衛生福利部全民健康保險會
116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115年9月23日

116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 115 年 9 月 23 日上午 9 時 30 分至 20 時 36 分

地點：本部 301 會議室

主席：周主任委員麗芳　　紀錄：劉于鳳、吳佳恩、方嘉昀、楊羽晴、林偉翔、盛培珠

出席委員：(依委員姓名筆劃排序)

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、張委員鈺旋、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、顏委員鴻順、嚴委員必文、蘇委員守毅

請假委員：謝委員佳宜

出席單位及人員：

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、何宛青、林佩萩、翁順隆、游進邦、廖振成、劉碧珠、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

林旺枝、林誓揚、張孟源、羅永達

西醫基層總額─中華民國醫師公會全國聯合會

黃振國、吳家淦、林旺枝、林誓揚、張孟源、張嘉興、陳相國、黃致仰、顏鴻順

中醫門診總額─中華民國中醫師公會全國聯合會

蘇守毅、吳清源、林永農、柯富揚、郭朝源、陳博淵、陳建輝、

廖奎鈞、詹永兆、詹益能

牙醫門診總額─中華民國牙醫師公會全國聯合會

黃立賢、余政明、吳廸、吳享穆、林鎰麟、徐邦賢、翁德育、楊文甫、簡志成、羅界山

中央健康保險署：

陳署長亮妤、張副署長禹斌、顏副署家瑞、劉主任秘書林義、黃組長育文、林參議右鈞、張副組長如薰、陳副組長依婕、張簡任技正淑雅、洪專門委員于淇、呂專門委員姿曄、許專門委員明慈、王科長智廣、許科長博淇

列席單位及人員：

腎臟醫學會：陳理事長金順、施主任委員孟甫

本部社會保險司：陳副司長真慧、陳專門委員淑華

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 87 頁)

貳、116 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商：略。(詳附錄第 87~235 頁)

各部門總額協商代表與付費者代表協商結論：(詳第 6~85 頁)

一、醫院總額

(一)協商時間：

9月23日09：30~12：01(含付費者及部門代表各自召集內部會議討論約46分鐘)。

(二)協商結論摘要：

1.一般服務成長率為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%。

2.專款項目全年經費為53,948.3百萬元。

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2.319%。

4.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5.5%。

(三)116年度醫院醫療給付費用總額及其分配，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23日12：30~13：00(含付費者代表召集內部會議討論約7分鐘)。

(二)協商結論摘要：

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115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，116年度醫院及西醫基層門診透析費用成長率，分別為2.319%及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。

(三)116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23日13：04~16：43(含付費者及部門代表各自召集內部會議討論約1小時32分鐘)。

(二)協商結論摘要：

1.一般服務成長率為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%。

2.專款項目全年經費為17,823.7百萬元。

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3.729%。

4.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5.5%。

(三)116年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配，如附件二。

四、中醫門診總額

(一)協商時間：

9月23日16：53~18：22(含付費者代表召集內部會議討論約33分鐘)。

(二)協商結論摘要：

1.一般服務成長率為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%。

2.專款項目全年經費為1,992.4百萬元。

3.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5.5%。

(三)116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23日18：30~19：56(含付費者及部門代表各自召集內部會議討論約28分鐘)。

(二)協商結論摘要：

1.一般服務成長率為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%。

2.專款項目全年經費為8,005.3百萬元。

3.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5.5%。

(三)116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23日20：00~20：36。

(二)協商結論摘要：

116年度經費23,244百萬元，較115年度增加1,211.8百萬元。

(三)116年度全民健康保險其他預算及其分配，如附件五。

七、依116年度總額協商程序，請各總額部門及中央健康保險署(協商項目提出者)依據協商結論辦理下列事項，並請於9月24日中午前提送本會。

(一)以結果面為導向，調整新增或預算增加幅度達20%以上的延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。

(二)新增或已屆期之專款項目，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。

八、上述協商結論提送9月30日本會115年第8次委員會議討論。

參、協商會議結束：9 月 23 日 20 時 36 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)

附件一

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×(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×(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「全民健康保險復健病房試辦計畫」、「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」及「居家血液透析與提升其照護品質」實施方案，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

<table>
<tr><th colspan="3">項目</th><th>成長率(%)或金額(百萬元)</th><th>預估增加金額(百萬元)</th><th>協定事項</th></tr>
<tr><td colspan="6">一般服務</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">醫療服務成本及人口因素成長率</td><td>3.183%</td><td>19,442.8</td><td rowspan="4">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。</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>投保人口預估成長率</td><td>0.447%</td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>人口結構改變率</td><td>1.804%</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>醫療服務成本指數改變率</td><td>0.920%</td></tr>
<tr><td colspan="3">協商因素成長率</td><td>2.208%</td><td>13,483.1</td><td>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。</td></tr>
<tr><td></td><td>保險給付項目及支付標準之改變</td><td>1.新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)</td><td>0.891%</td><td>5,443.0</td><td>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。</td></tr>
</table>

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.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%*	*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	*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。
		其他醫療服務利用及密集度之改變	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「全民健康保險復健病房試辦計畫」、「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%。 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
	總金額		*25,817.7*	

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
				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」及「居家血液透析與提升其照護品質」實施方案，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。

附件二

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×(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×(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(PMD)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≧30%。

②複診管理照護執行完整度≧80%。

③年度完整追蹤率≧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」及「居家血液透析與提升其照護品質」實施方案，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

項目				成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
						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)。
		給付及支付標準改變	3.因應基層診所護理人力提高第一階段門診診察費	*0.444%*	*659.3*	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。

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	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.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	*0.000%*	*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。

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	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*	
		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*	
		保險給付項目及支付標準之改變	10. 放寬GLP-1 RA使用標準	*0.000%*	*0.0*	
		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**	***3.903%***	***5,795.4***	
			總金額		***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：

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)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	*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.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。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			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。 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。

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	*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)：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。 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。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
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。
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

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			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。

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.口腔黏膜癌前病變(PMD)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)：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≧30%。 (2)複診管理照護執行完整度≧80%。 (3)年度完整追蹤率≧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。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
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):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%。 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。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
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(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***	

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
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%。 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
	總金額		*24,442.5*	

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
				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」及「居家血液透析與提升其照護品質」實施方案，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。

附件三

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×(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)一般服務(上限制)：

1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(約 796.1 百萬元)，其中 89 百萬元併入「提升中醫藥費」項目使用。

2.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。

3.「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)。

4.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。

(二)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)：參與院所數為 200 家及服務人數以 15,000 人為目標。

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

<table>
<tr><th colspan="3">項目</th><th>成長率(%)或金額(百萬元)</th><th>預估增加金額(百萬元)</th><th>協定事項</th></tr>
<tr><td colspan="6">一般服務</td></tr>
<tr><td colspan="3">醫療服務成本及人口因素成長率</td><td>3.593%</td><td>1,255.1</td><td rowspan="4">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。</td></tr>
<tr><td colspan="2">投保人口預估成長率</td><td>0.447%</td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">人口結構改變率</td><td>0.853%</td></tr>
<tr><td colspan="2">醫療服務成本指數改變率</td><td>2.279%</td></tr>
<tr><td colspan="3">協商因素成長率</td><td>0.817%</td><td>285.5</td><td>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。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">保險給付項目及支付標準之改變</td><td>1.提升中醫藥費
(116 年新增項目)</td><td>0.837%</td><td>292.5</td><td>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。</td></tr>
<tr><td>其他議定項目</td><td>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</td><td>-0.016%</td><td>-5.7</td><td></td></tr>
</table>

項目			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
		用扣減(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。
一般服務成長率[註1]		**增加金額**	***4.410%***	***1,540.6***	
		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。

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.中醫癌症患者加強照護整合方案	*628.8*	*196.3*	1.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。 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.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。 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

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)：參與院所數為200家及服務人數以15,000人為目標。 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***	

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
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。

附件四

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×(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)：

①116 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。

②116 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。

③65 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*	
		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*	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。
一般服務成長率[註1]		**增加金額**	***3.202%***	***1,663.7***	
		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。
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。

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.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.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。 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.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。

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.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 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	*5,091.9*	*836.1*	1.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

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。

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
8.弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫(116年新增項目)		*200.0*	*200.0*	1.執行目標(暫列)： (1)116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%。 (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。 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。 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。

附件五

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。 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。 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

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			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。
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」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、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			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)：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%。 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)：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。 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季點值支付外，餘醫療服務項目(含承作

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			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付衡平	*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、人力流失科別及整體住院之支付標準調

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			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***	

附錄

壹、116年度總額協商—「醫院總額」與會人員發言實錄

壹、116年度總額協商－「醫院總額」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

一、各位健保會委員、陳亮妤署長，還有所有今天在現場的醫院部門協商代表，大家早安，大家好。第一個部門，揭開 116 年度健保總額協商的序幕，這一次的總額協商具有 3 點歷史意義，在每個部門進行協商之前，我想先提醒一下：

(一)第 1 點，自健保 84 年開辦以來，今年度的總額協商，不論是低推估或高推估，都將正式突破兆元規模，可以說是來到歷史性的高峰。

(二)第 2 點，在這樣的歷史高峰之下，要如何面對當前整體醫療體系面臨的挑戰。大家都知道目前醫護人力短缺，包括急重難罕等科別面臨後繼無力的問題，此外，偏鄉及醫療資源不足地區如何落實醫療平權，期待在這次總額協商過程中，能夠將這些重要精神充分凸顯出來。

(三)第 3 點則是回應民眾的期待，也就是民眾對於健康臺灣的期待，健康臺灣是目前施政滿意度最高的政策之一。

二、因此，總額協商的結果要如何達到三贏，是大家共同努力的目標，第一是照顧民眾健康，第二是讓醫界能夠穩健營運，第三則是確保健保制度永續發展。管理學大師彼得．杜拉克有一句話「我們要別人如何記得你？」，目前健保會委員是第 7 屆任期的第 2 年，任期將到今年 12 月底，今天在場所有健保會委員，以及由陳亮妤署長帶領的健保署同仁、由周淑婉執行秘書帶領的健保會同仁，還有所有參與協商的各位代表，我們都共同承擔著歷史責任，社會大眾對我們寄予厚望，希望今天的協商結果，不要辜負社會大眾的期待，謝謝大家。接下來請醫院部門說明。

李委員飛鵬

請林佩萩副秘書長說明。

林協商代表佩萩

主席及現場所有委員，大家早安。接下來說明116年度醫院部門的總額成長率及項目，今年整體主軸是希望能夠維持醫院正常營運及醫療服務量能，以下逐項向各位說明：

一、首先，在非協商因素部分，依照社保司的資料，醫療服務成本及人口因素成長率為 3.183%，其中投保人口預估成長率為0.447%，人口結構改變率為1.804%，醫療服務成本指數改變率為0.920%。

二、在一般服務項目部分，有幾點不同的考量：

(一)因為目前最重要的是穩定整體醫療人力及支付，因此A1「新醫療科技」編列40億元，主要原因是現階段有其他更迫切的需求，錢要用在刀口上，所以建議新醫療科技，包含新藥、新特材以及新增修診療項目等，編列40億元。

(二)A2「藥品及特材給付規定改變」編列35億元，這是考量實際支出需求，以及近年來地緣政治因素影響，昨天新聞報導中東地區衝突又有升溫情形，因此相關成本壓力持續增加，建議編列35億元因應。

(三)A3「因應牙醫支付標準調整所增加預算」是依協商原則辦理，所以配合健保署編列60萬元。

(四)A4「醫院醫療服務韌性加成」是本次協商最大的重點，醫院部門統計相關資料發現，處置費及手術費長年沒有調整，建議可以適度調整，依全國資料試算，大概需要175.3億元，考量健保財務負擔，建議採分年編列方式辦理，因此A4在116年先編列80億元。

(五)A5「促進醫療服務診療項目支付衡平」，這是針對已調升支付標準的項目，配合健保署編列46.83億元。

(六)A6「配合政策推動復健病房試辦計畫」，醫院部門編列金額與健保署一樣，都是5.23億元。

(七)A7「精進成人預防保健併行診療服務之照護品質」編列1.9億元。

三、在專款項目部分：

(一)B1「暫時性支付」編列 8 億元。

(二)B2「C 型肝炎藥費」編列 7.39 億元。

(三)另外，B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」包含鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)、116 年新加入復健病房試辦計畫的醫院照護費，以及支付標準調整等，因此建議維持 115 年額度，編列 18.91 億元。

(四)除上述項目外，其餘項目編列金額與健保署草案相同或接近。

四、在門診透析服務部分，建議先以總成長率 4%推估，換算醫院門診透析成長率為 3.313%，醫院部門方案第 1 版的總成長率為 6.344%。

周主任委員麗芳

理事長有沒有要補充？

李委員飛鵬

行政院核定的高推估成長率是 5.5%，醫院部門雖然提出 6.344%，主要還是希望能反映醫界的心聲，醫院有很多支付標準過去 30 年都沒有調整，期待能夠編列預算改善，我也知道這個成長率不會達成，只是宣示性質，等一下會再調整。

周主任委員麗芳

接下來請委員提問，請林恩豪委員。

林委員恩豪

一、有 2 個問題想請教，首先是 A5「促進醫療服務診療項目支付衡平」，這是屬於已導入支付標準的部分，但在專款項目中也有一個名稱完全一樣的項目，請問這個名稱可不可以再加幾個字，讓大家比較不容易混淆？因為討論時容易會混淆，一個是未來要投入的費用，另一個則是已經導入一般服務的費用，是不是可以在 A5 的名稱加上幾個字，例如修改為「促進醫療服務診療項目支付衡平已導入費用」，或是其他更合適的名稱也行。

二、再來想請教健保署，A5 的金額一開始好像編列 45.87 億元，但最終版本變成 46.83 億元，我在核對細項時，看不出來究竟是哪裡有調整，因為這是已導入的項目，可不可以請健保署說明一下，為什麼會有些微的金額差異？以上 2 個問題請教。

周主任委員麗芳

我們統問統答，請蔡順雄委員。

蔡委員順雄

謝謝李飛鵬理事長，如果第 1 版的成長率只是一個期待，我相信今天的會議應該不會開太晚，大家也比較容易形成共識，以下幾個小疑問：

一、有關 A1「新醫療科技」，其他項目通常都是健保署草案編列比較少，而醫院部門希望爭取較多的預算，但只有這項看起來剛好相反，反而是健保署編列的金額比醫院部門提出的高。剛剛醫院部門報告時提到，錢要花在刀口上，因此我想請教，對於這些新醫療科技，如果醫院部門認為不需要這麼多預算，健保署還要堅持編列這麼多嗎？這部分想聽聽健保署的看法。

二、有關 A4「醫院醫療服務韌性加成」，剛剛理事長提到，部分醫療服務支付標準多年沒有調整，因此希望透過這個項目調整，而健保署草案則是建議併入專款項目 B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」。對於健保署的建議，我也想請教醫院部門的看法，如果依照健保署的建議，有辦法在 B16 處理嗎？還是有其他的困難點？

三、另外，A7「精進成人預防保健併行診療服務之照護品質」也是類似的問題，健保署草案建議不編列，理由是基於支付衡平考量，我也想聽聽醫院部門的看法。

周主任委員麗芳

請洪瑜黛委員。

洪委員瑜黛

一、想請教一下 B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」，醫

院部門編列 211.91 億元，健保署草案是 234.533 億元，依照健保署的估算，明年度罕見疾病藥費至少需要 168.98 億元、血友病藥費 53.61 億元，以及罕見疾病特材 0.045 億元，合計至少需要 222.635 億元。如果依照醫院部門編列的額度，根本不夠使用，未來病人可能會面臨斷藥或是沒有新藥可用，這部分請醫院部門多加考量，至少編列足夠額度。

二、另外，上次討論時也曾建議將罕見疾病用藥與血友病用藥分開編列，也請一併考量。

周主任委員麗芳

請陳節如委員。

陳委員節如

我希望今天的協商會議能夠進行快一點，因為大家已經逐漸有共識了，像西醫基層部門草案的總成長率也調整到 5.5%，大家都非常努力在處理。我這邊有幾點意見：

一、有關復健病房試辦計畫：

(一)在 B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」的說明提到，這項包含 116 年預計新增 20~25 家醫院的照護費，約需要 6 億元，另外 A6 「配合政策，強化黃金治療期復健服務」還編列 5.23 億元，其他預算還有 2 億元，整體來看支出規模不小，我認為應該定期進行檢討與評估。

(二)另外，復健病房試辦計畫是學習日本小倉模式，不過我發現日本治療師的配比相當高，例如每 40 床配置 15~17 位 PT (物理治療師)及 7~8 位 OT (職能治療師)，這樣一來，指導病人穿衣、洗澡及復健的人力都很充足。相較之下，現行計畫的最低門檻是每 8 床配置 1 位 PT 或 OT，人力非常單薄，希望計畫可以提高人力配比。

(三)除此之外，復健病房還需要很多照護服務員，但計畫中並沒有配置，照護服務員是非常重要的角色，我不知道移位或上廁所這類的生活訓練是由誰來協助，難道要家屬陪伴或者自聘看護

嗎？

(四)我覺得這樣的計畫不太理想，既然是參考日本經驗，就應該跟上完整的照護模式，建議計畫每季都要滾動式檢討、調整，把復健病房試辦計畫做得更完整。

二、有關 B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」，在健保署說明中提到有包含鼓勵持續推動住院診斷關聯群(DRGs)，醫院部門也表達持續推動 DRG 的決心，請健保署協助確認 DRG 相關支出在 B16 裡面占率多少？

三、有關 B17「住院護理費用」：

(一)這是專款項目，通常專款項目試辦到某個程度就會滾入一般服務預算，不過後續還是要密切關注護理人員的流動情形，護理人員的相關預算已經大幅增加，現在導入一般服務這個大水庫裡面，怎麼樣繼續讓護理人員有感？

(二)今天這筆錢如果要導入一般服務，我有幾個建議：

1.薪資要讓護理人員有感。

2.建立KPI，原有的指標要持續監測，例如護病比、資深護理人員流動率、護理人員空缺率、新進護理人員離職率等，也希望醫院部門不要把加薪跟責任全部推給健保，醫院端也要拿出相對的支出。

(三)我認為監測機制非常重要，不要投入了大量經費後，護理人力問題依然沒有改善，達不到預期效果。

周主任委員麗芳

謝謝陳節如委員，接下來請張田黨委員，然後是楊芸蘋委員。

張委員田黨

我的問題是關於 A1「新醫療科技」，116 年編列 54.43 億元，成長 20%以上，我認為非常好，但我也希望衛福部能確實監督各醫院，尤其是大型醫院，真正落實把預算用到需要的民眾身上，這才是最關鍵的。我發現很多教學醫院或大型醫院，自費項目非常多，那總額編列這麼多預算就沒意思了，預算真的要落實，很多醫院都要民

眾自費，如果民眾家境不好，沒有錢可以付，那不就不要醫治了。衛福部真的要多加監督，很多醫院都這樣做，預算增加這麼多，而且剛剛陳節如委員提到的護理人員，去年也編了「住院護理費用」45 億元，我不知道有沒有確實落實，也是個問號，以上是我的建議。

周主任委員麗芳

請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋

一、各位委員大家好。剛剛理事長提到醫院部門的總成長率是6.344%，也知道已經超出行政院核定的上限 5.5%，有 2 個項目請你考慮下修或是不編列：

(一)第 1 項是 A4「醫院醫療服務韌性加成」，這是新增項目，健保署也建議併入專款項目 B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」，這項編列 80 億元，但健保署草案沒有編列，這個金額是不是可以下修？

(二)第 2 項是 A7「精進成人預防保健併行診療服務照護品質」，也是新增項目，健保署認為本項涉及西醫基層總額，但是西醫基層部門沒有編列相關預算，所以基於支付衡平建議不編列。

二、這 2 個項目的金額，建議醫院部門下修或是不編列，讓整體成長率接近 5.5%，以上建議。

周主任委員麗芳

請嚴必文委員。

嚴委員必文

各位委員大家好。我也想就 A1「新醫療科技」表達看法，今年新醫療科技的預算推估，除了新藥支出外，還有一大筆是過去列於專款的暫時性支付，今年要導入一般服務的。感謝健保署將相關內容羅列得非常清楚，一個是新增的新藥費用，一個是暫時性支付導入一般服務的費用，也因為導入暫時性支付的關係，今年新醫療科技的預算增加很多。在健保署說明提到，新醫療科技預算的推估是參考「前瞻式新藥及新給付範圍預算推估登錄作業平台」的提報資料，

因為與醫院部門編列的金額有很大的差距，我想了解醫院部門評估A1 預算的依據。

周主任委員麗芳

還有委員要提出垂詢嗎？如果沒有的話，先請健保署回應，之後再請醫院部門補充說明。健保署的部分，先請陳亮妤署長向各位委員說明。

陳署長亮妤

各位委員的提問我們都有聽到，先請劉林義主任秘書說明。

周主任委員麗芳

請劉林義主任秘書。

劉主任秘書林義

各位委員大家好。我就依委員提問的順序逐一說明：

一、有關林恩豪委員提到 A5「促進醫療服務診療項目支付衡平」：

(一)建議名稱增列「已導入費用」，非常感謝林恩豪委員，因為這項費用原本是編列在專款項目，對於 115 年已經調整支付標準的項目，116 年會導入一般服務，委員的建議很好，加上「已導入費用」會更清楚。

(二)再來有關預算額度，上次健保署估算的金額是 45.87 億元，因此醫院部門應該也是根據這個金額編列，不過後續健保署有更新資料，大家可以看會議資料第 16 頁最右邊的說明欄內容，目前總共導入 5 大項目，主要差異是第 5 項的支氣管鏡及住院透析部分，115 年支氣管鏡有調升支付點數，約需 0.39 億元，住院透析部分也有調升，約需 0.57 億元，45.87 億元加上這 2 項金額，就是目前 A5 的金額 46.83 億元，這 2 項是確定要導入的，也提供醫院部門參考。

二、有關蔡順雄委員還有其他委員詢問 A1「新醫療科技」，健保署草案是編列 54.43 億元，這是依據目前已經提報「前瞻式新藥及新給付範圍預算推估登錄作業平台」的資料，由於新藥攸關國人健康，大家都非常重視。此外，目前也在推動國產新藥，

也會由這項預算提供補助，所以希望醫院部門能參考健保署提出的預算額度。

三、有關洪瑜黛委員提到 B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」：

(一)可以看到會議資料第 27 頁，在健保署草案的說明 3，關於 116 年度規劃，罕病藥費除既有治療用藥費用外，也納入擴增給付範圍的費用，初步推估是 168.98 億元，另外考量罕藥需求及預算運用的不確定性，健保署也額外增編 11.898 億元，所以罕藥預算合計為 180.878 億元。

(二)當然這個項目除了罕病藥費之外，還包含血友病藥費，預估金額是 53.61 億元，以及罕病特材約 0.045 億元，這 3 項加總為 234.533 億元，也提供醫院部門參考。

四、陳節如委員提到復健病房及 DRG，這部分在政策上會持續追蹤，並參考陳節如委員的相關建議。另外，張田黨委員提醒預算支用要確實，這部分會與醫院部門討論，看是不是訂定相關 KPI 來管控。等今天協商預算後，我們會透過研商議事會議與醫院部門討論，以上補充。

周主任委員麗芳

接下來請醫院部門回應。

李委員飛鵬

先請林佩萩副秘書長回應委員提問，再請游進邦執行長補充說明。

林協商代表佩萩

一、謝謝理事長。謝謝各位委員的垂詢，有關一般服務項目部分：

(一)A1「新醫療科技」，站在醫院部門的立場，我們是統整各層級醫院的意見，考量預算運用的急迫性，在現行需要優先穩定醫護人力的情況下，新醫療科技的引進速度可以適度調整，因此編列 40 億元，醫院部門在 A1 也是有新增 40 億元的預算。

(二)至於 A2「藥品及特材給付規定改變」，因為本項屬於實際支出的費用，希望預算能夠編足，所以編列 35 億元。

(三)有關委員特別提到 A4「醫院醫療服務韌性加成」有沒有可能下修，醫院部門稍後會做討論，主要是本項預算採分年編列，如果額度下修，就會分比較多年度來編列，兩者間有連帶關係。

(四)再來是 A7「精進成人預防保健併行診療服務照護品質」，這項是配合賴總統健康臺灣的三高防治 888 計畫，因為現在看健檢報告時不能申報診察費，為了減少民眾往返院所的次數，並加速早期治療，醫院部門建議修正支付通則，並據此提出 1.9 億元的預算需求。

二、有關專款項目部分：

(一)B1「暫時性支付」還是建議金額下修(編列 8 億元)，不用編到 9.03 億元，過去這筆費用似乎都沒有用完，預算額度還有斟酌空間。

(二)有關洪瑜黛委員提到 B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」，其實醫院部門草案與健保署草案相當接近，主要差異在於有無排除公務預算挹注金額，醫院部門認為罕見疾病藥費應該會有公務預算挹注，因此編列 211.91 億元，先前也有與健保署初步溝通過，211.91 億元是大致足夠的，在此建議以經費足夠為優先考量。

(三)再來是 B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」，B16 包含 3 個子項目，支付標準調整、DRG 及復健病房試辦計畫。這幾項都需要相應預算支應，健保署為了不超出 5.5%的成長率上限，將本項預算下修到 9.8 億元，這樣的額度是遠遠不夠的，建議 B16 還是要編足，至少維持 115 年的預算額度 18.915 億元。

三、最後是門診透析服務，醫院部門暫時提出總成長率 4%，其中醫院門診透析成長率是 3.313%。

周主任委員麗芳

請游進邦執行長。

游協商代表進邦

一、我再補充一下，有關剛剛委員最關注的 A1「新醫療科技」，其實近年總額成長率大概就是 5.5%，但是要調的東西很多，在各種醫事人員短缺的情況下，醫院部門覺得應該先保住醫療系統，後面才有機會發展新醫療科技，並不是不支持這項，只是有優先順序，特別向委員做個說明。

二、B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」，之前有委員建議把罕見疾病跟血友病的預算拆開，雖然拆開後明細清楚，但是有個壞處，因為罕病跟血友病發展重點不同，每年都會有變化，拆開之後，預算沒辦法流用，反而會壓抑個別藥物的發展，我覺得合在一起有預算流用的好處，建議還是合併預算，而且合在一起預算不會減少，只是沒有強制規定哪個疾病只能用多少錢。

三、再來有委員建議復健病房試辦計畫納入照服員，其實健保有照服員共聘制度，我認為應該要分開處理，假如將照服員納入計畫，會讓各類病房的照服員給付不一樣，可能影響醫療生態，建議還是維持現狀比較好。

四、另外 B17「住院護理費用」提到要有指標監測系統，其實健保署在調升護理相關支付標準時就有訂定指標，就是以 113 年 12 月為基礎，護理人員健保投保金額要前進 1 個級距，至少要達到 60%，這部分都有在做監控，基本上各醫院拿到這筆費用都會調升護理薪資，上調的薪資一定比拿到的費用還多，因為在護理人員找不到的情況下，不調薪資鐵定找不到人。

五、至於 A4「醫院醫療服務韌性加成」、A7「精進成人預防保健併行診療服務之照護品質」，我們尊重委員意見，會再考慮做些調整，我的補充到這邊。

周主任委員麗芳

請謝文輝執行長。

謝協商代表文輝

一、主席、各位委員，剛剛張田黨委員提到醫院好像自費付不完，這是因為新藥、新科技的發展非常迅猛，預算編列 50 億元夠不夠？我想幾百億元都不夠，發展太快了，所以才會有落差，每年編這麼多預算，為什麼還有這麼多自費，那是因為新藥、新科技太多了，所以要量力而為，針對比較重要的項目逐步納入健保。

二、還有 A4「醫院醫療服務韌性加成」編列 80 億元，這是為了要留住急重難科別的醫事人員，現在不只缺護理人員，像是放射線師、檢驗師、藥師，全部都缺人，沒有人願意進到醫院這個職場，所以需要韌性加成這筆預算，推估實際需求可能是千億元以上，才夠補足缺口，因為就是找不到人。

三、委員可能會問數目怎麼這麼大？我舉個例子，看看最近 3 年的醫師變化情形，疫情之後，新進醫師到醫院任職的有 145 人，113 年醫院增加 145 人，只有 145 人，到基層診所是 574 人，1 比 4，114 年是疫情的第 2 年，大家比較沒那麼怕，醫院的醫師人數增加 412 人，基層診所增加 582 人，還是比醫院多，以最近的 115 年來看，醫院增加 523 人，基層診所是 480 人，在座的內行人都知道，醫院總額和西醫基層總額相比是 4 比 1，以這 1 千名左右的新進醫師來說，理論上應該 800 人到醫院、200 人到診所，但是只有是 500 多人到醫院而已，占 6 成左右，其他都到基層診所去了。

四、更可怕的是，醫院有些科別大家願意去，像是皮膚科、耳鼻喉科、眼科，缺人的都是急重難科別，連續 3 年，再個 3 年，以後的問題不是急診壅塞，而是去急診沒醫師看急診，要看什麼科沒有什麼科的醫師，不能再這樣下去，拜託要逐年編列預算，委員如果覺得預算編太多，等一下可以再討論，但拜託一定要編，不然醫院都沒人了。

周主任委員麗芳

張田黨委員還要表示意見。

張委員田黨

一、我的問題多數沒有回答到，有些弱勢民眾生病需要治療，比較好的藥都要自費，自費的金額一次要好幾萬元，要怎麼改善？我不是想知道預算要怎麼編，而是希望預算要用在基層人民身上，付得起自費的人無所謂，付不起的人真的很可悲，要自己想辦法，說難聽一點吃不起、治療不起，就是等死。很多癌症標靶藥物都要自費，一套就是好幾萬元，為什麼沒有去考慮到這些呢，不要光看成長率。

二、再來，醫院需要被查核監督，有些民眾住院的時候，會有醫生推銷有的沒的藥品，叫人買這個買那個，真的很多，這不是在危言聳聽，這樣是不好的。我苦口婆心地拜託衛福部、各醫事團體，拜託再拜託，多多可憐這些弱勢民眾，不要只關注特殊病患或是罕見疾病，這些人已有很多人在關心，反而弱勢民眾沒有人關心，很多人因為付不起而沒辦法治療，放著等死，真的很心酸。

周主任委員麗芳

李飛鵬理事長要親自回應。

李委員飛鵬

一、謝謝委員的建議，真的是胸懷天下，全民健保設立的目的就是讓民眾有公平就醫的機會，不會因病而貧、因病轉貧，這是大家共同的理想。說到現在自費項目很多的問題，我過去也常講，健保費率訂有上限，限制保費不能提升，加保範圍又要通通涵蓋，加上現在新醫療科技越來越多，我們應該開始思考，為了讓人民不要因病而貧，是不是要調整一下保險範圍，例如保重症不保輕症，或是適度調升保險費率，大家要考量。我也認同新醫療科技太多、自費項目增加，容易讓人民因病轉貧，這也違反健保精神，大家應該想辦法來解決。但是錢從哪裡來？是不是要調整保險費率？但很多人又說不能加保費，不能加保費只能壓縮給付範圍，我想這是健保體制的問題，期待未來能改

善。

二、剛剛楊芸蘋委員建議下修 A4「醫院醫療服務韌性加成」，其實自從我當醫院協會的理事長後，已經多次提出這個項目，醫院總額很多支付標準 30 年都沒有調過，我前幾個月開了一個甲狀舌管瘻管手術，病人在美國治療 7 年都沒有好，我幫他開了 2 個半鐘頭，帶了 2 位住院醫師、2 位護士，但健保給付跟 30 年前一樣。支付標準再不調整，年輕醫師都會走掉。當然總額成長率有 5.5%的上限，有些項目還是要忍痛，我已經 70 幾歲了，在理事長這個位置上提倡了 4 年，期待大家有想法、有共識改善醫院的支付標準。

三、醫院部門可以下修 A4 的金額，維持總成長率 5.5%，但我也期待可以調整支付標準，不管調多調少，至少支付標準可以跟公教人員調薪一樣，人家每年都可以調 4%，支付標準調整不用一次到位，每次調個 1%也好啊，很多支付標準已經 30 年沒調，住院醫師都要跑光，有些沒人要做的科別，將來子祖孫反而要到國外去開刀。雖然 A4 的 80 億元我們可以忍痛下修，但我跟大家苦口婆心的講，這是大家過去一直忽視的地方，我不講對不起良心。

張委員田黨

我再補充一下，我知道理事長真的很辛苦，也很用心，我剛才講的是有些教學醫院，像長庚醫院 1 年盈餘幾十億，盈餘這麼多，但應該做的都不做，醫院不應該是以賺錢為目的，對醫師、護士的待遇都沒有調整，我不知道衛福部在做什麼，真的不應該這樣，我聽了真的很難過。

李委員飛鵬

有些誤會啦！我們私下特別說明。

周主任委員麗芳

陳建宗委員要發言，他是林口長庚醫院的院長，他要做回應。

陳委員建宗

一、非常感謝各位委員對醫界的關心，我向各位報告，醫界不是真的都賺錢，大家看長庚體系是賺錢，但有些醫院卻是賠很多錢，依長庚創辦人的精神，醫院本來就是要服務民眾的。

二、對於急重難罕的科別，今年其實是招不到住院醫師的，很多主治醫師都要下來值班，我們還找了很多兼任醫師來值班，這些費用都是醫院在補貼。護理人員除了保障基本薪水，每年還調薪 3~4%，所以很多盈利都是給醫師、護理人員，還有其他相關的醫事人員，長庚 1 年支出的年終獎金超過 50 億元，50 億元可以蓋半棟大樓，為什麼不蓋大樓，反而給醫事人員發年終獎金，這是長庚體系對醫事人員的照護。

三、再來，長庚醫院從來不向病人收取住院保證金，即使沒有健保，甚至是失聯的移勞工來就醫，我們一樣給予救助，很多人都是欠款就離開醫院，這些費用都是由醫院社福基金墊付。長庚醫院體系每年在社會公益支出 7 億元以上，在醫療財團法人中名列前茅，我們在公益方面做得相當多。

四、至於編列 A4「醫院醫療服務韌性加成」，也是為了留人留才，為了留下醫護人員、急重難科別醫師，並不只是為了長庚體系。因為長庚體系有底氣，我們可以虧錢補貼醫事人員，但全臺灣的醫院不是只有長庚體系，還有很多區域醫院、地區醫院需要被照顧，我想相關的支付標準調整是為了健保永續，以及維持醫療體系的完整性。

周主任委員麗芳

在下一位委員發言前我先補充一下，請所有委員和醫界代表看向我左前方牆上的計時器，這個數字代表什麼呢？代表醫院總額場次剩下的協商時間是 1 小時 48 分。依照我們訂定的遊戲規則(總額協商程序)，醫院總額的協商時間是 150 分鐘，也就是 2 個半小時，後面還有好幾個回合，雙方要來來回回的協商，請大家發言時注意時間。如果計時器時間倒數到 0，仍沒有達成共識，代表醫院總額協商破裂，我們是在跟時間賽跑，按照表定時間，要到今天晚上接近 9 點

才能結束四個總額部門加其他預算的協商，如果大家想在9點前結束的話，稍後發言請注意時間。

游協商代表進邦

我想補充一下，剛剛委員提到長庚醫院.....

周主任委員麗芳

抱歉，我想協商不要走偏了，對於個別醫院的意見，待會休息時間可以在走廊好好討論，現在還是以醫院總額的協商為主。

游協商代表進邦

我想要讓所有委員知道，林口長庚醫院的醫務利益只有3、4億，跟一般的大型醫院是差不多的水平，絕對不像委員所想是很好賺的行業。

周主任委員麗芳

請李飛鵬理事長。

李委員飛鵬

主委，我想雙方都有表達意見了，建議趕快去進行內部會議，看看要不要調整協商方案。

周主任委員麗芳

好，請現在請付費者代表及醫院部門代表各自進行內部會議。

(付費者代表及醫院部門代表各自進行內部會議討論約31分鐘)

周主任委員麗芳

一、非常感謝，付費者代表及醫院部門代表都已經回到會場，也提出了各自的版本。我先跟大家說明一下，醫院總額協商的主談人是林恩豪委員，協談人是張家銘委員，待會先請主談人說明付費者方案的第1版，再請醫院部門代表說明醫院部門方案的第2版。

二、在說明的過程中，因為醫院部門已經看到付費者方案，如果要調整方案是可以的，尊重大家，也爭取時間，不見得要進行內部會議才調整，當下有項目要調整可以直接調。好，大家都就

座了，請主談人林恩豪委員來說明付費者方案的第 1 版。

林委員恩豪

一、謝謝主席，以下逐項說明付費者方案第 1 版，先從一般服務項目開始：

(一)A1「新醫療科技」編列 54.43 億元。

(二)A2「藥品及特材給付規定改變」編列 33.58 億元。

(三)A3「因應牙醫支付標準調整所增加預算」編列 60 萬元。

(四)A4「醫院醫療服務韌性加成」沒有編列，希望併入專款項目 B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」。此外，非協商因素包含醫療服務成本指數改變率的預算，其他預算也有「促進醫療服務診療項目支付衡平」項目，都可以用來調整支付標準或醫療服務韌性加成，所以本項併入 B16。

(五)A5「促進醫療服務診療項目支付衡平」，建議名稱加幾個字，修改為「促進醫療服務診療項目支付衡平已導入費用」，編列 46.83 億元。

(六)A6 是依照健保署建議的名稱「配合政策，強化黃金治療期復健服務」，編列 5.23 億元。

(七)A7「精進成人預防保健併行診療服務之照護品質」，因為涉及跨總額的問題，沒有編列，未來如果有需求，請於部門整合後再提出，或是請健保署直接修改支付通則。

(八)A8「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」減列 1.5 百萬元。

二、再來是專款項目：

(一)B1「暫時性支付」編列 9.03 億元。

(二)B2「C 型肝炎藥費」編列 6.28 億元。

(三)B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」沒有分列，編列 234.533 億元，協定事項是依照健保署建議的，如果有公務預算挹注至少 20 億元，則由本項專款移撥 10 億元用於支應 B16

「促進醫療服務診療項目支付衡平」。

(四)B4「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」編列 51 億元。

(五)B5「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」編列 53.643 億元。

(六)B6「醫療給付改善方案」編列 30.433 億元。

(七)B7「急診品質提升方案」編列 3 億元。

(八)B8「醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案」編列 1.355 億元。

(九)B9「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」編列 22 億元。

(十)B10「鼓勵院所建立轉診合作機制」編列 2 億元。

(十一)B11「精神科長效針劑藥費」編列 30.06 億元。

(十二)B12「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」編列 3 億元。

(十三)B13「地區醫院全人全社區照護計畫」編列 5 億元。

(十四)B14「區域聯防-提升急重症照護品質」編列 3 億元。

(十五)B15「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」編列 3 億元。

(十六)B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」編列 9.823 億元。

(十七)B17「住院護理費用」編列 51.37 億元，還是按照原來的名稱，沒有修正。

(十八)B18「離島地區加成費用」編列 2.229 億元。

(十九)B19「全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS」編列 2 億元。

(二十)B20「品質保證保留款」編列 11.497 億元。

三、以上是付費者方案第 1 版，成長率 5.5%。

周主任委員麗芳

請問張家銘委員要補充嗎？好，沒有補充。非常謝謝付費者代表提

出來的方案，我先提醒一下，醫院部門方案中，所提項目金額如果跟付費者方案相同，就不再逐一說明，主要針對雙方有差異的項目，請醫院部門代表說明。

林協商代表佩萩

各位委員大家好，醫院部門經過討論後，也提出最大的誠意，理事長說服醫院代表，最終提出總成長率 5.5%的版本，以下報告與付費者方案之間的差異：

一、在一般服務項目部分：

(一)A1「新醫療科技」，包含新藥、新特材以及新增修診療項目，編列 54 億元，較付費者方案少了 4,300 萬元。

(二)A2「藥品及特材給付規定改變」編列 33.58 億元，跟付費者方案一樣。

(三)A4「醫院醫療服務韌性加成」，因為這項對醫院部門非常重要，所以還是維持編列，金額下修到 20 億元。

(四)A7「精進成人預防保健併行診療服務之照護品質」，同意不編列。

二、再來是專款項目部分：

(一)B1「暫時性支付」，對醫院而言還是有需要考量的地方，所以編列 8.3 億元。

(二)B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」，維持編列 211.91 億元，因為 211.91 億元已經足以支應相關的費用支出，而且還有公務預算支應，所以還是維持編列 211.91 億元。

(三)再來是跟付費者方案差異比較大的項目，B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」，因為這項包含 3 項子計畫，還是維持編列 18.91 億元。

(四)B17「住院護理費用」，醫院部門建議名稱修改為「提升醫院護理韌性」，主要是因為這筆預算並不是只有使用在住院護理，而是用在醫院全部護理人員的相關費用調整，為了符合預算使用情形，建議變更項目名稱。

三、在門診透析服務成長率部分，總成長率下修為 3%，醫院總額在本項的成長率是 2.319%，最後總成長率是 5.5%。

周主任委員麗芳

對於醫院部門提出來的方案，請問付費者代表要進行內部會議，還是需要再跟醫院代表請教？或是醫院部門李飛鵬理事長，對於付費者方案可以照單全收？

李委員飛鵬

非常感謝付費者代表，雙方在很多項目都有共識，尤其總成長率 5.5%已經有共識，非常的感謝。只剩下一些項目有微小的差異，所以我想拜託付費者代表聽聽醫院部門的想法，謝文輝執行長已經參加過 20 多次的健保總額協商會議，過去也曾經挑燈夜戰，連續協商 2 天，請他就差異部分補充說明，希望得到大家的認同。

謝協商代表文輝

一、主席、各位委員，我覺得醫院部門和付費者代表其實很有共識，再來就是讓項目金額儘量趨近。首先 A1「新醫療科技」，剛剛醫院部門也有聽到付費者代表的期待，雖然新醫療科技引進項目很多，預算永遠不夠，但還是儘量趨近健保署草案建議的金額(54.43 億元)，建議編列 54 億元，我們覺得整數比較好看，就編列 54 億元，不要有尾數，希望付費者代表能認同，已經很接近你們的方案。A2「藥品及特材給付規定改變」，完全就按照付費者方案。

二、再來 A4「醫院醫療服務韌性加成」，因為雙方差距很大，這項我要特別說明一下：

(一)醫院部門希望有彈性使用預算的空間，像最近有用 RBRVS (resource-based relative value scale，資源耗用為基準的相對價值表)調整支付標準，但是醫院面臨的情況不一樣，即使用 RBRVS 算一算支付應該這樣，但現實就是請不到人，在偏鄉更請不到人，所以一定要給醫院一筆彈性的預算來應付這種情形。即使大家認為醫事人員的辛苦程度都差不多，但是部分科

別的人就是請不到，只能加強待遇，所以一定要有這筆彈性的預算，實際需要的金額絕對是超過 20 億元的好幾倍，但在總額成長率有限的 5.5%下，也希望雙方能夠達成共識，最後下修到 20 億元，希望所有委員支持，不然醫院會沒有彈性做任何調整，也請委員理解醫院辛苦的地方。

(二)未來的醫療環境可能會越來越艱困，大家去看病會發現怎麼沒有這科、沒有那科，像罕見疾病有的需要神經內科診斷，但就是沒有神內醫師，現在申請神經內科的醫師少到嚇人，到時候是有預算都沒辦法執行，因為沒醫師可以執行。

(三)期待所有付費者代表能理解醫院實務上的困難，給予醫院彈性來處理這件事情，這是醫院部門提出 A4 的初衷。等到明年、後年，如果大家看到情況真的很嚴重，希望可以大幅度增加預算。

三、另外 B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」，醫院部門支持這筆預算，而且我們也依實際使用情形估算費用，再加上 20 億元的公務預算，預算絕對夠用，請付費者代表不用擔心。而且 B3 的協定事項還有但書「經費如有不足，由其他預算相關項目支應」，預算不會不夠，因為 B3 大家都很重視，不用怕不夠，醫院部門認為依實際使用情形編列就夠了，如果現在編太多，到時候 20 億元的公務預算反而不好爭取。

四、金額差距比較大的還有 B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」，大家可以看到項目內容包含 3 項子計畫，除非有 1、2 項不執行，那勉強足夠，如果 3 項都要做，沒有這樣的預算絕對不夠。如果 3 項子計畫都希望推動，就要有這麼多預算，不然只能推動其中 1 項，其他 2 項不要做，請各位委員考量。不是醫院部門高估，如果 3 項子計畫都要做，就是要這麼多預算，如果大家同意選擇只推動其中 1 項，醫院部門也可以同意付費者方案。

五、最後 B17「住院護理費用」的名稱會造成實務上的困難，如果只寫住院，那急診室的護理費用要不要調升？這個名稱沒有辦

法涵蓋急診室、開刀房。如果不改名稱，其他護理相關費用就沒有辦法調升。這筆預算是給護理人員的，委員很關心護理，我們都很感謝，大家也不用擔心，現在如果不給護理人員加薪，醫院就準備關門，只要有編預算，醫院都會努力加薪，而且絕對比大家給的預算還要更多，因為大家爭搶護理人員，在座的醫院是互相廝殺。

六、我認為今天是可以達成共識的，大家不用擔心 B3 的預算不足，因為醫院部門是用實際費用去估算的，而且還有協定事項的但書，經費如果不夠，還有其他預算支應，再加上 20 億元的公務預算，沒有人不重視罕病跟血友病，今天一定能圓滿達成共識。

劉協商代表碧珠

一、各位委員好，我這邊再稍作補充，對於 A4「醫院醫療服務韌性加成」，為什麼醫院部門會特別重視這項，這幾年委員對於護理相關的支付標準調整給了很多資源，但醫療團隊不只有護理人員，除了醫師、護理，還有放射、檢驗、營養、復健等等各類的專業人員，也都是不可替代的。剛剛前面幾位前輩也講了，很多支付標準是從勞保時代沿用到現在，很多處置項目沒有調整過支付點數。而醫療團隊的運作，尤其是急重難科別，都是整個團隊在待命，卻沒有支付點數支應。

二、今年如果沒有編預算來適度調整，這些醫療團隊的價值沒辦法凸顯、沒辦法被看見，希望 A4 的預算可以呈現醫療團隊的價值，例如急救團隊，即使是待命，還是要支付相關的費用跟成本，就算沒有病人，還是要付待命的費用，但是支付標準卻沒有相關的給付，我們希望這些專業人員的價值應該被看見，相關的支付標準要適度調整。

李委員飛鵬

一、剛剛朱益宏理事長也特別提到 B17「住院護理費用」的問題，我想各位付費者代表關心的就是醫院門診能不能順利看診，病人能不能順利住院。但現在不只住院要撿床，連門診掛號都要

憔了，如果只加住院的護理相關費用，門診的護理人員怎麼辦，現在門診護理人員也不夠啊，像我們醫院會限制門診掛號名額，也只能看診到 12 點，12 點以後醫師如果還要繼續看診，要移到別的診間自己看診，其實現在連醫師都不夠。

二、希望 B17 的預算使用能給醫院一點彈性，改成「提升醫院護理韌性」，住院護理相關的支付標準已經有調整了，但是還有大家沒有關注到的門診、開刀房、RCC (Respiratory Care Center，呼吸照護中心)，甚至急性病房之外的麻醉護理人員等，這些護理相關的支付標準都沒有調整，希望 B17 的名稱可以修正，執行上才有彈性，拜託大家了。再請林佩萩副秘書長補充。

林協商代表佩萩

不好意思，請容我就 A6「配合政策，強化黃金治療期復健服務」再補充說明，因為目前只有 10 家醫院參加復健病房試辦計畫，如果放在一般服務項目，預算會受到 R 值(人口參數)、S 值(費用參數)的影響，對於沒有執行的分區會有點不公平，建議復健病房試辦計畫在成熟前，還是先編列在專項項目，儘量讓預算使用更公平。

李委員飛鵬

以上是醫院部門的回應，感謝付費者代表，雙方在大方向是確定了，剩下的細項我們也有詳細說明，期待大家有良好的溝通，再請付費者代表指導。

周主任委員麗芳

請陳麗琴理事長，因為她是護全會的理事長，請她表達看法。

陳委員麗琴

一、非常謝謝醫院部門有編列護理的相關預算，很感謝大家開始重視護理人員，但就護全會的觀點，我會建議 B17「住院護理費用」不要修改名稱，還是用原本的名稱，用途不宜太廣泛，要很明確的用在住院護理費用，因為現在比較缺少的是住院的護理人員，如果把這筆預算分給其他的護理人員，這樣大家就不容易有感。

二、至於其他的護理人員，像剛剛李飛鵬理事長提到的，開刀房也好、急診也好，其實大多都有涵蓋在住院護理費用中，所以都會有調升，我們希望名稱要明確，就是用在住院護理的費用，不要把名稱定義太廣，那樣會太自由，到底是不是真的用在真正該用的地方，會有點疑慮。

周主任委員麗芳

專家學者及公正人士有沒有要提出垂詢的地方？請付費者代表蔡順雄律師。

蔡委員順雄

一、我應該會很堅持不改名稱，跟護全會理事長一樣，B17 就是用在住院護理費用，當然不是說開刀房、急診或者其他的護理人員不重要，我們不是這個意思，但是預算有限，希望先集中在住院護理上，因為現在的開床率真的偏低。

二、老實講，對於名稱帶有韌性 2 字的預算，我都會特別有意見，只要看到韌性，我的注意力就會提高，因為這就表示預算可以挪來挪去，建議名稱還是用住院護理費用，這個我們很堅持，至少我跟我自己肚子裡的蛔蟲是很堅持。

周主任委員麗芳

付費者代表對於醫院部門提出來的方案有沒有其他意見？請陳節如委員。

陳委員節如

剛剛我看 A6「配合政策，強化黃金治療期復健服務」編列 0 元，怎麼會刪掉呢？至少要編列在專款項目啊。

周主任委員麗芳

請醫院部門回應。

謝協商代表文輝

醫院部門將本項移到專款項目 B16，這樣比較符合預算使用的公平性，因為只有幾家醫院在做而已，而且也還沒穩定，之後如果覺得效益很好也穩定了，再移回一般服務，這樣可能比較適當，陳節如

委員的建議我們很贊成，醫院部門已經移到專款項目。

周主任委員麗芳

現在醫院總額的協商時間只剩 51 分鐘，請問付費者代表是當場可以決定，還是需要進行內部會議討論？請鄭力嘉委員。

鄭委員力嘉

我想確認一下，醫院部門方案的 A6「配合政策，強化黃金治療期復健服務」是要移到專款項目，跟 B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」整併？

李委員飛鵬

對。

鄭委員力嘉

好，我只是確認一下。

周主任委員麗芳

請問主談人接下來是不是要進行內部會議？

林委員恩豪

一、稍等，我想講一下，其實總成長率已經達成共識了，只差一些項目，其實是枝微末節。我看差異最大的應該是 A4「醫院醫療服務韌性加成」，說真的，現在醫院總額整體的點值也不差，很多項目也有保障點值，加上歷年的醫療服務成本指數改變率所增加的預算，都可以用來調支付標準。然後還有 B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」，其他預算的「促進醫療服務診療項目支付衡平」也編列 55.154 億元，這些項目也可以用來調整支付標準，你們應該善用這些項目的預算，而不是再新增一個很難控制的項目。

二、至於 B17「住院護理費用」，蔡順雄委員已經說了，付費者代表應該會堅持不改名稱，而且醫院部門的項目說明也提到，116 年度編列的 30 億元還要跟健保署研議使用方式，並沒有訂死，照理講我們也不應該給錢，醫院部門只匡列預算，沒明訂使用方式，就這樣先編列預算，只是為了幫助住院護理人員，提升

住院護理人員的待遇。反正這 30 億元用途未定，可以慢慢研議怎麼使用，我相信醫界跟健保署可以協調怎麼使用這筆預算，付費者方案已經算寬編了，請醫界再考量。

周主任委員麗芳

先請醫院部門回應，林恩豪委員是主談人，他特別提出 A4 這項，為了避免大家進進出出，請醫院部門先就 A4「醫院醫療服務韌性加成」這項表達看法，比如可以接受付費者方案，或是有困難、難以執行等。

謝協商代表文輝

一、對於林恩豪委員的建議我提出說明，大家可能要先理解醫療服務成本指數改變率，這是因為物價波動、人事薪資調動所增加的預算，本質上不會增加收益。簡單來說，本來 1 碗陽春麵是 10 元，因為物價波動變成 11 元，同樣是 1 碗陽春麵，沒有增加其他配料，醫療服務成本指數改變率增加的預算只是讓支付標準符合成本。至於 A4「醫院醫療服務韌性加成」，才能讓那碗陽春麵再加個滷蛋，醫療服務成本指數改變率只是維持原來的水準而已，如果 1 碗陽春麵是 10 元，現在漲價到 11 元，只是支應增加的成本，並沒有調整到醫院韌性加成，去補醫院不足的地方。

二、剛剛 B17「住院護理費用」，如果各位委員覺得這是為了住院護理人員編列的，那我們也不堅持。但就更需要在 A4 編列預算，其他科別就可以運用這筆韌性的預算，不只護理人員，醫院要提升待遇的科別很多，沒有人願意去的急重難科都需要，所以拜託委員編列 A4 項目預算，20 億元和實際需求其實還差很多，大家可能還沒有感受到醫院的慘況，也許等 2、3 年後，醫院部門沒有提出的需求，大家反而都要給錢，去挽救這些科別的人力，我們站在第一線，先看到船快要沉了，趕緊提出來，至少先編列這個項目，讓醫院未來有彈性處理的空間。我覺得已經接近共識了，請付費者代表理解，雙方的方案已經沒有太

大差異了。

李委員飛鵬

我一開始就已經說了，這個項目已經提出多次，過去多是不予編列，但我還是要跟大家苦口婆心講一下，醫院還有很多地方是現行體制cover不到的，未來會形成很大的問題，這個項目是分年編列，醫院需要有一個彈性的預算，期待委員能夠支持，這只是很小的起步。

周主任委員麗芳

請問主談人，現在要進行內部會議嗎？

林委員恩豪

對，內部會議討論一下。

周主任委員麗芳

好，請雙方各自召開內部會議，期待等一下的版本可以更趨近。

(付費者代表及醫院部門代表各自進行內部會議討論約15分鐘)

周主任委員麗芳

付費者代表還有醫院部門代表都已經回到現場，先請付費者代表說明方案的第2版，請就有變動的項目說明，沒有變動的項目就不用再說明。

林委員恩豪

一、謝謝主席，主要調整項目如下：

(一)A4「醫院醫療服務韌性加成」，這項沒有變動，我們認為還是併入專款項目B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」處理，所以在B16的協定事項寫了一些用途，等一下再說明。

(二)A6「配合政策，強化黃金治療期復健服務」依照醫院部門建議，這項的預算就移到B16，在專款項目執行。

(三)再來看到B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」，編列金額變成15.053億元，本項含A6復健病房試辦計畫及A4醫院醫療韌性加成費用。

二、以上是有改變的項目。

周主任委員麗芳

我們逐項來看爭議比較大的項目，首先看到 A4「醫院醫療服務韌性加成」，付費者代表在 A4 的協定事項有寫「依健保署建議，併入專款項目 B16」，先請健保署說明一下，對於 A4 併入 B16 的看法。

陳署長亮妤

謝謝各位委員，有關 A4「醫院醫療服務韌性加成」項目，健保署尊重雙方的協商結果，所以也希望那句「依健保署建議」也可以刪掉。

周主任委員麗芳

好，這樣看起來有點曙光，因為付費者代表是依健保署建議併入專款項目 B16，現在健保署表示沒有意見，依雙方協商結果就好。

林委員恩豪

那協定事項就改成「付費者代表建議併入專款項目 B16」，我們是參考健保署資料，但付費者代表建議併入 B16。

周主任委員麗芳

接下來看到 B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」。

林委員恩豪

等等，A4 的協定事項還要補一句「參考健保署提供之資料」。

周主任委員麗芳

好，補上「參考健保署提供之資料」，所以付費者代表對 A4 協定事項的建議，無論如何都是健保署發起的，健保署有必要講清楚說明白。

陳署長亮妤

剛剛健保署已經表達態度了，就是尊重雙方協商結果。

周主任委員麗芳

好。再來看到 B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」，付費者方案還是 234.533 億元，這項也聽一下醫院部門的看法，另外也請回應剛剛付費者代表提到的項目。

謝協商代表文輝

一、謝謝付費者代表，我們不要說 100%，大概 99%的項目都已經達到共識，除了 A4「醫院醫療服務韌性加成」跟 B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」還有些許差異：

(一)醫院部門的 B3 是依現行執行資料去預估的，211.91 億元已經足夠，金額看起來好像和付費者方案有差距，那是因為我們編列的預算已經扣除公務預算挹注的 20 億元，公務預算已經挹注多年，所以實際執行應該把 20 億元算進去，如果再加上公務預算挹注的 20 億元，雙方的版本沒有太大差異。可能委員會擔心預算不夠，不夠的話，協定事項有但書，經費不足還可由其他預算支應，這項應該是不會有差異的，請付費者代表再考量。

(二)另外，為什麼醫院部門這麼堅持 A4「醫院醫療服務韌性加成」，那是因為有很多地方需要這筆彈性的預算，如果委員堅持 B17 名稱要用「住院護理費用」，不能有其他彈性，那編列 A4 的必要性就更大了。不只護理人員，醫院現在每個部門都缺人，這個項目已經提很多次，再不做未來沒路可走，希望委員能夠理解。

二、如果 A4、B3 能夠解決，那今天 100%可以達成共識，其實雙方大部分都已經有共識了，只差幾個想法不同，希望付費者代表再考量一下，替第一線的工作者想想，畢竟各位委員是在後端，我們站在第一線的感覺是有這個需求，很期待今天可以達成共識。

周主任委員麗芳

請理事長。

李委員飛鵬

非常謝謝林恩豪委員替醫界著想，把 A4 併入 B16，事實上雙方只差 20 億元，這 20 億元就是差在有沒有公務預算挹注。健保署如果能夠給大家保證，讓付費者代表放心會有這 20 億元，因為付費者代表也認同如果有公務預算挹注 B3 的話，會移撥預算到 B16，如果

能確定有 20 億元的公務預算，直接放 A4 或 B16，就沒有挪來挪去的問題，應該沒有人敢去擋這筆預算，那雙方是很有共識的。

周主任委員麗芳

請謝文輝執行長。

謝協商代表文輝

為什麼不希望 A4 放到專款項目，因為放在專款會變成每年都要討論的項目，一旦支付標準調整，如果明年沒有編列預算，醫院也沒有辦法向員工收回來，如果放在專款項目，變成每年都要編列這個項目，如果沒有編列專款預算，員工就要減薪。但支付標準調整後就不能動了，醫院一定要承擔，所以建議放在一般服務，拜託委員考量。

周主任委員麗芳

B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」應該比較好解決，這項涉及公務預算，明年政府編了 600 億元的公務預算，剛剛李飛鵬理事長講得很清楚，請健保署表達看法，因為只差在公務預算挹注的先後順序，賴總統也有承諾編列 600 億元的公務預算挹注健保基金，這方面大家應該不用擔心，但還是請健保署說明一下。

劉主任秘書林義

健保署補充說明，我們非常理解罕病病友團體的訴求以及醫院部門的訴求，因為目前公務預算還在審議中，所以委員會有所擔心。建議 B3 以 234.533 億元為上限，假如有公務預算挹注，B3 就移列公務預算挹注的金額到 B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」，B16 也有含 A4「醫院醫療服務韌性加成」，就是剛剛付費者的方案，或者付費者代表同意醫院部門的看法，把 20 億元放到一般服務的話，那這筆費用就是編在 A4「醫院醫療服務韌性加成」。簡單來說，就看 B3 公務預算挹注多少，則同步移列同等金額到 B16 或 A4，至於 B3 則維持編列 234.533 億元。

周主任委員麗芳

理事長理解嗎？就是 B3 編足 234.533 億元，只是公務預算挹注的金

額到底要移列到專款項目 B16，還是一般服務項目 A4？請兩造雙方再討論一下，現在中場休息 3 分鐘。

李委員飛鵬

不用，我直接說明，如果有公務預算挹注 20 億元，那就保留 20 億元在 A4「醫院醫療服務韌性加成」嘛，如果沒有公務預算挹注，就沒有 A4，就是這樣。

周主任委員麗芳

健保署陳亮妤署長跟劉林義主秘一直在點頭。請林恩豪委員。

林委員恩豪

主席還有各位醫院部門代表，付費者代表並沒有同意 A4 編在一般服務，我們是併入專款項目 B16。說真的，李飛鵬理事長，只差這 20 億元，醫院要調整支付標準有很多預算可以支應，也可以先跟健保署協商，為什麼一定要新增個韌性的項目在這邊。而且，醫療服務成本指數改變率增加的預算本來就是用來調支付標準的，歷年累積了多少我不清楚，但那筆預算就是應該拿來調支付標準，並不是沒有編 A4 就不能調，尤其今年醫療服務成本指數改變率增加的預算就有 56.197 億元，這些預算用來調支付標準一定足夠。

周主任委員麗芳

請陳秀熙委員。

陳委員秀熙

一、感謝付費者代表及醫院部門代表，也謝謝健保署提供的相關資料。我今天一早就參與協商，我認為雙方其實已經有共識，不只是總成長率 5.5%，為什麼這麼講呢？以 A4「醫院醫療服務韌性加成」來看，只差編列在一般服務或是併入專款項目 B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」，付費者代表也提出，罕見疾病藥費如果有公務預算挹注，就可以將 B3 的預算移列部分到 B16，也提高了預算空間。

二、有關 A4「醫院醫療服務韌性加成」，這個議題過去在醫院部門也討論過很多次。現在很多國家慢慢不用韌性這個名詞，我同

意醫療韌性很重要，不具韌性的團隊無法提供醫療服務，但目前政策上更應著重於友善醫事人員的工作環境、鞏固醫療量能及提升醫療價值。站在學界觀點，我認為預算應有明確的評估指標，過去相關預算之所以不予編列，也是因為缺乏具體的績效衡量方式。大家都知道醫療韌性很重要，但我不會用韌性當名稱，可以調整為提升醫院整體醫療服務照護能量之提升計畫，涵蓋人力配置、支付、執行過程、結果及建立相應的指標，未來才能據以評估執行成效。希望醫界能理解，我們是支持這個計畫的。

三、B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」的預算，健保署有估算實際需求，我也認同。至於罕見疾病及血友病的預算是不是要分列，我建議預算應該分開估算，但財務要共同分擔，因為新的藥物納入後，可能使特定罕見疾病的醫療支出突然增加，因此健保署目前將相關預算合併在同一專款項目有其道理。

四、整體而言，我認為雙方並沒有太大的落差，醫院部門提出的「醫院醫療服務韌性加成」可以編在專款項目逐步實施，建議雙方再協商一下，應該有機會達成共識。

周主任委員麗芳

現在中場休息 5 分鐘，彼此冷靜一下，做最後思考，希望能夠在時限內達成共識。

(中場休息約9分鐘)

周主任委員麗芳

我代表全部健保會委員感謝醫院部門，醫院部門在李飛鵬理事長的帶領之下，展現極大的誠意，他們說願意接受付費者方案，只是在協定事項稍微調整，讓文字表達更清楚一些，接下來請李飛鵬理事長確認協定事項。

李委員飛鵬

主委、付費者代表、專家學者及公正人士，大家都很擔心 B3「罕見

疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」的預算不夠用，我們建議協定事項調整為「如有公務預算挹注，則公務預算挹注的同等額度，全數移列用於支應 B16 的 A4 醫院醫療服務韌性加成」，醫院部門就同意付費者方案。

周主任委員麗芳

所以其他部分就尊重付費者方案？

李委員飛鵬

等等，需不需要寫明挹注的 20 億元？

周主任委員麗芳

目前這樣寫是公務預算挹注多少，就移列同等額度到 B16。

李委員飛鵬

如果公務預算挹注 50 億元，也移列 50 億元嗎？

周主任委員麗芳

對，就移列同等額度。

李委員飛鵬

好。

周主任委員麗芳

請朱益宏委員。

朱委員益宏

建議再加幾個字，就是公務預算挹注多少，那 B3 就要減列多少，然後減列的金額要挪到 B16，因為這牽涉到金額，如果 B3 不減列，公務預算挹注後，B3 還是現在這個金額，那等同於公務預算是挹注到 B16，會變成這個意思。

林委員恩豪

朱委員，不是這樣，這個不會有減列的問題。

周主任委員麗芳

現在再次確認，請問李飛鵬理事長，是不是就同意這個版本？需要從頭唸一次，再確認一下嗎？不用嗎？好，就是接受付費者方案，

只是修改一下協定事項文字。

李委員飛鵬

再確認一下協定事項，如果公務預算挹注 20 億元，就會移列 20 億元，就是移列同等預算的意思？

周主任委員麗芳

沒錯，公務預算挹注 15 億元就移列 15 億元，挹注 12 億元就移列 12 億元，同等額度就是這個意思，先不用期待挹注 50 億元，原則就是公務預算挹注 20 億元。

李委員飛鵬

那如果公務預算沒有挹注 20 億元,林恩豪委員明年要體察一下喔！

周主任委員麗芳

明年委員都重聘了！

李委員飛鵬

我先跟大家懇求，如果今年最後公務預算沒有挹注，醫院部門就是被打了一個高空，明年委員要體察一下，要幫幫我們。

周主任委員麗芳

跟李飛鵬理事長報告，這一屆委員只到今年的 12 月 31 日，明年坐在這裡的是誰都不知道。

李委員飛鵬

沒有關係，林恩豪委員還會續任，如果有續任，拜託委員繼續支持就對了。

林委員恩豪

當然當然，我對醫院部門一向非常支持。

周主任委員麗芳

感謝大家，在醫院總額協商時間還剩下 26 秒的時候達成協議，再一次恭喜醫院部門，總成長率是 5.5%。這邊我要提醒大家，今天整個協商會議結束之後，衛福部會統一發布新聞稿，請大家先暫時不要對外公開這個好消息，再次感謝大家，謝謝！

貳、116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、116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

周主任委員麗芳

我們現在進行門診透析服務預算的協商，請醫界介紹一下今天出席的代表，謝謝。

羅協商代表永達

主席、各位委員，大家午安。很高興醫院的總額協商達成共識，所以我們有很多壓力，也希望今天能夠一路順遂，我是醫院協會的代表常務理事羅永達，本來的主談跟謝文輝前理事長都有事情，每一年都是我主談，請西醫基層的三位協商代表自我介紹一下。

林協商代表誓揚

主委、各位委員好，我是醫師公會全聯會常務理事林誓揚醫師，今天代表醫師公會全聯會，我們完全支持門診透析預算，希望今天可以順利達成協議。

張協商代表孟源

各位委員大家好，我是張孟源醫師，代表醫師公會全聯會，謝謝。

林協商代表旺枝

主委、各位委員大家好，我是醫師公會全聯會林旺枝醫師，希望今天門診透析預算協商能夠很順利，謝謝。

周主任委員麗芳

今天我們也特別邀請到腎臟醫學會陳金順理事長列席，是不是也要談一下對協商的想法？報告完再講是不是，好，那就先請醫界代表說明協商的重點。

羅協商代表永達

一、謝謝主席，醫院協會有2個基本原則，第1個，所有的總額裡面只有門診透析沒有「醫療服務成本及人口因素成長率」(下稱非協商因素)，對於很多的醫療成本，包括耗材、護理人員薪資等等，都沒有非協商因素成長率，所以就必須完全反映在支付點

數上面，因為服務的單價乘以服務總數才是整體總額，但是在單價方面已經不敷成本。去年在協商時，就這個部分曾經跟健保署報告過，門診一般血液透析(58029C)至少要4,300點，但是去年是3,912點，當時署長堅持1件事情，就是有多少預算只能調多少點數(115年調整為4,000點)，這個跟剛剛在醫院部門協商談到，可以用所謂的非協商因素部分來調整不同，門診透析服務沒有非協商因素預算可以調，這是2個不同的邏輯。

二、去年我們在研商會議曾主張支付標準是不是一次調到4,100點，但因為健保署堅持沒有足夠預算儘量不要調到那麼高的點數，那承蒙健保署的支持，也認可目前這樣的支付與成本實在是有很大的距離，所以希望能夠調到4,100點，這是我們今年的目標。從現在的4,000點調升到4,100點，至少需要的預算額度相當於2.5%的成長率，再加上還有「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」，所以醫院協會提出來的版本是希望能夠達到成長率4%的目標。可是剛剛醫院部門代表已經跟在座所有付費者代表達成協議，剩下成長率只有3%，我們被迫只能從3%談起，事實上我們本來的基數是成長率3.5%以上，這樣才勉強有辦法調升支付標準來反映成本，但是3%已成事實，我們只能接受，所以今天只能從3%開始談起。

三、第2個是有關「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」的部分，前年使用率其實不高，去年基於國家的政策擴大獎勵，所以醫療利用有增加，但是後來腎臟醫學會重新去檢討獎勵措施，協定事項規定「3億元不得流用於一般服務」，其實預算不只是足夠，而且有點多，所以我們今年希望在整個政策的指導之下，希望鼓勵腹膜透析的相關規定能夠限縮。基於現在很難找到醫師、護理人員的情況下，也期待今年給腎臟醫學會跟所有洗腎的醫療院所有調到4,100點的機會，那就必須要限縮鼓勵腹膜透析的規範。所以2個提議，第1個是希望能夠有3%的成長率，第2個是能夠限縮獎勵腹膜透析的相關規定，以上。

周主任委員麗芳

還有沒有要補充？張孟源協商代表。

張協商代表孟源

謝謝主席，其實剛剛羅永達協商代表講得非常清楚。

一、在支付標準方面希望能夠調到4,100點，因為臺灣的透析支付標準幾乎是全亞洲最低，而且我們的洗腎品質，5年及10年的死亡率都比美國還要好，跟日本比肩，我國有這麼好的洗腎品質及醫療人員，衛福部這幾年也一直獎勵調漲護理人員的薪資。現在洗腎室有1個重要的現象：看不到40歲以下的護理人員，都是資深的護理人員，以前是很多年輕護理人員都搶著要進來洗腎室，現在大家都不進來，不過這很好，資深護理人員的工作效率很高，但這是1個長期的隱憂。所以希望支付標準能夠調高，至少就像羅永達協商代表剛剛講的，讓洗腎的支付能夠反映合理的成本。

二、在門診透析預算研商會議有討論到，獎勵腹膜透析的計畫從112年開始推動到現在，雖然每年都匡列4.3億元左右，前面幾年獎勵腹膜透析計畫的預算都用不完。但是去年因為政府大力獎勵腹膜透析，支出費用已經增加到5.3億元了，超過編列的預算。依照115年總額協定事項，115年支出費用超過預算的部分需要由一般預算來支應，就會造成洗腎點值受到稀釋，這一點在健保署門診透析預算研商會議有跟腎臟醫學會討論到腹膜透析獎勵是不是要做調整，我相信這是我們共同的訴求。

三、剛好今天腎臟醫學會陳金順理事長也來現場，他是洗腎方面的專家，可不可以請理事長就腹膜透析獎勵的部分，表達一下腎臟醫學會的看法，假如萬一明年又是超過預算，這部分會不會影響到、侵蝕到一般預算？謝謝。

周主任委員麗芳

請腎臟醫學會陳金順理事長，目前也是高雄市醫師公會理事長、高雄榮總的院長。

陳理事長金順(列席)

謝謝主席、在場的各位委員，也謝謝羅永達協商代表及張孟源協商代表剛剛的發言支持腎臟醫學會。

一、腎臟醫學會過往幾年在許多會員的努力下，目前在腎臟病防治上，在臺灣、在全世界都得到一定程度的效果，我想這是滿不錯的結果，包括腎臟病的盛行率及發生率，這些都得到一定的控制，讓透析病人數逐年下降，這是我們持續在做的努力。

二、因為健保署支持，所有醫學會裡唯一出版年報的就是腎臟醫學會，以前腎病年報主要內容只有透析，今年年底開始我們會藉由健保署的支持來出版慢性腎臟病年報，我想又是全世界首創，在腎臟病防治上面又提升了一步，也會讓慢性腎臟病得到更好的控制，這都是腎臟界過往在臺灣的努力，也希望各位委員給我們一些鼓勵，希望這些努力還是要有財務鼓勵會更加實際。

三、就幾位協商代表所提到的，其實不管是人口老化、通貨膨脹、護理人力流失等等都是大家耳熟能詳的問題，透析的支付點數在過去幾年都沒有提升，所以謝謝醫院協會還有醫全會的幫忙，希望能夠幫同仁們爭取到一定的額度，讓他們在做事情上更加有力，希望各位委員給我們支持。

四、我們會持續支持腹膜透析，我們向部長報告，包括腹膜透析及透析韌性，腎臟醫學會責無旁貸會把它做好，但是過程中希望在血液透析跟腹膜透析的預算比例上，也要持續支持基層同仁的努力，剛剛張孟源協商代表所提到的，腹膜透析的獎勵金有匡列一定額度，但是也要有其他財源支持，不要用到其他透析的額度來支應鼓勵腹膜透析的獎金，希望各位委員支持剛剛2位協商代表的建議，我們會持續努力把臺灣的腎臟病控制好，讓世界都看得到臺灣在腎臟病的防治，以上，謝謝。

周主任委員麗芳

謝謝說明，各位健保委員有沒有要垂詢的地方？我說明一下，付費者代表主談人是蔡順雄委員，協談人是嚴必文委員。請蔡順雄委員。

蔡委員順雄

門診透析的部分，之前多次在健保署由副署長主持的會議，大家都很認真在討論，現在看起來好像沒什麼爭議啦，但是健保署有2個建議事項(註)，大家請看表格內容提到維持多少預算及其用途等等，可不可以麻煩健保署說明，這2項建議事項跟預算要用在哪些部分，請特別說明其用意以及必要性何在？同時也想請教醫界協商代表，針對這2項建議，有沒有什麼窒礙難行的地方？如果沒有，我想應該很快會有共識，以上，謝謝。

(註：1.建議總成長率3%，維持4.335億元用於「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質計畫」，其中3億元不得流用於一般服務。

2.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、支付提升等，以回應醫事人力投入。)

周主任委員麗芳

還有沒有委員要提出問題？我們一併請健保署回應。如果沒有，先請健保署說明現在螢幕上的2點建議。

劉主任秘書林義

各位委員大家好，在門診透析部分仍然延續過去的做法。

一、因為要保障腹膜透析，所以健保署建議至少要有4.335億元用於鼓勵院所來推動腹膜透析及居家血液透析的部分，其中3億元不得流用於一般服務，也就是說至少要做到3億元。

二、剛才醫院部門有講到醫院的韌性，我們也希望透析的部分可以做到透析的韌性，當然韌性的部分也包含了所有醫護人力量能的提升，所以希望投注預算讓醫療院所能做到有關韌性這塊，以上說明。

周主任委員麗芳

剛剛蔡順雄委員提到，針對健保署備註的這2點內容，我們來聽聽看透析部門針對這樣的內容，在執行面上有沒有窒礙難行的地方？

羅協商代表永達

一、我們都知道鼓勵腹膜透析是國家政策，但是因為臺灣的情形跟

其他國家不太一樣，在發展的過程中大家已經非常非常的努力，每年都保留一定預算去獎勵，其實這個數字跟我們臨床第一線所見有一點點扞格。我們本來希望點數能調到4,300點，但因為預算有分成有限預算、必須預算、充足預算，我們現在是有限預算，所以只能逐年編列，我們認為以目前的共病、老化程度，4,100點是1個很低很低的標準，所以我們一直希望能夠調到4,100點。那4,000點到4,100點所需預算就大約成長率2.5%，如果是以總成長率3%來講，剩下的0.5%就不足以支應4.335億元(註)。

(註：查自112年度總額起，每年門診透析預算成長率中，其中4.335億元指定用途，用於鼓勵腹膜透析及居家血液透析，其金額均已列入門診透析預算基期，隨總額逐年成長。)

二、上次在門診透析研商會議，我們曾經希望是不是可以先把點數調高，因為點數乘以點值才是實際支付的預算嘛，我們希望點數能夠適當的反映成本，點值的部分是另外一種意義。但是當時有個決議是希望有多少預算只能調多少支付點數，所以假設成長率只有3%，其中1%一定要用在獎勵腹膜透析，剩下的2%是不足以調到4,100點。不曉得貴會或是健保署同不同意，即使今天是3%，且其中3億不得流用，只能用在鼓勵腹膜透析及居家血液透析，剩下的預算也允許腎臟醫學會調整點數到4,100點，如果願意的話，我們會盡量朝這方面來努力。

三、簡單講，第1個，成長率3%是我們今天所能爭取的最大範圍，第2個，希望在鼓勵腹膜透析的部分稍微限縮，讓一點點的預算出來給一般預算做點數調整，第3個，如果不行的話，健保署同不同意在目前的預算裡允許我們把門診一般血液透析(58029C)的點數調到4,100點，這3件事我想是互有關係的，如果可以，今天的談判就會非常順利，很快就能達成共識。

周主任委員麗芳

謝謝，張禹斌副署長請回應。

張副署長禹斌

先謝謝透析部門，其實很多醫師都很努力，我們在開會時發現很多

數值其實都做得還不錯，剛才代表所提的4,100點必須精算，不建議在這邊做決議，假設最後決定成長率是3%，我們回去再精算看多少可以再調整，也不能說現在一定要講死是4,100點，這需要仔細計算及成本分析，我不太建議現在做這個決議，這部分建議在研商會議或是專家會議再談。

周主任委員麗芳

透析部門想要知道的是健保署的態度也是會盡力協助，雖然沒有辦法講死，但是他們應該只是要得到支持，所以支持這部分應該是可以的，如果現在立刻要講清楚調升多少支付點數確實是強人所難，但方向是支持的。

羅協商代表永達

除了健保署的支持以外，去年協商的時候很謝謝付費者代表幫我們註明希望能優先調整支付標準(註)，這是去年核定事項，那如果可以註明的話我們就接受協商結果。

(註：115年門診透析核定事項第4點，本項經費扣除「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」經費，其餘預算優先用於調整門診透析支付標準。)

周主任委員麗芳

請問蔡順雄主談人，剛剛您說很快會達成協議，所以你們要開內部會議，還是在這裡就可以協議？

蔡委員順雄

還是尊重大家的意見內部會議再協調一下。

周主任委員麗芳

好，那就請快快去快快回來，謝謝。

（付費者代表進行內部會議討論約7分鐘）

周主任委員麗芳

付費者代表已經討論完成回到現場，但是我的目光都一直注意著蔡順雄委員，一定要等主談人坐定位，委員差不多都就定位了，好，請蔡順雄主談人講一下目前你們的協商版本，謝謝。

蔡委員順雄

謝謝主席，經過付費者代表非常激烈的討論之後，回應透析部門的建議，紅字部分請大家看一下(註)，我們建議是把它調整成「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」。我們給比較中性、廣泛的範圍跟項目，就不特別寫哪個部分優先，由相關部門統籌協調處理，也留給大家彈性，我想已經有相當程度善意的回應了你們的建議跟需求，那看看透析部門醫界代表們的看法。

(註：依螢幕顯示，付費者版本協定事項修正如下：

原文字：「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、支付提升等以回應醫事人力投入。」

修正後文字：「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。」)

周主任委員麗芳

協談人嚴必文委員有沒有要補充？我要先跟透析部門說明，蔡順雄委員是大律師，所以大律師出馬，文字絕對是可以參考的，來聽一下你們的意見。

羅協商代表永達

在主席還沒講之前，我就很佩服這個文學造詣，寫出來的文字就是不一樣，「配合留人留才，檢討相關支付成本」，今天真的學習很多。我們理事長叫陳金順，主談人叫蔡順雄，一定順的，臺北順起來。有關於這次協商，我們在這之前也激烈討論過啦，今天來沒有很激烈討論，因為這是我們的底線，我們一下子就把底牌就講出來了，成長率3%是天花板沒有什麼好談的，至於居家血液透析跟獎勵腹膜透析的預算，其中3億元不得流用於一般服務的部分是政府政策，我們也支持，尤其後面那些文字敘述跟我們的想法是一致的，所以我們就欣然接受，謝謝。

周主任委員麗芳

非常感謝透析部門的各位代表，還有由蔡順雄委員、嚴必文委員所率領的被保險人團隊，也讓我們刮目相看，冒出激烈火花，可是卻平順的達成共識，再一次感謝幫我們省下了21分鐘，謝謝。

參、116年度總額協商—「西醫基層總額」與會人員發言實錄

參、116年度總額協商－「西醫基層總額」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

一、因為西醫基層總額是1個大部門，所以我要重申一下，我們現在坐在這裡協商116年度健保總額，有3個很重要的歷史意義：

(一)第 1 個歷史意義是健保從民國 84 年開辦到現在，今天我們協商的 116 年健保總額預算將破歷史紀錄，如果總成長率 5.5% 的話會達到 1 兆 434 億元。115 年健保預算說是 1 兆零 82 億元，那是因為加上公務預算挹注，但是明年健保總額不加公務預算，不管低推估、高推估都破兆元，這是 1 個歷史的高峰。

(二)第 2 個是現在整個醫療系統跟生態，面臨了 1 個很重要的轉捩點及很大的挑戰，包括護理人員的短缺、急重難科別的醫師招募不易，甚至大家希望解決偏鄉及醫不足地區的問題來落實醫療平權，這個是醫療轉捩點的關鍵意義。

(三)第 3 個，現在推動得如火如荼的健康臺灣，尤其西醫基層可以說是最重要的第一線推手，民眾的期待是什麼呢？期待能夠活得久、活得健康，這樣的使命對西醫基層而言是更大的責任。

二、第7屆健保會委員的任期到今年年底，這次協商是本屆委員的最後1次總額協商，我們期待整個社會怎麼記得我們？不只記得健保會委員，還要記得所有負責協商的代表，包括陳相國理事長帶領的西醫基層代表，等一下我們要共同努力，也希望談出來的結果不要辜負社會大眾的期待。

三、現在會議開始，請陳協商代表相國簡要說明。

陳協商代表相國

一、主席、各位敬愛的健保會委員、長官好，今天很高興能夠參與西醫基層總額協商，醫師公會全聯會有幾個重點要跟大家報告：

(一)第 1 點，這次提出的計畫都是要促進醫療品質及全民健康，確保健保能夠永續經營。

(二)第 2 點，我們提出的很多項計畫都是扣合著健康臺灣的政策，譬如說健康臺灣 888 的部分，我們就提出 A7、A8、A10；促

進癌症篩檢及早期治療是 A9；改善醫療環境的部分是 A3，提升護理人員的薪資跟環境。

(三)第 3 點，我們有高度的誠意跟信心今天一定要達成共識，達成成長率 5.5%的目標，當然健保署版本跟全聯會版本有點不一樣，大家第 1 次看到的西醫基層版本成長率超過 5.5%，大概是 5.9~6.0%左右，在這裡表示一點歉意，因為我們要聆聽健保會委員的意見，再經過內部協調後，第 2 次提出的版本一定會控制在最高成長率 5.5%以內。

二、去年的經驗是談到最後一刻，我還從高鐵被主委勸回來，去年的關鍵點就是有些項目我們認為應該放在一般，付費者代表認為應該放在專款，上次大家意見有點不一樣。我希望今天彼此互相溝通協調後能夠達成一致，也期待這次協商能夠快速成功達成我們的目標，謝謝大家。

周主任委員麗芳

謝謝陳相國理事長，請黃振國委員。

黃委員振國

因為時間的關係，我們僅就現在跟健保署版本有差異的部分進行說明，如果各位覺得跟署版相同的部分需要說明，爾後我們再補充，先請顏鴻順副理事長。

顏委員鴻順

一、我先針對A8「強化國人高血壓照護品質」這項做報告：

(一)剛才周麗芳主任委員開宗明義說，現在健康臺灣喊得震天響，我們都希望說能夠活得久、活得健康，但是大家知道臺灣十大死因中有 5 項跟三高有關，其中有 4 項是跟高血壓有關係。在臺灣有 1/3 的患者不知道自己有高血壓，根據李貽恒教授的報告，高血壓控制的良率只有約 3 成。血壓控制不好會怎麼樣？會中風、心肌梗塞、腎臟衰竭，這是導致失能最重要的原因。

(二)年輕人如果中風，可能在床上躺 20、30 年，對國家的生產力、經濟損失很大，而現在國際趨勢是把高血壓的定義從原本的收

縮壓≥140mmHg、舒張壓≥90mmHg，降到收縮壓≥130mmHg、舒張壓≥80mmHg，所以我們希望能夠加強對國人高血壓的照護，那當然治療的人數會增加，治療的強度也會增加。根據我們的計算，預算至少需要 30 幾億元，所以才會編列 1 個 5 年計畫，在一開始我們提出 6.9 億元的預算，其實目標就是從健康臺灣政策的「增加平均餘命」及「減少不健康平均餘命」的出發點來設計。

二、A5「75歲以上慢性病長者診察費，第一階段每件加計100點」：

(一)有委員提到這個跟家醫計畫裡的多重慢性病照護好像有重複，其實是不一樣的概念，多重慢性病照護是整合糖尿病、高血壓、高血脂、痛風、BC 肝一起看診，而不要分成好幾個不同的醫師或者門診來看診。

(二)其實 75 歲以上的長者各方面的生理機能，包括表達能力、記憶力、聽力及活動力都退化，就跟小孩子一樣，看診 1 個小孩子，不是只有看小孩，還要看他的家屬。而 75 歲以上老年人，要照顧的、要表達的、要溝通的，其實是比一般年輕民眾困難很多。甚至有時候我們看完病，還要打電話去跟他的家屬說明，你的爸爸、媽媽、阿公來看這個病，我們要如何處理，所以我們才會有這樣的訴求，希望提供給老年人更好的照護，以上。

黃委員振國

請林誓揚執行長，簡短說明。

林協商代表誓揚

一、大家好，我是林誓揚醫師，請大家看到A2「藥品及特材給付規定改變」，這個項目包括2個重點：

(一)隨著老年人口的快速增加，骨質疏鬆症的罹患率及骨折的事件也大幅增加。1 個老人骨折，不但病人痛苦，併發症及死亡率也隨之增加，更造成家庭的經濟負擔，甚至減少工作人力，因此這筆預算除了支付骨質疏鬆症初級預防跟次級預防的藥物外，還要支應骨密度檢查所增加的費用。

(二)SGLT2(糖尿病用藥)和過去不同，過去我們是調整第二型糖尿病患者的用藥順序，本次是放寬非糖尿病的慢性腎臟病患者用藥，造福慢性腎臟病患者延緩洗腎，甚至免於洗腎。SGLT2 每人每年的藥費大概是 9 千元，不到 1 萬元，最保守的估計可以延緩 3 年，1 年可以節省 70 萬元洗腎費用，等於 3 年花費不到 3 萬元，可以節省洗腎費用約 200 萬元，相信能改善病人的生活品質、提升健康餘命、減輕社會國家的負擔。

二、請大家看到A4「促進醫療服務診療項目支付衡平」，主要用途有3個：

(一)調整西醫基層合理的門診量，已於今年 8 月 1 日公告開始實施，合理的門診天數從 25 天下修到 22 天，每月最高診察費給付人次由 750 人次提高至 770 人次，大概需要 4 億元預算。

(二)調升心電圖的點數，由 150 點增加到 300 點，過去所有的學者專家、醫界、民間常常檢討部分項目的健保給付過低，其中最具代表性的是心電圖給付標準，臺灣是 150 元，美國也是 150 元，但美國是美金 150 元。根據全聯會的成本分析，合理的心電圖成本大概是 250 元~350 元，規模越大，成本就會越低，例如醫院，而診所受限於規模，成本自然比較高。我本身是心臟科醫師，最近有 1 個藝人，年紀輕輕就心肌梗塞，另外我的門診有許多病人因為胸痛、呼吸困難、心悸，很緊張來就醫，如果診所沒有心電圖設備，這些人會湧入醫院，造成急診很大的負擔跟壅塞，無法發揮醫院正常的功能，所以我們提出的預算是 8,800 萬元，可加強診所的服務量能，減輕醫院的負擔，是非常合理的投資。

(三)調升手術、創傷處置跟用藥的給付，特別是非常非常低廉，處於地板價未滿 100 元的項目，我們估計要調升 50 點，共需要 2.61 億元，以上 3 項加起來是 7.5 億元。

三、請大家看到A7「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門檻)」：

(一)本計畫是呼應健康臺灣 888 的三高防治政策，透過更積極強化高血脂的管理，降低心血管疾病發生的風險，目的就像剛才主任委員所宣示：延長國人健康餘命，縮短不健康餘命。

(二)這是 2 年的計畫，完整計畫需要的經費是 15.35 億元，我們分成 2 年實施，115 年非常感謝各位委員的認同，已編列預算 7 億元，希望 116 年可以繼續編列 7.675 億元，目的就是要改善粥狀動脈硬化、心血管疾病，包括嚴重的心肌梗塞、腦中風、慢性腎臟病，不僅看膽固醇的數字，更要看病人的風險等級，真正從次級預防走向初級預防。

(三)按照今年 9 月 1 日公布的降血脂藥物給付規定，放寬 statins、ezetimibe、PCSK9 抑制劑等昂貴藥物的給付規定，所以會消耗更多的預算，我們非常需要繼續編列這筆預算，以上報告。

黃委員振國

時間的關係，我就簡短再補充：

一、關於B專款項目，我們的版本有一些項目跟健保署的版本有差異，我們是用今年前半年的支出金額乘以2，預估116年全年經費，包括B3「西醫醫療資源不足地區改善方案」、B5「C型肝炎藥費」、B14「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫」等等，這些項目的估算是依據我們實際的耗用情形。

二、B1「暫行性的支付(新藥、新特材、新醫療技術)」，114 年到今年為止都沒有耗用，我們不知道健保署會新增什麼項目，假設留著這筆預算，不知道預算會不會真的使用。

三、A10、B19「放寬 GLP-1 RA 使用標準」，剛剛其實有提到針對健康臺灣三高防治 888 計畫的心血管疾病治療部分，心血管治療使用最多是糖尿病用藥跟降血脂用藥。針對今年 9 月 1 日健保署公告放寬降血脂藥物給付規定，我們之前有提供 1 份「2025 台灣血脂管理臨床路徑共識」，初步估算沒那麼精準，但是今年發現實際符合治療條件的人口可能比原先估計的更多。依據新的標準，比如 45 歲以上的男性、55 歲以上的女性，只要有高

血壓就是中度風險。如果 60、70 歲以上，看起來身體好好的，沒有三高、慢性腎臟病的健康老人，大概會有將近一半，只要有高血脂就會被列為高度風險，所以之前 Statins(降血脂藥物)的使用人口是被嚴重低估的。

四、B4「家庭醫師整合性照護計畫」(下稱家醫計畫)，今年我們做了嘗試，合併「P4P-DM/CKD/DKD 方案」，但是發現有 3 個低估的現象：

(一)以往與醫院部門的「地區醫院全人全社區照護計畫」併行的時候，因為 2 個計畫的個案會重疊，所以我們預期家醫計畫的人數應該會減少，但是以今年剛出爐的收案人數來看，比去年成長了將近 7%，高達 696 萬人，加上因為人口老化，預期明年多重慢性病患者會增加，所以人數是低估的。

(二)P4P-DM/CKD/DKD 跟家醫計畫原先可以同時收的個案，因為新制度做整合，導致有些診所有高達 7%的病人流失，以致於領不到實質的獎勵。

(三)今年整合 P4P 計畫時，原先初期慢性腎臟病照護計畫的預算來自於其他預算，但今年因為整合而沒有編列預算。慢性腎臟病因為人口老化而成為重要的議題，據我瞭解，明年健保署有意把原來 200 點的「第一階段追蹤管理照護費」跟其他的 P4P 計畫一起提升，提高醫療院所照顧慢性腎臟病患者的意願，有什麼好處呢？就是這幾年洗腎人口減少了，這對健保的財務是有幫忙的。原來在家醫計畫預估「第一階段追蹤管理照護費」只有 200 點，如果明年要調升至 300 點，會有 100 點的差距。

五、B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」，健保署版本編了 11.53 億元，但是不知道要調甚麼項目的支付標準。以今年為例，包括診察費、心電圖等支付標準調整，目前都通過了，而放寬降血脂藥物給付規定也在今年 9 月 1 日公布，所以 11.53 億元不知道署方要用在哪裡。我們為什麼不編預算呢？因為我們以負責的態度，要有真實服務的項目才編列預算，所以經過全聯會

所有幹部同意，只要在 116 年有通過促進醫療服務診療項目支付衡平的支付標準調整項目，我們願意用原有的預算，用非協商因素成長率來 cover 支付標準調整所需預算，不動支專款也不增加預算，如果有新增項目，於 117 年度總額再跟各位爭取費用。

六、最近跟很多醫師都有同感，很多以前不治療的個案，因為名人事件影響，陸陸續續都回到門診來了。西醫基層總額協商的重點在哪裡？就是因應人口老化，能夠做在地化的完整治療是今年協商的重點，我們期待西醫基層能夠務實提供實質的治療，我們不談口號，也不談虛的象徵性的項目。雖然目前 2 個版本的差異很大，但是期待溝通之後，能讓西醫基層今年、明年務實的照顧病人，這是我的建議，謝謝。

周主任委員麗芳

謝謝西醫基層代表非常詳盡說明今年度的項目重點。本場協商的付費者代表主談人是鄭力嘉委員，協談人是呂正華委員，請所有代表看向左前方的時鐘，上面標示1小時39分15秒，代表西醫基層總額協商在這段時間中就要達成共識，如果超過時間還膠著不下的話代表破局，去年就有經歷過，現在有沒有委員要提問，請林敏華委員。

林委員敏華

請教健保署，總額協商會議資料頁碼西基-48，B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」補充說明的經費推估，顯示西醫基層版本是將預算移入A4「促進醫療服務診療項目支付衡平」，健保署B16是編列11.53億元，兩者有些差距，不過健保署跟西醫基層在A4都有編預算(註)，我疑問的是為什麼健保署在B16還要再編這麼多錢？因為沒看到解釋，請健保署說明，謝謝。

(註：總額協商會議資料A4「促進醫療服務診療項目支付衡平」項目，西醫基層編列7.5億元、健保署編列6.92億元。)

周主任委員麗芳

我們收集問題，統問統答，請呂正華委員。

呂委員正華

我想請問B4「家庭醫師整合性照護計畫」:

一、總額協商會議資料頁碼西基-34 補充說明第 4 點，雖然健保署初估 114 年執行率是 98.3%，但是 113 年是 100%，所以去年執行的沒那麼完整，尤其今年評核委員有特別提到：114 年家醫計畫轉型到家醫 2.0，強化社區醫療群的擇優汰劣，要持續提升照護涵蓋率，這個部分請補充說明。

二、總額協商會議資料頁碼西基-35 補充說明第 8 點，健保署建議增編 8 億元，其中 4 億元用於收案人數成長，另外 4 億元用於優化品質支付誘因，但現在的人口數因為出生率降低，其實已經變少了，請補充說明計算方式的合理性，以上，謝謝。

周主任委員麗芳

還有沒有要提出垂詢的？請陳節如委員。

陳委員節如

一、A5「75 歲以上慢性病長者診察費，第一階段每件加計 100 點」，我覺得不適合以年齡來認定需不需要給付加成，建議以疾病複雜度來認定比較合適。西醫基層有對高齡社會採取因應措施，但是用年齡區分實在無法切合實際需求，75 歲以上老年人並不代表必然伴隨聽力退化、記憶力減退、表達能力不足或無法清楚陳述病情等情況，應該要以疾病的複雜程度或溝通障礙程度來作為支付標準，所以是否新增 A5 項目要考慮一下。

二、A7「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門檻)」及 A8「強化國人高血壓照護品質」：

(一)關於慢性病防治已經有各類預算跟計畫都在進行，如大家醫計畫、三高防治 888 等相關計畫，不應該再單獨針對高血壓部分另起 2 個新增項目，西醫基層在 A7 及 A8 編列的預算加起來將近 15 億元，我覺得有點離譜。

(二)目前公務預算有支應「代謝症候群防治計畫」，而健保署推動及擴大「家庭醫師整合計畫」，這些計畫都是以預防勝於治療

作為核心概念，我認為新增 A7 及 A8 這 2 個項目並不合理。

(三)A7 針對特定給付項目的部分，我認為不適合在總額協商討論，也破壞一直以來的原則，總額協商不應涉及個別給付項目的決定，這並非健保會的權責，建議回到權責單位健保署的共擬會議討論。

三、B4「家庭醫師整合性照護計畫」已行之多年，是健康臺灣推動的重要政策，但是健保署建議編列的預算過多，而西醫基層所提的預算遠遠超過健保署建議額度，恐怕是過度膨脹，請西醫基層部門加強說明金額推估的合理性，以上提議。

周主任委員麗芳

請洪瑜黛委員。

洪委員瑜黛

先不考慮金額，有1個原則性的問題想請教健保署，不管是新增藥物、擴增藥品給付還是調整支付標準，比如A7、A8，是不是在類似A1「新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)」、A2「藥品及特材給付規定改變」、A4「促進醫療服務診療項目支付衡平」這些項目其實就可以涵蓋做調整、擴增或新增，而不用特別另開新項目來處理？謝謝。

周主任委員麗芳

還有要提問的委員嗎？請楊玉琦委員。

楊委員玉琦

B1「暫時性支付」，西醫基層在114年執行率是0%，但健保署還是編列1億元，針對這個部分請健保署說明你們的想法，謝謝。

周主任委員麗芳

因為很多的意見都是針對健保署，如果委員沒有其他意見，先請健保署回應。

劉主任秘書林義

一、總額協商會議資料頁碼西基-48 的 B16「促進醫療服務診療項目

支付衡平」，其實健保署在醫院部門及西醫基層部門都有編列這個項目，主要是因應變動過於迅速的醫療環境，而現在預估的是明年的預算，萬一明年醫療環境有產生什麼變動的時候才會有餘裕來支應，因此在 2 個部門都有編列這項預算。

二、剛才洪瑜黛委員提到有關個別給付項目的原則性部分，依照原本標準，新藥、新特材、新增修診療項目的確是使用 A1 的預算、給付規定改變使用 A2 的預算。以前都是用這樣的標準，可是西醫基層發現有些項目可能使用的人比較多或是總量比較大，不是 A1、A2 可以容納的，所以才單獨編列 A7 及 A8，但就會變成單項的給付項目，就看雙方討論結果如何，假如通過的話，經費的使用一定要符合用途，這部分健保署會跟全聯會一起做好管控，以上說明。

周主任委員麗芳

接下來請西醫基層補充，謝謝。

黃委員振國

一、A2「藥品及特材給付規定改變」，健保署的估算是採用「前瞻式新藥及新給付範圍預算推估登錄作業及平台」(Horizon Scanning)，根據未來可能要放寬的新藥做財務評估，等於這些項目目前都還沒有通過正式使用。

二、A7「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門檻)」為什麼要提單獨項目呢？臺灣在相關心血管疾病的照護品質是落後已開發國家的，所以 9 大醫學會及健保署共同修正「2025 台灣血脂管理臨床路徑共識」，我之前在說明會已經說明得很清楚，很可惜陳節如委員沒有來。根據新的指引，比如最近發病的某飯店的 40 幾歲小開或是剛剛提過的藝人，可以透過新的指引提早診斷治療，也許會改變結果，所以我們針對比較特殊的狀況提出 A7 協商項目。

三、A8「強化國人高血壓照護品質」也是因應新的高血壓治療指引，那為什麼指引要改變呢？病人常跟我說：「黃醫師，我看你的門

診 10、20 年，為什麼今年的態度不一樣？」我只回答 1 句話：「你的祖先活到 65 歲算年長，現在你活到 75 歲都算太年輕，活到 85 歲才是適當的。」新指引是期待國人的健康餘命可以更長，為了因應新指引才提出這些計畫。那西醫基層有需要，醫院沒有需要嗎？醫院主要是處理已經發病的病人，他們已經來不及做預防，而西醫基層主要是做初級預防，當病人有一些可治療、可改變的因素時，我們積極介入，希望能夠改變未來國人的健康，也減少未來總額的負擔，現在花 1 元，未來在總額可能省下不只 10 元，甚至省下百元，符合大家的期許。

四、B4「家庭醫師整合性照護計畫」：

(一)這個計畫在初期，確實期待所有的醫療院所加入，不過誠如委員指導，最近 5 年我們在落實獎優汰劣，尤其前 3、4 年採用的及格標準跟開辦時相比提高了 10 分，剛剛呂正華委員詢問為什麼預算執行有剩餘？因為這幾年總共約 50 群醫療群退場，所以預算未執行完，不是因為需求的減少，而是把表現不好的淘汰，我們期待不只是結構面，更希望從結果面讓醫療群得到實質獎賞。

(二)陳節如委員詢問為什麼預算增加？因為收案的對象是過去 2 年在西醫基層有就醫且慢性病的醫療費用最高的前 85%，等於只要有固定在醫院拿藥都是家醫計畫要照顧的對象，所以隨著年齡老化、多重慢性病的增加，人數也會增加，在地醫療的需求與日俱增，責任一定越來越重大。

(三)我剛剛已經解釋了為什麼估算有這麼大的差異，因為以前是單純的家醫計畫，今年開始整合了 P4P-DM/CKD/DKD，把 2 個計畫做融合，的確造成經費估算的不穩定。以 115 年為例，所有參加原有家醫計畫跟 P4P 計畫的診所，實質的獎勵收入比以往還少，我相信最近健保署會接到很多診所的 complain(抱怨)，只是我們不願意放棄，因為這個方向是對的，期待全人照護能整合論質計畫，但是前 3 年的預算一定會超出大家預

期，以上回答，謝謝。

周主任委員麗芳

陳相國理事長要補充嗎？

陳協商代表相國

各位敬愛的健保會委員，我們提出的A7「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門檻)」以及A10「放寬GLP-1 RA 使用標準」，都是有助於健康臺灣888三高防治計畫的推行，健保署版本是把這2項都移到專款B18、B19，想請教各位委員對這2項預算的看法如何？

周主任委員麗芳

請鄭力嘉委員。

鄭委員力嘉

謝謝陳相國協商代表，這個部分容許等一下內部討論完再回復您。

周主任委員麗芳

剩下1小時23分，請大家快去快回爭取時間，看看可不可以在23分之內通通再回到現場，謝謝。

(雙方進行內部會議討論約23分鐘)

周主任委員麗芳

請大家回到座位上，付費者代表及西醫基層部門的協商代表都回到現場，主談人鄭力嘉委員已經坐定位了，還有協談人呂正華委員，請委員坐定位。請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋

不管是付費者代表還是醫界代表，我想還是要給大家充分的時間表達清楚，不用擔心會超過晚上12點。

周主任委員麗芳

不要有壓力啦，時鐘是給大家參考用的，等一下時間到了不會請你們離開、破局。今天我們有信心，沒有達成協議就一直談，談到什麼時候達成協議才結束。接下來先請鄭力嘉主談人說明付費者版本，再請陳相國理事長分享你們的版本。

鄭委員力嘉

謝謝主委，大家都很辛苦，感謝西醫基層提了非常多計畫，包括三高的控制、慢性病、心血管等等項目，其實付費者代表基本上都非常的肯定，也覺得對於健保的努力方向是非常好的，但是基於總額協商有一定的制度，我接下來依照項次跟大家來說明(第1版)：

一、一般服務項目：

(一)A1「新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)」：編列 2.12 億元。

(二)A2「藥品及特材給付規定改變」：編列 3.28 億元。

(三)A3「因應基層護理人員需求，提高第一階段門診診察費」：編列 6.593 億元，有 2 點協定事項：1.具體實施方案提報委員會議。2.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。

(四)A4「促進醫療服務診療項目支付衡平」：由專款移入一般，編列 6.92 億元，協定事項：1.名稱修改為「促進醫療服務診療項目支付衡平已導入費用」。2.監測醫療利用、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，116 年 8 月前提專案報告。

(五)A5「75 歲以上慢性病長者診察費，第一階段每件加計 100 點」：不編列預算，因為付費者代表認為不宜以年齡作為編列預算的依據。

(六)A6「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」：編列 3.344 億元，協定事項：原專款額度 1.78 億元維持現行各分區預算額度，餘 1.564 億元併入一般服務預算分配。

(七)A7「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門檻) 」：不編列預算，關於單獨項目，依照協商原則(總額協商不涉及個別給付項目的決定)，都採一致性的處理。而且健保署已於 114、115 年度總額編列相關預算並且已滾入基期，所以不予編列預算。

(八)A8「強化國人高血壓照護品質」：不編列預算，考量配合健康臺灣政策已投入預算推動三高防治，且近年來高血壓用藥費用成長率為負值，現階段應優先透過既有計畫精進高血壓照護及控制成效，所以不予編列預算。

(九)A9「幽門螺旋桿菌除菌治療後衍生診療費用」：移至專款項目B21。

(十)A10「放寬 GLP-1 RA 使用標準」：也不編列預算，有關擴增藥品給付規定，醫院及西醫基層總額應該編列於 A2 項下，且過去總額已編列調整本類藥品的相關預算，預算於基期隨總額成長，所以不予編列預算。

(十一)A11「違反特約及管理辦法扣款」：減列 5.2 百萬元。

二、專款項目：

(一)B1「暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)」：編列 1 億元。

(二)B2「提升國人視力照護品質」：編列 38.845 億元。

(三)B3「西醫醫療資源不足地區改善方案」：編列 4.667 億元。

(四)B4「家庭醫師整合性照護計畫」：編列 66.665 億元，協定事項：於 116 年 6 月前提出計畫轉型及推動成效專案報告(含與 P4P 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)。

(五)B5「C 型肝炎藥費」：編列 3.51 億元。

(六)B6「醫療給付改善方案」：編列 6.77 億元。

(七)B7「強化基層照護能力及『開放表別』項目」：編列 17.2 億元。

(八)B8「鼓勵院所建立轉診合作機制」：編列 2.58 億元。

(九)B9「基層診所產婦生產補助計畫」：編列 0.5 億元。

(十)B10「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」：編列 0.3 億元。

(十一)B11「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」：編列 0.3 億元。

(十二)B12「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」：編列 0.11 億元。

(十三)B13「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」：本項移至 A6。

(十四)B14「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫」：編列 0.1 億元。

(十五)B15「精神科長效針劑藥費」：編列 1 億元。

(十六)B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」：編列 28.225 億元。

(十七)B17「口腔黏膜癌前病變(PMD)追蹤照護計畫」：編列 1.5 億元。協定事項：本項經費用於口腔黏膜癌前病變為主之追蹤管理及獎勵。

(十八)B18「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門檻)」：不編列預算。

(十九)B19「放寬 GLP-1 RA 使用標準」：不編列預算。

(二十)B20「品質保證保留款」：編列 2.795 億元。

(二十一)B21「幽門螺旋桿菌除菌治療後衍生診療費用」：編列 2.17 億。協定事項：1.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.提出檢討期限(116~◯年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第◯年(◯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.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。

三、以上西醫基層總額總成長率是 5.5%。

周主任委員麗芳

非常謝謝鄭力嘉主談人，呂正華協談人要不要補充？

呂委員正華

沒有要補充。

周主任委員麗芳

接下來請陳相國理事長說明西醫基層現在的版本。

陳協商代表相國

謝謝鄭力嘉委員及呂正華委員，我報告有修正的部分就好(第1版)：

一、一般服務項目：

(一)A2「藥品及特材給付規定改變」：下修至 7.8 億元(原編列 9.86 億元)。

(二)A5「75 歲以上慢性病長者診察費，第一階段每件加計 100 點」：不編列預算(原編列 4.82 億元)。

(三)A7「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門檻)」：希望維持在一般服務預算，維持編列 7.675 億元。

(四)A8「強化國人高血壓照護品質」：下修至 3 億元(原編列 6.9 億元)。

(五)A9「幽門螺旋桿菌除菌治療後衍生診療費用」：希望維持在一般服務預算，下修至 2.17 億元(原編列 2.187 億元)。

(六)A10「放寬 GLP-1 RA 使用標準」：希望維持在一般服務預算，維持編列 9.02 億元。

二、專款項目：

(一)B6「醫療給付改善方案」：修正同健保署金額，上調至 6.77 億元(原編列 6.221 億元)。

(二)B8「鼓勵院所建立轉診合作機制」：修正同健保署金額，上調至 2.58 億元(原編列 2 億元)。

(三)B10「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」：修正同健保署金額，上調至 0.3 億元(原編列0.1 億元)。

(四)B11「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」：也修正同健保署金額，上調至 0.3 億元(原編列 0.2 億元)。

(五)B12「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」：也修正同健保署金額，上調至 0.11 億元(原編列 0.05 億元)。

(六)B14「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫」：上調至 0.048 億元(原編列 0.02 億元)。

(七)B15「精神科長效針劑藥費」：修正同健保署金額，上調至 1

億元(原編列 0.5 億元)。

三、總成長率為 5.5%，以上報告。黃振國主任委員要不要補充？

黃委員振國

一、為什麼很多專款計畫都修的跟付費者版本一樣，唯有 B14「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫」不一樣？因為我們發現這幾年只有少數診所、醫師在執行這個計畫，而且服務對象是少數病人，其實這個計畫立意良善，但是國人一旦發生心肺疾病，復健計畫往往都在醫院進行，所以雖然基層很努力，但檢討成效之後，我們自我減少預算(較 115 年減少 0.052 億元)。

二、關於 A5「75 歲以上慢性病長者診察費，第一階段每件加計 100 點」，剛剛陳節如委員指導很多，我給予高度的尊重，針對年齡層的項目，也許我們表達的不是那麼好，這個項目本來就只有針對慢性病高齡族群，西醫基層為什麼不像醫院能夠明確診斷？因為我們的科別非常多，民眾在就醫時也是多重慢性病居多，所以沒辦法明確界定患者是因為某個單一疾病而就醫，而且高齡患者不是都身強體健，一般不是外勞陪著就是家屬推著輪椅進來看診，很難說因為哪種疾病造成殘障，也不一定有殘障手冊，但他們都需要在地的醫療。

三、我們等一下會適當修正 A7、A8 及 A10 藥品的部分：

(一)指引的改變是對國人健康照顧的重大宣示，所以這些項目跟以往單一藥品的修正差異很大。我要特別強調，家醫計畫的費用申報規定裡有「多重慢性病人門診整合費用」，原來 1 年只要開 29 天的用藥就有獎勵，我們主動上修到至少 56 日以上，甚至半年、1 年(註)，多鼓勵醫師執行整合性照護，減少單點式的服務。

(註：現行「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」之「多重慢性病人門診整合費用」相關支付方式：當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達56日(含)以上，每一會員每年度支付550點；若當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達169日(含)以上，

每一會員每年度再增加支付550點；西醫基層部門提案，多重慢性病病人門診整合費用：刪除當年度該慢性病處方箋之總處方調劑日份達56日(含)以上，每一會員每年度支付550點；新增269日(含)以上，每一會員每年度支付2,200點、338日(含)以上，每一會員每年度支付3,300點。預估領取多重慢性病門診整合費用約60萬人，約需8.436億元。)

(二)協商項目放在專款跟一般預算差在哪裡？新藥對預算的影響往往不是開辦的第 1 年，通常是在放寬給付規定的第 2 年~第 4 年，為什麼呢？因為醫師及病患需要時間熟悉，一旦熟悉之後，費用支出成長率會遠高於當初新藥的預算，所以才有我剛剛講的 Horizon Scanning，我們這次提出的項目是有重大改變的藥品，不包含過去使用的舊藥。

(三)以降血脂藥為例，現在 1 天的藥費大概 10 元上下，1 個月大概就 300 元到 400 元，但是別忘了還有病人的追蹤費、衍生的診察費、檢驗費用等等，我們沒有提出這些預算需求，為甚麼？因為我們希望服務更優質、資源更合理分配。如果每 3 個月要去做檢驗，包括總膽固醇、高/低密度膽固醇、血糖、腎功能檢查，大概 700、800 點，還不包括糖化血色素跟 UACR(尿液白蛋白與尿液肌酸酐的比值)，UACR 不只是檢測蛋白尿，它現在是心血管重要指標。坦白講西醫基層檢驗的比醫院更澈底，很多醫院的病人沒有驗 UACR，反而是西醫基層有驗，健保署爾後也可提供相關資料給各位委員了解西醫基層的服務品質有一定的提升，謝謝大家。

陳協商代表相國

感謝各位委員的指導，也很用心的了解每個計畫，現在主要意見不同的項目是A7、A9及A10，這3項都是呼應健康臺灣的政策，像A7及A10是為落實888三高防治政策，A9也是呼應健康臺灣2030年癌症標準化死亡率減少1/3的政策目標，所以都很重要。如果把A9及A10併入A2，A7移入專款或併入B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」，如果朝這個方向努力，不知道鄭力嘉委員跟呂正華委員的意見如何？

鄭委員力嘉

再次感謝西醫基層提出這些項目，包括三高控制、慢性病、心血管整合照護計畫、高齡患者照護等方向，其實付費者代表內心都非常支持這些計畫，也認同這個方向，但是我們有幾個原則，希望西醫基層能夠幫忙：

一、過去已經編過預算或重複編列的項目，我們很難再給預算。

二、這次有很多藥品給付規定放寬項目，但是付費者代表認為藥品給付規定放寬不是在總額協商討論，不是健保會可以決定的，應該是經過藥品專業審查後，提案到健保署共擬會議討論，有結論才能夠決定的。如果都沒有經過這些法定程序，現在預算給了，那還要再經過共擬會議嗎？還需要藥品的審查嗎？這些不是我們付費者代表能夠決定的。

三、有些新增項目需要經過觀察期，付費者代表才會把它移列到專款。

四、這幾項原則希望陳相國理事長幫忙，如果我們能夠幫得上忙都一定是全力支持，在這個制度下大家儘量努力，謝謝。

周主任委員麗芳

謝謝鄭力嘉委員的說明，也謝謝陳相國理事長，請呂正華委員補充。

呂委員正華

我稍微補充一下，向陳相國理事長報告，付費者代表委員沒有減少西醫基層的預算，成長率還是5.5%，所以我們是支持西醫基層的。但放寬藥品支付規定涉及原則性問題，需在共擬會議由專業人士討論定案。付費者如果比較狠一點直接扣減1、2項的預算，成長率就下降了，但付費者還是支持西醫基層，沒有減少預算。

周主任委員麗芳

因為一開始楊芸蘋委員有建議讓大家充分討論，現在兩邊都很有誠意，也都做了很大的退讓，現在來看一下差異在哪裡，讓雙方可以再聚焦。A1的部分，西醫基層版本是3億元、付費者版本是2.12億元……不用逐項看？陳相國理事長覺得如何？還是要再各自回去內

部會議討論？

陳協商代表相國

我覺得還是依照慣例，回去各自討論。

周主任委員麗芳

好，那陳相國理事長還有沒有要再補充的？

陳協商代表相國

我們希望A10能夠併到A2，然後A7、A9移列到專款。

周主任委員麗芳

需要付費者代表等你們5分鐘嗎？

黃委員振國

請給我們5分鐘開內部會議：

一、因為 Statins 的新給付規定在今年 9 月 1 日已經生效了，所以 A7 的預算很明確。

二、尊重付費者代表提到的原則，A10 可能會併入 A2，我們儘量尊重。

三、我剛剛有特別強調 B4 家醫計畫的預算會不夠，不足的部分請酌編，如果 A8 不編列預算，等於是 B4 的照護力度及強度要增加，才有能彌補高血壓照護的不足。

周主任委員麗芳

請付費者代表等西醫基層代表5分鐘開內部會議。

(西醫基層部門代表進行內部會議討論約17分鐘)

周主任委員麗芳

謝謝陳相國理事長，經過關鍵17分鐘終於回到現場，請說明最新版本。

陳協商代表相國

我們再次修正(第2版)，A1修成跟付費者版本一樣的……。

周主任委員麗芳

螢幕畫面請從A1開始呈現，謝謝。

陳協商代表相國

然後A10併入A2，A7及A9希望照健保署版本移列到專款，刪除A8。

周主任委員麗芳

等一下，陳相國理事長要不要逐項看？順便看一下雙方版本是不是已經一樣了？

陳協商代表相國

一、A1「新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)」：同付費者版本下修至 2.12 億元(原編列 3 億元)。

二、A2「藥品及特材給付規定改變」：因為要將 A10 預算併入，所以上調至 16.49 億元(原編列 7.8 億元)。

三、A3「因應基層護理人員需求，提高第一階段門診診察費」：維持編列 6.593 億元。

四、請黃振國協商代表說明 A4「促進醫療服務診療項目支付衡平」。

黃委員振國

一、我解釋一下 A4「促進醫療服務診療項目支付衡平」為什麼沒有跟付費者版本一致，因為健保署估算心電圖費用，是用醫院版本 200 點估算(建議調升 50 點，合計 200 點)，跟基層版本 300 點(建議調升 150 點，合計 300 點)有落差(註)，這就是差距所在。

二、大家知道心電圖是用來救命的，西醫基層申報 200 點，實拿約 100 多元，心電圖機器目前行情大概一台 15 萬元左右，西醫基層不像醫院做心電圖有專人負責，每天很多人在做，以我的診所為例，1 個月做不到 10 件，坦白講是佛心來救人的。這筆錢雖然不多但希望予以鼓勵，讓更多內科、家醫科能有心電圖設備方便民眾，當民眾心臟微恙、心律不整，或者很多老人心搏過慢，我有病人都不知道心臟每分鐘只跳 40 幾下，所以我們期待能有更多的服務點增加就醫可近性，所以這項沒有修改。

(註：查A4「促進醫療服務診療項目支付衡平」116年西醫基層總額及健保署草案經費推估主要差異為「調升心電圖、手術、創傷處置及換

藥等診療項目支付點數」預算額度不同，西醫基層草案編列約3.49億點、健保署編列約2.91億點。)

陳協商代表相國

我繼續報告醫界修正版本(第2版)：

一、一般服務：

(一)A5「75 歲以上慢性病長者診察費，第一階段每件加計 100 點」：維持前 1 版，編列 0 元。

(二)A6「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」：維持前 1 版，編列 3.344 億元。

(三)A7「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門檻)」：比照健保署版本移列專款 B18(編列 7.675 億元)。

(四)A8「強化國人高血壓照護品質」：原編列 3 億元，改編列 0 元。

(五)A9「幽門螺旋桿菌除菌治療後衍生診療費用」：比照付費者第 1 版移列專款 B21(編列 2.17 億元)。

(六)A10「放寬 GLP-1 RA 使用標準」：原編列 9.02 億元，希望併入 A2「藥品及特材給付規定改變」，A2 合計編列 16.49 億元(原編列 7.8 億元)。

二、專款項目：

(一)B1「暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)」：同付費者第 1 版，編列 1 億元。

(二)B2「提升國人視力照護品質」：同付費者第 1 版，編列 38.845 億元。

(三)B3「西醫醫療資源不足地區改善方案」：維持前 1 版，編列 4.667 億元。

(四)B4「家庭醫師整合性照護計畫」：因為計畫已轉型為大家醫計畫，需要新收案的病人很多，經過計算編列 71.485 億元(增加 12.82 億元)。

(五)B5「C 型肝炎藥費」：原減少 2.12 億元(編列 2.5 億元)，修改同付費者第 1 版，減少 1.11 億元(編列 3.51 億元)。

(六)B6「醫療給付改善方案」：同付費者第 1 版，編列 6.77 億元。

(七)B7「強化基層照護能力及『開放表別』項目」：原編列 15 億元，修改同付費者第 1 版，編列 17.20 億元。

(八)B14「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫」：維持前 1 版，減少 0.052 億元(編列 0.048 億元)。

(九)B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」：原編列 0 元，修改編列 2 億元。其他項目沒有改變，以上。

周主任委員麗芳

好。

陳協商代表相國

我們最後的成長率是5.5%。

周主任委員麗芳

請將螢幕拉到最下面，最後的成長率也是5.5%，所以現在有差距的沒有幾項，剛剛陳理事長有說明原因，請付費者代表檢視目前微幅差距的項目，包括A4「促進醫療服務診療項目支付衡平」、將A10「放寬GLP-1 RA使用標準」併入A2「藥品及特材給付規定改變」、B4「家庭醫師整合性照護計畫」、B14「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫」，看起來這幾項有差距，其他項目好像跟付費者版本一致。所以非常感謝西醫基層今天真的展現很大的決心，現在的差距就剩這幾項(註)。

(註：付費者第1版及西醫基層部門第2版除上述差距外，尚有B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」(付費者版本28.225億元、西醫基層版本2億元)及B18「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門檻)」(付費者版本0元、西醫基層版本7.675億元)2項不同。)

陳協商代表相國

我再跟主席還有付費者代表報告，這些放寬藥品給付規定的部分我們都會嚴格監測，不會造成醫療資源濫用，健保署也會監測，像如果將A10「放寬GLP-1 RA使用標準」併入A2「藥品及特材給付規定改變」，健保署都會持續跑資料，監測每年、每月、每次的用量有沒

有超過預算，我們都會保持監測跟管理。A7「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門檻)」跟A9「幽門螺旋桿菌除菌治療後衍生診療費用」的部分一樣會持續監測跟管理，如果預算編列在專款也可以，因為更好管理，用多少給多少。我們已展現非常強大的誠意，希望得到敬愛的付費者代表認同。

黃委員振國

一、我來說明 B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」，這個項目付費者編列太多錢了，我們真的不知要做什麼，但是我們也給予支持，原本編列 0 元，現在也調整編列 2 億元。我剛剛已經特別強調，即使不編列預算，只要是支付標準調整變動所增加的經費，都願意用基層非協商的錢支應，但是如果編列 20 幾億元，真的沒辦法執行。付費者第 1 版的家醫計畫即使只增加 8 億元(編列 66.665 億元)，大家就很關心服務內容為何，假設 B16 授權一張空白支票給我，我當主委會怕怕的，因為我真的不知道服務是不是到位。

二、至於 A2「藥品及特材給付規定改變」增加的費用，謝謝你們的指導，除了將 A10「放寬 GLP-1 RA 使用標準」併入 A2 外，也把 A8「強化國人高血壓照護品質」回歸體制內的 A2 處理，尤其現在高血壓的標準下修，用藥指南也會修正。

三、我們已經盡所能去調整，也希望各位能夠體諒，我們願意服務民眾，提升醫療品質的決心，謝謝。

陳協商代表相國

再跟各位敬愛的付費者報告B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」的部分，如果到時候健保署覺得需要調整支付標準，經費不夠的話，我們強烈贊成由非協商因素調動預算支援。

周主任委員麗芳

非常感謝陳相國理事長還有黃振國主委率領的團隊，剛剛關鍵5分鐘的討論，展現非常大的誠意，大部分的項目幾乎都調得跟付費者版本一致，只剩下微幅幾項。現在又回到付費者代表這邊，針對這幾

項，你們也是一樣需要5分鐘內部會議討論嗎？

鄭委員力嘉

對，讓我們進去討論，謝謝。

周主任委員麗芳

好，請儘快討論、快快回來，謝謝。

(付費者代表進行內部會議討論約20分鐘)

周主任委員麗芳

請各位委員就坐，付費者代表，還有西醫基層部門代表都回到了現場，我們非常期待，希望剛剛的內部討論能給我們帶來好消息。鄭力嘉委員跟呂正華委員都坐定位了，請主談人鄭力嘉委員說明付費者代表討論出來的結果。

鄭委員力嘉

就西醫基層部門第2版的內容討論後，付費者提出第2版：

一、A2「藥品及特材給付規定改變」：維持編列 3.28 億元。

二、A4「促進醫療服務診療項目支付衡平」：維持編列 6.92 億元。

三、B4「家庭醫師整合性照護計畫」:採用醫界版本，一樣編列 71.485 億元。

四、B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」:下修預算，編列 23.405 億元(原編列 28.225 億元)。最後的成長率還是 5.5%。

周主任委員麗芳

請陳相國理事長。

陳協商代表相國

請問鄭力嘉委員，所以A10「放寬GLP-1 RA使用標準」沒辦法併入A2「藥品及特材給付規定改變」？

鄭委員力嘉

對，這個很抱歉，其實我們在上次8月19日會前會已經講過，單項的部分真的不適宜在總額協商編列，如果把A10「放寬GLP-1 RA使用標準」併入A2「藥品及特材給付規定改變」，回到初衷，我們還是沒

辦法確認單項的藥品給付規定是否放寬。我們覺得放寬藥品給付規定還是要回到專業的審查程序去評估，再提到共擬會議決定，因為在專業上無法確認費用能否這樣編列，所以還是維持原金額。

陳協商代表相國

一、鄭力嘉委員的意見是把 A7「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門檻)」跟 A10「放寬 GLP-1 RA 使用標準」都併到 B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」嗎？

二、另外有一點要請教，付費者已經把 A9「幽門螺旋桿菌除菌治療後衍生診療費用」列為專款 B21，為什麼不照健保署的意見，把 B18「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門檻)」、B19「放寬 GLP-1 RA 使用標準」也編列於專款？

鄭委員力嘉

陳理事長的意思是健保署建議把A7「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門檻)」跟A10「放寬GLP-1 RA使用標準」放到B18、B19？

陳協商代表相國

對啊，健保署是這樣建議。

鄭委員力嘉

這是健保署的建議，我們不一定會參照健保署的建議。

陳協商代表相國

如果要把A7「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門檻)」跟A10「放寬GLP-1 RA使用標準」併入B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」，我們剛剛有跟健保署討論，因為該項以往是用來調整醫療服務支付標準，如果這次併入放寬藥品給付規定的項目，可能是新的模式，是不是要註明預算的用途？譬如這筆費用是要支付GLP-1 RA還有心血管疾病照護用藥。

黃委員振國

一、我補充一下，我知道付費者希望放寬藥品給付規定由健保署相關的專家會議處理，我本身也在藥物共擬會議待了十幾年，那

個會議主要在處理新藥導入健保，至於一般擴增適應症，都是由醫師公會全聯會或是醫學會提修正案到健保署。各位如果參加相關的研討會、專家會議都有提到，因為目前專家會議跟健保會沒有直接的連結，所以我們才會尊重的把我們認為比較重大的項目，提到健保會事先跟各位委員報告。我知道各位委員蠻尊重健保署的意見，健保署除了能夠監督或訂定相關的給付標準，應該也有能力處理剛剛鄭力嘉委員說的專業性的部分，這不是健保會委員的權責，但絕對是主管機關，包括健保署、衛福部的權責。

二、所以 B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」除了支付衡平性以外，是否也可以適度併入你們覺得不宜單獨列項，有關單項放寬藥品給付規定的部分，責成健保署跟衛福部對我們提的項目去監督核實，是否就能讓雙方今天最大的歧見達成共識，也落實你們的期許。

三、目前針對放寬藥品給付規定，的確沒有一個完整的制度提到健保會討論，但是西醫基層部門很尊重各位委員，也不想讓你們覺得我們私下跟衛福部說了就算數，才會提這樣的項目，所以我建議把今天最大的歧見，包括 GLP-1 RA、Statin 等藥品放寬給付規定的項目併入 B16。

四、為什麼這次會提出 GLP-1 RA、Statin、SGLT2i 等 3 種最主要的藥品放寬給付規定，因為目前 SGLT2i 及 GLP-1 RA 不只是糖尿病用藥，而是用於心腎胰的照顧，也就是國人最主要心血管疾病的來源。GLP-1 RA 還用於肥胖症的治療，最近也納入 1 個新的適應症脂肪肝。今天因為交流的時間很少，各位是不是可以允許把放寬藥品給付規定的項目(A7、A10)併入 B16，預算也不用增加，以化解雙方最大的歧見，責成衛福部健保署監督使用，是否能接受這樣的建議，謝謝。

周主任委員麗芳

我先請健保署補充說明，因為剛剛西醫基層部門也提到，希望能由

健保署監督實際執行情形，請健保署說明。

劉主任秘書林義

跟各位委員說明，看起來現在委員建議把一些藥費併入B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」，這項是RBRVS(Resources-Based Relative Value Scales，資源耗用相對值表)診療項目的支付衡平，以前的確都是用於醫療服務支付標準調整，所以可能會有西醫基層部門擔心的事情，需要在協定事項明定，調整相關放寬藥品給付規定增加的費用，由這項專款支應。只是詳細的計算方式，是不是可以授權由健保署跟西醫基層部門討論。

周主任委員麗芳

所以健保署的意見，就是把相關放寬藥品給付規定的項目併入B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」運用是可行的，實務執行會協助西醫基層部門做細部執行的訂定。針對剛剛他們.....。

陳協商代表相國

主席，不好意思我再請教鄭力嘉委員，您剛剛說B4「家庭醫師整合性照護計畫」同意採用醫界版本，請問是原始的版本增加14.12億元(編列72.785億元)，還是修改後西醫基層第2版增加12.82億元(編列71.485億元)？

周主任委員麗芳

是增加12.82億元(編列71.485億元)的版本。

陳協商代表相國

因為我們原始的版本是增加14.12億元(編列72.785億元)。

鄭委員力嘉

增加12.82億元(編列71.485億元)。

周主任委員麗芳

現在付費者第2版是增加12.82億元(編列71.485億元)。

鄭委員力嘉

一、抱歉，B4「家庭醫師整合性照護計畫」有 1 個協定事項我剛剛

沒有講，我再唸一下：第 1 點「持續整併論質計酬相關計畫，落實健康臺灣全人照護，並訂定結果面指標予以獎勵」。

二、我必須要說 B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」的部分，不曉得是不是我剛剛的說法讓大家誤會，其實我們目前沒有同意把 A7「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門檻)」跟 A10「放寬 GLP-1 RA 使用標準」併入此項，我們只是很單純的增加 B16 的經費，至於內容的部分沒有討論。我必須要如實說，我們並沒有同意放寬藥品給付規定的項目放到 B16 的協定事項。

周主任委員麗芳

陳理事長針對這項要不要再表示你們的意見？

陳協商代表相國

討論到現在我們的差異越來越小，因為B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」以往都是像劉林義主秘講的用於醫療服務支付標準調整，如果同意併入A7、A10，大概是首次用這項支付放寬藥品給付規定的費用。剛剛劉林義主秘建議可以寫進協定事項，就是監測Statin以及GLP-1 RA藥品的使用情形，健保署有監測的話，就不會導致藥物過度使用，也不會造成預算負擔。所以我們希望，可不可以寫入協定事項，而且這些藥品對醫療品質及民眾用藥安全等方面都很有幫助，請問鄭力嘉委員可以嗎？

鄭委員力嘉

抱歉，我的權限沒有辦法在這邊同意，可不可以再給我們5分鐘？

周主任委員麗芳

好，你們再去討論，但是我也補充一下……。

黃委員振國

一、跟鄭力嘉委員報告，我們剛剛其實已經講了，因為放寬 Statin 藥品給付規定的財估很大，所以去年提出的時候是規劃分 2 年編列，這是今年編列 7.675 億元的原因(註)。我最近仔細估算男性 45 歲到 64 歲，女性 50 歲到 64 歲相對輕症高血脂患者的費用，

但是如果以新的標準，他們都被列為中度風險，甚至高度風險，所以隨便估都會超過這個數字。如果你們擔心藥物的使用，我建議請健保署定期公告使用情形。

二、坦白講藥是用在病人治療，我們都沒有提相關的檢驗費、診察費跟診療費，假設你們對於編列單項放寬藥品給付規定真的有困難，我們就會考慮改提服務密集度增加，因為這不是針對單項放寬藥品給付規定，而是剛剛講的其他相關費用，這個費用可能就更多了，我們沒有要一魚多吃的，請你們諒解。

三、我也知道你們期待 1 個更專業並能負責的單位來監督，我想健保署這麼多年來非常有效率，也算是國人最信賴的機構。剛剛很多人罵我今天怎麼跟以前的我不太一樣，我從來沒有 1 次下修這麼多項，我跟大家的報告都很務實，這次提出減少經費的項目，我也都做足功課，詳細了解這些項目前半年經費使用情形，為了讓這次的協商能夠和諧並達成共識，已經犧牲了很多，對於原先經費下修的項目，我們再增加經費，是為了展現出我的誠意，但其實很多都是空包彈，希望我們有更多合作的機會，共同努力促進民眾的健康，謝謝。

(註：西醫基層115年度總額協商草案提出「A15強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物Statin標準(門檻)」項目，其推估財務影響約為15.35億元，115年已編列7億元，爰116年建議續編7.675億元。)

周主任委員麗芳

李飛鵬理事長要發言，請發言。

李委員飛鵬

一、我以健保會委員的身分發表個人意見，兩邊其實有共識，因為都是給西醫基層 5.5%的成長率，所以就是分配的問題。有關單項藥品放寬給付規定的費用，剛剛付費者表達需由共擬會議處理，在總額協商不要談單一藥品的支付標準調整，所以我勸西醫基層的陳相國理事長，如果今年委屈到的項目，明年就加一些經費讓它優先，今年有通過的項目，明年就放鬆一點，反正錢沒有減少，都在基層總額裡面，所以你們考慮看看。

二、我看 B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」付費者第 2 版編列增加 10 幾億元，你們編列 2 億元，這 10 幾億元(有人回答：付費者是編列 23.405 億元)，就是付費者第 2 版編列 23.405 億元，增加 17.819 億元，其他項目是不是可以移到這項，反正錢也是你們家的啊，不行是不是？

鄭委員力嘉

謝謝李飛鵬理事長……。

黃委員振國

一、謝謝李理事長的指教，現在付費者第 2 版 B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」編列 23.405 億元，這是什麼概念，我們不是醫院總額，各位去看基層所有的項目，目前沒有成長 23 億元的項目，如果給我 1 個空白支票，就要擔心健保署有沒有辦法去執行。就促進醫療服務支付衡平，以西醫基層的多樣性，光是取得內部的同意就非常困難。除非各位否定民眾需要用藥，否定民眾健康的重要性，否定控制心血管疾病的重要性。我覺得今天不是來製造對立，但是一旦談出這樣的結果，我們這幾位協商代表出這個門，會被不管哪一科的同儕從頭罵到腳。你們講的我們都儘量編了，請讓我們好好做事，而不是給我空白支票。

二、如果各位期待我們亂搞，這項真的會是史上最高的金額，這個金額在醫院不多，但是在西醫基層真的很多，我們也很珍惜資源，如果你們覺得我們的服務不好，都可以批評跟指教，但是編列 23.405 億元是什麼概念？坦然講我們沒辦法接受，我們把很多項目都砍掉了，不然我就要求所有該編的項目都恢復，如果談成這樣的結果，你們認為我這個主委出這個門還能做得下去嗎？坦白講我們的立場真的很卑微，你們擔心的部分，就讓主管機關來負責，因為這本來就不是你們的專長，剛才也強調不是你們的權責，但又不願意授權給專業的健保署，我們真的沒辦法接受，謝謝。

周主任委員麗芳

謝謝，剛剛陳相國理事長.....。

李委員飛鵬

現在協商的情形跟我們早上有點像，也是有項目不對盤，所以就在協定事項寫但書，比如在B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」把你們有爭議的點都列入，比如優先給付哪些項目，錢還是你們家的。

周主任委員麗芳

剛剛劉林義主秘也有說這也是可行的方式，他特別提到在B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」寫一些備註，畢竟剛剛陳相國理事長一進來就提到，錢就是要用在病人身上，他們的著眼點就是健康臺灣，希望優先強化三高疾病的照護。付費者代表是不是再進去討論一下。

鄭委員力嘉

好，謝謝主委。

(付費者代表進行內部會議討論約10分鐘)

周主任委員麗芳

非常謝謝大家，大家辛苦了。

周執行秘書淑婉

主委，我們有準備月餅跟布丁，祝大家中秋節快樂。

周主任委員麗芳

太好了，謝謝健保會周淑婉執秘跟幕僚同仁的準備，感謝大家回到會議室，我們都沒有給大家壓力，雖然原定協商115分鐘，現在已經超時41分鐘，現已協商將近3個多小時200分鐘，但是我們有決心達到共識才散會。所以請鄭力嘉主談人說明付費者現在的版本。

鄭委員力嘉

謝謝主委，大家都辛苦了，很抱歉付費者還是維持原案(第2版)，大家認為單項藥品放寬給付規定的部分真的沒辦法在這邊處理，這個部分請諒解，謝謝。

周主任委員麗芳

好，剛剛陳秀熙老師表示要發言。

陳委員秀熙

一、剛才付費者要進去討論之前我本來就想講，第 1 個，今天總額協商跟往年不一樣，剛才李飛鵬理事長提到既然已經達成 5.5%的成長率，對我們來講其實就已經達成協議。可是大家針對內容有歧見，因為國人都很關注基層醫療，所以我就從專業角度剖析，也希望不管是付費者或是醫界，請大家多多包涵。

二、我上次去參加陳相國理事長辦的說明會，覺得西醫基層這次展現非常高的誠意，他們做的都是目前最重要的精準心血管照護的新興提升計畫，但醫界有時候在表達上會讓大家覺得這個計畫跟以前不一樣。我上次在這邊開會的時候，也覺得 A7「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門檻)」跟 A10「放寬 GLP-1 RA 使用標準」等項目跟過去總額所協定項目重疊，不過經過那天的說明會，我知道你們想要做目前歐洲跟美國認為最重要的 CKM(心血管-腎臟-代謝症候群，Cardiovascular-Kidney-Metabolic Syndrome)照護，就是糖尿病、腎臟病跟心血管的照護，所以我認為大家可能有一點誤解，一直著重在藥品給付規定改變，其實它不是，而是心血管的整合照護。

三、現在有非常多藥物用於心血管整合照護，如果付費者代表還記得，去年你們有請我進去說明 1 個藥，我說糖尿病用藥絕對不能砍，因為現在全世界都很重視。健保署其實也做了相當好的工作，把它編列在專款，但是如果沒有編列這筆費用，我們會跟不上這個時代，民眾會覺得健保會、醫界以及健保署為什麼沒有編列 GLP-1 RA 的費用，這一點我希望雙方多考慮。

四、醫界本來將「放寬 GLP-1 RA 使用標準」編列在一般服務 A10，後來也認同健保署建議編列於專款 B19，我覺得大家可以再考慮一下，去年也有為了放在專案還是一般服務在爭論的情形，因為基層的計畫真的非常錯綜複雜，剛才黃振國主委也說很難

在這邊講清楚，大家好不容易談到只剩下些微項目的差距，雙方仍在堅持。

五、我也是持平而論，並不是要說服大家，從專業角度再舉 1 個例子，我讀資料的時候認為健保署並沒有要把 A9「幽門螺旋桿菌除菌治療後衍生診療費用」列為專款，可是付費者把本項移列到專款 B21，醫界也同意放在專款。針對原住民族地區，國家已推動「胃癌防治計畫」多年，非常成功，也是健康署現在推動公費六癌篩檢第六癌的項目。基於對協商雙方的尊重，我沒有特別表示意見。這些健康政策不論放在專款或一般服務，我們都會去監督，經由這幾年的學習，我不認為放在專款跟一般服務有那麼大的差別。

六、有關付費者擔心放寬藥品給付規定應該要提共擬會議討論這件事，我覺得這幾年共擬會議對於很多新創藥物確實都有做把關，我認為付費者主張由共擬會議監督用藥的觀念是對的，可是 GLP-1 RA 真的非常特殊，如果不在基層獨立 1 個計畫，就無法監督外面使用 GLP-1 RA 的情形，會造成非常多的困擾，基於專業，懇求大家再考慮一下「放寬 GLP-1 RA 使用標準」這項。

七、至於你們談到 A7「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門檻)」等計畫，這部分其實比較好解決，因為健保署已訂定了 Statin 的使用規範，並有一套完整的方式在監督。我今天閱讀資料認為健保署做了非常好的功課，我們要相信健保署，就像之前我也跟醫院協會講，我們有時候要站在健保署的立場替付費者把關。

八、我的意見請大家參考，因為全臺灣都在看，現在是全民團結最重要的時機，所以我還是要拜託雙方，陳相國理事長今天也很有誠意，如果為了這個小小的地方繼續堅持而談不成很可惜。如果我講的還不夠清楚，要我再多講一點也可以，不過對我來講，已感到雙方的誠意，我認為應該要達成協議，謝謝。

周主任委員麗芳

一、非常謝謝陳秀熙委員、老師，剛剛他是雙重身份，一個是健保會的委員，一個是國際、國內非常重要的公共衛生、流行病學的專家。我也知道每次開完委員會議之後，陳秀熙老師都義務留下來，從各方面指導付費者代表。我也相信剛剛陳秀熙老師講的，絕對沒有偏袒哪一邊，或者去扭轉趨勢，但是他講的一點很重要，這是一個國際趨勢，就如同剛剛所說的，我們期待整個社會如何看待健保會，所以健保會也要像剛剛陳秀熙老師說的走在時代的前端。

二、我們也要相信主管機關，如果大家對這些項目有疑義的話，站在主管機關立場，剛剛健保署劉林義主秘也表達將相關放寬藥品給付規定的費用併入B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」之後，健保署會嚴加把關，跟西醫基層部門做後續的規劃。所以不管是學者從國際的趨勢或健保署從主管機關立場，都願意出面把關。現在再回到兩造雙方，請陳相國理事長。

陳協商代表相國

謝謝陳秀熙老師、主委還有鄭力嘉委員的指教，既然委員堅持不編列特定藥品放寬給付規定的項目，我們提1個修正的意見，照陳秀熙老師所說的，提出CKM照護計畫，就是心血管疾病、慢性腎臟病，以及代謝相關疾病的照護計畫，至於詳細內涵由健保署跟西醫基層部門完備後提健保會報告，這樣就沒有編列特定藥品放寬給付規定的問題，鄭力嘉委員覺得可以接受嗎？

周主任委員麗芳

這也是變通的方式，付費者委員要不要再去討論看看？

陳協商代表相國

我們就提出這個全面性的CKM照護計畫。

鄭委員力嘉

可不可以請健保署協助我們說明？

周主任委員麗芳

請健保署說明。

劉主任秘書林義

一、有關 B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」這一項，其實我們在每個總額都有編，其用途就是用於調整相關醫療服務的支付標準，以前的確沒有先例用於調整藥品給付規定，所以假如要調藥的話，就必須要加一些備註，授權健保署可以跟西醫基層部門討論這項費用的使用方式。不過這個部分剛才付費者代表有提到可能不適合，所以沒有同意。

二、現在西醫基層部門提出 1 個備案，CKM 照護計畫，是不是？(陳協商代表相國：對)然後列在專款，一樣的道理，是不是可以寫在協定事項，授權本署跟醫師公會討論。

周主任委員麗芳

請劉林義主秘再跟大家解釋CKM照護計畫主要的用途，再解釋清楚一點，或是請西醫基層部門說明。

陳協商代表相國

C代表心臟血管(Cardiovascular)，K代表腎臟(Kidney)，M代表代謝症候群(Metabolic Syndrome)，CKM就是心血管-腎臟-代謝症候群(Cardiovascular-Kidney-Metabolic Syndrome)，CKM防治計畫也是呼應賴總統健康臺灣888防治計畫。

黃委員振國

一、最近醫學有一個很重要的發展，以前都認為心臟是心臟，腎臟是腎臟，胰臟是胰臟，最近在人口老化的研究中發現一個共同機制，就是跟糖的代謝有關。所以現在新的觀念就是剛剛特別講的，原來的糖尿病用藥包括 SGLT2i 或 GLP-1 RA，除了增加血糖的代謝以外，對於心臟衰竭證實是有效的，最近又發現對腎病的退化也有幫助。所以這幾年大家可以看到，這些不單純是心臟、胰臟或是腎臟的用藥，現在已經有文獻指出可以減少死亡率及心血管病變，所以有這是變相長春的說法，如果要活得久要找 1、2 樣來吃。

二、為什麼講我們是佛心來的，當 GLP-1 RA 沒有開放的時候，病人大部分是自費使用，我們是要減少醫療不平等。請各位想一想，如果你平常在大醫院就醫，可能不知道在基層，尤其是偏遠比較弱勢的地方，也許在鄉村、漁村，這些民眾主要都依賴健保給付，如果不願意開放這些給付項目，影響的是醫療弱勢團體，我們要的是醫療平權。

三、我開宗明義的講，今年的協商請讓西醫基層能好好做事，為什麼今年我們可以大膽提出很多的變化，包括放寬藥品給付規定等，因為目前成長率是史上最高，這兩年都達 5.5%，未來可能不可期，如果在點值很低的時候，叫我開放這麼多項目，我沒有那麼傻啦。如同剛剛講的，連抽血、其他支付密集度增加的費用都沒有提出增加預算項目，就可以知道我們很有誠心，也尊重各位委員的決定及原則。

四、但是你們絕對不能否定民眾對這些藥品的需求，這個東西如果出去外面談，不僅是在座的專家學者會有聲音，社會各界的聲音對我們都是壓力，所以我們今天誠心，從一般服務移列到專款也沒有意見。請各位看看現在西醫基層一般服務成長率剩多少，照付費者的版本 1.496%而已(註)，你們去查歷年一般服務的成長率，這是史上最低喔，如果你們對史上最低的一般服務成長率滾入基期還有意見的話，坦白講我這個主委出不了這個門，謝謝。

(註：螢幕上付費者第2版一般服務成長率為3.903%，其中含協商因素成長率1.496%。)

周主任委員麗芳

一、我也補充一下，大家都知道西醫基層今年評核又拿到優，我相信所有的評核委員絕對是嚴加把關，能夠拿到優是因為他們的內控確實很嚴格，也很願意做事。

二、我建請參考剛剛他們提出的 2 個建議，當然還是要看付費者代表的意見，1 個是健保署提到在 B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」協定事項註明用途，另 1 個就是西醫基層提出的備

案，改成 CKM 照護計畫，尤其陳秀熙老師也建議 GLP-1 RA 絕對不能砍，國際趨勢也是這樣，民眾需要這種藥。如果大家還是對這個項目有疑慮，他們也願意改成「CKM 照護計畫」的方式去做調整，讓步來做協商。是不是還有協商代表要發言，請張協商代表嘉興。

張協商代表嘉興

一、跟各位代表解釋一下，推動家醫 2.0 計畫 3 年以來，我在基層進行很多演講，已經有外溢效應，很多基層診所一直跟我反映，目前雖然有糖心腎症候群整合照護提升費，可是要如何把這些病人照顧好？大家知道三高防治 888 計畫，最後 1 個 8(80%達到三高控制率)目前初步估算達成率大概 5 成多，離賴總統的目標 8 成其實有一小段距離，要在 2030 年達標，現在只剩 4 年。要達標除了有好的衛教、好的團隊、好的醫生以外，其實也要給我們好的武器。

二、西醫基層跟醫院比起來，使用這種藥物的確比較綁手綁腳，一定要給我們好的武器，我們才可以達標，所以為什麼希望如陳秀熙教授所說的，給我們一個指引方向，這樣我們才有辦法達到最後 1 個 8，因為只剩下 4 年而已。西醫基層的醫生相對比較保守，如果給他們很明確的方向，他們就可以拿起武器達成最後 1 個 8，因為只差了大概 2 成多，以上補充。

周主任委員麗芳

署長是不是要再補充？

陳署長亮妤

一、很多人點名希望我補充一下公衛數字，目前我國 GLP-1 RA 的健保給付，其實並不是給付剛剛提到肥胖相關的適應症，而是最近將給付條件由 HbA1c 8.5%放寬至 8%，換算起來等於過去 3 個月平均血糖大約為 240 mg/dl，健保才會准許使用 GLP-1 RA。我引用臺大楊偉勛特聘教授，也是現在糖尿病醫學會理事長的名言，他覺得如果他的病人血糖長年控制在 240 mg/dl 對

他是個恥辱，所以他的意思是這個門檻太高，一直希望能降低。

二、目前醫界不管在醫院還是基層都面臨一個困難，就是大膽使用新藥會擔心壓縮點值，這也是為什麼今年會把藥物編列在專款的 1 個原因。這個事情健保署從去年才開始有前例，過去沒有，可是後來我們看了一下泰國、馬來西亞跟美國，美國今年的 GLP-1 RA 用藥是直接進總統府，就是去白宮談的，大家應該都有看到新聞，兩大藥廠 Eli Lilly(禮來)跟 Novo Nordisk(諾和諾德)都去了，所以 GLP-1 RA 確實是一個相當特殊的藥物，有這樣的時代背景。

三、至於 Statin 是降膽固醇的藥，背景跟剛剛提到的一樣，在健康臺灣 888 裡面，第 1 個 8，希望將 8 成病患納入健保的慢性病照護網，現在是 64%；第 2 個 8，希望加入照護網的病患 8 成的比例接受生活習慣諮商，現在是 51%；第 3 個 8，希望達到 8 成三高良好控制率。所以 Statin 對應的是高血脂，GLP-1 RA 對應的是高血糖，至於高血壓的藥，現在已經有相當多的治療手段，所以都在一般藥費裡面，沒有特別設 1 個專款。這些用藥的時代背景大概是這樣，不過我尊重雙方的討論。

周主任委員麗芳

謝謝署長的說明，基本上這些藥是針對高血糖、高血脂的病人，真的是要用在病人身上，所以等一下可能要請付費者代表再說明，請鄭力嘉主談人。

鄭委員力嘉

因為又有提出新的建議，我相信付費者也希望能夠談成，有幾個部分想要麻煩健保署協助，就是剛剛西醫基層部門提到，等於要將A7「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門檻)」跟A10「放寬GLP-1 RA使用標準」變成CKM照護計畫，這個照護計畫感覺跟B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」項目不一樣，所以你們是建議另外再增列1個項目嗎，還是要把它併在B16裡面？如果要併在B16，可是支付項目又不一樣，內容要怎麼協定？是不是可以請健保

署說明？

周主任委員麗芳

請劉林義主秘說明。

劉主任秘書林義

剛剛鄭力嘉委員講的是對的，剛才西醫基層部門提到的CKM照護計畫，可能比較類似P4P計畫。假如這樣的話，原本要併入B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」，建議改併入B6「醫療給付改善方案」，就是把這2個藥費的錢灌進去，在B6增列1個有關CKM的照護計畫，這樣的方式是不是比較合邏輯。

周主任委員麗芳

謝謝健保署願意幫忙說明，請林恩豪委員。

林委員恩豪

剛剛劉林義主秘的說明的確比較合邏輯，可是我想要再問一下經費的問題，剛剛劉主秘的意思是直接就把這2個藥費加起來灌進去，但是這是1個新的照護計畫，並不是這2個藥品放寬給付規定的使用，那費用要怎麼估算？

劉主任秘書林義

對，剛剛講太快了，這個當然是1個照護計畫，所以就不是只有藥費的部分。

周主任委員麗芳

請西醫基層部門說明，如果把CKM照護計畫併入B6「醫療給付改善方案」，請簡單的跟大家說明經費部分，如何讓大家放心。

黃委員振國

一、我們為什麼要提出這個項目，大家可能知道目前 GLP-1 RA 每個病人 1 個月的藥費是 3,000 多元，我們希望編列在專款，也是知道各位擔心我們誤用。我應該這麼講，我們可以監測病人的糖化血色素、CKM 相關指標的進步情形，並限定用這個藥以包裹式支付處理，有點像 DRG 的概念，使用這個藥必須要看

到病人的 HbA1c 有進步，才能領到費用，用這樣的包裹式支付處理。

二、坦白講我們也很擔心費用暴增，即使你們匡預算給我們，我們今天還是把很多項的預算下修，這就是管理的力度足夠。假設以 CKM 這麼大的計畫，第 1 年這樣的經費是不夠的，但是我們願意在現有的架構及預算下去做調整。至於調整多少，因為會後必須統計相關的數字，我們可以犧牲部分的藥費去做品質監控的獎勵。我也不希望 B6「醫療給付改善方案」的預算因此而爆掉，也不會影響今年總額的成長率，報告到這裡。

周主任委員麗芳

請黃心苑委員，胡峰賓委員好像也要發言，先請黃心苑委員。

黃委員心苑

一、主委、醫界跟付費者代表，我覺得大家都很努力，就剩下最後這 1 項，我們也聽了很久，我可以充分理解付費者代表為什麼會覺得不要 1 個藥就編 1 個專案，我也很贊同這個協商原則，我的確也有相同的看法。但是我從公衛角度來講，我們講三段五級，講預防的時候，不是只有叫大家要運動、食物要營養等等，預防其實還有包含藥物使用，所以剛才聽到陳相國理事長講，其實是想要新增 CKM 整合照護計畫，只是這個計畫主要是用藥物做次級預防。

二、如果可以把這個計畫的意義講得比較清楚，把它整合在一起也可以符合付費者代表講的，不要 1 個藥就編 1 個專案，所以我覺得大家其實是有共識的。我相信付費者代表也很想要民眾有這種次級預防的藥物讓病情不要惡化，所以我覺得大家其實很接近了，可能只是為了這個名詞。從公衛的角度這是 1 個很好的公衛預防計畫，是 1 個次級預防的照護計畫，只是預防的工具跟大家平常想得比較不一樣，是藥物而已，那就把它講清楚，我相信這應該是可以接受的。但是我覺得併入 B6「醫療給付改善方案」的確會讓它更複雜，可以單獨列為 1 項次級預防的整

合照護計畫。

周主任委員麗芳

非常謝謝黃心苑委員也肯定這個方式，請胡峰賓委員。

胡委員峰賓

一、謝謝主席，我想付費者代表從監測的觀點提出意見，確實也有他的道理，但是如同剛剛陳秀熙老師講的，西醫基層很多項目很複雜，剛剛西醫基層部門也提出一些折衷的方案，雙方對於讓民眾的心血管疾病能夠有一個好的照護，實質目標是一致的。

二、我舉個例子，大家如果知道健保會第 5 屆有一位卓委員，他是東海大學法律學院院長，在健保會第 5 屆最後 1 次委員會議開完後的隔 2 天，在高鐵上因心肌梗塞去世了，卓委員對健保付出相當大，但是健保卻沒有給他 1 個好的照護。

三、所以對於西醫基層部門提出這麼好的照護計畫，我感同身受，只是要不要用 CKM 心血管、腎臟、新陳代謝三大系統作為計畫名稱，我相信在座都有足夠的智慧，找 1 個雙方可以接受的名稱，把這個為國家、為民眾有利的事情定案，以上謝謝。

周主任委員麗芳

非常感謝，胡峰賓委員提醒我們，有1位非常優秀的委員，我們到今天還是很懷念他，開完最後1次健保會，隔2天出了狀況，所以我們應該要思考如何預防。李飛鵬理事長好像要發言，先請李飛鵬理事長發言，再請陳相國理事長。

李委員飛鵬

這個藥放寬給付規定會不會影響到醫院的用藥？我在想基層放寬規定之後，在醫院是不是也可以依放寬的規定來開這個藥？

黃委員振國

一、跟李飛鵬委員報告，醫院早就在用，因為我們可以從雲端藥歷看到，但不好意思講，醫院自由度比較高，所以為什麼醫院的醫師到基層，我們都要新兵訓練，抽審 6 到 9 個月，因為醫院

比較自由，所以您不要擔心，他們早就在用，您想到的所有規範，健保署都沒有核刪，因為你們現在是小總額有內控。但是西醫基層 1 天藥費如果超過 100 元，達到 200 元就會被立意抽審，開 GLP-1 RA 光是藥費就 3 千多元，西醫基層的醫師會怎麼想，幹嘛沒事去開這個藥，不是只有血糖藥，還有血壓藥、血脂藥等等，1 張處方箋將近 5 千多元，每個月給 1 個病人開這個藥就會被抽審，所以像剛剛張嘉興醫師講的，會開這個藥的醫生真的是佛心來的。

二、現在是以總額計算所得稅，所以開越貴的藥所得越低，如果各位真的覺得西醫基層不需要這麼認真，只要告訴我就好，我就說健保會沒通過，繼續鎖定不開這個藥，這樣我當主委很簡單也很好做事，給多少錢做多少事。我們一向管控得很嚴謹，如果給我們足夠的經費，我們也可以如醫院端稍微自由的管理，報告到這裡，謝謝。

周主任委員麗芳

請陳相國理事長。

陳協商代表相國

我覺得剛剛劉林義主秘的建議，如果併到B6「醫療給付改善方案」問題會複雜化，還是併入B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」並附帶說明用於強化CKM(糖心腎症候群)之照護？

周主任委員麗芳

你說在B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」協定事項中備註嗎？

陳協商代表相國

對，強化CKM(糖心腎症候群)之照護，不要扯到計畫，不然太麻煩又複雜。我們會跟健保署好好溝通，我們可以體會各位優秀健保會委員的擔心跟考量，一定會好好把關這個藥物的使用。我們也會建立一套制度，其實原本的抽審機制就很完整了。今年也拜託各位，因為主委給我很大的壓力，所以我有使命必達的決心，儘量簡化協定事項的附帶說明，除了讓健保署好做事，也讓健保會委員能夠安

心，對西醫基層的會員醫師也有交代，並能達成國家的政策目標。

周主任委員麗芳

我再確認一下，陳相國理事長的意思是全部接受付費者第2版，只是在B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」再加1個協定事項，是不是這樣子？

陳協商代表相國

對，像B17「口腔黏膜癌前病變(PMD)追蹤照護計畫」付費者代表的協定事項「本項經費用於口腔黏膜癌前病變為主之追蹤管理及獎勵」就很好，我們可以在B16寫「本項費用主要用在強化CKM之照護」。

周主任委員麗芳

我們把文字讓大家確認，請您再唸一遍，讓同仁打在螢幕上……，請鄭力嘉委員。

鄭委員力嘉

謝謝陳相國理事長，等一下付費者代表還是會再進去確認，在這之前，我想再確認另外一件事，可不可以另外新增1項，就是不要將CKM計畫列在B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」，是否能新增1項B22專款？

陳協商代表相國

可以，完全同意。

周主任委員麗芳

那你們再去討論一下，請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋

在總額協商之前我說不要打斷人家講話，讓大家暢所欲言，可是暢所欲言到超過1個多小時，好像也有點離譜，我說過的話我負責，還是請大家發言不要這麼久，我們還是要節約一點時間，剛剛討論的項目我們大家儘量討論，趕快結束好不好，謝謝。

周主任委員麗芳

好，就請你們快去快回，你們還要再做討論。

(付費者代表進行內部會議討論約22分鐘)

周主任委員麗芳

現在大家都坐定位了，請鄭力嘉主談人說明付費者現在的版本，謝謝。

鄭委員力嘉

謝謝主委，大家都辛苦了，付費者第3版說明如下：

一、B22「強化糖心腎症候群(CKM)全人整合照護計畫」：我們把名稱的部分文字做一些調整，經費編列 16.695 億元，協定事項的部分：

(一)請健保署會同西醫基層部門妥為研訂具體實施方案(含收案對象、支付方式、結果面指標等)，提報健保會同意後，依程序辦理。

(二)提出「執行目標」及「預期效益之評估指標」。

(三)提出檢討期限(116~○年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第○年(○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。

二、B16「促進醫療服務診療項目支付衡平」：因應新增 B22 專款，本項調整下修為 6.71 億元(原編列 23.405 億元)。

周主任委員麗芳

非常感謝付費者代表展現非常非常大的誠意，接下來請陳相國理事長。

陳協商代表相國

一、非常感謝鄭力嘉委員以及呂正華委員，感謝各位健保會委員，感謝陳秀熙老師、胡峰賓委員、黃心苑老師、主委、署長、劉林義主秘、張禹斌副署長，非常感謝大家對西醫基層的照顧跟愛護，我們一定卯足全力促進全民健康。

二、照顧病人最怕沒有好的藥物跟治療方法，這對基層是非常有利的強心針，我們可以放心使用更好的藥物，讓病人得到更周全

的照顧，希望跟健保會委員共同的努力，達成賴總統 2030 年 888 的目標，我們非常敬佩以及感恩，以後如果需要西醫基層的幫忙，我們一定全力以赴，再度感謝大家。

周主任委員麗芳

一、今天真的是太開心了，雖然我們馬拉松談了 4 個多小時，因為楊芸蘋委員說要讓大家暢所欲言，我把付費者代表講的任何一句話都放在心上，所以真的不敢喊停，讓大家一直講，講到達成共識共花了 4 個多小時。

二、有關協定事項的文字，比如屆期檢討年限，就授權健保署跟西醫基層部門研議補上。非常感謝大家，先恭喜西醫基層部門達成共識！最主要是肯定他們肯做事，因為看到西醫基層肯做事，所以我們願意陪大家 4 個多小時，一直討論出結果，我唸一下決議：

(一)第 1 點，116 年度西醫基層總額較基期成長 5.5%。

(二)第 2 點，依 116 年度總額協商的程序，請西醫基層部門及健保署，依據今天的協商結論辦理以下事項，並請於 9 月 24 日中午以前提送本會，以納入 9 月 30 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，以上。

三、今天上午醫院部門場次的決議我來不及唸，與西醫基層部門的決議類似。再次恭喜西醫基層部門，4 個多小時真的是極限，得休息 10 分鐘，再請下一場次中醫部門進場，謝謝。

陳協商代表相國

再次感謝主委、署長，以及各位優秀英明的健保會委員，對西醫基層的支持跟幫忙，謝謝大家，謝謝！

肆、116年度總額協商－「中醫門診總額」與會人員發言實錄

肆、116年度總額協商－「中醫門診總額」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

一、謝謝中醫部門的協商代表，看到中醫部門非常開心，因為中醫部門很團結，由幾任的理事長，包括林永農前理事長、柯富揚前理事長、詹永兆前理事長、蘇守毅理事長所率領的團隊來參與總額協商。

二、因為這是一個新部門協商，所以要重申，今天是116年度的總額協商，有3點的歷史意義：

(一)第1，健保從民國84年開辦以來，116年度總額正式迎來總額預算超過兆元，無論是低推估或高推估，預算都是破兆，高推估更將達到1兆434億元。去年雖然達到1兆82億元，但是1兆82億元是加上政府公務預算的挹注，所以116年度總額是一個歷史的新高峰。既然是歷史的新高峰，對全體的健保會委員、在座的協商代表而言，應好好思考預算該如何運用。

(二)預算要如何運用，需考慮到我們面臨的第2個歷史意義，也就是目前整個醫療系統與生態其實面臨很大的挑戰，包括醫護人力不足，現在很多急重難罕症的醫事人力其實後繼無力，還有大家很關心的偏鄉與醫療資源不足地區，希望透過雙方所協定的總額預算，能夠去照顧所有人民的醫療平權。

(三)第3點是「健康臺灣」，民眾對於健康臺灣有高度期待，特別是健康臺灣可以說是目前的施政當中滿意度最高的項目。而健康臺灣對於中醫而言，也擔負非常重大的任務，所以在中醫部門的協商中，希望透過在座的各位共同努力，讓民眾能夠活得久、活得健康。

三、我們期待社會如何記得我們這一屆的總額協商、如何記得所有的健保會委員，以及如何記得今天坐在戰場上的所有中醫部門協商代表，我們希望別人如何記得我們，取決這次協商出來的結果，不要讓社會大眾失望。謝謝，現在會議開始，首先由中醫部門報告10分鐘，請蘇守毅理事長。

蘇委員守毅

謝謝主委、各位健保會委員，還有健保署的長官們，大家午安。我先報告中醫目前的協商方案，關於非協商因素包括投保人口預估成長率、人口結構改變率、醫療服務成本指數改變率，這部分先不贅述，主要以協商因素的成長率來向大家報告。

一、在一般服務部分，說明摘要如下：

(一)首先，A1「提升中醫藥費」方面，因為整體成本已經提高許多，在今年協商初期與健保署溝通時，健保署曾經建議我們藥費最高可以調高 3 元，以因應整體成本的變化。後來我們發現，實際上在協商因素的協商空間只有 7.5 億元，在 7.5 億元的額度下，別說藥費調高 3 元，連調高 2 元都會超出預算，而且還有其他項目需要處理，所以最後決定調升 1 元。

(二)「假日提供醫療服務」部分，健保署目前評估認為，中醫的假日提供醫療服務對於西醫急診是否有明確的指標上意義，或者能有多大的實質助益，目前沒有數據資料支持，所以健保署希望我們暫緩此項目，我們也就沒有再針對這部分提出具體的協商項目。

(三)A2「春節期間提供醫療服務」部分，我們自行評估，將在春節期間有開業的醫療院所進行統計，按照之前西醫在春節期間的加成方式計算，需要的費用是 2,930 萬元。這部分費用由我們自行吸收，以非協商因素的成長率支應，沒有編列在協商項目上，所以 A2「春節期間提供醫療服務」顯示的是 0 元。

(四)A3「診察費調整(第一階段增加 10 點)」部分，整體估算之後，我們一開始希望此部份能由協商因素的預算支付，向幾位健保會委員請益過後，大家認為西醫基層部門是以非協商因素的預算來支應，建議中醫部門是否考量以非協商因素預算支應，所以我們目前也是以非協商因素的預算來編列，在診察費調整所需的費用是 3 億 7,000 萬元。這部分我們也考量由非協商因素預算支應。所以在 A2「春節期間提供醫療服務」跟 A3「診

察費調整(第一階段增加 10 點)」兩項加起來，大概將近 4 億元，在此向各位委員報告。

(五)A4「『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」部分，當時我們跟健保署說明由我們回去重新試算，確認此部分實際上使用的費用與原先在專款使用的費用有多少誤差。經過重新計算之後，發現 B6「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」執行數超過預算數約 2,700 萬點，如果扣除 A4 本項目 570 萬元，原則上我們還不足 2,200 萬元左右。我們建議這部分是否可以不要扣減，因為誤差實在較大，而且專款費用不足的部分比較明顯。

(六)A5「違反特約及管理辦法之扣款」部分，沒有問題，這是按照規定扣款。

(七)所以我們一般服務成長率增加金額是 16 億 2960 萬，成長率是 4.665%。

二、在專案部分，說明摘要如下：

(一)B1「醫療資源不足地區改善方案」原則上此項維持 115 年預算 1.83 億元，沒有再增加新的預算。

(二)B2「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」部分，與 115 年預算相較增編了 4,660 萬，共編列 5.803 億元。

(三)B3「中醫提升孕產照護品質計畫」部分，目前維持 8,200 萬，與 115 年相較無再增加預算。

(四)B4「中醫癌症患者加強照護整合方案」，包含了「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」與「癌症患者中醫門診加強照護計畫」，本項編列 6 億 250 萬，與 115 年度相較增加 1 億 7,000 萬元。

(五)B5「中醫急症處置」，維持 115 年度預算 20.8 百萬元，沒有增加新的預算。

(六)B6「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」部分編列 3.008 億元，較 115 年度增加 1 億 2000 萬元。

(七)B7「照護機構中醫醫療照護方案」編列 1,510 萬元，較 115 年度增加 430 萬元。

(八)B8「中醫三高病人加強照護計畫」，去年實施成效還未顯現出來，因為只有實施半年，再加上電腦操作問題，導致收案不順利，所以今年維持 115 年度預算 53 百萬元，沒有增加預算。

(九)B9「品質保證保留款」編列 6,580 萬元，較 115 年度增加 3,480 萬元。

(十)所以專款金額合計是 19 億 330 萬元，增加金額是 3 億 7,570 萬元，較基期成長率增加金額是 20 億 530 萬元，成長率是 5.5%，謝謝。

周主任委員麗芳

謝謝，接下來柯富揚前理事長、林永農前理事長要不要補充？

柯協商代表富揚

一、有關 A1「提升中醫藥費」部分，我有初步做統計，這數字應該是相對精準的數字，從 112 年之後中醫藥費都沒有調整，我拿臺灣 112 年到 115 年間的五大科學中藥廠去做統計，這 5 年來分析的結果，目前科學中藥單方藥廠漲價 19.8%，這都有確實的數字。也就是說在藥費的部分，事實上確實如同健保署一開始的建議，其實調高 1 點是不夠的，在這部分懇請委員支持幫忙，是否能讓藥費可以趨近於正常的成本需求。

二、雖然每年會有非協商因素，非協商因素中也有醫療服務成本指數改變率(MCPI)，裡面也有有關藥費調整的部分，我估算這樣在每年的非協商因素中大概只有占 13%左右，也就是說，其實每年的非協商因素不足以彌補 5 年下來藥費成本成長 19.8%，以上做補充報告，謝謝委員。

周主任委員麗芳

謝謝，請林永農前理事長。

林協商代表永農

一、謝謝主委，各位委員、健保署的長官，我要講的與柯富揚前理

事長一樣，民國 84 年時每日藥費 30 元，現在已經 115 年了，只有 38 元。大家想想看，所有物價指數都漲多少了，基本工資現在已經到多少。有時候在臨床看病時，很多患者問醫生開的藥有沒有效？藥錢一天是多少？我都不敢講，38 元，現在到超商不知道能買什麼。

二、有機會的話，我請理事長安排各位委員到一、兩家大藥廠去參訪，中藥的製造過程非常複雜與繁瑣，光是保存買進來的原料，有很多是含有多醣體成分的中藥，還有很多中藥都是植物，光是恆溫的保存空間比大禮堂還大，且整年都要吹冷氣。藥廠一直反映健保藥費沒有調整，他們也不敢調整。所以我坦白講，我們的醫療品質一直在下降，明明以前我們感覺某個藥一定有效果，現在再怎麼開都感覺有問題，開藥很沒信心。

三、現在衛福部中醫藥司有訂定中藥的安全標準，包括農藥殘留、重金屬、生菌數等，但是中藥與西藥不同，西藥的每味藥有標示成分、毫克數，中藥卻沒有，如果一直沒有辦法調整藥價，就只能看藥廠的良心。假設這處方要 100 公斤的藥材，如果藥費一直沒有辦法提升的話，可能只放了 80 公斤，煎煮後有效成分差異很大，這點請所有委員體恤中醫面對的困難，謝謝各位。

周主任委員麗芳

謝謝，請詹永兆前理事長。

詹協商代表永兆

一、主委、各位委員大家好，剛剛前理事長已經講得很清楚，但是我再稍微補充，有關 B6「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」，有一年我擔任理事長時，該計畫的執行率超過 100%，就像剛剛前理事長所講，該計畫執行數已經超過預算數 2,700 萬點，所以我擔任理事長那一年，委員是同意不扣除與一般服務重複費用的(註)。所以剛剛前理事長才會希望不扣減 A4 重複費用 570 萬元，如果不扣會多出 570 萬元，希望把這 570 萬元挪到 B3「中醫提升孕產照護品質計畫」，增加 570 萬元。

二、剛剛林前理事長最後有唸一般服務項目的金額，他是用舊的數字，如果 A4 這項不扣 570 萬元的話，一般服務成長率增加金額會變成 16 億 3530 萬元，然後總金額變成 365 億 6580 萬元，成長率變成 4.681%，以上，謝謝。

(註：查衛生福利部114年9月2日衛部健字第1143360124號函，請依健保會114年7月23日委員會議決定建議，不予扣減。)

周主任委員麗芳

謝謝，今天中醫部門已向大家簡短說明完畢，接下來請各位委員提出詢問，有沒有委員要請他們說明？我先說明，中醫部門的主談人是林敏華委員，協談人是董正宗委員，請林敏華委員。

林委員敏華

我想就教健保署，因為經過剛剛中醫部門的報告之後，健保署是否有其他看法，或是需要補充的部分？謝謝。

周主任委員麗芳

請胡峰賓委員。

胡委員峰賓

謝謝主席，看到 A1「提升中醫藥費」部分，健保署建議將「醫療服務成本指數改變率」1.908 億元併入本項使用，這 1.908 億在「醫療服務成本指數改變率」的 7.961 億元中約占 23%。請教健保署「醫療服務成本指數改變率(MCPI) 」裡包括人事、基本營業費用、耗材還有其他營業費用，中藥材費用在中醫總額部門的 MCPI 中占了多少？因為併入等於是占了 23%，我想就教健保署，中藥材費用在中醫總額部門的 MCPI 中，它的占比是多少？以上。

周主任委員麗芳

謝謝，請蔡順雄委員。

蔡委員順雄

一、我有幾個問題請教，跟剛剛胡峰賓委員的問題一樣，A1「提升中醫藥費」部分，每日藥費調升 1 點的預算是 3.815 億元，健保署好像也不反對調升 1 點，但是看起來只編了其中一半預算

在這項，另外一半由「醫療服務成本指數改變率」支應。我想請教中醫部門，如果這樣處理對你們有實質的影響嗎？會不會雖然看起來好像藥費調升 1 點，但是實際上在其他可支應的費用上變成臺灣話說的「龜跤龜內肉」，也就是羊毛出在羊身上，有沒有辦法給你們實質的預算，這是我想請教的第 1 個問題。另外，想請教健保署為什麼其中一半要從「醫療服務成本指數改變率」支應，考量何在？

二、第 2 個要請教的問題，有關 B1「醫療資源不足地區改善方案」，有關增加金額部分，健保署建議可以再增加 2,450 萬，而中醫部門這部分沒有考慮要增加金額的原因何在？健保署願意多編列預算，為什麼中醫部門這一部分不考慮？是因為不太有需求，還是沒有人力資源需要再做調整？

三、第 3 個是大哉問，早上進行總額協商的部門，健保署的草案建議成長率都達到最高的 5.5%，而為什麼中醫部門要求的成長率是 5.5%，健保署通盤考量後只編列成長率 5.044%？這一點我比較好奇，是中醫各方面的表現比較不如其他總額部門嗎？還是有什麼特別的原因？如果我們這樣處理，會不會導致以後大家成長率都編列到 7%多、8%多，再讓委員去砍就好了，這會增加無意義的協商時間，以上是我三個淺見請教健保署跟中醫部門。

周主任委員麗芳

謝謝，還有沒有其他的委員發言，請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋

一、大家好，剛剛蔡順雄委員講的 A1，我也認為既然中醫部門已說明為什麼要調升 1 元，而健保署草案為什麼只編列 1.908 億元，另一半是從「醫療服務成本指數改變率」支應，這部分想了解一下，請健保署說明。

二、再來是 A4，中醫部門的建議是不扣減，這項是新增項目，援例先行扣減 B6 專款與一般服務重複部分的費用，而 B6 專款則建

議增加 1.2 億元，我不知道這個數字是怎麼計算的，想了解一下。

周主任委員麗芳

謝謝，還有沒有其他委員要提出垂詢？如果沒有，在他們回應之前，剛剛蔡順雄委員問是不是中醫部門有哪裡做得不好？但是我必須澄清，在今年度評核時，中醫部門沒有比別人差，中醫部門評核結果拿到優等，除了牙醫部門拿到特優之外，其他部門都拿到優等，所以這點要幫中醫部門說明。接下來先聽聽看健保署的回應，為什麼前面兩個總額部門的成長率都是 5.5%，只有中醫部門成長率是 5.044%，請說明，謝謝。

劉主任秘書林義

一、各位委員，我先說明有關 A4 的部分，因為剛才中醫師公會全國聯合會有說希望不要扣款，扣款的原因是因為當初在成立專款時，其實慢性腎臟病人在一般服務本來就有接受照護，所以才認為應該要把重複支付的部分扣掉。我們是用 114 年的數據，因為 114 年有完整的資料，扣的金額也不多，就是 5.7 百萬，最後要不要扣就尊重雙方協商的結果，在此只是說明扣款的原因。

二、第 2 個是剛剛有委員提到有關 MCPI 的部分，中醫 116 年 MCPI 的預算大約有 7.96 億元，成長率大約是 2.279%，資料裡都有。只是可能沒有辦法去計算中藥部分占多少比例，因為我們是採主計總處調查出來的指數，所以這部分沒有辦法計算。

三、第 3 個是有關 A1 的部分，因為它的 MCPI 是 7.96 億元，中醫部門建議是調升 1 點，所以我們才認為說，在藥費調升 1 點的情況下，部分預算應該可以由 MCPI 來支應，不過這只是健保署的建議，最後我們尊重雙方最後協商的結果，以上。

周主任委員麗芳

謝謝，接下來，請中醫部門來回答，剛剛有委員問到 A1，目前是要 1 元給 5 毛，想問你們在執行上會不會有窒礙難行的地方，請一併

回答其他的問題，謝謝。

蘇委員守毅

一、謝謝主委、各位委員的提問，向大家報告，在 A2「春節期間提供醫療服務」費用與 A3「診察費調整(第一階段增加 10 點) 」部分，由非協商因素來支應，所以已經有將近 4 億元的非協商因素支出。A1「提升中醫藥費」部分，如果再由非協商因素支應 1.908 億元的話，我們可以靈活運用的經費幾乎是不夠的，對中醫部門整體經費的使用會有一些損傷，所以還請委員是否能儘量以中醫部門目前的版本為主來做考量。

二、另外，A4「『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」部分，因為原本扣減 570 萬元，如果不核扣，是否可以從 B6「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」所增加的 1 億 2,000 萬元來做扣減，以讓整個項目的預算維持在成長率 5.5%，減少大家討論的時間，謝謝。

周主任委員麗芳

謝謝，請柯富揚前理事長補充。

柯協商代表富揚

一、謝謝蔡順雄委員、胡峰賓委員的提問，有關 A1「提升中醫藥費」部分，依非協商因素成長率的計算方式，不論是從躉售物價指數或藥品費用所占費用比例來看，其實這部分用來貼補藥費是極少的。那再回過頭看，委員所提到醫療服務成本指數改變率成長率是 2.279%，可是行政院主計總處與勞動部目前也在計算明年薪資要調漲多少，目前勞方的訴求是調漲 5.75%到 7.77%，而資方的訴求是調幅 3%。

二、也就是說，就算以最低的 3%去計算明年的薪資結構，事實上，醫療服務成本指數改變率 2.279%是不夠的。在不夠的情況下，如果還要用來支應提升中醫藥費一半的費用，其實違反了當時主計總處計算醫療服務成本指數改變率的目的。

三、一旦這樣調整，勢必會導致明年的薪資調漲、人力成本的改善

以及所有經營的成本，實際上會不敷使用。因為健保是浮動點值，最後的結果可能導致點值大幅滑落，我想這應該也不是委員所樂見的，所以懇請委員協助幫忙，這部分不要用非協商因素去貼補過多的中醫藥費，以上補充報告。

周主任委員麗芳

謝謝，請詹永兆前理事長。

詹協商代表永兆

各位委員大家好，我補充 B1「醫療資源不足地區改善方案」，為什麼中醫部門沒有增加本項預算，因為本項執行率大概只有 8 成，1 億 8,000 萬的 8 成，可能還有剩下 3,600 萬，就算健保署增加 2 成預算約 2,450 萬，還在預算之內，但我們沒有增加本項預算，以上。

周主任委員麗芳

好，謝謝，還有要補充嗎？中醫部門補充完畢，是不是請付費者代表進去討論一下？那就拜託你們快去快回，謝謝。

（付費者代表進行內部會議討論 21 分鐘）

周主任委員麗芳

非常感謝付費者代表已經回到現場，我們很期待，是不是請林敏華主談人分享目前的結果。

林委員敏華

一、謝謝主委，經過剛剛委員熱烈討論後，委員對中醫部門非常的肯定，再加上中醫部門這些年來所提供的服務，是給民眾另外一種選擇，所以在座各委員對中醫部門非常肯定，我宣讀付費者委員目前所做成的決議：

(一)A1「提升中醫藥費」部分，中醫部門希望編列 3 億 8,150 萬元，付費者代表的版本是編列 2 億 9,200 萬元(292.5 百萬元)。協定事項是：1.調升每日藥費 1 點。2.醫療服務成本指數改變率所增預算(約 796.1 百萬)，其中 89 百萬元併入本項目使用。3.持續提升用藥品質，檢討慢性病用藥日數及民眾自費原因，減少自費用藥情形。4.於 116 年 8 月前提出專案報告。

(二) A2「春節期間提供醫療服務」及 A3「診察費調整(第一階段增加 10 點)」部分，與健保署草案、中醫部門版本一樣，不編列預算。

(三)A4「『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」部分，付費者代表依健保署草案的意見，扣減 570 萬元。

(四)A5「違反特約及管理辦法扣款」部分，與中醫部門一樣，扣減 1.3 百萬元。

二、在專款項目部分：

(一)B1「醫療資源不足地區改善方案」，付費者代表提出的版本是依照健保署的建議，金額是 207.5 百萬元，增加 24.5 百萬元。

(二)B2「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」部分，付費者代表希望中醫部門能夠提供更好的服務，所以金額比中醫部門所提出的金額高，金額是 584.8 百萬元，增加 51.1 百萬元。(健保署以每點 1 元支應估算，約需 584.8 百萬元。)

(三)B3「中醫提升孕產照護品質計畫」部分，大家相當肯定中醫的努力，付費者代表希望專款項目以「1 點 1 元」的方向支應，所以編列的金額是 93.8 百萬元，增加 11.8 百萬元。

(四)B4「中醫癌症患者加強照護整合方案」，編列金額是 628.8 百萬元，增加金額是 196.3 百萬元。

(五)B5「中醫急症處置」與中醫部門一樣，編列金額是 20.8 百萬元。

(六)B6「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」部分，付費者代表編列的金額是 322.8 百萬元，增加 142 百萬元，協定事項是「進行成本效益分析，並進行末期腎臟病(ESRD)發生率、住院率等長期追蹤」。

(七)B7「照護機構中醫醫療照護方案」部分，與中醫部門一樣，編列的金額是 15.1 百萬元。

(八)B8「中醫三高病人加強照護計畫」也跟中醫部門一樣，編列的

金額是 53 百萬元。

(九)B9「品質保證保留款」與中醫部門一樣，編列金額是 65.8 百萬元。

(十)成長率與早上所協商的西醫基層部門跟醫院部門一樣，整體預算都是成長 5.5%，謝謝。

周主任委員麗芳

非常謝謝林敏華主談人，接下來，董正宗協談人要不要補充？

董委員正宗

沒有補充。

周主任委員麗芳

非常感謝付費者代表，因為與中醫部門至少有一點達成共識，成長率 5.5%已經達成共識了。我們聽聽看中醫部門的意見，針對現在付費者的新版本，你們可以接受嗎？

蘇委員守毅

謝謝主委，也謝謝林敏華委員及各位委員的辛勞，因為剛剛提到提升藥費的部分，原則上以 114 年度總額協商結果來看，由醫療服務成本指數改變率支應的比率是 13%，也就是那時協商因素拿到的比率是 87%(註 1)，而這次拿到的比率是 76.7%(註 2)，A1 是否能夠再增加一些預算，然後在 B1「醫療資源不足地區改善方案」的部分稍作扣減，將費用提撥到 A1「提升中醫藥費」，不曉得大家的想法怎麼樣？謝謝。

(註：1.114年度中醫部門提出協商草案「提升用藥品質」為400.4百萬元，最後協商結果為347.0百萬元，約占86.7%，其餘53.4百萬元由醫療服務成本指數改變率支應。

2.115年度中醫部門提出協商草案「提升中醫藥費」為381.5百萬元，付費者代表編列292.5百萬元，約占76.7%，其餘89百萬元由醫療服務成本指數改變率支應。)

周主任委員麗芳

謝謝蘇守毅理事長，那柯富揚前理事長要不要補充？都不用了嗎？

剛剛蘇守毅理事長提出 A1「提升中醫藥費」可能需要再協助，希望從 B1「醫療資源不足地區改善方案」挪入部分預算。再聽聽看付費者代表的意見，其實現在只差中醫部門覺得 A1「提升中醫藥費」不夠，他們剛剛也提到，B1 專款目前量能也沒有辦法做那麼多，所以中醫部門希望能增加 A1 預算，看看付費者代表能不能接受調整。

林委員敏華

報告主委，目前差距已經很小了，是不是容付費者代表再進行內部會議討論，我們盡量不要打破今天一直以來都達成協定的紀錄。

周主任委員麗芳

好，關鍵 5 分鐘，謝謝。

（付費者代表進行內部會議討論 12 分鐘）

周主任委員麗芳

請林敏華主談人與大家說明現在的討論結果，謝謝。

林委員敏華

謝謝主委，也謝謝各位委員的努力，剛剛在內部會議時每位付費者代表有提出他們的看法，最後決議是希望能夠提升醫療資源不足地區的照顧，所以中醫部門所提出的調整，我們希望能夠照健保署建議的方案，B1 專款維持 207.5 百萬元，增加金額是 24.5 百萬元，沒有變動，以上報告。

周主任委員麗芳

好，那中醫部門，雖不滿意，可以含淚接受嗎？

蘇委員守毅

這樣好了，因為已經協商這麼久，我想也不要浪費大家時間，是不是我們各退一步？我們把 B1「醫療資源不足地區改善方案」增加的預算(24.5 百萬元)留一半(12.25 百萬元)下來，另外一半(12.25 百萬元)補回 A1「提升中醫藥費」，比較直接，也不用再討價還價，不曉得各位委員的想法如何？

周主任委員麗芳

可以嗎？請林恩豪委員。

林委員恩豪

一、不好意思，在主談人回應之前，我補充說明。我想向中醫部門說明，付費者代表對中醫部門是非常好的，我們原本可以按照健保署的版本編列成長率 5.044%，為什麼我們要幫中醫部門編列那麼多預算？專款項目中健保署預估點值不足 1 元的項目，我們已經儘量編足預算，但是中醫部門還提出 A4 重複費用的部分不扣減，這點很不合道理。

二、再者，MCPI 本應負擔一部分責任，去補足自身藥費成長所需預算，我們編列的預算已經比健保署還高，我覺得中醫部門也要負擔一部分。而且中醫部門的點值一向維持滿不錯的，這不容否認，所以中醫部門本來也有責任把預算用在該用的項目，這也是我們提出這版本的原因。

三、向各位協商代表說明，目前差距已經非常接近，其實大家也知道這只是一點點金額，為什麼還要為了這個再做折衷、各退一半？大約只差 1,000 多萬吧，大家捫心自問，中醫部門本應在這些項目上多承擔，不能全部靠付費者代表去補足費用，這也是向各位喊話，我覺得可以接受就應該接受。

四、剛剛付費者代表們確實經過一番激烈的討論，但我個人認為，B1「醫療資源不足地區改善方案」的預算本來就應該鼓勵醫生到偏鄉提供服務，多給予財務誘因無可厚非，這對中醫部門來說也是一種宣示性質，對整體形象也是好的，我覺得中醫部門應該不差這一點金額，以上，謝謝。

周主任委員麗芳

好，謝謝，請蔡順雄委員。

蔡委員順雄

延續林恩豪委員的建議，不瞞各位，其實剛剛理事長提出的想法，付費者代表在內部會議時也考慮過，但最後多數委員認為目前的決定是基於通盤性的考量。原因在於 B1 專款的資源投注是鼓勵偏鄉

醫療的大方向政策，以健保署草案估算，116 年度巡迴醫療服務論次費用將研議調升 2 成，如果中醫部門協商時，你們考量執行率只有 8 成，所以打折扣，那接下來還有牙醫部門總額的協商，如果他們也要比照辦理，我們擔心整個大方向的政策一致性會受到部分減損，所以請各位理事長多加審酌，我們已經有多方考量中醫的難處，以上。

周主任委員麗芳

謝謝付費者代表輪番表達了心聲，並不是不支持中醫部門，其實是非常支持，也已經將成長率調到 5.5%，畢竟還是需要考量部門間的衡平，雖然暫時沒有辦法達到大家所期望，將中醫藥費調升，但是付費者代表也盡了力，中醫部門是不是要再討論？請詹永兆前理事長，謝謝。

詹協商代表永兆

一、非常感謝主委、各位委員對 B1「醫療資源不足地區改善方案」給予的支持，中醫部門不是刻意減少編列預算，而是我們內部實際計算，擔心如果增加 2,400 萬會用不完，到時經費被回收，我覺得很可惜。因為今年度 1 到 6 月 B1 的執行率只有 39%，預估年底時頂多只能達到 82%~83%，經費上應該會有賸餘。

二、非常感謝各位對 B1「醫療資源不足地區改善方案」的支持，但我們擔心經費用不完，縱使目前成長率是 5.5%，到時候 B1 的預算用不完而變成虛編，雖然名義上成長率是 5.5%，實際上可能只有 5.4%或 5.3%，滿可惜的，我們是基於這個原因才會有此考量，不過，當然還是尊重各位付費者代表的意見，以上。

周主任委員麗芳

好，請柯富揚前理事長。

柯協商代表富揚

一、謝謝主委與所有委員的支持，事實上，如果偏鄉民眾對中醫有需求，這樣的預算編列確實非常好，中醫部門非常感謝。不過現在的問題在於，如果編了這筆預算但沒有辦法全額用完，我

們認為不如編列在 A1 可以讓中醫藥費相對充足。

二、向各位委員報告，中醫部門作為規模較小的團體，我們很不願意為了一筆 12.25 百萬元的差距在這向委員請求幫忙，可是對於中醫部門來說，12.25 百萬元也是一筆很不錯的經費，對於整體藥費的挹注也不無小補。作為一個小團體，我們當然很希望可以很快答應，不用再執著於 12.25 百萬元。但無論如何，謝謝所有委員對中醫部門的協助與幫忙，非常感謝。

周主任委員麗芳

謝謝，請鄭力嘉委員。

鄭委員力嘉

我們在內部會議時討論非常激烈，我還是要呼籲，付費者代表其實已經釋出非常大的善意，剛剛也有看到， B1「醫療資源不足地區改善方案」去年的執行率是 80%，所以我們覺得如果再不挹注資源，執行率會不會再下降？剛剛詹永兆前理事長說今年 1 到 6 月執行率是 39%，更應該要把這筆預算留在 B1，邏輯上不應是這樣嗎？如果現在把預算抽走，那執行率是否會更糟糕？這部分是否可以請中醫部門說清楚。

周主任委員麗芳

請陳秀熙委員。

陳委員秀熙

一、我想每場總額協商都是站在專業立場來討論，我希望中醫部門能夠瞭解，關於偏鄉地區醫療，你們之前帶我們去參訪過，我們也看到中醫部門在偏鄉地區的投入，我認為這件事是有解套的方法。

二、我覺得付費者代表支持 B1 專款這筆預算有其背後的理由，幾位理事長非常清楚，這幾年中醫部門已經納入「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」、「中醫三高病人加強照護計畫」，在中西醫整合方面，我甚至看到付費者委員把 B2「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」的預算調高，相較於過去，在專業上

對中醫已經給予非常多的支持，這部分恐怕需要大家好好思索。

三、我過去曾向各位提過一個方案，就是針對中醫醫療資源不足地區，你們也有拿到健康臺灣深耕計畫的資源，能否從結合 AI 技術上下功夫？目前面臨人力不足的困境，大家都期望能有所突破，而這也是國家未來發展 AI 的重要方向。換句話說，從專業角度來看，中醫部門在 B1「醫療資源不足地區改善方案」的 argument(抗辯)，很難說服我們將預算移至 A1，這非常困難。

四、我還是建議，我們今天並非只針對中醫部門，前面進行協商的醫院部門與西醫基層部門，我們的專業立場也都一致，只要是民眾迫切需要的、符合國際潮流的政策，我們就需要堅持，你們一定要重視偏鄉地區的資源投注，如果今天不重視這個方案，當初帶我們去參觀偏鄉的價值就無法體現，時間也晚了，拜託大家體諒菩薩主委的辛苦，協助達成協商，謝謝。

周主任委員麗芳

請問中醫部門代表可以含淚接受嗎？

林協商代表永農

一、沒有含淚，剛剛委員講得很清楚，已經對中醫部門很好了，談判本來就沒有全拿的，很高興，謝謝大家。

二、剛剛林恩豪委員提到他一直很關心中醫，也看到中醫的點值維持得很不錯，我說明一下，在我理事長任內民國 95 年的時候，中醫內科 1 個月只能申報 6 次，針傷科只能申報 15 次。剛剛發言之前我請教了蘇理事長，確認目前各區的現況，針傷科放寬到 20 次，內科只能申報 8 次。有的病患跌倒，很多部位扭挫傷，針傷科不可能 1 個月看診 20 次就復原，每月超過 20 次的部分，院所往往只有收掛號費，沒有過卡，超過的醫療成本由中醫自行吸收。換句話說是我們限制了自身的申報額度，所以點值才會維持得好，謝謝林委員一直關心中醫部門，也謝謝各位委員。

蘇委員守毅

一、謝謝主委、各位委員對中醫的支持，真的非常感恩。原則上協商的部分，我們內部討論過後決定尊重各位委員最後的決議，我們接受這一次的協商結果。

二、另外有件事情想拜託各位委員，就是在螢幕上， B2、B4、B6專款有註明協定事項，例如 B2 專款第 2 項，「建立成本效益評估指標，藉由健保資料庫分析，評估中西醫合療成效。」另外在 B4 專款，一樣要「建立成本效益評估指標，藉由健保資料庫分析，評估中西醫合療成效。」B6 專款要「進行成本效益分析，並進行末期腎臟病(ESRD)發生率、住院率等長期追蹤。」中醫部門沒辦法取得這些資料，所以這部分是否能在備註寫「請健保署配合處理」，讓我們未來提供資料時能夠更完整，謝謝。

周主任委員麗芳

謝謝，蘇守毅理事長講得有道理，因為有些資料可能要請健保署協助提供，那是否協定事項前面補上「請健保署協助」等字樣，這樣可以嗎？

張副署長禹斌

其實不用特別寫出來，健保署也會予以協助，如果特別寫進備註，反而覺得突兀，大家不覺得嗎？

周主任委員麗芳

他們是有些擔心。

張副署長禹斌

我建議不需要特別加註，因為這是和諧的協商場合，如果特別加註，好像健保署原本都不幫忙一樣。我建議不要寫進備註，健保署會全力配合，和中醫部門合作將資料整理提供，好不好？

蘇委員守毅

謝謝副署長的說明，因為未來在評核時需要呈現這些資料，呈現時總需要有資料來源，既然副署長已經承諾，我們在收集資料時就會

有比較明確的管道與方向。

周主任委員麗芳

我建議該加註還是需要加註，因為有時會寫由健保署與醫療部門提供，且最主要是考量到人員更迭，如果以後蘇守毅理事長不當理事長了，可能也忘了今天副署長的承諾，是否可以寫上去呢？

陳組長燕鈴

主席，我可以補充嗎？在大表第 14 頁，本來各部門都一樣，我們都會寫「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」。

周主任委員麗芳

好。

陳組長燕鈴

這是制式的要求，各總額部門都一樣。

周執行秘書淑婉

螢幕上呈現的是簡要版，以協商大表裡的文字為主。

周主任委員麗芳

所以還有協商大表，我也提醒一下，因為 9 月 30 日健保委員會時會做最後確認，所有的文字在當天會再做確認，署長有要補充嗎？主任秘書有嗎？請劉林義主任秘書。

劉主任秘書林義

因為現在對於健保資料庫有相關的法規規定，「健保資料庫」文字比較敏感，是不是可以……。

周主任委員麗芳

請將剛剛的螢幕畫面往下移，移到有「建立成本效益評估指標」的項目。

劉主任秘書林義

例如 B4 專款，「建立成本效益評估指標，評估中西醫合療成效」，簡單寫就好，不用提到「健保資料庫」的文字。

周主任委員麗芳

一、將所有有關於「健保資料庫」的文字先刪除，至於事後如果需要資料，今天健保署署長、副署長、主任秘書都在場，承諾會予以協助，所以這部分請中醫部門放心，健保會的幕僚同仁也說在大表裡會寫明請健保署協助，所以不用太擔心。

二、前提是大家要有共識，如果到時候健保署在協助的過程中，發現有些資料提供確實有難度，由於這些資料都會納入評核，在評核時可能要幫忙說明，因為資料源頭沒有辦法提供足夠資料，而不是中醫部門不提供，否則會影響評核結果。

三、今天非常感謝中醫部門，我宣讀以下結論：

(一)第 1 點，116 年度中醫總額較基期成長率為 5.5%。

(二)第 2 點，依 116 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 24 日中午前提送本會，以納入 9 月 30 日委員會議討論：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」。

四、再一次感謝大家，預祝中秋節快樂，謝謝。接下來進行換場，各位委員的晚餐已經送到了，請慢用。

蘇委員守毅

非常謝謝各位委員。

伍、116年度總額協商—「牙醫門診總額」與會人員發言實錄

伍、116年度總額協商－「牙醫門診總額」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

一、因為牙醫部門是接下來要開始協商的部門，我還是要再重申幾個要點，黃立賢理事長一早就來到會場已經聽了3遍，現在是第4遍，但是除了你之外，其他的牙醫部門協商代表是沒有聽到的，所以我還是要重申一下。

二、今天談的是116年度健保總額協商，而116年度的健保總額有3個非常重要的歷史的意義：

(一)健保從民國84年開辦一直到現在，116年度將是第1次不管是低推估或者高推估，總額預算都突破兆元。雖然今年度健保可運用的額度是1兆82億元，但這是加入了政府的公務預算進來計算的。116年度就不一樣了，高推估已經來到了1兆434億元，健保總額破歷史新高，這是第1點。

(二)第2點，總額破歷史新高後，錢要用在哪裡？也就是我們現在整個醫療體系所面臨的挑戰必須要轉型，這些挑戰包括醫護人員的短缺、急重難罕人力資源的無以為繼、落實偏鄉醫不足地區的醫療平權，這就是我們今天所談的總額內容，希望能夠把錢用在刀口上。

(三)第3點，就是如火如荼推動的「健康臺灣」，也是民眾滿意度最高的1個公共政策。在推動健康臺灣當中，牙醫部門可以說是貢獻良多，尤其是透過牙醫8020(註)目標能夠讓民眾活得更久更健康。

三、今天我們坐在這裡，希望透過總額協商，讓社會能夠記住我們，至少不要讓社會辜負對我們的期望，現在就先請牙醫部門進行說明，謝謝。

(註：8020：係指民眾在80歲時仍保有20顆以上自然牙。)

黃委員立賢

一、周麗芳主任委員、陳亮妤署長、還有各位委員及牙醫部門的協商代表，大家辛苦了，除了牙醫部門的協商代表下午4點多來

以外，其他所有人大概 9 點左右就到了。周麗芳主任委員早上跟下午所講的大致都一樣，第 1 個，我們都在見證歷史的時刻，總額每年都在成長，從來沒有衰退過，但是從明年開始，就是破兆的 1 個產業，我們都在見證歷史。牙醫部門是健保的模範生，所以我們也會跟其他 3 個部門一樣，希望能夠達到 5.5%的成長率，我們也將協商草案內容都規劃好、計算好了。

二、第 2 個，我們的方向就是落實 8020 及醫療平權，也符合主委講的，除了服務醫療不足的偏鄉地區之外，116 年度還有對弱勢鄉鎮提出專款項目，希望牙醫對民眾的照顧能夠更全面化。

三、第 3 個也是符合主委所講的，健康臺灣要符合民眾期待，要讓民眾有感，讓健保能夠延續、永續發展，這就是今天牙醫部門的目標，謝謝各位委員的指導。

周主任委員麗芳

好，哪 1 位要代表重點說明？請徐邦賢總額主委。

徐協商代表邦賢

一、報告各位老師、各位委員、各位長官，還有我們牙醫部門的同仁們，大家好。在螢幕上所呈現的內容，牙醫部門草案跟健保署草案有一點點出入的地方，在這邊跟大家做個重點報告。

二、在一般服務部分，說明摘要如下：

(一)A1「高風險疾病口腔照護計畫」：由於計畫的模式大概都已經成熟，再加上在前年跟去年專案執行率超過 100%(註 1)，已經短缺了相當多的金額，我們的會員對於計畫的費用不足及點值過低已經產生厭惡，以至於目前為止推廣相當的困難，所以才希望明年有機會移列到一般服務，藉由一般服務預算的支援、共享，能夠讓這個計畫繼續推行。這個計畫如果能夠移列一般服務，對於協定事項的內容，包括訂定適應症等，我們都可以去做努力。

(二)A2「『牙醫特殊醫療服務計畫』(B2)與一般服務重複扣減」：雖然只有扣減 100 萬元，但是容邦賢在這裡跟大家做一點報告，

因為其實這可能中間有一點點誤會了。

1.這個扣款的緣由來自於 B2「牙醫特殊醫療服務計畫」，醫療團有到機構去做一些服務，機構裡面有一部分住民並不完全符合 B2 計畫的服務對象，但因為醫生已經到機構服務了，住民也都住在那邊，所以醫師也會在機構提供服務。過去協商時委員想到，這些未符合 B2 計畫服務對象的住民原本有可能以一般身份在外就醫，因此有重複支付預算的現象，因此才會有在一般預算先預扣重複預算的想法(註 2)。

2.但我在這裡跟大家報告，其實不用這麼麻煩，也不用預扣，我們的提案是直接在專款項目「牙醫特殊醫療服務計畫」(B2)的預算扣減 100 萬元，我們只要把預算來源分清楚就好。

3.簡單來講，住民在機構產生的醫療費用，如果是一般身分的住民，醫療費用就由一般服務預算支應；至於加成的部分，屬於 B2 計畫的支付內容，就由 B2 計畫的專款項目支應。如此一來，預算來源就能清楚區分，也不用擔心一邊占用到另一邊的經費，而產生重複的問題。若以預扣的方式處理，後續結算其實也會比較麻煩。這樣的做法有沒有前例？其實在 A1「高風險疾病口腔照護計畫」中的複合體充填部分，也是採用相同的算法。所以，這樣的預算計算方式並不難，在這裡跟大家說明一下。

三、在專款項目部分，說明摘要如下：

(一)至於專款項目，或許我們的算法跟關注的部分可能跟健保署有點不同，邦賢在這裡跟各位委員報告，只要大家能夠接受，我們草案的相關數字都可以做調整。牙醫部門承蒙各位的照顧，在今年評核達到特優的成績，所以希望我們 everything 也是特優。我們都願意去調整，但希望有機會把這些話給說清楚，能夠把這些計畫，該留在一般服務就留在一般服務。

(二)至於 B9「因應牙醫支付標準調整所增加預算」：健保署草案有做一些說明，牙醫部門尊重健保署的建議，我們不堅持，我們

不堅持。

四、以上是針對牙醫部門所提草案做的重點說明。

(註：1.高風險疾病口腔照護計畫113年預算1,599百萬元，第2~4季暫結金額(610.8百萬點、705.1百萬點、812.7百萬點)，超出預算數，以浮動點值0.9212、0.5669、0.4919支付；114年預算2,800百萬元，第1~4季暫結金額(816.6百萬點、863.7百萬點、899.7百萬點、984百萬點)，超出預算數，另由一般服務移撥17.7百萬元後，以浮動點值0.8572、0.8105、0.7780、0.7293支付。

2.查牙醫特殊醫療服務計畫113年起擴大醫療團服務對象，納入其他具身心障礙證明者，新納入之服務對象，其醫療費用原係由一般服務支應，在113年納入專款後，其醫療費用改由專款支應，故應於一般服務扣減預算。經健保署在113年第6次委員會議提報「113年度牙特計畫與一般服務重複或替代費用」之計算方式在案，主要就其他具身心障礙證明者曾於一般服務申報之醫療費用(案件分類19)點數予以扣除。)

周主任委員麗芳

謝謝，牙醫部門還有其他代表需要補充嗎？還是就直接來聽付費者代表的意見？好，接下來請付費者代表，有沒有要提出垂詢的地方？陳節如委員。

陳委員節如

一、A1「高風險疾病口腔照護計畫」牙醫全聯會建議在一般服務編列 51.073 億元，健保署則是建議繼續列於 B5 專款項目編列 48.343 億元，這個計畫既然是要繼續做，就應該落實錢花在刀口上，為什麼呢？

(一)針對這個計畫，在前幾年總額協商的時候，我就曾經提過，65歲以上並不等於是高風險。

(二)今年度的總額評核，評核委員也建議應該要針對 65 歲以上的族群增列適應症，並檢討高風險疾病的定義和各類對象使用情形，並提出這些人過去是接受一般牙結石清除服務，現在改由專款支應的話，一般服務的基期應該要計算後扣除。這些建議，不知道牙醫部門的回應是什麼？

(三)我們之前有提過，在高齡社會下，民眾健康意識跟觀念都越來越進步，用年齡作為高風險的判定標準，我認為不太合理，請健保署跟牙醫部門要對此要回應。

(四)況且，在高齡 65 歲以上，應該要強化口腔健康措施，衛教宣導或許應該要早期落實，民眾習慣養成更是根本的基礎，我們應該要請口腔健康司積極投入國人的衛教宣導，不是等到 65 歲以後健保才介入，這樣就太晚了，應該是從年輕就要開始來照顧口腔健康。

二、B2「牙醫特殊醫療服務計畫」:

(一)這個計畫是我除了倡議之外還一直關心，全聯會提出編列 12.1 億元，健保署建議編列 12.118 億元，這個立場我是支持，更是感謝。我希望未來能建立 1 個完善的資料庫，為什麼？因為本計畫 113~115 年預算分別為 7.82、8.06、9.60 億元，都持續在增長，我一直都非常支持跟感謝。

(二)可是這麼多年，投入的牙醫師仍然是相當有限，我發現，很少看到年輕的醫師投入這項特殊服務，那些重度臥床跟身障沒有辦法出門的這些病人，牙醫界應該繼續協助、檢討跟優化服務。此外，居家牙醫的訪視應該要加強，我們是非常希望有更多的年輕牙醫師來參與。

(三)評核委員也再次建議要有細緻的指標建立，如不同身心障礙者的大數據資料庫，像是就醫率、缺牙情形、醫療品質指標等，希望未來健保署跟牙醫界能夠共同來推動建立這個資料庫。

(四)在 116 年度的預算成長幅度較往年多一點，希望明年就可以看到資料庫的成立，也清楚展現這計畫的執行效益，後續預算編列，我想我們會加強的來協助。

三、牙醫資源的部分，確實是全民應該要非常的重視，人家說病從口入，牙齒沒有保護好，後續很多疾病會接連而來，像有些老人家沒有牙齒，他們失智退化的程度就會很快，所以我們非常的希望，能夠有更多的牙醫服務，服務更多的科別，以上是我

的建議，謝謝。

周主任委員麗芳

謝謝陳節如委員，請蔡順雄委員。

蔡委員順雄

一、2 個問題請教，第 1 個先請教牙醫部門有關 A1「高風險疾病口腔照護計畫」，姑且不論你們編了 51.073 億元，跟健保署版的 48.343 億元差了約 3 億元(註)，主要你們希望把它移到一般服務(A1)，但是健保署比較建議維持在專款項目(B5)。想請教，如果編列在專款，牙醫部門在執行上有什麼困難或者有窒礙難行的可能性？再者，差異的額度，在執行上會有明顯窘迫或不足的現象嗎？

二、第 2 個請教健保署，今年的評核我有來參加半天，看起來牙醫部門是特優，可是健保署草案的成長率不到 5.5%，看起來也不怎麼特優，只有編列 5.059%的成長率，健保署特別的考量是什麼？問題出在哪裡？這個我的疑問。

(註：牙醫部門與健保署之差異主要在於健保署維持編列於專款(B5)，牙醫部門移列一般服務(A1)。額度部分，健保署以牙醫部門編列之51.073億元為基礎，再扣除65歲以上未具適應症者之費用(2.73億元)。)

周主任委員麗芳

謝謝，接下來請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋

一、我的問題也是跟蔡順雄委員一樣，在 A1「高風險疾病口腔照護計畫」，牙醫部門編列在一般服務，健保署建議維持在專款項目(B5)，這差異真的要釐清楚，到底錢要編列在哪裡？我覺得這一點滿重要的。

二、還有 B9「因應牙醫支付標準調整所增加預算」，健保署沒有編列預算，那是因為已經在醫院總額有編了，牙醫總額應該也很清楚，所以我想這幾個重點，只要釐清清楚的話，其他的項目

應該都好談，所以我希望待會在討論數字的時候，請大家要核實、確實地把最真誠的數字講出來，謝謝。

周主任委員麗芳

謝謝，還有沒有委員要提出疑問的？那接下來就先請健保署來說明，有關蔡順雄委員提問牙醫部門今年評核拿到特優，而且是這十幾年來重新再度有部門得到特優，有這麼亮麗的成績，但健保署所編列的 116 年總額的成長率似乎不是很特優，請健保署就剛剛委員們的提問一併回答，謝謝。

劉主任秘書林義

我們跟牙全會草案主要的不同就是在於 A1「高風險疾病口腔照護計畫」。誠如委員剛才所提的，針對 65 歲以上的族群，健保署不希望說以年齡來定義為高風險，這顯然不太好，各總額部門若有提出類似的計畫，我們都是一致的意見，不只針對牙醫部門，所以本署預估的經費就會少一點(預估增列適應症可減少 2.73 億元)，也因此成長率才會比較低。我們一直希望 A1「高風險疾病口腔照護計畫」可以幫助達到 8020 政策目標，也就是 80 歲仍保有 20 顆以上自然牙，假如牙全會可以提出逐年朝這個方向前進的方式，其實付費者委員也可以考量，多給牙醫部門一些鼓勵，他們的確是表現非常好的總額團體，以上。

周主任委員麗芳

謝謝，接下來請牙醫部門針對大家的問題，特別是 A1「高風險疾病口腔照護計畫」，如果是按照健保署編列在專款項目(B5)，是不是有一些窒礙難行的地方？請回答。

徐協商代表邦賢

一、邦賢在這邊先跟各位回答，在我旁邊有各計畫的召集人，後續再做一些補充。

二、有關於 A1「高風險疾病口腔照護計畫」：

(一)之所以移列到一般服務，剛才有跟大家報告了，A1 已經連續在專款項目執行多年，且近 2 年各季的浮動點值都小於 1，在

0.7~0.9 之間，甚至有低於 0.5，連續 2 年下來，我們會員配合的熱忱已減。目前為止，甚至有聲音說，與其要去配合專案，那倒不如做一般服務預算的業務就好了，所以我們深怕因為經費的不足，會造成民眾就醫權益的受損。

(二)本計畫編列 51.073 億元，是因為配合總額成長上限 5.5%，所以一開始送到健保會的草案，就是以成長率 5.5%的預算進行規劃。至於 51 億元夠不夠？其實 51 億元遠不夠，如果按照原來的條件來編列的話，健保署草案的說明寫得很清楚，其實推估是需要 54.27 億元。

(三)對於增訂 65 歲以上的族群適應症這部分，我們也能夠去努力，只是，即使是訂定了適應症，也希望計畫的經費足夠，那至於適應症的部分，容我們等一下內部協商後，會再跟大家做個報告。原來編列的 51.073 億元，未來執行可能點值就不到 1 了，如果只編列 48.343 億元，又少了約 3 億元，我想可能會雪上加霜，這是我必須要很老實的跟大家報告。

三、有關陳節如委員所提到 B2「牙醫特殊醫療服務計畫」:

(一)我們一直很努力執行這項計畫，今年也再擴大居家牙醫醫療服務的適用對象，但是開放的同時，我們出去服務的醫師，是完成受訓、能夠解決問題，且必須要有一定的服務水準。所以我們沒有辦法一下子開放所有的牙醫師都來做，一定要先去上課，而且一定要有基本的學分，並由全聯會來去做審核，通過了才可以出去服務，所以人力成長速度沒有那麼快，但是誠如委員的支持，我們一定會努力做並逐年開放投入的人力。為什麼年輕醫生好像都沒有投入？這其實也是我們的困擾。

(二)不瞞大家說，牙醫總額到 117 年就滿 30 年了，我們的地區預算分配，已達 R 值(依各地區保險對象人數校正人口風險後之數值)占率百分之百的政策目標執行了 20 幾年，我不敢班門弄斧，但 R 值占率達百分之百當初的用意是什麼？是希望醫療資源、醫療人力能夠稍微平均，結果很抱歉，牙醫總額目前是

城鄉差距最大的部門，R 值百分之百結果還差距最大，這到底出了什麼樣的問題？這也是我們牙醫總額執行 30 週年的時候要去討論的議題，但目前為止，希望在有限的資源下，能夠用鼓勵的方式讓新血進來。報告陳節如委員，有時候新血進來，需要受訓的時間可能會多一點，但資深的進來，反而比較快、容易進入狀況，所以只要有醫生肯做，我們就絕對支持，絕對鼓勵。不論如何，我們服務的醫師一定是穩定增加。我們其他的協商代表要不要補充說明一下？

翁協商代表德育

一、牙醫代表翁德育第 1 次發言，補充一下 A1「高風險疾病口腔照護計畫」：

(一)剛剛陳節如委員所指示的非常正確，我們也願意朝這方向再進步。65 歲以上族群為什麼會列入服務對象？剛剛節如委員講得很清楚，不是應該要從年輕的時候就照顧嗎？65 歲這群人在年輕的時候，都是在 84 年以前，就是在健保開辦以前，所以他們在年輕的時候根本就沒有機會受到健保的照顧，本計畫是要照顧比較需要有口腔照護的高風險族群，而他們就是一個非常大的危險因子，這也是為什麼後來要把他們納進來高風險疾病口腔照護的重要原因。

(二)事實上這個計畫真的很坎坷，111、112 年剛開始執行率不好，每 1 年被扣 4 億元左右(註 1)，到了 113 年則把它與其他計畫整併(註 2)，合併後 113 年有一季的點值最低到 0.49，那 1 年的預算缺口是 7 億多元。114 年很感謝健保會給的預算從 16 億元增加到 28 億元，那 1 年的點值約在 0.7~0.8，預算缺口 7 億多元，這 2 年總共缺口是 14 億元，這真的是 1 個很大的創傷，這個創傷有什麼後遺症？會讓所有執行這個計畫的醫師們誤認為這就是 1 個非常低點值的專案，而讓大家卻步不前，少了提供醫療服務的熱忱。1 年也就算了，連續 2 年，創傷已經變成恐懼，這也就是為什麼今年，甚至去年就一直想要將這個

計畫列入一般服務來步入正軌，不要讓醫師們一直在那恐懼，做這個專案到底能領多少錢？這樣恐懼的結果，會使整個計畫的執行造成很大的阻礙與困擾，這也是為什麼很期盼今年能將A1「高風險疾病口腔照護計畫」回歸到一般服務，恢復正常營運。

二、第 2 個要回答的就是，B2「牙醫特殊醫療服務計畫」有沒有與一般服務重複的問題？其實健保署在去年跟前年都已經很明白的表示過，這個計畫跟現行的一般服務，沒有重複的問題，完全是外加，以上。

(註：1.查111~112年一般服務「高風險疾病口腔照護」協定事項：依年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。111、112年扣減額度別為401.5、378.3百萬元。

2.本計畫於113年合併辦理以下3項計畫：111年一般服務新增之「高風險疾病口腔照護」、111年專款新增之「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」及112年專款新增之「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」。)

周主任委員麗芳

謝謝，還有要補充嗎？

簡協商代表志成

一、周麗芳主任委員、陳亮妤署長，還有各位委員大家好，我是全聯會總額身障小組召集人，非常感謝各位委員以及健保署這幾年來的支持，讓我們在 16 案件(註)方面都有顯著的成長，我們也持續努力把執行成效做出來。

二、在過去這 2 年的評核會議中向各位委員報告，參與課程的牙醫師人數每年都有增加兩百多位。我知道，以牙醫師整體人數來看，這個數字並不算多，但相較於前幾年幾乎沒有成長的情況，現在已經逐漸有更多牙醫師願意投入，這對我們而言是很大的進步。我們也希望參與過課程的牙醫師能夠持續投入。因此這幾年針對部分較為困難的服務項目，提高相關給付。我們並不是單純調高一般服務的給付，而是針對身心障礙、偏鄉以及到

宅服務等較具挑戰性的項目予以加強，希望透過適當的資源挹注，鼓勵牙醫師持續投入這些服務。

三、另外，針對近期委員提到的失智照護問題，我們今年也進一步納入相關機構，希望能夠擴大照護服務的範圍。這裡也容我再稍微說明一下委員所提到的「失智據點」。目前各縣市政府都有所謂的失智據點，但如果計畫中直接使用「失智據點」這個名稱，可能會比較僵化。因此，我們希望將名稱調整為「失智照護機構或據點」，讓涵蓋的形式更加多元，也避免未來在適法性上產生疑慮。後續在修訂計畫時，我們也會再向各位委員詳細說明。因此，今年我們也將失智照護相關機構或據點納入醫療團隊服務範圍。以上跟大家報告，謝謝。

(註：查特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報代碼「16：牙醫特殊專案醫療服務項目」。)

周主任委員麗芳

謝謝，相關議題都談得差不多了。接下來是不是請付費者代表再考慮一下，對牙醫部門所提出的版本，大家有什麼看法？我也要拜託大家，快快去快快回來，謝謝。牙醫部門的主談人是楊芸蘋委員，協談人是許慧瑩委員，我跟你們講，這個名字就是「會贏」，一定會順利的，謝謝。

（付費者代表進行內部會議討論18分鐘）

林委員恩豪

先向牙醫部門代表喊話一下，付費者剛才已經都討論好了，相信你們會滿意，希望你們就接受，等一下主談的委員會說明。

蔡委員順雄

儘量化繁為簡。

周主任委員麗芳

接下來請楊芸蘋主談人跟我們分享一下付費者代表目前的版本，謝謝。

楊委員芸蘋

謝謝周主任委員麗芳，還有各位牙醫代表，辛苦了，剛剛我們的總召林恩豪委員已經喊話了，希望大家滿意，我們就不用再進去討論了，來，大家看一下螢幕。

一、一般服務：

(一)A1「高風險疾病口腔照護計畫」：本項移列 B5，付費者版本在 A1 不編列預算，協定事項內容，考量預期效益之評估指標尚未完成評估，且申報尚未穩定，建議維持編列於專款項目 B5(同健保署版本)。

(二)A2「牙醫特殊醫療服務計畫」專款(B2)與一般服務重複費用扣減：扣減 0.0092 億元(同健保署版本)，協定事項是，比照各總額的部門扣減方式，援例於一般服務先行扣減與專款項目 B2 重複費用。

(三)A3「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：扣減 0.489 億元(同牙醫部門及健保署版本)。

(四)一般服務成長率是 3.202%。

二、專款項目：

(一)B1「醫療資源不足地區改善方案」：編列 3.75 億元(同健保署版本)。

(二)B2「牙醫特殊醫療服務計畫」：編列 12.118 億元(同健保署版本)，協定事項是，第 1 點，加強計畫推動及醫療團服務量能，提升特殊疾病及障別病人的服務涵蓋率。第 2 點，扣減部分依 A2 的協商結果辦理。

(三)B3「青少年口腔提升照護試辦計畫」，編列 3.09 億元(同牙醫部門及健保署版本)。

(四)B4「超音波根管沖洗計畫」：編列 1.448 億元(同牙醫部門及健保署版本)，協定事項，原以 3 年為檢討期限，即 112 至 114 年，考量照護成效尚在分析中，仍編列於專款，並重新提出屆期之檢討期限。

(五)B5「高風險疾病口腔照護計畫」：編列 50.919 億元，協定事項

，第 1 點，研訂 65 歲以上者之適應症。第 2 點，檢討各類適用對象醫療利用及執行效益，於 116 年 4 月以前提出專案報告。第 3 點，原以 4 年為檢討的期限，即 112 到 115 年，考量評估指標尚未完成評估，仍編列於專款，並重新提出屆期之檢討期限。

(六)B6「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」：編列 5.064 億元(同牙醫部門及健保署版本)，協定事項，第 1 點，訂定查詢雲端系統合理申報頻率及研訂評估指標定義及監測值，第 2 點，原以 3 年為檢討期限，即 113 到 115 年，考量評估指標定義及監測值尚在研議中，仍編列於專款，並重新提出屆期之檢討期限。

(七)B7「非齒源性口腔疼痛處置」：編列 0.16 億元(同牙醫部門及健保署版本)。

(八)B8「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」：編列 2 億元(116 年新增項目，同牙醫部門及健保署版本)。

(九)B9「因應牙醫支付標準調整所增加預算」：這沒有編列預算(同健保署版本)，本項已於醫院總額一般服務 A3 編列，依 115 年調整項目計算實際影響醫院總額費用，較本項預估未來影響金額準確，暫時不編列預算。

(十)B10「品質保證保留款」：編列 1.504 億元(同牙醫部門及健保署版本)。

三、最後，較基期成長 5.5%，總金額是 616.284 億元，以上。

周主任委員麗芳

非常感謝楊芸蘋委員這麼詳細的說明，協談人有要補充？沒有。接下來，又回到了牙醫部門，請黃立賢理事長。

黃委員立賢

非常感謝主委，還有楊芸蘋委員對我們的照顧，因為協定事項裡面有檢討期限、適應症等小細節，我們可能還要內部再談看看，可不可以給我們 5 分鐘？

周主任委員麗芳

可以啦，關鍵5分鐘，也是一樣，請快快去快快回，謝謝。

（牙醫部門代表進行內部會議討論10分鐘）

周主任委員麗芳

謝謝，牙醫部門已經討論回來了，請黃立賢理事長來告訴我們，目前討論完的結果如何。

黃委員立賢

請楊文甫協商代表先談一下。

周主任委員麗芳

請楊文甫協商代表。

楊協商代表文甫

謝謝主委，黃立賢理事長，我想對於A1「高風險疾病口腔照護計畫」有沒有辦法列到一般服務做一些細部說明。從過去的資料來看，確實有部分的成效指標目前尚未完成。不過，就牙醫部門的執行成果而言，包括高風險疾病患者平均填補顆數、拔牙顆數等數據，都已經呈現下降的趨勢。雖然我們之前有訂了1項指標(註)，是執行3年後，因牙周病拔牙的平均顆數應該降低。不過，目前因為尚未到117年，所以這項指標還無法確認是否達成，也因此成為目前無法納入一般服務的其中1個理由。但對我們來說，從目前各項數據來看，其實已經可以看出這項計畫是有成效的。在此再進一步說明，並不是完全沒有呈現成效指標，只是部分指標尚未到原先設定的評估期程。至於能不能移入一般服務，還是看理事長跟總額主委這邊的想法。

(註：114年「高風險疾病口腔照護計畫」預期效益之評估指標：

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。)

周主任委員麗芳

楊文甫協商代表最後的結論是要看理事長跟總額主委的想法？你們的想法如何？

翁協商代表德育

一、各位委員、周麗芳主任委員，大家辛苦了。牙醫部門非常感謝大家鼎力支持，讓成長率達到5.5%的上限，我們唯一的不同，就是在 A1「高風險疾病口腔照護計畫」是否應該列入一般服務。

(一)有關大家考量的預期效益之評估指標尚未完成評估，剛剛楊文甫協商代表已經跟大家報告過。事實上，在今年的評核會議中，我們就已經向各位報告，目前這項計畫的3項指標，其實已有部分成果提前呈現，並不需要等到115年底才能確認。因此，我們認為這一點不應再成為繼續列為專案的理由。

(二)申報尚未穩定，所謂申報尚未穩定，主要是因為這項計畫列在專案期間，受到許多外在因素干擾，導致計畫無法穩定、正常地推動。這對我們來說是一個非常嚴重的問題。我們也想請大家想一想，究竟有哪1個計畫可以連續2年虧損7億元，2年總共14億元，而且這14億元又沒要求討回，這已經不是預算的問題，這是1個情感的問題，我們究竟要如何向執行這項專案的醫師說明，請大家不要擔心，未來點值有機會回到1.0，請大家繼續投入？這是我們面臨的最大問題，希望大家都能夠體諒我們在基層推動這項專案、維持醫師參與意願的辛苦。

(三)我再坦白講說，如果今天拿不出任何好的成效，也不敢在這裡一直講，我們的差異就在於這項計畫是否應該納入一般服務，我要再懇請各位委員，多多能夠體諒我們牙醫部門的立場。

二、那接下來請將螢幕畫面移到B6「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」(註)，我先跟大家說明一下，也趁這個機會稍微宣傳一下這個計畫。

(一)就醫安全計畫中，雲端藥歷查詢只是一個基本步驟，並不是全部。大家可能會想，病人昨天才來看診，為什麼今天還要查詢

？第 1，是確認病人剛入系統的資料；第 2，是了解病人過去曾經使用過哪些藥物。這些都只是基本的資訊掌握。

(二)就醫安全計畫的注意事項寫得很清楚，雲端顯示醫師曾經開立的藥物，病人現在是否真的有服用？什麼時候服用？一次服用多少？這才是就醫安全計畫非常重要的 1 個步驟。例如抗凝血劑，病人目前到底有沒有停藥，差異就非常大。即使醫師已經完成雲端藥歷查詢，如果沒有進一步確認病人實際的用藥情形，仍然可能無法掌握真正的風險。

(三)另外，還有第 3 個問題，就是有許多藥物並不一定會出現在雲端藥歷中。這時候牙醫師就要主動詢問，想辦法確認病人目前實際使用的藥物，尤其現在有許多自費的針劑。

(四)所以我懇請將協定事項的第 1 項拿掉，因為這其實是每次看診時，醫師都應該確實執行的基本安全措施，那第 2 項我們尊重，以上。

(註：依螢幕上顯示B6「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」協定事項：

1.訂定查詢雲端系統合理申報頻率，及研訂評估指標定義及監測值。

2.原以3年為檢討期限(113~115年)，考量評估指標定義及監測值尚在研議中，仍編列於專款，並重新提出屆期之檢討期限。)

周主任委員麗芳

謝謝，徐邦賢總額主委還有要補充嗎？

徐協商代表邦賢

對不起，是不是能夠聽聽委員們給我們的一些指正？

周主任委員麗芳

剛剛牙醫部門進去談完後，也有一些想法回饋，所以現在再請付費者代表楊芸蘋主談人回應。

楊委員芸蘋

一、請幫我將螢幕畫面移到 A1「高風險疾病口腔照護計畫」(註)，就是因為預期效益之評估指標還有部分未完成評估，且申報還

沒有穩定，所以付費者方案將該計畫編列在專款項目，如果所有評估都出來了、有數據了、有成效了，應該就可以再考慮放在 A1，對不對？可是目前還沒有，所以健保署草案也是建議是放在 B5，我們覺得也滿合理的。

二、再來請將螢幕畫面移到 B6「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，你說拿掉協定第 1 項訂定查詢雲端系統合理申報頻率，及研訂評估指標定義及監測值。我不知道這個拿掉的話，健保署有沒有什麼建議？有沒有什麼想法？請幫我們解釋一下。

(註：依螢幕上顯示A1「高風險疾病口腔照護計畫」協定事項：考量預期效益之評估指標尚未完成評估，且申報尚未穩定，維持編列於專款項目B5。)

周主任委員麗芳

請健保署補充說明，如果將牙醫部門建議 B6「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，拿掉協定事項第 1 項後，實務執行上面，要怎麼去評估成效。

翁協商代表德育

一、我來幫健保署說明好了，因為這個太專業了。目前我們有很多項評估指標，其中大家最熟悉的就是抗凝血藥，也就是現在所稱的抗血栓藥物。過去對於使用抗血栓藥物的病人，我們會進行追蹤，因為這部分相對比較容易掌握。以前病人要接受牙科治療時，醫師可能會建議暫停用藥幾天，尤其是需要拔牙時，過去比較常採取停藥的方式。但現在醫療觀念逐漸改變。因為病人如果為了降低牙科治療時的出血風險而停藥，雖然牙科方面的風險可能降低，但心血管疾病相關的風險反而可能增加。因此，目前的觀念已逐漸從「停藥」轉向「不停藥」，由牙醫師依據病人的實際情況進行評估，並做好相關風險管理與注意事項，這些事情都由牙醫師來承擔。我們也將這些重要的醫療安全措施轉化為具體的評估指標，透過指標來追蹤執行情形。

二、第 2 個要跟大家報告的就是抗骨鬆藥物的部分。目前有許多病人使用抗骨鬆藥物，包括口服藥物或注射治療。因此，我們針

對這部分設計了2項不同的評估指標。第1項，是針對已經使用抗骨鬆藥物的病人，評估其接受牙科治療後發生顎骨壞死的情形，並追蹤相關風險。第2項，則是希望病人在開始使用抗骨鬆藥物之前，先到牙科接受檢查，並接受「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」相關服務，再追蹤後續發生顎骨壞死的情形。這2項都有明確的指標及定義，以上。

周主任委員麗芳

謝謝，請問一下翁德育協商代表，你剛才提到你們已經訂定了一些評估指標，那既然已有相關指標，代表的1項的內容目前應該也都有在執行，對嗎？

楊協商代表文甫

不是不是。

周主任委員麗芳

好，那到底是什麼請講清楚。

楊協商代表文甫

一、對不起，主委，我補充說明一下。這部分我比較熟悉，想再向大家說明。關於成效指標，我們其實原本就已經訂定，包括出血風險以及顎骨壞死的比例，這些都是原先設定的成效指標，並不是這項計畫沒有成效指標。

二、至於所謂的「合理申報頻率」，目前健保署也已經和我們建立相關的執行方式，也就是會員只要申報這項服務，就必須先完成雲端藥歷查詢，這部分目前並沒有問題。比較困難的是，醫師的病人中，究竟有多少比例應該申報這項服務，這個比率其實很難訂定統一標準。例如北區或鄉下地區，病人的高齡人口比例，以及使用慢性病藥物的人口比例，都可能有很大的差異，因此各地的合理申報頻率本來就不會完全相同。但成效指標原本就已經有了。

周主任委員麗芳

好，那這樣大家都聽懂了，請劉林義主任秘書回應一下。

劉主任秘書林義

好，那現在我們了解牙全會所關切的部分，主要是在於到底什麼是「合理」查詢頻率？以及什麼情況下應該查詢雲端藥歷。因為健保署原本就有規定，病人就醫時，醫師本來就應該查詢雲端藥歷，所以如果再另外訂定一個「合理查詢頻率」，確實會讓人有些難以理解。我想，牙全會的意思可能是，B6「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」的重點應該放在「結果面」，藉由訂定相關成效指標來評估計畫執行的成果，而不是著重在「過程面」。因為雲端藥歷查詢本來就是健保署既有的規定，這部分沒有問題。如果我們再要求訂定所謂的「合理查詢頻率」，反而會顯得比較奇怪。那麼理論上就是 100% 都應該查詢，而不是再去訂定一個所謂的合理頻率。

楊協商代表文甫

我再補充一下，因為即使醫師已經完成雲端藥歷查詢，如果病人本身沒有符合這項計畫的適應症，還是沒有辦法申報這項服務。所以我們比較擔心的是，醫師其實已經完成查詢，但因為病人的條件不符合申報資格，因此無法申報這一項服務。這樣一來，如果再以「合理申報頻率」作為評估標準，反而可能被認定為沒有執行。

劉主任秘書林義

假如委員還是要定義的話，是不是改成「就現有的結果面指標予以檢討」還是怎麼樣，還是說現行就已經有結果面指標，協定事項第 1 項就不用了。

周主任委員麗芳

好，那個健保署建議協定事項第 1 項就不用，現行就已經有指標了。

楊委員芸蘋

如果這 1 項不需要，拿掉也不會有影響。因為如果保留，對你們實際執行而言可能會有一定的困難，也不太方便執行。如果健保署認為拿掉沒有問題，就把它拿掉。實際執行面的情況還是以你們的專業判斷為主。付費者代表這邊沒有其他意見？

周主任委員麗芳

現在大家的爭議就只有在 A1「高風險疾病口腔照護計畫」，因為付費者還是比較關心這部分，所以你們是不是也要含淚接受？我看今天從一早到中醫部門的協商，每 1 個部門最後都含淚接受，總是……

周執行秘書淑婉

中醫部門是開心的接受。

周主任委員麗芳

對啊！他們開心接受，你們要不要再考慮一下？

翁協商代表德育

一、不是我們不接受，而是接受以後，後續要如何向醫師們交代？我們理事長及總額主委都要承擔很大的壓力。我再跟大家請求一件事，也請大家評估看看是否有道理，如果沒有道理，我也就不好意思再講了。評估指標尚未完成評估，那 A1「高風險疾病口腔照護計畫」列入一般服務後，就不能評估嗎？我覺得有點奇怪，應該還是可以評估的。

二、現在主要的問題是，萬一專款計畫的點值不穩定，若列在一般服務預算，可以讓點值穩定趨於 1，申報醫師們的心情會很篤定。我們已經連續 2 年跟參與計畫的醫師喊狼來了，我們點值一定有 1.0，結果都沒有，請委員們想辦法幫我們解決，因為已經連續 2 年都是如此，以上。

周主任委員麗芳

謝謝，請林恩豪委員說明。

林委員恩豪

一、我幫牙醫部門主談人補充說明一下，剛剛代表也講到重點，什麼時候要放專款項目，什麼時候移到一般服務？穩定的時候才會移到一般服務。你剛剛有講嘛，現在計畫就是不穩定，點值就是不穩定，而且你們一直強調，點值不到 1，甚至低於 0.7，如果將計畫移到一般，就會稀釋一般服務的點值，到時候你們又要反過頭來說，一般服務點值又被稀釋了。

二、現在就是幫你們解套想辦法，繼續留在專款項目執行及觀察，

然後把 65 歲以上者的適應症訂定出來。健保署也有試算，若訂定適應症後，執行費用就會降低一點。此外，我們也把經費編足給你們，讓原本健保署草案只有 5.059%的成長率，我們增加到 5.5%，這一來一往，我相信明年點值應該會穩定一點，然後再觀察一下，各指標如果都很穩定的話，就可以移列一般服務，這樣不是很正確嗎？

周主任委員麗芳

是啦，我看黃立賢理事長有露出微笑在點頭，他聽到都嚇了一大跳，想說我有嗎？請告訴我們。牙醫部門的考量、最後的結果。

黃委員立賢

非常感謝周麗芳主任委員還有與會的委員對牙醫部門的支持，我們沒有含淚，我們非常高興的接受，謝謝。

周主任委員麗芳

一、哇！太棒了，太棒了。謝謝，我協商結論還沒有唸完，請稍候一下，牙醫部門協商結論如下：

(一)116 年度牙醫總額，較基期成長 5.5%。

(二)以 116 年度總額協商程序，請牙醫部門及健保署依據今天的協商結論辦理下列事項，並且於 9 月 24 日中午前提送本會，以納入 9 月 30 號委員會議討論。

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，以上。

二、我們再次的感謝牙醫部門、謝謝所有的付費者代表，以及楊芸蘋主談跟許慧瑩協談，我也就預祝大家中秋節快樂，謝謝，等一下就立刻進行其他預算協商。

徐協商代表邦賢

請容我們將協定事項內容確認後明天交，是不是？

周主任委員麗芳

協定事項應該是現在確認。

周執行秘書淑婉

明天中午 12 點前，請提交「執行目標」及「預期效益之評估指標」的部分。

翁協商代表德育

我們可以稍微 review 一下協定事項嗎？因為剛剛太快了。

周主任委員麗芳

協定事項的文字讓他們再看一下。

翁協商代表德育

因為之後委員會議，我們牙醫的代表只有 1 位到 2 位出席，現在有 10 位，所以如果現在有問題我們要趕快問。

周主任委員麗芳

協定事項文字讓他們看一下。

翁協商代表德育

一、我們現在看一下 A1「高風險疾病口腔照護計畫」移列到專款項目(B5)之協定事項，研定 65 歲以上的適應症，對不對？但我要跟大家報告，這個跟我們以前的評估指標不一樣，所以後來需要修改，這需要時間，不能逼得太緊。因為大家今天才提出來，對不對？如果太急我們這個代表也不一定訂得出來，我先跟大家報告一下，不要逼得太緊。

二、第 2 個，各類適用對象醫療利用及執行效益，我們現在都有，這個比較沒有問題，在評核報告裡面也已經有報告一些相關內容。

三、再來，以 4 年為檢討期限，112 年至 115 年。那我想請問一下，所以明年可以列到一般服務嗎？我們要問的就是這個問題。

(註：依螢幕上顯示A1「高風險疾病口腔照護計畫」移列到專款項目(B5)之協定事項：

1.研訂65歲以上者之適應症。

2.檢討各類適用對象醫療利用及執行效益，於116年4月前提出專案報告。

3.原以4年為檢討期限(112~115年)，考量評估指標尚未完成評估，仍編列於專款，並重新提出屆期之檢討期限。)

周執行秘書淑婉

不是啦，這個是要請你們重新提出屆期的檢討期限，因為專款項目通常都會有 1 個屆期期限，你們可以評估後提 1 年、2 年、3 年等期限。

翁協商代表德育

那我們就是明年 116 年完成評估，明年還會再送，就要提一般服務，是這個意思嗎？我沒有說一定，我們都知道這個事情不能確定，但是你總得給我 1 個期限，我到底什麼時候可以提到一般服務？因為我們已經是第 2 年提出來了。

周執行秘書淑婉

你們要自己提，就是這個意思。因為原訂的 115 年已經結束了，但 116 年還是將計畫繼續留在專款項目，所以你們要重新提出來檢討期限。比如說增加適應症之後，你們認為多久點值會穩定、指標會穩定，以及需要多久的時間可以檢討。例如提出 1 年、2 年等期限，就看你們的評估結果，請你們提出以哪 1 年為檢討期限。

翁協商代表德育

我們還要再檢討，所以我們 116 年以後又不能提一般服務？

周主任委員麗芳

這個跟一般服務沒有關係！

翁協商代表德育

我現在是這樣，不是吧，因為我們上面寫得很清楚(註)，就是寫說我們都沒有完成評估，所以我們不能提到一般服務，那我現在只是問清楚，我們要訂定哪一些指標完成了，我就可以提到一般服務，我得要問清楚，要不然明年以後換了委員又來一次，我們每年都在搞這個就好了。OK？希望我有講清楚。

(註：依螢幕上顯示A1「高風險疾病口腔照護計畫」協定事項：考量預期效益之評估指標尚未完成評估，且申報尚未穩定，維持編列於專款項目B5。)

周執行秘書淑婉

這個要問健保署，因為付費者委員不會幫你們訂，你們要跟健保署討論需要多久的檢討期限？下次 9 月 30 日委員會議，由你們提供資料，給我們建議的檢討期限。

翁協商代表德育

我希望就是說，如果我們跟健保署有這樣的一個但書，那我想健保會也會尊重嘛，我在這裡就先感謝大家，以上。

周主任委員麗芳

謝謝，我們的協定事項一起走過一遍，沒有問題了，好啦，牙醫部門完成協定，謝謝大家。

陸、116年度總額協商－「其他預算」與會人員發言實錄

陸、116年度總額協商－「其他預算」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

我們終於來到最後的其他預算協商。非常感謝陳亮妤署長、張禹斌副署長，以及劉林義主任秘書率領健保署同仁，從早坐到現在。當然，這裡還有兩位也是從早堅守到現在，一位是黃金舜理事長，另一位是陳麗琴理事長。我們希望能夠儘快就其他預算達成共識，接下來請劉林義主任秘書向大家說明。

劉主任秘書林義

一、各位委員大家好，我儘量用比較磁性的聲音來跟大家報告。有關其他預算的部分，總共有 10 項：

(一)第一項是「基層總額轉診型態調整費用」，這項是為了配合分級醫療，假如有醫院將病人轉診到基層，我們就透過這項專款酌予補助。這項專款金額沒有調整，仍維持 6 億元。

(二)第二項是有關「山地離島地區醫療給付效益提升計畫」(IDS)，這項計畫執行一直相當穩定。我們之所以增加預算，是因為希望在花東地區推動全人整合照護方案，花東地區其實有許多鄉鎮，因此需要逐年推動，明年預計新增花東 8 個地區，未來這些地區將推動全人整合照護方案，因此需要增加相關經費。同時，我們也將 IDS 計畫原有的一些餘裕經費扣除後估算，本項預估增加金額約 4 億元。

(三)第三項是有關居家醫療照護、在宅急症照護(HaH，Hospital at Home，在家提供醫療照護)、助產所、精神疾病社區復健，以及轉銜長照服務等 5 項。這部分我們建議增加的金額約為 3 億元。

(四)第四項是有關預備金的部分，預備金原本預算為 3 億元，不過這筆經費主要是用來支應例如罕見疾病藥費，或前面提到的一些藥費支出。由於藥費按每點 1 元支付，因此若有相關藥費不足的情況，我們就會由這項專款支應。所以我們將預備金小幅調增，希望經費能更充裕一些，因此由 3 億元調整為 5 億元。

(五)第五項是「推動促進醫療體系整合計畫」，其中有 5 個子計畫：

1.第一是醫院以病人為中心整合計畫，這部分我們有跟老人醫學的專家陳亮恭院長討論。希望這項計畫朝向高齡長者門診整合的方向推動，未來可能會將住院一起納入規劃，目前這部分我們正在進行相關討論。

2.第二是有關PAC(Post Acute Care，急性後期照護)的部分，仍維持編列2億元，當然相關給付部分，我們本來就會進行例行性地檢討。

3.第三是跨層級醫院合作計畫，這部分仍維持8,000萬元，主要是由醫學中心等較大型醫院到規模較小的醫院提供支援，這也是分級醫療的一環。

4.第四是遠距醫療給付計畫，這部分仍維持編列2億元。至於部分執行成效較不理想的項目，我們會先將相關經費扣除，再把這些經費集中運用於第五項復健病房試辦計畫。

5.復健病房試辦計畫今年總共推動了10家醫院，相關醫療費用部分，我們剛剛在第一場醫院總額協商會議中已經納入，這裡主要編列的是評估與獎勵費用。我們預期116年還會再擴大推動，目前規劃希望每個縣市至少都有1家，因此預定再增加24家醫院。不過這仍是預定數，因此先將經費編列於此，依實際執行情形支付費用，這部分酌增2億元。

(六)第六項是「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，我們配合整體預算額度，建議保留 3 億元。

(七)第七項是「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」，矯正機關剛好最近有一則新聞，矯正機關收容人數增加的比例約達 18%，光第一季就增加了 18%，因此預期這部分的醫療費用也會同步增加。我們粗估大約需要 5 億元，所以預計新增 5 億元。

(八)第八項是有關「腎臟病照護及病人衛教計畫」，大家知道目前

透析人數已呈現負成長，原因就在於前端預防做得好。前端預防主要有兩項，一項是 Pre-ESRD(末期腎臟病前期)之病人照護與衛教計畫，另一項就是 Early-CKD(初期慢性腎臟病)醫療給付改善方案。對於 Early-CKD 的部分，目前支付的照護費其實相對偏低，因此我們考量明年適度調增，希望藉此鼓勵基層醫療院所收案照護更多 Early-CKD 病人，所以這部分預計增加 1.06 億元。

(九)第九項「提升用藥品質之藥事照護計畫」，就是黃金舜理事長等到現在的 3,000 萬元，這部分待會再請黃理事長向各位做說明。

(十)第十項「促進醫療服務診療項目支付衡平」，謝謝各位委員的支持，本項其實就是健保署的政策款，主要用於解決目前急診壅塞的 UCC(Urgent Care Center，假日輕急症中心)，以及春節加成方案；另外，也包括部分醫院 RBRVS 調整不足的經費。因為我們現在正積極挽留醫院重要科別的人才，避免人力流失，若醫院端的 RBRVS 經費不足支應，我們也會透過政策款來補充。這項政策款在今年主要運用於春節加成、UCC，以及不同工不同酬等相關支出。至於明年我們預期仍有持續編列的必要，正如我今天早上所提到的，醫療環境一直在變動，當面臨需要政府支持的情況時，我們能夠運用的款項主要就是這筆政策款。因此，這項經費對健保署而言其實相當重要。

二、以上就是健保署的版本，今年預算為 220 億元，明年大概會增加 12 億元左右，因此將達到 232 億元，以上簡單說明。

周主任委員麗芳

謝謝劉林義主任秘書的說明。距離會議結束還有 1 小時 7 分鐘，黃金舜理事長等了那麼久，現在可以暢所欲言。

黃委員金舜

一、首先非常恭喜主委，以及健保署署長、副署長、主秘，還有在場最辛苦的所有委員，大家好，大家晚安。剛剛主秘請我來說

明這3,000萬元的部分，事實上，這3,000萬元的預算，藥師公會在初期執行得並不理想，當然不是藥師公會不努力，而是當初整個預算在執行面上，第一線確實遇到一些困難。經過一段時間，藥師公會與健保署持續討論，也逐步針對執行面進行改善。我想今年整體執行成效應該已有很大的進步，因此拜託在座各位委員，對於這3,000萬元的編列，一定要幫忙支持藥師公會，好不好。

二、我也有一個拜託跟請求，在其他預算的部分，我認為整個會議程序應該先就政策方向進行討論，之後再討論總額相關資源配置，這樣應該會比較符合程序正義。當然，我也不希望自己已經等了7年，如果這個案子未來還是排在最後審的話，恐怕還要繼續再等8年。

周主任委員麗芳

謝謝黃金舜理事長剛才的發言，關於您所提到的部分，等一下也請署長一併回應。為了衡平起見，坐在黃金舜理事長旁邊的陳麗琴理事長，當然也要讓她好好發言一下。請陳麗琴理事長發言。

陳委員麗琴

一、主委、署長、副署長、主秘，還有所有委員，尤其是付費者代表委員，真的非常感謝各位委員對護理的支持與疼愛。從去年開始，大家就一直認為許多費用應該適度調升，用來補助護理人員。今天我也看到各位委員在討論時都很衡平，一方面關注醫療費用的支出，另一方面也替民眾把關健保財務，大家的發言都非常有道理。

二、今天在其他預算部分，我只有一個拜託，就是第三項居家醫療照護有關提升訪視費的部分。我知道去年已經調升過一次，大約調升了5%，但說實在的，居家護理所護理師的訪視費已經很久沒有調整了。我們曾經試算過，自COVID-19之後，各項物價持續上漲，而獨立型居家護理所不但採購量較小，也不容易透過議價降低成本，因此整體營運成本都明顯增加。當然，目

前編列約 3 億元經費，希望能夠用來調升訪視費。我真心期待這筆經費只能增加、不要減少，而且能優先運用在調升訪視費上。否則許多護理人員就不願意繼續從事健保居家訪視服務，而更傾向投入長照訪視工作。

三、隨著我國逐漸邁入超高齡社會，許多病人在醫院治療、住院後就回到家中，我們都希望社區照護體系能夠接得住這些病人。如果社區照護能夠順利銜接，其實病人短期內再次住院的機率就會降低。因此，我們也希望讓第一線照護人員更有信心、具備足夠的底氣，願意持續留在這個職場，貢獻他們的專業與力量。謝謝各位委員。

周主任委員麗芳

請陳亮妤署長。

陳署長亮妤

一、因為剛剛黃金舜理事長跟陳麗琴理事長都說健保會委員很疼愛他們，如果我說健保會委員很疼愛署長，好像有點怪怪的，不過，我是真的非常感謝大家。剛剛主秘已經說明了其他預算的幾項政策款，黃金舜理事長也特別提到政策優先順序(Priority)的問題，在此我還是要再強調幾項比較重要的部分。

(一)我記得我剛來擔任副署長那一年，曾經遇過一次矯正機關醫療費用不足的情況，當時因為推動打詐，矯正機關收容人數增加，導致相關醫療費用不夠支應，其實當時健保會委員也很想支持，但基於法規規定，無法破例處理。所以今年署方非常認真地定期與法務部確認目前收容人數，因此在第七項特別針對人數變化進行較精準的預算編列，避免再發生兩年前類似的情況。

(二)腎病照護的部分，我也想特別強調，臺灣常被稱為腎病大國，但事實上，自 2022 年開始，新發生的腎臟病患者人數已經連續 4 年下降，我們的 5 年存活率表現也優於美國、加拿大、日本及韓國，因此整體腎病照護成效其實相當良好。除了照護品

質好之外，我們也希望能進一步延緩病人進入透析階段，大家可以看到第八項第一點所提到的 Early-CKD 方案，過去 5 年來，透過這項計畫已成功讓許多慢性腎臟病患者的透析時間延後一年多。換句話說，讓病人能夠更晚進入洗腎階段，這也代表我們在健康促進與疾病預防方面持續向前推進。

(三)再來，我要特別強調偏鄉離島的部分。根據中研院相關報告顯示，人口仍持續往都會區集中，尤其集中於六都，而整體人口並未增加。雖然偏鄉離島健保給付涵蓋率已達 99.99%，而且自去年 8 月起，偏鄉離島所有照護也都納入健保給付，但全人整合照護方案仍需要額外經費挹注，因此，本次也特別編列相關預算。

二、以上針對這三點先做強調與說明，其餘細節部分剛剛主秘已經向各位報告。

周主任委員麗芳

非常感謝署長的說明，接下來就請各位委員提問。先請陳節如委員。

陳委員節如

基層總額轉診型態調整費用編列 6 億元，這項我們沒有意見，第二項有關偏鄉地區全人整合照護方案……。

周主任委員麗芳

對不起，請容我插一下話。其他預算的主談人是陳節如委員，協談人是黃國祥委員，所以現在是由主談人提問。請陳節如委員，不好意思，打斷一下。

陳委員節如

一、謝謝主席介紹。其實在偏鄉議題上，我一直在呼籲，不是只有山地離島才叫偏鄉，有時候台北市高樓層的住戶某種程度上也是偏鄉，因為他們真的不容易下樓取得醫療服務。如果將這些民眾都納入考量，經費根本不夠。所以到底要如何界定哪些地方屬於偏鄉，這是值得討論的問題，都市裡有些民眾其實也屬於偏鄉，這是我的一點建議。另外，對於醫院以病人為中心整

合照護計畫，陳亮恭醫師目前正在推動相關工作，我希望能夠再進一步說明未來要如何執行這項計畫。

二、還有第三項居家醫療照護，這是我們長期以來一直在推動的方向，目前居家住院、居家醫療的經費確實還是不夠。在我來開會之前，在宅醫療團隊還提到，不知道是誰曾經答應過他們要有百分之三的預算，好像總統曾經提過類似的說法。所以我認為，以目前編列的預算來看，和期待還有相當大的落差，這部分可能也請署長再做說明。就整體居家醫療與在宅醫療而言，我還是要特別建議，當然也要感謝大家一直以來都非常支持，臺灣確實應該大力推展在宅醫療，而且未來還要和長照結合，朝向醫照整合的方向發展。對於身心障礙者、高齡者，尤其是在高齡人口持續增加的情況下，居家醫療更顯得重要，不過目前相關經費增加的幅度仍然有限。如果一位醫師帶著一位或二位護理師到病人家中提供服務，實際成本確實不低，如果相關給付沒有適度增加，每年的成長速度還是非常低。

三、另外還有重症兒童的部分，今年 8 月底我到日本參加重症兒童相關會議，受益良多，當地在教育、社福及衛生等各方面都做得很好，對於需要插管等高度照護的孩子，他們甚至已經推動立法。反觀我們現在對重症兒童的支持，主要還是訪視加成，但實際執行情況似乎仍有限，目前究竟有多少重症兒童需要相關照護，衛福部這邊似乎也還無法精確掌握。因此，我很贊成訪視費加成的作法，也希望未來在資料與數據逐漸完整之後，能夠規劃如何編列經費來支持這些重症兒童，這是我在這裡特別提出的呼籲。此外，醫師與護理人員的相關給付也確實需要再加成，否則在宅醫療一直很難進一步發展。現在也有不少在宅醫療醫師開始提供自費服務，而自費服務的增加，多少也會影響臺灣整體在宅醫療政策的推動。

四、再來是第四項有關狂犬病醫療的部分，是不是也涉及動物保險？這部分我其實還不是很清楚。本項為「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」，編列 3 億元，所

以想請教一下，是否與動物相關的醫療給付有關？這部分請再說明。另外還有矯正機關的部分，我記得以前曾經提過相關問題，矯正機關收容人的健保費是不是由法務部編列？

周主任委員麗芳

請劉林義主任秘書就這個部分先做說明。

劉主任秘書林義

矯正機關所有的收容人，都是健保的保險對象。

陳委員節如

那誰來支付健保費？是法務部嗎？由矯正機關繳費？

劉主任秘書林義

對，健保費是由法務部來支應，所以醫療費用還是由健保支付。

陳委員節如

當然是這樣，只要他們有健保資格，你們就必須提供相關的醫療服務。另外，黃金舜理事長還在嗎？

周主任委員麗芳

黃金舜理事長在，他不敢離開。

陳委員節如

黃金舜理事長剛剛自己也說，計畫做的不是很理想，我們想要增加經費都沒有辦法增加。

周主任委員麗芳

沒有減少經費就可以了。

陳委員節如

以上大概就是幾個問題請教。

周主任委員麗芳

謝謝主談人陳節如委員，那其他委員還有沒有要提出詢問？好，請協談人黃國祥委員。

黃委員國祥

一、我們這邊有幾個問題。第一個是關於第三點，也就是在宅急症

照護部分，根據協商大表資料「其他預算」第 8 頁的內容，在宅急症部分提到「116 年度規劃擴大照護範圍」，這裡是不是能夠寫得更清楚一點，或請再詳細說明。另外，在第 10 頁最後也提到，未來將提出在宅急症照護試辦計畫的規劃方向，不過資料裡面似乎沒有看到相關內容。

二、第二個問題是關於狂犬病藥費部分，依據第 11 頁的統計資料，執行率為 0.5%；可是根據第 26 頁表 5-1 的資料，又提到今年並沒有動支相關預算，兩者看起來似乎有些不一致，這部分還請說明。

周主任委員麗芳

其他委員還有沒有要垂詢？請陳節如委員。

陳委員節如

有關精神疾病社區復健，請問這是日間的社區服務嗎？我記得在衛福部的復健計畫也有精神疾病的社區照護，是不是有重複？社家署的復健計畫也是銜接長照，我不清楚這邊是如何執行？

周主任委員麗芳

除了主談人、協談人的提問，其他委員還有沒有詢問？如果沒有的話，請健保署補充說明。

陳署長亮妤

一、我針對剛剛陳節如委員的提問一一回應。首先是山地離島部分，委員提到希望其他像臺北市的偏鄉地區也能納入考量。確實，其他預算的 IDS 計畫主要是適用山地離島地區，但事實上，針對偏鄉醫療資源不足的問題，在西醫、中醫、牙醫等總額部門中，都已編列偏鄉相關預算，也就是所謂的城市中的偏鄉。

二、剛剛談到有關第三項居家醫療照護，陳節如委員提到總統曾提及預算要達到 3%，跟陳節如委員報告，當時兩場活動我本人都在現場。其中提出 3%的是在宅醫療學會陳英詔理事長，他提到日本的比例是 3%，而當時總統的回應是表示有聽到這項建議。事實上，我也曾與陳英詔理事長討論過人力問題，因此當時我

們共同達成一個共識，就是人力到位、錢到位，所以我們會逐步增加預算。如果一下子就投入3%的預算，以目前居家醫療學會及相關醫護人力的投入情況來看，恐怕仍有不足，也可能讓第一線人員疲於奔命，因此還是要務實地逐步推動。這件事情我們也一直持續和居家醫療協會討論，另外安寧相關團體也希望推動安寧居家服務，相關會議都已排定，我們會持續往前推進。

三、第四項是狂犬病治療費用，這個問題幾乎每年都會被問到，確實也令人感到困惑，因此待會請主秘再補充說明。第五項是醫療體系整合計畫，其中有一項「醫院以病人為中心的門診整合照護計畫」，也謝謝陳節如委員給我們機會說明。事實上，今天醫院總額及西醫基層部門都提出高齡化加成的訴求，陳節如委員也提到，單純以年齡作為加成依據未必合理。因此，我們這個方案設計得更精緻，是以多重共病作為核心考量。根據目前臺灣的流行病學資料，多重共病已可區分為四種類型，例如癌症合併其他疾病的患者，我們透過全國性統計資料，可以分析其生前就醫行為，包括就診醫院次數、住院次數、急診次數及門診次數等；若是慢性病患者，也可分析其住院、急診及銜接長照服務的次數，這些統計資料都已建置完成。因此，我們是基於科學治理的精神，針對高齡多重慢性病患者規劃整合性方案，整體經費預估約 9,000 萬元，連 1 億元都不到，希望透過分級分流機制，建立高齡多重共病照護模式。

四、最後是矯正機關服務部分，剛剛已補充說明，保險費由收容人本人或法務部負擔，醫療費用則由本項預算編列支應。考量近來因毒駕及依托咪酯相關案件增加，獄政系統收容人數約增加17%，因此我們也據此編列相應增加的醫療費用。至於第八項腎臟病照護，剛剛已經回應過。第九項藥事照護計畫，我在此也表達對黃理事長的支持，以上。

周主任委員麗芳

非常謝謝署長，你看她對業務真的非常的嫻熟，每一項都信手拈來，都可以講得很清楚。不過唯一保留了一項，要請劉林義主任秘書回答，就是有關狂犬病的部分。

劉主任秘書林義

跟各位委員再次說明，第一個，健保給付的對象當然是以人為主，所以狂犬病我們要治療的不是那隻得到狂犬病的狗，而是被那隻有狂犬病的狗咬到的人，因此，這筆費用支應的是被咬傷民眾的治療費用。因為這筆錢其實不多，大概就是一、兩百萬元左右，所以不管是編在西醫基層總額或編在醫院總額，占的比例都很小，因此我們才編列在其他預算項下。

周主任委員麗芳

建議項目名稱寫清楚一點(註)，將治療對象是被狂犬病動物咬傷的人寫進去。

(註：項目名稱修正為「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」。)

陳委員節如

主席，我這邊還有一個疑問，就是這邊第五項復健病房試辦計畫，是不是跟目前試辦的 PAC 計畫有重複。

陳署長亮妤

一、目前的 PAC 計畫，事實上已經推動 10 多年，快 20 年了。而復健病房試辦計畫部分，以中風照護為例，我們現在推動的 10 家復健病房，也就是陳節如委員很清楚的小倉模式復健病房，今年 9 月已經上路，目前共有 10 家。我們在支付標準上已經明定，PAC 跟復健病房只能擇一。未來我們會從目前全臺灣 221 家中風急性後期照護，也就是 PAC 急性後期照護的醫院當中，輔導部分院所轉型為積極的住院型復健病房。所以，復健病房明年的目標是希望再增加 24 家。

二、回應您今天早上的提問，就是家屬未來是不是還要陪病、還要再請看護。我們有要求得標醫院的復健病房，必須搭配照護司

的 skill-mixed(住院整合照護服務試辦計畫),也就是採取全人照護模式，因此，原則上家屬不需要再另外聘請看護。至於照護司的部分，目前也已經編列公務預算支應，據了解大概是 40 多億元，作為整體 skill-mixed 的經費。因此，復健病房目前的推動進度大概是這樣。

三、另外，目前 221 家醫院的 PAC 病床，佔床率其實只有 5 成多，所以我們希望輔導部分院所轉向積極型復健病房，其餘院所則持續扮演 PAC 的功能，畢竟 PAC 與復健病房在復健積極度、復健頻率，還是有所不同。

周主任委員麗芳

請陳秀熙委員。

陳委員秀熙

一、有關於狂犬病這個部分，其實我上次就問過，我也要誇獎一下健保署，其實上次他們有提出一個很重要的說明，就是有去請教 CDC,只要是病人需要接受隔離檢疫,相關費用就是由 CDC 的公務預算支付，這部分我希望把它寫清楚，因為每次大家看到這個項目都會有疑問。另外，還有一個數據被漏掉了，上次我就有提到，應該把目前狂犬病的盛行率相關統計數據列出來，這樣大家才知道這筆經費編列的依據，以及到底花了多少錢。我記得 CDC 有這方面的數據，可以把它補上去，不然每次大家都會問同樣的問題。

二、另外，就是剛剛黃金舜理事長提到的程序正義問題，我希望能夠把他提出的議題列入考量，其實藥師在我們國家的醫療體系中扮演很重要的角色，只是過去大家比較沒有從這個角度去思考。我認為我們國家的健保制度未來慢慢要往下一個世代邁進，像門診透析都已經有總額，是不是也可以開始思考藥師及藥事服務在藥費總額方面的規劃。今天大家討論的很多問題，不管是藥品、藥材，或是新藥、新醫療科技等，其實都和藥師的專業密切相關。我覺得黃金舜理事長已經針對這個問題提了

兩次，顯示這確實是一個值得重視的議題。

周主任委員麗芳

謝謝黃金舜理事長。請問付費者代表委員針對其他預算的部分，還需要再召開內部會議嗎？(付費者委員表示不需要)不用了，都沒有意見，所以目前是可以接受了。好，請主談人陳節如委員做最後的總結，您看最後的結論是怎麼樣？有沒有同意？

陳委員節如

我們請今天跟我搭檔的黃國祥委員逐一說明。

周主任委員麗芳

然後再一一確認。

黃委員國祥

一、以下逐一說明：

(一)第一項「基層總額轉診型態調整費用」，編列 6 億元。

(二)第二項「山地離島地區醫療給付效益提升計畫」，編列 20.953 億元。本項協定事項為持續加強推動偏鄉全人整合照護計畫，並於 116 年 6 月前提出專案報告。

(三)第三項「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之服務」，編列 101.765 億元。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。另外，請持續加強推動「在宅急症照護試辦計畫」，並於 116 年 7 月前提出專案報告。

(四)第四項「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」，編列 5 億元，新增支應「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款不足之經費。

(五)第五項「推動促進醫療體系整合計畫」，編列 8.2 億元，新增「復健病房試辦計畫」，主要支應評估費及獎勵費等用途。

(六)第六項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，

編列 3 億元。

(七)第七項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」，編列 26 億元。

(八)第八項「腎臟病照護及病人衛教計畫」，編列 6.068 億元。

(九)第九項「提升用藥品質之藥事照護計畫」，編列 0.3 億元。

(十)第十項「促進醫療服務診療項目支付衡平」，編列 55.154 億元。協定事項如下：

1.得支應醫院總額及西醫基層總額同項專款不足之經費。

2.下列事項於 116 年 7 月前提出專案報告：

(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，對提升護理量能之具體成效。

(3)針對週日、國定假日輕急症中心(UCC)執行情形提出說明。

(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。

二、以上 10 項總計金額為 232.44 億元，較前一年度增加 12.118 億元，以上說明。

周主任委員麗芳

一、非常謝謝黃國祥委員這麼詳盡地向大家說明每個項目，以及最後付費者代表協定的金額，同時也非常感謝我們這個場次的主談人陳節如委員。再次向所有健保會委員表達感謝，我們每一位委員都是神隊友，因為有各位的共同努力，讓我們連續 2 年全壘打。

二、在這些努力的成果背後，我也要特別感謝幾個重要團隊。首先，要感謝陳亮妤署長所率領的健保署團隊，真的是一支夢幻團隊，要什麼資料就有什麼資料，太厲害了。今天我們所有參閱的資料當中，有相當大的一部分都來自健保署，對他們而言確

實是非常沉重的工作負荷。其次，也要感謝我們背後的鋼鐵團隊，也就是周淑婉執行秘書所率領的健保會團隊，直到昨天，大家都還在加班趕工。當然，我也要特別感謝社保司，以及張鈺旋司長的協助，因為總額協商最上游的規劃，都仰賴他們跟國發會及行政院持續溝通協調與爭取。因此，我想我們這一屆委員總算沒有辜負社會大眾對我們的期待，我們自己給自己一個掌聲，好不好？最後，今天的會議非常順利圓滿，祝福大家中秋佳節愉快，謝謝大家。