

衛生福利部全民健康保險會
第7屆115年第8次委員會議事錄

中華民國115年9月30日

衛生福利部全民健康保險會第7屆115年第8次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國115年9月30日上午9時30分

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

主席：周主任委員麗芳

紀錄：劉于鳳、方嘉昀

出席委員：(依姓名筆劃排序，*為參與視訊會議)

朱委員益宏*、吳委員永全、吳委員銘修*、吳委員鏘亮*、呂委員正華*、李委員飛鵬*、林委員宜平*、林委員恩豪*、林委員敏華*、花委員錦忠*、洪委員瑜黛*、胡委員峰賓*、張委員田黨*、張委員家銘、許委員舒博*、許委員慧瑩*、連委員賢明、陳委員秀熙、陳委員建宗*、陳委員節如*、陳委員麗琴*、溫委員宗諭*、黃委員心苑*、黃委員立賢、黃委員金舜、黃委員振國*、黃委員國祥*、楊委員玉琦*、楊委員芸蘋、葉委員孟琪、董委員正宗*、蔡委員順雄、鄭委員力嘉*、謝委員佳宜*、顏委員鴻順*、嚴委員必文*、蘇委員守毅

請假委員：張委員鈺旋

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：陳署長亮妤(張副署長禹斌代理)

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第84~85頁)

貳、議程確認：(詳附錄第85~86頁)

決定：確認。

參、確認上次(115年第7次)委員會議紀錄：(詳附錄第86頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第88頁)

決定：洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第89~116頁)

提案單位：本會第三組

案由：116年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案，提請討論。

決議：

- 一、確認116年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配初步協商結果包括：成長率、金額、協定事項，如附件一至附件五。至於「執行目標」及「預期效益之評估指標」，如劃線處，請中央健康保險署會同總額部門相關團體研訂，並提報本(115)年10月份委員會議(115.10.28)確認。委員所提意見，送請各總額部門及中央健康保險署參考。
- 二、請各總額部門於本年10月14日前提送地區預算分配之建議方案，並將安排於10月份委員會議討論；最遲未於11月11日提送建議方案者，則由本會掣案提11月份委員會議(115.11.25)討論，俾依法於年底前完成協定。

陸、報告事項(詳附錄第117頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「115年8月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)。

決定：本案洽悉。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：上午11時18分。

116 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■116 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 115 年度醫院一般服務醫療給付費用 $\times(1+116$ 年度一般服務成長率) $+116$ 年度專款項目經費 $+116$ 年度醫院門診透析服務費用

■116 年度醫院門診透析服務費用＝115 年度醫院門診透析服務費用 $\times(1+116$ 年度成長率)

註：校正後115年度醫院一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部115.9.9衛部保字第1150140425號交議總額範圍函確認，以前1年度(115年)醫院一般服務醫療給付費用，校正前2年度(114年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前1年度(115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 5.391%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.183%，協商因素成長率 2.208%。

(二)專款項目全年經費為 53,948.3 百萬元。

(三)門診透析服務成長率為 2.319%。

(四)前述三項額度經換算，116 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

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 116 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 117 年度總額協商考量。

(一)一般服務預算保留 19,850 百萬元，保留額度與西醫基層總額額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。

(二)一般服務(上限制)：

1.新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)(0.891%，預估增加 5,443 百萬元)：

(1)執行目標(暫列)：加速新藥之收載，以使健保資源給付於創新治療。

預期效益之評估指標(暫列)：

①提藥物共同擬訂會議討論之新藥案件數至少 15 件。

②提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目回歸健保常規給付之案件數至少 7 件。

(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，並於協商 117 年度總額前，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，加強醫療科技再評估(HTR)機制，並檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。

③於 116 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

2.藥品及特材給付規定改變(0.550%，預估增加 3,358 百萬元)：

(1)執行目標(暫列)：依臨床實證擴增藥品給付範圍，提供民眾最有效益的治療。

預期效益之評估指標(暫列)：

①提藥物共同擬訂會議討論之給付規定擴增案件數至少 15 件。

②提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目回歸健保常規給付之案件數至少 1 件。

(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，並於協商 117 年度總額前，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於 116 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.因應牙醫支付標準調整所增加預算(0.0001%，預估增加 0.6 百萬元)：
- 用於因應牙醫門診總額 115 年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。
- 4.醫院醫療服務韌性加成(0%)。
- 5.促進醫療服務診療項目支付衡平已導入費用(0.767%，預估增加 4,683 百萬元)(116 年新增項目)：
- (1)執行目標(暫列)：提升急診及護理人力投入價值。
- 預期效益之評估指標(暫列)：
- ①護理人員調薪指標：護理人員調薪人數比率與 113 年 12 月相較須達 55%或高於該院急性一般病床護理人員數占率。
 - ②急診相關項目指標：任一指標達標(維持或優於去年)。
 - A.急診病人轉出率。
 - B.每季急診轉住院病人滯留急診超過 24 小時之日均人次。
 - C.急診轉住院人次占率及急診病人停留超過 24 小時之案件比率。
 - ③急救責任醫院加護病房基本診療項目指標：任一指標達標(維持或優於去年)或高於同層級醫院同儕值中位數。
 - A.檢傷一級病人及完成急診重大疾病照護病人進

入加護病房＜6 小時之比率。

B.加護病床周轉率。

(2)本項配合 115 年「促進醫療服務診療項目支付衡平」及「住院護理費用」已修訂支付標準項目，導入一般服務編列預算。

(3)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形。

6.配合政策，強化黃金治療期復健服務(0%)。

7.精進成人預防保健併行診療服務之照護品質(0%)。

8.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.0002%，減少 1.5 百萬元)：

於 117 年度總額加回本項違規扣款金額。

(三)專款項目：全年經費為 53,948.3 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，應於 116 年度總額公告後 1 個月內完成。

1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)：

(1)全年經費 903 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(2)執行目標(暫列)：針對食藥署核准上市，屬臨床迫切需求且臨床療效及財務具高度不確定性之新藥，採暫時性支付，期間蒐集我國真實世界實證資料，再評估健保是否常規支付。

預期效益之評估指標(暫列)：提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目案件數至少 1 件。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①在額度內妥為管理運用，並檢討暫時性支付執行機制及優化支付流程，於 116 年 12 月前提出專案報告。

②於116年7月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數及歷年收載暫時性支付項目之執行概況)，及前一年成效評估檢討報告。

2.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 628 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，並檢討醫療利用情形，以提升資源使用效率。

3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 23,453.3 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)罕見疾病藥費如有公務預算挹注，則由本項專款移列該同等額度，全數用於支應專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」之醫院醫療服務韌性加成。

(3)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並監測醫療利用情形。

4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

(1)全年經費 5,100 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，並監測醫療利用情形。

5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

全年經費 5,364.3 百萬元，本項經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

6.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 3,043.3 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、乳癌、乳癌照護品質提升、思覺失調症、肝炎、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、化療學名藥、擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)、加護病房侵襲性呼吸器優化管理，及新增大腸癌及骨質疏鬆症等方案。

(3)請中央健康保險署滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護成效不佳之方案，請研議具體改善策略或退場。

7.急診品質提升方案：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並精進方案執行內容，積極提升急診處置效率及急診照護品質，以提升執行成效。

8.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，鼓勵醫師積極參與計畫，提升就醫可近性。

9.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 2,200 百萬元。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並檢討補助方式及精進方案執行內容。

10.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(1)全年經費 200 百萬元，本項經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同醫院及西醫基層總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，鼓勵適當轉診。
- ②持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。

11.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)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並精進照護成效相關指標及評估成本效益。

12.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)請中央健康保險署滾動式檢討計畫相關品質指標，提升病人脫離呼吸器及安寧療護之照護成效。

13.地區醫院全人全社區照護計畫：

- (1)全年經費 500 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①滾動式檢討計畫內容，鼓勵醫院積極參與，加強計畫推動，並持續監測執行成效。
 - ②本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請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。

14.區域聯防-提升急重症照護品質：

- (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滾動式檢討計畫內容，加強區域聯防及網絡建置，提升急重症照護成效。

②本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請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。

15.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫：

(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滾動式檢討計畫內容，精進成效評估指標及強化高風險院所的輔導機制。

②本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請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。

16.促進醫療服務診療項目支付衡平(含醫院醫療服務韌性加成)：

(1)全年經費 1,505.3 百萬元，本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。

(2)本項優先用於以醫事人力為主、人力流失科別及整體住院之支付標準調整，以及「復健病房試辦計畫」、「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」之相關經費。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①本項經費於支付標準修訂或復健病房設立後，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。

②本項以 5 年為檢討期限(115~119 年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦

理，則請於執行第 5 年(119 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。

17.住院護理費用：

- (1)全年經費 5,137 百萬元。
- (2)本項用於調升住院護理費用，請落實用於調升護理人員薪資，鞏固醫療量能。
- (3)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①持續監測護理人力(含各層級護病比占率、護理人力增加數等)及護理照護品質相關指標(含病人跌倒、壓瘡及感染發生率等)，以評估總額投入效益，落實提升照護量能。
 - ②本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

18.離島地區加成費用：

- (1)全年經費 222.9 百萬元。
- (2)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

19.全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS：

- (1)全年經費 200 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①滾動式檢討計畫內容，並鼓勵醫院積極參與。
 - ②本計畫以 5 年為檢討期限(114~118 年)，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(118 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

20.品質保證保留款：

- (1)全年經費 1,149.7 百萬元。
- (2)本項專款額度(1,149.7 百萬元)，併同其於原 106 年

度一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(388.7 百萬元)，合併運用(計 1,538.4 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。

(四)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，並統籌運用。
- 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 2.319%。
- 3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 50,260.3 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質計畫」，且 300 百萬元不得流用於一般服務。
- 4.本項目增加之預算，用於提升透析醫療韌性，包括：因應緊急危難時，應變醫療資源妥適分配；與維持透析醫療服務量能，配合留人留才，檢討相關支付成本，回應醫事人力投入。
- 5.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)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。
 - (2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護

品質計畫」，並監測評估病人照護品質與健康結果之執行成效。

附表 116 年度醫院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		3.183%	19,442.8	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。
投保人口預估成長 率		0.447%		
人口結構改變率		1.804%		
醫療服務成本指數 改變率		0.920%		
協商因素成長率		2.208%	13,483.1	1.一般服務預算保留 19,850 百 萬元，保留額度與西醫基層 總額額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。 2.請於 116 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 117 年度總額協商考量。
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、 新增修診 療項目)	0.891%	5,443.0	1. <u>執行目標(暫列):加速新藥之 收載，以使健保資源給付於 創新治療。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列):</u> (1) <u>提藥物共同擬訂會議討論 之新藥案件數至少 15 件。</u> (2) <u>提藥物共同擬訂會議討論 之暫時性支付項目回歸健 保常規給付之案件數至少 7 件。</u> 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， 並於協商 117 年度總額 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。

項目				成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
		保險給付項目及支付標準之 改變				(2)積極引進新特材，加強醫療科技再評估(HTR)機制，並檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。 (3)於 116 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
			2.藥品及特材給付規定改變	0.550%	3,358.0	1.<u>執行目標(暫列):依臨床實證擴增藥品給付範圍，提供民眾最有效益的治療。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列):</u> (1)<u>提藥物共同擬訂會議討論之給付規定擴增案件數至少 15 件。</u> (2)<u>提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目回歸健保常規給付之案件數至少 1 件。</u> 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，並於協商 117 年度總額前，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)於 116 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.因應牙醫支付標準調整所增加預算	0.0001%	0.6	用於因應牙醫門診總額 115 年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。
			4.醫院醫療服務韌性加成	0.000%	0.0	

項目				成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
		保險給付項目及支付標準之改變	5.促進醫療服務診療項目支付衡平已導入費用(116年新增項目)	0.767%	4,683.0	1.執行目標(暫列):提升急診及護理人力投入價值。 預期效益之評估指標(暫列): (1)護理人員調薪指標:護理人員調薪人數比率與 113 年 12 月相較須達 55%或高於該院急性一般病床護理人員數占率。 (2)急診相關項目指標:任一指標達標(維持或優於去年)。 ①急診病人轉出率。 ②每季急診轉住院病人滯留急診超過24小時之日均人次。 ③急診轉住院人次占率及急診病人停留超過24小時之案件比率。 (3)急救責任醫院加護病房基本診療項目指標:任一指標達標(維持或優於去年)或高於同層級醫院同儕值中位數。 ①檢傷一級病人及完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6 小時之比率。 ②加護病床周轉率。 2.本項配合 115 年「促進醫療服務診療項目支付衡平」及「住院護理費用」已修訂支付標準項目,導入一般服務編列預算。 3.請中央健康保險署持續監測醫療利用情形。
		其他醫療服務利用密度之改變	6.配合政策,強化黃金治療期復健服務	0.000%	0.0	

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	其他醫療服務利用及密集度之改變	7.精進成人預防保健併行診療服務之照護品質	0.000%	0.0	
	其他議定項目	8.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.0002%	-1.5	於 117 年度總額加回本項違規扣款金額。
	一般服務成長率 ^{註1}	增加金額	5.391%	32,925.9	
		總金額		643,763.2	
專款項目(全年計畫經費)					各專款項目之具體實施方案，應於 116 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 116 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)			903.0	303.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 2.執行目標(暫列):針對食藥署核准上市，屬臨床迫切需求且臨床療效及財務具高度不確定性之新藥，採暫時性支付，期間蒐集我國真實世界實證資料，再評估健保是否常規支付。 預期效益之評估指標(暫列):提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目案件數至少 1 件。 3.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)在額度內妥為管理運用，並檢討暫時性支付執行機制及優化支付流程，於 116 年 12 月前提出專案報告。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				(2)於 116 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數及歷年收載暫時性支付項目之執行概況)，及前一年成效評估檢討報告。
	2.C 型肝炎藥費	628.0	-572.0	1.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，並檢討醫療利用情形，以提升資源使用效率。
	3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	23,453.3	4,262.3	1.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.罕見疾病藥費如有公務預算挹注，則由本項專款移列該同等額度，全數用於支應專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」之醫院醫療服務韌性加成。 3.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並監測醫療利用情形。
	4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	5,100.0	-771.0	1.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，並監測醫療利用情形。
	5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,364.3	0.0	本項經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	6.醫療給付改善方案	3,043.3	424.8	1.持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、乳癌照護品質提升、思覺失調症、肝炎、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、化療學名藥、擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)、加護病房侵襲性呼吸器優化管理，及新增大腸癌及骨質疏鬆症等方案。 2.請中央健康保險署滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護成效不佳之方案，請研議具體改善策略或退場。
	7.急診品質提升方案	300.0	0.0	請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並精進方案執行內容，積極提升急診處置效率及急診照護品質，以提升執行成效。
	8.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	135.5	0.0	1.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，鼓勵醫師積極參與計畫，提升就醫可近性。
	9.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	2,200.0	200.0	請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並檢討補助方式及精進方案執行內容。
	10.鼓勵院所建立轉診合作機制	200.0	-24.7	1.本項經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同醫院及西醫基層總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				機制，鼓勵適當轉診。 (2)持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。
	11.精神科長效針劑藥費	3,006.0	0.0	1.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，並精進照護成效相關指標及評估成本效益。
	12.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	請中央健康保險署滾動式檢討計畫相關品質指標，提升病人脫離呼吸器及安寧療護之照護成效。
	13.地區醫院全人全社區照護計畫	500.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.滾動式檢討計畫內容，鼓勵醫院積極參與，加強計畫推動，並持續監測執行成效。 2.本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請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。
	14.區域聯防-提升急重症照護品質	300.0	32.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.滾動式檢討計畫內容，加強區域聯防及網絡建置，提升急重症照護成效。 2.本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請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

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				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。
	15.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	300.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.滾動式檢討計畫內容，精進成效評估指標及強化高風險院所的輔導機制。 2.本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請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。
	16.促進醫療服務診療項目支付衡平(含醫院醫療服務韌性加成)	1,505.3	-386.2	1.本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。 2.本項優先用於以醫事人力為主、人力流失科別及整體住院之支付標準調整，以及「復健病房試辦計畫」、「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」之相關經費。 3.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)本項經費於支付標準修訂或復健病房設立後，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。 (2)本項以 5 年為檢討期限(115~119 年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(119 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。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	17.住院護理費用	5,137.0	637.0	1.本項用於調升住院護理費用，請落實用於調升護理人員薪資，鞏固醫療量能。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續監測護理人力(含各層級護病比占率、護理人力增加數等)及護理照護品質相關指標(含病人跌倒、壓瘡及感染發生率等)，以評估總額投入效益，落實提升照護量能。 (2)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。
	18.離島地區加成費用	222.9	22.9	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。
	19.全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS	200.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.滾動式檢討計畫內容，並鼓勵醫院積極參與。 2.本計畫以 5 年為檢討期限(114~118 年)，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(118 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
	20.品質保證保留款	1,149.7	74.1	1.本項專款額度(1,149.7 百萬元)，併同其於原 106 年度一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(388.7 百萬元)，合併運用(計 1,538.4 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同醫院

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				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。
	專款金額	53,948.3	4,202.2	
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	5.621%	37,128.1	
	總金額		697,711.5	
門診透析服務	增加金額	2.319%	585.1	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，並統籌運用。 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2.319%。
	總金額		25,817.7	3.門診透析服務總費用成長率3%(總費用50,260.3百萬元)，其中433.5百萬元用於「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質計畫」，且300百萬元不得流用於一般服務。 4.本項目增加之預算，用於提升透析醫療韌性，包括：因應緊急危難時，應變醫療資源妥適分配；與維持透析醫療服務量能，配合留人留才，檢

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				討相關支付成本，回應醫事人力投入。 5.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)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。 (2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質計畫」，並監測評估病人照護品質與健康結果之執行成效。
較基期成長率 (一般服務+專款 +門診透析) ^{註3}	增加金額	5.500%	37,713.3	
	總金額		723,529.2	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 610,833.2 百萬元(含 115 年一般服務預算 610,327.7 百萬元，及校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值 503.1 百萬元、加回前 1 年度(115 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 2.4 百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 660,579.3 百萬元，其中一般服務預算為 610,833.2 百萬元，專款為 49,746.1 百萬元。

3.計算「較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為 685,811.9 百萬元，其中一般服務預算為 610,833.2 百萬元，專款為 49,746.1 百萬元，門診透析為 25,232.5 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。

116 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：

■116 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 115 年度西醫基層一般服務醫療給付費用 $\times(1+116$ 年度一般服務成長率) $+116$ 年度專款項目經費 $+116$ 年度西醫基層門診透析服務費用

■116 年度西醫基層門診透析服務費用＝115 年度西醫基層門診透析服務費用 $\times(1+116$ 年度成長率)

註：校正後115年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部115.9.9衛部保字第1150140425號交議總額範圍函確認，以前1年度(115年)西醫基層一般服務醫療給付費用，校正前2年度(114年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前1年度(115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 3.903%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.407%，協商因素成長率 1.496%。
- (二)專款項目全年經費為 17,823.7 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 3.729%。
- (四)前述三項額度經換算，116 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。

三、總額分配相關事項：

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 116 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 117 年度總額協商考量。

- (一)一般服務預算保留 12,450 百萬元，保留額度與醫院總額

額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。

(二)一般服務(上限制)：

- 1.新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)(0.143%，預估增加 212 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，並於協商 117 年度總額前，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)加強醫療科技再評估(HTR)機制，並檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。
- (3)於 116 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

- 2.藥品及特材給付規定改變(0.221%，預估增加 328 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，並於協商 117 年度總額前，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)於 116 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.因應基層護理人力需求，提高第一階段門診診察費(0.444%，預估增加 659.3 百萬元)：

- (1)執行目標(暫列)：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 85%。

預期效益之評估指標(暫列)：聘有護理人員之診所，調升護理人員之薪資比率。

- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同西醫基層總額相關團體及中華民國護理師護

士公會全國聯合會，以增加或留任護理人力、護理人員薪資調整為原則，持續研修具體實施方案(包含執行內容、支付方式、結果面之評估指標、稽核機制等)，於 116 年度總額公告後，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議，並監測歷年挹注經費後，基層診所整體的護理薪資變化及改善情形。

②檢討評估指標，訂定更具反映護理人員薪資或增加護理人力指標(如診所實際護理人力雇用數、增加或留任護理人力、在職穩定率)，以落實編列本項預算之目的。

4.促進醫療服務診療項目支付衡平已導入費用(0.466%，預估增加 692 百萬元)(116 年新增項目)：

(1)本項配合 115 年「促進醫療服務診療項目支付衡平」已修訂支付標準項目，導入一般服務編列預算。

(2)執行目標(暫列)：通盤研議、修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。

預期效益之評估指標(暫列)：假日開診家數下降達 3%即啟動調查，依調查結果進行滾動檢討與調整。

(3)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形、115 年調整門診合理量之後續影響，及西醫基層夜間及假日門診變化情形，於 116 年 8 月前提出專案報告。

5. 75 歲以上慢性病長者診察費，第一階段每件加計 100 點(0%)。

6.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(自專款項目移列一般服務項目)(0.225%，預估增加 334.4 百萬元)：其中原專款額度 178 百萬元維持現行各分區預算額度，156.4 百萬元併入一般服務預算分配。

7.強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門

檻)(0%)。

8.強化國人高血壓照護品質(0%)。

9.幽門螺旋桿菌除菌治療後衍生診療費用(0%)。

10.放寬 GLP-1 RA 使用標準(0%)。

11.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.003%，減少 5.2 百萬元)：

(1)為提升同儕制約精神，請針對常見違規態樣納入精準審查，加強專業自主管理，與院所輔導與追蹤。

(2)於 117 年度總額加回本項違規扣款金額。

(三)專款項目：全年經費為 17,823.7 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，應於 116 年度總額公告後 1 個月內完成。

1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)：

(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。

(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，並檢討暫時性支付執行機制及優化支付流程，於 116 年 12 月前提出專案報告。

②於 116 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數及歷年收載暫時性支付項目之執行概況)，及前 1 年成效評估檢討報告。

2.提升國人視力照護品質：

(1)全年經費 3,884.5 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持續檢討具體實施方案(含執行內容、支付方式、執行目標、以結果面為導向之評估指標等)。
- 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本項以 5 年為檢討期限(114~118 年)，之後回歸一般服務。
- ④本項醫療點數以每點 1 元為原則；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.西醫醫療資源不足地區改善方案：

- (1)全年經費 466.7 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。
- (2)請中央健康保險署持續檢討方案執行內容，鼓勵醫師積極參與，提升就醫可近性。

4.家庭醫師整合性照護計畫：

- (1)全年經費 7,148.5 百萬元。
- (2)執行目標(暫列)：配合「健康台灣三高防治 888」政策，持續擴大收案及照護範圍，提升照護涵蓋率與品質。

預期效益之評估指標(暫列)：

- ①糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率。
- ②糖尿病會員胰島素注射率。
- (3)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持續提升服務量能，提高醫師參與率及個案涵蓋率，朝慢性病整合及全人照護方向推動計畫。
 - ②持續整併論質計酬相關計畫，落實健康台灣全人照護，並訂定結果面指標予以獎勵。

③精進及檢討改善結果面之成效指標，評估本計畫整體照護成效。

④於 116 年 6 月前提出近年計畫轉型及推動成效專案報告(含與醫療給付改善方案之糖尿病及初期慢性腎臟病整合情形、成效指標監測結果等)。

5.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 351 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，並檢討醫療利用情形，以提升資源使用效率。

6.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 677 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、肝炎、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、生物相似性藥品、化療學名藥等方案。

(3)執行目標(暫列)：透過連續性照護與醫病共同參與，促使病患積極治療及管理疾病，進而促進國民健康及健保制度之永續發展。

預期效益之評估指標(暫列)：配合各方案之指標及健保署規劃辦理。

(4)請中央健康保險署滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護成效不佳之方案，請研議具體改善策略或退場。

7.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

(1)全年經費 1,720 百萬元，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。

(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持續研議開放表別項目，並強化管理機制(如執行過高或重複利用異常項目)，落實分級醫療。

②持續評估開放表別照護成效，並對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務，擴大基層診所服務量能。

8.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(1)全年經費 258 百萬元，本項經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，鼓勵適當轉診。

②持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。

9.基層診所產婦生產補助試辦計畫：

(1)全年經費 50 百萬元。

(2)請中央健康保險署持續精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與計畫及提供生產服務。

10.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供，監測醫療利用情形。

11.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)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供，監測醫療利用情形。

12.因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用：

(1)全年經費 11 百萬元，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。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供，監測醫療利用情形。

13.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

本項移列至一般服務項目「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」。

14.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，透過分級醫療加強與醫院轉介合作，提升參與率，並持續監測照護成效。

15.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)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於額度內妥為管理運用，並精進照護成效相關指標及評估成本效益。

②會同西醫基層總額相關團體持續提升基層院所使用長效針劑之比率。

16.促進醫療服務診療項目支付衡平：

(1)全年經費 671 百萬元，本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①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。
- ②本項以 5 年為檢討期限(115~119 年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(119 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。

17.口腔黏膜癌前病變(OPMD)追蹤照護計畫(116 年新增項目)：

(1)全年經費 150 百萬元，本項經費用於口腔黏膜癌前病變為主之追蹤管理及獎勵。

(2)執行目標(暫列)：透過定期且結構化的照護介入，包括口腔清潔、適當藥物治療、戒檳衛教及戒菸協助，以改善口腔黏膜微環境，降低癌前病變持續惡化之風險，並提升早期發現口腔癌及咽喉癌之機會，進而強化整體口腔癌防治成效。

預期效益之評估指標(暫列)：

- ①收案率 $\geq 30\%$ 。
- ②複診管理照護執行完整度 $\geq 80\%$ 。
- ③年度完整追蹤率 $\geq 60\%$ 。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同西醫基層及醫院總額相關團體，妥為研訂具體實施計畫(含適用對象、執行內容、支付方式及結果面之評估指標等)，於 116 年度總額公告後，將具體實施計畫提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議。

- ②本計畫以3年為檢討期限(116~118年)，會同西醫基層總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(118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。

18.強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門檻)：0元。

19.放寬 GLP-1 RA 使用標準：0元。

20.幽門螺旋桿菌除菌治療後衍生診療費用(116年新增項目)：

(1)全年經費 217 百萬元。

(2)本項經費不得與 115 年「配合根除胃癌政策之衍生醫療費用」支付項目重複支應。

(3)用於本項衍生費用 116 年申報數超出 115 年申報數加計總額成長率之差額，並以 217 百萬元為上限。

(4)執行目標(暫列)：接受胃癌篩檢後確認為幽門螺旋桿菌陽性，並於基層診所完成除菌治療之個案，於治療完成後，給付一次「幽門桿菌糞便抗原檢查(30522C)」作為確認除菌是否成功之檢查，以提升整體除菌成功確認率，並作為後續評估胃癌防治政策成效之重要基礎。

預期效益之評估指標(暫列)：陽性個案追蹤率達 70%。

(5)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本項以3年為檢討期限(116~118年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(118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。

②持續監測幽門螺旋桿菌除菌治療整體利用情形及

執行效益。

21.強化糖心腎症候群(CKM)全人整合照護計畫(116 年新增項目)：

(1)全年經費 1,669.5 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：降低國人心血管疾病發生率及減少糖尿病相關心腎併發症、住院及後續高額醫療資源耗用，提升健保資源運用效益。

預期效益之評估指標(暫列)：患者治療前後 LDL 或 HbA1c 之進步率。

(3)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妥為研訂具體實施方案(含收案對象、支付方式、結果面之評估指標等)，提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。

②本項以 3 年為檢討期限(116~118 年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(118 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

22.品質保證保留款：

(1)全年經費 279.5 百萬元。

(2)本項專款額度(279.5 百萬元)，併同其於原 106 年一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(105.2 百萬元)，合併運用(計 384.7 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。

(四)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，並統籌運

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 3.729%。
- 3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 50,260.3 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質計畫」，且 300 百萬元不得流用於一般服務。
- 4.本項目增加之預算，用於提升透析醫療韌性，包括：因應緊急危難時，應變醫療資源妥適分配；與維持透析醫療服務量能，配合留人留才，檢討相關支付成本，回應醫事人力投入。
- 5.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)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。
 - (2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質計畫」，並監測評估病人照護品質與健康結果之執行成效。

附表 116 年度西醫基層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		2.407%	3,574.9	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。
投保人口預估成長 率		0.447%		
人口結構改變率		0.928%		
醫療服務成本指數 改變率		1.023%		
協商因素成長率		1.496%	2,220.5	1.一般服務預算保留 12,450 百 萬元，保留額度與醫院總額 額度合併，用於支應 0~6 歲 兒童醫療費用。 2.請於 116 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 117 年度總額協商考量。
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、 新增修診 療項目)	0.143%	212.0	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 於協商 117 年度總額前，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.加強醫療科技再評估(HTR) 機制，並檢討已收載之品項， 加快療效及經濟效益評估。 3.於 116 年 7 月前提報執行情 形(含新增項目及申報費用/ 點數)。
	2.藥品及特 材給付規 定改變	0.221%	328.0	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 於協商 117 年度總額前，提 出年度給付規定改變之預算 規劃與預估內容，俾落實管

項目				成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
						控。 2.於 116 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.因應基層護理人力需求，提高第一階段門診診察費	0.444%	659.3	1. <u>執行目標(暫列):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 85%。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列):聘有護理人員之診所，調升護理人員之薪資比率。</u> 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同西醫基層總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會，以增加或留任護理人力、護理人員薪資調整為原則，持續研修具體實施方案(包含執行內容、支付方式、結果面之評估指標、稽核機制等)，於 116 年度總額公告後，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議，並監測歷年挹注經費後，基層診所整體的護理薪資變化及改善情形。 (2)檢討評估指標，訂定更具反映護理人員薪資或增加護理人力指標(如診所實際護理人力雇用數、增加或留任護理人力、在職穩定率)，以落實編列本項預算之目的。
			4.促進醫療服務診療項目支付衡平已導入費用	0.466%	692.0	1.本項配合 115 年「促進醫療服務診療項目支付衡平」已修訂支付標準項目，導入一般服務編列預算。 2. <u>執行目標(暫列):通盤研議、</u>

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	保險給付項目及支付標準之改變	(116 年新增項目)			<u>修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列):</u> <u>假日開診家數下降達 3%即啟動調查，依調查結果進行滾動檢討與調整。</u> 3.請中央健康保險署持續監測醫療利用情形、115 年調整門診合理量之後續影響，及西醫基層夜間及假日門診變化情形，於 116 年 8 月前提出專案報告。
		5. 75 歲以上慢性病長者診察費，第一階段每件加計 100 點	0.000%	0.0	
	其他醫療服務利用及密集度之改變	6. 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 (自專款項目移列一般服務項目)	0.225%	334.4	其中原專款額度 178 百萬元維持現行各分區預算額度，156.4 百萬元併入一般服務預算分配。
	保險給付項目及支付標準之改變	7. 強化心血管疾病照護 - 放寬開立降膽固醇藥物標準 (門檻)	0.000%	0.0	

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	其他醫療服務利用及密集度之改變	8.強化國人高血壓照護品質	0.000%	0.0	
		9.幽門螺旋桿菌除菌治療後衍生診療費用	0.000%	0.0	
		10. 放寬GLP-1 RA 使用標準	0.000%	0.0	
	保險給付項目及支付標準之改變				
	其他議定項目	11.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.003%	-5.2	1.為提升同儕制約精神，請針對常見違規態樣納入精準審查，加強專業自主管理，與院所輔導與追蹤。 2.於 117 年度總額加回本項違規扣款金額。
	一般服務成長率 ^{註1}	增加金額 總金額	3.903%	5,795.4 154,316.1	
專款項目(全年計畫經費)					各專款項目之具體實施方案，應於 116 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 116 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
	1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)		100.0	0.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)在額度內妥為管理運用，並檢討暫時性支付執行機制及優化支付流程，於 116 年 12 月前提出專案報告。 (2)於 116 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數及歷年收載暫時性支付項目之執行概況)

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				，及前 1 年成效評估檢討報告。
	2.提升國人視力照護品質	3,884.5	113.1	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.持續檢討具體實施方案(含執行內容、支付方式、執行目標、以結果面為導向之評估指標等)。 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.本項以 5 年為檢討期限(114~118 年)，之後回歸一般服務。 4.本項醫療點數以每點 1 元為原則；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.西醫醫療資源不足地區改善方案	466.7	0.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署持續檢討方案執行內容，鼓勵醫師積極參與，提升就醫可近性。
	4.家庭醫師整合性照護計畫	7,148.5	1,282.0	1.<u>執行目標(暫列)：配合「健康台灣三高防治 888」政策，持續擴大收案及照護範圍，提升照護涵蓋率與品質。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> (1)<u>糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率。</u> (2)<u>糖尿病會員胰島素注射率。</u> 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：

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				(1)持續提升服務量能，提高醫師參與率及個案涵蓋率，朝慢性病整合及全人照護方向推動計畫。 (2)持續整併論質計酬相關計畫，落實健康台灣全人照護，並訂定結果面指標予以獎勵。 (3)精進及檢討改善結果面之成效指標，評估本計畫整體照護成效。 (4)於 116 年 6 月前提出近年計畫轉型及推動成效專案報告(含與醫療給付改善方案之糖尿病及初期慢性腎臟病整合情形、成效指標監測結果等)。
	5.C 型肝炎藥費	351.0	-111.0	1.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，並檢討醫療利用情形，以提升資源使用效率。
	6.醫療給付改善方案	677.0	254.9	1.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、肝炎、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、生物相似性藥品、化療學名藥等方案。 2.執行目標(暫列):<u>透過連續性照護與醫病共同參與，促使病患積極治療及管理疾病，進而促進國民健康及健保制度之永續發展。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列):</u> <u>配合各方案之指標及健保署</u>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				<u>規劃辦理。</u> 3.請中央健康保險署滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護成效不佳之方案，請研議具體改善策略或退場。
	7.強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,720.0	0.0	1.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。 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)持續研議開放表別項目，並強化管理機制(如執行過高或重複利用異常項目)，落實分級醫療。 (2)持續評估開放表別照護成效，並對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務，擴大基層診所服務量能。
	8.鼓勵院所建立轉診合作機制	258.0	0.0	1.本項經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，鼓勵適當轉診。 (2)持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。
	9.基層診所產婦生產補助試辦計畫	50.0	0.0	請中央健康保險署持續精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與計畫及提供生產服務。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	10.罕見疾病、血友病 藥費及罕見疾病特 材	30.0	0.0	1.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，並會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供，監測醫療利用情形。
	11.後天免疫缺乏症候 群抗病毒治療藥費	30.0	0.0	1.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，並會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供，監測醫療利用情形。
	12.因應罕見疾病、血 友病及後天免疫缺 乏症候群照護衍生 費用	11.0	0.0	1.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。 2.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供，監測醫療利用情形。
	13.新增醫藥分業地區 所增加之藥品調劑 費用	0.0	-178.0	本項移列至一般服務項目「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」。
	14.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	0.0	請中央健康保險署加強計畫推動，透過分級醫療加強與醫院轉介合作，提升參與率，並持續監測照護成效。
	15.精神科長效針劑藥 費	100.0	50.0	1.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.請中央健康保險署辦理下列

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				事項： (1)於額度內妥為管理運用，並精進照護成效相關指標及評估成本效益。 (2)會同西醫基層總額相關團體持續提升基層院所使用長效針劑之比率。
	16.促進醫療服務診療項目支付衡平	671.0	112.4	1.本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)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。 (2)本項以 5 年為檢討期限(115~119 年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(119 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。
	17.口腔黏膜癌前病變(OPMD)追蹤照護計畫 (116 年新增項目)	150.0	150.0	1.本項經費用於口腔黏膜癌前病變為主之追蹤管理及獎勵。 2.執行目標(暫列): <u>透過定期且結構化的照護介入，包括口腔清潔、適當藥物治療、戒檳衛教及戒菸協助，以改善口腔黏膜微環境，降低癌前病變持續惡化之風險，並提升早期發現口腔癌及咽喉癌之機會，進而強化整體口腔癌防治成效。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列):</u> (1) <u>收案率≥30%。</u> (2) <u>複診管理照護執行完整度</u>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				<u>≥80%。</u> <u>(3)年度完整追蹤率≥60%。</u> 3.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同西醫基層及醫院總額相關團體，妥為研訂具體實施計畫(含適用對象、執行內容、支付方式及結果面之評估指標等)，於 116 年度總額公告後，將具體實施計畫提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議。 (2)本計畫以 3 年為檢討期限(116~118 年)，會同西醫基層總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(118 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。
	18.強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門檻)	0.0	0.0	
	19.放寬 GLP-1 RA 使用標準	0.0	0.0	
	20.幽門螺旋桿菌除菌治療後衍生診療費用 (116 年新增項目)	217.0	217.0	1.本項經費不得與 115 年「配合根除胃癌政策之衍生醫療費用」支付項目重複支應。 2.用於本項衍生費用 116 年申報數超出 115 年申報數加計總額成長率之差額，並以 217 百萬元為上限。 3.執行目標(暫列):<u>接受胃癌篩檢後確認為幽門螺旋桿菌陽性，並於基層診所完成除菌治療之個案，於治療完成後，</u>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			給付一次「幽門桿菌糞便抗原檢查(30522C)」作為確認除菌是否成功之檢查，以提升整體除菌成功確認率，並作為後續評估胃癌防治政策成效之重要基礎。 預期效益之評估指標(暫列)： 陽性個案追蹤率達 70%。 4.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)本項以 3 年為檢討期限(116~118 年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(118 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。 (2)持續監測幽門螺旋桿菌除菌治療整體利用情形及執行效益。
21.強化糖心腎症候群(CKM)全人整合照護計畫 (116 年新增項目)	1,669.5	1,669.5	1.執行目標(暫列)：降低國人心血管疾病發生率及減少糖尿病相關心腎併發症、住院及後續高額醫療資源耗用，提升健保資源運用效益。 預期效益之評估指標(暫列)： 患者治療前後 LDL 或 HbA1c 之進步率。 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)妥為研訂具體實施方案(含收案對象、支付方式、結果面之評估指標等)，提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。 (2)本項以 3 年為檢討期限

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				(116~118 年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(118 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
	22.品質保證保留款	279.5	13.2	1.本項專款額度(279.5 百萬元)，併同其於原 106 年一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(105.2 百萬元)，合併運用(計 384.7 百萬元)。 2.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。
專款金額		17,823.7	3,573.1	
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	5.756%	9,368.5	
	總金額		172,139.8	
門診透析服務	增加金額	3.729%	878.7	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，並統籌運用。 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 3.729%。
	總金額		24,442.5	3.門診透析服務總費用成長率

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				3%(總費用 50,260.3 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質計畫」，且 300 百萬元不得流用於一般服務。 4.本項目增加之預算，用於提升透析醫療韌性，包括：因應緊急危難時，應變醫療資源妥適分配；與維持透析醫療服務量能，配合留人留才，檢討相關支付成本，回應醫事人力投入。 5.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)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。 (2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質計畫」，並監測評估病人照護品質與健康結果之執行成效。
較基期成長率 (一般服務+專款 +門診透析) ^{註3}	增加金額	5.500%	10,247.2	
	總金額		196,582.4	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 148,519.4 百萬元(含 115 年一般服務預算 148,384.7 百萬元，及校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 123.1 百萬元、加回前 1 年度(115 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 11.6 百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 162,770.0 百萬元，其中一般服務預算為 148,519.4 百萬元，專款為 14,250.6 百萬元。

- 3.計算「較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為 186,333.9 百萬元，其中一般服務預算為 148,519.4 百萬元，專款為 14,250.6 百萬元，門診透析為 23,563.9 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。

116 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：

116 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 115 年度中醫門診一般服務醫療給付費用 $\times(1+116$ 年度一般服務成長率)+116 年度專款項目經費

註：校正後115年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部115.9.9衛部保字第1150140425號交議總額範圍函確認，以前1年度(115年)中醫門診一般服務醫療給付費用，校正前2年度(114年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前1年度(115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 4.410%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.593%，協商因素成長率 0.817%。
- (二)專款項目全年經費為 1,992.4 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，116 年度中醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

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 116 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 117 年度總額協商考量。

- (一)醫療服務成本指數改變率所增加之預算(約 796.1 百萬元)，其中 89 百萬元併入「提升中醫藥費」項目使用。
- (二)一般服務(上限制)：
 - 1.提升中醫藥費(0.837%，預估增加 292.5 百萬元)(116 年新增項目)：

(1)執行目標(暫列)：提高慢性病處方箋的使用，符合條件的慢性病患者使用長日數(大於 7 日)處方箋的比率較前 1 年提升 1%。

預期效益之評估指標(暫列)：中藥不良反應報告數量低於 0.01%(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持續提升用藥品質，檢討慢性病合理用藥日數及民眾自費原因，減少自費用藥情形，並於 116 年 8 月前提出專案報告。

2.「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」專款與一般服務重複費用扣減(-0.016%，預估減列 5.7 百萬元)(116 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(-0.004%，減少 1.3 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)於 117 年度總額加回本項違規扣款金額。

(三)專款項目：全年經費為 1,992.4 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，應於 116 年度總額公告後 1 個月內完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 207.5 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體檢討評估服務需求，研議更有效率的執行模式，研修實施方案，並加強計畫推動，以提升中醫就醫可近性。

2.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：

(1)全年經費 584.8 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項：

①持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛中醫照護。

②新增「創傷性神經損傷」及「燒燙傷」中醫照護。

③建立成本效益評估指標，評估中西醫合療之成效(如縮短住院日數、減少止痛藥物用量、降低併發症以及總醫療費用變化)。

3.中醫提升孕產照護品質計畫：

(1)全年經費 93.8 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及加強成效評估。

4.中醫癌症患者加強照護整合方案：

(1)全年經費 628.8 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：參與院所數為 300 家及服務人次以 29 萬人次為目標。

預期效益之評估指標(暫列)：116 年 FACT-G、CTCAE 等整體成效評估有改善。

(3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項：

①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建立成本效益評估指標，評估中西醫合療之成效(如化學治療完成率、急診率、非預期住院率、存活率或藥物減量等)。

5.中醫急症處置：

(1)全年經費 20.8 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項：

①檢討收案條件及院所參與誘因，加強計畫推動。

②積極檢討計畫執行情形，提出具體成效評估結果(如急診停留天數、住院情形、72 小時返急診等)，若計畫成效不佳，建議規劃退場機制。

6.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：

(1)全年經費 322.8 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：參與院所數為 300 家及服務人數以 14,500 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)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，進行成本效益分析(如評估收案對象是否延後透析、對門診透析及住院醫療費用之影響)，並進行末期腎臟病(ESRD)發生率、住院率等長期追蹤。

7.照護機構中醫醫療照護方案：

(1)全年經費 15.1 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：116 年以服務 250 家照護機構，服務 120,000 人次，及服務總天數 8,000 天為目標。

預期效益之評估指標(暫列)：住民外出就診中醫次數較前 1 年減少。

(3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項：

①檢討計畫照護成效，研議減少住民外出就診中醫之策略，以提升資源使用效率。

②建議就治療模式與介入成效建立品質指標(如跌

倒、壓瘡、疼痛控制之改善率等)，以利成效評估。

8.中醫三高病人加強照護計畫：

(1)全年經費 53 百萬元。

(2)本計畫以 3 年為檢討期限(115~117 年)，請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(117 年 7 月)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

9.品質保證保留款：

(1)全年經費 65.8 百萬元。

(2)本項專款額度(65.8 百萬元)，併同其於原 106 年度一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(22.8 百萬元)，合併運用(計 88.6 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。

附表 116 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		3.593%	1,255.1	1.計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。 2.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(約 796.1 百萬元)，其中 89 百萬元併入「提升中醫藥費」項目使用。
投保人口預估成長率		0.447%		
人口結構改變率		0.853%		
醫療服務成本指數 改變率		2.279%		
協商因素成長率		0.817%	285.5	請於 116 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 117 年度總額協商考量。
保險給付項目及支付標準之改變	1.提升中醫藥費(116年新增項目)	0.837%	292.5	1.執行目標(暫列):提高慢性病患處方箋的使用，符合條件的慢性病患者使用長日數(大於 7 日)處方箋的比率較前 1 年提升 1%。 預期效益之評估指標(暫列):中藥不良反應報告數量低於 0.01%(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持續提升用藥品質，檢討慢性病合理用藥日數及民眾自費原因，減少自費用藥情形，並於 116 年 8 月前提出專案報告。
其他議定項目	2.「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」	-0.016%	-5.7	

項目				成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
		專款與一般服務重複費用扣減 (116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	-0.004%	-1.3	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.於 117 年度總額加回本項違規扣款金額。	
一般服務		增加金額	4.410%	1,540.6		
成長率 ^{註1}		總金額		36,471.1		
專款項目(全年計畫經費)					各專款項目之具體實施方案，請於 116 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 116 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			207.5	24.5	請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體檢討評估服務需求，研議更有效率的執行模式，研修實施方案，並加強計畫推動，以提升中醫就醫可近性。	
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 (6)創傷性神經損傷 (116年新增項目) (7)燒燙傷 (116年新增項目)			584.8	51.1	請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項： 1.持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛中醫照護。 2.新增「創傷性神經損傷」及「燒燙傷」中醫照護。 3.建立成本效益評估指標，評估中西醫合療之成效(如縮短住院日數、減少止痛藥物用量、降低併發症以及總醫	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				療費用變化)。
	3.中醫提升孕產照護 品質計畫	93.8	11.8	請中央健康保險署會同中醫門 診總額相關團體加強各分區之 計畫推動、均衡分區資源及加 強成效評估。
	4.中醫癌症患者加強 照護整合方案	628.8	196.3	1. <u>執行目標(暫列):參與院所數 為 300 家及服務人次以 29 萬 人次為目標。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列):</u> <u>116 年 FACT-G、CTCAE 等整 體成效評估有改善。</u> 2.請中央健康保險署會同中醫 門診總額相關團體辦理下列 事項： (1)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)建立成本效益評估指標， 評估中西醫合療之成效 (如化學治療完成率、急診 率、非預期住院率、存活率 或藥物減量等)。
	5.中醫急症處置	20.8	0.0	請中央健康保險署會同中醫門 診總額相關團體辦理下列事 項： 1.檢討收案條件及院所參與誘 因，加強計畫推動。 2.積極檢討計畫執行情形，提 出具體成效評估結果(如急 診停留天數、住院情形、72 小 時返急診等)，若計畫成效不 佳，建議規劃退場機制。
	6.中醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫	322.8	142.0	1. <u>執行目標(暫列):參與院所數 為 300 家及服務人數以 14,500 人為目標。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列):</u>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				eGFR 量表評量結果呈正向發展。
				2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，進行成本效益分析(如評估收案對象是否延後透析、對門診透析及住院醫療費用之影響)，並進行末期腎臟病(ESRD)發生率、住院率等長期追蹤。
	7.照護機構中醫醫療 照護方案	15.1	4.3	1.執行目標(暫列):116 年以服務 250 家照護機構，服務 120,000 人次，及服務總天數 8,000 天為目標。 預期效益之評估指標(暫列):住民外出就診中醫次數較前 1 年減少。 2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項： (1)檢討計畫照護成效，研議減少住民外出就診中醫之策略，以提升資源使用效率。 (2)建議就治療模式與介入成效建立品質指標(如跌倒、壓瘡、疼痛控制之改善率等)，以利成效評估。
	8.中醫三高病人加強 照護計畫	53.0	0.0	本計畫以 3 年為檢討期限(115~117 年)，請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(117 年 7 月)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
	9.品質保證保留款	65.8	34.8	1.本項專款額度(65.8 百萬元)，併同其於原 106 年度一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(22.8 百萬元)，合

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				併運用(計 88.6 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。
	專款金額	1,992.4	464.8	
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	5.500%	2,005.4	
	總金額		38,463.5	

- 註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 34,930.7 百萬元(含 115 年一般服務預算 34,901.6 百萬元，及校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 29.0 百萬元、加回前 1 年度(115 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 0.1 百萬元)。
- 2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 36,458.3 百萬元，其中一般服務預算為 34,930.7 百萬元，專款為 1,527.6 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。

116 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：

116 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 115 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用 $\times$ (1+116 年度一般服務成長率)+116 年度專款項目經費

註：校正後115年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部115.9.9衛部保字第1150140425號交議總額範圍函確認，以前1年度(115年)牙醫門診一般服務醫療給付費用，校正前2年度(114年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前1年度(115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 3.202%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.298%，協商因素成長率-0.096%。
- (二)專款項目全年經費為 8,005.3 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，116 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

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 116 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 117 年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

- 1.「牙醫特殊醫療服務計畫」專款與一般服務重複費用扣減(-0.002%，預估減列 1 百萬元)(116 年新增項目)。
- 2.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.094%，減少 48.9 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)於 117 年度總額加回本項違規扣款金額。

(二)專款項目：全年經費為 8,005.3 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，應於 116 年度總額公告後 1 個月內完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 375 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)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體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 1,211.8 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：達成 220,000 服務人次(含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者服務 2,000 人次)。

預期效益之評估指標(暫列)：提升牙醫醫療服務品質，加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務及特定身心障礙者牙醫醫療服務、增加老人福利機構口腔醫療照護。

(3)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、老人與身心障礙安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務，並加強醫療團服務量能。

(4)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體持續加強計畫推動，提升特殊疾病及障別病人的服務涵蓋率。

3. 青少年口腔提升照護試辦計畫：

(1) 全年經費 309 百萬元。

(2) 執行目標(暫列)：照護人次以達成「青少年齲齒控制
照護處置(P7101C)」、「青少年齲齒氟化物治療
(P7102C)」合計 798,000 服務人次為執行目標。

預期效益之評估指標(暫列)：

① 提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於
60%。

② 執行 P7102C 後 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、
41~43 的平均齲齒填補顆數增加率減緩。

(3) 請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動及提升青少年就醫率，並持續監測執行結果，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 5 年為檢討期限(112~116 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 5 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。

5. 高風險疾病口腔照護計畫：

(1) 全年經費 5,091.9 百萬元。

(2) 執行目標(暫列)：

① 116 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」
(91090C)達 269 萬人次、照護人數不低於 118 萬
人。

- ② 116 年「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於 322 萬人次、照護人數不低於 171 萬人。

預期效益之評估指標(暫列)：

- ① 國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。
- ② 自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。
- ③ 65 歲以上接受照護病人 3 年後(116 年執行完，自 117 年起)，因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群減少。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①在額度內妥為管理運用，並會同牙醫門診總額相關團體，研訂 65 歲以上者之適應症，持續檢討本計畫各類適用對象醫療利用情形及評估執行效益，並加強執行管理與費用管控，以提升資源有效運用。具體執行情形及檢討結果，請於 116 年 4 月前提出專案報告。
- ②本計畫以 5 年為檢討期限(112~116 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 5 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。

6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫：

- (1)全年經費 506.4 百萬元。
- (2)本計畫以 4 年為檢討期限(113~116 年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，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。

7.非齒源性口腔疼痛處置：

(1)全年經費 16 百萬元。

(2)本計畫以 3 年為檢討期限(114~116 年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 3 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。

8.弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫(116 年新增項目)：

(1)全年經費 200 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：

①116 年所需預算為 490.6 百萬元，考量行政院核定 116 年總額成長率上限為 5.5%，116 年爭取費用為 2 億元，另本計畫需逐步推展，執行率為 80%。

②116 年符合本計畫任一項核發原則之牙醫師數占適用鄉鎮牙醫師數為 5 成。

預期效益之評估指標(暫列)：維持適用鄉鎮執業牙醫師數不減少。

(3)本計畫以 3 年為檢討期限(116 年~118 年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(118 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。

9.因應牙醫支付標準調整所增加預算：0 元。

10.品質保證保留款：

(1)全年經費 150.4 百萬元。

(2)本項專款額度(150.4 百萬元)，併同其於原 106 年度一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(116.4 百萬元)，合併運用(計 266.8 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。

附表 116 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		3.298%	1,713.6	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		0.447%		
人口結構改變率		0.337%		
醫療服務成本指數 改變率		2.501%		
協商因素成長率		-0.096%	-49.9	請於 116 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 117 年度總 額協商考量。
其他議 定項目	1.「牙醫特殊 醫療服務 計畫」專 款與一般 服務重複 費用扣減 (116 年新 增項目)	-0.002%	-1.0	1.為提升同儕制約精神，請檢 討內部稽核機制，加強專業 自主管理。 2.於 117 年度總額加回本項違 規扣款金額。
	2.違反全民 健康保險 醫事服務 機構特約 及管理辦 法之扣款	-0.094%	-48.9	
一般服務增加金額		3.202%	1,663.7	
成長率 ^{註1} 總金額			53,623.1	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，應 於 116 年度總額公告後 1 個月 內完成，且應於 116 年 7 月前提 報執行情形及前 1 年成效評估 檢討報告。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	1. 醫療資源不足地區 改善方案	375.0	51.2	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. 請中央健康保險署會同牙醫 門診總額相關團體檢討改善 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	1,211.8	255.9	1. <u>執行目標(暫列)：達成 220,000 服務人次(含腦傷及 脊髓損傷之中度肢體障礙者 服務 2,000 人次)。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> <u>提升牙醫醫療服務品質，加</u> <u>強提供先天性唇顎裂及顱顏</u> <u>畸形症患者牙醫醫療服務及</u> <u>特定身心障礙者牙醫醫療服</u> <u>務、增加老人福利機構口腔</u> <u>醫療照護。</u> 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、老人與身心障 礙安養機構及護理之家與居 家牙醫醫療服務，並加強醫 療團服務量能。 3. 請中央健康保險署會同牙醫 門診總額相關團體持續加強 計畫推動，提升特殊疾病及 障別病人的服務涵蓋率。
	3. 青少年口腔提升照 護試辦計畫	309.0	69.0	1. <u>執行目標(暫列)：照護人次以</u> <u>達成「青少年齲齒控制照護</u> <u>處置(P7101C)」、「青少年齲</u> <u>齒氟化物治療(P7102C)」合</u> <u>計 798,000 服務人次為執行</u> <u>目標。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> <u>(1)提升全國 12~18 歲青少年</u> <u>牙醫就醫率不低於 60%。</u> <u>(2)執行 P7102C 後 1 年內牙</u> <u>位 11~13、21~23、31~33、</u> <u>41~43 的平均齲齒填補顆</u>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			<u>數增加率減緩。</u> 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動及提升青少年就醫率，並持續監測執行結果，以評估照護成效。
4.超音波根管沖洗計畫	144.8	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.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 <u>5</u> 年為檢討期限(112~116 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 <u>5</u> 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。
5.高風險疾病口腔照護計畫	5,091.9	836.1	1.執行目標(暫列)： (1)<u>116 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 269 萬人次、照護人數不低於 118 萬人。</u> (2)<u>116 年「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於 322 萬人次、照護人數不低於 171 萬人。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> (1)<u>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。</u> (2)<u>自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。</u> (3)<u>65 歲以上接受照護病人 3 年後(116 年執行完，自 117</u>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			年起)，因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群減少。 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，並會同牙醫門診總額相關團體，研訂 65 歲以上者之適應症，持續檢討本計畫各類適用對象醫療利用情形及評估執行效益，並加強執行管理與費用管控，以提升資源有效運用。具體執行情形及檢討結果，請於 116 年 4 月前提出專案報告。 (2)本計畫以 5 年為檢討期限(112~116 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 5 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。
6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫	506.4	82.0	本計畫以 4 年為檢討期限(113~116 年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，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。
7.非齒源性口腔疼痛處置	16.0	1.6	本計畫以 3 年為檢討期限(114~116 年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 3 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。
8.弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	200.0	200.0	1.執行目標(暫列)： (1)116 年所需預算為 490.6 百

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
(116 年新增項目)				萬元，考量行政院核定 116 年總額成長率上限為 5.5%，116 年爭取費用為 2 億元，另本計畫需逐步推展，執行率為 80%。 (2)116 年符合本計畫任一項核發原則之牙醫師數占適用鄉鎮牙醫師數為 5 成。 <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> <u>維持適用鄉鎮執業牙醫師數不減少。</u> 2.本計畫以 3 年為檢討期限(116~118 年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(118 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。
9.因應牙醫支付標準調整所增加預算		0.0	0.0	
10.品質保證保留款		150.4	53.4	1.本項專款額度(150.4 百萬元)，併同其於原 106 年度一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(116.4 百萬元)，合併運用(計 266.8 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。
專款金額		8,005.3	1,549.2	
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	5.500%	3,212.9	
	總金額		61,628.4	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 51,959.3 百萬元(含 115 年一般服務預算 51,912.4 百萬元，及校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 45.5

百萬元、加回前 1 年度(115 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 1.5 百萬元)。

- 2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 58,415.4 百萬元，其中一般服務預算為 51,959.3 百萬元，專款為 6,456.1 百萬元。
- 3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

116 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協商結論：

(一)116 年度其他預算增加 1,211.8 百萬元，預算總額度為 23,244 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如附表。

(二)請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

- 1.屬計畫型項目，應於 116 年度總額公告後 1 個月內提出具體實施方案，並依行政程序辦理後續相關事宜，副知全民健康保險會。
- 2.請於 116 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 117 年度總額協商考量。

二、預算分配相關事項：

(一)基層總額轉診型態調整費用：

- 1.全年經費 600 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)全面檢討鼓勵分級醫療策略及支付誘因之有效性，研析下轉率待提升原因，強化引導院所適當轉診機制，並研提具體改善措施，以提升分級醫療推動成效。
 - (2)檢視分級醫療成效評估指標，持續監測病人流向(包含基層就醫占率與醫療費用變化情形)，評估分級醫療之執行效益。
 - (3)併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作

機制」，於 116 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升計畫：

1.全年經費 2,095.3 百萬元。

2.執行目標(暫列)：強化山地離島地區醫療照護服務，提升民眾健康。

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升計畫民眾滿意度維持 95%以上。

(2)山地離島地區每十萬人口可避免住院數(慢性指標)較前一年下降。

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，增列成果面之監測指標，以具體評估健康改善成效。

(2)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，檢視當地民眾加入方案後，各項指標之改善幅度及持續改善趨勢，以評估方案執行成效，並於 116 年 6 月前提出專案報告。

(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 10,176.5 百萬元。

2.本項醫療點數以每點 1 元支付，經費如有不足，由「支應狂犬病患者治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」項目支應。

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，強化支付及獎勵機制，

提升服務量能，並研訂結果面之成效指標(如病人健康結果、非計畫性住院率、急診就醫率等成果指標)。

(2)「在宅急症照護試辦計畫」：

①加強計畫推動，持續強化病人安全、治療品質及成效監測，並評估與住院之醫療利用及品質差異，於 116 年 7 月前提出專案報告。

②本計畫以 4 年(113~116 年)為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 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。

(四)支應狂犬病患者治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費：

1.全年經費 500 百萬元。

2.本項用於狂犬病患者治療藥費，及支應醫院、西醫基層總額及其他預算下列專款項目不足之經費，包括：

(1)C 型肝炎藥費

(2)罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材

(3)後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費

(4)器官移植

(5)精神科長效針劑藥費

(6)矯正機關服務

(7)居家醫療(含居家醫療照護、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)

(8)促進醫療服務診療項目支付衡平(新增)

3.請中央健康保險署建立各專款項目預算執行預警及監測機制，以提升財務透明度。

(五)推動促進醫療體系整合計畫：

1.全年經費 820 百萬元。

2.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」、「遠距醫療給付計畫」、「急性後期整合照護計畫」及新增「復健病房試辦計畫」。

3.復健病房試辦計畫：

(1)主要用於支應評估費、獎勵費等用途。

(2)執行目標(暫列)：使計畫結案個案得以順利返家，衰弱高齡者自立生活，年輕中風者回歸職場。

預期效益之評估指標(暫列)：返家率>85%。

4.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續檢討各項計畫執行情形及照護成效，並建立以病人健康結果為導向之支付機制，提升醫療服務品質及資源運用效益。

(2)「復健病房試辦計畫」以2年(116~117年)為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第2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。

(六)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300百萬元。

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。

(七)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2,600百萬元。

2.執行目標(暫列)：持續提供收容人醫療服務，提升醫療服務之可近性。

預期效益之評估指標(暫列)：

(1)監內門診診次較前一年度增加。

(2)門診疥瘡投藥率較前一年度增加。

3.本項除門診透析服務點數維持以醫院及西醫基層門診

透析合併獨立預算之前一季點值支付外，餘醫療服務項目(含承作獎勵金、門診診察費加成、門診藥事服務費加成及論次費用)，以每點 1 元支付。經費如有不足，由「支應狂犬病患者治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」支應。

- 4.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用成長及費用合理性，優化醫療照護方式與管理，提升健康改善成效。

(八)腎臟病照護及病人衛教計畫：

- 1.全年經費 606.8 百萬元。
- 2.本項經費用於初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質保證保留款實施方案。
- 3.執行目標(暫列)：提升初期慢性腎臟病照護率。
預期效益之評估指標(暫列)：醫院部門初期慢性腎臟病照護率較前一年度成長。

- 4.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並辦理下列事項：
 - (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。

(九)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，持續檢討支付標準與執行模式，提升醫療院所及藥局參與意願，並監測計畫之醫療利用及執行成效。

(十)促進醫療服務診療項目支付衡平：

- 1.全年經費 5,515.4 百萬元。
- 2.本項經費用於通盤研議、修訂醫療服務支付標準，優先用於以醫事人力為主、人力流失科別及整體住院之支付標準調整，以合理反映醫事人力投入，並得支應醫院及西醫基層總額同項專款不足之經費。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入所屬部門總額一般服務費用結算。
 - (2)於 116 年 7 月前提出專案報告，以評估預算投入效益，內容如下：
 - ①盤點近年醫院及西醫基層總額支付標準調整情形，包含預算科目、調整項目與內容、實際支用情形。
 - ②提出近年護理相關支付標準調整後，對提升護理量能之成效，包含醫院之護理人力及護理照護品質相關之指標監測結果，及西醫基層診所整體護理薪資變化及改善情形等。
 - ③週日及國定假日輕急症中心(UCC)執行情形與紓緩急診壅塞之成效檢討。
 - ④併同醫院及西醫基層總額同項專款，提出未來具體實施規劃(包含支付標準調整之整體經費需求、分年目標、執行方法與期程)。

附表 116 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，應於116年度總額公告後1個月內提出具體實施方案，並依行政程序辦理後續相關事宜，副知全民健康保險會。 2.請於116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117年度總額協商考量。
1. 基層總額轉診型態調整費用	600.0	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)全面檢討鼓勵分級醫療策略及支付誘因之有效性，研析下轉率待提升原因，強化引導院所適當轉診機制，並研提具體改善措施，以提升分級醫療推動成效。 (2)檢視分級醫療成效評估指標，持續監測病人流向(包含基層就醫占率與醫療費用變化情形)，評估分級醫療之執行效益。 (3)併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於116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升計畫	2,095.3	400.1	1.執行目標(暫列)：強化山地離島地區醫療照護服務，提升民眾健康。 <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> (1)<u>山地離島地區醫療給付效益提升計畫民眾滿意度維持95%以上。</u> (2)<u>山地離島地區每十萬人口可避免住院數(慢性指標)較前一年下降。</u> 2.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，增列成果面之監測指標，以具體評估健康改善成效。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			(2)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，檢視當地民眾加入方案後，各項指標之改善幅度及持續改善趨勢，以評估方案執行成效，並於116年6月前提出專案報告。
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	10,176.5	300.5	1.本項醫療點數以每點1元支付，經費如有不足，由「支應狂犬病患者治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」項目支應。 2.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，強化支付及獎勵機制，提升服務量能，並研訂結果面之成效指標(如病人健康結果、非計畫性住院率、急診就醫率等成果指標)。 (2)「在宅急症照護試辦計畫」： ①加強計畫推動，持續強化病人安全、治療品質及成效監測，並評估與住院之醫療利用及品質差異，於116年7月前提出專案報告。 ②本計畫以4年(113~116年)為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第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.支應狂犬病患者治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費	500.0	200.0	1.本項用於狂犬病患者治療藥費，及支應醫院、西醫基層總額及其他預算下列專款項目不足之經費，包括： (1)C型肝炎藥費 (2)罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 (3)後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 (4)器官移植 (5)精神科長效針劑藥費 (6)矯正機關服務 (7)居家醫療(含居家醫療照護、在宅急

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			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) (8)促進醫療服務診療項目支付衡平(新增) 2.請中央健康保險署建立各專款項目預算執行預警及監測機制，以提升財務透明度。
5.推動促進醫療體系整合計畫	820.0	200.0	1.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」、「遠距醫療給付計畫」、「急性後期整合照護計畫」及新增「復健病房試辦計畫」。 2.復健病房試辦計畫： (1)主要用於支應評估費、獎勵費等用途。 (2)執行目標(暫列)： <u>使計畫結案個案得以順利返家，衰弱高齡者自立生活，年輕中風者回歸職場。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：返家率>85%。</u> 3.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續檢討各項計畫執行情形及照護成效，並建立以病人健康結果為導向之支付機制，提升醫療服務品質及資源運用效益。 (2)「復健病房試辦計畫」以2年(116~117年)為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第2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。
6.調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	300.0	-700.0	經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。
7.提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	2,600.0	500.0	1.執行目標(暫列)： <u>持續提供收容人醫療服務，提升醫療服務之可近性。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> (1) <u>監內門診診次較前一年度增加。</u> (2) <u>門診疥瘡投藥率較前一年度增加。</u> 2.本項除門診透析服務點數維持以醫院及西醫基層門診透析合併獨立預算之前一

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			季點值支付外，餘醫療服務項目(含承作獎勵金、門診診察費加成、門診藥事服務費加成及論次費用)，以每點1元支付。經費如有不足，由「支應狂犬病患者治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」支應。 3.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用成長及費用合理性，優化醫療照護方式與管理，提升健康改善成效。
8.腎臟病照護及病人衛教計畫	606.8	106.8	1.本項經費用於初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質保證保留款實施方案。 2.執行目標(暫列)：提升初期慢性腎臟病照護率。 預期效益之評估指標(暫列)：醫院部門初期慢性腎臟病照護率較前一年度成長。 3.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並辦理下列事項： (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.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，持續檢討支付標準與執行模式，提升醫療院所及藥局參與意願，並監測計畫之醫療利用及執行成效。
10.促進醫療服務診療項目支	5,515.4	204.4	1.本項經費用於通盤研議、修訂醫療服務支付標準，優先用於以醫事人力為主、

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
付衡平			人力流失科別及整體住院之支付標準調整，以合理反映醫事人力投入，並得支應醫院及西醫基層總額同項專款不足之經費。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入所屬部門總額一般服務費用結算。 (2)於116年7月前提出專案報告，以評估預算投入效益，內容如下： ①盤點近年醫院及西醫基層總額支付標準調整情形，包含預算科目、調整項目與內容、實際支用情形。 ②提出近年護理相關支付標準調整後，對提升護理量能之成效，包含醫院之護理人力及護理照護品質相關之指標監測結果，及西醫基層診所整體護理薪資變化及改善情形等。 ③週日及國定假日輕急症中心(UCC)執行情形與紓緩急診壅塞之成效檢討。 ④併同醫院及西醫基層總額同項專款，提出未來具體實施規劃(包含支付標準調整之整體經費需求、分年目標、執行方法與期程)。
總計	23,244.0	1,211.8	

第7屆115年第8次委員會
與會人員發言實錄

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

周執行秘書淑婉：主委、各位委員，大家早安！今天會議時間已經到了，我們在線上有26位委員、現場有8位委員，人數已經過半，可以開始正式會議，請主席致詞。

周主任委員麗芳：所有現場的健保會委員、還有在線上的各位健保會委員、各位好朋友們，還有張禹斌副署長所帶領的健保署同仁、社保司同仁、健保會同仁，大家早安、大家好。

今天跟我們上個星期總額協商的時候心情不太一樣，因為我們今天非常篤定我們做到了，我們做到甚麼呢？我們做到的第1個，創了健保開辦以來的第1個紀錄，也就是總額的經費正式突破了兆元，這次在所有委員的通力合作之下，健保總額來到1兆434億元，書寫下健保史的新紀錄。

第2個紀錄也就是我們希望打造健康台灣、要建構一個非常綿密的照護網，這非常綿密的照護網，不僅是醫院、西醫基層、中醫、牙醫等部門，甚至從藥品、護理，到各領域，需要全方位的建構健康台灣的照護網。在這次總額協商當中，我們再度達成一個歷史紀錄，不但整體總額成長率達到行政院所給予的5.5%上限，甚至在各部門，包含醫院、西醫基層、牙醫、中醫，還有其他預算的成長率都達到5.5%。期待每個部門都能夠充分運用、珍惜所有的總額預算經費，哪怕是只有3千萬元，像是守護3千萬元的黃金舜理事長，始終如一，所以更不用說3千萬元之上、甚至上兆元的預算，希望各個部門都要用心守護。

第3個重點，也就是今年度的總額協商當中，可以看到整個健康的守護是更升級了，怎麼樣的升級呢？我們往健康促進方向來推動，也就是在全人照護的部分，在慢性病照護的部分，我們也有很大的進展。其次，對於留才、攬才的部分，特別是對於整個稀缺的護理人才，或者是急重難罕的部分，我們也都有大量的資源挹注。

最後透過這次的總額協商，看到台灣人最美的精神，也就是在這

次總額協商當中，我們希望做到的是醫療平權，希望為偏鄉、為所有醫不足的地方點亮一盞燈。再次感謝所有委員的通力合作，我們也非常謝謝健保署在陳亮妤署長、張禹斌副署長、顏家瑞副署長，及劉林義主任秘書的帶領下，協助我們通力完成。我最要感謝今天聲音還有點燒聲的周淑婉執行秘書所帶領的健保會同仁們通力合作，不眠不休，再次跟大家致謝，現在開始進行今天的會議。

在會議之前，非常謝謝所有來到現場的委員，其中蘇守毅理事長今天才剛到會場，就給我們一人一封信，他說他有話要說，就請您發言。

蘇委員守毅：主委、各位委員，大家早安。中醫師全聯會在今年 10 月 25 日舉辦第 13 屆第 2 次會員大會，地點在長庚醫院對面的福容飯店，原則上就是邀請委員來吃飯，因為下午 1 點開始是課程安排，所以大家不需要在那個時候來，晚上 6 點來就可以。因為地點在長庚醫院對面，台北市這邊搭捷運可以搭到長庚醫院站；如果是搭高鐵到高鐵站，我們會有人到高鐵站接駁，讓大家可以在時間內到達會場參加晚宴，誠摯邀請大家。我們上面有回覆的 QRcode，歡迎在座各位委員可以踴躍出席，謝謝大家，感謝。

周主任委員麗芳：謝謝蘇守毅理事長的邀請，我幫蘇守毅理事長補充，我想我們委員絕對不會只為了吃飯而去，我們是為了跟中醫部門的交流而去，所以也歡迎各位委員前往交流。委員如果沒有要補充的話，我們就正式進入會議，謝謝。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主委、各位委員，在議程確認之前，先跟大家報告一下，依據本會組成及議事辦法第 8 條及會議規範第 6 點規定，健保署署長是法定列席人員，該署在 9 月 29 日，就是昨天很晚的時候，函知陳亮妤署長今天另有要務不克出席，由張禹斌副署長代理出席，來函影本在委員桌上，視訊委員就請看會議紀錄。

本次會議議程都是依照年度工作計畫排定，計有討論事項一案，為確認 9 月 23 日 116 年度總額協商結論的初稿，報告事項是健保

署的例行業務報告，本次不做口頭說明。

今天因為有實體、視訊會議同時進行，所以等一下發言順序建議優先由現場委員發言後再由視訊委員舉手發言，以上是我的說明。

周主任委員麗芳：謝謝周淑婉執行秘書，如果各位委員沒有其他意見，我們議程確認。接下來確認上次會議紀錄。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳：請問各位委員，包含線上的委員，對於上次會議紀錄有沒有要提出垂詢的地方？如果沒有其他意見，上次的會議紀錄確認。

衛福部健保會第7屆115年第8次委員會議
中央健康保險署陳署長亮好請假函

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：江政謙

聯絡電話：02-27065866 分機：2583

傳真：02-27025834

電子郵件：A110101@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年9月29日

發文字號：健保企字第1150682290號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：貴會115年9月30日召開第7屆115年第8次委員會，本署陳
署長亮好因另有公務不克出席，將由本署張副署長禹斌代
理出席，敬請諒察。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：電
交
2026/09/30
08:14:44
文
章



貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周執行秘書淑婉：主委、各位委員，本次的重要業務報告在項次一部分，主要是 116 年度醫療給付費用總額協商，剛剛主委也已經講了，我們在 9 月 23 日已經完成，詳細的初步結論會在討論事項第一案向委員們報告。

項次二，是本會依照健保法第 5 條的規定，持續推動公民參與相關工作，今年是以「如何讓基層醫療變成更便利、更貼近民眾的健康夥伴」為議題，在 7、8 月間已經在北、中、南 3 區辦理公民論壇各 1 場，共有 74 人參與，會中有邀請專家學者進行專業引導，健保署各分區業務組也有同仁參與，相關討論重點及政策建議摘要在附錄一，請委員參閱。

項次三，是衛福部跟健保署在本年 8 月至 9 月間發布跟副知本會的相關資訊摘要，詳細內容在該署的全球資訊網，我們在 9 月 15 日也寄至各委員的電子信箱，請委員參閱，以上。

周主任委員麗芳：謝謝周淑婉執行秘書的會務報告，針對會務報告部分，有委員要提出垂詢嗎？如果沒有的話，本會重要業務報告洽悉，謝謝。

參、討論事項「116 年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請說明。

陳組長燕鈴：委員好，本會已經在 9 月 23 日完成協商，本案是把協商當天的所有結論提請委員討論及確認文字。協商結果整體總額達到成長率上限 5.5%，總金額達 1 兆 434 億元，請看到會議資料第 32 頁，我們已經把協商結論整理在補充資料附件 1 至附件 5，等一下會逐個部門確認。

今天委員會議的討論重點，第 1 個是依照協商順序確認四總額部門跟其他預算協定的總額成長率、協定文字及金額。根據協商程序，協定事項的文字是要在不違反原協商意旨的前提下才可以酌予調整修正，也就是說協定的數字、實質內容是不能更動的。第 2 個是請委員提供「執行目標」及「預期效益之評估指標」的修訂建議，以下稱為 KPI_(註)。健保署跟四總額部門已經就協商結果的金額去調整他們提出來的 KPI，都彙整到附件 1 至附件 5 的資料中，今天主要是請委員針對這些 KPI 給一些修正的建議，健保署之後會參考委員的建議再跟部門做修訂，在下次委員會議就要確定所有 KPI。此外，地區預算分配也希望各部門在 10 月 14 日前能夠送會，以利提 10 月的委員會議討論。

補充資料附件 1 至附件 5 的協商結論，在昨天下午已經寄給所有委員了，所以等一下確認的時候不逐字唸，我們會 show 在電腦上，如果有問題，經委員同意的話酌修文字的部分，會直接在上面做呈現，我是不是先報告到這邊？

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

周主任委員麗芳：謝謝陳燕鈴組長，因為等一下要逐個部門做確認，所以是不是先看一下線上的出席狀況，李飛鵬理事長有在線上嗎？

李委員飛鵬：在。

周主任委員麗芳：謝謝，然後我再確認一下，顏鴻順委員有在線上嗎？

顏委員鴻順：有，我在線上。

周主任委員麗芳：黃振國委員也在線上嗎？好，沒關係。中醫部門，蘇守毅理事長在現場；牙醫部門，黃立賢理事長在現場。視訊螢幕可以讓我們看一下嗎？可以切換過去嗎？會佔太多畫面，沒關係。這樣每個部門都在了，我們逐一來看好不好？請陳燕鈴組長。

陳組長燕鈴：首先是第 1 個協商的醫院部門。因為文字部分不容易看，所以建議先看表格，請參閱最下面的頁碼醫院-12 頁的這個表。醫院部門總共有 4 項要訂 KPI，醫院部門的醫療服務成本及人口因素成長率是 3.183%，協商因素成長率是 2.208%，委員昨天拿到的資料，還有部分 KPI 沒補上去，現在電腦上已經補上去了，以紅字呈現。第 1 項是新醫療科技、第 2 項是藥品及特材給付規定改變，請委員參考。此外要訂 KPI 的是第 5 項，促進醫療服務診療項目支付衡平已導入費用，這項之前已經提供給委員了，還有 1 個是專款第 1 項，暫時性支付的部分。

接著請參閱醫院-21 頁的部分，專款金額是 539.483 億元，門診透析服務的總成長率是 2.319%，請參閱醫院-22 頁，總金額達 7,235.292 億元，以上說明。

周主任委員麗芳：非常感謝，先請醫院部門的李飛鵬理事長，您昨天有拿到資料，紅字部分也是醫院協會所提供出來，您是不是先就今天的資料做確認，我們會進行 2 個程序，1 個是醫院部門自己確認，所彙整的 KPI 是你們提出來正確無誤的。其次我們再請各位委員，就目前呈現的相關協定事項，包括 KPI 的部分，如果有要詢問的地方再提出來，所以先請李飛鵬理事長，代表醫院部門做確認，謝謝。

李委員飛鵬：我想先請朱益宏委員、吳鏘亮委員、陳建宗委員 3 位先發表一下意見。

周主任委員麗芳：請朱益宏委員。

朱委員益宏：謝謝主席，紅字這部分我不確定是不是醫院協會提供的，看起來應該是健保署提供出來的，但是這一部分我不太確定到底執行的狀況……。

周主任委員麗芳：我先請陳燕鈴組長說明一下，紅字部分是哪個單位提的？

陳組長燕鈴：是健保署，因為當時新醫療科技預算的增加及估算都採健保署數值，所以這幾個指標是請健保署提供的，其他黑字部分是由醫院協會提供。

周主任委員麗芳：好，所以紅字部分都是健保署提供出來，請問一下線上的委員，你們可以同步跟我們一樣看到這些資料嗎？一樣看得到，所以先就紅字部分，請醫院協會確認。

朱委員益宏：這部分我是剛剛才看到，我相信醫院協會包含李飛鵬理事長可能也是剛剛才看到，這部分事實上不是醫院協會提出來的，到時候這個 KPI 應該要請健保署來說明，我覺得這可能不應該算在醫院協會的內容。

另外我要提出來，關於第 5 項「促進醫療服務診療項目衡平已導入費用」，這個費用其實是已經導入在做了，(1)這部分「護理人員調薪指標：護理人員調薪人數比率須達 55%」，這 55%是跟 113 年 12 月來比的，要調薪達 55%，所以漏列了「與 113 年 12 月相較」這個文字(螢幕上已同步補上文字)，以上謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝，剛剛還有說要請陳建宗理事長發言對不對？還是吳鏘亮理事長？剛剛李飛鵬理事長說要先請誰發言？

李委員飛鵬：吳鏘亮委員跟陳建宗委員。

周主任委員麗芳：好，請吳鏘亮理事長。

吳委員鏘亮：謝謝主委、理事長，我想這部分可能還是要雙方溝通一下再做確認，額度已經確認，但是細項跟 KPI 醫院協會還會再跟健保署協調，因為剛才朱益宏理事長提到的，有些是健保署提出來的，我想這部分還必須去協商再確認，以上報告謝謝。

周主任委員麗芳：這樣子，紅色部分如果今天剛提出的話，不立刻處理，等一下回頭處理，請醫院部門就今天健保署提出的紅色指標部分，你們內部先溝通一下，今天我們也不能徒勞無功，先就當天所有討論的黑色字部分做確認。請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：補充資料醫院-12 頁，我想了解一下，新醫療科技部分，KPI 後面寫的(1)為什麼是寫「提藥物共同擬訂會議討論的新藥案件數至少 15 件」，這 15 件的內容是什麼？為什麼寫 15，不是 20、30，為什麼有 15 件這樣的數字？我不太了解，請解釋一下。還有醫院-15 頁，暫時性支付 KPI「提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目案件數至少 1 件」，為什麼會取這樣的數字？是太多、太少，還是有規定要有一定比例的數字？想了解一下。

周主任委員麗芳：紅色字再讓大家看一下，有疑問的地方也是一樣，也是 15 件、1 件，這會請健保署一併做說明。「暫時性支付」的 KPI 一樣有涉及件數，所以是同樣的問題。那李飛鵬理事長，黑字部分也請醫院協會確認，然後紅字部分請健保署說明擬訂的緣由。

張副署長禹斌：請黃育文組長說明。

黃組長育文：主席，各位代表，我這邊說明一下「新醫療科技」擬訂的 KPI，有關指標 1「提藥物共同擬訂會議討論之新藥案件數至少 15 件」，這是評估前瞻式新藥及新給付範圍預算推估登錄作業平台上，廠商未來可能會提報的案件數，跟廠商已經提報的案件數，目前健保署已經受理的案件數是 15 件，這些案件依作業程序會提到藥物共同擬訂會議，並且使用「新醫療科技」的預算，所以提出來當 KPI，後面可能還會再有新增加的案件，就會比 15 件更多。

有關指標 2「提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目回歸健保常規給付之案件數至少 7 件」，以現行暫時性支付有列項的來看，因為收載年限以 2~3 年為原則，算一算時間，明年期滿的項目要經過再評估，就會提到藥物共同擬訂會議討論是不是要回到一般服務預算、維持或是退場等後續作業，因為收載年限也快到了，算一算有 7 件會到藥物共同擬訂會議討論，我們是這樣估算件數。

周主任委員麗芳：有關各總額協商結論所列的 KPI，今天不用立刻確認，只是先拋出來收集意見，最終在 10 月份委員會議時正式確認，今天拋出來後，就是讓醫療部門或者是付費者代表，大家一起提出意見，事後還是要請各部門再跟健保署一起討論定案，所以請大家

不用擔心，並不是過了今天的委員會議後全部的 KPI 就底定，只是先提出來討論。

今天要做的工作，第 1 個是確認總額協商的金額，還有黑色文字的部分也請大家看看有沒有疏漏，這邊我再確認一下，黑色文字的部分也是 10 月份委員會議時再正式確認，還是今天就要確認了？

陳組長燕鈴：10 月份委員會議能夠酌修的只有 KPI，其他文字是 9 月 23 日的協商結論，今天就要確認。

周主任委員麗芳：好，請各部門聽好，所謂 KPI 就是這邊寫「執行目標」、「預期效益之評估指標」的紅字部分，今天拋出來是收集大家意見，10 月份委員會議再定案，但是其他黑字部分，都是上週總額協商時的結論，今天就要確認，是這樣嗎？

周執行秘書淑婉：不是，要不要確認跟紅字、黑字沒有關係，因為這個項目的 KPI 是昨天晚上拿到，今天會前才更新，所以標紅字，主委剛才講的「執行目標」、「預期效益之評估指標」，在其他項目可能是黑字，但也是 10 月份委員會議才正式確認。

周主任委員麗芳：我知道了，就是「執行目標」、「預期效益之評估指標」是拋出來討論，在 10 月份委員會議正式確認，其他文字都是在今天確認。先請醫院協會的代表李飛鵬理事長，除了部分項目的「執行目標」、「預期效益之評估指標」是今天才看到的，其他都是先前的協商結論，是昨天就已經拿到的，針對這些內容，先請醫院協會確認。剛剛朱益宏委員有修正文字，是針對「預期效益之評估指標」，也請李飛鵬理事長確認一下，協定事項文字是不是有需要調整，或是無誤。

李委員飛鵬：今天最主要的工作應該是確定上週總額協商的金額及成長率，這是最重要的，其餘細項文字，還是要先請陳建宗委員發表意見，如果大家都沒有意見，就可以確認了。

周主任委員麗芳：請陳建宗理事長。

陳委員建宗：我也一樣，就是項目的 KPI，我覺得必須達到共識，黑字部分我們沒有太大的疑問，紅字部分請給點時間，讓醫院協會有共

識再一起回覆。

周主任委員麗芳：接下來請李飛鵬理事長做醫院部門的總結。

李委員飛鵬：我們對金額、成長率都沒有意見，就通過黑字部分。紅字部分就像主委講的，下次還有確認修改的機會，我們就同意。

周主任委員麗芳：所以醫院協會對協商的金額、成長率是沒有疑問的，確認無誤，至於協定事項的部分，除了「執行目標」、「預期效益之評估指標」還有待跟健保署進一步討論外，其餘部分也是確認無誤。我們也聽聽看其他委員的意見，除了「執行目標」、「預期效益之評估指標」外，其他文字需要今天確認的，有沒有委員還要提出垂詢？好，如果沒有的話，醫院總額協商結論確認就進行到這裡，接下來進行西醫基層總額。

陳組長燕鈴：西醫基層總額協商結論請參閱西醫基層-13 頁，請委員直接看項目表，西醫基層總額的醫療服務成本及人口因素成長率是 2.407%，協商因素成長率是 1.496%，有關 KPI 的部分，一般服務的第 3、4 項需要訂 KPI，會訂 KPI 是因為預算增加金額達 20% 以上或是新增項目。第 3 項是「因應基層護理人力需求，提高第一階段門診診察費」，西醫基層部門已經提出「執行目標」、「預期效益之評估指標」。接著看第 4 項「促進醫療服務診療項目支付衡平已導入費用」，這項的「執行目標」、「預期效益之評估指標」也請委員參考，接著往後看，一般服務成長率是 3.903%，接下來進入專款。

專款項目的部分，因為這次西醫基層總額新增的項目較多，總共有 5 項要訂 KPI，首先是第 4 項「家庭醫師整合性照護計畫」，已經訂出 KPI 了。接著是第 6 項「醫療給付改善方案」，因為本項增加金額比較多，其中「預期效益之評估指標」是提出「配合各方案之指標及健保署規劃辦理」，所以這部分可能還需要再行研議。接下來看到第 17 項「口腔黏膜癌前病變(PMD)追蹤照護計畫」，這是今年新增的項目，KPI 也很具體，計畫是以 3 年為檢討期限。接著是第 20 項「幽門螺旋桿菌除菌治療後衍生診療費用」，這也是新增項目，KPI 再請委員參考，也是以 3 年為檢討期限。最後是第 21 項

「強化糖心腎症候群(CKM)全人整合照護計畫」，也是這次協商新增的專款項目，KPI 就請委員參考，計畫也是以 3 年為檢討期限，全部專款項目的金額是 178.237 億元，門診透析服務成長率是 3.729%，整體西醫基層總額成長率是 5.5%，總金額是 1,965.824 億元，以上說明。

周主任委員麗芳：謝謝陳燕鈴組長，我再確認一下，有關各總額協商結論中提到的檢討期限，在這次的協商都是以 3 年為檢討期限，還是不一定？

陳組長燕鈴：由各部門自行評估該計畫多久可能會成熟，之後需要進行檢討，看是要納入一般服務或是退場等。

周主任委員麗芳：西醫基層總額協商結論的確認方式跟醫院總額一樣，在「執行目標」、「預期效益之評估指標」部分，請西醫基層部門跟健保署進一步研商，今天只是先拋出來溝通，看看大家的想法，10 月份委員會議再正式確認，但是其他的文字今天要確認。西醫基層有兩位代表在線上，先請顏鴻順委員發表意見。

顏委員鴻順：感謝這次的總額協商，在主委跟各位付費者代表、各位委員的幫忙之下，西醫基層跟大家非常辛苦地完成協商，應該是 5 個部門裡面談得最久的，也新增了一些項目。我想先確認一下，這些有劃線新增的文字，應該都是醫全會提供的資料，對吧？

陳組長燕鈴：西醫基層的 KPI 全部都是部門提供，健保署沒有提供。

顏委員鴻順：對，這個內容應該是我們提供的，我們內部會再討論詳細內容，比較不確定的地方會再詢問健保署的意見，因為時間很匆促，所以這些文字都是我們幹部先內部討論，提出的初步想法。

首先「因應基層護理人力需求，提高第一階段門診診察費」這部分比較沒有問題，因為是 5 年計畫，明年是執行第 5 年，相關的執行指標或發放標準，也都跟護理師公會全國聯合會有共識跟討論，所以這部分在執行上應該是沒有問題。我們的目標是鼓勵會員儘量能夠達成提升護理人員薪資的比率，所以執行標準沒有問題，而是要鼓勵大家如何達到發放的標準。

再來就是今年一個擴充比較大的項目「家庭醫師整合性照護計畫」，在部長推動的大目標之下，現在叫做家醫大平台，要把很多三高慢性病的照護、P4P^(註1)的專案都整合到這裡，而且為了達到 888 的照護^(註2)，希望能夠擴大收案，因此今年預算才有所增加。而且協商的時候，針對 2 個項目「75 歲以上慢性病長者診察費，第一階段每件加計 100 點」及「強化國人高血壓照護品質」，也都希望整合到 888 的照護，這些都會在「家庭醫師整合性照護計畫」著墨跟發揮。

再來是專款第 17 項「口腔黏膜癌前病變(PMD)追蹤照護計畫」，這部分是由耳鼻喉科專科醫學會，現在叫頭頸外科醫學會所提出非常有建設性的計畫。他們覺得很多很難檢查出來的癌症，發現率都比較高，為什麼嘴巴打開就可以看出來的口腔癌，反而其發現率、治癒率比較低，表示這方面篩檢的落實不佳，所以他們非常認真也非常有勇氣，提出這樣的照護計畫，也非常感謝付費者代表的支持。

還有專款第 20 項「幽門螺旋桿菌除菌治療後衍生診療費用」，這部分也非常謝謝付費者代表的認同，幽門螺旋桿菌治療後一旦發現陽性，要花很多力氣把患者叫回來治療，不論是三合一或四合一的治療，都要耗費好幾次的門診跟用藥，更重要的是，即使是陽性、已經完成治療的病人，還是希望能夠安排做一次胃鏡的檢查，因為有一位長官雖然幽門螺旋桿菌檢出陽性後也接受過治療，可是後來還是發現胃癌，所以並不是幽門螺旋桿菌治療之後就沒事，後續衍生費用我們也都有估算進去。

再來就是協商那天討論最久，有關原本 GLP-1 RA^(註3)、Statin^(註4)、SGLT2i^(註5)等藥品適應症的擴大，後來整合到專款第 21 項「強化糖心腎症候群(CKM)全人整合照護計畫」，這方面我們會再落實做細部討論，因為醫療科技發展到現在，很難想像原本要治療糖尿病的 GLP-1 RA 針劑及 SGLT2i 用藥，發現它們對心血管疾病、體重控制，甚至癌症減少居然也有很大的幫助，所以才會有擴大用藥適應症跟需求增加，我們這次把它整合在「強化糖心腎症候群(CKM)全人整合照護計畫」，這部分的指標及如何落實，我們內部會再做檢

討，看是否能在 10 月份提出更詳細的指標內容，大概以上這幾點做補充，謝謝。

註 1：P4P(Pay-for-Performance，論質計酬，指健保署實施之醫療給付改善方案)。

註 2：健康台灣-三高防治 888 計畫，預計目標至 2030 年，將 8 成病友加入照護網，讓照護網內的 8 成病友接受生活習慣諮詢，並讓 8 成病友的病情獲得控制。

註 3：GLP-1 RA (Glucagon-like peptide-1 receptor agonist，類升糖素胜肽-1 受體促效劑，降血糖藥品)。

註 4：Statins(降血脂藥品)。

註 5：SGLT-2 抑制劑(sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors，新一代口服降血糖藥)。

周主任委員麗芳：好，謝謝，在請黃振國委員發言前，已經有兩位委員準備要提供意見，所以先聽其他委員的意見，等一下再請黃振國委員發言，先請朱益宏委員。

朱委員益宏：謝謝主席，我想請問一下剛剛顏鴻順副理事長特別提到專款第 21 項「強化糖心腎症候群(CKM)全人整合照護計畫」的部分，剛剛提到包括 GLP-1 RA、SGLT2i 等藥品，希望在這個計畫中放寬適應症，因為健保署目前沒有把這些藥品區分基層或醫院的適應症，所以基層放寬的話，會不會影響到醫院？我想也請健保署說明會不會影響到醫院？因為醫院總額並沒有這樣的預算，以上。

周主任委員麗芳：謝謝，請蔡順雄委員。

蔡委員順雄：有關西醫基層-19 頁第 6 項「醫療給付改善方案」，劃線部分是西醫基層部門臨時提出的暫定版，聽起來應該不是最終的決定版，因為第 2 點「執行目標」都寫暫列。但是這樣的執行目標不太可行，因為講得很空泛「透過連續性照護與醫病共同參與，促使病患積極治療及管理疾病，進而促進國民健康及健保制度之永續發展」，聽起來好像中華民國基於三民主義，為民有、民治、民享之民主共和國，一樣的意思，這個不是執行目標，因為無從檢驗，檢驗不出執行目標達到的程度，所以後續請西醫基層在做處理的時候，可能要稍微特定而具體，像第 1 點「持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合……」，至少還具有可檢驗性的協定內容，我建議執行目標一定要可得特定。

周主任委員麗芳：謝謝，剛剛蔡順雄委員指導的部分，不只西醫基層，希望各部門回去都好好檢視一下。請嚴必文委員。

嚴委員必文：我想看一下「家庭醫師整合性照護計畫」，因為其預期效益之評估指標，有 1 項是糖心腎症候群的監控數據，今年又新增「強化糖心腎症候群(CKM)全人整合照護計畫」，在效益上是不是要去做區分跟切割，要不然是不是有所謂的重疊性？支付上是不是也有重疊性？這是我提出的疑問，謝謝。

周主任委員麗芳：針對西醫基層的部分，各位現場及線上的委員，還有沒有要提出垂詢的地方？沒有的話，我先請健保署針對朱益宏委員所關切的問題做回應。

張副署長禹斌：請黃育文組長說明。

黃組長育文：健保署說明，剛才提到糖心腎症候群的用藥，包括 SGLT2i、GLP-1 RA 等藥品，因為 SGLT2i 在 114 年 3 月 1 日已經有擴增一部分給付範圍，受惠人數推估是 15.3 萬人，挹注的藥費大概 14.5 億元。有關 GLP-1 RA 部分，在今年已經有編列預算，年底前也會導入，並擴增一部分 SGLT2i 跟 GLP-1 RA 的適應症。至於明年基層的「強化糖心腎症候群(CKM)全人整合照護計畫」，主要是扣合大家醫計畫的人數去使用，如果未來醫院部門有用到，會從「藥品及特材給付規定改變」勻支，以上。

周主任委員麗芳：謝謝說明，接下來請……。

朱委員益宏：主席對不起，朱益宏可以發言嗎？

周主任委員麗芳：可以。

朱委員益宏：我覺得健保署剛剛講的我們不太能接受，因為他說要從「藥品及特材給付規定改變」勻支，我們在醫院總額提到有關支付項目的改變，其實健保署應該已經有 1 個計畫，大概有哪些項目、預算多少，如果因為基層新增計畫，影響到醫院額外支出的部分，要從這邊勻支，我不清楚要如何去勻支，會不會影響醫院總額其他的項目？我覺得如果是這樣，健保署應該在醫院總額也編列同筆預算，而不是用勻支的方式，這樣的講法我不太能接受，以上。

周主任委員麗芳：請張禹斌副署長。

張副署長禹斌：我請教主席，剛才朱益宏委員所提的事項，今天就要

定案嗎？

周主任委員麗芳：沒有，現在是交換意見，執行目標與預期效益之評估指標部分，可以等到 10 月確認。

張副署長禹斌：有關朱益宏委員提出的事項，我們會後再與朱益宏委員私下溝通，因為他提到的事項有點影響醫院部門的權益，所以這部分我還是要帶回去，大家坐下來討論。

周主任委員麗芳：謝謝。請黃振國委員。

黃委員振國：我們依序來討論，首先回到第 6 項「醫療給付改善方案」，我針對剛才諸位委員的質疑來回答。「醫療給付改善方案」在去年已經將最主要的項目糖尿病跟 CKD^(註 1)整併到「家庭醫師整合性照護計畫」，此給付方案包括上面所列的初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、思覺失調症、肝炎、早期療育，尤其近年早療的成長是預算增加的主要來源，還有孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、生物相似性藥品、化療學名藥等等，這些給付改善方案在西醫基層部門每個項目都有提出。剛剛委員所提，在原有的各項給付改善方案中都已經包含該方案的執行目標與預期效益之評估指標，如果委員需要了解，我請健保署提供各方案內容。

第 21 項「強化糖心腎症候群(CKM)全人整合照護計畫」，我想在總額協商當天講得很清楚，這個計畫本來提出的是根據健保署今年 9 月通過 Statin 適應症放寬用於國人心血管疾病的治療，但是如何落實？當時對於高血脂的治療目標下修非常多，尤其在基層診所遇到最多的是單純高血壓，這些中度風險或高度風險的病人，若照以往的標準是不需要治療的，但是經由我們提早介入，我相信除了能達到所列的降低國人心血管疾病發生率以外，還能減少糖尿病相關心腎併發症、住院及後續高額醫療資源耗用。我想諸位委員應該清楚，在 HTA^(註 2)的藥物財務衝擊評估，包括該藥物的使用及後續可能減少住院與併發症，在西醫基層診所處理的都是屬於比較輕症的 primary prevention，而不是在醫院端的 secondary prevention。

今天西醫基層診所提早讓這些民眾的健康受到照顧，以後節省的

費用是反映在住院端，所以諸位委員所擔心的部分可以請 HTA 評估，當 Statin、GLP-1 RA 提早使用時，到底對醫院的衝擊是增加多少負荷、還是減少多少負荷，可以請 HTA 推算。

第 4 項「家庭醫師整合性照護計畫」，謝謝嚴必文委員指導，家庭醫師整合性照護計畫是全人照護管理的整體概念，這裡所列的預期效益之評估指標「糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率」只是很多監測數字的其中一項，是我們列的項目之一。而第 21 項「強化糖心腎症候群(CKM)全人整合照護計畫」是專注在重大改變，總額協商當天特別強調這項目費用較多，為什麼需要鼓勵使用 GLP-1 RA？大家知道 GLP-1 RA 目前藥費一天就需 3 千多元，西醫基層診所平均每張慢性病連續處方箋的單價可能只有 1 千多元，所以一般西醫基層診所的醫師不太願意開 GLP-1 RA，因為可能會讓那個月的處方箋的平均金額高達 5、6 千元，跟醫院端平均的藥費比較相近，所以這是為什麼要鼓勵西醫基層的醫師去使用 GLP-1 RA。但是他們擔心的包括今天講的 GLP-1 RA 使用的改變，我想醫審組講過了，在最近的共擬會議有討論糖尿病用藥的放寬適應症，西醫基層部門一定會根據原有的討論去規劃，不會額外節外生枝，如果未來專家會議希望放寬更多，我們也會審慎評估對財務的影響，請朱益宏委員放心，報告到這裡，謝謝。

註 1：CKD (Chronic Kidney disease，慢性腎臟病/慢性腎衰竭)。

註 2：HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)。

周主任委員麗芳：非常謝謝黃振國委員詳盡的說明，也向大家再次提醒，剛剛委員所垂詢的內容，包括朱益宏委員所關切的事項，都是屬於執行目標與預期效益之評估指標的內容，請西醫基層部門、醫院部門於會後與健保署再進一步確認相關的文字，也希望回去之後，修正相關文字內容時，也能把幾位委員關切、提醒的部分納入。

現在與西醫基層部門確認，除了執行目標與預期效益之評估指標可以等 10 月確認外，其他的部分要在今天的會議當中做確認，所以請兩位西醫基層部門代表，顏鴻順委員與黃振國委員分別做確認。是不是先請顏鴻順委員？

顏委員鴻順：除了執行目標之外的文字是不是？

周主任委員麗芳：對，執行目標與預期效益之評估指標，今天很多項目都有以括弧註記暫列，今天是大家交換意見，其他.....。

顏委員鴻順：暫列的部分我們回去會再確認。

周主任委員麗芳：其他文字今天有沒有確認？

顏委員鴻順：我看是確認，也請黃振國主委幫忙看一下。

周主任委員麗芳：黃振國主委請。謝謝，請問黃振國主委您正在確認是嗎？

黃委員振國：是的，我想內容大致上沒有問題，後續我們會與健保署稍微溝通細節，謝謝。

周主任委員麗芳：非常感謝，請陳秀熙老師。

陳委員秀熙：我小小提醒，第 17 項「口腔黏膜癌前病變(PMD)追蹤照護計畫」，英文縮寫要加上字母 O，即 OPMD，不然會無法精確代表口腔病變，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝秀熙老師的提醒，英文縮寫部分修正為 OPMD，顏鴻順委員與黃振國委員對秀熙老師的建議是否同意？

顏委員鴻順：同意，謝謝陳秀熙老師的指導。

周主任委員麗芳：謝謝，西醫基層部門的部分，非常感謝所有委員以及西醫基層部門兩位代表，除了執行目標與預期效益之評估指標外，其餘內容都確認無誤，接下來進行中醫部門討論，謝謝。

陳組長燕鈴：中醫部門的確認同樣先看附表，請參閱中醫-6 頁，中醫的醫療服務成本及人口因素成長率是 3.593%，協商因素成長率是 0.817%，需要訂定 KPI 的項目共 4 項，其中第 1 項是一般服務項目 1「提升中醫藥費」。中醫部門所有的 KPI 都是由中醫師公會全國聯合會提供，一般服務成長率是 4.410%。

專款項目有 3 項需要訂定 KPI，雖然 116 年沒有新增項目，但這 3 項預算增加比較多的是第 4 項「中醫癌症患者加強照護整合方案」，第 6 項「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」及第 7 項「照護機構中醫醫療照護方案」，由於這幾項是預算增幅較大，所以有訂定 KPI

需要達成。

請看到最後中醫-10 頁，中醫的專款金額為 19.924 億元，總成長率為 5.5%，總金額為 384.635 億元，以上說明。

周主任委員麗芳：謝謝，接下來要進行中醫部門的確認，在確認前，委員對於目前中醫部門提供的相關資料有沒有需要提出垂詢？現場沒有，那線上委員有要提出垂詢嗎？沒有。接下來請中醫全聯會蘇守毅理事長，針對這些內容進行確認。

蘇委員守毅：謝謝主委及各位委員，這次真的很感謝大家，因為中醫部門剛開始有部分費用沒有完全爭取到，所以最初的預估成長率只有 5.044%。經過各位委員的幫忙，考慮到實際上醫療需求及利用率，最終提升到成長率 5.5%，達到賴總統希望今年的醫療總額皆是以成長率 5.5% 為目標進行提升，非常感謝大家的幫忙。

中醫部門在「提升中醫藥費」部分，執行目標是希望能夠提高慢性病處方箋的使用，讓符合條件的慢性病患者使用長日數(大於 7 日)處方箋的比率能較前 1 年提升 1%。再來，預期效益之評估指標方面，希望中藥不良反應報告數量能低於 0.01%，我們會再努力控制跟監管，這是「提升中醫藥費」部分。

在「中醫癌症患者加強照護整合方案」部分，執行目標是希望把參與家數能增加到 300 家、服務人次以 29 萬人為目標；預期效益之評估指標是希望能夠將 FACT-G^(註 1)、CTCAE^(註 2)等整體成效評估有所改善。

再來是「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」部分，執行目標是希望參與院所今年增加到 300 家，服務人數以 1 萬 4,500 人為目標；預期效益之評估指標是希望 eGFR 量表評量結果呈正向發展。

在「照護機構中醫醫療照護方案」部分，原先所提供的執行目標是參與院數 200 家跟服務 15,000 人為目標，可能不太符合現實的情況跟需求，建議能夠把參與院數是 200 家改成「116 年以服務 250 家照護機構」，服務 15,000 人改成「服務 120,000 人次」，以 12 萬人次為我們的目標，不是人數而是人次，另外增加「總服務天數 8,000

天為目標」；預期效益之評估指標則比照原來列出的項目。原則上，以上述的內容來規劃，再次感謝各位委員幫忙，非常感謝。

註 1：FACT-G(Functional Assessment of Cancer Therapy – General，癌症治療功能性評估：一般性量表)。

註 2：CTCAE(Common Terminology Criteria for Adverse Events，常見毒性標準量表)。

周主任委員麗芳：好，謝謝蘇守毅理事長。這邊也提醒一下，執行目標跟預期效益之評估指標，還是可以回去再好好研商，所有部門我們都有提醒，只要是 10 月份委員會議一經確認之後，未來就是用這個 KPI 來去做執行成效的檢視，包括在評核及未來整個管考上面的運用。所以各部門回去後都要針對所有 KPI 嚴加訂定。KPI 不是訂來用看的，這些 KPI 都是訂來要執行的，所以要能在執行上有績效，也能確實做到，請中醫部門帶回去好好討論。

好，除了 KPI 外，是不是請蘇守毅理事長針對中醫部門的其他文字進行確認？

蘇委員守毅：確認，謝謝。

周主任委員麗芳：好，謝謝。我想今天每個部門的理事長還有代表們壓力都很大，因為要講出「確認」2 個字，其實也是很大的承擔。接下來進行牙醫部門的討論，先請同仁說明，再由剛上任沒有多久、壓力也很大要進行「確認」的黃立賢理事長回應，謝謝。

陳組長燕鈴：請參閱補充資料牙醫-7 頁的協定項目表，牙醫門診總額的部分，醫療服務成本及人口因素成長率是 3.298%，協商因素成長率-0.096%，一般服務的成長率是 3.202%，看到專款部分，牙醫在專款中有 4 項要訂 KPI，分別為第 2 項「牙醫特殊醫療服務計畫」，第 3 項「青少年口腔提升照護試辦計畫」，是預算金額增加較高而訂 KPI，第 5 項「高風險疾病口腔照護計畫」則是今年協商最主要的項目。第 8 項「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」是今年新增的專款，KPI 如資料所列，本計畫以 3 年為檢討期限。所以專款金額是 80.053 億元，牙醫總額成長率是 5.5%，總金額是 616.284 億元，以上說明。

周主任委員麗芳：謝謝陳燕鈴組長的說明，一樣先聽聽看各位委員對於目前牙醫部門的相關內容、KPI，有沒有要提出垂詢或給他們建議

的地方？請朱益宏委員。

朱委員益宏：主席謝謝，關於牙醫部門專款第 9 項「因應牙醫支付標準調整所增加預算」的部分，雖然最後協商結果編列是 0 元，但就我了解，牙醫部門當初編列是為了因應明(116)年度有一部分的支付標準調整，會影響到醫院部門相對增加的費用，所以牙醫部門先編列一部分費用，以因應明年支付標準調整，如果造成醫院財務衝擊的話，先由這部分支應。等到後(117)年醫院部門再回溯編列 116 年的預算，大概是這用意，但是我看付費者不同意該方式，所以我不知道最後的協商結果，如果牙醫部門支付標準有調整，明年有造成醫院的財務衝擊，到底要怎麼處理？

周主任委員麗芳：好，謝謝，其他委員有沒有提出垂詢？好，針對剛剛朱益宏委員的意見，還是請健保署說明。

張副署長禹斌：我印象是醫院部門那邊是有編的^(註)，是因為醫院部門有編。委員是擔心今年如果額外調高支付標準後，會造成這些問題嘛.....。

註：查 116 年度醫院部門一般服務項目「因應牙醫支付標準調整所增加預算」編列 60 萬元，協定項目為「用於因應牙醫門診總額 115 年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用」。

朱委員益宏：不是的張禹斌副署長，醫院總額編列的是 115 年所調整的支付標準經費，所以在 116 年的總額編列補足 115 年所產生的費用影響，這個問題其實在牙科已經發生 2、3 年了，每一次都是當年度由牙醫總額勻支過來到醫院部門，因為支付標準調整後衍生的費用每年都會發生，第 2 年才由醫院總額編列前 1 年度的經費，所以醫院部門 116 年編列的 60 萬元是針對 115 年已經導入的項目，與牙醫部門 116 年新增項目是不同的。

張副署長禹斌：所以是差 1 年。

朱委員益宏：對，差 1 年，但是當年的預算影響在醫院總額都沒有預算來源，所以之前的做法都是由牙醫總額一般服務勻支一部分的費用過來，當然這樣勻支是不好的，所以牙醫總額今年才會在專款特別編列該項預算，但我不知道最後怎麼協商，付費者沒有同意。

張副署長禹斌：牙全會今年原本編多少？

周執行秘書淑婉：100 萬元。

張副署長禹斌：有什麼辦法補救？用其他預算嗎？

周執行秘書淑婉：跟朱益宏委員報告，在總額協商過程中，付費者委員覺得該項是「預期」116 年的費用影響，但只是預期，不知道實際會有多少錢，希望延後反映，以實際支付方式，每年看實際的費用影響，於下一年度再補足，這方式可能比較好，而且過去也沒發生 2 個總額之間互相編列經費，若總額協商項目有涉及跨總額的部分，之前都希望健保署先做協調，其實我們沒有看過部門編給別的部門錢，這個後續可能請健保署內部再討論看看。

周主任委員麗芳：好，謝謝。

朱委員益宏：周淑婉執行秘書對不起，您講的也不對，我們在協商共識就講過，如果總額部門跟付費者談的時候影響到其他總額部門，那一定要讓其他總額部門列席表達相關意見，我們有這個規定，事實上牙醫部門討論該項時，也沒有請醫院部門來表達意見。另外牙醫部門在跟健保署談明年度編列項目這件事情，我們完全不知道，所以剛剛周淑婉執行秘書說當年度的費用就由醫院總額吸收，然後晚一年再來編列，這是吃醫院的豆腐，因為醫院沒有編列這筆預算，雖然經費不多，但就算是 1 塊錢，依法就是要有財源。

我剛才提到牙醫支付標準調整對醫院財務造成衝擊的問題已經發生 2、3 年，之前的做法都是牙醫承諾從一般服務預算勻支給醫院，這是牙醫的承諾。但我個人覺得這樣勻支其實不好，所以應該要事先處理，當然最好的方式是牙醫部門如果知道有這個項目就應該先讓醫院知道，透過健保署在醫院總額編列預算，但今年還是沒有，我們還是要處理 116 年牙醫支付標準調整對醫院財務造成衝擊所發生的問題，我覺得這也是健保會的責任，必須去處理這件事情，總不能叫醫院自己先吸收、先吃虧。

周主任委員麗芳：朱益宏委員的關切確實很有道理，請張禹斌副署長說明，健保署能提出一些解方。

張副署長禹斌：剛才問了牙全會，今年原編列的金額不是很高，如果

明年執行有產生這個費用，因為已經來不及改，就由其他預算勻支。

周主任委員麗芳：張禹斌副署長剛剛也提到，請醫院部門不用擔心，2個部門也不要因為這樣傷了和氣，這部分金額也不多，剛已經提到健保署會從其他預算去補足這部分，所以請不用擔心。其他的委員還有沒有要提出垂詢？請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：我覺得這個問題照理說應該在協商之前，牙醫部門和醫院部門之間就應該先協調好，否則付費者代表也不清楚究竟是怎麼回事，而且當初討論時也沒有講到這個問題。剛才提到健保會要負責，但我們不知道要負什麼責任？這樣說沒有道理。所以我認為這是你們之間的問題，應該先討論好，如果真的無法解決，健保署就應該介入處理，就像張禹斌副署長剛剛所說的，如果確實有問題，也可以由其他預算來補足。因此，不能把這個責任歸到健保會身上，這樣的說法並不恰當。不過，我們還是支持原來的協商結果，因為當初協商結論就是這樣。因此，健保會沒有任何責任需要承擔，相關責任仍應由健保署擔負起來。

周主任委員麗芳：因為楊芸蘋委員是牙醫總額的主談人，所以主談人也是要吐一下苦水，已經非常盡心盡力了，所以這部分非常謝謝健保署願意做後續承擔。請吳永全委員。

吳委員永全：主席，附議剛剛楊芸蘋委員的說法，付費者代表面對這些後續需要討論的部分，是不是因為9月23日協商會議之後，接下來是連假，而造成有很多時間被壓縮。如果是這種情形，是不是可以因為連假關係，把協商的時間延後，讓大家有充分的時間討論。

周主任委員麗芳：請周淑婉執行秘書說明。

周執行秘書淑婉：沒有壓縮，因為過去本來就是星期三完成協商，星期五召開委員會議進行初步結果的確認，所以今年的作業時間還是很充裕。

周主任委員麗芳：謝謝，大家都辛苦了，無論是協商代表、各部門主談、協談及所有付費者代表，還有健保會、健保署幕僚，大家真的都辛苦了，但是剛才大家所關切的問題不用擔心，真的非常感謝我

們的神隊友，健保署陳亮好署長、張禹斌副署長非常支持我們，剛提到的問題是其他預算可以處理的。

接下來請牙醫部門黃立賢理事長跟大家說明、確認，也真的是熱騰騰，才上任沒多久就經歷這麼大的挑戰，謝謝。

黃委員立賢：謝謝周主任委員、張禹斌副署長，也非常感謝健保會委員以及健保署對牙醫部門的肯定，從一開始 7 月就給我們特優的評核，這次談判又達到成長率天花板 5.5%，雖然大家都是 5.5%，但是每次談判得來都非常不容易。這次的談判也讓牙醫總額一舉衝破 600 億元，費用增加也表示責任更大，所以牙醫部門一定會以更優質、更安全的醫療環境，來符合民眾的期待。

對於剛才的爭議，就是有關牙醫支付標準調整對醫院財務造成衝擊的問題，事實上我們都有看到，所以才會提出來，我們還是會依健保署的意見辦理，未來也會更注意與相關部門的合作。特別是總統現在提出的健康台灣有關於醫療共照的部分，我們跟醫院、西醫基層部門還是要充分合作，所以未來這部分我們還是會跟相關的部門取得共識，再提出更好、更沒有爭議的醫療預算，非常感謝大家對牙醫部門的肯定，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝黃立賢理事長，可是我沒有聽到您講確認兩個字。除了執行目標跟預期效益之評估指標外，其他的內容是不是可以確認？

黃委員立賢：確認。

周主任委員麗芳：非常感謝，也恭喜牙醫部門，就如同您剛剛所說的，牙醫走入新歷史，整個總額突破 600 億元，我也相信在黃立賢理事長的帶領下，一定能充分運用這些預算，為民眾的口腔照護，包含剛提到的醫牙共照部分貢獻心力，謝謝牙醫部門。

接下來進入其他預算，我一定要跟大家說一下，黃金舜理事長苦守 3 千萬元，他特別提到一定要讓他有機會講話，所以等一下除了健保署之外，我們優先讓黃金舜理事長發言。先請同仁補充說明。

陳組長燕鈴：請委員參閱其他預算-7 頁，一樣是先看協定項目表，其

他預算部分是由健保署主管，目前有 4 項需要提出 KPI，因為之前尚未提出，現在已經用紅字補上標示在螢幕上，所以委員手邊可能沒有這些資料，麻煩先看畫面上紅字標示部分。首先是「山地離島地區醫療給付效益提升計畫」，接著是第 5 項，也是預算增加比較多的「推動促進醫療體系整合計畫」，這部分 KPI 列在紅字標示處，請委員參考。接下來是第 7 項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」，這項也是預算增加比較多的部分，執行目標跟預期效益評估指標請委員參考。最後 1 項是第 8 項「腎臟病照護及病人衛教計畫」，這部分再請委員參考。其他預算總共有 10 項協定項目，總計是 232.44 億元，以上說明。

周主任委員麗芳：謝謝陳燕鈴組長，黃金舜理事長久等了，先請您發言。

黃委員金舜：主委，執秘，副署長，還有現場所有委員，線上所有委員大家好，大家早安。每年的 9 月是四大總額部門協商，在協商過程中當然有很多討論，整個過程也非常辛苦，我記得每年總額協商從早上 9 點半，有時候開會開到凌晨一兩點。整個過程雖然辛苦，但我看到四大總額部門協商，藥師公會真的非常羨慕，我們連參加的機會都沒有，所以我苦苦等待的就是每年在其他預算部分，藥師公會有一筆 3 千萬元的預算。初期因為執行的項目有一些困難度，經過一兩年跟健保署把第一線遇到的困難一一來做說明，也得到健保署的理解，現在整個推動已經進步得非常多，也希望今年、明年，可以將執行率達到 100%，後年爭取到 5 千萬元、6 千萬元，謝謝。

周主任委員麗芳：好，非常感謝黃金舜理事長始終如一，讓我們非常敬佩他敬業的精神，他也是領導有方，剛才已經提到 100% 的預算通通要執行完畢，我們再次謝謝他。

在我請健保署還有其他委員發言前，還有一位也是非常重要的靈魂人物，就是護理師護士公會全國聯合會陳麗琴理事長。現在大家都說得護理者得天下，雖然護理這塊也是一樣沒有額外匡列總額，但幾乎每個部門在談總額時，都不敢遺漏掉護理這塊，對護理相關

議題都給予非常高度的關注，是不是也請陳麗琴理事長表達一下意見。請問陳麗琴理事長在線上嗎？

陳委員麗琴：有，主委、周執秘、各位委員，大家好。其實我現在正在日本，我跟全聯會的同仁到日本的醫院參訪，不過我還是很安靜地在這邊參與整個會議。剛才黃金舜委員說他每年都是為3千萬元坐1天，希望來年可以多一點預算，其實我跟他有一樣的想法，我也好希望護理每年有些費用是可以自己作主、自己分配的，不過這個想法當作是理想，我們會一直努力。

我首先要感謝各位委員對我們護理界的支持，不管是醫院總額或西醫基層總額，乃至於中醫、牙醫總額，其實都非常善待我們，一直想要提升護理人員的薪資或改善我們的環境，我就代表護理界向各位委員致謝。

當然也很感謝各位付費者代表，也是非常支持我們護理界，健保署署長、副署長們也對我們釋出非常多善意，主委當然更是不用說了，主委常常在會中給我機會表達護理的需要，除了感謝以外還是感謝，非常謝謝大家。

周主任委員麗芳：謝謝陳麗琴理事長，他雖然因公率隊在日本進行訪視，但是健保會的會議，他是全程都參加，非常感謝您，也幫我們祝福全部護理界的同仁，謝謝陳麗琴理事長，也祝福參訪順利。

接下來是其他預算，我們先聽聽看各位在座以及線上的委員，針對其他預算部分，有沒有要提出垂詢？目前沒有，我們請張禹斌副署長幫我們做一下說明，謝謝。

張副署長禹斌：謝謝主委，首先還是代表署長謝謝各位健保會委員對其他部門的支持。其實其他部門的用意就是原來我們四個總額，這幾年已經都執行得相當好，但還是有些部分必須要用其他部門的預算來做補充，還是要先謝謝各位委員。

剛才從黃金舜理事長、陳麗琴理事長的言談中，發現2位都有離開我們的心意，還是希望2位繼續留在其他部門跟我們共同奮鬥，不然我們會覺得很孤單，其他部門就只剩我們。最後還是謝謝各位

委員，以及黃金舜理事長跟陳麗琴理事長長期以來跟我們的合作，明年健保總額既然已經成長 5.5%，希望各總額部門跟我們一起把健保的後續工作做得更好，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝，我也請問張禹斌副署長，針對其他部門預算的文字內容，除了執行目標跟預期效益之評估指標外，其餘內容是不是也確認。

張副署長禹斌：整個文字我剛才問過同仁，也有 review 一下，沒有問題，謝謝大家。

周主任委員麗芳：謝謝，關於今天的案子，最要感謝的就是所有參與協商的各位委員們，尤其是付費者代表功不可沒，是這次我們能夠再次創下紀錄最重要的幕後功臣，付費者協商的總召集人是林恩豪委員，請問林委員在線上嗎？要不要跟大家講幾句話？謝謝。

林委員恩豪：我在，聽得見嗎？可以聽到聲音嗎？

周主任委員麗芳：可以，請林委員。

林委員恩豪：這是全體付費者的決議，總召集人只是做個協調而已，我們希望給足成長率後，未來在醫、護、所有國人的健康上，都能提供更好的品質，而對健保會來講，我們就是要做更好的監督，希望這些錢花在應該花的地方，讓國人的健康、生活都能夠更好，謝謝。

周主任委員麗芳：非常謝謝林恩豪委員，也謝謝您投入這麼多心血。接下來沒辦法讓每一位付費者代表發言，就請每個部門的主談人期勉幾句，剛才林恩豪委員代表的是付費者代表的總召集人，接下來請切換一下身分為醫院部門主談人，是不是再跟醫院部門也期許幾句，謝謝。

林委員恩豪：剛剛已經講過話了，但是我還是要感謝醫院部門(李委員飛鵬：各位付費者代表……)。

周主任委員麗芳：是李飛鵬理事長嗎？李飛鵬理事長要跟林恩豪委員對話嗎？

李委員飛鵬：我要感謝林恩豪委員(聲音中斷)……。

周主任委員麗芳：您的聲音有點斷斷續續，您要感謝林委員我們聽到了，然後？

李委員飛鵬：……醫療平權儘量能做好，再次感謝大家，代表醫院協會謝謝大家。

周主任委員麗芳：謝謝李飛鵬理事長，剛才講話有點斷訊，我們只聽到最前面跟最後面，要不要再把剛才的話講完整一點？您有聽到嗎？

李委員飛鵬：就是我代表醫院部門感謝大家，我們會努力把醫療這部分做好。

周主任委員麗芳：謝謝。真的是有對話的火花，林恩豪委員講完、李飛鵬理事長立刻回應，也承諾要做好，所以又幫我們加碼，等一下除了部門主談人之外，理事長也要跟進回應一下，接下來就是西醫基層，西醫基層的主談人是鄭力嘉委員，請發言。

鄭委員力嘉：主委、各位付費者代表、醫界代表，還有署長、副署長、最辛苦的健保會工作人員、周淑婉執行秘書，大家早上好。

其實我們總額協商的總召集人剛才已經說了，我就簡單講一下，很感謝付費者代表對我的信任，把這個任務交給我，協商真的花了蠻長的時間，我們當然希望所有醫療資源都能用在付費者的身上，雖然未必每項協商結果都能達到大家的期望，但畢竟是協商後的結論，我覺得大家其實方向是一致的、目標是一致的，雖然過程中有些想法不太一樣，但都是讓未來台灣民眾的健康更美好，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝鄭力嘉委員幫我們點出重點，雖說中間歷經很漫長的協商過程，但我們都是走在同樣一條路上。請兩位西醫基層總額協商代表回應一下，顏鴻順委員或黃振國委員。

顏委員鴻順：今天早上打開報紙才看到鄭力嘉委員帥帥的登上報紙頭條，新聞內容是有關運輸工業的一些訴求。

非常謝謝大家，這次協商過程中，雖然我們都有共同目標，希望達到 5.5% 的成長率去守護民眾的健康，但是對於資源的配置有一些不同的看法。也謝謝鄭力嘉委員，還有所有與會委員，非常有耐心

地給我們建議，最後雙方終於達成共識。我們一定也會很認真地把資源用在刀口上，好好運用這些資源，一則優化醫療工作環境、留住人才，用這些資源好好守護人民健康。至於今天訂定的這些內容，有關執行目標方面，謝謝各位委員的指導，我們會回去再把它更落實、更精進一些。

周主任委員麗芳：謝謝顏鴻順委員剛才做了非常多相關的允諾，也會好好的去執行。接下來請全聯會的健保總額主委黃振國委員。

黃委員振國：謝謝主委及各位委員的指導。我想我們顏鴻順副理事長已經大致都說了，謝謝各位委員讓我們西醫基層能好好做事，未來1年我們會盡力而為，也期待各位給我們指導。

周主任委員麗芳：非常感謝。接下來是門診透析部分，其實我們也是拉出來單獨談，門診透析的主談人是蔡順雄委員，是不是請蔡委員也回應一下。

蔡委員順雄：謝謝主委，張禹斌副署長，還有各位長官、委員，及各總額部門理事長、擔當者，大家早安，大家好。門診透析的協商是最單純的，協商過程大概沒有花太多時間，因為大家都有共識。我們的任期也已經快接近畢業典禮，這2年跟大家學習很多，我要特別感謝陳秀熙委員，陳委員真的是優秀的學者跟很認真的專家委員，在各方面的指導都提供給我們很多的意見，讓我們有比較全面、周全的看法。

總之，雖然這2年委員給的總額成長率都比較高，就是採最高的5.5%來做決定，但我認為我們不是散財童子。雖然我們是付費者代表，但我始終認為在國家預算還可以的情況下，要讓每一分錢都發揮作用，而不是用一些理由去預留或苛扣，總之希望台灣健保執行者，就是健保署，還有各部門的協力之下，讓大家都會感受到健保的溫暖。

另外，我還是覺得應該針對台大醫院等不到病床的事件，要有比較周詳的因應措施。我甚至覺得沒有在第一時間回應新聞，提出打算做哪些努力，好讓這種事情盡量不要發生，有點可惜。我們整年

的努力，沒有人有感覺，好像都是應該的，但當這種事情發生時，民眾會記得滿久的，希望在這個點上還要再做努力。

周主任委員麗芳：謝謝蔡順雄委員，我們也要特別感謝他，因為在我們的會議當中，蔡順雄大律師展現了他的風格，總是在臨門一腳的時候給我們一錘定音的建議，非常感謝蔡順雄委員。因為門診透析事涉醫院、西醫基層總額，我就不再請醫療部門做回應。

接下來是牙醫門診總額的部分，今年的主談人是楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：謝謝主委，也謝謝我們現場及線上的委員，還有健保署的長官，大家上午好，都快中午了。

其實我覺得這一兩年來，尤其訂了 5.5%最高的成長率以後，我覺得協商過程都滿和氣的，不像以前有劍拔弩張的那種氣氛！我自己都覺得怎麼都談到半夜一兩點，氣氛還是那樣緊繃，但這兩三年來氣氛變好很多了。這當然是健保署的誠意，還有各總額部門都展現最高的熱誠與支持，付費者代表們也互相配合，使總額過程滿和順的、蠻不錯的，所以我覺得有進步。

我覺得付費者委員代表可能也要多花點時間，多點努力去瞭解醫療服務的內容，因為各總額部門的業務重點不同，這次協商我覺得牙醫部門也展現很多誠意，希望明年檢討期限到了的專案計畫，你們能提供更多評估檢討內容，以利討論。也不要像今年這樣在預算編列上跟醫院部門有部分不同，或是有點相互不符的狀況，我希望不要再有這種情形出現。

我也非常謝謝付費者代表的配合，其實過程中我們都蠻認真，而且蠻支持健保署的建議，也希望健保署給付費者代表充足的資訊，讓我們能多瞭解各項目內容，讓總額協商過程能夠更順利、更和諧。當然要更感謝的是健保會幕僚，他們真的是最辛苦，每次開會準備很多資料，又準備很多好吃的，協商一整天有不少東西餵進我們的肚子，真的謝謝你們，辛苦了。也感謝所有參與人員，我在這邊希望明年協商更好、效率更好、時間更短，金額大家更滿意。

周主任委員麗芳：非常感謝楊芸蘋委員，請黃立賢理事長回應一下。

黃委員立賢：感謝楊芸蘋委員及所有付費者代表委員，對我們牙醫門診總額的支持、肯定與指導，因為總額預算日益增加，希望雙方都負起責任把錢用在該用的地方，我們會善用這筆費用去照顧民眾的健康，達到健康台灣的目的。感謝大家的支持，希望各位委員繼續給我們鼓勵。

周主任委員麗芳：謝謝黃立賢理事長。接下來是中醫部門，這次主談人是林敏華委員，林委員是不是跟大家講幾句話期勉一下。

林委員敏華：謝謝主委、各位委員，健保署長官，健保會各位同仁，剛才很多主談人已經感謝大家很多了，我就不再贅述。今天也是謝謝各位付費者代表的支持，以及中醫協商代表的提案，促成今年中醫門診總額也能順利達成協商，以上是我簡單的回應。

周主任委員麗芳：謝謝林敏華委員，接下來請蘇守毅理事長來回應。

蘇委員守毅：謝謝主委、各位委員，中醫部門真的也是只有感謝，除了感謝之外，還是感謝。

我記得9月5日參加今周刊健康講座，當時有好幾位委員一起出席參加。實際上中醫能做的事情很多，很多中醫的醫療並不單純是保養，中醫真的可以做很多事，只是這部分我們一直沒有真正推廣或是讓委員瞭解。希望未來如果有機會，醫院方面也願意跟中醫合作，我們都很樂意在相關的健康議題上合作，尤其癌症治療在初期階段，甚至只是單純的肺結節，還沒進入癌症的患者，有時候中醫治療根本不需要開刀也會改善。當然這部分都需要有更多醫療資訊跟合作模式來做驗證，中西醫的結合應該是未來的趨勢，中醫會先把自己的本分做好，希望西醫老大哥不吝提攜，讓我們也可以跟著大家一起向前邁進。

再次感謝各位委員肯定中醫，讓中醫有這機會能夠持續為台灣民眾服務，讓健康台灣的議題能夠有更多更好的發揮。

周主任委員麗芳：謝謝，這也是我們非常樂見看到的，無論中醫、牙醫都提到跟西醫之間彼此好好合作，非常感謝。接下來是其他預算，其他預算主談人是陳節如委員，協談人是黃國祥委員，不知道陳委

員有在線上嗎？(訊號不穩)或是黃國祥委員有在線上嗎？

黃委員國祥：我在。

周主任委員麗芳：是不是請您也講幾句勉勵的話。

黃委員國祥：因為其他預算是配合健保署政策推動相關計畫，我們也樂見其成，可以促進台灣民眾健康，達到健康 888 計畫的政策目標，我們的討論是相對單純的。

周主任委員麗芳：謝謝黃國祥委員、陳節如委員。是不是也請張禹斌副署長來回應一下？

張副署長禹斌：謝謝主委，陳節如委員其實不論是當立法委員或是健保會委員期間，一直都持續關心健保以及社政的發展，所以我們跟陳委員平常也有很多溝通，復健病房她也是重要的推手，再次謝謝。

黃國祥委員是精算師，對於健保數字相當嫻熟，有次碰到才發現對數字敏感的人真是厲害，再次謝謝兩位協助其他預算的談判，最後也得到很好的結果，在此一併致謝。

周主任委員麗芳：非常好，這個案子今天算是非常圓滿落幕，剛才各位代表發言過程中，可以感受到滿滿的感謝，如果每位委員都講感謝的話，大概我們 3 天 3 夜也講不完，總而言之，這次協商彼此間有很高度的共識，如同剛才各位委員所說，我們雖然有不同的見解，但最後都能取得平衡，心中就是以病人所需作為我們最大的顧念，也期待透過大家的力量共同推動健康台灣。我相信這也是第七屆健保會委員非常欣慰的地方，能夠透過總額協商守護國家民眾的健康，能夠達到最圓滿的實踐。本案我做以下決議：

一、確認 116 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配初步協商結果包括：成長率、金額、協定事項，如附件一至附件五。至於「執行目標」及「預期效益之評估指標」，如劃線處，請健保署會同總額部門相關團體研訂，並提報本(115)年 10 月份委員會議(115.10.28)確認。委員所提意見，送請各總額部門及中央健康保險署參考。

二、請各總額部門於本年 10 月 14 日前提送地區預算分配之建議方

案，並將安排於 10 月份委員會議討論；最遲未於 11 月 11 日提交建議方案者，則由本會掣案提 11 月份委員會議(115.11.25)討論，俾依法於年底前完成協定。接下來進行報告事項。

肆、報告事項「中央健康保險署『115 年 8 月份全民健康保險業務執行報告』(書面報告)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：非常感謝健保署將相關書面資料在會前都已經寄送給各位委員參考，因為這次是屬於書面提報，請各位委員不用客氣，有各種高見的話，都麻煩書面提給健保會，我們將提供給健保署進行詳盡的回應說明。本案洽悉，我們進行臨時動議。

各位委員有要提出臨時動議嗎？(未有委員提出)如果沒有的話，今天的會議就進行到這裡，再次感謝全體委員，也謝謝所有參與的代表，包括張禹斌副署長帶領的健保署同仁、周淑婉執行秘書帶領的健保會同仁，還有陳真慧副司長帶領的社保司同仁。