

衛生福利部全民健康保險會
115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114年9月24日

115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 114 年 9 月 24 日上午 9 時 30 分至 21 時 53 分

地點：本部 301 會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：劉于鳳、藍珮如、陳思祺

林偉翔、張嘉云、盛培珠

出席單位及人員：

本會委員：(依委員姓名筆劃排序)

田委員士金、朱委員益宏、吳委員永全、吳委員銘修、吳委員鏘亮、呂委員正華、李委員飛鵬、林委員宜平、林委員恩豪、林委員敏華、花委員錦忠、洪委員瑜黛、胡委員峰賓、張委員田黨、張委員家銘、許委員舒博、許委員慧瑩、連委員賢明、陳委員世岳、陳委員秀熙、陳委員建宗、陳委員相國、陳委員真慧、陳委員節如、陳委員麗琴、黃委員心苑、黃委員金舜、黃委員國祥、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、溫委員宗諭、董委員正宗、詹委員永兆、蔡委員順雄、鄭委員力嘉、謝委員佳宜、嚴委員必文

各總額部門承辦團體主談委員及協商代表：(協商代表依姓名筆劃排序)

醫院總額—台灣醫院協會

李飛鵬、林佩萩、游進邦、廖振成、謝文輝、謝景祥、劉碧珠
羅永達、嚴玉華

門診透析服務—台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會
李飛鵬、羅永達、謝景祥、陳相國、張孟源、黃啓嘉

西醫基層總額—中華民國醫師公會全國聯合會

陳相國、王宏育、林應然、林誓揚、洪德仁、張孟源、黃振國、
黃啓嘉、顏鴻順

中醫門診總額—中華民國中醫師公會全國聯合會

詹永兆、吳清源、林永農、柯富揚、胡文龍、陳俊良、陳俊龍、
陳建輝、陳博淵、蘇守毅

牙醫門診總額—中華民國牙醫師公會全國聯合會

陳世岳、江錫仁、吳志浩、吳廸、林鎰麟、徐邦賢、翁德育、
楊文甫、簡志成、羅界山

中央健康保險署：

陳署長亮好、龐副署長一鳴、劉組長林義、黃組長育文、游組長慧真、張副組長作貞、黃參議珮珊、張參議惠萍、陳專門委員依婕、洪專門委員于淇、呂專門委員姿暉、許專門委員明慈、黃科長瓊萱

列席單位及人員：

腎臟醫學會：施主任委員孟甫、許秘書長永和

本部社會保險司：陳專門委員淑華

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧如、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第 85 頁)

貳、115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商：略。(詳附錄第 85~250 頁)

各部門總額協商代表與付費者代表協商結論：(詳第 6~84 頁)

一、醫院總額

(一)協商時間：

9月24日09：30~12：25(含付費者及部門代表各自召集內部會議討論約1小時20分鐘)。

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為5.101%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.655%，協商因素成長率1.446%。
- 2.專款項目全年經費為49,746.1百萬元。
- 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2.209%。
- 4.前述三項額度經換算，115年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長5.500%。

(三)115年度醫院醫療給付費用總額及其分配，如附件一。

二、門診透析服務(醫院總額及西醫基層總額)

(一)協商時間：

9月24日12：30~12：58(含付費者代表召集內部會議討論約7分鐘)。

(二)協商結論摘要：

- 1.門診透析服務總費用成長率為3%，合併醫院及西醫基層兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
- 2.依114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，115年度醫院及西醫基層門診透析費用成長率，分別為2.209%及3.861%。
- 3.門診透析服務總費用成長率3%(總費用48,796.3百萬元)，其中433.5百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，且300百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。
- 4.本項經費扣除「鼓勵院所加強腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質」，其餘預算優先用於調整門診透析支付標準。

(三)115年度門診透析服務費用及其分配，如附件一、二。

三、西醫基層總額

(一)協商時間：

9月24日13：09~16：57及20:34~21:53(含付費者及部門代表各自召集內部會議討論約2小時35分鐘)。

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為5.077%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.776%，協商因素成長率2.301%。
- 2.專款項目全年經費為14,250.6百萬元。
- 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3.861%。

4.前述三項額度經換算，115年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長5.500%。

(三)115年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配，如附件二。

四、中醫門診總額

(一)協商時間：

9月24日17：01~17：36(含付費者代表召集內部會議討論約15分鐘)。

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為4.978%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.652%，協商因素成長率1.326%。
- 2.專款項目全年經費為1,527.6百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，115年度中醫門診醫療給付費用總額，較基期成長5.500%。

(三)115年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配，如附件三。

五、牙醫門診總額

(一)協商時間：

9月24日17：42~19：21(含付費者及部門代表各自召集內部會議討論約35分鐘)。

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為2.468%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.471%，協商因素成長率-0.003%。
- 2.專款項目全年經費為6,456.1百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，115年度牙醫門診醫療給付費用總額，較基期成長5.500%。

(三)115年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配，如附件四。

六、其他預算

(一)協商時間：

9月24日19：26~20：33(含付費者代表及健保署各自召集內部會議討論約30分鐘)。

(二)協商結論摘要：

115年度經費22,032.2百萬元，較114年度增加1,148.5百萬元。

(三)115年度全民健康保險其他預算及其分配，如附件五。

七、依115年度總額協商程序，請各總額部門及中央健康保險署依據協商結論辦理下列事項，並請於9月25日上午9點前提送本會。

- (一)以結果面為導向，調整新增或預算增加幅度達20%以上的延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。
- (二)新增專款項目請確認提出預估試辦檢討期限，未提出者，請增補以幾年為檢討期限。
- (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26日本會114年第7次委員會議討論。

參、協商會議結束：9月24日21時53分。

附錄：與會人員發言實錄

(本紀錄內容依據會議錄音、錄影檔整理)

115 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 115 年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後 114 年度醫院一般服務醫療給付費用 $\times (1 + 115 \text{ 年度一般服務成長率})$ + 115 年度專款項目經費 + 115 年度醫院門診透析服務費用
- 115 年度醫院門診透析服務費用 = 114 年度醫院門診透析服務費用 $\times (1 + 115 \text{ 年度成長率})$

註：校正後114年度醫院一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部114.9.3衛部保字第1140137541號交議總額範圍函確認，以前1年度(114年)醫院一般服務醫療給付費用，校正前2年度(113年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前1年度(114年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 5.101%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.655%，協商因素成長率 1.446%。
- (二)專款項目全年經費為 49,746.1 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 2.209%。
- (四)前述三項額度經換算，115 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依協定事項辦理，並於 115 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 116 年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

- 1.新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)(0.689%，預估增加 4,000 百萬元)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)在額度內妥為管理運用，並於協商 116 年度總額前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。
 - (2)積極引進新特材，避免新增差額給付項目，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。
- 2.藥品及特材給付規定改變(0.431%，預估增加 2,500 百萬元)：
- 請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，並於協商 116 年度總額前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。
- 3.因應牙醫支付標準調整所增加預算(0.0001%，預估增加 0.5 百萬元)：
- 用於因應牙醫門診總額 113 年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。
- 4.合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)(-0.026%，減列 150 百萬元)：
- (1)減列「離島醫院住院案件加計 30%之費用」150 百萬元，移至專款項目「離島地區加成費用」。
 - (2)本項目之 114 年預算額度剩餘款，併同專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」統籌運用。
- 5.配合 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用性提升，醫療服務密集度改變(0%)。
- 6.因應流感/類流感、長新冠照護，造成醫院醫療服務密集度改變(0%)。
- 7.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(自專款項目移列一

般服務項目)(0.002%，預估增加 9 百萬元)：

請中央健康保險署於額度內妥為管理運用。

8.精進成人預防保健併行診療服務之照護品質(0%)：

請中央健康保險署監測成人預防保健併行診療服務之醫療密集度改變情形，以利評估預算需求。

9.因應醫院評鑑政策改變，醫學中心家數變動所產生的醫療服務密集度及預算重分配效應影響(0%)。

10.代謝症候群防治計畫後續照護衍生費用(0%)。

11.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(自專款項目移列一般服務項目)(0.086%，預估增加 500 百萬元)：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體檢討執行內容及獎勵方式(排除已由公務預算支應部分)，落實分級醫療之目的。

12.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(自專款項目移列一般服務項目)(0.172%，預估增加 1,000 百萬元)：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體檢討執行內容及執行成效，落實分級醫療之目的。

13.0~6 歲兒童醫療量能保障(0.092%，預估增加 536 百萬元)(115 年新增項目)：

(1)本項額度 536 百萬元，用於保障 0~6 歲兒童醫療服務量能每點 1 元，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」項目支應。

(2)本項預算與一般服務預算保留之 0~6 歲兒童醫療費用 12,014 百萬元合併運用(計 12,550 百萬元)，保留額度將與西醫基層總額額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①執行目標(暫列)：確保 0~6 歲兒童就醫權益的維護，保障其醫療費用採固定點值。

預期效益之評估指標(暫列)：鼓勵醫院擴大醫師參與幼兒專責醫師制度之人數不低於 112 年。

②訂定具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)，並於 115 年 6 月前提出專案報告。

③監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用。

14. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.0004%，減少 2.4 百萬元)：

於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。

(二)專款項目：全年經費為 49,746.1 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，應於 115 年度總額公告後 1 個月內完成。

1. 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)：

(1)全年經費 600 百萬元。

(2)請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，對於新醫療技術之導入項目及具體執行方式，請妥為規劃後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。

2.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 1,200 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並檢討實施成效，節流效益請適度納入總額預算財源，或做為提升醫療服務與品質之用，以提升資源使用效率。

3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

- (1)全年經費 19,191 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，於額度內妥為管理運用。

4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

- (1)全年經費 5,871 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，於額度內妥為管理運用。

5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

全年經費 5,364.3 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

6.醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 2,618.5 百萬元。
- (2)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、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、生物相似性藥品、化療學名藥、擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)及加護病房侵襲性呼吸器優化管理計畫等方案。
- (3)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護率無法提升的項目，請研議具體改善策略。
 - ②持續朝全人照護方向整合相關計畫(如：地區醫院全人全社區照護計畫、家庭醫師整合性照護計畫等)，以提升照護成效。

7.急診品質提升方案：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進方案執行內容，積極提升急診處置效率及急診照護品質，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效。

8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

本項移併至專款項目「促進醫療服務診療項目支付平衡」通盤研議。

9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 135.5 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署持續檢討不同地區醫療需求特性及其利用情形，鼓勵醫師積極參與。

10.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：

(1)全年經費 2,000 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進方案執行內容及檢討計畫成效，並於額度內妥為管理運用。

11.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)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同醫院及西醫基層總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，提升成功下轉案件，以落實分級醫療政策。

②持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。

12.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：

本項移列至一般服務項目「腹膜透析追蹤處置費及

APD 租金」。

13.精神科長效針劑藥費：

- (1)全年經費 3,006 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署積極推動，並於額度內妥為管理運用，後續請評估執行效益(如整體醫療費用變化)及導入一般服務之可行性。

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)請中央健康保險署精進計畫內容，檢討獎勵方式及支付誘因，並評估病人脫離呼吸器及安寧療護之照護成效。

15.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能：

本項移列至一般服務項目「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」。

16.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能：

本項移列至一般服務項目「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」。

17.地區醫院全人全社區照護計畫：

- (1)全年經費 500 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①滾動式檢討計畫內容，並鼓勵醫院積極參與。
 - ②本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續

辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

18. 區域聯防-提升急重症照護品質：

- (1)全年經費 268 百萬元，本項移出「術後加速康復推廣計畫」，單獨列項。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①滾動式檢討計畫內容，加強區域聯防及網絡建置，以提升急重症照護成效。
 - ②本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

19. 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫：

- (1)全年經費 300 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①執行目標(暫列)：鼓勵醫院投入抗微生物製劑管理及感染管制品質的提升。
預期效益之評估指標(暫列)：鑑於本項於 114 年開始編列，建議評估指標續 114 年之項目，暫一年後再予檢討。
A. 參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於 112 年。
B. 參與醫院高度管制性抗微生物製劑 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)不高於 112 年。
 - ②精進計畫內容及績效指標，並鼓勵醫院積極參與。
 - ③本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入

一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

20.促進醫療服務診療項目支付衡平(115年新增項目)：

(1)全年經費 1,891.5 百萬元，本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①執行目標(暫列)：本項預算原於其他部門，已於 114 年用以調整急診診察費、急診觀察床診察費、離島急救責任醫院急診醫療服務點數加成、急性一般(含精神)病床護理費等項。

預期效益之評估指標(暫列)：下列 4 項任一項合格即達標。

A.急診病人轉出率(排除直接轉入他院住院案件)不高於 113 年。

B.每季急診轉住院病人滯留急診超過 24 小時之日均人次，不大於 113 年。

C.急診轉住院人次占率較去年增加。

D.急診病人停留超過 24 小時之案件比率較 113 年下降。

②本項併入「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」通盤研議，修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。

③114 年度一般服務項目「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)」預算額度剩餘款，併同本項統籌運用。

④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。

⑤本項以 1 年為檢討期限(115 年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第 1

年(115 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

⑥併同西醫基層總額及其他預算同項專款，將具體實施方式及執行情形，於 115 年 7 月前提出專案報告。

21.住院護理費用(115 年新增項目)：

(1)全年經費 4,500 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：提升護理人員調薪人數比率達一定比率。

預期效益之評估指標(暫列)：提升服務於醫院一般急性病床之護理人員與 113 年 12 月相較增加其薪資增加一定比率，其比率擬於中央健康保險署共同研商設計，契合預期效益之可行性、合理性。

(3)本項用於調升住院護理費用，請落實用於調升護理人員薪資，鞏固醫療量能，並訂定具體實施規劃，於 115 年 5 月前提報全民健康保險會。

22.離島地區加成費用(自一般服務項目及其他預算移列專款項目)：

(1)全年經費 200 百萬元。

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

23.全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS(自專款項目拆分)：

(1)全年經費 200 百萬元。

(2)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，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，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

24.品質保證保留款：

- (1)全年經費 1,075.6 百萬元。
- (2)本項專款額度(1,075.6 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品保款之額度(388.7 百萬元)，合併運用(計 1,464.3 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(三)門診透析服務：

- 1.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統籌運用。
- 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 2.209%。
- 3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.3 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，且 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。
- 4.本項經費扣除「鼓勵院所加強腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質」，其餘預算優先用於調整門診透析支付標準。
- 5.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。
 - (2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持

續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」及「居家血液透析與提升其照護品質」實施方案，並監測計畫執行成效及病人照護品質與健康結果，於 115 年 8 月前提報專案報告。

附表 115 年度醫院醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
一般服務			
醫療服務成本及人口 因素成長率	3.655%	21,224.8	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	0.320%		
人口結構改變率	1.866%		
醫療服務成本指數 改變率	1.458%		
協商因素成長率	1.446%	8,393.1	請於 115 年 7 月前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 116 年度總額協商考量。
保險給付項目及支付標準之改變	1. 新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)	0.689%	請中央健康保險署辦理下列事項： 1. 在額度內妥為管理運用，並於協商 116 年度總額前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。 2. 積極引進新特材，避免新增差額給付項目，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。
	2. 藥品及特材給付規定改變	0.431%	請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，並於協商 116 年度總額前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。
	3. 因應牙醫支付標準調整所增加預算	0.0001%	用於因應牙醫門診總額 113 年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
其他議定項目	4. 合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整（含RBRVS）	-0.026%	-150.0	1. 減列「離島醫院住院案件加計30%之費用」150百萬元，移至專款項目「離島地區加成費用」。 2. 本項目之114年預算額度剩餘款，併同專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」統籌運用。
其他醫療服務利用及密集度之改變	5. 配合888健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用性提升，醫療服務密集度改變	0.000%	0.0	
	6. 因應流感/類流感、長新冠照護，造成醫院醫療服務密集度改變	0.000%	0.0	
保險給付項目及支付標準之改變	7. 腹膜透析追蹤處置費及APD租金（自專款項目移列一般服務項目）	0.002%	9.0	請中央健康保險署於額度內妥為管理運用。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
其他醫療服務利用及密集度之改變	8.精進成人預防保健併行診療服務之照護品質	0.000%	0.0	請中央健康保險署監測成人預防保健併行診療服務之醫療密集度改變情形，以利評估預算需求。
	9.因應醫院評鑑政策改變，醫學中心家數變動所產生的醫療服務密集度及預算重分配效應影響	0.000%	0.0	
	10.代謝症候群防治計畫後續照護衍生費用	0.000%	0.0	
保險給付項目及支付標準之改變	11.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能 (自專款項目移列一般服務項目)	0.086%	500.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體檢討執行內容及獎勵方式(排除已由公務預算支應部分)，落實分級醫療之目的。
	12.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能 (自專款項目移列一般服務項目)	0.172%	1,000.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體檢討執行內容及執行成效，落實分級醫療之目的。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
其他議定項目	13.0~6 歲兒童醫療量能保障 (115 年新增項目)	0.092%	536.0	<p>1.本項額度 536 百萬元，用於保障 0~6 歲兒童醫療服務量能每點 1 元，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」項目支應。</p> <p>2.本項預算與一般服務預算保留之 0~6 歲兒童醫療費用 12,014 百萬元合併運用(計 12,550 百萬元)，保留額度將與西醫基層總額額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)執行目標(暫列)：確保 0~6 歲兒童就醫權益的維護，保障其醫療費用採固定點值。</p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列)：鼓勵醫院擴大醫師參與幼兒專責醫師制度之人數不低於 112 年。</u></p> <p>(2)訂定具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)，並於 115 年 6 月前提出專案報告。</p> <p>(3)監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用。</p>
其他議定項目	14.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.0004%	-2.4	於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。
一般服務 成長率 ^{註1}	增加金額 總金額	5.101%	29,617.9 610,327.7	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
專款項目(全年計畫經費)			各專款項目之具體實施方案，應於 115 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 115 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。。
1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)	600.0	-267.0	請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，對於新醫療技術之導入項目及具體執行方式，請妥為規劃後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。
2.C 型肝炎藥費	1,200.0	-1,024.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並檢討實施成效，節流效益請適度納入總額預算財源，或做為提升醫療服務與品質之用，以提升資源使用效率。
3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	19,191.0	1,195.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。
4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	5,871.0	121.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。
5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,364.3	0.0	經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
6.醫療給付改善方案	2,618.5	346.5	1.持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎

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>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、生物相似性藥品、化療學名藥、擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)及加護病房侵襲性呼吸器優化管理計畫等方案。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護率無法提升的項目，請研議具體改善策略。</p> <p>(2)持續朝全人照護方向整合相關計畫(如：地區醫院全人全社區照護計畫、家庭醫師整合性照護計畫等)，以提升照護成效。</p>
7.急診品質提升方案	300.0	0.0	請中央健康保險署精進方案執行內容，積極提升急診處置效率及急診照護品質，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效。
8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	0.0	-210.0	本項移併至專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」通盤研議。
9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	135.5	0.0	<p>1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。</p> <p>2.請中央健康保險署持續檢討不同地區醫療需求特性及其利用情形，鼓勵醫師積極參與。</p>
10.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	2,000.0	0.0	請中央健康保險署精進方案執行內容及檢討計畫成效，並於額度內妥為管理運用。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
11.鼓勵院所建立轉診 合作機制	224.7	0.0	<p>1.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。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同醫院及西醫基層總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，提升成功下轉案件，以落實分級醫療政策。</p> <p>(2)持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。</p>
12.腹膜透析追蹤處置 費及 APD 租金	0.0	-15.0	本項移列至一般服務項目「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」。
13.精神科長效針劑藥 費	3,006.0	0.0	<p>1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署積極推動，並於額度內妥為管理運用，後續請評估執行效益(如整體醫療費用變化)及導入一般服務之可行性。</p>
14.鼓勵 RCC、RCW 病 人脫離呼吸器、簽 署 DNR 及安寧療 護計畫	300.0	0.0	請中央健康保險署精進計畫內容，檢討獎勵方式及支付誘因，並評估病人脫離呼吸器及安寧療護之照護成效。
15.持續推動分級醫 療，優化社區醫院 醫療服務品質及量 能	0.0	-500.0	本項移列至一般服務項目「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」。
16.健全區域級(含)以 上醫院門住診結 構，優化重症照護 量能	0.0	-1,000.0	本項移列至一般服務項目「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
17. 地區醫院全人全社區照護計畫	500.0	0.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.滾動式檢討計畫內容，並鼓勵醫院積極參與。 2.本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
18. 區域聯防-提升急重症照護品質	268.0	0.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.本項移出「術後加速康復推廣計畫」，單獨列項。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> (1)滾動式檢討計畫內容，加強區域聯防及網絡建置，以提升急重症照護成效。 (2)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
19. 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	300.0	75.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p><u>1.執行目標(暫列):鼓勵醫院投入抗微生物製劑管理及感染管制品質的提升。</u></p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列):</u> <u>鑑於本項於 114 年開始編列，建議評估指標續 114 年之項目，暫一年後再予檢討。</u></p> <p><u>(1)參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於 112 年。</u></p> <p><u>(2)參與醫院高度管制性抗微</u></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><u>生物製劑 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密 度)不高於 112 年。</u></p> <p>2. 精進計畫內容及績效指標， 並鼓勵醫院積極參與。</p> <p>3. 本計畫以 5 年為檢討期限 (113~117 年)，請會同醫院總 額相關團體，滾動式檢討逐 年成效，若持續辦理，則請於 執行第 5 年(117 年 7 月前)提 出納入一般服務或退場之評 估指標及檢討結果。</p>
20.促進醫療服務診療 項目支付衡平 (115 年新增項目)	1,891.5	1,891.5	<p>1. 本項經費如有不足，由其他 預算同項專款支應。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列 事項：</p> <p>(1) <u>執行目標(暫列)：本項預 算原於其他部門，已於 114 年用以調整急診診察費、 急診觀察床診察費、離島 急救責任醫院急診醫療服 務點數加成、急性一般(含 精神)病床護理費等項。</u> <u>預期效益之評估指標(暫 列)：下列 4 項任一項合格 即達標。</u></p> <p>① <u>急診病人轉出率(排除直 接轉入他院住院案件)不 高於 113 年。</u></p> <p>② <u>每季急診轉住院病人滯 留急診超過 24 小時之日 均人次，不大於 113 年。</u></p> <p>③ <u>急診轉住院人次占率較 去年增加。</u></p> <p>④ <u>急診病人停留超過 24 小 時之案件比率較 113 年 下降。</u></p> <p>(2) <u>本項併入「鼓勵繼續推動</u></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>住院診斷關聯群(DRGs)」通盤研議，修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。</p> <p>(3)114 年度一般服務項目「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含RBRVS)」預算額度剩餘款，併同本項統籌運用。</p> <p>(4)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。</p> <p>(5)本項以 <u>1</u> 年為檢討期限 (<u>115</u> 年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第 <u>1</u> 年 (<u>115</u> 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>(6)併同西醫基層總額及其他預算同項專款，將具體實施方式及執行情形，於 115 年 7 月前提出專案報告。</p>
21.住院護理費用 (115 年新增項目)	4,500.0	4,500.0	<p>1.執行目標(暫列): 提升護理人員調薪人數比率達一定比率。</p> <p>預期效益之評估指標(暫列): 提升服務於醫院一般急性病床之護理人員與 113 年 12 月相較增加其薪資增加一定比率，其比率擬於中央健康保險署共同研商設計，契合預期效益之可行性、合理性。</p> <p>2.本項用於調升住院護理費用，請落實用於調升護理人員薪資，鞏固醫療量能，並訂</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
			定具體實施規劃，於 115 年 5 月前提報全民健康保險會。
22.離島地區加成費用 (自一般服務項目 及其他預算移列專 款項目)	200.0	200.0	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。
23.全民健康保險術後 加速康復推廣計畫 ERAS (自專款項目拆分)	200.0	200.0	本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，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，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
24.品質保證保留款	1,075.6	46.1	1. 本項 專款額度(1,075.6 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品保款之額度(388.7 百萬元)，合併運用(計 1,464.3 百萬元)。 2. 請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額	49,746.1	5,559.1	
較基期成長率 (一般服務 + 專 款) ^{#2}	5.630%	35,177.0	
總金額		660,073.8	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
門診透析服務	增加金額	545.3	<p>1. 門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統籌運用。</p> <p>2. 門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 2.209%。</p> <p>3. 門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.3 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，且 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。</p> <p>4. 本項經費扣除「鼓勵院所加強腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質」，其餘預算優先用於調整門診透析支付標準。</p> <p>5. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。</p> <p>(2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持</p>
	總金額	25,232.5	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」及「居家血液透析與提升其照護品質」實施方案，並監測計畫執行成效及病人照護品質與健康結果，於 115 年 8 月前提報專案報告。
較基期成長率 (一般服務+專款 +門診透析) ^{*3}	增加金額	5.500%	35,722.3
	總金額		685,306.4

- 註：1. 計算「一般服務成長率」所採基期費用為 580,705.9 百萬元(含 114 年一般服務預算 574,837.7 百萬元，及校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 5,865.0 百萬元、加回前 1 年度(114 年)健保總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款核定金額 3.2 百萬元)。
2. 計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 624,892.9 百萬元，其中一般服務預算為 580,705.9 百萬元，專款為 44,187.0 百萬元。
3. 計算「較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為 649,580.2 百萬元，其中一般服務預算為 580,705.9 百萬元，專款為 44,187.0 百萬元，門診透析為 24,687.2 百萬元。
4. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

115 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：

- 115 年度西醫基層醫療給付費用總額 = 校正後 114 年度西醫基層一般服務醫療給付費用 $\times (1 + 115 \text{ 年度一般服務成長率}) + 115 \text{ 年度專款項目經費} + 115 \text{ 年度西醫基層門診透析服務費用}$
- 115 年度西醫基層門診透析服務費用 = 114 年度西醫基層門診透析服務費用 $\times (1 + 115 \text{ 年度成長率})$

註：校正後 114 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 114.9.3 衛部保字第 1140137541 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(114 年)西醫基層一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前 1 年度(114 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 5.077%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.776%，協商因素成長率 2.301%。
- (二)專款項目全年經費為 14,250.6 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 3.861%。
- (四)前述三項額度經換算，115 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依協定事項辦理，並於 115 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 116 年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)(0.161%，預估增加 228 百萬元)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)在額度內妥為管理運用，並於協商 116 年度總額前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。

(2)加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。

2.藥品及特材給付規定改變(0.305%，預估增加 430.3 百萬元)：

請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，並於協商 116 年度總額前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。

3.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(0.467%，預估增加 659.3 百萬元)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)執行目標(暫列)：聘有護理人員之診所，調升護理人員之薪資比率。

預期效益之評估指標(待補)：_____。

(醫全會說明：請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修，提全民健康保險會報告。)

(2)會同西醫基層總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會持續研修具體實施方案(包含執行內容、支付方式、以結果面之評估指標、稽核機制等)，以增加護理人力或護理人員薪資調整為原則，確實提升護理照護品質，並於 115 年度總額公告後，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議。

(3)檢討評估指標，訂定更具反映護理人員薪資或增加護理人力指標(如：診所實際護理人力雇用數、增加

護理人力、在職穩定率)，以落實編列本項預算之目的。

4.擴大糖尿病用藥(如：SGLT2)適應症產生費用(0.250%，預估增加 353 百萬元)(115 年新增項目)：

請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並監測糖尿病用藥(如 SGLT-2 抑制劑)利用情形及執行效益(如整體醫療費用變化)。

5.促進醫療服務診療項目支付衡平(0%)：

本項目之 114 年預算額度剩餘款，併同專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」統籌運用。

6.修訂西醫基層合理門診天數(0%)。

7.提升外傷換藥照護品質(0%)。

8.提升西醫基層外科手術照護品質(0%)。

9.蒸氣或噴霧吸入治療，依年紀實施困難度列入兒童加成項目(0%)：

本項屬單項支付標準調整，併專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」考量。

10.婦產科護理人員跟診費(0%)。

11.婦產科夜間及假日自然產手術費加成(0%)。

12.代謝症候群計畫衍生費用(0%)。

13.成人預防保健第二階段併同因病就醫之診察費(0%)：

請中央健康保險署監測成人預防保健併行診療服務之醫療密集度改變情形，以利評估預算需求。

14.配合根除胃癌政策之衍生醫療費用(0.212%，預估增加 300 百萬元)(115 年新增項目)：

本項依實際執行，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減。

15.強化心血管疾病照護—放寬開立降膽固醇藥物 Statin

標準(門檻)(0.496%，預估增加 700 百萬元)(115 年新增項目)：

本項依實際執行，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減。

16.提升照護「成人預防保健服務之排除對象」之健康(0%)。

17.0~6 歲兒童醫療量能保障(0.418%，預估增加 590 百萬元)(115 年新增項目)：

(1)本項額度 590 百萬元，用於保障 0~6 歲兒童醫療服務量能每點 1 元，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」項目支應。

(2)本項預算與一般服務預算保留之 0~6 歲兒童醫療費用 11,760 百萬元合併運用(計 12,350 百萬元)，保留額度將與醫院總額額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①執行目標(待補)：

預期效益之評估指標(待補)：

(醫全會說明：請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修，提全民健康保險會報告。)

②訂定具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)，並於 115 年 6 月前提出專案報告。

③監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用。

18.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.008%，減少 11.6 百萬元)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理，並對違規院所進行輔導與追蹤，以建立違規處分與再教育機制連結。

(2)於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。

(二)專款項目：全年經費為 14,250.6 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，應於 115 年度總額公告後 1 個月內完成。

1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)：

(1)全年經費 100 百萬元。

(2)請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，對於新醫療技術之導入項目及具體執行方式，請妥為規劃後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。

2.提升國人視力照護品質：

(1)全年經費 3,771.4 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：

①持續檢討具體實施方案(含執行內容、支付方式、執行目標、以結果面為導向之評估指標等)。

②持續檢討白內障手術案件成長合理性、手術時機適當性，及監測照護成效與民眾自費情形，以確保醫療品質及民眾權益。

③加強執行面管理與監督，建立診療指引及醫療利用監測機制，提升分區管理及專業自律。

④本項以 5 年為檢討期限(114~118 年)，之後回歸一般服務。

⑤本項醫療點數以每點 1 元為原則；費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。

3.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 466.7 百萬元，本項經費得與醫院總額同

項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署持續檢討不同地區醫療需求特性及其利用情形，鼓勵醫師積極參與，並加強就醫率低地區之醫療服務提供，提升就醫可近性。

4.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 5,866.5 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①執行目標(暫列)：持續擴大收案照護對象，將更多適合照護對象(如慢性病患者等)，納入家庭醫師整合性照護計畫照護。

預期效益之評估指標(暫列)：

A.家庭醫師整合性照護計畫收案人數較前一年度增加。

B.中風等併發症發生率較前一年度減少。

②持續提升服務量能(如提高醫師參與率及個案涵蓋率)及強化照護品質，並評估本計畫整體照護成效，朝慢性病整合及全人照護方向推動計畫，於 115 年 5 月前提出專案報告。

5.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 462 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並檢討實施成效，節流效益請適度納入總額預算財源，或做為提升醫療服務與品質之用，以提升資源使用效率。

6.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 422.1 百萬元。

(2)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、思覺失調症、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、生物相似性藥品、化療學名藥等方案。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護率無法提升的項目，請研議具體改善策略。
- ②持續朝全人照護方向整合相關計畫(如：家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫等)，以提升照護成效。

7.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

(1)全年經費 1,720 百萬元，本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：

- ①持續研議開放表別項目，朝普及性及提升民眾社區就醫可近性的方向努力。
- ②對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務項目。

8.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)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，提升成功下轉案件，以落實分級醫療政策。
- ②持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。

9.基層診所產婦生產補助試辦計畫：

(1)全年經費 50 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與提供生產服務。

10.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

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

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用。

11.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

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

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用。

12.因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用：

(1)全年經費 11 百萬元，本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用。

13.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

全年經費 178 百萬元，本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各分區一般服務費用結算。

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

(1)全年經費 10 百萬元。

(2)請中央健康保險署持續精進計畫內容與支付誘因，透過分級醫療加強與醫院轉介合作，提升參與率，並持續監測照護成效。

15.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 50 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同西醫基層總額相關團體持續提升基層院所使用長效針劑之比率。

②於額度內妥為管理運用，並評估執行效益(如整體醫療費用變化)及導入一般服務之可能性。

16.西醫基層品質保障基金：0 元。

17.促進醫療服務診療項目支付衡平(115 年新增項目)：

(1)全年經費 558.6 百萬元，本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①執行目標(待補)：

預期效益之評估指標(待補)：

(醫全會說明：請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修，提全民健康保險會報告。)

②通盤研議、修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。

③114 年度一般服務項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」預算額度剩餘款，併同本項統籌運

用。

- ④本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
- ⑤本項以 5 年為檢討期限(115~119 年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(119 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- ⑥併同醫院總額及其他預算同項專款，將具體實施方式及執行情形，於 115 年 7 月前提出專案報告。

18.品質保證保留款：

- (1)全年經費 266.3 百萬元。
- (2)115 年度品保專款額度(266.3 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(105.2 百萬元)，合併運用(計 371.5 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(三)門診透析服務：

- 1.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統籌運用。
- 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為 3.861%。
- 3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.3 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透

析及居家血液透析與提升其照護品質，且 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。

4. 本項經費扣除「鼓勵院所加強腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質」，其餘預算優先用於調整門診透析支付標準。
5. 請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1) 持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。
 - (2) 鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」及「居家血液透析與提升其照護品質」實施方案，並監測計畫執行成效及病人照護品質與健康結果，並於 115 年 8 月前提報專案報告。

附表 115 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
一般服務			
醫療服務成本及人口 因素成長率	2.776%	3,920.1	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。
投保人口預估成長率	0.320%		
人口結構改變率	0.962%		
醫療服務成本指數 改變率	1.486%		
協商因素成長率	2.301%	3,249.0	請於 115 年 7 月前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 116 年度總額協商考量。
保險給付項目 及支付標準之 改變	1. 新醫療科 技(新藥、 新特材、 新增修診 療項目)	0.161%	請中央健康保險署辦理下列事項： 1. 在額度內妥為管理運用，並於協商 116 年度總額前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。 2. 加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。
	2. 藥品及特 材給付規 定改變	0.305%	請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，並於協商 116 年度總額前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。
	3. 因應基層 護理人力 需求，提 高 1~30 人次診察 費	0.467%	請中央健康保險署辦理下列事項： 1. <u>執行目標(暫列)</u> : 聘有護理人員之診所，調升護理人員之薪資比率。 預期效益之評估指標(待補): (醫全會說明：請中央健康保險署會同西醫基層總額相關

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
保險給付項目及支付標準之改變				<p>團體研修，提全民健康保險會報告。)</p> <p>2. 會同西醫基層總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會持續研修具體實施方案(包含執行內容、支付方式、以結果面之評估指標、稽核機制等)，以增加護理人力或護理人員薪資調整為原則，確實提升護理照護品質，並於 115 年度總額公告後，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議。</p> <p>3. 檢討評估指標，訂定更具反映護理人員薪資或增加護理人力指標(如：診所實際護理人力雇用數、增加護理人力、在職穩定率)，以落實編列本項預算之目的。</p>
	4. 擴大糖尿病用藥(如：SGLT2)適應症產生費用(115 年新增項目)	0.250%	353.0	請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並監測糖尿病用藥(如 SGLT-2 抑制劑)利用情形及執行效益(如整體醫療費用變化)。
	5. 促進醫療服務診療項目支付衡平	0.000%	0.0	本項目之 114 年預算額度剩餘款，併同專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」統籌運用。
	6. 修訂西醫基層合理門診天數	0.000%	0.0	
	7. 提升外傷換藥照護品質	0.000%	0.0	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
保險給付項目及支付標準之改變	8.提升西醫基層外科手術照護品質	0.000%	0.0	
	9.蒸氣或噴霧吸入治療，依年紀實施困難度列入兒童加成項目	0.000%	0.0	本項屬單項支付標準調整，併專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」考量。
	10.婦產科護理人員跟診費	0.000%	0.0	
	11.婦產科夜間及假日自然產手術費加成	0.000%	0.0	
其他醫療服務利用及密集度之改變	12.代謝症候群計畫衍生費用	0.000%	0.0	
	13.成人預防保健第二階段併同因併病就醫之診察費	0.000%	0.0	請中央健康保險署監測成人預防保健併行診療服務之醫療密集度改變情形，以利評估預算需求。
	14.配合根除胃癌政策之衍生醫療費用(115年新增項目)	0.212%	300.0	本項依實際執行，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
其他醫療服務利用及密集度之改變	15.強化心血管疾病照護—放寬開立降膽固醇藥物Statin 標準(門檻)(115 年新增項目)	0.496%	700.0	本項依實際執行，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減。
	16.提升照護「成人預防保健服務之排除對象」之健康	0.000%	0.0	
其他議定項目	17.0~6 歲兒童醫療量能保障(115 年新增項目)	0.418%	590.0	<p>1.本項額度 590 百萬元，用於保障 0~6 歲兒童醫療服務量能每點 1 元，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付平衡」項目支應。</p> <p>2.本項預算與一般服務預算保留之 0~6 歲兒童醫療費用 11,760 百萬元合併運用(計 12,350 百萬元)，保留額度將與醫院總額額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)執行目標： <u>預期效益之評估指標(待補)：</u> <u>(醫全會說明：請中央健康保險署會同西醫基層總額</u></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
其他議定項目				<p>相關團體研修，提全民健 康保險會報告。)</p> <p>(2)訂定具體實施規劃(包含 執行方式及具體提升兒童 醫療量能之監測指標)，並 於 115 年 6 月前提出專案 報告。</p> <p>(3)監測醫療利用情形，於額 度內妥為管理運用。</p>
	18.違反全民 健 康 保 險 醫 事 服 務 機 構 特 約 及 管 理 辦 法 之 扣 款	-0.008%	-11.6	<p>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，並對違規院所進 行輔導與追蹤，以建立違規 處分與再教育機制連結。</p> <p>2.於 116 年度總額加回本項違 規扣款金額。</p>
一般服務		增加金額 成長率 ^{註1} 總金額	5.077%	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案， 應於 115 年度總額公告後 1 個 月內完成，且應於 115 年 7 月 前提報執行情形及前 1 年成效 評估檢討報告。
1.暫時性支付(新藥、 新特材、新醫療技 術)		100.0	42.0	請中央健康保險署在額度內妥 為管理運用，對於新醫療技術 之導入項目及具體執行方式， 請妥為規劃後，提報全民健康 保險會最近 1 次委員會議。
2.提升國人視力照護 品質		3,771.4	196.6	<p>請中央健康保險署會同西醫基 層總額相關團體辦理下列事 項：</p> <p>1.持續檢討具體實施方案(含 執行內容、支付方式、執行目 標、以結果面為導向之評估 指標等)。</p> <p>2.持續檢討白內障手術案件成</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>長合理性、手術時機適當性，及監測照護成效與民眾自費情形，以確保醫療品質及民眾權益。</p> <p>3.加強執行面管理與監督，建立診療指引及醫療利用監測機制，提升分區管理及專業自律。</p> <p>4.本項以 5 年為檢討期限(114~118 年)，之後回歸一般服務。</p> <p>5.本項醫療點數以每點 1 元為原則；費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。</p>
3.西醫醫療資源不足地區改善方案	466.7	42.8	<p>1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。</p> <p>2.請中央健康保險署持續檢討不同地區醫療需求特性及其利用情形，鼓勵醫師積極參與，並加強就醫率低地區之醫療服務提供，提升就醫可近性。</p>
4.家庭醫師整合性照護計畫	5,866.5	1,218.5	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.<u>執行目標(暫列)</u>:持續擴大收案照護對象，將更多適合照護對象(如慢性病患者等)，納入家庭醫師整合性照護計畫照護。</p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列)</u>:</p> <p>(1)<u>家庭醫師整合性照護計畫收案人數較前一年度增加</u>。</p> <p>(2)<u>中風等併發症發生率較前一年度減少</u>。</p> <p>2.持續提升服務量能(如提高</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
			醫師參與率及個案涵蓋率)及強化照護品質，並評估本計畫整體照護成效，朝慢性病整合及全人照護方向推動計畫，於 115 年 5 月前提出專案報告。
5.C 型肝炎藥費	462.0	0.0	<p>1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並檢討實施成效，節流效益請適度納入總額預算財源，或做為提升醫療服務與品質之用，以提升資源使用效率。</p>
6.醫療給付改善方案	422.1	-484.0	<p>1.持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、思覺失調症、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、生物相似性藥品、化療學名藥等方案。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護率無法提升的項目，請研議具體改善策略。</p> <p>(2)持續朝全人照護方向整合相關計畫(如：家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫等)，以提升照護成效。</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
7. 強化基層照護能力 及「開放表別」項目	1,720.0	0.0	<p>1.本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。</p> <p>2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：</p> <p>(1)持續研議開放表別項目，朝普及性及提升民眾社區就醫可近性的方向努力。</p> <p>(2)對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務項目。</p>
8. 鼓勵院所建立轉診 合作機制	258.0	0.0	<p>1.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。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，提升成功下轉案件，以落實分級醫療政策。</p> <p>(2)持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。</p>
9. 基層診所產婦生產 補助試辦計畫	50.0	0.0	請中央健康保險署精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與提供生產服務。
10. 罕見疾病、血友病 藥費及罕見疾病特 材	30.0	0.0	<p>1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用。</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
11.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	30.0	0.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用。
12.因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	0.0	1.本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用。
13.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.0	本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各分區一般服務費用結算。
14.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	10.0	0.0	請中央健康保險署持續精進計畫內容與支付誘因，透過分級醫療加強與醫院轉介合作，提升參與率，並持續監測照護成效。
15.精神科長效針劑藥費	50.0	-50.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同西醫基層總額相關團體持續提升基層院所使用長效針劑之比率。 (2)於額度內妥為管理運用，並評估執行效益(如整體醫療費用變化)及導入一般服務之可能性。
16.西醫基層品質保障基金	0.0	0.0	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
17.促進醫療服務診療 項目支付衡平 (115 年新增項目)	558.6	558.6	<p>1.本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)執行目標(待補)： <u>預期效益之評估指標(待補)</u>： (醫全會說明：請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修，提全民健康保險會報告。)</p> <p>(2)通盤研議、修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。</p> <p>(3)114 年度一般服務項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」預算額度剩餘款，併同本項統籌運用。</p> <p>(4)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。</p> <p>(5)本項以 5 年為檢討期限 (115~119 年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(119 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>(6)併同醫院總額及其他預算同項專款，將具體實施方式及執行情形，於 115 年 7 月前提出專案報告。</p>
18.品質保證保留款	266.3	137.9	1.115 年度品保專款額度(266.3 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(105.2 百萬

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				元)，合併運用(計 371.5 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額		14,250.6	1,662.4	
較基期成長率 (一般服務 + 專 款) ^{**2}	增加金額	5.742%	8,831.6	
	總金額		162,635.3	
門診透析服務	增加金額	3.861%	876.0	1.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統籌運用。 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為 3.861%。 3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.3 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，且 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。 4.本項經費扣除「鼓勵院所加
	總金額		23,563.9	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項				
			<p>強腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質」，其餘預算優先用於調整門診透析支付標準。</p> <p>5.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。</p> <p>(2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」及「居家血液透析與提升其照護品質」實施方案，並監測計畫執行成效及病人照護品質與健康結果，並於 115 年 8 月前提報專案報告。</p>				
較基期成長率 (一般服務+專款 +門診透析) ^{**3}	<table border="1"> <tr> <td>增加金額</td> <td>9,707.5</td> </tr> <tr> <td>總金額</td> <td>186,199.2</td> </tr> </table>	增加金額	9,707.5	總金額	186,199.2	5.500%	
增加金額	9,707.5						
總金額	186,199.2						

- 註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 141,215.2 百萬元(含 114 年一般服務預算 139,768.0 百萬元，及校正前 2 年(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 1,442.1 百萬元、加回前 1 年度(114 年)健保總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款核定金額 5.0 百萬元)。
- 2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 153,803.4 百萬元，其中一般服務預算為 141,215.2 百萬元，專款為 12,588.2 百萬元。
- 3.計算「較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為 176,491.3 百萬元，其中一般服務預算為 141,215.2 百萬元，專款為 12,588.2 百萬元，門診透析為 22,687.9 百萬元。
- 4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

115 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：

115 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 114 年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+115 年度一般服務成長率)+115 年度專款項目經費

註：校正後 114 年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 114.9.3 衛部保字第 1140137541 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(114 年)中醫門診一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前 1 年度(114 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

二、總額協商結論：

(一)一般服務成長率為 4.978%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.652%，協商因素成長率 1.326%。

(二)專款項目全年經費為 1,527.6 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，115 年度中醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 115 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 116 年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質(1.128%，預估增加 375.1 百萬元)(115 年新增項目)：

(1)執行目標(暫列)：聘有護理師/護士之中醫健保特約院所，有申報本項加計且有調升護理師/護士薪資占

率達 40%。

預期效益之評估指標(暫列)：聘有護理師/護士並有申報本項加計之中醫健保特約院所的病患衛教覆蓋率≥70%。

- (2)本項經費用於調整支付標準「看診時聘有護理人員跟診之門診診察費及針傷治療處置費」，以反映護理人員薪資，提升護理照護品質。
- (3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會研訂具體實施方案(包含執行方式、請領資格、調薪認定標準及稽核機制等)，並於 115 年 3 月前提出專案報告。
- 2.強化全人照護與慢性疾病管理-增加高度複雜性針灸、中度複雜性傷科適應症(腦中風後遺症-診斷碼 I69)(0.152%，預估增加 50.7 百萬元)(115 年新增項目)：
- (1)執行目標(暫列)：申報腦中風後遺症(診斷碼 I69)看診中醫病人，至少有 1 次「中高度複雜性針灸或傷科」之比例≥20%。
- 預期效益之評估指標(暫列)：申報腦中風後遺症看診中醫病人一年內急診就醫率低於未看診中醫病人。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
- ①將腦中風後遺症(診斷碼 I69)擴增納入「高度複雜性針灸」、「中度複雜性傷科」及前二者針傷合併治療之適應症。
 - ②會同中醫門診總額相關團體，於 115 年度總額公告後 1 個月內完成支付標準修訂，並於 115 年 7 月前提報執行情形。
 - ③於額度內妥為管理運用，並加強高度、中度複雜性針灸傷科及合併處置之療效評估與申報費用

管理(如建立「黃金治療期」針傷照護流程及訂定未呈現療效之處理方式)。

3. 中醫門診總額「醫療資源不足地區改善方案」專款之論量計酬費用移撥至一般服務費用不足部分(0.090%，預估增加 30 百萬元)。
4. 「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款(115 年新增卵巢癌、鼻咽癌、膀胱癌)與一般服務重複費用扣減 (-0.044%，預估減列 14.5 百萬元)(115 年新增項目)。
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(-0.0003%，減少 0.1 百萬元)：
 - (1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。
 - (2)於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。

(二)專款項目：全年經費為 1,527.6 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，應於 115 年度總額公告後 1 個月內完成。

1. 醫療資源不足地區改善方案：

- (1)全年經費 183 百萬元。
- (2)請中央健康保險署加強推動中醫巡迴醫療服務及獎勵開業服務計畫，並優先改善偏遠等級高地區之醫療服務。

2. 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：

- (1)全年經費 533.7 百萬元。
- (2)持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛中醫照護。

3. 中醫提升孕產照護品質計畫：

- (1)全年經費 82 百萬元。
- (2)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及落實成效評估。

4. 中醫癌症患者加強照護整合方案：

- (1)全年經費 432.5 百萬元。
- (2)執行目標(暫列)：服務癌症加強照護整合中醫病人目標： $\geq 5\%$
預期效益之評估指標(暫列)：癌症病患經治療後，功能性評估一般性量表(FACT-G)與生活品質評估量表(ECOG)有改善。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。
- ②其中「癌症患者中醫門診加強照護計畫」，新增三項適應症：卵巢癌、鼻咽癌及膀胱癌。

5. 中醫急症處置：

- (1)全年經費 20.8 百萬元。
- (2)執行目標(暫列)：執行院所 10 家以上
預期效益之評估指標(暫列)：急診病人經中醫治療後，視覺類比量表(VAS)有改善。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同中醫門診總額相關團體加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及落實成效評估(如急診停留天數)。
- ②積極檢討計畫執行情形、執行成效及加強推動區域平衡，並進行客觀成效評估，若計畫效益不

佳，建議規劃退場機制。

6. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：

(1)全年經費 180.8 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及一般服務涵蓋之費用，請回歸一般服務支應。

7. 照護機構中醫醫療照護方案：

(1)全年經費 10.8 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：

①115 年服務 200 家照護機構。

②服務人次 80,000 人次，服務總天數 6,000 天。

預期效益之評估指標(暫列)：照護機構住民外出就診中醫次數較前一年減少。

(3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，檢討計畫照護成效，研議減少住民外出就診中醫之策略，以提升資源使用效率。

8. 中醫三高病人加強照護計畫(115 年新增項目)：

(1)全年經費 53 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：參與個案 3 萬人。

預期效益之評估指標(暫列)：個人健康資料上傳及生活習慣自評 60% 收案個案完成。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同中醫門診總額相關團體，訂定具體實施計畫(含適應症、適用對象、醫療服務內容、支付方式)，於 115 年度總額公告後，將實施方案提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。

②本計畫以 3 年為檢討期限(115~117 年)，請會同

中醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(117 年 7 月)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

9. 品質保證保留款：

- (1)全年經費 31 百萬元。
- (2)本項專款額度(31 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(22.8 百萬元)，合併運用(計約 53.8 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

附表 115 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
一般服務			
醫療服務成本及人口 因素成長率	3.652%	1,214.2	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	0.320%		
人口結構改變率	0.824%		
醫療服務成本指數 改變率	2.497%		
協商因素成長率	1.326%	441.2	請於 115 年 7 月前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 116 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	1. 友善醫事人 員環境 - 提 升中醫護理 照護品質 (115 年新 增項目)	1.128%	375.1 <ul style="list-style-type: none"> 1. <u>執行目標(暫列): 聘有護理師/護士之中醫健保特約院所，有申報本項加計且有調升護理師/護士薪資占率達 40%。預期效益之評估指標(暫列): 聘有護理師/護士並有申報本項加計之中醫健保特約院所的病患衛教覆蓋率≥70%。</u> 2. 本項經費用於調整支付標準「看診時聘有護理人員跟診之門診診察費及針傷治療處置費」，以反映護理人員薪資，提升護理照護品質。 3. 請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會研訂具體實施方案(包含執行方式、請領資格、調薪認定標準及稽核機制等)，並於 115 年 3 月前提出專案報告。
	2. 強化全人照	0.152%	50.7 <ul style="list-style-type: none"> 1. <u>執行目標(暫列): 申報腦中風</u>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	護與慢性疾 病管理 - 增 加高度複雜 性針灸、中 度複雜性傷 科適應症 (腦中風後 遺症-診斷碼 I69) (115年新 增項目)			<p><u>後遺症(診斷碼I69)看診中醫 病人，至少有1次「中高度 複雜性針灸或傷科」之比例 ≥20%。</u></p> <p><u>預期效益之評估指標(暫 列):申報腦中風後遺症看診 中醫病人一年內急診就醫 率低於未看診中醫病人。</u></p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列 事項：</p> <p>(1)將腦中風後遺症(診斷碼 I69)擴增納入「高度複雜性 針灸」、「中度複雜性傷科」 及前二者針傷合併治療之 適應症。</p> <p>(2)會同中醫門診總額相關團 體，於115年度總額公告 後1個月內完成支付標準 修訂，並於115年7月前 提報執行情形。</p> <p>(3)於額度內妥為管理運用， 並加強高度、中度複雜性 針灸傷科及合併處置之療 效評估與申報費用管理 (如建立「黃金治療期」針 傷照護流程及訂定未呈現 療效之處理方式)。</p>
其他 醫療 服務 利用 及密 集度 之改 變	3.中醫門診總 額「醫療資 源不足地區 改善方案」 專款之論量 計酬費用移 撥至一般服 務費用不足 部分	0.090%	30.0	
其他 議定 項目	4.「中醫癌症患 者加強照護 整合方案」	-0.044%	-14.5	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	專款(115 年新增卵巢癌、鼻咽癌、膀胱癌)與一般服務重複費用扣減(115 年新增項目)			
	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	-0.0003%	-0.1	1.為提升同儕制約精神,請檢討內部稽核機制,加強專業自主管理。 2.於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。
一般服務成長率 ^{註1}	增加金額	4.978%	1,655.4	
	總金額		34,901.6	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案,請於 115 年度總額公告後 1 個月內完成,且應於 115 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
1. 醫療資源不足地區改善方案		183.0	0.0	請中央健康保險署加強推動中醫巡迴醫療服務及獎勵開業服務計畫,並優先改善偏遠等級高地區之醫療服務。
2. 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 (1)腦血管疾病 (2)顱腦損傷 (3)脊髓損傷 (4)呼吸困難相關疾病 (5)術後疼痛		533.7	67.8	持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛中醫照護。
3. 中醫提升孕產照護品質計畫		82.0	0.0	請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及落實成效評估。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
4. 中醫癌症患者加強 照護整合方案	432.5	80.2	<p>1. <u>執行目標(暫列): 服務癌症加強照護整合中醫病人目標: $\geq 5\%$。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列): 癌症病患經治療後, 功能性評估一般性量表(FACT-G)與生活品質評估量表(ECOG)有改善。</u></p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項:</p> <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)其中「癌症患者中醫門診加強照護計畫」, 新增三項適應症: 卵巢癌、鼻咽癌及膀胱癌。</p>
5. 中醫急症處置	20.8	10.8	<p>1. <u>執行目標(暫列): 執行院所10家以上。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列): 急診病人經中醫治療後, 視覺類比量表(VAS)有改善。</u></p> <p>2. 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加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及落實成效評估(如急診停留天數)。</p> <p>(2)積極檢討計畫執行情形、執行成效及加強推動區域平衡, 並進行客觀成效評估, 若計畫效益不佳, 建議規劃退場機制。</p>
6. 中醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫	180.8	28.4	請中央健康保險署辦理下列事項:

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及一般服務涵蓋之費用，請回歸一般服務支應。
7. 照護機構中醫醫療 照護方案	10.8	2.8	<p>1. <u>執行目標(暫列)：</u></p> <p>(1) 115 年服務 200 家照護機構。</p> <p>(2) 服務人次 80,000 人次，服務總天數 6,000 天。</p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列)：</u>照護機構住民外出就診中醫次數較前一年減少。</p> <p>2. 請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，檢討計畫照護成效，研議減少住民外出就診中醫之策略，以提升資源使用效率。</p>
8. 中醫三高病人加強 照護計畫 (115 年新增項目)	53.0	53.0	<p>1. <u>執行目標(暫列)：</u>參與個案 3 萬人。</p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列)：</u>個人健康資料上傳及生活習慣自評 60% 收案個案完成。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 持續會同中醫門診總額相關團體，訂定具體實施計畫(含適應症、適用對象、醫療服務內容、支付方式)，於 115 年度總額公告後，將實施方案提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。</p> <p>(2) 本計畫以 3 年為檢討期限 (115~117 年)，請會同中醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(117 年 7 月)提出納入一般服務</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
			或退場之評估指標及檢討結果。
9.品質保證保留款	31.0	1.2	1.本項專款額度(31百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原106年品質保證保留款之額度(22.8百萬元)，合併運用(計約53.8百萬元)。 2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額	1,527.6	244.2	
較基期成長率 (一般服務+專 款) ^{**2}	增加金額 5.500%	1,899.6	
	總金額	36,429.2	

註:1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為33,246.6百萬元(含114年一般服務預算32,908.6百萬元，及校正前2年度(113年)投保人口預估成長率與實際之差值金額337.2百萬元、加回前1年度(114年)健保總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款核定金額0.8百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為34,530.0百萬元，其中一般服務預算為33,246.6百萬元，專款為1,283.4百萬元。

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

115 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：

115 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 114 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+115 年度一般服務成長率)+115 年度專款項目經費

註：校正後 114 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 114.9.3 衛部保字第 1140137541 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(114 年)牙醫門診一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前 1 年度(114 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

二、總額協商結論：

(一)一般服務成長率為 2.468%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.471%，協商因素成長率-0.003%。

(二)專款項目全年經費為 6,456.1 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，115 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 115 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 116 年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.003%，減少 1.5 百萬元)：

於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。

(二)專款項目：全年經費為 6,456.1 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，應於 115 年度總額公告後 1 個月內完成。

1. 醫療資源不足地區改善方案：

- (1)全年經費 323.8 百萬元。
- (2)持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
- (3)請中央健康保險署檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略。

2. 牙醫特殊醫療服務計畫：

- (1)全年經費 955.9 百萬元。
- (2)持續辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者、老人與身心障礙安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。
- (3)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①請檢討醫療團論次費用及居家牙醫醫療服務相關支付標準，加強醫療服務量能。
 - ②持續監測本計畫適用對象(包含：不同障礙別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性。

3. 青少年口腔提升照護試辦計畫：

- (1)全年經費 240 百萬元。
- (2)執行目標(暫列)：照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」、「青少年齲齒氟化物治療(P7102C)」合計 619,000 服務人次為執行目標。
預期效益之評估指標(暫列)：

- ①提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於該

年齡層 108 年牙醫就醫率。

②執行 P7102C 後 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均齲齒填補顆數增加率減緩。

(3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動及提升青少年就醫率，並持續監測執行結果(如：參加本計畫追蹤 1 年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效。

4.超音波根管沖洗計畫：

(1)全年經費 144.8 百萬元。

(2)請中央健康保險署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，提出能即時反映計畫成效之指標，以評估照護成效，並於 115 年提出是否納入一般服務之評估結果。

5.高風險疾病口腔照護計畫：

(1)全年經費 4,255.8 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：

①115 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」
(91090C)達 225 萬人次、照護人數不低於 99 萬人。

②115 年「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」
(P7302C)預估服務人次不低於 270 萬人次、照護人數不低於 143 萬人。

預期效益之評估指標(暫列)：

①國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。

②自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。

③65 歲以上接受照護病人 3 年後(116 年執行完，自 117 年起)，因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群減少。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①在額度內妥為管理運用，並會同牙醫門診總額相關團體，持續檢討高風險疾病病人牙結石清除各類適用對象醫療利用情形及評估執行效益，並加強執行管理與費用管控，以提升資源運用有效性。具體執行情形及檢討結果，請於 115 年 4 月前提出專案報告。
- ②專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及一般服務涵蓋部分之費用，請回歸一般服務支應。
- ③本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第 4 年(115 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫：

- (1)全年經費 424.4 百萬元。
- (2)執行目標(暫列)：執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率達 6 成。

預期效益之評估指標(暫列)：

- ①降低使用抗凝血劑病人牙科處置後 24 小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率。
- ②減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險。
- ③服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率。

(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，訂定「預期效益之評估指標」之監測值，以利評估成效，並於 115 年 7 月前提報全民健康保險會。
- ②本計畫以 3 年為檢討期限(113~115 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第 3 年(115 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

7. 非齒源性口腔疼痛處置：

- (1)全年經費 14.4 百萬元。
- (2)本計畫以 3 年為檢討期限(114~116 年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(116 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

8. 品質保證保留款：

- (1)全年經費 97 百萬元。
- (2)115 年度品保專款額度(97 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品保款之額度(116.4 百萬元)，合併運用(計 213.4 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

附表 115 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
一般服務			
醫療服務成本及人口 因素成長率	2.471%	1,251.9	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。
投保人口預估成長率	0.320%		
人口結構改變率	0.251%		
醫療服務成本指數 改變率	1.893%		
協商因素成長率	-0.003%	-1.5	請於 115 年 7 月前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 116 年度總額協商考量。
其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.003%	於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。
一般服務 成長率 ^{註1}	增加金額 總金額	2.468% 1,250.4 51,912.4	
專款項目(全年計畫經費)			
1. 醫療資源不足地區 改善方案	323.8	0.0	各專款項目之具體實施方案，應於 115 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 115 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
2. 牙醫特殊醫療服務 計畫	955.9	150.0	1. 持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。 2. 請中央健康保險署檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略。
			1. 持續辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者、老人與身心障礙安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。 2. 請中央健康保險署辦理下列

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>事項：</p> <p>(1)請檢討醫療團論次費用及居家牙醫醫療服務相關支付標準，加強醫療服務量能。</p> <p>(2)持續監測本計畫適用對象(包含：不同障礙別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性。</p>
3.青少年口腔提升照護試辦計畫	240.0	68.5	<p>1.執行目標(暫列)：照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」、「青少年齲齒氟化物治療(P7102C)」合計619,000 服務人次為執行目標。</p> <p>預期效益之評估指標(暫列)：</p> <p>(1)提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於該年齡層 108 年牙醫就醫率。</p> <p>(2)執行 P7102C 後 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均齲齒填補顆數增加率減緩。</p> <p>2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動及提升青少年就醫率，並持續監測執行結果(如：參加本計畫追蹤 1 年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效。</p>
4.超音波根管沖洗計畫	144.8	0.0	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，提出能即時反映計畫成效之指標，以評估照護成效，並於 115 年

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			提出是否納入一般服務之評估結果。
5.高風險疾病口腔照護計畫	4,255.8	1,455.8	<p>1.執行目標(暫列)：</p> <p>(1)115年服務「<u>高風險疾病病人牙結石清除-全口</u>」 <u>(91090C)</u>達225萬人次、照護人數不低於99萬人。</p> <p>(2)115年「<u>齲齒經驗之高風險病人氟化物治療</u>」 <u>(P7302C)</u>預估服務人次不低於270萬人次、照護人數不低於143萬人。</p> <p>預期效益之評估指標(暫列)：</p> <p>(1)國人牙齒保存數較<u>衛生福利部「110-112年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」</u>結果增加。</p> <p>(2)自113年起，高風險疾病病人平均<u>齲齒填補顆數</u>增加率減緩。</p> <p>(3)65歲以上接受照護病人3年後(116年執行完，自117年起)，因牙周病被拔牙的每人平均<u>拔牙顆數</u>較該年度比較族群減少。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)在額度內妥為管理運用，並會同牙醫門診總額相關團體，持續檢討高風險疾病病人牙結石清除各類適用對象醫療利用情形及評估執行效益，並加強執行管理與費用管控，以提升資源運用有效性。具體執行情形及檢討結果，請於115年4月前提出專案報告。</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			<p>(2)專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及一般服務涵蓋部分之費用，請回歸一般服務支應。</p> <p>(3)本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第4年(115年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p>
6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫	424.4	117.3	<p>1.執行目標(暫列):執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率達6成。</p> <p>預期效益之評估指標(暫列):</p> <p>(1)降低使用抗凝血劑病人牙科處置後24小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率。</p> <p>(2)減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，頸骨壞死之風險。</p> <p>(3)服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報P3601C前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率。</p> <p>2.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，訂定「預期效益之評估指標」之監測值，以利評估成效，並於115年7月前提報全民健康保險會。</p> <p>(2)本計畫以3年為檢討期限(113~115年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行</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
			第 3 年(115 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
7.非齒源性口腔疼痛 處置	14.4	0.0	本計畫以 3 年為檢討期限(114~116 年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(116 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
8.品質保證保留款	97.0	1.2	1.115 年度品保專款額度(97.0 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品保款之額度(116.4 百萬元)，合併運用(計 213.4 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額	6,456.1	1,792.8	
較基期成長率 (一般服務+專 款) ^{**2}	增加金額 總金額	5.500%	3,043.2 58,368.5

註:1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 50,662.0 百萬元(含 114 年一般服務預算 50,129.8 百萬元，及校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 527.6 百萬元、加回前 1 年度(114 年)健保總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款核定金額 4.7 百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 55,325.3 百萬元，其中一般服務預算為 50,662.0 百萬元，專款為 4,663.3 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。

115 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協商結論：

(一)115 年度其他預算增加 1,148.5 百萬元，預算總額度為 22,032.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如附表。

(二)請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

- 1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案，於 115 年度總額公告後 1 個月內完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。
- 2.請於 115 年 7 月前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 116 年度總額協商考量。

二、預算分配相關事項：

(一)基層總額轉診型態調整費用：

- 1.全年經費 600 百萬元。
- 2.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)加強各層級醫療院所之資訊整合及交流，並建立引導院所適當轉診及轉診病人追蹤機制，提升病人醫療連續性與照護效率。
- (2)訂定分級醫療成效評估指標，持續監測病人流向(包含基層就醫占率與醫療費用變化情形)，評估分級醫療之執行效益。
- (3)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」，於 115 年 7 月前提報執行情形及

前1年成效評估檢討報告。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

1.全年經費 1,695.2 百萬元。

2.執行目標(暫列)：

(1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度維持 95% 以上。

(2)全人整合照護方案 35~64 歲民眾結核病主動篩檢率 $\geq 55\%$ 。

(3)全人整合照護方案鄉內就醫之初級照護率。

預期效益之評估指標(暫列)：

(1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。

(2)全人整合照護方案 35~64 歲民眾結核病主動篩檢率。

(3)全人整合照護方案鄉內就醫之初級照護率。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質，並評估 114 年新增鼓勵提升山地離島地區醫療服務措施之成效。

(2)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。

(三)居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務：

1.全年經費 9,876 百萬元。

2.本項醫療點數以每點 1 元支付，經費如有不足，由「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」項目支應。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續精進居家醫療照護模式與照護成效之評估指標

(如納入病人健康結果、家屬滿意度等成果指標)，提升照護品質。

(2)「在宅急症照護試辦計畫」：

①加強計畫推動，研議放寬適應症，並持續監測病人安全、治療品質及成效，滾動檢討計畫內容，提升院所參與意願。

②本計畫以 4 年(113~116 年)為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 4 年(116 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

(四)支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費：

1.全年經費 300 百萬元。

2.本項用於狂犬病治療藥費，及支應醫院、西醫基層總額及其他預算下列專款項目不足之經費，包括：

(1)C 型肝炎藥費

(2)罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材

(3)後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費

(4)器官移植

(5)精神科長效針劑藥費

(6)矯正機關服務

(7)居家醫療(含居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務)

(五)推動促進醫療體系整合計畫：

1.全年經費 620 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「遠距醫療給付計畫」。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)檢討計畫執行方式，及評估醫療品質與成效，研提改善策略，以提升執行成效。
- (2)擴大推動「急性後期整合照護計畫」及「遠距醫療給付計畫」，並滾動檢討計畫內容，以因應人口老化及醫療不足地區之醫療需求。

(六)調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費：

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

(七)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

- 1.全年經費 2,100 百萬元。
- 2.本項除門診透析服務點數維持以醫院及西醫基層門診透析合併獨立預算之前一季點值支付外，餘醫療服務項目(含承作獎勵金、門診診察費加成、門診藥事服務費加成及論次費用)，以每點 1 元支付。經費如有不足，由「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」支應。
- 3.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形之合理性及健康改善成效，並加強執行面管理。

(八)腎臟病照護及病人衛教計畫：

- 1.全年經費 500 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、末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫，並於額度內妥為管理運用。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如

逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以延緩病人進入透析之照護。

- (2)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。
- (3)為鼓勵院所積極提升照顧品質，請適度調整「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」預算額度，並檢討核發獎勵款之條件，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本獎勵計畫之目的。

(九)提升用藥品質之藥事照護計畫：

- 1.全年經費 30 百萬元。
- 2.請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加強推動計畫，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。

(十)促進醫療服務診療項目支付衡平：

- 1.全年經費 5,311 百萬元。
- 2.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)本項經費用於通盤檢討、修訂支付標準及提升假日醫療服務可近性，並得支應醫院及西醫基層總額同項專款及「0~6 歲兒童醫療量能保障」項目之不足款。
 - (2)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入所屬部門總額一般服務費用結算。
 - (3)併同醫院及西醫基層總額同項專款，將具體實施方式及執行情形，於 115 年 7 月前提出專案報告。

附表 115 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)			<p>1. 屬計畫型項目，應提出具體實施方案，於115年度總額核定後1個月內完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。</p> <p>2. 請於115年7月前提報執行情形，延續性項目應包含前1年成效評估檢討報告；實施成效納入116年度總額協商考量。</p>
1. 基層總額轉診型態調整費用	600.0	-200.0	<p>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)」。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 加強各層級醫療院所之資訊整合及交流，並建立引導院所適當轉診及轉診病人追蹤機制，提升病人醫療連續性與照護效率。</p> <p>(2) 訂定分級醫療成效評估指標，持續監測病人流向(包含基層就醫占率與醫療費用變化情形)，評估分級醫療之執行效益。</p> <p>(3) 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」，於115年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。</p>
2. 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	1,695.2	338.6	<p>1. <u>執行目標(暫列)：</u></p> <p>(1) <u>山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度維持95%以上。</u></p> <p>(2) <u>全人整合照護方案35~64歲民眾結核病主動篩檢率>=55%。</u></p> <p>(3) <u>全人整合照護方案鄉內就醫之初級照護率。</u></p> <p>預期效益之評估指標(暫列)：</p> <p>(1) <u>山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。</u></p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>(2)全人整合照護方案35~64歲民眾結核病主動篩檢率。</p> <p>(3)全人整合照護方案鄉內就醫之初級照護率。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質，並評估114年新增鼓勵提升山地離島地區醫療服務措施之成效。</p> <p>(2)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。</p>
3.居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務	9,876.0	498.0	<p>1.本項醫療點數以每點1元支付，經費如有不足，由「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)持續精進居家醫療照護模式與照護成效之評估指標(如納入病人健康結果、家屬滿意度等成果指標)，提升照護品質。</p> <p>(2)「在宅急症照護試辦計畫」：</p> <p>①加強計畫推動，研議放寬適應症，並持續監測病人安全、治療品質及成效，滾動檢討計畫內容，提升院所參與意願。</p> <p>②本計畫以4年(113~116年)為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第4年(116年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p>
4.支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費	300.0	85.0	<p>本項用於狂犬病治療藥費，及支應醫院、西醫基層總額及其他預算下列專款項目不足之經費，包括：</p> <p>1.C型肝炎藥費</p> <p>2.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材</p> <p>3.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費</p> <p>4.器官移植</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			5.精神科長效針劑藥費 6.矯正機關服務 7.居家醫療(含居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務)
5.推動促進醫療體系整合計畫	620.0	100.0	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「遠距醫療給付計畫」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討計畫執行方式，及評估醫療品質與成效，研提改善策略，以提升執行成效。 (2)擴大推動「急性後期整合照護計畫」及「遠距醫療給付計畫」，並滾動檢討計畫內容，以因應人口老化及醫療不足地區之醫療需求。
6.調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	1,000.0	-1,000.0	經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。
7.提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	2,100.0	171.9	1.本項除門診透析服務點數維持以醫院及西醫基層部門透析合併獨立預算之前一季點值支付外，餘醫療服務項目(含承作獎勵金、門診診察費加成、門診藥事服務費加成及論次費用)，以每點1元支付。經費如有不足，由「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」支應。 2.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形之合理性及健康改善成效，並加強執行面管理。
8.腎臟病照護及病人衛教計畫	500.0	0.0	1.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫，並於額度內妥為管理運用。 2.請中央健康保險署辦理下列事項：

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>(1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以延緩病人進入透析之照護。</p> <p>(2)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。</p> <p>(3)為鼓勵院所積極提升照顧品質，請適度調整「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」預算額度，並檢討核發獎勵款之條件，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本獎勵計畫之目的。</p>
9.提升用藥品質 之藥事照護計畫	30.0	0.0	請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加強推動計畫，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。
10.促進醫療服務 診療項目支付 平衡	5,311.0	1,155.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本項經費用於通盤檢討、修訂支付標準及提升假日醫療服務可近性，並得支應醫院及西醫基層總額同項專款及「0~6歲兒童醫療量能保障」項目之不足款。 2.本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入所屬部門總額一般服務費用結算。 3.併同醫院及西醫基層總額同項專款，將具體實施方式及執行情形，於115年7月前提出專案報告。
總 計	22,032.2	1,148.5	

壹、115年度總額協商—「醫院總額」
與會人員發言實錄

壹、115年度總額協商—「醫院總額」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

報告主席、各位委員及協商代表，現在就開始 115 年度總額協商會議，遊戲規則之前應該都有說過，先把時間交給主席，請主席致詞。

周主任委員麗芳

一、非常感謝健保會的全體委員，還有等一下即將登場的醫院總額部門，由李飛鵬理事長所率領的團隊。首先要告訴大家，今天是健保會非常重要的年度大會，因為我們要討論的是 115 年度整體全民健康保險總額，社會各界引領期盼，希望能透過所有健保會委員及所有醫療部門，為健保創造一個更好的未來。

二、在正式進入協商之前，先介紹健保署新任署長陳亮妤陳署長，非常恭喜陳署長，大家對陳署長也不陌生，因為過去她也參與健保會的會議，由副署長升任署長，而原先坐在我旁邊的石署長，現在已經高升為部長，相信石部長會非常的關切健保，因為他也瞭解健保。其次，要恭喜也是身分轉換的中華民國醫師公會全聯會新科出爐的陳相國理事長，他特別準備巧克力，而且提醒我一定要用 1 分鐘讓他先發言，才可以吃他的巧克力，所以先讓陳理事長發言 1 分鐘。

陳委員相國

感謝主委跟各位委員對醫界的照顧，今天是總額協商，氣氛很緊張，所以我準備金莎巧克力，裡面有巧克力還有榛果，巧克力可以舒緩心情，讓心情變好，榛果裡面有微量元素，可以讓頭腦變聰明，這是我們全聯會準備的，希望在場所有的人都心想事成，今年的總額協商順利大成功，這樣好不好？

周主任委員麗芳

一、好，謝謝你的金口，希望總額協商順利。在總額協商之前有 3 點呼籲：

(一)今年度行政院核定明年總額成長率上限是 5.5%，希望所有委員還有各醫療部門，能夠珍惜在國家資源有限的情形下，行政

院還是核給最高的成長率 5.5%，如何善用就是我們的智慧。

(二)既然是協商，就牽涉到兩方，一是付費者代表，站在民眾的需求上，希望透過明年度的總額達到什麼樣的成果？就是健康臺灣。希望提升整體民眾照護的醫療品質，讓民眾能夠活得長壽、活得健康、活得快樂，這是我們希望透過健保總額達到的成效。

(三)其次在供給方，站在整個醫療院所的立場，可以看到今年度、明年度，可以說是健保開辦以來最嚴峻的時期，包括醫護人員流失、急診壅塞等問題。尤其臺灣在極端氣候下，今年以來中南部的重創及最近花東地區的重創，醫療資源如何有效支撐整體醫療環境，讓醫護人力形成更好的臺灣醫界生態，落實照顧民眾的初衷，希望大家共同考量。

二、希望在以上 3 點呼籲下，達成今天的總額協商，現在就開始今天的會議，請醫院部門先進行 5 分鐘的重點說明，請理事長先開始，謝謝。

李委員飛鵬

主委、署長，以及各位健保委員大家早安，謝謝主委的提示，我們在會前會提出版本的成長率是 8.820%，回去很認真地希望能夠朝行政院核定的上限成長率靠近，但是大家也知道，在醫療人力支付標準長期偏低的情況下，醫療是投資，不是成本，現在提出的醫院部門修正版本(第 1 版)成長率已經降到 6.177%(會議資料之醫院部門草案成長率為 6.947%)，請林佩萩副秘書長跟大家報告。

林協商代表佩萩

一、主席、現場所有的長官大家好，醫院部門這次提出來的方案已經展現最大的誠意，成長率從會前會版本的 8.820% 降成草案版的 6.947%，再降成第 1 版的 6.177%，而且絕大部分的項目都跟健保署草案一樣。先跟大家報告其中比較不一樣的地方：

(一)在一般服務項目，比較大的差異是 A4 「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含

RBRVS)」，本項預算是 40 億元。誠如剛剛主席特別提到，今年對醫院部門其實是非常艱困的 1 年，因為我們從來沒有遇到過這麼大的困境，所以今年的協商主軸就會在這部分，希望大家可以給醫院比較大的協助。

(二)第 2 項和健保署草案不同的是多了 A15 「住院護理費(原 114 年其他部門推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準、急重難症費用調整轉入一般)」，住院護理費 114 年度在其他預算編列專款 25 億元，本項預算因為今年已經執行，應該要滾入基期，讓政府對於護理人力的美意可以落實，所以我們編列 25 億元在一般服務項目。以上 2 項是醫院版本與健保署最大的差異(註)。

(註：有關「住院護理費」：

1. 醫院部門於一般服務項目 A15 編列 25 億元，專款項目 B21 編列 25 億元。
2. 健保署於專款項目 B21 編列 50 億元。)

二、其次是專款項目，除住院護理費外，醫院部門全部配合健保署編列，這應該是醫院部門這十幾年來第 1 次與健保署的版本這麼接近，醫院第 1 版的成長率是 6.177%。

周主任委員麗芳

謝謝說明，醫院部門的說明告一段落，接下來請付費者代表或者是專家學者提問。請林恩豪委員。

林委員恩豪

一、謝謝主席，請問健保署將 A4 「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)」併入專款項目 B20 「促進醫療服務診療項目支付衡平」，並自一般服務 A4 減列 1.5 億元移列到 B22 「離島地區加成費用」，我還是有點疑惑，A4 去年編列 15.869 億元，若移列專款，一般服務不用減列嗎？另外，1~6 月執行率才 6.3%，也就是編列 15.869 億元，只執行 1 億多元，推估全年執行率約 30%，就是 5 億多元。因此，我的疑問是，114 年度 A4 在一般服務還有剩餘的錢

(註)，115 年度移到專款項目後又修改項目名稱，以後要如何處理？應該也要處理，而不是只減列 1.5 億元吧！

(註：114 年 A4 預算 15.869 億元已滾入 115 年總額基期。)

二、A8「精進成人預防保健併行診療服務之照護品質」，西醫基層總額也有這個項目，所以是連動的，講白話一點，就是我去做健康檢查，如果發現有疾病的話，現在的規定是不能同時就診，所以醫生會請病患下次再來就診。現在為了要讓病人可以方便就診，不用勞碌奔波，所以增加本項預算。但我的理解是這可以從給付規定自行處理，為什麼還要再編列預算？如果民眾去做健檢，發現有問題需要看病，同次就診就讓健保改成可以支付就好，應該不需要再編列預算去做處理。

三、健保署上週突然提出 A13「0~6 歲兒童醫療量能保障」，我請問過健保署後覺得這是一個小總額。0~6 歲很多診療項目的支付其實都已經有加成，現在又保障點值，這樣合理嗎？如果這樣執行下去，其他的年齡層或其他患者呢？有人看到這個項目已經覺得婦產科怎麼辦？婦產科是不是也要比照？請問這是你們的第一步計畫，後續還有別的服務要陸續推出嗎？如果是這樣的話，並不符合總額精神，不能一直在保障點值，而且接下來如果又擴及別的科，這對其他科並不公平，這點請再說明。

四、現在健保署於醫院部門已經實施個別醫院總額，現在又提出一個小總額，這樣不是很奇怪嗎？如果要保障小兒科，依據總額的概念，因為現在新生兒越來越少，去年、前年好像都只有 13 萬人，預估今年可能會降到 11 萬多人，如果是總額的話，就醫人數變少，不用補點值，點值自然會上升，而且還會暴衝，為什麼要這樣保障？而且還會影響到不同科別之間的平衡。以上 3 個問題，請健保署補充說明。

周主任委員麗芳

先請教付費者代表，醫院部門的主談與協談可以先告訴大家嗎？主談是林恩豪委員，協談是洪瑜黛委員。接下來請鄭力嘉委員發言。

鄭委員力嘉

我一樣是針對項目 A13「0~6 歲兒童醫療量能保障」，我的理解跟林恩豪委員一樣，但是我想知道如果編列這筆預算，到底是如何保障？因為沒看到實際執行內容，我們要怎麼支持？而且比較宏觀的來看，對其他科別的公平性何在？

周主任委員麗芳

請洪瑜黛委員。

洪委員瑜黛

一、原本我們是想要謝謝醫界，多年來我們看到罕藥的預算編列，第一次醫界方案超過健保署方案，可是很遺憾，現在醫界第 1 版又調降跟健保署草案一致。請大家參閱補充資料第 2 頁，針對健保署說明如何計算出 185 億元(註)，提出有疑義的部分如下：

(一)罕藥費用所估算之「既有治療用藥費用」，健保署是以 113 年的申報費用推估 115 年預算，所以是 2 年的成長，113 年申報金額是 114.33 億元，請大家先記得這個數字。其次是「新藥與擴增給付規定」預估約需 15.15 億元，就是先記得 114.33 億元與 15.15 億元。

(二)請翻到補充資料最後 1 頁，財團法人罕見疾病基金會說帖的附件三有推估 115 年罕藥預算的計算方式，大家可以看計算方式最右上角的 128.16 億元，是推估的 114 年罕藥支用費用。如果以健保署草案的 113 年申報金額 114.33 億元乘以 5 年的平均成長率 12.33%，乘以 1 次推估 114 年就是 128.42 億元，跟我們的推估很接近。但是還要再從 114 年推估到 115 年，所以還要再乘 1 次 12.33%，最後得到 115 年推估預算是 143.96 億元。若再加上健保署估算的新藥與擴增給付規定 15.15 億元，比我們預估的還多，所以如果推估 2 年成長率的話，數字其實會比我們提供的說帖還要增加。

(註：健保署估算 B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」所需預

算 185 億元，其中罕見疾病藥費 135.59 億元、血友病藥費 49.38 億元、罕見疾病特材 0.03 億元。)

二、罕藥藥費只編列在專款項目，其他地方都沒有預算。如果編列不足，病人就沒藥可用，或是無法引進新藥，所以還請大家多多考量，謝謝。

周主任委員麗芳

請陳節如委員。

陳委員節如

以下 3 點意見：

一、有關 A10「代謝症候群防治計畫後續照護衍生費用」，該計畫是 111 年於西醫基層總額辦理，114 年改由公務預算支應。國健署擬於 115 年推廣至醫院，因此醫院部門才提出「代謝症候群防治計畫後續照護衍生費用」項目，健保署建議還要觀察，先不編列預算。該計畫 114 年由公務預算執行，115 年是否也由公務預算執行？如果於西醫基層總額執行可以由公務預算支應，醫院總額是否也可以由公務預算支應？醫院部門直接以人數來推估可以理解，但如果非多重問題或相對單純的代謝症候群前期病人，以分級醫療的概念，是不是也應該思考積極下轉基層處理的可能性？此外，會議資料第 59 頁的 B17「地區醫院全人全社區照護計畫」編列 5 億元，但預算執行率相當有限，可能也存在疊床架屋問題，不希望最後看到本計畫執行反而是醫學中心或區域醫院為主，請大家整體考量，建議健保部分不予以編列，但支持爭取公務預算。

二、健保署建議新增 A3「0~6 歲兒童醫療量能保障」，編列 5.36 億元，用於保障 0~6 歲兒童醫療服務量能點值每點 1 元，但醫院部門沒有提出此協商項目。非常支持兒童醫療服務費用，但保障每點 1 元其實相當有限，衛福部一直以來都搭配其他的重點計畫，例如優化兒童醫療照護計畫等，建議健保未來應該要建立兒童醫療的相關監測與盤點機制，尤其醫院對重症兒童的照

護是扮演非常重要的角色，建議健保署除研議量能相關的監測指標外，應該通盤檢討相關的支付標準。

三、有關「住院護理費」，醫院部門建議於一般服務增加 25 億元，健保署建議於專款增加 50 億元。健保從 98 年到 103 年就開始以專款挹注護理相關費用，104 年至 113 年轉型為與支付標準連動加成，並持續挹注經費。臨床上近年的護理人力流失非常嚴重，沒有明顯的緩解，專款挹注雖然有其必要性，但需要釐清及監測的是「專款挹注後，到底對護理人力的影響效益是什麼？」建議要有明確的監測指標。我們把錢挹注到醫院，一直說有增加護理費，但是護理人員好像也沒有得到什麼，這部分健保署跟醫院部門有說明希望能夠來監測。另外，護理團體經常提出經費撥補沒有進到護理人員的口袋，這部分應該要落實，未來如何落實也請一併說明。

周主任委員麗芳

其他委員還有要提出詢問的地方嗎？請陳秀熙委員。

陳委員秀熙

非協商因素今年的成長率是 3.655%，可不可以請教一下去年是多少？增加多少？

周主任委員麗芳

一、請問還有沒有委員要提問？如果沒有的話，首先跟大家說明，因為螢幕上的表頭文字出現付費者方案第一版，我剛剛已經跟主談人林恩豪委員確認過，他說目前還沒有付費者方案第一版，所以請大家暫時先不用去看，因為目前還沒有。

二、今天協商的主體是付費者跟醫院部門，我們提供給大家的對照表中的健保署草案，是健保署協助提供給付費者參考的方案，但是今天與付費者協商的主要對象是醫院部門，所以可以直接跟醫院部門對話。剛剛付費者的提問，先請醫院部門針對所有的問題來做回應，因為你們是今天兩造雙方的主角，請說明。

謝協商代表文輝

付費者是詢問健保署。

周主任委員麗芳

沒關係，你們能說的，對於剛剛大家問到的問題醫院部門也要有自己的立場，因為你們是協商的主角，最後再請健保署協助說明。

李委員飛鵬

兩位付費者委員都有關切 A13「0~6 歲兒童醫療量能保障」，據我所知就是因為小孩變少，兒科醫師的留任非常困難，再加上政府未來要成立兒童署，所以需要有先期的作業，希望給兒科醫師特別的保障。以上先就我所知道的回應，其他的提問請謝執行長回答。

謝協商代表文輝

一、謝謝剛剛各位委員的提問。近年的協商因素中，考量最近幾年因為醫療人力的大量流失，每年都會提出支付標準相關的調整。在一般服務的協商因素中，當年度如果調整 15 億元或 20 億元，次年就會滾入基期，因為支付標準已經調高，就像調薪一樣，如果原來的支付標準是 100 點，現在調成 120 點，增加的 20 點就會進入一般服務基期，之後就不需要再協商。所以今年要再協商的支付標準調整，就不需要再討論去年已經調整的 15 億元，因為已經調整了，現在覺得還不夠，還要再加碼。可能要請付費者委員理解，去年調整的項目和今年希望調整的部分沒有關係。至於專款部分則是特定用途，去年如果編列 10 億元，今年再編列 10 億元，理論上是相同的金額，沒有增加，維持去年的預算。但是在一般服務項目，去年調整的部分已經滾入今年的基期，基本概念大概是這樣。

二、剛剛陳節如委員提到，這樣的預算夠不夠？有效益嗎？事實上如果我們覺得不夠，就會希望繼續編。例如住院護理費 25 億元，本來我們宣示 4 年每年編列 25 億元，總共是 100 億元。115 年度在專款編列 50 億元，因為 114 年度已經編列 25 億元，115 年度再增編 25 億元，總共是 50 億元。如果醫院護士 114 年加薪 25 億元，115 年再編 25 億元，其實是沒有加薪，只是

維持，因為編列在專款不會成長，就和今年一樣。現在我們改成 50 億元，就是希望與衛福部履行 4 年編列 100 億元的承諾，116 年度如果還放在專款項目，就需要編列 75 億元，117 年度再編列 100 億元，這才是每年增加 25 億元。

周主任委員麗芳

第 1 個階段的 30 分鐘剩最後 8 分鐘，剛剛很多的問題是針對健保署草案，請健保署署長協助回應，謝謝。

陳署長亮好

一、謝謝委員的提問，我先說明為什麼兒童今年有這樣的保障，我們保障的是兒童就醫，不是保障小兒科。事實上，衛福部早在 10 年前就開始規劃優化兒童計畫 1.0，去年 2.0 也正式上線，並規劃包含小兒科就醫的罕見醫材、藥品、醫事人力、小兒急重症的區域聯防，過去幾年的兒童優化計畫從 1.0 進行到 2.0，已經有些許成效，健保署也陸續針對特定的醫療項目調整支付標準，但是看起來對醫事人員的留任，特別是小兒科，因為台灣兒童人數越來越少的頹勢，挽回的有限，所以我們才會與專業醫事團體及專家學者討論。

二、在衛福部的整體規劃中，除剛剛李飛鵬理事長提到，衛福部規劃中的社會及家庭署外，兒童優化計畫針對剛剛提到的罕見藥材、醫材要引進臺灣，也有一個平臺，目前也在進行。小兒急重症的區域聯防也在進行，現在進行到 2.0。在健保支付部分，希望針對 0~6 歲兒童就醫能夠給予保障，這樣對於未來醫事人員的投入才有誘因，這點也是與專家學者還有相關的醫事團體，不只是醫師討論過，保障的方式並不是保障小兒科，而是保障 0~6 歲的兒童就醫。

三、有關護理人力，今天的新聞很多人都在轉傳澳洲的護理薪資，向各位委員報告，今年 5 月我去日內瓦參加 WHA 周邊會議，依世界護理學會的報告，澳洲的護理薪資是全球最高薪，所以吸引了很多亞洲國家，亞洲國家以新加坡最高薪，也吸引了很多

多其他亞洲國家。回到臺灣，護理人力缺乏是全球議題，在臺灣也是議題，所以今年我們特別希望能夠有專款挹注，並確保這些預算能夠投入到第一線的護理人員身上。至於如何監測護理人力的投入，在石部長的領導下，健保署結合照護司，會持續監控各職類、各醫院層級的護理人力的回流情形。對於薪資的保障，健保署也正在進行，未來有更清楚的成果會向社會大眾及在座的委員報告，謝謝。

周主任委員麗芳

請問醫院協商代表還有要補充嗎？請謝文輝執行長。

謝協商代表文輝

一、有關這次提出的協商項目，因為健保署、衛福部很積極，提出許多計畫，醫院部門也希望能配合政府健康臺灣的腳步來推動，跟健保署草案差異比較大的項目是 A4「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)」，這項主要是基本診療章的調整。

二、各位委員也很清楚，近幾年醫療人力缺乏，不只是剛剛提的護理人員，醫師也是，在西醫部分，醫院總額大概占 67、68%，西醫基層總額大概占 17%，兩者大約是 4 比 1，而最近 1 年的新進醫師，從去年 6 月底到今年 6 月底，每年新進醫師差不多有 1,300 位，只有 251 位留在醫院，其他 1,000 多位都流到基層，以健保總額預算 4 比 1 來看，照道理應該是 1,000 多位醫師留在醫院、200 多位到基層，才符合醫療資源分配，讓醫療服務量能最大化，但是剛好顛倒，應該 4 比 1 的變成 1 比 4，為什麼會有這麼大的流動？這就是為什麼醫院部門一定要提出 A4 項目，而且 40 億元還太少，真的要讓醫院醫師在醫療上的付出與收入成正比，其實是要以百億為計，考量到總額有限，要編列也是逐年慢慢調整，才提出這 40 億元。

三、特別跟大家報告，現在情況就是這麼危急，不只是急診醫師沒有人要做，神經內科醫師也招不足，胸腔內科也沒有醫師，只

要是需要 24 小時輪班、會影響生活品質的都這樣。因為現在大家都重視生活品質，所以我們很憂慮、很急切，站在第一線，看到整個醫療體系隨時會崩盤，台灣最好的、患者滿意度最高的健保隨時可能崩盤，因為醫院沒有醫師進來，應該 4 比 1 的，現在是 1 比 4，這個情況不用 3 年，24 小時的急診室幾乎沒有辦法維持，希望大家能夠支持，當然經費有限，醫院部門也會盡量配合政府，為整個社會，大家相忍為國，謝謝。

周主任委員麗芳

第一個階段「提問與意見交換」的時間到了，最後請理事長簡短說明。

李委員飛鵬

為了表示對付費者代表的尊重，我非常期待這次能夠打破慣例，協商出共同的版本。

周主任委員麗芳

接下來進行第二階段，由付費方還有醫界方，視需要來召開內部會議，本階段分配時間是 30 分鐘。請林委員恩豪。

林委員恩豪

剛剛的問題健保署還沒有回應。

陳署長亮好

依剛才主委的指示，我有 2 題已經先回應了，至於比較細節的部分請劉林義組長回答，藥品的部分請黃育文組長回答，是不是再給健保署 2 分鐘？

周主任委員麗芳

請健保署回答。

黃組長育文

主席、各位代表，我這邊說明一下罕藥的預算編列，健保署是依照已收載項目的過去申報及成長情形計算，為了要精準保護病友，考量各個藥品使用量都不一樣，分別計算各項目過去的成長情形，然

後以 113 年實際申報數乘上 2 年的成長率，所以 114、115 年的成長率已經有算進去了，再加上各項藥品給付協議的還款金額，校正後算出來的結果。

劉組長林義

- 一、有關陳秀熙委員詢問的非協商金額，114 年度醫院總額非協商的成長率是 4.344%，約 235 億元，115 年度就是目前表列的 3.655%，約 212 億元。
- 二、有關林恩豪委員詢問的 A4「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)」，在 114 年度編了 15.869 億元，用於調整基本診療章的支付標準，所以今年調整了醫院自然產案件夜間及例假日加成、納入點值保障項目，以及離島住院案件加成等，因為現在才 9 月，調整也不是從今年的 1 月 1 日生效，但金額估算是以全年推估。至於為什麼要扣 1.5 億，上次跟各位委員提過，114 本項預算有支應離島住院案件加成，可是本項屬一般服務項目，會以 R、S 占率分配，但離島只在台北分區與高屏分區，所以應該把相關預算拉出來放到專款項目，這邊扣 1.5 億元，在專款項目 B22「離島地區加成費用」編列 2 億元。
- 三、有關 A8「精進成人預防保健併行診療服務之照護品質」，因為成人預防保健從今年開始降低免費健檢年齡，從 40 歲降到 30~39 歲都可以使用，如果民眾健檢結果有問題，後續需要再做其他檢驗檢查，診察費也會增加，的確會對醫療院所會造成衝擊。
- 四、有關 A10「代謝症候群防治計畫後續照護衍生費用」，就像剛剛講的，因為醫院是從今年才開始推動，不像西醫基層已經推動多年，所以健保署建議再觀察一下，以上補充。

周主任委員麗芳

這樣都有回答到了嗎？請林恩豪委員。

林委員恩豪

我要再問一下 A4「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)」，這個項目移到 B20「促進醫療服務診療項目支付衡平」及 B22「離島地區加成費用」，然後 A4 就不見了嗎？如果是的話，原本的預算為什麼沒有移列出來？還是 A4 會繼續存在，只是移了一些預算到 B20 及 B22，然後 B20 的項目名稱改成「促進醫療服務診療項目支付衡平」？如果是這樣，是不是 2 個項目名稱不一樣，但做的事情是類似的？

周主任委員麗芳

請健保署補充說明。

劉組長林義

114 年度的「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)」已在今年導入一般服務預算，現在只移出來 1.5 億元到 B22「離島地區加成費用」，因為離島加成只適用於台北及高屏分區。另外 115 年度新增 B20「促進醫療服務診療項目支付衡平」，這項放在專款項目，是為了因應 115 年支付標準要調整或是推動 DRG 等，相關的費用就從 B20 支應。

周主任委員麗芳

應該都有回答到委員的詢問，接下來進行第二階段「視雙方需要自行召開內部會議」，我先說明一下，現在醫院部門的第 1 版已經出來了，大家期待的是付費者的第 1 版，稍後付費者代表可以召開內部會議討論，會議時間最多 30 分鐘，請大家務必於 30 分鐘內回來，回來之後，付費者的第 1 版本應該也確定了，再由醫院協商代表就付費者的第 1 版表達想法，當然醫院協商代表也可以召開內部會議，一樣最多 30 分鐘，所以第二階段雙方的內部會議時間就是各 30 分鐘，現在請付費者代表或醫院協商代表進行內部會議。

(付費者代表進行內部會議討論約48分鐘)

周主任委員麗芳

付費者代表已回到現場，醫院協商代表也請入座，先等付費者代表就定位，待會請主談人說明付費者的第 1 版，主要在哪些項目與醫

院部門有差異，請主談人林恩豪委員來向大家說明。

林委員恩豪

謝謝主席，大家都到了，我就逐項說明。

周主任委員麗芳

要不要先看一下大家最關心的總成長率？之後再回來逐項說明。

林委員恩豪

總成長率就是 5.5%，給到滿。

周主任委員麗芳

總成長率是 5.5%，請從第 1 項開始說明。

林委員恩豪

一、以下就逐項說明，最後再總結，在一般服務部分：

(一)A1「新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)」，增編 40 億元。(螢幕顯示協定事項：依健保署建議，名稱修正為「新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)」。)

(二)A2「藥品及特材給付規定改變」，增編 25 億元。(螢幕顯示協定事項：經費如有不足或因成本調整之必要，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。)

(三)A3「因應牙醫支付標準調整所增加預算」，編列 0.5 百萬元。

(四)A4「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)」，協定事項為減列 1.5 億元，移列到 B22「離島地區加成費用」，並依健保署建議併入 B20「促進醫療服務診療項目支付衡平」，如果本項 114 年預算執行有剩餘，就併同 B20 統籌運用。

(五)「配合 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用性提升，醫療服務密集度改變」，沒有編列預算。

(六)A6「因應流感/類流感、長新冠照護，造成醫院醫療服務密集度改變」，沒有編列預算。

(七)A7「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」，編列 9 百萬元，這項是從專款項目 B12 移列一般服務項目。

(八)A8「精進成人預防保健併行診療服務之照護品質」，沒有編列預算。這項健保署自行修訂支付規範就好了，應該不需要編列預算，並請監測密集度的改變情形，今年先觀察，明年有需要再提出。

(九)A9「因應醫院評鑑政策改變，醫學中心家數變動所產生的醫療服務密集度及預算重分配效應影響」，沒有編列預算，還是希望協商項目是以民眾需求面為導向。

(十)A10「代謝症候群防治計畫後續照護衍生費用」，沒有編列預算。

(十一)A11「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」，編列 5 億元，依照健保署建議，從專款項目 B15 移到一般服務項目。

(十二)A12「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」，編列 10 億元，也是從專款項目 B16 移到一般服務項目。

(十三)A13「0~6 歲兒童醫療量能保障」，這個項目大家討論很久，最後還是依照健保署草案編列 5.36 億元。

1.我說明一下協定事項，因為會連動影響到西醫基層總額：

(1)本項與一般服務保留之 0~6 歲兒童醫療費用 120.14 億元合併運用，計 125.5 億元，保留額度將與西醫基層總額合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。

(2)希望健保署訂定具體實施規劃，含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標，並提出專案報告。

2.我想多講一下，如果健保署覺得這項很重要，應該提早溝通，並向委員說明，而不是在最後 1 個禮拜才提出來，說這項目很重要、不能不做，而且應該還要提出對其他科別的影響，但現在都沒有。委員是看到項目名稱覺得不保障不行，否則出去可

能會被罵，所以只好保障，但保障了兒童可能就影響到別的，就衡平性而言，不宜這樣做。

(十四)至於「住院護理費(原 114 年其他部門推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準、急重難症費用調整轉入一般)」，這是剛剛醫院部門新提出的項目，付費者代表還是維持在專款項目 B21 編列，不在一般服務項目處理。

二、以上是一般服務項目，再來是專款項目：

(一)B1「暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)」，編列 6 億元。

(二)B2「C 型肝炎藥費」，編列 12 億元。

(三)B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」，付費者代表希望依照醫院部門草案的額度，畢竟是照顧弱勢、罕病病人，寬編一點也沒關係，所以編列 199.64 億元。

(四)B4「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」，編列 58.71 億元。

(五)B5「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」，編列 53.643 億元。

(六)B6「醫療給付改善方案」，編列 26.185 億元。

(七)B7「急診品質提升方案」，編列 30 億元。

(八)B8「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」，併入 B20「促進醫療服務診療項目支付衡平」通盤研議。

(九)B9「醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案」，編列 13.55 億元。

(十)B10「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」，編列 20 億元。

(十一)B11「鼓勵院所建立轉診合作機制」，編列 2.247 億元。

(十二)B12「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」，已經移到一般服務項目。

- (十三)B13「精神科長效針劑藥費」，編列 30.06 億元。
- (十四)B14「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」，編列 3 億元。
- (十五)B15「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」，移到一般服務項目 A11。
- (十六)B16「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」，移到一般服務項目 A12。
- (十七)B17「地區醫院全人全社區照護計畫」，編列 5 億元。
- (十八)B18「區域聯防-提升急重症照護品質」，編列 2.68 億元，其中「術後加速康復推廣計畫」移到 B23，單獨列項。
- (十九)B19「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」，編列 3 億元。
- (二十)B20「促進醫療服務診療項目支付衡平」，依照健保署建議的名稱及額度，在有限的預算下編列 18.915 億元。(螢幕顯示協定事項：1. 本項併入 B8(DRG)通盤研議，修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性；2. 114 年剩餘預算，與 B20 統籌運用。)
- (二十一)B21「住院護理費用」，編列 37.278 億元。(螢幕顯示協定事項：提出具體實施規劃，115 年 5 月前提報本會。)
- (二十二)B22「離島地區加成費用」，編列 2 億元。(螢幕顯示協定事項：自一般服務 A4 及其他預算移列。)
- (二十三)B23「全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS」，編列 2 億元，自 B18 拆分。

三、以上就是付費者第 1 版的項目與金額，成長率已經滿編，跟各位醫院協商代表講一下，今年沒有成長率的問題，能編的都編了，付費者代表也考慮到保障兒童、關懷弱勢、護理人員加薪等，這 3 項大家關注的議題都有回應，拜託醫院協商代表，今年是不是就達成協商共識，不要再兩案併陳送衛福部裁示，我認為由衛福部裁示不見得會比較好，醫院部門想調點值、想調

支付標準，相關項目都有編錢，也沒刪減，請李飛鵬理事長還有各位協商代表考慮，付費者版本應該可以讓大家滿意，謝謝。

周主任委員麗芳

非常感謝主談人林恩豪委員及所有付費者代表，花了這麼長的時間討論，並且展現大家對醫院部門的高度支持，可以看到現在的成長率已達到行政院核定的上限，接下來等待李飛鵬理事長的正向回應。

李委員飛鵬

非常感謝付費者代表及林恩豪委員，給予醫院部門善意的回應，是不是可以給我們一點時間，召開內部會議討論一下再回來。

謝協商代表文輝

10 分鐘。

周主任委員麗芳

好，10 分鐘，只要 10 分鐘是不是？

李委員飛鵬

稍等一下。

周主任委員麗芳

還有問題嗎？

嚴協商代表玉華

不好意思，想請教付費者代表 B21「住院護理費用」，付費者代表是編列 37.278 億元，可不可以大概說一下算法？

林委員恩豪

不好意思，健保署都沒有算法了，其中有 25 億元是 114 年度就編列的，115 年度從其他預算移到醫院總額，又再增編預算，醫院部門草案本來也只有編 25 億元。另外，協定事項要請健保署提出具體實施規劃，協商前沒提出來，這點付費者代表對健保署不是很滿意。

李委員飛鵬

容我們召開內部會議討論一下。

周主任委員麗芳

好，10分鐘。

(醫院部門代表進行內部會議討論約10分鐘)

周主任委員麗芳

醫院協商代表在理事長帶領下已經進場，大家注意看，理事長臉上的笑容是藏不住的，想必是帶來了好消息，請委員儘速就坐，請理事長來說明討論結果。

李委員飛鵬

非常謝謝付費者代表，醫院部門剛剛經過熱烈討論，這麼大的預算只剩下一點點需要溝通的地方，總共有4點，我們會依序說明，最後期待能達成協商共識。

周主任委員麗芳

好，請說明。

李委員飛鵬

請朱益宏委員說明A2「藥品及特材給付規定改變」。

朱委員益宏

一、由我先說明A2「藥品及特材給付規定改變」，向付費者代表及林恩豪委員報告，依醫院部門剛剛討論的結果，A2的金額其實雙方版本都一樣，但付費者代表的版本多了協定事項「經費如有不足或因成本調整之必要，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」，是不是可以不要列上這點？

二、在健保法裡面，藥物價量調整的意思是給付金額超支，所以用價量調整來處理，實際上並沒有所謂的結餘金額，當年度就已經反映在點值了，第2年的價量調整只是讓點值回復到正常，並沒有多餘的錢進來。因此，如果因預算不足進行藥物價量調查，結餘又拿去增加給付規定改變項目，變成是沒有額外的預算進來，但是又去增加給付，我覺得對醫院總額不是很公平，希望付費者代表考量一下，是不是可以不要列這個協定事項。

周主任委員麗芳

這是第 1 點說明，還有 3 點，請繼續說明。

李委員飛鵬

有關 A8「精進成人預防保健併行診療服務之照護品質」，請劉碧珠秘書長說明。

劉協商代表碧珠

一、首先非常感謝付費者代表，這次雙方版本的差距幾乎可以說是很少，但我必須說明一下 A8「精進成人預防保健併行診療服務之照護品質」，過去不管是醫院或是西醫基層診所，做預防保健服務時，如果有併行一般診療服務，事實上醫師是沒有診察費的，也就是在做白工，這是不合理的。這次的預算編列，最開始醫院部門並沒有提出 A8，是後來跟健保署討論時，健保署提到免費成人健康檢查的年齡層要從 40 歲以上下修，30~39 歲的成人也可以接受免費成人健檢服務，所以未來的服務量會增加。

二、在這種情況下，編列少少的 1.9 億元預算，就可以讓民眾獲得更好的健康照護，因此醫院部門才會提出 A8 項目。如果預算沒有編列，未來 30~39 歲的民眾就沒有辦法享有這樣的預防保健服務，希望付費者代表能同意編列，才有助於民眾健康照護，這是醫院部門認為需要編列的項目。

周主任委員麗芳

請說明第 3 點。

李委員飛鵬

謝謝區域醫院協會劉碧珠秘書長的說明，再來有關 B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」及 B21「住院護理費用」，請謝文輝執行長說明。

謝協商代表文輝

一、主席、各位委員，有關 B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」，罕病是個大水庫，若是預算不足大概都會由公務預算

或其他預算來補足，沒有人敢讓罕見疾病患者因預算不足而沒辦法治療，這點大家應該可以放心。這次付費者代表的版本(編列 37.278 億元)把健保署草案的 B21「住院護理費用」50 億元減了約 12.7 億元，但這涉及衛福部的承諾，去年部裡承諾 4 年要編 100 億元，所以 115 年度一定要編 50 億元才能履行政府承諾，否則我想護理團體大概很難接受。

二、罕病用藥方面不用擔心，沒有人敢讓病人該做的治療沒有做，預算不足也會有公務預算、其他預算來補足。考慮到政府威信，都已經承諾 4 年要編 100 億元，目前看起來護理人力不足的問題也還沒有解決，我想這 4 年 100 億元一定要編下去，做完再來檢討效果，看是要再加碼還是怎樣，在過程中還沒有很明顯的成效前，最好維持對護理界的承諾，罕見疾病用藥幾乎可以保證沒問題，如果不夠一定會有公務預算、其他預算來補足，希望 B21 還是維持健保署草案的 50 億元。

三、另外，目前有個醫院比較為難的地方，114 年度在其他預算有 25 億元是支應護理相關費用，並且已經調高支付標準，所以醫院的第 1 版才會把已經導入支付標準的 25 億元，放到一般服務項目新增 A15「住院護理費(原 114 年其他部門推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準、急重難症費用調整轉入一般)」，因為支付標準已經調整，如果放在專款項目，以後沒有了這項目，本來調高的支付標準難道要往下降？如果付費者代表想放在專款項目看執行績效，也可以在協定事項要求，由健保署和醫院部門研擬績效指標，有達成就怎樣，沒有達成會怎樣，增加約束力和促進的力量，我們希望能維持編列 50 億元。

四、還有 A2「藥品及特材給付規定改變」協定事項提到的藥物價量調查，我再補充一下，其實價量調查不會增加預算，如果當年談好的藥物預算是 10 億元，結果新藥用超過 2 億元，總共花了 12 億元，因為總額已經談定，沒有額外的預算，是由醫院總額承擔，所以價量調查的結餘當然要還醫院總額，因此沒有剩餘的預算，只是還給醫院總額，是醫院總額先墊付的，希望付費

者代表能瞭解。

五、有關 A8「精進成人預防保健併行診療服務之照護品質」，理論上提出協商項目就是有新增服務，首先是免費成人健檢年齡降到 30~39 歲，每 5 年可以做一次，這一定會增加服務量，所以要增加預算；再來，做健檢時如果有看病，醫師是沒有診察費的，坦白講是佔那個醫師的便宜，所以才編這個預算；A8 有擴大服務量，加上給付原本沒有給的診察費，期待付費者代表能夠同意編列。

六、這次看到付費者代表的版本，醫院部門也覺得應該要儘量達成共識，即使這不是醫院部門原先期待的版本，但是大家都認同健保署，健保署這次做很多規劃，雙方版本都趨近於健保署草案，健保署很努力、很打拼，大家要一起支持，達成共識，讓政策順利推動。坦白講，醫院做到現在已經都沒力了，隨便啦，看政府要做什麼就配合，有辦法做就做，做不到就是關門，大概就是這樣，醫院現在已經沒力氣了，所以願意接受健保署草案，健保署也很認真規劃，剛剛提出來的希望付費者代表能夠同意，期待達成共識，這幾年來都不曾達成共識。

七、今年有很多新委員，醫院部門也展現誠意，配合新委員的到來，展現新氣象來達成協商共識，現在的版本看了就知道，因為信任健保署，幾乎都是健保署建議的項目，醫院部門願意配合做做看，明年再談總額時，如果大家都覺得效果不錯，就由健保署繼續推動政策，醫院部門也會繼續配合，讓全國民眾得到更好照顧。剛剛所提的建議希望委員能同意，畢竟都有現實的理由和需求，請付費者代表多多考量，如果可以同意這些修正，醫院部門就接受。

周主任委員麗芳

請李飛鵬理事長。

李委員飛鵬

金額差距比較大的是 B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」，

我想付費者代表很希望照顧這群弱勢的民眾，有關罕病用藥的情形，能不能請健保署署長說明，給大家一點信心，讓付費者代表可以放心的把 B21「住院護理費用」預算上調，而罕病用藥也有其他經費挹注，讓大家放心。

周主任委員麗芳

請署長說明。

陳署長亮好

一、有關弱勢的照顧，行政院已經指示「弱勢優先、青年優先」，所以對於罕病病人的照顧一定是府院、衛生福利部，包含健保署貫徹的政策方向；至於罕病用藥的推估，健保署對罕藥的使用有一定的公式，剛剛我已經請同仁準備資料，待會會向各位具體報告。

二、雙方版本已經相當接近共識了，誠摯感謝各位委員及醫院協商代表，對於護理費的部分也希望能予以支持，在照顧病人上，除了武器要配備、醫材藥品要配備，但是最核心的還是人，對於第一線護理師的照顧，也懇請各位委員支持。

三、待會請劉林義組長及黃育文組長向委員報告罕病用藥的估算方式，絕對會照顧到罕病病友。

周主任委員麗芳

請黃育文組長說明。

黃組長育文

我這邊先說明罕藥的部分，這 2 年都有公務預算挹注的 20 億元，所以在排隊中的項目都已經有預估大概使用人數，預算已經估進來，114、115 年的成長率也都有算進來，115 年度會持續爭取公務預算，所以預算應該是已經算足了，再加上廠商在藥品給付協議上的還款，都有再經過校正，以上說明。

周主任委員麗芳

請劉林義組長說明。

劉組長林義

有關 B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」，醫院草案的金額是用健保署先前估算的，原本是預估要編列 199.64 億元(增編 19.68 億元)，不過 114 年度有公務預算挹注 20 億元，已把近期能夠導入的罕藥都導入了，其實高峰期已經過了。於是在維持的情況下，115 年度編列 185 億元(增編 5.04 億元)就夠了，另外其他預算也有預備金可以支應。因為總額預算有限，在罕藥預算足夠的情形下，多一點資源來照顧護理人員，健保署草案的規劃是這樣，希望委員支持。

周主任委員麗芳

一、醫院部門剛剛提出 4 點訴求：

(一)A2「藥品及特材給付規定改變」的協定事項建議不要列，這個部分付費者代表比較容易做決定。

(二)A8「精進成人預防保健併行診療服務之照護品質」，因為免費成人健檢年齡從 40 歲往下降，現在是 30~39 歲就可以做，擴大了成人預防保健的母數，要服務的人增加，1.9 億元是必要的錢，本項是一定要編列的，為了落實健康臺灣，沒有這筆預算是沒有辦法擴大服務對象。

(三)B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」，希望可以維持健保署草案的額度(編列 185 億元)。

(四)希望 B3 下調的額度可以增加到 B21「住院護理費用」。

二、以上幾點聽起來似乎合情合理，也是趨近原先健保署擬定的草案，付費者代表還需要召開內部會議嗎？若要召開，這次請早點出來。

蔡委員順雄

有關 A2「藥品及特材給付規定改變」協定事項，醫院部門建議刪除，請問健保署的意見為何？

龐副署長一鳴

健保署建議可以刪除，以上。

周主任委員麗芳

林恩豪委員還要詢問。

林委員恩豪

我想講一下，115 年度的成長率都已經達上限了，醫院部門的要求不是很合理，請大家看到電腦螢幕，A2「藥品及特材給付規定改變」待會內部會議討論，然後 A8「精進成人預防保健併行診療服務之照護品質」，依會議資料說明，這項與年齡無關，只是健檢時如果發現有疾病，不能同次給付診察費。

謝協商代表文輝

A8 有降低免費健檢年齡。

林委員恩豪

這不是健保署調整支付規範就好了嗎？因為現在健檢的時候有發現疾病，同次的診察不會付錢，所以才會有些醫師無法申報。

謝協商代表文輝

以前 40 歲以上的民眾才可以使用健保的成人健檢，現在是下修到 30~39 歲也可以使用。

林委員恩豪

成人健檢的錢不是健保付，是看診的錢才健保付吧？

謝協商代表文輝

沒有沒有，成人健檢也是健保付的。

周主任委員麗芳

這部分請健保署說明。

謝協商代表文輝

國健署、國健署付啦。

陳署長亮好

一、我簡單說明，免費成人健檢的費用是公務預算，由國健署支應，而 A8「精進成人預防保健併行診療服務之照護品質」是在支應健檢後需要後續治療的費用。在座有很多專家學者，在公共衛生上，篩檢如果擴大，一開始國家的健康支出會上升，特別是

醫療照護的費用，但長期而言是省錢的，而開始 1~4 年內則會上升。

二、不過還是尊重付費者代表的討論，只是解釋 A8 的預算不是支應國健署的成人預防保健，是因為免費成人健檢年齡從 40 歲降到 30 歲，健檢後需要後續治療的醫療費用目前是由健保署支應。至於國健署為什麼會規劃將年齡從 40 歲降到 30 歲，是因為發現有非常多年輕人就有三高，特別是男性，不只有糖尿病，還有高血脂，以上向各位委員說明。

周主任委員麗芳

謝謝健保署補充說明。

謝協商代表文輝

我再補充一下，目前民眾使用成人健檢後，如果發現有問題，醫師看診是沒有診察費的，我覺得不合理，有看診就應該給診察費，A8 「精進成人預防保健併行診療服務之照護品質」主要是支應這 2 項，擴大成健年齡後，後續要看的病人會增加，以及應該給醫師的診察費。

林委員恩豪

抱歉，不是健檢同時併行診療才不給診察費嗎？可不可以請健保署說明，應該是同次就醫才沒有診察費吧？並不是完全沒有診察費。

謝協商代表文輝

發現有問題後，就醫要給診察費。

林委員恩豪

對阿，不同次有給診察費阿。

周主任委員麗芳

請健保署再向大家說明。

陳署長亮好

其實我剛剛的說明已經很清楚，編列 A8 「精進成人預防保健併行診療服務之照護品質」主要是因為擴大健檢人數，目前健康臺灣有 2

個主軸，一個是擴大癌症篩檢，所以早期篩檢後的相關費用會增加，另外一個是三高篩檢，特別將慢性病的篩檢從 40 歲降到 30 歲，這也是配合國人的健康趨勢，因為年輕男性三高比率上升，而成人健檢部分是由國健署出錢，至於衍生的醫療費用則由健保署支應，以上補充。

周主任委員麗芳

請洪瑜黛委員。

洪委員瑜黛

一、我們編了很多預防篩檢的費用，主要是避免後面變成重症的高額治療費用，之前有提過似乎是不容易計算，但還是希望能估算出來可節省的費用，因為如果可節省治療費用，就可以用來支應前端的費用。

二、有關 B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」，剛剛健保署說 114 年有 20 億元的公務預算挹注，並將新藥收納進來了，那 115 年呢？114 年收載的新藥，115 年由誰來支應，因為 115 年 B3 只有增編 5.04 億元，114 年用 20 億元公務預算收載的新藥要如何支應？。

周主任委員麗芳

請呂正華委員，之後再請健保署說明。

呂委員正華

一、有關 A8「精進成人預防保健併行診療服務之照護品質」，可以看到大本的會議資料第 25 頁及會議補充資料第 4 頁，其實都沒有找到署長及醫院協商代表講的內容，都沒有這些文字，依會議資料第 25 頁的健保署說明，本項用途是規劃調整醫療服務支付標準門診診察費通則，通則提到同一診治醫師併行預防保健服務及一般診療時，不得另外申報診察費，所以規劃調整支付規範，並估算增加的第二階段成人預防保健診察費用，本項並沒有提到健檢年齡調整。

二、我也認同林恩豪委員看法，健保署可以調整通則去支付，付費

者代表沒有特別意見，但不需要特別編列預算；另外，協商項目內容應該要一致，大家手上的會議資料及今天發的補充資料，還有先前會前會、座談會資料，健保署的說明都是為了調整支付規範，並且以醫院第二階段預防保健的醫令量及平均門診診察費去推估，並沒有提到健檢年齡調整，所以付費者才會在協定事項要求監測密集度改變情形，假如現在沒有相關數據，那就明年協商時再提出，若成健年齡往下修，確實有密集度的改變，明年再提出預算需求，我支持付費者代表在內部會議討論的結果。

周主任委員麗芳

請林恩豪委員。

林委員恩豪

有關 B21「住院護理費用」，剛剛醫院協商代表說政府有承諾過護理團體，但政府的承諾應該政府編列公務預算吧，不是通通推給健保會，付費者代表已經把能編的都編了，不應該是這樣，健保會並沒有承諾。另外，B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」額度待會再討論，我覺得一直在這些小地方爭執，不是很合理。

周主任委員麗芳

剛剛洪瑜黨委員有詢問 115 年罕病有無公務預算挹注，請健保署補充說明。

陳署長亮好

一、委員提到排隊的藥物及今年新支付的藥物所需費用，依黃育文組長的說明，這部分已經算進去了，不用擔心。

二、另外，如同林恩豪委員所說的，4 年 100 億元是政府對外的承諾，並不是一定要健保會買單，只是除了公務預算外，依衛福部分工，也希望在健保的部分不只用診察費凸顯醫療價值及醫事人員勞務所得，也要慢慢強化護理角色，所以 B21「住院護理費用」只有醫院總額編列，西醫基層總額是沒有的，希望能強化護理角色。

三、此外，衛福部照護司目前有支應三班護病比獎勵、達標獎勵、夜班獎勵等，未來其他獎勵也會陸續提出，這些獎勵都是公務預算，並不是都由健保來買單，以上說明。

周主任委員麗芳

大家一直在討論護理，護理師公會全國聯合會的理事長正在現場，是不是也請陳麗琴理事長來表達您的想法。

陳委員麗琴

一、非常感謝政府、付費者代表，還有醫院部門對護理界的支 持，我真的很希望付費者代表可以同意醫院協商代表的建議，讓「住院護理費用」編足到 50 億元，維持 50 億元不要調降。後續的護理費用支付方式，我們會與健保署討論，比照西醫基層總額及急診護理費用，希望費用可以直接進到護理人員口袋，而不是被醫院收回去，之後會與健保署保持聯絡，一起研議讓護理人員有感。

二、付費者代表可能會覺得已經花了很多錢，但護理人員好像無感，那是因為投入的錢不夠多，所以護理人員才無感，如果投入的錢夠多，護理人員一定會有感的，謝謝大家支持。

周主任委員麗芳

剛剛呂正華委員提到，A8「精進成人預防保健併行診療服務之照護品質」的現場論述與會議資料不符，這個可以再補強，事後請醫院部門與健保署一起補強文字，把項目內容寫清楚，讓留下的紀錄、軌跡與現場論述一致，未來如果要追蹤，對預算增加緣由也能有所本，這個事後來補充。請林恩豪委員。

林委員恩豪

謝謝主席，我想再講一下，114 年度醫院實質費用成長率是 8% 多，不是只有 5.5%，醫院總額 114 年度移出很多項目，不只基期都沒扣，又新增不少項目，移出的項目應該要扣基期吧，這些都是過去式就不再說了，但 115 年度的成長率已經給到最高，只有一點點小差異而已。待會付費者代表會進行內部會議再討論一下，是不是拜

託醫院部門這邊也思考一下，不要在這些小地方堅持，因為付費者代表是共識決，沒有辦法在現場立刻承諾。

周主任委員麗芳

請付費者代表再討論一下，也拜託大家快快回來，謝謝。

(付費者代表進行內部會議討論約22分鐘)

周主任委員麗芳

付費者代表已經回到現場，想必是帶了大家的共識回來，請醫院協商代表入座，這邊要提醒大家，考量公平原則，醫院總額的協商時間預計到 12 點結束，12 點到 12 點半是午餐時間，12 點半後進入門診透析協商，所以希望大家在 12 點半之前能夠達成共識，這樣才不會影響到後面時程。接下來請主談人林恩豪委員來向大家說明。

林委員恩豪

一、謝謝主席，有關醫院協商代表剛剛提的要求，以下就逐項確認：

(一)A2「藥品及特材給付規定改變」，醫院部門希望刪除協定事項，付費者代表沒有意見，就依你們的要求刪除了。

(二)A8「精進成人預防保健併行診療服務之照護品質」，這項還是希望醫院部門及健保署釐清項目內容，如果是密集度改變的話，請觀察 1 年，明年再提出吧，不要為了 1.9 億元這個小錢在這邊爭執。

(三)B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」，金額有下調，編列 191.91 億元(增編 11.95 億元)，還是要讓罕病團體安心，不過金額也有下修，相信健保署會好好執行，所以金額有做調整。

(四)B21「住院護理費用」，醫院部門希望金額再往上調整一些，剛有講到政府承諾的事情不能全部找健保會買單，但金額還是上調到 45 億元，離醫院部門的期望只差 5 億元，應該有辦法找其他來源補足。

二、以上是討論結果，今年是醫院總額最有可能達成共識的一年，再拜託了。

周主任委員麗芳

非常感謝，大家只差最後一哩路，接下來請李飛鵬理事長釋出善意。
李委員飛鵬

A8「精進成人預防保健併行診療服務之照護品質」1.9 億元不編列，醫院部門同意，但是希望能把這 1.9 億元加到 B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」，然後從 B3 移 5 億元到 B21「住院護理費用」，懇求付費者代表，就差這樣了，拜託一下，我們就能達成共識。護理人員怎麼補都不夠，罕病還有公務預算挹注，是不是把 1.9 億元加到罕病，罕病再移 5 億元來護理，這樣今天就可以結束了，拜託各位。

周主任委員麗芳

最後剩一點小落差，剛剛健保署署長也向大家說明了，政府對於罕病患者的照顧是不遺餘力，請大家不用擔心。

李委員飛鵬

對於 B3「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」移 5 億元到 B21「住院護理費用」，請健保署再給大家強力保證一下，還有 A8「精進成人預防保健併行診療服務之照護品質」的 1.9 億元也會給罕病，展現我們的誠意，不要動到護理的錢，罕病政府已經有挹注，是不是拜託一下各位，今天就能皆大歡喜了。

周主任委員麗芳

目前護理人力，特別是醫院住院部分真的是拉警報，剛剛陳麗琴理事長也有發言，希望大家能夠體諒他們的辛勞，現在協商項目就只差這裡，不管是健保署還是衛福部，對於罕病的照顧是不遺餘力，護理團體的陳麗琴理事長及醫院協商代表都懇請大家為護理人員留下喘息空間，雖然說 5 億元的差距很少，杯水車薪，可是沒有這 5 億元，可能他們沒有辦法走下去，是不是請付費者代表再考量，就這麼點差距而已。

林委員恩豪

報告主席，應該是要拜託醫院部門，不是拜託付費者代表這邊，差

這 5 億元，一定要讓健保背這一條錢嗎？而且醫療服務成本指數改變率也有錢(增加 84.667 億元)，難道那邊的錢都不行運用嗎？有必要為了這 5 億元弄成這樣嗎？

周主任委員麗芳

署長說她要補充一下，先請署長。

陳署長亮好

一、首先，我想健保署必須承擔起這個責任，向各位報告，的確不會讓健保會委員去承擔衛福部或是健保署對民間醫事團體的承諾，這個請委員放心，健保署絕對不會說自己的對外承諾而讓健保會承擔，要求健保會一定要照案通過，絕對不會。

二、也非常謝謝各位委員，B21「住院護理費用」預算已經大幅成長，來到 45 億元，距離醫界期待只有 5 億元的差距，我想健保署還有空間可以來協調。

三、在罕病的部分，也請病友團體及付費者代表理解，健保署有經過精算，包含尚在排隊的藥物、已經納入的藥物、即將給付的藥物等，這些都已經計算了。但還是尊重今天的協商結果，以上說明希望付費者代表及醫院部門都能放心。

周主任委員麗芳

請謝文輝執行長。

謝協商代表文輝

署長講得很清楚，因為還有其他預算的各種政策項目，所以這 5 億元應該是自由的，但是如果 B21「住院護理費用」少了這 5 億元，會讓人家覺得健保委員對護理人員的照顧沒有盡到心。而且現在根本不必怕錢跑到醫院的口袋，我們可以寫但書，例如未來要達到什麼標準才能滾入基期，健保署和醫院會研訂標準，付費者代表不必去承擔罵名，政府承諾要給，我們還編不足，雖然最後還是會給，這個錢也不會到醫院口袋，現在都有訂定標準，沒有達到調薪比率就不支應，根本不會跑到醫院口袋，這筆錢一定會給，只是從哪裡付而已，我們不需要背這個罵名，而且護理費用加到現在，人員回

來的情況還是很不樂觀，希望付費者代表能同意，醫院部門也展現最大誠意，都依照健保署草案，讓健保署要推動的政策都能達成。

周主任委員麗芳

請張田黨委員。

張委員田黨

我一直對護理人員加薪非常支持，醫院部門的 B21「住院護理費用」提出 50 億元，付費者代表只酌減 5 億元，是希望新的年度裡能認真、確實的執行，讓護理人員真正回歸到本位，讓醫務推動更順暢，更好的照護病人。如果實施下來，覺得 45 億元確實有差距，明年可以補上，甚至增加。

周主任委員麗芳

醫院總額場次只剩下 9 分鐘，希望 12 點半前能達成共識，雖然不希望兩案併陳，但仍然要遵守會議時間的安排，請大家撙節發言，能達成共識就達成，不能達成共識的話，即使可惜就是破局，請理事長表態，一句話就好。

李委員表飛鵬

還有協商代表要發言。

周主任委員麗芳

請劉碧珠秘書長。

劉協商代表碧珠

在理事長發言前，我還是想要表達一下，我知道付費者代表是基於對罕病族群的照顧，以醫院部門提出來的第 2 版，雙方的差距只有 5 億元，罕病用藥在公務預算及健保署都有預算支應，能充分照顧罕病族群及血友病族群，但即便有藥，沒有人什麼都不用談，這 5 億元對護理界來講，是救命的關鍵，是不是請付費者代表考量，B21「住院護理費用」再多編 5 億元。

周主任委員麗芳

請嚴玉華副秘書長簡短說明，12 點半前要完成醫院場次的協商。

嚴協商代表玉華

我補充一個數據，目前臺灣的護理人員大約是 18 萬人，如果每位護理人員都加薪 1 萬元，1 個月就要 18 億元，1 年下來就是 200 億元，讓大家瞭解一下這個數字。

周主任委員麗芳

請署長補充說明，還有 7 分鐘。

陳署長亮好

我想請醫院部門放心，護理費不會只有健保署支應，這個場次剩下 7 分鐘，請雙方都再討論、思考一下，只差最後 5 億元。另外，護理相關費用還有照護司、醫事司都有支應。

周主任委員麗芳

請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋

大家好，最後剩 6 分鐘，今天醫院協商代表展現出最高的誠意，付費者代表已經很有誠意了，該編列的都編了，希望就這麼定案，第 1 場次的協商就開出紅盤，大家都開心。

周主任委員麗芳

接下來就等理事長的一句話。

李委員飛鵬

主席裁定就好了。

周主任委員麗芳

不行，醫院部門沒有點頭，我怎麼能幫你們裁定。

李委員飛鵬

那醫院部門就含淚吞下去，就這樣。

周主任委員麗芳

好，含淚接受，非常感謝。

李委員飛鵬

我還是要跟護理團體的陳麗琴理事長表示抱歉，我已經盡了渾身力

量，拜託妳回去跟同仁解釋，醫院部門已經盡了最大努力。也很感謝付費者代表，大家都要有績效，我也能夠體諒，再次感謝。

周主任委員麗芳

一、再次感謝醫院部門，第 1 場次的總額協商開了大紅盤，讓我們對於接下來協商的部門都抱有信心，更要感謝付費者代表，展現最大的誠意，縮短彼此之間的落差，再次感謝大家。

二、剩下 5 分鐘換場，下一場次在 12 點半準時開始，謝謝。

貳、115年度總額協商—「門診透析服務
(醫院總額及西醫基層總額)」與會人員
發言實錄

貳、115年度總額協商—「門診透析服務(醫院總額及西醫基層總額) 與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

各位委員請就座，歡迎透析部門協商代表來到現場，接下來先請付費者代表告訴大家，透析部門的主談跟協談是哪一位委員？

林委員恩豪

透析部門的付費者代表的主談是蔡順雄委員，協談是嚴必文委員。

周主任委員麗芳

補充前面醫院部門的協商結論：

一、115年度醫院總額較基期成長5.5%。

二、依115年度總額協商的程序，請醫院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25日上午9點前提送本會，以納入9月26日委員會議討論。

(一)以結果面為導向，調整新增或延續項目之「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，請增補以幾年為檢討期限。

等一下其他總額部門如果都有共識，協商結論就如同醫院總額上開結論，我就不再宣讀了。接下來先請透析部門來跟大家做說明。

羅協商代表永達

主席、各位與會的代表、付費者代表，大家午安。

一、我是醫院的協商代表，我參加這個會議十幾、二十年，今年很高興看到醫院總額部門達成共識，但是也因為他達成了共識，所留下來的空間就變得很小。

二、所有的總額部門，唯一沒有「醫療服務成本及人口因素成長率」(下稱非協商因素)的就是門診透析，今年門診透析的非協商因素，應來自於醫院部門的非協商因素3.655%以及西醫基層部門的非協商因素2.776%。門診透析服務對象的成本需求、物價指

數，基本上與這兩部門很類似。如果將兩部門的非協商因素相加除以 2，則得到非協商因素是 3.2155%，這已經超過今天所談醫院總額協商上限(5.5%)。目前門診透析預算所能談的成長率上限是 3%。

三、先前在會前會，台灣腎臟醫學會已經跟大家報告，透析的支付標準從以前的 4,500 點降到 4,100 點，又降為目前的 3,912 點，經過這麼多年來沒有反映物價指數，讓院所經營面臨困難。今年我們在規劃門診透析預算時，就希望門診透析的支付標準能恢復到以前的 4,100 點。這麼多年來，不管是護理的費用、醫師的費用，尤其是現在腎臟內科醫師的養成，必須先完成內科訓練，才能接受腎臟內科訓練，但連內科住院醫師都不容易找到的情況下，腎臟內科更缺，現在是護理人員也缺、腎臟內科醫師也缺，整體營運條件越來越不好。

四、會議資料第 75 頁，114 年 1~6 月透析人數成長率-0.2%、點數成長率-0.6%，這是大家努力的結果。但我們被迫，本來我們建議的總成長率是 4%，但現在上限只有 3%。所以我們拜託，今年是否至少成長 3%，這 3%當中，除了改善醫療品質，最重要的是要有預算調整支付標準，因為這個預算只能從門診透析總額支應，但要從 3,912 點恢復到 4,100 點所需預算遠超過這個成長的預算，所以是不是可以儘量達成今年最高上限 3%的共識，以上。

周主任委員麗芳

所以醫界提出的總成長率是 3%，跟健保署草案一樣，委員有沒有要垂詢的地方？

蔡委員順雄

謝謝，你們有退讓，本來醫院部門建議的門診透析預算整體成長率是 4%，現在已經降到 3% 了，兩者差距不大，但是健保署草案有建議要編 4.335 億，用在「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫及居家血液透析與提升其照護品質」，不曉得醫院部門對這部

分的看法怎麼樣？

羅協商代表永達

我想每個國家腹膜透析的情形不太一樣，臺灣很多城市，病人去洗腎並沒有不方便，但是因為國家的政策希望說我們能夠再提高腹膜透析，所以我們在3年前開始編列這筆預算，我想成效大家也看得到，雖然增加的人數沒有那麼多，但不管是診所還是醫院都非常努力，原則上我們接受，就是還是維持4.335億，因為這是國家政策，在這次整體成長率3%，增加14.21億的情況下，我們同意其中4.335億做腹膜透析，其中有3億不得流用於一般服務，按照健保署的版本我們可以接受，以上。

周主任委員麗芳

一、也就是你們照單全收就對了，對於健保署草案的建議(註)你們是照單全收。

二、接下來請付費者代表，是不是還有要提出來詢問的？付費者代表主談是蔡順雄委員，協談是嚴必文委員，還是你們不用內部會議討論，在這邊就可以有決議嗎？

(註：健保署協商草案：建議總成長率3%，其中4.335億元，用於「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質」，且3億元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。本項經費扣除上開2項用途，其餘預算用於調整透析支付標準。)

蔡委員順雄

這個階段我們預留時間多久？

周主任委員麗芳

第一階段提問與意見交換10分鐘，第二階段內部會議討論是10分鐘。

蔡委員順雄

因為我們是共識決，禮貌上必須尊重大家的看法。

周主任委員麗芳

好，現在就要內部會議嗎？

張協商代表孟源

主席，門診透析總額協商醫療提供者有2個部分，一個是醫院部門，還有一個是西醫基層部門，請讓陳相國理事長說明一下。

周主任委員麗芳

好，醫界還沒說明完，請陳相國理事長。

陳協商代表相國

主席、各位委員大家好。

一、透析不論是醫院或基層診所都做得非常好，透析的醫療品質是全世界最高，費用卻是全世界最低的，這幾年由於健保署推動CKD(慢性腎臟疾病)跟 Pre-ESRD 照護計畫(註)，使得透析病人的成長數減少很多，而這些照護計畫都是腎臟科醫師自己在做的，腎臟科醫師很辛苦、努力地把病人減少，但相對也讓自己的收入減少，所以我們要給腎臟科醫師鼓勵一下。

二、有一點要請教健保署，透析其中編 4.335 億，如果因為預算不足，由一般服務支應；如果預算沒有用完可不可以留在這個總額裡？

(註：CKD(慢性腎臟疾病)計畫包含「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」(簡稱Early-CKD計畫)及「末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫」(簡稱Pre-ESRD計畫)。)

周主任委員麗芳

請健保署來做確認。

劉組長林義

對，透析的款項中保留4.335億，專門用於「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質」這2項專案計畫，假如用超過當然是由透析其他的預算來支應；假如用不到3億元，因為我們有寫3億元不得流用，就保留3億元，其他都流到透析的一般服務預算。

周主任委員麗芳

還有沒有問題？請張孟源協商代表。

張協商代表孟源

主席、各位委員，大家好，我是代表西醫基層部門。關於陳相國理事長提到鼓勵腹膜透析的項目，還有居家血液透析鼓勵的項目，在會議資料第80頁，113年鼓勵腹膜透析用掉2.889億，沒有超過3億元，但我不知道居家血液透析的部分，因為這2項鼓勵的總額是4.335億，到底居家血液透析的執行率是多少？目前進行到什麼情況？因為很多行動不便的病人確實也需要居家執行血液透析，114年的鼓勵項目除了腹膜透析還有居家血液透析，可不可以請健保署報告執行的情況？因為我們看到很多尿毒症的病人每次要去醫院時，有的人要救護車或是復康巴士，還有用呼吸器，這種情形對於病人的家屬，尤其是我的岳母就在洗腎，我對於洗腎是很支持，但是對於每次他都要舟車勞頓，1、2個護理人員護送才能夠去洗腎，有沒有可能執行的成效或是進度也可以報告一下，這才能夠達成衛福部鼓勵這個項目的美意，謝謝。

周主任委員麗芳

好，請健保署說明一下。

劉組長林義

居家血液透析因為才剛開始實施，現在還沒有申報的資料，當初預估全年大概10~20個人，所以量其實不多，我們會再加強宣導。

周主任委員麗芳

西醫基層陳相國理事長，還有沒有要請健保署補充說明？張孟源協商代表。

張協商代表孟源

居家血液透析在澳洲有達到10%，香港也有6%，台灣透析人數有9萬多，就像陳相國理事長提到，現在因為大家照顧好，而且腎臟科照護品質非常好的好，所以整個洗腎的人數有下降，假如10~20個人的話，幾乎不到0.01%，完全跟世界的潮流是不符合的，我也不知道為什麼衛福部有這個鼓勵項目，但執行率竟然跟香港、澳洲比較起來差了上百倍，我覺得假如執行不了乾脆把它刪掉，謝謝。

周主任委員麗芳

這個意見請健保署研參，請腎臟醫學會代表。

許秘書長永和

我是腎臟醫學會秘書長許醫師，也跟張孟源代表報告，今年6月開始給付居家血液透析，現在國內有在做的大概20~30位，因為國內才剛剛開始健保給付的關係，我們預計明年應該會倍數成長，因為執行居家血液透析的醫院醫師、護理人員都必須經過合格的訓練。健保署所訂的計畫相當周全，兩個禮拜前我參加東亞的居家血液透析，世界腎臟病治療指引共識會的時候，國際腎臟病組織認為臺灣在居家血液透析的部分一定會很快起飛，因為我們居家血液透析的計畫是非常前進的，雖然起步比香港、日本晚，但是各方面的考量都相當周全，而且技術也比香港、日本更好，所以預計在幾年內會超過之前健保署長預估的800~1,000個病人。

張協商代表孟源

謝謝許永和秘書長的說明，這對於病人的家屬是一個期待，很樂意看到衛福部，還有總統希望hospital at home(在宅醫療)政策能夠落實，我想我應該站在鼓勵的立場，希望腎臟醫學會跟健保署能夠繼續推動，也不要急於一時，但政府的美意要具體執行，對病人而言也是一項德政。

周主任委員麗芳

還是要確認一下，因為剛剛西醫基層部門提到，透析總額有2塊，一個是醫院部門，一個是西醫基層部門，所以在成長率、預算以及健保署對這4.335億的建議文字部分(註)是不是都有共識？好，醫院部門、西醫基層部門對於健保署提出來的版本是可以接受的，那請付費者代表進行內部會議再回來，謝謝。

(註：螢幕上呈現健保署建議及醫界會上版本之協商草案如下：)

總額 部門別	健保署建議			醫界版本		
	成長率	預算	新增金額	成長率	預算	新增金額
醫院	2.209%	25,232.5	545.3	2.209%	25,232.5	545.3
西醫基層	3.861%	23,563.9	876.0	3.861%	23,563.9	876.0
總計	3.000%	48,796.3	1,421.3	3.000%	48,796.3	1,421.3

	<p>健保署：建議總成長率3% 其中4.335億元，用於「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質」，且3億元不得流用於一般服務，<u>全年預算如有不足，則由一般服務支應</u>。 <u>本項經費扣除上開2項用途，其餘預算用於調整透析支付標準。</u></p>	<p>其中4.335億元，用於「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質」，且3億元不得流用於一般服務，<u>全年預算如有不足，則由一般服務支應</u>。 <u>本項經費扣除上開2項用途，其餘預算用於調整透析支付標準。</u></p>
--	--	--

(付費者代表進行內部會議討論約7分鐘)

周主任委員麗芳

感謝付費者代表非常有效率，現在已經回到現場，請主談人蔡順雄委員告訴大家，你們現在的結果如何。

蔡委員順雄

謝謝主席，看起來醫院提出來的草案跟健保署的草案已經心心相印了，我們內部會議討論雖然很豐盛，但只有兩個小調整：

- 一、協定事項希望改成「其餘預算『優先』用於調整透析支付標準」。
- 二、我們有部分的委員認為，腹膜透析跟血液透析的點值也不具有一定的公平性，怎樣調整是不是要有一個考量，這個部分不用列在協定事項，但後續執行時請再行斟酌。

周主任委員麗芳

加了兩個字，「優先」用於……。接下來請醫界表達看法，請問由誰代表發言？

羅協商代表永達

今天大家都很有佛心，希望協商都能達成共識。說實在話，這個錢要用來調整透析的支付標準其實是不夠的，所以我們本來的規劃是分年調整，但如果寫「優先」這兩個字，意思是說一定要先調完支付標準才能調別的東西，或者是用其他方式？原則上我們很容易達成共識，3%的成長率下，如果這樣的話，其他東西都沒辦法動，是

不是我們把「優先」定義好，我想今天會達成共識的機會是非常高的。

周主任委員麗芳

請蔡順雄委員。

蔡委員順雄

「優先」，他在選擇性上有一個玄學上的問題，什麼叫優先？每個人心裡順序不太一樣，但是我們特別把它改成優先，表示對這一部分的關注性頗高，希望在使用順序上優先考量用在這一塊，是不是請醫院本諸於剛剛闡明的意旨，後續去執行就可以了。

周主任委員麗芳

「優先」是有彈性的，畢竟不是「應」，「應」就很強硬。請張孟源協商代表。

張協商代表孟源

謝謝委員，「優先」這一點我們完全能夠理解，就是不管一年、兩年，或是一次到位，都是應該的。我們透析的品質這麼好，就像剛剛羅永達協商代表提到，支付標準應該至少恢復到以前的一個水準，我相信藉著我們洗腎的品質，還有預防醫學的進步，這預算說不定還有結餘可以達到優先。而我們的優先跟外國比較起來也不優先，因為在香港的洗腎，至少是我們4,000多點的2倍以上；日本的洗腎，至少也3倍以上，所以對於腎臟醫學會期待能夠優先調整支付標準，我們真的很謝謝蔡順雄委員還有各位委員的支持，希望大家一起努力，讓洗腎的品質能夠更好，我們西醫基層部門陳相國理事長也是支持嘛？

陳協商代表相國

完全支持。

周主任委員麗芳

請問醫院部門的意見？

羅協商代表永達

醫院總額的部分，我想剛剛蔡順雄委員已經講得很清楚，這是一個玄學，既然是玄學，我們會跟健保署做一個比較好的溝通，這個原則我們接受，而且我們理解，我們也同意，謝謝。

周主任委員麗芳

一、謝謝羅永達代表、張孟源代表，剛剛有說明醫院部門跟西醫基層部門都是同意的，2位理事長是不是也都同意？都OK。謝謝大家節省很多的時間，透析這個場次預計是到13點20分，但現在才12點57分，感謝大家，我們在門診透析又攻下一城，交出亮麗成績單，是今天第二個達成協商共識的部門。

二、我們10分鐘換場，13點08分的時候，下一個西醫基層部門請上場，謝謝。

參、115年度總額協商—「西醫基層總額」
與會人員發言實錄

參、115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、非常感謝西醫基層部門，由陳相國理事長率領新任的顏鴻順副理事長、洪德仁副理事長、黃振國總額主委、黃啓嘉理事及所有的協商代表。因為又是一個新部門總額談判的開始，所以我還是重申一下，這次談判秉持 3 個原則，健保會委員都會以這樣的精神協商：

(一)行政院在國家預算撙節之下，仍核定總額範圍上限成長率 5.5%，所以要非常珍惜及善用上限成長率 5.5%，來為整體民眾健康照護做出更多的貢獻。

(二)總額協商是供給雙方之間的協商。在民眾部分，秉持的精神是希望能夠落實賴總統的健康台灣政策，能夠提升整體民眾的醫療照護品質，希望在健保總額下民眾能夠活得長壽、活得健康、活得快樂。

(三)其次是醫療供給者，特別是在西醫基層部分。西醫基層是臺灣最重要的醫療照護骨幹，深入到臺灣的每一個地方，有民眾的地方就有基層醫師的照顧。最近，臺灣醫療體系面臨最大的挑戰，包括醫護人力流失、不足，醫療設備需要再進一步的跟上時代，以及今年花蓮縣光復鄉遭洪災溢流重創，還有丹娜絲風災重創南部多個縣市鄉鎮，造成許多民眾傷亡。然而，我們第一線基層醫師，都是秉持著救治病人的精神，完全沒有撤退，始終如一。

二、感謝大家，希望今天在西醫基層部門協商時，可以秉持以上 3 個原則。接下來請陳相國理事長跟大家做一個簡短說明，謝謝。

陳委員相國

一、非常感謝周麗芳主任委員，效率真的非常好，再加上金莎巧克力的助威之下連開了 2 場紅盤，我們很希望西醫基層部門也能夠談成。首先我們很有誠意，從一開始總額協商會前會提出西醫基層版本編列預算成長率是 12.952%，有點不好意思；後來

協商會議議程提出的版本成長率是 6.968%；今天非常有誠意提出最新的修正版本成長率直接調為 5.5%，調降 1.468%，真的非常有誠意，希望這次的談判能夠成功。西醫基層有幾個特色，在醫療品質、服務滿意度都達 95% 以上，今年評核會 113 年執行成果之評核結果是「優」，所以西醫基層醫療品質一向是被全國各界、被全世界所認同，我們都是很努力的。

二、第 2 點，國家有難的時候我們都挺身而出，比如 COVID-19(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)、今年丹娜絲風災，有的醫生冒著生命危險在看診、送藥、服務病人，這都是西醫基層令人家感動的地方。

三、第 3 點，我們的目標是落實全人全醫療照護，所以推動的計畫都是配合國家的健康台灣政策，比如三高防治 888 計畫、癌症死亡率減少 1/3 等政策。今天的協商項目列得很詳細，編列 10 幾個項目，接下來請各項目的負責人逐項說明，首先說明 A2 「藥品及特材給付規定改變」，請林誓揚常務理事，把握時間，1 個人 2 分鐘。

林協商代表誓揚

周麗芳主任委員、各位委員，大家好！首先報告 A2 「藥品及特材給付規定改變」，臺灣人口老化很迅速，很多地區已經達到超高齡社會的標準，慢性病勢必持續的增加，共病也越來越普遍，基層很多多重慢性病的病人也與日俱增，可以說是數量龐大、負擔非常的沉重，加上醫學的進步，實證醫學的引進，更多的藥品、特材有新的適應症，有更大的治療範圍，為了滿足民眾的需求、延長國人平均餘命、減少併發症，修訂藥品給付規定是完善照顧病人很重要的一環，建議每年編列充足的預算支應相關的醫療費用，我們編列的預算是 4.86 億元，謝謝。

陳委員相國

接下來說明 A3 「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」，請洪德仁副理事長。

洪協商代表德仁

周麗芳主任委員、各位委員，大家好！我是洪德仁醫師，報告 A3「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」，本項是從 112 年通過的延續性項目，雖然本項預算對很多護理人員的薪俸加給是有幫助的，但對經營診所的負責醫師而言，還是需要投入相關資源來挹注。考量健保預算有限，希望能夠維持 114 年額度(659.3 百萬元)，也希望各位委員持續給予支持，謝謝。

陳委員相國

接下來報告 A4「擴大糖尿病用藥(如：SGLT2)適應症產生費用」，請張孟源醫師。

張協商代表孟源

一、謝謝陳相國理事長，各位委員大家好，我們知道剛剛透析總額協商很順利的達成共識，在門診透析總額部分，各位委員請看到健保會補充資料，可以發現過去 10 年洗腎人數逐漸減少，主要歸功於對早期慢性腎病(Early CKD)及腎衰竭前期(Pre-ESRD)患者的照護大幅提升。隨著醫療科技的進步，腎臟病的治療方式也不斷演進。以往只能眼睜睜看著病人一步步走向洗腎，但如今情況已有改變。特別是 SGLT2 抑制劑藥物對腎臟保護效果，已在國際各大醫學期刊中獲得廣泛肯定，並被國際腎臟醫學會 KDIGO (The Kidney Disease: Improving Global Outcomes，改善全球腎臟病預後組織)納入指引，列為第一線建議使用的藥物。

二、SGLT2 藥物在第三期慢性腎病(尤其是 3b 期，即中度慢性腎衰竭)可延緩約 5 年進入洗腎；若病人已進入第四期或第五期，仍可延緩 1~2 年。大家可以想像，若能讓病人晚 1 年開始洗腎，對其飲食、生活品質都將有極大幫助。目前洗腎每人年花費約 70~80 萬元，若病人住院則花費更高，SGLT2 藥物的費用，尤其在健保署核減藥價後，1 個月藥費不到 1,000 元。因此，為了國人的健康，希望能投入更多心力在早期照護，尤其是慢性腎

病病人有更大的幫助，以上，謝謝。

陳委員相國

接下來請顏鴻順醫師負責 A6「修訂西醫基層合理門診天數」。

顏協商代表鴻順

周麗芳主任委員、各位委員，大家午安！A6「修訂西醫基層合理門診天數」西醫基層部門草案與健保署草案都編列相同的預算(3 億元)，本項目起因是 114 年 5 月 9 日立法院三讀通過 5 天國定假日，全年加起來有 16 個國定假日。政府對勞工越來越好，算一算，國定假日加上 52 個星期的週休，1 年可以休假約 120 天，約 1/3 都在休假，但是卻希望醫療院所星期日要開診，這對醫療院所的經營會造成很大的困難。我們粗略估算，新增 5 天國定假日後，全國約 1 萬 1,000 家診所，每家增加 20 人/天加班費支出，成本增加約 5、6 億元以上，而且年輕的醫療人員還不見得願意加班。為了維持西醫基層醫療量能，可以持續在第一線照顧民眾，本項編列預算為 3 億元，也得到了健保署的認可，以上，謝謝。

陳委員相國

接下來請林應然醫師報告 A9「蒸氣或噴霧吸入治療，依年紀實施困難度列入兒童加成項目」。

林協商代表應然

周麗芳主任委員、各位委員，大家好！兒童醫療真的很困難，不管是小兒科醫師或其他科醫師對兒童進行診療時，就像在處理動物一樣，你沒有辦法了解他們在講什麼、哪裡有問題，甚至很難說服他們配合醫囑，因此，很多的醫療處置都應該要加成，甚至要加倍。不過我發現，目前在醫院針對不同年齡層兒童的處置費已有加成機制：在各項診察項目中，註有「兒童加成項目」者，0 到 6 個月加成 60%、6 個月到 2 歲加成 30%、2 到 6 歲(未滿 7 歲)則加成 20%。但在西醫基層似乎尚未設置這樣的加成制度，這其實早就應該納入並通過。給付加成是反映時間與人力的實際成本。大家可以想像，要讓 1 個小孩子遵從醫師或護理人員的醫囑，是多麼困難的一件事。

醫療人員耗費這麼多人力與時間成本，應該給予更高的給付才對，不應只是加幾個百分點，而是應該以倍數計算，依照實際付出的成本來設計合理的給付標準，這才符合正義。我想只要是涉及兒童的醫療處置，都應該採取這樣的加成方式，才能讓兒童醫療業務真正「起死回生」，謝謝。

陳委員相國

接下來請王宏育常務監事報告 A12「代謝症候群計畫衍生費用」、A14「配合根除胃癌政策之衍生醫療費用」跟 A16「提升照護『成人預防保健服務之排除對象』之健康」3 項。

王協商代表宏育

周麗芳主任委員、各位委員，大家午安！逐項說明如下：

一、A12「代謝症候群計畫衍生費用」：

(一)健保應該在預防醫學部分多投入一些預算，預防勝於治療。代謝症候群是亞健康的人，他們還沒生病，倘藉由個案管理把他們照顧好，就不會變成有三高疾病、中風殘廢，對於總統所提的健康台灣三高防治 888 計畫是很有幫助的。我的診所收案個案 500 人，緩解率是 39.7%，也就是把 500 人中的 200 人，將其原有亞健康狀態改變成健康狀態，他們本來就是血糖高、血壓高、三酸甘油脂高、比較胖或 HDL(High Density Lipoprotein，高密度脂蛋白)比較低，本來有 3~5 樣，我讓他們只剩下 2 樣、1 樣，甚至沒有，讓個案遠離三高，所以我覺得這是最有意義的事情。

(二)因為本項的照護費由健康署支出，但抽血的費用、藥費則是由健保支應。在健保署 114 年 7 月 31 日召開預擬「115 年西醫基層總額協商因素與專款項目計畫」，本項計畫健保署試算金額是 8.87 億元。我知道早上醫院部門協商項目「代謝症候群防治計畫後續照護衍生費用」沒有給錢，但代謝症候群是屬於亞健康，亞健康的這群人不可能去醫院，所以我覺得應該在西醫基層部門編列這項費用，我們編列預算從原本的 8.87 億元

，自己打折打到骨折了，只剩下 2.5 億元，已經打 28 折了。所以真的很希望我們要重視那些快要生病、亞健康的人，不要讓他們變成重症，以減少醫院的負荷，提升醫療照護效率。

二、A14「配合根除胃癌政策之衍生醫療費用」：

(一)我問過健康署癌症防治組組長，他說明年一定會做胃癌篩檢，篩檢出幽門螺旋桿菌陽性的個案。這些人胃壁比較容易潰瘍，罹患胃癌風險也較高。賴總統希望我國癌症死亡率要減少 1/3，假使健康署藉由癌症篩檢將陽性個案篩出這些高風險病人，但卻沒有編治療的費用，那怎麼辦？

(二)本項預估費用是以全年 206 萬人參與篩檢，陽性人數 30% 計算，再以三合一治療 14 天藥費約 720 元估算。藉由治療，這些人就不會進一步變成胃潰瘍、胃癌，這真的是「牛肉」啦！所以 A14「配合根除胃癌政策之衍生醫療費用」真的很重要，錢一定要編足。

(三)另外，這些人吃了藥以後，後續的胃鏡檢查費用更多，沒有納入本項經費，是我們自己來吸收，所以很希望可以配合總統健康台灣減少癌症死亡率 1/3 的政策，同意編列本項預算 3.665 億元。

三、A16「提升照護『成人預防保健服務之排除對象』之健康」：

健康署表示今年慢性病病人不能做成人健康檢查，是因為審計部說成人健康檢查是健康的人做的，所以就不付這個費用，如果健保署又不付，那要誰出錢？因為資源有限，我們也自動把它刪成 0 元。希望在座的每一位可以跟部長拜託，請健康署延緩 1 年再執行，也就是延至 116 年再執行慢性病不能申報成人健康檢查，若健康署繼續支付這筆費用，西醫基層部門就沒有意見。

四、我真的很希望醫療要有效率化，去年 6 月 21 日我們就跟大家報告過「醫療有效率化」，去年大家都有分到一份我在臺灣醫界中寫的講義，但我想本屆健保會委員大約有一半是新任，如果有

需要，我們願意提供更多的資料，讓臺灣醫療有效率化，所以希望今天協商的總額預算可以達到健康台灣 888，以減少不健康餘命、癌症死亡率，謝謝大家。

陳委員相國

接下來請林誓揚協商代表，報告 A13「成人預防保健第二階段併同因病就醫之診察費」跟 A15「強化心血管疾病照護—放寬開立降膽固醇藥物 Statin 標準(門檻)」。

林協商代表誓揚

周麗芳主任委員、陳亮好署長、各位長官、各位委員，我現在報告 A13「成人預防保健第二階段併同因病就醫之診察費」跟 A15「強化心血管疾病照護—放寬開立降膽固醇藥物 Statin 標準(門檻)」：

一、A13「成人預防保健第二階段併同因病就醫之診察費」：

(一)在基層醫師的臨床工作中，常會遇到許多的病人因病就醫併行成人預防保健，這是病人的權益，也是節省健保資源的一種辦法，但是在第二階段時，若病人因病情需要，同時診察並開立處方時，依現行規定是沒有辦法同時申報診察費，在這樣的情形之下，病人必須要跑 2 趟，導致曠日費時、浪費時間。有時候我們把藥費申報在預防保健第二階段，病人可以規避部分的負擔，但會造成健保的損失。因此我們增加此預算，讓因病就醫的民眾在成人預防保健第二階段也可以申報診察費，「執行目標」跟「預期效益之評估指標」是成人預防保健第二階段可以較前 1 年上升。

(二)成人預防保健大部分都是在西醫基層醫療院所，醫全會估計 1 年有 163 萬件，以健保署 7 月 31 日召開預擬「115 年西醫基層總額協商因素與專款項目計畫」的試算，以門診診察費 390 點推估，本項需要 6.36 億元。但我們預估大概只有 60% 需要門診診察費，有 40% 的民眾未併行一般診療服務，所以 6.36 億元乘以 60%，就是本項所提出來的金額 3.62 億元。

二、A15「強化心血管疾病照護—放寬開立降膽固醇藥物 Statin 標準

(門檻)」：

- (一)首先，我要跟大家報告，此提案是為了呼應賴總統提出的健康台灣 888 政策，希望能強化慢性病管理、降低心血管疾病的盛行率及死亡率，我們也都同意，三高的控制和降低心血管的風險是健康台灣的核心之一，其中 Statins 類降血脂藥物扮演了關鍵的角色。可惜目前健保對 Statins 類藥物的給付標準普遍被第一線的醫療人員認為過於嚴苛。臨床實務常常看到，即使病患已經具備高風險因子，卻因為未達到特定的數值門檻，或膽固醇數值高高低低，而不符合藥品給付規定，就沒有辦法取得適當的藥物治療，導致我們介入治療延緩，進而增加心血管疾病和中風的發生率，真的非常的可惜。
- (二)因此，我們建議依據最新的本土學術資料「2025 台灣血脂管理臨床路徑共識」，特別要指出的是，這個學術論文第 1 作者是國立成功大學醫學院李貽恒教授，第 2 作者就是衛福部石崇良部長，不管是證據率或代表性都非常的足夠。這次調整的重點，包括：第 1 個，強調風險分級；第 2 個，積極治療延緩併發症；第 3 個，完全結合指引與國際同步。
- (三)在財務評估方面，根據 5 個風險等級(低、中、高、非常高、極高風險)，新增用藥與加強治療，醫全會估計是 30.7 億元，另估計醫院跟西醫基層各占一半，也就是說基層需要 15.35 億元的預算，再分成 2 年編列，第 1 年大概需要 7.675 億元。
- (四)至於健保署草案暫不編列原因是，A2「藥品及特材給付規定改變」已經編列相關費用。但是我們要說明的是，在 A2 所編列的預算真的太少太少了，遠遠不夠支應，115 年如果沒有編列到相對的預算，將會嚴重衝擊西醫基層的點值，是變相的在處罰基層，甚至影響民眾的健康權益，期盼健保會和醫界能夠攜手合作，從給付制度來著手，落實國家健康的政策，讓口號真正走入制度，謝謝大家。

陳委員相國

接下來請黃啓嘉醫師來報告 B2「提升國人視力照護品質」及 B17「促進醫療服務診療項目支付衡平」2項。

黃協商代表啓嘉

周麗芳主任委員及各位委員，我簡單說明以下2項：

- 一、B2「提升國人視力照護品質」：因為人口老化的關係，白內障手術案件成長率比西醫基層總額成長率還要高，為了管控，就把本項列至專款項目。我們希望能夠分4年慢慢調整，從114年(編入專款項目第1年)編列預算成長率7.13%慢慢降到跟西醫基層總額成長率5.5%一樣，但是健保署的預算編列是在第2年(115年度總額)就降到跟西醫基層總額成長率一樣(5.5%)，這對於白內障手術案件的管控來講會造成困難。因為西醫基層部門的規劃是4年緩降本項醫療費用成長率，而不是1年就降到5.5%，所以按照原先規劃4年緩降的話，今年成長率至少有6.73%，這也是我們跟健保署草案版本的差異。
- 二、B17「促進醫療服務診療項目支付衡平」：有關假日看診是一個政策目標，既然是政策目標，希望不要放在各部門總額的預算裡，而是由健保署的「其他預算」來支應，這也是西醫基層部門的期待，謝謝大家。

陳委員相國

接下來請顏鴻順副理事長報告B4「家庭醫師整合性照護計畫」。

顏協商代表鴻順

自從當初的石崇良署長、現在的石崇良部長，提出家醫2.0計畫之後，家庭醫師照護網就設立家醫大平臺，這個也是賴總統健康台灣888政策最重要的1個收案平臺。在這樣的基礎之下，本計畫明年收案人數要提升，以健保署估算，明年增加收案約25萬人，再加上原本的收案個案，因為要進一步提升醫療照護品質，包含胰島素注射、多重慢性病照護等，所以也提升相關獎勵費用。再者，就是把原本P4P照護的DM/CKD/DKD病人(醫療給付改善方案中之糖尿病、初期慢性腎臟病病人照護)，納入家庭醫師整合性照護計畫，這

部分的費用包含在本次預算內。在這裡跟健保署有一個默契，西醫基層部門草案原提出的金額是 15.208 億元，健保署草案提出 12.185 億元，我們最新的修正版本是將本項金額調整跟健保署草案的預算一致，以上，謝謝。

陳委員相國

接下來請林應然醫師報告 B18 「0~6 歲兒童醫療量能保障」。

林協商代表應然

一、如果以英文稱呼 0~6 歲兒童，可以用「it」，「it」就可以了，大人是用「HE」、「SHE」，兒童則用「it」，等於在講動物一樣。也就是說 0~6 歲兒童是很難很難溝通的，不管是在醫院或診所的醫師，如果純看診兒童，真的是很難很難生存。很高興健保署考量 0~6 歲兒童醫療的困難，保障點值 1 點 1 元，這不只有小兒科醫師才有，是所有看診兒童的科別都有保障 1 點 1 元。這樣的保障，多少會幫助一些醫師願意看診兒童，當然看兒童所花的心力、勞力、物力，真的是比其他病人要多幾倍。以現在平均點值來講，保障點值 1 點 1 元後，只較原先金額增加 5%，實在是杯水車薪，希望以後能夠仿照以前 RBRVS(Resources-Based Relative Value Scales，資源耗用相對值表)的精神，RBRVS 會考慮處置的困難度、花費時間、人力成本等，來做為健保給付的依據，這樣才真的符合公平正義的精神。

二、或許國家的財政沒有辦法一次到位，但至少保障 0~6 歲兒童醫療點值 1 點 1 元，這只是開始的起步，希望有一天可以讓小孩子可以「起死回生」。小孩子如果照顧得好，成人的慢性病也會減少，王宏育醫師就比較不會在那邊大聲疾呼說什麼病又看不完會花多少錢。從源頭做起，讓兒童很健康的長大，未來得到慢性病的機率就會減少，所以保障兒童醫療量能是應該要做的事，而且這不應該只有 1 點 1 元，為了幫小孩子打針，我要花 5、6 倍的人力、時間，有時候打完還被他踢一下，所以兒童醫療真的很困難，我想在座很多人應該有小孩子，或至少看過小

孩子，他們很難溝通，家長要說服他們，醫師要說服他們，真的很困難，希望大家能了解，可憐可憐小孩子，謝謝。

陳委員相國

接下來請黃振國醫師來做概略性的補充說明。

黃協商代表振國

- 一、周麗芳主任委員、各位委員及長官，大家午安！在座的委員有些是長年任健保會委員，有的是新進委員，有些背景資訊想讓大家知道一下。西醫基層部門跟醫院部門的角色不盡相同，西醫基層部門是在做初級健康及亞健康族群的照護，不只是處理疾病的需求，甚至民眾有醫療相關困惑或是自費健康檢查之後，都會來西醫基層尋求幫助。
- 二、因為健保是疾病的醫療保險，所以針對亞健康族群的部分並沒有編列相關預算，所以剛剛我們的協商代表講得很清楚，為什麼預防保健、篩檢，都會耗用很多西醫基層總額的預算。預防保健的成效跟初級篩檢普及，除能夠讓民眾得到健康以外，也可以省下很多健保資源，但省下來的部分，不好意思，往往是在醫院端比較多。健保總額在醫院部門及西醫基層部門分屬不同的預算，即使是西醫基層省下來的費用，醫院部門也沒辦法將省下來的經費挹注到西醫基層部門，這是第 1 點。
- 三、第 2 點，為什麼在醫院部門預防保健的重視度不如西醫基層部門，包括成人健康檢查、癌症篩檢及代謝症候群等？因為這是我們已經執行了很多年的業務，其中代謝症候群在西醫基層已經執行第 4 年(111 年新增)，跟健康署的合作也非常具有成效，而醫院部門今年才開始，所以重視程度當然沒有西醫基層好。
- 四、西醫基層版本跟健保署版本主要差異有 2 點：

(一)B18 「0~6 歲兒童醫療量能保障」保障點值 1 點 1 元的部分，政府從 2024 年開始編列公務預算每年 2 億元，也就是去年、今年到明年，總共編列 6 億元，針對醫院兒科醫師進行補助，但對西醫基層醫師呢？不好意思，沒有。所以謝謝健保署的體

諒，不足部分由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」之經費支應。

(二)A5「促進醫療服務診療項目支付衡平」有關假日開診獎勵部分，大家別忘了是節省在哪裡，節省的是醫院急診的耗用，同時也兼顧民眾就醫權益及醫院人力的儲備，然而相對來說卻增加西醫基層預算的耗用，且節省的費用也不在西醫基層。這是為什麼會希望把本項編列在一般服務預算，而不是健保署所建議編到專款 B17，在此跟大家說明相關的背景，在座如果是比較資深的委員應該很清楚。

五、歷年西醫基層總額總成長率，除了 114 年總額成長率以外，和醫院總額成長率平均差了約 0.8%，我是統計近 5~6 年兩個部門總額成長率平均值。所以是什麼意思？這 10 年來西醫基層總額成長率低於、遠低於醫院總額，以致於西醫基層第 1、2 季的點值，跟醫院部門差了 3%~4%。簡單講，這是我們自宮的結果，期待能有更多機會來服務基層民眾的健康，所以期待各位委員能夠支持我們的方案，謝謝。

周主任委員麗芳

一、非常感謝西醫基層部門的協商代表，其他部門可能會覺得「主席，怎麼好像偏愛西醫基層部門，把第一階段的時間全講完」，那是因為上星期日醫全會剛完成改選，大家都是熱騰騰的新手上路，所以給新手一個支持。再來，考量西醫基層部門已經自廢武功，115 年度總成長率已經砍到 5.5%，已經進階到協商的第二階段了，因為這樣的關係，我沒有壓縮大家的時間，讓西醫基層部門好好把協商內容講清楚。

二、現在介紹，西醫基層部門付費者代表主談人是楊芸蘋委員，也是資深的委員，協談人是董正宗委員。接下來開放全體委員提出詢問，請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋

我沒有要質詢的地方，剛剛西醫基層協商代表把各自負責的項目都

講得很清楚，因為我們付費者委員是共識決，是所有付費者委員共同決定，待會我們進去內部會議，再來跟大家報告討論後的結果，謝謝你們的說明，以上。

周主任委員麗芳

請林恩豪委員。

林委員恩豪

我想要問西醫基層部門 B17「促進醫療服務診療項目支付衡平」，你們有沒有編錯？

黃協商代表振國

我們編列在專款項目，剛剛有解釋過。

林委員恩豪

可是 B17「促進醫療服務診療項目支付衡平」健保署編列預算 9.95 億元，你們編列預算 0.95 億元。

黃協商代表振國

我們有但書，不足部分由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」之經費支應，剛剛已經講得夠清楚了，西醫基層部門是幫醫院部門減少急診的 loading(負荷)，但以現在的總額制度，各部門間的經費不能挪移，獎勵基層醫師出來上班、為全民服務的錢不應該由西醫基層的預算來支付，所以不好意思，就比照 B18「0~6 歲兒童醫療量能保障」，我們期待由其他預算挹注，若其他預算沒辦法挹注，像去年是用公務預算，給大家做參考。我們期待政府部門能重視民眾假日就醫權利，但也不要讓西醫基層醫師過勞，老實講，在大家過勞之後這個錢真的就領不到了，你們也找不到醫師看病了，謝謝。

林委員恩豪

OK，謝謝黃振國協商代表。我剛剛本來要問 B18「0~6 歲兒童醫療量能保障」，編列邏輯是一樣的嗎？

黃協商代表振國

一樣的，希望健保署多多支持、衛福部長也能支持、行政院多多支持，我們是服務全民，但是節省下來的資源耗用並不在西醫基層部門，謝謝。

周主任委員麗芳

如果沒有其他提問的話，就請付費者代表委員進行付費者內部會議，時間 30 分鐘。

(付費者代表進行內部會議討論約46分鐘)

周主任委員麗芳

- 一、感謝大家回到協商現場，對於付費者代表內部會議討論結果，我們寄予厚望，說不定幫我們濃縮時間、很快速就能達陣。現在等所有的委員入座之後，請主談人楊芸蘋委員向大家說明，請再稍等 1 分鐘讓委員都進到會場。
- 二、我們爭取時間，請主談人楊芸蘋委員向大家說明，經過付費者代表內部會議後最新版本為何？我們先看總成長率是多少，請將螢幕畫面往下移動，西醫基層總成長率 5.5%，請大家不要擔心總成長率 5.5%，沒有變，我們逐項檢視主要調整哪些項目。

楊委員芸蘋

大家好，我說明剛剛付費者討論的結果(第 1 版)，如下：

一、在一般服務項目部分：

- (一)A1「新醫療科技」：編列 2.28 億元。(螢幕呈現協定事項：依健保署建議，名稱修正為「新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)」)
- (二)A2「藥品及特材給付規定改變」：編列 4.303 億元。
- (三)A3「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」：編列 6.593 億元。
- (四)A4「擴大糖尿病用藥(如：SGLT2)適應症產生費用」：編列 1.8 億元。(螢幕呈現協定事項：請於額度內妥為管理，監測糖尿病用藥(如 SGLT-2 抑制劑)利用情形及執行效益(如整體醫療費用變化))

- (五)A5「促進醫療服務診療項目支付衡平」：編列0元，併專款項目B17「促進醫療服務診療項目支付衡平」。(螢幕呈現協定事項：本項114年剩餘預算，與B17統籌運用)
- (六)A6「修訂西醫基層合理門診天數」：不編列預算。(螢幕呈現：本項涉及其他總額部門一致性的問題)
- (七)A7「提升外傷換藥照護品質」、A8「提升西醫基層外科手術照護品質」等2項：不編列預算。
- (八)A9「蒸氣或噴霧吸入治療，依年紀實施困難度列入兒童加成項目」：不編列預算，本項屬單項支付標準調整併入專款項目B17「促進醫療服務診療項目支付衡平」考量，請你們再研議、評估如何分配使用。
- (九)A10「婦產科護理人員跟診費」、A11「婦產科夜間及假日自然產手術費加成」等2項：不編列預算。
- (十)A12「代謝症候群計畫衍生費用」：不編列預算。(螢幕呈現：本項113~114年於一般服務已編列相關費用並滾入基期)
- (十一)A13「成人預防保健第二階段併同因病就醫之診察費」：比照醫院，不編列預算。(螢幕呈現：請監測密集度改變情形，以利評估預算需求)
- (十二)A14「配合根除胃癌政策之衍生醫療費用」：不編列預算。
- (十三)A15「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物Statin標準(門檻)」：依健保署建議，已於115年A2編列相關預算，因為已經有預算，所以本項不編列預算。
- (十四)A16「提升照護『成人預防保健服務之排除對象』之健康」：不編列預算。
- (十五)A17「0~6歲兒童醫療量能保障」：依健保署建議，編列6.9億元。(螢幕呈現協定事項：1.本項預算與一般服務預算保留之0~6歲兒童醫療費用117.6億元合併運用(計124.5億元)，保留額度將與醫院總額額度合併，用於支應0~6歲兒童醫療費用。2.訂定具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能

之監測指標)，並提出專案報告)

(十六)A18「違反特約及管理辦法扣款」：減列 0.118 億元。

二、在專款項目部分：

(一)B1「暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)」：編列 1 億元，增編 0.42 億元。

(二)B2「提升國人視力照護品質」：編列 37.714 億元，增編 1.966 億元。

(三)B3「西醫醫療資源不足地區改善方案」：編列 4.667 億元，增編 0.428 億元。

(四)B4「家庭醫師整合性照護計畫」：編列 58.665 億元，增編 12.185 億元。協定事項：朝慢性病整合及全人照護方向推動計畫於 115 年 5 月前提出專案報告。

(五)B5「C 型肝炎藥費」：維持 114 年預算 4.62 億元，沒有增編預算。

(六)B6「醫療給付改善方案」：編列 4.221 億元，較 114 年減少 4.84 億元。

(七)B7「強化基層照護能力及「開放表別」項目」：維持 114 年預算 17.2 億元，沒有增編預算。

(八)B8「鼓勵院所建立轉診合作機制」：維持 114 年預算 2.58 億元，沒有增編預算。

(九)B9「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」：維持 114 年預算 0.5 億元，沒有增編預算，依健保署建議名稱修改為「基層診所產婦生產的補助試辦計畫」。

(十)B10「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」：維持 114 年預算 0.3 億元，沒有增編預算。

(十一)B11「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」：維持 114 年預算 0.3 億元，沒有增編預算。

(十二)B12「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍

生費用」：維持 114 年預算 0.11 億元，沒有增編預算。

(十三)B13「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」：維持 114 年預算 1.78 億元，沒有增編預算。

(十四)B14「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫」：維持 114 年預算 0.1 億元，沒有增編預算。

(十五)B15「精神科長效針劑藥費」：編列 0.5 億元，較 114 年減少 0.5 億元。

(十六)B16「西醫基層品質保障基金」：不編列預算。

(十七)B17「促進醫療服務診療項目支付衡平」：16.316 億元，協定事項：1. 本項併 A5 通盤研議、修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。2. 與 A5 的 114 年剩餘預算統籌運用。

(十八)B18「0-6 歲兒童醫療量能保障」：不編列預算。(於 A17 編列 6.9 億元)

(十九)B19「品質保證保留款」：編列 2.663 億元，增編 1.379 億元三、以上西醫基層總成長率 5.5%，是付費者討論後提出的最新方案。

周主任委員麗芳

謝謝主談人楊芸蘋委員，接下來請西醫基層部門就付費者提出版本表示意見，項目上還是有些落差，你們要進去內部會議討論嗎？(西醫基層部門：對)好，謝謝。

(西醫基層部門代表進行內部會議討論約34分鐘)

周主任委員麗芳

我們非常的期待，請西醫基層部門陳相國理事長向大家說明最新版本，謝謝。

陳委員相國

一、感謝各位付費者的指教，我們修正蠻多項目，就修正項目(第 2 版)說明如下：

(一)A4「擴大糖尿病用藥(如：SGLT2)適應症產生費用」：原編列

3.567 億元，調降為 3.53 億元。

(二)A13「成人預防保健第二階段併同因病就醫之診察費」、A14「配合根除胃癌政策之衍生醫療費用」、A15「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物 Statin 標準(門檻)」，考量項目數多，讓付費者感覺困擾，所以 3 項統編成 A19「配合健康台灣 888，增進醫療品質，提升全民健康」，統編 12 億元。

(三)為回應部的要求，專款 B18「0~6 歲兒童醫療量能保障」原建議編列 0.9 億元，修改為 3.9 億元。

二、接續請黃振國醫師說明。

黃協商代表振國

向各位付費者代表說明如下：

一、A4「擴大糖尿病用藥(如：SGLT2)適應症產生費用」：

(一)我們是依據上年度使用情況統計所需費用，健保署提供資料是 113 年耗用情形，今天協商是編列 115 年度所需的費用。我介紹 SGLT2i 藥品，在 105 年納入健保給付，這藥品經過三度回春，從原來單純的降糖藥，之後發現具有治療心血管疾病、心衰竭等效果，最近又通過使用於慢性腎臟病的適應症。健保署及大家都知道，我國被稱洗腎王國，當 SGLT2i(糖尿病治療新藥)擴大使用後，不只是我剛剛講的胰、心、腎三個的保護效果，剛剛我們代表也說明這個藥品的效益，近年洗腎人口減少，這個藥功不可沒。

(二)這個藥品擴增適應症包含心臟病、腎臟病，的確有增加預算，但我要強調一點，也可以請健保署提供這個藥品使用情形，近年這藥品使用量呈現直線上升。還有別忘了，新藥預算編列是用 5 年來估算，105 年編列預算的時候，沒有納入 109 年擴大適應症部分，近年西醫基層使用該藥品後也發現，尤其是初期腎臟病 3a 的病人(中度慢性腎衰竭病人)，的確很多病患使用後腎功能有所改善，蛋白尿改善得非常多。基於民眾的健康，我們希望不要減少這項預算，我剛剛也強調我們和健保署經費

估算的差異，因為有 2 年的落差，以上報告。

二、有關 A13、A14、A15，或合併成 A19 部分：

(一) 謝謝各位委員的支持，大家都知道成人健檢很重要，以今年成人健檢為例，原來成人健檢是從 40 歲開始提供服務，但自今年起，政府為了延長國民的健康餘命，年齡下修至 30 歲，還有包括剛剛講的胃癌 HP(幽門螺旋桿菌, *Helicobacter pylori*)的治療及 Statins(降血脂藥品)藥品的使用。

(二) Statins 藥品過去曾經調整適應症，由 LDL(低密度脂蛋白膽固醇)160 mg/dL 降到 130 mg/dL，事後回想那年編列的預算可能相差 4~5 倍之多。因應人口老化及醫療普及性，我們對國人心血管疾病相當重視，目前健保規範受限於預算的不足，與國際的治療指引有明顯的落差，西醫基層願意擔負國人健康，為了提升民眾健康及品質，期待 Statins 能擴大使用。

(三) 現在健保署正規劃推動高血脂醫療給付改善方案，期待醫院在急性心臟病病患治療後，能夠降載將穩定的慢性病患適度的轉介到西醫基層，所以費用包括我們所講的穩定的心血管疾病個案照護，大家都知道現在醫院實施個別醫院總額，所以這個耗用一定會增加。而且現在面臨人口老化，很多病人告訴我說：「黃醫師我現在 50~60 歲可以到醫院看病，可是當我 70~80 歲的時候，出門就醫可能都相當困難」。如果他們可以到鄰近家醫、內科或其他科醫師治療就會覺得很方便，方便性高一定會提升治癒率及普及率，所以剛剛我們代表才會特別講到 Statins 的預算是由 3 年縮成 2 年，2 年縮成 1 年編列。

三、有關 B18「0~6 歲兒童醫療量能保障」部分：

我們願意提升啦！但說實在這等於是拿西醫基層的錢來獎勵兒科照護品質，大家知道這兩年的背景，西醫基層點值已經低於醫院點值，但別忘了，醫院和西醫基層不一樣在哪裡？醫院兒科費用大多是住院費用，約 9 成是住院費用，門診只占 10%，但在西醫基層 100% 是門診費用，如果你問我為什麼醫院不太

care，我很 care 呢？不好意思！對西醫基層的影響是醫院的 10 倍之多，所以我們做了以上的調整，也期待各位委員的指導，謝謝。

周主任委員麗芳

請陳相國理事長。

陳委員相國

- 一、向各位委員報告，我們很有誠意，也很想談成，感謝付費者提出西醫基層總成長率 5.5%，現在雙方只有部分項目編列不一樣而已，而且我感覺雙方歧見不多，金額大概相差 10~12 億元，懇請付費者慎重考量。另外第 A13、A14、A15 項或合併成 A19 「配合健康台灣 888，增進醫療品質，提升全民健康」，都是用來提升醫療服務品質、提升服務密集度，也是配合政策，這是部長和署長樂於見到的。
- 二、「0~6 歲兒童醫療量能保障」項目，我們也釋出很大的善意，兒科所需費用也再增加 3 億元，編列經費 3.9 億元，希望付費者能夠再考量，因為總成長率沒有改變，總額也沒增加，只是分配的項目不同而已，以上。

周主任委員麗芳

- 一、非常感謝西醫基層部門，也釋出很大的善意，為了讓委員理解，第 A13、A14、A15 項整併成 A19，重點是落實推動健康台灣 888，增進醫療品質，提升全民健康，剛剛也主動提到「0~6 歲兒童量能保障」增編至 3.9 億元。
- 二、提醒大家，西醫基層總額協商場次表定的時間，預計 3 點 25 分前必須完成協議，所以協商時間真的很有限，可是還是要讓付費者有足夠的時間討論，看看能不能在時限內達成共識，請問付費者代表要不要再進去內部會議討論，還是在會上提出詢問？請蔡順雄委員。

蔡委員順雄

請教一個問題，有關 A4 「擴大糖尿病用藥(如：SGLT2)適應症產生

費用」，老實講我們內部會議討論蠻多的，雖然總成長率不變，但是本項健保署一開始是沒有編列預算，後來於補充資料建議修正為編列 1.8 億元，現在西醫基層部門稍微退讓，編列 3.53 億元(原編列 3.567 億元)，減少 0.037 億元，看起來蠻堅持這項，我想了解健保署對這項的認知及預算編列合理性，為什麼這項之前建議不編列預算？請健保署補充說明或者有什麼想法？

周主任委員麗芳

請健保署署長補充說明。

陳署長亮好

這項我們有精算，請劉林義組長補充說明。

劉組長林義

西醫基層提出很多項目是密集度增加部分，健保署推估 SGLT2 需編列 1.8 億元，誠如剛剛黃振國協商代表提到，健保署的資料只到 113 年，的確無法預估成長率，醫全會所提預算是包含成長率，不過因為健保署資料只到 113 年，目前只知道它呈現成長，以上說明。

周主任委員麗芳

委員還有沒有提出討論？請黃振國協商代表。

黃協商代表振國

向委員報告，現在擴增 CKD 適應症，就是腎臟病的防治，因為很怕預算會失控，所以健保署專家會議提供相對比較嚴謹的標準，但是我們期待增加預算，能適度、漸進的放寬適應症，讓更多的民眾提早治療，這也是擴大適應症的好處，謝謝。

周主任委員麗芳

現在兩造雙方差異的項目很少。主談人楊芸蘋委員，請問付費者想法如何？

楊委員芸蘋

我們多少有不同想法，但還是尊重每個委員，所以我們付費者代表需要進行內部會議討論。

周主任委員麗芳

好，但是需要留意時間，付費者內部會議 10 分鐘，謝謝。

(付費者代表進行內部會議討論約19分鐘)

周主任委員麗芳

各位委員，大家請入座！非常感謝付費者代表趕在西醫基層表定結束的時間回來現場，本場次主談人楊芸蘋委員、協談人董正宗委員，付費者經過第 2 次內部會議討論後，現在方案為何，請楊芸蘋委員說明最新版本。

楊委員芸蘋

一、大家好，經過付費者充分討論，過程中有很多糾結、考量，不過最終取得共識，就調整預算的項目(第 2 版)說明如下：

(一)A4「擴大糖尿病用藥(如：SGLT2)適應症產生費用」：編列 3.53 億元(原編列 1.8 億元)。

(二)B17「促進醫療服務診療項目支付衡平」：編列 14.569 億元(原編列 16.316 億元)。最後西醫基層總額總成長率仍為 5.5% 不變。

二、我向各位西醫基層協商代表說明，當天協商才提出新的項目，有點太突然，我們在討論過程中，實在有難度。我們的調整考量部門的需要和需求，也配合健保署政策推動，希望你們能夠接受付費者方案，以上，謝謝。

周主任委員麗芳

剛剛西醫基層部門提出新的項目「配合健康台灣 888，增進醫療品質，提升全民健康」，付費者代表方案為不編列預算，現在時間又回到西醫基層部門，請提出你們的想法，請陳相國理事長。

陳委員相國

我們可不可進行內部會議討論，時間 10 分鐘？

周主任委員麗芳

可以的。

(西醫基層部門代表進行內部會議討論約14分鐘)

周主任委員麗芳

非常感謝西醫基層部門再次回到現場，因為這個場次協商時間已經嚴重延遲，我們希望在短時間內凝聚彼此的共識，接下來請陳相國理事長說明討論的結果。

陳委員相國

感謝各位委員的指教，我們真的很有誠意想要談成，同時也做很多修正，就修正項目(第3版)逐一向各位報告：

一、A6「修訂西醫基層合理門診天數」併入B17「促進醫療服務診療項目支付衡平」。

二、A9「蒸氣或噴霧吸入治療，依年紀實施困難度列入兒童加成項目」也併入B17。

三、A12「代謝症候群計畫衍生費用」也併入B17。

四、B17「促進醫療服務診療項目支付衡平」編列6.46億元。

五、為了展現我們最大的善意，「0~6歲兒童醫療量能保障」項目原建議編列在專款項目B18，移到一般服務項目A17編列3.9億元，因為移到A17所以刪除B18。現在請黃振國協商代表補充說明。

黃協商代表振國

一、謝謝各位委員耐心地聆聽我們的說明，其實和健保署溝通過程中，包括A6「修訂西醫基層合理門診天數」，因應勞基法的變動，看診天數減少，相對的因應措施就很重要。現在西醫基層聘用專業人員，包括護理師、藥師甚至營養師，非常的不容易，為了維持高醫療品質，尤其推動健康促進，包括健康888、預防保健及健保多項試辦計畫如糖尿病、心血管、慢性肝炎、代謝症候群等，近年西醫基層的執行成效非常顯著，我們也希望有足夠的量能、能夠擴大和普及。

二、剛才講到A12「代謝症候群計畫衍生費用」，很可惜沒有得到你們的支持。大家都知道西醫基層執行代謝症候群防治計畫，

自 111 年實施到現在已經第 4 年，收案人數逐年成長。另外，剛剛提到成人健檢由 40 歲下降到 30 歲，我們發掘很多代謝症候群的新個案，但是大家知道嗎，如果一位 30 多歲年輕人是亞健康，醫師貿然給出疾病診斷，大家知道發生什麼事嗎？大家都有商業保險的經驗，這位病人以後在保險給付上會面臨困難。我們都是用西醫基層原有的量能，不敢貿然就給他一個診斷碼，在這裡呼籲這項經費是醫療服務密集度增加，是需要的。最後，因應健康台灣「三高防治 888 計畫」，8 成收案人數，8 成病情獲得控制，我們也希望能夠達到目標。

三、我們很希望能達到共識，所以方案修正再修正，不瞞各位，我昨天接到任務西醫基層總成長率 6.11%，為了展現我們的誠意，我用一天的時間把總成長率下修到 5.5%。跟楊委員報告，不是只有妳覺得倉促，我們內部要取得共識更難，這也是我們在座代表必須承受的，我們內部已經開過 3~4 次會議，西醫基層總成長率從 6.11% 下修 5.5% 的過程中，在座所有幹部承受很大的壓力。

四、我們對少子化、兒科病人照顧不遺餘力，我們 focus 的不是編列在專款或一般服務，大家都知道只有這 2 年西醫基層總成長率皆為 5.5%，如果未來經濟成長率不高的時候，大家回想一下，以前西醫基層總成長率都只有 3% 多。如果今天沒有其他的預算支應，我們真的很為難，可能要用老人的錢去補兒童，但是面臨老年化社會，我們不樂意見到的。我們今天已經做出最大的妥協、讓步，就是把各位 care 的項目已經把它濃縮、整併，雙方歧見很少，希望各位委員能支持，謝謝。

周主任委員麗芳

請陳相國理事長。

陳委員相國

一、向各位委員報告，我們真的很有誠意，醫療是一種投資，如果沒有投資的話，國家醫療不會進步。A19「配合健康台灣 888，

增進醫療品質，提升全民健康」只有編列 12 億元，但是可以做很多事情，譬如：

- (一)A14「配合根除胃癌政策之衍生醫療費用」項目，如果發現病人有幽門桿菌感染的話，一次根除藥費是 1,500 元。
- (二)A15「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物 Statin 標準(門檻)」：the lower the better，膽固醇數值越低越好，心血管能夠更強壯，減少中風、心臟病的機會。
- (三)A13「成人預防保健第二階段併同因病就醫之診察費」項目，這些個案本來不知道他有疾病，因為接受成人預防保健後，發現有高血脂等狀況，提早就醫也能減少後續併發症。

二、我們真的很希望能夠談成，也做了很大的讓步，特地把「0~6 歲兒童醫療量能保障」移到一般服務項目，編列 3.9 億元，希望各位委員能夠考慮，謝謝大家。

周主任委員麗芳

在付費者代表表示意見之前，請健保署針對西醫基層最新版本來表示專業意見。

陳署長亮好

一、首先，謝謝付費者代表及西醫基層部門，看起來大家對於總額的健康投資是有共識，在政府推動的健康臺灣中，特別在西醫基層推動重點之一是三高慢性病防治，近年癌症年輕化趨勢，癌症治療的確也是防治的重點。

二、對於健保署來講，所有業務的推動都有非常多的行政手段可以讓它往前走，總額額度有共識是最重要的。就目前差異性比較大或不一致部分，請劉林義組長補充說明，謝謝。

劉組長林義

一、各位委員，我們也知道醫界和付費者兩邊的辛苦，背後都有所屬的相關團體在監督，這一次已經非常接近共識版本，主要差距在於 A17「0~6 歲兒童醫療量能保障」及 A19「配合健康台灣 888，增進醫療品質，提升全民健康」，因為西醫基層總成長

率雙方是一樣的，主要差距是在這裡。

二、我剛剛也試圖想拉近雙方差距，關於「0~6 歲兒童醫療量能保障」項目，醫院已經通過編列在一般服務，既然西醫基層有它的困難，建議 A17 和 A19 合併起來，可以再縮小雙方的差距，不過當然還是得看雙方的意見，健保署提供建議供大家參考，以上。

周主任委員麗芳

一、接下來請付費者表示意見，但是提醒大家，因為我們不可能讓西醫基層協商一直來回協商到晚上，可能是最後一個回合，我們非常的珍惜有這樣的對話，也很珍惜台灣健保，在現在的狀況下能走到這一步實在是很不容易。

二、對於西醫基層總成長率 5.5%，大家是有共識的，現在只是部分項目仍有些微量的差距，雙方能不能再討論，因為真的沒有時間，所以不要再進內部會議討論，雙方是不是能在會場上直接對話、再協商，如果再不行的話，就兩案併陳，只不過真的非常可惜，請付費者代表主談人是楊芸蘋委員，請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋

一、大家好，聽到你們的說明後，我們聽到也收到了，也真的很有誠意，可是大家還是有所考量，比方剛剛提出新的項目 A19，本來沒有這個項目，怎麼突然新增，而且金額增加這麼多。

二、我們也很想達成共識，憑良心講付費者代表委員很願意協商、也有達成共識的誠意，付費者代表提出方案採共識決，現場有 20~30 位委員在這裡，因為不是我一個人可以做決定的，所以建議稍微晚點結束，還是要內部會議討論，10 分鐘，可以嗎？

周主任委員麗芳

好，我們再等 10 分鐘，為了這 10 分鐘，我們覺得是值得的，希望能夠突破，謝謝。

黃協商代表振國

補充說明，第 A13、A14、A15 項加起來的金額，也包括付費者代表

之前要我們納入的金額，事實上沒有增加的，委員可以再看看，謝謝。

周主任委員麗芳

我們就拜託付費者了，委員有沒有其他意見請再提出來，就一併問清楚(付費者代表委員們：沒有)拜託了，付費者代表內部會議出來的結論，就決定是不是要兩案併陳。

(付費者代表進行內部會議討論約11分鐘)

周主任委員麗芳

各位委員及西醫基層代表們，請大家入座！謝謝付費者代表們，大家辛苦了，幾進幾出，心裡也很掙扎。請大家入座，再請主談人楊芸蘋委員說明付費者最新的版本，謝謝。

楊委員芸蘋

大家好，現在已經下午4點多了，大家也都累、心累了！向大家報告，我們在內部會議充分討論，確實每個委員都有自己的想法、建議及思考的方向，但是大家目標一致都希望把這件事做好，也希望配合健保署推動的政策。但是仍建議不應該臨時提出新的項目來協商，剛剛我們內部討論大家也爭執蠻久的，還是照付費者版本，照舊，就是付費者第2版，不更改、照舊，所以在這邊跟你們說聲抱歉，因為這是我們付費者的共識版本，所以剛剛付費者提的建議方案及事項，沒有更改了，照剛剛的版本。

周主任委員麗芳

請黃振國協商代表。

黃協商代表振國

請問一下，A19是合併第A13、A14、A15項，你們希望回到原來的A13、A14、A15單項再來談嗎？如果這樣的話，我們願意更改，回到各自的單項，我們沒有新增項目，只是金額和內容的問題，是這樣嗎？如果這樣的話，我們可以把它改回單項A13、A14、A15，因為金額是一樣的，如果是金額的問題我們可以談，好不好？如果是這樣我們也願意調整，因為今天提出的A19不是新增的，就是原來

A13、A14、A15 合併、加起來的金額，如果你們期待回到原來單項 A13、A14、A15，我們願意回去改，內容、金額可以談，好不好？這個不是新增項目，我先講不是新增項目，如果我們付費者代表能同意，我們把 A19 改掉，改回單項 A13、A14、A15，我們願意改，可以嗎？

周主任委員麗芳

請署長補充說明。

陳署長亮好

不管是付費者代表，還是西醫基層，我先表達感謝，雙方都表達非常大的誠意，健保署是促成大家的共識，也表達署方的立場：

一、第 1 個，西醫基層總成長率是一樣的。第 2 個，的確是配合政策不管是慢性病、癌症、兒童優先、弱勢優先等原則，所以在這麼多項目裡面，不管是 A 還是 B 都是有共識的，目前主要是 2 項額度大的項目沒有共識，懇請各位付費者代表委員及西醫基層代表再評估是不是有調整的空間。因為已經談到這裡了，如果還要再協商，我想也是同樣的歷程，我們署方覺得惋惜，但還是全力支持也尊重。

二、至於 A19 項目，的確是沒有新增，只是把原有 3 個項目包裹在一起，這一點再提出說明。

三、最後，A17「0~6 歲兒童醫療量能保障」項目會有一般服務支應可以做增減啦，這項署方可以再挹注，以上，謝謝。

周主任委員麗芳

再請教署長，您剛剛提到署方再挹注的意思為何？因為現在最主要差異之一是西醫基層和付費者代表之間有所落差，健保署怎麼看待這 2 個版本的落差(註)？

(註：依螢幕顯示，一般服務 A17「0~6 歲兒童醫療量能保障」項目：付費者建議編列 6.9 億元，西醫基層部門建議編列 3.9 億元。)

陳署長亮好

A17「0~6 歲兒童醫療量能保障」項目，0~6 歲孩童到基層就醫會給

予保障，嚴格說起來，雙方最大的歧異並不是這項，雙方都有照顧兒童的意願和共識。目前最大的歧異在於 A19 究竟是不是新增項目及費用，我想是不是請雙方就這部分做討論，以上。

周主任委員麗芳

剛剛黃振國協商代表，西醫基層總額新任的總額主委提到這項不是新增項目，是將 A13~A15 項目整併起來，另取名稱將之含括在一起，但是剛才他們也提到願意回到之前單獨列項，或者改名稱。就這部分先聽聽付費者代表的意見，西醫基層部門願意配合付費者代表的意見做調整，是要調整名稱還是要做什麼調整，他們願意配合，請林敏華委員。

林委員敏華

我想向署長確認一件事情，原本健保署估算「0~6 歲兒童醫療量能保障」項目需 6.9 億元，但是剛剛署長提供的訊息，因為我怕我誤解署長意思，剛才署長意思好像是可以接受西醫基層部門提出的金額(3.9 億元)，是不是？

陳署長亮好

請劉林義組長對這項的計算方式進行補充說明。

周主任委員麗芳

請劉林義組長補充說明，針對剛剛林敏華委員提問有關「0~6 歲兒童醫療量能保障」部分，請健保署補充說明。

陳署長亮好

我釐清一下，剛剛付費者代表提到 A19 將 12 億元包裹在一起認為是新增項目，西醫基層代表表示願意配合再調整，是不是先針對 A19 「配合健康台灣 888，增進醫療品質，提升全民健康」項目再往下釐清，接著再請劉林義組長就 A17 「0~6 歲兒童醫療量能保障」項目進行補充說明，謝謝。

周主任委員麗芳

付費者代表也聽聽大家的意見，因為西醫基層部門表示願意配合大家調整，其實他們就是把第 A13、14、15 項整併起來，所以現在是

要還原單獨列項，還是整併並改名稱，西醫基層部門表示都可以配合。因為時間真的很有限，先徵求付費者代表表示意見，還是付費者代表覺得可能無法再談了，請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋

你們整併後的 A19 編列 12 億元，但是付費者代表提出各版本中，A13、A14、A15 都沒有編列預算，剛才醫院總額協商(註 1)及健保署原先草案的建議(註 2)，也沒有編列預算，也沒有增加預算。

(註：1.115年醫院總額協商結果，「精進成人預防保健並行診療服務之照護品質」不編列預算，該項目內涵同西醫基層A13「成人預防保健第二階段併同因病就醫之診察費」，僅名稱不同。

2.查健保署提報115年西醫基層總額草案，A14「配合根除胃癌政策之衍生醫療費用」、A15「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物Statin 標準(門檻)」，該署均建議不編列預算。)

周主任委員麗芳

請健保署說明，健保會委員和健保署是很好的合作夥伴，這部分請健保署解釋，因為剛剛提到健保署提出之方案，建議不編列預算，但是西醫基層一開始講得很清楚為什麼需要這筆預算，這也是造成兩造雙方很大的隔閡，請健保署就這部分一併解釋，謝謝。

劉組長林義

跟各位委員報告，目前癥結是 A13、A14 及 A15，說明如下：

一、A13「成人預防保健第二階段併同因病就醫之診察費」：如我剛剛在醫院協商場次跟大家報告，因為預防保健年齡下修，再來是第二階段併同診察費，因為國健署沒有給付，所以才會到健保爭取費用。健保署考量西醫基層提供大部分的成人健檢服務，對西醫基層影響較大，所以健保署在西醫基層編列預算。

二、至於 A14 和 A15 屬藥品給付規定改變，就像剛剛 SGLT2 一樣，因為健保署目前統計到 113 年資料，所以是用 113 年估算，但是醫全會認為 114、115 年大幅成長，為了不影響點值，應該編列預算，這部分我們沒有意見，當初考量是推估預算還足夠。

周主任委員麗芳

關於西醫基層提出 A13、A14、A15 編列預算部分，健保署回應沒有意見，也是可以接受的。接下來請付費者代表表示意見，希望西醫基層把 A19 拆回 A13、A14、A15 單獨列項，還是 A19 改名稱等，看要怎麼調整，現在需要做出決定。請林敏華委員。

林委員敏華

剛剛署長沒有回應我的問題，我怕我誤會，你剛剛的意思是「0~6 歲兒童醫療量能保障」有公務預算可以支應？所以才請您確認，付費者代表方案建議編列 6.9 億元主要是參採健保署意見，付費者很支持健保署編列額度 6.9 億元，我們都支持。可是剛剛回應說明好像不一樣，西醫基層部門建議只要編列 3.9 億元，署長剛才回應的意思好像是編列 3.9 億元就可以了，能不能請健保署再確認預算額度，署精算後需要 6.9 億元？還是西醫基層所提 3.9 億元就可以了？因為剛剛有提到公務預算的部分，有點搞混淆了，這部分請署長再清楚說明。

周主任委員麗芳

請蔡順雄委員。

蔡委員順雄

一、簡要說明，現在主要的 2 個爭點：

(一)第 1 個，A13、A14、A15 這個不是包裹增加成 A19 的問題，因為剛剛內部激烈討論，基本上在協商的時候，我們不希望協商當天新增一個項目，這個項目(A19)是換一頂帽子，但內容是其他三個項目整併，我們認為此例一開不好，我們認為此例不能開，以後新增項目再從別的項目挪來挪去，改來改去，變成變形蟲，這樣的話我們整本協商資資料都不用看了，等於被突襲性裁判，所以對於程序上，我們委員都蠻堅持。

(二)第 2 個，A13「成人預防保健第二階段併同因病就醫之診察費」項目，因為早上在醫院部門已經做成決定，基於邏輯及立場一致性，大家認為沒有辦法編列，縱使健保署同意，但我們仍建議不編列。

二、最後，我和林敏華委員的困惑一樣，我們付費者堅持「0~6 歲兒童醫療量能保障」編列 6.9 億元，西醫基層建議 3.9 億元，相差 3 億元，我們一直挺健保署，認為應該把對的事情做好。但是剛剛聽署長的意思，這部分好像有別的預算可以挪進來，我們付費者代表也在想這部分的堅持理由還存不存在，以上也是請教署長。

周主任委員麗芳

請署長回答。

陳署長亮好

謝謝付費者代表非常支持署方一開始的版本，署方版本因為有新的資訊，所以有些調整，待會請劉林義組長跟大家報告我們新估算的方式，還有這幾天新的資訊所做的調整。

劉組長林義

有關「0~6 歲兒童醫療量能保障」部分，就像我剛剛講的以 113 年數據做為估算的基礎，估算所需經費約 6.9 億元，大家也知道生產數下降，這項編列在一般服務就是用多少就從這邊支用多少，可能有寬估的情形，以上。

周主任委員麗芳

付費者代表希望有一個確切答案，剛剛提到寬估預算的情形，也就是剛剛署長的意思看起來經費也都還可以，所以編列 3.9 億元的話，健保署也沒有太大意見是這樣嗎？我們付費者等的就是一個明確的答案。

陳署長亮好

我想大家都希望照顧兒童，「0~6 歲兒童醫療量能保障」是支持兒童治療，署方是負責任的把數據、政策跟大家說明，最後雙方談判的過程所提出的方案，健保署完全尊重。

周主任委員麗芳

署長說可以完全尊重，請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋

西醫基層部門是不是可以把 A19「配合健康台灣 888，增進醫療品質，提升全民健康」併入 B17「促進醫療服務診療項目支付衡平」考量，這樣會比較好討論？

周主任委員麗芳

非常感謝，出現一線曙光，付費者建議西醫基層把 A19 併入 B17，金額也併入。另外大家關心「0~6 歲兒童醫療量能保障」編列 3.9 億元還是 6.9 億元，署長回應完全尊重，聽起來我們已經到最後一哩路，快要達成了，接下來請問西醫基層是否同意將 A19 併入 B17？

陳委員相國

主席，不好意思，可以再讓我們討論 10 分鐘嗎？

周主任委員麗芳

好。請問付費者代表，關於 A17「0~6 歲兒童醫療量能保障」編列 3.9 億元部分，剛剛健保署已經說可以接受，請問你們 A17 項目目前是編列 6.9 億元，可以接受改為西醫基層 3.9 億元？

蔡委員順雄

我們需要進行內部會議討論。

周主任委員麗芳

你們還要再進去討論喔？好，你們雙方各自進行內部會議討論，但是 10 分鐘內一定要回到現場，因為我們已經延遲。請呂正華委員。

呂委員正華

剛剛有些項目金額不一致(註)都沒有討論，例如「0~6 歲兒童醫療量能保障」分別建議 6.9 億元和 3.9 億元，額度相差 3 億元。等一下各自進行內部會議討論時，這些都要一起處理，需要併同考量，才能維持西醫基層總額總成長率 5.5%。不然再回來又要再一輪協商。

(註：依螢幕顯示，付費者代表第 2 版 vs 西醫基層部門第 3 版，部分項目金額不一致如下：

- 1.A2「藥品及特材給付規定改變」：付費者 4.303 億元、醫界 4.86 億元。
- 2.A17「0~6 歲兒童醫療量能保障」：付費者 6.9 億元、醫界 3.9 億元。

3.A19「配合健康台灣 888，增進醫療品質，提升全民健康」：付費者 0 元、醫界 12 億元。

4.B1「暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)」：付費者 1 億元、醫界 0 元。

5.B3「西醫醫療資源不足地區改善方案」：付費者 4.667 億元、醫界 4.239 億元。

6.B17「促進醫療服務診療項目支付衡平」：付費者 14.569 億元、醫界 6.46 億元。)

周主任委員麗芳

了解，謝謝！雙方各自進行內部會議 10 分鐘，10 分鐘後回來，謝謝。

(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21分鐘)

周主任委員麗芳

後面的總額部門為了你們 delay，理論上西醫基層場次表定時間 3 點 20 分就要結束，已經 delay(延遲)1 小時 20 分鐘。歡迎付費者代表再回到現場。謝謝大家，大家真的辛苦了，先請西醫基層陳相國理事長向大家說明討論後的結果，謝謝。

陳委員相國

一、感謝各位委員，真是辛苦了，第 3 場的總額協商，各位委員對總額協商項目各方面的指導，我們都虛心接受，就最新版本的調整項目(第 4 版)說明如下：

(一)把 A19 還原成 A13、A14、A15，調整如下：

1.A13「成人預防保健第二階段併同因病就醫之診察費」：刪掉、不編列預算。

2.A14「配合根除胃癌政策之衍生醫療費用」：回復第 1 版，編列 3.66 億元。

3.A15「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物 Statin 標準(門檻)」：回復第 1 版，編列 7.67 億元。

(二)為了表示我們的善意，A17「0~6 歲兒童醫療量能保障」從原 3.9 億元增加至 4.57 億元。(螢幕呈現協定事項：不足由其他部門預算支應)

二、跟各位委員報告，A14 項目放在專款很難執行，這項是根據未來政策衍生的醫療費用，主要是幽門桿菌陽性用藥，每個藥費都很貴，如何在專款項目中申報，真的是蠻困難。

三、A15「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物 Statin 標準(門檻)」，放寬 Statins 標準後會增加很多藥費，所增加的藥費要和全年度比較，放在專款項目實在是有窒礙難行之處。

四、我記得以前協商類別之一為「醫療服務密集度改變」，A14、A15 屬醫療服務密集度改變的一種，以往有共識的話都是放在一般服務，我們很期望 A14、A15 兩項屬醫療服務密集度改變項目，希望健保會委員能有另類思維，這個並不會增加西醫基層總額總成長率，在現有的框架下說明相關計畫，而且我們在一開始就很有誠意，馬上把西醫基層總額總成長率下修至 5.5%，我們真的很有誠意，很想完成這次的協商，A19「配合健康台灣 888，增進醫療品質，提升全民健康」就刪除，以上報告，請黃振國醫師補充說明。

黃協商代表振國

一、我補充說明，為推動根除幽門桿菌政策，在今年開放可以直接從糞便檢查，這是新的檢驗方式，早期必須利用胃鏡做切片才能夠確診及治療，今年開放新的檢查方式，所以增加費用是因為新的檢查方式所致，而且目前除了乳癌、肺癌以外，增加最多的是胃癌，很感謝政府的德政，對於胃癌提供新的治療、檢驗方式。

二、第 2 個，放寬 Statins 用藥標準，各位身體健康，沒有用降血脂藥物，依現行規定一旦達標，使用降血脂藥物也不用減量，民眾開始使用 Statins 藥物治療，就是終身使用。如果編列在專款項目，說實在對這些民眾是不厚道的，不可能用藥 1 年之後，

向民眾說，對不起，因為健保不給付就停用，我相信這是不人道的。

三、Statins 只是一個概念，現在很多新型的降血脂藥物，大家知道用藥標準 LDL(低密度脂蛋白膽固醇) 從原來 100 mg/dL 降到 70 mg/dL，甚至心血管疾病需降到 50 mg/dL，現在很多新興藥物包括 PCSK9 血脂調節劑是每個月打 1 針，甚至有些降血藥每 3 個月打 1 針，我剛剛講得很清楚了，為了因應高血脂方案，讓穩定的慢性患者能夠從醫院下轉至基層，這是為什麼不宜、不編列在專款的原因，因為病人用藥之後是終身使用，以上報告，謝謝。

周主任委員麗芳

請健保署署長。

陳署長亮好

一、我向在座付費者代表、西醫基層補充說明，今年衛福部及健保署對於 A14、A15 預算編列說明，我們一開始在 A14、A15 項目沒有編列預算，但是後來和國健署確認，國健署會將胃癌 screening(篩檢)列入明年的重點項目，後來和醫界協商過程中，我們有再去確認，才確定這項費用是否編列，這也是為什麼署方後來會從編列 0 元，到後來接受這個版本，這是一個核心的原因。

二、我想大家也會問，國健署編列 screening 費用，篩檢的費用，篩檢後會有相對應的診察費和藥費，這是第一個部分，因為癌症已連續 43 年國人 10 大死因的第 1 名，國內胃癌病人也在增加，特別是年輕化的胃癌，所以今年健保署會放寬用藥的適應症，的確會增加費用。

三、健保署今年在三高防治部分，除了熟知的糖尿病之外，剛剛發布 ASCVD(動脈粥狀硬化心血管疾病)指引，就是針對心血管治療指引，三高不管是高血壓、血糖及膽固醇，最近健康數據來看，國內高膽固醇有年輕化的趨勢，特別是年輕男性，我想在

座陳秀熙教授、黃心苑教授等都是公衛的前輩，也都知道國人健康趨勢。

四、最後，關於編列在一般服務還是專款，我們尊重大家協商的結果，以上就預算編列部分，署方補充說明。

周主任委員麗芳

就西醫基層部分項目的預算編列，健保署從專業的角度，提出他們的看法，接下來請付費者代表說明現在最新的版本，我們這一次就不再回去內部會議討論了，這次我們就要做出決定了，謝謝。

楊委員芸蘋

大家好，我們沒有新的版本，就照第 2 版版本，付費者第 2 個版本就照這樣決定，經過我們充分討論後還是這麼決定了，我也很遺憾，抱歉。

周主任委員麗芳

沒關係，西醫基層總額協商顯然是兩案併陳，我想詢問兩案併陳的版本，西醫基層部門用哪一個版，因為現在版本一堆，眼花撩亂，請問要以哪一個版本送衛福部決定？付費者代表是哪一個版本，因為現在是兩案併陳，我們尊重兩方提出的版本，請西醫基層部門說明。

陳委員相國

報告主席，我們回到第 1 個版本，原始版本。

周主任委員麗芳

西醫基層部門回到第 1 個版本，原始版本，請問付費者代表用哪一個版本？

楊委員芸蘋

付費者第 2 個版本。

周主任委員麗芳

你們用第 2 個版本，確定雙方兩案併陳的版本，也請幕僚同仁記得，西醫基層總額兩案併陳，西醫基層是用第 1 版本，付費者方案是第

2 版本。

陳組長燕鈴

請問西醫基層部門第 1 個版本是哪一個版本？

周主任委員麗芳

等一下，請問西醫基層部門第 1 個版本是哪一個版本？一開始協商總成長率 5.5% 的版本，還是超過 6% 的那個版本？

黃協商代表振國

西醫基層總成長率 5.5% 的第 1 個版本。

陳委員相國

對，西醫基層總成長率 5.5% 的第 1 個版本

周主任委員麗芳

一、西醫基層部門今天在會上提出總成長率 5.5% 的第 1 個版本。

二、對於本案西醫基層總額協商結論，我做以下決議：

(一)第 1 點，115 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，在雙方代表同意後，請於今天晚上 8 點以前通知本會同仁，安排在 9 月 25 號上午 9 點 30 分繼續處理，若無意願繼續協商，則請將各自之建議方案於 9 月 25 日上午 9 點前送本會彙整。

(二)第 2 點，依 115 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，調整新增或延續新項目之執行目標及預期效益之評估指標。

2. 其次，新增專款項目請確認提出預估試辦檢討期限，未提出者，請增補以幾年為檢討期限。

3. 最後，須修正項目名稱者，請提出修正後之項目名稱。

三、我們再次感謝西醫基層部門這麼努力，付費者代表非常的努力，雖然今天吃了巧克力，感覺魔法沒有發揮效力，沒有關係，至少我們對西醫基層總額成長率為 5.5% 是有共識。再次感謝大

家，現在換場時間 10 分鐘，10 分鐘後就請中醫部門上場協商，謝謝。

(晚上8時35分西醫基層總額重啟協商)

周主任委員麗芳

一、接續回到西醫基層部門，陳相國理事長、黃啓嘉協商代表及全體的健保會委員，我要非常感謝他們兩位，大家都知道陳相國理事長住在臺南，他已經搭乘高鐵到台中，黃啓嘉協商代表住在花蓮，也已經搭車到宜蘭。但在這個過程當中，剛剛大家也看到我坐在前面接好幾通電話，雖然陳相國理事長搭乘高鐵到台中，但他的心裡非常沉痛，因為他跟我說，如果今天是他個人的事情，委員所提的方案他立刻照單全收。他心情沉重的原因是他想跟其他總額部門一樣，在我們現在正需要醫療資源的時候，能夠跟著大家把總額談成，不希望成為沒有談成的那個缺角。

二、尤其對他來講，他才剛新生訓練，剛接理事長 3 天，可是接任理事長 3 天後，馬上要上陣來承擔這麼大的責任。而且大家都知道西醫基層型態多元化，遍布台灣各地不管是偏鄉、離島或科別等，差異性很大，可是理事長不知道他的眼淚掉了多少，如果今天他沒有談成的話，他怎麼回家、回到臺南、怎麼入睡？真的是輾轉難眠！所以他不斷的跟我聯絡，我可以再回來嗎？當然我不敢跟他說回來一定會有什麼效果，但是我鼓勵他追隨你的心，你的心覺得你應該回來你就回來，我們都是健保會委員，大家一起想辦法。剛剛是我側面知道的，現在就把這個時間，你到底掉了多少眼淚讓你自己講，請理事長。

陳委員相國

一、謝謝主委體諒我，講得我淚水盈眶，眼淚快要掉下來！我們真的很有誠意，西醫基層總成長率從最開始提出超過 12%，後來降到 7.4%，再降到 6.1%，在協商的時候再降至 5.5%，所以今天協商的第 1 個版本是很有誠意提出西醫基層總成長率 5.5%，

我們抱著很大的希望這次總額協商能夠談成。在下午協商那 3 個小時過程中，我們做了許多的讓步和修改，但就是沒有辦法和付費者代表達成共識。因為醫全會採共識決，也不是我一個人可以決定，我們內部最後決議是第 4 個版本。

二、全部健保總額近 1 兆元，大多已經談好，只剩西醫基層相差約 10 億元而已，在總成長率 5.5% 的情況下，我們也沒有另外多爭取經費，只是編列科目不一樣而已。我搭乘高鐵再返回、黃啓嘉前主委也搭車再返回，我們懷抱能夠讓這件事情圓滿的心意才回到這裡，也希望取得各位付費者的諒解，我們真的很有誠意想把這件事情完成，不希望其他總額部門都談完達到共識，只剩西醫基層沒有完成協商共識，尤其現在部長、陳亮好署長都做得這麼好，我們願意給予最大的支持、勇氣和關懷，我們希望這次能夠畢其功於一役，讓主委能夠開出 5 個紅盤。

三、可是我本身還是有很大的壓力，因為我剛上任，醫全會團體出來談判協商就是依照內部的共識，不能我個人和周麗芳主委談好，或者我個人和亮好署長談好了，我就私下做出協議，這樣我回去沒辦法對我的團體交代，請黃啓嘉前主委補充說明。

黃協商代表啓嘉

一、其實謝謝理事長說明，我和理事長並肩作戰第 10 年，105 年~111 年總額協商主談人都是我，後來是周慶明前理事長，現在是陳相國理事長。以我多年協商經驗，10 年多來總共談成 2 次，一次是談 104 年度總額的時候，另一次是 107 年協商 108 年度總額。今天所談的項目，就是剛剛各位有意見的項目，如：「配合健康台灣 888，增進醫療品質，提升全民健康」，就是 3 項合在一起。在協商 104 年度總額時，類似項目是「其他醫療服務利用及密集度之改變」，付費者編列 7 億元，西醫基層總額總成長率 3.191%，那次就協商成功了，在總成長率 3.191% 當中，在類似項目編列 7 億元，這些都有歷史紀錄可以查詢。

二、如果今年能夠按照比例原則，在西醫基層總成長率 5.5% 的時候，

類似項目能夠採一樣的原則編列一定比例額度的話，我們回去也可以對同儕交代。如果各位付費者沒辦法和我們有同樣的想法，也沒有關係，今天 4 個總額部門中已經有 3 個總額談成了，我們不希望西醫基層兩案併陳，希望可以達到共識，現在也算是有 3.5 個總額部門協商完成，西醫基層總額也算半個協商完成，什麼是半個協商完成？我們就有共識項目達成協商，包括部長的「0-6 歲兒童醫療量能保障」，這是他的政治理想，我們完全同意，這部分我們就協商完成。西醫基層總成長率 5.5% 部分，雖然部分項目還沒有共識，但總成長率 5.5% 部分也算完成，所以就我們有共識的部分先完成，不是 3 個總額完成，而是 3.5 個總額完成，這樣比下午快 4 點協商結束時又邁進一步，我們能有這樣的共識。

三、如果可以的話，就先以這個為起點。我剛提到 104 年度總額，協商成功的那次，總成長率 3.191% 下，我們在「其他醫療服務利用及密集度之改變」拿到 7 億元，和今天提出的 A14 「配合根除胃癌政策之衍生醫療費用」、A15 「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物 Statin 標準(門檻)」項目性質類似，那時編列 7 億元，我記得當時談判代表有謝天仁前委員、何語前委員、林錫維前委員等，到現在還是記憶深刻，在我們要進行第 2 次內部會議的時候，付費者代表委員問我們堅持的部分項目可不可以放棄。

四、但事實上，今天我們堅持部分項目都放棄，「0~6 歲兒童醫療量能保障」原本只編列 3.9 億元，現在願意編列 5.9 億元，希望達成部長的政治目標，在這種情況之下能否考慮類似項目編列相當的預算給我們，其他的可以編列在專款，照各位委員意見編列在專款，懇請各位付費者代表再考量，或許有機會可以達成全壘打。

五、我剛剛提過 104 年度、108 年度總額全壘打，之後到今年 114 年協商 115 年度總額已經 6 年沒有全壘打了，我想我們和付費者代表委員都是好朋友，懇請委員再多加考量，今天主談人楊芸

蘋委員，我們是多年好友，超過 10 年以上的交情，不是為了總額，我們也拜訪過她，是朋友關係拜訪，請大家不要誤會，懇請各位付費者代表再思考一下。

陳委員相國

- 一、我分享第 1 次參加總額協商是 105 年協商 106 年度總額，那次是邱泰源前部長領軍，一直談到半夜 12 點多還是沒有結論，雙方協商破裂兩案併陳，因為協商太晚已經無法回台南，當晚夜宿在台北東區小旅館，沒有窗戶、很小約 2 坪而已，我覺得自己好可憐，半夜都睡不著就開始亂想，如果談成了會不會變成全國的罪人，如果沒有談成就失去幫全國醫師爭取權益的機會，所以當總額協商的主談代表真的壓力很大。
- 二、原本有 8~9 個代表一起協商，現在只剩我們兩個人，背負全國約 1 萬 8 千多位基層醫師的責任，現在答應的話，隔天就被網路輿論撻伐、圍剿我，答應或沒答應都會變成兩難的局面，懇請各位付費者體諒。像我上任理事長 3 天以來，已經連續 3 天住在台北，為了總額協商籌備許久，現在只是差最後約 10 億元編列在哪些項目而已，懇請各位付費者給我們醫界代表空間，我們協商代表們在回去之前做出最後決議，請問主委我可不可以說明我們最新的訴求？

周主任委員麗芳

當然可以啊！

陳委員相國

- 一、我們願意再退一步，就最新調整的項目(第 5 版)說明如下：

(一)A14 「配合根除胃癌政策之衍生醫療費用」、A15 「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物 Statin 標準(門檻)」原分別編列 3.66 億元、7.67 億元，合計 11.33 億元。又再退到 10 億元，即 A14、A15 分別編列 3 億元、7 億元，合計編列 10 億元。

(二)A17 「0~6 歲兒童醫療量能保障」編列 5.9 億元。

(三)B17「促進醫療服務診療項目支付衡平」編列 7.007 億元，其中 3 億元用於修訂西醫基層合理門診天數所需費用，即門診合理量由 25 天下修至 22 天。

(四)A4「擴大糖尿病用藥(如：SGLT2)適應症產生費用」維持 3.53 億元。

二、以上是我們最後內部討論的版本，也是我們卑微的請求，以上報告。

周主任委員麗芳

一、我在此感謝西醫基層黃啓嘉總額前主委，剛剛他說參與總額協商 10 年以來，隨著這次醫全會的改選，他也隨之卸任總額主委的職務，借大家的雙手感謝黃啓嘉主委對總額的貢獻，當然不只對總額的貢獻，大家參加西醫基層訪視都知道，他真的盡心盡力，雖然住在遙遠的花蓮，尤其現在花蓮有許多災情的情況下，他仍是全心全意協助推動健保，在此給予最高的肯定。

二、今天坐在後面一排是健保會專家學者及公正人士，現在快晚上 9 點，但我覺得應該給他們發言的機會，我因為是主席的角色，所以我有發言，但是他們默默坐在後面，一句話都沒有講。在這個關鍵的時刻，請所有專家學者及公正人士發言，一起傾聽他們有什麼好的建言。還有我也很佩服李飛鵬理事長，他已經完成協商了，大可早些回去休息、睡覺，應該也好幾天沒睡，但是他陪我們到現在，請李飛鵬理事長及專家學者及公正人士依序發言，請李飛鵬理事長先開始。

李委員飛鵬

一、各位付費者代表、主委、署長及各位同仁，我分享這次和醫院協會三層級代表內部溝通的情形，我說行政院已經核定總額範圍上限成長率 5.5%，如果今天醫院總額能夠談到總成長率 5.5%，就是最大的極限，我來的時候也體會到付費者代表的誠意，給醫院總成長率 5.5%，也就是付費者代表已經把錢給我們，至於我們要如何善用這筆錢，這是我們內部協調的問題。我們

感謝付費者代表願意給醫院總成長率 5.5%，我常說你們讓我來協商談判擔任主談就要授權給我，我一定本於醫界最大的利益來做考量和決定。

二、像護全會理事長也坐在會場裡，現在醫界年輕的一代、不同層級的醫院、不同世代的醫生間都會有一些衝突。新任部長石崇良部長上任，我覺得他是一個很願意為醫界、人民謀福利的部長，新上任的健保署署長也很年輕，抱著滿腔的理想，希望能夠多做一些事情。她剛剛提到很多數據，有些我還背不起來，她都背起來了，我覺得我們應該有一個好的開始，就是部長、署長、醫界、付費者代表、醫生及護士等醫事人員，大家要有一個好的開始，展現我們的和諧。像去年協商的時候，我們花這麼多時間磋商，最後兩案併陳讓部長裁決，實在很可惜！大家已經花這麼多時間討論，難道真的沒有解決的辦法，我們只是為了病人好而已，大家的意志都是一樣。

三、陳相國理事長剛上任 3 天，真的不太熟，他們內部派系有各自的堅持，他承受很大的壓力，當然他們也有退讓的部分，我希望大家真的能夠透過對彼此的諒解、體諒，達成全壘打。讓醫界、付費者代表、部長一起讓台灣健保制度可長可久，這才是台灣民眾之福。健保制度本來就是讓人民不要因病而貧、因病轉貧，我們都要對下一代負責，一定要想辦法讓這艘健保大船慢慢的轉，不要突然轉彎，突然翻船了，要慢慢轉、慢慢轉。今天有好的開始，我期待大家能給陳相國理事長支持，他也沒有要求很多錢，就像長輩給孫子零用錢 5 千元，他說 5 千好啊，他就想買電動，我就說打電動不好，一定要買參考書，結果我和孫子兩人關係變得太好，所以我希望說既然錢要給他，有時候要給他一點自由，拜託大家，以上。

周主任委員麗芳

很感恩，請陳秀熙委員。

陳委員秀熙

- 一、我站起來發言好了，各位都知道我個人從 COVID-19 之後幾乎沒有休假，只要健保會的事情，付費者、醫界、健保署及健保委員會大家都在一起，我今天真的蠻感動，參加健保委員會這麼多次，主委帶領下，專家學者幾乎全員到齊。首先，謝謝楊芸蘋委員給我機會，這場次我剛好進去付費者內部會議，而且陳相國理事長也從台中返回再來協商，所以很多事情我必須要講清楚，如果今天不講可能之後會造成更多的誤解。
- 二、第 1 個，付費者在這次協商談判過程中展現非常大的誠意，在第一輪時候，我沒有發言有 2 個原因，一個是專家學者及公正人士必須公平。其次，今天總額協商西醫基層總額總成長率 5.5%，對我而言我覺得是達成共識。例如我們在學校開會時，針對不同的內容在後續都可以做滾動式修正，台灣和全世界一樣，沒有一件政策現在定了之後就不會改變，所以我的想法和你們不一樣，我認為我們達成了，這是不容易的事情，我從來沒見過健保會協商雙方提出總成長率是一樣，只是內容不一樣就破局，如果記者訪問我，我不知道對外我要怎麼講，所以我必須說付費者這次非常有誠意協商。
- 三、我知道大家都很累，但還是要花費一些時間從專業角度向大家說明為什麼付費者很有誠意，醫界陳相國理事長他們也有誠意，但現在為什麼會僵持在這裡。我向陳相國理事長報告，關於 A4 「擴大糖尿病用藥(如：SGLT2)適應症產生費用」項目，付費者代表聆聽你們說明後，已經 follow 你們的意見也編列預算 3.53 億元。因為現階段是在協調，我的立場是要誠實、非常公正對兩方來做說明，健保署也扮演非常重要的角色，新上任的署長就給你們最大的支持，也沒有表示意見，這是第 1 點。
- 四、A14 「配合根除胃癌政策之衍生醫療費用」及 A15 「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物 Statin 標準(門檻)」，或是之前提出 A19 「配合健康台灣 888，增進醫療品質，提升全民健康」，我要向陳相國理事長報告，今天是大家共同承擔這個責任，並不是只有西醫基層承擔，這是整個國家、行政院層級的

事情，不是任何一個人來承擔責任，如果你今天問我，我也承擔這個責任，我今天站起來講話，我也要承擔責任，這些都會在健保會留下紀錄。現在的爭議點是 A14、A15，為什麼我不表示意見，付費者代表及健保會委員就像醫師治療病人有 guideline(臨床指引)一樣，對於任何新增的政策、計畫必須要先考慮政策本身及其影響，所以我在想解套方法，有沒有可能變成專案計畫，這部分大家可以協調。

五、另外根除胃癌政策，這是我的專長，國家制定這項政策，才剛開始要執行。請各位回想根除 C 肝編列預算時，當時我拜託醫全會理事長、西醫基層、醫院部門支持，最後編列在專款項目，剛才幫大家回顧歷史，同樣的根除胃癌是新的政策編列在專款項目為什麼不行？這是我必須說出來的公道話。

六、我堅持編列 STLG-2 藥物相關預算，因為我知道這藥品對民眾非常好的好，所以我在場表達專業意見，也請付費者代表支持。

七、至於 Statins 藥物，為什麼今天我們會提到 Statins 用藥，西醫基層代表們都知道糖尿病合併血脂異常病人需要使用 Statins 治療，目前推估約 50% 人沒有使用 Statins，我能理解醫界的說法，如：擔心預算用罄、給付的問題，但對我而言，我是健保會委員很難接受這個說法。當然建議編列在一般服務也會滾入基期，這個做法我也能理解。

八、因為時間的關係，我站在專家學者的角度，當然不是代表所有的專家學者的立場，因為他們也有他們的意見，但是我認為兩造雙方坐在這裡協商，我要說出公道話，也懇請西醫基層代表千萬不要誤解付費者代表，如果今天楊芸蘋委員沒有邀請我進去內部會議，我也沒辦法站在這裡說出他們討論事情的脈絡和考量，畢竟我們也不了解，可是付費者代表真的非常有誠意，所以林恩豪委員希望編列在專款項目。

九、好不容易今天大家已經談到西醫基層總額總成長率 5.5%，理事長你也都搭車回來協商，不然你搭車回來的意思是什麼，我誠

懇地跟大家講天時、地利、人和是三個最重要的要素，老祖宗教我們的。剛剛主委提到花蓮的災情，這是天時，我們經常做地利要求精準，可是我必須跟大家講，撇開專業的話，我們要的是人和，今天如果無法達成協商共識、破局，我也沒辦法接受，尤其大家已經花一天時間一起協商。拜託西醫基層部門、付費者代表雙方能夠好好討論，主委多麼期盼你們能夠達成協商共識，以上是用我的專業解開你們雙方的疑慮。

十、因為我進去付費者內部會議，我幫雙方解開彼此的心結，只是預算編列在一般服務還是專款項目而已。我們都知道過去對於政策性或特殊性計畫在成熟穩定前會先編列在專款項目，我講一句公道話，這樣的處理方式不是只對西醫基層部門，付費者對牙醫部門也是這樣做，牙醫部門建議編列一般服務，但是付費者和健保署很堅持要編列在專款，我知道健保署也非常辛苦，原則也沒有改變，不會隨便編列。

十一、我知道陳相國理事長要肩負很大的責任，但是我認為西醫基層部門協商是可以達成協議的，本來今天下午我很想發言，說真的我們坐在這裡不發言有時候會內傷(在場委員：笑)，真的會內傷！之前我就問劉林義組長一件事情，112 年度整體非協商因素成長率增加約 103.61 億元，115 年度非協商因素增加 275.59 億元，成長超過 2 倍，現在大家為了約 10 億元僵持在這麼小的地方，雙方無法達成共識，以我是學者來看這件事情是無法接受，感到非常可惜，以上就是我站起來跟大家說明事情。

十二、我還是非常高興參與協商，雖然很累，至少西醫基層總額總成長率達到 5.5%，我不認為我們有 3.5 個部門完成協商，我們只有 1 和 0 的問題，我們永遠以 4 個部門完成協商共識為最高目標，謝謝大家。

周主任委員麗芳

謝謝陳秀熙委員，我聽您一番話後覺得很感動，而且我也很慶幸有邀請健保會專家學者及公正人士代表們發言，原來大家忍了一整天

都快內傷了，也不願意干擾到協商，但是不講話並不代表沒有想法，其實不講話，更代表我們對整個健保會的關心，接下來請胡峰賓委員。

胡委員峰賓

一、謝謝主席，今天參加這場超過 10 小時的馬拉松會議，收穫很多，這是我人生第一次參加 10 小時以上會議沒有講過一句話（在場眾委員：笑）。我和蔡順雄委員當律師每天都在講話，沒有參加 10 小時以上會議一句話沒講過，而且協商還是律師的本業，我和蔡順雄律師每天在協商、調解、和解、談判，這是律師的工作。

二、不過我簡單講，協商和點菜一樣，不可能每一道菜都很合胃口，總是要找出一道大家可以共同接受、可以吃的菜，我們也期待今天能夠出最後一道菜，最後一個甜點，謝謝。

周主任委員麗芳

謝謝胡峰賓委員，律師平時講話，我們要付律師費的，不好意思讓大家沒辦法講話，請連賢明委員。

連委員賢明

不好意思，我第 1 次當健保會委員，我以為每次都這麼順利，他們告訴我沒有。現在雙方差異不大，主要在於預算放在一般服務還是專款，我覺得大家都可以再思考。特別是西醫基層希望能夠一次到位，以後滾入基期繼續執行，如果可以的話，中間能再調整一下，我覺得應該很容易達成共識，因為西醫基層總額總成長率 5.5%，真的沒差錢，只是差怎麼付錢而已，謝謝。

周主任委員麗芳

謝謝連賢明委員，請黃心苑委員。

黃委員心苑

一、主委，我也是第 1 次參加健保會，一直以來我的研究都是健保、醫療照護體系，所以今天不講話也感覺非常的內傷，但是在沒有參加健保會之前，我不太瞭解健保會，經過今天一整天協商

之後，我真的非常的感謝付費者代表委員，跟我們在外面看或想像中的付費者委員差距很多的。今天親眼看到付費者委員們討論的狀況，我感覺非常的仔細、真的很認真看待民眾繳納的健保費，一個一個討論應不應該給、應該怎麼給，所以我今天學習非常多。

二、我也知道大家對於編列在專款和一般服務相關考量，西醫基層部門還在討論經費怎麼擺，付費者委員可能會想西醫基層就答應擺專款就好了，像其他的總額部門，不論是醫院、中醫或者牙醫部門也都接受了。我試著從評估體系或市場的觀點來做說明，為什麼西醫基層部門會堅持放在一般服務，因為他們平常所提供的醫療服務當中，自費項目很少，不像其他部門，所以他們在這部分就比較堅持，因為彈性比較小，所以預算放在一般服務彈性會比較大，這是我猜測西醫基層部門堅持的原因。對於陳相國理事長和黃啓嘉協商代表搭車到半途又折返回來協商，我真的非常的感動，非常希望今天能夠達成協商，以上，謝謝。

周主任委員麗芳

謝謝黃心苑委員，請溫宗諭委員。

溫委員宗諭

今天大家都辛苦了，原則上我支持陳秀熙委員的看法。另外補充說明，在國外參加國際勞工組織會議的時候，三方對談，針對一個字或一個條文，大家都會討論很久，開會到凌晨1、2點是很常發生的事情，目的是為了讓雙方能夠達到共識，大家有共識之後才能共同推動，我的立場也是希望雙方能夠可以再多討論，彼此達成共識，這樣會比較好，謝謝。

周主任委員麗芳

謝謝溫宗諭委員，請林宜平委員。

林委員宜平

一、謝謝，我今天也是來新生訓練，是新委員，我和陳秀熙委員、

黃心苑委員同樣是公衛背景，但是我沒有做健保相關研究，多年以來，我和健保最大的關係就是我是健保的使用者，照顧家中的高齡長輩，不管在醫院、醫療院所都受到非常好的照顧。我另外一個身分是高齡長者，去年年滿 65 歲，今天聽牙醫部門提到 65 歲就是高風險族群就覺得好可怕，想像我的牙齒是不是快掉光了。

二、還有另外一個身分，我是鄉下診所第三代的媳婦，在鄉下的這間診所這個月要熄燈號了，我非常了解鄉下基層醫療院所經營的辛苦，我們傳了三代，病人也都走光了，在健保制度下診所經營非常不易，所以我對西醫基層也是有感情的。今天我和黃心苑委員閒聊過程也講到，對高齡長輩來講，他去醫院看診是非常辛苦，可是我也知道民眾就醫行為很難一夕之間就改變，如果西醫基層能夠提供好的慢性病治療或者是對高齡長輩醫療照護，是全民之福。我非常希望健保能夠永續經營，當然也非常希望在現在滿壘情況下，西醫基層最後擊出一個全壘打，我們今天就可以很安心的回去安安穩穩睡個好覺，謝謝大家。

周主任委員麗芳

非常感謝付費者代表願意花時間傾聽所有專家學者及公正人士委員提出的建議，我們是第 7 屆健保會委員，也是給大家一個機會，這是第 7 屆委員第 1 個總額協商，委員任期一次 2 年，所以今年、明年我們都會經歷總額協商，這是我們共同打過的一場仗，也是最接近全壘打的一次，從來沒有距離全壘打如此的近，健保預算近 1 兆元只差約 10 億元。現在大家再一次的把心願，雖然黃心苑委員也叫心苑，但是我們真的有滿滿的心願，接下來就再交到主談人的手上，主談人楊芸蘋委員，再聽聽付費者的意見，可否再臨門一腳達成共識，謝謝。

楊委員芸蘋

一、陳相國理事長、黃啓嘉協商代表，不好意思，讓你們回去又趕回來，真的不好意思！剛剛聆聽許多專家學者及公正人士與委

員的談論，我們很感動！已經這麼晚了還要再來協商討論，也表示你們相當有誠意，其實我們更有誠意，只是我們還有堅持的部分，因為每個委員真的有不同的想法，也是為了健保永續來把關，所以我尊重他們的想法或建議，而且我也必須強調付費者代表採共識決，要每一個人都說 OK 了沒有意見、我們才會同意了。

二、剛剛黃啓嘉協商代表提到部分有共識的就當作協商通過了，部分項目或金額數字不同就當作沒通過、還在討論，也算是 3.5 個完成協商，這個說法不太好，要嘛就是全部都協商通過不要弄個 3.5 個，大家都希望能夠完成協商、達成共識，在同樣的總成長率下，你們好好調整你們的項目內容，不知道你們現在有沒有什麼想法？

周主任委員麗芳

請陳亮好署長補充說明。

陳署長亮好

我想確認現在大家討論的狀況，西醫基層部門 A14、A15，Total 減到總共 10 億元，看起來西醫基層希望放在一般服務，付費者代表希望放在專款，是這樣嗎？其他項目是不是全部達成共識？我想要確認這個，只剩這個還是還有別的沒共識？因為我們剛才聽到的訊息好像只剩下 10 億元沒共識，剛剛委員才會認為可惜，建議先確定雙方最後版本，大家比較好往下談，不然會花很多時間在有共識項目上。

楊委員芸蘋

現在螢幕上看到「付費者方案_2」，就是付費者最後的版本，從重啟協商開始到現在都是這個版本。

陳署長亮好

請問西醫基層代表，A14、A15 是目前完全沒有共識項目，其他項目有可能在額度不變(總成長率 5.5%)下先有共識嗎？先從這邊開始，沒有共識的項目先放著。

陳委員相國

這部分是不是...。

周主任委員麗芳

先這樣好了，因為 2 位協商代表都已經回來到協商現場，拜託在場的付費者代表，不管要不要變更，但為了展現對等的誠意，付費者代表能否再進行內部會議討論。他們都從那麼遠的地方再回來了，你們也再想一下，至少回應他們的誠意，請蔡順雄委員。

蔡委員順雄

我想我們再進去內部會議討論不是問題，但是剛才署長的說明，我建議盤點所有項目，除了 A14、A15 以外還有哪些不同，也請陳相國理事長您逐項檢視。

周主任委員麗芳

好，一項一項來看。

蔡委員順雄

如果只有這 2 個項目不同的話，我們的討論就會快速，但是現在看起來至少有 6 個項目不一樣，不知道你們回來後有沒有要調整，這樣等一下付費者代表進去內部會議討論會比較快。

周主任委員麗芳

署長還有其他意見嗎？(陳亮妤署長：沒有)沒有！現在就西醫基層部門及付費者代表方案逐項檢視，請大家看螢幕上，雙方方案如下：

一、A1「新醫療科技」：雙方都編列 2.28 億元，沒問題。

二、A2「藥品及特材給付規定改變」：醫界編列 4.86 億元，付費者編列 4.303 億元，相差 0.557 億元，我們就先記下來 A2 不同。

黃協商代表啓嘉

陳相國理事長已經同意付費者方案了。

陳委員相國

同意付費者方案。

周主任委員麗芳

相差 0.557 億元，大家再一起想辦法。

黃協商代表啓嘉

A2 陳相國理事長代表西醫基層已經同意付費者方案了。

周主任委員麗芳

一、A2「藥品及特材給付規定改變」：醫界同意付費者方案編列 4.303 億元。現在這樣不就好了，已經有共識，醫界願意減少 0.557 億元。

二、A3「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」：雙方都一樣的，沒問題 (均編列 6.593 億元)。

三、A4 擴大糖尿病用藥(如：SGLT2)適應症產生費用：雙方一樣(均編列 3.53 億元)。

四、A5「促進醫療服務診療項目支付衡平性」~A13「成人預防保健第二階段併同因病就醫之診察費」、A16「提升照護『成人預防保健服務之排除對象』之健康」、A19「配合健康台灣 888，增進醫療品質，提升全民健康」等 11 項：雙方都一樣的，都沒問題(均編列 0 元)。

五、A14「配合根除胃癌政策之衍生醫療費用」、A15「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物 Statin 標準(門檻)」：剛剛西醫基層說的 10 億元(A14 編列 3 億元、A15 編列 7 億元)，付費者沒有編列預算。

六、A17「0-6 歲兒童醫療量能保障」：西醫基層部門編列 5.9 億元，他們已經讓步讓很多，付費者編列 6.9 億元。

七、專款項目 B1「暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)」：西醫基層編列 0 元，付費者編列 1 億元。請健保署說明，因為付費者是依照健保署意見編列，健保署這項有沒有彈性？

陳署長亮好

健保署說明 B1 項目，請劉林義組長對數字說明，讓雙方放心，重點是希望病人能夠用得到，謝謝。

劉組長林義

其實 B1「暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)」及 B3「西醫醫療資源不足地區改善方案」(註)都有彈性，目前西醫基層申報很少的暫時性支付項目，我們可以用其他款項支應。至於 B3 是因為成長率估算的問題，維持同樣的成長率，我們也是可以做。

(註：依螢幕顯示，如下：

- 1.B1「暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)」：付費者編列1億元、醫界編列0元。
- 2.B3「西醫醫療資源不足地區改善方案」：付費者編列4.667億元、醫界編列4.239億元。)

周主任委員麗芳

- 一、謝謝劉林義組長，解釋後大家就清楚，健保署表示 B1 可以用其他款項支應，可以接受西醫基層部門的意見，B3 也有彈性，所以這 2 個項目立刻解決了、沒有問題，因為健保署對於西醫基層部門建議或編列預算是 OK 的，所以也沒有問題，主要在於健保署對經費的調度。
- 二、還有差異的項目在哪裡，螢幕往下移，還有專款項目 B17「促進醫療服務診療項目支付衡平」雙方不同，其餘沒有不同了(註)，所以重點就是 A14、A15 的 10 億元了。

(註：依螢幕上顯示，如下：

- 1.西醫基層部門及付費者對於專款項目除了 B1、B3、B17 等 3 項外，其餘專款項目編列額度均相同，臚列如下：
 - (1)B2「提升國人視力照護品質」：均編列 37.714 億元。
 - (2)B4「家庭醫師整合性照護計畫」：均編列 58.665 億元。
 - (3)B6「醫療給付改善方案」：均編列 4.221 億元
 - (4)B15 精神科長效針劑藥費：均編列 0.5 億元。
 - (5)B18 品質保證保留款：均編列 2.663 億元。
 - (6)B5「C 型肝炎藥費」、B7「強化基層照護能力及「開放表別」項目」~B14「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫」等 9 項：均維持 114 年預算額度。
 - (7)B16「西醫基層品質保障基金」、B19「0-6 歲兒童醫療量能保障」：均編列 0 元。

2.B17「促進醫療服務診療項目支付衡平」：西醫基層編列6.46億元、付費者編列14.569億元。)

黃協商代表啓嘉

剛才 A2 扣掉額度約 0.557 億元就放在 B17「促進醫療服務診療項目支付衡平」。

周主任委員麗芳

剛才多出額度要放到專款 B17，對不對？

黃協商代表啓嘉

對，就是就是放在專款 B17 那邊。

(註：依螢幕上顯示，調整如下：

會上西醫基層部門方案在維持西醫基層總成長率 5.5%下，A2「藥品及特材給付規定改變」醫界同意付費者方案編列 4.303 億元，B17「促進醫療服務診療項目支付衡平性」編列 7.007 億元。)

周主任委員麗芳

對，就是調整專款 B17 金額，現在看起來主要差異就是那 10 億元。

黃協商代表啓嘉

我們非常尊敬付費者，如果真的願意重新考慮的話。

周主任委員麗芳

對，就只有那 10 億元了。

陳署長亮好

我覺得大家到現在都很有誠意，而且付費者一開始就給到總成長率 5.5%，西醫基層部門也在一開始就砍到總成長率 5.5%，這是一個很好的起點。也謝謝主委剛才一一盤點，剛剛提到 B1「暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)」及 B3「西醫醫療資源不足地區改善方案」在其他款項可以支應，先讓付費者代表安心。剩下 A14、A15，Total 金額 10 億元，主要差別在於放在專款還是一般服務而已，請雙方各自再考慮，謝謝。

周主任委員麗芳

請李飛鵬理事長。

李委員飛鵬

這2項就請雙方各選一個，一個放在專款，一個放在一般服務，雙方各退讓一下，就這樣。(眾委員：笑)

陳委員相國

我提一個建議，A14、A15 雖然放在一般服務預算，但是在協定事項加上文字「該項款項沒有用完就扣基期」，這樣可以嗎？當專款一樣處理。

黃協商代表啓嘉

依照陳相國理事長所提出的建議方法，我們回去才有辦法交代，雖然是放在一般服務，但其實是當專款在用，如果醫療服務提供不足的時候，照陳相國理事長的說法就從基期扣除。

周主任委員麗芳

預算沒有用完的，不會滾入基期，就是讓大家放心啦！(陳相國委員：對)

黃協商代表啓嘉

不會占消費者的便宜。

陳委員相國

這是我們最大的誠意啦！。

黃協商代表啓嘉

不然的話他回去會被分屍，很難交代啦！

周主任委員麗芳

在協定事項增加文字「沒有用完不會滾入基期」，所以大家不用擔心，其實效果是一樣。

(註：依螢幕顯示：

A14「配合根除胃癌政策之衍生醫療費用」、A15「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物 Statin 標準(門檻)」協定事項增列紅色文字：「當年未支用預算及基期一併扣除」)

陳委員相國

沒有用完的需扣掉基期。

周主任委員麗芳

這樣可以嗎？

陳委員相國

等於跟專款的性質是一樣的。

周主任委員麗芳

對啦，跟專款是一樣的，因為已經在協定事項加上文字了。

黃協商代表啓嘉

因為專款也是要算它夠不夠，現在放一般服務預算，讓西醫基層夥伴安心，但是又不占付費者便宜，萬一提供的醫療服務不足就從基期扣除，不滾入基期。

周主任委員麗芳

兩邊的意見我們都兼顧到了。

陳組長燕鈴

請問當年沒有用完的預算當年的要不要扣，未來年度的基期扣，但當年的是不是也不能支用？

陳委員相國

以前一般服務項目執行的原則是怎麼樣？如果該項一般服務預算沒有用完…。

陳組長燕鈴

過去的話，如果預算當年沒有用就是扣，當年會扣，至於基期的話就看社保司的決定。

陳委員相國

請問社保司的意見怎麼樣？

陳署長亮好

一、我說明，西醫基層的意思是證明放在一般服務，不是為了要衝基期，是他們覺得這個真的用得到，至於但書我覺得雙方各自

考慮。因為經費已經沒有問題了，希望能夠監督，我覺得更務實的話，我們希望能夠做出 outcome，健保署也會再盤點胃癌衍生費用做出什麼為病人服務的事情，還有 Statins 藥物也是。

二、今天在座的各位、專家學者、主委及包含我本人等坐在這裡不是只有監督經費使用，主要希望經費能夠協助到病人，我認為若要落實協助病人，那麼訂定 KPI 是重要的，也不是只有基期這個問題，所以我們也請付費者代表考慮看看，謝謝。

周主任委員麗芳

請蔡順雄委員。

蔡委員順雄

我有 2 個建議，一個就是 A14、A15 的協定事項，現在螢幕上已經打出來紅色文字的部分，剛剛署長特別再闡述了，請陳相國理事長您再看看文字，是不是您的本意，這樣 OK 不 OK。

周主任委員麗芳

協定事項增列文字：當年未支用預算及基期一併扣除。

陳委員相國

請問署長，以前的慣例是，如果當年未支用預算是扣當年的預算？

蔡委員順雄

建議健保署，根據陳理事長所提建議，給他一個明確的文字，不要會錯意，怎麼讓這個文字符合理事長的本意，文字不要有出入，這樣好不好。

陳署長亮好

我請劉林義組長 show 一下文字，現在打上去看雙方有沒有共識。

周主任委員麗芳

同時處理，因為林恩豪委員舉手好幾次，請林恩豪委員。

林委員恩豪

剛剛健保署說經費就這樣，不管放在專款和放一般服務，其實你們都能拿到錢，為什麼一定堅持放在一般服務？如果放專款就不會有

扣基期的問題，也不會有未來執行和現在做的結論不一樣的情形，因為你們也搞不清楚扣基期是怎麼扣，才會一直問往例是怎樣，還要一直解釋這些事情。

周主任委員麗芳

請蔡順雄委員。

蔡委員順雄

一、我想大概 99% 有可能會成了，本來是絕望，我以為錯過了這個村就沒有那個店，不過剛才專家學者及公正人士的呼籲，讓我本來是快睡著又醒來了。我想陳理事長他在會內的不同科別給他不同的建議和想法，怕混在一起，到時候攬成一鍋，所以才會有堅持 A 就是 A，B 就是 B 的問題。

二、但是講句不好聽，我們希望你們要切結保證，這錢就要專款專用，用不完不能再拿回去、也不能挪用，如果協定事項的文字能精準消除我們所擔心的部分或是你顧慮的部分，我認為這是可考量的，當然我們等一下會討論。

周主任委員麗芳

謝謝，律師本色，律師出馬了，請主談人楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋

我想最後這麼一哩路了，我們待會會進去討論，是不是就採剛才林恩豪委員建議的，把它放在專款也不用怕扣減，即當年未支用預算及基期一併扣除的問題，你們也想一下，我們進去討論一下。

黃協商代表啟嘉

跟楊芸蘋委員報告，如果今天只有我和理事長可能會做出更好的決定，但是我們理事長後面還有許多人有不同意見，剛剛的講法就是把一般服務預算當作專款處理了，既然沒用掉就扣除，就是當作專款在處理，目的是希望今天把它談成，至少我們沒有違背大家的決議，我們今天不敢貿然答應，就算我們覺得你們講的有道理，我們也不敢答應。有時候付費者也會覺得我們講的很有道理，可是只要有 1~2 人反對就回來說你們能不能再調整？現在是有人反對，沒有

在場的人給我們很大的壓力，尤其陳相國理事長剛上任 3 天，真的給理事長很大的壓力。

周主任委員麗芳

請李飛鵬理事長。

李協商代表飛鵬

雙方都退讓一步，譬如選理事長，兩個人同票就用抽籤，你們就各退一半，就是為了和諧，就這樣。

周主任委員麗芳

請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋

各位，如果是放一般服務的話，協定事項文字你們可以接受嗎？(註)

(註：依螢幕顯示，A14「配合根除胃癌政策之衍生醫療費用」、A15「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物 Statin 標準(門檻)」，協定事項增列文字如下：

以紅色文字呈現：當年未支用預算及基期一併扣除

以綠色文字呈現：扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減(過去公告寫法))

周主任委員麗芳

協定事項「當年未支用預算及基期一併扣除」，是要看這段紅色文字？

楊委員芸蘋

全部都看完。

周執行秘書淑婉

也請要看綠色文字。

陳組長燕鈴

請參考綠色文字，這是過去公告的寫法。(依螢幕顯示，協定事項增列綠色文字：「扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減」。)

周主任委員麗芳

要看綠色文字，過去是這樣寫的啊！剛剛社保司陳真慧代理司長告訴我紅色文字也是可以的，所以兩種寫法都可以。

陳組長燕鈴

意思一樣。

周主任委員麗芳

意思一樣，A14、A15 協定事項增列綠色文字「扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減」，其實意思都一樣。剛剛理事長也講，如果他們兩位的話當場就答應了，因為很難跟會員解釋什麼是一般服務、專款，所以我們就幫忙他們，等於已經限制住了，也達成同樣的功能，雖然列在一般服務，但就是專款的處理方式。

陳委員相國

主席，我記得以前協定事項文字寫法「扣減當年未執行之額度」，並沒有寫「基期扣減」，以前啦。

周執行秘書淑婉

有啦，綠色文字是我們參考以前公告的寫法，有可能是不同部門的寫法。

周主任委員麗芳

援例怎麼寫就怎麼寫。

黃協商代表啟嘉

援例就好，前面協定事項紅色文字都刪掉。

陳委員相國

援例就好了。

周主任委員麗芳

紅色文字就刪掉，就是依照援例的寫法，他們回去也比較好交代。請問付費者代表是不是可以再進去內部會議？請林恩豪委員。

(註：依螢幕顯示，A14「配合根除胃癌政策之衍生醫療費用」、A15「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物 Statin 標準(門檻)」，協定事項增修如下：

刪除文字：「當年未支用預算及基期一併扣除」

保留文字：「扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減」)

林委員恩豪

我想再請教，如果基期扣減，下年度會再把它加回去嗎？

周主任委員麗芳

不會，扣減了就扣減了。

周執行秘書淑婉

其實放在一般服務唯一的好處就是花掉的錢可以累滾入基期，沒有花掉的錢就被扣掉，如果放在專款就沒有滾入基期，就是只有花掉。

黃協商代表啓嘉

為什麼會繼續滾入基期？因為人口老化也會增加耗用。

周執行秘書淑婉

增列這個協定事項，合理啦！

周主任委員麗芳

現在已經晚上 9 點半了，各位付費者代表及西醫基層部門兩邊已經慢慢聚焦，剛才也在協定事項把它限制住，達到同樣的目的，希望給第 7 屆健保會委員機會，因為我們是第 7 屆第 1 次總額協商，好不好？請署長補充說明。

陳署長亮好

一、我提供一個說法請雙方參考，因為這是第 1 次編列，剛剛委員及專家學者提到，胃癌是國健署明年推動的新計畫，因為西醫基層部門是在第一線提供的基層醫療照護才會特別編列這項預算。如果是這個協定事項，會匡住他們要真的做照顧病人的這件事，衍生醫療費用是用於篩檢後照護病人，而不是要衝高基期，所以協定事項已經先防堵衝高基期這件事情，類似專款，至於 10 億元本來就是付費者同意，所以這部分沒有太大疑義。

二、至於 Statins 項目也是類似意思，例如健檢年齡由 40 歲降到 30 歲後，三高的人使用膽固醇藥物衍生費用會增加，如果預算沒

有用，也不會滾入基期，就證明預算沒有用，後年就會看到預算沒有用，所以費用使用情況還是會一直變動，不是編列預算就贏了，不是這樣子，所以雙方也互相往中間靠攏，以上。

周主任委員麗芳

請主談人楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋

我們得尊重所有的委員，還是得進去內部會議，讓我們幾分鐘稍微再討論。

周主任委員麗芳

感謝，我們掌聲給付費者代表，真的非常感謝大家這麼盡責，到最後時刻他們還是非常的盡心盡力，拜託大家了，謝謝。

(付費者代表進行內部會議討論約10分鐘)

周主任委員麗芳

各位委員、陳相國理事長、黃啓嘉協商代表、陳亮妤署長，請大家就定位，真的是非常關鍵的時刻，我們等待付費者代表，怎麼覺得現在好像一字千金，接下來要向大家揭曉謎底，我們真的非常的期待，我們用最熱烈的心情，請主談人楊芸蘋委員告訴大家付費者代表現在最新的方案。

楊委員芸蘋

謝謝主委、陳相國理事長，你們真的是堅持又堅持，我們付費者代表也真的很感動，也真的很有誠意，希望真的能夠達到全壘打，今天如果達成共識的話是很棒、很豐碩的結果，我逐項向各位報告，如下：

一、一般服務項目，後面螢幕上有顯示的協定事項文字大家再自行參看：

(一)A1「新醫療科技」：照舊編列 2.28 億元。

(協定事項：依健保署建議，名稱修正為「新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)」)

(二)A2「藥品及特材給付規定改變」：編列 4.303 億元。

(三)A3「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」：編列 6.593 億元。

(四)A4「擴大糖尿病用藥(如：SGLT2)適應症產生費用」：編列 3.53 億元。

(協定事項：額度內妥為管理，監測糖尿病用藥(如 SGLT-2 抑制劑)利用情形及執行效益(如整體醫療費用變化))

(五)A5「促進醫療服務診療項目支付衡平性」：編列 0 元。

(協定事項：114 年剩餘預算，與 B17 統籌運用)

(六)A6「修訂西醫基層合理門診天數」：編列 0 元。

(七)A7「提升外傷換藥照護品質」：編列 0 元。

(八)A8「提升西醫基層外科手術照護品質」：編列 0 元。

(九)A9「蒸氣或噴霧吸入治療，依年紀實施困難度列入兒童加成項目」：編列 0 元。

(協定事項：屬單項支付標準調整，併專款 B17)

(十)A10「婦產科護理人員跟診費」：編列 0 元。

(十一)A11「婦產科夜間及假日自然產手術費加成」：編列 0 元。

(十二)A12「代謝症候群計畫衍生費用」：編列 0 元。

(十三)A13「成人預防保健第二階段併同因病就醫之診察費」：編列 0 元。

(協定事項：請監測密集度改變情形，以利評估預算需求)

(十四)A14「配合根除胃癌政策之衍生醫療費用」：照剛剛討論的，同意編列 3 億元。

(協定事項：扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減)

(十五)A15「強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物 Statin 標準(門檻)」：編列 7 億元。

(協定事項：扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減)

(十六)A16「提升照護『成人預防保健服務之排除對象』之健康」

：編列 0 元。

(十七)A17「0-6 歲兒童醫療量能保障」：編列 5.9 億元。

(協定事項：

1. 本項預算與一般服務預算保留之 0~6 歲兒童醫療費用 117.6 億元合併運用(計 123.5 億元)，保留額度將與醫院總額額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。

2. 訂定具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)，並提出專案報告。)

(十八)A18「違反特約及管理辦法扣款」：編列-11.6 億元。

(十九)A19「配合健康台灣 888，增進醫療品質，提升全民健康」：編列 0 元。

以上是一般服務項目。

蔡委員順雄

陳相國理事長，後面專款部分你們要聽一下。

楊委員芸蘋

一、專款部分：

(一)B1「暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)」：照付費者的方案編列 1 億元，增編 0.42 億元。醫界編列 0 元，稍後請再確認。

(二)B2「提升國人視力照護品質」：編列 37.714 億元，增編 1.966 億元。

(三)B3「西醫醫療資源不足地區改善方案」：編列 4.667 億元，增編 0.428 億元。醫界編列 4.239 億元，也請你們稍後確認。

(四)B4「家庭醫師整合性照護計畫」：編列 58.665 億元，增編 12.185 億元。

(協定事項：朝慢性病整合及全人照護方向推動計畫於 115 年 5 月前提出專案報告)

(五)B5「C 型肝炎藥費」：編列 4.62 億元。

(六)B6「醫療給付改善方案」：編列 4.221 億元。

(七)B7「強化基層照護能力及「開放表別」項目」：編列 17.2 億元。

(八)B8「鼓勵院所建立轉診合作機制」：編列 2.58 億元。

(九)B9「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」：編列 0.5 億元。

(協定事項：依健保署建議，名稱修正為「基層診所產婦生產補助試辦計畫」)

(十)B10「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」：編列 0.3 億元。

(十一)B11「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」：編列 0.3 億元。

(十二)B12「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」：編列 0.11 億元。

(十三)B13「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」：編列 1.78 億元。

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

(十五)B15「精神科長效針劑藥費」：編列 0.5 億元。

(十六)B16「西醫基層品質保障基金」：編列 0 元。

(十七)B17「促進醫療服務診療項目支付衡平性」：付費者編列 5.586 億元，醫界編列 7.007 億元，再請確認。

(協定事項：

1.本項併 A5 通盤研議、修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。

2.與 A5 的 114 年剩餘預算統籌運用。)

(十八)B18「0-6 歲兒童醫療量能保障」：編列 0 元。

(十九)B19「品質保證保留款」：編列 2.663 億元。

二、再加上透析 3.861%，最後付費者的方案西醫基層總成長率 5.5%，總金額 1,861.992 億元。

周主任委員麗芳

一、非常感謝，真的很感謝付費者代表展現最大的誠意，因為現場只有陳相國理事長跟啓嘉協商代表，剛剛提到 B1、B3、B17 項還需要你們確認，例如：

(一)B1「暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)」：西醫基層部門編列 0 元，付費者編列 1 億元。

(二)B17「促進醫療服務診療項目支付衡平性」：西醫基層部門編列 7.007 億元，付費者編列 5.586 億元，付費者有調整金額。

二、請你們兩位現在看看付費者方案內容，可不可以接受？

陳委員相國

非常感謝楊芸蘋委員及各位付費者，這麼有耐心、細心的看待我們提出的每一個計畫和項目，在這裡只能感謝再感謝，感謝主委的用心，感謝健保署陳亮好署長的用心，實在是太多感謝，我跟黃啓嘉深深一鞠躬表達我們的感謝(眾委員：鼓掌)。

周主任委員麗芳

等等，你們只顧著講感謝，付費者提出方案及項目，OK 嗎？

陳委員相國

OK，OK！

周主任委員麗芳

還有，拜託你們後面的協定事項，例如：A17「0~6 歲兒童醫療量能保障」協定事項有 2 點，你們都有看了嗎？你們要看過喔！要感謝我們的話，慢慢來，一定要感謝的，但是也要確認好協定事項文字。

陳委員相國

A17 的協定事項可以的。

周主任委員麗芳

一、A17 協定事項內容是可以的，也請黃啓嘉協商代表一起幫忙看。

整個方案內容從頭到尾再審視一次，螢幕快速瀏覽。從一般服務項目開始，A1 沒問題，螢幕畫面繼續往下移，現在看到 A4，你們要看協定事項內容，往下，A5、A9，接續螢幕往下移到 A13 都沒問題，A14、A15 的協定事項文字剛剛已經確認了。螢幕畫面繼續往下移，剛剛已經說過 A17 沒有問題，螢幕畫面繼續再往下移。

二、接下來是專款項目，螢幕畫面繼續往下移到 B4，協定事項可以嗎？(陳委員相國：可以)接續往下看到第 B9 項協定事項就是改名稱而已，也沒問題。螢幕畫面繼續往下第 B17 項，協定事項可以嗎？(陳委員相國：可以)。

三、我一定要再次感謝全部的健保會委員(眾委員：鼓掌聲)，我整天等這一刻要來唸決議，終於等到晚上 10 點可以好好來唸決議，為了西醫基層部門，我一定要把決議唸完：

(一)第 1 點，有關 115 年度西醫基層總額較基期成長 5.5%。

(二)第 2 點，依 115 年度總額協商程序，請西醫基層部門及健保署(協商項目提出者)依據今天的協商結論辦理下列事項，並請於 9 月 25 日上午 9 點前提送本會，以納入 9 月 26 日委員會議討論。

1.以結果面為導向，調整新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。

2.新增專款項目請確認提出預估試辦檢討期限，未提出者，請增補以幾年為檢討期限，以上。

四、再次感謝全部的健保會委員、感謝健保署陳亮妤署長、龐一鳴副署長及同仁、社保司陳真慧代理司長等，我們一起在寫歷史，健保會第 7 屆委員展現高效率、執行力，我們真的是破天荒的，不只全部談成，而且都談到行政院核定總額範圍上限成長率 5.5%，給大家一個掌聲(眾委員：鼓掌聲)，再次感謝大家，謝謝，禮拜五健保會可以實體也可以視訊會議，比較遠的委員們也可以線上，再次感謝大家，我們達成全壘打，謝謝。

肆、115年度總額協商—「中醫門診總額」 與會人員發言實錄

肆、115年度總額協商—「中醫門診總額」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

一、首先，先來歡迎中醫部門的協商代表，中醫部門這次讓我們刮目相看，因為可以看到歷任的理事長通通來了，除了詹永兆理事長之外，還包括林永農榮譽理事長、柯富揚名譽理事長，以及蘇守毅執行長、陳博淵秘書長及各協商代表等，很感謝大家。

二、因為這是新場次、新部門協商，所以要讓大家理解，在這一次總額協商的過程當中所秉持的3個原則：

(一)行政院在經費拮据之下，仍核定總額範圍成長率上限 5.5%，所以健保會所有委員都會秉持一個精神，就是希望在行政院核定總額的上限範圍內，能夠將這個資源用來照顧民眾、把民眾照顧好。

(二)總額協商，無外乎就是醫療供給雙方之間的協商。在需求方，我們希望能夠善用這些資源、落實健康台灣，然後讓每一個民眾活得健康、活得長壽、活得快樂、提高生活品質。希望藉由中醫部門來協助民眾、照顧民眾健康。

(三)針對供給方的中醫部門，大家都知道現在人口老化很嚴重、醫護流失也很嚴重。儘管臺灣的健保 30 年來有很輝煌的成果，但現階段醫療體系也面臨很大的挑戰，所以希望藉由總額的挹注，讓中醫未來發展的過程中，有足夠的資源照顧更多民眾，包括有居家照護、長照照護，以及本次所提的新項目，與西醫一起來努力照顧民眾。

三、我們會秉持著這3個面向，希望達到3贏，民眾贏、醫療供給者贏，還有整個社會國家都贏，好不好？那我們就開始協商，先請中醫部門詹永兆理事長來跟大家做一個簡短說明，謝謝。

詹協商代表永兆

周麗芳主任委員、各位委員、各位長官，大家午安。大家辛苦了，本場次算是第4場，就如同前1場次的西醫基層部門，中醫部門也很有誠意地把原來草案所提的成長率5.720%的草案，直接調降到5.5%。

一、在一般服務 A1「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」：

- (一)本項是配合國家政策「友善醫事人員環境，鞏固醫療量能與醫療價值」。健保已經 30 年了，但有關護理人員的相關費用完全沒調過，護理人員加入中醫，能讓整體醫療品質上升，這是可以期待的，而且我想民眾的滿意度會更好。
- (二)本項建議將「看診時聘有護理人員跟診之門診診察費及針傷治療處置費」支付標準點數調升 13 點(預估增加 375.1 百萬元)，從原本的版本調升 15 點，現在新的版本改為調升 13 點，下修 2 點。

二、在專案部分，說明摘要如下：

- (一)B8「中醫三高病人加強照護計畫」：大概有 7 萬人只用中醫來治療三高，所以這次中醫部門也提出新計畫，來加強中醫三高門診照護，原本是希望新增 71 百萬元，但考量本計畫預計明年 3 月後才會開始實施，所以現在的版本減少 18 百萬元，金額改為 53 百萬元。
- (二)B1「醫療資源不足地區改善方案」：其中的巡迴醫療服務，去年創新高，服務最多人次。非常感謝健保署在一般服務 A3「中醫門診總額『醫療資源不足地區改善方案』專款之論量計酬費用移撥至一般服務費用不足部分」，將 B1 論量不足的經費給補上。
- (三)B3「中醫提升孕產照護品質計畫」：雖然預算沒有增加(全年經費 82 百萬元)，但是績效非常好，其中助孕成功率 14.6%，是近 5 年最高的。
- (四)B4「中醫癌症患者加強照護整合方案」：原本有對 10 項癌症進行加強照顧，針對十大癌症發生率項目，新增鼻咽癌、卵巢癌及膀胱癌，這 3 個癌症，今年把它列入本方案來加強照顧。
- (五)B5「中醫急症處置」：疫情過後，本項目服務量已經逐漸恢復了，所以今年執行率會超過 150% 以上，本項目有增加額度(全年經費 20.8 百萬元，增加 10.8 百萬元)。

(六)B6「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」：請長庚紀念醫院的陳俊良主治醫師跟大家說明一下。

三、除 A1 與 B8 項目外，其他項目中醫部門都跟健保署的版本一樣，以上編列的預算，符合成長率上限 5.5%。

陳協商代表俊良

周麗芳主任委員、各位委員，還有各位健保署的長官，這幾年下來，我們透過 B6「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」服務很多慢性腎臟病的患者，尤其是早中期，也就是第三、四期慢性腎臟疾病。透過這個計畫，看起來是可以延緩腎功能惡化的程度，也就是延緩進入末期腎臟病的時間、改善生活品質，包含透過中醫治療改善失眠、焦慮、痠痛及其他症狀。目前本計畫執行率都有達到 100%，感謝各位委員的支持。

詹協商代表永兆

A2「強化全人照護與慢性疾病管理-增加高度複雜性針灸、中度複雜性傷科適應症(腦中風後遺症-診斷碼 I69)」，請吳清源協商代表報告。

吳協商代表清源

周麗芳主任委員、各位委員，還有各位健保署長官大家好，我是中醫協商代表吳清源。感謝委員支持中醫，誠如周麗芳主任委員所提到的，健保是希望能夠照顧更多高齡、失能的患者。中風後遺症 I69 的病人其實就是屬於中風失能的患者，這些患者需要更好的治療，不是單純一般的治療就能夠幫助到他們。事實上，有很多發表在期刊上面的文獻探討，針灸合併一些治療，屬於高度複雜性治療可以改善巴氏量表中的運動功能及神經功能缺損，特別在亞急性還有慢性疾病都可以看到他的好處，所以這一次特別提出 I69，希望把該項列入高度複雜性針灸跟中度複雜性傷科的適應症，以上，謝謝。

詹協商代表永兆

B7「照護機構中醫醫療照護方案」部分，請陳博淵秘書長跟大家報告一下。

陳協商代表博淵

大家好，B7「照護機構中醫醫療照護方案」的執行率一向都不錯，過去的執行率有超過 100%。去年總額協商 114 年方案時，將本項論量計酬費用移列一般服務，今年的協商也是維持 114 年方案，且今年的執行率應該可以達標，明年我們會繼續執行本方案。呂次在之前也提到未來在機構這方面的床，其實有很大的成長的幅度，那也希望未來在這個方案，能夠得到委員繼續的支持。

周主任委員麗芳

好，謝謝。2 位榮(名)譽理事長，是不是補充一下？沒有？請柯富揚名譽理事長。

柯協商代表富揚

謝謝周麗芳主任委員，還有謝謝所有委員對中醫藥的支持，感謝。

周主任委員麗芳

一、接下來就請付費者代表，針對現在中醫部門所提出版本，他們也一樣是模範生，將最新版本的成長率調整到 5.5% 了，針對現在的項目，還有要提出來請中醫部門說明的嗎？有嗎？沒有？二、我跟大家說明一下中醫部門的主談人是林敏華委員，協談是張田黨委員。

三、如果現在沒有要提問，就麻煩付費者代表們進去內部會議討論，然後再告訴我們你們的想法。因為大部分的項目都是跟健保署一樣，應該沒有太大的差別。林敏華委員，你們要進去談，還是現在就可以有結果？

林委員敏華

沒有，我們是共識決，所以還是要進行付費者內部會議討論，再逐項跟各位委員確認。

周主任委員麗芳

好，謝謝，待會見，早點出來。

(付費者代表進行內部會議討論 15 分鐘)

周主任委員麗芳

非常感謝付費者代表回到現場，就請主談人林敏華委員來告訴大家，付費者代表談出來的結果如何？

林委員敏華

主任委員，我能不能在這邊先請教健保署，有關中醫部門剛剛提出B8「中醫三高病人加強照護計畫」減為53百萬元的部分？因為健保署原本草案是71百萬元，付費者委員希望了解健保署的意見是如何，我們才能確認。

周主任委員麗芳

好，劉林義組長要說明嗎？請說明。

劉組長林義

有關B8「中醫三高病人加強照護計畫」，健保署原本預估是71百萬元，是以全年平均來預估，都會寬估啦。因為是編列在專款項目，假如有超過預算則會採浮動點值支付。本項的執行很有彈性，因為是115年新增的專款項目，後續核定多少錢，我們就會跟中全會來討論，有多少錢就收多少病人加入計畫，所以是沒有問題的。

周主任委員麗芳

謝謝劉林義組長說明，他的說明就是說，這項很有彈性啦，這項很有彈性，是不是就請主談人來告訴我們，你們現在的結果，謝謝。

林委員敏華

一、好，謝謝主任委員，也謝謝各位委員這麼快達成共識。首先，各位委員對中醫部門是相當的肯定，雖然總金額不高，但是也提供民眾醫療的另外一種選擇，很多患者、委員對中醫的醫療服務也都讚譽有加。

二、一般服務：

(一)A1「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」：

1.基本上我們同意中醫部門所提出以提升13點之預算額度(預估增加375.1百萬元)的版本，付費者跟中醫部門提出來的費用是一模一樣的。

2.不過要請各位中醫的前輩這邊看一下協定事項裡面的文字(註)，我就不宣讀了。如果中醫部門針對協定事項裡面的文字有意見，是不是再提出來做檢討？

(註：螢幕顯示A1「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」協定事項：

1.中醫部門參照西醫基層「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」作法，調整新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標(含護理照護品質指標)」。

2.於115年3月前提出專案報告。)

(二)A2「強化全人照護與慢性疾病管理-增加高度複雜性針灸、中度複雜性傷科適應症(腦中風後遺症-診斷碼 I69)」：我們也同意所編的預算(預估增加 50.7 百萬元)，跟健保署及中醫部門一樣，只是在協定事項裡面有加了一些文字(註)，是請中醫部門加強療效評估與費用管理，請中醫部門評估看能不能接受這段文字在協定事項。

(註：螢幕顯示A2「強化全人照護與慢性疾病管理-增加高度複雜性針灸、中度複雜性傷科適應症(腦中風後遺症-診斷碼I69)」協定事項：加強療效評估與費用管理(建立『黃金治療期』針傷照護流程及未呈現療效之處理方式)。)

(三)其他我沒有宣讀的項目(註)，都跟健保署及中醫部門一樣。

(註：螢幕顯示未宣讀項目如下：

A3「中醫門診總額『醫療資源不足地區改善方案』專款之論量計酬費用移撥至一般服務費用不足部分」，預估增加30百萬元。

A4「『中醫癌症患者加強照護整合方案』專款(115年新增卵巢癌、鼻咽癌、膀胱癌)與一般服務重複費用扣減」，預估減列14.5百萬元；協定事項「扣減與專款B4重複之費用」。

A5「違反特約及管理辦法扣款」，減少0.1百萬元。)

三、專款項目：

(一)B5「中醫急症處置」(全年經費 20.8 百萬，增加 10.8 百萬元)：剛剛委員有特別提到說，希望積極檢討執行成效，如果效益不佳的話，那建議退場，這部分付費者委員有特別提出來。

(二)B8「中醫三高病人加強照護計畫」：剛剛也徵詢健保署的意見，健保署同意中醫部門所提出來 53 百萬元的修正金額，所以這邊沒有意見。

(三)其他我沒有宣讀的項目(B1、B2、B3、B4、B6、B7)，就表示跟中醫部門所提出來的草案一樣。

四、基本上，付費者版本跟中醫部門提出來的金額是完全一致(總金額 36,429.2 百萬元，成長率 5.5%)，只是落款在協定事項的文字，是不是請中醫部門主談人及協商代表來確認？看看這些協定事項可不可以接受？

周主任委員麗芳

一、好，非常感謝，大家也給付費者代表們一個掌聲好不好？因為真的很有效率、很有效率，幫我們把時間節省下來。謝謝林敏華主談人、張田黨協談人，還有所有的委員。

二、本次協商內容，中醫部門及付費者版本的總金額及成長率是一致的。只不過在付費者版本，幾乎每一個項目後面都有協定事項，所以要拜託中醫部門的每 1 位協商代表，請發揮你們鷹眼的精神，要每一個字、每一個句仔細看，有沒有窒礙難行的地方？或者有哪一些在執行上有不合理的地方？請你們先看完，然後再提出來跟付費者代表做回應，好不好？先看一下。

三、比方說 A1「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」協定事項第 2 點「於 115 年 3 月前提出專案報告」，中醫部門屆時是否已有資料可以專案報告了？連這些時間點，你們都要先檢視一下，是不是有辦法提供資料？

四、逐項來檢視好了，大家一起來看，希望把協定事項內容給核對清楚。首先 A1 的協定事項，請中醫部門現在趕快看，看完了之後，提出你們的想法。請問 A1 的協定事項，可以接受嗎？

詹委員永兆

可以。

周主任委員麗芳

好。A2「強化全人照護與慢性疾病管理-增加高度複雜性針灸、中度複雜性傷科適應症(腦中風後遺症-診斷碼 I69)」的協定事項，可以接受嗎？

詹委員永兆

可以，這一塊我們會努力。

周主任委員麗芳

好，可以。A4「『中醫癌症患者加強照護整合方案』專款(115 年新增卵巢癌、鼻咽癌、膀胱癌)與一般服務重複費用扣減」的協定事項(註)，可以接受嗎？

(註：螢幕顯示A4「『中醫癌症患者加強照護整合方案』專款(115年新增卵巢癌、鼻咽癌、膀胱癌)與一般服務重複費用扣減」協定事項：扣減與專款B4重複之費用。)

詹委員永兆

同意。

周主任委員麗芳

好，B3「中醫提升孕產照護品質計畫」的協定事項(註)，可以接受嗎？

(註：螢幕顯示B3「中醫提升孕產照護品質計畫」協定事項：加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及落實成效評估。)

詹委員永兆

我們會努力均勻各區資源，今年已經辦理北、中、南 3 場的婦科學術研討會，就是希望北中南各區資源能均勻一點，後續有好的績效再跟大家分享，我們目前正在努力。

周主任委員麗芳

好，可以接受。B4「中醫癌症患者加強照護整合方案」(全年經費 432.5 百萬，增加 80.2 百萬元)，後面 3 個新的適應症(註)，請你們務必要確認。

(註：螢幕顯示B4「中醫癌症患者加強照護整合方案」協定事項：癌症患者門診加強照護，新增三項適應症：卵巢癌、鼻咽癌及膀胱癌。)

詹委員永兆

對，正確。

周主任委員麗芳

正確，好。B5「中醫急症處置」的協定事項(註)，可以接受嗎？

(註：螢幕顯示B5「中醫急症處置」協定事項：積極檢討執行成效，若效益不佳，建議規劃退場機制。)

詹委員永兆

B5「中醫急症處置」應該是會越做越好啦。目前是東區執行的比較多，因為之前的疫情，所以像長庚體系、馬偕體系的醫院有稍微暫停提供該項服務，但是我們也會請他們加強努力。

周主任委員麗芳

好，B6「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」的協定事項(註)，可以接受嗎？

(註：螢幕顯示B6「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」協定事項：將本計畫涉及涵蓋一般服務之論量計酬部分，回歸一般服務。)

詹委員永兆

一、我想今年健保署已經有把它分得很清楚，一般跟專案，今年沒被核扣，是因為去年的執行率已超過 100%，已經採浮動點值支付了，所以沒有扣款。

二、未來執行本計畫，還是可以按照健保署的模式去做，如果沒有執行沒有超過 100%，還是願意接受扣款，如果超過 100% 就是……

周主任委員麗芳

好，這個請說明一下。

陳組長燕鈴

這個協定事項就是不用扣款的意思(即本計畫涉及一般服務之論量計酬部分，若回歸一般服務，則無與專款重複而須扣款問題)，如果沒有這個協定事項，是要回歸重複部分扣款嗎(註)？

(註：查114年協定事項，請中央健康保險署依114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，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於114年7月提全民健康保險會報告。)

周主任委員麗芳

請周淑婉執行秘書說明一下。還是誰要講？有關 B6「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」的協定事項。

林委員敏華

B6「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」的協定事項，沒有談到扣款的問題。

周主任委員麗芳

沒有談到扣款。

林委員敏華

沒有啊，因為我們都知道專款部分就是規劃執行哪些內容，就去執行，錢花完就沒有了，所以我們沒有提到扣款。

周主任委員麗芳

好。

周執行秘書淑婉

我再解釋一下意思，本計畫 114 年的協定事項有訂定扣減內容，是因為專款裡面有包括一般服務提供的服務項目，也就是論量的部分。所以本項協定事項是說未來在訂定專款計畫內容時，就不要訂屬於一般服務的內容了，而是訂定給付加成或是獎勵項目的費用，所以就沒有與一般服務重複而需扣減的問題，沒有扣減的問題。

周主任委員麗芳

一、好，也就是詹永兆理事長及中醫部門的協商代表們，請大家放心，要扣款一定會有「扣款」這 2 個字，沒有寫扣款就一定沒有扣款，所以你們不用擴大解釋，看到每一項好像都要跟你扣款，而且自動說沒關係你要讓他扣，如果要扣款一定會寫扣款，好，所以 B6 沒問題？好。

二、接下來 B7「照護機構中醫醫療照護方案」的協定事項(註)，可以接受嗎？

(註：螢幕顯示B7「照護機構中醫醫療照護方案」協定事項：研議減少住民外出就診中醫之策略，提升資源使用效率。)

三、好，B7 沒問題，B8「中醫三高病人加強照護計畫」的協定事項(註)，可以接受嗎？

(註：螢幕顯示B8「中醫三高病人加強照護計畫」協定事項：以3年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效。)

詹委員永兆

我們就遵照，謝謝！

周主任委員麗芳

一、好，那全部都 OK 了，全部都 OK 了。我們再一次的感謝中醫部門跟所有付費者代表，很感謝，圓滿的達成任務。有一些細節我想就不用再重念了啦，幕僚同仁會告訴大家，9月25日上午9點以前提送相關的資料，這個我就不再重念，幕僚同仁會轉知大家。我在這邊要告訴大家的就是，恭喜，再恭喜，謝謝。

二、接下來休息 10 分鐘，換場，下一場次為牙醫部門，謝謝。

伍、115年度總額協商—「牙醫門診總額」 與會人員發言實錄

伍、115年度總額協商—「牙醫門診總額」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

一、非常感謝今天牙醫部門由陳世岳理事長、江錫仁榮譽理事長、徐邦賢總額主委，還有其他的牙醫協商代表一起來到現場。因為換場的關係，所以我再跟大家說明一下。這次的總額協商，健保會委員秉持 3 點精神：

- (一)第 1 點精神，行政院在整個經費拮据的情形之下，非常支持整個醫療體系，所以核定 5.5% 成長率上限，所有的委員都很珍惜，希望在 5.5% 成長率的經費預算之下，協助各個部門，包括牙醫部門，未來醫療的發展。
- (二)第 2 點，總額協商無外乎就是付費者代表跟醫療供給者協商，在付費者的部分，希望藉由這一筆總額協商的預算達成什麼目標？第 1 個，當然是希望推動健康臺灣，能夠提升民眾的醫療品質，讓大家活得健康、活得好、活得長壽，甚至達到牙醫部門常常說的 8020 目標，80 歲擁有 20 顆自然牙，這就是我們希望照顧民眾的目標。
- (三)第 3 點，在醫療供給者的部分希望做到什麼？現在已經進入超高齡社會，疾病樣態改變，也衍生出很多醫療費用增加、醫護人力短缺等問題，我們面臨空前的挑戰，在這個挑戰之下，希望協商出來的預算，能夠給大家最大的支持跟幫助，來改善整個醫療環境的品質，跟大家站在同一陣線一起努力。

二、也跟大家說明一下，我剛剛仔細的想一想，其實從今天一早，醫院部門談成了，西醫基層部門雖然未達成共識，但其實是沒有破局的，我想我們必須要定調 5.5% 的成長率雙邊是有共識的，只是在 5.5% 成長率之下的一些項目，大概只有 2、3 項要再做一些微調，所以我們的協商很有成效，至少成長率是談成功的，跟過去年度的協商破局是完全不一樣的情形。這也要請周執秘之後對外記者會說明也要秉持我們的精神，西醫基層不是破局，在成長率 5.5% 上面是有共識的，只不過科目之間彼此

還要再協商。

三、剛剛中醫部門也談成了，成長率也是 5.5%，從第 1 個部門到現在都是 5.5%，接下來就要看大家了，因為付費者不是每個部門一定都給 5.5% 成長率，這要取之有道，錢要花在刀口上，所以這就是你們的責任。現在就請陳理事長世岳跟大家分享你們方案的重點，打算怎麼運用預算。

陳委員世岳

一、周麗芳主委、各位委員、各位專家學者、健保署龐副署長及其他長官，大家午安大家好。大家辛苦了，牙醫部門每次都是最後一個談，牙醫部門一向是最依循總額精神，也最努力控制點值。前面幾個部門成長率都達到 5.5%，我們非常希望可以比照前面部門的運氣，成長率也達到 5.5%。

二、剛剛主委有交代，要我們說明錢要怎麼用，牙醫部門一定是以民眾的福祉為依歸，尤其我們提出最重要的項目就是高風險族群跟 65 歲以上老人上的照顧，放在最重要的重點，跟健保署有一些不一樣的地方，等一下請與會代表跟大家報告。希望我們今天可以達成共識，謝謝。

周主任委員麗芳

既然江榮譽理事長錫仁來到這裡了，也要請您講一下對於這次的談判，你們有什麼準備。

江協商代表錫仁

謝謝主委點名我發言。健保署的龐副署長及各位長官、周主委、健保會付費者代表的召集人、主談人跟協談人，所有在場的委員大家午安。我今天也是協商的代表，我們希望能夠延續中醫部門談成 5.5% 的氣勢，當然也要遵照剛剛主委講的，所用的每一分錢，都是以全體國民口腔健康的福祉為依歸。待會再跟大家說明各個項目，例如 A1 及 B5 「高風險疾病口腔照護計畫」的部分，針對健保署提出的成長率，牙醫部門提出來的成長率，還有最新提出的計算的方式來跟大家報告。我們希望能夠延續剛剛中醫的氣勢，打破紀錄，

在最短的時間達成共識，謝謝。

周主任委員麗芳

接下來是徐邦賢協商代表要說明嗎？請說明。

徐協商代表邦賢

一、主委、各位委員、與會的代表、長官，大家午安，接近晚安了，大家辛苦了！邦賢一早跟大家一起打拚努力，在會場上吸收各位很多的指導，接下來我就針對現場提供給各位委員的補充資料做簡要的報告。其實我們也感受到，委員們希望能夠把醫療資源放在真正需要的地方，而且給予醫療人員這麼大的支持與鼓勵，邦賢也感受在心，我要把這個心意轉達給與會的付費者代表，他們真的很友善，接下來跟大家報告補充資料：

(一)首先是 B6「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」再做更精確的估算，這樣做是因為配合計畫公告的時間，還有目前推行的狀況做更精確的估算：

1.本計畫自113年4月1號公告，113年從4月開始算平均每月申報點數約為18,104,882點，114年截至7月平均每月申報點是25,303,934點（推估114年申報點數為 $25,303,934 \times 12 = 303,647,208$ 點），推估114年全年預算(114年預算3.071億元)已經用得差不多，執行率約98.88%。

2.如果以114相較113的平均每月申報點數成長率(39.76%)計算，推估115年預算，大概需要的經費是4.2億元($25,303,934 \times (1+39.76\%) \times 12 = 424,377,338$ 點)。但是考量總額成長率上限5.5%的原則，所以下修計畫經費為4.033億元(註)。這是目前對於B6「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」調整的數字，希望能夠讓我們彼此之間互相信任，能夠有更好的協商。

(二)其次是 A1「高風險疾病口腔照護計畫」：

所謂「高風險」除了是系統疾病以外，其實指的是口腔罹病的高風險，我直接把目前估算的基準跟大家報告：

1.由於113年本計畫的施行對象有一些變更，所以修訂計畫公告

的時間是3月1號，因此1、2月先不納入估算，這是屬於統計上的偏差，我們從3月開始估，113年3月~12月平均每月申報點數是227,214,290點。114年也採取相同的估算方式，主要考量1、2月會遇到年假或計畫公告實施日的不同，所以會有比較大的落差，我們排除計算，一樣用114年3月到最新的資料7月計算，114年平均每月申報點數是297,526,991點(推估114年申報點數為 $297,526,991 \times 12 = 3,570,323,892$ 點)。推估114年全年預算(114年預算為28億元)執行約35.7億元，執行率達127.51%。

2.如果將114年跟113年比較，平均每月申報點數採上開計畫公告實施後執行的數據計算，條件上完全一樣，計算後平均每月申報點數的成長率約30.95%。因此推估115年如果穩定成長的話，需要46.7億元($297,526,991 \times (1+30.95\%) \times 12 = 4,675,339,137$ 點)。但是考量總額上限5.5%的成長率，所以本項金額下修到43.766億元(註)。

3.至於114年1~6月申報量成長趨緩的問題，在許多場合有跟各位委員還有長官報告過，其實就在於申報量特別低的那幾個月，剛好是113年點值公告的次1個月，我們必須老實說，這個會影響醫師申報的意願，過低的點值已經讓醫師執行計畫的意願嚴重降低。

4.為什麼一定要將65歲以上納入適用對象，補充資料有相關說明跟圖片，在這裡就不占用大家的時間，請大家酌參。我們只希望1個好的政策，1個民眾滿意度都很高的政策，重點是這個計畫讓所有的適用族群，能夠提高口腔健康加強牙齒保護，也希望點值至少能夠維持穩定。

(三)B2「牙醫特殊醫療服務計畫」：感謝健保署對我們的殷殷期盼，有寬編預算(健保署編列10.145億元，增加2.086億元)，包括新增服務機構的預算。但以114年來看，114年也有增編這個預算，但是有些機構沒有準備好，我們也沒辦法實施，所以變成空有預算而無法執行。所以希望增加的預算，是不是能夠

挪用到目前一定可以執行的地方，綜合去平衡考量。(牙醫部門編列 8.99 億元，增加 0.931 億元)

(四)B3「12~18 歲青少年口腔提升照護計畫」：尊重健保署的提案，健保署寬列多少預算，我們就比照編列(牙醫部門協商草案原編列 2.23 億元，修正同健保署編列 2.4 億元)。

二、牙醫部門目前有再提出修正後版本，應該有給幕僚(周主任委員麗芳：有)，麻煩將螢幕往下拉，牙醫部門修正後版本的成長率一定是 5.5%(註)，沒有的話我們自己走出去。這就是目前為止牙醫部門的修正版本，懇請委員能夠予以支持，謝謝。

(註：牙醫部門會上提出修正後版本，整體成長率由原協商草案 5.547%，下修為 5.5%，與原協商草案編列金額不同之項目如下：

- 1.A1「高風險疾病口腔照護計畫」：修正後版本編列 43.125 億元(原協商草案及補充資料編列 43.766 億元)。
- 2.B3「12~18 歲青少年口腔提升照護計畫」：修正後版本編列 2.4 億元(原協商草案編列 2.23 億元，補充資料編列 2.4 億元)。
- 3.B6「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」：修正後版本編列 4.244 億元(原協商草案及補充資料編列 4.033 億元)。)

周主任委員麗芳

非常感謝很詳盡的說明，接下來我要介紹牙醫部門付費者委員的主談跟協談，主談人是鄭力嘉委員，協談人是呂正華委員。針對牙醫部門剛剛提出的內容，各位委員有沒有要請他們補充說明的地方？請鄭力嘉委員。

鄭委員力嘉

一、我比較想要問健保署有關 B2「牙醫特殊醫療服務計畫」的部分，剛剛徐邦賢協商代表有說到，健保署希望增加 7 個服務場域，但是剛才牙醫部門代表說錢編了，但機構卻沒有準備好，所以編了預算也沒有用。這一點我想要請健保署協助說明一下，讓我們更精確的了解，作為內部會議討論的方向。

二、另外是 B6「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」的部分，健保署的建議是 114 年預算尚可支應預算成長，所以維持 114 年的預

算。但是剛剛牙醫部門的補充資料是要增加預算，請健保署說明中間差額的部分，是怎麼去預估的？讓我們等一下比較好討論，以上。

周主任委員麗芳

謝謝主談人鄭力嘉委員提出的問題，這 2 點基本上就是牙醫部門跟健保署提出金額不一樣的地方，所以請健保署針對牙醫部門所提的方案，給予專業的意見。分別是 B2「牙醫特殊醫療服務計畫」跟 B6「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，剛剛徐邦賢協商代表也有提出解釋，所以請健保署針對牙醫部門的解釋及金額，從專業的角度提出看法。

劉組長林義

首先跟各位委員報告，有關 B2「牙醫特殊醫療服務計畫」，因為有委員及社家署希望牙醫能夠增加機構服務，所以我們會去算 1 個數量，新增 7 家服務場域，每家以 200 萬元估算，大概會增加 0.14 億元。但其實這是有調整空間的，我們也不曉得到底會增加哪些機構，因為一定要先編列預算，所以先概估 1 個量，再由牙醫部門去溝通會比較簡單。但 7 家機構其實有調整空間，114 年的預算也是增編 7 家預算，所以我們用同樣的家數來估明年。第 2 個是……？

周主任委員麗芳

B6「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」。

劉組長林義

B6「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」在會議資料第 2 冊第 62~63 頁有說明牙醫部門的估算方式，同樣是兩邊經費推估的方法不一樣。健保署考量這個計畫才剛執行，113 年預算執行率大概只有 5 成，推估成長率應該也不會太高。牙醫部門是用 114 年相較 113 年申報點數，所以成長率會非常的高，他們預估 115 年應該也會這麼高，才增加這個預算。這就是兩邊對於成長率估算的不同(註)。

(註：有關 B6「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」健保署協商草案、牙醫部門協商草案(詳會議資料第 2 冊第 62~63 頁)及現場補充資料所估預算之差

異，主要在於成長率估算方式不同，說明如下：

- 1.健保署協商草案：以「114年1~6月平均每月申報點數」相較「113年7~12月平均每月申報點數」計算成長率為23.60%。
- 2.牙醫部門協商草案：以「推估114年全年申報點數」相較「113年全年申報點數」計算成長率為36.24%。(推估114年全年申報點數參照113年實際執行9個月等比率計算)
- 3.牙醫部門現場補充資料：以「114年1~7月平均每月申報點數」相較「113年4~12月平均每月申報點數」計算成長率為39.76%。)

周主任委員麗芳

- 一、剛剛劉組長說明 B6「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，健保署是參考 113 預算執行率推估經費，但是現在已經是 114 年 9 月，牙醫部門現場提供的補充資料，是用 114 年最新的數據計算明年的成長率，這也是兩者不太一樣的地方。
- 二、B2「牙醫特殊醫療服務計畫」的部分，劉組長也說明，這塊應該是有一點彈性的，因為都是初估的。還有沒有要提出詢問的地方？請蔡順雄委員。

蔡委員順雄

- 一、請教牙醫部門還有健保署，有關 A1 跟 B5 都是「高風險疾病口腔照護計畫」，但是健保署認為應該要列在專款(B5)，牙醫部門要列在一般服務(A1)，這兩者的區別跟處理方式，不曉得牙醫部門跟健保署的意見為何？
- 二、第 2 個是金額差距的部分，牙醫部門在專款項目 B5 未編列預算，增加金額為負 28 億元，但是把它移列一般服務 A1，編列 43.766 億元(註)；健保署在原先的專款項目 B5 編列 35 億元，增加金額為 7 億元，跟 A1 牙醫部門編列的 43.766 億元，大概差了 8.766 億元，這部分也想聽聽看健保署的意見。

(註：牙醫部門協商草案A1「高風險疾病口腔照護計畫」編列43.766億元，會場上修正版本編列43.125億元。)

- 三、以上兩個問題，第 1 個，是本計畫定性的問題，列於專款項目跟一般服務在處理上有什麼區別，或者會對牙醫部門造成怎麼

樣的拘束力？第 2 個，對金額的部分，想聽聽看健保署跟牙醫部門的意見。

周主任委員麗芳

蔡順雄委員看得很詳細，就是 A1 跟 B5「高風險疾病口腔照護計畫」的改變。先請牙醫部門，再請健保署說明。

徐協商代表邦賢

一、我先從 A1「高風險疾病口腔照護計畫」說明：

(一)牙醫部門希望將計畫留在一般服務，因為這個方案連續兩年都列在專款項目，一直處於點值非常低的狀況，真的低到我們自己可能也沒有辦法承受，我們在座 10 位的協商代表要面對所有的會員，鼓勵會員去服務更困難的、更複雜的患者，結果讓點值更低。因此希望如果能夠移列到一般服務，至少在資源上我們可以去做有效的運用，互相挪用。但是如果在專款項目的話，委員們都知道，1 個專案的預算就是只給那個專案使用，預算用完了就是用完了，不夠就是不夠，如果我們眼睜睜看著這個專案預算繼續不夠，這樣我們沒有辦法再去面對會員醫師，叫他們一定要做，反正預算一定不夠。

(二)我們也非常不希望因為經費不足，造成院所配合度沒那麼高，影響原本能照顧到就醫民眾的相關權益。當初的啟發念想只有 1 個目標，就是希望經費能夠充足，我們只有這樣的想法。

二、有關 B6「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」：

(一)為什麼申報量會有這麼大的落差，因為在 113 年參加這個計畫課程訓練的醫師已經達到 1 萬 2 千人，牙醫師總共才 1 萬 6 千人。誠如在其他的場合，我有跟委員們溝通，由於計畫規定很多，所以有些醫師雖然已經上完課，但會有一點點卻步，不敢去申報。後來我們努力的去說明，漸漸的讓醫師放心，目前加入的醫師越來越多，計畫的申報量很穩定的一直往上成長。這是目前面臨到的狀況，所以我們希望以最新的資料 update，才會有算法上的調整。

(二)如果以 113 年申報點數估算，因為計畫 4 月才公告實施，開始陸續上課，而且上課還要申請，所以第 1 批完成課程訓練的醫師至少要到 5、6 月才開始申報，甚至來不及參與課程的醫師，可能要 8、9 月才開始申報，所以申報點數在比較後期才開始成長。如果用 113 年來看的話，很抱歉可能有一點低估目前申報量的成長程度。

三、總之，在沒有提出新計畫的情況下，我們展現最大的誠意，希望原有的計畫能夠給予充足的經費，讓我們把這些計畫做好，把所有民眾的口腔照顧好，謝謝。

周主任委員麗芳

接下來請健保署補充說明。

劉組長林義

一、跟各位委員報告，A1 跟 B5 「高風險疾病口腔照護計畫」差別在 1 個列於一般服務，1 個列於專款項目。成長率計算的部分，請參閱會議資料第 2 冊第 48 頁有整理說明，我簡單報告健保署跟牙醫部門經費估算不同的原因其實有兩個：

(一)第 1 個，是成長率的算法，牙醫部門是用 113 年全年相較 114 年 1~6 月平均每月申報點數，計算出來的成長率大概是 40.52%，本署是用 113 年 7~12 月相較 114 年 1~6 月計算成長率。為什麼沒有採 113 年 1~6 月的數據？因為我們建議採申報成長比較穩定的後 6 個月計算，這其實是上次開會前會健保會委員的建議，依委員建議的方式計算後，成長率約為 9.33%。不過就像剛剛牙醫部門代表講的，其實目前都還在高成長期，預期明年也會是高成長期，也提供委員參考。

(二)第 2 個，我們還有扣除「65 歲以上未具適應症者執行牙結石清除(91090C)」的費用。所以大概有這兩個部分的不同。

二、至於列於一般服務或專款項目，主要的差異在於列於專款項目似乎比較可以節制預算，就是不會影響到一般服務的點值，大概有這樣的考量，供委員參考，以上。

周主任委員麗芳

針對這個部分還有沒有意見？先請陳節如委員，再請呂正華委員。
陳委員節如

- 一、B5「高風險疾病口腔照護計畫」的成長率擴張很快，可是B2「牙醫特殊醫療服務計畫」的預算成長跟執行很緩慢的邁進。看到115年健保署協商草案建議增加2.086億元，我覺得很好，但是健保署同時建議要新增7家護理之家及住宿式長照機構，會讓我擔心有排擠的效應。
- 二、B2「牙醫特殊醫療服務計畫」居家牙醫醫療服務的問題，根據第一線提供服務的醫師建議，認為是給付不足以誘導服務提供者參與，服務人數從109年的1,329人到113年的1,873人，這些人可能是出不了門的，而且其需求是能夠在居家處理的，但是相較於「居家醫療照護整合計畫」，提供服務的人數還是非常的少。明年度的經費提升，我認為應該也要同步思考，調整居家牙醫醫療服務費用，給予願意投入者多一點的鼓勵，並且進一步希望可以再吸引一些願意到居家服務的醫師來參與。
- 三、因此建議健保署說明一下，如何提升居家牙醫醫療服務的參與能量，以及如果在本計畫中新增「機構型」服務場域，會不會再次排擠居家服務的量能？要如何避免？以上兩個問題，謝謝。

周主任委員麗芳

等一下請健保署一併說明。請呂正華委員。

呂委員正華

- 一、我想請問牙醫部門，看起來健保署幫你分析A1「高風險疾病口腔照護計畫」經費推估的差異，就是因為成長率不同，如果爭取到你們以113年3~12月，相較114年3~7月平均每月申報點數推估成長率所計算的金額(註)，但是列於專款項目，就是不列於一般服務，你們的看法如何？兩者之間本來就要有一點取捨，我們等一下也會跟召集人討論。

(註：委員此處所提係採牙醫部門現場補充資料A1「高風險疾病口腔照護計畫」之計算方式：以「114年3~7月平均每月申報點數」相較「113年3~12月平均每月申報點數」計算成長率為30.95%，推估需46.75億元，考量高推估成長率，下修預算編列43.766億元。)

二、第2個，健保署建議65歲以上牙結石清除適用對象要增加適應症，我想請教你們的專業，增加適應症的適用範圍當然會比較局限，但是對健保的使用，確實有訂適應症使用上好像比較合理，也聽一下你們的看法。

周主任委員麗芳

很關鍵的兩個議題，有聽懂對不對？先請牙醫部門回答，之後再請健保署進一步說明，特別是針對陳節如委員的提問。

徐協商代表邦賢

一、感謝陳節如委員的指導，陳委員在關心弱勢族群的照顧上，給牙醫非常多的指導。我們希望居家牙醫醫療服務不僅做到量，還要兼顧品質，所以目前居家牙醫醫療服務的牙醫師受訓要比較確實、比較嚴格。我們也不希望猛然增加量之後，而疏於照顧品質上的要求。

二、牙醫部門今年考量經費問題，有些方案沒有列入協商草案，主要是我們在斟酌，希望提供的服務要有品質。比如說居家牙醫醫療服務，居家患者的健康品質、牙醫師的品質、牙齒的照顧，都必須要往上提升，而不是只有一直投入照顧而已，照顧要有成效。因此，我們積極的在推廣牙醫特殊醫療服務計畫-居家牙醫醫療服務，但是我們也要對持續提供居家醫療，且認真、負責的牙醫師們，應該適時給予一些獎勵。

三、當然現在的給付偏低，是我們必須要去檢討的1個原因，因為這的確是讓其他牙醫師裹足不前的原因，我們會去做一些檢討。牙醫修正版B2「牙醫特殊醫療服務計畫」增加的金額(增加0.931億元)，我們再去調整、協商，是不是有能力調整居家牙醫醫療服務的給付，希望有這樣的經費，能再去做一些努力。

四、接下來回應呂委員的指示，報告呂委員，A1「高風險疾病口腔

照護計畫」只要經費充足，列在專款項目或一般服務都沒有關係，只要我們 10 個協商代表能夠走出去，不會被會員打死，編在哪裡都沒有關係。跟大家報告，不堅持一定列在一般服務，只要經費充足，大家都好談，謝謝。

周主任委員麗芳

等一下，我問一下徐邦賢協商代表，你所謂的只要經費充足，就是現在牙醫部門修正版 A1「高風險疾病口腔照護計畫」編的這個預算嗎(43.125 億元)？這樣夠不夠？是不是你們所謂的經費充足？

徐協商代表邦賢

只要能充足給我們 A1「高風險疾病口腔照護計畫」現在編的這個預算(43.125 億元)，不管在一般服務或是在專款項目，就夠了。

周主任委員麗芳

所以現在編的預算就是你們認為夠用的，經費充足的？

徐協商代表邦賢

報告主委，不夠的我們理事長負責。

周主任委員麗芳

好，謝謝。等一下，我先請健保署也回應一下陳節如委員，之後再請牙醫部門發言，徐邦賢協商代表還沒講完？

徐協商代表邦賢

主委，還有一點沒有回應，就是有關適應症的部分。

周主任委員麗芳

對，這很重要，65 歲以上牙結石清除適用對象是否要增列適應症。

翁協商代表德育

一、牙醫代表翁德育第 1 次發言。跟各位委員報告，65 歲以上老人定期 3 個月洗牙 1 次，就口腔疾病而言，究竟需不需要再增訂適應症？大家手邊都有我們發的補充資料這張圖，其實這張圖大家一看就可以了解，恆牙從 6 歲開始萌發有功能使用，到了保險對象 65 歲的時候，已經使用了 60 年，使用 60 年的牙齒

會有什麼狀況？會有琺瑯質磨損、牙周組織萎縮，這些是老年性牙齒改變的主要特徵，它會讓牙齒出現廣泛的齦緣跟齒槽骨，同時萎縮、牙根暴露，在口腔疾病來講，高齡就是口腔疾病最大的風險。

二、我也要跟大家報告，為什麼我們要推 A1「高風險疾病口腔照護計畫」，並將 65 歲以上的老人納入。大家都知道 111 年衛生福利部有 1 個委託研究計畫，我國成年與老年人口腔健康調查計畫，調查的結果 65 歲以上民眾自然牙平均顆數 19.77 顆，約略 20 顆。大家都知道牙醫的初衷，我們要做什麼？就是達到 8020 的目標。現在 65 歲以上的老人只有 20 顆牙齒，要怎樣把這 20 顆牙齒，一直延續讓它可以健康地使用到 80 歲，最簡單的方式就是增加照護的頻率，所以我們一直希望 65 歲以上老人一定要 3 個月定期洗牙 1 次。

三、另外也有一些民眾一直在反映，65 歲以上的民眾，在 30 年前沒有受到健保的照護，因為健保 84 年才開辦，尤其牙周相關的疾病，沒有健保提供相關的治療，讓這一群人到高齡以後，口腔呈現很多需要治療及不健康的狀況。現在健保應該要更積極照顧他們的口腔健康，增加照護頻率，我們認為對他們而言是比較公平的對待。最終還是要回到 8020 的初衷，如果現在 65 歲以上，就剩下 20 顆牙齒了，那我們究竟要做什麼，才可以達到 8020，我們認為這就是最好的 1 個方案，以上。

周主任委員麗芳

江協商代表錫仁也要補充。

江協商代表錫仁

委員有提到 65 歲以上牙結石清除對象，有沒有要增訂適應症才能 3 個月來洗牙 1 次，其實 65 歲以上的民眾就是適應症，就是 indication，為什麼？因為 65 歲以上的民眾極大部分口腔健康處於高風險狀態，已經有中度、重度甚至極重度的牙周病，原因為何？因為牙周病跟很多系統性疾病產生相關的共病，有牙周病的人，大概都有心血管

疾病、糖尿病，甚至失智。所以 65 歲以上其實就是 indication 不用再訂其他的適應症。以上報告，謝謝。

周主任委員麗芳

接下來，我請健保署再回應，包括剛剛陳節如委員的提問。

劉組長林義

一、跟委員說明剛剛陳節如委員針對 B2 「牙醫特殊醫療服務計畫」的詢問，第 1 個，去機構服務會不會跟居家服務爭奪牙醫師的資源。這個部分要說明一下，身心障礙機構或者是社區醫療站，都是由醫療團去服務，而執行居家服務的是單獨的牙醫師，所以這兩邊其實沒有重複。

二、第 2 個，有關訪視費誘因夠不夠的部分，執行居家牙醫醫療服務可以拿到牙醫師訪視費每次 1,553 點，所有居家醫療服務訪視費的點數都一樣。當然待會健保署要報告的其他預算，我們有預計要調高居家訪視費的錢，不過這是整體調升醫事人員訪視費，該調就是大家一起調。除了牙醫師訪視費以外，其他還有居家牙醫醫療服務費，每次約 3,800~5,700 點，所以其實這些費用我們都已納入考量。

三、B2 「牙醫特殊醫療服務計畫」增加的 2.086 億元裡面，除了剛剛講新增服務場域的數量大家可以再考量以外，我們也是有編加成的費用在裡面，因為做牙特計畫或者是居家牙醫醫療服務比較辛苦，也希望必要的時候，可以用這邊的預算來調一些加成費用。

周主任委員麗芳

付費者代表還有沒有要提問？

徐協商代表邦賢

主委，不好意思，最後 30 秒。跟各位委員報告，把 65 歲以上者的牙齒照顧好，其實對全民健康有非常好的幫助。因為有一口好牙，當年齡漸長，如果身體稍有不適需要元氣恢復的時候，要有牙齒去吃東西，而不是到老年，已經不舒服要補充營養的時候，就只能靠

鼻胃管或流質。我們希望保有一口好牙，當需要去攝取營養的時候，能夠自己去攝取營養，這也是讓銀髮族還有高齡者，大家生活上更有品質，以上補充，謝謝。

周主任委員麗芳

如果委員沒有其他要提問的，就拜託付費者代表委員，內部會議討論一下，再告訴我們。我們有為牙醫代表準備便當，請先用一下便當，別緊張。

(付費者代表進行內部會議討論約20分鐘)

周主任委員麗芳

非常感謝付費者代表已經回來現場，請主談人鄭力嘉委員說明，針對牙醫部門你們提出來的付費者第1版如何。

鄭委員力嘉

謝謝主委、牙醫部門，以及辛苦的付費者代表，我說明如下：

一、一般服務：

(一)A1「高風險疾病口腔照護計畫」：建議維持編列於專款項目B5，金額待會再討論。

(二)A2「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：依照規定辦理(減少0.015億元)。

二、專款項目：

(一)B1「醫療資源不足地區改善方案」：編列3.238億元(同牙醫部門及健保署版本)。

(二)B2「牙醫特殊醫療服務計畫」：跟健保署一樣編列10.145億元，但是跟健保署的想法比較不一樣，我們沒有要求牙醫部門一定要增加幾家服務場域，反而在協定事項希望能夠「檢討醫療團論次費用及居家牙醫醫療服務支付標準，加強醫療服務量能」，這部分去做一些改進。

(三)B3「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」：編列2.4億元(同牙醫部門及健保署版本)。協定事項，第1點，同意名稱修

改為「青少年口腔提升照護試辦計畫」。第 2 點，加強計畫推動及提升青少年就醫率，監測執行結果。

(四)B4「超音波根管沖洗計畫」：編列 1.448 億元(同牙醫部門及健保署版本)。協定事項，加強計畫推動並監測執行結果，於 115 年提出是否納入一般服務之評估結果。

(五)B5「高風險疾病口腔照護計畫」：編列 41.971 億元，協定事項，第 1 點，檢討各類適用對象醫療利用及執行效益，於 115 年 4 月前提出專案報告。第 2 點，將涉及一般服務涵蓋部分之費用，回歸一般服務。

(六)B6「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」：編列 4.244 億元(同牙醫部門版本)。

(七)B7「非齒源性口腔疼痛處置」：編列 0.144 億元(同牙醫部門及健保署版本)。

(八)B8「品質保證保留款」：編列 0.97 億元。

三、最後，較基期成長 5.5%，希望牙醫部門能夠接受付費者代表這個善意的版本。

周主任委員麗芳

非常感謝主談人鄭力嘉委員、協談人呂正華委員，還有全體的付費者代表，真的是展現很高的誠意，現在這個版本的成長率，已經跟其他部門一致為 5.5%。現在請牙醫部門再檢視一下，雖然有些項目微調，也有搬動一般服務、專款的項目，請大家表示意見，是不是可以接受，你們的想法如何？

徐協商代表邦賢

感謝委員，也感謝理事長，授權讓我說明。感謝鄭力嘉委員及各位委員對牙醫部門的照顧。我們現在還有一點點疑問由我這邊來回應。

一、第 1 個，有關於 B5「高風險疾病口腔照護計畫」如果編列於專款項目，就像剛才跟大家報告的，只要經費足夠，其實牙醫部門不堅持。只是能不能了解一下關於協定事項的第 2 點(註)，

這 1 點我們看不太懂，是不是能夠再了解一下？。

(註：螢幕上顯示，B5「高風險疾病口腔照護計畫」協定事項第2點：將涉及一般服務涵蓋部分之費用，回歸一般服務。)

二、第 2 個，B2「牙醫特殊醫療服務計畫」感謝大家對於居家牙醫醫療服務的殷殷期盼，只是我必須要很誠懇地讓所有委員知道，我們一定會去把居家牙醫醫療服務的量還有品質都做好，只是明年可能沒有辦法消化那麼多預算。因為現在是把當初健保署估算增加 7 家服務場域的量能，轉嫁到居家牙醫醫療服務，還有調升醫療團論次費用。但是以目前的狀況，我們就算用 1 年時間急需地把所有醫生的精力通通都投入，可能也沒有辦法達到這樣的目標。

三、所以是不是能夠把 B2「牙醫特殊醫療服務計畫」的增加金額微調為增加 1.286 億元(目前付費者第 1 版編列 10.145 億元，增加 2.086 億元)，然後剩下的一點額度，是不是移到專款項目的 B5「高風險疾病口腔照護計畫」，給予它一點關愛的眼神，讓經費挪到這裡，這樣子讓我們更能夠有效運用經費，而不是有些計畫預算太寬編，我們實在沒有能力達到，希望讓眼見已經快要崩掉的醫療服務，能夠再多加一點點資源，讓我們能夠更好靈活運用，以上報告。

周主任委員麗芳

一、現在大家的想法已經非常聚焦了，首先對於 B2「牙醫特殊醫療服務計畫」，很感謝牙醫部門真的是很誠實，也不會因為給你們這麼多的經費，就給他吃下來，對明年而言，你們在第一線最清楚，這樣的執行量其實是沒辦法消化的，所以希望經費能夠再做一些調整。

二、還有剛剛提到 B5「高風險疾病口腔照護計畫」協定事項第 2 點，希望能解釋清楚是什麼意思，讓他們在執行時看怎麼做配合。這個部分是不是一樣請主談人鄭力嘉委員來說明。

鄭委員力嘉

一、我如果講錯，再請其他委員幫我補充。一般服務原本就有編列洗牙 2 次的費用，現在專款再編列洗牙 4 次的費用，應該要把一般服務原本就編列洗牙 2 次的費用扣掉(註)，徐邦賢協商代表大概懂我意思吧？

(註：有關B5「高風險疾病口腔照護計畫」：

- 1.查一般服務預算已提供「牙結石清除-全口(91004C)」1年執行2次、「牙周暨齲齒控制基本處置(91014C)」1年執行1次之費用。
- 2.B5「高風險疾病口腔照護計畫」之「高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)」提供「牙結石清除-全口」及「牙周暨齲齒控制基本處置」1年執行4次之費用。
- 3.因一般服務已涵蓋是類對象「牙結石清除-全口」1年2次及「牙周暨齲齒控制基本處置」1年1次之相關費用，爰協定事項建議本專款計畫中涉及一般服務涵蓋部分之費用，宜回歸由一般服務預算支應。)

二、B2「牙醫特殊醫療服務計畫」的部分，應該說委員們願意編列一些預算，讓牙醫師能夠加強居家醫療服務，至於居家牙醫醫療服務支付標準的部分，我們認為你們可以調整，鼓勵讓更年輕或者是願意去居家服務的牙醫師能夠有更好的支付標準，進而服務到更多的人，而不是說一定要增加服務多少機構家數，我不曉得這樣補充，你們可以了解嗎？

簡協商代表志成

一、主委、各位委員大家好。我是牙醫全聯會身障召集人簡志成，第1次發言。非常感謝大家對B2「牙醫特殊醫療服務計畫」一直以來的支持，讓我們能夠有這麼大幅度的成長。但我在這裡老實跟大家報告，我們從109年到113年居家牙醫醫療服務的成果，109年服務總點數約1,500萬點，到113年努力做到約2,200萬點，說真的我們即使再做下去，量再大1倍，也沒辦法把增加的預算消化完。服務人數已經從109年1,329人，113年增加到1,873人，快2,000人，服務人次也從3,067人次，增加到4,108人次，我想這是全台很多牙醫師努力的結果。

二、我們當然希望在委員的支持之下，可以製造更好的誘因、更好

的給付給他們，但也必須審慎地使用，最好用在急、重、偏、遠的地方，以目前的量能來看，預算只能擺在這邊，因為專款項目間的預算不能流用。我們會覺得可能沒有辦法 1 年內就把增加的 2.086 億元消化完，因為從以前到現在，牙特計畫沒有成長過這麼多，到時候沒有用完的費用還是要返還，等於是沒有用在刀口上。

三、我們期許這會是我們未來努力的目標，也希望明年達到更有效的執行成果，再來跟各位委員要求更多的費用，但說真的，在今年的情況，即使現在修改計畫，依我們的實行狀況，可能要到明年中以後才會實施，等於只有半年的時間要去消化增加的 2.086 億元。我要實在的跟大家報告，這樣子會影響執行率，我們也想努力做，但牙特計畫是沒有辦法快速成長的項目。在評核 113 年的時候我們也展現出成果，去年通過牙特計畫初級照護院所服務資格的醫生意人數成長了 300 多人，代表我們已經努力把醫生找進來，希望能夠長期耕耘、長期執行，以上報告，謝謝。

周主任委員麗芳

我先問一下徐邦賢協商代表，你剛剛在報告的時候有說，也希望付費者代表協助你們，如果你們沒辦法一下子消化掉這麼多預算，那你們是希望其餘的預算，調到哪一塊去？

徐協商代表邦賢

我們希望能夠挹注到 B5 「高風險疾病口腔照護計畫」，做一些資源上的補充，謝謝。

周主任委員麗芳

好，希望挹注到 B5 「高風險疾病口腔照護計畫」。接下來，請翁協商代表德育。

翁協商代表德育

一、報告委員，關於 B5 「高風險疾病口腔照護計畫」協定事項第 2 點「將涉及一般服務涵蓋部分之費用，回歸一般服務」。這個我

們不清楚，因為現在高風險口腔照護計畫，並沒有涉及一般服務在執行的項目，3個月洗牙1次(B5專款計畫支應「高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)」每年4次)，跟半年洗牙1次(一般服務支應「牙結石清除-全口(91004C)」每年2次)不一樣，當初我們在匡這個費用的時候，已經把一般服務洗牙2次的錢都扣掉，專款只編列增加2次洗牙的費用。

二、第2個是塗氟的費用，現有一般服務塗氟相關費用，只有口乾症塗氟，所以B5專款項目計畫支應「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)」也沒有涉及一般服務涵蓋部分的費用。

三、第3個是複合體充填費用，申報費用時已扣除原一般服務樹脂填充項目，專款只額外給付400點，其餘支付點數由一般服務支應(註)，所以也沒有涉及一般服務涵蓋部分的費用。所以我們對這句話就是有一點疑問，以上。

(註：依據B5「高風險疾病口腔照護計畫」規定，高風險疾病病人複雜性複合體充填項目(89204C~89215C)，400點由本專款計畫經費給付，其餘點數由一般服務預算支應。)

周主任委員麗芳

B5「高風險疾病口腔照護計畫」協定事項第2點，這項你們剛剛講得很清楚，估算費用的時候，就已經沒有把一般服務重複的部分估進去，所以不會有要回歸一般服務的部分。接下來請鄭力嘉委員。

鄭委員力嘉

我覺得這一塊我們想釐清一下，這個部分請健保署幫我們補充。

周主任委員麗芳

請健保署說明，劉林義組長離開位子，有誰能夠說明？請洪于淇專門委員。

洪專門委員于淇

牙醫部門當初編列預算的時候，的確只是編列外加的費用，所以沒有與一般服務重複的問題。

周主任委員麗芳

沒有重複的問題，所以 B5「高風險疾病口腔照護計畫」協定事項第 2 點，看起來可以不用列，因為沒有重複。請林恩豪委員。

林委員恩豪

我想確認一下，你說牙醫是編列外加的費用，在本來洗牙 2 次的費用，再加 4 次洗牙的費用，變 6 次洗牙的費用，是這個意思嗎？不然怎麼會是外加？這個計畫就是給付洗牙 4 次的費用，外加的意思不就是原來一般服務 2 次洗牙的費用，專款再外加 4 次洗牙的費用？

周主任委員麗芳

洗牙費用是 2 次加 2 次，還是 2 次加 4 次？

徐協商代表邦賢

我越俎代庖一下，應該是健保署要回答，跟林恩豪委員報告，一開始這個計畫 111 年還編列在一般服務的時候，的確是這樣子算(註 1)，但是後來 113 年移列到專款，我們在估算 114 年費用的時候，是以當時的申報量，為什麼我一直要提到申報量，因為當時的申報量已經排除原本一般服務的預算，所以這個費用的估算，是以申報量去估，不是用洗牙滿 4 次的量估算，用洗牙 4 次來估算的話，這個數字可能後面要加個 0。我們是以實際上產生的申報量，就是除了一般服務洗牙 2 次之外，額外產生的洗牙費用來估算，沒有跟一般服務預算重複(註 2)，也就是說……。

(註：

- 1.查一般服務預算已提供「牙結石清除-全口(91004C)」1年執行2次、「牙周暨齲齒控制基本處置(91014C)」1年執行1次之費用。111年原一般服務「高風險疾病口腔照護」之「預算執行額度」計算方式，係以111年申報「高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)」之費用，扣除既有一般服務替代項目之費用。
- 2.查114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議事錄第185頁，健保署針對付費者委員提問，說明114年「高風險疾病口腔照護計畫」是否與一般服務有重複虞？健保署回復摘要：「……估算114年費用的時候，單純用洗牙增加的次數來估計，就不會跟一般服務費用重複。」)

林委員恩豪

不好意思，那我再問一下，現在 B5「高風險疾病口腔照護計畫」提出來的 114 年執行率這麼高(牙醫部門預估 127.51%)，請問你們是用洗牙 2 次，還是洗牙 4 次的費用計算執行率(註)？

(註：查目前專款項目 B5「高風險疾病口腔照護計畫」之「預算執行額度」計算方式，係以申報「高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)」之所有費用計算。)

翁協商代表德育

回答林恩豪委員的問題，這 2 個是不一樣的醫令，所以很清楚，每 3 個月洗牙 1 次，醫令是 91090C(高風險疾病病人牙結石清除-全口)，每半年洗牙 1 次，醫令是 91004C(牙結石清除-全口)。

林委員恩豪

不是，我的意思是，你們現在的執行率是怎麼算出來的，到底是用洗牙 2 次的費用(預算執行額度扣除既有一般服務替代項目之費用)，還是洗牙 4 次的費用(預算執行額度未扣除既有一般服務替代項目之費用)計算？

翁協商代表德育

不好意思，我們就是用 91090C(高風險疾病病人牙結石清除-全口)的醫令數計算……。

鄭委員力嘉

我的想法是這樣，我覺得就如同牙醫部門說的，如果沒有重複，如果是這樣子的話，文字放上去應該也沒有差吧？請大家不要糾結文字，因為既然沒有重複，我們就列這個文字，對不對？

徐協商代表邦賢

感謝委員們的擔心，就怕資源重複編列了，如同鄭力嘉委員所講的，既然沒有重複何必擔心這句話在這裡，那我們也不堅持，謝謝。

張委員田黨

剛才那個……。

徐協商代表邦賢

對不起，不過有關 B2「牙醫特殊醫療服務計畫」，我們真的很誠懇地跟大家報告，如果預算增加，但是實際上真的沒有辦法用到這麼多的時候，而耽誤到其他專案的發展，我們覺得實在是非常的可惜，真的很可惜。如果大家都很想把牙醫特殊醫療服務，注入強而有力的強心針，是不是能夠讓我們靈活運用這 2.086 億元，而非只有局限在調整醫療團論次費用以及居家牙醫醫療服務的費用？

張委員田黨

- 一、關於牙醫部門說 B2「牙醫特殊醫療服務計畫」編得太多，當時我們在協商的時候，一直希望牙醫師真的能照顧這些弱勢，而且也不會像你們說的找不到對象，像我所知道很多機構也沒有牙醫師去照顧，都要特地送到醫院去看牙醫，為什麼會這樣？
- 二、我也同意多給年輕的醫師鼓勵，多發一些獎金或車馬費，或是增加醫療費用給付都可以，但是真的不要把這邊的預算全部移走。如果說另外的專款項目需要費用，可以移一點點，或是最好不要移，將費全部用在牙特計畫，因為這是我們已經討論、協商過的結果，也不是隨便編列出來的，我相信健保署對這塊應該很清楚。

周主任委員麗芳

請呂正華委員。

呂委員正華

我想 B5「高風險疾病口腔照護計畫」協定事項的第 2 點，剛剛牙醫部門承諾與一般服務費用不會有重複，不過我覺得可能在評核 114 年執行成果的時候，要做一些說明，我想就不用列入協定事項。但是為什麼會列這 1 項？其實主要就是在會議資料第 2 冊大表，其中評核意見有特別提到(註)，所以你現在口頭答應我們也 ok，看起來你們的意思是沒有重複，不用列入協定事項沒關係，但是可能還是要追蹤，以上補充，謝謝。

(註：會議資料第 2 冊第 49 頁評核委員意見：「預算超支部分應考量擴大高風險疾病適用對象的合理性，如高風險疾病的對象擴大至 65 歲以上人口，並提供每 3 個月牙結石清除和塗氟，此類人口過去亦會接受牙結石清除和塗

氟，因此計算費用的增加，應扣除過去相同人口的牙結石清除和塗氟費用，以避免重複計算。此外，擴大其他適用對象亦有相同情形，應一併考量。」)

周主任委員麗芳

現在看起來就是只剩下 B2「牙醫特殊醫療服務計畫」，還有 B5「高風險疾病口腔照護計畫」的預算，接下來又回到付費者代表，是不是可以接受他們剛剛所說的？

鄭委員力嘉

謝謝主委，我覺得我們可能還是要進去內部會議討論。

周主任委員麗芳

請蔡順雄委員。

蔡委員順雄

一、先跟牙醫部門報告 B2「牙醫特殊醫療服務計畫」，我們剛剛在內部討論，為什麼會認為要把新增服務機構，變成檢討居家牙醫醫療服務支付標準的關鍵，在於真正需要照顧的人，他就倒在家裡，或者在很偏僻的地方，根本連機構都不是，因為有時候你們去機構 1 次就看好幾十個人，所以我們講白了，大家都是老朋友，我們擔心比較好做的你都做了，這種比較困難、比較難做的，都放在那裡沒什麼要做。

二、所以委員不是要刁難，大家其實是苦心孤詣，就是希望有一個政策性的目標，有沒有一種可能性，我不曉得，我們等一下進去再討論，居家牙醫醫療服務的部分，有沒有可能不要以現有的能力，你們應該把量能再擴充一點，讓我們感受到你們有往那個方向走。正因為目前居家牙醫醫療服務用的不多，所以不能夠再給你們挪用，才會定這個標準，如果訂這個標準你用不完還可以到處使用，這個標準等於白訂了，那這樣居家牙醫醫療服務的要求就好像做不到了，變成是一種道德勸戒，大家都做德雷莎修女的可能性不高。

三、正因為是這樣，所以我們要把那個標準訂在那裡，有沒有可能

你們再斟酌。等一下我們委員討論，你們心裡要有個腹案，就是居家牙醫醫療服務的量能有沒有可能比現在做得再多一些，多 30%、40%，沒做到我們就收回來，有做到就繼續做，這樣子政策才有辦法貫澈，好不好？這個請大家再考量斟酌。

周主任委員麗芳

在付費者代表進去談之前，我跟大家預告一下，我剛剛在這邊接了兩通電話，是西醫基層部門的陳相國理事長打來的，他們一直很掛念，希望他們不是這次唯一的缺角，他們希望也能夠跟上大家的隊伍，所以他們還要趕回來，無論如何還要再跟大家協商，不見不散，這樣好不好？不談成不散，所以先跟大家預告，他們已經要再回來談。我們先把牙醫部門告一個段落。

徐協商代表邦賢

謝謝蔡順雄委員的殷殷期盼，牙醫部門在各位委員協商的時候，也進去再協調一下，謝謝。

(付費者代表及牙醫部門代表各自進行內部會議討論約15分鐘)

周主任委員麗芳

我們非常期待，也希望牙醫部門趕快談成，拜託鄭力嘉主談人還有呂正華協談人，鄭力嘉委員請說明現在最新的版本。

鄭委員力嘉

有關 B2「牙醫特殊醫療服務計畫」的部分，我們剛剛有聽到牙醫部門的說法，但是我們也衡量，希望能夠鼓勵，所以提出 1 個折衷版本，這邊加一點費用，剩下的部分移列到 B5「高風險疾病口腔照護計畫」。所以 B2「牙醫特殊醫療服務計畫」編列 9.559 億元(增加 1.5 億元)、B5「高風險疾病口腔照護計畫」編列 42.558 億元(增加 14.558 億元)，希望牙醫部門能接受。

周主任委員麗芳

真的很感謝付費者代表釋出的善意。接下來，你們迫不及待要說 yes 嗎？

陳委員世岳

對，我真的太感動了，為了這個談判真的 3 天沒睡，昨天還看資料看到 3 點半，早上來心臟不太舒服，我又跑回去拿舌下含錠。我們全體要起立，謝謝各位委員，同意！同意！

周主任委員麗芳

我們太感動了，謝謝牙醫部門，今天心情真的非常起伏，也非常感謝大家。但是還是請你們要注意一下協定事項，剛剛我記得討論 B5 「高風險疾病口腔照護計畫」的時候，呂正華協談人有提到，協定事項第 2 點可以暫時拿掉，事後評核的時候再去稽核。然後有關於……。

呂委員正華

B5 「高風險疾病口腔照護計畫」協定事項第 2 點留著，但是評核的時候要追蹤啦！

周主任委員麗芳

所以照放嗎？

呂委員正華

因為牙醫部門說留著無妨啊！

周主任委員麗芳

好，留著無妨啦，反正也沒有要回歸一般服務的部分。所以請你們檢視一下，整個再看一遍，離開這邊之前大家開開心心的把它確認好。

徐協商代表邦賢

能不能把螢幕移到最上面？

周主任委員麗芳

螢幕移到最上面，讓他們逐項確認。A1 「高風險疾病口腔照護計畫」(徐協商代表邦賢：ok，螢幕繼續往下移)、B2 「牙醫特殊醫療服務計畫」(徐協商代表邦賢：ok，螢幕繼續往下移)。

徐協商代表邦賢

不好意思，B3 「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」後來名稱

有改嗎？

周執行秘書淑婉

有。(螢幕同步修改為 B3「~~12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫~~」)

徐協商代表邦賢

好，謝謝！

周主任委員麗芳

內容呢？B2「牙醫特殊醫療服務計畫」跟 B3「青少年口腔提升照護試辦計畫」後面的協定事項有沒有問題？

徐協商代表邦賢

沒有問題。

周主任委員麗芳

螢幕繼續往下移到 B4「超音波根管沖洗計畫」。

徐協商代表邦賢

Ok，螢幕繼續往下。

周主任委員麗芳

B5「高風險疾病口腔照護計畫」。

徐協商代表邦賢

協定事項裡面，可不可以讓我們也表達一下，116 年想要回到一般服務的意願？(有委員發言：下次再說)好，下次再說。

周主任委員麗芳

再往下看，是不是沒有了？(徐協商代表邦賢：對)好，那就再一次恭喜大家，謝謝理事長、所有牙醫部門的協商代表，也恭喜你們回去可以好好休息。

陳委員世岳

謝謝鄭力嘉委員、呂正華委員，還有所有委員的支持牙醫部門，我們會努力。

陸、115年度總額協商—「其他預算」
與會人員發言實錄

陸、115年度總額協商—「其他預算」與會人員發言實錄

陳署長亮好

想讓大家知道一下，今天健保署在東區很忙，大家有看到今天的新聞(今日花蓮馬太鞍溪堰塞湖發生溢流事件)，行政院長、石崇良部長都下到災區，健保署 IDS(山地離島地區醫療給付效益提昇計畫)已開設醫療服務，社工司也開設容納災民服務，我跟龐一鳴副署長為這件事情進進出出會場處理一些事情，希望這次救災能夠平順，接下來的協商我們都會在場。

周主任委員麗芳

- 一、對於花蓮地區的災情，健保會的全體委員感同身受，這也是為何健保會在這次的總額協商中，各部門成長率都是以 5.5% 來支持大家，因為委員都了解當前醫療生態的艱困，一定要給大家最多的子彈，我們是真的有朝這方面努力。
- 二、雖然西醫基層部門會再回來跟大家繼續協商，但是因為時間及議程安排，先開始協商其他預算。與各部門一樣，先請健保署進行 5 分鐘的簡短說明。

劉組長林義

- 一、跟各位委員報告，第 1 項「基層總額轉診型態調整費用」減編 2 億元，主要是因為這兩三年來實際支出約 5 億多元，接近 6 億元，所以依照實際執行數編列。
- 二、第 2 項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，我們之所以增加 3.38 億元，原因在於花蓮要擴大辦理全人整合照護方案，大約有 10 個社區都會加入本方案，所以需要先預留經費。全人整合照護方案在花蓮秀林鄉執行成效不錯，由花蓮慈濟醫院執行，他們有意願將秀林鄉執行模式推展到整個花蓮地區，所以需要增編預算，以利後續執行。
- 三、第 3 項「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」編列 98.76 億元，增編 4.98 億元，主要依實際執行率編列預算。另考量居家醫療照護非常

辛苦，所以我們編列經費，調整相關的居家訪視費。

四、第 4 項是預備款，因為醫院總額或西醫基層總額有很多專款支應藥費，藥費是每 1 點 1 元，預算為前瞻式編列，我們也擔心藥費若有編列不足情形，萬一超出專款額度，起碼這邊還有預備款可以支應，並希望能夠占一定的比率，目前預算增至 3 億元，增編 0.85 億元，在運用上會比較寬鬆。

五、第 5 項「推動促進醫療體系整合計畫」編列 6.2 億元，增編 1 億元，包括醫院以病人為中心門診整合照護計畫、急性後期整合照護計畫(下稱 PAC 計畫)或遠距醫療給付計畫等。其中遠距會診本來有限定科別，從今年開始放寬到所有科別，所以有增編經費。遠距主要是為了偏遠地區病患就醫不便，尤其是專科非常的不容易，若有專科看診需求，希望能透過遠距醫療提供服務。所以今年開放所有科別，看偏遠地區需要什麼專科，我們就編列經費提供其所需專科的遠距會診。

六、第 6 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，本項過去都是編列 10 億元，114 年增編為 20 億元，我們認為本項保留 10 億元就可以了，115 年建議依照過去的作法，編列 10 億元。

七、第 7 項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」編列 21 億元，去年因為矯正機關政策改變，收容人數突然增加，所有矯正機關的受刑人也是健保的保險對象，其所需的醫療服務，統一由本項專款支應。對願意去矯正機關提供醫療服務的醫療人員，我們覺得應該給予鼓勵，不宜讓其提供的醫療服務點值浮動。去年因為預算不足，差點要點值浮動低於每點 1 元。如果因為受刑人數增加，導致點值浮動，建議應該增加預算保障點值，所以明年增編 1.719 億元。

八、第 8 項「腎臟病照護及病人衛教計畫」，主要支應初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫及慢性腎衰竭病人門診透析服務

品質提升獎勵計畫。因為本項預算執行情形穩定，1 年大概執行 4 億多元，所以維持去年的預算編列 5 億元。

九、第 9 項「提升用藥品質之藥事照護計畫」，是藥全會黃金舜理事長很 care 的用藥整合部分，主要由社區藥局協助健保署執行用藥整合，預算維持 3 千萬元。

十、第 10 項「114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：

(一)以醫事人力為主之支付標準調整，急重難症支付費用調整 (RBRVS) 等」，屬於政策款性質，如果委員同意其他預算以 5.5% 的成長率編列，本項預算就下修為 5,311 百萬元(原草案 6,194 百萬元)，成長率就是 5.5%。

(二)所謂政策款就是依目前政策需要編列，而目前最重要的就是有關春節開診加成，因為今年春節期間發生急診壅塞情形，所以我們想在本項專款增編預算，鼓勵醫師春節期間開診。經統計開診率，初一~初三這幾天的開診率都低於一成，民眾如果在這幾天需要醫療服務，就只能衝急診，這不是好現象，所以我們希望鼓勵不管是基層或是醫院住院，對願意在春節期間出來服務的醫事人員，給予比較高的加成，這部分預定從本項預算支應。

(三)另外就是最近提到的假日急症中心(UCC)，因為現在設置地點還不確定，目前也是先在本項編列預算。另外還有外傷處置加成等比較重要的解決急診壅塞相關支付標準調整，也會以本項預算支應，以上說明。

周主任委員麗芳

請問署長有要再補充嗎？目前沒有。跟各位委員說明，因為其他預算已經是最後的部分，今年行政院核定成長率上限是 5.5%，總金額是 9,883 億元，所以在這部分……

周執行秘書淑婉

報告主委，目前螢幕上顯示的金額已經以 5.5% 成長率修改了(註)。
(註：電腦螢幕顯示，第 10 項金額原為 6,194 百萬元，下修為 5,311 百萬元，其

他預算總計22,032.2百萬元，增加1,148.5百萬元。)

周主任委員麗芳

一、已經修過，成長率都是5.5%，所以都沒有問題。

二、接下來請各位委員發言，有一個人一定要讓他講話，請黃金舜理事長，他為了第9項「提升用藥品質之藥事照護計畫」3千萬元，從早上9點坐到晚上9點，而且到現在1個字都還沒有講，所以一定要讓他講，多幾分鐘也沒關係，請講。

黃委員金舜

感謝周主委。我剛剛坐在護理師公會全聯會陳麗琴理事長旁邊，人家早上就通過45億元(醫院總額專款項目「住院護理費用」編列45億元)，我們等到晚上才通過3千萬元，所以我跟周淑婉執秘說，同行不同命，一個是45億元，一個是3千萬元，不如會議結束我來跳淡水河好了。但總是有編列3千萬元，還是要跟所有的委員說聲謝謝，謝謝大家的支持。

周主任委員麗芳

我們也非常的感佩這個敬業的精神，願意陪著委員從早上坐到現在。接下來請付費者代表針對其他預算提問，是否還有需要請健保署再說明的地方？請林恩豪委員。

林委員恩豪

主席，其他預算也有主談人與協談人。

周主任委員麗芳

主談人是陳節如委員，協談人是黃國祥委員，是不是請主談人發言，或是兩位有要特別提問的地方？

陳委員節如

就其他預算我有幾點意見，說明如下：

一、有關第3項「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」：

(一)居家醫療照護(含居家整合及安寧居家照護)，健保署草案編列

60.53 億元，增編 2.95 億元；在宅急症照護試辦計畫編列 5.74 億元，維持 114 年預算；助產所(含偏鄉助產機構生產補助試辦)編列 0.05 億元，與 114 年相同；精神疾病的社區復健編列 31.71 億，增編 2 億元；轉銜長照 2.0 服務編列 0.73 億元，增編 0.03 億元。

- (二)建議本計畫不要做任何刪減，看到健保署將調升醫事人員訪視點數，覺得很欣慰也很肯定，但訪視費調升 5% 也不算多，請健保署繼續努力。
- (三)建議在宅急症照護試辦計畫的執行，應找相關學會進行擴大適應症的討論，擴大適用範圍，並搭配相關的監測指標來進行。
- (四)現在長照 3.0 強調醫療和長照的整合，醫養合一，在轉銜長照的成果部分，希望未來能夠讓我們了解這幾年本項服務的進步或執行效益為何。

二、剛剛黃金舜理事長提到，「提升用藥品質之藥事照護計畫」只有 3 千萬元，其實我很懷疑，藥師為什麼沒有參與長照？(黃金舜委員回復：有參與)有參與的話，主要是去訪視用藥的問題，現在老人家的用藥問題需要重視，而且都亂吃藥，他去 5 個門診，可能拿相同的藥都不知道。所以拜託黃理事長，在這部分要加把勁，鼓勵藥師多參與長照的到宅醫療，應該會有更多的經費可以運用，而不是只有 3 千萬元。

三、有關第 5 項的子計畫「急性後期整合照護計畫」，健保署草案維持 114 年預算 2 億元，雖預計擴大辦理該計畫，但是經費並沒有增加。急診後期照護部分，接下來要強化社區 PAC (Post Acute Care，急性後期照護)，也是我們最近在推動的部分，不知道健保署對於下轉的誘因會給到哪裡？編列 2 億元預算是否足夠？是否會搭配其他的指標進行監測？現在是 9 月，到年底可能還剩下 1 億元可以用，但明年編列 2 億元，預算可能不足。這個計畫在健保的各項計畫中，算是規模非常小，未來延長收案時間後，相關的指標建議也要同步檢視。我們還是期待完整

參與 PAC 計畫的病人，回到家可以適度生活自理，否則對家庭來說，恐怕還是難以承受的問題。

四、有關第 10 項「114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整，急重難症支付費用調整 (RBRVS) 等」項目：

(一) 健保署建議本項經費得同時支應醫院和西醫基層總額同項專款不足款。114 年預算 41.56 億元，115 年編列 61.94 億元，增加 20.38 億元。115 年規劃用途優先以醫院門診複雜診察、兒童重症及住院基本診療項目及住院案件之支付。其中門診診察費調整，基於不同工不同酬基礎，研議醫院門診複雜診療支付方案，還有辦理因應急診壅塞視訊試辦計畫、重大外傷緊急醫療人員之時效內執行手術、麻醉加成，還有院所春節期間門診、急診與住院之加成。

(二) 本項預算增加幅度高達 50%，項下各個子計畫都是立意良善，但是卻強烈凸顯支付標準制度實在應該要通盤檢討，不然這裡補一點、那裡補一點，整個制度越來越四不像，越晚開始處理，問題只有越來越複雜，希望健保署儘快開始進行。

(三) 支付標準加成部分，非協商因素對於成本變動已經有編列預算，請健保署說明本項預算編列的必要性。對於兒童重症及住院基本診療項目及住院案件之支付，這部分請健保署再多說明一點，預計執行的方向是什麼？以上。

周主任委員麗芳

謝謝主談人陳節如委員提供很多寶貴的意見給健保署，接下來請協談人黃國祥委員。

黃委員國祥

一點提醒，請參閱會議資料第 90 頁，第 2 項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，依 113 年及 114 年第 1 季執行情形，113 年執行率約 7 成，114 年第 1 季只有 11%，表示這部分有可再檢討的地方。

周主任委員麗芳

針對健保署方案內容，其他委員還有沒有要提出討論的地方？請林恩豪委員。

林委員恩豪

主席，我們還是需要去會議室召開內部會議，以凝聚共識。

周主任委員麗芳

召開內部會議前，是否先請署長發言？

陳署長亮好

因為兩位主談及協談委員都已經提問，先簡短回答：

一、首先回答黃國祥委員的提問，山地離島地區全人整合照護方案開始實施時，在融合牙醫及西醫師的過程需要一點時間，未來我們會加強執行。

二、其次回答陳節如委員的提問：

(一)有關居家醫療在宅急症照護，為因應台灣今年邁入超高齡社會，健保署發展很多居家醫療相關方案，包括居家的在宅急症照護或居家透析等，另居家安寧除了在醫院外，也慢慢走入機構，這些都已經在進行。

(二)有關轉銜服務，以前的照護大部分都在醫院、醫療系統，所以大家可以看到不管是精神疾病的社區轉銜，或是剛剛陳節如委員提到的 PAC，也就是急性後期的照護要轉銜到社區長照的照護，這部分我們會再進行編列。

(三)剛剛陳節如委員也提到老人家多重用藥部分，事實上健保署明天就要召開會議，針對 65 歲以上長者的多重用藥問題，我們找了非常多專家學者，並由我親自主持會議。健保署一直有在處理，不管是醫審的審查，還是相對應的一些方案，同時也針對長者的慢性病結合三高防治 888 計畫。

(四)最後，謝謝支持「114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整，急重難症支付費用調整(RBRVS)等」項目，事實上健保署每 10 年都會就支付標準

進行重大的盤點，去年與今年針對急診、兒科都有一些重大的變更。未來也會盤點醫事人力，特別是急重難罕出走的醫事人員，做為支付調整的參考。我們希望不只是護理人力，而是所有的醫事人力都能夠回流，他們的付出都可以得到回報，也希望新一代的各類醫事人員可以投入比較困難的治療，以上補充，也謝謝委員的支持。

周主任委員麗芳

- 一、非常感謝署長詳盡的說明，接下來請付費者代表召開內部會議討論，再回來告訴我們討論結果。
- 二、在此也要非常感謝陳相國理事長，還有黃啓嘉總額主委也都回到現場，所以等其他預算協商結束後，我們就重新回來繼續協商西醫基層總額。

(付費者代表進行內部會議討論約30分鐘)

周主任委員麗芳

非常感謝付費者代表回到現場，是不是請主談人陳節如委員告訴我們，現在其他預算的調整情形。

陳委員節如

- 一、主席、各位委員，以下逐項報告：
 - (一)第1項「基層總額轉診型態調整費用」編列6億元，減少2億元。
 - (二)第2項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」也是依照健保署方案，編列16.952億元。
 - (三)第3項「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務護」編列98.76億元，我們一直都很尊重健保署的規劃，希望能調升醫事人員訪視費部分。
 - (四)第4項也沒有問題，編列3億元；第5項編列6.2億元；第6項編列10億元，減編10億元，尊重健保署意見。
 - (五)第7項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」編列21億元。請問現在支應幾家矯正機關？分布在哪裡？(健保署

回復：支應所有的矯正機關)本項預算是挹注所有的矯正機關。

(六)第 8 項「腎臟病照護及病人衛教計畫」依健保署方案編列 5 億元，執行 3 項計畫。

(七)第 9 項「提升用藥品質之藥事照護計畫」，依黃金舜理事長意見，編列 3 千萬元。

(八)第 10 項「114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整，急重難症支付費用調整(RBRVS)等」，編列 53.11 億元。

二、其他預算金額合計為 220.322 億元，增加 11 億 4,850 萬元，並建議調整部分預算到在宅醫療醫師訪視費，可以嗎？

周主任委員麗芳

請健保署回應。另外，請問陳節如委員希望移過去多少金額？你們有什麼想法？

陳委員節如

一、越多越好。目前在宅醫療的醫師訪視費 1 次是 1,500 元，護理師訪視費我不知道是多少，反正 1,500 元實在是太少，如果沒有看門診，真的是活不下去。現在看政策要怎麼走，到底是要這些醫師專門做在宅醫療，或者是要兼門診與在宅醫療，目前鼓勵的誘因恐怕不足。

二、在宅醫療差不多實施十幾年，到現在全國才 8 百多位醫生在做在宅醫療，如果增加訪視費，相信一定很多人願意做。建議對有開設門診兼在宅醫療的醫師，與沒有開設門診只做在宅醫療的醫師，支付要分開，費用也需要調整，否則越來越多的長者在家等不到醫師。現在好像是 1 個多月去 1 次，有的則是 3 個月才去 1 次，這不算在宅醫療。若我們希望鼓勵醫生專門做在宅醫療，就不要有門診，但也要讓人家可以經營下去，所以我建議醫師訪視費應該要增加預算，可以找在宅醫療學會討論。

周主任委員麗芳

請問協談人黃國祥委員有沒有要補充？如果沒有的話，剛剛陳節如

委員提到的問題，請健保署說明能調整多少？

陳署長亮好

一、擴大在宅醫療是我們的方向，據了解，去年針對週六、日護理訪視費已經加成，今年編列的這筆費用，是針對醫師訪視費加成。

二、有關陳節如委員提問，目前在宅醫療訪視費支付點數對醫師來講夠不夠？其實我們與在宅醫療學會、醫師公會全聯會都有開過會，會逐年往上調。目前很多醫師會一邊看門診，一邊從事在宅醫療，並不是你把在宅醫療訪視費調很高，他們就全部只從事在宅醫療，日本走到這裡也花了 20 年，陳節如委員講的就是日本的狀況。

三、事實上我們是穩定的在往前走，明年會編列預算調整醫師訪視費 5%，所以剛剛陳節如委員提到的部分，有從事在宅醫療的醫師學協會，我們都已經負責任的在談。但是如果一下調升譬如說 2 倍，所有看門診的醫師通通都跑過來看在宅醫療，也會對現行已經穩定的醫療平衡造成衝擊。向委員報告，我們會逐年調升，明年先調 5%，詳細的數字請醫管組組長補充說明，也讓您知道我們已經有相關的規劃。

劉組長林義

有關第 3 項的居家醫療部分，我們也知道居家訪視比較辛苦，所以編列的預算包含醫師訪視費調整 5% 在內。以 113 年醫事人員訪視點數約 30 億點，調整 5% 推估，約需編列 1.9 億元。

陳委員節如

我再提一點意見。現在的長照 1.0、2.0，是不是應該要併回來長照 3.0？

陳署長亮好

一、長照 1.0 是馬總統任內實施，當時編列預算是 50 億元，蔡總統任內逐年擴增，到 2024 年是 650 億元，3.0 預計預算增加到 927 億元。除了對機構的補助，對長照 A 個案管理的補助，有一個

核心就是委員今天關心的 PAC 銜接社區部分，衛福部有兩個核心的規劃，也不是只有健保署的規劃。

二、除了之前提到的醫療銜接長照，我們會設點做賦能病房，像日本的賦能病房明年會開始試辦，這部分已納入規劃，地點也已經在找。另外，我們會引進及善用現在 OT(職能治療)、PT(物理治療)，提升病患中風後急性後期的復健量能，以上回應陳節如委員的提問。

周主任委員麗芳

一、再確認一下，剛剛陳節如委員有很多建議，可以提供健保署做為後續執行方向的參考，依健保署的說明，衛福部和健保署也都是朝這個方向在進行。

二、針對付費者現在這個版本的預算金額，就是剛剛大家拿到的版本，是不是可以確定下來？雖然剛剛有建議要不要移列部分預算到在宅醫療醫師訪視費，但是因為健保署也提到已經有朝這個部分規劃與進行當中，所以我們就確認現在的金額，依據現在我們看到的版本，就可以敲定了？是不是這樣？好，可以敲定了，謝謝主協談的陳節如委員與黃國祥委員。

陳署長亮好

代表健保署謝謝各位委員的支持，我們會謹慎使用預算，也會設定相關的 KPI，謝謝。

周主任委員麗芳

一、我們再次感謝，在陳亮好署長及石崇良部長的帶領之下，因為他在署長任上也做得相當的成功，所以讓各位委員對健保署提出的 115 年其他預算方案及規劃內容有信心。

二、針對其他預算部分，決議如下：

(一) 115 年度經費 22,032.2 百萬元，較 114 年度增加 1,148.5 百萬元。

(二) 依 115 年度總額協商程序，請健保署依據今天的協商結論，以結果面為導向，調整新增或延續性項目之執行目標及預期效益

之評估指標，並請於 9 月 25 日上午 9 點前提送本會，以納入 9 月 26 日委員會議討論。

三、再次感謝包括健保署同仁，黃金舜理事長、陳麗琴理事長以及各位委員。我們還沒有結束，請黃金舜理事長，為了 3 千萬元，再多讓你講幾句好不好？

黃委員金舜

剛剛聽陳節如委員的發言心驚膽顫，很擔心妳要砍價，還好維持原編列預算 3 千萬元。在此跟所有的委員說聲謝謝，謝謝大家。

周主任委員麗芳

接下來再回到西醫基層總額協商，請西醫基層陳相國理事長，還有黃啓嘉總額主委，再回到我們現場來，謝謝。