

衛生福利部全民健康保險會
111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110年9月23日至9月24日

111年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議事錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國 110 年 9 月 23 日上午 9 時 30 分至 24 日上午
1 時 5 分

地點：本部 301 及 304 會議室(雙會議室同步連線)

主席：周主任委員麗芳 紀錄：劉于鳳、盛培珠、方瓊惠、
陳淑美、張嘉云、陳思琪

出席單位及人員：

本會委員：(依委員姓名筆劃排序)

干委員文男、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮、李委員永振、李委員麗珍、卓委員俊雄、林委員恩豪、林委員敏華、侯委員俊良、柯委員富揚、胡委員峰賓、翁委員文能、翁委員燕雪、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍、張委員澤芸、許委員駢洪、陳委員石池、陳委員有慶、陳委員秀熙、陳委員建志(中華民國牙醫師公會全國聯合會徐常務理事邦賢9:30~19:25代理)、黃委員金舜、黃委員振國、楊委員芸蘋、趙委員曉芳、劉委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊、滕委員西華、鄭委員素華、盧委員瑞芬、賴委員博司、謝委員佳宜、顏委員鴻順、台灣總工會(待聘中)

各總額部門承辦團體及協商代表：(依姓名筆劃排序)

醫院總額—台灣醫院協會

李偉強、林佩菽、陳瑞瑛、廖述朗、廖振成、劉碧珠、羅永達、嚴玉華

門診透析服務—台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會

林佩菽、張孟源、張晏晏、廖振成、羅永達

西醫基層總額—中華民國醫師公會全國聯合會

王宏育、吳國治、李紹誠、周慶明、張孟源、陳相國、黃啓嘉

中醫門診總額—中華民國中醫師公會全國聯合會

吳清源、林永農、施純全、胡文龍、張廷堅、陳憲法、詹永兆

、蔡三郎、蔡宗熹

牙醫門診總額—中華民國牙醫師公會全國聯合會

江錫仁、林敬修、林鎰麟、徐邦賢、翁德育、陳彥廷、黃克忠
、謝偉明、簡志成

中央健康保險署：

李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、張組長禹斌、戴組長雪詠、吳組長
淑慧、劉專門委員林義、林專門委員右鈞

列席單位及人員：

腎臟醫學會：林政策秘書長元灝

本部社會保險司：盧副司長胤雯

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、洪組長慧茹、邱組長
臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第 73 頁)

貳、111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商：略。(詳附
錄第 73~249 頁)

各部門總額協商代表與付費者代表協商結論：

一、醫院總額

(一)協商時間：

1. 醫院總額：9月23日09：39~13：31(含付費者及部門代表召
集內部會議討論約2小時10分鐘)。

2. 門診透析服務：9月23日13：31~15：46(含付費者及部門
代表召集內部會議討論約1小時4分鐘)。

(二)協商結論摘要(未能達成共識各自提出建議方案)：

付費者代表之委員建議方案

1. 一般服務成長率為2.669%。其中醫療服務成本及人
口因素成長率1.922%，協商因素成長率0.747%。

2. 專款項目全年經費為31,426.5百萬元。

- 3.門診透析服務總費用成長率2.8%，醫院部門本項服務費用成長率為1.571%。
- 4.前述三項額度經換算，111年度醫院醫療給付費用總額，較110年度所核定總額成長2.567%。

醫院代表之委員建議方案

- 1.一般服務成長率為4.650%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.922%，協商因素成長率2.728%。
- 2.專款項目全年經費為31,493.6百萬元。
- 3.門診透析服務總費用成長率3.6%，醫院部門本項服務費用成長率為2.361%。
- 4.前述三項額度經換算，111年度醫院醫療給付費用總額，較110年度所核定總額成長4.397%。

(三)111年度醫院醫療給付費用總額及其分配，付費者代表方案及醫院代表之建議方案，如附件一。

二、西醫基層總額

(一)協商時間：

9月23日15：48~19：26(含付費者及部門代表各自召集內部會議討論約2小時8分鐘)。

(二)協商結論摘要(未能達成共識各自提出建議方案)：

付費者代表之委員建議方案

- 1.一般服務成長率為1.659%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.176%，協商因素成長率0.483%。
- 2.專款項目全年經費為7,472.1百萬元。
- 3.門診透析服務總費用成長率2.8%，西醫基層部門本項服務費用成長率為4.233%。
- 4.前述三項額度經換算，111年度西醫基層醫療給付費用總額，較110年度所核定總額成長2.239%。

西醫基層代表之委員建議方案

- 1.一般服務成長率為2.410%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.176%，協商因素成長率1.234%。
 - 2.專款項目全年經費為9,477.1百萬元。
 - 3.門診透析服務總費用成長率3.6%，西醫基層部門本項服務費用成長率為5.044%。
 - 4.前述三項額度經換算，111年度西醫基層醫療給付費用總額，較110年度所核定總額成長4.295%。
- (三)111年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配，付費者代表方案及西醫基層代表之建議方案，如附件二。

三、中醫門診總額

(一)協商時間：

9月23日19：28~21：11(含付費者及部門代表各自召集內部會議討論約1小時3分鐘)。

(二)協商結論摘要(共識方案)：

- 1.一般服務成長率為4.176%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.085%，協商因素成長率3.091%。
 - 2.專款項目全年經費為979.8百萬元。
 - 3.前述二項額度經換算，111年度中醫門診醫療給付費用總額，較110年度所核定總額成長4.208%。
- (三)111年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配，如附件三。

四、牙醫門診總額

(一)協商時間：

9月23日21：14~9月24日00：02(含付費者及部門代表各自召集內部會議討論約1小時35分鐘)。

(二)協商結論摘要(共識方案)：

- 1.一般服務成長率為1.843%。其中醫療服務成本及人口因素成長率0.270%，協商因素成長率1.573%。

- 2.專款項目全年經費為1,738.8百萬元。
 - 3.前述二項額度經換算，111年度牙醫門診醫療給付費用總額，較110年度所核定總額成長2.756%。
- (三)111年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配，如附件四。

五、其他預算

(一)協商時間：

9月24日00：02~01：05。

(二)協商結論摘要(共識方案)：

111年度經費16,579.2百萬元，較110年度增加426百萬元。

(三)111年度全民健康保險其他預算及其分配，如附件五。

六、依111年度總額協商程序，請各總額部門依據協商結論，調整新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，最遲請於9月24日上午2時前提送本會，俾利併入協商結論。

七、上述協商結論提送9月24日本會110年第5次委員會議確認。

參、協商會議結束：9月24日上午1時5分。

附錄：與會人員發言實錄

111 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■ 111 年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後 110 年度醫院一般服務醫療給付費用 \times (1 + 111 年度一般服務成長率) + 111 年度專款項目經費 + 111 年度醫院門診透析服務費用

■ 111 年度醫院門診透析服務費用 = 110 年度醫院門診透析服務費用 \times (1 + 111 年度成長率)

註：校正後 110 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 110 年第 2 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、總額協商結論：

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

付費者代表之委員建議方案：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依協定事項辦理，並於 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 2.669%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.922%，協商因素成長率 0.747%。各項協商因素及建議事項如下：

1. 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.616%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。
- (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)。
- (3)藥品價量協議(PVA)之還款金額，可做為本項預算不足之財源。
- (4)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於 111 年 6 月底前提出專案報告。

2.藥品及特材給付規定改變(0.134%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。
- (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。
- (3)藥品價量協議(PVA)之還款金額，可做為本項預算不足之財源。
- (4)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與

管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。

(5) 歷年引進新醫療科技之成效及藥品節流措施所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，以維護民眾就醫權益。請於 112 年度總額協商前提出節流效益，並納入該年度本項預算財源。

3. 促進醫療資源支付合理(0%)：

(1) 考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且近年健保財務困難，故本項不新增預算，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。

(2) 請中央健康保險署全盤檢討各項支付標準，朝支付點數相對合理的方向調整，積極改革支付制度，提升費用結構及資源配置效益。

4. 持續推動分級醫療，壯大社區醫院(0%)：

(1) 需保障或鼓勵之醫療服務，應回歸支付標準處理。若確有其必要性，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。

(2) 請釐清地區醫院在醫療照護體系的定位，以利其在分級醫療政策中發揮應有功能。

5. 提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變(0%)：

需保障或鼓勵之醫療服務，應回歸支付標準處理。若確有其必要性，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。

6. 研修病房費給付原則(含 RCW)(0%)：

(1) 為避免同一病床同日重複給付，維持現行支付方式。

(2) 其中「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署

DNR 及安寧療護」，改列專款項目。

7. 研修住院護理費給付原則(含 RCW)(0%)：

(1) 為避免同一病床同日重複給付，維持現行支付方式。

(2) 請中央健康保險署積極導入、全面施行 DRGs，以促使醫療院所主動改變醫療型態，避免過多的微觀管理，以利提升照護成效及國人健康。

8. 配合 110 年牙醫門診總額調整支付標準所需費用(0.0004%)：

經費 2.1 百萬元，用於因應 110 年度牙醫門診總額於協商因素編列經費增修診療項目，預估於醫院總額增加之費用。

9. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.003%)：

(1) 為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2) 本項不列入 112 年度總額協商之基期費用。

(二) 專款項目：全年經費為 31,426.5 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1. C 型肝炎藥費：

(1) 全年經費 3,128 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2) 請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並

納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技財源之一。

2. 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1) 全年經費 12,807 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2) 請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

3. 後天免疫缺乏病毒治療藥費：

(1) 全年經費 5,257 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2) 請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

4. 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

(1) 全年經費 5,127 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2) 提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等。

5. 醫療給付改善方案：

(1) 全年經費 1,428 百萬元。

(2) 持續辦理糖尿病、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。

- (3)其中 60 百萬元用於新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」，並整合納入「思覺失調症醫療給付改善方案」。
 - (4)請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。
- 6.急診品質提升方案：
- (1)全年經費 300 百萬元。
 - (2)請中央健康保險署精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。
- 7.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：
- (1)全年經費 210 百萬元，111 年應完成導入第 3 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結算。
- 8.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：
- 全年經費 100 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
- 9.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 1,100 百萬元。
- 10.鼓勵院所建立轉診之合作機制：
- (1)全年經費 224.7 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
 - (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)，以提升執行成效。

- ②會同醫院及西醫基層總額相關團體，討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，並於111年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。

11.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 200 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①於協商112年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。
 - ②確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，於111年7月底前提全民健康保險會報告。

12.腹膜透析追蹤處置費及APD租金：

- (1)全年經費 15 百萬元，用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及APD租金。
- (2)其中 4.08 百萬元由門診透析服務費用移列。(醫院門診透析費用移列 4.04 百萬元，西醫基層門診透析費用移列 0.04 百萬元)
- (3)本項於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。

13.住院整合照護服務試辦計畫：

- (1)全年經費 300 百萬元。
- (2)依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議確認。

14.鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫：

- (1)全年經費 300 百萬元。預算如有不足，由品質保證保留款支應，執行效益納入未來總額財源。
- (2)依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

15.品質保證保留款：

- (1)全年經費 929.8 百萬元。
- (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 111 年度品質保證保留款(929.8 百萬元)合併運用(計 1,318.5 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(三)門診透析服務：

- 1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
- 2.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.考量進口材料成本下降，且 109 年、110 年 1~6 月透析人數成長趨緩，爰 111 年度門診透析服務總費用成長率為 2.8%，依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 1.571%。
- 4.自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.08 百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中 4.04 百萬元

自醫院門診透析費用減列，0.04 百萬元自西醫基層門診透析費用減列。

5.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體辦理下列事項：

(1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護。

(2)持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質。

(3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。

(4)請檢討末期病人使用透析服務之必要性。

(四)前述三項額度經換算，111 年度醫院醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 2.567%。各細項成長率及金額如表 1。

醫院代表之委員建議方案：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依協定事項辦理，並於 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 4.650%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.922%，協商因素成長率 2.728%。各項協商因素及建議事項如下：

1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.616%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42

條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。

(2)於110年12月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入，則扣減其預算額度；並於111年7月底前提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)。

(3)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於111年6月底前提出專案報告。

2.藥品及特材給付規定改變(0.349%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第42條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。

(2)建立藥品及特材材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於111年6月底前提出專案報告。

(3)歷年引進新醫療科技之成效及藥品節流措施所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，以維護民眾就醫權益。請於112年度總額協商前提出節流效益，並納入該年度本項預算財源。

3.持續推動分級醫療，壯大社區醫院(0.205%)：

(1)執行目標：強化地區醫院社區照護能力，地區醫院住院照護部分(含診察費、病房費、護理費)，予以保障點值每點1元。

預期效益之評估指標：地區醫院住院滿意度達80%。

(2)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

4.提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變(0.411%)：

(1)執行目標：優先保障加護病房住院診察費及病房費點值每點 1 元，急性一般病床護理費點值每點 1 元。

預期效益之評估指標：區域級(含)以上醫院住院滿意度達 80%。

(2)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

5.研修病房費給付原則(含 RCW)(0.431 %)：

(1)執行目標：

①調整支付標準表給付通則，病房費出院日併入計算。

②提升 RCW 病人同意簽署 DNR。

預期效益之評估指標：

①醫院部門住院滿意度達 80%。

②RCW 簽署 DNR 較現行增加 5%。

(2)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

6.研修住院護理費給付原則(0.719%)：

(1)執行目標：調整支付標準表給付通則，住院護理費出院日併入計算。

預期效益之評估指標：醫院部門住院滿意度達 80%。

(2)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

7.配合 110 年牙醫門診總額調整支付標準所需費用(0.0004%)：

經費 2.1 百萬元，用於因應 110 年牙醫門診總額於協商因素編列經費增修診療項目，預估於醫院總額部門增加之費用。

8.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.003%)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 112 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 31,493.6 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 3,428 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技財源之一。

2.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 12,807 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加

強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

3.後天免疫缺乏病毒治療藥費：

(1)全年經費 5,257 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

4.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

(1)全年經費 5,127 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等。

5.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 1,435.1 百萬元。

(2)持續辦理糖尿病、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。

(3)請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。

6.急診品質提升方案：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進方案執行內容，以紓解醫學

中心急診壅塞情形。

7.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費 210 百萬元，用於導入第 3 階段 DRGs 項目。推動 DRGs 計畫已延宕多年，請儘速推行。

(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結算。

8.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：全年經費 100 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

9.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 1,100 百萬元。

10.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

(1)全年經費 224.7 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)，以提升執行成效。

②會同醫院及西醫基層總額相關團體，討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

11.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 200 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。

②確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。

12.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：

(1)全年經費 15 百萬元，用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金。

(2)其中由醫院門診透析費用移列 4.04 百萬元，西醫基層門診透析費用移列 0.04 百萬元，合計 4.08 百萬元。

(3)本項於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。

13.住院整合照護服務試辦計畫：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)執行目標：鑑於住院照護服務試辦計畫須重新會同社保司、照護司、護理公會研議可行方案，暫無法於 9 月 23 日提供「執行目標」及「預期效益之評估指標」。

預期效益之評估指標：_____。

14.精神科病人出院後急性後期照護服務試辦計畫：

(1)全年經費 60 百萬元。

(2)執行目標：配合心口司預定計畫執行，提升精神病人急性後期照護。

預期效益之評估指標：配合心口司規劃，降低 6 個月內精神急性再住院率。

15.建置智慧醫療區域聯防機制：

贊同 15 百萬元由中央健康保險署編列於其他預算。

16.國家慢性病防治整合計畫：

原中長期改革計畫項目之一，鑑於國健署已執行多年，建議續由國健署編列預算並予以執行，醫院部門

不再編列預算，但配合計畫給予協助。

17.品質保證保留款：

- (1)全年經費 929.8 百萬元。
- (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 111 年度品質保證保留款(929.8 百萬元)合併運用(計 1,318.5 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(三)門診透析服務：

- 1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
- 2.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 3.6%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 2.361%。
- 4.自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.08 百萬元，移列至醫院總額專款項目，其中 4.04 百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04 百萬元自西醫基層門診透析費用減列。
- 5.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體辦理下列事項：
 - (1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護。

- (2)持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質。
 - (3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。
- (四)前述三項額度經換算，111 年度醫院醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 4.397%。各細項成長率及金額如表 1。

表 1 111 年度醫院醫療給付費用協定項目表(兩案送主管機關決定)

項目	付費者代表方案		醫院代表方案		
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
一般服務					
醫療服務成本及人口因素成長率		1.922%	9,354.2	1.922%	9,354.2
投保人口預估成長率		0.136%		0.136%	
人口結構改變率		2.042%		2.042%	
醫療服務成本指數改變率		-0.258%		-0.258%	
協商因素成長率		0.747%	3,635.6	2.728%	13,285.6
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)	0.616%	3,000.0	0.616%	3,000.0
	藥品及特材給付規定改變	0.134%	650.0	0.349%	1,700.0
	促進醫療資源支付合理	0.000%	0.0	0.000%	0.0
其他醫療服務利用及密集度之改變	持續推動分級醫療，壯大社區醫院	0.000%	0.0	0.205%	1,000.0
	提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變	0.000%	0.0	0.411%	2,000.0
	研修病房費給付原則(含RCW)(111年新增項目) (*付費者代表方案將「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫」改列專款項目。)	0.000%*	0.0*	0.431%	2,100.0
	研修住院護理費給付原則(含RCW)(111年新增項目)	0.000%	0.0	0.719%	3,500.0
	配合110年牙醫門診總額調整支付標準所需費用(111年新增項目)	0.0004%	2.1	0.0004%	2.1

項目		付費者代表方案		醫院代表方案	
		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)
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	-0.003%	-16.5	-0.003%	-16.5
一般服務成長率 ^{註1}	增加金額	2.669%	12,989.8	4.650%	22,639.8
	總金額		499,682.7		509,324.1
專款項目(全年計畫經費)					
	C型肝炎藥費	3,128.0	-300.0	3,428.0	0.0
	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	12,807.0	1,108.0	12,807.0	1,108.0
	後天免疫缺乏病毒治療藥費	5,257.0	0.0	5,257.0	0.0
	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,127.0	0.0	5,127.0	0.0
	醫療給付改善方案	1,428.0	60.0	1,435.1	67.1
	急診品質提升方案	300.0	54.0	300.0	54.0
	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	210.0	0.0
	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100.0	0.0	100.0	0.0
	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,100.0	0.0	1,100.0	0.0
	鼓勵院所建立轉診之合作機制	224.7	-175.3	224.7	-175.3
	網路頻寬補助費用	200.0	73.0	200.0	73.0
	腹膜透析追蹤處置費及APD租金 (111年新增項目)	15.0	15.0	15.0	15.0
	住院整合照護服務試辦計畫 (111年新增項目)	300.0	300.0	300.0	300.0
	精神科病人出院後急性後期照護服務試辦計畫 (111年新增項目)	0.0*	0.0*	60.0	60.0
	(*付費者代表方案將本計畫整合納入「醫療給付改善方案」項下之「思覺失調症醫療給付改善方案」)				

項目	付費者代表方案		醫院代表方案	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)
鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫 (111年新增項目) (*醫院代表方案編列於一般服務，內含於「研修病房費給付原則」項目)	300.0	300.0	0.0*	0.0*
品質保證保留款	929.8	49.4	929.8	49.4
專款金額	31,426.5	1,484.1	31,493.6	1,551.2
較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款)^{註2}	增加金額	14,473.9	4.486%	24,191.0
	總金額	531,109.2		540,817.7
門診透析服務成長率	增加金額	355.1	2.361%	533.7
	總金額	22,958.1		23,136.6
較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)^{註3}	增加金額	14,829.0	4.397%	24,724.7
	總金額	554,067.3		563,954.3

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 486,692.9 百萬元(含 110 年醫院一般服務預算 487,655.2 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-976.1 百萬元與加回違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 13.7 百萬元)。

2.計算「較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為 517,597.6 百萬元，其中一般服務預算為 487,655.2 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-976.1 百萬元及未加回前 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 13.7 百萬元)，專款為 29,942.4 百萬元。

3.計算「較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」所採基期費用為 540,200.6 百萬元，其中一般服務預算為 487,655.2 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-976.1 萬元及未加回違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 13.7 百萬元)，專款為 29,942.4 百萬元、門診透析為 22,603.0 百萬元。(已扣除移列至醫院總額專款「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.0 百萬元)。

4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

111 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■ 111 年度西醫基層醫療給付費用總額 = 校正後 110 年度西醫基層一般服務醫療給付費用 \times (1 + 111 年度一般服務成長率) + 111 年度專款項目經費 + 111 年度西醫基層門診透析服務費用

■ 111 年度西醫基層門診透析服務費用 = 110 年度西醫基層門診透析服務費用 \times (1 + 111 年成長率)

註：校正後 110 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 110 年第 2 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、總額協商結論：

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

付費者代表之委員建議方案：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依協定事項辦理，並於 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 1.659%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.176%，協商因素成長率 0.483%。

1. 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.242%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。
 - (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)。
 - (3)藥品價量協議(PVA)之還款金額，可做為本項預算不足之財源。
 - (4)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於 111 年 6 月底前提出專案報告。
- 2.藥品及特材給付規定改變(0.216%)：
- 請中央健康保險署辦理下列事項：
- (1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。
 - (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。
 - (3)藥品價量協議(PVA)之還款金額可做為本項預算不足之財源。
 - (4)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。

(5)歷年引進新醫療科技之成效及藥品節流措施所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，以維護民眾就醫權益。請於 112 年度總額協商前提出節流效益，並納入該年度本項預算財源。

3.促進醫療資源支付合理(0%)：

(1)考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且近年健保財務困難，故本項不新增預算，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。

(2)請中央健康保險署全盤檢討各項支付標準，朝支點數相對合理的方向調整，積極改革支付制度，提升費用結構及資源配置效益。

4.配合醫院總額調整支付標準所需費用(0%)：

(1)考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且醫院總額係以前開預算調整支付標準，未另編列預算，故本項不新增預算，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。

(2)未來請援例運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算，合理調整支付標準，反映各項服務成本，並以同病、同品質、同酬為原則及考量部門衡平性訂定之。

5.蒸汽吸入治療加成(0%)：

本項屬支付標準之調整，考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且近年健保財務困難，故本項不新增預算，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。

6.提升國人視力照護品質(0.097%)：

(1)依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同西

醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同西醫基層總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。

②依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

7.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.072%)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 112 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 7,472.1 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 3,948 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於協商 112 年度總額前檢討實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新科技之財源之一。

②於 111 年 7 月底前提出未來導入一般服務或退場之期程及規劃。

2. 代謝症候群防治計畫：

- (1) 全年經費 308 百萬元。
- (2) 依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
- (3) 本計畫收案對象不得與家庭醫師整合性照護計畫及其他醫療給付改善方案重複，每人支付費用額度(包含個案管理費及績效獎勵費用)比照家庭醫師整合性照護計畫。
- (4) 請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體擬訂具體實施方案(內容應包含結果面品質指標，並依執行績效支付費用)，於提報全民健康保險會同意後執行。

3. 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫：

- (1) 全年經費 9.7 百萬元。
- (2) 依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
- (3) 本項計畫之執行診所需與醫院心臟復健中心簽署合作計畫共同照護病患，或承接醫院出院準備計畫、急性後期整合照護(PAC)計畫下轉病患之照護。

4. 西醫醫療資源不足地區改善方案：

- (1) 全年經費 317.1 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。
- (2) 請中央健康保險署精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與計畫。

5.C 型肝炎藥費：

- (1) 全年經費 292 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2) 請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。

6. 醫療給付改善方案：

- (1) 全年經費 805 百萬元。
- (2) 持續辦理糖尿病、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。
- (3) 請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。

7. 強化基層照護能力及「開放表別」項目：

- (1) 全年經費 920 百萬元。
- (2) 請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ① 於 110 年 12 月委員會提出規劃調整之項目與作業時程。
 - ② 通盤檢討開放表別項目的適當性，並定期檢討既有項目服務之成長情形，分析及監測西醫診所與醫院醫療利用之合理性。
- (3) 本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務結算。

8. 鼓勵院所建立轉診之合作機制：

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

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)，以提升執行成效。

②會同西醫基層及醫院總額相關團體，討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

9.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：

(1)全年經費 50 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進計畫內容，並加強推廣，鼓勵醫師參與計畫。

10.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

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

(2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

11.後天免疫缺乏病毒治療藥費：

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

(2)請中央健康保險署檢視本項費用支用之合理性。

12.因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用：

- (1)全年經費 11 百萬元。
 - (2)本項經費依實際執行併入一般服務結算。
- 13.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：
- (1)全年經費 178 百萬元。
 - (2)本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入各分區一般服務結算。
- 14.網路頻寬補助費用：
- (1)全年經費 253 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
 - (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①檢討、提升雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
 - ②於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。
 - ③確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。
- 15.提升院所智慧化醫療資訊機制：
- 本項移至其他預算項下之「提升院所智慧化醫療資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構之網路頻寬補助費用」項目編列。
- 16.因應新興疾病，診所感染管控作業守則：
- 感染管制是醫療院所維護病人安全的執業基本要求，本項不新增預算。
- 17.品質保證保留款：
- (1)全年經費 120.3 百萬元。
 - (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 111 年度品質保證保留款(120.3

百萬元)合併運用(計 225.5 百萬元)。

- (3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(三)門診透析服務：

- 1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
- 2.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.考量進口材料成本下降，且 109 年、110 年 1~6 月透析人數成長趨緩，爰 111 年度門診透析服務總費用成長率為 2.8%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.233%。
- 4.自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.08 百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中 4.04 百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04 百萬元自西醫基層門診透析費用減列。
- 5.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體辦理下列事項：
 - (1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護。
 - (2)持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質。
 - (3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估

指標，以利後續監測。

(4)請檢討末期病人使用透析服務之必要性。

(四)前述三項額度經換算，111 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 2.239%。各細項成長率及金額，如表 2。

西醫基層代表之委員建議方案：

(一)一般服務成長率為 2.410%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.176%，協商因素成長率 1.234%。

1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.242%)：

(1)因應民眾實際醫療需求，PVA 的預算是穩定的財源，不足以因應本項。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。

②於 110 年 12 月委員會會議提出規劃之新增項目與作業時程；並於 111 年 7 月底前提報執行情形。

③建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於 111 年 6 月底前提出專案報告。

2.藥品及特材給付規定改變(0.564%)：

(1)擴大藥品給付規定，已提升醫療品質並嘉惠民眾健康。以基層醫療糖尿病患實際用藥為例(SGLT2 及 GLP1)，在基層使用量逐年增加最多，109 年與原編列之預算差距高達 8 億元，建議逐年滾動式修正預算回歸，反映實際醫療需求。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。
- ②建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。

3.促進醫療資源支付合理(0.010%)：

- (1)111 年醫療服務成本指數改變率為負值，無法支應本項預算。
- (2)依中央健康保險署新增項目，調整支付點數，含呼吸訓練、腹腔鏡手術、護理照護相關診療、大腸鏡息肉切除等。

4.配合醫院總額調整支付標準所需費用(0.379%)：

- (1)111 年醫療服務成本指數改變率為負值，無法支應本項預算。
- (2)齊一基層與醫院支付標準差距。

5.蒸汽吸入治療加成(0.014%)：

- (1)111 年醫療服務成本指數改變率為負值，無法支應本項預算。
- (2)本項支付點數已不符成本，應同中央健康保險署「促進醫療資源支付合理」支應。

6.提升國人視力照護品質(0.097%)：

協商因素過去沒有扣減當年未執行額度或補付不足額度之慣例。

7.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.072%)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 112 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 9,477.1 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 4,185 百萬元。

(2)醫療群的醫師們在疫情嚴峻期間，不僅堅守崗位守護民眾的健康照顧需求，並擔任第一線防疫工作，也積極協助各地政府籌設大型快篩檢站及疫苗施打站，並滿足原長期醫院就醫病患因疫情限制無法就醫民眾之醫療需求，使民眾醫療需求之保障得以延續。這都是歷年來建立家醫醫療群以整合基層醫療累積的成效，應予重視，不宜以 550 元估算每人之年度照護費。

(3)每個人都需要一位擔任健康守門員的家庭醫師，家庭醫師制度亦建立在醫病雙方良好的認同與互動上，才能增進健康照護。目前已收案人數達 6 百萬人，但仍有很多醫療資源投入不夠的地方，如個案管理費用偏低，此外因為人口老化，民眾醫療需求逐漸增加，較需照護族群也會增加。因現行參與計畫之會員人數及醫師人數眾多，為提升良好照護品質，每年仍需滾動式修正計畫內容，在健保有限資源之下，以符合民眾實際需求。

2.代謝症候群防治計畫：

(1)全年經費 308 百萬元。

(2)執行目標：照護代謝症候群個案人數 20 萬人。

預期效益之評估指標：辦理代謝症候群個案照護服務之完成率、執行率及改善率。

(3)依據國健署規劃之方案，基層醫師主動積極尋找需要照護之個案，提供介入管理模式，提高對象自我健康照顧的意識，建立健康行為，進而促進健康狀況。

(4)不得與家醫計畫及其他醫療給付改善方案重複領取個案管理費。

3.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫：

(1)全年經費 9.7 百萬元。

(2)執行目標：提高心肺病人門診復健涵蓋率。

預期效益之評估指標：最大耗氧量率(心肺功能檢查)、病人運動功能(國際評估問卷量表)、14 天再住院率、死亡率。

4.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 317.1 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與計畫。

5.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 292 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。

6.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 805 百萬元。

- (2)持續辦理糖尿病、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。
 - (3)請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。
- 7.強化基層照護能力及「開放表別」項目：
- (1)全年經費 1,220 百萬元。
 - (2)為擴大基層服務量能，強化分級醫療，宜持續編列預算，照顧民眾健康。
 - (3)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務結算。
- 8.鼓勵院所建立轉診之合作機制：
- (1)全年經費 258 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
 - (2)鼓勵院所建立雙向轉診機制，符合分級醫療精神，也是健保永續經營之基石。
- 9.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：
- (1)全年經費 50 百萬元。
 - (2)請中央健康保險署精進計畫內容，並加強推廣，鼓勵醫師參與計畫。
- 10.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：
- (1)全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
 - (2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控，並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含醫療

利用及成長原因分析)。

11.後天免疫缺乏病毒治療藥費：

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

(2)請中央健康保險署檢視本項費用支用之合理性，並於 111 年 7 月底前提報執行情形。

12.因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用：

(1)全年經費 11 百萬元。

(2)本項經費依實際執行併入一般服務結算。

13.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

(1)全年經費 178 百萬元。

(2)本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入各分區一般服務結算。

14.網路頻寬補助費用：

全年經費 253 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應

15.提升院所智慧化醫療資訊機制：

(1)全年經費 210 百萬元。

(2)因應防疫需求，智慧化醫療資訊是世界潮流，減少健保卡接觸成為疾病傳染的來源。

16.因應新興疾病，診所感染管控作業守則：

(1)全年經費 1,200 百萬元。

(2)延續基層診所後疫情時代感染管控機制(基層診所防疫 2.0)，且疫情結束後將停止公務預算補助各種防疫物資，考量現有的經費不足應付新興感染性疾病的複雜及多樣性，疾病的發展也難以預測，為了

維護醫療品質，及確保民眾就醫與醫護人員安全，建議增加經費，以強化診所感控的每一道防線。

(3)執行目標：以第一階段門診診察費加成給付，強化基層院所感染管控制業方式。

預期效益之評估指標：

①通過自評之院所得申請門診診察費加成。

②各縣市醫師公會定期抽樣訪查診所。

17.品質保證保留款：

(1)全年經費 120.3 百萬元。

(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 111 年度品質保證保留款(120.3 百萬元)合併運用(計 225.5 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(三)門診透析服務：

1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

2.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 3.6%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 5.044%。

4.自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.08 百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中 4.04 百萬元

自醫院門診透析費用減列，0.04 百萬元自西醫基層門診透析費用減列。

5.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體辦理下列事項：

- (1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護。
 - (2)持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質。
 - (3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。
- (四)前述三項額度經換算，111 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 4.295%。各細項成長率及金額，如表 2。

表 2 111 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(兩案送主管機關決定)

項目	付費者代表方案		西醫基層代表方案		
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	
一般服務					
醫療服務成本及人口因素成長率	1.176%	1,459.9	1.176%	1,459.9	
投保人口預估成長率	0.136%		0.136%		
人口結構改變率	1.257%		1.257%		
醫療服務成本指數改變率	-0.218%		-0.218%		
協商因素成長率	0.483%	598.0	1.234%	1,530.2	
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)	0.242%	300.0	0.242%	300.0
	藥品及特材給付規定改變	0.216%	268.0	0.564%	700.0
	促進醫療資源支付合理(111年新增項目)	0.000%	0.0	0.010%	11.9
	配合醫院總額調整支付標準所需費用(111年新增項目)	0.000%	0.0	0.379%	470.9
	蒸汽吸入治療加成(111年新增項目)	0.000%	0.0	0.014%	17.4
其他醫療服務利用及密集度之改變	提升國人視力照護品質(111年新增項目)	0.097%	120.0	0.097%	120.0
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	-0.072%	-90.0	-0.072%	-90.0
一般服務成長率 ^{#1}	增加金額	1.659%	2,057.9	2.410%	2,990.1
	總金額		126,203.8		127,136.1

項目	付費者代表方案		西醫基層代表方案	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)
專款項目(全年計畫經費)				
家庭醫師整合性照護計畫	3,948.0	278.0	4,185.0	515.0
代謝症候群防治計畫 (111年新增項目)	308.0	308.0	308.0	308.0
提升心肺疾病患者心肺復健門 診論質計酬(pay for value)計畫 (111年新增項目)	9.7	9.7	9.7	9.7
西醫醫療資源不足地區改善 方案	317.1	0.0	317.1	0.0
C型肝炎藥費	292.0	0.0	292.0	0.0
醫療給付改善方案	805.0	150.0	805.0	150.0
強化基層照護能力及「開放 表別」項目	920.0	0.0	1,220.0	300.0
鼓勵院所建立轉診之合作機制	200.0	-58.0	258.0	0.0
偏鄉地區基層診所產婦生產 補助試辦計畫	50.0	0.0	50.0	0.0
罕見疾病、血友病藥費及罕 見疾病特材	30.0	-25.0	30.0	-25.0
後天免疫缺乏病毒治療藥費	30.0	-25.0	30.0	-25.0
因應罕見疾病、血友病及後 天免疫缺乏症候群照護衍生 費用	11.0	0.0	11.0	0.0
新增醫藥分業地區所增加之 藥品調劑費用	178.0	0.0	178.0	0.0
網路頻寬補助費用	253.0	39.0	253.0	39.0
提升院所智慧化醫療資訊機制 (111年新增項目) (*付費者代表方案移至其他預算 項下編列)	0.0*	0.0*	210.0	210.0
因應新興疾病，診所感染管 控作業守則 (111年新增項目)	0.0	0.0	1,200.0	1,200.0
品質保證保留款	120.3	4.5	120.3	4.5
專款金額	7,472.1	681.2	9,477.1	2,686.2

項目		付費者代表方案		西醫基層代表方案	
		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)
較 110 年度核定總額 成長率(一般服務+專 款) ^{註2}	增加金額	1.944%	2,739.1	4.184%	5,676.3
	總金額		133,675.9		136,613.2
門診透析服務 成長率	增加金額	4.233%	820.7	5.044%	977.9
	總金額		20,208.3		20,365.5
較 110 年度核定總額 成長率(一般服務+專 款+門診透析) ^{註3}	增加金額	2.239%	3,559.8	4.295%	6,654.3
	總金額		153,884.2		156,978.7

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 124,144.2 百萬元(含 110 年西醫基層一般服務預算 124,336.1 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-253.7 百萬元與加回違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 61.8 百萬元)。

2.計算「較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為 131,127.0 百萬元，其中一般服務預算為 124,336.1 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-253.7 百萬元及未加回違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 61.8 百萬元)，專款為 6,790.9 百萬元。

3.計算「較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」所採基期費用為 150,514.6 百萬元，其中一般服務預算為 124,336.1 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-253.7 百萬元及未加回違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 61.8 百萬元)，專款為 6,790.9 百萬元，門診透析為 19,387.62 百萬元(已扣除移列至醫院總額專款「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」0.04 百萬元)。

4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康險署結算資料為準。

111 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

111 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 110 年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+111 年度一般服務成長率)+111 年度專款項目經費

註：校正後 110 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 110 年第 2 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、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 4.176%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.085%，協商因素成長率 3.091%。
- (二)專款項目全年經費為 979.8 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，111 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 4.208%。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 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護(1.814%)：

(1)執行目標：111 年民眾使用針傷於疾病黃金治療期醫療次數大於 110 年。

預期效益之評估指標：減少患者同期使用針傷於疾病黃金治療期跨院所就醫次數。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同中醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容(含適應症及結果面指標)，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告。
- ②依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

2.其他醫療服務利用及密集度之改變(1.328%)。

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(-0.051%)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 112 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 979.8 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：全年經費 172 百萬元，持續辦理中醫師至無中醫鄉執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：

(1)全年經費 252.7 百萬元。

(2)持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷及呼吸困難相關疾病中醫照護。

3.中醫提升孕產照護品質計畫：全年經費 81 百萬元。

4.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：全年經費 21.6 百萬元。

5.中醫癌症患者加強照護整合方案：

(1)全年經費 245 百萬元。

(2)持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。

6.中醫急症處置：

(1)全年經費 5 百萬元。

(2)請提出強化利用率之策略，並檢討計畫執行情形，考量是否持續辦理。

7.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：全年經費 50 百萬元。

8.照護機構中醫醫療照護方案：

(1)全年經費 28 百萬元。

(2)執行目標：111 年至少 30 家院所參與服務。

預期效益之評估指標：111 年相對 110 年照護機構住民外出就診中醫人次減少。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同中醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告。

②依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。

9.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 98 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①檢討、提升門診雲端藥歷查詢率，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報

告。

②於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。

③確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。

10.品質保證保留款：

(1)全年經費 26.5 百萬元。

(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 111 年度品質保證保留款(26.5 百萬元)合併運用(計 49.3 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

表 3 111 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	1.085%	299.0	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。	
投保人口預估成長 率	0.136%			
人口結構改變率	0.756%			
醫療服務成本指數 改變率	0.192%			
協商因素成長率	3.091%	851.8	請於 111 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 年成效評估檢討 報告；實施成效並納入下年度 總額協商考量。	
其他醫療服務利用及 密集度之改變	提升民眾於 疾病黃金治 療期針傷照 護 (111 年新增 項目)	1.814%	500.0	1.執行目標：111 年民眾使用 針傷於疾病黃金治療期醫療 次數大於 110 年。 預期效益之評估指標：減少 患者同期使用針傷於疾病黃 金治療期跨院所就醫次數。 2.請中央健康保險署辦理下列 事項： (1)會同中醫門診總額相關團 體，於 110 年 12 月底前 提出具體規劃內容(含適 應症及結果面指標)，及 醫療利用監控與管理措 施，並提全民健康保險 會報告。 (2)依 111 年度預算執行結 果，扣減當年度未執行 之額度。
其他醫療服務利用 及密集度之改變		1.328%	365.9	

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	-0.051%	-14.1	1.為提升同儕制約精神，請檢 討內部稽核機制，加強專業 自主管理。 2.本項不列入 112 年度總額協 商之基期費用。
	一般服務 成長率 ^{註1}	增加金額	4.176%	1,150.8	
		總金額		28,710.9	
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 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成，且均應 於 111 年 7 月底前提報執行情 形及前 1 年成效評估檢討報 告。	
醫療資源不足地區改 善方案		172.0	31.4	持續辦理中醫師至無中醫鄉執 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 4.呼吸困難相關疾病		252.7	18.7	持續辦理腦血管疾病、顱腦損 傷、脊髓損傷及呼吸困難相關 疾病中醫照護。	
中醫提升孕產照護品 質計畫		81.0	-9.0		
兒童過敏性鼻炎照護 試辦計畫		21.6	-2.4		
中醫癌症患者加強照 護整合方案		245.0	0.0	持續辦理「癌症患者西醫住院 中醫輔助醫療計畫」、「癌症 患者中醫門診延長照護計畫」 及「癌症患者中醫門診加強照 護計畫」。	
中醫急症處置		5.0	-5.0	請提出強化利用率之策略，並 檢討計畫執行情形，考量是否 持續辦理。	
中醫慢性腎臟病門診 加強照護計畫		50.0	0.0		

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
照護機構中醫醫療照護方案 (111年新增項目)	28.0	28.0	1.執行目標：111年至少30家院所參與服務。 預期效益之評估指標：111年相對110年照護機構住民外出就診中醫人次減少。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同中醫門診總額相關團體，於110年12月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告。 (2)依111年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。
網路頻寬補助費用	98.0	17.0	1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討、提升門診雲端藥歷查詢率，並於111年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。 (2)於協商112年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。 (3)確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，於111年7月底前提全民健康保險會報告。
品質保證保留款	26.5	1.3	1.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111年度品質保證保留款(26.5百萬元)合併運用(計49.3百萬元)。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額		979.8	80.0	
較 110 年度核定總額成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	4.208%	1,230.8	
	總金額		29,690.7	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 27,560.0 百萬元(含 110 年一般服務預算 27,592.0 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-56.0 百萬元與加回前 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 24.0 百萬元)。

2.計算「較 110 年度核定總額成長率」所採基期費用為 28,491.8 百萬元，其中一般服務預算為 27,592.0 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-56.0 百萬元及未加回前 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 24.0 百萬元)，專款為 899.8 百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

111 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

111 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 110 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+111 年度一般服務成長率)+111 年度專款項目經費

註：校正後 110 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 110 年第 2 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、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 1.843%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 0.270%，協商因素成長率 1.573%。
- (二)專款項目全年經費為 1,738.8 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，111 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 2.756%。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牙醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.高風險疾病口腔照護(0.863%)：

(1)執行目標：服務高風險疾病患者 270,062 人。

預期效益之評估指標：服務人數。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同牙醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。
- ②依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。
- ③檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

2.提升假日就醫可近性(0.314%)：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，辦理下列事項：

- (1)加強改善民眾假日就醫不便情形，提升診所假日開診率及民眾假日就醫可近性，並訂定相關「執行目標」及「預期效益之評估指標」，如下：

執行目標：

- ①牙醫急症處置 92093B：11,900 人次。
- ②週六、週日及國定假日牙醫門診急症處置 92094C：282,000 人次。
- ③牙齒外傷急症處理 92096C：500 人次。

預期效益之評估指標：服務人次。

- (2)於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。

3.其他醫療服務利用及密集度之改變(0.443%)。

4.109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款(-0.024%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)會同牙醫門診總額相關團體，加強牙醫院所感染管制品質之查核與輔導，並提高實地訪查之抽查比率，儘速達成 100%院所符合加強感染管制之標

準。

(2)持續監測全面提升感染管制品質之執行結果(含申報及查核結果)，於111年7月底前提全民健康保險會報告，並納入112年度總額協商之參據。

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(-0.023%)：

(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112年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為1,738.8百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於110年11月底前完成，新增計畫原則於110年12月底前完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：全年經費280百萬元，持續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672.1百萬元。

(2)辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者(含社區醫療網)、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。

3.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫：

(1)全年經費12百萬元。

(2)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續監測執行結果，以評估照護成效。

4.0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫：

(1)全年經費60百萬元，本項經費不應支付預防保健相關服務。

(2)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，檢討計畫內容，並監測執行結果及評估照護成效。

5.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫：

(1)全年經費 271.5 百萬元。

(2)執行目標：服務 12~18 歲青少年 905,099 人次。

預期效益之評估指標：

①提升就醫率至 60%。

②同齡青少年是否參加計畫的恆牙根管治療及拔牙顆數。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體研訂具體實施方案，並於 110 年 12 月底前提報全民健康保險會同意後執行。

②依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。

6.高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫：

(1)全年經費 184 百萬元。

(2)執行目標：服務高齲齒患者 122,720 人。

預期效益之評估指標：服務人數。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用與管控措施，並提全民健康保險會報告。

②檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

7.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 168 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①檢討、提升牙醫院所參與率、檢驗(查)結果上傳率及門診雲端藥歷查詢率，並於111年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
- ②於協商112年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。
- ③確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，於111年7月底前提全民健康保險會報告。

8.品質保證保留款：

- (1)全年經費91.2百萬元。
- (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111年度品質保證保留款(91.2百萬元)合併運用(計207.6百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

表 4 111 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	0.270%	126.7	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。	
投保人口預估成長 率	0.136%			
人口結構改變率	0.309%			
醫療服務成本指數 改變率	-0.175%			
協商因素成長率	1.573%	738.1	請於 111 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 年成效評估檢討 報告；實施成效並納入下年度 總額協商考量。	
其他醫療服務 利用及 集中度 之改變	高風險疾病 口腔照護 (111 年新增 項目)	0.863%	405.0	1.執行目標：服務高風險疾病 患者 270,062 人。 預期效益之評估指標：服務 人數。 2.請中央健康保險署辦理下列 事項： (1)會同牙醫門診總額相關團 體，於 110 年 12 月底前 ，提出具體規劃內容，並 提全民健康保險會報告。 (2)依 111 年度預算執行結果 ，扣減當年度未執行之額 度。 (3)檢討本項預防處置之實施 成效，提出節流效益並納 入總額預算財源。
	提升假日就 醫可近性 (111 年新增 項目)	0.314%	147.1	請中央健康保險署會同牙醫門 診總額相關團體，辦理下列事 項： 1.加強改善民眾假日就醫不便 情形，提升診所假日開診率 及民眾假日就醫可近性，並 訂定相關「執行目標」及

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				<p>「預期效益之評估指標」，如下：</p> <p>執行目標：</p> <p>(1)牙醫急症處置 92093B：11,900 人次。</p> <p>(2)週六、週日及國定假日牙醫門診急症處置 92094C：282,000 人次。</p> <p>(3)牙齒外傷急症處理 92096C：500 人次。</p> <p>預期效益之評估指標：服務人次。</p> <p>2.於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。</p>
	其他醫療服務利用及密集度之改變	0.443%	208.0	
	其他議定項目			
	109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款(111 年新增項目)	-0.024%	-11.4	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.會同牙醫門診總額相關團體，加強牙醫院所感染管制品質之查核與輔導，並提高實地訪查之抽查比率，儘速達成 100%院所符合加強感染管制之標準。</p> <p>2.持續監測全面提升感染管制品質之執行結果(含申報及查核結果)，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告，並納入 112 年度總額協商之參據。</p>
	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.023%	-10.6	<p>1.為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。</p> <p>2.本項不列入 112 年度總額協商之基期費用。</p>
一般服務	增加金額	1.843%	864.8	
成長率 ^{註1}	總金額		47,779.5	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
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 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成，且均應於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
醫療資源不足地區改善方案	280.0	0.0	持續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	672.1	0.0	辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者(含社區醫療網)、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。
牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	12.0	0.0	請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續監測執行結果，以評估照護成效。
0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫	60.0	0.0	1.本項經費不應支付預防保健相關服務。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，檢討計畫內容，並監測執行結果及評估照護成效。
12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫(111 年新增項目)	271.5	271.5	1.執行目標：服務 12~18 歲青少年 905,099 人次。 預期效益之評估指標： (1)提升就醫率至 60%。 (2)同齡青少年是否參加計畫的恆牙根管治療及拔牙顆數。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同牙醫門診總額相關團體研訂具體實施方案，並於 110 年 12 月底前提報全民健康保險會同意後執行。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
高齲齒病患牙齒保存 改善服務計畫 (111 年新增項目)	184.0	184.0	<p>(2)依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。</p> <p>1.執行目標：服務高齲齒患者 122,720 人。 預期效益之評估指標：服務人數。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同牙醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用與管控措施，並提全民健康保險會報告。 (2)檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。</p>
網路頻寬補助費用	168.0	32.0	<p>1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討、提升牙醫院所參與率、檢驗(查)結果上傳率及門診雲端藥歷查詢率，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。 (2)於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。 (3)確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。</p>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
品質保證保留款		91.2	3.3	1.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 111 年度品質保證保留款(91.2 百萬元)合併運用(計 207.6 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額		1,738.8	490.8	
較 110 年度核定總額成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	2.756%	1,355.6	
	總金額		49,518.3	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 46,914.8 百萬元(含 110 年一般服務預算為 46,942.1 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-96.7 百萬元與加回前 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 69.4 百萬元)。

2.計算「較 110 年度核定總額成長率」所採基期費用為 48,190.1 百萬元，其中一般服務預算為 46,942.1 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-96.7 百萬元及未加回前 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 69.4 百萬元)，專款為 1,248.0 百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

111 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協商結論：

(一)111 年度其他預算增加 426 百萬元，預算總額度為 16,579.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如表 5。

(二)請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

- 1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於 110 年 11 月底前完成，新增項目原則於 110 年 12 月底前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。
- 2.請於 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效並納入 112 年度總額協商考量。

二、預算分配相關事項：

(一)基層總額轉診型態調整費用：

- 1.全年經費 800 百萬元。
- 2.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)持續檢討經費動支條件，建立長期效益評估指標，並監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益。
 - (2)提出「基層總額轉診型態調整費用」之未來規劃與期程(含退場)。
 - (3)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」，於 111 年 7 月底前提出專案報

告。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

- 1.全年經費 605.4 百萬元。
- 2.請中央健康保險署定期檢討山地離島地區醫療利用情形，並精進執行方案；另請儘速推動山地鄉論人計酬試辦計畫。

(三)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 7,300 百萬元。
- 2.本項醫療點數以每點 1 元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)為強化精神社區復健照護體系，請整體檢討精神疾病社區復健相關支付標準之合理性，及精神復健機構於健保政策下之定位。
 - (2)檢討居家醫療訪視費支付標準之合理性，並朝分級支付方向調整，以鼓勵急重症、緊急往返及困難疾病之照護。
 - (3)訂定反映居家醫療照護品質及效益之績效指標(如減少急診、住院之醫療利用等)，於 111 年 7 月底前將執行結果提全民健康保險會報告。

(四)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、器官移植專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費：全年經費 290 百萬元。

(五)支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費：

- 1.全年經費 1,900 百萬元。

- 2.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥新科技等之財源之一。

(六)推動促進醫療體系整合計畫：

- 1.全年經費 450 百萬元。
- 2.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」，請中央健康保險署檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。
- 3.因應新興傳染性疾病，請中央健康保險署儘速研議遠距醫療會診執行及管理策略，並審慎規劃及執行急重症轉診網絡之遠距會診醫療服務。

(七)調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費：

- 1.全年經費 1,000 百萬元。
- 2.經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。

(八)提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用：

- 1.全年經費 1,500 百萬元。
- 2.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。
 - (2)確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。
- 4.新增提升院所智慧化資訊機制：

執行目標：提升檢驗所(與基層診所合併計算)資料上傳率達 50%。

預期效益之評估指標：上傳率。

(九)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

- 1.全年經費 1,653.8 百萬元。
- 2.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。

(十)腎臟病照護及病人衛教計畫：

- 1.全年經費 450 百萬元。
- 2.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。
 - (2)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。

(十一)提升保險服務成效：

- 1.全年經費 600 百萬元。
- 2.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)精進提升保險服務成效之評估指標，以反映實施成效及節流效益。
 - (2)於協商 112 年度總額前檢討實施成效，及預算編列之妥適性，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。

(3)請於 111 年 7 月底前提出成效評估報告。

(十二)提升用藥品質之藥事照護計畫：

1.全年經費 30 百萬元。

2.執行目標：年度預計服務達 3 萬人次。

預期效益之評估指標：服務人次。

表 5 111 年度其他預算協定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
其他預算(全年計畫經費)			1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於110年11月底前完成，新增項目原則於110年12月底前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。 2.請於111年7月底前提報執行情形，延續性項目應包含前1年成效評估檢討報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。
基層總額轉診型態調整費用	800.0	-200.0	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」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續檢討經費動支條件，建立長期效益評估指標，並監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益。 (2)提出「基層總額轉診型態調整費用」之未來規劃與期程(含退場)。 (3)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」，於111年7月底前提出專案報告。
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	605.4	-50.0	請中央健康保險署定期檢討山地離島地區醫療利用情形，並精進執行方案；另請儘速推動山地鄉論人計酬試辦計畫。
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	7,300.0	756.0	1.本項醫療點數以每點1元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第62條規定採浮動點值處理。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)為強化精神社區復健照護體系，請整體檢討精神疾病社區復健相關支付標準之合理性，及精神復健機構

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>於健保政策下之定位。</p> <p>(2)檢討居家醫療訪視費支付標準之合理性，並朝分級支付方向調整，以鼓勵急重症、緊急往返及困難疾病之照護。</p> <p>(3)訂定反映居家醫療照護品質及效益之績效指標(如減少急診、住院之醫療利用等)，於111年7月底前將執行結果提全民健康保險會報告。</p>
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、器官移植專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費	290.0	0.0	
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費	1,900.0	-950.0	請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商112年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥新科技等之財源之一。
推動促進醫療體系整合計畫	450.0	50.0	<p>1.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」，請中央健康保險署檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。</p> <p>2.因應新興傳染性疾病，請中央健康保險署儘速研議遠距醫療會診執行及管理策略，並審慎規劃及執行急重症轉診網絡之遠距會診醫療服務。</p>
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	1,000.0	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。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
提升院所智慧化資訊機制(111年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用	1,500.0	520.0	<p>1.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於協商112年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。 (2)確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，於111年7月底前提全民健康保險會報告。</p> <p>3.新增提升院所智慧化資訊機制： 執行目標：提升檢驗所(與基層診所合併計算)資料上傳率達50%。 預期效益之評估指標：上傳率。</p>
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	請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。
腎臟病照護及病人衛教計畫	450.0	0.0	<p>1.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。 (2)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。</p>
提升保險服務成效	600.0	300.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.精進提升保險服務成效之評估指標，以反映實施成效及節流效益。</p> <p>2.於協商112年度總額前檢討實施成效，及預算編列之妥適性，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			3.請於111年7月底前提出成效評估報告。
提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	執行目標：年度預計服務達3萬人次。 預期效益之評估指標：服務人次。
總計	16,579.2	426.0	

壹、111年度總額協商－「醫院總額」
與會人員發言實錄

壹、111年度總額協商－「醫院總額」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

- 一、各位委員、各位與會協商代表及所有的同仁大家早安，大家好！今天健保會將行使年度當中很重要的任務，就是協議訂定111年度健保總額預算及其分配。今天會議主要進行的流程，先由各總額部門簡要說明，接續由委員進行提問，以及意見交流。相信不管是付費者代表或是總額部門代表，為了今天的協商，都已經準備很久了，期待今天的總額協商，能夠充分的交流及溝通，達成理性的共識。
- 二、希望各總額部門代表及健保會的委員，都能站在守護全體國民健康的立場，及有效率使用醫療資源的宗旨之下，進行今天的總額協商，請開始今天的會議。

周執行秘書淑婉

主席、各位委員、各位協商代表，會議開始之前，有1件事情向大家說明，有別於過去，今天桌上提供1份協商草案的試算資料，這是今年新提供的資料。等一下在協商的過程中，大家可以用來註記重點，依過去經驗，委員可能會覺得等到資料印下來，很多資訊已來不及記下來，所以這份資料可以作為計算、記錄重點使用，每1個部門1張。以上說明，現在是不是從第1個部門開始協商會議？

顏委員鴻順

主席，這裡提出程序問題。

周主任委員麗芳

請。

顏委員鴻順

- 一、主席、各位委員大家早，我是顏委員鴻順。針對這次總額協商會議資料的架構，我們看到健保會幕僚補充的意見非常的多，也對於健保署跟醫界的訴求有很多的意見，本人在這裡對於這樣的架構提出質疑。

二、健保法第 5 條明文規定，總額協商之對等協議訂定及分配等，職權是在健保會，而健保會的組成，是由被保險人、雇主、醫事服務提供者、專家學者及公正人士及相關政府機關代表所組成。這裡頭並沒有提到幕僚，幕僚就是協助健保會的委員整理、分析以及統整資料，但是這樣的幕僚補充意見，請問是在哪一次的健保會會議通過、討論及審議？或者是有哪些委員授意這麼做？要不然為什麼會在大家不知情的情況下，公然放在協商資料的版本上？所以，我覺得基本上違反了議事規則跟健保法授權的範圍。這一點可能要先提出來討論，希望接下來程序問題的討論時間，不列入醫院總額說明的時間之內。

周主任委員麗芳

- 一、好，以下討論時間不計入醫院部門協商時間。
- 二、針對剛剛顏委員鴻順所提的程序問題，委員有沒有要回應的地方？好，請朱委員益宏、何委員語。

朱委員益宏

- 一、主席，我支持顏委員鴻順剛剛講的意見，因為往年幕僚都是收集一些客觀的數據跟評核委員的意見，但是這一次幕僚非常主觀的認為這個項目不應該列入、這個項目不應該同意、那個項目應該怎樣做的意見，就變成幕僚直接參與整個協商的過程。我認為非常非常的不妥，這已經不算是誘導了，而是直接指示醫院或各總額部門、付費者代表應該怎樣去做。
- 二、因為健保會幕僚是衛福部的下屬單位，所以我們也搞不清楚是不是部長指示要這樣做？如果是部長的指示，那根本也沒得協商，健保法也不用執行，部長直接指示就好了，幹麼要讓付費者代表跟醫療服務提供者每一年都要在這邊廝殺呢？
- 三、既然是賦予雙方對等的協商，就不應該有任何的指示，應該在談完之後，真的有爭議才送到部裡面做裁示，所以我也不明白為什麼健保會幕僚會有這樣的意見，很直接的建議要怎樣做。因為幕僚意見已經列在會議資料上，現在也無法拿掉，所以我

建議接下來在醫院總額協商的時候，健保會幕僚的意見我們不予討論。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、剛剛醫界委員提到健保法條文，可是沒有去看全民健康保險會組成及議事辦法，裡面寫得很清楚。醫界是專業人士，在設置規範裡面，付費者代表又不准兼具醫事服務提供者之身分，所以付費者代表是由各行各業、不具備醫療專業知識的民間人士組成。
- 二、依據全民健康保險會設置要點規定，健保會是幕僚單位，辦理本會業務，付費者代表有權向健保會幕僚單位提出諮詢要求，健保會幕僚則需要提供詳細的文字、數據給我們參考。保險付費者代表目前總共 20 位，包括主計總處 1 位公務人員，但他也不是醫療專業人士，剩下 19 位都是民間人士，坦白講我們是各行各業派出的烏合之眾，也不了解健保的運作，像我擔任委員 11 年來很努力研讀健保資料，不然什麼也不懂。
- 三、因此，健保會幕僚接受付費者代表的要求，提供諮詢意見給我們，在他的工作職責上是合乎工作規則的要求，也是合情、合理、合法的。至於所建議的內容付費者代表會不會接受，我想我們 19 位委員都有各自的考量跟看法，所以醫界不要擔心那麼多，輕鬆一點啦！這樣才會有良性的協商方向，希望今天的總額協商不滿意也讓它圓滿，我知道醫界有自己的立場跟看法，我們付費者代表也有自己團體背景的立場跟看法，大家共同讓協商的過程圓滿，這是我們的看法。

周主任委員麗芳

- 一、有關剛剛委員所提建議，首先在這邊要鄭重的澄清，剛剛有委員詢問是不是由部長授權，這一點我很肯定是絕對沒有。部長充分尊重健保會上供需雙方的自主協商，絕對不會授意協商的

方向，這是確定的。

二、其次，健保會同仁所扮演的是中立、持平的角色，絕對不會偏袒哪一方。既然這一屆委員有提出這個意見，我建議幕僚單位：

(一)第 1 點，未來健保會同仁可以擬撰幕僚補充意見去協助大家，但額外列在另一本冊子中，不管是付費者代表、總額部門的醫界代表委員，如果需要健保會同仁協助，都可以來索取。也就是這本總額協商會議資料不要並列 3 欄(即總額部門草案欄、健保署依總額部門之建議提供試算與說明欄、健保會幕僚補充意見欄)，這樣可能會讓大家有所誤解，健保會同仁的用心也會受到打擊。我覺得同仁的用心是要被肯定的，但是可以改變方法讓大家接受，同樣的資料可以另外編列 1 冊讓大家索取。

(二)第 2 點，健保會在今天的協商場合中，付費者及醫界代表對金額、額度的部分能夠發表意見，其他委員也大多提供大方向、政策性的意見，因為今天已經進到協商的核心討論，所以幕僚在用詞上，比方說建議金額要增刪等等，這部分提供的是基本、客觀的數據做參考，至於金額這麼細節的部分，我想還是由供需雙方在今天的場合當中來談。以上的建議，讓本會同仁做為來年辦理的參據。

三、我還是藉這個機會，肯定周執行秘書淑婉帶領的健保會同仁團隊，他們是挑燈夜戰完成工作。所以健保會幕僚的意見僅供大家參考，真正提出來協商的版本，一個是醫療團體的版本，一個是健保署的意見以及等一下付費者代表提出的版本，希望能化解這次委員對資料呈現上的意見，就此補充。

四、我們是不是進行正式的程序？還有委員有意見，盧委員瑞芬、李委員永振、干委員文男、劉委員國隆，等一下，被螢幕擋住了，還有馬委員海霞。

盧委員瑞芬

- 一、其實健保會的組成，的確有資訊不對稱的情形，因為是專業醫療服務提供者 versus(相對)非醫療專業的付費者代表。剛才主席提到將幕僚意見分成另一冊，我覺得應該沒什麼必要，因為只要健保會幕僚提出意見，雙方都會去索取。
- 二、我必須要非常肯定幕僚所做的工作，他們在提出意見的時候，其實都有經過查詢，我被徵詢過幾次，像是詢問實際的狀況是怎麼樣，尤其是國外的情形，所以我覺得他們在這個部分非常用心。
- 三、幕僚整理的意見，也從來不是拿來在談判桌上談的方案，本來就是提供參考，所以列在原本的協商資料裡面，其實是協助付費者代表，在參考過程中很容易可以對照，如果另外再去做 1 本冊子，我覺得多砍了很多樹，有一點浪費資源。
- 四、幕僚意見本來就沒有指導棋的意味，完全是提供參考，而且又可以消弭健保會成員資訊不對等的情形，我覺得這一點應該要肯定，而且也沒有違法的情況。所以我覺得補充意見還是照目前這樣的方式呈現，非常的清楚，可以協助消弭資訊不對稱的狀況，以上。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

- 一、我完全贊成盧委員瑞芬的意見。因為我記得在會上曾經提到資訊不對等的情形，所以我們付費者代表有要求，當然不清楚有沒有做成明確紀錄，但是我們曾經有提過。而且我們這一屆新任的付費者代表還滿多的，所以我贊成盧委員瑞芬的意見，這樣對付費者代表來講，比較容易去參看，另外弄 1 冊的話，2 本要翻來翻去的，不方便。
- 二、但如果醫界對於幕僚的建議、內容，覺得有什麼可以改善的，可以提出來，這樣應該對雙方都會比較方便，而且會比較順利，也不要再去誤解，吵半天也吵不出個結果，我認為這樣比

較好。

周主任委員麗芳

請劉委員國隆。

劉委員國隆

- 一、其實大家想想看，剛剛顏委員鴻順分析，好像醫療體系的專業人士對這些資訊感到錯愕，但我覺得對付費者代表而言是資料的補充，完整的資料有助於雙方協商。我們都知道歷屆總額協商的時間都很長，我相信周執行秘書淑婉提供的資料，也是因為付費者代表有需要，拜託幕僚提供的。我相信這些資訊越早提供，對付費者代表跟醫療服務提供的專業人員都會有好處。大家都會知道今年提出來的項目，可能有哪些需要再補充、解釋，可以讓協商的時間能夠縮短，促成和諧的完成協商任務，而不是最後協商到半夜。
- 二、我覺得這個制度非常好，事實上我們有 19 位付費者代表，如果每個人都向幕僚單位索取資料，他們會煩死了，乾脆做個本子，其實也不用做成本子，就用目前的對照表呈現。提供給所有的委員，包括醫療體系、付費者代表等，這樣把資訊公開透明化，利於協商的和諧跟成果。剛剛陳委員有慶有講，我們委員的協商是快樂、和諧的在為全民把關，希望協商結果能有利於醫療體系跟付費者代表，大家站在自己的立場，朝協商方向推進一點點，達到真正的協商目的。我相信這一次所有的委員，包括何委員語剛剛也有講，希望今年是非常友善的，大家協商出一個好的結果，我們就靜看這些資料的提供，會不會促進協商更和諧、更快速。
- 三、我還是支持周執行秘書淑婉及幕僚單位繼續提供意見，其實這對雙方都很好，也希望醫界的協商代表看到這些資料，就先做準備，並補充解釋，我們就不用再互相討論、折衝那麼多次。拜託各位互相體諒，也讓我們付費者對醫療專業能夠快速的學習成長。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、剛才醫界代表提到幕僚單位提供意見這件事，我想我們 19 個委員，幾乎快一半是新手，所以需要林林總總的資料來參考。醫界有各科的學會，有各科各種醫學的專業人員，全聯會也有各醫院的協助人員。請問，付費者代表具有這些資歷嗎？我們有專業人員協助嗎？沒有。
- 二、幕僚提供的資料也是我們要求的，如果沒有很清楚、比較完整的呈現方式，要一個一個逐項解釋，委員也很難理解。幕僚的意見，也只不過是把醫界跟健保署的方案對照一下，提供協商項目歷年的執行程度及有多少成果，這些資料也都是就健保署提供的資料做彙整。他們也不是只有今年這樣做，而是有史以來就一直是這樣提供資料，醫界不要害怕，我們快快樂樂協商啦，不希望一開始協商心裡就有芥蒂。我希望進入協商，事情就這樣快樂的解決。

周主任委員麗芳

好，等一下請馬委員海霞、楊委員芸蘋、林委員敏華。

馬委員海霞

我倒不認為我們是烏合之眾，何委員語抱歉，我想我們是來自不同領域的人，大家都很慶幸可以跟醫界一起為全民的健康做努力。另外，我也請醫界代表放心，我們會跟幕僚單位做一些諮詢，但是大家看看過去協商的結果，並不是幕僚提出意見我們就採用，沒有啊，協商結果都是所有付費者代表共同討論、協商出來的。所以這樣子講，我想幕僚單位會有一點難過，請醫界代表放心，付費者代表不會這樣子做決定。

周主任委員麗芳

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、我剛剛聽醫界講這個話，也是有一點點感觸，其實都不用擔心，因為今天大家都抱著輕鬆、愉快的心情來這邊作協談，也不用想太多。不過我們還是滿尊重幕僚的作為，其實他們的建議是一個持平的態度，也不是每一個內容我們都會接受，決定權還是在付費者代表身上，這一點請大家不要怪幕僚。
- 二、幕僚真的很辛苦，因為要面對那麼多委員來要資料，經常為了要提供給我們這些資料挑燈夜戰，沒有辦法準時下班，他們非常辛苦，我們也應該要認同他們的工作，還有他們的工作態度。
- 三、今天不管是哪個總額部門，我們都希望能達成協議，希望大家能夠靜心，以輕鬆、平和的心情把今天的協談做好，完成今天協商的目的。

周主任委員麗芳

請林委員敏華。

林委員敏華

- 一、剛剛幾位委員已經表達的意見，我就不再贅述了。我是比較資深的委員，今年剛剛拿到健保署草案的時候，其實我就滿訝異的，因為健保署今年所給的資料，跟往年比較，相對非常不足。今年健保會幕僚提供的這些新的意見，對照過去，比較像是往年健保署會提供給委員的意見。
- 二、有關評核結果部分，今年健保會幕僚特別把評核會評核委員的意見整理出來，我覺得他們做得非常用心，這一點跟主委報告，以及給健保會的同仁肯定。基本上我想今天協商的時間又拖延了，建議主席這部分就不要再討論了。

周主任委員麗芳

我們是不是還是給予我們幕僚...？還有委員有意見？請陳委員石池。

陳委員石池

- 一、剛才醫界代表有表示一些意見，付費者代表也有很多意見，我

想付費者代表對醫療不太認識，所以要求提供一些補充資料，我個人也覺得贊同。但是，前提是假如幕僚提供的資料錯誤，你們很有可能一半以上被誤導，因為你們覺得他講的應該是對的，但是我不認為他們的認知完全正確。

- 二、沒有錯，健保會是為了全民的健康服務著想，付費者代表跟醫界代表並不是敵人，我們都是好朋友，我們共同努力，所以付費者代表應該事先找我們協調，我們開幾次會就解決啦，以後健保會就不用開到晚上，我們事先協調就好了嘛。
- 三、幕僚提供的資料不見得百分之百正確，假如你們不知道，一定會被誤導，問題在這個地方。所以我建議，以後我們乾脆事先開個協調會，大家先談一談，彼此溝通清楚，在會有問題馬上解決，這不更簡單嗎？我贊同很快樂的開會，我們都是為民眾的健康著想，這樣才是正確的，不要每次開會都在那邊堅持，我覺得這樣不是很好。

周主任委員麗芳

好，最後一位委員發言，請何委員語。

何委員語

- 一、我很認同剛剛醫界代表的發言，可是 11 年來醫院總額代表有沒有打一通電話給付費者代表，要給我們做醫院總額的簡報？沒有，11 年來都沒有。我不知道其他的委員有沒有接到電話，但是我當 11 年的委員，從來沒有醫院總額的代表，要給我們做醫院總額的簡報，從來沒有。
- 二、雖然我剛才講我們是烏合之眾，但至少我們 19 個人是各單位派出來的代表，早期的話就是各派系的綠林頭目，被派來這裡當委員。可是醫界 11 年來，連一通電話都沒有說：「何委員我來做個簡報」。我何委員從來不收人家的禮物，也不吃人家的大餐，坦白講有醫界向我說明，我只喝白開水，頂多 1 杯牛奶、1 杯果汁。我很樂意跟醫界溝通，可是很多醫界的人都說我是壞人，不要找何語，這是醫師講的喔，人家都有錄下來給

我聽，這樣子就有一點歧視了，歧視我們付費者代表。

- 三、像上一次開會，實際上醫界有困難，我也都很幫忙，如果是合理合情合法的，我們會支持到底；不合理不合情不合法的，我們也會反對到底，應該這樣做，不然我們這些綠林好漢要怎麼在社會上生存呢？生存不下去了嘛，對不對？如果用古早的說法，我們每個人就像是各山頭的老大，綠林好漢要怎麼生存下去？如果我們在社會上做出不公平、違背良善、違背法理情的事情，就無法生存。不知道你們今天提出來的用意，是否要引導付費者代表認為健保會幕僚所提意見都是錯誤的，不可以依健保會提供的資料來和醫界協商，是不是有什麼其他目的我不清楚，也不了解醫院協商代表的共識為何，目前的資料也都只是草案及參考資料。
- 四、我從過去 11 年來拿到的總額協商資料來看，健保署今年是完全放棄，所提供的資料都沒有詳細的分析，以及分析後對於預算增減的建議，只能說今年健保署的資料是 11 年來最為空虛的資料、很空虛的資料。既然健保署的資料那麼空虛，我們只能找健保會幕僚提供資料來讓付費者參考，這對付費者而言非常重要。所以，對於健保會幕僚將近 10 天不眠不休，甚至工作到半夜 3、4 點，我們也表達敬意，真的很感謝。因為目前健保會委員有一半是新委員，像我剛開始擔任委員時，對於醫療相關的文字內容及涵義都不清楚。對於今天第一場次的醫院總額協商，希望大家能保持輕鬆快樂的心情。
- 五、付費者和醫界不僅專業不對等，政治力量更不對等，醫界有很多醫師立委幫忙講話，有政治力協助，付費者則完全沒有，只能靠自己努力。坦白講，每次總額協商結束，我會一直反省有沒有對得起自己的良心，我的良心有四句話，有沒有給人家信心、有沒有給人家希望、有沒有給人家方便，有沒有讓人家滿意。希望今天大家對協商多一點信心，給彼此多一點方便，讓大家感覺到彼此歡喜，雖不滿意也要圓滿，這是我的期望。

周主任委員麗芳

- 一、綜整剛才委員的意見，建議健保會幕僚的補充意見仍可以呈現在總額協商會議資料，但基於健保會幕僚是全體委員的幕僚，補充意見請提供客觀基礎的資料數據，不涉及預算額度及經費增刪的建議。
- 二、接下來進入第一場次醫院總額協商，依照協商程序，先進行第一階段的提問與意見交換，時間是 30 分鐘。因為協商草案內容，醫院部門的代表已於 8 月 20 日總額協商會前會報告過了，委員都事先看過資料，所以先請醫院的協商代表就重點項目提出 5 分鐘的說明，其他的時間再由付費者代表及委員來進行提問及意見交流，請開始。

翁委員文能

主席、各位委員，大家早安！我們先請林副秘書長佩菽進行說明。

林協商代表佩菽

- 一、主席及現場所有委員，大家早安！僅代表台灣醫院協會就 111 年度醫院總額草案做統整說明，醫院部門歷年以來都是配合國家衛生政策進行相關協商項目的設定，近年來提出的成長率也是配合行政院核定的總額成長率上限。請參閱今天的會議資料，111 年度醫院部門提出的總額成長率為 4.4%，因為非協商因素(醫療服務成本及人口因素)的成長率創歷年新低，所以醫院部門對所有項目都非常嚴格仔細的斟酌，對於「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」項目，仍持續編列。
- 二、醫院部門在整體討論過程中，一直非常堅持的是鞏固醫院的正常營運，讓醫院可以無後顧之憂，這是第一優先考量。所以，在 111 年的協商項目中，還是一樣編列有「推動分級醫療，壯大社區醫院」，及「提升重症照顧，促進區域級以上住院費用結構改變」項目，另外新增「研修病房費給付原則」及「研修住院護理費給付原則」，這 2 項都含有 RCW(Respiratory Care Ward，呼吸照護病房)及安寧療護照護的提升，這是今年非常

重要的重點。

- 三、有關今年衛福部特別提出健保總額中長期改革計畫，誠如我們前於 8 月 20 日總額協商會前會向所有委員報告，醫院部門贊同健保總額中長期改革計畫，但必須從長計議，特別是針對「住院整合照護服務試辦計畫」，因為該計畫對醫院整體人力配置茲事體大，我們希望能從長計議，妥善溝通，以利整體健保總額中長期改革計畫的執行更臻完善。因此，我們提出有關健保總額中長期改革計畫的部分，可能與健保署的草案略有不同，我們希望能編列在專款項目，以利妥適執行。
- 四、此外，對於「建置智慧醫療的區域聯防機制」，贊同健保署編列在其他預算，所以第 26 項專款項目同意移列其他預算，醫院總額整體成長率未超過 4.4%。至於其他專款項目，歷年都是配合健保署編列預算，誠懇的請健保署能在預算上多予協助，充分討論，以上是醫院部門今年提出的重點。

周主任委員麗芳

報告結束，是否請翁理事長文能簡單補充。

翁委員文能

誠如林副秘書長佩菽的報告，我們是在醫院協會的理監事會做相關的討論，原則上我們一方面配合國家的政策，一方面希望整體經費用在刀口上，所以編列的經費相當嚴謹，我沒有什麼特別的補充，希望委員能支持醫院的協商草案及各項預算。

周主任委員麗芳

接下來請委員提問，請何委員語。

何委員語

- 一、對於健保總額中長期改革計畫的相關項目，醫院部門確定要編列到專款項目嗎？若編列到專款項目，可能預計半年後才有辦法開始執行，因為醫院部門在總額協商會前會說明時，曾表示反對這些項目，現在同意編列到專款項目，考量上半年要規劃，下半年才有辦法執行，你們認為執行率會達到多少？

二、我剛才提到 11 年的協商經驗，是包括擔任費用協定委員會及監理委員會的委員 2 年，再加上二代健保實施後擔任健保會委員 9 年，以上說明。

翁委員文能

- 一、先代表醫院協會回答何委員語的意見，其實我們並不反對這些國家的政策，原則上贊成，但是對於實施時間及經費有不同的想法。尤其是有關「全責護理」，因為牽涉到相當多的經費與人事訓練，我們希望能調整實施期程，所以提出試辦計畫的經費，因為這項計畫需要護理師公會全國聯合會(下稱護理師公會)的協助，其中牽涉到整體護理提供照護結構很大的改變，應該從長計議，建議先進行短期、小型的計畫，嚴謹執行之後再全面推動。
- 二、對於其他 3 項健保總額中長期改革計畫，我們配合，但經費有調整，其中醫事司所提計畫(偏遠地區遠距醫療建置計畫)，與我們的方向一致，而且內容也相當嚴謹，所以我們支持。
- 三、另外 2 項計畫我們也支持，有關國健署所提計畫(慢性病整合防治計畫)，因為國健署本來就有相關的經費在執行，現在只是希望與健保署及醫界合作，建議繼續運用國健署的經費就好，醫院部門就不編列。
- 四、至於精神科病人治療的部分(強化精神照護體系)，也是我們的努力方向，建議先不要納入一般服務，編列在專款項目(精神科病人出院後急性後期照護服務試辦計畫)，才能監控實施情形，將來若順利執行，再考量回到一般服務。

周主任委員麗芳

請問是否還有委員要發言？請干委員文男、劉委員國隆。

干委員文男

- 一、剛才翁委員文能所提「住院整合照護服務試辦計畫」的問題，請問現在看護人力都不足了，如果貿然實施是不是有點倉促？會不會對醫院造成困擾？如果會造成困擾，乾脆交由付費者決

定，我們就不列這項，如果要列，應有足夠的時間進行政策宣導，讓民眾及相關執行單位了解並有共識後，再開始實施。要不然就這樣列總額專款項目，也會存在很多問題，建議不要編列預算，以免造成你們的困擾，我們也困擾，還會占總額的經費，這樣是不是比較乾脆？

- 二、請健保署、衛福部先進行規劃、宣導，以我們的社會風氣，如果父母住院，一下子不用家屬去照顧，在社會上會被人家批評不孝，父母都住院了，你連去照顧都沒有。因此，本計畫除了需要護理師公會介入外，現階段還有照服員人力不足、社會資訊及共識不足、資源不足等問題，在大家無意願的情況下，相關問題應重新討論。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

- 一、付費者委員相當關心分級醫療與急診壅塞這 2 個影響醫療品質的重要問題，在醫院總額回復 110 年度全民健康保險各部門總額評核之整體性建議時，評核委員已指出醫院總額缺乏具體回應。付費者委員看不到醫院部門的實際對策，所以想進一步請教。
- 二、針對分級醫療的指標構面，評核委員已指出現行部分指標「較難靈敏反映執行『結果面』成效」。在 111 年度的醫院總額協商項目草案中，醫院總額預計要「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」，地區醫院確實在分級醫療有其重要性，不管是在地方上的急性或慢性病長期醫療照護、預防醫學，或假日、夜間看診，都有其重要性及便利性，但是這個項目卻看不到 KPI(Key Performance Indicators，關鍵績效指標)是什麼？就是編列這項預算後，醫院部門可以承諾達成哪些目標？我們的目的是提升醫療品質與服務效率，但是在這部分看不到 KPI 在哪裡？包含如何壯大社區醫院？提高門診量？提升檢驗檢查量

能？提升照護中重度病患的能力？應提出具體目標。

三、針對存在很久的病人上、下轉問題，108、109 年數據均顯示，基層診所上轉至區域級以上醫院約 55 萬件，區域級以上醫院下轉只有約 10 萬件，數據相差甚大。西醫基層與醫院部門可以再如何精進合作模式，以縮小落差、落實分級醫療，卻沒有在資料中直接回應。資料中提及，醫院與診所有策略聯盟，請問這 81 個策略聯盟、7,258 家特約院所中，轉診比例如何？有沒有因為成立聯盟，下轉案件更多？這些策略聯盟的作法，有沒有直接對分級醫療有所幫助？希望醫院部門或健保署能進一步回應，以利綜合評價分級醫療政策成效。

四、最後就是急診壅塞問題，醫院的專款項目編列有「急診品質提升方案」，但是民眾塞在急診的問題長年無解，急診效率指標、壅塞指標未見顯著改善，109 年度總額評核委員亦有提出質疑，是因政策設計沒有到位、還是指標較難靈敏反映結果面等實質肇因為何？希望醫院部門可以明確回應。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏、侯委員俊良、趙委員曉芳。

朱委員益宏

一、有關劉委員淑瓊提到分級醫療部分，醫院協會在 111 年度總額的協商項目「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」編列 10 億元，醫學中心及區域醫院部分(協商項目「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變」)編列 20 億元。向劉委員報告，健保實施 20 幾年以來，我們看到臺灣整體的醫療體系是扭曲的，基層越來越萎縮，然後大醫院包括醫學中心、區域醫院越來越多，這是健保實施 20 幾年來的現況。

二、在更早之前，大約 5 年前，所有關於醫院總額預算的分配，都是說醫院要注重急診、急重難症，從四大皆空開始，就不斷的挹注經費到急重難症，歷年統計下來，對急重難症的經費挹注

超過上百億元，但是並未校正醫療體系中大醫院大者恆大的概念。一直到去年開始，我們才特別在總額編列 5 億元用於壯大社區醫院，今年再加 10 億元，總共是 15 億元，也就是說這 20 幾年來，對於社區醫院、地區醫院，只有最近這 2、3 年才逐漸受到重視，才開始編列經費。

三、關於評核委員認為分級醫療 106~109 年沒有明顯的成效，當然我覺得短期成效不容易看得到，因為這是 20 幾年健保實施以來的沉痾。分級醫療大家應該要共同努力，包括付費者也應該共同努力，其實臺灣的醫療體系有一個很重要的特色，就是民眾是自由就醫，並沒有受到限制，民眾就醫的時候，依照醫療法，他到醫院或任何的醫療機構，醫療機構就必須提供相關的醫療服務，這是現況。

四、推動分級醫療，除了在政策上要提供誘因，健保會在經費上給予支持外，另外衛生行政的配套措施也非常重要，這也是為何部長上任後推動分級醫療，會有區域級以上醫院門診量年減 2% 的政策，這是非常重要的配套措施，但受到疫情影響，現在已經停了第 2 年。分級醫療不是只有靠錢來處理，但是沒有錢的話，在地區醫院逐年萎縮的狀況下，政策再怎麼推動，如果沒有經費挹注，其實都是空談，以上針對劉委員淑瓊的詢問補充說明。

周主任委員麗芳

請侯委員俊良。

侯委員俊良

謝謝主席，請教第 24 項有關「住院整合照護服務試辦計畫」專款項目，我蠻關心這部分，醫院部門放在專款，且只編列 3 億元，我記得之前健保署編列的預算是 60 億元，如果以 60 億元相對 3 億元來看，我會覺得這樣的試辦計畫，感覺就是醫院部門不想辦理，可能覺得服務能量還不夠。若是如此，是不是應該妥善規劃、確定可行之後再實施，否則就應該投入更多的經費，請教醫院部門與健保

署編列預算額度差距的原因為何？如果要讓大家同意編列在專款項目，請教有什麼具體理由，說明以專款方式辦理可以達到預期的效果？

周主任委員麗芳

請趙委員曉芳。

趙委員曉芳

- 一、有關「住院整合照護服務試辦計畫」，建議不管是以什麼方式編列預算，希望都能列入今年的總額預算。計畫正確的名稱應是 Total Nursing Care(全責護理)，其原始精神就是當病人住院的時候，能有醫療團隊接手，完整解決其急性醫療需求後，再讓病人離開醫院，現在的計畫就是將這個原始精神的最後一塊拼圖拼上。
- 二、相關計畫(衛福部)已經試辦 10 年以上，過去只是鼓勵或試辦的性質，10 幾年來也只成就了 5 千床位可以使用到這樣的服務，相較於急性病床 8 萬床的規模，也就是只有 6% 的床位可以使用到這個服務。以現在的時代趨勢，這種 1 人住院全家倒的現況，已經是少子化社會中的集體社會焦慮，建議透過政策協助擴大該計畫，幫忙推一把。
- 三、過去以試辦的方式，加入的醫院以地區醫院為多，醫學中心的比例較低，如果能有比較完整的持續財源，有助於解決分布不均及提供服務床位始終無法提升的困境。

周主任委員麗芳

先請陳委員石池，再請羅協商代表永達、張委員澤芸。因為大家問到很多健保署的業務，張委員發言結束後，先請健保署說明，但不占用醫院部門的時間，接下來再請林協商代表佩菽說明。

陳委員石池

- 一、贊同剛才干委員文男及劉委員淑瓊的意見，如果「住院整合照護服務試辦計畫」內容還不是很明確，建議先不要列入總額預算執行。

- 二、向大家報告，現在的計畫主要是「陪病者」的概念，並不是「護理照護」。生病時有人陪伴，我想這是有需要，所以現在有錢人就請看護，但沒有錢的人就沒有辦法請看護。現在這個計畫病人好像要自付 900 元，意思是如果你是弱勢族群，就無法享受這個服務，首先，這不符合公平正義；其次，有錢人他本來就有能力付錢，現在只要繳 900 元，這樣對富人少收錢是不對的概念；最後，照服員可能有無法平均照顧的問題，假設照服員白天要照顧 4 位病人，但是其中 1 位病人非常 trouble(麻煩)，所以照護員需要一直照顧他，其他 3 位病人也繳了錢，但都沒有享受半點服務，這 3 人會覺得這個政策公平合理嗎？所以這還需要從長計議，如果此政策會衍生不公平正義的問題，我不相信臺灣的民眾會接受這樣的政策。我覺得根本不要試辦，我們只是因為是政府的政策不好意思不配合，所以只編列一點預算，但我非常反對，因為從頭開始就不符合公平正義的概念。建議本計畫重新再討論，等規劃較完善後再執行，這樣對民眾、社會才是公平，否則衛福部若堅持要推動，到時候不是掌聲，而是很多的罵聲。
- 三、有關急診壅塞問題，在日本如果要看急診，是不能隨便去看，而是需要先打電話告知病情，並詢問是不是可以看急診？他們在線上會告訴你能不能去看急診。現在問題來了，如剛才朱委員益所提，臺灣的就醫非常方便，想看急診就可以隨時去看。比如說有位輕症病患，我請他去看門診，他不願意啊！他認為急診比較快，還是在那邊等，等太久就投訴我們服務態度不好，所以公立醫院就很麻煩，每次病人投訴就妥協幫他看診，前面的病人就壅塞在那裡，所以壅塞怎麼解決？沒有辦法解決。因為我們沒有辦法拒絕病人，這是最大的困擾，他不符合急診條件，可是他就是要看，你不看不行，他投訴你，你怎麼辦？
- 四、建議政策要改變，像美國醫療的急診非常貴，一趟急診起碼美金 1 千元以上，約臺幣 3 萬元以上，這樣誰會去看急診？很少

人啦！所以美國民眾會先看家醫科，因為急診太貴了，而臺灣的醫療費用老實說太便宜，民眾就醫太方便，急診壅塞要解決就是收費太便宜，如果收費很貴的話，病人要看病前會再考慮一下。就好像大家知道，SARS(Severe Acute Respiratory Syndrome，嚴重急性呼吸道症候群)的經驗跟現在 COVID-19(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)一樣，很多急診病人自動減少，當然急症還是會看急診，但那時急診就不壅塞了，表示很多輕症病人喜歡去看急診，所以這個問題要從政策解決，不能只要求醫院管控，因為這很困難執行，病人端醫院無法阻隔，所以如何解決這個問題，只能從政策著手。

周主任委員麗芳

本時段只剩不到 7 分鐘，請委員發言精簡，請羅協商代表永達。

羅協商代表永達

- 一、回應剛才劉委員淑瓊的提問，有關地區醫院的定位，以及為什麼要編列本項預算用於壯大社區醫院。地區醫院的定位從一開始就很清楚，屬於基層醫療，是相對比較完善、有醫療能力，而且能夠提供更多服務的基層醫療單位。區域級(含)以上醫院我們叫做大醫院，地區醫院與一般的診所則屬基層醫療，因為地區醫院有更多的檢驗、X 光等設備，因此平常負擔的基層醫療會比較多，所以地區醫院協會才提出如何壯大社區醫院，讓我們在提供一般性的基層醫療服務時，能與區域級以上醫院做區隔，使基層與社區的醫療服務能夠更完善。
- 二、剛才委員有提到壯大社區醫院有沒有 KPI？事實上有，地區醫院從 2 年多前就開始規劃，例如假日或像這次的中秋連假，地區醫院若願意多開診，相對可以減少很多區域級(含)以上醫院的急診量。從壯大社區醫院開始實施後，社區醫院從當時的門診開診量只有 6%，慢慢變成 13%，到最近已經是 19%，這是地區醫院自行統計的結果。假設有 1 位病人在這次的中秋連假中去掛急診，光掛號費、部分負擔可能就要 400 至 600 元以上

的基本費用，可是到地區醫院只要 230 元，包括掛號費 100 元或 150 元，部分負擔 80 元，假日開診就可以提供服務，對很多社區的民眾而言相對方便。

- 三、事實上，假日開診的成本非常高，為了配合政策，我們都要求新進醫師一定要同意假日、夜間或週六多開 1 到 2 個以上的門診，這是現在地區醫院形成的共識，也希望所有委員能支持我們這次壯大社區醫院的項目，讓我們這些措施不要為德不卒，做到一半沒有做下去。這對地區醫院是很大的鼓勵，也是能夠改變基層壯大社區醫院很重要的環節。

周主任委員麗芳

請張委員澤芸。

張委員澤芸

就剛才提到與護理有關的幾項協商項目做說明，首先謝謝醫院協會在有限的資源下，能將「研修住院護理費給付原則」納入，也就是同意所謂的「算進又算出」，先從幾個方向跟大家說明：

- 一、住院護理費用修改為「算進又算出」的理由，我看了一下健保會幕僚說明，表示不可能同一個時間照顧同張床的 2 位病人，但是這個同一個時間，應該不是以分鐘計，而是指給付的單位，即以天計，所以當 1 天內同一張病床有病人出入時，就是照顧到 2 位病人，在這樣的情況下，因為是不同的病人，應該都要給予給付。至於是否像醫師的診察費，有巡房的就支付，請大家放心，護理人員是 24 小時在病人身邊提供照顧。
- 二、本項議題在 109 年 11 月 12 日健保署的「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」已經做成共識，同意住院護理費「算進又算出」，但礙於今年度沒有經費，所以希望能在 111 年度爭取預算，也納入該會的會議追蹤。健保費用投資在護理人員身上，一定不會讓民眾失望，不管是遇到百年難見的新興疫情，還是一些重大意外的發生，大家都可以看到，歐美非常多國家的護理人力在這時候都出現人力流失，但是在

臺灣絕對不會發生這樣的事情，哪怕護理人員其實染疫的人數已經不在少數，我們也依舊堅守崗位。再次請託付費者代表，能夠針對本項給予支持。

- 三、有關第 9 項「住院整合照護服務試辦計畫」，醫界這幾年持續推動的都是跨領域團隊的照護，也就是一個 teamwork，只是現在這個 teamwork 希望透過該計畫，由醫院提供照服員，替代家屬照護病人的日常生活。至於剛才委員提到推動此計畫會減輕護理人員的負擔，向大家報告，這是 2 種不同專業領域角色的發揮，所以也不會因為推動此計畫，就可以減少護理人員的聘用或者是負擔。
- 四、從剛才的討論可以看出，醫院對這個計畫是有猶豫的，因為全國的住院床數是 10 萬多床，需要的照服員人力相當多，如果這部分都要由醫院來負擔整體照顧責任，當然醫院會有顧慮與擔心。但因為這是國家的政策，醫界也會盡力配合。本項計畫的推動需要時間，因為人力需要準備，如果要全面推動，應是 3 到 5 年的長期計畫。

周主任委員麗芳

時間先暫停，請健保署蔡副署長淑鈴先向大家說明。

蔡副署長淑鈴

非常感謝大家對於醫院總額的協商項目有很多的討論，謹就其中討論最多的健保總額中長期改革計畫補充說明：

- 一、非常感謝醫院部門對於健保總額中長期改革計畫中的每項計畫，都有正面的回應，只是預算編列位置有不同看法，但都同意有一些預算編列的安排，非常的感謝。其中對於「住院整合照護服務試辦計畫」，從健保署提出的需求與醫院總額提出的需求，還有付費者代表剛才的提問，約略看出來大家的看法有一些不一樣，我再向大家稍微補充說明。
- 二、事實上，名稱叫「健保總額中長期改革計畫」就代表不是 1 年就可以達成之計畫，可能是 3 到 5 年的計畫，或甚至更長的時

間。這個項目確實如剛才陳委員石池所提，面對臺灣貧富差距的社會，每位病人的需求沒辦法完全一樣，其中當然會有執行上的爭議。所以對於這個項目，健保署是希望編列在一般服務，醫界則是以較少的金額，編列在專款項目。剛才在討論的過程中，大家確實認為這個計畫未來執行時會有一些困難，而且人力也未必能一步到位，所以需要逐步推廣。但是也有委員提到，這對於臺灣貧富差距還有少子化的社會，未來也是必要面對、解決的問題，所以大家應該一起努力，共同思考解決的方向，在此也懇請大家支持這中長期計畫。

三、剛剛有委員提到，這個計畫已經試辦很久，過去的試辦都是用公務預算，由衛福部的相關專責單位推動，是小規模的試辦，無法涵蓋社會上所有適合的病人，因為它的規模不經濟，以致於無法長期營運。本次將其納入健保編列預算，就是希望從試辦進入實作，所以規模要更大一點，才能看出它的實益。但是一下子全面推動也是做不來，因為還有非常多的困難，需求面及供給面都有困難，所以從小規模的試辦到實作，小規模的進展可能是必要的過程。在此懇請醫界還有付費者代表，在正式協商的時候，對本項可以給予正面的支持，規模可以再擴大一點。健保署也同意列在專款，有助於了解計畫實際執行情形是否順利，也不影響總額預算一般服務的經費執行，再次請求大家，能夠支持衛福部的健保總額中長期改革計畫。

周主任委員麗芳

一、說明一下，今天比較特別，一般我們都是委員完成提問後，再請協商代表整體回應。為管控時間，剛剛已經有唱到名的委員還是請依序發言，但請一定要控制時間，因為只要醫院總額部門延長時間，後續任何部門都要依序增加，這是公平性問題，如果醫院部門延長 10 分鐘，其他部門也要增加 10 分鐘，所以等一下依序請林協商代表佩菽、劉委員國隆、朱委員益宏。

二、本階段最多 15 分鐘內要結束，因為剛剛好幾位醫院部門的協

商代表舉手要發言，是否請翁理事長文能看看由誰來發言，15分鐘內結束。因為醫院部門延長15分鐘，後續每個部門就要依序增加時間，請大家發言還是要精簡，不能1人就佔了15分鐘。請林協商代表佩菽。

林協商代表佩菽

- 一、有關很多委員一直在提問，也是本次健保總額中長期改革計畫非常重要、額度最大的「住院整合照護服務試辦計畫」，依照護理及健康照護司(下稱照護司)提出的報告，其所設定的是Skill-mixed(住院照護人力最適組合)，與正式的護理照護性質不同，所以是否會減輕護理人員的工作負荷，醫院部門相對持保留態度。向委員報告，在照護服務上，這是屬日常生活照護，雖說有照護服務員，但是目前醫院的照護服務員，會與長照有競合的問題，亦即同一批照護服務員，長照的給付金額比較高，薪水是4萬6千元起跳，但是醫院的照護服務員，每月的平均薪資是3萬2千元。所以，目前雖然大約有1萬2千人可以執行本項業務，但若醫院以3萬2千元的薪資是聘不到人的。若醫院的照護服務員沒有辦法進來，但仍需要提供這樣的服務，對醫院而言壓力很大，尤其這幾年好不容易護病比大概達到一個平衡，而且還有進步的空間，如果現在直接進入Skill-mixed 這個計畫，我們擔心會把護理人員嚇跑，所以還是希望能先鞏固整體醫院的營運，再進行相關的討論。
- 二、對於「住院整合照護服務試辦計畫」，照護司原先提出的是4年的計畫，第1年也就是今年，編列的是3億元預算，本來就是要就整體基礎建設進行溝通與調整。但非常遺憾的是，醫院協會是到8月初才知道有這個計畫，在前8個月都沒有參與討論的情況下，我們後續如何執行？而且一下子就編列60億元的預算，對醫院來講是非常大的壓力，我們擔心若做得不好，反而是讓美意變成惡意，就像剛剛陳委員石池特別提到，也是醫院非常擔憂的部分。若醫院真的進入Skill-mixed，依實際情況計算，一天二班制，1年約需118億元的預算，三班制則需

178 億元，我們現在有這樣的預算去支付這樣的計畫嗎？醫院部門非常希望能好好處理這件事情，因為這是一個對的政策，但是需要時間去做妥適的規劃及管理，不能夠因為新的計畫進來，反而影響到醫院現行的運作與醫療服務的提供，這是我們非常擔憂的部分。

- 三、另外，有委員詢問我們在策略聯盟的部分是不是有所成效？其實目前的成效是慢慢在發酵，因為很多政策推上去不可能 1 年就達成目標。我們現行推動的策略聯盟其實分成 2 部分，一部分是管理上的資源；另一部分是醫務上的資源，管理上的資源確實是可以對中小型醫院有帶動的作用，另外在醫療部分，確實需要慢慢發酵，我們希望能透過策略聯盟，將整個醫療體系建立成一個比較綿密的聯繫網絡，讓民眾得到更妥適的醫療照顧，這是我們的期待，也非常謝謝委員的指導與建議，我們會持續努力，但是請給醫界一點時間，因為很多政策其實需要時間去發酵與調和。

周主任委員麗芳

接下來請劉委員國隆。

劉委員國隆

- 一、會議資料顯示，110 年 6 月醫院的門診件數降低 32.06%，住診件數也降低 36.69%，但是總額預算反而較 109 年增加，當然門住診件數降低是因為 COVID-19 的關係，總額預算增加也不要緊，能否請醫院代表說明，未來如果要因應這種緊急狀況，醫院及整體醫療體系如何因應？多出來的預算如何運用？希望醫院代表能夠說明。
- 二、第 7 項「研修住院護理費給付原則」，我們都知道住院護理費現行支付方式是「算進不算出」的概念，如果要「算進又算出」也不要緊，因為有預算才能提升品質，但是所編列 33.34 億元的預算，是用於護理人員護理費用的加給，還是如何處理？希望醫院協會就本項再做說明，有了這筆預算後，能不能

真正提升住院服務的品質？請說明，以利支持本項預算。

三、第 21 項「鼓勵院所建立轉診之合作機制」，111 年預算編列減少 1.75 億元，是不是因為 COVID-19 的關係？應該要讓醫院減壓，然後將家庭醫師的系統建立好，能否拜託醫院部門好好探討如何強化轉診系統，加強病人下轉而不是上轉，剛才也有委員提到上轉案件很多，但下轉很少。本項預算反而被減列，減列後會不會造成下轉機率更低，也請說明。

四、第 25 項「強化精神照護體系」6 千萬元是依照心口司預算編列，現在醫院對精神病患的照顧，在病人出院後還是有很多的社會事件，因此，有必要建立精神科病人的轉診機制，協助病人下轉，支援基層診所有關精神病患或是心理醫師的下轉，這樣對精神病患的照護也會提升，有機會請補充說明。

周主任委員麗芳

先請朱委員益宏，再請侯委員俊良，之後時間就交由醫院部門回應。

朱委員益宏

一、劉委員國隆特別提到，依健保業務執行報告，110 年 6 月份看起來醫院部門的門住診件數都減少 30% 以上，但是第 2 季點值結算時，每點還是不到 1 元，也就是說 5、6 月醫院總額其實受到疫情很大的影響，理論上病人到醫院就醫，都不是所謂的誘發需求，而是有必要的醫療，在這樣的狀況下，健保的總額對於醫院來講還是沒有達到 1 點 1 元。呼應李署長伯璋之前在健保會的發言，醫院總額的缺口大概至少有 5、6 百億元，就是說在正常的狀況之下就已經少了 5、6 百億元，所以我覺得剛好在疫情第 2 季的時候也可以反映，其實健保總額對於醫院提供的服務，就算受到疫情影響，真正反映民眾的就醫需求，對醫院而言健保總額是非常非常的不足。

二、再回到剛剛大家討論的護理 Skill- mixed 部分，其實醫院最早的想法是不支持，希望不要編列預算，因為確實中間有太多的

變數，而且照護司提出計畫只有 1 個月的時間與醫院討論，而且完全沒有雙向溝通，只是提出計畫，並未針對醫院的意見做修正。就像剛才干委員文男的意見，其實醫界最早的態度是不支持，但是因為衛福部在各種場合強烈放出訊息，就是說這個政策一定要做，所以醫院協會才勉為其難編列 3 億元放在專款。

三、其實大家一直都沒有談到，就是第 6 項「研修病房費給付原則」，地區醫院特別強調希望針對 RCW 這部分匡列預算，因為長期以來 RCW 被稱為所謂的無效醫療，當然我個人不同意這個名字，但是確實有些人認為 RCW 叫做無效醫療。我們也認為 RCW 的病人是長期依賴呼吸器的病人，應該要有誘因推動簽署 DNR(Do Not Resuscitate，不施行心肺復甦術)，這部分經費也不多，健保署預估約 3、4 億元，希望付費者能夠支持。如果 RCW 的病人簽署 DNR，在支付上做一些調整，鼓勵所有的醫療服務提供者能夠向病人詳細說明安寧療護的概念。事實上，簽署 DNR 並不是拿一張 DNR 同意單叫病人簽就簽，要經過很多的會議，甚至是家庭會議，整個醫療團隊要向病人家屬做相關的解釋，其實耗費非常多的時間，但是我們覺得 RCW 病人如果願意簽署 DNR，確實對整體 RCW 的費用有抑制效果，以上補充。

周主任委員麗芳

請侯委員俊良。

侯委員俊良

一、剛剛大家都有提到「住院整合照護服務試辦計畫」，不管是醫院代表或是委員，其實大家的想法是這個計畫是可以做的，但可能是長期性。我也了解醫院為什麼把它編在專款項目，因為覺得時間來不及，在這麼短的時間要做這個計畫，可能沒有把握能完善處理。如果大家覺得這件事情是應該做的，而且須要長期推動，醫院部門現在編列 3 億元，我不知道 3 億元如果放

在專款，變成只是前端的一個處理，實際上專款用完後，付費者並沒有享受到這樣的服務，有可能計畫就終止了，終止後下年度會不會再編列專款，我覺得是一個問題。

- 二、所以我想請教醫院代表，到底這件事情長期來做不可行？對所有付費者是不是好事？如果是好的事情，是不是考量放在一般服務？至於費用的部分，我覺得可以再討論。如果不可行，你就回答不可行，不管它是不是一個政策，我覺得這部分我們想要了解醫界對這項政策的實際看法。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、我希望我發言完以後，能結束本階段的意見交流，開始進入付費者的內部會議。
- 二、我們不希望臺灣的醫院長照化，這點很重要，如果臺灣的醫院走上長照化，那醫療體系就崩盤了，這是很重要的概念。其次，現在醫院總額的基期很大，111 年度「醫療服務成本及人口因素成長率」就有 1.922%，不管是分級醫療、壯大社區醫院，還有其他的護理照護，已經有 93.542 億元的預算可以去分配。過去在醫院部分，已經分配很多經費給地區醫院，來提升地區醫院的病房費、護理費、照護費，整個地區醫院的支付，已經提升到與區域醫院相同的等級，不像以前分三級，現在醫院的支付大部分都算是兩級支付，一級是醫學中心，二級是區域醫院與地區醫院，所以 111 年度「醫療服務成本及人口因素成長率」有 93.542 億元的預算，這些預算都可以充分運用在這些項目。
- 三、請問主委，是不是讓我們開始進行付費者的內部會議？

周主任委員麗芳

等一下，因為程序上還是要讓醫院代表回應，請翁理事長文能 3 分鐘回應。

翁委員文能

- 一、因為時間不多，大家也提供很多意見，我必須提醒，真正的醫療利用與總額預算有 700 億元的差額，亦即醫院真正提供的服務與應該付給醫院的費用是有 700 億元的差額，所以剛剛何委員語提到我們還有約 1 百億元可以撥補，其實本來就不夠，一直都不夠。
- 二、剛才很多委員提到健保總額中長期改革計畫，其中有關「住院整合照護服務試辦計畫」，如果臺灣是公醫制度，就可以執行，人事費就由公醫制度編列預算，我大約算一下，相關的照護費用至少需要目前三分之一到一半的護理費用，護理費用大約是 600 至 700 億元，所以剛剛林副秘書長佩菽說大概需要 110 億元，那是最低標。如果每年能有 200 億元的預算好好規劃，是有可能達到預期目標，這個計畫如果認真來做，至少需要 8 年。醫界大多數覺得太倉促，認為會造成二度不公平，因為依目前的計畫，病人要自付 900 元，那沒有 900 元的病人怎麼辦？政策要實施，應該有更嚴謹的規劃。
- 三、醫院部門最後編列 3 億元專款的原因，是因為照護司說 3 億元可以進行試辦計畫，過去試辦的結果應該是沒有成功，萬一通過 3 億的預算，或是沒有通過我們也可以接受，我很想請我們的護理師公會...，張委員澤芸在搖頭，因為這是很辛苦的工作，還是請他們好好規劃，因為他們才知道真正的問題在哪裡。
- 四、照護病人有分專業照護及日常照護，這是兩回事，1 個照服員不可能只照顧 1 個病人，就像 1 個護理人員白天可能要照顧 4 個病人，加護病房一次要照顧 2 個病人，這是醫療照護，可以按照順序。但是日常照護，他照顧 4 個病人，同時要吃飯、上廁所的時候，會造成很多的糾紛，所以這件事情要一步步好好規劃才會成功。「住院整合照護服務試辦計畫」立意是很好，但目前的規劃有點太快，我們接到通知是 8 月份，現在才 1 個

多月，所以我覺得假如要做的話，要從長計議。

五、最後關於精神照護的部分，其實心口司有他們的計畫，我們聽過他們報告，還算嚴謹，為免占用太多時間，剛才有委員提問，如果需要的話，可以請心口司來報告，我們是很支持這個計畫。

周主任委員麗芳

本階段提問與意見交流就告一段落，請雙方各自去討論，然後再把各自的版本提到現場來，謝謝。

何委員語

我們醫院的主談人是林委員恩豪，協談人是劉委員淑瓊及劉委員國隆，另外請專家學者滕委員西華到我們的會議室提供協助。

(付費者代表進行內部會議討論約1小時32分鐘)

周主任委員麗芳

各位委員、各位協商代表請入座，付費者代表辛苦了，對醫院部門的協商草案花了很長時間進行詳細的討論。接下來進行部門的預算協商。先說明一下，本次總額協商的付費者代表總召集人是何委員語，本場次醫院部門的主談人是林委員恩豪，協談人是劉委員淑瓊及劉委員國隆，先請主談人林委員恩豪向大家說明付費者的版本。

林委員恩豪

付費者代表提出的方案，請大家參閱螢幕，以下逐項報告。有關第1項新醫療科技，付費者代表預估增加的金額是30億元，後面有協定事項的說明。

周主任委員麗芳

建議縮小螢幕排版，併放醫院部門的版本，以利比較兩案差異，說明時會比較清楚。請林委員恩豪繼續說明。

林委員恩豪

付費者代表提出的方案說明如下：

一、一般服務：

- (一)第 1 項「新醫療科技」：醫院部門提出的方案是 30 億元，付費者方案也是 30 億元，協定事項有 2 項：1.若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度。2.藥品價量協議(PVA)之還款金額，可作為本項預算不足之財源。
- (二)第 2 項「藥品及特材給付規定改變」：醫院部門提出的方案是 17 億元，付費者方案是 6 億 5 千萬元，協定事項為：若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；另藥品價量協議(PVA)之還款金額，可作為本項預算不足之財源，同第 1 項。
- (三)第 3 項「促進醫療資源支付合理」：醫院部門未提出本項預算，我們也同意這樣的作法，大家的想法一致。
- (四)第 4 項「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」：付費者方案沒有增加金額，我們認為本項應該由「醫療服務成本及人口因素成長率」增加的預算支應。
- (五)第 5 項「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變」：我們的想法同第 4 項，增加金額是 0 元，一樣是希望由「醫療服務成本及人口因素成長率」增加的預算支應，因為重症照護的相關支付，一直都有成長。
- (六)第 6 項「研修病房費給付原則(含 RCW)」：本項付費者方案希望不予編列預算，增加的金額是 0 元。但是我們對於「鼓勵 RCC (Respiratory Care Center，呼吸照護中心)、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護」部分，同意編列 3 億元預算，並改列專款項目執行。
- (七)第 7 項「研修住院護理費給付原則(含 RCW)」：本項如同剛剛報告過的第 6 項，增加金額是 0 元。
- (八)第 8 項「配合 110 年牙醫門診總額調整支付標準所需費用」：(同醫院部門方案)增加金額是 2.1 百萬元。
- (九)第 9 項「住院整合照護服務試辦計畫」：本項列專款項目。
- (十)第 10 項「精神科病人出院後急性後期照護服務試辦計畫」：

本項也是列專款項目。

(十一)第 11 項「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：同醫院部門方案(扣減 16.5 百萬元)。

二、專款項目：

(一)第 12 項「C 型肝炎藥費」：依 110 年額度扣減 3 億元(全年經費 31.28 億元)。

(二)第 13 項「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」：同意依照健保署編列預算，增加 11 億 8 百萬元(全年經費 128.07 億元)。

(三)第 14 項「後天免疫缺乏病毒治療藥費」及第 15 項「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」：(同醫院部門方案)維持 110 年預算沒有增加(第 14 項全年經費 52.57 億元、第 15 項全年經費 51.27 億元)。

(四)第 16 項「醫療給付改善方案」(全年經費 14.28 億元)：本項增加 6 千萬元，用於新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」，並整合納入「思覺失調症的醫療給付改善方案」。

(五)第 17 項「急診品質提升方案」：(同醫院部門方案)增加 5,400 萬元(全年經費 3 億元)。

(六)第 18 項「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」：(同醫院部門方案)維持 110 年預算(全年經費 2.1 億元)。因為 DRGs 已經推動很久，幾乎沒有繼續推進，所以我們希望 111 年度應該完成第 3 階段的 DRG 項目導入。

(七)第 19 項「醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案」：(同醫院部門方案)一樣維持 110 年預算(全年經費 1 億元)。

(八)第 20 項「醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」：(同醫院部門方案)一樣是維持 110 年預算，沒有增減金額(全年經費 11 億元)。

(九)第 21 項「鼓勵院所建立轉診之合作機制」：與醫院部門方案一樣，減列 1 億 7,530 萬元(全年經費 2.247 億元)，協定事項

請健保署會同西醫基層及醫院部門討論適合轉診案件的定義，且定義要明確。

(十)第 22 項「網路頻寬補助費用」：與醫院部門方案一樣，增加金額 7,300 萬元(全年經費 2 億元)。

(十一)第 23 項「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」：編列的金額是 15 百萬元。其中 4.08 百萬元由門診透析服務費用移列，4.04 百萬元由醫院門診透析費用移列，0.04 百萬元由基層門診透析費用移列。

(十二)第 24 項「住院整合照護服務試辦計畫」：(同醫院部門方案)預算 3 億元，編列在專款項目，讓該計畫試辦看看。

(十三)第 25 項「精神科病人出院後急性後期照護服務試辦計畫」：剛才已經說明，本項併入醫療給付改善方案專款的「思覺失調症醫療給付改善方案」。

(十四)第 26 項「建置智慧醫療區域聯防機制」：本項編列在其他預算。

(十五)新增「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」：剛才已說明，本項改列專款項目執行，協定事項為：執行效益納入未來的總額財源，預算如有不足，由品質保證保留款支應。

(十六)第 27 項「品質保證保留款」：同醫院部門方案(全年經費 9.298 億元)。

周主任委員麗芳

請問其他委員有沒有補充意見？如果沒有，接下來聽聽醫院代表的意見。在醫院代表表示意見之前，先請問專家學者及公正人士有無提問？沒有要提問，接下來請醫院部門翁理事長文能回應。

翁委員文能

因為雙方的差別太大，是不是留給我們一點時間討論？

周主任委員麗芳

好，接下來請醫院部門代表進行內部會議討論。

(醫院部門代表進行內部會議討論約38分鐘)

周主任委員麗芳

請委員入座，醫院部門代表已經回到現場，也提出他們的修正版本，請翁理事長文能說明醫院部門調整後的方案。

翁委員文能

大家辛苦了，我們剛剛利用不少時間討論付費者方案與醫院部門方案的不同意見，發覺其中有很大的差異，為了不耽誤大家的時間，我們最後的結論是，因為彼此的差異太大，建議兩案併陳送部裁決。

周主任委員麗芳

一、好，醫院部門很可惜！針對兩案差距的部分，恐怕短時間內付費者代表也很難再增加預算額度，就尊重雙方的意見兩案併陳報部裁決。請大家檢視內容，可以看到協商結果與健保署所提意見差距最大的是今年度新增的「住院整合照護服務試辦計畫」，所以報部的過程也會將健保署所提供的試算與說明一併報部。

二、如果大家都接受兩案併陳，醫院部門的討論就到此結束，將雙方的建議方案報部，並請將健保署對於「住院整合照護服務試辦計畫」所提供的試算與說明一併報部。(註：健保署未提供)

周執行秘書淑婉

請醫院部門今天晚上提供醫院代表方案的最終版本給本會同仁，以利明天提委員會議確認。

翁委員文能

我們可以提供。

周主任委員麗芳

補充說明，111 年度醫院總額因為付費者代表與醫院部門代表未能達成共識，請將各自之建議方案及部門調整後的新增項目之執行目

標及預期效益之評估指標，在今天晚上 10 點前送健保會彙整，併同「住院整合照護服務試辦計畫」健保署的意見併陳。

(醫院與西醫基層總額之門診透析服務費用協商)

周主任委員麗芳

接續進行門診透析服務費用協商。

何委員語

主席，門診透析預算部分，付費者代表的主談人是干委員文男，協談人是吳委員鴻來及陳委員有慶。我們付費者代表是否先進行內部會議？

周主任委員麗芳

請召集人不用急，現在(「提問與意見交流」階段)門診透析協商代表還沒報告，請門診透析協商代表入座，請先進行5分鐘擇要說明。

羅協商代表永達

一、主席、各位先進大家午安！每年腎臟醫學會都很緊張，也謝謝大家的支持，這麼多年他們交出很好的成績單，可以從總額協商會前會的報告中看出來，目前人口老化趨勢變高，可是進入透析的年齡延後，代表我們在Pre-ESRD(全民健康保險末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫)或CKD(Chronic Kidney Disease，慢性腎臟病)照護部分做得很好。

二、這幾年不管是物價成長、透析人數成長及人口老化等因素，有幾個部分我們忽略它的存在，雖然點值由0.83、0.84至0.85，但是所有相關數字，包括醫療成本，例如，門診血液透析支付點數由以前4,017點開始往後慢慢折價，點數往下的情況下(註)，點值乘以點數的結果，事實上對他們不利。

[註：101年5月之前血液透析之門診一般透析(58029C，每人每月申報1次)支付點數4,107點，之後支付點數調整為3,912點。]

三、近年來民眾罹患糖尿病、其他共病的人數增加很多，最近盤點發現2個大問題，今天時間有限簡單說明：

(一)首先，輸血是為了讓病人血紅素變高，這部分費用涵蓋在整個package(包裹)。請大家參閱會議資料第50頁(109年醫療利用點數47,542百萬點，較108年成長3.1%)，單價成本成長近3.1%，即實際申報點數的成長率，明知是package支付，這部分拿不到錢但還是得做，增加的成本成長了3.1%，這是很大的數字。

(二)再加上人數成長，現在看到109年透析人數成長1.9%，但是歷年來我們都用協商當年第1季的數字(以該季醫院及西醫基層申報費用點數占率分配預算)，今年第1季的人數成長2.5%，今天資料沒有這個數字。我們將現在的成本、人數成長的2個因素加起來，提出門診透析預算總成長率3.6%。其實我們原本編列4%，經與西醫基層討論後，考量今年太多變數，且協商成長率的基礎很低，所以我們自動從4%調降至3.6%，希望所有付費者代表給我們支持。

周主任委員麗芳

請委員提問。請干委員文男。

干委員文男

請問羅協商代表永達，門診透析服務費用協商，請問你們哪一位是醫院代表？哪一位是基層代表？誰是主談人？

羅協商代表永達

由我主談。

干委員文男

由你主談，你們同意嗎？說了就要算數，確定這點後，付費者代表要進行內部會議再討論。是否請何委員語宣布我們要進行內部會議？

周主任委員麗芳

等一下，我們先請大家提問，專家學者、公正人士委員尚未提問，而且也要等門診透析協商代表回應完，再進行內部會議。請問專家學者、公正人士、在場的委員有無意見？若沒有意見，先請門診透

析協商代表回應完，再請付費者代表進行內部會議。請張協商代表孟源。

張協商代表孟源

- 一、主席、各位委員大家好！我代表西醫基層協商，剛剛羅協商代表永達提到最重要的部分，洗腎是剛性需求，因為新冠肺炎疫情造成醫院門診整體服務量下降，唯一沒下降的單位是洗腎室。若病人沒來報到、沒來透析，就代表這個病人已經不在人間，對於這樣必須的治療，希望能給予適當的醫療品質。
- 二、歷年洗腎點值約0.85，遠低於醫院總額點值，長期以來我們能維持台灣透析患者5年存活率比美國高，與目前健保署李署長伯璋推動透析前的預防、避免止痛藥、腎毒性藥物的使用有關，也有明顯的成效，即透析人數成長率已經下降，代表台灣有8萬多個家庭能維持好的透析品質，醫師公會全國聯合會尊重醫院協會與健保署的意見，希望總成長率維持3.6%。

周主任委員麗芳

門診透析協商代表回應到此，請問羅協商代表永達要再回應嗎？

羅協商代表永達

沒有。

周主任委員麗芳

沒有。請干委員文男。

干委員文男

- 一、剛才張協商代表孟源所說有理，但這是大家的功勞，大家都有前瞻性看法，健保署也努力提醒所有的醫師盡量少用非類固醇抗發炎藥、止痛藥，這使慢性腎臟病發生減少。而且總額也編列各項專款預算推動透析前期的照顧及衛教，計畫做的不錯，你們很努力，但是透析人數成長率減少，進入透析的平均年齡延後，大家都有功勞，不是1個人的功勞。
- 二、洗腎品質好可以延長病人生命，雖然增加健保支出，但有利於病人。付費者代表一直關心能不能減少透析病人，希望努力推

動腎臟移植，腎臟移植人數雖有增加但不多，希望能增加活體移植，多轉介讓病人有機會接受移植。

三、我有參加「門診透析預算研商議事會議」，現在推動「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」，將中醫納入我非常贊同，傳統中醫顧腎是中醫強項，若發現病人有問題，希望在前端轉介給中醫治療，透析人數可能會減少，總額預算下，透析人數減少、點數成長是你們要努力的地方。請問「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」是3個月或6個月要報告執行成果？

羅協商代表永達

3個月。

干委員文男

3個月嗎？中醫成效3個月看不出來，我曾在研商議事會議表示希望能延長，讓中醫有機會協助減少慢性腎臟病人，這才是民眾的幸福。其他相關問題，等一下請吳委員鴻來表示意見，請問其他委員有無提問？

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、目前透析醫療院所對國民健康幫助很大，但是臺灣是全世界洗腎王國，在醫療項目中，包括醫院、西醫基層、中醫部門都有腎臟病早期照護計畫，健保署也有推動腎臟病照護及病人衛教計畫，希望能早期發現、早期治療。目前開始透析的年齡平均延後7、8年，可是有些病人開始透析年齡有下降情形，這不是好現象。

二、另外從公共衛生來看，現在民眾比較注重蔬菜、水果衛生，買回來不急著吃，先用清水過濾，因為上面有農藥、重金屬。但我也一直強調，南部很多地下電台賣黑藥丸，腰酸背痛、腳痛的藥丸，那種黑藥丸混合中、西藥，很多老人買了一直吃，吃到腎臟受損。還有小孩吃太多不健康的食品，也傷害腎臟的健

康。透析院所對民眾健康幫助很多，但是年度門診透析預算相當龐大，單一的透析占整個健保比重很大。政府推動整體醫療保健，這方面應該要加強，而且要多面向推動。

周主任委員麗芳

我再徵詢有沒有委員有意見？若沒有，請門診透析協商代表回應。

羅協商代表永達

- 一、謝謝委員的指教！說明幾件事情，剛剛何委員語提到現在開始透析的平均年齡下降，請大家參閱會議資料第50頁，本會幕僚補充說明2(2)，臺灣開始透析平均年齡逐年上升，不是逐年下降，這是幕僚提供的資料，這是很多人努力的結果。
- 二、就如干委員文男所提，不只有腎臟內科的努力，但也不能把所有的問題都歸責我們，例如民眾吃黑藥丸，或電台藥物廣告，不能將這些帳算在腎臟內科頭上，這是很公平的事情。大家都很努力，從開始規劃、執行及推動，腎臟內科功不可沒，不全是他們的功勞，但是這些努力結果不應該拿來當懲罰，因他們的努力而減少什麼東西，這樣讓他們的成本需求沒人注意，這不合理。
- 三、我再說明2件事情，今天提出總成長率3.6%是有所本：
 - (一)透析人數若以今年第1季來看成長2.6%(註)。第1個，透析件數本身也在成長，因為病人年齡變大，病人若活得更久，增加的人數是比原來那些洗得更久，所以件數是成長的。
(註：會議資料第47頁，健保署意見，110年第1季透析人數成長2.5%。)
 - (二)第2個，醫療點數成長3.1%，請大家參閱會議資料第50頁。再加上相關共病，剛提的成本分析，門診透析沒有非協商因素，所有的成本、共病都沒辦法反映，所以用透析人數成長2.6%，再加上1%做其他成本上的補助，我們提出總成長率3.6%非常有本，而且也與腎臟醫學會討論過，他們希

望得到付費者代表的支持，這麼多年來他們覺得備受委屈，所以醫院及西醫基層部門共同支持這個數字。

周主任委員麗芳

若雙方都沒有意見，請付費者代表進行內部會議。

何委員語

我們邀請卓委員俊雄參加我們的內部會議，好不好？

周主任委員麗芳

請卓委員俊雄，卓委員請。

(付費者代表進行內部會議討論約44分鐘)

周主任委員麗芳

請大家入座，感謝付費者代表回到現場，這場次的主談人是干委員文男，協談人是吳委員鴻來及陳委員有慶，先請干委員文男說明付費者代表的版本。

干委員文男

讓你們久等！我們對整個醫療過程有很多意見及疑問，請不用擔心這都可以說明，並請大家聽聽看要怎麼樣做。請吳委員鴻來說明我們的結論，她口齒清晰國語標準，我沒讀過ㄅㄆㄇㄏ講話不標準，請她宣讀後，我們再進入成長率協商，好不好？

周主任委員麗芳

請吳委員鴻來。

吳委員鴻來

我宣讀付費者版本的協定事項：

- 一、第1，同大表協定事項，加強腎臟移植及腹膜透析等照護。
- 二、第2，配合前面醫院總額部分，基期減列「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」4.08百萬元，移至醫院總額，其中醫院門診透析預算減列4.04百萬元，西醫基層門診透析預算減列0.04百萬元。
- 三、第3，加強腎臟病相關藥物提醒及管理。

四、第4，請檢討末期病人使用透析服務之必要性。

干委員文男

- 一、我們在內部會議討論很久，因為臺幣升值對整體經濟影響，進口器材及相關成本應該要下降，你們所提總成長率3.6%有點過高。剛才吳委員鴻來提到末期病人的無效醫療，這部分請多加檢討，病人在加護病房已無治療成效，但仍幫病人洗腎，希望能減少這樣的事情，並多加管控，不要再有類似情形發生，雖然我們曾反映，但仍要再次提出來。
- 二、有關止痛藥與顯影劑使用問題，希望能適當使用，減少非類固醇抗發炎藥物的使用，請衛福部或健保署控管，成效才能繼續發揮。
- 三、另外，幫病人施打EPO(Erythropoietin，紅血球生成素)對病人是好或壞？目前有2種說法，打EPO病人情況可能會變好，也有可能反而變差，我不一定說對，但是我們的意見仍要呈現。
- 四、現在門診透析點值不錯，在0.855~0.856上下，109年透析人數成長率1.9%，低於往年成長率，我們就從最底限談起，這樣好嗎？

周主任委員麗芳

- 一、我先詢問一下，現在螢幕上還沒呈現付費者版本數字，請先呈現。
- 二、現在付費者版本總成長率是2.8%，新增金額與醫界版本也有差異，我們來聽聽醫界協商代表的想法。

羅協商代表永達

- 一、真的很失望，我們先澄清付費者代表所提什麼情況會造成透析人數變多或減少，這個問題曾在腎臟醫學會討論，在座有委員參加研商議事會議，前年宋教授俊明(研商議事會議專家學者代表)已經提案組成跨單位小組，橫跨國健署、食藥署、中醫藥司等單位一起參與，對於NSAIDs(非類固醇抗發炎藥物)、廣告用藥如何管理等，我們做了全面的盤點及檢討，在座的委

員應該看到大家的努力，包括在健保醫療資訊雲端查詢系統新增NSAIDs用藥提示訊息，我們會繼續努力。干委員文男在會議上也看到我們的努力，而且成績很好，這段時間大家的努力管控就不再贅述，但是這不該影響我們的績效，大家若肯定我們的努力，應該在今年總額給我們一點支持。

- 二、再次強調，在COVID-19疫情期間，門診透析本身沒有減少，因為它是剛性需求，不能以價制量，即給透析的預算少一點，病人會不會減少？答案是不會，這只會影響病人品質，不會因為給透析的預算少一點，透析人數就會變少，這不是影響因素。
- 三、我們剛也提到今年預算總成長率數字，有3個數字再三強調，人數成長應該是2.6%，件數成長3.1%，每件單價也成長3.1%。因總額成長有上限，今年醫院協會原本提4%，後來降到3.6%，這是我們的底線，若再往下降，不只是失望，有很多東西不知從何談起。
- 四、剛剛提到很多意見，包括幫病人施打EPO好不好？這些都會增加成本，若不好醫師也不會用，剛剛所有委員考慮的問題我們一併回答，希望大家能在成長率給我們支持，否則2.8%連維持現有的經營都不夠，包括這次疫情期間，只要這家診所所有1位病人疑似得到COVID-19，整家診所都無法運做，這些我們都忍下去。其他總額有相關的經費補助，但是門診透析沒有，所有洗腎單位都沒有，希望能維持這樣的平衡及水準，請付費者代表支持我們。如果是由這樣的數字開始談，真的不知道該如何談起。

周主任委員麗芳

請張協商代表孟源。

張協商代表孟源

- 一、剛剛羅協商代表永達提到透析品質，洗腎確實是個剛性需求，這次因為COVID-19疫情，含淚為所有透析病人施打疫苗，因

為只要有1個病人在洗腎室染疫，整個洗腎室被封，病人將沒地方洗腎，依據報導高雄光是打疫苗的洗腎病人就死了2個，全臺灣累積起來不知道有多少？洗腎病人打疫苗死亡率很高，這真的是剛性需求，雖然我本人不洗腎，但這是救命的錢。

- 二、若讓洗腎病人透析品質繼續下降，會影響8萬多人的家庭，必須考量這樣的醫療成本是否能讓醫療機構維持下去？我與羅協商代表永達都希望預算能再寬列一點，不知道付費者代表可不可以、有沒有可能再稍微增加？為了大家共同的生命品質，希望能一起努力。

干委員文男

- 一、我最喜歡聽這句話，大家再考慮！不要說多少就多少，我們談判雙方都有這樣的看法。付費者代表主要考量整體社會經濟變動，對醫界而言進口器材成本降低，加上透析人數減少，成本應該會減輕。
- 二、我與羅協商代表永達幾次協商都成功達成共識，這有歷史可記，請不要堅持，看能降到什麼程度，我們付費者代表提出總成長率2.8%，請直接提出你們對成長率的看法，不需要再說很多理由。

羅協商代表永達

我們一直都很支持門診透析，但是不管美金貶值多少，我們成本都不調整，以前升值也沒調整，現在設備重新購買，這次貶值也沒辦法調整，剛剛干委員文男提到這件事情，請不要再提，我們直接聚焦在總成長率這部分。因為雙方數字差距相當懸殊，請給我們一點時間再與腎臟醫學會討論，今天我們被腎臟醫學會賦予協商重任。

干委員文男

好，需要幾分鐘？

羅協商代表永達

10分鐘好不好？我們再跟腎臟醫學會討論一下。

干委員文男

好，我們人多不容易談，你們人少很容易談。

羅協商代表永達

沒有！也需要打電話問(腎臟醫學會)黃理事長尚志，不然回去會被罵死，請給我們一點時間，好不好？

周主任委員麗芳

好，請進行內部會議討論，預計時間10分鐘。

(醫院與西醫基層部門協商代表進行內部會議討論約5分鐘)

周主任委員麗芳

請大家入座，因為醫界協商代表討論快速，他們已經回到會場，我們繼續開會。

羅協商代表永達

一、本以為需要討論10分鐘，剛剛打電話給腎臟醫學會，我說干委員文男很有誠意，總不能一直堅持總成長率3.6%，他們考慮這次因應COVID-19相關成本等因素，仍然是很堅持，我請他再降一點否則無法協商，所以他們願意降到3.5%。這次協商對他們而言是很大的挑戰，沒有授權我們很多空間。

二、醫院協會從一開始就支持他們，因為知道他們經營困難，所以支持3.6%，西醫基層也是同理，只是能不能得到付費者代表的支持。透析的院所在經營時面臨的困難，我們感同身受，向干委員文男報告，是不是就這樣？

干委員文男

一、過去幾年來協商都很順利，但是去年你們的堅持不一定對，你們很努力，林秘書長元灝特別向我介紹可以抽血檢驗乾淨度、沉積度等，有很多專業名詞，這方面希望能繼續發展。但也請不要堅持要多少成長率，我們曾經協商1次就談定多少成長率，大家就同意不用再說，希望用這種精神來談。

二、所有委員都知道COVID-19、經濟成長等影響因素，門診透析沒受很多影響，尤其去年透析人數成長少。你們很有誠意，我

們再加0.1%給你，總成長率2.9%，林秘書長元灝提供很多文獻供我參考，希望透析能有新的科技及技術，對透析有幫助。我算起來預算成長不多，我們快一點協商！

羅協商代表永達

- 一、大家都知道今年總額協商很困難，包括西醫基層總額到現在還沒協商，現在談多少後面都會有影響，在這樣的情況下，基層都願意說好，支持總成長率3.5%。這不是資訊不對等，我們在醫界很清楚他們經營困難已到臨界點，在這樣的情況下，若不支持他們，他們就拿不到好的成長率，我們知道腎臟醫學會做了很多努力，似乎沒有得到肯定。
- 二、這次我們不是亂喊價，都有所本，可能我們說得不清楚，口才及表達能力不好，似乎沒說動各位。若付費者代表真的沒辦法給，我們想請陳部長時中裁決，再用比較專業的意見再去講試試看，否則干委員文男提成長率2.9%，他們沒辦法接受。因為干委員的1句話：你們不可以堅持，否則他們原本堅持3.6%，但是我表示這個場合沒有什麼叫堅持，在這樣的情況下，他們仍認為有些是底線問題，若這樣的說明不夠清楚或有疑問沒辦法解釋，我們會努力，但是似乎沒有辦法談下去。

干委員文男

我已經再增加1%給你了。

羅協商代表永達

我們也減了0.1%，沒有1%，是0.1%。

干委員文男

對，不是加1%，是0.1%。

羅協商代表永達

是，不是加1%，若是加1%我就答應了。

干委員文男

現在你們還認為不夠嗎？

羅協商代表永達

對。

干委員文男

你們認為不夠，認為讓陳部長時中裁決，成長率會比較高。

羅協商代表永達

我們不敢期待陳部長時中一定會裁得比較好，但總要將道理說出來讓對方聽懂，剛剛所提問題我們都有努力解決，包括怎麼減少病人數，進入透析的年齡如何提高，在人口老化的情況下，開始透析年齡也提高了，所有努力我們都做了，怎麼會得不到肯定呢？

干委員文男

從剛才的談話中，若認為送給陳部長時中裁決就能增加成長率，這樣不好。

羅協商代表永達

這是不得已的，這不是我們的初衷。

干委員文男

你們再談，我們可以再協商，若你們仍然堅持，不然就送給陳部長時中裁決好不好？若你們存著送部長裁決的心態，再談也是白費。我們誠意跟你們協商，過去幾年協商都成功，相信你們會滿意，但是現在你們通通不減，差距太大啦！

羅協商代表永達

真的是差距大，謝謝干委員文男，但是這次腎臟醫學會要求的成長率，經過醫院協會內部的評估，雖然會影響醫院總額的低推估與高推估數字，可是醫院協會仍願意支持他們。若干委員文男堅持2.9%，差距真的是很大。他們一開始提總成長率是4%，但是我說在今年健保財務不佳的情況下，成長4%不可能，是我說服他們降為3.6%，結果調降後，也得不到肯定。

干委員文男

你們降的誠意不夠。

羅協商代表永達

從成長4%降到3.5%，已經降了0.5%。

周主任委員麗芳

請協商代表孟源。

張協商代表孟源

一、干委員文男說得很清楚，希望履行健保會職權，今年在協商中能達成共識。我們過去幾年來都很有共識，去年未達成共識，去年送部裁決結果，醫界版本3.4%、付費者版本3.1%(註)，最後2個加起來除以2，即3.25%，最後部裁決3.25%，就是2個數字的折衷。

(註：健保會110年度門診透析總成長率協商結果，醫院總額：醫院部門方案3.7%、付費者代表方案3.1%；西醫基層總額：西醫基層及付費者代表方案均為3.1%。)

二、可否讓我們再內部幾分鐘討論一下，很快3分鐘就可以決定。假如真要送部裁決，目前醫界版本3.5%，付費者版本2.9%，加起來除以2，可能將來部裁決的會是3.2%或3.25%。請問干委員文男有沒有可能，大家努力達成共識，因為西醫基層協商可能也不會達成協商共識，醫院已經沒有達成共識了，若門診透析也沒有共識，所有的西醫總額都沒有結論，這對健保會的職權可能會有影響，衷心建議我們秉著心平氣和方式，努力來達成共識。

周主任委員麗芳

你們需要3分鐘進行內部會議，對不對？

羅協商代表永達

沒有。

周主任委員麗芳

你們沒有要內部會議討論嗎？

羅協商代表永達

干委員文男沒答應，他答應了我們才有再去努力的空間，我們剛剛

真的很努力去詢問他們的意見，若有這樣的前提，你們也願意這樣做，我們再去問才有意義，否則沒有意義啊！

干委員文男

你們再討論一下，我們也會再考慮一下，不要為難陳部長時中。

羅協商代表永達

沒有，我們從一開始就沒有存這樣的想法。

干委員文男

早上的態度很明顯，希望這種狀況不要再發生，我們協商6、7年都沒發生這種事，只有去年不是我談的，希望你們再多降一點，不要認為兩案送部裁，部長會用兩案的數字除以2來裁定，那是不可能的事，希望你們再商量一下。

羅協商代表永達

從一開始我們就不敢存著讓陳部長時中裁決的心態，我們很想協商，可是有些意見是腎臟醫學會每個人的心聲，我們出來談判時必須顧慮他們，我們已經說明及解釋，但似乎不夠清楚，實在不知道要用什麼方式讓付費者代表認同這樣的努力。

干委員文男

我們聽得很清楚，腎臟醫學會也特別為我簡報，也解釋得很清楚，但是整體社會經濟不好，這樣高成長的結果，付費者沒有辦法負擔得起，請你們再研究一下，不要這樣說。何委員語要表示意見。

羅協商代表永達

請替我們主持公道！

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、主席、各位委員！第1點，110年上半年透析人數成長率是2.1%，109年是1.9%，去年總額協商時是以108年2.9%成長率為參考基礎，若今年以109年1.9%成長率為基礎，就少了1%。

- 二、第2點，111年度醫院總額的醫療服務成本指數改變率-0.258%，這是我參加總額協商11年來，第1次醫療服務成本指數改變率為負的，負的原因是原本的醫療成本，臺幣兌美金匯率約為30：1，後來臺幣升到28元，今天約27.85元，整個進口材料成本全部下降。若以今年透析人數成長2.1%來看，不要看去年人數成長1.9%，付費者代表剛開始提出總成長率2.8%，現增至2.9%，2.1%與2.9%中間有0.8%的行政成長率，但是醫療服務的成本是負的，-0.258%。基本上以111年度總額低推估成長率1.272%來算，門診透析總成長率2.9%是很合理的成長空間。
- 三、若以過去低推估來看，過去低推估2.349%(107年度總額低推估)、2.516%(108年度總額低推估)，以111年度總額低推估1.272%與總成長率2.9%來比較，總成長率不比過去低，我認為我們提出比較合理的觀點，從低推估來看整個成長幅度，這個意見提供參考。

周主任委員麗芳

請羅協商代表永達。

羅協商代表永達

何委員語因為長期參與協商非常清楚，不過我提出幾個補充說明：

- 一、第1個，門診透析預算沒有計算「醫療服務成本指數改變率」，查價項目沒有透析相關的項目，而醫院總額、西醫基層總額都有，只有門診透析沒有，所以我們當年一直提出有沒有什麼指數可以反映透析成本？門診透析預算成長率曾經為0%，因為沒有低推估，目前各部門總額有的低推估或非協商因素，門診透析從來都沒有。所以不管美金升貶或進口醫材成本變動，對門診透析預算而言完全沒有任何影響。
- 二、第2個，以前用人數成長來估列是種錯誤，因為病人年紀變大，這些人以前可能洗5年，現在洗10年，人數沒有增加，可是件數增加。這件事情沒有人談過，經過醫界計算後發現，不只是人數增加的問題，而是整體件數增加的問題，因為他們活

得更久、洗的次數更多，這些錢都沒有人出。

三、第3個，件數本身單價又變高，包括EPO、輸血數量等，這都有文獻資料，當病人血紅素增至某個程度可提升生活品質，他們花很多心血整理後發現需要這麼多成本，並說服我們支持總成長率3.6%，我們原本是支持4%。

四、剛剛何委員語所提部分都不適合用在門診透析，這3點我們用客觀的數字來看，總成長率3.6%一點都不過分，我們才不敢隨便讓步，因為干委員文男說不要在這個場合每次都堅持，我也跟他們說不能堅持，最後他們說3.5%是最後的底線，若干委員文男願意再將成長率拉高，我們再去談談看，否則...。

干委員文男

這樣啦！不要講那麼多。節省時間！你們去商量，我們也再去商量。

羅協商代表永達

是。

干委員文男

你不要談那麼高的成長率，討價還價沒有意義，我們要就這個癥結點拉近彼此的差距，才有辦法進一步談妥成長率。

羅協商代表永達

好啊！

干委員文男

我們雙方都進去內部會議討論，大家再表達總成長率可以多少，再來談，不然差距這麼多，再說也沒用。

羅協商代表永達

對！

干委員文男

請不要存著送給陳部長時中裁決的心態。

羅協商代表永達

這不是我們的初衷。

周主任委員麗芳

請兩造雙方進行內部會議，3分鐘後回到現場。

(付費者代表及醫院與西醫基層部門代表各自進行內部會議討論約14分鐘)

周主任委員麗芳

請各位委員入座，經過協商雙方再次內部會議討論後，先請付費者代表主談人干委員文男說明你們最新的版本。

干委員文男

請醫界協商代表先說，看有多少誠意我們再說，看看你們降多少我們可以承受多少，這樣會比較接近，若沒辦法我們就回到原點，好不好？這樣雙方都比較快。

周主任委員麗芳

請醫界協商代表先說。

羅協商代表永達

干委員文男是談判高手，很清楚知道我們醫界是最好說話的，我剛剛打電話給腎臟醫學會，他們給我最後的底線是3.3%，若不行，就沒辦法再接受往下的數據。

周主任委員麗芳

醫界提出的總成長率是3.3%。

干委員文男

我就直接說，3.3%太高了！你們再降一些才有辦法談，希望能高抬貴手，我過去跟你們談判沒有不成功，你們再降一些，我們才有辦法再增加。

羅協商代表永達

我真的很期待能達成共識，所以一直說服他們說有時候形勢比人強，但是他們也有他們的底線，3.3%是我被授權的最後一個數字，若不行，大概只能要求兩案併陳。因為服務成本、經費是很實際的東西，若沒法達到一定的量，這間診所會關起來、醫師讓別人聘

僱，很多地方的病人會失去就醫便利性。偏遠地區診所每月服務量必須達500人次才能符合成本，因為成本就是這麼高。要跟干委員文男說，今年會破紀錄，我們2個人竟然沒談成功，真的很不好意思！

干委員文男

我們在內部會議討論很多，頂多再增加0.05%，總成長率2.95%，你們再降一點，大家就能圓滿。

羅協商代表永達

因為這會涉及他們的經營成本，我們在這邊談成長率差個0.05%或0.1%，對很多院所而言就是臨界點，已經沒有降的空間。若兩案併陳我們希望回到原來的3.5%，因為剛剛內部會議前，我們談的成長率是3.5%對2.9%，希望兩案併陳用這樣的數字。

干委員文男

請張協商代表孟源談談看，剛剛你說要再研究是否有辦法接受，請不要堅持、浪費時間，後面還有幾個部門要協商，若到晚上9點還沒談成，可能很多總額部門都會沒談成。

張協商代表孟源

謝謝干委員文男，您很了解醫療生態。就如羅協商代表永達所言，我們醫界很好談、也很有誠意，但是2.95%實在太低，真的沒辦法。醫療成本最主要是人力成本，耗材的成本可能不到10%，而且受匯率的波動率影響很大。

干委員文男

不要講很多理由，我們都知道。

張協商代表孟源

真的是這樣，110年勞動服務成本還上升，即一般勞動薪資成本有上升，剛剛羅協商代表永達、黃理事長尚志希望成長率不要比110年低，110年是3.25%，至少能有3.3%、3.25%，不然真的沒辦法獲得授權來同意。可能要各自退回，這是我們的誠意。黃理事長尚志很有誠意，他的想法就如羅協商代表永達所言，我想干委員文男也

很清楚。

干委員文男

打岔一下，去年不是3.2%，去年我們談判到3.1%就停止了。

張協商代表孟源

我知道去年付費者版本是3.1%、醫界版本是3.4%，後來送部裁決，今年假如這樣...

干委員文男

沒有啦！你們再降一下。

周主任委員麗芳

因為時間關係，現在醫療服務提供者的方案是3.3%，付費者代表版本是...

羅協商代表永達

我們回到3.5%。

周主任委員麗芳

你們回到3.5%？

羅協商代表永達

對，因為剛剛3.3%是基於付費者代表的要求。

周主任委員麗芳

我看雙方差距真的很大，我再問一次，醫界協商代表針對總成長率2.95%可以接受嗎？

羅協商代表永達

沒有辦法接受。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

現在要送部裁決，付費者代表版本要回到2.8%，若醫界代表要送部裁決，我們就回到2.8%，好不好？

干委員文男

羅協商代表永達你們不要這樣堅持！

羅協商代表永達

我們原本提的總成長率是4%。

何委員語

我沒有看到這個數字，今天會議資料醫院方案的總成長率是3.6%。

羅協商代表永達

對！3.6%。

何委員語

對！你們是3.6%，我們是2.8%送部裁決，不能再說你們的總成長率是4%。

周主任委員麗芳

因為協商雙方差距過大，未能達成共識，門診透析預算醫療服務提供者方案總成長率3.6%，付費者代表方案總成長率2.8%，兩案併陳送部裁決，謝謝與會者。

干委員文男

再給彼此一次機會，請降到我們可以接受的成長率，你們多降一點、我們就再多拿出一點，若都不降就是沒有誠意。

羅協商代表永達

向干委員文男報告，我們由4%降到3.6%，從3.6%再降到3.3%，已經降很多了。付費者代表從2.8%增至2.95%，才增加0.15%，我們的誠意大家可以看見，對不對？在這樣的情況下怎麼會說我們沒有誠意？

干委員文男

我們增加0.15%，你們再多點誠意，請張協商代表孟源再說一下，希望能趕快達成共識，不然就照周主委麗芳的裁示。你們剛剛說的我們都有聽，所以我們才進去內部會議討論。

張協商代表孟源

為了洗腎品質及民眾安全，真的是沒辦法退讓，我仍支持醫院協會羅協商代表永達提的成長率3.6%，這是醫療提供者的版本，我們已經盡力，羅協商代表永達已經降很多，希望能達成共識。不知道干委員文男有沒有比較創造性的想法？不然只能照大家共同的決定，送部裁決。

干委員文男

沒有啦！你們若回到原點就不用協商，存心送部裁決不好，你們降多少我們就升多少，若沒降就沒辦法談。

周主任委員麗芳

請協談人劉委員國隆。

劉委員國隆

其實干委員文男及何委員語都非常好，羅協商代表永達剛剛有說3.3%，若兩邊的數字加起來除以2，差不多3.2%，你們再思考看看，若這樣我們付費者代表再討論一下，看不可行？就差一點點，就3.2%，這是我個人的想法，但是我們仍要在內部會議討論。

羅協商代表永達

是，我想這樣...。

劉委員國隆

若OK，我們就快一點進去內部會議討論，談OK就完成協商，也不用再談，好不好？

周主任委員麗芳

好！既然付費者代表有打算再討論，3分鐘讓他們討論。你們要不要...。

羅協商代表永達

這是互相誠意的問題。

劉委員國隆

對啦！

羅協商代表永達

我們從一開始，只要你們叫我們先說我就先說，你只要告訴我們...。

何委員語

我反對、我反對。

周主任委員麗芳

好啦！

何委員語

我們早上宣讀付費者代表協商準則時，沒有說個人能決定成長率，而且他不是主談人，也不是協談人。

劉委員國隆

我是建議，我沒說成長率，我是跟他們說...。

何委員語

你的建議要在我們內部會議建議，不是公開建議，這違反付費者代表協商須知，很抱歉！若你們願意降就另外開會討論，我們看願意不願意降也再另外開會，我們以最後一次為限，好不好？

周主任委員麗芳

好，最後一次，我再問要不要...。

羅協商代表永達

一開始干委員文男要我們先說，我們就先說，從不囉嗦！我們降了0.3%以後，你們升了0.1%，怎麼會說我們沒有誠意？大家有目共睹，今天會做發言實錄，怎麼會是這個結果呢？如干委員文男所說，若你們願意再提高我們再協商，否則怎麼都是我們在降呢？

干委員文男

這樣啦！若最後若談不成，我們就回到2.8%。

羅協商代表永達

是。

干委員文男

我說個數字請各位聽聽看，若有意見請馬上提出來。

羅協商代表永達

是。

干委員文男

用3.1%給你們，若不要就回到原點。

羅協商代表永達

好吧！那就回到原點好了，因為...。

干委員文男

這樣沒有誠意！我們為了表示誠意，一下子就又增加0.15%...。

羅協商代表永達

你們升0.3%(從2.8%升到3.1%)，我們也降0.3%(從3.6%降到3.3%)。

干委員文男

3.1%已經表示我們最大的誠意了！

羅協商代表永達

這樣啦干委員！若你們用3.1%，我們用3.3%，那可不可以同意總成長率3.25%，這是最後的數字，若不同意，就回到我們的3.6%跟你們的3.1%。

劉委員國隆

3.1%跟3.3%的折中是3.2%。

羅協商代表永達

3.25%是從一開始談到現在協商數字的綜合。

干委員文男

你們這樣講不會成啦！

羅協商代表永達

這樣就沒有辦法。

干委員文男

我在內部會議替你們說話。

羅協商代表永達

謝謝，我知道，干委員我們很尊敬...

干委員文男

我替你們說話你們也要讓我可以下台，對不對？

羅協商代表永達

我也是需要回去向他們交代...

干委員文男

白費林秘書長元灝跑來跟我說你們要進步需要怎樣怎樣，所以我們就把對你們的誠意呈現在數字上面。不要為了那一點點在堅持。不然請楊委員芸蘋發言。

周主任委員麗芳

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

付費者代表真的呈現相當大、相當大的誠意，我們一開始談是2.8%，絕對不會超過3%以上。剛剛談了那麼久了，干委員文男一口氣就說3.1%，我們都嚇了一跳！因為我們內部會議不是這樣說的！所以我覺得這個誠意已經很夠了，請醫界協商代表接受，你們是不是再花3分鐘或2分半鐘討論一下，因為我們誠意很夠了。

羅協商代表永達

向委員報告一下，你現在可能看到我們只有4個人，但我們後面還有等待的電話，若他們都可以進來的話，你會發現後面有一群人都在等這個最後的數字。說實在的，若3.25%可行的話，我們趕快再去說服，否則都是我們這邊一直降，你看我們從...

何委員語

這樣子好不好，我們建議3.1%，你再打個電話，若不行，雙方就回到原點送部裁決，好不好？

羅協商代表永達

好吧！那就...

干委員文男

那會很可惜...。

羅協商代表永達

對，當然很可惜，我們也...。

干委員文男

我們有表示誠意，也請不要打破我們2個人談判紀錄，請再研究討論一下，我們幾個付費者代表也再討論看看。

羅協商代表永達

- 一、剛開始我也是如同干委員文男說服我們一樣去說服他們，3.3%也是我說服他們很多人之後得到的結果，若3.3%再往下降，我不曉得要再怎麼跟後面的那群人說。
- 二、但假設、假設喔，若付費者代表真的有誠意同意3.25%，我願意再去講一次，否則說實在話，我們已經降了那多次，但都是這個結果。

何委員語

主席。

周主任委員麗芳

是。

何委員語

- 一、這樣子啦！我們付費者代表版本最高是3.1%，到晚上協商結束前，若醫界協商代表願意再協調，告訴我們同意3.1%，就這樣定案。
- 二、若不行，付費者代表方案回到2.8%送部裁決。若送部裁決，我們在下面備註，第1個，醫療服務成本因為進口材料價格都下降；第2個，今年透析人數成長率2.1%，比往年低，109年透析人數成長率才1.9%，希望備註欄寫一下。

周主任委員麗芳

好，所以當下...。

干委員文男

主席！我認為這樣很可惜，我們雙方的主談人都還沒有決定，若羅協商代表永達願意再回去談，我們再商量一下，若你們不動就這樣決定，就像何委員語說的我們回到2.8%。

羅協商代表永達

若委員能將成長率拉高一點，我們再去談才有誠意，否則每次只要我們出去討論回來，成長率就往下降，你們都用0.05%開始談起，我們都用0.1%開始談起。

周主任委員麗芳

這樣子...。

羅協商代表永達

所以這是很困難的事情。

周主任委員麗芳

我充分感受到主談人干委員文男很有熱情，我禁不住他熱情的感染，這樣子啦！請雙方彼此再冷靜思考一下，2分鐘回來。干委員文男一直苦口婆心...。

羅協商代表永達

我們也很希望談成。

周主任委員麗芳

2分鐘你們彼此冷靜一下，不見得要離場，彼此討論一下，最後再告訴我們結果。最後宣布結果時，大家就不要再說了。說清楚同意或不同意，不同意就兩案併陳，同意就達成共識，這樣好不好？

干委員文男

雙方都在這裡嘛！只有幾句話啦，你們去旁邊說，我們幾個付費者代表在這裡問一下。

周主任委員麗芳

對，希望雙方靠攏一下，減少差距！

干委員文男

如果這樣不成，就...，我已經費盡心力，怎麼算成長率都沒有那麼

高。

周主任委員麗芳

好，協商雙方彼此靠攏談一下，也是回應主談人干委員文男，他這麼熱心，好不好？

(付費者代表及醫院與西醫基層部門代表各自進行內部會議討論約6分鐘)

周主任委員麗芳

請各位委員入座，主談人干委員文男回到現場，為了公平起見，這次就請付費者代表先講，請干委員文男先說明付費者代表版本。

干委員文男

很抱歉！我們內部會議討論時大家都有意見，這不是某一方的問題，而是因為整體社會的經濟情況就是這樣，我剛剛一直請你們再降一點，我們再升一點就差不多了，但你們不同意，所以我們仍維持總成長率3.1%，若你們希望再談還可以談，若不同意我們就用2.8%送部裁決，如果你們想要送部裁決，我們再多說也沒用，現在看你們的誠意如何。

羅協商代表永達

一、因為剛剛主席希望干委員文男先說，我們已經協商很久，若你們有誠意願意拉到多少，若這樣換我們來談，不是每次都是我們降了以後發現我們也沒得到什麼，這樣的談判不對等。說實在話，總成長率3.3%是我們目前得到最後的授權，我剛才冒著大不諱去與黃理事長尚志說3.25%有沒有辦法接受？他說人家又沒有要降，問我在跟人家談判什麼，我閉嘴不知道該怎麼說。

二、談判誠意是互相的，不是你們降多少我再考慮要多少，每次都這樣就沒有談判誠意，若干委員文男說3.1%是你們付費者代表最後的底線，我們就沒得談，因為雙方協商時間已經拖很久，只要告訴我底線可以或不可以，不浪費大家的時間。

干委員文男

好！我直接說3.1%，你們回去研究，若有意願晚上10點鐘前再討

論，我們應該還沒結束協商，不然我們付費者代表方案就用2.8%送部。

羅協商代表永達

3.1%是最後的底線，是這個意思嗎？

干委員文男

對！你們再研究看能降到什麼程度，我們再研究，若你們不動如山，我們也沒有辦法。

羅協商代表永達

我們沒有不動如山，我們一直在動，像水一樣一直在動。

周主任委員麗芳

好...。

何委員語

主席！

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、在協商規則裡面單項可以另外談沒有錯，但是我們希望不再協商，同意或不同意在晚上協商結束前告訴我們，若同意3.1%，雙方就這樣定案，晚上主席再宣布一次確定成長率。
- 二、若不同意，我們就恢復雙方以總成長率2.8%與3.6%送部裁決，好不好？這樣比較明確，我們不能再協商，萬一晚上談到10點半，為了你們再協商到12點，花1小時半又在那邊協商，違反協商原則。

周主任委員麗芳

- 一、非常感謝！本案花了很多時間，也謝謝大家共同參與，特別感謝主談人干委員文男，協談人吳委員鴻來、陳委員有慶。
- 二、本案目前決定兩案併陳，就如同主談人及何委員語建議，若醫界協商代表同意3.1%，在今天晚上會議結束前告知我們，要不

然雙方就以3.6%及2.8%這個版本送部裁決，門診透析服務費用協商告一個段落，謝謝大家的參與。

陳組長燕鈴

- 一、主席，同仁這邊需要釐清試算問題，若兩案併陳，因為醫院增加1,500萬元「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」，所以付費者版本會從門診透析預算移列4.08百萬元到醫院總額，因為有些基期在這裡。其中醫院門診透析預算減列4.04百萬元，西醫基層門診透析預算減列0.04百萬元，先確定醫界版本是不是這樣？
- 二、因為這會影響等一下醫界與付費者版本金額的試算，請問醫界版本的基期是不是也與付費者版本一樣，減列「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」？這是支付標準調整以後，醫院總額新增的1筆費用，有4.08百萬元的基期是在門診透析裡面，必須移過去那邊新增，釐清一下醫界版本是不是也同付費者版本一樣？

周主任委員麗芳

既然是個別版本，即是他們各自的版本，請醫界協商代表確認。

羅協商代表永達

這就是左邊口袋與右邊口袋的問題而已，所以我們同意這樣的移列。

周主任委員麗芳

所以醫界是確認這個協定事項。

羅協商代表永達

是，我們不反對。

周主任委員麗芳

醫界也同意付費者方案的協定事項第2點(註)是不是？

(註：協定事項二、基期減列「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」4.08百萬元，移至醫院總額，其中醫院門診透析預算減列4.04百萬元，西醫基層門診透析預算減列0.04百萬元。)

羅協商代表永達

是。

周主任委員麗芳

一、所以你們同意協定事項第2點，好。

二、我們就確認醫院與西醫基層總額之門診透析服務費用，醫院與西醫基層部門及付費者代表的建議方案(註)。

(註：調整基期後，醫院與西醫基層部門及付費者代表建議方案如下表。)

單位：%；百萬元

總額 部門別	醫院及西醫基層部門方案			付費者方案		
	成長率	預算	新增金額	成長率	預算	新增金額
總計	3.600%	43,502.3	1,511.6	2.800%	43,166.3	1,175.8
醫院	2.361%	23,136.6	533.7	1.571%	22,958.1	355.1
西醫基層	5.044%	20,365.5	977.9	4.233%	20,208.3	820.7

周主任委員麗芳

請問還有沒有需要釐清的部分？

干委員文男

沒有。

周主任委員麗芳

謝謝大家！門診透析服務費用協商先告一段落，接下來進行西醫基層總額協商。

貳、111年度總額協商—「西醫基層總額」
與會人員發言實錄

貳、111年度總額協商－「西醫基層總額」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

請西醫基層總額協商代表入座，依照協商程序，現在要進行第一階段「提問與意見交流」，先請西醫基層部門協商代表就重點項目做5分鐘說明，之後再由委員提問，本階段總時間是38分鐘，請說明。

黃協商代表啓嘉

- 一、主委、各位健保會委員、付費者代表、尊敬的兄長及夥伴們大家好！我是西醫基層總額的主談人，在開始協商之前，我對這次協商資料中，有關健保會幕僚的補充意見表達深切的遺憾。過去健保會幕僚從來沒有像今年這樣，將健保署編列有必要的、民眾必須的醫療預算提出很多刪除的建議，以前從來沒有過，甚至健保署在與西醫基層溝通時，已經將很多預算刪掉，我們對健保署的版本也不滿意，但是至少曾經開會進行雙向溝通。
- 二、經過今年這次協商，未來希望西醫基層代表有機會能與健保會幕僚在會前進行雙向溝通，這樣幕僚意見或許可以提供比較中肯的建議，我們希望在總額協商前能夠與協商有影響的各方都有事前溝通的機會，這次我深表遺憾。請吳協商代表國治對這部分發言。

吳協商代表國治

- 一、主委、各位委員大家好！基本上健保會幕僚應該守他的本分，我在這次的會議資料裡面看到很多內容的敘述，像是會議資料(上冊)第7頁，提到疫情的影響，呈現出所有申報點數下降，惟醫院門診、住診及西醫基層門診平均每件醫療點數成長率均高達21.61%、15.19%及12.9%，值得探討其原因的說明。我覺得健保會幕僚寫出這樣的內容是很不恰當的，只要去問健保署任何一個同仁都可以知道原因。
- 二、原因很簡單啊！因為雖然申報量少，但還有門診合理量、調整

診察費及調劑費等因素，但健保會幕僚竟然提出「值得探討其原因」的意見，就我看來並不是非常的專業，怪不得之前有很多學者呼籲，健保會幕僚與健保署人員要互通，甚至要互調，可能會加強幕僚的實力。這個意見寫出來，我覺得對總額部門來說，是很偏頗的意見，所以在此深表遺憾。

黃委員振國

一、我以委員身分發言，早上沒有參與會議，我想幕僚當然很認真，但是有些資訊，我希望幕僚在寫建議案的時候，能多跟我們互動一下。我舉一個新藥為例，因為我在「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」（下稱藥物共擬會議）有高達5年的經驗。新藥分為：第1類新藥，為所謂創新的、breakthrough(突破性的)新藥，其臨床價值比較高，預算之編列只有估算5年，而且每年遞減，從20%遞減；另外是2A類新藥(臨床價值有中等程度改善之新藥)，第1年只有20%的預算編列；還有2B類新藥(所謂臨床價值相近之可替代性新藥)，是完全不編預算的(註)。

(註：查110年以前健保署對新藥預算的推估方式，第1類新藥，採全額編列，替代率不列入計算；第2A類新藥，第1年編列40%預算、第2年編列30%、第3年編列20%，第4及5年編列10%；第2B類新藥，只有第1年編列10%預算，後4年替代率為100%，未編列預算。)

二、所以大家知道新藥目的何在？是改善現有的醫療品質，讓一些目前沒辦法救治的疾病，有機會得到治療，因此沒有所謂替代率可言。大家可能不知道，每年藥價調降的原因，是因為藥品用量增加，依據「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」，每年訂有藥費支出目標，會根據當年度超出支出目標的額度，去調降隔年的藥價，所以調降藥價的來源，不是來自於所謂費用的節省，而是來自於使用量的增加。

三、類似這樣的問題很多，我希望幕僚在寫補充意見的時候，也能聽聽不同的意見，也希望他們多參與健保署相關的共同擬訂會議，能夠跟付費者、專家學者、健保署官員、病友團體多多溝

通。不然類似這樣的意見呈現在資料上，容易誤導協商的結果，報告到這裡。

黃協商代表啓嘉

在這個議題上我想不要耽誤大家太多時間，其實我們只是表達很沉重的遺憾，希望未來西醫基層有機會跟會影響整個協商過程的所有相關人員進行事前溝通。即使我們跟健保署意見不一樣，健保署還是有跟我們有溝通過，並且誠懇的彼此對話，我也希望有機會跟健保會幕僚對話。我們開始今天的闡述，先從新藥的部分開始好不好？(何委員語表示要發言)

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

主席，剛剛有3位西醫基層協商代表發言，也讓我們付費者代表發表意見，因為等一下報告後，就要進行西醫基層總額協商，無法回應剛才3位的發言。你們現在講的跟早上醫院總額協商前講的一模一樣，因為你們跟醫院部門都溝通好了。我要在這裡正式回應：

- 一、首先，全民健康保險會設置要點規定得很清楚，健保會設有幕僚單位，健保會的工作同仁是幕僚人員。付費者代表是各種民間團體派來的委員，代表各民間團體參與健保事務。早上我說我們是烏合之眾，但是有付費者代表說不要這樣講，我們是各山頭綠林好漢派到這裡來當委員的，在專業不平等、資訊不平等的情況下，付費者代表委員有權力要求健保會同仁提供資訊，我們沒有權力直接要求健保署提供資料，所以透過健保會請健保署提供，健保會同仁盡了他們的職責，提供相關資訊給付費者代表參考。
- 二、其次，剛才聽到西醫基層協商代表提到，建議把健保會同仁調到健保署，健保會同仁是公務員，你們竟然主張調動他們的職務，這是違反工作倫理、工作權利、工作自由，我認為這樣不對，有點工作權上的恐嚇、威脅意味，我們可以進行相關討

論，但為什麼要調動別人的工作？憑什麼要調動人家的工作？

- 三、第3點，在健保醫療領域中，醫界代表是專家，而我們付費者代表真的是一竅不通，你們在總額協商開始前就下馬威，是要讓付費者代表何去何從？醫界有很好的政治資源，有很多位醫師擔任立法委員，可以幫你們撐腰講話，付費者代表有辦法嗎？我們沒有辦法，坦白講，付費者代表真的是弱勢。曾有付費者代表提到，只有在總額協商時才會聽到醫界請託，我說我都沒有收到。大家都知道我從來不收禮物，也不接受吃飯邀約，醫界代表也不會找我說明、簡報，有醫師認為我是壞人。這些都沒有關係，我問心無愧，一直以來都睡得很好，如果我違背良心來當健保會委員，就不會在各團體及各社會層面受到尊敬。
- 四、我要回應剛才3位協商代表對健保會工作同仁提出的指正，除了我之外，醫界當然有跟其他委員溝通我知道，但與付費者代表溝通是你們的職責，在總額協商前醫療團體與付費者代表委員溝通是名正言順、理所當然，我不會在意。但是西醫基層與醫院的協商代表，協商一開始就指責健保會同仁提供付費者代表相關資訊。坦白講，我們有自己的判斷力，不是只看這些資料，我們也會參考過去110年、109年的資料。
- 五、另外一點，我早上也提過，健保署今年提供的資料，是11年來提供的資料中最空虛的，今年健保署提供給付費者代表的資訊是最空虛的，不曉得是不是因為心虛，才提供空虛的資料。
- 六、很抱歉，你們今年又碰到何語，其實我在社會上都是給人信心、給人希望、給人歡喜、給人方便，向來是這個樣子。如果我主動打電話給醫界代表，希望好好溝通，你們願意嗎？之前有人邀請我進某個Line(手機即時通訊)群組，就有醫生抗議，說找這個壞人進來做什麼？也有醫師說人家何語都伸出善意的 hands 了，為什麼要把他從群組中移除？我回答沒關係，我就自動退出群組。實際上，我是很善意的，一直以來的理念就是給人

信心、希望、歡喜、方便，這是我做人的基本信念。

黃協商代表啓嘉

我講一句話就好，向何委員語報告，你是健保會付費者代表中我最喜歡的委員，我在這邊公開聲明。

何委員語

你都不答應我的邀約啊！

黃協商代表啓嘉

職責所在，不敢答應。因為我學習你的風範，你也是不敢接受醫界吃飯邀約，也不收禮物，我就是學習你的風範啦！

周主任委員麗芳

等一下！現在的討論內容已經有點離題了！請同仁將時間計算暫停、歸零，目前還沒有進入實質討論。

張協商代表孟源

一、主席！我必須要回應一下。我們參與協商不是為了個人，也不是為了誰，而是為了民眾的健康福祉，這是最上位的概念，長久以來我對各位委員都是非常非常的尊重。剛剛何委員語提到的Line群組是一個開放的群組，我希望能邀請大家來表達意見，只有這個目的而已，因為大家需要溝通。

二、回到今天的議題，就法規面我必須表達一些意見，請何委員語瞭解，我是站在公正、客觀的立場。依健保法規定，健保署是保險人，健保署擁有最多資源，歷年協商都是呈現西醫基層及健保署的意見，為什麼今年會有健保會幕僚的意見？行政機關是一體的，絕對不會司法院講一件事情，法務部又講另外一件事情，對一般民眾或是一般機構而言，到底要聽司法院的還是聽法務部的？健保會的組成是委員制，在對等協商的過程中，當然是付費者代表與醫界代表來協商。我們很難理解，今年健保會幕僚怎麼會提出減列的意見，這是超越職權，我們並不是要影響別人工作權，而是他們真的越權，他們應該跟健保署討論，提出健保署與健保會的共同版本，因為他們都隸屬於衛福

部。

- 三、今年西醫基層總額協商時，我們原本應該與付費者代表協商，卻突然冒出2個單位，1個是健保會幕僚，1個是健保署，再加上付費者代表，這讓西醫基層總額情何以堪？希望委員能夠了解，我們只是表達弱勢的心聲，醫界真的很弱勢，也很有誠意。

周主任委員麗芳

到目前為止討論的內容比較像程序問題，請同仁將這個時段的計時歸零。有關西醫基層總額協商代表提出的意見，我慎重地向大家說明：

- 一、首先，感謝健保會同仁辛勞，雖然大家的看法不一，但是他們勇於任事，而且如此認真，願意投注時間挑燈夜戰整理資料，我們還是要給予肯定。
- 二、今天上午已經針對這個程序問題交換很多意見，付費者代表也說得很清楚，他們認為付費者代表很需要參考資料。大家也討論到，這些參考資料是併入總額協商會議資料或是另成1冊，上午經過大家充分討論，還是併入總額協商會議資料中，只不過不涉及預算額度及經費增刪的建議，其餘有助於付費者代表或醫界代表協商的參考資料，還是要請健保會同仁協助處理。
- 三、健保會同仁所提出的補充意見純屬參考性質，請不要以過於沉重的心情來看待，也希望西醫基層總額協商代表所提意見，不會影響到接下來的協商。在此，一方面感謝幕僚，另一方面，我擔任健保會的主任委員，未來也會注意這部分，不要讓兩造雙方在心裡上可能產生誤會跟不愉快，這個部分未來會再做改進。有關這個議題，從本場次開始到現在，已占用一段時間，現在問題釐清後，就正式進入西醫基層總額協商，希望不要再繼續討論這個議題。
- 四、現在進入西醫基層總額協商，第一階段的提問意見交換，時間38分鐘，現在重新計算時間。請西醫基層總額協商代表簡短報

告。請干委員文男。

干委員文男

各位協商代表，大家都是老朋友，在這個場合什麼話都可以講。大家都互相熟識，可以表達自己的意見，但不要心存成見。之前場次也聽到醫院總額及門診透析服務的協商代表提出類似的意見，如果變成成見，總額協商會很困難，希望大家能消除心中的成見，有意見沒有關係，都可以提出來共同研究，但不要有成見，這樣雙方才能順利進入協商。

周主任委員麗芳

現在請同仁將計時器上的時間重新計算，現在正式開始西醫基層總額協商。

黃協商代表啓嘉

先從協商因素的第1項「新醫療科技」跟各位付費者代表說明，請黃委員振國。

黃委員振國

一、剛才已經特別強調新藥、新科技，所謂新藥並不是真的有替代，而是現有的治療方式、藥品不能達到新藥的效果，所以新藥的價值何在呢？就是為了要治療現有醫療服務沒辦法治療的疾病，給更多的病友希望、提高醫療品質。西醫基層願意編列足夠的預算引進新藥來治療病患。以我個人參與健保署藥物共擬會議的經驗，每年到6月份的藥物共擬會議就會把年度預算用完，因此新藥編列的預算遠低於實際的需求。

二、第2項「藥品及特材給付規定改變」，以健保署對於新藥的分類，就是剛才提到的第1類、第2A類跟第2B類新藥，有些藥品的價值被嚴重低估。以大家比較熟悉、現在常見的糖尿病新藥為例，GLP-1促效劑類藥品跟SGLT-2抑制劑這2個藥，這2類藥品引進時被歸類為第2A類藥品，在引進第1年只編列40%的預算，經我們計算這2類藥品於105年到109年間在西醫基層實際的醫療耗用與預算相差8億元。我們現在希望爭取「新醫療科

技」跟「藥品及特材給付規定改變」預算主要是希望能提高醫療品質，治療更多的病患。

- 三、我在上次總額協商會前會中也有特別強調，SGLT-2抑制劑不只是一個治療糖尿病的新藥，也能治療心衰竭並預防慢性腎臟病，所以很多醫師，不管是新陳代謝科、心臟科，甚至家醫科的醫生都願意將它當作第一線治療用藥，所以懇請各位委員，救更多的病人。

黃協商代表啓嘉

- 一、「新醫療科技」部分，西醫基層部門方案編列4億元，「藥品及特材給付規定改變」部分，西醫基層部門方案編列7億元。
- 二、接下來第3項「促進醫療資源支付合理」、第4項「配合醫院總額調整支付標準所需費用」及第5項「蒸汽吸入治療加成」等3項，請張協商代表孟源說明。

張協商代表孟源

- 一、關於醫院跟基層總額的健保支付標準，以大腸鏡檢查為例，在醫院的支付點數跟基層的支付點數是不同的，甚至簡單的手術，在醫院與基層的支付點數也不同，以胃灌洗為例，假如民眾因為中毒需要進行胃灌洗，在醫院執行健保給付468點，在基層診所執行健保給付260點，而胃灌洗對於緊急需救治的病人而言，在最快的時間內執行是很重要的。
- 二、有關醫院與西醫基層總額間健保支付標準點數的差異，我們認為某些項目對西醫基層總額來說可能低估，希望今年編列預算予以調整，希望各位委員能夠支持，讓基層的服務能夠得到應有的給付。

黃協商代表啓嘉

- 一、這幾項(「促進醫療資源支付合理」、「配合醫院總額調整支付標準所需費用」及「蒸汽吸入治療加成」)都是健保署基於民眾需求所提出的預算，西醫基層部門全力支持，西醫基層部門建議的預算金額與健保署試算結果一致。

二、接下來請吳協商代表國治說明第5項「提升國人視力照護品質」。

吳協商代表國治

西醫基層總額執行白內障手術有2個特點：

一、首先是限制每個醫師每月執行超過40例須送事前審查(註)：

(一)目前其他國家並沒有類似的規範，雖然真正受影響的醫師並不多，但對民眾視力品質會有影響。這些受影響醫師的技術非常優良，以1個月40例、25個工作天計算，平均1天執行不到2例白內障手術，基本上醫師仍有餘力提供優良服務給有需要的民眾。

(註：現行支付標準中，白內障手術訂有「每月門、住診白內障手術加總超過40例醫師之個案須送事前審查」之規定。)

(二)這個規範在西醫基層總額開辦之前就有，所以若放寬規定，所增加的預算未包含在目前總額內。現行規範對執行白內障手術的眼科醫師來說，亦未盡合理，因為目前健保給付的其他手術項目沒有類似的限制。基於讓國人能更得到高品質白內障的手術服務，建議取消此規範，健保署估算約需1.2億元。

二、「人口結構改變率」之預算成長與白內障手術成長率有落差：就長期觀察，臺灣另一個特性是近視人口很多。白內障手術跟近視有很大的關係，現在戰後嬰兒潮世代也步入老年，而政府對高齡駕駛換照政策，也使得高齡民眾對白內障手術的需求增加，希望讓他們術後能獲得好的視力品質，取得駕照、開車。因此我們估算預算落差後編列預算，希望委員們能夠支持，綜合2項說明，醫師公會全國聯合會(下稱醫師公會)建議爭取3.3億元。

黃協商代表啓嘉

一、「提升國人視力照護品質」部分，西醫基層部門方案編列3.3億元，健保署試算結果為1.2億元，相差約2.1億元。本項涉及

到提供白內障手術的服務密集度，目前健保「每月執行超過40例需事前審查」的規範會將民眾的醫療需求屏蔽掉，會延遲到下個月才手術，因此，特別提出來讓委員知道健保署試算金額跟西醫基層部門方案的落差。

二、以上是一般服務協商因素項目的說明，接下來是專款項目，先由王協商代表宏育介紹第8項家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)。

王協商代表宏育

- 一、我從高雄來參與今天的會議，可能是最遠到的，我從民國93年開始參與家醫計畫的岡山醫療群。我覺得這是個很好的制度，為什麼呢？高雄市10多年前，1年大約有1萬多個登革熱病例，後來醫療群以登革熱NS1快篩試劑進行快篩，早期發現、早期匡列、早期消毒，即早控制使疫情不會蔓延，這幾年高雄市幾乎沒有再出現登革熱疫情。
- 二、面對現在新冠肺炎疫情也是一樣，就靠著這套方法，靠著家庭醫師及醫療群進行社區防疫。在新冠肺炎疫情期間，很多醫療群都支援採檢及疫苗注射站，近期很多民眾都來詢問要去哪裡打疫苗？疫苗有什麼副作用？會不會危險？第2劑要去哪裡打？我將醫療群定位為醫療的百貨公司或醫療的便利商店，醫療群可以提供所有的服務。
- 三、按照健保署的說明，本計畫會員1年可以節省1.4萬元的費用，但計畫給付照護醫師每位會員預算最多800元/年，醫師公會希望每位會員預算至少編列620元/年，健保署是希望以600元/年估列，健保會幕僚說明的附註則說明歷年平均每位會員支付費用約550元。若以1年620元計算，1天不到2元，但醫療群可以幫政府、幫病人做很多事，尤其老年人，他們不知道要怎麼進去疫苗預約系統，醫療群都可以幫忙。另外家醫群也提供多重慢性病患照護服務，而且不是每個醫療群都領取一樣的費用，VC-AE成效好的(註)、健康管理成效較佳的醫療群可以額外得

到獎勵。

[註：依110年計畫，給予醫療群健康管理成效鼓勵，將會員實際申報西醫門診醫療費用(AE)，與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋社區醫療群，平均每人275點為上限(以群方式統計)。]

四、家醫計畫是篩選醫療利用率較高的6百萬民眾來照護，但與下一個第9項的「代謝症候群防治計畫」是完全不一樣的照護對象，若民眾血壓收縮壓大於140 mmHg，即是高血壓患者，但若收縮壓大於130 mmHg但未達140 mmHg，就可能是代謝症候群病患，若民眾空腹血糖大於126 mg/dL即是糖尿病患者，但若空腹血糖大於100 mg/dL但未達126 mg/dL，就可能是代謝症候群患者。若能對這些小病的病人，即早進行收案、個案管理、衛教指導等照護，不要演變成三高(高血壓、高血脂、高血糖)病患，將可減少將來洗腎、中風及心肌梗塞的風險，可以為健保省下更多的費用。因此代謝症候群防治計畫跟家醫計畫是完全不一樣的內容，家醫計畫是以照護醫療利用率高的民眾為主，代謝症候群防治計畫是照顧已出現疾病前期的民眾，我覺得將預算投入代謝症候群防治計畫是很值得的。

黃協商代表啓嘉

再請黃委員振國補充說明。

黃委員振國

一、我想醫療群就是壯大基層、厚植基層實力醫療的團隊，尤其在這次COVID-19(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)疫情期間，醫療群的醫師都是站在第一線，無論在社區篩檢或是疫苗注射都身先士卒提供服務。疫情期間，很多醫院因防疫需要而服務量降載，民眾有醫療需求時，都透過醫療群醫師團隊合作而得到滿足，醫療群承擔了原先醫院所服務的民眾，提供包括抽血、驗尿與慢性病連續處方箋等服務，在今年疫情時期將醫療群的價值特別凸顯出來。

二、而在疫情警戒升高期間，民眾恐慌指數達到新高，家庭醫師另扮演心理導師的角色，還有新冠疫苗的選擇等等，提供諮詢服務。家醫計畫的價值，不只是健康守門員，而是照護全家人健康的守護神。建議家醫計畫維持原有的會員規模，持續的微成長，我想也不會對總額造成太大經濟壓力。

黃協商代表啓嘉

- 一、有關家醫計畫，西醫基層部門方案跟健保署之間落差約2億元，健保會幕僚建議與健保署的版本一致。
- 二、有關「代謝症候群防治計畫」，西醫基層部門建議分列項目及預算，希望沒有加入醫療群的民眾，也能夠得到妥善的照顧，因此建議將代謝症候群防治計畫與家醫計畫分列。
- 三、後續有很多專款項目的預算，多與提升醫療品質有關，健保署建議的預算，西醫基層部門都予以支持。
- 四、最後1項專款項目是「因應新興疾病，診所感染管控作業守則」，請陳協商代表相國說明。

陳協商代表相國

- 一、由我報告第23項「因應新興疾病，診所感染管控作業守則」，我們都知道民眾罹患感染性疾病時，多選擇在基層就醫，包括上呼吸道感染、下呼吸道感染、泌尿道感染、膽道感染及皮膚感染等等，如果民眾在罹患感染性疾病的第一時間就能得到良好照顧，便可以減低後續發生重症、併發症或是住院的比例。
- 二、我們提出這個計畫來提升診所的感控措施，藉由提升診所感控措施，來提高基層院所醫療品質、增進病人照護，而且對醫療人員執業安全跟病人安全都有很大助益。本項感謝健保署的支持，於西醫基層部門編列12億元，也希望得到各位委員支持。

黃委員振國

- 一、補充說明，有關白內障手術部分，剛才吳協商代表國治說明供給面的因素，另外在需求面，統計從105年到現在，白內障手術的成長率約5%，西醫基層總額近年非協商因素成長率(醫療

服務成本及人口因素成長率)皆低於3%。另提供1個數據給大家做參考，就是10年前跟目前55到75歲、所謂適合白內障手術的族群人數增加了1.5倍。

- 二、醫院與西醫基層總額「執行50歲以上民眾白內障手術占比」，西醫基層從過去約55%，109年已經上升到58%，推估未來可能會有60%的白內障手術在西醫基層執行。

周主任委員麗芳

好，請問西醫基層總額協商代表都報告完了嗎？

黃協商代表啓嘉

是。

周主任委員麗芳

現在請委員提問。有沒有委員要提問？請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、謝謝給我這個機會請教，因為在二代健保修法以前其實就一直討論要不要實施家庭醫師制度。二代健保修法後，最重點的方案就是家醫計畫。我非常佩服醫師公會承接西醫基層總額後，這幾年不遺餘力提升家醫計畫執行品質，然後也有配合評核委員及健保會對於計畫收案條件等建議，目前會員收案的嚴謹度比過去好，部分特定的產業界想找基層診所承做醫療群，醫師公會也協助管理得非常好，都非常令人欽佩。
- 二、有一點請教，也一併請問健保署，而付費者代表可能要跟醫界、健保署三方共同來努力，就是很少有個計畫試辦超過15、20年，健保開辦也不過26年，在歷年的評核會議裡也常提到，如果家醫計畫經過西醫基層的努力，確實在整體的品質指標上有非常多的具體成效，我覺得要比照其他試辦計畫，若執行有成效應該要導入一般服務，甚至落入支付標準，讓更多的基層院所及病人參與。
- 三、另外，代謝症候群本身不是單一疾病的診斷，或者說是民眾處於慢性病前期、還不到慢性病的階段(註)，因此「代謝症候群

防治計畫」照護內容是不是屬於疾病治療？或是與家醫計畫提供的預防保健服務相似？因此在8月的總額協商會前會及座談會時，才會建議將「代謝症候群防治計畫」併入家醫計畫。但似乎也可以再討論，因為不是只有家醫計畫的參與院所會照護到代謝症候群的病患。

[註：依國健署代謝症候群判定標準，以下5項組成因子符合3項(含)以上即可判定為代謝症候群：(1)腹部肥胖：男性的腰圍 ≥ 90 cm(35吋)、女性腰圍 ≥ 80 cm(31吋)，(2)血壓偏高：收縮壓 ≥ 130 mmHg或舒張壓 ≥ 85 mmHg，或是服用醫師處方高血壓治療藥物，(3)空腹血糖偏高：空腹血糖值 ≥ 100 mg/dL，或是服用醫師處方治療糖尿病藥物，(4)空腹三酸甘油酯偏高： ≥ 150 mg/dL，或是服用醫師處方降三酸甘油酯藥物，(5)高密度脂蛋白膽固醇偏低：男性 < 40 mg/dL、女性 < 50 mg/dL。]

四、無論付費者代表要不要支持「代謝症候群防治計畫」併入家醫計畫，我覺得三方都要思考，如果今天總額協商再通過持續辦理家醫計畫，已經算不清楚到底有幾百億元預算投入此計畫，一直以試辦計畫的形式辦理，其實也不符合健保法規範。我覺得可能要思考本計畫要不要落日、什麼時候落日，在計畫落日前需要新增多少預算以支持西醫基層總額確立品質指標，讓院所能好好的執行，而不是只有提供個案名單，每年增加個案管理費用，但又覺得計畫品質不佳，這樣其實也是不對的。目前以有限的預算好好去建立家醫計畫的品質指標，做好先驅計畫，但未來應該要有導入一般服務的規劃，有這樣的前景，才符合論品質跟論value base計酬(以價值為支付基礎)的精神。

五、這幾年一直討論以value base計酬，因此健保署不會貿然新增很多收案對象讓家醫群院所收案。「代謝症候群防治計畫」也是類似的狀況，西醫基層那麼多家院所，目前就只有約55%的院所執行健保新增的方案跟整合醫療照護服務，好像也不對欸！其他未參與家醫計畫的基層院所都不用提供整合照護跟衛教嗎？好像不是這樣，如果要壯大基層，也不應該只有壯大參與家醫計畫的基層院所，其他院所也都應該要符合家醫群品質的標準，以上是我對家醫計畫的意見。

六、有關「代謝症候群防治計畫」，我記得健保署前幾年對自費減重門診有進行查核作業，若代謝症候群防治計畫通過之後，請問目前提供自費減重門診的西醫或中醫診所，是否可以同時申報代謝症候群防治相關費用？

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

西醫基層總額的協商代表，辛苦你們了，我有幾個問題要請教：

一、過去在健保會第4屆委員任期2年內，健保署規劃推動診所無障礙就醫環境(註)，總額相關經費用於推動診所無障礙設施的工作。牙醫門診與中醫門診總額都已經與健保署研商提出相關規畫了，唯獨西醫基層總額沒有提出。健保署在相關會議中提到，等西醫基層總額提出無障礙設施規劃後，3個總額部門共同推動，因為西醫基層總額連2年都未提出，以致中醫及牙醫門診總額也無法推動。我不知道健保署今年會不會再提出推動無障礙設施的規劃，為什麼西醫基層總額連規劃方案都不提出來？至少應該提出計畫書，這是第1點。

(註：109年度西醫基層、牙醫門診及中醫門診總額「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」協/決定事項有關「無障礙設施部分」略以：用於診所設立無障礙設施之支付標準調整。)

二、110年家醫計畫收案人數達6百萬多人，預算以每人個案管理費250元/年、績效獎勵費550點/年進行編列，而「代謝症候群防治計畫」以收案費550元/年、期中管理費400元、期末追蹤費450元，每人1年1,400元編列預算。假設個案是家醫計畫收案會員，已經支付個案管理費及績效獎勵費，若這個人又符合「代謝症候群防治計畫」收案標準，請問健保還要另外給付收案費550元/年、期中管理費400元、期末追蹤費450元嗎？

三、依據健保法第1條規範，本保險給付保險對象發生疾病、傷害、生育事故時的醫療費用支出。家醫計畫編列的是管理費、獎勵費，並不是醫療費用，現在家醫計畫收案6百多萬人，提

供服務很好。但我認為「代謝症候群防治計畫」經費編列所估計38.5萬名代謝症候群患者，可能與家醫計畫的收案對象大部分重疊。因為家醫計畫收案對象以老年人、多重慢性病患者為主，若個案同時被家醫計畫及代謝症候群防治計畫收案，則每人1年需支付約2,000多元費用，這筆費用太高了。

四、此外，「代謝症候群防治計畫」編列期中管理費、期末追蹤費，請問期中管理、期末追蹤方式為何？是專人追蹤，還是打電話追蹤？西醫基層部門方案中並未提出相關說明內容。

周主任委員麗芳

本階段以統問統答方式進行，請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

一、各界對家醫計畫有高度期待，我知道有一些基層醫師非常投入，但就像剛剛滕委員西華所提，家醫計畫從試辦至擴大辦理至今已18年，總計投入約240億元的經費，但在成效品質、計畫操作面上還是有很多的問題存在。

二、以24小時的諮詢專線為例，這個專線是一個很重要的設置，但從過去到現在仍傳出不少醫療群是委由行政人員來接聽，或是執行中心與醫療顧問公司合作，或顧問公司向不肖院所借牌成立醫療群等亂象。之前醫改會也做過神秘客的測試，甚至得到「你就去掛急診」的回復，因此24小時專線實際功能有待商榷。也有診所醫師向醫改會反映，若是醫師親自接聽，他若不是病人的主治醫師，手上也沒有相關病歷資料，坦白說也難以提供適切的建議，即使是該病人的主責醫師，深夜假日不在診間沒有資料也難有所為；況且醫療群內可能還有分不同專科，基於不同醫療專業，醫師也不一定能夠提供建議。針對這些現況，家醫計畫不知道有怎樣的改進措施？

三、對於一些參與計畫，卻不像高雄來的王協商代表宏育這樣認真執行的基層醫師代表，不知道西醫基層有沒有內控機制進行獎優汰劣、自主管理？談及專業自主最關鍵的就是內部的自律，

外部的監督其實都隔了好幾層。像在別的總額，會有內部監督的機制，不曉得西醫基層部門有沒有相關的內控機制、落實情形為何？

周主任委員麗芳

還有沒有委員要提問？都沒有了？請西醫基層部門回應。

黃協商代表啓嘉

我先把剛剛各位委員的問題整理一下：

- 一、有關家醫計畫在試辦如此多年以後，是否要納入一般服務，及西醫基層總額對於無障礙設施環境推動的想法，請顏委員鴻順說明。
- 二、有關「代謝症候群防治計畫」是否會跟家醫計畫收案對象重複，請王協商代表宏育說明。
- 三、家醫計畫中24小時諮詢專線及內部監督的部分，請黃委員振國說明。先由顏委員鴻順說明。

顏委員鴻順

- 一、家醫計畫一直以來都深獲各界關心與重視，臺灣有非常堅強的基層醫療，約有1萬多家健保特約的西醫基層院所。但分散在全臺各地的基層醫療，當有特殊情況發生時，要怎麼整合、發揮團體的戰力？在這次COVID-19疫情期間，可以看到家醫計畫的照護網絡發揮了功能，為什麼？包括社區篩檢、施打疫苗，都是以社區醫療群為主幹去承接這些任務。
- 二、例如當新北市發生社區感染時，需要設立社區篩檢站，包括周協商代表慶明跟我都親赴前線提供服務，在300多人次的服務醫師裡頭，80%以上都是社區醫療群的醫師。前天新北市開始施打國、高中生BNT(輝瑞)疫苗，第1場在板橋高中施打2,100人，也是由新北市社區醫療群的6個醫師，總共出動了10、20位護理人員，7、8位的行政人員，承接起這樣的責任。試想若是單一的診所、事前沒有整合的網絡，哪有辦法為社會扮演這樣角色功能跟責任呢？社區醫療群在很多事件中扮演重要的角

色。

- 三、感謝滕委員西華的指導，這幾年我們也一直在精進社區醫療群的各種指標與品質，如果有適當的機制，將家醫計畫導入一般服務，我們也不反對。但在增加會員、增加服務的過程中，也要有相對應的預算投入，整個社區醫療群在二代健保的規範中，承接家庭醫師責任制度的責任，同時也有論質計酬的概念，這是基層醫師非常肯定，也獲得99%民眾滿意度支持的計畫。
- 四、回應何委員語所提無障礙設施部分，在過去1年當中，我個人參加超過10場以上由衛福部召開的無障礙設施討論會議，通常都是禮拜一早上10點鐘在衛福部開會，所以並不是沒有在進行相關規劃討論。跟各位委員報告目前的進度：首先，衛福部醫事司在今年COVID-19疫情期間仍與西醫基層召開相關會議，針對這個無障礙設施提出了方案A、方案B、方案C讓西醫基層選擇及執行。目前基層診所大部分選擇方案A，主要是針對友善通路、門框大小的要求...

周主任委員麗芳

提醒一下，本時段目前只剩下9分鐘的時間。

顏委員鴻順

其次，目前我們正與醫事司討論，對於既有診所給予以各種不同層級的鼓勵跟補助，對於新設立的診所，則將無障礙設施規範到醫療機構設置標準中。目前有在進行相關規劃，並不是沒有執行，以上進度向何委員語報告。

黃協商代表啓嘉

- 一、簡單小結，家醫計畫是一直在變動中的計畫，包括計畫內容與收案人數，若納入一般服務預算最大的問題在於，一般服務預算有一個重要的成長率，就是非協商的成長率，若納入一般服務預算，計畫可能會受限於非協商因素成長率而僵化。家醫計畫執行內容、收案對象跟面貌在這10多年來一直在轉變，包含

與醫院之間的合作等等，所以它其實不是一個執行10幾年的計畫，而是每年都在創新的計畫，這是為什麼沒有納入一般服務的一個很重要因素。

二、有關無障礙環境設施部分已經補充說明，接下來請王協商代表宏育說明「代謝症候群防治計畫」部分。

王協商代表宏育

- 一、跟委員報告，代謝症候群是一種比較輕微的病，定義是男性腹圍超過90公分、女性腹圍超過80公分，或是收縮壓超過130 mmHg、空腹血糖超過100 mg/dL、空腹三酸甘油酯超過150 mg/dL及高密度脂蛋白膽固醇偏低(男性小於40 mg/dL、女性小於50 mg/dL)，5個條件合乎3個條件即可判定為代謝症候群，這是一種很溫和的疾病，屬於剛剛開始出現病兆的病人，若能馬上進行預防，避免病期惡化，可減緩後續病程的發展，理論上代謝症候群的收案對象，跟家醫計畫以高醫療耗用為主的對象不會重複，我們也可以規範不能重複收案。
- 二、舉個簡單的例子，代謝症候群中有一類屬於前期糖尿病患者，當民眾空腹血糖超過125 mg/dL就會被判定為糖尿病患者，但若空腹血糖介於100 mg/dL到125 mg/dL，則屬於前期糖尿病。民國103年9月時內科醫學會曾召開會議，認為前期糖尿病患者若使用metformin(雙胍類降血糖藥)治療，一顆藥才2元，即可延緩進入糖尿病的時程，但隔年內分泌學會建議讓民眾多運動、少攝取糖分即可。最近美國已將代謝症候群歸類為疾病，所以代謝症候群是一個疾病，一個溫和、輕微的疾病，跟嚴重疾病不一樣，醫者都希望小病不要變成大病、更嚴重的病。
- 三、剛才何委員語詢問執行內容，基本上收案時有8個危險指標要一一進行評估，看他的腰圍、血壓、血糖、血脂，有沒有運動抽菸、喝酒、吃檳榔，評估後做成紀錄上傳，期中管理時要看看進步了多少，最後再進行期末管理，這是一個很繁瑣的工作，但我們覺得這是值得投入的計畫。若能把代謝症候群的病

人控制好，將來家醫計畫的病人就可以減少，讓國人可以更健康的活著，不要讓國人臨終前有9年，甚至更久的時間躺在床上。

黃協商代表啓嘉

原則上會以不重複收案的方向進行，有關家醫計畫24小時諮詢專線及內部監督的問題，請黃委員振國說明。

黃委員振國

- 一、首先補充，家醫計畫從105年度編列11.8億元至110年度編列36.7億元，預算成長原因在於收案會員及參與醫師逐年增加。為何會逐年增加？因為西醫基層包含不同的科別，各科本來擔任不同的角色，如何讓不同科別的醫師都能勇於承擔所謂「全家健康守門員」的角色？需要時間進行轉變、訓練與合作，因此會逐年進行調整。
- 二、有關「代謝症候群防治計畫」重複收案個案管理費問題，以健保署目前醫療給付改善方案規定為例，病患若被不同方案同時收案，不能重複申請個案管理費，所以請何委員語放心。
- 三、這幾天我幫很多20歲、30歲以下的民眾打新冠肺炎疫苗，發現很多代謝症候群個案，同剛才滕委員西華委員提到，只有少數人願意自費到所謂的減重中心，使用中藥或西醫治療來改善健康狀況，但很多代謝症候群個案都沒有病識感，若新增本計畫，可讓醫療院所主動發現病患並進行追蹤、管理，可以對這些代謝症候群個案提供最實質的幫助。
- 四、回應劉委員淑瓊有關家醫計畫中24小時諮詢專線的詢問：
 - (一)早期的確有些醫療群執行中心將24小時諮詢專線委由所謂的醫事管理機構等單位在接聽，發現後健保署跟西醫基層已採取最嚴厲的方式，110年計畫規定以西醫基層診所成立計畫執行中心為原則、24小時諮詢專線應由執業登記於社區醫療群內醫事人員接聽，且不得設置於合作醫院之急診室，因為以前也發生過，若設置在醫院急診室，常會得到「請直接到醫

院急診」的答復。

(二)以我所屬的醫療群為例，最近的24小時諮詢專線回復非常多有關於新冠肺炎疫情相關詢問，尤其是在疫苗選擇及與疫苗副作用相關疑問。(周主任委員麗芳：剩下最後3分鐘)尤其這一次打了新冠肺炎疫苗，將近有一半的個案有出現副作用，民眾出現副作用時，如果沒有24小時諮詢專線的服務，相信會造成很多民眾的不便。

(三)大家都知道西醫基層的服務時間非常長，以我診所為例，從早上到晚上9點，甚至有人到晚上9點半、10點，營業時間已包含多數民眾活動時間，有的診所早上8點就開始看診了，所以真正需要使用24小時諮詢專線的機會並不如大家想像中的多。但24小時諮詢專線的重要性在哪？就是安民心，讓一般民眾有緊急需求的時候，能夠迅速得到醫療專業人員的回答。

黃協商代表啓嘉

還剩下一些時間，第10項「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫」，西醫基層部門方案編列2.8億元，健保署編列9.7百萬元，差距非常大，請李協商代表紹誠簡要說明。

李協商代表紹誠

一、本計畫主要是投資早期的心肺復健服務，國外一個非常有權威期刊發表的研究指出，早期心肺復健服務的醫療價值非常高，除可以明顯降低病患死亡率超過50%以上外，再復發率也減少到將近4成，這是一個非常值得投資的計畫。

二、本計畫案不是修改目前的支付標準，而是一個論質計酬的概念，健保署這2年來，一直希望復健醫療方面也可以提出 pay for value 的概念，所以復健醫學會這2年多來與專家學者多次討論後，在今年提出這個計畫，這個計畫是很有意義的。

周主任委員麗芳

還剩下最後50秒。

黃協商代表啓嘉

沒關係，我們就陳述到這裡。

周主任委員麗芳

好，接下來付費者代表是不是需要進行內部會議討論？

何委員語

對，本場次的主談人是何委員語，協談人是李委員麗珍與賴委員博司，付費者代表邀請滕委員西華加入內部會議討論，請一同到會議室。

周主任委員麗芳

請問預估需要多少時間？

何委員語

預計30分鐘。

周主任委員麗芳

好，謝謝。

(付費者代表進行內部會議討論約52分鐘)

周主任委員麗芳

請各位委員及協商代表就座，感謝付費者代表花了很多時間針對西醫基層總額建議方案進行詳細的討論，請主談人何委員語說明付費者代表方案。

何委員語

一、主席，各位委員，各位西醫基層總額的協商代表，很抱歉！因為所有付費者代表都很認真提供自己的意見，所以時間有所拖延，西醫基層總額協談人有李委員麗珍及賴委員博司。從早上到現在，所有付費者代表都很熱情的表達自己的意見，健保會提供的資料只是給委員參考而已，付費者代表都不想照他們的意見走，可以發現他們提供的意見只有部分有效、部分沒有效。

二、所有的委員都希望能提供更多的預算，但事實上很困難，在此

要跟西醫基層總額的協商代表，表達所有付費者代表的共同決議，請不要誤會都是何委員語在做決定，並沒有。我的決定力很低、很低、很低，都是聽大家的意見。

三、以下說明付費者代表方案：

(一)一般服務：

1.第1項「新醫療科技」：

(1)依健保署建議，增加2億5,600萬元。

(2)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度。

(3)藥品價量協議(PVA)之還款金額，可做為本項預算不足之財源。如果2億5,600萬不夠的話，可以從那筆預算挪用。

2.第2項「藥品及特材給付規定改變」：

(1)依健保署建議，增加2億6,800萬元。

(2)同「新醫療科技」協定事項，如未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度，藥品價量協議(PVA)之還款金額，可做為本項預算不足之財源。

3.第3項「促進醫療資源支付合理」，所有付費者代表認為應照往例由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加的預算支應。

4.第4項「配合醫院總額調整支付標準所需費用」，所有付費者代表決議也是由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加的預算支應。

5.第5項「蒸汽吸入治療加成」，西醫基層部門提出蒸汽吸入治療支付標準編列30%的加成預算，本項(蒸汽吸入治療)過去都包含在一般服務內，因此也建議由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加的預算支應。

6.第6項「提升國人視力照護品質」，依健保署建議，增加1億2,000萬元，依111年度預算執行結果扣減當年度未執行之額

度。

7.第7項「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」，依原議定內容(扣減90百萬元)。

(二)接下來是專款項目：

1.第8項「家庭醫師整合性照護計畫」：

- (1)依110年度的額度(36.7億元)再增加健保署提出的2項費用，1項是依據會員數成長增加1.6億元，另外1項是1.18億元，所以家醫計畫共增加2.78億元(全年經費39.48億元)。
- (2)本計畫的節流效益，納入年度總額預算的財源。
- (3)於111年7月底前提出未來導入一般服務或退場之期程及規劃。

2.第9項「代謝症候群防治計畫」：

- (1)依付費者代表精算的結果，編列3.08億元。
- (2)不得與家醫計畫及其他醫療給付改善方案重複收案。
- (3)每人費用、個案管理費及績效獎勵費比照家醫計畫支付，這是比較合理的金額。
- (4)實施方案提報全民健康保險會同意後執行，應訂定結果面指標及依執行績效支付，並提報成果報告予健保會。

3.第10項「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫」：

- (1)依健保署建議，編列970萬元。
- (2)執行診所需與醫院心臟復健中心簽署合作計畫，接受醫院出院準備計畫或急性後期整合照護(PAC)計畫下轉病患為主。主要考量本項服務屬高危險，希望執行診所跟醫院有一個合作的計畫，互相協助幫忙，避免心肺疾病患者在復健過程中發生危險。

4.第11項「西醫醫療資源不足地區改善方案」：付費者代表共同決議沒有新增預算，編列317.1百萬元，不新增預算。

- 5.第12項「C型肝炎藥費」：照110年度預算額度，編列292百萬元，也是沒有新增預算。
- 6.第13項「醫療給付改善方案」：照110年度預算額度，編列655百萬元，沒有新增預算。
- 7.第14項「強化基層照護能力，及『開放表別』項目」：照110年度預算額度，編列920百萬元。
- 8.第15項「鼓勵院所建立轉診之合作機制」：考慮過去整體執行的績效，所以編列200百萬元，減列58百萬元，請健保署會同西醫基層及醫院部門討論「適合轉診案件」之定義。
- 9.第16項「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」：照110年度預算額度，編列50百萬元。
- 10.第17項「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」：編列30百萬元，因為預算執行率非常低，減列25百萬元。
- 11.第18項「後天免疫缺乏病毒治療藥費」：編列30百萬元，也因為執行率非常低，減列25百萬元，30百萬元應已足夠支應。
- 12.第19項「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」：編列11百萬元，照110年度預算額度。
- 13.第20項「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」：編列178百萬元，也是照110年度預算額度。
- 14.第21項「網路頻寬補助費用」：編列253百萬元，較110年度增加39百萬元。請提升雲端藥歷查詢率，檢討、提升檢驗(查)結果上傳率。
- 15.第22項「提升院所智慧化醫療資訊機制」：本項是健保署新增項目，考量其他預算已有項目編列相關費用，故不在西醫基層總額編列本項費用。
- 16.第23項「因應新興疾病，診所感染管控作業守則」：不同意編列預算，因為付費者代表認為本項預算(與公務預算、特別預算)難以區分。

17.第24項「品質保證保留款」依健保會決議結果編列(全年經費1.203億元)。。

四、以上各項目內容經過全體付費者代表共同決議，最後再徵詢全體付費者代表的意見，提供給西醫基層的協商代表參考，謝謝你們。

周主任委員麗芳

以上是主談人何委員語所提出來的付費者代表版本，現在請西醫基層協商代表表示看法。

黃協商代表啓嘉

一、我可不可以這樣解讀，若以健保會幕僚提供的意見做為基礎：

(一)目前付費者代表方案，一般服務預算中，比幕僚意見增加預算的是「提升國人視力照護品質」1.2億元。

(二)專款項目部分：

1.家醫計畫減少約2億多元。

2.「強化基層照護能力，及『開放表別』項目」，健保署及健保會幕僚建議增編3億元，這部分付費者代表沒有同意。

3.「鼓勵院所建立轉診之合作機制」，不只是零成長，還是負成長。

4.「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」及「後天免疫缺乏病毒治療藥費」這2項是負成長。因為這是專款項目，本來就可以滾動式檢討，不知道我這樣理解對不對？

5.「網路頻寬補助費用」，依健保署及健保會幕僚意見增編預算。

6.最後2項，「提升院所智慧化醫療資訊機制」和「因應新興疾病，診所感染管控作業守則」，付費者代表沒有同意編列預算。

二、基本上，若依健保署的試算結果約有3.8%的成長率，若依健保會幕僚意見試算成長率約2.2%，目前付費者代表方案比健保會

幕僚還要再低一點，成長率是1.795%。不知道能不能讓西醫基層進行內部討論？

周主任委員麗芳

可以，西醫基層協商代表可以召開內部會議進行討論。

黃協商代表啓嘉

先請黃委員振國說明。

黃委員振國

關於「新醫療科技」跟「藥品及特材給付規定改變」付費者代表要求的第2點「藥品價量協議(PVA)之還款金額可做為預算不足之財源」，我有個疑問：

- 一、藥品價量協議大概1季或1年結算1次，PVA還款金額還要視發生在醫院或基層總額再去分攤，所以這個財源相當不穩定。
- 二、藥品費用在當月使用時已經發生、且排擠到其他醫療服務的支付預算，但PVA的還款可能是隔年度，甚至更晚。因此，這筆財源事實上可能沒辦法在當年度或當季使用，實務面該如何運作，可能要請付費者代表跟健保署或是健保會去研議，本項財源是不穩定的，不能作為「新醫療科技」跟「藥品及特材給付規定改變」預算不足的財源。請付費者代表再次諮詢本項的可行性。

黃協商代表啓嘉

- 一、補充一下，如果照付費者代表的期待，要求「年度預算執行有剩餘時，要扣減其預算額度」及「藥品價量協議(PVA)之還款金額納為補充財源」，我會建議將「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」這2項改列為專款項目，不要放在一般服務預算內。若改成專款項目，付費者代表的這2項要求就很容易達到，因為沒有用到的就是扣掉，然後藥品價量協議之還款金額要補就可以補進來，因為專款專用。建議付費者代表可以嘗試往這個方向來思考。
- 二、那接下來由我們進行內部討論，謝謝。

何委員語

我也稍作回應：

- 一、請你們不要預設陷阱，全體付費者代表，其中有1位不能出席，因為部長還沒核定，實際上他也是一個協商大將，我覺得很可惜，我昨天還再次詢問他能不能出席。
- 二、基本上，這一次全體付費者代表都是以個人的觀點來討論事情，坦白說，今天的付費者代表方案是全體付費者代表共同決議的結果，在每個項目確定以前，我都有再次徵詢大家同意與否，如果有不同意的請舉手，都有逐項再徵詢一遍。
- 三、我們並沒有全數採用健保會幕僚意見，我剛才也講了，健保會幕僚的意見我們只參考50%，如果我們全部都聽他們的，那我們就照他們的意見寫下來，交給你們就好了，請你們不要陷入這個陷阱。

黃協商代表啓嘉

其實何大哥、何語學長，我先跟你報告一下，其實對於健保會幕僚的意見，我們只是覺得他們的意見不妥，並不是說付費者代表都會聽他們的！剛剛付費者代表提出的方案內容也是有增有減，最後的成長率也不一樣，所以我知道你們不會聽他的，而且我也相信你的專業能力，你剛剛講說你們是弱勢，其實你的專業能力跟我應該不會差太多，我們2個應該是不相上下，我們大家一起當委員那麼久了，所以我想這部分是沒有誰強勢、弱勢，我們是對等對談。

何委員語

黃學長差太多了啦！你一站出去，大家對醫生都非常尊敬，像我也非常尊敬醫生。

黃協商代表啓嘉

我跟您報告，我對您更尊敬啊！

何委員語

我想你們去內部會議討論，等你們討論完以後我們再來思考。

黃協商代表啓嘉

好，那我們討論一下。

(西醫基層部門代表進行內部會議討論約39分鐘)

周主任委員麗芳

請大家就座，接下來請西醫基層協商代表說明他們現在的版本。

黃協商代表啓嘉

- 一、我想最重要的是跟我們敬愛的付費者代表之間，要求同存異，其實付費者代表的版本內，有些比健保署或者健保會幕僚的版本還要低的部分，有2項我們也支持。所以先講相同的地方，讓付費者代表了解我們的善意。
- 二、有關「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」及「後天免疫缺乏病毒治療藥費」這2項專款預算，111年度預算都負成長2,500萬元，我們支持，跟付費者代表版本一致。
- 三、我們剛剛為什麼討論那麼久，其實在內部會議裡，每個人的意見也都不一樣，彼此間也進行激烈的爭辯，所以最後提出來的方案也不是我個人的意見，就跟何委員語之前講的一樣，付費者代表方案不是何委員語1個人的意見，是所有付費者代表一致認同的結果。我們的方案也是大家一致認同的結果，有些項目我願意讓步，別人不肯讓我讓步，希望能盡量形成共識。
- 四、以下說明西醫基層部門的方案：

(一)「新醫療科技」：我們為了因應民眾的實際醫療需求，另外，何委員語講的PVA費用，其實是一個不穩定的財源，並不足以因應本項，所以這部分我們也要加註，付費者代表認為要使用PVA的財源，我們認為那是不穩定的財源，沒辦法因應本項，因此堅持編列3億元預算，本項已經刪減了1億元預算。

(二)「藥品及特材給付規定改變」：本項黃委員振國已經解釋過，光是GLP-1促效劑類藥品跟SGLT-2抑制劑這2個藥品，西醫基層總額統計已經虧8億元了，就是預算少編列8億元，因

此111年度需編列7億元。

- (三)另外，健保署對於其他的項目(第4~7項)提出的試算金額，我們都予以支持。
- (四)「提升國人視力照護品質」：剛剛付費者代表方案提到「依預算執行結果扣減當年度未執行之額度」，那相對的，若預算不足是不是可以增加預算？如果預算不足沒辦法加預算，那預算沒用完就要扣預算，這不是很對等，這點我們希望能夠呈現出來。
- (五)「家庭醫師整合性照護計畫」：家醫制度對於今年整體防疫有很大助益，面臨醫院降載、分倉分流之際，承接民眾至基層診所就醫，也對社區防護做出很大的貢獻，包括支援快篩、支援打疫苗等，衛生體系都是透過家醫計畫去動員，所以不應該降低預算成長，本項希望能夠維持原建議預算(編列41.85億元)。
- (六)「代謝症候群防治計畫」：預算調降為3億800萬元(原建議編列5.39億元)。
- (七)「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫」(編列9.7百萬元)、「西醫醫療資源不足地區改善方案」(編列3.171億元)及「C型肝炎藥費」(編列2.92億元)，同付費者代表方案。
- (八)「醫療給付改善方案」：跟付費者代表方案有點不同，希望能夠尊重健保署增列預算的用途，增加1.5億元(編列8.05億元)。
- (九)「強化基層照護能力，及『開放表別』項目」：支持健保署建議新增3億元預算(編列12.2億元)，因為如果要擴大基層的服務量能，每年編適當的預算，開放表別是有必要的。
- (十)「鼓勵院所建立轉診之合作機制」：大家一直認為轉診的目的是節省費用，其實轉診不是要省錢，而是要讓醫療資源的運用更加合理。如果所有病患不分輕重症都往醫院集中，會

排擠重症者使用醫療資源的機會，及等候醫療資源的時間。因此適度的分級醫療、適度的轉診是非常重要的，所以希望能夠維持110年度預算(編列2.58億元)。

(十一)「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」：與付費者代表方案一致(同110年度，編列50百萬元)。

(十二)「提升院所智慧化醫療資訊機制」：健保署為了提升醫療品質提出本項預算，包括增加寬頻以及院所智慧化醫療資訊系統等預算，我們予以支持(編列2.1億元)，希望不要刪除。因為面對未來人口老化，這些醫療智慧化系統對於居家醫療、居家老人的照顧，都會有助益。

(十三)「因應新興疾病，診所感染管控制業守則」：因為新興感染疾病的產生，西醫基層認為對於過去的感控標準，可能需要做進一步大幅的提升，而這大幅提升必須要有成本，所以支持健保署考量到西醫基層提升感控標準所要投入的成本，試算出的12億元，希望能夠保留，以上就是西醫基層總額提出的方案內容。

周主任委員麗芳

好，謝謝說明，還要需要補充的地方嗎？

黃協商代表啓嘉

還有關於門診透析服務部分，與健保署建議的方案(總成長率3.6%)一樣。

周主任委員麗芳

接下來請付費者代表針對西醫基層部門提出的方案表示意見。

黃協商代表啓嘉

剛剛何委員語所提的說明健保會幕僚都有記錄下來，我們也有整理剛才討論各項的意見及理由，希望能夠對等呈現醫療服務提供者的意見，能也將我們的理由一併呈現。

周主任委員麗芳

好。

黃協商代表啓嘉

這樣不管是付費者代表或是西醫基層醫療服務提供者的意見，都能夠對等的呈現，等一下會將文字檔案給健保會幕僚，請幫忙處理。

周主任委員麗芳

好，請印給大家。請問付費者代表的意見如何？

何委員語

我想再請付費者代表到隔壁的會議室，進行內部會議，也請滕委員西華一起討論。

周主任委員麗芳

大約需要多久時間？

何委員語

10分鐘。

周主任委員麗芳

好，請將西醫基層部門提供的版本印給付費者代表及所有委員參考。

(付費者代表進行內部會議討論約31分鐘)

周主任委員麗芳

各位委員、各位協商代表大家辛苦了，現在已經是晚上7點鐘了，付費者代表已提出修正後的第2個版本。請主談人何委員語向大家說明。

何委員語

一、西醫基層總額的協商代表讓你們久等了，經付費者代表共同討論做成的決議如下，上1個版本的協定事項內容都沒有刪除：

(一)第1項「新醫療科技」：我們很有誠意，照西醫基層代表剛才的版本，增編3億元。

(二)第2項「藥品及特材給付規定改變」：維持依照健保署估算，增編2.68億元預算。

- (三)第3、4、5項(「促進醫療資源支付合理」、「配合醫院總額調整支付標準所需費用」、「蒸汽吸入治療加成」)：依慣例，以往都是用非協商因素去調整支付標準，不單獨列項來編列預算。如果同意，未來西醫基層總額每個科別都可以提出調整支付標準項目新增費用，這會是很麻煩的事情(此3項維持不編列預算)。
- (四)第6項「提升國人視力照護品質」：維持編列1.2億元。
- (五)第8項「家庭醫師整合性照護計畫」：依健保署估算金額，維持增編2.78億元(全年預算39.48億元)。
- (六)第9項「代謝症候群防治計畫」：同意照西醫基層代表剛才的版本，編列3.08億元。
- (七)第10項「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫」：維持編列9.7百萬元。
- (八)第11~12項「西醫醫療資源不足地區改善方案」(全年預算3.171億元)及「C型肝炎藥費」(全年預算2.92億元)：維持110年度年預算不變。
- (九)第13項「醫療給付改善方案」：同意照西醫基層代表剛才的版本，增加1.5億元，全年預算8.05億元。
- (十)第14~15項「強化基層照護能力，及『開放表別』項目」(全年預算9.2億元)、「鼓勵院所建立轉診之合作機制」(全年預算2億元)：維持付費者第1版原提的預算金額。
- (十一)第16~20項「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」、「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」、「後天免疫缺乏病毒治療藥費」、「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」及「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」：維持第1版原提的預算金額，也與西醫基層代表方案相同。
- (十二)第21項「網路頻寬補助費用」：維持第1版原提的預算金額(全年預算2.53億元)，請提升雲端藥歷查詢率，並檢討、提

升檢驗(查)結果的上傳率。

(十三)第22項「提升院所智慧化醫療資訊機制」：本項付費者代表會在其他預算相關項目下考量編列，給予健保署經費支持。

(十四)第23項「因應新興疾病，診所感染管控制業守則」：考量西醫基層總額包含16~18個科別，在感染管控制業上很難做全盤規劃跟管控制業，不同意編列預算。

(十五)目前付費者代表方案(較110年度總額)成長率從原來的1.795%提升到1.944%。

二、以上是全體付費者代表共同的決議案，跟剛才一樣，從第1項到最後1項，都1項1項徵詢大家的意見，最後再共同做決定，這是大家共同的決議，以上說明。

周主任委員麗芳

非常感謝付費者代表的辛勞，針對這個付費者版本，請問西醫基層部門協商代表是不是可以同意？

黃協商代表啓嘉

我們有看到付費者代表的善意，尤其在新醫療科技的部分有再給予支持，非常感謝。但其他項目還是差距蠻大的，是不是容我們再進行內部討論，大概5分鐘的時間。

周主任委員麗芳

好，5分鐘，謝謝。

(西醫基層部門代表進行內部會議討論約5分鐘)

周主任委員麗芳

各位委員請入座，西醫基層總額的協商代表已經回座，請黃常務理事啓嘉說明西醫基層總額考慮後的結果。

黃協商代表啓嘉

敬愛的主席，還有我們敬愛的付費者代表，我最敬愛的、這幾年一起擔任協談雙方代表的何委員語。我先邀請你，何委員語如果你有

帶家人來花蓮遊玩，我一定會招待你，你要先跟我講，我會先幫你訂好的飯店，跟你歡聚一堂，所以你如果有來，你要早點跟我說。

何委員語

黃協商代表啓嘉我跟你說，我全臺跑，都不敢打電話給當地的朋友，因為我太太一直要求我到任何地方都不要打擾人家。所以我在全臺跑，都沒有到打電話給當地的朋友，我們都是去玩玩就回家。

黃協商代表啓嘉

我的意思是，學長你要記得我有邀請你，若願意賞光的話，你就聯絡我。

何委員語

你來臺北都不讓我請了，我怎麼敢去那邊讓你請？

黃協商代表啓嘉

- 一、我在想，也許我們卸任總額協商代表後會更自由，因為我相信如果我們不是擔任協商雙方的代表的話，一定會是常常在一起聚會的朋友，所以我先跟你致歉。
- 二、其實在這次總額協商過程中，我們有充分到感受付費者代表的誠意，但是因為我們醫界代表內部有不同意見，雙方方案的距離也蠻大。但我要再一次謝謝付費者代表，我真的有感受到你們的溫暖跟善意，但雙方在很多項目仍有差距，今天是不是就協商到這裡，最後還是讓部長來做裁示？
- 三、我建議保留付費者代表方案的文字，我們的意見也留在上面一起呈現，好不好？這樣讓部長在裁的時候，有一些可以參考的依據。我相信付費者代表本身其實也很希望談成，我這次也是很希望能談成，不過沒關係，我們都是為了醫療資源的有效利用在努力，並不是為了個人，個人在整個團體裡都非常渺小。所以我再一次向付費者代表表達我們的謝意，我想就是兩案併陳。

周主任委員麗芳

好，謝謝。我也非常感謝西醫基層總額協商代表跟付費者代表的努

力。

何委員語

主委，請讓我們講幾句話。

周主任委員麗芳

好。

何委員語

- 一、我們非常感謝西醫基層在COVID-19疫情期間努力協助防疫及提供醫療服務，尤其我知道像耳鼻喉科診所的門診量下降很多，所以北部有300多位醫師參與疫情防治工作，非常感謝西醫基層醫師的辛勞跟貢獻。
- 二、這次總額協商，每位付費者代表，包括新委員，都能夠充分發言，這是以往比較少見的地方。表示所有付費者代表都很關注整體醫療費用的成長，因為這會牽涉111年健保費率的調整，緊接著10月15日又要召開費率審議前諮詢會議，實際上就是沒有錢！如果有錢，我們都很大方，有錢人一捐就50億元、100億元。
- 三、對於付費者代表來說，最大的希望就是能促進醫療資源有效應用，為民眾提供很好的服務，但也希望不要浪費，能在有限的預算下提供有效的醫療服務；依照相關法規還有施行細則，付費者代表的職責除了總額協商、費率審議，還有業務監理的工作。
- 四、可能我跟醫師公會磁場不合，實際上，我的手機Line裡面有3、4千位好友，我跟很多醫生關係都很好，都會互相關注，在我個人的Line群組裡，與很多醫生都互動非常良好。
- 五、我知道西醫基層醫師工作很辛勞，付費者代表對整個西醫基層的醫師非常尊敬跟肯定。你們提出將雙方的建議方案報部，讓部長裁決、做最終的處理，我們也樂觀其成。謝謝你們的辛勞，謝謝。

黃協商代表啓嘉

謝謝何委員語跟所有的付費者代表，謝謝。

周主任委員麗芳

- 一、111年度西醫基層總額，付費者代表與西基層部門代表未能達成共識。請西醫基層部門依最後建議方案，調整新增項目的執行目標、預期效益的評估指標，於今天晚上10點以前送給健保會做彙整，以利在明天委員會議做討論。
- 二、再次感謝西醫基層部門協商代表跟所有參與的委員，西醫基層總額協商告一段落，接下來進行中醫門診總額協商。

參、111年度總額協商—「中醫門診總額」
與會人員發言實錄

參、111年度總額協商－「中醫門診總額」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

歡迎中醫部門，請各位協商代表入座，不好意思，讓大家等候了好久，先預祝等一下能協商順利。現在要進行第一階段「提問與意見交流」，先請中醫部門說明重點項目，原則是5分鐘。請同仁將投影時間設定的20分鐘，再加上18分鐘，重點說明之後，再開放委員提問、意見交流，總計時間為38分鐘。因為今天上午醫院部門延長了18分鐘，公平起見，每個部門都增加18分鐘，請開始說明。

柯委員富揚

一、主委、各位委員、健保會、健保署的同仁大家晚安、大家好，大家辛苦了！剛剛健保會的同仁問我要不要吃餛飩，我說我不敢吃，因為中醫部門渾沌未明。中醫門診總額非常小，我剛才看了2個總額部門，他們的成長率大概2%、3%，好像都沒有達成共識，所以要跟各位委員報告，就算給我3.5%，新增預算也不會超過10億元，給我高推估的4.4%，新增預算也才12億元。中醫門診總額只占整體健保總額的3.6%。

二、這次中醫門診總額的預算協商，我概略整理了一下，關鍵在於過去支付結構的問題，導致影響民眾就醫的密集度，在96年11月9日費協會第133次會議的報告案，在中醫門診總額費用不足的情況之下，經中醫部門試算後才會訂定相關的限制規範，對於中醫來講，我們這次最主要提出的就是「醫療服務利用密集度」的改變。

(一)第1項「提升針傷病患中醫照護(分2年校正)」：

- 1.針傷科處置申報次數部分，原本管控措施的品質指標，同院所同患者1個月針傷科處置次數不能超過15次，希望提升到20次。
- 2.每位專任醫師每天看診針灸加傷科處置申報次數不能超過45人次。跟各位委員報告，因為中醫沒有分科，我們是全人治

療，今天找中醫師看針灸或傷科的患者，可能是內科、神經內科、神經外科、復健科、骨科的患者，在不分科的情況之下，幫病患治療卻有次數上的限制，當然沒有辦法滿足民眾的就醫需求。每位醫師每天針傷科治療合併計算額度 45 人次也是如此。舉西醫復健科為例，有復健科專科醫師，還有物理治療師，每個物理治療師每日可申報 45 人次的額度。中醫沒有物理治療師，從頭到尾只有 1 位中醫師執行診治。

(二)第 2 項「提升中醫門診加強照護(分 2 年校正)」：診察費也是如此，診察費目前限定申報 6 次，健保署不予支付指標規定中醫同院所同患者同月看診次數是 8 次、西醫基層院所是 10 次、牙醫院所是 9 次。中醫(各分區業務組)訂定的合理指標(抽審指標)，診察費每個月申報不超過 6 次(註)。但中醫不分科，舉例來講，今天 1 位女性患者來找我看婦科，3 天後她感冒了，看的是感冒，幾天後可能有腸胃道的問題，幾天後又可能有其他針傷科的需求，可是我被限制 1 個月只能夠提供 6 次的醫療服務。

(註：查健保署不予支付指標，「中醫同一院所同一患者同月看診次數過高」超過 8 次不予支付；另查各分區業務組抽審指標之一為「同病人申請診察費大於 6 或 7 次之占率」，院所依指標群總積分排序，積分高者列入抽審。)

(三)我先做以上的背景說明，就是因為中醫不分科，中醫沒有其他相關的專科醫師，中醫也沒有醫事人員、物理治療師、職能治療師，所以在只有 1 個中醫師的情況之下，有這樣的限制，導致中醫醫療提供會相對不足。

三、首先報告一般服務項目，中醫部門原則上支持健保署的版本，經過詳細的試算之後，說明如下：

(一)第 1 項「提昇針傷病患中醫照護(分 2 年校正)」跟第 2 項「提昇中醫門診加強照護(分 2 年校正)」，其中「分 2 年校正」的文字全部刪除，尊重健保會幕僚的意見，年度總額協商只能夠決定該年度預算，所以第 1 項跟第 2 項的「分 2 年校正」

文字全部去掉。

(二)第 1 項「提昇針傷病患中醫照護」，包含 3 項費用，第 1 項「針傷處置費」，同意健保署試算 155.8 百萬元；第 2 項「診察費加藥費」，也同意健保署試算 91.3 百萬元；我們唯一不同意的是第 3 項「每日每位醫師針傷處置費申報上限自 45 人次調升至 60 人次之費用」，中醫師公會全國聯合會(下稱中醫醫師公會)估算需要 302 百萬元(健保署試算費用為 42.1 百萬元)，說明計算方式：

- 1.根據我們的資料庫跑 22 縣市資料，再以 109 年健保特約中醫師約 7,600 位，有 75%的中醫師看診針傷科，再分析其中每天看超過 45 人次針傷科所占的比例，申報 46 人次到 60 人次占率是 7.83%，申報大於 60 人次以上占率是 1.21%，光這樣統計出來的占率就有 9.04%。
- 2.我們願意以最低的占率 5%推估，以 1 年 12 個月，每月 26 天，並只估算多出 15 人次的費用，也就是將原本超過 45 人次不給付、支付標準是零的部分計入。我們將多出的 15 人次，即申報 31 人次到 45 人次的部分，比照針傷處置費 227 點去計算，我們認為需要 302 百萬元。
- 3.所以，第 1 項「提升針傷病患中醫照護」預計需要增加 549.2 百萬元(155.8 百萬元+91.3 百萬元+302 百萬元)。

(三)一般服務的其他項目，我們全部同意健保署的試算，因為要符合規定，不能超過高推估成長率，所以第 3 項「特殊疾病中醫加強照護」可以明年再提，今年暫時不提。這是一般服務的部分。

(四)接下來專款項目部分，請吳召集人清源補充報告。

吳協商代表清源

不浪費大家的時間，我儘快跟大家報告中醫師公會在專款方面提出來的方案。

一、第 6 項「醫療資源不足地區改善方案」：因為 109 年度申請的

金額增加約 8.1 百萬元，所以增加推估 8.1 百萬元(全年經費 148.7 百萬元)。

二、第 7 項「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」：

(一)前 4 項腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病，經推估年度成長率大概 8%，約需增加 18.7 百萬元。

(二)另外新增 1 個項目「術後疼痛」。我媽最近脊椎開刀，很感謝健保給我媽很好的照顧，「術後疼痛」是希望用中醫來幫他止痛，這個新增項目推估約需增加 49.5 百萬元。

(三)「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」整體增加約 68.2 百萬元(全年經費 302.2 百萬元)。

三、第 8~12 項「中醫提升孕產照護品質計畫」、「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「中醫癌症患者加強照護整合方案」、「中醫急症處置」及「中醫慢性腎病門診加強照護計畫」：我們目前提出的方案沒有增加預算，維持 110 年度預算。

四、第 13 項「網路頻寬補助費用」：增加約 8 百萬元(全年經費 89 百萬元)。

五、第 14 項新增項目「照護機構中醫醫療照護方案」：中醫部門建議列於專款(健保署建議列於一般服務)，預估在 1 年內到 60 家的照護機構，讓這些患者接受中醫很好的照護，推估約需 28 百萬元。

六、第 15 項「品質保證保留款」：依健保會決議結果編列，增加 1.3 百萬元(全年經費 26.5 百萬元)。

七、中醫部門專款金額增加約 1 億 1,360 萬元，專款金額總計 10.134 億元。

柯委員富揚

今年評核會的時候，我們非常深刻的自我檢討，確實一些相關項目在執行力上不夠好，所以這個部分我們也願意酌減：

一、第 11 項「中醫急症處置」：

(一)目前中醫急症處置以花蓮慈濟醫院做得最好，多數是在該院執行，而其他醫院就沒有執行得那麼好。其實保留本項專款項目，對我來講也是壓力，因為每年都得被評核，可是它確實是個不錯的項目。希望能夠紓解急診壅塞的情況，以及縮短患者從急診轉住院之後的住院天數，相關的文獻應該在 10 月份會發表，發表的期刊在 SCI(Science Citation Index，科學引文索引)也有很高的分數，內容詳細記載某些症狀，在急診階段很適合執行中醫處置。

(二)本項專款預算很少，因為執行率過低，所以原本 1 千萬元，我們認為可以刪減一半，但是請委員能保留這個項目，讓我們可以再繼續執行。

二、至於第 8 項「中醫提升孕產照護品質計畫」、第 9 項「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」：如果預算打 9 折我也可以接受，我們會持續的努力！雖然疫情確實是影響執行率的原因之一，但我們還有進步的空間，以上補充，還請委員協助。

周主任委員麗芳

接下來請委員提問，請滕委員西華。

滕委員西華

我有疑問，我搞不清楚中醫部門扣扣減減之後，最後的成長率是多少？(螢幕顯示中醫部門調整後方案)最下方，總額成長率 4.528% 高於上限(4.4%)是嗎？因為剛剛柯委員富揚說哪邊要扣、哪邊要減，所以我想了解中醫部門最終的成長率是多少？

柯委員富揚

請幫忙調整螢幕，我們從試算表最上面開始往下看，這是最後算出來的結果(總額成長率 4.528%)：

一、先看一般服務項目，第 1 項(增加 549.2 百萬元)、第 2 項(編列 374.4 百萬元)完全沒問題。

二、再往下，第 4 項或第 14 項「照護機構中醫醫療照護方案」(編列 28 百萬元)，是要放在一般服務還是專款項目，尊重委員的

意見。

三、接下來專案的部分，第 6 項「醫療資源不足地區改善方案」增加 8.1 百萬元(全年預算 148.7 百萬元)。

四、然後第 7 項「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」(增加 68.2 百萬元、全年預算 302.2 百萬元)，喔！問題在這個地方，其實本項可以不要增加這麼多預算，原本擬新增「術後疼痛」的 49.5 百萬元，其實可以去掉(調整為全年預算 252.7 百萬元，增加 18.7 百萬元)。

五、中醫師公會絕對是展現最高的誠意，調降「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」預算後，整體成長率(調整後成長率為 4.354%)就不會超過上限了。

周主任委員麗芳

現在螢幕請滑到試算表最下面，看看總成長率有沒有超過上限(中醫部門目前版本之成長率為 4.354%)，接近上限了，付費者代表等一下進去內部會議也還會再討論！

何委員語

主席！我們能不能現在請教中醫部門？因為剛剛柯委員富揚講的內容，有很多新委員還弄不清楚。

周主任委員麗芳

好。

何委員語

從其他醫療服務利用及密集度之改變開始看，第 1 項「提昇針傷病患中醫照護」，中醫部門希望的是 549.2 百萬元。第 2 項「提昇中醫門診加強照護」，請問中醫部門是 365.9 百萬元(健保署試算金額)，還是 374.4 百萬元(議程資料中醫部門草案所列金額)，要確認一下。

柯委員富揚

我們尊重健保署，第 2 項「提升中醫門診加強照護」可以縮減為

365.9 百萬元。

何委員語

- 一、請問第 2 項是多少？365.9 百萬元，OK。
- 二、第 3 項「特殊疾病中醫加強照護」，中醫部門同意改為零，OK。
- 三、第 4 項「照護機構中醫醫療照護方案」，預算也是零？(有委員發言：是移到專款項目)移到專款，OK。
- 四、再來是專款項目，第 6 項「醫療資源不足地區改善方案」，中醫部門希望增加 8.1 百萬元，全年預算是 148.7 百萬元。
- 五、第 7 項「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，中醫部門編列全年預算 252.7 百萬元，增加 18.7 百萬元，是這樣嗎？

柯委員富揚

是。

何委員語

- 一、OK，那我們付費者代表等一下進去比較好談。
- 二、第 8 項「中醫提升孕產照護品質計畫」維持 90 百萬元，剛才柯委員說可以打 9 折，改成 81 百萬元(減列 9 百萬元)。
- 三、第 9 項「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」，也是打 9 折，改成 21.6 百萬元(減列 2.4 百萬元)。
- 四、第 10 項「中醫癌症患者加強照護整合方案」，維持 245 百萬元不變。
- 五、第 11 項「中醫急症處置」，之前說可以刪減一半，全年經費從 10 百萬元改為 5 百萬元(減列 5 百萬元)，是嗎？

柯委員富揚

對。

何委員語

第 12 項「中醫慢性腎病門診加強照護計畫」，維持 50 百萬元，這個項目？

柯委員富揚

照舊。

何委員語

這項經費照舊，50 百萬元？

柯委員富揚

是。

何委員語

第 13 項「網路頻寬補助費用」照原來的草案(議程資料中醫部門草案編列 89 百萬元)？

柯委員富揚

「網路頻寬補助費用」應該是 98 百萬元，我們按照健保署試算的金額，不是 89 百萬元。

何委員語

是 98 百萬元，增加 17 百萬元。

柯委員富揚

對，應該是 98 百萬元，不是 89 百萬元。

何委員語

第 13 項「網路頻寬補助費用」98 百萬元，增加 17 百萬元。第 14 項「照護機構中醫醫療照護方案」這個專款項目編列 28 百萬元。

柯委員富揚

對，「照護機構中醫醫療照護方案」健保署原本編列於一般服務，試算需要 30 百萬元，到底要放一般服務或是專款都可以，我們估算 28 百萬元就可以了。

何委員語

第 14 項「照護機構中醫醫療照護方案」你同意放在專款，編列 28 百萬元？

柯委員富揚

是。

何委員語

第 15 項「品質保證保留款」(26.5 百萬元)，大致上是這樣子嘛！我們付費者委員都清楚了吧！

周主任委員麗芳

好，有沒有委員要請中醫部門再解釋清楚？(未有委員提出詢問)都不用了？

何委員語

如果付費者代表沒有其他詢問，我們就進去會議室內部討論。

周主任委員麗芳

公平起見，提醒中醫部門現在還有 20 分鐘，是可以再補充的，還是沒有要補充？(中醫部門代表表示沒有)

何委員語

中醫部門主談人為林委員敏華，協談人馬委員海霞、楊委員芸蘋，請盧委員瑞芬參加我們的討論好嗎？我們到旁邊會議室去討論，大約 30 分鐘。

周主任委員麗芳

好，現在付費者代表進行內部會議，請儘快。

(付費者代表進行內部會議討論約 56 分鐘)

周主任委員麗芳

請大家就座，主談人林委員敏華回來了嗎？林委員去拿方案的紙本...，主談人回來了，麻煩說明付費者代表現在的版本。

林委員敏華

在我宣讀付費者版本前先說明，今年我們從早上談到現在，包括醫院總額、西醫基層總額、門診透析等部分都沒有談成，可能針對成長率部分，雙方都有一些堅持。對於中醫門診總額協商，我們也聽到柯委員在開頭時的特別說明，中醫部門占整體總額比率較少，所以委員也非常的體諒，不會只考量成長率，也會看實際金額。麻煩各位看一下電腦螢幕，以下逐項宣讀付費者討論結果。

一、一般服務協商項目：

(一)第 1 項「提昇針傷病患中醫照護」：委員考量各部門之間的平衡，對於本項預算用途(放寬內部管控規定)有些意見，所以針對本項提出修改，名稱改為「提升特定疾病於黃金治療期針傷照護」，編列 458 百萬元，協定事項為：

- 1.請健保署會同中醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容(含適應症及結果面指標)，及醫療利用監控與管理措施，並提健保會報告。
- 2.依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

(二)第 2 項「提昇中醫門診加強照護」：跟第 1 項一樣，針對放寬內部管控規定部分，其他總額可能也有這些問題，委員經過討論之後，建議修改為「其他醫療服務密集度之改變」，金額依健保署跟中醫部門意見，編列 365.9 百萬元。

(三)第 3 項「特殊疾病中醫加強照護」：依中醫部門意見，本項費用為零。

(四)第 4 項「照護機構中醫醫療照護方案」：付費者代表版本於專款編列本項費用，一般服務費用為 0 元。

二、專款項目：

(一)第 6 項「醫療資源不足地區改善方案」：中醫部門編列 148.7 百萬元，增加 8.1 百萬元，但付費者代表認為目前方案預算執行率高，也體恤醫療資源不足地區民眾使用中醫的需求，故採健保署意見，編列 172 百萬元，增加 31.4 百萬元。

(二)第 7 項「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」：同意中醫部門編列 252.7 百萬元，增加 18.7 百萬元。

(三)第 8 項「中醫提升孕產照護品質計畫」：同意中醫部門意見，編列 81 百萬元(減列 9 百萬元)。

(四)第 9 項「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」：同意中醫部門意見，編列 21.6 百萬元(減列 2.4 百萬元)。

(五)第 10 項「中醫癌症患者加強照護整合方案」：依中醫部門及

健保署意見，編列 245 百萬元，不增加預算。

(六)第 11 項「中醫急症處置」：同意中醫部門意見，編列 5 百萬元(減列 5 百萬元)。

(七)第 12 項「中醫慢性腎病門診加強照護計畫」：依中醫部門及健保署意見，編列 50 百萬元。

(八)第 13 項「網路頻寬補助費用」：依中醫部門及健保署意見，編列 98 百萬元(增加 17 百萬元)。

(九)第 14 項「照護機構中醫醫療照護方案」：同意中醫部門編列 28 百萬元，協定事項為：

1.請健保署會同中醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並提健保會報告。

2.依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。

(十)第 15「品質保證保留款」：依中醫部門及健保署意見，編列 26.5 百萬元，以上宣讀。

周主任委員麗芳

針對付費者代表的這個版本，請中醫部門提出意見。請林協商代表永農。

林協商代表永農

一、大家晚安，大家辛苦了！關於第 1 項「提昇針傷病患中醫照護」，名稱改成「提升特定疾病於黃金治療期針傷照護」，這部分跟委員報告，請各位委員給我們空間。說出來的話，我會被年輕一輩的中醫師罵死，因為這個限制是在 97 年我擔任理事長任內，我們開會時我提出來的。委員可能會問你們為什麼要自己限制？當時的情況，我們有試算跟推估，如果沒有限制申報針傷 15 次、診察費 6 次，當時的總額根本不夠，所以才從 97 年開始自行限制。

二、當時中醫內部通過，六分區也當作管理及品質的評比指標，也

送到健保署當時的「中醫總額支付委員會」討論通過，健保署97年1月1日衛署健保字第幾號也通過，我就不唸了。當時通過這個管理指標跟六分區費用的評比指標(註)，確實很嚴格的限制，為了這個問題我們內部醫師一直抗議，他們跟患者說每個月針傷處置15次以後不能掛，因為有限制，患者問健保署，健保署說沒有限制啊！怎麼有？但是我們內部就是有限制，而且也做成一個管理的指標。97年到現在也13年了，我們實在吃虧很多，唉！都委屈自己了！

(註：查中醫門診總額地區預算分配方式，95年起改採試辦計畫，事後結算，林協商代表永農所提為97年健保署公告之試辦計畫內容。惟自99年起，地區預算分配方式已改為修正後試辦計畫、事前分配預算，並依照6項參數分配預算。)

三、診察費只能報6次，也是97年通過的，一直限制到現在，患者不可能只來看6次門診，很多患者或許看感冒，或許腸胃不舒服，或許扭挫傷。因為內部指標限制，看到申報6次以上的很少很少，要怎麼辦？我不敢說我們的診所都沒有跟患者收自費，應當很少啦！但大部分都是吃虧，只有收掛號費跟部分負擔100元，就開藥給患者，也不敢申報健保給付。

四、這是我們內部的管理指標，都很嚴格要求，6區中高屏區還把針傷科限制每月每位病患只能申報12次，這麼多年了，我想中醫門診總額這麼少，不要看成長率啦！因為中醫的母數太小，不要少了9千萬元(註)，這麼多年我們吃虧，配合國家的政策，所以中醫的利用率都一直無法提升，這是很大的原因之一。請各位委員考量，只差9千萬元，讓柯理事長富揚回去比較好做人，不然他很難做人，這麼晚了，就不打擾太多，請各位委員支持。

(註：目前第1項「提升針傷病患中醫照護」，中醫部門編列549.2百萬元，付費者代表編列458百萬元，差距91.2百萬元。)

周主任委員麗芳

一、剛剛林協商代表永農提出來的意見，就像是中醫部門的第2版

本。請問中醫部門，對於付費者版本的其他的項目都接受是不是？(柯委員富揚點頭)其他項目都接受，只有第 1 項希望維持。

二、剛才中醫部門提出第 2 版本(林協商代表永農：對)，針對中醫部門第 2 版本，付費者代表的意見如何？

何委員語

一、請教中醫柯委員富揚，剛剛林協商代表永農提出第 1 項不要寫「提升特定疾病於黃金治療期針傷照護」，請問這會造成什麼影響？(林協商代表永農：這個可以寫，沒有意見)這個沒有意見嘛！

二、那剩下是預算金額的事情！(林協商代表永農：是，錢的問題)那錢的事情，我們大家再協商一下吧！

周主任委員麗芳

現在只有這 1 項雙方在金額上有差距，劉委員國隆有意見。

劉委員國隆

一、其實這是付費者代表討論的結果，希望先求有再求好，現在總成長率已經超過 4% 了！當然 9 千萬元對中醫而言很重要，可是對付費者代表而言，成長率已經很高了！

二、我也要拜託中醫的理事長、中醫師們，大家相互體諒一下，因為成長率已經 4 點多了，我們第 1 次這樣大放送，以後不知道要怎麼交代。我個人建議，這已經是大家努力這麼久提出的版本，如果等一下進去又要努力半個多小時，你們也要多等半個多小時，牙醫部門跟其他預算又要再多等半小時。

周主任委員麗芳

請問主談人，還是你們不要再進去，就唯一 1 項，只有 1 項。(付費者代表：我們談一定要在裡面談)好。

柯委員富揚

一、跟委員報告，我們從 97 年等到現在了，等 14 年了，所以再等

半個小時也可以。我想其他總額部門大概都很清楚，私下閒聊時他們都了解，就算給中醫門診總額成長率直接滿到 4.4% 的高推估，也才增加 12 億元而已，大概就是其他總額部門 1 個項目的費用而已，所以我覺得這點是不會啦！

二、建議以協商後的成長的「金額」來看待，倒不是成長多少百分比，9 千 1 百萬元對中醫界來講是很大的一筆錢，我們要奮鬥很久才有這個 9 千 1 百萬元，所以請委員多多幫忙協助。

周主任委員麗芳

請林協商代表永農。

林協商代表永農

謝謝劉委員國隆的提示，我跟大家拜託，因為從 97 年我任內就一直限制到現在，柯理事長富揚有一天到我家去質問我，我也嚇一跳，我知道這就是我任內限制已經 10 多年了，10 多年來我們中醫也沒有提出這一塊，考量每年的協商上限，所以很多迫切的項目先提。9 千萬元真的在總額來講也不多，我們中醫是乖乖牌啦！這麼多年了，多補一點給我們，讓我們有點空間，再次拜託。

周主任委員麗芳

請付費者代表。

林委員敏華

我們好不容易跟中醫部門談到快要接近共識的目標了，因為從早上談到現在，沒有 1 個部門談成，所以付費者代表有很大的期待，希望能夠跟中醫達成協定，因為項目名稱部分都已經沒有問題，現在最大的差距是在金額，不知道柯委員富揚能不能再釋出一點善意，方便付費者委員進去再討論一下，我想我們今天已經差距很少很少了！是不是給我們一個機會讓我們能夠再進去討論一下？

柯委員富揚

當然我們也很期盼達成共識。但因為對中醫部門我來講 1 千萬元、2 千萬元都會有差，我真的非常深深的感動，也非常感謝所有委員對中醫的幫忙跟協助，因為少了 9 千 1 百萬元，金額真的是很大，

那可不可以只少 1 千 1 百萬元？

林協商代表永農

剛剛柯理事長富揚已經自己砍掉很多了！8、9 千萬元了！是不是這 9 千萬元而已，請委員高抬貴手，補給我們啦！

周主任委員麗芳

請楊委員芸蘋、劉委員國隆。

楊委員芸蘋

一、各位中醫部門及所有委員大家好，我覺得今天中醫部門也是挺有誠意的，主動先砍，所有的部門裡面大概只有你們會這麼做，其他部門看看下面會不會這樣做，我不知道啦！陳委員建志自己想想看。不過我覺得付費者代表也很有誠意，我們在裡面也是討論得蠻激烈，雖然總額很少、金額不多，可是每個人有每個人的建議，所以也釋出很大的善意了。

二、剛剛我們主談人林委員敏華有說，可不可以請你們再討論一下，減一些金額，讓我們再去討論，以利達成共識。所以請你們也想想，我們也進去討論一下，我們是團隊，需要所有委員一起討論。

周主任委員麗芳

劉委員國隆，請問你剛才是不是有舉手？

劉委員國隆

其實柯委員富揚跟大家都是非常好的朋友，說真的，這並不是只有金額的問題，而真的是百分比的問題。目前付費者代表的版本總成長率是 4.061%，加上 9 千 1 百萬以後是 4.381%，總額成長率上限是 4.4%，如果雙方差距縮小到 1 千 1 百萬的話，成長率可能高達 4.2% 至 4.3%。我建議先求有，第 1 年先執行，執行後如果真的不夠，明年協商時，你們有成績、中醫利用也擴大了，這樣的話你們很自然的可以去衝刺，不然大家再進去再討論 30 分鐘。

馬委員海霞

再談嘛！主談人剛剛已經要我們大家進去談！

周主任委員麗芳

好，大家休息一下，協商雙方各自再思考一下。

林委員敏華

建議我們雙方都各自內部開會討論一下好不好？我們付費者代表這邊再收集大家的意見，麻煩中醫部門稍後一下。或是你們願意再討論 1 個方案也可以，我們就給彼此一些時間。

周主任委員麗芳

雙方都再思考一下！

林委員敏華

10 分鐘。

(付費者代表、中醫部門代表各自進行內部會議討論約 7 分鐘)

周主任委員麗芳

非常感謝，協商雙方都已經回到了現場，這一次換付費者代表先講好不好？請林主談人敏華說明。

林委員敏華

謝謝中醫理事長及醫師們，我們剛剛討論時，委員非常體恤、也希望能夠達成共識。先宣讀一下討論結果：

- 一、第 1 項「提升特定疾病於黃金治療期針傷照護」，名稱的部分把「特定」2 個字拿掉，不知道柯委員富揚可不可以接受？
- 二、如果名稱沒問題的話，委員也非常希望能跟中醫部門達成協議，所以我們願意再增加 4 千 2 百萬元，編列 5 億元。與柯委員富揚所提金額可能有些差距，請柯委員考量一下，在彼此都各退一步之下，跟付費者代表達成協議。

周主任委員麗芳

中醫部門的看法怎麼樣？

柯委員富揚

感謝委員，請問這樣的話成長率是多少？

周主任委員麗芳

請將螢幕畫面滑到最下面(總成長率為 4.208%)。

柯委員富揚

非常非常感謝，中醫部門全力支持，我們非常的感動，也感謝所有委員的協助跟幫忙，感恩，非常感恩！

周主任委員麗芳

太好了！

林委員敏華

感謝！我們終於達成第 1 個總額的共識方案了！感謝各位！

周主任委員麗芳

好，謝謝，一樣是 10 點鐘前提供「執行目標」跟「預期效益評估指標」嗎？

何委員語

我們為中醫部門歡喜，也對主談人林委員敏華跟 2 位協談人很有信心！

周主任委員麗芳

感謝主談人林委員敏華。

林委員敏華

謝謝中醫，感謝中醫，謝謝！

周主任委員麗芳

- 一、還有協談人馬委員海霞、楊委員芸蘋！你們 3 位是黃金陣容，很感謝！
- 二、中醫部門達成共識方案，請依今天協商結論，於今天晚上 10 點前，將「執行目標」跟「預期效益評估指標」送健保會，以納入明天會議討論，再次感謝大家，辛苦了，謝謝！

肆、111年度總額協商—「牙醫門診總額」
與會人員發言實錄

肆、111年度總額協商－「牙醫門診總額」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

- 一、首先，歡迎牙醫部門協商代表，也向大家致歉，因為今天協商時間延宕，讓大家等很久。不過剛才已經有好彩頭，中醫部門協商成功，希望延續上一場的氣勢，牙醫部門總額協商也能順利。
- 二、請牙醫部門簡要報告，就重點項目向委員說明，提問與意見交換時間為38分鐘，其中重點項目報告時間5分鐘，請陳理事長建志。

陳委員建志

- 一、主席、各位委員，大家辛苦了！我是牙醫師公會全國聯合會理事長陳建志，我本身是身障人士，希望以後身障人士可以優先總額協商(眾委員笑)，因為我可以優先購買高鐵票。各位委員從早上開會到現在已經超過12小時，開會太久有害身體健康，我相信牙醫部門會注意大家身體健康。我希望能比照中醫部門，中醫部門協商代表說晚餐沒有吃餛飩，所以111年度中醫門診總額成長率4.208%，跟各位委員說我也沒有吃餛飩，如果要快速完成協商的話，建議比照中醫部門，但我們也不會含糊，因為要對健保負責任。
- 二、牙醫部門今年所提的項目很簡單，因為我本身是身障弱勢者，所以這次提出的項目，第1、2項都是針對弱勢族群，第3項是針對弱勢族群的特殊需求，如勞工者是就醫弱勢，第4項也是弱勢族群的醫療需求，就是填補蛀牙的部分。接續請牙醫門診總額主委徐協商代表邦賢簡要向各位報告，並請各位付費者代表予以支持。

周主任委員麗芳

請徐協商代表邦賢。

徐協商代表邦賢

- 一、各位委員，大家好！其實我和大家一樣早上就到會場，開會到

現在已經超過12小時，我想大家都非常的累，依照理事長的指示，就重要項目簡要向大家報告。首先，感謝健保會同仁很盡責地將相關意見清楚的寫在會議資料上，我不再贅述，但就健保會幕僚補充意見與牙醫部門的差距部分，稍作解釋：

- (一)第1項「高風險疾病口腔照護」，以109年就醫率或利用率估算部分，大家都知道109年疫情開始，疾管署一直宣導民眾沒事不要去洗牙，如果以109年利用率估算高風險疾病口腔照護所需預算，可能是嚴重的低估。其次，如果提高疫苗接種率後迎來的是報復性看診，就醫率一定會急速增加，現在牙醫就醫率約48%~49%，所以才會以就醫率50%來推估，相關說明如委員桌上的補充資料，其他部分我就不再贅述。
- (二)另外說明一個重點，補充意見提到「人口結構改變率」，請參閱補充資料投影片第3張，大家對人口結構改變率的公式很熟，但我只強調一點，人口結構改變率對「高風險疾病口腔照護」、「高齲齒病患牙齒保存改善服務」沒有必然的關係，尤其人口結構改變率的公式完全看不出相關性。
- (三)請參閱投影片第4張「鼓勵提升醫療品質以及促進保險對象健康」，之前在健保會也提過許多次，「醫療服務成本指數改變率」所包含的成本項目「躉售物價指數-醫療儀器及用品類」，查價項目都不是牙科醫療相關品項，但本項牙醫部門所占的權重卻是部門中最高的。前面幾場協商代表提到，111年度總額的「醫療服務成本指數改變率」除中醫部門外，其他總額部門都是負成長。因為「躉售物價指數-醫療儀器及用品類」-2.276%，對牙醫部門影響最嚴重，導致牙醫部門非協商因素(醫療服務成本及人口因素)成長率只有0.270%而已。
- (四)我們也不知道非協商因素僅成長0.270%情況下，明年該怎麼因應疫情的影響。因此，牙醫部門估算疫情期間所增加成本，這些成本並非包含在原先的加強感染管制中，而是因應疫情，臨時增加的成本，每個病人至少增加100元，109年至

少增加36億元的成本。我們希望在牙醫部門非協商因素成長率這麼低迷的情況下，及考量疫苗接種率提高後，明年牙醫的就醫需求提高，可以讓牙醫院所能夠經營下去，以上是111年度牙醫門診總額成長率的重點報告。

二、為了展現牙醫部門的誠意，依照陳理事長建志指示，先向大家說明牙醫部門內部討論後的修正草案：

(一)第1項「高風險疾病口腔照護」、第2項「高齲齒病患牙齒保存改善服務」：希望委員以我們所提的就醫率估算預算(維持第1項編列4.051億元、第2項編列4.092億元)，給予我們支持。

(二)第3項「提升假日急症處置服務」及第4項「根部齲齒填補(複合體充填89013C)所增加費用」：我們主動調降預算，額度同健保署試算方案(第3項由編列1.979億元改為1.471億元、第4項由編列5.161億元改為3.781億元)。整體大環境使然，希望能夠苦民所苦，支持牙醫部門提出預算，在有限的預算下，我們希望能夠做出最大的貢獻，也有預算可以執行。

(三)再補充一點，請將電腦螢幕往下移到專案部分，第12項新增專案「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，的確我們所提的部分服務內容健保已有給付，為使雙方協商能更加和諧，本項調降至2.715億元(原編列4.525億元)，原規劃每個患者支付500點調降至300點，刪除健保已給付的「咬翼式X光攝影」(拍攝2張*100點)，所以不再重複編列。

周主任委員麗芳

陳理事長建志需要補充說明嗎？

陳委員建志

呼應我剛才所提的中醫部門協商方式，我們自己先調整，朝向健保署試算草案來努力達成共識，希望付費者代表可以支持，我們已經盡最大的善意和努力，希望總額協商能夠圓滿成功。

周主任委員麗芳

如剛才陳理事長建志所提，希望複製中醫部門協商成功的模式，剛才也自砍很多預算。針對牙醫部門願意讓步的項目或所提的新增協商項目，委員有沒有提出垂詢？依序請劉委員國隆、許委員駢洪。

劉委員國隆

- 一、我們還沉浸在中醫部門圓滿達成共識的快樂當中，希望牙醫門診總額協商也能順利進行。剛才牙醫部門自砍預算後，111年度牙醫門診總額成長率由4.360%調降至3.592%，是不是這樣？
- 二、關於第12項「12~18歲的青年口腔提升照護試辦計畫」，牙醫部門已經自砍預算，從452.5百萬元調降為271.5百萬元，原規劃係提升12~18歲青少年族群就醫率，從原本48%提升至60%，12~18歲牙醫門診就醫人數約72萬，就醫率48%，希望提升至60%，只需花費271.5百萬元。
- 三、我曾經提過，如果現行健保已有給付的項目，每年洗牙(牙結石清除)2次，請不要再重複編列預算。現在牙醫部門修正後的版本成長率3.593%，和健保署試算方案3.488%非常接近。當然「12~18歲的青年口腔提升照護試辦計畫」是非常重要的，我也支持，建議牙醫部門對於如何執行本計畫或預算編列能說明清楚、精準估算，以上建議。

周主任委員麗芳

依序請許委員駢洪、李委員永振。

許委員駢洪

我一直思考要用什麼因果關係、鼓勵詞句來鼓勵大家，希望可以減少總額協商的磨損。現在看到新增項目都有費用的分析基礎，我從第1項「高風險疾病口腔照護」開始，牙醫部門建議編列405.1百萬元，健保署另外以利用率試算162百萬元，請參閱健保會幕僚補充意見第2項「高齲齒病患牙齒保存改善服務」，牙醫部門估算409.2百萬元，健保署估算184.1百萬元，雙方提供預算數據相差很多，請牙醫部門說明，雙方所提的經費都有分析基礎，但為什麼差距這

麼大。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

各位牙醫部門先進，晚安！我就牙醫部門剛才提供的補充資料，請教3個問題：

- 一、請參閱牙醫部門提供的補充資料投影片第1張，剛才提到如果明年疫情趨緩的話，就醫率會恢復至約50%，因為109年受疫情影響，高風險疾病患者牙結石清除的利用率才約20%，請教108年沒有疫情影響，利用率或就醫率是多少？
- 二、請參閱投影片第2張「高齲齒病患牙齒保存改善服務」，牙醫部門說本案108、109年未提出，是沒有協商通過還是未提出？(牙醫部門協商代表：沒有提出)如果沒提出的話，等一下要請健保會同仁說明，因為會議資料提到，協商108、109年度總額時牙醫部門提出本項但沒有獲得同意。為何兩邊說法有差異？如果有提出卻沒有獲得同意，為什麼今年又要提出？請說明。
- 三、請參閱投影片第5張，疫情期間增加耗材成本約36億元，但我看109年牙醫部門整體件數成長率-2.2%，但申報點數成長1.1%，平均每件就醫費用點數成長3.4%。現在提出疫情增加成本，但每件就醫費用的單價也提高了，還不夠嗎？

周主任委員麗芳

請問其他委員有沒有提出詢問？採統問統答方式。請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、牙醫部門提出的新增項目都編在一般服務，過去都會編在專款，新增項目如「高風險疾病口腔照護」、「高齲齒病患牙齒保存改善服務」、「根部齲齒填補(複合體充填89013C)所增加費用」等，請教為何都編在一般服務新增項目？如同大家所知，編在一般服務的預算，不管執行多少都會滾入總額基期。

- 二、以第1項「高風險疾病口腔照護」為例，本項訴求是提高洗牙頻率，增加洗牙次數和提升就醫率有何關係？因為就醫率是以全部保險對象人數做計算，增加高風險疾病患者洗牙次數和就醫率50%有何關聯？我不太懂兩者有何相關性，而且人口結構改變率也都有包含這部分所需的費用。
- 三、其次，去年委員會議對牙醫部門設定的「執行目標」及「預期效益之評估指標」提出許多建議，健保會依據委員會議決議請各總額部門提出新增項目或計畫時，要提出具體規劃內容，並訂定執行目標及預期效益之評估指標等資料，四總額部門的要求都是一樣的。目前牙醫部門提出的執行目標及預期效益之評估指標，還是和過去一樣以「服務人數」來訂定，請教之後是否會調整？或沒打算修改，請補充說明。
- 四、關於塗氟部分，不管是第11項110年度新增的「0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」，或第2項111年度新增的「高齲齒病患牙齒保存改善服務」都提到增加塗氟次數，請教目前衛福部相關單位編列塗氟預防保健預算的情形。我不確定塗氟能否算是一種治療，可能要請教健保署。
- 五、另外，新增項目都有同樣的問題，增加洗牙次數、增加塗氟次數等密集度的增加，一定會增加就醫率，民眾每次就診就可以申報診察費嗎？還是像復健治療的申報方式，申報1次診察費但可以使用6次復健治療(同一療程)，兩者性質不一樣。這些項目不是只提高單項的處置費用，診察費也隨之增加，加上第1項「高風險疾病口腔照護」這些都會對醫療費用造成影響，如果這些牙醫醫療服務都列在一般服務，就不能只看增加洗牙或塗氟次數而已，也要關切相對的診察費次數及費用增加，這些都會相互影響。

周主任委員麗芳

依序請翁委員燕雪、干委員文男。

翁委員燕雪

請教補充資料投影片第5張：

一、上面提到，因COVID-19(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)疫情期間增加N95口罩、隔離衣及手套成本。我是指揮中心成員之一，就我所知，N95口罩、隔離衣都是由特別預算支應，無償提供予醫療院所使用，以前由醫院及診所自行購買，但政府去年因應COVID-19疫情，統一徵用後都是無償提供予醫療院所，請教為何會增加這部分成本？

二、另外，增加「旅遊史問診」成本部分，就我所知，旅遊史是直接採用出入境管理局所註記的資料，請牙醫部門再補充說明成本增加部分。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

一、第6項「109年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款」，之前委員會議針對扣款額度，有請牙醫部門和健保署協商，有沒有達成共識？因為我沒看到相關的資料。

二、第3項「提升假日急症處置」，希望明年不要再有民眾因為牙痛假日找不到牙醫院所就醫等情形，應該要研擬對策，解決民眾就醫不便的問題，要改善和提升民眾就醫可近性。

周主任委員麗芳

委員有沒有其他意見？沒有的話，請牙醫部門回應。

徐協商代表邦賢

由我代表回應各位付費者代表的問題，如有未盡之處，陳理事長建志及牙醫部門協商代表會再補充說明：

一、回應劉委員國隆關心第6項「12~18歲的青年口腔提升照護試辦計畫」就醫率部分：

(一)我們不是一開始就設定就醫率達60%，這是一個高估值，希望就醫率能提升至60%。目前12~18歲青少年族群就醫率約

48%，接近5成了。牙醫部門很勇敢，依照公共衛生三段五級階段規劃，將本計畫定位在第2~3級，希望在有限的預算下能推動、廣效應用。因此，本計畫分成3個階段，第1個階段先就近5成來牙醫院所治療的12~18歲青少年增加檢查，目前來就診多是症狀治療，透過相關的檢查，找出青少年口腔疾病，早期發現早期治療，之後他們也會在同儕之間推廣。如果付費者代表支持本項預算，之後我們也會透過各種管道進行推廣，逐步提升就醫率。

(二)這是階段性的計畫，我們會訂定執行目標和預期效益之評估指標，不是只有量的提升，我們會設定短、中、長期之目標。評估指標不會只有增加服務多少人數，希望參加本計畫的青少年族群透過本計畫早期發現早期治療後，能免於後來的根管治療，或是惡化到需拔牙，我們也會對牙齒顆數進行統計，提供全面性的照護提升青少年口腔健康，也能將預算發揮到最大的效益。

二、回應許委員駝洪關心牙醫部門和健保署對於「高風險疾病口腔照護」及「高齲齒病患牙齒保存改善服務」經費估算差異的原因：

(一)「高風險疾病口腔照護」係增加洗牙的次數，如果以高風險疾病患者一般常規洗牙(牙結石清除)的利用率來估算費用，會低估，因為高風險疾病患者就醫時，不是只有洗牙，也會有其他臨時狀況的治療處置。

(二)另外，牙醫部門多次被提出有6個月重複洗牙的問題，經過後來分析發現，這些病患有洗牙的需求，無法等到6個月後才來洗牙。甚至6個月後再來就診，已經不是需要洗牙而是要拔牙了。因為病患體質改變、口腔環境改變，所以無法撐到6個月再來看診。因此，我們才會提出「高風險疾病口腔照護」，民眾有需要這樣的照護，如果單純以洗牙就醫次數估算，沒有包含其他處置照護，就醫次數的確會被低估。

- 三、過去牙醫部門曾向衛福部提出「高齲齒病患牙齒保存改善服務」項目，3月份的確提出本項，但提報9月份協商時，考量整體項目及預算平衡，我們主動撤掉，協商時沒有本項。所以我才會說我們沒有提出，在此也一併回應李委員永振。
- 四、剛才李委員永振也提到就醫率部分，提高疫苗施打率後報復性看診，就醫率至少50%以上，是以目前牙醫照顧民眾的服務能量做為估算，也就是108年以前，正常就診狀態就醫率約49%。我們預估疫情趨緩或結束時，預估就醫率差不多維持50%，所以才會以此做為估算基礎。當然要取哪個就醫率做為估算，我們可以再調整或協商。
- 五、最後有關翁委員燕雪提到的疫情期間所增加的成本，請翁協商代表德育說明。

翁協商代表德育

- 一、我是牙醫部門協商代表翁德育，第1次發言。首先，請參閱補充資料投影片第4張「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」，在非協商因素「醫療服務成本指數改變率」公式，疫情期間大家看不到的真相，投影片第4張長方形框，牙醫部門醫療材料費用的成本權重23.78%，其中109年「躉售物價指數-醫療儀器及用品類」相對108年指數年增率-2.276%。大家都知道109年是疫情剛發生的時候，而疫情期間牙醫門診總額之「醫療服務成本指數改變率」真的是-0.175%嗎？
- 二、因疫情關係，疾管署訂定許多醫療指引規範，牙醫醫療院所首當其衝，因為我們照護的病人沒有一位是戴口罩，和其他科別不同的，我們除了自身防護外，還要保障病人就醫安全，不能讓病人來牙醫院所就診而感染，所以我們增加很多防護裝備，這些成本沒有反映在非協商因素成長率，這是大家看不到的。我們最難過的是增加許多防護裝備，但111年度總額的「醫療服務成本指數改變率」，109年相對108年的指數是負值，我們真的覺得委屈。

- 三、請參閱投影片第5張，說明增加成本的部分，剛才翁委員燕雪提到政府有發放N95口罩，沒錯！都有發放，但是數量很少。大家所知牙醫師看診至少有1位助理，我們很感激政府每週發放N95口罩1~2片，但真的不是我們挑剔，N95口罩真的很難戴，我們得要自行購買，1個N95口罩75元，1診次牙醫師及助理各戴1個。也有發放隔離衣，但真的很薄，稍微碰一下就破了，所以我們沒有穿，得要自己購買，1件拋棄式隔離衣60元，1診次牙醫師及助理各穿1件。手套部分，以前1盒75元，現在漲價到1盒220元，每位病人就診時需要用到至少2隻手套，牙醫師及助理各1隻。
- 四、最後有關「旅遊史問診」部分，我們不是詢問出國史，而是詢問民眾及同住家人疫情期間有沒有到雙北？朋友有沒有從雙北來？有沒有發燒等接觸或群聚史。除了旅遊史問診外，也要幫病人量額溫、耳溫，額溫不一定準確，如有疑問，除了到健保醫療資訊雲端查詢系統瞭解相關資料外，還需詢問其他旅遊史資訊。我剛剛向大家說明，除了確保病人就醫安全，我們也要防護自身安全。
- 五、這樣計算下來成本增加多少？每看1位病患成本至少增加100元，這些成本今天都沒有反映出來，初步以109年3,600萬人次*100元，增加成本總計約36億元，這些反映在哪裡？沒有。我們也不敢要求這麼多預算，只是希望大家能夠體諒我們在疫情期間，牙醫部門因看診需要而增加許多醫療成本，目前沒有一項數據可以反映我們增加的支出。

徐協商代表邦賢

我補充回應干委員文男詢問第6項「109年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款」部分：

- 一、健保署很友善和我們進行協調，但雙方對於扣款額度還是有些微差距，所以在會議資料中看到不同的扣款額度。但也感謝健保署接受我們所提的意見，以109年調升感染管制診察費

35點為計算基礎。本項預算來源包含109年度非協商因素之「醫療服務成本指數改變率」及委員支持協商因素編列「全面提升感染管制品質」，預算總計約12.475億元，換算後每件感染管制診察費調升35點。協定事項要求：若執行全面提升感染管制品質院所未達100%之目標，將按比例扣款。如果要扣款，我們建議以協商因素5億元為扣款基礎，因為我們將本來就可以自行運用的非協商因素成長金額，全數挹注於調升感染管制診察費的支付點數。

二、而且申報加強感染管制診察費的院所比率高達98%~99%，不是我們自己誇，執行率很高。至於為什麼會議資料會呈現2種扣款額度，牙醫部門希望以12.475億元中的5億元為扣款基礎(即每件只扣除35點* 5 /12.475)，雙方主要的差異在於，健保署每件扣除所調升的35點，但牙醫部門認為調升35點的預算，來自於我們挹注非協商因素的7.475億元及委員支持編列的5億元，希望能以5億元為扣款基礎，這是2個方案不同之處，請委員考量。

周主任委員麗芳

依序請干委員文男、李委員永振。

徐協商代表邦賢

對不起，剛才陳理事長建志提醒以下事項尚未回應，我再補充：

一、有關滕委員西華建議修正「執行目標」及「預期效益之評估指標」部分，我們所提的每個項目或計畫都會做修正，包括「12~18歲的青年口腔提升照護試辦計畫」，我們不會以服務多少人數為執行目標，希望透過本計畫對青少年族群提供積極性的口腔照護及衛生教育，未來也會透過問卷調查青少年對於口腔健康知識與自我警覺能力。有關評估指標方面，如同剛才向大家說明，青少年族群參加本計畫後，健康恆牙的保存情形，及後續不會落入需根管治療及拔牙顆數等，也會納入本計畫的評估指標。

二、另外，回應塗氟處置部分，兒童塗氟是預防保健服務，由國健署預算支應，牙醫院所沒有申報診察費，費用由健保署代辦、撥款，這不屬於健保支付範圍。我們所提的第2項「高齲齒病患牙齒保存改善服務」是屬於治療性塗氟，並不是預防性塗氟，對已經根部齲齒填補或高齲齒病患而言，高濃度的塗氟對周遭牙齒的組織具有強化的效果，是屬於治療範圍，而不是單純預防性塗氟處置，再次說明，本項塗氟屬於治療性塗氟，而不是預防性塗氟。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

我想了解的是，你們和健保署對於「109年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款」研商結果為何？

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

剛才我請教第1項「高風險疾病口腔照護」108年就醫率或利用率是多少？111年以就醫率50%為估算，牙醫部門表示因為109年受疫情影響，高風險疾病患者接受「牙結石清除」比率20%為低估，請教108年就醫率或利用率為何？

徐協商代表邦賢

回應李委員永振，108年整體牙醫就醫率約49%，精確數字需要再查。

李委員永振

是指全部就醫率嗎？

徐協商代表邦賢

是的，整體牙醫就醫率就已經這麼高了。

李委員永振

但你們訴求是特定對象，不能用整體就醫率50%來估算，說不定是偏低、也可能高估。另外，剛才第2項「高齲齒病患牙齒保存改善服務」，你們說108年、109年沒有提出，但健保會同仁拿之前協商會議資料就有，為什麼說沒有呢？

周主任委員麗芳

請健保會同仁將108、109年度協商會議資料給牙醫部門看一下，因為今天現場突然問到，讓牙醫部門看一下之前總額協商時曾經提出這個項目的資料。

李委員永振

這不是突然問到，而是協商會議資料就有提到的。

周主任委員麗芳

我知道，讓牙醫部門看一下之前協商會議資料。

徐協商代表邦賢

在此，向李委員永振及其他付費者代表致歉，我們沒有注意到，對不起，本項應該是之前有提出來但未通過。

李委員永振

我想知道未通過的原因？為什麼又再提出呢？

徐協商代表邦賢

回應李委員永振，本項是未通過。就我的印象，當時為使協商順利，也考量每年設定的執行重點，所以將健保資源集中在委員關心或其他項目。所以協商時我們退而求其次，撤掉這個項目，就我參加幾年總額協商的印象是這樣，因為這是過去協商一來一往的互動，不便再占用時間去贅述。

周主任委員麗芳

我們聚焦在111年度總額協商項目。關於干委員文男詢問「109年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款」，牙醫部門已經回應，因為干委員文男再次詢問，請牙醫部門再詳細說明。(牙醫部門協商代表：已經回應)剛才牙醫部門的說明，請問干委員文男可

以嗎？

干委員文男

可以。

周主任委員麗芳

好，不用再說明。請滕委員西華。

滕委員西華

請教，過去的總額協商，新增項目通常編在專款項目，為什麼今年都編在一般服務？

周主任委員麗芳

請說明。

徐協商代表邦賢

一、如同剛才我向大家說明，牙醫師在平常的時候，有沒有照顧高風險或高齲齒這類病患？答案是絕大部分是有的，因為這些患者真的需要這些照護，但是這些高風險疾病患者，因為需要重複洗牙而被行政核刪。

二、其次，我們照顧這些患者，沒有支付標準可以申報，所以我們今年提出這些患者需要的照顧，這不是增加的治療，而是我們希望能確實照顧好這些民眾的口腔健康，所以才會編在一般服務項目。最後請翁協商代表德育再補充說明。

翁協商代表德育

我簡要回應2個問題：

一、以前我們確實曾提出「高齲齒病患牙齒保存改善服務」協商項目，不管編在專案項目或一般服務，大家也知道每年的年度總額成長率有上限值，如到達上限值，其他項目就得犧牲，但這並不代表這個項目不好。有時候總額協商成長率談到3%或4%，就已經無法再協商下去，勢必得犧牲其他項目，再次向大家說明不是這項目不好。

二、另外，不論編在專款或一般服務，我們的初衷都是一樣，是

否需要為這些弱勢族群做什麼事情、能否透過健保力量讓高齲齒病患得到完善的服務。從以前到現在牙醫部門的初衷都一樣，希望達到8020(80歲有20顆自然牙)目標，保留國人最大極限的牙齒顆數，如果將高風險病患當成一般人，提供一樣的服務，似乎有點不公平。如果大家支持將健保資源挹注於提供這類病患口腔照護，編在一般服務才能永續提供此類服務，如果編在專款項目，我們也尊重付費者代表的意見，現在的問題是這類病患有沒有機會接受健保資源的照護。

周主任委員麗芳

如果委員還有其他意見...，請翁委員燕雪。

翁委員燕雪

我有1點請教，1點澄清：

- 一、第1項「高齲齒疾病口腔照護」，一般看到高齲齒患者會認為是身心障礙者，另外，心口司編列公務預算及相關基金支應0~6歲兒童塗氟預防保健服務，我曾請教牙醫生為什麼0~6歲兒童需要牙齒塗氟，醫生說因為小孩刷牙習慣不好，所以才需要牙齒塗氟。既然高齲齒族群可能在0~6歲時被發掘，是不是就超過6歲後，公務預算沒有支應的部分提供牙齒塗氟，而不是已經罹患齲齒後再來治療，因為不了解，想要請教牙醫部門。
- 二、第2點，因為我是指揮中心相關成員，針對剛才翁協商代表德育的回應，我再澄清一下，指揮中心提供N95口罩及隔離衣，醫院及診所回饋給我們的資訊是多到用不完，甚至指揮中心儲備的數量多到讓倉儲成本增加。我們現在持續發放防疫物資，如果牙醫部門認為提供數量不足，應該向指揮中心反映，政府真的有提供這些防疫物資，我不認為這些能做為增加預算的理由。至於成本漲價部分，後來市場供給量能穩定後，價格已經平穩，去年1盒口罩價格300~400元，甚至還搶不到，但現在網路購買價約90多元，而且是雙鋼印，物價成本會隨著供需有所變動，以上澄清說明。

周主任委員麗芳

請補充說明。

翁協商代表德育

也許剛才說明太快，我現在再重述一次，向大家說明：

- 一、第1個，有沒有提供N95口罩給院所，我指的是牙醫診所，不是醫院，牙醫診所不可能足夠，我希望大家多溝通。如果足夠，我們不會很多人一起買，我們曾經向很多單位反映，也可以問秘書室主任，我們反映很多次。不好意思！我不是在這裡埋怨，這是事實，我們也不需要說謊，這是回應N95口罩部分。
- 二、第2個，提供口罩而且多到用不完，這是對的，可是我們不會戴一般口罩，都是戴N95口罩，疾管署發布相關治療指引就是N95口罩，不是戴一般外科口罩，這點也要向大家說明。
- 三、第3個，有沒有發放隔離衣，真的有發，沒有用不完。今天我應該帶來給大家看，不好意思，可能是牙醫師用的不習慣，所以我們真的是自行購買，沒有使用發放的隔離衣。有機會我可以帶隔離衣給大家看，為什麼我們不喜歡用，我不是反映指揮中心或哪個單位沒有提供我們足夠數量，只想讓大家知道，因為疫情讓我們成本增加，是真實有發生的。
- 四、接下來說明手套部分，我記得衛福部設置手套價格相關平台，大家也可以去看，光是手套價格我們就反映過好幾次，最後回覆我們說：沒有辦法，手套材料來自馬來西亞，數量很少，要買的話就是這麼貴，不然就買不到了。今天我們提供這份資料是要負全部責任，我們對上面所列的成本單價全部負責，大家可以去查閱。我不是爭論這件事，只是讓大家知道疫情期間牙醫部門發生什麼事情，大家是不是能體諒一下，也許大家認為我們所提的部分項目太無理，但能否看在牙醫院所在疫情期間，增加這麼多成本的情況下，幫忙牙醫部門。

周主任委員麗芳

請陳理事長建志。

陳委員建志

- 一、大家都知道翁協商代表德育的個性，他就是會把事實向大家反映。不過我站在民眾端來看，5~6月是疫情高峰期間，試問哪個醫療單位病人來就診時會把口罩脫掉，就是牙醫，病人戴著口罩怎麼看牙齒，所以我們防疫標準是高規格，這也是為什麼會戴N95口罩的原因。在疫情高峰期間，牙醫就診近500萬人次，加上牙醫感控做得非常好，這段期間沒有發生1件因為消毒問題或是病人間交互感染，只有零星1~2件是醫師被感染，醫師被感染的原因很多，醫師甚至戴N95口罩還被感染，但沒有發生因為器械消毒等交互感染。
- 二、因為我今年才擔任理事長，我覺得牙醫部門也蠻有膽識的，去年敢承諾要符合加強感控達100%的軍令狀，今年扣款就算在我身上。我也要講幾句話，牙醫部門已經做得這麼棒，如果考試滿分500分，這次考499分，少1分打1下，牙醫部門扣款也算是打1下的概念，懇請付費者代表打小力一點，不要打那麼大力。依照之前承諾，該扣就讓大家扣，建議第6項「109年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款」，能否依照牙醫部門的建議(減列4.6百萬元)。我在上任後安排10月4號拜見總統，也會向總統報告，疫情期間牙醫部門做得很棒，牙醫看診約500多萬人次，沒有一個交互感染，但是我們牙醫卻要被健保扣款，我心蠻痛的，牙醫部門在疫情期間做許多的努力，懇請委員支持。

周主任委員麗芳

接續是不是請付費者代表進行內部會議。

何委員語

向大家說明，牙醫部門付費者代表的主談人是李委員永振，協談人是許委員駟洪及侯委員俊良，我們邀請陳委員秀熙及趙委員曉芳一同參加付費者代表內部會議，就協商項目及內容給予我們指導，我

們邀請2位專家學者委員。

周主任委員麗芳

好的。

何委員語

我們進行付費者代表內部會議，時間預計30分鐘。

周主任委員麗芳

好的。

(付費者代表進行內部會議討論約74分鐘)

周主任委員麗芳

付費者代表已經回到會場，因為現在已經11點17分，我們迫不及待的想知道付費者代表內部會議的結論，請主談人李委員永振向大家說說明付費者的版本。

李委員永振

主席及牙醫部門協商代表，很抱歉！因為剛才內部會議大家討論的很熱烈，所以討論太久了。關於111年度牙醫門診總額的付費者內部會議結論，請大家參閱電腦螢幕，如下：

一、一般服務

(一)第1項「高風險疾病口腔照護」：編列405百萬元，協定事項3點：

- 1.請健保署會同牙醫部門，於110年12月底前提出具體規劃內容，並提本會報告。
- 2.依111年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。
- 3.檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

(二)第2項「高齲齒病患牙齒保存改善服務」：移到專款項目。

(三)第3項，原名稱「提升假日急症處置服務」修改為「提升假日就醫可近性」：編列147.1百萬元，協定事項2點：

- 1.請健保署會同牙醫部門，加強改善民眾假日就醫不便情形，

提升診所假日開診率及民眾假日就醫可近性，並訂定相關「執行目標」及「預期效益之評估指標」。

2.提出具體規劃內容，提健保會報告。

(四)第4項「根部齲齒填補(複合體充填89013C)所增加費用」，及第5項「配合醫院總額調整支付標準所需費用」：不編列預算，金額0元。

(五)第6項「109年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款」：照健保署所列扣款額度-11.4百萬元。協定事項2點：

1.請健保署會同牙醫部門加強牙醫院所感染管制品質之查核與輔導，並提高實地訪查之抽查比率，儘速達成100%院所符合加強感染管制之標準。

2.持續監測全面提升感染管制品質之執行結果(含申報及查核結果)，於111年7月底前，提健保會報告並納入112年度總額協商之參據。

(六)第7項「違反特約及管理辦法扣款」：按照委員會議決議處理。(扣款額度-10.6百萬元)

二、接續是專款項目：

(一)第8項「醫療資源不足地區改善方案」：照110年度額度編列，沒有增加經費(全年經費280百萬元)。

(二)第9項「牙醫特殊醫療服務計畫」：照110年度額度編列，沒有增加經費(全年經費672.1百萬元)。

(三)第10項「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」：沒有增加經費(全年經費12百萬元)，協定事項為持續觀測執行結果，以評估照護成效。

(四)第11項「0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」：沒有增加經費，維持110年度額度60百萬元。

(五)第12項新增「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」：依照牙醫部門剛才修正後的額度271.5百萬元，協定事項2點：

1.請健保署會同牙醫部門研訂具體實施方案，並於110年12月底前提報全民健康保險會同意後執行。

2.依111年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。

(六)新增「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」：由一般服務移列專款，編列184百萬元，協定事項2點：

1.請健保署會同牙醫部門於110年12月底前提出具體實施方案，及醫療利用與管控措施，並提本會報告。

2.檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

(七)其餘2項專款(「網路頻寬補助費用(增加32百萬元，全年經費168百萬元)」、「品質保證保留款(增加3.3百萬元，全年經費91.2百萬元)」，與牙醫部門一致，不再贅述。

三、綜上，111年度牙醫門診總額較110年度核定總額成長2.325%，總金額49,310.4百萬元。

周主任委員麗芳

非常感謝李委員永振詳細說明，請牙醫部門表示意見，對於付費者代表版本，可否同意接受？

陳委員建志

我想大家都累了，感謝委員。我們需要進行內部會議，預計10分鐘。

周主任委員麗芳

現在進行牙醫部門代表內部會議，時間10分鐘。

(牙醫部門代表進行內部會議討論約13分鐘)

周主任委員麗芳

牙醫部門協商代表已經回到會場，請牙醫部門說明最新的修正版本。

陳委員建志

大家辛苦了，我們有2點建議：

- 一、第1個「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」：尊重付費者代表的意見，由一般服務移列至專款項目，但既然是專款，能否同意以我們所提的額度409.2百萬元編列，因為這項是編在專款。
- 二、第2個「根部齲齒填補(複合體充填89013C)所增加費用」：我們原提516百萬元，為什麼會提出這項？為配合世界各國提倡牙齒的保存及牙醫部門8020的目標，我們在任何計畫都有提出來，需要努力達成的目標。如果本項經費刪減到0元的話，以後配合政策推動長照或牙醫實務面都會遇到挫折，所以再次懇請付費者代表予以支持，之前本項預算原提516百萬，之後調降為378.1百萬元，現在修改為原預算折半，編列額度為208百萬元。

周主任委員麗芳

請問付費者代表對於牙醫部門的最新方案，是否有其他意見？需要再進行內部會議嗎？還是現場可以決定？

千委員文男

請牙醫部門再說明一次。

陳委員建志

剛才提出2點意見：

- 一、第2項「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」，已經從一般服務項目移到專款，但希望保留原來的預算(409.2百萬元)，因為已經編在專款。
- 二、第4項「根部齲齒填補(複合體充填89013C)所增加費用」，牙醫部門原提預算516百萬元，第1版修正係按照健保署試算編列378.1百萬元，現在再調降至208百萬元，希望未來能與政策銜接。

周主任委員麗芳

請問付費者代還有沒有其他意見？

干委員文男

現在移到專款的「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」項目，希望維持原編預算...。

周主任委員麗芳

牙醫部門希望移到專款「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」項目能維持他們原編預算額度(409.2百萬元)。

陳委員建志

對，因為已經移到專款，專款項目都是依照實際執行給付。

侯委員俊良

請教陳委員建志，你們提出2點意見和付費者代表的方案不同之處：

- 一、第2項「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」移列專案，但希望編列額度409.2百萬元。
- 二、第4項「根部齲齒填補(複合體充填89013C)所增加費用」，牙醫部門再調降額度(調降為208百萬元)，但希望有編列預算，就這2部分對嗎？

陳委員建志

對。

侯委員俊良

了解。

周主任委員麗芳

就牙醫部門所提的2個意見，請問付費者代表是不是現在就可以凝聚共識？請主談人李委員永振。

李委員永振

關於「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」，付費者代表是依據健保署估算，建議編列184百萬元，牙醫部門建議409.2百萬元，兩者差距有點高。我們付費者代表需要進行內部會議討論。

何委員語

好，付費者代表進行內部會議。

李委員永振

預計10分鐘。

周主任委員麗芳

付費者代表進行內部會議10分鐘。

(付費者代表進行內部會議討論約8分鐘)

周主任委員麗芳

付費者代表已經回到現場。現在是緊張時刻，看看雙方能否達成共識。請主談人李委員永振向大家說明付費者代表最新的版本。

李委員永振

就雙方有不同意見的2項，說明如下：

- 一、先看專款「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」項目：付費者代表所提的預算額度係依照健保署估算資料，本項仍維持184百萬元。
- 二、請參閱電腦螢幕第4項「根部齲齒填補(複合體充填89013C)所增加費用」：基於總額預算制度的精神，一般服務預算是統籌運用，不足的話是不補的。但考量你們有很大的誠意，付費者代表建議本項修正為「其他醫療服務利用及密集度之改變」，並依照你們修正後額度208百萬元編列。但要先說清楚，本項預算是支應未來，也就是明年提供服務所需的預算，不是補以前的不足，說清楚避免徒生其他問題。

周主任委員麗芳

感謝說明，牙醫部門對於付費者代表提出的第2個版本，能否接受？請李委員永振。

李委員永振

補充說明，如果牙醫部門不同意的話，就回到付費者代表所提的第1個版本，兩案併陳送部裁決。

周主任委員麗芳

請牙醫部門考慮一下，是否需要進行內部會議？請何委員語。

何委員語

- 一、其實剛才付費者代表內部會議一再討論，最重要的討論重點是預算不能補以前的差額，因為總額預算制度下，預算是統籌運用及管理，分配好了就照分配結果執行，不能補差額。
- 二、另外，總額每年非協商因素成長率(醫療服務成本及人口因素成長率)都有預算成長，照理說應該好好運用非協商因素成長率所增加的金額，而不是另外新增項目補過去差額。如果這樣的話，以後醫院、西醫基層等其他總額部門仿效，這樣就大亂了，整個健保總額制度的精神就亂掉了，所以才會修正項目為「提升假日就醫可近性」及「其他醫療服務利用及密集度之改變」並編列相關預算。
- 三、關於「其他醫療服務利用及密集度之改變」，我們也同意依照你們所提額度208百萬元，付費者代表沒有刪減預算，我們雙方很有誠意了，希望牙醫部門能接受付費者代表的版本，讓今天協商圓滿成功。
- 四、另外專款「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」，剛才主談人李委員永振提到，我們是依照健保署估算的金額，也沒有刪減預算，健保署試算184.1百萬元，和我們提出的金額只差10萬元，也沒差多少，沒必要再加10萬元，預算就是184百萬元。付費者代表所提的「其他醫療服務利用及密集度之改變」預算208百萬元，也沒有刪減預算。
- 五、希望牙醫部門代表能夠理解及了解，付費者代表非常有誠意，希望促成今天牙醫門診總額協商能夠圓滿成功，其他項目也有共識沒有其他意見。

周主任委員麗芳

請牙醫部門回應，能否接受付費者代表的最新方案。

陳委員建志

- 一、我代表牙醫部門非常感謝付費者代表提出新的牙醫門診總額成

長率方案，何委員語也說得非常好，總額制度下不能破壞原則的意見，我們可以理解，基於制度面考量，對剛才付費者代表所提的這2項(專款項目「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、一般服務項目「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目)我們接受。

二、另外，唯一我心理上還是有一點不舒服的是「109年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款」，我知道不應該再提這個，雖然扣減-11.4百萬元金額不多，但既然是以制度面考量，健保署估算-11.4百萬元，牙醫部門提-4.6百萬元，扣款應該以協商因素編列5億元為基礎，如果把非協商因素「醫療服務成本指數改變率」所增加預算7.475億元也做為扣款基礎，坦白講，我心裡覺得難過。如同剛才何委員語提到朝公平、正義制度建立的話，只差6.8百萬元，我希望這項可以依照牙醫部門建議的扣款額度。

何委員語

- 一、陳委員建志，依照人民團體法相關規定，如果社團虧錢的話，所有理監事都要共同承擔還款責任，現在您接任理事長掌管理監事會，對於前任虧損需要概括承受，相關法規規定得很清楚。現在您擔任理事長，就要接受這個任務、要去承擔，不要再放在心上。
- 二、之前付費代表內部會議時，也有委員提出不同扣款方式，扣款基礎都是5億元，第1種計算方式是乘以「未申報感控診察費家數比率」2%，扣款額度10百萬元($2\% * 5$ 億元)。第2種方式是乘以「實地訪查初核不合格率」5.3%，扣款額度26.5百萬元($5.3\% * 5$ 億元)。也有委員提出來第3種方式，是以10百萬元+26.5百萬元=36.5百萬元，再除以2，扣款額度18.25百萬元，這不是我亂講的，這都是內部會議討論過程有委員提出來的。但最後結論還是依照健保署試算額度-11.4百萬元，現在扣減額度-11.4百萬元，與扣除「未申報感控診察費家數比率2%」算

出來的結果差不多而已，沒有以「實地訪查初核不合格率 5.3%」計算扣減金額，相關的採計方式大家可以參閱會議資料第269頁。

三、陳委員建志要委屈一下，我知道您心裡很不開心，但要委屈一下了，這也是沒辦法的事情，需要概括承受前任理事長虧損部分，也要努力去填補。我曾經接任某公會，前任理事長虧損 60 萬元後交接給我，我也去補足這筆錢，這是沒辦法的事情，人民團體法相關規定就是這樣。你們可以思考一下，是扣減-18.25 百萬元好，還是扣減-11.4 百萬元好，付費者代表最後的共識是照健保署的估算，扣減-11.4 百萬元。請陳委員建志您心裡不要想不開，我剛才已解釋，希望您能夠理解和了解我們討論的過程。請主談人李委員永振補充說明。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

我看陳委員建志還是有點遺憾，剛才何委員語也補充說明。我將內部會議討論過程及相關考量再說明更清楚，看您會不會釋懷一點：

一、之前健保會進行扣款的專案報告時，健保署提出扣款額度是 -33.7 百萬元，當次會議委員對扣款額度沒有結論，而是請健保署和你們研商，但沒有談出結果。這有點類似法官請你們協調，我不是說委員是法官，但以這個類似的概念來說明。這類似庭外和解，若和解不成再送回來，我們就回歸原來按比例扣款的協定事項處理。

二、按照協定事項，以 5 億元為基礎且按「比例」扣款的話，比例有 2 種採計方式，分別為「未申報感控診察費家數比率」，及「實地訪查初核不合格率」，我們認為實地查訪結果比申報感控診察費更接近實際狀況。後來折衷，以 10 百萬元+26.5 百萬元後除以 2，這是我們討論過程。如果以最嚴格扣款方式，需扣減-26.5 百萬元，這才是依協定事項、照法遵精神走。但我

們沒有採「實地訪查初核不合格率」計算，也沒有用健保署原來提報健保會的扣款額度-33.7百萬元，做為扣款額度。

周主任委員麗芳

請陳理事長建志。

陳委員建志

再1分鐘就過了凌晨12點，我不想牙醫門診總額協商花費2天，感謝何委員語及李委員永振剛才的開導。我欣然接受付費者代表的版本，希望能在午夜12點之前圓滿協商，謝謝大家！

周主任委員麗芳

一、恭喜牙醫部門，現在時間正好凌晨12點整，可以把它拍下來做為歷史鏡頭。感謝主談人李委員永振、協談人許委員駢洪及侯委員俊良，專家學者及公正人士及所有委員共同參與。恭喜牙醫部門協商達成共識方案。

二、因為已經凌晨12點，關於新增協商項目的「執行目標」及「預期效益之評估指標」，何時提供給健保會同仁？

周執行秘書淑婉

請牙醫部門儘快提供。

周主任委員麗芳

請牙醫部門儘速提供，因為今天上午11點開委員會須確認結論。

周執行秘書淑婉

會後健保會同仁接續處理協商結論，如果方便的話，盡早提供。

周主任委員麗芳

幾點前提供？

周執行秘書淑婉

可以凌晨2點前提供嗎？

周主任委員麗芳

凌晨2點！健保會同仁真的太辛苦了。

周執行秘書淑婉

健保會同仁應該會忙到凌晨3~4點之後，希望你們儘快提供，越早越好。

周主任委員麗芳

請牙醫部門及健保會同仁溝通，何時配合提供相關資料。

何委員語

感謝陳委員建志及牙醫部門協商代表們，感謝你們。(眾委員互相道謝)。協商結束，要開心快樂回家。

周主任委員麗芳

一、大家辛苦了！回家注意旅途平安，謝謝！由剛才2個總額部門圓滿成功得出一個經驗，重要場合如考試報告前，不可以喝餛飩湯，沒喝餛飩湯，全部都過關了，恭喜！(眾委員歡笑)

二、牙醫門診總額協商完成，現在換場，接續進行壓軸的其他預算協商。

伍、111年度總額協商—「其他預算」
與會人員發言實錄

伍、111年度總額協商－「其他預算」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

接下來壓軸的是其他預算協商，由健保署蔡副署長淑鈴帶領同仁來向委員說明，請簡短說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、各位委員辛苦了，其他預算是健保署代各總額部門所編列的，稍後請劉專門委員林義向委員重點說明。
- 二、由於本屆有許多新委員，在此先說明一下，其他預算的第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、器官移植專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」、第5項「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費」及第7項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」屬預備金性質，是以備不時之需。如果沒有需要，通常是不會使用的，請委員理解；至於其餘項目，因其他預算沒有點值，基本上是按照實際使用來支應。
- 三、接下來請劉專門委員林義向委員重點說明。

劉專門委員林義

- 一、終於來到最後一場次的其他預算協商，以下由健保署來說明，其他預算與四總額部門不同，預算增加都與我們的薪水沒有關係，預算增加越多，反而健保署要做的事情也越多，但在李署長伯璋及蔡副署長淑鈴帶領之下，我們喜歡多做一點事情，在去年及今年的防疫作為下，都有良好的成果，相信各位委員有目共睹，所以請委員多多支持其他預算。
- 二、其他預算主要增編的項目如下：
 - (一)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」：

- 1.在居家醫療照護部分，我們依照委員建議，增加緊急訪視加

成費。

2.在精神疾病社區復健部分，我們遵照衛福部指示，減少精神科病床並鼓勵精神科病人能夠到社區復健，若預算有通過，希望能增加社區的住宿型精神復健機構(全日)的支付點數，從原本的508點調升至600點，增加支付誘因。

(二)第8項「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」：

1.除了在三總額部門編列「網路頻寬補助費用」外，其他非屬三總額部門的醫事機構，如藥局、檢驗所等，其網路頻寬補助費用就編在這個項目。

2.另外，我們也朝檢驗(查)及影像全面上傳來努力，每年都會增加上傳項目，所以會增編上傳獎勵金的額度。

(三)第11項「提升保險服務成效」：本項是要厚植健保署的資訊能力，因為健保署需要強而有力的資訊中心，才能為民眾提供更好的服務。本項自104年起開始編列，因硬體設備到了該更新的年限，所以111年度會編列比較高的預算，購足相當程度的硬體設備之後，112年度的預算自然就會往下降，明年是預算的高峰。

三、以上說明，請各位委員能夠支持。

周主任委員麗芳

一、針對健保署的其他預算方案，委員有沒有要提出垂詢？

二、向各位委員說明一下，坐在我對角線、靠近門口的那位是藥師公會全國聯合會(下稱藥師公會)理事長黃委員金舜，其他預算的第12項「提升用藥品質之藥事照護計畫」與藥師服務息息相關，請問黃委員金舜有無補充說明？

黃委員金舜

一、關於第12項「提升用藥品質之藥事照護計畫」，藥師公會在108年1月就已經提出第1版的計畫書，經過多次的溝通、討論及協調，現在計畫已經進入衛福部核定的程序。

二、感謝委員對計畫的支持，我們藥師有足夠的專業能力，能提供

藥事服務、照顧民眾，期待能對社會貢獻專業，懇請各位委員同意維持3,000萬元的經費，111年度繼續執行這個計畫。

三、非常感謝健保署及委員對藥師專業的肯定，讓藥師有一個舞台，請委員給予我們支持及指教。剛才已經說過，經過2年的討論，現在計畫已經順利提報衛福部，再度拜託所有委員可以保留3,000萬元的預算，在此代表藥師公會再次向各位說聲，謝謝大家！

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

我要請教會議資料第332頁，健保署建議及費用說明的第2項「111年精進資訊效能之重點項目」，敘述中提到黑名單管控等軟體，黑名單是指將何語這種壞人列入黑名單，或是什麼樣的人會列入黑名單，為什麼健保署的電腦是在列黑名單？我認為文字敘述有問題，如果被列入黑名單就是政治犯，健保署怎麼會列政治犯名單呢？外面講黑名單，一種就是政治犯，一種是警察局列管有案的人，我不清楚為什麼會寫：「黑名單管控等軟體、雲端系統、全民健保行動快易通App維護作業...」，黑名單是怎麼樣的黑名單，我想了解一下。

周主任委員麗芳

我們統問統答，請趙委員曉芳。

趙委員曉芳

一、我想請教健保署，有關第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」中的居家醫療照護整合計畫，依評核委員意見，計畫執行狀況還不錯，建議可以繼續推動；另外，想建議健保署檢討醫師訪視費的支付方式，現行支付點數1,553點，並沒有依醫師執行照護的困難程度做分級，不管照護時間、照護對象為何，醫師訪視費都是同酬。

二、我認為計畫執行已久，應該回歸居家醫療的精神，鼓勵居家醫

療的醫師往比較困難的個案提供服務，所以建議檢討支付方式，並希望能夠分級，對於願意提供緊急往返、24小時急重症照顧，以及照護困難對象的醫師，能夠合理支付適當的訪視費用。

三、至於成效部分，建議能針對急診及住院的醫療利用進行評估，回歸「居家醫療照護整合計畫」的核心精神。

周主任委員麗芳

請問委員還有要提問嗎？請健保署回應。

吳組長淑慧

有關何委員語所提，會議資料第332頁的黑名單管控軟體，這是資安的防護機制，針對釣魚網站或資安聯防上已知的不安全網站，我們會加以阻擋，不是針對個人，而是在資訊安全方面的防護及聯防動作，當我們知道一些惡意的網站，就會在設備上做管制。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

那應該寫資安聯防管控等軟體，不能寫黑名單，黑名單是指人的名字。

周主任委員麗芳

請健保署針對名詞調整一下，委員關切盡量不要使用黑名單文字，請健保署自行調整。請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

一、非常謝謝委員的指教，文字的部分就直接修改，即「監控有問題網站的軟體」。剛剛吳組長淑慧有提到，這是屬於資安的部分，本署資料庫儲存大量的病人醫療隱私資料，確實很怕駭客攻擊，現在有些駭客攻擊是來自不明網站，如果沒有即時監控，隨時都有可能被駭客入侵，而我們的資料庫又是非常機敏的全民資料，是大數據，一旦被駭客入侵，對全民來講是很大

的損失。所以一定需要對資安方面做投資，因為道高一尺魔高一丈，資安相關的經費是必要的投資，請委員能夠支持，畢竟我們擁有很珍貴的資料庫。

- 二、另外，有委員提到「居家醫療照護整合計畫」的醫師訪視費，是否能按病人的嚴重度分級，並增加成效指標，這些都可以納入研議。只是目前所提出來的預算額度，並沒有將分級後的財務衝擊算進去，純粹是因應人口老化，收案人數越來越多的自然成長所需。若委員認為現在就要調整醫師訪視費，可能需要再酌增預算才有辦法因應，這部分我們也樂觀其成，可以試算新的數據，或是等檢討、評估後，明年再提出新的預算需求，這部分就依委員決議，我們可以配合。

周主任委員麗芳

請召集人何委員語。

何委員語

時間已經很晚了，我們是不是從第1項開始。

周主任委員麗芳

好，直接在現場討論。

何委員語

- 一、第1項「基層總額轉診型態調整費用」(註)，西醫基層總額已經在專款項目「鼓勵院所建立轉診之合作機制」編列2.58億元，醫院總額在同項專款也編列2.247億元，現在健保署在本項減列2億元，建議111年度編列8億元，我們同意第1項的額度。

- 二、不曉得其他委員有沒有意見，如果沒有，我們就逐項確認。

(註：本項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」專款經費之不足，以及因應西醫基層因接受下轉病人所造成之財務衝擊。)

蔡副署長淑鈴

何委員語的意思是同意減列2億元？

何委員語

對，減列2億元。

蔡副署長淑鈴

我們認為分級醫療已逐年穩定，所以第1項不需要這麼多額度。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

評核委員意見提到，第1項經費動支條件應限定於「轉診成功案件」，因為從108年起經費動支條件新增「自行就醫案件」，如果考慮評核委員意見，只減列2億元夠嗎？

周主任委員麗芳

請健保署回應，減列2億元夠嗎？

李委員永振

自行就醫的申報點數占一半左右(註)。

(註：自行就醫申報點數占率，108年、109年及110年1~3月分別為57.2%、51.2%、49.7%。)

劉專門委員林義

我們最近召開西醫基層總額研商議事會議，針對本項有進行統計，目前自行就醫的部分有逐漸往下滑，大概還占4成左右。

何委員語

現在編列8億元，我們同意。

蔡副署長淑鈴

從10億元減到8億元。

何委員語

對，從10億元減到8億元。

蔡副署長淑鈴

好。

何委員語

第2項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，執行率是80%、82%左右，既然只有80%，預算應該不用編列那麼多。110年度是編列6.554億元，建議111年度編列5.9億元即可，健保署認為夠不夠？只有打9折，每年的執行率不到9成，都在80%上下，今年第1季是18.3%，若以4季推算，大概也不會超過80%。

蔡副署長淑鈴

山地離島地區醫療給付效益提昇計畫就是IDS(Integrated Delivery System)計畫，是在照顧全國山地離島地區的居民，這是很重要的服務計畫。

何委員語

我理解，我理解。

蔡副署長淑鈴

這個計畫很重要，而且本項是專款項目，用多少就支用多少，預算沒有用完，最後還是會回到安全準備，不會因為預算多編而多拿，如果預算沒有彈性，到時候若要增加不同科別的醫師提供服務，會完全沒有空間。因為預算長期以來也足夠，也不會再增加預算，如何委員語所提，目前執行率是8成多，剩下的1成多也是回到安全準備。

何委員語

沒有錯，可是現在必須考量全年度的整體總額預算，是未來核算保險費率很重要的基礎，因為會影響未來是否調整保險費率。過去我們在專款項目都沒有減列，但今年各部門總額專款項目，如果執行率不高，就會減列預算。這一項編列6億元可以嗎？

蔡副署長淑鈴

6.054億元好不好？

何委員語

好，6.054億元。

蔡副署長淑鈴

編列6.054億元，減列4,000萬元。

何委員語

其他委員有沒有意見？如果沒有意見，本項就編列6.054億元。

蔡副署長淑鈴

減列4,000萬元？

何委員語

減列5,000萬元啦。

蔡副署長淑鈴

抱歉，是減列5,000萬元。

何委員語

本項編列6.054億元。

蔡副署長淑鈴

好。

何委員語

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」，本項健保署增編8.087億元(全年經費73.527億元)，如果我們約減列4%，也就是全年經費70.527億元，增編5.087億元，夠不夠？

蔡副署長淑鈴

一、本項是考量目前居家醫療的需求很大，而且居家病人是越來越多，以及住宿型精神復健機構希望能調整支付點數。最主要的還是居家醫療的需求，大概占一半以上預算。剛剛也有委員建議我們檢討醫師訪視費，這部分的費用也還沒估算進去，如果再減列預算，我們擔心會不太夠。

二、另外，本項還包含助產所及轉銜長照2.0的服務，這是維持健保與長照間的連結，也非常重要，拜託委員能夠維持原編的額度。

周主任委員麗芳

請劉委員國隆、李委員永振及吳委員鴻來。

劉委員國隆

我比較在意的是精神疾病社區復健這塊，精神疾病患者出院後，還是有偶發社會案件，我建議預算就全額增編，把社區復健這塊做好，反正是實銷實付，也沒有說一定要花完，對於未來的新規劃，健保署也可以全力衝刺。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

滕委員西華有事先離開，他有交代要反映一下精神疾病社區復健的問題，她認為應該考慮增加日間型的支付點數，夜間型不應該考慮。

蔡副署長淑鈴

日間型機構的支付點數先前已經調整過了，鼓勵日間機構的部分已經先調了，住宿型機構這塊是最晚，還沒有調到。

李委員永振

但滕委員西華認為夜間型不應該考慮。

何委員語

如果編列73億元...

周主任委員麗芳

等一下，吳委員鴻來還沒有發言。

吳鴻來委員

有關居家醫療的部分，我認為有需求就編列預算，畢竟有用才會支付費用，而且健保署也有試算增編的額度。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

我看本項過去的預算執行率，以109年的執行率91.7%最高，所以我

原來是酌減4%，如果編列73億元，酌減不到1%，可以嗎？

蔡副署長淑鈴

73億元，那與原建議經費(73.527億元)差距多少？

何委員語

少5,270萬元。

蔡副署長淑鈴

好，那就依照委員的建議。

何委員語

歷年執行率最高的是91.7%，現在酌減不到1%。

蔡副署長淑鈴

就是比原本建議的增編金額少5,270萬元，對不對？

何委員語

對。

蔡副署長淑鈴

好，謝謝。

何委員語

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、器官移植專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」，同意維持2.9億元。

蔡副署長淑鈴

第5項「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費」是預備金。

何委員語

但是C肝待治療人數越來越少，預算執行率也越來越低，108年以前至少都有9成，109年就只剩下60.1%，110年1~6月也只有30.4%，推估全年大概也差不多60%、70%，現在健保署是減列7.33億元(全年經費21.17億元)。

蔡副署長淑鈴

對，減列7.33億元。

何委員語

本項20億元夠嗎？

周主任委員麗芳

編列20億元？

蔡副署長淑鈴

多減列1億元嗎？好，我們同意。

何委員語

對。

蔡副署長淑鈴

那就是再減列1.17億元，原先減列的7.33億元，再加上1.17億元。

何委員語

對，C肝就以20億元來處理。

蔡副署長淑鈴

等於減列8.5億元，好。

何委員語

第6項「推動促進醫療體系整合計畫」，110年度是編列4億元，111年度增編5,000萬元。

蔡副署長淑鈴

主要是因應遠距醫療的發展。

何委員語

那就編列4.5億元。

蔡副署長淑鈴

所以是同意增加5,000萬元嗎？

何委員語

對。

蔡副署長淑鈴

好，謝謝。

何委員語

- 一、第6項編列4.5億元，其他委員有沒有意見？(委員回應：沒有)
- 二、第7項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，同意維持10億元。

蔡副署長淑鈴

好，謝謝。

何委員語

- 第8項「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，同意編列13億元。

蔡副署長淑鈴

好，謝謝。

何委員語

- 一、第9項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」，同意維持110年額度，編列16.538億元。
- 二、第10項「腎臟病照護及病人衛教計畫」，同意維持4.5億元。
- 三、第11項「提升保險服務成效」，110年度是編列3億元，111年度增編3.3億元，增加了1倍以上，為什麼要增加這麼多？雖然108、109年的執行率有99%、99.4%，有需要增加這麼多預算嗎？

周主任委員麗芳

請劉委員國隆。

劉委員國隆

- 一、第11項「提升保險服務成效」增編3.3億元，主要是健保署需要購買新的設備。
- 二、提醒何委員語，剛才在協商西醫基層總額時，我們刪除其第22項「提升院所智慧化醫療資訊機制」2.1億元，要移到其他預算的第11項，請健保署自行運用預算，進行資訊機制整

合。

何委員語

我的意思就是第11項若編列6.3億元，需要包含西醫基層總額的「提升院所智慧化醫療資訊機制」。

周主任委員麗芳

請健保署補充說明。

蔡副署長淑鈴

請吳組長淑慧說明。

吳組長淑慧

- 一、這2年健保署的資訊系統做了很多對外服務，如疫情期間，健保雲端系統協助TOCC(Travel history旅遊史、Occupation職業別、Contact history接觸史、Cluster是否群聚)查詢，以及健康存摺提供民眾更多就醫資訊等，因為資訊設備也運作5、6年了，設備效能已不足，已經到了該汰換的時候。
- 二、由於健保署的資訊系統非常龐大，確實需要一些預算支援，包括精進已開發的應用系統，讓院所醫師可以跨院查詢的年限再拉長，提供病人更周延的照顧，以及資安設備的強化等，這些都需要投資，剛好5年的汰換時間也到了，再加上系統也越來越複雜，真的需要再增加一些汰換設備的預算，所以今年才會提出增編3.3億元的需求，等到設備汰換完畢，明年就不會有這麼高的預算需求，請委員多支持。

周主任委員麗芳

所以111年度增編3.3億元是因為要汰換設備的關係。請李委員永振、干委員文男。

李委員永振

健保署的說明我們都理解，但本項違反健保法第1條，健保署帶頭違法可以嗎？一直以來都說要爭取公務預算，爭取到現在，又因為汰換設備要增加預算，似乎不太合理。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

請問第11項「提升保險服務成效」能不能防止醫療院所違規？以前核減率很高，現在1%都不到，如果精進資訊設備，將來查核能否更精確？如果可以，我贊成編列本項預算，如果不行，那就是白花錢，我希望查核能夠更精準，除弊更迅速。

蔡副署長淑鈴

請戴組長雪詠說明。

戴組長雪詠

謝謝委員提問，我們會利用資訊平台進行違查，利用AI(Artificial Intelligence，人工智慧)輔助分析，假設同一張影像有多人申報，也可以查出來，未來我們會運用AI來進行違查分析。

蔡副署長淑鈴

- 一、藉由大數據分析，再結合影像及AI，將來可以取代非常多的審查工作，以前做不到的，未來可以做得得到，這是查弊的部分。另外，大數據分析也可以查出可疑的、違規的院所，再進一步稽核，這些都非常有幫助。
- 二、干委員文男提到的是核減率，核減率與查核是不同的，我們查核的績效很好，當然這離不開精準查核，否則現有人力也不夠，而為了達到精準審查與精準查核，就要靠電腦系統，也就是現在正在投資的部分，所以本項是必要的投資，讓整體健保制度的運作朝更有效率的方向發展，若我們都不做這方面的投資，效率的改善是有限的，請委員能夠支持。
- 三、劉委員國隆提醒，協商西醫基層總額的時候，其第22項「提升院所智慧化醫療資訊機制」要移到其他預算第11項「提升保險服務成效」，剛剛何委員語建議第22項共用第11項的增編金額，但這是2個不同的項目，沒有辦法一起共用。
- 四、剛剛吳組長淑慧有提到，111年度是「提升保險服務成效」編

列的最高峰，因為正值設備汰換，假設111年度編列6.3億元，112年度一定會減列預算，本項不會一直編這麼高，明年正好是投資高峰。

五、在疫情期間，資訊系統協助防疫良多，我們為了可以協助防疫，也做了非常多的設備及軟體更新，不管是雲端系統或者是健康存摺，都做了很多的軟體更新，這些都是要花錢的。為了全民健康、對疫情有幫助，需要提升整體效率，並且增加民眾的資訊透明度，請委員多多從整體面考量。因為未來的趨勢，若沒有資訊系統，很多事情都是人力所不及，當科技已經到達一定程度，我們就要善用它，才能發揮更好的功效。

周主任委員麗芳

請劉委員國隆，再請召集人何委員語。

劉委員國隆

一、我們都理解蔡副署長淑鈴及吳組長淑慧的說明，現在就是要進行大數據收集，尤其院所檢驗(查)的影像上傳，這分為兩端，一端在健保署，其母機的設備汰換更新就含在第11項「提升保險服務成效」裡面，另一端則是在西醫基層的其他設備，也就是22項「提升院所智慧化醫療資訊機制」。剛才內部會議討論時提到，西醫基層總額的第22項要歸到其他預算，否則會增加西醫基層總額的成長率。

二、如果資訊系統提升，不僅有利大數據收集，又可以提升醫療資訊的相互流通，我認為是值得投資的。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、健保署在西醫基層總額第22項「提升院所智慧化醫療資訊機制」的說明提到，提高即時上傳比率、處方正確性等，即給予獎勵，但其他預算第8項「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」就有上傳獎勵了，為什麼還要再編一次獎勵的

預算？

二、西醫基層部門的草案也沒有編第22項的預算，是健保署自行編列2.1億元。我認為其他預算第8項就已經有編列上傳獎勵的預算了，是不是與西醫基層總額第22項的2.1億元重複？2項的說明都是提到上傳獎勵。

蔡副署長淑鈴

能不能請委員看一下西醫基層總額第22項的說明？

何委員語

有，我正在看。

蔡副署長淑鈴

我們現在講的是西醫基層總額第22項「提升院所智慧化醫療資訊機制」，並不是其他預算第8項「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，獎勵上傳是另外一個項目，現在講的是第22項。

何委員語

對，西醫基層總額第22項，但是健保署在其他預算也有編列上傳獎勵的經費。

蔡副署長淑鈴

請等一下。

何委員語

2個項目都有編列上傳獎勵經費。

蔡副署長淑鈴

一、上傳獎勵是編在其他預算第8項「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，這一項主要是支應其他醫事機構的網路頻寬補助與檢驗(查)及影像上傳獎勵費用。

二、現在我們講的是西醫基層總額第22項，要移列的項目是不包括上傳的經費，請吳組長淑慧向委員說明一下西醫基層總額第22項「提升院所智慧化醫療資訊機制」的內涵。

劉委員國隆

請問第22項也是提升設備嗎？

蔡副署長淑鈴

不是、不是，請委員稍等一下。

何委員語

- 一、我的意思是西醫基層總額第22項「提升院所智慧化醫療資訊機制」有編上傳獎勵的預算，其他預算第8項「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」也有編上傳獎勵的預算，你看第22項的說明是「提高即時上傳比率、處方正確性等，即給予獎勵」，與會議資料第328頁第8項的描述雷同，在第5點第2項有提到上傳獎勵費用，111年規劃納入1,456項檢驗(查)及影像上傳項目，為什麼在西醫基層總額又編列同樣用途的預算？
- 二、沒關係，這部分請健保署自行衡量如何處理。總之，其他預算第11項是建議編列6.3億元？

蔡副署長淑鈴

對，第11項是編列6.3億元，但是不含西醫基層總額第22項「提升院所智慧化醫療資訊機制」。

何委員語

但其他預算第8項「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」也有相同內容啊！

蔡副署長淑鈴

我說明一下，西醫基層總額第22項「提升院所智慧化醫療資訊機制」，上傳部分少，主要是用於虛擬健保卡的試辦，還有一些其他總額院所的部分，請看會議資料第162頁。

何委員語

對，會議資料第162頁的文字與其他預算第8項的內容有很多重複的敘述，第8項已經增編3.2億元(全年經費13億元)。

周主任委員麗芳

請劉委員國隆。

劉委員國隆

- 一、我嘗試解釋一下，健保署要試辦虛擬健保卡，健保署這端一定要有相對應的設備，才能與醫療院所的電腦系統及虛擬機制做建構；西醫基層診所也需要架設使用虛擬健保卡的就醫機制，也就是他們的系統必須要更新，因為現在診所的系統一定沒有這個虛擬健保卡的功能。
- 二、這2個項目，一個是給健保署用的，因應以後的資料上傳，另一個則是給西醫基層診所使用，畢竟虛擬健保卡的資料在診所端，看診後還要上傳至健保署才能核付費用，所以是2個項目。

蔡副署長淑鈴

- 一、向各位委員說明，何委員語非常細心，他看到這2項的文字敘述有一些重疊。在其他預算第8項「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，主要是支應其他醫事機構的網路頻寬補助，如藥局、檢驗所，以及上傳獎勵費用。
- 二、至於西醫基層總額第22項「提升院所智慧化醫療資訊機制」的預算用途：
 - (一)所提到的獎勵上傳，是針對檢驗所的上傳，不是診所的上傳，因為診所多數沒有檢驗室，檢驗(查)都是釋出到檢驗所，所以檢驗所要把診所釋出的檢驗(查)結果上傳，這部分在其他預算的第8項是沒有算到的。
 - (二)除此之外，虛擬健保卡正在試辦中，將來可能會有推動的費用。
 - (三)另外，我們需要稍微提升診所的資訊系統，幫助他們建置一些軟體，因為診所不像醫院有資訊室，現在都是委外處理，如果上傳效率不彰，對大數據的資料收集是非常困難的。我們現在面臨的問題是，醫院的上傳率很高，但是診所的上傳率不高，所以有必要提供一點幫助。
- 三、在協商西醫基層總額時，第22項沒有編列預算，當時何委員語

提到要併同其他預算第11項「提升保險服務成效」一起考慮。但第22項與第11項的內容是完全不同的，所以沒辦法用第11項的6.3億元涵蓋。

何委員語

我理解蔡副署長淑鈴的說明，之前總額協商座談會時我曾提問，為什麼健保署要編列2.1億元讓診所買軟體，不能直接買1套公版軟體？

蔡副署長淑鈴

沒有，不是這樣的。

何委員語

- 一、上次開會時我就說過，如果醫療院所要更新軟體、提升軟體內容及品質等，健保署可以直接請軟體公司設計公版軟體，因為健保署可以設計統一版本，不會甲診所設計1套、乙診所設計1套、丙診所設計1套軟體，現在每家診所給2萬元，總共2.1億元讓廠商設計軟體？
- 二、需要花費到2.1億元設計軟體嗎？我認為請廠商設計公版軟體，花幾百萬元就很多了，在合約上還可以要求，要安裝到所有醫療院所的系統裡，每家院所安裝軟體的費用是幾千塊錢，現在外面業界也是這樣運用，我們請電腦公司來安裝公版軟體，也才3、4千元，怎麼會需要每家院所2萬元，這不合理，我不知道健保署是怎麼估算。
- 三、我贊同劉委員國隆的理念，但他不清楚實際的操作，我的意思是，找1家軟體公司，請他們設計健保署與診所共用的公版軟體，我們有1萬多家診所，軟體設計好以後，請廠商逐一去安裝，並給予安裝費用，也就是軟體建置費。現在每家診所都編2萬元，總計2.1億元來建置軟體，這在商場上真的令人匪夷所思。健保署可以花幾百萬元請廠商設計規模較大的軟體，這我很贊成，但是不能用2.1億元來完成，當然我們不是立法委員，只是提出看法，在一般商業行為中不是這樣做的。

周主任委員麗芳

請健保署補充說明。

蔡副署長淑鈴

請吳組長淑慧說明。

吳組長淑慧

- 一、向委員說明，不論是檢驗所還是醫院，因為檢驗設備、儀器的廠牌、型號不同，產出的檢驗值也不一致，甚至判斷正常、異常的標準也不會一樣，很難訂定公版標準。對檢驗所而言，他們的數值傳給健保署是很辛苦的，必需先經過人工比對，才能得出最後正確的檢驗結果。
- 二、因此，今年醫管組很努力的想要把診所及檢驗所產出的檢驗值建置成 mapping table(對應表)，不同儀器的檢驗值先經過 mapping table，才能轉換成一致性、可比較的資料。我們沒辦法制定標準版軟體提供給診所及檢驗所，其實是實務上有困難，基本上很多的診所及檢驗所產出的檢驗值，還要經過程式轉換甚至人工介入比對，才能得到最後的檢驗結果。
- 三、我們想要建置1個平台，讓檢驗所也一同參與，使 mapping table 可以套用到各家儀器輸出的值，但不是一招走天下，不同的廠牌、型號，甚至不同的年份，都要經過調整，沒有辦法直接對應。需要預算補助檢驗所的資訊系統修改，所以才提出預算需求，請委員理解。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

李委員永振一直強調，之前總額協商座談會的時候說過，應該由公務預算來支應健保署的軟、硬體設備。既然今天健保署提出編列預算的需求，我們就加1倍，除了原本的3億元，再增編3億元，本項(第11項「提升保險服務成效」)編列6億元，但照理說應該由公務預算支應。

周主任委員麗芳

請問李委員永振要發言嗎？

李委員永振

一、我說明一下，剛才蔡副署長淑鈴提到，第11項的預算可以精進審查，有防弊作用，與健保醫療業務稍微有點掛鉤，健保署能否對此提出成效評估，因為我比較擔心你們違反健保法第1條，不是醫療項目怎麼可以用健保預算，如果像蔡副署長淑鈴所述，勉強可以連結醫療業務，希望將來能有成效，提出成效評估報告。

二、現在其他預算總計增加2,600萬元(註)，我建議你們把尾數砍掉，總計就會變成負成長，健保署當表率，負成長！

(註：此階段螢幕顯示：第11項的增編金額為0元，其他預算總計增加2,600萬元。)

何委員語

現在總計增加2,600萬元，如果減3,000萬元的話，就是-400萬元，李委員永振的意思是這樣。

蔡副署長淑鈴

委員的意思是總計增加3.26億元(註)？

(註：此階段螢幕顯示：第11項的增編金額為3億元，其他預算總計增加3.26億元。)

何委員語

不是，原本是3億元。

蔡副署長淑鈴

第11項原本是3億元，委員要再加3億元？

何委員語

對，只加3億元，總共編列6億元。

蔡副署長淑鈴

好，第11項編列6億元。那西醫基層總額第22項的2.1億元呢？剛剛說要移列。

何委員語

對，要移列。

蔡副署長淑鈴

移列的話，是第11項內含2.1億元嗎？

何委員語

不是、不是。

蔡副署長淑鈴

那2.1億元移列到哪項？

何委員語

請健保署內含在第8項處理。

蔡副署長淑鈴

- 一、第8項增編的3.2億元是用於原本的用途，並不包括西醫基層總額第22項的2.1億元，因為那是另外一項新用途所需的費用，也無法用第8項的金額內含。
- 二、如果委員關心的是其他預算總計增加金額，即委員在做總費用管制的話，是否可以讓我們自行調整？給予我們一點彈性，以達到委員希望的總計增加金額，是否可行？

何委員語

是指2.1億元由健保署自行調整項目金額嗎？

蔡副署長淑鈴

- 一、如果這2.1億元不含在第11項，2.1億元是否可新增一個項目？
- 二、現在其他預算總計增加3.26億元，能不能再增加一些，剩下不足的部分，我們從其餘項目再酌減，以符合委員要求？

何委員語

你是說第8項增加3.2億元嗎？

周主任委員麗芳

我補充說明一下，請委員看到其他預算最後一個欄位，現在總計增加金額是3.26億元，蔡副署長淑鈴的意思是，請委員商議能夠給予

的最高額度可以寬列到多少？健保署會在這個額度中微調項目額度，並且把2.1億元列入。也就是順序反過來，先談總共可以給多少額度，他們再去調整項目，這樣比較快。

蔡副署長淑鈴

這樣可不可以？

何委員語

健保署要調第8項還是調第11項？

蔡副署長淑鈴

我瞭解委員的意思，現在總計增加金額是3.26億元，可不可以增加到4.26億元，各項目的金額由我們自行調整。

何委員語

好啦。

蔡副署長淑鈴

這樣的話，我們就自己努力酌減其餘項目，如第5項「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費」，應該可以再減一點，以達到委員希望的總額度。那總計增加金額能否加到4.26億元？

周主任委員麗芳

等於總計增加金額再加1億元。

蔡副署長淑鈴

對，再加1億元，各項目金額由我們自行調配，可以嗎？

何委員語

現在總計增加金額是談到3.26億元。

蔡副署長淑鈴

是，我們希望減第5項，之前談到第5項是減列8.5億元(全年經費20億元)，現在調整為減列9.5億元(全年經費19億元)。

何委員語

第5項？

蔡副署長淑鈴

第5項「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費」調整為減列9.5億元；至於西醫基層第22項「提升院所智慧化醫療資訊機制」的2.1億元，等於只要再多編列1.1億元，就加在第11項「提升保險服務成效」，這樣數字應該兜得起來。

何委員語

第5項是「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費」，現在要減列多少？

蔡副署長淑鈴

減列9.5億元，本來減列8.5億元，現在減列9.5億元，多勻出1億元。

何委員語

那這樣第5項是編列多少？

蔡副署長淑鈴

請同仁幫我們加一下金額。

何委員語

第5項剩下17.5億元嗎？

陳組長燕鈴

請問西醫基層總額第22項預算是移列到其他預算第11項「提升保險服務成效」嗎？

蔡副署長淑鈴

對。

陳組長燕鈴

好，要加多少？

蔡副署長淑鈴

等於是再加2億元，這樣加起來總計增加金額就是4.26億元，因為第5項已經勻了1億元，總計增加金額又加1億元，總共有2億元的額度，所以西醫基層第22項的2.1億元，只加2億元就好了。

何委員語

所以第5項「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費」剩下17.5億元？

周主任委員麗芳

第5項只多減列1億元。

蔡副署長淑鈴

對，第5項多減列1億元，然後總計增加金額多給1億元，所以總共有2億元的額度，通通都加在第11項「提升保險服務成效」，請同仁幫忙算一下。

陳組長燕鈴

請大家看到螢幕上的數字。

蔡副署長淑鈴

對，就是這樣，第11項「提升保險服務成效」編列8億元，增編5億元，第5項「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費」編列19億元，減列9.5億元，委員這樣可以嗎？

何委員語

第5項總共編列19億元，減列9.5億元。

李委員永振

本來第11項就有違反健保法第1條的疑慮，現在又編到8億元。

蔡副署長淑鈴

不然把2億元加在第8項「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，不要加在第11項，第8項變成增編5.2億元，我們再酌修項目名稱。

何委員語

原本第8項是編列13億元？

蔡副署長淑鈴

原本第8項編列13億元，增編3.2億元，能不能再加2億元，變成增編5.2億元(全年經費15億元)？

陳組長燕鈴

請大家看到螢幕第8項(「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」增編5.2億元，全年經費15億元)。

蔡副署長淑鈴

對，如果委員覺得有疑慮，那就不要加在第11項。

何委員語

第8項變成編列15億元，增編5.2億元。

蔡副署長淑鈴

對，因為現在可以加的項目就是第8項及第11項。

何委員語

所以第8項再加2億元，第11項維持編列6.3億元？

蔡副署長淑鈴

對。

何委員語

不對，第11項是編列6億元。

蔡副署長淑鈴

抱歉，是編列6億元，尾數拿掉了。

周主任委員麗芳

現在正好凌晨1點1分，其他預算就這樣通過，可以嗎？

蔡副署長淑鈴

總計增加金額4.26億元，可以嗎？

周執行秘書淑婉

能否把西醫基層總額第22項「提升院所智慧化醫療資訊機制」的文字放入第8項？

蔡副署長淑鈴

我們會修正第8項的項目名稱。

周執行秘書淑婉

把文字加進去。

蔡副署長淑鈴

對，我們把文字融入第8項的項目名稱。

周主任委員麗芳

項目名稱請再微調。

蔡副署長淑鈴

可以嗎？

周主任委員麗芳

請問付費者代表召集人同意嗎？

何委員語

可以啦。

周主任委員麗芳

好。

蔡副署長淑鈴

謝謝各位委員支持，已經1點了，非常感謝。

周主任委員麗芳

謝謝大家，現在是凌晨1點1分，我們完成不可能的任務了。請趙委員曉芳。

趙委員曉芳

抱歉，我想確認一下第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」的協定事項。

何委員語

等等，還有第12項「提升用藥品質之藥事照護計畫」。

干委員文男

照列啦，照列了啦。

何委員語

按照以往慣例本項是要刪掉的，但計畫最近已經在「醫療服務給付

項目及支付標準共同擬訂會議」報告通過，所以就照列。

周主任委員麗芳

第12項照列，也恭喜藥師公會理事長黃委員金舜。

蔡副署長淑鈴

剛剛有委員提到，第11項「提升保險服務成效」應該要有成效評估報告，這個可以列在協定事項要求，我們會配合辦理。

周主任委員麗芳

請趙委員曉芳。

趙委員曉芳

我想確認一下第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」的協定事項，在「及困難疾病之照護」文字中，可否再加上「緊急往返」？

周主任委員麗芳

請看一下協定事項(註)，在「鼓勵急重症及困難疾病之照護」的文字中加上「緊急往返」。

(註：螢幕顯示協定事項：檢討居家醫療訪視費支付標準之合理性，並朝分級支付方向調整，以鼓勵急重症及困難疾病之照護。)

蔡副署長淑鈴

向委員說明，我們會檢討醫師訪視費及朝分級支付之可行性，但後續如果需要增加經費是沒有涵蓋在111年度的預算裡面，我們可以在111年度檢討，後續所需經費會在112年度提出，因為協定事項是「檢討」，這樣可以嗎？

周主任委員麗芳

也就是111年度的預算沒有涵蓋醫師訪視費調整，請健保署先檢討，112年度再提預算需求。好，謝謝大家...，請干委員文男。

干委員文男

其他預算的協商完成了，我沒有問題。我只是想瞭解醫院以病人為中心的整合計畫，現在只有醫學中心可以執行嗎？

劉專門委員林義

干委員文男講的是第6項「推動促進醫療體系整合計畫」項下的「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」嗎？

干委員文男

對。

劉專門委員林義

這個計畫目前是以三個層級的醫院為主，只要醫院有意願開設整合門診，都可以加入這個計畫。

干委員文男

謝謝。

周主任委員麗芳

一、是不是委員都沒有其他疑問了？(委員回復：對) 其他預算協商完成。

二、再次感謝全體委員的熱心參與，也特別感謝召集人何委員語，以及所有的主談人、協談人，更感謝辛苦的健保會同仁，他們待會還要繼續工作到3、4點，請給他們掌聲鼓勵，也感謝健保署同仁，他們也幫了不少忙。感謝大家的辛勞，謝謝大家！