

衛生福利部全民健康保險會
第6屆112年第8次委員會議事錄

中華民國112年9月22日

衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第8次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國112年9月22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：盧主任委員瑞芬

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)

王委員惠玄、田委員士金*、朱委員益宏*、江委員錫仁、吳委員榮達、吳委員鏘亮(中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠代理)*、李委員永振、周委員慶明(中華民國醫師公會全國聯合會黃常務理事啓嘉代理)*、周委員麗芳、林委員文德、林委員恩豪、林委員淑珍、林委員綉珠*、花委員錦忠*、侯委員俊良*、翁委員文能、張委員清田*、陳委員杰、陳委員相國*、陳委員節如、陳委員鴻文(中華民國全國工業總會何常務理事語代理)、游委員宏生、黃委員小娟、黃委員金舜*、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗*、詹委員永兆、劉委員玉娟、劉委員守仁*、劉委員淑瓊、滕委員西華*、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉*、鄭委員素華*、謝委員佳宜*、韓委員幸紋

請假人員：陳委員石池

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、李副署長丞華、蔡副署長淑鈴

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第103頁)

貳、議程確認：(詳附錄第103~104頁)

決定：確認。

參、確認上次(第7次)委員會議紀錄：(詳附錄第104頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第105~107頁)

決定：

- 一、上次(第7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。
- 二、餘洽悉。

伍、討論事項：(詳附錄第108~149頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：113年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診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、113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配，經付費者代表及醫事服務提供者代表完成協商，結論如下：

(一)達成共識之部門：

牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算，如附件一、二、三，其中新增或延續性項目「執行目標」及「預期效益之評估指標」，暫列如劃線處，請中央健康保險署會同總額部門相關團體研訂，並提報本(112)年10月份委員會議確認。

(二)未達共識之部門：

由付費者代表及醫事服務提供者代表各自提出建議方案：醫院總額及西醫基層總額，如附件四、五，將兩案併陳報衛生福利部決定，其中新增或延續性項目「執行目標」及「預期效益之評估指標」，請衛生福利部就政策目標要求，逕予核定。

- 二、請各總額部門相關團體於本年10月2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。

註：中央健康保險署對於其他預算建議維持原提各項預算金額(書面資料，會後補充如附件六)，將併同各部門總額協商結論一併陳報衛生福利部。

第二案

提案人：周委員慶明、陳委員相國

連署人：翁委員文能、陳委員石池、吳委員鏘亮、朱委員益宏、江委員錫仁、詹委員永兆

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：建議各總額部門專款「網路頻寬補助費用」項目及其他預算「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」項目延長執行期間，提請討論。

決議：

- 一、考量本案之退場期程(110~114年)，係經衛生福利部公告之年度總額協定事項，仍請中央健康保險署依期程規劃退場執行方式，以落實總額協定事項。
- 二、請中央健康保險署參考委員意見，會同各總額部門相關團體妥為研議退場後之執行規劃(包含財源規劃，例如由公務預算等其他財源支應)，並於協商114年度總額前，提報本會。

陸、報告事項：(詳附錄第150~153頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：112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)，請中央健康保險署回復說明。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午 12 時 18 分。

113 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：

113 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 112 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+113 年度一般服務成長率)+113 年度專款項目經費

註：校正後 112 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 112 年第 7 次委員會議決定，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「111 年未導入預算扣減」部分(牙醫門診總額 111 年度未有本項扣減金額)。

二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 2.055%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.909%，協商因素成長率-0.854%。
- (二)專款項目全年經費為 3,520.4 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，113 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 2.436%。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 113 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 114 年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

- 1.移列「高風險疾病口腔照護」至專款項目(-0.852%，減列 405 百萬元)：

原於一般服務執行，移列 405 百萬元至「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目。

2.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%，減少 0.8 百萬元)：

本項不列入 114 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 3,520.4 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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 310 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)請中央健康保險署重新檢討執業計畫之執行目標，並研議更積極鼓勵牙醫師執業之策略。

2.牙醫特殊醫療服務計畫：

(1)全年經費 781.7 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、老人長期照顧暨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會同牙醫門診總額相關團體，妥為研訂 113 年度具體實施計畫(含醫療團服務對象、醫療費用加成方式)，於 112 年 12 月前提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。

②持續監測本計畫醫療團適用對象(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.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫：

本項自 113 年度起停辦。

4.0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫：

本項自 113 年度起停辦。

5.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫：

(1)全年經費 171.5 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①加強計畫推動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。

②依 113 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 113 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：

本項移併至「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目。

7.超音波根管沖洗計畫：

(1)全年經費 144.8 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。

②本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年)，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(114 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。

③請於協商 114 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。

8.高風險疾病口腔照護計畫：

(1)全年經費 1,599 百萬元，合併辦理以下項目，其中

405 百萬元自一般服務費用移列：

- ①原一般服務之「高風險疾病口腔照護」。
- ②原「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」專款項目。
- ③原「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」專款項目。

(2)執行目標(暫列)：

- ①113 年服務高風險患者執行牙結石清除(91090C) 達 51,600 人次。
- ②113 年高風險疾病患者齲齒填補顆數為 10 萬顆。
- ③高齲齒率患者(曾接受過複合體填補處置)氟化物治療(P7301C)預估服務人次 364,000 人次。
- ④齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)預估服務人次 202 萬人次。

預期效益之評估指標(暫列)：

- ①高風險疾病病人利用全口牙結石清除之比率，111~113 年分別為 40%、45%、50%。
- ②國人牙齒保存數較 104-105 年衛福部口腔健康調查結果增加。
- ③高齲齒率患者(曾接受過複合體填補處置)利用塗氟之比率 113 年為 50%。
- ④1 年後(113 年起)高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。

(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，妥為研訂具體實施計畫(含醫療服務內容、各項服務適用對象、支付方式及成效監測)，於 112 年 12 月前提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。

- ②考量「執行目標」及「預期效益之評估指標」涉及具體實施計畫之醫療服務內容，請併同上開報告提全民健康保險會確認。
- ③本計畫以3年為檢討期限(112~114年)，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(114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。
- ④請於協商114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。

9.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費143百萬元，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。
 - ②於協商114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)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於113年7月前提全民健康保險會報告。

10.特定疾病病人牙科就醫安全計畫(113年新增項目)：

- (1)全年經費307.1百萬元。
- (2)本項經費用於評估特定疾病病人用藥情形後，擬定對應之牙醫治療計畫者，以提升其就醫安全。
- (3)執行目標(暫列)：
 - 執行特定疾病病人牙科就醫安全的院所數達2成。
 - 預期效益之評估指標(暫列)：
 - 執行「特定疾病病人牙科就醫安全」院所數自我評

估合格率达到 6 成。

(4)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同牙醫門診總額相關團體，妥為研訂完整之具體實施計畫(含適用對象之特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及成效監測)，於 112 年 12 月前提全民健康保險會報告。
- 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，若計畫持續辦理，則請於執行第 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，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

11.癌症治療品質改善計畫(113 年新增項目)：

- (1)全年經費 10 百萬元，本項經費得與醫院、西醫基層總額同項專款相互流用。
- (2)執行目標：以當年度癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達 90%為計畫執行指標。

口腔癌(以篩檢人數 60.5 萬人，陽性率 8.2%估算)：約 14,300 人(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。

預期效益之評估指標：追陽率達 90%(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。
- ②請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。
- 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，若

計畫持續辦理，則請於執行第 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。

12. 促進醫療服務診療項目支付衡平性(醫療器材使用規範修訂之補貼)(113 年新增項目)：

(1) 全年經費 5.5 百萬元。

(2) 執行目標：通盤研議支付標準調整，並配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂)，考量支付衡平性，系統性檢討各項支付點數(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。

預期效益之評估指標：本項目預定辦理期程為 3 年，考量支付標準調整項目數視核定預算而定，評估指標如下(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)：

① 提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。

② 「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 於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。

② 本項以 3 年為檢討期限(112~114 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 3 年(114 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。

(4) 本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入牙醫門診總額一般服務費用結算。

13. 品質保證保留款：

(1) 全年經費 47.8 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 113 年度品質保證保留款(47.8 百

萬元)合併運用(計 164.2 百萬元)。

- (3)請中央健康保險署積極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。

附表 113 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	2.909%	1,382.9	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	-0.757%			
人口結構改變率	0.267%			
醫療服務成本指數 改變率	3.427%			
協商因素成長率	-0.854%	-405.8	請於 113 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 114 年度總 額協考量。	
其他醫療服務 利用及密集度 之改變	移列「高風險 疾病口腔照 護」至專款項 目	-0.852%	-405.0	原於一般服務執行，移列 405 百萬元至「高風險疾病口腔照 護計畫」專款項目。
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%	-0.8	本項不列入 114 年度總額協商 之基期費用。
一般服務 成長率 ^{#2}	增加金額	2.055%	977.1	
	總金額		48,516.8	
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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成，且均應於 113 年 7 月前提報執行情形及 前 1 年成效評估檢討報告。	
醫療資源不足地區改 善方案	310.0	30.0	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.請中央健康保險署重新檢討 執業計畫之執行目標，並研	

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
牙醫特殊醫療服務計畫	781.7	109.6	<p>議更積極鼓勵牙醫師執業之策略。</p> <p>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、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。</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，妥為研訂 113 年度具體實施計畫(含醫療團服務對象、醫療費用加成方式)，於 112 年 12 月前提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。</p> <p>(2)持續監測本計畫醫療團適用對象(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>
牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	0.0	-10.0	本項自 113 年度起停辦。
0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫	0.0	-60.0	本項自 113 年度起停辦。
12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	171.5	-100.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.加強計畫推動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> <p>2.依 113 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 113</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
			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	0.0	-184.0	本項移併至「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目。
超音波根管沖洗計畫	144.8	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.加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。 2.本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年)，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(114 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。 3.請於協商 114 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。
高風險疾病口腔照護計畫	1,599.0	589.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.合併辦理以下項目，其中 405 百萬元自一般服務費用移列： <ol style="list-style-type: none"> (1)原一般服務之「高風險疾病口腔照護」。 (2)原「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」專款項目。 (3)原「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」專款項目。 2.執行目標(暫列)： <ol style="list-style-type: none"> (1)<u>113 年服務高風險患者執行牙結石清除(91090C)達 51,600 人次。</u> (2)<u>113 年高風險疾病患者齲齒填補顆數為 10 萬顆。</u> (3)<u>高齲齒率患者(曾接受過複合體填補處置)氟化物</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><u>治療(P7301C)預估服務人次 364,000 人次。</u></p> <p><u>(4)齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)預估服務人次 202 萬人次。</u></p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列):</u></p> <p><u>(1)高風險疾病病人利用全口牙結石清除之比率，111~113 年分別為 40%、45%、50%。</u></p> <p><u>(2)國人牙齒保存數較 104-105 年衛福部口腔健康調查結果增加。</u></p> <p><u>(3)高齲齒率患者(曾接受過複合體填補處置)利用塗氟之比率 113 年為 50%。</u></p> <p><u>(4)1 年後(113 年起)高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。</u></p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同牙醫門診總額相關團體，妥為研訂具體實施計畫(含醫療服務內容、各項服務適用對象、支付方式及成效監測)，於 112 年 12 月前提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。</p> <p>(2)考量「執行目標」及「預期效益之評估指標」涉及具體實施計畫之醫療服務內容，請併同上開報告提全民健康保險會確認。</p> <p>(3)本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年)，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</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>年(114 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>(4)請於協商 114 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>
網路頻寬補助費用	143.0	-25.0	<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。</p> <p>(2)於協商 114 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)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。</p>
特定疾病病人牙科就醫安全計畫 (113 年新增項目)	307.1	307.1	<p>1.本項經費用於評估特定疾病病人用藥情形後，擬定對應之牙醫治療計畫者，以提升其就醫安全。</p> <p>2.執行目標(暫列)： <u>執行特定疾病病人牙科就醫安全的院所數達 2 成。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> <u>執行「特定疾病病人牙科就醫安全」院所數自我評估合格率達到 6 成。</u></p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同牙醫門診總額相關團體，妥為研訂完整之具體</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>實施計畫(含適用對象之特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及成效監測)，於112年12月前提全民健康保險會報告。</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，若計畫持續辦理，則請於執行第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，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p>
<p>癌症治療品質改善計畫 (113年新增項目)</p>	<p>10.0</p>	<p>10.0</p>	<p>1.本項經費得與醫院、西醫基層總額同項專款相互流用。</p> <p>2.執行目標：以當年度癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達90%為計畫執行指標。</p> <p>口腔癌(以篩檢人數60.5萬人，陽性率8.2%估算)：約14,300人(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。</p> <p>預期效益之評估指標：追陽率達90%(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。</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)請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</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，若計畫持續辦理，則請於執行第 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>
<p>促進醫療服務診療項目支付衡平性(醫療器材使用規範修訂之補貼) (113 年新增項目)</p>	5.5	5.5	<p>1.執行目標：通盤研議支付標準調整，並配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂)，考量支付衡平性，系統性檢討各項支付點數(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。</p> <p>預期效益之評估指標：本項目預定辦理期程為 3 年，考量支付標準調整項目數視核定預算而定，評估指標如下(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)：</p> <p>(1)提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。</p> <p>(2)「支付標準研議諮詢會議」召開 4 場次。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。</p> <p>(2)本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢</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>討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(114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>3.本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入牙醫門診總額一般服務費用結算。</p>
	品質保證保留款	47.8	-46.1	<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 113 年度品質保證保留款(47.8 百萬元)合併運用(計 164.2 百萬元)。</p> <p>2.請中央健康保險署積極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>
	專款金額	3,520.4	626.1	
較基期成長率 (一般服務+專款)^{**3}	增加金額	2.436%	1,603.2	
	總金額		52,037.2	

註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，113 年度總額之基期(採淨值)，係以 112 年度健保醫療給付費用，於一般服務扣除「111 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 47,539.8 百萬元(含 112 年一般服務預算為 47,905.6 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-419.5 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 53.7 百萬元，未有需扣除 111 年未導入金額)。

3.計算「較 113 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 50,799.9 百萬元，其中一般服務預算為 47,905.6 百萬元(112 年度健保醫療給付費用公告金額為 47,905.6 百萬元，未有需扣除 111 年未導入金額)，專款為 2,894.3 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。

113 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：

113 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 112 年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+113 年度一般服務成長率)+113 年度專款項目經費

註：校正後 112 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 112 年第 7 次委員會議決定，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「111 年未導入預算扣減」部分(中醫門診總額 111 年度未有本項扣減金額)。

二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 4.979%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.002%，協商因素成長率 1.977%。
- (二)專款項目全年經費為 1,276.7 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，113 年度中醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 4.221%。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 113 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 114 年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

- 1.中醫利用新增人口(1.990%，預估增加 588 百萬元)(113 年新增項目)：

(1)執行目標(暫列)：

113 年就醫人數大於 112 年就醫人數。

預期效益之評估指標(暫列)：

113 年就醫人數大於 112 年就醫人數。(就醫人數均不含 U07.1(確認 COVID-19 病毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示)、職災及預防保健部分)

(2)依 113 年中醫實際就醫人數成長情形，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減，扣減方式如下：

以「113 年實際就醫人數」扣除「112 年實際就醫人數」，乘以「就醫者平均每人就醫費用」計算，若低於 113 年協定增加之預算 588 百萬元，則扣減未達之差額。

(3)請中央健康保險署依上開議定之預算扣減方式，會同中醫門診總額相關團體提出其執行細節後，於 113 年 7 月提全民健康保險會報告。

2.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.013%，減少 4 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)本項不列入 114 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 1,276.7 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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 180 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 436.8 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)針對執行 10 年以上之子計畫，請中央健康保險署評估、規劃納入一般服務之期程。
- 3.中醫提升孕產照護品質計畫：
 - (1)全年經費 70 百萬元。
 - (2)請中央健康保險署持續評估計畫成效，若無法評估計畫效益，建議規劃退場機制。
- 4.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：
 - (1)全年經費 21.2 百萬元。
 - (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①持續檢討計畫執行情形(含完整療程照護人數及比率)及結果面之成效，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。
 - ②本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場。
- 5.中醫癌症患者加強照護整合方案：
 - (1)全年經費 265 百萬元。
 - (2)持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。
- 6.中醫急症處置：
 - (1)全年經費 10 百萬元。
 - (2)執行目標(暫列)：
參與院所數為 7 家及服務人數以 1,800 人為目標。
預期效益之評估指標(暫列)：
使用視覺類比量表(Visual Analogue Scale, VAS)、數

字等級量表(Numerical Rating Scale, NRS)、現在疼痛狀況(Present Pain Intensity, PPI)等工具進行評估，評量結果後測較前測呈現改善。

- (3)請中央健康保險署訂定結果面成效指標，檢討執行成效及計畫執行情形，若未有明顯成效或執行率偏低，則請考量是否持續辦理。

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 48 百萬元。
(2)維持每診次看診人次 15 人次規範，惟照護機構核定床數 50 床以上者，得由 15 人次調升至 25 人次。
(3)執行目標(暫列)：

①113 年至少 90 家院所參與服務。

②服務人次 20,000 人次，服務總天數 3,500 天。

預期效益之評估指標(暫列)：

照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較未被照護前(112 年)之件數減少。

(4)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①請監測參與本計畫照護機構之中醫利用情形(照護機構住民人數、就醫人數與占率及機構外就醫等)，並檢討醫療利用之合理性及評估計畫成效。
②依 113 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。
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 113 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 83 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。
 - ②於協商 114 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)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。

10.品質保證保留款：

- (1)全年經費 57.4 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 113 年度品質保證保留款(57.4 百萬元)合併運用(計 80.2 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署積極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。

附表 113 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	3.002%	886.8	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	-0.757%			
人口結構改變率	0.799%			
醫療服務成本指數 改變率	2.989%			
協商因素成長率	1.977%	584.0	請於 113 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 114 年度總 額協商考量。	
其他醫療服務 利用集中度之 改變	中醫利用新 增人口 (113 年新增 項目)	1.990%	588.0	1.執行目標(暫列)： <u>113 年就醫人數大於 112 年 就醫人數。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> <u>113 年就醫人數大於 112 年 就醫人數。(就醫人數均不含 U07.1(確認 COVID-19 病毒 感染)、U09.9(嚴重特殊傳染 性肺炎(COVID-19)後的病 況，未明示)、職災及預防保 健部分)。</u> 2.依 113 年中醫實際就醫人數 成長情形，扣減當年未執行 之額度，並列入基期扣減，扣 減方式如下： 以「113 年實際就醫人數」扣 除「112 年實際就醫人數」， 乘以「就醫者平均每人就醫 費用」計算，若低於 113 年 協定增加之預算 588 百萬 元，則扣減未達之差額。 3.請中央健康保險署依上開議

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				定之預算扣減方式，會同中醫門診總額相關團體提出其執行細節後，於 113 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	-0.013%	-4.0	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 114 年度總額協商之基期費用。
一般服務 成長率 ^{註2}	增加金額	4.979%	1,470.8	
	總金額		31,011.3	
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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成，且均應於 113 年 7 月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	180.0	8.0	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。
	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	436.8	0.0	1.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。 2.針對執行 10 年以上之子計畫，請中央健康保險署評估、規劃納入一般服務之期程。
	中醫提升孕產照護品質計畫	70.0	-11.0	請中央健康保險署持續評估計畫成效，若無法評估計畫效益，建議規劃退場機制。
	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	21.2	-0.4	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.持續檢討計畫執行情形(含完整療程照護人數及比率)及結果面之成效，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。 2.本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
中醫癌症患者加強照護整合方案	265.0	20.0	持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。
中醫急症處置	10.0	5.0	<p>1.執行目標(暫列)： <u>參與院所數為 7 家及服務人數以 1,800 人為目標。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：使用視覺類比量表(Visual Analogue Scale, VAS)、數字等級量表(Numerical Rating Scale, NRS)、現在疼痛狀況(Present Pain Intensity, PPI)等工具進行評估，評量結果後測較前測呈現改善。</u></p> <p>2.請中央健康保險署訂定結果面成效指標，檢討執行成效及計畫執行情形，若未有明顯成效或執行率偏低，則請考量是否持續辦理。</p>
中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	105.3	0.0	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	48.0	20.0	<p>1.維持每診次看診人次 15 人次規範，惟照護機構核定床數 50 床以上者，得由 15 人次調升至 25 人次。</p> <p>2.執行目標(暫列)： <u>(1)113 年至少 90 家院所參與服務。</u> <u>(2)服務人次 20,000 人次，服務總天數 3,500 天。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較未被照護前(112 年)之件數減少。</u></p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			<p>(1)請監測參與本計畫照護機構之中醫利用情形(照護機構住民人數、就醫人數與占率及機構外就醫等)，並檢討醫療利用之合理性及評估計畫成效。</p> <p>(2)依113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。</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113年7月提全民健康保險會報告。</p>
網路頻寬補助費用	83.0	-15.0	<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。</p> <p>(2)於協商114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)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於113年7月前提全民健康保險會報告。</p>
品質保證保留款	57.4	29.8	<p>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113年度品質保證保留款(57.4百萬元)合併運用(計80.2百萬元)。</p> <p>2.請中央健康保險署積極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>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
專款金額		1,276.7	56.4	
較基期成長率 (一般服務+專 款) ^{註3}	增加金額	4.221%	1,527.2	
	總金額		32,288.0	

註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，113年度總額之基期(採淨值)，係以112年度健保醫療給付費用，於一般服務扣除「111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29,540.5百萬元(含112年一般服務預算為29,760.1百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-254.2百萬元、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34.5百萬元，未有需扣除111年未導入金額)。

3.計算「較113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30,980.4百萬元，其中一般服務預算為29,760.1百萬元(112年度健保醫療給付費用公告金額為29,760.1百萬元，未有需扣除111年未導入金額)，專款為1,220.3百萬元。

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。

113 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協商結論：

(一)113 年度其他預算增加 2,039 百萬元，預算總額度為 17,818.2 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(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 112 年 11 月前完成，新增項目原則於 112 年 12 月前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。
- 2.請於 113 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 114 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。
 - (2)通盤檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，分析是否達到預期效果，提出轉型之改善方案。
 - (3)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，以落實編列本項預算之目的。

(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」，於 113 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 705.4 百萬元。
- 2.擴大辦理山地鄉論人計酬試辦計畫，於東區以外新增 2 分區，擇優試辦。
- 3.請中央健康保險署持續檢討山地離島地區醫療利用情形，並加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，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(113 年新增)、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 8,378 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.新增「在宅急症照護試辦計畫」：

(1)預算 200 百萬元，本項費用不包含現行由醫院總額一般服務支應之住院醫療費用。

(2)執行目標(暫列)：

提供急症病人適當之在宅醫療服務，減少病人住院情形。

預期效益之評估指標(暫列)：

結案後 14 天內轉住院率(在宅急症照護個案結案後 14 天內住院人次/在宅急症照護總人次)。

4.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品質及成效之評估指標(例如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)。

(2) 「在宅急症照護試辦計畫」：

- ①擬訂具體實施方案內容(含參與醫療院所之條件、資格認定、醫療服務內容、適用對象、支付方式等)及照護成效監測指標(含照護品質及替代醫院費用情形),並於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。
- ②以 4 年為檢討期限(113~116 年),滾動式檢討逐年成效,若計畫持續辦理,則於執行第 4 年,提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

(四)支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用,並於協商 114 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。

(六)推動促進醫療體系整合計畫:

- 1.全年經費 550 百萬元。
- 2.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項:
 - (1)檢討執行內容及辦理方式,以提升執行成效。
 - (2)於 113 年 7 月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 1,200 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)持續精進「提升院所智慧化資訊機制」之成效評估指標。

(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)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。

(3)請檢討其他醫事服務機構雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，與建立稽核機制，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(4)於協商 114 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。

(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之合理性及健康改善成效，與加強執行面監督，於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(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)持續加強腎臟病前期之整合照護，研議與相關疾病照護計畫(如：糖尿病改善方案、代謝症候群防治計畫等)整合，強化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。

(十一)提升保險服務成效：

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)精進並提出能反映整體提升保險服務成效之評估指標。

(2)於協商 114 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。

3.本項於 114 年度總額退場並不再編列預算，請中央健康保險署爭取公務預算支應。

(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(含執行目標及預期效益之評估指標)。

(十三)因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能(113 年新增項目)：

1.全年經費 2,000 百萬元，優先用於強化住院夜班護理照護量能。

2. 執行目標(暫列)：

調升護理相關費用之醫院家數達一定比率。

預期效益之評估指標(暫列)：

調升護理相關費用之醫院家數占率。

3. 請中央健康保險署會同中華民國護理師護士公會全國聯合會於 112 年 10 月底前將具體實施規劃，提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。規劃建議如下：

(1) 設定適用對象、動支條件、獎勵費用計算及撥款方式。

(2) 訂定監測指標(含護病比、薪資調整情形)。

(3) 建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式。

4. 於 113 年 7 月前提出強化住院護理照護量能之專案報告(含歷年相關預算執行檢討結果)。

5. 護理人力留任及流動議題與勞動環境及條件存在複雜關係，建議主管機關提出改善策略，宜由公務預算挹注經費支應。

6. 歷年醫院總額均編列「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」，建議應有相對金額用於提升住院護理照護量能。(註：本項為付費者代表及健保署之共識，未經與醫院總額部門協商)

附表 113 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112年11月前完成，新增項目原則於112年12月前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。 2.請於113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114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。 (2)通盤檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，分析是否達到預期效果，提出轉型之改善方案。 (3)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，以落實編列本項預算之目的。 (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」，於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	705.4	100.0	1.擴大辦理山地鄉論人計酬試辦計畫，於東區以外新增2分區，擇優試辦。 2.請中央健康保險署持續檢討山地離島地區醫療利用情形，並加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務	8,378.0	575.0	<p>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。</p> <p>2.新增「在宅急症照護試辦計畫」：</p> <p>(1)預算200百萬元，本項費用不包含現行由醫院總額一般服務支應之住院醫療費用。</p> <p>(2)執行目標(暫列)： <u>提供急症病人適當之在宅醫療服務，減少病人住院情形</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> <u>結案後14天內轉住院率(在宅急症照護個案結案後14天內住院人次/在宅急症照護總人次)。</u></p> <p>3.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品質及成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)。</p> <p>(2)「在宅急症照護試辦計畫」：</p> <p>①擬訂具體實施方案內容(含參與醫療院所之條件、資格認定、醫療服務內容、適用對象、支付方式等)及照護成效監測指標(含照護品質及替代醫院費用情形)，並於113年7月前提全民健康保險會報告。</p> <p>②以4年為檢討期限(113~116年)，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p>
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、	290.0	0.0	

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
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			
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	0.0	請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商114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。
推動促進醫療體系整合計畫	550.0	0.0	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「遠距醫療會診」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討執行內容及辦理方式，以提升執行成效。 (2)於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含支付標準調整情形及執行成效檢討)。
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	800.0	0.0	經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。
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	1,200.0	-436.0	1.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續精進「提升院所智慧化資訊機制」之成效評估指標。 (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)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於113年7月前提全民健康保險會報告。 (3)請檢討其他醫事服務機構雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，與建立稽核機制，並於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			報告。 (4)於協商114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。
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之合理性及健康改善成效，與加強執行面監督，於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
腎臟病照護及病人衛教計畫	511.0	0.0	1.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續加強腎臟病前期之整合照護，研議與相關疾病照護計畫(如：糖尿病改善方案、代謝症候群防治計畫等)整合，強化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。
提升保險服務成效	300.0	-200.0	1.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。 (2)於協商114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。 2.本項於114年度總額退場並不再編列預算，請中央健康保險署爭取公務預算支應。
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(含執行目標及預期效益之評估指標)。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能 (113年新增項目)	2,000.0	2,000.0	<p>1.優先用於強化住院夜班護理照護量能。</p> <p>2.執行目標(暫列)： <u>調升護理相關費用之醫院家數達一定比率。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> <u>調升護理相關費用之醫院家數占率。</u></p> <p>3.請中央健康保險署會同中華民國護理師護士公會全國聯合會於112年10月底前將具體實施規劃，提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。規劃建議如下： (1)設定適用對象、動支條件、獎勵費用計算及撥款方式。 (2)訂定監測指標(含護病比、薪資調整情形)。 (3)建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式。</p> <p>4.於113年7月前提出強化住院護理照護量能之專案報告(含歷年相關預算執行檢討結果)。</p> <p>5.護理人力留任及流動議題與勞動環境及條件存在複雜關係，建議主管機關提出改善策略，宜由公務預算挹注經費支應。</p> <p>6.歷年醫院總額均編列「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」，建議應有相對金額用於提升住院護理照護量能。 <u>(註：本項為付費者代表及健保署之共識，未經與醫院總額部門協商)</u></p>
總計	17,818.2	2,039.0	

113 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■ 113 年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後 112 年度醫院一般服務醫療給付費用 \times (1 + 113 年度一般服務成長率) + 113 年度專款項目經費 + 113 年度醫院門診透析服務費用

■ 113 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 \times (1 + 113 年度成長率)

註：校正後 112 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 112 年第 7 次委員會議決定，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「111 年未導入預算扣減」部分(醫院總額 111 年度未有本項扣減金額)。

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。

付費者代表委員之建議方案：

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 113 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 114 年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 5.152%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.179%，協商因素成長率 0.973%。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)(0.705%，預估增加 3,600 百萬元)：

(1)含暫時性支付新藥 600 百萬元，其 PVA(價量協議)或 MEA(藥品給付管理合約)還款金額，應納入本項預算財源，並於公務預算挹注或另有基金財源後退場。

(2)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 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程(含暫時性支付之執行及費用支付方式、預算估算、擬暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，並於 114 年度總額協商前，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 113 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及暫時性支付之申報費用/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 114 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(0.270%，預估增加 1,377 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，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 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 114 年度總額協商前，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；並請於 113 年 7 月前提報執行情形(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 114 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.配合醫療器材使用規範，修訂受影響之診療項目支付點數(0%)(113 年新增項目)：
考量本項相關支付標準之調整尚未公告實施，維持編列於「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」專款項目，爰不新增預算。
- 4.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(0%)：
考量本項預算執行率尚不穩定，維持編列於「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」專款項目。
- 5.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%)(113 年新增項目)：
(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，爰不新增預算。
(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，重新檢討並修正總額醫療費用案件之審查作業，以發揮同儕制約精神，並加速支付制度改革之推進，以使健保

能永續經營。

6.提升醫院兒童急重症照護量能(0%)(113 年新增項目)：

(1)本項建議由公務預算支應，並重新調整兒童醫療資源配置，主要考量如下：

①兒童急重症照護支付標準已多次調升，但醫界仍舊反映有虧損問題，顯見已不全然是支付因素。

②兒童急重症照護由於量體過小且診療成本高，支付加成能發揮的效果有限，建議應重新調整兒童醫療資源配置，透過區域化分工形成規模，並挹注公務預算，以提升兒童急重症服務量能。

(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，優先由「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。

7.「提升醫院用藥安全與品質方案」之 ICU 臨床藥事照護(0%)(113 年新增項目)：

維持編列於「醫療給付改善方案」專款項目。

8.B 型肝炎病毒治療藥費移列專款(0%)：

考量現行 B 型肝炎病人已於一般服務穩定提供治療用藥，尚無移列專款項目之必要，應維持於一般服務支應，故本項不移列專款。

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%，減少 12.1 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)本項不列入 114 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 40,059.7 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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

1. 暫時性支付(新藥、新特材)(113 年新增項目)：

併入一般服務項目「新醫療科技」支應，故本項不編列專款。

2. C 型肝炎藥費：

(1) 全年經費 2,224 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 114 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。

3. 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1) 全年經費 15,108 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。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

4. 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

(1) 全年經費 5,580 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。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

5. 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)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①本項專款項目已穩定執行多年，請規劃回歸一般服務，並持續監測服務量變化情形。
- ②提報之執行情形，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。

6.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 1,693.4 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不佳之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效。

(4)對於執行穩定且具成效的項目，宜回歸一般服務費用與相關醫療處置銜接。

7.「提升醫院用藥安全與品質方案」之 ICU 臨床藥事照護(113 年新增項目)：

維持編列於「醫療給付改善方案」專款項下。

8.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精進方案執行內容，檢討獎勵方式，對實質提升急診處置效率及急診重大疾病照護品質者予以獎勵，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效。
- ②提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率及急診重大疾病照護品質相關監測指標。

- 9.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：
- (1)全年經費 210 百萬元。
 - (2)請中央健康保險署積極推動 DRGs 雙軌方案，以醫院為單位進行試辦，早日完成全面導入 DRGs 支付制度。
- 10.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：
- (1)全年經費 115 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。
- 11.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 1,300 百萬元。
 - (2)請中央健康保險署確實檢討當地民眾之醫療需求與特性，及其醫療利用情形，並精進計畫內容及提升醫療服務可近性。
- 12.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)請中央健康保險署檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。
- 13.網路頻寬補助費用：
- (1)全年經費 150 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。
 - ②於協商 114 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)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於113年7月前提全民健康保險會報告。

14.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醫院總額一般服務費用結算。

15.住院整合照護服務試辦計畫：

- (1)全年經費560百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①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，並持續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)、照護聘任模式、照護人力狀況、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標。
 - ②提報之成效評估檢討報告，應含多元品質監測指標監測結果。

16.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，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。

17.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，檢討醫院評比獎勵方式及獎勵標準設定之合理性，以利檢討改善。

18.因應長新冠照護衍生費用：

- (1)全年經費 40 百萬元。(擴增藥品給付規定費用由一般服務「藥品及特材給付規定改變」項目支應)
- (2)本項支出如達動支條件，依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。
- (3)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。

19.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 500 百萬元。
- (2)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 7 月前提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- (3)本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

20.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：

- (1)全年經費 2,772 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。
 - ②本項以 3 年為檢討期限(112~114 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 3 年(114 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。
- (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。

21.癌症治療品質改善計畫：

(1)全年經費 414 百萬元，本項經費得與西醫基層、牙醫門診總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。

②請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

③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(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。

22.慢性傳染病照護品質計畫：

(1)全年經費 180 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於額度內妥為管理運用，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

②精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質。

③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(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。

23.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能：

本項經費用於支付標準補付及加成，與「優化醫療服務品質」及「提升分級醫療推動量能」政策目標不盡相符，

- 爰不編列預算。
- 24.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能：
本項經費用於支付標準補付及加成，與「優化醫療服務品質」及「提升分級醫療推動量能」政策目標不盡相符，爰不編列預算。
- 25.社區好醫院-地區醫院家庭責任醫師整合方案(113 年新增項目)：
考量西醫基層總額「家庭醫師整合性照護計畫」之家醫群已與地區醫院合作共同提供服務，並支付相關獎勵費用，爰不編列預算。
- 26.區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113 年新增項目)：
考量現行「急診品質提升方案」已提供緊急手術病人之轉出及轉入醫院獎勵費用，爰不編列預算。
- 27.區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作(113 年新增項目)：
本項手術獎勵費用高於現行支付標準，考量支付衡平性，且健保已投入多項經費鼓勵轉診與院所合作，爰不編列預算。
- 28.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(113 年新增項目)：
考量醫院部門並未編列本項預算，且感染管制為醫療院所基本要求，爰不編列預算。
- 29.抗凝血藥品藥師門診方案(113 年新增項目)：併入「醫療給付改善方案」專款項目處理。
- 30.品質保證保留款：
(1)全年經費 501.5 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 113 年度品質保證保留款(501.5 百萬元)合併運用(計 890.2 百萬元)。

- (3)請中央健康保險署積極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.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 1.586%。
- 3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。
- 4.請中央健康保險署辦理以下事項：
 - (1)請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。
 - (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)鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之具體實施方案請於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月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，113 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 3.626%。各細項成長率及金額如附表。

醫院代表委員之建議方案：

醫院部門強調續秉持 108 年對非協商因素的主張，即在醫院總額點值未達每點 1 元之前，不應且不得就非協商因素(含醫療服務成本指數改變率；MCPI 預算)以任何附帶決議形式，框定或限定預算的使用。

(一)一般服務成長率為 4.721%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.179%，協商因素成長率 0.542%。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%)：

(1)主張移列專款項目，與暫時性支付(新藥、新特材)合併為新醫療科技(含新藥、新特材、新增診療項目及暫時性支付(新藥、新特材))編列 1,306 百萬元。

(2)另就付費者代表所擬之協定事項：「本項支付之新藥，其 PVA/MEA 還款金額，應納入本項預算財源」表達堅決的反對立場。

(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，於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次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。

2. 藥品及特材給付規定改變(0.270%，預估增加 1,377 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，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 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次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)堅決反對付費者代表所擬之協定事項：「本項支付之新藥、其 PVA/MEA 還款金額，應納入本項預算財源」。
- 3.配合醫療器材使用規範，修訂受影響之診療項目支付點數(0%)(113 年新增項目)：
配合健保署方案，併入「促進醫療服務診療項目支付平衡性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」專款預算，112 年加 113 年計 1,882 百萬元。
- 4.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(0.003%，預估增加 15 百萬元)：
相關專款預算已併入 112 年醫院總額一般服務費用結算，爰 113 年於一般服務計列成長率。
- 5.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)(0.588%，預估增加 3,000 百萬元)(113 年新增項目)
- 6.提升醫院兒童急重症照護量能(0%)(113 年新增項目)
- 7.「提升醫院用藥安全與品質方案」之 ICU 臨床藥事照護(0%)(113 年新增項目)：
維持編列於專款項目，由原醫療給付改善方案獨立出來為 ICU 臨床藥事照護給付，編列 120 百萬元。另，提升醫院用藥安全與品質方案-地區醫院門診及一般病床臨床藥事照護維持在醫療給付改善方案中。
- 8.B 型肝炎病毒治療藥費移列專款(-0.317%，預估減少 1,615.3 百萬元)：

(1)原於一般服務執行，移列 1,615.3 百萬元至「病毒性肝炎藥費」專款項目。

(2)針對 B 型肝炎病毒治療藥費應依健保署版原規劃移列專款專用編足經費，解決因所編列預算不足長期由醫院總額一般服務預算補入而壓縮排擠其他醫療服務的不合理現象。

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%，預估減少 12.1 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)本項不列入 114 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 48,250.4 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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

1.暫時性支付(新藥、新特材)(113 年新增項目)

(1)與一般服務預算-新醫療科技(含新藥、新特材及新增診療項目)合併為新醫療科技(含新藥、新特材、新增診療項目及暫時性支付(新藥、新特材)，編列 1,306 百萬元。

(2)堅決反對付費者代表所擬之協定事項：「本項支付之新藥，其 PVA/MEA 還款金額，應納入本項預算財源」。

2.病毒性肝炎藥費：

(1)全年經費 6,359 百萬元，用於 B 型肝炎及 C 型肝炎治療藥費。

(2)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。

- (3)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商 114 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。
- 3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：
- (1)全年經費 15,108 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.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：
- (1)全年經費 5,580 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。
- 5.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)請中央健康保險署辦理下列事項：
- ①規劃本項專款項目回歸一般服務，並持續監測服務量變化情形。
- ②提報之執行情形，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。
- 6.醫療給付改善方案：
- (1)全年經費 1,674.1 百萬元。
- (2)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病、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不佳之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效。

7.「提升醫院用藥安全與品質方案」之 ICU 臨床藥事照護(113 年新增項目)：

(1)全年經費 120 百萬元，由「醫療給付改善方案」專款項下移列。

(2)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。

8.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精進方案執行內容，檢討獎勵方式，對實質提升急診處置效率及急診重大疾病照護品質者予以獎勵，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效。

②提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率及急診重大疾病照護品質相關監測指標。

9.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費 210 百萬元。

(2)請中央健康保險署積極推動 DRGs 雙軌方案，以醫院為單位進行試辦，早日完成全面導入 DRGs 支付制度。

10.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 115 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。
- 11.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 1,300 百萬元。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。
- 12.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)請中央健康保險署檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。
- 13.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。
②於協商 114 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。
- 14.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：
移入一般服務。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。
- 15.住院整合照護服務試辦計畫：
(1)全年經費 560 百萬元。
(2)請中央健康保險署辦理下列事項：
①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，並持續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)、照護聘任模式、照護人力狀況、民

眾使用意向及實際收費情形等結果面指標。

②提報之成效評估檢討報告，應含多元品質監測指標監測結果。

16.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，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。

17.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，檢討醫院評比獎勵方式及獎勵標準設定之合理性，以利檢討改善。

18.因應長新冠照護衍生費用：

(1)全年經費 128 百萬元。

(2)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。

(3)本項支出如達動支條件，依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

19.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 500 百萬元。

(2)本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

20.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：

(1)全年經費 2,790.0 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。

(3)請中央健康保險署於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。

21.癌症治療品質改善計畫：

(1)全年經費 414 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。

②請建立疾病照護之結果面指標，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)全年經費 180 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，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

②精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質。

23.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能：

(1)全年經費 600 百萬元，用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)。

②提出之成效評估檢討報告，應含分級醫療具體成效之結果面指標及監測結果。

(3)執行目標及指標為 113 年優化地區醫院住診、重症

及急診照護能力，其護病比不低於 112 年。

24.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能：

(1)全年經費 1,200 百萬元，用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)。

②提出之成效評估檢討報告，應含分級醫療具體成效之結果面指標及監測結果。

(3)評核指標以 14 日內再住院率較 112 年比率減少 1% 為目標，公式： 14 日內再住院的案件數/出院案件數。

25.地區醫院全人全社區照護計畫(原：社區好醫院-地區醫院家庭責任醫師整合方案)(113 年新增項目)：

(1)全年經費 500 百萬元。

(2)執行目標：透過全人全社區照護計畫，接受照護對象能獲得更良善妥適的照護，醫療資源端的使用也更適切、有效率。

預期效益之評估指標：接受照護對象，住院次數較 112 年下降 1%。

26.區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113 年新增項目)：

(1)全年經費 81 百萬元。

(2)執行目標：降低主動脈剝離手術病人轉診至非轄區醫院手術率。

預期效益之評估指標：主動脈剝離手術病人轉診至非轄區醫院手術小於 15%，公式：分子為急性 A 型主動脈剝離(I71.03)病人轉診至非分(轄)區醫院且執行 68043B 人數；分母：分(轄)區急性 A 型主動脈

剝離 (I71.03) 總病人數。

(3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：

①於 112 年 12 月前完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)。

②以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，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。

27.區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作(113 年新增項目)：

(1)全年經費 127 百萬元。

(2)執行目標：腦中風經動脈內取栓 33143B 手術病人轉診至非轄區醫院手術比率下降。

預期效益之評估指標：腦中風經動脈內取栓 33143B 手術病人轉診至非轄(分)區醫院手術比率 < 15% 公式:分子:急性缺血性腦中風 (I63.9)病人轉診至非 分(轄)區醫院且執行 33143B 人數。分母:分(轄)區急性缺血性腦中風(I63.9)總病人數。

(3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：

①於 112 年 12 月前完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)。

②以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，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。

28.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(113 年新增項目)：全年經費 0 元。

29.抗凝血藥品藥師門診方案(113 年新增項目)：全年經費 0 元。

30.品質保證保留款：

(1)全年經費 501.5 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 113 年度品質保證保留款(501.5 百萬元)合併運用(計 890.2 百萬元)。

(3)請中央健康保險署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.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 1.586%。

3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。

4.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。

(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。

(四)前述三項額度經換算，113 年度醫院醫療給付費總額，較基期成長 4.660%。各細項成長率及金額如附表。

附表 113 年度醫院醫療給付費用協定項目表(兩案送主管機關決定)

項目	付費者代表方案		醫院代表方案		
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
一般服務					
醫療服務成本及人口因素成長率	4.179%	21,325.0	4.179%	21,325.0	
投保人口預估成長率	-0.757%		-0.757%		
人口結構改變率	2.034%		2.034%		
醫療服務成本指數改變率	2.940%		2.940%		
協商因素成長率	0.973%	4,964.9	0.542%	2,764.6	
保險給付項目及支付之標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) (*醫院代表方案列專款項目)	0.705%	3,600.0	* -	* -
	藥品及特材給付規定改變	0.270%	1,377.0	0.270%	1,377.0
	配合醫療器材使用規範,修訂受影響之診療項目支付點數(113 年新增項目) (*付費者及醫院代表方案列專款項目)	* -	* -	* -	* -
	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
	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) (113 年新增項目)	0.000%	0.0	0.588%	3,000.0
提升醫院兒童急重症照護量能 (113 年新增項目)	0.000%	0.0	0.000%	0.0	
鼓勵提升品質及促進保險對象健康	「提升醫院用藥安全與品質方案」之 ICU 臨床藥事照護 (113 年新增項目) (*付費者代表方案列專款項目) 「醫療給付改善方案」專款項目) (*醫院代表方案另立專款項目)	* -	* -	* -	* -

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 型肝炎病毒治療藥費移列專款	0.000%	0.0	-0.317%	-1,615.3
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%	-12.1	-0.002%	-12.1
一般服務成長率 ^{#2}	增加金額	5.152%	26,289.9	4.721%	24,089.6
	總金額		536,580.5		534,381.1
專款項目(全年計畫經費)					
新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) (*付費者代表方案列一般服務)		* -	* -	1,306.0	1,306.0
暫時性支付(新藥、新特材) (113 年新增項目) (*付費者代表方案併入一般服務「新醫療科技」項目) (*醫院代表方案併入「新醫療科技」專款項目)		* -	* -	* -	* -
C 型肝炎藥費 (*醫院代表方案本項名稱修正為病毒性肝炎藥費)		2,224.0	-1,204.0	6,359.0	2,931.0
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材		15,108.0	1,165.0	15,108.0	1,165.0
後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費		5,580.0	323.0	5,580.0	323.0
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		1,693.4	50.0	1,674.1	30.7
「提升醫院用藥安全與品質方案」之 ICU 臨床藥事照護 (113 年新增項目) (*付費者代表方案編列於「醫療給付改善方案」專款項目)		* -	* -	120.0	120.0
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		115.0	15.0	115.0	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)
地區改善方案				
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,300.0	200.0	1,300.0	200.0
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	150.0	-50.0	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	560.0	0.0	560.0	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
因應長新冠照護衍生費用	40.0	0.0	128.0	88.0
因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增	500.0	-500.0	500.0	-500.0
促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)	2,772.0	772.0	2,790.0	790.0
癌症治療品質改善計畫	414.0	12.0	414.0	12.0
慢性傳染病照護品質計畫	180.0	0.0	180.0	0.0
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	600.0	100.0
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	1,200.0	200.0
社區好醫院-地區醫院家庭責任醫師整合方案 (*醫院代表方案本項名稱修正為「地區醫院全人全社區照護計畫」) (113 年新增項目)	0.0	0.0	*500.0	*500.0
區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作 (113 年新增項目)	0.0	0.0	81.0	81.0
區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作 (113 年新增項目)	0.0	0.0	127.0	127.0
抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	0.0	0.0	0.0	0.0

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)
(113 年新增項目)				
抗凝血藥品藥師門診方案 (113 年新增項目) (*付費者代表方案併入「醫療給付改善方案」專款項目處理)	* -	* -	0.0	0.0
品質保證保留款	501.5	-473.8	501.5	-473.8
專款金額	40,059.7	-1,190.8	48,250.4	6,999.9
較基期成長率(一般服務+專款) ^{#3}	增加金額	25,099.1	4.791%	31,089.5
	總金額	3.713%		576,640.2
門診透析服務成長率	增加金額	374.5	1.586%	374.5
	總金額	1.586%		23,987.5
較基期成長率(一般服務+專款+門診透析) ^{#4}	增加金額	25,473.6	4.660%	31,464.0
	總金額	3.626%		600,627.6

註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，113年度總額之基期(採淨值)，係以112年度健保醫療給付費用，於一般服務扣除「111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510,290.3百萬元(含112年一般服務預算為514,745.5百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-4,466.5百萬元、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11.4百萬元，未有需扣除111年未導入金額)。

3.計算「較113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555,995.9百萬元，其中一般服務預算為514,745.5百萬元(112年度健保醫療給付費用公告金額為514,745.5百萬元，未有需扣除111年未導入金額)，專款為41,250.5百萬元。

4.計算「較113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579,608.9百萬元，其中一般服務預算為514,745.5百萬元(112年度健保醫療給付費用公告金額為514,745.5百萬元，未有需扣除111年未導入金額)，專款為41,250.5百萬元，門診透析為23,613.0百萬元。

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。

113 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：

- 113 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 112 年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+113 年度一般服務成長率)+113 年度專款項目經費+113 年度西醫基層門診透析服務費用
- 113 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×(1+113 年度成長率)

註：校正後 112 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 112 年第 7 次委員會議決定，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「111 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。

付費者代表委員之建議方案：

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 113 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 114 年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 3.704%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.517%，協商因素成長率 0.187%。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)(0.176%，預估增加 224 百萬元)：

(1)含暫時性支付新藥 7 百萬元，其 PVA(價量協議)或

MEA(藥品給付管理合約)還款金額，應納入本項預算財源，並於公務預算挹注或另有基金財源後退場。

(2)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 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程(含暫時性支付之執行及費用支付方式、預算估算、擬暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，並於 114 年度總額協商前，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 113 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及暫時性支付之申報費用/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 114 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(0.060%，預估增加 76 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，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 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於

114 年度總額協商前，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；並請於 113 年 7 月前提報執行情形(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 114 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.配合分級醫療，調高診察費(0%)：

(1)本項屬支付標準之調整，考量「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算已編列因應成本變動所需預算，爰不新增預算。

(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，優先由「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.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「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算已編列因應成本變動所需預算，爰不新增預算。

(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，優先由「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.強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護(0%)(113 年新增項目)：

(1)本項屬支付標準之調整，考量「醫療服務成本指數改

變率」所增加之預算已編列因應成本變動所需預算，爰不新增預算。

(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，優先由「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.強化高齡人口之基層醫療照護(0%)(113年新增項目)：
本項屬支付標準之調整，考量現行75歲以上長者診察費已加計7.5%，且應以民眾醫療需求為導向，提出有別於現行且具有價值之醫療服務內容，爰不新增預算。
- 7.因應高血壓指引修正，所增加之醫療服務密集度(0%)(113年新增項目)：

本項所提之國際指引修正，國內是否連動修正，尚需審慎評估，且考量目前加強推動之「代謝症候群防治計畫」，旨在降低高血壓、糖尿病等發生率，早期發現血壓偏高患者應優先調整其生活型態，不必然需要用藥治療，爰不新增預算。

- 8.因醫療品質提升，增加之醫療費用(0%)(113年新增項目)：

本項不新增預算，請先檢討「代謝症候群防治計畫」之檢驗(查)使用情形及必要性。

- 9.提升國人視力照護品質(0%)：

本項不新增預算，請先檢討放寬白內障手術規範後，案件成長之合理性，及監測照護成效與民眾自費情形，並加強執行面管理與監督。

- 10.B型肝炎病毒治療藥費移列專款(0%)：

考量現行B型肝炎病人已於一般服務穩定提供治療用藥，尚無移列專款項目之必要，應維持於一般服務支應，故本項不移列專款。

11.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.049%，減少 62.1 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)本項不列入 114 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 9,745.9 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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)：

考量「新醫療科技」與既有項目大多具有替代效應，不易切割，爰維持於一般服務支應，故本項不編列預算。

2.暫時性支付(113 年新增項目)：

併入一般服務項目「新醫療科技」支應，故本項不編列專款。

3.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)本項維持原支付方式，全年經費 317.1 百萬元，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。

4.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 3,948 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①建議依論質計酬模式，建立照護指引及訂定相應之品質指標，以提升照護成效。

②持續檢討計畫成效，提出朝全人照護方向整合之具體規劃、實施方案(含實施期程、目標、與相關

計畫整合方式，以及導入一般服務之評估規劃)，並於 113 年 7 月前提報專案報告。

5.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積極建立成人健檢個案轉介及資源共享之派案機制，鼓勵醫師參與，加強計畫推動。

②滾動式檢討計畫內容，以改變民眾生活習慣為推動方向，檢討擴增收案人數上限合理性，以及現行檢驗(查)使用情形及必要性，監測計畫成效，並與家庭醫師整合性照護計畫及糖尿病醫療給付改善方案之相關指標、費用及效益進行分析比較。

③於 113 年 7 月前提報執行情形及成效評估檢討之專案報告。

6.C 型肝炎藥費：

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

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商 114 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。

7.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不佳

之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效。

(4)對於執行穩定且具成效的項目，宜回歸一般服務費用與相關醫療處置銜接。

8.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)請中央健康保險署辦理下列事項：

①提出規劃調整開放之項目與作業時程。

②建立評估機制，檢討各開放項目執行差異因素及其適當性，對於執行占率較高、有助病人留在基層就醫之開放品項，應規劃導入一般服務之時程。

(3)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入西醫基層總額一般服務費用結算。

9.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)請中央健康保險署檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。

10.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：

(1)全年經費 50 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進計畫內容，研訂以服務成效為支付及獎勵指標，並鼓勵醫師積極參與及投入外部醫療資源。

11.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

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

應。

(2)請中央健康保險署檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

12.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)請中央健康保險署檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

13.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)請中央健康保險署檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

(3)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。

14.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，併入西醫基層總額各分區一般服務費用結算。

15.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 223 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)結果與檢查影像上傳率。

②於協商 114 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)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。
- 16.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)請中央健康保險署加強計畫推動，並持續監測醫療利用情形與照護成效。
- 17.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，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。
- 18.因應長新冠照護衍生費用：
- (1)全年經費 10 百萬元。
 - (2)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。
 - (3)本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
- 19.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：
- (1)全年經費 1,213.6 百萬元。
 - (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。
 - ②本項以 3 年為檢討期限(112~114 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3年(114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。

(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費用結算。

20.癌症治療品質改善計畫：

(1)全年經費93百萬元，本項經費得與醫院、牙醫門診總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。

②請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

③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(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。

21.慢性傳染病照護品質計畫：

(1)全年經費20百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於額度內妥為管理運用，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

②精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質。

③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(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。

22.品質保證保留款：

- (1)全年經費 126.2 百萬元。
- (2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 113 年度品質保證保留款(126.2 百萬元)合併運用(計 231.4 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署積極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.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 4.587%。
- 3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。
- 4.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。

- (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)鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之具體實施方案請於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月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，113 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 3.066%。各細項成長率及金額，如附表。

西醫基層代表委員之建議方案：

- (一)一般服務成長率為 5.464%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.517%，協商因素成長率 1.947%。
- 1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0%)：建議移列專款。
 - 2.藥品及特材給付規定改變(0.157%，預估增加 200 百萬元)：
 - (1)因修正時程及民眾需求性，財務往往有遞延效應，如需扣減未導入或剩餘預算，建議應有預算不足之回補機制。
 - (2)如需執行預算扣減規劃，請中央健康保險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 年增編預算。
 - 3.配合分級醫療，調高診察費(0.096%，預估增加 122.5 百萬元)：
 - (1)分級醫療是重要政策，應延續 112 年度持續編列。
 - (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。
 - 4.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費

(0.517%，預估增加 659.3 百萬元)：

(1)執行目標與預期效益之評估指標：

需視執行情形再與中央健康保險署研擬執行目標。

(2)本項預算以 5 年編列為目標，以朝提高護理人力薪資、維持基層護理人力為中心。

(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，請中央健康保險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 年增編預算。

5.強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護(0.096%，預估增加 122.5 百萬元)(113 年新增項目)：

(1)執行目標：

本會成立研議「強化基層醫師提升兒(少)虐辨識與通報」小組。

預期效益之評估指標：

於本會「醫療安全暨品質研討系列」與醫事司或相關團體合作辦理全國性「兒(少)虐通報之醫事人員教育訓練課程」至少 1 場。

(2)現行兒童醫療照護量能持續萎縮中，要保護其服務量能，本項強調「人文關懷」與「保障兒童的醫療需求得到足夠的照護」。

(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，請中央健康保險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 年增編預算。

6.強化高齡人口之基層醫療照護(0.359%，預估增加 458.2 百萬元)(113 年新增項目)：

(1)執行目標：

強化高齡照顧，其可避免住院率及急診率，較現有比率降低百分之 2。[相關數據計算請中央健康保險署提供]。

預期效益之評估指標：

降低「可避免住院率」及「可避免急診率」。

(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，請中央健康保險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 年增編預算。

7.因應高血壓指引修正，所增加之醫療服務密集度(0.141%，預估增加 180 百萬元)(113 年新增項目)：

(1)執行目標：

以新發現高血壓且照護病人為目標，新增醫療費用約 4.21 億元(註)，但囿於成長率上限 4.7%，本項醫療費用僅增加編列 180 百萬元。

預期效益之評估指標：

執行預算。

註：

①參考健保署統計 2021 年高血壓性疾病就醫人數為 272.5 萬人，醫療費用約 263.4 億元。

②以盛行率增加 40%計算，將「增加醫療費用」約 105.3 億元。

③再以醫院與基層高血壓照護占比約 6：4，換算西

醫基層約 42.19 億點。建議預算可分 10 年編列，1 年增加 4.21 億元。

④因高血壓民眾「病識感」不高，無法立竿見影。西醫基層會非常努力，加強診斷，並先給與非藥物治療、強化健康促進的生活，窮盡一切非藥物治療都沒有辦法改善，才給予藥物治療。但過程中仍會增加醫療利用(診察費等)。

(2)如需執行預算扣減規劃，請中央健康保險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 年增編預算。

(3)檢附參考資料 1。

8.因醫療品質提升，增加之醫療費用(0.395%，預估增加 504 百萬元)(113 年新增項目)：

(1)執行目標：

提高收案對象「代謝症候群改善率」。

預期效益之評估指標：

同代謝症候群防治計畫中之「代謝症候群改善率」指標定義。

(2)透過定期追蹤的檢驗(查)數值，醫病雙方可以掌握健康進步的狀態，進而調整健康管理的方法。

(3)目前追蹤管理及年度評估的檢驗(查)，都是由一般服務預算支應，並沒有用到專款預算，當收案人數增加，就會提高醫療服務的密集度。

9.提升國人視力照護品質(0.235%，預估增加 300 百萬元)：

(1)執行目標：

依核定預算換算目標值。

預期效益之評估指標：

每月申報超過 40 件以上白內障手術之醫師，其「VPN

登錄率」大於 90%。

(2)中央健康保險署僅以手術量來推估 112 年費用不足 155.5 百萬元，但其未將「疫情期間的醫療需求遞延效應」納入考量。

(3)如需執行預算扣減規劃，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行。

(4)檢附參考資料 2。

10.B 型肝炎病毒治療藥費移列專款(0%)：維持於一般服務執行。

11.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.049%，減少 62.1 百萬元)：本項不列入 114 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 10,096.3 百萬元。

1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)：

(1)全年經費 234 百萬元。

(2)新醫療科技移列專款的優點：

①不影響民眾就醫權益(用藥、診療等)。

②專款預算未導入部分不需扣減基期，直接回歸安全準備金。

③有效監控新醫療科技使用情形。

2.暫時性支付(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(113 年新增項目)：

(1)全年經費 0 百萬元。

(2)建議編列於專款項目新醫療科技。

3.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。

(3)巡迴計畫之預算支用範圍，建議修正與醫院一致，包

含醫院及診所執行本方案產生之「診察費加成，巡迴醫療服務醫師、護理人員、藥事人員之報酬、診察及診療費用點值最高補至 1 元之費用及執行本方案產生之醫療費用」。

4. 家庭醫師整合性照護計畫：

(1) 全年經費 4,248 百萬元。

(2) 持續與中央健康保險署研擬，執行「大家醫計畫」逐步整合各項疾病照護計畫與家醫會員之聯結。

5. 代謝症候群防治計畫：

(1) 全年經費 616 百萬元。

(2) 持續與國民健康署滾動式檢討、精進照護內容。

6. C 型肝炎藥費：

(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。

7. 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、慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案。

8. 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西醫基層總額一般服務費用結算。

9. 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。

10. 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。
11. 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。
12. 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。
 - (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。
13. 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西醫基層總額一般服務費用結算。
14. 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，併入西醫基層總額各分區一般服務費用結算。
15. 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) 考量醫事機構與健保資料及政策推廣之緊密性及數據傳輸之便利性，且中央健康保險署每年大力要求醫事機構上傳檢驗(查)結果及醫療檢查影像等，持續提出各項資訊更新政策規劃，如醫療費用申報格式改版、健保卡資料上傳格式改版(就醫識別碼)、電子

處方箋等，都加劇網路頻寬速度升級的需求。建議持續補助並延長執行期間至少 5 年。

16. 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫：全年經費 9.7 百萬元。

17. 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。

18. 因應長新冠照護衍生費用：全年經費 10 百萬元。

19. 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：全年經費 1,000 百萬元。

20. 癌症治療品質改善計畫：

(1) 全年經費 93 百萬元。

(2) 本項經費得與醫院、牙醫門診總額同項專款相互流用。

21. 慢性傳染病照護品質計畫：

(1) 全年經費 20 百萬元。

(2) 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

22. 品質保證保留款：

(1) 全年經費 126.2 百萬元。

(2) 原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 113 年度品質保證保留款(126.2 百萬元)合併運用(計 231.4 百萬元)。

(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 4.587%。

3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。

4.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。

(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)鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之具體實施方案請於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月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，113 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 4.697%。各細項成長率及金額，如附表。

附表 113 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(兩案送主管機關決定)

項目	付費者代表方案		西醫基層代表方案		
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
一般服務					
醫療服務成本及人口因素成長率		3.517%	4,482.9	3.517%	4,482.9
投保人口預估成長率		-0.757%		-0.757%	
人口結構改變率		1.470%		1.470%	
醫療服務成本指數改變率		2.837%		2.837%	
協商因素成長率		0.187%	237.9	1.947%	2,484.4
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) (*西醫基層代表方案列專款項目)	0.176%	224.0	* -	* -
	藥品及特材給付規定改變	0.060%	76.0	0.157%	200.0
	配合分級醫療，調高診察費	0.000%	0.0	0.096%	122.5
	因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費	0.000%	0.0	0.517%	659.3
	強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護 (113年新增項目)	0.000%	0.0	0.096%	122.5
	強化高齡人口之基層醫療照護 (113年新增項目)	0.000%	0.0	0.359%	458.2
	因應高血壓指引修正，所增加之醫療服務密集度 (113年新增項目)	0.000%	0.0	0.141%	180.0
其他醫療服務利用及密集度之改變	因醫療品質提升，增加之醫療費用 (113年新增項目)	0.000%	0.0	0.395%	504.0

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)	
		提升國人視力照護品質	0.000%	0.0	0.235%	300.0
		B型肝炎病毒治療藥費移列專款	0.000%	0.0	0.000%	0.0
	其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.049%	-62.1	-0.049%	-62.1
一般服務成長率 ^{#2}	增加金額		3.704%	4,720.8	5.464%	6,967.3
	總金額			132,186.3		134,429.7

專款項目(全年計畫經費)

新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) (*付費者代表方案列一般服務)	* -	* -	234.0	234.0
暫時性支付(113年新增項目) (*付費者代表方案併入一般服務「新醫療科技」項目) (*西醫基層代表方案建議編列於「新醫療科技」專款項目)	* -	* -	* -	* -
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	4,248.0	300.0
代謝症候群防治計畫	616.0	0.0	616.0	0.0
C型肝炎藥費	292.0	0.0	292.0	0.0
醫療給付改善方案	900.3	0.0	900.3	0.0
強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,320.0	0.0	1,320.0	0.0
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

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)
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	223.0	-30.0	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
因應長新冠照護衍生費用	10.0	0.0	10.0	0.0
促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)	1,213.6	213.6	1,000.0	0.0
癌症治療品質改善計畫	93.0	-22.0	93.0	-22.0
慢性傳染病照護品質計畫	20.0	0.0	20.0	0.0
品質保證保留款	126.2	1.9	126.2	1.9
專款金額	9,745.9	163.5	10,096.3	513.9
較基期成長率(一般服務+專款)^{註3}	增加金額	4,884.3	4.714%	7,481.2
	總金額	141,932.2		144,526.0
門診透析服務成長率	增加金額	965.2	4.587%	965.2
	總金額	22,007.8		22,007.8
較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)^{註4}	增加金額	5,849.6	4.697%	8,446.5
	總金額	163,940.0		166,533.8

註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，113 年度總額之基期(採淨值)，係以 112 年度健保醫療給付費用，於一般服務扣除「111 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 127,465.0 百萬元(含 112 年一般服務預算為 128,629.3 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-1,124.3 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 151.7 百萬元，及扣除 111 年度新醫療科技未導入金額 191.7 百萬元)。

3.計算「較 113 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 138,020.1 百萬元，其中一般服務預算為 128,437.7 百萬元(112 年度健保醫療給付費用公告金額為 128,629.3 百萬元，扣除 111 年度新醫療科技未導入金額 191.7 百萬元)，專款為 9,582.4 百萬元。

4.計算「較 113 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 159,062.7 百萬元，其中一般服務預算為 128,437.7 百萬元(112 年度健保醫療給付費用公告金額為 128,629.3 百萬元，扣除 111 年度新醫療科技未導入金額 191.7 百萬元)，專款為 9,582.4 百萬元，門診透析為 21,042.6 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。

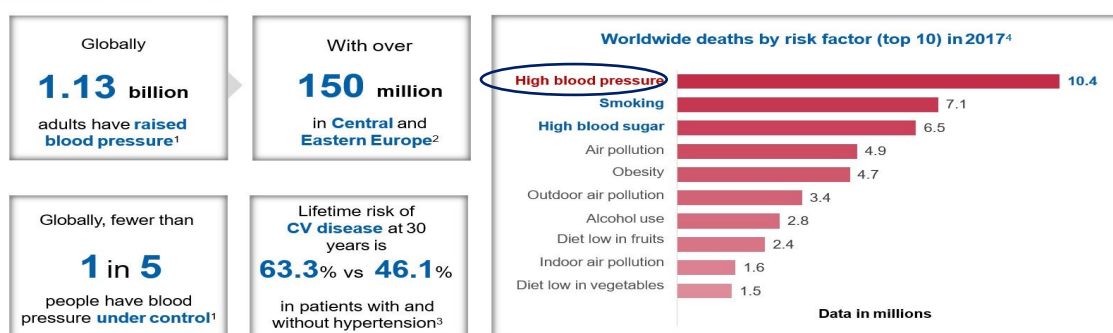
「因應高血壓指引修正，所增加醫療服務密集度」

高血壓是死亡風險因子第一名的疾病，值得吾人多投資經費！尤其台灣國民平均餘命偏低。落後日本、新加坡、韓國等國。

2023.8.4 大岡山醫療群邀請義大醫院內科部何立鈞教學副部長演講「2022 台灣高血壓治療指引」，首先引用 WHO 資料，顯示全球死亡危險因子第一名是高血壓，其次才是抽菸、糖尿病、空氣污染、肥胖...可見控制血壓的重要性。

醫療服務提供者應盡可能找出高血壓病人，努力衛教病人接受治療（因高血壓是一種沒有症狀的沉默殺手）；執行國家政策者應該投予足夠經費，來改善高血壓防治，否則無法改善台灣國民「平均餘命」在日本和亞洲四小龍之間敬陪末座。

Hypertension is a global health issue



CV, cardiovascular.

1. WHO fact sheet for hypertension. Available at <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>. Last accessed 14 Oct 2020.
2. Williams B et al. Eur Heart J 2018;39:3021-3104. 3. Rapsomaniki et al. Lancet 2014;383:1899-1911; 4. Global Burden of Disease Study 2017. IHME, 2019. Available at <https://ourworldindata.org/grapher/number-of-deaths-by-risk-factor>. Last accessed 14 Oct 2020.

圖 1 WHO 的資料，顯示世界上死亡危險因子第一名是高血壓

<台灣本土資料>

2020.6.5 高雄縣醫師公會林誓揚常務理事到大岡山醫療群演講「慢性病管理之高血壓」，提及台灣大學公衛學院與國健署合作執行「台灣地區歸因於可介入危險因子之主要疾病死亡負擔」研究，利用台灣本土健康資料庫，包括國民健康訪問調查、台灣三高盛行率調查、國民營養健康狀況變遷調查等，及環保署空氣品質測站資料，整合臺灣死因統計資料，評估生活型態、代謝、環境、感染因子對國人死亡影響，分析結果顯示，高血糖、吸菸與高血壓高居國人健康危險因子的前三位。高血壓必須加強防治。

可歸因的死亡人口

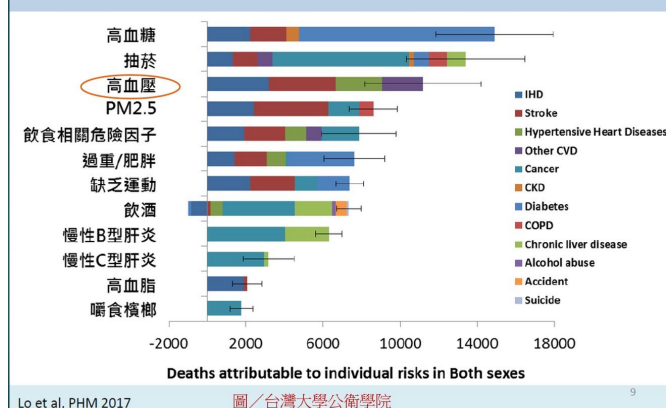


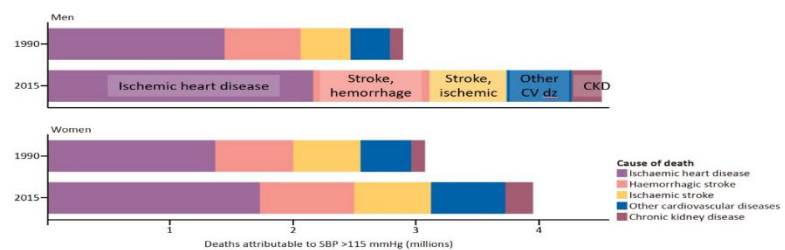
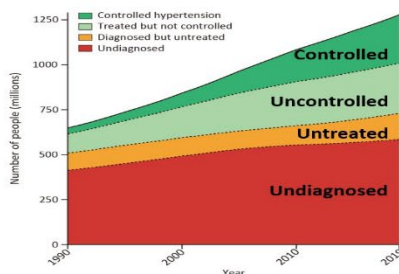
圖 2 台大公衛與國健署研究顯示，高血糖、吸菸與高血壓高居國人健康危險因子前三位

台灣高血壓的病人，有沒有得到適當的治療？ 若只有 20% 得到治療，需不需要投資經費努力改善？

何立鈞副部長引用 2021 年 Lancet 資料，顯示高血壓病人，只有五分之一達到良好的控制，其他五分之四，多數不知道自己患有高血壓，只有少數知道自己患有高血壓卻沒有接受治療，約五分之一有接受治療但沒有得到良好控制。這樣的後果易導致高血壓後端的心臟衰竭、心肌梗塞、主動脈剝離、腦中風、慢性腎臟病、糖尿病共病等盛行率大增，就會導致台灣平均餘命偏低。這個資料顯示一定要加強高血壓的診斷、衛教、治療。政策面更需投注更多的關注和經費，要國家醫療政策的領導人，決策核心，有此深刻體認，才能大幅改善。

The Trends and Impact of Hypertension

Globally: 59% (55–62) of women and 49% (46–52) of men with hypertension reported a previous diagnosis of hypertension in 2019.



High blood pressure is one of the most important risk factors for ischemic heart disease, stroke, other cardiovascular diseases (CVDs), chronic kidney disease and dementia.

Lancet 2021;398: 957–80
Nat Rev Cardiol. 2021;18(11):785–802 TW2210243781

圖 3 Lancet 資料顯示高血壓的病人，只有五分之一達到良好的控制，尚有許多努力的空間。

<台灣本土資料>

高雄縣醫師公會林誓揚常務理事強調高血壓的治療，在台灣有一半以上是沒有得到適當的治療，或是完全沒有治療，如此會導致許多的併發症、後遺症，嚴重傷害國民健康，這就是我們衛福部、健保署、醫界要共同努力的地方。

台灣高血壓良好控制比例，只有 30-40%！需多加強診斷、非藥物治療、藥物治療！

高血壓之自知率及控制率

表 2 20 歲以上民眾高血壓之自知率及控制率

項目	年齡層	男	女	合計
		%	%	%
自知率	20-39 歲	24.6	57.5	34.2
	40-64 歲	70.3	80.4	74.2
	65 歲以上	79.1	82.1	80.7
控制率	20-39 歲	18.2	35.3	23.2
	40-64 歲	45.3	59.6	50.9
	65 歲以上	56.7	59.1	57.9

資料來源：2013-2015 年國民營養健康狀況變遷調查

自知率定義：

控制率定義：分子：體檢值血壓控制在收縮壓<140mmHg 及舒張壓<90mmHg。

分母：體檢值收縮壓≥140mmHg 或舒張壓≥90mmHg 或問卷調查回答有服用降血壓藥物或曾經醫師診斷有高血壓者

- ▶ 三分之一患者不自覺有高血壓
- ▶ 已知高血壓患者良好控制: 30~40%

圖 4 高血壓良好控制比例，只有 30-40%，尚有許多努力空間

十大死因第六名高血壓，可能嚴重低估！ 高血壓直接、間接造成的死亡，和癌症一樣的可怕。

何立鈞副部長提到，一般人比較少知道死亡診斷書的「死亡原因」如何決定。假設有人長期高血壓控制不佳，甚至沒有治療，引起出血性腦中風，最後心肺衰竭死亡，那死亡原因應該要寫最起始的病因～高血壓。但有部份醫院的醫師，因不了解病人數十年疾病過程，他只觀察到住院的情況，認為是出血性腦中風導致死亡，那死亡原因就是出血性腦中風。甚至有的醫師只在急診見病人一面，就寫心肺衰竭死亡，以致死亡原因高血壓常被低估。高血壓雖是我們十大死因第六名，但十大死因第二名心臟疾病，和第四名腦血管疾病，也可能是因高血壓引起，高血壓才是許多死亡原因真正根源，醫師如果沒有正確瞭解最起始疾病，「死亡原因」高血壓就會被低估，所以控制血壓真的很重要。

The Trends and Impact of Hypertension in Taiwan

109年十大死因						110年十大死因							
死因別	死亡人數 (人)		死亡率 (每十萬人口)		標準化死亡率 (每十萬人口)		死因別	死亡人數 (人)		死亡率 (每十萬人口)		標準化死亡率 (每十萬人口)	
	年增率 (%)	年增率 (%)	年增率 (%)	年增率 (%)	年增率 (%)	年增率 (%)		年增率 (%)	年增率 (%)	年增率 (%)	年增率 (%)	年增率 (%)	
所有死亡原因	173,067	-1.3	733.9	-1.3	390.8	-4.3	所有死亡原因	184,172	6.4	784.8	6.9	405.5	3.8
1. 癌症	50,161	-0.1	212.7	-0.1	117.3	-3.3	1. 癌症	51,656	3.0	220.1	3.5	118.2	0.7
2. 心臟疾病 (高血壓性疾病除外)	20,457	3.0	86.7	3.1	43.8	0.4	2. 心臟疾病 (高血壓性疾病除外)	21,852	6.8	93.1	7.3	45.6	4.3
3. 肺炎	13,736	-9.5	58.2	-9.5	26.4	-12.1	3. 肺炎	13,549	-1.4	57.7	-0.9	25.3	-4.0
4. 腦血管疾病	11,821	-2.9	50.1	-2.9	25.2	-5.4	4. 腦血管疾病	12,182	3.1	51.9	3.6	25.2	-0.3
5. 糖尿病	10,311	3.2	43.7	3.2	22.0	-1.1	5. 糖尿病	11,450	11.0	48.8	11.6	23.8	8.1
6. 事故傷害	6,767	1.9	28.7	2.0	20.3	1.1	6. 高血壓性疾病	7,886	17.6	33.6	18.2	15.2	13.2
7. 高血壓性疾病	6,706	7.2	28.4	7.3	13.4	3.9	7. 事故傷害	6,775	0.1	28.9	0.6	20.0	-1.4
8. 慢性下呼吸道疾病	5,657	-10.2	24.0	-10.2	11.0	-12.6	8. 慢性下呼吸道疾病	6,238	10.3	26.6	10.8	11.7	6.1
9. 腎炎腎病症候群及腎病變	5,096	0.9	21.6	1.0	10.5	-2.3	9. 腎炎、腎病症候群及腎病變	5,470	7.3	23.3	7.9	10.9	4.2
10. 慢性肝病及肝硬化	3,964	-6.5	16.8	-6.5	10.3	-7.8	10. 慢性肝病及肝硬化	4,065	2.5	17.3	3.0	10.4	0.6
							19. 嚴重特殊傳染性肺炎 (COVID-19)	896	-	3.8	-	2.0	-

Taiwan Ministry of Health and Welfare. Cause of Death Statistics (W2210243781)

圖 5 高血壓常常是心臟疾病、腦血管疾病的根源

「WHO」資料顯示「全球死亡危險因子第一名是高血壓」，如果台灣做的不夠好，國民壽命就會輸給韓國。要迎頭趕上，一定要投資經費於高血壓的診斷和治療。

Lancet 顯示只有五分之一高血壓得到治療。台灣官方資料高血壓有 30-40% 得到治療，更顯示我們應該大力的推廣&「投資經費」於高血壓的診斷和治療。

第三頁指出高血壓是許多共病根源，如果最基礎的高血壓治療不理想，導致後端的腦中風、心肌梗塞等慢性病的照護品質不好。現在醫學非常重視「可避免死亡率」以及「HAQ」(Healthcare Access & Quality Index)，Lancet 評比台灣慢性病照顧不佳，改善高血壓治療，台灣慢性病照顧成績應該會得到長足的進步。

高血壓改善後(要讓高血壓者「都」知道自己有高血壓，先非藥物治療、不得已才藥物治療)，國民會少中風、少心肌梗塞，少腎臟硬化而洗腎等，會活的更健康，活得更久，減少不健康的餘命(7-8 年)，這就是我們的目的。

真正落實健保法第 1 條:為增進全體國民健康，辦理全民健康保險。

綜上，懇請健保署、健保會諸委員大力支持 113 年總額成長率協商項目:「因應高血壓指引修正，所增加醫療服務密集度」，台灣民眾健康甚幸！



圖 8 2022 台灣高血壓治療指引

附錄:計算參考: 美國在 2017 年修改高血壓臨床指引, 將標準下修到 130/80 mmHg。台灣直到 2022 年 5 月才跟進, 正式將高血壓標準從 140/90 調降至 130/80 mmHg。

- (1)高醫蘇河名教授 2022 年研究, 以台灣生物資料庫分析, 如新的定義 130/80 分析, 國人罹患高血壓人數將增加 15.5%, 扣除人口結構改變率 1.47%, 增加 14%。國健署統計 18 歲以上高血壓盛行率 26%, 增加 14%盛行率將增加為 40%。增加高血壓人數為原來 26%「再」增加 14%, 台灣資料增加比例為 $14/26=54\%$ 。
- (2) 陽明醫學院陳震寰院長 2019 研究:根據新的高血壓定義 (130/80), 台灣男性高血壓罹患率為 48.7%, 女性 30.7%; 相較舊定義, 男、女性增加 18.8%、9.4%。
- (3)2017 年美國將高血壓標準從 140/90 下修到 130/80, 罹患率上升 13.7%, 估計比原來的高血壓人口增加 42.9%。(資料自 J Am Coll Cardiol. 2018; 71(2):109-18.)
- (4)110 年全國高血壓性疾病醫療費用 263.41 億點*(約略增)40%, 約增加 105.49 億點。
- (5)再以醫院與基層高血壓照護占比約 6:4, 換算西醫基層約 42.19 億點。
- (6)因應高血壓民眾「病識感」不高, 無法立竿見影。西醫基層診所會非常努力, 希望 10 年內可以達成目標, 建議分 10 年編列, 1 年增加 4.21 億點來照顧民眾健康。

執行方式

1. 當然全聯會一定得多舉辦高血壓學術研討會, 例如每個月都有一個禮拜六, 會舉辦全國大型醫療品質學術演講, 安排傑出的講師, 完善精美的講義, 一定可以讓所有的基層醫師體察到高血壓的診斷不足, 有許多人不知道他有高血壓, 要加強我們的診斷能力, 並先給與**非藥物治療**, 窮盡一切非藥物治療沒有辦法, 才給予藥物治療。
2. 家醫照護計畫和代謝症候群防治計劃等許多計畫, 也可以要求高血壓的診斷和治療品質。有許多可以努力的目標。
3. 「台灣醫界雜誌」可以多多邀稿~有關高血壓的診斷、治療, 強調**非藥物治療**, 讓基層醫師知道高血壓的診斷標準有下修, 以減少高血壓後端的心臟衰竭、心肌梗塞、主動脈剝離、腦中風、慢性腎臟病、糖尿病共病等併發症, 期提高台灣平均餘命。
4. 台灣醫界雜誌最後面「醫師繼續再教育」通訊學分, 也可以加強這方面要求。目前每個月大概有 6000 位醫師有藉由台灣醫界雜誌「醫師繼續再教育」通訊測驗拿到學分~至少醫師會員們一定會很用心研讀這些高血壓學術文章。

提升國人視力照護品質

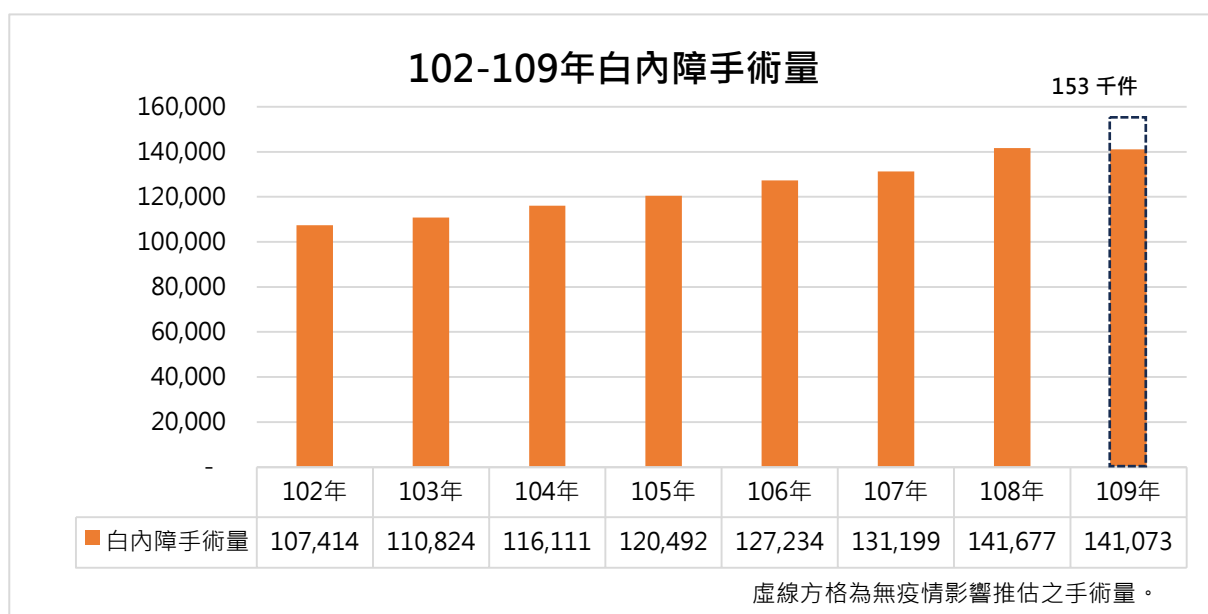
1. 因應人口老化，白內障手術量逐年成長

首先，戰後嬰兒潮出生者(1946~1964 年)開始進入白內障的發生期，增加的人數以前並未詳細估算。

	出生世代	人口數
99 年 55-74 歲人口	1936-1954	3,985,546
109 年 55-74 歲人口	1946-1964	5,850,105

※戰後嬰兒潮出生的 55-74 歲人口(出生年 1946-1964)，人口增加(585 萬)為 10 年前出生之同年齡層 398 萬人 1.5 倍。

且白內障手術成長率遠高於非協商因素的人口結構改變率。自 102 年至 108 年白內障手術量成長介於 3.1%至 8.0% (108 年)，109 年若排除新冠疫情影響，手術量推估達 153 千件，較 108 年增加 12 千件(下圖)。自 111 年起，因應放寬原有「限 40 例」之規定，即取消事前送審規定，爰編列 1.2 億預算因應。



2. 112 年白內障手術量及醫療支出高於預期

依據健保署統計 112 年上半年手術量超出 5226 件，以平均每件白內障手術 30000 元計算，全年費用不足 313.6 百萬元 (超出 5266 件×30000 元×2=313.6 百萬元)。[白內障手術為論病例計酬保障每點 1 元]

112 年各區點值受疫情嚴重影響大幅滑落，卻仍需補足白內障手術超量

每點 1 元。

以台北區為例，112 年上半年手術量超出 1847 件，全年費用不足 110.8 百萬元（超出 1847 件×30000 元×2=110.8 百萬元）。

台北區平均點值六區最低（第一季 0.9382；第二季 0.8791），還需補足手術費用不足 1 元金額共 5.1 百萬元，全年 10.2 百萬元。

★全國西醫基層 112 年上半年白內障手術案件申報與 110、111 年同期比較

項目	申報件數			112 上半年成長情形		112 年分配預算推估				
	110 上半年 A	111 上半年 B	112 上半年 C	111 上半年	110 上半年	110 年 各區申報 件數 (基期)	111 年 各區估計 可成長 件數 ^{註1}	112 年		
				成長率 C/B-1	成長率 C/A-1			各區全年 估計分配 件數 E ^{註2}	平均 半年分配 件數 F=E/2	超出半 年分配 件數 C-F
臺北	15,669	18,558	19,509	5.1%	24.5%	33,252	1,320	35,323	17,662	1,847
北區	8,144	9,653	10,278	6.5%	26.2%	17,700	600	18,697	9,349	929
中區	13,240	14,545	15,527	6.8%	17.3%	27,240	760	28,608	14,304	1,223
南區	12,115	12,318	13,460	9.3%	11.1%	24,328	600	25,469	12,735	725
高屏	14,359	14,943	15,841	6.0%	10.3%	29,579	640	30,875	15,438	403
東區	930	983	1,061	7.9%	14.1%	1,803	80	1,924	962	99
合計	64,457	71,000	75,676	6.6%	17.4%	133,902	4,000	140,896	70,450	5,226

註1：111 年西基總額分配一般服務新增項目「提升國人視力照護品質」計 1 億 2,000 萬元，以一般服務預算占率推估各區成長件數(資料來源：全聯會提供)。

註2：112 年各區估計分配件數=(110 年各區申報件數+111 年各區估計可成長件數)* (1+112 年一般服務預算成長率_2.172%)。

註3：資料擷取時間：112 年 8 月 16 日。

3. 113 年協商項目「提升國人視力照護品質」預算編列建議

依健保署統計，111 年白內障手術成長量，扣除 110 年申報件數及自然成長率，增加 9,152 件，預算執行率 157.7%，111 年 1.2 億元預算不足約 7 千萬元。

112 年起新冠疫情降級，國人白內障手術需求已逐步恢復疫情前（108 年）情形，但健保署推估 112 年醫療費用 31.995 億點，未將疫情期間的醫療需求遞延效應納入考量；依本會試算 112 年所需醫療費用應為 36.655 億萬元，預算編列應為 6.215 億元（36.655 億元－30.44 億元）。

此外，健保署僅推估至 112 年費用缺口即達 1.555 億元，較 111 年費用缺口 0.233 億元，成長 567%；且 112 年分區點值最低已達 0.8159（台北區 Q2），不可輕視 113 年任何成長項目及費用缺口造成的衝擊。

本會試算「113 年」所需預算為 7.04 億元，考量 113 年成長率上限 4.7%，建議編列 3 億元。本會與健保署就本項 113 年預算編列對照如下：

醫師公會全國聯合會版本

健保署版本

預算編列：7.04 億元

1. 以「限縮 40 例」110 年手術量計算：134,697 件。
2. 以「放寬 40 例」預估 113 年手術量^{註 1}：186,390 件。
3. 與 110 年相較之費用需求^{註 2}：10.69 億
4. 編列預算^{註 3}：7.04 億

註 1：

108 年各季手術量 × (1+109 年無疫情成長率) × (1+110 年無疫情成長率) × (1+111 年放寬 40 例規定成長率) × (1+112 年成長率) × (1+113 年成長率) = 186,390 件

(1) 109 年及 110 年無疫情成長率：

Q1:5.2%；Q2:4.4%；Q3:4.9%；Q4:4.5%

(2) 111 年放寬 40 例規定成長率：

Q1:7.7%；Q2:12.5%；Q3:12.2%；Q4:2.2%

(3) 112 年及 113 年成長率 (102-111 年實際及無疫情成長率之平均)：

Q1:5.4%；Q2:5.3%；Q3:5.7%；Q4:4.3%

註 2：

(186,390 件 - 134,697 件) × 20,679 = 51,693 件 × 20,679 = 10.69 億

註 3：

10.69 億 - 111 年已納入基期之預算 - 112 年已納入基期之預算 - 113 年已納入基期之預算 = 10.69 億 - 1.2 億 - 1.2 億 × (1+2.172%) - 1.2 億 × (1+2.172%) = 10.69 億 - 3.65 億 = 7.04 億

預設 112 年及 113 年一般服務服務成長率均為 2.172%。

預算編列：1.555 億元

1. 查 111 年度預算 120 百萬元係以 111 年申報件數相較於 110 年(基期)增加數，並扣除過去 5 年(106-110 年)年平均成長率 1.4% 做為自然成長率計算本項預算執行情形。
2. 統計 102 年~111 年各年度件數成長率範圍為-4.6%~8.0%，多數年度較一般服務成長率 1.634%~3.963% 高。觀察除 105 年、109 年及 110 年外，其餘年度件數成長率皆高於該年一般服務成長率。
3. 以 101 年醫療費用及 102~112 年一般服務成長率計算年度可執行預算，112 年不足 1.555 億元。

(申報件數 102 年為 107,148 件、103 年為 110,294 件、104 年為 115,654 件、105 年為 119,930 件、106 年為 126,524 件、107 年為 130,480 件、108 年為 140,936 件、109 年為 140,329 件、110 年為 133,903 件及 111 年 145,329 件)

年度	總醫療費用 (百萬點)D	一般服務成 長率% F	年度預算(含一般服務 成長率增加金額) (百萬元) I=102年D*(1+F)	年度可執行預算數(截 至111年)(百萬元) J=I-D
101	2,047.6			
102	2,211.4	2.494%	2,098.6	-112.8
103	2,276.4	1.634%	2,247.6	-28.9
104	2,387.1	2.447%	2,302.6	-84.5
105	2,476.0	3.831%	2,390.8	-85.2
106	2,612.1	3.963%	2,485.5	-126.6
107	2,694.2	2.310%	2,542.9	-151.3
108	2,910.0	2.901%	2,616.7	-293.3
109	2,898.2	3.685%	2,713.1	-185.1
110	2,766.3	3.493%	2,807.9	41.5
111	3,002.6	1.831%	2,979.3	-23.3
推估112年	3,199.5	2.172%	3,044.0	-155.5

備註：111年新增「提升國人視力照護品質」預算120.0百萬元，增加111年度可執行預算合計2979.3百萬元

健保署僅以手術量來推估 112 年費用不足 1.555 億元，但其未將「疫情期間的醫療需求遞延效應」納入考量；依本會重新試算，費用不足 6.215 億元。

單位：百萬元、件

年度	本會版本			健保署版本		
	手術量	醫療費用	費用不足	手術量	醫療費用	費用不足
112 年	177,257	3,665.5	621.5 註 1	154,722	3,199.5	155.5 註 2
113 年	186,390	3,854.4				

註 1：

- (1) 健保署計算 112 年年度預算 3,044.0 百萬元。 $[111 \text{ 年總醫療費用} \times (1 + 2.172\%) = 3,044.0 \text{ 百萬元}]$
- (2) 本會試算 112 年手術量 177,257 件，總醫療費用 3,665.5 百萬元，費用不足 621.5 百萬元。 $[177,257 \text{ 件} \times 20,679 \text{ 點} = 3,665.5 \text{ 百萬元} \cdot 3,044.0 \text{ 百萬元} - 3,665.5 \text{ 百萬元} = -621.5 \text{ 百萬元}]$

註 2：

- (1) 健保署計算 112 年年度預算 3,044.0 百萬元。 $[111 \text{ 年總醫療費用} \times (1 + 2.172\%) = 3,044.0 \text{ 百萬元}]$
- (2) 健保署推估 112 年總醫療費用 3,199.5 百萬元，費用不足 155.5 百萬元。 $[112 \text{ 年 1-6 月總醫療費用} / (111 \text{ 年 1-6 月總醫療費用} / 111 \text{ 年總醫療費用}) = 3,199.5 \text{ 百萬元} \cdot 3,044.0 \text{ 百萬元} - 3,199.5 \text{ 百萬元} = -155.5 \text{ 百萬元}]$

針對 113 年度其他預算，中央健康保險署建議維持原提各項預算金額，書面意見補充如下：

113 年度其他預算協定項目表				單位：億元
序號	項目	健保署草案		
		113 年 預算	113 年 新增預算	補充說明重要性或必要性
總計(T)		183.54	25.75	
1	基層總額轉診型態調整費用	8.00	0.00	
2	山地離島地區醫療給付效益提昇計畫（各分區試辦論人計酬計畫）	8.55	2.50	IDS 計畫推動至今，多以醫療診治為主，鼓勵醫療院所投入健康促進取代疾病診療，提供全人整合性照護服務，建構以「整合」為主健康行動，自 111 年起已於花蓮縣秀林鄉試辦山地鄉全人整合照護執行方案，為使全國山地離島地區皆能進行全人照護，建議自 113 年起擴大至各分區均擇 1 地點試辦，作為未來推廣論人計酬之參考，實為政策所需。
3	居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務(內含在宅急症照護試辦計畫 HAH 預算 2 億元)	83.78	5.75	1.已達共識。 2.為因應高齡化社會，提升失能患者醫療可近性，居家醫療現為本署重點政策，且 113 年為減少病人住院情形，增加提供急症病人適切的在宅醫療服務，新增之預算建議全數保留，以利政策推行。
4	支應醫院及基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病治療藥費、罕見疾病特材、器	2.90	0.00	

113 年度其他預算協定項目表

單位：億元

序號	項目	健保署草案		
		113 年 預算	113 年 新增預算	補充說明重要性或必要性
總計(T)		183.54	25.75	
	官移植專款 不足之經費 與狂犬病治 療藥費			
5	支應醫院及 西醫基層總 額 C 型肝炎 藥費專款不 足之經費 (配合 B 型肝 炎藥費移列 專款，建議 更改名稱為 「支應醫院 及西醫基層 總額病毒性 肝炎藥費專 款不足之經 費」)	6.00	0.00	
6	推動促進醫 療體系整合 計畫 (PAC、 遠距、門診 整合、跨層 級支援)	4.50	-1.00	本項付費者版並未刪減預算，惟考量本項預算有撙節空間，本署建議減列 1 億元。
7	調節非預期風 險及其他非預 期政策改變所 需經費	8.00	0.00	
8	提升院所智 慧化資訊機 制、獎勵上 傳資料及其 他醫事機構	14.86	-1.50	1.本署近年推行各項政策如就醫識別碼、部分負擔新制、電子處方箋等，皆需醫療院所提升網路頻寬及智慧化資訊能力，以利醫療院所即時上傳、迅速查詢病患於不同醫療院所間之醫療資訊；又醫界多次表示

113 年度其他預算協定項目表

單位：億元

序號	項目	健保署草案		
		113 年 預算	113 年 新增預算	補充說明重要性或必要性
總計(T)		183.54	25.75	
	網路頻寬補助費用			資料上傳及提升資訊系統能力均需成本，且本項補助可增進醫療院所與本署間資料傳輸之緊密性、便利性，及配合執行本署緊急政策如疫情期間查詢 TOCC、疫苗注射狀況及確診隔離資訊等。 2. 又本署自 104 年起辦理「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，鼓勵醫療院所上傳檢驗(查)結果等資料，以避免不必要之檢驗(查)，確保病人安全。統計至 112 年 7 月整總體檢驗(查)上傳率已達 95% 以上，惟醫療院所仍需逐步汰換舊型醫療設備、更新院內資訊系統、臨床判讀及整理等成本；又基層診所檢驗(查)上傳率約 69.9%，雖較去年上傳率 39.1% 有顯著提升，惟基層診所囿於資訊能力不足，上傳率仍偏低，建議小幅刪減 1.5 億。
9	提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	16.54	0.00	
10	腎臟病照護及病人衛教計畫	5.11	0.00	
11	提升保險服務成效	5.00	0.00	1. 為提供醫療院所更優質的醫療資訊作業環境，113 年度本署持續推動以下計畫： (1) 試辦導入國際醫療資料交換標準 (FHIR)，藉由收載結構化資料，建立資料交換標準，提高資料利用價值。 (2) 持續優化醫療雲端查詢系統架構，規劃依臨床實務需求發展特定對象醫療主動提示功能；規劃優化影像調閱作業，提升醫療資訊服務品質。

113 年度其他預算協定項目表

單位：億元

序號	項目	健保署草案		
		113 年 預算	113 年 新增預算	補充說明重要性或必要性
總計(T)		183.54	25.75	
				<p>(3)持續優化醫療審查應用與模型試驗平台，以協助本署監控醫療現況與掌握計畫推行成效，並滾動式修正指標程式邏輯內容因應政策方針修訂。</p> <p>(4)持續強化行動應用服務暨健康資料使用功能，提升為民服務品質。</p> <p>(5)規劃將署本部機房於 113 年搬遷至符合資安標準及節能減碳要求之標準資訊機房(國發會委託中華電信營運的政府網際網路機房(GSN, Government Service Network))，建置兼顧資通安全、機房維運、節能減碳等面向之健保資訊環境。</p> <p>2.除上開資訊計畫，本署也運用醫療科技再評估與前瞻性評估機制提升健保給付項目之效益，另外，亦推動提升為民服務效益全民健保客服中心科技導航服務精進方案。</p> <p>3.建議維持本項預算，以利相關政策之推動。</p>
12	提升用藥品質之藥事照護計畫	0.30	0.00	
13	【新增】因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能	20.00	20.00	考量人口高齡化導致照護需求增加，又面臨護理勞動人口高齡化、護理工作負荷大、護理培育量能不足等因素，導致醫院護理人員不願留任而導致人力短缺。本項目係為提升護理人員薪資以實質運用於護理人員，鼓勵護理人員回流及留任、降低護理工作負荷，以強化護理照護量能。

第6屆112年第8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7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，大家早安，現在會議時間已經到了，委員出席已經到了法定出席人數，先請主委致詞。

盧主任委員瑞芬：謝謝各位委員，禮拜三真的非常辛苦，醫界代表菁英盡出，付費者代表更辛苦，與本會幕僚更是早上9點以前一路忙到23點32分，非常謝謝付費者及醫界代表這麼盡心盡力，雖然協商結果不是讓大家很滿意，但我們最起碼把程序走完了。

今天有1件感恩的事情要說一下，台灣醫院協會本月改選新任理事長，翁文能委員下個月卸任，下個月是新任理事長李飛鵬擔任本會委員。翁文能委員從106年9月14日兼任本會委員至今已經滿6年，真的非常感謝他多年來的辛勞跟貢獻，不管是會議中的發言或是私底下的斡旋，其實那邊花的時間更多，翁文能委員一直都秉持專業給出良心建議，請大家一起鼓掌謝謝翁文能委員的貢獻，非常感謝，捨不得讓你走，謝謝翁文能委員。

再來就是最近很夯的1本書《政府不敢告訴你的健保危機》，本會送給各位委員1人1本拜讀，作者是張鴻仁，這個不用介紹，他擔任過衛生署副署長、健保局第3任總經理等政府機關要職，所以他有很多的真話要講，最近出這本書我想給各位做參考，所以我們會裡面購置這本書送給各位委員，而且有作者簽名，希望大家繼續支持健保。好，接下來請執秘為各位說明議程。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主委、各位委員，剛剛主席已經講了，我們今天的議程比較簡單，討論事項2項，主要是禮拜三的協商結論，這是在禮拜三協商完成之後我們整理的，昨天趕工到晚上8、9點才完成，所以用補充資料提供，紙本放在桌上，昨天晚上也已將電子檔案寄給委員，線上的委員應該有收到，等一下我們做確認。

第2個討論事項是西醫基層代表周慶明委員提出，建議各總額部門專款「網路寬頻補助費用」延長執行期間，因為我們陸陸續續補

充本案資料，所以這個案子完整的提案內容列在補充資料，等一下委員討論時可以一併來看，以上是今天的議程安排。

盧主任委員瑞芬：請問各位委員對於議程安排有沒有意見？如果沒有，就開始今天的會議，進行會議紀錄確認。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

盧主任委員瑞芬：請問各位委員對於上一次的委員會議紀錄有沒有要垂詢或修改的地方？沒有的話，這部分就確認。請進行下一個議案。

貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周執行秘書淑婉：請先翻到會議資料第 12 頁，本會重要業務報告，項次一是上次委員會議決議(定)事項辦理情形，共 2 項，依照辦理情形，建議解除追蹤 2 項，最終還是依照委員會議結果辦理。

(一)請健保署跟各總額部門提出 113 年總額協商草案最後版本，我們已經在這禮拜三協商完了，本項一定是如期提交了，也處理完了，建議解除追蹤。

(二)對健保署業務執行季報告委員意見，健保署的回復在資料第 18~23 頁，健保署已經回復說明，也建議解除追蹤。

再翻到會議資料第 12 頁，項次二是有關 24 位團體代表委員聯名函文行政院，表達對衛福部 6 月 27 日預告修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」修正條文意見，請委員參閱。

項次三是健保署在 9 月 8 日來函修正 112 年醫院總額「因應長新冠照護衍生費用」專款項目的具體規劃內容、執行目標跟預期效益的評估指標，這部分為什麼健保署會提報本會，因為 112 年總額協定事項提到，本項的具體規劃內容要提到本會做確認，其實健保署在 4 月份委員會議已經提本會確認，因為現在有做一些調整修正，請委員看到三(二)，本次修正是新增預算用於 112 年 COVID-19 確診個案醫療費用點數，修訂支付的內容跟順序，並於執行目標增列「及減緩新冠引起的醫療耗用」等文字，讓預算的使用更有整體性，所以再函報本會請委員做確認。

項次四是今年辦理的公民參與會議活動，第 4 場次已經在 9 月 8 日辦理完竣，跟委員做報告。

項次五是下次委員會議依照年度工作計畫安排專案報告的主題，主要是監理指標監測結果跟研析報告，另外也請健保署報告「『促進醫療服務診療項目支付衡平性』(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」，簡單講就是配合不得重消之一次性醫材使用規範修訂，請健保署提報調整支付標準的分年目標、執行方法跟期程。若委員有意

見，請最晚在 9 月 26 日前向本會提出需要請健保署回應或說明的內容，這邊也拜託健保署如期提出相關的資料給本會做議程資料的處理。

項次六是衛福部跟健保署在本年 8 月至 9 月發布跟副知本會的相關資訊，資料已在 9 月 11 日寄到各委員電子信箱，簡單摘要請委員參閱第 13~14 頁，以上是簡單的報告，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請問現場跟線上的委員對於這次的業務報告有沒有什麼要提問、垂詢的地方？請王惠玄委員。

王委員惠玄：非常感謝國北護的張博雅教授辦理公民參與活動，不曉得有沒有書面資料或有機會到會裡面做口頭簡報嗎？另外一個議題是，有關健保署的即時查詢病患就醫資訊方案修正，訊息在第 15 頁，請問這是 9 月 1 日開始實施到 2023 年嗎？這個在禮拜三談完 113 年度總額之後會不會有所調整呢？謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請李永振委員。

李委員永振：謝謝，對於剛才執秘報告的部分沒有意見，我是針對會議資料第 22 頁，有關健保署的財務說明有一點請教，最主要還是在有關於 113 年適用平均眷口數的數值，我從 6 月開始請教，前面 3 次都是用書面請教，從 6 月到今天 9 月已經經過 4 個月，都還得不到答案，在上一次的書面，我還直白地告訴健保署，公告相關事宜就依照健保署規劃的進行，但是怎麼一直跳不出來，一直回復在公告的事宜上面，這會讓人覺得說好像沒有抓到重點，或是刻意在規避監理。在 10 月 18 日就有費率審議的會前會，裡面一定會有以平均眷口數計算的財務推估，希望能用實際平均眷口數的數字，減少推估的誤差，個人非常、非常、非常希望在那邊能夠看到這個數字，距離 12 月才差 2 個月而已，不要推到明年 7 月，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，其他委員還有沒有意見？線上的委員，有沒有要垂詢的地方？沒有，好，沒有的話，在請健保署回應之前，王惠玄委員針對公民會議這個部分，因為這計畫仍在進行中，等到計畫結束並完成審查程序後，一定會有書面報告，為節能減碳不要砍

太多樹，不需要每個委員都發，但有需要的委員我們會提供，至於會不會來會裡報告，我們要看一下議程安排，謝謝，接下來請健保署回應委員的詢問。

劉組長林義：首先針對王惠玄委員詢問，在第 15 頁資料，有關即時查詢的部分，其實他用的預算就是 112 年，就是今年的，計畫都是到 112 年 12 月底為止，至於前天協商的 113 年預算如果確定的話，計畫就會依據所協商的預算修正，以上。

盧主任委員瑞芬：謝謝。

陳組長美杏：有關李永振委員剛剛提到平均眷口數的部分，希望在 10 月 18 日財估時，以實際數字呈現，我想我們會努力，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，以上對於委員垂詢都有適當回應，請問委員還有沒有要垂詢的地方？請李永振委員。

李委員永振：我請教的事情，健保署的答覆我不滿意，什麼叫做要努力，去年 7 月 27 日就公告了，已經到 10 月 18 日還要努力什麼？我不懂？

盧主任委員瑞芬：請問健保署，李永振委員提到的這個部分，有沒有辦法以實際數字呈現？

陳組長美杏：我們是有一定的時程，相關的作業……。

李委員永振：我不是要你公告嘛，實際數字講出來嘛……。

陳組長美杏：我想說如果我們呈現的時候，一定是要公告確定就會納進來，要請委員諒解。

盧主任委員瑞芬：好，這個部分如果其他委員沒有意見，在重要業務報告部分，決定就是第 7 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，目前同意解除追蹤，其餘洽悉，接下來進行討論事項。

參、討論事項第一案「113 年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診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：向委員說明，有關 113 年度總額，本會已經在行政院交議範圍內，於 9 月 20 日完成協商，相關總額協商結論同仁已經整理文字，昨天晚上也以電子郵件寄給委員，現在放在桌上的補充資料，從第 9 頁開始，請委員參考，等一下確認時，桌面電腦也會呈現。先向委員說明，根據 113 年度總額協商原則，今天的委員會議要做協商結論的確認，確認時在協商原則有規定，協定事項文字在不違反原協商意旨的前提下，可以酌為調整，請委員看一下我們整理的文字，是不是有需要酌修的地方。等一下我們會建議依協商順序確認，有沒有需要文字酌調，但是依協商程序，不能改變實質內容，只做文字修正，這是今天要先跟委員報告的第一件事情。

第二是根據協商原則，各部門新增的協商項目或是預算成長比較多的項目，要提出執行目標、預期效益之評估指標或專案試辦年限，這個部分各總額部門及健保署在昨天晚上已經補送，我們也在協商結論的資料裡面呈現，但我們先暫列，因為今天對這些協商的執行目標及評估指標部分，主要是給部門跟健保署意見，之後再請健保署與各總額部門研修，研修的執行目標、預期效益之評估指標，會提到下個月的委員會議確認。委員如果覺得這個部分有需要再請各部門調整的地方，就請提供建議，但是今天不做實質確認，是 10 月才確認，這是對於有共識的部門。若沒有共識的部門，因為依照本會議事辦法的規定，會兩案併陳報衛福部，請衛福部就政策要求去做核定，這兩部分要先在確認各部門總額結論前說明。

建議現在是否依照 9 月 20 日各部門總額協商順序逐一確認，協商結論在補充資料裡面，第 1 個協商的是醫院總額，請看到紙本資料第 9 頁，就是 113 年度醫院醫療給付費用總額及其分配，這部分因為沒有共識，所以有付費者代表方案在第 9 頁，醫院代表建議的方案在 21 頁，請付費者跟醫院代表雙方就各自的建議方案，先審視

一下內容有沒有需要做文字酌調，再請提出來。為了容易瞭解，後面都有附上我們整理的表格，建議先看到補充資料第 35 頁附表的最後面，整體來講，113 年度醫院總額付費者代表方案總成長率是 3.626%，增加 254.736 億元，整體總額達 6,006.276 億元；醫院代表方案總成長率是 4.660%，增加 314.64 億元，整體總額達 6,066.19 億元。

有關於門診透析的部分，醫院跟基層都有共識，請看到補充資料第 31 頁，因為門診透析是醫院跟西醫基層總額費用合併統籌運用，所以先協商整體費用成長率，成長率共識是 3%，總費用是 459.953 億元，維持與今年度一樣是 4.335 億元，用於鼓勵院所加強腹膜透析跟提升照護品質，其中 3 億元不得流用於一般服務。根據公式分攤，醫院總額在門診透析部分的成長率是 1.586%。這是整體數字部分，有關付費者方案跟醫院方案，若有需要調整文字，就請委員提出，我們在電腦上會 show 出來調整。

盧主任委員瑞芬：現在委員針對文字有沒有要修正的建議？協定事項部分的共識是不能夠修改的，今天只是針對文字，實質內容不能修改，因為已經完成協商，但是針對文字的描述，如果要加以澄清或讓文字更能夠符合協商結果，可以提出修改意見。請問各位委員在這部分有沒有意見？黃金舜委員是不是在線上？請黃金舜委員。

黃委員金舜：我可以發言嗎？

盧主任委員瑞芬：可以。

黃委員金舜：主委、各位委員大家好，大家早安！針對「提升醫院用藥安全與品質方案」之 ICU 臨床藥事照護，健保署試算數據明年度預計花費 1.2 億元，經費才足夠支應，這部分我們希望可以明定文字。第 2 個部分，有關「抗凝血劑藥品藥師門診方案」，付費者方案列入「醫療給付改善方案」，經費預估 2 千萬元，這部分我們也希望應該明定文字，謝謝。

盧主任委員瑞芬：明定文字就是放在協定事項裡面？這部分付費者代表有沒有意見？請周麗芳委員。

周委員麗芳：主席、各位委員，剛剛主席有提到不要違背協商最後決議內容，但剛剛黃委員所提只是協定事項中把文字補上去，應該是可以支持的，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請問付費者代表對這部分有沒有意見？如果沒有異議的話，我們就放進去，請何代理委員語。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：主席、各位委員，大家好！因為我們在協商的時候，並沒有落入這些規定，我認為還是依照我們當初協商的原則處理，至於金額的設定是總額的概念，最後健保署要編列多少錢，應由藥師公會與醫院協會、健保署討論，我們已經完成協商，並沒有落入這個規定，我反對加入這個規定。

盧主任委員瑞芬：好，其他委員有沒有意見？當時協商的時候，沒有把這個內容放進去，我們其實有蠻多協定事項要拜託健保署跟醫界做詳細的討論，因為健保署是管理人的角色，所以是最瞭解的，但若協商當時沒有把文字落入協定事項的話，是不能夠修改文字內容。至於執行內容，在協商過程付費者代表都說要請健保署跟醫界討論，也就是執行的權責由健保署處理，所以這部分要留點執行空間，協商當時只要沒有落入條款的部分，都不好現在再做增訂。其他委員針對其他文字部分還有沒有意見？線上的委員？請朱益宏委員。

朱委員益宏：謝謝主席，有關補充資料第 34 頁附表，也就是第 29 頁文字敘述的第 25 項，我們原來的名稱叫「社區好醫院-地區醫院家庭責任醫師整合方案」，最後的定案是修訂為「地區醫院全人全社區照護計畫」，附表第 34 頁並沒有同步修正，請到時候同步修正，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，這部分我們會同步修正，其他委員還有沒有意見？(沒有委員表示意見)委員對文字都沒有其他修正意見？好，如果醫院部分沒有文字修訂的話，我們就只有第 29 頁醫院代表方案的「地區醫院全人全社區照護計畫」這個名稱，後面的附表文字與其修改為一致。後面的附表會改成跟前面一樣，因為是醫院代表提

出的修訂名稱。醫院總額協商結論文字確認到此結束，我們進行第二部分西醫基層總額協商結論。

陳組長燕鈴：請委員翻開補充資料第 37 頁，有關 113 年度西醫基層總額及其分配也是兩案併陳，付費者代表的建議方案在第 37 頁，西醫基層代表的建議方案在第 48 頁，請委員參考，同時我們也做了雙方對照表在第 57 頁，為了很快掌握數字，請翻到第 59 頁，付費者代表方案的總額成長率是 3.066%，增加金額是 58.496 億元，總金額達到 1,639.4 億元，西醫基層代表方案的總額成長率是 4.697%，增加金額是 84.465 億元，總金額達到 1,665.338 億元，以上是數字的部分。透析因為有達成共識，跟醫院一樣，合併起來的總成長率是 3%，再依照公式計算後，西醫基層的成長率是 4.587%，有關付費者跟西醫基層代表的方案各在第 37、48 頁，請看各自方案有沒有需要做文字修正的地方，以上說明。

盧主任委員瑞芬：請西醫基層代表確認醫界方案文字有沒有需要修正。

黃代理委員啓嘉(周委員慶明代理人)：我是黃啓嘉代理委員，對西醫基層的部分，我確認文字沒有問題。

盧主任委員瑞芬：好，西醫基層這邊沒有問題，付費者代表版本應該也沒有要修改？

黃代理委員啓嘉(周委員慶明代理人)：我們的版本確定沒有問題，就是我們寫出來的版本確定沒有問題。

盧主任委員瑞芬：好，你們的版本確認沒問題。

盧主任委員瑞芬：接下來請滕西華委員。

滕委員西華：主席好，我跟西醫基層確認 1 件事情有沒有誤會，媒體報導說，當天協商完之後，周慶明理事長有對外表示，付費者不僅沒有新增白內障預算，還刪掉了今年的幾千萬預算，但是看協定內容，其實付費者是明年沒有再增加錢，不是連今年的錢^(註)都刪掉，所以成長率是 0%，不知道是周理事長誤解，還是西醫基層代表真的以為明年在白內障部分是一塊錢都沒有，我覺得在這裡澄清一下會比較好，免得雙方有一些誤解，謝謝。

註：111 年度西醫基層總額一般服務項目「提升國人視力照護品質」成長率 0.097%，預算 1.2 億元，滾入總額基期，並隨每年總額成長率成長。

盧主任委員瑞芬：是不是請西醫基層代表回應一下？

黃代理委員啓嘉(周委員慶明代理人)：應該是指成長率 0%，就是白內障維持以前的費用，今年完全沒有成長率，應該是這個意思。

盧主任委員瑞芬：所以可能是媒體誤報導，請李永振委員。

李委員永振：對協商結論我沒有意見，但是剛才滕委員提到的，如果媒體誤報導，西醫基層要怎麼澄清？順便提一下，健保署也一樣，在 9 月 18 日自由時報頭版頭條，我看到的時候嚇一跳，強化 600 萬名慢性病患整合照護，健保署斥資 4.5 億元建構家醫大平台，我看到嚇一跳，因為在 9 月 15 日的座談會中，我記得家醫計畫只增加 3 億元，怎麼會跑出 4.5 億元，我沒有概念，馬上請教健保會，健保會效率也很好，大概半個小時就給我答覆，這 4.5 億元是要向行政院爭取的公務預算，跟我們的總額沒關係，但是報導裡面還提到一點，不知道是不是劉組長口誤，還是記者自己加的，他說經費要在本週總額協商爭取，這樣付費者的壓力就很大了，照理講應該不是，應該是要爭取公務預算，可能記者誤報導了，健保署應該要更正，不然大家都霧煞煞(註)，消費者怎麼會知道這些，我們在這邊協商的時候，資料這麼多都會霧煞煞了，這樣的報導如果不澄清，一直留下來，我常常講，錯誤報導都很大，但澄清只有小方塊，這大概是媒體的問題，我們沒有辦法去 touch，但至少動作要出來，這樣是不是會比較好，不然的話，健保署會背黑鍋啊！

註：霧煞煞(台語，模糊不清)。

盧主任委員瑞芬：不知道以後是不是要替媒體記者做勘誤表，可能我們自己發新聞勘誤還比較快。以前媒體把我的名字寫錯，我請他們更正，結果說已經印出來沒辦法改，我就變成別人了。我想健保署以後跟媒體溝通最好給書面稿，書面稿通常會照抄，比較不會出錯，口頭就很容易誤解，我想西醫基層可能也是這樣，以後如果媒體記者訪問，可能給書面稿，照抄的話比較不會出錯，這部分我們能做的真的不多。健保署有要澄清嗎？還是媒體報導錯了？

劉組長林義：當天也是事發突然，我去參加台大醫院的研討會，就一堆記者堵上來，他們有興趣的是大家醫計畫以及大家醫平台，有關大家醫平台這部分，我當然是說我們會跟行政院爭取預算，目前核定 4.5 億元，其中部分預算會拿來做大家醫平台，至於整個大家醫計畫的內容有所增修，我們會跟健保會爭取預算來做大家醫計畫的增修，指的是兩件事情，是不一樣的。

盧主任委員瑞芬：一個是服務內容，一個是平台 infrastructure^(註)。如果沒有其他意見，我們就進入下一個總額協商結論的確認。請李永振委員。

註：infrastructure(基礎設施)。

李委員永振：剛才反應太慢，回應劉組長講的，我醜話講在前面，家醫計畫已經試辦 20 年，如果沒有好好執行，就要再爭取增加費用是沒有啦，應該是要下架了，還要試辦幾年呢？

盧主任委員瑞芬：委員意見請健保署酌參，請確認下一個總額。

陳組長燕鈴：請委員翻開補充資料第 69 頁，有關於 113 年度中醫門診總額及其分配，中醫門診總額是有共識的，所以我們在 10 月確認以後就報部核定，為了很快掌握數字，請翻到補充資料第 77 頁，是整個協定事項的項目表，請再翻到補充資料第 81 頁表格的最下方，中醫門診總額成長率是 4.221%，增加 15.272 億元，總金額是 322.88 億元，這是數字的部分。請再翻回補充資料第 69 頁，因為它是有共識的部門，所以有一些新增跟延續性項目的執行目標跟預期效益之評估指標的部分，請委員提供意見，請健保署會同中醫部門研修之後提到 10 月份委員會議確認。

中醫有 1 項新增項目在補充資料第 69 頁「中醫利用新增人口」，增加 5.88 億元，針對中醫部門昨天送來的執行目標跟預期效益之評估指標，同仁有做一些研析，在補充資料第 74 頁，請委員參考。具體來說，執行目標跟預期效益之評估指標，希望能夠扣合預算的意旨，尤其在目標或評估指標的設定上能夠有具體的目標值，例如目前提出來的執行目標跟預期效益之評估指標為「113 年就醫人數大於 112 年就醫人數」，就不知道要增加多少人。

預期效益之評估指標的部分，在協商原則裡面，只要是效益評估指標要以具體可量化的結果面指標呈現資源投入的具體效益，目前看起來的評估指標比較像執行面指標，其他部分也類似是這樣，同仁只是提供研析意見給中醫部門跟健保署參考，也請委員參考，有意見再提出，但是不在今天做確認。

另外 2 個項目在補充資料第 71 頁「中醫急症處置」、第 72 頁「照護機構中醫醫療照護方案」，中醫部門也有提出修正之執行目標跟預期效益之評估指標，這部分也有一些研析意見給委員參考，以上說明。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請中醫部門跟付費者代表都確認一下，因為中醫部門是有共識的。請詹永兆委員。

詹委員永兆：主席、各位委員，大家早安，非常感謝大家給中醫的支持，但是在「中醫利用新增人口」這一塊的執行目標，因為中醫受到 COVID-19(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)影響，這 2 年就醫人數真的是大幅成長，111 年就醫人數成長大約 111 萬，今年上半年大概已經成長 55 萬人，全年預估應該可以成長到 100 萬人，到歷史新高。

中醫 112 年上半年的申報費用已經超出健保上半年預算 154.9 億元，約超出 13.67 億元，預估今年全年度申報費用會超過 112 年預算，所以點值看起來還是會跌到 0.9 以下，像 112 年第 1 季、第 2 季平均點值是 0.87^(註 1)。因為 111 年跟 112 年整個就醫人數成長太大了，如果繼續以 112 年當作基期，基本上沒有補到前面的缺口，點值可能還是會處於低迷的狀態，點值在 0.88 附近起不來。

我們協商當天的執行目標是 112 年就醫人數比 111 年增加^(註 2)，也就是 113 年要再成長 100 萬人左右，維持高成長，整體來講疫情過後中醫就醫人數真的是成長很多，我要求是不是可以附帶一條，如果 113 年申報費用超過協商的總額 322.88 億元^(註 3)，再加 5.88 億元或是加 10 億元，如果能達到目標，就不要去扣。基本上我們預算還是不夠的，費用還是因為人口大成長，來不及補上。

最後簡單講，是不是可以附帶 113 年中醫申報總費用，如果超過協商總金額 322.88 億元，再加 5.88 億元或 10 億元做為目標值，如果能達目標值就不要核扣，以上。

註：

1.112 年第 1 季點值結算全區平均點值為 0.8792，112 年第 2 季尚未結算。

2.中醫部門在 112.9.20 協商時提出之執行目標為「看診人數較疫情前一年(108 年)多 1%」、112.9.21 提出之執行目標為「113 年就醫人數大於 112 年就醫人數」。

3.中醫門診總額 112.9.20 協商結果，113 年總額成長率 4.221%，增加 15.272 億元，總金額 322.88 億元。

盧主任委員瑞芬：好，這是詹永兆委員針對中醫部分的意見，請問各位委員有沒有意見？付費者代表？這是共識版本，各位對預期效益之評估指標、執行目標有沒有意見？請劉淑瓊委員。

劉委員淑瓊：第 1 個，剛剛中醫門診總額講的是一個很實質的更改，已經違反這個會議從一開始一直強調的，不能去改協定事項，要是這個改了，那本項協商增加的經費 5.88 億元也要跟著改，這是第 1 件事。

第 2 個，有關之前因新冠疫情就醫人數增加影響的費用，已經用「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」補了(註)，再來是「中醫利用新增人口」這筆錢給了中醫之後會滾入基期，你們認為不只是因為 COVID-19 疫情影響，COVID-19 疫情過後中醫的利用人口還是會提高，所以才提這 1 個項目。也就是你們預估就醫人數會提高，但你又說現在已經是高峰了，所以那個邏輯、說服力比較不夠，我個人認為已經講定就講定了，協商那天已經經過很充分地討論，希望這件事情就不要再提，謝謝。

註：依健保會 112 年第 6 次委員會議(112.7.26)決議，同意動支 312.83 百萬元用於撥補中醫門診總額 111 年第 3~4 季受新冠疫情影響之醫療費用。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，其他委員有沒有意見？請李永振委員。

李委員永振：劉淑瓊委員已經表明主席一開始講的，以及我們一直在強調協商原則的精神。但是聽剛才詹永兆委員講的，早上他來有再談到，如果按這樣的協定事項執行他達不到，5.88 億元會全部扣光，這樣的分析如果是真的就很嚴重的，如果全部扣光的話，中醫大概只剩下低推估 8 億 8 千萬元，再加上專款的 5 千多萬元，這是實際

情況。

他講的這個道理在協商當天柯富揚前理事長也一直強調，依照這個協定事項，就醫人數要連續 2 年成長才不會被扣款，只是當時沒有把連續 2 年成長的後果講得像今天這麼明確，考量的點應該是有提出來，但是付費者代表並沒有接受。如果要改這個協定事項，可能會違反整個大原則，因為這不是只有針對中醫，是每一個部門都一樣，中醫如果可以改，其他的部門可能也會改，所以要改這邊的文字會比較困難。

我建議應該在跟健保署處理執行細節的時候，看怎麼樣補救，這樣會比較好一點。要改協定事項應該是在協商那天談完之後就提出，雖然我們談到 11 點多，但你如果馬上來說，可能可以再給你半小時，我現在講會被罵，我們付費者代表對主委很抱歉，因為那一天都已經 delay 快 3 個小時了，像我就搭計程車回去，捷運都搭不到，很抱歉，但如果真的需要，協商那一天提出來可能還有機會談，甚至到昨天早上都還可以談，協商原則既然是這樣，這個案子要去打破可能比較困難，所以後續看執行細部的部分怎麼處理，從那邊去考量可能會比較好。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝。

李委員永振：因為剛才詹理事長談的滿悲情牌的，說回去會被罷免，很嚴重，但今天大家的發言也可以 support 你，你回去可以說有爭取，但協商原則是怎麼樣，可以有一些解套，有一些說法，但考量大原則就是這樣，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，何語代理委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：主席、各位委員代表，針對這 1 項中醫提出來要做很大的文字變更，可能比較困難，但是我支持剛才李委員提到的，把我的發言列入紀錄，就是我附議李委員剛剛提到的，請健保署跟中全會去商討扣款方式的計算基礎，這樣比較適當，我的建議是這樣子。

盧主任委員瑞芬：好。

劉委員淑瓊：主席，他們商討的結果應該讓健保會知道。

盧主任委員瑞芬：會，他們必須提報 final 的扣款細節，這部分如果委員沒有意見……，請周麗芳委員。

周委員麗芳：各位委員，我也支持何委員跟李委員剛才提到的，就是由中全會再跟健保署討論，但是在這點上面我想請教詹理事長，因為剛剛李委員也說，您在會前大力哀號，我想瞭解如果以目前這樣的情況，對你們的衝擊到底是怎麼樣？可能剛剛還是沒有說得很清楚。

盧主任委員瑞芬：我想這部分還是授權健保署跟中醫部門討論，因為委員已表示在不違反當時協商的內容包含協定文字及執行方式下，請健保署跟中醫部門討論。所以請健保署按照議定的預算扣減方式，與中醫門診總額相關團體提出執行細節，這個細節講下去很多。就按照協定事項的預算扣減方式，授權健保署跟他們談，但不能違反我們當時協定的內容。沒有問題我們就進行牙醫門診總額的部分。

陳組長燕鈴：牙醫的部分，請翻到補充資料第 83 頁，有關 113 年度牙醫門診總額分配，與中醫一樣有達成共識，請翻到第 95 頁，已整理所有協定事項並列表，數據的部分請翻到第 103 頁，牙醫門診總額成長率是 2.436%，增加金額是 16.032 億元，總金額是 520.372 億元。請委員翻回第 83 頁，有關新增項目之執行目標及預期效益之評估指標，主要有 2 項，第 1 項請參閱第 86 頁「高風險疾病口腔照護計畫」，本計畫整合原來的 3 項服務內容，其中 1 項是從一般服務移列至專款，將原有的 3 項服務內容進行較大幅度之整合，類似 1 個新的計畫，在第 87 頁的協定事項中，請健保署會同牙醫部門，妥為研訂具體實施計畫，於 112 年 12 月前提報健保會同意後，依程序辦理。因此，目前牙醫部門於第 86 頁所提執行目標及預期效益之評估指標，其執行目標之一為高風險疾病患者齲齒填補顆數，因為涉及具體實施計畫之費用支付範圍是否擴及補牙加成 20%，故建議執行目標及預期效益之評估指標，請健保署併同具體實施計畫於 12 月

前提報，因為我們需要依具體實施內容併同考量所訂目標及評估指標之合理性。

有關牙醫部門所提執行目標及預期效益之評估指標，經本會初步研析，第 91 頁「高風險疾病口腔照護計畫」，其執行目標之目標值，建議再審酌是否合理，預期效益之評估指標，建議研提具體結果面指標，因過程面指標較不適合呈現效益，相關內容請委員參考，本次會議不進行確認。第 94 頁「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，新增 3.071 億元，建議執行目標載明分子、分母之計算方式，較為明確，預期效益之評估指標為「執行特定疾病病人牙科就醫安全院所數自我評估合格率高達 6 成」，考量協定事項為需先評估特殊疾病病人之用藥情形後，擬定對應之牙醫治療計畫者，才可以支付費用，若所訂效益評估僅為自我評估合格率高達 6 成，可能與協定事項較無法扣連，也無法反映就醫安全提升之結果，建議研訂符合預算執行目的之結果面指標。以上補充說明，請委員確認幕僚整理之協商結論文字是否需修正。

盧主任委員瑞芬：請牙醫部門及付費者代表共同確認有無修正意見？請江錫仁委員。

江委員錫仁：主席、各位長官、各位委員，大家早安！禮拜三牙醫門診總額協商，也謝謝大家延長 1 個多小時來協商，最後已經達成共識，不過這次牙醫門診總額成長率，確實比整體總額成長率下限 (2.621%) 低，牙醫部門也接受，還是非常感謝各位委員的指導及支持。

我還是再次向各位委員報告，第 86 頁「高風險疾病口腔照護計畫」，牙醫部門也遵照委員的意見做整合，將原本一般服務項目及 2 項專款項目，整合成 1 個「高風險疾病口腔照護專款計畫」。牙醫部門原先於一般服務提出「高風險疾病口腔照護」項目，是認為高風險疾病患者，主要及常見的口腔疾病是牙周病及齲齒，113 年不增加預算，但過去針對高風險疾病患者的照顧，從 6 個月洗牙 1 次，變成 3 個月洗牙 1 次，其實只能照顧病人牙周病維持不惡化，我認

為這筆錢應該要照顧這些高風險疾病患者的所有口腔疾病，而洗牙只能照顧一半的口腔問題，所以牙醫部門才在 113 年提出新增用途，用於補牙費用加成 2 成，這樣才能整體照顧高風險疾病患者。因為牙醫部門現在已將高風險疾病患者之照護內容全部整合成 1 個專款計畫，我們也會努力達成所列的執行目標，協商當天各位委員似乎沒有反對補牙加成這個新增用途，只是希望牙醫部門和健保署討論後，提出 1 個更好的計畫到健保會討論。我也請主席同意讓牙醫門診總額徐邦賢主委進行補充說明。

盧主任委員瑞芬：請徐邦賢主委。

徐總額主委邦賢：謝謝，奉江理事長指示向大家補充說明，剛才我們在執行目標中臚列的補充項目，只是為了加強委員的瞭解，具體計畫執行內容，牙醫部門還是會和健保署做文字上的最後確認。至於剛才江理事長要強調的是，希望這筆費用能夠完全用於照顧高風險疾病患者口腔的主要疾病，詳細內容我們會再和健保署研討。只是我們會員比較有疑慮的是，本計畫部分經費是從一般服務移至專款執行，從 1 月 1 日開始預算來源會有所不同，如果 12 月才提報到健保會，在經費的撥補上會不會有疑慮，這是我們會員反映的問題。

盧主任委員瑞芬：協定事項是請健保署於 12 月前提報，越早提報本會，就不會影響後續執行進度。

徐總額主委邦賢：瞭解，謝謝。

盧主任委員瑞芬：12 月前一定要提報，也可以提早提出來。

徐總額主委邦賢：收到，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請何語代理委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：主席，各位委員，協定事項中，執行目標及預期效益之評估指標只是寫暫列，暫列就只是讓委員知道而已，剛才也有提到具體實施計畫，牙醫部門及健保署還要做完整的討論，我們已經知道有這些項目暫列，你們還要去和健保署討論，快一點的話，可以 10 月份就提出來，最慢 12 月份前要提出來，1 月

份就可以開始執行。我支持你們和健保署去討論，今天這些暫列的項目，委員看到這些內容，已經理解、瞭解了，謝謝。

盧主任委員瑞芬：如果付費者代表、牙醫部門代表及各位委員沒有其他意見，這個部分就結束討論，請林文德委員。

林委員文德：請問目前高風險疾病患者齶齒填補數量大概是多少？這個計畫是要增加他們的齶齒填補數量嗎？是這個意思嗎？並且針對填補費用做加成嗎？我想知道現行高風險疾病患者，是不是沒有執行齶齒填補？還是已經有執行填補，現在只是費用要加成 2 成？還是目標為希望能夠多把這些高風險疾病患者納進來去做齶齒填補？以上。

盧主任委員瑞芬：牙醫部門是否簡單回應？雖然具體執行內容牙醫部門會和健保署再討論，但還是可以供委員參考，請徐邦賢主委。

徐總額主委邦賢：謝謝，就江理事長指示，徐邦賢發言。高風險疾病患者本來就有執行齶齒填補，但由於其齶齒填補的困難度，及前後實施上有相當複雜性，所以和一般人齶齒填補條件有所不同，由於其填補失敗率很高，所以其實目前高風險疾病患者在一般診所就醫時，齶齒填補的確不是列為最主要的項目，我們希望牙醫師在照顧高風險疾病患者時能更全方位，不要把齶齒填補排在第 2 位，大家都一起努力做好，所以希望以費用加成的方式，讓齶齒填補，包括填補後如何能夠讓它 bonding(註)得更好，其實上面需要一些相關的保護措施及材料，相關的耗費希望以填補費用加成的方式來反映。

註：bonding(結合)

盧主任委員瑞芬：這個部分委員還有沒有意見？請滕西華委員。

滕委員西華：謝謝主席，在原本「高風險疾病口腔照護」項目中，要不要增加牙體復形加成，在協商時，其實牙醫部門有提出，他們認為牙體復形加成 20%，補牙會補得比較好，以前補牙的失敗率很高。牙醫部門應該要告訴大家，為什麼費用加成 20% 失敗率就會降低、成功率就會提高，過去之所以補牙效果不好，是因為費用沒有加成 20% 嗎？跟其他因素無關嗎？因為這和身心障礙者情況不同，身心

障礙者你要看他有沒有辦法表達，或是認知障礙的人，你要增加行為的制約或麻醉的使用不一樣，所以我認為高風險疾病患者補牙費用要加成的理由，並不是很能說服人。

第2個，若要提升整體照顧，高風險疾病患者加入這個專款照護後，就算補牙費用沒有加成20%，高風險疾病患者進到門診後，你還是要提供整合性的照顧，病人還是可以執行補牙，完全不影響。只是申報補牙費用沒有加成20%，不知道我有沒有誤會？我記得協商時，付費者代表並沒有同意新增用途於補牙加成20%，付費者並沒有反對執行牙體復形這件事，只是反對它的費用加成20%。如果要加成20%，事情才可以做得好，牙醫部門要提出更有力的證據，說明過去補牙做不好是因為費用沒有加成20%，而過去20年來，都一直做不好，為什麼支付標準都一直沒有調整，這是我的疑問，謝謝。

盧主任委員瑞芬：牙醫部門是否先回應？

江委員錫仁：謝謝滕西華委員的指導，現在這些高風險疾病患者如果有蛀牙，我們當然一樣會執行補牙，沒有錯，但因為我們有這筆預算，要特別照顧這些患者，而他們最主要及最常見罹患的口腔疾病，就是牙周病及齲齒，所以為什麼過去要將洗牙頻率由6個月1次，提早到3個月1次，這其實也算是一種加成，目的是預防牙周病，甚至讓牙周病不要再惡化。齲齒也是一樣的道理，我們特別照顧這些高風險疾病患者，把他們的補牙費用加成2成，讓他們齲齒的部分更能被照顧，我們也會提出針對高風險疾病患者的牙周病及齲齒照護成效評估供大家參考，謝謝。

盧主任委員瑞芬：只要不違背總額協商的內容，具體實施計畫內容，交由健保署行管理監督之責，和牙醫部門做最後的研訂，請李永振委員。

李委員永振：因為原一般服務「高風險疾病口腔照護」項目的預算執行率很低，協商那天我並沒有講得很直白，既然今天還要爭論是否

增加補牙加成用途，雖然牙醫部門認為增加用途有你們的道理，但我個人覺得這樣是否在消化預算？

盧主任委員瑞芬：這部分就請健保署於研訂計畫時善盡管理監督之責，請王惠玄委員。

王委員惠玄：補充一下，我當然瞭解江理事長及徐主委的角色，希望能儘量爭取預算，在評核會議時，我們其實已就「高風險疾病口腔照護」項目執行率低的議題溝通過，這個執行率問題牽涉基層牙醫師對這件事情的解讀，我想這也是付費者代表在這個項目有很多保留的原因，這部分是不是請江理事長及徐主委向基層牙醫師做更多的解釋及溝通，如果真的有預算不足的情況，或實務執行上的困難，再請健保署於執行細節上給予適當的協助，因為這個議題在評核會議已經充分溝通，我想就討論到這裡為止，謝謝。

盧主任委員瑞芬：其實評核會議都會仔細檢視執行結果，也是希望儘量避免李永振委員所擔心的消化預算情形。若委員無其他意見，接下來進行其他預算。

陳組長燕鈴：請委員翻到補充資料第 105 頁，這部分是由健保署管控的其他預算及其分配，113 年度其他預算增加 20.39 億元，總預算額度為 178.182 億元，其他預算主要有 2 項新增項目，請委員翻到補充資料第 106 頁，項次(三)「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113 年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」項目，新增在宅急症試辦照護計畫 2 億元，健保署提出執行目標和預期效益之評估指標，這是暫列，請健保署參考委員和本會研析意見修正，並提 10 月份委員會會議確認。另一新增項目在補充資料第 109 頁，項次(十三)新增「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」項目，增編 20 億元，健保署提出的 KPI 列在第 110 頁，這也是暫列。

請接續看到第 111 頁本會初步研析意見，就健保署所提的「在宅急症照護試辦計畫」的執行目標是減少住院情形，希望能訂定具體量化目標值，預期效益之評估指標屬於結果面的指標，但還是希望

能夠提出具體量化目標值，在協商時付費者委員認為，這項在其他預算執行以後可能減少一些住院費用，希望可以加以分析這部分的資料，呈現資源投入的效益。

第 2 項是新增 20 億元「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」部分，目前提出的執行目標和預期效益之評估指標都是用調升護理費用的醫院家數計列，兩者是相同的，比較沒有具體量化的標準。在協商過程中，付費者及委員多次提出預期效益之評估指標要能反映專款預算投入的目的，所以希望能提出符合預算用途，解決護理人力短缺的具體執行目標，預期效益之評估指標則是建議可以呈現具體可量化結果面指標，例如實質回饋夜班護理人員費用或人數增加，以呈現資源投入的具體效益，這項增編 20 億元金額很多，希望能夠訂定具體的執行目標及預期效益之評估指標，以便未來可以做預算效益評估，以上說明。

盧主任委員瑞芬：謝謝，其他預算是由付費者代表和健保署研商，請問健保署有沒有要補充說明？

劉組長林義：向各位委員報告，先感謝各位委員在其他預算的支持。其實其他預算是包含 2 部分，第 1 部分是各總額部門無法含括的部分就放在其他預算及編列部分項目的預備金，第 2 部分比較重要的是，健保署是行政機關被賦予政策指示，需要我們執行的部分，因此委員在 2 個項目縮減預算「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」及「提升保險服務成效」，縮減預算可能導致我們政策沒辦法執行，所以在協商當天我們也提出如果沒有共識，希望比照其他總額部門，將其他預算兩案併陳，以上說明。

盧主任委員瑞芬：從以前至今，從來沒有在其他預算兩案併陳，協商當時認為健保署不是醫療服務團體，現在健保署對這部分提出疑義，提出兩案併陳的方式。請委員就這部分發表意見，再請健保署進一步回應，請何語代理委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人):主席、各位委員代表，協商當天已經達成共識，最後大家都已經認同、達成共識了，主席也已經做成結論，既然結論都做完了，你今天再提出兩案併陳，要推翻那個結論，就違反總額協商原則及程序相關規定與精神，已經違反了。

盧主任委員瑞芬:其實協商當天我們是告訴健保署不能夠兩案併陳，對不對?(何代理委員語:對啊!)現在健保署要提出異議，表達沒有不能兩案併陳的規定，當時李丞華副署長也表示要兩案併陳，意思是他們不同意，我們說無法兩案併陳，李副署長就一直強調要用附註，如果最後一定要用付費者同意的方案，他們也要能夠說明礙難接受的情況，他們當時的確有強調要把他們建議預算數一起陳報上去。

至於這種方式是不是兩案併陳就不是很清楚，兩案併陳是2個方案，現在是在付費者同意方案中，再加上他們對這2個項目的說明，事實上付費者只在這2個項目酌減額度，他們覺得在配合政策上是很難接受，當場李副署長是有表達，當時我們說用附註或是今天會議紀錄寫上健保署建議的金額一起陳核給部長，所以他們今天提出異議。請何語代理委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人):現在的問題是，總額協商相關規定是付費者與醫療服務提供者，也就是醫療服務團體協商，健保署不是醫療團體，是專業經理人，是全體被保險人繳保險費，委託健保署作為專業經理人的執行者。既然是專業經理人執行者，不是醫療服務團體，在總額協商相關規定中，就不具備醫療服務團體的資格，你的角色是管控這部分費用，幫被保險人操盤，等於代操公司，等於股票公司委任投資公司的代操公司的概念，你不是醫療服務團體，我們編列的這些總額費用委由你代行操作。

付費者代表認為既然健保署是代行操作，就是請你依照我們編列多少錢代行操作，而不是醫療服務團體，對於這點要明確的定位清楚。如果這樣的話，以後你們自己做預算給部長決定就好了，為什

麼要拿來和付費者討論？如果是這樣的概念，根本不必總額協商，自己建議多少預算陳送部長決定，就會變成這樣子。

盧主任委員瑞芬：請李永振李委員。

李委員永振：我完全同意何語委員所提的，協商那天會協商到這麼晚，就是因為增編 20 億元那項，20 億也給了。我覺得很奇怪，我今天真的是要把醜話講出來嗎？協商那天還透過委員表達 175 億元給你們統籌分配，現在付費者都已經編列約 178 億元，還要兩案併陳，協商時執秘在會上說明協商兩案併陳的相關規定。今天委員會議確認協商結論，原則是在不違反協商意旨前提下酌予修改文字而已，結果健保署帶頭翻案，這不是帶頭跋扈筊^(註)，這樣好嗎？

註：跋扈筊，台語，詐賭之意。

盧主任委員瑞芬：請陳杰委員。

陳委員杰：付費者代表發言，我從參加健保會到現在感到相當的無力感。關於其他預算部分，我一開始就提出質疑，難道不能夠爭取公務預算嗎？後來周執秘跟我說其他預算中有部分項目一直都爭取不到公務預算，才必須用健保基金支應，後來我也勉予同意。

至於「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」項目，我對於健保署原本編列的 10 億元已經有意見了，不要說再修正額度為 20 億元。對於協商當天我先離開，我感到非常抱歉，當時我也向付費者代表委員表示歉意，在協商過程中，我也向李永振委員拜託這項一定要好好審，他跟我說這項爭議很多不容易過，因為我趕著搭晚上 10 點 50 分高鐵就離開協商會場了，但協商卻通過。

今天我本來想要提案反對，執行秘書跟我說今天只能做文字上的修改，所以我坐在這邊都不敢講，結果健保署跋扈筊帶頭要翻案，我認為沒有道理。如果這樣的話，請幫我記錄我堅決反對其他預算由健保基金支付，以上做 1 個建議，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請周麗芳委員，接下來請吳榮達委員。

周委員麗芳：主席、各位委員，我還原一下協商當天對談的情況，當天李副署長非常盡責，一直說可不可以兩案併陳，我們告訴他沒有

這個例子，他也提到能否 1 個額度讓他們下去調整，我們也沒有同意。那時候有說本案所有協商過程、相關的討論都會列在會議實錄，包括今天的討論、協商當天健保署的版本，到時候當附件併協商結果一併陳報衛福部。當然這不叫兩案併陳，但是我記得當時提到所有實錄及他們的案子可以用附件一起陳送衛福部。

盧主任委員瑞芬：本來我們就有答應健保署在今天完整表達意見，會將會議紀錄一併陳送衛福部。因為健保署堅持很需要這樣的預算，我們才有此承諾。當時因為吳榮達委員提出這樣的建議，我們認為很好也就接受了。

吳委員榮達：本來就已經訂好遊戲規則，協商當天也提出相關法規規定讓委員知道，其他預算沒有兩案併陳，這是第 1 點。

第 2 點，我今天真的非常痛心，基於公正人士的立場希望能夠促成協商達成共識，但從剛才的中醫、牙醫一直到現在健保署的其他預算，這不是陷公正人士於不義嗎？我們拉 1 條線讓雙方有協商、緩和的機會，弄到最後每個部門都來翻案、調整實質內容，以後我們還敢做什麼建議嗎？我們是很有勇氣，打算有背黑鍋的想法來提出建議，因為我們所提的建議會被認為是不是收人家好處、被關說，我們是很有道德勇氣，到後來卻變成這樣。我覺得既然已經完成協商，談好的東西就不要再翻案，今天就健保署的表達意見，就記在會議紀錄就好了，以上說明。

盧主任委員瑞芬：請劉淑瓊劉委員。

劉委員淑瓊：我們已經完成協定了，就是按照那天協商的金額，請健保署把你們的意見註記在會議紀錄裡面，我們可以接受。剛剛何語委員講了 1 點很重要，如果說其他預算還要兩案併陳的話，真的不用協商，請部長直接裁定，所以邏輯上是說不通的。最後一點，如果健保署堅持要兩案併陳的話，付費者也要推翻協商那天我們最後編列的金額，那天是你們接受那個決議，所以我們才給 178.182 億元，如果要兩案併陳，我們付費者就要重新協商，這完全違反協商原則及程序，所以請健保署慎思，謝謝。

盧主任委員瑞芬：其實協商那天，對於這部分也討論很久，當時決議是考量過去沒有兩案併陳的前例，所以決議是採付費者版本，也把健保署的意見完全充分表達，以今天委員會議紀錄的方式，請健保署充分表達有點窒礙難行的地方，把健保署的意見併同送衛福部。這樣的決議健保署可以嗎？(健保署署長：可以)

陳委員杰：若經費不夠，建議健保署去爭取公務預算，謝謝。

盧主任委員瑞芬：其實署長一直很認真爭取公務預算，可是他不管財庫，請何語委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：呼應陳杰委員的建議，若經費不足部分請向部長爭取公務預算，不是健保經費支應，衛福部有很多公務預算或預備金可以使用，請部長提撥一些經費給健保署使用支應，這是第1點。

第2點，有關項次(十三)「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」項目，雖然原先不同意編列經費，但後來大家認同並編列預算，協定事項第6點「歷年醫院總額均編列醫療服務成本指數改變率所增加之預算，建議應有相對金額用於提升住院護理照護量能」，因為從110年~112年，醫療服務成本指數改變率所增加金額都沒有指定用途，是用「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」5億元及「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」10億元分配部分經費給護理人員，不應該這樣的，希望醫療團體對於醫護人員要負起社會責任，經營醫院有企業社會責任，不要把企業社會責任全由付費者承擔。我在這裡公開呼籲，希望醫院也要共同承擔社會責任，對於護理人員、醫護人員多加照顧。

盧主任委員瑞芬：現在視訊線上朱益宏委員要發言。

朱委員益宏：謝謝主席，關於何語委員的發言，我做為健保會的醫院總額代表委員表示抗議，事實上以現在健保給付的護理費是遠遠不夠，現在每家醫院都倒貼護理人員的薪資，所以我覺得何語委員的發言要有所根據，而不是看到部分媒體或片面的報導有一些誤解，

在公開場合做這樣的陳述，所以針對何語委員的說明，我站在醫院總額的立場表達抗議。

第2點，補充資料第110頁關於其他預算部分，因為我本身也是健保會的委員，我也可以對於其他預算表達意見，項次(十三)第6點「歷年醫院總額均編列醫療服務成本指數改變率所增加之預算，建議應有相對金額用於提升住院護理照護量能」，這部分並沒有跟醫院總額部門協商，在協商醫院總額時，我們也向付費者委員強烈表達這部分預算不應該用在調整支付標準，如果付費者有這樣的意見，也不是代表所有健保會委員都同意這樣的意見，希望主席能夠做成會議紀錄。

盧主任委員瑞芬：請何語代理委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：主席，第1點，這是我們付費者的版本……。

盧主任委員瑞芬：對不起，陳杰委員先舉手，先請陳杰委員。

陳委員杰：我支持何語委員的發言，確實是這樣沒錯，醫院設立的目的不是只為了賺錢，第1點要保障病人的權利，第2點要提升醫院的服務品質，當然也要加強照顧護理人員的生活，本身有這個責任，何語委員剛才是語重心長呼籲所有醫院，醫院對於醫療的貢獻我表示肯定，但護理人員為什麼會流失，薪水待遇是不是偏低，雖然住院護理人員已經有加成，我也肯定護理人員對於醫療的貢獻，但我認為醫院的經營也必須擔負部分的社會責任，如何加強照護醫護人員，所有的職工也要多加照顧，對於何語委員發言，我感到欣慰且支持，我藉由這個機會重斥朱委員，謝謝。

盧主任委員瑞芬：不要這樣啦！每個人都有發言權，委員可以不同意，但不至於這樣，所有委員都有發言權。請翁文能委員，因為第1次發言，先請翁委員。

翁委員文能：謝謝各委員的意見，我是最後1次參加委員會議，也在此發表一些意見，剛才朱益宏委員講得很含蓄，向各位報告，我想何語委員也都知道，如果我有講錯再請健保署長官糾正，現在所有

的護理費用，健保支付給醫院醫療費用中可以算出護理費用如病房費等，大概只夠支付護理人員薪水的一半，10幾年來都是這種情況，另外一半的薪水就從各種費用拼湊出來的，所以真的是如朱益宏委員講的這樣。

關於勞務費部分，也可以請健保署長官補充說明，勞務費就是所有醫療人員的費用，護理費、病房費中的人事費一直沒有調高，10幾年下來一直存在偏差，勞務費一直是不夠的、偏低的，相對的藥費比例很高，就是因為勞務費很低的關係，也就是人事費用很低，藥費逐年調高，但調升比率沒有28%這麼高，很多文獻告訴我們，藥費占GDP 1.5%左右，日本、韓國是2%以上，藥費調高是因為藥的技術進步很多，調整速度不夠快，但人事費一直沒有調整，相對的藥費比率很高。

剛剛很多委員的說明好像醫院對護理人員不支持，其實護理人員是醫院最多的族群，醫學中心護理人員占比近30%~40%，如果用投票來選醫院院長，護理人員絕對占優勢，所以我們對護理人員是非常尊敬和尊重。大家認為我們對護理人員不好，我們聽到真的很心痛，沒有，護理人員是醫院的生命，沒有護理人員醫院根本經營不下去。

我還是要呼籲，上次也向大家報告過我們的目標不對，應該要爭取更多其它的財源投入醫療照護，不能只靠總額，我也不希望調整費率，調整費率會衝擊到所有受薪階級人員，所以應該請國家投入更多預算，不是只有健保費率的部分，應該有更多的其它財源挹注醫療，才能繼續經營也會更進步。

大家一直覺得護理人員薪水不夠，是因為健保支付醫院護理費被醫院扣下來不給他們，沒有，10幾年來醫院都在貼補，醫院每年都在調整護理人員的薪水，再怎麼調效果還是有限，憑良心講近年護理人員的工作負荷越來越嚴重、很辛苦，尤其COVID-19疫情，我們是非常心疼，很多護理人員離職是因為疫情期間被貼標籤、被隔離，家庭生活也受到影響，不僅護理人員，所有醫療人員都一樣，

甚至行政人員也被貼標籤。這次疫情期間，醫療量能看起來是有降低，但是醫院整體的工作量並沒有減輕，連行政人員也要下來值班，為什麼？因為醫院要有門禁管制，要篩檢每個進出人員，所以工作量是增加的。這是最後一次在委員會議發言，跟各位報告，我們的醫療能夠維持到現在，真的是大家，包括付費者團體、醫療人員，還有健保署共同的努力，但是我們的努力有沒有被國家認同？沒有，因為編到醫療的預算很少，這次 COVID-19 的那些特別預算，撥到醫療照護很少，為什麼？是因為大家對醫療照護很滿意，是所有的公共政策裡面滿意度最高的，所以執政者不在乎這部分，因為大家都滿意，為什麼要給醫療？但是如果這樣下去的話，有一天醫療會崩潰。我認為護理人員的薪水，不光是要從醫院支應而已，而是要從健保總額裡面，分出比較多的費用給護理人員，大家可以去看看護理費的點數，真的是只夠付護理人員一半的薪水，另外一半就要靠醫院各方面的費用去補貼。一般來說，護理人員的薪水一半來自護理費，但如果是醫學中心的話，護理費可能連一半的薪水都支應不到，需要醫院去補足，這是我要跟各位報告，謝謝！

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，請何語代理委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：主席、各位委員好，我當然尊重每個人的發言權，但我的發言是有依據的，本次總額協商資料編號②第 148 頁跟 149 頁，健保總額編列護理相關預算這邊寫得很清楚。98 年起，我開始參加全民健保醫療費用協定委員會，98~99 年是 8 億元、100 年編 10 億元、101 年編 20 億元、102 年編 25 億元、103 年編 20 億元，醫院總額 98~103 年在提升住院護理照護品質專款項目，合計編列 91.65 億元專款。我們都很大力支持。可是到 104 年，上述專款移列至一般服務，也是給 20 億元，所以 104 年以後預算併入一般服務後，最少要把這 20 億元拿出來分配給醫護人員，可是醫界有將這 20 億元分配給醫護人員嗎？有沒有分配出去？因為既然這 20 億元滾入基期，每年都會有成長率，滾到現在，我想至少 30 億元了吧？但是你們有拿 30 億元出來分配嗎？沒有。

107~109 年醫療服務成本指數改變率的經費，也沒有拿出 30 億元給他們，110~111 年編列了提升重症照護的費用，還有持續推動分級醫療的壯大社區費用的錢，112 年又編列專款，用分級醫療跟健全區域醫院的預算來分配。可以看到這 3 年，110 年給 10 億元，111 年給 30 億元，112 年再給 15 億元，如果以這樣的邏輯來講，我們併入一般服務裡面的經費，至少超過 30 億元以上了，應該每年都拿 30 億元出來，這樣合理吧？

這個表格是健保會統計出來的表格，我的發言內容是有依據的，白紙黑字寫在這裡很清楚，如果有醫療服務成本指數改變率的經費，過去專款的錢也併入一般服務費用，那你每年要依成長率，20 億元的成長率，把一直成長出來的錢，拿出來給醫護人員嘛，如果你這樣做我們都沒話講，如果真的分配不夠，我們也會理解，沒話講，可是並沒有拿出來分配啊！我要點出問題的重點在這裡。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，我們現在請李永振委員發言完以後，再請翁文能委員。

李委員永振：謝謝，我完全贊成何語委員提到的，所以我就一直強調應該針對剛才提到過去給的預算，請健保署做個整體的檢討，最終到底那些錢哪裡去啦，這樣可能會比較完整來解決。

所以剛才我聽到發言的話，朱委員跟翁委員可能誤解了我們今天會議的主要目的，他們發言應該完全正確，我沒有意見，但是場合不太對，不是在討論這個議題，如果健保署真的有誠意去提出檢討計畫的時候，應該是在那邊去闡述應該會比較合宜。因為剛才朱委員提到他是委員，所以可以對這個來發表意見，這個有一點誤解，這是付費者跟健保署談出來的結果，你有意見也可以發表，但是不見得可以加到裡面去考慮，角色扮演好像有一點混亂了。

剛才翁委員有提到我們的醫療滿意度，各位還記得我們 4 月在龍潭的會議，鄭守夏老師講滿意度是可近性的滿意度，不是醫療品質的滿意度，不能 overall 這樣講出來，好像什麼都很滿意，9 成以上。因為那一天我聽了很感動，他把滿意度的議題研究到那麼透徹的角

度，如果要視而不見，這樣的話，我們整體其他各方面的滿意度怎麼去提升？

所以坦白講，我從 102 年參加健保會，如果有人提到醫療品質提升，我心理上都會 OS 又來了，因為我一直好像很少看到，不曉得我沒有去看病，還是看得太少，我不知道，但是真的每次投錢下去，所以我如果講這個，朱委員又要講那個節省多少費用，本來就是這樣啊，你新增、投錢進去，都有看到投進去啊，結果後續那麼有效，投新的應該會節省嘛，都沒有看到啊，所以那天在講精神科長效針劑藥費投入 26 億元，這個投入看到了，負責的司署講可以省 18 億元，但是沒看到結果啊！所以這個可能也是健保署的功課。

盧主任委員瑞芬：我想健保署絕對是百分百的認真、任事負責，我們健保的滿意度，真的是成也滿意度、敗也滿意度，因為翁委員真的是最後一次參加委員會議，一定也要替醫界稍微說明一下，所以請翁文能委員發言。

翁委員文能：我過去也儘量不發言，因為我的解釋各位不一定能接受，而且也不一定能夠瞭解，但是因為這是最後一次在這邊發言，所以一定要講清楚。

何語委員講的數字都對，完全對，你對數字非常瞭解，但是我跟你報告，從我上任醫院協會理事長以後，有個共識是不要替單一專科別調整費用，我們很重視護理人員，過去健保總額編列的專款費用也真的有幫到忙，讓醫院貼補護理人員薪水的支出減少，但是大部分時候還是不足的，目前為止，護理人員薪水有一半，還是需要從醫院的各種費用挹注過來，我做醫療行政做 20 幾年，我如果講錯，在座的健保署長官可以給我糾正。李永振委員也講得非常對，我們的可近性滿意度是世界第一，依某個非醫療專業團體的滿意度調查，我們的排名 8 年是第一，可近性的滿意度是第一，但是我們的品質每年一直在掉，包括對慢性病的治療、對高血壓的治療、對新生兒的治療都一直在掉，過去贏韓國、日本，現在已經輸了，為什麼？我們投入的醫療資源不夠多，不是健保費，不是健保委員對

不起醫療人員，而是我們國家預算不夠多，因為目前我們國家預算在醫療裡面有兩大塊，一個就是總額，就是我們的健保費，另外一個是國家要預算夠，因為國家的預算不夠，像我們今年兒科的問題，我是非常心痛的反對，不能再用健保資源來挹注，我們的委員都知道，我對兒科多麼重視，我當院長對兒科基層多麼重視，但是不能再用健保資源來放這裡面，要由國家預算來處理。

我們的醫療品質一直掉，是因為我們的醫療資源不夠，不是大家不夠努力。這是有客觀數據的，醫療資源不是分一個區塊、兩個區塊，或是靠 1 億元、2 億元的預算就能處理，是要有長期的計畫，我只能說請大家一起來努力，包括健保署的長官、健保會委員，還有學者專家、公正人士，一起爭取國家更關心醫療，不是一直把這個總額放著，讓我們 3 方在努力互相鬥來鬥去，沒什麼意思嘛！對不對？我們要努力去爭取更多預算、更多關心，我們要給新的署長支持，他要去爭取公務預算的時候，我們也給他做啦啦隊。我在最後一次參加醫院協會會員代表大會時，有跟部長對談，我問他為什麼不爭取公務預算？他說要有那種氛圍，我說對，我們的氛圍不對，因為我們的民調裡面，最被滿意公共政策就是醫療，你說是可近性滿意度高，沒有錯，可近性最好，其實這已經很難得，你如果去美國就知道什麼叫可近性，根本就無可近性可言，在座各位去美國留學的，我也在美國待了好幾年，沒有可近性可言嘛，他們醫療水準是世界最高、可近性是最差，醫療品質很差。我們是可近性最高，醫療品質是中上，不是頂尖啦，那我們還要努力，大家一起來努力，不是互相吵嘛，互相說對方不對、給你的錢你亂用，以我們的總額預算，可近性跟醫療品質能維持這樣的水準，已經很難得了，大家夠努力了，請大家給自己鼓掌一下。

大家要努力去爭取更多的醫療預算下來，現在花那麼多錢買些什麼東西、或是蓋一大堆蚊子館，也不去追究，那些都是幾百億元、幾千億元在花的，而我們每年為了那 1、20 億元，200 億元的安全準備金，大家吵得要命，其實為什麼要擔心這個東西？政府每年撥預算進來，5 年內可以不用調健保費，每 5 年再來檢討嘛，不用每

年在討論這個枝節問題嘛，花多一點時間做更遠大的事情，不要浪費時間討論枝節的事情，謝謝大家，占用大家的時間啦！

最後講 1 句話，在這邊 6 年，我本來是 1 個關在象牙塔的醫師，很不幸被我老師指派做行政，我也做了 20 幾年的醫療行政，來到這邊，我覺得對大家非常尊敬，因為大家花很多時間在關心全民健保，好像比自己家裡的事情還重要，全心去討論，我覺得這 6 年在這邊的時間沒有浪費，我也打過美好的一戰，希望大家繼續努力，但是不要互相指責，說我們這些人做得不夠，我們做得夠多了啦，應該是一起對外爭取更多的經費，謝謝大家這 6 年對我的支持，謝謝！

盧主任委員瑞芬：謝謝。我們想這些意見應該請黃小娟委員帶回去給主計總長參考，因為大家都是期待政府可以投入更多的資源，主計總長也要體認我們的苦。所以，以後滿意度調查，如果輪到你填的時候，就不要填太好，才有機會被看見，真是成也滿意度、敗也滿意度。請楊芸蘋楊委員。

楊委員芸蘋：謝謝主席，聽翁委員的一席話，是真的非常、非常的感動，真的，自認識你以來，今天你講的話最策動我的心，真的是讓今天在場的每個人都很感動，有沒有？大家有沒有這個感覺？有的話，再給他一個熱烈的掌聲好不好？真的謝謝翁委員，你這幾年來真的是付出很多，其實你不講話則已，一講真的是一鳴驚人，大家也都很認同你，你的付出我們都看到了。你剛剛講了 1 句話我非常贊成，不要再為了那些枝枝節節、幾十億元的錢在這邊糾結。

其實你講得很對，兒科真的要重視，我們都非常重視兒科，可是兒科的錢，是真的不能再從健保裡面支付。其實我也很心痛，前天我們的總額協商，沒有辦法把兒科的錢充分的給予他們的需求，所以我覺得應該是從國家預算來做支出是對的，這個是對的。所以其實整個國家的醫療體系不是不好，品質是在增長中，可是還不到，還不到最高那個階段，所以這個部分應該還是由我們的國家預算來做整體的安排、討論，我覺得國家的醫療體系真的、真的需要由政府再好好的重新再討論一下，既然我們臺灣的可近性是第 1 名，那

為什麼不讓醫療品質的滿意度往上提升為前幾名，不要說第 1 名好了，至少要名列前茅嘛，前幾名也好，這才符合我們大家全體的需求、全體國民的需求。

所以我想其他預算部分，因為總額協商的結論已經決定，希望健保署今天充分表示意見以後，將付費者跟健保署意見好好的把相關金額數字或內容，送到部裡面去好好做檢討，當然不要有兩案併陳這樣的作法，那是違反了我們以前總額協商的和諧，其實從我認識這些健保會委員以來，還有我們健保署及醫療界的好朋友以來，其實沒有這樣子像這次這麼緊張，我覺得這次的總額協商是比較緊張一點，氣氛比較沒有那麼好，以前是比較和諧，這次的協商讓我是有點難過，怎麼會有那麼緊張、那麼緊繃的感覺，是有點難過、傷心。不過沒關係，大家一起努力，如剛剛翁委員講的，我們共同來努力讓我們的醫療體系進步，也讓我們健保會更和諧，我們醫療團體和付費者彼此間達成更好的氣氛、更和諧的結果，謝謝，以上。

盧主任委員瑞芬：楊委員不用擔心，我們火藥味少很多了，其實大家都可以和平的同意跟彼此之間的不同意點，何語代理委員我要做結論了，請何代理委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：主席，我也站起來講個話。

盧主任委員瑞芬：不要啦、不要啦！你可以坐下來休息一下，你昨天好辛苦。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：這次是我參加總額協商第 13 年，剛剛翁委員講的話，我對他非常肯定、支持並尊敬。實際上，13 年來我對醫界的醫療人員、醫護人員都非常尊敬，我沒有對醫療人員口出惡言過，沒有，我對醫療人員還是很尊敬，所以當初要編列專款給護理人員，第 1 年我也不太懂，他們說希望我支持，我說好，護理人員要 8 億元，我一定支持，就通過了嘛，就連續這樣子編列。

我的意思是說，第 1 點，我們今天討論到其他預算的時候，我記得曾經有 1 年，蔡副署長說有 1 筆預算不足，跟所有的委員協商說讓健保署調用一下，大家也是支持他，只要健保署有去做，大家還

是支持，所以我的意思就是說，今天的其他預算從 13 年來沒有兩案併陳的，都是最後就決定下來，你們在執行上確實有執行出來，你們可以未來在執行過程裡面，跟所有的委員報告，我想大家能夠理解，都會支持健保署推動的方案，這點是很重要。

所以我的意思是說，健保署跟付費者委員的溝通是很重要，溝通順暢是很重要，醫界跟付費者代表的溝通也很重要，我也很支持翁委員所提的國家預算，在立法院有那麼多位醫師委員，可是為什麼你們沒有共同去爭取國家預算？這也是我很納悶的事情，可是每次有立法委員在立法院批評我們付費者，雖然不敢指名道姓，可是就指鹿為馬，把我們當作就是這些付費者委員，公開批評我們，讓我們聽了也很心痛，我們的立場及看法，也是很用心，所以我這次來，雖然是代理委員，但代理委員也要有這個責任去把它做好，所以我那天就講了，西醫界的把我當第 1 號敵人，不是第 1 號戰犯，戰犯就被他們抓去了才是戰犯，我是第 1 號敵人，我們滕西華委員是第 2 號敵人，沒辦法啦，我背了很多黑鍋，我要講什麼？實際上我背了很多黑鍋。今年我當代理委員，中華民國全國工業總會要我來參加總額協商，因為我們的新委員沒有辦法去瞭解，但是昨天晚上我想了很多事情，總額協商好像 1 條高速公路，我們這些老司機是眼看四方、耳聽八方、觀前顧後，一直希望很順暢的達成任務，可是我們的教練跟新手是學習的很快，都會飆車，所以剛才我們楊委員有講了那句話，他們也有他們的看法跟意見，我們都很尊重。那同樣的，任務要達成，有人要穩紮穩打的往前走，有人要飆車，我們也無法禁止，所以最後還是要兩案併陳。

我昨天晚上想了 1 件事情，我們付費者委員只能夠理解醫療團體，在最需要的關頭，在黑暗中摸索的過程裡面，能夠在黎明之前扭轉乾坤，把心掏出來，很誠意地跟醫療團體做成共識、達成目標、完成任務，這是我們所有醫療團體的觀點跟想法，我從來沒有想過，我來參加總額協商就是要對付醫療團體，沒有那種想法，從來沒有，從來沒有的，所以這點我要坦白講，我有機緣來這裡參加這個工作，也是學習了很多、也理解了很多，也讓我瞭解醫療團體經營困難的

一面，好的一面、不好的一面，我都很瞭解，對我來說，也是增長了很多，尤其我們翁委員他是溫文儒雅的醫師，所以他私底下跟我講的內容，我也都很理解他的看法，這是我表達的。那沒有錯，那天西醫沒有成的時候，有 1 個代表講了那 1 句話，我永遠記得，他說明年我還要再看你什麼……，還會再碰到你。把明年的事情都已經講出來，可是也沒有必要這樣子，我何語的心裡面沒有敵人，也沒有仇人，因為我們只是來為大家服務而已，我想每個付費者委員都是這種心理，不是只有我。

盧主任委員瑞芬：前天付費者代表委員從早上 9 點就來，一直坐到晚上 11 點 32 分，總額部門協商代表有更換，但他們都沒有更換，這一點努力絕對值得肯定，就算沒有達到共識，必定也促進互相瞭解，對健保會、整個社會的和諧都有很大的幫助。

剛才委員提到執秘告訴他們，不是執秘告訴你們不能兩案併陳，執秘是依據「全民健康保險會組成及議事辦法」告訴委員相關的規定，辦法是這樣寫，辦法若有不周全的地方，當然就是社保司要檢討是否要修改辦法。

我想剛才委員表示的意見，健保署都聽進去了，署長才剛從美國回來，後面還有會議先行離開，但他走以前表示他接受以那天決定的付費者版本報衛福部，但我們會加註健保署覺得窒礙難行的地方及應該需要的金額，一起陳上去給部長，這一點確認。

本案做以下的決議：第 1 點，113 年度各部門總額協商因素項目及其他預算協商結論，就是各位手上的附件一到五，剛才委員提到要修改的部分，包括醫院提出修改項目名稱，我們會統整修正為新的版本。

第 2 點，有關新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：(一)達成共識部門，牙醫、中醫及其他預算，請健保署會同總額部門相關團體共同討論研修，將研修結果提報 10 月份委員會議確認。(二)未達共識部門，將兩案併陳報部，請衛福部就政策目標要求，逕予核定。

第三點，請各部門於 112 年 10 月 2 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，過去都會有一定程度的耽擱，請各部門一定要配合，若不按時程，就會影響後面預算的執行；若部門未提送建議方案，則由本會掣案提 11 月份委員會議討論。還是很希望看到醫界自己的版本，以上第一案討論到這裡，接下來進行第二案。請李永振委員。

李委員永振：第一案已經結束，應該還有一點時間，我想利用機會再說明，剛才聽到翁委員提到公務預算支應的部分，我完全贊同，但我個人的要求比較低，提出比較低的要求，政府可以按照法律規定宣布先拿出 973 億元，這比公務預算還可以多 3、4 年，政府每年應該負擔健保法定下限計算公式的爭議已經超過 6 年……。

盧主任委員瑞芬：李委員這部分要不要提出臨時動議，因為本案是有關於總額協商的部分。

李委員永振：本案資料的第 30 頁有 110 年至 113 年健保財務收支情形表。

盧主任委員瑞芬：請問是對收支表提出建議？

李委員永振：這個收支表裡面的假設有問題。

盧主任委員瑞芬：好。

李委員永振：我已經講過好幾次，今天是不是要幫大家再複習一下，已經有書面資料，如果大家不願意的話我就不講，不用浪費大家的時間。

盧主任委員瑞芬：李永振委員指的是會議資料第 30 頁的健保財務收支表，這部分我們已經討論蠻多次，李委員的意見我們也一再反映並列在追蹤事項中，還有一點時間，請李委員用 3 分鐘時間儘快說明。

李委員永振：好啦，我會提出來是因為協商時有委員提到 36% 的問題，今天剛好看到這個表，下個月 18 日費率諮詢時一定會碰到，沒有關係，就大家參考，戰場延到下個月好了，請各位有問題再說，但是我希望下個月提出費率諮詢的參考資料是正確的，我先簡單導讀。

這個議題最主要牽涉到法規，健保法第 3 條第 1 項規定公式，現在的爭議就是公式中的應提列安全準備怎麼採計，牽涉到健保法第 76 條規定。第 2 點，目前的爭議是只能帶結餘，不能帶短絀，現在健保署是帶短絀。第 3 點，報表裡面產生 2 個問題點，第 1 個問題點是安全準備來源沒有依照第 76 條第 1 項規定，結餘不見了，有短絀也帶進來，明顯違法，沒有依法行政，我一直強調這一點。另外一個是為了配合報表，更改收支餘絀的定義，一般講收支餘絀應該是保險收入減保險成本，表裡面有定義。另外說明第 5、6 點收支的計算方式不是用保險收入而是用保險費相關收入，第 6 點講到填補短絀的金額，但 111 年結餘 113 億元，為什麼還跑出 56 億元當年安全準備填補金額，有矛盾，為什麼會這樣？因為他的科目設定有問題，所以我就用另外一個角度提供給大家參考，以上。

盧主任委員瑞芬：各位桌上應該有這 2 頁補充資料，第 1 頁是李永振委員所說會議資料第 30 頁 110 年至 113 年健保財務收支情形表，剛才李委員幫我們導讀說明部分，第 2 頁是健保署的回應說明，李委員已經跟各位做了說明。

李委員永振：健保署回應都一直講按照 104、106 年的協商，但我們看追蹤事項是 106 年 7 月以後才發生的問題，所以我常常虧他們，當時的協商代表都未卜先知、都那麼厲害，依據那個沒有道理。

盧主任委員瑞芬：剛才我已經做成決議，李委員的意見就是向大家說明他今天提供的資料，接著進行討論事項第二案，請同仁宣讀。

健保署會後書面意見：針對 113 年度其他預算，健保署建議維持原提各項預算金額，書面意見補充如附件六(第 99 頁~第 102 頁)。

肆、討論事項第二案「建議各總額部門專款「網路頻寬補助費用」項目及其他預算「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」項目延長執行期間」與會人員發言實錄

同仁宣讀

盧主任委員瑞芬：我們現在請提案委員，周慶明委員跟陳相國委員說明，他們都在線上，請周委員或是陳委員說明？

陳委員相國：主席，我先說明好了，我是陳相國委員，主席我可以開始了嗎？

盧主任委員瑞芬：請說明。

陳委員相國：跟各位委員報告，這 1 筆預算當初是由健保署提出的，那時候由於各院所的網路頻寬不太夠，在推動雲端藥歷跟雲端影像查詢的時候，院所遭遇到很多困難，健保署就主動提出預算，當初提的預算是 2 億元左右，本來我們醫療院所在使用雲端查詢時會速度很慢，健保署的費用進來之後，對我們查詢速度的提升有很大的幫忙，以前的費用是由中華電信提供，費用有每月 1,000 元、2,000 元、3,000 元、5,000 元不等，如果要達到健保署網路頻寬的即時調閱影像要求，要用到 1 個月 5,000 元的網路頻寬費用才夠，健保署很有擔當地主動提出這筆預算，並主動跟中華電信協商，現在醫療院所使用的頻寬大概是以前 5,000 元的規格。健保的雲端藥歷、雲端影像是全世界的創舉，在全世界保險制度的國家，像是英國、美國或法國都沒有辦法做到像我們的雲端藥歷跟調閱，我要給健保署鼓勵，也由於雲端藥歷跟雲端影像的成功運用，節省我們的醫療資源，可以從健保署的統計數字看出來，這幾年重複開藥、重複檢查的經費已經節省幾百億元。

第 2 點，雲端的頻寬補助也是我們防疫的大功臣，像是我們在疫情期間一插卡，雲端影像就可以連上雲端藥歷，可以看出這個人是不是從疫區回來，現在把功能擴充到開藥時如果重複用藥，在雲端藥歷可以即時呈現這個藥在哪個院所開過，節省醫療資源，也提高

醫療品質，這筆預算是健保署當初提出來的，我們希望基於保護跟照顧我們的病患，提升病患權益，我們覺得預算應該要持續，這樣對整個國家人民各方面的福祉是更好的，以上報告。

盧主任委員瑞芬：謝謝，這個部分我們幕僚有沒有補充意見？先請黃啓嘉代理委員。

黃代理委員啓嘉(周委員慶明代理人)：主席，我再補充一下，健保署一開始推動是基於品質提升，如果沒有寬頻，其實重點不只是雲端藥歷，還在影像是不是能夠完全上傳，事實上在健保資料端的交換對於民眾健康權益有很大的保障，健保署推動的時候，醫療院所沒有積極配合，但健保署希望我們做，因為我們要多做很多行政上的工作，健保署就是編了預算請我們做這些工作，一開始還希望編在一般服務預算，不要用專款，當初我們之所以會堅持用在專款是因為怕給的錢太少，根本不夠用，所以放在專款讓大家來監控，事實上這就是說我們要不要這樣的品質而已，付費者代表代表民眾的權益，我們還是希望這個品質還是應該要維持下去，讓我們的醫療資訊交換，就是健保醫療資訊交換能夠維持現在高品質的狀態，我想這一點還是要請所有付費者委員諒察。

盧主任委員瑞芬：謝謝黃啓嘉代理委員，請問幕僚有沒有意見要補充？

陳組長燕鈴：請委員看到補充資料第 119 頁，本會補充歷史背景資料給委員參考，我們臚列今年度總額協商相關的費用，四總額部門有補助網路費用，在其他預算裡面有一些是獎勵上傳資料的預算，在協定事項都依據 110 年的 1 項協定事項，所以 110 年以後都有協定事項，請確實依照退場期程，就是 110~114 年，請健保署依照退場方式提報本會。

我們看到第 120 頁，我們也整理歷年 2 項費用協商的背景資料，在協商 103 年度總額的時候，健保署為了要鼓勵院所即時查詢病患，在其他預算建議編列這個經費，編列同意之後，一直到 108 年就把網路頻寬補助費用移列到四總額部門專款，其他預算保留各部門的獎勵資料上傳跟其他醫事機構網路頻寬費用，111 年新增智慧化機

制的預算，在協商 104 年總額的時候，當時的付費者委員考量這個獎勵費用不是屬於健保法的法定用途，依據健保署建議當時是說 5 年為期，協定事項明定 5 年為期(103~107 年)，到 109 年時，107 年期程已屆，本會要求健保署提報退場規劃，健保署也提出在網路憑證管理辦法修正之後會規劃再以 5 年為期來調整獎勵退場，所以本會在 110 年度總額協定事項明定，以 5 年為退場期程(110~114 年)，請健保署儘速把退場方式提報本會，也在今年 6 月份委員會議安排健保署報告，健保署表示過去 2 年因為疫情關係，會持續與醫界討論規劃適當的退場方式，今年 6 月付費者委員也表示，因為本項經費非屬健保法法定用途，請健保署儘速提報退場規劃，並爭取其它預算來源支應。

請參閱補充資料第 121 頁，另於本會今年 2 月份委員會議，有委員提出衛福部已修正發布憑證管理辦法，所以已經明定保險醫事服務機構應該要上傳保險對象就醫紀錄，也就是說這樣已經是法定義務，是不是不應該再獎勵或補助，該次委員會議決定，請健保署釐清「憑證管理辦法規定應上傳項目」與「總額其他預算獎勵上傳項目」的差異，並檢討持續獎勵的必要及合理性。

有關本項經費的績效評估，歷年來付費者都要求，是不是要去評估一下績效，所以近年本會也請健保署進行評估，在 113 年度總額協商大表，健保署所提出的資料，臚列於補充資料第 125~126 頁請委員參考。

另健保署在 113 年度總額協商時也提出 114 年的退場機制規劃，請參閱補充資料第 121 頁說明七(一)、(二)，請委員參考，以上說明。

盧主任委員瑞芬：這部分健保署有沒有要先說明？

林副組長右鈞：各位委員好，主席好，健保署說明，剛剛提到的這個預算，其實包含了 3 個部分，第 1 個就是頻寬，補充說明一下，這其實是屬於持續支出的成本，各院所還是需要一定的月租費繳交網路費用。其實這個專線比一般家用網路成本都還要高，當時為了要讓院所能夠更順暢地在雲端上查詢檢驗檢查和影像資料，因而需要

更有效益的專線，所以才希望能有一些補助，能讓醫療院所進行相關作業，也是希望只提供一個補助上限，讓醫療院所用比較少的成本就能做到這件事情，所以建議這個預算能夠持續延長編列，但我們不建議提高費用上限，我們會以提高院所頻寬努力。

第2個，獎勵的部分是111年新增的智慧化獎勵，其實它也是屬於院所的基本建設，這是未來為了建設智慧化系統以及雲端化為目標，所以推出幾個政策上需要醫療院所配合修改的系統基礎建設，所以這部分在去年的時候，已經做了IC卡2.0預檢作業，因為這個大幅改變了醫療院所IC卡的上傳機制，還有裡面的一些內容變動非常大，所以我們從去年開始編列，並於今年開始讓醫療院所申請上線，到9月才開始上線，目前大約已有4,000多家醫療院所開始向我們申請上線，因為成功率已經到100%。另外還有一些虛擬卡的獎勵、未來的電子處方箋，都需要這個獎勵費用先進行基礎建設，但這部分仍是屬於一次性的獎勵，同樣的項目在114年就不會再編列。

第3個，就是剛才提到的檢驗檢查上傳獎勵，剛剛也提到憑證管理辦法修正後，賦予醫療院所責任需將檢驗檢查上傳健保署，那個部分我們是希望可以從系統上知道醫療院所在檢驗檢查時產生的資料，能夠回饋給民眾，也可以在醫療雲端系統分享，但確實有些項目目前不見得適合進行醫療共享，因為報告呈現出，在技術上的問題，還有一些效果的因素，這部分還需要再跟醫療院所及醫界溝通，未來希望上傳率比較高的醫療院所，對於能夠上傳的項目，儘量讓醫界同意，我們移列到一般預算做一個常態化的部分，這部分的預算未來也會減少，但這部分仍比較建議持續編列，也許未來持續會有新的技術跟檢驗，希望增加一些檢驗檢查上傳的動作，這些動作可能醫療院所無法馬上反應，需要汰換機器、更新系統設備，還有臨床判讀的整理，因此這部分建議能夠持續進行，以上。

盧主任委員瑞芬：謝謝，針對本案請委員發表意見，各位委員對於提案要延長執行期限，不曉得有沒有什麼意見？請吳榮達委員。

吳委員榮達：請參閱附件三，有關付費者委員的意見，基本上這些意見我都蠻贊成的，所以基本上我是反對這個提案，除了付費者委員的意見之外，我再補充個人看法。我們知道現在醫療院所其自費比率逐漸攀高，事實上就醫療院所來講，也是有自費服務用到這套系統的啊！病人進來醫療院所後，會自費、也會健保給付，可能以這2種方式接受服務，依照現在目前的自費比率來講，它也占了健保蠻多便宜，既然前面都已經走這麼久了，而且給了10年的時間，所以基本上我建議醫療院所，關於這方面的經費，可以從自費服務賺的錢來支應，這是我的建議，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，那其他委員有沒有意見？先請李永振委員，再請王惠玄委員。

李委員永振：我完全贊同吳榮達委員所提，不過我更care會議資料第34頁呈現的，以前在檢討時，就提到本項經費非屬健保法定用途，但是我們還是勉為其難，而且我們也知道易放難收，所以要收的話一定很難，會痛，所以又給了5年，而且每年協商就提醒剩下幾年而已，到114年就沒有了。結果現在時間快到了，就提出又要延，這樣於情於理好像都怪怪的，因為如果按照剛才提到的法定方式，但我們繼續給，這樣就會陷付費者委員於違法的境地，那還要繼續下去？所以付費者委員如果要自保的話，一定都會反對，反對也合理，而且剛才提到這已經是法定項目，怎麼還能繼續給予獎勵，當然有一定是最好，不過我一直強調易放難收，但是易放難收我也給你時間了，到了又要再延，那5年後還要再延嗎？沒完沒了，好像怪怪的，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請王惠玄委員。

王委員惠玄：主席、各位委員，剛剛陳相國委員談到資通技術在防疫的貢獻及醫療服務效能的提升，我想各位委員在日常生活也都可以感受到資通科技的貢獻、重要性及不可或缺性，但我也必須強調付費者委員不同意支應此費用，或是要減少費用，並不代表不支持使用資通科技，我想付費者代表堅持的是財源由誰出，我也釐清一下，

包括協商過程中，甚至這幾天媒體報導上，似乎有點誤導付費者代表的用意，他們沒有不支持，對不起，我沒有代表付費者委員，我只是從公正人士及學者專家的角度，我聽到的是這樣，這部分也稍微釐清一下。

再來也謝謝健保署同仁的說明，我也瞭解中華電信固網企業光纖方案，的確比一般家用網路貴了許多，但我也想請教健保署同仁，有沒有相對應的稽核機制？也就是說，給予這樣的頻寬補助，他們的上傳率如何？我們講上傳率不是只有使用，包括雲端藥歷的查詢率，我知道過去這是稽核項目，但是採取重點藥物重複用藥核扣制度後，查詢率應該要大幅上升，但現在後續是有各式各樣的檢驗檢查，甚至分得非常細，我有機會看到健保署提供很細項的資料，所以我也很感謝健保署同仁的努力及用心，但是我想請教頻寬補助有沒有在上傳率方面去稽核？有沒有在使用效能方面稽核？因為這裡面包含不同類型檢驗檢查項目上傳與否，甚至也包括時效，這個議題就是衛福部、甚至於行政院，這幾年都有針對醫療服務所建置的重大政策，甚至於基礎建設，包括醫療雲、5G，甚至行政院都有特別針對醫療服務的1個計畫，不曉得衛福部跟行政院針對醫療服務的資通科技升級，跟健保署現在提出來的案子，在剛剛討論很多其他項目的種種補助，不管是頻寬補助、或是提升保險效能以及本討論案提出的訴求，其中的差異是什麼？謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請線上的朱益宏委員。

朱委員益宏：謝謝主席，關於這個案子，因為我是連署人之一，所以當然希望各位委員能夠支持這個案子。第1個我想要強調的是，所謂的頻寬補助，包括一些上傳的資料，這些全部都是政府的要求，醫院並不會因為這個東西有任何的營利、收入，它並不是醫院所謂營利的一個必要項目，所以如果今天醫院因為做這項目可以賺錢，當然成本應該自行負擔，但是這個項目完全是配合政府的要求來做的，而且這個所謂的頻寬，也並不是像網際網路可以去看 Yahoo、Google，不行，完全都只是 VPN，也就是只能單獨透過企業網路來跟健保署連線，它也有一些資安的要求，所以這裡面，如果政府認

為是有必要的，今天在這裡與會的政府單位代表，包括衛福部社保司，甚至主計總處都在，所以我也要呼籲，如果未來這筆經費退場的話，政府應該有幾個方式，第1個要求中華電信，因為中華電信也是國營事業，是不是有可能免費提供醫療機構這個服務，費用由中華電信吸收，因為是政府的要求。第2個就是如果你要求醫療機構向中華電信租用專線數據線路以後，中華電信算了成本，他一定也有營利，一定還有一部分利潤，若是這樣的話，我覺得政府就應該用其他的公務預算來給予補助，而不是一味的叫醫療機構全部自行吸收，我覺得這樣是不負責任的。至於這個費用是不是由健保付，若現在沒有公務預算進來，或中華電信也不肯吸收的話，那麼我覺得這筆健保補助費用對醫療院所就非常重要，謝謝各位。

盧主任委員瑞芬：接下來請林恩豪委員。

林委員恩豪：謝謝主席，首先我想要請健保署，應該要負起自己應該要負的責任，剛剛講得很清楚了，這不是法定用途，到現在已經延過1次，已經連續違法10年了，該落日就該落日，不要一直陷付費者代表於不義。而且現在又要提出這個問題，健保署應該替醫事服務提供者找財源嗎，現在又是讓醫事服務提供者跟付費者代表為不合法的問題針鋒相對，這樣子有意義嗎？

另剛剛聽到健保署說明內容中，有個部分我想要確認一下，剛才提到落日方式是要移到一般服務，是這樣的嗎？這個就是不合法的，怎麼可能還移到一般服務？我想要再確認一下這件事。

盧主任委員瑞芬：接下來請周麗芳委員。

周委員麗芳：主席、各位委員好，討論到這個案子，併同剛剛翁文能委員站起來講了很多他的心聲，其實我也覺得今天的心情很沉重，因為我很贊同剛剛各位委員所說的，本案有關於網路頻寬的補助，是應該支持醫療供給者，但其實大家現在爭議的是，到底由誰來支持？如果大家覺得不是健保，我覺得這是可以同意，因為預算有限，可是我覺得不管是衛福部或健保署，是有責任把這個預算扛起來，這預算坦白講，就整體國家來說，我們的醫療品質已經衝到滿意度

這麼高，包括翁委員也提到大家都是拚了命在做事，此外目前法規也已正式規範為應上傳，可是應上傳的話，網路的費用我們卻要醫療供給者自行吸收，我覺得好像也不是這麼公允。所以如果今天我們也沒有同意本案能延長的話，我覺得是不是有可能性，把剛剛大家的意思融合進來，可以用健保會的名義附帶決議，希望衛福部能夠把這筆行政經費的預算核撥下來，不要讓醫界、付費者代表，坐在這樣場合的開會，也像人球一樣踢來踢去找不到錢，這點應該要有個健保會的立場及決議出來，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請林文德委員。

林委員文德：有關本案的補助費用，先不管適法性的問題，我比較想要知道，如果這個補助停止了，到底會有什麼損失？那如果繼續的話，是不是可以比我們所補助的額度，帶來更大的效益？這也是健保會在評析意見中提出的，希望健保署是不是可以提出比較詳細的成效評估，因為我覺得現在對健康投資有很多意見，大家都覺得健保的費用不足，那應該要有更多投資，這個投資不一定是從健保會這邊，政府公務預算投資也很重要，但還是希望能夠知道，如果不繼續支持這方案，那其成本及損失到底如何？如果繼續的話，它所帶來的效益到底是不是能比投資的部分更多？這個效益有沒有辦法回饋到總額部分？這也是我們一直 concern 的，因為我們投入很多錢，號稱很多成效，但是這成效好像沒有反映在總額費用上，還一直在成長，所以我們的投資好像肉包子打狗，有去無回，因此還是希望健保署能夠說明一下，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請何語代理委員。

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)：各位委員好，針對這個案子，我曾經在開會的時候也有提出建議案，比方說所有的進出口貿易公司都要加入關貿網路股份有限公司，關貿網路公司已經股票上市，是財政部跟經濟部共同投資的公司，關貿網路公司就是所有進出口商都要加入，每年進出口都要繳費用，所有進出口的资料要報關以前，都要先透過這家關貿網路公司進入海關的網路，報關時才會通過，

如果不加入關貿網路公司當會員，就無法進入海關的網路以申報進出口資料，就無法辦理進出口業務。

因此，我建議衛福部要編列 1 筆預算以成立衛福部網路寬頻公司，這家網路寬頻公司服務所有醫療團體，包括醫院、診所、藥局，還有檢驗所，全部都要納進來，這樣子才能夠管控整個醫療資訊的作業，就跟關貿網路公司一樣，海關才能有即時的資訊，也就是為什麼這麼快就統計今天進出口金額多少，經過電腦就能統計出來，原因就在這裡，所以他們都很快啊！

經濟部也好，財政部也好，他們在海關的報關資訊，很快到月底或下個月初就完成了。所以建議健保署應該現在向衛福部提報明年的歲入歲出預算以便立法院審查，也就是向行政院提報列入明年度歲入歲出的科目，假使這科目能列進去，明年縱然沒有編很多錢，後年也可以足額編列，就能進入衛福部年度歲入歲出預算裡面去運作，我認為這樣子才是最健全的發展方向，而沒有吃到健保的醫療服務費用，因此才能夠更健全。

如果我們每一次總額協商的時候，在討論這個寬頻網路補助費用的時候，坦白講這個經費也不足，怎麼用也不是非常理想，我是建議健保署應該在明年推行，現在是 9 月份了，要提報明年度歲入歲出預算的時候，就要納入這個科目，以爭取行政院支持，用年度公務預算編列給醫療團體使用。

盧主任委員瑞芬：其他委員有沒有意見？如果沒有的話，這個案子，其實衛福部之前都已公告退場期限了，委員如果還有異議，也要在這個會裡面達成共識才有可能推翻。但現在很明顯，我如果沒有講錯的話，到目前為止付費者代表是反對，當然很多委員沒有發言，但付費者代表目前基本上是反對，在會裡面的委員沒有共識，我想這個案子是沒有辦法通過，所以我做下列決議：

第 1 個，考量本案退場期限，就是 110 年到 114 年為經過衛福部公告的年度總額協定事項，所以這部分還是請健保署依期程規劃退場執行方式，以落實總額協定項目。

第 2 個，請健保署參考剛才委員的這些意見，會同各個部門的總額相關團體妥為研議退場後的執行規劃，包括怎麼去找一些財源，是不是有公務預算或其他財源來協助，並請在協商 114 年度總額以前提報本會，就是明年協商 114 年度總額以前提報本會。以上做這樣決議，委員是否同意？沒有反對意見，這個案子就結束。

按照表定我們其實有休息時間，但是因為現在只剩下健保署的書面報告部分，所以我想中間就不休息。看看各位委員有沒有要提出意見或書面意見，我們繼續進行下一個議程，請同仁宣讀。

伍、報告事項「中央健康保險署『112年8月份全民健康保險業務執行報告』(書面報告)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

盧主任委員瑞芬：請問吳榮達委員是針對上一個案子還是這個案子？

吳委員榮達：我有2個部分要說明，我本來是不想發言，但還是忍不住要發言，請看會議資料第18頁至第20頁，這部分是健保署就上一次會議我的疑問所做說明，我實在是看不下去，本來是要忍耐，還是忍耐不下去，這裡面講到沒理由了，拿了1個理由，就是刑事訴訟法第253條微罪不舉的概念，我們想想看，如果1個詐欺案件是1萬元、2萬元、5萬元的話，有可能可以用微罪不舉嗎？我不曉得是誰給的建議，如果在司法實務現場上，微罪不舉是很難、很難、很難的，而且是非常、非常、非常特殊的情況，我們這些A健保的狀況，可以用微罪不舉的概念，實在是匪夷所思，我不曉得是誰提供這樣的意見，寫出這樣的東西，這東西寫出來真的是會笑死人了！

因為上面有提到是經過法學專家與會討論，然後才有這樣的建議，再經過醫師公會全聯會的共識，我們想可不可以提供這個會議資料給我們參考，看當初怎麼樣達成這麼1個修正意見的結論，這是第1點意見。

第2點意見是回到業務執行的部分，我有幾點請教，一個一個看好了，第1個是在業務執行報告第24頁，屬於非常特殊的，在8月份訪查，牙醫一下子跳到15家次，這是非常特殊的狀況，是不是可以請健保署讓我們瞭解為什麼一下子跳了這麼大的成長。

第2個是我們看到透析成長狀況，在業務執行報告第26頁，明年透析總額成長率協商已經達成共識了，我們看看這個成長的狀況，我覺得他的申請點數也好，或是申報件數，不是負的就是成長一點點，很奇怪啦！如果真的在事實上因為治療之後，健保各種配套措施造成門診透析人數減少，這當然是一件好事，但還是想要瞭解一下原因，這個是好現象，但還是想瞭解負成長值得觀察的可能原因。

再來是有關於業務執行報告第 27 頁跟第 51 頁，這裡面講到西醫基層跟醫院的門診慢性病占比部分，這部分讓我非常、非常的不太能夠接受，原因是我們看了 112 年以來，有關於西醫基層門診的慢性病占率，好像一直在後退，我們花了那麼多的錢去堅實西醫基層，結果慢性病占率好像是節節敗退，我不曉得對於這個數據解讀有沒有錯誤，若有錯誤也請健保署指正一下，大概是以上幾點陳述，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請王惠玄委員。

王委員惠玄：現在是在討論健保業務執行報告，對吧？

盧主任委員瑞芬：對，吳委員是對健保署的回復提出再一次的質詢，現在是討論健保署的業務執行報告。

王委員惠玄：謝謝，麻煩大家看到業務執行報告第 3 頁，這邊談到護病比的資料，我想請問剛才總額協商中有 1 項 20 億元，我的理解是屆時會從護病比中做一些稽核，我想確認一下這裡的護病比是到小數點 0 位嗎？因為如果牽涉到經費的分配，假設還是只有計算到整數的話，可能會有很大的差異，可不可以釐清一下，在各個機構自己填報的護病比計算是只有到整數嗎？

這邊有 1 個回溯填報資料，就是第 3(4)提到，還有所謂的回填，回填就這個資料看起來是比例滿少，不曉得這個資料會有什麼樣的機制鼓勵院所回填？另外就是從媒體才知道，不是從健保會報告得知，署長在媒體的訪談中，回應說屆時會有健保署或是衛福部的雲端醫療雲資料，所以屆時會把各式各樣的各司署資料都彙整在醫療雲裡面，不曉得屆時會不會跟醫事司的醫事人員系統整併，以確認醫院自填護病比的正確性？

剛剛也談到這個資料要怎麼樣應用在未來護理人員有關 20 億元的核發，是否也可以稍微透露一下，因為實在不曉得這 20 億元要跟哪些資料訊息勾稽後再核發。我剛剛請教有關衛福部跟行政院目前有的計畫，跟健保署目前醫療雲也好，大家醫計畫也好，這整個資訊流的關係是什麼？可不可以一併說明，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，如果委員沒有其他意見，就請健保署說明與回應。

劉組長林義：首先針對王委員剛剛提到，我們要整合各司署資料那一塊，就是家醫大平台的建置，我們就是想要建立一個平台，讓家庭醫師能夠對他所收會員的一些健康資訊及就醫資料能夠有更充分的瞭解，未來這個平台的確會想要介接到各司署資料，以及透過民眾自己一些穿戴式裝置，能夠蒐集到生理量測資料，都希望一併介接進去，但一定要在民眾知情且同意的前提下，所以這部分我們也會去重視。

盧主任委員瑞芬：護病比議題，在業務執行報告第3頁。

劉組長林義：有關詳細護病比的資料，還有剛才吳榮達委員提到有關訪查家次，這些部分我們會後再用書面資料說明。

王委員惠玄：不好意思，我 follow 一下，好嗎？

盧主任委員瑞芬：王委員，請等一下，我們先請蔡淑鈴副署長說明。

蔡副署長淑鈴：剛剛吳榮達委員一開始提到我們有召開1個法律的專家會議，在會後我們也可以提供會議紀錄給吳委員參考。

劉委員淑瓊：我也要。

盧主任委員瑞芬：劉淑瓊委員也要，請健保署提供資料給本會，我們會傳給所有委員，請王惠玄委員。

王委員惠玄：針對劉林義組長的回應，所以如果要在大家醫平台整合各司署資料，不知道有沒有包含社家署，因為在整個協商過程中，牙醫總額提出很多有關障別的加成補助，不知道過去是怎麼稽核，但我從協商資料中，健保署答覆一直是說健保資料庫中沒有障別資料，所以無法稽核，在大家醫平台的預期看起來是勢在必行，不曉得在大家醫平台中所謂的各司署整合資料，有沒有機會納入障別？當然也是要告知民眾同意後簽署資訊共享公開，不曉得有沒有這樣的規劃？謝謝。

劉組長林義：其實因為這個平台還在規劃，所以我們現在都還在盤點每個地方的資料，也就是盤點每個司署現有的資料，因為一定是司

署裡面資訊系統有蒐集這個資料才可以介接，前提當然也是要他們同意配合，以上。

盧主任委員瑞芬：這個部分跟衛福部說要推的次世代的 HIS 系統^(註)有關嗎？是不一樣的平台嗎？

註：HIS 系統(Health Information System，醫療資訊系統)。

劉組長林義：我們是 1 個蒐集資料單位，屬於介接平台，次世代的 HIS 系統是各個醫院自己的資料系統。

盧主任委員瑞芬：謝謝，委員如果沒有意見的話，或者是會後想到有要提問的地方，就麻煩提出書面意見，我們會一起彙整給健保署，請他們書面回覆，請問一下有沒有臨時動議？若沒有臨時動議，今天會議就到此結束，謝謝各位。

對「110年至113年健保財務收支情形表」(會議資料第30頁附表)

之相關意見

李永振委員提供

一、健保法第3條第1項：

A.政府應負擔健保總經費法定下限36%=(保險給付支出+應提列或增列之安全準備-法定收入)×36%

B.政府應負擔36%不足數=A-政府已實際負擔之健保費

二、健保法第76條(安全準備來源)

本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：

一、本保險每年度收支之結餘。二、本保險之滯納金。三、本保險安全準備所運用之收益。四、政府已開徵之菸、酒健康福利捐。五、依其他法令規定之收入。

本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。

三、健保署編製健保財務收支表之假設

(一)說明5：安全準備相關收入包括：依健保法規定應提列之安全準備，包括滯納金、運用收益、彩券盈餘及菸捐分配收入等，惟不含**保險費相關收入**用來支應保險成本後之結餘。→(1)安全準備相關收入未遵循健保法第76條第1項之規定。(2)以**保險費相關收入**取代**保險收入**計算收支餘絀(明顯與表中計算當年保險收支餘絀矛盾)

(二)說明6，計算當年安全準備填補金額有下列疑點：計算短絀金額之方式犯了與(一)相同之謬誤，致111年度結餘113億元之情況下，仍須填補56億元，且此處理方式有違健保法第76條第2項之立法意旨。

單位：億元

健保署 項目	110年		111年		正解 項目	110年		111年	
	1.保險成本	7,274	7,491	1.保險成本		7,274	7,491	2.保險收入	7,119
2.保險收入	7,119	7,603	2.保險收入	7,119	7,603	3.保險費相關收入	6,948	7,435	
3.保險費相關收入	6,948	7,435	3.保險費相關收入	6,948	7,435	4.應提列安全準備	171	282	
4.安全準備相關收入	171	169	4.應提列安全準備	171	282	5.收回安全準備(4.-6.)	326	169	
5.當年安全準備填補金額	326	56	5.收回安全準備(4.-6.)	326	169	6.結餘時滾入累積、短絀時填補	-155	113	
6.當年保險收支餘絀	-155	113	6.結餘時滾入累積、短絀時填補	-155	113	8.政府負擔不足法定36%之差額	862	944	
7.以實際營運值代入應提列之安全準備	-155	113	7.以實際營運值代入應提列之安全準備	-155	113	8.政府負擔不足法定36%之差額	(745+ <u>117</u>)	(883+ <u>61</u>)	
						<u>326*36%</u>	<u>169*36%</u>		
						7.依健保法第76條第1項規定處理	171	282	
						9.少負擔之差異(5.*36%)	326*36%=117	169*36%=61	

針對李永振委員所提「110年至113年健保財務收支情形表」 相關意見之回應說明

健保署

- 一、本表主要係為呈現健保財務收支之各項明細，爰將保險收入用以支應保險成本後之餘絀，單獨以「當年保險收支餘絀」呈現，因此，特別說明表中之「安全準備相關收入」不含保險費相關收入用來支應保險成本後之結餘。
- 二、本表「當年安全準備填補金額」，主要為表達運用安全準備(前一年累計餘絀，加計當年安全準備相關收入)填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。
- 三、有關政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之計算方式，本署歷來依健保法第2條、第3條及同法施行細則第45條規定，以及行政院協商確立之法律見解及計算方式辦理。檢附110年及111年政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數計算方式說明(附表)供參。

附表

110年及111年政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數計算方式說明

單位：億元

計算項目	110年度	111年度
保險給付支出A	7,274	7,491
應提列或增列安全準備B	-155	113
其他法定收入C	129	130
政府應負擔健保總經費D=(A+B - C)×36%	2,516	2,691
政府已負擔保險費小計E	1,772	1,808
政府應負擔健保總經費 法定下限36%不足數F=D - E	745	883

製表日期：112.9.21

說明：1、110及111年度為審定決算數

- 2、依行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎，「應提列或增列安全準備」以實際營運值計入。
- 3、依健保法第17條規定，其他法定收入為保險經費扣除三方分擔保險費後之金額，計列項目包含滯納金、社會公益彩券盈餘分配收入、菸品健康福利捐分配收入、呆帳提列、投資淨收益及其他(呆帳轉銷後收回金額、未兌現支票轉入數等)。
- 4、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。