

衛生福利部全民健康保險會
108 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 107 年 9 月 27 日

108年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議事錄

壹、時間：中華民國107年9月27日9時32分至23時

貳、地點：衛生福利部301會議室(台北市忠孝東路6段488號3樓)

參、出席委員：(依委員姓名筆劃排序)

千委員文男

王委員雅馨

台灣乾癬協會柯理事長怡謀(12：38~17：45 代理)

古委員博仁

中華民國藥師公會全國聯合會曾秘書長中龍(14：40~17：52 代理)

吳委員國治

吳委員榮達

李委員永振

李委員育家

李委員偉強

周委員麗芳

國家發展委員會賴專員宜櫻(09：32~19：45 代理)

林委員至美

林委員敏華

中華民國身心障礙聯盟滕秘書長西華(代理)

林委員惠芳

林委員錫維

林口長庚紀念醫院行政中心潘副主任延健(09：32~11：55 代理)

翁委員文能

商委員東福

中華民國工業協進會楊顧問玉琦(11：55 以後代理)

張委員文龍

張委員清田

中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠(代理)

張委員煥禎

張委員澤芸

郭委員錦玉

陳委員旺全

陳委員亮良

陳委員有慶

黃委員偉堯

黃委員啟嘉

黃委員宗義

趙委員銘圓

中華民國全國工業總會何常務理事語(代理)

劉委員志棟

蔡委員登順

蔡委員麗娟
盧委員瑞芬
謝委員尚廷
謝委員武吉
羅委員莉婷

中華民國牙醫師公會全國聯合會徐理事邦賢(12:38 以後代理)

肆、協商代表

中華民國牙醫師公會全國聯合會

許世明、翁德育、
連新傑、羅界山、
王棟源、簡志成、
徐邦賢、劉經文、
黃立賢

中華民國醫師公會全國聯合會

陳相國、黃振國、
王宏育、周慶明、
張孟源、徐超群、
顏鴻順

中華民國中醫師公會全國聯合會

林永農、劉富村、
柯富揚、施純全、
黃蘭嫻、詹永兆、
張庭堅、陳憲法、
呂世明

台灣醫院協會

潘延健、謝景祥、
張克士、劉碧珠、
陳瑞瑛、林佩菽、
黃雪玲

伍、列席人員

本部社會保險司
中央健康保險署

梁組長淑政
李署長伯璋
蔡副署長淑鈴
李組長純馥
戴組長雪詠

台灣腎臟醫學會

本會

盧理事長國城

林秘書長元灝

周執行秘書淑婉

洪組長慧茹

邱組長臻麗

陳組長燕鈴

陸、主席：傅主任委員立葉

紀錄：陳淑美、盛培珠、
方瓊惠、劉于鳳、
陳思縉、廖尹嫻

柒、主席致詞(略)

捌、108年度全民健康保險醫療給付費用總額協商－各部門與付費者

一、牙醫門診總額

(一)協商時間：

9月27日09：32~12：30(含付費者及牙醫部門代表各自召集內部會議討論約1小時7分鐘)、22：50~23：00。

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為8.276%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率0.187%，協商因素成長率8.089%。
- 2.專款項目全年經費為1,069.1百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，108年度牙醫門診醫療給付費用總額，較107年度所核定總額成長3.433%；而於校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度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後，成長率估計值為3.192%。

(三)108年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配(草案)，如附件一。

二、西醫基層總額

(一)協商時間：

- 1.西醫基層總額：9月27日12：35~15：25(含付費者及西醫基層部門代表各自召集內部會議討論約1小時30分鐘)。
- 2.門診透析服務預算：9月27日15：30~16：59為門診透析服務費用討論時間(含付費者及「西醫基層與醫院部門代表」各自召集內部會議討論約27分鐘)。

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為2.901%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率2.549%，協商因素成長率0.352%。
- 2.專款項目全年經費為5,719.2百萬元。
- 3.門診透析服務成長率4.683%。
- 4.前述三項額度經換算，108年度西醫基層醫療給付費用總額，較107年度所核定總額成長4.067%；而於校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度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後，成長率估計值為3.830%。

(三)108年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配(草案)，如附件二。

三、中醫門診總額

(一)協商時間：

9月27日17：04~17：34(含付費者代表召集內部會議討論約16分鐘)。

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為3.457%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率1.365%，協商因素成長率2.092%。

2.專款項目全年經費為676.2百萬元。

3.前述二項額度經換算，108年度中醫門診醫療給付費用總額，較107年度所核定總額成長4.429%；而於校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度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後，成長率估計值為4.128%。

(三)108年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配(草案)，如附件三。

四、醫院總額

(一)協商時間：

9月27日17：43~20：44(含付費者及醫院部門代表各自召集內部會議討論約1小時23分鐘)、22：29~22：32。

(二)協商結論摘要：

1.一般服務成長率為4.080%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.292%，協商因素成長率0.788%。

2.專款項目全年經費為29,161.7百萬元。

3.門診透析服務成長率1.839%。

4.前述三項額度經換算，108年度醫院醫療給付費用總額，較107年度所核定總額成長4.428%；而於校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度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後，成長率估計值為4.200%。

(三)108年度醫院醫療給付費用總額及其分配(草案)，如附件四。

五、其他預算

(一)協商時間：

9月27日20：51~22：29(含付費者召集內部會議討論

約41分鐘)。

(二)協商結論摘要：

108年度經費12,821.2百萬元，較107年度增加40.0百萬元。

(三)108年度全民健康保險其他預算及其分配(草案)，如附件五。

六、上述協商結論提送9月28日本會107年第8次委員會議確認。

玖、協商會議結束：9月27日下午23時。

一、108 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配(草案)

(一)總額設定公式：

108 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 107 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+108 年度一般服務成長率)+108 年度專款項目經費

註：校正後107年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會107年第5次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值，及加回前1年度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。

(二)總額協定結果：

- 1.一般服務成長率 8.276%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 0.187%，協商因素成長率 8.089%。
- 2.專款項目全年經費為 1,069.1 百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，108 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 107 年度所核定總額成長 3.433%；而於校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度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後，成長率估計值為 3.192%。各細項成長率及金額如表 1。

(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 108 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.一般服務(上限制)：

(1)新醫療科技(新增診療項目)(0.030%)：

- ①本項用於新增口腔外科診療項目。
- ②請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於 107 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未依時程導入，則扣減該額度；

另於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用/點數。

(2) 牙周病統合照護計畫(第 1、2、3 階段) (6.918%)：

① 執行目標：30 萬件。

預期效益：

幕僚建議：

1. 依 108 年度總額協商通則規定，於協商時提出執行目標及預期效益(含評估指標)，爰請各總額部門於 10 月 11 日前提報上開資料，以利 10 月份委員會議確認。
2. 各總額部門比照辦理。

② 請加強管理及監督機制，持續監測醫療利用情形，並請中央健康保險署於 108 年 6 月底前提出專案報告(含管控措施及監測指標)。

(3) 牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用(0.862%)：

執行目標：502,115 人次。

預期效益：

(4) 提升假日急症處置服務(0.284%)：

① 執行目標：

預期效益：

② 請牙醫門診總額相關團體協調各區院所提升假日開診率，增加民眾假日就醫可近性。

(5) 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.005%)：本項不列入 109 年度總額協商之基期費用。

2. 專款項目全年經費為 1,069.1 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 107 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 107 年 12 月底前完成，並於 108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告(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 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)牙醫特殊醫療服務計畫：

①全年經費 534 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及老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。

②新增預算(50 百萬元)用於提升院所型牙醫醫療服務之人數。

(3)網路頻寬補助費用：

①全年經費 136 百萬元。

②本項預算由其他預算移列，用於補助牙醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。

③執行目標：108 年度參與院所數達 100%。

預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。

評估指標：醫療院所參與率。

(4)牙周病統合照護計畫(第 1、2、3 階段)：108 年導入一般服務，經費移列至一般服務項下。

(5)品質保證保留款：

①全年經費 119.1 百萬元，依「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 108 年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成

果。

- ②原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 (116.4 百萬元)，與 108 年度品質保證保留款 (119.1 百萬元)合併運用(計 235.5 百萬元)。
- ③請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

表 1 108 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表(草案)

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		0.187%	75.9	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 = [(1+投保人口預估成長率)×(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		0.359%		
人口結構改變率		0.282%		
醫療服務成本指數改變率		-0.453%		
協商因素成長率		8.089%	3,283.3	請於 108 年 7 月底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；實施成效並納入下年度總額協商考量。
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(新增診療項目)	0.030%	12.0	1.本項用於新增口腔外科診療項目。 2.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於 107 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未依時程導入，則扣減該額度；另於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用/點數。
	牙周病統合照護計畫(第 1、2、3 階段)	6.918%	2,808.0	1.執行目標：30 萬件。 預期效益： 2.請加強管理及監督機制，持續監測醫療利用情形，並請中央健康保險署於 108 年 6 月底前提出專案報告(含管控措施及監測指標)。
	牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用	0.862%	350.0	執行目標：502,115 人次。 預期效益：
其他醫療服務利用及集中度之改變	提升假日急症處置服務	0.284%	115.3	1.執行目標： 預期效益： 2.請牙醫門診總額相關團體協調各區院所提升假日開診率，增加民眾假日就醫可近性。

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 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	-0.005%	-2.0	不列入 109 年度總額協商之基 期費用。
一般服務 成長率	增加金額	8.276%	3,359.2	
	總金額		43,947.6	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案， 延續型計畫應於 107 年 11 月底 前完成，新增計畫原則於 107 年 12 月底前完成，並於 108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告。
醫療資源不足地區改善 方案		280.0	0.0	辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及 巡迴醫療服務計畫。
牙醫特殊醫療服務計畫		534.0	50.0	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 及老人長期照顧暨安養機構牙 醫醫療服務。 2.新增預算用於提升院所型牙醫 醫療服務之人數。
網路頻寬補助費用		136.0	136.0	1.本項預算由其他預算移列，用 於補助牙醫院所提升網路頻寬 之「固接網路及行動網路月租 費」。 2.執行目標：108 年度參與院所數 達 100%。 預期效益：鼓勵醫療院所提升 網路頻寬，以利推 動雲端醫療資訊共 享，降低不必要檢 驗(查)及用藥。 評估指標：醫療院所參與率。
牙周病統合照護計畫 (第 1、2 階段)		0.0	-1,564.0	108 年導入一般服務，經費移 列至一般服務項下。
牙周病統合照護計畫 (第 3 階段)		0.0	-588.8	

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
品質保證保留款		119.1	0.0	1.依「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於108年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果。 2.原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4百萬元)，與108年度品質保證保留款(119.1百萬元)合併運用(計235.5百萬元)。 3.請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。
專款金額		1,069.1	-1,966.8	
總成長率(註1) (一般服務+專款)	增加金額	3.192%	1,392.4	
	總金額		45,016.7	
較107年度核定總額 成長率(註2)		3.433%	—	

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為43,624.4百萬元，其中一般服務為40,588.5百萬元(含校正投保人口預估成長率差值96.9百萬元，及加回違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款5.0百萬元)，專款為3,035.9百萬元。

2.計算「較107年度核定總額成長率」所採基期費用為43,522.5百萬元，其中一般服務為40,486.6百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值96.9百萬元，及未加回違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款5.0百萬元)，專款為3,035.9百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以健保署結算資料為準。

二、108 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配(草案)

(一)總額設定公式：

■ 108 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 107 年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+108 年度一般服務成長率)+108 年度專款項目經費+108 年度西醫基層門診透析服務費用

■ 108 年度西醫基層門診透析服務費用＝107 年度西醫基層門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後107年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會107年第5次委員會決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度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。

(二)總額協定結果：

- 1.一般服務成長率為 2.901%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 2.549%，協商因素成長率 0.352 %。
- 2.專款項目全年經費為 5,719.2 百萬元。
- 3.門診透析服務成長率 4.683%。
- 4.前述三項額度經換算，108 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 107 年度所核定總額成長 4.067%；而於校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度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後，成長率估計值為 3.830%。各細項成長率及金額如表 2。

(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 108 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.一般服務(上限制)：

(1)新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材

等)(0.037%)：

- ①對擬納入健保給付之新醫療科技項目，應進行整體評估，排定優先順序，並於額度內妥為管理運用。
- ②請中央健康保險署於 107 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；另於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用/點數。
- ③附帶建議：中央健康保險署對於新藥預算之估算方法，應考量預算超支之處理是否能合理反映新藥費用。(募僚說明：配合醫院同項目之建議新增)

(2)藥品給付規定範圍改變及相關醫療服務密集度之增加(0.356%)：

包含「反映藥品節流措施所節省金額用於支用『107 年藥品給付規定範圍改變』」之不足費用、因應開放表別所增加之醫療費用及居家醫療衍生之醫療費用。

(3)強化外傷照護服務之密集度(0%)。

(4)多重慢性病及身心障礙者照護(0%)。

(5)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.041%)

①為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。

②本項不列入 109 年度總額協商之基期費用。

2.專款項目全年經費為 5,719.2 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 107 年 11 月底前完成，新增計畫原則

於 107 年 12 月底前完成，並於 108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告(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)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(1)網路頻寬補助費用：

- ①全年經費 211 百萬元。
- ②本項預算由其他預算移列，用於補助西醫基層診所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
- ③執行目標：108 年度參與院所數達 100%。

預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。

評估指標：醫療院所參與率。

(2)C 型肝炎藥費：

- ①全年經費 406 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。
- ②本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式。
- ③請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)，可考量列入總額協商減項。

(3)強化基層照護能力及「開放表別」項目：

- ①全年經費 720 百萬元。
- ②請中央健康保險署於 107 年 12 月委員會議說明擬調整之項目與作業時程。
- ③請於 108 年 6 月底前提出以下專案報告：

A.中央健康保險署提報「各項開放表別項目之民眾利用情形及改善方向」。

B.醫師公會全國聯合會提報「開放表別項目之中長程規劃(含具體目標及開放期程)」。

④本項依實際執行扣除原基期之件數、點數，併入一般服務費用結算。

(4)家庭醫師整合性照護計畫：

①全年經費 2,880 百萬元。

②其中 450 百萬元用於新增多重慢性病患收案及其照護獎勵費用。

③請中央健康保險署參考評核委員建議，落實以病人為中心的照護，提出監測指標及具體執行成效，並加強執行面監督，於 108 年 6 月底前提出專案報告。

(5)鼓勵院所建立轉診之合作機制：

①全年經費 258 百萬元，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

②本項預算不支付平轉之獎勵費用。(募僚說明：配合醫院同項目之決議新增)

③請中央健康保險署持續監測病人流向及執行效益，於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含上開監測結果。

(6)醫療給付改善方案：

①全年經費 400 百萬元。

②辦理原有之糖尿病、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案，並新增糖尿病人胰島素獎勵措施。

- ③請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效，於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含健康狀況改善之量化指標。
- ④請中央健康保險署評估「整合氣喘與慢性阻塞性肺疾病方案」，及「整合糖尿病與慢性腎臟病方案」之可行性及支付效益，並納入 109 年度總額協商擬案考量。
- (7)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(108 年新增)：
- ①全年經費 11 百萬元。
- ②本項依實際執行扣除原基期之件數、點數，併入一般服務費用結算。
- (8)罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材(108 年新增)：
- ①全年經費 110 百萬元，得與醫院總額同項專款相互流用，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，請中央健康保險署研析醫療利用及費用成長原因，並提出因應管理作法(含基層院所之感染管制措施)，於 108 年 6 月底前提出專案報告。
- (9)西醫醫療資源不足地區改善方案：
- ①全年經費 217.1 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。
- ②新增「南迴 24 小時救護中心試辦計畫」
- A.經費 20.1 百萬元。
- B.請中央健康保險署持續關注，若有其他單位補助相同項目，則該計畫預算不予執行。
- C.109 年若持續辦理，需提出計畫執行目標、預期效益及評估指標。

(10)新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

- ①全年經費 178 百萬元。
- ②本項預算依六區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算。

(11)品質保證保留款：

- ①全年經費 328.1 百萬元，依「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 108 年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果。
- ②原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 (105.2 百萬元)，與 108 年度品質保證保留款 (328.1 百萬元)合併運用(計約 433.3 百萬元)。
- ③請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

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)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。
- (3)門診透析服務總費用成長率為 3.1%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.683%。
- (4)請加強慢性腎臟病管理，進行照護整合，並應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。

(5)請於 108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告。

表 2 108 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(草案)

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		2.549%	2,867.8	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口預估成長率)×(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		0.359%		
人口結構改變率		1.297%		
醫療服務成本指數改變率		0.885%		
協商因素成長率		0.352%	396.0	請於 108 年 7 月底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；實施成效並納入下年度總額協商考量。
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)	0.037%	42.0	1.對擬納入健保給付之新醫療科技項目，應進行整體評估，排定優先順序，並於額度內妥為管理運用。 2.請中央健康保險署於 107 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；另於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用/點數。
其他醫療服務利用及密集度之改變	藥品給付規定範圍改變及相關醫療服務密集度之增加	0.356%	400.0	包含「反映藥品節流措施所節省金額用於支用『107 年藥品給付規定範圍改變』」之不足費用、因應開放表別所增加之醫療費用及居家醫療衍生之醫療費用。
強化外傷照護服務之密集度		0.0%	0.0	
多重慢性病及身心障礙者照護		0.0%	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	-0.041%	-46.0	1.為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。 2.本項不列入 109 年度總額協商之基期費用。
一般服務成長率	增加金額		3,263.8	
	總金額	2.901%	115,770.4	

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
專款項目(全年計畫經費)			各專款項目之具體實施方案，延續型計畫應於 107 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 107 年 12 月底前完成，並於 108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告。
網路頻寬補助費用	211.0	211.0	1.本項預算由其他預算移列，用於補助西醫基層診所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。 2.執行目標：108 年度參與院所數達 100%。 預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。 評估指標：醫療院所參與率。
C 型肝炎藥費	406.0	-2.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。 2.本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式。 3.請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)，可考量列入總額協商減項。
強化基層照護能力及「開放表別」項目	720.0	270.0	1.請中央健康保險署於 107 年 12 月委員會議說明擬調整之項目與作業時程。 2.請於 108 年 6 月底前提出以下專案報告： (1)中央健康保險署提報「各項開放表別項目之民眾利用情形及改善方向」。 (2)醫師公會全國聯合會提報「開放表別項目之中長程規劃(含具體目標及開放期程)」。 3.本項依實際執行扣除原基期之件數、點數，併入一般服務費用結算。

項 目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
家庭醫師整合性照護計畫	2,880.0	0.0	1 其中 450 百萬元用於新增多重慢性病患收案及其照護獎勵費用。 2. 請中央健康保險署參考評核委員建議，落實以病人為中心的照護，提出監測指標及具體執行成效，並加強執行面監督，於 108 年 6 月底前提出專案報告。
鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	129.0	1. 預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2. 本項預算不支付平轉之獎勵費用。 3. 請中央健康保險署持續監測病人流向及執行效益，於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含上開監測結果。
醫療給付改善方案	400.0	100.0	1. 辦理原有之糖尿病、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案，並新增糖尿病人胰島素獎勵措施。 2. 請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效，於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含健康狀況改善之量化指標。 3. 請中央健康保險署評估「整合氣喘與慢性阻塞性肺疾病方案」，及「整合糖尿病與慢性腎臟病方案」之可行性及支付效益，並納入 109 年度總額協商擬案考量。
罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群衍生費用(108 年新增)	11.0	11.0	本項依實際執行扣除原基期之件數、點數，併入一般服務費用結算。
罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材(108 年新增)	110.0	110.0	1. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。 2. 為檢視本項費用成長之合理

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
				性，請中央健康保險署研析醫療利用及費用成長原因，並提出因應管理作法(含基層院所之感染管制措施)，於108年6月底前提出專案報告。
	西醫醫療資源不足地區改善方案	217.1	30.1	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2.新增「南迴24小時救護中心試辦計畫」(20.1百萬元)，請中央健康保險署持續關注，若有其他單位補助相同項目，則該計畫預算不予執行。
	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.0	本項預算依六區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算。
	品質保證保留款	328.1	218.7	1.依「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」支付，請於108年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果。 2.原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2百萬元)，與108年度品質保證保留款(328.1百萬元)合併運用(計433.3百萬元)。 3.請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。
	專款金額	5,719.2	1,077.8	
成長率 (一般服務+專款)	增加金額	3.706%	4,341.6	
	總金額		121,489.6	

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
門診透析服務成 長率	增加金額	4.683%	793.3	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.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。 3.門診透析服務總費用成長率為3.1%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為4.683%。 4.請加強慢性腎臟病管理，進行照護整合，並應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。 5.請於108年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告。
	總金額		17,734.1	
總成長率(註1) (一般服務+專款 +門診透析)	增加金額	3.830%	5,134.9	
	總金額		139,223.7	
較107度核定總額成長率 (註2)		4.067%	—	

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為134,088.8百萬元，其中一般服務為112,506.6百萬元(含校正投保人口預估成長率差值266.6百萬元及加回前一年度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39.9百萬元)，專款為4,641.4百萬元，門診透析為16,940.8百萬元。

2.計算「較107年度核定總額成長率」所採基期費用為133,782.2百萬元，其中一般服務為112,200.0百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值266.6百萬元及未加回前一年度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39.9百萬元)，專款為4,641.4百萬元，門診透析為16,940.8百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以健保署結算資料為準。

三、108 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配(草案)

(一)總額設定公式：

108 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 107 年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+108 年度一般服務成長率)+108 年度專款項目經費

註：校正後107年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會107年第5次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值，及加回前1年度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。

(二)總額協定結果：

- 1.一般服務成長率 3.457%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.365%，協商因素成長率 2.092%。
- 2.專款項目全年經費為 676.2 百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，108 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 107 年度所核定總額成長 4.429%；而於校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度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後，成長率估計值為 4.128%。各細項成長率及金額如表 3。

(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 108 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.一般服務(上限制)：

(1)醫療服務成本指數改變率所增加之預算(100.5 百萬元)，其中 50 百萬元併入「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目。

(2)其他醫療服務利用及密集度之改變(2.109%)：

①優先用於提升用藥品質。

②附帶建議：請中央健康保險署會同中醫門診總額

相關團體，研議將科學中藥納入「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」核實申報之可行性，並於 108 年 7 月底前提報研議結果。

(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(-0.017%)：

①為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。

②本項不列入 109 年度總額協商之基期費用。

2.專款項目：全年經費為 676.2 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 107 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 107 年 12 月底前完成，並於 108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告(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 135.6 百萬元，辦理中醫師至無中醫鄉開業及巡迴醫療服務計畫。

(2)西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：全年經費 182 百萬元，包含腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷等 3 項。

(3)中醫提升孕產照護品質計畫：

①全年經費 65 百萬元。

②請精準化適應症，以提高計畫成效，並提出嚴謹療效評估報告。

(4)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：全年經費 10 百萬元。

(5)中醫癌症患者加強照護整合方案：

①全年經費 166 百萬元。

- ②請落實全人照護，加強 3 項癌症照護計畫之實質整合，並訂定統一照護規範及提供證明成效之實證資料，於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含前開具體作法及成效資料。

(6)中醫急症處置：

- ①全年經費 20 百萬元。
- ②請依實證醫學，訂定有效之醫療指標，並加強計畫之推動，於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含前開具體作法及相關規劃。

(7)網路頻寬補助費用：

- ①全年經費 74 百萬元。
- ②本項預算由其他預算移列，用於補助中醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
- ③執行目標：108 年度參與院所數達 100%。

預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。

評估指標：醫療院所參與率。

(8)品質保證保留款：

- ①全年經費 23.6 百萬元，依「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 108 年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果。
- ②原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8 百萬元)，與 108 年度品質保證保留款(23.6 百萬元)合併運用(計 46.4 百萬元)。
- ③請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

表 3 108 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表(草案)

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	1.365%	333.0	1.計算公式： 醫療服務成本及人口因素 成長率=[(1+投保人口預 估成長率)×(1+人口結構 改變率+醫療服務成本指 數改變率)]-1。 2.醫療服務成本指數改變率 所增加之預算(100.5 百萬 元)，其中 50 百萬元併入 「其他醫療服務利用及密 集度之改變」項目。	
投保人口預估成長率	0.395%			
人口結構改變率	0.590%			
醫療服務成本指數改變 率	0.412%			
協商因素成長率	2.092%	510.4	請於 108 年 7 月底前提報各 協商項目之執行情形，延續 性項目則包含前 1 年成效評 估；實施成效並納入下年度 總額協商考量。	
保險給付 項目及支 付準改變	其他醫療服務 利用及密集 度之改變	2.109%	514.6	優先用於提升用藥品質。
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	-0.017%	-4.2	1.為提升同儕制約精神，請 加強內部稽核機制。 2.不列入 109 年度總額協商 之基期費用。
一般服務 成長率	增加金額	3.457%	843.4	
	總金額		25,241.5	
專款項目(全年計畫經費)			各專款項目之具體實施方 案，延續型計畫應於 107 年 11 月底前完成，新增計畫原 則於 107 年 12 月底前完 成，並於 108 年 7 月底前提 報執行情形及前 1 年成效評 估報告。	
醫療資源不足地區改善方 案	135.6	0.0	辦理中醫師至無中醫鄉開 業及巡迴醫療服務計畫。	
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	182.0	52.0		

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
中醫提升孕產照護品質計畫	65.0	5.0	請精準化適應症，以提高計畫成效，並提出嚴謹療效評估報告。
兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	10.0	-10.0	
中醫癌症患者加強照護整合方案	166.0	63.0	請落實全人照護，加強3項癌症照護計畫之實質整合，並訂定統一照護規範及提供證明成效之實證資料，於108年7月底前提報執行情形，請含前開具體作法及成效資料。
中醫急症處置	20.0	0.0	請依實證醫學，訂定有效之醫療指標，並加強計畫之推動，於108年7月底前提報執行情形，請含前開具體作法及相關規劃。
網路頻寬補助費用	74.0	74.0	1.本項預算由其他預算移列，用於補助中醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。 2.執行目標：108年度參與院所數達100%。 預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。 評估指標：醫療院所參與率。
品質保證保留款	23.6	0.0	1.依「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於108年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果。 2.原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8百萬元)，與108年度品質保證保留款(23.6百萬元)合併運用(計46.4百萬元)。 3.請中央健康保險署與中醫

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
				門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。
專款金額		676.2	184.0	
總成長率(註1) (一般服務+專款)	增加金額	4.128%	1,027.4	
	總金額		25,917.7	
較 107 年度核定總額成長率 (註2)		4.429%	—	

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為 24,890.3 百萬元，其中一般服務為 24,398.1 百萬元(含校正投保人口預估成長率差值 58.2 百萬元及加回違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 13.6 百萬元)，專款為 492.2 百萬元。

2.計算「較107年度核定總額成長率」所採基期費用為24,818.6百萬元，其中一般服務為24,326.4百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值58.2百萬元及未加回違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款13.6百萬元)，專款為492.2百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以健保署結算資料為準。

四、108 年度醫院醫療給付費用總額及其分配方式(草案)

(一)總額設定公式：

■ 108 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 107 年度醫院一般服務醫療給付費用×(1+108 年度一般服務成長率) +108 年度專款項目經費+108 年度醫院門診透析服務費用

■ 108 年度醫院門診透析服務費用＝107 年度醫院門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後107年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會107年第5次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值，及加回前1年度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。

(二)總額協定結果：

- 1.一般服務成長率為 4.080%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.292%，協商因素成長率 0.788%。
- 2.專款項目全年經費為 29,161.7 百萬元。
- 3.門診透析服務成長率 1.839 %。
- 4.前述三項額度經換算，108 年度醫院醫療給付費用總額，較 107 年度所核定總額成長 4.428%；而於校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度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後，成長率估計值為 4.200 %。各細項成長率及金額如表 4。

(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 108 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.一般服務(上限制)：

(1)醫療服務成本指數改變率所增加之預算：

- ①12 億元用於調升急重難症等相關支付標準。

- ②附帶建議：請加強急性一般病床或加護病房護理費支付之合理性。
- (2)新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.714%)：
- ①包含新藥預算 19.34 億元、新特材 5.85 億元、新診療項目 4 億元及支付標準未列項目 1 億元。
- ②對擬納入健保給付之新醫療科技項目，應進行整體評估，排定優先順序，並於額度內妥為管理運用。
- ③請中央健康保險署於 107 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；另於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用/點數。
- ④附帶建議：請中央健康保險署對於新藥預算之估算方法，能考量預算超支之處理是否合理反映新藥費用。
- (3)藥品給付規定範圍改變(0.071%)：
- 反映「藥品節流措施所節省金額用於支用『107及108年藥品給付規定範圍改變』」之不足費用。
- (4)其他醫療服務利用及密集度之改變(0.010%)：
- ①本項於 107 年未支用之 2.32 億元，不自 108 年一般服務預算基期中扣除，並與本項預算合併運用。
- ②前開預算用於慈濟斗六診所併入醫院總額，及中榮嘉義醫院附設門診部回歸原醫院，預算分配於所在分區一般服務結算。如未回歸，則予扣除。
- (5)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.007%)：

①為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。

②本項不列入 109 年度總額協商之基期費用。

(6)為落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域級(含)以上醫院門診減量措施，108 年醫學中心、區域醫院門診件數持續降低 2%，即不得超過 106 年之 96.04%(98%×98%)，超過部分，按該院門診每人平均點數，不予分配。自 107 年起以五年降低 10% 為目標值(以 106 年為基期)，並定期檢討。

2.專款項目：全年經費為 29,161.7 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 107 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 107 年 12 月底前完成，並於 108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告(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)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(1)C 型肝炎藥費：

①全年經費 4,760 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，預算不足部分由其他預算支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。

②本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式。

③請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)，可考量列入總額協商減項。

(2)罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材：

- ①全年經費 15,234.4 百萬元，得與西醫基層總額同項專款相互流用，預算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，請中央健康保險署研析醫療利用及費用成長原因，並提出因應管理作法，於 108 年 6 月底前提出專案報告。
- (3)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：
全年經費4,712.8百萬元，預算不足部分由其他預算支應。
- (4)醫療給付改善方案：
- ①全年經費 1,187 百萬元。
 - ②辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等 9 項方案，並新增糖尿病人胰島素獎勵措施。
 - ③請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效，於 108 年 7 月底前提報執行情形，請包含健康狀況改善之量化指標。
 - ④請中央健康保險署評估「整合氣喘與慢性阻塞性肺疾病方案」及「整合糖尿病與慢性腎臟病方案」之可行性及支付效益，納入 109 年總額協商擬案考量。
- (5)急診品質提升方案：
- ①全年經費 160 百萬元。
 - ②請精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。
- (6)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：
- ①全年經費 868 百萬元，導入第 3~5 階段 DRGs

項目。

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)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

①全年經費 80 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

②配合支援西醫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：全年經費 950 百萬元。

(9)鼓勵院所建立轉診之合作機制：

①全年經費 689 百萬元，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

②本項預算不支付平轉之獎勵費用。

③請中央健康保險署持續監測病人流向及執行效益，於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含上開監測結果。

(10)品質保證保留款：

①全年經費 406.5 百萬元，依「醫院總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 108 年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果。

②原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 108 年度品質保證保留款(406.5 百萬元)合併運用(計 795.2 百萬元)。

③請中央健康保險署與醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

(11)網路頻寬補助費用：

①全年經費 114 百萬元。

②本項預算由其他預算移列，用於補助醫院提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。

③執行目標：108 年度參與院所數達 100%。

預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。

評估指標：醫療院所參與率。

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)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。

(3)門診透析服務總費用成長率為 3.1%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 1.839%。

(4)請加強慢性腎臟病管理，進行照護整合，並應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。

(5)請於 108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告。

表 4 108 年度醫院醫療給付費用協定項目表(草案)

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	3.292%	13,922.6	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，12 億元用於調升急重難症等相關支付標準。	
投保人口預估成長率	0.359%			
人口結構改變率	1.884%			
醫療服務成本指數改變率	1.039%			
協商因素成長率	0.788%	3,331.2	請於108年7月底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；實施成效並納入下年度總額協商考量。	
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.714%	3,019.0	1. 包含新藥預算 19.34 億元、新特材 5.85 億元、新診療項目 4 億元及支付標準未列項目 1 億元。 2. 對擬納入健保給付之新醫療科技項目，應進行整體評估，排定優先順序，並於額度內妥為管理運用。 3. 請中央健康保險署於 107 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；另於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用/點數。
其他醫療服務利用及密集度之改變	藥品給付規定範圍改變	0.071%	300.0	反映「藥品節流措施所節省金額用於支用『107 及 108 年藥品給付規定範圍改變』」之不足費用。
其他醫療服務利用及密集度之改變		0.010%	42.0	1. 本項於 107 年未支用之 2.32 億元，不自 108 年一般服務預算基期中扣除，並與本項預算合併運用。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	協 定 事 項
				2.前開預算用於慈濟斗六診所併入醫院總額，及中榮嘉義醫院附設門診部回歸原醫院，預算分配於所在分區一般服務結算。如未回歸，則予扣除。
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	-0.007%	-29.8	1.為提升同儕制約精神，請 加強內部稽核機制。 2.本項不列入 109 年度總額 協商之基期費用。
一般服 務成 長 率	增加金額	4.080%	17,253.8	為落實分級醫療與轉診制 度，持續推動區域級(含)以上 醫院門診減量措施，108 年醫 學中心、區域醫院門診件數持 續降低 2%，即不得超過 106 年之 96.04%(98%×98%)，超過 部分，按該院門診每人平均 點數，不予分配。自 107 年起 以五年降低 10%為目標值(以 106 年為基期)，並定期檢討。
	總金額		440,178.9	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方 案，屬延續型計畫者應於 107 年 11 月底前完成，新增計畫 原則於 107 年 12 月底前完 成，且均應於 108 年 7 月底 前提報執行情形及前 1 年成 效評估報告。
C 型肝炎藥費		4,760.0	232.0	1.本項經費得與西醫基層總 額同項專款相互流用，預算 不足部分由其他預算支應。 請中央健康保險署於額度內， 妥為管理運用。 2.本執行計畫及治療適應 症，宜選擇對病人最有效益 之治療方式。 3.請於協商次年度總額前檢 討實施成效，如具替代效益 或長期健康改善效果(如延緩 肝硬化、肝癌發生等情形)， 可考量列入總額協商減項。
罕見疾病、血友病及後天免 疫缺乏病毒治療藥費及罕 見疾病特材		15,234.4	1,273.9	1.本項經費得與西醫基層總 額同項專款相互流用，預算 不足部分由其他預算支應。 2.為檢視本項費用成長之合

項 目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
			理性，請中央健康保險署研析醫療利用及費用成長原因，並提出因應管理作法，於108年6月底前提出專案報告。
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	4,712.8	313.1	預算不足部分由其他預算支應。
醫療給付改善方案	1,187.0	0.0	1.辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等9項方案，並新增糖尿病人胰島素獎勵措施。 2.請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效，於108年7月底前提報執行情形，請包含健康狀況改善之量化指標。 3.請中央健康保險署評估「整合氣喘與慢性阻塞性肺疾病方案」及「整合糖尿病與慢性腎臟病方案」之可行性及支付效益，納入109年總額協商擬案考量。
急診品質提升方案	160.0	0.0	請精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	868.0	-220.0	1.導入第3~5階段DRGs項目。 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。
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	80.0	0.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 2.配合支援西醫醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	950.0	0.0	
鼓勵院所建立轉診之合作機制	689.0	431.0	1.預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2.請中央健康保險署持續監測病人流向及執行效益，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
				108年7月底前提報執行情形，請含上開監測結果。
品質保證保留款		406.5	0.0	<p>1.依「醫院總額品質保證保留款實施方案」支付，請於108年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果。</p> <p>2.原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7百萬元)，與108年度品質保證保留款(406.5百萬元)合併運用(計795.2百萬元)。</p> <p>3.請中央健康保險署與醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。</p>
網路頻寬補助費用		114.0	114.0	<p>1.本項預算由其他預算移列，用於補助醫院提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。</p> <p>2.執行目標：108年度參與院所數達100%。</p> <p>預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。</p> <p>評估指標：醫療院所參與率。</p>
專款金額		29,161.7	2,144.0	
成長率 (一般服務+專款)	增加金額	4.312%	19,397.8	
	總金額		469,340.6	

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	協 定 事 項
門診透析服務 成長率	增加金額	1.839%	391.1	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.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。 3.門診透析服務總費用成長率 為3.1%。依上述分攤基礎，醫 院部門本項服務費用成長率 為1.839%。 4.請加強慢性腎臟病管理，進行 照護整合，並應持續推動腎臟 移植，以減少透析病人數。 5.請於108年7月底前提報執行 情形及前1年成效評估報告。
	總金額		21,658.5	
總成長率(註1) (一般服務+專 款+門診透析)	增加金額	4.200%	19,788.9	
	總金額		490,999.1	
較107年度核定總額成長率(註2)		4.428%	—	

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為471,208.7百萬元，其中一般服務為422,923.6百萬元(含校正投保人口預估成長率差值994.0百萬元及加回違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款33.0百萬元)，專款為27,017.7百萬元、門診透析為21,267.4百萬元。

2.計算「較107年度核定總額成長率」所採基期費用為470,181.7百萬元，其中一般服務為421,896.6百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值994.0萬元及未加回違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款33.0百萬元)，專款為27,017.7百萬元、門診透析為21,267.4百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以健保署結算資料為準。

五、108 年度全民健康保險其他預算及其分配(草案)

(一)總額協定結果：

1.108 年度其他預算增加 40.0 百萬元，預算總額度為 12,821.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配如表 5。

2.請中央健康保險署依協定事項辦理：

(1)於 108 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估資料；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(2)屬計畫型項目，具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)，延續型計畫應於 107 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 107 年 12 月底前完成，請依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。

(二)預算分配相關事項：

1.基層總額轉診型態調整費用：

(1)全年經費 1,346 百萬元。

(2)優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足。

(3)請持續檢討醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，訂定合理的動支標準，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算。本項經費為全年經費，未實施月份，應扣減支應上開專款項目不足經費後之預算。

(4)本項動支方案原則於 107 年 11 月底前完成相關程序，方案(含經費動支條件及相關規劃)應送全民健康保險會備查。

2.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

(1)全年經費 655.4 百萬元。

- (2)本項納入「山地鄉論人計酬試辦計畫」，但不支應屬於公共衛生預防保健項目。計畫原則於 107 年 12 月底前完成相關程序，並送全民健康保險會備查。
- 3.居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務：
- (1)全年經費 6,020 百萬元。
 - (2)新增預算(500 百萬元)用於居家醫療照護服務。
 - (3)醫療點數以每點 1 元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。
- 4.支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及 C 型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費：
- (1)全年經費 290 百萬元。
 - (2)請加強醫院及西醫基層總額同項專款項目之費用管控，避免發生預算不足之情形。
- 5.推動促進醫療體系整合計畫：
- (1)全年經費 500 百萬元，用於「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」，及「跨層級醫院合作計畫」。
 - (2)請中央健康保險署檢討「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」在分級醫療政策下之定位及各種整合模式之成效，並修訂計畫內容。
- 6.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 822 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。
- 7.獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 800 百萬元。
 - (2)請提出全面實施本方案期程規劃，並增訂實施鼓勵院所上傳資料之獎勵期限。
 - (3)請於協商次年度總額前檢討實施成效，將節流執行效益，適度納入 109 年各部門總額協商減項。
 - (4)本項預算不用於回補 107 年度不足款。
- 8.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 1,653.8 百萬元。
 - (2)請中央健康保險署檢討本計畫之執行及提出醫療利用合理性評析，於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含前開分析結果。
- 9.慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：
- (1)全年經費 404 百萬元。
 - (2)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(Early-CKD)，及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。
 - (3)請加強個案管理機制，並評估整合糖尿病與慢性腎臟病方案(Pre-ESRD、Early-CKD)之可行性及支付效益，並納入 109 年總額協商提案參考。
- 10.提升保險服務成效：
- (1)全年經費 300 百萬元。
 - (2)為提升保險服務成效，請中央健康保險署於 108 年 7 月底前提出各總額部門前 1 年一般服務各協商項目之執行情形(含成效)檢討，實施結果納入下年度總額協商參考。
 - (3)請中央健康保險署檢討總額預算挹注重要政策「推動分級醫療」之成效，並規劃中長期目標與策略，於

108 年 7 月底前提出專案報告。

(4)附帶建議：未來應編列公務預算購置相關硬體設備，該部分不應由本項預算支應。

11.特殊族群藥事照護計畫：

(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研訂本計畫照護對象。

(3)附帶建議：請檢視回收藥物，加強藥物浪費查核與輔導。

表 5 108 年度其他預算協定項目表(草案)

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)			<ol style="list-style-type: none"> 1.於 108 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估資料；實施成效並納入下年度總額協商考量。 2.屬計畫型項目，具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)，延續型計畫應於 107 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 107 年 12 月底前完成，請依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。
基層總額轉診型態調整費用	1,346.0	0.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足。 2.請持續檢討醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，訂定合理的動支標準，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算。本項經費為全年經費，未實施月份，應扣減支應上開專款項目不足經費後之預算。 3.本項動支方案原則於 107 年 11 月底前完成相關程序，方案(含經費動支條件及相關規劃)應送全民健康保險會備查。
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	655.4	50.0	本項納入「山地鄉論人計酬試辦計畫」，但不支應屬於公共衛生預防保健項目。計畫原則於 107 年 12 月底前完成相關程序，並送全民健康保險會備查。
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務	6,020.0	500.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.新增預算(500 百萬元)用於居家醫療照護服務。 2.醫療點數以每點 1 元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及 C 型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費	290.0	0.0	請加強醫院及西醫基層總額同項專款項目之費用管控，避免發生預算不足之情形。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
推動促進醫療體系整合計畫	500.0	-200.0	1.用於「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」，及「跨層級醫院合作計畫」。 2.請中央健康保險署檢討「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」在分級醫療政策下之定位及各種整合模式之成效，並修訂計畫內容。
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	822.0	0.0	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。
獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用	800.0	-300.0	1.請提出全面實施本方案期程規劃，並增訂實施鼓勵院所上傳資料之獎勵期限。 2.請於協商次年度總額前檢討實施成效，將節流執行效益，適度納入109年各部門總額協商減項。 3.本項預算不用於回補107年度不足款。
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,653.8	0.0	請中央健康保險署檢討本計畫之執行及提出醫療利用合理性評析，於108年7月底前提報執行情形，請含前開分析結果。
慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	404.0	0.0	1.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(Early-CKD)，及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。 2.請加強個案管理機制，並評估整合糖尿病與慢性腎臟病方案(Pre-ESRD、Early-CKD)之可行性及支付效益，並納入109年總額協商擬案參考。
提升保險服務成效	300.0	0.0	1.為提升保險服務成效，請中央健康保險署於108年7月底前提出各總額部門前1年一般服務各協商項目之執行情形(含成效)檢討，實施結果納入下年度總額協商參考。 2.請中央健康保險署檢討總額預算挹注重要政策「推動分級醫療」之成效，並規劃中長期目標與策略，於108年7月底前提出專案報告。
特殊族群藥事照護計畫	30.0	-10.0	請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會研訂本計畫照護對象。
總計	12,821.2	40.0	

壹、108 年度總額協商－「牙醫門診總額」
與會人員發言實錄

壹、108 年度總額協商－「牙醫門診總額」與會人員發言實錄

傅主任委員立葉

- 一、各位委員、牙醫部門協商代表、健保署署長及同仁、社保司同仁及本會幕僚，大家早安！今天召開 108 年度全民健保醫療給付費用總額協商會議，第 1 場是牙醫門診總額協商，預計進行方式是先進行「提問與意見交換」20 分鐘，再由付費者代表、牙醫部門視需要進行內部會議，最後進入「預算協商」。
- 二、現在開始進行「提問與意見交換」，本階段所有委員都可發言、提問。為了讓委員能看清楚投影畫面，座位上的電腦螢幕會同步顯示，稍後坐著發言即可，雖然螢幕可能會稍微擋住視線，但是透過麥克風可以清楚交換意見。今天的會議就照此方式進行，請問委員有無意見？(委員：沒有)若委員沒有意見，開始進行會議。先請牙醫協商代表簡要說明。

謝委員尚廷

主委、各位委員，大家早安！感謝大家今天辛苦參與協商，因為時間有限，牙醫部門先請連協商代表新傑簡要說明。另外，桌面上的說帖也請與會者參考。

連協商代表新傑

各位早安，大家辛苦了。牙醫部門 108 年度總額努力的目標非常明確，即「80 歲保有 20 顆自然牙」。依據牙醫部門過去 10 年間所進行的調查，發現民國 92~94 年度與 104~105 年度相較，成年與老人自然牙齒顆數增加 2 顆。這 10 年間，感謝各位對健保的付出，我們推動了牙周病統合照護計畫，讓罹患國病的牙周病民眾，盡量得到照顧，所以牙齒顆數變多了。對於牙醫部門所提出的協商項目說明如下：

- 一、有關「牙周統合照護計畫(第 1、2、3 階段)：請看說帖第 5 頁「99~108 年牙周統合照護第 2 階段醫療利用情形」可以發現，牙周病統合照護計畫自 99 年開始推動，從 101 年開始，計畫的執行數都遠高於目標值。再請參閱說帖第 6 頁，牙周病統合照

護計畫在執行初期的確曾因執行率不佳被扣款，從一般服務移列專款。但自 101 年起到 106 年，計畫執行成效良好，累計預算不足之費用達 15 億元。希望今年該計畫回到一般服務預算時，委員能支持牙醫部門所提的預算需求，使更多國人受惠，增加平均牙齒顆數。

二、有關「牙周支持性治療 91018C」：

(一)請參閱說帖第 9 頁，要維持牙周病統合照護成效，有賴「牙周支持性治療 91018C」。這點不論是在國內或國外都有醫學實證，證明其能持續維持牙周病統合治療的效果。第 9 頁下方第 3 點提到，國內研究顯示，牙周統合計畫配合牙周支持性治療 91018C，可以改善牙周的健康狀況，資料顯示回診的病人牙周健康得到明顯改善，統計也發現，牙周病統合照護計畫配合牙周支持性治療 91018C，可以減少牙齒拔牙顆數，牙齒維護越久，但所需的費用可能會增加。

(二)有關牙醫部門與健保署所估算費用的差異，再請參閱說帖第 10 頁，因 106、107 年牙周病統合照護計畫執行件數大增後，牙周支持性治療 91018C 實際執行經費已遠超過之前編列的預算，106、107 年不足經費約 2.74 億元；為什麼牙醫部門預估 108 年度經費與健保署有差距？因為健保署只計入該項目 107 年的不足額，但牙醫部門是根據近年牙周支持性治療 91018C 申報數量，成長率約為 49.44%，納入成長率計算後，明年的不足額高達 357.6 百萬元。

三、有關「高齲齒率病患牙齒改善服務」：請參閱說帖第 11 頁，須向各位委員報告「高齲齒率」的概念，不論是牙體復形學會或國內、外定義，有牙根齲齒者即認定為高齲齒率病患，為什麼呢？因為牙根齲齒就像樹木被剝掉一層皮後，就很容易攔腰折斷，而牙齒一折斷就報廢了，所以我們非常關心這問題。前幾年很感謝各位委員支持複合體充填，讓很多老人能接受複合體充填治療，使拔牙顆數盡量變少。懇請委員繼續支持本項經費，

執行牙根塗氟，以改善高齲齒率病患牙齒保存。

四、有關「糖尿病口腔照顧」：接續參閱說帖第 13 頁，糖尿病口腔照顧，亦有醫學實證，牙周病是糖尿病的併發症，請參閱帖第 14 頁，根據健保署研究結果，僅接受第 1 階段牙周病照護，也就是只有洗牙的病人，統計上，不論是急診或住院的點數，與無治療者相比都有顯著差異。基於以上原因，我們認為糖尿病患者應做牙周篩檢、提高牙周照顧密度，因此需要增加洗牙次數。說帖第 17 頁，國外經驗亦發現，糖尿病患者接受牙周治療後，也可以節省西醫的醫療費用。

五、有關「口腔外科新醫療科技」：請參閱說帖第 19 頁，牙醫部門首次提出新醫療科技項目，因國內患有顱顎關節障礙的病人漸增，故有學者從國外引進該項新技術，治療國內民眾。針對健保署認為目前已有申報診察費的意見，詳說帖第 22~23 頁，我們修正服務項目名稱為「檢查費」，需進行顱顎關節症候及功能檢查並完成檢查表，目標是要找到疼痛原發肌肉加以治療，以提升療效。

六、有關「提升假日急症處置服務」：請參閱說帖第 24 頁，提升假日急症處置，訴求是希望能擴大適用天數，把星期六也納入提供假日急診服務範圍，避免民眾因為牙齒外傷找不到牙醫看診，而造成牙齒損害脫落等情形。

傅主任委員立葉

謝謝牙醫協商代表的說明，接下來進行提問與意見交換，所有委員都可以發言，先請陳委員亮良，再請王委員雅馨。

陳委員亮良

一、現在是牙醫門診總額協商，付費者陳亮良針對第 6 頁第 5 項「高齲齒率病患牙齒保存改善服務」提出意見，牙醫部門是依據 50 歲以上恆牙牙根齲齒申報人數的統計數字推估，建議編列 97.9 百萬元，我們發現健保署對本項意見，認為這部分不符合所稱之「高齲齒率病患」，健保會幕僚補充意見，也提出建議修訂相

關適應症規定。

二、個人對於本項非常有感，因為本人也快 50 歲了，牙齒也剩下不多，最近聽到很多來自付費者基層的聲音，覺得牙醫塗氟策略似有斷層。所謂的斷層是指，政府推動塗氟政策是在另 1 個部門，從國小開始來塗氟，但是在 5、6 年級生的年代，根本沒有塗氟這方面的醫療服務。我想牙齒的健康在每個人的生命中扮演非常重要的角色，儘管醫療需求者的偏好跟健保署的意見不同，希望牙醫部門是不是能針對本項進一步說明。我們非常期待說我們 5、6 年級生，可以剩下幾顆好的牙齒來塗氟，真正達到 80 歲有 20 顆牙齒的目標。我覺得本項非常不錯、非常先進，希望可以有的這方面的醫療保健服務，這是本席的意見，希望牙醫部門針對本項再加以詳述。

傅主任委員立葉

本階段採統問統答，等委員提問結束後再一併回答，接下來請王委員雅馨。

王委員雅馨

- 一、主席、各位委員，大家好。首先我想請教「口腔外科新醫療科技」項目，有關牙醫部門的說明提到第 1 階段初次檢查費與第 2 階段複診檢查費，想了解這些診療過程對病患醫療的必須性及正向影響，請加以說明。
- 二、其次，有關新增項目「糖尿病口腔照顧」，我們知道很多糖尿病病友有牙周病共病，我們也非常關心，只是想更了解本計畫實質內容與之前牙周病統合照護計畫的差異性，請多加說明，讓我們了解。
- 三、第 6 項「提升假日急症處置服務」，牙醫協商代表提到這項是增加週六服務所需預算，想了解週六部分是否有看到病患未滿足的需求，或有看到實際應加強投入資源的狀況，是不是可以跟委員多做說明。

傅主任委員立葉

接下來依序請滕代理委員西華、周委員麗芳及吳委員榮達。

王委員雅馨

最後 1 個問題是「牙醫特殊醫療服務計畫」，關懷弱勢包含身心障礙等族群提供服務，相信委員都很關心，牙醫部門提供的數據也非常詳實，之前參與實地參訪也了解一些狀況，可否再具體說明目前會遇到的挑戰。

傅主任委員立葉

還是要拜託委員，提問時發言需掌握時間，會議還是有時間限制。剛剛舉手的 3 位委員發問後，再請蔡委員麗娟，現在請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、我的問題很簡單，請問「口腔外科新醫療科技」新增診療項目中的「顳顎關節鏡手術」，如果通過該診療項目是列B碼嗎？
- 二、第 2 個問題，剛才連協商代表新傑提到高齶齒率病患，我明白是指有做複合體充填的就算是高齶齒率病者，但是齶齒沒有嚴重程度的差異嗎？我的疑問是只要有齶齒就叫高齶齒？還是有嚴重度的不同？
- 三、最後 1 個問題，關於「提升假日急症處置服務」，牙醫部門是希望擴充適用範圍，從B碼變C碼開放至診所適用嗎？

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

- 一、請教的第 1 個問題，是有關於 4 個總額部門的共通性問題，因為今年總額協商限制各部門總額成長率不能超過行政院核定上限 4.5%，所以想請大家在協商的過程思考一下，既然鎖住了上限，是否要讓每個部門總額至少能維持下限成長率，我想這是統一性的問題。
- 二、其次關於「牙周病統合照護計畫」，牙醫部門與健保署方案間，較大的歧異在於預算成長率，如果會讓牙醫部門實務執行上備

感困難，建請協商預算時，更加核實來檢視成長率，比較能鼓勵牙醫部門達到未來 8020 的目標。

三、健保目的之一是希望拉近城鄉之間的落差，所以偏鄉地區，就任何總額部門都應優先重視，所以針對「弱勢鄉鎮(排除醫缺地區)提升醫療可近性獎勵計畫」，建請可多加考慮與鼓勵。

四、關於「糖尿病口腔照顧」，請牙醫部門補充說明，在既有的預算中無法涵蓋的理由？以及需要額外編列預算的必要性為何？

傅主任委員立葉

接下來請吳委員榮達、蔡委員麗娟，由於進行時間已經快要超過本階段規劃的 20 分鐘了，最後 1 位何代理委員語發言之後，我們就停止提問。

吳委員榮達

一、請教會議資料第 1 頁「口腔外科新醫療科技」之牙醫部門草案說明，顛顎關節障礙第 1 階段初次檢查費用是 1,000 點*10,000 人估算，及顛顎關節障礙第 2 階段初複診檢查費用 500 點*5,000 人估算，請問採用 10,000 人、5,000 人的計算依據為何。

二、第 2 頁，第 2 項「牙周病統合照護計畫(第 1、2、3 階段)」，記得牙醫部門原提草案的預算金額是 2,543.25 百萬元，現在修正後的草案則提升到 2,808 百萬元(註)，請問為什麼會做這樣的增加，請說明預算增加的理由。

(註：有關本項預算，牙醫部門原於本年 8 月 24 日會前會提報額度為 2,543.25 百萬元，9 月 6 日函報本會金額為 2,620 百萬元，復於 9 月 19 日來函調整為 2,808 百萬元)

傅主任委員立葉

請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

與前面委員相同的意見，我就不再重述，想請教第 6 頁「提升假日急症處置服務」，牙醫在這裡對急症已有一些認定標準，但是對一般民眾而言，可能不知道假日開診是急症才可以去診療，很可能是

因為平日時間不允許，看到假日有門診就去看病。所以真正執行時，會不會有民眾不了解假日急症的規範，是指有某些緊急的狀況才可以看診？本項實務執行上，是否有需要考量的困難之處。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、首先請問行政院所核定的 108 年度總額成長率介於 2.516%~4.5%，健保署所提出牙醫部門方案的成長率沒有達到 2.516%，請問你們對這件事的看法？
- 二、其次，108 年度牙醫門診總額之「醫療服務成本指數改變率」為負值，而在會議資料第 6 頁，健保署對於「提升假日急症處置服務」建議「應以『醫療服務成本指數改變率』項下預算支應，不建議新編列預算」，因醫療服務成本指數改變率的預算是負值，錢要從哪裡來？牙醫部門有何意見？
- 三、第 3 點，關於「牙周病統合照護計畫(第 1、2、3 階段)」，健保署推估 108 年執行約 271,223 件，但牙醫部門提出的是 30 萬件，究竟要多少件才合乎需求？請牙醫部門說明。第 3 項「牙周支持性治療(91018C)所增加之費用」亦請一併說明。

傅主任委員立葉

本階段提問到此結束，請牙醫協商代表儘量簡要回答。

許協商代表世明

- 一、首先說明「高齲齒率病患牙齒保存改善服務」相關問題，相對於一般沒有罹患齲齒的人，只要有牙根齲齒，就是相對風險較高的族群，當然在相對風險高的族群中，若要再細分，也可區分為高中低風險。但依據國外經驗，牙根齲齒患者一定罹患過牙周病，因此以病人罹病經驗，將其列為高齲齒風險。如要再細分，舉例來講，亦可依近 3 年牙根齲齒顆數來分，若近 3 年有 1 顆~2 顆牙根齲齒，在該族群風險相對較低，若有 3~5 顆牙根齲齒，則風險相對較高。

二、牙醫部門認為這群人需要加強照護，當然若是預算不足，我們可以再挑更高風險的族群來作處理。為什麼要新增預算呢？是因為擴大適應症範圍後，將會額外產生經費需求。

謝委員尚廷

- 一、補充說明，新增本項服務，理論上所有 50 歲以上的民眾都應納入照護對象，但牙醫部門希望先納入高風險者，執行一段時間後我們會提出成效報告，視其成效，若大家認為本項服務對達成 8020 目標非常重要，就可以考慮再進一步擴大辦理。
- 二、牙醫部門已執行兒童塗氟多年，我們本次提案服務對象僅限 50 歲以上的牙周病患，因為拔掉牙齒的原因只有 2 個，就是牙周病和蛀牙，希望委員可以考慮讓風險最高這群人接受塗氟服務，謝謝。

許協商代表世明

- 一、接著說明委員非常關心「糖尿病口腔照顧」的相關問題，目前牙周病相關給付，糖尿病患所接受的照護與大多數人一樣，並沒有特別針對糖尿病患加強照護。事實上，牙醫部門目前對特殊族群，會視其身體狀況加強照護的密度。關於糖尿病患者，在國內、外醫學文獻有越來越多的證據顯示，牙周病與糖尿病兩者有相互影響的關係。
- 二、再者，從我們提供的資料也可以看出，糖尿病患者的牙周照顧做得好時，對他全身健康是有很大幫助，基於這個理由，我們認為必須加強糖尿病患牙周病照護的密度。
- 三、如果要以修訂現行支付標準表，擴充相關處置的適應症範圍的方式來處理，我們也可以接受。但是擴大適應症所衍生的相關經費，並不在牙醫門診總額原經費涵蓋範圍裡，所以才會提出增加預算的需求。

連協商代表新傑

- 一、請參閱說帖第 20 頁「口腔外科新醫療科技」相關問題，針對委員回應如下：

(一)剛才王委員雅馨詢問有關顛顎關節障礙初診檢查和複診檢查的差異性，其實我們已經依據專科醫學會提供的治療流程圖，將什麼情況進行初診檢查、什麼情況進行複診檢查，已詳列在治療流程圖中。

(二)剛才滕代理委員西華詢問的顛顎關節鏡手術，我們確實是安排在B表，希望在醫院層級執行。

(三)吳委員榮達提到預估人數的依據部分，請參閱說帖第 21 頁，我們是根據顛顎關節學會提供台北市如台大、榮總等大型醫院的門診人數作估計。

二、補充說明剛剛有關假日急症處置服務部分，我們提出的是「周日及國定假日牙醫門診急症處置(92094C)」擴大到星期六提供該項服務，牙醫診所仍提供一般門診，只是無法有額外經費補助而已。

傅主任委員立葉

牙醫協商代表是否要說明？請簡短。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

「提升假日急症處置服務」是都列在C表嗎？

翁協商代表德育

我補充說明，目前牙醫假日急症處置分 2 個支付標準碼：

- 一、1 個是醫院申報的「牙醫急症處置 92093B」，基本上醫院處理的比較偏向急重症，健保署針對本項的說明，建議把醫院執行的「牙醫急症處置」開放予基層院所使用，事實上是有點誤會。
- 二、另 1 個是「週日及國定假日牙醫門診急症處置(92094C)」，是屬於一般基層院所在週日及國定假日執行的牙醫門診急症處置。本項執行一段期間後，我們發覺民眾確實有醫療需要，民眾除了在週日、假日有需要外，在週六也有很多醫療需要。因此，我們在支付標準中訂有規範，規定申報 92094C的院所，需在 1 個月前於健保資訊服務系統完成當月門診時間登錄，公開資訊讓民眾知道哪些診所週六有提供急症處置服務。因為民眾周末

有醫療需求，因此我們開放 92094C，放寬適應症範圍。

傅主任委員立葉

提問與意見交換就進行至此，接下來雙方代表是否需要各自召開內部會議(委員：有需要)。本來預定 10 點 10 分就要開始進行預算協商，但是現在議程已經 DELAY，所以我們縮短內部會議時間，請在 15 分鐘內結束內部會議好嗎？請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

主席、各位委員早安！剛才何代理委員語詢問，今年健保署意見草案，建議牙醫部門較 107 年度核定總額成長率為 2.092%，距行政院核定下限 2.516% 還有一段距離。講得直白一點，假如照健保署意見成長率 2.092%，不改變的話，還有沒有需要繼續協商下去；假如成長率 2.092%，有改變的機會，可能協商就還有一點機會達成共識，假如不能改變，我們要不要浪費時間繼續協商。

翁協商代表德育

- 一、謝謝委員對牙醫部門的關愛。這次牙醫部門的醫療服務成本及人口因素成長率(俗稱非協商因素)非常低，相信各位委員也都接受到我們的關切，但牙醫部門完全尊重這個既定公式，也不挑別非協商因素計算細節，健保署基於職責所提的方案也予以尊重。很多委屈牙醫部門自己吞沒有關係，但是我們知道付費者代表這幾年一直很關愛牙醫部門，我們最後的希望就是拜託大家能夠伸出援手。
- 二、我們憑甚麼要讓大家伸出援手？其實在說帖第 1 頁寫得非常清楚，因為我們的努力，近 10 年來 18 歲以上國人每人平均增加 2 顆自然牙，65 歲以上國人每人平均增加 4 顆自然牙。如果我國要朝向 8020 的目標邁進，牙醫部門需不需要預算？如果大家肯定我們，就希望在今天多給我們伸出援手，不管協商是否順利成功，牙醫部門永遠感恩在心。
- 三、關於牙周病統合照護計畫，為什麼最後牙醫部門增編至 30 萬件，真的說起來有滿腹的委屈：

- (一)從 99 年起牙周病統合照護計畫執行至今，執行不力之處每一筆預算通通被扣除，但 101~106 年預算不足費用，累積共 15 億元，也從來沒有增加預算。
- (二)除了牙周病統合照護計畫不足費用 15 億元外，每位病患接受牙周病統合照護計畫治療都需要執行全口 X 光檢查，供醫師判斷，這些 X 光檢查的費用遠高於 15 億元。
- (三)向各位委員說明，如果要牙醫部門提出牙周病統合照護計畫導入一般服務，需要估算多少案件數，我相信委員一定不會接納我們提出的案件數。30 萬件是我們折衷後，認為 30 萬件是至少應達到的數量，才能讓一般民眾每年都有穩定的牙周病統合照護服務，全面提升牙周病統合照護服務，以早日達到 8020 的目標。

傅主任委員立葉

提問就進行到此...(陳委員亮良表示要發言)，若繼續提問，我擔心會議會一直延遲下去。

請陳委員亮良

最後 1 次發言就好了。

傅主任委員立葉

請簡短，請在 1 分鐘內結束。

陳委員亮良

請參閱會議資料第 9 頁，項次 10「弱勢鄉鎮(排除醫缺地區)提升醫療可近性獎勵計畫」，我在健保會曾經針對偏鄉地區正式提案，經過委員會議同意，在 108 年納入考量。健保署意見說明「②非點值低計畫適用鄉鎮(共 16 區)，包括宜蘭縣、花蓮縣、南投縣、高雄市、新北市、嘉義縣、彰化縣、臺東縣」，獨漏雲林縣，不曉得雲林縣口湖鄉人口近 4 萬多人、元長鄉人口近 2 萬多人都沒有牙醫師，最近雲林縣有位牙醫師因執行業務太辛勞，罹患大腸癌，醫師一停診，馬上有人向我反映斗六牙醫診所約診不易，現在的醫療資源兩極化，蛋黃區醫療資源太多，及很多年輕牙醫師不願意下鄉，不想

到雲林、嘉義等偏遠鄉鎮執業，請牙醫部門再針對本項詳細說明。

傅主任委員立葉

陳委員亮良意見請牙醫界參考，其與牙醫部門 108 年總額草案較無直接關聯，協商時還可以再適度溝通。

謝委員尚廷

雲林縣適用牙醫醫療資源不足且點值低地區獎勵計畫，是施行該計畫的 193 個鄉鎮之一。(陳委員亮良表示：了解)

傅主任委員立葉

牙醫協商代表已回復陳委員亮良詢問事項，請雙方於 10 點半前結束內部會議，現在各自進行內部協商。

(付費者代表進行內部會議討論約 46 分鐘)

傅主任委員立葉

請各位委員、牙醫協商代表就座，現在開始進行預算協商，先請付費者代表說明付費者方案及今天的主、協談人。

干委員文男

何代理委員語及陳委員亮良，分別負責一般服務協商因素項目及專款項目。

傅主任委員立葉

付費者代表 2 位主談人，分別是何代理委員語及陳委員亮良，分別負責一般服務協商因素項目及專款項目協商，請何代理委員語說明。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、主席、各位委員、各位牙醫協商代表，大家好，秋天到了，秋高氣爽，大家心情應該要很愉快，可是因為健保總額協商，讓大家晚上睡得不安穩，火氣很大，真的沒辦法，每年這時候都很緊張的過日子。我們付費者委員經過討論後取得共識，指派我擔任本場次的守門人，其實每個人都是守門人。行政院已經蓋好堡壘，健保署又建了馬其頓防線，牙醫部門是要進攻的團

隊，不知能否突破防線就不得而知了。

二、站在付費者代表的立場，每個人都是守門員，我只是代為表達付費者代表的意見。關於非協商因素成長率係依照社保司報奉院核定的數值不必討論，我從一般服務協商因素項目開始說明：

- (一)第 1 項，「口腔外科新醫療科技」(健保署建議名稱修正為：「新醫療科技(新增診療項目)」：健保署意見編列 5.8 百萬元，付費者代表同意編列 12.0 百萬元，比健保署多編 6.2 百萬元。
- (二)第 2 項，「牙周病統合照護計畫(第 1、2、3 階段)」：付費者代表決議以 28 萬件估算，編列 2,620.8 百萬元，另關於執行目標、預期效益、加強管理及監督機制等協定事項，等雙方達成共識後再訂。
- (三)第 3 項，「牙周支持性治療 91018C 所增加之費用」：健保署意見編列 187.0 百萬元，付費者代表同意編列 300.0 百萬元，比健保署多編 113.0 百萬元。
- (四)第 4 項，「糖尿病口腔照顧」：付費者代表共識將本項由一般服務項移列專款項下。
- (五)第 5 項，「高齲齒率病患牙齒保存改善服務」：付費者代表參採健保署意見(不編列預算)。
- (六)第 6 項，「提升假日急症處置服務」：付費者代表共識將本項由一般服務移列專款項下。
- (七)第 7 項，「網路頻寬補助費用」：付費者代表共識將本項由一般預算移列專款項下。
- (八)第 8 項，「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：依照健保署提列金額(-2.0 百萬元)。
- (九)綜上，一般服務成長率 7.408%，其中協商因素成長率 7.221%。

三、接下來專款項目由陳委員亮良代表說明。

陳委員亮良

主委、各位委員、專家學者、公正人士、牙醫協商代表，大家好，再次肯定牙醫界對台灣健保的付出，在第一線為民眾提供完善的牙醫醫療服務，也讓台灣健保可以永續發展，付費者代表非常重視牙醫部門的服務，每年評核結果獲得優等，是醫界的模範生。關於各項專款項目說明如下：

- 一、第 9 項，「牙醫醫療資源不足地區改善方案」：牙醫部門建議編列 280.0 百萬元，付費者代表同意照牙醫部門意見。
- 二、第 10 項，「弱勢鄉鎮(排除醫缺地區)提升醫療可近性獎勵計畫」：牙醫部門建議編列 136.2 百萬元，付費者代表認為本項與現行計畫重疊性太高，請牙醫部門提出具體內容再予以考量。
- 三、第 11 項，「牙醫特殊醫療服務計畫」：牙醫部門建議編列 565.4 百萬元(較 107 年增編 81.4 百萬元)，付費者代表認為部分內容有重疊，同意增編 50.0 百萬元，全年經費 534.0 百萬元。
- 四、「提升假日急症處置服務」：本項是由一般服務移列專款項下，付費者代表編列 23.3 百萬元，用於牙醫診所提升周六急症處置服務。
- 五、「網路頻寬補助費用」：本項經費過去 5 年編列於其他預算項下，健保署建議移至一般服務，經付費者代表討論後，將本項移列專款，金額照健保署意見，編列 136.0 百萬元。
- 六、第 12、13 項：「牙周病統合照護計畫(第 1、2 階段)」、「牙周病統合照護計畫(第 3 階段)」：本項導入一般服務。
- 七、第 14 項：「品質保證保留款」：同意編列 119.1 百萬元。

傅主任委員立葉

請牙醫協商代表說明。

謝委員尚廷

關於第 2 項「牙周病統合照護計畫(第 1、2、3 階段)」，牙醫部門仍建議以執行 30 萬件為目標執行；第 3 項「牙周支持性治療 91018C 所增加之費用」希望能按照牙醫部門意見編列費用，這兩項請付費

者代表予以考量。

傅主任委員立葉

請付費者代表說明。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

關於牙醫部門所提意見，目前第 1 項「口腔外科新醫療科技」沒有意見；第 2 項「牙周病統合照護計畫(第 1、2、3 階段)」希望以執行 30 萬件估算，付費者代表參考健保署及健保會幕僚所提供的數據精算後，認為以 28 萬件估算應屬合理；第 3 項「牙周支持性治療 91018C 所增加之費用」，付費者代表認為應該合理適度增加費用，從健保署編列 187.0 百萬元，增加到 300.0 百萬元，已經比健保署增加 113.0 百萬元。請問其他付費者代表有無其他補充說明。

蔡委員麗娟

關於「提升假日急症處置服務」從一般服務...(付費者代表表示：牙醫部門沒有意見)。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

牙醫部門只對第 2、3 項有意見，請問付費者代表有無補充意見，如果沒有的話，依照付費者代表提出的方案，牙醫部門只對第 2、3 項有意見，對不對？

翁協商代表德育

向付費者代表重新說明，幾個項目希望付費者代表能夠再幫忙：

一、牙周病統合照護計畫(第 1、2、3 階段)：希望以 30 萬件估算，剛才也有說明為什麼以 30 萬件估算而不是 28 萬件，因為從 108 年起由專款項目導入一般服務，會變成常態性的運作。大家都知道，國人罹患牙周病機率非常高，若以 28 萬件估算是否足以支持國人罹患牙周病的醫療需求，事實上是不夠的。為何是 30 萬件估算而不是 28 萬件，牙周病統合照護計畫能否推廣較多執行數，取決於執行的牙醫師數，現在每年增加牙醫師數約 500 人，也許 108 年執行 28 萬件數是夠，但將來是不足夠的，因此，拜託付費者代表支持以 30 萬件估算費用，這涉及

民眾福祉。其次，我剛也特別強調本項 101~106 年累計不足的費用 15 億元。

二、「牙周支持性治療 91018C 所增加之費用」：為什麼編列 357.6 百萬元，這是以歷年執行成長率所換算的金額，沒有多加一毛錢，不懂為什麼 357.6 百萬元，付費者代表方案變為 300.0 百萬元，雙方金額仍些落差。因為執行牙周病統合照護計畫後，仍需後續的牙周支持性治療，牙周病統合照護計畫執行案件數越多，後續的牙周支持性治療所需的費用也越高，拜託付費者代表能支持我們提出的金額，我們連一毛錢都沒有多估。

三、「提升假日急症處置服務」：付費者代表方案將本項從一般服務移列專款項目，原有的支付碼 92094C(週日及國定假日牙醫門診急症處置)已經在一般服務執行多年，現在移列到專款項目，執行上會有很多困難。再者，移列金額真的太少，不足以支應推廣提升假日急症處置服務的業務，以上拜託付費者代表能大力支持。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

建議牙醫部門再內部協商一下，提出你們的方案讓付費者代表參考，我們的意見就是這樣。如果你們一直解釋說明，可能無助於雙方協商，建議召開內部會議討論。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

關於「牙周病統合照護計畫」執行件數估算部分，建議請健保署說明。牙醫部門原提出 28 萬件，之後更新為 30 萬件，健保署意見為 271,223 件估算，最後付費者代表決定以 28 萬件估算，建議請健保署說明。

傅主任委員立葉

請健保署說明。

李組長純馥

健保署意見說明，請參閱會議資料第 2 頁，我們是依據 106 年及 107 年上半年的案件數，因為目前只有 107 年上半年執行數約 10 萬件，故以 106 年上半年占率推估 107 年全年執行數約 22 萬件，再以 107 年的 22 萬件相對 106 年的件數(18 萬件)，成長率為 21.2%，以此推估 108 年執行件數為 271,223 件。本署是以現在實際申報件數推估，不含剛才牙醫部門所提，因為牙醫師人數供給增加造成的執行量增加的部分。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

有關「牙周支持性治療 91018C 所增加之費用」，健保署意見編列 187.0 百萬元，付費者代表建議編列 300.0 百萬元，這部分可否請健保署補充說明。

傅主任委員立葉

請健保署說明。

李組長純馥

一、這項目有 3 個診療項目「91015C」、「91016C」、「91018C」費用估算說明如下：

(一)「91015C」(特定牙周保存治療-全口總齒數 9-15 顆)：106 年申報 0.163 億點，107 年上半年申報 9.9 百萬點，推估 107 年申報 0.215 億點。

(二)「91016C」(特定牙周保存治療-全口總齒數 4-8 顆)：106 年申報 2.7 百萬點，107 年上半年申報 1.6 百萬點，推估 107 年申報 3.6 百萬點。

(三)前 2 項加上「91018C」(牙周病支持性治療，申報情形詳註)，3 項診療項目加總，推估 107 年申報點數約 3.6 億點。

(註：91018C，106 年申報 2.25 億點，107 年上半年申報 1.472 億點，推估 107 年申報 3.34 億點)

二、本項是計算增加金額，原先在一般服務基期就有編列一部分預算(註)，故扣除原本的金額(1.47 億點)，推估約需增加 1.87 億元(3.34 億點-1.47 億點)。

(註：104 年總額一般服務新增牙周顧本計畫，新增 91015C、91016C、91018C 診療項目，預算 1.475 億元，並滾入總額基期)

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

- 一、第 2 項「牙周病統合照護計畫(第 1、2、3 階段)」：請牙醫部門考慮付費者代表所提方案，依據健保署估算牙周病統合照護計畫的案件數 271,223 萬件，付費者代表願意以 28 萬件估算，已有多編列。牙醫部門提出 30 萬件，因為現在無法有實際的數據估算本項費用，沒有具體數據，卻要以 30 萬件估算經費，我們很難做出這樣的承諾。
- 二、第 3 項「牙周支持性治療 91018C 所增加之費用」：付費者代表已經過慎重考慮，請牙醫部門多考慮看看，因為健保財務真的非常吃緊，我們很難依照牙醫部門所提的成長率，百分百的支持、編列預算，這對付費者代表而言是無法承受之重，再請牙醫部門慎重考量。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

主席、各位委員，大家辛苦，前面討論的這 2 個項目，付費者代表所提方案，與健保署方案相較，並沒有減少金額，只有增加金額。建議停止討論，請牙醫部門進行內部討論，若認為哪些項目需增加費用，請提出充分理由，雙方再進行討論，不要浪費大家的時間，一直再解釋或說明，無助於協商，請牙醫部門先內部會議探討哪些項目需增加費用，我們再做最後決定。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

請主席先讓牙醫部門進行內部討論。

傅主任委員立葉

請牙醫協商代表說明。

翁協商代表德育

牙醫部門不必召開內部會議，我直接向大家說明，再進行說明前仍感謝付費者代表對牙醫部門的支持，單憑付費者代表所提的成長率項目，我們牙醫部門應該要非常的感激，我們也確實感受到所有付費者對牙醫部門的支持，我們感到很窩心，無可挑剔。但仍須向各位說明，牙醫協商代表承受牙醫界內部極大的壓力，這壓力不是付費者代表或健保署造成，主因是與其他總額的成長率相較之下所造成的。在參與總額協商前，我們內部已達成共識，只給我們非常小的彈性，這點要先向各位委員報告，針對 3 個項目說明如下：

- 一、「牙周病統合照護計畫」案件數以 30 萬件估算部分，如果按照執行約 28 萬件推估 108 年的執行數，可是 109、110 年呢？請各位參閱說帖資料第 7 頁，我們依據美國及澳洲推估費用的基礎，考量影響未來醫療需求的因素，計算結果，未來幾年一定會超過 30 萬件。問題的癥結在於，現在只談 108 年，將來還有機會再談嗎？我們以 30 萬件估算，只比 108 年案件數多出一點，大家都知道，到了 109、110 年就已經很危險。再次強調累積不足費用 15 億元，也拜託大家納入考量。
- 二、「牙周支持性治療 91018C 所增加之費用」，健保署是以 107 年費用做估算，但我們談的是 108 年可能增加的費用，所以健保署少計算了成長率，牙醫部門建議編列 357.6 百萬元，是納入成長率後換算出來的金額，再重申，本項沒有多浮編一毛錢。
- 三、「提升假日急症處置服務」，我們希望回到一般服務正常運作，再懇請大家多增編一點金額，牙醫部門提出 221.7 百萬元，我們也可以調降，請考量在週末、假日急症處置服務項目，能再增編多少預算，讓我們去運作。

傅主任委員立葉

付費者委員還有沒有其他意見，雙方意見其實蠻接近的，請陳委員亮良。

陳委員亮良

原則上，付費者代表已提出共識方案，請問大家還要進去內部會議嗎？(付費者代表表示：好)

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

付費者委員再內部會議討論一下。

傅主任委員立葉

因為差異不大，付費者內部會議時間約 5 分鐘，可以嗎？

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

8 分鐘。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

雙方已經談得很接近，請牙醫部門也要有動作，我們已釋出善意，你們也該進去內部會議討論，你們連動也不動，你們也需要看看雙方的意見或數據差異在哪裡。

傅主任委員立葉

付費者代表進行內部會議時，牙醫部門也會進行內部會議，討論時間約 8 分鐘，請雙方都再各自進行內部討論。

(雙方進行內部會議討論約 20 分鐘)

傅主任委員立葉

雙方的內部會議已經結束，先請牙醫部門說明。

翁協商代表德育

一、剛剛牙醫部門進行內部討論，達成內部共識，在說明共識前，代表牙醫部門向所有的付費者代表表達感激，各位委員照顧牙醫界的心意，我們充分瞭解，若今天談判結果未如預期，都是牙醫部門的錯，罪孽深重。但我們還是要提出剛才牙醫內部會議的共識，一般服務協商因素項目說明如下：

(一)「口腔外科新醫療科技」：同意付費者代表所提方案(增加金額 12 百萬元)。

- (二)「牙周病統合照護計畫(第 1、2、3 階段)」：維持牙醫部門所提的方案(增加金額 2,808 百萬元)。
- (三)「牙周支持性治療 91018C 所增加之費用」：維持牙醫部門所提的方案(增加金額 357.6 百萬元)。
- (四)「糖尿病口腔照顧」：牙醫部門原編列 211.7 百萬元，我們自行吸收部分費用，金額調降為 150.0 百萬元，不管預算如何，牙醫部門對糖尿病患者的口腔照顧一定會克盡職責。
- (五)「高齲齒率病患牙齒保存改善服務」：牙醫部門原編列 97.9 百萬元，金額調降為 50.0 百萬元。
- (六)「提升假日急症處置服務」：牙醫部門堅持一定要留在一般服務項下，如果移列至專款項目，我們沒有辦法提供這項醫療服務，因為這是既有項目，已在一般服務項下執行一段時間了。但我們原編列 221.7 百萬元，金額調降為 200 百萬元。

二、接續專款項目部分：

- (一)「弱勢鄉鎮(排除醫缺區)提升醫療可近性獎勵計畫」：本項下次再提出，預算為 0 元。在此向大家說明，自民國 99 年起，就每年從牙醫總額一般服務移列 80 百萬元執行「牙醫醫療資源不足且點值低地區獎勵計畫」(撥補符合特定條件之地區點值)一直到現在。雖然我們今年沒有再繼續爭取本項，但希望各位委員、專家學者們，一起和牙醫部門持續關心這個問題。
- (二)「牙醫特殊醫療服務計畫」：同意付費者代表所提方案，本項增編 50 百萬元(金額 534 百萬元)。
- (三)「網路頻寬補助費用」：這是 4 個總額部門共通性的項目，牙醫部門沒有意見，其他部門如何處理，牙醫部門就比照辦理(改列專款項目，金額 136 百萬元)。
- (四)「提升假日急症處置服務」：本項目置於一般服務項下(增加金額 200 百萬元)。

三、以上是牙醫部門的共識，108 年度較 107 年度協定總額成長率是 4.106%。

傅主任委員立葉

請付費者代表說明方案。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、剛才付費者代表內部會議時，大家很熱烈討論，也很用心，目前付費者代表提出的最後版本如螢幕上所顯示，我希望這是最後的版本了，我覺得大家不要繼續再談了，如果該要送部裁決就送部裁決，如果可以同意就同意。說明付費者目前的方案：

(一)第 1 項，「新醫療科技(新增診療項目)」：金額 12 百萬元，牙醫部門已同意接受。

(二)第 2 項，「牙周病統合照護計畫(第 1、2、3 階段)」：委員認為預估執行 30 萬件，是 109 年的執行數，而現在是協商 108 年度預算。依照健保署的預估，是以 106 年執行數，及 107 年成長率 21.2%推估 108 年執行數 271,223 件，而牙醫部門推估執行 30 萬件，我們共同的想法是先不論推估件數的合理性，先將我們原編的金額 2,620.8 百萬元，增加為 2,650 百萬元。

(三)第 3 項，「牙周支持性治療(91018C)所增加之費用」：維持原編列金額 300 百萬元，用於牙周支持性治療(91018C)項目。

(四)第 4 項，「糖尿病口腔照顧」：牙醫部門建議編列 150 百萬元，但付費者參照健保署的意見，本項不編列預算。

(五)第 5 項，「高齲齒率病患牙齒保存改善服務」：牙醫部門建議編列 50 百萬元，付費者代表的共識，不編列預算。

(六)第 6 項，「提升假日急症處置服務」：如果牙醫部門同意本項移列至專款項目，則付費者代表同意編列 23.3 百萬元，如果回到一般服務項下，就參照健保署的意見，不編列預算。

(七)第 7 項，「網路頻寬補助費用」：付費者代表的共識，本項移至專款項目。

(八)第 8 項，「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：依照健保會決議辦理。

二、後續專款項目由陳委員亮良負責主談，看看陳委員是否要進行說明。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

一、我想我們付費者代表誤解牙醫部門的意見，以為只有協商項目第 2、3、6 項目有所爭議，其餘你們都同意付費者代表所提的版本，就你們剛剛的發言意思是這樣。

二、對付費者代表所提方案第 2、3、6 項有意見，其餘你們都認同剛才的版本，是這樣嗎？因為我們進去內部會議時，各位委員都認為爭議點只有第 2、3、6 項，其他項目都沒有爭議，以為牙醫部門對專款項目沒有意見，就照付費者代表方案處理，沒什麼好報告的。

傅主任委員立葉

請翁協商代表德育。

翁協商代表德育

請將螢幕畫面移到最下方，付費者代表所提的方案，有調整嗎？(多位委員表示：有)調整哪一個項目？(多位付費者代表表示：第 2 項金額有調整)牙周病統合照護計畫有增加一些金額，請問增加多少金額？(付費者代表表示：增加 30 百萬元)增加 30 百萬元，了解。

傅主任委員立葉

請問牙醫部門是否可以接受？我覺得原來雙方所談的方案很接近，付費者代表也調整部分項目的費用，我以為雙方共識是越來越近，如果雙方差異越來越多，就很難談下去。請翁協商代表德育。

翁協商代表德育

- 一、向各位說明，牙醫部門原先編列 108 年度較 107 年度協定總額成長率為 4.493%，經過內部協商後，刪減部分預算後成長率 4.106%。
- 二、剛才所提那 3 項目，是因為付費者代表有特別說明，所以我們只針對那 3 項目再做說明，其他項目我們仍希望能酌編預算。
- 三、拜託付費者代表，因為我們已經刪減一些經費，也讓步了不少，但付費者代表只增加 30 百萬元，是否可針對其他重要項目再酌編預算，如：提升假日急症處置服務，大家知道每個項目要有相對應的預算，才有辦法執行新增的醫療服務，若把本項目移到專款項目，又只有編列 23.3 百萬元，約原預算的十分之一的額度，執行上恐怕會很辛苦。

謝委員尚廷

- 一、其實，每年 9 月，牙醫代表來這邊參與總額協商，牙醫界對我們抱有很大的期待，也讓我們承受很大的壓力。牙醫界不清楚今年總額協商面臨的問題，我相信付費者代表已經很幫忙，給予牙醫總額成長率為 2.744%。
- 二、牙醫界老是告訴我，10 多年來牙醫界都是模範生，20 年前是牙醫第 1 個開辦總額，20 年來每年評核會牙醫都獲得優等，因此，牙醫界很難理解，為什麼牙醫總額成長率都是最低，像 108 年度牙醫門診總額成長率也可能是 4 個部門總額成長率最低的。
- 三、我們 9 個協商代表承受非常大的壓力，如果我們提的協商項目，有哪一項沒有道理，委員可以同意不編列預算。但像糖尿病口腔照顧和高齲齒率病患牙齒保存改善服務項目，都是朝 8020(80 歲保有 20 顆自然牙)的目標邁進，這也是政策目標，而且我們牙醫界也做出許多成績，許多研究報告也可以佐證。
- 四、今天，我想一項一項協商，恐怕很難有共識。我們也希望第 1 個協商的總額部門，不要破局。但是我還是要把牙醫界的期待

向各位報告，因為我們協商結束，人家一定會告訴我們，為什麼我們牙醫界是模範生，但 9 月談判，牙醫協商代表卻協商成最低的成長率，謝謝。

傅主任委員立葉

付費者代表還有無其他意見。請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、我是牙醫總額專款項目的主談人，誠如我剛所提，付費者代表內部會議，只認為第 2、3、6 項有爭議，這是付費者代表的共識，認為你們的爭議點只有第 2、3、6 項，其他項目都沒有意見，因此，很多委員都反對再討論其他項目，以為你們都接受。
- 二、在協商的過程和機制，你們的策略讓付費者代表覺得牙醫部門的需求就是這樣，要如何破解僵局？在考量健保永續發展，及健保委員要發揮功能，我們希望朝有共識的目標來邁進，創造台灣全民雙贏局面，以上是我個人的感受。

傅主任委員立葉

牙醫部門是否能再回到付費者代表所提方案，也就是有差異的 3 個項目進行討論，原本差異小，但現在差異的項目變多，越協商差異越大，可能會無法達成共識，無法協商成功，牙醫部門是否考慮一下呢？還是請公正人士發表意見(眾委員笑)，請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、協商過程是很辛苦，我們也知道牙醫部門面臨很大的壓力，主因是 108 年度牙醫的「醫療服務成本指數改變率」為負成長(成長率-0.453%，約-183.9 百萬元)。過去，我擔任委員期間，牙醫的醫療服務成本指數改變率幾乎沒有負成長，因此，108 年與 107 年度(註：107 年度牙醫醫療服務成本指數 1.164%，約 463.4 百萬元)相較，正負差 6 億多，換算成長率約 1.5%，這也是 108 年度牙醫總額成長率不會很好的原因。
- 二、基本上，我想這不是付費者代表應該承擔的責任，這是國發會核定的非協商因素所致，我想牙醫部門也能諒解。剛剛陳委員

亮良所提的部分我也認同，一開始協商，要你們針對付費者代表的方案表達意見，你們只提出協商項目第 2、3 項的意見，專款項目沒有表達具體意見，付費者代表 2 次內部會議後所提的方案，你們仍不滿意。

三、我試圖建議，希望付費者代表和牙醫部門雙方都能考量看看，有關牙周病統合照護計畫，牙醫部門推估執行 30 萬件，健保署推估 27.1 萬件，但起初牙醫部門推估 28 萬件，後來調整成 30 萬件，考量推估執行數量，可能不是很準，是否付費者代表能以 29 萬件推估，付費者推估是 28 萬件，牙醫部門推估是 30 萬件，建議增加 1 萬件，以兩者折中的數字 29 萬件，雙方可能比較能接受。請雙方衡量一下，當然我不便說明金額，可以試算，金額仍會有一點落差。

四、牙周支持性治療(91018C)所增加之費用，本項是接受牙周病統合照護計畫治療後，仍需要繼續追蹤治療，會增加醫療密集度。是否成長率再加一點讓整個牙周病照護計畫更完美以上建議，請大家思考，至於是否調整額度，也要看雙方協商的氛圍和誠意，這是我的意見，謝謝。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

一、剛才在提問與意見交換時段時，我對於第 2 項牙周病統合照護計畫提出詢問，8 月份總額會前會時，牙醫部門最初建議本項目編列 2,543.25 百萬元，而目前付費者代表所提的方案已編列 2,650 百萬元。你們是後來才改編 2,808 百萬元，原本提出的金額是 2,543.25 百萬元。

二、事實上，付費者代表已經有多編列費用了！因此，我剛才才會詢問，為什麼編列的費用從 2,543.25 百萬元提高到 2,808 百萬元，現在付費者代表方案已高於 2,543.25 百萬元，你們又說不夠，這是我們沒辦法接受的。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

- 一、剛才蔡委員登順提及 108 年度非協商因素項目中的「醫療服務成本指數改變率」，綜觀各部門總額，只有牙醫總額為負值，而牙醫部門也很有風度，表達他們欣然接受，沒有二話。為什麼會呈現負值呢？可能因為「醫療服務成本指數改變率」中的部分查價項目內容與牙醫真實的醫療服務成本有所落差，當然這不是今天要討論的重點，但確實是對牙醫總額雪上加霜。
- 二、剛才討論提到「牙周病統合照護計畫」執行數 28 萬件或是 30 萬件的問題，我想牙醫部門爭取的不是執行多少件，而是考量到未來成長率，合理的滾動成長率，可能會被鎖住，這是他們關心的重點。謝委員尚廷也提到若沒有辦法達成共識，建議送部裁決，這不是我們所樂見的，也不希望給衛福部帶來這麼大的壓力，但若導致牙醫部門執行不下去的話，這也不是我們期望的，建議協商時應在合理執行數量和預算成長率之間取得平衡。
- 三、有關「提升假日急症處置服務」，今年評核會時，大家很關切牙醫部門的滿意度調查，結果顯示無法適度提供民眾牙醫醫療服務(註)，我想牙醫部門會提出本項訴求，勢必是針對評核會中備受爭議的滿意度低的問題提出對策。如果我們沒有辦法給予預算，讓牙醫部門改善他們的服務，明年如何能夠看到民眾對牙醫服務的滿意度有所提升呢？希望能站在民眾立場考量，再看看有沒有什麼辦法能共同解決問題。

(註：106 年度民眾滿意度調查結果，106 年度假日無法在當地找到其他就醫診所而感到不便的情形較 105 年度增加 2.2%)

傅主任委員立葉

- 一、請問公正人士或專家學者還有無其他意見。沒有的話，我提幾個方向讓大家參考，看是否能縮小差異，首先是否雙方能回到

原先有差異 3 個項目；其次，剛才蔡公正人士登順針對第 2 項牙周病統合照護計畫，建議雙方再往中間靠一點，若能拉近就能達成共識。

- 二、有關提升「假日急症處置服務」，牙醫部門希望編列在一般服務項下，付費者代表編列在專款項目，希望能看到成效，但的確需要經費才能執行服務，如果本項執行成效良好，以後還是可能移回到一般服務，先有成效比較能說服大家移列至一般服務。是否今年就採折衷方式，先編列在專款項目，並酌予增編費用，先做出改善及成績。如此，雙方的共識就拉近了。
- 三、如果大家可以朝這些方向努力，也許今天雙方就能達成協商共識，如果不能的話，我也有心理準備。協商不成主席固然有責任，但我想大家也是要一起承擔，我實在很希望雙方能達成共識，大家可以接受嗎？請翁協商代表德育。

翁協商代表德育

- 一、我們知道各位委員都很辛苦，也很照顧我們，但是光就「提升假日急症處置服務」項目，是不可能編列在專款項目，很抱歉，這點是我們的堅持。
- 二、再說明一次，剛才我們是針對那 3 項目先做說明，但我們從沒有說過放棄其他項目，我們沒有講這句話啊！也許剛才的表達不是很適切。
- 三、剛剛看現在協商的氛圍，如果我們再勉強付費者代表提高預算成長率，我覺得太難為他們。我覺得這個罪惡就讓牙醫部門來擔當，若今天雙方協商未如預期，全部都是牙醫部門罪孽深重。我們不可能說是付費者代表不支持我們，這句話我們絕對百分之百說不出來。
- 四、就如同剛才吳委員榮達所提，付費者方案給予「牙周病統合照護計畫」的預算，已經高於我們原先編列的金額，怎麼還會不滿意？主因是牙醫總額成長率實在是低到我們沒辦法接受，但這個要怪誰呢？我也不知道要怪誰。牙醫部門的意見大概就是

這個樣，請理事長再向大家說明一下。

謝委員尚廷

- 一、謝謝蔡公正人士登順及專家學者，我們更感謝付費者代表，真的很支持我們。108 年度牙醫門診總額「醫療服務成本指數改變率」為負成長，不應該是付費者代表要承受的，我們是百分百接受的，但要牙醫界來接受和承擔，我也真的講不出口，因為我們是代表 1 萬 4 千多名牙醫師來參與總額協商。
- 二、有關專款項目中的「弱勢鄉鎮(排除醫缺區)提升醫療可近性獎勵計畫」，我們每年從一般服務移撥 8 千萬元來支持弱勢鄉鎮。為什麼這次協商會建議編列本項預算，是因為我們認為需要更多的經費來鼓勵弱勢鄉鎮，希望能扶植起來，把醫師留在當地。有牙醫部門幹部向我說，如果付費者代表不支持本項目，有人提議 108 年一般服務不再移列 8 千萬元，當然我是強烈反對，我們還是會堅持繼續做下去，108 年還是會從一般服務移列 8 千萬元鼓勵弱勢鄉鎮。過去我曾提出增加一般服務移列經費，自行吸收，但幹部說我回去會被罵死，今年我們就提出來看看，如果不行，就堅持移列 8 千萬元繼續做。
- 三、我希望今天能協商成功，如各位委員覺得有些項目經費要減少，如吳委員榮達提到牙周病統合照護計畫件數要減少，那麼其他項目就請合理增加預算，不然我們回去真的很難交代。為鼓勵弱勢鄉鎮牙醫醫療服務，牙醫界已執行多年，成效還不足，所以才需要付費者代表支持，編列經費鼓勵牙醫師留在弱勢鄉鎮提供服務，我希望付費者代表也能考慮其他項目。
- 四、雖然今天協商的差距仍大，我想牙醫部門提出這樣的要求，付費者代表也可能沒辦法接受，真的不好意思，我們內部會議時，也將原先方案的成長率(4.493%)調降了 0.387%，成長率降到 4.106%。如果今天協商不如預期，懇請付費者代表可以繼續支持牙醫部門，也希望雙方的共識能夠更靠近，謝謝。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、我想牙醫部門也非常辛苦，剛才付費者代表內部會議時，多位代表很同情牙醫部門，但同情歸同情，現在是協商總額預算，尤其近日報載「明年健保總額首度破七千億但距離破產竟不遠」指出，協商明年度預算，健保突破 7 千億元，也提到健保恐怕 109 年破產，109 年可能要調整健保費率，還不知道未來會演變成怎麼樣。因此，現在付費者代表承受很大的壓力，真的壓力很重，你們要曉得現在的問題，而且影響的不是只有付費者，若以後調漲健保費率，對雇主負擔的影響也是最大，這些現在可以不提。
- 二、我以前曾提出，如果協商未達共識，兩案併陳報部裁決，醫界有醫療上需要考量的實務問題，不能要俗擱大碗，又要滿意，這樣不行啦！但是付費者代表已經進行 2 次內部會議，若再繼續討論下去，今日無法完成協商，現在已經快中午 12 點，再繼續協商下去，其他 3 個部門總額都無法進行了。
- 三、現在第 1 個協商的總額部門就這樣，之後還有 3 個部門要協商。我剛提到如果牙醫總額要兩案併陳，現在繼續討論就浪費時間，如果兩案併陳的話，我希望回歸原來的方案，就是採健保署的方案。第 1 個牙醫總額沒有協商成功，之後還有 3 個部門總額要繼續討論，牙醫協商的表定時間已經用完了，協商項目的細節也講了，再這樣下去根本無法進行協商，絕對沒辦法協商的。
- 四、我是支持牙醫，但是後面還有醫院等 3 個部門要進行協商，如果協商不成，不用付費者代表 2 次內部會議討論後的版本，回歸健保署的方案作為送部裁決，以上是我的意見。

傅主任委員立葉

葉委員宗義的意見是付費者代表的共識意見嗎？(委員表示：不是) 不是的話，這是屬於個人意見。請王委員雅馨。

王委員雅馨

我相信付費者代表都非常認真討論協商的事情，大家真的非常盡心盡力，我們也知道今年整個協商的困難度還蠻高的，也肯定牙醫部門在服務民眾、病友方面做了很大的努力。我還有 2 個問題想再確認：

- 一、剛才謝委員尚廷提到「提升假日急症處置服務」，牙醫部門堅決編列在一般服務，為什麼會堅決編列在一般服務原因為何？
- 二、「弱勢鄉鎮(排除醫缺區)提升醫療可近性獎勵計畫」，牙醫建議編列 136.2 百萬元，健保署沒有編列預算，健保會幕僚補充意見說明，其中目前未有相關補助計畫，可否進一步提供相關資料予付費者代表參考，這 11 個鄉鎮是否有相關規劃或補助計畫，讓我們多了解。

傅主任委員立葉

我想確認，有關王委員雅馨的提問，請問付費者代表要根據牙醫部門回復問題後，再進行內部會議嗎？如果不是，現在主要的問題，1 個是協商項目的金額，1 個是協商項目是否移列專款等談不攏，如果沒有共識的話...請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、我擔任牙醫部門的主談人，8 年來參與總額協商，過去 7 年都能完成協商任務，今年不能完成協商任務，也算是我的光榮(委員笑)，一個人有正就要有負，東西有好吃的也會有不好吃的，我認為今年牙醫部門總額沒有協商成功，也算很光榮的事情，對我個人的人生記憶也非常的好。
- 二、8 年來我非常肯定牙醫部門的表現，在社會公益上做得非常好，包含國際性及社會性社團也都做得很好，每次的評核，都顯示牙醫部門是非常優質的醫療團隊。
- 三、另外剛才葉委員宗義提到，如果兩案併陳，要採健保署的方案，也有付費者代表表示要用剛才付費者代表決定的方案作為送部裁決的方案，我想需要付費者代表內部會議討論後再決定。

四、我贊成牙醫門診總額兩案併陳送部裁決，這是非常好的事情，人生總會有甘有苦，有正有負，這樣非常好。我非常感謝牙醫部門過去的表現，如果最後兩案併陳，我只能講一句秋風掃落葉，在樹上的葉子也開始掉落，所以我代表總額協商被掃下來了，謝謝大家。

傅主任委員立葉

先請陳委員亮良，再請干委員文男。

陳委員亮良

- 一、謝謝主席，剛剛我先舉手，主席沒有讓我先發言，我也是牙醫部門的主談人之一，剛好我有不一樣的觀點，我覺得今天沒有協商成功，對我來說，人生是一大污點(眾委員笑)。因為我代表付費者，擔任健保會委員最主要目的就是和醫療服務提供者共創雙贏局面。我認為今天談判的流程很弔詭，未照正常程序進行，才會造成目前的僵局。協商過程應先由一方內部會議討論後提出方案，再換另一方內部會議討論後決定能否接受，如此就不致造成牙醫部門協商的僵局或破裂。
- 二、建議牙醫部門再作考慮，剛才主委、專家學者及公正人士也都語重心長地發言，因為差距不大，希望在有限的經費下，剛才付費者代表也提到，近日新聞持續報導健保財務危機，我方的壓力很大。整場談判聚焦在第2、3、6項，過程並不順利。我身為主談人之一，建議雙方再各自退場，冷靜後再試著看看有沒有機會達成共識。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

與醫界協商歸協商，但仍需要站在公正及客觀的角度，為民眾及健保永續來考量。剛才王委員雅馨提出詢問，但未獲答覆。對於「提升假日急症處置服務」項目，雙方金額的差距約2億元，且付費者代表的共識是移列專案，牙醫部門則主張列入一般服務。如果列入

一般服務的話，牙醫部門是否同意？若還是不同意，其他就免談。如果僅有這項差異，付費者代表可再內部討論，否則，其他多談無益。剛才主談人何代理委員語也講過，希望能明確告訴我們你們的版本，若只差這項，我們可以考慮再內部會議討論。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

我希望牙醫部門不要誤會，這是一種激將法。幾乎每次總額協商，牙醫及中醫協商都成功圓滿，堪謂模範生。目前雙方差距不大，希望大家能再坐下來協商，可以解決的問題，不要送部裁決。歷年醫院部門協商，起碼有 10 次以上沒通過，我相信今天若牙醫協商沒共識，他們也不會有共識，這樣就枉費付費者代表辛苦協商。牙醫是最好溝通的，如果連牙醫部門都不能有共識，醫院一定也難有共識。為了全民之福，也為了讓主委及執秘兩位新上任的主事者能有所交代，能夠協商成功圓滿是大家的願望，作法不必拘泥。希望第 1 場協商能夠順利，其他問題日後再解決。我並未反對，希望大家坐下來慢慢談，協商要能成功才叫協商，金額多少可以商量，這是我的目標。

傅主任委員立葉

請翁協商代表德育。

翁協商代表德育

- 一、大家都很辛苦，我再次強調，各位付費者代表對牙醫部門的關愛，我們都了然於胸。整個台灣社會的氛圍給健保會委員的壓力太大，大家也很清楚。牙醫部門不是貪得無厭，最實質問題是牙醫的總成長率與其他總額部門的差距太大，回到牙醫界內部，我們無法向所有牙醫師交代，這點請大家體諒。我們很清楚，剛才委員們提出來的已經是很好的折衷方案，我們很感佩。
- 二、回復王委員雅馨詢問，為何假日急症處置不能移列專款項目？理由很簡單，因為移列專款項目的預算不足。目前我們初估

221.7 百萬元，付費者方案移列專款後預算只有編列 23.3 百萬元，換算點值僅剩 0.1。這不推動還好，一推動是懲罰有提供週末急症處置的醫師，點值 0.1，不是在懲罰他嗎？所以，針對這點我們堅持不同意。

三、關於「弱勢鄉鎮(排除醫缺區)提升醫療可近性獎勵計畫」，民國 99 年，我們就知道，雖然牙醫 6 分區已全數達成 100% 錢跟著人走，但 6 分區內仍有些弱勢鄉鎮，所以，針對點值過低問題，我們提出方案，對點值過低鄉鎮設法點值補足到每點 1.0 元。執行至民國 106 年時，我們發現一些問題，點值好的地區無法獲得這方面的照顧，6 分區部分弱勢鄉鎮地區的成效仍不如預期，所以，我們提出方案，對於弱勢鄉鎮執業的牙醫師，給予處置費點數加成，而非只是提升點值補到每點 1.0 元。中間的差距需要許多預算支撐，若無預算，我們撐不下去，這就是本項問題的來源。

四、剛才我們內部會議討論認為，繼續協商對付費者代表而言，壓力及責任都太大，好像牙醫部門逼著付費者代表增加預算，我們也於心不忍。所以，我們內部共識希望兩案併陳。

傅主任委員立葉

雙方都已清楚表達各自立場，請問還須召開內部會議嗎？(雙方代表均表示不需要)那就兩案併陳，方案內容需要再討論嗎？(雙方代表均表示採目前方案內容)以目前雙方所提的方案內容為準。請何代理委員語再次確認。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

兩案併陳就以付費者代表第 2 次內部會議共識方案併陳。

傅主任委員立葉

付費者方案就以目前螢幕的版本兩案併陳。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我只能代表半個主談人，向牙醫部門先進前輩們致歉。我們年紀越大，越無能力，只能盡力而為。感謝你們過去大力協助與支持，謝

謝大家！

傅主任委員立葉

牙醫部門也是目前螢幕上的方案嗎？

謝協商代表尚廷

對！我們就兩案併陳，採用目前螢幕上所示的方案。我也代表牙醫界，感謝付費者代表、健保會及健保署的協助，還有公正人士與學者專家。我也是多年來唯一協商沒有圓滿成功的理事長，向付費者代表致歉。希望未來我們仍一起合作，再次感謝各位。

傅主任委員立葉

感謝雙方協商代表的付出及努力，很遺憾未達成共識，最後雙方各自提出修正方案，決定兩案併陳。牙醫門診總額協商到此結束，謝謝大家！中場休息 5 分鐘。

(其他預算協商結束後，付費者代表與牙醫部門代表繼續進行總額協商約 10 分鐘)

傅主任委員立葉

一、請付費者代表及牙醫協商代表就坐，請問付費者委員，還是由何代理委員語及陳委員亮良擔任主談人嗎？(付費者委員：是)好，先等兩位委員進入會場。

二、付費者代表及牙醫協商代表都已入座，現在開始協商。付費者主談人還是由何代理委員語及陳委員亮良擔任。

吳委員榮達

應先請牙醫部門代表說明。

傅主任委員立葉

付費者代表希望牙醫部門先提修正方案，牙醫協商代表同意？

翁協商代表德育

一、報告主席，牙醫部門的修正方案已交給付費者委員了，目前手邊沒有手稿向大家報告。但在說明之前，很感謝主任委員、執行秘書及各位付費者代表，大家為了牙醫部門都辛苦了，再強調一次，牙醫部門罪孽深重，謝謝各位付費者代表對牙醫部門

的包容。

- 二、今天牙醫部門斗膽提出最後的方案，以今天上午付費者代表共識方案為基礎，在一般服務再增編 300 百萬元，分配在「牙周病統合照護計畫(第 1、2、3 階段)」、「牙周支持性治療 91018C 所增加之費用」及「提升假日急症處置服務」3 個項目(註：原付費者代表方案之「提升假日急症處置服務」編列於專款項目)。

傅主任委員立葉

接下來請付費者代表說明，請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、主席、各位委員、健保署長官、專家學者及公正人士，大家晚安！經過付費者代表熱烈、明智的共同討論後，共識為：一般服務項目加專款項目，總金額是 45,016.7 百萬元，一般服務成長率 8.276%，專款項目全年經費 1,069.1 百萬元，較 107 年核定總額成長率是 3.433%。

二、一般服務項目如下：

- (一)「牙周病統合照護計畫(第 1、2、3 階段)」：編列 2,808 百萬元。
- (二)「牙周病支持性治療(91018C)」：編列 350 百萬元。
- (三)「提升假日急症處置服務」：編列於一般服務項下，經費 115.3 百萬元。
- (四)「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：-2.0 百萬元。

三、專款項目本應由陳委員亮良說明，但專款項目僅變動「牙醫特殊醫療服務計畫」，增加 50 百萬元，全年經費 534 百萬元，所以由我代陳委員亮良說明：

- (一)「牙醫醫療資源不足地區改善方案」：與牙醫部門相同，比照 107 年編列 280 百萬元。
- (二)「牙醫特殊醫療服務計畫」：增編 50 百萬元，全年經費 534 百萬元。

- (三)「提升假日急症處置服務」：本項移到一般服務項下。
- (四)「網路頻寬補助費用」：由其他預算移列，全年經費 136 百萬元。
- (五)「品質保證保留款」：全年經費 119.1 百萬元。
- (六)「牙周病統合照護計畫(第 1、2、3 階段)」：導入一般服務，本計畫第 1、2 階段減列 1,564 百萬元，第 3 階段減列 588.8 百萬元。

四、另外，委員希望於協定事項中備註一些要求，如螢幕所示。

五、以上是牙醫總額各項目的金額及調整情形，較 107 年度核定總額成長率 3.433%，總金額是 45,016.7 百萬元。請問陳委員亮良對於專款項目有無補充說明？

陳委員亮良

專款項目就依照何代理委員語的說明，我不再重複。

傅主任委員立葉

金額最後是多少？是增加 300 百萬元嗎？

翁協商代表德育

現在直接向大家報告，快速確認。先謝謝付費者代表對牙醫部門的寬容，今年我們一定加倍努力，讓健保牙醫總額更臻完善：

一、確認一般服務項目部分：

- (一)「新醫療科技」：編列 12 百萬元。
- (二)「牙周病統合照護計畫(第 1、2、3 階段)」：編列 2,808 百萬元。
- (三)「牙周支持性治療 91018C 所增加之費用」：編列 350 百萬元。
- (四)「糖尿病口腔照護」及「高齲齒率病患牙齒保存改善服務」，不編列預算。
- (五)「提升假日急症處置服務」：由原付費者代表方案之專款項目移至一般服務，編列 115.3 百萬元。

二、付費者代表所提任何協定事項，牙醫部門一定與健保署共同努力完成。

三、往下確認專款項目部分：

(一)「牙醫醫療資源不足地區改善方案」：比照 107 年，全年經費 280 百萬。

(二)「弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫」：不編列預算。

(三)「牙醫特殊醫療服務計畫」：增編 50 百萬元，全年經費 534 百萬元。

(四)「提升假日急症處置服務」：本項移至一般服務。

(五)「網路頻寬補助費用」：全年經費 136 百萬元。

四、上述一般服務及專款總成長率較 107 年度核定總成長率 3.433%，以上確認。

傅主任委員立葉

付費者與牙醫部門雙方已經達成共識，協商共識方案就以此定案。感謝付費者代表與牙醫協商代表的努力，協商結果成功圓滿。請干委員文男。

干委員文男

有關「提升假日急症處置服務」項目，建議開發相關APP軟體，便於民眾查詢就醫資訊，這一定要做到，不然民眾一直被抱怨，牙痛時找不到診所就醫，這讓付費者代表感到對不起民眾，拜託。

翁協商代表德育

感謝干委員文男的提醒，牙醫部門一定會做到。

傅主任委員立葉

請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

關於「假日急症處置服務」的部分，希望能有地域性的平均分配，不要只集中在某些地區的院所提供急症處置服務，希望全國能有均衡性的分配。

翁協商代表德育

謝謝蔡委員麗娟，牙醫部門不太敢答應「均衡分配」，但至少每個縣市都會有院所提供急症處置服務，我們一定會朝此目標努力邁進，現在只差 1~2 個縣市假日沒有提供，它不是經常性的，是有時候有，有時候沒有的情形，牙醫部門一定會促成讓每個縣市至少有 1 家醫療院所於週末或假日提供服務，解決大家的問題。

傅主任委員立葉

好，謝謝大家辛苦了，牙醫門診總額協商完成。

貳、108 年度總額協商—「西醫基層總額」
與會人員發言實錄

貳、108 年度總額協商－「西醫基層總額」與會人員發言實錄

傅主任委員立葉

請各位委員、西醫基層協商代表及與會人員就座，現在開始進行第 2 場次的西醫基層總額協商，首先請西醫基層代表進行 5 分鐘說明。

黃委員啟嘉

我先簡要說明我們的訴求，之後在提問與意見交流時段，再由各協商代表分別說明，可以開始了嗎？是否等會場安靜再開始？

傅主任委員立葉

請各位盡速就座，我們安靜聽西層代表說明方案。

黃委員啟嘉

我很重視今天的談判，特別打了一條紅領帶，希望協商一定要成功。西醫基層是全民的家庭醫師，也是各位的好朋友，希望大家支持，簡要說明我們方案重點：

- 一、首先，西醫基層部門非協商因素有 1 項但書，即會議資料第 37 頁「健保會幕僚補充意見」第 6 項「依健保署意見，為支付標準之衡平性，建議『醫療服務成本指數改變率』所增加之預算(9.957 億元)應優先用於配合醫院支付標準之調整」。本項但書完全無關付費者權益，但會影響總額獨立性。醫院討論支付標準時，並未徵求基層同意，基層改變支付標準時，醫院也未比照調整。現在但書要求醫院改變支付標準，要基層配合調整，實不合理。希望付費者代表同意將此但書刪除，否則過去西醫基層討論通過之支付標準，醫院都應配合調整，才是公平。
- 二、其餘爭議點僅有幾項，雙方差距並不大。主要是我們對新藥引進及開放藥品適應症的認知，與健保署意見有些距離，這牽涉到我們開放的態度，亦即滿足民眾需求的程度。
- 三、對於因政策推動而影響服務密集度改變項目，包括居家照護及開放表別等，基層方案與健保署建議的金額有差距，主要是因為計算標準不同，健保署以過去最保守方式估計，完全無考慮政策推動的進步空間。

四、另外，對健康品質提升的理想性，不論是多重慢性病或身心障礙的照護及強化外傷照護，都是西醫基層希望給予醫師更多動機及動力，以鼓勵品質提升及照護，這部分也希望付費者支持。

五、專款部分主要在「開放表別」項目及「家庭醫師整合照護計畫」照護人數，與健保署有差距。我們今天現場另提供付費者代表 1 張「108 年度西醫基層總額成長率協商項目重點說明」，請付費者代表參考並開始提問。

傅主任委員立葉

接下來是「提問與意見交換時段」，所有委員均可提問。先請干委員文男，再請陳委員亮良。

干委員文男

有關「家庭醫師整合性照護計畫」之預算編列，請詳加說明健保署與西醫基層部門計算方式的差異。

傅主任委員立葉

採統問統答方式，請陳委員亮良。

陳委員亮良

會議資料第 41 頁，項次 8「多重慢性病及身心障礙者照護」，西醫基層部門提出增加金額 6 億元，健保署意見則為「西醫基層診所之屬性係提供一般輕症或慢性疾病之照護，原為全人照護之概念，與醫院分科門診不同」，我認為西醫基層科別繁多，請針對多重慢性病照護部分再補充說明。

傅主任委員立葉

委員是否還有其他提問？請周委員麗芳。

周委員麗芳

一、針對西醫基層部門協商代表所提，會議資料第 37 頁之「醫療服務成本指數改變率」，健保署建議應優先用於配合醫院支付標準之調整。此項建議可能讓西醫基層在運用上受到很大限制，所以，剛才西醫基層部門所提意見，希望在接下來協商時，能加以考量。

二、有關「新醫療科技項目」，西醫基層部門原提增加金額預估值 2 億元，健保署大幅調整預算金額為 0.42 億元。想了解若以健保署建議金額編列，對西醫基層未來的執行有何影響。

三、我國全民健保實施至今，被國際視為健康保險的重要標竿，是因為我國有不斷創新，但從第 3 項起，很多成長率都是 0，恐難鼓勵西醫基層開創醫療服務，希望在協商時，就實際需要再做思考。

傅主任委員立葉

請滕代理委員西華，之後為吳委員榮達及柯代理委員怡謀。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

有關「醫療給付改善方案」中，新增胰島素獎勵方案，請問是不管有否加入改善方案、使用胰島素幾年，只要患者有使用胰島素就給予獎勵嗎？目前已經有很多穩定使用胰島素長達 5 年以上的病患，是否會納入本方案內？請問獎勵對象的條件是甚麼？是否會限制使用胰島素的時間？目前不穩定使用胰島素的個案是否包含在內？

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

請教一個原則性的問題。西醫基層所提預算中，有許多計算說明，但似乎未將非協商因素之「人口結構改變率」給予的預算扣除。從西醫基層草案預算說明上未見相關反映，僅根據預估成長率進行金額估算，事實上在非協商因素成長率中，已有某些考慮，這部分是否應予扣除？這是大原則的問題，謝謝。

傅主任委員立葉

請柯代理委員怡謀，之後為何代理委員語。

柯代理委員怡謀(王委員雅馨代理人)

我有幾點想請教：

- 一、從第 3 至第 6 項次幾乎未見健保署有較清楚想要預編的項目，請西醫基層就這些細項編列金額的可行性，或是否能達成的情形，向委員說明。
- 二、項次 8「多重慢性病及身心障礙者照護」：多重慢性病的定義及人數計算部分，請問人數計算是否已有歸戶？我考量的是，多重慢性病照護與其他方案，如家庭醫師整合照護計畫、醫療給付改善方案及其他預算的 CKD(chronic kidney disease，慢性腎臟病)相關計畫照護對象有重疊，我依據的是健保會幕僚及健保署的意見。請針對本項照護對象是否與其他專案計畫重疊部分加以說明，讓委員有更多了解。

傅主任委員立葉

委員提問先進行到這裡，請西醫基層代表回應。

黃委員啟嘉

- 一、我先簡要回應，大家都很關心西醫基層部門對經費的估算，是否已排除非協商因素。各位可看項次 8「多重慢性病及身心障礙者照護」，我們在計算費用時，已排除現行其他醫療品質專案已支付費用，避免重複計算。請看會議資料第 42 頁倒數第 6、7 行，多重慢性病照護費用也已扣除人口結構改變率，多重慢性病的費用成長率其實遠超過人口結構改變率可解釋費用成長部分。
- 二、按剛才委員提問順序，依序由協商代表和各位溝通。首先就「家庭醫師整合性照護計畫」經費計算的差距，請黃協商代表振國說明。

黃協商代表振國

- 一、各位委員好，家庭醫師整合性照護計畫已實施多年，我們的草案與署版最大差異在於「人數估算」及「每人實際費用」有差距。署版估計 108 年成長率僅 8%，我們的草案是採去年成長率 14.5%。106 年署版預估增收案人數 80 萬人，結果多出 73 萬人，成長率高達 58.78%，今年的預估成長率也高達 14.5%，

均比署版預估人數增加很多。這項計畫因壯大基層關係，很多基層醫療院所願意參與，所以，我們就以今年的預估成長率 14.5% 推估 108 年收案人數。

二、有關預估每人費用的差距，以前家醫計畫每人是 800 元，在 102 年以前只有元沒有點(註：102 年前個案管理費 250 元/年，績效獎勵費用 650 元/年，102 年起改為個案管理費 250 元/年，績效獎勵費用 650 點/年，績效獎勵費採浮動點值支付，每點支付金額不超過 1 元)，103 年點值是 0.836、104 年是 0.98，105 及 106 年因人數暴增，點值降至 0.73、0.74。若依署版所估 550 元，點值可能落在 0.7 左右，遠低於目前西醫基層的平均點值，報告到此。

黃委員啟嘉

針對多重慢性病照護部分，請王協商代表宏育說明。

王協商代表宏育

一、各位委員大家午安，有關項次 8「多重慢性病及身心障礙者照護」部分，我先說明身心障礙友善門診。本人從民國 78 年在馬偕醫院服務時，每個月捐款 1 千元給心路基金會，捐款至今，我成為該基金會南部唯一的董事。心路基金會有許多身障朋友看病很困難，有時掛不到號，有時醫師看診說明太快，所以我們希望幫助這些身心障礙朋友。目前國內約有 116.7 萬身心障礙人口，若能設置身心障礙友善門診，第 1，可以讓身障朋友優先掛號，第 2，讓他們不必候診，第 3，參與醫師必須上課取得認證，看診必須仔細完整。舉我昨天門診個案為例，1 位中風過的病患腹痛，家屬好不容易將他從家裡帶到診所，從輪椅上攙扶他到診所的檢查床上，花很多時間(檢查腹部)，結果發現他還有特殊的皮膚病，無法確診。我立即手機照相(徵得病人同意後)遠端會診皮膚科柯適中醫師，併同開立皮膚藥給病患，我們花費很多時間，希望能幫助身障朋友，醫師經由教育訓練後，會體會這些病患的辛苦，須付出更多笑容及加倍的

愛心，希望能採一站式門診解決問題，我們估計需要 2.5 億元，這項工作很有意義。

二、陳委員亮良提到多重慢性病問題，以我岳父為例，他以前抽菸，所以有慢性肺病，後來還有高血壓及攝護腺肥大，在我這裡門診，只收 1 次診察費。10 個月前他中風了，送到郭綜合醫院，該院神經內科吳主任診治，發現心臟無力氣喘，再會診心臟科及胸腔內科。他出院後，需看 3 科門診追蹤開藥，又遇到尿管漏水，又再加掛泌尿科更換尿管，所以有 4 次門診費用。若病患將來能到住家附近診所，找個好的家庭醫師，只需 1 次門診費用。

三、現在政策鼓勵共同照護門診，到大醫院看共同照護門診(即其他預算項下的「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」)，看 3 科不但 3 科都有支付診察費，還可以多給「個案門診整合費」120 點，每年最多支付 4 次，若是獲得國健署高齡友善健康照護機構的認證，每人次增加 10 點。另外因為醫師給病人方便(同診間多科醫師共同看診)，除了診察費，還多給 60 點，全年表現良好者(依照整合成效指標表現核給獎勵費)再支付 1 千點。所以，醫院也在鼓勵給這些病患看診方便，不必分頭跑 3 個門診。若病患改到基層接受照護，不論中風、慢性肺病或慢性腎臟病，我們 1 個診看完，可以看得很詳細，只開 1 次藥，1 次診察費再加 300 元照護費，總費用比醫院便宜。醫院看 3 個診，要收 3 次診察費，還有很多附加獎勵費用。所以，我們認為開設多重慢性病門診可照顧很多重病者。何況現在很多人 50、60 歲就患有好幾種病，這樣可節省很多健保資源，謝謝。

黃委員啟嘉

一、有關「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)」預算編列不足，對未來有何影響？健保署認為我們的新藥新醫療科技編列預算都有剩餘，它的算法是用第 1 年預算為基礎，我們都知道所有新藥新科技在第 1 年的使用，大概是預算的 1/10 而

已，一定會剩下很多經費。項目開放後，未來 2、3 年的使用則是 5、10 倍的暴增，往往預算累計的經費，到第 3、4 年就用完，到第 5 年至少都負 1 倍以上，我想各位委員都很了解。所以，健保署認為會有剩餘及其他補償效益，基本上無法說服醫界。若編列不足，勢必在開放新藥時，會造成我們用很保守的態度去應對，這是醫師們所不樂見的。所以，我們希望在新藥新科技部分編列預算能夠充裕。

二、有關胰島素部分，在我們的草案內容未特別提及，再請黃協商代表振國向滕代理委員西華說明。

黃協商代表振國

- 一、新藥新科技的最主要問題是我們現在通過 108 年預算，但開放的項目是在 108 年的共擬會議才會提出討論。所以，往往是先通過預算，再決定項目，因此，預估的方式與實際的金額有相當的落差。
- 二、請看會議資料第 72 頁附件 2-8 係健保署預估的「108 年新藥評估表統計」。我們對此表不甚了解，首先，現在不知通過哪些項目，怎會有預算呢？但這張表有趣的是，第 1 類預估藥費收載第 1 年 67.2 百萬元，到第 5 年可達 134.06 百萬元；第 2A 類即使有替代率，預估藥費第 1 年 122.23 百萬元，到第 5 年也高達 1,753.78 百萬元；第 2B 類收載第 1 年 37.45 百萬元，第 2 年替代率已 100%，到第 5 年仍高達 2,424.85 百萬元。這代表不論通過哪些項目，新藥的成長都遠高於預期。
- 三、會議資料第 74 頁表 2-10，以 105 年為例，糖尿病通過新藥 SGLT2，當年預估新藥預算 83 億元，但次年高達 175 億元，今年上半年已使用 144.8 億元，所以新藥新科技的實際耗用都高於預估。懇請各位委員，若要我們提供更優質服務，希望制度上能以實際發生金額編列預算，其次預算編列後能找到對民眾最有利的項目，納入健保給付。
- 四、另回復滕代理委員西華的詢問，目前胰島素獎勵方案的對象，

係排除已注射胰島素的病人。

黃委員啟嘉

- 一、有關吳委員榮達提出應扣除人口結構及非協商因素影響部分，其實西醫基層所提出的方案，每項金額計算時都有考量，儘量避免重複，並予扣除。請看基層方案的經費估算方式，在計算時，都有將已給予的預算排除，只是排除後，所需要的預算還是相當可觀，這是首先要跟各位委員說明的部分。
- 二、有關柯代理委員怡謀詢問，為何許多項目健保署意見的金額欄都是空白，據我聽到的說法，當然健保署可以否認(與會人員笑)，健保署的意思是，他們不寫「0」，他們留白讓基層代表與付費者溝通。健保署把金額欄留白，看付費者願意給多少預算，健保署不先預設立場。健保署過去曾經有將項目預算編列「0」，後來經過基層與健保署爭取後，健保署就留白(與會人員笑)，留白的部分就是留待付費者代表們斟酌。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達，接下來是柯代理委員怡謀及何代理委員語。

吳委員榮達

有關會議資料第 39 頁，西醫基層部門草案項次 3「藥品給付項目及支付標準修正」，幾個問題請教：

- 一、說明 1 中提到排除人口結構改變率成長之經費，但在後續的經費計算說明中，看不到有將人口結構改變率成長之經費排除。
- 二、說明 3 的經費計算方式中，提到以 10.5% 成長率為估算基礎，請教 10.5% 成長率是如何估算而來。

傅主任委員立葉

請柯代理委員怡謀。

柯代理委員怡謀(王委員雅馨代理人)

- 一、我再回應黃委員啟嘉的說明，我的意思不是健保署意見完全空白，而是健保署建議西醫基層方案項次 3~6 共 4 個項目合編 2.25 億元，付費者代表在內部會議討論時，會再討論是否合理。

二、有關項次 8「多重慢性病及身心障礙者照護」，我剛詢問的意思只是單純想瞭解人數計算上是否有歸戶。請看到會議資料第 52 頁，慢性疾病範圍包含非常多且廣，雖然以病友團體的角度，很多慢性疾病都需要被照護，照顧病友的美意自然非常好，但我們也擔心目前健保醫療費用高漲不下，造成所提各項目之間的預算會互相壓縮，為了讓之後付費者內部協商會議能更有效率，對於病人歸戶及人數估算的疑問，是否請西醫基層代表待會可酌予思考先討論多重慢性病之定義與未來實際執行管控的問題。本次會議資料我已經詳細閱讀了好幾遍，因此提出這樣的疑問，另外項次 15「醫療給付改善方案」與其他預算中 Early-CKD(初期慢性腎臟病醫療給付改善方案)及 Pre-ESRD(末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫)照護對象亦包含許多慢性病患者，所以我參考幕僚及健保署意見，覺得付費者代表有必要了解這部分是否會重疊。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、主席、各位委員好，請教西醫基層代表，依據 108 年總額協商程序，付費方是 15 位代表，總額部門除部門代表之委員外，可推派 9 名代表協助會談。
- 二、今天西醫基層現場包含出席委員只有 9 位代表，等一下會不會又新增 1 位協商代表？理事長會不會晚點到會場，然後說現場西醫基層 9 位協商代表的協商結果無效、沒有用，需要重新再談？我想先明確確認會不會有這樣的情事發生。

黃委員啟嘉

目前就我所知不會有這樣的事情發生。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

現在的時間點不會，2 點以後會不會呢？(與會人員笑)

黃委員啟嘉

向何代理委員語報告，絕對不會。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、好，那我們很明確西醫基層就是 9 個協商代表，9 個也很好，因為 9 條好漢是 1 班(與會人員笑)，付費者是 15 個代表，人數是 1 班半，所以就不聽班長的話。
- 二、有關「醫療服務成本指數改變率」，健保署及健保會幕僚的補充意見為「應優先用於配合醫院支付標準之調整」，若醫院部門沒有調整，西醫基層也不能優先調整，所以優先用於與醫院支付標準同步調整。請其他付費者代表不要誤會為這部分經費是要給醫院部門調整。
- 三、健保署建議將協商項次 3 至項次 6 合併(註)，因為 106 及 107 年為推動分級醫療已投入相關預算，也納入基期累進成長，所以項次 4 至項次 6 不應該再編列預算。
(註：項次 3「藥物給付項目及支付標準修訂」、項次 4「因應開放表別所增加之各項醫療費用」、項次 5「居家醫療衍生之醫療照護費用」、項次 6「因應罕病、愛滋病衍生之醫療費用」)
- 四、有關項次 9「分級醫療政策—醫院門診減量措施及轉診型態所增加之醫療費用」，健保會幕僚建議俟完整評估後，再研議一般服務預算之處理方式，因此，應該要有完整評估，再討論編列預算。
- 五、有關居家照護部分，我有聽到一些訊息，不知道正確與否，僅供大家參考，就是居家照護常由村長辦公室進行廣播，請村里民集合來看診，或是由社區管理中心廣播，請住戶到會客室看診，而不是真的由醫護人員到民眾家中看診，是否為真？若為事實，則應改稱為「居家集體看診」而非「居家個人照護」，再請醫界代表說明。
- 六、項次 12「強化基層照護能力及『開放表別』項目」之預算執行率不高，請加強注意。
- 七、項次 18「南迴 24 小時救護中心試辦計畫」之預算雖然不多，

但行政院已核定計畫經費 1.4464 億元，請問本項經費是否會與行政院重複編列？以上是我的意見。

傅主任委員立葉

先提問到此，請西醫基層代表回應。

黃委員啟嘉

針對多重慢性病病患人數歸戶的問題，請王協商代表宏育回復。

王協商代表宏育

- 一、我回復柯代理委員怡謀的疑問，目前項次 8「多重慢性病及身心障礙者照護」中，多重慢性病的操作型定義為高血壓、高血脂、糖尿病及慢性腎臟疾病這 4 種最重要、耗費最高的疾病中，同時有 3 種疾病；或患有這 4 種疾病中的 2 種疾病，並搭配會議資料第 52 頁右邊表格中其他任 1 種的慢性病，就可以申請「多重慢性病及身心障礙者照護整合」費用。我們要強調，這些多重慢性病患者目前在醫院都要看 3 科門診，若到基層診所照護，只要看 1 科，這樣可以節省很多醫療費用。
- 二、本項若獲同意施行，因為高血壓、高血脂、糖尿病及慢性腎臟疾病這 4 個疾病是公認的重要慢性病，較無爭議；而若是 4 種疾病中包含 2 個，並搭配其他慢性病，是要包含哪些疾病範圍？我們可以再討論、修正，看是否有哪些部分沒有想到，或是有那些可能有浮濫之虞，這些都還可以討論，而經費估算主要是以病名檔操作型定義去計算後，因此理論上是可行的。
- 三、何代理委員語提到有關居家醫療的疑問，我本身是台灣在宅醫療學會的顧問，跟各位報告，我照顧過 3、4 個居家醫療個案，我們都是親自去病患家中看診，家屬都非常感動，要不是因為太忙碌，否則真的很想多投入居家醫療。當然我們不敢保證每 1 個醫師都 100 分，但何代理委員語提及到社區用廣播讓民眾來看診(居家醫療)，我想那應該是個案、很少見，若真的有，也希望您跟全聯會反應，由全聯會來處理，全聯會也認為這是很不應該、絕對不允許的行為。

黃委員啟嘉

- 一、我再合併回應吳委員榮達及何代理委員語的問題，針對項次 3「藥品給付項目及支付標準修正」，藥品擴大適應症後 10.5% 的成長率如何估算而來，及項次 4、5、6 共 3 項，過去都有投入預算，為何又要求經費加以說明。
- 二、關於項次 4、5、6 這 3 項，包含這幾年都有的藥品放寬適應症，理論上預算納入基期後，其費用成長就由非協商因素來反映，但以非協商因素成長率來解釋實際醫療需求常常不足，這是 1 個爭議點。為什麼西醫基層近年在「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目都請求付費者代表支持編列合理經費，以提供民眾友善、合理的醫療環境，因為依過去經驗，以非協商因素來解釋人口老化，是嚴重的解釋不足，才會在每年協商時都要拜託付費者代表支持西醫基層的訴求。過去雖然都有編列預算，也納入基期，又有非協商因素反映成長，但仍然不足支應。不足的原因包含：過去 5 年開放藥品適應症平均費用成長 10.5%，但非協商因素成長率根本不足以反映，例如 108 年西醫基層的人口結構改變率只有 1.297%，因此我們今天才會提出這些訴求，要請付費者支持。
- 三、居家醫療部分，我請張協商代表孟源再補充說明。

張協商代表孟源

- 一、各位委員大家好，居家醫療有一定的收案標準，最基本的條件包含臥床或外出就醫不便等，因此跟何代理委員語報告，居家醫療的收案對象是不可能趴趴走的，若患者還能自由活動，就不符合收案條件，全聯會要負責去了解是否有您所說的情況。
- 二、在多重慢性的部分，依據溫啟邦教授的統計，目前台灣約有 100 萬人是慢性腎臟病患者，但依據健保署資料，只有 22 萬人有進入 Early-CKD 及 Pre-ESRD 計畫照護，事實上有 80% 的慢性病或多重慢性病患者並沒有納入試辦計畫照護。多重慢性病不是老人的專利，根據 Charlson Comorbidity Index(CCI，共病指

標)，老化只是多重慢性病患死亡增加的一個因素，很多人在中年、60 歲以上就出現多重慢性病。國內文獻，我也查到長榮大學黃偉堯教授發表的 1 篇「年齡與疾病的關係－疾病擴張、壓縮與動態均衡概論」，裡面寫的非常清楚，多重慢性病有很多種治療方式，有 1 種結果是壽命延長，但失能、老化的時間也延長，因此病患失能的時間沒有改善，這就是 1 種 failures of success(成功的失敗)，這部分也可以請黃偉堯教授提供意見指導。

三、我們期待的是在患者 60 歲左右出現多重慢性病時，就開始介入照護，及早介入才能減少老化失能的比率，否則國內無論是居家照護或是長期照護的負擔只會越來越大，對於多重慢性病及身心障礙的照護是基於人道、未來國家醫療經濟的考量，謝謝。

黃委員啟嘉

一、我再回應何代理委員語的提問，剛才何代理委員提到若醫院部門沒有調整，西醫基層也不能優先調整。其實健保署這樣的建議(「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算(9.957 億元)應優先用於配合醫院支付標準之調整)反而是讓醫院調整後基層也要跟著調整。但支付標準調整就像蔡委員登順曾經提過的，支付點數增加就會稀釋點值，西醫基層不希望被迫跟著醫院調整支付標準，這樣會造成西醫基層點值下降，建議將刪除此但書，我個人認為本項刪除其實有利於付費者。

二、有關項次 18「南迴 24 小時救護中心試辦計畫」經費是否有重複的問題，請徐協商代表超群說明。

徐協商代表超群

有關項次 18「南迴 24 小時救護中心試辦計畫」，該救護中心是找 1 塊地蓋 1 棟新建築物，行政院雖然有核定 1 億 4,464 萬元經費，但預算僅用於硬體建置，包含內部裝修及電腦資訊設備等，而對於醫護人員支援的鼓勵，沒有相關經費。政府已投入 1 億元經費進行硬

體建置，若缺乏人員進駐，將會變成蚊子館，因此我認為本 24 小時救護中心是否能成功的關鍵因素在於是否有專科醫師願意支援、進駐提供服務。

傅主任委員立葉

一、謝謝，目前提問與意見交換時間已超過表訂時間，因此，除非是雙方談判上必需考量的問題，才提出來詢問，若不會影響協商決定，就請不要再提出討論。

二、請干委員文男及柯代理委員怡謀。

干委員文男

請問「南迴 24 小時救護中心試辦計畫」是否會持續辦理，或是短期的計畫？我最怕預算投入後，一下子就停辦，這樣過去投入的資源就前功盡棄。

黃委員啟嘉

專款計畫會每年檢討計畫實際執行成效，有可能本項根本用不到這 20.1 百萬元，若是如此，109 年度付費者代表就可以收回這 20.1 百萬元，不再編列預算。以付費者角度來看，這筆預算本來就是有用才給你，並嚴格監督執行情況，若沒有妥善執行，就要收回。本項就是按此精神，編列專款預算辦理。

徐協商代表超群

一、委員關切本救護中心是否能永續經營，目前行政院已核定計畫，硬體建築已經動工，是以長期營運做規劃，後續是否能夠成功營運，則要看相關配套措施是否能輔助。

二、本計畫如獲委員支持，未來可在評核會或健保會提出相關報告，委員即可掌握執行狀況與進度。

干委員文男

硬體設施蓋好了，若沒有人員進駐就白費了！

柯代理委員怡謀(王委員雅馨代理人)

一、我知道現在時間有限，但我想再請教一些問題，才能進入內部

協商。

二、開放表別的部分，應該是壯大基層與分級醫療的重要項目，所以不好意思，我觀點有所不同，覺得這部分還是很重要，眾所周知，因為現在支付標準有表別的限制，讓病患只能選擇到醫院，導致大量病患湧向大醫院，而不利於分級醫療的實現，所以我們應該要了解現在實際的狀況。再者，請問有關第4項「開放表別增加各項醫療費用」，所謂包含衍生費用是怎樣的情形？是診療費或其它費用基於什麼原因要增加嗎？是否請西醫基層代表說明一下。儘管如此，但我還是有些不同的看法和問題想請教，本項健保會幕僚意見中提到：其他預算另編列「基層總額轉診型態調整費用」，若有因分級醫療及轉診措施所造成之影響，應由該項費用支應，但影響內容與範圍似乎沒有描述得很清楚，例如「基層總額轉診型態調整費用」能支應衍生費用、診療費、藥費嗎？因此我對基層或醫院衡量而未能解決的分級醫療、開放表別部分，有這些疑問。

黃委員啟嘉

- 一、請委員看第4項「開放表別增加各項醫療費用」健保署的說明，我依健保署的說明來做解釋，就可以比較清楚基層與健保署在精神上的不同，健保署說明中已經點出問題所在，有的是新個案、有的是舊個案，什麼是新個案？就是在開放表別前，這個病患根本沒有在基層出現，什麼是舊個案呢？就是病患本來就在基層就醫，因此其開放新的診療項目，只要增加診療費用即可，不需要增加其他更多的衍生費用。
- 二、事實上我們過去面對開放表別的精神，都是儘量對舊個案開放，避免開放新個案，但現在希望擴大基層量能吸引新個案、提供新個案需求的診療項目，讓民眾能到基層就醫。所以原本這些項目，基層診所不能執行，現在逐步開放，而健保署只給診療費，但請問醫師需不需要診斷？要不要做檢查？要不要用藥？這部分就是新個案所要增加的費用。雙方的差距在於到底

是以新個案為主來開放，或是以舊個案為主，對新個案盡量保守。這就是基層在醫療服務密集度項目跟健保署編列預算的差異。

三、其餘部分再請陳協商代表相國補充說明。

陳協商代表相國

各位委員大家好，西醫基層一直很積極努力在開放表別，我們已訂定近、中及遠程計畫，包含開放心臟超音波、各項檢查及照光治療等。項次 4「因應開放表別所增加費用」，指這個病人本來沒有在基層就醫，但因為診所提供心臟超音波或照光的服務，所以到基層診所就診，但這筆費用並沒計算到病人所衍生診察費及藥費的問題，因此希望補這部分預算的不足，因為病人若到診所做心臟超音波，不可能只有診療費，還有相關的診察費及藥費等等，以上說明。

傅主任委員立葉

本階段就進行到這裡(吳委員榮達及趙委員銘圓表示要發言)，有一定要問的嗎?(委員表示：對)請吳委員榮達及趙委員銘圓發言。

吳委員榮達

一、我想請教健保署，有關議程資料第 39 頁，項次 3「藥品給付項目及支付標準修正」：

(一)健保署補充說明：「歷年總額投入專款預算，如：雲端查詢系統減少重複用藥及檢查、C 肝用藥減少病人肝硬化及肝癌風險等，以及指示用藥取消給付，所產生之節流金額及運用於總額之情形」，我依參考資料六第 6-3 頁內容(註)加總後節省金額約 4.7 億元(註)，要用來補藥品給付項目修正之不足部分，請問節省的 4.7 億元在醫院及西醫基層這 2 個部門如何分配？因為醫院部門也有一樣的項目。

(註：健保署提供之歷年總額投入之專款預算，所產生之節流金額及運用於總額之情形，其中雲端查詢系統減少 6 大類重複用藥於 103~106 年共節省 3.4 億元，取消 glucosamine 成分指示用藥，平均每年申報金額約為 1.3 億元)。

(二)西醫基層草案本項說明 2 以「抗疱疹病毒劑」為例，藥品費用將增加 1.12~1.5 億元，其中基層約增加 0.81~1.08 億元，惟沒看到經費預估的基準。

二、有關議程資料第 41 頁，項次 8「多重慢性病及身心障礙者照護」，我之前詢問有關經費估算是否有扣除非協商因素中的「人口結構改變率」增加預算的疑問，西醫基層部門草案所有說明都沒有提到相關經費考量或扣除。以上這幾點請教，謝謝。

傅主任委員立葉

接下來請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

我的問題比較簡單，目前西醫基層部門草案較 107 年度核定總額(一般服務+專款)成長率 5.011%，健保署意見為 3.605%，行政院核定的總額成長率上限為 4.5%，是否請西醫基層代表先進行內部會議討論，在總成長率 4.5%的限制下先行調整，付費者代表再據以討論，否則好像亂槍打鳥，結果可能會不如你們的預期。

傅主任委員立葉

請健保署先做回應說明。

蔡副署長淑鈴

先請幕僚說明有關議程資料第 39 頁，吳委員榮達所詢問「抗疱疹病毒劑」藥品費用將增加 1.12~1.5 億元這部分。

黃專門委員兆杰

- 一、跟委員報告，有關藥品給付規定放寬部分，目前健保署有很多政策都在執行中，如指示用藥取消給付，glucosamine(葡萄糖胺)成分藥品已經公告將在 10 月 1 日停止給付，初步估計其每年平均藥費約 1.3 億元，在醫院部門約 1.13 億元，西醫基層約 1,700 萬元左右，這些經費可以用於藥品給付規定放寬相關費用。
- 二、此外，有關藥品給付規定放寬，也看到部分項目西醫基層使用量比醫院高，如最近於藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議討論「抗疱疹病毒劑」放寬給付規定，這部分健保署也有納入

考量，因此希望在密集度這項預算能夠將「藥品給付規定放寬」的文字納入，屆時於擬訂會議討論相關議題時，節省的費用也可以納入討論。

傅主任委員立葉

謝謝，是否還有需要說明的？

黃委員啟嘉

先請顏協商代表鴻順說明。

顏協商代表鴻順

- 一、我回應一下吳委員榮達所提，會議資料第 39 頁「抗疱疹病毒劑」經費部分，我們是引用健保署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議的會議資料，1.12~1.5 億元只是第 1 年增加的費用而已，以健保署資料，到第 5 年時，費用將高達 1.5~1.75 億元，因為本疾病在基層看診的比率約 8 成，所以基層的費用就是總金額的 8 成，金額是這樣估算出來的。
- 二、我於該次會議提出 1 個質疑，因為健保署以帶狀疱疹及單純性疱疹病人數相同的方式估算，算出藥品的耗用(1.12~1.5 億元)，但我詢問皮膚科醫師後，發現西醫基層單純性疱疹的病患幾乎是帶狀疱疹病患的 3 倍，我覺得光是「抗疱疹病毒劑」這個藥物給付範圍放寬的影響就低估，以 5 年的估算來說，可能在基層光是這個藥品就需要 1.5 億元以上；而健保署在整個服務密集度的增加(項次 3~項次 6)，包含開放表別衍生費用、放寬其他藥品適應症等，只建議編列 2.25 億元，建議多寬列一些預算，西醫基層也希望在分級醫療的大政策之下，能夠給民眾提供更廣泛、優質的醫療服務。

黃委員啟嘉

- 一、剛才趙委員銘圓提到西醫基層方案總成長率的問題，我們知道今年健保署提出 1 項「網路頻寬補助費用移列至一般服務預算」是比較奇怪的編列。但早上第 1 場牙醫門診總額已經討論很久，就不再贅述。我們知道按去年討論一例一休經費的經驗，

四總額部門一致性項目會採統一的處理原則，西醫基層也只能比照牙醫部門編列於專款項目。但我要陳述的是這是一個虛胖的預算，若問我哪個項目可以刪減，這項(網路頻寬補助費用)可以優先刪除，不要列於西醫基層總額預算內比較好。網路頻寬補助費用原列於其他預算，編入部門總額，當然會造成部門總額成長率虛胖。

二、主席，剛才委員的意思是要西醫基層部門及付費者代表先各自討論一下，我衷心的希望能和大家一起完成今天的使命，拜託各位委員多支持，我們就先進行內部討論，謝謝。

傅主任委員立葉

現在進入雙方內部會議時間，是否可以先各自進行 15 分鐘內部會議，於 1 點 40 分時回到會場？

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

主席，趙委員銘圓的意思是，先請西醫基層代表將協商方案調整至行政院核定上限 4.5% 以下，等一下付費者代表內部討論時，就不用從頭逐項調整了。

林委員錫維

西醫基層目前的方案已經超過行政院核定上限 4.5%。

黃委員啟嘉

請給西醫基層部門 3 分鐘時間進行內部討論。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

可以，因為現有方案已超出行政院核定的 4.5% 上限。

陳委員亮良

同意。

傅主任委員立葉

現在由西醫基層代表進行 5 分鐘內部會議。

(西醫基層代表進行內部會議討論約 4 分鐘)

傅主任委員立葉

各位委員及協商代表，西醫基層內部會議結束，請大家就座，現在繼續西醫基層總額協商。請西醫基層代表先說明醫界版本。

黃委員啟嘉

請幕僚人員協助，項次 12「強化基層照護能力及開放表別項目」由原來的增加 490 百萬元改為新增 270 百萬元，與健保署意見一致。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

請問是會議資料第 45 頁項次 12 的新增金額，由 490 百萬元改為 270 百萬元？

黃委員啟嘉

是。另外，項次 13「家庭醫師整合性照護計畫」金額(由 3,182 百萬元)修正為 3,000 百萬元。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

才減少 200 萬元？

黃協商代表振國

不是，是減少 1.82 億元。

黃委員啟嘉

請委員看目前電腦螢幕呈現的資料。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

請告訴付費者代表目前方案的成長率。

黃委員啟嘉

目前方案一般服務成長率為 3.707%，一般服務加專款金額總成長率為 4.573%。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

「家庭醫師整合性照護計畫」增加金額是多少？

黃委員啟嘉

「家庭醫師整合性照護計畫」增加 120 百萬元。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

修正方案後總成長率還是超過 4.5%。

黃協商代表振國

把「網路頻寬補助費用」刪除就不會超過。

黃委員啟嘉

把「網路頻寬補助費用」刪除就會低於 4.5%。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

「網路頻寬補助費用」拿不掉。

吳委員國治

- 一、有關「網路頻寬補助費用」，我們認為還是列於其他預算項下。上 1 場牙醫門診總額協商也沒有達成共識，本項似乎還有討論空間。
- 二、跟委員報告，拿民眾繳納的保費來補助院所網路頻寬費用，我個人認為有爭議，另外「網路頻寬補助費用」過去在其他預算也運作得很好，若移列到部門總額預算，是壓縮大家協商的空間。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

吳委員國治所說的我們都同意，剛才牙醫部門協商代表也表達一樣的意見，但不是我們要拿掉就可以拿掉，我們也不想要編那筆預算，但它就是在那裡。就像 C 型肝炎藥費一樣，要我們拿掉我們也拿不掉。(與會人員笑)

黃委員啟嘉

我知道雙方目前有一個最大的共識，就是這筆錢應該由公務預算支應。(與會人員笑)

黃協商代表振國

目前把「網路頻寬補助費用」刪除就會低於 4.5%，是否請付費者代表先就此方案進行內部會議討論。

干委員文男

C 型肝炎藥費是拿不掉的。

傅主任委員立葉

現在由付費者代表召開內部會議，請於 1 點 50 分前回到會場。

(付費者代表進行內部會議討論約 57 分鐘)

傅主任委員立葉

- 一、付費者代表內部會議已結束，請各位委員及協商代表就座，現在繼續西醫基層總額協商，請看螢幕上顯示的內容。
- 二、請付費者代表主談人吳委員榮達及林委員敏華先說明付費者版本。

吳委員榮達

抱歉讓西醫基層的各位代表久等，因為項目太多，所以內部會議討論需要一些時間。以下向各位說明付費者代表方案：

- 一、首先，西醫基層代表提出「一般服務中之非協商因素『醫療服務成本指數改變率』增加之經費不應優先用於配合醫院支付標準調整」部分，付費者代表認同，同意刪除。

二、一般服務之協商因素項目：

(一)新醫療科技：健保署的意見有其依據及說明，付費者同意健保署意見，新增 42 百萬元。

(二)網路頻寬補助費用：同牙醫門診部門，移列專款(金額 2.11 億元)。

(三)項次 3~項次 6：

1.項次 5「居家醫療衍生之醫療照護費用」：因為與其他項目重複，建議不給予經費。

2.項次 6「罕病、愛滋病衍生之醫療費用」，建議移列專款(金額 0.11 億元)。

3.項次 3「藥品給付項目及支付標準修正」及項次 4「因應開放表別所增加之各項醫療費用」：同意編列 2 億元。

(四)項次 7「強化外傷照護服務之密集度」：本項不給予經費。

(五)項次 8「多重慢性病及身心障礙者照護」：因為本項與後面幾項專款預算重複，所以本項也不編列經費。

(六)項次 9「分級醫療政策-醫院門診減量措施及轉診型態所增加之醫療費用」：因為西醫基層部門草案金額為 0，所以本項不給予經費。

(七)項次 10「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：同意健保署意見，減列 46 百萬元。

三、有關專款項目部分，請林委員敏華說明。

林委員敏華

一、主席、各位委員、西醫基層部門協商代表，就專款項目說明如下：

(一)項次 11「C 型肝炎藥費」：照健保署及西醫基層所提，金額為減列 2 百萬元(金額 406 百萬元)。

(二)項次 12「強化基層照護能力及『開放表別』項目」：同意健保署意見，增加 2.7 億元(金額 7.2 億元)。

(三)項次 13「家庭醫師整合性照護計畫」：同意健保署意見，減列 2.5 億元(金額 26.3 億元)。

(四)項次 14「鼓勵院所建立轉診之合作機制」：照健保署及西醫基層所提，增加 1.29 億元(金額 2.58 億元)。

(五)項次 15「醫療給付改善方案」：照健保署及西醫基層所提，增加 1 億元(金額 4 億元)。

(六)項次 16「罕見疾病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用」：照健保署及西醫基層所提，編列 1.1 億元。

(七)項次 17「西醫醫療資源不足地區改善方案」與項次 18「南迴 24 小時救護中心試辦計畫」：考量行政院已針對南迴 24 小時救護中心編列預算，故將「南迴 24 小時救護中心試辦計畫」金額 20.1 百萬元，併入「西醫醫療資源不足地區改善方案」，合計金額維持為 2.171 億元。

(八)項次 19「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑藥費」：照健保署及西醫基層所提，不增加金額(金額 1.78 億元)。

(九)項次 20「品質保證保留款」：照健保署及西醫基層所提，增

加 2.187 億元(金額 3.281 億元)。

(十)原一般服務「網路頻寬補助費用」2.11 億元及「罕見疾病、後天免疫缺乏病毒治療衍生之醫療費用」0.11 億元，轉列入專款項目。

二、以上說明，謝謝。

傅主任委員立葉

請問西醫基層代表意見如何？(西醫基層代表表示：要進行內部會議)好，現在由西醫基層代表進行內部會議。

(西醫基層代表進行內部會議討論約 11 分鐘)

黃委員啟嘉

主席，我們內部會議討論後已經有第 1 個修正版本了。

傅主任委員立葉

西醫基層代表內部會議結束，請各位就座，請西醫基層代表提出修正方案。

黃委員啟嘉

修正後方案如下：

- 一、「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)」：增加金額，由 2 億元降到 1.5 億元。
- 二、「網路頻寬補助費用」：金額 2.11 億元，同意付費者代表意見，移列至專款項目。
- 三、「藥品給付項目及支付標準修正」：增加金額由 2 億元降至 1.5 億元。
- 四、項次 6「罕病、愛滋病衍生之醫療費用」：增加金額 0.11 億元，同意改列專款項目。
- 五、項次 4「因應開放表別所增加之各項醫療費用」、項次 5「居家醫療衍生之醫療照護費用」、項次 7「強化外傷照護服務之密集度」及項次 8「多重慢性病及身心障礙者照護」合併：原增加金額由 9.372 億元，降至 5 億元，這 4 項都屬於服務密集度改

變的範圍。

六、「藥品給付範圍的改變」比較特殊，說實話對於藥品給付範圍改變，醫界無法控制，所以單獨列項。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

請問合併於醫療服務密集度之各項預算要怎麼分配？

黃委員啟嘉

預算分配上，會依原來編列預算的比率來分配，但我們內部會以服務弱勢民眾為主。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

可以說清楚要怎麼分嗎？

黃委員啟嘉

一、若付費者代表支持編列 5 億元，則依付費者代表要求分配預算。

二、還有「家庭醫師整合性照護計畫」經費也下修，請黃協商代表振國說明。

黃協商代表振國

去年實際收案會員人數，超過健保署原預估人數，我們依據健保署所估成長率(8%)估算增加人數(37 萬人)跟每個會員以 550 元計算，把健保署估計的人數(473+37=510 萬人)乘以每個人的費用，所得金額約為 28.8 億元。

吳委員榮達

不是很瞭解，請問「家庭醫師整合性照護計畫」修正後預算金額為何？

黃協商代表振國

金額為 28.8 億元。

黃委員啟嘉

由 31.82 億元降至 28.8 億元，增加金額為 0。

黃協商代表振國

維持 107 年計畫預算所編 28.8 億元。

黃委員啟嘉

- 一、懇請付費者代表支持，我們與付費者代表的版本差距已經很小。
- 二、目前西醫基層版本一般服務成長率是 3.218%，付費者代表是 2.723%，雙方差距很小，請付費者代表支持。
- 三、項次 17「西醫醫療資源不足地區改善方案」與項次 18「南迴 24 小時救護中心試辦計畫」，同意付費者代表意見，預算合併。
- 四、「網路頻寬補助費用」同意付費者代表意見。我們打算完成總額協商後，要與付費者代表站在一起，共同爭取公務預算支應(與會者笑)。
- 五、我們總成長率是 4%，付費者代表是 3.32%(付費者代表表示差距約 8 億元)。

吳委員榮達

主席，付費者代表要進行內部會議討論。

傅主任委員立葉

好。拜託請掌握時間，討論時間 10 分鐘。

(付費者代表進行內部會議討論約 11 分鐘)

傅主任委員立葉

付費者代表內部會議結束，請各位委員及協商代表就座，開始繼續協商，請主談人吳委員榮達說明。

吳委員榮達

- 一、我們覺得西醫基層代表非常有誠意，我們也會展現誠意，希望本場次可以協商成功。
- 二、一般服務項目：
 - (一)項次 1「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)」：維持健保署意見，增加金額為 42 百萬元。
 - (二)項次 2「網路頻寬補助費用」：金額 2.11 億元，維持移列至專款項目。
 - (三)項次 3「藥品給付項目及支付標準修正」、項次 4「因應開放

表別所增加之各項醫療費用」及項次 5「居家醫療衍生之醫療照護費用」：我們合計增加金額 3.25 億元，你們要求增加 6.5 億元，我們考量結果還是維持原增加 3.25 億元。其中項次 3 增加 1.25 億元，項次 4 增加 1 億元，項次 5 增加 1 億元，惟項次 5 若無支用，需予扣減。

(四)項次 6「罕病、愛滋病衍生之醫療費用」維持原意見列於專款。

三、有關專款項目，請林委員敏華說明。

林委員敏華

主席、各位委員、西醫基層部門協商代表，我們已經釋出最大善意，項次 13「家庭醫師整合性照護計畫」同意西醫基層代表所提方案，金額為 28.8 億元，但其中 4.5 億元用於新增多重慢性病患收案及照護費用。以上，謝謝。

傅主任委員立葉

現在雙方版本差 4 億元左右，已經非常接近，西醫基層代表是否需要再進行內部討論？

黃協商代表振國

我們 5 分鐘就好。

吳委員榮達

啟嘉委員，拜託啦！

黃委員啟嘉

我告訴你，責任都在我們身上。

林委員敏華

我們付費者不會再進行內部會議討論了喔！

(西醫基層代表進行內部會議討論約 7 分鐘)

傅主任委員立葉

西醫基層代表內部會議結束，請各位就座，請西醫基層代表說明修正內容，請幕僚備好螢幕資料。

趙委員銘圓

啟嘉委員，希望有好消息啦！

黃委員啟嘉

剛才付費者代表給我們很大的善意，增加 1 億元，所以我們做了調降：

- 一、「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)」增加金額降為 1 億元。
- 二、「藥品給付項目及支付標準修正」之增加金額也降為 1 億元。
- 三、項次 4「因應開放表別所增加之各項醫療費用」、項次 5「居家醫療衍生之醫療照護費用」、項次 7「強化外傷照護服務之密集度」及項次 8「多重慢性病及身心障礙者照護」，合併增加金額維持為 5 億元，因為差距已經很小，希望付費者代表支持。

傅主任委員立葉

螢幕請呈現目前雙方版本最後的成長率，以方便討論。

黃委員啟嘉

我們總成長率是 3.926%，付費者代表總成長率是 3.642%，差距不到 0.3%。

傅主任委員立葉

我覺得雙方已經非常接近，沒有協商成功真的非常可惜。

吳委員榮達

我被授權在 5,000 萬元範圍內可以酌增，將項次 5「居家醫療衍生之醫療照護費用」增加 5,000 萬元，這是我們最後的善意。

傅主任委員立葉

- 一、所以項次 5 金額增加為 1.5 億元，請問公正人士或專家學者委員是否有意見可提供參考。
- 二、健保署要補充說明，請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

不好意思，提醒西醫基層代表，「藥品給付項目及支付標準修正」

之增加金額不能減少為 1 億元，需要維持 2 億元，因此建議這項不能減少。

黃委員啟嘉

我知道蔡副署長淑鈴的意思，因為今年放寬「抗疱疹病毒劑」給付範圍，預估需要快 2 億元。目前「抗疱疹病毒劑」屬於自費項目，今年將納入健保給付，屬於新增項目，如同以前流行性感冒快速篩檢一樣，原也是自費項目，醫界收得很高興，因為署長的美意，就直接開放健保給付一樣的意思。

蔡副署長淑鈴

因為本項「抗疱疹病毒劑」的給付範圍放寬已經通過，明年經費需求一定會發生，所以不能減列這項金額。

黃委員啟嘉

一、若付費者代表堅持，醫療服務密集度項次 7「強化外傷照護服務之密集度」及項次 8「多重慢性病及身心障礙者照護」預算不新增，我尊重付費者代表，我們也不新增，至於要不要執行，我們再另外想辦法找預算。

二、「藥品給付項目及支付標準修正」之增加金額維持 2 億元，醫療服務密集度合併為 4.5 億元，加上新醫療科技之 4,200 萬元，一般服務協商因素合計增加金額為 4.9 億元，這是雙方版本除以 2 後，再往付費者版本靠近一點，這樣不知付費者代表是否同意？我們其他的協商代表不作聲，責任由我負責，付費者代表若不同意，我也沒辦法承擔這個責任，你們若同意，我們就這樣通過。

吳委員榮達

我們修正一下金額，項次 3「藥品給付項目及支付標準修正」，依健保署意見，增加為 2 億元；項次 4「因應開放表別所增加之各項醫療費用」增加為 1 億元；項次 5「居家醫療衍生之醫療照護費用」增加為 1 億元，醫療服務密集度共增加 4 億元，付費者代表方案整體多增加 7,500 萬元。

周執行秘書淑婉

請問西醫基層修改後的內容為何？

黃委員啟嘉

一、「藥品給付項目及支付標準修正」增加 2 億元，項次 4「因應開放表別所增加之各項醫療費用」及項次 5「居家醫療衍生之醫療照護費用」增加 2.5 億元。項次 7 及項次 8 刪除。還有「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)」增加金額為 4,200 萬元。

二、我們西醫基層協商代表們是否要直接表決？因為西醫基層是合議制，我一個人沒辦法做決定。

傅主任委員立葉

請將螢幕拉到試算表最下方，看看最終成長率。

林委員錫維

總成長率基本上差不多嘛！

傅主任委員立葉

目前雙方成長率只差一點點。

黃委員啟嘉

這樣好了，「居家醫療衍生之醫療照護費用」的但書(未支用予以扣減)刪除，其餘就同意付費者代表的方案，合併後醫療服務密集度預算為 4 億元(指醫療服務密集度預算合併項次 3「藥品給付項目及支付標準修正」(2 億元)、項次 4「因應開放表別所增加之各項醫療費用」(1 億元)、項次 5「居家醫療衍生之醫療照護費用」(1 億元)預算，醫療服務密集度共增加 4 億元)。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

請問有無「未支用予以扣減」這項但書的差別是什麼？

黃委員啟嘉

因為有扣減就變成專款項目，應列入專款項目。對我們而言，本項經費的使用一定會超過，但是申報資料很難區分及歸類。

蔡副署長淑鈴

對啦，很難區分，拆不出來。

傅主任委員立葉

蔡副署長淑鈴也覺得很難執行。

黃委員啟嘉

我們真的不好處理。(多位付費者代表表示：同意將但書刪除。與會者鼓掌)

黃委員啟嘉

謝謝各位付費者代表。

傅主任委員立葉

謝謝雙方的協商代表，你們的努力與付出让本場次協商順利完成，今天協商有了成果。

周執行秘書淑婉

我們再確認一下數字好嗎？

傅主任委員立葉

好，數字再確認一下，不要有錯誤。

方薦任科員瓊惠

幕僚確認金額，一般服務項目：

- 一、「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)」：增加金額為 4,200 萬元。
- 二、「藥品給付規定範圍改變及相關醫療服務密集度之增加」：增加金額為 4 億元。

黃委員啟嘉

由我來念，請付費者代表聽：

一、一般服務項目：

- (一)「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)」：增加金額為 4,200 萬元。
- (二)「網路頻寬補助費用」：2.11 億元，移列至專款項目。

(三)「藥品給付項目及支付標準修正」、「居家醫療衍生之醫療照護費用」及「因應開放表別所增加之各項醫療費用」，合計增加金額為 4 億元。

(四)「強化外傷照護服務之密集度」、「多重慢性病及身心障礙者照護」，增加金額為 0。

二、其他項目內容均未改變。

(註：最終共識方案西醫基層一般服務加專款成長率為 3.706%)

傅主任委員立葉

一、謝謝西醫基層代表，也很感謝我們的付費者代表委員(與會者鼓掌)，西醫基層總額達成共識，西醫基層總額的協商就到此為止。

二、謝謝各位，休息 5 分鐘之後，預計下午 3 點 30 分開進行門診透析服務費用協商。

(休息 5 分鐘)

(醫院與西醫基層總額之門診透析服務費用協商)

傅主任委員立葉

一、各位委員、醫院與西醫基層協商代表，現在是下午 3 時 30 分，開始門診透析服務費用協商，請各位就座。

二、首先進入「提問與意見交換」階段，因為議程有延遲，請腎臟醫學會代表利用 5 分鐘進行簡要的說明。

林秘書長元灝

一、主席、各位委員，大家午安，今天代表腎臟醫學會參加 108 年門診透析服務預算協商。希望各位委員能夠瞭解，過去幾年腎臟科醫師為了控制國人腎臟疾病做了非常多的努力，因此，門診透析病人成長率由 10%，一路下降至 5% 以下，尤其這 2 年在 AKI (Acute Kidney Injury, 急性腎損傷) 的成就與努力，把長期透析的病人成長率控制在 3% 以下，但是也不能因為這樣，就讓我們的預算成長率變成 3%，因為在這中間有非常多投入需要支付費用。我們認為除了維持醫療品質外，還有最近這幾年的種種因素，包括物價上升、法令修改、推行新政策等，均

增加我們很多的成本。

- 二、實際上門診透析的預算很簡單，1 個是透析病人數的成長，另外 1 個是成本的增加。這幾年透析病人數的成長約為 3%，另外為了維持醫療服務品質所需的成本成長約 1.9%，因此，希望透析預算成長率能夠到 4.9%。說實在的，這項金額也不大，與健保署提出的方案相比，只是增加 7 億多元而已，跟其他部門總額預算相比，真的差很多！
- 三、腎臟醫學會在上週辦了世界AKI大會，邀請世界各國腎臟醫學會到臺灣，共有幾十個國家參加，包括美國、日本等 7 個國家腎臟醫學會理事長第 1 次來臺灣參加會議，對於臺灣對AKI的處理他們都非常贊同，而且非常肯定我們的醫療服務品質，表示我們的醫療服務品質非常好，屬於經過國際認證，倘若預算逐漸縮減，對醫療服務品質會產生非常大的影響。
- 四、很多東南亞國家，都希望我們去協助他們，由於台灣市場規模小，屬於小眾市場，建議不要一直限縮透析預算，給予我們足夠的經費，讓我們能夠像日本一樣拓展產業到國外，促使產業國際化！需有足夠的品質，才能獲得國際的認同，或許目前預算增加 7 億多元，但將來有機會可賺得幾十億元，我們希望門診透析服務不只是消耗國內健保費用，還可以協助台灣醫療產業走入國際，對國內醫療產業有更多的幫助，以上是我們腎臟醫學會最終的想法。
- 五、希望我們提出的預算，各位委員可以充分討論，但請不要沒有理由的刪減，我們需要的都是最基本用於維護醫療服務品質及因應病人數的成長的預算。而放眼未來，希望控制好國人腎臟疾病，相信明、後年的本項醫療費用會更節省，感謝各位。

傅主任委員立葉

- 一、現在是提問與意見交換階段，所有委員都可以提問與發言。
- 二、因為目前議程已經較預定時間遲延很多，拜託大家只針對會影響金額計算，或影響協商項目決定的問題才提問，其他意見可

不用在此時提出。

三、先請吳委員榮達，再請林委員敏華。

吳委員榮達

請教一些有關慢性腎臟病管理的傳聞，涉及經費核銷與洗腎時機，有2個面向，首先我們只看到慢性腎臟病醫療利用成長逐年高升，卻看不到管理績效，此外，還有坊間聽聞，有些病人未達需要洗腎程度，醫療院所為了衝業績量及獲得健保給付，而讓這些病人進入洗腎。另外，院所虛報健保費用者也時有所聞，請問腎臟醫學會的內部管理制度與嚴密控管機制為何，如何讓這些弊端不再存在。

傅主任委員立葉

請林委員敏華。

林委員敏華

一、主席、各位委員及門診透析協商代表，我比較關心今年媒體報導北、中、南區的醫學中心，包括台大、中國及成大等發生透析水質問題，產生很大的醫療事件，但今天的會議資料中沒看到腎臟醫學會相關的檢討內容。

二、請教實務上有關EPO(Erythropoietin，紅血球生成素)在透析使用的時機與情形為何？

傅主任委員立葉

先請干委員文男，再請陳委員亮良。

干委員文男

請問一下，今年醫院總額草案有提出門診透析預算成長率，但西醫基層總額草案卻沒有提出相關成長率，請問原因為何？

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

一、謝謝主席，各位委員及協商代表大家好，我特別關切門診透析的部分，其實洗腎病患非常辛苦，而且每次洗腎都有風險，以

付費者的角度，希望可以用合理的金額買到安全的保障，剛剛其他付費者委員也有提到，前陣子發生洗腎品質疏失事件，當然這是個案問題。

二、台灣健保制度最核心的就是，收入多的民眾來幫助收入少的民眾得到醫療服務，這也是社會互助的精神。以台灣目前的社會環境，要做腎臟移植、願意捐腎的人確實不多，所以在不得已的情況下，或許是因為體質、個人因素、身體狀況等，在洗腎的過程當中，也有發生死亡事件。我希望腎臟醫學會或是各總額部門，是不是可以研議如何再加強醫療品質，讓我們付費者願意再付多一點的預算來買到保障。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、有關門診透析服務，曾聽聞有 1 個洗腎中心，有 20% 的無意識病患還繼續在洗腎，我們不知道這些無意識的患者透析效果如何，能夠延長他多少年的生命？

二、透析品質的提升，還有人工腎臟(血液透析器)的再利用，不知道目前改善情形怎麼樣？依據文獻報告，人工腎臟可以使用 3 次以上，現在對於人工腎臟的管理如何，希望能聽到相關的說明。

傅主任委員立葉

請腎臟醫學會代表回應說明。

盧理事長國城

各位委員大家好，謹代表腎臟醫學會做初步的回應：

一、針對慢性腎臟病的管理，事實上從 2006 年有 Pre-ESRD(末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫)，到 2011 年開始有 Early-CKD(初期慢性腎臟病醫療給付改善方案)，整個管理成效好或不好，我舉幾個簡單的例子說明：

(一)過去在慢性腎臟病的病程，從第 1 期逐漸進展到第 5 期，最

後進入到洗腎，這個過程當中，台灣慢性腎臟病的死亡率是全球最低的，大部分的病人可以活著看到自己的腎臟功能衰竭。而相對的，台灣慢性腎臟病的發生率沒有比地球任何一個國家多，但是因為台灣健保制度、各專科醫師的優良品質照護，讓這些病人可以活下來，進入到透析，因此相對的透析病人會多一點。

(二)有關慢性腎臟病的管理，用一個簡單的數據說明，不管透析發生率還是盛行率，過去台灣都是世界第一，但 2017 年美國腎病年報顯示，台灣透析病人增加的成長已經在全球前 10 名之外了，從 2008 年開始逐漸下降，依 2017 年報告，前幾名是墨西哥、美國、韓國、新加坡等等，這項成果都歸功於我國慢性腎臟病的管理。

(三)台灣腎臟醫學會 2017 年也得到世界腎臟醫學會頒發 Pioneer Award，在慢性腎臟病的管理上，不管是美國或日本都來跟我們學習，尤其上個禮拜的會議，我們邀請包括美國、日本的理事長，跟他們做詳盡的介紹。

(四)至於管理上有沒有缺失？當然還是有，因為畢竟不是所有的腎臟病病人都在腎臟科追蹤，從最近的統計資料也知道，腎臟病進入透析的病人，大概只有 56~60%是有接受慢性腎臟病照護及管理，有些病人可能在不同的科別追蹤，最後才到腎臟科醫師照護。

二、有委員提到是否有「未達標準就進入透析」，我想這是過去坊間的傳聞。台灣病患進入透析時，反映殘餘腎功能的肌酐廓清率檢查(註)一般平均值都小於 5~6 ml/分，而在美國的標準是 8~12ml/分就進入透析。事實上我們進入透析的條件遠比歐洲、美國、日本更為嚴格，而且至少要做 2 次以上的檢驗，要有檢驗報告，所以沒有達到透析的標準就進入透析的機會，我想是微乎其微。

(註：肌酐廓清率可以反映腎小球的濾過率，正常男性的廓清率為

103~112 ml/分，女性為 95~107 ml/分。當腎臟發生病變時，腎小球的功能低下，肌酐廓清率也隨之降低)

- 三、有關院所虛報透析請領給付，在學會的立場，都會有定期做相關評鑑，每個透析院所每個月也必須上傳所有的資料到健保署，費用的申請都會有相關檢驗數據做依據，虛報是少數，現在幾乎都不太存在，我想大家的印象都是過去歷史的淵源。
- 四、半年前，連續 3 大醫學中心發生與水質管理相關問題，包括衛福部醫事司、立法院也相當關切。這些水質管理出問題的地方，大部分都在急診室和加護病房，透析的醫療是腎臟科醫師及護理人員責無旁貸要照顧的，但是水質的管理因為分散在不同的單位，對於這部分，醫事司也正在擬定一些管理辦法，我們也跟衛福部開過很多會議協商。將來若有病人不是在洗腎室透析，而是必需緊急做透析時，這部分的水質管理責任還是在原單位，但會由腎臟醫學會每年做定期追蹤考核，看水質的管理到底有沒有問題，後續的行政流程我們也都持續進行檢討。
- 五、有關 EPO 及成長率的部分，請林秘書長元灝回應。

林秘書長元灝

- 一、剛剛有委員詢問 EPO 成本的情況，實際上因為這幾年病人的平均年齡一直在增加，已經到 65 歲，而且共病的情況越來越多，加上醫療品質的提升，要求血容比從 24 提升到 26，所以 EPO 的使用量一定會增加。在上一次報告的時候，我有跟委員們提到，我們的成本在增加，包括 EPO 用量也在增加，成本增加也是為了提升病人的生活品質。
- 二、關於病人成長率，我們本來就有嚴密的控制 CKD 及 Pre-ESRD，所以已經是盡量壓低病人的成長了，當然從急性腎損傷方面的著力來講，我們已經讓 40% 以上急性腎損傷患者能夠退出洗腎，也就是說急性透析的退出率是滿高的，但若是因為老年化、長期慢性病(如糖尿病)造成的腎臟功能損傷，就還是需要進入長期透析，我們已經盡量將透析人數成長控制在 3% 以下。

盧理事長國城

- 一、接下來由我回應關於透析風險的問題，到底是不是有安全的保障。我想數字會說話，以美國來講，第1年透析病人年死亡率約18~20%，台灣大約9~10%，日本也是大約9%左右，法國、紐西蘭、英國、德國大概都在15%以上，也就是說台灣第1年透析的死亡率是比美國好100%，比歐洲、澳洲、紐西蘭大概好50%以上。所以就像我們剛剛講的，在慢性腎臟病的過程，我們死亡率偏低，比較多人活下來進入透析，透析死亡率又比歐美各國低非常多，台灣透析的長期存活率只差日本一點點，但高於歐美、澳洲、紐西蘭，東南亞、中南美洲是更不用再比。我們也希望降低腎臟病的發生率及風險，所以持續加強腎臟病管理，而這部分事實上已經得到世界的認同。
- 二、至於換腎還有努力空間，但我們也要說明，過去這幾年已經盡量鼓勵學會的會員做腎臟移植，辦了非常多腎臟移植的活動，這幾年我們已經轉介了超過8,000個病人給移植外科進行腎臟移植，但即便我們這麼努力，轉介了這麼多人過去，移植人數也只有200多人。同樣的在日本，日本1億多的人口，1年也只有200多人換腎，後來日本政府法律鬆綁，解除了五等親活體捐贈的限制，因此日本去年換腎就換了1,700個，從200個一躍就到1,700個。所以，捐腎、換腎我們絕對會去鼓勵，但是即便腎臟內科轉介這麼多人到移植外科去，可是外科能夠做的卻只有200多人，為什麼？因為受到太多的環節影響，包括法律鬆綁的問題等等。
- 三、有委員提到病患在透析過程中死亡的可能，事實上透析本身就是各種疾病的複合體，病人一開始可能是罹患心臟病、中風或糖尿病等，最後併發多重疾病，最後導致必須靠透析來維持生命。所以為什麼美國每年增加5%的病人，雖然有3%的病人換腎，剩下2%，即便在美國這麼大的國家，每年也都增加2%的病人，因為都是老弱殘兵、百病叢生。美國增加2%的病人，預算卻增加將近到8~10%。

林秘書長元灝

不好意思，我還有一個要補充，就是剛才何代理委員語問到有關無意識病人洗腎的問題。因為安養院會收置很多無意識的病人，有些住民剛好需要透析，所以會集中管理，會讓人誤以為怎麼會有這麼多無意識的洗腎病人。但實際上，無意識的洗腎病人在腎臟科是極少數，而且他們的存活率也不高，大概 1~2 年內就過世了，但不是說這些病人就不需要透析，我們會遵從政府的規範，尤其是健保署，若有規範如 Coma scale(昏迷指數)低於多少分，就停止透析或是拒絕透析，但這需要政府來規範，也需要統計全國到底有多少的病人適用這樣的規範。

傅主任委員立葉

請醫院部門張協商代表克士。

張協商代表克士

多年來洗腎背負了很沉重的包袱，包括洗腎的發生率很高、台灣是洗腎王國等，可是大家要探究這個原因是來自於什麼。

一、我自己是心臟內科的醫師，我們是洗腎的上游，以前沒有心導管，病人心肌梗塞就走了，現在因為上游把三高的病人救起來，讓他能維持生命就會到下游去。其實糖尿病是造成洗腎最大的族群，占了大概快一半，約 45% 以上，所以台灣的洗腎和美國一樣，將近一半是糖尿病造成的，也就是這些慢性病因為被照顧得很好，若在幾十年前可能就死亡了，可是現在可以救得起來，存活之後有很多共病、慢性病最後造成下游的洗腎，這是 1 個原因。

二、另 1 個原因是老化，大家知道台灣已經是高齡化社會，老年人口 14%，未來很快大概 7、8 年後就 20% 了，成為超高齡社會。老化的人口越多、比例越高，就是會造成這些現象，除非救不起來，但是如果洗腎的品質如果很好，存活率很高、死亡率很低，病人就存活下來，存活之後就需要更多的照護預算。如果預算給的不夠，似乎是在變相懲罰照護品質好、把病人救活的

上游及下游，這就不合理。今天看所有總額的點值，就是門診透析特別差，只有 8 成左右，做 1 塊給 8 毛，這是很不合理的。

三、目前洗腎成長人數大概就是 3% 左右，但如果只給 3% 還是不夠，因為 3% 只是人數成長，所需額度可能不是 3%，就算再給 3% 預算成長，點值還是打 8 折。想要把這麼大的點值缺口稍微扭轉，預算成長一定要超過這個成長率，才有辦法慢慢把點值補上來。明明一個 1 塊錢成本的服務只能拿 8 毛錢，這是非常非常不合理的，我覺得應該要有合理的成長率，至少也應該有去年 3.5% 的成長率。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

抱歉，現在還沒進入正式的預算協商，現在是提問與意見交換時段。想先溝通一件事，目前醫界在座 6 位代表，誰是主談代表？去年發生 1 個爭議，就是付費者代表要跟誰談？誰說的算數？請問今天誰是主談，誰代表基層？誰代表醫院？腎臟醫學會代表沒有談判發言權，但可以進行意見交流。請你們先將身分定位好，不然連主席都不曉得你們誰代表誰。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

108 年健保署所提的門診透析預算草案(成長率 2.958%)，總金額為 393 億元，並不是小數目。我有 1 個疑問，基層總額比醫院總額成長快且多，草案中基層的透析預算成長率是 4.539%，醫院總額是 1.698%，目前政策在推廣小病看小醫院、大病看大醫院，門診透析是屬於小病嗎？新增的金額，基層總額(新增 7.689 億元)比醫院總額(新增 3.611 億元)多 1 倍，請問是不是基層與醫院對洗腎的認定有所差別？

傅主任委員立葉

請腎臟醫學會代表。

盧理事長國城

跟委員報告，門診透析治療是同病同酬，不管在醫院還是基層，幾乎是一樣的。因為大部分醫院或醫學中心所設置透析床位基本上是固定的，但是每年有新生代醫生或護理人員加入，或考完總醫師、專科醫師，醫院沒有那麼多的缺額，他勢必被迫到基層去服務，所以因為醫學中心、醫院進行病床總量管制之後，增加的醫生或護理人員大部分會流到基層，因此基層相對的成長會比較大。

林秘書長元灝

我再補充一下，實際上是因為醫院的透析病床數已經固定，而新生的病人必須要有地方照顧，診所透析病床的設置辦法規範與醫院是一樣，但床數沒有受到限制，診所目前最高可以設到 45 床，醫院的空間有限，相對來說基層診所容易擴床、新診所容易設立，看起來基層成長率很高，那是因為醫院的病人流向基層的關係，這些病人本來就需要治療，絕對不是診所製造出來的，而是因為醫學中心或區域醫院沒有床位了，轉介到診所去洗腎。

傅主任委員立葉

本場次提問和意見交換時段就進行到這裡，等一下請醫界代表告訴大家本場次的主談人是誰(付費者代表表示要進行內部會議)，接下來付費者代表要進行內部會議，醫界若要進行內部會議也可以。

(付費者代表進行內部會議約 17 分鐘)

傅主任委員立葉

付費者代表的內部會議已經結束，請各位就座，現在開始進入本場次「預算協商」，付費者代表的主談是干委員文男，請干委員文男。

干委員文男

感謝所有的醫界代表今天大集合，本場次由我及張委員清田，請張委員清田主談。不曉得醫界的主談人是哪 2 位？不要像去年一樣，談完了才說我是醫院代表，你們和他們談的不算，請醫界代表先和我們說主談人是誰，是張醫師？張院長嗎？

張協商代表克士

對，我代表醫院、張副秘書長孟源代表西醫基層，我們2個都姓張，因為透析預算是醫院總額和西醫基層總額預算合併，兩部門一起協商，我們會有共識。

干委員文男

好，那本時段預算協商可以讓其他人發言嗎？

張協商代表克士

就我們主談。

干委員文男

去年就是這樣有爭議啦！我現在先問清楚，才知道誰代表誰。剛剛付費者內部會議經過一番的討論，每個人都發言，最後的結論，請張委員清田來報告。

張委員清田

付費者委員希望門診透析人數不要增加得太快，因為一旦要洗腎，可能之後的一輩子都要洗腎，所以我們基於不鼓勵病人一直增加，或院所一再擴充病床，所以大家決議的總成長率在2.5~3%之間，最高就是3%。

林秘書長元灝

- 一、對不起，我發言一下，我覺得說，委員們是外行，這不是說洗下去就永遠洗的問題，而且不可以用以價制量的思維，這樣是非常不人道的，不是說減少經費就不會增加人數，這是疾病，產生疾病是莫可奈何，不是因為有錢疾病就會多、錢少疾病就會少，所以我想請各委員能不能弄清楚，疾病的發生，不是任何人願意的，但也不會因為經費減少就不發生，絕對不會！
- 二、所以我想請各委員想清楚一點，總成長率減到2.5%，疾病發生率就會只有2.5%嗎？當然不是！這只會讓點值落到0.8以下，這樣對病人的傷害是更嚴重的，請大家能夠體諒一下，因為這些是病人真的需要治療的經費，絕對不是因為砍了經費病人數就不成長，病人只會死得更多，這是不人道的，請各位好好考

慮一下。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

- 一、年度成長率的範圍剛才張委員清田已經很直接的告訴你們，張協商代表克士提到最少要 3% 以上，但是我們不可能給 3% 以上，因為健保署算出來就是 2.958%，是有根有據的。
- 二、我已經主談門診透析服務預算好幾年，我都很乾脆，不會跟你們講有的沒的，既然我們內部協調結果是這樣，其他有關醫院和基層預算相互流用、鼓勵腎臟移植等就持續辦理。不知道現在腎臟移植有多少例，似乎沒多少例，在其他預算有編列「活體腎臟移植團隊照護獎勵費」，但好像也沒什麼幫助，只有靠洗腎，只有增加沒有減少，但是對病人來說這並不好。既然張委員清田都已經告訴你們成長率最高是多少、最低是多少了，我就不再說下去。

傅主任委員立葉

請問醫界代表這邊意見如何？

張協商代表克士

- 一、我想還是提供給委員一些數據參考，今年透析預算總成長率是 3.5%，今年第 1 季平均點值是 0.8223，去年同期是 0.8248，也就是說即便給了 3.5% 的總成長率，今年的點值還是比去年更糟糕，表示給了 3.5% 的預算還是不敷使用，大家希望讓透析點值變 0.8、0.79 一直下降下去嗎？同樣的服務，醫療提供者拿到這樣的點值實在是非常不公平。
- 二、剛剛腎臟醫學會代表也補充專業說明，也就是說，並不是減少了經費，疾病就不會發生，而既然已經發生了，難道我們就不要照顧嗎？照顧就是需要這個經費。現在關注的是預算成長率多少，我再強調一下，今年 3.5% 預算成長率的結果，點值還是比去年同期更差，去年全年浮動點值約 0.83，平均點值 0.84，

就是打 8 折多一點而已，即便成長 3.5%，點值還是變成這樣。所以請各位委員高抬貴手，再思考一下，是不是還有協商的空間？

干委員文男

有關透析人數一直增加，我們這邊也有很多企業的經營者，機器買來了，人數增加是增加利用率，設備早就回本了，所以不應該比剛才提到的這個數據高，所以請諒解我們內部的共識。當然透析人數有控制是你們的功勞，每季的點值我們都有看，最糟糕是 0.8，其他都有 0.8 以上，就不要再談這個，請你們諒解。

傅主任委員立葉

請問醫界代表能不能接受？或者公正人士、學者專家有沒有要發言？請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、腎臟醫學會及付費者代表的意見，我們都很清楚也很尊重，其實過去我也提過，門診透析預算成長率 100 年是 0%，101 年是 0.1%，造成門診透析點值下降，甚至到 0.75，後來總額協商給予正常的成長率之後，點值已經拉不上來了，所以中、西、牙醫總額裡面，門診透析應該是最底的。
- 二、但除了點值外，付費者委員有不同的考量，剛剛有委員提到不要讓洗腎的病人成長，我想這是很困難的，因為不是病人自願來洗腎，是因為生病經醫生診斷，必須進入門診透析，病人有醫療需求是不能拒絕，否則變成人球問題更嚴重。當然洗腎品質好，病人壽命會延長，品質不好，壽命就會縮短。我們要鼓勵洗腎的品質要好，不然透析病患很快死亡的話，病人數一定會減少，但我想消費者委員要的不是這個，而是希望透析品質要提升，這才是我們健保最大的目標。
- 三、所以今天就衡平性來看，門診透析點值不是很好，是五大部門最低的，這是事實。至於他的成本，或許我們不是很清楚，但是他算起來，現在洗腎 1 次是 3,912 點，若乘與 0.8，將近是

3,000 元左右，我看這樣的利潤也不是很高，所以是不是請付費者代表再思考一下，不要讓洗腎經營的那麼困難，適度給他們一個比較好的成長率，讓他們願意繼續為洗腎病人服務，提高透析品質。以上是我的建議，謝謝。

傅主任委員立葉

先請柯代理委員怡謀、周委員麗芳，再請醫界代表。

柯代理委員怡謀(王委員雅馨代理人)

- 一、請參閱會議資料第 88 頁，其實健保會幕僚有針對健保署草案補充意見，其中第 4 點提到，「有關『應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數』之協定事項，健保署已於Pre-ESRD計畫新增『活體腎臟移植團隊照護獎勵費』，惟申請人數不多」。
- 二、我對預算沒有太多意見，站在病友立場，病人真的很辛苦，身為病友代表，希望大家的努力之下多尋求一些治療方法，但血液透析、腹膜透析可能沒辦法完全解決問題，而腎臟移植有待繼續努力。另外會議資料第 88 頁補充資料的第 4 點所述，有關健保署召開「將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」討論會議，醫療團體未表支持也無共識，不知當時情形為何？還是醫界代表有無補充？
- 三、今年整體總額的經費有限，所以造成付費者代表也面臨許多艱困的問題，剛才西醫基層總額協商有達成共識，大家都很開心。由於糖尿病與腎臟疾病是連動、屬於共病，我們在西醫基層總額已經有考量相關預算，我認為持續推動這些照護可以根本解決一部分的問題，並且減少醫療支出，提供以上看法請醫界加以思考。至於預算編列多寡，誠如蔡委員登順所言，期待腎臟疾病的照顧能越來越好。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

- 一、主席、各位委員及協商代表，個人也很認同付費者代表的看法，

在有限的預算之下，不是很期待提升透析病人數的成長率，因而建議如此的預算成長率。

- 二、然而，醫界代表也提到，很多時候病人也是不願意洗腎的，大家都知道，一旦洗腎之後，往往會跟著一輩子，直到生命盡頭。我們設想，已經在透析的舊病人會繼續洗下去，假如現在縮減預算成長率，新增且緊急的個案，在資源不足的情形下，可能會沒辦法使用到服務，因此受到傷害的是誰？是那些已經需要這些服務，但還沒有進到透析服務的病人，我們可以看到很多醫院及基層診所是大排長龍，很多人在等待，一等就要等很久。
- 三、個人認為，醫療資源是有限的，在目前情形之下，我們要站在病人立場，考量怎樣的成長率比較合理。此外，剛剛也提到透析點值偏低，如果醫界因為沒有誘因，造成更多院所退出的話，這麼多需要透析的病人要送到哪裡？以上是個人淺見供參。

傅主任委員立葉

請醫界代表回應。

張協商代表孟源

- 一、主席、各位委員大家好，現在已經快接近晚上，身為基層代表，我們認為透析病人真的需要好好照顧，目前透析點值也是偏低。另外，在預算方面有一部分先澄清一下，請看到會議資料第 51 頁，西醫基層部門草案的透析服務成長率是 0%，其實原意是因為我們並沒有開會討論，所以沒有成長率數字。主要就是考量門診透析服務的預算是含在醫院總額及西醫基層總額內，門診透析是虛擬的總額，談完總成長率後金額會回到西醫基層及醫院總額預算攤提，所以這一格要空白，西醫基層會配合協商的結果，將透析的預算加到西醫基層整體費用中。
- 二、行政院核定 108 年度總額成長率上限為 4.5%，西醫基層總額尊重腎臟醫學會盧理事長國城及林秘書長元灝的專業建議。但希望未來透析預算可以挪移，打破醫院、基層以往固定的分配的公式，因為透析的點值已經夠低了，是不是可以讓透析的預算

在醫院、基層再做適當的挪移。而不管透析最後的總成長率是 3.5% 或 3%，都應該撥給透析，只是在預算編列上做調整，以符合整體成長率 4.5% 上限的要求。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

透析預算成長率與總額上限 4.5% 沒有掛勾，雙方談了很久，我們也聽了很多，過去也有醫療界的人質問是要養病人還是治病人，這都是沒有辦法的事，剛才都講了。如果你們總成長率要提 3.5%，很坦白地說，已經回不來了，依國發會建議，相關因素的成長率都已包含在列，請提 1 個確切數據，讓付費者代表考慮。

傅主任委員立葉

請醫界代表。

謝協商代表景祥

有人質疑是不是門診透析太好做、利潤太高，所以大家拼命做透析。但是，請委員參看會議資料第 88 頁第 2 點，新發透析人口 40~46 歲年輕族群逐年減少，表示我們在 CKD、Pre-ESRD、糖尿病都控制得很好...

干委員文男

抱歉，這些說明之前都已經提過，最後要談的是數據，請提出透析的成長率數據，讓付費者代表可以進行內部協商，醫界代表也可以內部討論一下，盡快解決，不要歹戲拖棚。

傅主任委員立葉

付費者代表已經提出成長率數字，協商需要雙方各自提出數字，請醫界代表說明。

張協商代表克士

抱歉，剛剛蔡委員登順及周委員麗芳的意見也是站在病人的角度，我們很認同，我們要的也很簡單，透析預算沒有要成長，只要不讓

點值越來越差，這是最基本的要求，為了不讓已經很糟糕的點值繼續惡化，成長率至少要 3.5% 以上，請委員參考。

干委員文男

3.5% 是有困難。

張協商代表克士

對，所以我們還是可以退讓一些。

干委員文男

健保署草案是建議 2.958%，我們還提高到整數，也希望醫界代表不要要求太高，太高我們也沒辦法。

張協商代表克士

我們從來不敢想太高，只是成長率 3% 的話，明年的點值一定會變成 0.7 幾。

干委員文男

請醫界代表先研究一下，我們付費者代表也進行內部會議討論 10 分鐘。

傅主任委員立葉

現在醫界代表的方案是 3.5%，付費者代表的方案是 3%，請雙方各自討論，內部會議 5 分鐘，請在 4 點 45 分以前回到會場。

(付費者代表進行內部會議討論約 10 分鐘)

傅主任委員立葉

內部會議已經結束，請各位代表回到座位。先請付費者代表提出方案。

干委員文男

剛才內部會議中付費者代表都很關心透析病人，不知醫界代表的結論為何？可否先告知？

傅主任委員立葉

干委員文男的意思是請醫界代表先提方案嗎？

干委員文男

對。

傅主任委員立葉

請醫界代表說明。

張協商代表克士

付費者代表也是站在民眾立場，我們也不好太堅持，當然有 3.5% 最好，起碼維持點值不再往下降，我們願意往下調整，也希望付費者代表往上調整，雙方盡量達成協商共識，最好不要破局，在成長率 3.5% 的基準下，可以微調下降一點點。

千委員文男

- 一、現在我們直接談數字，其他不要再說，為了透析成長率，付費者代表內部也爭執得很厲害，請你們不要一步一步的前進，因為付費者代表很堅持 3%，剛才已經說是 2.5%~3%，是我向大家拜託多增加 0.1%。
- 二、不要再說其他的事，我們也不再進行內部會議討論，多費唇舌而已，我們認為透析院所增加、醫師數增加，表示還有空間，不然診所也不會持續增加，其他委員有無補充，請滕代理委員西華補充說明。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、台灣腎臟病照護確實相當傑出，106 年因為傑出的表現，讓新發生個案有下降的趨勢，雖然院所及醫師數有增加，但在大家的努力下，新發生個案數及病人數都有下降中，再加上新增個案有 45% 都是糖尿病的共病，我們對慢性病的照護，以及這次西醫基層協商都對糖尿病照護多所著墨，所以我們相信 107、108 年新發生個案數也會在各位的照顧下持續下降。
- 二、基於以上理由，酌增一些成長率，雖然各位會不滿意，我想一定是不滿意，我們知道虧待各位，但因為持續發生的新個案有下降，再加上醫療品質照護有慢慢出現成果，因此酌增一些成長率，也是在我們可以衡量的合理範圍之內，提供醫界前輩參考。

傅主任委員立葉

- 一、所以付費者代表方案是 3.1%？(付費者代表回應：對)請幕僚計算金額後呈現。
- 二、請各位代表看螢幕，現在是呈現成長率 3.1%的金額，已依付費者方案調整。請問醫界代表是否同意？

張協商代表克士

謝謝付費者代表願意酌增，是否能再酌增一點，我們也往下降到 3.3%，不知道有沒有機會？

葉委員宗義

3.1%就 3.1%，是我們付費者代表先講出來底線，所以第 2 次討論後成長率才又增加，既然付費者代表方案都說 3.1%了，請你們加以考量，不能我們這邊一直升，你們卻沒有降。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、主委、各位委員大家好，在內部會議討論過程中，我們一直在考量城鄉差距以及設備對於病人風險影響等問題，本來付費者代表是建議從 2.5%開始談，但很多代表對於洗腎病友非常關切，第 2 次內部會議討論時，很多委員也堅持 3.0%不再上調，我們認為付費者代表已經釋出最大善意，也不希望洗腎環境一直惡化。我對於中南部縣市，如雲林縣、彰化縣等，人口老化現象相當重視，健保制度就是一種社會互助精神，錢賺得多的人要繳多一點，錢賺得少的人就繳少一點。
- 二、請醫界代表體諒，讓協商過程可以圓滿，我們也不期望看到透析數據一直飆升，這是付費者代表共同的心聲，希望大家能有 3.1%的共識。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、主席、各位委員、醫界代表，剛剛付費者代表已經說得很清楚，我不再贅述，付費者代表已經做成 3.1% 成長率的決議，希望醫界代表能接受，如果無法接受，我建議送部裁決，不要再討論了。
- 二、希望醫界代表能接受 3.1% 成長率，讓門診透析服務預算的協商圓滿，西醫基層總額已經圓滿，請透析也圓滿一下。

傅主任委員立葉

請柯代理委員怡謀。

柯代理委員怡謀(王委員雅馨代理人)

- 一、不好意思，那容我來還原一下討論的經過好了，付費者代表在內部會議都很有誠意，大家都能證明，我們覺得西醫基層總額的協商過程很和樂，因為大家都有共識、有誠意來達成協議，是非常了不起的結果，如果透析也能達成協議，我想部長會相當開心。
- 二、所以我們原本是要從成長率 2.5% 開始談起，逐項成長率往上微調和試算慢慢來談其可行性，但誠如剛才所言，西醫基層總額的協商過程很和樂並達成協議，我們也很希望透析能協商成功，並能使得後續各部門的協商都更順利。且正如陳委員亮良所提到，在偏鄉地區遇到很多病友有洗腎的困難，滕代理委員西華也相當瞭解相關數據，因此眾人都提供大量觀點來討論，欲加速協商完成的步伐，因為後續還有多個部門要協商，時間非常有限。於是我們付費者代表們就以最大的誠意試算成長率 3.0% 的金額，結果發現金額一下子增加非常多，大家還猶豫是否就停在 3.0%。考量今年經費拮据，但又希望能與醫界有共識、讓健保能永續，於是有委員建議我們應該要咬緊牙根多鼓勵一點等等，在各方意見辛苦折衝之下，最後才可得出 3.1% 的結論。所以個人認為內部會議氛圍應該是目前成長率已經到頂，付費者代表都盡力了，希望能看到好的結果。

傅主任委員立葉

付費者代表方案是 3.1%，醫界代表方案是 3.3%，雙方要不要再談呢？(付費者代表表示不談)付費者代表這邊不談了，醫界代表呢？

干委員文男

要增加 0.1% 已經非常困難了，今年的協商空間很少，我們還突破健保署草案的成長率，請各位今年含淚接受，來年有機會再加以考量，希望 2 位張協商代表多幫忙，這不是我個人意見，是付費者代表共同決定的。

傅主任委員立葉

請問醫界代表有無意見？

張協商代表克士

非常感謝付費者代表的支持，不同領域的代表都這麼關心病患，雖然我不是透析醫師，我是心臟科醫師，但是我了解病患都是要靠全體醫師照護，請大家理解需要有這樣的成長率。今天的協商很弔詭，部長的牙醫部門竟然沒有達成共識，其實協商破局不是好事，因此我們就含淚接受。(現場熱烈鼓掌)

傅主任委員立葉

非常感謝透析的醫界代表。

干委員文男

感謝醫界代表能共體時艱，以後有機會會多關照透析。

傅主任委員立葉

雙方最後達成共識，門診透析服務預算成長率為 3.1%，醫院總額及西醫基層總額間的分配金額另行計算。

陳組長燕鈴

請委員看現在螢幕顯示資料，西醫基層總額加上門診透析服務預算，較 107 年度核定總額成長率為 4.067%。

傅主任委員立葉

一、請委員看電腦螢幕，幕僚很快已經計算出西醫基層總額的總成

長率，請問有無其他問題？目前是呈現西醫基層總額的總成長率，醫院總額的總成長率需等到醫院總額協商完成才會加總。

二、本場次協商到此結束，非常感謝雙方代表的努力。休息 5 分鐘，於 5 點 5 分開始進行下一場中醫門診總額協商。

參、108 年度總額協商－「中醫門診總額」
與會人員發言實錄

參、108 年度總額協商—「中醫門診總額」與會人員發言實錄

傅主任委員立葉

各位委員、各位協商代表，現在開始進行中醫門診總額協商，首先進行第 1 階段「提問與意見交換」，所有委員都可以發言，請中醫代表 5 分鐘簡短說明。

陳委員旺全

- 一、主席、各位委員、各位專家學者以及公正人士，大家午安！（委員表示：是晚安了！）都要吃晚餐了。
- 二、首先，非常感謝委員對中醫的督導及支持，剛才主席及周執行秘書淑婉特別提醒我，總成長率不應超過 4.5% 上限，請委員看到會議資料第 100 頁，我們所提的中醫部門草案先刪掉第 10 項「失智症患者中醫門診加強照護計畫」及第 11 項「中醫慢性病加強照護試辦方案」，尊重健保署建議及幕僚意見，刪掉 108 年新增的專款項目，這樣總成長率就不會超過 4.5%。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

金額都改成 0？

陳委員旺全

對對對！不對不對！只有那 2 項專款。滕代理委員西華不要讓我撞牆。(委員大笑！)

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

我是指第 10、11 項擬新增專案的金額都改成 0？

陳委員旺全

- 一、對，108 年新增專款項目的金額都改成 0。
- 二、這次拜託委員增加藥費，主要是非協商因素中，主計總處對於中藥(中藥製劑)的成本指數調查，因制度的關係有失真的現象，我們非常無奈。我們非常感謝健保署建立雲端醫療資訊系統及相關機制，讓院所上傳相關的用藥、檢查。中藥一定要純、有效、品質好，才能體現中醫功能。

三、健保署也非常體諒中醫目前的困境，當然醫無中西之分，觀念轉個彎，醫群無限寬。因此，拜託各位委員，讓我們積極提升醫療品質，照護民眾健康，未來甚至能提供預防醫療，為民眾的健康盡最大的力量。

四、今天我們會聽取委員的意見，但因為多年來中醫總額預算都較少，希望今年能有好的表現。在一般服務，中醫部門提出「藥費調校」項目預算編列 564.6 百萬元，用以調升「每日藥費」2 點；健保署則是建議預算編列 464.6 百萬元，並由「醫療服務成本指數改變率」之預算支應 1 億元。向各位委員懇求，因非協商因素裡面還有很多人事成本等，建議「藥費調校」項目經費調整為 520 百萬元，這是中醫唯一的懇求、拜託，請各位委員支持。

傅主任委員立葉

所以「藥費調校」預算由 564.6 百萬元調為 520 百萬元？

陳委員旺全

是 464.6 百萬元變成 520 百萬元。

周執行秘書淑婉

應該是調整中醫部門草案的預算額度(由 564.6 百萬元調為 520 百萬元)。

干委員文男

中醫部門今天的主談是誰？

陳委員旺全

就是我。

傅主任委員立葉

請陳亮良委員。

陳亮良委員

我個人是非常肯定中醫，每次生病第 1 個找的就是中醫診所，我剛剛與干委員文男在聊，我們希望以後可以看到水煎劑的推案。對於

今天的中醫門診總額協商，第一時間就感受到中醫部門的誠意，是不是就直接進行內部會議討論，請主席裁示。

傅主任委員立葉

請問其他付費者代表的意見？

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我們付費者代表進去開會討論。

傅主任委員立葉

好，現在進行內部會議討論 10 分鐘，請於 5 點 20 分回到會場。

(付費者代表進行內部會議討論約 16 分鐘)

傅主任委員立葉

各位委員，付費者代表的內部會議已經結束，請各位委員就座，現在開始中醫門診總額之「預算協商」，本階段只有雙方的協商代表可以發言，先由付費者代表說明方案，請問主談是那位委員？好，請葉委員宗義及李委員永振。

葉委員宗義

一、我跟李委員永振都沒有當過主談委員，付費者代表一直請我們當，實在很感動，我們只要求協商的速度能快一點，別拖拖拉拉的，讓我們 2 人沒面子也不好。中醫門診總額的預算實在很少，比門診透析服務的預算還少，一點點的預算談太久很浪費時間。

二、付費者代表在內部會議都很支持中醫，中醫算是弱勢，今天中醫部門也非常爽快，協商一開始就直接砍專案預算，非常難得，我希望中醫部門也不要其他意見了，可以的話，讓我們 3 句話就談完，好不好？(委員：好！)現在請李委員永振說明。

李委員永振

一、該說的葉委員宗義都已經說了，中醫部門很有誠意，一開始就刪掉 108 年新增的專款項目，並將「藥費調校」的金額降為 520 百萬元，付費者代表都有感受到誠意。

二、以下向各位說明付費者代表方案：

(一)第 1 項「藥費調校」：

- 1.建議修改項目名稱為「其他醫療服務利用及密集度之改變」，同去年本項目名稱。
- 2.額度方面，原先中醫部門與健保署所提草案的金額相差 1 億元。健保署是建議 1 億元由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算(100.5 百萬元)支應，在此，我們建議改為 50 百萬元併入本項，用以進行支付標準的整體檢討、調整。本項中醫部門提出 520 百萬元，520 當然比較好聽，但結合上述說明，我們建議調整為 514.6 百萬元，由醫療服務成本指數改變率所增加之預算 100.5 百萬元中，拿 50 百萬元檢討支付標準，即健保署建議金額 464.6 百萬元再加上 50 百萬元。
- 3.本項協定事項，請優先用於提升用藥品質，並於 108 年 7 月底之前提報執行情形。

(二)第 2 項「網路頻寬補助費用」，同剛才 2 個總額部門的作法，本項移至專款項目，金額 74 百萬元。

(三)第 7 項「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」，因過去執行率偏低，原先編列 20 百萬元，此處減列 10 百萬元。

(四)其餘項目編列金額與中醫部門草案及健保署的建議相同，以上為付費者代表討論後之結論。另請滕代理委員西華補充說明。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、我簡單說明有關第 1 項「藥費調校」的附帶建議，每次總額協商，藥費對中醫部門一直是很重要的議題，但這不是長久之計。因為全民健康保險法第 41 條所提之藥物給付項目及支付標準並沒有排除中藥，所以我們提出本項「附帶建議」，並非強制，不是中醫部門不同意就刪除本項預算，我們建議中醫部門與健保署研議，將中藥比照西藥納入「全民健康保險藥物給付項目

及支付標準」核實申報的可行性，而不是支付單一金額。

二、雖然中醫部門一直提到單項藥品金額成長多少，事實上，不管中醫師開 3、5、10 項藥品都是支付同樣的金額。現在連西醫基層的簡表申報方式都要檢討了，中醫的藥品支付方式再繼續下去也不是科學的方法，因此提出附帶建議，請健保署及中醫部門研議中藥按照單項核實申報的可行性。

李委員永振

請問付費者代表有無其他補充意見？(委員：沒有！)

傅主任委員立葉

請幕僚於螢幕上呈現方案最終結果，請各位代表看雙方方案總金額差異，目前雙方金額差距並不大，總成長率才差 0.062%，請問中醫代表是否可接受？我個人認為付費者代表對中醫真的很支持。

陳委員旺全

一、非常感謝主席的提示，本人也感受良多，委員們看我年紀比較大，都會好好的督導我，非常感謝付費者代表對中醫的照顧。有關滕代理委員西華提到的附帶建議，我們會與健保署儘量研議其可行性。

二、至於是否同意付費者代表方案，我還是要尊重中醫的協商代表們的意見，不然到時候我怎麼走的都不知道。請問這樣可以嗎？(中醫協商代表表示同意)由衷感謝各位！(眾人鼓掌！)

傅主任委員立葉

一、非常感謝雙方協商代表的努力，讓中醫門診總額協商順利達成共識，本場次協商到此結束！

二、請先發便當，休息 6 分鐘，17 點 40 分開始下一場醫院總額協商(委員：久一點)，好，那就休息到 17 時 45 分。

(中場休息約 9 分鐘)

肆、108 年度總額協商—「醫院總額」
與會人員發言實錄

肆、108 年度總額協商—「醫院總額」與會人員發言實錄

傅主任委員立葉

各位委員，委員多數已回座，請大家入座，現在開始進行下一場醫院總額協商。

蔡委員登順

主席，我想建議，會議從早上開到現在，大家都很盡心盡力協商，很辛苦。前 4 場協商都進行得很順利，時間掌握在預定範圍內，可否給大家 15 或 20 分鐘吃飯再來繼續談。醫院是最大的部門，我們很需要集中注意力來聽他們的報告。另有個建議，希望今天的會議不要超過晚上 10 點(眾委員笑)。

傅主任委員立葉

需要改為 6 點再開始嗎？不過，也有好幾位付費者委員認為可以繼續開會，也一邊用便當。

林委員敏華

報告主席，我想每個人用餐習慣可能不太一樣，但因為醫院協商代表都在會場了，時間寶貴，為了不要耽誤太多時間，個人建議是否就繼續開會，還在用餐的委員也沒關係，可以邊吃邊進行會議。

傅主任委員立葉

謝謝委員的建議，大家都很辛苦!為了節省大家的時間，會議就繼續進行。請委員一邊用餐，一邊聽醫院部門的說明。接下來進行醫院部門協商的第 1 階段「提問及交換意見」，所有委員均可參與，先請醫界代表 5 分鐘簡要說明協商草案。

翁委員文能

主席、各位委員好!我是醫院協會理事長，首先代表醫院的醫療服務提供者簡要介紹。醫院部門草案，除了配合剛才門診透析預算協商結果，成長率略為修正外，我們已經檢視健保署所提方案，也會全力配合衛福部包括分級醫療、轉診制度、C肝治療、雲端資料上傳等政策，研提 108 年預算。稍後請醫院協會林副秘書長佩菝簡要說明，今天協商會議資料中，醫院部門的方案內容及修正處。

林協商代表佩菽

主席及所有委員大家晚安，經過今天非常冗長的討論過程後，醫院協會也提出最大誠意，對於「醫院部門 107 年度總額協商項目及成長率」做了部分修正，說明如下：

- 一、「新醫療科技」：包含新診療項目、新藥及新特材，本項調升為 34.59 億元，新藥含藥品給付規定變更為 19.34 億元、新特材 5.85 億元、新診療項目含支付標準未列項為 9.4 億元，共計 34.59 億元。其中新藥及新特材的部分，我們希望長時間監控未來使用情形，所以希望本項能設有小小的但書，就新藥新特材的使用，其執行總費用的追蹤可達 5 年以上，總費用以不超過預算為原則，如有超支，希望於次年能適度補回。
- 二、「健保未列項調整」：原編列 8 億元，這部分取消。
- 三、「促進醫療體系整合」：跟健保署在專款項目編列之「鼓勵院所建立轉診之合作機制」內容一樣，不一樣的地方在於案件量略有不同，主要因為各級醫院為了配合醫院評鑑及分級醫療政策之實施，促進醫療體系整合已納入醫院評鑑項目，所以未來在案件量的部分絕對會成長，所以這部分我們是建議 7.2 億元。
- 四、「藥品給付規定範圍改變及相關醫療服務密集度之增加」：如前述報告，此項併入「新醫療科技」項下。
- 五、「診所併入醫院部門」：謝謝健保署提供相關資料，因此本項金額下修至 2 億元。
- 六、「網路頻寬補助費用」：本項 1.14 億元，配合今天健保會的決議，各部門同項目都移列專款。
- 七、專款項目，我們完全配合健保署對於相關政策的執行，全部接受(預算編列與健保署一致)。
- 八、門診透析剛剛已經完成協商，此項醫院部門的總成長率是 1.839%。因此，醫院部門的協商因素、非協商因素及門診透析，合計較 107 年度核定總額成長率為 4.497%。

傅主任委員立葉

請問付費者委員有沒有其他問題或意見？

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

希望讓付費者委員再重新看一下醫院方案的數字。

傅主任委員立葉

好，委員還需要再重新看一下數字。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

希望能逐項看下來。因為表格一直向下拉，螢幕一下子就過去，還沒來得及看清楚。

翁委員文能

- 一、因為剛剛說要 5 分鐘結束，所以 5 分鐘內結束說明(委員笑)。在大家在看數字之前，我先說明一下。首先，有關「新醫療科技」，因為納入健保經過 5 年後耗費金額往往難以估算，所以我們特別再加一段但書，希望費用能監控 5 年。另外，把「新醫療科技」及「健保未列項調整」放在一起，是因為新醫療科技往往會造成未列項，所以將兩者預算合併，也讓健保署在執行未列項時，可以比較有彈性。我們並沒有特別匡列各為多少金額，這是修改的部分。
- 二、藥品適應症放寬的預算，也放在「新醫療科技」裡面。因為放寬適應症就像是變相的新藥一樣，例如去年herpes zoster帶狀疱疹用藥，放寬適應症後增加很多錢，其實它的效應跟新藥很像，未來 5 年內藥品支出還是會一直增加。如果將把這兩個匡在一起，健保署在執行上會比較有彈性。實際發生的費用若超過原預算，超支部分在下一年應該要回補。
- 三、另一部分是轉診，國家的政策是要推動分級醫療，健保署很有誠意，「鼓勵院所建立轉診之合作機制」的專款預算比去年增加 1 倍，編列 5.16 億元。但據我所知，自明年開始，醫院評鑑已把本項列為醫學中心的五大任務之一，可以想像即使健保署沒有督促，明年各醫學中心也會自動加強這些業務，所以我們建議(「促進醫療體系整合」項目)預算增加到 7.2 億元。其他項

目大部分都配合健保署。各位委員若還有其他指教，我們也會儘量配合。

傅主任委員立葉

請千委員文男。

千委員文男

剛剛翁理事長文能提的方案，還有健保署的看法，都各有願景。請問剛才提到引進新醫療科技費用監控 5 年部分，對將來新醫療科技的引進，包含新藥、新特材及診療項目等，會不會影響將來引進的進度？若有，影響又是如何？

傅主任委員立葉

採取統問統答方式，請委員針對協商需要的資料進行提問。請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、謝謝主席，我會針對總額協商的問題來提問，直接切入今天主題。本席住雲林，會議資料第 124 頁「診所併入醫院部門」項目，這是縮短城鄉差距非常好的方案，這對於偏鄉、尤其是中南部，以雲林來說有 68 萬 8 千多人，但實際上雲林地區的病床數非常少，尤其是斗六地區人口數 10 幾萬人，但只有 2 家醫院，其病床數再請健保署幫忙說明。
- 二、醫院部門草案於「診所併入醫院部門」項目編列 8 億元，其中包含慈濟斗六診所轉為醫院，還有中榮嘉義醫院附設門診部變更為中榮灣橋分院附設門診部，健保署意見是請醫院協會說明讓委員來斟酌考量。原則上要馬兒跑又要馬兒不吃草，根本不可能，尤其在偏鄉真的病床非常少，甚至曾經有人跟我反映，因我在臉書有弄一個健保監督的群組，特別關切彰化、嘉義、雲林地區的病床數不足，曾有人在急診待了 8、9 天才排到病床，是否這部分請醫院協會再充分說明，讓付費者委員充分了解，以利內部會議協商時能深入的了解。

傅主任委員立葉

先請王委員雅馨，再請周委員麗芳。

王委員雅馨

- 一、有些問題想請教健保署，會議資料第 121 頁「108 年醫療服務成本指數改變率，建議用於調整急重難等相關支付標準」，這部分請再加以說明。
- 二、會議資料第 132 頁，「鼓勵院所建立轉診之合作機制」提到平轉及同體系間醫院轉診之支付獎勵，資料提到「有助於院所合作及推展分級醫療政策」，這部分也請健保署再加以說明，以利委員多些了解。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

- 一、各位委員及醫院代表好，有 2 點要請教。首先有關「新醫療科技」項目，醫院方案提出 34 億元，跟健保署的版本有落差，若中間的落差還是存在，對未來推動上，實質上有何影響？
- 二、大家都知道，轉診是目前既定的衛生政策，健保總額也是朝這個方向推動。醫院方案提出「促進醫療體系整合」項目，個人覺得非常符合目前政策，但健保署版本在專款項目也編列另一筆「鼓勵院所建立轉診之合作機制」預算，請你們再補充說明，這筆預算的必要性。

傅主任委員立葉

看來委員針對健保署方案的提問比對醫界多，先請健保署說明，再請醫界說明。

蔡副署長淑鈴

謝謝，有關醫院總額的 2 個版本其實已經很接近，有幾個問題我先簡要向大家做說明：

- 一、首先，有關「醫療服務成本指數改變率」，健保署希望能備註用於調升急重難支付標準，原因是希望配合分級醫療，對於輕症及穩定的慢性病，希望能落實以分級醫療的方式來處理，讓

醫學中心有更多餘裕去做急重症醫療，不然現在這樣會有排擠效應，本署只是提出建議，希望讓大醫院在營運上能夠順利，建議提供委員參考。

二、剛才醫院代表提出的方案，將「藥品給付規定放寬」併入「新醫療科技」項目，預算合併我們沒有太多意見。不過新醫療科技項下，包含新藥、新特材、新診療項目，現在若要多加上一個「藥品給付規定放寬」，雖然預算放在同一項，但希望備註欄要寫清楚，新藥、新特材、新診療項目、藥品給付範圍放寬規定各為多少預算，因為各項背後都有不同的專家小組及共同擬訂會議在運作。即這部分若要合併沒意見，但希望要做預算分割。否則，或許感覺上預算合併較有彈性，但實務上反而難以運作。

三、「診所併入醫院部門」，請參閱今天會上另發的更新資料(原列於會議資料第 124 頁)，醫院部門本來編列 8 億元，剛剛口頭已經修正為 2 億元，包含慈濟斗六診所及中榮嘉義醫院附設門診部，這 2 家未來都會併入醫院部門，說明如下：

(一)健保署將經費修正為 2 億元的原因，是因為慈濟斗六診所明年會轉為醫院，這家診所目前 1 年的申報數即為 2 億元。

(二)至於中榮嘉義醫院附設門診部，因符合 107 年協定項目「其他醫療利用及密集度之改變」，原估計回歸醫院總額之 29 家附設門診部之一。107 年此項預算為 4 億元，目前執行後還剩 2.32 億元，中榮嘉義醫院附設門診部就用今年 107 年的預算就好，我們會提健保會追認，預算也併入 108 年的基期。

(三)至於慈濟斗六診所轉為醫院部分，因不符合 107 年「其他醫療利用及密集度之改變」項目之使用範圍，若 108 年要增編預算，本署沒有意見。

四、有關醫院方案在一般服務提出「促進醫療體系整合」項目，與健保署提出的專款項目「鼓勵院所建立轉診合作機制」，兩者內容一樣，只是用詞不同，說明兩者之差異：

- (一)首先是金額上的差別，醫院方案較為寬列金額，本署對金額的估計較為保守。
- (二)醫院部門編在一般預算，本署編列專款。如果要放在一般服務且寬列經費，也是可以，但是需要在備註欄寫清楚「屆時如果沒有用那麼多預算，經費需予扣減」，這樣處理也沒有問題。不過經費預估與實際還是會有差距，健保署建議這類預算最好還是先放在專款，等到運作穩定再移回一般服務。若醫院代表堅持要放在一般服務，則需要備註：預算執行若有剩餘要扣除，這樣也沒問題。
- (三)目前推動分級醫療及轉診政策，究竟會怎樣發展，還不太能夠非常明確的預期。因此，這塊預算可以樂觀估計，也可以比較保守估計。健保署對的金額沒意見，至於要放在一般服務或專款，若能訂好總額處理方式，本署也不會有太多意見。

傅主任委員立葉

再請醫院代表回應。

翁委員文能

- 一、首先，有關「促進醫療體系整合」項目，配合健保署推動分級醫療及轉診，放到專款也不反對，只是建議金額要提高。剛才已說明，因為明年開始配合醫院評鑑，醫學中心有五大任務，健保署保守估計的金額一定不夠。本項改列專款，代表醫院界配合轉診政策的誠意，但還是要重申需要寬列金額。
- 二、有關「新醫療科技」裡面的細項，剛剛林副秘書長佩菽已逐項唸出金額，我們所列幾乎跟健保署規劃一樣，只是將「藥品給付規定放寬」以及將「未列項」併入，3個項目的預算合併起，我想這樣健保署執行上比較方便。
- 三、有關「診所併入醫院部門」，我們原編列8億元，但因為健保署給我們比較正確的資料，我們也欣然接受，就編列2億元，若各位付費者委員要再增列金額，我們也不反對(委員笑)。
- 四、至於周委員麗芳之提問，我們的「促進醫療體系整合」項目，

與健保署的「鼓勵院所建立轉診之合作機制」，內容其實是一樣，只是放在專款或一般服務項目，金額也有一些差異而已。

五、有關新醫療科技引進新藥的預算衝擊，要認真談的話是講不完。健保需要引進新藥物，不過站在醫院的立場，覺得要謹慎，尤其是非屬標準治療的部分。例如舉例來說，現在很流行的免疫治療，身為醫師，謹提出個人看法供大家參考：

(一)免疫療法非常昂貴，動不動都幾百萬，不但療效還未定，而且只是幫助少數人，當然人命是無價，但健保有限的預算應該要用在療效確定的治療方式，例如罕見疾病。但是如果某些新藥只是延長癌症病人幾個月生命，雖然在科學上算是療效成功，但站在國家的立場，經費應該要用在更有意義的地方，例如個人很贊成 C 肝口服新藥，因為治療成功後，這 20 幾萬人會完全治癒，將來就完全不會發生後續的疾病。

(二)因此，納入健保給付的項目需要經過謹慎評估，建議要先通過專門的會議審核通過後才能納入健保，而藥物給付新的適應症，也同樣需要經過專業的會議評估。

六、藥物通過專業評估後，也可考慮下一年度再納入健保給付，若今年評估後就要立即全部納入，這樣總額可能會爆掉。因此我個人、也代表醫院部門表達意見，覺得新藥物一定要謹慎評估，先把費用估算正確，下一年再提出經費需求，這樣比較安全。不然一下子全部要納入健保給付，加上有些特別的情況，例如曾經實際發生過，有藥商因為給付的關係，反而不願意讓新藥納入健保給付，最後產生預算執行不力、還得扣錢的奇怪結果，但事實上都有背後的原因。因此我認為新藥、新科技都要事先經過很好的評估，才列入下一年預算，這樣比較安全，以上補充意見。

傅主任委員立葉

請張委員清田。

張委員清田

- 一、請教健保署，會議資料第 124 頁「藥品給付規定範圍改變及相關醫療服務密集度之增加」編列 4 億元，這裡面提到健保署建置的雲端查詢系統，因此健保可以減少支出，但有個觀念上的疑問，現在健保醫療費用是總額概念，醫療院所即使有某些檢查改為不用做，看似好像有節省，但省下來的部分還是在總額裡面，讓醫療院所的點值提高，並沒讓整體健保支出金額減少。
- 二、會議資料第 180 頁，其他預算「鼓勵醫事機構即時查詢病患就醫資訊」項目，問題在我們每年都還編列 10 多億元，108 年又打算增加 0.59 億元，該項總金額達 11.59 億元，用於獎勵院所資料上傳，這部分還是在消耗健保資源。那邊在增加，這邊也在增加，那減少浪費的節省，到底省到哪裡去？我還是搞不懂，所以要請問健保署，既然說會節省，那省下來的部分能否從總額預算中扣下來？不然沒節省費用，為了建置這些系統又要增加費用，那健保支出豈不是越來越龐大？

傅主任委員立葉

請健保署說明。

戴組長雪詠

過去 4 年來，健保署雲端藥歷查詢大概平均一年節省 0.8 億元，跟委員說明，這估計值是跟前一年度藥費比，不過因為這個費用沒有進來做為支出，但我們是預估會有節省，所以這部分可運用於支應藥品適應症擴充的部分，這是勻支挪用的概念。

傅主任委員立葉

先請何代理委員語，再請吳委員榮達。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、先請教健保署，會議資料第 132 頁「鼓勵院所建立轉診之合作機制」，健保署說明第 1 點「醫界建議將本項之 2.58 億元，移列一般服務之促進醫療體系整合項目內，合計編列 12 億元」，但本項之金額欄位卻是呈現編列 5.16 億元？這是預留獎勵或

成長空間嗎？但我發現，健保署後面有 2 項專案，也有鼓勵分級醫療的獎勵金，還有偏遠地區的獎勵金，都編列在你們的專款項目中，此項目雖然是延續性項目，為何又一直編列，至於醫院部門自己反而不想編，感覺非常奇怪。

二、會議資料第 133~134 頁「鼓勵院所建立轉診之合作機制」，健保署說明第 3 點(4)寫說「故本次毋須新增」，到底是要新增還是不要新增？看完這些資料，一直弄不清楚。因為「鼓勵院所建立轉診之合作機制」是有新增 2.58 億元，但健保署說明的文字還提到「故本次毋須新增」，不需新增那為何又新增 2.58 億元？

三、醫院部門的人口差值大概就占了醫院總額 0.2% 左右，健保署認為這樣的人口差值比重是否合理？

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

一、請教健保署，剛剛張委員清田也提到的問題，會議資料第 124 頁「藥品給付規定範圍改變及相關醫療服務密集度之增加」此項健保署之說明文字為「雲端查詢系統、藥價調整...等藥品節流措施所節省金額，將優先支用於上述藥品給付範圍之改變，不足部分由本款項支應」，但就預算的概念我們沒辦法接受。照理來講，要先提出想花多少錢，我們再來討論要不要給這麼多錢。但是健保署這提出一個不確定的概念，可能會省下的金額，這部分不知道多少錢，然後從這邊優先支用，然後不足的部分再從「藥品給付規定範圍改變及相關醫療服務密集度之增加」項目來編列。這概念我們實在不太能接受，應該先弄清楚節省下來的金額到底是多少，要不要列入原來的健保準備金中，然後看看本項到底要支出多少，不足處再來編列，這樣比較符合預算的概念。

二、會議資料第 125 頁「促進醫療體系整合」，提供上轉或下轉的

獎勵費用，有助於促進分級醫療及醫療體系整合，應該還可以接受。但不太懂的是，為什麼還要獎勵平轉？是要鼓勵平轉還是有別的用意？平轉也要給錢，是一件很奇怪的事情。

- 三、第 133 頁「鼓勵院所建議轉診之合作機制」，健保署意見之(5)預留獎勵及成長空間約 1.5 億元，不清楚編列原因為何？為建立轉診制度，包括如何轉診及支付多少費用，都已經編列預算，不清楚為何還預留獎勵空間達 1.5 億元？實在不了解健保署的想法，以上問題請教健保署。

傅主任委員立葉

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、請參閱會議資料第 124 頁，有幾位委員都提到雲端查詢系統的效益，節省的金額能否以絕對值表示，剛才戴組長雪詠也說明，我們於各總額部門一般服務編列「補助網路頻寬」費用，並於其他預算編列院所上傳檢查檢驗結果及影像資料的鼓勵款，這些投資都是為了讓雲端查詢系統資料更健全，資料傳遞更有效率，讓全國每个人的重要醫療資料，都納入該系統。
- 二、為什麼要這樣做？因為台灣是自由就醫，每人就醫場所不固定，為了讓醫師能知道病人過去的所有病史，包括目前的健康狀況及用藥、檢查的情形，以避免不必要的重複檢查及用藥，這是建置該系統的目的，希望能做到最合理的醫療支出，而不是因為重複醫療的關係，造成過度浪費的醫療支出。但「減少浪費」是醫師因此減少重複開藥，讓醫療更加合理，讓每一塊錢用在最正確的地方，所產生的效益在此。當然有可能比浪費的時候省錢，省下來的錢可用於放寬藥品適應症等所增加之醫療需求，做些彌補。因此，透過該系統，讓錢能更花在刀口上，因此浪費減少，不一定是因為核刪，而是因為醫療行為改變，就自動減少浪費。但若沒有這個系統，就不知道如何避免，持續不斷的浪費，結果就是讓點值一直下降，也讓醫界覺得過勞

和不值得。

三、會議資料第 124 頁「促進醫療體系整合」，有委員提到平轉為什麼還要支付獎勵費用，同意取消平轉誘因。

四、會議資料第 132 頁「鼓勵院所建立轉診合作機制」，健保署意見第 1 點提到醫界編列 12 億元，因為醫院部門最初曾提出 12 億元的方案，後來一直修正，今天的版本在第 124 頁為 7.2 億元，和健保署所提的 5.16 億元有所差距，內容雖然都是編列轉診上轉、下轉的鼓勵款，但兩邊的估計，健保署比較保守，而醫院則較樂觀，認為轉診會推動的更快，而且也納入醫院評鑑，故醫院部門覺得應寬編，讓病人的流動更加迅速，健保署也支持，所以第 132 頁所稱的 12 億元，現在已經沒有了。

五、會議資料第 133 頁「鼓勵院所建議轉診之合作機制」，健保署意見有預留獎勵成長空間 1.5 億元，但醫界認為還不夠，所以寬編，由 5.16 億元增編至 7.2 億元。

傅主任委員立葉

請問各位委員有無其他意見？沒有的話，就各自進行內部會議 20 分鐘，請於 18：40 回到會場。

(雙方代表進行內部會議討論約 75 分鐘)

傅主任委員立葉

付費者代表內部會議已經結束，請大家回到坐位就座。大家都很辛苦，努力到這個地步，希望會有好的結果。請問付費者代表那 1 位要先做說明，請林委員錫維。

林委員錫維

一、醫院總額是費用最多的部門，我們也非常慎重，但慎重之餘還是要保持輕鬆的心情，不必要談的不愉快，我們也非常慎重的提出了各項費用。根據前幾場次談判下來，感覺第 1 個場次沒有達成共識，可能和座位有關係，第 1 場牙醫主談和協談人是一個東一個西，沒有坐在一起，意見較無法整合。第 2 場西醫基層及第 3 場中醫部門，主談和協談人都是兩兩坐在一起，西

醫基層是吳委員榮達和林委員敏華，中醫部門是李委員永振和葉委員宗義，剛好醫院部門我和滕代理委員西華也是坐在附近，希望可以循前例，能夠很順利的完成任務。

二、本場次的主談人是滕代理委員西華，對總額協商有很多的經驗，過去也是非常資深的委員，內部會議時我們也很慎重的聆聽每位付費者代表的意見，接下來請她報告醫院部門付費者代表的共識方案，希望今天晚上醫院能夠和前面 3 個總額部門一樣，順利完成協商，也請醫界代表能多支持。

傅主任委員立葉

請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

謝謝林委員錫維，以下由我代表付費者向大家報告付費者代表討論的共識結果：

一、醫療服務成本指數改變率：匡列 12 億元用於急重難症支付標準調整；另 5.4 億元用於支付標準未列項目。

二、一般服務之協商因素項目：

(一)「新醫療科技」：同意編列 2,919 百萬元，因為其中 5.4 億元支付標準未列項目已移由「醫療服務成本指數改變率」部分支應，所以總金額還是醫界所提方案的 3,459 百萬元。預算分列的部分是新藥 19.34 億元、新特材 5.85 億元、新診療項目 4 億元。

(二)「健保未列項目調整」：因為已經編列在「醫療服務成本指數改變率」增加預算部分，所以本項為 0。

(三)「藥品給付規定範圍改變及相關醫療服務密集度之增加」：本項為 0。

(四)「診所併入醫院部門」：經熱烈討論，暫時不列金額，雖然醫院方案下修到 2 億元，本項為 0。

(五)「促進醫療體系整合」：建議移列專款，採醫院建議編列的金額，扣除平行轉診部分，為 689 百萬元。

(六)「網路頻寬補助費用」：編列 114 百萬元，全數移列到專款。

三、專款部分：

(一)「C 型肝炎藥費」：按照醫院部門及健保署的意見，增加 2.32 億元。

(二)「罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材」：配合政策編列金額，增編 12.739 億元。

(三)「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」：如醫院所提方案，增加 3.131 億元。

(四)「醫療給付改善方案」：如醫院方案，不增加預算。

(五)「急診品質提升方案」：如醫院意見，不增加預算。

(六)「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」：如醫院意見，減列 2.2 億元。

(七)「醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案」：不增加預算。

(八)「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」：不增加預算。

(九)「鼓勵院所建立轉診之合作機制」：剛才已經提過，預算 689 百萬元。

(十)「品質保證保留款」：維持 406.5 百萬元，不增加預算。

四、綜上，整體總額成長率為 4.334%，和醫院所提方案相去不遠。

其他付費者代表委員有補充說明嗎？(付費者委員表示沒有)

傅主任委員立葉

真的是非常接近了，請醫界代表...

蔡委員登順

滕代理委員西華報告錯了，4.334%是較 107 年核定總額成長率。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

付費者方案總成長率是 4.107%，醫院方案是 4.269%，謝謝蔡委員登順提醒。

傅主任委員立葉

醫院代表有需要再進行內部討論嗎？還是可以接受付費者所提方案？

翁委員文能

請將螢幕拉到試算表的最下面。

傅主任委員立葉

請看最下面資料。

林委員錫維

醫院和付費者方案的差異很小，醫院總額約 4 千多億元，目前付費者方案是 4,903 億元，和醫界方案的 4,910 億元，只差 7 億元左右，非常接近，希望醫院代表能體諒付費者代表，同意付費者的共同意見。

傅主任委員立葉

請醫院代表說明。

翁委員文能

付費者方案有 2 項和醫院方案完全不同：

- 一、第 1 項是「支付標準未列項目」，付費者方案將 5.4 億元移至「醫療服務成本指數改變率」，我們建議還是維持在「新醫療科技」，預算可以刪減，付費者的方案等於是沒有增加預算。
- 二、第 2 項是陳委員亮良很關心的「診所併入醫院部門」，醫院方案編列 2 億元，主要是用於南區 1 家診所轉型成醫院，如果未編列預算支應，南區明年的點值會非常難看，本項醫院原本編列 8 億元，後來依健保署提供的數據，預計確實會增加 2 億元支出。
- 三、以上這 2 項，希望付費者代表委員能重新考慮，其他項目我們都能接受，大部分是配合衛福部的政策，也是為了服務所有的消費者。

傅主任委員立葉

先請主談人滕代理委員西華，再請何代理委員語。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

說明付費者方案預算編列的原因：

- 一、「支付標準未列項目」健保署是放在「新醫療科技」，而且只編列 1 億元，我們參採醫院協會代表的建議編列 5.4 億元，和健保署所編列 1 億元額度差了 4 億元。老實講我們不確定「支付標準未列項目」是 1 億元還是 5 億元才正確，但考量如果真的需要那麼多經費，而原本「醫療服務成本指數改變率」就是用來調整支付標準，因未列項目嚴格來說不是新增項目，而是現在就有類似項目申報，只是在現有支付標準中新增 1 項醫令，所以我們才認為其與新診療項目的意義不同，符合使用「醫療服務成本指數改變率」所增加預算調整支付標準的用途，所以才將 5.4 億元未列項目移至該項，以回應未列項目及支付標準調整的需求。
- 二、付費者方案未同意編列「診所併入醫院部門」2 億元，不是金額的問題。去年在協商西醫基層總額時曾討論過，過去醫院附設門診部歸在西醫基層總額時，沒向醫院要錢，也沒增加費用。因為過去是使用西醫基層總額費用，回歸醫院部門只是反映醫院開設門診和醫療利用的情況，所以委員才沒有在這部分新增預算。當然，也擔心此例一開，大家來開診所、再轉型為醫院，那麼又需要多給醫院總額一筆費用，付費者委員也有這樣的顧慮。向翁委員文能報告，也讓醫院代表知道付費者的考量，希望醫院代表可以再考慮。

傅主任委員立葉

接下來請何代理委員語，然後是陳委員亮良。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、我們真的是想給醫院多些預算，但真的是財源不足，因為剛剛算下來，總額協商到現在，離行政院核定的總額上限，只剩下幾億元而已，根本不足以支付醫院方案所提預算。剛才為了這件事，付費者在內部會議討論時爭執很大，因為就是沒有錢

了，如果付費者同意給錢，我看大家回去真的要賣房子湊錢，真的是很困難的事情。

- 二、我們也知道醫院代表的期待，但醫院總額4千多億元這麼龐大的預算，付費者方案和醫院方案只差幾億元而已。希望醫院代表能慎重的考量一下。我一直在關注總額還剩多少錢，真的是只剩下一點點錢，兩邊的方案整體而言差距不大，而且較過去幾年編列額度來看，也算很合理，請醫院代表大家考慮一下。

傅主任委員立葉

接下來請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、首先，非常肯定醫療提供者，尤其是醫院部門，包括醫學中心、區域醫院及社區醫院，醫院的經營相對有其困難之處，而廣大的台灣人民也需要充分的醫療安全保障。雖然看起來健保總額有限，但基於社會創辦健保制度的目的，也是要让中低階層人民，可以受到醫療保障，讓其生命可以解救或得以延續。
- 二、當然，各地區有其不同之處，希望在適當金額的給付下，可以照顧到偏遠地區民眾的醫療，剛才也可以體會斗六慈濟診所轉型醫院對南區的衝擊非常大。尤其最近高雄也一直在講，台灣的年輕人、高雄年輕人的未來，健保制度不止是上一代要用，也不止是我們這一代要用，更是下一代要用。我本身有很多看法與意見，但是基於總額協商的制度，無法明確表達，但我有我的堅持，這部分希望大家好好協商，看有沒有辦法再取得共識。

傅主任委員立葉

付費者代表已表達過意見，接著請醫院代表表示意見。

謝協商代表景祥

- 一、我自己的醫院也是在南區，「診所併入醫院部門」項目主要是慈濟在斗六的診所，將由原本的診所改成醫院。過去對於新成立的醫院，我們從來沒有要求增加預算，例如安南醫院，我們

都沒有特別做要求。但慈濟斗六診所是已經存在的診所，變成加幾十張床的醫院，慈濟要開醫院，其政治影響力，大概沒有人擋得住，所增加的床位其實很有限，沒有太大的作用，但光這家診所1年的申報費用就高達2億元。

- 二、大家不要小看這2億元，分配在整個醫院總額幾千億元當中，這2億元完完全全影響的是雲嘉南3個地區的點值。所以懇求各位付費者代表能夠考慮，這件事情不會經常性發生，醫院也從未要求過這部分，新成立醫院從來不會提出增加預算，但現在是已經既存的診所，而且是很大規模的診所，若本項預算未通過，對雲嘉南地區的醫院非常不公平。

傅主任委員立葉

醫院代表還有其他意見嗎？

張協商代表克士

- 一、慈濟斗六診所變成醫院，如果我沒看錯的話，依健保署提供的資料是1季9千5百萬元，1年等於是3億多元將近4億元，也就是說醫院協會在編列預算時已經斟酌情形自砍一半了。畢竟慈濟是非常龐大的醫療院所，不是一般的醫療體系，它的影響力非常大。
- 二、剛才陳委員亮良也提到，我在彰化服務，和雲林很接近，知道在雲林的醫療生態與病患需求，在當地大型的醫療院所，包括台大和成大在斗六，慈濟本來在那裡是診所，要提升為醫院，服務更多病患和鄉親，是大家很期待的。但未來服務量絕對不僅如此，因為原來是診所，有很多項目診所不能申報，一旦轉成醫院型態，很多的檢查就可以進行，它不是1隻小綿羊，現在就是老虎，而且接下來可能變成獅子或更大的老虎，額度絕對不是我們現在想像的，不能視為一般的診所改成醫院，請各位委員再體諒一下，再怎麼樣也要編列一些預算，而且我們原本編列的時候已經很客氣，已經酌減預算了。

吳委員榮達

今天會造成現在的結果，健保署要負很大很大的責任。醫院多編預算，診所就應該少編，為何沒有提醒我們呢？

蔡副署長淑鈴

健保署方案本來沒有編列本項預算。

傅主任委員立葉

請劉協商代表碧珠。

劉協商代表碧珠

- 一、我們知道健保署沒有編列「診所併入醫院部門」的預算，不知道在座各位委員是否還有印象，去年在討論醫院附設診所時，也曾提到要將預算做部分調整，是一樣的道理。眼前就已經看到一個事實，就已經要發生了，為何每年要事後去吵很難切割的事情，現在先編列預算，大家未來知道在各自部門好好管理，是比較長久可以走的路。
- 二、本項是醫院主動提出，因為該診所的預算，如同剛才兩位協商代表所提，對南區而言不算是很小的數目，對南區醫院部門點值的影響非常大，可能造成的後果，不是預算給不給的問題，對病人在醫療的使用上，會不會產生什麼效應，付費者宜審慎考慮，若點值降到很低時會造成什麼結果。
- 三、剛才何代理委員語說要賣房子，坦白講醫界在經營醫院，早就要賣老公、賣妻子了。剛才付費者也提到，為何診所沒有減列，還要在醫院增列？醫院點值長期以來就是不足的，不能每次都這樣的方式，要我們自己去流用，這對醫界不公平。因為我們真的是很辛苦在經營，如果今天還可以過得下去，沒有人想在這邊求爺爺告奶奶，拜託付費者代表體諒醫院的處境。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

醫院代表的聲音我們都聽到了，請你們再進去商量一下，付費者也再進行第2次內部會議討論，這樣好不好？

傅主任委員立葉

兩邊的方案其實真的是非常接近...。

翁委員文能

有關支付標準未列項目 5.4 億元還要補充說明。

傅主任委員立葉

好，請醫界代表說明。

林協商代表佩菽

謝謝主席，其實醫院版本與付費者代表的版本是非常接近，但其中有些是因為作業上的問題，我們還是建議醫療服務成本指數改變率內含未列項 5.4 億元的部分，回歸到新醫療科技項下，但我們願意將金額往下降，就依照健保署所估算的 1 億元額度編列。

翁委員文能

再補充一下，其實未列項的背景，就是有新的手術或新的技術進來，健保署一直用比照的方式讓院所申報，一比照就是 10 幾年，所以這是過去新醫療科技項目未列入支付標準的後遺症，跟新藥變舊藥之後，增加新的適應症是一樣意思。所以，我認為放在「新醫療科技」項下比較適當的，預算額度我們願意下調。

傅主任委員立葉

醫院代表還有需要再說明嗎？

翁委員文能

還有另外的項目。

傅主任委員立葉

請醫院代表補充。

陳協商代表瑞瑛

您們應該很清楚，「診所併入醫院部門」是因應雲林慈濟斗六診所發生的事情，...。

干委員文男

我們是協商全民健康保險的事情，請不要提個別地區，若各縣市都來比照，該怎麼辦？

陳協商代表瑞瑛

慈濟斗六診所在雲林，雖然是診所，可是他們做很多化學治療，其實這對民眾是好的，可是因為服務量太大、金額很高，導致當地的醫師公會一直抗議，因此他們只好增加一些床位，讓化療的病人可以住院 1~2 天，所以才改成醫院。這個項目是因此而來，並不是為升級成醫院才改變，而是有其實務上的理由。現場也有 2 位來自雲林的委員，相信您們也都很清楚。

林委員錫維

是 3 位啦！

傅主任委員立葉

好，那麼接下來由付費者進行內部會議 10 分鐘。

(付費者代表進行內部會議討論約 8 分鐘)

傅主任委員立葉

付費者代表已經回到會場。我們繼續進行協商。請付費者代表說明。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

我們真的很有誠意，過去好多年都不曾與醫院部門達成共識，為了要達成共識，我們也想跟醫院代表站在一起，以下由我第 2 次代表付費者向各位說明。

一、我們新增 1 個項目「其他醫療服務密集度改變」42 百萬元，因為 107 年尚有 2.32 億元(註)可用來補貼附設門診部及診所回歸醫院的錢，原本健保署減列這筆預算，但我們不減列，拿今年的這筆預算去補慈濟斗六診所及中榮嘉義醫院附設門診部回歸醫院總額，依照經費需求全數照列計算後，還少 42 百萬元，所以編列 42 百萬元補給醫院總額，你們一毛錢都沒少拿。今年總額預算也不會增加太多，這個是第 1 點，所以我們增加「其他醫療服務密集度改變」42 百萬元。

(註：107 年協定項目「其他醫療利用及密集度之改變」，預算 4 億元，係因應醫療法改變，醫院附設門診部回歸醫院之用，健保署予以減列執行後剩餘之 2.32 億元)

二、第 2 點，剛才翁委員文能提到，將「支付標準未列項目」的預算減為 1 億元，放回「新醫療科技」預算項下，我們照案同意。所以「新醫療科技」最終的預算是 30.19 億元。預算的分列，按照健保署的建議金額，新藥部分 19.34 億元，新特材部分 5.85 億元，新診療項目 4 億元及未列項目 1 億元，這樣可以嗎？就按照議程資料第 122 頁所列，上述各項合計 30.19 億元，不需用到「醫療服務成本指數改變率」的預算，完全按照剛剛翁委員文能的訴求。

三、另外有項附帶建議，不是協定事項。跟剛才中醫門診總額一樣，我們有個附帶建議事項，有關新藥的費用，相信醫界也很痛苦，都有超支的問題，雖然健保署現在的計算公式已考慮到超支的部分，但也請健保署檢討計算公式是否完全反映新藥的合理成長，這樣可以嗎？這是附帶建議。以上方案是對醫院部門最大的誠意，我們付費者沒有錢了，這已經是我們可以給的最大額度。

傅主任委員立葉

付費者代表已經說明他們修改後的方案，請問醫院代表有無意見？(醫院代表要求螢幕呈現調整後的數字)請幕僚將螢幕的試算表拉到最下方，讓大家看調整後的最後結果。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

跟醫院代表說明，剛才的調整都是依據你們的建議所編列，請好好考慮。

翁委員文能

我們還有建議，新藥費用的支出情形要監控 5 年，這是同意的嗎？

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

在協定事項有在預算額度內支用(螢幕協定事項文字：應排定優先順序，在預算額度內支用)。

翁委員文能

「其他醫療服務密集度改變」部分，我們幾位代表還需要討論一下，

他們比較懂，他們同意我就同意。
滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

錢全部都給你們了，都沒有少。

林委員錫維

該補的都補了啦！

翁委員文能

我們也很有善意，這次列的預算也很如實，所以才跟付費者方案這麼接近。請再給我們 3 分鐘。

陳協商代表瑞瑛

請將試算表拉下來，再往上一點...(確認數字中)。

傅主任委員立葉

請往上一點，要看上面的數字。

林委員錫維

OK嗎？

謝協商代表景祥

我想 2 億元應該是分配在南區，協定事項中應該要寫清楚，否則執行上不見得會分配到南區。

傅主任委員立葉

對。這樣清楚了嗎？(依協商代表建議於螢幕上顯示文字)

翁委員文能

屆時預算分配到南區，還要請健保署幫忙。

傅主任委員立葉

等一下請健保署說明。

翁委員文能

原則上我們是同意。

傅主任委員立葉

請蔡副署長淑鈴說明。

蔡副署長淑鈴

我說明一下，現在的作法當然是非常的權宜，但是備註欄可以好好

寫清楚，請將畫面拉回到前面診所的那 1 項，就是 2.32 億元那裡，這裡的文字沒有寫清楚，這邊的「不自 108 年基期扣減」，前面還有一段話，不是嗎？

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

你幫我們寫，請提出來建議修改的文字。

蔡副署長淑鈴

我先說明一下：

- 一、本來 107 年「其他醫療服務密集度」預算(4 億元)的支用是有條件的，就是做為醫院附設門診部回歸醫院之用。中榮嘉義醫院附設門診部回歸醫院，因為後來有追認，所以是符合條件的。原來剩下的 2.32 億元（原預定回歸醫院的醫院附設門診部中，部分因故未回歸，故有剩餘），但現在慈濟斗六診所轉為醫院，也要用這筆 2.32 億元預算，其實是與原則不符的。因為這筆預算原來用途是有前提的，如果要改變，需要把這 2.32 億元，作為慈濟斗六診所回歸醫院之用寫清楚。事實上，這件事情還需要送到健保會追認。下個月本署會提出中榮嘉義醫院附設門診部要用到這筆錢的提案，接下來也會將慈濟斗六診所的部分寫進去。第 1 個建議是文字可以敘述清楚。
- 二、第 2 個建議，要註明 2 億元預算是分配給醫院總額的南區，如果不寫的話，到時候就會照 6 分區的分配方式分配，這筆錢就不會回到南區，所以要落下相關文字，回到所有的初衷，這是我們的建議。

干委員文男

預算沒有問題！文字就照你們的意思寫。

林委員錫維

大家還有意見嗎？沒有意見，請大家鼓掌通過(委員鼓掌)。

傅主任委員立葉

不用再確認了吧？

翁委員文能

我們再確認一下。

傅主任委員立葉

好，我們再看一遍，如果有問題再提，要不然就確認。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我認為應該要在「其他醫療服務利用及密集度之改變」的協定事項註明匡列 42 百萬元的用途，如果沒有這樣寫，就不能從那裡拿出 42 百萬元。

蔡副署長淑鈴

我來說明，其實這裡有誤差，107 年未支用的 2.32 億元中有 74 百萬是要給灣橋醫院使用，剩下的額度不足 2 億元。但因為有 2 億元要分配給南區，所以才會在「其他醫療服務利用及密集度之改變」編列 42 百萬元，加起來正好 2 億元給南區，文字部分，我們會後再修正，但何代理委員語講的是對的。

傅主任委員立葉

如果文字部分需要再修正，請明天委員會議之前修正好，我們再確認(多位委員表示同意)。基本上，大家已經有共識了。

陳組長燕鈴

主席，請問幕僚可以報告一下嗎？

傅主任委員立葉

好，請幕僚補充說明。

陳組長燕鈴

今天醫院總額協商相關成長率及金額試算，基期是將健保署原先扣減的 2.32 億元扣除，現在決議不扣減該筆經費，我們還需要把這 2.32 億元加到總額基期，相關項目需要再重新計算。為了不影響接下來的協商進度，建議今天先確認這個數字，明天調整過基期後，我們會補報告調整後的數字及成長率，這樣可以嗎？(多位委員表示：好)

傅主任委員立葉

就是成長率及金額的數字會配合基期修正，明天會修正數字。

陳組長燕鈴

影響不大。

傅主任委員立葉

實際的影響不大。

翁委員文能

- 一、好！首先，我代表醫院總額部門謝謝各位，尤其是付費者代表委員及專家學者的支持。在此是要特別向各位報告，今年醫院總額部門拿出十足誠意，預算額度編列很踏實。我必須說我們過去是有多多少錢就會做多少事，未來我們會本著服務消費者的的心，繼續努力。
- 二、但是也要請各位付費者代表跟委員回去要宣導，因為醫療資源浪費是兩方面造成的(多位委員表示認同)。除了醫界努力、健保署建置雲端藥歷，以減少醫療資源浪費外，也需要透過宣導，讓全國民眾知道資源是大家的，消費者也需要謹慎使用資源，因為健保財務已經瀕臨赤字，明年就會爆掉，需要大家共同努力。據說這次是多年來唯一的一次的共識，謝謝大家(委員鼓掌)。

傅主任委員立葉

好，謝謝大家，醫院總額協商已經達成共識。不過健保署蔡副署長淑鈴還要做點補充說明。

蔡副署長淑鈴

不好意思！我們現在發現一件事情，提醒一下雙方，看要不要再檢視一下。「藥品給付規定範圍改變」所增加的費用，原來本署有編列4億元，西醫基層也有編列有同項預算。因為一旦藥品給付規定放寬，醫院及西醫基層總額都會用到，剛才西醫基層總額有編列費用，但醫院總額現在是完全沒有編預算。這個部分會有問題，剛剛是說放在新醫療科技，但是該項目並沒有估列這4億元的費用。

林委員錫維

醫院部門不要啊！

蔡副署長淑鈴

醫院不要嗎？

翁委員文能

沒有，不是這樣的，我解釋一下。我們當初是建議跟「新醫療科技」放在一起。

蔡副署長淑鈴

但是新藥的預算額度中並沒有包含這 4 億元。

翁委員文能

我們本來的建議是將新藥及藥品給付規定範圍改變所增加的費用都包含在「新醫療科技」中新藥的 19.34 億元裡面。

蔡副署長淑鈴

沒有啊！新藥的預算中沒有列這 4 億元。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

可以適度運用「在醫療服務成本指數改變率」增加的預算。

蔡副署長淑鈴

沒有啊！那邊也沒有加到這筆費用。

翁委員文能

如果健保署建議外加，付費者代表委員也同意外加，我們也是欣然同意。沒有的話，就放在新藥的預算裡面。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

要不然從非協商因素的「醫療服務成本指數改變率」增加的預算去支應，好不好？因為真的沒有預算了。

翁委員文能

我們的建議是跟新藥放在一起。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

這樣就會排擠到新藥，如果要加上這 4 億元，這樣複雜度更高，我們等一下就得重談，不然會吃掉新藥的額度。

翁委員文能

那就不要那麼多新藥？

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

不可能！因為新藥額度是健保署用公式計算出來的。

翁委員文能

那就不要新增藥品給付的適應症！

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

因為有既定的公式，這不是我們決定的。

蔡副署長淑鈴

這樣不行，如果一改，就大家都得改，...

翁委員文能

沒有預算怎麼可以用這個錢呢？怎麼可以這樣呢？

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

可以用醫療服務成本指數改變率增加的預算...

翁委員文能

這我不贊成。不能這樣啦！我們一開始就建議，新藥的部分應該要事先提出有多少新藥項目及新增適應範圍，再編列下年度的預算，現在我們夯不隆冬編列 19.34 億元，我建議要將這 2 者放在一起，因為這都須要經過「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」核准才能通過，因為對於醫療服務提供者來說，新藥項目及新增適應範圍是一件事情的 2 面，後面所造成的變化也幾乎是一樣的。不知道健保署是否同意？

蔡副署長淑鈴

事實上，新藥的 19.34 億元光是用於新藥項目，不能勻用到新增適應範圍的支出。

翁委員文能

那就減少新藥項目。

蔡副署長淑鈴

不行，這不一樣。這是 2 個不一樣的東西，要不然就會擠壓到新藥。

翁委員文能

要不就增列經費。

蔡副署長淑鈴

對，應該是要增加經費。

翁委員文能

可以增加少一點。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

請問健保署蔡副署長，這 4 億元可否匡列在「醫療服務成本指數改變率」內用於調整支付標準？不知道可不可以？

蔡副署長淑鈴

可是同樣這個項目在西醫基層是額外編列預算。不是用「醫療服務成本指數改變率」的預算，2 個部門不一樣，會不會有不公平的問題。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

現在的問題是整體的預算就不夠了。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

你們剛剛不是說雲端藥歷省 17 億元？

蔡副署長淑鈴

對啦！雲端藥歷如果要怎麼樣...，但我的意思是 2 個總額部門的處理方式要不要一致？因為同樣一個項目，現在處理不一致，如果處理方式一致，我們都沒有意見，如果不一致，會不會有問題？

王委員雅馨

呼應蔡副署長淑鈴的意見(針對藥品放寬適應症或調整給付條件應在醫院部門有編列預算，與西醫基層相同有編列才有一致性)，應該要一致。

傅主任委員立葉

這樣子的話，付費者是否需要內部會議討論。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

因為沒有錢了啊！手上沒有籌碼了。

林委員錫維

沒有錢了！還談？

傅主任委員立葉

如果執行面可以處理...。

蔡副署長淑鈴

不是執行面的問題，這會變成沒有項目，而且如果醫院總額是用非協商因素，那這樣就與西醫基層總額不一致，這是一個要考慮的，另外一個，若如醫院所建議勻用新藥的額度，那就是會擠壓新藥的預算，現況就是這樣。

翁委員文能

我記得去年醫院總額並沒有這個協定項目，去年沒有這一項。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

好，沒關係，如果從其他預算吐 4 億元出來，我們手上有沒有錢，健保署最知道，我們沒有不願意給。付費者的方案一開始這個項目預算就是零，現在又說不要用「醫療服務成本指數改變率」的預算支應這項費用，那今年總額協商的空間也只有 121 億元，我們沒有故意不給，也不是挑毛病...。

翁委員文能

我提醒一下，去年協商沒有這項(指「藥品給付規定範圍改變」)，今年是西醫基層編的，醫院方案的第 1 版草案也沒有編這項預算。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

請問醫界代表今天可否先讓這個版本先定案，我們再看其他預算跟健保署的協商結果，看看可否從其他預算的專款中省 4 億元出來，要不然真的沒有錢了，假如那邊能省 4 億元，明天早上再針對這個藥品項目用 10 分鐘討論。

翁委員文能

我們欣然同意，謝謝。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

這樣好不好？要不然真的沒有錢了。

翁委員文能

謝謝，同意(委員鼓掌)。

傅主任委員立葉

對不起，需要跟付費者代表確認。意思是先用現在這個版本，然後呢？

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

先用這個版本，再看其他預算與健保署的協商結果，看看那邊可否省 4 億元出來，假如那邊能省出 4 億元，明天早上再跟醫院代表只針對「藥品給付規定範圍改變」這項討論，其他項目今天就都定案。

傅主任委員立葉

意思是等跟健保署的其他預算協商結果出來，再回頭討論藥品給付規定範圍改變這個項目？

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

醫院總額的項目先以現在版本定案，明天只討論藥品給付規定範圍改變這個項目，其他項目都定案了。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

我的看法是，如果這邊要再加 4 億元，醫院總額部門成長率就會破 4.5% 上限，我是認為應該等明天看看非協商因素或其他預算可否再撥出 4 億元，不然現在繼續談沒有意義，因為這邊已經沒有錢了，我的看法是這樣啦！希望大家要互相尊重、體諒，如果你們一定要堅持，也是不可能的。

傅主任委員立葉

請問醫界是否同意？就是這 4 億元，先看其他預算協商的結果，再來討論這 4 億元。

陳組長燕鈴

主席，幕僚報告一下，請參閱議程資料第 124 頁，這 4 億元的用途，除了用於藥品給付規定範圍改變外，還有相關醫療服務密集度的增加。所以該項 4 億元預算，並非完全用於藥品給付規定範圍改變，可能需請健保署幫忙確定這 4 億元經費要如何分配？

傅主任委員立葉

請問健保署，若只是預算編列方式與西醫基層不一樣，若執行面沒有困難，是否由健保署與醫院商議在執行面處理，有沒有可能？

蔡副署長淑鈴

如果沒有預算來源，那這 4 億元要去哪裡搬？

傅主任委員立葉

請問專家學者及公正人士有沒有意見可提供？怎麼處理這個問題比較妥適？其實我感受到雙方共識程度是很高的。基本上已有共識，只是...

周委員麗芳

剛剛不是已經有共識嗎？何代理委員語的建議，醫界也都鼓掌接受了，等一下其他預算討論完後，若是醫院總額部門願意留下來繼續討論，今天晚上就能夠確定。而且剛才基期的 2.32 億元要再放進基期，稍微再計算一下，今晚應該可以知道結果。所以應該是有共識的。

傅主任委員立葉

醫界是否同意？

翁委員文能

同意，反正加太多也會爆掉(指成長率超出協商上限)，再怎麼加也不可能太多，同意，也不一定要 4 億元。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

醫院總額的分母是蠻大的，107 年有 4,600 多億元，108 年談下去也接近 4,900 多億元，所以不要一直看成長率，應該要看成長金額及

總經費，今年大約要成長 190 多億元，額度是相當大的。再說今年付費者代表也非常有誠意，提出的成長率與醫院總額部門所提出額度可說是相當接近，打破過去多年來醫院總額協商不會成功的疑慮，是可喜的現象。現在的差距僅有 4 億元，相信若是由醫界自行調整，也不是很困難。以新醫療科技的預算來看，每年都編列相當多經費，105 年至 107 年，3 年內給了 100 多億元，再加上今年的 30.19 億元，4 年給 130 幾億元，所以現在的差距並不算很大，既然付費者已經承諾，倘若其他預算協商後仍有空間，他們還是願意再給，這是很好的承諾，相信醫界應該也可以接受，所以我們就不要再耽誤時間，既然消費者代表都願意立下承諾，應該也不會黃牛，請醫院的協商代表相信他們。

傅主任委員立葉

我想付費者代表與醫院總額部門之間，雙方其實是有共識的，我們就依照剛才何代理委員語建議處理，先照現在的共識版本，因為基期也要按照調整過的基期重算，我們最後再來處理...。

蔡副署長淑鈴

主席，這個項目(指協商項目「藥品給付規定範圍改變」)若放在其他預算根本沒辦法結算，這個項目是在一般預算裡面，無法分割，技術上，健保署也無法辦理結算。而且現在醫院總額的協商方案也還有預算空間沒有用完，事實上是還有空間的，只是數字上會有一些變動。主要是結算技術上無法克服，並不是說放在其他預算就可以，因為我們無法結算。

傅主任委員立葉

請學者專家盧委員瑞芬或黃委員偉堯表示意見。

盧委員瑞芬

其實付費者代表的意見是其他預算還沒有談，如果那邊也許可以減 4 億元，再來討論醫院總額這邊要編列多少，我想他們的意思並非將這個項目放在其他預算結算，而是等其他預算勻出預算空間後，再看有多少額度，再考慮編列多少預算給醫院總額，額度也不一定

就是 4 億元。

蔡副署長淑鈴

但是現在醫院總額的成長率，也尚未用到頂，離 4.5% 上限還有空間嘛！如果願意給，就是現在給，不需要再從其他預算挪過來，...

傅主任委員立葉

因為付費者代表是要整體考量，他們不是僅考量這個部門，還要看其他預算協商的情形，之後再決定這個項目的處理方式。因為協商的雙方有共識，所以就先照這樣，請陳委員亮良。

陳委員亮良

建議不要再耽誤時間，原則上我們與醫院總額部門已有共識，就是前面幾位委員所建議的先保留那 1 項，等其他預算談完之後再說，後續還有牙醫總額部門也要重啟協商，所以說還是調整空間，這部分不要預設立場，原則上我們的底線就是這樣，我們就先談到此。

蔡副署長淑鈴

主席，想提醒一下，舉例來說明執行上的困難，如果帶狀皰疹適應症放寬，以現在這樣的預算規模，在醫院看帶狀皰疹沒有錢，在基層看帶狀皰疹就有錢，我們要這樣嗎？

傅主任委員立葉

一、這項保留(指協商項目「藥品給付規定範圍改變」)，等其他預算協商完，再來討論這項金額，但不是用其他預算去支付這項費用，只是保留這項，後面再做最後的協商。醫院總額雙方協商達成共識，唯獨保留這項，其他項目全部通過，付費者的意思是要看其他預算協商的結果，再來決定這項，對不對？(付費者代表回應：對)

二、感謝雙方的協商代表，雙方的努力有成果，醫院總額協商成功。
現在休息 6 分鐘，8 點 50 分進行其他預算協商。

(其他預算協商結束後，付費者代表與醫院部門代表進行總額協商約 3 分鐘)

傅主任委員立葉

接下來處理醫院協商未達共識的部分。請醫院協商代表進入會場，

並請付費者代表說明。

林委員錫維

有關醫院的部分，付費者代表已做進一步的協商及讓步，希望能達成協商，所以決定再給醫院部門 300 百萬元，此已是上限，希望醫院部門能接受，將此協商完成。OK嗎？

翁委員文能

OK！非常感謝。

林委員錫維

好！（大家鼓掌表示同意）謝謝醫院部門代表。

伍、108 年度總額協商－「其他預算」
與會人員發言實錄

伍、108 年度總額協商－「其他預算」與會人員發言實錄

傅主任委員立葉

各位委員及健保署協商代表，剛才說 8 點 50 分開始協商，現在時間到了，請大家就座。接下來進行其他預算協商，第 1 階段是提問與意見交換，所有委員都可以發言，請健保署儘量在 5 分鐘內簡短說明。

蔡副署長淑鈴

請劉專門委員林義說明。

劉專門委員林義

- 一、其他預算部分請看會議資料第 175 頁，協商項目總共有 11 項，第 1 項「基層總額轉診型態調整費用」，107 年開始編列 13.46 億元，用於補助西醫基層因分級醫療所造成的財務衝擊，考量 108 年應會有同樣的情形，本項以 5% 成長率預估，108 年約增加 0.67 億元。
- 二、第 2 項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，本項預定明年新增「山地鄉論人計酬試辦計畫」，將規劃品質確保獎勵費、財務管理獎勵費等，預估約增加 5 千萬元，108 年的預算為 6.554 億元。
- 三、第 3 項「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」，本項分為 4 大部分，第 1，居家醫療照護：以近 4 年的醫療費用平均成長率 10.6% 預估，費用約 42.3 億元；第 2，助產所：103~106 年執行數約 3~4 百萬元，108 年建議維持編列 5 百萬元；第 3，精神疾病社區復健：以過去費用成長率來預估，約 19 億元；第 4，轉銜長照 2.0 之服務(出院準備)：編列 0.75 億元，皆是根據過去的費用成長做編列。
- 四、第 4 項「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及 C 型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費」，本項屬於預備款，107 年原編 2.9 億元，請參看幕僚補充意見，

106 年的執行率 97.4%，因擔心預備款項不足，建議增編 2.1 億元，總金額至 5 億元。

- 五、第 5 項「推動促進醫療體系整合計畫」，總共有 4 項計畫，包括「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」、「區域醫療整合計畫」，其中「區域醫療整合計畫」將等到分級醫療等措施實施後再推動，所以明年暫時沒有這個計畫，明年計有 3 項計畫，費用維持 7 億元。
- 六、第 6 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，本項也是屬於預備款，107 年預算為 8.22 億元，請參看幕僚補充說明第 3 點，104 年曾經因支應八仙粉塵暴燃事件及高雄石化氣爆事件，花了 7.9 億元。因擔心重大事件將預備款花光，這會讓醫療機構有些擔心，建議預算增編至 15 億元。
- 七、第 7 項「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」，請參看健保署說明第 1 點，本項建議增編 0.59 億元，總金額 11.59 億元。今天前面的幾場協商，已將牙醫、中醫、西醫基層、醫院部門的頻寬補助費用移列至各部門的專款。本項預算包含：仍有些院所不屬於這四個總額部門的「網路頻寬補助費」約 1.5 億元、「資料上傳獎勵金」約 7.1 億元，以及「107 年開放影像傳輸不足款」約 2.99 億元，這關係到院所的傳輸意願，若獎勵金點值浮動，擔心院所不傳輸，將失去效果，這部分建議回補 2.99 億元，合計 11.59 億元。
- 八、第 8 項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」，本項不新增預算，建議維持原預算。
- 九、第 9 項「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」，本項包含 3 個計畫，「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)」、「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提升獎勵計畫」，因要鼓勵腎臟移植，從去年開始陸續在 Pre-ESRD 增加鼓勵腎臟移植的獎勵誘

因。請參看健保署說明第 2 點，103 至 106 年的執行率，其中 106 年執行率高達 9 成，約 91%，預估 108 年將不足 5 千萬元，建議增編 5 千萬元，總金額 4.54 億元。

十、第 10 項「提升保險服務成效」，網路頻寬的部分已有經費補助醫療院所，但是健保署自己的部分仍有需加強，本項費用將用以增強本署的資訊設備，建議增編 5 千萬元，108 年編列 3.5 億元。

十一、第 11 項「高診次者藥事照護計畫」，本項遵照評核委員的意見，請參看到幕僚補充說明第 3 點，評核委員建議計畫停辦，經費刪除，因前端已有雲端醫療資訊系統，建議停辦這個計畫，遵照委員的意見刪除，以上是健保署的建議。

傅主任委員立葉

請問委員有無提問？請林委員敏華、干委員文男，古委員博仁。

林委員敏華

針對第 11 項，藥師公會代表古委員博仁也在座，可否聽一下他的意見？

傅主任委員立葉

先請干委員文男，再請古委員博仁。

干委員文男

請看會議資料第 184 頁，現在將「高診次者藥事照護計畫」4 千萬元都刪掉，我是主張編列 2 千萬元，因為雲端藥歷...

傅主任委員立葉

現在還沒進入預算協商階段，先請古委員博仁。

古委員博仁

一、主席、各位委員，大家辛苦了！今年這個計畫已進入第 8 年，從 102 年開始，105 年的執行率約 63%，102 年最高約 91%，每年呈現的指標，即投資 1 元，約拿回 1 點多元，甚至最高有 2.5 元的效益。

- 二、整體意見中，有個意見不太明瞭，雲端醫療資訊系統成功，代表能讓醫師減少重複用藥的問題，但不代表民眾沒有用藥問題，這是兩回事，如果民眾都沒用藥問題，為何藥物副作用每個人的表現都不一樣？很多藥師從事居家藥事照護時發現很多問題，包括教育、觀念、如何使用藥物等問題，民眾很多都不瞭解。明年的健保總額應破 7 千億元，4 千萬元占不到 0.05%，這是世界少有的計畫，可以讓藥師提供優質的居家藥事照護服務，這是很難得的機會。
- 三、花 5 千萬元去做「提升醫院用藥安全品質方案」(醫院部門「醫療給付改善方案」項下計畫之一)我認為是對的，但是這與一般民眾的藥事照護完全是兩回事。身為藥師關心很多用藥問題，尤其老年化來臨，老年人用藥問題需要有專門人員做教育。懇請委員與長官能體恤台灣老年化問題，這部分的預算能否給予一些保留？大家可以一起來為台灣用藥安全努力。

傅主任委員立葉

還有沒有委員要發言？請何代理委員語、吳委員榮達，陳委員亮良。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、第 2 項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，山地的人口數一直下降，這麼多年來，執行率約 77%~80% 執行率，人口數一直下降，為何還要增加預算？
- 二、第 6 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，整個金額調高將近 1 倍，成長率太高了，增加 6.78 億元，總共編列 15 億元。107 年原編 8.22 億元，104 年是因八仙粉塵暴燃事件用了 7.37 億元，但是費用需求也沒將近 1 倍的成長！
- 三、第 7 項「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」，四個總額部門已編了專款費用，雖然其他預算也需要一些上傳作業的經費，但是近年來每年預算都是 11 億元，108 年為何要多編 0.59 億元？
- 四、第 9 項「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」整個估算下來，只

有 4.5 億元，為何又要增加 0.5 億元？

五、第 11 項「高診次者藥事照護計畫」，雖然已有雲端醫療資訊系統，但是雲端只管控領藥，不會去管控丟藥跟服藥的事情，所以丟藥與服藥還需要專人去指導，這部分經費全部刪除，等於斷奶一樣，沒有輔導期。有了雲端醫療資訊系統，仍要有人執行病人指導，建議應重新考量如何編列這部分預算？

傅主任委員立葉

我們統問統答，等委員都詢問完，再請健保署統一回應。

吳委員榮達

只有一個問題，會議資料第 175 頁，第 1 項「基層總額轉診型態調整費用」，健保署說明 3.(1)「基層達到一定門檻，才能相對動支一定比率預算」，這裡對於門檻的部分沒做說明，到底門檻的條件與標準是如何？請健保署說明。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

主席、各位委員，大家晚安，現在已經 9 點了，其他預算有點中央集權現象，我曾說過所有的預算都匡在健保署由其控管，對於「高診次者藥事照護計畫」，我覺得台灣好不容易推動醫藥分業，以及醫師與藥師之間能有平權計畫，剛剛很多委員提到不只是醫師開藥，在總額提升過程，藥師的工作責任也更大，我好幾次在健保會提問，為什麼這次健保署要刪除這個計畫？評核委員有時給的意見不一定是基層消費者的需求，到底是基於甚麼因素要將這個計畫停辦？請藥師公會的理事長針對醫藥分業用藥安全部分再補充說明。

傅主任委員立葉

剛剛古委員博仁已經說明過了，請周委員麗芳。

周委員麗芳

我也是針對項次 11「高診次者藥事照護計畫」，這個計畫與雲端醫

療資訊系統的功能不太一樣，就整個健保來說，希望開源與節流並重，仍有這個意義，所以全數刪除是否妥適？等一下協商時，還請進一步思考。

傅主任委員立葉

針對以上問題請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、第 1 項「基層總額轉診型態調整費用」，吳委員榮達提到基層達到一定門檻才可以動支，有沒有協商出動支的門檻？這部分確實已有共識，即透過醫院下轉的病人費用才可動支這筆經費，大致上已有這樣的共識。
- 二、第 2 項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，增編了 5 千萬元，何代理委員語提問山地離島的人數越來越少，為何要多編經費？所估預算是論次費用，不是論量費用。所謂論次費用是指每次看診不論醫師看多少人，仍給付 1 次的費用，跟看病的人次或人數沒有關係。
- 三、何代理委員提問第 6 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」為何編列 15 億元？增編 6.78 億元？增編經費的用意是以備不時之需，因過去曾發生八仙粉塵暴燃事件，快要將預備款用完，當時編 8 億多元，用了 7 億多元，未來不知會發生甚麼事情，所以建議增編預算，請委員參酌。
- 四、第 7 項「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」，何代理委員提問各部門都編了頻寬費用，與這個有無重疊？完全沒有重疊，各部門編到專款是頻寬的補助費，這裡編列的主要是上傳的獎勵費。另外多編 0.59 億元，是因為原編的 11 億元沒有估到影像上傳費用，現在新增影像上傳，所以這部分預算會不足。
- 五、第 9 項「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」，請參看健保署的說明，依照目前成長率推估確實經費會不足，所以多編 0.5 億元。

六、第 11 項「高診次者藥事照護計畫」，請參看健保署的說明，刪除本計畫是依照評核委員的意見，但是我們不堅持，以上說明。

傅主任委員立葉

請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

一、第 11 項「高診次者藥事照護計畫」，補充說明一下，請參看會議資料第 184 頁，102~107 年的執行率下降中，107 年 1~6 月的執行率為 7.2%，有執行率偏低的問題。

二、健保署的資料說明得很清楚，因在醫院 107 年已新增臨床藥師方案(即「提升醫院用藥安全品質方案」)；另外有居家照護部分，107 年已整合藥師居家照護，讓藥師進到社區做同步輔導，所以功能上已有相關計畫替代。

三、本項計畫目的為高診次者的藥事照護，也就是減少藥物浪費。請參看健保署說明 3.(6)，高診次的七大原因中，藥物濫用僅占了 0.15%。整個計畫已離開原有的目的範圍；除非另有其他考量，否則請大家能參考這些資料與數據。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

第 11 項「高診次者藥事照護計畫」，以前沒有雲端藥歷來執行這個工作，現在已有執行成效，我們也肯定。我們建議經費不要完全刪掉，但是目標要轉向，滿街藥局的藥品回收藥箱都是滿滿一整箱，有自費買的，也有健保用藥，也都有名字及日期，這些都是我們最忌諱的浪費。希望本項不要殺到見底，留一半預算。

傅主任委員立葉

請問付費者委員需要內部會議討論嗎？(付費者代表回應：需要)請古委員博仁、謝委員武吉。

古委員博仁

- 一、向黃委員偉堯報告，107 年 1~6 月的執行率 7.2%，但是我們所有的藥師拿到名單時已至 5、6 月，執行率 7.2% 對我們是不公平的，相信到年底執行率至少會有 70%~80%。現在執行率感覺上是低，藥師輔導每一照護個案，全年以申請 8 次服務費用為上限，但是我們平均是 4 點多次，藥師公會全聯會在後台有請臨床藥師做監管，當個案所有用藥問題解決後，會主動要求藥師結案。我們認為這些錢都是民脂民膏，我上任後每年約編 100 萬元做後台管控，我們不一定要做滿，但是希望要做好。
- 二、請看成效指標，106 年門診藥費降了 12.77%，門診藥費有雲端藥歷仍會降低，而且看了成效，成本利益比平均 1 元可以拿到 1.3 元，即投資 100 元，可以拿到 130 元，往前推 3~5 年每個指標結果都是這樣，雲端藥歷是對的，但不代表所有的問題都能解決，假如雲端藥歷是正確的，相信就不會有 200~300 噸的廢藥，很多部分需要靠教育，明年總額已到 7 千億元，但沒編教育經費，民眾真的要教育，民眾也可以教育，這部分大家都有責任。
- 三、剛才黃委員提到執行率 7.2% 的部分，真的是時間差，保證年底執行率 70~80%。本項計畫有其功能，真的有需要。站在民眾端，台灣很多老人，尤其針對高用藥部分需要專人做教育，整個成效指標顯示，對健保署而言也沒有虧本。我們台灣的子民，每個人都需要關心，身為藥師我們希望讓民眾更健康，這才是我們要的。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、今天很高興大家都能夠非常和諧，尤其醫院方面的和諧，能和委員共同達成共識，這是我們 10 多年來難能可貴的事情，我們非常感謝滕代理委員西華和林委員錫維。
- 二、這裡有個建議，醫院有個「促進醫療體系整合」項目，它的說

明和會議資料第 175 頁一樣，都有「鼓勵院所建立轉診之合作機制」項目，但是醫院這方面多 1 項，就是不含平轉，希望刪除。

三、我們感謝吳委員榮達剛才問的第 1 項「基層總額轉診型態調整費用」說明 3.(1)有規定門檻，但條件標準是什麼都沒說出來，這是第 1 點。

四、這完全是分級醫療轉診制度垂直整合重要性的必要的措施，我們很感謝大家剛才給醫院這部分總共是 6.89 億元，但是其他預算裡面這裡又增加 0.67 億元，等於基層總額轉診型態調整費用共編了 14.13 億元，同樣是垂直整合，怎麼醫院、基層有差一半的狀況？希望委員也要鼓勵我們醫院這方面的大方向，好不好？

傅主任委員立葉

「提問與意見交換」就進行到這裡，若沒有其他意見，請開始進行內部會議。

(付費者代表進行內部會議討論約 31 分鐘)

傅主任委員立葉

各位委員、健保署代表，大家好！請大家就座，付費者委員已經回來會場，內部會議應該已經結束了，接下來進行「其他預算的預算協商」，付費者的主談人是趙委員銘圓，請趙委員說明付費者代表的方案，也請幕僚將電腦螢幕準備好。

趙委員銘圓

主委、健保會委員、健保署同仁與所有幕僚，大家辛苦了！最後 1 場協商壞人要做沒關係，希望我們與健保署的協商，能跟前面的部門一樣那麼順利，時間已經快 10 點了，希望趕快達成協定：

一、第 1 項「基層總額轉診型態調整費用」維持 107 年的預算 13.46 億元。另外，有關協定事項部分，第 1 點，優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不

足；第 2 點，請持續檢討監測指標及訂定合理的動支標準。未實施月份，應扣減支應上開專款項目不足經費後之預算；第 3 點，方案應送健保會備查。

- 二、第 2 項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，本項依照健保署之意見，經費為 6.554 億元。協定事項第 1 點，本計畫納入「山地鄉論人計酬試辦計畫」；第 2 點，本計畫應送健保會備查；第 3 點，不支應屬於公共衛生預防保健項目。
- 三、第 3 項「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」，建議維持原預算(55.2 億元)。
- 四、第 4 項「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及 C 型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費」，本項建議為 3 億元。協定事項為加強醫院及基層總額同項專款項目之費用管控，避免發生預算不足之情形。
- 五、第 5 項「推動促進醫療體系整合計畫」，本項經費建議減列 2 億元，改為 5 億元。其協定事項為檢討「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」在分級醫療政策下之定位及各種整合模式之成效，並修訂計畫內容。
- 六、第 6 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，本項經費建議為 10 億元，增加了 1.78 億元。
- 七、第 7 項「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」，本項經費建議減列 4 億元，即 7 億元。本項有但書，第 1 點，請提出全面實施本方案期程規劃，並增訂實施鼓勵院所上傳資料之獎勵期限；第 2 點，請將節流執行效益，適度納入 109 年各部門總額協商減項；第 3 點，不回補 107 年度不足款。
- 八、第 8 項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」，金額同健保署，建議維持原預算(16.538 億元)。但請檢討本計畫之執行及提出醫療利用合理性評析。

九、第 9 項「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」，建議維持原預算為 4.04 億元。協定事項為請加強個案管理機制，並評估「整合糖尿病與慢性腎臟病方案」之可行性及支付效益，並納入 109 年總額協商提案參考。

十、第 10 項「提升保險服務成效」，建議維持原預算 3 億元。有關協定事項部分，第 1 點，請於 108 年 7 月底前提出各總額部門前 1 年一般服務各協商項目之執行情形(含成效)檢討。第 2 點，請檢討總額預算挹注重要政策「推動分級醫療」之成效，並規劃中長期目標與策略，並 108 年 7 月底前提出專案報告。第 3 點，不得用於硬體設備購置。

十一、第 11 項「高診次者藥事照護計畫」，建議減列 10 百萬元，即 30 百萬元。附帶建議：請檢視回收藥物，加強藥物浪費查核與輔導。此項名稱修正為「特殊族群藥事照護計畫」。以上為付費者代表的建議方案，希望健保署不要有太多意見，可以早點完成協商。

傅主任委員立葉

對於付費者代表之方案，請問健保署是否同意，有無其他意見？請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

我補充一下，有關最後 1 項「特殊族群藥事照護計畫」部分，付費者代表多數同意健保署與評核委員之意見，但是覺得仍然有些人需要被照顧到，所以協定事項是：照護對象由健保署與藥師公會全聯會協商。

傅主任委員立葉

請問本項是附帶建議或協定事項？

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

這項是協定事項。原本螢幕上呈現的第 1 點：請檢視回收藥物，加強藥物浪費查核與輔導，才是附帶建議。

傅主任委員立葉

- 一、第 1 點，請檢視回收藥物，加強藥物浪費查核與輔導，是附帶建議；第 2 點，照護對象由健保署及藥師公會全聯會研訂，是協定事項，對不對？(部分委員回應：對)。
- 二、建議這兩項協定事項的順序對調，第 1 點寫協定事項，第 2 點再寫附帶建議。因為第 1 點就是協定事項，所以不用寫「協定事項」這幾個字，直接寫協定內容即可；第 2 點則須註明是「附帶建議」。請問健保署有無意見？

蔡副署長淑鈴

- 一、謝謝委員們的建議，第 1 項「基層總額轉診型態調整費用」不增加預算，健保署同意。
- 二、第 2 項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，經費 6.554 億元，健保署同意。
- 三、第 3 項「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」不增加預算，對健保署而言有困難。因本項有居家醫療照護，是現在重點推動項目，且為了銜接長照 2.0 之出院準備，此部分的費用預計會增加，所以可否保留？如果增加 6.9 億元太多，可以再協商金額。
- 四、第 4 項「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及 C 型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費」，本項是備用款，過去此費用常有增加之情形，建議本項保留，金額可再協商。
- 五、第 5 項「推動促進醫療體系整合計畫」，健保署同意(預算 5 億元)。
- 六、第 6 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，健保署同意(預算 10 億元)。
- 七、第 7 項「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」，本項預算金額(7 億元)會有問題。本項主要為資料上傳費用，過去 3 年的預算金額不包含影像上傳費用，但現在影像

上傳已經是推動的重點項目，所以本項一定要維持本署原列金額(11.59 億元)。

八、第 8 項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」，維持原預算(16.538 億元)，健保署同意。

九、第 9 項「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」，維持原預算(4.04 億元)，健保署沒意見。

十、第 10 項「提升保險服務成效」，本署需要爭取，尤其要求本項明列不得用於硬體設備購置會有問題，因本項會編到本署的預算書內，含有資本門的使用及經常門的使用兩部分，因為健保署確實有用於資本門之購置。另外，本項多編 5 千萬元，也希望付費者代表能支持。

十一、第 11 項「特殊族群藥事照護計畫」，健保署沒意見(預算 3 千萬元)。

傅主任委員立葉

以上為健保署的回應，請問付費者代表需要再進行內部會議嗎？(有委員回應：好)再談一下，好不好？有些項目健保署已經接受，接下來由付費者代表進行內部會議，討論時間 10 分鐘。

(付費者代表進行內部會議討論約 10 分鐘)

傅主任委員立葉

付費者代表內部會議已經結束，現在再次進行其他預算的協商，請主談人趙委員銘圓說明內部共識方案，也請幕僚備好電腦螢幕資料。

趙委員銘圓

一、剛才付費者代表討論的結果，第 3 項「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」預算調整為 59 億元，增加 3.8 億元。協定事項為：新增預算必須用於居家醫療照護。

二、第 7 項「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」預算調整為 8 億元，增加 1 億元，即較 107 年減列 3 億

元。去年本項預算不足 2.99 億元，不予回補。

三、第 10 項「提升保險服務成效」還是維持 3 億元。另將不得用於硬體設備購置部分，同意這次從協定事項中刪除，但是建議下次不能再編列任何硬體設備預算。我們大家的意見都認為應該用公務預算購置硬體設備，不應用健保費支付。

傅主任委員立葉

付費者代表已說明結束，請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

一、謝謝委員，能否再調整一下，第 3 項「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」，因此項確實為健保署業務之重點，現在付費者代表已同意增加 3.8 億元，本署原建議增加 6.9 億元，可否改增加 5 億元。

二、第 4 項「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及 C 型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費」，付費者剛才同意增加 1 千萬(預算 3 億元)，現在改成不增加(維持原 107 年預算 2.9 億元)。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

第 3 項「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」，是你們自己提出「居家醫療照護」部分增加 3.98 億元。

蔡副署長淑鈴

不是，那是第 3 項，我現在說的是第 4 項我們不增加，連 1 千萬元都不增加。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

1 千萬元換 2 億元？

蔡副署長淑鈴

對啦！1 千萬元換 2 億元。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

會議資料第 176 頁，第 3 項健保署說明之 1.(2)，居家醫療淨增加 3.98 億元，從何處來的 5、6 億元？剛才您強調的居家醫療我們認同。

蔡副署長淑鈴

除了居家醫療，還有出院準備銜接長照 2.0。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

出院準備還有照護司的錢，應是長照那邊要支付的。

蔡副署長淑鈴

出院準備現在長照不出。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

長照不要支付就編到這裡，公務預算不付也編到這裡。

蔡副署長淑鈴

一、3.8 億元及 5 億元之間差異為 1.2 億元，而不是 2 億元。

二、另外，第 4 項「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及 C 型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費」，多給的 1 千萬元也不用。

三、但是第 7 項「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」，剛剛付費者代表說 2.99 億元不回補，對嗎？(有委員回應：對)所以本項的金額是 8 億元，但是不回補金額，我們就接受此金額。

四、有關第 10 項「提升保險服務成效」維持 3 億元，但有但書是往後不再支應硬體設備購置，這點有困難。因這部分健保署每年都會用於資本門之投資，此無涉公務預算，本項是用於雲端醫療資訊系統相關的投資，包括軟硬體設備。本項皆會呈現於預算書內，並經過立法院審查。需經過立法院審查後，預算才可支用，也須受到立法院之監督。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

如果立法院刪掉此項是不是就不能用？

蔡副署長淑鈴

如果立法院真的刪除我們就不能用。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

為何不編到公務預算。

蔡副署長淑鈴

- 一、公務預算根本沒有預算額度給健保署，有些新的付費者代表不了解，第 10 項「提升保險服務成效」，確實是補公務預算之不足。此項很明確，當時說得很清楚，目前行政事務費只占醫療支出的 0.8%，這在全世界都無法運作的，公務預算根本編不進來。如果當時沒有編列本項 3 億元左右的預算，今天就不會有雲端醫療資訊系統。雲端醫療資訊系統涉及硬軟體設備，需靠此項目經費維持，不然無法再維運雲端醫療資訊系統。
- 二、第 7 項「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」，健保署同意付費者代表的意見，但將但書刪除。
- 三、第 4 項「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及 C 型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費」，健保署建議不增加預算。
- 四、第 10 項「提升保險服務成效」金額減少，健保署同意，但請但書不要寫不能用於資本門。
- 五、第 3 項「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」，至少需要增加 5 億元，就是再增加 1.2 億元。但是還回第 4 項的 1 千萬元，可以不要增加 1 千萬元。

傅主任委員立葉

請問付費者代表可以再略作調整嗎？在預算金額上，只有第 3 項金額有歧見，對不對？(有委員回應：對)其他項目的金額都已達成共識。但對於部分協定事項仍有意見。

蔡副署長淑鈴

預算只有第 3 項多了 1.2 億元，其他都依照付費者代表的意見。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

請問蔡副署長淑鈴有關居家醫療照護部分，西醫基層及醫院都有編列此項，造成資源...

蔡副署長淑鈴

第3項西醫基層及醫院都沒有編列，只有編列在其他預算。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

怎會沒有編列呢？社區醫療照護...

(註：西醫基層總額一般服務費用「藥品給付規定範圍改變及相關醫療服務密集度之增加(0.356%)，包含居家醫療衍生之醫療費用。」)

蔡副署長淑鈴

我解釋一下，它是居家醫療所衍生的費用，與這裡所編的論次費用、訪視費是不重疊的。此項原來提出希望增至6.9億元，現已減至只增加5億元，不足的部分就採浮動點值。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

其他項目再減少金額。

蔡副署長淑鈴

希望什麼項目減少金額？

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

請健保署自己挑選。

蔡副署長淑鈴

金額還要少多少？

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

看健保署想要少多少？

蔡副署長淑鈴

我們已經盡量少了。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

我們也盡量給了，就沒錢啊！國發會只核定這些金額，不然付費者代表為何需與醫院部門計較，健保署已拿 1 千萬元換 1.2 億元了，所以請從其他項目再減少，請健保署考量於總額不變之下，調整金額，付費者代表可以同意。

蔡副署長淑鈴

第 6 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」付費者給到 10 億元，如果大家認為不需要增加預算以備不時之需，健保署同意減列至 8.22 億元。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

8.22 億元，不增加預算？

蔡副署長淑鈴

對啊！因為風險不確定何時發生或會不會發生？原本此項我們多編 6.78 億元，而付費者代表給 10 億元，等於多了 1.78 億多元，所以我們也不要增加預備款以備不時之需了，總金額就不變。

傅主任委員立葉

請問付費者代表這樣可以嗎？(有委員回應：可以)

蔡副署長淑鈴

可將此項多的金額挪至第 3 項「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」嗎？

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

不是挪，是第 6 項金額減少，第 3 項增加，總金額不變，第 4 項多給的 1 千萬元也不要了。

傅主任委員立葉

所以 1 千萬元也要扣掉嗎？

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

當然！

傅主任委員立葉

這樣金額沒問題了，其他部分也都達成共識了嗎？

吳委員榮達

還有一點，硬體設備的部分還沒達成共識。

傅主任委員立葉

對，協定事項的部分。

蔡副署長淑鈴

硬體設備的部分一定要。

傅主任委員立葉

或者改成建議，好不好？(有委員回應：拿掉)好，如果付費者代表覺得這樣比較好就拿掉。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

就像其他的建議事項一樣，我們可以建議，他們不聽我們也沒辦法啊。

蔡副署長淑鈴

這個往年都有硬體設備的部分。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

我們該說的還是要說(有委員表示：改為建議)，如果連建議都不行，那就是我們失職，此部分本來就是公務預算要編列的。

趙委員銘圓

我們建議啦！

蔡副署長淑鈴

此部分已經編了很多年。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

以前都是錯的啊！我們不能積非成是，總可以建議吧！建議此項健保署以後不要再編，如果健保署不聽，付費者代表還是要建議。這不是協定事項，是附帶建議，也不會影響健保署實施。

傅主任委員立葉

一、而且此項是對「往後」的建議，108 年度沒有影響，建議往後

請健保署參考。

二、我們再確認一次金額。請同仁在螢幕上，將試算表從頭到尾顯示一遍，讓大家逐項確認金額，請同仁宣讀金額。

陳研究員淑美

- 一、第 1 項「基層總額轉診型態調整費用」1,346 百萬元。
- 二、第 2 項「山地離島地區醫療給付效益提升計畫」655.4 百萬元。
- 三、第 3 項「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」6,020 百萬元。
- 四、第 4 項「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及C型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費」290 百萬元。
- 五、第 5 項「推動促進醫療體系整合計畫」500 百萬元。
- 六、第 6 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」822 百萬元。
- 七、第 7 項「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」800 百萬元。
- 八、第 8 項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」1,653.8 百萬元。
- 九、第 9 項「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」404 百萬元。
- 十、第 10 項「提升保險服務成效」300 百萬元。
- 十一、第 11 項「特殊族群藥事照護計畫」30 百萬元。
- 十二、總金額 12,821.2 百萬元，增加 40 百萬元。

傅主任委員立葉

- 一、這樣可以嗎？好，付費者代表及健保署雙方已達成協商，其他預算就依照此協商結果辦理，感謝雙方協商代表讓協商達成共識。
- 二、接下來直接處理醫院部門協商尚未達共識的項目。

(付費者代表與醫院部門代表進行總額協商約3分鐘，詳第182~183頁「醫院總額」與會人員發言實錄)

醫院部門完成協商後，有委員表示，要再度協商牙醫門診總額。

傅主任委員立葉

牙醫協商代表有留下來，請問付費者代表要繼續協商嗎？(付費者代表表示：要繼續協商)請問牙醫部門與付費者代表需要再各自提方案嗎？(付費者代表表示：不用)。好請牙醫協商代表進場。

周執行秘書淑婉

一、謝謝各位委員，今天辛苦了！照原先議程安排，若有協商未盡事宜，預定於明天上午11點處理。如果等一下牙醫部門也完成協商的話，明天就不需要處理未盡事宜了。所以就按照表定時間，於明天下午2點直接召開委員會議。

二、往年總額協商完成後，委員都會一起用餐，所以明天中午12點，幕僚已經在本部1樓餐廳安排自助餐，歡迎各位委員明天中午12點蒞臨，大家一起用完餐，下午2點再召開委員會議。

盧委員瑞芬

如果明天下午2點開會，本會幕僚又希望委員們中午12點來用餐，能否延後用餐的時間。

周執行秘書淑婉

委員們希望改成幾點用餐呢？中午12點半或下午1點呢？

盧委員瑞芬

下午1點好了。

周執行秘書淑婉

下午1點再用餐喔？好啊！

傅主任委員立葉

如果餐廳允許的話，用餐時間為中午12點半~下午2點。

陳委員亮良

我建議用餐時間為中午 12 點，因住宿的委員中午 12 點前就要辦理退房。

傅主任委員立葉

可否與餐廳協調一下？

周執行秘書淑婉

OK！建議明天委員會議改成下午 1 點，用餐時間為中午 12 點，各位委員可以嗎？(委員回答：可以)

傅主任委員立葉

好，明天中午 12 點用餐，下午 1 點開委員會議。

干委員文男

希望明天的委員會議只需確認今天各部門總額的協商結果，至於健保署的業務執行報告，我們已事先了解內容了，希望明天不要再增加其他議案。

傅主任委員立葉

好。請牙醫協商代表入座，大家請稍待。

(付費者代表與牙醫部門代表繼續進行總額協商約 10 分鐘，詳第 83~87 頁「牙醫門診總額」與會人員發言實錄)

(牙醫部門完成協商)

傅主任委員立葉

各部門總額的協商到此結束，謝謝大家，辛苦了！辛苦是有代價的，我們圓滿達成 108 年度總額協商任務，大家可以睡個好覺了。
(與會者鼓掌)

周執行秘書淑婉

請各位委員記得明天中午 12 點在本部 1 樓衛福小棧用午餐，下午 1 點召開委員會議。