

衛生福利部全民健康保險會  
112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111年9月21日



# 112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 111 年 9 月 21 日上午 9 時 30 分至 21 時 38 分

地點：本部 301 會議室

主席：周主任委員麗芳      紀錄：盛培珠、陳淑美、張靈、  
張嘉云、劉于鳳、陳思縝

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(台灣社區醫院協會王秘書長秀貞代理12:30~21:38)、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、林委員綉珠、侯委員俊良、柯委員富揚、胡委員峰賓、翁委員文能(台灣醫院協會林副秘書長佩菽代理20:00~21:38)、翁委員燕雪、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍、張委員鈺民、許委員駢洪、陳委員石池(台北榮民總醫院李副院長偉強代理)、陳委員有慶、陳委員秀熙、陳委員彥廷、黃委員金舜、黃委員振國、楊委員芸蘋、董委員正宗、趙委員曉芳、劉委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊、鄭委員素華、盧委員瑞芬、謝委員佳宜、顏委員鴻順

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

林佩菽、陳瑞瑛、游進邦、廖述朗、廖振成、劉碧珠、謝文輝、謝景祥、羅永達

門診透析服務—台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會

張孟源、游進邦、廖振成、羅永達、嚴玉華

牙醫門診總額—中華民國牙醫師公會全國聯合會

吳迪、林敬修、林鎰麟、翁德育、連新傑、黃克忠、謝偉明、簡志成、顏國濱

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、胡文龍、陳博淵、陳憲法、詹永兆、蔡三郎、蔡宗憲、蘇守毅

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、周慶明、洪德仁、張孟源、陳相國、黃啓嘉

中央健康保險署：

蔡副署長淑鈴、黃組長兆杰、黃組長育文、劉副組長林義、孫副組長浩淳、洪專門委員于淇、陳專門委員依婕、韓專門委員佩軒

列席單位及人員：

腎臟醫學會：林理事元灝

本部社會保險司：陳專門委員淑華

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第93頁)

貳、112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商：略。(詳附錄第93~225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：

9月21日09：32~12：07(含付費者及部門代表各自召集內部會議討論約1小時32分鐘)。

(二)協商結論摘要(未能達成共識各自提出建議方案)：

### 付費者代表之建議方案

- 1.一般服務成長率為3.092%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.250%，協商因素成長率0.842%。
- 2.專款項目全年經費為39,050.5百萬元。
- 3.門診透析服務總費用成長率為3%，醫院總額本項服務費用成長率為2.405%。
- 4.前述三項額度經換算，112年度醫院醫療給付費用

總額，較基期成長3.269%。

### 醫院代表之建議方案

- 1.一般服務成長率為4.455%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.250%，協商因素成長率2.205%。
- 2.專款項目全年經費為39,059.2百萬元。
- 3.門診透析服務總費用成長率為4%，醫院總額本項服務費用成長率為3.4%。
- 4.前述三項額度經換算，112年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長4.529%。

(三)112年度醫院醫療給付費用總額及其分配，付費者代表及醫院代表之建議方案，如附件一。

## 二、門診透析服務(合併醫院及西醫基層兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用)

### (一)協商時間：

9月21日12：28~13：19(含付費者及醫界共同推派代表各自召集內部會議討論約26分鐘)。

### (二)協商結論摘要(未能達成共識各自提出建議方案)：

#### 付費者代表之建議方案

- 1.門診透析服務總費用成長率為3%。
- 2.依111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，112年度醫院及西醫基層門診透析費用成長率，分別為2.405%及3.675%。

#### 醫界代表(由醫院總額及西醫基層總額共同推派代表協商)之建議方案

- 1.門診透析服務總費用成長率為4%。
- 2.依111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，112年度醫院及西醫基層門診透析費用成長率，分別為3.400%及4.682%。

(三)112年度門診透析服務費用及其分配，付費者代表建議方案，醫院部分如附件一、西醫基層部分如附件四；醫界代表建議方案，醫院部分如附件一，西醫基層部分，未依醫界代表對門診透析成長率之建議方案，請參考附件四。

### 三、牙醫門診總額

#### (一)協商時間：

9月21日13：20~15：16、21：00~21：28(含付費者及部門代表各自召集內部會議討論約1小時28分鐘)。

#### (二)協商結論摘要(共識方案)：

- 1.一般服務成長率為0.702%。其中醫療服務成本及人口因素成長率0.642%，協商因素成長率0.060%。
- 2.專款項目全年經費為2,894.3百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，112年度牙醫門診醫療給付費用總額，較基期成長2.588%。

(三)112年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配，如附件二。

### 四、中醫門診總額

#### (一)協商時間：

9月21日15：16~16：28(含付費者代表召集內部會議討論約40分鐘)。

#### (二)協商結論摘要(共識方案)：

- 1.一般服務成長率為4.072%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.394%，協商因素成長率2.678%。
- 2.專款項目全年經費為1,220.3百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，112年度中醫門診醫療給付費用總額，較基期成長4.344%。

(三)112年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配，如附

件三。

## 五、西醫基層總額

### (一)協商時間：

9月21日16：36~19：08(含付費者及部門代表各自召集內部會議討論約1小時21分鐘)。

### (二)協商結論摘要(未能達成共識各自提出建議方案)：

#### 付費者代表之建議方案

- 1.一般服務成長率為1.551%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.400%，協商因素成長率0.151%。
- 2.專款項目全年經費為8,497.1百萬元。
- 3.門診透析服務總費用成長率為3%，西醫基層總額本項服務費用成長率為3.675%。
- 4.前述三項額度經換算，112年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長1.800%。

#### 西醫基層代表之建議方案

- 1.一般服務成長率為4.539%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.400%，協商因素成長率3.139%。
- 2.專款項目全年經費為8,847.4百萬元。
- 3.門診透析服務：對透析成長率不預設立場，尊重透析代表與政府主管機關協商結果，對付費者建議之協定事項，西醫基層部門採取中立立場，不予背書。

(三)112年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配，付費者代表及西醫基層代表之建議方案，如附件四。

## 六、其他預算

### (一)協商時間：

9月21日19：16~21：00、21：28~21：37(含付費者及健保署代表各自召集內部會議討論約53分鐘)。

(二)協商結論摘要(共識方案)：

112年度經費15,779.2百萬元，較111年度減少800百萬元。

(三)112年度全民健康保險其他預算及其分配，如附件五。

七、依112年度總額協商程序，請各總額部門及健保署依據協商結論辦理下列事項(未達共識之部門，協商雙方必要時可請健保署協助研訂，並併入各自建議方案)，並請於9月22日上午9點前提送本會。

(一)以結果面為導向，調整新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。

(二)新增專款項目未提出預估試辦檢討期限者，請提出以幾年為檢討期限。

(三)須修正項目名稱者，請提出修正後之項目名稱。

八、上述協商結論提送9月23日本會111年第9次委員會議討論。

參、協商會議結束：9月21日21時38分。

附錄：與會人員發言實錄

## 112 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

■ 112 年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後 111 年度醫院一般服務醫療給付費用  $\times$  (1 + 112 年度一般服務成長率) + 112 年度專款項目經費 + 112 年度醫院門診透析服務費用

■ 112 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  $\times$  (1 + 112 年度成長率)

註：校正後 111 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 111 年第 6 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、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及扣除「110 年未導入預算扣減」部分。

### 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 112 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 3.092%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.250%，協商因素成長率 0.842%。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)在額度內妥為管理運用，於 111 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。
- (2)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。
- (3)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；並請於 112 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
- (4)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於給付新醫療科技，並請於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

## 2.藥品及特材給付規定改變(0.228%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)在額度內妥為管理運用，經費如有不足，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 111 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。
- (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；並於 112 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)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並請於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調

整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

3.平衡長期偏低之醫院基本醫療服務點數(0%)：

- (1)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。
- (2)請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

4.持續推動分級醫療，壯大社區醫院(0%)：

- (1)依 112 年度總額協商架構及原則，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，故本項不新增預算。
- (2)涉及支付點數調升(加成)之醫療服務項目，請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。
- (3)請中央健康保險署持續檢討推動之分級醫療策略，並評估過去投入預算對提升地區醫院發揮其分級醫療角色功能之成效(含假日及夜間門診開診率等提升民眾醫療服務之成效，且不宜以滿意度為評估指標)，提全民健康保險會報告。

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%)：

- (1)依 112 年度總額協商架構及原則，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，故本項不新增預算。

- (2) 涉及支付點數調升(加成)之醫療服務項目，請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。
- (3) 請中央健康保險署持續檢討推動之分級醫療策略，並評估過去投入預算對提升區域級(含)以上醫院發揮其分級醫療角色功能之成效(含初級門診照護率等降低初級門診照護及促進門住診結構改變之成效，且不宜以滿意度為評估指標)，提全民健康保險會報告。
6. 因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成醫院特材成本高於健保給付點數之補貼(0%)：
- (1) 依中央健康保險署意見，本項尚須進行調查，以確認單次使用醫材之價格、重消次數、是否屬內含於診療項目之醫材及對應診療項目之正確性。
- (2) 考量本項對健保給付醫材的影響尚無實際資料可供評估，爰編列於專款項目處理。
7. 平衡醫院部門實際醫療服務與總額額度落差(點值不平衡調整方案)(0%)：
- (1) 現行總額支付制度為支出上限制，點值隨著醫療服務量變動，本項與總額支付制度之設計不符，故不新增預算。
- (2) 醫界所稱點值不平衡，真正的關鍵是「論量計酬」，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體共同思考如何節制服務量及提升照護成效的策略，並應加速 DRGs、論質(值)等支付制度改革之推進，以使健保能永續經營。
8. 腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(0%)：

維持編列於專款項目。

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(-0.002%)：

(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 113 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 39,050.5 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 111 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 111 年 12 月底前完成。

1.C 型肝炎藥費：(維持原有名稱)

(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，並於協商 113 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 13,943 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)請中央健康保險署辦理下列事項：

①請檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於 112 年 7 月底前提報執行情形專案報告(含醫療利用、藥費及其成長原因分析，並說明「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響)。

②若經評估「罕見疾病藥費及特材」與「血友病藥費」仍有分列預算之必要，請於協商 113 年度總額前，提出預算拆分之優缺點分析及分列之計算基礎，提報全民健康保險會。

3.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

- (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 5,208.06 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 1,643.4 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)請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效及照護率不高之原因，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升執行成效。

6.急診品質提升方案：

- (1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①請精進方案執行內容，增進急診處置效率，並提出急診重大疾病照護品質指標，以提升執行成效。

②提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率相關監測指標。

7.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費 210 百萬元，請積極推動 DRGs 雙軌制度，加速導入第 3 至 5 階段 DRGs 項目。

(2)本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

8.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)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。

(2)請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。

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，並請中央健康保險署檢討計畫之評估指標，新增結果面指標，呈現計畫之具體效益。

10.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(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)請中央健康保險署會同醫院及西醫基層總額相關團體，檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效。

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請檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 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 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。

③請確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，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)本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。

13.住院整合照護服務試辦計畫：

(1)全年經費 600 百萬元。

(2)請加強計畫之推動，發展提升整體照護成效之整合照護服務模式及評估整合服務成效，建立多元品質監測指標，包括病人安全(如：院內感染、跌倒發生率)、勞動狀況、照護人力流動、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標。

14.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 2,664 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)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，並於額度內妥為管理運用。

- 15.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫：
- (1)全年經費 300 百萬元。
  - (2)具體實施方案請於 111 年 11 月底前完成，並應符合鼓勵呼吸器依賴患者脫離呼吸器、簽署 DNR 及強化安寧緩和醫療，提高臨終照護品質之目標。
- 16.因應 COVID-19 新興疾病解隔後續治療衍生費用：
- (1)本項併入「慢性傳染病照護品質計畫」。
  - (2)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形。
- 17.新設醫院影響醫院總額資源配置：
- 健保總額預算係以保險對象「需求面」為整體估算基礎，而新設醫院屬醫療供給面，兩者面向不同，故本項不新增預算。
- 18.因應肺癌篩檢疑似陽性個案健保後續費用擴增：
- (1)全年經費 1,000 百萬元，用於國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用。
  - (2)執行目標：
    - ①111 年之陽性個案於 112 年追蹤且非肺癌確診者 37,775 人。
    - ②112 年之陽性個案於第 1 年追蹤 86,461 人。
  - (3)預期效益之評估指標：診斷為早期肺癌的人數占率提升。
  - (4)依實際執行情形併入醫院總額一般服務結算。
  - (5)本項以 3~5 年為檢討期限，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請最遲於 116 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，節流效益應適度回饋總額預算。

19.促進醫療服務診療項目支付衡平性：

(1)全年經費 1,000 百萬元。

(2)執行目標：通盤研議支付標準調整，考量支付衡平性並檢討各項支付點數，提出支付標準調整建議及具體調整時程。

(3)預期效益之評估指標：

①預期效益：調整各診療項目支付點數、章節歸類、名稱、支付規範、適應症，以合理反應各項醫療服務投入的成本差異及資源耗用情形。

②評估指標：本項目預定辦理期程為 3 年，又考量支付標準調整項目數視核定預算而定，故建議評估指標如下：

A.提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。

B.「支付標準研議諮詢會議」召開 4 場次。

(4)請中央健康保險署辦理下列事項：

①預算用於通盤檢討醫療服務支付標準合理性，於 111 年 12 月底前提出具體實施規劃(包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程)，並定期提報執行情形。

②應運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算。

③本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

④本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，會同醫院總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

20.因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成醫院特材成本高於健保給付點數之補貼：

(1)全年經費 300 百萬元，經費如有不足，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①本項經費應依實際執行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

②請於 111 年 12 月底前提出實施規劃(包含健保給付醫材影響檢討之分年目標、執行方法及期程)，並於 112 年 7 月底前提報執行情形。

③本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，會同醫院總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

21.癌症治療品質改善計畫：

(1)全年經費 402 百萬元。

(2)執行目標：以當年度 5 項癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達 90% 為計畫執行指標。

①大腸癌(以篩檢人數 126 萬人，陽性率 7% 估算)：約 54,300 人。

②口腔癌(以篩檢人數 60.5 萬人，陽性率 8.2% 估算)：約 33,400 人。

③子宮頸癌(以篩檢人數 220 萬人，陽性率 0.54% 估算)：約 8,600 人。

④乳癌(以篩檢人數 87 萬人，陽性率 8% 估算)：約 57,600 人。

⑤肺癌(以篩檢人數 60 萬人，陽性率 14.67% 估算)：約 81,000 人。

(3)預期效益之評估指標：追陽率達 90%。

(4)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①擬訂具體實施方案，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。
- ②本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

22.慢性傳染病照護品質計畫：

(1)本項併「因應 COVID-19 新興疾病解隔後續治療衍生之費用」項目，全年經費 180 百萬元。

(2)執行目標：

- ①結核病及潛伏結核感染(LTBI)治療品質支付服務，112 年 LTBI 治療人數約 12,000 人。
- ②愛滋照護管理品質支付服務，112 年照護感染者人數約 35,000 人。
- ③長照機構加強型結核病防治，112 年 LTBI 檢驗人數約 20,000 人。

(3)預期效益之評估指標：

- ①112 年潛伏結核感染者完成治療比率達 85%。
- ②112 年愛滋感染者有服藥比率目標達 95%，服藥感染者病毒量測不到(病毒量<200 copies/ml)比率目標達 96%。
- ③112 年長照機構 LTBI 檢驗陽性加入治療比率達 70%，完成治療率達 70%。

(4)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①擬訂具體實施方案，建立完整之個案照護銜接及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。
- ②本計畫以4年為檢討期限(112年~115年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

23.品質保證保留款：

- (1)全年經費 975.3 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 112 年度品質保證保留款(975.3 百萬元)合併運用(計 1,364 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%。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 2.405%。

4.112 年度門診透析服務之新增預算，優先用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質。

5.請中央健康保險署辦理以下事項：

- (1)請會同門診透析服務相關團體，於 111 年 12 月底前提出鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質之具體實施計畫(包含設定提升腹膜透析之執行目標、提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)，並提全民健康保險會報告。
- (2)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。
- (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，並持續監測 NSAIDs 藥物使用情形及管理成效。
- (4)請於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(四)前述三項額度經換算，112 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 3.269%。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 112 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 4.455%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.250%，協商因素成長率 2.205%。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%)：

考量醫療資源有限，現下健保收支失衡，宜先行全面調整不足項目，縮減亟需改善財務落差後，穩住恆常醫療服務，方得再行增列新醫療科技項目(含新藥、新特材及新增診療項目)。

2.藥品及特材給付規定改變(0%)：

鑑於現行藥品費用佔總醫療費用 28.9%左右，考量健保財務運用，資源不足宜先行暫緩擴充藥品及特材給付規定改變。先把基本醫療服務顧好，行有餘之時再考量擴充適應症，爰 112 年藥品及特材給付規定改變，暫不編列預算。

3.平衡長期偏低之醫院基本醫療服務點數(0.401%)：

(1)執行目標：為合理反應醫護投入及產出的合理價值，擬調整一般服務住院服務支付點數，將各層級護理費及病房費等項依預算金額妥適分配，以縮小支付點數與實際成本的差距。

(2)預期效益之評估指標：一般住院服務(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)的護理費及病房費支付點數高於 110 年。

4.持續推動分級醫療，壯大社區醫院(0.200%)：

(1)執行目標：強化地區醫院住診、重症及急診照護能力。視預算編列調整：

①依護病比調升住院護理費不同加成率，每級距 2%。

②調升慢性呼吸照護病房 3%。

③地區醫院加護病房護理費、診察費及病房費保障固定點值。

④採預算中平原則，餘數用以調升急診診察費點數。

- (2)預期效益之評估指標：地區醫院住院滿意度平均達 85%。
- 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(0.401%)：
- (1)執行目標：擬用該項預算調整：
- ①區域級以上(含)醫院急診案件採固定點值。
  - ②住診案件兒婦外傷、外科處置採固定點值。
  - ③預算優先用於前二項，餘額用以調增住診診察費點數。
- (2)預期效益之評估指標：區域級(含)以上醫院，住院滿意度平均達 85%。
- 6.因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成醫院特材成本高於健保給付點數之補貼(0.601%)：
- (1)執行目標：減緩政策的修正對例行醫療處置及手術施行的財務衝擊，醫院得以維持正常的手術運作。
- (2)預期效益之評估指標：至少維持同 111 年手術案件數。
- 7.平衡醫院部門實際醫療服務與總額額度落差(點值不平衡調整方案)(0.601%)：
- (1)執行目標：取 108 年醫院總額預算與實際申報差距為基礎，分 5 年為期逐年調整點值不平衡的問題，用以調升點值。
- (2)評估指標：相較前一年同期點值有成長。
- 8.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(0.003%)：
- 請中央健康保險署辦理下列事項：
- (1)依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。其當年度執行額度，以調整支付標準費用與既有支付標準費用之差額計算。

(2)有關預算扣減方式規劃(含執行數之計算方式)，請中央健康保險署於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。

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(-0.002%)：

(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 113 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 39,059.2 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 111 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 111 年 12 月底前完成。

1.C 型肝炎藥費(含檢驗檢查等相關費用)：

(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，並於協商 113 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 12,807.0 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)請中央健康保險署辦理下列事項：

①請檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於 112 年 7 月底前提報執行情形專案報告(含醫療利

用、藥費及其成長原因分析，並說明「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響)。

- ②若經評估「罕見疾病藥費及特材」與「血友病藥費」仍有分列預算之必要，請於協商 113 年度總額前，提出預算拆分之優缺點分析及分列之計算基礎。

### 3.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

- (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 5,208.06 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 1,495.1 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)請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效及照護率不高之原因，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升執行成效。

6.急診品質提升方案：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①請精進方案執行內容，增進急診處置效率、紓解醫學中心急診壅塞，並提出急診重大疾病照護品質指標，以提升執行成效。

②提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率相關監測指標。

7.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費 210 百萬元，請積極推動 DRGs 雙軌制度，加速導入第 3 至 5 階段 DRGs 項目。

(2)本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

8.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)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。

(2)請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。

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，並請中央健康保險署檢討成效指標之合理性。

10.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(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)請中央健康保險署會同西醫基層及醫院總額相關團體，檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效。

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請檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 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 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。

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

12.住院整合照護服務試辦計畫：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請加強計畫之推動，發展提升整體照護成效之整合照護服務模式，及評估整合服務成效。

13.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 2,664 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，並於額度內妥為管理運用。

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。

(2)具體實施方案請於 111 年 11 月底前完成，並應符合鼓勵呼吸器依賴患者脫離呼吸器、簽署 DNR 及強化安寧緩和醫療，提高臨終照護品質之目標。

15.因應 COVID-19 新興疾病解隔後續治療及疫苗施打副作用衍生之費用：

(1)全年經費 990 百萬元。

- (2)執行目標：處理 COVID-19 確診併發 MIS-C 案件。
- (3)預期效益評估指標：無法估列，因本項係為預先支應高價免疫球蛋白費用，擬視實際情況，追蹤 3~5 年，待 COVID-19 解除法傳，其費用支出併回醫院總額。
- (4)請中央健康保險署辦理下列事項：
- ①會同醫院總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體規劃內容(包含醫療利用監控、管理措施及結果面品質指標)，並提全民健康保險會同意後執行。
  - ②預算按季均分，並依執行情形併入醫院總額一般服務結算。
  - ③請持續監測醫療利用情形，以 5 年為檢討期限，並會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

16.新設醫院影響醫院總額資源配置：

- (1)全年經費 1,000 百萬元。
- (2)執行目標：緩和因新設醫院加入，對地區預算造成衝擊。
- (3)預期效益之評估指標：與該區前 1 年同期點值比較波動幅度不超過 5%。
- (4)本項以 5 年為檢討期限，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請最遲於 116 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

17.因應國健署肺癌篩檢疑似陽性健保後續費用擴增：

- (1)全年經費 2,500 百萬元。

- (2)執行目標：配合國民健康署 LDCT 肺癌篩檢政策執行，提供確診後續追蹤處置。
- (3)預期效益評估指標：無法估列，因本項係為預先支應因國家衛生政策所導致之醫療費用增加之情形，主要量能由國健署控管。
- (4)本項以 3~5 年為檢討期限，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請最遲於 116 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行效益未來應適度回饋總額預算。

#### 18.品質保證保留款：

- (1)全年經費 975.3 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 112 年度品質保證保留款(975.3 百萬元)合併運用(計 1,364 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 4%。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 3.4%。

4.請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)請會同門診透析服務相關團體，於 111 年 12 月底前提出鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質之具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)，並提全民健康保險會報告。
- (2)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。
- (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，並持續監測 NSAIDs 藥物使用情形及管理成效。
- (4)請於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(四)前述三項額度經換算，112 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 4.529%。各細項成長率及金額如表 1。

表 1 112 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)	
<b>一般服務</b>					
<b>醫療服務成本及人口因素成長率</b>	<b>2.250%</b>	<b>11,234.4</b>	<b>2.250%</b>	<b>11,234.4</b>	
投保人口預估成長率	-0.264%		-0.264%		
人口結構改變率	2.128%		2.128%		
醫療服務成本指數改變率	0.393%		0.393%		
<b>協商因素成長率</b>	<b>0.842%</b>	<b>4,204.6</b>	<b>2.205%</b>	<b>11,003.6</b>	
保險給付項目及支付之標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.616%	3,078.0	0.000%	0.0
	藥品及特材給付規定改變	0.228%	1,138.0	0.000%	0.0
	平衡長期偏低之醫院基本醫療服務點數(112 年新增項目)	0.000%	0.0	0.401%	2,000.0
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	0.200%	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	0.401%	2,000.0
保險給付項目及支付之標準之改變	因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成醫院特材成本高於健保給付點數之補貼(112 年新增項目)(*付費者代表方案列專款項目)	* -	* -	0.601%	3,000.0
	平衡醫院部門實際醫療服務與總額額度落差(點值不平衡調整方案)(112 年新增項目)	0.000%	0.0	0.601%	3,000.0
其他議定項目	腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(*付費者代表方案列專款項目)	* -	* -	0.003%	15.0

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	-0.002%	-11.4	-0.002%	-11.4
一般服務成長率 <sup>*2</sup>	增加金額	3.092%	15,439.0	4.455%	22,238.0	
	總金額		514,745.5		521,551.0	
專款項目(全年計畫經費)						
C 型肝炎藥費 (*醫院代表方案名稱：「C 型肝炎藥費(含檢驗檢查等相關費用)」)		3,428.0	0.0	3,428.0	0.0	
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材		13,943.0	1,136.0	12,807.0	0.0	
後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費		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		5,208.06	0.0	5,208.06	0.0	
醫療給付改善方案		1,643.4	148.3	1,495.1	0.0	
急診品質提升方案		300.0	0.0	300.0	0.0	
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	
鼓勵院所建立轉診合作機制		224.7	0.0	224.7	0.0	
網路頻寬補助費用		200.0	0.0	200.0	0.0	
腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(*醫院代表方案列一般服務)		15.0	0.0	0	-15.0	
住院整合照護服務試辦計畫		600.0	300.0	300.0	0.0	
精神科長效針劑藥費		2,664.0	0.0	2,664.0	0.0	
鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫		300.0	0.0	300.0	0.0	
因應 COVID-19 新興疾病解隔後續治療及疫苗施打副作用衍生之費用 (112 年新增項目) (*付費者代表方案併入「慢性傳染病照護品質計畫」)		* -	* -	990.0	990.0	

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)	
新設醫院影響醫院總額資源配置(112年新增項目)	0.0	0.0	1,000.0	1,000.0	
因應肺癌篩檢疑似陽性個案健保後續費用擴增(112年新增項目)	1,000.0	1,000.0	2,500.0	2,500.0	
促進醫療服務診療項目支付衡平性(112年新增項目)	1,000.0	1,000.0	0.0	0.0	
因醫療法就醫醫療器材使用規範重新修訂，造成醫院特材成本高於健保給付點數之補貼(112年新增項目) (*醫院代表方案列一般服務)	300.0	300.0	* -	* -	
癌症治療品質改善計畫(112年新增項目)	402.0	402.0	0.0	0.0	
慢性傳染病照護品質計畫(112年新增項目)	180.0	180.0	0.0	0.0	
品質保證保留款	975.3	45.5	975.3	45.5	
<b>專款金額</b>	<b>39,050.5</b>	<b>4,511.8</b>	<b>39,059.2</b>	<b>4,520.5</b>	
<b>較基期成長率(一般服務+專款)<sup>*3</sup></b>	<b>增加金額</b>	<b>3.306%</b>	<b>19,950.8</b>	<b>4.578%</b>	<b>26,758.5</b>
	<b>總金額</b>		<b>553,795.9</b>		<b>560,610.2</b>
門診透析服務成長率	增加金額	2.405%	554.6	3.400%	784.0
	總金額		23,613.0		23,842.4
<b>較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)<sup>*4</sup></b>	<b>增加金額</b>	<b>3.269%</b>	<b>20,505.4</b>	<b>4.529%</b>	<b>27,542.5</b>
	<b>總金額</b>		<b>577,408.9</b>		<b>584,452.6</b>

註：1.依衛生福利部報行政院核定之總額設定公式，112年度總額之基期(採淨值)，係以111年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「110年未導入預算扣減」部分。

- 2.計算「一般服務成長率」所採基期費用為499,306.9百萬元(含111年一般服務費用為501,532.1百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-2,241.8百萬元、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16.5百萬元，未扣除110年度新醫療科技未導入預算)。
- 3.計算「較112年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款)」成長率，所採基期費用為536,070.8百萬元，其中一般服務預算為501,532.1百萬元(111年度健保醫療給付費用公告金額為501,532.1百萬元，未扣除110年度新醫療科技未導入預算)，專款為34,538.7百萬元。
- 4.計算「較112年度總額基期(採淨值)(一般服務+專款+門診透析)」成長率，所採基期費用為559,129.2百萬元，其中一般服務預算為501,532.1百萬元(111年度健保醫療給付費用公告金額

為 501,532.1 百萬元，未扣除 110 年度新醫療科技未導入預算)，專款為 34,538.7 百萬元，門診透析為 23,058.4 百萬元。

5. 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。

## 112 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：

112 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 111 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+112 年度一般服務成長率)+112 年度專款項目經費

註：校正後 111 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 111 年第 6 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、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及扣除「110 年未導入預算扣減」部分(未有需扣除 110 年未導入金額)。

### 二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 0.702%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 0.642%，協商因素成長率 0.060%。
- (二)專款項目全年經費為 2,894.3 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，112 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 2.588%。各細項成長率及金額，如表 2。

### 三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 112 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. 顱顎關節相關支付項目(0.033%)：

基於健保總額預算之經費統籌運用精神，未來不得以單一服務預算不足為由增加預算。

##### 2. 複雜型顱顎障礙症治療及追蹤(0.028%)：

基於健保總額預算之經費統籌運用精神，未來不得以單一服務預算不足為由增加預算。

3.初診診察新增口腔黏膜檢查(0%)。

4.特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆(0.112%)：

(1)本項經費與特定牙周保存治療-全口總齒數 4 至 8 顆 91016C、特定牙周保存治療-全口總齒數 9 至 15 顆 91015C、牙周病支持性治療 91018C 等 3 項診療項目採預算中平，經費整體統籌運用。

(2)執行目標：

112 年特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆執行次數達 100,000 人次。

預期效益之評估指標：

5 年(117 年)後國人無牙率減少(此項指標需配合衛福部的國人口腔健康狀況調查)。惟本項新增預算還有與 91016C、91015C、91018C 等 3 項診療項目預算中平之目的。

(3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體規劃內容(含給付條件、醫療服務內容及成效監測)。

5.高齡長者牙醫就醫安全(0%)。

6.109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項扣款(0%)。

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(-0.113%)：

本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 2,894.3 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險

會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 111 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 111 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 10 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，評估照護成效，於 112 年 7 月將評估結果提全民健康保險會報告。
  - (3) 本計畫再行試辦 1 年，若未呈現具體成效即應退場。
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，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。
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) 請中央健康保險署辦理下列事項：
    - ① 會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。

②依 112 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。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。

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)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。

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.超音波根管沖洗計畫：

(1)全年經費 144.8 百萬元。

(2)執行目標：執行醫令數全年達 724,000。

預期效益之評估指標：

①執行超音波根管沖洗的數量。

②有執行超音波根管沖洗的牙齒，兩年根管治療再治療率。

(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 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含給付條件)，及醫療利用監控與管理措施，並提報全民健康保險會。

②本計畫以 3 年為檢討期限，請會同牙醫部門相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

③檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

8. 齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫：

- (1) 全年經費 1,010 百萬元。
- (2) 本項經費不得與現行一般服務給付之診療項目(如：塗氟 92051B、口乾症塗氟 92072C)及既有專款項目「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」重複支應。
- (3) 執行目標：
  - ① 112 年齲齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達 1,000,000。
  - ② 113 年齲齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達 1,400,000。
  - ③ 114 年齲齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達 1,600,000。

預期效益之評估指標：

3 年(115 年)後平均每一位齲齒經驗之高風險患者的齲齒填補顆數增加率減緩。

(4) 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 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含給付條件、醫療服務內容及成效監測)，並提全民健康保險會報告。
- ② 本計畫以 3 年為檢討期限，請會同牙醫部門相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- ③ 檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

9. 牙齒耗損患者口腔黏膜健康照護計畫：

全年經費 0 百萬元。

10.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、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 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 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。

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

11.品質保證保留款：

(1)全年經費 93.9 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 112 年品質保證保留款(93.9 百萬元)合併運用(計 210.3 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 2 112 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	
<b>一般服務</b>				
醫療服務成本及人口 因素成長率	<b>0.642%</b>	<b>305.4</b>	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	-0.264%			
人口結構改變率	0.255%			
醫療服務成本指數 改變率	0.653%			
協商因素成長率	<b>0.060%</b>	<b>28.8</b>	請於 112 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。	
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	顱顎關節相 關支付項目	0.033%	15.5	基於健保總額預算之經費統籌 運用精神，未來不得以單一服 務預算不足為由增加預算。
	複雜型顱顎 障礙症治療 及追蹤	0.028%	13.5	基於健保總額預算之經費統籌 運用精神，未來不得以單一服 務預算不足為由增加預算。
其他醫 療服務 利用及 密集度 之改變	初診診察新 增口腔黏膜 檢查	0%	0.0	
	特定牙周保 存治療-全口 總齒數一至 三顆 (112 年新增 項目)	0.112%	53.5	1.本項經費與特定牙周保存治 療-全口總齒數 4 至 8 顆 91016C、特定牙周保存治療 -全口總齒數 9 至 15 顆 91015C、牙周病支持性治療 91018C 等 3 項診療項目採預 算中平，經費整體統籌運 用。 2.執行目標： 112 年特定牙周保存治療-全 口總齒數一至三顆執行次數 達 100,000 人次。 預期效益之評估指標：

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				5年(117年)後國人無牙率減少(此項指標需配合衛福部的國人口腔健康狀況調查)。惟本項新增預算還有與 91016C、91015C、91018C 等 3 項診療項目預算中平之目的。 3.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體規劃內容(含給付條件、醫療服務內容及成效監測)。
	高齡長者牙醫就醫安全(112 年新增項目)	0%	0.0	
	109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項扣款	0%	0.0	
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	-0.113%	-53.7	本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。
一般服務 成長率 <sup>註1</sup>	增加金額	0.702%	334.3	
	總金額		47,905.6	
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 111 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 111 年 12 月底前完成，且均應於 112 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。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
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	10.0	-2.0	1.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，評估照護成效，於 112 年 7 月將評估結果提全民健康保險會報告。 2.本計畫再行試辦 1 年，若未呈現具體成效即應退場。
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，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。
12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	271.5	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。 2.依 112 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。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。
高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫	184.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
超音波根管沖洗計畫 (112 年新增項目)	144.8	144.8	<p>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> <p>1.執行目標： 執行醫令數全年達 724,000。 預期效益之評估指標： (1)執行超音波根管沖洗的數量。 (2)有執行超音波根管沖洗的牙齒，兩年根管治療再治療率。</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 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含給付條件)，及醫療利用監控與管理措施，並提報全民健康保險會。 (2)本計畫以 3 年為檢討期限，請會同牙醫部門相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。 (3)檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。</p>
齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫 (112 年新增項目)	1,010.0	1,010.0	<p>1.本項經費不得與現行一般服務給付之診療項目(如：塗氟 92051B、口乾症塗氟 92072C)及既有專款項目「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」重複支應。</p> <p>2.執行目標：</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
			<p>(1)112 年齲齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達 1,000,000。</p> <p>(2)113 年齲齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達 1,400,000。</p> <p>(3)114 年齲齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達 1,600,000。</p> <p>預期效益之評估指標： 3 年(115 年)後平均每一位齲齒經驗之高風險患者的齲齒填補顆數增加率減緩。</p> <p>3.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，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含給付條件、醫療服務內容及成效監測)，並提全民健康保險會報告。</p> <p>(2)本計畫以 3 年為檢討期限，請會同牙醫部門相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>(3)檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。</p>
牙齒耗損患者口腔黏膜健康照護計畫(112 年新增項目)	0.0	0.0	
網路頻寬補助費用	168.0	0.0	<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：</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
				(1)檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 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 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。 (3)請確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，提全民健康保險會報告。
品質保證保留款		93.9	2.7	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 112 年度品質保證保留款(93.9 百萬元)合併運用(計 210.3 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		2,894.3	1,155.5	
較基期成長率 (一般服務+專款) <sup>註2</sup>	增加金額	2.588%	1,489.8	
	總金額		50,799.9	

註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，112 年度總額之基期(採淨值)，係以 111 年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「110 年未導入預算扣減」部分。故計算「一般服務成長率」所採基期費用為 47,571.7 百萬元(含 111 年一般服務費用為 47,779.5 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-218.4 百萬元與加回前 1 年度總額違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 10.6 百萬元，未有需扣除 110 年未導入金額)。

2.計算「較 112 年度總額基期(採淨值)(一般服務+專款)」成長率，所採基期費用為 49,518.3 百萬元，其中一般服務預算為 47,779.5 百萬元(111 年度健保醫療給付費用公告金額為 47,779.5 百萬元，未有需扣除 110 年未導入金額)，專款為 1,738.8 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。

## 112 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：

112 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 111 年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+112 年度一般服務成長率)+112 年度專款項目經費

註：校正後 111 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 111 年第 6 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，及扣除「110 年未導入預算扣減」部分(未有需扣除 110 年未導入金額)。

### 二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 4.072%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.394%，協商因素成長率 2.678%。
- (二)專款項目全年經費為 1,220.3 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，112 年度中醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 4.344%。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 112 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.提升中醫小兒傷科照護品質(0.009%)：

- (1)執行目標：112 年度中醫小兒傷科照護達成 10,000 服務人次。

預期效益之評估指標：申報 6 歲以下中醫小兒傷科

同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前 5 年平均下降 3%。

(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 111 年 12 月底前提出提升小兒傷科照護品質具體規劃內容，並提報全民健康保險會。
- ②依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。其當年度執行額度，應以點數調升所增加之費用計算。
- ③有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。

2.多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度(1.667%)：

(1)執行目標：112 年度中醫整合醫療照護達成 4,500,000 服務人次。

預期效益之評估指標：申報中醫整合醫療照護費之慢性疾病或重大疾病同一病人同一診斷碼同季跨院所看診人次較前 5 年平均下降 3%。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①本項用於提供多重慢性病及跨科別之中醫整合服務，請會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含申請條件、整合醫療照護服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提報全民健康保險會。
- ②依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。
- ③有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險

會報告。

3.針傷合併治療合理給付(1.063%)：

(1)執行目標：112 年度申請針傷合併治療之總案件數達成 1,000,000 服務人次。

預期效益之評估指標：申報中醫針傷合併治療同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前 5 年平均下降 3%。

(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 111 年 12 月底前提出針傷科合併治療給付案件之管理方案(含適應症、申請條件、醫療服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提全民健康保險會報告。

②依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度，其當年度執行額度，應以調升針傷合併治療給付增加之費用與原申報費用之差額計算。

③有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。

4.增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(I69)(0.060%)：

(1)適用範圍新增「自診斷日起 2 年內」腦血管後遺症(診斷碼 I69)之患者：

執行目標：診斷為 I69 之腦中風病患納入「特定疾病門診加強照護」收案之總人數大於 1,200 人。

預期效益之評估指標：診斷為 I69 之腦中風案件之巴氏量表評估，後測平均分數優於前測平均分數。

(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 111 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，並副知全民健康保險會。

②依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度，其當年度執行額度，應以新增腦血管適應症(I69)與既有適應症申報費用之差額計算。

③有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。

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(-0.121%)：

(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 113 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 1,220.3 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 111 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 111 年 12 月底前完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 172 百萬元。

(2)檢討並加強推動中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務及加強獎勵開業服務。

2.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：

(1)全年經費 436.8 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。並新增腦血管疾病適應症，提供發病 6 個月黃金治療期內之腦血管後遺症(診斷碼 I69)病患之服務。

(3)增列「術後疼痛」中醫照護：

執行目標：符合術後疼痛適應症之收案達成 12,000 服務人次。

預期效益之評估指標：

- ①符合術後疼痛適應症案件之歐氏失能量表 (Oswestry Disability Index, ODI)評估，後測平均分數優於前測平均分數。
- ②符合術後疼痛適應症案件之簡明疼痛量表(BPI)評估，後測平均分數優於前測平均分數。

(4)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 111 年 12 月底前依實證資料，訂定術後疼痛適應症條件，並提報全民健康保險會。
- ②請將腦血管疾病、顱腦損傷等 2 項執行成效良好之專案，規劃納入一般服務，列為常規醫療。
- ③新增「術後疼痛」項目，以 3 年為檢討期限，請會同中醫部門相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

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：

(1)全年經費 21.6 百萬元。

(2)請檢討方案完整療程照護人數之比率，及計畫執行情形，評估退場機制。

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」。

(3)癌症患者中醫門診加強照護計畫，擴大適用於胃癌、攝護腺癌及口腔癌。

6.中醫急症處置：

(1)全年經費 5 百萬元。

(2)請檢討計畫執行情形，並考量是否持續辦理。

7.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：

(1)全年經費 105.3 百萬元。

(2)請持續評估計畫成效，並檢討及監測服務利用之合理性。

8.照護機構中醫醫療照護方案：

(1)全年經費 28 百萬元。

(2)請監測本計畫照護機構住民之中醫利用情形(含機構外就醫)，並評估執行成效。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用。

②有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。

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及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 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 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節

流效益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，提報全民健康保險會報告。

10.品質保證保留款：

(1)全年經費 27.6 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 112 年度品質保證保留款(27.6 百萬元)合併運用(計 50.4 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 3 112 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
<b>一般服務</b>			
醫療服務成本及人口 因素成長率	1.394%	398.6	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成 長率=[(1+人口結構改變率+ 醫療服務成本指數改變 率)×(1+投保人口預估成長 率)]-1。
投保人口預估成長 率	-0.264%		
人口結構改變率	0.830%		
醫療服務成本指數 改變率	0.832%		
協商因素成長率	2.678%	765.9	請於 112 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。
鼓勵提升醫療品質及 促進保險對象健康 提升中醫小兒傷科照 護品質(112 年新增 項目)	0.009%	2.5	1.執行目標：112 年度中醫小 兒傷科照護達成 10,000 服務 人次。 預期效益之評估指標：申 報 6 歲以下中醫小兒傷科同 一病人同一診斷碼同月跨 院所看診人次較前 5 年平均 下降 3%。 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 111 年 12 月底前 提出提升小兒傷科照護 品質具體規劃內容，並 提報全民健康保險會。 (2)依 112 年度預算執行結 果，扣減當年度未執行 之額度。其當年度執行 額度，應以點數調升所 增加之費用計算。 (3)有關預算扣減方式規劃， 請會同中醫門診總額相 關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報 告。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
其他醫療服務利用密度之改變	多重慢性疾病之中醫醫療照密度(112年新增項目)	1.667%	476.7	<p>1.執行目標：112年度中醫整合醫療照護達成4,500,000服務人次。 預期效益之評估指標：申報中醫整合醫療照護費之慢性疾病或重大疾病同一病人同一診斷碼同季跨院所看診人次較前5年平均下降3%。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)本項用於提供多重慢性病及跨科別之中醫整合服務，請會同中醫門診總額相關團體，於111年12月底前提出具體實施方案(含申請條件、整合醫療照護服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提報全民健康保險會。 (2)依112年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。 (3)有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於112年7月提全民健康保險會報告。</p>
其他醫療服務利用密度之改變	針傷合併治療合理給付(112年新增項目)	1.063%	304.0	<p>1.執行目標：112年度申請針傷合併治療之總案件數達成1,000,000服務人次。 預期效益之評估指標：申報中醫針傷合併治療同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前5年平均下降3%。</p> <p>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111年12月底前</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
			<p>提出針傷科合併治療給付案件之管理方案(含適應症、申請條件、醫療服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提全民健康保險會報告。</p> <p>(2)依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度，其當年度執行額度，應以調升針傷合併治療給付增加之費用與原申報費用之差額計算。</p> <p>(3)有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。</p>
<p>增加「特定其他醫療服務利用及密集度之改變」(112 年新增項目)</p>	<p>0.060%</p>	<p>17.2</p>	<p>1.「特定疾病門診加強照護」之個案適用範圍新增「自診斷日起 2 年內」腦血管後遺症(診斷碼 I69)之患者： 執行目標：診斷為 I69 之腦中風病患納入「特定疾病門診加強照護」收案之總人數大於 1,200 人。 預期效益之評估指標：診斷為 I69 之腦中風案件之巴氏量表評估，後測平均分數優於前測平均分數。</p> <p>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 111 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，並副知全民健康保險會。 (2)依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度，其當年度執行額</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
				度，應以新增腦血管適應症(I69)與既有適應症申報費用之差額計算。 (3)有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於112年7月提全民健康保險會報告。
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	-0.121%	-34.5	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113年度總額協商之基期費用。
一般服務 成長率 <sup>#1</sup>	增加金額	4.072%	1,164.5	
	總金額		29,760.1	
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111年11月底前完成，新增計畫原則於111年12月底前完成，且均應於112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	0.0	檢討並加強推動中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務及加強獎勵開業服務。
	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 1.腦血管疾病 (112年新增腦血管後遺症(I69)) 2.顱腦損傷 3.脊髓損傷 4.呼吸困難相關疾病 5.術後疼痛 (112年新增項目)	436.8	184.1	1.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。並新增腦血管疾病適應症，提供發病6個月黃金治療期內之腦血管後遺症(診斷碼I69)病患之服務。 2.增列「術後疼痛」中醫照護： 執行目標：符合術後疼痛適應症之收案達成12,000服務人次。 預期效益之評估指標：

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>(1)符合術後疼痛適應症案件之歐氏失能量表(Oswestry Disability Index, ODI)評估，後測平均分數優於前測平均分數。</p> <p>(2)符合術後疼痛適應症案件之簡明疼痛量表(BPI)評估，後測平均分數優於前測平均分數。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同中醫門診總額相關團體，於111年12月底前依實證資料，訂定術後疼痛適應症條件，並提報全民健康保險會。</p> <p>(2)請將腦血管疾病、顱腦損傷等2項執行成效良好之專案，規劃納入一般服務，列為常規醫療。</p> <p>(3)新增「術後疼痛」項目，以3年為檢討期限，請會同中醫部門相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p>
中醫提升孕產照護品質計畫	81.0	0.0	
兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	21.6	0.0	請檢討方案完整療程照護人數之比率，及計畫執行情形，評估退場機制。
中醫癌症患者加強照護整合方案 (112年新增胃癌、攝護腺癌及口腔癌)	245.0	0.0	<p>1.持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。</p> <p>2.癌症患者中醫門診加強照護</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
			計畫，擴大適用於胃癌、攝護腺癌及口腔癌。
中醫急症處置	5.0	0.0	請檢討計畫執行情形，並考量是否持續辦理。
中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	105.3	55.3	請持續評估計畫成效，並檢討及監測服務利用之合理性。
照護機構中醫醫療照護方案	28.0	0.0	1.請監測本計畫照護機構住民之中醫利用情形(含機構外就醫)，並評估執行成效。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用。 (2)有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。
網路頻寬補助費用	98.0	0.0	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及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 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 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益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，提報全民健康保險會報告。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	品質保證保留款	27.6	1.1	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 112 年度品質保證保留款(27.6 百萬元)合併運用(計 50.4 百萬元)。 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		1,220.3	240.5	
較基期成長率 (一般服務+專款) <sup>註2</sup>	增加金額	4.344%	1,405.0	
	總金額		30,980.4	

註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，112 年度總額之基期(採淨值)，係以 111 年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「110 年未導入預算扣減」部分。故計算「一般服務成長率」所採基期費用為 28,595.7 百萬元(含 111 年一般服務費用為 28,710.9 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-129.3、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 14.1 百萬元，未有需扣除 110 年未導入金額)。

2.計算「較 112 年度總額基期(採淨值)(一般服務+專款)」成長率，所採基期費用為 29,690.7 百萬元，其中一般服務預算為 28,710.9 百萬元(111 年度健保醫療給付費用公告金額為 28,710.9 百萬元，未有需扣除 110 年未導入金額)，專款為 979.8 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。

## 112 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：

- 112 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 111 年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+112 年度一般服務成長率)+112 年度專款項目經費+112 年度西醫基層門診透析服務費用
- 112 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×(1+112 年度成長率)

註：校正後 111 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 111 年第 6 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、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及扣除「110 年未導入預算扣減」部分。

### 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 112 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 1.551%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.400%，協商因素成長率 0.151%。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)(0.156%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)在額度內妥為管理運用，於111年12月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。
- (2)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。
- (3)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；並請於112年7月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
- (4)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於給付新醫療科技，並請於113年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

## 2.藥品及特材給付規定改變(0.115%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)在額度內妥為管理運用，經費如有不足，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於111年12月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。
- (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；並於112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)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於給付規定，並請於113年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與

特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

3.促進醫療資源支付合理(0%)：

- (1)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。
- (2)請健保署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

4.比照醫院規定，修訂手術通則(0%)：

- (1)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。
- (2)請健保署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

5.門診診察費加成一至(0%)：

- (1)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。
- (2)請健保署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

6.7580 診察費(0%)：

本項屬支付標準之調整，考量健保法規定，本保險係

於民眾發生疾病、傷害事故或生育時提供醫療服務，爰不宜以年齡別為給付條件，應以民眾醫療需求為導向，研提醫療服務內容，故本項不新增預算。

7.因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費(0%)：

(1)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。

(2)請健保署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

8.外傷換藥不計入同一療程(0%)：

本項屬支付規範之調整，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，且依健保法第41條規定，單項支付標準及給付規範之訂定，尚非全民健康保險會權責。

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(-0.120%)：

(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113年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為8,497.1百萬元。

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111年11月底前完成，新增計畫原則於111年12月底前完成。

1.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)請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。

2.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 3,948 百萬元。

(2)請中央健康保險署朝「以人為中心」之合作照護模式為推動方向，檢討計畫服務模式及成效，積極進行計畫轉型，並規劃與代謝症候群防治計畫及相關論質計酬計畫共同執行。

3.代謝症候群防治計畫：

(1)全年經費 616 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①請朝「以人為中心」之合作照護模式為推動方向，評估、規劃與家庭醫師整合性照護計畫及相關論質計酬計畫共同執行。

②請精進計畫內容，考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。

③請積極建立與成人健檢之個案轉介及資源共享機制，減少重複檢驗(查)，以提升計畫執行成效。

④請會同西醫基層總額相關團體檢討、改進計畫內容，於 111 年 12 月底前提出改進方案(包含服務人數提升、支付單價衡平性、減少重複檢驗檢查等)，提全民健康保險會同意後，經費始得動支。

4.C 型肝炎藥費：(維持原有名稱)

(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，並於協商 113 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。

5.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)請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效及照護率不高之原因，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升執行成效。

6.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)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於 111 年 12 月委員會議提出規劃調整開放之項目與作業時程。

②訂定反映效益之績效指標(如提升照護品質、民眾就醫便利性等)，以評估執行效益。

(3)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務費用結算。

7.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(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)請中央健康保險署會同西醫基層及醫院總額相關團體，檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，

研擬改善措施，以提升執行成效。

8. 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評核指標，並檢討計畫實施成效、加強推廣，鼓勵醫師參與。

9. 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) 請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，於 112 年 7 月底前提報執行情形專案報告(含醫療利用、藥費及其成長原因分析，並說明「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響)。

10. 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

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

(2) 請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

11. 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費用結算。

(3) 請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

12. 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費用結算。

13.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請檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 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 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。

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

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

(1)全年經費 9.7 百萬元。

(2)請中央健康保險署持續監測本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。

15.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 100 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，並於額度內妥為管理運用。

16.新冠輕症確診者長新冠後遺症(Long COVID)照護：

(1)本項併入「慢性傳染病照護品質計畫」。

(2)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形。

17.促進醫療服務診療項目支付衡平性：

- (1)全年經費 100 百萬元。
- (2)執行目標：通盤研議支付標準調整，考量支付衡平性並檢討各項支付點數，提出支付標準調整建議及具體調整時程。
- (3)預期效益之評估指標：
  - ①預期效益：調整各診療項目支付點數、章節歸類、名稱、支付規範、適應症，以合理反應各項醫療服務投入的成本差異及資源耗用情形。
  - ②評估指標：本項目預定辦理期程為3年，又考量支付標準調整項目數視核定預算而定，故建議評估指標如下：
    - A.提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。
    - B.「支付標準研議諮詢會議」召開4場次。
- (4)請中央健康保險署辦理下列事項：
  - ①預算用於通盤檢討醫療服務支付標準合理性，於111年12月底前提出具體實施規劃(包含支付標準檢討規劃、執行方法及期程)，並定期提報執行情形。
  - ②應運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算。
  - ③本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務結算。
  - ④本項以3年為檢討期限(112~114年)，會同西醫基層總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

18.因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成西醫基

層特材成本高於健保給付點數之補貼：

(1)全年經費 20 百萬元，經費如有不足，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①本項經費應依實際執行之項目與季別，併西醫基層總額一般服務費用結算。

②請於 111 年 12 月底前提出實施規劃(包含健保給付醫材影響檢討規劃、執行方法及期程)，並於 112 年 7 月底前提報執行情形。

③本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，會同西醫基層總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

19.癌症治療品質改善計畫：

(1)全年經費 115 百萬元。

(2)執行目標：以當年度 5 項癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達 90% 為計畫執行指標。

①大腸癌(以篩檢人數 126 萬人，陽性率 7% 估算)：約 25,000 人。

②口腔癌(以篩檢人數 60.5 萬人，陽性率 8.2% 估算)：約 14,300 人。

③子宮頸癌(以篩檢人數 220 萬人，陽性率 0.54% 估算)：約 2,600 人。

④乳癌(以篩檢人數 87 萬人，陽性率 8% 估算)：約 4,500 人。

(3)預期效益之評估指標：追陽率達 90%。

(4)請中央健康保險署辦理下列事項：

①擬訂具體實施方案，建立完整之癌症篩檢異常

個案轉介及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。

- ②本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同西醫基層總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

## 20.慢性傳染病照護品質計畫：

- (1)本項併「新冠輕症確診者長新冠後遺症(Long COVID)照護」項目，全年經費 20 百萬元。

### (2)執行目標：

- ①結核病及潛伏結核感染(LTBI)治療品質支付服務：112 年 LTBI 治療人數約 12,000 人。
- ②愛滋照護管理品質支付服務：112 年照護感染者人數約 35,000 人。
- ③長照機構加強型結核病防治：112 年 LTBI 檢驗人數約 20,000 人。

### (3)預期效益之評估指標：

- ①112 年潛伏結核感染者完成治療比率達 85%。
- ②112 年愛滋感染者有服藥比率目標達 95%，服藥感染者病毒量測不到(病毒量<200 copies/ml)比率目標達 96%。
- ③112 年長照機構 LTBI 檢驗陽性加入治療比率達 70%，完成治療率達 70%。

### (4)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①擬訂具體實施方案，建立完整之個案照護銜接及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫

同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。

- ②本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同西醫基層總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

#### 21.品質保證保留款：

- (1)全年經費 124.3 百萬元。
- (2)原 106 年度一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 112 年品質保證保留款(124.3 百萬元)合併運用(計 229.5 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%。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為 3.675%。
- 4.112 年度門診透析服務之新增預算，優先用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質。

5.請中央健康保險署辦理以下事項：

- (1)請會同門診透析服務相關團體，於111年12月底前提出鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質之具體實施計畫(包含設定提升腹膜透析之執行目標、提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)，並提全民健康保險會報告。
- (2)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。
- (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，並持續監測 NSAIDs 藥物使用情形及管理成效。
- (4)請於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。

(四)前述三項額度經換算，112年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長1.800%。各細項成長率及金額如表4。

西醫基層代表之委員建議方案：

- 1.關於西醫基層各項目詳細說明，請詳見111年9月21日協商會議資料及附件與協商代表發言實錄。
- 2.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。

(一)一般服務成長率為4.539%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.400%，協商因素成長率3.139%。

- 1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.318%)：

(1)反對協定事項之建議「於111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」及「歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於給付新醫療科技，並請於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源」。

(2)反對理由：新醫療科技引進能提升民眾照護品質，對初級醫療、輕症照護有極大的效益，可減少的是其後續急重症、住院、中醫甚至洗腎的醫療費用(非西醫基層總額部門)。

(3)如經部長裁定，仍需執行前述之協定事項建議，請中央健保署提出具體預算及執行方式，與西醫基層總額相關團體議定後，方得執行。

## 2.藥品及特材給付規定改變(0.318%)：

(1)反對協定事項之建議「於 111 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」及「歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，並納入該年度本項預算財源」。

(2)反對理由：藥品及特材給付規定修正能提升民眾照護品質，對初級醫療、輕症照護有極大的效益，可減少的是其後續急重症、住院、中醫甚至洗腎的醫療費用(非西醫基層總額部門)。

(3)如經部長裁定，仍需執行前述之協定事項建議，請中央健保署提出具體預算及執行方式，與西醫基層總額相關團體議定後，方得執行。

3.促進醫療資源支付合理(0.079%)：

- (1)本項預算賡續執行 111 年本項預算中「西醫基層未與醫院調成一致之支付標準項目」。
- (2)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。
- (3)如需執行預算扣減規劃，請中央健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年編列預算。

4.比照醫院規定，修訂手術通則(0.003%)：

- (1)預期目標：同工同酬，弭平醫院與西醫基層申報費用規定所造成之點數差距。
- (2)評估指標：依據衛生福利部公告修訂之支付標準調整辦理。
- (3)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。
- (4)如需執行預算扣減規劃，請中央健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年編列預算。

5.門診診察費加成一致(0.734%)：

- (1)預期目標：促進基層科別均衡發展，建議第一階段門診診察費（去科別化）調整一致，以維護醫療照護品質。
- (2)評估指標：依據衛生福利部公告修訂之支付標準調整辦理。
- (3)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支

付衡平性」處理

(4)如需執行預算扣減規劃，請中央健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年編列預算。

6.7580 診察費(1.255%)：

(1)預期目標：因應超高齡社會來臨，挹注資源加強對高齡者照護品質。

(2)評估指標：依據衛生福利部公告修訂之支付標準調整辦理。

(3)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理

(4)如需執行預算扣減規劃，請中央健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年編列預算。

7.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(0.524%)：

(1)預期目標：反應近年勞動法令制度改變，聘用護理人員成本增加，提高診察費以提升護理照護品質。

(2)評估指標：依據衛生福利部公告修訂之支付標準調整辦理。

(3)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理

(4)如需執行預算扣減規劃，請中央健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年編列預算。

8.外傷換藥不計入同一療程(0.028%)：

- (1)預期目標：合理反映外傷換藥成本，提供民眾更完善之醫療照護服務。
- (2)評估指標：依據衛生福利部公告修訂之支付標準調整辦理。
- (3)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。
- (4)如需執行預算扣減規劃，請中央健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年編列預算。

9.違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.120%)：

本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 8,847.4 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 111 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 111 年 12 月底前完成。

1.西醫醫療資源不足地區改善方案：

- (1)全年經費 317.1 百萬元。
- (2)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

2.家庭醫師整合性照護計畫：

- (1)全年經費 4,146 百萬元。
- (2)本計畫與代謝症候群防治計畫之服務對象不同：本計畫收案對象以前一年慢性病病患、醫療利用率較高之民眾為優先，而代謝症候群防治計畫則偏向無固定就醫習慣、體重過重、血壓、血脂等較高，且尚未進入慢性病階段的民眾為主要照護目標，兩者

收案對象不同，不建議整合。

3.代謝症候群防治計畫：

(1)全年經費 308 百萬元。

(2)本計畫與家庭醫師整合性照護計畫之服務對象不同：本計畫偏向無固定就醫習慣、體重過重、血壓、血脂等較高，且尚未進入慢性病階段的民眾為主要照護目標，家醫計畫收案對象則以前一年慢性病病患、醫療利用率較高之民眾為優先，兩者收案對象不同，不建議整合。

(3)考量 111 年本項計畫執行時間較短，建議先維持原有預算額度，待提高執行率後再增編預算。

4.C 型肝炎治療費：

(1)全年經費 292 百萬元。

(2)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。

(3)配合國家 C 肝根除政策，惟所衍生之醫療費用應一併編列於本項專款項目。

5.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 900.3 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。

6.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

(1)全年經費 1,320 百萬元。

(2)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務費用結算。

7.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(1)全年經費 258 百萬元。

- (2)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。
- 8.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：  
全年經費 50 百萬元。
- 9.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。  
(2)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。
- 10.後天免疫缺乏病毒治療藥費：  
(1)全年經費 30 百萬元。  
(2)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。
- 11.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費用結算。
- 12.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費用結算。
- 13.網路頻寬補助費用：  
(1)全年經費 253 百萬元。  
(2)經費如有不足，由其他預算相關項目支應。  
(3)為配合國家相關衛生健康政策之推動，網路頻寬須有較高運作功能，提升效率，建議應持續補助。
- 14.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫：  
全年經費 9.7 百萬元。

- 15.精神科長效針劑藥費：
- (1)全年經費 100 百萬元。
  - (2)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。
- 16.新冠輕症確診者長新冠後遺症(Long COVID)照護：
- (1)全年經費 500 百萬元。
  - (2)本項目與「慢性病傳染病照護品質計畫」照護對象不同，不應併入處理。
  - (3)預期目標：提供新冠輕症確診者長新冠醫療照護。
  - (4)評估指標：長新冠後遺症治癒情形(接受照護之個案，長新冠後遺症獲得改善，3 個月後無再次相關就醫情形)。
  - (5)衛福部 110 年 12 月推動「COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫」，染疫期間由公務預算或疾管署特別預算支應，但解隔離後的醫療照護費用該計畫適用醫院層級(總額支應)。長新冠醫療照護，回歸社區是最適宜的，建議編列預算。
  - (6)本項以 2 年為檢討期限(112~113 年)，滾動式檢討逐年成效，若本項持續辦理，則請於執行第 2 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- 17.促進醫療服務診療項目支付衡平性：
- (1)全年經費 0 百萬元。
  - (2)不應併入「醫療服務成本指數改變率」所增預算處理。
- 18.因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成特材成本高於健保給付點數之補貼：
- (1)全年經費 20 百萬元。
  - (2)本項經費配合醫院部門同步編列。後續執行細節請

中央健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行。

(3)本項經費應依實際執行之項目與季別，併西醫基層總額一般服務費用結算。

19.癌症治療品質改善計畫：

(1)全年經費 0 百萬元。

(2)考量無法達到付費者建議之協定事項期許，且西醫基層團體內部無共識，待釐清後，再編列預算。

20.慢性傳染病照護品質計畫：

(1)全年經費 0 百萬元。

(2)考量無法達到付費者建議之協定事項期許，且西醫基層團體內部無共識，待釐清後，再編列預算。

21.品質保證保留款：

(1)全年經費 124.3 百萬元。

(2)原 106 年度一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 112 年品保款專款(124.3 百萬元)合併運用(計 229.5 百萬元)。

(三)門診透析服務：對透析成長率不預設立場，尊重透析代表與政府主管機關協商結果，對付費者建議之協定事項，西醫基層部門採取中立立場，不予背書。

表 4 112 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)	
<b>一般服務</b>					
醫療服務成本及人口因素成長率	1.400%	1,762.5	1.400%	1,762.5	
投保人口預估成長率	-0.264%		-0.264%		
人口結構改變率	1.402%		1.402%		
醫療服務成本指數改變率	0.266%		0.266%		
協商因素成長率	0.151%	189.3	3.139%	3,951.1	
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)	0.156%	196.0	0.318%	400.0
	藥品及特材給付規定改變	0.115%	145.0	0.318%	400.0
	促進醫療資源支付合理	0.000%	0.0	0.079%	100.0
	比照醫院規定，修訂手術通則(112年新增項目)	0.000%	0.0	0.003%	3.2
	門診診察費加成一至(112年新增項目)	0.000%	0.0	0.734%	924.6
	7580診察費(112年新增項目)	0.000%	0.0	1.255%	1,580.1
	因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費(112年新增項目)	0.000%	0.0	0.524%	659.3
	外傷換藥不計入同一療程(112年新增項目)	0.000%	0.0	0.028%	35.6
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	-0.120%	-151.7	-0.120%	-151.7
一般服務成長率 <sup>註2</sup>	增加金額	1.551%	1,951.9	4.539%	5,713.7
	總金額		127,848.3		131,610.0

項目	付費者代表方案		西醫基層代表方案	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>				
西醫醫療資源不足地區改善方案	317.1	0.0	317.1	0.0
家庭醫師整合性照護計畫	3,948.0	0.0	4,146.0	198.0
代謝症候群防治計畫	616.0	308.0	308.0	0.0
C型肝炎藥費 (*西醫基層代表方案名稱為「C型肝炎治療費」)	292.0	0.0	292.0	0.0
醫療給付改善方案	805.0	0.0	900.3	95.3
強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,220.0	0.0	1,320.0	100.0
鼓勵院所建立轉診合作機制	258.0	0.0	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	0.0	30.0	0.0
後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	30.0	0.0	30.0	0.0
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	0.0	253.0	0.0
提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	9.7	0.0	9.7	0.0
精神科長效針劑藥費	100.0	0.0	100.0	0.0
新冠輕症確診者長新冠後遺症(Long COVID)照護 (112年新增項目) (*付費者代表方案併入「慢性傳染病照護品質計畫」)	* -	* -	500.0	500.0

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)
促進醫療服務診療項目支付 衡平性 (112年新增項目)	100.0	100.0	0.0	0.0
因醫療法就醫療器材使用規 範重新修訂，造成西醫基層 特材成本高於健保給付點數 之補貼 (112年新增項目)	20.0	20.0	20.0	20.0
癌症治療品質改善計畫 (112年新增項目)	115.0	115.0	0.0	0.0
慢性傳染病照護品質計畫 (112年新增項目)	20.0	20.0	0.0	0.0
品質保證保留款	124.3	4.0	124.3	4.0
<b>專款金額</b>	<b>8,497.1</b>	<b>567.0</b>	<b>8,847.4</b>	<b>917.3</b>
較基期成長率(一般 服務+專款) <sup>註3</sup>	增加金額	2,518.9	4.578%	6,631.0
	總金額	136,345.4		140,457.4
門診透析服務成長率	增加金額	745.9	註5	註5
	總金額	21,042.6		20,296.7
較基期成長率(一般 服務+專款+門診透 析) <sup>註4</sup>	增加金額	3,264.8	註5	6,631.0
	總金額	157,388.0		160,754.1

- 註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，112 年度總額之基期(採淨值)，係以 111 年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「110 年未導入預算扣減」部分。
- 2.計算「一般服務成長率」，所採基期費用為 125,895.6 百萬元(含 111 年一般服務預算 126,417.3 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-572.7 百萬元、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 90.0 百萬元與扣除 110 年度新醫療科技未導入金額 39.0 百萬元)。
- 3.計算「較 112 年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 134,308.4 百萬元，其中一般服務預算為 126,378.3 百萬元(111 年度健保醫療給付費用公告金額為 126,417.3 百萬元，扣除 110 年度新醫療科技未導入金額 39.0 百萬元)，專款為 7,930.1 百萬元。
- 4.計算「較 112 年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為 154,605.1 百萬元，其中一般服務預算為 126,378.3 百萬元(111 年度健保醫療給付費用公告金額為 126,417.3 百萬元，扣除 110 年度新醫療科技未導入金額 39.0 百萬元)，專款為 7,930.1 百萬元，門診透析為 20,296.7 百萬元。
- 5.西醫基層代表方案未提出 112 年度門診透析服務成長率及增加金額，故無法計算整體預算(一般服務+專款+門診透析)較基期成長率。
- 6.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。

## 112 年度全民健康保險其他預算及其分配

### 一、總額協商結論：

(一)112 年度其他預算減少 800 百萬元，預算總額度為 15,779.2 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 111 年 11 月底前完成，新增項目原則於 111 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 112 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。

### 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，評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響。
  - (2)持續監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)，及評估分級醫療之執行效益。
  - (3)通盤檢討鼓勵分級醫療誘因及實際操作方式之合理性，與是否達到預期效果，提出轉型之改善方案。

(4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，並提全民健康保險會報告。

(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.請中央健康保險署加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，並訂定執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。

(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 7,803 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)各項服務支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性，並朝分級支付方向規劃，以鼓勵急重症、困難疾病之照護。並持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標。

(2)於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含近年支付標準調整情形及成效指標監測結果)。

(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、精神科長效針劑藥費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 600 百萬元。

2.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)於額度內妥為管理運用，並評估、調整未來計畫執行模式，以提升執行成效。

(2)於協商 113 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新科技之財源之一。

(六)推動促進醫療體系整合計畫：

1.全年經費 550 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」。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。

(2)「急性後期整合照護計畫」支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性。

(3)於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含支付標準調整情形及執行成效檢討)。

(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 800 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 1,636 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)加強推動「提升院所智慧化資訊機制」，並持續監

測及精進成效評估指標。

(2)「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，請確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，並提全民健康保險會報告。

(3)於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含「提升院所智慧化資訊機制」成效指標監測結果及檢討)。

(4)於協商 113 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。

(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 511 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，並持續監測 NSAIDs 藥物使用情形及管理成效。

(十一)提升保險服務成效：

1.全年經費 500 百萬元。

2. 考量健保財務困難，請中央健康保險署應積極爭取公務預算支應相關行政經費為宜。

3. 請中央健康保險署辦理下列事項：

(1) 精進並提出能反映整體提升保險服務成效之評估指標，其精進之評估指標及執行成果請提全民健康保險會報告。

(2) 於協商 113 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。

(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. 請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加速推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效(含執行目標及預期效益之評估指標)。

表 5 112 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111年11月底前完成，新增項目原則於111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112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	0.0	1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續檢討經費動支條件，評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響。 (2)持續監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)，及評估分級醫療之執行效益。 (3)通盤檢討鼓勵分級醫療誘因及實際操作方式之合理性，與是否達到預期效果，提出轉型之改善方案。 (4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，並提全民健康保險會報告。
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	605.4	0.0	請中央健康保險署加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，並訂定執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。
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	7,803.0	503.0	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)各項服務支付標準之調整，應考量

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>各部門總額相關支付項目間之衡平性，並朝分級支付方向規劃，以鼓勵急重症、困難疾病之照護。並持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標。</p> <p>(2)於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含近年支付標準調整情形及成效指標監測結果)。</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、精神科長效針劑藥費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	600.0	-1,300.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.於額度內妥為管理運用，並評估、調整未來計畫執行模式，以提升執行成效。</p> <p>2.於協商113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新科技之財源之一。</p>
推動促進醫療體系整合計畫	550.0	100.0	<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」。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。</p> <p>(2)「急性後期整合照護計畫」支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性。</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			(3)於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含支付標準調整情形及執行成效檢討)。
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	800.0	-200.0	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。
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	1,636.0	136.0	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。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)加強推動「提升院所智慧化資訊機制」，並持續監測及精進成效評估指標。 (2)「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，請確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，並提全民健康保險會報告。 (3)於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含「提升院所智慧化資訊機制」成效指標監測結果及檢討)。 (4)於協商113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。
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	511.0	61.0	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。 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。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			(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，並持續監測NSAIDs藥物使用情形及管理成效。
提升保險服務成效	500.0	-100.0	1.考量健保財務困難，請中央健康保險署應積極爭取公務預算支應相關行政經費為宜。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)精進並提出能反映整體提升保險服務成效之評估指標，其精進之評估指標及執行成果請提全民健康保險會報告。 (2)於協商113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。
提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加速推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效(含執行目標及預期效益之評估指標)。
總計	15,779.2	-800.0	

壹、112年度總額協商－「醫院總額」  
與會人員發言實錄



## 壹、112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

會議開始前，請周執行秘書淑婉說明今日會議的安排。

周執行秘書淑婉

- 一、主委、各位委員、各位協商代表，大家早安。今天會議按照表定時間進行，所以等一下在左前方的螢幕上會顯現計時，我們會計算協商時間。原則上內部會議的時間，不管是付費者還是醫院部門的內部會議，基本上以該部門總時間的 1/3 的時間為限，醫院部門的內部會議時間大概是 60 分鐘。不管進去開幾次內部會議，我們會將時間累加計算，若已達 60 分鐘就建議不再開內部會議。
- 二、我們認為應該依照議程安排，在各總額部門表定時間內就應完成各該部門的協商，所以我們會準時來執行。因為今天的時間很緊湊，若時間到了雙方還沒有談成，就以兩案併陳為原則，如果雙方還有繼續協商的意願，就請通知健保會同仁，我們會安排在明天繼續做第 2 輪的協商。今天預計做這樣子的安排，麻煩大家掌握時間，以上說明。

周主任委員麗芳

- 一、各位委員大家好，今天是一年一度當中最重要總額協商時刻。話不多說，但是我期待，不管是醫療部門也好，或者是付費者代表也好，大家都能夠充分溝通跟討論，也期待能夠建立共識，今天所有的部門，我們都期待有一個圓滿的協商結果。
- 二、現在醫院部門 112 年度總額協商正式開始，從現在的 9 點 35 分正式計時。醫院部門的醫界代表由台灣醫院協會翁理事長文能率隊與付費者代表協商，請先進行 5 分鐘的簡要說明。

翁委員文能

主席、各位委員大家早安，首先代表醫院部門跟各位委員報告，先請林副秘書長佩菽做簡單的報告後，再開始協商。

周主任委員麗芳

好，時間 5 分鐘。

林協商代表佩菽

- 一、現場所有的長官大家早安，僅代表台灣醫院協會就所提出的 112 年度醫院總額協商方案跟大家說明。今年本會在醫院部門提出的協商主軸是在於補充過去預算所不足的部分，所以從今天的議程資料，可以看得出來雖然提了一個比較高的成長率，但其實都是真實反映醫院的需求。
- 二、在協商因素的一般服務部分，因為這幾年來我們一直都有在考慮是不是應該增加保費或者調整費率，所以就這個部分，醫院部門主張如下：
  - (一)在現行預算不足的情況下，一些新的醫療科技應該先行暫緩，所以在「新醫療科技」跟「藥品及特材給付規定改變」，預算編列增加金額是 0 元。
  - (二)針對「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」維持編列 10 億元、「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」維持編列 20 億元。
  - (三)有關「因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成醫院特材成本高於健保給付點數之補貼」，本項為因應國家衛生政策針對醫療特材的執行要求，全部的特材都應該要 single use(單次使用)，經過我們實際細算、精算這個部分實際的差額，要達到政策要求需要 30 億元的預算。
  - (四)有關「平衡長期偏低之醫院基本醫療服務點數」，也就是一般病房費跟護理費的部分，編列 50 億元的預算，希望能夠把護理費跟病房費長期比較缺的部分補齊。
  - (五)有關「平衡醫院部門實際醫療服務與總額額度落差(點值不平衡方案)」，我們都知道醫院部門從以前開辦到現在的點值從來沒有每點 1 元過，這幾年下來其實醫院在經營上非常困難，所以我們去年度也跟陳前部長時中討論，陳前部長時中有特別提到點數、點值的問題，其實是政策上缺失的部分，可

以在協商因素當中編列 0.5~1% 的成長率做逐年攤提，把不平衡的部分補齊，所以我們在這裡大概編了 80 億元的預算。

(六)「腹膜透析追蹤處置費跟 APD 租金」項目，是延續去年政策的要求，我們把它移到一般服務。

三、在協商因素的專款項目部分，我們看了這幾年在專款部分其實還有剩餘經費，所以希望在預算有限的情況之下，既有的專款專用的部分維持 111 年的額度，沒有新增預算。但是有新增幾項是這幾年我們試算過，這個部分必須要增加才有辦法讓整個醫療服務的推動更完善：

(一)「因應 COVID-19 新興醫療疾病解隔後續治療及疫苗施打副作用衍生之費用」，大概需要 9.9 億元。

(二)「新設醫院影響醫院總額資源分配」，我們都知道最近有很多新醫院的產生，這會造成地區預算分配上有很大的 Gap(差距)，我們希望這個部分可以有適當的調整，而且讓政府單位知道要核准新設醫院應該要考慮當地整個的實際情況，這個部分大概編列 10 億元的預算。

(三)「因應國健署肺癌篩檢陽性後續費用擴增」，預計明年大概增加 25 億元的預算，這個部分如果沒有增加預算的話，其實會排擠到一般服務，所以建議一定要編列預算，這個部分先跟大家報告。

四、有關於門診透析的部分，我們建議維持總成長率 4%，醫院部門成長率是 3.4%(註)。

(註：

1. 依照 112 年度總額協商架構及原則，醫院及西醫基層門診透析預算之計算方式：先協定年度透析服務費用成長率，再依 111 年第 1 季申報費用點數占率分配預算(醫院 52.878%，基層為 47.122%)。

2. 若 112 年度透析服務費用成長率 4%，450.89 億元，依上開點數占率拆分，醫院部門成長率為 3.4%，238.42 億元、西醫基層部門成長率為 4.682%，212.47 億元)

五、綜上，一般服務加專款及門診透析，醫院部門總成長率是 5.959%，以上說明。

周主任委員麗芳

接下來進行提問跟意見交流。請問委員有沒有要提問？請干委員文男。

干委員文男

- 一、今天是重要的日子，大家也不要多說了，在第 3 項「平衡長期偏低之醫院基本醫療服務點數」，有關護理的照顧，我希望各級醫院的護病比要確實調整，據我所知醫學中心沒有問題，但是有一些醫院還是達不到這個標準，希望能夠調整。
- 二、在薪資方面，醫院為鼓勵護理人員久任，多會對年資深的護理人員給予鼓勵，如果本項有通過的話，希望能一次性的調整。因為有年輕的護理人員跟我反應說：「資深的有鼓勵，我都沒有，我英語也可以通、可以做很多事情，我可以去別的地方工作」，若本項通過的話，希望能夠在護理方面給多一點關懷。

周主任委員麗芳

我們採統問統答，委員還有沒有詢問？請何委員語。

何委員語

醫院總額從過去幾年的執行來看，地區醫院有很多項目調整了非常高的支付標準，近年都超過區域醫院的支付標準，包括急診還有其他項目。建議明年度開始，區域醫院低於地區醫院的部分要調整，至少要調高到跟地區醫院相同的支付標準，這是我的建議。

周主任委員麗芳

委員還有沒有詢問？請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

- 一、針對「醫院總額」部分，原則上我們希望各協商項目的評核指標都不要出現「滿意度調查」，因為我們在 111 年度總額協商會議與 112 年度總額協商會前會中已多次提到，這樣的指標主

觀性高、解釋力有限，也無法反映醫療服務結果面的品質，所以請醫院總額再思考一下。

## 二、另外針對第 4 項「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」：

(一)分級醫療、壯大社區醫院非常重要，但事實上地區醫院在急診人次提升有限，代表可能還有存在其他結構問題，是否要再採用保障診察費點值的方式推動，應該審慎評估其手段與目的間連結上的適切性。

(二)鼓勵地區醫院假日跟夜間門診開診率的相關預算，已經滾入基期(110 年一般服務編列經費 5 億元，用於保障地區醫院假日及夜間門診案件每點 1 元)，現在地區醫院如果不再保障假日及夜間門診開診率提升，好像沒有具說服力的理由，所以醫改會還是希望能夠保留提升目標，並持續監測執行情形，同時能夠提出監測報告。

三、再來是第 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」：醫改會不反對透過提高醫院急重症的支付標準，來改變大醫院門住診服務的結構；同時，是否也應加強下轉誘因？並應同步減少上轉支付點數，這是互為配套。此外，也建議揭露每一家醫療院所的「初級門診照護率」來評估具體成效。

四、有關第 15 項專款項目「急診品質提升方案」，希望能夠評估目前的獎勵方式是不是能達到有效提升急診照護品質的效果，建議進行急診照護品質的監測。

五、有關第 19 項專款項目「鼓勵院所建立轉診合作機制」，長年「西醫基層」上轉件數遠大於接受下轉件數，差距還逐年擴大。可能需要通盤檢討操作方法的合理性，究竟要採取何種措施，才能夠做到真正的轉型。

六、在第 22 項專款項目、中長期改革計畫之一的「住院整合照護服務試辦計畫」，我們知道醫院端在執行上有許多的考量，但是我們希望能夠有多元的品質監測指標，比方像病人安全、院

內感染、跌倒的發生率、平均住院天數、聘任模式以及勞動狀況。有許多醫事人員的工會非常關心勞動條件，例如這些照護人力會不會被灌到護病比裡頭計算？還有醫院會不會用外包的方式層層剝削，反而造成勞動條件更差，連帶影響照顧品質。所以我們希望這個計畫在執行的同時，也能夠同步監測前述多元指標。

周主任委員麗芳

委員還有沒有詢問？請劉委員國隆。

劉委員國隆

就教醫院代表，我們一直在討論家庭醫師的概念，在這裡也要請你們等一下有機會說明一下，有關分級轉診，在預算編列上，或是各級醫院門診下轉的比例或執行率，訂定的指標為何？或者你們可以建立一個指標，自我期許真正達到一連串的效果，讓西醫基層可以勇敢的上轉給醫院，醫院也勇敢的下轉給西醫基層診所。這樣才能讓健保以後更好，拜託你們再思考看看，提出一個指標方案。

周主任委員麗芳

委員還有沒有詢問？都沒有的話，請醫院部門回應。

羅協商代表永達

一、主席、各位委員、先進大家早安，剛剛很多委員對地區醫院提出指教，我代表地區醫院做簡單的回覆。首先干委員文男提到護理人員薪資的部分，事實上護理人員真的是醫院的寶貝啦！大家都很爭取，地區醫院這一次提出的「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」方案裡面，其中1項就是長期以來都覺得地區醫院裡面的護病比較低，我們這次提出來，假設地區醫院將來可以比照醫學中心，比如護病比是1比9或1比5，我們希望將來的護理費或是病房費，尤其護理費能夠調高，這是在這一次預算編列部分，設定適當的加成，比照醫學中心護理費的支付，希望能夠達到剛剛干委員文男所提到的，不管在哪個層級裡面，做什麼樣的服務就應該有什麼樣的報酬。

二、第2個部分有關於剛剛提到地區醫院的調整當中，在人力的部分，包括急診及其他部分是否有成果？事實上我想跟所有的委員報告：

- (一)地區醫院在之前2次的總額協商提出最重要的部分，我們同樣設一個急診，平均每1個醫師所看的人數，事實上比醫學中心跟區域醫院少，可是我們為了要聘僱醫師，給付的薪資是一樣的，也就是地區醫院一樣用40萬元請1個急診的醫師，可是他平均看1個病人的成本，跟醫學中心是不能比較的，所以我們找不到好的醫師，也因為這樣才調整急診的診察費，用這樣的方式能夠請到好醫師來一起share(分擔)。
- (二)各位目前看到的可能是111年或者110年的數字，這段時間相關的保障措施雖然已經開始實施，可是因為疫情的關係，平均每1個診次的人數，不管哪個層級都大量減少，所以看起來夜間、假日、急診，就醫人次似乎不高。但如果換一個方向看，診次並沒有減少，可是它的總人數一定是減少，那是因為疫情的關係，所以各位目前看到的參考數字，似乎不能夠完整呈現全貌。
- (三)我想假日跟夜間開診的部分，除了保障醫師的診察費以外，我們其實也一直希望能夠保障點值，為什麼？因為有些項目執行的人數真的不多，可是逐漸在增加，目前地區醫院對於新聘醫師，都會要求他要看夜間、假日診，為什麼？因為希望可以share、分擔一些醫學中心跟區域醫院在急診或者是在假日的醫療可近性，這是我們現在努力的部分，只是很可惜，在過去的1、2年遇到了疫情，造成執行的成果不是非常的明顯，但是我相信繼續的努力，給予適當的資源補助，接下來會看到很多比較好的成果。

周主任委員麗芳

針對剛剛的提問，翁理事長文能這邊要不要再補充？請廖秘書長振成。

## 廖協商代表振成

- 一、針對委員提出的幾項意見提供看法。第一個是委員有提到一些住院指標的監控，我想相關指標監控醫界其實一直在做，健保署也都有公開品質指標。另外就是醫院評鑑，明年可能會開始醫院評鑑，醫策會目前也在訂相關條文，到時候會要求醫界對民眾公開相關的品質指標，所以相關的指標項目非常多，委員的意見到時候我們可以把它納入，因為未來還是得對民眾公開。
- 二、另外剛才委員有提到雙向轉診這個部分，雙向轉診醫院跟西醫基層一直都在合作，不管是健保署的家醫群，或是醫院跟當地的西醫基層，大家都成立一個組織，平常都有在討論、互動。病人的雙向轉診，其實雙方的資訊系統都已經建立好了，不管是病人上轉掛號或下轉掛號，甚至查閱病歷，相關機制都建好了。所以在健保署的6分區業務組，都有定期在討論怎麼做雙向轉診，剛才有提到要有一些指標可以來檢視，不管是下轉、上轉人次，或是說與西醫基層合作的家數，家醫群的群組，這個都可以來看。其實醫界跟健保署還有相關的西醫基層都一直在努力，這跟委員報告。
- 三、委員有提到急診品質提升方案獎勵效果要做監控的部分，我記得急診品質提升方案有一個辦法、制度在，如果認為有些指標不合適，健保署、醫界相關的專家人士，可以在那個方案裡面去做調整，委員建議的部分我們也可以從方案去做改善、調整。
- 四、另外還有提到監測成效的指標不要用滿意度調查，我想我們會盡力來參考。因為要看那個項目是不是有更適合的指標可以拿來使用，像雙向轉診可用轉診人次，或剛剛講的家醫群合作的家數或群組為指標，如果真的設定不到適合的指標，我們才會選滿意度，這個我們也會列入未來整個項目的檢討改善，以上先針對委員的幾項建議做回覆。

周主任委員麗芳

先請劉協商代表碧珠回應，再請朱委員益宏提問。

劉協商代表碧珠

我是區域醫院協會代表，今年的醫院總額協商草案，其中與分級醫療有關的調整支付標準部分，區域醫院還是要提出來。因為到目前為止，區域醫院門診診察費支付點數為三層級最低，但是從 2020 年開始的疫情期間，疫情剛開始發生時，首當其衝第一個站出來的是區域醫院，受疫情影響最大的前幾名都是區域醫院，受創最嚴重的也是區域醫院。但是長期以來，區域醫院在不不論是門診或急診的診察費支付標準，其實是相對偏低，所以今年我們希望支付標準可以做一些調整，拜託各位付費者代表可以支持今年編列的這項預算。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

雖然我今天不是協商代表，但是因為剛剛幾位付費者對於地區醫院有一些指教，作為社區醫院協會理事長，表達一下我的想法：

- 一、健保開辦到現在大概超過 27 年，健保開辦後導致地區醫院逐年萎縮是事實，20 幾年的問題，不可能在 2、3 年內，而且只編了 15 億元的預算，就希望能有顯著的成效。拜託付費者委員思考，對於分級醫療、壯大社區醫院這個方向是否正確？如果正確，就不能只有口號，而是必須編列相對的預算。從去年開始，壯大社區醫院編列 5 億元，今年編列 10 億元，現在討論明年，醫院協會的版本也是編列 10 億元去壯大社區醫院，但是去年與今年總共才 15 億元經費，如果大家認可這個方向，對於明年的經費就要給予鼓勵，拜託付費者能支持這樣的方向。
- 二、從 106 年蔡總統上任後，就持續推動分級醫療，106 年投入超過 100 億元的經費，對急重症支付標準做大幅度的加成，包括

最近才通過的「腎臟移植」支付標準調整，支付點數還增加了1倍，從一個手術約支付10幾萬元(含一般材料費及器官保存液費用支付192,092點)，變成30多萬元(含一般材料費及器官保存液費用支付384,183點)。對於急重症支付標準，歷年增加100多億元，當然這應該予以肯定，但是對壯大社區醫院投入15億元，很多付費者的期待可能比較高，希望馬上看到成效，向各位報告，要立竿見影的看到成效大概是有困難，但是如果方向對的話，持續做下去，效果一定能夠顯現。

周主任委員麗芳

本階段就是提問與意見交流，剩下最後的8分半時間，理事長是不是要總體回應？

翁委員文能

謝謝各位委員的建議，我剛剛已陸續回答，其他部分我們都會記下來當作參考，按照委員的建議來改進。

周主任委員麗芳

所以醫院部門沒有要再回應了嗎？好，如果沒有人要再回應，接下來就進行第二階段，雙方是不是要再進行內部會議？請何委員語。

何委員語

付費者代表要到隔壁的會議室進行內部會議，我們醫院的主談人是林委員恩豪，協談人第一位是侯委員俊良，第二位是劉委員國隆，另外邀請專家學者、公正人士盧委員瑞芬及陳委員秀熙參加，指導我們的內部會議，我們現在就到隔壁的會議室開會。

周主任委員麗芳

請幕僚同仁協助記錄內部會議的時間。

(付費者代表進行內部會議討論約1小時11分鐘)

周主任委員麗芳

各位委員請就座，接下來進行第二階段，由雙方提出討論後的版本，現在幕僚同仁已經將版本呈現在螢幕上，是不是先請付費者說

明。付費者代表的主談人是林委員恩豪，協談人是侯委員俊良及劉委員國隆，請林委員恩豪說明。

## 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：

### 一、一般服務：

- (一)第 1 項「新醫療科技」：增加 3,078 百萬元。
- (二)第 2 項「藥品及特材給付規定改變」：增加 1,138 百萬元。
- (三)第 3 項「平衡長期偏低之醫院基本醫療服務點數」、第 4 項「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」、第 5 項「提升重症照護費用，促進區域級以上醫院門住診費用結構改變」：不編列預算。
- (四)第 6 項「因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成醫院特材成本高於健保給付點數之補貼」：移到專款項目。
- (五)第 7 項「平衡醫院部門實際醫療服務與總額額度落差(點值不平衡調整方案)」：不編列預算。
- (六)第 8 項「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」：移到專款項目。
- (七)第 9 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」：扣減 11.4 百萬元。

### 二、專款項目：

- (一)第 10 項「C 型肝炎藥費」：增加 0 元(全年經費 3,428 百萬元)。
- (二)第 11 項「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」：增加 576 百萬元(全年經費 13,383 百萬元)。本項我們希望「罕見疾病藥費與罕見疾病特材」及「血友病藥費」不要分列預算，協定事項 2 點：
  - 1.提專案報告(含醫療利用情形、「罕病藥費」結算邏輯改變之影響)。

- 2.若評估需分列預算，請健保署於113年總額協商前，提出優缺點分析及分列之計算基礎。
- (三)第 12 項「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」：增加 0 元(全年經費 5,257 百萬元)。
- (四)第 13 項「鼓勵器官移植及術後追蹤照護」：增加 0 元(全年經費 5,208.06 百萬元)。
- (五)第 14 項「醫療給付改善方案」：增加 148.3 百萬元(全年經費 1,643.4 百萬元)。
- (六)第 15 項「急診品質提升方案」：增加 0 元(全年經費 300 百萬元)。
- (七)第 16 項「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」：增加 0 元(全年經費 210 百萬元)。
- (八)第 17 項「醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案」：增加 0 元(全年經費 100 百萬元)。
- (九)第 18 項「醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」：增加 0 元(全年經費 1,100 百萬元)。
- (十)第 19 項「鼓勵院所建立轉診合作機制」：增加 0 元(全年經費 224.7 百萬元)。
- (十一)第 20 項「網路頻寬補助費用」：增加 0 元(全年經費 200 百萬元)。
- (十二)第 21 項「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」：編列在專款，經費不變(全年經費 15 百萬元)。
- (十三)第 22 項「住院整合照護服務試辦計畫」：增加 300 百萬元(全年經費 600 百萬元)。
- (十四)第 23 項「精神科長效針劑藥費」：增加 0 元(全年經費 2,664 百萬元)。
- (十五)第 24 項「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」：增加 0 元(全年經費 300 百萬元)。

(十六)第 25 項「因應 COVID-19 新興疾病解隔後續治療衍生費用」：  
：未編列經費，說明如下：

- 1.請持續監測長新冠確診者後遺症醫療利用情形，定期提報以利後續評估。
- 2.因應疫情，民眾提升自我健康管理，減少醫療利用(如：上呼吸道感染件數減少)，考量總額概念，宜整體運用總額提供服務。

(十七)第 26 項「新設醫院影響醫院總額資源配置」：未編列經費。

(十八)第 27 項「因應肺癌篩檢疑似陽性個案健保後續費用擴增」：  
編列 1,000 百萬元，用於國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用。

(十九)第 28 項「平衡長期偏低之醫院基本診療服務點數」：建議  
名稱修改為「促進醫療服務診療項目支付衡平性」，編列  
1,000 百萬元，協定事項 3 點：

- 1.通盤檢討醫療服務支付標準合理性。
- 2.健保署應於111年12月底前提出具體實施規劃，包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程，並定期提報執行情形。
- 3.應運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算。

(二十)第 29 項「因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成醫院特材成本高於健保支付點數之補貼」：編列 300 百萬元。  
協定事項 2 點：

- 1.宜提出實施規劃，包含健保給付醫療器材影響檢討之分年目標及期程。
- 2.不足部分由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算、特材價量調查調整點數所節省金額支應。

(二十一)第 30 項「癌症治療品質改善計畫」：編列 402 百萬元，  
協定事項 3 點：

- 1.執行目標應含服務人數。

2.考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。

3.節流效益應適度回饋總額預算。

(二十二)第 31 項「慢性傳染病照護品質計畫」：編列 180 百萬元。

(二十三)最後是「品質保證保留款」：增加 45.5 百萬元。

以上是付費者的版本。

周主任委員麗芳

好，謝謝付費者代表主談人林委員恩豪詳細的說明。

林委員恩豪

主席，我可以多講幾句話嗎？

周主任委員麗芳

請林委員恩豪。

林委員恩豪

- 一、向醫事服務提供者說明，健保總額每年不斷成長，支付點數其實也一直在調升，照理來講，付費者並未虧欠醫事服務提供者。甚至在去年服務量因為疫情影響大幅下降，健保仍予以保障收入。
- 二、說明付費者方案的思考邏輯，首先是醫界提供了什麼新服務，再考量付費者是不是需要這些服務，是否要花錢購買？今年付費者覺得可能不需要買這麼多服務，或是暫時沒有這個需求。
- 三、請醫事服務提供者稍加思考，未來可以慢慢說服付費者委員，你們有 1 年的時間可以去說明所提出的方案確實有其必要性，也許未來的付費者就會買單，希望可以在健保會就達成共識。而不是硬將想要賣出的項目丟給衛福部決定，感覺上有點硬要付費者買單的感覺，建議能互相尊重，慢慢說服付費者。

周主任委員麗芳

針對剛剛付費者代表提出的版本，醫院代表是否有不清楚的地方要提出討論或回應，或者你們現在就要再去做討論。請謝協商代表文輝。

#### 謝協商代表文輝

- 一、剛才聽到林委員恩豪的意見，我也覺得很認同，本來在協商的時候，若新年度要增加預算，就要提供新的服務，除非去年在執行上覺得有不足的部分，我們再回補，這點我同意。
- 二、針對剛才付費者代表提出的方案，有幾點很基本的觀念需要大家深思，就是醫院代表提出的幾項協商項目，付費者方案都沒有編列經費，認為沒有必要。第一是我們提出健保總額歷年來與實際申報數一直都有差距，依剛才的報告，點值從來沒有每點 1 元，這是常態。當然各位委員會認為既然是總額支付制度，怎麼會有財務落差？這樣的說法從健保會提供的資料也是一樣的主張，表示長官也是這樣的看法。我覺得這樣的說法有一部分對，因為總額採上限制，所以今年的總額在去年協定後，預算額度就已經固定，今年執行下去大家就願賭服輸，就是經費不足，醫院也要自行吸收，這合情合理。
- 三、像這幾年遇到 COVID-19 疫情，就診量大幅減少，很感謝健保會付費者代表沒有因此向醫界要錢，所以去年西醫基層總額的點值就超過每點 1 元，這就是總額採上限制的精神，即使預算不足也不會來健保會要錢，因為本來就沒有財務落差。但是我為什麼說是部分對，因為總額支付制度的設計，是依據 91 年衛生署(衛福部前身)刊布的醫院總額支付制度研議方案，這其實是一本現在總額支付制度實施的遊戲規則，當時曾召集專家學者共同擬訂，主持的學者是李玉春老師，她也曾擔任費協會的主委。
- 四、總額當年度是上限制沒有錯，這也是大家所認定，但是當年執行結束，在協商第 2 年的時候，開宗明義講得很清楚，為了讓健保財務能夠平衡，正本清源的做法就是落實財務責任制度，

在健保局努力控制醫療費用之餘，今年執行結束如果有財務缺口，就要依法調整費率以為因應，但若付費者沒有意願配合調整費率，就要依保險自給自足的原則，調整部分負擔或減少給付項目，以維持財務收支平衡。所以，總額當年度是上限制，但是其實第2年就應該要調整，包括有很多項目，如對偏遠地區的加成或編列較高的預算，在研議方案都寫得很清楚，當時總共召開17次會議。所以要拜託主委，讓每位參與協商的代表都能取得這本資料，了解遊戲規則是怎樣訂，這也是醫院團體為何提出這項訴求，因為長期以來，總額與實際申報數1年就差距5、6百億元，開始實施總額就不夠5、6百億元。

五、依據上述的遊戲規則，我們對於「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」經費都編列0元，因為我們認為在總額預算已經不足之下，應該要考慮縮減服務項目和給付範圍，而不是再增加，就遊戲規則的道理是如此。當然這是歷史的共業，已經實施20年的總額支付制度，要一次解決可能有困難，但總是要開始起步、逐步改善，不然到後來醫院絕對撐不住。現在總額與實際申報數已經平均都差距10%，總額一開始實施就先打9折，執行下去每年累積，這2、3年醫院的財務沒有發生很大的衝擊，就是因為疫情，受疫情影響，普遍性的就醫確實有下降，所以財務的壓力才沒有破掉，不然其實早就應該要破了。

六、依公開在網路上的109年醫院財務報表，已經有近3分之1的醫院，醫務的收支餘絀是紅字，這個情況再下去的話，不是醫療院所願不願意提供健保服務，而是沒有能力提供良好品質的健保服務，請大家深思。所以我們為什麼提出總額有財務的落差，但付費者認為不需要。因為時間的關係，其他的我後續再說明。

周主任委員麗芳

向大家再次說明，在健保會所有委員的同意下，今年度若時間到我們就兩案併陳，所以醫院部門的時間是到 12 點 5 分，距離現在還有 40 分鐘。接下來醫院代表針對付費者的方案，是不是要再去協調一個修正後的版本？現在已經是最後的 40 分鐘，請把握時間。

翁委員文能

我們等一下可能需要再去協調一下，不過在協調之前，有幾項專款費用須提醒委員：

- 一、第 25 項「因應 COVID-19 新興疾病解隔後續治療衍生之費用」，這是一個新興傳染病產生的後遺症，照理說應該是 CDC(疾病管制署)支付這筆費用，而不是由總額支應。這些經費如果全部由總額支應，就跟過去所有委員的意見有所抵觸，因為是新興傳染病，衛福部要將本項支出移過來由健保支付，若沒有編列預算，將來會是一個問題。
- 二、第 27 項「因應肺癌篩檢疑似陽性個案健保後續費用擴增」，是因為 Low-Dose CT(低劑量電腦斷層檢查)肺癌篩檢後，將產生後續的治療，這點跟在座的委員提醒，因為總額就這麼多，本項若不編列預算，就會排擠其他的醫療服務。我同意到時候有多少預算，就提供多少服務，不夠的部分，將來納入的服務項目可能就要好好考慮。
- 三、另外還有第 29 項「因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成醫院特材成本高於健保給付點數之補貼」，依過去的法規，很多的醫療器材是可以 reuse(重消再利用)，價格就會降低。現在因為衛福部訂定新法規，不能再重新消毒，增加的費用照理說應該要編列預算，否則預算如果不夠，到時候這些材料的成本增加，可能要再想辦法與健保署討論，看是消費者自付還是如何處理，這項經費要怎麼算，變成很複雜的問題。接下來我們就針對付費者剛剛提出的版本，再進行內部討論。

周主任委員麗芳

健保署也有提問，請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

- 一、謝謝讓健保署也有再補充說明的機會。第 11 項「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」，付費者代表現在提出來的是增加 5.76 億元，這部分原來本署希望能夠增加 11.38 億元，原因是這裡面最主要是罕病藥費，付費者如果只願意增加 5.76 億元，就只有自然成長，罕病新藥大概就沒有經費可以收載。
- 二、目前還是有很多罕藥透過 Horizon Scanning(前瞻式新藥及新給付範圍預算推估登錄作業及平台)在等待收載，病友協會也很希望有一些罕病患者在等的新藥能有機會引進，在此建議付費者代表，罕病藥費與血友病治療藥費如果一定要合併的話，總經費可能還要再增加 5.6 億元左右，比較能夠適度反應用藥需求。當然還是不夠，說實在的罕藥現在是越來越貴，目前的經費還是不夠，但是比起通通沒有，還是有一點空間可以來滿足部分罕病病友的需要。

周主任委員麗芳

接下來的時間就交給醫院部門，但是要在 12 點之前回到現場，因為 12 點 5 分我們要做最後的決定。

翁委員文能

好，給我們差不多 20 分鐘的時間。

(醫院部門代表及付費者代表各自進行內部會議討論約 21 分鐘)

周主任委員麗芳

醫院部門有提出新的版本嗎？(醫院部門回答有)幕僚同仁是不是可以協助將新的版本呈現在螢幕上，如果有紙本資料也可以印出來提供給大家，看得比較清楚。我們現在要看螢幕，請幕僚同仁把螢幕放下來。為爭取時間，直接改在螢幕上用不同的顏色標明，請理事長說明修改的部分在哪裡？

翁委員文能

我們經過開會討論，為了配合行政院核定的總額成長率上限，合乎行政院的規定，做了 2 項修正，就是第 3 項及第 11 項，請林副秘書長佩菽說明。

林協商代表佩菽

- 一、醫院部門進行內部討論後，有大幅度的修正，剛剛翁理事長特別提到在協商大表編號的第 3 項「平衡長期偏低醫院的基本服務點數」，原本提出的預算是 50 億元，現在下修為 20 億元；另外 1 項是第 7 項「平衡醫院部門實際醫療服務與總額額度落差(點值不平衡調整方案)」，原本的預算是 80 億元，下修到 30 億元。
- 二、在此特別向所有委員報告，長期以來，醫院部門一直很關注點值及支付標準的衡平性，因為我們希望能夠提供的是恆常穩定的醫療服務，所以今年提出的這些項目對醫院部門來講都是缺一不可，希望能先將不足的項目調整好，才有辦法再提供新的服務，這是我們要一再強調的部分。最近報紙也一直在報導健保費率是否要調整，所以醫院部門還是要再次提出，「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」，長期以來都是會產生排擠效應的項目，因此，希望在整體預算不是很充足的情況下，這 2 項先行暫緩。
- 三、剛剛聽到付費者的版本，希望將「因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成醫院特材成本高於健保給付點數之補貼」移到專款項目。上午在討論的時候，醫院代表其實也有提到，這個問題其實是涉及政策制定，因為政策要求醫院不得再使用重處理的特材，必須都是 single use(單次使用)，我們也非常務實的將所有醫院的資料檢視一遍並重新計算，能整併的整併、能節省的節省，最後發現所需預算最低仍要 30 億元，所以付費者提出的 3 億元，對醫院來講真的很為難，我們非常希望之後例行的手術不要受到影響，所以還是希望大家可以體諒，這是我們提出 30 億元預算的主因。

- 四、在專款項目部分，我們統計過這幾年專款項目的實際執行情形，其實預算都還有剩餘，我們也知道專款項目採零基預算概念，如果經費沒有用完，其實就是回到健保安全準備。所以對於整體專款項目，我們所新增的幾項，真的是因應國家政策因素，特別是第 25 項「因應 COVID-19 新興疾病解隔後續治療及疫苗施打副作用衍生之費用」，編列 9.9 億元是經過與健保署妥適的試算，而且是針對疫苗部分，特別是小朋友部分，這些小朋友只要一有副作用，一定是先送到醫院救治。免疫球蛋白費用其實非常高，如果沒有這筆預算做處理，就會排擠到一般服務。我們只編列 9.9 億元的經費，還是希望大家能再予考量，如果沒有編列經費，建議落入文字，這部分應回歸防疫基金或由 CDC 支付。
- 五、有關「因應國健署肺癌篩檢疑似陽性健保後續費用擴增」，本項也是國家衛生政策要求，醫院部門也只能夠接收。
- 六、剛剛付費者特別提出說希望我們能再考量，說服未來的付費者。其實醫院部門也希望提出來，這幾年對於健保中長期改革計畫，事前都沒有與所有的承辦單位進行討論，在實際執行面，也面臨相當大的困擾，特別是對於「住院整合照護服務試辦計畫」，醫院部門今年為什麼不增加預算，是因為本計畫目前為止還沒有開始執行，實際執行成效與狀況並不清楚，為了讓錢用在刀口上，在不曉得計畫實際執行情況下，希望先暫時維持可以營運的狀態。
- 七、有關「癌症治療品質改善計畫」編列 4.02 億元及「慢性傳染病照護品質計畫」編列 1.8 億元，其實這 2 項原先都有公務預算支應，我們當初未編列經費的主要原因，還是希望這 2 項能繼續使用公務預算。其他的部分，我們可以後面細節再討論，等到醫院行有餘力的狀況下，我們再來做這幾項。
- 八、有關「新設醫院影響醫院總額資源配置」項目，還是要再次強調，其實新醫院的設立都是經過政府單位同意，最近可能也是

選舉到了，我們看到很多選舉上的一些政策，都是新醫院要開設，要開設醫學中心、要增加多少醫院，這個部分其實對醫院的地區預算，造成很大的衝擊。所以希望付費者還是要幫我們考量，新醫院設立後，真的有很大的影響，特別是點值稀釋特別嚴重。我們也計算所有新設醫院明年可能會增加的預算大約 30 億元，但只提出 10 億元的預算，希望大家能予以考量。

九、其實醫院部門這次提出來的方案，真的不是隨便提，也不是漫天要價，而是真的有去試算，也考量實際的因素。當然大家會覺得有點意外，認為我們提出的項目與付費者的想法不大一樣，但我們是就醫院部門實際需求的項目與費用真實的提出來，請大家多加考慮。

周主任委員麗芳

接下來有關付費者的第 2 個版本，是不是針對有修改的部分向大家說明？

林委員恩豪

一、針對我們修改的部分，第一是回應健保署的訴求，將第 21 項「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」項目增加 11.36 億元，以支持罕病照顧；另外修改的是第 25 項「因應 COVID-19 新興疾病解隔後續治療衍生之費用」，剛剛提到 CDC 其實有編列費用，所以我們希望本項併入第 31 項「慢性傳染病照護品質計畫」一併處理。

二、付費者的想法是，如果該項目編列的預算是用在調升支付點數、調升點值，比較不會獲得付費者代表的支持。其次如新設醫院，應該是屬醫事服務提供者供給面的成本，若由健保支應，似乎不太恰當。以上是整體說明，如果其他個別委員有意見，也可以再補充。

周主任委員麗芳

醫院部門場次剩最後的 3 分鐘，目前看起來還是有明顯的差距。請問還有其他意見嗎？請蔡副署長淑鈴。

## 蔡副署長淑鈴

健保署第 2 次發言，非常的感謝，付費者版本針對「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」項目進行修正，對病友是個幫忙。另外就是協定事項的文字，再向付費者代表稍做說明。

- 一、有關第 28 項(促進醫療服務診療項目支付衡平性)及第 29 項(因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成醫院特材成本高於健保支付點數之補貼)，基本上都有納入協定事項：「應運用醫療服務成本指數改變率所增加的預算」。112 年度「醫療服務成本改變率所增加的預算」在醫院總額是 19.62 億元，因為分屬不同項目，建議希望能夠列入協定事項，究竟第 28 項及第 29 項各自要從「醫療服務成本改變率所增加的預算」挪用多少金額，這樣才能真正處理，否則我相信醫界代表不會同意我們挪用，所以在這裡能不能也列入協定事項？
- 二、另外就是第 29 項協定事項的第 2 項，其中有一點是希望能夠用特材價量調查調整點數所節省的金額支應。因為特材的價量調查所節省的金額其實非常少，所以建議改成藥物價量調查，就是含藥品價量調查，這些文字如果一定要寫，建議寫在協定事項第 2 點會比較好。這樣的補充是希望協定事項可行，否則寫在那裡，如果不可行，那就不如刪掉，以減少本署與醫界間的後續爭議。

## 周主任委員麗芳

- 一、謝謝蔡副署長淑鈴的補充，正好時間到了，目前醫院部門就以兩案併陳方式報部，特別請部門特別留意幾件事情。首先，112 年度醫院總額，因為付費者代表與醫院部門代表未能夠達成共識，如果你們雙方還有繼續協商的意願，也徵求雙方代表同意，請在今日協商會議結束前，通知健保會的同仁，我們會安排在明天繼續處理；如果沒有意願繼續協商，就請將各自的建議方案，包括確認協定事項的文字，然後在 9 月 22 日上午 9 點以前送健保會彙整。

二、依據 112 年度總額協商程序，請雙方依據今天的協商結論辦理以下事項，併入各自的建議方案，必要時請健保署協助：

(一)以結果面為導向，調整新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。

(二)新增專款項目未提出預估試辦檢討期限者，請提出以幾年為檢討期限。

(三)需修正項目名稱者，請提出修正後之項目名稱。

三、醫院部門兩案併陳，再次感謝付費者代表，包括總召集人何委員語，還有主談人林委員恩豪，協談人侯委員俊良、劉委員國隆，以及盧委員瑞芬、陳委員秀熙的充分協助，當然也包括今天在翁理事長文能帶領下的全部醫院部門代表，再次感謝大家，醫院部門場次協商就到此結束。

(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

一、各位委員，門診透析服務費用協商即將開始，開始前我先宣布一下，幕僚同仁提醒我們今天的總額協商結果，請各位委員不要對外宣布，我們部內會統一對外說明，這邊再提醒一下委員。

二、本場次門診透析服務費用總協商時間是 40 分鐘，即至下午 1 點 10 分必須結束，現在第 1 階段(「提問與意見交流」)總時間是 20 分鐘，先請門診透析協商代表做簡短的 5 分鐘重點說明，請說明。

羅協商代表永達

一、主席、各位委員大家午安！參加門診透析服務費用協商這麼多年，今年情況比較特殊，第 1 個，請大家參閱會議資料第 69 頁，整個腎臟醫學會，包括所有門診透析單位同仁，經過大家的督促及努力，我們繳出 1 張漂亮的成績單，透析人數成長率減少，從 7.4%(2005 年)降至 1.9%(2021 年)。患者開始透析的平均年齡，從以前 60 幾歲增加至 108 年 67.5 歲，而且又是在人

口老化這麼多的情況下造成的結果，之前幾次協商委員所提相關問題，這張附圖給予很適當及肯定的成績單，請大家參考。

- 二、第 2 個，今年協商與往年不太一樣，因有 COVID-19(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)影響，再加上通膨狀況，大家知道四個總額協商中，最特殊的是門診透析，因為它沒有所謂的低推估，也沒有高推估，所有的 CPI(Consumer Price Index，消費者物價指數)值與非協商因素，全部沒納入協商的基本範圍，我們在這麼多年的協商中，有幾個基本數字請大家參考。
- 三、整個透析人數成長率很嚴格控管，我們政府一直想盡辦法推動 Pre-ESRD(末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫)、照護 CKD(Chronic Kidney Disease，慢性腎臟病)，用所有方式減少透析人數成長率的情況下，這是個剛性成長，這種成長過程再加上這次的 COVID-19 疫情，政府的所有補助幾乎都是給醫院或其他診所，但是醫院的門診透析部門成本大量增加，這方面完全沒接受到任何其他補助，除非有確診，可是所有的防範措施都需要很大的成本投入。再加上目前其他部門總額協商都有非協商因素，其中包括 CPI，但是目前門診透析服務費用沒有低推估，我們必須將通膨狀況向大家報告。腎臟醫學會在「112 年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會」中，提出透析病人成長 1.9%，加上維持品質透析成本增加 2.1%，這是我們今天提出門診透析預算總成長率 4%的主因。
- 四、我再提出幾個說明，在這麼多品質優化的情況下，須靠很多經費支持，例如，目前各醫院的設備及新科技一直進步，進步過程中，有種東西叫「高效率的人工腎臟」，比如有人洗腎完全身皮膚變癢，有些抗體會產生，目前已有新的設備可以解決此問題，可是用 1 次要 1,200 點，目前給付透析的點數也不過 3,912 點，所有醫師面臨的難題是既不能收自費，這些新科技設備也不知道該不該使用？若未來的預算沒給予充分支持，則品質沒辦法提升，所以今天協商，我們除了提出透析人數成長率

減少及提升透析品質的成績單外，希望大家能在這方面給予支持，並拿到更好的預算來維持好的品質，這是我們今天提出總成長率 4% 的主要背景說明。

周主任委員麗芳

還有其他門診透析協商代表要補充說明嗎？時間仍有 1 分半鐘。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！我是醫師公會全國聯合會張協商代表孟源，延續羅協商代表永達的說法，我們腎臟科真的非常努力，請大家參閱會議資料第 68 頁，過去多年來，關於腎臟病人進入透析前使用 NSAIDs(非類固醇抗發炎藥物)的比例逐年漸少，這有助於腎臟病防治，讓病人進入透析的比例也逐漸降低。
- 二、我們過去多年的努力，很謝謝健保會委員及健保署長期督促，可以看見透析發生率也逐年降低，尤其去年可能是因新冠肺炎關係，透析人數從早年占年成長 7.4%，110 年已降至 1.9%，大家努力的方向正確，如何減少讓病人進入洗腎...。(時間鈴響)

周主任委員麗芳

不好意思，因為說明只有 5 分鐘，時間已經到了，等一下綜合討論再請您補充，現在先請委員提問，有沒有委員要提問？若都沒有，剛剛被我打斷發言的張協商代表孟源...。何委員語您要發言嗎？

何委員語

沒有，我是要介紹門診透析服務費用協商付費者主談人是干委員文男，協談人是張委員鈺民及吳委員鴻來，因為門診透析與醫院總額關係很密切，仍請盧委員瑞芬及陳委員秀熙指導我們，好不好？若付費者代表沒有意見，請至隔壁會議室進行內部會議討論，好不好？

周主任委員麗芳

等一下，請剛剛被我打斷發言的張協商代表孟源簡短說完，好不

好？

張協商代表孟源

我們如何讓病人減少透析及透析人數減少，我國透析盛行率是全世界最高，經過大家的努力，從NSAIDs可以看出有些藥品不當使用減少，讓病人延緩進入透析，最近有個SGLT2(糖尿病治療新藥)，目前這個藥物可用在心臟衰竭、糖尿病，但是慢性腎病不能使用。目前SGLT2有很多報告，可以延緩慢性腎病5至7年進入洗腎，我們希望能將有些預算用在SGLT2，讓慢性腎病的病人有機會使用這個藥物，減少透析人數，我們知道這個方向正確，現在慢性腎病的病人是最弱勢的一群，他們本身要自費，為什麼心臟病、糖尿病的病人可以使用？為什麼腎病的病人沒辦法使用？希望各位委員能在這方面多多協助。

周主任委員麗芳

最後1位，請林理事元灝，可以再說明的時間是10分鐘，目前時間剩下2分多鐘，請說明。

林理事元灝

主委、各位委員大家好！我代表腎臟醫學會，因為我們黃理事長尚志仍在居家隔離中，所以由我代表，我就門診透析部分向各位說明。剛剛張協商代表孟源提到SGLT2，我們腎臟科目前已經開始使用，而且效果不錯，對於預防腎病的效果很好，預期未來幾年透析人數仍會再逐漸減少，我們今年所提預算，仍請各位委員給予支持，我們的預算是用來治療目前ESRD(末期腎臟病)的病人，不管是在維持品質或症狀消除與治療的醫材上，都需要一些支持，懇請各位能夠給予通融，謝謝。

周主任委員麗芳

接下來的時間請付費者代表內部會議討論一下。

(付費者代表進行內部會議討論約26分鐘)

周主任委員麗芳

請付費者代表入座，因為本場次預計在1點10分做最後的決定，請

先看付費者代表版本，主談人是干委員文男，請干委員向大家說明付費者版本。

干委員文男

一、所有的醫界協商代表，我們付費者在內部會議爭執一段時間，時間有點耽誤，我先說明協定事項，再提總成長率，我們不走回頭路，希望1次解決。

二、協定事項：

(一)112 年度門診透析服務之新增預算，優先用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質。

(二)請中央健保署辦理以下的事項：請會同門診透析服務相關團體，於111年12月底前提出鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質之具體實施計畫(包含設定提升腹膜透析之執行目標、提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)，並提健保會報告。

三、以上是付費者代表的協定事項，其他2位協談人有沒有補充？

周主任委員麗芳

沒有補充，好，謝謝干委員文男，總成長率的部分要再說明嗎？或是直接看螢幕上試算表的數字？

干委員文男

我剛說我們付費者在內部會議爭執很久，你們也很辛苦，雖然最近這段期間你們的成績很漂亮，但是資源有限希望無窮，希望今天不要來來去去協商這麼多次，付費者代表總成長率就訂3%，不再回頭協商。

周主任委員麗芳

請門診透析協商代表發言。

羅協商代表永達

一、我們是所有總額部門中最希望與大家達成協商共識的，我們很早就坐在這邊，但是沒給我們很長的回應時間。首先針對干委

員文男所提協定事項有點意見，腹膜透析本身需要條件，不是越多越好，這麼多年來，整個門診透析相關單位，包括健保署、衛福部，相關單位都一直在推動腹膜透析，推不動的原因不是大家不往這邊執行，而是確實有相對的副作用，應在適宜的情況下，而不是像剛剛協定事項所列，仍要在現有基礎上增加多少，這反而是侵犯專業，我們不建議將加強推動腹膜透析寫在協定事項中。

二、大家知道總成長率 3%連今年 3.25%都達不到，無法面對通膨及未來品質提升需求，目前的點值是因「門診一般透析」的支付點數從 4,100 多點降至現在 3,912 點，這麼多年來我們醫師診察費一毛錢都沒增加，因為健保對透析是採 package(包裹給付)概念，按照這個邏輯，包括現在的通膨、未來品質，我們想努力的部分，3%連滿足基本的需求都不夠，我們本來很希望能盡量協商，在彼此能接受的極限下做個溝通，可是主席給我們的時間只剩下 1 分鐘。

三、希望能給比 3%更高的成長率，我們原提的 4%成長率願意降，可是與付費者的期望差很多，建議可以折衷用 3.6%？若不同意就兩案併陳，因為付費者代表也是同個道理，同不同意？若不同意，就兩案併陳，醫界版本是 4%，付費者版本是 3%，我們直接兩案併陳送部裁決，再次強調我們非常有誠意，希望這次能達成協商，但是我們看不到付費者的誠意。

周主任委員麗芳

等一下，因為門診透析協商代表剛剛拋出意見，我先徵詢付費者主談人的想法。

張委員鈺民

其實付費者代表也希望馬上達成協商共識，就剛才張協商代表孟源的說明，我們同意減少透析人數的說明，透析人數這幾年的成長率約 2%，健保署建議門診透析服務之新增預算用於腹膜透析，剛才也解釋得很清楚，所以付費者希望在 2%的基礎上，再加 1%，即剛才

提的成長3%。至於剛說的意見有些已經涉及支付標準，我們不在這邊討論，剛才羅協商代表永達提3.6%，我們也希望1次談定，但是原則上付費者有個小小共識，成長率不會超過健保署所給的意見。

羅協商代表永達

所以？

張委員鈺民

接不接受3.25%？不會超過。

羅協商代表永達

3.25%？我確定一下，付費者代表現在提出的總成長率是3.25%，是不是？(付費者代表回應沒有)若沒有就不是這個意思啊！現在若願意協商，我們願意降至3.6%，請問付費者代表所提3.0%有沒有再修改的空間？若沒有，則兩案併陳，醫界希望用原來的版本4%，若有協商空間，我們另外再找時間協商，或是現在協商都可以。

干委員文男

大家都冷靜一下，剛才張委員鈺民提出的成長率是我們的想像，但是阻力也很多，腹膜透析是政策鼓勵方向，若大家有這個意願，先回去冷靜一下，明天有意願再來協商，若沒有，付費者方案就用3%計算！

周主任委員麗芳

最後1位，兩邊都是最後1位。先請張協商代表孟源，再請何委員語。

何委員語

主席，我們向其他總額借10分鐘協商，向西醫、牙醫或中醫部門各借5分鐘好不好？

周主任委員麗芳

不行，幕僚同仁特別叮嚀各部門協商時間已固定，而且他們也有勞基法規定，所以不宜。請張協商代表孟源。

何委員語

借晚餐10分鐘，好不好？

張協商代表孟源

- 一、關於剛剛羅協商代表永達說的協定事項部分，相信大家對洗腎病人的照顧應該不分腹膜或血液透析，請大家參閱今天的會議資料第68頁，好像腹膜透析病人的存活率較高，但其實向各位委員報告，因為能接受腹膜透析的病人都比較年輕，能自己在家操作，很多年長者不可能自己換藥水，所以千萬不要認為腹膜透析對病人比較好。
- 二、所以要加強腹膜透析品質、執行目標、具體措施等，是不是應該是提升「腹膜透析」及「血液透析」？要加上「血液透析」的品質，共同品質提升，因為這接受透析的9萬多人我們不要去分彼此，所有尿毒症病人的照護品質皆要兼顧，是不是可以在協定事項上再加上「血液透析」？這樣才有衡平，因為80%的病人是血液透析，而且很多都是年長者，甚至有90歲、100歲的病人，他們也需要照顧。

周主任委員麗芳

我們討論時間到了，因為剛剛付費者代表在內部會議討論時間較多，但是現在必須做個決定，只不過若雙方要再繼續協商的話...

羅協商代表永達

給我1分鐘可以嗎？

何委員語

主席，我們借晚餐10分鐘嘛！讓他說個話。

周主任委員麗芳

好，1分鐘。請羅協商代表永達。

羅協商代表永達

我想重申，我們真的非常有誠意希望能達成協商共識，我們仍有很多努力空間，但是剛剛干委員文男說我們是否願意接受3.25%，是不是可以再協商？我就這2個說明：

- 一、第 1，我代表醫院與西醫基層兩個部門接受總成長率 3.25%。
- 二、第 2，協定事項請付費者代表一定要斟酌，不要列上腹膜透析，之前曾有次災難，大家一直在推腹膜透析，包括醫院與醫學中心需要多少%，結果造成很多原本不該做腹膜透析的病人變成做腹膜透析，這件事情非常專業，建議不要列在協定事項裡，我們醫界接受 3.25%，是不是得到 1 個圓滿的落幕？

周主任委員麗芳

好的，何召集人語您一直點頭，是怎樣？

何委員語

請主談人。

周主任委員麗芳

請主談人干委員文男。

干委員文男

你贊成總成長率 3.25% 就定案，至於文字部分我們再修正，是不是？

羅協商代表永達

是，我們認為那個真的會侵犯他們專業的判斷。

干委員文男

協定事項會後修，但是這個腹膜透析是上面交代的政策，我們...。

陳組長燕鈴

報告，協定事項一定要確認，這筆新增費用到底要不要優先用於鼓勵加強腹膜透析的品質，要或不要？這個要確定。

干委員文男

付費者總成長率提 3%，0.25% 用於鼓勵腹膜透析...。

羅協商代表永達

不可以用 0.25% 去做腹膜透析，3.25% 就是我們協商的結果，我們建議協定事項裡一定要做這些事情。

干委員文男

你們回去想一下，我們也冷靜一下，若你們有誠意，明天我們再協商。

羅協商代表永達

我們本來就很有誠意，你講這...。

周主任委員麗芳

好，請停止爭論，剛剛看到一直點頭，可是最後仍破局，112年度門診透析服務費用，因為付費者代表與醫界代表未能達成共識，若雙方均有繼續協商意願，在徵得雙方代表同意後，請於今日協商會議結束前通知本會同仁，安排在...。

張協商代表孟源

主席，剛剛干委員文男提到腹膜透析的執行目標，不知道是什麼？它是個很空泛的執行目標，剛剛醫界的建議是鼓勵腹膜透析，還有血液透析，即加上「血液透析」為共同執行目標，這樣醫師才會有根據，像我們要對洗腎...。

周主任委員麗芳

這樣子，我有個建議，因為協定事項的文字現在雙方討論不出來，先再討論一下，看起來雙方的意見已經很接近，要不要明天大家再來一趟？或等到今天健保署的其他預算協商完，借10分鐘給你們，10分鐘能夠討論出來嗎？或是要用晚餐10分鐘？大家不要嗎？

林理事元灝

- 一、主席，我向各位委員說明一下，因為我本身在做透析，過去已有給腹膜透析優先的條件了，第1個，腹膜透析追蹤處理費以每點1元支付，這個費用優先保障，等於已經鼓勵腹膜透析了。
- 二、再來，過去醫學中心都用腹膜透析占率15%當作審核醫院評鑑的標準，這也是另1種推廣方式，這樣的方式對醫學中心而言非常痛苦，因為會造成政策干預醫療專業，這項我們一直持續反對，但是對於健保點值以每點1元支付則沒意見，這部分已經在推廣，委員不必在這方面著墨，因為沒有差別。

周主任委員麗芳

這樣子，剛剛何召集人語建議借晚餐時間10分鐘給你們，就只有10分鐘，所以雙方自己想好，若你們有意願，若沒有意願，門診透析服務費用則兩案併陳(螢幕呈現醫界與付費者各自方案的試算結果如下表)。

單位：%；億元

總額 部門 別	醫界方案			付費者方案			協定事項
	成長率	預算	新增 金額	成長率	預算	新增 金額	
總計	4.000%	450.89	17.34	3.000%	446.56	13.01	1.112年度門診透析服務之新增預算，優先用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質。 2.請中央健康保險署辦理以下事項： (1)請會同門診透析服務相關團體，於111年12月底前提出鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質之具體實施計畫(包含設定提升腹膜透析之執行目標、提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)，並提全民健康保險會報告。 (2)餘同大表。
醫院	3.400%	238.42	7.84	2.405%	236.13	5.55	
西醫 基層	4.682%	212.47	9.50	3.675%	210.43	7.46	

張協商代表孟源

沒有，主席，我們要先將條件講好，剛剛羅協商代表永達的意思是關於這個協定事項的文字，文字上現在只有腹膜透析，是不是將「腹膜」拿掉，就是「透析」的執行目標？

周主任委員麗芳

一、我知道門診透析協商代表的意見，現在也不知道付費者代表的意願，所以等一下幕僚會問他們再協商的意願，也要問你們願

不願意再協商，至於再協商的意願，怎麼協商法，等一下才會知道，所以繼續問下去也不知道，因為他們仍要再討論，所以請給他們一點時間，你們自己也要一點時間，甚至彼此私下仍可再討論。若兩造雙方有意願繼續協商，我們晚餐借 10 分鐘時間給雙方繼續處理，若沒有意願繼續協商，請將各自建議方案於 9 月 22 日上午 9 點前送本會彙整，至於協定事項如建議設定腹膜透析執行目標等部分，請幕僚提供給雙方參考。

二、門診透析服務費用協商進行到此，為了不壓縮等一下協商時間，我們不休息直接換場。再次謝謝付費者主談人干委員文男，協談人張委員鈺民及吳委員鴻來，參與協助的陳委員秀熙及盧委員瑞芬，以及所有的門診透析協商代表及付費者代表，感謝大家！

貳、112年度總額協商—「牙醫門診總額」  
與會人員發言實錄



## 貳、112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

今天牙醫部門協商代表是由牙醫師公會全聯會陳理事長彥廷所帶領的團隊，陳理事長彥廷剛上任，今天也帶了很堅強的團隊來協助他，接下來就請陳理事長彥廷做 5 分鐘的報告。因為現在的時間比表訂時間晚了 2 分鐘，所以請計時同仁要把 2 分鐘再還給牙醫部門，請開始報告。

陳委員彥廷

主委、各位委員，大家午安。非常感謝各位一直以來對牙醫門診總額的指教跟照顧，接下來請總額主委黃主任委員克忠，跟大家報告我們做的方案修正。

黃協商代表克忠

牙醫部門要先直接提出修正版本，如下：

- 一、第 1 部分，原先提出來用於補助民眾就醫部分負擔部分(第 11 項「醫療資源不足地區改善方案」增加 6.7 百萬元、第 12 項「牙醫特殊醫療服務計畫」增加 3.2 百萬元)，因為我們請教過很多專家，他們都認為這於法不合，因此牙醫部門就自願將其刪除，我們會再尋求其他管道，例如修法，或請衛福部口腔健康司協助研議其他辦法。
- 二、第 2 部分，有幾個項目要稍微修正項目名稱，包括：第 6 項「高齡長者就醫安全」，修正名稱為「高齡長者牙醫就醫安全」；第 7 項「齲齒經驗之高齡長者氟化物治療」，修正名稱為「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」；第 8 項「高齡長者口腔黏膜健康照護」，修正名稱為「牙齒耗損患者口腔黏膜健康照護」。
- 三、第 3 部分，第 1 項「顱顎關節相關支付項目」，因為我們原先的算法沒有把「唾液腺摘取術 92161B」之預算及其執行情形一起納入評估，經過健保署的提醒，我們也將其納入經費推估，另因為今年 1 到 6 月的實際執行資料已經出來了，所以我

們用今年最新的執行數重新去估算明年的預算，最後算出來的差額為 36.1 百萬元，故本項增加金額由原 44.6 百萬元，修正為 36.1 百萬元，以上報告。

(註：108年「新醫療科技(新增診療項目)」，編列12百萬元，新增顱顎關節相關支付項目等5項支付標準，110年「新醫療科技(新增診療項目)」，編列12百萬元，新增唾液腺摘取術共1項支付標準，健保署係以前述6項診療項目，其執行數與預算數之差額推估預算。)

周主任委員麗芳

請問黃協商代表克忠是否已經說明完畢？

黃協商代表克忠

是。

周主任委員麗芳

請問陳理事長彥廷還有沒有要再補充？

陳委員彥廷

沒有。

周主任委員麗芳

若牙醫部門沒有要再補充說明，接下來就開放委員提問，請問委員有沒有詢問？請林委員敏華。

林委員敏華

剛才牙醫部門說明要修改部分項目名稱，我想請教你們只修正項目名稱，但項目內容完全不修正嗎？

周主任委員麗芳

我們採統問統答方式進行，請問林委員敏華還有沒有其他詢問？(林委員敏華表示沒有)請問其他的委員還有沒有要提問？(未有委員提出)接下來請牙醫部門回應。

翁協商代表德育

牙醫部門協商代表翁德育第 1 次發言，針對剛才林委員敏華的詢問，我們的想法是，如果各位委員對我們今天提出來的項目中，有

比較感興趣的，我們可以單就大家較有興趣的項目，再來詳談預算及其內容。

周主任委員麗芳

請問牙醫部門協商代表還有沒有補充？請黃協商代表克忠。

黃協商代表克忠

- 一、第6項「高齡長者牙醫就醫安全」，我們同意健保署以使用人數及就醫率的推估方式，因健保署的算法跟牙醫部門有點不一樣，我們認為健保署的推估方式較有公信力，所以本項增加金額由480.9百萬元修正為560百萬元。
- 二、第7項「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」，本來我們建議編列832.2百萬元，而健保署甲案推估金額為552百萬元，其實健保署和我們推估的使用人數一模一樣，只是推估的使用次數不同，健保署是用現行塗氟相關診療項目平均每年使用次數1.99次推估，而我們是以每年使用3次做推估，因為健保署是用現行塗氟處置之實際使用次數來佐證經費推估，所以我們同意本項金額採健保署甲案，修正為552百萬元。

周主任委員麗芳

還有其他項目要修正嗎？

黃協商代表克忠

第14項「0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」，其實健保署的意見是既然本項為試辦計畫，希望我們再做做看。不然我們本來是想要減列30百萬元，不過經過內部研議後，認為之前本計畫執行不佳，可能與牙醫師申請資格太嚴格有關，所以我們也研議開放申請醫師資格，讓更多醫師有機會來提供服務，並且盡量將行政作業上的流程簡化，我們願意繼續努力來推動這個計畫，故本項不增減預算，總金額維持60百萬元。

周主任委員麗芳

請牙醫部門整體再檢視一遍螢幕上的資料，請由上到下重新再檢視一遍，請確認是否還有遺漏或是想要調整的項目？

陳組長燕鈴

請問牙醫部門，第 12 項「牙醫特殊醫療服務計畫」也有編列預算用於補助民眾部分負擔，請確認增加金額是否也要減少？

黃協商代表克忠

第 11 項「醫療資源不足地區改善方案」、第 12 項「牙醫特殊醫療服務計畫」補助民眾部分負擔之費用，我們都同意不編列。

陳組長燕鈴

請問第 12 項「牙醫特殊醫療服務計畫」增編之預算(增加 11.4 百萬元)，為補助民眾部分負擔(增加 3.2 百萬元)及放寬失智症、自閉症患者均以 9 成加成給付(增加 8.2 百萬元)等 2 項用途加總，若不編列部分負擔費用，請問本項增加金額要調整成多少？

黃協商代表克忠

就如健保署建議金額。

周主任委員麗芳

好，請同仁幫忙確認健保署建議金額。其他的項目是否確認如螢幕顯示資料？

(註：同仁查詢第 12 項「牙醫特殊醫療服務計畫」，健保署建議增加金額為零，並修正螢幕第 12 項增加金額為 0)

黃協商代表克忠

不好意思，還有第 8 項「牙齒耗損患者口腔黏膜健康照護」，除了修改項目名稱外，本項同意採健保署之經費推估方式。

周主任委員麗芳

第 8 項，牙醫部門同意健保署推估方式，所以調整金額(健保署方案第 8 項「高齡長者口腔黏膜健康照護」預估增加金額 212.8 百萬元)。

黃協商代表克忠

對，第 8 項「牙齒耗損患者口腔黏膜健康照護」總金額調整，修正為 212.8 百萬元。

周主任委員麗芳

好。

黃協商代表克忠

第 12 項「牙醫特殊醫療服務計畫」，增加金額由 0 修正為 8.2 百萬元。

周執行秘書淑婉

第 12 項要更正增加金額為 8.2 百萬元，對不對？

簡協商代表志成

對，就是維持牙醫部門原編列放寬失智症、自閉症患者均以 9 成加成給付，增加金額為 8.2 百萬元。

周主任委員麗芳

好，全部的項目都已確認，牙醫部門還有沒有要補充？

林協商代表敬修

我想確認一下，第 14 項「0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」，是否已修正為不減列預算？

周主任委員麗芳

一、第 14 項「0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」，原先減列 3,000 萬元，牙醫部門決定修正為不減列預算，維持 6,000 萬元。

二、請牙醫部門由上到下再檢視及確認螢幕數字，因為接下來付費者代表就要針對你們修正的版本來提出他們的看法。蔡副署長淑鈴要補充，請說明。

蔡副署長淑鈴

一、我這邊要補充說明，因為剛才牙醫部門提到要修改項目名稱，可是增加金額仍要採用健保署原推估的金額，這樣就會有一點疑問，因為當你修改了這些項目的 target population(目標族群)，我們原來推估的金額就已經不適用，我們並沒有重新就你的定義去試算經費，現在顯然兩者是不 match(相符)，因為

健保署的推估金額是用牙醫部門原來提出的項目名稱及目標族群去推估。

二、因此，以下意見也提供給協商雙方參考，假定牙醫部門要修改項目名稱，或許健保署也要重新再試算，目前健保署的推估金額，應該不是現在可以參考的數據。

周主任委員麗芳

謝謝蔡副署長淑鈴的說明，請何委員語。

何委員語

牙醫門診總額協商我們付費者代表的主談人是林委員敏華，協談人是劉委員守仁、董委員正宗，我們邀請專家學者及公正人士委員卓教授俊雄及趙教授曉芳列席指導，現在就請所有付費者代表到小會議室去開會。

周主任委員麗芳

好，現在付費者代表要進行內部會議。

*(付費者代表進行內部會議討論約35分鐘)*

周主任委員麗芳

付費者代表已經回到了現場，請委員入座，牙醫部門的主談人是林委員敏華，協談人是劉委員守仁及董委員正宗，剛才也很感謝卓委員俊雄及趙委員曉芳協助提供意見。接下來就請主談人林委員敏華向大家說明，目前螢幕上的資料還沒顯示，請大家等一下，等資料顯示後，再請林委員敏華說明付費者的最新版本。

林委員敏華

一、各位牙醫的先進，我代表付費者代表向大家宣讀我們的版本，可能等一下宣讀的內容，牙醫部門代表會覺得很錯愕，但也必須先跟各位牙醫的先進說明，因為剛才在裡面討論的時候，委員們也提到很多問題，主要是在今天協商開始時，你們才突然改變了一些項目名稱，因此我們也做了很多考量，等一下的宣讀內容，如果無法滿足你們的需求，也請各位牙醫部門代表稍微體諒。

## 二、請參閱螢幕顯示的資料：

### (一)非協商因素就依照衛福部所提供之資料。

(註：螢幕顯示「醫療服務成本及人口因素成長率」，成長率為0.642%，預估增加金額為305.4百萬元。)

### (二)一般服務：

- 1.第1項「顱顎關節相關支付項目」，預估增加金額為15.5百萬元，協定事項的部分請見螢幕(螢幕顯示協定事項為「未來不得以單一服務預算不足為由增加預算」)。
- 2.第2項「複雜型顱顎障礙症治療及追蹤」，預估增加金額13.5百萬元，協定事項同第1項。
- 3.第3項「超音波根管沖洗」，我們接受牙醫部門的建議編列經費，只是有委員提到可能有些牙醫師還沒有這方面的設備，我們也不知道這項設備的普及率，並不是所有牙醫師都能提供這項服務，雖然委員們同意編列預算，但建議將本項移到專款項目第17項，不在一般服務項目中編列。
- 4.第4項「初診診察新增口腔黏膜檢查」，考量健康署已經提供口腔癌篩檢服務，且本項性質較屬一般性預防保健服務，而不是疾病治療，所以我們決定本項不予編列預算。
- 5.第5項「特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆」，因為這部分執行的效果可能還有一些不確定性，我們同意編列預算，但是建議移列專款項目第18項，金額就等進行到專款項目時再說明。
- 6.第6項「高齡長者牙醫就醫安全」，本項建議不予編列預算，因為有很多委員認為確保病人就醫安全非專屬牙醫執行之項目，應該所有醫事服務機構都應該落實。且落實就醫安全也不宜區分病人年齡，我們覺得編列本項預算並不適當，故建議不予編列預算。
- 7.第7項「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」及第8項「牙齒耗損患者口腔黏膜健康照護」：

(1)這就是我剛才要強調的部分，協商開始牙醫部門才提出修正項目名稱，如：將高齡長者修正為高風險患者。在我們進去討論之前，健保署蔡副署長淑鈴也提醒大家，修正項目名稱後，其與健保署依牙醫部門原方案推估預算的計算基礎不同。本來我們是覺得不應該編列預算，甚至今年就不討論這2個項目。

(2)但最終在討論結束前，大家也同意請牙醫部門在今天協商結束前，依修正項目名稱重新就目標族群，計算預估增加金額，並提供給付費者代表來討論。不然以目前的狀況，牙醫部門突然修正項目名稱，協商所需的基礎數據都沒有參考價值，我們無法去協商到底應該編列多少預算。

8.第9項「109年度全面提升感染管制品質未達協定事項扣款」，考量各年度感染管制之查核基準不同，年度間比較基礎不同，所以建議不予編列預算。

9.第10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」，一樣是減列53.7百萬元。

### (三)專款項目：

1.第11項「醫療資源不足地區改善方案」，我們的版本跟牙醫部門一樣，都是不增減預算，總金額維持280百萬元。

2.第12項「牙醫特殊醫療服務計畫」，我們看了一下健保署112年的推估金額，經費應該還足夠，所以我們不增加預算，總金額維持672.1百萬元。

3.第13項「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，因為目前執行試辦點只剩嘉義1個，而且預算執行率偏低，所以我們也同意健保署的意見，建議本項停辦。

4.第14項「0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」，同意牙醫部門的方案，不增減預算，總金額維持60百萬元。

5.第15項「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，經費不變，總金額維持271.5百萬元，不過我們有列協定事項：「依

112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」，也要請牙醫部門加強計畫之推動。

- 6.第16項「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」，經費不變，總金額維持184百萬元。
- 7.第17項(由第3項移列)「超音波根管沖洗計畫」，我們採健保署推估之金額，建議總金額為144.8百萬元。協定事項請見螢幕(螢幕顯示協定事項為「1.請提具體實施方案，含給付條件、管控措施，提報本會，2.於一般服務扣減與本項重複部分之費用」)。
- 8.第18項(由第5項移列)「特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆計畫」，我們也採健保署推估之金額，建議總金額為16.2百萬元。
- 9.第19項「網路頻寬補助費用」及第20項「品質保證保留款」，這些都是例行的項目，和健保署及牙醫部門版本相同，總金額分別為168百萬元及93.9百萬元。

周主任委員麗芳

針對剛才主談人林委員敏華所宣讀的版本，他特別提到有 2 個項目，第 7 項「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」及第 8 項「牙齒耗損患者口腔黏膜健康照護」，因為牙醫部門修改項目名稱，所以可能要等牙醫部門重新試算後，付費者代表才有辦法來議定核給的預算。現在請牙醫部門針對剛才付費者代表的版本，做簡單回應。還是你們要立刻召開內部會議？

陳委員彥廷

我們先內部討論一下。

周主任委員麗芳

但是我要提醒一下...。

翁協商代表德育

請問可以把螢幕上的試算表拉到最下面嗎？目前牙醫部門總成長率是多少？(同仁調整螢幕)

周執行秘書淑婉

目前較基期成長率為 0.454%。

周主任委員麗芳

對，因為第 7 項及第 8 項金額還要重新試算，目前還沒加進去，所以現在的總成長率還不準。請總召集人何委員語。

何委員語

請牙醫部門趕快把第 7 項、第 8 項的名稱及金額確定，在牙醫部門表訂的協商時間內提出來。另外，因為這 2 項是新項目，我們希望都能用專款項目來編列，請牙醫部門趕快在有限的時間內提出這 2 項試算金額。

周主任委員麗芳

如果牙醫部門有一些資料需要協助的話，請健保署同仁協助一下，請大家留意表訂牙醫部門協商時間是到下午 3 點鐘為止。

(牙醫部門代表進行內部會議討論約 30 分鐘)

周主任委員麗芳

牙醫協商代表已經回到現場，確實今天的協商是一項艱鉅的任務，請牙醫部門務必把相關定義講清楚、數據算出來。請問牙醫部門要由哪一位代表來向大家說明？

陳委員彥廷

我們要再統整一下資料，請稍待。

周主任委員麗芳

好，趁牙醫部門統整資料的時候，我也代為轉達一下，委員們也知道牙醫部門依新定義試算資料需要時間，等一下如果大家對牙醫部門提出數據還是沒有共識的話，而表訂下一個部門的協商時間已經到了，那就先進行下一個部門的協商，等牙醫部門試算完成後，我們最後再回來做確認。請牙醫門診總額主委黃協商代表克忠。

黃協商代表克忠

「特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆」，維持我們原來建議

的金額，增加 62.5 百萬元，是專案。

周主任委員麗芳

第 5 項嗎？

黃協商代表克忠

對，第 5 項。

陳組長燕鈴

請問是移專案嗎？

翁協商代表德育

以下先針對付費者代表第 1 版來做補充：

一、第 1 項「顱顎關節相關支付項目」，尊重付費者代表版本，增加金額為 15.5 百萬元。

二、第 2 項「複雜型顱顎障礙症治療及追蹤」，也是尊重付費者代表版本，增加金額為 13.5 百萬元。

三、第 3 項「超音波根管沖洗」，同意付費者代表版本，總金額為 144.8 百萬元，並移列專款第 17 項「超音波根管沖洗計畫」。請看到螢幕上的協定事項，第 1 項為「提具體實施方案(含給付條件、管控措施)提報本會」，這項我們沒有問題；第 2 項「於一般服務扣減與本項重複部分費用」，這項我們有疑慮，我們認為超音波沖洗是一個新增的項目，它並不是 routine(例行)根管治療過程中應該要執行的項目，基本上它就是 1 個外加的新項目，所以它不會有和既有項目重複而需扣減的問題，所以我們希望協定事項的第 2 項應該要刪除。請將螢幕移回一般服務項目。

四、第 4 項「初診診察新增口腔黏膜檢查」，同意付費者代表的意見，不予編列預算，將來如果有機會，我們會補充一些新的資料後再提出來。

五、第 5 項「特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆」：

(一)本來是建議移列專款項目，請把螢幕拉到專款項目第 18 項

「特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆計畫」。事實上特定牙周保存治療，現在健保已給付全口總齒數4至8顆及9至15顆，另外還有牙周病支持性治療，這些診療項目我們以前都要過預算(註)，實際上執行數大於預算數很多，但礙於總額精神我們也沒有辦法再提新增預算，所以斗膽希望本項能依照我們原先預估的金額編列，增加金額62.5百萬，並編列於一般服務第5項。

(二)請將螢幕移回一般服務第5項，我們擬訂了1項協定事項，我唸給大家聽，大家就了解為什麼要增加這麼多金額，協定事項：「與特定牙周保存治療4-8顆(91016C)、9-15顆(91015C)、牙周病支持性治療(91018C)支付項目預算不足，建議列一般服務，與上述三項預算中平」。因為本項和這3項支付項目都屬於同一個體系的診療項目，所以我們希望將它編在一般服務項目，與這3項支付項目可以一起預算中平。希望我講得夠清楚，如果委員還有不了解，等一下麻煩再提問，先等同仁打好協定事項以後，我再繼續說明下一項。

(註：1.104年新增「牙周固本計畫」，預算147.5百萬元，新增3項診療項目：特定牙周保存治療-全口總齒數9-15顆91015C、特定牙周保存治療-全口總齒數4-8顆91016C、牙周病支持性治療91018C。

2.108年「牙周病支持性治療(91018C)」，預算350百萬元，為配合牙周病統合照護計畫於108年導入一般服務，配合修訂牙周病支持性治療91018C之支付規範。)

六、第6項「高齡長者牙醫就醫安全」，因為大家對這個項目有疑慮，沒有關係，我們就回去再準備1年，把各位委員相關疑慮釐清後明年再提。本項同意付費者代表版本，不予編列預算。

七、第7項「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」及第8項「牙齒耗損患者口腔黏膜健康照護」，這2項大家有留但書，要提出試算金額再議：

(一)第7項「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」，我們原先的想法是預算有限，不然就先提供65歲以上民眾使用，可是因為付費者代表認為不應該用年齡層來劃分是否給付，後來我們認為，如果真的想要針對高風險患者提供氟化物治療，我們建議針對3類病人提供服務，第1類是糖尿病患者，現在大約有160幾萬人；第2類就是高風險族群，它的定義和之前「高風險疾病口腔照護」(111年總額協定之一般服務項目)提供全口牙結石清除的對象相同，大約有50幾萬人；第3類再加上65歲以上高齡患者，這3類全部加起來，預估金額為13.2億元。

(二)大家一定會有疑慮，我們到底能不能達得到相關執行目標，所以我們也同意編列在專款是合理的，建議編列預算10億元。我最後再複述一次，本項預估經費約13億元，我們建議編列總金額為10億元，並移列專款項目第19項「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」。因為我們的項目名稱及定義已經改變了，其實服務的人群比原來的方案多很多。

八、第8項「牙齒耗損患者口腔黏膜健康照護」，付費者代表版本建議移列專款項目，我們同意移列專款項目第20項「牙齒耗損患者口腔黏膜健康照護計畫」，但還是希望總金額能維持212.8百萬元。希望各位委員讓牙醫部門在這個項目盡一份心力，讓我們用專款項目的方式執行看看。

周主任委員麗芳

好，請問牙醫部門還有沒有其他修正？

黃協商代表克忠

一、第19項「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」，本項高齲齒經驗的高風險患者，包括：糖尿病患者約160萬人，高風險患者如癌症、腦血管疾病等約50萬人，及我們原來預估的65歲以上患者，剛才我們試算金額是13億元，但我們只編列10億元。

二、第20項「牙齒耗損患者口腔黏膜健康照護計畫」，我們原來

的預算推估方式是以 65 歲以上患者人數計算，但修正項目名稱後，已經開放不限 65 歲以上患者，只要病人有需求都可以利用，但我們的預算還是按照原先試算的金額，並沒有增加，但服務的對象已經擴大為不區分年齡層。

周主任委員麗芳

牙醫部門還有沒有補充，請陳理事長彥廷。

陳委員彥廷

第 13 項「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，其實目前嘉義的試辦點，雖然遇到疫情，但是執行得還不錯，停辦是有點可惜，我們當然應該繼續努力嘗試，看看有沒有其他試辦點可以再擴充，現在如果建議把它停辦，可能就會回到原點，好像有點可惜，以上想法給付費者代表參考。

周主任委員麗芳

牙醫部門已經說明完畢，接下來就由付費者代表進行討論。我也要提醒大家，牙醫部門的協商時間表訂是到下午 3 點，只剩下最後 6 分半，對一個部門來講，要決定明年一整年執行的事情，必須很慎重，所以請問主談人林委員敏華，你們有辦法在最後 6 分半的時間內決定嗎？你們有什麼想法？

林委員敏華

- 一、跟各位委員報告一下，因為剛才牙醫部門提出來的一些修正方案，我們也有感受到誠意，可是有關第 19 項「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」及第 20 項「牙齒耗損患者口腔黏膜健康照護計畫」，這是目前爭議最大的 2 項。雖然剛才牙醫部門有提出一些補充說明，但是我們要跟牙醫部門報告，你們在這麼短的時間內重新估算出來的數據，可能委員們還是有一些疑問。
- 二、我的建議是，可否請牙醫部門把清楚的定義提供給蔡副署長淑鈴，讓健保署今天晚上去跑資料試算，健保署試算的資料，才有辦法給委員們比較客觀的參考。

三、另外，因為委員們都非常有誠意要跟牙醫部門協商，而表訂明天可以繼續處理今天協商未盡事宜。因此，如果各位委員及牙醫部門同意的話，假設明天健保署可以完成資料試算、各位委員及牙醫協商代表也能到齊、健保署同仁也能到齊，我建議明天找時間大家再繼續談，不知道牙醫部門代表是否能接受？

周主任委員麗芳

請問牙醫部門的想法？同意明天再繼續談嗎？

陳委員彥廷

因為這 2 個項目是編列在專款項目，其實不管實際上執行多少，都不會因為用不完造成浪費，而且其實去年也有類似的方案通過，我想在利用人數的計算上，即便現在沒有抓得很準，但因為預算是編列在專款項目中，做多少拿多少，不至於造成經費增加，又沒有用完留在基期的問題。

林委員敏華

謝謝陳理事長彥廷，因為牙醫部門的協商時間表訂是到下午 3 點，主委一直提醒大家，我身為主談人必須要在下午 3 點前把這個段落結束。因為剛才牙醫部門提出來的內容，如：牙齒耗損患者，什麼叫牙齒耗損患者？我們也沒看到定義的內容，再來就是糖尿病患者、高風險族群，那什麼叫高風險族群？有些定義並不是幾個字就能確認清楚，因為我們手上並沒有健保署提供的其他參考資料，如果牙醫部門願意接受，請你們等一下提供比較明確的定義，讓健保署去試算較客觀的資料來讓委員參考，我認為這樣對委員來講比較好，請牙醫部門參考。

周主任委員麗芳

一、我站在主席的立場說明一下，如果到下午 3 點鐘，牙醫部門仍無法達成共識，按照目前的作法要兩案併陳，可是如果要兩案併陳，第 19 項及第 20 項等 2 項，付費者代表沒有參考資料，不知道應該編列多少金額，所以目前這 2 項編列金額暫為零。如果牙醫部門要兩案併陳，那這 2 項金額可能為零，當然牙醫

部門自己有提數據，也不能夠勉強你們。

二、現在有 2 種處理方式，一是兩案併陳，不再協商。一是如果你們可以接受再協商，則明天早上 9 點半再來繼續協商，請問牙醫部門是否內部凝聚一下共識，決定一下明天要不要再協商？

陳委員彥廷

我們同意再協商。

周主任委員麗芳

好，有關牙醫部門...(有委員表示要發言)。請劉委員國隆。

劉委員國隆

今天表訂是協商到晚上 8 點 40 分嗎？

周主任委員麗芳

是。

劉委員國隆

如果牙醫部門願意的話，可以晚上 8 點 40 分再繼續協商嗎？你們資料跑得出來嗎？

周主任委員麗芳

好，請問健保署資料什麼時候能跑得出來？

蔡副署長淑鈴

一、我們同仁真的很辛苦，等牙醫部門提供定義之後，同仁今天晚上必須加班，但我要補充一下，如果今天立刻要算出這 2 項的數據，其實是有點強人所難，而且這些資料都是用億或 10 億為單位在算的，誤差都很大。

二、剛才牙醫部門一直在講服務對象有多少人，問題是這些項目不是只用人口推估預算，它是必須推估這些人會不會來做氟化物治療，其實是推估利用率的概念。牙醫部門都是用有多少人口就需要多少錢來估，但依過去很多項目的執行經驗，其實這些人都沒有就醫，或是這些人因為不知道有這個服務，而沒有來使用。但牙醫部門剛才的說法是，因為這 2 項已經移列專款項

目，就算經費沒有用完，也不會浪費，這是一種說法。

三、另外，第 5 項「特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆」，牙醫部門建議維持他們原來的版本，於一般服務增加 62.5 百萬元，這個部分其實健保署也要再試算及確認，所以我們很難今天馬上就能提供委員參考數據，更別說現在健保署還不知道詳細的定義是什麼。

周主任委員麗芳

剛才牙醫部門已經同意明天再協商，因為牙醫部門還有資料必須重新試算的問題，所以明天上午 9 點半再繼續協商，但是時間上也須有所限制，明天協商時間在 1 個小時以內，應該可以吧？請李委員永振。

李委員永振

我有一點想法，除了剛才還沒有確定的這幾個項目以外，其他的項目現在有沒有共識？如果其他的項目也沒有共識，明天來要談什麼？明天只是談剛才那幾個沒有共識的項目嗎？其他的項目牙醫部門都同意我們的版本嗎？

周主任委員麗芳

跟李委員永振報告一下，因為今天牙醫部門的協商時間已經到了，剛才他們表示有些項目同意付費者代表的版本，有些項目好像還有意見。

李委員永振

那這樣就不用再協商啦！

周主任委員麗芳

目前沒有達成共識的項目好像不多。

李委員永振

若還有其他項目不同意，那就是談不成了啦！因為不是只有這些要重新試算的項目要討論而已。

周主任委員麗芳

因為剛才主談人林委員敏華提到要讓牙醫部門明天有機會再談，剛才提到要補充試算資料的項目，會是明天討論的核心重點，其他項目，我們會請同仁一併把差異比較表做出來。明天因為已經有試算數據了，原則上預估協商時間大約在 1 個小時內，大家要討論完。牙醫部門討論到此為止，明天上午 9 點半再繼續協商。

陳委員彥廷

謝謝主委及各位委員。

周主任委員麗芳

一、謝謝牙醫部門代表，陳理事長彥廷所率領的團隊，也辛苦你們了，因為有一些資料要重新整理。也謝謝這個場次的付費者主談人林委員敏華，協談人劉委員守仁、董正委員宗，還有專家學者及公正人士委員卓委員俊雄、趙委員曉芳的全力協助，以及全部委員的參與，謝謝。

二、接下來不休息，有請中醫部門團隊進場...(有委員表示要發言)。請陳委員有慶。

陳委員有慶

雖然主談人同意牙醫部門明天再繼續協商，可是我們其他委員很多人都不同意，所以這 2 項應該是請牙醫部門明年再提，其他的項目，如果他們能接受付費者版本就達成共識，如果不接受，就是直接兩案併陳。

周執行秘書淑婉

可是牙醫部門團隊已經離開現場了。

周主任委員麗芳

等一下，先請中醫部門團隊坐定位，我確認一下總召集人何委員語的意見，請問現在付費者代表內部決定如何？

何委員語

牙醫部門嗎？

周主任委員麗芳

剛才陳委員有慶對明天再繼續協商有意見，請問你們決定如何？

何委員語

陳委員有慶的意見是什麼？我剛才沒有聽清楚，因為剛才和翁委員燕雪在討論事情。

周主任委員麗芳

請陳委員有慶。

陳委員有慶

我的意思是，如果明天要繼續協商，必須雙方都同意，牙醫部門那邊同意，雖然我們主談人也同意了，但我們付費者代表有好幾位委員都不同意。所以我建議如果沒辦法達成大家的共識，那 2 項更改名稱的項目，就請牙醫部門明年再提出，其他的項目就看他們是否接受付費者代表版本，要是不接受就直接兩案併陳。

何委員語

但是如果那 2 項沒有提出資料來討論，牙醫部門現在的成長率根本沒有達到低推估成長率 1.307%，如果要達到成長率 1.307%，要用什麼項目去給金額？這個很麻煩。現在是中場休息時間...

周主任委員麗芳

現在已經是中醫部門的協商時間...。

陳委員有慶

不是啦。

周主任委員麗芳

付費者代表內部要再討論一下嗎？

陳委員有慶

召集人，這件事很重要，應該要事先...。

周主任委員麗芳

同仁先請牙醫部門團隊留步一下。

陳委員有慶

不應該...。

周主任委員麗芳

周執行秘書淑婉，你先請牙醫部門團隊留步。

陳委員有慶

我認為不應該這樣決定，我反對。

何委員語

請大家給我們 5 分鐘到隔壁會議室去討論一下。

周主任委員麗芳

好，請付費者代表去會議室討論 5 分鐘，在此向中醫部門團隊說聲不好意思，請你們稍候，我們已經請牙醫部門團隊留步了，請付費者代表趕快去討論。

(付費者代表進行內部會議討論約8分鐘)

周主任委員麗芳

牙醫部門主談人林委員敏華，你要跟大家說明嗎？解鈴還須繫鈴人，或是總召集人何委員語，你要跟大家說明嗎？請何委員語。

何委員語

我們的決議是只針對第 19 項「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」及第 20 項「牙齒耗損患者口腔黏膜健康照護計畫」這 2 項專款討論，目前牙醫部門有編列經費，我們暫編金額為零，因為牙醫部門已經同意移列專款項目，等一下他們會去試算詳細的金額，在晚上 8 點 40 分以前，牙醫部門重新試算後，再來跟我們續協商，我們只針對這 2 項討論，其他項目就照付費者版本，牙醫部門同意就 OK。

周主任委員麗芳

了解，也就是明天上午不再繼續協商，今天就會完成。

何委員語

牙醫部門不能花轎來了，才要換女孩子給我們娶(意指牙醫部門於開始協商後，才臨時修改項目名稱)，不可以這樣子。

周主任委員麗芳

好，就請牙醫部門趕快試算，在晚上 8 點 40 分前把數據算出來，屆時只針對這 2 項專款項目討論，其他部分付費者代表就不再討論。接下來進行中醫部門的總額協商。

(晚上9時0分牙醫門診總額重啟協商)

周主任委員麗芳

- 一、接下來繼續進行牙醫部門協商，真的對牙醫協商代表很不好意思，時間上又比表訂延後了 20 分鐘，接下來請牙醫部門登場。
- 二、我們全部的委員都有感受到牙醫部門所釋出的善意，因為你們從白天一直等到黑夜，很感佩你們的精神，針對付費者代表的意見，你們也很認真、努力地去回應，提出最新的版本，我想等一下付費者代表也會釋出他們的善意。現在就請牙醫部門跟大家說明調整後的情形。

陳委員彥廷

- 一、首先非常感謝各位在場的主委、委員們及同仁們，辛苦了！其實牙醫部門自牙醫門診總額實施以來，每一次總額協商都有成功達成共識，我們希望不要創下不好的紀錄，不然對我們來講是一件蠻沉重的事情。
- 二、非常感謝健保署的同仁在很短的時間內，依照我們剛才提出的新定義做了一些試算，因為改變了項目名稱，服務的對象也會有一些變動，經過健保署的試算，其實相關的數據，跟我們會內自己試算的結果，並沒有太大落差，說明如下：
  - (一)第5項「特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆」，我們原先預估增加62.5百萬元，但是健保署重新試算後，增加金額為53.3百萬元，本項增加金額修正為53.3百萬元。  
(註：此處係口誤，健保署重新試算增加金額為53.5百萬元)
  - (二)第19項「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」，我們原預估總金額為10億元，健保署試算金額為10.1億元，本項總金額修正為10.1億元。

(三)第20項「牙齒耗損患者口腔黏膜健康照護計畫」，健保署認為所謂牙齒耗損患者的操作型定義沒有很具體，所以沒有辦法以申報資料推估需要使用的人數，本項我們原先是以65歲以上人口推估所需經費，總金額為212.8百萬元，我們也願意以相同的經費，將照護擴及其他年齡層有同樣適應症的族群，來表示我們對這件事情的重視，希望能夠造福經濟弱勢，或因健康狀況沒有辦法拔牙，也沒有辦法裝置假牙的病人，希望透過這項服務，能夠維持病人口腔咀嚼的機能及口腔健康。

二、另外，第13項「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，很抱歉，我剛才跟各位委員報告過，我有跟嘉義市的試辦團隊聯絡，這個計畫目前雖然只有嘉義市1個試辦點，但在嘉義市試辦2年多以來，普遍獲得民眾好評，且讚譽有佳，試辦團隊也很希望能夠再繼續提供服務，雖然這2年確實因為疫情的關係，服務量有些減少，但是我們希望未來能越做越好，懇請委員們考慮讓這個計畫再試辦1年，建議經費減列2百萬元，本項總金額修正為10百萬元。

周主任委員麗芳

好，針對這4項，請問付費者代表要再召開內部會議嗎？或是在這裡討論就可以了？

何委員語

我們去小會議室討論一下。

周主任委員麗芳

請付費者代表再內部會議討論，剛才牙醫部門提到，希望第13項「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」能再試辦1年。

(付費者代表進行內部會議討論約15分鐘)

周主任委員麗芳

付費者代表已經回到現場，也請牙醫部門代表入座。現在已經是額外挑燈夜戰，希望最後能夠有好的結果。請牙醫部門付費者代表主

談人林委員敏華向大家說明。

林委員敏華

謝謝牙醫部門代表，也謝謝各位委員的努力，因為各位委員都很累了，為了節省一點時間，我就只針對剛才雙方還沒達成共識的部分進行說明：

第 5 項「特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆」，我們同意依健保署試算金額編列，增加金額為 53.5 百萬元，並將本項編列於一般服務項目。至於協定事項：第一項，提具體實施方案；第二項，與特定牙周保存治療 4-8 顆(91016C)、9 到 15 顆(91015C)、牙周病支持性治療(91018C)支付項目預算不足，建議列一般服務，與上述三項預算中平。

黃協商代表克忠

牙周病支持性治療的醫令代碼是 91018C，螢幕上試算表誤植為 91015C。

林委員敏華

請同仁協助修正。

周主任委員麗芳

已經修正了。

林委員敏華

一、第 13 項「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，剛才牙醫部門也很有誠意提出來，牙醫急診確實是民眾有需求，所以我們也同意繼續試辦，經費減列 2 百萬元，總金額為 10 百萬元。但是有 1 個協定事項：建議再試辦 1 年，若未呈現具體成效即退場。

二、第 18 項「特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆計畫」，剛才已經報告過，移列一般服務第 5 項。

三、第 19 項「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」，我們同意依健保署試算金額，編列總金額為 10.1 億元。我們有訂定 3

項協定事項：第一項，提具體實施方案(含給付條件、服務內容、成效監測)提報本會；第二項，於一般服務扣減與本項替代部分之費用；第三項，本項不得與高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫重複支應。

四、第 20 項「牙齒耗損患者口腔黏膜健康照護計畫」，委員們的意見是，所謂牙齒耗損患者的定義根本就不清楚，因此健保署也無法提供相關試算資料，故我們不同意編列經費。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、如果牽涉到以年齡作為支付條件的項目，建議將相關文字刪掉，不能用年齡做為給付條件。

二、第 20 項「牙齒耗損患者口腔黏膜健康照護計畫」，我們希望今年刪除這個項目，不編列經費，如果你們明年能蒐集更完整的資料，明年再提出來。

周主任委員麗芳

針對剛才付費者代表所提出來的版本，請問牙醫部門可以接受嗎？請陳理事長彥廷。

陳委員彥廷

謝謝各位委員，這個版本我們可以接受，不過我們也有一點意見要補充說明。

周主任委員麗芳

請說明。

翁協商代表德育

非常謝謝付費者代表給我們這樣的一個機會，針對一些協定事項的內容，想提出來再次確認。請將螢幕調整到第 19 項「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」，協定事項共有 3 項，其中，第 2 項，於一般服務扣減與本項替代部分之費用，因為我們在編列經費

時，已經把原本有使用支付標準表中塗氟相關診療項目的人數扣除，我們在編列經費時，應該已經把這些人都扣除了，基本上，應該不會存在與一般服務重複需要扣除費用，請健保署協助確認。

陳組長燕鈴

報告一下，請問這項協定事項，是不是可以修正為：本項不得與現行一般服務給付之塗氟 92051B、口乾症塗氟 92072C 及專款之高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫重複支應。因為必須落下文字講清楚本項不支應剛才牙醫部門所說已扣除的部分，以後大家才清楚知道本項預算的用途。

周主任委員麗芳

好，這樣比較嚴謹。請問牙醫部門還有沒有其他補充事項？如果沒有，剛才的協定事項文字，就請同仁協助修正。請牙醫門診總額主委黃協商代表克忠。

黃協商代表克忠

第 17 項「超音波根管沖洗計畫」。協定事項的第 2 項，於一般服務扣減與本項重複部分之費用，剛才協商時我們有提出來要刪除。

周主任委員麗芳

請等同仁把螢幕調整到第 17 項。

陳委員彥廷

這個項目其實是新增的項目，並不會有和原來執行內容重複而必須扣減的部分，它是額外執行的動作。

陳組長燕鈴

請問一下，當時本會在大表的補充說明有提到，本項支付點數 100 點，有沒有可能和現行根管治療項目內含之「根管沖洗」成本重複，我們有請健保署說明，而健保署表示需請牙醫部門回答。因此，本項尚需釐清，目前牙醫部門所提支付點數 100 點，是否已扣除一般服務中，根管治療項目內含之根管沖洗成本費用？如果有重複，當然就應該扣除，如果沒有重複，就不用扣除。

翁協商代表德育

以前我們的根管治療是沒有用到超音波根管沖洗這樣的設備...。

陳組長燕鈴

可是有傳統沖洗方式。

翁協商代表德育

我們有其他的沖洗方式，但不是用超音波沖洗，因為超音波沖洗是最近這幾年來是比較新的技術...。

陳組長燕鈴

請問根管治療時，手動沖洗跟超音波沖洗會同時執行嗎？

翁協商代表德育

對。

連協商代表新傑

對，因為手動沖洗可以把藥物帶進去根管，但它大概只能進到根管上面的 1/3，而再做超音波沖洗，可以把整個根管都清乾淨，所以是額外新增的動作，之前手動沖洗的動作還是會保留。

(註：螢幕上試算表，第17項「超音波根管沖洗計畫」協定事項，刪除「於一般服務扣減與本項重複部分之費用」文字)

周主任委員麗芳

一、請問是否還有補充？(未有協商代表及委員表示意見)，牙醫部門結論如下：

(一)112年度牙醫門診總額，較基期成長2.588%。

(二)依112年度總額協商程序，請牙醫部門及健保署依據今天的協商結論辦理下列事項，並請於9月22日上午9時以前提送本會，以納入9月23日委員會議討論：

- 1.以結果面為導向，調整新增項目之執行目標及預期效益之評估指標。
- 2.新增專款項目請確認提出預估試辦檢討期限，未提出者，請增補。

3.需修正項目名稱者，請提出修正後之項目名稱。

二、恭喜牙醫部門，雖然等了很久，最後還是等到美好的結果。也感謝所有付費者代表，今天代表牙醫部門主談的林委員敏華，協談人為劉委員守仁、董委員正宗，專家學者及公正人士委員卓委員俊雄、趙委員曉芳的協助，以及所有委員的參與，當然還有健保會的同仁，及健保署蔡副署長所率領的同仁，非常感謝大家！

周執行秘書淑婉

報告主委，最後還有其他預算要確認，健保署要報告他們最終調整的版本讓委員知悉。

周主任委員麗芳

好，再次恭喜牙醫部門！牙醫部門協商到此，感謝牙醫部門協商代表，你們可以回去好好睡個覺！再見了！

陳委員彥廷

謝謝各位委員，感謝。

周主任委員麗芳

我剛才以為我們可以跟著你們一起回家了，但是付費者代表還要繼續確認其他預算。

(接著進行「其他預算」協商結果確認，詳「其他預算」與會人員發言實錄)



參、112年度總額協商—「中醫門診總額」  
與會人員發言實錄



## 參、112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

本場次進行中醫門診總額協商，中醫部門是由中醫師公會全聯會柯理事長富揚所率領的團隊與付費者代表協商，感謝你們等了很久，現在請柯理事長富揚用 5 分鐘的時間，說明一下重要事項。

柯委員富揚

- 一、主委、健保會的委員以及健保署的長官，大家午安，大家好。今天是國家防災日，期盼委員協助中醫界可以無災無難過協商。
- 二、中醫門診總額只占健保總額的 3.6%，所以任何一分錢對中醫來講都是彌足珍貴的資源，本次提出的中醫門診總額的協商項目，最主要有 3 項，我針對這 3 個重點跟委員報告：

(一)第 1 個重點是「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」：

- 1.21 世紀現代醫療的趨勢就是精準醫療跟全人照護，中醫就是屬於不分科的全人照護醫療，也就是在臨床上來講，不管患者要看心血管科、腸胃科、睡眠障礙、神經內科等，不管什麼科別的患者尋求中醫的醫療，因為目前健保的規定中醫不分科，所以中醫師必須得提供全部的醫療服務，也就是跨科別、跨病種的診療。
- 2.這樣子的制度也執行了非常久，整合醫療照護的項目不算全新的服務項目或是醫療方法、醫療科技，他原本就附隨在診察、診療過程中，我們要求中醫的醫護團隊對多重慢性病患者，治療介入的方法要更周延，然後來整合。本項經費就是用來反應這種照護介入的成本，也是反應中醫長久以來跨科別、跨病種、不分科，全人醫療的照護模式，是對長期執行的肯定跟合理的給付，而不是像不孕症等新的醫療模式。

(二)第 2 個重點是「針傷合併治療合理給付」：

- 1.針傷合併治療合理給付這部分，原本的規定是針灸傷科合併治療擇一給付。比如有骨科的需求，或是復健科的需求，我

同時用針灸、傷科治療，結果只能夠申報一種費用，我想這樣子的給付條件，對中醫來講確實相對不公平。

2.我們可以看到這樣的醫療模式，針灸屬於侵入性的醫療，傷科也都是由醫師親自執行，從 84 年至今一直是屬於擇一給付的狀態。就像到 98 年才更改針傷科治療期間合併開內服藥處置費打 5 折這樣子的規定。我們只是希望能夠讓臨床的中醫師可以得到合理的給付，解除這樣不合理的限制。

(三)第 3 個重點是「增加腦血管疾病後遺症(診斷碼 I69)」：

1.專款項目「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」腦血管疾病的適用範圍，住院的患者在腦中風的黃金治療期 6 個月內都可以接受治療，可是當神經內科的醫師處理完急性期的腦出血意外之後，通常由復健科醫師接手，比如轉到復健科醫院，這個時候復健科醫師大概都會用 I69 這個診斷碼，也就是腦血管後遺症。這會導致在西醫住院的患者，當他脫離急性期而離開醫院，雖然還是在腦中風的黃金治療期，可是這個時候他尋求中醫的針灸照護必須得自費，因為我們在適用範圍的診斷碼沒有納入 I69。

2.在一般服務裡也有「特定疾病門診加強照護」，與專款項目一樣個案適用範圍沒有納入 I69，這樣的患者也有可能到一般門診就醫，但診斷碼 I69 沒有納入而要自費治療。

三、我想合理的給付，可以讓整個中醫藥的發展更好，在這邊也跟委員報告，這 3 天是我最後在健保會的時間，因為接下來我們下個月就會交接，換新的全聯會理事長上任。感謝主委、委員還有長官們，對我的支持跟愛護，協助中醫藥的發展，感謝大家。

周主任委員麗芳

剛剛柯理事長富揚做了很詳細的說明。接下來是委員「提問跟意見交流」的時間，請委員提問。請干委員文男。

干委員文男

有關「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」，請問多重是有幾種慢性病？是一種？還是兩種？三種？四種？我們不曉得多重是有幾種病，請解釋清楚。

周主任委員麗芳

我們採統問統答，委員還有沒有詢問？請劉委員國隆。

劉委員國隆

剛剛柯理事長富揚有講，「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」在中醫的搭配上有一些診療上的項目或者是細節，為什麼需要有額外費用的支付，請中醫再說明一下。

周主任委員麗芳

委員還有沒有詢問？請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

我想了解一下，我知道在「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，中醫有做針灸跟復健，像這樣子的次數、個案量、服務量，或者是適用的患者數量大概有多少，或是你們覺得本項醫療對患者有多大的幫助？大概給大約的數字就可以了。

周主任委員麗芳

委員還有沒有詢問？沒有了。接下來的時間還有 13 分鐘，請中醫部門回應，謝謝。

柯委員富揚

首先說明「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」：

一、有關慢性病病名的定義，其實在民國 91 年的時候，當時的中央健康保險局(現稱健保署)，有定義慢性疾病範圍，健保局的公文規定慢性病的定義，中醫沿用西醫慢性病的病名。「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」的項目，其實是凸顯中醫跨科別、跨病種的治療，也就是當 1 個多重慢性患者，他可能同時有心血管、腸胃道相關疾病到中醫看診，他不能看第 2 個醫師，必須看 1 個中醫師就要解決所有跨科別的問題。這是屬於

中醫不分科的醫療模式，因為中醫沒有分專科，中醫只有 1 個不分科的中醫專科，在這樣的前提下，中醫要進行跨科別、跨病種的治療。也就是我們在照護上需要比較好的照護團隊，同時提供跨科別的中醫醫療照護。

二、在「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」照護模式有幾項改變，首先要求中醫醫療提供者，對收案患者的醫療必須符合慢性病的給付模式，也就是開藥天數不能小於或等於 7 天，要開更長天數的藥。第 2 個，患者除了有慢性病或重大傷病之外，必須得還有其他疾病的診斷碼，也就是必須同時提供多重的醫療照護，以上補充報告跟說明。

三、有關腦血管疾病後遺症的部分，接下來請吳召集人清源說明。

周主任委員麗芳

請吳召集人清源。

吳協商代表清源

主委、各位委員大家好，我是吳清源醫師，在這邊非常感謝各位委員對我們的支持。有關「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」新增腦血管後遺症診斷碼 I69 部分，我簡單報告一下：

一、剛剛 2 位委員提到的 2 個問題，我在此統一回答。我本身是嘉義長庚醫院中醫科的醫師，我們醫院在雲嘉南地區是最大的區域醫院，雲嘉南地區非常多中風或者是重症的病人，都會送到我們醫院來，我就住在醫院旁邊，每天晚上都聽到歐伊、歐伊、歐伊(救護車的聲音)。很多急性中風的病人，通通都送到我們醫院，我先簡單解釋病人送到醫院來會做怎麼樣的處置：

(一)首先，病人先送到醫院的急診，急診由西醫神經內科收治，確定中風之後就被認定為急性期，並下急性期的診斷碼。接下來在經過急性的處置之後，很快速的病人就會轉到復健科，這時候復健科下的相關診斷碼就是 I69 腦血管後遺症。

(二)中醫要如何去配合治療？在急性期的時候，中醫就積極介入，有非常多的實證醫學論文支持中醫療效，我本身也是國科

會藥學及中醫藥學門的召集人，國家非常支持相關的論文研究，也產出相當多的實證論文，支持針灸在腦中風及相關疾病，包括後遺症的治療，效果都非常的好。臨床上，西醫師也非常的支持我們中醫，很多腦中風或者是相關疾病的病人，會轉介到中醫做會診及治療。以量來講的話，我們醫院的量其實非常非常大。有多少幫助呢？事實上幫助非常的大，像我現在來講，我每天除了門診之外，很多時間都要去各病房做會診，病人針灸完以後，在短短的幾個月之內恢復的效果也非常好，病人也非常非常的高興。

- 二、可是就醫院申報來講，中醫會跟著西醫下一樣的診斷，2 個診斷碼需要一致，在這樣的情況之下，如果西醫下診斷碼 I69，我們中醫也必須用診斷碼 I69 去申報，但因為 I69 沒有納入適用範圍，造成病人需要完全自費，變成病人在同一個疾病之下，在不同的時間點有不同的付費方式。病人會抱怨，我剛剛開始做的時候是健保給付，為什麼到後面就變自費了呢？這樣子其實會辜負健保照顧病患的美意，所以在此懇請各位委員支持相關的計畫。

#### 柯委員富揚

- 一、跟各位委員補充說明，我們會發現這個問題，就是醫院端一直告訴我們，因為我們執行這個計畫必須得登入 VPN，登入 VPN 的時候，基本上會依照復健科專科醫師的診斷碼，在復健科診斷碼一定都會打 I69，可是這個患者他確實還是在 6 個月的黃金治療期間，只是因為當時「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」適用範圍的診斷碼沒有納入 I69，就造成了患者失去了健保照顧的美意，無法趕快在黃金治療期做針灸治療。
- 二、這個問題在今年健保署第 1 次研商議事會議的時候，由醫院的代表所提出來，當時健保署研商議事會議的代表，還有 2 位健保會在研商議事會議的代表，都認為診斷碼應該要放進去。後

來感謝陳組長燕鈴，他說不對啊，如果這個診斷碼要放入適用範圍，但健保會總額協商當時並沒有估算到這筆費用。所以我們回過頭才發現糟糕了，漏了此筆費用，導致一些必須在黃金治療期趕快做針灸的患者，只是因為他的診斷碼是 I69 腦血管後遺症，而不能享受健保資源，先做這樣的補充。

周主任委員麗芳

針對剛剛的提問，林榮譽理事長永農要補充嘛？請補充。

林協商代表永農

報告各位委員，腦血管後遺症中醫輔助醫療，這個是從民國 95 年，當時的健保會前身費協會就已經通過的專案計畫，這麼多年來一直都做得很好，只是這個診斷碼有問題，請委員可以通過讓他修正，不要造成患者還在黃金治療期，卻不能報健保，反而要收自費，只是這樣而已啦，感謝各位。

周主任委員麗芳

針對這個部分大家都沒有疑問了，也沒有要再補充了？請何委員語。

何委員語

沒有疑問。中醫門診總額協商付費者的主談人是楊委員芸蘋，協談人是陳委員有慶跟李委員麗珍，專家學者我們邀請胡委員峰賓還有趙委員曉芳委員給我們指導，好不好？

周主任委員麗芳

好，請你們進行內部會議。

何委員語

請所有的付費者委員到會議室。

(付費者代表進行內部會議討論約 40 分鐘)

周主任委員麗芳

付費者代表已經回到了現場，也請中醫部門的協商代表就位。跟各位付費者代表報告，我們從早上到現在各部門總額協商好像還沒有

具體成果。付費者代表主談人是楊委員芸蘋、協談人是陳委員有慶、李委員麗珍，也謝謝胡委員峰賓跟趙委員曉芳的參與，是不是請主談人坐定位之後，請楊委員芸蘋跟大家說明最新的付費者版本。

楊委員芸蘋

大家建議要先休息一下，有人去上洗手間了啦。

周主任委員麗芳

好，那等他們回來沒關係。

楊委員芸蘋

等他們回來好不好？

周主任委員麗芳

好，就等他們回來。

(休息時間約5分鐘)

周主任委員麗芳

現在大家已經就定位了，還有人沒回來？我們就等幾位付費者代表回來，其實我們現在心裡很期待看到你們討論的結果。要開始說明了嗎？好，請主談人楊委員芸蘋先說明。

楊委員芸蘋

- 一、主席，中醫協商代表、健保署蔡副署長淑鈴，還有我們的付費者代表，大家好！（回應：好！）還是很有精神，咖啡再喝2杯吧，要不然怕你們沒精神。
- 二、剛剛我們在裡面談的結果大家蠻和諧的，雖然有一些意見不合，可是終究還是有了結論。我們付費者代表是合議制，很和諧的團隊，我很謝謝付費者代表。其實大家對中醫蠻尊重的，你們總金額的數字確實也很少，雖然成長率有一點高，可是相對其他總額部門的額度實在很少，所以大家對你們提出來的版本沒有太多的意見。可是我們也需要做監測，對你們提出來的版本不能說什麼都照給，又沒有任何的協定事項，所以我們還

是有一些建議。

三、在這邊首先向中醫界致意，這次的防疫你們出了很大的力，尤其在清冠一號這方面，讓民眾們快速的治癒，減少了一些痛苦，感謝你們。

周主任委員麗芳

掌聲鼓勵一下。

楊委員芸蘋

謝謝。再來第 2 點，我要講的是從上午到現在沒有一個部門協商成功的，希望我們這場協商能夠成功好不好？大家互相有誠意，我們付費者已經付出相當大的誠意了，我也希望中醫給我們一個最大的誠意，能夠協商成功，這是我的期待。現在是不是要講付費者的版本？

周主任委員麗芳

是，請說明付費者方案。

楊委員芸蘋

我們就來看一下付費者代表提出的方案，以下逐項報告：

一、一般服務：

(一)第 1 項「提升中醫小兒傷科照護品質」：同意編列 2.5 百萬元，協定事項為：提出小兒傷科照護品質具體實施方案。

(二)第 2 項「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」：同意編列 476.7 百萬元，協定事項為：

1.請提供跨科別、跨病種之中醫整合服務。

2.提出具體實施方案(含申請條件、整合醫療照護服務內容、醫療利用管控及療效監測)。

3.扣減當年度未執行額度(扣減額度以新增及原申報差額計算)。

(三)第 3 項「針傷合併治療合理給付」：同意編列 304 百萬元，協定事項為：

1.提出針傷科合併治療給付案件管理之具體內容(含適應症、申請條件、醫療利用管控及療效監測)。

2.依112年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度。

(四)第 4 項「增加『特定疾病門診加強照護』適應症腦中風後遺症(I69)」：同意編列 17.2 百萬元，協定事項為：扣減當年度未執行額度，其當年度執行額度，應以新增腦血管適應症(I69)與既有適應症申報費用之差額計算。

(五)第 5 項「新型冠狀病毒肺炎後遺症之中醫加強照顧」：同中醫部門及健保署意見未編列預算。

(六)第 6 項「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：同中醫部門及健保署意見編列-34.5 百萬元。

## 二、專款項目：

(一)第 7 項「醫療資源不足地區改善方案」：同意編列 172 百萬元，未增加預算。

(二)第 8 項「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」：

1.腦血管疾病新增腦血管後遺症，診斷碼I69；新增術後疼痛。

2.同意編列436.8百萬元，增列184.1百萬元，協定事項為：依實證資料，訂定術後疼痛適應症條件。

(三)第 9 項「中醫提升孕產照護品質計畫」：同意編列 81 百萬元，未增加預算。

(四)第 10 項「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」：同意編列 21.6 百萬元，未增加預算。

(五)第 11 項「中醫癌症患者加強照護整合方案」：

1.「癌症患者中醫門診加強照護計畫」新增胃癌、攝護腺癌及口腔癌。

2.同意編列245百萬元，未增加預算。

(六)第 12 項「中醫急症處置」：同意編列 5 百萬元，未增加預算，協定事項為：請檢討計畫執行情形，並考量是否持續辦

理。

(七)第 13 項「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」：同意編列 105.3 百萬元，增列 55.3 百萬元，協定事項為：持續評估計畫成效，並檢討及監測服務利用之合理性。

(八)第 14 項「照護機構中醫醫療照護方案」：同意編列 28 百萬元，未增加預算，協定事項為：請監測本計畫住民之中醫利用情形(含機構外就醫)，並評估執行成效。

(九)第 15 項「網路頻寬補助費用」：同意編列 98 百萬元，未增加預算。

(十)第 16 項「品質保證保留款」：同意編列 27.6 百萬元，增列 1.1 百萬元。以上是付費者剛剛討論的結果。

周主任委員麗芳

謝謝楊委員芸蘋以及所有付費者代表所釋出的善意，接下來我們來聽聽看，中醫部門特別是柯理事長富揚，對剛剛付費者代表所提出來的版本，有沒有哪些窒礙難行或者有意見的地方？

柯委員富揚

- 一、謝謝所有健保會的委員、付費者代表們，非常非常的感動，非常非常的感恩，雖然協定事項裡頭所列的，對我們來講都是一種挑戰，但是我們一定會全力以赴、竭盡全力來完成。
- 二、中醫納入健保從民國 84 年實施到現在 27 年，感謝委員的幫忙，我們終於一舉突破 300 億元了啦，突破 300 億元了！有關委員所列的協定事項跟金額，富揚僅代表中醫師公會全聯會、全國的中醫同道跟各位委員致上最高謝意，所有中醫的代表，我們起立跟委員道謝。

周主任委員麗芳

所以，你還沒有說一句，是不是 yes 我願意？(柯委員富揚：yes)真的等這一刻等很久了，因為今天從上午到現在，終於一個部門達成共識。還有一點點時間，剛剛柯理事長富揚有說，這是他任期當中最後 1 次的總額協商，後天的健保會也是他最後 1 次出席，今天你

還有中醫的團隊，有什麼要跟大家講的嗎？今天可以先講一下。

#### 柯委員富揚

- 一、臨別離情依依啦，其實從民國 84 年開始，中醫健保總額的費用，從當時占總額的大概將近 5%，然後就開始一路一直掉、掉、掉，我在接任全聯會理事長的時候，當時最害怕的是，會不會在我任內跌破 3.6%，真的非常的擔心。這幾年感謝委員的支持，尤其是去年跟今年，是中醫從民國 84 年有史以來總額成長率最高的 2 年，真的非常感謝委員的支持，我們也挺住了。
- 二、還是得把公事完成，有關付費者代表提出的版本較基期成長率是 4.344%，確認，感謝委員的支持跟幫忙。
- 三、我們確實衷心期待中醫藥的發展，健保又屬於醫療資源中，對整個中醫藥界發展最重要的一環。像最近的公費清冠一號被限縮的事情，對我們的打擊非常非常的大，從去年的 12 月 1 日實施公費清冠一號到今年 8 月 31 日，民眾使用清冠一號將近 10 億元，可是對比整個防疫的總預算 8,400 億元，就只有 10 億元，結果竟然是全國第 1 個在醫界裡被限縮公費清冠一號的使用。
- 四、每次在這個協商場合都覺得很非常的感動！之前在健保會協商會前會，我們看到有社保司、醫事司、國健署，這些衛福部的相關單位，在幫醫界其他團體，提出總額政策目標的時候，我們當時的感觸很深，因為中醫幾乎好像沒有長官一樣。感謝委員你們的支持跟幫忙，讓我們中醫可以繼續往前走，中醫一定會拿出最高的誠意，去完成付費者代表所交付的責任，感謝大家。

#### 周主任委員麗芳

- 一、感謝，尤其今年度中醫在防疫的表現大家有目共睹，所以你們也不要覺得像失根的蘭花，全部的民眾都挺你們，做你們的後台。

二、我做一下決議，請將螢幕拉到剛剛有成長率的畫面，112 年度中醫部門總額較基期成長 4.344%，總金額是 309.804 億元。

三、依 112 年度總額協商程序，請中醫部門及健保署依據今天的協商結論辦理下列事項，並請於 9 月 22 日上午 9 點前提送本會，以納入 9 月 23 日委員會議討論。

(一)以結果面為導向，調整新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。

(二)新增專款項目請確認提出預估試辦檢討期限，未提出者，請增補。

(三)須修正項目名稱者，請提出修正後之項目名稱。

四、以上，再一次的恭喜的中醫部門。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

主席，我謝謝中醫過去的努力奉獻，非常感謝，今天圓滿達成協議。接下來還有 35 分鐘，我建議主席我們不要浪費時間，因為健保署蔡副署長淑鈴在場，能不能先進行其他預算協商？

周主任委員麗芳

跟各位報告一下，健保會同仁已經通知了西醫基層，我們休息 10 分鐘，西醫基層已經要遞補上來，都已經安排好了。

何委員語

ok，好。

周主任委員麗芳

休息 10 分鐘之後，就換西醫基層上場。

何委員語

那我們休息 10 分鐘。

周主任委員麗芳

好，謝謝。

肆、112年度總額協商—「西醫基層總額」  
與會人員發言實錄



## 肆、112年度總額協商－「西醫基層總額」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

- 一、感謝西醫基層部門的協商代表來到會場，不好意思調整西醫基層總額協商的時間，現在進行第一階段「提問與意見交流」，先請西醫基層部門協商代表簡短說明5分鐘，之後進行意見交流，本階段時間是25分鐘。
- 二、另外，西醫基層部門有新任的理事長到任，我們先恭喜新任的周理事長慶明。

黃協商代表啓嘉

先向付費者代表報告，今年西醫基層部門由新任的周理事長慶明領軍，所以主談人由周理事長擔任。

周主任委員麗芳

恭喜新任的周理事長慶明，請說明。

周協商代表慶明

- 一、新生報到，請最照顧西醫基層的健保會委員繼續照顧我們。最美麗認真、最有智慧的周主任委員麗芳，以及我最欽佩、最照顧民眾健康、最疼惜醫界的健保會委員們，大家午安、大家好！很高興參與今年的總額協商，每年總額協商是醫師公會全國聯合會(下稱醫師公會全聯會)最重要的事情，不管是醫院或是西醫基層，這些年在防疫上真的非常辛苦，因為疫情實在很嚴峻，我們對一般民眾的照顧也是非常努力。
- 二、對於今年總額協商，西醫基層部門非常認真看待，我們一直不斷地研議，經過數百人次、數十次的研商會議，希望西醫基層能提供全臺灣人民最好的照護，為守護民眾健康做出最大的貢獻，因為這是所有醫者的神聖天職。我們一直這樣做，也期盼大家本著相同的理念與理想，協商出足夠的醫療資源及充裕的預算，一起為建構全臺國民的健康、安全、幸福而努力，非常期待今天有完美的協商過程與結果。

### 三、針對今年提出的協商項目，在此簡單說明：

- (一)有關「門診診察費加成一致」，本項是歷史因素，因為在101年時，前監察委員黃委員煌雄提出四大皆空問題，需要扶持四大科別以避免醫療崩壞，所以對婦產科、外科、小兒科的診察費做加成，不管醫院或西醫基層總額同時受惠。從那時候開始，我們一直努力將所有科別的診察費慢慢調成一致，希望今年能通通調成一致，照顧所有科別，因為不論任何科別都是基層醫師，都在守護社區民眾健康，希望能將門診診察費的加成調成一致。
- (二)有關「7580診察費」，本項是針對75歲以上年長者的診察費加成，臺灣2025年就要步入超老年社會，年長者越來越多，但臺灣目前年長者的照護已經遠遠落後日本、新加坡，甚至韓國的平均壽命、健康餘命已經超越臺灣非常多，我們需要努力提升年長者照護，臺灣老年人口比例越來越高，我們很多人都已經開始步入老年。
- (三)有關「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」，因為醫院總額有加成(註)，西醫基層總額希望也能加成。
- (註：醫院總額於98年度起編列專款項目「提升住院護理照護品質」，於104年移列一般服務，主要用於調升住院護理費，及鼓勵住院護病比達一定比例之加成費用。)
- (四)有關「新冠輕症確診者長新冠後遺症(Long COVID)照護」，長新冠是目前很重要的議題，因為確診者越來越多，有長新冠症狀者也越來越多，雖然確診者的醫療費用是由政府預算支應，但長新冠病人的醫療費用還是回到總額，這個問題其實非常嚴重，我們在基層看到很多病人確診後，慢慢產生其他問題，這個病毒實在非常難處理，希望本項能列入112年度的重點執行項目。

周主任委員麗芳

謝謝周理事長慶明詳盡的說明，接下來先請付費者代表提問，再進行意見交流，委員有沒有要提問？請許委員駢洪。

許委員駢洪

我已經在健保會擔任委員4年，西醫基層是我們最親密的夥伴，在鄉下社區，更是我們醫療的諮詢師、導師與最好的朋友，所以我們沒有理由反對更好的金額給西醫基層部門，我看西醫基層部門的項目都很合理，因為足夠的預算可以減少民眾自費負擔，我一向很支持西醫基層，也謝謝西醫基層對我們的照顧。但今天是921，雙方討論得很熱烈，剛才醫院總額是兩案併陳，每次西醫基層看到醫院總額兩案併陳，就跟著兩案併陳，現在經營管理的人事成本都非常高，若西醫基層部門所提合理，我希望能盡量給予所提額度，我就講到這邊，我們最好的夥伴是西醫基層，加油！

周主任委員麗芳

- 一、委員還有沒有詢問，採統問統答。(未有委員詢問)
- 二、本階段時間是25分鐘，針對許委員駢洪的發言，若西醫基層部門需要回應，或是除了周理事長慶明的說明外，其他協商代表若覺得還有重點未說明，都可以利用這個時間說明。

黃協商代表啓嘉

我們與民眾之間就是互相感謝，也很感謝許委員駢洪為西醫基層說話，我們在防疫期間奮不顧身，像我本身都確診過，仍然奮不顧身照顧民眾，西醫基層始終如一，而且會繼續堅持下去。

周主任委員麗芳

西醫基層的協商代表還有要回應補充說明嗎？

周協商代表慶明

除了剛剛所提的項目外，我們針對需要讓委員更了解的項目進一步說明好嗎？

周主任委員麗芳

請稍等，先請何委員語。

## 何委員語

因為時間關係，我建議直接進入第二階段「召開內部會議」，請付費者代表進行內部會議討論，因為西醫基層部門換了新的理事長，我就不主談，若是原來的理事長，我就繼續擔任主談人，但是付費者代表會派出很資深、對健保非常了解、參與非常久的李委員永振擔任主談人，然後請深入參與西醫基層總額研商議事會議的馬委員海霞及許委員駢洪擔任協談人，也拜託陳委員秀熙及卓委員俊雄來指導我們，請付費者代表現在到會議室進行內部會議，也請西醫基層協商代表稍作休息。

## 周主任委員麗芳

付費者代表的主談人是李委員永振，協談人是馬委員海霞及許委員駢洪，並請陳委員秀熙及卓委員俊雄共同協助，現在付費者代表進行內部會議。

(付費者代表進行內部會議討論約55分鐘)

## 周主任委員麗芳

付費者代表真的很辛苦，從一早用心協商到現在。請西醫基層協商代表入座，本場次的主談人是李委員永振，協談人是馬委員海霞及許委員駢洪，協助的專家學者是陳委員秀熙及卓委員俊雄，請主談人李委員永振就定位後，向大家說明付費者代表方案。

## 李委員永振

一、剛才許委員駢洪給大家很高的期待，不過經過我們付費者代表討論後，因為西醫基層部門所提項目大多是在調整支付標準，早上醫院總額協商時，我們對於支付標準調整部分都不給予經費，因為相關項目都是既有、一直在提供的醫療服務，而且最近3年的總額預算年年成長，並沒有少給，雖然就診量減少，但是每件支付點數都增加，顯示支付標準應該有相當的調整，所以付費者代表是在這個前提下進行討論。

二、請參看螢幕，下面就討論結果說明付費者代表方案：

(一)一般服務部分，醫療服務成本及人口因素(非協商因素)增加17.625億元，協商因素項目如下：

- 1.第1項「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」：增加1.96億元。
- 2.第2項「藥品及特材給付規定改變」：增加1.45億元。
- 3.第3項「促進醫療資源支付合理」、第4項「比照醫院規定，修訂手術通則」、第5項「門診診察費加成一一致」、第6項「7580診察費」、第7項「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」及第8項「外傷換藥不計入同一療程」：均屬支付標準調整，不增加金額。
- 4.第9項「新冠輕症確診者長新冠後遺症(Long COVID)照護」：移列專款項目。
- 5.第10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」：扣減1.517億元。

(二)一般服務項目只有前2項有增加金額，接下來是專款項目：

- 1.第11項「西醫醫療資源不足地區改善方案」：不增編預算(全年經費3.171億元)。
- 2.第12項「家庭醫師整合行照護計畫」(下稱家醫計畫)：
  - (1)不增編預算(全年經費39.48億元)。
  - (2)協定事項：請朝「以人為中心」之合作照護模式為方向，積極推動計畫轉型。
  - (3)今年5月份委員會議有提出「家庭醫師整合性照護計畫執行成效評估」專案報告，當時委員有很多意見，認為我們投入那麼多金額，但買到的執行成果卻不符理想。
- 3.第13項「代謝症候群防治計畫」(下稱代謝計畫)：
  - (1)配合衛福部健保中長期改革計畫政策，增編3.08億元(全年經費6.16億元)。

(2)今年4月份委員會委員討論代謝計畫時，委員提出許多建議，因此本項是有條件增編，協定事項如下：

①請朝「以人為中心」之合作照護模式為推動方向。

②請考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。

③請於111年12月底前提出改進方案(包含服務人數提升、支付單價衡平性、減少重複檢查等)，提報本會同意後，經費始得動支。

(3)依協定事項第3點，如果沒有提出改進方案，則全年經費6.16億元無法動支，請健保署、西醫基層部門與健康署合作，完善、改進方案，並請考量今年的爭議及委員所提的改善意見。

4.第14項「C型肝炎藥費」：

(1)不增編預算(全年經費2.92億元)。

(2)西醫基層部門建議修正名稱為「C型肝炎治療費」，付費者代表建議維持原名稱。

5.第15項「醫療給付改善方案」：不增編預算(全年經費8.05億元)。

6.第16項「強化基層照護能力及『開放表別』項目」：不增編預算(全年經費12.20億元)。

7.第17項「鼓勵院所建立轉診合作機制」：不增編預算(全年經費2.58億元)。

8.第18項「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」：不增編預算(全年經費0.5億元)。

9.第19項「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」(全年經費0.3億元)、第20項「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」(全年經費0.3億元)、第21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」(全年經費0.11億元)：不增編預算，但這3項過去的執行率偏低，請加強醫療服務提供。

- 10.第22項「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」：不增編預算(全年經費1.78億元)。
- 11.第23項「網路頻寬補助費用」：
  - (1)不增編預算(全年經費2.53億元)。
  - (2)本項未列協定事項，但預計114年退場，請考量預算編列額度，明年金額應往下調整，不能再持平或往上編列。
- 12.第24項「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬計畫」：不增編預算(全年經費0.097億元)。
- 13.第25項「精神科長效針劑藥費」：不增編預算(全年經費1億元)。
- 14.第26項「新冠輕症確診者長新冠後遺症(Long COVID)照護」：併第29項「慢性傳染病照護品質計畫」處理，比照醫院總額。
- 15.第27項「促進醫療服務診療項目支付衡平性」：
  - (1)編列1億元(全年經費1億元)。
  - (2)協定事項：
    - ①通盤檢討醫療服務支付標準合理性。
    - ②於111年12月底前提出具體實施規劃(包含支付標準檢討規劃、執行方法與內容及期程)，定期提報執行情形。
    - ③請運用醫療服務成本指數改變率所增加之預算及藥物價量調查調整支付點數節省金額。
- 16.第28項「癌症治療品質改善計畫」：
  - (1)配合衛福部健保中長期改革計畫政策，編列1.15億元(全年經費1.15億元)。
  - (2)協定事項：
    - ①執行目標應含服務人數。
    - ②考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。

③節流效益應適度回饋總額預算。

17.第29項「慢性傳染病照護品質計畫」：

(1)配合衛福部健保中長期改革計畫政策，編列0.2億元(全年經費0.2億元)。

(2)協定事項：

①執行目標應含服務人數。

②考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。

③節流效益應適度回饋總額預算。

④併第26項「新冠輕症確診者長新冠後遺症照護」：

A.持續監測長新冠確診者後遺症醫療利用情形，定期提報以利後續評估。

B.民眾因疫情提升自我健康管理，減少醫療利用(如上呼吸道感染件數減少)，考量總額精神，宜整體運用總額提供服務。

18.第30項「品質保證保留款」：依健保會決議編列(全年經費1.243億元)。

19.第31項「因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成西醫基層特材成本高於健保給付點數之補貼」：比照醫院總額新增本項，編列0.2億元(全年經費0.2億元)。

(三)加上門診透析成長率3.675%，總金額1,573.88億元，增加金額32.648億元，較基期成長率1.800%。

周主任委員麗芳

主談人李委員永振說得很詳細，我相信西醫基層部門聽了之後也有很多話要說，請問西醫基層協商代表是否要立即回應，或是要直接進行內部會議討論？

黃協商代表啓嘉

我簡單回應1分鐘。

周主任委員麗芳

請黃協商代表啓嘉。

黃協商代表啓嘉

- 一、向各位親愛的付費者代表說明一下，其實大家過去都有一個迷思，認為支付標準改變一定要從非協商因素支應，如果只是單純的支付標準改變，的確是從非協商因素支應，例如因成本關係而改變支付標準，就應該從「醫療服務成本指數改變率」所增加預算支應，但服務的內涵如果有改變，就不是由非協商因素支應，而是我們彼此協商金額。
- 二、第6項「7580診察費」，就是服務內涵有改變，只是問題在於需要提出怎樣的內涵來得到付費者代表的青睞，這是未來需要努力的地方，而且本項也不是一次編足，我知道過去有些類似的項目是以服務密集度改變的名義編列預算，但本項不是服務密集度改變，而是我們想要精進年長者的照護，也希望支付標準有一些調整，因為服務內涵已經改變，所以由非協商因素支應不太妥適。
- 三、第7項「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」，護理人力需求其實是因為狀態改變，但沒辦法完全由非協商因素來解釋，若單純由被動成本增加來考量，確實是從非協商因素支應，但不是每項支付標準的改變都可以用非協商因素來解釋。
- 四、第5項「門診診察費加成一致」，101、102年於協商因素編列預算做診察費加成，而不是用非協商因素，當然不是說當初付費者代表同意編列預算，以後的加成也要繼續編列預算，我不敢這樣想，但這也是個考量點。西醫基層的艱困科別或者四大皆空的科別，其實有轉移到其他科別，我認為這些改變不能完全由非協商因素解釋。
- 五、第9項「新冠輕症確診者長新冠後遺症(Long COVID)照護」，如果疾管署願意編列預算，健保當然可以不編列，但是疾管署

卻說長新冠經過一段時間後要回歸健保，所以我們才提出本項。我們也可以不編列預算，但要請付費者代表協助醫界一起向疾管署爭取預算，我們雙方有個共同點，都是為了民眾的健康需求在努力，並不是完全站在對立面，如果不在健保總額納入長新冠預算，應該請疾管署編足防疫後續的費用，這是大家要共同努力的地方，若本項不編列預算，我們雙方的協定事項都必須寫上共同的文字，不能只是嘴巴講講，因為這是民眾切身需要的東西，雙方報部的版本應該都要有「不應由健保支付本項，請疾管署編足預算，或由政府部門以公務預算支應」的文字，這樣才有預算支應長新冠的醫療費用，以上意見請大家參考。

周主任委員麗芳

請顏委員鴻順。

顏委員鴻順

其實今天我們是滿心期待地進來，看到前2項的金額是1.96、1.45億元，我覺得雖不滿意，但至少是健保署的版本，結果往下一看，怎麼通通都是0元，心都涼了半截，不過還是盡我們的本分做個說明，有關第7項「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」，我有4點說明：

- 一、基層診所對於護理人力的配置是有硬性的規範，不是想請就請，不想請就不請，如果有2個診間、有觀察床，或有執行抽血、打針，比如說現在要開打的流感疫苗，以及去年拚了命在施打的新冠疫苗，這些都必須聘有護理人力，所以是一項硬性規範。
- 二、近年來勞動法令改變，增加了很多相關成本，如94年勞退新制上路，開始提撥6%工資做為勞工退休準備金，以及勞保費率從5.5%慢慢提高到10.5%，還有這幾年連續調整基本工資與薪水，106年起的一例一休等政策，這些都增加了聘任護理人員的成本。

- 三、當年因應血汗護士訴求時，醫院總額於98年度起於專款項目編列「提升住院護理照護品質」，並於104年度總額移列一般服務滾入基期，計算下來，這幾年已經挹注醫院總額251億元，這筆費用在做什麼？就是在提升護理人員的照護品質與福利。我的同學在醫學中心任職，他們說這2、3年的疫情期間，護理人力大概流失了10%，所以在相關的醫療論壇，很多醫院的院長都在呼籲，疫情後更要善待醫護同仁。
- 四、另外，以中醫來說，如果有聘請護理人員，每筆診察費的支付點數就增加10點，因為醫院及中醫門診總額已有前例，所以我們才會提這樣的訴求。西醫基層的護理費用是內含在診察費裡，如果有聘任護理人員協助門診，建議每日1~30人次的診察費增加30點，我們只調整1~30人次部分，不像中醫是適用全部人次，推估預算是32.965億元，分5年編列，1年6.593億元，預期目標就是要提升護理人員的待遇、福利，以及實施相關教育訓練，希望能全面留住基層醫療護理人力，提升護理人員的照護品質。

周主任委員麗芳

請王協商代表宏育。

王協商代表宏育

- 一、我是王宏育醫師，我從高雄過來，大概是最遠的，有關第7項「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」，顏委員鴻順已經講很多了，我想再補充幾點：
- (一)我認為醫院總額有的(編列專款給醫院解決護士荒，提高醫療品質)，西醫基層總額也應該要有。
- (二)112年基本工資調整，本來勞工團體希望調升11%，資方團體希望調升3%，最終勞動部拍板調升4.8%，4.8%怎麼來的？主要是反映消費者物價指數(CPI)年增率2.92%，以及經濟成長率3.76%，並且功勞應該由勞資共享，勞方一半1.88%，所以

相加4.8%，才拍板4.8%，換句話說，我們的物價波動有2.92%。

(三)現在我們想提高1~30人次診察費30點，假如每個月看診25天，每天1~30人次，也就是每個月前750人，每人增加6點(本項分5年調整，平均1年增加6點)，每個月也才增加4,500點，目前1~30人次的診察費是358點，增加的6點還占不到調整工資2%，希望付費者代表可以同意編列，讓護理人員的薪水不會實質下降，畢竟有些診所經營得不是很好，護理費沒有增加的話，護理品質不好，照顧民眾的品質也不好。

(四)依健保署規定，診察費內含醫師薪水、護理人員薪水、行政人員薪水、掃地歐巴桑等薪水、房租、水電、儀器購置&折舊、電腦資訊系統購置折舊&每年保固、系統更改費用、醫療廢棄物、醫療場所意外保險、醫療糾紛基金提撥等等，86年起支付標準明訂，西醫基層一般門診診察費內含29~39點護理費，我的病人還不少，每個月約有1,000人次，很多診所都看不到1,000人次，扣掉沒有診察費的連續處方箋、成人健檢、四癌篩檢等，我每個月有700人次的診察費，護理費以39點計算，還不到2.8萬元，我現在請了3名護理人員，健保給我護理費1個人都請不到。

(五)之前很多委員有到我的診所參訪過，我們的護理人員衛教做得很好，但是健保給我的錢，1個月請不到1名護理人員，我們也不要要求要多給，只希望象徵性的增加6點，每個月多4,500元，我有3名護理人員，每人多1,500元，讓他們的薪水不會因為物價波動而實質下降，這是我從高雄來最希望講的話，而且健保署提出的甲案也有編列這筆費用。

二、有關第9項「新冠輕症確診者長新冠後遺症(Long COVID)照護」，我尊重各位委員的意見，黃協商代表啓嘉講得很好，依據健保署110年12月13日公告的「COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫」，COVID-19染疫者於隔離期間的醫療費用由

疾管署支應，解除隔離後醫療費用由健保總額支付，所以現在長新冠是由各總額支付，將來疾管署也不見得會出錢，當然我們還是希望有人付錢，不是說沒人付錢就沒人照護。

三、有關第12項「家庭醫師整合性照護計畫」，我在8月19日「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商因素項目及計畫(草案)會前會」說明過，也提供委員家醫計畫的相關報導抽印本(台灣醫界雜誌111年9月份：家醫計畫「醫療群」在COVID-19防疫之關鍵地位)，這次臺灣防疫做得很好，都是靠醫療群，希望家醫計畫能增編1.98億元，讓醫療群可以做得更好，將來如果又有疫情，臺灣會更安全。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

一、常感謝付費者代表提供很好的建議，但有幾點必須說明一下，有關第6項「7580診察費」：

(一)目前西醫基層的診察費有區分專科醫師別，目前病人到不同專科就診，健保支付不同的診察費，我們希望回歸到以病人為中心，臺灣即將進入超高齡社會，2018年的65歲以上人口已經達到14%，預計2025年會達到20%，也就是所謂的超高齡社會，今年已經2022年了，大家可以試想一下，西醫基層部門為什麼要提「7580診察費」？

(二)在之前的協商過程中，我看到委員很重視病人的整合照護，尤其是多重慢性病的病人，大家想想看，年長者往往需要在醫院的不同科別就醫，然而老人家的活動力下降，我們希望由在地的基層好醫生接續照顧年長者。對於這些就醫難、溝通難、病情難的老人家，西醫基層的醫師能夠給予非常有價值及尊重的照護，除了平常的照護外，更加強對老年人的照護，提高基層人員對老人家的重視，我想對臺灣進入超高齡社會是有非常大的幫助。

二、有關第12項「家庭醫師整合性照護計畫」，家醫計畫今年的會員人數減少，是因為收案對象是來自就醫的慢性病及急性病個案，由於109、110年疫情的關係，很多民眾不敢就醫，以致應收案會員減少，而沒有像108年以前那樣高成長。若能如美國說的，疫情到今年結束，明年就會漸漸地恢復到108年以前的高成長，家醫計畫的會員人數一定會讓各位看到成長，懇請付費者代表給予我們機會服務更多會員，讓所有的基層醫師及護理人員都能照護有需要的民眾。

周主任委員麗芳

請洪協商代表德仁。

洪協商代表德仁

有關第7項「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」，有幾點補充：

- 一、總額協商會議資料提到，因應COVID-19疫情，對於符合獎勵資格之醫護人員，以公務預算發給津貼，但這不是常態的薪資結構，如果可以，希望適當調整診察費，其內含的部分費用給予護理人員，對於護理人員的就業安定，一定會有非常大的幫助。至於防疫津貼，事實上是賣命的血汗錢，並非常態給予，相關的醫護人員付出很大的代價才得到的微薄回饋。
- 二、如果能夠在診察費中提高護理費用，常態化提升薪資，我相信基層能夠留住優秀的護理人員，也可以提升基層診所的服務品質，對於醫院及基層的分級分流會有很大幫助，也有助於醫療費用管控。

周主任委員麗芳

請吳協商代表國治。

吳協商代表國治

- 一、首先謝謝許委員駢洪對基層的肯定。基層現在也面臨一些困難，各科的診察費加成從0~13%不等，與醫院的診察費不同，實際上國外醫院只看轉診病人，基層就是以門診為主，雖然有

分科，可是所做的事情是類似的，所以同工同酬的概念是我們一直念茲在茲的，這次疫情並不是只有相關科別站出來，所有的科別，就如我是眼科也都站出來協助防疫作業，從篩檢、疫苗施打到居家照護通通都有參與，事實上也達到穩定社會的力量。

- 二、第一階段門診診察費是西醫基層共同的核心，依照診察費的定義，基層面臨的問題都是一樣的，並不會因為科別而有所不同，如果是其他的支付項目，各科別多少會不同，所以我們希望能將各科別第一階段的門診診察費拉平。
- 三、至於要從協商因素或非協商因素支應？大家可以看各總額的「醫療服務成本指數改變率」細項，其中「藥品、藥材及耗材成本」的年增率居然是負的，表示非協商因素與實際情況有落差，112年「醫療服務成本指數改變率」所增預算只有約3.35億元，而且我認為非協商因素不應該指定用途，目前診察費還是從協商項目支應比較好。
- 四、健保會幕僚補充說明提到，希望能夠併入健保署提出的第27項「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理，不過該項健保署應該有想要調整的項目，與診察費不太一樣，當然，如果診察費可以由該項支應，我們也非常的樂見，希望診察費加成一致能讓基層醫療的力量更加堅實。

周主任委員麗芳

請陳協商代表相國。

陳協商代表相國

- 一、各位委員辛苦了，開會開了一天。我們幾位西醫基層協商代表看到付費者代表方案其實挺失望的，向各位委員報告，從今年疫情爆發到現在，國內已經累計約610萬例確診者，將近25%~30%的人口感染，我們可以發現臺灣與其他國家不一樣，即使有610萬例確診者，臺灣社會依舊安定、穩定，社會沒有動盪，大家可以回想COVID-19疫情初期，很多歐美國家

因為疫情襲擊導致醫療崩潰、急診室關閉、醫護人員離職，臺灣沒有出現這種情形，是因為臺灣有全世界最優秀的5.3萬名醫師守護著國人健康、守護著民眾醫療安全，也因為這些醫師的付出與努力，臺灣才可以安全、穩定，國家才能安定。

- 二、其中西醫基層貢獻了很重要的部分，COVID-19確診者有95%是輕症，大約有500多萬名病例都是由基層照護，我們的居家照護做得很好，病人聽到醫師親自打電話來解說病情，說大部分是輕症沒有問題，不只病人安心，整個家庭也能安心，請各位委員肯定西醫基層在防疫過程中的貢獻。
- 三、今天很多協商項目都是我們西醫基層部門相關人員、醫師、幕僚，經過一再研討、精算後才提出來的，健保署有2個版本，甲案成長率為4.270%、乙案成長率為3.717%。希望付費者代表能加以考量，國家因為醫界而安定，國家因為醫師的努力而不會付出慘痛的代價。待會我們會進行內部會議再討論一下，針對重要的項目，第6項「7580診察費」、第7項「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」，請付費者代表能酌情給予，這是對醫界的肯定，也給臺灣民眾信心。

周主任委員麗芳

請張協商代表孟源。

張協商代表孟源

- 一、有關第1項「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」、第2項「藥品及特材給付規定改變」，今天早上我在門診透析協商時提到，有些藥品適應症還無法適用尿毒症或是慢性腎病，有點不公平，剛剛許委員駢洪提到要減少病人自費，若新醫療科技及藥品的適應症能擴大，是可以減少很多病人自費。
- 二、向各位委員報告，SGLT2(糖尿病治療新藥)可以延緩病人5~7年進入洗腎，病人1週接受3次透析是多麼痛苦的事情，假如有機會在早期腎臟病就使用好的藥，可以延緩5年洗腎，而且整

體醫療費用也可以減少，長期透析病人1年平均醫療費用約70萬元，SGLT2不到1萬元。

三、感謝委員第2項「藥品及特材給付規定改變」編列1.45億元，但藥品那麼多，單就SGLT2而言，複合成長率是50%，108年申報藥費4.88億元，經過1年就成長1倍，變成8.21億元，再經過1年變成12.58億元，SGLT2每年就增加4億元，而且還有很多尿毒症、慢性腎病的病人需須要自費，因為預算不夠，沒有開放適應症。

四、懇請付費者代表在第1項「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」及第2項「藥品及特材給付規定改變」能夠編列足夠預算，讓病人有機會接受治療，不單是照顧1個病人也是照顧整個家庭，請付費者代表加以考量。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

我記得低推估是不含政府政策項目，可不可以請健保會試算，假如扣除健康署(第28項「癌症治療品質改善計畫」)及疾管署(第29項「慢性傳染病照護品質計畫」)所提項目，是否已經達到低推估？

周主任委員麗芳

健保會同仁能否幫忙…。

黃委員振國

社保司提供的低推設定公式並不含這個幾個項目，所以請試算一下。

周主任委員麗芳

我先說明，西醫基層總額的協商時間剩下15分鐘，西醫基層協商代表是否需要進行內部會議討論？

周協商代表慶明

剛剛大家也都有充分說明，請容我們到隔壁會議室進行內部會議討論。

周主任委員麗芳

請問10分鐘可以嗎？

周協商代表慶明

我們盡量。

周主任委員麗芳

付費者代表是否也再討論一下？剛剛西醫基層協商代表表達了很多訴求，請你們看看有沒有需要調整的地方。

*(付費者代表及西醫基層部門代表各自進行內部會議討論約26分鐘)*

周主任委員麗芳

付費者代表已經回到現場，西醫基層部門提出了新的版本，請問付費者代表有新的版本嗎？

周執行秘書淑婉

付費者代表沒有新版本，先聽醫界的。

周主任委員麗芳

好，先聽醫界的新版本，請同仁協助在螢幕呈現西醫基層部門的新版本，請問西醫基層是由周理事長慶明說明嗎？

周協商代表慶明

我們請黃協商代表啓嘉說明剛剛討論的結果。

黃協商代表啓嘉

首先向各位付費者代表說明，其實我們很期待各位能夠接受西醫基層部門的方案，周理事長也是第一次代表醫師公會全聯會參與協商，只是顯然我們雙方在溝通上有些落差。以下說明西醫基層代表方案：

一、一般服務：

- (一)第1項「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」、第2項「藥品及特材給付規定改變」：為了反映我們長年來的訴求，預算皆維持原版本額度，分別各增加4億元。
- (二)第3項「促進醫療資源支付合理」：由增加3.017億元，調整為增加1億元，依預算多寡進行支付標準調整。
- (三)第4項「比照醫院規定，修訂手術通則」：維持原版本額度，增加0.032億元。
- (四)第5項「門診診察費加成一致」、第6項「7580診察費」、第7項「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」：
  - 1.付費者代表方案都是編列0元，但我們還是維持原版本額度，分別增加9.246、15.801及6.593億元。
  - 2.我們強調這些項目是服務內容改變，如護理人力增加與訓練，75歲年長者的服務品質與內涵調整，以及門診診察費加成一致已經隱含服務內容改變，所以建議編列在協商項目，而非由非協商支應。
- (五)第8項「外傷換藥不計入同一療程」：維持原版本額度，增加0.356億元。
- (六)第9項「新冠輕症確診者長新冠後遺症(Long COVID)照護」：移列專款項目。
- (七)第10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」：維持原版本額度，扣減1.517億元。

## 二、專款項目：

- (一)第11項「西醫醫療資源不足地區改善方案」：維持原版本額度，不增編預算(全年經費3.171億元)。
- (二)第12項「家庭醫師整合性照護計畫」：維持原版本額度，增編1.98億元(全年經費41.46億元)。
- (三)第13項「代謝症候群防治計畫」：由增加3.08億元，調整為不增編預算(全年經費3.08億元)。

- (四)第14項「C型肝炎藥費」：如果C型肝炎只給付藥費，完全不考慮治療費用、檢查費用、診察費等其他醫療費用，這筆藥費本身是不足以支應整個C型肝炎照護，所以建議依服務內容，本項可以調整為「C型肝炎治療費」而非藥費。
- (五)第15項「醫療給付改善方案」：維持原版本額度，增編0.953億元(全年經費9.003億元)。
- (六)第16項「強化基層照護能力及『開放表別』項目」：維持原版本額度，增編1億元(全年經費13.2億元)。
- (七)第26項「新冠輕症確診者長新冠後遺症(Long COVID)照護」：由編列8.05億元，調整為編列5億元(全年經費5億元)。
- (八)第28項「癌症治療品質改善計畫」、第29項「慢性傳染病照護品質計畫」：西醫基層部門的原意是要空白，不列0，因為怕做不到付費者代表對我們的期待，希望與主管機關詳細討論執行細節後再編列，我們希望用空白呈現，但計算成長率時無法用空白，所以暫時以0替代。
- (九)至於其他項目都是維持原版本額度。

三、最後加上門診透析成長率(3.675%，係以門診透析服務總費用成長率3%分攤)，西醫基層代表方案第2版的成長率是4.460%。

周主任委員麗芳

謝謝黃協商代表啓嘉的說明，付費者代表方案是不是也有第2個版本？

李委員永振

是，協定事項有些變化。

周主任委員麗芳

好，請說明。

李委員永振

- 一、剛才西醫基層協商代表的發言，我們都有聽進去，也表示尊重，對於疫情期間醫事人員的貢獻，我們相當肯定、感謝，但這部分政府已經有編列特別預算支應了，雖然有些人是不得不才領那筆費用，但工作就是如此，只能因應當下面臨的環境，我認為在錢的部分並沒有少給。
- 二、另外，付費者代表是以整體觀點來看待總額預算編列，可能與醫界在第一線看事情的角度不太一樣，切入點不同，但如果可以說出個所以然來，付費者代表應該也會支持，以第6項「7580診察費」而言，我們的討論過程中，不論是專家學者還是付費者代表均強調不能以年齡為切點，請看第6項增加的協定事項「不宜以年齡為切點，做為給付條件，建議應以疾病複雜度、高風險等病人實際需求為導向，研提醫療服務內容」，而且75歲以上診察費已經加成7.5%了。
- 三、有關第3項「促進醫療資源支付合理」，依健保署說明第1點「醫院總額自106年起，應用醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準，惟西醫基層因調整診察費，爰未配合調整」，這種講法就像「我給錢要你去買米，結果你經過路邊聞到雞腿很香，就跑去吃雞腿，把錢花掉了，回來問你米呢？你卻說沒錢買米」，怎麼可以這樣呢！原有的預算在其他項目用掉了，才來說預算不足，在道理上講不通！
- 四、至於第7項「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」，現在醫院總額門診診察費286點，西醫基層總額358點，已經比醫院高了，還能再增加預算調整支付標準嗎？
- 五、補充一下第3項「促進醫療資源支付合理」，本項主要是調整西醫基層174項支付點數與醫院一致，去年協商的時候付費者代表不同意編列，道理跟第3項一樣，所以不同意，是部長核定1.26億元，若西醫基層部門要爭取預算，還是請部長裁吧！
- 六、付費者代表方案第2版只是在協定事項補充加強，金額方面並沒有變動。

周主任委員麗芳

謝謝主談人李委員永振，付費者代表方案第2版的金額都沒有改變，只有補充協定事項，是否宣讀協定事項，讓雙方都確認一下文字？

黃協商代表啓嘉

螢幕已經有呈現協定事項，應該可以直接確認。

周主任委員麗芳

所以不用宣讀？

黃協商代表啓嘉

- 一、對。協定事項是付費者代表的建議，我認為非常有建設性，可以做為執行參考，但協商的重點畢竟是在金額。
- 二、另外，付費者代表對診察費可能有些誤解，請陳協商代表相國做個說明，趁此機會也跟大家介紹一下，醫師公會全聯會新設副理事長職位，由陳相國醫師擔任。

周主任委員麗芳

請陳副理事長相國。

陳協商代表相國

謝謝李委員永振的指導，剛剛有提到西醫基層門診診察費已經358點，向各位委員說明，358點只是第一階1~30人次的診察費，平均診察費還是低於醫院，大約250~260點左右，因為西醫基層的門診診察費有很多階段，而且遞減很厲害，每日第81人次以後的診察費是70點。

周協商代表慶明

我補充門診診察費詳細的數字，在西醫基層看診1~30人次，門診診察費是358點，31~40人次是250點，41~60人次是220點，61~80人次是160點，81~150人次是70點，151人次以上只剩50點，所以整體平均其實比醫院低，不能以1~30人次的358點與醫院比較。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、剛剛委員說政府有提供基層護理人員防疫津貼或補助，對不起，到現在為止並沒有，我也希望委員能幫我們基層的護理人員爭取，既然健保不編列預算，應該給予理由，而不是告訴我公務預算已經有編，也請社保司提供110、111年給予基層護理人員的津貼或補助，甚至所謂的防疫風險，已經核發多少金額。
- 二、防疫視同戰爭，委員說職業是自己選擇的，在疫情嚴峻的時候，所有基層診所沒有因為自己確診或員工確診而畏戰，但有些醫療機構卻是主動性關門，希望委員能如同對待家人一般，多給基層的醫事人員鼓勵與關懷。

周主任委員麗芳

請教西醫基層部門，是不是能夠接受付費者代表方案第2版，否則就是兩案併陳，請表示意見，請周理事長慶明。

周協商代表慶明

付費者代表方案第2版好像與前面那版差不多、一模一樣，只是多了一些協定事項，我覺得落差實在太大了，目前的版本我們沒辦法接受，很難對現場的西醫基層協商代表及會員交代，所以我們就謝謝大家的指導。

周主任委員麗芳

很可惜，西醫基層總額無法達成共識，但還是要肯定西醫基層部門，感謝你們在第一線的防疫貢獻，以及對民眾健康的守護，我相信所有委員、全體國民對你們是報以非常大的感恩。

陳組長燕鈴

對不起，因為西醫基層總額是兩案併陳，而門診透析的醫界方案有列協定事項，請問西醫基層部門是否要放？還是需要增修？

周主任委員麗芳

不是會後將各自之建議方案送本會？

黃協商代表啓嘉

門診透析有門診透析的協商代表，西醫基層協商代表不表態。

周執行秘書淑婉

門診透析的醫界方案是4%。

陳組長燕鈴

是否用4%計算西醫基層代表方案的門診透析成長率？

周執行秘書淑婉

對，當然是用4%計算，因為這是由西醫基層與醫院協商代表共同討論的結果，所以是用4%。

陳組長燕鈴

還有協定事項，會後請西醫基層部門提供文字。

黃協商代表啓嘉

協定事項是否請門診透析的協商代表自己決定？

周執行秘書淑婉

門診透析已經談過了。

黃協商代表啓嘉

既然已經談過了，那協定事項我們沒有意見，既沒有同意也沒有反對。

陳組長燕鈴

但西醫基層代表方案的門診透析成長率目前是用3%計算，不是4%。

黃協商代表啓嘉

對，我們是用3%計算。

陳組長燕鈴

這樣會與醫院總額不同，醫院是用4%計算。

周執行秘書淑婉

我說明一下，門診透析協商是由醫院與西醫基層部門共同推派協商代表，最後兩案併陳，其中醫界代表方案是4%，所以西醫基層代表方案的門診透析成長率應該用4%計算，我覺得這樣比較合理，醫界的門診透析成長率應該要一致。

周主任委員麗芳

請張協商代表孟源。

張協商代表孟源

因為門診透析是兩案併陳，醫界才提出4%，但今天早上雙方討論時提到3.25%，曾經有達成簡單的共識，能不能直接反映真實情形，畢竟4%、3%只是各自的說法，是沒有共識的。

周執行秘書淑婉

門診透析是兩案併陳，但醫界代表方案就是提4%成長率，而且是醫院與西醫基層部門共同推派代表談出來的版本，我的意思是醫界版本只能有一種才合理。

張協商代表孟源

不是，剛剛我們黃協商代表啓嘉說不表示意見，可以嗎？到時候由部長裁定。

黃協商代表啓嘉

我們送給部長裁定。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

醫院總額的門診透析成長率是4%，西醫基層總額沒有提，經過雙方討論後，醫界代表方案是4%，付費者代表方案是3%，沒有3.25%。

黃協商代表啓嘉

西醫基層部門尊重付費者代表的意見，用3%計算，我們尊重付費者代表的意見。

周主任委員麗芳

西醫基層部門的態度就是尊重付費者代表的意見，所以是用3%計算。

陳組長燕鈴

請問西醫基層代表方案要用3%還是4%？

周主任委員麗芳

他們尊重付費者代表的意見。

陳組長燕鈴

付費者代表是提3%，但是醫界代表是提4%。

黃協商代表啓嘉

我們尊重付費者代表意見，用3%計算。

陳組長燕鈴

所以醫院與西醫基層總額的門診透析成長率要用不同的版本？

干委員文男

門診透析協商時沒有區分醫院或西醫基層，只是當初醫院總額的門診透析成長率提4%，西醫基層總額沒有提，最後付費者代表方案是3%，醫界代表方案是4%，要說清楚。

黃協商代表啓嘉

因為西醫基層部門最初就沒有提成長率，所以我們尊重付費者代表的意見。

周主任委員麗芳

一、西醫基層部門表示，他們沒有提門診透析的成長率，尊重付費者代表的意見。

二、有關本案的決議：

(一)112年度西醫基層總額，因付費者代表與西醫基層代表未能達成共識，若雙方均有繼續協商之意願，在徵得雙方代表同意後，請於今日協商會議結束前通知本會同仁，安排在9月22日

繼續處理。若無意願繼續協商，則請將各自之建議方案，於9月22日上午9點前送本會彙整。

(二)依112年度總額協商程序，請雙方依據今天的協商結論辦理下列事項，併入各自建議方案，必要時請健保署協助。

- 1.以結果面為導向，調整新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。
- 2.新增專款項目未提出預估試辦檢討期限者，請提出以幾年為檢討期限。
- 3.須修正項目名稱者，請提出修正後之項目名稱。

(三)本案採兩案併陳報部，除各自建議方案外，西醫基層總額協商發言實錄併同報部。

三、醫院總額也一樣，為了尊重會議進行的實際狀況，只要是採兩案併陳的總額，除了各自建議方案外，發言實錄也併同報部。

黃協商代表啓嘉

我們的門診透析成長率是尊重付費者代表的成長率，用3%計算，但是協定事項沒有同意，我們保留。

陳組長燕鈴

空白嗎？

黃協商代表啓嘉

對，協定事項空白。

周主任委員麗芳

請主談人李委員永振。

李委員永振

對主席的結論沒有意見，但是對門診透析的呈現方式有意見，現在門診透析是兩案併陳，如果西醫基層代表方案的門診透析成長率是用3%計算，就與門診透析的醫界代表方案不一致了。經過門診透析場次的協商，醫界代表的方案是4%，不管是醫院或西醫基層部門都應該用4%計算，但你們卻用付費者代表方案的3%計算，3%並

不是醫界的討論結果，你們應該用4%計算才合理，否則付費者與醫界方案兩案併陳，醫界方案數字不一致，就亂掉了啊！。

周主任委員麗芳

是否請大家思考如何呈現？

黃委員振國

既然門診透析是兩案併陳，就給部長裁嘛！部長裁醫院總額的時候，同時也會裁西醫基層總額，我相信裁出來的數字是一致的，我們是尊重部長裁的概念。現在也不知道最後是不是裁定4%，還是付費者已經同意4%？我相信沒有，如果你們同意，我們只好跟著改，如果沒有，我們是尊重部長，但大家也不知道是3%還是4%，沒有確定的事情，硬要我們用4%計算也不對。

李委員永振

那就空白啊。

黃委員振國

我不反對空白。

黃協商代表啓嘉

門診透析成長率空白沒問題，協定事項也空白。

陳組長燕鈴

空白的意思是照去年的門診透析預算列嗎？因為需要計算總成長率。

黃委員振國

完全尊重部長，因為是部長裁，我相信部長也會遵照總額上限，英明的衛福部長官一定會有明智的決策。

周主任委員麗芳

好，西醫基層總額協商就進行到這邊，雖然結果未盡人意，但雙方展現最大的誠意，也再次感謝西醫基層部門對民眾的守護。

何委員語

主席，如果西醫基層門診透析成長率空白，建議「較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)」的3.977%刪除(本項門診透析預算0成長，以去年額度計列)，也用空白，雙方協商就到「較基期成長率(一般服務+專款)」的4.578%，這樣的呈現方式才能與醫院總額同步，如果部長裁門診透析成長率3.5%，西醫基層代表方案就調整成3.5%，部長裁3%，就調成3%。

周主任委員麗芳

請大家看到螢幕。

何委員語

建議要這樣做。

周主任委員麗芳

同仁已經處理呈現方式，請大家看到螢幕。

何委員語

對，3.977%刪掉，用空白就好。

黃協商代表啓嘉

我們同意何委員語意見。

何委員語

好。

黃協商代表啓嘉

我們同意。

何委員語

既然門診透析的成長率是空白，最後的總成長率也應該空白。

黃協商代表啓嘉

可以，邏輯上是一致的。

何委員語

對。

黃協商代表啓嘉

可以，因為我們的門診透析成長率是空白，所以總成長率(含一般服務+專款+門診透析)確實是空白，邏輯上是OK的，同意這樣處理。

周主任委員麗芳

好，雙方都同意了，西醫基層總額協商就進行到這邊，謝謝大家。  
接下來休息10分鐘，然後進行健保署的其他預算協商。

伍、112年度總額協商－「其他預算」  
與會人員發言實錄



## 伍、112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

請各位委員盡速就座，接下來進行其他預算部分，雖然大家已經熟悉內容，還是請蔡副署長淑鈴向委員說明，時間為5分鐘，請簡短說明。

蔡副署長淑鈴

各位委員，辛苦了！其他預算每次都安排在最後協商，希望大家仍保有精神幫我們再審視。請劉副組長林義向大家進行5分鐘說明。

劉副組長林義

一、主委、各位委員請參閱總額協商會議資料其他預算部分，其他預算協商項目計有12項，明(112)年度預算總金額同今(111)年度預算165.792億元，只在各項目之間挪移經費，所以112年其他預算沒有增加經費。12項中有5項增加經費，2項減少經費，5項經費維持不變，多屬預備金的部分。

二、僅就增減經費的項目向委員說明如下：

(一)第2項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」：增編0.5億元(112年經費為6.554億元)，用途用於離島地區醫院的點值保障，事實上醫院總額的確有針對偏遠地區醫院提供點值保障措施，偏遠地區醫院的浮動點值會保障到該分區平均點值，既然醫院總額已有保障點值措施，其他預算為什麼還要再保障離島醫院的點值？主要是4家離島地區醫院，包含金門、連江各1家醫院、澎湖有2家醫院，這4家離島地區醫院經營非常困難，剛才提到醫院總額有保障點值措施，但只保障點值到當地分區點值，譬如金門及連江醫院隸屬台北區，而台北區點值相對於其他分區偏低，這2家離島地區醫院點值只是保障到台北區平均點值而已，我們希望離島地區4家醫院能至少保障到全國平均點值，是用全國來看，不要讓離島地區醫院只限比照台北區點值。估算離島地區4家醫院的保障點值，所需經費約0.5億元，以上是第1項的說明。

(二)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.本項服務內容都不在今天協商的四部門總額，各服務項目相關支付標準調整要用本項預算來支應。此外，111年度協定事項計有3點，第1點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。第2點檢討居家醫療訪視費支付標準之合理性。第3點就是訂定反映居家醫療照護品質及效益之績效指標，上述是111年度所列的3項協定事項。
- 2.我們遵照111年度協定事項，調整居家醫療及精神疾病社區復健相關支付標準，其中居家醫療照護，已在111先做調整，調升夜間、假日緊急訪視費，支付點數加成約4成~7成左右，這部分已經整。若明年增編經費的話，將會調整一般訪視費。居家醫療照護的訪視費區分為2大部分，一為一般訪視費，另外為緊急訪視費，今年已經調整緊急訪視費，明年重點會放在一般訪視費，為什麼會調整一般訪視費？因為居家醫療照護屬於政策鼓勵項目，而且105年起至今沒有調整支付標準，若有增編經費的話，預估可以調升1成，所需經費約4億元，所以明年居家醫療照護預算需增加約4億元。
- 3.第2是精神疾病社區復健調整部分，今年已提到共擬會議討論並同意調整「精神復健機構(住宿型機構)之復健治療(天)一全日或夜間」的支付點數，預估112年會成長，因為已經調整支付點數，調整後的自然成長所需經費約2億元。
- 4.有關111年度協定事項第3項調整之後績效為何，請大家參閱總額協商會議資料第305頁，健保會幕僚說明欄位的評核委員意見提到，居家醫療照護參與院所有達成門診次數降低的目標，值得肯定。所以我們認為把費用花在這部分有一定的效果，這是屬於協定事項第3項的部分，也是需增編8.2億元的原因。(112年經費為81.2億元)

- (三)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」：本項酌減經費，酌減10.88億元。(112年經費為8.12億元)
- (四)第6項「推動促進醫療體系整合計畫」：主要是「急性後期整合照護計畫」(下稱PAC計畫)，PAC計畫已經執行很多年，我們覺得應該加強PAC計畫下轉部分，也希望能夠再擴大收案條件，PAC計畫執行這麼多年，經費維持約0.6~0.7億元左右，若擴大收案條件及增加下轉誘因，預估所需經費約1億元，上述是增編1億元的用途。(112年經費為5.5億元)
- (五)第8項「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」：明年預估需增編1.36億元，用途為明年將推動有申報就應該上傳的機制，一旦實施此機制的話，應該可以大幅減少院所虛報、浮報，而且可以增加健保醫療資訊雲端分享的功能，因為院所會把所有檢驗檢查資料上傳。我們推動這項措施，是胡蘿蔔和鞭子同時並進，會規定院所一定要上傳資料，若醫療院所有即時上傳，所謂即時是指24小時之內將相關資料上傳，酌予一定的鼓勵，因為明年會擴大實施這部分，預期上傳項目及筆數都會增加，所以預估需增編1.36億元，上述是第8項的說明。(112年經費為16.36億元)
- (六)第10項「腎臟病照護及病人衛教計畫」：增編0.61億元，除了初期慢性腎臟病(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自然成長外，將藥事服務納入本項，所以需增編經費。(112年經費為5.11億元)
- (七)第11項「提升保險服務成效」：感謝各位委員的支持，今年編到6億元，去年爭取本項預算時，提出本項會依照實際數編列，盡量以不成長為目標，明年減少經費0.79億元，112年度本項經費為5.21億元。

(八)第12項「提升用藥品質之藥事照護計畫」：本項是社區藥局執行藥事整合服務部分，建議維持111年度額度。(112年經費為0.3億元)

三、綜合上述，112年度其他預算的各項目間經費略有增減，但112年度總金額沒有成長，總計165.792億元，維持111年度額度，以上說明。

周主任委員麗芳

針對其他預算第12項「提升用藥品質之藥事照護計畫」，請藥師公會全聯會黃委員金舜補充說明。

黃委員金舜

一、各位委員，大家好！非常感謝委員對藥師專業的肯定，給藥師更多發揮專業的舞台，去年總額協商通過「提升用藥品質之藥事照護計畫」(計畫名稱為全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫)，編列0.3億元，委員可能對此計畫有所質疑，今年收案人數較少，因為去年9月才討論通過，等到公告已經是去年10月，我們也清楚不是計畫公告就可以執行，為了推動本計畫，藥師公會全聯會自行花費3百萬元建置系統，也舉辦教育訓練讓藥師知道如何執行本計畫，藥師公會全聯會是全力推動此計畫。

二、我們也看到這次疫情，今年4月藥師全部投入送藥到宅、快篩實名制及抗病毒藥的配送，估計有3成藥師處理抗病毒藥的部分，因為抗病毒藥的交互作用相當多，約3成民眾需要減量或停藥等情形，所以我們可以感受藥師照護的重要性。最後向各位委員報告，截至9月20日止，申請本計畫的藥師達到567人，收案人數為487人，現在疫情較為緩和，我想未來藥師公會全聯會對本計畫充滿信心，也希望委員繼續給藥師公會一個機會，謝謝。

周主任委員麗芳

感謝黃委員金舜，今天早上他還沒9點就來到會議現場，全程都沒有離開，一直待到現在還在為提升用藥品質之藥事照護計畫來努力。接下來，蔡副署長淑鈴還有要補充嗎？(蔡副署長淑鈴表示：沒有)請付費者代表總召集人何委員語回應。

何委員語

其他預算部分，我們請張委員文龍擔任主談人，翁委員燕雪及劉委員淑瓊擔任協談人，請胡委員峰賓給予指導。請付費者代表到隔壁會議室進行內部會議討論，我們會很快討論，馬上就回來，請蔡副署長淑鈴擔待一下。

蔡副署長淑鈴

好，感謝！

周主任委員麗芳

接著由付費者代表進行內部會議。

(付費者代表進行內部會議討論約26分鐘)

周主任委員麗芳

非常感謝付費者代表這麼辛苦，本場次其他預算主談人是張委員文龍，協談人是翁委員燕雪、劉委員淑瓊，也很感謝胡峰賓委員的協助。請張委員文龍來向大家說明付費者代表討論結果的版本。

張委員文龍

一、感謝劉委員淑瓊、翁委員燕雪及胡委員峰賓精闢的指導，由我宣讀付費者代表對於112年度其他預算項目調整後金額及協定事項的共識結論，逐項說明如下：

(一)第1項「基層總額轉診型態調整費用」：維持111年經費，編列8億元，不增加經費。

(二)第2項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」：維持111年經費，編列6.054億元，不增加經費。

(三)這2項有一些協定事項(電腦螢幕顯示，協定事項同協商大表所列的協定事項之文字)，請先回到第1項「基層總額轉診型態調整費用」，協定事項如下：

- 1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」
- 2.持續檢討經費動支條件，評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響。
- 3.通盤檢討鼓勵分級醫療誘因及實際操作方式之合理性，與是否達到預期效果，提出轉型之改善方案。
- 4.上開協定事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，並提全民健康保險會報告

(四)第2項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」的協定事項為：請納入醫院總額風險調整移撥款處理。(蔡副署長淑鈴表示：不懂這是什麼意思?)有問題嗎?沒有的話，我接續說明。

周主任委員麗芳

等一下，蔡副署長淑鈴剛才問說第2項的協定事項是什麼意思?

周執行秘書淑婉

是指離島醫院部分。

周主任委員麗芳

離島醫院納入醫院總額?

蔡副署長淑鈴

這個協定事項是指離島醫院點值保障部分。

周執行秘書淑婉

協定事項文字寫清楚(螢幕修正文字為：離島醫院之點值保障，請納入醫院總額風險調整移撥款處理)。

張委員文龍

目前山地離島醫院(醫院總額)已有編列相關預算保障，健保署提出這項是希望再用獎勵方式鼓勵它們對不對？不是？那蔡副署長淑鈴您要不要說明....。

劉委員淑瓊

是不是讓主談人全部念完，統一詢問？

蔡副署長淑鈴

好的。

張委員文龍

一、接續逐項說明，結束後再請蔡副署長淑鈴提供意見。

(一)第2項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」協定事項，我再複誦一次，離島醫院之點值保障，請納入醫院總額風險調整移撥款處理。

(二)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」：付費者代表版本是維持111年度經費，編列73億元，不增加經費。另外請健保署提出本項除調整支付標準外，其他增加服務所需增加經費額度。

(三)第4項「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」：付費者代表版本維持111年度經費，編列2.9億元，不增加經費。

(四)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」：本項是預備金，建議編列5億元，減少經費14億元。

(五)第6項「推動促進醫療體系整合計畫」：維持111年度經費，編列4.5億元，不增加經費，協定事項：

「急性後期整合照護計畫」支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性。

- (六)第7項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」：維持111年度經費，不增加經費，編列10億元。
- (七)第8項「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」：維持111年度經費，不增加經費，編列15億元，協定事項：
- 1.加強推動「提升院所智慧化資訊機制」，並持續監測及精進成效評估指標。
  - 2.「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，請依退場期程提出落日規劃報告。
  - 3.於協商113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。
- (八)第9項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」：維持111年度經費，不增加經費，編列16.538億元。
- (九)第10項「腎臟病照護及病人衛教計畫」：依照健保署建議，編列5.11億元，增編0.61億元，協定事項：
- 請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。
- (十)第11項「提升保險服務成效」：付費者代表版本編列經費為3億，酌減3億元，協定事項3點：
- 1.考量健保財務困難，請中央健康保險署應積極爭取公務預算支應相關行政經費為宜。
  - 2.精進並提出能反映整體提升保險服務成效之評估指標，並提全民健康保險會報告。
  - 3.檢討實施成效，提出節流效益並納入下年度總額預算財源。
- (十一)第12項「提升用藥品質之藥事照護計畫」：剛才黃委員金舜特別提到的計畫，委員予以支持，維持111年度經費，編列0.3億元。

二、綜合上述，112年度其他預算總計為149.402億元，酌減16.39億元，以上報告。剛才蔡副署長淑鈴…。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

謝謝，大家辛苦了，已經這麼晚了！事實上付費者代表版本和本署建議草案相差約16.39億元，增減相差16億元多，已經無法簡單作回應。所以我們要求健保署要進行內部會議，時間約10分鐘，好嗎？(多位委員多表示：好)我們得再商量，謝謝。

周主任委員麗芳

好，現在由健保署進行內部會議。

(健保署進行內部會議討論約18分鐘)

周主任委員麗芳

在健保署說明最新版本之前，請周執行秘書淑婉讓牙醫部門預作準備。

周執行秘書淑婉

牙醫部門代表已經在隔壁會議室等待了。

周主任委員麗芳

蔡副署長淑鈴已回到會場，請蔡副署長說明健保署調整後版本。

蔡副署長淑鈴

一、感謝大家，但我們還是很傷心，可能比牙醫部門還傷心，因為牙醫部門還有第2次協商的機會，但我們恐怕沒有了。我先說明調整方案可以忍受的部分，如果沒有共識，就真的沒有辦法：

(一)第2項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」：付費者代表版本為不增編經費(維持111年度經費，編列6.054億元)，健保署建議增編經費用於離島地區醫院，將其點值補到全國平均點值。如果大家不支持，而是建議將其所需經費納入醫院總

額之風險調整移撥款處理部分，這不是我們可以決定的，所以本項就不增編經費。如果醫院總額願意用風險調整移撥款支應離島醫院，我們也樂觀其成。我們同意本項不增編經費。

- (二)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」：尤其居家醫療照護，現在已是高齡化社會，還有很多unmet-need(未滿足需求)，很多沒有符合計畫條件的個案，本項還有自然成長的經費需求，因為付費者代表版本不增編經費，表示都不成長，可是光是自然成長所需經費約3億元。此外，精神疾病社區復健支付標準調整部分，已經調整支付標準所需經費約2億元。我們原建議本項經費，增編8.2億元，如果大家覺得增編金額太多，我們頂多退到必要的費用，大概約需增編5億元，以上說明請大家參酌。
- (三)第4項「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」：增編0元(維持111度經費2.9億元)。
- (四)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」：我們原來想現在真的比較找不到病人，所以酌減10.88億元，可是現在付費者代表版本酌減14億元。但考量根除C肝是國家政策，大家還在努力找尋病人治療，如果直接減14億元只剩下5億元，擔心經費彈性不夠，若找到病人卻沒有C肝藥費經費也不好，所以建議酌減13億元，健保署原本是減10.88億元，讓付費者多減近3億元，但不要減到14億元。
- (五)第6項「推動促進醫療體系整合計畫」：特別是「急性後期整合照護計畫」也就是PAC計畫，希望能增加下轉的誘因，因為PAC就是急性後期，希望病人不要留在醫學中心，但增加下轉的誘因需要經費來支應，建議維持增編1億元。

- (六)第7項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」：增編0元(維持111年度經費，編列10億元)。
- (七)第8項「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」：沒錯，這項在2年前有訂出落日規劃，就是114年退場，我們也知道當時有這項協定事項。但目前還沒到114年，還是希望能鼓勵院所將資訊即時上傳，費用都用在即時上傳，所謂即時上傳是指做完檢查後24小時要上傳才給誘因，1筆大約3元，如果3日內才上傳，也就是超過1天，3日內上傳只有1.5元，目前大家還在努力衝刺即時上傳的時候，建議本項增編1.36億元。
- (八)第9項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」：增編0元(維持111年度經費，編列16.538億元)
- (九)第10項「腎臟病照護及病人衛教計畫」：感謝付費者委員，同意增編0.61億元。
- (十)第11項「提升保險服務成效」：原來我們酌減0.79億元，付費者代表版本減3億元，但可能無法支應資訊系統的maintain(維護)，建議本項頂多酌減1億元，從酌減0.79億元變成酌減1億元，我們會再來勻支。
- (十一)第12項「提升用藥品質之藥事照護計畫」：不增編經費(維持111年度經費，編列0.3億元)

二、綜上，付費者代表版本總計149.402億元，較111年度扣減16.39億元，我們是看得很傷心的，因為我們原來的增加金額是0元(同111年度，總計165.792億元)，現在付費者委員提出的方案減16.39億元，對我們來講是很大的數字，如果委員同意我們所提出的修正版本，則較111年度酌減6.03億元。

周主任委員麗芳

感謝蔡副署長淑鈴的說明。請林代理委員佩菽。

林代理委員佩菽(翁委員文能代理人)

- 一、代表翁委員文能就醫院總額部門向大家報告，其他預算第2項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」涉及醫院總額的風險調整移撥款部分。我們非常感謝所有委員這3年來對於醫院部門風險移撥款的肯定，但是如果將離島醫院的點值保障列到風險調整移撥款，會完全打破風險調整移撥款的遊戲規則。
- 二、這些年我們一直和各分區委員說明風險調整移撥款不會用來保障點值，而是投入在各個地方的建設，例如高屏區有心臟和腦中風緊急治療的區域聯防機制，大高雄地區聯合值班的系統，東區部分，也是花了很多精力在很多方面做補強，在今年開始有一些很好的成果，花東地區平均餘命增加約8個月，這是非常困難達到的事情，所以再次懇請委員不要有附帶決議，希望不要將離島醫院的保障點值納入醫院總額之風險調整移撥款處理。
- 三、非常謝謝蔡副署長淑鈴的提醒，因為這涉及醫院總額的風險調整移撥款的執行，我們還是希望可以將主導權回歸到醫院部門，讓我們可以妥適運用，謝謝大家。

周主任委員麗芳

我補充一下，剛才蔡副署長淑鈴已經說明，第2項不增編經費。

蔡副署長淑鈴

- 一、我再補充說明，感謝醫院部門的代表，我剛才的意思是我們不要在這裡阻擋要不要納入這件事情，這是我們的初衷，但還是再向大家說明為什麼第2項增編0.5億元的邏輯，因為離島醫院就只有金門醫院、連江醫院，及澎湖2家醫院，其中金門及馬祖都是台北業務組的轄區，澎湖是高屏業務組的轄區，就過去經驗這2個分區的點值是較不好，也間接影響到離島醫院，因為分區醫療量大，相對的點值比較低，也連帶該分區離島醫院點值也比較低，為了保障離島醫院的財務，希望能保障到全國平均點值，因為分區與全國點值有一點差距，所以需增編經費0.5億元。

二、這也是過去離島醫院的訴求，還有離島地區立委的請命，希望為離島醫院多著想，離島地區人口會減少，但醫院還是得在當地提供醫療，確實需要為離島醫院的財務多考慮。如果真的無法增編經費，就對他們比較抱歉，但如果可以爭取的話，我認為應該增編0.5億元給他們。

周主任委員麗芳

請林委員綉珠，她是護理師公會全聯會副理事長。

林委員綉珠

- 一、感謝各位委員，這麼晚了還在協商，我也是從早上參與協商到現在。非常謝謝委員的支持，今天很多總額都有提到護理人員費用部分，真的非常感謝所有醫師團體看到我們護理的貢獻，各位委員也都非常的支持。
- 二、在其他預算第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」：有關居家醫療照護部分，大部分訪視費用都是護理人員的服務費用，包括人力、時間成本，有時候半天只能跑少許案家，尤其疫情期間初期，護理人員都要自備隔離衣等所有防護用具，這些費用以現在的支付標準來看，事實上是不敷成本，我也懇請所有付費者代表能夠幫忙這些真的實質接觸及協助病人的護理人員。剛才各總額代表所提的護理照護費，可能調高支付標準後，費用也不見得會落入護理人員的口袋，不會增加護理人員的薪水，但事實上居家訪視費用是代表護理人員實質的付出，懇請付費者委員代表能夠支持護理費用，感謝大家。

周主任委員麗芳

感謝林委員綉珠，今天也是全程參與，完全沒有離開過，陪著大家，非常的辛苦，感謝。接下來又回到付費者代表，本場次只剩下約2分鐘，請大家決定一下，對於剛才蔡副署長淑鈴所提出來的版本有沒有意見？因為只剩2分鐘，我們總不會連健保署管理的其他預算都要兩案併陳吧！

張委員文龍

- 一、謝謝主席，剛才蔡副署長淑鈴及各位委員提供寶貴訊息，因為時間也很晚了，當然還是要徵求各位付費者委員的意見，因為其他預算是健保署統籌管理的預算，蔡副署長淑鈴及健保署團隊是本於業務需求，也調整部分項目的經費，剛才蔡副署長淑鈴說我們減16.39億元，她的心都碎了，其實我壓力也很大，
- 二、我想剛才付費者代表版本是減16.39億元，是不是改減一半為8億元，當然要徵詢各位委員的意見。至於扣減8億元在各項目間的調整，是不是授權蔡副署長淑鈴處理，譬如剛才提到居家醫療照護的醫護費用、離島醫院等統籌調整，當然這部分需徵求付費者代表委員的意見。

周主任委員麗芳

請問付費者代表委員有共識嗎？(很多委員表示：沒有)

周主任委員麗芳

沒有共識喔！

張委員文龍

沒有共識的話，我們只好召開內部會議再討論。

周主任委員麗芳

請總召集人何委員語。

何委員語

請蔡副署長淑鈴明確說明第1項、第2項需編列多少經費，我們再進行內部會議。

周主任委員麗芳

剛才蔡副署長淑鈴已經逐項說明，已經講完了。

蔡副署長淑鈴

我再講一遍好了。

何委員語

對啦，再講一遍啦！

蔡副署長淑鈴

第 1 項增加 0 元。

何委員語

直接講經費多少，不要講 0 元，例如第 1 項經費 8 億元。

蔡副署長淑鈴

第 1 項增加金額為 0，第 2 項增加金額為 0.5，第 3 項增加金額為 5，第 4 項增加金額為 0，第 5 項增加金額為-13，第 6 項增加金額為 1，第 7 項增加金額為 0，第 8 項增加金額為 1.36，第 9 項是增加金額為 0，第 10 項增加金額為 0.61，第 11 項增加金額為-1，第 12 項增加金額為 0。

周主任委員麗芳

剛才蔡副署長淑鈴說明的單位是億元，但螢幕畫面上顯示單位是百萬元，所以我們對照螢幕會…。

蔡副署長淑鈴

我剛才講的單位都是億元，螢幕上的單位是百萬元，我們原草案內容金額都是億元，螢幕上第 10 項金額錯，應該是 0.61 億元。

周執行秘書淑婉

沒有錯，螢幕上單位是百萬元，現在大家看到螢幕上面都是百萬元，我們都是用百萬元，沒有錯。

陳組長燕鈴

各部門總額及其他預算都是用百萬元為單位。

蔡副署長淑鈴

好吧！我再講一次調正後的金額和單位，對不起，我再講一下。第 1 項增加金額為 0 元，第 2 項增加 5 千萬元、正 5 千萬元，第 3 項增加 5 億元，也就是 500 百萬元，那第 4 項增加 0 元，第 5 項增加金額-1,000 百萬元…。

周執行秘書淑婉

不是，第 4 項增加金額為-13 億元。

蔡副署長淑鈴

對，負 13 億元，負 1,300 百萬元，第 6 項增加 100 百萬元，第 7 項增加 0 元，第 8 項增加 1,360 百萬元。(多位委員表示：增加 136 百萬元而已)。

蔡副署長淑鈴

第 8 項更正為增加 136 百萬元，第 9 項增加 0 元，第 10 項增加 61 百萬元，第 11 項增加為-100 百萬元，第 12 項增加 0 元，這是我們修正後版本。請付費者代表再多加考量。

周主任委員麗芳

付費者...，請翁委員燕雪。

翁委員燕雪

就教蔡副署長淑鈴，其實付費者代表版本都是有所本，只是沒有時間逐項說明清楚，現在對第 11 項「提升保險服務成效」來做說明，本項歷年編列經費為 3 億元，去年因為有一次性汰換需要大筆資金挹注，去年我們也很阿莎力同意經費倍增(由 110 年 3 億元 111 年增加至 6 億元)，既然是一次性需求，112 年就應該回歸原來 3 億元，這是我們付費者代表提出 3 億元的理由。但是蔡副署長淑鈴告訴我們只能減 1 億元，卻沒有提到去年有這樣的承諾，明明應該減 3 億元，為什麼現在卻變成減 1 億元？以上請教。

蔡副署長淑鈴

本項我請資訊組孫副組長浩淳補充說明，實務上我們究竟要如何運用這筆經費。

孫副組長浩淳

- 一、感謝健保會所有委員的指教，確實去年訴求經費額度是比較高的，剛好碰到一次性的汰換，但汰換沒有辦法在 1 年之內完成，所以去年也提到這是特例的狀況，以後不再成長為原則。因此，今年已經酌減經費，先向各委員報告。
- 二、其次，有關在經費運用部分，健保署提出的資料也有說明，健保資訊系統是在協助醫療院所資訊化的工作，剛才也提到相關

獎勵措施，例如院所上傳就醫資料，整個資料量會非常龐大，需要擴充儲存相關設備，這部分會是一個固定的支出，所以有關資訊經費部分仍懇請所有委員支持。

周主任委員麗芳

請問付費者代表內部會議需要多久時間？因為本場次已經超出5分鐘，還有牙醫部門等著進行協商。

張委員文龍

請給我們5分鐘，好不好？

周主任委員麗芳

好。

(付費者代表進行內部會議討論約9分鐘)

周主任委員麗芳

付費者代表已經回到會場，請主談人張文龍委員向大家說明付費者代表討論的結果。

張委員文龍

一、再次感謝各位委員，雖然討論的時間很短，但是還是很激烈的討論，希望能夠make up(彌補)破碎的心，剛才付費者代表版本總計減16.39億元，經過討論後最後共識是總計減8億元，由健保署來統籌勻支，但是有2個條件，我先說明2個條件，如果我沒有說明清楚的話，再請其他委員補充。

二、第1個條件是第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」，編列經費為6億元，剛才第1次付費者代表提出編列5億元，現在我們提高到6億元，但是不要再增加經費了，這是第1個條件。

三、第2個條件是第11項「提升保險服務成效」編列經費還是維持3億元。

四、總計減8億元，但健保署在調整項目經費時，不能動到這2個科目的預算，以上是付費者代表版本的說明。現在看蔡副署長淑鈴還有沒有其他的意見？

蔡副署長淑鈴

- 一、感謝張委員文龍及各位付費者代表。基本上，這2個條件都是我們的致命傷，為什麼呢？其實第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」，雖然現在比較用不到這項預備款，但我們擔心如果努力找到病人也需要這項經費，為了沒有風險，還是需將本項預備款留著。如果要酌減經費的話，本項相對有彈性，其他項目是相對沒有彈性，幾乎就是必要費用的支出。
- 二、第11項「提升保險服務成效」維持編列3億元部分，我們之所以在其他預算編列「提升保險服務成效」項目，就是因為公務預算都編不進去，如果剛才翁委員燕雪主張減這麼多，是不是減下來的錢公務預算要補給我們，因為資訊系統確實需要維運。剛剛資訊組孫副組長浩淳提到，院所不斷增加上傳資料，光是CPU就要增加，我們確實現在很難爭取公務預算，不但不增加還統刪，真的沒有辦法，尤其是資訊相關費用，如果要再減經費而不給我們項目的彈性，特別用這2項來卡我們的話，我們真的沒有退路了，可能需要兩案併陳。

周主任委員麗芳

感謝健保署的回應，健保署同意總計減8億元，但如果鎖定第5項及第11項項目的話，健保署要兩案併陳。請問付費者代表的意見？

蔡副署長淑鈴

我再補充說明，如果兩案併陳的話，健保署的版本就是採原來提出版本及金額，沒有用修正後的版本，我們修正金額是希望能夠談成，我們才退讓，假定兩案併陳，我們就回到原來健保署的版本，作為兩案併陳。

周主任委員麗芳

請翁委員燕雪。

翁委員燕雪

不好意思，因為剛剛蔡副署長淑鈴點名我，所以我必須回應，我在健保會的身分是付費者代表，我代表政府負擔之36%。至於公務預算部分，我要強調近2年都沒有再通刪了，蔡副署長淑鈴講的是以前，因為我們發現通刪制度不合理，去年我向主計總處處長提出建議，之後我們不只沒有通刪還有給獎勵金。立法院的通刪不能算到主計總處的頭上來，蔡副署長淑鈴如果認為有需要也可以爭取，以前我當科長的時候，健保署也有向主計長爭取再加錢，主計長也有交代要處理，我們都有增加預算。

蔡副署長淑鈴

現在還可以再加，幫我們加回來。

翁委員燕雪

今天協商不是我的意見，剛才讓蔡副署長淑鈴有解釋的機會，為什麼今年經費突然成長1倍？為什麼無法照去年協商健保署的說法，明年沒有辦法回復到3億元？我是給您機會向大家說明，現在怎麼變成我刪這筆錢，在座委員可以證明不是我建議維持3億元的。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

- 一、首先，剛才主談人張委員文龍所宣讀的內容，是所有付費者代表共同的決定，請不要指向為個別委員的意見。
- 二、第2個是第11項「提升保險服務成效」理應全數由公務預算支出，我們可以理解健保署爭取不到公務預算所以編列在這邊。但是從健保經費支付，等於給付費者代表一個難題，因為我們給了不該給的錢，它並不是和醫療服務直接相關的費用支出，這一點請蔡副署長淑鈴再加考慮。如果健保署認為付費者代表

提出第11項的條件會影響運作的話，建議應請衛福部向行政院爭取公務預算。

三、再來第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」部分，這個需求很明白地是在減少當中，如果還要用這項作為調整，而付費者代表還同意，會變成我們沒有盡忠職守。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

一、感謝劉委員淑瓊的指教，我回應「提升保險服務成效」，剛才劉委員淑瓊提到本項和醫療服務沒有關係，但換另外一個角度，是有關聯的，原因是什麼？我們維運健保雲端系統，院所上傳資料後再去分享，當民眾就診時醫師會查看這些就醫資訊，避免重複檢查、重複用藥等，事實上這些都是提供醫療服務過程中所需的資訊，透過我們建置健保雲端查詢平台提供相關資訊，如果說和提供醫療服務無關，我不認同可以這樣解釋。

二、確實這些系統是在健保署維運，過去編列在行政費用，但自從預算越來越困難的時候，而健保雲端系統的發展非常快速，所以根本趕不上，假定沒有這筆預算，現在健保雲端系統不是這個樣子，沒有什麼digital health care(數位健康照護)。感謝付費者代表，去年在沒有公務預算支持下很有阿莎力編列相關經費，汰換太老舊的機台，這些都結束，現在是上傳資料量大到需要再擴充新的設備，以上補充說明。

周主任委員麗芳

請總召集人何委員語。

何委員語

我剛才徵求主談人、協談人及李委員永振的意見，我提出這樣子，第1個「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 6 億元，這項金額不能再變動。另外，較 111 年度總金額減少 8 億元，你再調 2 億到 11 項來，我們同意讓步，但是希望今年這樣處理，明年健保署要提出合理的經費。

蔡副署長淑鈴

我沒有聽懂何委員語您的意思，您的意思是說第 5 項…。

何委員語

- 一、就是第 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 6 億元，現在你也同意 6 億元，6 億元不能再增減，就是 6 億元。
- 二、另外原本付費者代表版本總計減少 16.39 億元，現在調整為總計減少 8 億元，減 8 億元要調整到第 11 項「提升保險服務成效」也可以，現在編列 3 億元，可以調到 5 億元，健保署版本不是要 5 億元嗎？就這個樣子，你們自行調整，這一項就放寬了，但是只有今年這樣子做。

蔡副署長淑鈴

感謝何委員語。現在就是較 111 年度總計減少 8 億元，「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 6 億元，不能變動，就是這 2 個條件，對不對？剛才提出版本總計減少 6.03 億元，還要再減約 2 億元，我們是不是要再減 2 億？因為現在已經減 6 億元，因為要減少 8 億元，變成還要再減 2 億元。

李委員永振

我幫何委員語說明，第 1 個總金額減少 8 億元，第 2 個就是「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」編列 6 億元，不動。

蔡副署長淑鈴

剩下就由我們決定。

李委員永振

不是，第 11 項「提升保險服務成效」先照健保署編列 5 億元，但是 113 年本項經費要回歸 3 億元。

蔡副署長淑鈴

好。

李委員永振

「提升保險服務成效」112 年度編列 5 億元，但 113 年度需回歸 3 億元，總計減少 8 億元就在其他項目間調整，自行調整。

蔡副署長淑鈴

現在我再複述一次，就是第 5 項 6 億元，不動，對不對？(委員表示：對)，第 11 項「提升保險服務成效」同意 112 年度編列 5 億元，113 年度需要再檢討(委員表示：回歸 3 億元)就沒有落入文字，明年協商時我們就知道委員的意思。現在我們還要再減 2 億，但由我們自行調整，委員的意思是不是這樣？

李委員永振

減 2.5 億元，才有到 8 億元(註)。

(註：若依健保署內部會議後第 2 次說明的版本，第 2 項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」：增編經費 0.5 億元，則尚需減 2.5 億元，其他預算總計才能減 8 億元)。

蔡副署長淑鈴

沒有，再 2 億元(註)。

(註：若依健保署內部會議後第 1 次說明的版本，第 2 項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」：同意付費者代表版本為維持 111 年度經費，不增編經費，則尚需減 2 億元，其他預算總計才能減 8 億元)。

李委員永振

沒有，你現在是減...。

周主任委員麗芳

好啦！反正總計減 8 億元，現在大家都已經頭昏腦脹，就是總計減少 8 億元，去算一定可以算出來的啦！就是總計減少 8 億元，及

「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」那項不能動，第 11 項...

何委員語

「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 6 億，不要動啦！

周主任委員麗芳

對，這項 6 億元不能動，不能加也不能減。

何委員語

「提升保險服務成效」項目可以調到 5 億元。

周主任委員麗芳

最多 5 億元。

何委員語

剩下的請健保署自行調整。

周主任委員麗芳

其餘健保署自行調整。

何委員語

對啦！

蔡副署長淑鈴

請問第 7 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」編列 10 億元，這項可以調整嗎？

李委員永振

就是依據剛才說的這些原則，健保署自行調整。

周主任委員麗芳

剛才說的這些原則，健保署自行去調，總計減少 8 億元就對了。

何委員語

你們自行調整，第 7 項要由 10 億元調整至 8 億元，自行去調整。

周執行秘書淑婉

建議不要調！因為第 7 項用途是「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」...。

周主任委員麗芳

第 7 項不能調嗎？

蔡副署長淑鈴

好，那就這樣。

周主任委員麗芳

第 7 項是「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」這項不要去調整。

蔡副署長淑鈴

第 7 項不能調整，那彈性太少了，這樣可能不行。

周執行秘書淑婉

其他項目都是可以調整，都是彈性。

何委員語

有啦！有一年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」也只有編列 8 億元多。

蔡副署長淑鈴

對，曾經有一年是編列 8 億元多。

何委員語

對啊！109 年是 8 億元多，110 年才又回復 10 億元。

蔡副署長淑鈴

對，第 7 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」就調整到 8 億元，這樣可以嗎？

何委員語

可以。

蔡副署長淑鈴

如果委員同意的話，我們向署長請示後，再來微調，達到委員要求總金額減少 8 億元的目標。

張委員文龍

可以啦！

蔡副署長淑鈴

可以嗎？

周主任委員麗芳

感謝健保署及付費者代表委員，雙方都釋出非常大的善意，112 年度其他預算總額較基期減少 8 億元，依 112 年度總額協商程序，請健保署依據今天的協商結論辦理以下事項，並請於 9 月 22 日上午 9 點前提送本會納入 9 月 23 日委員會議討論：

- 一、以結果面為導向調整新增項目之執行目標及預期效益之評估指標。
- 二、新增專款項目請確認提出預估試辦檢討期限，未提出者請增補。
- 三、需補正項目名稱者請提出修正後之項目名稱。

周執行秘書淑婉

報告主席，其他預算都是專款，沒有基期，剛才決議文字須修正，是較 111 年度預算減少 8 億元。其次，請健保署提出調整後的版本讓委員確認，等牙醫部門協商完後，請健保署提出其他預算最後版本，並讓委員確認，因為健保會幕僚需做紀錄。

周主任委員麗芳

請健保署先去做修正。接續進行牙醫部門協商。

(牙醫門診總額重啟協商約 28 分鐘，詳「牙醫門診總額」與會人員發言實錄)

周主任委員麗芳

剛才周執行秘書淑婉提醒，請健保署提出 112 年度其他預算最後版本，總金額扣減 8 億元，請委員審視健保署最後調整的結果，因為健保會幕僚需做會議紀錄。請大家再稍等一會。

蔡副署長淑鈴

已經在印刷了。

周主任委員麗芳

可以將健保署調整後的結果投放在電腦螢幕嗎？

何委員語

趁現在等健保署的資料，可以看一下剛才牙醫部門協商的最後結果嗎？

陳組長燕鈴

協商各部門總額會使用不同電腦，剛才牙醫部門使用的電腦已經撤掉，現在是其他預算。

周主任委員麗芳

現在可以投放健保署最後版本嗎？

陳組長燕鈴

健保署還沒有提供最後版本給本會同仁。

周主任委員麗芳

健保署給版本了嗎？

蔡副署長淑鈴

已經給了。劉副組長林義不是已經提供了嗎？

何委員語

現在電腦上不就是其他預算的資料？

陳組長燕鈴

螢幕上是還沒調整總計減 8 億元的版本。

蔡副署長淑鈴

那趕快去印、趕快去印。

陳組長燕鈴

可以請蔡副署長淑鈴說明調整項目及金額嗎？同仁可以同步登打在螢幕上。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴說明，如果不複雜的話，直接說明即可。

蔡副署長淑鈴

資料拿去印了。

周主任委員麗芳

一、等健保署資料的同時，先向委員說明，因為沒有協商未盡事宜，所以明(22)天星期四不用來開會，9月23日星期五上午9點半召開例行的委員會議，為避免委員舟車勞頓，委員會議採實體及視訊會議併行。

二、9月23日最重要的議案是確認112年度各部門總額及其他預算協商結果。此外，還有健保署的業務執行報告，本次沒有口頭報告，若委員有意見再請提出，將轉請健保署回復說明。

周主任委員麗芳

已經開始發放資料。請蔡副署長淑鈴說明。

蔡副署長淑鈴

請問委員是否都拿到資料(委員表示：還沒)。請再稍等一下。

周主任委員麗芳

請健保署說明，本會同仁同步登打。請蔡副署長淑鈴說明。

蔡副署長淑鈴

請將電腦畫面調整到第1項…。

周主任委員麗芳

螢幕請調到第1項。

蔡副署長淑鈴

一、逐項說明如下：

(一)第1項「基層總額轉診型態調整費用」，是大家有共識，增編0元。(112年度編列8億元)

(二)第2項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，不增加經費(112年度編列6.054億元)，請刪除協定事項「離島醫院之點值保障，請納入醫院總額風險調整移撥款處理」，不介入醫院總額是否將離島醫院保障點值納入風險調整移撥款處理。

- (三)第3項「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務」：增編503百萬元，這是必要的費用。(112年度編列78.03億元)
- (四)第4項「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」：增編0元。(112年度編列2.9億元)
- (五)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」：付費者代表版本減少14億元，現在是減少13億元，維持剛剛付費者代表的條件編列6億元，減少13億元。(112年度編列6億元)
- (六)第6項「推動促進醫療體系整合計畫」：增加金額1億元，剛才向大家報告。(112年度編列5.5億元)
- (七)第7項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」：希望最終總計減少8億元，需減少2億元，就減在這項，原本編列10億，減2億，112年度編列8億元。
- (八)第8項「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」：增加1.36億元。(112年度編列16.36億元)
- (九)第9項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」：增編0元。(112年度編列16.538億元)
- (十)第10項「腎臟病照護及病人衛教計畫」：增加0.61億元。(112年度編列5.11億元)
- (十一)第11項「提升保險服務成效」：減少1億元，原本減少0.79億元，現在減到1億元。(112年度編列5億元)
- (十二)第12項「提升用藥品質之藥事照護計畫」：增編0元。(112年度編列0.3億元)

二、綜合上述，總計減少8億元。

周主任委員麗芳

- 一、依照付費者代表委員的建議調整，請各位委員確認？是不是OK？(眾委員表示：ok，沒問題)好，沒有問題了！全數委員都確認！
- 二、今天非常感謝大家，其他預算的主談人張委員文龍，協談人翁委員燕雪、劉委員淑瓊及胡委員峰賓的協助，也感謝全體的委員，健保會幕僚辛苦了，也感謝健保署蔡副署長淑鈴所帶領團隊，非常感謝大家！感謝！至少今年牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算都達成共識，有成果！謝謝大家，祝大家晚安！