

衛生福利部全民健康保險會
第6屆113年第8次委員會議事錄

中華民國113年9月27日

衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第8次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國113年9月27日上午9時30分

方式及地點：實體會議(本部 301 會議室)、視訊會議(使用 Webex 線上會議系統)

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：盛培珠、張嘉云

出席委員：(依姓名筆劃排序，*為參與視訊會議)

王委員惠玄*、田委員士金、朱委員益宏*、江委員錫仁、吳委員榮達*、吳委員鏘亮*、李委員飛鵬(台灣醫院協會廖秘書長振成代理)*、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*、花委員錦忠(台灣總工會張秘書長鈺民代理)、侯委員俊良、張委員清田*、陳委員杰、陳委員石池(台灣醫學中心協會游秘書長進邦代理)*、陳委員相國(中華民國醫師公會全國聯合會黃常務理事啓嘉代理)*、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(中華民國中醫師公會全國聯合會中醫門診醫療服務審查執行會蘇執行長守毅代理)、劉委員玉娟、劉委員守仁*、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*、謝委員佳宜*、韓委員幸紋

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、陳副署長亮好

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第93頁)

貳、議程確認：(詳附錄第93~94頁)

決定：確認。

參、確認上次(第7次)委員會議紀錄：(詳附錄第94頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第95~107頁)

決定：

- 一、上次(第7次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形，擬解除追蹤1項，同意解除追蹤。
- 二、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬解除追蹤1項，同意解除追蹤。
- 三、有關委員關切114年度全民健康保險醫療給付費用總額基期之計算是否包含移由公務預算支應項目之費用額度，請衛生福利部以書面回復並詳列其計算過程及結果(含公式及詳細數據)。
- 四、餘洽悉。

伍、討論事項：(詳附錄第108~133頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：114年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案，提請討論。

決議：

- 一、鑑於行政院在114年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍核定函內容提及「114年多項健保支出項目移由公務預算支應，請再檢視總額基期與協商因素，避免與公務預算重複」，爰建請衛生福利部對114年度移由公務預算支應之項目及預算，自115年度起不得再納入總額及其基期，且若未來再納由總額支應，則政府應編列預算挹注健保經費。
- 二、114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配，經付費者代表及醫事服務提供者代表完成協商，結論如下：
 - (一)達成共識之部門：
牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算，如附件一、二、三，其中新增或延續性項目之「執行目標」

及「預期效益之評估指標」，暫列如劃線處，請中央健康保險署會同總額部門相關團體研訂，並提報本(113)年10月份委員會議(113.10.23)確認。

註：中央健康保險署對於其他預算第(十二)項之預算金額有不同意見，將一併陳報主管機關決定。

(二)未達共識之部門：

由付費者代表及醫事服務提供者代表各自提出建議方案：醫院總額及西醫基層總額，如附件四、五，將兩案併陳報衛生福利部決定，其中新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，請衛生福利部就114年總額政策目標要求，逕予核定。

三、請各總額部門相關團體於本年10月7日前，提送地區預算分配之建議方案，於10月份委員會議討論；若部門未提送分配建議方案，則由本會掣案提11月份委員會議(113.11.20)討論，以能依法於年底前完成協定。

第二案

提案人：滕委員西華、吳委員榮達、韓委員幸紋、蔡委員麗娟、劉委員淑瓊、陳委員節如、楊委員芸蘋、林委員恩豪、侯委員俊良、李委員永振、陳委員鴻文

代表類別：專家學者及公正人士、被保險人代表、雇主代表

案由：建請健保署成立「心臟—乳癌」照護模式，納入並給付心臟科醫師成為「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案」支付標準內之必要共照醫師成員，於處方藥物治療前由心臟科醫師評估病人心臟/心血管情況，且於治療期間注意監測、追蹤病人是否產生心臟與心血管併發症，並同時新增非「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案」院所，給付前述相同之心臟科醫師醫療照護費用案，提請討論。

決議：本案係屬保險業務監理事項，委員所提監理建議，請中央健康保險署研參。

第三案

提案人：陳委員節如

代表類別：保險付費者代表之被保險人代表

案由：居家醫療照護整合計畫訪視費及個案管理費應衡酌實務給予合理調升，並將居家醫療整合照護預算逐步提升至健保整體預算百分之一規模案，提請討論。

決議：本案係屬保險業務監理事項，委員所提監理建議，請中央健康保險署研參。

第四案

提案人：陳委員節如

代表類別：保險付費者代表之被保險人代表

案由：全民健保應強化社區型急性後期照顧(PAC)服務模式，協助病患重返家庭生活案，提請討論。

決議：委員所提意見，請中央健康保險署研參，及持續精進PAC 照護模式、評核指標，並於114年7月前提本會報告。

陸、報告事項：(詳附錄第134頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：113年8月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署回復說明。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：上午 11 時 35 分。

114 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：

114 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 113 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+114 年度一般服務成長率)+114 年度專款項目經費

註：校正後 113 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 113.9.3 衛部保字第 1130139528 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(113 年)牙醫門診一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前 1 年度(113 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 2.676%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.675%，協商因素成長率 0.001%。
- (二)專款項目全年經費為 4,663.3 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，114 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 4.679%。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 114 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 115 年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

- 1.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)(0.011%，預估增加 5.5 百萬元)(114 年新增項目)：

本項配合醫療器材使用規範修訂已導入支付標準修訂

項目，於一般服務編列預算。

2.「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」專款與一般服務重複費用扣減(0.000%，減列 0.2 百萬元)(114 年新增項目)。

3.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.010%，減少 4.7 百萬元)：

本項不列入 115 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 4,663.3 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 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 323.8 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)請中央健康保險署檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略。

2.牙醫特殊醫療服務計畫：

(1)全年經費 805.9 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持續監測本計畫醫療團適用對象(包含：不同障別、障等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性。

②依 114 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 114 年 7 月提全民健康保險會報告。

3.12~18 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)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，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。

4.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會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，及評估照護成效。
 - 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，並於執行第 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 115 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。

5.高風險疾病口腔照護計畫：

- (1)全年經費 2,800 百萬元。
- (2)加強高風險疾病病人口腔照護，並增加照護人數。
- (3)執行目標(暫列)：
 - ①「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 150 萬人次。
 - ②「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)預估服務人次 150 萬人次。

預期效益之評估指標(暫列)：

①國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。

②自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。

③65 歲以上病人 3 年後(116 年)起因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數減少。

(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，於具體實施計畫中，妥為研訂「高風險疾病病人牙結石清除/塗氟」增加照護人數之作法，並評估其完整照護率及照護成效，研議朝完整照護包裹式支付、論病例或論質計酬等方向，進行支付制度改革。

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，並於執行第 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 115 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。

6.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)適用對象新增帕金森氏病人、失智症病人、甲狀腺相關疾病病人、與牙科治療相關之自體免疫系統病人。

(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，訂定「預期效益之評估指標」之監測值，以利評估成效，並於 114 年 7 月前提報全民健康保險會。

- 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。
- 7.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)：本項移列一般服務。
- 8.非齒源性口腔疼痛處置(114年新增項目)：
- (1)全年經費14.4百萬元。
- (2)執行目標(暫列)：每年執行10,000人次。
- 預期效益之評估指標(暫列)：病歷記載之疼痛分數下降超過3成。
- (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，訂定醫療服務內容(含適應症之條件及申報資格，如限定專科別及層級別等)，於113年12月前提報全民健康保險會。
- ②本計畫以3年為檢討期限(114~116年)，請會同牙醫門診總額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(116年7月)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- 9.品質保證保留款：
- (1)全年經費95.8百萬元。
- (2)本項專款額度(95.8百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原106年品質保證保留款之額度(116.4百萬元)，合併運用(計212.2百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
- 10.網路頻寬補助費用：

本項 113 年預算 143 百萬元，114 年改由公務預算支應。

11.癌症治療品質改善計畫：

本項 113 年預算 10 百萬元，114 年改由公務預算支應。

附表 114 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		2.675%	1,306.0	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。
投保人口預估成長 率		0.362%		
人口結構改變率		0.257%		
醫療服務成本指數 改變率		2.048%		
協商因素成長率		0.001%	0.7	請於 114 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；實施成效納入 115 年度總 額協商考量。
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	1. 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) (114 年新 增項目)	0.011%	5.5	本項配合醫療器材使用規範修 訂已導入支付標準修訂項目， 於一般服務編列預算。
其他議 定項目	2. 「12~18歲 青少年口 腔提升照 護試辦計 畫」專款 與一般服 務重複費 用扣減 (114 年新 增項目)	0.000%	-0.2	
	3. 違反全民 健康保險 醫事服務	-0.010%	-4.7	本項不列入 115 年度總額協商 之基期費用。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	機構特約 及管理辦法之扣款			
一般服務 成長率 ^{註1}	增加金額	2.676%	1,306.7	
	總金額		50,129.8	
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 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成，且均應於 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
1.	醫療資源不足地區改善方案	323.8	13.8	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.請中央健康保險署檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略。
2.	牙醫特殊醫療服務計畫	805.9	24.2	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)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。 (2)依 114 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 114 年 7 月提全民健康保險會報告。
3.	12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	171.5	0.0	請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果(如：參加

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			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。
4.超音波根管沖洗計畫	144.8	0.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，及評估照護成效。 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，並於執行第 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。 請於協商 115 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。
5.高風險疾病口腔照護計畫	2,800.0	1,201.0	<ol style="list-style-type: none"> 加強高風險疾病病人口腔照護，並增加照護人數。 執行目標(暫列)： <ol style="list-style-type: none"> 「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 150 萬人次。 「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)預估服務人次 150 萬人次。 <p>預期效益之評估指標(暫列)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。 自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。

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>(3)65 歲以上病人 3 年後(116 年)起因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數減少。</p> <p>3.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，於具體實施計畫中，妥為研訂「高風險疾病病人牙結石清除/塗氟」增加照護人數之作法，並評估其完整照護率及照護成效，研議朝完整照護包裹式支付、論病例或論質計酬等方向，進行支付制度改革。</p> <p>(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，並於執行第 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)請於協商 115 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>
6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫	307.1	0.0	<p>1.適用對象新增帕金森氏病人、失智症病人、甲狀腺相關疾病病人、與牙科治療相關之自體免疫系統病人。</p> <p>2.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，訂定「預期效益之評估指標」之監測值，以利評估成效，並於 114 年 7 月前提報全民健康保險會。</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
			(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。
7.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)	0.0	-5.5	本項移列一般服務。
8.非齒源性口腔疼痛處置 (114 年新增項目)	14.4	14.4	<p>1.執行目標(暫列):每年執行 10,000 人次。 <u>預期效益之評估指標(暫列):</u> <u>病歷記載之疼痛分數下降超過 3 成。</u></p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項: (1)會同牙醫門診總額相關團體,訂定醫療服務內容(含適應症之條件及申報資格,如限定專科別及層級別等),於 113 年 12 月前提報全民健康保險會。 (2)本計畫以 3 年為檢討期限(114~116 年),請會同牙醫門診總額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(116 年 7 月)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p>
9.品質保證保留款	95.8	48.0	1.本項專款額度(95.8 百萬元),應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				之額度(116.4 百萬元)，合併運用(計 212.2 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
	10.網路頻寬補助費用	0.0	-143.0	本項 113 年預算 143 百萬元，114 年改由公務預算支應。
	11.癌症治療品質改善計畫	0.0	-10.0	本項 113 年預算 10 百萬元，114 年改由公務預算支應。
	專款金額	4,663.3	1,142.9	
較基期成長率 (一般服務+專款)^{註2}	增加金額	4.679%	2,449.6	
	總金額		54,793.1	

- 註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 48,823.3 百萬元(含 113 年一般服務預算為 48,516.8 百萬元，及校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值 305.7 百萬元、加回前 1 年度(113 年)健保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核定金額 0.8 百萬元)。
- 2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 52,343.7 百萬元，其中一般服務預算為 48,823.3 百萬元，專款為 3,520.4 百萬元。
- 3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

114 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：

114 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 113 年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+114 年度一般服務成長率)+114 年度專款項目經費

註：校正後 113 年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 113.9.3 衛部保字第 1130139528 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(113 年)中醫門診一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前 1 年度(113 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 5.468%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.588%，協商因素成長率 1.880%。
- (二)專款項目全年經費為 1,283.4 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，114 年度中醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 5.274%。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 114 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 115 年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

- 1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(約 752.6 百萬元)，其中 53.4 百萬元併入「提升用藥品質」項目使用。
- 2.提升用藥品質(1.112%，預估增加 347 百萬元)(114 年新增項目)：

(1)執行目標(暫列)：

①確保用藥安全。

②中藥不良反應報告數量低於 0.1%(計算方法： $\frac{\text{中藥不良反應報告數}}{\text{總用藥人次}} * 100\%$)。

預期效益之評估指標(暫列)：

①確保用藥安全。

②中藥不良反應報告數量低於 0.1%(計算方法： $\frac{\text{中藥不良反應報告數}}{\text{總用藥人次}} * 100\%$)。

(2)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項：

①應增加健保中藥給付品項、提升用藥品質，並減少民眾用藥自費情形，具體規劃於 113 年 12 月前提報全民健康保險會。

②於額度內妥為管理運用，並落實中藥用藥品質提升及費用之監督與管理。

③研議將科學中藥納入核實申報及進行藥價調查之可行性。

3.中醫門診總額「醫療資源不足地區改善方案」專款之論量計酬費用移撥至一般服務費用不足部分(0.513%，預估增加 160 百萬元)(114 年新增項目)。

4.「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款(114 年新增子宮頸癌、子宮體癌、甲狀腺癌)與一般服務重複費用扣減(-0.018%，減列 5.5 百萬元)(114 年新增項目)。

5.「照護機構中醫醫療照護方案」專款之論量計酬費用移列一般服務(0.276%，預估增加 86 百萬元)(114 年新增項目)。

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(-0.003%，減少 0.8 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 115 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 1,283.4 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 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 183 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 465.9 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.中醫提升孕產照護品質計畫：

(1)全年經費 82 百萬元。

(2)請中央健康保險署持續評估本計畫提升孕產照護的成效，對於執行成效良好之保胎項目，請規劃導入一般服務；另對成效有待提升之助孕項目，請研提改善策略，以提升助孕成功率。

4.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：

本項自 114 年度起停辦。

5.中醫癌症患者加強照護整合方案：

(1)全年經費 352.3 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：

服務人數 14,000 人。

預期效益之評估指標(暫列)：

FACT-G、CTCAE 等整體成效評估有改善。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①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」。

②其中「癌症患者中醫門診加強照護計畫」，擴大適用於子宮頸癌、子宮體癌及甲狀腺癌。

6.中醫急症處置：

(1)全年經費 10 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同中醫門診總額相關團體，持續檢討計畫執行情形及成效，於 114 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。

7.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：

(1)全年經費 152.4 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：

參與院所數為 150 家及服務人數以 7,000 人為目標。

預期效益之評估指標(暫列)：

eGFR 量表評量結果呈正向發展。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①請持續檢討費用申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，以建立合理給付標準。

②依 114 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

同中醫門診總額相關團體議定後，於 114 年 7 月
提全民健康保險會報告。

8. 照護機構中醫醫療照護方案：

- (1) 本計畫編列論次費用 8 百萬元，論量計酬費用移列一般服務。
- (2) 請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，檢討本計畫費用(含論量計酬費用)申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，朝論質計酬及建立合理支付等方向，精進支付制度。

9. 品質保證保留款：

- (1) 全年經費 29.8 百萬元。
- (2) 本項專款額度(29.8 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(22.8 百萬元)，合併運用(計 52.6 百萬元)。
- (3) 請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

10. 網路頻寬補助費用：本項 113 年預算 83 百萬元，114 年改由公務預算支應。

附表 114 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	3.588%	1,119.5	1.計算公式： 醫療服務成本及人口因素 成長率=[(1+人口結構改變 率+醫療服務成本指數改變 率)×(1+投保人口預估成長 率)]-1。 2.醫療服務成本指數改變率所 增加之預算(約 752.6 百萬 元)，其中 53.4 百萬元併入 「提升用藥品質」項目使用。	
投保人口預估成長 率	0.362%			
人口結構改變率	0.802%			
醫療服務成本指數 改變率	2.412%			
協商因素成長率	1.880%	586.7	請於 114 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；實施成效納入 115 年度總 額協商考量。	
保險 給付 項目 及支 付標 準之 改變	1.提升用藥品 質(114 年新 增項目)	1.112%	347.0	1.執行目標(暫列)： (1)確保用藥安全。 (2)中藥不良反應報告數量低 於 0.1%(計算方法：中藥 不良反應報告數 / 總用 藥人次 * 100%)。 預期效益之評估指標(暫列)： (1)確保用藥安全。 (2)中藥不良反應報告數量低 於 0.1%(計算方法：中藥 不良反應報告數 / 總用 藥人次 * 100%)。 2.請中央健康保險署會同中醫 門診總額相關團體辦理下列 事項： (1)應增加健保中藥給付品 項、提升用藥品質，並減 少民眾用藥自費情形，具 體規劃於 113 年 12 月前 提報全民健康保險會。 (2)於額度內妥為管理運用， 並落實中藥用藥品質提

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				升及費用之監督與管理。 (3)研議將科學中藥納入核實申報及進行藥價調查之可行性。
其他醫療服務利用及密度之改變	2.中醫門診總額「醫療資源不足地區改善方案」專款之論量計酬費用移撥至一般服務費用不足部分(114年新增項目)	0.513%	160.0	
其他定目 其議項目	3.「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款(114年新增子宮頸癌、子宮體癌、甲狀腺癌)與一般服務重複費用扣減(114年新增項目)	-0.018%	-5.5	
	4.「照護機構中醫醫療照護方案」專款之論量計酬費用移列一般服務(114年新增項目)	0.276%	86.0	
	5.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦	-0.003%	-0.8	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 115 年度總額協

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	法之扣款			商之基期費用。
一般服 務成長 率 ^{#1}	增加金額	5.468%	1,706.2	
	總金額		32,908.6	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於113年11月前完成，新增計畫原則於113年12月前完成，且均應於114年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
1. 醫療資源不足地區改善方案		183.0	3.0	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。
2. 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		465.9	29.1	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。
3. 中醫提升孕產照護品質計畫		82.0	12.0	請中央健康保險署持續評估本計畫提升孕產照護的成效，對於執行成效良好之保胎項目，請規劃導入一般服務；另對成效有待提升之助孕項目，請研提改善策略，以提升助孕成功率。
4. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫		0.0	-21.2	本項自114年度起停辦。
5. 中醫癌症患者加強照護整合方案		352.3	87.3	1.執行目標(暫列)： <u>服務人數14,000人。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> <u>FACT-G、CTCAE等整體成效評估有改善。</u> 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續辦理「癌症患者西醫

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>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> <p>(2)其中「癌症患者中醫門診加強照護計畫」，擴大適用於子宮頸癌、子宮體癌及甲狀腺癌。</p>
6.中醫急症處置	10.0	0.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.會同中醫門診總額相關團體，持續檢討計畫執行情形及成效，於114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>
7.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	152.4	47.1	<p>1.執行目標(暫列)： <u>參與院所數為150家及服務人數以7,000人為目標。</u></p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列)：eGFR量表評量結果呈正向發展。</u></p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)請持續檢討費用申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，以建立合理給付標準。</p> <p>(2)依114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，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於114年7月提全民健康保險會報告。</p>
8.照護機構中醫醫療照護方案	8.0	-40.0	<p>1.本計畫編列論次費用8百萬元，論量計酬費用移列一般服務。</p> <p>2.請中央健康保險署會同中醫</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
				門診總額相關團體，檢討本計畫費用(含論量計酬費用)申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，朝論質計酬及建立合理支付等方向，精進支付制度。
	9.品質保證保留款	29.8	-27.6	1.本項專款額度(29.8百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原106年品質保證保留款之額度(22.8百萬元)，合併運用(計52.6百萬元)。 2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
	10.網路頻寬補助費用	0.0	-83.0	本項113年預算83百萬元，114年改由公務預算支應。
	專款金額	1,283.4	6.7	
較基期成長率 (一般服務+專款)^{註2}	增加金額	5.274%	1,712.9	
	總金額		34,192.0	

註:1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為31,202.4百萬元(含113一般服務費用為31,011.3百萬元，及校正前2年度(112年)投保人口預估成長率與實際之差值187.1百萬元、加回前1年度(113年)健保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核定金額4.0百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為32,479.1百萬元，其中一般服務預算為31,202.4百萬元，專款為1,276.7百萬元。

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

114 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協商結論：

(一)114 年度其他預算減少 1,092.1 百萬元，預算總額度為 18,227.7 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 113 年 11 月前完成，新增項目原則於 113 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 114 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；實施成效納入 115 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)訂定分級醫療成效評估指標，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)，評估分級醫療之執行效益。
 - (2)持續檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，提出改善方案，以提升下轉成效。
 - (3)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 114 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 1,356.6 百萬元。

2.預期效益之評估指標：(暫列)

①山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。

②成人預防保健利用率。

③子宮頸抹片利用率。

執行目標：(暫列)

①山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度達 95%。

②成人預防保健利用率 \geq 20%。

③子宮頸抹片利用率 \geq 16%。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質(含建立醫療品質監測指標)，並評估 114 年新增鼓勵提升山地離島地區醫療服務措施之成效。

(2)新增「公費醫師在地服務診次費用」：建立評估機制，檢討本項預算對鼓勵公費醫師留鄉之成效，包括公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率等，並提出退場規劃。

(3)新增「山地離島地區醫療院所點值保障費用」：應審慎評估鄰近都會地區醫療院所保障點值每點 1 元之合理性，並訂定排除條件。

(4)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，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、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務：

1.全年經費 9,378 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.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模式，提升品質與成效之評估指標(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)，並檢討、修訂「居家醫療照護整合計畫」相關支付標準。

(2)擴大辦理「在宅急症照護試辦計畫」：

①加強監測病人安全、治療品質及成效，並滾動檢討計畫內容，以精進在宅急症照護模式。

②收集及分析本計畫替代醫院住院費用情形，供 115 年度總額協商參考。

③以 4 年為檢討期限(113~116 年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則於執行第 4 年(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。

④於 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含近年支付標準調整情形及成效指標監測結果)。

(四)支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、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 215 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：本項移併至「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎

藥費、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」專款項目。

(六)推動促進醫療體系整合計畫：

- 1.全年經費 520 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」，及擴大辦理「遠距醫療會診」。
- 3.「遠距醫療會診」之執行目標及預期效益之評估指標：
預期效益之評估指標(暫列)：增加 2 個山地離島適用地區、80 個醫療資源缺乏地區、51 所矯正機關及 3 所分監等保險對象專科門診可近性。

執行目標(暫列)：服務人次較前一年增加 10%。

4.請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)檢討計畫執行方式，及評估醫療品質與成效，研提改善策略，以提升執行成效。
- (2)為配合醫院「擴大多重慢性病收案照護」之政策，加強推動「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，強化多重慢性病人之整合照護。
- (3)擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃，並於 114 年 7 月前提全民健康保險會報告。
- (4)於 114 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 1,000 百萬元。
- 2.經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。

(八)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

1.全年經費 1,928.1 百萬元。

2.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續檢討本計畫醫療利用情形(包含監測醫療利用率、檢討門診次數成長合理性)，並加強執行面管理，訂定監測照護品質及健康結果改善之評估指標，評估執行成效，並於 114 年 7 月前提全民健康保險會報告。

(2)為減少疥瘡等傳染病發生，請衛生福利部協調矯正機關加強改善衛生環境。

(九)腎臟病照護及病人衛教計畫：

1.全年經費 500 百萬元。

2.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫，並於額度內妥為管理運用。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以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。

(3)檢討「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標，訂定更具鑑別度之獎勵方式，以落實獎勵之目的。

(十)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。

(十一)提升保險服務成效：本項 113 年預算 500 百萬元，114 年改由公務預算支應。

(十二)114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整 (RBRVS) 等(114 年新增項目)：

1.全年經費 2,500 百萬元。

2.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)本項經費用於通盤檢討及修訂支付標準，其中住院護理費、急重難罕症診療費等，多年未通盤調整的部分，建議列為優先調整項目，並不得用於保障點值每點 0.95 元相關費用。

(2)支付標準調整請以「預算中平」為調整原則(有調升項目亦相對有調降項目)，並於 114 年度總額公告後，將具體執行方案(如預算用途、執行內容及支付方式等)，提全民健康保險會同意後，依程序辦理。

中央健康保險署不同意見：建議全年經費 3,377 百萬元。

(十三)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：本項 113 年預算 1,486 百萬元，114 年改由公務預算支應。

(十四)因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能：本項 113 年預算 4,000 百萬元，114 年改由公務預算支應。

附表 114 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113年11月前完成，新增項目原則於113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114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；實施成效納入115年度總額協商考量。
1. 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)訂定分級醫療成效評估指標，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)，評估分級醫療之執行效益。 (2)持續檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，提出改善方案，以提升下轉成效。 (3)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114年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
2. 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	1,356.6	501.2	1.預期效益之評估指標：(暫列) (1) <u>山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。</u> (2) <u>成人預防保健利用率。</u> (3) <u>子宮頸抹片利用率。</u> 執行目標：(暫列) (1)山地離島地區醫療給付效益提昇計

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>畫民眾滿意度達95%。</p> <p>(2)成人預防保健利用率\geq20%。</p> <p>(3)子宮頸抹片利用率\geq16%。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質(含建立醫療品質監測指標)，並評估114年新增鼓勵提升山地離島地區醫療服務措施之成效。</p> <p>(2)新增「公費醫師在地服務診次費用」：建立評估機制，檢討本項預算對鼓勵公費醫師留鄉之成效，包括公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率等，並提出退場規劃。</p> <p>(3)新增「山地離島地區醫療院所點值保障費用」：應審慎評估鄰近都會地區醫療院所保障點值每點1元之合理性，並訂定排除條件。</p> <p>(4)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。</p>
3.居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務	9,378.0	1,000.0	<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.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模式，提升品質與成效之評估指標(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)，並檢討、修訂「居家醫療照護整合計畫」相關支付標準。</p> <p>(2)擴大辦理「在宅急症照護試辦計畫」：</p> <p>①加強監測病人安全、治療品質及成效，並滾動檢討計畫內容，以精進在宅急症照護模式。</p> <p>②收集及分析本計畫替代醫院住院</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>費用情形，供 115 年度總額協商參考。</p> <p>③以 4 年為檢討期限(113~116 年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則於執行第 4 年(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。</p> <p>④於 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含近年支付標準調整情形及成效指標監測結果)。</p>
4. 支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、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	215.0	125.0	
5. 支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費	0.0	-125.0	本項移併至「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、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」專款項目。
6. 推動促進醫療體系整合計畫	520.0	70.0	<p>1. 持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」，及擴大辦理「遠距醫療會診」。</p> <p>2. 「遠距醫療會診」之執行目標及預期效益之評估指標： 預期效益之評估指標(暫列)：增加 2 個</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p><u>山地離島適用地區、80個醫療資源缺乏地區、51所矯正機關及3所分監等保險對象專科門診可近性。</u></p> <p><u>執行目標(暫列):服務人次較前一年增加10%。</u></p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討計畫執行方式，及評估醫療品質與成效，研提改善策略，以提升執行成效。 (2)為配合醫院「擴大多重慢性病收案照護」之政策，加強推動「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，強化多重慢性病人之整合照護。 (3)擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃，並於114年7月前提全民健康保險會報告。 (4)於114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)。</p>
7.調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	1,000.0	559.4	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。
8.提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,928.1	274.3	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.持續檢討本計畫醫療利用情形(包含監測醫療利用率、檢討門診次數成長合理性)，並加強執行面管理，訂定監測照護品質及健康結果改善之評估指標，評估執行成效，並於114年7月前提全民健康保險會報告。 2.為減少疥瘡等傳染病發生，請衛生福利部協調矯正機關加強改善衛生環境。</p>
9.腎臟病照護及病人衛教計畫	500.0	-11.0	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

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			計畫，並於額度內妥為管理運用。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以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。 (3)檢討「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標，訂定更具鑑別度之獎勵方式，以落實獎勵之目的。
10.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。
11.提升保險服務成效	0.0	-500.0	本項113年預算500百萬元，114年改由公務預算支應。
12.114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等(114年新增項目)	<u>2,500.0</u>	<u>2,500.0</u>	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.本項經費用於通盤檢討及修訂支付標準，其中住院護理費、急重難罕症診療費等，多年未通盤調整的部分，建議列為優先調整項目，並不得用於保障點值每點0.95元相關費用。 2.支付標準調整請以「預算中平」為調整原則(有調升項目亦相對有調降項目)，並於114年度總額公告後，將具體執行方案(如預算用途、執行內容及支付方式等)，提全民健康保險會同意後，依程序辦理。 中央健康保險署不同意見：建議全年經費3,377百萬元。
13.提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫	0.0	-1,486.0	本項113年預算1,486百萬元，114年改由公務預算支應。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
事機構網路 頻寬補助費 用			
14.因應醫院護理 人力需求，強 化住院護理 照護量能	0.0	-4,000.0	本項113年預算4,000百萬元，114年改由公務預算支應。
總計	18,227.7	-1,092.1	

114 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■ 114 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 113 年度醫院一般服務醫療給付費用×(1+114 年度一般服務成長率) +114 年度專款項目經費+114 年度醫院門診透析服務費用

■ 114 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×(1+114 年度成長率)

註：校正後 113 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 113.9.3 衛部保字第 1130139528 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(113 年)醫院一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前 1 年度(113 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

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 114 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 115 年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 5.410%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.344%，協商因素成長率 1.066%。各項協商因素及建議事項如下：

1.新醫療科技(新藥、新特材、新增診療項目)(0.825%，預估增加 4,463.0 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，於 114 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 115 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)積極引進新特材，避免新增差額給付項目。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 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/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，並於 115 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.給付規定改變(藥品、特材、診療項目)(0.370%，預估增加 2,000 百萬元)：

- (1)含慢性腎臟病方案追蹤之必要檢查項目，由 UPCR(尿蛋白與尿液肌酸酐比值)修訂為 UACR(尿微蛋白與尿液肌酸酐比值)所增加預算。
- (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，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 114 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 115 年度總額協商前，提出年度給

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 114 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，並於 115 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.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(0%)(114 年新增項目)：

依中央健康保險署建議，維持編列於專款項目。

4.因支付衡平性已調整支付標準項目(0.334%，預估增加 1,808.8 百萬元)(114 年新增項目)：

本項配合醫療器材使用規範修訂，及「提升醫院兒童急重症照護量能」已導入支付標準修訂項目，於一般服務編列預算。

5.因應牙醫支付標準調整所增加預算(0.0001%，預估增加 0.7 百萬元)(114 年新增項目)：

用於因應牙醫門診總額 112 年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。

6.因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引-UPCR 修訂為 UACR 所增加預算(0%)(114 年新增項目)：

本項屬單一檢驗項目之放寬，性質符合「給付規定改變(藥品、特材、診療項目)」，爰併入該項。

7.因應 C 肝共病族群(DM、DKD、CKD、Early-CKD 及 Pre-ESRD)之 C 肝篩檢納入健保給付所增加之費用(0%)(114 年新增項目)：

C 肝篩檢屬於預防保健服務，宜由公務預算支應。

8.調整基本診療章支付標準、病房費調整(含 RBRVS)，合理支撐醫療經營成本(如配合政府公教人員調薪的薪資幅度等……)，以改善台灣醫療血汗的環境(0%)(114年新增項目)：

考量歷年「醫療服務成本指數改變率」已編列醫療服務成本變動所需費用，及依中央健康保險署意見，本項併入專款項目「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)」規劃辦理，不另編預算。

9.配合賴總統 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用提升，醫療服務密集度改變(0%)(114年新增項目)：

(1)「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」，維持於專款項目編列。

(2)國民健康署擴大癌症篩檢，旨在早期發現、早期治療，整體醫療費用應有所節省，篩檢初期衍生之費用，建議爭取公務預算支應，本項不編列預算。

10.全日護病比(-0.462%，預估減少 2,500 百萬元)：

114年起自醫院總額一般服務費用移除，改由公務預算支應。

11.因應長新冠照護衍生費用(0%)(114年新增項目)：

考量新冠疫情已逐年遞減並回歸常態醫療，爰不編列預算。

12.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.001%，減少 3.2 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 115 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 45,947.3 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 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成。

1. 暫時性支付(新藥(非癌藥)、新特材)：

(1) 全年經費 542 百萬元。

(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，並於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(含執行方式、預算估算及財務控管、擬定暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，俾落實管控。

② 請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

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 115 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 17,996 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 5,750 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 5,364.33 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)中央健康保險署提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、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 1,814.1 百萬元。
- (2)維持 113 年方案，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、生物相似性藥品等方案。
- (3)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①滾動式檢討方案內容，對執行多年的方案，若實施模式成熟且成效良好，請比照糖尿病方案導入支付標準，若照護率低或成效不明確，應提出改善策略，或啟動退場機制。另請檢討生物相似性藥品方案之執行成效，評估對醫療費用及醫療品質的影響。
 - ②朝全人照護方向整合相關計畫(如：代謝症候群防治計畫、家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全

人全社區照護計畫等)，以避免病患被重複收案。

③建議依病患之疾病風險提供分級管理照護服務，並依據病患的疾病風險、追蹤頻率及管理密度，擬定對應的個案管理費，以避免逆選擇效應。

④訂定過程面(如：多科看診狀況)及結果面(如：潛在可避免急診率及不當用藥比率等)監測指標。

7.急診品質提升方案：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：

①精進方案執行內容，以解決急診壅塞為目標，並增訂壅塞無法達標之處理方式，以提升急診處置效率及照護品質，並於 114 年 7 月前提出專案報告。

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。

8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費 210 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①積極推動 DRGs 雙軌方案，朝建立論價值支付制度為推動方向，以醫院為單位進行試辦，早日完成全面導入 DRGs 支付制度。

②於 114 年 7 月前提出專案報告，說明雙軌制試辦期程及短、中、長期目標。

9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 135.5 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。

10.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 2,000 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①依衛生福利部核定結果，會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。

②檢討「燈塔型醫院」之補助方式、獎勵成效，及計畫之評估指標，包含醫療資源不足地區民眾醫療利用之過程面指標，及提升醫療品質之結果面指標，以利評估計畫成效。

11.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)請中央健康保險署辦理下列事項：

①為落實分級醫療之健保重要政策，建議以減少大醫院門診初級照護率及提升基層醫療品質為努力目標，精進分級醫療轉診策略，以改善分級醫療推動成效。

②會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討獎勵方式及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。

12.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：

(1)全年經費 15 百萬元，用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金。

(2)本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

13.精神科長效針劑藥費：

- (1)全年經費 3,006 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)請中央健康保險署評估本項專款之替代效果及執行效益，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。

14.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫：

- (1)全年經費 300 百萬元。
- (2)請中央健康保險署精進計畫內容，檢討執行目標、預期效益之評估指標及其目標值，以利檢討改善。

15.因應長新冠照護衍生費用：

考量新冠疫情已逐年遞減並回歸常態醫療，爰不編列預算。

16.因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增：

- (1)全年經費 120 百萬元。
- (2)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。
- (3)本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

17.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 2,423.2 百萬元。
- (2)本項經費用於通盤檢討及修訂支付標準，其中 10 億元用於調整病房費，另住院護理費、急重難罕症診

療費等，有多年未通盤調整情形，建議列為優先調整項目，並不得用於保障點值。

(3)支付標準調整請以「預算中平」為原則(有調升項目亦相對有調降項目)，並於114年7月前提出近年支付標準檢討及調整情形之專案報告。

(4)本項以3年為檢討期限(112~114年)，請中央健康保險署會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，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。

(5)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。

18.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500百萬元。

(2)本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同醫院總額相關團體，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)，並定期提報執行情形。

②提報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。

19.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1,000百萬元。

(2)本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同醫院總額相關團體，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)，並定期提報執行情形。

②提報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。

20.地區醫院全人全社區照護計畫：

(1)全年經費 500 百萬元。

(2)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，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，則請於執行第 5 年(117 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.區域聯防-提升急重症照護品質：

(1)全年經費 268 百萬元。其中包含「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」81 百萬元，及「腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作」127 百萬元。

(2)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，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，則請於執行第 5 年(117 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.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫：

(1)全年經費 225 百萬元。

(2)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，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，則請於執行第 5 年(117 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.品質保證保留款：

(1)全年經費 1,029.5 百萬元。

(2)本項專款額度(1,029.5 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(388.7

百萬元)，合併運用(計 1,418.2 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

24.網路頻寬補助費用：

本項 113 年預算 200 百萬元，114 年改由公務預算支應。

25.住院整合照護服務試辦計畫：

本項 113 年預算 560 百萬元，114 年改由公務預算支應。

26.癌症治療品質改善計畫：

本項 113 年預算 414 百萬元，114 年改由公務預算支應。

27.慢性傳染病照護品質計畫：

本項 113 年預算 180 百萬元，114 年改由公務預算支應。

(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 2.917%。

3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 47,375.2 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液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下列事項：

(1)考量「居家血液透析」為新的照護模式，請會同門

診透析服務相關團體審慎研議，於 114 年度總額公告後，完成擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方案(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提全民健康保險會報告。

- (2)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。
- (3)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。
- (4)研議末期腎臟病患者之包裹式支付(bundled payment)方式，以提升照護完整性及醫療資源使用效率。
- (5)持續加強鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，並於 114 年 7 月前提報專案報告。

(四)前述三項額度經換算，114 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 5.055%。各細項成長率及金額，如附表。

醫院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 114 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 115 年度總額協商考量。

基於醫院部門自實施總額支付制度起算迄今，醫院部門平均點值從未達每點 1 元，為確保醫院維持恆常醫療服務水準，續堅持醫院總額核付點值未達每點 1 元之前，拒絕以任何附加決議形式，就低推估預算(含醫療服務成本指數

改變率)指定預算用途及限定作法。

(一)一般服務成長率為 10.904%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.344%，協商因素成長率 6.560%。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)(0.554%，預估增加 3,000 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，於 114 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 115 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)鑑於新醫療科技的引進具有費用遞延成長的效果，爰，建議在醫院部門點值未達立法院所決議之每點 0.95 之前，暫緩執行年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度之設定；並請中央健康保險署於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

2.藥品及特材給付規定改變(0.370%，預估增加 2,000 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。於 114 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 115 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)鑑於藥品及特材給付規定改變，無論就擴充給付範圍亦或修訂給付規定都同新醫療科技的新醫療項目(含新藥、新特材及新增診療項目)引進具有費用遞延成長的效果。爰，建議在醫院部門點值未達立法院所決議之每點 0.95 之前，暫緩執行年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度之設定；並請於 114 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.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(0.001%，預估增加 8 百萬元)(114 年新增項目)：

自專款項目「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」移列一般服務。

4.因支付衡平性已調整支付標準項目(0.334%，預估增加 1,808.8 百萬元)(114 年新增項目)：

本項配合「醫療器材使用規範修訂」及「提升醫院兒童急重症照護量能」已導入支付標準修訂項目，於一般服務編列預算。

5.因應牙醫支付標準調整所增加預算(0.0001%，預估增加 0.7 百萬元)(114 年新增項目)：

用於因應牙醫門診總額 112 年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。

6.因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引-UPCR 修訂為 UACR 所增加預算(0.037%，預估增加 200 百萬元)(114 年新增項目)：

(1)執行目標：配合國家衛生政策調整 Pre-ESRD 及 Early-CKD 臨床指引為 UACR。

預期效益之評估指標：本項為臨床指引的變更，尚無法設計評估指標。

(2)請中央健康保險署監測醫療利用情形，並於額度內

妥為管理運用。

(3)反對設定執行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。

7.因應 C 肝共病族群(DM、DKD、CKD、Early-CKD 及 Pre-ESRD)之 C 肝篩檢納入健保給付所增加之費用(0.018%，預估增加 100 百萬元)(114 年新增項目)：

(1)執行目標：持續發掘具有共病的 C 肝患者。

預期效益之評估指標：共病族群(含 DM、DKD、CKD、Early CKD 及 Pre-ESRD)執行 C 肝篩檢率較 113 年提升。公式：C 肝共病族群執行 C 肝篩檢人數/總 C 肝篩檢人數。

(2)請中央健康保險署監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。

(3)反對設定執行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。

8.調整基本診療章支付標準、病房費調整(含 RBRVS)，合理支撐醫療經營成本(如配合政府公教人員調薪的薪資幅度等……)，以改善台灣醫療血汗的環境(4.564%，預估增加 24,698 百萬元)(114 年新增項目)：

(1)執行目標：通盤檢討醫院部門基本診療支付標準。

預期效益之評估指標：醫院人事費用佔比增加：醫院人事成本佔總醫療成本比率高於 113 年。

(2)請中央健康保險署監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。

(3)反對設定執行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。

9.配合賴總統 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用提升，醫療服務密集度改變(0.554%，預估增加 3,000 百萬元)(114 年新增項

目)：

(1)執行目標：妥適承接國健署癌篩個案醫療照護需求。

預期效益之評估指標：追陽率達 70%，就國健署 5 癌篩之陽性/偽陽性個案於第一年達 70%追蹤率

(2)請中央健康保險署監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。

10.全日護病比(0%)：

反對 114 年起自醫院總額一般服務費用移除。

11.因應長新冠照護衍生費用(0.129%，預估增加 700 百萬元)(114 年新增項目)

基於醫學文獻顯示，病人患新冠肺炎後仍有一段不明原因的病癥，稱為長新冠，需持續性醫療照護。為妥適照護國人，建議疫後持續編列預算至少 3 年再退場。

(1)執行目標：持續照護長新冠病人至少三年。

預期效益之評估指標：擬於中央健康保險署商議後提出。

(2)請中央健康保險署監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。

12.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.001%，減少 3.2 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 115 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 18,698.0 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 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成。

1. 暫時性支付(新藥(非癌藥)、新特材、新增診療項目)：
 - (1) 全年經費 0 百萬元。
 - (2) 基於政府擬設置百億癌症基金以支應新醫療科技之費用支出，建議本項專款項目由醫院部門移列其他預算編列。
2. C 型肝炎藥費、檢驗檢查：
 - (1) 全年經費 0 百萬元。
 - (2) 依據「優化醫療環境，確保全民健保十大策略」的主張：設立癌藥基金並爭取以公務預算撥補，研議將公共衛生性質之項目，改以公務預算支應，以減輕健保負荷、提升健保效率、抑制不必要支出。
 - (3) 本項回歸公務預算編列。
3. 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：
 - (1) 全年經費 0 百萬元。
 - (2) 依據「優化醫療環境，確保全民健保十大策略」的主張：設立癌藥基金並爭取以公務預算撥補，研議將公共衛生性質之項目，改以公務預算支應，以減輕健保負荷、提升健保效率、抑制不必要支出。
 - (3) 本項回歸公務預算編列。
4. 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：
 - (1) 全年經費 0 百萬元。
 - (2) 依據「優化醫療環境，確保全民健保十大策略」的主張：設立癌藥基金並爭取以公務預算撥補，研議將公共衛生性質之項目，改以公務預算支應，以減輕健保負荷、提升健保效率、抑制不必要支出。
 - (3) 本項回歸公務預算編列。
5. 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：
 - (1) 全年經費 5,364.33 百萬元，經費如有不足，由其他

預算相關項目支應。

(2)中央健康保險署提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、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 2,271.8 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及生物相似性藥品等方案。

(3)新增化療學名藥方案及擴大多重慢性病收案照護。

(4)請中央健康保險署滾動式檢討方案內容，對執行多年的方案，若實施模式成熟且成效良好，請比照糖尿病方案導入支付標準，若照護率低或成效不明確，應提出改善策略，或啟動退場機制。

7.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，提升急診處置效率及急診照護品質，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。

8.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，朝建立論價值支付制度為推動方向，以醫院為單位進行

試辦，早日完成全面導入 DRGs 支付制度。

9. 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

- (1) 全年經費 135.5 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。

10. 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 2,000 百萬元。經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2) 執行目標：穩定離島、山地、健保醫療資源不足地區、偏遠地區燈塔型醫院醫療服務量能，以確保國人就醫可近性及醫療平權的提升。

預期效益之評估指標：

- ① 醫院增設 24 小時急診之家數情形。
 - ② 醫院增設內科、外科、婦科及小兒科之家數情形。
 - ③ 醫院提供預防保健服務量，於計畫期間之服務量較前一年成長。
 - ④ 民眾滿意度提升。
- (3) 請中央健康保險署檢討「燈塔型醫院」之補助方式、獎勵成效及計畫之評估指標(含結果面指標)，呈現計畫之具體效益。

11. 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) 請中央健康保險署會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討獎勵方式及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。

12.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：

本項自專款項目移列至一般服務。

13.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 3,006 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)請中央健康保險署評估本項專款之執行效益，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。

14.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進計畫內容，檢討執行目標、預期效益評估指標及其目標值，以利檢討改善。

15.因應長新冠照護衍生費用：

本項自專款項目移列至一般服務。

16.因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增：

(1)本項自專款項目移列至一般服務，併入「配合賴總統 888 健康台灣，擴大國健疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用性提升，醫療服務密集度改變」預算中。

(2)鑑於「健康台灣」政策擴大國健署癌症篩檢費用，預計將大幅增加癌症篩檢人數，經篩檢為陽性及偽陽性的病人勢將增加，進而對健保的醫療需求擴增，形成醫療服務密集度改變。參據「醫院總額研議方案」所指因政策致使醫療服務密集度改變得提列為協商因素研商之。

(3)另就醫院實務執行面，鑑於國健署癌篩方案後續轉健保進行二次評估及處置部分，實難以透過申報區分來源，爰現行各級醫院幾乎都以健保一般服務申

報，致使原因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增專案的執行成效不顯著。

17.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 1,423.2 百萬元。
- (2)本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，請中央健康保險署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，併入醫院總額一般服務費用結算。

18.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 500 百萬元。
- (2)本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能。
- (3)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①會同醫院總額相關團體，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)，並定期提報執行情形。
 - ②提報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。

19.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 1,000 百萬元。
- (2)本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能。
- (3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同醫院總額相關團體，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)，並定期提報執行情形。

②提報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。

20.地區醫院全人全社區照護計畫：

(1)全年經費 500 百萬元。

(2)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，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，則請於執行第 5 年(117 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.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)鑑於本項計畫正式執行僅半年不到，建議待成效明確再予合併為宜。且中央健康保險署擬新增之術後加速康復 ERAS 計畫，因醫院部門尚未完全推動，亦希望再行觀察一年後再議。

(3)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，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，則請於執行第 5 年(117 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.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)鑑於本項計畫正式執行僅半年不到，建議待成效明確再予合併為宜。且中央健康保險署擬新增之術後加速康復 ERAS 計畫，因醫院部門尚未完全推動，亦希望再行觀察一年後再議。

(3)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，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，則請於執行第 5 年(117 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.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫：

(1)全年經費 225 百萬元。

(2)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，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，則請於執行第 5 年(117 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。

24.品質保證保留款：

(1)全年經費 1,029.5 百萬元。

(2)本項專款額度(1,029.5 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品保款之額度(388.7 百萬元)，合併運用(計 1,418.2 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

25.網路頻寬補助費用：

本項 113 年預算 200 百萬元，114 年改由公務預算支應。

26.住院整合照護服務試辦計畫：

本項 113 年預算 560 百萬元，114 年改由公務預算支應。

27.癌症治療品質改善計畫：

本項 113 年預算 414 百萬元，114 年改由公務預算支應。

28.慢性傳染病照護品質計畫：

本項 113 年預算 180 百萬元，114 年改由公務預算支應。

(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 2.917%。
 3. 門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 47,375.2 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液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下列事項：
 - (1) 考量「居家血液透析」為新的照護模式，請會同門診透析服務相關團體審慎研議，於 114 年度總額公告後，完成擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方案(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提全民健康保險會報告。
 - (2) 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。
 - (3) 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。
 - (4) 研議末期腎臟病患者之包裹式支付(bundled payment)方式，以提升照護完整性及醫療資源使用效率。
 - (5) 持續加強鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，並於 114 年 7 月前提報專案報告。
- (四) 前述三項額度經換算，114 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 5.461%。各細項成長率及金額，如附表。

附表 114 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		4.344%	23,504.9	4.344%	23,504.9
投保人口預估成長率		0.362%		0.362%	
人口結構改變率		1.807%		1.807%	
醫療服務成本指數改變率		2.161%		2.161%	
協商因素成長率		1.066%	5,769.3	6.560%	35,512.3
保險給付項目及支付標準之改變	1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.825%	4,463.0	0.554%	3,000.0
	2.藥品及特材給付規定改變 (*付費者代表方案名稱修正為「給付規定改變(藥品、特材、診療項目)」)	0.370%	2,000.0	0.370%	2,000.0
	3.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金 (114 年新增項目) (*付費者代表方案列專款項目)	* -	* -	0.001%	8.0
	4.因支付衡平性已調整支付標準項目 (114 年新增項目)	0.334%	1,808.8	0.334%	1,808.8
	5.因應牙醫支付標準調整所增加預算 (114 年新增項目)	0.0001%	0.7	0.0001%	0.7
	6.因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引 - UPCR 修訂為 UACR 所增加預算 (114 年新增項目) (*付費者代表方案併入項目 2.「給付規定改變」)	* -	* -	0.037%	200.0

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)	
保險給付項目及支付標準之改變	7.因應C肝共病族群(DM、DKD、CKD、Early-CKD及Pre-ESRD)之C肝篩檢納入健保給付所增加之費用 (114年新增項目)	0.000%	0.0	0.018%	100.0	
	8.調整基本診療章支付標準、病房費調整(含RBRVS),合理支撐醫療經營成本(如配合政府公教人員調薪的薪資幅度等……),以改善台灣醫療血汗的環境 (114年新增項目)	0.000%	0.0	4.564%	24,698.0	
	其他醫療服務利用密度之改變	9.配合賴總統888健康台灣,擴大國健署疾病篩檢,疑似陽性個案致使健保醫療利用提升,醫療服務集中度改變 (114年新增項目)	0.000%	0.0	0.554%	3,000.0
	其他議定項目	10.全日護病比	-0.462%	-2,500.0	0.000%	0.0
	其他醫療服務利用密度	11.因應長新冠照護衍生費用	0.000%	0.0	0.129%	700.0
	其他議定項目	12.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.001%	-3.2	-0.001%	-3.2
一般服務成長率 ^{#1}	增加金額	5.410%	29,274.2	10.904%	59,017.2	
	總金額		570,362.9		600,090.4	
專款項目(全年計畫經費)						
1.暫時性支付(新藥(非癌藥)、新特材) (*醫院代表方案建議列其他預算)		542.0	-1,887.9	*0.0	*-2,429.9	
2.C型肝炎藥費 (*醫院代表方案建議由公務預算支應,名稱修正為「C型肝炎藥費、檢驗檢查」)		2,224.0	0.0	*0.0	*-2,224.0	

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)
3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 (*醫院代表方案建議由公務預算支應)	17,996.0	2,888.0	*0.0	*-15,108.0
4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 (*醫院代表方案建議由公務預算支應)	5,750.0	170.0	*0.0	*-5,580.0
5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,364.33	156.3	5,364.33	156.3
6.醫療給付改善方案	1,814.1	0.0	2,271.8	457.7
7.急診品質提升方案	300.0	0.0	300.0	0.0
8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	210.0	0.0
9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	135.5	20.5	135.5	20.5
10.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫(含燈塔型醫院補助)	2,000.0	700.0	2,000.0	700.0
11.鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	0.0	224.7	0.0
12.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
13.精神科長效針劑藥費	3,006.0	342.0	3,006.0	342.0
14.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
15.因應長新冠照護衍生費用(*醫院代表方案列一般服務)	0.0	-128.0	*0.0	*-128.0
16.因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增 (*醫院代表方案併入一般服務項目9.「配合賴總統888健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用提升，醫療服務密集度改變」)	120.0	-380.0	*0.0	*-500.0
17.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)	2,423.2	-245.8	1,423.2	-1,245.8
18.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	500.0	0.0	500.0	0.0
19.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	1,000.0	0.0	1,000.0	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)	
20.地區醫院全人全社區照護計畫	500.0	0.0	500.0	0.0	
21.區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作 (*付費者代表方案併入項目 22, 名稱修正為「區域聯防-提升急重症照護品質」)	268.0	187.0	81.0	0.0	
22.區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作 (*付費者代表方案移併項目 21)	*0.0	*-127.0	127.0	0.0	
23.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	225.0	0.0	225.0	0.0	
24.品質保證保留款	1,029.5	528.0	1,029.5	528.0	
25.網路頻寬補助費用 (*改由公務預算支應)	0.0	-200.0	0.0	-200.0	
26.住院整合照護服務試辦計畫 (*改由公務預算支應)	0.0	-560.0	0.0	-560.0	
27.癌症治療品質改善計畫 (*改由公務預算支應)	0.0	-414.0	0.0	-414.0	
28.慢性傳染病照護品質計畫 (*改由公務預算支應)	0.0	-180.0	0.0	-180.0	
專款金額	45,947.3	869.1	18,698.0	-26,380.2	
較基期成長率(一般服務+專款)^{#2}	增加金額	5.142%	30,143.3	5.565%	32,637.0
	總金額		616,310.2		618,788.4
門診透析服務成長率	增加金額	2.917%	699.7	2.917%	699.7
	總金額		24,687.2		24,687.2
較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)^{#3}	增加金額	5.055%	30,843.0	5.461%	33,336.7
	總金額		640,997.4		643,475.6

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為541,089.9百萬元(含113年一般服務預算537,784.8百萬元，及校正前2年度(112年)投保人口預估成長率與實際之差值3,293.0百萬元、加回前1年度(113年)健保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核定金額12.1百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為586,168.2百萬元，其中一般服務預算為541,089.9百萬元，專款為45,078.3百萬元。

3.計算「較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為610,155.7百萬元，其中一般服務預算為541,089.9百萬元，專款為45,078.3百萬元，門診透析為23,987.5百萬元。

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。

114 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：

- 114 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 113 年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+114 年度一般服務成長率)+114 年度專款項目經費+114 年度西醫基層門診透析服務費用
- 114 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×(1+114 年度成長率)

註：校正後 113 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 113.9.3 衛部保字第 1130139528 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(113 年)西醫基層一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前 1 年度(113 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

二、總額協商結論：

經西醫基層代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及西醫基層代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定。

付費者代表委員之建議方案：

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 114 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 115 年度總額協商考量。

- (一)一般服務成長率為 1.851%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.746%，協商因素成長率-1.895%。各項協商因素及建議事項如下：

1.新醫療科技(新藥、新特材、新增診療項目)(0.170%，預

估增加 228 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，於 114 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 115 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 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/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，並於 115 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.給付規定改變(藥品、特材、診療項目)(0.363%，預估增加 486 百萬元)：

- (1)含慢性腎臟病方案追蹤之必要檢查項目，由 UPCR(尿蛋白與尿液肌酸酐比值)修訂為 UACR(尿微蛋白與尿液肌酸酐比值)所增加預算。
- (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，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 114 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 115 年度總額協商前，提出年度給

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 114 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，並於 115 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.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」已編列因應醫療服務成本變動所需預算，且本項屬鼓勵調整薪資用途，112、113 年已編列預算並滾入基期，112 年有調升護理人員薪資之診所占率為 58.5%(註)，應先檢討執行效益及預算編列之必要性與政策目標達成情形，爰 114 年不編列預算。

(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，或納入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」併同考量。

註：以該診所聘僱護理人員的 50%，薪資較前一年度調升幅度達本保險投保金額次一投保等級進行認定計算。

4.提升國人視力照護品質(-2.488%，減列 3,335.7 百萬元)：

依中央健康保險署建議，移列白內障手術醫療費用 3,335.7 百萬元至專款項目「提升國人視力照護品質」，以利管理。

5.因應預防保健政策改變衍生之醫療費用(0%)(114 年新

增項目)：

國民健康署擴大癌症篩檢，旨在早期發現、早期治療，整體醫療費用應有所節省，篩檢初期衍生之費用，建議爭取公務預算支應，本項不編列預算。

6.代謝症候群及 C 肝照護品質提升衍生之醫療費用(0%)(114 年新增項目)：

考量代謝症候群照護及擴大 C 肝篩檢屬早期發現、早期治療之作法，理應節省整體醫療費用，不宜再編列衍生費用，且現行「代謝症候群防治計畫」可採用 90 天內檢驗(查)數據，應避免不必要之檢驗(查)，爰不編列預算。

7.DM、CKD 方案比照 DKD 方案採用 UACR 檢測(0%)(114 年新增項目)：

本項為修訂慢性腎臟病方案追蹤之必要檢查項目所需預算，屬單一檢驗項目之放寬，性質符合「給付規定改變(藥品、特材、診療項目)」，爰併入該項。

8.因支付衡平性已調整支付標準項目(0.064%，預估增加 86.1 百萬元)(114 年新增項目)：

本項配合醫療器材使用規範修訂及層級支付不一致部分，已導入支付標準修訂項目，於一般服務編列預算。

9.因應長新冠照護衍生費用(0%)(114 年新增項目)：

考量新冠疫情已逐年遞減並回歸常態醫療，爰不編列預算。

10.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.004%，減少 5 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 115 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 13,320.5 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 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成。

1.新醫療科技(新藥、新特材、新增診療項目)(114 年新增項目)：

考量「新醫療科技」與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.藥品及特材給付規定改變(114 年新增項目)：

考量「藥品及特材給付規定改變」與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。

3.暫時性支付(新藥(非癌藥)、新特材)(114 年新增項目)：

(1)全年經費 58 百萬元。

(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，並於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(含執行方式、預算估算及財務控管、擬定暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，俾落實管控。

②請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

4.提升國人視力照護品質(114 年新增項目)：

(1)全年經費 3,503 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：

①依衛生福利部核定結果，研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。

②持續檢討白內障手術案件成長合理性、手術時機適當性，及監測照護成效與民眾自費情形，以確保醫療品質及民眾權益。

③加強執行面管理與監督，建立診療指引及醫療利用監測機制，提升分區管理及專業自律。

④本項以5年為檢討期限，之後回歸一般服務。

5.鼓勵論病例計酬案件(114年新增項目)：

(1)本項應與「提升國人視力照護品質」項目一併考量，因該項目已移列專款項目，則不影響一般服務點值。

(2)考量總額精神係預算統籌運用，每點支付金額是總額管理之結果，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，故本項不編列預算。

6.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)執行巡迴醫療產生之醫療費用維持由一般服務支應，本項專款全年經費317.1百萬元，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。

7.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費4,648百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①依論質計酬模式，以改變民眾生活習慣為計畫推動方向，提出全人照護整合之具體規劃，建立照護指引及訂定相應之品質指標。

②請落實依個案疾病風險分級管理照護，建議依會員疾病風險、追蹤頻率及管理密度，擬定對應的個案管理照護費，避免逆選擇效應。

③新增之風險管理照護、生活習慣諮商服務，應建

立執行面指標(如病人知情同意、群內就醫率)及結果面成效與品質指標(如健康成效、就醫行為改變)，以利評估成效。

- ④為持續檢討計畫成效，依前開建議事項於 114 年 7 月前提出專案報告。

8.C 型肝炎藥費：

- (1)全年經費 462 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 115 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。

9. 醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 903.1 百萬元。
- (2)維持 113 年方案，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、生物相似性藥品等方案。
- (3)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①滾動式檢討方案內容，對執行多年的方案，若實施模式成熟且成效良好，請比照糖尿病方案導入支付標準，若照護率低或成效不明確，應提出改善策略，或啟動退場機制。
 - ②檢討生物相似性藥品方案之執行成效，評估對醫療費用及醫療品質的影響。

10. 強化基層照護能力及「開放表別」項目：

- (1)執行開放表別產生之衍生費用維持由一般服務支應，本項專款全年經費 1,720 百萬元。

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

(3)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對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務項目。

(4)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入西醫基層總額一般服務費用結算。

11.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)請中央健康保險署辦理下列事項：

①為落實分級醫療之健保重要政策，建議以減少大醫院門診初級照護率及提升基層醫療品質為努力目標，精進分級醫療轉診策略，以改善分級醫療推動成效。

②會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討獎勵方式及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。

12.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，鼓勵醫師積極參與，提供生產服務。

13.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)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

14.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)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

15.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)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

(3)本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。

16.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，併入西醫基層總額各分區一般服務費用結算。

17.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 10 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。

18.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)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體積極提升基層院所使用長效針劑之比率，並評估本項專款之替代效果及執行效益。

19.因應長新冠照護衍生費用：

考量新冠疫情已逐年遞減並回歸常態醫療，爰不編列預算。

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 913.9 百萬元。

(2)本項經費用於通盤檢討及修訂支付標準，不得用於保障點值。

(3)支付標準調整請以「預算中平」為原則(有調升項目亦相對有調降項目)，並於 114 年 7 月前提出近年支付標準檢討及調整情形之專案報告。

(4)本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，請中央健康保險署會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，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。

(5)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。

21.品質保證保留款：

(1)全年經費 128.4 百萬元。

(2)本項專款額度(128.4 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(105.2 百萬元)，合併運用(計 233.6 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更

具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

22.代謝症候群防治計畫：

本項 113 年預算 616 百萬元，114 年改由公務預算支應。

23.網路頻寬補助費用：

本項 113 年預算 253 百萬元，114 年改由公務預算支應。

24.癌症治療品質改善計畫：

本項 113 年預算 93 百萬元，114 年改由公務預算支應。

25.慢性傳染病照護品質計畫：

本項 113 年預算 20 百萬元，114 年改由公務預算支應。

(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 3.090%。

3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 47,375.2 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液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下列事項：

- (1) 考量「居家血液透析」為新的照護模式，請會同門診透析服務相關團體審慎研議，於 114 年度總額公告後，完成擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方案(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提全民健康保險會報告。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 研議末期腎臟病患者之包裹式支付(bundled payment)方式，以提升照護完整性及醫療資源使用效率。
- (5) 持續加強鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，並於 114 年 7 月前提報專案報告。

(四) 前述三項額度經換算，114 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 3.990%。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：

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 114 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 115 年度總額協商考量。

- (一) 一般服務成長率為 6.391%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.746%，協商因素成長率 2.645%。

- 1.新醫療科技(新藥、新特材、新增診療項目)(0%)：
建議移列專款。
- 2.藥品及特材給付規定改變(0%)：
建議移列專款。
- 3.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費 (0.492%，預估增加 659.3 百萬元)：
 - (1)執行目標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達 70%。
預期效益之評估指標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數。
 - (2)為符合總額精神，協商因素項目之協定事項，若有訂未執行完畢需扣減預算者，則應加註：「若執行超出預算需補足之」。
- 4.提升國人視力照護品質(0.742%，預估增加 995 百萬元)：
 - (1)執行目標：期望藉由增加白內障手術預算，放寬及增加可執行之手術量，將縮短病人等待手術的時間，提升病人的就醫滿意度。其次，手術量的增加，將提高醫療團隊的手術經驗和技術水平，進而提升手術成功率與安全性。
預期效益之評估指標：
 - ①術前指標：久未看診當日就診即執行白內障手術比例 \leq 0.5%。
(註：久未看診：同病人同院所，自手術日回推 180 日內無就醫資料。)
 - ②術後指標：術後 90 日內眼內炎併發症之件數比率。
 - (2)為符合總額精神，協商因素項目之協定事項，若有

訂未執行完畢需扣減預算者，則應加註：「若執行超出預算需補足之」。

5.因應預防保健政策改變衍生之醫療費用(0.269%，預估增加 360 百萬元)(114 年新增項目)：

(1)執行目標：為避免預防保健政策改變產生之醫療費用，排擠健保其他醫療項目預算，爰編列相關預算支應。

預期效益之評估指標：整體癌症篩檢之陽追率較前一年度提升。

(2)為符合總額精神，協商因素項目之協定事項，若有訂未執行完畢需扣減預算者，則應加註：「若執行超出預算需補足之」。

6.代謝症候群及 C 肝照護品質提升衍生之醫療費用(0.467%，預估增加 626.6 百萬元)(114 年新增項目)：

(1)執行目標：為使原一般服務預算之醫療資源不致排擠，且因應醫療品質提升，爰編列預算支應。

預期效益之評估指標：

①代謝症候群介入成效率，較前一年度提升。

②C 型肝炎 RNA 陽性率，較前一年度減少。

(2)為符合總額精神，協商因素項目之協定事項，若有訂未執行完畢需扣減預算者，則應加註：「若執行超出預算需補足之」。

7.DM、CKD 方案比照 DKD 方案採用 UACR 檢測(0.149%，預估增加 199.8 百萬元)(114 年新增項目)：

(1)執行目標：DM、CKD 方案病人採用 UACR 檢測尿蛋白，增進追蹤作業效率。

預期效益之評估指標：新增申報 Pre-ESRD 之人數，較前一年度減少。

(2)為符合總額精神，協商因素項目之協定事項，若有訂未執行完畢需扣減預算者，則應加註：「若執行超出預算需補足之」。

8.因支付衡平性已調整支付標準項目(0.350%，預估增加469.2百萬元)(114年新增項目)：

為符合總額精神，協商因素項目之協定事項，若有訂未執行完畢需扣減預算者，則應加註：「若執行超出預算需補足之」。

9.因應新冠肺炎及長新冠照護衍生費用(0.180%，預估增加241.3百萬元)(114年新增項目)：

(1)執行目標：提供新冠肺炎患者及其康復後之潛在醫療需求，協助轉介與照護，以恢復患者健康之生活品質為目標。

預期效益之評估指標：比照113年專款項目，本項預算執行率達80%。

(2)為符合總額精神，協商因素項目之協定事項，若有訂未執行完畢需扣減預算者，則應加註：「若執行超出預算需補足之」。

10.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.004%，減少5百萬元)：

(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115年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為9,740.2百萬元。

1.新醫療科技(新藥、新特材、新增診療項目)(114年新增項目)：

(1)全年經費228百萬元。

(2)現行預算若超支未有補足機制，建議本項預算如未執行完畢，在點值未達1點1元前，不須扣減。

- 2.藥品及特材給付規定改變(114年新增項目):
 - (1)全年經費 486 百萬元。
 - (2)現行預算若超支未有補足機制，建議本項預算如未執行完畢，在點值未達 1 點 1 元前，不須扣減。
- 3.暫時性支付(新藥(非癌藥)、新特材)(114年新增項目):
本項不編列預算。
- 4.提升國人視力照護品質(114年新增項目):
本項不編列預算。
- 5.鼓勵論病例計酬案件(114年新增項目):
 - (1)全年經費 450 百萬元。
 - (2)本項經費依實際執行併入西醫基層總額當季該分區一般服務費用結算。
- 6.西醫醫療資源不足地區改善方案：
建議移列其他預算。依 113 年預算 317.1 百萬元，並加計衍生之醫療費用 120 百萬元，全年經費 437.1 百萬元。
- 7.家庭醫師整合性照護計畫：
 - (1)全年經費 4,648 百萬元。
 - (2)新增「整合照護」、「多重慢性病人門診整合」、「糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升」、「個案疾病風險分級管理照護」、「生活習慣資料上傳及改善鼓勵」等項目。
- 8.C 型肝炎藥費：
全年經費 90 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。
- 9.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、生物相似性藥品等方案。

10. 強化基層照護能力及「開放表別」項目：

(1) 全年經費 1,412.5 百萬元。

(2) 本項經費依實際執行扣除原基期點數併入西醫基層總額一般服務費用結算。

11. 鼓勵院所建立轉診合作機制：

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。

12. 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：

全年經費 50 百萬元。

13. 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

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。

14. 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

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。

15. 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西醫基層總額一般服務費用結算。

16. 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，併入西醫基層總額各分區一般服務費用結算。

17.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 10 百萬元。

18.精神科長效針劑藥費：

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。

19.因應長新冠照護衍生費用：

原於專款項目執行，移列至一般服務項目「因應新冠肺炎及長新冠照護衍生費用」。

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 800 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，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

21.品質保證保留款：

(1)全年經費 128.4 百萬元。

(2)114 年度品保專款額度(128.4 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品保款之額度(105.2 百萬元)，合併運用(計 233.6 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

22.代謝症候群防治計畫：

本項 113 年預算 616 百萬元，114 年改由公務預算支應。

23.網路頻寬補助費用：

本項 113 年預算 253 百萬元，114 年改由公務預算支應。

24.癌症治療品質改善計畫：

本項 113 年預算 93 百萬元，114 年改由公務預算支應。

25.慢性傳染病照護品質計畫：

本項 113 年預算 20 百萬元，114 年改由公務預算支應。

(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 3.090%。

3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 47,375.2 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液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下列事項：

(1)考量「居家血液透析」為新的照護模式，請會同門診透析服務相關團體審慎研議，於 114 年度總額公告後，完成擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方案(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導

- 向之品質監測指標)，並提全民健康保險會報告。
- (2)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。
 - (3)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。
 - (4)研議末期腎臟病患者之包裹式支付(bundled payment)方式，以提升照護完整性及醫療資源使用效率。
 - (5)持續加強鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，並於114年7月前提報專案報告。
- (四)前述三項額度經換算，114年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

附表 114 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	3.746%	5,021.4	3.746%	5,021.4	
投保人口預估成長率	0.362%		0.362%		
人口結構改變率	1.232%		1.232%		
醫療服務成本指數改變率	2.140%		2.140%		
協商因素成長率	-1.895%	-2,540.6	2.645%	3,546.2	
保險給付項目及支付標準之改變	1. 新醫療科技(新藥、新特材、新增診療項目) (*西醫基層代表方案列專款項目)	0.170%	228.0	* -	* -
	2. 藥品及特材給付規定改變 (*付費者代表方案名稱為「給付規定改變(藥品、特材、診療項目)」) (*西醫基層代表方案列專款項目)	*0.363%	*486.0	* -	* -
	3. 因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費	0.000%	0.0	0.492%	659.3
其他醫療服務利用及密集度之改變	4. 提升國人視力照護品質 (*付費者代表方案列專款項目，並自一般服務移列費用)	*-2.488%	*-3,335.7	0.742%	995.0
	5. 因應預防保健政策改變衍生之醫療費用 (114年新增項目)	0.000%	0.0	0.269%	360.0
	6. 代謝症候群及C肝照護品質提升衍生之醫療費用 (114年新增項目)	0.000%	0.0	0.467%	626.6

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)
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	7. DM、CKD方案比 照DKD方案採用 UACR檢測 (114年新增項目) (*付費者代表方案併 入一般服務項目2.「給 付規定改變」)	0.000%	0.0	0.149%	199.8
	8. 因支付衡平性已 調整支付標準項 目 (114年新增項目)	0.064%	86.1	0.350%	469.2
其他醫 療服務 利用及 密集度 之改變	9. 因應長新冠照護 衍生費用 (114年新增項目) (*西醫基層代表方案 名稱為「因應新冠肺炎 及長新冠照護衍生費 用」)	0.000%	0.0	0.180%	241.3
其他議 定項目	10. 違反全民健康保 險醫事服務機構 特約及管理辦法 之扣款	-0.004%	-5.0	-0.004%	-5.0
一般服務 成長率 ^{#1}	增加金額	1.851%	2,480.8	6.391%	8,567.6
	總金額		136,529.4		142,615.2

專款項目(全年計畫經費)

1. 新醫療科技(新藥、新特材、 新增診療項目) (114年新增項目) (*付費者代表方案列一般服務)	* -	* -	228.0	228.0
2. 藥品及特材給付規定改變 (114年新增項目) (*付費者代表方案列一般服務)	* -	* -	486.0	486.0
3. 暫時性支付(新藥(非癌藥)、 新特材) (114年新增項目)	58.0	58.0	0.0	0.0
4. 提升國人視力照護品質 (114年新增項目) (*西醫基層代表方案列一般服務)	3,503.0	3,503.0	* -	* -

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)
5.鼓勵論病例計酬案件 (114年新增項目)	0.0	0.0	450.0	450.0
6.西醫醫療資源不足地區改善方案 (*西醫基層代表方案建議列其他預算)	317.1	0.0	*0.0	*-317.1
7.家庭醫師整合性照護計畫	4,648.0	400.0	4,648.0	400.0
8.C型肝炎藥費	462.0	170.0	90.0	-202.0
9.醫療給付改善方案	903.1	2.8	900.3	0.0
10.強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,720.0	400.0	1,412.5	92.5
11.鼓勵院所建立轉診合作機制	258.0	0.0	258.0	0.0
12.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
13.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	30.0	0.0	30.0	0.0
14.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	30.0	0.0	30.0	0.0
15.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
16.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
17.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	10.0	0.3	10.0	0.3
18.精神科長效針劑藥費	100.0	0.0	30.0	-70.0
19.因應長新冠照護衍生費用 (*西醫基層代表方案列一般服務)	0.0	-10.0	*0.0	*-10.0
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)	913.9	-86.1	800.0	-200.0
21.品質保證保留款	128.4	2.2	128.4	2.2
22.代謝症候群防治計畫 (*改由公務預算支應)	0.0	-616.0	0.0	-616.0

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)
23.網路頻寬補助費用 (*改由公務預算支應)		0.0	-253.0	0.0	-253.0
24.癌症治療品質改善計畫 (*改由公務預算支應)		0.0	-93.0	0.0	-93.0
25.慢性傳染病照護品質計畫 (*改由公務預算支應)		0.0	-20.0	0.0	-20.0
專款金額		13,320.5	3,458.2	9,740.2	-122.1
較基期成長率(一般 服務+專款) ^{註2}	增加金額	4.127%	5,939.0	5.868%	8,445.5
	總金額		149,849.9		152,355.4
門診透析服務成長率	增加金額	3.090%	680.0	3.090%	680.0
	總金額		22,687.9		22,687.9
較基期成長率(一般 服務+專款+門診透 析) ^{註3}	增加金額	3.990%	6,619.0	5.500%	9,125.5
	總金額		172,537.8		175,043.3

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 134,048.2 百萬元(含 113 年一般服務預算 133,169.1 百萬元，及校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值 817.0 百萬元、加回前 1 年度(113 年)健保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核定金額 62.1 百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 143,910.5 百萬元，其中一般服務預算為 134,048.2 百萬元，專款為 9,862.3 百萬元。

3.計算「較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為 165,918.3 百萬元，其中一般服務預算為 134,048.2 百萬元，專款為 9,862.3 百萬元，門診透析為 22,007.8 百萬元。

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

第6屆113年第8次委員會議
與會人員發言實錄

壹、「主席致詞」、「議程確認」、「確認上次(第7次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉：主委、各位委員，大家早安！現在到場的委員，包含線上、實體的部分已經有26位，達到開會的法定人數，今天會議可以開始，恭請主席致詞。

盧主任委員瑞芬：各位星期三辛苦了，經過一整天馬拉松式的會議，非常謝謝各位，今天一開始要非常隆重介紹健保署新任副署長，陳亮好陳副署長。

陳副署長亮好：大家好！今天是我報到的第2天，星期三(總額協商會議)是我報到的前1天，非常榮幸能夠整天跟大家在一起。健保是我們台灣的護國神山，有機會加入這個大家庭，感到非常榮幸。

盧主任委員瑞芬：陳副署長是心理衛生的專家，我相信不但是對全民的心理衛生方面有很明顯的貢獻，也相信能提升健保署及健保會的心理素質，非常謝謝陳副署長。

劉委員淑瓊：我們需要創傷輔導。

盧主任委員瑞芬：所以來得剛剛好，timing 非常好，今天的會議就開始。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主委、各位委員，大家早安！這次的議程安排有討論事項四案，第一案主要確認星期三9月25日114年總額協商結論，這部分很抱歉，因為各個總額部門及健保署在協商完之後陸陸續續將資料提供本會，提供的時間比較晚，我們同仁昨天整理、再三校對，忙到晚上9點40分才寄給各位委員，這邊先跟大家致歉，我們已盡力整理了。

第二案是滕西華委員等11位委員的提案，是有關健保乳癌的醫療給付改善方案的修正建議，第三、四案都是陳節如委員的提案，分別是居家醫療整合計畫、急性後期照護模式的相關建議。報告事項是健保署的業務執行報告，本次是書面報告，不做口頭說明。

另外提醒委員，因為今天是實體、視訊同時進行，等一下發言順

序建議優先由現場委員發言後，再請視訊委員舉手發言，以上。

盧主任委員瑞芬：如果各位委員對於今天議程沒有意見，議程就確認，我們開始今天的會議，請進行下一項議程。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

盧主任委員瑞芬：針對上次會議紀錄，委員有沒有意見？如果沒有，會議紀錄就確認。請進行本會重要業務報告。

貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周執行秘書淑婉：本會重要業務報告項次一是依照上次委員會議決議(定)事項辦理情形，(一)的內容請委員參考，因為本會已經協商完成，這是過程部分。(二)是上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計1項，依照辦理情形，建議解除追蹤1項，這部分主要是委員對健保署業務季報告的意見，健保署已經回復在會議資料第21~28頁，請委員參閱。但最後還是依照委員會議的議定結果做辦理。另外個別委員關切的事項，含書面意見部分，相關單位回復意見在附錄一，會議資料第51~56頁，請關切的委員參閱。

項次二是歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項，達解除追蹤條件的部分，擬建議解除追蹤1項，主要是地區醫院全人全社區照護計畫，針對委員意見健保署已做書面回復，衛福部也在8月22日核定計畫並已公告實施，在會議資料第57~58頁，請委員參閱，所以建議解除追蹤，但最後仍依照委員會議議定結果辦理。

項次三是下次委員會議年度工作會議安排要做的專案報告主題是「新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告」，委員如果對這個主題有意見的話，最晚請在10月2日前向本會提出需要健保署回應或說明的問題。

項次四是衛福部跟健保署在本年8~9月份發布副知本會的相關資訊，我們已經在9月18日寄到各位委員的電子信箱，請委員參閱，以上。

盧主任委員瑞芬：請問各位委員對於本會重要業務報告有沒有意見？請李永振委員。

李委員永振：謝謝主席，我有3個問題要請教社保司跟健保署幫我解惑，第1點就是會議資料第17頁行政院函說明三「……114年多項健保支出項目移由公務預算支應，請再檢視總額基期與協商因素，避免與公務預算重複」(註)。不知道衛福部有什麼想法或作法？是不是可以請負責、主責的單位在本屆委員卸任之前提出讓我們瞭解。

第2點，在剛剛確認的上次會議紀錄有提到，依照113年7月30日第6次委員會議決定，對10項計畫提出節流效益，並納入各該總額預算財源考量。114年總額協商已經完成，好像也沒有看到，個人覺得這個議題今年又被翻頁，蠻可惜的，沒有具體的行動，請問何年何月才會有一點點的曙光出來？

這次的會議資料第54頁，健保署有回應我上一次會議提出來的1個懇求事項，也沒有看到結果，在補充資料裡面也沒有看到節流數字。我就比較不解，因為我回去翻閱2年前，111年9月健保署提供我們協商資料的時候，那個項目就有整理節流效益出來，譬如像雲端查詢系統，當時就提到可以節省金額，103~110年減少全藥類重複的藥費，大約109.7億元，107~110年減少重複檢驗檢查的費用差不多16.4億元，但是今年只講到一些比較抽象的數字，節流的金額具體數字也不見，當然2位署長不一樣，是現任署長有比較多的考量？還是說我們在這方面已經斷掉了？這1點是不是可以也說明一下。

第3點依據聯合新聞網9月21日報導引述邱部長的談話，提及針對政府負擔的36%健保費，行政院答應調整計算方式，新增100多億元挹注在健保。依目前的健保財務狀況，這如同天降甘霖，付費者是相當期待，是不是可以請主責單位進一步說明詳情，計算公式怎麼調整，金額是怎麼估計出來的，讓委員一起來分享這個好消息。以我粗淺的估算，114年應該不只多100億元，如果按照我們已經長期爭議的這個議題，我個人算法114年依照健保署資料，會差244億元，在資料第34頁的財務報表，各位可以參考看看。

註：行政院 113 年 8 月 30 日院臺衛字第 1131022481 號函，核定「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」之說明三：另為提升癌症新藥可及性，縮短癌症新藥給付時程，114 年以公務預算挹注健保基金新臺幣 50 億元，作為癌症新藥暫時性支付專款使用。又 114 年多項健保支出項目移由公務預算支應，請再檢視總額基期與協商因素，避免與公務預算重複。

盧主任委員瑞芬：再來請陳杰委員。

陳委員杰：陳杰第 1 次發言，有關於剛剛提到會議資料第 17 頁行政院函，我繼續這個問題，說明三「為提升癌症新藥可及性，縮短癌症新藥給付時程，114 年以公務預算挹注健保基金新臺幣 50 億元，作為癌症新藥暫時性支付專款使用」。我是不是能夠做 1 個建議，最近

從媒體報章雜誌提到，好像有些付費者本身因病要申請癌症新藥，但是申請過程手續繁複，而且申請不易，導致怨聲載道，百姓一般的反應也不是非常正面，是不是借用此機會建議健保署，針對審核有關癌症新藥的部分，手續上能夠稍微簡便，能夠加快時程，這樣能夠多嘉惠一些病患。

依照我的瞭解，有一部分的人本身因病沒辦法等健保署核定下來，所以自掏腰包付款，造成對付費者的負擔，我今天藉此機會提出這問題，同時希望健保署能夠說明。

盧主任委員瑞芬：接下來請蔡麗娟委員。

蔡委員麗娟：我承接陳杰委員的發言，他剛才提到的問題也是現在很多癌症病人共同面對的問題，這問題最主要在於癌症新藥的研發非常快速，但是新藥非常昂貴，可是健保在收載給付癌症新藥上，納入收載的時間比較長，因為費用非常高，對財務的衝擊很大，所以納入收載的時間長。另外 1 個就是在給付條件上也嚴格，剛剛陳委員講的是申請的時候很困難，其實是因為受限於財務的衝擊，原來這個藥適應症可以 100 人用，但為了財務上的管控，可能只有 30 個人可以用，所以有些人在申請的時候是沒有辦法被納入的。

這整個問題都在於新藥新科技預算的編列，從過去到現在一直是不足的，所以病人在治療上可能要自費，自費變成常態。另外就是健保給付藥品，在治療計畫上沒有辦法合乎國際治療指引，這是長久以來的問題。

至於 50 億元的健保公務預算要挹注於癌症新藥基金，目前健保署的規劃是用在未完成三期臨床試驗，財務衝擊或許還不確定，但是有潛在治療效益，先以這部分的藥物給付為優先。

但是目前病人面臨的問題可能不是這樣的方式就可以解決，因為很多通過三期臨床試驗且療效明確的藥物，受限於財務資源有限，還是沒辦法給付。最近也看 1 位肺癌病人 4 年來花了 700 萬元自費使用藥物，後來這個藥物健保納入給付，但因為他之前沒有接受過化療，不符合條件，所以病人持續自費，這是病人長期以來面臨到

艱難的困難。

今年總額預算協商時，醫界將這些預算全部移到專款裡面，不在一般服務裡面，我們覺得這是萬萬不可的，甚至我們編列只有 44 億元的新藥，說實在也是不夠的。

盧主任委員瑞芬：如果沒有其他委員提問，綜合 3 位委員的發言，請社保司、健保署回應，先請社保司副司長回應，針對會議資料第 17 頁行政院核定總額範圍提及的部分。

陳副司長真慧：關於李委員詢問行政院函示中提到 114 年預算有多項健保支出項目改由公務預算支應，因為移出去由公務預算支應，本來就不會跟公務預算重複，我們的執行項目跟公務預算項目不會有所重複。接下來一個問題是……。

盧主任委員瑞芬：對不起，李委員還有提到，行政院函示再檢視總額基期的部分，我想這應該也是李委員關心的議題，基期部分行政院函上面有寫「請再檢視總額基期及協商因素，避免與公務預算重複」。這部分李委員希望在這屆委員卸任之前是不是能夠有報告及規劃，是不是這樣？還要再說明？請李委員。

李委員永振：我就說直白一點好了，我個人一直認為過去配合政策買這些移出去的項目是付費者出錢，因為那些錢包含在總額裡面。現在有公務預算支應，把它從總額裡面移出去，政府有感覺健保的財務問題，所以現在用公務預算來支應，就是本來由付費者買的這些項目，現在由政府來買。如果基期不去考量的話，這 110.6 億元的項目是不是還含在基期裡面，付費者還是有付費？但這些項目政府也同樣出錢，變成 110.6 億元的商品付 2 次錢，你到菜市場買菜會這樣嗎？我是感覺問題在這裡，感謝行政院、國發會也有留意到這一點，並沒有直接裁，把這個權留給衛福部，講了這麼明了，現在還在烏龍轉桌^(註)，已經沒有什麼以後了，就是 1 句話，1 個商品收兩次錢，這樣對嗎？

註：烏龍轉桌(台語，意指故意將事實扭曲)。

盧主任委員瑞芬：請社保司繼續回應李永振委員的問題。

陳副司長真慧：關於總額基期的部分，我們目前檢視移出去的項目都是列在專款，專款的項目本來就沒有計算在基期。委員提到公務預算跟總額項目會有重複，這些項目我們認為比較偏向公共衛生、預防保健，所以移到公務預算執行，所節省下來的項目就可以在 114 年協商的項目去強化或是另外有新的議題，節省下來的項目就放在總額裡面，所以不會有重複的問題。

我再說明剛剛李委員所提到的，這次公務預算有挹注 134 億元，那部分的費用是因為之前健保法施行細則有提到，我們在計算政府應負擔健保總經費法定下限 36% 的時候，除了健保法本法，還包括其他法律政府所負擔的部分，我們也計算出來，就是其他法律的部分，經過會計單位的計算之後，大概約有 134 億元，跟委員提到 36% 在計算公式是無涉的，以上補充。

盧主任委員瑞芬：李永振委員第 3 次發言。

李委員永振：就剛才長官的說明，我要請教一下，你說移出 110.6 億元的項目是專款，那請教你，當然今年已經協商完了，今年不會動了，我講的都是未來的事情，今年基期 8,802.17 億元，有沒有含這筆費用？如果有的話，跟專款和一般服務有什麼關係？基期從 8,755.35 億元長大到 8,802.17 億元有沒有含這個？有嘛，這是第 1 個。

第 2 個，剛才你說的我瞭解了，可能是我曲解了，以為爭議已久的政府應負擔健保總經費法定下限 36% 的部分有解了，我還跟主委報告要跟大家分享一下，結果還是在健保法施行細則第 45 條！這樣你對外又對媒體發表，連我們在座委員算比較瞭解的人，都誤解了，那你對社會大眾怎麼解釋？所以又一魚兩吃，公務預算那個要一魚兩吃，這個也要一魚兩吃，這樣不好吧！

順便請教健保法施行細則第 45 條有沒有修？還是一直用公務預算，那邊有修的話，依法將來每年會有固定的保費收入，那是保費收入。現在如果用公務預算，哪一年會不見也不知道，而且公務預算的使用用途和保費收入應該不一樣，這個是不是也可以說明一下？

盧主任委員瑞芬：社保司要說明，請劉玉娟司長。

劉委員玉娟：我再幫忙補充說明一下，先從後面提到的 134 億元做說明，剛剛陳真慧副司長有解釋過 134 億元了，其實它還是在於那時我們送的修法，我們已經送行政院了，但行政院因為一些考量還沒有辦法馬上做法律的修正。所以先將政府其他法律規定補助的那段，經會計精算後是 134 億元，就先補充到健保基金裡。所以從來就沒有一魚兩吃，一開始就是以那個條文中衍生出來的，也就是委員最在意的。這次社保司也很大膽把這個案子提行政院要做修法，所以我剛才聽不太懂一魚兩吃那段，那純粹是不應該把補助款算在裡面來當作健保 36%之一，只是純粹在那條法律上面的計算金額，這個先做一個補充。

第2段是基期希望不要和公務預算重複，剛才陳副司長有提過，計算基期的時候，被移到公務預算的項目，全部都在專款項目內，沒有在一般服務項目裡面，這邊也做補充。所以行政院在核定時，他們也知道從8,755.35億元變成8,802.17億元，但是8,755.35億元變成8,802.17億元，並不是來自於移公務預算，是因為補人口差值，因為要校正人口數值，所以基本上，這2個數字的原因是這樣，先跟委員補充。不知道這樣說明是否 OK？謝謝。

李委員永振：對不起，我第 4 次發言。

盧主任委員瑞芬：李永振委員第 4 次發言，把它釐清我們就往下進行討論了。

李委員永振：我一直強調的是，當然 114 年度總額基期從 8,755.35 億元長大成 8,802.17 億元這是另外的議題，這邊就不談。我是強調 8,802.17 億元就含這些專款，你講總額基期時，有分一般服務和專款嗎？沒有嘛！你說那是專款，所以有考量到了，這樣不對啊，剛才用一魚兩吃的說法，如果聽了不舒服，我收回。我只是讓你瞭解付費者，尤其委員是比較瞭解的人都會誤解了，那社會大眾會怎麼樣理解。

另外 1 個我要確認一下，健保法施行細則第 45 條修法案什麼時

候送出去，這個修法不需要討論嗎？這是衛福部權責，如果沒有異議半年就生效了。那什麼時候送出去？

劉委員玉娟：已經送很久了。

李委員永振：很久是什麼時候？

劉委員玉娟：我沒有辦法記時間，好像在今年5月就送了。

李委員永振：沒關係，我放棄，不問了。

劉委員玉娟：沒關係，同仁已經跟我舉手了，因為我已經忘了，我們今年5月就送了。

李委員永振：那10月如果沒有意見，11月就過了嘛！

劉委員玉娟：因為行政院還是會有他的研議和評估，但是社保司該做的，都已經有送了，也跟委員說明一下。

盧主任委員瑞芬：現在請健保署回應委員的提問。

劉組長林義：向李永振委員說明，因為剛委員問到的是有關節流效益的資料。節流效益的資料，其實非常多，因為很多項目都要提，可能是因為時間因素，或是因為內容部分，所以沒放在大表裡面，但在另1本「114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議資料(參考資料)」第74頁之後就有附，例如健保的中長程的那些計畫，像是慢性傳染病照護品質計畫、癌症治療品質改善計畫等等，這些計畫我們都有跟相關各司署協調，請他們提供資料，所以他們能夠寫的節流效益，資料都放在這裡。

到底節流效益要怎麼呈現，其實委員有不同的意見，我們儘量朝比較有共識的部分去提，所以也不一定會完整化成金額的數字，例如C肝的部分，提到C肝相關併發症衍生之生命年增加、生活品質調整生命年增加，類似這樣子，這部分我們也都一起放到節流效益，所以每年的總額協商都依據委員的要求會提供一些資料，只是假如委員要求資料內容一定要提到金額的數字，的確有些計畫是沒辦法提，不過能夠提的數字，我們都會提，像愛滋病或TB^(註1)，像這種比較明顯可以轉換成數字的，CDC^(註2)這邊就有提一些節流效益的數據，所以相關資料都在這本「114年度全民健康保險醫療給付費

用總額協商會議資料(參考資料)」中。

註：

1.TB(Tuberculosis，結核病)。

2.CDC(Centers for Disease Control，疾病管制署)。

盧主任委員瑞芬：謝謝，剛才委員的提問，如果有不清楚的部分，請他們書面回復好不好？

李委員永振：問題沒有釐清，很抱歉一直發言。

盧主任委員瑞芬：請李永振委員。

李委員永振：剛才社保司一直在強調專款，那這些專款預算有沒有放到 8,802.17 億元這個基期裡面？有沒有？如果有的話，剛才那個議題就成立了，就是 1 個服務付 2 次錢。

剛才健保署的說明，我瞭解資料在「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議資料(參考資料)」的第 74 頁，你們委託健康署評估 C 肝的節流效益部分，他們有估算，但我不懂，提供 2050 年的估算數據，但我們要的是 114 年的節流效益，2050 年的數據也太遙遠了，那時候都物是人非了。另外，第 1 個計畫，我忘記那是哪個單位提的，也很明確提出每個計畫節流效益的數字，唯獨健保署沒有，你自己主責的卻沒有提出。如果說這很難估，我不知道，但是剛才我已經舉出來雲端藥歷查詢系統，2 年前已經估出來節省金額的數字了，還不去面對問題，不去進行說明。

上次委員會我已經退一步，建議健保署是不是用你們自己主責的項目擬個案估出數字，規劃將來要怎麼做。我一直強調，第 1 個，先讓數字出來讓大家瞭解，不然每次協商時都看到投入預算所增加的錢，也都想將來可以減少醫療費用，但是錢給了後、做了之後就不見了，這樣不對，應該要前後一致。計畫就是這樣，計畫會有假設、實際會有差異，這我們都可以接受，因為我就是搞計畫出來的，在還沒退休前就負責企劃，你這樣讓我們覺得是不是公務機關的做法不一樣？我不知道，如果是，請說明一下讓我們瞭解，我們就不再問了。所以你先讓數字出來，至於怎麼分配？我再回來擔任委員已經第 4 年了，我忘記自己講幾次了，至少要把處理的方式確認下

來，不要在這邊付費者、社保司、健保署，足球只會有 2 隊，現在我們 3 隊在那邊踢，付費者踢進去的球門都踢錯了，不曉得要踢給誰，這樣不好。

盧主任委員瑞芬：接下來請現場的劉淑瓊委員，下一位是線上的朱益宏委員。

劉委員淑瓊：我就接續李永振委員的發言，建議健保署對於節流效益這塊還是要儘量去估算。因為我們昨天看報紙，石崇良署長接受媒體的採訪說到，短期之內看是費用增加，但長期而言，對健保財務是健康的方向。這個說法也在這邊講了很多次，找到初期的病人，然後將來花費會比較少，每次都用這塊肉在前面吊我們，我們也瞭解這個錢是該花，也認同這些癌症陽追方案，但還是提醒，健保署有很強大的數據能力，儘量能夠請各司署幫忙，把這個數據算出來，你可以低推估，但是你要有那個數據我們才談得下去，我要再講 1 遍，在座所有付費者代表都要跟後面的民眾、代表的團體去交代，健保署每次都訴諸這樣的大方向，聽起來有道理，但是就協商來講，其實都是抓不到帳。

盧主任委員瑞芬：接下來請線上的朱益宏委員。

朱委員益宏：李永振委員每次提到所謂節流效益這個議題時，我一定要再次陳述，所謂節流效益這件事情，其實要考慮的層面非常多，還要去計算節流效益的時間點，是用當次住院節流，還是 1 年之內節流，還是用一生人年的概念去做節流，這個都有不同的時間點，當然對金額上會有不同的影響。剛剛說像健康署提到某些措施會有人年的效益、延長壽命等等，它也陳述在裡面，但是疾管署說實際上節流多少錢這件事情，我覺得各司署都要非常明確，節省了這些錢，往後 5、10 年不會增加其他費用嗎？這樣到底是節流還是增加支出？我覺得這件事情，如果要搞清楚就應該要非常明確把所有效益都明確講出來，而不是只有評估當次住院節流、今年度的總額節流，還是怎麼樣的狀況，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：有一點跟朱益宏委員的意見是一樣，就是要把方法論設定出來，就是我們要用什麼樣的方法來估算。我剛剛講過可以低推估，但不能一直告訴付費者，我們沒有明確的數字，這個很難做。我覺得就以我們現在各個學術領域能夠發展出來 1 個最新的、多數人可接受合理的方法論，然後來做推估，我覺得有這樣的計算基礎，然後有這個數據，都是非常重要的 accountability^(註)。

註：accountability(問責)。

盧主任委員瑞芬：接下來請線上的林文德委員。

李委員永振：1 句話。

盧主任委員瑞芬：先聽林文德委員講。

林委員文德：有聽到嗎？

盧主任委員瑞芬：有。

林委員文德：有關節流時間的效益很難去明確的界定，估算不容易的這件事情，我是認同的。但我們增加很多項目，實際上是有替代的效果，例如當年就可以知道我做了哪些事情，替代掉原本會做的事情。舉例來說，其他預算的「在宅急症照護試辦計畫」，這些病人原本要住院治療，現在改以居家治療的方式來替代，事實上是可算出這筆專款給的錢，替代掉原來的一些治療項目。或是「精神科長效針劑」，用了精神科長效針劑實際上可以讓病人病情穩定，減少門診就醫的次數，這些都不用講到 10 年或幾年之後，而是可以馬上計算出來的，所以我建議這個部分應該可以優先做處理。

盧主任委員瑞芬：接下來請蔡麗娟委員。

蔡委員麗娟：因為陳杰委員剛剛已經先離開，他提的問題和我剛剛提到的問題應該是屬於健保署可以回應的，可是還沒有聽到有關癌症病人新藥申請困難的相關回應。我也附帶要請示 1 個問題，就是我們每年在總額協商編新藥、新科技預算時，常常都是個很大的挑戰，因為新藥、新科技的確占了很多的費用，但是醫界很擔心，這個預算編列在一般服務裡面，使用上是不是超過編列額度？所以他們會一直擔心，不管是醫院或西醫基層都希望把新藥、新科技的預算移

到專款裡面。

可是病友團體擔心的是什麼呢？他們擔心的第 1 個當然是預算是不是有編足，我們知道健保署現在有前瞻式評估，也就是 Horizon Scanning 可以去預估可能會有哪些新藥進來、財務衝擊會多大。可是病人也會擔心，每年編列的新藥、新科技的預算是不是有用完，但其實使用新藥的確會有替代效果。有些以往的用藥就被替代掉了，但是到底替代了多少，總額協商若有這個數據，其實是可以有助於雙方瞭解，到底每年新藥、新科技執行的成效是怎麼樣，也比較能夠較精準編列預算，讓病人即早用藥、提升治療的效果。以目前來講，我們癌症的治療和國際的治療指引真的還是有很大的落差，這是我們需要再跟進的地方。

盧主任委員瑞芬：本案討論已經超時，所以李永振委員最後 1 句話講完，請健保署回應後，主席就要做結論了，請李永振委員。

李委員永振：很抱歉。我是要講，我贊成朱益宏委員和林文德委員的看法，我最主要是提出 1 個東西，這個案子蒐集意見也沒關係，踏出第 1 步，不要只聽樓梯響，人都看不到，都沒有下來，到底什麼時候下來？我們的時間有限，謝謝。

盧主任委員瑞芬：現場的韓幸紋委員，最後 1 位發言。

韓委員幸紋：我覺得是這樣，就是事實上我們編了這個預算、花了錢後，其實也不是只有節流效益。我們在學術上，也可以折現、做當期比較，不是完全不能解決的，或是賴總統說要健康投資，但到底我們花這個錢是否真的能夠買到健康，這些都不可能說完全不做評估，所以我覺得至少、至少，例如在編列預算時，金額比較大、大家比較有爭議、影響層面比較大的部分，真的我支持李永振委員提的，先踏出第 1 步，這些資訊還是要有，不然我們編列預算會沒有根據，我還是支持後續要把這個部分補上。

盧主任委員瑞芬：請健保署回應。

陳副署長亮好：委員的意見都有收到，請組長協助回答，謝謝。

黃組長育文：謝謝，主席跟各位代表！我就蔡麗娟委員提到癌症新藥

給付規定的部分簡短說明。食藥署核准適應症的時候，可能有三期臨床試驗就會核准用於癌症治療或訂定相關適應症，但不會是 100% 有效，會有 1 個百分比，比如 30% 的有效、25% 病人可以延長幾年的存活期。到了健保署的時候，如果全部給付會造成健保財務上非常大的衝擊，以致於我們會在給付規定上對最有效益的族群訂定給付規定的限制，這個也不是限制，我收回，應該是對最有效益族群的給付。廠商送件建議健保納入給付的時候，不會把所有適應症都提來，廠商只會針對他們認為比較有效益的部分先提出申請，健保署收到廠商申請之後會經過專家會議、藥品共同擬訂會議層層審議後，才決定什麼樣的給付規範對藥品給付效益是最好的分配。

之後健保署再根據這個給付跟廠商協議，不是藥品共同擬訂會議結束後立即生效，還需要和廠商協議，如果廠商能跟我們達成共識，健保新醫療科技或放寬給付規定部分可以支應得起，我們都會加速讓民眾使用這個藥，就是大家最後看到的公告裡有給付規定的部分，既然有給付規定就不是全適應症，需要事前審查，因此事前審查確實有些程序，這部分我們也在做相關的調整。

過去大家認為我們跟國際治療指引好像還沒有接軌的部分，我們也正在檢討、盤點，目前依照癌症類別，比如肺癌、乳癌、大腸直腸癌等，針對每 1 個癌別的藥品我們會跟學會討論及盤點，盤點之後，透過醫療科技評估的方法，努力和國際治療指引接軌，從去年到今年署長帶著我們做很多藥品政策改革，朝向國際指引接軌的目標，爭取新醫療科技預算及加速審核也是朝向這個目標來努力，希望嘉惠更多病人及和國際治療指引接軌。

這當中仍有很多的不確定性，所以還是會依照實際臨床資料，之後會再有醫療科技再評估，透過一連串醫療科技評估的方法，慢慢和國際指引接軌，也可以讓病人一步步來擴大治療，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，跟以往一樣，委員們所提的詢問，如果覺得健保署現場回應不足的話，可以再提書面意見，我們會請健保署給予回應。

但是委員詢問社保司的這個部分，因為行政院核定函提到再檢視總額基期，基期是我們委員非常關心的議題，雖然有些不一樣的意見，我想這部分我要特別請社保司，針對 114 年度總額基期跟我們說明：第 1 個基期的公式，有扣的部分，再來是金額，公式搭配金額，讓委員知道協商 114 年度總額時，進來談的總額基期到底是多少錢。剛才李永振委員一直詢問，今年移出的 110.6 億元到底有沒有在這個基期裡面，其實這答案應該是滿簡單，我們就麻煩社保司這部分，把它整理出來一次讓委員瞭解，下次就不用再有其他詢問，就是計算基期的數字跟公式，這點要拜託社保司書面回覆。

有關本次重要業務報告，上次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形，擬解除追蹤 1 項，同意解除追蹤。歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬解除追蹤 1 項，同意解除追蹤，其他洽悉。接著進行討論事項第一案。

參、討論事項第一案「114 年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴：向委員報告，9 月 25 日完成 114 年度總額協商，相關結論同仁已經整理在黃色的補充資料，昨晚也以電子郵件寄給委員，現在程序是做內容的確認。先向委員說明，依據 114 年度總額協商原則，今天會議要做協商結論的確認，在不違背原協定意旨的前提下，協定事項文字可以酌為調整，不能改變實質內容，只做文字修正。至於沒有達成共識的部門，付費者確認付費者的方案，醫界確認醫界的方案，這是第 1 個部分。

第 2 個根據協商原則，新增的協商項目或是預算成長比較多的項目，須提出執行目標、預期效益之評估指標，簡稱為 KPI。各總額部門及健保署昨天已經提送 KPI 相關資料，已納入黃色的補充資料中劃底線處呈現。向委員報告，今天不做確認，是請委員提供意見，之後由健保署會同各總額部門研修，並將研修結果提 10 月份委員會議確認，委員如果有疑問可以提出建議。

回到本議案是要確認協商結論，建議按照各總額部門協商順序逐一確認，請委員參閱黃色補充資料，第 1 個部門是醫院總額協定結果及分配，請委員看到黃色頁補充資料，資料的編碼是按照部門別從第 1 頁開始編碼，呈現的方式在最下面醫院-1、西醫基層-1，方便委員容易找到相關資料。

回到 114 年度醫院總額協商結果，付費者代表和醫院代表沒有共識，所以會兩案併陳。其中付費者方案在黃色頁補充資料第 1 頁，醫院代表建議方案從第 13 頁開始，我就不逐項說明，雙方雖然沒有達成共識，但是門診透析服務是有共識，請委員參閱黃色頁第醫院-12 頁(三)門診透析服務，因為醫院及西醫基層之透析服務費用合併統籌運用，總成長率為 3%，總費用 473.752 億元，維持 4.335 億元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及新增居家血液透析與提升照護品質，其中 3 億元不流用於一般服務，依據議定的總額協商架構規

定，經醫院和西醫基層透析的分攤公式計算後，醫院門診透析服務費用成長率為 2.917%。

為了方便委員瞭解整體預算成長，請翻到補充資料第醫院-27 頁的附表，整理付費者代表方案和醫界代表方案的數值對照表，請看到第醫院-30 頁，臚列 2 個方案，整體而言付費者代表方案較基期成長率為 5.055%，增加 308.43 億元，總金額 6,409.974 億元。醫院代表方案成長率是 5.461%，增加 333.367 億元，總額 6,434.756 億元，以上是醫院總額協商結果數值，以上說明。

盧主任委員瑞芬：謝謝，本案我們就 1 個部門 1 個部門進行確認，西醫基層還有醫院部門都是兩案併陳，如果是兩案併陳，請付費者委員確認付費者版本，醫院代表委員確認醫院版本，實質內容不可以修正，因為這是協商的結果。但文字上如果有誤解或不清楚的地方請現在提出來，一旦確定就不能再更改，請大家謹慎以待。

現在先從醫院部門開始，有關醫院部門的醫院代表委員之建議方案，請教醫院代表針對文字方面有沒有要修改的地方？我想應該不用說明，直接告訴我們有無修改的部分。理事長，文字是你們提供的，能不能確認一下有無要修改的地方？

廖代理委員振成(李委員飛鵬代理人)：主委好，李理事長今天有門診，所以由我代表，因為我沒有看到昨天寄出的補充資料，但有看到協商總成長率的數字，一般服務加專款是 5.565%，加上門診透析服務 2.917%，最後總成長率為 5.461%，這部分是對的。

盧主任委員瑞芬：對不起，聲音不太清楚，請對著麥克風講，因為我們這裡收音沒有很好。

廖代理委員振成(李委員飛鵬代理人)：這樣有聽到嗎？

盧主任委員瑞芬：有。

廖代理委員振成(李委員飛鵬代理人)：OK，好的！因為李理事長今天門診，由我代理，昨天補充資料應該是 mail 給理事長，我這邊……。

盧主任委員瑞芬：收音的問題，真的不是很清楚。因為你說明要修改的地方非常重要，所以我們要確認您說的話……。

朱委員益宏：報告主席，朱益宏發言，我們線上聽得很清楚。

廖代理委員振成(李委員飛鵬代理人)：請朱委員。

盧主任委員瑞芬：所以現在廖代理委員要請朱益宏委員發言是嗎？

廖代理委員振成(李委員飛鵬代理人)：可以、可以，那請朱委員發言。

盧主任委員瑞芬：現在請朱委員說明有無修改。

朱委員益宏：先跟主席報告，我們線上聽到聲音是非常清楚，所以是不是 301 會議室要調整聲音，剛剛廖振成秘書長的發言我們線上聽得非常清楚。

盧主任委員瑞芬：我們現在調整到 100%了。

朱委員益宏：但是你們收音或擴音……。

盧主任委員瑞芬：無論如何，重點就是說明要清楚，沒有誤解你們的意思，這很重要。

朱委員益宏：我回到醫院版本，有幾個文字須修正。(盧主任委員瑞芬：第幾頁?)因為我是今天早上才看到補充資料，我就代表醫院先說明，請看第醫院-14 頁，新醫療科技協定事項第(4)點文字建議刪除，因為醫院協會抄今年的文字，今年文字後面提到價量調查可以做為新藥或新科技財源不足的部分，醫院協會反對價量調查節省的金額用於新藥或新醫療科技的財源，所以建議第(4)點刪除^(註 1)。同樣藥品及特材給付規定改變的協定事項也有相同的文字，請看第醫院-15 頁第(3)點文字也同步刪除^(註 2)。

這邊要強調的是新藥新科技財源，我們反對用藥品或是特材價量調查以後調整給付金額的款項來支應新的項目，我們是反對的，以上謝謝。

註：醫院代表委員建議修正協定事項文字，如電腦螢幕刪除線處：

1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)：~~(4)請於 115 年度總額協商前提出節流效益及特材價量調查所節省之金額~~

2.藥品及特材給付規定改變：~~(3)請於 115 年度總額協商前提出節流效益及特材價量調查所節省之金額~~

盧主任委員瑞芬：好，朱委員現在我們是針對「醫院代表委員之建議方案」文字內容做確認，你另外口頭講的內容，如果沒有在建議方案的內容，就不會呈現。再說明一下，發言內容只會呈現在發言實

錄。針對建議方案的文字，除非在不影響結論的情況下，想再加什麼文字上去，這點請您們確認。

我們現在聽到的是「醫院代表委員之建議方案」在第醫院-14 頁 1 的(4)刪除，及第醫院-15 頁 2 的(3)刪除，是這樣沒錯吧？

朱委員益宏：對，就是這樣子！

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，請問付費者委員對於「付費者代表委員之建議方案」有沒有要做文字修改？沒有，就進行到下 1 個。

劉委員淑瓊：謝謝健保會，整理得非常好，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝劉委員的肯定。接下來是確認西醫基層協商結果，一樣先請西醫基層的代表委員先做文字上的確認或修改。線上有王惠玄老師要發言，是針對醫院部門嗎？

王委員惠玄：是，謝謝！有關朱委員剛才提出的文字修正表示尊重，但既然是總額協商，關於節流效益怎麼呈現，不管從價量調查而來的預期支出縮減或其他對於民眾使用醫療照護的效益提升，這部分應該是協商的內容，付費者代表也同意嗎？因為剛剛前一段討論針對節流效益的評估方式及回饋到總額，剛剛朱委員的文字修正，我個人認為和前面一段討論相左，謝謝。

盧主任委員瑞芬：沒有，是這樣子，協商結果是兩案併陳，所以付費者有付費者的版本，醫界有醫界的版本，付費者版本當然就依照付費者的意見、醫界版本呈現醫界的意見，雙方都要對自己的方案負責。所以付費者代表不能夠修改醫界的版本，醫院代表也不能修改付費者版本。若要修改各自版本的文字我們尊重，因為我們是兩案併陳。

王委員惠玄：好，這是屬於兩案各自表述，是嗎？除了文字以外，協定內容也可以各自表述？

盧主任委員瑞芬：對，各自表述。

王委員惠玄：瞭解，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來進行西醫基層協商結果的確認，請周理事長說明，請理事長確認文字，有沒有要做修改，在不影響結論的情況

下，醫界版本的文字有沒有要做修改？

周委員慶明：有聽到嗎？

盧主任委員瑞芬：還是有點小聲。請理事長。

周委員慶明：我們確認，是 OK 的。

盧主任委員瑞芬：文字沒有要修改？

周委員慶明：對。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝。請問付費者部分有沒有要做文字修改？

我直接問總召好了，請問林委員文字有沒有要修改？

林委員恩豪：沒有要修改。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，西醫基層部門確認。其他還有門診透析、中醫門診總額、牙醫門診總額都是有共識的，因為門診透析已經含在醫院及西醫基層部門了，接下來進行中醫部門的協商結果確認，請問蘇代理委員有沒有要修正的文字？

蘇代理委員守毅(詹委員永兆代理人)：依照原先的規劃。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝。因為是共識版本，只有 1 個版本，所以付費者也同意？

林委員恩豪：對。

盧主任委員瑞芬：接下來進行牙醫部門的協商結果確認，請問江理事長有沒有要修正的文字？

江委員錫仁：我們也照現在的補充資料，全部同意。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝。付費者代表林總召。

林委員恩豪：一樣。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，最後是其他預算的部分，其實對於付費者的版本，最後的版本健保署有不同的意見，但是我們送上去的時候是以付費者的版本為主，針對健保署不同意見的部分，我們都有把健保署的意見寫上去，這部分是不是請健保署要確認。石署長來了，現在剛好進行其他預算的文字確認，timing 剛剛好，太好了。我們會以付費者最後的版本呈上去，但是會加註健保署的不同意見，

請確認你們的文字，文字上有沒有要做修改？

原則上應該是只有在第其他預算-5 頁的部分，第(八)項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」，這部分健保署的建議是：考量矯正機關之環境衛生非本署權責，建議刪除協定事項文字「請矯正機關加強改善衛生環境」。不曉得付費者代表同不同意？因為這不是健保署的權限，請劉委員。

劉委員淑瓊：可以理解，健保署管不到法務部，因為上次付費者代表提出的重點是，該計畫醫療利用主要是疥瘡和上呼吸道感染，完全是因為監所環境不佳，沒辦法做到 1 人 1 床，這也牽涉到傳染病，不能說跟衛福部無關，但的確健保署做不到，但是健保署可以針對醫療利用及醫療品質，因為付費者代表委員覺得這筆錢基於醫療人權應該給，但是給錢之後有沒有買到有價值的服務？受刑人有沒有得到健康或是治療疾病，這是付費者關心的。我不反對你們把它拿掉，但是協定事項請健保署進一步分析醫療利用等部分就要請多費心，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，所以劉委員同意？

石署長崇良：主席、各位委員，前天我也提到我非常的贊同，但真的也不是健保署權責能做到，我建議改成「請衛福部協調矯正機關加強改善衛生環境」^(註)？實際上有部分和地方衛生局、CDC 有關係的，這個權責就很清楚了，健保會不是只對健保署，可以對衛福部提出建議，我有一點越權，請教大家是不是可以同意修正，這也很重要就留著，可以為健保省錢，就像健康署預防保健做得更好健保更省錢，同樣的概念，是不是修正為「請衛福部協調矯正機關加強改善衛生環境」？

註：健保署建議修正其他預算協定事項文字，如電腦螢幕劃底線處：

(八)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：(2)為減少疥瘡等傳染病發生，請衛生福利部協調矯正機關加強改善衛生環境。

盧主任委員瑞芬：文字做這樣修正請問付費者同意嗎？同意，好，我們文字就做這樣的修改。

第 2 個就是第(十二)項「114 年度總額移出保留額度，用於推動政

策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等」，付費者的版本是 25 億元，健保署提出的建議是全年經費 33.77 億元。付費者委員針對這個版本有沒有意見或者……，李永振委員剛才有舉手。

李委員永振：本來我要補充說明昨天共同擬訂會議，昨天才稱讚署長英明，不過他是真的英明，剛才他建議的修正文字可以接受，如果照原來的意見我就有話要講，那個英明就要收回來。因為昨天也有提到協調衛生所協助，因為是臨場提出的所以我不會壓那個部分，現在修成這樣 OK，昨天也提到要清洗被單棉被等，被單棉被要用滾水清洗，防護措施很繁瑣，疥瘡很不容易處理，也容易傳染，剛才署長提出的修正文字，我個人認同，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，我們確認其他預算協商結果，這部分應該沒有問題了，我們第 1 次會議結束時間提前，沒有其他了嘛。好，請滕委員。

滕委員西華：主席好，有聽到嗎？

盧主任委員瑞芬：有。

滕委員西華：我想確認一下，因為前天協商的時候，健保署對於付費者所提的其他項目好像也有不同的意見，那些不同意見都沒有了，是不是？除了剛剛第(八)項文字修正，第(十二)項健保署提到希望維持 33.77 億元，其他項目及金額是不是都按照付費者版本？

盧主任委員瑞芬：其他的都是按照今天確認的最後版本。

滕委員西華：我是說健保署同意付費者最後版本，對不對？除了最後第(十二)項金額有不同意見，我要確認這部分，還是健保署會不會有另外 1 個版本給部長？

盧主任委員瑞芬：沒有，就只有這個版本，滕委員再跟您說明一下，我們去年也是第 1 次出現要加註健保署的意見，因為我們原本就只能送 1 個版本，這沒有兩案併陳，所以我們是送付費者最後決定的版本，但是加註健保署的建議意見，也就是他們要爭取的部分，都是這樣的做法，不會有兩案，現在電腦螢幕看到的版本就是最後的

版本，剛才有做一點文字的修正。署長還要再做說明。

石署長崇良：主席、滕委員，西華姐，其實我也有跟同仁討論，前天其他預算協商結果跟健保署原提出版本主要的差異，「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目由 20 億元減成 10 億元，這筆預算屬於不時之需，因為看到近年疫情影響造成不少的衝擊，但這些衝擊也不是 20 億元能夠解決，所以 10 億元和 20 億元也差不多，我們同意減為 10 億元。

我們也想爭取另外 2 個項目，第 1 個是「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」，被刪減一些預算，但我們還是會繼續努力來做。本來調升居家醫療支付點數，之前陳委員也很關心，不是陳杰委員，是另外 1 位陳姐陳節如委員，關心居家醫療支付點數應給予提升，所以我們明年籌編多一些預算，希望用在居家醫療包月制、長照機構或居家導入論人計酬方案、在宅急症照護試辦計畫也要擴大辦理，規劃安寧導入論質計酬讓末期病人可以在家往生。現在在家臨終比率太低，大約 20%，80% 都送醫院，其實這大可不必，但是到病人家裡開死亡診斷、執行悲傷輔導等需要預算支應，所以我跟同仁討論，希望爭取能夠維持本署提出的預算額度，委員對健保署非常支持也給很多的鼓勵，所以我們就不堅持，如果有機會的話，當然希望可以保留不要做刪除。

至於「提升保險服務成效」0.15 億元，本來要做藥品品質相關事項，但如果大家有意見我們就不堅持。如果可能的話，「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」再給我們一些預算，金額相差不多約 2 億多元，如果沒有辦法，我們尊重大家最後的決定。

盧主任委員瑞芬：好，最後 1 位發言，請何語何代理委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：主席、署長、各位長官、先進、各位委員代表，大家好！第 1 點，總額協商規則，只有醫療團體有兩案併陳，健保署的其他預算並沒有規定兩案併陳，因此由健保署負

責管理的其他預算，最後協商結果當然是以付費者版本送給部裁決。今天署長很英明，一來就畫龍點睛 5 個字化解大家的歧見，如果當天署長來協商，不必 3 小時 1 小時就圓滿解決了。但是沒關係，是英明的署長要送給英明的部長來裁定，我們最後也只能尊重部長的決定，這裡不能再變更任何金額，對署長很抱歉，我們不能答應再更改金額。

另外 1 點我要提出來，前面的部分我都贊成，但我以付費者的立場要附帶一個建議請幫我列進去，就是 114 年從總額裡面移請公務預算支出的項目金額，禁止併入 115 年度總額的基期計算。我要提出這個建議，不然如果到時候衛福部說移請公務預算支出的金額回歸 115 年的基期計算，我們真的啞口無言，要怎麼去處理，所以我要附帶最後的建議案，前面這 5 部分的總額協商結果，兩案併陳的醫院總額跟西醫基層總額，就看最後部長怎麼裁定，我們就尊重，還有健保署其他預算部長怎麼裁定我們也只能尊重。但是我們還是要要求部長裁定的是總額範圍裡面的金額，移到公務預算支出的金額，禁止列入 115 年總額公式基期計算，我徵求付費者的意見。

盧主任委員瑞芬：何代理委員，因為這些預算在 114 年已經移到公務預算了，就是 114 年已經不在了，明年的總額裡面其實已經沒有這 110.6 億元了，所以其實 115 年本來就不會在。

李委員永振：有，基期有啊！

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：主委，那個醫療項目都存在著，那些醫療項目都存在，我們很怕未來在 115 年總額把這些醫療項目再放回來，我的意思是這樣，你再放回來就變成……。

盧主任委員瑞芬：何語代理委員的意思是，擔心 114 年總額放出去的項目，然後 115 年又搬回來一樣的項目，所以這個文字上……。

石署長崇良：贊成、贊成。

盧主任委員瑞芬：不能來吃健保就對了。

石署長崇良：支持、贊成、英明！何代理委員英明。

盧主任委員瑞芬：好，我瞭解了，這個部分應該放在什麼地方，我們

要把這項文字落下來，這部分是 overall 的要求嗎？

好，我們送上去的案子的最上面，因為這牽扯好幾個部分，我們就明列出來，114 年移出的這些項目不能再編回來，OK 沒問題，那付費者應該都同意？付費者有沒有意見？請問總召。

林委員恩豪：沒有意見。

盧主任委員瑞芬：李委員還有補充說明嗎？

李委員永振：我沒有其他意見，在最前面落款的時候要特別提到，這是會議資料第 17 頁依據行政院核定的內容^(註)，算是付費者的回應，照理講這是社保司要處理的但是他還沒處理，在提出報告之前，付費者的回應就是何代理委員剛才提到的，我想這樣比較明確，我不會講話，何代理委員比較直白。這樣也好，也讓劉主秘有根據，付費者的希望及期待，這樣妳也比較好做事，還是我們何代理委員英明，謝謝。

註：行政院 113 年 8 月 30 日院臺衛字第 1131022481 號函，核定「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」之說明三(略以)：……。又 114 年多項健保支出項目移由公務預算支應，請再檢視總額基期與協商因素，避免與公務預算重複。

盧主任委員瑞芬：好，請林委員。

林委員恩豪：不好意思，何代理委員講的和行政院核定的好像是 2 種不同的意思？何代理委員是希望已經移出去的項目不能再編回來。

盧主任委員瑞芬：以後不能起死回生再編回來。

林委員恩豪：行政院講的部分，我在協商時有講，移由公務預算支應的金額要從基期扣除。

盧主任委員瑞芬：行政院函是要衛福部再檢視。

林委員恩豪：對，檢視了，重複部分不就是要從基期裡面移除，這件事情我在協商的時候有明確講過。

盧主任委員瑞芬：社保司要不要解釋一下。

劉委員玉娟：沒有寫到扣除，如果要扣除的話，國發會審議的時候就會直接扣掉了。

李永振委員：行政院尊重衛福部，就是要你們去檢討嘛！

劉委員玉娟：他就是怕有一些重複的項目又會跑進來，所以剛剛何語代理委員講的，我們也支持把它寫進去。

盧主任委員瑞芬：不能起死回生。線上還有朱益宏委員要發言。

朱委員益宏：剛剛何語代理委員提到的部分，我覺得萬一真的我們大有為的政府明年希望健保多負擔一些東西，他想要起死回生的話，那就是要有足夠的預算編列，這部分我也要表達清楚，當然挪出去以後我們也不希望再回到總額，歷年來我們看到很多項目都是政府要把它放進來，很多公務預算支應的項目政府要把它放進來，萬一真的政府在明年度總額又要放進來這些項目或部分項目，那就一定在總額裡面要編列足夠的額外預算，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，我想這個應該也無礙，如果政府真的堅持一定要再把這些移出的項目再移回來的話，就請政府要編列相關的預算來挹注健保經費，這樣付費者代表應該也沒有意見，好，謝謝，我們就這麼做，這部分的文字我們幕僚會再重整，但一定會在送上去這個案子的時候，把大家有共識的這段文字放進去。

首先本案確認，114 年度各部門總額協商因素項目及其他預算的結論如附件一至五，就是各位手上補充資料看到的內容，電腦螢幕有修改的部分我們都記錄下來。

第 2 點，有關新增或延續性項目的執行目標及預期效益的評估指標，第 1，有達成共識的部門就請健保署會同總額部門相關團體研訂，將結果提報 10 月份委員會議，也就是今年 10 月 23 日委員會議確認。第 2，未達共識的部門將兩案併陳報衛福部決定，請衛福部就 114 年總額政策目標要求逕予核定。

第 3 點，請各總額部門相關團體於 10 月 7 日以前提送地區預算分配的建議方案，於 10 月份委員會議討論，若部門未提送建議方案則由本會製案提 11 月份委員會議，也就是今年的 11 月 20 日委員會議討論，以能依法於年底前完成協定。以上是討論事項第一案的結論，我們現在進行討論事項第二案。

蘇代理委員守毅(詹委員永兆代理人)會後書面意見：尊重並同意健保會研析意見。

李委員永振會後書面意見：為瞭解 114 年度總額基期之變化，請幕僚同仁整理過去年度總額基期計算方式改變情形，及一般服務未導入、未執行預算於點值結算及總額基期之扣減情形，提供參考。

肆、討論事項第二案「建請健保署成立『心臟—乳癌』照護模式，納入並給付心臟科醫師成為『全民健康保險乳癌醫療給付改善方案』支付標準內之必要共照醫師成員，於處方藥物治療前由心臟科醫師評估病人心臟/心血管情況，且於治療期間注意監測、追蹤病人是否產生心臟與心血管併發症，並同時新增非『全民健康保險乳癌醫療給付改善方案』院所，給付前述相同之心臟科醫師醫療照護費用案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

盧主任委員瑞芬：請問哪位提案委員要進行說明？

滕委員西華：主席，我是西華，我先代表第1個發言，再由共同提案的委員後續補充。資料上寫得非常清楚，就是歐洲不僅僅是心臟醫學會有提出腫瘤—心臟治療指引，事實上它的血液腫瘤醫學會或是其他放射腫瘤學會，都有共同提到癌症的治療藥物或放射線會直接或間接導致心臟跟心血管的併發症。

不幸的是，在全球癌症治療突飛猛進、降低癌症死亡率的同時，我們的癌症病人卻因為其他的併發症，特別是心臟跟心血管疾病，反而墊高它的死亡率。簡單來說，癌症病人不是死於癌症，而是死於疾病治療過程當中，可以注意而沒有被注意到的併發症。

在說明資料就有提到，以乳癌來說，傳統小紅莓^(註1)、紫杉醇、5-FU^(註2)或是標靶的泰嘉錠、賀癌平及癌思停等藥物，特別是標靶藥物在乳癌的支出也占非常多的費用。這次暫時性支付的新藥裡面，其實有部分是針對乳癌或其他癌症的，所以如果一方面增加抗癌藥物的支出，可是卻沒有花力氣留意抗癌藥物或放射線治療對癌症病人產生的健康災害，這個錢不是白花了嗎？就等於沒有達到效果。

美國的資料更顯示，這些情形在3個癌症特別明顯，1個是乳癌、1個是血液疾病、1個是大腸癌，這些病人疾病治療後的倖存，就是存活率都非常久，高於其他癌症。在美國以乳癌為主的調查裡面，倖存者有非常高的比率在5~10年內死於非乳癌疾病，10年後更加的增加，當然就是以心血管疾病為多，所以我們才提案。特別是林

義組長在評核會也提到說，正在跟和信醫院商量乳癌 P4P^(註3)方案要修訂怎麼申請費用。我們也希望可以增加參與醫院，不是只有目前的 5 家醫院，如果不能在整體醫療體系裡面將乳癌的治療方案全面納入心臟科共照，至少在 P4P 的案子應該要納入。

因為李飛鵬院長今天有門診，不然他就可以分享，國內包括北醫跟奇美醫院事實上也都有執行共照方案，也都不只試辦 1 年，已經試辦 2、3 年了，他們的效果也是非常好，國內並不是完全沒有經驗。

關於健保署這邊的意見，我要非常謝謝健保署第五點的回應，他們願意考量納入心臟科醫師共同照護的規範。這個方案正如健保會幕僚提出的意見，事實上是屬於醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議的權責，我們在這邊提出來，只是希望健保署站在病人立場考量，本質上是要提高健保給付的效益跟醫療品質。雖然我對中華民國癌症醫學會反對非常非常非常驚訝，因為這是歐洲腫瘤醫學會提出的，沒想到台灣竟然是癌症醫學會不同意，我還是要說我非常非常驚訝。不知道為什麼，台灣醫院協會也不同意，李飛鵬院長在北醫，北醫有在做共照，李理事長為什麼不同意，我也蠻驚訝的，所以健保署是不是也可以跟我們分享一下，中華民國癌症醫學會跟台灣醫院協會不同意心臟科醫師加入共照的理由是什麼，謝謝。

註：

1. Doxorubicin(俗稱「小紅莓」，乳癌化學治療中的一種藥物)。

2. 5-FU(flourouracil，五氟尿嘧啶，是一種嘧啶類似物，主要用於治療腫瘤)。

3. P4P(Pay for Performance，論質計酬)。

盧主任委員瑞芬：有沒有其他委員要發言？蔡麗娟委員要補充。

蔡委員麗娟：謝謝主席。署長、各位委員，大家好，我們都知道癌症治療的確有很大進步，癌症病人存活率也明顯增加，但是癌症治療不管是傳統化療還是放射治療，或者是現在很多創新的標靶免疫治療，的確都會引起心臟血管的一些副作用。我們最近看到，就是剛剛提案人西華委員也提到，歐洲心臟科醫學會他們發表了腫瘤—心臟的臨床指引，這是 1 個很重要的里程碑，因為這是國際上第 1 次

由這種大型的心臟醫學會，對於腫瘤與心臟這個領域，提出完整的照護指引，清楚地講到共病的機制，同時也提出在癌症治療前、中、後各階段，我們都要進行怎麼樣的評估及治療建議。

為何會特別用乳癌照護模式來做提案？最主要就是乳癌病人在治療中，特別使用到的一些化療藥物如小紅莓、標靶治療的賀癌平及癌思停等藥物，對於心臟血管的毒性，從過去到現在已經有很多的研究及實證指出，的確它們會造成心律不整，或是冠狀動脈的疾病，也就是心臟功能的異常，這是非常常見的，所以才會發現有些病人最後不是死於癌症本身，而是死於心臟血管的併發症。

我要特別強調台灣的乳癌，因為乳癌長期高居台灣女性癌症發生率的第1位，而且發生的年齡跟歐美國家有很大的不同，歐美國家發生的年齡比較晚，但是台灣在45歲以後，就會有1個高峰期，甚至我們發現乳癌病友的發生年齡有年輕化的趨勢。也就是說經過治療之後，這些乳癌病人可能還有數十年的癌後人生，我們因為發生的年齡比較早，所以這些病人可能是還在承擔照顧子女或者還在職場上的女性，甚至還要承擔照顧家中長輩的壓力，所以他們擔任多重的角色，還有多重的責任，這些女性所承擔的責任真的是非常的重要，我們不能忽視。我們要怎麼樣讓癌症的治療，尤其是乳癌治療得到最佳成果，而且要減少後續已知的心臟血管併發症，希望先建立乳癌的心臟—腫瘤的共同照護模式，讓台灣的乳癌病人在整個照護上面，能夠更完整。

當然癌症醫學會他們說只要有需要就照會專科醫師，但是如果在照護的團隊中，就把心臟科醫師納入必要成員，也就是說不管在怎麼樣的階段，從治療前就開始關注心臟血管有沒有這樣的問題、有沒有後續可能發生併發症的監測，相信對於乳癌病人的預後或是整體的效益跟生活品質都會有提升效果，所以建立這樣的共同照護模式的確是有它的必要，以上。

盧主任委員瑞芬：現在請線上的朱益宏委員發言。

朱委員益宏：謝謝主席。關於這個議題，因為牽涉到專業，到底哪些

醫師、哪些團隊要介入某一種疾病的照顧，我覺得是非常非常的專業，我覺得頂多本會最後的決議也只是給健保署參考，建議我們要尊重專業醫師或是醫學會的建議。如果乳癌使用一些抗癌的藥物，而這些抗癌的藥物會影響到心臟，其他的癌別也會用到類似影響到其他器官的藥物，是不是也要請其他的醫師對於不同的癌別也要組成共同照護網，這對於組成醫療團隊上角色會有混淆。

我再舉另 1 個例子，骨科常常因為部分疼痛會使用非類固醇的抗發炎藥物，醫學常規都知道這類藥物會影響腎臟，服用久了會造成腎功能的損害，所以骨科疾病是不是也要請腎臟科醫師共同組成共同照護團隊來共同照護？我覺得如果這邊做成決議，健保會要求這樣做的話，我覺得在臨床上真的會造成非常大的困擾，所以建議這案子大家討論完之後，可以給健保署參考，但是不能作成決議要求健保署組成這樣的團隊，因為這確實非本會的權責，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請李永振委員發言。

李委員永振：謝謝，依照健保署書面的說明陳述，可以看得出來，健保署對這個議題一直都有在關心、也有掌握，所以非常肯佩。但是醫界相關科別的看法還沒有一致，感覺比較可惜，所以建議往後的討論能儘量站在病人的立場角度來考量，儘快可以獲得一致的看法，對病人提出最好的做法，這是一個期待。

第 2 點就是，我們觀察，乳癌患者一般會全力關注在症狀的治療，比較疏於留意治療過程可能引發的副作用、後遺症，在目前我們還沒有最好的做法出來之前，建議可以馬上做的就是強化衛教的部分，提醒他們可能會有心血管疾病的風險，要有那種意識，剛才蔡委員也有提到，他們是這方面的專家，應該有很詳細的觀察，這點應該可以馬上做，是不是可以研議一下如何趕快去落實，以上 2 點謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請何語代理委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：主席、署長、各位長官、各位先進，我們是非常大力支持這個案子，支持的原因有幾個：第 1，人類自古

以來都是以女性為中心，當然乳癌非 100%都是女性，因為我不知道男性得乳癌的比率占多少，也許 99.9%是女性、0.1%才是男性，但是以我的觀察，每個人講到乳癌都會想到女性，不會想到男性，現在聽到男性得到乳癌的很少很少，都是女性，為了保護女性罹患乳癌之後，能夠持續照顧整個家庭，你看我們有單親媽媽家庭培養出 1 個總統，但是沒有單親爸爸家庭培養出 1 個部長，所以我認為還是要尊重女性的就醫權利，只要保護好她，就可以鞏固整個家庭，這是我非常支持這個案子的原因。

第 2 個，剛才朱委員既然講到這個議題非常專業，我們請心臟醫師來幫忙不是非常專業嗎？心臟科醫師就很專業，沒有錯就是要請專業醫師來幫忙。剛才李委員講到要衛教，如果在衛教裡面建議納入心臟科醫師，若還要尊重乳癌醫師的看法，那就很麻煩。所以我建議這個案子能夠通過，且能夠真正納入心臟科醫師共同照護，至於未來其他癌症牽涉到其他疾病，現在歐洲心臟醫學會都已經在臨床指引把它正式列出來了，希望醫界講到對你們有利的時候就說外國的月亮多圓，講到你們有點不喜歡的就說台灣不適用，我的意思，歐洲心臟醫學會的指引已經很明確已經納入心臟科照護了。

另外一個就是我們台灣癌症醫學會，蔡委員所負責的癌症醫學會，他們也認為……，癌症基金會，對不起，我弄錯了。癌症基金會他們的發現也是認為應該要納進去才對，所以尊重保護我國女性乳癌患者的權利，再來尊重歐洲醫學會參考腫瘤—心臟臨床指引，還有尊重台灣癌症基金會的意見，我建議這個案子應該給予通過，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請江委員。

江委員錫仁：主席、署長、各位長官、各位委員，針對這個議題，我也表達意見，附和委員剛剛講的，如果對民眾的治療醫療有幫助的，當然我們專業的醫師看要怎麼配合，如果是配合，我想也是要尊重醫療專業醫師的分工，我想是可以朝這個方向討論，我相信這是很好的 1 個議題，對民眾有幫助的我們當然儘量去配合，以上。

盧主任委員瑞芬：請侯委員俊良。

侯委員俊良：主席，我是支持這個案子，我是覺得有點奇怪，各位看一下會議資料第 37 頁，台灣乳房醫學會跟中華民國心臟學會是同意，但是中華民國癌症醫學會跟台灣醫院協會是不同意，不同意的理由我覺得是不太專業，他說若有問題會照會心臟科，這句話就代表心臟科是專業的，專業的人來協助去專業處理不是更好嗎，等到有需要才去做處理，若以病人為中心為思考點，本來就以病人最有利的去做處理，所以他們不同意的意見是有矛盾的，這案子的支持當然以病人為中心是絕對有幫助，對專業度也會有幫助，所以我看不出反對的理由。

盧主任委員瑞芬：請韓委員幸紋。

韓委員幸紋：我當時也是支持這個提案，因為確實直覺上女性罹患乳癌比率會高很多，在研究上也發現，當你罹病之後在不同性別就業上受到的影響程度確實也不同，如果說我們在治療上面可以儘量讓女性趕快恢復健康，而且剛才提到乳癌罹患年齡有下降趨勢，等於乳癌患者可能會有 2 個特性，1 個可能是年齡相對低，1 個是性別上面是女性。如果他在罹癌過程當中，在治療過程還衍生心臟血管的相關疾病，我們就會發現說年輕而且是女性的個案其實在就業上面的影響程度是比較大，所以她在生重病的情況下，會有比較高的機率是被迫離開專業職場，但是她有沒有經濟上的負荷跟需求，其實是有的，所以我們看到資料也發現說她會轉成兼任，去維持一定的所得，癒後可能 2~3 年後她才能再重新地回到職場上，後續可能所得上也會受到影響。

這就是我們剛才提到的，我覺得並不是我們不願意花錢或投資健康，而是在編列相關預算時，要想一下是不是能達到相當的效益，所以其實像西華委員當時在提案時，也有附上相關文件證明這件事情確實是有效的，加上我剛才提到的，我自己做研究時，也發現相對年輕的女性在罹病之後，受到的影響程度確實比較大，在綜合考量這些因素後，所以當時我們才會支持這個提案，以上補充說明。

盧主任委員瑞芬：請問健保署有沒有要說明的地方？

石署長崇良：謝謝滕委員及各位委員對乳癌病友的關心，確實從一些數據看起來我們有進步的空間，現在初診斷乳癌 1、2 期的病人已經超過 84%，但是標準化死亡率好像並沒有因此下降，所以在醫療照顧部分確實有要再改進的地方，我們現在會來檢討乳癌的 P4P，就是乳癌的論質計酬方案，因為目前的參與情形並不多，所以我們會再蒐集一些意見，看看怎麼樣來調整，讓乳癌的 P4P 照護計畫可以擴大，讓更多癌友可以得到好的照顧，當然滕委員所提的建議也會在未來我們新的 P4P 計畫裡面一併考慮，謝謝大家，我們會朝這方向努力。

盧主任委員瑞芬：本案是屬於保險業務的監理事項，所以委員剛才提到的監理建議，我們都會送請健保署研參，剛才署長也給了很正面的回應，接著進行討論事項第三案，請同仁宣讀。

伍、討論事項第三案「居家醫療照護整合計畫訪視費及個案管理費應衡酌實務給予合理調升，並將居家醫療整合照護預算逐步提升至健保整體預算百分之一規模案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

盧主任委員瑞芬：請提案的陳節如委員說明。

陳委員節如：我想我們台灣的整個醫療，確實沒有跟上先進國家的方向，2014年我在立法院所提的在宅醫療與照顧服務，第1年是6,000萬元的實驗計畫，第2年就併入健保，到現在已經快10年了，居家醫療照護整合計畫的醫師訪視費才1,553點。以務實需求來講，目前的給付點數還是很受限，這樣對鼓勵基層醫療院所要投入居家醫療的效益相當有限，也非常可能是醫療院所沒有積極投入居家醫療計畫的主要原因，因為去1次居家醫療，不是只有1位醫生，應該也要有相關人員團隊參與，跟剛剛討論的乳癌也是一樣，要有團隊，不是1個醫生可以掌握一切，尤其在宅醫療需要很多的專業人員。

以一般診所的代診費來說，行情是5,000~10,000元，但是如果今天專做居家醫療的醫師去家裡看病人，1個上午其實看3、4個就很忙碌了，這個病患數量換算成醫師訪視費大概是4,000多元~6,000多元，完全可以理解現在的給付標準對願意投入的基層醫師幾乎沒有什麼誘因，在沒有誘因之下，基層的居家醫療到現在已經做了差不多10年，我覺得人民還是無感，原因出在哪裡？就是誘因。重賞之下必有勇夫，所以我建議要調高醫師訪視費，例如1.5到2倍，讓醫師平均1個上午或下午去看的居家醫療病人收入，要達到和代診費行情相當，甚至是高一些的程度，才可以讓居家醫療服務量擴張。

根據國外的統計，如果居家醫療服務量擴張的話，可以降低醫院住院機率及節省醫療費用，所以我們應該積極發展在宅醫療的方案。居家醫療不是只有醫療，還有安寧療護的部分，目前管理費相當少，1年才600點，相當1個月50點，我認為應該要把居家安寧療護的管理費提高，居家照護因為狀況比較多元複雜，甚至居家醫

療的需求非常頻繁，所以讓被照顧者能夠安心、有信心在家裡醫病，這一定要增加行政管理費，才可以讓其他專業願意投入，也就不動不動就送急診，可凸顯個案管理費的成效，如果提高管理費，成效應該會比較好一點。

居家醫療的「醫師訪視費」和「個案管理費」的檢討和調整是非常必要，健保署可以去瞭解實務經營需求，我們也希望健保署能推展居家醫療的服務量，同時還要搭配品質控制，就是 KPI^(註) 等等鑑定，希望居家醫療服務規模能夠繼續成長，並將經費提高到健保整體預算的 1%。偏鄉或 2 樓以上的身障者及老人現在確實是非常非常需要居家醫療，但健保署好像沒有特別規劃這部分，所以我在這裡鄭重提出來，我有看石署長在「有話好說」節目的影片，你在節目上提到說居家醫療健保給付制度可能要朝向論質或包月的方式來調整，居家醫療做到現在也很多年了，我認為給付制度無論怎麼調整，都要有達到實質鼓勵提升團隊投入意願的效果。在宅醫療學會的余尚儒醫師也說因為看在宅病患的時間要花費比較長，所以日本看 1 位在宅病患的收入相當於看 10 位門診病患，因此我們希望健保署能夠考慮提高到宅醫療費用，提高之後才會有基層醫師投入這個方案，以上。

註：KPI(Key Performance Indicators，關鍵績效指標)。

盧主任委員瑞芬：請問各位委員針對這提案有沒有意見要表達？沒有意見的話，就請健保署回應。

吳委員榮達：主席，我是吳榮達。

盧主任委員瑞芬：先請現場的何語代理委員，接下來再請線上的吳榮達委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：我支持陳節如委員提的這個案，但我非常支持本會的補充意見，因為這個案的建議還是要移到全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議去討論，我們通過這個案以後，只能建請健保署在醫療服務項目共擬會議討論支付標準調整，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請線上的吳榮達委員。

吳委員榮達：對於這個案子我只有 12 個字要表達「有限資源，合理必要，輕重緩急」，只表達這 12 個字，謝謝。

盧主任委員瑞芬：有限資源、輕重緩急，沒有錯吧？

吳委員榮達：合理必要、輕重緩急。

盧主任委員瑞芬：喔！合理必要、輕重緩急。

石署長崇良：這樣不是 8 個字嗎？

周執行秘書淑婉：還有前面的文字「有限資源」。

劉委員淑瓊：請再轉述一下。

吳委員榮達：12 個字，有限資源、合理必要、輕重緩急。

盧主任委員瑞芬：有其他委員要表達意見嗎？如果沒有，就請健保署回應。

石署長崇良：我們會把這 12 個字貼在會議室，有限資源、合理必要、輕重緩急，依照這樣做就對了。

盧主任委員瑞芬：這部分沒有其他委員表達意見，健保署也回應，而且有提供書面資料在補充資料，本案是屬於保險業務的監理事項，委員所提的監理建議都會送請健保署研參，健保署也有一些初步的回應。接著進行討論事項第四案，請同仁宣讀。

陸、討論事項第四案「全民健保應強化社區型急性後期照顧(PAC)服務模式，協助病患重返家庭生活案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

盧主任委員瑞芬：請陳節如委員說明。

陳委員節如：我們整個醫療體系大概缺的是出院準備計畫，我也曾經去問過，可是這個準備計畫好像有等於沒有，為什麼？因為給付太少，而且這是要一個團隊的接軌，準備計畫有等於沒有，所以 PAC^(註)在臺灣一直沒有接好，還是由醫院來處理，急性後期整合照護計畫有住院模式、日間照顧、居家模式，現在還是以住院為主，3 個月就要出院，可是你沒有去看他的 PAC 到底做得怎麼樣？對於病患的日常家庭生活及復健的訓練應該要非常完整，比如說起床、洗碗、吃飯、洗澡等日常生活功能要訓練完整之後，才能夠讓病患回到家裡，這是我今年 3 月到北海道去看的一個非常實在的例子，這樣的 PAC 才不會造成病人又一直要回到醫院接受治療，而且有些民眾都住在偏遠、比較鄉下的地方，要到大醫院的話交通是個問題，陪伴也至少要 1、2 個人，而身心障礙者及老人更需要，所以我們希望在社區裡面能夠有急性後期照顧。

PAC 現在只在醫院，社區都沒有辦法做 PAC 制度，衛福部照護司曾經推行「一般護理之家急性後期復健照護試辦計畫」，這也是社區模式的一種，可是不知道辦得怎麼樣，健保署應該要針對試辦裡面成效好的模式，看看怎麼鼓勵他繼續做、甚至看看有沒有複製的可能。我記得在木柵那邊的護理之家提供的復健是做得還不錯，可是也沒有看到後續的規劃。根據健保署的資料，14 日及 30 日內再住院率一直提高，30 日內再急診率也沒有改善，這 2 部分不知道是什麼原因？而整體功能改善病人比率及成功返家比率都有逐漸提高，如果 PAC 都有滿足病患的需求，為什麼自費市場的需求還這麼高？

所以急性後期照顧的生活功能復健是非常重要的，如果做得好，可以讓病患及家庭都回到疾病發生前差不多的生活狀況，家庭才可能穩定，家庭的穩定才能帶來社會的穩定，要不然照顧者離職、照顧

壓力過大，年輕人要離職回來家庭照顧這些人，這些都是我們不樂見的狀況。

我們希望能夠請健保署擬一個比較完整的、團隊式的、在社區的 PAC 政策，而不是醫院轉醫院，現在醫院的復健科也做 PAC，可是住滿 1 個月又要轉醫院，這根本沒辦法去提供傷病者完整復健功能，以上我們請健保署能夠好好的再規劃，好好的把 PAC 接起來，這非常非常重要，謝謝。

註：PAC(Post Acute Care，急性後期照護)。

盧主任委員瑞芬：請問各位委員對這案子有沒有意見？如果沒有，健保署的書面回應在補充資料的最後 2 頁，請健保署回應。

石署長崇良：謝謝委員的指教，雖然我們預算少了一點，但還是會做，針對 PAC 的部分，我們第 1 步會去強化社區醫院跟基層能不能加強接案，當然發展的模式可能有不同，基層做的是居家的 PAC，社區醫院承接的是一些沒辦法直接回家的病人。另外我們也會去強化 PAC 後面的出院準備，所以我們會依序擴充居家照護的部分，所以真的很想把那 2 億元拿回來，實在是好可惜，這些都是要在居家照護去建構的預算，居家的部分含 PAC 跟安寧，我們會努力。

盧主任委員瑞芬：這部分陳節如委員還要補充嗎？請陳節如委員。

陳委員節如：其實 PAC 分很多階段，比較重要的階段是在醫院，而社區的 PAC 其實可以併入中醫，我忘了哪個國家，中西合併的 PAC 非常熱絡，有針灸、藥草泡澡，很多的中西醫合併治療，還有自理生活訓練，我覺得這些都要考慮進去。PAC 不是只有 1 個單位就可以做好，涉及的專業非常非常多，尤其復健的部分。

另外我要提醒健保署，現在蓋 1 個章可以做 6 次復健(指同一療程)，但這 6 次就只能治療同 1 個部位，也不能做其他的部位，是不是可以通融一下，現在長照需求攀升，但這樣限制非常的無奈，怎麼會做得好呢。我沒有提案，可是我在這裡用口頭提案，請署長關注一下，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請問健保署，剛才陳節如委員提到的復健有限部位

嗎？

石署長崇良：健保給付沒有這樣子限制，沒有啊。(陳節如委員：有啊!)
沒啊！你予人騙去矣(台語，意指被騙)，請委員告訴我們是哪1家院所，我們去瞭解一下。因為目前健保復健治療支付標準是分簡單、中度及複雜，如果需要治療的部位比較多，就會申報複雜相關項目，沒有這樣子限部位。

陳委員節如：有啦，那我帶你去看，我先生去做就這樣。

石署長崇良：好啊，你帶我去看，我看看是哪1間。

陳委員節如：我先生去做就這樣，所以他回來跟我抱怨說怎麼這樣子，蓋1個章做6次，6次全部要做同樣的地方，這是復健嗎？

盧主任委員瑞芬：劉委員是不是有舉手要發言？請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：我們常常在委員會議這裡反映問題時，健保署都說絕對沒有這件事，但我們醫改會接到民眾來電，就常常聽到民眾講，比方PAC，民眾會講住滿28天就一定要換1家醫院，然後換出去後，過28天再回來，你知道這個造成多少民怨，而我們每次跟健保署反映，從以前的署長開始，回應都說絕無此事，包括健保署幕僚也是這樣說。但是包括我們接的電話，還有我周圍的朋友，都說明明有這件事情啊，28天就必須打包行李準備要換醫院。還有剛剛提到復健6次只能看同1個部位，署長您說沒有這回事，但因為本人最近就是寡人有疾，復健真的是這樣，不只剛剛陳節如委員的經驗，我的經驗也是。所以我要講的重點就是，一般民眾實際就醫的經驗不要跟健保署的規範不一樣，因為這樣會浪費健保資源，民眾也沒有得到好的照顧，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：這個部分要請健保署加強稽查，他們會去看一下瞭解實際狀況，請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：我回應一下，其實我也在看中醫，我是中醫的長期使用者，其實有的診所真的比較好，有的診所就真的有限制，可以說真的是參差不齊，有的診所真的只有做1個部位，有的則是全部都看，至於我去看的診所，全身的問題都會看，我只要哪個部位有問題，

診所都會處理。那是不是因為管理狀況不一樣，還是看病的層次或品質也不同，我覺得似乎不是每個院所都這樣。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝。

陳委員節如：請署長上電視再宣布一下，提醒正確規定。

盧主任委員瑞芬：本案委員所提意見，我們全數送健保署研參，也請健保署持續精進 PAC 照顧模式還有評核指標，並於 114 年 7 月前提健保會報告。114 年或許我們現在的委員有些不會繼續擔任委員，但是健保會繼續在，會在 114 年繼續關心。

柒、報告事項「中央健康保險署『113年8月份全民健康保險業務執行報告』(書面報告)案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

盧主任委員瑞芬：我們剩下最後的報告事項，這次因為是書面報告，所以健保署不做口頭報告，請問各位委員對於健保署所提出的 113 年 8 月份全民健康保險業務執行報告，有沒有什麼意見？(未有委員表示意見)可能總額協商太累了，現在沒有意見，沒關係，會後仍可提書面意見，一樣會請健保署回復。接下來請問各位有沒有臨時動議，如果沒有的話，主席非常樂意宣布散會。