

衛生福利部全民健康保險會
114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113年9月25日

114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 113 年 9 月 25 日上午 9 時 30 分至 22 時 30 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、陳思縉、
林偉翔、張薏云、張靈

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、江委員錫仁、吳委員榮達、吳委員鏘亮、李委員永振、李委員飛鵬、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、陳委員石池(台灣醫學中心協會游秘書長進邦代理)、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、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主談委員及協商代表：(協商代表依姓名筆劃排序)

醫院總額—台灣醫院協會

李飛鵬、李偉強、孟令妤、林佩菽、洪芳明、童瑞龍、廖振成、謝文輝、謝景祥、羅永達

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

羅永達、張孟源、李飛鵬、孟令妤、林恒立、洪芳明、黃啓嘉

西醫基層總額—中華民國醫師公會全國聯合會

周慶明、王宏育、吳國治、林恒立、張孟源、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

詹永兆、吳清源、林永農、柯富揚、胡文龍、張廷堅、陳俊良、

陳博淵、陳潮宗、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、林鎰麟、徐邦賢、翁德育、陳世岳、
楊文甫、簡志成、羅界山

中央健康保險署：

石署長崇良、龐副署長一鳴、姚簡任秘書雨靜、劉組長林義、黃
組長育文、游組長慧真、黃參議珮珊、張副組長惠萍、賴專門委
員彥壯、陳專門委員依婕、洪專門委員于淇、朱科長文玥、阮專
員柏叡、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、邱組長臻麗、陳組長
燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第95頁)

貳、114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商：略。(詳附
錄第95~233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25日09：30~12：08(含付費者及部門代表各自召集內部會議討論
約1小時19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5.410%。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%。
- 2.專款項目全年經費為45,947.3百萬元。
- 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2.917%。

4.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%。

醫院代表之建議方案

1.一般服務成長率為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%。

2.專款項目全年經費為18,698.0百萬元。

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2.917%。

4.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%。

(三)114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25日12:30~13:22(含付費者代表召集內部會議討論約21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113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，114年度醫院及西醫基層門診透析費用成長率，分別為2.917%及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)，其中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，且300百萬元不得流用於一般服務。

(三)114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25日13：28~15：59(含付費者及部門代表各自召集內部會議討論約1小時27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%^(註)。

註：協商因素負成長(-1.895%)，主要是付費者代表依健保署建議，將一般服務項目「提升國人視力照護品質」移列專款項目，減列33.357億元(-2.488%)，雖其他項目有增加預算，惟受移列金額影響，協商因素成長率乃呈現負成長。

2.專款項目全年經費為13,320.5百萬元。

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3.090%。

4.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%。

西醫基層代表之建議方案

1.一般服務成長率為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%。

2.專款項目全年經費為9,740.2百萬元。

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3.090%。

4.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%。

(三)114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25日16：01~17：11(含付費者代表召集內部會議討論約41分鐘)。

(二)協商結論摘要(共識方案)：

- 1.一般服務成長率為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%。
- 2.專款項目全年經費為1,283.4百萬元。
- 3.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%。

(三)114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25日17：15~18：46(含付費者及部門代表各自召集內部會議討論約54分鐘)。

(二)協商結論摘要(共識方案)：

- 1.一般服務成長率為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%。
- 2.專款項目全年經費為4,663.3百萬元。
- 3.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%。

(三)114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25日18：49~22：29(含付費者代表及健保署各自召集內部會議討論約1小時49分鐘)。

(二)協商結論摘要：

114年度經費18,227.7百萬元，較113年度減少1,092.1

百萬元。

註：中央健康保險署對於其他預算第(八)、(十二)項有不同意見，提
委員會議確認處理。

(三)114年度全民健康保險其他預算及其分配，如附件五。

七、依114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26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27日本會113年第8次委員會議討
論。

參、協商會議結束：9月25日22時30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)

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%)：

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.全日護病比加成(-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，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」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。
 - 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，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)，其中 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，且 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)。

(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(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)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。

3.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(0.001%，預估增加 8 百萬元)：

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 24,698.0 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：醫院人事費用占比增加：醫院人事成本占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：陽追率達 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 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，擴大國健署疾病篩檢，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)，其中 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，且 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 (*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) (*付費者代表方案列「給付規定改變」項目)	* -	* -	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
	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
	其他醫療服務利用密度之改變				
	其他議定項目				
其他醫療服務利用密度	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 (114 年新增項目)	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 ^{註2}	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、新增診療項目) (*醫院代表方案列其他預算)	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	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	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「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」項目)	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
20.地區醫院全人全社區照護計畫	500.0	0.0	500.0	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)
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	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	0.0	-200.0	0.0	-200.0
26.住院整合照護服務試辦計畫	0.0	-560.0	0.0	-560.0
27.癌症治療品質改善計畫	0.0	-414.0	0.0	-414.0
28.慢性傳染病照護品質計畫	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)³	增加金額	5.142%	30,143.3	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	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)⁴	增加金額	5.055%	30,843.0	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3,293.0百萬元與加回前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113年度總額基期(一般服務+專款)」成長率，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113年度總額基期(一般服務+專款+門診透析)」成長率，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%，減少 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之追蹤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之項目(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」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。

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」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。

(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，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)，其中 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，且 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之項目(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)，其中 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，且 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)
其他醫療服務利用及密集度之改變	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「給付規定改變(藥品、特材、診療項目)」項目)	*0.000%	*0.0	0.149%	199.8
	8.因支付衡平性已調整支付標準之項目 (114年新增項目)	0.064%	86.1	0.350%	469.2
	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 ^{#2}	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3}	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4}	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 百萬元與加回前 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 113 年度總額基期(一般服務+專款)成長率」，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 113 年度總額基期(一般服務+專款+門診透析)成長率」，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。

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 $\times(1+114$ 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(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：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以下事項：

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請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%，預估減列 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

提健保會報告。

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(計約 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(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以下 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)請研議將科學中藥納入核實申報及進行藥價調查之可行性。
醫療 密集 度 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	
	3. 中醫癌症患者加強照護整合方案專款專款(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	
其他 議 定 項 目	5. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.003%	-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
一般服 務成長 率 ^{註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以下事項： (1)持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計

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>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)：</u> <u>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以下事項：</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月提健保會報告。</p>
8.照護機構中醫醫療方案	8.0	-40.0	<p>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</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(計約 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 113 年度總額基期(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、總額核定結果：

- (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齶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，並請於執行第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.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。
- 9.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。
- 10.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。
- 11.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，若計畫持續辦理，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。

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。
其他議 定項目	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。
	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
4.超音波根管沖洗計畫	144.8	0.0	<p>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。</p> <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。 65 歲以上病人 3 年後(116

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>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> <p>(2)本計畫以 3 年為檢討期限</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
			(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,並請於執行第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.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。
9.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。
10.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。
11.非齒源性口腔疼痛處置(114年新增項目)	14.4	14.4	1.執行目標(暫列): <u>每年執行10,000人次。</u> <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> 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

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				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，若計畫持 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。
專款金額		4,663.3	1,142.9	
較基期成長率 (一般服務+專 款) ^{#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 113 年度總額基期(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 年度全民健康保險其他預算及其分配

總額協商結論：

經付費者代表與中央健康保險署討論，付費者代表之建議方案如下，其中(八)、(十二)2項中央健康保險署有不同意見，將一併陳報主管機關決定。

付費者代表之建議方案：

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：

(一)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。

(二)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。

三、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，若計畫持續辦理，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(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，請矯正機關加強改善衛生環境。

中央健康保險署意見：

本署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」。

(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：

全年經費 0 百萬元。(113 年預算 5 億元，114 年改由公務預算支應，考量藥品確效屬食品藥物管理署權責，應由公務預算支應，爰不另編列預算)

(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份，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)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%。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>(3)子宮頸抹片利用率$\geq 16\%$。</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，若計畫持續辦理，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</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			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)。
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、罕見疾病器材、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、罕見疾病器材、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	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」。 2. 「遠距醫療會診」之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
			<p><u>預期效益(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。</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： 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，請矯正機關加強改善衛生環境。</p> <p>中央健康保險署意見： 本署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」。</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
9. 腎臟病照護及病人衛教計畫	500.0	-11.0	<p>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，並於額度內妥為管理運用。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>
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	113年預算5億元，114年改由公務預算支應，考量藥品確效屬食品藥物管理署權責，應由公務預算支應，爰不另編列預算。
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	2,500.0	2,500.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>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份，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。</p> <p>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。</p> <p>中央健康保險署不同意見： 建議全年經費3,377百萬元。</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
費用調整 (RBRVS) 等(114年 新增項目)			
13.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	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。
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	

壹、114年度總額協商－「醫院總額」
與會人員發言實錄

壹、114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

報告主委、各位委員及協商代表，會議時間已經到了，是不是請主席宣布開會。

盧主任委員瑞芬

各位好，今天會是漫長的一天，除了努力達成共識，希望我們今天在時間上也有所突破。現在就按照協商程序，進行醫院總額協商第一階段的提問與意見交換，時間是 20 分鐘。因為協商方案的內容醫院部門代表已經在 8 月 21 日的會前會報告過，委員也都事先看過資料，所以現在先請醫院協商代表就想要特別強調的重點項目做 5 分鐘內的說明，其他時間保留給付費者委員提問與進行意見交換。5 分鐘時間一到，同仁會按鈴提醒，請掌握時間，謝謝。

李委員飛鵬

- 一、盧主委、各位委員、各位醫界先進代表，大家好！我是台灣醫院協會理事長李飛鵬。我們為了本次協商也開了很多次會議，我就任理事長已經 1 年，本來是很希望能夠依照行政院核定的成長率範圍上限，同時展現醫界的誠意，提出一個今天協商可以達成共識的方案，不要兩案併陳送部長。但我還是要跟大家抱歉，今天提出來的版本，一般服務成長率超出 10%，如果大家覺得提出這個成長率實在很過分，我們也有非常不得已的原因。
- 二、首先說明，本來在這次的總統選舉，以及前陣子立法院的爭議中一直提到，有很多健保的支付項目要移出去由公務預算支應，也希望改善醫事人員的待遇，因此，我們在編列預算的時候也很期待，有些項目真的能夠移出去由公務預算支應。事實上，健保署要爭取公務預算也沒那麼容易，一時之間也爭取不到，所以很多項目就沒有移出去。其次，為呼應賴總統改善醫事人員待遇，我們特別編列基本診療章的調整 300 多億元，是預算最大的項目，雖然我們本來期望的成長率是百分之 5 點多，

而且盧主委也一直提醒我，提出的方案要合理，不然大家一翻兩瞪眼無法協商，所以我也很在意這件事情。

三、有關醫事人員待遇，大家也知道現在一直在爭取護理人員的待遇要提高，除護理人力不足外，藥事人力也不足。我到大陸或是世界各地的醫院開會，人家的醫院都在求發展，台灣的醫院則是在求生存，包括我們很多核心能力、人才訓練以及很多包括平均壽命的醫療品質指標等。我前天去香港聽他們的衛生署長報告，女性的平均壽命 88 歲、男性 83 歲，多我們 5 歲，韓國也已經贏過我們，期待台灣真的能夠在健保多投資一點，讓醫院未來能有發展，我們的改善最後能夠真正造福病人。現在很多急重難罕症的醫師人力不足，小兒科也沒有人要做，期待各位委員能體諒醫院的生存與經營困難，包括現在不管是電費的調漲或是綠色通貨膨脹、COVID-19 疫後的人力需求等，能體諒為什麼我們提出的成長率與行政院核定範圍上限有這麼大的差距，期待大家的支持。

盧主任委員瑞芬

謝謝理事長，時間很節約，請問付費者代表有沒有要提問的部分？現在還有 25 分鐘，請付費者就有疑問的項目進行提問與意見交流。請林恩豪委員。

林委員恩豪

謝謝主席。其實這些方案之前都已經討論過很多次，付費者的意見也都充分地表達過，剛剛醫界說希望支持他們提出這種 10 幾 percent 的版本，這基本上就不可能，因為之前該問的都問過，我想付費者這邊，我本人沒有什麼新的問題，謝謝。

盧主任委員瑞芬

不曉得付費者代表有沒有認為哪一些項目你們覺得完全不能夠接受？有沒有要再請他們說明？請李永振委員。

李委員永振

很感佩李理事長的胸襟，我們也希望會談成。但是從整個大方面來

看，我們今年只有 174 億元可以協商，你們就提出 168 億元，有沒有跟西醫基層討論過？牙醫跟中醫就先不談。協商空間才 174 億元，你們提出的金額就占了 168 億元，這怎麼可能會談成？一點誠意都沒有，這是我的感覺，所以沒有辦法從細項去請教，謝謝。

盧主任委員瑞芬

請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊

有個問題一直很困惑，就是在立法院 7 月 16 日主決議就已經通過，114 年 6 月 30 日達到平均點值每點新台幣 0.95 元，既然已經有這樣的決議，不知道醫院總額今年提出好幾項要提升點值及支付標準調整，所以要增加預算等項目，是不是可以解說一下，為什麼還會有這幾項要增加預算，請幫忙說明。

李委員飛鵬

主席，是不是請我們的協商代表說明？

盧主任委員瑞芬

請。

謝協商代表文輝

一、謝謝劉委員提出的質疑，雖然主決議是這樣寫，但實質上大家都知道，點值要增加，就是要加錢不加工作，如果你加錢又加工作，點值當然就起不來，就是維持現有的工作另外再加錢，點值才有可能往上提升。健保署的長官估算過，點值要到每點 0.95，大概要 600、700 億元，點值到每點 1 元的話就要超過 1,000 億元，所以健保署說不可能，先用 0.95 大家一起來努力，所以就是要增加 600、700 億元。這是為什麼今天我們會提出這個 310 幾億元的項目(調整基本診療章支付標準，增加 315 億元)，其實也還達不到點值 0.95，因為要 600、700 億元。醫院的方案只有這項 300 多億元的項目，是將原有醫療服務項目的支付標準調高，增加錢但沒有增加工作，其他項目都是維持原有的工作，即使移出去以公務預算支應，工作還是一樣要做，

沒有增加醫界的錢，只是改善健保的財務狀況，讓安全準備金比較充足，不必調高民眾的費率而已。

- 二、雖然 114 年部分項目移出去由公務預算支應，但原有的工作都不變。為什麼我們要調整基本診療章，當然健保署也有提出未來要用 RBRVS(resource-based relative value scale，醫療資源耗用相對值表)做為成本的依據，進行支付標準的調整，但是與醫院的方案差距很大。不用擔心一次將 300 多億元用完會影響以後，因為健保的支付標準表是沿用 30 年前開辦時沒有成本分析的勞保支付標準表，所以偏離事實非常遠，若未來 RBRVS 計算出成本以後，大家就會感覺到成本落差。為什麼現在在外面笑說，通一個氣管比通水管的錢還少，就是因為本來的支付標準表沒有成本分析。
- 三、為什麼今天不得不提出這個項目，是因為現在外面都有這樣的期待，各個總統候選人與現任總統也都是這樣承諾，大家都說要改善，外界也都說醫界很血汗要加錢調高點值，我們提出的 300 多億元協商項目，其實也只能達到點值 0.95 的一半不到。我們提出的這個項目，希望所有的委員能夠支持，也展現給所有的政治人物看看，選舉時開出的支票或是對社會大眾的承諾，是真的還是假的。如果他不能接受，就要想辦法挹注經費，不然不可能達到點值 0.95，坦白講 315 億元也達不到，看有沒有辦法達到點值 0.92。
- 四、所以我要特別說明，今天為什麼提出本項，是因為需要增加錢但不增加工作，才能增加點值。現在所有編列的專款預算，每項都是要增加工作，而且長官非常盡職，依照訂出來的方案，例如「地區醫院全人全社區照護計畫」，給 1 塊但醫院需要超過 1 塊錢的成本才有辦法做到，所以越做越血汗。希望所有健保委員能夠支持，的確我們提出的成長率超過行政院核定的成長率範圍上限，但總是要凸顯一個事實，依照所核定的上限成長率 5.5%，點值怎麼會提高？只是下降而已。我覺得我們要檢測所有政治人物、政府講出來的話，是說真的還說假的，謝謝。

盧主任委員瑞芬

付費者代表如果沒有要再提問的話，不曉得專家學者與其他與會的委員有沒有要提問的地方？都沒有？請吳榮達委員。

吳委員榮達

剛才醫院部門有提到儘量不新增項目，但是我們看項目 A5「因支付衡平性已調整支付標準項目」、A6「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」、A7「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」、A8「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」、A9「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」，都是今年新增的項目，是不是可以再說明？剛才提到說都是以前舊項目的延續，但這些都是新增項目，請說明。

謝協商代表文輝

報告主席、各位委員，為什麼不得不增加這些新增項目，其實是社會的期待與政府的鞭策，就是不這樣好像對社會及民眾無法交代。事實上，目前醫界其實沒有能力在這樣的預算下再新增項目，如果按照健保總額的精神，是大家要檢討怎麼縮小給付範圍，不然到後面將無以為繼，健保一定會崩掉。但社會有這麼大的期待、長官有這麼大的期待，只能這樣編，好像不編醫界就沒有天良，對社會沒有回饋、沒有要提升品質，新藥、新科技不能不引進，各界都要求進步，但只有錢不能提高，現在就面臨這樣的困境。所以為什麼要編列新增項目？是因為社會的壓力及長官的期待。

盧主任委員瑞芬

請林恩豪委員。

林委員恩豪

因為剛剛醫院代表提到總額的精神，其實我本來是想等一下協商的

時候再講，但是既然已經講到總額精神，我想要先講一下，因為現在醫界一直在訴求保障點值這件事，保障點值就已經完全不符合總額精神，我們本來就沒有辦法認同保障點值，簡短說明，謝謝。

盧主任委員瑞芬

朱益宏委員第一次發言，先請朱委員。

朱委員益宏

剛剛委員提到 A5、A6、A7、A8、A9 這幾個新增項目，我也做一下說明：

- 一、A5 是因為今年度牙科調整支付標準，但是會連帶影響醫院總額，所以勢必要編列預算支應，不然在醫院總額沒有基期，支付標準又因應牙科調整，這也不是醫院要增加，是被迫要增加。
- 二、A6、A7 都是政府要做的事情，A6 是因為 Pre-ESRD、Early-CKD 國際臨床指引改變所以要多做一些事，A7 是因為 C 肝篩檢要納入健保，2025 年要消滅 C 肝，這都是政府的政策，政策要做又不增加費用，難道又要醫院做功德嗎？
- 三、A8 主要是針對醫院的成本，包括物價上漲或是一些不合理支付，包括點值問題，因此我們編列部分費用在此，希望能夠彌補點值。
- 四、A9 是配合賴總統 888 政見要做的事情，在座哪位敢說我不配合，當然要配合，配合當然需要費用，因為擴大癌症篩檢，篩檢結束後如果有陽性要治療嗎？當然要治療。所以其實 A5~A9 並不是醫界提出，大部分都是政府的政策。我覺得公允的說法，並不是醫界要做這些事情，其實都是配合政府的政策。

盧主任委員瑞芬

如果沒有其他委員要再提問，是不是就請雙方進行內部會議討論？如果大家都沒有要再提問，也沒有任何意見，可以提前進行內部會議。

林委員恩豪

謝謝主席，付費者這邊應該沒有要再提問。

盧主任委員瑞芬

都沒有？醫界還要再回應，請李委員。

李委員飛鵬

林恩豪委員提到保障點值，盧主委一直提醒我千萬不要提到保障點值，所以我們這次並未編列保障點值項目，保障點值是立法委員與政府官員協商的事，他們也讓我們不用管，所以我們這次協商絕對沒有提到保障點值。

劉委員淑瓊

所以你們一點都不想要嗎？

李委員飛鵬

這部分我遵照主委指示，想要不敢提啦！

盧主任委員瑞芬

對，保障點值不應該在這個場合提。

謝協商代表文輝

一、林恩豪委員提到總額的精神就不應該保障點值，我們絕對支持，但前提是大家願意遵守總額的精神。總額的精神開宗明義寫得很清楚，我們大家協商預定明年的預算，無論用多少錢，醫界就吞下去，但事後要進行檢討，如果有超過且經審核合理，預算不足部分，就要研究處理方式，如：是否增加部分負擔來彌補，或所有民眾都不願意增加部分負擔，就要檢討縮小給付範圍。但現在就是實施總額，絕對不負財務責任，現在缺口已經1,000多億元了，從來不談要縮減給付範圍，而且給付範圍還越來越大，所以醫界才不得已在體制外由立法委員發聲，如果不願意承擔總額精神，政府當然要保障點值，才会有這個議題，不然實施總額還保障點值，當然不應該，願賭不服輸。我們支持總額，如果大家能夠落實總額的真正精神，就不必保障點值。

盧主任委員瑞芬

如果沒有其他提問我們就開始……，請陳杰委員。

陳委員杰

- 一、陳杰第一次發言。剛剛醫院代表所提的幾句話，我內心感觸良多。第一點就是不要用恐嚇的語氣，他說不然都要調高部分負擔，這點我是堅決反對到底，而且不惜走上街頭，這是第一點我必須要聲明。
- 二、今天在這邊協商是希望大家有誠意，目前看到醫院部門及健保署的草案，其中 1 項我是不反對，因為提到配合賴總統 888 健康台灣擴大國健署疾病篩檢，這項健保署的草案是編列 25 億元，醫院草案是 30 億元，當然這還有協商的空間。
- 三、有關 A8 調整基本診療章的部分，因為不是配合賴總統政見，所以健保署草案也未編列，只提到對醫院部門建議調整基本診療章支付標準，建議配合整體 RBRVS 規劃辦理。而且本項編列 315 億元，不是 3 億 1 千 5 百萬元，315 億元這個數字相當龐大，健保署也不同意，本項建請醫院代表能夠斟酌，不要這麼狠，一次要 315 億元。當然我並非反對你們的訴求，要全部都拿掉，但是要調高支付標準的話也要適可而止。畢竟付費者代表背負所有付費者的責任與壓力，希望協商過程當中，能夠考量儘量不要調高健保費。
- 四、希望今天大家真的要有誠意，因為我是去年才擔任健保會委員，我知道在協商過程中，也有人稍微會提到，反正醫院代表只是來應付一下而已，最後也是主張送部長決定。但我希望今年不要送部長決定，因為這樣的話，可能社會形象也不好。藉此機會建議，希望大家彼此有誠意，能以非常理性的態度來處理今天的協商，也建請醫院代表不要想說反正沒共識就送部長決定，部長是自己人。以上報告，謝謝。

盧主任委員瑞芬

接下來請林綉珠委員。

林委員綉珠

今天會是非常熱鬧的一天，我們昨天就養精蓄銳，雖然表定是晚上

8 點 50 分結束，不過我們覺得可能還會到 12 點也說不定，跟去年一樣。

- 一、在醫院總額項目 A10「全日護病比」，我們覺得很奇怪，為什麼突然之間就不見了，說要移到公務預算編列。向大家報告，因為護理費的支付相對較低，護理師公會全聯會大概在 98 年就開始爭取全日平均護病比加成，這部分本來是專款，104 年之後就放入一般服務預算。現在因為政策，我們也希望能夠逐步鼓勵朝向國際化的三班護病比。
- 二、我們提出這項建議，是希望國家在計畫中能夠將三班護病比做清楚、詳細的規劃。三班護病比目前在醫界並沒有很明確的規範，也沒有很明確的共識，但是全日平均護病比護理費加成，事實上已經是滾入基期，而且這部分在提升護理費有相當多的助益，之前是 25 億元。現在為了推動新政策，反而把健保的整筆費用取消，改由公務預算支應，而公務預算也不知道可以持續多久，是不是會通過都不是很確定。
- 三、更重要的是，三班護病比政策到目前為止，雖說要獎勵但都還未開始有實際的措施。不應該將原來的全日平均護病比的費用移出，放到三班護病比的獎勵，而且三班護病比要如何獎勵仍屬未知。事實上，全日平均護病比的執行，大概將近 10 年的時間才慢慢穩定下來，現在一下子挪到三班護病比，是非常困難的事情，我相信如果歷年有參與的委員都知道，我們當初設定全日平均護病比，也經過很多的風波才達成，現在如果貿然地改由公務預算支應，取消現行的全日平均護病比加成，我們非常擔心 113 年其他預算「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」40 億元的事件重演。
- 四、今年在發放 40 億元護理費的時候，相信很多委員都有接收到很多訊息，就是急重症的部分沒有，或是非常非常少，加上白班也沒有，引發很多爭議。現在全日平均護病比加成貿然移由公務預算支應，我們也非常擔心 40 億元事件再重演，我們覺得政

策擬定應該是更長遠地去看，而不是一下子就取消原來的費用，然後移由公務預算支應，這是護全會的說明，請委員支持。

盧主任委員瑞芬

- 一、如果各位沒有其他意見的話，我想有一點提醒，就是 B2「C 型肝炎藥費」、B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」、B4「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」，這部分醫院方案建議移由公務預算支應。各位知道政府已經公告移入公務預算的項目總共是 111 億元，這是確定的事情，所以你們的建議其實在這裡是無效的。我知道你們要 make a statement(表態)，但是協商是非常務實的事情，我覺得基本上 make a statement 的地方很多，但是用這個平台其實是沒有效率。
- 二、依過去的經驗，就像醫院希望補點值，這些都不可能通過，協商一下子就破局，請醫院部門將這點意見納入考量，用務實的角度來解決問題。你們要 make a statement，其實我覺得舞台很多，協商的過程其實是希望能夠儘量達到共識，我還是重申，各部門在進行內部討論後，就算是兩案併陳，也希望是最接近的版本，不要說這點我不滿意、那點我不滿意，就全部跳回原位，如果都回到原位，我們這些時間的協商全部都浪費了。剛才付費者代表也表達了一些意見，有些地方也許你們可以聽進去，覺得有不合理的地方也可以做一些調整。
- 三、最後我們就算是兩案併陳，希望是最接近的版本。其實在歷次健保會的委員會議都有提到，各部門的成長率是不應該超過行政院核定範圍的最上限，今年是 5.5%。希望我們協商能夠有最好的結果，不管多遙遠，我們以最接近的版本送上去，我覺得這些都是雙方展現的一點誠意。請朱益宏委員。

朱委員益宏

對主席剛剛的表達我要抗議，因為在這個會上，我覺得主席不應該有先入為主的觀念，不應該有這樣的立場。在委員會議明明決議，以不超過行政院核定的成長率範圍上限「為原則」，也沒有任何一

條法律規定部門總額不能超過大總額上限，所以我覺得主席剛剛那個 statement(陳述)，我要表達嚴正的抗議，因為在健保會委員會議，最後的協商共識是以不超過上限「為原則」。既然有原則就有例外，所以並不是鐵板一塊不能超過，我覺得主席如果要陳述自己的意見，要非常明確而且要精準，謝謝。

盧主任委員瑞芬

對，我就是提醒各位，我們有這項為原則。請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊

- 一、針對剛剛朱益宏委員的發言，我也要抗議，因為協商就是雙方意思之合致，就我們雙方協商，協商的氛圍跟彼此的共識很重要。剛剛主席講的不是她的個人意見，是我們坐在這個會議室協商的結果，我自己是第 4 年擔任委員，很資淺，但至少過去 3 年都非常明確，所以今天協商的雙方如果沒有這樣的共識，要往下走真的是困難。對於主席剛剛表達的看法，我全力支持。
- 二、醫院訂出的成長率就已經是超出那麼多，其他的總額部門情何以堪？所以將來協商不成的時候，並不是付費者沒有理解到你們提案的重要，或是不願意給醫界更好的經營與服務的環境，而是你們提出來的版本就是一個不可能協商的任務，誠意在哪裡呢？對不起，我講得比較直率。所以剛剛主席講的不是個人意見，而是代表過去 3 年或更多年的協商當中，付費者的想法與意見。

盧主任委員瑞芬

最後一位請何語代理委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

- 一、主席、各位醫界代表、各位付費者委員、各位先進，大家早安、大家好！第一點我反對朱益宏委員的意見，因為我今年是第 15 年參加總額協商，過去 14 年都沒有超過行政院核定的上限，行政院核定多少就不准超過多少，這不是原則問題，而是全國民眾、全國付費者的共識，我希望這個原則就是共識，就是付費

者與醫界代表的共識，是原則也是共識，所以我們絕對不可以超過行政院核定的上限，這是我提出來的第一點。

二、我支持剛才主席所提的，我們的原則不能被打破，這個原則一打破，那叫什麼協商？就不必協商了。

三、醫院是中華民國台灣全民健康的支柱與保障，我非常尊敬醫院，過去開會就講過，小時候父母親就交代我，要尊重三個人，第一要尊重我的老師、第二要尊重我的醫生，第三要尊重貴人，因此我們對醫生都非常尊重，對醫療團體也非常尊重。但是我要請教，今年醫院總額的成長，非協商因素成長 235 億元，你們要做什麼？通常不是用於調整支付標準點數就是調整點值，這 235 億元沒有提到要做什麼用。過去有幾次在協定事項有指定用途，但醫界要求不要指定，方便你們處理。我認為協商雙方的共識最重要，能夠有共識就是大家皆大歡喜，沒有共識就是請部長裁決，就只能這樣處理，因為整個總額協商的規則與程序就是如此。

四、最後一點，我很尊敬謝文輝協商代表，可是 15 年來聽他講的內容都一致，不會打動我的心，希望下次他講的內容能夠打動我的心，謝謝。

盧主任委員瑞芬

因為時間關係，雙方都已經發表意見，我想我們先冷靜下來，然後召開內部會議，再提出方案，待會還是可以再談。謝協商代表文輝還有話要講，時間超過了。

謝協商代表文輝

因為何委員是……。

劉委員淑瓊

主席，對不起，這樣會壓縮付費者的討論時間，可否等會後有機會再溝通，謝謝。

盧主任委員瑞芬

好，謝謝。

童協商代表瑞龍

主席，等一下開會，每個人講話語氣要溫和一點，不要動不動就抗議，有什麼好抗議的？(劉委員淑瓊：你們先表示抗議的)你就修正就好了嘛！我們的內部委員也不能講抗議。

盧主任委員瑞芬

現在進行內部會議，這部分還是會計時，同仁會提醒各位。

林委員恩豪

主席，付費者內部會議要邀請今年擔任評核委員的專家學者提供諮詢意見，我們邀請3位評核委員：滕西華委員、韓幸紋委員及王惠玄委員。

盧主任委員瑞芬

謝謝，請這3位專家委員協助。

(付費者代表及醫院部門代表各自進行內部會議討論約45分鐘)

盧主任委員瑞芬

付費者代表與醫院部門的代表都已回座。請問是醫院部門或是付費者代表要先說明？都可以，請醫院部門先說明。

李委員飛鵬

- 一、盧主委、各位委員，經過第一輪的協商，我們內部會議討論，願意展現最大的誠意，修正成長率為5.5%。我要說明一下，如果其中能夠配合健保署的項目，全部改成依據健保署的指導。
- 二、還有一點向大家說明，對調整勞務費支付標準部分，還是希望這個項目能夠堅持。過去這1年來跟大家開會我也知道，大家的共識就是保費不要漲，不足的部分由政府編列預算補貼。因此，對政府應該編列的項目，如：罕病或愛滋病、血友病等，我們還是期待政府能夠編列預算，因為政府想要照顧這些人，當總額不夠的時候，就應該移出去由公務預算支應，雖然主委說移了110幾億元……。

盧主任委員瑞芬

111 億元。

李委員飛鵬

我們還是希望政府再做最後的努力，能不能再協調爭取一下，在此表達我們的意見。

盧主任委員瑞芬

可是這不是本會可以決定的。

李委員飛鵬

一、我知道，責任不在主委和各位付費者代表，所以等一下也請我們對法規有研究的委員說明。第一，我們希望配合邱部長講的兩年內不漲保費；第二，政府要增加的費用，應該由政府編列預算支持。總統也希望能夠調整醫護人員的勞務費，增加的預算都是直接給這些醫護人員，所以我們編列 5.5% 的成長率，符合行政院核定成長率範圍上限標準，也回應剛剛各位委員的指教。

二、我的說明還沒有結束，請朱益宏委員補充剛剛提到部分項目應該由公務預算編列的論述，謝謝。

朱委員益宏

補充說明，主要是針對 B1「暫時性支付」、B2「C 型肝炎藥費」、B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」、B4「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」這幾項，醫院協會還是認為應該由公務預算支應。

一、有關「暫時性支付」，政府已經在很多場合、媒體都講過，說這部分要由公務預算支應，所以我們認為應該要從醫院總額全部拿掉。

二、C 肝防治是國家政策，2025 年要消滅 C 肝，既然要消滅 C 肝，當然要有藥費，既然是政策，政府理應在行政院層級就要處理相關預算，而不是用健保費用支應。

三、罕病這部分更奇怪，因為依照罕見疾病防治及藥物法，我唸一下這個條文，罕見疾病防治及藥物法第 33 條明文規定：「中央

主管機關應編列預算，補助罕見疾病預防、篩檢、研究之相關經費及依全民健康保險法未能給付之罕見疾病診斷、治療、藥物、支持性與緩和性照護及維持生命所需之特殊營養食品、居家醫療照護器材費用」。明文規定如果健保沒有給付，政府就應該編列公務預算，所以既然講得很清楚，即使我們 B3 全部不要編列預算，政府就應該依照罕見疾病及藥物法編列預算，所以罕病病友的權益完全不會受到損失。既然已經有了這個法，明文規定罕病病友的權益不受損失，健保為什麼要承擔不該歸健保承擔的責任？

- 四、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費也很奇怪，因為原來在人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例，本來是規定很清楚，就是應該由政府給付，後來立法院修法，政府只付前 2 年費用，但是並沒有規定 2 年以後就由全民健保給付，該條例只規定前 2 年政府要負擔所有的藥費、治療檢查相關費用，2 年以後則補助健保的部分負擔。所以並沒有在法中強制將責任推給全民健保，既然這樣，健保為什麼也要承擔這個責任。
- 五、綜上，醫院協會認為 B1、B2、B3、B4 這 4 項都是政府的責任，我們希望回歸到公務預算，謝謝。

盧主任委員瑞芬

醫院部門還有沒有要說明？如果沒有的話，現在請付費者說明你們的版本。

林委員恩豪

一、以下代表付費者將我們剛才討論的共識版本逐項報告：

(一)一般服務：

- 1.A1「新醫療新科技」：我們希望持續提升新醫療科技的資源投入，醫院部門編列 30 億元，健保署編列 44.63 億元，因為我們希望投入更多資源，所以依據健保署的建議編列 44.63 億元。
- 2.A2「藥品及特材給付規定改變」：依健保署建議編列 20 億元，

但是 A1 與 A2 都有協定事項，就是未依時程導入或預算執行有剩餘時，扣減其預算額度。另外，因 A6 併入本項，配合修訂名稱為「給付規定改變(藥品、特材、診療項目)」。

- 3.A3 「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」：建議維持在專款編列，不要移到一般服務。
- 4.A4 「因支付衡平性已調整支付標準項目」：依據健保署提供的方案，將已經確定的支付標準調整項目移列到一般服務，編列 18.088 億元。
- 5.A5 「因應牙醫支付標準調整所增加預算」：本項也是依據健保署的建議，編列 70 萬元。
- 6.A6 「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」：我們覺得本項與 A2 的性質相符，所以本項沒有編列，併入 A2 執行。
- 7.A7 「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」：本項屬預防保健服務，沒有編列預算，應該爭取公務預算支應。
- 8.A8 「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」：依照健保署建議，從 RBRVS 整體規劃來做使用，本項沒有再編列預算。協定事項也有說明，歷年「醫療服務成本指數改變率」已編列相關預算，希望醫院部門可就該筆預算去做相關規劃。
- 9.A9 「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」：本項沒有編列預算，考量早期篩檢、早期治療應該對後續健保費用的降低有幫助，希望可以從公務預算支應。另外有關 PAC(急性後期整合照護計畫)，建議從 B17 「促進醫療服務診療項目支付衡平性」或是其他預算第 6 項「推動促進醫療體系整合計畫」支應。

- 10.A10「全日護病比」：依照健保署建議，移由公務預算支應。
- 11.A11「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，我們的立場是本項應該要退場，不編列預算，也不應該移列到一般服務。
- 12.A12「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：依照健保署建議，減少 3.2 百萬元。

(二)專款項目：

- 1.B1「暫時性支付(新藥(非癌藥)、新特材)」：健保署建議新增診療項目，且修正名稱，付費者決定不增列診療項目，名稱維持不修正，並編列新藥及新特材所需費用 4.42 億元及 1 億元，合計編列 5.42 億元。
- 2.B2「C 型肝炎藥費」：依據健保署建議，編列 22.24 億元。
- 3.B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」：我們希望持續照顧罕病病患與關懷罕病家庭，依照健保署建議增加 28.88 億元，編列 179.96 億元。
- 4.B4「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」：編列 57.5 億元。
- 5.B5「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」：依照健保署建議，編列 53.643 億元。
- 6.B6「醫療給付改善方案」：與健保署方案不同，付費者編列 18.141 億元，並維持 113 年的方案，協定事項如下：
- (1)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。
 - (2)應設有相關機制，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)應訂定過程面監測指標，例如病人多科看診狀況，或是結果面指標，如：病人潛在可避免急診率、潛在不適當用藥比率等。

- 7.B7「急診品質提升方案」：依照健保署建議，編列 3 億元。本項也列有協定事項：以解決急診壅塞為主要目標，而不是將預算當作獎勵性質去調整支付點數，並增訂壅塞無法達標時的處理方式，於 114 年 7 月前安排專案報告。
- 8.B8「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」：依照健保署建議編列 2.1 億元。考量 DRGs 已經推動 10 年，遲遲未導入第三、四階段，希望請健保署說明雙軌制試辦的期程，及明確的短、中、長期目標，於 114 年 7 月前安排專案報告。
- 9.B9「醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案」：依照健保署建議，編列 1.355 億元。
- 10.B10「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」：依照健保署建議，編列 20 億元。本項請檢討燈塔型醫院的補助方式、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.B11「鼓勵院所建立轉診合作機制」：依照健保署建議，編列 2.247 億元。
- 12.B12「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」：本項剛才有說明，希望繼續維持在專款，編列 0.15 億元。
- 13.B13「精神科長效針劑藥費」：依照健保署建議，編列 30.06 億元。
- 14.B14「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」：依照健保署建議，編列 3 億元。
- 15.B15「因應長新冠照護衍生費用」：剛剛在一般服務已經說明，因為 COVID-19 已經回歸常態醫療，本項應該要退場，不編列預算。
- 16.B16「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」：本項在一般服務有類似項目(A9)，但付費者未編列預算，因屬延續性項目，且已經執行一半，雖然執行成效沒有很好，但還是希

望再觀察，依照健保署建議減編預算，最後的金額為 1.2 億元。

17.B17「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)」：依照健保署建議，編列 14.232 億元。協定事項如下：

(1)不得用於保障點值。

(2)病房費、住院護理費、急重難罕症診療費，有多年未通盤調整情形，建議列為優先調整項目。

(3)支付標準調整請以「預算中平」為原則。

(4)本案已經執行 2 年，明年是第 3 年，請於 114 年 7 月前提出專案報告，說明近年支付標準檢討及調整情形。

18.B18「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」、B19「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及 B20「地區醫院全人全社區照護計畫」：依照健保署建議，分別編列 5 億元、10 億元、5 億元。

19.B21「區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作」與 B22「區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作」，依照健保署建議，項目合併，名稱修正為「區域聯防-提升急重症照護品質」，預算額度為 2.68 億元。

20.B23「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」：參照醫院方案建議的金額，編列 2.25 億元。

21.B24「品質保證保留款」：與醫院方案編列金額一致，為 10.295 億元。

22.B25「網路頻寬補助費用」、B26「住院整合照護服務試辦計畫」、B27「癌症治療品質改善計畫」、B28「慢性傳染病照護品質計畫」：114 年改由公務預算支應。

二、以上是付費者提出的付費者方案版本，最後有幾點想法向醫院部門或整體醫事服務提供者報告：

(一)我一開頭就有表達，現在醫界一直推動保障點值的做法，與總額精神不符。如果要推動保障點值，應該是整個制度都要改變

，看是要保障點值還是要實施總額，因為這是兩個衝突的制度，不能合在一起混用。相信醫事服務提供者都是台灣最聰明的人，一定知道這兩種制度相互衝突，不可能混用。

(二)其實今年有很多改由公務預算支應的項目，之前一直提到為什麼要改由公務預算支應，就是總額要瘦身，所以改由公務預算支應的項目，應該要從基期扣除才對。

(三)最後一點，其實總額每年都有編列非協商因素預算，預算自然就有成長，例如今年非協商因素就成長了 235 億元，其中包含「醫療服務成本指數改變率」增加的 117 億元預算，希望應該從這裡反映的項目，就從這筆預算支應，不要再單獨列到協商因素爭取費用，以上做整體報告，謝謝。

盧主任委員瑞芬

謝謝，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，剛剛林恩豪委員所提意見，我也很認同，就是實行什麼制度，真的就要實實在在的落實執行，如果要實施總額，就好好地依據總額的精神執行；如果要保障點值，那就要廢掉總額，以保障點值的方式執行。作為醫院團體承辦健保業務，我們也非常期待有一個很清晰、可以遵循的遊戲規則。但這不是醫療院所能夠決定，希望衛福部與健保署能好好思考，給大家一個名符其實的遊戲規則。

二、關於剛剛林委員所提付費者版本的意見，擇要回應如下：

(一)A1「新醫療科技」：

1.有關新藥、新特材，付費者主張預算沒有執行完畢的部分要扣減，但實際執行面會遇到的困難是，現行制度新科技或新藥要納入健保給付，有一定的程序，要經過藥品、特材共擬會議通過才會引進，所以時程上很難掌控，有些可能到 10 月份才完成相關程序，尤其是第 1 年，常會有預算無法執行完畢的困擾。

2. 實際發生問題是在第 2 年以後，大家開始熟悉，開始全年實施，到第 3、4 年，這些新科技就會成長到一個高峰，尤其是藥品，引進的新藥又都是比較新、比較好的藥，表面上好像有替代，本來 10 位病人用舊藥，現在 10 位病人用新藥，好像完全取代，但是舊藥價格可能本來是幾塊錢，現在新藥是幾百塊、幾千塊。所以到現在為止，健保署和醫界對於替代率仍有相當的爭議，也算不清楚所謂的替代率是多少。社區醫院曾以 5 年為期計算，將 5 年的預算加上成長率，與 5 年新藥實際費用相較，相差 100 多億元，這也是為什麼點值會這麼低，因為我們沒有辦法精算與彌補。

3. 因此，第 1 年從預算來看似乎是占便宜，但後面得吃虧一輩子，建議在沒有辦法精算替代率之前，應該還是回歸醫院總額，因為不是醫院不執行，而是到 6 月、10 月才完成相關程序，或是一開始醫師不太熟悉不會使用，但未來使用很多，在無法有好的方式去計算替代率前，可能要拜託委員高抬貴手。

(二)A8「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」：

1. 剛剛爭議最大的項目就是本項所提出的 315 億元，後來我們有調降預算額度(246.98 億元)。大家的主張也很有道理，認為非協商因素本來就有人事薪資調整等預算，但是希望各位委員理解，計算這些物價指數各種項目的成本，其實取樣都很少，也不是針對醫院的醫師、護士、藥師的薪水取樣，真的無法如實地反映這幾年醫療人員薪資的高漲，例如藥師薪水這 2、3 年大概增加 1 倍以上，並無法從現在的物價指數波動及各種取樣去反映。

2. 非協商因素本質上是沒多給醫院錢，非協商因素包含人口增加，醫療利用當然會增加。另外，人口老化、人口結構的改變，醫療費用也會增加，所以都沒有增加醫院的錢，只是維持本來

的水準而已，物價波動也是反映成本波動，只是維持原來的狀況，都沒有增加錢。

3. 實行總額支付制度 20 年來，支付標準每年都有如實反映，但是很不幸，我們的支付標準基礎偏離事實，因為沒有成本分析，是沿用勞保時期，所以本來要 100 元，起步才 30 元而已，就算後面每年都成長 4%，影響也不大，本來只支付 3 成 30 元，怎麼調整都差很多，才會有現在這麼大的差距。所以一定要另外的財源幫忙，不然這樣的結構怎麼調整都沒辦法如實反映，因為原本的基礎就偏離事實，所以 RBRVS 成本分析要趕快實施，讓支付標準回歸原貌。如果非協商因素有辦法解決這個問題，今天醫界就不必另外再提出本案。特別再說明，因為支付標準沒有合理的基礎，如果當時有合理的基礎，該支付 100 元就支付 100 元，每年差距就不會這麼大。但當時因為沒有成本分析，沿用勞保倉促上路，以 30 元為基礎開始支付，就算後面每年都調整也沒有用，一樣偏離事實。

(三)B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」：

1. 我們要特別著墨的是，所有付費者代表、專家學者，主席，還有醫界代表都一直覺得政府應該多付出。但我覺得很奇怪，罕見疾病依罕見疾病防治及藥物法第 33 條訂得這麼清楚，健保財務這麼拮据，當然依法讓政府承擔，本項專款 179 億元，怎麼是由健保總額支出？若全部由政府公務預算支應，所有罕見疾病病人權益都不會受到影響，政府的財務比健保好很多，應該更有保障。
2. 建議本項不編列預算，依法由政府負責。若 179 億元加上主席提到的公務預算要移 110 幾億元，加起來就接近 300 億元，額度等於邱部長剛上任時提到公務預算要移出去的 300 億元。付費者代表及所有委員應該支持，將本項專款移出去。

(四)A10「全日護病比」：

贊成護理師公會代表所提，全日護病比加成的 25 億元，應該留

在原來的總額，因為現在健保署說要移到公務預算，但公務預算並沒有相對的經費，還是只有 40 億元，就是急性一般病床護理人員夜班費而已。雖說移出去比較合理，但是移出去沒有預算，實質上就是砍護理工作人員的預算，所以我們支持護理師公會的建議。

三、因為時間已經稍微超過，以上先做這樣的報告，後面委員如果還有詢問，其他代表再做詳細的回答，謝謝。

盧主任委員瑞芬

好，協商開始以後，其實就只能由付費者代表跟醫院代表發言，現在你們是主場，除非你們想要找其他人發言。請問付費者代表有沒有要再繼續回應，或者想要請健保署發言，因為健保署是管理單位。

林委員恩豪

可以，如果健保署有需要說明的地方，就請健保署說明。

盧主任委員瑞芬

你們有要求就可以，現在請健保署說明。

龐副署長一鳴

一、謝謝提供健保署說明的機會。有關 B6「醫療給付改善方案」：

(一)第 1 點，先跟各位報告協定事項，協定事項其實想得很周全，包括建議我們要設各種監測指標。這項跟賴總統政見 888 方案有關，因為政策已經很具體了，我們最近跟國健署有在算一系列其衍生出來的數據和指標，所以這裡列的指標，有一些有國際上的經驗，有一些證據不是那麼足夠，所以是不是容許我們在明年找 1 個時間，把相關的監控指標，在這個場合跟大家說明和報告。所以建議修正協定事項關於指標的部分，就是決定 1 個時間讓我們和大家說明和報告，聽聽大家的意見。

(二)第 2 點，本項涉及慢性病管理可不可以成功，前面講的要讓病人能夠被代謝計畫、家醫計畫整合，我們都會配合，預算方面希望能夠恢復健保署原來建議的 2,271.8 百萬元。

二、B1「暫時性支付(新藥(非癌藥)、新特材)」：這一次公務預算有

編列癌症新藥暫時性支付沒有錯，可是還是有一些生物製劑，譬如乾癬病人需要的用藥，還有一些沒那麼罕見疾病的用藥，譬如類澱粉沉積症，我有 1 個同事得這個病，這些病人的用藥還是需要這個費用，這部分我們還是希望能夠維持健保署原來編列的 867 百萬元，以上補充報告，謝謝。

盧主任委員瑞芬

謝謝健保署，請問現在……。

龐副署長一鳴

對不起，B1「暫時性支付(新藥(非癌藥)、新特材)」的協定事項，建議把「不增列診療項目」刪除，不然有一些病人的新診療項目就無法支應了。

盧主任委員瑞芬

好，請問現在雙方還有沒有意見要表達？請林協商代表佩菽。

林協商代表佩菽

- 一、謝謝主席，有關醫院部門提出 A9「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」的部分，還是想請各位委員支持。因為國健署針對國家衛生政策要擴大癌症篩檢，只要一擴大，偽陽性跟陽性的個案就會非常多，實際上會造成醫院部門整體醫療服務量增加，這部分還是要有經費的挹注。
- 二、剛剛有委員提出 Low-Dose CT(Low-Dose computed tomography，低劑量電腦斷層)執行成效不佳，跟所有委員解釋，其實不是成效不佳，而是成效太好，但是因為我們申報錯地方，不是申報在專款，而是申報在一般服務，造成大家誤解 Low-Dose CT 的預算用得很少，實際上都是由一般服務預算支應。主要原因在於病患就醫時，我們沒有辦法判斷他是因為國健署癌篩計畫，或是由健保篩檢出來的，所以一律用健保的申報代碼處理，國健署對於 Low-Dose CT 也沒有特別設 1 個申報代碼，造成兩方混淆，這是我們在實務執行的困境。所以針對醫院部門提出 A9

項目，因為國健署癌篩計畫所增加醫療服務密集度改變的部分，希望還是給我們一些支持。

盧主任委員瑞芬

請林恩豪委員。

林委員恩豪

主席，不好意思，我想要再問一下健保署剛剛說明有關 B1「暫時性支付(新藥(非癌藥)、新特材)」這項……。

龐副署長一鳴

我剛剛的說明可能會造成一些誤會，我再說明清楚一點。這裡寫的是「暫時性支付(新藥(非癌藥)、新特材)」，依我們對於協定事項的理解，就是暫時性支付沒有新增診療項目，所以診療項目還是在原來相關的項目(A1 新醫療科技)處理，如果我的解讀是這樣的話，就符合付費者代表的意見。

黃組長育文

跟委員報告，我們原來列的只有新藥跟新特材，但是新診療項目依然會使用到暫時性支付，例如 AI(Artificial Intelligence，人工智慧)，這一些都是新診療項目。AI 的技術要怎麼導入，那些東西目前在診療項目裡面，其實是需要暫時性支付來支應，主要是因為它還不太確定。所以建議讓新藥、新特材跟新診療項目，都可以用在暫時性支付，謝謝。

盧主任委員瑞芬

健保署的意思應該是將協定事項「不增列診療項目」刪除，給他們空間可以去支付增加的診療項目。

劉委員淑瓊

主席，我們回到內部會議再談好不好？我們聽到了健保署的建議，付費者代表需要再討論一下。

盧主任委員瑞芬

OK，可是剛才這一點可能要稍微釐清一下，你們了解健保署的意思

嗎？

林委員恩豪

我們對健保署編列新藥、新特材的費用(5.42 億元)，都是照健保署的要求編列，只有新增診療項目，因為沒有提出來要怎麼實施、要怎麼做，所以扣掉的 3.25 億元是依照你們提出的方案，沒有編列新增診療項目的預算而已(健保署編列 8.67 億元-新增診療項目 3.25 億元=5.42 億元)，你剛才講的那一些新藥、新特材，其實都有編預算啊！

盧主任委員瑞芬

健保署要不要再說明？因為這個項目要講清楚。

劉組長林義

一、其實我們在總額協商會議資料①的第 38 頁有寫，暫時性支付除了新藥跟新特材以外，還要再新增診療項目，因為診療項目也有暫時性支付，不只是新藥跟新特材。

二、診療項目的內容是什麼，因為現在科技進步，像 AI 輔助判讀屬於診療項目，我們有舉例，「AI 輔助判讀顱內出血於電腦斷層造影一無造影劑」，CT(電腦斷層掃描)假如有 AI 判讀的話，會比較準確一點。另外「甲狀腺結節超音波智能分析(<3cm)」，假如分析是陽性的話，很多就不用再切片檢查，類似這樣的東西，所以診療項目也有暫時性支付。

劉委員淑瓊

請教劉組長林義，診療項目比方說 AI，不是要確定有效之後才納入健保嗎？而且 AI 也取代了部分人力，所以一來一去，直接這樣增加，好像不太合理。

盧主任委員瑞芬

這部分你們有沒有要再說明清楚一點？如果溝通結束的話，是不是請付費者代表跟醫院部門雙方再回去內部討論一下，提出第 2 個版本。

林委員恩豪

好，謝謝主席，我們再回去擬一下付費者的共識方案。

(付費者代表及醫院部門代表各自進行內部會議討論約34分鐘)

盧主任委員瑞芬

醫院部門跟付費者代表都已經坐定位了，現在是不是請醫院部門先說明？

李委員飛鵬

跟大家說明，我們維持剛剛的版本，謝謝。

盧主任委員瑞芬

好，那付費者代表？

林委員恩豪

謝謝主席，我就說明有異動的部分：

一、A8「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」：雖然還是維持不編列預算，但是對於醫院部門一直提出關於病房費調整的問題，付費者凝聚了最大的善意，在 B17「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)」增加 10 億元，在螢幕上協定事項的第 2 點「其中 10 億元用於調整病房費」，我們真的已經釋出最大的善意。

二、B1「暫時性支付(新藥(非癌藥)、新特材)」：對於健保署提出要新增診療項目，付費者還是沒辦法認同，要先確認真的有療效再去新增，新增診療項目的費用由 A1「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)」支應就可以了，所以沒有辦法再增編要新增 3.25 億元的預算，維持本來的方案 5.42 億元。

三、B6「醫療給付改善方案」：我們希望多重慢性病的費用可以從其他預算的第 6 項「推動促進醫療體系整合計畫」支應。所以在這裡回應，我們也沒有再異動了，照之前的版本，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬

因為醫院部門沒有提出新的版本，付費者代表釋出最大的善意，所以現在其實很接近，可是因為項目差別太大，我想這部分應該沒有要再回去討論，有嗎？沒有。成長率沒有差距很多，可是項目差別蠻大，所以這部分我們也不勉強，就是兩案併陳，我稍微……。

陳委員杰

不是啊，他們搞不好會接受啊！因為今年我們已經釋出最大的善意，主動幫他加了病房費 10 億元，相對就是希望不要給新的部長帶來困擾。

盧主任委員瑞芬

不要讓部長難做人就對了。

陳委員杰

對啦，所以就這樣接受就好了啦。

盧主任委員瑞芬

我們聽看看醫界的意見。

李委員飛鵬

感謝各位付費者代表都聽到我們的心聲，我們真的非常的感謝。

盧主任委員瑞芬

- 一、好，所以醫院總額的版本是兩案併陳。我正式把一些要提醒的事情，請各位注意一下。這一場醫院部門的總額協商沒有達成共識，兩案併陳。114 年度醫院總額，因付費者代表與醫院部門代表未能達成共識，我還是要說一下，若雙方都有繼續協商的意願，在雙方代表同意後，請於今日晚上 8 點前通知本會同仁，安排 9 月 26 日上午 9：30 繼續處理。如果沒有意願繼續協商，則請將各自之建議方案，於 9 月 26 日上午 9 點前送本會彙整。
- 二、依 114 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。

三、以上這個場次就結束了，謝謝，辛苦各位了，謝謝醫院代表還有付費者代表。

貳、114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、114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

周執行秘書淑婉

現在時間已經到了第2場次協商會議的時間，請大家就座，開始進行第2場門診透析服務預算協商，請主席主持。

盧主任委員瑞芬

謝謝門診透析服務的醫院協商代表及西醫基層協商代表，還有付費者代表，現在先請門診透析協商代表說明。

羅協商代表永達

主席、各位委員，大家午安，大家都辛苦了！

- 一、門診透析一直都有很好的傳統，能突破萬難，已經很多年都達成共識，我們今年抱著這樣的心情和大家協商。不過今年很特別，我想大家很清楚這幾年門診透析很努力，所以有很多很好的成果，但在協商之前，有很多人問透析病人不是變少了嗎？病人變少是一件很好的事情，但不應該對預算編列造成負面的影響，這是我要先強調的第1件事情。
- 二、第2個，大家手上都有會議資料，請看到會議資料第81頁，會議資料已經彙整這段時間門診透析所做的努力及結果，不管是存活率、開始透析的平均年齡從65.6歲升到67.8歲，在所有應該往正向發展的指標全部都變好的情況之下，我們卻面臨成本大幅提高的一大問題，尤其近2、3年大家很清楚知道現在很難招聘護理人員，腎臟科、內科醫師招員招不滿，這代表另外的含義是，當年透析支付標準不僅沒有往上調，反而是當年唯一被調降點數的支付項目，說實話，在每家診所維持這麼高的品質情況下，沒辦法去負擔這些成本。
- 三、第3個，在各部門總額中都有「醫療服務成本及人口因素成長率」(下稱非協商因素)，只有門診透析沒有。大家可以看到醫院總額非協商因素中「醫療服務成本指數改變率」為2.161%，西醫基層是2.140%，我們已爭取很多年，但都找不到這個數值。

今年醫院部門考量醫院很多患者屬於重症以及護理人員夜班費調升等問題，所以建議總成長率 4%，至於西醫基層因為今年有更多要爭取的部分，所以後來提出總成長率是 3%，協商會議前我和西醫基層代表協商，醫院在很迫不得已的情況之下只能從總成長率 3% 開始協商。上次台灣腎臟醫學會(下稱腎臟醫學會)代表在健保會 8 月會前會報告也得到很多委員的認可，希望大家在感佩、尊敬之餘，也能夠口惠實至的給我們支持，否則光感謝的話，到時候這些人都跑掉以後，真的不知道要感謝誰。所以我們提出的總成長率是 3%，以上。

陳委員杰

3% 沒錯嗎？

盧主任委員瑞芬

醫院部門是建議總成長率 4%。

羅協商代表永達

原來醫院部門建議總成長率 4%、西醫基層部門建議 3%，我剛才講的是後來醫院、西醫基層達成的共識為 3%。如果現在委員告訴我們總成長率是 3% 的話，門診透析協商就達成共識了，這樣夠明快嘛。

滕委員西華

所以兩個總額部門都建議 3%，對嗎？

羅協商代表永達

對。

盧主任委員瑞芬

OK，還需要繼續協商嗎？看起來這一場協商可以很快結束，請張孟源協商代表。

張協商代表孟源

主席、各位委員、透析代表，大家好、大家午安！

一、從今年腎病年報草案資料，我們確實看到腎臟醫學會過去非常的努力，請大家看到會議資料第 82 頁，剛剛羅永達協商代表也

有提到，長期以來我國被評為洗腎王國，每年洗腎、尿毒症病人增加人數、發生率都是全世界最高，但是從會議資料第 82 頁附表 3「歷年門診透析病患發生情形(2023 台灣腎病年報草案資料)」，可以看到 110 年新發個案數已經降為 12,201 人，較 109 年(12,373 人)下降，透析發生率下降，我們真的很感謝健保署多年來推動慢性腎臟病防治的相關措施。

二、請大家看到第 82 頁附表 5「20 歲以上透析患者於透析前一年使用 NSAIDs 藥物((Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs，非類固醇抗發炎藥物，止痛類藥物)情形(2023 台灣腎病年報草案資料)」，病人在洗腎前 1 年有使用 NSAIDs 比例也下降。我們知道慢性腎衰竭病人使用止痛藥會加速腎臟功能的惡化、尿毒症發生率會提高，我國這項指標也逐年下降。

三、另外，健保署推動末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫(下稱 Pre-ESRD 計畫)，若病人進入洗腎前接受 Pre-ESRD 計畫照護，也能延緩慢性腎臟病病人進入洗腎的時間，甚至加強洗腎照護的銜接，病人不會因為急需插導管，或是動靜脈瘻管或腹膜透析管還沒成熟就緊急洗腎，可減少緊急洗腎風險及住院費用。因此，我們真的希望國家能夠投注更多資源加強腎臟病的防治，也必須感謝健保署的努力。

四、另外剛剛羅永達協商代表也提到，現在洗腎病人約 9 萬多人，透析人數確實有減少，其中約有一半屬於糖尿病腎病變，減少糖尿病病人進入洗腎，透析發生率就會減少。目前健保有給付糖尿病病人使用 SGLT-2(糖尿病治療用藥)，SGLT-2 對腎臟科而言是跨時代的進步，可以延緩病人進入洗腎。比起洗腎這個藥物相對便宜，美國拜登總統曾說 SGLT-2 在美國賣太貴，但是健保署很會殺價，殺到約美國藥價的 1/10，假如能延緩病人 3 年進入洗腎，以每人年洗腎費用約 70 萬元計算，3 年省 210 萬元，病人也少了 3 年的痛苦。但有一點遺憾是 SGLT-2 目前只在糖尿病使用(註 1)，慢性腎臟病病人竟然不能使用，為了減少病人洗腎的痛苦，應該鼓勵早期治療，才有利於全國民眾長期

健康的發展。

五、還有一點必須強調，今年健保署提出專款項目新增「居家血液透析與提升其照護品質」，記得在 2 年前協商時健保署也提出鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫(下稱腹膜透析計畫)，對於病人而言是多一種選擇，但是最大的問題是不應該為鼓勵而鼓勵，假如為鼓勵而收案，腹膜透析收案對象可能不太恰當，請看會議資料第 83 頁附表 7「門診透析之專業醫療服務品質指標監測結果」，112 年鼓勵腹膜透析後死亡率卻增加，112 年腹膜透析計畫只執行半年(註 2)，希望未來大家能注意這個問題，一個鼓勵性質的計畫應該讓病人照護品質更好、活得更健康，而不是死亡率升高，這點希望能夠注意。

六、回到今天總額協商部分，健保署建議總成長率 3%，其中新增居家血液透析計畫，3%是不是包括增加居家血液透析計畫的預算？這個新計畫大概會占 4 億多元嗎？病人到洗腎室每週洗 3 天真的很痛苦，若病人能居家血液透析，增加病人可以選擇在家裡洗腎的機會，但是它的門檻有點高。建議未來要再觀察居家血液透析計畫執行成效，對於某些行動不便的病人，假如居家環境許可，可以在家裡洗腎及遠端監控，我們知道黃秋錦前理事長大力鼓吹居家血液透析，國外也有人推行居家洗腎，這個計畫還沒有正式實施我無法評論，但希望大家未來要注意居家洗腎的成效，以上。

(註：

1. 藥品給付規定之SGLT-2，重點如下：

(1) 第5節激素及影響內分泌機轉藥物：糖尿病用藥Drugs used in diabetes 之一，SGLT-2抑制劑：如empagliflozin、dapagliflozin等。

(2) 第2節心臟血管及腎臟藥物：Dapagliflozin(如Forxiga)、empagliflozin(如Jardiance 10mg)(111/5/1、111/8/1)，限符合部分條件之慢性收縮性心衰竭患者使用。

2. 「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。)

盧主任委員瑞芬

請問付費者代表有沒有發問？請陳杰委員。

陳委員杰

陳杰第 1 次發言，現在進行門診透析協商，借用這個機會請教腎臟醫學會，在外面聽到腎臟醫學會近年來做得非常不錯，也在西醫基層或醫院的透析領域下很大的功夫，甚至進一步對透析院所品質做考核，請腎臟醫學會針對這部分向大家說明，謝謝。

盧主任委員瑞芬

請腎臟醫學會許永和秘書長。

許秘書長永和

謝謝主席，謝謝委員提問，說明如下：

- 一、在衛福部指導下，腎臟醫學會和國健署推動慢性腎病的防治已經超過 20 年，從我們的會員開始推動，以及所有相關醫療人員通力合作，我們學會也花費很多的資源對大眾做宣導，這麼多年下來，可以看到透析盛行率、發生率已經趨緩、下降，其中也可能和 COVID-19(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)有關，但即使扣掉 COVID-19 的影響，整體還是呈現趨緩、下降趨勢，所以慢性腎病防治計畫在政府、腎臟醫學會、醫界共同努力下確實獲致一些成果。
- 二、對於血液透析品質管控部分，除了健保署定期監測的品質指標外，腎臟醫學會也自掏腰包每 3 年進行實地訪視，每次訪視有 2 位醫師及 1 位護理師到全國 700 多家血液透析院所進行實地訪視。此外，腎臟醫學會從民國 80 幾年開始蒐集腎臟病這個單一疾病的相關資料，包括：病人生活品質、抽血等相關檢驗數據，每季上傳到腎臟醫學會，之後再配合健保署的健保資料庫，我們才能和國衛院共同合作每年出版台灣腎病年報。這些品質指標都有達到目標，譬如相較於歐美國家，台灣血液透析死亡率比歐美國家更低。
- 三、一併回應居家血液透析部分，其實我國在十幾年前就已經在試辦了，只是礙於健保給付等相關規定沒有辦法實施，其實居家血液

透析是全世界已經接受的治療模式。其透析效果，因為病人是在家裡利用睡覺的時間進行透析，透析時間拉長、洗得很乾淨，所以對病人的預後及生活品質有很大的改善。現在健保署初步規劃對於接受居家醫療照護整合計畫病人實施居家血液透析，期望減少病人到醫療院所往返的時間，目前已經有配套措施來促成這件事，站在醫學會及醫療的角度，這絕對是正向的。

四、目前世界趨勢都在推動居家透析，居家透析分成 2 部分，一個是腹膜透析、一個是居家血液透析。腹膜透析部分，過去這段時間，政府也給我們推動腹膜透析的機會，腹膜透析計畫在 112 年 7 月中旬開始實施，剛剛委員提到 112 年腹膜透析腹膜炎發生率(1.65 次/每百人月)稍微高一點，但仍在健保署腹膜透析專業醫療服務品質指標監測結果的閾值內，參考值為 1.67 次/每百人月(註 1)，至於腹膜透析計畫「腹膜炎發生率」指標結果為什麼高於目標值(註 2)呢？當初推動計畫時我們就自我要求腹膜炎發生率必須低一點，以致於 112 年實際監測結果數值稍微高於閾值，因為腹膜透析計畫只執行半年，沒有完整年度的統計資料，還沒有辦法看出它的效果，在這裡一併解釋。

五、過去的總額協商對於門診透析都有好的協商結果，我們很感謝，對腎臟科醫師及相關醫護人員有很大的鼓舞。近年護理人力不足、人力成本增加，其次電費一直飛漲，這些成本如同剛剛羅永達協商代表幫我們說明的，這些因素我們可能必須加以考慮，真的謝謝大家，謝謝。

(註：

1. 健保署門診透析專業醫療服務品質指標—腹膜透析「腹膜炎發生率 \leq 1.67 次/每百人月」：112 年指標監測結果 1.65，小於參考值 1.67。
2. 專款「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」預期效益評估指標—「腹膜透析病人腹膜炎發生率 $<$ 1.53 次/每百人月」：112 年 1.65，高於目標值 1.53。)

盧主任委員瑞芬

請問雙方還有沒有需要提問、交流？請何語代理委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

主席、各位先進，大家好！有 2 點請教，第 1 點，請問腎絲球濾過率降到多少就要進入洗腎？第 2 點，目前市面上有很多新藥，能保護腎臟又能控制血糖飆高，我們非常感謝腎臟科醫師多年來的努力，現在健保總額有多項腎病相關計畫，像其他預算編列腎臟病照護及病人衛教計畫、西醫推動初期慢性腎臟病醫療給付改善方案、中醫門診總額也編列中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫專款等。近年洗腎成長的人數趨緩，請問腎臟醫學會有沒有統計病人約延後幾年進入洗腎？透過推動西醫初期慢性腎臟病醫療給付改善方案、中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫等，病人大約延緩幾年才進入洗腎？腎臟醫學會有沒有統計資料可以供我們參考，謝謝。

盧主任委員瑞芬

請許永和秘書長回應。

許秘書長永和

先請羅永達協商代表。

羅協商代表永達

- 一、跟何語代理委員報告，會議資料第 81 頁左邊的健保會幕僚補充說明第 2、(3)點，目前台灣開始透析的平均年齡從 101 年的 65.6 歲已經提升到 110 年的 67.8 歲，我曾經拿這個資料到國外演講，這個統計數字比美國、歐洲等國家表現得更好，首先跟您報告。
- 二、第 2 個我想強調，這段時間不只是推動 CKD(慢性腎臟疾病)相關計畫(註)努力照護這群病人，舉個例子，我們曾在健保署門診透析預算研商議事會議廣泛地討論，成大宋教授俊明評估病人洗腎的原因，台灣話常說「不要亂吃藥，否則就算你有 10 顆腰子(台語，腎臟)都不夠洗」，連電視都有廣告。當初為了把 NSAIDs 藥物使用比率降下來，我們花費很大的力氣，讓透析患者於透析前 1 年使用 NSAIDs 藥物的比率從十多年前超過 30%，110 年已下降到 15.9%。我們從國小開始宣導，如果你有

兒子或孫子唸國小，就知道二年級有如何保護腎臟相關課程，這些都是大家一起努力的結果。腎臟醫學會是唯一自己拿計畫，培養行政團隊，然後自己去評審、監測、蒐集指標的單位，非常令人感佩。但是這些都是需要成本，我想今天談論的重點是大家願不願意繼續支持提供這麼好的透析照護品質的醫療環境，以上。

(註：CKD(慢性腎臟疾病)計畫包含「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」(簡稱Early-CKD計畫)及「末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫(簡稱Pre-ESRD計畫)」)

盧主任委員瑞芬

請張孟源協商代表。

張協商代表孟源

主席、各位代表，謝謝何語代理委員的提問，委員提出 2 個問題，回應如下：

- 一、第 1 個問題是腎功能 eGFR(腎絲球濾過率)降到多少以下要洗腎，一般而言， $eGFR < 15 \text{ ml/min/1.73m}^2$ 就是第 5 期末期腎臟病變。當腎功能衰退到第 5 期的時候，我們需要做洗腎前的準備。我必須替腎臟科澄清，我國洗腎的時間並沒有比國外早，甚至有些腎絲球過濾率降到 $15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 以下、甚至降到 $5 \sim 10 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 之間，假如病人的主觀意願希望晚一點洗腎，現在健保署也有很多配套措施，除了某些藥物以外，還可以補充必須胺基酸就是吉多利錠(酮酸胺基酸)、使用控制鉀離子藥物及 EPO(Erythropoietin, 紅血球生成素)改善貧血等，都能改善第 5 期腎病病人照護品質、可以延緩洗腎。說實在天然的腰子最好，雖然第 5 期腎功能比較差，但晚 1 年洗腎也能替國家省 70~80 萬元/人的健保支出。
- 二、剛剛提到 SGLT-2，確實在國外的經驗，糖尿病早期第 1、2 期使用可以延緩 10~15 年進入洗腎，假如到晚期才使用，效果就沒有那麼好了，第 4、5 期大概延緩 3~5 年進入洗腎，這些也能替國家省很多的錢，偏偏這個藥就只給付糖尿病及心臟衰竭，

沒有給付腎臟病，我們知道健保署也在努力，希望未來能將一些預算用在這方面。

三、至於中醫治療，因為我不是中醫，所以我也不能替他們發言，但是我跟委員報告西醫所做的努力確實有明顯的進步，而且這不是台灣的資料，全世界一流的期刊 NEJM 期刊(新英格蘭醫學雜誌，The New England Journal of Medicine，簡稱 NEJM)的報告，有實證醫學，都是 10 多萬人的研究報告，至於中醫部分，到時候請中醫代表再跟委員們說明，謝謝。

盧主任委員瑞芬

目前這個場次的 Q&A 已經超過時間了，因為時間的關係，如果沒有其他更緊急、迫切的問題……請何語代理委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

非常感謝腎臟科醫師，因為我碰到很多腎臟科醫師跟我說，他們想盡辦法讓他的病人延緩洗腎的時間，至少講這句話的腎臟科醫師是非常有愛心、有公德心的人，我也非常感謝他們，至於這個糖尿病用藥目前健保還不給付腎臟病部分，我想腎臟醫學會應該會大力爭取，謝謝。

盧主任委員瑞芬

請付費者代表進行內部會議討論，然後再回來協商。

林委員恩豪

主席，我們邀請評核委員提供諮詢，門診透析場次邀請滕西華委員、吳榮達委員，謝謝。

盧主任委員瑞芬

請吳榮達委員、滕西華委員協助。

(付費者代表進行內部會議討論約21分鐘)

盧主任委員瑞芬

請各位就座，請付費者代表陳杰委員說明你們的方案。

陳委員杰

- 一、報告內部會議討論的結果，經過付費者代表共同討論得出了結論，也非常感謝大家，不管是醫院代表、西醫基層代表大家都釋出善意。我們有 2 點考量，雖然目前(112 年)透析人數負成長、有減少的情形，但是考量物價波動大以及下個月電費即將調漲等問題，所以大家共同決議，同意剛才醫院代表提出門診透析總成長率 3%。剛才大家討論的時候，我有說明醫院代表提出 3% 這個數字，當然也有付費者代表提出透析人口減少，總成長率是不是需要到 3% 呢，後來聽完大家的意見後，考量目前物價波動大及未來電價即將調漲，大家同意總成長率 3% 為基準，這點希望你們能欣然接受。
- 二、至於協定事項部分，我向大家報告：第 1 點，門診透析服務總費用成長率 3%，其中 4.335 億元專款專用，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，3 億元不得流用至一般服務。第 2 點，考量居家血液透析為新的照護模式，請健保署審慎研議，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，並提健保會報告。第 3 點，研議末期腎臟病患者之包裹支付方式，這是建請健保署研議。第 4 點，加強「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，提報專案報告。這幾點協定事項希望也能夠達成共識，借用今天協商會議的機會做以上報告，希望兩造能夠同意、達成共識，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬

現在請透析協商代表。

羅協商代表永達

謝謝，我們感受到滿滿的誠意。透析協商始終都有一個很好的傳統，去年也是唯一在協商現場達成共識。但是有一點我想提出報告，已經連續 3 年編列專款預算用於鼓勵腹膜透析計畫，剛剛張孟源協商代表也提到大家真的很努力了，我們知道付費者代表或政府政策希望我們努力做，但從實際的執行數據來看，是否可以給我們一點空

間，4.335 億元我們儘量去做，我們不敢反對啦，不過協定事項「其中 3 億元不得流用至一般服務」部分能不能再少一點，建議修改為「其中 2.5 億元不得流用至一般服務」，我們一開始就想提出這個意見，只是沒有表達，希望額度能夠降低一點，這跟原來 3 億元的意義是一樣的，有沒有這樣的可能性？請付費者委員幫我們做考量，我們已經非常、非常的接近共識了，以上。

盧主任委員瑞芬

請付費者代表。

陳委員杰

- 一、謝謝，剛剛我也語重心長向醫界協商代表詳細的報告，我們也拿出最大的誠意了！剛剛部分付費者代表一直強調透析人數逐年下降、已經減少，我就跟他們說先不要計較這點，希望考量物價波動大以及未來電價調漲等，所以才達成這個共識。
- 二、我誠心誠意做一個建議，既然付費者代表已經有共識，現在也沒差多少，3 億元和 2.5 億元才相差 5 千萬元，我希望醫界代表能夠和我們達成共識，依照剛剛協定事項，其中 3 億元不得流用至一般服務，明年度我們再來討論，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬

請羅永達協商代表。

羅協商代表永達

陳杰委員的話非常有說服力，我們聽了都很感動，謝謝！我代表醫院我們同意，很難得達成協議，總成長率就 3%，然後我們也會照協定事項去做，基層代表是不是也同意這樣的做法？

張協商代表孟源

- 一、謝謝委員，今天羅永達協商代表說願意同意。對於新增居家血液透析部分，我們期待，但是希望未來能看到執行成效，鼓勵腹膜透析計畫未來也要定期檢討。
- 二、關於不得流用部分，在電腦螢幕顯示協定事項，4.335 億元專款專用也用在居家血液透析，鼓勵腹膜透析計畫已經有專款，這

部分是新增的嗎？(有付費者委員表示：4.335 億元專款包含鼓勵腹膜透析、新增居家血液透析)4.335 億元用於腹膜透析及居家血液透析，2 個？(有付費者委員表示：對)

盧主任委員瑞芬

是的，對。

張協商代表孟源

OK，我完全理解，我當然尊重醫院代表，醫院是大哥啊，他說好就好。

陳委員杰

我就感謝大哥和二哥。(眾委員：鼓掌聲！)

盧主任委員瑞芬

謝謝各位，我們總算可以鼓掌了！既然協商雙方都同意，這個場次就達成共識：

一、114 年度門診透析總成長率 3%，請幕僚依據本場次所協定整體門診透析服務總費用成長率，按照醫院及西醫基層總額的費用分攤方式，計算醫院及西醫基層總額的門診透析服務成長率及金額，然後列入各該總額的方案。

二、至於協定事項部分，按照剛才付費者提出的版本，維持 4.335 億元，用在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 3 億元不得流用於一般服務。這就是這個場次的結論，其他協定事項會請幕僚整理，剛才兩造都看過也沒有問題，我們會整理在正式的會議紀錄，我就不再唸，謝謝。

陳委員杰

謝謝，同時也感謝台灣腎臟醫學會，謝謝。

盧主任委員瑞芬

謝謝。換場及休息 10 分鐘。

參、114年度總額協商—「西醫基層總額」
與會人員發言實錄

參、114年度總額協商－「西醫基層總額」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

各位委員及協商代表，西醫基層總額協商場次的時間到了，協商代表已經就座，請主席宣布正式開始。

盧主任委員瑞芬

謝謝西醫基層協商代表及付費者代表，現在開始西醫基層總額協商，先請西醫基層協商代表就重點項目簡要說明5分鐘，再由委員提問及部門回應，之後進行內部會議。先請西醫基層協商代表說明。

周委員慶明

- 一、謝謝主席，時間很寶貴，主委、各位健保會委員、衛福部長官及西醫基層協商代表，大家午安大家好。西醫基層部門對於總額成長率項目的規劃一直非常努力研商，去年總額協商結束後，就開始想下一年度的項目及預算，這是西醫基層最重要的任務，所以非常努力在經營，從上次協商完後，就開始準備今天的協商資料，中間經過多次會議討論，會後大家也提供很多很寶貴意見，一直進行修正，最後在9月5日才提送最終版本，因為衛福部114年度總額範圍成長率是9月3日才交議下來。
- 二、非常感謝健保會委員，西醫基層部門在9月9日有召開基層成長率項目說明會議，邀請付費者代表參加會議，進行深入說明，非常感謝大家來參與。今天所有項目，就是希望能夠守護人民的健康，同時也堅守醫療專業與價值，這是西醫基層一直以來秉持的核心精神，提出來的所有項目，就是秉持著這2個核心精神在努力。
- 三、至於協商項目及金額，先前都有報告過了，接下來由黃協商代表啓嘉說明，委員有任何意見也請提出來，大家一起來協商，謝謝。

黃協商代表啓嘉

- 一、各位親愛的付費者代表、健保會主委、各位委員及基層所有的夥伴，大家好。我今天充滿協商成功的期待，來展開西醫基層

總額協商，剛剛看到西醫基層部門及健保署的草案，基層的總成長率還比健保署低一點點，希望付費者代表聽完我們的說明後，能青睞基層的版本，讓協商成功。

二、為了慎重說明每個項目的內涵，所以由該項目最專業的代表向各位付費者代表報告：

(一)首先，原本編列在一般服務項目的 A1「新醫療科技」，為了避免排擠其他項目，希望能夠移到專款，不要放在一般服務。

(二)另外，有關 A4「提升國人視力照護品質」，希望白內障手術能夠給予充分預算，以滿足人口老化後對視力保健的醫療需求，這部分請最專業的吳協商代表國治說明。

吳協商代表國治

主委、各位委員大家好，大家辛苦了。我就 A4「提升國人視力照護品質」向大家說明：

一、這個項目有必要詳細說明，因為之前並沒有看到健保署草案，直到今天的會議資料才看到詳細內容。大家都知道人口在老化，目前白內障手術費用是放在一般服務，並隨著基期成長，但每年增加的預算與實際手術費用相比都是不足的，而且少了很多，再加上疫情影響，民眾就醫遞延，我們發現預算常常都是不夠的，所以今年才續編「提升國人視力照護品質」。

二、至於編列金額部分，先前總額協商會前會已有報告過，今天主要是對健保署草案提出一些看法，健保署建議在一般服務項目減列白內障手術費用，將其移到專款項目，但按照慣例，專款項目是政策鼓勵的項目，以支應管理費、獎勵費為主，這些費用如果預算不足當然是可以浮動，少數有支應醫療費用的專款項目，基本上預算是用不完的，且預算不足時，也有提供預備金來源，如「C 型肝炎藥費」、「精神科長效針劑藥費」，除了可以與醫院總額同項專款相互流用外，經費如有不足，還能由其他預算相關項目支應。

三、然而健保署草案卻提出「如費用超過專款預算，則以浮動點值

方式處理」，我覺得這是創舉，既然是創舉就要很小心，大家看健保署提出來的內容，超過預算就要點值浮動，請問點值浮動到底是目標制浮動還是上限制浮動，總不能到時候又把錢收回去，如果是目標制浮動，那意思是預算用完後，病患就不能手術，這樣是不是會損及病患權益？

四、除了超過預算會點值浮動外，還要求預算沒用完要扣減，等到成長率穩定再導回一般服務。講白一點，就是現在沒辦法管控，第一次看到將單一項目移到專款管理後再移回來，如果此例一開，可能總額裡難以管控的項目都會移到專款整理一下。大家都清楚總額的概念，這樣的管理方式不是很妥當，而且健保署草案提出來的時間非常短，沒有與醫界充分討論，不只為了病患權益，更涉及醫院總額，醫院總額並沒有移列白內障手術費用，現在已經有眼科診所及眼科專門醫院，到時候會造成醫院及西醫基層總額的費用牽扯不清。

五、西醫基層仍建議編列在一般服務，即項次 A4，至於健保署擔心的排擠問題，可以用 B5「鼓勵論病例計酬案件」的專款來支應相關預算。此外，若委員同意於一般服務編列預算，建議刪除「扣減當年度未執行之額度」文字，基於對等原則，如果預算沒有用完要扣減，那預算不足就應該補足。我們建議維持西醫基層版本，即項次 A4 加上項次 B5，並刪除預算未用完要扣減之文字。

盧主任委員瑞芬

因為部門簡要說明的時間只有 5 分鐘，請問西醫基層部門還有要說明的嗎？

黃協商代表啓嘉

有關 A5「因應預防保健政策改變衍生之醫療費用」，請黃協商代表振國簡要向大家說明。

黃協商代表振國

各位委員午安。隨著國人逐漸重視健康，賴總統提出健康台灣願景

以及 888 計畫，在預防保健方面，以成人健檢為例，將下修免費成人健檢服務的年齡，讓國人對健康能進一步瞭解，而這會增加醫療使用率。不管是代謝症候群防治計畫(下稱代謝計畫)或相關品質照護計畫，西醫基層都會全心全意配合政府政策，所以在預防保健部分增加相關費用，請委員支持。

盧主任委員瑞芬

請問付費者代表有沒有要詢問？我想先請教健保署「提升國人視力照護品質」，健保署建議從一般服務項目改為專款項目，但西醫基層部門不贊成，請健保署說明一下改變的原由。

劉組長林義

- 一、請委員翻到會議資料第 132 頁，可以看到表「102~113 年西醫基層白內障申報量較一般服務成長率增加之財務評估」，111 年取消 40 例上限後，在 B 欄位的件數成長率，111、112 年的成長率比一般服務成長率高很多，健保署認為有控管的必要，至於要怎麼控管，我們是建議移列專款項目。
- 二、另外，白內障手術除了成長率過高外，還有分區分布不均的情形，假如放在一般服務，由於分區預算是以地區預算分配參數進行分配，沒辦法解決上面的問題，如果放在專款，就可以依照實際使用量來支付。當然，放在專款的問題在於額度估算，114 年度是以成長率 5% 來預估，所以成長率若控制在 5% 以內時，理論上是可以每點 1 元支付，以上是健保署說明。

盧主任委員瑞芬

請問付費者代表有沒有要請教？如果沒有的話，就各自進行內部會議。

周委員慶明

這個時段是讓委員詢問相關意見，因為還有時間，如果委員沒有要詢問，可不可以對一些項目補充說明？因為時間很寶貴。

盧主任委員瑞芬

好，那就再 3 分鐘，請簡要補充說明。

黃協商代表啓嘉

- 一、有關 A3「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」，考量 113 年度的「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」是編列於其他預算，所以西醫基層也希望本項能夠由其他預算支應，不要放在一般服務。
- 二、有關 A6「代謝症候群及 C 肝照護品質提升衍生之醫療費用」，雖然代謝計畫已改由公務預算支應，但很多衍生的醫療費用還是由西醫基層總額一般服務預算支應，這部分請王協商代表宏育來說明，他在代謝計畫的執行成績是全國最棒的，請他向大家說明。

王協商代表宏育

- 一、各位委員午安。代謝計畫已經進入第 3 年，這是我加入健保以來第一個預防勝於治療的計畫，由醫師做個案管理，個案管理費用等於是衛教費用，把亞健康的人挑出來，看看能不能改善為健康的人，或是維持在亞健康，儘量不要變成小病、變成三高。大家都覺得這是個好計畫，可以減少後續發生中風、心肌梗塞、洗腎的情形，如果做得好，我相信幾年後的健保耗用會比較有效率。
- 二、114 年度代謝計畫的預算已經改由公務預算支應，現行計畫只支付追蹤管理費，醫師卻必須抽血才能知道照護對象的情況，因此會產生相關檢驗費用，這是衍生的醫療費用，目前抽血檢查一次大概需要 840 點。上次與健保會委員溝通時，林文德委員、王惠玄委員都提供很多指導，他們建議減少檢驗費用，來節約健保費用，但計畫有規定檢驗次數，追蹤 3 次至少要抽血 1 次，當然也可以抽血 2 次、3 次，年度評估又要抽血 1 次，至少要抽血 2 次，像啓嘉醫師很認真，追蹤 3 次就抽血 3 次，加上年度評估就會抽血 4 次，委員是希望檢驗次數少一點，依計畫是至少要 2 次，我們是估 3 次，因為 4 個月追蹤 1 次，才能瞭解民眾的健康狀態、有沒有運動、有沒有亂吃或自暴自棄等，

這樣品質會好一點。

三、大家可以看到預估照護人數，在會議資料第 136 頁，健保署預估 114 年照護 33.5 萬人，西醫基層估得比較保守，照護 18 萬人，可是截至 113 年 8 月 31 日，照護人數已達 24.2 萬人，現在大概 25 萬人，到年底可能是 30 萬人，明年還會更多，西醫基層的照護人數已經低估很多，所以檢驗次數用 3 次估，假設以檢驗次數 2 次推估，加上照護人數低估很多，費用大概是 4 億元左右，A6 的金額我認為沒有高估，而且明年照護人數還會再增加。

黃協商代表啓嘉

有關 A6「代謝症候群及 C 肝照護品質提升衍生之醫療費用」的 C 肝照護部分，請顏協商代表鴻順說明。

顏協商代表鴻順

- 一、我簡單說明，其實非常感謝衛福部、健保署、國健署提出很多促進人民健康的方案，像代謝計畫、大腸癌篩檢、C 肝藥物治療，以及未來要做的，以碳 13 來篩檢胃癌等，這些都是非常好的政策，但衛福部、健保署、國健署只提供篩檢費用，後續衍生醫療費用通通吃健保，這其實都在增加醫療服務密集度。
- 二、以 C 肝照護而言，國健署找出 C 肝抗體陽性的患者後，病人必須做相關的檢驗，一旦驗出 C 型肝炎病毒(HCV RNA)陽性就要進行治療，治療藥物當然是由健保署支付，但治療過程中衍生的診察費，且治療完成及完成後 12 週後都必須再做檢查，合計衍生醫療費用約 10,962 點，依 2025 年全面消除 C 肝計畫，總共要治療 25 萬人，換句話說，增加 25 億點醫療費用是由健保支應，所以西醫基層爭取 C 肝照護的醫療服務密集度增加費用。

黃協商代表啓嘉

剛剛協商門診透析服務成長率時，可以看到透析病人逐漸減少，這歸功於代謝計畫與糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(DKD)之推廣，接下來說明的項目是 A7，有關 DKD 中的檢驗項目 UACR(尿

微蛋白與尿液肌酸酐比值)，這是非常重要的檢驗項目，請張協商代表孟源說明。

張協商代表孟源

一、主席、各位代表大家好、大家午安。今天門診透析服務很成功地完成協商，延續上一場協商的良好氣氛，我就西醫基層所提 A7「DM、CKD 方案比照 DKD 方案採用 UACR 檢測」向各位委員說明，由於腎臟病是沒有症狀的，希望民眾能早期診斷出腎臟病，例如驗尿液有沒有泡泡尿、有沒有微量蛋白尿，可以早點讓民眾知道要保護腎臟，以往 CKD 方案(慢性腎臟疾病方案，包含「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」及「末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫」)的檢驗項目是 UPCR(尿蛋白與尿液肌酸酐比值)，UPCR 是檢測全蛋白尿，但國際上採用的 UACR 是檢測微量蛋白尿，偵測品質是不同的，如果檢測全蛋白尿，往往到蛋白尿數值高的時候才會發現，而微量蛋白尿的國際標準是每天排出量小於 30mg，超過 30mg 就屬於 A2 等級(持續微白蛋白尿嚴重度-中度)，可以讓病人更早發現已有微量蛋白尿。

二、早期腎臟醫學會提出全蛋白尿的檢測方法，是因為預算不足，我們希望不只是 DKD 患者可以用微量蛋白尿檢測，對於 CKD 患者也能一視同仁，比照使用微量蛋白尿檢測，我相信對民眾健康、自我健康管理一定有很大的幫助。

盧主任委員瑞芬

請問西醫基層協商代表還有要補充說明嗎？

黃協商代表啓嘉

不知道付費者代表有沒有問題要詢問？這個時段剩餘的時間是否能讓我們繼續說明？

黃協商代表振國

還有 5 分鐘。

黃協商代表啓嘉

如果付費者代表沒有問題，我們就繼續補充說明，付費者代表有問題隨時都可以打斷。接下來是 A9「因應長新冠照護衍生費用」，請林協商代表恒立向大家說明。

林協商代表恒立

- 一、我就不一一稱呼，基本上新冠疫情已經累積了 3 年，加上今年還在流行的情況下，累積下來的新冠肺炎感染者相當可觀，依世界衛生組織估算，以全世界感染者來講，650 萬人中的 10% 會產生長新冠的症狀，台灣的感染者也是一樣，差不多 10% 會有長新冠的症狀。
- 二、我們在門診常常碰到這些病人，他可能在 3 個月之前或是更久之前感染到新冠肺炎，之後開始出現類似呼吸困難、胸悶，甚至慢性病重新復發的情況，我是耳鼻喉科醫師，第一線常碰到病人之前有過……。

侯委員俊良

主席，我打斷一下，不好意思，因為付費者代表這邊對西醫基層部門所提出的方案，希望能有更多時間進行內部討論，期盼有機會達成共識，剛剛西醫基層協商代表補充的意見我們都瞭解，書面資料也都有看過，接下來的時間就讓付費者代表進行內部討論，後面也還有機會讓雙方交流意見，是不是可以這樣安排？請主席裁示，謝謝。

盧主任委員瑞芬

付費者代表是不是……。

劉委員淑瓊

請教一下健保署，有關白內障手術費用，為什麼 114 年度新增 35.03 億元。

盧主任委員瑞芬

健保署剛剛有提到，這是估算了成長率。

劉組長林義

對，請看到會議資料第 131 頁，因為也要給白內障手術一定的成長

率，113年預估耗用33.357億元，114年預算以成長率5%推估，就是35.03億元，剛才也提過，假如白內障手術的成長率可以控制在5%以內，每點支付金額還是1元。

龐副署長一鳴

- 一、我補充一下，剛剛西醫基層協商代表講得很好，但這件事情是兩難，第一是因為白內障手術一直在成長，第二是目前白內障手術在西醫基層總額中，對一般服務的其他項目產生排擠作用，所以健保署才會建議移列專款項目。
- 二、西醫基層部門及付費者代表對預算額度應該沒有意見，只是對於項目擺在那裡有不同的看法，健保署認為擺在專款對一般服務的其他項目比較不會有排擠效應，西醫基層協商代表是覺得放在專款會衍生其他問題，如控制管理困難、病人因素等會比較複雜，各有各的看法。

盧主任委員瑞芬

付費者代表既然需要多一點時間討論，而且補充說明也很足夠了，現在就進行內部會議討論。

林委員恩豪

不好意思，付費者代表要邀請評核委員林文德委員、王惠玄委員及吳榮達委員接受諮詢。

(付費者代表進行內部會議討論50分鐘)

盧主任委員瑞芬

各位協商代表請入座，請問西醫基層的版本有改嗎？如果是原來的版本，那就先請付費者代表說明他們的版本。

侯委員俊良

一、主席、西醫基層協商代表，剛剛付費者代表經過一輪討論，我們也很想達成共識，不過還是先初步提出目前的版本，容我做代表向大家一一做說明。

二、在一般服務項目部分：

- (一)A1「新醫療科技」：維持於一般服務編列，未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度，編列 2.28 億元。
- (二)A2「藥品及特材給付規定改變」：
- 1.編列4.86億元，一樣維持於一般服務編列，未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度。
 - 2.另外，併A7「DM、CKD方案比照DKD方案採用UACR檢測」，配合修訂名稱為「給付規定改變(藥品、特材、診療項目)」。
- (三)A3「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」：
- 1.考量112、113年已編列預算並滾入基期，應該先檢討預算編列的必要性及是否達成政策目標，所以不編列預算。
 - 2.建議納入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)」，共同考量支付標準調整。
 - 3.另外，付費者代表特別提到，112年調升護理人員薪資的診所比率只有58.5%，效益有待檢討，所以才沒有編列這個項目。
- (四)A4「提升國人視力照護品質」：依健保署建議，移列至專款項目 B4，減列 33.357 億元。
- (五)A5「因應預防保健政策改變衍生之醫療費用」：考量擴大癌症篩檢對象旨在早期發現、早期治療，整體醫療費用應有所節省，並建議爭取公務預算支應，所以不編列預算。
- (六)A6「代謝症候群及 C 肝照護品質提升衍生之醫療費用」：這項也是不編列，協定事項請委員直接看螢幕上的文字(本項屬早期發現、早期治療之作法，理應節省整體醫療費用，且代謝計畫可採用 90 天內檢驗(查)數據，應避免不必要之檢驗(查)，故不編列預算)。
- (七)A7「DM、CKD 方案比照 DKD 方案採用 UACR 檢測」：併入 A2「藥品及特材給付規定改變」處理。
- (八)A8「因支付衡平性已調整支付標準之項目」：編列 0.861 億元。
- (九)A9「因應長新冠照護衍生費用」：考量與醫院總額的一致性(

考量新冠疫情已逐年遞減並回歸常態醫療)，所以不編列預算。

(十)A10「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：減少 0.05 億元。

三、在專款項目部分：

(一)B1「新醫療科技」及 B2「藥品及特材給付規定改變」：維持於一般服務編列。

(二)B3「暫時性支付」：同醫院總額，僅支應新藥，編列 0.58 億元。

(三)B4「提升國人視力照護品質」：依健保署建議，由一般服務項目移列至專款項目，編列 35.03 億元。協定事項有 3 點：

1. 檢討白內障手術案件成長合理性及民眾自費情形，並監測照護成效，加強執行面管理與監督。
2. 應檢討目前白內障手術時機有無過早或過晚問題，確保醫療品質。
3. 建議精進執行方式，建立診療指引以及人工水晶體的監測，以及自律機制，並加強分區的管控。

(四)B5「鼓勵論病例計酬案件」：本項應該與「提升國人視力照護品質」一併考量，需保障或鼓勵的醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，所以不編列預算。

(五)B6「西醫醫療資源不足地區改善方案」：執行巡迴醫療產生之醫療費用，維持 113 年方式，由一般服務支應。付費者代表沒有增加金額，維持 113 年額度，編列 3.171 億元。

(六)B7「家庭醫師整合性照護計畫」：依健保署建議，編列 46.48 億元，協定事項有 3 點：

1. 提出全人照護整合的具體規劃，建立照護指引及訂定相應的品質指標，並於 114 年 7 月前提出專案報告。
2. 支持風險分級分流的改善方向，請依照病人的管理密度、追蹤頻率，擬定合理個管費，避免造成逆選擇效應。

3.新增之風險管理照護、生活習慣諮商，請建立執行面指標，如病人知情同意、群內就醫率，以及結果面的成效指標。

(七)B8「C型肝炎藥費」：依健保署建議，編列4.62億元。

(八)B9「醫療給付改善方案」：維持113年方案，並檢討生物相似性藥品方案的執行成效，付費者代表編列9.031億元，增加280萬元。

(九)B10「強化基層照護能力及『開放表別』項目」：依健保署建議，編列17.2億元，執行開放表別產生的衍生費用，維持113年方式，由一般服務支應。

(十)B11「鼓勵院所建立轉診合作機制」：沒有增加金額，維持113年額度，編列2.58億元，協定事項有2點：

1.分級醫療是健保重要政策，但轉診率長年效果不彰，雖已不斷提升支付誘因，仍未有成效，請設法改善。

2.以減少大醫院門診初級照護率及提升基層醫療品質為主要目標，研擬合理轉診政策。

(十一)B12「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」、B13「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」、B14「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」、B15「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」、B16「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」及B17「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫」，付費者代表建議金額與西醫基層版本一樣。

(十二)B18「精神科長效針劑藥費」：依健保署建議，編列1億元，協定事項有1點，提升基層院所使用長效針劑的比率，並評估長效針劑替代效果及執行效益。

(十三)B19「因應長新冠照護衍生費用」：付費者代表不編列預算。

(十四)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)」：較113年度減列0.861億元，編列9.139

億元，協定事項有 3 點：

- 1.不得用於保障點值0.95，因為該項有另外的政策處理。
- 2.支付標準調整須符合預算中平原則。
- 3.請於明年7月前提出專案報告，並遵循預算中平原則，說明近年支付標準調整情形。

四、以上是付費者代表提出的版本，最後成長率是 4.127%(不含門診透析)。

盧主任委員瑞芬

請問西醫基層協商代表需不需要進行內部會議，或是進去之前先補充說明？

黃協商代表振國

一、先說明一下，有關 A1「新醫療科技」：

(一)本項是預估 114 年度的預算需求，新藥、新科技的開放在 114 年「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」才會討論新增項目，歷年來最被爭議的就是財務評估與實際耗用，隨著健康人口老化、疾病多樣性及醫療科技發展，新醫療、新藥及新科技增加是保障國人健康的重要議題，但目前財務需求都是預估的，很難符合民眾實際健康需求。

(二)移列專款項目有什麼好處呢？我們可以依當年度通過的項目及預算實支實付，如果有結餘，我相信可以留待隔年使用，如果不足，也可以檢討到底哪些新醫療科技是民眾殷殷期盼，若是放在一般服務，就難以監控實際需求，也會造成預算排擠，所以西醫基層部門認為有必要挪到專款，而且還有個很重要的因素，現在政府已經編列癌症新藥基金，還有罕病藥費等社會福利範疇，健保也有編列專款，但其他疾病的病友權益也很重要，因此建議本項應該移列專款，對國人健康有保障才是最重要的。

二、另外，有關 A5「因應預防保健政策改變衍生之醫療費用」，大家都知道疾病的預防勝於治療，所謂節省費用，節省的是日後

重症手術治療、化療的費用，可是那些費用是節省在醫院總額，前端的預防、檢驗檢查、追蹤，甚至行為矯正部分，實際耗用卻是在西醫基層總額。相關的預防保健費用並沒有在西醫基層編列專款或是由其他預算支應，雖然可以節省費用，但是節省的費用並不是在西醫基層總額，所以由西醫基層總額承擔費用是非常不公平的，以上補充 2 點。

盧主任委員瑞芬

請顏協商代表鴻順。

顏協商代表鴻順

- 一、有關 A3「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」，這項是西醫基層總額在 111 年協商 112 年度總額時提出，那時候台灣正經歷嚴重的新冠疫情衝擊，所有的醫事人員包括醫院的、包括基層的，我們都非常感謝護理人員站在第一線守護人民健康，但是他們的待遇卻不是那麼好，所以當時才會提出這個項目。西醫基層也參考醫院總額，前幾年醫院總額就已經提出護理費用增加，按照醫院的基準設計，以西醫基層的護理人數推估，大概需要 30 多億元，這麼多的錢不可能 1 年編完，所以本項是 5 年計畫，1 年是 6.593 億元，已經編列 2 年了。
- 二、剛才提到 112 年調升護理人員薪資的診所比率只有 58.5%，其實本項是從 112 年 7 月才開始執行，不是全年度，而且過程當中還要與護全會討論執行指標，因為訂得太難，會導致執行率下降，例如有洗腎診所向公會陳情，他們 1 個醫師要配 10 個護士，新北有 4 個醫師開了一家洗腎診所，總共有 40 個護理人員，他們 40 個護理人員怎麼調薪，因為洗腎診所的門診量很低，只有調高一點門診診察費，卻要求 40 個護理人員都要調薪，要怎麼調？所以相關執行細節還需要再研議，基於留才，留住護理人力在醫療單位與我們一起打拼，希望本項預算能夠繼續編列。

黃協商代表啓嘉

謝謝付費者代表提出寶貴的意見，是不是容許西醫基層部門進行內部討論，因為各位寶貴的意見需要吸收，我們也希望今年能夠協商成功，先內部整合一下西醫基層的意見，再向付費者代表報告。

盧主任委員瑞芬

在西醫基層協商代表進行內部討論前，我想再次重申，希望雙方能達成共識，如果沒有共識要兩案併陳，也要送雙方最接近的版本，不要因為沒共識就退回最初版本，讓部長為難，這樣協商過程花費的時間及努力就白費了，這點請求希望能夠配合。

黃協商代表啓嘉

我們會儘量接近，謝謝主委。

(西醫基層部門代表進行內部會議討論20分鐘)

盧主任委員瑞芬

西醫基層協商代表已經回座，麻煩向大家說明討論的結果。

陳委員相國

- 一、主席、各位委員大家好。經過深切、詳細的討論後，有些項目還是要向各位付費者代表說明(註)，有關 A1「新醫療科技」及 A2「藥品及特材給付規定改變」，這 2 項對西醫基層非常重要，對國民健康也很重要，我舉個例子，以前眼科的視網膜黃斑部病變是無藥可醫，醫師遇到黃斑部病變的患者，只能看著病人一步步喪失視力，病人真的很可憐，還好有新藥 Lucentis，治療黃斑部水腫的藥物，感謝各位委員將它納入健保給付，讓貧困的家庭能夠使用 Lucentis 治療，目前健保署有規定 Lucentis 施打次數，例如糖尿病引起黃斑部水腫或是中央視網膜靜脈阻塞續發黃斑部水腫最多申請 3 次，西醫基層希望能增加施打次數，這會增加很多經費，請付費者代表一定要支持本項預算。
- 二、如果能同意編列 A1、A2，我們會很安心，因為這是成長率很重要的一部分，至於希望移列專款項目的原因，主要是從 3 年前開始，如果執行不如預期，例如只有執行 50%，就要扣減預算，這對西醫基層總額是很傷很傷的事情，因為這 2 項預算的編列

都有遞延現象，剛開始由於醫師不熟悉新藥及新規定，第1年、第2年只有執行30%、40%，可是在第4年、第5年的就會變成150%、200%，在第1年、第2年預算執行不理想的時候就把基期扣掉，超過預算又沒有補回機制，對整個西醫基層總額的影響會很大，所以西醫基層希望把A1、A2挪到專款B1、B2，等預算執行穩定後再移回一般服務，期待這2項能夠維持編列，並編在專款，控管性以及衡平性會比較好。

(註：依螢幕顯示，西醫基層部門第1版修改項目如下：

- 1.A3「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」：金額由建議其他預算支應，修改為編列6.593億元。
- 2.B1「新醫療科技」：金額由編列2億元，修改為編列2.28億元。
- 3.B2「藥品及特材給付規定改變」：金額由編列4.37億元，修改為編列4.86億元。
- 4.B8「C型肝炎藥費」：金額由編列2.92億元，修改為編列0.9億元。
- 5.B10「強化基層照護能力及『開放表別』項目」：金額由編列21.66億元，修改為編列17.2億元。
- 6.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)」：金額由編列10億元，修改為編列9.4億元。)

黃協商代表啓嘉

有關B6「西醫醫療資源不足地區改善方案」(下稱醫不足方案)，西醫基層希望能由其他預算支應，請黃協商代表振國向大家說明。

黃協商代表振國

我想所有民眾都有接受平等照護、追求健康的權利，在偏遠地區、醫療資源不足地區，都需要醫療機構用比較多的人力、物力還有交通成本來提供服務。目前醫不足方案是由醫院及西醫基層診所提供服務，是一起支援這塊業務，但是醫院提供的服務都由專款支應，反觀西醫基層，除了鼓勵性質的項目由專款支應外，產生的醫療費用反而落在一般服務，造成我們內部很大的困惑。西醫基層有心要提供服務，但增加服務內容及品質的同時，反而排擠了其他民眾的就醫權益，請付費者代表幫忙，為了偏遠、醫不足地區民眾的權益，不要因為醫療院所不同，受到不同的服務待遇及支付標準，請各位

委員多多支持。

盧主任委員瑞芬

請問西醫基層版本有沒有更動？

黃協商代表啓嘉

有更動，我們把 A3「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」從其他預算移回一般服務，與健保署草案一樣在一般服務編列，A3 原本是移到其他預算，現在比照健保署草案回到西醫基層總額。

盧主任委員瑞芬

請問西醫基層部門建議要移到其他預算的項目，健保署有同意嗎？因為其他預算是由健保署管控的，在協商過程中，如果要把項目移到別的總額或其他預算，前提是別的部門或健保署有沒有同意，不然付費者代表不曉得怎麼協商，移列其他預算的項目健保署有同意嗎？

黃協商代表啓嘉

西醫基層部門尊重健保署意見，所以 A3 移回來了，不讓健保署為難。

盧主任委員瑞芬

我說的是 B6「西醫醫療資源不足地區改善方案」，西醫基層的版本是建議移到其他預算，但是健保署有同意嗎？因為其他預算是由健保署管控，如果西醫基層想要移到其他預算，在健保署沒有同意的情况下，付費者代表就算心裡想同意也無從同意，就算付費者代表同意了，接手的健保署沒有同意，這個項目就不成立。西醫基層部門方案移列其他預算的還有 B6，現在把 A3 放回來，但是 B6 的部分呢？

黃協商代表啓嘉

因為西醫基層希望與醫院總額一樣，能夠有同樣的支付方式。

盧主任委員瑞芬

但是醫院與西醫基層的性質不太一樣，這個部分是不是請健保署說

明一下？

龐副署長一鳴

我來說明一下，今天早上來的時候，黃金舜委員還說我是第一次來，我用這個案子說明我不是第一次來，這個項目是當年開始做總額時，西醫基層部門爭取由總額執行的專案，過去的歷史是這樣，當然不同時空有不同時空的背景，我也是今天才知道西醫基層部門想移到其他預算。我再講一次，歷史上這個項目是西醫基層爭取總額預算的項目，不像醫院總額，是考量偏鄉民眾需求，由健保署拜託醫院去支援的，性質上不太一樣。

王協商代表宏育

- 一、我是王宏育醫師，我從高雄來。我們去年在高雄辦理健保實地訪查，有到內門鄉的巡迴點參訪，那邊是由吳惠芳醫師負責，她已經 77 歲了，住在高雄市，每次要開車 1 個多小時到內門，還要再開 50 分鐘才到巡迴點，加上她是女性，很多東西搬不動，聘的藥師也是女性，又要請一位司機，申請的費用都不夠支付成本。
- 二、醫院的情況也一樣，但醫院的藥費、診察費及診療費是其他預算支應(註)，基層診所的卻是由一般服務預算支應，2 個總額是完全不同的情況，基層診所不去做的話，那個地方真的沒辦法，醫院去做的話，藥費、診察費是由其他預算支應(註)，診所的藥費、診察費卻是從西醫基層總額的一般服務支應，我們覺得支付方式不一致，希望可以調整成一致。

(註：有關醫院總額專款項目「醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」：98及99年度編列於其他預算「增進偏遠地區醫療服務品質」，100年度起移至醫院總額專款項目續編經費，支應執行方案產生之醫療費用、診察費加成、巡迴服務醫師及護理人員之報酬等。)

盧主任委員瑞芬

依健保署的說明，計畫初始，是他們去拜託醫院幫忙，所以相關醫療費用才會從專款項目支應，剛才龐副署長一鳴的意思是這樣，因

為當時有些地方西醫基層找不到診所承作，只好拜託醫院承作，醫療費用才會放在其他預算。

王協商代表宏育

我也要向龐副署長一鳴說明一下，吳惠芳醫生要退休了，也是我拜託她去做，不然也不承作了，她已經 77 歲，是我拜託人家做的，不騙你。

黃協商代表振國

- 一、其實醫療資源不足地區本就是屬於社會安定及社會福利照顧的範疇，國民健康促進都能用公務預算支應了，如果醫不足方案需要政府拜託醫療院所承作，就該用公務預算支應，因為他已經失去原有的市場機制，沒有人願意承作，不能因為有醫師願意犧牲奉獻，就認為他的犧牲奉獻是應該的，而且犧牲奉獻後，還要讓該區其他醫師一起犧牲奉獻。
- 二、政府的施政不應該有這樣的分別，應該訂有機制，如果有人願意去，不管是醫院或基層都可以用健保相關預算來支應，如果已經沒有人要去，建議不要從健保支應，應該由公務預算支應，不要因為是政府拜託就用健保的其他預算，只要有人願意犧牲就要犧牲到底，這也不符合公平正義原則，真的是原則問題，如果這個原則確定，我們與付費者代表應該很有共識才對。

龐副署長一鳴

這個我一定要講一下，因為用了太多次犧牲了，如果國家要讓這麼多專業人士犧牲，這是國家的大問題。再來，每年醫不足方案都是西醫基層部門自己提的，如果部門提的方案會讓診所犧牲，還在這裡振振有詞，我覺得對大家不公平，講話動人是應該的，可是有時候可能只能感動自己，不一定能感動別人。

盧主任委員瑞芬

- 一、B6 會特別提出來，是因為西醫基層部門建議要移到其他預算，但是健保署不同意，我不曉得付費者代表待會要怎麼談下去，你們說要移到別人那塊預算支應，但對方沒有同意，其實西醫

基層部門應該與健保署先溝通。

二、請問付費者代表對西醫基層修改的版本有沒有要請教的？西醫基層部門很辛苦，也很有誠意，又提出了一個修改版本，各位對於目前的版本有沒有要請教的？請何語代理委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

請教西醫基層協商代表，剛才內部會議討論後，只有這 3 項(A3、B1、B2)有修改嗎？還有其他項目嗎？為什麼不把修改項目都講完再來處理，我們無法一項一項處理，建議西醫基層的訴求全部講完再討論。

盧主任委員瑞芬

好，請西醫基層協商代表繼續說明。

張協商代表孟源

一、我代表 100 萬慢性腎病病人向各位委員表示感謝，有關 A7「DM、CKD 方案比照 DKD 方案採用 UACR 檢測」，微量蛋白尿檢測對於初期慢性腎臟病及末期腎臟病的早期診斷很有幫助，謝謝委員認同。但有一點要補充說明，在委員內心同意，我們心裡感激的情況下，付費者代表建議 A7 併入 A2「藥品及特材給付規定改變」，但 A2 主要是藥品及特材給付規定的改變，而 UACR 檢測是屬於醫療服務密集度，希望委員能夠支持，微量蛋白尿檢測還是維持在 A7，假如未來要改變協商項目，是不是能在製作協商會議資料前，大家就先說好，這樣才有共同規則。

二、我還是再三表示感謝，之後會在門診透析預算研商議事會議進一步討論，CKD 方案(即「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」及「末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫」)要不要改變檢測方式，希望能夠維持在 A7 編列預算，照護慢性腎臟病病人。

盧主任委員瑞芬

請問西醫基層有沒有修改金額？剛剛付費者代表的意思是，有修改的項目一次說清楚，他們才能一起回應。現在西醫基層有修改金額的項目是 A3、B1、B2、B8、B10、B20，對不對？

張協商代表孟源

A7 維持。

盧主任委員瑞芬

A7 維持原本的金額沒有改。

陳委員相國

向主席說明，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)」，原本是編列 10 億元，修改後是編列 9.4 億元。

盧主任委員瑞芬

- 一、各位手上如果有拿到紙本，顏色比較深的地方就是西醫基層有修改的項目(A3、B1、B2、B8、B10、B20)，請問西醫基層協商代表有沒有再補充說明？好，現在請付費者代表進行內部會議討論。
- 二、在進去討論前，我提個建議，目前的進行方式都是一方代表進去討論，一方代表在外面稍作休息，似乎有點浪費時間，就剛剛付費者代表關切事項，有沒有哪些項目希望西醫基層部門再考慮的？請部門也一併進行內部會議，雙方同時討論，不然一方討論出來，另一方再進去討論，每次都只有一方代表進行內部會議，時間會拖得比較久，這個場次也超時 9 分鐘了，付費者代表有沒有什麼項目希望西醫基層部門能夠再思考的？沒有的話，請付費者代表討論時稍微掌握時間。

(付費者代表及西醫基層部門代表各自進行內部會議討論約17分鐘)

盧主任委員瑞芬

請問付費者代表對西醫基層的版本有什麼看法？

侯委員俊良

針對西醫基層版本，付費者代表經過審慎討論，最後還是認為付費者代表先前的版本在各方面都已面面俱到，所以還是維持之前的版本，唯獨 A7「DM、CKD 方案比照 DKD 方案採用 UACR 檢測」的協定事項加上「其中修訂慢性腎臟病方案之追蹤必要檢查項目所需

預算」，如螢幕上紅字，特別敘明是慢性腎臟病方案的部分，做了這樣的文字修正，其他維持不變。

盧主任委員瑞芬

請問西醫基層部門的意見？

黃協商代表啓嘉

一、非常感謝付費者代表，在整個健保照護中，國際評比最弱的就是腎臟病照護，腎臟病發生率、糖尿病腎病變發生率，在國際評比上是比較弱的，付費者代表願意投入資源，我很感謝大家的支持，雖然加上的文字沒有呈現預算額度，但有這句話，就能瞭解大家對民眾健康的關心，非常感佩。

二、西醫基層的內部會議有針對部分項目做微調(註)，主要是配合健保署草案，在 B7「家庭醫師整合性照護計畫」，本來沒有打算增編預算，但感佩健保署對家醫計畫的重視，所以配合健保署增編 4 億元，全年經費為 46.48 億元。此外，為了預算衡平，B10「強化基層照護能力及『開放表別』項目」及 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)」預算減少，做為家醫計畫增編 4 億元的費用來源，這是剛才進去討論的結果，讓西醫基層版本更接近健保署的期待，也是最後的版本，非常謝謝付費者代表的指導。

(註：會上西醫基層部門未提供最後修正版本，依113年9月26日醫師公會全聯會提送健保會最終版本，較西醫基層部門第1版修改項目如下：

- 1.A8「因支付衡平性已調整支付標準之項目」：金額由編列3.92億元，修改為編列4.692億元。
- 2.B7「家庭醫師整合性照護計畫」：金額由編列42.48億元，修改為編列46.48億元。
- 3.B10「強化基層照護能力及『開放表別』項目」：金額由編列17.2億元，修改為編列14.125億元。
- 4.B18「精神科長效針劑藥費」：金額由編列0.6億元，修改為編列0.3億元。
- 5.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)」：金額由編列9.4億元，修改為編列8億元。)

盧主任委員瑞芬

- 一、看起來達成共識有困難，既然如此，最後只好兩案併陳。因為2個版本存在一些差距，不過也謝謝各位代表，在過程中非常努力地讓2個版本更靠近，讓部長在裁定時比較不會那麼難做決定。
- 二、114年度西醫基層總額，因付費者代表與西醫基層代表未能達成共識，若雙方均有繼續協商的意願，在雙方代表同意後，請於今天晚上8點前通知本會同仁，我們會安排在9月26日上午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26日上午9點以前送本會彙整，因為委員會議還需要確認協定事項文字。
- 三、依114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，必要時可以請健保署協助：
 - (一)以結果面為導向，調整新增或延續性項目的「執行目標」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，請提出修正後的項目名稱。
- 四、以上幾點請務必配合，因為星期五委員會議會做最後確認，然後再兩案併陳送部長裁決，非常謝謝各位西醫基層協商代表，不僅努力增進國人健康，在協商過程也積極投入，也謝謝付費者代表，非常辛苦，從早到現在都還沒有休息。請周理事長慶明。

周委員慶明

感謝主席、所有與會的付費者代表，也感謝侯俊良委員帶領的協商團隊，在協商過程中，深深感受到付費者代表對西醫基層的指導與期待，不管醫療服務提供者或是付費者，大家最重要的工作就是提升醫療品質以及民眾照顧，因此提出這些醫療提供者需要的項目。

大家的善意我們有感受到，但協商項目還是有落差，畢竟每個人的想法不一樣，後續西醫基層會繼續努力，無論如何，一定會秉持一貫的精神，照顧所有民眾健康。感謝所有與會的付費者代表，展現非常高的善意與誠意，大家一起在總額努力，非常感謝所有委員，謝謝。

盧主任委員瑞芬

西醫基層場次到此結束。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

主席，權宜問題，今天付費者代表與西醫基層部門是兩案併陳，在部長還沒有裁決以前，不希望像去年一樣，才剛協商完，付費者代表還坐在會議室協商別的總額部門到晚上，西醫基層的醫師就在社群媒體批評我們，這不是好現象，部長裁決後，如果付費者代表也登報紙批評，那樣好嗎？這樣是不好的。付費者代表接下來會繼續協商到晚上9點、10點，希望不要互相批評，這樣會造成大家心裡有疙瘩。

黃協商代表啓嘉

謝謝何語代理委員，我的想法與委員不謀而合，大家都是團體代表，代表雙方不同立場進行協商，而且大家有共同的目標，就是希望讓全民健保的資源能有效利用，滿足民眾需求，只是協商的立場與看法不太一樣而已。但沒關係，大家的目標是一致的，我想何語代理委員所講的每一句話，都是大家的心聲，我相信在場的9位協商代表的想法與委員是完全一致。另外，協商後也會儘量規勸部分醫師，不要有容易引起誤會的說法，我們會盡力而為。

盧主任委員瑞芬

談判只是一時，大家一心為國人健康是永久的，請各自團體互相約束，這個場次就到這邊結束，謝謝。

肆、114年度總額協商－「中醫門診總額」
與會人員發言實錄

肆、114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

因為前面場次讓會議時間有一點落後，所以我們中場不休息，直接開始中醫門診總額的協商。每一個場次協商，都會先請總額部門用 5 分鐘的時間來說明重點事項，接下來再看付費者代表有沒有要詢問的地方，我們開始協商，謝謝。

詹委員永兆

- 一、主席、各位委員，大家午安，大家辛苦了。中醫部門先展示誠意，我們的期待是用健保署的版本，以健保署的版本，我們同意健保署的版本。
- 二、有關一般服務 A1「提升用藥品質」項目，主要是因為藥費這 3 年來漲幅非常的高，不管是方劑還是藥粉，都成長大概 12~14%，但是 MCPI(醫療服務成本指數改變率)這 3 年來成長到 6%左右，整體算起來差距還蠻大的，所以希望這一次在藥費方面，能給我們補 4.004 億元。
- 三、另外在 A2「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」部分，因為 B1「醫療資源不足地區改善方案」有分論次及論量計酬費用，論量計酬費用部分自 100 年移出至一般服務，但目前論量計酬費用有蠻大的差距。其實住在偏鄉的人，頂多在巡迴醫療服務進去偏鄉後，住在偏鄉的人才用得到醫療資源，比如說住在梨山的人來台北市，台北市就有醫療資源讓他可以就診，但台北市的人到梨山工作，那裡是無中醫醫事服務機構之鄉鎮區(台中市和平區)，所以中醫巡迴醫療，就是服務這些區域的民眾。
- 四、在專款項目 B4「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」，其實是有執行量，也有收案。我們的成效評估有一個 RCAT 指標，就是「過敏性鼻炎控制評估測試量表」，會對收案對象進行前後測，發現只要來接受中醫治療，會從治療前約 11%，治療後會提升到 18%，其實是有有效的，只是因為計畫初期收案數不多，所以我

們把結案條件由照護 3 個月改為 6 個月，如果這個計畫 114 年能繼續執行的話，結案條件可以改為完成前後測或是照護 3 個月就好了，因為小朋友不可能吃 6 個月的藥。

五、今天大家都提到很多慢性腎臟病這一塊，其實自 109 年起中醫部門加強腎臟病照護，執行 B7「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」，從那一年開始，我們的腎臟病、洗腎的病人就開始下降了，目前健保資料庫中看到中醫腎病這一塊，確實療效非常好，所以 114 年我們增加了一些預算。隨著本計畫持續執行，我相信未來會讓大家很驚艷，台灣的腎臟病人也會繼續下降。在此，謝謝各位委員的指教，謝謝。

盧主任委員瑞芬

好，如果沒有再補充的話，現在中醫部門提出修改的版本，是同健保署方案，請問付費者有沒有要請教的部分？楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋

想請教一下 A1「提升用藥品質」，我記得依健保署草案說明，以調升支付標準每日藥費 1 點估算，112 年應該是 3.47 億元，你們現在提出 114 年的預估增加金額是 4.004 億元，你們有把握 114 年做到多少量？是用藥人數或其他什麼部分會增加利用，而達到你們所提的金額？還有你們預估增加金額的編列方法，請稍微解釋一下？

詹委員永兆

以 112 年醫令申報量及調升支付標準每日藥費 1 點估算，實際上是 3.47 億元。因為中醫的申報量在今年 113 年剛好是高峰，高峰期也才剛剛下來。因為最近整個中藥藥粉用藥成本漲價很多，有一些醫師在用藥上就會有一點掙扎……。當然我們還是期待能好好使用這經費，我相信醫令申報量上了高峰期之後還是會成長，所以健保署草案說明的增加金額，是再加上 113 年、114 年各乘以 7% 的成長率估算，以上。

盧主任委員瑞芬

好，健保署有沒有要補充說明的？沒有。那這樣的話是不是，好，

請陳杰委員。

陳委員杰

- 一、謝謝，陳杰第一次發言，會議詢問，因為這一次在協商的過程當中有發現一個比較奇特的現象，不管是醫院部門或者是西醫基層部門，只要是新增的項目，協商多無疾而終，我用這個來形容或許比較恰當一點，就是沒有結果啦。
- 二、我在中醫門診總額協商項目(草案)對照表看到，A1「提升用藥品質」、A2「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」、A3「『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」、A4「『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」，這4項前面寫一個「新」字，表示都是新增項目，剛剛又有楊芸蘋委員提及以112年申報量估算，A1「提升用藥品質」項目需要3.47億元，它為什麼算是新增的計畫，我就不了解。本項可能是得到健保署的支持，所以中醫部門方案A1「提升用藥品質」編列預算，預估增加的金額是4.004億元，跟健保署的草案是一致的。
- 三、另外還有A4「『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」的部分，這個也是屬於新增項目嗎？健保署草案的成長率是0.276%，預估增加金額是8,600萬元，但中醫部門的草案裡面是掛零，反而是健保署希望中醫部門有這一項的新增計畫，而且健保署本身建議的是由專款B8「照護機構中醫醫療照護方案」之論量計酬費用移列至一般服務，有關於這部分詳細的內容，我本身比較不解，借用這個機會能夠請我們中醫部門，是不是能夠做一點說明以及解釋。
- 四、當然中醫對整個醫療的貢獻，尤其在新冠疫情的時候，中醫的表現非常亮麗，當然我們全民也非常支持，也借用這個機會，感謝中醫部門，謝謝。

盧主任委員瑞芬

謝謝，我們請詹永兆理事長回覆。

詹委員永兆

- 一、「照護機構中醫醫療照護方案」是列在專款項目，很感謝健保署把論量計酬費用，移列到一般服務 A4「『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」。因為照護機構的醫療其實是類似城市的偏鄉啦，住在機構的人有投保，但沒有醫療資源，所以自 111 年開始執行 B8「照護機構中醫醫療照護方案」進入機構提供服務以後，服務量持續在成長，很多照護機構希望有中醫進入機構服務住民。其實健保署把論量計酬費用移列到一般服務預算，有一個好處，就是論量計酬費用跟論次費用分開來了，所以說現在 B8「照護機構中醫醫療照護方案」那邊還有論次費用，每時段(診次)支付 1,000 點。以後論量計酬費用移列一般預算以後滾入中醫的基期裡面，未來就不用在每年度預算執行結果後，於一般服務扣減與本項重複部分之費用，這樣子是更明瞭、更清楚。
- 二、關於 A2「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」，是在 100 年的時候，就將論量計酬費用移列到一般服務預算了。這幾年來，因為中醫部門在 B1「醫療資源不足地區改善方案」巡迴醫療這一塊，看了很多的病人，112 年已服務 30 萬人次，但經推估，114 年論量費用已經成長到 2.8 億元了，如果以當初 100 年移撥的預算進行複利計算，只有約 1 億元，所以說差距 1 億 7,000 多萬元，相當於是服務密集度改變，我們藉由 A2 編列預算，把不足的經費補上去，以上。

陳委員杰

那 A1「提升用藥品質」的部分？

詹委員永兆

A1「提升用藥品質」3.47 億元，是以 112 年當作基礎，以該年的醫

令申報量及調升支付標準每日藥費 1 點估算。很感謝健保署加計成長率推估 114 年所需預算，112 年較 111 年大概成長 7%，以每年 7% 的成長率推估，算起來 114 年就是 4.004 億元，以上。

盧主任委員瑞芬

好，如果沒有其他委員要提問，專家學者也沒有要提問的話，是不是需要進去內部會議討論？在討論之前是不是說明一下，要請哪位評核委員來協助？

林委員恩豪

對，中醫部門部分，我們請林文德委員跟韓幸紋委員協助諮詢。

盧主任委員瑞芬

那就請林文德委員跟韓幸紋委員協助，謝謝。

(付費者代表進行內部會議討論約41分鐘)

盧主任委員瑞芬

好，我們現在就請楊芸蘋委員說明一下付費者版本。

楊委員芸蘋

一、各位委員大家好，雖然中醫門診總額預算金額不多，但我們還是很慎重、很重視這個總額，所以我們也經過很熱烈地討論後，討論出來這個版本，希望大家滿意，也希望能夠有機會達成共識，這是我們最終的目標。

二、那我先說明一般服務項目：

(一)A1「提升用藥品質」，預估增加 347 百萬元，協定事項是醫療服務成本指數改變率所增加的預算約 752.68 百萬元，其中 53.4 百萬元併入本項目使用，增加健保給付中藥品項，然後提升用藥品質並減少自費情形，具體規劃提報本會。

(二)A2「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」，預估增加 160 百萬元，中醫部門及健保署建議增加 177.3 百萬元，我們有酌減鄉外就醫原於一般服務部門的費用。

(三)A3「『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」，扣減 5.5 百萬元，於一般服務先行扣減與專款 B5「中醫癌症患者加強照護整合方案」重複之費用。

(四)A4「『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」，依健保署方案，將專款 B8「照護機構中醫醫療照護方案」之論量計酬費用移列至本項，增加 86 百萬元。

(五)A5「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」，減少 0.8 百萬元。

三、專款項目的部分：

(一)B1「醫療資源不足地區改善方案」增加 3 百萬元(全年經費 183 百萬元)。

(二)B2「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，包含腦血管疾病、顱腦傷損、脊椎損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛，預算增加 29.1 百萬元(全年經費 465.9 百萬元)。

(三)B3「中醫提升孕產照護品質計畫」增加 12 百萬元(全年經費 82 百萬元)，協定事項，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。

(四)B4「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」114 年度起停辦，退場。

(五)B5「中醫癌症患者加強照顧整合方案」，包含「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」，增加 87.3 百萬元(全年經費 352.3 百萬元)，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。

(六)B6「中醫急症處置」，沒有增加費用，一樣照舊(全年經費 10 百萬元)，可是訂有協定事項：

1.持續檢討計畫執行的情形以及成效，提健保會報告。

2.再試辦1年，如果未呈現具體成效，則應退場。因為本計畫執行成效不是太好，所以我們有這樣的協定事項。

(七)B7「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」，預備增加 47.1 百萬元，協定事項為依 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(全年經費 152.4 百萬元)。

(八)B8「照護機構中醫醫療照護方案」，減少 40 百萬元(本項編列論次費用 8 百萬元，論量計酬費用移列一般服務 A4 編列 86 百萬元)。協定事項為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。

(九)B9「品質保證保留款」減少 27.6 百萬元(全年經費 29.8 百萬元)。

(十)B10「網路頻寬補助費用」減列 83 百萬元(114 年改由公務預算支應)。

四、付費者版本的總成長率是 5.274%，以上報告，中醫部門有什麼想法、什麼建議再提出。

盧主任委員瑞芬

基本上付費者現在的版本，跟健保署的版本只改了 A1「提升用藥品質」跟 A2「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」，還有增列一些協定事項，現在想聽聽看中醫部門的意見，現在可以回應，還是需要內部會議討論？請柯富揚協商代表。

柯協商代表富揚

一、謝謝主委，在場所有的委員還有長官，大家午安，大家真的非常的辛苦，中醫部門真的很感謝你們。在協商中，我們看到各位委員對於預算上的意見，中醫部門非常感恩、非常感謝。

二、我只提出 1 個意見，就是有關於 B4「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」，本計畫是緣於早年當時的干文男委員認為，有蠻多過敏性鼻炎的學齡兒童，經過中醫的照護之後，確實對過敏性鼻炎的改善有幫助，所以才試辦這項計畫。請看一下會議資料第

2 冊第 22 頁，事實上我們有分析 RCAT，就是「過敏性鼻炎控制評估測試量表」，我們做了一個前後測分析，確確實實過敏性鼻炎的兒童經過中醫的照顧之後，療效是非常的好。

三、它的問題出在什麼地方呢？就是計畫療效的監測時間，我們在兒童接受治療後 1 個月、2 個月、3 個月到 6 個月都有做評估，可是最後的問題點是，要有接受完整 6 個月照護才能算是接受完整療程照護的個案，人數真的是相對少很多，真的是很少，這 1 點，我想中醫界一定要澈底地檢討這個計畫的問題。但是在 1 個月、2 個月跟 3 個月的量表資料其實很完整，完成 2、3 個月以上的資料其實是有幾千筆，112 年服務人次是 2.25 萬人次，是有這樣子的療效。

四、本計畫 113 年的預算金額約 2,100 萬元，金額並不高，但是我們也看到這個計畫執行上確實是有問題，是不是拜託委員給中醫部門一個機會，再給我們 1 年的機會就好，讓我們試著去服務民眾接受完整療程照護，並跟健保署協商，是不是可以將「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」改成包裹式支付的模式，如果沒有完成前後測就不支付費用，一定要確實完成才支付。

五、在完整治療時間的部分，因為長達半年的時間對於小朋友來講，真的是有一點困難，如果治療時間改為 3 個月以內或 2 個月以內，一定要完成 RCAT 的量表，然後我們跟健保署協商用包裹式支付的模式執行計畫，給我們這個機會，也給全國過敏性鼻炎兒童一個機會，讓有這麼好成效的計畫可以繼續執行。如果說我們明年做不到，之後絕對不會再講，就直接刪除這個專案計畫。專款項目是有執行才可使用預算，沒有執行預算就回到安全準備，何況我們若改成包裹式支付後，是什麼意思？就是沒有完成 RCAT 量表就不給錢，不是每做 1 次就給錢，不是論次概念，而是要完成前後測才會給錢，希望能用這種模式再試辦 1 年。

六、會議資料第 2 冊第 23 頁健保會的處理建議其實也有提到，若同

意繼續試辦，本計畫應該可以再試辦1年，若未呈現具體成效則應退場。我想健保會其實也有提到這一點，請各位委員還有長官是不是可以考量一下，再給我們一次機會，我們願意用包裹式支付的模式來執行。

七、我想就中醫院所的執行面來看，若計畫改為包裹式支付的模式，必須得持續追蹤過敏性鼻炎兒童，也必須要持續回診，否則中醫院所連前面看診的錢都沒有，我想這對中醫部門來講，難度其實是很高的，可是這也具體呈現了中醫部門對於過敏性鼻炎兒童照護的決心，以上做這樣的補充報告。

盧主任委員瑞芬

抱歉，中醫部門今天一開始的時候就說完全接受健保署的版本，因為健保署的版本 B4「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」是要退場，所以我現在就有點不太清楚，我想付費者可能也一樣都很 confuse(混淆)，因為你們一開始就說是按照健保署的版本，現在你們又突然說 B4「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」要繼續編列，現在中醫的主張到底是怎樣？

楊委員芸蘋

是因為健保署的版本建議退場，所以我們付費者才依此版本討論本計畫退場。

詹委員永兆

一、還是尊重各位委員的決議啦，我們柯富揚名譽理事長是覺得說，B4「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」這個計畫中醫部門是真的做得很好，沒關係，我們退場，但跟各位說明，中醫在治療過敏性鼻炎是真的有效。只是我們在計畫執行初期，結案條件之一為「個案照護滿3個月」，後來改為6個月，為什麼改為6個月？是因為3個月時間太短，收案數很少，所以將完整照護延至6個月。但是延長後，6個月又太長，小朋友不願意完整吃6個月的藥，才造成完整照護不佳的問題。但是我們每個月都有以 RCAT 量表做小朋友的前後測，過敏性鼻炎確實是會改

善，沒關係，既然說了，我們就把它退場，我們非常感謝。

二、但是，在 B7「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」協定事項扣減的部分，我要跟各位委員報告，本專案 112 年大概有 6,800 個人接受中醫治療，沒有加入本專案治療腎臟病的人大概有將近 1 萬多人，是比我們專案的人還多，為什麼？因為我們的專案要填很多數字，尤其 UPCR，尿蛋白及尿液肌酸酐比值，很多人都在雲端找不到這個數據，就不願意加入專案，所以實際上，非專案的治療人數比專案的治療人數還多，實際上因慢性腎病來看中醫的人有將近 2 萬人，所以在協定事項說要扣減與一般服務重複的部分，我不曉得要怎麼扣？是要去扣服務人數多的一般服務嗎？但一般服務與專款是服務不同的人！我想說如果是同 1 個人，可以扣減，但不同人就有問題。

盧主任委員瑞芬

不可能扣不同的人，一定是扣減同 1 個人，專款與一般服務重複支付的部分。

詹委員永兆

OK，那這樣 OK。

盧主任委員瑞芬

我請問一下，現在付費者的版本，其中只有 A1「提升用藥品質」及 A2「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」2 項金額跟健保署版本不一樣，付費者提出來的金額你們接受嗎？如果接受，我們就協商成功了。

詹委員永兆

我們接受，非常感謝各位委員給中醫部門的……(眾人拍手)。

盧主任委員瑞芬

陳杰委員還是要發表一下，對，請陳杰委員。

陳委員杰

一、謝謝，看到我們中醫部門的部分，兩造能夠協商完成，我個人表示非常感謝，也感到非常高興。至於剛剛有在討論 B4「兒童

過敏性鼻炎照護試辦計畫」2,120 萬元的部分，有特別提到一位干文男委員，因為他之前是代表我們中華民國全國總工會來出席的，我也要借用這個機會講幾句話。

二、事實上，這讓我陷入兩難，第一點就是說，他原來是代表付費者這一方，而且代表中華民國全國總工會，結果剛剛在協商的時候我也不知道干文男委員所提的內容，但我又看到健保署建議退場，最後我們才同意遵照健保署，而且在協商的過程當中，有人提到中醫部門已經要依照健保署的版本，所以我也沒有講話。但是目前提到這個問題，我本身也借用這個機會，向我們干文男理事長表示歉意，因為我還是有一點困擾啦，所以只能夠依照健保署的版本建議退場，以上借用這個機會發表我個人的言論，非常感謝這一次中醫部門能夠跟去年一樣完成協商，也祝福中醫部門，謝謝。

盧主任委員瑞芬

謝謝，好，楊芸蘋委員，不過我們協商成功應該就要掌聲，趕快換下一場了。(眾人拍手)

楊委員芸蘋

我是要謝謝大家，不用謝謝我，我真的要謝謝中醫部門，能夠接受付費者的版本，非常感謝，第 1 個總額協商達成共識的部門就是中醫，當然還有門診透析服務，門診透析服務協商是我們陳杰委員擔任主談人，所以中醫部門是第 2 個有共識的部門，感謝你們的支持也感謝你們的認同，讓我們能夠快速協商成功。還要謝謝所有的付費者委員和專家學者的指導，那還有其他委員想要講話，何語代理委員要發言。

盧主任委員瑞芬

何語代理委員請簡短發言，之後我們就趕快進行下一場協商了，請何語代理委員。

何代理委員語 (陳委員鴻文代理人)

一、主席、各位委員，因為中醫部門協商一開始就說同意遵照健保

署的版本，實際上過去也有慣例，健保署不給的項目，我們付費者評估後，若同意，也是照常編列預算，過去不是沒有這個案例，也有啦。但是因為中醫當初剛剛在一開始說明的時候沒有提 B4「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」這一項，當然就比較麻煩，因為最後大家已經達成共識了，就必須遵循。

二、另外一點我只是提出來，B4「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」雖然退場，但是我還是建議，由醫療服務成本指數改變率的經費去執行這個項目，來照顧這些有過敏性鼻炎的兒童，謝謝。

周執行秘書淑婉

本來在一般服務就包含過敏性鼻炎兒童的中醫照護了。

盧主任委員瑞芬

一、好，現在付費者書面的版本就是我們最後達成共識的版本，有關於中醫門診總額協商的部分，我們達到共識，非常感謝，非常感謝付費者還有中醫部門。

(一)114 年度中醫門診總額，較基期成長 5.274%。

(二)依 114 年度總額協商程序，請中醫部門及健保署依據今天的協商結論辦理下列事項，並請於 9 月 26 日上午 9 點前提送本會，以納入 9 月 27 日委員會議討論。

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，請增補以幾年為檢討期限。

3.須修正項目名稱者，請提出修正後之項目名稱。

二、再一次謝謝中醫部門，謝謝付費者代表，這一場我們就順利達成，謝謝(眾人拍手)，那我們接下來是牙醫部門。

伍、114年度總額協商—「牙醫門診總額」
與會人員發言實錄

伍、114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

謝謝各位，付費者代表辛苦了，剩最後2場了，牙醫部門協商代表已經都坐定位了，今天看看有沒有機會7點以前可以結束會議，加油，加油！（眾委員鼓掌）因為主委想去游泳，今天出門特別把泳袋帶著，游泳池10點關門，我覺得有機會。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，接下來進行意見交流。（有人表示：螢幕沒畫面）請同仁將試算表呈現在螢幕上（螢幕此時無畫面），螢幕不會這個時候卡住了吧！有了，出來了。請牙醫部門說明5分鐘。

徐協商代表邦賢

我們有提供1個新的版本，是不是能夠……。

盧主任委員瑞芬

有新的版本？

徐協商代表邦賢

沒有嗎？

周執行秘書淑婉

打在電腦螢幕上了。

陳組長燕鈴

在電腦螢幕上，請看牙醫部門第1版。

盧主任委員瑞芬

OK，牙醫部門第1版。

徐協商代表邦賢

一、我想先由我開始說明，主委，各位委員，各位專家學者老師，還有牙醫部門的同仁們，大家午安，大家好。我想趁著這個歡樂的氛圍，希望牙醫部門也沾沾福氣，今天能夠順利地達到共識。牙醫部門聽到大家的意見後，把相關數字做一些調整，我就直接跟大家報告調整後的版本。

二、首先，說明一般服務預算協商因素：

- (一)A1「非齒源性口腔疼痛處置」：經過這段日子大家的指導，包括相關專家學者的意見，以及目前為止接收到醫院的醫師，還有相關患者的反映，覺得這個是可以實行的計畫。但考量實施初期，所以我們願意把 A1 移到專款項目，全年經費 14.4 百萬元。讓我們試試看，能夠提供這些患者治療。
- (二)A2「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)」：尊重健保署的安排，從專款項目 B7 移列一般服務，總共是 5.5 百萬元。
- (三)A3「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫專款(B3)與一般服務重複費用扣減」：牙醫部門其實不同意這樣子的計算方法，但是考量整個協商氛圍，為了讓大家覺得比較好繼續談判，所以我們含淚接受，也編列-0.2 百萬元，我們就吞了。
- (四)A4「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：如同表列-4.7 百萬元。

二、專款項目：

- (一)B1「醫療資源不足地區改善方案」：同健保署方案，編列 323.8 百萬元。
- (二)B2「牙醫特殊醫療服務計畫」：我們非常同意健保署的算法，所以也調成跟健保署一樣的金額，編列 805.9 百萬元。
- (三)B3「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」：同健保署方案，維持 113 年預算，編列 171.5 百萬元，希望再給我們機會去做做看。
- (四)B4「超音波根管沖洗計畫」：同健保署方案，編列 144.8 百萬元。
- (五)B5「高風險疾病口腔照護計畫」：是今年成長得比較高的地方，編列 29.916 億元。其實我們跟健保署的算法一樣，只在於我們推估的件數可能有需要討論的空間，所以還是請大家多多給我們指教及支持。

(六)B6「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」：同健保署方案，維持 113 年預算，編列 307.1 百萬元。但是希望能新增納入帕金森氏病人、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，提供他們額外的注意跟照顧。

(七)B7「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)」：本項移列一般服務 A2。

(八)B8「品質保證保留款」：同健保署方案，編列 95.8 百萬元。謝謝各位委員及評核老師，評核的結果給我們肯定，預算額度較去年增加。

(九)B9「網路頻寬補助費用」：與其他總額部門一樣，移由公務預算支應。

(十)B10「癌症治療品質改善計畫」：也是移由公務預算支應。

(十一)B11「非齒源性口腔疼痛處置」：從一般服務 A1 移列專款，編列 14.4 百萬元。

三、牙醫部門的總成長率(螢幕顯示牙醫部門第 1 版總成長率為 5.046%)跟相關的數字誠如表列，請各位參考，謝謝。

盧主任委員瑞芬

好，謝謝。付費者主談人張清田委員，有沒有什麼問題要請教牙醫部門？

張委員清田

要不要我們就直接進行內部會議討論？

盧主任委員瑞芬：

沒有問題要請教牙醫部門？

張委員清田

對，沒有要請教的。

盧主任委員瑞芬

滕西華委員有問題要提問，請發言。

滕委員西華

因為會議資料第 2 冊第 53 頁 A1「非齒源性口腔疼痛處置」健保署有問牙醫部門 4 個問題，可不可以回答一下？然後 B6「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」跟一般服務應該有重複，這部分可不可以請健保署說明一下？

徐協商代表邦賢

僅就滕西華委員提出關於健保署對 A1「非齒源性口腔疼痛處置」的提問，依據我們第一線醫院口腔病理科醫師提供的回覆(註)進行說明：

- 一、第 1 個，有關非齒源性疼痛的現有個案以何項支付標準申報？與現行支付方式有何區別？目前只有「免疫性、感染性或醫源性口腔黏膜疾病」之口腔黏膜類天庖瘡(oral pemphigoid)等 5 類適應症的治療，才以非特定局部治療(92001C)50 點進行申報。等於跟處理一般口腔黏膜破皮申報點數一樣，在尚未有診斷結果前，沒有適合的支付標準可以申報。當這些患者做一些相關檢查或檢驗的時候，他有可能需要自費。因為這些患者有這樣的需求，我們希望有這個計畫，讓這些患者在苦於找不到病源的情況下，能夠有一些資源，讓醫師提供有次序性、較深入的檢查，取得判斷結果來幫助這些患者。
- 二、第 2 個，經費估算是否有高估可能性？以目前口腔病理科醫師診治的這些患者人數來講，其實算低估，因為第 1 年剛開始執行，我們還是比較保守的來編列預算，所以才會編列這個金額(14.4 百萬元)。
- 三、第 3 個，評估指標以疼痛分數及疼痛頻率來衡量，要如何取得相關數據？口腔病理科醫師對於這些疼痛的評估及處置，有 1 個評估疼痛的量表，並有相關的記載。病人每次就醫都要完成量表評估，並將量化數據納入紀錄。因此這些數據是由醫師記錄，醫師必須接受專業課程的訓練，才能夠參與這個計畫。以上說明不知道有沒有回答大家提出的疑問，江錫仁理事長要做

一點補充。

(註：牙醫部門對健保署協商草案詢問意見之回覆，列於會議資料第2冊第96~97頁。)

江委員錫仁

主席，各位委員，衛福部的長官，大家晚安。剛剛滕西華委員還有問到 B6「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」會不會跟一般服務重複？沒有，因為病人來就醫，如果他非屬適用對象，我們還是會上健保醫療資訊雲端查詢系統查詢他服用哪些藥，如果他符合計畫所訂的特定疾病，我們就會依本計畫所訂的醫師自我考評表去評估病人用藥狀況，才能申報 100 點(P3601C，特定疾病病人牙科就醫安全)。還有很多不是計畫規範的疾病，我們還是會花時間查詢，但沒有辦法申請這個費用，所以沒有占用一般服務預算。

張委員清田

B5「高風險疾病口腔照護計畫」，牙醫部門編列 29.916 億元，增加 13.926 億元，健保署編列 27.054 億元，增加 11.064 億元，2 者差了 2 億多元，算法差異在哪裡？是不是跟委員說明一下，我們等一下比較好討論。

翁協商代表德育

各位委員，協商代表翁德育第 1 次發言，有關於 B5「高風險疾病口腔照護計畫」我們採用健保署的統計數據，就是以現行已經執行且申報的醫令數推估所需預算。這個計畫的支付標準今年 3 月才實施，4~6 月有完整 3 個月的執行數據，採用平均後的每 1 個月平均醫令數，把每個月的平均醫令數乘以 12 個月，來預估 1 整年可能會執行的醫令數，也就是 113 年 12 個月完整的醫令數。因為談的是 114 年，所以再乘以 65 歲以上老年人口的就醫成長率 11.26%，牙醫部門就是這樣子算的(註)。我們的根據很簡單，以現行所有的醫令數，然後加上成長率做推估，以上。

(註：B5「高風險疾病口腔照護計畫」預算推估包含3項處置費用，分別為「高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)」、「齶齒經驗之高風險病人氟化物治療 (P7302C)」及「高風險疾病病人複雜性複合體充填

(89204C~89215C)」，翁代表的此段說明為「高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)」牙醫部門之預算推估方式。)

盧主任委員瑞芬

請吳榮達委員。

吳委員榮達

我要請教 B6「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」的部分，剛才翁德育協商代表也講你們 B5 是依照執行數來計算，可是如果依照健保署的資料，B6 以 113 年執行數推估，全年執行率大約為 39.9%，不到 4 成。牙醫部門 114 年維持編列 113 年百分之百的預算數，請說明一下你們的理由？雖然健保署有寫 113 年是執行第 1 年，114 年希望暫維持 113 年預算，但是預算執行率就只有 4 成而已，這個部分可不可以說明一下？

翁協商代表德育

- 一、簡單說明，很感謝各位委員去年給我們機會新增 B6 這個計畫，我們很怕這個計畫做不好，這個計畫很重要，主要是為保障病人就醫安全。所以我們要求所有的會員醫師，一定要上過課才能參加這個計畫。這是我們的堅持，雖然這個堅持可能會讓執行率低落，這樣做是為了確保執行這個計畫後，真的可以提升就醫安全，這是我們不惜犧牲執行率，也要達成的目標。
- 二、第 2 個，今年一開始在各個縣市公會舉辦線上以及實體的課程，如果參加的是線上課程，還要再經過考試，考試 80 分及格，不及格就考到及格為止，這也是落實我們跟大家的承諾，就醫安全是我們最重要的追求目標。
- 三、第 3 個，目前共有 1 萬 6,000 名牙醫師，其中有 9,000 名合格，為什麼申報數還是差強人意？因為很多醫師對這種行政作業還不習慣，不是不會做，也不是沒有能力。所以目前為止，我們已經討論要運用其他的鼓勵方式，譬如今年已在規劃修訂 114 年品質保證保留款實施方案，基層院所如果不參加特定疾病病人牙科就醫安全計畫，連 1 筆品質保證保留款都不能領；

另外醫院牙科的病人本來就比較複雜，所以申報本計畫的服務人次如果沒有達到 1%，也不能領任何的品質保證保留款。所以我們很有信心，明年特定疾病病人牙科就醫安全計畫執行率可以大幅度提升，以上簡短報告。

盧主任委員瑞芬

我有一點要提醒牙醫部門，你們現在提出新版本的項目編號，跟會議資料牙醫部門草案協商項目的編號不一樣(註)，所以剛才在討論的時候，編號對不上會有點錯亂。明年編號請跟會議資料一致，因協商時，需要參考健保署在會議資料提供的方案及數字，所以編號一定要一致，這樣才會清楚，若有新增項目就往後編碼，這點請注意，謝謝。接下來，請江錫仁理事長。

(註：牙醫部門現場發送之紙本資料，協商項目B6~B10與會議資料牙醫部門草案編號不同：B6網路頻寬補助費用(會議資料列B9)、B7特定疾病病人牙科就醫安全計畫(會議資料列B6)、B8癌症治療品質改善計畫(會議資料列B10)、B9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)(會議資料列B7)、B10品質保證保留款(會議資料列B8)。)

江委員錫仁

- 一、抱歉，剛剛主席指示的我們會遵照辦理。我想再跟張清田委員報告，B5「高風險疾病口腔照護計畫」這部分為什麼差異大概 2 億多元，這個項目包含 3 個項目的費用，第 1 個項目是牙結石清除，第 2 個是氟化物治療，第 3 個是複合體充填。第 2 個項目氟化物治療的費用，我們跟健保署的算法是一致的，第 3 個項目複合體充填，我們有加上 5% 成長率，所以大概差距 4,000 萬元左右。
- 二、差距比較大的是第 1 個項目牙結石清除這個部分，剛剛翁德育協商代表提到我們是用今年 113 年 4~6 月實際執行數估算。健保署是用 112 年 65 歲以上申報 91004C(牙結石清除-全口)平均每人執行 1.28 次，代表本計畫每年額外增加牙結石清除次數的部分。我剛剛也跟健保署的長官稍微溝通，這個可能有點低估，因為只用 112 年計算，應該用 2 年的數據平均計算，算出來搞

不好是 1.5 次。這個是費用差距的主要原因，跟委員報告，謝謝。

盧主任委員瑞芬

請陳杰委員。

陳委員杰

- 一、陳杰第 1 次發言。我要提出一個建議，不管是剛剛提到 B5「高風險疾病口腔照護計畫」，當然它的用意良善，我身為患者也表示感謝。但是有一點，我私底下曾經跟牙醫部門提出建議，因為全國的牙醫師的素質都很高，但是難免有部分牙醫師，看診都有時間限制，差不多只看半小時，還沒治療好就跟你說明天再來，或下禮拜再來，所以這是在健保給付過程當中，我認為值得再做檢討改善的地方。
- 二、我一向非常支持牙醫，去年在協商的過程當中我也是非常支持。有一點，建議牙醫部門是否能夠在你們內部開會討論的時候，建議牙醫師，當患者牙齒痛到受不了而去就醫，不要只固定看半小時，還沒看好就叫他下禮拜再來。我相信這種情況比比皆是，為什麼？因為他看越多次可以領越多、申報越多健保費，這一點不好啦！
- 三、凡事都要對得起自己的良心，我過去也有這樣的就醫經驗，後來沒有辦法只好跑到台北就醫，我相信江錫仁理事長很清楚，我只是有感而發，所以借用牙醫部門協商的機會，語重心長的希望你們能夠跟全國的牙醫師建議，醫者真的要有道德跟良心，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬

請楊芸蘋委員，我們剩 20 秒。

楊委員芸蘋

- 一、好，我 5 秒就好了。我只對牙醫部門做一個建議還有提醒，上個禮拜討論的時候我也提過，牙醫部門的衛教或是相關資訊，可能沒有確實下達到每一個診所。剛剛陳杰委員講的是另外一

回事，我講的是我自己親身體驗。

二、我去問牙醫診所知不知道牙醫部門 8020(80 歲時擁有 20 顆自然牙)的努力目標，他們說不知道，也沒有主動鼓勵病人來洗牙，健保已有給付 65 歲以上的人 3 個月可以洗 1 次牙，可是他們不知道這件事，也不會主動打電話提醒病人。所以我覺得可能牙醫部門很多的政策、很多的美意，不見得所有診所都知道，這一點在訊息傳達上可能要再精進一點。

盧主任委員瑞芬

牙醫部門要回應嗎？

江委員錫仁

謝謝陳杰委員跟楊芸蘋委員的指導，牙醫部門會深刻檢討，跟會員醫師做一些宣導，以上報告。

盧主任委員瑞芬

好。付費者代表是不是要進行內部會議討論？

林委員恩豪

主席，牙醫部門請王惠玄委員跟滕西華委員提供我們諮詢意見，謝謝。

盧主任委員瑞芬

那請王惠玄委員跟滕西華委員幫忙，謝謝。

(付費者代表進行內部會議討論約34分鐘)

盧主任委員瑞芬

付費者代表已經回來了，請說明付費者版本。

張委員清田

一、好，謝謝，我們剛剛熱烈的討論結果，就先從電腦螢幕開始往下看，一般服務協商因素：

(一)A1「非齒源性口腔疼痛處置」：移列到專款 B11，照牙醫部門方案編列 14.4 百萬元，一文不刪。

(二)A2「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)」、A3「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫專款(B3)與一般服務重複費用扣減」及 A4「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：均同牙醫部門方案，這些項目都沒有問題。

二、專款項目：

(一)B1「醫療資源不足地區改善方案」：同牙醫部門版本，編列323.8百萬元。

(二)B2「牙醫特殊醫療服務計畫」：同健保署(牙醫部門)版本，編列805.9百萬元，不過有訂一些協定事項：

1. 監測醫療團適用對象(不同障別、等級)之醫療利用及公平性。
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。

(三)B3「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」：同健保署(牙醫部門)版本，編列171.5百萬元。協定事項「加強計畫推動並評估照護成效」。

(四)B4「超音波根管沖洗計畫」：同健保署(牙醫部門)版本，編列144.8百萬元。

(五)B5「高風險疾病口腔照護計畫」：健保署版本編列27.054億元，我們還加了一些，全年經費為28億元，協定事項如下：

1. 擴大服務對象。增加經費就是希望可以擴大服務對象，不要只有固定那些人在接受服務，例如診所都找原本固定洗牙的病人，從原來洗2次牙，改成洗4次牙。實際上有很多65歲以上的人不知道這些訊息，而這些人可能更需要洗牙，希望你們擴大服務對象，所以也較健保署版本增加了一些預算。
2. 評估「完整執行牙結石清除/塗氟4次」之完整照護率及照護成效，朝完整照護包裹式支付、論病例或論質計酬等方向，進行改革。
3. 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。

(六)B6「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」：同牙醫部門方案，編列 307.1 百萬元，協定事項如下：

- 1.按照牙醫部門建議，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。
- 2.訂定預期效益評估指標之監測值，以利評估成效。

(七)B7「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)」、B8「品質保證保留款」、B9「網路頻寬補助費用」、B10「癌症治療品質改善計畫」：均同牙醫部門方案。

(八)B11「非齒源性口腔疼痛處置」：由一般服務 A1 移列專款，編列 14.4 百萬元。

三、總成長率為 4.679%，這是付費者的版本，看看你們有沒有什麼意見。

盧主任委員瑞芬

好，現在請問牙醫部門接不接受？

江委員錫仁

非常感謝張清田委員、各位委員、主委及周淑婉執行秘書，今天剛好石崇良署長也到了，非常感謝委員給我們這麼好的一個機會，我們團隊還是需要稍微討論一下，再跟大家報告，給我們幾分鐘好不好？

盧主任委員瑞芬

好，幾分鐘就好，因為石崇良署長也希望 7 點能夠結束。

江委員錫仁

我知道，主委還要去游泳。

盧主任委員瑞芬

目前付費者版本的成長率(4.679%)給得比健保署的版本(4.471%)高。

(牙醫部門代表進行內部會議討論約 20 分鐘)

盧主任委員瑞芬

現在牙醫部門已經回座了，請告訴我們牙醫部門的版本，是不是接受剛才付費者最有誠意的版本。

翁協商代表德育

一、各位委員、主委，大家辛苦了！我們充分領略到付費者代表的善意，主委講得沒有錯，這是牙醫談判 20 幾年以來最高的成長率，而且是付費者在第 1 版就給我們這樣的成長率，我們真的非常由衷的表示感謝。但是其中有一點還是必須要跟各位委員說明，這個絕對不是我們貪得無厭，牙醫部門是一個很講究實事求是的團體，不應該的費用我們也不敢要，但是如果大家期待我們做到的部分，也希望預算能夠跟得上大家預期的目標，我想這是實事求是。

二、我們只有 1 個 B5「高風險疾病口腔照護計畫」有不同意見，其他完全遵照付費者的意見：

(一)第 1 點，因為委員要求我們要「擴大服務對象」，我剛剛有跟大家報告牙結石清除部分的預算估算方式，因為 3 月支付標準才開始實施，我只以今年的 4 月、5 月、6 月，估 3 個月的平均數字放大去算全年費用，再乘以去年 65 歲以上就醫人數的成長率，就這樣子而已，沒有很誇張的放大，也沒有計算費用成長率，沒有去考量 7 月、8 月、9 月的申報量可能會節節高升，這些我們都沒有算，這樣子算起來就是 13.589 億元。現在委員說不行啦，很多醫師都不知道這個計畫，要我們「擴大服務對象」，這樣預算一定不夠。

(二)我們很感激，我再講一次，牙醫部門不是不知足，而是真的要實事求是，大家要我們做到的目標跟擴大服務對象，是不是應該有 1 個比較實際的預算估算方式，這一點真的要拜託委員們幫我們想想辦法。

(三)其次，螢幕上協定事項第 3 點(註)有關與一般服務重複的問題，請徐邦賢協商代表說明。

(註：螢幕上顯示B5「高風險疾病口腔照護計畫」協定事項第3點為「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。」)

徐協商代表邦賢

跟大家報告，有關 B5「高風險疾病口腔照護計畫」與一般服務重複的問題，因為我們跟健保署的估算、想法是完全一樣的。健保署的估算沒有跟一般服務重複的問題，是不是能夠拜託健保署把相關的算法，幫我們跟付費者代表解釋一下。

盧主任委員瑞芬

請健保署說明。

劉組長林義

健保署報告，有關 B5「高風險疾病口腔照護計畫」，我們評估 113 年本計畫與一般服務有重複部分費用，因為洗牙在一般服務裡面本來就有給付，為了要怎麼計算重複部分費用的問題，跟牙醫部門其實有很多的討論。我們記取 113 年的教訓，所以在估算 114 年費用的時候，單純用洗牙增加的次數來估計，就不會跟一般服務費用重複，剛才牙醫部門其實就是在討論這個，他們很怕又跟 113 年一樣，可是 114 年費用就是用增加的部分估算而已，所以不會再跟現在的一般服務有所重複，以上說明。

盧主任委員瑞芬

也就是健保署估的金額，其實不包括與一般服務重複的費用，重複的部分沒有列入考量，OK，這是健保署的回覆。陳杰委員要發言嗎？

陳委員杰

- 一、謝謝，陳杰第 2 次發言。目前付費者代表在開會的過程當中，已經提出最大最大最大最大最大的善意，所以主動幫你們在 B5「高風險疾病口腔照護計畫」加錢。你回頭看一看，健保署編列 27.054 億元，我們加到 28 億元，講一句比較不客氣的話，不要得了便宜又賣乖，因為我們已經拿出了很大的誠意。
- 二、為什麼會提到擴大服務對象？因為健保署只編列 27.054 億元，

我們加到 28 億元，等於增加了大約 9,000 多萬元，為了要服務大眾，所以才要求擴大服務對象，不然會給人家講話啦！歷年來在協商的過程當中，哪有付費者代表主動幫醫界部門增加費用，比健保署還多了 9,000 多萬元。所以依我個人的淺見，在這邊等你們討論的時候，我們也在討論，奇怪餒，他們有什麼好討論的，又幫他們加 9,000 萬元了，而且今年的成長率事實上也已經合乎你們心目中想要的。

- 三、我個人建議不要再談了，假如你認為能夠接受這個版本的話，那就接受，不能接受，兩案併陳也沒關係，因為大家都很有誠意，真的很有誠意。以上借用這個機會建議，也建請江錫仁理事長能夠接受付費者版本，共同完成今天協商的任務，我相信對你們來講應該是好事一樁，謝謝。

盧主任委員瑞芬

請張清田委員。

張委員清田

- 一、剛剛因為健保署劉林義組長有說明，B5「高風險疾病口腔照護計畫」協定事項第 3 點我覺得可以刪掉，就把它刪掉(註)。
- 二、我想牙醫部門如果不接受這個版本，付費者代表可能再繼續協商，但是出來的數字一定比這個版本少，我敢保證，我敢保證！因為已經激起同仇敵愾了，你們剛剛進去實在太久了，我們已經釋出那麼大的善意，我是覺得大家彼此，我們比健保署方案多加了將近 1 億元那麼多，加 1,000 萬就很好了，加到 1 億元。剛剛協定事項第 3 點我們也把它刪掉，我想是不是就這樣？拜託你們接受，我覺得大家今天真的累了一天，大家真的也累了，好不好。

(註：螢幕顯示刪除B5「高風險疾病口腔照護計畫」協定事項第3點：「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。」)

江委員錫仁

很感謝張清田委員、陳杰委員，不是拜託我們接受，我們非常樂意

接受，感謝(眾委員鼓掌)。剛好石崇良署長在這邊，牙醫部門真的要感謝大家，我們會努力執行健保會給我們的一些任務，如果執行不好，我明年就引咎辭職(眾委員笑)。

盧主任委員瑞芬：

一、因為時間的關係，我們再次謝謝牙醫部門，還有辛苦的付費者代表，我就這個部分把金額再重新跟大家確認一次：

(一)114 年度牙醫門診總額有達共識，較基期成長 4.679%。

(二)依 114 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 26 日上午 9 點前提送本會，以納入 9 月 27 日委員會議討論：

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，請增補以幾年為檢討期限。

3.須修正項目名稱者，請提出修正後之項目名稱。

二、再次謝謝牙醫部門，還有辛苦的付費者代表，兩方都很辛苦，謝謝。

陸、114年度總額協商—「其他預算」
與會人員發言實錄

陸、114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

現在進行到最後一個協商場次其他預算部分，請健保署就重點事項說明 5 分鐘，接下來由委員提問，請健保署說明。

劉組長林義

各位委員，請大家翻到會議資料第 105 頁，逐項說明如下：

- 一、第 1 項「基層總額轉診型態調整費用」(114 年編列 8 億元，維持 113 年額度)：這項在 111 年把條件變嚴格，只有轉診成功才可以領這筆錢，目前執行率約 7~8 成左右，考量本項是用於推動分級醫療鼓勵轉診，建議還是保留 113 年預算數，這是第 1 項的部分。
- 二、第 2 項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」(下稱 IDS)(114 年編列 13.566 億元，增加 5.012 億元)：建議增編 5.012 億元，主要用於調升醫事人員支援費用，與新增公費醫師在地服務診次費用，這部分和醫事司的公務預算沒有重複，就是新增診次費用，以及在 IDS 地區當地院所希望比照 IDS 最高補至每點 1 元的費用。
- 三、請翻到會議資料第 110 頁，第 3 項「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 2.0 之服務」(114 年編列 96.41 億元，增加 12.63 億元)，這部分需要的預算比較多，我跟大家說明本項的重點，請看到第 110 頁：
 - (一)第 1 個居家醫療照護部分，很多健保會委員很關心居家醫療，因為居家醫療服務施作不易，應該調整論次費用，所以今年再幫他們爭取訪視費用調整 5%，至少調整 5%。此外，居家醫療照護中的安寧部分，明年我們打算改為論質方式支付，鼓勵安寧品質比較好的團隊，這部分預估費用 2.2 億元。所以居家醫療照護調整相關支付標準需增編預算約 5.86 億元。
 - (二)第 2 個助產所、精神社區復健部分，我們照自然成長率推估所需費用，這部分需增加的預算不多。

(三)最後是今年才推動的「在宅急症照護試辦計畫」，今(113)年預算 2 億元，明年將擴大辦理需編列 6.5 億元，增編 4.5 億元，這是第 3 項的部分。

四、請翻到會議資料第 113 頁，第 4 項「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」(114 年編列 2.15 億元)：

本項是屬於保留款，為了增加彈性，建議第 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」併入第 4 項，兩項預算合併運用，這樣比較有彈性。因為藥費固定點值每點 1 元不能浮動，所以將藥費有關的項目如 C 肝、罕病用藥等合併，萬一部門相關的專款經費不夠的時候就用本項補助款補貼，因此，建議第 4 項及第 5 項合併預算以增加彈性，但沒有增加預算。

五、請大家翻到會議資料第 114 頁第 6 項「推動促進醫療體系整合計畫」(114 年編列 5.2 億元，增加 0.7 億元)。本項總共有 4 項子計畫，針對預算執行率低者，我們有配合下修預算，如下：

(一)第 1 項子計畫「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」：僅編列 0.4 億元。

(二)「跨層級醫院合作計畫」：參考預算執行率，僅編列 0.8 億元。

(三)請大家翻到第 116 頁，擴大辦理「遠距醫療會診」(編列 2 億元)：遠距醫療今(113)年預算 1 億元，我們將擴充執行地區，主要有 IDS 計畫適用地區以及醫缺地區等，另外將擴增科別精神科，這部分需增編一些預算，請委員支持。

(四)第 4 項有關「急性後期整合照護計畫」(下稱 PAC 計畫)：建議維持現行的 2 億元，雖然推估今年結算僅約 1 億元，但是我們會在今年底針對 PAC 計畫展開檢討，希望能夠增加出院準備來和長照做銜接，以及再度提升下轉的誘因，至於適用哪些疾

病別，我們會研議是否放寬收案條件等，建議維持 2 億元。

- 六、第 7 項有關「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」(114 年編列 20 億元，增加 15.594 億元)：主要考量健保費用越來越龐大，非預期風險的影響也會加大，建議本項應該編足至 20 億元，以因應未來非預期的風險。
- 七、請翻到會議資料第 119 頁，第 8 項有關「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」(114 年編列 19.281 億元，增加 2.743 億元)：從 107 年到今年經費都維持 16.53 億元，但是預算執行率已經到頂了，大家可以看到 112 年預算執行率已達 95%，只剩下約 2%~3%的空間，衡估整個預算執行狀況，建議增編 2.743 億元。
- 八、請再翻到下一頁，有關第 9 項「腎臟病照護及病人衛教計畫」(114 年編列 5 億元，減少 0.11 億元)：本項包含初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(下稱 Early-CKD 計畫)、末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫(下稱 Pre-ESRD 計畫)等 3 項子計畫，我們根據預算執行率，減列 0.11 億元。
- 九、請大家再翻到會議資料第 122 頁，有關第 10 項「提升用藥品質之藥事照護計畫」(114 年編列 0.3 億元，維持 113 年額度)：這項由藥全會推動，建議維持 0.3 億元。
- 十、第 11 項有關「提升保險服務成效」(114 年編列 0.15 億元，減少 4.85 億元)：建議保留 0.15 億元，我們會和 FDA(食品藥物管理署，簡稱食藥署)研議如何確保藥品品質，看看以什麼模式執行，建議保留 0.15 億元。
- 十一、第 12 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」(114 年新增項目，編列 33.77 億元)：我們保留 33.77 億元用來推動相關政策，考量目前立法院要求平均點值達 0.95，以及推動平均點值達 0.95 需有相關配套措施，這些都需要誘因幫忙，所以在這裡保留本款項來協助政策執

行。

十二、第 13 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 14 項「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」2 項全部轉移由公務預算支應。

十三、114 年度其他預算全部經費 203.827 億元，建議增加 10.629 億元，以上健保署的報告。

盧主任委員瑞芬

署長要補充說明嗎？請石崇良署長。

石署長崇良

主委、各位委員、協商代表，關於健保署 114 年度其他預算部分，有些是過去試辦成效、效果很好的項目要擴大試辦的規模，有些是為了鼓勵投入，特別是比較耗費人力，像安寧、居家照護，或偏鄉 under serve 服務比較不足的項目，經過重新檢討之後我們做調整，其中有 2 項特別要補充說明：

- 一、第 1 個「提升保險服務成效」，多數已經移由公務預算支應，但是我們希望保留一部分預算，用於藥品品質的確效，舉例而言，這次碰到生理食鹽水廠商以非常低廉的價格提供，卻造成品質上的缺失。我們檢討後發現，不太可能在有那麼大的藥價差的情況下，價格一直不調整，它的藥價差大會排擠到其他按照規矩的業者，所以我們會監測藥價差，對於藥價差過大的藥品，除了希望食藥署加強查廠外，我們也做確效的委託檢驗，包含 BE 試驗(生體相等性試驗)，所以編列本項經費是要確保用藥品質及藥品供應，特別是基本用藥，這是保留預算的原因。
- 二、另外，健保總額移出屬於偏向公共衛生的項目，由公務預算支應，這些項目會繼續執行，總額移出後仍然有一些保留額度，我們規劃幾個方向：第 1 個是 DRGs(Diagnosis Related Groups，住院診斷關聯群)部分，我們希望能夠再往前進，從政策端編列預算用於急重症醫療服務，因為 DRGs 給付住院服務，屬於剛性的需求，隨著高齡化社會來臨，這部分費用越來越沉重，目

前也出現醫院急重難症醫事人力的問題，所以希望藉由急重難症支付費用調整或 DRGs 繼續推動，讓投入者能夠得到保障。現在有些手術費已經採保障點值，但是 DRGs 已經過資源耗用控管，卻仍採浮動點值，確實有不公平的地方，也會成為制度繼續推動的障礙。所以我們希望投入部分預算做 DRGs 政策推動，及剛剛提到醫事人力為主的支付費用調整，如兒科等，我們不可能全面性、一致性的保障點值，但有一些確實需要用點值保障來維持必要醫療服務及人力，跟各位委員特別說明，也請委員給予支持，以上補充說明。

盧主任委員瑞芬

請問付費者有沒有詢問？還是現在要進行內部會議討論？有沒有詢問？請陳節如委員。

陳委員節如

一、關於第 3 項「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 2.0 之服務」，這項增編很多預算，有沒有包括在宅醫療部分？現在居家醫療照護整個流程及在宅醫療照護有什麼不一樣？這是第 1 個問題。

二、第 2 個問題是「提升保險服務成效」，是指什麼保險？

盧主任委員瑞芬

就是健保。

陳委員節如

對啊！是健保，但為什麼要提升保險成效？以上這 2 個問題請健保署回答。

石署長崇良

跟委員簡要說明：

一、關於第 3 項的居家醫療照護部分，增編預算含括兩部分：第 1 個是居整，就是居家醫療照護整合計畫，另外是在宅急症照護試辦計畫。2 個計畫最大的不同在於一個是包月制、一個是目標制，簡單講在宅急症照護試辦計畫就是在家住院，該計畫採

目標制，訂定感染症治療目標天數，例如：肺炎以 9 天為目標、泌尿道發炎以 6 天為目標，理論上在這段時間內應該控制住病情，所以是目標制。其他部分因為照護對象是失能者，居家醫療整合照護是包月制，不可能只照護幾天而已，而是包月制，訂有 1 個月大概的支付金額及服務次數。我們設計這兩個服務模式有這樣的差異，一個是目標天數制、一個是包月制，當然很多委員也理解居家醫療服務付出蠻多的人力，因此我們也想要朝論人計酬的方式，朝向包月制或 P4P 論質方式來調整。規劃先從居家醫療中的安寧居家先試辦論質計酬，而其他長照機構則試辦論人計酬，以包月、包年制方式支付，規劃方向大概是這樣。

二、另外「提升保險服務成效」主要是確保健保用藥的韌性、供應鏈穩定及品質確效部分。

盧主任委員瑞芬

請陳杰委員。

陳委員杰

一、剛剛是陳姐發言，現在也是陳杰發言。關於 114 年度其他預算協商項目，第 10 項「提升用藥品質之藥事照護計畫」，為了用藥安全及用藥品質，我個人表示支持。

二、另外新增項目第 12 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」，本項編列 33.77 億元，我剛剛注意看備註說明，這個可能比較……有點像空白授權，等於是第二預備金的概念。健保署規劃用於醫事人力投入為主的支付標準調整、急重症支付費用的調整、其他政策推動項目等，我不瞭解如何產生 33.77 億元這個數字，請健保署說明為什麼剛剛好 33.77 億元，為什麼不是 22.77 億元、為什麼不是 50.77 億元，藉這個機會請健保署說明如何估算費用。

三、本項費用最好能夠由公務預算支應，我個人的見解，其他預算

中還有部分項目，像項目 4 及一些其他項目，我多次建議希望能夠由公務預算支應，這樣能夠減少健保支出，讓健保基金更加健全，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬

請健保署回應。

劉組長林義

這項是我們保留作為推動政策使用，為利政策推動，保留預算使用的彈性當然是越大越好，所以本署是以其他預算能夠編列的最大額度來編列相關預算。

陳委員杰

第 12 項的 33.77 億元是怎麼計算的？

劉組長林義

用其他預算的上限值 5.5% 計算。

滕委員西華

算到上限 5.5%，算好算滿！

石署長崇良

就是計算機扣一扣之後剩下的額度。

陳委員杰

等於是要硬給就是了。

石署長崇良

也不是硬給，我覺得是這樣，如果要執行這個項目，未來一定會提健保會，一定會提健保會同意後才執行，到時候這些因應政策的用途，例如：應該強化哪一部分人力，調整急重症人力投入等，需動用這筆預算時，我們承諾一定會到健保會報告之後才會使用。

盧主任委員瑞芬

請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊

署長，協商會議都有錄音存證，因為過去的經驗，您都是先跟媒體

講了之後我們才知道。

石署長崇良

我這個還沒有對媒體講過，這項 33.77 億元沒有跟媒體講過要做什麼，今天是第 1 次講。

盧主任委員瑞芬

請李永振委員。

李委員永振

署長說一定會提到健保會報告，但是依過去經驗，署長上任以來，有啊都有提到健保會，但沒有共識，到最後都沒有啊！去年補點值的提案也說要再提過來討論，但是沒有啊！你們就簽到行政院，用上面壓下來，去年光補點值就多支出約 80 億元(註)，所以您的話我們不知道要怎麼相信欸。

(註：查健保署112年第4季結算報表，依112年11月30日行政院第3882次院會決定暨112年12月11日、113年3月1日衛生福利部核定辦理。動支112年其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目(8億元)及不足款由行政院公務預算挹注之全民健康保險基金支應(79.87億元)，用於撥補中醫門診總額、西醫基層總額、醫院總額之各分區業務組受新冠疫情影響之醫療費用。)

石署長崇良

去年最後補點值是另外以公務預算支用，當時候大家也討論該案在健保會討論到底算是諮詢性質，還是屬決定性的審議性質？這個大家也有討論，那個跟本案的情況不同，這個是屬於健保總額預算，我們一定尊重總額的機制。可是去年補點值的預算是另外由行政院撥公務預算進來，是因應疫情變動，所以那是另一種考量，跟委員再釐清，並不是我們講話不可信。

盧主任委員瑞芬

請陳杰委員。

陳委員杰

報告署長，因為第 12 項預算用途之一是其他政策推動項目，如果這筆款項最後通過可能會造成你很大的壓力，因為其他政策推動項目

搞不好有很多和醫療相關的活動，說不定就會去跟健保署要看看有沒有經費補助辦活動，他會想這裡有筆預算可以支應其他政策推動項目，搞不好有中央民意代表辦理地方活動需要經費補助(很多委員表示：不會!)我是擔心啦！

石署長崇良

絕對不可能！

陳委員杰

因為這項提到用於其他政策推動項目，也是去推動其他的政策嘛！我很清楚立法院的生態，本項用於所謂其他政策推動項目，我認為這個文字太過籠統，建議修正名詞，不然通過的消息出去後可能會造成健保署未來很大的壓力，如：健康慢跑是不是屬於所謂的政策推動項目？(石署長崇良：不會)所以我認為要深思，這個字眼要再思考、討論，以上說明，謝謝。

石署長崇良

跟委員報告，如果覺得政策推動項目範圍太廣泛，可以把它限定用於醫療服務相關之政策，不會用在醫療服務無關的事項，而且我們一定會經過健保會同意之後才執行，過去也有協定事項要求計畫要提報健保會。例如「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」的燈塔型醫院也要提報健保會說明、同意後才執行，做法一樣，都會尊重總額的機制。

盧主任委員瑞芬

請滕西華委員。

滕委員西華

一、謝謝石大哥，但是，請看會議資料第 117 頁第 7 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，及剛剛陳杰委員垂詢第 125 頁第 12 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」，健保署的費用說明文字都有寫達成立法院要求平均點值 0.95 目標(註 1)。

二、我的想法是這樣，首先，其他總額部門涉及補點值的經費項目付費者都沒有編預算。至於第7項，若有發生非預期風險，依健保會議定的動支程序本就訂定2個評估指標，點值下滑到一定程度就符合動支條件，至於動支後點值會不會到0.95，就看計算的結果。也會參照季的變化，不一定是0.95，我建議不必寫明點值0.95，因為不管有沒有其他方式，立法院的附帶決議就是達成點值0.95，我們不宜用另一筆錢補到點值0.95，所以我不支持健保署說明的第(2)點有關立法院的這些文字(註2)。

三、同樣的道理，有關RVRBS部分，以資源相對耗用值調整支付點數，照理應該用醫療服務成本及人口因素成長率(下稱非協商因素)調整，如果想要有系統性的因應調整，例如：要新增或盤點過去無法在非協商因素中的MCPI(醫療服務成本指數改變率)充份反映的項目，可以編列經費調整。但是調整支付標準，我們也不知道調整後有沒有辦法達到0.95，也許超過，但目的並不是達到0.95，而是希望合理的反映醫療資源耗用。因此，我覺得這些用於點值的文字不要寫在這裡，寫在這裡付費者就不能給，因為其他總額部門都沒有給，應該修正文字，這是我給署長的建議，謝謝。

(註：

- 1.第12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」之健保署建議及費用說明2.政策用途：(1)達成立法院要求平均點值0.95目標。(2)分級醫療推動門住診適當比率、門診減量及住診保障。
- 2.第7項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」之健保署建議及費用說明(2)非預期風險政策改變：立法院於113年7月16日通過全民健康保險法第62條修正草案主決議及附帶決議，其中附帶決議第五點「進行健保改革具體措施，以達成平均點值一點0.95元的訴求，此訴求雖於院會通過，實為朝野共體時艱之短暫過度，爰此政府應儘速持續滾動式檢討，以積極回應民意，往朝向一點1元的目標邁進，確保全國醫事人員的權益」，考量後續仍需滾動檢討健保政策及健保改革，爰建議預留本項預算彈性。)

石署長崇良

我回應西華姐的提問，關於文字部分，因為立法院主決議對行政部門有一定的約束力，但是今天是依據健保法進行總額協商的法定程序，所以我們尊重付費者代表的意見，不會堅持這一段文字，跟各位委員說明，謝謝滕委員。

盧主任委員瑞芬

請林文德委員。

林委員文德

想請教第 2 項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」增編 5.012 億元，預算用途之一是公費醫師相關費用，原以為是補貼他們的薪資，經了解後是補助在地服務診次的論次費用，每次 7 千點，請教現在公費醫師是不是有加入 IDS？已經有提供 IDS 的服務？假設 IDS 診次費用每次 7 千元(註)，這邊又增編論次 7 千元，請問公費醫師提供 1 個診次可以領到 14,000 元的論次費用嗎？30 個診次等於 1 個月補助約 42 萬元，是嗎？還是不是？

(註：查第2項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之健保署建議及費用說明：

- 1.現行多數IDS計畫醫師論次費用介於5,000元~6,000元，為鼓勵IDS服務，規劃調升醫師論次費用每次7,000元。
- 2.增加公費醫師在地服務診次，並酌增診次費用以鼓勵留鄉服務：每診次論次費用7,000元。)

石署長崇良

一、跟委員報告，IDS 是由外面的醫院或醫事人員進到山地離島資源不足地區提供醫療服務，是由外面的醫療提供者到當地提供醫療服務。隨著公費醫師逐漸返鄉之後，服務量會增加，他是在地提供醫療服務，但服務量增加，支付上又沒有給予一定的調整。過去 IDS 計畫開設專科門診，某個專科醫師每 2 週看診 1 次，或每週看診 1 次，現在有公費醫師回到山地離島地區提供服務，專科門診診次會增加，增加後我們卻沒有調整他的費用，所以本項經費是為了因應公費生返鄉之後，留住這個公費醫師在當地執業。

二、公費主要是支應前端的學費補助，但是後端的薪資並沒有保障，所以新增公費醫師在地服務論次費用。類似保障在資源不足地區開診的論次費用，保障支付費用不會受到人次少的影響，跟IDS的概念有點相同。本項是鼓勵在地醫師提供醫療服務，不會與IDS重複，因為公費醫師是在地服務，不會參加IDS。

盧主任委員瑞芬

請問付費者有沒有要請教健保署？你們需要召開內部會議討論嗎？好，現在付費者委員進行內部會議。

林委員恩豪

主席，我們要進行內部會議討論，這場次想要邀請滕西華委員、吳榮達委員協助我們討論，謝謝。

盧主任委員瑞芬

請滕西華委員、吳榮達委員協助。

(付費者代表進行內部會議討論約50分鐘)

盧主任委員瑞芬

現在付費者已經回到現場，請付費者把你們的版本跟我們分享，請主談人說明，謝謝。電腦螢幕上有付費者最新的版本。

陳委員杰

主談人是陳節如委員。

陳委員節如

由我來報告，主席、各位委員，我們已經快要完成今天的協商了，剛剛付費者討論結果，說明如下：

一、第1項「基層總額轉診型態調整費用」，我們建議檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，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。

二、第2項是……。

盧主任委員瑞芬

陳委員，是不是請您就付費者和健保署不同的部分做說明，除非協

定事項有不同的地方需要特別說明，這樣比較清楚，健保署才能很快回應，也能知道哪些項目是你們有意見，沒有照他們的金額，一樣的話我想就不用再特別說明。

陳委員節如

電腦螢幕上已顯示付費者方案了嘛，對不對？

盧主任委員瑞芬

對，您只要說明一下。

陳委員節如

您的意思是唸一下協定事項，是不是？

盧主任委員瑞芬

對，請就不一樣的部分，或者協定事項有特別要強調的部分加以說明。

陳委員節如

如果數據一樣就不用唸是不是？

盧主任委員瑞芬

對，數據一樣就不用唸了。現在是第3項不一樣，第3項金額略減(註)。然後第4項是一樣。

(註：電腦螢幕顯示付費者代表方案之第3項「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2.0之服務」：114年全年經費9,378.0百萬元，增加金額1,000.0百萬元。)

陳委員杰

第3項還有協定事項不一樣。

盧主任委員瑞芬

對，第3項不一樣的部分還有協定事項，有特別強調的協定事項。

陳委員節如

我唸一下第3項協定事項，第1點持續精進居家醫療照護模式，並檢討、修訂「居家醫療照護整合計畫」相關支付標準。第2點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。(2)收集及分析替代醫院費用情形，供 115 年協商參考，這是第 3 項。

盧主任委員瑞芬

第 4、5、6 項同健保署方案，都沒有變。

陳委員節如

- 一、第 7 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」依歷年預算編列 10 億元，理由是立法院已有主決議保障點值、依動支程序用途僅包括非預期風險及政策，不含可預期政策改變。其次，經費之支用，依健保會所議定之適用範圍與動支程序辦理。
- 二、第 8 項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」編列 18 億元，第 1 點希望持續檢討醫療利用情形，含門診次數成長合理性等，及評估照護品質，含健康品質為導向之評估指標與執行成效，提健保會報告。第 2 點請矯正機關加強改善衛生環境。考量矯正機關因衛生不佳造成疥瘡盛行，會增加健保支出，大家都覺得不太合理，經過大家討論後提出第 2 點要求，矯正機關應該要負起責任，請他們要改善衛生環境。
- 三、第 11 項「提升保險服務成效」編列 0 元，因為藥品確效屬 FDA 權責，應由公務預算支應，爰不編列預算。
- 四、第 12 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」編列 20 億元，第 1 點不得作為保障點值 1 點 0.95 元相關費用。第 2 點住院護理費、急重難罕症診療費等，有多年未通盤調整的情形，建議為優先調整項目。第 3 點支付標準調整要符合「預算中平」的原則。第 4 點請健保署於 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，提健保會同意後執行。
- 五、114 年度其他預算總金額 175.996 億元，較 113 年減少 17.202 億元，以上報告。

盧主任委員瑞芬

請健保署說明。

龐副署長一鳴

很沉重的跟各位委員報告，因為經費已經是負成長了，我們要認真、嚴肅好好檢討自己，想不到健保會委員對健保署這麼不支持，讓我們好好反省一下，容許我們另找個地方好好反省。主席同意嗎？

盧主任委員瑞芬

同意。

龐副署長一鳴

因為我們要閉門思過，請不要派人來打擾。

盧主任委員瑞芬

健保署進行內部會議。

(健保署進行內部會議討論約39分鐘)

盧主任委員瑞芬

龐副署長帶著沉重的心情返回現場，現在請龐副署長說明。

龐副署長一鳴

跟各位委員報告，請看第3項，第3項名稱有個小修正，因為長照政策可能會做3.0，怕到時候有問題所以修改名稱轉銜長照，2.0或3.0我們就不要寫了，這是第1個。(多位委員表示：不要寫是什麼意思?)就是銜接長照服務(註)。

(註：電腦螢幕顯示，第3項修正項目名稱：「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2.0之服務」。)

盧主任委員瑞芬

就是改為……及轉銜長照之服務。

滕委員西華

把2.0文字拿掉了。

龐副署長一鳴

對。我剛才第1項說明大家都同意，所以接下來就按照這樣子。

盧主任委員瑞芬

好。

龐副署長一鳴

費用部分我們希望可以保留原編預算 9,641 百萬元來做，因為這項政策推出後，各界希望能夠更擴大來做，甚至在明天醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，陳節如委員您提案增加一些服務，所以既然大家……。

盧主任委員瑞芬

龐副署長，第 3 項全年經費是 9,378 百萬元，還是 9,641 百萬元？

龐副署長一鳴

是 9,641 百萬元。

盧主任委員瑞芬

但是紙本資料的健保署草案第 1 版寫的金額是 9,378 百萬元。

龐副署長一鳴

是 9,641 百萬元，健保署第 3 項提案是 9,641 百萬元。

周執行秘書淑婉

跟你們的紙本資料不同。

龐副署長一鳴

誰給你們紙本的？

周執行秘書淑婉

你們提供的。

龐副署長一鳴

我們是誰？等一下，我們剛剛是誰提供紙本？我們沒有提供紙本啊！

盧主任委員瑞芬

有，在這裡(指手上健保署草案第 1 版紙本)。

龐副署長一鳴

9,641 百萬元啊！

盧主任委員瑞芬

但你們紙本寫的是 9,378 百萬元，現在改成 9,641 百萬元，所以要用原本健保署草案的那個金額(9,641 百萬元)，是不是？

龐副署長一鳴

對，9,641 百萬元。

盧主任委員瑞芬

好，你還是要用原來的金額。因為剛才有提供這一份紙本資料，我以為你們更改金額。

龐副署長一鳴

抱歉，可能有誤會。

盧主任委員瑞芬

所以第 3 項是 96.41 億元，好，請繼續。

龐副署長一鳴

剛剛第 3 項除了長照 2.0，2.0 兩個字拿掉之外，預算恢復本署原來提案的額度。

盧主任委員瑞芬

沒有改就對了。

龐副署長一鳴

一、對，第 3 項全年預算 9,641 百萬元(增加 1,263 百萬元)。

二、第 7 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，健保會委員的意見寫得非常清楚，依歷年預算編列 10 億元，可是在健保總額 4、5 千億元的時候就有這個預算了，現在總額預算規模也不一樣了，這是第 1 點。第 2 點，疫情以後整個就醫型態是不是還會那麼穩定？疾管署三不五時通知 unpredictable(不可預期的)疫情，所以我們認為本署原編列預算 20 億元，這是一個適當的數字。

三、麻煩看後面第 8 項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務

計畫」，收容人矯正機關有個大問題，跟各位報告，本計畫是醫院去監所提供收容人服務，最近實務上碰到一個問題，花東的承作醫療院所真的很辛苦要跑很遠去服務，已經面臨實務上的困難，這是第 1 點。第 2 點，最近有個監獄受刑人突然大增，宜蘭監獄，本來台灣最大的監獄是台南歸仁監獄，離林文德教授的學校很近，宜蘭監獄收容人數已經和歸仁監獄收容人數差不多，因為大法官改了法律，增加毒品受刑人的刑期年數，所以人數呈增加的情形，我們覺得應該恢復到原編列預算 1,928 百萬元。

四、第 11 項「提升保險服務成效」，這項很明確用於藥品品質、藥品權益部分，要跟陳杰委員報告，因為這項是干文男委員的要求，他一直對 FDA 的審查有質疑，也很關心學名藥的品質。干文男委員在是不是？

盧主任委員瑞芬

他不在。

龐副署長一鳴

不是，這是要跟陳杰委員報告，因為他是接干文男委員的缺。我沒有搞錯吧？

盧主任委員瑞芬

沒有。

龐副署長一鳴

一、所以我的意思，這項原來是干文男委員一直主張的(盧主任委員瑞芬：對)，對，這個我還記得。過去我們也認為這是 FDA 的業務，既然過去委員有這個要求，而且這次也發生輸液的事情，希望這項預算能夠維持原編列 15 百萬元。

二、接下來第 12 項，各位委員的決定在協定事項寫得非常清楚，我們要執行這項預算前，要先提健保會同意後才能執行。既然委員已經有這麼強的規定，我們希望恢復原編列預算 3,377 百萬元，到時候再到健保會跟大家報告怎麼執行，以上拜託各位委

員。

盧主任委員瑞芬

也就是金額都沒有變，但協定事項都同意付費者版本，是不是？剛才講的這些協定事項都同意付費者版本的意見？

龐副署長一鳴

其實還有一個協定事項有困難，第8項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」，有關協定事項「請矯正機關加強改善衛生環境」。我們很怕又麻煩到環境部，得罪法務部也就算了，還要得罪環境部。跟各位委員報告，行文要求當然容易，事情上怎麼做，人家有人家的困難，派我們去做我們也沒那個專業，當然要請環境部，但到時候又衍生一些問題。

陳委員杰

沒有啦，是請矯正機關欸。

龐副署長一鳴

問題是協定事項要求改善環境衛生，不是環境部的權責嗎？

陳委員杰

是請矯正機關，他們自己要去檢討及改善。

龐副署長一鳴

對啊，我說會得罪法務部，又會得罪環境部。

盧主任委員瑞芬

好，龐副署長已經把他們的苦衷都說了，不曉得付費者代表有沒有要討論？

陳委員杰

我們也要討論，因為我們也有苦衷啦！

盧主任委員瑞芬

好，真的要買蠻牛了，付費者也要內部會議討論是不是？建議最好不要兩案併陳。

陳委員節如

看各位付費者委員的意思……。

滕委員西華

過去的原則，其他預算並沒有兩案併陳的法規依據。

盧主任委員瑞芬

對，只有去年……。

滕委員西華

去年也不算是兩案併陳……。

盧主任委員瑞芬

請李永振委員。

李委員永振

我記得去年其他預算的協商，因為「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」項目也是協商到晚上 11 點多。後來因為林綉珠委員她很真誠的說明，付費者才同意編列預算。但是因為健保署還有一些文字及細節有不同意見，希望也要兩案併陳，但是就不行啊！依法就不能兩案併陳。付費者麻煩你們健保署管理，就請依我們的意見去管理、照委託人的意見去做，哪還有到這邊 argue(爭論)的，就很奇怪。去年協商到最後，紀錄就落一個備註(註)，不同意見陳到上面，上面當然聽你們的，所以我剛才才質疑署長，照以前的經驗，我們不知道怎麼去信任。恐怕現在又再重演，還有什麼可以討論的呢，我們的理由已經講得那麼清楚了，我們是委託你管理，我們的意思是這樣子，若還堅持你的意見，那有什麼好談的。

(註：查 112 年第 8 次(112.9.22)委員會議「113 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」決議之註：中央健康保險署對於其他預算建議維持原提各項預算金額(書面資料，會後補充如附件六)，將併同各部門總額協商結論一併陳報衛生福利部。)

盧主任委員瑞芬

沒有，我想因為付費者……。

龐副署長一鳴

報告李永振委員，依什麼法您委託我們？我是公務人員任用法，我

是高考進來的，我的任命是總統給的，什麼時候您委託我了。

李委員永振

那健保署就是付費者委託的管理人啊。

龐副署長一鳴

哪一條法，麻煩您講一下。

李委員永振

那你保險人的角色是什麼？

龐副署長一鳴

麻煩您講一下是什麼法，您委託我們的。

李委員永振

那你保險人的角色是什麼？

龐副署長一鳴

我保險人有依法的角色啊！

李委員永振

那你現在有依法嗎？

龐副署長一鳴

你現在有依法嗎？

李委員永振

你現在要兩案併陳嗎？

龐副署長一鳴

那你現在有依法嗎？

盧主任委員瑞芬

我們已經是最後一場，請大家稍微冷靜下來。我想龐副署長剛才把他們的難處再跟付費者代表說明，我想付費者代表你們有法定的責任要來看健保預算如何編列妥適，但剛才龐副署長也解釋了難處，也把部分項目講得更清楚，請問付費者代表願不願意再加以考量？你們需不需要再談一下，再考量健保署的難處。

龐副署長一鳴

拜託各位委員，這個預算也不是進健保署同仁的荷包，拿這麼多預算也是要多做更多的事情。坦白講，我們跟其他團體還是有點不一樣，拜託大家，我剛剛講話有不禮貌的地方，請多見諒。

盧主任委員瑞芬

所以付費者代表需不需要再討論一下？

張代理委員鈺民(花委員錦忠代理人)

沒有空間可以談，只要有空間我們就談了啊！

劉委員淑瓊

龐副署長，剛剛我們付費者在內部會議真的很慎重的討論及調整預算。但是健保署內部會議回來的版本都沒有動，我們就不知道要再談什麼了，對不對？你們談了很久之後，我剛剛聽起來沒有刪減，這樣很難協商啦！我們再回去談也沒道理，因為我們已經談過了，就是那個版本，要不要請健保署再考量有哪一項你們特別要保留，但有哪些項目可以接受付費者的版本，這樣我們才談得下去。

滕委員西華

預備金或補點值的項目，酌減啦！

盧主任委員瑞芬：

對，其實預備金可以稍微……。

滕委員西華

一、其他預算實質上是增加預算，因為其他預算移出由公務預算支應的金額還是有保留做其他應用，所以不管怎麼談，就算既有項目都按照健保署草案編列的金額，增加金額還是會負成長。如果雙方要談成，我建議不如在屬於預備金性質的項目，或第12項新增項目「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」，也就是健保署要補好、補滿要讓成長率達5.5%的項目去做酌減。而其他多數項目，如剛剛講的新增照護對象、或是提供受刑人醫療服務等項目，是實質有醫療需求，即使預

算沒用完，還是會回到安全準備。但有一些項目與醫療需求無關，屬預備金性質的，就可以考慮減少費用，因為它不影響實質的醫療需求，這點很重要。

二、如果經費減少的是屬於實質醫療需求的項目，涉及到減少醫療利用，就要再交由健保署好好的執行，管控醫療利用及照護品質。但是如果不是與實際醫療利用有關，如第 7 項，及第 12 項我知道健保署可能是要用來補點值，但是用於補點值不可能被支持，如果健保署要用來精進支付制度，或許付費者代表可以考量支持。另外，第 12 項的經費健保署確實也沒有具體估算，剛才健保署也講，其實是把移出公務預算的金額保留，在可協商的空間內把金額編滿，所以其實移出由公務預算支應的項目，其預算額度 59.86 億元，健保署還是有保留應用，應該要講清楚。

三、第 11 項「提升保險服務成效」，龐副署長剛才提到這項是要回應干文男前委員的建議，其實干前委員是希望健保署能確保健保給付藥品的品質，健保署也不一定要動用總額預算才能執行，這是兩件事。藥品確效的確是食藥署的權責，但是健保署也有責任去監督給付藥品有沒有效，這也是事實，不能說健保署完全沒有責任去確認健保給付藥品的效果。究竟要怎麼去權衡？我是站在專家學者及公正人士的角度來看，可能健保署在不影響醫療服務提供的前提下，可以再酌量回應付費者的想法。

龐副署長一鳴

我還是要提一下，委員要求健保署的責任，我們也很希望健保給付藥品有療效、有成本效益。因此在整個藥品納入給付的過程，健保署要蒐集很多文獻，要花很多時間，但是付費者代表、病友代表等，又在外面說健保署核價太慢。今天滕西華委員又希望健保署能確保它有效。健保署每天都面臨不同的人有不同期望，重點是今天我所爭取的經費，沒有 1 塊錢是進到健保署同仁的荷包，全部都會用到

病人身上。如果大家認為健保署方案還有需要修改，我們當然可以再虛心檢討，例如剛剛委員提到第 12 項經費 3,377 百萬元，這個數字怎麼算出來的，交代不清楚，但是如果我等一下提另 1 個數字，萬一又有人問我數字怎麼算出來的，又說我交代不清楚，我要怎麼回答？(有委員表示也是要交代啊！)所以，我還是再次拜託各位委員支持健保署的方案。

盧主任委員瑞芬

請吳榮達委員。

吳委員榮達

我要表達我的意見，第 1 個，既然是總額協商，希望雙方有一些可以協商、退讓的空間。第 2 點，我擔任健保會委員，今年是第 6 年，從歷屆協商過程中，在其他預算的部分，對於付費者的意見，健保署都有稍微退讓及協商的空間。所以我還是建議健保署能夠考量，有一些彈性的空間，在預算有限之下，推動的項目有輕重緩急，總是有一些可以再協商的空間，建議健保署不要硬梆梆的堅持要這個數字，一點協商的空間都沒有，請再思考看看，謝謝。

盧主任委員瑞芬

一、龐副署長，其實預備金的部分，像是第 7 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，依過去執行經驗，這項真的是比較有調整空間，因為這項 109~110 年都沒有執行，只有 111~112 年用於各部門受新冠疫情影響費用撥補，真的是如此，我在健保會這幾年只看到動支這 1 次，其他年度預算編了也沒有執行。所以我認為第 7 項比較有空間可以做調整，這個部分應該也是健保署回應付費者代表時，比較可以著力的地方，建議龐副署長再思考一下。

二、第 12 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」，推動 RBRVS 或支付制度改革，是 1 個政策目標，不管是醫界或付費者代表其實都有一些期許，只是健保署編列

的經費，感覺付費者並不知道要做什麼事情。當然也可以說有多少錢就做多少事，今天編列多少經費，就調整多少支付標準，或推動多少支付制度改革，但是我想付費者是想看到短、中、長期計畫，每年固定要編多少經費，這樣也比較有說服力。

三、以上這2點，龐副署長是不是再思考一下，在這些地方能有所著墨。

龐副署長一鳴

我先承諾健保署可以再去討論，沒有問題。另外剛才主席提到短、中、長期計畫，最近立法院也開始要審查健保署的公務預算，公務預算編列確實有分短、中、長期計畫，可是我想請問各位委員，大家都參與健保會這麼久，健保總額有短、中、長期的架構嗎？(部分委員回應有)

盧主任委員瑞芬

這應該是1個目標啦！

滕委員西華

也有啦，像……。

龐副署長一鳴

健保總額有短、中、長期架構嗎？可能有人認為有，有人認為沒有，沒關係，看怎麼樣讓大家能夠清楚明白、好運作，這個是我在這裡先表達健保署的意見，那健保署再進去內部會議討論一下，麻煩大家稍候，謝謝。

(健保署進行內部會議討論約9分鐘)

盧主任委員瑞芬

請健保署說明。

劉組長林義

各位委員好，因為各總額部門的成長率都接近5.5%，付費者方案只有健保署的其他預算增加金額是負的，比113年經費還低。我們調整本署版本，讓總金額至少維持跟113年一樣，建議第7項「調節

非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」減少 8 億元，也就是全年經費由 20 億元降至 12 億元，這樣其他預算整體金額就可以維持跟 113 年一樣。

盧主任委員瑞芬

第 7 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」減掉 8 億元，全年經費是 12 億元，這樣總額金額會跟 113 年一樣嗎？總金額是 193.198 億元嗎？

劉組長林義

會比 113 年多一點。(同仁依健保署說明修正第 7 項金額，螢幕顯示健保署方案總金額為 19,582.7 百萬元)

盧主任委員瑞芬

謝謝健保署有聽進去委員的建議，第 7 項減了 8 億元，這項剩下 12 億元，現在其他預算總金額是 195 億 8,270 萬元，比 113 年多一點，113 年是 193 億 1,980 萬元，其他的項目就沒有調整。請問付費者代表的意見，我想健保署也釋出了善意。

林委員恩豪

剛剛健保署說總金額要調整成和 113 年一樣。

盧主任委員瑞芬

其實健保署是說調整成大致一樣，我想健保署也釋出了善意，因為還是要回到細緻的計算……。

林委員恩豪

我以為會準確的調成一樣，結果又差了一點。

盧主任委員瑞芬

不是，因為現在有一些項目移出去由公務預算支應，但額度仍保留運用，所以各項目的金額不可能跟去年一模一樣。健保署就是把第 7 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，由原本的 20 億元，減掉 8 億元，剩 12 億元，健保署的意思是，這樣調整後，總金額就會跟去年很接近。

林委員恩豪

因為我是付費者代表的總召集人，這個場次是由陳節如委員跟李永振委員擔任主、協談人，剛才陳節如委員已經離席了，本來付費者代表也想集體離席，因為我們覺得不管是協商的氛圍，還有協商的精神，都不應該是這樣，我們對這一點感到很遺憾。剛剛我也再徵詢主談人李永振委員，他的意思就是維持目前付費者的版本，不會再更動了，希望健保署尊重我們的意見，謝謝。

龐副署長一鳴

也謝謝各位委員辛苦地陪我們協商到晚上，如果剛剛我言詞有冒犯的地方，在這裡再次跟大家致歉。不過我認為相關的法規還是要遵守，既然付費者堅持原來的版本，那健保署就恢復到原來的版本，再讓部長去傷腦筋，以上。

林委員恩豪

我要表示抗議！主委今天已經講過好多次不要這樣子做。不要提出 1 個新的版本，協商後如果沒共識，又要再退回去之前的版本，健保署新的版本既然有調整經費，就不應該再回到原本的本。

盧主任委員瑞芬

- 一、其實其他預算沒有所謂兩案併陳，113 年健保署有不同意見，是用附註的方式陳報給部長參考，因為歷年來其他預算大多有達成共識，只有 113 年用附註方式將健保署意見一併報部，沒有所謂兩案併陳。如果今年真的沒有辦法達成共識，大概也只能用這樣的方式，並不是跟其他部門總額一樣用兩案併陳方式來處理。其實我覺得蠻遺憾的，其他預算部分項目沒有共識，如果付費者這邊決議是這樣子，付費者方案總金額就是 175 億 9,960 萬元，對不對？(林恩豪委員表示沒錯)
- 二、至於健保署的部分，我從今天一大早就不斷呼籲，如果未能達成共識的情況，還是要以最接近的版本來處理(註)，不要又退回原來的版本，所以建議和 113 年相同，用附註的方式，把健保署對其他預算的不同意見一併陳報衛福部，但這不是所謂的兩

案併陳，送上去的金額還是以付費者代表的金額為主，但是可以用附註的方式來呈現健保署的不同意見。

(註：螢幕顯示目前付費者方案總金額為17,599.6百萬元、健保署方案總金額為總金額為19,582.7百萬元。)

滕委員西華

- 一、我有一個不情之請，剛才石崇良署長先離開去上節目，他有他的使命沒有錯，但是今天健保署同仁也非常辛苦，從早上一直等到現在，其實原本議事安排就有保留萬一協商沒有成功，明天可以再談的空間，雖然我這樣說有點不太尊重在場的健保署同仁，但是我還是期待你們能否回去請示石署長，有沒有可能再讓步一點。剛才大家討論很久，即使總金額按照 113 年的金額(193.198 億元)，跟現在健保署的方案(195.827 億元)也只有差 2 億多，憑良心說，其他的項目再退一點有可能。這只是我的建議，健保署沒有辦法同意也沒有關係，如果石署長也決定不再變動了，那就按照主席的決議，但是如果石署長跟健保署在場的同仁願意再去參考付費者代表的意見，再做些微的調整，或許就可以達成共識。
- 二、我還是覺得 20 幾年來確實沒有這種情形，其他預算沒有達成共識蠻可惜的，因為總額中有其他預算也是不得已，不然其實各部門總額就是由醫療服務提供者及付費者雙方協商，只是因為健保要持續改革，會有一些新的、好的方案須跨總額部門執行，所以需要交由保險人來執行。大家都有想要做的事，不過剛剛聽林恩豪委員的發言，我揣測他的想法，若我有講錯林委員請見諒，可以修正，就是如果要符合劉林義組長剛剛講，總金額就跟 113 年一樣，不要多也不要少。如果這樣，雙方的金額真的只有差一點點。不過其實嚴格來講，就算總金額同 113 年，114 年預算也不能算減少，因為有些項目的錢已經改由公務預算支應，但預算額度還是留在其他預算。
- 三、如果還有空間，還是請龐副署長、陳副署長回去跟石署長說明，願不願意再考量付費者方案，在禮拜五的委員會議前，是否有

可能跟付費者達成共識，因為付費者方案已經擺在這裡，他們不會再變動，我是覺得健保署可以再努力看看，若真的沒有辦法就按照主席的決議。

盧主任委員瑞芬

請林恩豪委員。

林委員恩豪

因為剛剛滕西華委員有提到我的想法，我要澄清一下，我剛剛純粹是對健保署所提 114 年預算調到跟 113 年一樣的說法提出質疑，純粹是對這個說法提出質疑。不是健保署將預算額度調成跟 113 年一樣，付費者代表就會同意。目前雙方的差距明顯還有約 20 億元(註)，我要澄清這一點，謝謝。

(註：螢幕顯示目前付費者版本總金額17,599.6(減少1,720.2百萬元)；健保署版本總金額19,582.7百萬元(增加262.9百萬元)。)

劉委員淑瓊

我要提醒一下，剛剛健保署說要跟 113 年總金額比，但 113 年有 1 筆 40 億元的「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」項目，已經移由公務預算支應，這是很實質節省一大筆錢，所以跟 113 年比其實是不太合理，表面上看似合理，但其實不是很好的說法，謝謝。

盧主任委員瑞芬

請吳榮達委員。

吳委員榮達

我比較不贊成滕西華委員的建議，如果明天要再繼續協商，太麻煩了，還要勞師動眾這麼多人，大家也有很多公務要處理。我拜託龐副署長，可不可以撥電話跟石署長請示，他上的節目應該已經結束了，跟石署長溝通看看，健保署在第 12 項經費 33.77 億元，能否多多少少有一些退讓，讓付費者也能感受得到健保署協商的誠意，大家再來討論看看能否有共識，這是我的建議。

盧主任委員瑞芬

請黃金舜委員。

黃委員金舜

主席，還有龐副署長，今天整個協商過程，我從早上 9 點半到現在晚上 9 點 35 分，已經跟大家一起開會 12 個小時，我只有去洗手間 2 次，深怕錯過我關心的議題。本來我覺得整個晚上開會的氛圍還不錯，我也很開心，我十分關心的第 10 項「提升用藥品質之藥事照護計畫」，看起來整個事情都要圓滿了，但是最後竟然還是差一點沒辦法達成共識，雖然跟我關心的第 10 項經費 3,000 萬元沒關係，但我還是有被波及的感覺，就像是大卡車突然開出來，但我沒有閃過被撞到，你們會不會覺得對我很抱歉(眾人笑)。

盧主任委員瑞芬

黃金舜委員沒有其他建議，只是要說明他感受像被大卡車撞到而已。

黃委員金舜

拜託龐副署長稍微可憐我一下，參考看看啦！

龐副署長一鳴

聽起來黃金舜委員、滕西華委員及吳榮達委員，還是希望今天可以盡量把事情圓滿解決，是不是可以容許我建議，因為剛剛健保署已經內部討論 2 次了，這次是不是可以麻煩各位付費者代表再去內部會議討論一下，我可以幫各位準備炸雞，各位付費者代表可否再……。

盧主任委員瑞芬

其實我們多年來都跟健保署合作得蠻愉快，今天如果卡在這個點，我個人覺得真的非常可惜，尤其這是最後 1 次主持總額協商會議了，我之後不會再續任主委了，我真的很希望有個圓滿的 ending，不曉得付費者代表願不願意給這個機會，可以去內部會議稍微再談一下。請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊

一、我很想講 1 件事，這次來協商前，我心裡的想法是真心想支

持健保署的其他預算，因為我覺得在石署長上任之後，確實很積極的想做事情，我們也看到了健保署同仁的努力。雖然石署長常常先斬後奏，付費者代表都是最後才從媒體知道，但是我們其實有看到健保署的努力，跟石署長帶動的活力。所以我覺得剛剛討論的第 12 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」，健保署完全不去調整經費很可惜，其實付費者代表的討論很周延，我們之前也都做了功課，尤其是健保署有些經費編列是說不出個道理來。

二、我個人很希望健保署有機會再進一步去討論，同時剛剛陳節如委員也有 Line 我，她覺得還是要請石署長定奪，就像滕西華委員講的，我們想知道到底石署長的想法是什麼？我是非常希望能夠談成，也很肯定健保署的努力，也希望健保署有資源更努力，能夠把健保管理得更好，所以就希望健保署第 3 輪能夠有更好的版本，謝謝。

盧主任委員瑞芬

剛才龐副署長想請付費者代表再去內部討論，但是聽起來付費者堅持現在的版本，希望健保署接受付費者目前的版本。健保署是不是要 call out 給石署長？其實本場次已經超時很多，但是我覺得 happy ending 很重要，我想付費者代表是認為有一些說明比較不清楚的項目，就不希望編那麼多經費。請問龐副署長是否願意跟石署長做最後的確認，否則我們用附註的方式將健保署的意見一併陳報衛福部，部長也為難，我其實不希望一直開這個惡例，從 113 年到今年協商，從我當主委才開始有這種其他預算意見不同，需要用附註的情況，我覺得可能是我八字的關係，所以我就擔任主委到今年底，以示負責。健保署要不要再跟石署長確認一下？還是希望雙方儘量能達成共識。

龐副署長一鳴

一、謝謝劉淑瓊委員對健保署有很大的期許，昨天在公共電視的節

目上，有討論某個國家的總額，我可以跟大家分享，有實施總額的國家還有加拿大，加拿大的總額按地區分配，後來發現有很多困難，因為有些罕見疾病、有些特殊的狀況不是按人口均勻分布，所以加拿大總額改革方式就是讓其他部門越來越大，這是我來健保署之後，跟石署長一起討論希望做的事情。因為現在缺乏1個讓總額支付制度大改的機制，所以我們就只能用小改的方法，讓其他部門預算規模慢慢變大一點，大家知道有一些疾病的狀況，還有一些醫療條件不是各區均勻分布，這也是我們發現其他預算越來越重要的原因。

二、在這裡也謝謝大家肯定其他預算的重要性，健保署今年其實是花了很多的心力在解決這些事情，大家知道公務員的習慣，必須層層報告，我們今天怎麼可能沒有跟很多長官討論過就來協商。大家知道公務機關的性質跟一般民間組織其實還是不太一樣，公務員還是比較保守，如果可以的話，是不是麻煩各位付費者代表，這次麻煩你們進去內部討論一下，我們可以提供炸雞、可樂、薯條，還是需要其他的食物，小弟都可以效勞。希望付費者代表討論後再來跟我們做指導，如果大家覺得這樣太花時間了，要……。

林委員恩豪

等一下，本場次的主談人李永振委員，同意付費者代表再進去內部討論。

盧主任委員瑞芬

謝謝。

滕委員西華

請問石署長等一下會回來協商會場嗎？或是他要 call in 也可以。

龐副署長一鳴

我們會儘量來處理。

(付費者代表進行內部會議討論約11分鐘)

盧主任委員瑞芬

現在是不是請付費者代表主談人李永振委員說明？先請陳委員杰。

陳委員杰

跟大家報告，等一下由李永振委員來負責說明，但是在繼續協商以前，我還是要借用這個機會語重心長地建議，希望雙方在協商過程中，能夠稍微心平氣和，希望氣氛能比較好一點。事實上付費者代表已經盡了最大的努力及誠意，等一下李永振委員會向大家做報告，但是我拜託大家協商的口氣及氣氛要好一點，謝謝。

盧主任委員瑞芬

請李永振委員。

李委員永振

一、謝謝陳杰委員，其實我剛才也沒有什麼火氣，可能是我講話不太精準，但是我覺得大家都是依據健保法賦予委員的職責來進行討論，我也承認我的表達不夠精準，如果讓龐副署長有不舒服的話，我也很抱歉。我剛才還跟劉淑瓊委員開玩笑，我們就跟主委同進退，就擔任委員到今年底。

二、剛才經過付費者內部討論，有 2 個項目調整如下：

(一)第 8 項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」，付費者同意健保署方案的經費，全年經費由 18 億元，調升為 19.281 億元，也就是多給 1 億 2,000 多萬元，協定事項如螢幕顯示(註 1)，請各位參考。

(二)第 12 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」，這是爭議最大的 1 項，我們經過考慮之後，雖然本來付費者就很有誠意，就算健保署說明不清楚，也已經同意編列 20 億元，現在同意再加碼 5 億元，也就是全年經費增為 25 億元。

三、我也要藉此機會說明 1 件事情，剛才龐副署長提到第 7 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，付費者編列經費 10 億元，他有解釋是為了因應以後的疫情狀況等需要增

加經費，但是歷年預算介於 4.406 億元~10 億元，最高就只有編列 10 億元，113 年最低只有 4.406 億元，所以 114 年付費者編列 10 億元，但是健保署希望編列 12 億元，還多了 2 億，我們就接受(有付費者代表表示沒有接受)，但是健保署在過程中要講清楚，不要前後矛盾，大概是這個樣子(有付費者代表再次提醒第 7 項經費付費者沒有要調整)。

四、我只是要解釋不能接受剛才龐副署長的說明，他說付費者代表沒有根據就給 10 億元，其實有，以前預算最高就是編列 10 億元，後來減到 8 億元，而 113 年 4.406 億元其實是衛福部最後核下來的金額，協商當時付費者並不是編列 4.406 億元(查 113 年付費者方案本項編列 8 億元)，後來我想了半天才搞懂，它是整體考量其他項目的經費再反算回來的數字。現在我們接受健保署版本的 12 億元(其他付費者代表表示沒有)，OK，抱歉我搞錯了，我更正一下，第 7 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」維持編列 10 億元。

五、所以第 8 項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」照健保署版本經費 19.281 億元，第 12 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」則多增加 5 億元，全年經費 25 億元，這樣加起來，付費者還是有多給錢(註 2)，這是我們剛才討論出的版本。

(註：

1. 螢幕顯示第 8 項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」之協定事項：1. 持續檢討醫療利用情形(含門診次數成長合理性等)，及評估照護品質(含健康品質為導向之評估指標)與執行成效，提健保會報告。
2. 請矯正機關加強改善衛生環境。

2. 螢幕顯示付費者方案全年經費 18,227.7 百萬元。)

龐副署長一鳴

對不起，我再確認一下，請問第 3 項「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 2.0 之服務」，

和第 11 項「提升保險服務成效」有調整嗎？

劉委員淑瓊

簡單講就是第 8 項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」按照健保署經費 19.281 億元，第 12 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」由 20 億元，調升為 25 億元，增加 5 億元，付費者方案第 2 版就只有調整這 2 項。

李委員永振

其他就按照我們付費者的第 1 版。

盧主任委員瑞芬

所以付費者版本就是增加 2 項的經費，第 12 項加了 5 億元，第 8 項就照健保署版本，所以現在付費者版本總金額是 182 億 2,770 萬元，其實雙方真的很接近了。

龐副署長一鳴

藥品確效那一項有沒有調整？

盧主任委員瑞芬

哪一項？

龐副署長一鳴

第 11 項「提升保險服務成效」。

盧主任委員瑞芬

對，第 11 項「提升保險服務成效」付費者代表還是沒有編列經費，健保署方案是要保留 0.15 億元，但是付費者代表沒有接受，因為他們認為藥品確效是屬於食藥署權責。龐副署長是指第 11 項對吧？

龐副署長一鳴

對。

盧主任委員瑞芬

就是藥品確效的部分。

龐副署長一鳴

- 一、第 3 項「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 2.0 之服務」經費不調整，對健保署影響比較沒那麼大。
- 二、我們比較在意第 11 項「提升保險服務成效」及第 12 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」。第 11 項主要是因為健保在這次輸液事件確實吃了虧，也花了很多心血去處理，如果事前有一些機制可以預防就不必那麼辛苦，這是我們從此次事件得到的教訓。
- 三、第 12 項則是要做比較大的支付制度改革，健保署需要比較大的空間，雖然各位委員有再增加 5 億元經費，可是我還是認為幅度不夠(有付費者代表表示就先用 25 億元去做)。

盧主任委員瑞芬

真的是有多少錢做多少事啦！

龐副署長一鳴

我的意思是說，因為付費者代表在第 12 項所訂協定事項已經寫得很清楚，具體實施方案要提健保會同意後執行，所以拜託各位委員第 12 項經費能夠放寬一點，到時候健保署一定會來健保會提案，如果到時候各位覺得實施方案真的不好，就把預算扣掉，還是一樣不會執行，因為要做支付制度改革，如果籌碼不夠大，效果就有限。

盧主任委員瑞芬

請周麗芳委員。

周委員麗芳

今天協商到現在已經晚上 10 點，距離圓滿達成共識只剩最後一哩路，其實石署長上任之後，包括今天在場的 2 位副署長，龐副署長、陳副署長，我也看到健保署勇於任事，是真的想做事。剛剛龐副署長提到，第 12 項要提健保會同意後執行，我覺得今天付費者代表也非常的棒，因為真的是要把關。我認為現在就差最後一步了，是不是有什麼辦法，我也很希望大家開開心心，等下都能回家好好休息，

付費者代表是不是也再討論一下，看看有沒有什麼可能性，不然現在都已經晚上 10 點了，謝謝。

盧主任委員瑞芬

請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋

大家好，我覺得現在都晚上 10 點多了，距離 11 點還有 1 個小時，可是我們不要協商到那麼晚，好不好？雖然還有 1 個小時才 11 點，去年就是 11 點多結束，大家都累得要死，我住在林口，回家還要再花 1 個多小時。剛剛大家講得沒有錯，現在就差那麼一小步，龐副署長，我建議健保署有多少錢就做多少事，你不要把預算編到滿做到滿，你不要那麼辛苦啊！而且實施方案也是要送到健保會來討論，通過以後才能做，是不是？所以健保署要 33.77 億元，付費者代表給了 25 億元，也不少了，我們也是很有誠意，是不是龐副署長能含淚，不要含淚，是不是就含笑接受，謝謝。

盧主任委員瑞芬

所以付費者代表基本上就是維持目前版本，就是螢幕上這個總金額 182 億 2,770 萬元的版本。大家真的也是很辛苦，從早上協商到現在真的很辛苦，健保署可不可以同意有多少錢做多少事，好不好？

龐副署長一鳴

是這樣沒有錯，可是大家知道第 12 項涉及支付標準改革，其實很複雜，付費者代表又訂定很多專業的協定事項(註)，又要預算中平，又要通盤調整，它的影響幅度其實會很大，籌碼不夠其實就不好做。所以拜託大家，很對不起，因為第 12 項各位委員已經訂定很好的協定事項，就是健保署要把實施方案提健保會同意後執行，如果到時候我們提的方案不好，各位委員可以再來做適度限縮，我都沒有意見。

(註：螢幕顯示第 12 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」之協定事項：1.不得作為保障點值每點 0.95 元相關費用。2.住院護理費、急重難罕症診療費等，有多年未通盤調整的情形，建議為優先調整項目。3.

支付標準調整要符合「預算中平」的原則。4.請健保署於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)，提健保會同意後執行。)

盧主任委員瑞芬

- 一、所以現在第 7 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，健保署沒有意見。
- 二、現在只卡在第 12 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」。
- 三、第 11 項「提升保險服務成效」有關藥品確效的預算，付費者代表不編列經費，也就是減少 5 億元，健保署也沒有問題嗎？

龐副署長一鳴

第 11 項「提升保險服務成效」真的也要拜託委員，不然我又要把干文男前委員搬出來，我也不太好意思。

盧主任委員瑞芬

請林恩豪委員。

林委員恩豪

主席，不好意思，其實第 12 項付費者代表已經討論又再討論過了，剛剛其他委員也都講了，有多少錢做多少事，健保署為什麼一定要一直堅持這個經費，我們也沒有一直堅持第 1 版的主張，我們也是進去內部討論後又加了 5 億元，其實我們已經有給健保署空間，謝謝。

龐副署長一鳴

謝謝，我想也不要那麼堅持，好不好？第 12 項就麻煩再幫我們加 5 億元回來，變成 30 億元。

劉委員淑瓊

龐副署長，跟您報告一下，我查了 112 年度總額協商資料，健保署第 1 年推動以醫療費用支付標準相對值(RBRVS)調整支付標準時，建議在醫院總額編 10 億元專款，西醫基層總額建議編 9 億元專款，

協商時健保署也提到醫院總額預計編列 50 億元，但是採逐年編列。所以 114 年付費者代表在其他預算第 12 項再增加 25 億元其實是夠了，之後也可以再逐年編列預算，真的就是有多少錢做多少事，也還要考量後續健保署實際推動的進展也不一定那麼順利。更重要的是，我們到現在也沒有聽到這筆錢具體是要怎麼運用，我可以聽得出來龐副署長的意思，如果健保署口袋很滿，就有底氣可以去推動相關事項，可是你要多滿呢？我的建議是健保署就接受 25 億元。

龐副署長一鳴

我又要引用前人的話，因為支付標準調整涉及各科別衡平性，常常聽到有人說哪科錢不夠、幾大皆空等問題，如果這次的調整不是 1 次做足，又有誰要先誰要後的問題，會是很大的困擾，每次健保有 1 個動作就會引來……。

劉委員淑瓊

我唸一下 112 年度總額協商資料，健保署自己寫的文字，我有請醫改會的幕僚幫我找到，當時在醫院總額第 28 項「平衡長期偏低之醫院基本醫療服務點數」專款項目，健保署意見為「研擬通盤審視支付標準，建議編列 50 億元(逐年編列，第 1 年編列 10 億元)」，所以照健保署自己的規劃，做這件事情本來就是逐年編列預算辦理，原本規劃 50 億元就是採逐年編列。

盧主任委員瑞芬

健保署可以接受付費者方案嗎？

龐副署長一鳴

現在雙方只剩下 5 億元差距，只有 5 億元，拜託各位委員高抬貴手，再次拜託、拜託。

盧主任委員瑞芬

請陳杰委員。

陳委員杰

一、我再說明一下，事實上付費者在第 1 次內部會議討論時，針對第 12 項，它屬於新增項目，付費者給了 20 億元經費，是有所

本的。剛剛劉淑瓊委員也有向大家詳細說明，他也蒐集了相關資料佐證。因為依 112 年健保署的規劃就是採逐年編列，所以我們在本項才編列 20 億元，後來付費者代表為了展現最高的誠意，雖然在內部會議討論過程中眾說紛紜，委員紛紛表達自己的意見，雖然也有人不同意增加 5 億元，但是最後有幾個委員就跳出來說，為了展現我們的誠意，就調高 5 億元，從剛剛劉委員提供的數據顯示，25 億元應該也足夠了。

二、話說回來，健保署有多少錢做多少工作，25 億元其實已經夠了，所以大家不要為了區區這個數字爭論，真的是於事無補。我還是要借用這個機會跟龐副署長建議，希望健保署就接受 25 億元，今天的會議就能夠圓滿的結束，這是我覺得比較中肯的建議，謝謝。

龐副署長一鳴

陳委員拜託，健保署前面已經讓步很多了，連第 11 項「提升保險服務成效」，干前委員關心的都已經讓掉了，我就爭取第 12 項這 5 億元而已。

劉委員淑瓊

龐副署長，從其他預算開始協商到現在，付費者代表已經退了多少，健保署真的是太堅持了。

龐副署長一鳴

健保署已經調很多了。

劉委員淑瓊

付費者版本就維持這樣了。

盧主任委員瑞芬

我知道大家都很想回家，我比你們更想回家……。其實現在龐副署長正在跟石署長聯絡，我們就是儘量努力啦，真的……，可能我卸任以後完全不會想念健保會的原因，就是開會要開到這麼晚，我兒子也是聲聲催促，現在雙方就是差一點了……。

龐副署長一鳴

有一些基本的觀念還是要跟大家稍微溝通一下，因為一般所謂 RBRVS 是指調整醫師服務的費用，付費者代表在協定事項也寫得很清楚，建議將住院護理費列為優先調整項目，但是按照 RBRVS 的架構，其實是沒有包括調整住院護理費。剛剛劉淑瓊委員查資料也很辛苦，可是 RBRVS 架構是調整醫師的服務費用，住院護理費並沒有在裡面，健保署也很希望能夠調整住院護理費。你(示意林綉珠委員)要不要幫我拜託一下？

盧主任委員瑞芬

快要做決議了，委員若有意見請快點講。現在雙方只有對第 12 項沒有共識，其他健保署應該都同意照付費者的版本，第 12 項健保署希望編列 30 億元來做支付標準的調整，付費者目前是編列 25 億元，這個是不是大家目前有的共識？是不是這樣子？(付費者代表回答是)健保署有沒有其他要補充？

龐副署長一鳴

請林綉珠委員幫忙說明？

盧主任委員瑞芬

請林綉珠委員。

林委員綉珠

我想真的是蠻困難的，不過剛剛龐副署長提到，有關住院護理費的部分，因為第 12 項的協定事項第 2 點「住院護理費、急重難罕症診療費等，有多年未通盤調整的情形，建議為優先調整項目」，所以我建議優先調整住院護理費 5 億元。

盧主任委員瑞芬

你的意思是第 12 項經費 25 億元，要再加 5 億元嗎？

林委員綉珠

對，25 億元，再加 5 億元，就是 30 億元……。

黃委員金舜

要先載明 5 億元是用於調整住院護理費。

盧主任委員瑞芬

請楊委員玉琦。

楊委員玉琦

- 一、我要發言，對不起，今天我都還沒有發言，楊玉琦第 1 次發言，其實今天西醫基層部門在協商後，對外說因為付費者代表不支持護理費調升，而沒有辦法達成共識。結果在這個場合又要用護理費來要脅我們。我剛剛還跟林綉珠委員說，你要幫我們澄清，付費者代表從來沒有因為不支持護理費調升，而不跟所有的總額部門達成共識，結果在這邊您卻要這樣說。
- 二、其實移去由公務預算支應的項目，預算(59.86 億元)並沒有被扣掉，所以目前其他預算的總金額實際上不是負成長，剛才龐副署長第 1 句話就說其他預算是負成長，我都不知道哪來的負成長，到底哪裡是負成長？當然公務預算可能是健保署很辛苦去爭取來的，但是不考慮公務預算，實際上成長是多少，請你算清楚。我建議不要再談了，就協商到這裡。

盧主任委員瑞芬

我知道各位都很辛苦，因為健保署同仁還是要把目前的狀況跟石署長報告，我是真的不希望第 12 項用附註的方式處理，因為這是最後 1 個項目，前面都談得那麼好，我們跟最長期、最親密的戰友健保署，在這第 12 項才差 5 億元而已，結果居然談不下來，雙方金額其實很接近了，所以就允許健保署同仁花幾分鐘跟石署長做最後的確認，他們其實都是公務人員，現在也都還在辛苦的工作，請黃金舜委員。

黃委員金舜

報告在座各位委員，我是台北市北投區公所的調解委員會主席，也是台北市所有調解委員會的總會長，在我 20~30 年的調解經驗中，這種卡住的問題，一般不會講法，而會講情、理，剛才龐副署長說健保署要多 5 億元，就像我處理車禍調解一樣，這種事情沒有標準，不然就各退一步，就多 2.5 億元，這邊也退一下，那邊也退一下，

你們如果都要堅持，事情就沒有辦法處理。我是這樣建議，健保署也不要再堅持要多 5 億元，你就退到多要 2.5 億元，付費者代表也退到多給 2.5 億元，大家和諧解決，謝謝。

盧主任委員瑞芬

所以黃金舜委員提出很明確的建議，第 12 項本來付費者代表是給 25 億元，然後健保署希望爭取 30 億元，他建議有沒有可能給 27.5 億元，大家各退一步。

楊委員玉琦

黃委員，我也是調解委員，但是我不支持第 12 項再加 2.5 億元。

盧主任委員瑞芬

請李委員永振。

李委員永振

因為黃金舜委員沒有參與付費者內部會議，所以在這裡跟黃委員報告，第 12 項本來我一開始的看法是不編經費，現在已經增加到 25 億元，健保署原本是要 33.77 億元，到底是誰退得比較多？付費者代表已經退到快懸崖下了。

盧主任委員瑞芬

大家息怒，黃金舜委員是本會非常重要的人物，總是能適時的給大家帶來一點歡笑，但是現在時間真的很緊迫，請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊

龐副署長，其實支付標準調整經費不是只有 25 億元，114 年醫院總額「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)」，付費者有編列 24.232 億元，這是今天早上才協商的，西醫基層總額同項目也有編列 9.139 億元，再加上其他預算的 25 億元，其實付費者有編列近 58 億元可以調整診療項目的支付衡平性，其實經費很多。

龐副署長一鳴

劉淑瓊委員講的我完全能理解，只是當預算分到不同總額部門，就

是由不同部門主導。

劉委員淑瓊

健保署負責的就是其他預算，先用 25 億元去執行，對不對？如果執行效果非常好，可以在協商 115 年度總額時提出還需要多少經費，而且必須很具體地估算費用。因為我是研考會出來的，預算編列要跟計畫內容綁在一起，現在付費者編列這筆錢，其實是空白授權，因為我們真的不知道健保署 RBRVS 要怎麼做，並沒有具體的內容，也沒有看到短、中、長程的規劃。

龐副署長一鳴

我太尊敬研考會出來的人，知道我們公務員的困難。

劉委員淑瓊

我了解。

龐副署長一鳴

研考會都會支持我們的計畫。

劉委員淑瓊

沒有啦。

龐副署長一鳴

可是健保署的預算是立法院審查的，就像今天在座是在審查總額預算，如果有另外 1 個機關是專門審計畫的，我一定會提 1 個很好的計畫給他審，問題是現在協商的機制不是研考會和立法院的分工，對不對？

劉委員淑瓊

一樣啦，其實包括我們對其他總額部門也都要求提出來的計畫要很明確，像是其他總額部門提出來的經費，健保署也會幫他估算，再重新估算一次，對不對？所以同樣的道理，健保署自己提出來的項目，我們也希望是有憑有據，而不是告訴付費者代表，你們給我越多錢，我就越有底氣，我就越能談，至於我怎麼談，我再來跟你們講。我們也是要 accountability(盡責)，我們每個人背後也有代表的團

體要回去交代，我覺得大家有不同的立場，但是付費者代表這邊，我坦白講真的已經盡了很大的誠意，謝謝。

盧主任委員瑞芬

不曉得我們還需要等石署長回覆嗎？因為其他預算一向都是用付費者的方案，其實去年的作法也是不好的先例，就是用附註的方式把健保署的不同意見寫出來，目前第 12 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」，付費者代表編列經費是 25 億元，健保署有不同意見，建議經費為 30 億元，如果健保署沒有其他要改變的話，我想大概只能用這樣來做決議，看起來今天晚上是真的談不成，真的很抱歉，耽誤大家那麼多時間。

龐副署長一鳴

謝謝主委，謝謝各位委員，耽誤大家時間，我們就按照剛剛主委的決議來辦理，我在這裡跟大家致歉，很抱歉耽誤大家這麼多時間。

盧主任委員瑞芬

一、我還是要強調其他預算沒有兩案併陳，但是因為第 12 項沒有共識，114 年度其他預算，付費者代表方案總金額是 182 億 2,770 萬元，理論上不應該跟 113 年的總金額比，原因是今年其他預算其實移出了 3 個項目改由公務預算支應，但是如果直接跟 113 年總金額比，就是減少 10 億 9,210 萬元，請健保署針對有不同意見的項目，在 9 月 26 日上午 9 點前提送建議金額跟協定事項(註)，並且依據今天的協商結論併同提出下列事項，以納入 9 月 27 日的委員會議討論：

- (一)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的評估指標。
- (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。

二、其他預算就協商到此結束，再次感謝各位付費者代表堅持到最後，還有專家學者及公正人士委員，以及健保署、健保會的同

仁，非常謝謝你們，謝謝。

(註：健保署於113年9月26日提送對第8項及第12項之不同意見如下：

- 1.第8項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」：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」。
- 2.第12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」：建議全年經費3,377百萬元。)