自然成長率，增加 9,152 件，預算執行率 157.7%，111 年 1.2 億元預算不足約 7 千萬元。

112 年起新冠疫情降級，國人白內障手術需求已逐步恢復疫情前（108 年）情形，但健保署推估 112 年醫療費用 31.995 億點，未將疫情期間的醫療需求遞延效應納入考量；依本會試算 112 年所需醫療費用應為 36.655 億萬元，預算編列應為 6.215 億元（36.655 億元－30.44 億元）。

此外，健保署僅推估至 112 年費用缺口即達 1.555 億元，較 111 年費用缺口 0.233 億元，成長 567%；且 112 年分區點值最低已達 0.8159（台北區 Q2），不可輕視 113 年任何成長項目及費用缺口造成的衝擊。

本會試算「113 年」所需預算為 7.04 億元，考量 113 年成長率上限 4.7%，建議編列 3 億元。本會與健保署就本項 113 年預算編列對照如下：

醫師公會全國聯合會版本	健保署版本																																																																	
<p>預算編列：7.04 億元</p> <ol style="list-style-type: none"> 以「限縮 40 例」110 年手術量計算：134,697 件。 以「放寬 40 例」預估 113 年手術量^{註1}：186,390 件。 與 110 年相較之費用需求^{註2}：10.69 億 編列預算^{註3}：7.04 億 <p>註 1： $108 \text{ 年各季手術量} \times (1+109 \text{ 年無疫情成長率}) \times (1+110 \text{ 年無疫情成長率}) \times (1+111 \text{ 年放寬 40 例規定成長率}) \times (1+112 \text{ 年成長率}) \times (1+113 \text{ 年成長率}) = 186,390 \text{ 件}$ (1) 109 年及 110 年無疫情成長率： Q1:5.2%；Q2:4.4%；Q3:4.9%；Q4:4.5% (2) 111 年放寬 40 例規定成長率： Q1:7.7%；Q2:12.5%；Q3:12.2%；Q4:2.2% (3) 112 年及 113 年成長率 (102-111 年實際及無疫情成長率之平均)： Q1:5.4%；Q2:5.3%；Q3:5.7%；Q4:4.3%</p> <p>註 2： $(186,390 \text{ 件} - 134,697 \text{ 件}) \times 20,679 = 51,693 \text{ 件} \times 20,679 = 10.69 \text{ 億}$</p> <p>註 3： $10.69 \text{ 億} - 111 \text{ 年已納入基期之預算} - 112 \text{ 年已納入基期之預算} - 113 \text{ 年已納入基期之預算} = 10.69 \text{ 億} - 1.2 \text{ 億} - 1.2 \text{ 億} \times (1+2.172\%) - 1.2 \text{ 億} \times (1+2.172\%) = 10.69 \text{ 億} - 3.65 \text{ 億} = 7.04 \text{ 億}$ 預設 112 年及 113 年一般服務成長率均為 2.172%。</p>	<p>預算編列：1.555 億元</p> <ol style="list-style-type: none"> 查 111 年度預算 120 百萬元係以 111 年申報件數相較於 110 年(基期)增加數，並扣除過去 5 年(106-110 年)年平均成長率 1.4%做為自然成長率計算本項預算執行情形。 統計 102 年~111 年各年度件數成長率範圍為-4.6%~8.0%，多數年度較一般服務成長率 1.634%~3.963%高。觀察除 105 年、109 年及 110 年外，其餘年度件數成長率皆高於該年一般服務成長率。 以 101 年醫療費用及 102~112 年一般服務成長率計算年度可執行預算，112 年不足 1.555 億元。 <p>(申報件數 102 年為 107,148 件、103 年為 110,294 件、104 年為 115,654 件、105 年為 119,930 件、106 年為 126,524 件、107 年為 130,480 件、108 年為 140,936 件、109 年為 140,329 件、110 年為 133,903 件及 111 年 145,329 件)</p> <table border="1" data-bbox="798 1243 1404 1668"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>總醫療費用 (百萬元)D</th> <th>一般服務成長率% F</th> <th>年度預算(含一般服務成長率增加金額) (百萬元) $I=102 \text{年}D \times (1+F)$</th> <th>年度可執行預算數(截至 111 年)(百萬元) $J=I-D$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>101</td><td>2,047.6</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>102</td><td>2,211.4</td><td>2.494%</td><td>2,098.6</td><td>-112.8</td></tr> <tr><td>103</td><td>2,276.4</td><td>1.634%</td><td>2,247.6</td><td>-28.9</td></tr> <tr><td>104</td><td>2,387.1</td><td>2.447%</td><td>2,302.6</td><td>-84.5</td></tr> <tr><td>105</td><td>2,476.0</td><td>3.831%</td><td>2,390.8</td><td>-85.2</td></tr> <tr><td>106</td><td>2,612.1</td><td>3.963%</td><td>2,485.5</td><td>-126.6</td></tr> <tr><td>107</td><td>2,694.2</td><td>2.310%</td><td>2,542.9</td><td>-151.3</td></tr> <tr><td>108</td><td>2,910.0</td><td>2.901%</td><td>2,616.7</td><td>-293.3</td></tr> <tr><td>109</td><td>2,898.2</td><td>3.685%</td><td>2,713.1</td><td>-185.1</td></tr> <tr><td>110</td><td>2,766.3</td><td>3.493%</td><td>2,807.9</td><td>41.5</td></tr> <tr><td>111</td><td>3,002.6</td><td>1.831%</td><td>2,979.3</td><td>-23.3</td></tr> <tr><td>推估112年</td><td>3,199.5</td><td>2.172%</td><td>3,044.0</td><td>-155.5</td></tr> </tbody> </table> <p>備註：111 年新編「提升個人權力照顧品質」預算 120 百萬元，增加 111 年度可執行預算計 2979.3 百萬元。</p>	年度	總醫療費用 (百萬元)D	一般服務成長率% F	年度預算(含一般服務成長率增加金額) (百萬元) $I=102 \text{年}D \times (1+F)$	年度可執行預算數(截至 111 年)(百萬元) $J=I-D$	101	2,047.6				102	2,211.4	2.494%	2,098.6	-112.8	103	2,276.4	1.634%	2,247.6	-28.9	104	2,387.1	2.447%	2,302.6	-84.5	105	2,476.0	3.831%	2,390.8	-85.2	106	2,612.1	3.963%	2,485.5	-126.6	107	2,694.2	2.310%	2,542.9	-151.3	108	2,910.0	2.901%	2,616.7	-293.3	109	2,898.2	3.685%	2,713.1	-185.1	110	2,766.3	3.493%	2,807.9	41.5	111	3,002.6	1.831%	2,979.3	-23.3	推估112年	3,199.5	2.172%	3,044.0	-155.5
年度	總醫療費用 (百萬元)D	一般服務成長率% F	年度預算(含一般服務成長率增加金額) (百萬元) $I=102 \text{年}D \times (1+F)$	年度可執行預算數(截至 111 年)(百萬元) $J=I-D$																																																														
101	2,047.6																																																																	
102	2,211.4	2.494%	2,098.6	-112.8																																																														
103	2,276.4	1.634%	2,247.6	-28.9																																																														
104	2,387.1	2.447%	2,302.6	-84.5																																																														
105	2,476.0	3.831%	2,390.8	-85.2																																																														
106	2,612.1	3.963%	2,485.5	-126.6																																																														
107	2,694.2	2.310%	2,542.9	-151.3																																																														
108	2,910.0	2.901%	2,616.7	-293.3																																																														
109	2,898.2	3.685%	2,713.1	-185.1																																																														
110	2,766.3	3.493%	2,807.9	41.5																																																														
111	3,002.6	1.831%	2,979.3	-23.3																																																														
推估112年	3,199.5	2.172%	3,044.0	-155.5																																																														

健保署僅以手數量來推估 112 年費用不足 1.555 億元，但其未將「疫情期間的醫療需求遞延效應」納入考量；依本會重新試算，費用不足 6.215 億元。

單位：百萬元、件						
年度	本會版本			健保署版本		
	手術量	醫療費用	費用不足	手術量	醫療費用	費用不足
112 年	177,257	3,665.5	621.5 ^{註 1}	154,722	3,199.5	155.5 ^{註 2}
113 年	186,390	3,854.4				
註 1： (1) 健保署計算 112 年年度預算 3,044.0 百萬元。[111 年總醫療費用 × (1 + 2.172%) = 3,044.0 百萬元] (2) 本會試算 112 年手術量 177,257 件，總醫療費用 3,665.5 百萬元，費用不足 621.5 百萬元。[177,257 件 × 20,679 點 = 3,665.5 百萬元。3,044.0 百萬元 - 3,665.5 百萬元 = -621.5 百萬元] 註 2： (1) 健保署計算 112 年年度預算 3,044.0 百萬元。[111 年總醫療費用 × (1 + 2.172%) = 3,044.0 百萬元] (2) 健保署推估 112 年總醫療費用 3,199.5 百萬元，費用不足 155.5 百萬元。[112 年 1-6 月總醫療費用 / (111 年 1-6 月總醫療費用 / 111 年總醫療費用) = 3,199.5 百萬元。3,044.0 百萬元 - 3,199.5 百萬元 = -155.5 百萬元]						

113 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：

113 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 112 年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+113 年度一般服務成長率)+113 年度專款項目經費

註：校正後 112 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 112 年第 7 次委員會議決定，校正投保人口預估成長率差值、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，及扣除「111 年未導入預算扣減」部分(中醫門診總額 111 年度未有本項扣減金額)。

二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 4.979%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.002%，協商因素成長率 1.977%。
- (二)專款項目全年經費為 1,276.7 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，113 年度中醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 4.221%。各細項成長率及金額，如附表。

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 113 年 7 月前提報執行情形，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)；實施成效納入 114 年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.中醫利用新增人口(1.990%，預估增加 588 百萬元)：

(1)執行目標(暫列)：

113 年就醫人數大於 112 年就醫人數。

預期效益之評估指標(暫列)：

113 年就醫人數大於 112 年就醫人數。(就醫人數均不含 U07.1(確認 COVID-19 病毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示)、職災及預防保健部分)

(2)依 113 年中醫實際就醫人數成長情形，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減，扣減方式如下：

以「113 年實際就醫人數」扣除「112 年實際就醫人數」，乘以「就醫者平均每人就醫費用」計算，若低於 113 年協定增加之預算 588 百萬元，則扣減未達之差額。

(3)請中央健康保險署依上開議定之預算扣減方式，會同中醫門診總額相關團體提出其執行細節後，於 113 年 7 月提全民健康保險會報告。

2.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.013%，減少 4 百萬元)：

(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 114 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 1,276.7 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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 180 百萬元。

(2)請中央健康保險署加強推動中醫巡迴醫療服務及獎勵開業服務計畫，並優先改善偏遠等級高地區之醫療服務。

2.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：

- (1)全年經費 436.8 百萬元。
 - (2)持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛中醫照護。
 - (3)針對執行 10 年以上之子計畫，請中央健康保險署評估、規劃納入一般服務之期程。
- 3.中醫提升孕產照護品質計畫：
- (1)全年經費 70 百萬元。
 - (2)請中央健康保險署持續評估計畫成效，若無法評估計畫效益，建議規劃退場機制。
- 4.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：
- (1)全年經費 21.2 百萬元。
 - (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①持續檢討計畫執行情形(含完整療程照護人數及比率)及結果面之成效，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。
 - ②本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場。
- 5.中醫癌症患者加強照護整合方案：
- (1)全年經費 265 百萬元。
 - (2)持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。
- 6.中醫急症處置：
- (1)全年經費 10 百萬元。
 - (2)執行目標(暫列)：
參與院所數為 7 家及服務人數以 1,800 人為目標。
預期效益之評估指標(暫列)：
使用視覺類比量表(Visual Analogue Scale, VAS)、數

字等級量表(Numerical Rating Scale, NRS)、現在疼痛狀況(Present Pain Intensity, PPI)等工具進行評估，評量結果後測較前測呈現改善。

- (3)請中央健康保險署訂定結果面成效指標，檢討執行成效及計畫執行情形，若未有明顯成效或執行率偏低，則請考量是否持續辦理。

7.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：

- (1)全年經費 105.3 百萬元。
(2)請持續評估計畫成效，並檢討及監測服務利用之合理性。

8.照護機構中醫醫療照護方案：

- (1)全年經費 48 百萬元。
(2)維持每診次看診人次 15 人次規範，惟照護機構核定床數 50 床以上者，得由 15 人次調升至 25 人次。
(3)執行目標(暫列)：

①113 年至少 90 家院所參與服務。

②服務人次 20,000 人次，服務總天數 3,500 天。

預期效益之評估指標(暫列)：

照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較未被照護前(112 年)之件數減少。

(4)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①請監測參與本計畫照護機構之中醫利用情形(照護機構住民人數、就醫人數與占率及機構外就醫等)，並檢討醫療利用之合理性及評估計畫成效。
②依 113 年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用。
③有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額

相關團體議定後，於 113 年 7 月提全民健康保險會報告。

9.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 83 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請檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率。
 - ②於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。
 - ③請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。

10.品質保證保留款：

- (1)全年經費 57.4 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 113 年度品質保證保留款(57.4 百萬元)合併運用(計 80.2 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署積極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。

附表 113 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	3.002%	886.8	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成 長率=[(1+人口結構改變率+ 醫療服務成本指數改變 率)×(1+投保人口預估成長 率)]-1。	
投保人口預估成長 率	-0.757%			
人口結構改變率	0.799%			
醫療服務成本指數 改變率	2.989%			
協商因素成長率	1.977%	584.0	請於 113 年 7 月前提報各協商 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 集中度 之改變	中醫利用新 增人口(113 年新增項目) 之改變	1.990%	588.0	1.執行目標(暫列)： <u>113 年就醫人數大於 112 年 就醫人數。</u> <u>預期效益之評估指標(暫 列)：</u> <u>113 年就醫人數大於 112 年 就醫人數。(就醫人數均不 含 U07.1(確認 COVID-19 病 毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳 染性肺炎(COVID-19)後的病 況，未明示)、職災及預防 保健部分)</u> 2.依 113 年中醫實際就醫人數 成長情形，扣減當年未執行 之額度，並列入基期扣減， 扣減方式如下： 以「113 年實際就醫人數」 扣除「112 年實際就醫人 數」，乘以「就醫者平均每 人就醫費用」計算，若低於 113 年協定增加之預算 588 百萬元，則扣減未達之差

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				額。 3.請中央健康保險署依上開議定之預算扣減方式，會同中醫門診總額相關團體提出其執行細節後，於113年7月提全民健康保險會報告。
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	-0.013%	-4.0	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114年度總額協商之基期費用。
一般服務 成長率 ^{註2}	增加金額	4.979%	1,470.8	
	總金額		31,011.3	
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112年11月前完成，新增計畫原則於112年12月前完成，且均應於113年7月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	180.0	8.0	請中央健康保險署加強推動中醫巡迴醫療服務及獎勵開業服務計畫，並優先改善偏遠等級高地區之醫療服務。
	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 5.術後疼痛	436.8	0.0	1.持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛中醫照護。 2.針對執行10年以上之子計畫，請中央健康保險署評估、規劃納入一般服務之期程。
	中醫提升孕產照護品質計畫	70.0	-11.0	請中央健康保險署持續評估計畫成效，若無法評估計畫效益，建議規劃退場機制。
	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	21.2	-0.4	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.持續檢討計畫執行情形(含完整療程照護人數及比率)及結

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			<p>果面之成效，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。</p> <p>2.本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場。</p>
中醫癌症患者加強照護整合方案	265.0	20.0	<p>持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。</p>
中醫急症處置	10.0	5.0	<p>1.執行目標(暫列):</p> <p><u>參與院所數為 7 家及服務人數以 1,800 人為目標。</u></p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列):</u></p> <p><u>使用視覺類比量表(Visual Analogue Scale, VAS)、數字等級量表(Numerical Rating Scale, NRS)、現在疼痛狀況(Present Pain Intensity, PPI)等工具進行評估，評量結果後測較前測呈現改善。</u></p> <p>2.請中央健康保險署訂定結果面成效指標，檢討執行成效及計畫執行情形，若未有明顯成效或執行率偏低，則請考量是否持續辦理。</p>
中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	105.3	0.0	<p>請持續評估計畫成效，並檢討及監測服務利用之合理性。</p>
照護機構中醫醫療方案	48.0	20.0	<p>1.維持每診次看診人次 15 人次規範，惟照護機構核定床數 50 床以上者，得由 15 人次調升至 25 人次。</p> <p>2.執行目標(暫列):</p> <p><u>(1)113 年至少 90 家院所參與服務。</u></p> <p><u>(2)服務人次 20,000 人次，服務總天數 3,500 天。</u></p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列):</u></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
			<p>照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較未被照護前(112年)之件數減少。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)請監測參與本計畫照護機構之中醫利用情形(照護機構住民人數、就醫人數與占率及機構外就醫等)，並檢討醫療利用之合理性及評估計畫成效。</p> <p>(2)依 113 年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用。</p> <p>(3)有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於113年7月提全民健康保險會報告。</p>
網路頻寬補助費用	83.0	-15.0	<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：</p> <p>(1)請檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率。</p> <p>(2)於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。</p> <p>(3)請確實依退場期程(110~114年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。</p>
品質保證保留款	57.4	29.8	<p>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 113 年度品質保證保留款(57.4 百萬元)合併運用</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
				(計 80.2 百萬元)。 2.請中央健康保險署積極檢討 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		1,276.7	56.4	
較基期成長率 (一般服務+專 款) ^{註3}	增加金額	4.221%	1,527.2	
	總金額		32,288.0	

- 註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，113 年度總額之基期(採淨值)，係以 112 年度健保醫療給付費用，於一般服務扣除「111 年未導入預算扣減」部分。
- 2.故計算「一般服務成長率」所採基期費用為 29,540.5 百萬元(含 112 年一般服務費用為 29,760.1 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-254.2 百萬元、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 34.5 百萬元，未有需扣除 111 年未導入金額)。
- 3.計算「較 113 年度總額基期(採淨值)(一般服務+專款)」成長率，所採基期費用為 30,980.4 百萬元，其中一般服務預算為 29,760.1 百萬元(112 年度健保醫療給付費用公告金額為 29,760.1 百萬元，未有需扣除 111 年未導入金額)，專款為 1,220.3 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。

113 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：

113 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 112 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用 $\times(1+113$ 年度一般服務成長率) $+113$ 年度專款項目經費

註：校正後 112 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 112 年第 7 次委員會議決定，校正投保人口預估成長率差值、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，及扣除「111 年未導入預算扣減」部分(牙醫門診總額 111 年度未有本項扣減金額)。

二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 2.055%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.909%，協商因素成長率-0.854%。
- (二)專款項目全年經費為 3,520.4 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，113 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 2.436%。各細項成長率及金額，如附表。

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 113 年 7 月前提報執行情形，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.口顎顏面疼痛(0%)。
- 2.高風險複雜性拔牙(0%)。
- 3.移列「高風險疾病口腔照護」至專款項目(-0.852%，減列 405 百萬元)：

原於一般服務執行，移列 405 百萬元至「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目。

- 4.提升兒童照護品質(0%)。
- 5.109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款(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(-0.002%，減少 0.8 百萬元)：

本項不列入 114 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 3,520.4 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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

- 1.醫療資源不足地區改善方案：
 - (1)全年經費 310 百萬元。
 - (2)持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
 - (3)請中央健康保險署重新檢討執業計畫之執行目標，並研議更積極鼓勵牙醫師執業之策略。
- 2.牙醫特殊醫療服務計畫：
 - (1)全年經費 781.7 百萬元。
 - (2)持續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、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)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，妥為研訂 113 年度具體實施計畫(含：醫療團服務對象、醫療費用加成方式)，於 112 年 12 月前提報全民健康保險

會同意後，依程序辦理。

②持續監測本計畫醫療團適用對象(包含：不同障礙別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性。

3.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫：

本項自 113 年度起停辦。

4.0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫：

本項自 113 年度起停辦。

5.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫：

(1)全年經費 171.5 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①加強計畫推動並持續監測執行結果(如：參加本計畫追蹤 1 年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效。

②依 113 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。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 113 年 7 月提全民健康保險會報告。

6.高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫：

本項移併至「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目。

7.超音波根管沖洗計畫：

(1)全年經費 144.8 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。

②本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年(114 年 7 月

前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

- ③請於協商 114 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。

8.高風險疾病口腔照護計畫：

(1)全年經費 1,599 百萬元，合併辦理以下項目，其中 405 百萬元自一般服務費用移列：

- ①原一般服務之「高風險疾病口腔照護」。
②原「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」專款項目。
③原「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」專款項目。

(2)執行目標(暫列)：

- ①113 年服務高風險患者執行牙結石清除(91090C) 達 51,600 人次。
②113 年高風險疾病患者齲齒填補顆數為 10 萬顆。
③高齲齒率患者(曾接受過複合體填補處置)氟化物治療(P7301C)預估服務人次 364,000 人次。
④齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)預估服務人次 202 萬人次。

預期效益之評估指標(暫列)：

- ①高風險疾病病人利用全口牙結石清除之比率，111~113 年分別為 40%、45%、50%。
②國人牙齒保存數較 104-105 年衛福部口腔健康調查結果增加。
③高齲齒率患者(曾接受過複合體填補處置)利用塗氟之比率 113 年為 50%。
④1 年後(113 年起)高風險疾病病人平均齲齒填補

顆數增加率減緩。

(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，妥為研訂具體實施計畫(含：醫療服務內容、各項服務適用對象、支付方式及成效監測)，於112年12月前提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。
- ②考量「執行目標」及「預期效益評估指標」涉及具體實施方案之醫療服務內容，請併同上開報告提全民健康保險會確認。
- ③本計畫以3年為檢討期限(112~114年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- ④請於協商114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。

9.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費143百萬元，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請檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
- ②於協商114年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。
- ③請確實依退場期程(110~114年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於113年7月前提全民健康保險會報告。

10.特定疾病病人牙科就醫安全計畫：

- (1)全年經費 307.1 百萬元。
- (2)本項經費用於評估特定疾病病人用藥情形後，擬定對應之牙醫治療計畫者，以提升其就醫安全。

(3)執行目標(暫列)：

執行特定疾病病人牙科就醫安全的院所數達 2 成。

預期效益之評估指標(暫列)：

執行「特定疾病病人牙科就醫安全」院所數自我評估合格率達到 6 成。

(4)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，妥為研訂完整之具體實施計畫(含：適用對象之特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及成效監測)，於 112 年 12 月前提全民健康保險會報告。
- ②本計畫以 3 年為檢討期限(113~115 年)，請會同牙醫門診總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第3 年(115 年 7 月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

11.全民健康保險癌症治療品質改善計畫：

- (1)全年經費 10 百萬元，本項經費得與醫院、西醫基層總額同項專款相互流用。
- (2)執行目標：以當年度癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達 90%為計畫執行指標。
口腔癌(以篩檢人數 60.5 萬人，陽性率 8.2%估算)：約 14,300 人(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。

預期效益之評估指標：追陽率達 90%(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。
- ②請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。
- ③本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同牙醫門診總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年(115 年 7 月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

12.促進醫療服務診療項目支付衡平性(醫療器材使用規範修訂之補貼)：

(1)全年經費 5.5 百萬元。

(2)執行目標：通盤研議支付標準調整，並配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂)，考量支付衡平性，系統性檢討各項支付點數(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。

預期效益之評估指標：本項目預定辦理期程為 3 年，考量支付標準調整項目數視核定預算而定，評估指標如下(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)：

- ①提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。
- ②「支付標準研議諮詢會議」召開 4 場次。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目

標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。

②本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

(4)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入牙醫門診總額一般服務費用結算。

13.牙醫口腔癌急症後期整合照護試辦方案：

本項不編列經費。

14.品質保證保留款：

(1)全年經費 47.8 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 113 年品質保證保留款專款(47.8 百萬元)合併運用(計 164.2 百萬元)。

(3)請中央健康保險署積極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。

附表 113 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	2.909%	1,382.9	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成 長率=[(1+人口結構改變率+醫 療服務成本指數改變率)×(1+ 投保人口預估成長率)]-1。	
投保人口預估成長 率	-0.757%			
人口結構改變率	0.267%			
醫療服務成本指數 改變率	3.427%			
協商因素成長率	-0.854%	-405.8	請於 113 年 7 月前提報各協商 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	口顎顏面疼 痛	0.000%	0.0	
	高風險複雜 性拔牙	0.000%	0.0	
其他醫 療服務 利用及 密集度 之改變	移列「高風 險疾病口腔 照護」至專 款項目	-0.852%	-405.0	原於一般服務執行，移列 405 百萬元至「高風險疾病口腔 照護計畫」專款項目。
	提升兒童照 護品質 (113 年新增 項目)	0.000%	0.0	
其他議 定項目	109 年度全 面提升感染 管制品質未 達協定事項 之扣款	0.000%	0.0	
	違反全民健 康保險醫事 服務機構特 約及管理辦 法之扣款	-0.002%	-0.8	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
一般服務 成長率 ^{註2}	增加金額	2.055%	977.1	
	總金額		48,516.8	
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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成，且均應於 113 年 7 月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		310.0	30.0	1.持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。 2.請中央健康保險署重新檢討執業計畫之執行目標，並研議更積極鼓勵牙醫師執業之策略。
牙醫特殊醫療服務計畫		781.7	109.6	1.持續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、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.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，妥為研訂 113 年度具體實施計畫(含：醫療團服務對象、醫療費用加成方式)，於 112 年 12 月前提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。 (2)持續監測本計畫醫療團適用對象(包含：不同障別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性。
牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫		0.0	-10.0	本項自 113 年度起停辦。
0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫		0.0	-60.0	本項自 113 年度起停辦。
12~18 歲青少年口腔		171.5	-100.0	請中央健康保險署辦理下列事

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
提升照護試辦計畫			項： 1.加強計畫推動並持續監測執行結果(如：參加本計畫追蹤1年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效。 2.依113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。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於113年7月提全民健康保險會報告。
高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫	0.0	-184.0	本項移併至「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目。
超音波根管沖洗計畫	144.8	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。 2.本計畫以3年為檢討期限(112~114年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。 3.請於協商114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。
高風險疾病口腔照護計畫	1,599.0	589.0	1.合併辦理以下項目，其中405百萬元自一般服務費用移列： (1)原一般服務之「高風險疾病口腔照護」。 (2)原「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」專款項

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			<p>目。</p> <p>(3)原「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」專款項目。</p> <p>2.執行目標(暫列)：</p> <p>(1)113 年服務高風險患者執行牙結石清除(91090C)達 51,600 人次。</p> <p>(2)113 年高風險疾病患者齲齒填補顆數為 10 萬顆。</p> <p>(3)高齲齒率患者(曾接受過複合體填補處置)氟化物治療(P7301C)預估服務人次 364,000 人次。</p> <p>(4)齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)預估服務人次 202 萬人次。</p> <p>預期效益之評估指標(暫列)：</p> <p>(1)高風險疾病病人利用全口牙結石清除之比率，111~113 年分別為 40%、45%、50%。</p> <p>(2)國人牙齒保存數較 104-105 年衛福部口腔健康調查結果增加。</p> <p>(3)高齲齒率患者(曾接受過複合體填補處置)利用塗氟之比率 113 年為 50%。</p> <p>(4)1 年後(113 年起)高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。</p> <p>4.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同牙醫門診總額相關團體，妥為研訂具體實施計畫(含：醫療服務內容、各項服務適用對象、支付</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
			<p>方式及成效監測)，於 112 年 12 月前提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。</p> <p>(2)考量「執行目標」及「預期效益評估指標」涉及具體實施方案之醫療服務內容，請併同上開報告提全民健康保險會確認。</p> <p>(3)本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>(4)請於協商 114 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。</p>
網路頻寬補助費用	143.0	-25.0	<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：</p> <p>(1)請檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。</p> <p>(2)於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。</p> <p>(3)請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報</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
<p>特定疾病病人牙科就醫安全 (113 年新增項目)</p>	<p>307.1</p>	<p>307.1</p>	<p>告。</p> <p>1.本項經費用於評估特定疾病病人用藥情形後，擬定對應之牙醫治療計畫者，以提升其就醫安全。</p> <p>2.執行目標(暫列)： <u>執行特定疾病病人牙科就醫安全的院所數達 2 成。</u> <u>預期效益評估指標(暫列)：</u> <u>執行「特定疾病病人牙科就醫安全」院所數自我評估合格率達到 6 成。</u></p> <p>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，妥為研訂完整之具體實施計畫(含：適用對象之特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及成效監測)，於 112 年 12 月前提全民健康保險會報告。 (2)本計畫以 <u>3 年</u>為檢討期限(113~115 年)，請會同牙醫門診總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 <u>3 年</u>(115 年 7 月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p>
<p>全民健康保險癌症治療品質改善計畫 (113 年新增項目)</p>	<p>10.0</p>	<p>10.0</p>	<p>1.本項經費得與醫院、西醫基層總額同項專款相互流用。</p> <p>2.執行目標：以當年度癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達 90%為計畫執行指標。</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
			<p>口腔癌(以篩檢人數 60.5 萬人，陽性率 8.2%估算)：約 14,300 人(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。</p> <p>預期效益評估指標：追陽率達 90%(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。</p> <p>(2)請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p> <p>(3)本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同牙醫門診總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年(115 年 7 月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p>
<p>促進醫療服務診療項目支付衡平性(醫療器材使用規範修訂之補貼) (113 年新增項目)</p>	5.5	5.5	<p>1.執行目標：通盤研議支付標準調整，並配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂)，考量支付衡平性，系統性檢討各項支付點數(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。</p> <p>預期效益之評估指標：本項目預定辦理期程為 3 年，考量支付標準調整項目數視核</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
			<p>定預算而定，評估指標如下(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)：</p> <p>(1)提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。</p> <p>(2)「支付標準研議諮詢會議」召開4場次。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)於112年11月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。</p> <p>(2)本項以3年為檢討期限(112~114年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>3.本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入牙醫門診總額一般服務費用結算。</p>
牙醫口腔癌急症後期整合照護試辦方案(113年新增項目)	0.0	0.0	
品質保證保留款	47.8	-46.1	<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113年品質保證保留款專款(47.8百萬元)合併運用(計164.2百萬元)。</p> <p>2.請中央健康保險署積極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</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
				實本款項獎勵之目的。
專款金額		3,520.4	626.1	
較基期成長率 (一般服務+專 款) ^{註3}	增加金額	2.436%	1,603.2	
	總金額		52,037.2	

- 註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，113 年度總額之基期(採淨值)，係以 112 年度健保醫療給付費用，於一般服務扣除「111 年未導入預算扣減」部分。
- 2.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 47,539.8 百萬元(含 112 年一般服務預算為 47,905.6 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-419.5 百萬元、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 53.7 百萬元，未有需扣除 111 年未導入金額)。
- 3.計算「較 113 年度總額基期(採淨值)(一般服務+專款)」，所採基期費用為 50,799.9 百萬元，其中一般服務預算為 47,905.6 百萬元(112 年度健保醫療給付費用公告金額為 47,905.6 百萬元，未有需扣除 111 年未導入金額)，專款為 2,894.3 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。

113 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協商結論：

(一)113 年度其他預算增加 2,039 百萬元，預算總額度為 17,818.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如附表。

(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 112 年 11 月前完成，新增項目原則於 112 年 12 月前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。
- 2.請於 113 年 7 月前提報執行情形，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 114 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)，及評估分級醫療之執行效益。
 - (2)通盤檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，分析是否達到預期效果，提出轉型之改善方案。
 - (3)持續檢討經費動支條件，評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響，以落實編列本項預算之目的。

(4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

- 1.全年經費 705.4 百萬元。
- 2.擴大辦理山地鄉論人計酬試辦計畫，於東區以外新增 2 分區，擇優試辦。
- 3.請中央健康保險署持續檢討山地離島地區醫療利用情形，並加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。

(三)居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113 年新增)、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 8,378 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.新增「在宅急症照護試辦計畫」：

(1)預算 200 百萬元，本項費用不包含現行由醫院總額一般服務支應之住院醫療費用。

(2)執行目標(暫列)：

提供急症病人適當之在宅醫療服務，減少病人住院情形。

預期效益之評估指標(暫列)：

結案後 14 天內轉住院率(在宅急症照護個案結案後 14 天內住院人次/在宅急症照護總人次)。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標(例如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指

標)。

(2) 「在宅急症照護試辦計畫」：

①擬訂具體實施方案內容(含參與醫療院所之條件、資格認定、醫療服務內容、適用對象、支付方式等)及照護成效監測指標(含照護品質及替代醫院費用情形)，並於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。

②以 4 年為檢討期限(113~116 年)，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則於執行第 4 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

(四)支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費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 600 百萬元。

2.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商 114 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之財源之一。

(六)推動促進醫療體系整合計畫：

1.全年經費 550 百萬元。

2.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)檢討執行內容及辦理方式，以提升執行成效。

(2)於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含支付標準調整情形及執行成效檢討)。

(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 800 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 1,200 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)持續精進「提升院所智慧化資訊機制」之成效評估指標。

(2)「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。

(3)請檢討其他醫事服務機構雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，與建立稽核機制，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(4)於協商 114 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。

(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之合理性及健康改善成效，與加強執行面監督，於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(十)腎臟病照護及病人衛教計畫：

- 1.全年經費 511 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)持續加強腎臟病前期之整合照護，研議與相關疾病照護計畫(如：糖尿病改善方案、代謝症候群防治計畫等)整合，強化延緩病人進入透析之照護。
 - (2)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。

(十一)提升保險服務成效：

- 1.全年經費 300 百萬元。
- 2.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)精進並提出能反映整體提升保險服務成效之評估指標。
 - (2)於協商 114 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。
- 3.本項於 114 年度總額退場並不再編列預算，請中央健康保險署爭取公務預算支應。

(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加強推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效(含執行目標及預期效益之評估指標)。

(十三)因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能(113年新增項目)：

1.全年經費 2,000 百萬元，優先用於強化住院夜班護理照護量能。

2.執行目標(暫列)：

調升護理相關費用之醫院家數達一定比率。

預期效益之評估指標(暫列)：

調升護理相關費用之醫院家數占率。

3.請中央健康保險署會同中華民國護理師護士公會全國聯合會於 112 年 10 月底前將具體實施規劃，提報全民健康保險會同意後執行。規劃建議如下：

(1)設定適用對象、動支條件、獎勵費用計算及撥款方式。

(2)訂定監測指標(含護病比、薪資調整情形)。

(3)建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式。

4.於 113 年 7 月前提出強化住院護理照護量能之專案報告(含歷年相關預算執行檢討結果)。

5.護理人力留任及流動議題與勞動環境及條件存在複雜關係，建議主管機關提出改善策略，宜由公務預算挹注經費支應。

6.歷年醫院總額均編列「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」，建議應有相對金額用於提升住院護理照護量能。

附表 113 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112年11月前完成，新增項目原則於112年12月前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。 2.請於113年7月前提報執行情形，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114年度總額協商考量。
基層總額轉診型態調整費用	800.0	0.0	1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」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)，及評估分級醫療之執行效益。 (2)通盤檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，分析是否達到預期效果，提出轉型之改善方案。 (3)持續檢討經費動支條件，評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響，以落實編列本項預算之目的。 (4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	705.4	100.0	1.擴大辦理山地鄉論人計酬試辦計畫，於東區以外新增2分區，擇優試辦。 2.請中央健康保險署持續檢討山地離島地區醫療利用情形，並加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113 年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務	8,378.0	575.0	<p>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。</p> <p>2.新增「在宅急症照護試辦計畫」：</p> <p>(1)預算200百萬元，本項費用不包含現行由醫院總額一般服務支應之住院醫療費用。</p> <p>(2)執行目標(暫列)： <u>提供急症病人適當之在宅醫療服務，減少病人住院情形</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> <u>結案後14天內轉住院率(在宅急症照護個案結案後14天內住院人次/在宅急症照護總人次)</u></p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標(例如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)。</p> <p>(2)「在宅急症照護試辦計畫」：</p> <p>①擬訂具體實施方案內容(含參與醫療院所之條件、資格認定、醫療服務內容、適用對象、支付方式等)及照護成效監測指標(含照護品質及替代醫院費用情形)，並於113年7月前提全民健康保險會報告。</p> <p>②<u>以4年為檢討期限(113~116年)，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</u></p>
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移	290.0	0.0	

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
植、精神科長效針劑藥費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	600.0	0.0	請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商114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之財源之一。
推動促進醫療體系整合計畫	550.0	0.0	1.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討執行內容及辦理方式，以提升執行成效。 (2)於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含支付標準調整情形及執行成效檢討)。
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	800.0	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、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用	1,200.0	-436.0	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.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續精進「提升院所智慧化資訊機制」之成效評估指標。 (2)「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，請確實依退場期程(110~114年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於113年7月前提全民健康保險會報告。 (3)請檢討其他醫事服務機構雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，與建立稽核機制，並於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			報告。 (4)於協商114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。
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之合理性及健康改善成效，與加強執行面監督，於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
腎臟病照護及病人衛教計畫	511.0	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)持續加強腎臟病前期之整合照護，研議與相關疾病照護計畫(如：糖尿病改善方案、代謝症候群防治計畫等)整合，強化延緩病人進入透析之照護。 (2)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。
提升保險服務成效	300.0	-200.0	1.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)精進並提出能反映整體提升保險服務成效之評估指標。 (2)於協商114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。 2.本項於114年度總額退場並不再編列預算，請中央健康保險署爭取公務預算支應。
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加強推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效(含執行目標及預期效益之評估指標)。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能 (113年新增項目)	2,000	2,000	<ol style="list-style-type: none"> 1. 優先用於強化住院夜班護理照護量能。 2. <u>執行目標(暫列):</u> <ul style="list-style-type: none"> <u>調升護理相關費用之醫院家數達一定比率。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列):</u> <u>調升護理相關費用之醫院家數占率。</u> 3. 請中央健康保險署會同中華民國護理師護士公會全國聯合會於112年10月底前將具體實施規劃，提報全民健康保險會同意後執行。規劃建議如下： <ol style="list-style-type: none"> (1) 設定適用對象、動支條件、獎勵費用計算及撥款方式。 (2) 訂定監測指標(含護病比、薪資調整情形)。 (3) 建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式。 4. 於113年7月前提出強化住院護理照護量能之專案報告(含歷年相關預算執行檢討結果)。 5. 護理人力留任及流動議題與勞動環境及條件存在複雜關係，建議主管機關提出改善策略，宜由公務預算挹注經費支應。 6. 歷年醫院總額均編列「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」，建議應有相對金額用於提升住院護理照護量能。
總計	17,818.2	2,039.0	

壹、113年度總額協商—「醫院總額」
與會人員發言實錄

壹、113年度總額協商－「醫院總額」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

主委、各位委員及醫院協商代表，大家早安！會議時間已經到了，會議就要正式開始，今天大家都會很辛苦，先請主席致詞。

盧主任委員瑞芬

- 一、謝謝各位，不管是醫界代表、付費者代表或專家學者，今天的會議非常冗長，應該是大家生涯上最長時間的會議之一，希望今天能夠協商成功，雙方都展現十足誠意。
- 二、依照協商程序，我們會進行第一階段的提問與意見交換，第一場是醫院總額，本階段有 30 分鐘，因為協商方案內容已經在 8 月 16 日的會前會報告過，委員都事先看過資料，先請醫院協商代表就想要強調的重點項目做 5 分鐘內的說明，其他時間就保留給付費者代表及專家學者進行提問與意見交流，5 分鐘時間到同仁會按鈴提醒，請務必掌握時間，謝謝，今天辛苦了。

周執行秘書淑婉

報告主席，是不是先請同仁簡單說明三階段的進行方式。

盧主任委員瑞芬

會議開始前，先請同仁就協商三個階段簡要說明，以清楚了解雙方扮演的角色，請陳組長燕鈴。

陳組長燕鈴

- 一、請委員看到螢幕或參考資料第 17 頁，各部門總額協商都分成三個階段。首先，第一階段是提問與意見交換，本階段各場次總額部門的委員與協商代表，以及所有的委員都可以參加。但會先請總額部門的委員與協商代表先簡要說明，為節省時間，雖然所有委員都可以參與提問與意見交換，但建議還是以總額協商的部門為主，等進入正式的內部會議與協商時，則只有付費方與醫界方進行協商。
- 二、提問與意見交換後，就進入第二階段，由醫界方或付費方視需要自行召開內部會議，召開內部會議的時候可以請本會幕僚或

健保署協助說明，這階段的時間也很短，只有 30 分鐘。

三、內部會議結束後，接下來就進入正式的總額協商，由付費方與醫界方進行雙方協商，如果沒有共識，可以由專家學者、公正人士或政府代表在不涉及金額下，提供專業見解與意見供雙方參考，再決定是不是繼續召開內部會議或繼續協商，以上是三階段的說明。

盧主任委員瑞芬

現在開始請醫院部門做 5 分鐘的重點說明。

林協商代表佩菽

一、主席及現場所有的委員，大家好！謹代表醫院部門報告 113 年度醫院總額成長率及項目。醫院部門會同各層級醫院協會經過多次研商，並參考健保會日前提提供的議程資料，剛剛又重新凝聚共識，提出醫院部門長期主張與堅持的新版本，並將總成長率調降至 4.7%。在開始今天的協商之前，我們仍然要強調，國民健康的維護需要長期持續性地投資，今天協商的艱難，其實是源於國家投資健康的預算不足。醫院部門自 91 年 7 月起實施總額預算至今，點值一直都未超過每點 1 元，所以我們還是要秉持 108 年協商的主張，在醫院總額點值未達每點 1 元之前，不得也不應就非協商因素，以任何附帶決議的方式匡列或限定預算的使用，請健保會的幕僚協助留下文字紀錄。

二、一般服務協商因素部分，醫院部門的新版本提出比較大幅度的改變：

(一)「新醫療科技」：認同健保署在專款項目設置「暫時性支付」的理念，惟建議其與「新醫療科技」預算整併。考量現行健保財務吃緊，實不宜大幅擴增新醫療科技的引進，所以我們將「新醫療科技」併同「暫時性支付」設於專款項目，編列 13.06 億元。另外，對於評核委員建議健保署將 PVA(Price-Volume Agreement，價量協議)、MEA(Managed Entry Agreements，藥品給付管理合約)返還款回歸安全準備金或次

年度新藥財源，我們表達反對意見。

- (二)「點值不平衡調整方案」：雖然付費者長期不認同我們就點值對醫療產業的殺傷力進行討論，但對醫院而言確實是非常嚴重的問題，各分區為維持點值趨近於目標點值，祭出攤扣、自清的管理方案，已經嚴重影響醫院的生計，所以我們還是堅持 113 年要編列 30 億元的預算，回補各區點值的缺口。
- (三)「藥品及特材給付規定改變」、「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」及「配合醫療器材使用規範，修訂受影響之診療項目支付點數」項目，我們都配合健保署的預算編列。
- (四)「B 型肝炎病毒治療藥費移列專款」：回溯過去 B、C 肝炎治療費用專款的使用歷程，從 92~93 年開始編列預算，到 99 年整體 B、C 肝治療費用超支 10 幾億元，導致整體預算自 102 年起由專款回到一般服務預算，且只編列 20.22 億元。我們覺得這部分必須要從 20.22 億元起算，扣除當時的 C 肝藥費，B 肝藥費應該是減列 16.153 億元，而非 39.26 億元，所以這部分希望能做調整。

三、專款項目：

- (一)對各司署所提出的中長期改革計畫，我們認同健保署維持 112 年度預算編列額度，這部分應該等到有實際成效後，再考量次年度的預算增修需求。
- (二)例行性專款項目，全數配合健保署的預算編列。
- (三)「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：維持 112 年項目，配合健保署繼續編列於專款，但是考量實際執行時預算不足，希望能做調整，增編 1 億元，共編列 6 億元的預算。執行目標及評核指標為 113 年優化地區醫院護病比不低於 112 年。
- (四)「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：考量醫院評鑑規範的改革，強制規定急性一般病床登記許可床數 250 床以上，或是 249 床以下但評鑑前 4 年健保醫療

服務點數達 2 億以上之地區醫院，必須強制申請為區域醫院。就總體面來看或許沒有太大的差異，但是對於個別層級確實會造成整體資源重分配的效果，建議本項預算由 10 億元增編至 12 億元，以因應可能造成的財務衝擊。本項提出的評核指標是以 14 日內再住院率較 112 年比率減少 1% 為目標。

(五)「社區好醫院-地區醫院家庭醫師整合計畫」、「區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作」：配合健保署的試算結果進行調整。再次向所有委員報告，主動脈剝離及腦中風都是發生在中壯年，適當的投資對整體國家經濟有非常大的助益。

(六)「提升醫院用藥安全與品質方案之 ICU 臨床藥事照護」：配合健保署建議，獨立執行 ICU 臨床藥事服務照護，另立專款 1.2 億元。

(七)有關專科醫學會所提項目，我們都覺得立意良好，但請編列公務預算支應。

四、最後是門診透析部分，建議總成長率 4%，請大家多予支持。

盧主任委員瑞芬

請問委員對這部分有沒有提問？請林委員恩豪。

林委員恩豪

剛才醫院部門對「B 型肝炎病毒治療藥費移列專款」項目進行調整，本來依健保署草案的說明是一般服務減列 39.26 億元，可是醫院部門現在提出只要減列 16 億元左右，請健保署說明為何差距這麼大？到底 B 肝藥費正確估算是多少？

盧主任委員瑞芬

請健保署回應。

張副組長惠萍

各位委員好，健保署建議移列的額度是 39.26 億元，主要是以 111 年 B 肝藥費的申報金額為基礎估算。至於醫院部門提到 102 年 B、C 肝治療費用由專款移列一般服務是 19.22 億元，但 106 年又將 C

肝藥費移列到專款項目。其實在 101 年的協商會議資料有說明，B、C 肝炎用藥除專款 19.22 億元外，還有一般服務所支應的 15.78 億元，所以 102 年用於支應 B、C 肝藥費其實是 35 億元，若以 35 億元為基礎並估算成長率，再加上歷年 B 肝用藥擴增適應症，約需移列 43.45 億元，但本次提出的版本是以 111 年 B 肝藥費的實際申報數 39.26 億元做移列。

盧主任委員瑞芬

請問還有沒有其他委員有提問？請周委員麗芳。

周委員麗芳

主席、各位委員，我想詢問關於醫院總額在 113 年度新增項目中，最大的一筆來自「平衡醫院部門實際醫療服務與總額額度落差(點值不平衡調整方案)」，這筆預算對整體醫療服務品質提升及醫療服務的實際執行情形，是否可以再補充說明。

盧主任委員瑞芬

我們是不是多蒐集委員提問，然後再統問統答，這樣比較節省時間。接下來請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

請問現在醫院部門的方案是將整體新藥新科技預算移到專款編列嗎？請說明。

盧主任委員瑞芬

請張委員清田。

張委員清田

一、主席、各位委員，大家早安！有兩個地方請教，第一是 A6「提升醫院兒童急重症照護量能」及 B29「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」，這 2 項好像是兒科醫學會、感控學會提出的建議，不知道為何這些學會可以直接提出協商項目給健保署，然後健保署就可以接受，不需經過醫院協會討論後整體考量。這是第一個請教，如果這樣的話，由醫院協會做為總額承辦團體的意義為何？我不清楚。

二、健保會做了一張協商草案的檢核表，請醫界填寫過去執行成果效益或檢討改善之相關規劃，幾乎都是缺缺缺缺缺，不知道這是為何？是不需要檢討，還是反正健保會委員一定會給錢，也不需要看執行效益，若什麼都不需要，那乾脆不要協商，錢照給就好了。請教醫院是效益算不出來還是有其他原因，有幾項幾乎都沒有提出效益。

盧主任委員瑞芬

接下來還有沒有委員有詢問？請李委員永振。

李委員永振

- 一、首先回應張委員清田剛才的提問，有關我們要求醫界做功課及提供資料的部分，今天可能還是沒辦法解決，因為已經都行之有年，建議明年討論相關辦法的時候再做結論，我今年有提出來，但可能主席太忙，忽略掉沒有做成結論。照理講應該是缺的那幾項我們就不買，因為看不到完整資料，這樣才正確，但今年大家那麼辛苦提出草案，姑且可以看看。
- 二、剛才醫院部門與健保署都有更新資料，但協商過程中明明有很多時間，今天臨時提出當成協商內容是 OK，但從付費者的角度來看，資訊會不對等，要嘛早點提出來，健保會同仁還可以幫忙分析，因為健保會同仁很辛苦，用原來的版本分析了半天，結果臨場更新資料，等於前面的分析就沒用，雖然是減少費用，但個人覺得有被偷襲的感覺。
- 三、有關點值的問題，我一直建議提升到衛福部的層次儘快處理，否則像周委員麗芳剛才所提，就是與點值有關，要回補也很奇怪。一開始訴求的總額缺口 500 億元不提了，112 年已編列專款 20 億元去做 RBRVS 支付標準調整，113 年又變成 27 億元，以付費者的角度來看，感覺好像總額慢慢被侵蝕掉，對大家協商的誠意都會有所打折，希望以後像這種情況，能有改善的空間。

盧主任委員瑞芬

請問還有沒有其他委員有提問？請朱委員益宏。

朱委員益宏

剛剛醫院協會特別提到，對於某位評核委員建議 MEA 返還款要回到專款、安全準備或新藥財源，在此提醒，因為部長已經裁示要回到一般服務預算，而且有公文處理，不能因為評核委員個人意見而改變。可能評核委員不知道總額的運作，不了解部長做過裁示，評核意見也不能違反部長的決定，因為陳前部長時中已經有決議。

盧主任委員瑞芬

如果目前沒有其他提問，先請健保署回應，再請醫院部門回應。

劉組長林義

- 一、健保署回應剛才委員的提問。健保署也是一個平台，假如各專科醫學會有相關意見，也可以向健保署反映，我們會選擇符合政策的項目增列，不過最後當然還是回到醫院協會，因為主談還是醫院協會及付費者雙方。
- 二、我們本次提出的 2 項協商項目，一是「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」，因為感控在這次疫情後就非常重要，所以我們有增列，另外 1 項是「提升醫院兒童急重症照護量能」，這 2 項都符合政策方向，所以才提出。不過再次強調，最後還是尊重醫院協會與付費者雙方的協商結論。

盧主任委員瑞芬

現在請醫院部門回應。

謝協商代表文輝

- 一、主席、各位委員、各位先進，剛剛劉組長林義提到這些科別提出希望改善支付的各種方向，基本上我們都支持，但所有科別都面臨困境，不只是這 2 科。以小兒科為例，現在很多社會大眾甚至政治人物、總統候選人都講說 0~6 歲政府養，既然這是國家政策，就應該編列公務預算，尤其對現在這麼困窘的醫院總額而言，其實沒有能力改善，而且如果要改善就全部都要改善，因為幾乎所有的科別都遇到困境。

二、最近第 1、2 季疫情後的平均點值，有幾個分區都是 0.87，所有的醫院都已經面臨做不下去的狀況，尤其是比較偏僻的鄉鎮地區，大概會先倒一片。所以醫院協會的立場很為難，個別專科提出的項目，我們內心支持，但是事實上財務有困難，給了這項，其他項能不給嗎？因為全部都慘兮兮。如果覺得小兒越來越少的議題很重要，應該請政府編列公務預算，在健保財務這麼困窘的情況下，連政策推動都要靠健保，全民也受不了，這點要特別向大家報告。

三、關於「點值不平衡調整方案」：

(一)1 年多前我們去找過部長，因為部長也是醫界的同行，非常理解實際狀況，當時我們提出的是財務落差，但他說不要用落差，就用點值平衡比較好聽，可以逐年，看要不要分 10 年慢慢調整。如果照現在差距 12%，1 年要調整 1.2%，才有辦法在 10 年內調整好，所以這也不是我們自己提出的方案。

(二)我們也去見過蔡英文總統，蔡總統也說這個問題應該要處理，尤其現任主計長擔任過健保局的總經理，這幾百億元需要規劃，但到現在都沒有，本項的名稱也是陳時中部長訂出來的，我們每次提到健保會，可能健保會委員在過程中沒有理解。

(三)社保司的說明我們聽了也很心冷，社保司說總額是上限制，我們當然理解，上限制就是今年先協商總額，明年(113 年)就是這些錢打死，做多少都是你們家的事情，這我們承認。但也要承認制度不只這一段，後面還有一段，執行下去如果不夠，今年就要談不夠的部分明年要如何處理，是調高費率或減少給付範圍。現在全部不談，只說這是上限制，其實是很不公允的方式，這樣的健保總額是做不下去的，所以要提醒大家，請所有的委員深思。醫院在總額協商當中是絕對弱勢，比人數也弱勢，比什麼都弱勢，但是大家要面對這個事實，不然我們引以為傲的健保就會發生困難。

四、委員認為有關各項目的執行成效醫院部門未提供，其實我們都呈現在評核報告，健保會應該提供評核報告給委員參閱，每個項目評核報告都有充分呈現，但因為內容很多，放在協商資料會增加大家的負擔，評核報告其實都有。

五、關於「B 型肝炎病毒治療藥費移列專款」：

(一)重申不能將不合理的事情當作自然，因為 B、C 肝炎治療費用自 102 年由專款回到一般服務時，專款經費移列 19.22 億元，但編列在一般服務時增加 1 億元，是 20.22 億元，所以醫院部門以當初移列費用計算累積成長率後，扣除 106 年 C 肝藥費移列專款 9 億多元，總共是 16 億元，做為一般服務移列專款的額度。

(二)B、C 型肝炎治療費用專款 98 年執行率僅 74%，因為經費沒用完要回到安全準備，所以 99 年只編列 6.22 億元，但當年度經醫界的努力，執行數不足 20 幾億元，最後是違法挪用一般服務預算去撥補，100 年度又撥補 10 幾億元，連續每年都是如此。現在 B 肝藥費要移列專款，102 年從一般服務支應的 15.78 億元也要移列出去，這是什麼政府？完全違反總額精神。

(三)專款有剩餘不回到一般服務，但不足時卻要用一般服務預算補貼，這是什麼道理？現在移列出去又說一般服務補貼是應該的，我覺得如果不講清楚，不然就來訴訟，沒有這樣的道理，完全違反總額精神。我要特別強調，如果移列專款，前面的帳應該要算一算，一般服務共撥補多少費用，醫院總額的缺口為什麼現在會差 700 多億元，這就是其中一個原因。以上針對剛剛各位委員的提問做綜合的報告。

盧主任委員瑞芬

補充說明檢核表的部分，我覺得這就像各位都有寫 paper(論文)，對於 response letter(審稿意見的答復信)是 item by item(逐項)回應，所以不能說要委員再去看評核報告，這也是為何我們會做檢核表，就

是請醫界送協商草案時逐項呈現給委員看，這是總額協商前在健保會會議就已經有決議要求，所以在此時要請大家再去看評核報告實在不恰當，評核報告比我這 150 幾公分的人還要高。請部門一定要配合，為方便委員們了解每項協商項目的執行效益，有助於他們討論醫院總額預算，各部門都一樣，必須要有根據，了解得更多才能做合理的判斷，這點請醫院部門務必配合。

謝協商代表文輝

主席，我們會再改進，將評核報告內容反映在這裡，方便委員查詢。

盧主任委員瑞芬

接下來請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

我剛剛提出關於今年新醫療科技編列的問題，是不是請醫院部門再做說明。

盧主任委員瑞芬

請說明新醫療科技的部分。

謝協商代表文輝

- 一、新醫療科技我們一直長期主張應該編列在專款項目，等穩定後再回歸一般服務費用。就像剛剛 B、C 肝炎藥費一樣，新項目引進後，其實編列的預算根本不準，從 99 年編列 6.2 億元結果用了近 30 億元，事實上根本沒有反映實際執行數，而是拿一般服務的費用去補貼。
- 二、其實新藥新科技項目都可能有此現象，所以我們一直主張應該編列在專款項目，等穩定後再回到一般服務，醫界不想占便宜，但因為已經很辛苦，也希望不要再增加不合理的支出。當然我們很感謝健保署將「暫時性支付」編列在專款項目，但還是有一部分新醫療科技是編列在一般服務預算，所以我們這次的版本，將放在一般服務的經費全部剔除，因為我們認為應該併同「暫時性支付」一起放在專款項目。

三、健保署的版本有部分接受我們的看法，將新藥新科技放在專款項目，但還有部分放在一般服務，和我們的版本最大的差異，是我們認為應該全部編列在專款項目，等經過 5、6 年，穩定後再回到一般服務預算，才不會排擠現有的其他服務，這是兩個版本的差異。

盧主任委員瑞芬

蔡委員麗娟應該是要明確知道，因為你們修改了版本，所以按照螢幕的呈現，等於是把 A1「新藥新科技」與 B1「暫時性支付」合併，編列 13 億元，是這樣子嗎？(謝協商代表文輝：對。)原本健保署版本「新醫療科技」編列 44.63 億元，加上「暫時性支付」20.98 億元，但你們現在 2 項合計就只編列 13 億元，我只是協助澄清。

蔡委員麗娟

這是非常大的落差，因為目前很多新藥都沒有辦法給付，等待引進的時間很長，如果放到專款項目，請問目前的金額是如何計算？專款一旦用完，新藥是不是就不能審查？或是病人用到一半就不能再用？這對於重大傷病病人的用藥權益是很大的衝擊。如果專款全部只有這樣的金額，以目前估算的預算，以及重新調整預算編列方式，以專款支應未來新醫療科技的使用，對所有病友團體將造成很大的問題，我們必須要正視。

盧主任委員瑞芬

醫院部門回答之前，陳委員杰剛才有舉手。

陳委員杰

一、在發言以前，先代表付費者委員向現場以及全國的醫師大聲地說一聲謝謝，感謝你們對醫療的貢獻。剛剛醫院代表提到 B 肝藥費的預算編列歷程，雖然他講話很激動，但我有聽到說不然的話就去訴訟，其實坦白說，我最愛訴訟，你來告我沒有關係，我奉陪到底。當然我希望在協商過程中，大家能夠用非常平和的語氣來共同協商。

二、有關 B 肝藥費部分，上次在健保會時有委員提到，建議不要將

B 肝與 C 肝藥費合併為「病毒性肝炎藥費」，因為擔心 C 肝藥費被 B 肝藥費挪用，部分健保會委員有提出這樣的質疑。但從今天的資料來看，健保署仍將兩者合併，等於上次開會沒有達到預期的效果，是不是請健保署針對這個議題詳細說明。

盧主任委員瑞芬

我們現在只剩下 2 分 40 秒，先請健保署針對 B、C 肝藥費的部分說明，剩下的時間請醫院部門回應，請健保署黃組長育文。

黃組長育文

各位委員、協商代表，大家好！剛剛有說明如何計算移列的 B 肝藥費，目前是以 111 年的實際申報藥費計算。我們還是認為如果整體 B、C 肝炎治療預算合併使用，在臨床醫師端的治療及預算使用會比較有彈性。但如果大家協商的結果是 C 肝藥費維持專款，B 肝藥費還是在一般服務支應，因為目前 B 肝用藥的執行已經很穩定，而且會有一些替代效應，所以在一般服務一樣可以執行，我們尊重健保會最後協商的結果。

盧主任委員瑞芬

最後時間留給醫院部門回應。

謝協商代表文輝

- 一、因為所有總額的資源都來自於全民，各位付費者委員也是代表民眾來協商，經費的使用我們尊重大家的意見，B、C 肝炎藥費要不要合併我們沒有意見。依健保署的說明，B 肝藥費實際申報 30 幾億元，所以要從一般服務移列 30 幾億元，但我們也忠實呈現當初編列的預算實際是多少錢，其中的落差由醫院吸收是否合理，從我們的薪水拿出來補貼合理嗎？請各位委員思考。
- 二、剛剛蔡委員麗娟提到，為何新藥新科技編列這麼少的經費，不是我們編的少，而是如果照醫院現在的狀況應該要編 0，因為我們沒有錢增加新藥新科技，如果有需要就看政府以何種方式處理，例如現在也有人建議調高醫療保健支出占 GDP 比率達

8.0%。不能說我要引進新藥，但不要再增加錢，不好意思我們做不出來，因為醫院現在連經營都有困難。所以如果要多引進新藥新科技，政府覺得這是政策應該要給，就應該再增加資源，醫院總額是擠不出來，以上簡單回應。

盧主任委員瑞芬

第一階段的時間已經結束，接下來進入第二階段。因為醫院有提出新版本，付費者也需要再討論，現在就進行第二階段的內部會議。付費者剛才已提供意見，醫院部門是不是也再回去討論，提出新的版本。付費者代表需要 40 分鐘，醫院代表也可以先談一下。請李委員永振。

李委員永振

付費者代表希望邀請今年擔任評核委員的現任專家學者及公正人士委員參與內部會議，因為他們 7 月才看過評核報告，比較了解總額的執行情形。本場次邀請滕委員西華、林委員文德及王委員惠玄，與付費者代表共同召開內部會議。

盧主任委員瑞芬

好，請三位委員盡力協助。

(付費者代表進行內部會議討論約56分鐘)

盧主任委員瑞芬

付費者代表已回到會場，請入座。現在各位委員螢幕上呈現的是修正後的醫院方案第一版及付費者方案第一版，請付費者代表的主談人說明，請林委員恩豪。

林委員恩豪

代表付費者向醫院代表說明我們的結論。在報告之前還是要先聲明，付費者比較不會支持補點值、調整支付標準等項目，雖然醫界一直覺得點值不平衡需要調整，但是 3 年疫情期間，健保也沒少付錢，如果還是覺得這樣的點值不公平，應該去向相關單位爭取其他財源補貼，而不是以健保總額的新增項目補點值，這是付費者代表的立場。以下逐項報告：

一、一般服務：協定事項都是同大表，這裡只報告新增部分。

- (一)A1「新醫療科技」：維持現行的執行方式，名稱不修訂，與 A2「藥品及特材給付規定改變」不相互流用。本項增加金額 36 億元，醫院原方案是編列 30 億元。我們增加的 6 億元就是含「暫時性支付」新藥 6 億元，其 PVA 或 MEA 還款金額，應納入本項預算財源，並於公務預算挹注或另有基金財源後退場。
- (二)A2「藥品及特材給付規定改變」：增加金額是 1,377 百萬元，與 A1「新醫療科技」不相互流用。
- (三)A3「配合醫療器材使用規範，修訂受影響之診療項目支付點數」：維持編列在專款 B20「促進醫療服務診療項目支付平衡性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」。
- (四)A4「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」：維持編列在專款 B14「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」。
- (五)A5「平衡醫院部門實際醫療服務與總額額度落差(點值不平衡調整方案)」：剛剛有向大家報告過我們的立場，本項沒有增加金額。
- (六)A6「提升醫院兒童急重症照護量能」：屬於支付標準調升，建議由公務預算支應，或優先由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應。
- (七)A7「提升醫院用藥安全與品質方案之 ICU 臨床藥事照護」：建議維持編列在專款 B6「醫療給付改善方案」。
- (八)A8「B 型肝炎病毒治療藥費移列專款」：本項前面已經過一輪討論，建議維持編列在一般服務，不移列到專款與 C 肝藥費合併。
- (九)A9「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：增加金額是負 12.1 百萬元。

二、專款項目：

- (一)B1「暫時性支付(新藥、新特材)」：併入 A1「新醫療科技」

- ，這裡未編列經費。
- (二)B2「C 型肝炎藥費」：剛才有提到，不同意修正名稱為「病毒性肝炎藥費」，本項維持 C 肝藥費專款，編列 2,224 百萬元，減少 1,204 百萬元。
- (三)B3「罕見疾病、血友病藥費及與罕見疾病特材」：編列 15,108 百萬元，希望在額度內妥為應用及加強管控。
- (四)B4「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」：編列 5,580 百萬元。
- (五)B5「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」：編列 5,208.06 百萬元。
- (六)B6「醫療給付改善方案」：A7「提升醫院用藥安全與品質方案之 ICU 臨床藥事照護」與 B7「提升醫院用藥安全與品質方案」併入本項，預算統籌運用，編列 1,674.1 百萬元。
- (七)B7「提升醫院用藥安全與品質方案」：併入 B6「醫療給付改善方案」，這裡未編列經費。
- (八)B8「急診品質提升方案」：編列 300 百萬元。
- (九)B9「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」：編列 210 百萬元。
- (十)B10「醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案」：編列 115 百萬元。
- (十一)B11「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」：編列 1,300 百萬元。
- (十二)B12「鼓勵建立轉診合作機制」：編列 224.7 百萬元。
- (十三)B13「網路頻寬補助費用」：編列 150 百萬元，希望 114 年確實依據退場期程退場。
- (十四)B14「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」：維持編列在專款，編列 15 百萬元。
- (十五)B15「住院整合照護服務試辦計畫」：編列 560 百萬元，希

望加強推動本項計畫。

- (十六)B16「精神科長效針劑藥費」：編列 2,664 百萬元。
- (十七)B17「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」：編列 300 百萬元。
- (十八)B18「因應長新冠照護衍生費用」：編列 40 百萬元，擴增費用可以由 A2「藥品及特材給付規定改變」支應。
- (十九)B19「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」：編列 500 百萬元。
- (二十)B20「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」：編列 2,772 百萬元。
- (二十一)B21「癌症治療品質改善計畫」：編列 414 百萬元。
- (二十二)B22「慢性傳染病照護品質計畫」：編列 180 百萬元。
- (二十三)B23「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：未編列經費。
- (二十四)B24「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：未編列經費。
- (二十五)B25「社區好醫院-地區醫院家庭責任醫師整合方案」：未編列經費。
- (二十六)B26「區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及 B27「區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作」均未編列經費。
- (二十七)B28「代謝症候群防治計畫」、B29「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」、B30「抗凝血藥品藥師門診方案」均未編列經費。
- (二十八)B31「品質保證保留款」是 501.5 百萬元。以上是付費者討論出來的版本。

劉委員淑瓊

B18「因應長新冠照護衍生費用」項目，協定事項是由 A2「藥品及

特材給付規定改變」支應，要加上擴增藥費由 A2 藥費支應。

盧主任委員瑞芬

現在有 2 位委員要發言，請李委員永振與楊委員玉琦。

李委員永振

很抱歉，剛才好像少宣布一件事，感謝周委員麗芳提醒。本場次的主談人是林委員恩豪，協談人是劉委員淑瓊，所以剛才他們兩位發言的身分是主談人與協談人，補充說明。

盧主任委員瑞芬

好，現在請醫院部門回應。

謝協商代表文輝

- 一、主席、各位委員、各位先進，付費者代表的版本部分支持我們的看法，如兒科重症加成及應由公務預算支應的其他項目，這些相同的項目可以一起來努力。比較遺憾的就是對 B 肝藥費過去的執行，明顯違反專款項目使用原則，讓一般服務預算貼補，付費者代表的主張是不要移列專款，還是放在一般服務，醫院團體的感覺就是繼續占用一般服務預算。如果要務實理性地面對問題，應該發現並處理問題，這個明顯不合理的現象已經掀開來，但還是不處理，繼續掩飾，這是比較令人遺憾的地方。
- 二、這幾年來醫院提出的點值不平衡調整方案，都會被付費者打回票，但這是事實，我們還是應該面對，否則醫院總額點值將持續下降。原本總額就有規劃調整機制，若都不談調整機制，最後就是逼著醫院想辦法，為了經營下去會有很多因應措施。最近的調查顯示，民眾去醫院看病，自費的部分越來越高，據說達百分之 30 幾，快接近 40%，和健保實施前差不多。這不是很好笑，健保花這麼多錢，最後大家需自費的金額還是跟過去健保實施前差不多，這種情形醫院當然要檢討，但考慮到醫院現在的困境，事實就是如此。
- 三、很佩服各位委員替民眾看緊荷包，不但沒有增加預算甚至還減

少，非常令人佩服，但是這樣對民眾真的好嗎？民眾到醫院要面對怎樣的情境？不要讓醫護人員都變成醫材、藥品商的推銷員。我過去曾經講過，今天再重述一次，我是骨科專科醫師，健保剛開辦的時候，給付還可以。在總額實施前，進行關節置換手術時會向患者建議中間墊片換比較好的材質約 4、5 萬元，隨著制度演進，各位對總額預算很用力的把關，醫師對患者的建議就變成新的人工關節依照人體構造設計，對病人比較好，約 13 萬多元，接下來更進步，有導航要 23 萬多元，最近如果去各大醫院會發現更進步，用機器手臂約 45 萬元。像這樣不肯務實地面對健保實際的問題，到後來就是民眾成為輸家，因為醫療有其必要性，當然你可以用比較好的醫材，但需要到這樣嗎？未來繼續這樣下去，開個膝關節就要八、九十萬元，這是健保要的吗？建議醫院提出的項目，付費者代表應該思考，不然未來只能成為輸家。

盧主任委員瑞芬

本階段只有 47 分鐘，請問醫院部門需要內部討論再回應嗎？

李協商代表飛鵬

我是醫院協會新任理事長李飛鵬，首先感謝付費者代表的指教，由於各層級醫院期待的成長率與現在付費者的版本差異太大，與 4.7% 差了快 1%，所以容我們進行內部討論後再跟大家回應。

盧主任委員瑞芬

請醫院部門先進行內部討論。請李委員永振。

李委員永振

醫院部門要內部討論前，先補充說明，剛才醫院協商代表提到點值問題，我一直強調健保快 30 歲，總額也快 20 歲，應該成年了，現在成年是 18 歲。點值問題應整體探討，92 年我尚未參與，所以當時的情況我不知道，但醫界委員提到今年有幾個分區點值剩 0.87。我覺得很奇怪，在 3 年疫情期間醫療量能減少的情況下，總額 1 毛錢未減少，若預算都用於調整支付標準，當然第 1 季點值 0.87 很正

常。建議先檢討支付標準，不然就像上次委員會議何語委員所提，這個問題永遠無解，我給你錢，你去調整支付標準，再來講點值降低，這樣一直循環下去到底什麼是答案，請醫院思考。

盧主任委員瑞芬

現在請醫院部門先進行 20 分鐘內部會議。

(醫院部門代表進行內部會議討論約21分鐘)

盧主任委員瑞芬

各位委員，醫院部門已經回到談判桌，請各位委員就坐。現在請醫院部門說明你們的新版本。

林協商代表佩菽

主席、現場所有的委員，大家午安！我們剛剛已經討論過，非常遺憾無法接受付費者的方案，但針對以下幾點還是要說明：

- 一、對於非協商因素，我們拒絕以任何附帶決議形式，限制預算的使用，並希望在紀錄上落下決議。
- 二、有關「新醫療科技」，反對協定事項第 3 點「本項支付之新藥，其 PVA 與 MEA 還款金額應納入本項預算財源」。
- 三、付費者方案的專款項目中，若「提升醫院用藥安全與品質方案之 ICU 臨床藥事照護」併回原編列之「醫療給付改善方案」專款項目，則應加回 6,300 萬元，才是正確的預算額度。

其他部分請新任李理事長飛鵬說明。

李協商代表飛鵬

- 一、主席、各位委員，剛剛付費者提出他們的方案，我們離席時李委員永振特別提到，有關疫情期間點值的問題，其實我特別請同仁計算過，即使在疫情期間，全國的點值還是不到 1，顯見過去財務缺口有多大。
- 二、有關支付標準調整，事實上幾十年來幾乎沒有調過什麼支付標準，我是耳鼻喉科醫師，以補耳膜的支付點數為例，40 年來幾乎都沒有調整，從我擔任住院醫師到現在都沒有調，加上現

在點值又更低，其實支付費用是下降。所以過去幾乎很少調升支付標準，只有新增預算時才有調整。

- 三、點值過低的問題很特別，在所有的商業模式中，只有醫界接受以點值來計算費用，由於點值非常低，所以我們面見蔡總統及陳時中部長時，都有提到點值不平衡調整方案，這是各層級醫院都非常關切的議題，所以這部分還是希望付費者代表特別給予考量。尤其在疫情期間，醫界除了醫師、護理人員外，還有很多行政人員也投入抗疫，國家經濟成長與稅收都成長，而且是不減反增。
- 四、剛才有委員提到感謝醫界的貢獻，醫院方案提出 4.7% 的成長率，但很遺憾付費者代表只提出 3% 多的成長率，尤其是將 B23 「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」、B24 「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」專款項目刪除，事實上該 2 項專款經費，主要是補助照護重症病患的護理人員薪水，如果不編列，致護理人員離職，將來就是面臨醫院關床，或可能產生人球事件，都不是醫界所樂見，所以還是期待該 2 項專款能得到大家的認同。
- 五、對付費者代表提出的版本，剛才已經有回應，代表各層級醫院，有些是我們不能接受的部分，只能兩案併陳送主管機關裁決。

盧主任委員瑞芬

請黃委員金舜。

黃委員金舜

- 一、各位委員大家好，藥師公會全聯會有兩個部分要向在座所有的委員報告，藥師公會全聯會提出「抗凝血藥品藥師門診計畫」，希望針對服用抗凝血藥品 warfarin 的病人，由藥師介入提供照護，讓病人在治療期間的凝血功能得到妥善的控制。抗凝血藥品 warfarin 屬於高警訊藥品，除了出血副作用，也需要謹慎監控病人的營養狀態、飲食習慣、疾病及併用藥品，包含

中藥都可能影響療效。根據健保署的數據，服用 warfarin 抗凝血藥物的治療，目前平均只有 3 到 4 成的病人凝血功能 INR 值 (International Normalized Ratio，國際標準化比值) 控制在合理的區間，顯示病人確實有需求，藥師也有必要介入，我們將計畫目標設定在 6 成，相信該計畫對病人的用藥品質提升有明顯的幫助。目前藥師公會全聯會在 7 月已經提出計畫，針對執行內容、藥師資格、結案條件、成效指標都已規劃完成，預計花費 2 千萬元，本計畫用意良善且有數據佐證實行的必要性，希望各位委員可以支持。

二、另外，「提升醫院用藥安全與品質方案之 ICU 臨床藥事照護」已經執行數年，外界反應成效相當好，所以我們希望可以列在一般服務項目，惟若最後決議要維持編列在專款項目，也應明定文字匡列 1.2 億元預算，才足以支應。

盧主任委員瑞芬

謝謝黃委員金舜的意見，目前醫院的版本就是現在的第三版，跟第一版相較沒有任何的更動，付費者代表方案是否需要再做更動？請問林委員恩豪，付費者代表需不需要一點時間內部討論？

林委員恩豪

好，主席，因為醫院代表有發表一些意見，我們再去討論一下。

盧主任委員瑞芬

現在請付費者代表再進行內部會議討論。

(付費者代表進行內部會議討論約18分鐘)

盧主任委員瑞芬

付費者代表也回到談判桌，現在是不是請主談人林委員恩豪說明。

林委員恩豪

我直接說明有調整的項目，有關黃委員金舜提到 B30「抗凝血藥品藥師門診方案」，付費者方案還是一樣沒有單獨編列預算，但其併入的 B6「醫療給付改善方案」專款項目預算改為編列 1,693.4 百萬元，增加 5 千萬元，包含 A7「提升醫院用藥安全與品質方案之 ICU

臨床藥事照護」、B7「提升醫院用藥安全與品質方案」、B30「抗凝血藥品藥師門診方案」整體統籌運用。至於其他的項目付費者代表都有討論過，並未做更動。請問總召集人李委員永振是否要再補充說明？

盧主任委員瑞芬

請李委員永振。

李委員永振

- 一、補充兩點，第 1 點，剛才李理事長提到點值問題，當然我講的 3 年疫情期間是整體來看，醫院點值是沒有達到每點 1 元，但在健保會我一直強調，醫院提出的過去利損我們不知道，建議應該由保險人以中立的立場去檢討。你們提到目前點值的問題，因為是各說各話，沒有公正性，既然提到自 92 年開始，我認為當時有問題應該在執行 3 至 5 年的時候就要提出來，20 年後再提出來，我們不知道當時是怎麼回事，所以請保險人以公正的立場去做整體檢討，這樣可能會比較好。
- 二、第 2 點，有關 B23「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」、B24「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」專款項目，去年付費者也沒有編經費，是衛福部核定，既然部核定，我們就再看看。但今年在討論 112 年計畫內容時，發現整體使用方向與原來的目的不一致，因為協定事項有提到優化品質及提升量能，但都是提高支付點數，看不到優化，雖然沒有正式調整支付標準，但還是用在調高支付點數，這樣可以優化嗎？也沒有提出讓人可以接受的說明。113 年還要再增加經費，這是我們當時的考量點。

盧主任委員瑞芬

目前付費者方案第二版，B30「抗凝血藥品藥師門診方案」沒有編列經費，但是將 B30 要做的事情併入 B6「醫療給付改善方案」，然後 B6 增加 5 千萬元，只有這個地方有修改對不對？好。很明顯，醫院總額部分沒有辦法達成共識，也超過協商時間了，醫院代

表在提出第二版時就說希望兩案併陳，所以醫院總額的部分就兩案併陳。

謝協商代表文輝

我很遺憾！

盧主任委員瑞芬

一、我更遺憾！113 年度醫院總額，因付費者代表與醫院代表沒有辦法達成共識，循例若雙方還有繼續協商的意願，在雙方代表同意後，請於今天晚上 8 點前通知本會同仁，我們會安排明天早上 9 點半繼續處理，如果沒有意願繼續協商，則請將各自的建議方案在 9 月 21 日上午 9 點前送本會彙整，也就是明天早上。

二、依 113 年度總額協商程序，請雙方依據今天的協商結論辦理下列事項，併入各自建議方案，必要時請健保署協助。

(一)以結果面為導向，調整新增或延續性項目的「執行目標」與「預期效益之評估指標」，這部分都要明列。

(二)新增專款項目沒有提出預估試辦檢討期限者，需要提出以幾年為檢討期限。

(三)需要修正項目名稱者，請提出修正後的項目名稱。

三、以上是我們從現在開始到明天早上要做的事情，因為星期五就要召開委員會議，就算是兩案併陳，也要將相關事項寫清楚才能送部長決定。本場次醫院總額就到此為止，我們休息用午餐，12:30 繼續協商，謝謝各位。

貳、113年度總額協商－「門診透析服務
(醫院總額及西醫基層總額)」與會人員
發言實錄

貳、113年度總額協商－「門診透析服務(醫院總額及西醫基層總額)」與會人員發言實錄

盧主任委員瑞芬

現在進行門診透析服務費用的協商，一樣先進行第一個階段的提問跟意見交換，時間 10 分鐘，請門診透析協商代表簡單說明，現在開始。

羅協商代表永達

- 一、各位委員大家午安，我想門診透析部分，這幾年大家可以看得出來，他們的成績、品質各方面其實都做得很好。可是這幾年，尤其是疫情(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)過後，他們面臨很大的問題，因為門診透析本身沒有像醫院或是西醫基層總額有一個最基礎的醫療服務成本指數改變率，當他們聘用護理人員，或者使用衛耗材等成本升高的情況下，卻沒有這樣的非協商參考數據。以 113 年總額的醫療服務成本指數的改變率而言，醫院總額成長率是 2.94%、西醫基層是 2.837%，加起來除以二，至少都還有 2.8885%，加上 111 年的透析人數總成長率 1.6%，至少都有約 4.5%的成長率。
- 二、在上一次的協商會前會台灣腎臟醫學會已進行專題報告，說明他們這一段時間所做的努力，也有達到所有委員的要求，包括開始透析年齡從 62.8 歲增加至 67.6 歲、NSAIDs 藥物(Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs，非類固醇抗發炎藥)使用率降低等等，這個努力我想大家都看得到。可是現在面臨一個最大的問題就是受到整個外在環境影響，經營的成本真的是提高了非常非常的多。如果以 1.6%加上平均的 2.8885%，加起來就已經 4.5%，可是今年能夠拿出來協商的金額，不管在醫院或是西醫基層部門，事實上都沒有那麼多錢可以分給門診透析，所以我們就把超過的部分自斷，我們主動降到了 4%，考慮很多因素之後，我們自行調降。
- 三、但我們很遺憾健保署草案編列成長率是 3%，不曉得這 3%是怎

麼算出來的，用 3% 來談，對於門診透析的從業人員，在透析面臨這麼多危險的情況下還能夠堅守這樣的品質，我覺得對他們是不公平的，所以我們還是希望能夠維持 4% 的成長率，以上。

盧主任委員瑞芬

謝謝，請問一下現場的委員有沒有任何的提問？或者是意見？李委員永振。

李委員永振

感謝羅協商代表永達的說明，羅協商代表剛才質疑健保署 3% 是怎麼提出來的？是不是可以請健保署說明一下。總是要先釋懷，才能再談下去。

盧主任委員瑞芬

好，現在請健保署說明，門診透析的成長率 3% 是如何估算的。

劉組長林義

門診透析部分，本署採取跟去年一樣的計算方式，我們去年也是用比照前一年的方式，所以今年也是比照去年的方式，提出 3% 成長率給各位委員來參考，以上。

盧主任委員瑞芬

一切照舊就對了。滕委員西華還有林委員文德有意見，先請林委員文德。

林委員文德

想請問一下，因為醫療服務成本指數包含了人事費用、藥品及耗材等指標。藥品的費用如果我記得沒錯，舊藥的價格其實在下降，藥品費用之所以會上升，主要是因為引進新藥，把價格拉高。請問門診透析這 1、2 年來是不是有新藥引進，導致藥品成本提高的狀況？

盧主任委員瑞芬

我們統問統答，請滕委員西華。

滕委員西華

我想請教一下，台灣腎臟醫學會好像有在會上對不對？往年都有，今年有嗎？有，謝謝。我想請教兩點：

- 一、第一點，今(112)年的總額預算有 4 億多元鼓勵腹膜透析專款，剛剛在醫院部門也有編列一些租金預算(腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金)，鼓勵腹膜透析專款也支應開辦獎勵費、推廣獎勵費等等，今年已開始執行，台灣腎臟醫學會可不可以跟我們分享一下，醫學會對於腹膜透析的整體發展，有什麼樣的看法。
- 二、第二點，健保有非常多的試辦方案或醫療品質改善方案都是在預防腎臟病，或者是延緩腎臟病的病程發展，這些投入累計起來超過百億預算，每年也有幾十億在執行。請問這對整體腎病發生率的貢獻是什麼？有沒有讓情況變好？因為在評核總額執行成果時，看到去年的發生率有微幅成長，可是我們在腎臟病防治或是早期介入的費用，其實每年都在增加，主要目的是要降低發生率，請腎臟醫學會跟我們分享一下，15 年來這些預防性方案，究竟有沒有在透析服務品質上有所貢獻？謝謝。

盧主任委員瑞芬

接下來請陳委員杰，待會再請何代理委員語。

陳委員杰

- 一、謝謝主席，首先我要表達，非常感謝全國所有的醫護人員，對於他們對台灣醫療的貢獻，表示感謝。有關門診透析服務預算，若依照健保署草案 113 年度整體成長 3%，達到 459.95 億元，其中醫院部分占了 239.86 億元，成長率是 1.586%，加上基層部分 220.08 億元，成長率是 4.587%，較 112 年度增加 13.4 億元。不過資料顯示，112 年度前 6 個月，透析人數下滑至 9 萬 1,098 人，比 111 年 9 萬 7,688 人減少了 6,590 人，透析人數下滑了 6.75%，今年度的預算還是上升，但是我不反對。
- 二、但有一點我必須要求，醫院門診透析有納入評鑑，但基層院所

的門診透析好像沒有納入評鑑，這個部分可不可以做一個附帶決議？要求政府單位能夠介入，進行類似於評鑑工作，這樣最起碼能夠保障被保險人病患的權益，因為現在門診透析人數占比這麼高，為了保護所有病患的健康及權益，所以我在這裡也提出具體建議，針對這一點，健保署有沒有什麼意見？是不是能夠配合醫事司做評鑑的工作？謝謝。

盧主任委員瑞芬

謝謝，現在請何代理委員語。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

- 一、主席、各位協商代表，大家好。第一點我要請教的是，過去兩年因為疫情的關係，洗腎患者死亡的比率非常高，但總人數是多少？健保署應該提供資料。洗腎患者是因染疫最容易死亡的對象之一，死亡人數高，總體洗腎人口應減少。
- 二、第二點，西醫基層花費多年執行「家庭醫師整合性照護計畫」、「代謝症候群防治計畫」，還有其他預算的腎臟病照護及衛教計畫，政府也推動腎臟病防治計畫，花那麼多錢下去，為什麼還有那麼多人在洗腎？
- 三、第三點，以前洗腎液是從國外進口，成本當然很高，而現在洗腎液完全在台灣生產可以量制價，請問價格有沒有降到某種程度？而你們一直認為洗腎的成本是持續增加的。
- 四、第四點，剛剛健保署答復 3%的計算方式，沒有實際的資料做參考。我們認為洗腎人口提早化是台灣的普遍現象，所以腎臟病防治計畫應該要充實且落實地去把它做好，謝謝。

盧主任委員瑞芬

謝謝，我想委員大概提問都已經充分表達，雖然時間到了，但一定要請門診透析代表回應。

羅協商代表永達

我先回答，另外台灣腎臟醫學會今天有代表與會，但沒有坐在前面，有一些部分則請台灣腎臟醫學會回答。

盧主任委員瑞芬

他們是列席。

羅協商代表永達

對，我知道，以下針對委員的提問回復：

- 一、首先，林委員文德所提有關藥品成本的部分。現在健保的支付方式是 case payment(論病例計酬)，由於洗腎患者有共病的情形，所以整體藥品支出是增加的，我們在上次報告裡面提到整體成本是增加的。他們所使用的藥品，可能單項藥費有減少，但因老年化的關係，用藥的項次增加，因為採 case payment，全部藥品都包含在內，這第一個跟大家做報告。
- 二、第二個部分，何代理委員語提到說洗腎患者年齡降低，事實上與何代理委員語所提數據是相反的，依會議資料第 81 頁附表 3，台灣透析患者開始透析平均年齡是上升的，從以前的 62.8 歲，現在是 67.6 歲，整體來講我們的努力是有用的。
- 三、第三個，為何花了這麼多經費在腎臟病防治上卻還是有很多人洗腎。事實上台灣人口老化的程度是非常非常的快，老年人口有很多共病，需洗腎人口理論上應該隨之增加，可是成長率從以前 3 點多、2 點多到現在只剩下 1.6%，而且還是因為疫情關係才增加 1.6%，表示成效是非常非常顯著的，與國際相比成績都是非常優秀的。
- 四、至於腹膜透析的使用，台灣腎臟醫學會有相關的數據，請台灣腎臟醫學會針對去年推動腹膜透析的情形做個補充？

盧主任委員瑞芬

請許秘書長永和補充。

許秘書長永和

- 一、主席、委員，感謝委員的指導，腹膜透析這幾年的盛行率下降，跟其他先進國家是一致的。事實上，「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」於 112 年 7 月 4 日公告實施以來，不論在學會或是在基層都有大力地推行，目

前為止成效還不錯，相信隨著時間的演進，成效會更為明顯。

二、因為腹膜透析能夠讓病人生活品質全面提升，所以醫界全力支持，透過這個專案計畫讓我們有機會提升腹膜透析比率，我們一定會全力以赴。剛剛羅協商代表永達已經回復過，推動慢性腎臟病防治相關計畫成效良好，無論是在死亡率、腹膜透析、血液透析人數，或是 ESRD(End Stage Renal Disease，末期腎臟病)盛行率、發生率，都是逐年下降的，且發生率在年齡標準化後也是下降的。

三、基本上 EPO(Erythropoietin，紅血球生成素)這些藥品已內含在包裹給付，藥品的價格這幾年的給付並沒有特別的變動。藥水的部分，基本上洗腎已經是非常穩定的一種醫療方式，所以藥水的價格這幾年都是穩定的狀況，我們所增加的成本就如同剛剛羅協商代表永達所提出的，以上補充，謝謝。

盧主任委員瑞芬

謝謝，請羅協商代表永達。

羅協商代表永達

一、有關陳杰委員提到把診所評鑑納入附加決議，我要補充說明，此議題不是在今天的討論範圍，可能是在另外的場合跟醫事司討論，評鑑茲事體大，需考量費用、有沒有人力及其他很多因素，尤其基層透析診所很多家。

二、現行西醫基層診所沒有評鑑，醫院才有評鑑，評鑑是一個很大的工程，不適合在這邊做任何的決議或是補充說明…。

許秘書長永和

主席，我再補充說明，羅協商代表永達歹勢(台語)，台灣腎臟醫學會過去 10 幾 20 年來，每 3 年一次由學會主辦門診透析醫療院所、基層院所評鑑，去年因疫情關係沒有辦理。但從今年 6 月到現在，已如火如荼的進行，就是確保基層透析及各醫療院所透析品質的保證，以上報告。

盧主任委員瑞芬

謝謝，請黃協商代表啓嘉。

黃協商代表啓嘉

- 一、因為會議資料是醫院部門跟健保署的兩個草案，這邊代表西醫基層部門有一個疑問，如果說要鼓勵腹膜透析，那腹膜透析是醫院做得比較多，為什麼費用成長主要是在西醫基層部門？成長金額西醫基層部門遠大於醫院部門。
- 二、第二個，同樣4%下降到3%的時候，我只是好奇，對這個議題我們保持中性，西醫基層本身尊重付費者的意見，但是我對這個數字有一些疑惑，需要健保署開示。同樣是從醫院協會成長率4%降到健保署3%的時候…為什麼螢幕一直在動，這讓我沒辦法講下去，請幕僚把螢幕固定，這樣幕僚的工作好像是要在做一點調整。好，同樣4%下降到3%的時候，為什麼西醫基層部門下降的金額占成長率只有20%不到，醫院部門下降了快40%，中間的差距是什麼？成長率改變的時候，應該等比例下降，可是數據呈現讓我沒辦法用邏輯去思考，可能需要健保署指導一下，健保會指導也可以。

盧主任委員瑞芬

對，現在有好幾個問題是請教健保署，請健保署說明。

劉組長林義

- 一、好，首先回應何代理委員語所詢透析人數及死亡率的部分，透析人數是從108年9萬2,624人，到111年成長為9萬7,688人，其中108年到109年大概成長1,700多人，109年到110年也是成長1,700多人，但110年到111年增加就剩下1,500多人了，原因就是因為死亡率。
- 二、有關死亡率，111年每10萬人的死亡率大概是5,813人、110年是5,470人、108年是5,049人，在108年發生疫情以前大概都維持5,000人左右，111年到5,800多人，死亡率的確有比較高，111年死亡率大概24.9%，這是第一個部分。
- 三、第二個是有關Pre-ESRD計畫(末期腎臟病前期照護與衛教計

畫)成效的部分，有整理在會議資料裡，以被收案至 Early-CKD 計畫(初期慢性腎臟病醫療給付改善方案)之個案來看，從收案到進入 Pre-ESRD 的平均天數有逐年增加，108 年是 974 天，到 111 年已經延長到 1,126 天，表示前端預防措施做得不錯。

四、剛剛協商代表提到有關透析成長率的部分，因為門診透析服務費用是分別從醫院及西醫基層依比例分攤，醫院的 base(基期)比較大，基層的 base 比較小，所以可以看到相對的金額、醫院跟基層的成長率會不一樣。

五、假如成長率 4% 的話，醫院分攤 242.20 億元、西醫基層分攤 222.21 億元，全部加起來門診透析 464.42 億元。假如是 3% 的話，全部加起來是 459.95 億元，其中醫院分攤 239.88 億元、西醫基層分攤 220.08 億元，以上。

盧主任委員瑞芬

謝謝，因為會議已超過時間，如果需要閉門會議的話，我們待會要馬上進行，請陳委員杰。

陳委員杰

一、好，謝謝，剛剛有關於協商代表所提的沒有錯，我也知道這個是醫事司的事，但是付錢的人應該有權利提出，所以借用這個機會提出。

二、剛才有質疑一點，洗腎人數已經逐年在下降，這個數字是我從會議資料裡面查的，是不是我不知道，透析人數下滑 6.75%(註)，但預算反而成長，當然我開始質疑，如果門診透析院所不能做評鑑的話，為什麼預算可以成長？預算增加，我對於這一點相當有意見，等一下協商時我會提出來，以上，謝謝。

(註：112年1~6月透析人數91,098人、111年全年97,688人)

盧主任委員瑞芬

好，謝謝，李委員永振最後一位發言，然後就進行閉門會議。

李委員永振

- 一、陳委員杰一直關心評鑑的問題，台灣腎臟學會報告說他們都有在做評鑑，不是醫事司的評鑑，是針對透析的醫療院所去做評鑑。是不是可以將評鑑報告提供給委員參考或是提委員會來報告，大家會比較了解。
- 二、對於剛才大家的說明，我有一點不解，記得在第二屆還第三屆，我曾經參加過門診透析預算研商會議，當時一直訴求點值太低，大概 0.8 左右。但經過這幾年，點值已經接近 0.9 了，醫界還是提出這個老問題，是不是點值要達到 1 這些聲音才會不見？可能也還是存在，這個我就不曉得了。點值在 0.8 左右的時候，是因為患者增加所以透析院所跟著增加嗎？那如果是這樣，點值還是在提升啊，請不要告訴我是因為這 3 年疫情的關係，這個沒有關係，剛才醫院說他們點值沒有到 1，你們只有 0.89 也是沒有到 1，問題錯綜複雜啦。
- 三、另外要說明我們門診透析的主談人是請侯委員俊良、協談人是林委員淑珍擔任，專家學者請滕委員西華，她是評核委員，我要特別強調，她是以評核委員身分參與。因為 7 月的時候才完成各部門執行成果評核，印象比較深。所以今年我們諮詢的專家都是請評核委員，包含滕委員西華、林委員文德跟王委員惠玄，他們是以評核委員身分參加，謝謝。

盧主任委員瑞芬

謝謝，有關剛剛提到預算分配比例的問題，請執秘再說明一下。

周執行秘書淑婉

剛剛黃協商代表啓嘉的問題，請看到螢幕試算表備註的部分，我們同仁剛剛轉動螢幕，其實是要讓您看到下面的備註，我們是依照今(112)年 5 月 24 日委員會議決議，是用協商當年第 1 季的醫院部門跟西醫基層門診透析費用的點數占率做分配，黃協商代表啓嘉的疑問就是在這邊。

黃協商代表啓嘉

- 一、醫院部門的新增金額，52.152%的 3%，怎麼會跟西醫基層部門

47.848%的3%的新增金額會少那麼多？(詳細計算方式如註)

二、第二點，4.335億元是用於獎勵腹膜透析，我相信90%在醫院，那這4.335億元是從成長金額中用4.335億元去獎勵透析，結果醫院的成長金額連4.335億元都不到，請問是要用西醫基層成長9億多元去給醫院使用嗎？這個是很奇怪的分法。既然腹膜透析都是在醫院執行居多，怎麼會醫院只有新增3.745億元？既然是鼓勵腹膜透析，那應該直接匡出來另列，放到該有的部門去，這樣混在一起，是吃西醫基層的豆腐。

三、再來就是說剛剛講的，同樣52.152%的3%，跟47.848%的3%，醫院新增金額52.152%的3%是47.848%的3%的1/3，這個邏輯在數學上，我覺得我要回去重修，所以要拜託再算一算。

(註：以總成長率3%為例，會上螢幕顯示內容，及計算方式如下：

總額 部門別	112年度 預算(百萬元)	113年度預算-健保署草案		
		成長率	預算(百萬元)	新增金額(百萬元)
醫院	23,613.0	1.586%	23,987.5	374.5
西醫基層	21,042.6	4.587%	22,007.8	965.2
總計	44,655.6	3.000%	45,995.3	1,339.7
(其中4.335億元用於鼓勵腹膜透析)				

依據113年度總額協原則，門診透析預算於總額與西醫基層總額預算分攤方式如下：

- 1.先協定新年度門診透析服務總費用成長率，以健保署草案成長率3%為例，得出總預算為45,995.3百萬元($44,655.6 \times (1+3\%)$)。
- 2.再依兩部門112年第1季申報費用點數占率分配預算(醫院52.152%，基層為47.848%)，得出醫院部門預算23,987.5百萬元($45,995.3 \times 52.152\%$)、西醫基層部門22,007.8百萬元($45,995.3 \times 47.848\%$)。
- 3.因兩部門預算基期(112年預算)不同，計算得出醫院部門增加374.5百萬元、成長率為1.586% ($((23,987.5/23,613.0)-1)$)、基層部門增加965.2百萬元，成長率為4.587% ($((22,007.8/21,042.6)-1)$)。

盧主任委員瑞芬

好，現在其他委員沒有任何提問跟建議，我們就暫停一下，先讓付費者代表進行內部會議。

(付費者代表進行內部會議討論約15分鐘)

盧主任委員瑞芬

請門診透析的主談人侯委員俊良來說明一下你們的案子。

侯委員俊良

- 一、好，謝謝主席。首先感謝門診透析的努力，不管是醫院部門或西醫基層部門對整個腎臟病防治努力的成效也呈現在資料中，剛剛門診透析代表也有提到，國人開始透析的平均年齡逐年上升、整個門診透析的品質其實也有提升。
- 二、從健保署所提供的資料，還有我們內部討論，最後得出付費者版本呈現在螢幕上讓大家了解。整體成長率是採 2.6%，其中醫院部門成長率是 1.191%，預算是 23,894.2 百萬元，新增金額是 281.2 百萬元；西醫基層部門成長率是 4.181%，預算是 21,922.4 百萬元，新增金額是 879.8 百萬元，總共新增 1,161 百萬元，其中有 4.335 億元用於鼓勵腹膜透析，這是付費者提供的版本，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬

好，謝謝，剛才羅協商代表永達有一部分要再解釋一下，現在先給他一點時間說明。

羅協商代表永達

剛剛主席在各位委員進去協商之前，本來有一些要釋疑，雖然付費者代表討論結果已經出來，但釋疑部分我們還是要講一下：

- 一、剛剛委員講到三件事情，首先提到為什麼人數成長率都已經降低，為什麼還要這麼多預算。我要說明，成長率降低不代表它的絕對人數不增加，成長率 1.6%，絕對人數還是增加，這個是數字問題我想大家都很清楚。
- 二、剛才有委員提到點值，點值現在不是 0.89、0.90，為什麼還要加錢？我要一直強調，case payment 本身沒有在做成本分析，過去 10 幾年來，以前是包裹支付 4,100 多點、現在是 3,900 多點，支付點數減少，這麼多年來在所有的成本都增加的情況下，點數沒有再調整過，點值 0.9 的意義跟當時 0.9 的意義是

不一樣的，這當中包括人事成本增加百分之 40 多、衛耗材增加百分之 30 幾，也包括護理人員薪水等等，因為它變成點數之後，不足以維持現在的品質，這是很明確的事情。

三、謝謝大家體諒我們這一段時間的辛苦，但是看不出大家的誠意。2.6%，簡單講就是 1.6 加 1%，1%就是要鼓勵腹膜透析。事實上台灣在腹膜透析的推動上，以前我們曾經努力過，甚至上面直接要求我們再增加腹膜透析人數。這一次鼓勵腹膜透析的院所，包括基層院所、地區醫院及以前沒有做腹膜透析的院所，希望能夠維持及增加腹膜透析院所。可是因為院所規模的問題，以及「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」7 月才開始，沒有實際的數字。所以不只稀釋了預算用途，且對門診透析所有的從業人員，說實在是很大的打擊，就是點值更低。

四、光洗腎人數增加就 1.6%，再加上整體成本至少增加 2.5% 到 3.5%，結果大家一毛錢都沒有給我們，因為 1% 是拿來做腹膜透析，光人數成長就 1.6%，大家說感謝我們這幾年的努力，但對於將來會聘不到護理人員、成本增加等需要，連一塊錢都沒有，不知道從何說起，說實在話，我們看不到、感受不到你們感謝的誠意，我覺得所有的從業人員，都會非常的心寒，以上。

盧主任委員瑞芬

好，付費者委員有沒有回應？請何代理委員語。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

主席、各位代表，剛才講的說只有成長 1.6%，不是，基本上非協商因素就有成長了。

羅協商代表永達

可以告訴我在哪裡嗎？2.6%，1% 要鼓勵腹膜透析，那剩下不就 1.6% 嗎？

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

沒有，不能這樣子算，這個成長率 2.6%，包含腹膜透析預算，西醫基層也是可以…。

黃協商代表啓嘉

- 一、腹膜透析去年已經有專款，今天是第 2 年編列，請問一下，112 年這項專款實際使用在醫院部門跟基層部門各多少？
- 二、我現在知道為什麼我算數不好，因為他不是用 112 年的預算比例算明年的基層跟醫院的分配，而是用 112 年第 1 季發生金額作分配，因為 113 年成長率 3% 是用今年的總預算乘 3%，可是醫院跟基層部門不是用這個當分攤基礎，是用第 1 季的發生金額來算，所以兩邊出來很奇怪的成長金額。
- 三、另外一個就是說，4.335 億元是專款，照理講在基層跟醫院應該從裡頭抽出來，不應該放在現在新增的金額裡頭，抽出來以後按照實際發生的占率再分配回去，因為現在是按照 112 年第 1 季實際發生的占率分配，專款部分也應該按照專款實際發生占率分配回去才對。

盧主任委員瑞芬

針對黃協商代表啓嘉詢問腹膜透析專款 112 年使用率的情況，健保署現在可不可以提供數據？可不可以回應？

劉組長林義

今年 7 月才開始實施，所以目前沒有數據。

盧主任委員瑞芬

去年編給今年的錢，是今年 7 月才開始做，所以目前沒有資料。

劉組長林義

對對對，因為預算本來就是今年的，所以今年 7 月才開始實施。

侯俊良委員

主席，4.335 億元是專款，醫院部門跟西醫基層部門都可以使用，經費不會只是放到醫院，所以我們也鼓勵西醫基層盡量使用這個經費，以上。

黃協商代表啓嘉

我並不要求一定要按照實際使用情形，因為腹膜透析實際使用一定是醫院多、基層少，我只要求按照現在醫院與基層比率來分配，就是我希望新增金額 11 億 6,000 萬元，扣掉這 4.335 億元，先依醫院跟基層的比率，算出西醫基層跟醫院應該分攤的金額，再將這 4.335 億元按照比率分配回去，醫院腹膜透析使用超過 6 成、基層使用低於 4 成，但是我不要求這樣子，我只要求醫院分攤他的 52.2%，基層分攤他的 47.8%，至少那個專款不是現在實際發生，而是要放在未來使用的，我們明明知道腹膜透析都在醫院使用，基層幫你分攤 47%，這樣可以吧？

滕委員西華

不要吃基層成長率的意思啦！錢一起用，成長率不能一起用，就是要切出來。

黃協商代表啓嘉

對啦！腹膜透析多在醫院使用，而不是在基層使用。

盧主任委員瑞芬

請李委員永振。

李委員永振

- 一、第一點，我對剛才協商代表的講法，有一點意見，他說我們肯定門診透析，結果沒有誠意，一毛錢都不給。沒有啦！至少你可以說誠意不夠、給的不多。我要澄清成長率一定會有，只是多少的問題，你不能說透析人數增加 1.6%，預算增加 1.6%，好像一毛錢都沒有給你。總額有增加，你可以說給得太少，這我可以接受，說一毛錢都沒有，這是不對的。
- 二、第二點要強調，我們將 4.335 億元放到獎勵腹膜透析的專款(註)，就是希望西醫基層能多使用這筆專款，如果加強執行的話，就有一些透析患者會跑到西醫基層來啊。那其餘 1.6% 成長率部分，就有一部分病人轉來基層就醫，不是說扣掉完全沒有影響，有啦，只是我們提不出數據說有影響多少，當然現在

還看不出來，因為 7 月 1 日才公告試辦(註)，應該健保署也沒有資料。所以我們就繼續維持那個專款，總是要觀察個 2、3 年再來檢討執行情形，我們是以這樣的角度考量來提出付費者方案。

(註：「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」於112年7月4日公告)

三、當然，剛才有提到過，門診透析預算沒有低推估值，但是我們現在至少給你這個預算，類似比照啦，至少這方面也有顯示我們的誠意，我們也不會說透析人數沒有增加，預算就零成長，還是有考量到需求，不是完全沒有，謝謝。

侯委員俊良

- 一、好，這邊為了避免一些誤解，我們把協定事項載明，門診透析服務總費用成長率是 2.6%，其中 4.335 億元專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升及照護品質計畫，加上這段文字。
- 二、我另外再補充，其實整體的透析人數是有往下降，所以接下來包括到 113 年的部分，如果腎臟醫學會的執行都 OK、各項計畫推動都有效果的話，透析人數應該會再下降，所以明年透析人數成長率不會跟 111 年一樣維持在 1.6%，我想在這個部分應該還是有一些空間，以上。

盧主任委員瑞芬

好，請門診透析協商代表回應。

羅協商代表永達

- 一、這個倒果為因，當我們做得更好的時候，會拿更少的錢，就是說預計明年透析人數成長率會比 1.6% 更低，所以預算成長就給你少一點，剩下的部分再來補這個。我們做不好的時候沒有增加預算，但做好的時候怎麼會金額變少？我們要維持這麼好的品質需要某些成本的時候，奇怪，各位委員怎麼都沒有幫我們考慮進去，要我們繼續維持這麼好、能夠繼續減少透析人數

的品質需求，都沒有被考量到。

- 二、所以這個數字，我們實在是沒辦法接受，如果我們要繼續往下談，但總成長率才 2.6%，我覺得不知道怎麼開始談起，好像只能兩案併陳，因為真的差太多了，我們看不到誠意，也沒看到把我們所說的成本考量進去。剛剛付費者委員所講的內容就是我們會做得更好、透析人數會減少，減少之後這個錢是夠的。我覺得這個邏輯不該用在這個地方，否則我們將來沒有做得這麼好的時候，你們願意多給我們錢的意思囉？

侯委員俊良

- 一、我想尊重彼此的發言啦，但是從另外一個角度來講，我們在腎臟病防治方面投入這麼多的經費，難道這些經費放進去通通蒸發掉嗎？所以本來進步就是應該的啊，那是投入這部分預算所該有的進步。
- 二、再加上我們對於優良品質也有一些獎勵款，你剛剛講的一些醫護人員各方面，其實在某些經費都已經加上去了，很多預算層層疊疊地加上，若都要算在預算成長率，我認為不公平。我尊重您們的看法，這是我們付費者所討論出來的結果，也請尊重，這個部分如果說你覺得沒有辦法繼續談下去，那我們就兩案併陳，我們 OK，可以接受，好不好，謝謝。

盧主任委員瑞芬

請張協商代表孟源。

張協商代表孟源

- 一、主席、各位委員大家好，我是西醫基層代表，衛福部政策上要鼓勵腹膜透析，這個我們知道，我們就專業的角度，認為應該是以病人為中心，要視病人身體的狀況適合做腹膜透析或適合做血液透析，需由專業的判斷，病人才會獲得最好的治療。
- 二、我知道 112 年新增一個專款，今年又繼續提出此項專款。剛剛主委提到，醫院跟西醫基層門診透析預算成長率的分配，是用 112 年第 1 季醫療費用點數比率來分配(註)。但對於專款預算

部分，應該回歸腹膜透析在醫院跟基層的比率來重新分配，因為不管是用 112 年第 1 季點數占率或是新增的專款分配，剛剛我們表達的很清楚，我們知道 90% 腹膜透析是在醫院使用，這項專款就 4 點多億元，結果醫院部門預算增加 2.81 億元，這個對於基層成長跟基層病人的需要，也是不利的。那對於基層透析的洗腎室而言也是不利的，因為很多腹膜透析病人根本不會到基層使用，對於這項專款是不是要鼓勵，我們希望衛福部要考慮。也希望付費者代表能夠了解，在國外血液透析的品質一定比腹膜透析好，在國外因為人工很貴，所以鼓勵腹膜透析，但是台灣可近性很好，洗腎室很多，到底要不要鼓勵腹膜透析，我覺得這值得大家來商榷。

三、我們希望在衛福部沒有改變政策之前，這個專款比率不能夠照以前的方法計算，不管是怎麼樣的計算都應該把專款單獨臚列出來，再重新分配。剩下的預算成長率 1.6% 再按照醫院、基層 112 年第 1 季點數占率來分配，以上，謝謝。

(註：依本會 112.5.24 委員會議決議，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。門診透析服務費用之分攤方式：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。)

盧主任委員瑞芬

我想門診透析協商代表的意見表達應該蠻充分的，不曉得付費者代表這邊的回應如何？還是就維持現在螢幕上的版本，或者你們需要再討論？但目前已經超過預定時間了。

侯委員俊良

我不清楚我們這邊是不是還有談的空間，就我們內部的討論，如果醫界可以接受的話，我們最多、最多啦，我覺得我們可以同意原來健保署草案總成長率 3%，如果連這個都沒辦法有共識，付費者就用 2.6% 成長率兩案併陳，如果願意的話，我們有誠意用成長率 3%

做處理。

盧主任委員瑞芬

總成長率 3%，請問醫界協商代表是否同意？

羅協商代表永達

- 一、謝謝，請給我們一點時間，我們討論一下，這是第一點。
- 二、第二點是有關鼓勵腹膜透析這件事，我想醫界的概念跟建議是一樣的，腹膜透析在過去多年的努力下，已經到了一個瓶頸。是不是要讓一些本來不應該接受腹膜透析的患者去接受腹膜透析，是我們一直很 concern(擔心)的。這一次如果真的是兩案併陳，我們希望不要用這麼高的金額去鼓勵，否則會扭曲事實。萬一真的兩案併陳，希望衛福部能夠了解，在去年光要分配這項專款，就遇到很大的衝突。如同剛剛西醫基層代表所講的，他們做不到，專款鼓勵他們設立腹膜透析中心，但受限於診所規模，很多東西沒有辦法解決，結果這筆預算就空在那裡，使用的比例相當低。有沒有需要用這麼高的金額，來做一個我們認為不一定對的事情，我們希望等一下不管是跟付費者達成協議與否，都能把這個建議列上去。接下來給我們一點時間，我們是不是可以內部做一個討論。

盧主任委員瑞芬

可保留醫界代表一點內部討論時間，李委員永振還有要發言嗎？時間已經超過 8 分鐘了，請把握時間。

李委員永振

我先釐清一下，剛才我聽到的好像是說，總成長率 2.6% 是可以接受的(羅協商代表永達表示：沒有、沒有)，就剛才醫界代表發言，是表示 1.6% 之外的 1% 要重新分配，如果這樣的話，就表示 2.6% 應該夠了？

張協商代表孟源

- 一、委員您好，我是說假如能夠協商成功，當然是最好。但是衛福部將來分配上，剛剛主委提的是新增金額基層跟醫院的占比，

我強調的是占比，就是不應該用舊的公式來分配新增金額，應該考慮用專款實際使用的情形來分配西醫基層跟醫院的預算成長。就是預算要增加在有使用的總額部門，我們的目的是這個。

二、剛剛羅協商代表永達提到我們還要再討論一下，並沒有說我們接受多少成長率，以上。

盧主任委員瑞芬

請吳委員榮達。

吳委員榮達

對，剛才西醫基層代表有提到，就 4.335 億元專款的部分，是不是可以請醫界考慮一下，你們可以同意的底線大概是多少？就你們可以同意專款專用的部分，也請討論一下。等一下出來以後把這個金額告訴付費者代表，看他們能不能接受，這樣節省時間，好不好？

盧主任委員瑞芬

我想吳委員榮達的建議非常有建設性，請門診透析協商代表討論一下。

(門診透析服務費用協商代表進行內部會議討論約4分鐘)

盧主任委員瑞芬

透析的協商代表已入席，請說明討論結果。

羅協商代表永達

各位委員，我們剛剛審視一下鼓勵腹膜透析專款部分，今年很特殊，所有的總額，包括醫院總額、西醫基層總額，事實上能協商的空間不多，所以我們接受 3%，但是協定項目中，4.335 億元用於鼓勵院所加強腹膜透析的專款真的太多，建議 1.5 億元。我們覺得這個專款對實際影響實在太大，如果接受總成長率 3% 的話，希望把協定項目中的 4.335 億元改成 1.5 億元，這樣我們雙方就可以達成協議。

盧主任委員瑞芬

請問付費者代表的意見？

侯委員俊良

主席，我們付費者再內部討論一下。

盧主任委員瑞芬

好，也請付費者展現誠意，應該 5 分鐘就可以結束嗎？因為時間已經超過了。

侯委員俊良

很快，很快。

(付費者代表進行內部會議約7分鐘)

盧主任委員瑞芬

好，付費者代表已經回到會場了，現在請主談的侯委員俊良說明。

侯委員俊良

好，請看電腦畫面協定事項的部分，就是總成長率是 3%，但我們認為剛剛門診透析協商代表所提的 1.5 億元太少，應該是 3 億元用於專款專用，而且不得流用到一般服務，我們大家的想法是這樣子，不知道門診透析協商代表是不是可以接受？謝謝。

陳委員杰

螢幕上寫錯了，應該是專款中的 3 億元用於腹膜透析專款專用。

侯委員俊良

對，用於鼓勵院所加強腹膜透析與提升照護品質的額度，一樣是 4.335 億元，然後其中 3 億元專款專用，不得流用到一般服務。

羅協商代表永達

謝謝付費者代表釋出了善意，因為我們剛才審視的結果，本來是希望能夠給所有的從業人員多一點點空間，但因為雙方已經很難得這麼接近了，我想總成長率 3% 我們既然已經確定，就不要再談它。至於這個不得流用的部分，我們本來認為如果可以流用，我們就接受，但是如果不得流用部分是 3 億元的話，對我們來講還是太多，可不可以做個折衷，改為 2 億元不得流用，假設可以的話，我

們就達成協議。否則每次協商都兩案併陳也不是辦法，這是我們很困難提出來的建議，以上。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

我是很堅持 3 億元不得挪用，其他的 1.335 億元准予流用。

盧主任委員瑞芬

所以付費者現在的版本基本上就是維持 4.335 億元是用於鼓勵腹膜透析，但其中 3 億元不能流用，也就是 1.335 億是可以流用，對不對？(付費者委員：對)付費者真的釋出很大的善意，因為 112 年的 4.335 億元專款是部長核定的，也就是部長對這個部分其實有他的想法跟堅持，陳杰委員要補充？

陳委員杰

我們目前付費者代表大家討論以後已經釋出很大的一個善意，就 4.335 億元其中的 3 億元不得流用、1.335 億元可以流用，假如這個方案醫界代表沒有辦法接受的話，沒有關係，恢復原來的總成長率 2.6%，然後就兩案併陳。

盧主任委員瑞芬

不要這樣子啦，不要這樣，我們用最接近的版本，拜託、拜託，請主談的侯委員表示意見。

侯委員俊良

我想這個部分我們也有考量到，確實政府在政策推動上有它的必要性，我們已經做這樣的讓步，1.335 億元可以流用，希望門診透析協商代表可以考量，真的差距不多。我們覺得西醫基層部門，也可以努力執行腹膜透析來爭取這一塊專款，其實這對病人的生活品質也是有幫助，是不是可以這樣來處理？我們當時內部討論結果就是這樣，這個部分是不是可以接受？

盧主任委員瑞芬

對，我們已經超過 26 分鐘了，如果還兩案併陳，真的有點可惜，我們的時間成本都浪費掉了。請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

我覺得我們付費者代表已經是釋出最大、最大的善意了。剛剛本來是 4.335 億元都要留下來專款專用的，現在已經這筆金額做了切割，有部分預算可供流用了。我覺得你們可以考慮同意，不要再談了啦，我認為已經夠了啦，希望你們也釋出最大的誠意接受，我們已經很夠誠意了，就這個數字，希望我們有一個好的開始，這樣後面的協商會更好談，因為等一下還要協商西醫基層總額。

盧主任委員瑞芬

請李委員永振。

李委員永振

只是要補充一句話，剛才陳委員杰提的，只是學他們去年講的，如果談不成兩案併陳就回到原來的版本。

盧主任委員瑞芬

不要，千萬不要。

李委員永振

這是去年他們堅持的啊。

盧主任委員瑞芬

我們今年不要這樣，就算不能結婚也要手牽手，靠近一點，靠近一點。希望今天能夠簽第一張結婚證書，請何代理委員語。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

我是建議你們能夠接受這個方案，為什麼？我們總是要支持健保署的政策，如果連健保署的政策都不能支持…。

盧主任委員瑞芬

這項專款是部長核的，是去年部長核定的。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

對，如果連健保的政策，我們付費者都沒有支持，那我們付費者也很失職，對不對？你們應該要趕快做決定。

滕委員西華

付費者已經釋出善意了。

盧主任委員瑞芬

對，請林協商代表恒立。

林協商代表恒立

我是林協商代表恒立，基本上同意總成長率 3%，但是這個計算公式有一點奇怪，這個 3% 裡面的 4.335 億元通通在我們基層新增，那我們…。

盧主任委員瑞芬

沒有，沒有。

陳組長燕鈴

補充說明，是門診透析的基期 400 多億中包含 4.335 億元鼓勵腹膜透析預算(註)，不是從增加金額裡面去提列專款，以上補充。

(註：113年門診透析總額基期，為112年門診透析總額446.556億元，其中包含4.335億元鼓勵腹膜透析專款預算)

盧主任委員瑞芬

你們把分母搞錯囉，真的，付費者已經釋出很大的善意，所以是不是請你們慎重考慮。

張協商代表孟源

主席，4.335 億元這個是用於鼓勵腹膜透析，我們知道腹膜透析在基層跟醫院的比率不一樣，甚至說這鼓勵腹膜透析的 3 億元不得流用，我們知道腹膜透析 90% 在醫院執行，所以 4.335 億元專款實際上使用的是醫院，所以我們剛剛主委跟恒立秘書長提的是，假如不管衛福部怎麼裁，破局以後怎麼裁，那西醫基層新增金額 9.65 億元要扣掉 4.335 億元，然後醫院的部分增加金額，這個要先講好。

盧主任委員瑞芬

現在就是你提出這個疑問，我們馬上回答你，這個不是這樣算的。

張協商代表孟源

沒有，這個要重新計算，因為以我在透析總額研商會議已經 10 多

年了，這個公式我很了解，這個是專款專用，你要使用者使用在哪一個部門，這是我們西醫基層比較堅持的，因為今年協商空間很小，而且很多西醫基層的部分，我們都鼓勵洗腎是沒有問題的，但是不要壓縮基層的協商空間，這是我們主要的訴求。不管怎麼算，你要先把要送衛福部裁決的兩案，這兩案計算的新增金額是錯誤的，我們希望能夠給我們一個明確的答覆。

盧主任委員瑞芬

陳組長燕鈴要不要說明一下？顯然有未解。

周執行秘書淑婉

關於這個部分我剛剛已經提過了，請看螢幕下方的註，裡面寫得很清楚，我們是依照健保會協商原則決議的計算方式，其實今年的分配方式已經決定了，我們也沒辦法改，就是這樣。

(註：依本會112.5.24委員會決議，門診透析服務費用於醫院及西醫基層之分攤方式如下：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。先協定新年度門診透析服務總費用成長率，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。)

盧主任委員瑞芬

鼓勵腹膜透析是衛福部的政策，也很希望基層要加強推動，所以願意編列這筆預算。我想你們是不是內部很快地討論一下，避免我們偏離結論有點遠？可以嗎？真的啦，真的，已經這麼接近了，真的啦，試做明年就有結果嘛，7月開始做，明年就有更多的資料可以來討論嘛，今年先這樣子好嗎？就差這麼一點點。

侯委員俊良

這個400多億元裡面就差1億而已啊(註)。

(註：意即付費者主張專款3億元、醫界主張2億元不得流用一般服務。)

盧主任委員瑞芬

對啦，真的。請黃協商代表啓嘉。

黃協商代表啓嘉

我們西醫基層部門同意啦，好不好，西醫基層的透析同意啦。

羅協商代表永達

我們也同意啦，雖然…，謝謝啦，謝謝大家的支持。

盧主任委員瑞芬

謝謝，謝謝，我們終於開紅盤了，但我們也超時了。

張協商代表孟源

等一下，我們有一個但書，就是明年的總額分配成長率不能夠照舊的公式，因為每年都有專款，這個專款要根據實際使用情形。

盧主任委員瑞芬

我們現在是協商 113 年總額，只能談 113 年總額的但書，不能規範明年要談的 114 年總額，明年的事情明年討論。

張協商代表孟源

我知道，這個公式你不能說已經決定了就沒辦法改啊。

黃協商代表啓嘉

我們補充意見而已，我們補充建議好不好，不要講但書啦，補充建議，建議以後專款能夠按實際的分配啦。

盧主任委員瑞芬

李委員永振要發言，我們超時好多了。

李委員永振

我是要補充剛才代表所講的這個部分，不要落在這裡的結論，但是請你們的代表委員在後天，再建議健保署，這樣是不是會比較好？

盧主任委員瑞芬

我們因為超時太多了，是不是讓主席做結論，我們要趕快進入下一個議程。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

等一下，主席，明年度討論總額協商準則的時候，醫界自己要先提出來啦，你們明年去提嘛，這個是很重要的概念，明年談明年的

事，今天只談今年的事。

盧主任委員瑞芬

- 一、好，主席要做結論了，開第一個紅盤。113 年度門診透析總成長率 3%，維持 4.335 億元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升及照護品質計畫，其中 3 億元不得流用於一般服務。請本會幕僚整理今天的協商結論，納入 9 月 22 日(星期五)委員會議確認。
- 二、我們門診透析服務費用協商成功，達成共識，謝謝各位，非常謝謝各位。我們現在進入下一個議題，進行西醫基層總額協商。

參、113年度總額協商—「西醫基層總額」
與會人員發言實錄

參、113年度總額協商－「西醫基層總額」與會人員發言實錄

盧主任委員瑞芬

- 一、很抱歉，主席時間掌控不好，已經延遲 20 分鐘，希望後面可以趕上表定時間，因為雙方看起來誠意十足。西醫基層部門協商代表如果就定位，我們就開始，螢幕上已經呈現西醫基層部門及健保署草案，請各位代表入座。
- 二、依照總額協商程序，現在進行第一階段「提問與意見交流」，時間是 20 分鐘，先請西醫基層協商代表就重點項目簡要說明 5 分鐘，其他時間留給付費者代表及其他委員提問，請周理事長慶明。

周委員慶明

- 一、恭喜門診透析的協商踏出成功的第一步，希望西醫基層總額協商能接續，大家一起來努力。首先，感謝所有委員對西醫基層長期以來的指導與鼓勵，我們非常尊重各位委員對總額核心精神的建立，希望各部門協商草案的成長率不超過上限值 4.7%，西醫基層部門秉持人文關懷、健康促進的大原則，修正協商草案的成長率為 4.508%(不含門診透析成長率)，希望委員能夠支持。
- 二、在進入協商之前，還是要向大家報告，西醫基層草案雖然主動刪除一般服務項目的「新冠確診者回歸健保總額之醫療利用」及「因應長新冠照護衍生費用」，但我們其實是咬牙苦撐，默默承擔點值稀釋的結果，西醫基層預算是非常不足的。新冠確診個案的醫療費用從 3 月 20 日起逕轉由健保支付，經過統計，西醫基層申報 U071(疾病診斷碼，確認 COVID-19 病毒感染)的新冠確診個案，在第 2 季的支出達 4.2 億點，申報 U099(疾病診斷碼，COVID-19 後的病況，未明示)的長新冠個案，也支出 9,000 多萬點，依健保署最新的資料，112 年第 2 季全區預估浮動點值只有 0.8793，其中有 4 個分區，臺北、北區、中區及高屏的預估浮動點值都是小於 0.9，臺北區甚至只有 0.8159，對

基層診所營運已經產生巨大影響，請所有健保會委員與我們一起爭取由公務預算支應，確保健保財務平衡及公平正義。

- 三、我們知道各位委員對健保總額的核心精神，就是為民眾醫療需求做嚴謹的把關，西醫基層除了延續 112 年重點項目外，這次特別在人文關懷方面，提出 2 個具體新增項目，一是保障 4 歲以下兒童的醫療需求能得到足夠照顧，二是希望強化高齡者多重共病的醫療需求服務，加強人文關懷，乃至於後續長照銜接；另外在健康促進部分，配合高血壓標準調降、擴大代謝症候群及白內障手術照顧，以達到長期提升我國平均餘命、減少不健康餘命的目標，這些都是屬於醫療服務密集度增加的項目，如果現在不做，未來是看不到健康促進的成效。
- 四、今天協商的不僅僅是西醫基層 113 年度健保總額預算，更是臺灣兒童、長輩、慢性病患者醫療照護品質的重要轉捩點，懇請各位能夠支持編列預算，照顧臺灣的寶貝，就是我們的兒童與長輩，搶救沒有病識感的高血壓患者、代謝症候群患者，提升慢性病照護品質。如果現在能夠投資健康，將來一定會減少後續龐大的醫療支出，你們的支持將有助於將臺灣健康醫療提升到更高、更完美的境界，誠摯地、衷心地期待今天的協商能夠圓滿、順利、成功。

盧主任委員瑞芬

謝謝理事長的說明，接下來請委員提問。

滕委員西華

請問我可以提問嗎？

盧主任委員瑞芬

請滕委員西華。

滕委員西華

周理事長慶明剛剛說主動刪除「因應長新冠照護衍生費用」(註)，但醫院總額專款項目 B18「因應長新冠照護衍生費用」增編經費用於 2 項成分藥品，付費者版本將其併入 A2「藥品及特材給付規定

改變」支應。我想請教，西醫基層刪除的項目有沒有包含那 2 項藥品？是刪除改由一般服務支應，還是西醫基層總額沒有那 2 項藥品或費用很少？請問能理解我的問題嗎？

(註：西醫基層部門於112.8.16召開之「113年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會」所提協商草案中，一般服務項目及專款項目均有編列「因應長新冠照護衍生費用」，惟最終送本會協商之草案，已先刪除一般服務項目的「因應長新冠照護衍生費用」，僅保留專款項目的「因應長新冠照護衍生費用」。)

盧主任委員瑞芬

我們統問統答。

黃協商代表啓嘉

我簡單說明，因為今年可協商的空間太少，所以很多實際耗用，包括新冠及長新冠病人的醫療耗用，我們不得已，無法全部編列，希望能跟付費者一起爭取公務預算挹注，以免損害民眾健康權益，不敢放在健保總額裡，是因為沒有空間了，不是沒有耗用，這一塊醫療耗用很大，希望付費者能夠與我們一起爭取公務預算，支應新冠及長新冠相關醫療耗用，這是要拜託大家的。

盧主任委員瑞芬

我們統問統答，請周委員麗芳，接下來是吳委員榮達。

周委員麗芳

主席、各位委員、各位西醫基層代表大家好，剛剛周理事長慶明提到，為了促進民眾健康，今年提了好幾個新增項目，我們也很樂見提高民眾照護品質。針對 A6「強化高齡人口之基層醫療照護」、A7「因應高血壓指引修正，所增加之醫療服務密集度」，能不能更加清楚論述，對於健康促進的成本效益及醫療品質提升的必要性。

王協商代表宏育

謝謝委員的提問…。

盧主任委員瑞芬

為了節省時間，我們統問統答，請問委員還有沒有詢問？還有吳委員榮達要詢問。

吳委員榮達

我要提 A5「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」及 A6「強化高齡人口之基層醫療照護」，有關 A5 的部分，因為醫院總額的 A6「提升醫院兒童急重症照護量能」，付費者版本是建議由公務預算支應，如果西醫基層總額的 A5 項目是單純強化兒童專科醫師費用(診察費加成)，可能與醫院總額不同步，能不能考慮撤回？有關 A6 的部分，請說明與非協商因素(醫療服務成本及人口因素成長率)有沒有重疊。

盧主任委員瑞芬

請問委員還有沒有詢問？如果暫時沒有，先請西醫基層代表回應。

王協商代表宏育

一、我是王宏育醫師，來自高雄，以下簡單向各位說明，首先是 A6「強化高齡人口之基層醫療照護」：

(一)協商草案是希望 75~85 歲長者的診察費可以加計 12%，這個可以撤回，因為比較沒有特殊性，但 85 歲以上的患者實在太特殊了，很多 85 歲以上的病人來診所就醫多是由外籍看護帶來看診，不然就是坐輪椅，他們都有很多共病，醫師看完病、衛教後，患者就說醫師講得很好，能不能再講一次，前面都忘記了，所以醫師真的要很費心照顧。

(二)目前總額是論量計酬，但 85 歲以上的病人不能跟平常年輕人一樣照護，同樣的醫療品質會增加很多人力耗用、衛教耗用，醫師也希望把病人照顧好、把患者的藥品整合好，而且 85 歲以上的人數較少，希望比照兒童有診察費加計 20%，因為小朋友照護上很麻煩。現在鄉下的老人家，子女大多不在身邊，都是外籍看護帶來就醫，醫師還要打電話向子女說明情況、教導改善生活品質、減少失能等。

二、A7「因應高血壓指引修正，所增加之醫療服務密集度」：

- (一)向委員說明一下，美國心臟協會的高血壓標準原先是 140/90 mmHg，現在已經降到 130/80 mmHg，臺灣高血壓學會在 2022 提出高血壓指引也是 130/80 mmHg，另外健康署網站有三高防治專區，健康署網站怎麼寫呢？我唸給大家聽「若您的血壓超過 130/80 mmHg，建議您應與醫師討論是否需要進一步治療，以避免後續心臟病或中風發生」，跟醫師討論要不要就醫？要就醫！病人會不會中風、會不會心臟病？醫師還需要抽血，看膽固醇數值，甚至還要看病人有沒有糖尿病、腎臟病等其他共病。
- (二)一開始我們只是計算 130/80 mmHg 到 140/90 mmHg 新增患者的醫療費用，但周理事長慶明非常有理想，他說如果本項 8.439 億元可以獲得支持，希望每家診所都購置量血壓的機器，到診所就醫的病人都量血壓，找出血壓高的患者。為什麼要這樣？因為 WHO(World Health Organization，世界衛生組織)認為高血壓會影響壽命。我國健保又便宜又好，大家都知道也很自豪，很感謝健保會委員一向的支持，但我國的平均餘命本來比韓國多，後來少了 2 歲，現在少了 3.3 歲(女性部分)，也比新加坡、日本少，而 WHO 認為影響生命最嚴重的，第一是高血壓、第二是抽菸、第三是糖尿病，臺灣的數據也顯示，第一是糖尿病、第二是抽菸、第三是高血壓，如果高血壓控制好，我認為可以改善我國的平均餘命，慢性病得到控制，不健康的平均餘命也可以縮短。
- (三)臺灣高血壓治療現況如何呢？依 The Lancet(國際醫學期刊「刺絡針」)報告，100 人有 20 人治療良好、40 人不知道有得到高血壓、40 人治療不完全，若依健康署與臺大公共衛生學院報告，則是 30~40% 有得到良好照顧、60~70% 沒有好好照顧，現在西醫基層更貪心，只要委員支持這個項目，在高血壓治療比率 30~40% 下，可以再提高 10%，提高 10% 是什麼概念？高血壓性疾病醫療費用 1 年約 263 億點，以目前治療比率 40% 推估，提高 10% 大概要增加 65 億點，各位委員如果同意

本項 8.439 億元，西醫基層願意做 65 億點的事，雖然可能讓明年點值很低，我就成為西醫基層的大罪人，但如果讓高血壓治療比率從 30~40%再提升 10%，國人的平均餘命會增加很多，不健康餘命也會減少很多。我兒子問我，他的同學血壓高一點，為什麼卻中風了，這就是治療高血壓很重要的原因，希望大家支持這個項目。

盧主任委員瑞芬

請黃協商代表振國。

黃協商代表振國

- 一、我補充一下，因為疫情，新冠相關醫療費用對西醫基層點值影響很大，以臺北區 112 年第 2 季點值為例，預估浮動點值只有 0.8159，是 10 年來最低。
- 二、針對 A6「強化高齡人口之基層醫療照護」，剛剛王協商代表宏育已經有說明，大家都會老，老了以後會伴隨著失能及多重慢性病，假設老年人沒有在西醫基層得到妥善照顧，之後一定會把病人往醫院送，醫院量能本來就有限，如果病人又老又有多重慢性病，甚至溝通失能，沒有被西醫基層醫師重視，往往就會把病人往醫院送，造成醫院門診壅塞。
- 三、A7「因應高血壓指引修正，所增加之醫療服務密集度」很重要，高血壓的影響已經無庸置疑，大家的爭執點在於品質提升會不會產生費用？到底是先有因還是先有果？如果讓西醫基層醫師都瞭解高血壓治療品質必須提升，而且有相對應的預算挹注，再依委員意見訂定適當監控指標，就是所謂 outcome(成果面)指標，例如年齡別中風率、住院日數、死亡率等等，我們願意共同努力、探討，如果一開始就沒有編列預算，等於是起步就沒有了。

盧主任委員瑞芬

請黃協商代表啓嘉。

黃協商代表啓嘉

- 一、回應吳委員榮達的建議，對於醫院及西醫基層的支付標準，西醫基層其實是主張脫鉤，就是醫院有的，基層不一定要有，基層有的，醫院不一定要有，包括 A5「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」，應該獨立思考，畢竟西醫基層與醫院的型態不同。
- 二、另外 B19「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」，西醫基層也願意彈性處理，沒有要求一定與醫院完全相同，先聲明一下。

盧主任委員瑞芬

請周理事長慶明。

周委員慶明

- 一、關於 A5「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」，雖然大家都說少子化是國安議題，其實小兒科醫師也是另外一個很重要的國安議題。因為很多年輕醫師都不願意投入兒科行列，一是最近 10 年兒科診所少了 140 家，二是醫院招募的兒科住院醫師，缺額非常嚴重，年輕醫師幾乎都不願意投入兒科，這在兒科照護方面是很重大的危機。
- 二、之前委員有提到，希望西醫基層不要用年齡或是專科來爭取預算，但如同我剛剛所講，這是國安議題，因為牽涉到小兒科醫師現在及未來的展望，現在年輕醫師不願意投入，可能是醫院的待遇需要提升，未來展望就是以後可能到基層開業，基層是他們的未來，所以西醫基層如果能夠給予醫師診察費更多的加成，對小朋友會有更好的照護，對年輕醫師投入也有鼓勵作用。
- 三、前面有提到醫院總額的 A6「提升醫院兒童急重症照護量能」，付費者版本沒有編列預算，但我看會議資料，兒科醫學會及兒童醫院聯盟有正式提出需求，健保署也建議增列該項目及預算，代表健保署也看到兒科需要更多扶持，雖然付費者版本沒有編列預算，但我認為如果先由西醫基層推動，

讓年輕的兒科醫師看到比較美好的未來，醫院端也給予薪水加成，他們就會看到希望，不管是現在的展望還是未來的展望，都需要給醫院及基層的兒科醫師更多鼓勵，所以才會提出這個項目。

洪協商代表德仁

主席，洪德仁醫師請求發言。

盧主任委員瑞芬

請洪協商代表德仁。

洪協商代表德仁

- 一、針對 A5「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」，周理事長慶明在先前很多次的準備會議中一直提醒我們人文關懷，我相信西醫基層的兒科醫師及各科醫師，對於 4 歲以下甚至 6 歲以下兒童，都是盡心盡力的守護。
- 二、我這邊也向各位委員報告實務上的經驗，從 5、6 年前開始，雙北市醫師公會已經針對兒少的安全守護，與社會局、衛生局一起訂定相關要點，對於兒童受傷、安全守護等，編列了 20 幾頁的手冊，並從手冊摘要簡易篩檢表，製作成 B6 大小的單張，讓每位醫師可以放在診間或診療桌上，隨時提醒自己，不只小兒科醫師，讓各科醫師一起共同守護兒童健康，至於衍生而來的宣導或通報系統，也在雙北市發揮了功能，守護幾位兒童的安全。希望藉由小小的支持，讓西醫基層的兒科醫師及各科醫師，能一起守護兒童安全，達到超出 1.2 億元投資的效果。

盧主任委員瑞芬

請黃協商代表振國。

黃協商代表振國

- 一、針對 A9「提升國人視力照護品質」做個說明，雖然健保署草案建議編列 1.55 億元，但西醫基層最初提的版本是 7 億元，這是根據近 5 年成長率並扣除疫情影響後所估算，因為白內障手

術是可以選擇時間、地點的手術，後來最終提出的版本下修至 3 億元，是基於 112 年上半年實際申報情形。

二、今年疫情影響主要發生在第 2 季，3 月 20 日後才解除列管(中央流行疫情指揮中心宣布，自 112.3.20 起，輕症或無症狀民眾不需通報及隔離)，所以第 1 季的白內障手術率並不高，但以 112 年上半年較去年同期計算成長率，再扣除 112 年一般服務成長率 2.172%，依健保署資料還是超出 5,000 多件，以目前每件術前、術後平均醫療費用 3 萬點推估，光上半年就不足 1.5 億點，而且別忘了，白內障手術是論病例計酬，是固定點值，以臺北區為例，112 年第 2 季預估平均點值是 0.8791，還要補 10% 以上的差額，我暫且不算下半年的成長，光上半年大概就不足 1.6 億點，全年需要 3 億點以上。

三、白內障手術有遞延效果，因為疫情關係，原先選擇在 108~110 年執行的手術遞延，上次也講過嬰兒潮問題，會在明年有更大的爆發，而且重要的是，白內障手術的方便性及優質化，在取消白內障手術 40 例以上須事前審查的規定後，很多醫院眼科醫師紛紛到基層服務，他們把病人帶來了，但費用沒有帶來。西醫基層願意將預算下修到 3 億元，懇請各位委員支持，臺北區的事後管理已經是最嚴了，我去年在臺北區管到天怒人怨，被眼科指責了，我覺得事後審查是沒辦法的，除非回到 40 例以上須事前審查的規定，希望給民眾方便性醫療的同時，也能有適足的費用，方便民眾可以在西醫基層接受優質的服務。

盧主任委員瑞芬

請陳委員相國。

陳委員相國

主席、各位委員，有關 A5「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」，向大家報告令人痛心數據，臺灣新生兒死亡率是高於 OECD(Organization for Economic Cooperation and Development，經濟合作暨發展組織)國家平均值，每 1,000 名寶寶，就有 2.8 名無法

存活，在 5 歲以內更有 4.5 名會死亡，且連續 3 年都上升；在亞洲地區，新生兒死亡率高於日本及韓國，是日本 2.7 倍、韓國 1.6 倍。看到這些數字非常痛心，臺灣是健保大國，健保覆蓋率達 100%，每個年齡層都應該得到良好照顧，可是因為兒科醫師給付偏低，很少醫師願意投入兒科行列，所以希望透過這個項目，讓兒科的照顧品質更好，降低新生兒死亡率，是醫界共同的期望。

盧主任委員瑞芬

請問西醫基層代表還有要回應嗎？第一階段「提問與意見交流」只剩下 1 分鐘了。

王協商代表宏育

- 一、向大家說明一下 A8「因醫療品質提升，增加之醫療費用」，這是專款項目 B5「代謝症候群防治計畫」(下稱代謝計畫)的衍生費用，代謝計畫編了 6.16 億元，但是沒有包含追蹤及年度評估的檢驗檢查費用，計畫規定 3 次追蹤至少要抽血檢查 1 次，年度評估也要抽血檢查 1 次，所以認真的醫師會抽 4 次，有的醫師抽 2 次，抽血檢查的費用不在計畫裡面，我們推估抽血 4 次需要增加 5.04 億元、抽血 3 次需要增加 3.78 億元，而且抽血檢查也要申報診察費，但基層都自己吸收了，沒有賺。
- 二、健保署為什麼只建議編 7,600 萬元？因為他們認為只需要抽血 2 次，西醫基層則是認為平均要抽 3 次，有些醫師抽到 4 次。另外，健保署認為代謝症候群患者大多有用藥，其中有 72% 的收案個案已經有定期抽血檢查，西醫基層則認為代謝症候群是早期疾病，患者可能是胖子、血壓高一點，但沒有常常抽血檢查，只有 30% 常常在抽血，如果以 3.87 億元乘以 0.7，大概需要 2.7 億元，這是西醫基層與健保署經費編列最大的不同。我們沒有再編列診察費，希望委員可以同意本項衍生費用，代謝計畫做得好，預防勝於治療，以後三高病人會少很多，醫療耗用也會少很多，國民會更健康。

盧主任委員瑞芬

時間已經超過了，請問楊委員芸蘋還有要提問嗎？

楊委員芸蘋

- 一、我簡短請教，聽得出來西醫基層代表是很有誠意，想要把事情做好，我也希望今天西醫基層總額能夠開紅盤。
- 二、我想請教 A5「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」，陳委員相國提到新生兒死亡率偏高，難道增加了通報系統後就會降低？洪協商代表德仁說雙北的通報系統做得很好，如果要推行到全國，需要編列 1.225 億元這麼多嗎？還是說有其他的預備或預防措施？我只是想先瞭解一下。我還有其他問題，之後再一起回答，不好意思，我會盡快。
- 三、有關 A6「強化高齡人口之基層醫療照護」，王協商代表宏育剛提到，原本是建議 75 歲以上加計診察費，現在把 75~85 歲撤回，只有 85 歲以上加計診察費，這樣還是編列 4.582 億元嗎？
- 四、有關 A7「因應高血壓指引修正，所增加之醫療服務密集度」，剛有代表提到健康署網站的資料，如果血壓超過 130/80 mmHg，民眾應該與醫師討論是不是需要治療或其他處置，我建議請健康署討論一下，是不是血壓 140/90 mmHg 就要開藥？或是調整國內高血壓標準？這樣調整之後，高血壓患者就會減少嗎？以上幾個問題想瞭解。

盧主任委員瑞芬

本階段的時間已經超過，請西醫基層代表簡要回答，讓付費者委員有時間討論。

顏協商代表鴻順

- 一、我回應 A7「因應高血壓指引修正，所增加之醫療服務密集度」的問題，高血壓標準已經在國內、國外形成共識，美國心臟協會於 2017 年公告，臺灣高血壓學會及中華民國心臟學會於 2022 年發布臺灣高血壓指引，在家裡量的血壓只要高於 130/80 mmHg 就定義為高血壓，甚至還教大家要有 722 量法(連

續 7 天量測、早上起床後及晚上睡覺前各量 1 次、每次量 2 遍)，這已經是明確的高血壓觀念，同時也表明，如果血壓高於 130/80 mmHg 又不去治療，與血壓正常者相比，將來得到心血管疾病的機率是 2 倍，所以健康署才會提醒民眾注意。

二、當然，血壓高不見得馬上要吃藥，醫師會教導民眾飲食控制、體重控制、戒菸、戒酒、運動，可是還是有一定比例的人需要藥物治療，這些人產生的醫療耗用必定會增加。西醫基層部門在周理事長慶明的帶領下，負有更高的理想，臺灣的慢性病照護在 The Lancet 評比中，於全世界排名 30、40，高血壓就是其中表現較不好的指標之一，希望利用這次指標的修正、資源的挹注，對全臺灣高血壓病人的病識感、監控及治療能更加把勁，減少急診室裡的年輕中風病人，這些都是社會悲劇，除了指標下修、醫療密集度增加外，更希望減少全臺灣人民因高血壓所帶來的遺憾。

盧主任委員瑞芬

現在付費者代表進行內部會議。請問李委員永振要提問嗎？

李委員永振

我是要宣布西醫基層總額主、協談者，主談人是何委員語。

盧主任委員瑞芬

付費者代表不需要先進行內部會議嗎？

李委員永振

進去前先宣布一下，協談人是楊委員芸蘋，諮詢的專家學者請滕委員西華及吳委員榮達 2 位評核委員，現在就進去討論。

盧主任委員瑞芬

吳委員榮達另有要事，已經先離席了。

滕委員西華

他有請我轉達意見。

盧主任委員瑞芬

好，現在就請付費者代表先進行內部會議。

(付費者代表進行內部會議討論約49分鐘)

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

主席，請問可以報告了嗎？

盧主任委員瑞芬

好，主談人已回到座位，請向大家說明付費者代表方案。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

一、主席、各位西醫基層代表，疫情期間，西醫基層表現得非常好，大家有目共睹、都很讚嘆，剛才所有付費者都非常用心、專注地討論 113 年度總額項目。本人謹代為發言，我只是主持會議、引導大家，尊重各位委員的意見，以下向各位說明付費者代表方案：

(一)一般服務項目：

- 1.A1「新醫療科技」：將專款項目B2「暫時性支付」併入A1，原健保署建議A1編列2.17億元，B2併入後，我們建議編列2.24億元，增編7百萬元，另外A1「新醫療科技」與A2「藥品及特材給付規定改變」不流用，請參看螢幕。
- 2.A2「藥品及特材給付規定改變」：依健保署建議金額0.76億元。
- 3.A3「配合分級醫療，調高診察費」、A4「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」：
 - (1)均未編列，因為去年付費者代表方案也未編列，最後是由部長裁定。
 - (2)考量「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算可以因應成本變動所需，或是併入專款項目B19「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。
- 4.A5「強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護」：未編列，考量「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算可以因應成本

變動所需，或是併入專款項目B19「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

- 5.A6「強化高齡人口之基層醫療照護」：未編列，考量75歲以上長者診察費已經有加計7.5%，而且去年提出類似項目也未編列，健保署也沒有提出建議金額，不宜以年齡別編列預算。
- 6.A7「因應高血壓指引修正，所增加之醫療服務密集度」：未編列，考量國內指引與國外指引是否連動尚待評估，而且目前推動「代謝症候群防治計畫」可降低高血壓發生率，應該優先調整患者生活型態，不必然以用藥治療。
- 7.A8「因醫療品質提升，增加之醫療費用」：未編列，請檢討代謝計畫(檢驗檢查使用情形)是否需要支付相關預算。
- 8.A9「提升國人視力照護品質」：未編列，請釐清案件成長合理性，加強管控並監控術後品質。
- 9.A10「B型肝炎病毒治療藥費移列專款」：維持於一般服務編列。

(二)專款項目：

- 1.B1「新醫療科技」：維持於一般服務編列(即A1項目)。
- 2.B2「暫時性支付」：併入A1。
- 3.B3「西醫醫療資源不足地區改善方案」、B4「家庭醫師整合性照護計畫」、B5「代謝症候群防治計畫」、B6「C型肝炎藥費」、B7「醫療給付改善方案」、B8「強化基層照護能力及『開放表別』項目」、B9「鼓勵院所建立轉診合作機制」、B10「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」、B11「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」、B12「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」、B13「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」、B14「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」：不增編預算，均維持112年預算額度。

- 4.B15「網路頻寬補助費用」：希望能於114年退場，減列3,000萬元，編列223百萬元。
- 5.B16「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫」、B17「精神科長效針劑藥費」、B18「因應長新冠照護衍生費用」：不增編預算，均維持112年預算額度。
- 6.B19「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」：依健保署建議，增編213.6百萬元，全年經費1,213.6百萬元。
- 7.B20「癌症治療品質改善計畫」、B21「慢性傳染病照護品質計畫」：不增編預算，均維持112年預算額度。
- 8.B22「品質保證保留款」：依健保會決議編列，全年經費126.2百萬元。

二、變動比較大的部分在 A 項一般服務，請西醫基層代表提出意見，這是所有付費者代表很誠心、用心、深入討論出來的結果。

盧主任委員瑞芬

以上是付費者代表方案，請問西醫基層部門代表是否要回應，還是要先進行內部會議討論？(西醫基層協商代表：先內部討論)好，大概需要多久時間？

黃協商代表啓嘉

20 分鐘。

盧主任委員瑞芬

好，沒問題，20 分鐘。

(西醫基層部門代表進行內部會議討論約23分鐘)

盧主任委員瑞芬

西醫基層協商代表已經入場，請各位回座。請說明西醫基層的新版本，請周理事長慶明。

周委員慶明

新版本已經呈現在螢幕上了嗎？

周執行秘書淑婉

同仁正在處理。

周委員慶明

- 一、首先還是要感謝付費者代表這麼用心地討論西醫基層提出來的項目及成長率，非常感謝。但大家可以看到中間的落差實在太大了，當然西醫基層還是秉持人文關懷與健康促進的目標持續前進，因為這些項目都是我們經過多次的會議討論，是西醫基層非常強烈的共識，雖然在付費者的立場可能覺得很多項目不是很必要，我們還是會繼續努力。
- 二、西醫基層的方案有做一點修正，新版本主要是修正 A7「因應高血壓指引修正，所增加之醫療服務密集度」，金額有向下調整(修正為 180 百萬元)，其他項目還是維持原來的金額，我們認為這些項目在促進國民健康、人文關懷都是非常重要，為了因應臺灣在 2025 年邁入超高齡社會，很多需要做的相關工作，也希望可以增加兒童照護項目，西醫基層會繼續堅持理想，謝謝。

盧主任委員瑞芬

好，現在螢幕上已經呈現西醫基層新的版本。

周委員慶明

與原先版本一樣，只有 A7「因應高血壓指引修正，所增加之醫療服務密集度」的金額有修正。

盧主任委員瑞芬

所以西醫基層最新版本只調降了 A7，請問付費者代表有沒有要表示意見？

陳委員相國

主席，請問付費者版本的數據是不是有誤？我記得西醫基層總額的非協商因素是 3.517%，為什麼較基期成長率是 3.066%？

盧主任委員瑞芬

請問是指哪個部分？

陳委員相國

就是表格最底下的「較基期成長率」，西醫基層版本是 4.697%，付費者版本是 3.006%，但非協商因素就有 3.517%，為什麼「較基期成長率」才 3.006%？

陳組長燕鈴

向委員說明，非協商因素屬於一般服務項目之一，其成長率的基期只有一般服務(調整人口差值、回補違規扣款)，沒有包含專款及門診透析，最後的整體成長率則是相較 112 年核定結果，包含一般服務(沒有調整人口差值、沒有回補違規扣款)、專款、門診透析，所以兩者計算成長率的基礎不一樣，不能一起比較。

盧主任委員瑞芬

兩者分母不同。

陳組長燕鈴

委員請看到西醫基層版本的一般服務成長率(含非協商因素及協商因素)，其實已經高達 5.464%，因為只以一般服務為基期，所以在計算非協商因素成長率時…。

黃協商代表啓嘉

我們理解了，因為計算的母體不同，我們知道了，這部分沒有問題了。與剛剛討論門診透析費用遇到的問題一樣，總費用成長率 3% 是以 112 全年核定結果計算，但分攤醫院及西醫基層費用時，是以 112 年第 1 季門診透析點數占率計算，兩者母體不同。

盧主任委員瑞芬

請問付費者代表的意見，西醫基層總額的主談人是何代理委員語。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

雙方差距那麼大，我想就不要再談了，大家留點生命。

黃協商代表啓嘉

說實話，整個協商過程中，我很感謝何代理委員語給西醫基層很多指導，但我們堅持理念的想法不會改變，因為雙方差距很大，我們理事長這邊的意見是不是就兩案併陳。

盧主任委員瑞芬

好，西醫基層部門以現在的版本併陳，較基期成長率 4.697%。請陳委員杰。

陳委員杰

我還是那句話，感謝全國所有醫護人員的貢獻，個人代表付費者表示感謝。另外，有關付費者代表討論出來的版本，我們已經盡了最大努力，非常審慎的討論每個項目，大家可以看到 B19「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」，西醫基層建議維持去年額度 10 億元，付費者代表考量健保署草案是 12.136 億元，多了 2.136 億元，最後同意編列 12.136 億元，還高於部門建議金額。

黃協商代表啓嘉

如果有機會談下去，很多專款項目都願意犧牲，負成長也沒關係。

陳委員杰

其實付費者代表是考慮到醫材重消的問題，現在不能重消了，診所成本當然會增加，所以採健保署的建議金額，上調到 12.136 億元，盡我們最大的誠意。也借用這個機會說明，付費者代表絕對非常理性，希望討論出來的項目，西醫基層能勉予同意、共體時艱。

黃協商代表振國

一、非常感謝付費者代表，如果各位瞭解今年及去年民生物價漲了多少百分比，大家就知道基層診所承受的成本壓力，西醫基層最早提的版本超過上限值 4.7%，為了談判成功，努力下修才有今天的版本。我相信付費者代表們很認真，我們代表西醫基層 1 萬多名醫師的部門代表也非常認真，內部召開多次會議逐項檢討，擬訂付費者比較能夠接受的項目。但很抱歉，可能溝通不夠或者瞭解不足，如果之後有機會，也歡迎各位委員與我

們時常保持聯繫，尤其陳杰委員，歡迎隨時與我們聯繫。

- 二、很感謝各位，就像前輩何代理委員語講的，我對他是非常尊敬，我們已經相見歡 4 年了，預期明年還會再相見，西醫基層會非常誠心地檢討，也希望與各位付費者代表平時多溝通，說真的，臺灣物價漲成這樣，醫療產業受得了嗎？謝謝大家。

盧主任委員瑞芬

請何代理委員語。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

- 一、主席、各位委員、各位西醫基層代表大家好，我們瞭解醫界有他們的需求、願望、願景。很多人提到，今年有三分之二是新委員、三分之一是資深委員，直到今天總額協商，我才體會到主委實在領導有方，不只資深委員功力加強很多，新委員對每項協商項目的內涵、內容、數字也很深入地探討及瞭解，我發現這屆健保會付費者委員都非常優質，表現非常優異。
- 二、今年西醫基層在一般服務項目提了很多新項目，付費者代表很努力的閱讀西醫基層、健保署及健保會提供的資料，並相互比對，之後又比對醫院總額的項目、內涵、數字，還有考量執行率以及整體橫向醫療推動，今天內部會議討論時，每個人都能提供充分的見解與知識，我很尊重每位付費者代表的寶貴意見。
- 三、目前醫療資源很匱乏，總額就這麼多，醫療團體當然希望成長率能提高到上限 4.7%，西醫基層版本的一般服務成長率是 5.464%，加上專款項目是 4.714%，再併入門診透析費用後是 4.697%，將近 4.7%，是很高的成長金額，也是付費者代表憂慮的事情。也許我們無法讓西醫基層代表，尤其是周理事長慶明，無法達到你們的願景與希望，這點很抱歉，雙方確實有很多意見、看法不同，最後還是要請部長費心裁定，但還是很感謝西醫基層提供了很多資料讓我們參考，謝謝各位。

盧主任委員瑞芬

一、因為雙方差距很大，雙方也表示沒有共識、不再協商，很遺憾地做以下結論：

(一)113 年度西醫基層總額，因付費者代表與西醫基層代表未能達到共識，若雙方仍有繼續協商的意願，在雙方代表同意後，請於今天晚上 8 點前通知本會同仁，安排 9 月 21 日早上 9 點半繼續處理。若無意願繼續協商，則請將各自的建議方案，在 9 月 21 日上午 9 點前送本會彙整。雙方兩案併陳的版本，就是我們手上這張，在此做個確認。

(二)依 113 年度總額協商程序，請雙方依據今天的協商結論，辦理下列事項，併入各自建議方案，必要時請健保署協助：

- 1.以結果面為導向，調整新增或延續性項目的「執行目標」及「預期效益評估指標」。
- 2.新增專款項目未提出預估試辦檢討期限者，請提出以幾年為檢討期限。
- 3.須修正項目名稱者，請提出修正後的項目名稱。

二、兩案併陳是由部長裁定，送出去的資料越詳細，部長越能夠做更明確的指示，如果各位在說明上有要補充的話，請一併於明天早上 9 點以前送本會彙整，因為星期五就要開委員會議了，非常謝謝雙方的努力。請周委員麗芳。

周委員麗芳

主席，請教一下，剛剛主席說到手上那張的版本，但我們手上沒有新的資料，會議資料只有原來版本，請問到底是哪一個版本？

盧主任委員瑞芬

剛才同仁印出來的紙本。

周委員麗芳

我們手上都沒有資料，不知道是指哪一個版本。

盧主任委員瑞芬

一、抱歉，就是螢幕上的版本，我手上的紙本就是螢幕上的版本，

各位可以於螢幕上再瀏覽一下，如果需要紙本，可以請同仁提供。

二、西醫基層總額就兩案併陳，非常謝謝西醫基層部門的努力。

陳委員杰

我要跟西醫基層說一聲，謝謝！

黃協商代表啓嘉

螢幕上只有付費者版本的意見(協定事項)，是不是我們西醫基層的意見再另外提供？

周執行秘書淑婉

兩案併陳會呈現雙方各自的版本及協定事項。

盧主任委員瑞芬

對，雙方的版本都會有各自的協定事項，謝謝西醫基層協商代表。
接下來進行中醫門診總額協商，先中場休息。

肆、113年度總額協商—「中醫門診總額」
與會人員發言實錄

肆、113年度總額協商－「中醫門診總額」與會人員發言實錄

盧主任委員瑞芬

現在進行中醫門診總額協商，中醫第一階段提問跟意見交換時間總共有 20 分鐘，請中醫部門 5 分鐘內簡短說明，剩下的時間留給付費者代表委員提出意見，由理事長說明嗎？(是)請詹理事長永兆，謝謝。

詹委員永兆

一、各位委員、各位醫師，大家午安，大家都辛苦了。非常謝謝各位委員一直對中醫給予厚愛，原則上要符合協商的標準，所以我們內部已將成長率下修，符合高推估成長率 4.7% 以內。

二、首先在專案部分，修訂項目如下：

(一)B2「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，原增加金額為 44.2 百萬元，修正為 0 元(全年經費 436.8 百萬元)。

(二)B3「中醫提升孕產照護品質計畫」下修 11 百萬元，全年經費剩下 70 百萬元。是 11 百萬元，不是 1.1 百萬元(螢幕顯示增加金額為-1.1 百萬元，同步修正為-11 百萬元)，我們希望把 11 百萬元，挪到 B5「中醫癌症患者加強照護整合方案」。

(三)B5「中醫癌症患者加強照護整合方案」，原增加金額為 49.5 百萬元，下修到 20 百萬元。因為這個方案今年前半年執行率已達 47.5%，全年執行率會達 97%，所以費用稍微不足，本項只要 2 千萬元(周執行秘書淑婉：是增加 2 千萬元？還是…)，是增加 2 千萬元，上修 20 百萬元(螢幕顯示全年經費 294.5 百萬元，同步修正為 265.0 百萬元)，因為今年執行率會達 97%，所以希望補 20 百萬元。以上是我們目前下修的版本。重新修訂後的成長率為 4.674%，符合 113 年總額協商成長率上限 4.7%。

三、這次主推項目是一般服務的 A1「中醫利用新增人口」項目：

(一)因為 COVID-19(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)造成中醫使用量突然大增，民眾除了來看 COVID-19 之外

，還附帶來看其他很多疾病。111 年比 110 年大概多了 115 萬人看中醫，看診人次增加 664 萬人次。大家會想中醫會不會曇花一現，只有去年增加？其實今年 1 到 6 月，中醫的醫療費用成長了 13.67 億元，我們對於整體看診人數也做了統計分析，1 到 6 月的看診人數已經超過 512 萬人，如果加上 7 月份的看診人數已達 566 萬人，已經平 110 年的看診人數。所以今年中醫的看診人數應該會突破近 10 年新高，超過 700 萬人。

(二)整體來看，中醫因為 COVID-19 帶動很多新的就醫人口，這些人可能因為覺得 COVID-19 的治療很好，所以來看睡眠障礙、眩暈或腸胃功能，甚至附帶一些相關的疾病，所以突然增加太多就醫人口。今年 1 到 6 月，我們內部統計的就醫人數成長 12%，醫療費用增加 19.8%，以預算來講，112 年中醫門診總額只有成長 4.344%。整個來講中醫真的是受到民眾強烈愛戴。

(三)A1「中醫利用新增人口」預算推估，是用 111 年較 108 年前 20 名主要看病的病名進行統計，總計費用增加 12.3 億元，再扣掉 COVID-19 造成的醫療費用 5.17 億元，總共增加 7.13 億元，這個是新增人口利用的經費。

四、B6「中醫急症處置」是歷屆委員覺得中醫執行不好的專案，因為疫情影響中醫沒辦法進到急診，但是今年上半年費用已經執行 82%，明年應該會超過 160%，所以希望明年能夠增加 5 百萬元(全年經費 10 百萬元)。

五、B8「照護機構中醫醫療照護方案」是針對有保險但不方便就醫的病人所設計的專案。初期希望多一點院所參加本方案，去年有 58 家院所參加，今年已經成長到 90 家，起初限定每診次看診人次不超過 15 人次，希望把這個可貴的資源分給多一點診所，今年希望每診次看診人次上限增加到 25 人次，同時也有 90 家診所進駐，希望增加 23 百萬元(全年經費 48.3 百萬

元)，以上。

盧主任委員瑞芬

好，現在請委員提問。委員對於這個部分有沒有要提問？請周委員麗芳。

周委員麗芳

主席、各位委員還有中醫部門代表，因為我們講求實證醫學，我僅就數字提出問題，在 A1「中醫利用新增人口」部分，很感謝剛剛詹理事長永兆說明在疫情之後中醫看診人數增加的情形。因為中醫部門提出來的預算成長率是 2.414%、健保署是 1.990%，所以預估增加金額跟健保署提出的金額有差異(中醫部門為 713 百萬元、健保署為 588 百萬元)，是不是可以就試算 A1「中醫利用新增人口」實證的部分，更精確地告訴我們是怎麼計算的？

盧主任委員瑞芬

好，我們統問統答，接下來請問有沒有委員要提問？請林委員文德。

林委員文德

有關 A1「中醫利用新增人口」的部分，中醫部門提出的費用成長率是 2.414%，在 COVID-19 之後中醫的使用人數確實有增加，想了解更多，中醫增加的就醫人數，是從看西醫轉來看中醫，沒有再回去西醫就醫？或是在西醫看診，然後併用中醫？這部分會牽涉到西醫的利用，我們如果去看西醫的利用情形，就醫人數比 108 年減少 100 多萬人，如果這部分有替代效果，那中醫確實要增加預算。但是反過來要考慮，西醫的利用是因為中醫利用的替代關係而減少，這部分也給付費者代表參考，西醫的利用因為中醫的利用增加而減少的事實，以上。

盧主任委員瑞芬

接著請李委員永振。

李委員永振

一、剛才詹理事長永兆的報告中，在專案的部分我覺得這樣移動比

較務實，執行得不理想的專案，部分預算就挪到比較需要的專案，這樣的調整對付費者應該是有好處的。

二、主要的重點應該是在 A1「中醫利用新增人口」，剛才林委員文德有提到的部分，是不是可以再強化、說明得更清楚。我們經上次委員會議討論，用「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」3.1283 億元撥補 111 年下半年的費用。剛才有提到今年就醫人數還是繼續增加，不過按照我們手上的資料，就醫人數跟之前的年度比較，好像還沒有恢復到以前的水準(註)，這一點是付費者這邊比較顧慮的，那個部分有沒有辦法再強化一點？重點應該是在 A1 這 1 項，其他的項目大概還 OK。

(註：依會議資料第2冊第13頁本會補充說明，以102年實際就醫人數(681.5萬人)，乘以歷年投保人口成長率，推估111年就醫人數應為692.4萬人(111年中醫實際就醫人數為668.4萬人。)

盧主任委員瑞芬

剛才林委員文德提到有關經費計算的部分，其實是要健保署回應，是不是？

林委員文德

對，因為還不知道 112 年實際的數字，以現有的資料，111 年就醫人數(668.4 萬人)比 108 年就醫人數(650.1 萬人)增加 2.8%，3 年成長 2.8%，平均 1 年大概成長 0.9%。想請問中醫部門 A1「中醫利用新增人口」提出來的預算成長率 2.414%，是怎麼樣計算出來的？

盧主任委員瑞芬

好，這部分是不是請健保署先回應，然後再請中醫部門回應，健保署這邊針對委員提到，有關健保署預估費用成長率 1.990%是怎麼計算的？

(註：螢幕顯示A1「中醫利用新增人口」項目之預算成長率，中醫部門草案為2.414%、健保署草案為1.990%)。

劉組長林義

算法在上次座談會有跟委員報告，會議資料第 2 冊第 11 頁健保署草案說明欄，108~111 年就醫人數相較前 1 年成長率，從 108 年的 0.62%、109 年的 -5.87%、110 年的 -9.45%，到 111 年的 20.63%，因為變動幅度太大了，所以我們不用人數來算，而是用服務點數計算，可能跟中醫部門的算法會不一樣。

盧主任委員瑞芬

現在請中醫部門回應。

詹委員永兆

一、關於這部分我們的算法，是半年前請臺北市立大學衛生福利系的簡教授針對 COVID-19 後續影響，做了一份分析報告，分析結果：

(一)其中有一部分分析，111 年跟 108 年前 20 名主要看診的病名，譬如 111 年看感冒的費用約 16.57 億元，108 年為 11.27 億元，也就是 111 年比 108 年多了 5 億元。前 20 名看診疾病中，111 年較 108 年增加金額累積起來約為 12.3 億元。

(二)大家會懷疑其中有部分屬於 COVID-19 後遺症，所以我們用健保署的資料庫去撈 COVID-19 後遺症申報的費用約為 5.17 億元。所以我們用增加的 12.3 億元減掉 5.17 億元，就得到民眾對中醫信任度提升而來看中醫，導致醫療費用增加的 7.13 億元，這是經過臺北市立大學的簡教授幫我們做分析算出的數字。

二、以現況來講，今年上半年 1~6 月看中醫的人數已經達 512 萬人。剛剛李委員永振講的，雖然中醫就醫人數還沒有達到按照 102 年為基礎一路推估下來的 692.4 萬人，實際上今年來看中醫的人數就可以突破 700 萬人。因為我統計到 6 月份是 512 萬人，7 月份已經到 566 萬人，也就是說光 7 月份就增加 40 萬新的就醫人數。

三、這些新增的就醫人數其實不都是來看 COVID-19 的，疫情已經結束了，但是中醫就醫人數繼續成長，這些是看什麼病的？可

能是因為對中醫有信心以後，當他睡不好、眩暈、肚子脹氣、消化不良，除了 COVID-19 之外的其他毛病都來看中醫。就像剛剛林委員文德講的，到底是中西醫併用還是中醫替代西醫？其實在疫情期間，很多人去西醫看咳嗽，咳很久不會好，朋友跟他講你去看中醫，一看馬上就好，我們有很多案例。有些病人得到 COVID-19 後沒有完全好，跑來看中醫，看完中醫後覺得真的很有效，後續有什麼毛病，就轉移過來看中醫，類似有部分就替代了。另外也有很多從來沒看過中醫的病人來看中醫。以上。

盧主任委員瑞芬

好，請何代理委員語。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

一、主席、各位代表，我想中醫經過歷任及現任理事長的努力，在中醫整個醫療診治方面一直改革，而且求新求變，在疫情期間打開中醫的知名度。

二、在 A1 「中醫利用新增人口」項目裡面可能有 2 個面向，1 個是原來就有在看中醫，確診後也繼續看中醫。1 個是原來不看中醫，在西醫確診以後轉而去看中醫。我遇到很多人，確診之後有後遺症，都轉向去看中醫，包括我自己以內，我確診後 8 個禮拜都在看中醫。

三、剛剛中醫部門調整 2 項專案金額：

(一)有關 B5 「中醫癌症患者加強照護整合方案」，上個月我朋友的太太因為肺癌在慈濟醫院手術，手術完有做化療，他打電話問我有沒有認識的中醫可以介紹。他太太從上個月吃中藥到現在，每個禮拜都去拿水煎藥，當然水煎藥不完全是健保給付。我有問他效果如何？他說恢復體力各方面效果都很好。癌症這個方案，未來慢慢宣導，利用人數應該也會增加。

(二)B6 「中醫急症處置」，目前上半年預算執行率已經達 82% 了，今年編 5 百萬元實際上是不夠用的，那明年編 1 千萬元夠

不夠用？如果以這個成長的數字，我們也要參考，再做考量。

四、中醫門診總額預算的基期並不大，尤其歷經疫情以後，我想中醫整個服務的功效、各方面都有看到一些成果。在專款部分我想付費者比較沒有很大的意見，只是在 A1「中醫利用新增人口」的部分，健保署是用點數換算(增加金額)。健保署給我們的補充資料顯示，中醫就醫人數 111 年上半年成長 9.2%(相較 110 年上半年)、111 年下半年成長 31.5%(相較 110 年下半年)、112 年上半年成長 20.3%(相較 111 年上半年)。大家比較希望了解的是「新增就醫人數」怎麼換算金額、如何界定，這可能是比較需要讓付費者了解的部分。

盧主任委員瑞芬

好，第一階段只剩下 1 分 53 秒，請滕委員西華最後 1 位發言，付費者代表就要進行內部討論了。

滕委員西華

謝謝主席，我是請教 A1「中醫利用新增人口」的部分，不管按照健保署的版本，或是中醫部門的版本，假如通過之後，確定執行而沒有達到估算人口數的時候如何處理？

一、第 1 個，怎麼認定新增利用人口？這是技術層面上很重要的問題。

二、第 2 個，認定新增利用人口後，如果執行的金額或人數達不到預算額度時，中醫部門或健保署怎麼執行扣減？因為這筆預算會滾入基期，這點對付費者代表而言也蠻重要的。

盧主任委員瑞芬

謝謝，這部分中醫部門要即時回應嗎？請說明。

詹委員永兆

我們原本提的預期目標為「就醫人數比 108 年比多 1%」，誠意不夠，林委員文德已經講過，111 年較 108 年就醫人數成長 2.8%，所以我們把預期目標提升到 3%，至少一定比 111 年疫情最嚴重時的

就醫人數多，如果沒有達到，我們願意被扣減，按照那個模式去扣，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬

好，李委員永振，還有要詢問的？

李委員永振

我主要是要宣布付費者的主談人請蔡委員麗娟，協談是我隔壁這一位美女，楊委員玉琦。諮詢的專家學者，因為吳委員榮達評核委員趕去…。

盧主任委員瑞芬

他離開有交代。

李委員永振

邀請的專家學者還有林委員文德評核委員，剛才吳委員榮達是不是有委託你(指滕委員西華)表達意見？

滕委員西華

他(吳委員榮達)西醫部門的意見委託我，中醫部門的意見委託他(指林委員文德)。

李委員永振

中醫部門內部會議本來就有邀請林委員文德。

滕委員西華

吳委員榮達有把意見跟他講。

李委員永振

OK，感謝剛才林委員文德有提到，如果中醫利用增加，我們給他預算，那西醫基層那邊的預算應該要減，這個立論完全正確，但我個人覺得這個議題留給健保署當功課啦，因為西醫基層部門沒有談成嘛，到底最後有多少預算也不知道啊！將來看怎麼樣去處理，應該是按照林委員講的才是正解，但有沒有辦法做到？我是懷疑啦！就留給健保署當功課吧。

盧主任委員瑞芬

基本上兩案併陳就變成是部長的功課了，好，事不宜遲，請付費者代表進行內部討論，你們需要多少時間？20分鐘，好。

(付費者代表進行內部會議討論約28分鐘)

盧主任委員瑞芬

現在付費者代表已經入座了，請主談人蔡委員麗娟說明付費者的版本。

蔡委員麗娟

一、首先要代表所有的付費者感謝中醫部門，尤其在 COVID-19 疫情期間中醫部門對於民眾的照顧，也因為如此，民眾在就醫上對中醫有更多的肯定、認同跟信任，也造成實際醫療利用人數的增加。中醫是我們的國粹，對於中國傳統醫學能夠受到民眾的肯定，這是一件很好的事情。付費者在剛剛討論的時候，都非常想要表達我們對於中醫部門的肯定。

二、首先看到一般服務預算 A1「中醫利用新增人口」部分：

(一)111 年相較 108 年中醫就醫人數成長率，一年平均大概成長 0.9%。所以在 A1 預算成長的部分，我們採取健保署的估算，預估增加金額為 5.88 億元。

(二)當然 113 年時空背景也在改變，實際就醫人數也是有一些不確定性，所以 5.88 億元會依 113 年中醫實際就醫人數成長的情形，扣減未執行之額度，扣減的方式同會議資料大表所列(註)，這是 A1 的部分。

(註：查會議資料第2冊第14頁大表，扣減方式如下：

依113年中醫實際就醫人數成長情形，扣減未執行之額度，扣減方式如下：

- 1.以本項113年協定費用，除以113年「就醫者平均每人就醫費用點數」，視為應增加之就醫人數目標值。
- 2.113年中醫實際就醫人數較112年就醫人數大於或等於上開目標值則不扣減；若未達目標值則按「未達目標值之人數」乘以113年「就醫者平均每人就醫費用點數」計算扣減額度。)

三、再來是專款項目：

- (一)B1「醫療資源不足地區改善方案」，與中醫部門方案一致(全年經費 180 百萬元)。
- (二)B2「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，與中醫部門方案一致，全年經費 436.8 百萬元。
- (三)B3「中醫提升孕產照護品質計畫」，中醫部門減少 11 百萬元，全年經費 70 百萬元，付費者版本與中醫部門方案一致。
- (四)B4「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」，與中醫部門方案一致，全年經費 21.2 百萬元。
- (五)B5「中醫癌症患者加強照護整合方案」，本項增加 20 百萬元，全年經費 265 百萬元，與中醫部門方案一致。
- (六)B6「中醫急症處置」，與中醫部門方案一致。(全年經費 10 百萬元)
- (七)B7「中醫慢性腎臟病門診加強計畫」，與中醫部門方案一致。(全年經費 105.3 百萬元)
- (八)B8「照護機構中醫醫療照護方案」，增加 20 百萬元，本項希望維持 112 年每診次看診人次 15 人次規範，並檢討醫療利用的合理性及評估計畫成效。(全年經費 48 百萬元)
- (九)B9「網路頻寬補助費用」，本項費用已補助多年(將於 114 年退場)，付費者在每 1 個總額部門預算編列原則一致，所以扣減 15 百萬元。(全年經費 83 百萬元)
- (十)B10「品質保證保留款」，與中醫部門方案一致。(全年經費 57.4 百萬元)

四、整體而言，付費者代表版本的總成長率是 4.221%，增加金額是 15 億 2,720 萬元。這是所有付費者表達最大的肯定跟誠意，綜合討論之後的版本，請中醫部門仔細地看一下，很希望能開出今天的第 2 個紅盤，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬

好，針對這個版本中醫部門需不需要閉門討論？還是先回應？

柯協商代表富揚

一、感謝主委，感謝健保會所有委員對中醫部門的肯定跟支持，我先做初步回應，細部我們也會再做一次通盤地考量。因為其中有一些問題我想先釐清，把一些我們對費用上的疑慮先跟各位委員做初步的報告。

二、首先有關 A1「中醫利用新增人口」部分：

(一)健保署估算的 5.88 億元，是根據 112 年第 1 季、第 2 季為基礎，以 A-B 的模式去計算(註)，算出來是 5.88 億元。可是以 A-B 算出的預估增加費用，沒有顧慮到醫療費用在 4 季的占比是不一樣的，也就是並非以 2.94 億元去乘以 2 的概念，以第 1、2 季為計算基礎，其實只占全年度預算的 47%~48%，並不是 50%。

(註：依會議資料第2冊第12頁，健保署對113年就醫人數成長之費用影響之估算方式：

1.以疫情發生後之半年(112年第1、2季)推估點數(A)，扣除發生前之半年(108年第1、2季)推估點數(B)， $(A-B) \times 2$ 代表就醫人數成長所造成之影響。

2.上開A：以112年第1、2季一般服務點數為基礎，乘以113年成長率4.7%(取高推估)，推估113年第1、2季點數約168.40億點。

B：以108年第1、2季一般服務點數為基礎，乘以109~112年一般服務成長率，再乘以113年成長率4.7%(取高推估)，推估113年1、2季點數約165.46億點。

$(A-B) \times 2 = (168.4 \text{億點} - 165.46 \text{億點}) \times 2 = 2.94 \text{億點} \times 2 = 5.88 \text{億點}。$)

(二)健保署在每一次研商議事會議，都會提出這樣的資料。舉例來講，看病也有大小月，1、2 月份大概會遇到過年、春節及相關的假期，所以每年健保預算的分配，第 1 季加第 2 季大概只會占 47%、48%左右，不會是 50%。也就是用 112 年前 2 季算就醫人數計算合理成長的費用，A-B 相扣減的 2.94 億元

，其實只占全年費用的 47% 或 48%。算出來的數字應該不是 5.88 億元，應該是 6 億多元，這樣的公式才是合理的，我不曉得這樣子說明，委員是否了解？(多位委員回復：好，了解)，是。

(三)也就是健保署的算法是對的，但是採用的第 1、2 季費用只占全年的 47%，而不是占全年的 50%。所以我的意思是，應該用 2.94 億元除以 47% 這樣才合理。

李委員永振

這樣算出來是多少錢？

柯協商代表富揚

這樣算出來應該是 6 億多元，只多幾千萬，我想這個才是相對合理。

陳委員杰

詳細的數字有多少啦？

柯協商代表富揚

6.1 億元(現場有人說 6.1 億元、6.08 億元)。

柯協商代表富揚

一、我們馬上算，用 2.94 億元除以 47% 算出來全年費用 6.25 億元。我們只是想要一個公平性，希望是 6.25 億元，這樣才比較合理。因為前半年跟後半年預算的占率是不一樣的，計算基礎既然是前半年，應該用前半年占率 47% 去計算才是合理的算法。

二、第 2 個問題，如果用這樣的扣減方式，等於是在連續 2 年的高成長之後，還必須再有一個高成長：

(一)光看 111 年第 3、4 季高成長的結果，就可以推估現在的平均點值只有 0.85 左右，浮動點值只有 0.7 多，也就是說當用這樣的方式計算目標值，未達目標還要扣減，我認為我們真的不容易達到這麼高的一個成長。

(二)合理來看，是不是可以用我們所提的，用 108 年疫情前的就

醫人數做為成長的比較基準？剛才詹理事長永兆也提到 111 年較 108 年就醫人數成長 2.8%，我想我們明年可以承諾較 108 年成長 3%，甚至再更高一些些也會試著去拼拼看。不要用 112 年就醫人數的巔峰點，兩次的高峰、高成長之後做為扣減的基準。

(三)我當然也很希望中醫界大家一起努力，我們可以忍受點值這麼低，繼續去衝、去服務對中醫有需求的民眾。但相對來講，不只是費用面的問題，同時也牽扯到就醫人數在兩年的高成長之後，還要再另外一個高成長。怕真的不容易達到，讓委員失望。

(四)是不是可以用我們的版本，疫情前的 108 年是最標準，如果我們的立論基礎、算法是用 108 年去推估，這樣應該也要用 108 年的就醫人數去比較。我們也承諾，因為 111 年就醫人數較 108 年成長 2.8%，如果委員認為 113 年較 108 年成長 3%誠意還不夠，我們也願意再往上，比如成長 4%，我們還是願意來努力，我們很願意用 108 年來比，拼 4%的成長。

三、非常感謝委員的協助，中醫是一個很小的部門，中醫門診總額只占健保總額預算約 3.7%，所以就算是這麼高推估的成長，其實還是微乎其微，但是全國中醫界都很願意讓利用中醫的民眾得到最好的醫療照護，懇請委員協助幫忙中醫界。

盧主任委員瑞芬

請問中醫部門，現在提到的就是最後的版本？是中醫部門剛才回應付費者代表的版本，不需要再進去討論了是不是？(詹委員永兆：點頭)那現在就請付費者回應中醫部門剛才提到的版本(多位付費者代表委員表示要進去討論)，好，我們請付費者代表進去討論。

滕委員西華

可以問問題嗎？

盧主任委員瑞芬

可以，請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我本來聽得懂，但是柯協商代表富揚講了之後我反而聽不懂。首先，這個項目其實沒有完美的方案，因為健保署用「醫療費用點數」推估「就醫人數成長所需預算」，原本就是妥協的算法。淨增加利用人口的參考標準也不清楚，譬如說以健保會的資料分析，102 年看過中醫，10 年間沒看過中醫，若再來看中醫，可以叫淨增加嗎？不行，因為投保人口預估成長率、MCPI(醫療服務成本指數改變率)等因素，都已經把 102 年有看過中醫這些人的費用算進基期了，所以不管挑什麼標準來算，都沒有辦法看到正確的數字，這是第 1 點。
- 二、第 2 點，如果要用 108 年的就醫人數當基準，柯協商代表富揚剛剛講的，我聽起來感覺中醫就醫人數不會新增，113 年就醫人數不會比今年更多、也不會比 111 年更多。那原本 A1「中醫利用新人口」編列的費用是要補什麼？對於非預期風險因素對醫療費用的影響，111 年已經補了中醫第 3、4 季點值 3.1283 億元，就是要去彌補受影響的醫療費用。可見如果是參照 108 年，補點值的缺口，各位只能給 3.1283 億元欸，因為補點值是按照實際醫療利用去算，這是唯一可以對照的數字。就是用 111 年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需」預算補到中醫期望的點值花了 3.1283 億元，代表什麼？參照 108 年補點值的費用已經補滿了。
- 三、113 年總額基期是採用 112 年醫療費用，基期已經計入歷年非協商因素(醫療服務成本及人口因素成長率)成長金額，其中包含歷年人口成長及校正金額。當然這兩年因中醫就醫人數高成長(111 年較前 1 年成長 20.62%)，你可以說這兩年非協商因素成長費用不夠多我承認，但非協商因素已經有計算及校正人口成長率，並吸收一部分就醫人數增長影響的費用。以人口增長而言，113 年總額是以 112 年醫療費用為基期，已經有把 108 年算進去，如果說沒有算到 111 年那對，可是如果你要參照 108 年或 109 年是有算進來的，我也不知道有沒有講錯，109

年、110年是在高峰爬升的年度，非協商因素已經有參照了。

- 四、中醫部門說這2年就醫人數成長之後，到113年不成長，維持高峰期600多萬的就醫人數，不講人次。但健保署估的也不準，因為每個人的醫療利用會改變啊，所以用醫療費用點數來計算增加金額已經很勉強了，因為近年針灸或其他處置支付標準有調升，用過去的醫療費用跟件數也不一定準，平均每人就醫點數也是估算的。所以我想如果要補109年、110年非協商因素成長率的不足，也不會是這個數字啊，各位懂我意思嗎？
- 五、我現在傷腦筋的是協定事項無法執行，預算執行不完要扣減，但最後健保署可能跟中醫也談不攏，因為沒有參照基準，你們三方才爭執不下，就是健保署算一個基礎、中醫算一個基礎、付費者也不認同。所以我才說唯一可以確定的是3.1283億元，因為這是你們補人家點值，他們算好雙方都滿意的點值是補3.1283億元。
- 六、所以在柯協商代表富揚講完之後，我就搞不懂了，本來覺得健保署估算的5.88億元還不錯，已經高於3.1283億元，代表人數成長增加的經費已經有增加了，加上MCPI(醫療服務成本指數改變率)的成長率超過2%(113年中醫門診總額MCPI成長率為2.989%)，不要忘記還有MCPI。
- 七、我的意思是，可不可以說得再清楚一點，就醫人數到底會不會成長？另外，扣款真的扣得回來嗎？剛剛柯協商代表富揚講的意思是，因為中醫就醫人數會成長，所以不會被扣減，而且經費還不夠。付費者壓這個協定事項，就是覺得會扣回來，請問新增就醫人數參照的標準是甚麼？若不說清楚寫這個沒有用啊，乾脆不要扣了啊，就打平了不管多少錢，因為一定扣不回來。

盧主任委員瑞芬

請林委員文德。

林委員文德

冷靜一下，因為我也聽不太懂，我們原本預期這個費用是用於中醫明年的就醫人數比今年增加，是比今年哦！明年會有更多的人去使用中醫，因為非協商因素都沒辦法補到這一塊，所以要把就醫人數增加的費用補足。結果中醫部門跟我們講，你們是要從 2.8% 增加到 3% (中醫部門提到 113 年較 108 年就醫人數成長 3% 為目標)，實際上只增加 0.2% 而已 (因 111 年中醫就醫人數較 108 年已成長 2.8%，若 113 年目標為 3%，則只增加 0.2%)，所以整個人數增加的比率，到底你們預估是多少？如果就醫人數成長率沒有達到 1.990%，表示實際上就醫人數並沒有增加，如果人數沒有增加，為什麼要給這個預算呢？這是我比較不了解的地方。

盧主任委員瑞芬

委員還有沒有其他意見？沒有的話就請中醫部門回應。這邊還有委員有意見，請黃委員小娟。

黃委員小娟

我想再請教一下，剛剛一直提到 111 年跟 108 年比較就醫人數是成長 2.8%，但這個是 3 年的成長率，若除以 3，每年平均成長率大概只有 0.9%，到底是就醫人數每年成長 0.9%，還是剛剛說的從 2.8% 到 3%，成長 0.2%，這部分可能要釐清，到底中醫部門估出來的就醫人數成長率是多少？我們才有辦法決定 A1「中醫利用新增人口」的金額。

盧主任委員瑞芬

是不是請中醫部門回應？

詹委員永兆

- 一、其實剛剛那個就醫人數成長率 2.8% 是相當於去年疫情期間跟 108 年比較的數字。其實我們算過，疫情期間大量病患進來，嚴重衝擊中醫醫療費用，所以中醫的平均點值約為 0.85，甚至浮動點值約 0.7 多。
- 二、剛剛林委員文德講的，成長率 2.8% 誠意可能還不夠，但是我覺得以 111 年及 112 年的就醫人數成長情形，成長率的目標其

實可以再往上加，譬如剛剛提到 2.8%，像剛剛柯協商代表富揚講的，我們可以加到 4%，甚至最高到 5%，這樣可以代表就醫人數一直在往更高的方向成長。

三、按照大表裡面寫的，如果以 112 年就醫人數當標準，這個標準相當於就醫人數連續成長兩年的高標，當然對我們來講是一個很大的挑戰，也比較辛苦一點。我們建議的方案，以 2.8%(111 年相較 108 年的成長率)double 上來，假設是 4.5% 或 5%，這就表示就醫人數的量仍有成長。

四、因為中醫就醫人數成長 1 個人，每 1 個人會平均看 6 次，如果成長 3% 大概多了 20 萬人，成長 6% 多了 40 萬人，再乘以 6 倍至少會成長 240 萬人次，以上。

盧主任委員瑞芬

有沒有回答到兩位的問題？所以要繼續澄清，還是付費者代表要進去內部會議討論？

李委員永振

進行內部討論。

盧主任委員瑞芬

請付費者進行內部討論，你們這次需要多少時間？(付費者代表回應 10 分鐘)10 分鐘，好。對不起各位要離席之前，中醫部門還要補充說明。

林協商代表永農

一、主席、各位委員抱歉，我臨時補充一下，剛剛詹理事長永兆已經講了很多數據，我就不講了，其實很多實際上的困難，這 2、3 年來我們的藥價、藥費、藥材幾乎都成長 10%、20%，這部分沒有辦法拿進來談。

二、我們提的要件，都已經超過非協商因素中人口結構改變率的成長率，所以我們都很忍耐。剛剛也報告中醫現在的點值，平均點值只剩 0.85 多，浮動點值 0.7 多。浮動點值 0.7 增加到平均點值 0.85 元，是因為加上藥費，藥費是每點 1 元。藥費實際上

沒有利潤，每日藥費 1 天 37 元，有的藥我們是虧本的，很多補方的藥根本是虧本了，所以把實際經營上的困難跟各位委員報告，這一點也請參酌，心裡不要只有數字，謝謝。

盧主任委員瑞芬

謝謝，現在請付費者進行內部討論，然後再回到現場討論。

(付費者代表進行內部會議討論約24分鐘)

盧主任委員瑞芬

付費者代表已經回到會議室了，現在請主談的蔡委員麗娟說明付費者的第 2 個版本。

蔡委員麗娟

一、剛剛在裡面大家討論了一段不算短的時間，考量各種因素，大家有很多的觀點跟意見交流，經過所有付費者的討論，現在提出來的第 2 個版本，還是維持原案，也就是 A1「中醫利用新增人口」還是維持 5.88 億元。這是健保署估算的版本，健保署是健保執行上的管理人，所以健保署的估算有一定的數據基礎，在這樣的狀況下，我們採取健保署估算的結果。

二、協定事項為依 113 年中醫實際就醫人數成長情形，扣減未執行之額度，也就是扣減基期，扣減方式如下：

(一)第 1 點，以本項 113 年協定費用，除以「就醫者平均每人就醫費用點數」，視為應增加之就醫人數目標值。

(二)第 2 點，113 年中醫實際就醫人數跟 112 年就醫人數大於或等於上開目標值則不扣減；若未達目標值則建議按「未達目標值之人數」乘以 113 年「就醫者平均每人就醫費用點數」計算扣減額度。

三、對於整個中醫部門的協商草案，在各個專案的部分，我們都以最大的誠意支持中醫部門，希望中醫部門在 A1「中醫利用新增人口」也能夠再度考量以這樣的版本進行協商，以上。

盧主任委員瑞芬

中醫門診總額協商時間剩下 57 秒，王委員惠玄要發言嗎？

王委員惠玄

我們剛剛有共識請林委員文德先發言。

盧主任委員瑞芬

請林委員文德。

林委員文德

協定事項的第 1 點跟第 2 點好像重複了，只要寫第 2 點就可以了，我們那時候是講第 2 點，就是就醫人數的部分。

滕委員西華

這兩個協定事項不一樣，應該是 1 或 2。

盧主任委員瑞芬

對，不會兩個同時存在，因為兩個意思是一樣的。

滕委員西華

不會兩個協定事項都存在，因為扣減方式不一樣啦。

盧主任委員瑞芬

我的意思是都是為了要扣減，不能有兩個方式，是要兩個方法都算嗎？還是應該只有 1 個方法。

陳組長燕鈴

報告，協定事項的扣減方式包含兩個步驟：括弧 1，先算出需要增加多少就醫人數為目標值；括弧 2，是說如果沒有達到目標值，建議按「未達目標值之人數」乘以 113 年「就醫者平均每人就醫費用點數」計算扣減額度。

(註：螢幕顯示付費者版本之協定事項：

依 113 年中醫實際就醫人數成長情形，扣減未執行之額度(扣減基期)，扣減方式如下：

(1) 以本項 113 年協定費用，除以 113 年「就醫者平均每人就醫費用點數」，視為應增加之就醫人數目標值。

(2) 113 年中醫實際就醫人數較 112 年就醫人數大於或等於上開目標值則不扣

減；若未達目標值則建議按「未達目標值之人數」乘以113年「就醫者平均每人就醫費用點數」計算扣減額度。）

盧主任委員瑞芬

哦！先算目標值，再算如何扣減。

陳組長燕鈴

兩步驟的表達方法可能不易了解，林委員文德建議一個簡單的算法，為113年就醫人數減112年的就醫人數，乘以「就醫者平均每人就醫費用點數」，算出的金額如果沒有達到5.88億元，就扣掉差額。我們會再修正文字，其實跟螢幕上的算法是一樣的，這個方法比較容易了解。

(註：同仁配合林委員文德建議修正協定事項中，於17:53完成修正如下：

依113年中醫實際就醫人數成長情形，扣減未執行之額度(扣減基期)，扣減方式如下： $(113\text{年中醫實際就醫人數}) - (112\text{年就醫人數}) * \text{「就醫者平均每人就醫費用點數」}$ 計算，若未達預估增加金額(5.88億元)，則扣減預算額度。)

盧主任委員瑞芬

一、OK，好。

二、所以付費者的第2個版本金額其實都沒有變，差異只是在A1「中醫利用新增人口」的協定事項，現在請中醫部門回應。

詹委員永兆

一、其實剛剛林委員文德有講協定事項第1點跟第2點重複，應該是2，2的話大於111年就醫人數就不扣，這已經算入中醫連續兩年的高成長，這樣比較合理。

(註：螢幕顯示之協定事項：

依113年中醫實際就醫人數成長情形，扣減未執行之額度(扣減基期)，扣減方式如下：

(1)以本項113年協定費用，除以113年「就醫者平均每人就醫費用點數」，視為應增加之就醫人數目標值。

(2)113年中醫實際就醫人數較112年就醫人數大於或等於上開目標值則

不扣減；若未達目標值則建議按「未達目標值之人數」乘以113年「就醫者平均每人就醫費用點數」計算扣減額度。）

二、對，協定事項就保留第 2 點，第 1 點就不要了。第 1 點就醫人數要從 112 年再往上疊，又需要達到另一個高峰，所以應該就是像剛剛林委員文德講的，保留第 2 點就好，第 1 點刪掉。

盧主任委員瑞芬

付費者代表可以接受嗎？所以金額中醫部門 OK 了？金額可以接受？金額你們也不接受，那就把你們現在提出的第 2 個版本方案說清楚好不好？

詹委員永兆

是不是可以用剛剛柯協商代表富揚講的，預算占率分上、下半年計算，上半年預算占率為 47%，下半年為 53%，用上半年預算占率計算全年應增加金額為 6.25 億元，可以嗎？

盧主任委員瑞芬

付費者代表剛才內部會議討論時，就已經說明要按照健保署草案，因為健保署有資料，要按健保署的算法，所以付費者現在提出的金額就是健保署的版本加 5 億 8,800 萬元，再加上協定事項，請問中醫部門的看法？

林協商代表永農

主席，跟各位報告，健保署這樣的算法不公平，剛剛柯協商代表富揚已經講了，1 月、2 月會遇到農曆年，2 月只有 28 天，節日很多，利用率降低很多，後面的月份就不同啦，所以不能只用前半年的預算占率來算，對我們不公平，中醫門診總額太小了，請委員多衡量，健保署的算法不公平啦！

蔡委員麗娟

這部分能不能請健保署回應一下？

盧主任委員瑞芬

健保署要不要回應一下？主談人說請健保署回應一下，中醫部門說

你們算的方式不公平。請王委員惠玄。

王委員惠玄

- 一、幫健保署緩衝一點時間讓他們慢慢算，我講30秒。112年的就醫人數可能包含了新冠、長新冠、職災，至於113年是不是還有新冠、長新冠、職災？不確定，特別是長新冠。所以如果用112年的就醫人數當基期，如果113年沒有長新冠，用這樣的就醫人數計算，恐怕會直接被扣減預算。
- 二、我現在的理解是，中醫部門要爭取過去3年疫情期間所增加新的、以前沒有看中醫的人，現在因為新冠疫情接觸中醫、了解中醫、相信中醫，所以以後會更頻繁的就醫。但是相信中醫是不是未來3年，或是明年，現在談明年的總額，明年就一定會生病、一定會看中醫，我覺得沒有人敢保證，對吧？所以用112年的就醫人數當作基期，我覺得有一點強人所難啦。
- 三、如果要用112年當基期的話，112年就醫人數建議扣掉新冠、職災的就醫人數，或許可以呈現所謂非新冠、非職災的就醫人數，這樣會不會比較公平？不然112年的就醫人數可能是被職災、新冠、長新冠給墊高的。

盧主任委員瑞芬

對不起，請問為什麼會提到職災？

王委員惠玄

不好意思，因為中醫部門早上提供的資料裡面的看診人數含職災，其實應該就要扣掉了，不好意思，是下午中醫部門提供給委員的資料，我只是印了中醫的資料。

盧主任委員瑞芬

健保署現在可以回應他們的指控嗎？

劉組長林義

請各位委員翻到會議資料第2冊第12頁，有關A1「中醫利用新增人口」健保署對預估增加金額的算法(註)：

一、我們是用服務點數計算，大家可以看到括號 2 的部分，因為現在只有兩季的資料，所以用 112 年第 1 季跟第 2 季申報的一般服務點數，乘以 113 年成長率以高推估 4.7% 估算，假如照付費者委員目前給的成長率是 4.221%，可是我們是用比較高的成長率 4.7% (高推估) 去算，所以後面算出來是 2.94 億元，直接乘以 2。

二、中醫部門 concern 的是 2.94 億元不應該乘以 2，應該用全年費用占率去算，可是沒有顧及我們是用 113 年高推估成長率 4.7% 去算。

(註：健保署 A1「中醫利用新增人口」預估增加金額估算方式：

1. 以疫情前一年(108年)第1、2季一般服務點數為基期，乘以109~112年中醫一般服務成長率，再乘以113年成長率4.7%，113年1、2季一般服務點數約為165.46億點。

2. 以112年第1、2季實質申報一般服務點數，乘以113年成長率4.7%估算，113年第1、2季一般服務點數約為168.40億點，較前揭108年醫療點數估算113年第1、2季一般服務點數(165.46億點)，增加2.94億點。

3. 全年估算一般服務增加約5.88億點(2.94億點×2)。

盧主任委員瑞芬

老實講差距真的不大，付費者代表真的給了很大的誠意，現在已經超時 5 分鐘了，所以中醫部門，你們的決定是什麼？

滕委員西華

我說服一下中醫部門好不好？現在不要管 588 百萬元健保署是怎麼計算的，現在付費者願意給你一筆錢 588 百萬元，588 百萬元中醫怎麼參照，我也不管你增加多少錢，反正平 112 年就算增加，協定事項就是這樣。不要再講就醫人數增加 3%、4%、5%，都不用，只要平 112 年的就醫人數，也沒有要增加多少百分比，588 百萬元你都吃掉，不扣回來，這樣還不好嗎？這樣很好！我覺得要放鞭炮慶祝了，中醫部門就接受這個版本，這個很好，因為協定事項平 112 年就算有做到(註)。

(註：螢幕顯示之協定事項：

依113年中醫實際就醫人數成長情形，扣減未執行之額度(扣減基期)，扣減方式如下：

(1)以本項113年協定費用，除以113年「就醫者平均每人就醫費用點數」，視為應增加之就醫人數目標值。

(2)113年中醫實際就醫人數較112年就醫人數大於或等於上開目標值則不扣減；若未達目標值則建議按「未達目標值之人數」乘以113年「就醫者平均每人就醫費用點數」計算扣減額度。)

盧主任委員瑞芬

到目前為止，中醫部門的成長率是最高的。

林委員恩豪

對啦！詹理事長永兆，你們就接受，成長率4點多%。

劉委員淑瓊

如果健保署用113年成長率4.221%(付費者第2版113年成長率為4.221%)去乘的話就不是這個數字了。(有委員發言：算出的金額就更少)

林協商代表永農

我沒有用這個算法詳細去算，我覺得都還是失真啦，主委，當然我們的成長率是最高的，但中醫門診總額母數那麼小，4點幾…。

盧主任委員瑞芬

成長率是相對值的概念，不是絕對值，是相對值的概念。

林協商代表永農

不要只看那幾%啦，太少了，真的實際上反映一點成本，這個真的…。

盧主任委員瑞芬

林協商代表永農，不能講點值，這不能算在裡面喔，我們不能補點值喔。中醫部門可以接受嗎？可以的話我們就要鼓掌了喔，我們手都舉起來了(鼓掌聲)，他們已經預先鼓掌了！真的差不了多少。

(註：螢幕顯示同仁配合林委員文德建議修正後之協定事項如下：

依113年中醫實際就醫人數成長情形，扣減未執行之額度(扣減基期)，扣減方式如下： $(113\text{年中醫實際就醫人數}) - (112\text{年就醫人數}) * \text{「就醫者平均每人就醫費用點數」}$ 計算，若未達預估增加金額(5.88億元)，則扣減預算額度。)

詹委員永兆

另外在 B8「照護機構中醫醫療照護方案」有一個小小要求，如果機構規模比較大，大於 50 床的話，每診次看診人次是不是可以調高到 25 人次？我看那邊寫每診次看診人次只限 15 人次，不讓我們往上調，因為如果是 50 床以上的大型機構…。

(註：螢幕顯示協定事項：維持112年每診次看診人次(15人次)規範，並檢討醫療利用合理性及評估計畫成效。)

盧主任委員瑞芬

怎麼定義機構比較大？有沒有具體的定義？

詹委員永兆

50 床以上。

盧主任委員瑞芬

50 床以上是吧！

詹委員永兆

50 床以上的機構就准予提高到 25 人次，因為比較大型的機構，如果每診次看診人次只限 15 人次，這個真的是…(現場有委員發言：合理啊)

柯協商代表富揚

費用不變哦。

詹委員永兆

費用沒有變。

盧主任委員瑞芬

費用當然不變，錢不能增加。付費者代表可以接受嗎？主談人可以決定嗎？(許多付費者代表呼應可以)

蔡委員麗娟

好，50 床以上的機構每診次看診人次可以提升到 25 人次，全年經費不變。

陳委員杰

OK 啦，OK。

盧主任委員瑞芬

全年經費不變，可以嗎？中醫門診總額協商時間已經超過 9 分鐘了。

(註：螢幕顯示修正後協定事項：維持112年每診次看診人次(15人次)規範，並檢討醫療利用合理性及評估計畫成效。50床以上，調升至25人次。)

詹委員永兆

謝謝，謝謝各位委員。(眾人拍手)

盧主任委員瑞芬

一、謝謝各位，中醫門診總額協商結論如下：

(一)113 年度中醫門診總額有達共識，較基期成長 4.221%。

(二)依照 113 年度總額協商程序，請中醫部門，依據今天的協商結論辦理下列事項，並請於 9 月 21 日上午 9 點前提送本會，以納入 9 月 22 日(五)委員會議討論：

- 1.以結果面為導向，調整新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。
- 2.新增專款項目請確認提出預估試辦檢討期限，未提出者，請增補。
- 3.須修正項目名稱者，請提出修正後之項目名稱。

二、以上都要於明天早上 9 點以前提出，謝謝中醫部門，謝謝付費者代表，這麼辛苦的協商，謝謝。接下來進行牙醫門診總額的部分，有大概 5 分鐘的換場時間。

伍、113年度總額協商—「牙醫門診總額」
與會人員發言實錄

伍、113年度總額協商－「牙醫門診總額」與會人員發言實錄

盧主任委員瑞芬

牙醫部門的協商代表已經入座，依照協商程序，現在進行牙醫門診總額第 1 階段「提問與意見交流」，時間 20 分鐘，請牙醫部門先就重點項目說明，時間 5 分鐘以內，其他時間留給委員提問，並進行意見交流，請江理事長錫仁。

江委員錫仁

主席、健保署及健保會長官、各位付費者代表及專家學者委員，大家晚安，非常高興中醫門診總額已達成共識，希望好運可以延續到牙醫門診總額，接下來請牙醫門診總額徐主委邦賢說明。

徐協商代表邦賢

一、主席、各位委員、專家學者及牙醫同仁，大家好，簡單說明目前牙醫部門提出的版本，因為大家從早上一直坐到現在都很累，我就儘快切入重點，在開始協商前先簡要報告。

二、牙醫部門目前提出的版本，多項成長率已自行下修，以下針對調整後的版本重點說明：

(一)首先是一般服務項目，牙醫部門的理念是對獲得的資源進行精算，達到更精確的使用，當然如果是 over 的項目，就該去蕪存菁、調整或活化，我們會努力做到：

1.A2「用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全」，經過再精算，增加金額由10.487億元，下調至9億元。

2.A5「高風險疾病口腔照護」，沒有增加預算，但是本於照顧高風險疾病患者的口腔疾病，除了原用途的牙周病照護外，其實他們的齲齒防護執行難度也相當高，希望活用這筆經費，把這群患者的牙齒確實照顧好，所以在不增加預算的情況下，對此類患者的齲齒填補費用給予加成，雖然這類患者不容易補牙、容易脫落，但藉由費用加成，讓牙醫師確保能達到齲齒防治效果，一定要做一個維護及保證。以上是一般服務項目，希望委員能夠支持牙醫部門為整理、整頓及修正

照護內容，所提方案上的調整與訴求。

(二)再來是專款項目，謝謝評核委員、專家學者給牙醫部門的指導，我們痛定思痛，由於有些計畫確實當初規劃時不夠仔細，執行上的確遇到困難，若沒有即時調整因應是浪費公帑，所以有些計畫，在還沒提出更好的規劃前，希望調整後再出發：

- 1.B3「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」先暫時停辦。
- 2.B4「0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」，因為目前牙醫師在收案及申報時，包括：齲齒兒童之收案對象等執行面，碰到很大的難題，實務執行與計畫內容無法match，所以聽從專家學者的意見，本計畫忍痛停辦，希望把資源集中到現行可以掌握、可以努力的方向，確實把經費做更好的運用。
- 3.B5「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，雖然牙醫部門一直努力推動，由於之前經費及執行率預估得過於樂觀，我們捫心自問能做多少，為了展現誠意，本計畫再減少1億元，全年經費由2.715億元，降為1.715億元，這是牙醫部門可以努力執行的目標。

(三)以上是目前牙醫部門最新版本的說明，大家可以在螢幕上看到相關修正內容。

盧主任委員瑞芬

現在請委員提問，或是否有需要釐清的部分？請王委員惠玄。

王委員惠玄

各位牙醫界的前輩，大家好，非常感謝牙醫部門能夠接受評核委員的相關意見，就牙醫部門現在提出的版本，先請教幾個項目，如果我的解讀沒有錯，A5「高風險疾病口腔照護」(指擬新增用途用於「牙體復形加成 20%」部分)與 B8「高齲齒風險患者氟化物治療計畫」的照護對象相同，是嗎？

徐協商代表邦賢

是的。

王委員惠玄

- 一、若照護對象相同，為什麼會分別列在一般服務項目的 A5「高風險疾病口腔照護」，與專款項目的 B8「高齲齒風險患者氟化物治療計畫」？在牙醫師執行服務時，對病患的服務內容有什麼差異？主席說統問統答，所以我一併請教其他項目。
- 二、A4「支應配合政策調整之診療項目」，我的解讀是配合政策調整支付項目，本項健保署建議移列專款項目，牙醫部門建議留在一般服務項目，請問堅持列在一般服務項目的理由為何？
- 三、A5「高風險疾病口腔照護」，請問所提調整方向或執行內容，與 B8「高齲齒風險患者氟化物治療計畫」之間的關聯為何？剛剛我是請教照護對象是否相同，現在是詢問照護內容的差異。
- 四、B7「超音波根管沖洗計畫」，其實執行率也不理想，預期效益之評估指標訂得很好，期望相較沒有用超音波根管沖洗的病人，有使用者 2 年內再治療率下降，請問有無計畫評估的執行方式？若有也請說明。
- 五、B8「高齲齒風險患者氟化物治療計畫」，是將 B6「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」與原本的「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」合併，這 2 項計畫的執行率其實都不理想，請問 113 年的收案對象或執行方式有無調整或修正？

盧主任委員瑞芬

請周委員麗芳。

周委員麗芳

主席、各位委員、牙醫部門的夥伴，大家好，我關心 A2「用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全」，這項是新增項目，對於其急迫性、必要性及經費編列基準，是不是可以再進一步說明？

盧主任委員瑞芬

請問有沒有其他委員要詢問？如果沒有，請牙醫部門回應。

翁協商代表德育

一、各位委員，大家辛苦了，我是牙醫部門協商代表翁德育，剛剛委員詢問的問題，簡短向大家報告：

(一)A5「高風險疾病口腔照護」與 B8「高齲齒風險患者氟化物治療計畫」，照護對象都是高風險的族群，但兩者的照護內容不同，在一般服務的 A5，主要新增用途執行齲齒填補及改善，在專款項目的 B8，主要針對有高齲齒風險的患者，執行氟化物治療，這 2 項計畫照護內容不同，1 項是齲齒照護，1 項是氟化物治療。

(二)B7「超音波根管沖洗計畫」及 B8「高齲齒風險患者氟化物治療計畫」，112 年執行率低，因為 112 年為執行的第 1 年，大家都知道，新的專款項目通常 3 月多公告、4 月多才開始廣為周知會員，所以剛開始執行率不高，這是可以預期，但這 2 項專款項目，我們都很有信心，將來一定可以符合大家的期望，也請多一點耐心。

二、接下來說明 113 年的重點項目，A2「用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全」，我花一點時間再向委員說明：

(一)對牙醫師及所有就醫者而言，本項很重要，大家或許會問，如果沒有本項，會發生什麼事？舉例來說，骨質疏鬆的病人，吃了那麼多藥物、打了那麼多抗骨鬆藥物，以至於骨頭壞死，這是近幾年牙科醫師發現的，這些藥物是牙科醫師開的嗎？當然不是。

(二)其他總額部門的醫師，為了病人健康開立治療藥物，但病人到牙醫就診時卻發生很多狀況，以至於牙醫師要花很多力氣去做處置，但是病人的傷害已經造成，有沒有機制可以儘量保障用藥病人的牙科就醫安全？答案就是利用「用藥病人、洗腎病人牙科就醫之注意事項及擬定治療計畫檢核表」(下稱檢核表)，這份檢核表在總額協商共識會議參考資料第 140~144 頁，委員如果有時間，可以多多參閱細項內容。

(三)大家可能會有的疑問，也在此一併回答：

- 1.有人會問，本項不是查「健保醫療資訊雲端查詢系統」的用藥紀錄(下稱健保雲端藥歷)就結束了？向大家報告，民眾吃這麼多藥，健保雲端藥歷雖然有記載，但還是有很多病人的用藥是系統查不出來，要怎麼辦？牙醫師必須依SOP(Standard Operation Procedure，標準作業程序)詢問病人用藥、病史，且要記載於病歷。再來，醫師開藥，病人就一定會吃嗎？也沒有啊！還是要詢問病人，來牙科就診前，醫師開了幾種藥？你吃了幾種？這些都是檢核表中要檢核的內容，並不是查健保雲端藥歷就能解決，牙醫師查詢系統後，病人如何使用藥物，牙醫師如何瞭解，都必須透過很多資訊來學習。這都是以前沒有的問題，最近這幾年一直發生，尤其是骨質疏鬆的用藥，讓所有牙醫師傷透腦筋，對病人也是一種傷害，牙醫部門只是想在傷害還沒造成前解決問題。
- 2.也有人會問，本項執行內容不是診察費的一部分嗎？向大家報告，這些內容與牙科診察有沒有直接關係？當然沒有！因為在牙醫師開始診察前，就一定要詢問及瞭解病人用藥，而且要告知病人用藥可能帶來的影響及風險，這些在執行牙科診察前就必須完成的事情，與診察費沒有直接關聯。
- 3.牙醫師多做了哪些事情？大家可以參考總額協商共識會議參考資料第140~144頁，牙醫師必須完成這麼多步驟才可以申請費用，真的多做很多事情，大家可能對A2「用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全」的內容有所誤解，再次向大家說明。

盧主任委員瑞芬

請徐協商代表邦賢。

徐協商代表邦賢

牙醫部門後來有再跟健保署進一步溝通 A2「用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全」，也有一些共識，能否請健保署補充說明。

盧主任委員瑞芬

請健保署說明。

劉組長林義

因為牙醫部門提送協商的最終版本未編列 A1「口顎顏面疼痛」及 A3「高風險複雜性拔牙」協商項目預算，主要爭取 A2「用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全」，因為作業時程的誤差，健保署有針對 A2 再提供補充資料，並於上週向付費者代表補充說明，健保署評估牙醫部門所提內容，認為至少可以先針對高風險族群來執行，請各位看到補充資料(註)，請問大家手上有這份資料嗎？

(註：依健保署9月18日提供補充資料，健保署建議A2修正項目名稱為「高風險疾病病人牙科就醫安全」，第1年於專款實施，建議全年經費為3.071億元，係以下列5項高風險疾病病人數推估費用：

- 1.腦血管疾病患者。
- 2.血液透析及腹膜透析患者。
- 3.使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物(骨質疏鬆)者。
- 4.惡性腫瘤患者。
- 5.不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者。)

盧主任委員瑞芬

健保署針對 A2「用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全」，建議金額是 3.071 億元，是不是？

劉組長林義

這份補充資料是健保署在 9 月 18 號提供，建議金額是 3.071 億元。

盧主任委員瑞芬

健保署建議適用對象為高風險疾病病人，對不對？

劉組長林義

對，健保署針對前面提到的高風險疾病人數去估算，點數就用牙醫部門建議的每件 100 點計算，所估算的高風險疾病人數大概是 206.8 萬人，乘以 100 點，再乘以牙醫就醫率約 48.2%，再乘以牙醫

就醫者平均每人就醫次數約 3.08 次，預估費用大概是 3.071 億元。

盧主任委員瑞芬

健保署建議 A2 修正項目名稱為「高風險疾病病人牙科就醫安全」，或維持原來的項目名稱？

劉組長林義

健保署初步是用高風險族群來推估預算。

盧主任委員瑞芬

健保署建議 A2 修正項目名稱為「高風險疾病病人牙科就醫安全」，增加金額是 3.071 億元。請江理事長錫仁。

江委員錫仁

一、各位委員，A2「用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全」項目，感謝健保署能感受到牙醫部門對本項的用心。不過本項主要照護對象，其實是用藥病人及洗腎病人，在適用對象的部分，當然健保署以高風險疾病患者推估約 206.8 萬人，牙醫部門估得更多一點，是以領取慢性病連續處方箋病人推估約 707 萬人，主要目的就是對於有需求的民眾，也不要將他們當成特殊的病人，對於確實有這樣需求的民眾，來牙科就醫時如何保障其就醫安全。

二、本項會分三階段執行，不是只有查健保雲端藥歷而已，這些民眾到牙科就醫，在治療前、中、後過程中，牙醫師要做哪些處置？

(一)在治療前，當然要從健保雲端查詢系統查詢民眾服用哪些用藥，當然系統中不一定有記載民眾全部的用藥，有些可能是自費的用藥，所以牙醫師必須要深入和民眾溝通、諮詢，甚至評估病人的身體狀況，如果符合治療指引，才會執行牙科治療。

(二)在治療過程中，針對這些患者會特別留意處置方式，例如：沖水太多容易嗆到，或造成吸入性肺炎。大家會說這些問題其他科別可能也會有，但是只有在牙科就診，才會有嘴巴中

水過多，嗆到變成肺炎的問題，其他科別不會有這種情形。牙醫師也會隨時注意，病人牙齦有無血流不止的情形，如果血流不止，要花更多時間，搞不好甚至需要半小時止血。當然也有些患者在治療過程中，突然窒息或是休克，所以牙醫師隨時要注意治療過程中的突發狀況，可能原本治療只需要花 30 分鐘，因為突發狀況，有可能延長到 60 分鐘。

(三)在治療後，也希望病人在候診室先做觀察，大概半個小時，確認病人沒有狀況才可以回家。

三、所以，本項最大受益者其實就是用藥民眾，當牙醫師遇到這樣的患者，也會多花心思、時間溝通，甚至關心他的身體狀況，對整體醫病和諧會有很大的提升，我相信也會提高健保就醫滿意度。牙醫師獲得小小的報酬，也會更加提升全人照顧的能力，我相信這是多贏的局面，懇求各位付費者代表及專家學者，能夠支持這個項目，謝謝。

盧主任委員瑞芬

請問委員是否還有詢問？請李委員永振。

李委員永振

感謝牙醫部門很有誠意，先下修 2 個專款項目，大概可以減少 1.6 億元，但是在一般服務 A2「用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全」，本來健保署考量各部門間衡平性，沒有建議編列經費，現在經過考慮後，剛才健保署提到 1 個備案，建議增加金額為 3.071 億元，牙醫部門可以認同健保署的方案嗎？等一下付費者代表進去討論時，要用哪案討論？要用 0 元或是 3.071 億元做討論？是不是可以先確定。

盧主任委員瑞芬

提醒李委員永振，本項健保署建議編在專款項目，牙醫部門現在是編在一般服務項目。

李委員永振

新增項目一定先編在專款，這是各部門統一的原則。

徐協商代表邦賢

先回應李委員永振的詢問，現在健保署所推估的版本，只涵蓋牙醫部門想要照顧患者中的一群人，其實剛才牙醫部門幾位協商代表也有提到，所謂骨質疏鬆患者，並沒有列在健保署版本中的高風險疾病患者，如果要推動這個項目，遺漏骨質疏鬆患者也是不太好。如果可以，因為牙醫部門也在考量執行力，是否能夠以牙醫部門版本預估經費的 50%，移列專款也沒有關係，讓我們努力看看，只是金額可否用牙醫版本打對折，就是 4.5 億元，是否能夠用這樣的目標去試試看。

李委員永振

健保署是幫牙醫部門研擬較可行的方案，因為他也要考量醫院跟西醫基層的衡平性(徐協商代表邦賢表示瞭解)。如果牙醫部門可以接受 3.071 億元，付費者就列入討論的範圍，如果還是要 4.5 億元，就維持健保署原來的建議不編列經費。

盧主任委員瑞芬

請王委員惠玄。

王委員惠玄

- 一、我先回應牙醫界前輩所回應的內容，有關 B6「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」跟 B8「高齲齒風險患者氟化物治療計畫」，健保署有提供 112 年的執行資料，高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫，112 年 1~6 月執行率是 19.4%；齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫，112 年 3~6 月執行率是 7.6%，當然齲齒經驗之氟化物治療計畫 112 年 3 月才實施，執行情形有待提升，但高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫，已經從 111 年第 2 季執行到現在，如果執行率還是這麼低，牙醫部門可能要思考，基層牙醫診所如何加強配合。
- 二、A2「用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全」，有關健保署和牙醫部門推估經費 3.071 億元及 9 億元的差別，請教健保署所列的高風險病患要怎麼 identify？如果以健保署的計算方式，看

診時是否能很精確地辨識這些對象，在牙醫師插入病人健保卡時，系統是否會跳出來提醒病人符合這 5 類高風險疾病？如果可以這麼 specific，可能經費就是 3.071 億元，但如果做不到，就會像牙醫界前輩所說，只知道病人有骨質疏鬆，但不曉得他吃什麼藥，我要查看看，如果查出來不屬於健保署所列的第 3 類(使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物(骨質疏鬆)者)，牙醫師就拿不到這 100 點，是這樣的差別嗎？我不曉得牙醫部門推估 9 億元，是因為牙醫師查詢病人用藥紀錄後，有可能發現他們不屬於健保署所列對象嗎？照健保署的版本，要符合這 5 類對象，牙醫師才能領到 100 點，但牙醫部門的估算方式是有點高估，就算病人不是健保署所列這 5 類對象，只要牙醫師有查詢，還是可以領到 100 點嗎？我不太確定兩方預算推估的基礎，故提出請教及釐清，謝謝。

盧主任委員瑞芬

王委員惠玄想再釐清經費推估方式，先請健保署回應，請劉組長林義。

劉組長林義

跟委員報告，健保署所列高風險疾病患者，其實就是牙醫門診總額現行高風險疾病患者牙結石清除的對象，第 1 種是腦血管疾病患者、第 2 種是血液透析跟腹膜透析患者，第 3 種是使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者。第 4 種是惡性腫瘤患者，第 5 種就是其他不符合牙醫特殊醫療服務計畫的肢體障礙、慢性精神病患或重要器官失去功能者，這些就是牙醫部門目前高風險患者相關計畫對「高風險疾病患者」的定義。大家關心的惡性腫瘤患者已包含在內。

盧主任委員瑞芬

請翁協商代表德育。

翁協商代表德育

我試著回答問題，看大家覺得滿不滿意：

- 一、B6「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」，簡單來講，是針對牙根蛀牙的病人提供塗氟照護，剛剛委員所提的執行不佳問題，都是發生在疫情期間，誰最容易牙根蛀牙？就是年紀大、行動不便者，因為他們在疫情期間出來看牙醫的機會不高，所以執行率這麼不好，跟大家誠實報告。但疫情後應該會慢慢復甦，事實上，最近執行率已有慢慢上升的趨勢，我們內部有做過統計，這點先跟大家報告。
- 二、A2「用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全」，主要維護病人在牙科的就醫安全，重點是病人吃了什麼藥，才會需要執行牙科就醫安全措施？現在健保署認為只有高風險疾病病人才有需要，但牙醫部門認為不只有高風險疾病病人才需要，吃藥的病人這麼多，如：糖尿病、洗腎、高血壓、心血管疾病，尤其是心血管疾病，現在大家都吃抗凝血劑，一定有很多不可預期的狀況會發生，如：病人一直流血，如果不事先防範，這種事要怎麼處理？
- 三、回答李委員永振，謝謝李委員這麼關心牙醫部門，也願意給3.071 億元的機會，我們的想法是預算可以酌編，但希望內容能多尊重牙醫部門專業上的意見，不是說我們的想法一定正確，但是希望能用既有預算多服務一些項目，並不會拘泥於給3.071 億元好不好這個問題。給3.071 億元也不能說不好，但還是希望能多給一點鼓勵，如果大家認同3.071 億元，牙醫部門再回去討論也是OK，不會一下就說不要，因為還是要看其他項目大家要怎麼調整。不論如何，很感謝大家給牙醫部門機會，再次強調，用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全真的很重要，不趕快做，晚1年就會有很多狀況發生，所以希望能夠趕快推動。

盧主任委員瑞芬

這部分應該已經充分溝通，是不是就請付費者代表進行內部會議？請問需要多少時間？

李委員永振

先跟牙醫部門報告，本場次主談人是本人，協談人是陳委員杰，專家學者及公正人士，邀請曾擔任評核委員的滕委員西華及王委員惠玄協助。

盧主任委員瑞芬

請問主談人需要多少時間討論？

李委員永振

20 分鐘。

(付費者代表進行內部會議討論約44分鐘)

盧主任委員瑞芬

現在雙方都已回到談判桌，請主談人李委員永振說明付費者版本。

李委員永振

我先表示肯定，牙醫部門很用心提項目、健保署也很用心去估算，健保會同仁也有詳細研析，經過充分及熱烈地討論，已經超過剛才所說 20 分鐘，得到的結論可能會讓牙醫部門有點失望，但是付費者好像也找不到空間多給預算，以下口頭報告結論：

一、一般服務協商因素：

(一)A1「口顎顏面疼痛」，牙醫部門本來就沒有提出本項。(螢幕顯示增加金額 0 元)

(二)A2「用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全」，牙醫部門最關心的項目，經過熱烈討論後，因為查詢病人用藥情形是確保就醫安全的基本作為，現行門診診察費已包含本費用。另外，剛才討論時大家也有提到，其他總額部門也都需要留意用藥病人就醫安全，在編列經費時需考慮部門間一致性，如果獨厚牙醫部門，別人也會對付費者有意見，所以本項只好忍痛不編列經費。

(三)A3「高風險複雜性拔牙」，牙醫部門本來就沒有提出本項。(螢幕顯示增加金額 0 元)

- (四)A4「支應配合政策調整之診療項目」，移列專款 B11「促進醫療服務診療項目支付衡平性(醫療器材使用規範修訂之補貼)」。
- (五)A5「高風險疾病口腔照護」，維持原 111 年協定用途，原一般服務 4.05 億元移列專款，與 B8「高齲齒風險患者氟化物治療計畫」合併執行。
- (六)A6「提升兒童照護品質」，建議用 MCPI(醫療服務成本指數改變率)調整加成費用，這部分各部門總額都是用相同的基準去考量。(螢幕顯示增加金額 0 元)
- (七)A7「109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款」，感控執行結果受各年度訪查方式、抽查比率等，每年扣款費用都有變動，不宜再調整預算。如果有參加過前年總額協商的代表，應該對本項有印象，這項扣款要扣多少，在 111 年度總額協商時有蠻大爭議，當年我也是牙醫門診總額主談人，當時經過幾次折衝，才決定扣減 11.4 百萬元，牙醫部門要求回補費用，但是本項當時列為減列，也沒有扣減基期，不能再要求回補。(螢幕顯示增加金額 0 元)
- (八)A8「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」，就照牙醫部門原來建議金額。(螢幕顯示增加金額-0.8 百萬元)

二、專款項目：

- (一)B1「醫療資源不足地區改善方案」，就照牙醫部門原來建議金額，全年經費為 3.1 億元，增加 0.3 億元。
- (二)B2「牙醫特殊醫療服務計畫」，協定事項有 3 項，第 1 項，醫療團適用對象維持原計畫內容，不新增不符牙特計畫之特定身心障礙者；第 2 項，不同意提升現行輕度、中度加成比率；第 3 項，同意調升特殊牙結石清除點數。本計畫建議增加金額 1.096 億元，全年經費 7.817 億元。
- (三)B3「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，同牙醫部門方案

- ，本項停辦。
- (四)B4「0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」，同牙醫部門方案，本項停辦。
- (五)B5「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，全年經費為 1.715 億元，同牙醫部門剛才的版本，刪減 1 億元。
- (六)B6「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」併入 B8「高齲齒風險患者氟化物治療計畫」執行。(螢幕顯示增加金額-184 百萬元)
- (七)B7「超音波根管沖洗計畫」，雖然執行效果不是很好，但因執行期間短，就照 112 年經費，繼續編列 1.448 億元。
- (八)B8「高齲齒風險患者氟化物治療計畫」，為原「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」，並包含原 A5「高風險疾病口腔照護」及 B6「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」併同執行。適用對象部分，原「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」的適用對象有 7 類，而原 A5「高風險疾病口腔照護」的適用對象只有 5 類，因併進來執行，同意 A5 之適用對象放寬為 7 類。但維持原「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」之適用對象，B8 適用對象維持 112 年協定內容，不同意放寬適用對象。(螢幕顯示全年經費 1,599 百萬元，增加金額 589 百萬元)
- (九)B9「網路頻寬補助費用」，建議按 112 年實際執行情形編列預算，因為各部門總額都一樣，本項 114 年要退場，故全年經費為 1.43 億元，減少 0.25 億元。
- (十)B10「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」，照牙醫部門建議金額，全年經費 0.1 億元。
- (十一)B11「促進醫療服務診療項目支付衡平性(醫療器材使用規範修訂之補貼)」，是從一般服務 A4 移列過來，各部門總額處理方式都一致，全年經費 0.055 億元。
- (十二)B12「牙醫口腔癌急性後期整合照護試辦方案」，目前決定

暫時不執行。(螢幕顯示增加金額 0 元)

三、最後，整體成長率為 1.831%。

盧主任委員瑞芬

付費者已經提出他們的版本，請牙醫部門回應。

翁協商代表德育

一、謝謝委員的指教，現在較基期成長率是 1.831%，已經比原來的非協商因素成長率 2.909%，還要再減少 1%，大家也知道，牙醫部門不可能接受這個版本。我們也知道所有付費者代表都勇於任事，認真把關每項經費，我們都很認同，但是投資健康還是應該持續發展，尤其牙醫部門這麼有勇氣，想要做一些新計畫保障病人就醫安全，保障高風險疾病病人的健康權益，希望如果可以，大家應該多投資這些人的健康。

二、坦白說看到這個版本，牙醫部門很失望，也不用再多說什麼。現在牙醫部門建議兩案併陳，牙醫部門就用剛剛的第 1 版，總成長率為 4.067% 的版本報部，也不好意思再說什麼。因為雙方版本差距太大，再講傷感情，平常大家感情這麼好，但各有各的立場，就不為難大家。

三、請幕僚把牙醫部門的第 1 版放在螢幕上，我再唸 1 次牙醫部門的版本跟大家確認，請把牙醫部門總成長率 4.067% 的版本放出來…。

周執行秘書淑婉

現在螢幕上顯示的就是牙醫部門第 1 版內容。

翁協商代表德育

逐項向大家說明，請將螢幕調整到第 1 項，請看左邊牙醫部門的欄位：

一、A1「口顎顏面疼痛」，沒有編列預算。

二、A2「用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全」，建議增加金額 9 億元。

三、A3「高風險複雜性拔牙」，沒有編列預算。

四、A4「支應配合政策調整之診療項目」，牙醫部門同意移列專款 B11「促進醫療服務診療項目支付衡平性(醫療器材使用規範修訂之補貼)」。(螢幕顯示增加金額 0 元)

五、A5「高風險疾病口腔照護」，增加金額 0 元，但有 1 個備註，要引進齶齒照護計畫，麻煩把它加進去協定事項。因為現在要確認牙醫部門報部的版本，所以麻煩在 A5「高風險疾病口腔照護」的協定事項加註，在原計畫內容外，新增加 1 個齶齒照護計畫，好不好？

陳組長燕鈴

牙醫部門的版本會後再請牙醫部門提送本會即可，因為是兩案併陳。

周執行秘書淑婉

牙醫部門的版本可以會後再整理，於明天早上 9 點前送本會彙整。

翁協商代表德育

不是，現在牙醫部門也要讓付費者代表瞭解，大家都有誠意，也是要让付費者代表知道我們想要做哪些事，趁現在還有機會，本場次時間還沒有到吧？就趁現在講一講，讓大家可以溝通，知道牙醫部門有哪些關鍵的內容很想推動，如果未來還有機會也可以請大家支持，好不好？麻煩幕僚把 A5「高風險疾病口腔照護」的協定事項，加上新增用途的照護內容。

周執行秘書淑婉

牙醫部門的協定事項可以會後再送來，幕僚不會改牙醫部門所提內容，會以牙醫部門提送的內容報部。

翁協商代表德育

一、可是現在還有時間，時間還沒到，我們希望讓付費者知道牙醫部門的善意，可以嗎？應該沒有違反今天的會議規則？(有委員表示沒有)麻煩把 A5「高風險疾病口腔照護」的協定事項，加上新增用途牙體復形加成 20%。(幕僚於牙醫部門協定事項

欄位加註文字)

- 二、A6「提升兒童照護品質」，建議增加金額 1.932 億元。
- 三、A7「109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款」，也沒有關係，增加金額改 0 元。
- 四、A8「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」，維持增加金額-0.008 億元。
- 五、以上，現在一般服務成長率是 5.206%，接下來請移到專款項目。
- 六、B1「醫療資源不足地區改善方案」，維持增加金額 0.3 億元。
- 七、B2「牙醫特殊醫療服務計畫」，建議維持牙醫部門原提內容，增加金額 1.157 億元。
- 八、B3「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，建議本項停辦。
- 九、B4「0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」，建議本項停辦。
- 十、B5「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，不會改變初衷，不會因為要兩案併陳，又把錢加回來，維持減列 1 億元。
- 十一、B6「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、B7「超音波根管沖洗計畫」、B8「高齲齒風險患者氟化物治療計畫」，維持牙醫部門原提內容。
- 十二、B9「網路頻寬補助費用」，增加金額 0 元。
- 十三、B10「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」，維持原提內容。
- 十四、B11「促進醫療服務診療項目支付衡平性(醫療器材使用規範修訂之補貼)」，由一般服務 A4 移列專款，增加金額和付費者版本相同。(螢幕顯示增加金額 0.055 億元)
- 十五、B12「牙醫口腔癌急性後期整合照護試辦方案」，付費者代表不同意編列預算，認為本項要由公務預算支應，我們就從善如流，一樣…(其他牙醫協商代表表示異議)。不好意思，

是我錯亂了，這項牙醫部門要保留，增加金額 0.1 億元。

滕委員西華

這項是公務預算，這是口健司要用公務預算試辦的計畫。

林協商代表鎰麟

不是，這不一樣…。

翁協商代表德育

林協商代表你要不要說明一下(有牙醫協商代表表示沒關係)。

OK，就用公務預算支應，同意付費者代表不編列預算，這樣總成長率是多少？

陳組長燕鈴

確認一下，B12「牙醫口腔癌急性後期整合照護試辦方案」增加金額是 0 元嗎？

盧主任委員瑞芬

增加金額是 0 元，因為剛才牙醫部門同意用公務預算試辦。

翁協商代表德育

增加金額是 0 元，要用公務預算支應。

林協商代表鎰麟

不是吧！

滕委員西華

這個是衛福部的裁示。

林協商代表鎰麟

這 2 個是不同的計畫。

滕委員西華

口腔癌的計畫有保留啊。

林協商代表鎰麟

不好意思，徐主委邦賢剛才交代說明，這個計畫跟當初衛福部中長期計畫會議所提內容截然不同，當時討論的是 1 個轉銜計畫，有可能跨總額部門、跨層級、跨院所的照護計畫，可是現在這個不是，

完全是口腔顎面外科的團隊，根據病人需求所做的完整照護，是 focus 在口腔外科團隊，因為口腔癌發生率或是 DAYL(Disability-Adjusted Life Year, 失能調整生命年)都比東亞各國來得高，這是有數據可循，所以希望借由口腔外科的專業團隊，配合牙醫現在的一些機制提供服務，所以這個計畫已經不是當初討論的那個計畫，必須要做澄清，謝謝。

陳組長燕鈴

B12「牙醫口腔癌急性後期整合照護試辦方案」，請確認醫界方案內容是什麼？

滕委員西華

B10「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」的計畫內容是什麼？

翁協商代表德育

不好意思，牙醫部門最後內部的共識，B12「牙醫口腔癌急性後期整合照護試辦方案」，建議增加金額 0.1 億元。

滕委員西華

我想瞭解一下，因為 B12「牙醫口腔癌急性後期整合照護試辦方案」，衛福部指示要用公務預算試辦，付費者才不編列預算。請問 B10「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」的計畫內容是什麼？這個計畫在牙醫門診總額不也是提供口腔癌照護嗎？

林協商代表鎰麟

這 2 項是完全不同的照護內容…。

滕委員西華

沒關係，請說明一下讓委員更瞭解，現在不是要 Argue。

林協商代表鎰麟

對，那是口腔癌的計畫。

滕委員西華

B10「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」是照護口腔癌？

林協商代表鎰麟

對，但它是加強篩檢的部分，包括篩檢陽性的追陽率等其他支付內容，跟口腔癌整合照護是完全不同，不是口腔癌的所有照護內容都混在一起，完全不是這樣。

翁協商代表德育

- 一、不好意思，反正最後要兩案併陳報部，牙醫部門 B12「牙醫口腔癌急性後期整合照護試辦方案」，就是維持增加金額 0.1 億元。
- 二、牙醫部門報部的版本，總成長率是 4.063%。還是感謝各位委員，可以充分瞭解大家的用意，但是牙醫部門也有想要做的事情，這點比較遺憾。

江委員錫仁

謝謝翁協商代表德育的發言，今天非常感謝主席、各位委員、所有付費者代表及專家學者對牙醫門診總額的指導。因為這樣的成長率，真的跟我們的預期差太多，老實講我才剛上任理事長 1 個多月，很難回去跟大家交代，所以我也非常遺憾這次協商談判破裂，必須兩案併陳報部，這是大家最不想看到的結果，這也是牙醫門診總額第 1 次協商破局，發生在我任內，確實是我要好好檢討。牙醫部門還是會本於初衷，以保障民眾就醫權益跟安全為最大的目標，非常感謝大家，也非常抱歉。

盧主任委員瑞芬

謝謝，辛苦牙醫部門，也辛苦付費者代表，很遺憾牙醫門診總額沒能達成共識，113 年度牙醫門診總額，因為付費者代表及牙醫代表未能達成共識，所以…(何代理委員語舉手)，請何代理委員語。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

- 一、我今年是第 13 年參加總額協商，今天剛好也是我滿 75 歲的日子(與會者拍手致賀)。明天開始我去看病，西醫基層診察費可以加成 7.5%(牙醫協商代表表示牙醫沒有哦)。我今天也參加 1 整天的協商，過去牙醫門診總額大致上都能達成共識，今年沒能達成共識，我感到很遺憾。可能因為江理事長錫仁剛接任 1

個月，很多事情沒有辦法充分地讓付費者代表瞭解你們的用心、服務的效能及未來要走的方向，所以在很短的時間內，可能沒有非常詳實及充足的溝通及交換意見，這點很遺憾。

二、但是目前雙方版本差距很大，付費者代表不曉得牙醫部門哪些項目很重要，哪些項目是可以扭轉或退讓，照理講牙醫部門應該要先開個會，做最後的確認，這樣雙方再來達成共識。當然付費者代表也尊重牙醫協商代表的決定，也充分表達我們的意見，專家學者也提供很多參考意見。因為我們不知道哪些項目非執行不可，哪些項目可以退讓，到現在還是沒有非常清楚你們的用意，雖然尊重牙醫部門最後兩案併陳的決定，但是過去13年來，印象中記得有1次早上沒有談成，晚上8點後再談1小時，今年排在晚上談，好像就沒有時間了。去年牙醫是第2場，所以沒談成，晚上可以加開1小時就談成。雖然很遺憾，當然還是尊重牙醫部門的最後決定，這是我的看法，謝謝。

盧主任委員瑞芬

請問現在付費者代表是認為還有協商空間，想再聽看看牙醫部門是否願意再修改版本嗎？請問主談人李委員永振的看法。

李委員永振

剛才內部會議討論完，大家看到總成長率也嚇一跳，但是再回顧各個協商項目，真的沒有空間再加錢，所以才會把這個版本就這樣提出來，大概沒辦法有新的版本，如果牙醫部門沒辦法接受付費者版本，就只能兩案併陳。

盧主任委員瑞芬

我想可能沒有機會達成共識，因為差距很大，如果差距小一點還有可能，牙醫部門要回應嗎？請李委員永振。

李委員永振

再補充一下，主要差距應該是 A2「用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全」，現在雙方版本的總增加金額差距約12億元，其中 A2 就差了9億元。剛才付費者代表有一半時間都在討論 A2，雖然健保署

有提供備案，不過那個備案將來可能會被質疑，因為醫院及西醫基層部門一定也會就高風險病人就醫安全提出相同的經費要求，其實我本來認為或許可以就健保署提出的備案編列 3.071 億元，但後來經過大家討論後，發現真的有困難，再次說明讓牙醫部門瞭解。

陳委員杰

牙醫部門要不要再說明？或許雙方彼此有機會再協商。

盧主任委員瑞芬

陳委員杰的意思，是請牙醫部門針對 A2「用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全」再說明嗎？

陳委員杰

A2「用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全」，經過付費者長時間的討論，但這項雙方一直都沒有共識，剛剛李委員永振已經說明。針對這個部分，牙醫部門有沒有補充說明？

盧主任委員瑞芬

請翁協商代表德育。

翁協商代表德育

一、謝謝委員給牙醫部門說明的機會，A2「用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全」的規劃緣由，在於骨質疏鬆病人服用雙磷酸鹽藥物，或打了骨質疏鬆針劑藥物後，到牙科來看診，發現很多骨壞死、骨頭感染的狀況，造成病人終身痛苦不堪。最近這幾年，又看到心血管疾病患者都必須使用抗凝血劑，而且不能停藥，牙科的處置幾乎都是侵入性處置，包括：洗牙、牙周病治療、齲齒填補、根管治療、拔牙等，每項都是侵入性處置，怎麼不會發生一些狀況呢？

二、委員認為牙醫部門會發生這些的狀況，其他部門也會發生，不好意思，我智商比較低，其他部門會有像牙科的情形嗎？直白地說，這些藥並不是牙醫師開立的，西醫師、中醫師開立抗凝血藥物，病人用藥後來牙醫就診就會有流血風險。牙醫師一定要知道病人吃了什麼藥、吃了多久？今天要執行的牙科處置會

不會有流血風險？假如讓牙醫師可預先知道，並一起來防範，病人治療後流血、感染情況就會大為減少，所以我一直強調這是要加強就醫安全的部分。我實在不清楚委員們認為其他部門也會有這些問題，是什麼意思？

劉委員淑瓊

難道其他部門沒有嗎？

翁協商代表德育

- 一、其他部門會因為牙醫師開的藥，造成就醫安全的困擾嗎？我一直強調，這是別的部門醫師開的藥，這些藥又不是牙醫師開的，但牙醫師每年都要不斷 update(更新)病人用藥對牙科就醫安全的資訊。這些問題不是牙醫師跟民眾所造成，可是後續的牙科治療處置，就必須預先防範可能的風險，目的很簡單，就是要保障病人就醫安全。這個計畫在牙醫師公會全聯會做了半年的研究，所以最終版本這麼複雜，而且每年都要 update，因為永遠不知道什麼時候會有新藥，對牙科會造成什麼影響，必須不斷地去更新資訊。
- 二、這個計畫其實花了很多的苦心，也許我講得不好，沒有把牙醫部門的理念跟想要做的事情讓大家知道，讓委員們認為有部門間衡平性的考量，如果牙醫部門有經費，其他部門也一樣會要，我覺得很苦惱，也覺得遺憾跟委屈。

盧主任委員瑞芬

請江理事長錫仁。

江委員錫仁

我現在才瞭解付費者代表沒有同意編列經費，是認為牙醫部門有這個項目，其他部門也會要求。問題是，我不曉得哪一科也會有口腔內治療的問題，除非耳鼻喉科，否則我不曉得哪一科會遇到這些問題，我實在想不到委員們會因為這個原因反對。牙醫部門確實常遇到這些問題，我相信這個項目可以給病人更大的就醫安全保障，以民眾的角度來講，搞不好他們真的願意支持，老實講，牙醫部門其

實認為推動這個項目是做功德。

盧主任委員瑞芬

請何代理委員語。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

- 一、分享我的親身經歷，我曾在下午 4、5 點時拔牙，拔牙以後牙醫師幫我止血，可是到晚上 10 點後還無法止血，我就到長庚醫院去急診，長庚醫院雖有牙科急診，可是要臨時請牙醫師來，所以我又等了 25 分鐘牙醫師才來，將近 11 點才處理好血流不止的問題，不知道 A2「用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全」的服務對象，包括洗腎病人，或是用藥病人，是否包含拔牙後無法止血的人？
- 二、除了 A2 外，其他的項目牙醫部門還有沒有意見？大家對 A2 的看法是，擔心醫院或西醫基層部門，也要針對就醫病人檢視用藥情形來爭取經費，這個問題也牽涉藥師公會全聯會的提升用藥品質之藥事照護計畫內容，我們不知道會不會衍生其它科別也要爭取經費。請健保署說明，醫院跟西醫基層部門會不會提出相同的項目來爭取經費？

盧主任委員瑞芬

- 一、可以看得出來，何代理委員語很希望能夠達成共識，一直釋出善意，讓牙醫部門多解釋，也希望健保署協助說明，請問健保署能否回答付費者代表的疑問？(劉組長表示無法回答)
- 二、健保署可能沒辦法回答，請吳委員榮達。

吳委員榮達

- 一、我來協助說明，讓牙醫部門瞭解付費者代表的顧慮，雖然我沒有跟他們討論過。大家想一想，如果是開刀動手術，手術說明書要說明的項目有多少？我想手術說明書絕對不會比牙醫部門 A2 項目要說明的內容及仔細度少，如果手術說明書要說明那麼多事項，醫療法也規定得非常詳細，醫師要說明的必要項目有多少，是否西醫基層或醫院部門也要比照辦理，來編列相關

的費用？付費者代表擔心的是這個問題。

二、我個人建議，希望大家能有達成共識的機會，但因為 A2「用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全」成長率太高，將近 2%，牙醫部門有沒有可能抱著試辦的想法，把編列金額大幅下降，大家再來考慮看看。

盧主任委員瑞芬

請翁協商代表德育。

翁協商代表德育

謝謝吳委員榮達，大家的疑慮其實我們都知道，但是我很直白地講，先不要講專業，哪個部門開的藥，就由哪個部門負責，就這麼簡單，這些藥不是牙醫師開的，我一直要強調這點，這跟其他部門自己開的藥自己處理，是完全不一樣的事。

劉委員淑瓊

我想請教，第 1 點，西醫的醫師所接觸到的病人，也是吃了其他科別醫師開的藥，也不是他自己科別開的藥。第 2 點，我能瞭解牙醫部門剛才所說，確實在你們執業上會有風險，但我比較好奇，A2「用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全」的執行內容，不是每個醫生看診時的 SOP 嗎？一定要詢問病人病史、使用藥物的情況，再做完整評估，大家都能夠理解牙醫師擔心的事情，但是別的科別的醫師，尤其外科，病人流血的情形更多，就不會有這些顧慮嗎？這是付費者代表的思維，謝謝。

盧主任委員瑞芬

請翁代表德育。

翁協商代表德育

我一直要強調，哪個部門開的藥，由哪個部門自己負責，這些藥不是牙醫部門的牙醫師開的，我講得有點太快了，很簡單，這些藥不是牙醫師開的，這是我一直強調…。

劉委員淑瓊

您剛剛沒有回答我的問題，哪個醫生看的病人，所吃的藥都是由他自己開的？病人去看醫生時，可能吃了好幾個科別的醫生開的藥，這些藥也並不是都由同一個醫生開的。

翁協商代表德育

是啊！應該由開藥的部門自己處理，牙醫部門現在是遇到跨部門開藥的問題。

滕委員西華

沒辦法這樣切分，健保應該要提供全人照護…。

劉委員淑瓊

如果牙醫部門編列這項經費，付費者代表會擔心其他總額部門也會爭取，這是同樣的邏輯。

盧主任委員瑞芬

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

在跨科別開藥的癥結上，大家有點認知不同，我覺得沒錯，各科有各科的專業，該開什麼藥，他自己很清楚。我舉 1 個簡單的例子，我在上個月拔 2 顆牙，整整痛 1 個禮拜，流血流 1 個禮拜，可是我沒有換醫生，因為他知道我是糖尿病患者，我跟他講病史，他也針對我的狀況開藥，雖然痛 1 個禮拜，我還是忍痛去上班。其實牙醫師也很專業，每個醫師都有專業的部分，剛剛大家的爭執點是，翁協商代表德育說哪個醫師開的藥，就要自己負責，這有點強詞奪理。其實我們都知道醫師都有各自的專業，也很尊重牙醫師，也在牙醫師那邊得到很多專業知識，牙痛一定要去看牙醫師，該止血就會幫你止血，不會讓你牙痛到不能活下去。我認為牙醫部門是否可以再想想，為什麼需要這麼多的經費？編列 9 億元有點多，可否大家再討論一下？

盧主任委員瑞芬

請周委員麗芳。

周委員麗芳

呼應吳委員榮達的意見，江理事長錫仁才剛上任，帶領牙醫部門新的協商團隊，尤其徐總額主委邦賢也強勢回歸，大家都知道你們很願意做事。剛才今天的壽星何代理委員語也提到，13年來牙醫門診總額沒有兩案併陳，從早上協商到現在快要晚上8點，很期待牙醫門診總額能夠談成，至少今天大家也比較能交差。其實A2「用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全」是大家最關心的項目，我記得剛剛徐協商代表邦賢說明時提到，願意把這項金額稍微調降，看看如何去執行。當然還是要尊重付費者代表的意見，但是吳委員榮達跟我認為雙方其實都有誠意，一邊是想做事，一邊是考量不同部門間的衡平性，所以是否雙方還有機會再協商，我記得剛剛徐協商代表邦賢也有提到，金額可以再稍微調整，能否有機會達成共識。

盧主任委員瑞芬

雖然本場次已經超時，但是我仍然寄予厚望，所以一直不敢宣布本場次結束，因為大家一直踴躍發言，我認為如果還有希望達成共識，就再繼續努力協商，請主談人李委員永振。

李委員永振

- 一、聽起來牙醫部門好像認為付費者代表不給錢，不是，是找不到理由給錢，因為牙醫部門提出的理由，我們沒有辦法接受，坦白講付費者代表考慮得太多，其實是在替健保署考慮。除了剛才委員提到調降金額的方式外，A2牙醫部門能否不要用「用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全」這個名稱，否則其他部門都會比照。請找出牙醫部門的獨特性，而其他部門無法比照的服務內容，但是不能用剛才的說法，很容易被反駁，再提出1個合理的金額。
- 二、付費者代表也希望能達成共識，一開始我就說付費者代表版本會讓你們失望，我自己看到總成長率都嚇一跳，一開始我看完牙醫部門用心提出的資料，很有把握可以談成，但是今天聽到大家的意見，確實有些是我自己沒有考慮到的部分，牙醫部門

是否再去內部會議討論一下？

盧主任委員瑞芬

A2「用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全」，占雙方差異金額的四分之三，占 12 億元中的 9 億元，所以這項是達成共識的關鍵點，現在付費者代表其實釋出很大善意，牙醫部門是否願意再進行內部討論？

徐協商代表邦賢

可以給我們 5 分鐘嗎？

盧主任委員瑞芬

可以。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

一、我補充一下，第 1 點，當初我就提示，A2「用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全」，名稱不能寫用藥病人，應該用多重疾病病人、洗腎病人牙醫就醫安全，或是高風險疾病病人就醫安全，這樣意思就不同，不能寫「用藥」這 2 個字。

二、第 2 點，現在健保署提出來的金額是 3.071 億元，請牙醫部門考慮是否接受？

盧主任委員瑞芬

請牙醫部門進行內部會議。

(牙醫部門代表進行內部會議討論約 12 分鐘)

盧主任委員瑞芬

牙醫部門協商代表已經回到會場，請說明最新的版本。

徐協商代表邦賢

一、感謝委員給牙醫部門機會，能充分感受大家想照顧牙醫部門的用心，我們討論以後也覺得 A2 名稱「用藥病人、洗腎病人牙科就醫安全」會讓大家誤解，所以主動更改 A2 名稱為「慢性病人牙科就醫安全」，慢性病人已經有包含牙醫部門所要照顧的對象(牙醫部門提供最新版本詳註)。

二、當然我們也可以同意將 A2 移到專款，但我必須跟大家拜託，因為本項已經同意移列專款，請給我們理事長面子，金額是不是可以不要減少，因為專款項目要有執行才能使用經費，是不是移列專款後，在經費上讓牙醫部門可以比較好交代，所以移列專款 B13 後，是不是能維持牙醫部門原提金額 9 億元。

(註：牙醫部門現場提供最新版本修正如下，其餘項目同付費者版本：

- 1.A5「高風險疾病口腔照護」：移列專款B8「高齲齒風險患者氟化物治療計畫」，減列4.05億元。
- 2.A6「提升兒童照護品質」：不編列經費。
- 3.B2「牙醫特殊醫療服務計畫」：全年經費7.817億元，增加金額1.096億元。
- 4.B8「高齲齒風險患者氟化物治療計畫」：含A5，全年經費15.99億元，增加金額5.89億元。
- 5.B9「網路頻寬補助費用」：全年經費1.43億元，增加金額-0.25億元。
- 6.B12「牙醫口腔癌急性後期整合照護試辦方案」：不編列經費。)

劉委員淑瓊

如果專款項目執行率太低也不好。

徐協商代表邦賢

請相信我們江理事長錫仁，請相信我。

劉委員淑瓊

牙醫部門近期專款執行率都很低。

徐協商代表邦賢

牙醫部門之所以這樣精算經費，是因為對本項的執行有信心。沒關係，我想先把名稱改過來，這要謝謝委員的建議，因為之前跟委員溝通時，特別謝謝何代理委員語給的建議，原本的名稱會讓 110% 的人都誤解，所以建議 A2 更名為「慢性病人牙科就醫安全」，並移列專款。對於這樣的調整，不知道委員是否能夠給我們一些意見，謝謝。

盧主任委員瑞芬

請問慢性病人定義為何？是牙醫部門原來所列對象嗎？

徐協商代表邦賢

慢性病人定義，主要是以有領 3 個月以上慢性病連續處方箋的患者為主，本項支付的 100 點，主要是以牙醫師照顧這位患者所增加的時間去做計算，並沒有考量其他的物及事，只有考慮主治醫師花費的時間，我想就不必在此解釋太多，只是希望慢性病人的定義是領 3 個月以上慢性病連續處方箋的患者。

盧主任委員瑞芬

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

這樣可以嗎？牙醫部門等於提出 1 個新項目、新的名稱。

徐協商代表邦賢

一、對不起，牙醫部門只是想讓大家更瞭解項目的內容，所以把項目名稱做修正，但項目內容和當初提出的一樣，牙醫部門當初所提經費就是以有領取慢性連續處方箋人數推估。這個項目主要是病人來做牙科治療的前、中、後等各階段所需要的照顧，照顧過程中所有發生的事情都包含在 100 點內，並不是只有查詢雲端藥歷而已。

二、慢性病人定義，當疾病病程持續 3 個月以上，才會用所謂「慢性病」這個術語，也就是有領 3 個月以上慢性病連續處方箋的病人，這是當初牙醫部門規劃這個項目的計算基礎，現在修正項目名稱只是回到這個前提。至於健保署的方案是從慢性病病人中，再拉出高風險疾病病人，針對這些病人去推估經費，但其實牙醫部門的本意是以慢性病人為主。

盧主任委員瑞芬

請李委員永振。

李委員永振

付費者代表還是進去內部會議交換意見，大家試著討論一下。

(付費者代表進行內部會議討論約23分鐘)

盧主任委員瑞芬

請主談人李委員永振，說明付費者最新的版本。

李委員永振

- 一、經過非常激烈的討論，付費者的想法是將 A2 項目移列至專款，全年經費不要編到 9 億元，建議依健保署推估的 3.071 億元。付費者建議 3 項協定事項，第 1 項，用於評估特定疾病病人用藥的情形後，擬定牙醫治療計畫者，以提升其就醫安全；第 2 項，特定疾病病人之適用對象，依健保署所提的對象；第 3 項，應提出完整之具體實施計畫，並提本會報告。
- 二、請同仁把螢幕移到最底下的總成長率，付費者版本總成長率是 2.436%，請問牙醫部門可否接受？
- 三、還有付費者建議 A2 移列專款 B13 後，項目名稱修改為「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，至於執行細節等內容，請牙醫部門跟健保署討論及研訂計畫後，再提本會報告。

盧主任委員瑞芬

請何代理委員語。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

因為 B13「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」是新增專款計畫，從研擬計畫到開始執行，依照過去慣例，新計畫多到當年度 3 月份以後才開始執行，很難 1 月份就開始執行，且剛開始執行率成長較慢，建議第 1 年經費不要編太高，否則評核時又會有執行率太低的問題。如果本計畫明年執行率很高，執行狀況很好，後年再慢慢增加經費即可。

徐協商代表邦賢

謝謝委員對牙醫部門這麼寬容，我們感恩在心，這個版本在金額上，牙醫部門可以接受，只是在這個金額下，能否拜託委員幾件事

情：

- 一、B13「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，特定疾病病人適用對象，能否讓我們牙醫部門妥為規劃及研議，金額同意編列 3.071 億元，但是適用對象能否讓牙醫部門做規劃，在計畫中提出來做報告。
- 二、如果大家都能接受目前的總成長率 2.436%，請幕僚將螢幕移回 B2「牙醫特殊醫療服務計畫」(下稱牙特計畫)，牙醫部門接受付費者建議金額 7.817 億元，但目前所列協定事項第 1 項及第 2 項(註)，對牙特計畫而言，執行上很困難，能否在不變動建議金額的情況下，將協定事項第 1 項及第 2 項，修正為同意牙醫部門原提內容，先執行 1 年再看執行成效，牙醫部門會在評核會跟大家報告執行成果。

(註：螢幕所顯示付費者代表方案之協定事項：

- 1.醫療團適用對象維持現行計畫內容(不新增不符牙特計畫之特定身心障礙者)。
- 2.不同意提升現行輕度、中度加成比率。)

- 三、B8「高齲齒風險患者氟化物治療計畫」，能否在維持全年經費 15.99 億元的前提下，用途增加齲齒填補加成 20%，是否也能讓牙醫部門試辦看看，在不變動金額的情況下，把計畫執行內容活用。

李委員永振

牙醫部門可否提報計畫內容到委員會議討論？

徐協商代表邦賢

請問委員是指哪 1 項？B8「高齲齒風險患者氟化物治療計畫」，還是 B2「牙醫特殊醫療服務計畫」的內容？

李委員永振

- 一、我是指 B8「高齲齒風險患者氟化物治療計畫」的部分。
- 二、B2「牙醫特殊醫療服務計畫」，牙醫部門建議拿掉協定事項

第 1 項及第 2 項，有點困難，因為放寬醫療團適用對象，新增不符合牙特計畫之特定身心障礙者，這樣不對，不符牙特計畫指定適用範圍的對象，怎麼可以做為醫療團適用對象？付費者很難同意！

簡協商代表志成

- 一、不好意思，請容我稍微解釋。醫療團適用對象新增不符牙特計畫之特定身心障礙者的緣由，因為現行並非每個持有身心障礙手冊的民眾，都是牙特計畫的適用對象，例如：小兒麻痺等輕度及中度肢障，並非牙特計畫的適用對象。牙醫部門希望針對住在機構中，領有身心障礙手冊，並有其他失能問題，但是身心障礙資格不符牙特計畫者，也能納入醫療團適用對象。雖然這些人住在機構，但是醫療團到機構提供服務時，不能用案件分類 16(牙醫特殊專案醫療服務項目)申報，只能用案件分類 19(牙醫其他專案)申報，所以能提供的照護頻率就不一樣，這些病人不像牙特計畫的適用對象，可以每 3 個月洗牙 1 次，或是能夠塗氟，只能跟一般民眾一樣，每半年洗牙 1 次，因此才建議把這些人納進來醫療團服務對象。
- 二、尤其最近幾次牙醫部門參訪，都發現機構內這群人照顧不到，這次新增不符牙特計畫之特定身心障礙者，並不是要把一般民眾納進來，而是只限定在醫療團新增服務對象，一般院所的服務對象並沒有改變。如同牙特計畫之適用對象有包含居住於老人機構之失能老人，在一般院所並不能針對失能老人提供牙特計畫服務內容，所以是針對機構住民的特殊性做考量。這幾年來，每次牙醫部門去機構參訪，機構最大的抱怨是，這些也住在機構的人出不來，但在機構內也得不到適當的照顧，因為符合牙特計畫者，每 3 個月可以洗牙 1 次，但不符牙特計畫者，和一般人一樣，只能每半年洗牙 1 次，也不能塗氟，如果齲齒填補物掉了，也要等過了保固期才能再填補，沒有辦法適用牙特計畫的照顧頻率，所以建議納入醫療團的服務對象。

李委員永振

問題是把他們納進來，就不符合原來牙特計畫的服務對象啊！

盧主任委員瑞芬

牙醫部門的意思，是不是要放寬牙特計畫的服務對象？

簡協商代表志成

對，但是牙醫部門又怕直接放寬牙特計畫的服務對象，新的適用對象會擴大到一般院所。

滕委員西華

不是放寬一般院所適用對象的問題，而是放寬適用對象至較輕度的身心障礙者，可能會有逆選擇問題。

簡協商代表志成

因為如果直接放寬牙特計畫的適用對象，那不只醫療團，一般院所也可以針對放寬之適用對象提供牙特計畫服務。所以現在牙醫部門只放寬這類人接受醫療團提供服務，本身有能力去院所就診者則不在這個適用範圍內。因為這類人是機構住民，去參訪時各位委員都有看到，他們明明就住在機構裡面，可是不能跟牙特計畫的服務對象一樣每3個月定期洗牙及提供照護。

盧主任委員瑞芬

本來牙特計畫的服務對象，不就是住在機構的人？

簡協商代表志成

雖然是機構住民，還是要符合牙特計畫服務對象所訂的障別和障礙等級，才能適用牙特計畫的服務頻率，如：聽障、輕度及中度視障，不在牙特計畫的服務對象，但可能合併有失能等問題，所以住在機構中，當醫療團去提供服務時，他有身心障礙手冊，但障別和障礙等級不符合計畫服務對象，所以牙醫部門想要放寬有身心障礙手冊的住民就可以接受醫療團服務。

陳委員節如

那就不用健保一般服務讓他們看啊…。

簡協商代表志成

但是他們就只能跟一般人一樣，每半年洗牙 1 次，和牙特計畫照護頻率不同，因為他沒辦法自理才需要照護，針對這些機構住民，因為功能性會比較差，才需要去照護。如果功能性好，又不住在機構者，就照一般民眾的服務內容，到外面院所去接受照護，並沒有要納入計畫。

陳委員節如

功能性不好，障礙程度不會是輕度…。

簡協商代表志成

沒有，他可能是視障，雖然障礙程度是輕度，但是合併其他…。

陳委員節如

那個是多重障礙…。

簡協商代表志成

可是他可能其他的鑑定沒有達到標準，所以的確碰到很多這種情形，病人的身心障礙鑑定結果就是不符合本計畫適用對象資格，所以牙醫部門才會提出這個修正建議，因為的確碰到很多機構住民不符牙特計畫資格，但又住在機構中。

盧主任委員瑞芬

請李委員永振。

李委員永振

剛才有提到專款計畫要提委員會議報告，牙醫部門屆時再說明清楚，如果討論後委員同意再去修，因為現在牙醫部門提出來的內容會讓人質疑，不符合牙特計畫的適用對象，為什麼要納入醫療團適用對象？

盧主任委員瑞芬

請徐協商代表邦賢。

徐協商代表邦賢

另外，A5「高風險疾病口腔照護」，雖然牙醫部門同意移列專款

B8「高齲齒風險患者氟化物治療計畫」，希望 B8 整合後再出發，能活用現有計畫的經費，把這些高風險疾病患者的齲齒填補確實做好，能否懇求委員同意齲齒填補處置費加成 2 成，謝謝。

翁協商代表德育

因為剛才大家沒有時間詳細討論 B8 這個計畫，牙醫部門尊重付費者所編列的金額，但在不增加任何預算的情況下，希望能把這個計畫活化。至於為什麼高風險疾病患者的齲齒填補費用必須加成？其實很簡單，任何的實證及醫學 paper 都提到，高風險疾病患者填補蛀牙，失敗率非常高，要怎麼反映這件事實，希望用費用加成來反映高風險疾病患者齲齒填補的高失敗率，希望大家能重視這件事情，如果連這個都沒有辦法支持，我想牙醫部門在高風險疾病口腔照護計畫會很難執行，拜託委員們能夠同意齲齒填補費用加成。

徐協商代表邦賢

各位委員，我們非常能夠理解大家的 concern，也能夠接受大家移列專款及調整金額等建議。只是懇求委員剛才討論的 B2「牙醫特殊醫療服務計畫」及 B8「高齲齒風險患者氟化物治療計畫」這 2 項專款協定事項內容，是否能同意牙醫部門的規劃，把這些計畫做整頓跟活化，懇請委員體恤牙醫部門的決心，在不額外增加金額的情況下，讓我們活用這些計畫經費，拜託，謝謝。

盧主任委員瑞芬

請李委員永振。

李委員永振

是不是可以這樣處理，如果你們擔心現在所列協定事項文字，一旦衛福部核定下來，將來要改變比較困難，如果先拿掉，但我們先有 1 個默契，在計畫內容提報本會討論時，針對這些問題提出來討論，有可能屆時你們講得不夠充分，委員還是不同意，那就再把這些文字加上，這樣操作空間也會比較大，這樣可不可行？

盧主任委員瑞芬

請王委員惠玄。

王委員惠玄

可否請健保署說明，剛剛牙醫部門提到機構中輕度、中度障礙等級居民的牙醫需求，牙醫界的前輩提到這些病人在機構中出不來，我不曉得健保署提出的在宅急症醫療照顧計畫有沒有可能將其納入？因為在宅急症最主要的照護對象也是因為行動不便無法出門者。

徐協商代表邦賢

那個計畫是以西醫為主。

王委員惠玄

對，但我不太確定服務相容性如何，如果牙醫師要到長照機構提供服務，有沒有設備上的困難？我不太確定剛剛牙醫界前輩提到，機構居民的牙醫服務是怎麼進行？聽起來輕度跟中度障礙等級的機構居民，牙醫部門沒有要放寬在社區中提供服務，似乎只要放寬在機構內提供服務，不曉得我有沒有聽錯，如果限縮在機構內提供服務，有沒有可能考慮納入在宅醫療？

盧主任委員瑞芬

服務內容可能完全不一樣，在宅醫療的部分主要是西醫，這個計畫是牙醫服務。

王委員惠玄

我瞭解，但是從病人的角度來看，長期行動受限的病人，的確出外就醫缺乏便利性，也沒有尋常人認為的可近性，如果現在西醫、中醫都進去提供在宅醫療，牙醫進不去，對病人來講，恐怕需求不能滿足。

盧主任委員瑞芬

請健保署說明。

陳專門委員依婕

健保署說明，B2「牙醫特殊醫療服務計畫」，執行內容分成3個部分，第1個部分是院所牙醫醫療服務，就是符合牙特計畫收案條件的身心障礙者進到院所時，牙醫師提供醫療服務有一些費用加成。

第 2 個部分，就是剛剛講的醫療團進到機構提供服務，照顧符合特定收案條件的身心障礙者，提供醫療服務並予以加成。第 3 個部分是居家牙醫服務，所以剛才委員提到的在宅醫療，已經在現行牙特計畫的執行內容中，以上。

盧主任委員瑞芬

請翁代表德育。

翁協商代表德育

拜託各位委員，現在就差一點而已，如果今天委員可以決定，我們才能回去睡個好覺，拜託讓我們理事長比較好過啦！請幕僚同仁把螢幕移到 B8「高齲齒風險患者氟化物治療計畫」，有關高風險族群的齲齒照護費用加成，希望委員們現在就可以同意，不要再到健保會去報告，否則對牙醫部門來講是很大的變數，希望委員可以在這裡就同意，問題就解決了。

李委員永振

這個要求可能有點困難啦！

劉委員淑瓊

我們已經釋出很大的善意，我們也有作為付費者代表的職責，這已經是底線了，而且我也不贊成 B2「牙醫特殊醫療服務計畫」的適用對象放寬，這些都不對。

盧主任委員瑞芬

請翁協商代表德育。

翁協商代表德育

不好意思，如果在這裡談委員都不贊成，那應該也不用提健保會報告，因為現在總額協商牙醫部門有 9 個協商代表，但在健保會委員會議，牙醫部門只有 1 個代表，可以想像也是沒有辦法說服大家。拜託大家，就差那麼一點點，能不能大家儘量一下，讓我們有決心把這些事情做好。

盧主任委員瑞芬

請何代理委員語。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

牙醫部門的協商代表，你忘了 1 句話，頭過身就過，船到橋頭自然直，我一直提醒你們，跟健保署共同研擬計畫執行內容，提報健保會委員會議通過，健保署把關後如果同意，我想委員會議不會不同意。請牙醫部門把 B2「牙醫特殊醫療服務計畫」及 B8「高齲齒風險患者氟化物治療計畫」的執行內容和健保署好好研議，因為今天用口頭說明，大家聽得不是很清楚，如果研擬出詳細計畫，把適用對象等內容都寫得很清楚，健保會委員會議就能討論，如果健保署支持，我想健保會也可以支持，這是我的意見。

盧主任委員瑞芬

牙醫部門可以接受嗎？現在只差一點就達成共識。

徐協商代表邦賢

OK，謝謝何代理委員的提醒，我想重點是牙醫部門要跟健保署去做細部執行上的定義溝通，原則上委員們認為協定事項可以先拿掉，如果牙醫部門跟健保署討論有結果，能讓大家更清楚瞭解，才能夠更放心，那這點牙醫部門可以接受。

盧主任委員瑞芬

在健保署的專業協助下提出計畫內容，我想委員接受的機率應該比較高，請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

我想跟牙醫部門講，這些工作應該在更早之前就要完成，到這個階段才處理，其實委員已釋出非常大的善意，付費者代表也背負著被其他總額部門質疑，或每位付費者代表背後都有自己的會員，可能也會被質疑。所以，希望牙醫部門跟健保署討論後，最後提出來的計畫內容是很成熟，能夠展現牙醫部門的專業且具有說服力，謝謝。

盧主任委員瑞芬

最後，請主談人李委員永振說明。

李委員永振

我贊成劉委員淑瓊的看法，坦白講，如果是去年，後面的討論超時，協商早就結束。因為付費者想要 support 牙醫部門，所以才延長協商，延到現在還沒有結束協商。

盧主任委員瑞芬

對，已經延長 75 分鐘了。

李委員永振

一、如果是去年，協商大概早就結束，我再舊事重提，去年牙醫部門協商當場才臨時更換協商項目的內容，本來我是反對的，結果今年我自己都違反原則，所以我要對付費者代表說抱歉。

二、另外，B8「高齲齒風險患者氟化物治療計畫」，是否要修正名稱，把 A5 的名稱「高風險疾病口腔照護」拿到 B8 來用，這樣會比較好？

徐協商代表邦賢

因為 B8 是把 3 個不同的既有項目合併，雖然照顧的對象都是高風險疾病患者，提供不同照護內容，包括：洗牙、補牙及塗氟，其實我不知道這個計畫該如何合併項目名稱，老實講我自己也想不出來，還是 B8 名稱就修正為「高風險疾病口腔照護計畫」？

盧主任委員瑞芬

對，李委員永振就是這樣建議。

徐協商代表邦賢

OK，謝謝委員的指導，B8 修正項目名稱及協定事項內容，牙醫部門就可以接受，謝謝。

盧主任委員瑞芬

謝謝，牙醫門診總額終於成功達成共識。

陳組長燕鈴

對不起，幕僚確認一下，B2「牙醫特殊醫療服務計畫」跟 B8「高風險疾病口腔照護計畫」的協定事項，是否都修正為「修訂計畫內

容提健保會報告」？請委員確認是提健保會報告「通過後實施」，或是只需提健保會報告？(多位委員表示通過後實施)

盧主任委員瑞芬

對，修訂計畫內容提健保會通過後實施。

陳委員杰

最後都會通過的，健保會哪一次沒有通過。

盧主任委員瑞芬

一、主席非常樂意做以下結論：

(一)113 年度牙醫門診總額有達共識，較基期成長 2.436%。

(二)依照 113 年度總額協商程序，請牙醫部門依據今天的協商結論辦理下列事項，並請於 9 月 21 日上午 9 點前，離現在大概 12 個小時，提送本會，以納入 9 月 22 日(五)委員會議討論：

- 1.以結果面為導向，調整新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。
- 2.新增專款項目請確認提出預估試辦檢討期限，未提出者，請增補。
- 3.須修正項目名稱者，請提出修正後之項目名稱。剛才委員有做一些建議，如果沒有其他意見，就以剛才討論的名稱確定。

二、謝謝牙醫部門協商代表，謝謝付費者代表，非常感謝，辛苦各位！接下來進行其他預算。

陸、113年度總額協商—「其他預算」
與會人員發言實錄

陸、113年度總額協商－「其他預算」與會人員發言實錄

盧主任委員瑞芬

- 一、各位，現在時間是晚上 9 點，距離明天早上各總額部門須提交的協商結果尚有 12 個小時，也要避免公務人員超時工作需要寫報告，所以我們盡快進行其他預算部分。
- 二、其他預算進行方式第一階段是提問和意見交換時間 20 分鐘，我們先等一下，等健保署代表進來會場，再請健保署簡要說明，其餘時間留給委員提問。劉組長林義已經進到會場，請劉組長說明其他預算，時間 5 分鐘以內。

劉組長林義

現在輪到健保署！

盧主任委員瑞芬

對，終於輪到健保署了。

劉組長林義

健保署因為去年協商草案先被委員砍了 15 億元，後來修改為 8 億元，心靈有點受傷，所以我剛才去沉思了一下。就 113 年度其他預算項目，逐項說明本署草案如下：

一、第 1 項「基層總額轉診型態調整費用」(113 年編列 8 億元)：

本項 113 年沒有增加預算，111 年預算執行率只有 7 成。執行率只有 7 成的原因是修改定義，兩邊(轉診端及接受端)都要申報轉診醫令才支付費用。之前健保署提報分級醫療執行結果，大家也發現醫院轉診到基層民眾停留天數有增加，停留天數由 109 天增加到 150 天，這才是分級醫療的主要目的。預算尚約 3 成餘裕，為了鼓勵基層能夠留住病人的時間更久，目前支付方式是只要下轉病人半年內在西醫基層就醫就支付費用，現在停留時間延長到 150 天，為了鼓勵病人停留基層的時間更久，對於剩餘預算，我們建議依照病人停留在基層的時間支付其費用，最長支付一年，這是增加本項預算使用的方式。

二、第 2 項「山地離島地區醫療給付改善效益提昇計畫」(113 年編列 8.554 億元)：

111年預算執行率約9成，建議113年增編2.5億元，主因是111年用5千萬元鼓勵慈濟醫院執行花蓮「秀林鄉全人整合照護執行方案」，並請慈濟醫院報告執行成果，本署覺得做得很不錯，因為是以論人計酬的方式推動，所以非常重視預防保健，甚至也幫花蓮秀林鄉居民注意牙醫醫療服務。因為本計畫執行得很好，署長認為既然本計畫能夠造福山地鄉居民，也可以在每一個分區各找一個試辦點，花蓮秀林鄉試辦費用約5千萬元，以5個試辦點計算，需增加2.5億元，這是增編2.5億元的用途。

三、第 3 項「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」(113 年編列 83.78 億元)：

本項費用因無法歸在各個總額部門，所以編列在其他預算，逐項說明：

(一)居家醫療照護：委員曾提到居家照護非常的辛苦，應該調高訪視費，去年本署建議訪視費調高 1 成，推估費用需增加 4.4 億元，但去年被否決，今年再次提出來。去年只對山地離島地區才有提高 1 成訪視費，其他地區就沒有調整。因為居家醫療勢必是未來的趨勢，也應該要鼓勵，建議應該要再調高 1 成的訪視費，要不然都沒有人幫他們爭取權益。其次，放寬居家藥事照護服務的收案條件，預估費用約 1.3 億元。最後，增加居家善終獎勵，目前推動居家安寧，建議連善終一起推動，若新增善終服務獎勵費，預估費用約 0.4 億元，剛才提到的 3 項加總需增編約 6.1 億元。

(二)精神疾病社區復健：自然成長需增編約 1.22 億元。

(三)本項增編 2 億元推動「在宅急症照護試辦計畫」。

(四)本項預算執行率約 9 成，預算大概剩餘 7 億元，再加上本署建議 113 年增編 5.75 億元，總計約 13 億元的空間。這 13 億元用於剛才提到的居家訪視費調高 1 成、放寬居家藥事服務收

案條件及新增居家善終獎勵，這3項費用約增編6.1億元；再加上「精神疾病社區復健」自然成長率所需費用約1.22億元、「轉銜長照2.0」增編約0.05億元、「在宅急症照護試辦計畫」2億元，這部分約4億元；最後再加上「居家醫療照護」自然成長率所需費用約3億元，以上是13億元的用途。113年度所需經費是以預算執行約9成，再加上113年建議增編約5.75億元計算。

四、第4項「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」(113年編列2.9億元)、第5項「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」(113年編列6億元)：都是預備款，經費維持、沒有改變。

五、第6項「推動促進醫療體系整合計畫」(113年編列4.5億元)：本項包含4項計畫「急性後期整合照護計畫」(下稱PAC計畫)、「遠距醫療會診」、「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」及「跨層級醫院合作計畫」，逐一說明如下：

(一)「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」：111年執行約4千萬元，主動減列3千萬元，也不要讓委員為難，我們自己減列。

(二)跨層級醫院合作計畫：111年執行約7千萬元，尚在預算1億元範圍內，所以維持1億元。

(三)遠距醫療會診：本來是預留1.7億元想增加執行地區，但遇到一些困難，預定明年再推動擴增施行的地區，不過推估費用不會支用到1.7億元，所以預留1億元，扣減7千萬元。前述3項就扣減1億元，這就是最初所講的本項減列1億元。

(四)PAC計畫：

1.111年執行約7~8千萬元左右，預留1億元。因為我們接獲許多單位對於PAC計畫收案條件的意見，如放寬巴氏量表，或

放寬年齡限制，現行規定收案條件需18歲以上，但部分骨折病人年齡可能不到18歲，如果預算許可的情況下，我們打算放寬年齡的限制。

2.另外地區醫院非常希望醫學中心及區域醫院能夠下轉病人，但目前沒有下轉誘因，建議增設誘因，所以保留1億元。

(五)雖然本項預算執行率很差，但如我剛才提到 PAC 計畫的部分，希望仍保留 2 億元預算持續推動，故本項預算先減列 1 億元。

六、第 7 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」：維持 8 億元。

七、第 8 項「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」(113 年編列 14.86 億元)：

(一)有關提升院所智慧化資訊機制之一次性獎勵，如剛剛提到的 IC 卡上傳格式改版、門診處方箋 QRcode 及就醫識別碼補助，這部分在今年都上線，今年一旦獎勵了，明年就不需要再獎勵，所以扣除這部分預算。本項預算共減列 1.5 億元。

(二)另外兩部分就非常困難，有關「獎勵上傳資料」及「網路頻寬補助」費用，會再和醫界討論看看有沒有什麼方法可以解決，如果後年開始在不予補助的情況下，要怎麼做？有沒有困難點？假如有的話再來向貴會反映。

八、第 9 項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」：111 年預算執行率 86%，符合預期。(113 年編列 16.538 億元，維持原預算額度)

九、第 10 項「腎臟病照護及病人衛教計畫」：111 年預算執行率約 9 成，也符合預期，這都有預留預算作為未來努力的空間。(113 年編列 5.11 億元，維持原預算額度)

十、第 11 項「提升保險服務成效」：這項預算執行率 100%。(113 年編列 5 億元，維持原預算額度)

十一、第 12 項「提升用藥品質之藥事照護計畫」：再請黃理事長

金舜補充說明。(113年編列0.3億元，維持原預算額度)

十二、新增第13項「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」：其他預算本來只有12項，本項新增預算暫定20億元，這項是因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能，希望能夠保留政策彈性的使用，以上說明。

盧主任委員瑞芬

黃委員金舜要說明第12項，請黃委員金舜。

黃委員金舜

- 一、主委、各位委員，大家好，開會到現在，如果是打牌的話，現在都打到北風北最後一把，贏錢的人都想要走、輸錢的人想要再翻盤。實際上，我從早上9點半一直等到現在，剛好12小時，我看顧的這項預算比較少，是3千萬元，我隔壁林委員綉珠看顧的項目預算20億元，我看了都感到傷心，看起來真的很傷心啦！剛才牙醫部門爭取預算，也爭取了3億元，看江錫仁理事長走路都在笑了。
- 二、我先就「提升用藥品質之藥事照護計畫」進行說明，本項編列3千萬元，已經執行3年。但第1年、第2年都遇到疫情，疫情期間藥師公會全聯會(下稱藥全會)下所有的健保藥局都投入防疫的工作，如：口罩實名制、快篩實名制、配送酒精、抗病毒藥及送藥到府，我想所有委員都已從媒體知道，在防疫期間願意為民眾這麼的打拼、努力的民間團體應該不多，甚至有位藥師在送藥到府過程中意外死亡。實際上，我們認為藥師團體在這一次防疫是可圈可點，是一個可以信賴的團體。
- 三、本計畫預算3千萬元，我們承認預算執行率低，但是當初和健保署協商計畫內容的時候，規定收案對象要有3張慢箋、使用10種以上藥品。因為雲端藥歷系統做得非常好，大型醫院如果病人使用7種以上藥品就會出現警訊，已先篩選過病人了。大型醫院平均一天處方箋約幾千張，但社區藥局一個月處方箋不會超過500張，整個服務量不相當，在這麼困難、嚴格的情

況下，社區藥局要收到符合收案資格的個案非常少。藥全會一個民間團體為了執行這個計畫，怕漏氣，所以花費 450 萬元建置電腦系統、拍宣傳片花費 50 萬元、其他項目又花費約 30 萬元，為了這個計畫總花費約 500 多萬元。藥全會為了這個計畫、為了民眾用藥安全，我們願意付出，所以懇請所有委員可以支持這個計畫，讓藥全會和健保署共同研商將門檻降低，讓社區藥局藥師有機會為台灣的民眾繼續打拼，感謝大家。

盧主任委員瑞芬

黃委員金舜一席話，我差點要喊「凍蒜」了！（眾委員：笑聲、鼓掌聲）針對第 13 項部分，請護理師公會全聯會（下稱護全會）代表林委員綉珠發表意見。

林委員綉珠

- 一、各位委員，大家好，剛才黃委員金舜一席話，我聽過好幾次，很多人都說不要在黃委員金舜後面講話，因為他實在太會講了，講到後面都會變成「凍蒜」、「凍蒜」了。
- 二、護全會非常感謝大家，在台灣護理人力快要崩盤的時刻，健保署看到了，願意編列預算來協助護理人力，其實不是協助護理人力，是協助民眾可以不用等待那麼久就可以去住院。現在全國許多醫院都在關床，很多關床的醫院是不敢公開講，因為醫院怕床位被收回，但事實上醫院就是沒有護理人力。在沒有護理人力的情形下，大家都會說這不是錢的問題，可是沒有錢是萬萬不能。
- 三、我們護全會一直討論這個議題，如何營造讓護理人力願意回到護理臨床，護理師不是不夠，而是不願意走入醫院的職場，當然原因很多包含：人口老化、護理照護的複雜度增加、新興的疾病傳染等，很多家長們不願意讓護理師、畢業的學子走入護理職場，也有一部分是教育的問題。我覺得剛才健保署講得非常好，應該透過政府的政策、有預算可以來改善護理的環境。在這裡真的非常感謝健保署，看到整個民眾需要護理的部分，

懇請各位委員能夠支持。

四、雖然這個項目是臨時提出來，但是當我們知道之後，護全會已經開始規劃支付方式、如何發放等，讓這些預算真的有助於增進護理人員留任的意願。護理師公會全國聯合會和健保署好好合作，也在各位委員的監督之下把這個項目執行好，讓民眾不會因為護理師不夠，而造成床位減少或延長等待住院的情形，請各位委員能夠大力地支持，感謝。

盧主任委員瑞芬

請問林委員目前針對此項分配內容，你們沒有提出建議嗎？

林委員綉珠

我想本案還有非常多的細節需要討論，我們會再跟健保署好好討論之後，對於執行細節部分會讓大家清楚、了解。

盧主任委員瑞芬

因為委員很關心這筆預算有沒有辦法確切分給護理人員，這部分健保署會和護全會一起討論？

林委員綉珠

對，我們就是要求這個預算直接發到護理人員的帳戶，不是要給醫院，而是真正地回饋到護理人員，當然還有很多操作細節需要我們再討論。

盧主任委員瑞芬

現在先請何代理委員語，接續是陳委員杰、林委員文德、滕委員西華。請何代理委員語。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

主席、各位委員，我對健保署的其他預算，說明如下：

一、第 1 項「基層總額轉診型態調整費用」：111 年預算執行率約 70%，沒有增加預算，我沒有意見。

二、第 2 項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」：其中慈濟醫院在花蓮秀林鄉推動山地鄉論人計酬試辦計畫部分，我看過錄

影片，做得不錯啦！我想請教，醫院及西醫基層也有偏鄉照護計畫，偏鄉照護計畫和「山地離島地區醫療給付提昇效益計畫」有沒有重複、重疊？能不能整合？

三、第 3 項「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」：其中「居家醫療照護」部分，加計自然成長，113 年推估需約 47.91 億元，醫院總額編列「社區好醫院-地區醫院家庭責任醫師整合方案」項目，健保署建議修改為居家急性照護，又編列 5 億元，用於推動在宅醫療服務。其他預算這項又增編 5.75 億元，一直在增加預算。是不是就照去年的預算 78.03 億元就夠了。

四、第 4 項、第 5 項、第 6 項、第 7 項：我都沒有意見。

五、第 8 項「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」：部分項目 114 年應該要停止(註)，但健保署現在又有預算考量，付費者今年在編列 113 年度預算時，各部門總額都是依照 111 年預算實際執行情形編列相關預算。

(註：查110~112年度本項協定事項，明訂「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」之退場期程為110~114年。)

六、第 9 項、第 10 項：我也沒有意見。

七、第 11 項「提升保險服務成效」：原本是希望於 112 年最後一次給付就要終止了。健保署 113 年又提出編列預算 5 億元，如果依之前的協商應該要回歸以前的預算額度。明年不應該編列這個預算了。

八、第 12 項「提升用藥品質之藥事照護計畫」：雖然黃理事長金舜講得非常動聽、感人，可是本計畫一開始是編列 6 千萬元，但是執行率低、效率不好，後來某年健保署曾提出建議暫停計畫，當時藥全會古前理事長博仁懇請再讓他們繼續執行，才會再編列 3 千萬元延續到現在。可是疫情期間都沒有執行，112 年目前才執行 14 多萬元，不是 14% 喔！才執行 14 多萬元，原

本計畫的用意是針對多重疾病病人給予藥事照護計畫，現在計畫還沒完整執行，就因為執行有困難又再提出修改計畫內容。九、第 13 項「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」：

- (一)健保署原來只編列 10 億元，現在增編 20 億元。我記得 13 年前全民健康保險醫療費用協定委員會(下稱費協會)時，第 1 年編列 8 億元，第 2 年 10 億元、再來 15 億元、20 億元的專款，專款最後導入一般服務 20 億元，這樣子換算下來，這 13 年來至少挹注約 200 多億元給護理人員。
- (二)另外，在健保署醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱共同擬訂會議)中，也提出以非協商因素預算調升護理費點數，醫院及西醫基層總額每年也都有非協商因素成長率，預算都有成長。
- (三)現在最重要是這項編列的 20 億元要能直接發到護理人員的帳戶。以前在費協會協商護理相關預算時，我想護全會代表都有聽過，醫院代表曾表示預算分配給醫院就好，不用管如何分配，管那麼多做什麼。記得有一年共同擬訂會議討論 23 億元之預算用途時，竟然建議不用於藥師調劑費及護理費，後來我爭取 3 億元用於調整藥師調劑費及護理費，有沒有這件事情？
- (四)我的意思是編列這筆預算給護理人員是應該的，但是怎麼讓她們拿到這筆費用，這點很重要。如果今天編列 20 億元預算，但健保署連個計畫都沒有，萬一到時候護理師說沒有領到錢，我們不是又變成莫名其妙編列這筆預算了？過去曾在費協會協商時編列專款，歷年非協商因素中的「醫療服務成本指數改變率」增加金額，也有部分用在護理人員…。

盧主任委員瑞芬

- 一、我們採統問統答的方式，目前還沒進入協商階段，付費者代表委員還要進行內部會議討論，現在這個時段只是就不清楚的地

方請教健保署。

二、我們按順序來發言，先請陳委員杰，接續是林委員文德、滕委員西華、陳委員節如，最後是吳委員榮達。請陳委員杰。

陳委員杰

謝謝…。

滕委員西華

林委員文德要趕高鐵…。

盧主任委員瑞芬

林委員文德要趕高鐵。陳委員杰是不是可以讓林委員先發言，因為他要趕高鐵。

林委員文德

一、因為我要趕晚上 10 點 5 分高鐵，所以一定要快。我想大家都重視護理人力，大家應該都很支持這個項目的精神，只是錢花下去，到底有沒有辦法達到預期的目的？本項預算編列的目的是要解決護理人力短缺的問題，可是執行目標好像沒有把這個想要達到的目的納進去。也就是說花了錢，如果有達到解決護理人力短缺的目的，給這筆預算是理所當然，但是依照這筆預算金額來算的話，假設有 10 或 20 萬多護理人員，平均一年分到約 1 萬元，一個月多 1 千元，這有辦法解決人力短缺的問題嗎？

二、如果真的要編列這筆預算，應將具體達到解決護理人力短缺的目標放進來，而不是只有多少比率的醫院提升護理相關費用，這樣的執行目標是有點奇怪的，等於是將預算分完就達到目標了，建議執行目標應該寫得更具體、更明確。

盧主任委員瑞芬

接下來請陳委員杰。

陳委員杰

現在討論的是 113 年度其他預算協商項目，幾點意見：

- 一、第 1 點，我還是跟健保署長官表示抱歉，從我第 1 次參加會議的時候我就再三強調，有很多的項目不能夠想辦法爭取公務預算嗎？為什麼要侵蝕到健保基金？
- 二、第 2 點，關於第 13 項「因應醫院醫護人員需求，強化住院護理照護量能」，我本身不反對，但原來只編列 10 億元，這次提出來預算增編到 20 億元。住院費用包含診察費、病房費、住院護理費等，其中住院護理費又有加成。護理人員照護費已經內含在住院相關費用中，並有加成支付了，現在為了因應醫院護理人員的需求編列 20 億元，能夠解決問題嗎？我認為不能解決問題啦！為什麼？目前很多護理人員沒有從事醫院護理臨床的工作，而是從事家庭照顧，類似自由業、兼職 part-time 性質的工作，如果民眾有照護的需要，會請他們到家裡從事家庭照顧，費用以鐘點計算。難怪護理人力會不足，這個問題該如何解決，我希望健保署也能提出解決方案。
- 三、最主要是，健保署要刮別人的鬍子以前，要先刮自己的鬍子，先就提出來的 13 項中，認為有辦法由公務預算支應的，就先刪掉。像西醫基層或醫院部門的協商資料中都有健保署提供的意見，結果你們自己提這麼多項要用健保基金，我認為非常不合理。要奉勸健保署的長官，假如能夠的話，部分項目請爭取公務預算，不要用健保基金支應，這點我比較在意。有次我到中華民國全國總工會報告，大家認為非常不合理，我藉這個機會正式提出有些不合理的項目，請健保署自己刪掉，去爭取公務預算支應，不要用到健保基金。

盧主任委員瑞芬

接下來請滕委員西華。

滕委員西華

我有幾點請教健保署：

- 一、第 3 項「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)本項擬新增在宅急症照護試辦計畫，請問已經談好怎麼做了嗎？因為是新增項目，是不是會像牙醫部門一樣先來爭取預算卻不知道怎麼做？我想知道這個計畫如何執行？
- (二)健保署建議草案說明提到，推動在宅急症照護可以減少民眾到醫院住院，是否有考慮將醫院住院節省的費用減列？因為本來這些病人要到醫院住院，現在改為在宅照護，所以預算需要移列，不是減列，移列部分醫院總額住院費用到這裡，以上 2 個問題請教健保署。合理來說，應該要移列，不是減列，因為本來是到醫院住院，但現在改成在家住院。
- 二、第 5 項「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」：連續 6 年中只有 1 年是因為衛福部擴增 C 肝適應症才用到本項經費。再者，連續 4 年預算執行率 0%，請問健保署有可能減編費用嗎？不要編列 6 億元，可減編為 5 億元或 4 億元，因為本項是預備金，近年預算執行率都是 0%
- 三、第 6 項「推動促進醫療體系整合計畫」：其中一項是 PAC 計畫，牙醫門診總額編列 1 千萬元用於口腔癌 PAC(牙醫口腔癌急性後期整合照護試辦方案)，健保署說明這項依衛福部的決議是先由公務預算支應，牙醫部門說沒有，這是不一樣的事情。我想請問健保署，是不是誤會？如果不是誤會，口腔癌 PAC 是否考慮納入本項 PAC 計畫的範圍？顯然口腔癌不是牙醫部門單獨能夠處理，在前端的診斷及治療，西醫部門角色占蠻大部分，請教健保署 PAC 計畫和口腔癌計畫競合的問題。
- 四、第 11 項「提升保險服務成效」：其實不應該再繼續編列了，但你們一直提出來，希望來年可以看到減列，不再是編列 5 億元，至少減少一點預算表示誠意。剛才陳委員杰提到由公務預算支應護理相關費用，這裡更應該是由公務預算支應，因為本項所列的用途都是行政費用，本來就應由公務預算支應。
- 五、第 12 項「提升用藥品質之藥事照護計畫」：我在醫院部門協商的時候提到，今天提出用抗凝血、明天就會提出用抗腫

瘤、後天就會提出抗排斥等照護項目。我想請教健保署，本項和醫院總額 A7「提升醫院用藥安全與品質方案之 ICU 臨床藥事照護給付」及 B30「抗凝血藥品藥師門診方案」合併之後，健保署和醫院部門編列的相關費用、執行對象有沒有區隔？如果沒有區隔，可不可以合併辦理？這邊還是編列預算，並沒有要減編這項的預算，但不是由醫院承辦。黃委員金舜極力爭取，但如果這是一樣的內容，沒道理在醫院辦一個計畫，其他預算再辦一個計畫，有沒有考慮將來合併執行？

六、最後，第 13 項「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」，我同意剛才林委員文德所言，從現在的指標來看只是錢花掉而已。請教健保署如何確認增加夜班費能夠新增及留任護理人力？新增多久算新增？留任多久算留任？剛剛林委員文德也講到現在醫院都關床、不開床，又如何能夠保證會開床？編這筆預算當然要回應新增人力、留任及增加開床等指標。另外，整體護理人力部分，我覺得健保署不要顧此失彼，西醫基層部門提出護理人力部分，我們沒有給錢，過去要求中醫門診及牙醫門診總額聘任護理師，我們也沒有多給錢，建議應該先盤點整體及四總額部門護理人力的問題，健保署和照護司應提出更前瞻性的指標，不應該每次都頭痛醫頭、腳痛醫腳。

盧主任委員瑞芬

接下來請陳委員節如。

陳委員節如

一、第 3 項「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)我的意見和大家有些不同，我非常支持第 3 項 113 年度新增「在宅急症照護試辦計畫」，編列 2 億元，提供急症病人居家醫療照護。此計畫依據健保署補充說明提到，針對相對高照顧需求的失能者，對居家醫療整合照護收案的對象和照護機

構住民提供服務。此外，在此新增 HAH(Hospital At Home)就是在家住院，服務提供者是本來提供居家醫療的團隊，也就是本來與長照機構特約的院所。換句話說，這些醫師或醫療院所對病患的既有病情是比較熟悉的。

- (二)這個計畫主要係針對困難到醫院就醫的病患，當他們有急性醫療需求時，經醫師判斷評估可以在家、在機構接受治療，即可啟動。除了降低醫療成本、額外感染風險，也降低家屬或機構人員陪同就醫、住院、陪病等各項家庭或社會成本。
- (三)目前健保署係以「肺炎、尿路感染、軟組織感染，且無手術、麻醉、血液透析及復健之住院條件」樣態，只以「2成」住院案件改為在宅急症照護推估預算，希望嘗試開辦本計畫，這樣的資源配置也符合近幾年推行的分級醫療原則。
- (四)這筆預算說多不多，卻是為我國醫療體系開啟一個新的照護方式。目前在家住院並不是沒有人使用，而是採取全自費方式，對於許多經濟不寬裕的失能者，依然只能選擇住院治療，這對病患、家庭、社會未必是最好的方式。請大家支持「在宅急症照護試辦計畫」，請給有需要的民眾一個機會。

二、第 13 項「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」編列 20 億元：在 COVID-19 期間，護理師反映沒有拿到很滿意的給付，建議可以比照衛福部社工給付方式直接發放，就由健保署直接發放給護理人員，再用投保級距進行稽核，以加薪方式直接發放到護理人員帳戶。現在醫院的薪資、加給的名目很多，但最主要的是起薪、底薪要提高，沒有提高的話，護理師都會跑掉。現在也有很多地方需要護理人員如社安網、長照 2.0、整型醫療院所等。之前聽聞台大醫院缺 200 名、榮總醫院缺 200 名，很多醫院都缺護理人力，一定要有補救的方案才留得住醫院護理師。

盧主任委員瑞芬

現在請吳委員榮達最後 1 位發言。之後付費者代表委員要先進行內

部會議討論，請吳委員榮達。

吳委員榮達

- 一、第 5 項「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」：前面場次協商醫院及西醫基層總額時，付費者代表委員都反對 B 肝、C 肝合併使用，及修改名稱為病毒性肝炎藥費專款，所以本項只剩下支應 C 肝藥費不足款。依據 C 肝藥費預算執行情形，C 肝患者已逐漸減少，但是 C 肝藥費預算仍維持 112 年額度 6 億元，建議應該刪減。
- 二、第 13 項「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」：我贊成滕委員西華及林委員文德所提的意見，以下請教幾個問題：

(一)請翻閱到會議資料第 148 頁，只對夜間護理人員給予經費加給，但要留住護理人員，不應該只有考量夜班人力，這筆 20 億元只用在夜班嗎？請審慎考量，這是第 1 個問題。

(二)第 2 個，就像林委員文德所提的，如果以 20 萬名護理人員計算，沒有多少錢欸，多增加約 1 千元，留得住護理人員嗎？這不可能的！等於是投入這筆預算，又沒有效果，建議要以國家整體的角度做考量，挹注公務預算進行改善才對啦！

(三)另外關於第 5 點(註)，我看不懂健保署的第 5 點說明，請健保署再加以說明，我真的看不懂，可能要再做說明一下，謝謝。

(註：依會議資料，其他預算「健保署建議及費用說明」第 5 點：本項建議以四總額未達上限之剩餘款，支應其他預算成長率超過總額成長率上限(4.7%)之額度。)

盧主任委員瑞芬

現在請健保署簡要地回應，之後付費者代表委員就要進去討論他們的方案。

劉組長林義

健保署回應如下：

- 一、首先，有關何代理委員語所提「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，委員詢問本項與西醫的「醫療資源不足地區改善方案」提供巡迴醫療服務的差別。他們是服務醫療資源不足地區，本項是服務山地離島地區。我們認為山地離島地區較適合辦理論人計酬計畫，因為就醫相對不方便，可歸責性比較強。這也是花蓮秀林鄉試辦成功的原因，因為秀林鄉全部民眾的健康全歸慈濟醫院管理，院所也會挹注比較多的心力。
- 二、第 3 項「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」：我剛才報告增編 5.75 億元，用於調高訪視費、增加居家善終獎勵及居家藥事服務獎勵等，新增預算用於這些地方。
- 三、第 10 項「提升保險服務成效」編列 5 億元：我剛才報告預算執行率 100%，可見健保署非常迫切需要這筆預算，至於為什麼不從公務預算支應，事實上公務預算年年砍。其實這筆預算也不是用在其他地方，而是用在資訊相關費用。本署最近嘗試向行政院爭取其他的預算，堂堂一個健保署的資訊設備，5 億元實在不夠，不過還是把本項預算控制在 5 億元，另外也會想辦法爭取其他如科發基金、社發基金相關計畫經費。健保署資訊組長也有來到會場。
- 四、第 13 項「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」：大家會認為健保署只是給錢，事實上針對護理人力，我們和照護司進行非常多次的討論，護理人力的癥結點是從護理入學一直到考照、留任等，每一個環節都會流失部分護理人力，當然健保署能做的就是給錢而已。其實政府已經結合相關單位組成專案小組處理，入學部分由教育部負責、考照由考試院負責，留任則是健保署和照護司負責，健保署能夠提供的就是預算 20 億元。再次強調，依我們概估不論是三班護病比加成或是提升夜班費，20 億元不能解決所有問題，本署建議編列 20 億元是以所有一般病床的 10% 估算而已，我們認為醫院也應該負有部分責任，如果要留住一般病床護理人員，醫院也

應該主動提高薪資或改善護病比，例如特殊病房也有護病比的問題，所以這筆 20 億元不能解決所有的問題，以上說明。

盧主任委員瑞芬

請問付費者代表現在要進行內部會議討論？(付費者代表委員：是)你們大概需要幾分鐘？我們要 make sure(確認)不會工作超時，不需要寫報告。

李委員永振

大概 10 分鐘。

盧主任委員瑞芬

付費者內部會議 10 分鐘，謝謝。

(付費者代表進行內部會議討論約 59 分鐘)

盧主任委員瑞芬

各位委員終於回到協商會場了！我們同仁工作超時要寫報告了。請問哪一位是主談人？

李委員永振

其他預算部分，我們沒有安排主談人，所以才會交換意見這麼久。

盧主任委員瑞芬

請問誰要代表說明付費者版本。

李委員永振

我們討論出一個共識結論，請幕僚同仁唸一下結論，讓健保署瞭解。

陳組長燕鈴

一、逐項說明如下：

- (一)第 1 項「基層總額轉診型態調整費用」：維持 8 億元，不增加預算，但和 112 年協定事項一樣，優先支應於「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款不足之經費，其餘預算限定用於「轉診成功案件」，也要求持續檢討經費動支條件，評估分級醫療對基層總額的財務影響。

- (二)第 2 項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」：增加 1 億元(113 年預算 7.054 億元)，論人計酬計畫增加 2 區試辦點，並請擇優辦理。
- (三)第 3 項「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113 年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」(註)：增加 5.75 億元(113 年全年預算 83.78 億元)，其中新增「在宅急症照護試辦計畫」，預算 2 億元，本項預算不包含現在由醫院總額一般服務支應的住院醫療費用。須提出具體實施方案，如參與醫療院所的條件、資格認定等、訂定監測指標，評估計畫執行效益，及減少住院的費用，列入成效指標，並於 113 年 7 月提本會報告。
- (註：依協商結果「在宅急症照護試辦計畫」單獨列項，爰配合修正本項名稱。)
- (四)第 4 項「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」：屬預備金性質的預算，用途和 112 年一樣，本項支應醫院及西醫基層相關專款項目不足的經費，113 年編列 2.9 億元，維持 112 年預算額度。
- (五)第 5 項「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」：維持 112 年預算額度 6 億元，請檢討、提出節流效益並納入次年總額財源。
- (六)第 6 項「推動促進醫療體系整合計畫」：維持 112 年預算額度(113 年經費 5.5 億元)。
- (七)第 7 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」：維持 112 年預算額度 8 億元，協定事項須依照本會議定的適用範圍與動支程序辦理。
- (八)第 9 項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」：維持 112 年經費(113 年經費 16.538 億元)，不增編預算，請檢

討醫療利用的合理性及健康改善的成效，並提會報告。

(九)第 10 項「腎臟病照護及病人衛教計畫」：維持 112 年經費 (113 年經費 5.11 億元)，要求加強整合照護，延緩病人進入透析。

(十)第 11 項「提升保險服務成效」：編列 3 億元，較 112 年減少 2 億元，要求訂定反映本項的成效評估指標，提出檢討節流效益。最重要的是 114 年度總額不再編列此項預算，請爭取公務預算支應。

(十一)第 12 項「提升用藥品質之藥事照護計畫」：維持 112 年預算額度 3 千萬元，請加強計畫推動和監測計畫醫療利用及執行成效。

(十二)第 13 項「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」(113 年新增項目)：沒有編列預算，建議需先檢討過去總額投入用於護理人力及醫療品質提升的相關預算與執行效益，擬訂具體的實施方案以後再來討論，較為妥適。

二、整體來講，113 年其他預算編列總金額為 158.182 億元，增編 0.39 億元，以上說明。

盧主任委員瑞芬

請健保署回應。

李副署長丞華

一、第 1 點，事實上護理人力是很嚴重的問題，沒有預算會衍生非常、非常多的問題，我高度建議大家可能要謹慎。

二、第 2 點，部分項目是政策要推動的，沒有增加預算，我們推動上會有困難。以健保 8 千多億元的規模，健保署提出 183.542 億元是很卑微的、很小的規模，但是沒有得到大家的支持，我們也非常、非常的難過，但最後都會讓某些人受到影響，我就回應到這裡。

三、至於護理人力部分，請大家真的一定要非常的、非常的謹慎，建議請護全會代表說明。

林委員綉珠

- 一、嗯…真的是…，我在想是不是關床的這件事情，還不足以造成大家對這件事情的重視，或者它的嚴重度還沒有讓大家體認到護理人力需要協助。我也感謝委員建議，提到須檢討過去用於獎勵人力及品質預算的執行效益。也很感謝健保署提出這項，此外健保會幕僚也做了許多功課，都列在會議資料第 148、149、150 頁，歷年來我們也一直在努力。
- 二、因為時空背景不同，護理不再是吸引人的行業，這些的直接影響就是危害病人安全，剛剛我也提到病人住院天數部分，北榮院長曾說你們忍心讓病人等 10 天、20 天都不能入院開刀嗎？我不知道這樣的等待是影響病人的安全還是兼顧病人的安全，所謂兼顧病人的安全是一定要有足夠的人力，才能安心地開刀，如果沒有足夠的人力，只是為了讓病人可以開刀，少少的人、簡單的做事，真的對病人好嗎？我們一直考量的事情就是病人的安全、病人的需求。
- 三、明明現在已經是這樣的困境，到處都在講沒有人力、沒有人，如果不即時提出改善措施，整個護理界有 18 萬人，但我想這絕不只是護理界的事情，這是攸關病人安全的問題。當沒有人願意將這個行業當成是驕傲的、有價值的、值得從事的工作，全國的民眾該怎麼辦，不管是臨終、出生、生病，在最需要照顧的時候誰來照顧他？當醫師已完成檢查通知他要手術、住院了，可是因為沒有病床不能住院，病人等待開刀的影響不只是病人，而是一個家庭、社會的問題。
- 四、基本上，我不太願意打悲情牌啦！我們應該很理性地看待這個問題，剛剛我也提到，這個現象像海嘯般地來了，人力缺口需要即時地處理，先做止血的措施。至於檢討過去的執行效益部分，我相信政府須要檢討的部分不僅是健保總額，如剛才提到這些問題都和大政策有關係。護全會感謝健保署編列本項預算，眼前的問題就是護理人力在崩盤，如果不適時地…，不要

說止血啦！如果不適時地把它扶起來的話，我想它傾斜、傾倒的速度會更快。我會把這個訊息帶回去讓我們同仁瞭解，也會繼續努力，謝謝各位委員。

盧主任委員瑞芬

因為沒有辦法兩案併陳，請問付費者代表委員在聽完健保署、護全會說明後，目前的付費者版本是不是最後版本？請周委員麗芳。

周委員麗芳

一、主席、各位委員，有關「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」，我想藉這個機會說明，可能過程當中也許有些小誤會，今天一早林委員綉珠有一個方案(如參考資料)分發給委員，可是剛才我們在討論的時候，就是等候付費者委員內部會議時，幾位專家學者及委員，包括韓委員幸紋、吳委員榮達、滕委員西華，他們可能正好沒有拿到、也沒有看到相關資料，護全會也很用心，也提出一個建議，包含：委託第三方進行稽核，預期效益為醫院之護理人員空缺率較前一年減少，不知道在討論的時候有沒有看到這份資料？

二、剛才林委員綉珠的說明，我知道她平時的聲音不是這樣，她是哽咽、眼淚含在眼睛裡面。李副署長丞華代表健保署，健保署也知道未來政策的方向。如果有些委員手上沒有護全會發放的這份資料，我們在外面都有看到，如果沒有的話是不是可以提供給大家，讓付費者代表委員也看一下，是不是可能有再考慮的空間，不見得全有全無，希望大家都能瞭解，如果大家了解之後還是做這樣的決定，我們再來想看看，或許他們沒有足夠的資料。

盧主任委員瑞芬

請李委員永振。

李委員永振

一、我們都瞭解林委員綉珠和健保署的說明，剛才委員也談到這個問題 20 億元不能解決嘛！以前總額已經投入那麼多預算都還

是不能解決問題，而且過去投入的預算現在還在一般服務一直累滾，一開始是 20 億元(104 年總額於一般服務編列 20 億元「提升住院護理照護品質」)，經過幾年複利成長後，現在每年不只 20 億元了，之前投入那麼多錢都沒有辦法解決，現在只有 20 億元有辦法解決這個問題嗎？這是我們最大的考量。

- 二、如果無法解決這個問題，只是把石頭丟下去，說不定連水花都看不到，應該回歸本質、原來的問題。我們在上個月已經提出建議，請儘速檢討過去總額投入相關預算，怎麼使用？達到什麼效果？目前提出的回應好像劃錯重點。上次我提過，現在是無法吸引大家來從事這個行業，不是人力不夠，有證照資格者投入職場不到 6 成，但因應措施是增加考試次數由 2 次增為 3 次，就劃錯重點嘛！是不是和這個一樣，投入 20 億元後還是劃錯重點啊！沒有解決問題，多花這 20 億元的意義在哪呢？你們剛才回應說明沒有辦法說服付費者委員，剛才大家內部會議真的討論蠻久的，我把討論主要的考量點向各位報告。

盧主任委員瑞芬

請林委員綉珠。

林委員綉珠

- 一、我簡單地再回應說明，關於過去護理照護品質相關預算，最早編列在專款，98 年編列在專款，直到 102 年遇到非常嚴重的護理人員荒，98 年到 102 年之間整個護理人力逐漸地穩定、穩定下來，直到去年、今年出現明顯的變化，不敢說一定和疫情有關係。
- 二、剛剛委員提到以前總額挹注相關預算部分，事實上有助於護理人力穩定的，我們也覺得護理人力慢慢地都穩下來。可是疫情期間，109 年之後，我們發現整個護理人力問題，剛才提到不是人力不夠，而是沒有人願意從事這個工作，因為危險度很高，雖然這是一個崇高的工作，但它的價值卻不被重視。醫界也覺得需要爭取健保挹注，近 10 年已經讓護理人力穩定下

來，這些相關預算並不是沒有穩定的作用，就這個部分向各位委員報告。

三、我從 98 年一直參與健保護理相關事務到現在，事實上 102 年後逐漸地穩定，真的感謝各位委員這 10 幾年來對護理的肯定及協助。但近 2 年真的是非常特殊的情況，大家也看到有一個非常大的風暴，所以今年才會希望有一些力量可以協助護理人員更穩定。這 10 幾年來並不是一直都不穩定，當然一定會有人覺得錢不夠，不過這次是人力直接出走、離開來反應，所以我們才會需要更多的協助。

盧主任委員瑞芬

這個部分健保署也很清楚，請健保署回應說明。

李副署長丞華

目前這個項目預算是 20 億元，確實可能要 3 倍、5 倍的效果才會好，我想護理界非常謙虛也不敢一下就提太高，希望大家能體會。現在到醫院第一線現場時就會發現護理人力不足、三班護病比有困難，基本上醫院都是哀鴻遍野，所以希望大家能瞭解，省錢要省到對的地方，不然造成的後果可能會超過我們所能承擔的。

盧主任委員瑞芬

請問付費者代表委員有沒有要再詢問或發言？請黃委員金舜。

黃委員金舜

- 一、主委、在座所有的委員，其實這件事情和我個人沒有關係，但是我瞭解目前醫療的狀態，台灣護理的問題，教育部是嚴重地出了問題，護理就業的安排也嚴重地出了問題。護理畢業生考上執照以後，真正從事護理工作不到 4 成，這是台灣重大的危機，因應人口老化等，如果再這樣下去，台灣的未來該怎麼辦？
- 二、當然，我贊成在座委員提到，這筆 20 億元沒有辦法救護理界及其執業環境，但是這 20 億元是一個強心針，沒有注射這一針馬上就會死了，死了怎麼辦呢？可以先讓他們延長壽命，再

想辦法來救它，如果現在不幫忙注射這個強心劑，台灣的醫療會癱瘓，這是我良心的建議。

盧主任委員瑞芬

感謝黃委員金舜。現在已經晚上 11 點，付費者委員如果堅持這是最後版本，因為本案不能兩案併陳，如果在聽完這些說明以後…。請吳委員榮達。

吳委員榮達

我呼應剛才周委員麗芳的意見，剛才發表過意見以後才拿到護全會提供這張建議資料，不知道付費者代表委員有沒有看過這份建議內容，包含：經費使用情形等，執行方式是由醫院按護理人員工作日計算留任獎勵金額度，每季發放獎勵金，逕撥入護理人員薪資帳戶。雖然執行方式還不夠周詳，但是希望用這筆預算做為護理人員留任的獎勵金，透過留任獎勵金方式盡可能將護理人員留下來，整個方向大概是這樣。如果是這個方向的話，付費者代表是不是可以再思考是否給予預算。

盧主任委員瑞芬

請韓委員幸紋。

韓委員幸紋

林委員綉珠提供這份資料，可能很多付費者代表委員剛才才看到，確實有提出執行方式、監測方式等，有沒有可能不要直接砍到 0 元？我覺得這個訊息出去後，好像變成我們很不支持護理人力，不知道本項還有沒有討論的空間。剛才付費者也提出應該先分析過去投入預算的執行效益，我很願意以專家學者的身分幫忙分析，所以希望還有討論的空間，不要一下子就砍到 0 元，這個訊號太強烈了，這個部分我會比較擔心。請大家考量還有沒有討論的空間，我願意以個人身分幫忙分析，因為真的有護理人員荒，對於人力部分我一直有做研究。比如今天也有某個案子，我忘記項目了，該項有編列預算，但之後再請相關單位提供具體的方案，既然有這樣的前例，有沒有這個機會再商談、考量，以上說明。

盧主任委員瑞芬

請李副署長承華補充說明。

李副署長丞華

因為護理部分確實要非常謹慎，我建議是不是可以這樣處理，其他預算原建議方案金額 183.542 億元，付費者委員建議酌減 5 億元或 8 億元，讓我們自行調整。像立法院的處理方式讓我們自行調整，我們比較知道哪些項目是重要的，不然的話會很嚴重。

盧主任委員瑞芬

請何代理委員語。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

我知道護理人力的問題確實很困難，曾有醫界代表和我討論，我也跟他說護專畢業者就業的起薪多少，待滿 3 年後薪水要調到多少；如果是科技大學畢業的護理師，畢業後起薪多少、工作 3 年以後一定要達到多少。我以主計總處提供的平均薪資中位數為計算基礎，如果護理人員的薪水沒有達到主計總處統計的中位數，我認為會很難聘請到護理人力。

侯委員俊良

不好意思，何代理委員語是不是我們付費者再內部會議討論。

盧主任委員瑞芬

是不是要先內部會議…。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

剛才提到這些錢我都沒有意見，但是 110 年、111 年、112 年連續 3 年醫院總額「醫療服務成本指數改變率」預算中，沒有用於調整護理相關的支付標準，大家看會議資料第 149 頁這張表，110 年、111 年、112 年都沒有。今天除了其他預算的款項之外，健保署能不能承諾運用醫療服務成本指數改變率預算，比方 113 年度醫院總額非協商因素約有 200 多億元(註)，如果這 200 多億元都沒有撥預算給護理人員，這要怎麼處理？我不曉得健保署是否能強力規範需相對

提撥部分預算出來使用？

(註：113年度醫院總額「醫療服務成本及人口因素成長率(俗稱非協商因素)」約213億元，其中「醫療服務成本指數改變率(下稱MCPI)」約150億元。)

盧主任委員瑞芬

- 一、沒有辦法，因為 113 年度醫院總額沒有共識、沒有談成，只有編列在其他預算，其他預算是由健保署統籌管理，健保署才能決定怎麼執行，這是主要的差別。
- 二、付費者代表委員想再進行內部會議討論，是不是先進行內部會議以後再討論，因為現在已經晚上 11 點了。

李委員永振

剛才我們內部會議討論的時候，沒有看到護全會提供的這張資料。

盧主任委員瑞芬

對。

滕委員西華

請等一下，我不是持反對意見，只是提醒，你們就算看到那份資料也要再想一下，護全會提出建議內容和健保署提出 20 億元內容兩者不同，是不一樣的內涵。健保署提出來是夜班費用加給，護理師公會全聯會提出來的是醫院執登護理人員留任獎勵金，請付費者代表委員要仔細詳看這份方案的內容，這個方案健保署要買單嗎？這個方案健保署要不要買單？

李副署長丞華

我想對護理的資源投注，我們全力支持，另外我額外要講第 8 項…。

劉委員淑瓊

請李副署長丞華您具體的回應說明，好不好？

李副署長丞華

第 8 項及第 11 項也不能減預算。

陳委員節如

主席，請看投影的發言序，我還沒有發言。護全會提供這份資料是獎勵金，不是薪水，現在付費者代表委員建議要檢討護理的薪水，關於薪水部分，總額預算從過去到現在，經過那麼多年，已經至少投入 90 億元預算了，卻沒有看到成效。現在健保署又提出 20 億元，我們才會覺得這筆 20 億元投入後還是一樣，每年只有這些獎金而已，照理應該像主計總處統計的資料，護理人員的薪水應該提高多少，留任獎金這個跟薪水沒有關係啊！所以我們才會希望健保署和護全會針對這筆 20 億元經費提出一個具體計畫，不是一定要刪這個計畫，而是要看到整體的計畫內容後再來討論通過，只是這樣而已！

盧主任委員瑞芬

因為其他預算不是總額部門，沒有辦法兩案併陳。請李委員永振。

李委員永振

主席，請再給我們 5 分鐘，我們再進去內部會議討論。

盧主任委員瑞芬

好，5 分鐘。

(付費者代表進行內部會議討論約13分鐘)

盧主任委員瑞芬

付費者已經回到現場，現在晚上 11 點 21 分，已經快變成 pumpkin(午夜金色馬車將變回南瓜，比喻回家或睡覺時間到了)了。現在請付費者代表委員說明你們的版本，是否有修改？(周執行秘書淑婉：第 13 項「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」編列 20 億元，協定事項如電腦螢幕所列)。現在第 13 項編列 20 億元，協定事項如電腦螢幕上所列(註)，健保署是否同意？可不可以？

(註：電腦螢幕顯示，協定事項：

- 1.優先用於強化住院夜班護理照護量能。

- 2.會同護全會於112.10月底前將具體實施規劃，提報本會同意後執行。規劃建議如下：(1)訂定適用對象、動支條件、獎勵費用計算及撥款方式。(2)監測指標(含護病比、薪資調整情形)。(3)建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式。
- 3.於113.7前提專案報告(含歷年相關預算執行檢討結果)。
- 4.護理人力留任及流動與勞動環境及條件存在複雜關係，建議主管機關提出改善策略，宜由公務預算挹注經費支應。
- 5.醫院總額均有編列MCPI預算，宜適度用於提升護理人力照護量能。)

李副署長承華

能往上看到第 8 項、第 11 項…。

盧主任委員瑞芬

你說第 13 項 OK？

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

陳組長！協定事項文字不能寫「宜適度」，是「應有相對金額」用於提升護理人力照護量能。應有相對金額用於提升護理人力照護量能。

(註：電腦螢幕依委員意見同步修正文字如劃線處：5.醫院總額均有編列MCPI預算，應有相對金額用於提升護理人力照護量能。)

盧主任委員瑞芬

現在請李副署長丞華再補充說明。

李副署長丞華

關於第 8 項及第 11 項，因為大家沒有支持，但請寫在會議紀錄上，說我們有做這個提議。

劉組長林義

等一下，第 13 項協定事項第 5 點，因為本項預算編列在其他預算，我們沒辦法規定醫院總額部分，這點執行上有困難。假如付費者委員堅持的話，比照剛才李副署長的建議，將健保署意見寫在旁邊。

盧主任委員瑞芬

現在先討論第 13 項。關於協定事項第 5 點，健保署提出意見，因為 MCPI 預算屬於醫院總額，而本項是列在其他預算，不能在其他預算訂定協定事項去規定其他總額部門，協定事項第 5 點他們沒辦法這麼做。如果付費者代表委員要將這點列在協定事項的話，健保署也要附註意見，這項協定事項不是他們能夠管的。協定事項應該針對其他預算，不能跨越其他總額部門。

李副署長丞華

第 5 點只要第一句話「歷年醫院總額均有編列 MCPI 預算」刪掉，留下後面文字「應有相對金額用於提升住院護理照護量能」還是有達到效果，留下這點以後後面那段，可以達到同樣的效果。

盧主任委員瑞芬

但刪除前面那段文字的話，後面的「應有相對金額」，那個相對金額是指什麼的相對金額？(多位委員：對!)請何代理委員語。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

一、第 1 點，因為 110 年、111 年、112 年醫院總額醫療服務成本指數改變率都沒有拿出部分預算調整護理相關費用。協定事項第 5 項可以加上建議，前面加 2 個字「建議」，建議醫院總額非協商因素的 MCPI 預算，應有相對金額用於提升護理人力(註)，這樣才有意義。

(註：電腦螢幕同步修正協定事項第 5 點如劃線處：5.醫院總額均有編列 MCPI 預算，建議應有相對金額用於提升住院護理照護量能。)

二、第 2 點，非協商因素中的「醫療服務成本指數改變率」預算的運用及分配，由醫院部門和健保署兩邊討論如何分配，之後在共同擬訂會議提出金額及用途討論決定，每年援例都是這樣做。如果有這個協定事項，健保署就可依據付費者代表委員提出的這個建議，希望從醫院總額非協商因素成長率 213 億元中，提出相對金額給護理人力，若再加上本項預算 20 億元，總計可能約有 40 億元，才有充足的預算分配在護理人力，不然這筆 20 億元也很難分配，以上是我的看法。大家看會議資

料，110、111、112 年連續 3 年非協商因素協定事項，都沒有將預算分配給護理人力，醫院也有企業社會責任，醫院主要是照顧病人，但是也有企業經營的責任，照顧護理人員也是它的企業責任。

盧主任委員瑞芬

所以第 13 項，協定事項第 5 點，加上「建議」可以嗎？可以！第 13 項協定事項的文字就按照電腦螢幕所列，可以嗎？請滕委員西華。

滕委員西華

一、我覺得協定事項第 5 點只是形式上宣示而已，不可能有的，而且近年衛福部決定事項，都沒有指定 MCPI 的用途。剛剛大家討論的時候，包括護全會林委員綉珠也在，照護司完全沒有角色是不對的嘛，也須要求有公務預算挹注。就像當年住院醫師納入勞基法，我們堅持沒有給錢，最後由醫事司編列公務預算支應，所以我才會認為護理人力穩定的問題不是加錢而已，而且健保是和醫院特約，醫院是雇主，這當中牽涉複雜性結構問題，即使編列預算也不一定給護理人員。但是由照護司編列公務預算就不一樣，醫事司編列住院醫師預算是直接給住院醫師，和健保沒有關係。

二、我蠻佩服付費者代表委員，我很心疼你們，我相信你們當初決定砍 20 億元的時候，已經做好被罵的準備，我非常心疼。那付費者現在同意編列預算，也應該把公務預算的角色納進來。指定 MCPI 用途不可能成功，還會被醫院部門罵，建議應將公務預算納入，雖然很難成功。(多位付費者代表委員：在協定事項第 4 點)

(註：電腦螢幕顯示：協定事項第 4 點，護理人力留任及流動與勞動環境及條件存在複雜關係，建議主管機關提出改善策略，宜由公務預算挹注經費支應。)

盧主任委員瑞芬

有，列在協定事項第 4 點。

滕委員西華

我只是覺得協定事項第 5 點，只是多被罵而已！

盧主任委員瑞芬

沒關係！寫上去協定事項就是多一點文字說明。請問李副署長還有其他意見嗎？

李副署長丞華

另外第 8 項、第 11 項，請將健保署意見加註上去。

盧主任委員瑞芬

可以用加註的方式嗎？

周執行秘書淑婉

請問什麼意思？

李副署長丞華

因為他們不給嘛！加註健保署建議的內容，再將建議內容往上送啊！

劉委員淑瓊

一、您之前建議其他預算總金額 175 億元讓你們去勻支，可是我們現在已經編列到 178 億元了欸！

二、我要講一句感性的話，我們付費者代表委員真的很窩囊，剛才你們講的都是情緒勒索，我們哪裡不了解，我們最了解！但你們就是沒有提出可以說服付費者代表委員的方案，結果講得好像是我們不願意給錢、我們不了解護理人員的辛苦。對不起！我一直很支持護全會，但是剛剛您的表達很傷我們的心啦！好像我們都不懂、沒血沒淚的樣子。

三、現在回到協商重點，李副署長不要再講了！已經很晚了，我們已經多編 3 億元，好不好？

李副署長丞華

我還是要說明，第 8 項(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)及第 11 項(提升保險服務成效)需要加註。

盧主任委員瑞芬

可能沒有辦法。

陳組長燕鈴

協商實錄會有所有的發言。

盧主任委員瑞芬

這邊只列協定事項，可以嗎？

李副署長丞華

奇怪！他們都可以兩案併陳，我們連加註寫在那邊都不行，主管機關代表可以表達一下意見？哪有什麼不能加註的。

盧主任委員瑞芬

請劉委員玉娟。

劉委員玉娟

請問加註是什麼意思？

盧主任委員瑞芬

健保署建議加註，因為健保署提出建議預算額度付費者代表不同意，就是預算額度不同，現在健保署希望將他們建議的額度以加註方式註明。先請周執行秘書淑婉。

周執行秘書淑婉

查本部社保司所訂本會組成及議事辦法第 10 條規定(註)提到，本會未能於法定期限達成協定時，應就付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員建議方案報部決定。考量協商其他預算健保署角色係代替付費者代表提出建議方案，非協商的醫界方，爰未有兩案併陳主管機關決定的情形。

(註：全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條：健保會未能於法定期限達成醫療給付費用總額及其分配方式之協定時，應分別就保險付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員建議方案當中各提一案，報主管機關

決定。個別委員對建議方案有不同意見時，得提出不同意之意見書，由健保會併送主管機關。)

盧主任委員瑞芬

這是全民健保會組成及議事辦法第 10 條的規定。

周執行秘書淑婉

以前從來沒過以加註方式處理。或許可以參考在委員會議，以個別委員提出不同意見之方式處理，後續看看社保司要不要以個別委員的方式提出個別委員的意見。

劉委員玉娟

其實如果健保署要加註，也是只有建議文字，反正到時候是兩案併陳…。

(眾多委員聲音：沒有兩案併陳…)

李副署長承華

只是加註說我們有這樣的主張。

劉委員玉娟

在協定事項加註文字，是不是？

吳委員榮達

主席，我有意見。

盧主任委員瑞芬

請吳委員榮達。

吳委員榮達

我提個建議，在後天本會召開委員會議的時候，請健保署表達意見，然後做成會議紀錄就可以了，可以適當表達他們的意見，這樣不是很好嗎？(眾多委員表示：贊成！)

盧主任委員瑞芬

OK，我們就這麼處理，禮拜五(9 月 22 日)召開健保會委員會議，確認各部門總額協商結果的時候，將健保署發表的意見放在會議紀錄。請周委員麗芳。

周委員麗芳

我建議禮拜五的時候，健保署也可以用「書面」，口頭講不清楚，你們的書面意見會併同委員會議實錄，反正往上送的時候，這些通通都會送上去了。

林委員綉珠

向各位委員致歉！如果剛才在言語上讓大家不太舒服，我相信所有委員都非常、非常地支持，不管是檯面上、檯面下我都非常的感謝大家，再次謝謝大家。

盧主任委員瑞芬

- 一、這個部分沒有兩案併陳，113 年度其他預算總經費 178.182 億元，較 112 年度增加 20.39 億元。
- 二、至於健保署所提建議而付費者沒有接受的部分，在禮拜五委員會議確認其他預算協商結論時候，將健保署意見做成會議紀錄，併同陳送衛福部，因為部還要做最後裁決。
- 三、非常感謝各位，現在是晚上 11 點 34 分總額協商共識會議協商到此結束，謝謝大家！12 點以前讓各位回去休息，辛苦付費者代表、辛苦健保署，非常感謝！

衛福部健保會 113 年度總額協商共識會議
其他預算協商現場提供資料(林委員綉珠提供)

中華民國護理師護士公會全國聯合會

對健保署於 113 年其他預算編列 20 億項目「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」之本會建議

專款來源:其他預算

目的:為提升護理人員留任意願，創造具吸引力的醫院職場，提供醫院護理人員留任獎勵金，以維持醫院護理照護量能。

執行範圍:健保特約醫院執登護理人員(研究護理師等除外)

經費來源:113 年專款 20 億及健保給付醫院護病比加成總費用提撥 80%，共二筆經費作為留任獎勵金

執行方式:由醫院按護理人員工作日計算留任獎勵金額度，每季發放獎勵金，逕撥入護理人員薪資帳戶

監測方式:

- 1.醫院定期填報資訊並公開資訊
- 2.健保署委託第三方進行費用稽核

執行目標：

- 1.申請健保留任獎勵金的醫院家數/健保特約醫院家數 x100%=100%
- 2.醫院提撥健保護病比加成護理費總費用之 80%回饋用於留任護理人員獎勵金的醫院家數/健保特約醫院領有護病比加成護理費的醫院家數 X 100%=100%

預期效益:

健保特約醫院之護理人員空缺率較前一年下降 1%

註：空缺率=空缺人數/（當年年底全職受僱人數+空缺人數）x100%