

衛生福利部全民健康保險會  
第5屆111年第9次委員會議事錄

中華民國111年9月23日



衛生福利部全民健康保險會第5屆111年第9次委員會議紀錄  
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國111年9月23日上午9時30分

方式及地點：實體會議(本部 301 會議室)、視訊會議(使用 Webex 線上會議系統)

主席：周主任委員麗芳

紀錄：盛培珠、張靈

出席委員：(依姓名筆劃排序，\*為參與視訊會議)

干委員文男、朱委員益宏\*、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮\*、李委員永振、李委員麗珍、卓委員俊雄、林委員恩豪、林委員敏華\*、林委員綉珠\*、侯委員俊良\*、柯委員富揚、胡委員峰賓\*、翁委員文能、翁委員燕雪\*、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍\*、張委員鈺民、許委員駢洪\*、陳委員石池\*、陳委員有慶\*、陳委員秀熙、陳委員彥廷、黃委員金舜\*、黃委員振國\*、楊委員芸蘋、董委員正宗\*、趙委員曉芳\*、劉委員守仁\*、劉委員國隆\*、劉委員淑瓊、滕委員西華、鄭委員素華\*、盧委員瑞芬、謝委員佳宜\*、顏委員鴻順\*(中華民國醫師公會全國聯合會黃常務理事啓嘉代理)

列席人員：(\*為參與視訊會議)

本部社會保險司：陳專門委員淑華

中央健康保險署：李署長伯璋\*、蔡副署長淑鈴

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第91~92頁)

貳、議程確認：(詳附錄第92頁)

決定：確認。

參、確認上次(第8次)委員會議紀錄：(詳附錄第92~94頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第95~106頁)

決定：

一、上次(第8次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤2項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤1項，同意繼續追蹤。

二、請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研修「全民健康保險急診品質提升方案」相關監測指標，並將研修結果提報本會。

三、餘洽悉。

伍、討論事項：(詳附錄第107~137頁)

提案單位：本會第三組

案由：112年度醫院、牙醫門診、中醫門診、西醫基層醫療給付費用總額及其他預算協商結論案，提請討論。

決議：

一、112年度各部門總額及其他預算協商結論如下：

(一)付費者代表及醫事服務提供者代表協商達成共識之方案：牙醫門診總額及中醫門診總額，與其他預算，如附件一、二、三。

(二)付費者代表及醫事服務提供者代表協商後未能達成共識，各自提出之建議方案：醫院總額及西醫基層總額，如附件四、五。

二、有關新增項目「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

(一)達成共識之牙醫門診總額及中醫門診總額，如附件一、二劃線處，文字暫列。請中央健康保險署會同該總額部門相關團體參考委員意見，共同討論研修，將研修結果提報本(111)年10月份委員會議確認。

(二)未達共識之醫院總額及西醫基層總額，將兩案併陳報部，請衛生福利部就政策要求，逕予核定。

三、各部門總額協商結論於報請衛生福利部核(決)定時，請將總額協商會議議事錄一併報部。

四、請各總額部門受託團體於本年10月6日前，提送地區預算分配之建議方案，以利提10月份委員會議討論；若

部門未提送分配建議方案者，則由本會掣案提11月份委員會議討論。

附帶決議：有關醫院總額及西醫基層總額之「藥品及特材給付規定改變」項目，付費者版本之協定事項「藥物成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」，如奉衛生福利部核定，請中央健康保險署將其辦理情形，列入全民健康保險業務執行報告，每半年向本會提報。

陸、報告事項：(詳附錄第138~142頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：111年8月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，送請中央健康保險署回復說明。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：上午11時38分。

## 112 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

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

註：校正後 111 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 111 年第 6 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「110 年未導入預算扣減」部分(未有需扣除 110 年未導入金額)。

### 二、總額協商結論：

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

### 三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 112 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

#### (一)一般服務(上限制)：

##### 1. 顱顎關節相關支付項目(0.033%)：

基於健保總額預算之經費統籌運用精神，未來不得以單一支付項目預算不足為由增加預算。

##### 2. 複雜型顱顎障礙症治療及追蹤(0.028%)：

基於健保總額預算之經費統籌運用精神，未來不得以單一支付項目預算不足為由增加預算。

3. 特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆(0.112%)：

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

(2)執行目標(暫列)：

112年特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆執行次數達100,000人次。

預期效益之評估指標(暫列)：

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

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

4. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.113%)：

本項不列入113年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為2,894.3百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於111年11月底前完成，新增計畫原則於111年12月底前完成。

1. 醫療資源不足地區改善方案：全年經費280百萬元，持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

2.牙醫特殊醫療服務計畫：

(1)全年經費 672.1 百萬元。

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

3.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫：

(1)全年經費 10 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續監測執行結果，評估照護成效，於 112 年 7 月將評估結果提全民健康保險會報告。

(3)本計畫再行試辦 1 年，若未呈現具體成效即應退場。

4.0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫：

(1)全年經費 60 百萬元，本項經費不應支付預防保健相關服務。

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

5.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫：

(1)全年經費 271.5 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

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

②依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。

6.高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫：

(1)全年經費 184 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：



- ①會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。
- ②檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

#### 7.超音波根管沖洗計畫：

(1)全年經費 144.8 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：

執行醫令數全年達 724,000。

預期效益之評估指標(暫列)：

①執行超音波根管沖洗的數量。

②有執行超音波根管沖洗的牙齒，兩年根管治療再治療率。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含給付條件)，及醫療利用監控與管理措施，並提報全民健康保險會。

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

③檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

#### 8.齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫：

(1)全年經費 1,010 百萬元。

(2)本計畫適用對象：

①65 歲以上病人。

②糖尿病病人。

③腦血管疾病患者。

- ④血液透析及腹膜透析患者。
  - ⑤使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者。
  - ⑥惡性腫瘤患者。
  - ⑦不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者。
- (3)本項經費不得與現行一般服務給付之診療項目(如：塗氟 92051B、口乾症塗氟 92072C)及既有專款項目「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」重複支應。

(4)執行目標(暫列)：

- ①112 年齲齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達 1,000,000。
- ②113 年齲齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達 1,400,000。
- ③114 年齲齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達 1,600,000。

預期效益之評估指標(暫列)：

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

(5)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同牙醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含給付條件、醫療服務內容及成效監測)，並提全民健康保險會報告。
- ②本計畫以 3 年為檢討期限，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- ③檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入

總額預算財源。

9.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 168 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
  - ①檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
  - ②於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。
  - ③請確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，提全民健康保險會報告。

10.品質保證保留款：

- (1)全年經費 93.9 百萬元。
- (2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 112 年品質保證保留款(93.9 百萬元)合併運用(計 210.3 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

**表 1 112 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表**

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項	
<b>一般服務</b>				
醫療服務成本及人口 因素成長率	<b>0.642%</b>	<b>305.4</b>	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。	
投保人口預估成長 率	-0.264%			
人口結構改變率	0.255%			
醫療服務成本指數 改變率	0.653%			
協商因素成長率	<b>0.060%</b>	<b>28.8</b>	請於 112 年 7 月底前提報各協 商項目之執行情形，延續性項 目則包含前 1 年成效評估檢討 報告；實施成效並納入下年度 總額協商考量。	
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	顱顎關節相 關支付項目	0.033%	15.5	基於健保總額預算之經費統籌 運用精神，未來不得以單一支 付項目預算不足為由增加預 算。
	複雜型顱顎 障礙症治療 及追蹤	0.028%	13.5	基於健保總額預算之經費統籌 運用精神，未來不得以單一支 付項目預算不足為由增加預 算。
其他醫療 服務利用 密集度之 改變	特定牙周保 存治療-新增 全口總齒數 一至三顆 (112 年新增 項目)	0.112%	53.5	1.本項經費與特定牙周保存治 療-全口總齒數 4 至 8 顆 91016C、特定牙周保存治療 -全口總齒數 9 至 15 顆 91015C、牙周病支持性治療 91018C 等 3 項診療項目採預 算中平，經費整體統籌運用。 2.執行目標(暫列)： <u>112 年特定牙周保存治療-全 口總齒數一至三顆執行次數 達 100,000 人次。</u> <u>預期效益之評估指標(暫 列)：</u> <u>5 年(117 年)後國人無牙率減 少(此項指標需配合衛生福</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	
				利部的國人口腔健康狀況調查)。惟本項新增預算還有與91016C、91015C、91018C等3項診療項目預算中平之目的。 3.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，於111年12月底前提出具體規劃內容(含給付條件、醫療服務內容及成效監測)。	
	其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.113%	-53.7	本項不列入113年度總額協商之基期費用。
	一般服務成長率 <sup>註2</sup>	增加金額	0.702%	334.3	
		總金額		47,905.6	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於111年11月底前完成，新增計畫原則於111年12月底前完成，且均應於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。	
	醫療資源不足地區改善方案		280.0	0.0	持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
	牙醫特殊醫療服務計畫		672.1	0.0	辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者(含社區醫療網)、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。
	牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫		10.0	-2.0	1.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續監測執行結果，評估照護成效，於112年7月將評估結果提全民健康保險會報告。 2.本計畫再行試辦1年，若未

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			呈現具體成效即應退場。
0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫	60.0	0.0	1.本項經費不應支付預防保健相關服務。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。
12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	271.5	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。 2.依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。
高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫	184.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。 2.檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。
超音波根管沖洗計畫(112 年新增項目)	144.8	144.8	1.執行目標(暫列)： <u>執行醫令數全年達 724,000。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> <u>(1)執行超音波根管沖洗的數量。</u> <u>(2)有執行超音波根管沖洗的牙齒，兩年根管治療再治療率。</u> 2.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
			<p>(1)會同牙醫門診總額相關團體，於111年12月底前提出具體實施方案(含給付條件)，及醫療利用監控與管理措施，並提報全民健康保險會。</p> <p>(2)本計畫以3年為檢討期限，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>(3)檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。</p>
<p>齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫(112年新增項目)</p>	<p>1,010.0</p>	<p>1,010.0</p>	<p>1.本計畫適用對象：</p> <p>(1)65歲以上病人。</p> <p>(2)糖尿病病人。</p> <p>(3)腦血管疾病患者。</p> <p>(4)血液透析及腹膜透析患者。</p> <p>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者。</p> <p>(6)惡性腫瘤患者。</p> <p>(7)不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者。</p> <p>2.本項經費不得與現行一般服務給付之診療項目(如：塗氟92051B、口乾症塗氟92072C)及既有專款項目「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」重複支應。</p> <p>3.執行目標(暫列)：</p> <p>(1)112年齲齒經驗之高風險</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>患者氟化物執行人次達1,000,000。</u></p> <p><u>(2)113年齶齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達1,400,000。</u></p> <p><u>(3)114年齶齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達1,600,000。</u></p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列):</u>  <u>3年(115年)後平均每一位齶齒經驗之高風險患者的齶齒填補顆數增加率減緩。</u></p> <p>4.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同牙醫門診總額相關團體，於111年12月底前提出具體實施方案(含給付條件、醫療服務內容及成效監測)，並提全民健康保險會報告。</p> <p>(2)本計畫以3年為檢討期限，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>(3)檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。</p>
網路頻寬補助費用	168.0	0.0	<p>1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於112年7月底前提報執行情形及前1年</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>成效評估檢討報告。</p> <p>(2)於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。</p> <p>(3)請確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，提全民健康保險會報告。</p>
	品質保證保留款	93.9	2.7	<p>1.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 112 年度品質保證保留款(93.9 百萬元)合併運用(計 210.3 百萬元)。</p> <p>2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。</p>
	<b>專款金額</b>	<b>2,894.3</b>	<b>1,155.5</b>	
<b>較基期成長率 (一般服務+專款)<sup>#3</sup></b>	<b>增加金額</b>	<b>2.588%</b>	<b>1,489.8</b>	
	<b>總金額</b>		<b>50,799.9</b>	

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

2.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 47,571.7 百萬元(含 111 年一般服務預算為 47,779.5 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-218.4 百萬元、加回前 1 年度總額違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 10.6 百萬元，未有需扣除 110 年未導入金額)。

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

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。

## 112 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

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

註：校正後 111 年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 111 年第 6 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「110 年未導入預算扣減」部分(未有需扣除 110 年未導入金額)。

### 二、總額協商結論：

(一)一般服務成長率為 4.072%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.394%，協商因素成長率 2.678%。

(二)專款項目全年經費為 1,220.3 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，112 年度中醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 4.344%。各細項成長率及金額，如表 2。

### 三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 112 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

#### (一)一般服務(上限制)：

1.提升中醫小兒傷科照護品質(0.009%)：

##### (1)執行目標(暫列)：

112 年度中醫小兒傷科照護達成 10,000 服務人次。

##### 預期效益之評估指標(暫列)：

申報 6 歲以下中醫小兒傷科同一病人同一診斷碼同

月跨院所看診人次較前 5 年平均下降 3%。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出提升小兒傷科照護品質具體規劃內容，並提報全民健康保險會。
- ②依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。其當年度執行額度，應以點數調升所增加之費用計算。
- ③有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。

2.多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度(1.667%)：

(1)執行目標(暫列)：

112 年度中醫整合醫療照護達成 4,500,000 服務人次。

預期效益之評估指標(暫列)：

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

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

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

報告。

3.針傷合併治療合理給付(1.063%)：

(1)執行目標(暫列)：

112 年度申請針傷合併治療之總案件數達成 1,000,000 服務人次。

預期效益之評估指標(暫列)：

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

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出針傷科合併治療給付案件之管理方案(含適應症、申請條件、醫療服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提全民健康保險會報告。
- ②依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度，其當年度執行額度，應以調升針傷合併治療給付增加之費用與原申報費用之差額計算。
- ③有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。

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

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

執行目標(暫列)：

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

預期效益之評估指標(暫列)：

診斷為 I69 之腦中風案件之巴氏量表評估，後測平

均分數優於前測平均分數。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並副知全民健康保險會。
- ②依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度，其當年度執行額度，應以新增腦血管適應症(診斷碼 I69)與既有適應症申報費用之差額計算。
- ③有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。

5.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.121%)：

- (1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。
- (2)本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 1,220.3 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 111 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 111 年 12 月底前完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：

- (1)全年經費 172 百萬元。
- (2)檢討並加強推動中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務及加強獎勵開業服務。

2.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：

- (1)全年經費 436.8 百萬元。
- (2)持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷及呼吸

困難相關疾病中醫照護。並新增腦血管疾病適應症，提供發病 6 個月黃金治療期內之腦血管後遺症(診斷碼 I69)病患之服務。

(3)增列「術後疼痛」中醫照護：

執行目標(暫列)：

符合術後疼痛適應症之收案達成 12,000 服務人次。

預期效益之評估指標(暫列)：

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

② 符合術後疼痛適應症案件之簡明疼痛量表(BPI)評估，後測平均分數優於前測平均分數。

(4)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前依實證資料，訂定術後疼痛適應症條件，並提報全民健康保險會。

②請將腦血管疾病、顱腦損傷等 2 項執行成效良好之專案，規劃納入一般服務，列為常規醫療。

③新增「術後疼痛」項目，以 3 年為檢討期限，請會同中醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

3.中醫提升孕產照護品質計畫：全年經費 81 百萬元。

4.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：

(1)全年經費 21.6 百萬元。

(2)請檢討方案完整療程照護人數之比率，及計畫執行情形，評估退場機制。

5.中醫癌症患者加強照護整合方案：

- (1)全年經費 245 百萬元。
  - (2)持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。
  - (3)癌症患者中醫門診加強照護計畫，擴大適用於胃癌、攝護腺癌及口腔癌。
- 6.中醫急症處置：
- (1)全年經費 5 百萬元。
  - (2)請檢討計畫執行情形，並考量是否持續辦理。
- 7.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：
- (1)全年經費 105.3 百萬元。
  - (2)請持續評估計畫成效，並檢討及監測服務利用之合理性。
- 8.照護機構中醫醫療照護方案：
- (1)全年經費 28 百萬元。
  - (2)請監測本計畫照護機構住民之中醫利用情形(含機構外就醫)，並評估執行成效。
  - (3)請中央健康保險署辦理下列事項：
    - ①依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用。
    - ②有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。
- 9.網路頻寬補助費用：
- (1)全年經費 98 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
  - (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
    - ①檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果

上傳率，並於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

②於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。

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

#### 10.品質保證保留款：

(1)全年經費 27.6 百萬元。

(2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8 百萬元)，與 112 年度品質保證保留款(27.6 百萬元)合併運用(計 50.4 百萬元)。

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



表 2 112 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項	
<b>一般服務</b>				
醫療服務成本及人口 因素成長率	1.394%	398.6	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。	
投保人口預估成長 率	-0.264%			
人口結構改變率	0.830%			
醫療服務成本指數 改變率	0.832%			
協商因素成長率	2.678%	765.9	請於 112 年 7 月底前提報各協 商項目之執行情形，延續性項 目則包含前 1 年成效評估檢討 報告；實施成效並納入下年度 總額協商考量。	
鼓勵提升醫療品質及 促進保險對象健康	提升中醫小 兒傷科照護 品質 (112 年新增 項目)	0.009%	2.5	1.執行目標(暫列)： <u>112 年度中醫小兒傷科照護 達成 10,000 服務人次。</u> 預期效益之評估指標(暫列)： <u>申報 6 歲以下中醫小兒傷科 同一病人同一診斷碼同月跨 院所看診人次較前 5 年平均 下降 3%。</u> 2.請中央健康保險署辦理下列 事項： (1)會同中醫門診總額相關團 體，於 111 年 12 月底前提 出提升小兒傷科照護品 質具體規劃內容，並提報 全民健康保險會。 (2)依 112 年度預算執行結 果，扣減當年度未執行之 額度。其當年度執行額 度，應以點數調升所增加 之費用計算。 (3)有關預算扣減方式規劃，請 會同中醫門診總額相關團 體議定後，於 112 年 7 月提 全民健康保險會報告。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
其他醫療服務 利用及 集中度 之 改變	多重慢性疾 病之中醫醫 療照護密集 度 (112 年新增 項目)	1.667%	476.7	<p>1.執行目標(暫列): 112 年度中醫整合醫療照護 達成 4,500,000 服務人次。 預期效益之評估指標(暫 列): 申報中醫整合醫療照護費 之慢性疾病或重大疾病同 一病人同一診斷碼同季跨 院所看診人次較前 5 年平均 下降 3%。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列 事項： (1)本項用於提供多重慢性病 及跨科別之中醫整合服 務，請會同中醫門診總額 相關團體，於 111 年 12 月 底前提出具體實施方案 (含申請條件、整合醫療照 護服務內容、醫療利用管 控及療效監測)，並提報全 民健康保險會。 (2)依 112 年度預算執行結 果，扣減當年度未執行之 額度。 (3)有關預算扣減方式規劃， 請會同中醫門診總額相 關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報 告。</p>
	針傷合併治 療合理給付 (112 年新增 項目)	1.063%	304.0	<p>1.執行目標(暫列): 112 年度申請針傷合併治療 之總案件數達成 1,000,000 服務人次。 預期效益之評估指標(暫 列): 申報中醫針傷合併治療同 一病人同一診斷碼同月跨 院所看診人次較前 5 年平均 下降 3%。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列 事項： (1)會同中醫門診總額相關團</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>體，於 111 年 12 月底前提出針傷科合併治療給付案件之管理方案(含適應症、申請條件、醫療服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提全民健康保險會報告。</p> <p>(2)依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度，其當年度執行額度，應以調升針傷合併治療給付增加之費用與原申報費用之差額計算。</p> <p>(3)有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。</p>
<p>增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69) (112 年新增項目)</p>	<p>0.060%</p>	<p>17.2</p>	<p>1.本項適用範圍新增「自診斷日起 2 年內」腦血管後遺症(診斷碼 I69)之患者：  <u>執行目標(暫列)：</u>  <u>診斷為 I69 之腦中風病患納入「特定疾病門診加強照護」收案之總人數大於 1,200 人。</u>  <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u>  <u>診斷為 I69 之腦中風案件之巴氏量表評估，後測平均分數優於前測平均分數。</u></p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：  (1)會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並副知全民健康保險會。  (2)依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度，其當年度執行額度，</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
				應以新增腦血管適應症(診斷碼 I69)與既有適應症申報費用之差額計算。 (3)有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。
其他議 定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.121%	-34.5	1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2.本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。
一般服務 成長率 <sup>註2</sup>	增加金額	4.072%	1,164.5	
	總金額		29,760.1	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 111 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 111 年 12 月底前完成，且均應於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
	醫療資源不足地區改善方案	172.0	0.0	檢討並加強推動中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務及加強獎勵開業服務。
	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 1.腦血管疾病 (112 年新增腦血管後遺症(診斷碼 I69)) 2.顱腦損傷 3.脊髓損傷 4.呼吸困難相關疾病 5.術後疼痛 (112 年新增項目)	436.8	184.1	1.持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷及呼吸困難相關疾病中醫照護。並新增腦血管疾病適應症，提供發病 6 個月黃金治療期內之腦血管後遺症(診斷碼 I69)病患之服務。 2.增列「術後疼痛」中醫照護： <u>執行目標(暫列)：</u> <u>符合術後疼痛適應症之收案達成 12,000 服務人次。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：</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
			<p>(1)符合術後疼痛適應症案件之<u>歐氏失能量表(Oswestry Disability Index, ODI)</u>評估，後測平均分數優於前測平均分數。</p> <p>(2)符合術後疼痛適應症案件之<u>簡明疼痛量表(BPI)</u>評估，後測平均分數優於前測平均分數。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同中醫門診總額相關團體，於111年12月底前依實證資料，訂定術後疼痛適應症條件，並提報全民健康保險會。</p> <p>(2)請將腦血管疾病、顱腦損傷等2項執行成效良好之專案，規劃納入一般服務，列為常規醫療。</p> <p>(3)新增「術後疼痛」項目，以3年為檢討期限，請會同中醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p>
中醫提升孕產照護品質計畫	81.0	0.0	
兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	21.6	0.0	請檢討方案完整療程照護人數之比率，及計畫執行情形，評估退場機制。
中醫癌症患者加強照護整合方案 (112年新增胃癌、攝護腺癌及口腔癌)	245.0	0.0	<p>1.持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。</p> <p>2.癌症患者中醫門診加強照護計畫，擴大適用於胃癌、攝護</p>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			腺癌及口腔癌。
中醫急症處置	5.0	0.0	請檢討計畫執行情形，並考量是否持續辦理。
中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	105.3	55.3	請持續評估計畫成效，並檢討及監測服務利用之合理性。
照護機構中醫醫療照護方案	28.0	0.0	1.請監測本計畫照護機構住民之中醫利用情形(含機構外就醫)，並評估執行成效。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用。 (2)有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。
網路頻寬補助費用	98.0	0.0	1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告 (2)於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。 (3)確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，提報全民健康保險會報告。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	品質保證保留款	27.6	1.1	1.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8 百萬元)，與 112 年度品質保證保留款(27.6 百萬元)合併運用(計 50.4 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額		1,220.3	240.5	
較基期成長率 (一般服務+專款) <sup>註3</sup>	增加金額	4.344%	1,405.0	
	總金額		30,980.4	

- 註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，112 年度總額之基期(採淨值)，係以 111 年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「110 年未導入預算扣減」部分。
- 2.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 28,595.7 百萬元(含 111 年一般服務預算為 28,710.9 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-129.3、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 14.1 百萬元，未有需扣除 110 年未導入金額)。
- 3.計算「較 112 年度總額基期(採淨值)(一般服務+專款)」成長率，所採基期費用為 29,690.7 百萬元，其中一般服務預算為 28,710.9 百萬元(111 年度健保醫療給付費用公告金額為 28,710.9 百萬元，未有需扣除 110 年未導入金額)，專款為 979.8 百萬元。
- 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。

## 112 年度全民健康保險其他預算及其分配

### 一、總額協商結論：

(一)112 年度其他預算減少 800 百萬元，預算總額度為 15,779.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如表 3。

(二)請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

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

### 二、預算分配相關事項：

(一)基層總額轉診型態調整費用：

- 1.全年經費 800 百萬元。
- 2.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
  - (1)持續檢討經費動支條件，評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響。
  - (2)持續監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)，及評估分級醫療之執行效益。
  - (3)通盤檢討鼓勵分級醫療誘因及實際操作方式之合理性，與是否達到預期效果，提出轉型之改善方案。
  - (4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立



轉診合作機制」，並提全民健康保險會報告。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

1.全年經費 605.4 百萬元。

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

(三)居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務：

1.全年經費 7,803 百萬元。

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

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

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

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

(四)支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費：全年經費 290 百萬元。

(五)支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費：

1.全年經費 600 百萬元。

2.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)於額度內妥為管理運用，並評估、調整未來計畫執行模式，以提升執行成效。

(2)於協商 113 年度總額前檢討實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥新科技之財源之一。

(六)推動促進醫療體系整合計畫：

1.全年經費 550 百萬元。

2.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」。

2.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。

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

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

(七)調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費：

1.全年經費 800 百萬元。

2.經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。

(八)提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用：

1.全年經費 1,636 百萬元。

2.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)加強推動「提升院所智慧化資訊機制」，並持續監測及精進成效評估指標。

(2)「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，請確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執

行方式，並提全民健康保險會報告。

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

(4)於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。

(九)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

1.全年經費 1,653.8 百萬元。

2.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。

(十)腎臟病照護及病人衛教計畫：

1.全年經費 511 百萬元。

2.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。

(2)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並持續監測 NSAIDs 藥物使用情形及管理成效。

(十一)提升保險服務成效：

1.全年經費 500 百萬元。

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

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)精進並提出能反映整體提升保險服務成效之評估指

標，其精進之評估指標及執行成果請提全民健康保險會報告。

(2)於協商 113 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。

(十二)提升用藥品質之藥事照護計畫：

1.全年經費 30 百萬元。

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

表 3 112 年度其他預算協定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
其他預算(全年計畫經費)			1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於111年11月底前完成，新增項目原則於111年12月底前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。 2.請於112年7月底前提報執行情形，延續性項目應包含前1年成效評估檢討報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。
基層總額轉診型態調整費用	800.0	0.0	1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續檢討經費動支條件，評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響。 (2)持續監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)，及評估分級醫療之執行效益。 (3)通盤檢討鼓勵分級醫療誘因及實際操作方式之合理性，與是否達到預期效果，提出轉型之改善方案。 (4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，並提全民健康保險會報告。
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	605.4	0.0	請中央健康保險署加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，並訂定執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務	7,803.0	503.0	1.本項醫療點數以每點1元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第62條規定採浮動點值處理。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)各項服務支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>性，並朝分級支付方向規劃，以鼓勵急重症、困難疾病之照護。並持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標。</p> <p>(2)於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含近年支付標準調整情形及成效指標監測結果)。</p>
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費	290.0	0.0	
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費	600.0	-1,300.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.於額度內妥為管理運用，並評估、調整未來計畫執行模式，以提升執行成效。</p> <p>2.於協商113年度總額前檢討實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥新科技之財源之一。</p>
推動促進醫療體系整合計畫	550.0	100.0	<p>1.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。</p> <p>(2)「急性後期整合照護計畫」支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性。</p> <p>(3)於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含支付標準調整情形及執行成效檢討)。</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	800.0	-200.0	經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。
提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用	1,636.0	136.0	<p>1.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)加強推動「提升院所智慧化資訊機制」，並持續監測及精進成效評估指標。</p> <p>(2)「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，請確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，並提全民健康保險會報告。</p> <p>(3)於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含「提升院所智慧化資訊機制」成效指標監測結果及檢討)。</p> <p>(4)於協商113年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。</p>
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,653.8	0.0	請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。
腎臟病照護及病人衛教計畫	511.0	61.0	<p>1.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。</p> <p>(2)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並持續監測NSAIDs藥物使用情形及管理成效。</p>

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



## 112 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

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

註：校正後 111 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 111 年第 6 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「110 年未導入預算扣減」部分。

### 二、總額協商結論：

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

#### 付費者代表之委員建議方案：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依協定事項辦理，並於 112 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 3.092%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.250%，協商因素成長率 0.842%。各項協商因素及建議事項如下：

1. 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.616%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

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

## 2.藥品及特材給付規定改變(0.228%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 111 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。
- (2)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 112 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。
- (3)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並請於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項

預算財源。

3.平衡長期偏低之醫院基本醫療服務點數(0%)：

- (1)本項屬支付標準之調整，考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且近年健保財務困難，故本項不新增預算。
- (2)請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

4.持續推動分級醫療，壯大社區醫院(0%)：

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

5.提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變(0%)：

- (1)依 112 年度總額協商架構及原則，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，故本項不新增預算。
- (2)涉及支付點數調升(加成)之醫療服務項目，請中央健

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

(3)請中央健康保險署持續檢討推動之分級醫療策略，並評估過去投入預算對提升區域級(含)以上醫院發揮其分級醫療角色功能之成效(含初級門診照護率等降低初級門診照護及促進門住診結構改變之成效，且不宜以滿意度為評估指標)，提全民健康保險會報告。

6.因醫療法就醫療器材使用規範重新修定，造成醫院特材成本高於健保支付點數之補貼(0%)：

(1)依中央健康保險署意見，本項尚須進行調查，以確認單次使用醫材之價格、重消次數、是否屬內含於診療項目之醫材及對應診療項目之正確性。

(2)考量本項對健保給付醫材的影響尚無實際資料可供評估，爰編列於專款項目處理。

7.平衡醫院部門實際醫療服務與總額額度落差(點值不平衡調整方案)(0%)：

(1)現行總額支付制度為支出上限制，點值隨著醫療服務量變動，本項與總額支付制度之設計不符，故不新增預算。

(2)醫界所稱點值不平衡，真正的關鍵是「論量計酬」，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體共同思考如何節制服務量及提升照護成效的策略，並應加速DRGs、論質(值)等支付制度改革之推進，以使健保能永續經營。

8.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(0%)：

維持編列於專款項目。

9.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.002%)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 39,050.5 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 111 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 111 年 12 月底前完成。

1.C 型肝炎藥費：(維持原有名稱)

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

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商 113 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技財源之一。

2.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 13,943 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

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

②若經評估「罕見疾病藥費及特材」與「血友病藥費」仍有分列預算之必要，請於協商 113 年度總

額前，提出預算拆分之優缺點分析及分列之計算基礎，提報全民健康保險會。

3.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

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

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

4.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

(1)全年經費 5,208.06 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

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

5.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 1,643.4 百萬元。

(2)持續辦理糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等 9 項方案。

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

6.急診品質提升方案：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①請精進方案執行內容，增進急診處置效率，並提

出急診重大疾病照護品質指標，以提升執行成效。

②提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率相關監測指標。

7.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

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

(2)本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

8.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 100 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

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

9.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：

全年經費 1,100 百萬元，並請中央健康保險署檢討計畫之評估指標，新增結果面指標，呈現計畫之具體效益。

10.鼓勵院所建立轉診合作機制：

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

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

11.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 200 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①請檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結

果上傳率，並於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

②於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。

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

#### 12.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：

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

(2)本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。

#### 13.住院整合照護服務試辦計畫：

(1)全年經費 600 百萬元。

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

#### 14.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 2,664 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，並於額度內妥為管理運用。

#### 15.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)具體實施方案請於 111 年 11 月底前完成，並應符合鼓勵呼吸器依賴患者脫離呼吸器、簽署 DNR 及強化



安寧緩和醫療，提高臨終照護品質之目標。

16.因應 COVID-19 新興疾病解隔後續治療衍生費用：

(1)本項併入「慢性傳染病照護品質計畫」。

(2)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形。

17.新設醫院影響醫院總額資源配置：

健保總額預算係以保險對象「需求面」為整體估算基礎，而新設醫院屬醫療供給面，兩者面向不同，故本項不新增預算。

18.因應肺癌篩檢疑似陽性個案健保後續費用擴增：

(1)全年經費 1,000 百萬元，用於國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用。

(2)執行目標：

①111 年之陽性個案於 112 年追蹤且非肺癌確診者 37,775 人。

②112 年之陽性個案於第 1 年追蹤 86,461 人。

預期效益之評估指標：

診斷為早期肺癌的人數占率提升。

(3)依實際執行情形併入醫院總額一般服務結算。

(4)本項以 3~5 年為檢討期限，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請最遲於 116 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，節流效益應適度回饋總額預算。

19.促進醫療服務診療項目支付衡平性：

(1)全年經費 1,000 百萬元。

(2)執行目標：

通盤研議支付標準調整，考量支付衡平性並檢討各項支付點數，提出支付標準調整建議及具體調整時

程。

預期效益之評估指標：

- ①預期效益：調整各診療項目支付點數、章節歸類、名稱、支付規範、適應症，以合理反應各項醫療服務投入的成本差異及資源耗用情形。
- ②評估指標：本項目預定辦理期程為3年，又考量支付標準調整項目數視核定預算而定，故建議評估指標如下：
  - A.提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。
  - B.「支付標準研議諮詢會議」召開4場次。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①預算用於通盤檢討醫療服務支付標準合理性，於111年12月底前提出具體實施規劃(包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程)，並定期提報執行情形。
- ②應運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算。
- ③本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。
- ④本項以3年為檢討期限(112~114年)，會同醫院總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

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

- (1)全年經費300百萬元，經費如有不足，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①本項經費應依實際執行之項目與季別，併醫院總

額一般服務費用結算。

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

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

## 21.癌症治療品質改善計畫：

(1)全年經費 402 百萬元。

(2)執行目標：

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

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

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

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

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

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

預期效益之評估指標：

追陽率達 90%。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①擬訂具體實施方案，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單

價，增加服務人數。

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

## 22.慢性傳染病照護品質計畫：

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

### (2)執行目標：

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

### 預期效益之評估指標：

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

### (3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①擬訂具體實施方案，建立完整之個案照護銜接及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。
- ②本計畫以 4 年為檢討期限(112 年~115 年)，請會

同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

### 23.品質保證保留款：

- (1)全年經費 975.3 百萬元。
- (2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 112 年度品質保證保留款(975.3 百萬元)合併運用(計 1,364 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

### (三)門診透析服務：

- 1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
- 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。
- 3.門診透析服務總費用成長率為 3%。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 2.405%。
- 4.112 年度門診透析服務之新增預算，優先用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質。
- 5.請中央健康保險署辦理以下事項：
  - (1)請會同門診透析服務相關團體，於 111 年 12 月底前提出鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質之具體實施計畫(包含設定提升腹膜透析之執行目標、

提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)，並提全民健康保險會報告。

(2)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。

(3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並持續監測 NSAIDs 藥物使用情形及管理成效。

(4)請於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(四)前述三項額度經換算，112 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 3.269%。各細項成長率及金額如表 4。

#### 醫院代表之委員建議方案：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依協定事項辦理，並於 112 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 4.455%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.250%，協商因素成長率 2.205%。各項協商因素及建議事項如下：

1. 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0%)：

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

2. 藥品及特材給付規定改變(0%)：

鑑於現行藥品費用佔總醫療費用 28.9%左右，考量健保財務運用，資源不足宜先行暫緩擴充藥品及特材給付

規定改變。先把基本醫療服務顧好，行有餘之時再考量擴充適應症，爰 112 年藥品及特材給付規定改變，暫不編列預算。

3.平衡長期偏低之醫院基本醫療服務點數(0.401%)：

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

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

4.持續推動分級醫療，壯大社區醫院(0.200%)：

(1)執行目標：強化地區醫院住診、重症及急診照護能力。視預算編列調整：

①依護病比調升住院護理費不同加成率，每級距 2%。

②調升慢性呼吸照護病房 3%。

③地區醫院加護病房護理費、診察費及病房費保障固定點值。

④採預算中平原則，餘數用以調升急診診察費點數。

(2)預期效益之評估指標：地區醫院住院滿意度平均達 85%。

5.提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變(0.401%)：

(1)執行目標：擬用該項預算調整：

①區域級(含)以上醫院急診案件採固定點值。

②住診案件兒婦外傷、外科處置採固定點值。

- ③預算優先用於前二項，餘額用以調增住診診察費點數。
- (2)預期效益之評估指標：區域級(含)以上醫院，住院滿意度平均達 85%。
- 6.因醫療法就醫療器材使用規範重新修定，造成醫院特材成本高於健保支付點數之補貼(0.601%)：
- (1)執行目標：減緩政策的修正對例行醫療處置及手術施行的財務衝擊，醫院得以維持正常的手術運作。
- (2)預期效益之評估指標：至少維持同 111 年手術案件數。
- 7.平衡醫院部門實際醫療服務與總額額度落差(點值不平衡調整方案)(0.601%)：
- (1)執行目標：取 108 年醫院總額預算與實際申報差距為基礎，分 5 年為期逐年調整點值不平衡的問題，用以調升點值。
- (2)評估指標：相較前一年同期點值有成長。
- 8.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(0.003%)：
- 請中央健康保險署辦理下列事項：
- (1)依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。其當年度執行額度，以調整支付標準費用與既有支付標準費用之差額計算。
- (2)有關預算扣減方式規劃(含執行數之計算方式)，請中央健康保險署於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。
- 9.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.002%)：
- (1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。
- (2)本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。



(二)專款項目：全年經費為 39,059.2 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 111 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 111 年 12 月底前完成。

1.C 型肝炎藥費(含檢驗檢查等相關費用)：

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

(2)請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，並於協商 113 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技財源之一。

2.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

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

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

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

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

3.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

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

相關項目支應。

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

4.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

(1)全年經費 5,208.06 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

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

5.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 1,495.1 百萬元。

(2)持續辦理糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等 9 項方案。

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

6.急診品質提升方案：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

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

②提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率相關監測指標。

7.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

- (1)全年經費 210 百萬元，請積極推動 DRGs 雙軌制度，加速導入第 3 至 5 階段 DRGs 項目。
  - (2)本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。
- 8.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：
- (1)全年經費 100 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
  - (2)請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。
- 9.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：全年經費 1,100 百萬元，並請中央健康保險署檢討成效指標之合理性。
- 10.鼓勵院所建立轉診合作機制：
- (1)全年經費 224.7 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
  - (2)請中央健康保險署會同西醫基層及醫院總額相關團體，檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效。
- 11.網路頻寬補助費用：
- (1)全年經費 200 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
  - (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
    - ①請檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
    - ②於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。
    - ③請確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行

方式，提全民健康保險會報告。

12.住院整合照護服務試辦計畫：

- (1)全年經費 300 百萬元。
- (2)請加強計畫之推動，發展提升整體照護成效之整合照護服務模式，及評估整合服務成效。

13.精神科長效針劑藥費：

- (1)全年經費 2,664 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
- (2)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，並於額度內妥為管理運用。

14.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫：

- (1)全年經費 300 百萬元。
- (2)具體實施方案請於 111 年 11 月底前完成，並應符合鼓勵呼吸器依賴患者脫離呼吸器、簽署 DNR 及強化安寧緩和醫療，提高臨終照護品質之目標。

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

- (1)全年經費 990 百萬元。
- (2)執行目標：處理 COVID-19 確診併發 MIS-C 案件。  
預期效益之評估指標：無法估列，因本項係為預先支應高價免疫球蛋白費用，擬視實際情況，追蹤 3~5 年，待 COVID-19 解除法傳，其費用支出併回醫院總額。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同醫院總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體規劃內容(包含醫療利用監控、管理措施及結果面品質指標)，並提全民健康保險會同意後執

行。

②預算按季均分，並依執行情形併入醫院總額一般服務結算。

③請持續監測醫療利用情形，以 5 年為檢討期限，並會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

#### 16.新設醫院影響醫院總額資源配置：

(1)全年經費 1,000 百萬元。

(2)執行目標：緩和因新設醫院加入，對地區預算造成衝擊。

預期效益之評估指標：與該區前 1 年同期點值比較波動幅度不超過 5%。

(3)本項以 5 年為檢討期限，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請最遲於 116 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

#### 17.因應國健署肺癌篩檢疑似陽性健保後續費用擴增：

(1)全年經費 2,500 百萬元。

(2)執行目標：配合國民健康署 LDCT 肺癌篩檢政策執行，提供確診後續追蹤處置。

預期效益之評估指標：無法估列，因本項係為預先支應因國家衛生政策所導致之醫療費用增加之情形，主要量能由國民健康署控管。

(3)本項以 3~5 年為檢討期限，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請最遲於 116 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行效益未來應適度回饋總額預算。

## 18.品質保證保留款：

- (1)全年經費 975.3 百萬元。
- (2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 (388.7 百萬元)，與 112 年度品質保證保留款(975.3 百萬元)合併運用(計 1,364 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

### (三)門診透析服務：

- 1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
- 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。
- 3.門診透析服務總費用成長率為 4%。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 3.4%。
- 4.請中央健康保險署辦理下列事項：
  - (1)請會同門診透析服務相關團體，於 111 年 12 月底前提出鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質之具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)，並提全民健康保險會報告。
  - (2)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。
  - (3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並持續監測 NSAIDs 藥物使用情形及管理成效。

- (4)請於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
- (四)前述三項額度經換算，112 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 4.529%。各細項成長率及金額如表 4。

表 4 112 年度醫院醫療給付費用協定項目表(兩案送主管機關決定)

項目		付費者代表方案		醫院代表方案	
		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)
<b>一般服務</b>					
<b>醫療服務成本及人口因素成長率</b>		<b>2.250%</b>	<b>11,234.4</b>	<b>2.250%</b>	<b>11,234.4</b>
投保人口預估成長率		-0.264%		-0.264%	
人口結構改變率		2.128%		2.128%	
醫療服務成本指數改變率		0.393%		0.393%	
<b>協商因素成長率</b>		<b>0.842%</b>	<b>4,204.6</b>	<b>2.205%</b>	<b>11,003.6</b>
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.616%	3,078.0	0.000%	0.0
	藥品及特材給付規定改變	0.228%	1,138.0	0.000%	0.0
	平衡長期偏低之醫院基本醫療服務點數(112年新增項目)	0.000%	0.0	0.401%	2,000.0
其他醫療服務利用及密度之改變	持續推動分級醫療，壯大社區醫院	0.000%	0.0	0.200%	1,000.0
	提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變	0.000%	0.0	0.401%	2,000.0
保險給付項目及支付標準之改變	因醫療法就醫療器材使用規範重新修定，造成醫院特材成本高於健保支付點數之補貼(112年新增項目)(*付費者代表方案列專款項目)	* -	* -	0.601%	3,000.0
	平衡醫院部門實際醫療服務與總額額度落差(點值不平衡調整方案)(112年新增項目)	0.000%	0.0	0.601%	3,000.0
其他議定項目	腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(*付費者代表方案列專款項目)	* -	* -	0.003%	15.0



項目		付費者代表方案		醫院代表方案		
		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.002%	-11.4	-0.002%	-11.4
一般服務成長率 <sup>#2</sup>	增加金額	3.092%	15,439.0	4.455%	22,238.0	
	總金額		514,745.5		521,551.0	
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>						
	C 型肝炎藥費 (*醫院代表方案名稱為「C 型肝炎藥費(含檢驗檢查等相關費用)」)	3,428.0	0.0	3,428.0	0.0	
	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	13,943.0	1,136.0	12,807.0	0.0	
	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	5,257.0	0.0	5,257.0	0.0	
	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,208.06	0.0	5,208.06	0.0	
	醫療給付改善方案	1,643.4	148.3	1,495.1	0.0	
	急診品質提升方案	300.0	0.0	300.0	0.0	
	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	210.0	0.0	
	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100.0	0.0	100.0	0.0	
	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,100.0	0.0	1,100.0	0.0	
	鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	0.0	224.7	0.0	
	網路頻寬補助費用	200.0	0.0	200.0	0.0	
	腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(*醫院代表方案列一般服務)	15.0	0.0	0	-15.0	
	住院整合照護服務試辦計畫	600.0	300.0	300.0	0.0	
	精神科長效針劑藥費	2,664.0	0.0	2,664.0	0.0	
	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	300.0	0.0	300.0	0.0	
	因應 COVID-19 新興疾病解隔後續治療衍生之費用 (112 年新增項目) (*付費者代表方案併入「慢性傳染病照護品質計畫」)	* -	* -	990.0	990.0	

項目	付費者代表方案		醫院代表方案		
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
新設醫院影響醫院總額資源配置 (112 年新增項目)	0.0	0.0	1,000.0	1,000.0	
因應肺癌篩檢疑似陽性個案 健保後續費用擴增 (112 年新增項目)	1,000.0	1,000.0	2,500.0	2,500.0	
促進醫療服務診療項目支付 衡平性 (112 年新增項目)	1,000.0	1,000.0	0.0	0.0	
因醫療法就醫醫療器材使用規 範重新修訂，造成醫院特材成 本高於健保支付點數之補貼 (112 年新增項目) (*醫院代表方案列一般服務)	300.0	300.0	* -	* -	
癌症治療品質改善計畫 (112 年新增項目)	402.0	402.0	0.0	0.0	
慢性傳染病照護品質計畫 (112 年新增項目)	180.0	180.0	0.0	0.0	
品質保證保留款	975.3	45.5	975.3	45.5	
<b>專款金額</b>	<b>39,050.5</b>	<b>4,511.8</b>	<b>39,059.2</b>	<b>4,520.5</b>	
<b>較基期成長率(一般 服務+專款)<sup>#3</sup></b>	<b>增加金額</b>	<b>3.306%</b>	<b>19,950.8</b>	<b>4.578%</b>	<b>26,758.5</b>
	<b>總金額</b>		<b>553,795.9</b>		<b>560,610.2</b>
門診透析服務 成長率	增加金額	2.405%	554.6	3.400%	784.0
	總金額		23,613.0		23,842.4
<b>較基期成長率(一般 服務+專款+門診透 析)<sup>#4</sup></b>	<b>增加金額</b>	<b>3.269%</b>	<b>20,505.4</b>	<b>4.529%</b>	<b>27,542.5</b>
	<b>總金額</b>		<b>577,408.9</b>		<b>584,452.6</b>

- 註：1.依衛生福利部報行政院核定之總額設定公式，112 年度總額之基期(採淨值)，係以 111 年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「110 年未導入預算扣減」部分。
- 2.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 499,306.9 百萬元(含 111 年一般服務預算為 501,532.1 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-2,241.8 百萬元、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 16.5 百萬元，未扣除 110 年度新醫療科技未導入預算)。
- 3.計算「較 112 年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款)」成長率，所採基期費用為 536,070.8 百萬元，其中一般服務預算為 501,532.1 百萬元(111 年度健保醫療給付費用公告金額為 501,532.1 百萬元，未扣除 110 年度新醫療科技未導入預算)，專款為 34,538.7 百萬元。

- 4.計算「較 112 年度總額基期(採淨值)(一般服務+專款+門診透析)」成長率，所採基期費用為 559,129.2 百萬元，其中一般服務預算為 501,532.1 百萬元(111 年度健保醫療給付費用公告金額為 501,532.1 百萬元，未扣除 110 年度新醫療科技未導入預算)，專款為 34,538.7 百萬元，門診透析為 23,058.4 百萬元。
- 5.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

## 112 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

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

■ 112 年度西醫基層門診透析服務費用＝111 年度西醫基層門診透析服務費用×(1+112 年度成長率)

註：校正後 111 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 111 年第 6 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「110 年未導入預算扣減」部分。

### 二、總額協商結論：

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

#### 付費者代表之委員建議方案：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依協定事項辦理，並於 112 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 1.551%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.400%，協商因素成長率 0.151%。各項協商因素及建議事項如下：

1. 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.156%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

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

## 2.藥品及特材給付規定改變(0.115%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 111 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。
- (2)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 112 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。
- (3)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並請於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調

整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

3.促進醫療資源支付合理(0%)：

- (1)本項屬支付標準之調整，考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且近年健保財務困難，故本項不新增預算。
- (2)請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

4.比照醫院規定，修訂手術通則(0%)：

- (1)本項屬支付標準之調整，考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且近年健保財務困難，故本項不新增預算。
- (2)請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

5.門診診察費加成一至(0%)：

- (1)本項屬支付標準之調整，考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且近年健保財務困難，故本項不新增預算。
- (2)請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

6.7580 診察費(0%)：

本項屬支付標準之調整，考量健保法規定，本保險係於民眾發生疾病、傷害事故或生育時提供醫療服務，爰不

宜以年齡別為給付條件，應以民眾醫療需求為導向，研提醫療服務內容，故本項不新增預算。

7.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(0%)：

(1)本項屬支付標準之調整，考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且近年健保財務困難，故本項不新增預算。

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

8.外傷換藥不計入同一療程(0%)：

本項屬支付規範之調整，考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且依健保法第 41 條規定，單項支付標準及給付規範之訂定，尚非全民健康保險會權責。

9.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.120%)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 8,497.1 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 111 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 111 年 12 月底前完成。

1.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 317.1 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用

情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。

## 2.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 3,948 百萬元。

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

## 3.代謝症候群防治計畫：

(1)全年經費 616 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

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

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

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

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

## 4.C 型肝炎藥費：(維持原有名稱)

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

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商 113 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給



付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。

5. 醫療給付改善方案：

- (1) 全年經費 805 百萬元。
- (2) 持續辦理糖尿病、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案。
- (3) 請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效及照護率不高之原因，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升執行成效。

6. 強化基層照護能力及「開放表別」項目：

- (1) 全年經費 1,220 百萬元。
- (2) 請中央健康保險署辦理下列事項：
  - ① 於 111 年 12 月委員會議提出規劃調整開放之項目與作業時程。
  - ② 訂定反映效益之績效指標(如提升照護品質、民眾就醫便利性等)，以評估執行效益。
- (3) 本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務費用結算。

7. 鼓勵院所建立轉診合作機制：

- (1) 全年經費 258 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- (2) 請中央健康保險署會同西醫基層及醫院總額相關團體，檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效。

8. 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：

- (1) 全年經費 50 百萬元。
- (2) 請中央健康保險署精進計畫評核指標，並檢討計畫實施成效、加強推廣，鼓勵醫師參與。

9.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

- (1)全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，於 112 年 7 月底前提報執行情形專案報告(含醫療利用、藥費及其成長原因分析，並說明「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響)。

10.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

- (1)全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

11.因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用：

- (1)全年經費 11 百萬元。
- (2)本項經費依實際執行併入一般服務費用結算。
- (3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

12.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

- (1)全年經費 178 百萬元。
- (2)本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入各分區一般服務費用結算。

13.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 253 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①請檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

②於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。

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

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

(1)全年經費 9.7 百萬元。

(2)請中央健康保險署持續監測本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。

15.精神科長效針劑藥費：

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

(2)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，並於額度內妥為管理運用。

16.新冠輕症確診者長新冠後遺症(Long COVID)照護：

(1)本項併入「慢性傳染病照護品質計畫」。

(2)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形。

17.促進醫療服務診療項目支付衡平性：

(1)全年經費 100 百萬元。

(2)執行目標：

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

預期效益之評估指標：

- ①預期效益：調整各診療項目支付點數、章節歸類、名稱、支付規範、適應症，以合理反應各項醫療服務投入的成本差異及資源耗用情形。
- ②評估指標：本項目預定辦理期程為3年，又考量支付標準調整項目數視核定預算而定，故建議評估指標如下：
  - A.提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。
  - B.「支付標準研議諮詢會議」召開4場次。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①預算用於通盤檢討醫療服務支付標準合理性，於111年12月底前提出具體實施規劃(包含支付標準檢討規劃、執行方法及期程)，並定期提報執行情形。
- ②應運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算。
- ③本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務結算。
- ④本項以3年為檢討期限(112~114年)，會同西醫基層總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

18.因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成西醫基層特材成本高於健保支付點數之補貼：

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

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①本項經費應依實際執行之項目與季別，併西醫基層總額一般服務費用結算。

- ②請於 111 年 12 月底前提出實施規劃(包含健保給付醫材影響檢討規劃、執行方法及期程)，並於 112 年 7 月底前提報執行情形。
- ③本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，會同西醫基層總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

19.癌症治療品質改善計畫：

(1)全年經費 115 百萬元。

(2)執行目標：

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

- ①大腸癌(以篩檢人數 126 萬人，陽性率 7% 估算)：約 25,000 人。
- ②口腔癌(以篩檢人數 60.5 萬人，陽性率 8.2% 估算)：約 14,300 人。
- ③子宮頸癌(以篩檢人數 220 萬人，陽性率 0.54% 估算)：約 2,600 人。
- ④乳癌(以篩檢人數 87 萬人，陽性率 8% 估算)：約 4,500 人。

預期效益之評估指標：

追陽率達 90%。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①擬訂具體實施方案，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。
- ②本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同

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

## 20.慢性傳染病照護品質計畫：

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

(2)執行目標：

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

預期效益之評估指標：

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

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①擬訂具體實施方案，建立完整之個案照護銜接及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。
- ②本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請會同西醫基層總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年，提出納入

一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

21.品質保證保留款：

- (1)全年經費 124.3 百萬元。
- (2)原 106 年度一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 112 年品質保證保留款(124.3 百萬元)合併運用(計 229.5 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(三)門診透析服務：

- 1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
- 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。
- 3.門診透析服務總費用成長率為 3%。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為 3.675%。
- 4.112 年度門診透析服務之新增預算，優先用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質。
- 5.請中央健康保險署辦理以下事項：
  - (1)請會同門診透析服務相關團體，於 111 年 12 月底前提出鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質之具體實施計畫(包含設定提升腹膜透析之執行目標、提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)，並提全民健康保險會報告。

(2)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。

(3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並持續監測 NSAIDs 藥物使用情形及管理成效。

(4)請於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(四)前述三項額度經換算，112 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 1.800%。各細項成長率及金額如表 5。

#### 西醫基層代表之委員建議方案：

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

2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依協定事項辦理。

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

1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.318%)：

(1)反對協定事項之建議「於 111 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度」及「歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於給付新醫療科技，並請於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源」。

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



西醫基層總額部門)。

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

## 2.藥品及特材給付規定改變(0.318%)：

(1)反對協定事項之建議「於 111 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度」及「歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，並納入該年度本項預算財源」。

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

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

## 3.促進醫療資源支付合理(0.079%)：

(1)本項預算賡續執行 111 年本項預算中「西醫基層未與醫院調成一致之支付標準項目」。

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

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

4.比照醫院規定，修訂手術通則(0.003%)：

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

5.門診診察費加成一一致(0.734%)：

- (1)預期目標：促進基層科別均衡發展，建議第一階段門診診察費(去科別化)調整一致，以維護醫療照護品質。
- (2)評估指標：依據衛生福利部公告修訂之支付標準調整辦理。
- (3)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理
- (4)如需執行預算扣減規劃，請中央健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年編列預算。

6.7580 診察費(1.255%)：

- (1)預期目標：因應超高齡社會來臨，挹注資源加強對高齡者照護品質。
- (2)評估指標：依據衛生福利部公告修訂之支付標準調整辦理。
- (3)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支

應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理

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

7.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(0.524%)：

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

(2)評估指標：依據衛生福利部公告修訂之支付標準調整辦理。

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

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

8.外傷換藥不計入同一療程(0.028%)：

(1)預期目標：合理反映外傷換藥成本，提供民眾更完善之醫療照護服務。

(2)評估指標：依據衛生福利部公告修訂之支付標準調整辦理。

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

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

9.違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款

(-0.120%)：

本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 8,847.4 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 111 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 111 年 12 月底前完成。

1.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 317.1 百萬元。

(2)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

2.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 4,146 百萬元。

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

3.代謝症候群防治計畫：

(1)全年經費 308 百萬元。

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

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

#### 4.C 型肝炎治療費：

- (1)全年經費 292 百萬元。
- (2)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (3)配合國家 C 肝根除政策，惟所衍生之醫療費用應一併編列於本項專款項目。

#### 5.醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 900.3 百萬元。
- (2)持續辦理糖尿病、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案。

#### 6.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

- (1)全年經費 1,320 百萬元。
- (2)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務費用結算。

#### 7.鼓勵院所建立轉診合作機制：

- (1)全年經費 258 百萬元。
- (2)經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

#### 8.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：

全年經費 50 百萬元。

#### 9.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

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

#### 10.後天免疫缺乏病毒治療藥費：

- (1)全年經費 30 百萬元。
- (2)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如

有不足，由其他預算相關項目支應。

11.因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用：

(1)全年經費 11 百萬元。

(2)本項經費依實際執行併入一般服務費用結算。

12.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

(1)全年經費 178 百萬元。

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

13.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 253 百萬元。

(2)經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(3)為配合國家相關衛生健康政策之推動，網路頻寬須有較高運作功能，提升效率，建議應持續補助。

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

(1)全年經費 9.7 百萬元。

(2)經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

15.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 100 百萬元。

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

16.新冠輕症確診者長新冠後遺症(Long COVID)照護：

(1)全年經費 500 百萬元。

(2)本項目與「慢性病傳染病照護品質計畫」照護對象不同，不應併入處理。

(3)預期目標：提供新冠輕症確診者長新冠醫療照護。

(4)評估指標：長新冠後遺症治癒情形(接受照護之個

案，長新冠後遺症獲得改善，3 個月後無再次相關就醫情形)。

(5)衛福部 110 年 12 月推動「COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫」，染疫期間由公務預算或疾管署特別預算支應，但解隔離後的醫療照護費用該計畫適用醫院層級(總額支應)。長新冠醫療照護，回歸社區是最適宜的，建議編列預算。

(6)本項以 2 年為檢討期限(112~113 年)，滾動式檢討逐年成效，若本項持續辦理，則請於執行第 2 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

17.促進醫療服務診療項目支付衡平性：

(1)全年經費 0 百萬元。

(2)不應併入「醫療服務成本指數改變率」所增預算處理。

18.因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成特材成本高於健保支付點數之補貼：

(1)全年經費 20 百萬元。

(2)本項經費配合醫院部門同步編列。後續執行細節請中央健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行。

(3)本項經費應依實際執行之項目與季別，併西醫基層總額一般服務費用結算。

19.癌症治療品質改善計畫：

(1)全年經費 0 百萬元。

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

20.慢性傳染病照護品質計畫：

(1)全年經費 0 百萬元。

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

21.品質保證保留款：

(1)全年經費 124.3 百萬元。

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

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



表 5 112 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(兩案送主管機關決定)

項目	付費者代表方案		西醫基層代表方案		
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
<b>一般服務</b>					
醫療服務成本及人口因素成長率	<b>1.400%</b>	<b>1,762.5</b>	<b>1.400%</b>	<b>1,762.5</b>	
投保人口預估成長率	-0.264%		-0.264%		
人口結構改變率	1.402%		1.402%		
醫療服務成本指數改變率	0.266%		0.266%		
協商因素成長率	<b>0.151%</b>	<b>189.3</b>	<b>3.139%</b>	<b>3,951.1</b>	
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.156%	196.0	0.318%	400.0
	藥品及特材給付規定改變	0.115%	145.0	0.318%	400.0
	促進醫療資源支付合理	0.000%	0.0	0.079%	100.0
	比照醫院規定，修訂手術通則(112年新增項目)	0.000%	0.0	0.003%	3.2
	門診診察費加成一至(112年新增項目)	0.000%	0.0	0.734%	924.6
	7580診察費(112年新增項目)	0.000%	0.0	1.255%	1,580.1
	因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費(112年新增項目)	0.000%	0.0	0.524%	659.3
	外傷換藥不計入同一療程(112年新增項目)	0.000%	0.0	0.028%	35.6
其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.120%	-151.7	-0.120%	-151.7
一般服務成長率 <sup>註2</sup>	增加金額	<b>1.551%</b>	<b>1,951.9</b>	<b>4.539%</b>	<b>5,713.7</b>
	總金額		<b>127,848.3</b>		<b>131,610.0</b>

項目	付費者代表方案		西醫基層代表方案	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>				
西醫醫療資源不足地區改善方案	317.1	0.0	317.1	0.0
家庭醫師整合性照護計畫	3,948.0	0.0	4,146.0	198.0
代謝症候群防治計畫	616.0	308.0	308.0	0.0
C型肝炎藥費 (*西醫基層代表方案名稱為「C型肝炎治療費」)	292.0	0.0	292.0	0.0
醫療給付改善方案	805.0	0.0	900.3	95.3
強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,220.0	0.0	1,320.0	100.0
鼓勵院所建立轉診合作機制	258.0	0.0	258.0	0.0
偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	50.0	0.0	50.0	0.0
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	30.0	0.0	30.0	0.0
後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	30.0	0.0	30.0	0.0
因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	0.0	11.0	0.0
新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.0	178.0	0.0
網路頻寬補助費用	253.0	0.0	253.0	0.0
提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	9.7	0.0	9.7	0.0
精神科長效針劑藥費	100.0	0.0	100.0	0.0
新冠輕症確診者長新冠後遺症(Long COVID)照護 (112年新增項目) (*付費者代表方案併入「慢性傳染病照護品質計畫」)	* -	* -	500.0	500.0

項目		付費者代表方案		西醫基層代表方案	
		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)
促進醫療服務診療項目支付 衡平性 (112年新增項目)		100.0	100.0	0.0	0.0
因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成西醫基層特材成本高於健保支付點數之補貼 (112年新增項目)		20.0	20.0	20.0	20.0
癌症治療品質改善計畫 (112年新增項目)		115.0	115.0	0.0	0.0
慢性傳染病照護品質計畫 (112年新增項目)		20.0	20.0	0.0	0.0
品質保證保留款		124.3	4.0	124.3	4.0
<b>專款金額</b>		<b>8,497.1</b>	<b>567.0</b>	<b>8,847.4</b>	<b>917.3</b>
較基期成長率(一般服務+專款) <sup>註3</sup>	增加金額	1.517%	2,518.9	4.578%	6,631.0
	總金額		136,345.4		140,457.4
門診透析服務成長率	增加金額	3.675%	745.9	註5	註5
	總金額		21,042.6		20,296.7
較基期成長率(一般服務+專款+門診透析) <sup>註4</sup>	增加金額	1.800%	3,264.8	註5	6,631.0
	總金額		157,388.0		160,754.1

- 註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，112年度總額之基期(採淨值)，係以111年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「110年未導入預算扣減」部分。
- 2.計算「一般服務成長率」，所採基期費用為125,895.6百萬元(含111年一般服務預算126,417.3百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-572.7百萬元、加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款90.0百萬元與扣除110年度新醫療科技未導入金額39.0百萬元)。
- 3.計算「較112年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為134,308.4百萬元，其中一般服務預算為126,378.3百萬元(111年度健保醫療給付費用公告金額為126,417.3百萬元，扣除110年度新醫療科技未導入金額39.0百萬元)，專款為7,930.1百萬元。
- 4.計算「較112年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為154,605.1百萬元，其中一般服務預算為126,378.3百萬元(111年度健保醫療給付費用公告金額為126,417.3百萬元，扣除110年度新醫療科技未導入金額39.0百萬元)，專款為7,930.1百萬元，門診透析為20,296.7百萬元。
- 5.西醫基層代表方案未提出112年度門診透析服務成長率及增加金額，故無法計算整體預算(一般服務+專款+門診透析)較基期成長率。
- 6.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。



第5屆111年第9次委員會議  
與會人員發言實錄



壹、「主席致詞」、「議程確認」、「確認上次(第8次)委員會議紀錄」與  
會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

報告主席、各位委員，現在委員出席人數已經過半，可以正式開會，也已經到開會時間9點30分，請主席致詞。

周主任委員麗芳

一、各位委員、蔡副署長淑鈴、商司長東福，以及周執行秘書淑婉帶領的健保會同仁、健保署同仁，大家早安、大家好。今天有一半的委員是以視訊方式與會，所以是實體跟視訊並行。首先感謝所有的委員通力合作，在9月21日，也就是2天前，以超過12個小時以上馬拉松式的討論，針對明年度全民健康保險總額履行責任。雖然略有疲憊，但是相較往年，今年度談判的效率還是有相對提升。

二、在這邊要感謝所有的委員。這次我們達成協議的部門包括：中醫部門、牙醫部門以及其他預算；在兩案併陳的部分，有醫院部門、還有西醫基層部門。

(一)我要特別感謝的包括：代表醫院部門率隊參加的醫院協會翁理事長文能；西醫基層部門率隊的醫師公會全聯會新上任的周理事長慶明、陳副理事長相國，還有黃常務理事振國、顏常務理事鴻順；牙醫部門是由新上任的牙醫師公會全聯會陳理事長彥廷率隊；中醫部門則是由資深的中醫師公會全聯會柯理事長富揚率隊。

(二)柯理事長富揚歷經了6年的秘書長、3年的理事長，可以說是為中醫部門盡心盡力，他提到這是他任期內最後1次參與全民健保總額協商，非常感謝他，在這次的協商中，中醫也是率先達成協商共識的部門。等一下進行本會重要業務報告的時候，我會請柯理事長發表畢業感言，也對健保會未來的運作提出建言。

(三)其他預算是由健保署蔡副署長淑鈴率隊，跟付費者委員進行商談。也要感謝藥師公會全聯會黃理事長金舜，針對提升用藥品質之藥事照顧計畫全程參與溝通。其次就是護理師護士公會全聯會林副理事長綉珠也一樣非常盡責，全程協助大家了解有關護理照顧相關費用。

三、這次的總額協商可以說是溝通再溝通、論述再論述，縱使未能達成協議，兩案併陳的案子報到衛福部之後，相信以部長的睿智會幫大家指點出最妥適的總額執行方向。

四、除了全體健保會的委員外，還要特別感謝付費者代表總召集人何委員語，代表醫院部門的主談人林委員恩豪、代表西醫基層部門的主談人李委員永振、代表牙醫部門的主談人林委員敏華、代表中醫部門的主談人楊委員芸蘋，以及所有參與的協談人、委員，還有專家學者委員共同的付出及努力。大家今天也是肩負重任，要針對明年度總額協定事項以及預算執行過程中的相關細節進行確認，現在會議開始。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉

主席、各位委員，剛剛主席已經大概提到今天的議程，就是本會重要業務報告，1項討論事項是針對112年總額協商結果的確認案，1項報告事項是健保署8月份業務執行報告，這次會議不做口頭報告，以上說明。

周主任委員麗芳

有關議程部分，如果委員沒有意見，議程就確認。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳

請問各位委員針對會議紀錄還有沒有意見？請線上的陳委員石池。

陳委員石池

現在可以發言嗎？



周主任委員麗芳

我們現在在做會議紀錄確認。

陳委員石池

對。

周主任委員麗芳

請發言。

陳委員石池

我對會議紀錄沒有意見，但我對會議資料附錄二的內容有意見，現在可以發言嗎？

周主任委員麗芳

等一下，陳委員石池，我聽得不是很清楚，您說對會議紀錄沒有意見，但是對哪個部分有意見？

陳委員石池

我是對會議資料附錄二的「『全民健康保險急診品質提升方案』之執行情形」有意見。

周主任委員麗芳

您是指會議紀錄的附件嗎？

陳委員石池

是會議資料的第 25 頁、第 26 頁。

周執行秘書淑婉

這並不是會議紀錄的內容。

周主任委員麗芳

這是今天的報告案嗎？陳委員石池，這部分屬於本會重要業務報告的附件內容，等一下進行本會重要業務報告時優先請您發言好嗎？

陳委員石池

可以，謝謝。

周主任委員麗芳

有關會議紀錄的部分，如果委員沒有意見，會議紀錄確認。

## 貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

先請中醫師公會全聯會柯理事長富揚發表畢業感言，也看看健保會有哪些地方可以更精進，是不是就請您先發言，謝謝。

柯委員富揚

- 一、謝謝主委。所有在線上、現場的健保會委員、健保署的長官，健保會的長官、幕僚同仁，大家早安、大家好。感謝這幾年委員對中醫總額團體的支持，中醫門診總額從 84 年開始的總額占率 5%，到現在大概剩下 3.6%，這是中醫團體需要去努力、改變的地方。
- 二、多年來，我歷任了何理事長永成到陳理事長旺全，這過程中一直為了提升中醫利用率而努力，也為整個評核結果往優級的方向而努力。但是我上任的第 1 年就遇到中藥鉛中毒事件，好不容易已經上揚的利用率，遇到鉛中毒事件又往下掉，鉛中毒事件也體現出中醫是淺碟型的產業，中醫師公會全聯會用很大力量去撥亂反正，包括提出對肇事醫師的嚴懲、召開記者會。
- 三、過程中也看到主管機關包含人民團體，雖然口口聲聲推廣中醫有效、安全，也好像沒有用，因為民眾其實對中醫是不安心的，所以我們近年也一直在為安全、安心努力，所以中醫藥發展法也三讀通過。法案通過後，緊接 COVID-19 疫情又馬上把我們打下來了，可是我們這樣的努力看起來還是有用的，因為在清冠一號的實施，還有新冠後遺症的治療之後，今天業務執行報告也會提到，其實我們中醫扣除公費清冠一號、確診醫療費用之外，今年 5 月份的醫療點數較去年同期成長 14.26%、6 月份成長 49.73%、7 月份成長 32.95%，這幾個月的成長率在各總額部門中是最高的，可見中醫還是有希望，只要好好地努力，我相信我們仍可以提供中醫藥的醫療照護，幫民眾守護健康。

四、感謝委員對中醫藥團體的照顧，我們會更努力，會想盡辦法讓中醫在傳統古老醫學的基礎上，也向西醫看齊，盡量往實證醫學的方向發展。最後不免俗的套一句金庸先生的話，「今番良晤，豪興不淺，他日江湖相逢，再當杯酒言歡。咱們就此別過」，感謝所有委員。

周主任委員麗芳

感謝柯理事長富揚，也很不好意思，健保會沒準備禮物，但是我們有一份大禮，就是我們滿滿的祝福。也期待柯理事長卸任後，能持續關注全民健保事務，持續給予健保會鞭策、鼓勵，您帶領中醫國家隊，特別是在疫情期間所做的貢獻，我們永銘在心，借用大家雙手再次感謝柯理事長。請何委員語。

何委員語

- 一、我補充報告，首先非常感謝付費者代表委員、主談人、協談人及全體委員的努力用心。我發現今年所有的委員對於總額協商內容用心閱讀、非常精進了解，對每一項的總額項目、金額以及實際需求都很深入的了解，而且表達非常實際的意見，在每一項總額協商過程裡提供大家參考。
- 二、另外我要特別感謝的，就是這一次我們邀請專家學者及公正人士委員，包括：盧委員瑞芬、陳委員秀熙、卓委員俊雄、趙委員曉芳、胡委員峰賓，在每個部門總額協商的過程裡提供了他們專業的觀點、理論與實務基礎，因為這些寶貴意見，使得協商過程中能夠快速達成共識，我們非常感謝這5位專家學者及公正人士委員給我們的幫忙，謝謝。

周主任委員麗芳

借一下大家雙手，感謝所有付費者代表以及專家學者，在剛才主席致詞時，對不起，我漏了代表其他預算的主談人張委員文龍，其次我們非常思念的，滕委員西華今天已經到場了，歡迎歸隊。接下來就請周執行秘書淑婉繼續報告。

## 周執行秘書淑婉

接下來是本會重要業務報告：

- 一、項次一，是上次委員會議決議(定)事項列管追蹤事項，共計 3 項，依辦理情形，建議解除追蹤 2 項，繼續追蹤 1 項，最終還是依照委員議定結果辦理。
- 二、有關個別委員關切事項，健保署的回復在第 23~24 頁附錄一。再請各位委員看到第 8 頁擬解除追蹤的 2 項：
  - (一)第 1 項是委員關心的平均眷口數實際計算情形，健保署回復在第 10 頁「102 年到 110 年平均眷口數實際計算數值」，建議解除追蹤。
  - (二)第 2 項是請各總額部門跟健保署提出協商草案的最終版本，大家都在 9 月 6 日送交本會，也在前天完成協商，建議解除追蹤。
- 三、項次二，是本會針對第 7 次委員會議委員關心重要議題作成會訊報導，內容在附錄二，就是剛剛陳委員石池關心的部分，等一下再請陳委員指教對哪些部分有意見。
- 四、項次三，是衛福部及健保署在 8 月份發布及副知本會的相關資訊，資料已在 9 月 13 日寄給各位委員，摘要的部分在下面請委員參考。

## 周主任委員麗芳

謝謝周執行秘書淑婉的報告，剛剛有說會請陳委員石池優先發言，請陳委員先發言。

## 陳委員石池

- 一、有關會議資料第 25 頁、第 26 頁附錄二「健保會委員關切『111 年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃』及『全民健康保險急診品質提升方案』之執行情形」，這怎麼是健保會提出的意見？有點奇怪，但是沒關係，文章前面寫得很好，但後面有點問題，第 26 頁倒數第 4 行「另有委員提出修改指標之建

議，均請健保署做為未來方案修訂之參考」，這是我提的意見，「最後，委員考量急診處置效率仍應為績效評核重點，為能持續監測醫院整體指標之表現，決定請健保署持續監測原方案各層級醫院『急診處置效率相關指標』，並將監測結果送健保會，俾納為 112 年度總額協商之參考。」

- 二、這段有 2 個問題，第 1 個問題，請告訴我們是哪個委員決定要持續監測指標？假如沒有的話，這是誰造假的，怎麼可以這樣子呢？我記得當天沒有聽到委員對這案子有其他意見，只有我提說急診檢傷第 4~5 級於 4 小時內離開醫院這個指標有問題，這會耽誤第 1~3 級處理時間，需要修改，誰決定要持續監測呢？沒有啊。我當天沒有聽到委員提出這個意見，怎麼會寫成這樣？第 2 個，納為 112 年總額協商參考，你們有提出來嗎？也沒有。
- 三、我覺得很奇怪，這是健保會的業務嗎？這應該是健保署本身的業務。我們對他們有意見，怎麼會是你們來回答？這不對啊，因為沒有人提說要建請持續監測原方案，我們覺得那個指標有問題，可是你們這裡寫說要持續監測原方案，而且要提出作為 112 年總額協商參考也沒有看到，我對紀錄內容有一點懷疑，到底是怎麼回事？
- 四、我相信不是刻意造假，但應該要弄清楚這是不對的，品質指標不好的東西就應該改，你說委員說要持續監測，是哪一個委員你要提出來，不要讓所有委員背這個黑鍋，以上意見。

周主任委員麗芳

謝謝陳委員石池寶貴的意見，請周執行秘書淑婉協助說明。

周執行秘書淑婉

報告委員，這裡可能有很大的誤會，我們在會訊裡有特別寫到這是針對第 7 次委員會議委員關切的議題...(會有其他聲音)。

周主任委員麗芳

可能有委員麥克風沒有關掉，還是哪一位委員現在正在發言？(其他聲音消失)

周執行秘書淑婉

- 一、不好意思，我繼續回答，這部分是第7次委員會議大家討論的重要議題，我們依據紀錄整理出來的重點。我們之前都有在會上跟委員報告，幕僚會針對委員關心的重要事項幫忙整理資訊，以讓外界知道每一次委員會議重要議題討論的結果，藉由對外發表會訊，讓外界知道委員對健保事務的負責、對相關議題的關心、以及對監理業務的要求。所以這些部分是委員共同做出的決定。
- 二、至於剛剛陳委員石池提到的部分，如果您覺得實際討論內容不是這樣的話，我們會回去審視一下大家發言實錄，看看文字記載過程有沒有不適當之處，再做檢討。

周主任委員麗芳

謝謝周執行秘書淑婉的說明，因為有委員提出意見，是不是建議會內同仁未來對外說明重要議案討論過程及結果時，將當時委員會議的案由與決議一併呈現，比較不會有誤解。

周執行秘書淑婉

向委員報告，其實我們寫得很清楚，倒數的那幾行文字，就是該次會議紀錄的決議文字，...

周主任委員麗芳

線上的劉委員國隆舉手嗎？

劉委員國隆

對。

周主任委員麗芳

請劉委員國隆。

劉委員國隆

- 一、其實陳委員石池說得對，總額協商時我曾提出，分級醫療及轉診制度都會影響到急診壅塞的情形，因此品質監測指標的訂定應該要有配合性。當然剛剛陳委員也講到，急診品質提升方案

的品質監測指標可能需要修正，既然要修正，那麼就拜託醫院部門提出修正建議，而不是說指標有瑕疵就不監測。剛才陳委員提到健保會沒有委員提出持續監測的意見，在此要特別說明，過去我曾就本項議題提出意見。

- 二、我們希望不要再浪費急診的量能，所以這些監測還是要持續，也拜託陳委員及醫院總額部門，也能夠把你們認為真正好的監測指標保留，甚至於增加都不要緊，只要是提出有助提升急診品質的指標，委員們一定會支持，至於有些監測點還不夠好的指標，請提出修正建議，我們也會接受。這樣我們雙方才能共同將急診品質與量能，真正運用到最好的狀況，以上意見也拜託陳委員來支持。我們還是要繼續監測，至於怎麼樣監測最恰當，拜託陳委員提出建議。

周主任委員麗芳

請陳委員石池。

陳委員石池

- 一、謝謝劉委員國隆的發言，我並沒有反對監測，我有意見的部份是，持續監測原方案各層級醫院「急診處置效率相關指標」。因為我覺得原方案的監測方向不對，若還要用原方案持續監測，這點就有問題了。運用指標繼續監測，我想大家都沒有爭議，指標有問題就要去修正，但沒有講說要怎麼做。你們說要請醫院部門檢討修正，都沒有來文，請健保署還是哪個單位告訴我們可以修正或檢討。
- 二、我並不反對監測，只是對原方案的指標有意見，關鍵是在這個地方，那個指標明顯不好，讓檢傷分類第4~5級病人先離院，一定會影響第1~3級病人的處理，輕症先處理、重症慢處理，這樣違反檢傷分級的概念，我沒有反對監測。



周主任委員麗芳

相信委員們對本議題的重點都已經瞭解，接下來，依序請劉委員國隆、朱委員益宏發言後，再請周執行秘書淑婉補充說明。我們看看怎麼樣去處理，請劉委員國隆。

劉委員國隆

其實陳委員石池說得沒錯，事實上我也有講過，但希望醫院部門不要等發文，你們可以針對不恰當的指標，也不侷限於剛才提到的這個監測指標，若有其他內容有需要修正的都可主動提出。不管是醫院總額部門，或是其他總額部門，如果你們的品質監測指標有需要修正的，拜託主動一點提出來，不要等公文來公文去，這樣會永遠耗在那邊，你們也累我們也被罵，這樣對你們不好，對我們也不好，拜託陳委員主動幫忙，我相信該發的公文健保會這邊也都會發。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

關於急診品質提升方案的品質監測指標的爭議，我建議移請健保署的醫院總額研商議事會議處理，因為相關的指標確實不是在健保會討論，應該回到健保署，而比較適合的會議就是醫院總額研商議事會議，在那邊去討論相關的指標是不是需要修訂。

周主任委員麗芳

謝謝朱委員益宏，請周執行秘書淑婉補充說明。

周執行秘書淑婉

謝謝各位委員的意見，基本上會訊的出發點是好的，我們是希望誠實地讓外界了解健保會的功能，以及委員們對重要的健保議題的投入。寫法上也許有不盡周延的地方，以後我們會在會訊下面備註，直接寫出相關委員會議的決議內容文字。其實剛剛陳委員石池所關心的那些事情，都是委員會議的決議，我們沒有做不實記載。以後我們就如實備註相關內容是依據哪一次委員會議的決議文字及日

期，若要更詳細，也可以指引會議實錄的出處(網址)，讓大家更完整瞭解，這樣也會比較清楚。後續我們會檢討會訊的處理方式，謝謝委員的指導！

周主任委員麗芳

在這邊我還是要肯定健保會的同仁，這是他們額外的工作，他們整理出來，希望讓社會大眾了解，我相信他們的初衷就是秉持為大家服務的心情，或許在解釋上沒有讓每位委員都了解，剛剛周執行秘書淑婉已經說明，未來會有增加備註的措施，所以我們是不是就討論到這邊？請何委員語。

何委員語

我建議請健保署把急診品質提升方案的品質監測指標，提到醫院總額研商會議討論通過後，再將修正後的監測指標內容於下次或下下次委員會議提報，好讓委員們做參考，不知這個建議是否可行？

周主任委員麗芳

跟何委員語報告，這是第7次委員會議的議案，我們現在已經是第9次委員會議了，...

何委員語

- 一、剛剛醫院部門的委員有說監測指標要怎麼修訂，我也認為應由健保署來修訂，修訂後就先提醫院總額研商議事會議討論，研商議事會議通過之後，再把修正後的監測指標於下次或下下次委員會議提報，讓委員們瞭解修正的內容，哪幾項有修正，可行性沒問題就可以執行了。
- 二、因為今天醫院部門認為監測指標裡面有些不可行，但不可行的指標是哪幾項，我們也不知道，所以需要在醫院總額研商議事會議裡定案，不然今天討論監測指標，健保署及醫院部門都沒有提出修正內容讓我們了解，所以沒有辦法繼續在這裡討論下去。

周主任委員麗芳

謝謝何委員語的建議，我們看看可否補在追蹤事項的哪裡。請干委員文男。

干委員文男

一、剛才陳委員石池講到，未在委員會議實錄看到有委員提出持續監測原方案指標的發言。其實針對急診壅塞的情形，我想當次會議委員們的發言很踴躍(註)，幾乎很多付費者代表委員，還有專家都有提出意見，尤其是台大醫院的急診都已經塞到走廊了，事實上確實就是如此。

(註：本會第7次委員會議報告事項第四案，討論急診品質提升方案時，多位委員針對111.5.5公告修訂之「全民健康保險急診品質提升方案」，刪除「急診處置效率」部分指標(如急診病人停留超過24小時比率、檢傷1、2、3級急診病人轉入病房小於8小時之比率等指標)發言，表示急診處置效率仍為績效評核重點，該案之決定事項為：「請健保署持續監測原方案各層級醫院『急診處置效率相關指標』，並將監測結果送會，俾納為112年度總額協商之參考」)

二、如果陳委員認為監測指標有修正必要的話，可以提出你們理想的指標。剛才劉委員國隆也說若有需要，可以討論怎麼樣修正，希望健保署訂定出指標讓以後有所遵循，我想這是綜合的意見，並不是說哪個委員的決定，健保會的發言實錄每個人講的話都是經過字字斟酌後確認的，你問說是哪個委員的決定，我想既是委員會中大家共同的發言，為什麼還要指出是誰的決定，你如果對特定的發言有意見，應該當場反駁這個事情是不對的，嚴正其詞的指正，我們都可以接受，如果要事後說哪位委員發言，有關監測指標、急診壅塞的事情，事實上就是這樣。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊，最後一位發言，時間有限，請委員發言意見不要再發散了，謝謝！

## 劉委員淑瓊

- 一、針對陳委員石池剛剛的發言，我實在有點不清楚，因為我看附錄二健保會的會訊內容，跟我參加7月份委員會議的認知是一致的，即是主席依共識所做的決定。
- 二、當時討論時確實委員們對指標有一些想法，所以我附議何委員語的意見，健保署需要會同醫院總額部門或急診醫學會等專業團體研訂適合的「急診品質提升方案」監測指標並滾動修正。因為急診醫療照護可說是與性命交關，所以付費者代表對這個議題很關注，而監理業務確實是本會職掌所在，應該要提報健保會確認，讓我們了解並監督大醫院急診壅塞情形與品質。

## 周主任委員麗芳

剛才幾位委員的發言都支持何委員語的意見，所以我們就依何委員所建議進行後續處理，好不好？

## 何委員語

我再補充一句，急診壅塞的問題不是只有在第7次委員會議提出，依據過去參加健保會的經驗，每屆都有很多委員提出相關意見，這是事實。從過去的會議資料及紀錄看，每屆健保會委員對於醫院急診壅塞的現象，多次提出意見，很多大型醫院、醫學中心的急診，大部分都是排到走廊上面，排到外面的空曠的地方去，所以這是每屆委員都關心的議題，不是只有第7次委員會議才提。

## 周主任委員麗芳

謝謝何委員語的意見，請健保署會同醫院總額相關團體研修「全民健康保險急診品質提升方案」相關指標，研修結果送健保會報告。這個案子就這樣處理，針對本會重要業務的報告，委員有沒有其他意見？請李委員永振。

## 李委員永振

首先感謝健保署對個人請求的資料，這2個月都很快地提供相關的數據。不過對於提供的內容，有幾點回應跟繼續請教。

一、請各位委員參閱會議資料第 10 頁，這是有關於平均眷口數實際計算的數值，這個表格裏面有很詳細的說明。我將各年的實際計算數值與上個月提供的公告數據比對，有 3 點發現，在此也回饋給健保署做為未來作業時的參考，如下：

(一)102 至 112 年，11 年來投保單位多繳了 216 億元的保費，看起來政府似乎也相對地多繳了 126 億元的保費負擔，但目前因為尚處於須補足 36% 保費負擔之情況下，這 126 億元可作為彌補數之來源，所以實質上只有投保單位多繳，政府單位並未多繳。

(二)105 年之前公告適用數值之小數第 3 位，並未以直接進位的方式處理，比方說 104 年用 0.62，是用 0.622 直接捨棄小數第 3 位的 2，接下來 105 年也一樣的方式。106 年才改用直接進位的方式處理(例如 106 年由 0.602 人進位為 0.61 人，112 年由 0.562 人進位為 0.57 人，且未即時公告)，所以健保署是不是可以考量未來要怎麼樣來處理比較妥適，之前我也建議過，四捨五入或是小數第 3 位都可以考量，當然小數第 3 位可能比較複雜。

(三)我用 102 年到 110 年的實際數據，以依法每年公告時點(實際公告時間會有落差)，分別用四捨五入或採至小數後第 3 位等兩種方式試算。若以直接進位的做法與四捨五入法做比較，直接進位法使投保單位 9 年約多繳 36 億元，平均每年約 4 億元；如果算到小數第 3 位則約多繳 32.4 億元，平均每年約 3.6 億元。2 種方式的差異並不是很大，2 種方式中哪種比較妥適，請健保署要予以妥適考量。因為無論是 3.6 億元或 4 億元都不是小數字，總額協商時，大家總會為幾千萬元熱烈討論，所以這樣的差距並不算小。

二、請參閱會議資料第 24 頁，攸關計算政府負擔健保保費 36% 法定下限的健保法第 76 條，為什麼沒有納入法規遵循範圍？這

個爭議的問題點健保法第 76 條也是關鍵，是不是可以進一步說明？

周主任委員麗芳

一、剛才徵詢蔡副署長淑鈴意見，這些案子健保署帶回去研擬後，再以書面回復會比較完整，先跟委員報告。有關重要業務報告，若委員沒有其他詢問？本案做以下決定：

(一)上次(第 8 次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形，擬解除追蹤共 2 項，同意解除追蹤；擬繼續追蹤共 1 項，同意繼續追蹤。

(二)餘洽悉。

二、接下來進行討論事項。

參、討論事項「112 年度醫院、牙醫門診、中醫門診、西醫基層醫療給付費用總額及其他預算協商結論案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、向各位委員報告，本案主要是確認 9 月 21 日各部門總額協商會議的結論，本會同仁已整理文字置於委員桌上，昨天晚上也以電子郵件寄送檔案予各位委員，現在要逐一確認，今天會上提供的協商結論是否為 9 月 21 日會上討論的結果，關於那一天有些缺少的資料，包含執行目標、預期效益之評估指標，或專案項目之預估試辦檢討年限，各部門及健保署都已補送資料至本會，同仁已補入協商結論中。
- 二、有關達成共識的部門，今天所提新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，請委員給予意見，再請健保署會同部門共同研修，結果會提至本會 10 月份委員會議確認，今天不做實質確認，10 月份委員會議才確認；至於未達共識部門，將依照協商程序，兩案併陳報部，請衛福部就政策要求，逕予核定。
- 三、總額協商後，後續將進行各部門總額一般服務費用之分配，也就是六區的地區預算分配，請各部門於 10 月 6 日前提送地區預算分配之建議方案，以利本會掣案提 10 月份委員會議討論。
- 四、有關今天各部門協商結論之確認，建議依 9 月 21 日各部門協商順序逐一確認。第 1 個是醫院總額部門，詳如今日資料附件一，因為沒有共識，將依本會組成及議事辦法第 10 條規定，就付費者代表委員及醫院代表委員所提方案，報請主管機關決定。關於醫院總額協商結論，付費者代表委員若對付費者代表委員建議方案文字有修正建議，請提出建議之文字修正，惟不能改變實質意思內容，醫界亦可對醫界版本提出建議之文字修正，以上說明。請委員參閱電腦螢幕及書面資料。

周主任委員麗芳

好，謝謝。

## 周執行秘書淑婉

書面資料已置於委員桌上，委員桌上的電腦螢幕也可看到內容。

## 劉委員淑瓊

首先要非常謝謝健保會同仁做得非常周延且精確地整理。請委員參閱協商結論醫院第 8 頁，其中有關「住院整合照護服務試辦計畫」的協定事項文字，建議在勞動狀況的後面再加上「照護聘任模式」6 個字，因為這非常關鍵。以目前的照護聘任模式來看，有醫院自聘、醫院外包或醫院推介模式，不同照護聘任模式會影響醫院管理、員工的勞動條件與住院照護品質，因此我們希望本計畫提出的評估資料，可以讓付費者知道承辦醫院是以何種模式推動住院整合照護服務計畫。

## 周主任委員麗芳

- 一、因為這個修正意見很重要，請問付費者代表，剛才劉委員淑瓊提出協商結論醫院第 8 頁，勞動狀況後面要加上「照護聘任模式」，是不是大家有共識？(付費者代表表示有共識)好，那就往下走。
- 二、對於醫院總額的付費者代表版本，還有沒有增補或修正意見？請蔡副署長淑鈴。

## 蔡副署長淑鈴

有關付費者代表之委員建議方案第 2 頁，「藥品及特材給付規定改變」之(1)「在額度內妥為管理運用，經費如有不足，由藥物價量調查調整支付點數所節省的金額支應」，這是原來付費者的版本。建議文字稍做修正為「經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省的金額支應」。因為原來「藥品及特材給付規定的改變」所需要的經費成長率是 0.228%，但其實除了給付規定改變外，會增加經費支出的另一種原因是成本不足，譬如物價上漲或運輸成本的增加，有一些藥物的支付點數將不足以支應，必須透過協商略為調整支付點數所需要的經費，如果這部分沒有辦法滿足，可能這類的藥物包括藥品或特材會退出台灣市場，所以我們希望本



項除了藥物給付規定改變的經費如有不足，建議將因成本調整所需要的經費，也納入由藥物價量調查調整支付點數所節省的金額來支應。

周主任委員麗芳

請委員參閱目前的螢幕顯示，經費如有不足或因...

蔡副署長淑鈴

就加上「或因成本調整」這幾個字就好了。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

我沒有參與協商，但蔡副署長淑鈴的建議我有一些疑問，我可以理解蔡副署長所提的問題，但用「因成本調整」是比較不具體的概念，請問這裡指的是不是藥價調整？藥價調整有高有低，因為進口關稅也好，因為廠商告訴你國際藥價波動或原物料成本上漲都好，最終都是希望調高藥價，這裡的「因成本調整」就是剛剛提到調整藥物支付價格的概念嗎？

蔡副署長淑鈴

- 一、補充說明，其實藥物價量調查所致支付價格調整的時間點，1年就1次而已，有可能會調高，但多數是調低，調低如果有困難，當然就需要協商，看是否改變調整的幅度。但我們現在討論的不是指1年1次的價格調整，而是在一年過程中，例如在年度中間，有些藥品因為某種特別的因素，導致無法進貨，若對健保是重要的藥物，在供貨上已經產生很大的問題，當然一定要廠商提出 evidence(證明)，證實確實有困難，又若市場上沒有其他的替代藥物，為了讓該藥物可以繼續在台灣供應，有時不得已會在年中時略為調整支付價格，這些都是會零星出現的情形。
- 二、過去遇到這種情形，我們經常找不到適當的預算項目來支應，就會產生爭議，例如預算要從哪裡來？所以我們希望多一點彈

性。如果每項協商項目都僅有 1 種特定用途，若有其他第 2 種、第 3 種情形發生，將無法運用經費，也會導致一些病人因此得不到藥物的治療，或有缺藥的危機，特別是重要的藥物。這種情形不會需要太多經費，但還是 by case(依個案)，若有留下這樣的文字，對本署在經費的運用上可以增加彈性。

周主任委員麗芳

付費者代表是否同意蔡副署長淑鈴的修正建議？(付費者委員表示同意)那我們就做以上修正，請干委員文男。

干委員文男

原則上同意，但是如果遇到這個問題，等於開一個後門，希望健保署就剛才蔡副署長提到的情形，能夠每半年或 3 個月，向本會提報哪些藥物的成本增加及增加多少，讓委員了解就沒問題。

蔡副署長淑鈴

之後報告嗎？

周主任委員麗芳

之後再彙整報告。剛才干委員文男的意思是每半年或是每季彙整後提報本會。

蔡副署長淑鈴

本署可以每半年將其納入健保業務執行情形報告，就是融入重要業務報告內容，避免提案太多，因為健保會還有更重要的議案要處理，這算是例行報告，只是什麼時候發生我們不知道。

周主任委員麗芳

未來每半年併入健保署的業務執行報告，本項進行上述修正，請問還有沒有要修正的地方？

陳組長燕鈴

請問後面的文字也要修正嗎？

周執行秘書淑婉

不用修。建議每半年併入健保業務執行報告向本會提報部分，是不是用附帶決議，由本會來追蹤就好。

周主任委員麗芳

依照周執行秘書淑婉的建議處理。如果付費者的版本都沒有要增刪的地方...，請朱委員益宏。

朱委員益宏

請教付費者的版本，就是協商結論醫院第 9 頁，有很多項目的執行目標及預期效益之評估指標都是健保署後補，因為還需要報部，今天的會議要進行確認，不知道健保署是今天補充還是要如何處理？既然是兩案併陳報部，資料應該要非常明確。

周主任委員麗芳

朱委員益宏看的可能是昨天晚上寄出的版本。

周執行秘書淑婉

向委員報告，您收到的是昨天晚上的資料，因為後來健保署有再提供資料，現在我們螢幕畫面上的資料已經都補上去了。

周主任委員麗芳

因為今天有半數委員是在線上視訊，請問本會同仁，最新的版本是不是要趕快寄給委員參考？請各位在線上參加視訊的委員到信箱查收一下最新的版本，謝謝朱委員益宏的提醒。

蔡副署長淑鈴

還有 1 項就是協商結論醫院第 11 頁，付費者的版本有關「慢性傳染病照護計畫」之(1)，提到「本項要併 Long COVID(長期新冠肺炎)預算，全年經費 180 百萬元」。本項原來是慢性傳染病的照護計畫，經本署向 CDC(疾管署)轉述上述意見，他們認為 Long COVID 已經不是傳染病，若放在本項是完全不對的，因為本項是用於結核病、愛滋病這些傳染病所需經費，將 Long COVID 預算併入確實不太妥適，在此特地提出來向委員說明。

周主任委員麗芳

謝謝蔡副署長淑鈴的說明，付費者代表對於第 22 項「慢性傳染病照護計畫」的(1)有沒有要再修正？請本次協商會議付費者代表的總召集人何委員語。

何委員語

我們在協商的過程中，認為「因應 COVID-19 新興疾病解隔後續治療衍生之費用」也屬於傳染病的概念，當時因為大家的共識是將其視為傳染病，才併入「慢性傳染病照護品質計畫」項目，是這樣的原因。我們不清楚目前衛福部或健保署對 Long COVID 是不是視為傳染病的一種，但當時協商時就是以這種觀點與看法，將其併入「慢性傳染病照護品質計畫」項目。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴再補充說明。

蔡副署長淑鈴

事實上傳染病的定義應該依據傳染病防治法，是 CDC(疾管署)主責的業務，他們的解釋是已經解隔離就不是傳染病，所以「因應 COVID-19 新興疾病解隔後續治療衍生之費用」這項要放在「慢性傳染病照護品質計畫」項下，道理上確實不是很適當。

周主任委員麗芳

請陳委員秀熙。

陳委員秀熙

一、對於 Long COVID 與 COVID-19 的關係，這是全世界新興的傳染病，大家也都不太瞭解，以後會不會像是 C 型肝炎變成 carrier(帶原者)，或是變成類似像 TB(結核病)的傳染病，沒有人知道。健保署、疾管署或衛福部對於當時的 Delta 或 Alpha 的 Long COVID，為什麼不是從健保費用支出，而是由防疫基金支應，這也是發生感染解隔離後，為什麼精神科門診或當時開的

Long COVID 的門診，不是由健保體系處理的原因，這有邏輯的問題，希望政府單位重視這個問題。

二、站在全民立場，不管該費用是由健保或從政府支出，現在 Omicron 感染人數這麼多，後續確定感染到底有多少人會產生 Long COVID，也沒有數字。若將相關經費(醫界方案)編列在醫院總額 9.9 億元、西醫基層總額 5 億元，是否妥適，請大家多多思考，我認為這部分政府應該擔起這個責任。

周主任委員麗芳

既然如此，因為涉及疾管署、健保總額，建議還是以目前的版本報部，因為本案是兩案併陳，報部後衛福部會做通盤的考量，再看最後衛福部如何認定，本項費用到底要如何處理，交由衛福部做最後的定奪，請問付費者代表是不是可以這樣處理，保留原案後送衛福部定奪。請李委員永振。

李委員永振

協商結論醫院第 12 頁裡面有 2 項，應該是由公務預算支付，不應該拿到健保這邊來吧？

周主任委員麗芳

哪個地方可以再說明一下嗎？

李委員永振

協商結論醫院第 12 頁，「慢性傳染病照護品質計畫」執行目標之②、③包括愛滋病管理品質支付服務及長照機構加強型結核病防治，似乎應屬於疾管署公務預算支應，為何列在本項？

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

報告委員，協商時這些內容都已包含在內，本項是屬於「慢性傳染病照護品質計畫」的品質提升內容，本來就是針對肺結核與愛滋病照護的品質提升。

周主任委員麗芳

- 一、因為這是屬於 9 月 21 日的總額協商會議已經協定的內容，就不在這裡做變更。付費者代表的方案如果沒有其他要增修的文字，就是照目前的版本。剛才蔡副署長淑鈴提到的「因應 COVID-19 新興疾病解隔後續治療衍生之費用」項目沒有修正，我們就報部由衛福部統一定奪。
- 二、有關醫院代表提出的版本，從協商結論醫院第 14 頁開始，請醫院部門代表再檢視一次內容，文字有沒有哪邊要再做增修？請翁委員文能。

翁委員文能

目前沒有要增修的部分。

周主任委員麗芳

- 一、其他的醫院部門代表，包括線上的陳委員石池、朱委員益宏，請再確認有沒有要增修？若沒有就通過。翁委員文能剛才已經表示意見，他說 OK，那我們就確定。
- 二、接下來進入協商結論牙醫部分。因為有達成共識，請大家一起檢視有共識的版本。

周執行秘書淑婉

報告主席，可否先由健保會同仁先簡單說明？

周主任委員麗芳

請陳組長燕鈴。

陳組長燕鈴

- 一、請參閱附件二牙醫門診總額協商結論，牙醫部門為共識版本，112 年較基期成長率為 2.588%，總金額約 508 億元，各項目之成長率或金額等細項內容，請參閱協商結論牙醫第 9~14 頁之表 2。因牙醫為達成共識的部門，對於新增項目之執行目標及預期效益之評估指標，牙醫部門已依 9 月 21 日協商結論調整提送本會。

二、請參閱協商結論牙醫第 7 頁，針對牙醫部門所提執行目標及預期效益之評估指標，本會研析意見如下：

(一)「特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆」：其執行目標，依協商時健保署預算推估方式，應執行約 15 萬人次，目前所訂執行目標值為 10 萬人次，請審酌合理性。

(二)「超音波根管沖洗計畫」：

1.執行目標所訂執行醫令數建議載明單位，較為明確。另執行目標值的部分也和上一項相同，預算推估之執行人次與所訂目標值兩邊有落差，宜審酌合理性。

2.預期效益之評估指標極為重要，牙醫部門提出 2 項，第 1 項為超音波根管沖洗的數量，因此項較屬過程面之利用情形監測，故建議可以刪除。第 2 項為有執行超音波根管沖洗的牙齒兩年根管治療再治療率，請參閱協商結論牙醫第 8 頁，此項指標確實屬於效益評估的指標，建議牙醫部門能夠訂定具體降幅的量化數值，以利評估。

(三)「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」：

1.有關執行目標，牙醫部門分別擬訂了 112 年、113 年、114 年之執行目標，因本項經費是針對 112 年度編列，執行目標應以 112 年度為主，建議 113 年、114 年先不訂定執行目標。另外，和前面 2 項一樣，預算推估之執行人次與所訂目標值兩邊有落差。

2.有關預期效益之評估指標，牙醫部門擬訂高風險患者的齲齒填補顆數增加率減緩，也建議訂定具體的減緩量化值，以上請委員參考。

三、本次會議不針對新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」進行詳細的內容確認，因為健保署會再和牙醫部門共同討論研修，將研修結果提 10 月份委員會確認，若今天專家學者委員及其他委員有相關建議，也請提出來讓健保署帶回去納入研修參考。

周主任委員麗芳

再次跟各位委員補充說明，達成共識的部門，其新增項目之執行目標及預期效益之評估指標，會由健保署會同各總額部門共同討論研修，研修結果會在 10 月份提到健保會確認。因此，針對這些內容委員可以提供建議，讓健保署會後可以跟各總額部門再去做討論。針對牙醫部門的部分，委員有沒有要提出建議？

干委員文男

沒有。

周主任委員麗芳

好，沒有。接下來我們進行中醫...。

朱委員益宏

主席，對不起，我有舉手。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏、盧委員瑞芬。

朱委員益宏

不好意思，我想請教牙醫部門，不知道明年牙醫門診總額的執行項目是不是會和醫院總額有一些關聯。因為我剛剛看了資料，雖然我並沒有參加牙醫門診總額協商，請參閱協商結論牙醫第 3 頁，「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，因為如果病人看完牙醫急診後需要住院，其急診費用會併同住院費用申報，而住院費用則是由醫院總額支出，這部分我不知道會不會對醫院總額有一些影響？

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

一、我想請教協商結論牙醫第 4 頁、第 5 頁，有關「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」，牙醫部門還是沒有提到所謂高風險患者的定義，也沒有去定義什麼樣的人屬齲齒經驗的高風險族群。我記得在協商時，就是因為牙醫部門當場臨時改了幾項



協商項目的名稱，所以健保署也無法提供經費推估的數字。因此，我想請問如何定義高風險患者？若沒有定義要如何匡列經費？我認為最起碼應該要說明高風險患者的定義。

二、另外，我認為在協商過程中，臨陣改變協商項目的定義，好像有點違反協商的原則，以後可能要請各總額部門注意一下。我覺得要求健保署或健保會的同仁熬夜加班，在那麼短的時間內就要完成試算，是非常不合理的要求，他們也有工時的限制。

周主任委員麗芳

請問還有沒有其他的建議？蔡副署長淑鈴要補充，請說明。

蔡副署長淑鈴

一、我想請教付費者代表一些協定事項的意思，因為健保署必須理解後，才知道協定事項應該如何執行。請參閱協商結論牙醫第1頁，有關「顱顎關節相關支付項目」之協定事項：「基於健保總額預算經費統籌運用精神，未來不得以單一服務預算不足為由增加預算」。就我的理解，付費者代表的想法為既然是總額預算，就不要把每個單一項目的預算經協商確定，若執行後有經費不足再回來要求增編預算不妥，若是這樣，我認為所謂「單一服務」這個文字會造成服務範圍有各自解讀的空間，我建議修改文字為「單一支付項目」，因為顱顎關節相關支付項目都是健保支付標準表中的項目，牙醫部門會爭取這個預算，是因為當時爭取的預算實際上不敷使用，所以牙醫部門要求增加預算。但是如果協定事項是想表達既然是總額預算，若有不敷使用不可以逐項拿出來講，因為過去給太多預算而實際上沒用完的部分，也沒有收回來。類似的情形過去也都發生過，那這次總額協商確實有共識增加預算，但也在協定事項說以後不可以再來要，因此，我建議這裡的文字修改為「單一支付項目」，可能將來也比較沒有爭議。一般服務項目的第2項「複雜型顱顎障礙症治療及追蹤」之協定事項，也建議比照辦理。

二、再來是協商結論牙醫第2頁，...

周主任委員麗芳

- 一、等一下，因為此部分涉及文字細節的確認，先請大家逐一來確認。因付費者代表及醫界代表有達成共識，請問雙方是否都同意將「服務」2個字，改成「支付項目」？(委員表示同意)
- 二、就如同剛才蔡副署長淑鈴的建議，一般服務第1項及第2項(「顱顎關節相關支付項目」及「複雜型顱顎障礙症治療及追蹤」)之協定事項，皆將「單一服務」改成「單一支付項目」。請蔡副署長淑鈴繼續發言。

蔡副署長淑鈴

再來是...

周主任委員麗芳

等一下，請問滕委員西華要發言嗎？

滕委員西華

沒關係，先請蔡副署長淑鈴發言。

蔡副署長淑鈴

- 一、還有一項協定事項，也不太明瞭付費者代表當時寫這段文字真正的意涵，一般服務第4項「特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆」，這項是有編列預算，但預期效益之評估指標第二行後段提到「惟本項新增預算還有與91016C、91015C、91018C等3項診療項目預算中平之目的」，請問這句話是什麼意思？
- 二、因為這裡提到的3個醫令應該分別是特定牙周保存治療-全口總齒數4至8顆、特定牙周保存治療-全口總齒數9至15顆，及牙周病支持性治療，我想釐清所謂預算中平是什麼意思？是指如果本項經費有不足，就可以跟這其他3項診療項目的經費一起運用嗎？我們再回到剛才付費者代表的主張，不要以單一支付項目預算不足為由來增加預算，這樣是不是又變成這4項支付項目加起來如果預算不足還可以來增加預算？我不知道付費者代表寫這句話想要表達什麼意思？可能是需要稍微敘述

清楚一點，否則也會影響到明年的協商或是 112 年度執行時，造成健保署與牙醫部門各自解讀。

周主任委員麗芳

牙醫部門的主談人是林委員敏華，請問是否要補充說明？還是總召集人何委員語，或是健保會同仁要補充說明？

周執行秘書淑婉

報告主席，本項是有共識的，但這個協定事項內容是由牙醫部門提出，我建議由牙醫部門來作說明。

周主任委員麗芳

請陳委員彥廷。

陳委員彥廷

因歷年來 91015C、91016C 及 91018C 等 3 個診療項目，實際上支用的費用其實是高於當年爭取的預算，所以我們在這裡提到，因為當年這 3 個診療項目是編列在一個協商因素項目並通過，所以我們把這 3 項和本項匡在一起，也就是未來我們不會因為這 4 項診療項目的預算不足而再來爭取經費，意思是這樣。

周主任委員麗芳

謝謝陳委員彥廷的補充，接下來請滕委員西華。

滕委員西華

一、我的疑問首先是「特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆」這個協商項目：

(一)以我沒有參與協商的人來看，其實是看不懂。本項名稱為「特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆」，但是它的協定事項中，又提到全口總齒數 4 至 8 顆及 9 至 15 顆，請問本項目服務對象到底是幾顆牙齒的病人？到時候預算是針對哪幾個診療項目去支應？

(二)目前特定牙周保存治療有 2 個醫令代碼，分別適用全口總齒數 4 至 8 顆及 9 至 15 顆病人，而牙周病支持性治療則適用已

完成牙周病統合治療第 3 階段(總齒數至少 16 齒之病人)的病人。我記得本項是想針對全口總齒數 1 至 3 顆這種牙齒數比較少病人提供特定照護，可是協定事項又提到其他診療項目，好像有點混淆。至於預算中平的意思，我可以理解，但我不理解的是，本項適用對象到底是幾顆牙齒的病人，對我來說可能是 15 顆以下牙齒的病人通通適用，但你的標題是適用 1~3 顆牙齒的病人。

二、其次，針對「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」，請參閱協商結論牙醫第 5 頁：

(一)本項為 112 年度新增計畫，因為我沒有參與總額協商，手上只有牙醫部門舊的方案，所以有一些不清楚的地方。111 年新增的「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」，已有針對恆牙牙根齲齒病人提供 1 年 4 次的塗氟處置，就我印象中，過去是不是也有針對小孩或孕婦，每年提供固定頻率的塗氟處置？如每 3 個月 1 次、每半年 1 次等。

(二)若齲齒經驗之高風險患者氟化物治療，也需要設定每年固定的塗氟處置執行頻率，則建議本項執行目標要以「人」為單位，而不是以「人次」為單位。等一下可能要請陳委員彥廷幫忙解惑，執行本項目是否有完整療程的概念，若有療程概念，則執行目標應監測執行完整療程的人數，這樣才有辦法接續監測預期效益之評估指標，是否每一位有齲齒經驗的高風險患者，經完成所有療程後其齲齒填補顆數增加率會減緩。但如果病人每年只有來塗氟 1 次，也能達成齲齒填補顆數減緩的成效，那就要重新檢討我們預算編列的合理性。

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉補充說明。

周執行秘書淑婉

針對「特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆」部分，我建議也許加上「新增」2 個字，就能減少大家的疑慮，建議將項目名稱修正為

「特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆」，這樣就能將原已適用於超過 3 齒之牙周保存治療相關診療項目涵括進來，可能會比較適當。

周主任委員麗芳

周執行秘書淑婉建議在項目名稱上加 2 個字「新增」，將項目名稱修正為「特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆」，請問陳委員彥廷是否同意？

陳委員彥廷

可以。

周主任委員麗芳

有關剛才幾位委員所提意見，包括：滕委員西華、盧委員瑞芬之意見，因為事後牙醫部門還要與健保署再研商，就請陳委員彥廷帶回去牙醫師公會全聯會內部參酌，蔡副署長淑鈴還有補充，請說明。

蔡副署長淑鈴

一、請參考協商結論牙醫第 4 頁，剛才盧委員瑞芬有詢問「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」之高風險患者定義，因為這項是牙醫部門在協商當場臨時提出，健保署當時也有依牙醫部門提出的定義，推估出約 10 億元的經費，後來經協商共識通過。我要說明的是，依當時牙醫部門給健保署的定義，所謂高風險患者是腦血管疾病患者、血液透析、腹膜透析的患者、使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆藥物患者，及惡性腫瘤患者等，這些屬高風險病患，我們也是依前述的疾病人數去推估出 10 億元的預算，這個定義是牙醫部門提供給健保署的。

二、另外在預期效益之評估指標的部分，我也很贊成剛才滕委員西華的意見，執行目標不建議以「人次」為單位，是不是以「人數」為單位較好。

周主任委員麗芳

周執行秘書淑婉要補充，請說明。

周執行秘書淑婉

有關「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」，建議是否直接將適用對象明訂於協定事項(電腦畫面協定事項新增 1 點：(2)適用對象(依健保署經費試算所採定義後補))，以利執行？

周主任委員麗芳

好。如果大家沒有其他的問題，就請參閱協商結論牙醫第 14 頁請大家確認...

朱委員益宏

主席，剛才我的提問還沒有人回答。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

我剛才有詢問牙醫門診總額有共識通過的項目，會不會影響到醫院總額，我有特別舉例關於專款項目「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，若病人因為牙醫急診要轉入住院，急診費用會併報到住院費用，而住院費用是由醫院總額支出，這部分可能要請牙醫部門說明。

周主任委員麗芳

這個專款項目屬延續性計畫，請陳委員彥廷說明。

陳委員彥廷

醫院本身就有原來的急診部門，若病人需要住院就會從原來的醫院急診部門轉入，事實上牙醫急診服務是病人有牙科急診需求才會由牙醫師來處置，若病人原本就需要住院，基本上是會在醫院的急診部門去做處置。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

我只是要跟陳委員彥廷確認，因為你們訂有支援夜間急診的獎勵費用，我要確認是否不會用醫院總額的預算來支應？我只是要確認這一點，你只要跟我說不會影響醫院總額，我就沒有意見。

陳委員彥廷

不會，這個計畫主要支應牙醫師支援急診試辦中心夜間夜診服務之費用。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

剛才提到「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」，要將適用對象之定義補充到協定事項中，請參閱協商結論牙醫第5頁，我要請教一下，依我的印象，牙醫部門過去在提高風險疾病口腔照護時，就提出照護對象是使用雙磷酸鹽藥物導致的骨質疏鬆，還有懷孕婦女照護時，也有提到因為懷孕導致的鈣質流失而須加強照護，是否與本計畫之照護族群重複？

陳委員彥廷

不好意思，過去牙醫部門爭取的「高風險疾病口腔照護」(111年新增項目)及「懷孕婦女照護」(104年新增項目)，是提供每3個月1次的全口牙結石清除處置，我們現在是針對同樣適應症擴大服務的內涵，除了牙結石清除外，新增塗氟處置。所以所謂的高風險患者都沿用之前通過的適應症，在這裡再提醒一下，本計畫除沿用原本5項高風險疾病適應症外，還包括糖尿病及65歲以上患者，協商當天提出的定義，就是包含剛才蔡副署長淑鈴講的那幾類高風險適應症、還有糖尿病及65歲以上族群等3類病人。

周主任委員麗芳

一、考量「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」協商共識係依健保署定義推估經費並通過編列預算，因此，適用對象之定義，

依健保署經費試算所採定義增列，不再變更，請健保署會後提供定義文字供本會納入協商結論。另有關本計畫之執行目標是否以人次為單位，請健保署會同牙醫部門共同討論研修，將研修結果提報 10 月份委員會議確認，今天僅先就新增項目之執行目標及預期效益之評估指標徵詢委員意見，委員相關意見請健保署及牙醫部門帶回研議。

二、請參閱協商結論牙醫第 14 頁，112 年度牙醫門診總額，較基期成長 2.588%。總金額為 50,799.9 百萬元，增加金額是 1,489.8 百萬元，是否就此確認？(未有委員表示反對)

三、本項確認，在等一下的決議事項中就不再贅述，請同仁將相關數據納入決議。接下來進行中醫部門...

陳委員彥廷

主席，要再提醒一下，雖然剛才周執行秘書淑婉有跟我講過，協商過程中，有部分協商項目未達共識，最後牙醫部門同意付費者代表不編列經費，請確認在公告時不會列入這些項目。

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

今天的協商結論主要呈現 9 月 21 日協商會議的協商過程，至於經協商共識決定不編列經費的項目，於今天會議確認後，本會在協定項目會直接刪除，在報部時也不會陳報這些項目。

陳委員彥廷

謝謝周執行秘書淑婉。

周執行秘書淑婉

因為今天確認的結論必須記錄協商的過程，所以會列出未通過編列經費的項目，但因為不同意編列經費，相關協定事項都是留空，報部時皆會予以刪除。



周主任委員麗芳

對，最後報部時只會列出大家有共識編列經費的項目。

蔡副署長淑鈴

那依照剛才周執行秘書淑婉的說明，如果是兩案併陳的部門，也是要拿掉嗎？

周主任委員麗芳

不是，如果是兩案併陳，就會將雙方各自修改且最後確認的版本併列，兩案併陳。

蔡副署長淑鈴

請參閱協商結論醫院第 3 頁，一般服務第 4 項「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」，付費者版本建議成長率為 0%，可是為何這項還有列協定事項？

周主任委員麗芳

它是成長率為 0%。

蔡副署長淑鈴

可是它是一般服務預算。

盧委員瑞芬

這項是既有項目，但是成長率為 0%(所以付費者版本仍列協定事項)。

周執行秘書淑婉

我剛才的意思是，達成共識的部門，經協商雙方共識不編列經費的項目，在報部時都會予以刪除，這與兩案併陳的情況不同。

蔡副署長淑鈴

所以兩案併陳的部門，還是會保留嗎？

周執行秘書淑婉

兩案併陳還是會呈現，因為有一方有編預算，有一方不編預算，都會如實呈現。

蔡副署長淑鈴

所以只有在達共識的部門，才會將共識不編列預算的項目刪除。

周執行秘書淑婉

對。

蔡副署長淑鈴

了解。

周主任委員麗芳

我在這邊也要補充說明一下，等一下也會納入決議，這在 9 月 21 日協商結論也有提到，只要是兩案併陳，會連同兩造協商過程的發言實錄一併報部，除了雙方所提的版本外，可還原當時為什麼兩造會提出這樣的版本，因此會把兩造發言實錄一併報部，接下來進行中醫部門。

陳組長燕鈴

- 一、請委員參閱附件三中醫協商結論，中醫的協定結果有達成共識，詳細的部分請委員參閱協商結論中醫第 10~16 頁有列表呈現協商結果。
- 二、因為跟牙醫部門一樣有共識，在協商結論中醫第 8 頁、第 9 頁，中醫部門已經提出新增項目的「執行目標」及「預期效益之評估指標」，本會也提出研析意見給委員參考：
  - (一)「執行目標」跟牙醫一樣依協商方案試算，執行人次跟中醫提出的執行目標有點差距，但差距不大，這也要審酌合理性。
  - (二)「預期效益之評估指標」部分，請中醫部門說明其中 3 個新增項目都是用「同一病人、同一診斷」「跨院所」看診人次較前 5 年平均下降 3%」作為評估指標，想了解訂定之理由，因為對同一個病人同一診斷而言，單次門診提供針灸傷科合併治療或多重慢性疾病整合醫療，照護密集度提高，照理講其就醫次數應該要減少(因為提供針傷合併治療或多重慢性疾病整合醫療，理論上會增加療效，同一個病人同一診斷就醫次數相對

會減少)，為什麼不是用「整體」就醫次數進行評估？提出的3個項目都有這樣的問題，請中醫部門說明，也請委員給中醫部門建議，之後請健保署會同中醫部門研商，於10月提健保會討論。

周主任委員麗芳

請問委員有無意見？沒有意見的話，我先請柯委員富揚回復。

柯委員富揚

- 一、謝謝健保會的長官及所有委員對於中醫師公會全聯會的支持，之前中醫提出的執行目標及預期效益之評估指標，以提升中醫小兒傷科品質為例，通常會提出之執行目標為提升中醫小兒傷科品質、預期效益之評估指標為執行人數。
- 二、但從公衛、醫務管理的角度來看我覺得這樣的內容不對，這幾年來我也進步很多，跟各位委員報告，我念了2個醫學碩士、1個醫學博士，我想我欠缺的是再念1個公衛的學位可能會更好。因為在協商完之後，接下來是下一屆理事長的事情，我訂定的內容對中醫來說壓力應該是很大。
- 三、從公衛角度看執行目標是執行多少人次、評估指標是評估目標是否合理，不是衡量的概念，所以在目標訂定要很謹慎。以醫療服務密集度改變來看，多重慢性疾病中醫醫療照護跟針傷合併治療合理給付，事實上已經行之有年，所以涉及密集度之改變。要將目標提高到協商時提出的執行人數其實可以做到，但會變成衡量，而我要的是品質，必須達到當時的承諾。如果中醫訴求以人為主體的整合醫療照護概念，我們應該勇敢的去講，跨院所就醫次數就應該減少，這就是健保會所提出整體及該疾病別醫療照護效益評估的問題。
- 四、因為中醫是不分科，我們希望這樣的照護讓中醫就醫率能提升，整體上來看就醫人次降低反而不好。但在多重慢性疾病、針傷合併治療及中醫小兒傷科品質等項目是要確保品質。接下來我會要求中醫師公會全聯會在我任內做到我們當時的承諾：

(一)包括在提升中醫小兒傷科品質開課宣導，多重慢性病整合醫療照護要達到目的，當時提出的多重慢性病跟重大傷病是屬於 24 案件(註：24 案件為中醫慢性病)，開藥天數不能小於等於 7 天，開藥天數增加，能節省醫療資源。若要達到整合醫療初衷，勢必要開課告訴中醫同道何謂整合醫療照護，以及如何跨科別去做。

(二)所以預期效益之評估指標之規劃，考量重大傷病跟慢性病的疾病名早就鎖定了，所以鎖定這樣的疾病別，在同一季觀察病患跨院所就醫的情形是否減少。在跨科別、跨病種的就醫一向都是中醫特色，因為中醫就是全人醫療整合醫療的概念。

五、這邊初步跟委員報告我們一定會審慎評估，不管在服務人次或評估指標上會再跟健保署協商，感謝各位委員。

周主任委員麗芳

柯委員富揚解釋他們訂定的目標對中醫師公會全聯會執行上難度很高，但他要卸任了，給接任的人比較高的門檻。不過他也提到是雙軌並行，除服務人次要達成之外又給自己壓力，整體看診人次比率要下降。懇請委員不要只看服務人次的部分，因為雙軌並行是非常高的標準了。請胡委員峰賓。

胡委員峰賓

一、中醫提出的多重慢性病之中醫醫療照護密集度，主要是基於全人醫療的概念，全人醫療不是以「疾病」為中心，而是以「病人」為中心的治療方式。我們知道慢性病病人其實心理負擔很重，全人醫療除了著重疾病的治療，也包含心理上的支持，如果病人有足夠的心理支持，慢性病患者就不會因為不舒服四處跑醫院看診，跟逛百貨公司一樣，對減少健保財務負擔有很大的幫助。

二、這個項目有一個很重要的特色是醫師衛教時間要 10 分鐘以上，這對病人而言很重要，衛教部分可以讓病人能理解治療期程等

相關資訊，並達到全人醫療之目的，中醫部門應該要針對這部分設置課程讓中醫師了解。

三、既然中醫部門應該要針對這部分設置課程讓中醫師了解，以符合這項目的目的，這需要一些時間，倉促衡量執行未必是好，這個部分我覺得重質比重量更重要，目前不一定要把執行目標訂得很高，現在先維護品質還是比較重要，建議等進入軌道之後再衡量，以上是我的意見。

周主任委員麗芳

胡委員峰賓也支持柯委員富揚提出的意見，支持中醫部門所訂定的指標。接下來請楊委員芸蘋、何委員語。

楊委員芸蘋

我覺得柯委員富揚講的滿實在的，不是說那天協商結束後就信心滿滿說一定要做到那個數字，他滿謙虛的，這一點應該就看得出來他很有誠意，整個中醫師公會全聯會的人都有誠意把中醫做好。我們民眾接受中醫提供針傷合併治療，對於身體的療效是真的比以前好。我覺得既然柯委員富揚有提出執行目標人數訂定的疑慮，我想還是注重品質，能夠真的把患者治療好才是最重要的。所以中醫要好好努力盡量達成你們所說的量與承諾，我們指日可待，看中醫的成效越做越好，也支持你剛才的論點。

周主任委員麗芳

楊委員芸蘋是中醫部門的主談人，也謝謝他肯定柯委員富揚提出的指標。請何委員語。

何委員語

一、我要請教柯委員富揚，在一般服務的這3個項目中，在協商結論中醫第8頁，左邊欄位要達成服務人次，右邊欄位又要下降看診人次3%，這有點矛盾。像是要趕快到達台北車站，但油門又要放鬆不要開太快，這樣會不會有困難？

二、如果左邊欄位要達到這個服務人次，右邊欄位的看診人次要下降3%，是不是有很大的疑慮，能不能降低比率？就像我剛剛講

的，5分鐘要到台北車站趕高鐵，但油門不能踩太多，慢一點、鬆一點，慢慢開，這樣就有困難，所以我希望柯委員富揚能不能對於「看診人次較前五年平均下降3%」慎重考量。

周主任委員麗芳

柯委員富揚現在可以補充說明嗎？

柯委員富揚

- 一、我訂這麼高的評估指標標準，我想下一屆理事長會罵我，這還要跟健保署再協商，最後確定的數字是多少，可能會在研商議事會議中談這件事。
- 二、跟何委員語報告，協商結論中醫第8頁左邊的執行目標為什麼跟右邊的人次有一點落差，是因為我想要把這樣子的承諾做好，也就是在評估上我為什麼說不是衡量的概念，既然多重慢性病是要跨科別跨病種的整合治療，就應該要留在同間院所裡面，院所責無旁貸要把病人照顧好，不要讓病患跑到其他診所或醫院，目的是這樣。
- 三、我們希望在執行人數上，由該院所從第1次治療就從頭好好治療，繼續評估的目的在於使慢性病患者在這3個月內不會跑到第2個醫療院所就醫。所以監控指標的目的是不要造成醫療浪費，不是衡量。可是在人次監控上如委員提到，一開始若就用681萬人次很難以達到不造成醫療浪費的目的，若服務人次太少也達不到這筆費用想要呈現的效益，以上跟委員報告。

周主任委員麗芳

柯委員富揚的意思是，服務人次還是固定在協商結論中醫第8頁左邊的數字，但何委員語也幫他設想，訂了看診人次要下降3%是否能達到？究竟要維持3%還是予以調降，這個比率還會再跟健保署討論。請干委員文男。

干委員文男

- 一、加入健保會那麼久，從來沒有一個總額部門提出要求自己的同儕嚴格訓練把事情做好，錢不是問題，而是要把全人照顧做到

好，這點我同意你的看法，尤其在多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度這個項目，你提到要對中醫師訓練，一方面要跟健保署再協商將來的指標怎麼訂定及執行。

二、我非常同意你剛才講的，執行目標及預期效益之評估指標建議跟健保署協調好於 10 月份再提報健保會確認。因為光你要執行現在就要趕快準備，公告的時間也還沒有定，像很多的計畫健保署公告的時間都會延長，我們計算執行期間是從 1~12 月，拖到 4、5 月才公告，因此服務人數要怎麼計算，我相信跟健保署研商後 10 月份再確認比較合理。

周主任委員麗芳

請馬委員海霞。

馬委員海霞

我支持胡委員峰賓說的，照顧病人品質比量重要，這樣的狀況下，請柯委員富揚要承諾對品質的管控，中醫一定要有好的品質來照顧病人。

周主任委員麗芳

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

因為中醫師公會全聯會理事長下個月要改選，我希望柯委員富揚卸任前要交代下一任理事長負責，好好帶下任團隊，執行這次的承諾，這是你的責任，你還沒卸任不可以掉以輕心。您要在這個月內要好好教育團隊，趕快開課訓練，讓這些醫師能達到你所說的承諾及協商的結果。我們希望看到好的成果，如果真的有困難，請修訂執行目標跟預期效益之評估指標，下個月再提出來討論。

周主任委員麗芳

請張委員鈺民。

張委員鈺民

我同意剛剛柯委員富揚講的不是衝量的問題，但健保會提出的本會研析意見，基本上不是說您所謂的重質不重量是錯的，而是協商預算的估算方式，回推算出應執行的服務人次的數字，其實沒有違背您的理想。只是回推算出的執行人次，在提升中醫小兒傷科品質應為 12,452 人次、多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度應為 681 萬人次，談的是這個問題，而不是量跟質的問題。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

我們對柯委員富揚勇於任事的精神非常敬佩，但是我認為看中醫的人很有固定性，如果這個人不看中醫，你硬拉他去也拉不動，所以他喜歡看中醫就會去看。如果將提升中醫小兒傷科品質的預期效益之評估指標訂為同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次要下降，可能會影響固定看診的患者，難道要讓他忍耐這個月不要看診，下個月再去看，這樣是有問題的。我建議預期效益之評估指標看診人次下降 3% 的部分，同意柯委員富揚與健保署精算正確的比率再提報，好不好？

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我不知道我的理解跟柯理事長富揚、何委員語是否一樣。提升中醫小兒傷科品質的預期效益之評估指標要不要下降 3%，我沒意見，因為不知道做不做得得到。
- 二、但「執行目標」中醫小兒傷科照護的 1 萬人次的人，與「預期效益之評估指標」同一病人同一診斷碼跨院所看診人次的人比較，這 2 群人不一定相同。執行目標中服務 1 萬人次的這群人，有可能多於「預期效益之評估指標」中跨院所看診人次下降 3%



的人。何委員語將其視為同一組人，但中醫提出的預期效益評估指標的看診人次，與執行目標的服務人次不一定是同一組人。

三、另外柯委員富揚可能要跟大家說明，中醫提的3項新增計畫的預期效益之評估指標，統計跨院所看診人次的期程，有的用同月，有的用同季，應該說明會這樣訂定的理由，是跟療程還是其他原因有關？因為健保會提出的本會研析意見請中醫部門補充說明，同一病人整體就醫次數下降，跟參加單一專案項目無關，因為病人參加專案主要看特定疾病，但可能本身有其他病要看，所以整體的就醫次數不一定會下降。

四、如果這個疾病的照顧品質好，比如慢性病照顧得好，有可能不會因這個疾病而到處看診，整體就醫次數的結果可能會不一樣。只是要請柯委員富揚要說明一下為什麼評估指標訂定的期間不一樣，能不能做得到我不知道，你們說能做到就能做到，我也覺得滿困難的，等中醫部門跟健保署討論後再提出，只是要告訴我們期間不同的理由。

周主任委員麗芳

今天主要是蒐集意見，柯委員富揚也可以回去再討論？還是要立即回應？好，要回去再討論。請馬委員海霞。

馬委員海霞

有關預期效益之評估指標，對於跨院所看診人次較前5年平均下降，我們如果因搬家或是有其他原因而出現跨院所看診的情形，醫院也無法拒絕病人，所以我支持何委員語說的，請中醫部門跟健保署再去討論。

周主任委員麗芳

一、我們彙集各位委員的意見，雖然今天沒有做決定，但大家普遍肯定柯委員富揚勇於任事，尤其提出的執行目標及預期效益評估的指標質量並重，整體性來講，針對目前的執行目標就是您提的服務人次部分，委員多數持肯定的態度。

二、至於「預期效益之評估指標」看診人次要下降多少比率，特別是付費者委員的總召集人多次發言，好幾位委員都提醒你們提出的比率是否太過嚴苛而達不到。所以請中醫部門回去後，再跟健保署好好研商，提出能保證品質且能夠達到的指標，因為下一任理事長不是您，還是要以中醫團隊能達成的數據為依據。當然我們知道您今天很有誠意，委員甚至幫忙設想實際執行面，是否調降下降比率，就請回去討論，但對於執行目標之服務人次，委員多持正面肯定的態度。

三、中醫部門到此告一段落，請參閱協商結論中醫第 16 頁，112 年度中醫門診總額較基期成長 4.344%，總金額是 30,980.4 百萬元，增加金額是 1,405.0 百萬元，是否確認？(未有委員表示意見)好，確認。

四、接下來確認西醫基層總額協商結論，先從付費者代表方案開始，請問委員有沒有增修意見？請李委員永振。

李委員永振

因為西醫基層總額有些項目與醫院總額一樣，剛才醫院總額修訂的文字，西醫基層總額是否比照修訂，如協商結論西醫基層第 2 頁「藥品及特材給付規定改變」的協定事項。

周主任委員麗芳

已經比照醫院總額修訂，請委員看螢幕。

李委員永振

另外，協商結論西醫基層第 11 頁「慢性傳染病照護品質計畫」的協定事項，是否比照醫院總額刪除長新冠後遺症項目。

周主任委員麗芳

醫院總額的付費者代表方案，本項是維持原案，並沒有刪除。

李委員永振

好。

周主任委員麗芳

針對西醫基層總額付費者代表方案，委員有沒有其他意見？如果沒有意見，接下來就進入西醫基層代表方案，今天西醫基層代表委員都以視訊方式出席，請問黃代理委員啓嘉在線上嗎？

黃代理委員啓嘉(顏委員鴻順代理人)

西醫基層代表方案有經過內部的討論與核對，大家對提出來的版本沒有意見，因為方案是依照我們提供的，所以沒有意見。

周主任委員麗芳

請問另一位西醫基層代表委員在線上嗎？

黃代理委員啓嘉(顏委員鴻順代理人)

黃委員振國是不是在線上？

周主任委員麗芳

黃委員振國有在線上嗎？

黃委員振國

有在線上，西醫基層代表方案有經過討論，我們尊重西醫基層總額主委黃主任委員啓嘉的論述。

周主任委員麗芳

一、沒有委員表示意見，西醫基層總額協商結論兩案併陳。

二、接下來確認其他預算協商結論，請委員及健保署看一下協定事項，有沒有需要增修的地方？如果都沒有意見，請大家看到協商結論其他預算第 9 頁，112 年度其他預算經費 15,779.2 百萬元，較 111 年度減少 800 百萬元，沒有委員表示意見，其他預算確認。

三、本案決議：

(一)112 年度各部門總額協商因素項目及其他預算協商結論如會議補充資料，成長率及總金額不再宣讀。

(二)有關新增項目「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

1.達成共識部門文字暫列。請健保署會同各總額部門參考委

員意見，共同討論研修，將研修結果提報 10 月份委員會議  
確認。

2.未達共識部門，將兩案併陳報部，請衛福部就政策要求，逕  
予核定。

(三)本案於報請衛福部核(決)定時，請將 9 月 21 日總額協商會議  
實錄一併報部。

(四)請各部門於 111 年 10 月 6 日前提送地區預算分配之建議方  
案，以利提 10 月份委員會議討論；若部門未提送分配建議方  
案，則由本會掣案提 11 月份委員會議討論。

四、以上是本案的決議。另外，周執行秘書淑婉有補充說明。

周執行秘書淑婉

依往年慣例，總額協商後會對外發布新聞稿，我們有初步擬定新聞  
稿內容，已經發給各位委員，另徵求委員意見，是否授權由我代各  
位委員於今天下午向記者說明？(委員表示同意)

周主任委員麗芳

一、非常感謝，周執行秘書淑婉勇於任事，昨天與健保會同仁挑燈  
夜戰整理資料，應該給予他們掌聲，再次肯定辛苦的健保會同  
仁。

二、有關新聞稿，如果委員覺得還有更好的表達方式也不吝給予指  
導，有相關意見都可以提供給健保會，讓周執行秘書淑婉今天  
下午對外說明。請干委員文男。

干委員文男

本次總額協商，雖然醫界及付費者代表有很多不同的意見，不過還  
是要再三感謝健保會同仁，在這段期間費心很多，此外，還有健保  
署劉專門委員林義及洪專門委員于淇...

周主任委員麗芳

是劉副組長林義。

干委員文男

抱歉，感謝劉副組長林義及洪專門委員于淇提供許多訊息，讓我們在協商時可以用精確的數據跟醫界對談，雖然最後還是有 2 個總額沒有與醫界達成共識，但還是要再次感謝健保會及健保署同仁的協助。

周主任委員麗芳

干委員文男表達了全數委員的心聲，我們也要感謝健保署，蔡副署長淑鈴說這次其他預算協商讓她心都碎了，我們還是以熱烈掌聲感謝蔡副署長淑鈴及所有健保署同仁的辛勞。

蔡副署長淑鈴

這次總額協商效率提升，大家都受益，非常感謝這樣的改變，剛剛主席決議提到，健保署需在 10 月份委員會議提出許多事項，劉副組長林義表示下個月時程很緊迫，技術上是否可行，請跟大家說明一下。

周主任委員麗芳

請劉副組長林義。

劉副組長林義

有關新增項目的「執行目標」及「預期效益之評估指標」，需在 10 月份委員會議確認，但 10 月份委員會議好像又提前到 10 月 14 日？

周執行秘書淑婉

劉副組長林義看錯時間，10 月 14 日是費率專家諮詢會議，時間沒有那麼緊迫，請放心，10 月 28 日才是委員會議。

周主任委員麗芳

有多出 2 個禮拜的作業時間，應該沒有問題，接下來就進行下一案。

肆、報告事項「中央健康保險署『111年8月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

經過9月21日整日協商大家都辛苦了，本案就蒐集大家的意見之後，讓健保署統一以書面回復，歡迎委員提出口頭意見或書面意見，請李委員永振。

李委員永振

一、我提出2點意見，第1點可能10月14日的費率諮詢會議會用到。請各位看到會議資料第16頁「109至112年健保財務收支情形表」，請健保署分析檢討去年提供的費率審議財務分析及實際結算差異的原因，做為今年推估時的參考。去年8月的累積短絀是47億元，當時提出預估年底短絀261億元，但從本頁資料來看，去年底實際後來修正定稿的應該是短絀155億元，中間相差106億元，就是預估跟實際相差106億元。106億元相當於0.17個月安全準備的約當給付支出！今年8月累積的短絀是51億元，較去年同期多了4億元，預估到年底，本頁的表裡面年底短絀314億元，比去年的261億元多了53億元。今年8月只相差4億元，到年底增到53億元，若實際推估趨勢與去年近似，則誤差可能由106億元擴增至150億元，150億元相當於0.24個月的約當保險給付，對安全準備的影響相差到0.24個月。我看到報導說部長表示明年費率傾向不調整，我看到標題還嚇一跳，因為低推估才0.98個月，不到1個月。但部長有釋疑，新的部分負擔可能上路，新的部分負擔約可增99億元相當於0.16個月安全準備。部長提到傾向不調費率是有可能，但是不能出現0.24個月的誤差，剛好在1個月的邊緣，估得稍微不準，到時候又像去年一樣，大家討論得很熱烈，要兩案併陳調或不調，會有很多爭議，我提出建議給健保署參考。

二、第2點，業務執行報告第3頁第七項「C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫執行推動情形」，成功比例平均達到98.4%，

效果算是很好，但為什麼在協商提供的資料提到 C 肝從 106 年到現在投入 353.9 億元，節省的效益才 25.3 億元？98.4% 已經接近 100%，成效相當好，但節省的費用怎麼只有這麼一滴滴。

三、另去年就曾經提到這些節省效益要怎麼處理，今年的協商差不多談完，有些有共識，有些沒有共識，但協商資料「歷年總額配合各項政策投入之預算及節流效益」累積有 157.4 億元的效益，好像也沒有用上，我們不是要提一個案子討論回饋總額之作法？這個案子不適合由健保會提出，是不是請健保署或社保司提出，如此年復一年，我常常開玩笑，今年已經談完了，還是沒有下文，請問這要怎麼辦，這些錢如果是醫界有貢獻，我們應該要給他們一點回饋，不是要全部回歸給消費者，總是要提一個案子出來討論。整個來龍去脈健保署會比較內行，是不是請健保署考量看看，在適當的時候提案，不要年復一年，而且這也是行政院的指示事項，我們要怎麼落實執行。

周主任委員麗芳

一、謝謝李委員永振的寶貴意見。我再補充說明，有關今天下午周執行秘書淑婉對外說明的新聞稿，請各總額部門再看一下文字是否妥適，若有更好的文字可以更加突顯部門共識的內容，我們都歡迎，有什麼寶貴意見都歡迎提出，我們會將大家意見融入，做為健保會的共同意見，對外說明。

二、針對健保署的業務執行報告，請問還有沒有要提出垂詢的地方？請滕委員西華。

滕委員西華

業務執行報告的第 2 頁有關公告「全民健康保險藥品費用分配比率目標制(DET)試辦方案續行試辦 1 年至 110 年及其目標值成長率」，請問是指 112 年或 110 年？還是補 109 年的公告結果？意思是說從今年開始就不再有 DET？請問 110 年是指今年，那明年就沒有 DET？

蔡副署長淑鈴

110年是今年，DET續辦到今年，111年的DET要等明年，是否續辦要再研究。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

主席、各位委員，112年總額協商已經完成，我再提出幾個建議：

- 一、希望部長能夠在10月份完成兩案併陳的裁定，因為他沒有擔任疫情指揮中心的指揮官，沒有那麼忙碌，可以提早裁定，讓醫療團體即早把地區預算的R值、S值及相關的風險調整金額提報健保會討論，完成協定。希望這一屆的總額協商能由第5屆委員在12月份以前完成。我不敢說第6屆委員全部都會改聘，但至少三分之一會被換掉，希望112年度總額由112年度的協商委員來通過相關的協議訂定事項，在12月份以前全部完成，不要拖到明年。這個前提是部長要提早裁定，其次是請醫療團體要提早完成提報作業。
- 二、今天的掌聲很多，健保會委員及健保署都很辛苦，但我們忘了一個人都沒有給他掌聲，就是社保司商司長東福，他負責總額的前置作業，不介入總額協商，但也陪伴我們那麼多時間，我們應該給他一點掌聲，感謝他的精神(委員鼓掌)。

周主任委員麗芳

原來健保會不是只有對立，健保會也會給商司長東福最大的溫暖跟肯定，今天商司長真的是很開心，如同新聞稿所說，這是史上最有效率的一次協商，從前置作業開始，社保司商司長帶領的團隊，一步一步陪大家走到今天，最有效率的成果要獻給所有人，包括社保司、健保署、健保會、所有委員及各總額部門相關團體。



## 何委員語

主席，我的第 3 點還沒講，就是建議健保署跟各總額部門能夠慎重評估明年疫情的狀況，明年在推動健保總額時，如果能把明年疫情評估納入的話，可讓第 6 屆委員有更深入的了解、看法與決定。假使衛福部或健保署與各部門能夠訂出一個能預測明年疫情狀況的評估指標，預估疫情變化及影響，對於第 6 屆的委員會有很多的幫助，可供他們參考。

## 周主任委員麗芳

周執行秘書淑婉要補充說明。

## 周執行秘書淑婉

- 一、報告委員，因為我們兩案併陳的部分還有一些執行目標跟預期效益之評估指標會在 10 月份才做確認，所以本會最快也會在 10 月 28 日的委員會議之後才會報部，所以這部分沒有辦法那麼快。
- 二、另外，剛剛主席決議也有提到，有關地區預算的建議方案，希望各總額部門能盡早提出，以便能在 10 月份委員會議討論，不行的話，11 月份幕僚就會掣案提會討論，希望年底前可以完成報部程序，讓衛福部在年底前核定。至於衛福部何時核定，本會陳報出去後就由衛福部決定，但我們會把委員的期待在公文中敘明。

## 周主任委員麗芳

從剛剛的決議中可見，本會的相關作業時程已經一直在趕進度，我想也是希望能夠達成總召集人何委員語的期待。剛剛大家給總召集人的掌聲好像還不夠，總召集人很辛苦，請再給何委員掌聲(委員鼓掌)，請干委員文男。

## 干委員文男

這幾天都在看協商資料，眼睛都看到壞了，我們沒有多餘的時間詳細閱讀健保署的業務執行報告，希望這個月的報告併入下個月。

周主任委員麗芳

我一開始就提到因為大家真的是很辛苦，剛剛已經有李委員永振、何委員語、滕委員西華提出口頭意見，我們會收集委員的口頭及書面意見，請健保署做書面回應，因為他們真的也是很辛苦，所以就不要併到下次會議。

千委員文男

我這個月沒有時間看業務執行報告，若有意見，我下個月再質詢。

周主任委員麗芳

- 一、委員若有意見，可以請同仁幫忙整理，大家會後都可以提出書面意見。
- 二、本案洽悉，委員所提意見，包括今天所提的書面意見，都送請健保署回復說明。請問有沒有臨時動議？沒有的話，會議結束，今天也是有史以來完成時間最快的一次會議，再次給大家掌聲一下，謝謝！