

衛生福利部全民健康保險會  
第 1 屆 102 年第 3 次委員會議事錄

中華民國 102 年 9 月 28 日



# 衛生福利部全民健康保險會第1屆102年第3次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國102年9月28日上午10時10分

貳、地點：中央健康保險署大禮堂(台北市信義路3段140號18樓)

參、出席委員：

干委員文男

曲委員同光

何委員語

吳委員玉琴

吳委員肖琪

李委員永振

李委員蜀平

林委員至美

林委員錫維

侯委員彩鳳

施委員純全

柴委員松林

翁委員文能

張委員永成

張委員煥禎

莊委員志強

連委員瑞猛

郭委員志龍

陳委員川青

陳委員宗獻

陳委員幸敏

陳委員錦煌

黃委員建文

楊委員芸蘋

楊委員漢淙

楊委員麗珠

葉委員宗義

林口長庚醫院郭特助正全(代)

中華民國農會林主任敏華(代)

中華民國區域醫院協會劉副秘書長碧珠(代)

中華民國牙醫師公會全國聯合會陳常務理事彥廷(代)

蔡委員明忠  
蔡委員登順  
謝委員天仁  
謝委員武吉

台灣社區醫院協會謝名譽理事長文輝(10:28~12:13 代)

肆、請假委員：  
李委員成家  
周委員麗芳  
林委員啟滄

伍、列席人員：  
本部社會保險司  
中央健康保險署

本會

楊副司長慧芬  
黃署長三桂  
蔡副署長魯  
蔡主任秘書淑鈴  
柯執行秘書桂女  
林組長宜靜  
吳組長秀玲  
張組長友珊

陸、主席：鄭主任委員守夏

紀錄：張櫻淳、彭美熒、  
黃偉益、方瓊惠、  
邱臻麗、馬文娟

柒、主席致詞(略)

捌、議程確認

決定：確定。

玖、報告事項

第一案

案由：確認本會上次(第2次)委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第2)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要

業務報告，請 鑒察。

決定：本會上次決議(定)之 8 事項中，除第 3 項「103 年度各部門總額協商因素項目或計畫」提送案，及第 8 項特殊材料「"愛德華"卡本特-愛德華沛旅旺人工心瓣膜" Edwards" Carpentier-Edwards PERIMOUNT Pericardial Bioprosthesis」自付差額申請案等二項解除追蹤外，餘均繼續追蹤。

### 第三案

案由：中央健康保險署「102 年 8 月份全民健康保險業務執行報告」，請 鑒察。

決定：洽悉。

## 拾、討論事項

### 第一案

提案單位：本會第三組

### 第一案

提案單位：本會第三組

案由：103 年度牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院部門及其他預算醫療給付費用總額協商因素項目及成長案，提請 討論。

決議：

#### 一、103 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：

103 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 102 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+103 年度一般服務成長率)+103 年度專款項目經費

註：校正後 102 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依費協會第 114 次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

(二)總額協商結論：

- 1.一般服務成長率為 0.364%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率為 0.431%，協商因素成長率為 -0.067%。
- 2.專款項目全年經費為 1,567.6 百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，103 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 102 年度所核定總額成長 1.888%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 1.580%。各細項成長率及金額如表 1。

(三)總額分配相關事項：

1.一般服務(上限制)：

(1)品質保證保留款(0.300%)：

- ①依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於 102 年 11 月底前完成相關程序，並於 103 年 6 月底前提送前一年度執行成果。
- ②金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。
- ③請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，於 103 年 6 月底前，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目與監測值。

(2)口乾症患者照護(0.082%)。

(3)牙周病統合照護計畫(第 3 階段)(-0.447%)：102 年於一般服務執行，103 年移列至專款項目。

(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(-0.002%)。

2.專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 102 年 11 月底前完成，並於 103 年 6 月底前提報執行成果及成效評估報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(1)醫療資源不足地區改善方案：

- ①全年經費 280 百萬元，辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
- ②至少新增 4 個醫療站。
- ③醫療資源不足地區之操作型定義，須經全民健康保險會同意後，方可施行。

(2)牙醫特殊服務計畫：

- ①全年經費 443 百萬元，辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者牙醫醫療服務。
- ②其中預算 20 百萬元用於新增早期療育患者之費用。

(3)牙周病統合照護計畫：

- ①第 1、2 階段：全年經費 680 百萬元。
- ②第 3 階段：全年經費 164.6 百萬元，其中 163.8 百萬元由一般服務移列。
- ③第 1、2 階段照護目標數至少 100,000 人，第 3 階段服務人數應達 7 成以上。
- ④若第 3 階段提供服務人數未達 7 成，應由第 1、2 階段預算移 3 千萬元至第 3 階段。
- ⑤預算若仍不足，則由一般服務支應。

(4)受刑人之醫療服務費用：原 102 年所編經費(101.3 百萬元)移列至其他預算項下統籌運用，並不算入基期費用中。

## 二、103 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：

103 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 102 年度中醫門診一般服務醫療給付費用 $\times(1+103$  年度一般服務成長率)+103 年度專款項目經費

註：校正後 102 年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依費協會第 114 次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

### (二)總額協商結論：

- 1.一般服務成長率為 2.322%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.417%，協商因素成長率 0.905%。
- 2.專款項目全年經費為 187.4 百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，103 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 102 年度所核定總額成長 2.421%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 2.104%。各細項成長率及金額如表 2。

### (三)總額分配相關事項：

#### 1.一般服務(上限制)：

##### (1)品質保證保留款(0.1%)：

- ①依中醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於 102 年 11 月底前完成相關程序，並於 103 年 6 月底前提送前一年度執行成果。
- ②金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。
- ③請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，於 103 年 6 月底前，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目與監測值，並應以發展結果面指標為方向。

##### (2)中醫特定疾病門診加強照護計畫—腦血管疾病

及顱腦損傷後遺症(0.810%)。

(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(-0.005%)。

## 2.專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於102年11月底前完成，新增計畫原則於102年12月底前完成，並於103年6月底前提報執行成果及成效評估報告(新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協考量。

(1)醫療資源不足地區改善方案：

①全年經費74.4百萬元。

②辦理巡迴醫療服務計畫及獎勵開業服務計畫。

(2)西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫(包含：1.腦血管疾病；2.腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護；3.顱腦損傷)：

①全年經費113百萬元。

②102年之「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」及「腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」二項計畫整合，並新增顱腦損傷。

(3)腦血管疾病後遺症門診照護計畫：經費移列至一般服務項下。

(4)受刑人之醫療服務費用：原102年所編經費(57.1百萬元)移列至其他預算項下統籌運用，並不算入基期費用中。

### 三、103 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

#### (一)總額設定公式：

- 103 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 102 年度醫院一般服務醫療給付費用 $\times(1+103$  年度一般服務成長率) $+103$  年度專款項目經費 $+103$  年度醫院門診透析服務費用
- 103 年度醫院門診透析服務費用＝102 年度醫院門診透析服務費用 $\times(1+成長率)$

註：校正後 102 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依費協會第 114 次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

#### (二)總額協商結論：

經醫院部門與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定：

#### 付費者代表方案：

1.一般服務成長率為 2.311%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.909%，協商因素成長率 0.402%，各項協商因素及建議事項如下：

##### (1)品質保證保留款(0%)：

- ①依醫院總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於 102 年 11 月底前完成相關程序，並於 103 年 6 月底前提送前一年度執行成果。
- ②金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限(102 年該項成長率為 0.1%，約 3.2 億元)，其餘額度回歸一般服務預算。
- ③請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，於 103 年 6 月底前，完成新增及檢討修訂醫療服

務品質指標項目與監測值。

- (2) 新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)(0.312%)：其中新增支付標準項目，請中央健康保險署訂定相關項目之額度與開放時程，若未於時程內導入，則扣減該額度。
- (3) 降血脂用藥放寬適應症所增費用(0%)。
- (4) 特殊材料採每點 1 元之差額(0%)。
- (5) 調整支付標準(0%)。
- (6) 合理調高藥事服務費(0.090%)：
  - ① 應配合訂定合理調劑量，其調整方案並須經全民健康保險會同意。
  - ② 請於 103 年 6 月底前提送執行情形。
- (7) 配合結核病防治政策改變之費用(0.007%)。
- (8) 配合安全針具推動政策之費用(0.029%)。
- (9) 確保護理品質(0%)：原方案實施成效仍有待評估，應維持編列於專款項下。
- (10) 原一般服務移列由專款支應之藥費(-0.033%)：
  - ① 類血友病用藥，移由「罕見疾病、血友病藥費」專款支應。
  - ② 肝臟移植術後之免疫球蛋白藥費，移由「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款支應。
- (11) 慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫(0%)。
- (12) 其他醫療服務利用及密集度改變對醫療費用之影響(0%)。
- (13) 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%)。
- (14) 關床致影響醫療利用者，應按每床每日費用扣減 103 年度總額。

## 2.專款項目全年經費為 16,201.3 百萬元：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 102 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 102 年 12 月底前完成，並於 103 年 6 月底前提報執行成果及成效評估報告(新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(1)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：全年經費 3,972 百萬元，不足部分由其他預算支應。

(2)罕見疾病、血友病藥費：

①全年經費 7,815 百萬元，不足部分由其他預算支應。

②為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於 103 年 3 月前，提出專案報告。

(3)醫療給付改善方案：

①全年經費 567.3 百萬元。

②辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、精神分裂症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤等 5 項方案，並新增早期療育方案。

③糖尿病照護方案應擴大院所照護涵蓋率，並考慮以醫療院所為獎勵單位，且相關方案皆應訂定嚴格之退場機制。

(4)急診品質提升方案：全年經費 320 百萬元。

(5)提升住院護理照護品質方案：

①全年經費 2,000 百萬元。

②本項經費不得用於調整支付標準，實施方案並應由中央健康保險署於 103 年 4 月前，提經全民健康保險會同意。

(6)繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵：

- ①全年經費 667 百萬元，含第 2 及第 3 階段 DRGs 項目之導入。
- ②本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

(7)醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案：全年經費 60 百萬元，配合支援西醫基層醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。

(8)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 800 百萬元，含原 102 年其他預算項下所編列經費(500 百萬元)移列至醫院總額部門，並增加 300 百萬元。
- ②本項經費用於繼續辦理原計畫，及新增「鼓勵偏鄉醫院提供重度急診服務」。

(9)受刑人之醫療服務費用：原 102 年所編經費(903.7 百萬元)移列至其他預算項下統籌運用，並不算入基期費用中。

3.門診透析服務：

- (1)合併醫院及西醫基層兩總額部門所協定之年度門診透析服務費用，並統為運用。
- (2)合併醫院及西醫基層兩總額部門之年度門診透析服務費用，協商新年度成長率，並依協商當年第 1 季醫院總額及西醫基層總額之門診透析費用點數占率分配計算而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。
- (3)門診透析服務總成長率為 3.7%，其基期費用包含 102 年度之 2% 成長率。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 2.519%。

(4)應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。

4.前述三項額度經換算，103 年度醫院醫療給付費用總額，較 102 年度所核定總額成長 3.032%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 2.741%。各細項成長率及金額如表 3。

#### 醫院代表方案：

1.一般服務成長率為 6.039%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.909%，協商因素成長率 4.130%，各項協商因素及建議事項如下：

(1)品質保證保留款(0%)。

(2)新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)(0.312%)。

(3)降血脂用藥放寬適應症所增費用(0.598%)：若不同意編列本項經費，則應恢復原支付之適應症規定。

(4)特殊材料採每點 1 元之差額(0.627%)：本項經費係依全民健康保險法第 62 條第 1 項規定編列。

(5)調整支付標準(1.459%)。

(6)合理調高藥事服務費(0.090%)。

(7)配合結核病防治政策改變之費用(0%)：所增費用應於其他預算項下編列經費支應。

(8)配合安全針具推動政策之費用(0.058%)。

(9)確保護理品質(0.584%)：同意付費者方案所列經費 2,000 百萬元，但由專款項目移至一般服務預算，用於調增護理費之支付標準。

(10)原一般服務移列由專款支應之藥費(-0.033%)：

①類血友病用藥，移由「罕見疾病、血友病藥費」專款支應。

②肝臟移植術後之免疫球蛋白藥費，移由「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款支應。

(11)慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫(0.438%)。

(12)其他醫療服務利用及密集度改變對醫療費用之影響(0%)。

(13)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%)

2.專款項目全年經費為 12,854.3 百萬元：

(1)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：全年經費 3,972 百萬元，不足部分由其他預算支應。

(2)罕見疾病、血友病藥費：全年經費 7,815 百萬元，不足部分由其他預算支應。

(3)放寬黃斑部新生血管病變藥品(Lucentis)適應症所增費用：

①全年經費 120 百萬元，不足部分由其他預算支應。

②若不同意編列本項預算，則不應開放此支付適應症之規定。

(4)醫療給付改善方案：

①全年經費 567.3 百萬元。

②辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、精神分裂症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤等 5 項方案，並新增早期療育方案。

(5)急診品質提升方案：全年經費 320 百萬元。

(6)提升住院護理照護品質方案：同意付費者方案所列經費 2,000 百萬元，但由專款項目移至一般服務預算，用於調增護理費之支付。

(7)繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵：全年經費 0 百萬元。

(8)醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案：全年經費 60 百萬元，配合支援西醫基層醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。

(9)全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：本項為國家衛生應扶植之事項，應維持於其他預算項下編列經費支應。

(10)受刑人之醫療服務費用：原 102 年所編經費(903.7 百萬元)移列至其他預算項下統籌運用，並不算入基期費用中。

3.門診透析服務：同付費者代表方案。

4.前述三項額度經換算，103 年度醫院醫療給付費用總額，較 102 年度所核定總額成長 5.549%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 5.252%。各細項成長率及金額如表 3。

#### 四、103 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：

■ 103 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 102 年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+103 年度一般服務成長率)+103 年度專款項目經費+103 年度西醫基層門診透析服務費用

■ 103 年度西醫基層門診透析服務費用＝102 年度西醫基層門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後 102 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依費協會第 114 次委員會決議，校正投保人口數成長率差值。

##### (二)總額協商結論：

經西醫基層部門與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及西醫基層代表之委員建議方案

當中各提一案，報請主管機關決定：

付費者代表方案：

1.一般服務成長率為 1.062%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 0.811%，協商因素成長率 0.251%，各項協商因素及建議事項如下：

(1)品質保證保留款(0.1%)：

①依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於 102 年 11 月底前完成相關程序，並於 103 年 6 月底前提交前一年度執行成果。

②金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

③請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，於 103 年 6 月底前，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目與監測值，並應以發展結果面指標為方向。

(2)新醫療科技(包含藥品、特材、新增項目等)(0.071%)：含增修眼科用藥 Lucentis 給付規定所產生之費用效應。

(3)新增跨表項目(0.018%)：

①新增 6 項跨表項目，其中 64271B 橈骨尺骨遠心端骨折經皮穿刺內固定復位手術，須有麻醉師與開刀房等設備。

②應於 102 年 12 月底前完成相關程序(含適應症之訂定)，若未能於年度開始時實施，則扣減本項成長率。

(4)調整支付標準(0%)。

(5)配合結核病防治政策改變之費用(0.007%)。

(6)配合安全針具推動政策之費用(0.004%)。

- (7)破傷風類毒素(0%)。
- (8)特殊材料採每點 1 元之差額(0%)。
- (9)擴大基層醫療服務規模：
  - ①例假日提供醫療服務(0%)。
  - ②整合照護(0%)。
  - ③護理照護(0%)。
- (10)放寬耳鼻喉科局部處置可申報率閾值(0%)。
- (11)因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(含慢性病照護之增進)(0.104%)。
- (12)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.053%)。

## 2.專款項目全年經費為 1,755.5 百萬元：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 102 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 102 年 12 月底前完成，並於 103 年 6 月底前提報執行成果及成效評估報告(新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協考量。

- (1)醫療資源不足地區改善方案：全年經費 150 百萬元。
- (2)慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫：全年經費 200 百萬元，不足部分由其他預算支應。
- (3)醫療給付改善方案：
  - ①全年經費 205.5 百萬元。
  - ②辦理原有之糖尿病、氣喘、精神分裂症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤等 4 項方案，並新增早期療育計畫。
  - ③糖尿病照護方案應擴大院所照護涵蓋率，並考

慮以醫療院所為獎勵單位，且相關方案皆應訂定嚴格之退場機制。

- (4)家庭醫師及診所以病人為中心整合照護計畫：全年經費 1,200 百萬元，並應訂定嚴格之退場機制。
- (5)受刑人之醫療服務費用：原 102 年所編經費(262.4 百萬元)移列至其他預算項下統籌運用，並不算入基期費用中。

### 3.門診透析服務：

- (1)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
- (2)合併西醫基層及醫院兩總額部門之年度門診透析服務費用，協商新年度成長率，並依協商當年第 1 季西醫基層總額及醫院總額之門診透析費用點數占率分配計算而得新年度西醫基層及醫院門診透析費用及其成長率。
- (3)門診透析服務總費用成長率為 3.7%，其基期費用包含 102 年度之 2% 成長率。依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 5.358%。
- (4)應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。

4.前述三項額度經換算，103 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 102 年度所核定總額成長 1.895%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 1.620%。各細項成長率及金額如表 4。

### 西醫基層代表方案：

- 1.一般服務成長率為 4.255%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 0.811%，協商因素成長率 3.344%，各項協商因素及建議事項如下：

- (1)品質保證保留款(0.1%)。
  - (2)新醫療科技(包含藥品、特材、新增項目等)(0.249%)。
  - (3)放寬降血脂藥品(Statins)適應症所增費用(0.726%)。
  - (4)新增跨表項目(0.018%)。
    - ①新增 6 項跨表項目。
    - ②應於 102 年 12 月底前完成相關程序(含適應症之訂定)，若未能於年度開始時實施，則扣減本項成長率。
  - (5)調整支付標準(0.135%):其中 3 千萬元係回補 102 年 RBRVS 修訂致影響婦產科之費用。
  - (6)配合結核病防治政策改變之費用(0%):建議由公務預算支應(金額為 6.7 百萬元)。
  - (7)配合安全針具推動政策之費用(0.004%)。
  - (8)破傷風類毒素(0.010%)。
  - (9)特殊材料採每點 1 元之差額(0%)。
  - (10)擴大基層醫療服務規模：
    - ①例假日提供醫療服務(0.403%)。
    - ②整合照護(0.532%)。
    - ③護理照護(0.062%)。
  - (11)放寬耳鼻喉科局部處置可申報率閾值(0.572%)。
  - (12)因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(含慢性病照護之增進)(0.686%)。
  - (13)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.053%)。
- 2.專款項目全年經費為 1,775.5 百萬元：
- (1)醫療資源不足地區改善方案：全年經費 150 百萬元。
  - (2)慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫：全年經費 200

百萬元，不足部分由其他預算支應。

(3)醫療給付改善方案：

①全年經費 205.5 百萬元。

②辦理原有之糖尿病、氣喘、精神分裂症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤等 4 項方案，並新增早期療育計畫。

③糖尿病照護方案應擴大院所照護涵蓋率，並考慮以醫療院所為獎勵單位，且相關方案皆應訂定嚴格之退場機制。

(4)家庭醫師及診所以病人為中心整合照護計畫：全年經費 1,200 百萬元，並應訂定嚴格之退場機制。

(5)放寬黃斑部新生血管病變藥品(Lucentis)適應症所增費用：

①全年經費 20.0 百萬元。

②不足部分由其他預算支應。

③若不同意編列本項預算，則不應開放此支付適應症之規定。

(6)受刑人之醫療服務費用：原 102 年所編經費(262.4 百萬元)移列至其他預算項下統籌運用，並不算入基期費用中。

3.門診透析服務：同付費者代表方案。

4.前述三項額度經換算，103 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 102 年度所核定總額成長 4.685%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 4.404%。各細項成長率及金額如表 4。

## 五、103 年度全民健康保險其他預算及其分配

(一)103 年度其他預算增加 1,952 百萬元，預算總額度為 10,782.4 百萬元，採支出目標制，由中央健康保險

署管控，各細項分配如表 5。

(二)預算分配相關事項：

- 1.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：全年經費 605.4 百萬元，請於 103 年 6 月底前提送執行成果。
- 2.非屬各部門總額支付制度範圍之服務：全年經費 3,768 百萬元，用於助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護及藥師居家照護所需經費。其中，全民健保高診次民眾就醫行為改善方案-藥師居家照護，請於 103 年 6 月底前提送執行成果。
- 3.支應罕病及血友病藥費、器官移植、西醫基層慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費及狂犬病治療藥費：
  - (1)全年經費 300 百萬元。
  - (2)所列狂犬病治療藥費係用於治療被動物咬傷患者，防止狂犬病之發生。
- 4.推動促進醫療體系整合計畫：
  - (1)全年經費 1,000 百萬元。
  - (2)預算用於醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、論人計酬試辦計畫，及新增提升急性後期照護品質試辦計畫與醫院垂直整合方案。
  - (3)提升急性後期照護品質試辦計畫，得包含地區醫院及醫院附設護理之家或居家護理。
  - (4)延續型計畫，請於 103 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。新增方案原則於 102 年 12 月底前完成相關程序，並於 103 年 6 月底前提送初步執行結果。
- 5.其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費：
  - (1)全年經費 1,000 百萬元。

- (2)含新增醫藥分業地區所增加之費用。
  - (3)經費之支用，依費協會第 178 次委員會議通過之適用範圍與動支程序原則辦理。
- 6.增進偏遠地區醫療服務品質計畫：原 102 年所編列經費 500 百萬元，移列至醫院總額專款項下。惟醫院部門代表建議維持編列在其他預算項下，經費 800 百萬元。
- 7.ICD-10-CM/PCS 編碼：
- (1)全年經費 100.5 百萬元。
  - (2)新增方案原則於 102 年 12 月底前完成相關程序，並於 103 年 6 月底前提送初步執行結果。
- 8.鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施：
- (1)全年經費 2,200 百萬元。
  - (2)請中央健康保險署於完成簽約後，即向全民健康保險會報告方案內容。
  - (3)新增方案原則於 102 年 12 月底前完成相關程序，並於 103 年 6 月底前提送初步執行結果。
- 9.提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：
- (1)全年經費 1,404.5 百萬元。
  - (2)本項預算自牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院總額部門移列(牙醫 101.3 百萬元、中醫 57.1 百萬元、西醫基層 262.4 百萬元、醫院 903.7 百萬元)，並包含用於鼓勵院所至矯正機關提供收容人醫療服務之獎勵費用 80 百萬元。
  - (3)請於 103 年 6 月底前提送執行結果。
- 10.慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：
- (1)全年經費 404 百萬元。
  - (2)預算用於繼續推動末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質

提升獎勵計畫。

(3)請於 103 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。

11.醫療給付改善方案：本項方案包含自西醫基層、醫院總額部門移列，但所需費用仍編列在原部門專款項下(西醫基層 205.5 百萬元、醫院 567.3 百萬元)，及其他預算下之慢性腎臟病照護及病人衛教計畫 404 百萬元。

12.醫療資源不足地區改善方案：本項方案自牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院總額部門移列，但所需費用仍編列在原部門專款項下(牙醫 280 百萬元、中醫 74.4 百萬元、西醫基層 150 百萬元、醫院 60 百萬元)。

## 第二案

提案單位：本會第一組

案由：為利保險費率之審議及保險財務之監理，需請中央健康保險署配合事項，提請 討論。

決議：為利保險費率審議及保險財務之監理，請中央健康保險署配合辦理下列事項：

- 一、由於 103 年度總額協商，付費者與保險醫事服務提供者代表之間，對醫院及西醫基層兩部門之預算未有共識，爰請於 10 月中旬前，依保險財務收入與支出的高、低推估，提送保險費率方案，同時並提供相關財務收支的推估說明、收支平衡方案的選擇與建議，以及影響因素的敏感度分析等資訊(請依所附附件提供審議所需完整資料)，以利專家學者與社會公正人士提供意見及委員審議，並作為後續財務監理之基礎。
- 二、保險費率經行政院核定後，應視核定結果進行相關科目預算金額之修正，並於業務執行報告中，提供各保

險收支項目累計之實際數與預算數的比較報表及差異原因說明，以利委員即時監理財務狀況，確保年度收支達到平衡。

三、年度中有影響財務收支之政策或業務變動時(如：投保金額分級表調整等)，應即時提會，並提供財務影響評估。。

### 第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：「102年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，  
提請 討論。

主席裁示：保留至下次委員會議討論。

拾壹、散會：下午13時05分。

表 1 103 年度牙醫門診醫療給付費用成長率項目表

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
<b>一般服務</b>				
醫療服務成本及人口因素成長率		0.431%	158.0	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 = 【(1+投保人口數年增率)*(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)】 - 1
投保人口數年增率		0.205%		
人口結構改變率		-0.129%		
醫療服務成本指數改變率		0.355%		
協商因素成長率		-0.067%	-24.6	
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.300%	110.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於 102 年 11 月底前完成品保款實施方案相關程序，並於 103 年 6 月底前提送前一年度執行成果。</li> <li>2.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。</li> <li>3.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，於 103 年 6 月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂。</li> </ol>
支付項目的改變	口乾症患者照護	0.082%	30.1	
	牙周病統合照護計畫(第 3 階段)	-0.447%	-163.8	原 102 年於一般服務執行，移列至專款項目。
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.002%	-0.7	
一般服務成長率		0.364%	133.4	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>			
醫療資源不足地區改善方案	280.0	50.8	1.辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。 2.至少新增4個醫療站。 3.醫療資源不足地區之操作型定義,須經全民健康保險會同意後,方可施行。
牙醫特殊服務計畫	443.0	20.0	1.辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者牙醫醫療服務。 2.其中預算20百萬元用於新增早期療育患者之費用。
牙周病統合照護計畫 (第1、2階段)	680.0	227.7	1.第1、2階段照護目標數至少100,000人,第3階段服務人數應達7成以上。
牙周病統合照護計畫 (第3階段)	164.6	164.6	2.若第3階段提供服務人數未達7成,應由第1、2階段預算移3千萬元至第3階段。 3.預算若仍不足,則由一般服務支應。
受刑人之醫療服務費用	0.0	0.0	原102年所編經費(101.3百萬元)移列至其他預算項下統籌運用,並不算入基期費用中。
<b>專款金額</b>	<b>1,567.6</b>	<b>463.1</b>	
<b>總成長率預估值及增加金額(註1) (一般服務+專款)</b>	<b>1.580%</b>	<b>596.5</b>	
<b>較102年度核定總額成長率</b>	<b>1.888%</b>	<b>-</b>	

註：1.計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值，專款不含移出之102年「受刑人之醫療服務費用」。

2.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

表 2 103 年度中醫門診醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
<b>一般服務</b>				
醫療服務成本及人口因素成長率		1.417%	297.5	計算公式： 醫療服務成本及人口因素 成長率 = [(1+投保人口數 年增率) × (1+人口結構改 變率+醫療服務成本指數 改變率)]-1
投保人口數年增率		0.205%		
人口結構改變率		0.339%		
醫療服務成本指數改變率		0.871%		
協商因素成長率		0.905%	190.0	
醫療品質及 保險對象健 康狀況的改 變	品質保證保留款	0.100%	21.0	1.依中醫門診總額品質保 證保留款實施方案支 付，該方案請於 102 年 11 月底前完成相關程 序，並於 103 年 6 月底 前提交前一年度執行 成果。 2.金額應全數用於鼓 勵提升醫療品質，並 以累計最近兩年有該 保留款成長率的額度 為限，其餘額度回歸 一般服務預算。 3.請中央健康保險署 會同中醫門診總額相 關團體，於 103 年 6 月底前，完成新增及 檢討修訂醫療服務品 質指標項目與監測值， 並應以發展結果面指 標為方向。
支付項目的 改變	中醫特定疾病門診 加強照護計畫 —腦血管疾病及顱 腦損傷後遺症	0.810 %	170.1	
其他議定項 目	違反全民健保醫事 服務機構特約及管 理辦法之扣款	-0.005%	-1.0	
一般服務成長率		2.322%	487.5	

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>			
醫療資源不足地區改善方案	74.4	0.0	辦理巡迴醫療服務計畫及獎勵開業服務計畫。
西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫 1.腦血管疾病 2.腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護 3.顱腦損傷	113.0	59.0	102年之「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」及「腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」二項計畫整合，並新增顱腦損傷。
腦血管疾病後遺症門診照護計畫	0.0	-100.0	經費移列至一般服務項下。
受刑人之醫療服務費用	0.0	0.0	原102年所編經費(57.1百萬元)移列至其他預算項下統籌運用，並不算入基期費用中。
<b>專款金額</b>	<b>187.4</b>	<b>-41.0</b>	
<b>總成長率預估值及增加金額(註1) (一般服務+專款)</b>	<b>2.104%</b>	<b>446.5</b>	
<b>較102年度核定總額成長率</b>	<b>2.421%</b>	<b>—</b>	

註：1.計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值，專款不含移出之102年「受刑人之醫療服務費用」。

2.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

表3 103年度醫院醫療給付費用成長率項目表(兩案送主管機關裁決)

項目		付費者代表方案		醫院代表方案	
		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)
<b>一般服務</b>					
醫療服務成本及人口因素成長率		<b>1.909%</b>	<b>6,542.4</b>	<b>1.909%</b>	<b>6,542.4</b>
投保人口數年增率		0.205%		0.205%	
人口結構改變率		1.895%		1.895%	
醫療服務成本指數改變率		-0.194%		-0.194%	
協商因素成長率		<b>0.402%</b>	<b>1,377.7</b>	<b>4.130%</b>	<b>14,154.1</b>
醫療品質及保險對象健康狀態的改變	品質保證保留款	0.000%	0.0	0.000%	0.0
支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)	0.312%	1,069.3	0.312%	1,069.3
	降血脂用藥放寬適應症所增費用	0.000%	0.0	0.598%	2,049.4
	特殊材料採每點1元之差額	0.000%	0.0	0.627%	2,148.8
	調整支付標準	0.000%	0.0	1.459%	5,000.2
	合理調高藥事服務費	0.090%	308.4	0.090%	308.4
	配合結核病防治政策改變之費用	0.007%	24.0	0.000%	0.0
	配合安全針具推動政策之費用	0.029%	99.4	0.058%	198.8
	確保護理品質	0.000%	0.0	0.584%	2,001.4
	類血友病用藥及肝臟移植術後免疫球蛋白之藥費移至專款支付	-0.033%	-113.1	-0.033%	-113.1
	慢性B型及C型肝炎治療計畫	0.000%	0.0	0.438%	1,501.1
其他醫療服務利用及密集度改變對醫療費用之影響		0.000%	0.0	0.000%	0.0
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.003%	-10.9	-0.003%	-10.9
<b>一般服務成長率</b>		<b>2.311%</b>	<b>7,920.1</b>	<b>6.039%</b>	<b>20,696.5</b>

項目	付費者代表方案		醫院代表方案	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>				
鼓勵器官移植並確保術後追蹤 照護品質	3,972.0	300.0	3,972.0	300.0
罕見疾病、血友病藥費	7,815.0	951.0	7,815.0	951.0
放寬黃斑部新生血管病變藥品 (Lucentis)適應症所增費用	0.0	0.0	120.0	120.0
醫療給付改善方案	567.3	67.5	567.3	67.5
急診品質提升方案	320.0	0.0	320.0	0.0
提升住院護理照護品質方案	2,000.0	-500.0	0.0	-2,500.0
繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵	667.0	280.0	0.0	-387.0
醫院支援西醫基層總額醫療資源 不足地區改善方案	60.0	10.0	60.0	10.0
全民健康保險醫療資源不足地區 醫療服務提升計畫	800.0	800.0	0.0	0.0
受刑人之醫療服務費用	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>專款金額</b>	<b>16,201.3</b>	<b>1,908.5</b>	<b>12,854.3</b>	<b>-1,438.5</b>
<b>(一般服務+專款)成長率預估值 及增加金額</b>	<b>2.753%</b>	<b>9,828.6</b>	<b>5.394%</b>	<b>19,258.0</b>
門診透析服務成長率	2.519%	467.9	2.519%	467.9
<b>總成長率預估值及增加金額(註1) (一般服務+專款+門診透析)</b>	<b>2.741%</b>	<b>10,296.5</b>	<b>5.252%</b>	<b>19,725.9</b>
<b>較 102 年度核定總額成長率</b>	<b>3.032%</b>	—	<b>5.549%</b>	—

註：1.計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值，專款不含移出之102年「受刑人之醫療服務費用」。

2.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

表4 103年度西醫基層醫療給付費用成長率項目表(兩案送主管機關裁決)

項 目		付費者代表方案		西醫基層代表方案	
		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)
<b>一般服務</b>					
醫療服務成本及人口因素成長率		<b>0.811%</b>	<b>781.5</b>	<b>0.811%</b>	<b>781.5</b>
投保人口數年增率		0.205%		0.205%	
人口結構改變率		0.966%		0.966%	
醫療服務成本指數改變率		-0.361%		-0.361%	
<b>協商因素成長率</b>		<b>0.251%</b>	<b>241.9</b>	<b>3.444%</b>	<b>3,318.7</b>
醫療品質 及保險對 象健康狀 況的改變	品質保證保留款	0.100%	96.4	0.100%	96.4
支付項目 的改變	新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)	0.071%	68.4	0.249%	239.9
	放寬降血脂藥品(Statins)適應症所增費用	0.000%	0.0	0.726%	699.6
	新增跨表項目	0.018%	17.3	0.018%	17.3
	調整支付標準	0.000%	0.0	0.135%	130.1
	配合結核病防治政策改變之費用	0.007%	6.7	0.000%	0.0
	配合安全針具推動政策之費用	0.004%	3.9	0.004%	3.9
	慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫	0.000%	0.0	0.000%	0.0
	破傷風類毒素	0.000%	0.0	0.010%	9.6
	特殊材料採每點1元之差額	0.000%	0.0	0.000%	0.0
	擴大基層醫療服務規模				
	1.例假日提供醫療服務	0.000%	0.0	0.403%	388.3
	2.整合照護	0.000%	0.0	0.532%	512.7
	3.護理照護	0.000%	0.0	0.062%	59.7
放寬耳鼻喉局部處置可申報率閾值	0.000%	0.0	0.572%	551.2	

項 目		付費者代表方案		西醫基層代表方案	
		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)
其他醫療 服務及密 集度改變 對醫療費 用之影響	因就醫可近性提升， 對就醫人數及醫療費 用成長之影響(含慢 性病照護之增進)	0.104%	100.2	0.686%	661.1
其他議定 項目	違反全民健康保險醫 事服務機構特約及管 理辦法之扣款	-0.053%	-51.1	-0.053%	-51.1
<b>一般服務成長率</b>		<b>1.062%</b>	<b>1,023.4</b>	<b>4.255%</b>	<b>4,100.2</b>
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>					
醫療資源不足地區改善方案		150.0	0.0	150.0	0.0
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫		200.0	43.0	200.0	43.0
醫療給付改善方案		205.5	43.1	205.5	43.1
家庭醫師及診所以病人為中心 整合照護計畫		1,200.0	-15.0	1,200.0	-15.0
鼓勵週日看診門診診察費加成		0.0	0.0	0.0	0.0
放寬黃斑部新生血管病變藥品 (Lucentis)適應症所增費用		0.0	0.0	20.0	20.0
受刑人之醫療服務費用		0.0	0.0	0.0	0.0
<b>專款金額</b>		<b>1,755.5</b>	<b>71.1</b>	<b>1,775.5</b>	<b>91.1</b>
<b>(一般服務+專款)成長率預估值及 增加金額</b>		<b>1.116%</b>	<b>1,094.5</b>	<b>4.275%</b>	<b>4,191.3</b>
門診透析服務成長率		5.358%	708.7	5.358%	708.7
<b>總成長率預估值及增加金額(註1) (一般服務+專款+門診透析)</b>		<b>1.620%</b>	<b>1,803.1</b>	<b>4.404%</b>	<b>4,900.0</b>
<b>較 102 度核定總額成長率</b>		<b>1.895%</b>	<b>—</b>	<b>4.685%</b>	<b>—</b>

註：1.計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值，專款不含移出之102年「受刑人之醫療服務費用」。

2.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

表5 103年度其他預算項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	605.4	1.5	請於 103 年 6 月底前提送執行成果。
非屬各部門總額支付制度範圍之服務	3,768.0	54.0	1.用於助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護及藥師居家照護等所需經費。 2.全民健保高診次民眾就醫行為改善方案-藥師居家照護，請於 103 年 6 月底前提送執行成果。
全民健保高診次民眾就醫行為改善方案—藥師居家照護	0.0	-54.0	併入非屬各部門總額支付制度範圍之服務。
支應罕病及血友病藥費、器官移植、西醫基層總額慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費及狂犬病治療藥費	300.0	100.0	所列狂犬病治療藥費係用於治療被動物咬傷患者，防止狂犬病之發生。
推動促進醫療體系整合計畫	1,000.0	50.0	1.預算用於醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、論人計酬試辦計畫，及新增提升急性後期照護品質試辦計畫與醫院垂直整合方案。 2.提升急性後期照護品質試辦計畫，得包含地區醫院及醫院附設護理之家或居家護理。 3.延續型計畫，請於 103 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。新增方案原則於 102 年 12 月底前完成相關程序，並於 103 年 6 月底前提送初步執行結果。
其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費	1,000.0	0.0	1.含新增醫藥分業地區所增加之費用。 2.經費之支用，依費協會第 178 次委員會議通過之適用範圍與動支程序原則辦理。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項	
增進偏遠地區醫療服務品質計畫	0.0	-500.0	原 102 年所編列經費 500 百萬元，移列至醫院總額專款項下。惟醫院部門代表建議維持編列在其他預算項下，經費 800 百萬元。	
ICD-10-CM/PCS 編碼	100.5	100.5	新增方案原則於 102 年 12 月底前完成相關程序，並於 103 年 6 月底前提送初步執行結果。	
鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施	2,200.0	2,200.0	1.請中央健康保險署於完成簽約後，即向全民健康保險會報告方案內容。 2.新增方案原則於 102 年 12 月底前完成相關程序，並於 103 年 6 月底前提送初步執行結果。	
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,404.5	0.0	請於 103 年 6 月底前提送執行成果。	
慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	404.0	0.0	1.預算用於繼續推動末期腎臟病前期 (Pre-ESRD) 之病人照護與衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。 2.請於 103 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。	
移列項目	醫療給付改善方案	—	—	本項方案包含自西醫基層、醫院總額部門移列，但所需費用仍編列在原部門專款項下(西醫基層 205.5 百萬元、醫院 567.3 百萬元)，及其他預算下之慢性腎臟病照護及病人衛教計畫 404 百萬元。
	醫療資源不足地區改善方案	—	—	本項方案自牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院總額部門移列，但所需費用仍編列在原部門專款項下(牙醫 280 百萬元、中醫 74.4 百萬元、西醫基層 150 百萬元、醫院 60 百萬元)。
<b>總計 (不含四部門移列)</b>	<b>10,782.4</b>	<b>1,952.0</b>		

註：採支出目標制，由中央健康保險署管控。

## 附件

類別	項目	內容	說明
一、平衡費率計算公式及推估方法	1.計算公式 2.推估方法	(略)	供委員或專家學者瞭解平衡費率所運用的計算公式及推估方法。
二、保險財務收支項目推估假設	1.納保人口成長率	保險對象人數及年齡結構分布狀況	供委員或專家學者瞭解保險費收入、保險成本及安全準備等項目相關影響因素，及最可能發生之假設值。
	2.保險費收入	應包括以下各保費收入增減項目： a. 被保險人人數比率 b. 保險對象投保類別結構變動率 c. 各類目被保險人投保金額成長率 d. 平均眷口數 e. 最高付費眷口數 f. 補充保險費 g. 政府補助保費差額 h. 呆帳率 i. 沖抵補收保險費 j. 中斷投保開單保險費等	
	3.保險成本	應包括以下保險給付增減項目： a. 部分負擔 b. 保險醫事服務機構申報審查核減數 c. 代辦項目醫療費用 d. 代位求償醫療費用 e. 自墊醫療費用核退等	
	4.安全準備	1.應包括以下安全準備提撥項目： a. 菸品健康福利捐 b. 公益彩券分配收入 c. 滯納金 d. 其他收入 e. 安全準備收益率等 2.累計餘額應維持至少 1 個月保險給付	
三、收支平衡方案及建議	1.配套方案(含財務預估) 2.選擇建議	以 1 年、2 年、5 年為計算基礎，推估試算平衡費率	提供各項可能的收支平衡配套方案及其財務影響建議，供委員或專家學者選擇參考。

類別	項目	內容	說明
四、敏感度分析	(略)	保險財務收支推估假設中，各項可變動因素改變時，對費率之影響。	供委員或專家學者瞭解可變動影響因素之假設值改變時，對保險收入、保險成本及平衡費率的影響。
五、其他	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.最近3年保險財務收支狀況</li> <li>2.前1年度推估結果準確度評估及差異原因說明</li> <li>3.歷年保險財務收支大事紀</li> <li>4.未來影響保險財務收支重要事項。</li> <li>5.名詞解釋</li> <li>6.其他有助審議之資訊</li> </ol>	(略)	供委員或專家學者瞭解過去的實際執行結果及趨勢，及未來的財務相關影響事項，以做為審議保險費率之重要考量。
六、資源配置及財務平衡方案	(略)	(略)	依健保法第5條第2項規定，本會為保險費率審議，有減少保險收入或增加保險支出之情事時提出，併案審議。

註：參考歷年保險費率精算報告及健保法相關規定研擬。



# 第 1 屆 102 年第 3 次委員會議

## 與會人員發言實錄



壹、報告事項第一案「確認本會上次(衛生福利部健保會第1屆102年第2次)委員會議紀錄」、議程確認、報告事項第二案「本會上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

現在開始進行這一次的委員會議。首先確認上次會議紀錄，請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀。請問各位委員對上次會議紀錄，有無文字修正？請謝委員武吉。

謝委員武吉

討論事項第3案決議寫「依法處理」是什麼意思？

鄭主任委員守夏

當次會議健保署說明了現在相關的法規，所以當然要依法處理。

謝委員武吉

請問什麼時間要處理？處理時間要多久？不能非法處理，我昨日於其他預算協商時有提出。

鄭主任委員守夏

委員可以提案，但現在是要確認上次會議的決議文字，請問委員對文字有什麼修正意見？

謝委員武吉

還有第2個討論案，請問決議文字，適當管道的「適當」是什麼意思？我國文程度差。

鄭主任委員守夏

所謂「適當管道」，是在合法、合情、合理之下，以適當的管道表

達意見，請柴委員松林為我們解惑。

柴委員松林

「適當管道」是大多數人能夠接受的方式。

鄭主任委員守夏

非常感謝柴委員。請林委員錫維。

林委員錫維

報告案第 7 案之決定提到，第二類被保險人投保金額下限乙事，非屬本會權責，轉請衛生福利部參考。我想請教衛生福利部是否有必要給我們答覆？或是只有做參考？或是什麼時候有答覆？

鄭主任委員守夏

一、健保會是一個溝通平台，屬於本會權限部分，若我們要求說明，健保署就應該向本會說明。如果不是健保署的權限，例如上次提案因涉及金管會的權限，該會就給了答覆。請問對上次會會議紀錄文字是否還有疑問？(未有委員表示意見)上次會議紀錄確定。

二、接下來進行報告事項第 2 案，請柯執行秘書報告上次會議決議(定)事項辦理情形及重要業務。

柯執行秘書桂女

一、各位委員大家早。今天重要業務報告有 4 項說明，依序向大家報告。說明一是上次委員會議決議(定)事項追蹤情形，共列 8 項追蹤事項，依辦理情形建議解除追蹤 5 項，繼續追蹤 3 項，但最後仍依委員議定結果辦理。

二、請看議程第 112 頁到第 116 頁的第 1、2、4 項，是有條件之下才會解除追蹤，先暫不解除。

三、第 116 頁第 3 項，請各總額部門及健保署於本年 9 月 3 日前，將修正後之 103 年度各部門總額協商因素項目或計畫草案送會，以利 9 月份協商會議之議程編製。因總額已經協商完畢，建議

解除追蹤。

四、第 5 項，謝委員武吉建議邀集相關團體，成立「全民健康保險醫療服務審查會」，健保署回復已提供相關管道，例如，在全球資訊網首頁設有「意見信箱」專區，24 小時供各界反映意見；各總額部門與健保署定期有協商會議，各分區業務組亦定期與各總額部門召開共管會議，進行溝通協調與意見交流；另對於全民健康保險醫療費用審查注意事項增修訂時，亦會洽詢醫界提供專業意見。因為該署有提供管道，所以幕僚建議解除追蹤。

謝委員武吉

本案不能解除追蹤，沈組長茂庭在這裡，請問他們有提供管道嗎？有詢問我們嗎？都沒有，這是給付規定鬆綁搞出來的啊！昨天召開的總額協商會議之所以很難開，原因就在此，他們胡搞、亂搞。本案不行解除追蹤。

沈組長茂庭

各分區業務組與各總額部門召開共管會議時都有提送建議。

鄭主任委員守夏

本案繼續追蹤。

謝委員武吉

第 6 項之討論事項第 3 案，就是我剛剛提到的「依法處理」為什麼沒有…。

謝委員天仁

請不要扯開。

鄭主任委員守夏

先將追蹤事項報告完，再請大家對追蹤事項提意見或詢問。

柯執行秘書桂女

謝委員武吉所提的第 6 項就是接下來要做的報告。上次討論事項第

3 案，應監督健保署說明「全民健康保險醫療費用支付標準」的「門診診察費」所含之各項目點數分配比率及各項目點數分配之計算公式案，決議是轉請健保署依法處理。健保署回覆，門診診察費之部分成本考量因素都已納入謝委員的意見，他們沒有辦法分項訂項目。

謝委員武吉

我的提案是點數分配比率及各項目點數計算公式，一定要提供，決議是依法處理，一定要處理，要弄完了才能解除追蹤。

鄭主任委員守夏

繼續追蹤。

柯執行秘書桂女

第 7 項有關降血脂藥物，醫界認為只有開放藥品給付規定，但是沒有相對的財源挹注，會嚴重影響醫院及西醫基層總額，決議是請健保署再提供相關數據。健保署業已提供資料，詳第 135 頁至第 138 頁的附錄一。因為已經提供資料，幕僚建議解除追蹤。

蔡委員明忠

我們有意見，要向所有委員報告一件事，所謂的新藥，都是當年提出後，真正費用成長的高峰卻在第 2、3 年才呈現，這就是為什麼調降了幾次藥價，卻沒有真正節省藥品費用的原因。因為開放的第 1 年藥品費用好像夠，就沒去追蹤 2、3 年後所衍生的非常龐大的經費支出。所以我今天建議要做成決議，要求健保署每提出一項新藥、新科技，應該至少列管 5 年，到底花掉多少錢，而不是今年提出就算結案，後面放著讓它發酵、腐爛。經驗已經告訴我們，錢不會在這個時候就產生結果，但是後面的東西完全沒有辦法追蹤，我不認為這議題可解除管控。

鄭主任委員守夏

好，繼續追蹤。

楊委員漢淙

主席，能否說明一下...

鄭主任委員守夏

後面還有 2 項，所以先將所有項目都報告完再請委員提意見及處理個案。請問是針對這個議案嗎？請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

柯執行秘書桂女是本會執行秘書，負責報告目前執行進度，我們認為上次委員會議討論事項醫界提案之第 2、3、4 案都沒有完成，不能解除追蹤，應該繼續追蹤，當然不是幕僚執行，但是幕僚要幫忙繼續追蹤。討論案第 2 案，本會又不是信箱，何謂提供適當管道，根本不是那麼一回事；第 3 案門診診察費，依法處理，第 4 案是法律規定，應繼續追蹤。

柯執行秘書桂女

剛剛主席已經說明，都繼續追蹤。

楊委員漢淙

所以我們要確認是否繼續追蹤。

鄭主任委員守夏

現在進行的是上次決議定事項的追蹤，如果已經辦完，大家也認可，就解除追蹤；若未辦完就繼續追蹤。先依此原則確認追蹤情形，若需要討論，再提案或變成臨時動議，請大家幫忙。現在繼續報告。

柯執行秘書桂女

第 8 項是討論事項第 5 案，人工心瓣膜自付差額品項案，決議緩議，請健保署提送更新資料後再議。健保署有些回覆，請委員參看。因為以後若要提會討論，須重新提案，所以本案建議解除追蹤，以後的新案會另啟追蹤。

鄭主任委員守夏

下次提案會變成新案。這是上次決議(定)事項的追蹤。接下來請柯執行秘書桂女報告重要業務報告。

柯執行秘書桂女

- 一、說明二，本會本會本(102)年 7 月 26 日委員會議有對委員做收支連動的意見調查，當時的決定是請健保署在總額協定前，就補充保險費率與一般保險費率兩者連動下的財務狀況，以 1 年、2 年、5 年為計算基礎，並包含至少一個月的安全準備，推估試算平衡費率。另外，年度總額協商時，除該年度新藥、新醫療科技項目及財務的規劃評估外，也應將特材及擬自付差額之特材品項，一併納入考量。健保署所提供資料在第 120 頁，有 1 年及 5 年平衡期間，且包含 1、2、3 個月安全準備的試算方案，請大家參考。但是沒有依照決議提供 2 年平衡期資料，只提 1 年資料。理由是第 1 年及第 2 年的平衡費率沒有太大的差異，所以未提供。至新特材部分，在第 121 頁，健保署表示已納入評估。
- 二、說明三，二代健保今年 102 年 1 月 1 日施行，因為大家都非常在意其執行情形，衛生福利部因此委託葉教授金川領軍對二代健保進行檢討。由於本會的設立是二代健保核心精神之一，運作過程很重要，所以衛生福利部委請元智大學劉副教授宜君辦理「全民健康保險會運作過程評估相關研究」，以瞭解本會組成及運作能否有效執行法定職掌。劉副教授自本(9)月份起，將來會實地觀察本會委員會議運作情形，請站起來讓大家認識。未來劉副教授執行計畫時須訪問委員，請大家務必幫忙。
- 三、說明四，衛生福利部及健保署提送的參考資料，詳第 139 頁至第 161 頁的附錄二至附錄八。

鄭主任委員守夏

謝謝柯執秘報告。請問各位委員有無詢問？請林委員錫維。

林委員錫維

上次會議報告事項第 7 案的決定有 2 項，但是第 116 頁第 4 項的說明僅列 1 項，並且解除追蹤，請問是否有必要繼續追蹤？或是健保署能否給我們提出相關的說明及答覆。

柯執行秘書桂女

第一項我們轉請衛生福利部參考。

鄭主任委員守夏

在場有衛生福利部代表，可否說明。

林委員錫維

這邊只是講轉請衛生福利部參考，然後就解除追蹤，那我們在這裡的發言一點意義都沒有，因為根本沒有任何答覆。

鄭主任委員守夏

請曲司長同光說明。當然，這不一定是我們的權限。

曲委員同光

一、首先，我很敬佩各位工會代表委員對這項議題的關心，其規範於現行健保法施行細則中，基於各自權責，一定會有關切。第二類的保險對象，過去是按投保金額分級表第 6 級起申報，由於投保金額分級表之下限與基本工資連動，而基本工資過去曾有將近 10 年沒有調整的情形，所以第二類被保險人的投保金額下限都維持未動。但基本工資最近幾年，幾乎每年都調，似乎已形成慣例。101 年調整基本工資時，職業工會團體代表反映，基本工資的調整不一定能反映到他們的薪資。當時的衛生署覺得訴求不無道理，畢竟基本工資調整，是影響最下一層的人，第二類被保險人是按投保金額分級表第 6 級起申報，不見得因此水漲船高，當時我們承諾會研究比較合理的申報方式，也開了幾次會。最後採不硬性規定以第 6 級申報，而以受雇者的平均投保金額成長率為指標。因為投保金額分級表各級金額差距

約是 4.5%，所以就將此訂為原則，當全國受雇者的平均投保金額成長率超過 4.5%，職業工會會員才提升一個薪資等級，而非跟著基本工資上漲一級就隨同上漲一級。該原則經開會討論，獲得大家同意。現行健保法施行細則，就是按前述原則修訂的。

二、最近健保署試算，發現全國受雇者的平均投保金額成長率已超過 4.5% 的臨界點，保險人依法要調整第二類被保險人的投保金額下限等級，在此向大家說明。基本上，衛生福利部的立場是支持保險人依照健保法施行細則的規定辦理。

### 鄭主任委員守夏

再重覆一次，很多委員屬團體代表，幫團體說話或是關心某特定議案天經地義。健保會有其法定權限，例如，總額協商是我們該做的，但由於本會也是溝通平台，所以利用此平台進行的溝通事項，會轉請相關單位參酌，本案就是如此。

### 陳委員錦煌

不能小看這 27 元的調漲，我在台灣總工會理監事會議報告此項保費調整案時，王明欣常務理事說要來抗爭。我們是這邊的委員，同時也是工會理監事，過去監理會的邱寶安、林錫維委員都被罵，說工會委員應該是幫忙顧好保費，台灣總工會王明欣常務理事就說要來抗爭。我們回去會有壓力，侯委員彩鳳是全國工會理事長，也是有壓力，相信干文男委員也會有壓力。請曲司長回去告訴部長，勞工投保金額從現在的 21,900 元調漲到 22,800 元，推估被保險人平均每人每月會增加保險費 27 元，對我們的影響很大。講良心話，台灣的保費算便宜，而且我年紀大，需要慢性病藥；我需要健保，沒有健保就慘了，但是我的勞工界朋友不這麼想，王明欣常務理事就說要來抗爭。

### 曲委員同光

一、謝謝陳委員錦煌再次的提醒。很敬佩各位委員本於職責發言，讓我們了解各種看法。處理這些事情並不輕鬆，101 年為了這

問題，我至少兩次跟各縣市工會的幹部當面請教，當時被罵得很慘，若有人曾參加那些會議就會瞭解。那時我們承諾，研究一個合理的辦法，而不是維持往常比照健保投保金額分級表第6級直接調高的模式。因為大家的訴求有道理，基本工資調高，不代表薪資可跟著變動，所以承諾修改，也因此擬訂新的公式。

二、還是感謝委員的提醒，做這樣的決定，對我們而言相當煎熬，當時也跟各工會幹部溝通很長的時間。我要強調，這是修法後二代健保法施行細則的規定，對新規定我們希望依法行政。如果這次不調整，恐怕以後都調不動，對整體健保財務並不好。現在的公式係依據受雇者平均投保薪資的成長，而非針對那一類人。依過去健保的規定，第二類被保險人投保金額下限應該在兩年前就從 21,900 元調為 22,800 元，而不是一直維持在 21,900 元。

三、再次感謝委員傳達此訊息，會讓部內長官充分的瞭解，謝謝！

陳委員錦煌

侯委員擔任立法委員時，曾在立法院舉辦公聽會，當時衛生署江宏哲副署長有參加那場公聽會。那時未調漲，但現在要調漲，我們就有壓力。就是因為現在要調漲 27 元，才會衍生出今日的問題，我們不反映不行。我也常跟我們工會的理事長說，要出聲，不出聲不行了。

曲委員同光

謝謝陳委員錦煌利用此機會讓我們瞭解這些情形。

鄭主任委員守夏

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

曲委員同光所述與各工會幹部溝通被罵的那場會議，我和干委員文男都在場，我們兩人也被罵翻了。我是工會的理事長，所以出席那

場會議。其實不是不讓健保費調漲，但曲委員說平均投保薪資成長率超過 4.5%，其實那只是投保薪資，勞工的薪資沒成長這麼多。收入不滿兩萬元的勞工很多，「平均」是如何算出呢？所以是平均投保薪資成長率超過 4.5%，但勞工薪資的成長並未到達 4.5% 這數字，這可以詳細調查及精算。有些勞工為了多領勞保退休金，所以退休前幾年提高投保薪資，這是一部分原因，但真正薪資沒提高那麼多，特向曲委員解釋原因。其實繳不出保費的人還是很多，尤其是二類職業工會的勞工居多。待二代健保執行滿一年後再評估研究，這期間只要經濟普遍稍有復甦時再調整會比較恰當，我建議暫緩實施。

#### 曲委員同光

不是用二類被保險人的投保金額，是用全部受雇者的投保金額平均計算，所以準確性應該很高。

#### 楊委員芸蘋

上次會議討論投保薪資時，健保署將於 103 年 1 月 1 日調整投保金額 22,800 元，我曾提議希望二代健保實施滿一年後，評估施行的狀況如何，再來調整。不是不調，但不要這個時候調整，我的建議是暫緩實施。

#### 莊委員志強

能瞭解陳委員錦煌及楊委員芸蘋都有工會的壓力，但本人是會計師公會的代表，所以這樣講起來我也有工商團體的壓力。雇主已經被調整這麼多次，要怎麼辦，是否要降回來？不然我回去也很難交代，基本工資一直往上調，雇主負擔的部分也就跟著調，且還有退休金要繳，這些都增加企業成本。為何薪資一直無法調漲，因為原本要給員工的薪資都給了政府，難怪薪資永遠這麼低。我們已經漲很多，基於相同道理，建議也要調回來，否則也有壓力。

#### 干委員文男

針對這問題，我曾思考很久，基本工資調高，主要是第一類被保險

人的薪資調整。而第二類被保險人中，最低與最高投保金額之間有兩百多萬人，現在投保薪資最低部分雖然調整，但中間這塊不受影響，因為這類人是視社會景氣而定。並非第一類被保險人因受惠於產業發展良好而調整薪資，第二類被保險人的薪資也會受益。所以基本工資調整，第二類被保險人並不會跟著調薪。第二類是看整個社會經濟環境，如果景氣好時，是應該要調，我們說話要公道。但目前景氣真的很差，如果現在選舉，執政黨無論是地方或中央選舉，可能會全面倒。現在景氣差到無法生存。基本工資調整與第二類被保險人一點關係也沒有，而是要看景氣，景氣好時，應該調，但景氣不好時，不應該調整。

陳委員錦煌

我和大家說一個撇步，調老闆投保薪資沒關係，但若調勞工就會出麻煩。調老闆時，比較不容易號召人抗爭，若調勞工，就容易發生去包圍衛生福利部的抗爭，這樣會比較難看。

鄭主任委員守夏

請柴委員松林。

柴委員松林

我只是希望任何國家的政府部門，都要記住一件事，不管是制定法律或決定標準，都要考慮是否符合國民的情感。剛剛干委員提到多數的部分時，本來想多講幾句話，但是時間很寶貴未發言。希望政府部門，任何公務人員，越高階的越應該注意，可去看看哈佛大學教授桑德爾(Michael Sandel)的著作「正義：一場思辨之旅」，其中有一章特別提到，如果繼續這樣決策下去，肇致多數人認為國家不是我們的是他們的，會造成分裂國家。這本書前幾年閱讀時，非常感動。最近有中文譯本，容易讀，已不需要去讀英文原著。

侯委員彩鳳

剛剛陳委員錦煌所指的理事長是我，事實上這問題沒有這麼複雜，

當初在立法院公聽會上，為何會決定暫緩調漲，因為第二類無一定雇主，現在有問題的就是這些沒有一定雇主的勞工。基本工資調漲，並不是每一個勞工的投保薪資都被調，第一類產業勞工，有一定雇主的，包括老闆、勞工都被調整，但現在問題出在第二類的勞工，我現在講是講給曲司長聽，因為那時有講基本工資調整，與第二類無一定雇主是完全沒有關係，所以那時候才沒有調漲。但二代健保通過後，衛生福利部訂的健保法施行細則，是沒有經過立法院，所以我根本不知道有這件事。兩造開會，訂定受雇者平均投保薪資成長率 4.5% 以上，就必須要調漲，這件事我也不清楚。所以前天陳委員錦煌跟我提時，我就覺得莫名其妙，立法院並沒有通過這一條，現在我才知道原來是這麼一回事。若以現在所提受雇者平均投保薪資成長率 4.5% 以上來算，無一定雇主的第二類被保險人一定也會被調到，因為產業勞工只要調 3%，他們就會被跟著調到。這樣的話，這件事會永遠沒完沒了，應該要修改健保法施行細則才對，不然在健保會討論此案會沒完沒了，也永遠沒有辦法解決此事。

#### 鄭主任委員守夏

- 一、對不起，如果今天幾位勞工代表委員都是對著曲司長說話，那麼，我們還有 20 幾位委員。健保會是一個溝通平台，幾乎所有的雇主代表都發言了，相信曲司長已經聽得很清楚，相信部長也不是沒有概念的人。我們這平台溝通得也夠清楚了，請司長再次轉達我們的關切。此案不是本會權限，而且也已經充分討論了，就此結束。
- 二、報告案第三案為健保署 102 年 8 月份全民健康保險業務執行報告，這是例行報告，9 月份提書面報告供參閱，不進行口頭報告。

#### 吳委員玉琴

剛剛第 2 案的部分，請健保會幕僚加強議題的檢視，追蹤事項應該要把報告案或討論案相關決議定事項列入追蹤，並且報告執行情況。

剛剛林委員錫維已經提到，在原來報告案第 7 案第 1 項決定，並未列入追蹤事項，原來臨時動議提案也未列入追蹤事項，一般在行政部門會議，這些都是要列舉相關回應，再依回應看是否要解除列管，這是第二個層次。

鄭主任委員守夏

- 一、吳委員的提醒，請幕僚日後對追蹤，要本於權責作交代。
- 二、報告案第 3 案，之前已寄給各位委員，請委員自行參考書面報告。委員若有問題，歡迎書面提出。
- 三、剛有委員提醒，目前已經 11 點鐘。後面討論案，動作要快一點，現在進行第一個討論案。

貳、討論事項第一案「103 年度牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院部門及其他預算醫療給付費用總額協商因素項目及成長率案」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

討論事項第一案為確認昨日之總額協商結果，我們就直接進入議題不宣讀。因為剛剛牙醫部門有更新，目前還在處理中，就從協商順序第二個的中醫部門開始，請各位委員直接看螢幕進行確認。

同仁宣讀

103 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：

103 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 102 年度中醫門診一般服務醫療給付費用 $\times(1+103$  年度一般服務成長率)+103 年度專款項目經費。

註：校正後 102 年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依費協會第 114 次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

二、總額協商結論：

(一)一般服務成長率為 2.322%：

- 1.醫療服務成本及人口因素成長率1.417%。
- 2.協商因素成長率0.905%。

(二)專款項目全年經費為 187.4 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，103 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 102 年度所核定總額成長 2.421%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 2.104%。各細項成長率及金額如表 2。

三、總額分配相關事項：

(一)一般服務(上限制)：

- 1.品質保證保留款(0.1%)：

- (1)依中醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於102年11月底前完成相關程序，並於103年6月底前提送前一年度執行成果。
  - (2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。
  - (3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，於103年6月底前，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目與監測值，並應以發展結果面指標為方向。
- 2.中醫特定疾病門診加強照護計畫－腦血管疾病及顱腦損傷後遺症(0.810%)。
  - 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(-0.005%)。

(二)專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於102年11月底前完成，新增計畫原則於102年12月底前完成，並於103年6月底前提報執行成果及成效評估報告(新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協考量。

1.醫療資源不足地區改善方案：

- (1)全年經費74.4百萬元。
- (2)辦理巡迴醫療服務計畫及獎勵開業服務計畫。

2.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫(包含：①腦血管疾病患者；②腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護；③顱腦損傷患者)：全年經費113百萬元。

102年之「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」及「腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」二項計畫整合，並新增顱腦損傷患

者。

3.腦血管疾病後遺症門診照護計畫：經費移列至一般服務項下。

4.受刑人之醫療服務費用：原102年所編經費(57.1百萬元)移列至其他預算項下統籌運用，並不算入基期費用中。

四、表 2「103 年度中醫門診醫療給付費用成長率項目表」，請委員自行參閱。以上宣讀。

鄭主任委員守夏

請問各委員有無意見？各委員手上應該有資料，請翻閱一下。有無任何問題或需文字修正？請吳委員肖琪發言。

吳委員肖琪

昨天提到針灸申報的比率高達 80% 以上，與針灸免部份負擔有關，這件事情要怎麼幫中醫部門？還是以後再討論？

鄭主任委員守夏

記得付費者代表與公正人士都有提，這塊需要壓入文字嗎？尊重大家的意見。如果給一個成長率順便要求中醫部門做改進，寫在這邊是比較明確，或者以後可以在委員會議討論？看各位委員的意見。

謝委員天仁

如有必要，委員會議再討論。

鄭主任委員守夏

昨天發言的委員有無意見？如果沒有意見，就不特別註記。我想中醫部門已經很清楚，昨天討論非常久，為什麼一次針灸的比率這麼多，這是委員比較關心的，是否需要放入文字要求？也有委員認為如果要的話，委員會議再來提案討論，就不特別寫在這邊。這樣委員可以接受嗎？如果沒有意見，中醫部門就這樣確定。下一個是醫院部門，請同仁宣讀。

## 同仁宣讀

103 年度醫院醫療給付費用總額及其分配：

### 一、總額設定公式：

103 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 102 年度醫院一般服務醫療給付費用×(1+103 年度一般服務成長率)+103 年度專款項目經費+103 年度醫院門診透析服務費用。

103 年度醫院門診透析服務費用＝102 年度醫院門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後 102 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依費協會第 114 次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

### 二、總額協商結論：

經醫院部門與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定：

付費者代表方案：

#### (一)一般服務成長率為 2.311%：

- 1.醫療服務成本及人口因素成長率1.909%。
- 2.協商因素成長率0.402%，各項協商因素及建議事項如下：

##### (1)品質保證保留款(0%)：

- ①依醫院總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於 102 年 11 月底前完成相關程序，並於 103 年 6 月底前提送前一年度執行成果。
- ②金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限(102 年該項成長率為 0.1%，約 3.2 億元)，其餘額度回歸一般服務預算。
- ③請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，於 103 年 6 月底前，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目與監測值。

(2)新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)(0.312%)：

其中新增支付標準項目，請中央健康保險署訂定相關項目之額度與開放時程，若未於時程內導入，則扣減該額度。

(3)降血脂用藥放寬適應症所增費用(0%)。

(4)特殊材料採每點1元之差額(0%)。

(5)調整支付標準(0%)。

(6)合理調高藥事服務費(0.090%)：

①應配合訂定合理調劑量，其調整方案並須經全民健康保險會同意。

②請於103年6月底前提送執行情形。

(7)配合結核病防治政策改變之費用(0.007%)。

(8)配合安全針具推動政策之費用(0.029%)。

(9)確保護理品質(0%)：原方案實施成效仍有待評估，應維持編列於專款項下。

(10)原一般服務移列由專款支應之藥費(-0.033%)：

①類血友病用藥，移由「罕見疾病、血友病藥費」專款支應。

②肝臟移植術後之免疫球蛋白藥費，移由「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款支應。

(11)慢性B型及C型肝炎治療計畫(0%)。

(12)其他醫療服務利用及密集度改變對醫療費用之影響(0%)。

(13)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%)。

(二)專款項目全年經費為 16,201.3 百萬元：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於102年11月底前完成，新增計畫原則於102年12月底前完

成，並於 103 年 6 月底前提報執行成果及成效評估報告(新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1. 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：全年經費3,972百萬元，不足部分由其他預算支應。
2. 罕見疾病、血友病藥費：
  - (1) 全年經費7,815百萬元，不足部分由其他預算支應。
  - (2) 為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於103年3月前，提出專案報告。
3. 醫療給付改善方案：
  - (1) 全年經費567.3百萬元。
  - (2) 辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、精神分裂症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤等5項方案，並新增早期療育方案，且相關方案皆應訂定嚴格之退場機制。
4. 急診品質提升方案：全年經費320百萬元。
5. 提升住院護理照護品質方案：
  - (1) 全年經費2,000百萬元。
  - (2) 本項經費不得用於調整支付標準，實施方案並應由中央健康保險署於103年4月前，提經全民健康保險會同意。
6. 繼續推動DRGs之調整與鼓勵：
  - (1) 全年經費667百萬元，含第2及第3階段DRGs項目之導入。
  - (2) 本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。
7. 醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案：全年經費60百萬元，配合支援西醫基層醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。
8. 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800百萬元，含原102年其他預算項下所編列經費(500百萬元)移列至醫院總額部門，並增加300百萬元。

(2)本項經費用於繼續辦理原計畫，及新增「鼓勵偏鄉醫院提供重度急診服務」。

9.受刑人之醫療服務費用：原102年所編經費(903.7百萬元)移列至其他預算項下統籌運用，並不算入基期費用中。

(三)門診透析服務：

1.合併醫院及西醫基層兩總額部門所協定之年度門診透析服務費用，並統為運用。

2.合併醫院及西醫基層兩總額部門之年度門診透析服務費用，協商新年度成長率，並依協商當年第1季醫院總額及西醫基層總額之門診透析費用點數占率分配計算而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

3.門診透析服務總成長率為3.7%，其基期費用包含102年度之2%成長率。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為2.519%。

4.應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。

(四)前述三項額度經換算，103年度醫院醫療給付費用總額，較102年度所核定總額成長3.032%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為2.741%。各細項成長率及金額如表3。

醫院代表方案：

(一)一般服務成長率為6.039%：

1.醫療服務成本及人口因素成長率1.909%。

2.協商因素成長率4.130%，各項協商因素及建議事項如下：

(1)品質保證保留款(0%)。

(2)新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)(0.312%)。

(3)降血脂用藥放寬適應症所增費用(0.598%)：若不同意編列本項經費，則應恢復原支付之適應症規定。

(4)特殊材料採每點1元之差額(0.627%)：本項經費係依全民健康保險法第62條第1項規定編列。

(5)調整支付標準(1.459%)。

- (6)合理調高藥事服務費(0.090%)。
- (7)配合結核病防治政策改變之費用(0%):所增費用應於其他預算項下編列經費支應。
- (8)配合安全針具推動政策之費用(0.058%)。
- (9)確保護理品質(0.584%):同意付費者方案所列經費2,000百萬元,但由專款項目移至一般服務預算,用於調增護理費之支付標準。
- (10)原一般服務移列由專款支應之藥費(-0.033%):
  - ①類血友病用藥,移由「罕見疾病、血友病藥費」專款支應。
  - ②肝臟移植術後之免疫球蛋白藥費,移由「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款支應。
- (11)慢性B型及C型肝炎治療計畫(0.438%)。
- (12)其他醫療服務利用及密集度改變對醫療費用之影響(0%)。
- (13)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%)。

(二)專款項目全年經費為 12,734.3 百萬元:

- 1.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質:全年經費3,972百萬元,不足部分由其他預算支應。
- 2.罕見疾病、血友病藥費:全年經費7,815百萬元,不足部分由其他預算支應。
- 3.醫療給付改善方案:
  - (1)全年經費567.3百萬元。
  - (2)辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、精神分裂症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤等5項方案,並新增早期療育方案。
- 4.急診品質提升方案:全年經費320百萬元。
- 5.提升住院護理照護品質方案:同意付費者方案所列經費2,000百萬元,但由專款項目移至一般服務預算,用於調增

護理費之支付標準。

- 6.繼續推動DRGs之調整與鼓勵：全年經費0百萬元。
- 7.醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案：全年經費60百萬元，配合支援西醫基層醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。
- 8.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：本項為國家衛生應扶植之事項，應維持於其他預算項下編列經費支應。
- 9.受刑人之醫療服務費用：原102年所編經費(903.7百萬元)移列至其他預算項下統籌運用，並不算入基期費用中。

(三)門診透析服務：同付費者代表方案。

(四)前述三項額度經換算，103年度醫院醫療給付費用總額，較102年度所核定總額成長5.517%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為5.220%。各細項成長率及金額如表3。

三、表3「103年度醫院醫療給付費用成長率項目表」，請委員自行參閱。以上宣讀。

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀。請各委員直接看表。基本上，文字就是反應昨天的決議。最重要就是看這兩個表，請問各委員有無意見？請謝委員文輝發言。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

一、昨天談完以後，到今天許多委員的發言，都讓我們嚇一大跳，因為像 Lucentis(黃斑部新生血管藥品)，照西醫基層代表委員所說，健保署預估2千萬元，但眼科專科醫學會的分析資料估算，約需44.5億元，其中，西醫基層預算金額約6億元。這當中兩者的推估差約30倍。我們現在也很驚慌，所以我建議對於 Luc entis、B 肝和 C 肝藥物及 Statins(降血脂藥品物)，這些歧異很大的藥品項目提出醫院版本。

- 二、若依照健保署沈組長茂庭所言，醫院還可以賺錢，5 年還可以賺錢，事實上我們估計一年約需 27 億元，還不包括追加的檢查。因為若要申報 Statins，需要 3~6 個月，追蹤其檢查。檢查其血脂、肝功能、橫紋肌有無溶解。這些檢查不算，光光藥品的費用推估就要 27.5 億元。我們覺得這是大家沒有辦法預先管控的，但也相信健保署的推估很專業，因為資料都在其手上。健保署若有算基層，一定也有算醫院。
- 三、我們建議將 Lucentis 提出來，放在專款中，健保署預估基層約 2000 萬元，醫院部門應該多約 4~5 倍。我們尊重健保署的專業，就依該署建議，將其編列在專案，未來如果費用超過，大家再來想如何處理，看是要用其他預算或想其他辦法來補。如果沒有執行，醫院也不願意多拿一毛。
- 四、醫院團體沒有資料，眼科專科醫學會專業團體及健保署的資料，我們都看到了，但尊重健保署的資料，因為該署是實務單位，眼科專科醫學會為學術單位。我想等一下西醫基層部門也會有同樣的問題，是否就都尊重健保署實務的經驗，實務和學術可能會有些差距。編在專款，超過的部分我們想辦法，若照眼科專科醫學會推估要 44.5 億元，完全超過我們有辦法承擔的能力，也遠超過付費者今年願意給醫院部門的新藥新科技成長率 0.4 %。我覺得這問題必須要好好嚴肅的面對。
- 五、有關「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」乙項，雖然與付費者代表版本一致，錢很少，但如果二代健保的健保會還維持此項，我覺得相當有瑕疵。總額部門的執行單位進行內部管理，本來就會努力管理會員有無違規，但依據違規扣款的金額去扣減明年度總額，實無道理，因為：
- (一)愈認真管理，明年總額扣得愈多，都不抓、也沒半個違規，就不用扣錢，這樣是鼓勵執行單位完全不要管理。
- (二)查到違規，審核扣減本是應該，譬如偷竊價值百萬元的汽車，

車被沒收且須再額外賠償，這都應該，但哪能要求其他合法、守法的人，也要共同承擔明年被扣一百萬元，這完全說不通。老實講，這真要是提行政訴訟，會輸得很澈底。實在沒這種道理。

(三)或有人認為因為同儕制約不夠認真，所以產生違規情形，但醫院部門並非醫院團體自行管理，而是由健保署管理，所以扣減醫院總額，更是沒道理。

六、上開扣款制度相當有問題，希望能一併移請衛生福利部參酌，其在法律上，存有相當的不公平性，長期以來，是大家覺得錢很少，所以不講話，但我還是要提出來，讓新成立的健保會委員再做思考。最重要的是，今天已經沒談成，要兩案要併報部裡，所以請部裡長官回去能轉達，對這點的處置上，不論用意、精神或實務上，都不符常理，也希望部裡長官核示時，能予考慮。這也是四個總額部門都有的問題。

楊委員漢源

一、主席，現在醫院是實施總額預算，討論這議題應是適當的。其實之前已提出說明，但後來被打斷，認為該時段不宜提出。現在醫院部門是兩案併陳，很清楚就是兩案送由部裡做決定，但對於醫院版本，因為整個醫療體系其實都有相關聯，而昨天最後協商的西醫基層總額部門，特別針對兩個藥品的治療，也不知其公告在何處，但應是原來的適應症，現在做了改變，或是原來不給付，現在有給付等，這就很像是健保法第26條的規定，是給付內容、範圍及其標準的改變，這必然對費用產生影響，而還不是小費用。當然大家可能會說這都含括在總額裡面，但現在醫院總額點值只有 0.92，若再加上這部分費用，點值恐怕連 0.85 都不到，如此，恰當與否？因此，我們有個臨時提案，末了是否要併案處理？

二、其實我們的提案很簡單，對於這些藥物治療的給付改變，建議

應由健保署按照健保法第 26 條規定，提出方案及相應的經費。也不是說醫院要逐項來說這個要錢或不要錢，但我很清楚醫院現在經營都很辛苦，整個士氣很低落。現在的問題是，要不然就不要增加；如果覺得現在沒有錢，就維持原來的標準；原來不給付就不給付，原來是多少標準就維持多少標準。如果病人希望提早治療，就自行負擔費用，其實也有很多病人是這樣做，所以建議臨時提案可以併同本案處理。

謝委員天仁

我們要求於付費者代表的版本落下一些文字，於一般服務最末端，增列第(14)點「關床致影響醫療利用者，應按每床每日費用扣減其總額。」現在總額加錢，但如果提供的醫療服務縮減，總額最後還是都給了醫界，這不能弄錯，本來就是相互移動的東西，數學的計算很清楚。

鄭主任委員守夏

通常我們是協商明年度總額的成長，有沒有關床是總額協定之後，進行中才會知道，所以，如果各位付費者代表有共識，是不是扣減下年度的總額？

謝委員天仁

這是我們付費者代表的 103 年度總額方案，所以當然是 103 年度的總額，不是次年度總額，而是當年度總額要扣減。

鄭主任委員守夏

當年度的總額已協定，要如何扣減？

謝委員天仁

我現在講的是 103 年度總額，所協定條件當然也是針對 103 年度，只是倒扣回來而已，年度終結時，若有關床致影響醫療利用，不是影響醫療費用，不影響醫療利用，當然不能扣錢，很清楚的道理，這是我們這邊的方案。

鄭主任委員守夏

請教健保署能否執行？這是付費者的方案，如果有明確的證據，假設真的發生且影響到醫療利用，還要能夠算出影響多少錢，再去扣減總額，有辦法做到嗎？

林副組長阿明

影響醫療利用，在定義上有其難度，在實際執行上，很難去認定什麼狀況是有影響到醫療利用。

謝委員天仁

我覺得這可以再檢討，譬如今天拿出來的資料就很清楚，林口長庚醫院收了 220 床，其急診部門有無產生壅塞、有無發生停留 2 日以上未能入住病房的情形等；若有，則表示醫療利用受影響，收起來的床數，就按每床計算扣減額度，如果未縮減床或縮減床但未影響醫療利用，就沒關係，我們也沒意見。總額制本來就如此，如果錢都給了，病床縮減 20%，卻說縮減的床沒申請費用、對我們沒影響，但總額全都分下去了，怎麼會沒請錢呢？

鄭主任委員守夏

這部分能否不針對個別醫院，我們現在...。

謝委員天仁

抱歉！這是針對總額，減的是總額的錢。

鄭主任委員守夏

對，不要針對個別醫院。

謝委員天仁

對！個別醫院關床，抱歉，減的是你們的總額，就是這個意思。

鄭主任委員守夏

部裡如有核下這一項，實際操作面再請健保署去談如何認定，現在似是較困難，目前馬上要寫出公式，大概不容易，未來等健保署訂

出可計算的方式後，再執行。原則上，這是付費者的共識，當然可以落款。

陳委員宗獻

這應是付費者的一項建議。

鄭主任委員守夏

沒錯。

陳委員宗獻

所以可否執行？如何執行？都還不是定案，將來是否執行、是否成立，應該還要在委員會議討論通過。

鄭主任委員守夏

第一要先送部裡裁決，部長會如何裁，全部夯不啣嚙是一種裁法，也可以很用心地逐項有不同的裁定，但不論部裡如何裁示，我們委員會可以落個款，以後在委員會議還可以再提案。只是付費者要求將其協商共識寫入，但這只是付費者版本。

陳委員宗獻

這怎麼可以？關床雖然與西醫基層沒關係，但基本上，我們應回顧未協商前，我們有個協商原則的共識，譬如認為哪個項目須有哪種規範，或是哪個項目如果沒做到須扣減等，這都屬合理，但有沒有依據共識的哪一點，可以在總額協商的尾巴加個什麼文字，像這種夯不啣嚙地扣減總額，這是很大的提案，必須經過委員會議仔細討論，而不是直接掛上去，萬一部長沒仔細看，直接過，也就過了，根本不必再討論。

謝委員天仁

主席！我覺得醫界對於法制好像有所誤解，這是我們的方案，就好比剛才醫界提到 Statins(降血脂藥品)和 Lucentis(黃斑部新生血管病

變藥品)可能會有問題，故須要移到專款等，這是你們的意見，所以可自行變動你們的方案，因為那是你們自己的考慮，不須跟我們討論。原則上，我們付費者代表所提方案，委員會應該加以尊重，我們付費者的共識就是如此。又，譬如我們付費者與牙醫部門已達成一致意見，你們卻跳出來說反對，有此道理嗎？原則上，尊重就是各自兩案併陳，送到部裡面去決定，會有什麼問題？還要經過什麼委員會討論？昨天我們付費者提出來的版本，難道還要經過你們同意嗎？開玩笑嘛！

### 蔡委員登順

- 一、主席！我支持剛謝委員天仁所言。剛謝委員文輝對昨天的協商版本，提出修正內容，要將某個藥的費用移到專款，又說違規查核的錢不要扣，既然他都可以修正醫界版本，為什麼我們付費者不能提？昨天的總額協商，我們也很用心想拉近雙方距離，結果雖無法有共識，但尊重醫院與西醫基層的看法，我們也瞭解這或許是 101 年協商 102 年度醫院總額沒共識送署裁決之效應，其後遺症持續在發酵，雙方各自堅持立場。付費者代表要為全民健保的費用把關，也屬理所當然，今天各有不同版本，均應相互尊重。
- 二、針對謝代理委員文輝所提兩項建議，我有不同看法，須表達個人意見：
  - (一)若要為某項藥品就列專案，每年有一、二百種新藥，每個新藥都做專案，健保署業務忙翻了，這不可能這麼做。
  - (二)違規查核扣款之議題，幾年下來，都討論 N 次了，謝代理委員文輝的說法似有誤解，屬同儕制約的部分並不扣錢，只對相關主管機關查核到或檢舉部分才扣款，金額不大，只是懲罰性的意義，總額高達 1 千多億、3 千多億，只扣個 1 億多元，你們還很有意見。其實品質保證保留款每年評核良級以上者，所給成長率也不少，其金額也全部滾入基期；若違規

查核不扣，則以後品保款也不要滾入基期，如此，我們也可同意。這議題討論太多次，已是大家認同的舊案，時間有限，希望不要再翻舊案。以上建議，謝謝！

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

- 一、來這裡，我學習到不少，不過，這兩天下來，我發現大家一直強調的，一是依法行政，二是一致性的協商原則。然而，所謂的依法行政，我發現好像是選擇性的，譬如藥物每點 1 元，健保法已寫得很清楚，大家卻裝作沒看到，這一點，我個人感覺很奇怪。第二是一致性的協商原則，牙醫、中醫、醫院有這樣，我想是一致的；但昨天西醫基層部門是在醫院總額之後才進行協商，就有剛才蔡委員登順提到的問題。坦白講，我也同意蔡委員的意見，不要針對每個藥，那真不得了，但既然西醫基層有特例，事實上，也會讓醫院開始產生懷疑，到底還有多少，所以我們也只是要求一致性的原則。
- 二、就剛才謝委員天仁提到縮減病床致影響醫療利用(費用)乙節，我想他非常清楚，而我也要在這裡鄭重地向各位報告，長庚醫院的減床是在民國 96 年因病床整修就向衛生局報備，只不過健保署的資料，病床計算分母一直未縮減，直到該署懷疑長庚醫院的急診一直在等床，但何以占床率才 82%，這才知道醫院有病床在檢修，所以要求將整修的病床數扣回來後，算出實際占床率 95%。再向大家報告，依健保署所提供資料，長庚醫院於 102 年 6 月出院人次是 9,811，假設真有縮減 200 多床，理論上減少的服務量會相當驚人，但 101 年 6 月出院人次是 9,680，101 年到 102 年同一月份的出院人次，從 9,680 增加到 9,811 人次；101 年 6 月的病床日數是 84,290，102 年 6 月則是 86,664，我並不是要反駁些什麼，只是要告訴諸位事實的真相，並不是減床，是內部整修。整個服務量從 96 年到現在，都是呈現持續增加的狀態，醫療利用並未減少。謝謝！

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

主席。

鄭主任委員守夏

一樣的話題嗎？

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、蔡委員登順講的，我很贊同，因醫院部門剛有更正方案，付費者代表當然有權利更正他們的方案。當發現問題時，大家都可修正，我們非常理解。蔡委員登順剛已表示無法接受我們的說法，我就不再講。再此重申醫院更正的方案：放寬降血脂藥品與 Lucentis 適應症所增費用，移至專款專用，我們尊重健保署推估之費用，如有超出，可再想辦法由其他預算補，如有剩餘，就還給健保署。
- 二、蔡委員登順提到違規扣款，並未扣減同儕制約這部分的費用。我要澄清，醫院總額是由健保署管理，醫院因未承辦，並無同儕制約機制，不應歸咎沒有同儕制約的對醫院團體，對其作違規扣款，是有瑕疵。
- 三、我在情感上認同謝委員天仁所提，但如果關床要相對應扣除總額，則應以公平、一致的邏輯來處理。醫院每年服務量都做超過 3、4 百億，卻從沒人提出應討論。健保費用支付，係依有無提供醫療服務，而非依有無病床才給錢，如果減床要扣錢，醫院增加病床，是否要多給錢？如果增加病床有多給錢，減床要扣錢才合理。向委員報告，地區醫院不僅關床，還關院，它的病床如全關掉，就請領不到費用申報就是 0，因此病床數與總額是完全不相干的。

蔡委員登順

這些昨天都說明過了，可以倒帶。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

對，我覺得應有一致性、衡平性的考量。

鄭主任委員守夏

謝謝！

謝委員天仁

醫院想調整的內容到底是什麼，應要明確講出來，我們才知道。

蔡委員登順

說明調整內容即可，無須講那麼多。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

剛已講了。

謝委員天仁

要怎麼調整，你們並未說明。

鄭主任委員守夏

請委員看螢幕投影的表格資料。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

醫院的主張：放寬降血脂用藥適應症所增費用(成長率 0.598%，增加金額 2,049.4 百萬元)以及 Lucentis 的費用(我們尊重健保署推估的金額)，這兩項希望移到專款項目。

謝委員天仁

要有金額。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

金額，健保署有資料，他們有推估基層 2 千萬。依眼科醫學會估算為 44.54 億，基層推估 6 億，那我們就 38 億，但與健保署資料差距 30 倍，那就 38 億除以 30，約 1 億 2 千萬，要訂 1 億或 1 億 2 千萬，我們都沒意見，就放在專款。

鄭主任委員守夏

直接把數據寫上去。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

那就 1 億 2 千萬，如超過，則以其他預算支應，未使用完，就還回健保署。

鄭主任委員守夏

醫院代表的方案，將放寬降血脂藥品與 Lucentis 適應症所增費用，移至專款項目，請同仁試算。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

超出，則以其他預算支應。

鄭主任委員守夏

專款項目就是專款專用。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

專款就是專款專用。

鄭主任委員守夏

醫界方案，只要醫界有共識即可，無須付費者代表同意。請幕僚同仁試算成長率。

吳委員肖琪

請問其非屬今年的新藥、新科技，是那一年的新藥新科技？當時，是否有給預算成長率？如果當時有算進去，我現在很擔憂新藥、新科技每年都未討論，就 10 億、10 億地給，到底對不對？抱歉！我係以學者專家的角度來看，這邊告訴我沒錢、那邊告訴我要錢，我又要考慮到收支並列。昨天討論時說，這不是新藥、新科技，是前幾年的新藥、新科技。前幾年新藥、新科技給的費用有兩部分，一是藥價調整結餘，並未扣回，而是放在新藥、新科技，所以新藥、新科技給的錢，已是超過眼睛看到的前幾年所協定新藥、新科技的

預算，這是我提醒大家的，謝謝！

鄭主任委員守夏

這點，付費者與醫界昨天一直無法取得共識。吳委員肖琪講的，可能比較接近事實，當初新藥、新科技有些項目已列進去，某些藥品調價，並未從總額扣回，這些都是事實，以前協商就是這樣。現在，既然醫界與付費者都沒共識，建議兩案併陳，不再討論。有無藥價節餘款、其與總額有無關係、新藥取代舊藥的替代性等議題，已討論過很多次。再 10 分鐘就 12 點，我們必須趕快確定醫院的方案，希望 1 點能結束會議。本想說如果會議要開到下午 4、5 點，中午就吃便當，但經詢問中午用餐的那家餐廳不做便當，故我們必須 1 點到餐廳用餐，無需再虐待自己吃便當。昨天邊吃便當邊開會，陳委員錦煌已向我抱怨。

蔡委員登順

兩案併陳，你們只要把自己的版本弄好即可，沒什麼好討論的。

鄭主任委員守夏

付費者的版本剛已確定。醫界版本確定為，一般服務+專款之成長率 5.394%，增加 192 億元，總金額約 3,762 億元。兩邊不容易有共識，昨天我以個人立場拜託醫界，將送衛生福利部裁決的醫院方案之成長率調整在行政院核定的上限 4.45% 內，至少表示誠意，楊理事長漢淙也很幫忙。但今日送這樣的方案，說實在會讓部長頭痛，既然協商無共識，我個人也無法幫上忙。醫院部門確認到此，接下來進行西醫基層部門，請同仁宣讀。

同仁宣讀

103 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：

- 103年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後102年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+103年度一般服務成長率)+103年度專款項目經費+103年度西醫基層門診透析服務費用
- 103年度西醫基層門診透析服務費用＝102年度西醫基層門診透析服務費用×(1+成長率)。

註：校正後 102 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依費協會第 114 次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

## 二、總額協商結論：

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

付費者代表方案：

(一)一般服務成長率為 1.062%：

- 1.醫療服務成本及人口因素成長率0.811%。
- 2.協商因素成長率0.251%，各項協商因素及建議事項如下：

(1)品質保證保留款(0.1%)：

- ①依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於102年11月底前完成相關程序，並於103年6月底前提送前一年度執行成果。
- ②金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。
- ③請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，於103年6月底前，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目與監測值，並應以發展結果面指標為方向。

(2)新醫療科技(包含藥品、特材、新增項目等)(0.071%)：含

增修眼科用藥Lucentis給付規定所產生之費用效應。

(3)新增跨表項目(0.018%)：

①新增6項跨表項目，其中64271B橈骨尺骨遠心端骨折經皮穿刺內固定復位手術，須有麻醉師與開刀房等設備。

②應於102年12月底前完成相關程序(含適應症之訂定)，若未能於年度開始時實施，則扣減本項成長率。

(4)調整支付標準(0%)。

(5)配合結核病防治政策改變之費用(0.007%)。

(6)配合安全針具推動政策之費用(0.004%)。

(7)破傷風類毒素(0%)。

(8)特殊材料採每點1元之差額(0%)。

(9)擴大基層醫療服務規模：

①例假日提供醫療服務(0%)。

②整合照護(0%)。

③護理照護(0%)。

(10)放寬耳鼻喉科局部處置可申報率閾值(0%)。

(11)因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(含慢性病照護之增進)(0.104%)。

(12)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.053%)。

(二)專款項目全年經費為 1,755.5 百萬元：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 102 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 102 年 12 月底前完成，並於 103 年 6 月底前提報執行成果及成效評估報告(新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

- 1.醫療資源不足地區改善方案：全年經費150百萬元。
- 2.慢性B型及C型肝炎治療計畫：全年經費200百萬元，不足部分由其他預算支應。
- 3.醫療給付改善方案：
  - (1)全年經費205.5百萬元。
  - (2)辦理原有之糖尿病、氣喘、精神分裂症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤等4項方案，並新增早期療育計畫，且相關方案皆應訂定嚴格之退場機制。
- 4.家庭醫師及診所以病人為中心整合照護計畫：全年經費1,200百萬元，並應訂定嚴格之退場機制。
- 5.受刑人之醫療服務費用：原102年所編經費(262.4百萬元)移列至其他預算項下統籌運用，並不算入基期費用中。

(三)門診透析服務：

- 1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
- 2.合併西醫基層及醫院兩總額部門之年度門診透析服務費用，協商新年度成長率，並依協商當年第1季西醫基層總額及醫院總額之門診透析費用點數占率分配計算而得新年度西醫基層及醫院門診透析費用及其成長率。
- 3.門診透析服務總費用成長率為3.7%，其基期費用包含102年度之2%成長率。依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為5.358%。
- 4.應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。

(四)前述三項額度經換算，103年度西醫基層醫療給付費用總額，較102年度所核定總額成長1.895%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為1.620%。各細項成長率及金額如表4。

西醫基層代表方案：

(一)一般服務成長率為4.981%：

- 1.醫療服務成本及人口因素成長率0.811%。

2.協商因素成長率4.170%，各項協商因素及建議事項如下：

(1)品質保證保留款(0.1%)。

(2)新醫療科技(包含藥品、特材、新增項目等)(0.249%)。

(3)放寬降血脂藥品(Statins)及黃斑部新生血管病變藥品(Lucentis)適應症所增費用(1.452%，兩項藥品費用成長率各為0.726%)。

(4)新增跨表項目(0.018%)。

①新增6項跨表項目。

②應於102年12月底前完成相關程序(含適應症之訂定)，若未能於年度開始時實施，則扣減本項成長率。

(5)調整支付標準(0.135%)。

(6)配合結核病防治政策改變之費用(0%)：建議由公務預算支應(金額為6.7百萬元)。

(7)配合安全針具推動政策之費用(0.004%)。

(8)破傷風類毒素(0.010%)。

(9)特殊材料採每點1元之差額(0%)。

(10)擴大基層醫療服務規模：

①例假日提供醫療服務(0.403%)。

②整合照護(0.532%)。

③護理照護(0.062%)。

(11)放寬耳鼻喉科局部處置可申報率閾值(0.572%)。

(12)因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(含慢性病照護之增進)(0.686%)。

(13)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.053%)。

(二)專款項目：同付費者代表方案。

(三)門診透析服務：同付費者代表方案。

(四)前述三項額度經換算，103年度西醫基層醫療給付費用總額，較102年度所核定總額成長5.298%；而於校正投保人口數後，

成長率估計值為 5.014%。各細項成長率及金額如表 4。

三、表 4「103 年度西醫基層醫療給付費用成長率項目表」，請委員自行參閱，以上宣讀。

鄭主任委員守夏

請委員看螢幕投影的表格資料，含門診透析服務之總成長率，付費者方案成長率為 1.620%，增加 1,803.1 百萬元；西醫基層代表方案成長率為 5.014%，增加 5,579.6 百萬元。請問有無意見？

陳委員宗獻

我們的總成長率為 5.014%，其中 Lucentis 我們列了 0.726% 成長率，增加 699.6 百萬元，如果最後僅執行幾百萬元，這真的是不公不正，建議依醫院部門方案，移至專款項目，並將金額修正為 2 千萬元。不知各位有何看法？

鄭主任委員守夏

醫界的版本，醫界有共識即可。

謝委員天仁

尊重醫界內部的共識，雖是委員會議，但各自提出的版本，彼此尊重，我們不可能去修改醫界的版本，他們要縮減金額，當然是樂觀其成。

陳委員宗獻

我們看一下文字，將 Lucentis 從一般服務移至專款項目，額度修改為 2 千萬元。

鄭主任委員守夏

請委員看螢幕投影內容，醫界版本，含門診透析服務之總成長率，為 4.404%。原則上我們尊重。

陳委員宗獻

一般服務協商因素「(5)調整支付標準(0.135%)」乙項，我想澄清說

明，並未給實施 RBRVS 的預算(成長率為 0)，這項並非我們另外要求的，希望能增加文字說明「(3,000 萬為)回補 102 年提前執行 RBRVS 婦產科項目」。

鄭主任委員守夏

原則上我們尊重，請同仁將醫界意見補上去。

陳委員宗獻

另「(9)特殊材料採每點 1 元之差額(0%)」乙項，不是 0%，是空白、沒有數據，我們是請健保署試算。

鄭主任委員守夏

你們的版本，請直接提供一個數字。因健保署不支持編列本項成長率，健保署認為應是 0。

陳委員宗獻

這樣就不修改。

鄭主任委員守夏

好，這是醫界版本，故付費者代表沒有意見。西醫基層部門確定，接下來進行牙醫部門的確認。

柯執行秘書桂女

還有其他預算，是否要先確認牙醫部門？

鄭主任委員守夏

牙醫部門好了嗎？

柯執行秘書桂女

好了，並已將修正後牙醫協商結論分送委員參考。

鄭主任委員守夏

先進行牙醫部門確認。

李專門委員純馥

主席，調整支付標準成長率 0.135%，1.3 億元中，其實只有 3 千萬元是回補今年調整婦產科的部分，另外 1 億元是為了接續調整今年支付標準尚未調整的項目而增編的，故非僅用於婦產科，回補今年婦產科的部分僅 3 千萬元，特此澄清。

陳委員宗獻

就是已執行的。

李專門委員純馥

對，已執行的只有 3 千萬。

陳委員宗獻

對，3 千萬。

李專門委員純馥

不是 1 億 3 千萬元，但你們現在修正...

陳委員宗獻

抱歉，算一下好不好。

李專門委員純馥

不是 0.135%。

鄭主任委員守夏

請同仁修正內容，這部分就不須再宣讀。

林組長宜靜

請醫院及西醫基層部門修正完自己版本後，提供本會幕僚。

鄭主任委員守夏

這樣最好！請醫院及西醫基層部門，將修正後最終之數字及文字，提供本會同仁。接下來進行牙醫部門確認，請宣讀。

## 同仁宣讀

103 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：

103 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 102 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+103 年度一般服務成長率)+103 年度專款項目經費。

註：校正後 103 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依費協會第 114 次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

### 二、總額協商結論：

(一)一般服務成長率為 0.364%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率為 0.431%，協商因素成長率為-0.067%。

(二)專款項目全年經費為 1,567.6 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，103 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 102 年度所核定總額成長 1.888%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 1.580%。各細項成長率及金額如表 1。

### 三、總額分配相關事項：

#### (一)一般服務(上限制)：

##### 1.品質保證保留款(0.300%)：

(1)依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於102年11月底前完成相關程序，並於103年6月底前提送前一年度執行成果。

(2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

(3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，於103年6月底前，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目與監測值。

- 2.口乾症患者照護(0.082%)。
- 3.牙周病統合照護計畫(第3階段)(-0.447%)：102年於一般服務執行，103年移列至專款項目。
- 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(-0.002%)。

(二)專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於102年11月底前完成，並於103年6月底前提報執行成果及成效評估報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.醫療資源不足地區改善方案：

- (1)全年經費280.0百萬元，辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
- (2)至少新增4個醫療站。
- (3)醫療資源不足地區之操作型定義，須經全民健康保險會同意後，方可施行。

2.牙醫特殊服務計畫：

- (1)全年經費443.0百萬元，辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者牙醫醫療服務。
- (2)其中20百萬元預算係新增早期療育患者之費用。

3.牙周病統合照護計畫：

- (1)第1、2階段：全年經費680.0百萬元。
- (2)第3階段：全年經費164.6百萬元，其中163.8百萬元由一般服務移列。
- (3)第1、2階段照護目標數至少100,000人，第3階段服務人數應達7成以上。
- (4)若第3階段提供服務人數未達7成，應由第1、2階段預算移3千萬元至第3階段。

(5)預算若仍不足，則由一般服務支應。

4.受刑人之醫療服務費用：原102年所編經費(101.3百萬元)移列至其他預算項下統籌運用，並不算入基期費用中。

四、表 1「103 年度牙醫門診醫療給付費用成長率項目表」，請委員自行參閱。以上宣讀。

鄭主任委員守夏

謝謝宣讀。牙醫部門的總成長率 1.580%，增加 5 億 9 千 6 百萬元，總金額約為 383 億 5 千 4 百萬元。請問牙醫部門與付費者代表有無意見？(未有委員表示意見)好，牙醫部門確認。再次提醒，請醫院及西醫基層部門將修正文字提供本會同仁。接下來進行其他預算確認，請宣讀。

同仁宣讀

103 年度全民健康保險其他預算及其分配：

一、103 年度其他預算增加 1,952 百萬元，預算總額度為 10,782.4 百萬元，採支出目標制，由中央健康保險署管控，各細項分配如表 5。

二、預算分配相關事項：

(一)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：全年經費 605.4 百萬元，請於 103 年 6 月底前提送執行成果。

(二)非屬各部門總額支付制度範圍之服務：全年經費 3,768 百萬元，用於助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護及藥師居家照護。其中，全民健保高診次民眾就醫行為改善方案-藥師居家照護，請於 103 年 6 月底前提送執行成果。

(三)支應罕病及血友病藥費、器官移植、西醫基層慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費及狂犬病治療藥費：

1.全年經費300百萬元。

2.所列狂犬病治療藥費係用於治療被動物咬傷患者，防止狂犬

病之發生。

(四)推動促進醫療體系整合計畫：

- 1.全年經費1,000百萬元。
- 2.預算用於醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、論人計酬試辦計畫，及新增提升急性後期照護品質試辦計畫與醫院垂直整合方案。
- 3.延續型計畫，請於103年6月底前提送執行成果及成效評估報告。新增方案原則於102年12月底前完成相關程序，並於103年6月底前提送初步執行結果。

(五)其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費：

- 1.全年經費1,000百萬元。
- 2.含新增醫藥分業地區所增加之費用。
- 3.經費之支用，依費協會第178次委員會議通過之適用範圍與動支程序原則辦理。

(六)增進偏遠地區醫療服務品質計畫：原 102 年所編列經費 500 百萬元，移列至醫院總額專款項下。惟醫院部門代表建議維持編列在其他預算項下，經費 800 百萬元。

(七)ICD-10-CM/PCS 編碼：

- 1.全年經費100.5百萬元。
- 2.新增方案原則於102年12月底前完成相關程序，並於103年6月底前提送初步執行結果。

(八)鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施：

- 1.全年經費2,200百萬元。
- 2.請中央健康保險署於完成簽約後，即向全民健康保險會報告方案內容。
- 3.新增方案原則於102年12月底前完成相關程序，並於103年6月底前提送初步執行結果。

(九)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

- 1.全年經費1,404.5百萬元。

2.本項預算自牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院總額部門移列(牙醫101.3百萬元、中醫57.1百萬元、西醫基層262.4百萬元、醫院903.7百萬元)，並包含用於鼓勵院所至矯正機關提供收容人醫療服務之獎勵費用80百萬元。

3.請於103年6月底前提交執行結果。

(十)慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：

1.全年經費404百萬元。

2.預算用於繼續推動Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。

3.請於103年6月底前提交執行成果及成效評估報告。

(十一)醫療給付改善方案：

本項方案包含自西醫基層、醫院總額部門移列，但所需費用仍編列在原部門專款項下(西醫基層205.5百萬元、醫院567.3百萬元)，及其他預算下之慢性腎臟病照護及病人衛教計畫404百萬元。

(十二)醫療資源不足地區改善方案：

本項方案自牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院總額部門移列，但所需費用仍編列在原部門專款項下(牙醫280百萬元、中醫74.4百萬元、西醫基層150百萬元、醫院60百萬元)。

三、表5「103年度其他預算項目表」，請委員自行參閱。以上宣讀。

鄭主任委員守夏

委員有無不同意見？

吳委員肖琪

昨天我有表達反對區域醫院執行急性後期照護計畫。我希望醫界朋友專心聽，急性後期照護，非常重要，國外並未用昂貴的醫院病床去照顧急性後期病人，如中風後的個案，美國係採居家或社區照護方式。昨天我所表達，不該讓區域醫院去做急性後期照護，如要做，

應有但書，希望能列入紀錄。我以學者專家立場，反對區域醫院做急性後期照護，如果要做，可在區域醫院及地區醫院的護理之家。如去網站 google 查詢，可得知很多長期照護機構都在做所謂急性後期照護，但民眾須自費，也有部分急性後期中風個案是在醫院之間遊走。如果讓區域醫院做急性後期照護，會把醫療體系弄得更糟，從學者專家角度，我還是要提醒。

鄭主任委員守夏

健保署這邊有無問題？

吳委員肖琪

我要強調的是醫院附設的護理之家，而非醫院病床。

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

蔡副署長魯

昨天討論時，黃署長已做說明，只限區域醫院與地區醫院，如果委員建議增加區域醫院的護理之家，我們也尊重。但目前護理之家並未與健保署有合約關係，這點尚待突破，至計畫我們可先研擬，再提供吳教授肖琪參考。

吳委員肖琪

我要提醒的是，大家在談病床問題時，都再把這塊放在急性病床，會有問題的。10 幾年前，葉前署長金川曾提過，醫院的慢性病床要逐漸收起來。自 1980 年代起，全世界趨勢都是用護理之家來替代慢性病床或出院後的照護。各國現在都碰到人口老化、省錢的問題，不管衛生福利部或健保署是否認同，從我的專業，沒辦法贊同區域醫院做急性後期照護。

李專門委員純馥

主席，我代表健保署說明。規劃中的計畫雖會用到區域醫院的急性

病床，但並非用急性病房的支付標準，因現行很多屬長期照護的病人卻使用急性病房的資源，若也用急性病房的支付標準並不合理，故將其給付下修，區域醫院如做急性後期照護，支付點數會比照護急性病人的點數還低，我們希望它是屬復健密集，且有限制住院日數，並非讓病人長期住院，這部分應可降低健保的財務負擔，因是調降其支付點數。為解決慢性病人留置醫院的問題，我們已跟腦中風醫學會及相關復健醫學會討論很久。會把地區醫院也納入，是因這些病人不一定願意離開醫院，且如要病人一下子從醫學中心轉到地區醫院，有些病人家屬也不願接受，仍會一直占醫學中心病床，所以基本上有個下轉的...。

吳委員肖琪

轉到護理之家，就沒問題了。

李專門委員純馥

對，但我們與護理之家並無特約關係。

吳委員肖琪

你們已有居家護理特約，我覺得可往此方向突破，不然以後病床會整個亂掉。

蔡副署長魯

吳教授肖琪的建議，我們會列入。

鄭主任委員守夏

人口老化是個大問題，很多國家已在做急性後期照護，台灣為什麼進度較慢，理由之一是我們的急性病床相對便宜，當很多醫院占床率不是很高時，就會把那些病人放在急性病床。其實長期規劃比要編多少錢、由誰做，來得重要。建議安排健保署擇期專案報告，急性照護與長期照護中間銜接的急性後期照護，要如何處理。大家的用意都是良善的，吳委員肖琪的建議，請健保署納入規劃參考。

謝委員天仁

既然吳委員肖琪這樣講，建議直接將文字列入，針對醫院垂直整合方案，醫院括弧是不是包括護理之家？

鄭主任委員守夏

是指前面那一項，這項我們列入會議紀錄。

謝委員天仁

我覺得相關文字要納入決議，才能發生法定效力，會議紀錄並不是部長核定的內容。

吳委員玉琴

針對這個議題提出意見，樂見急性後期照護試辦計畫之推動，但是衛生福利部護理及健康照護司在長期照護服務網的計畫中，也在試辦中期照護，用的是醫療發展基金的錢。

吳委員肖琪

長照是6個月以上已經不會再恢復的病人，而急性後期照護則是中風後期...

吳委員玉琴

一、護理及健康照護司也有類似的方案正在進行，是針對6個月以內的病人進行照護，以幫助其恢復，建議衛生福利部內部針對相關方案的整合，要再進行細部的討論。至於如何切割，我有次和部長討論這件事時，他也認為大家對於名詞的定義，何謂中期照護或急性後期照護，定義不清楚，他已要求部裡相關單位，將名詞定義的更清楚，包括如何分類這些病人、如何提供適當的照護及合作等，因為它是從醫療到長期照護，有必要整合或釐清相關銜接機制，請就文字上再做相關的釐清。

二、因為我等一下要離開，先表示意見。對於狂犬病治療費用，我們一直有意見，今天還是寫在上面，昨天很匆忙的就通過了，基本上民間團體還是反對。政府部門不能慷全民健保會之慨，

把應該由公務預算支應的放進來。據我所知，之前在相關的會議上也有討論，而且委員會都反對，但還是列入。我想可能健保署有一些壓力，但就民間立場我們還是反對。如果真的要通過，用詞是不是要改一下，因為已經說不是狂犬病的治療費用，我本身反對這筆費用納入其他預算項下，建議刪除。

#### 鄭主任委員守夏

昨天協定的內容原則上不再更動，這部分沒有重啟協商，要不然問題會很大，上述意見會列入紀錄。剛謝委員天仁建議把吳委員肖琪的建議文字化，所以現已寫在上面，請委員看一下標示紅字的部分：「提升急性後期試辦計畫應包含醫院附設護理之家或居家護理」，文字這樣可以嗎？執行上有沒有困難？

#### 李專門委員純馥

向吳委員肖琪解釋，目前健保對護理之家的特約內容，是針對其提供的居家護理業務，因為急性後期照護是含病房、護理服務及藥品等費用，和現行給付內容差距非常大，必須修改特管辦法，茲事體大，而且恐怕會讓 RCW(呼吸照護病房)的夢靨再度開啟，因為這些人確實不太容易定義其失能狀態。如果我們把護理之家的腦中風病人或急性後期需照護病人納入，確實會和長照保險或長期照護計畫難以切割，所以我們還是希望由特約的醫療院所來提供服務。吳委員肖琪的建議非常好，但因為相較現況改變太大，可能會影響健保的財務。

#### 吳委員肖琪

昨天討論肺結核治療時已表示，國外皆往社區化發展，不該以醫院模式提供。全世界的醫院都把急性病床轉去做長期照護，但美國學者說，最好不要有長期照護醫院，因為那是一個無底洞，應該往社區方向移動，這不是對醫界不好或是對誰不好。12年後台灣人口老化那麼嚴重，我們實在沒有辦法負擔，當年居家護理都能做了，所以這一塊健保就應該要去突破。這個地方，一旦開始，往後確實是

難以想像，所以寧可要事前想清楚。

謝委員天仁

這樣好不好，能不能有一點彈性，我們相信健保署會努力把事情做好，建議把「應」字，改為「得」字，處理上保持一點彈性，也可以完成吳委員肖琪所建議的相關事項。

鄭主任委員守夏

好，是不是同意謝委員天仁的建議？之後請健保署專案報告，看規劃內容或是在執行上有無碰到困難。基本上，這是一個新的試辦計畫。請蔡副署長魯。

蔡副署長魯

剛才吳委員肖琪及一些委員提到的觀點，我們都很尊重，但這個案子在健保署提出試辦計畫時，其實已經與部裡的護理及健康照護司、醫事司還有相關單位先討論過，他們會制訂有關設備、人力配置的相關規範，護理及健康照護司也會處理剛才吳委員肖琪所說的問題，健保署則先提出急性後期照護試辦計畫。吳委員肖琪所提的論點，本署會尊重，但此案既然是一個新的試辦計畫，是不是在下一次的健保會委員會議先提報草案後，再來確定是否要納入剛才說的條款，以免落入剛才李專門委員純馥所說的，再開啟另一個RCW的夢魘，這是我們所擔心的。所以，本署先將試辦計畫草案，向健保會報告後，再來討論是否要納入條款，這樣或許比較可行。

鄭主任委員守夏

這應該是我們最希望看到的，因為分項方案金額並未明列，是包含在整個計畫裡面，所以這項就請健保署提出方案，送健保會審查通過後實施。

謝委員天仁

是不是應該有一點彈性，現在已將「應」修為「得」，意思是可以做，也可以不做，這要因時地制宜，對不對？署可以彈性規劃，但若要

提方案到健保會報告，請大家提供意見，我覺得也是很好。

鄭主任委員守夏

不過健保會的業務已經夠多，每一個報告案動輒 30、40 分鐘，內容多一點的要 1 個小時，再加上 2、3 個討論案，委員會幾乎都要開到下午 2、3 點，所以如果不用提報，相信健保署會用心規劃，是不是請大家同意謝委員天仁所建議的，將「應包含」改為「得包含」，吳委員肖琪若有比較好的想法，就向健保署提出建議。

楊委員漢淙

我原則是同意，但吳委員肖琪所說的觀點，應該還包括地區醫院，也就是所謂的社區醫院，所以比較完整的說法，應該是要地區醫院及醫院附設護理之家，會比較清楚。

吳委員肖琪

好。

鄭主任委員守夏

所以，請加上「地區醫院」，文字修訂為「得包含地區醫院及醫院附設護理之家或居家護理」。各位委員對其他預算部份是否還有意見？

謝委員武吉

醫院垂直整合方案其實是已經提出 2 年的方案，但並未實施，是否也要在方案名稱再加上「新增」，但這個方案算是「新增」嗎？

鄭主任委員守夏

請問健保署，醫院垂直整合方案算是「新增」嗎？

謝委員武吉

是新增，都沒有做嘛！

鄭主任委員守夏

請問健保署，醫療垂直整合方案算新增嗎？

黃署長三桂

論人計酬也是醫院垂直整合的一種，為什麼要新增呢？昨天協商也沒有這項。

謝委員天仁

我的看法是沒有必要，因為有會議紀錄可以對照，要做什麼事，內容一對就知道了，委員會當時真正的爭議很清楚，所以沒必要特別加那二個字。

鄭主任委員守夏

基本上是專案，無論有做沒做我們都看得到。請問委員對這部分還有無意見？

謝委員天仁

沒有。

鄭主任委員守夏

一、對不起，再耽誤一分鐘，我跳脫主席，以學者立場發言。評核會議評核委員有一特別意見，是針對醫療給付改善方案，尤其是糖尿病方案，實施這麼多年，也證明有效，但覆蓋率都只有3成，結核病都已經到6、7成。因為我們的獎勵方式是個別病人或醫師，而且每家醫院都會有配額，所以涵蓋率就無法增加。其實醫師都會挑比較好處理的病人，涵蓋率只有3成非常糟糕。這項試辦計畫已經實施十年，既然很有效，建議下個目標應該是要擴大涵蓋率，大家是不是同意將本項列入，尤其是糖尿病，因為證據非常明確，已經有好幾篇學術文章發表。

二、針對醫療改善方案之糖尿病方案，請健保署研擬提升涵蓋率方法，並建議不是以收案數而以醫療院所為獎勵單位，讓院所有較大空間來調高涵蓋率，因為證據非常明確，但就卡在這邊。本項預算在各細項間可以互相調整挪用，拜託健保署幫忙，這是評核會中評核委員非常有共識的建議。文字部分增修如下：

「糖尿病方案應擴大院所照護涵蓋率，考慮以醫療院所為獎勵單位。」這部分就請健保署多幫忙。

陳委員宗獻

有個臨時動議，因為不包括在任何總額部門內，我們這次的協商非常的....。

蔡委員登順

現在討論的是總額，臨時動議應等到最後再提出。

陳委員宗獻

這是委員會的動議。

蔡委員登順

臨時動議應等到最後再提出。

鄭主任委員守夏

現在是第一個討論案，後面還有二個討論案，另外也接到一個臨時動議。第一個討論案就先確認。第二個討論案跟我們 11 月要談收支連動很有關係，所以就花點時間進行第二個討論案，至少有共識，請同仁快速宣讀。

參、討論事項第二案「為利保險費率之審議及保險財務之監理，需請中央健康保險署配合事項」、討論事項第三案「102年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，及臨時動議之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

- 一、本案是為了 11 月委員會議討論收支平衡，需請健保署提供明確的資料。尤其這二天協商的結果，有兩案併陳的部份，因此高估及低估結果差異會很大，請健保署針對支出與收入的高、低推估，預先進行保險費率的估算，至是否須調整一般保險費率、補充保險費率、保險給付範圍、或是部份負擔等，再由本委員會議討論。
- 二、10 月及 11 月委員會議大致會針對此議題進行深入的討論，提案中，本會幕僚已將所需資料臚列出來，請健保署提供。
- 三、請干委員文男發言。

干委員文男

主席，我有一個看法，進行保險費率推估是好事，但希望在邀請精算師或財務專家時，不要請御用的或就是固定的那幾位，即使請特定的專家，也要另外找一組專家獨立進行精算，讓委員會可以看到二個不同試算結果，以進行比較，有第三組試算結果也可以，重要的是讓委員能夠看到不同團隊的試算結果。

鄭主任委員守夏

感謝干委員文男的提醒，我想重點是在專家身上，雖然有很多精算師或會計師，但是對健保也不見得很了解。莊委員志強是會計師，但他擔任本會的委員之前，對健保相關業務可能也不是很清楚。

葉委員宗義

主席，我提醒一下，我們委員會中有一位精算師。

鄭主任委員守夏

抱歉！我忘記李委員永振是精算師。我們會邀請對健保或醫療較了解的精算師及會計師參與，並盡量避免找御用的，只是我不知道誰是所謂「御用」。請楊委員漢淥。

楊委員漢淥

一、主席，我對本案的時程與進度並無意見。

二、本人過去在衛生署曾參與精算報告相關業務，精算的基礎，其實都是醫療服務的使用率，因為靠這些東西，才能推估出每一個人口群的醫療使用率及醫療費用，所以在此建議，除了經濟學者外，也應找醫療管理專家，在進行費率審議前，所邀集參與的相關人士中應增加中立的醫療管理領域的專家，否則經濟或會計專家不見得了解醫療服務運作的特性，可能造成假設或資料判讀的偏差。

鄭主任委員守夏

一、本提案文字內容是依據健保法第 24 條所擬，楊委員漢淥所提建議可納入考量，再多邀請醫療管理相關專家參與相關討論。

二、委員是否還有相關意見？請干委員文男。

干委員文男

那我的意見呢？我希望能有第 2 組或是第 3 組的團隊進行試算比較，而不是僅提出一個試算結果，就要委員會背書。雖然我們不見得很懂，過去也曾經發生過別單位的試算報告，錯誤被抓到的情況，一年就差距幾億元，不希望本委員會也發生類似的情況。

鄭主任委員守夏

我們邀請的人員應該夠多，另拜託李委員永振及莊委員志強兩位專家務必出席，不知道這樣干委員文男是否能放心？

干委員文男

我是希望能有至少有二個團隊提出報告，以進行比較，雖然基礎數

據都一樣，但假設、模型不同，結果就會有不同，我希望能有二組報告來做對照。

鄭委員守夏

我先確認在會計上的相關規範，同一件事情報二次費用，是否能夠核銷？如果沒有問題，我們儘可能找二群專家進行試算。

干委員文男

法規應該沒有限制幾個人，一次多報幾個人就可以了，找三組人馬來試算也可以。

鄭委員守夏

好。請李委員永振。

李委員永振

- 一、各位委員，因為討論到精算，所以不得不發言，精算是利用統計資料所得的結果。剛才楊委員漢源也提到，基礎統計資料很重要，因此我在會上常常建議健保署應將相關統計資料備妥，以利討論。
- 二、我是第一次參加總額協商會議，深刻感受到協商時若沒有將統計資料準備出來，會變成瞎子摸象，到後來甚至變成各自喊價，以精算的角度來看，並不適當，應該是各有憑據，再來進行討論。
- 三、之前代表參加全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議時，我就向蔡副署長魯建議，若無相關資料，就會做成錯誤的決策。就像這二天討論很多的眼科與高血壓用藥的問題，我私下建議健保署，若無把握，應先試辦，再依試辦結果評估是否要推廣。相關會議曾討論過另一個案子，開放的結果申報量多，但預算少，結論是要給 1%，我在會上表示健保署不給還好，否則執行單位都做了，卻只給 1%，反彈的程度會比一開始就不給付還高。

四、資料的建立很重要，所以干委員文男所提意見也是很正確的，若如此，未來所看到的結果應會比較客觀。國內有一個精算學會可供洽詢，若有需要，我也會盡力參與，以上意見供各位委員參考。

鄭主任委員守夏

感謝李委員永振，請曲司長同光回應。

曲司長同光

- 一、我提供一些意見請大家參考。剛才大家討論了很多精算的問題，當然保險費率精算是很重要的。目前健保法第 25 條規定，本保險財務，由保險人至少每 5 年精算 1 次，每次精算 25 年。但本條主要的目的不是在做費率的決定，因為目前健保法的精神是每一年收支連動，每年檢討費率及給付範圍，因此每一年就要考慮費率的處理。而精算主要的目的是在做長期的財務推估，所以健保法是規定至少 5 年精算 1 次。
- 二、我個人建議大家或許不需要將每年費率的處理，做得像精算一樣複雜，因為精算是一個很複雜又冗長的過程。過去的健保法是 2 年精算 1 次，但當時並沒有每年收支連動的概念。因此實務上，建議健保署可考慮在費用推估的前提下，儘可能備妥相關的資料與推估結果供委員會參考，但每年費率的試算不一定要做到像精算一樣的規模，否則會非常辛苦。而 5 年 1 次的精算，依法是一定要做的，此二項目的並不一樣，一個是做長期財務的推估，另一個是依當年協商的結果來推估次年合理費率。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝曲司長同光的解釋。因為健保是「即收即付」，就是收多少就付多少，不夠的再去跟銀行借錢、調頭寸，健保署另一個長才就是很會借錢。
- 二、健保的支出與收入都不易推估，經濟景氣變化、人口老化、新

疾病發生等，影響變數多元且複雜，因此依曲司長的說明，若我們考慮的是每年收支連動，則屬於短期的推估，與長期財務平衡的精算不完全相同，因此在做費率平衡估算時，應儘可能取得相關資料，並邀請專家來協助判讀。

三、另外請大家看本提案之附表，其臚列許多需要健保署提供的資料，請健保署儘量提供。

千委員文男

主席，推估是推估，精算是精算，二者完全不同。推估有概念、主觀的問題；精算是有基礎、有數據的問題，若僅以推估進行收支連動，會有很大的錯誤。目前政府決策都是以推估的方式進行，導致許多政策失敗，如能以精確的數據計算，應不致偏離軌道。若只是推估敷衍了事、虛應行事，這樣有做跟沒做是一樣的。

鄭主任委員守夏

一、沒關係，有關保險費率審議會議將由本會幕僚舉辦，邀請本會委員一同參與，請委員共同把關。建議本案就此通過？(無委員反對)。

二、第三案為是健保署依法需來本會報告之「醫療資源不當耗用之改善方案」，是否須今日討論？另，醫界代表有提出與藥品相關的臨時提案，此二案是否須現在討論？請大家提供意見。

楊委員漢淙

一、主席，健保署所提的第三案，健保署已安排要另行召開會議討論，因此可不需在今日討論。

二、臨時提案因與 103 年度總額協商結果有密切相關，需於今日進行討論，是否能現在討論？

鄭主任委員守夏

請問健保署，本案是否有急迫性須於今日通過？

李專門委員純馥

- 一、向主席報告，依健保法第 72 條規定：「為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提健保會討論後，報主管機關核定」。
- 二、本案本署於 102 年 7 月健保會中即已提出專案報告，但因報告案並不具有草案核定的程序，因此今日再次提出本草案內容，讓委員進行討論，本案在 7 月份委員會議中提出報告後，委員在會中也已進行相關草案內容之討論。

干委員文男

主席，請求發言。

鄭主任委員守夏

請干委員文男發言。

干委員文男

請問目前在進行第三案的討論嗎？

鄭主任委員守夏

目前正在進行會議程序的確認。

干委員文男

健保署認為在 7 月份已經討論過，但 7 月份提出時是報告案形式，與討論案不同，且健保署並未針對上次委員提出的意見進行修改。

鄭主任委員守夏

向干委員說明，上次是報告案，這次是討論案。

干委員文男

- 一、上次健保署報告時，與會委員也提供很多意見，但本次的提案內容未見依委員建議修正之處。
- 二、我直接提出個人意見，在會議資料第 132 頁「五、高診次就醫輔導」內，「3.民眾當年度就醫次數達 20 次以上，於就醫時予

以警示，讓醫師輔導正確就醫。」上次我就說過，這是行不通的，請問健保署依據為何？若是慢性病患者，每月就醫 1 次，1 年就有 12 次，若罹患多重疾病或是季節性感冒，就醫次數很容易就超過 20 次，若遇到小題大作的醫師，就會跟病患說：「這是健保署規定的...」，徒增民眾與基層醫師的困擾。請健保署提出合理的解釋與說明，為何以 20 次為門檻？以前曾向健保署反應，健保署都說沒有限制民眾就醫次數與醫師開藥，但現在本方案白紙黑字就寫在這裡。

三、本案後續影響深遠，我若不在這裡提出意見，有虧職責。

鄭主任委員守夏

報告干委員，目前看來許多委員對草案內容都有意見，本案移至下次委員會議討論。

謝委員武吉

主席，能否讓我做一些補充？

鄭主任委員守夏

請謝委員武吉發言。

謝委員武吉

本月 11 日將舉辦一個大型會議，討論看病多、檢查多、拿藥多、無效醫療等多項議題，為使本案內容更圓滿、周全，建議健保署可俟該會議討論後，蒐集更多意見，屆時再提草案送本會討論也不遲。

干委員文男

本案是本委員會的權責，不能以別的會議取代，且該會議主題多，容易模糊焦點。

謝委員天仁

本案確屬本委員會權責。主席是否裁示本案移列下次委員會議討論？

鄭主任委員守夏

- 一、本案依法屬本委員會權責，需本委員會議討論後才能送衛福部。今日因為時間關係，且各委員仍有意見，另謝委員武吉也補充，還有其他大型會議將進行討論，本案移下次委員會議討論。(無委員有反對意見)
- 二、另外還有一個臨時動議，醫界代表希望能於今日討論，請委員參閱臨時提案內容，是否同意於今日進行討論？

謝委員天仁

本案應屬臨時動議案，非臨時提案。

鄭主任委員守夏

- 一、本次協商會議花了許多時間與力氣在討論藥品問題，本臨時動議案所提，BC 肝、降血脂藥品及 Lucentis，都是因為適應症放寬所帶來的財務影響，因此醫界代表提出，暫緩實施新的適應症及納入健保給付的建議。
- 二、若本案無法於短時間內達成共識，則我個人認為今天不適合進行討論。

謝委員天仁

程序上，無論是 Statins 或 Lucentis，醫界代表在兩案併陳的協商版本中已提出主張與方案，端看部長如何裁量，因尚未定案，在此似無討論空間。醫界代表是否認為部長不會採行醫界代表方案？應該對自己的版本有信心。本案無須在此討論。

鄭主任委員守夏

請楊委員漢淥。

楊委員漢淥

本案如同剛才主席所說，都是因為藥品放寬適應症所引起，但 Lucentis 似乎不是適應症的改變，而是原先健保不給付，放寬為給付。醫界版本雖已臚列經費，但現在不是有無信心的問題，而是醫

界係依很粗略的資料進行財務影響推估。而且依健保法第 26 條，健保署在調整保險給付範圍時，本即應提出規劃，報本委員會審議，若健保署一定要放寬適應症或給付，則應將所需費用估算出來，列入醫界代表方案中，一併送部長裁決，若健保署因財源不足，認同可以暫緩，則可再修改適應症等規範，不一定要實施。

沈組長茂庭

主席，請求補充說明。

鄭主任委員守夏

- 一、若是針對本案，健保署先不用補充說明。
- 二、本案似無法在短時間內達成共識，個人建議下次會議正式提案討論。
- 三、對於這類議案，先前也有委員對健保署提出原則性的建議，醫界代表現在則明確針對這 3 種用藥提出疑問，是否併案在下次委員會議進行討論，我們先做出原則性的決定，再針對個案進行討論，以做為後續類似議案執行之依據。

謝委員天仁

請問主席，本案是否屬本會之權責？若不是本會可否決議某種藥品之適應症開放或納入給付？權責應先釐清，屬本委員會之權責，再做討論，若不是，則不應進行討論。

楊委員漢淙

按健保法第 26 條，健保署在調整保險給付範圍時，應提出方案，依法報本委員會審議，這是本委員會的權責。

沈組長茂庭

- 一、依據健保法第 41 條，藥物給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，並得邀請藥物提供者及相關專家、病友等團體代表表示意見，報主管機關核定發布。本署是依據第 41 條

組成委員會，做成適應症開放之決定。

二、健保法第 26 條與 41 條間是否有衝突，可能需要進行討論。

鄭主任委員守夏

好。請陳委員宗獻發言。

陳委員宗獻

本次協商在藥物部分卡那麼久，我們發現健保法第 26 條與 41 條間似乎需要釐清，是否請大家思考，為了維持健保總額財務平衡及協商正義，103 年度起，新藥新科技之開放，應以不超出該年度總額項下額度為原則。另，新藥新科技之額度，應檢討 5 年，若有節餘部分，於第 6 年從總額中扣除。這部份先講清楚，才能減少往後的爭議。

謝委員天仁

主席，程序問題，目前到底是提案或是要怎樣？我搞不清楚。

陳委員宗獻

我不是要提案，只是要提出未來執行的建議，讓大家先想一想，下次再來討論。

鄭主任委員守夏

一、陳委員宗獻只是提出說明。我建議暫停討論，本案等委員正式提案後再進行討論。我個人同意陳委員宗獻剛才的建議，另外對於協商的過程、內容、原則等相關建議，委員都可以正式提案進行討論。

二、很抱歉，現在時間已經是下午 1 點鐘，不再接受任何臨時動議。

楊委員麗珠

一、各位委員，大家都辛苦了，再次感謝委員持續支持「提升住院護理照護品質方案」。

二、在今年 7 月 29 日至 31 日，由衛生福利部林次長奏延領隊，帶

領衛福部護理及健康照護司、健保署蔡主秘淑鈴及護理師護士公會全國聯合會等，至日本進行護理人力與保險給付連動之參訪活動。全聯會將與衛生福利部在 10 月 29 日於台北市立聯合醫院中興院區六樓第一會議室進行對於增加護理人力及保險給付之相關討論，在此邀請本會全體委員務必蒞臨指導，謝謝！

鄭主任委員守夏

請護理師護士公會全聯會再另行通知全體委員。

何委員語

主席，我不是要提案。我是要請健保署提供安全針具，包含各品項支付價格及國內提供廠商等之詳細資料，供給全體委員參考。

鄭主任委員守夏

一、請健保署提供書面資料給所有委員參考。

二、在此宣布散會。請委員依幕僚同仁的引導到餐廳用餐。