

衛生福利部全民健康保險會
第 5 屆 111 年第 7 次委員會議資料

本資料未上網公開前

請勿對外提供

中華民國 111 年 7 月 29 日

衛生福利部全民健康保險會第5屆111年第7次委員會議議程

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(第6次)委員會議紀錄----- 1

四、本會重要業務報告----- 21

五、報告事項

- (一)111年度各部門總額依協定事項需於7月底前提本會報告之項目(含預算扣減或檢討節流成效項目之規劃)----- 97
- (二)111年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃----- 121
- (三)部分負擔調整案實施後政策效益及其改善醫療資源合理利用之監測指標----- 140
- (四)「全民健康保險急診品質提升方案」之執行情形(含急診壅塞監測指標)----- 159
- (五)109年健保收入超過2億元之227家醫療院所財務報告之公開情形----- 177
- (六)中央健康保險署「111年6月份全民健康保險業務執行報告」----- 186

六、臨時動議

三、確認上次(第 6 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(111)年 6 月 30 日衛部健字第 1113360080 號函送
委員在案，並於本年 6 月 30 日併同會議資料上網公開。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第5屆111年第6次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國111年6月24日上午9時30分

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

主席：周主任委員麗芳

紀錄：馬文娟、張琬雅

出席委員：(依姓名筆劃排序，*為參與視訊會議)

干委員文男、朱委員益宏*、何委員語、吳委員鴻來*、吳委員鏘亮*、李委員永振、李委員麗珍、卓委員俊雄、林委員恩豪、林委員敏華*、林委員綉珠、侯委員俊良*、柯委員富揚*(中華民國中醫師公會全國聯合會詹常務監事永兆 12:00 以後代理)、胡委員峰賓*、翁委員文能*、翁委員燕雪、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍*、張委員鈺民、許委員駢洪*、陳委員石池*、陳委員有慶*、陳委員秀熙、陳委員建志(中華民國牙醫師公會全國聯合會徐常務理事邦賢 10:42 以後代理)、黃委員金舜*、黃委員振國*、楊委員芸蘋*、趙委員曉芳*、劉委員守仁*、劉委員國隆、劉委員淑瓊、滕委員西華*、鄭委員素華*、盧委員瑞芬*、賴委員博司*(中華民國工業區廠商聯合總會董副理事長正宗代理)、謝委員佳宜*、顏委員鴻順*

列席人員：(*為參與視訊會議)

本部社會保險司：陳專門委員淑華*

中央健康保險署：李署長伯璋、蔡副署長淑鈴

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第21~22頁)

貳、議程確認：(詳附錄第22頁)

決定：確認。

參、確認上次(第5次)委員會議紀錄：(詳附錄第22~27頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第28~47頁)

決定：

- 一、上次(第5次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：
 - (一)擬解除追蹤共1項，同意解除追蹤。
 - (二)擬繼續追蹤共2項，同意繼續追蹤。
- 二、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：達解除追蹤條件共3項，同意解除追蹤；其餘21項繼續追蹤。
- 三、「部分負擔調整案實施後政策效益及其改善醫療資源合理利用之監測指標」報告案，請中央健康保險署儘速向本會提報。
- 四、「109年健保收入超過2億元之醫療院所財務報告之公開情形」報告案，請中央健康保險署於疫情趨緩後，儘速向本會提報。
- 五、修正「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」之總額設定公式，如附件一劃線處。
- 六、同意調整總額協商日期及時程安排，配合修正「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，如附件二劃線處。請委員保留9月21日~23日總額協商時間。
- 七、餘洽悉。

伍、討論事項：(詳附錄第48~80頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：全民健康保險各總額部門110年度執行成果之評核結果獎勵標準案，提請討論。

決議：

- 一、各總額部門110年度執行成果評核結果，將納為112年度各部門總額「品質保證保留款」專款獎勵，其獎勵標準計算方式如下：
 - (一)計算基礎：以各總額部門評核年度(110年)一般服務預算為計算基礎。

- (二)評核等級獎勵成長率：評核結果「良」級給予0.1%、「優」級給予0.2%、「特優」級給予0.3%獎勵成長率。
- 二、各部門總額前項專款額度，應與其106年度一般服務預算之品質保證保留款額度(各部門額度：醫院3.887億元、西醫基層1.052億元、牙醫1.164億元、中醫0.228億元)合併運用，全數作為鼓勵提升醫療品質之用。
- 三、請中央健康保險署及各總額部門持續檢討年度品質保證保留款核發情形，訂定與提升醫療品質有關且更具鑑別度之核發標準。

第二案

提案人：林委員恩豪、侯委員俊良

連署人：陳委員有慶、李委員麗珍、許委員駢洪、劉委員淑瓊、何委員語、劉委員國隆、干委員文男、翁委員燕雪、吳委員鴻來、馬委員海霞、李委員永振

代表類別：保險付費者代表

案由：有關健保署醫院總額研商議事會議研議「罕見疾病藥費專款改變結算邏輯」及「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫」案決議有不符總額協定事項之虞，提請討論。

決議：

- 一、本案請中央健康保險署確實依111年度總額公告之協定事項與預算用途辦理，處理結果於今年9月協商112年度總額前，向本會提報。
- 二、委員所提意見，送請中央健康保險署研議。

陸、報告事項：(詳附錄第81~107頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「家庭醫師整合性照護計畫」執行成效評估(含導入一

般服務之時程規劃)，請鑒察。

決定：

一、有關「家庭醫師整合性照護計畫」，請中央健康保險署辦理下列事項：

(一)持續滾動檢討，並提升計畫之執行成效。

(二)請儘速向本會提出計畫執行20年之完整檢討策進專案報告(含計畫成效檢討、策進之具體作法及未來規劃等)。

二、委員所提意見，送請中央健康保險署回復說明。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關配合部分負擔調整方案，保障經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署回復說明。

第三案

報告單位：本會第三組

案由：111年度醫院及西醫基層總額新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」確認案，請鑒察。

決定：

一、確認111年度醫院總額1項及西醫基層總額3項新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，如附件三。

二、醫院總額新增項目「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」未完成研訂，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體儘速提報下次委員會議確認。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：111年5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，送請中央健康保險署回復說明。

第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：醫院及西醫基層總額之「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」及「藥品及特材給付規定改變」預算檢討、調整與管控機制，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署回復說明。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午13時58分。

112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

第 5 屆 111 年第 5 次委員會議(111.5.27)通過

第 5 屆 111 年第 6 次委員會議(111.6.24)修正

壹、總額協商架構

一、總額設定公式

■年度部門別^{註1}醫療給付費用總額＝

[前一年度校正後部門別一般服務醫療給付費用^{註2、註3、註4}×(1+年度醫療服務成本及人口因素成長率+年度協商因素成長率)]+年度專款項目經費+年度門診透析服務費用^{註5}

年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

[年度部門別醫療給付費用－(前一年度核定之部門別醫療給付費用－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}]/(前一年度核定之部門別醫療給付費用－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}

■年度全民健保醫療給付費用總額＝

[前一年度部門別醫療給付費用×(1+年度部門別醫療給付費用成長率)]之合計+年度其他預算^{註1}醫療給付費用

年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

[年度核定之全民健保醫療給付費用總額－(前一年度核定之全民健保醫療給付費用總額－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}]/(前一年度核定之全民健保醫療給付費用總額－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}

註：1.部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2.因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 112 年總額基期須校正 110 年度總額投保人口成長率差值)。

3.依本會 110 年第 2 次委員會議(110.6.25)通過之「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，111 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 112 年度總額協商之基期費用。

4.依衛福部函報行政院之 112 年度總額之基期淨值，係以 111 年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「110 年未導入預算扣減」部分。

5.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

二、醫療服務成本及人口因素

(一)按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」合併計算成長率。

(二)成長率計算公式

$[(1+\text{投保人口結構改變對醫療費用之影響率}+\text{醫療服務成本指數改變率})\times(1+\text{投保人口預估成長率})]-1$

(三)各項因子之計算公式與方法如附件，將依行政院核定之醫療服務成本及人口因素內涵辦理。

三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新科技醫療及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

反映其他醫療服務利用及密集度改變，對醫療費用之影響(排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分)。

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)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。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式

先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

(三)計算公式

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用=前一年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用 $\times(1+\text{成長率})$

年度門診透析服務費用=年度醫院門診透析服務費用+年度

西醫基層門診透析服務費用

貳、總額協商原則

一、依據行政院核定之年度醫療給付費用總額範圍及政策目標進行協議擬訂，使健保政策延續並連結醫療給付費用總額。

二、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

總額協商之前提，應考量全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨；且所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，對有限健保資源，應予合理配置。

三、基期

以穩定為原則。若確需變動，應於前一年 6 月前提經議定；6 月以後所議定調整事項，適用於下年度總額。

四、醫療服務成本及人口因素

各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式。

五、協商因素

(一)給付項目之調整

健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案，請參考本會第 2 屆 104 年第 2 次(104.3.27)委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」辦理。本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目給予合理配置，不涉及個別給付項目之決定。

(二)各部門之「品質保證保留款」

1.列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。

2.考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款合併運用，並須提經本會通過。

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款

1.列為協商減項，扣減 110 年度違反特管辦法第 37、39、40 條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件，且不納入 113 年度總額協商

之基期費用。

2.本項扣款數值，以協商時中央健康保險署提供者為準。

- (四)一般服務之協商因素項目，應於年度協商時提出問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用、執行目標及預期效益之評估指標(新增項目)、過去執行成果效益或檢討改善規劃(延續性項目)，及檢附前開實證資料。並於年度實施前提出具體實施方案，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則得核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。
- (五)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

六、專款項目

- (一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。
- (二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。
- (三)有特殊性、鼓勵性、目標性之新增計畫，宜列為專款項目，俟其執行具相當成效後，再移至一般服務項目。
- (四)新增計畫應於年度協商時提出問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用、執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料，並提出預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)，以利檢討退場或納入一般服務。
- (五)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。
- (六)111 年度專款項目，若因為疫情或委員會作業耽誤，導致執行率未達 50%，112 年度專款項目可照列 111 年度之預算及協定事項。

七、其他原則

- (一)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方

式變動之。

- (二)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：
 - 1.衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」之復議案程序辦理。
 - 2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。
- (三)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值。
- (四)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (五)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (六)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。

附件一醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法

一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以 109 年醫療費用點數為基礎，計算 110 年納保人口年齡性別結構相對於 109 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，並以 1 歲為一組做調整(人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均)。

二、醫療服務成本指數改變率

(一)成本項目之權數

採行政院主計總處 105 年「工業及服務業普查」所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。

(二)成本項目之指數

採行政院主計總處 111 年 4 月發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」資料。各總額部門指標類別如下：

成本項目	指標類別	
人事費用	1/2「醫療保健服務業」薪資及 1/2「工業及服務業」薪資	
藥品費用	醫院	躉售物價指數—西醫藥品類
醫療材料費用		躉售物價指數—醫療儀器及用品類
藥品、藥材及耗材成本	西醫基層	躉售物價指數—西醫藥品類 躉售物價指數—醫療儀器及用品類
	牙醫	健保牙醫門診藥費權重及躉售物價指數—西醫藥品類 躉售物價指數—醫療儀器及用品類
	中醫	躉售物價指數—藥品類之中藥濃縮製劑 躉售物價指數—醫療儀器及用品類
基本營業費用	躉售物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	
其他營業費用	消費者物價指數—總指數	

註：1.醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」；「電子醫療用儀器及設備」；「放射照相或放射治療器具」；「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」及「其他醫療器材」。

2.「躉售物價指數—西醫藥品類」指數，其內涵排除「動物用藥」、「中藥製劑」、「中藥材」項目，不納入計算，由行政院主計總處另行提供。

(三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以 105 年指數為基值(訂為 100)，計算 110 年相對 109 年各指數年增率。總醫療服務成本指數改變率，係將各部門之服務成本指數改變率，按其 110 年醫療給付費用占率加權計算而得。

三、投保人口預估成長率

以最近一年可取得之實際投保人口成長率計算，即以 110 年對 109 年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第 5 屆 111 年第 5 次委員會議(111.5.27)通過

第 5 屆 111 年第 6 次委員會議(111.6.24)修正

一、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<p>一、協商前置作業</p> <p>(一)討論 112 年度總額協商架構及原則與協商程序。</p> <p>(二)辦理各總額部門執行成果評核： 檢討、評估各總額部門 110 年度協定事項執行情形。</p> <p>(三)112 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向。 2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。 3.提供協商參考資料「111 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」。 4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算規劃草案。 <ol style="list-style-type: none"> (1)規劃草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (2)各總額部門與健保署擬訂規劃草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。 <p>(四)安排總額協商會前會及座談會。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.召開 112 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會： <ol style="list-style-type: none"> (1)請各總額部門及健保署報告所規劃之「112 年度總額協商因素項目及計畫草案」，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之詳細說明如下： <ol style="list-style-type: none"> ①問題分析及需求評估。 ②醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。 ③新增項目之執行目標及預期效益之評估指標(若能提出分年目標值尤佳)。 ④新增專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)。 	<p>第 5 次委員會議(111 年 5 月 27 日) 111 年 7 月 20 日</p> <p>111 年第 7 次或第 8 次委員會議(111 年 7 月 29 日或 8 月 19 日)</p> <p>111 年第 8 次委員會議(111 年 8 月 19 日)</p> <p>111 年 8 月</p> <p>111 年 8 月 19 日下午 (111 年第 8 次委員會議結束後)</p>

工作項目及內容	預訂時程
<p>(2)請幕僚彙整評核委員之建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。</p> <p>2.召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。</p> <p>3.請各總額部門及健保署提送所規劃之「112年度總額協商因素項目及計畫草案」，應提報內容及格式如附表： (1)新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，請以結果面為導向，呈現資源投入之具體效益。 (2)請如期提送協商草案資料，送會後不宜臨時提出新增項目或更動內容。</p> <p>4.112年度總額協商因素項目及計畫草案溝通會議。</p>	<p>111年8~9月</p> <p>111年8月26日上午</p> <p>111年<u>8月31日</u>前</p> <p>原則不召開，後續再視協商資料及討論需求評估是否辦理</p>
<p>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</p> <p>(一)各部門委員代表自行抽籤決定各部門之協商順序，並據以排定總額協商會議議程。</p> <p>(二)協商各部門總額成長率及分配方式。</p> <p>1.召開總額協商共識會議。</p> <p>(1)協商四部門總額及其他預算之總額及分配。 (2)請部門當日依據協商結論，於協定事項調整新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。</p> <p>2.協商結論提9月份委員會議討論、確認。</p> <p>(1)確認四部門總額及其他預算之總額及分配。 (2)請委員就協商結果，提供各總額部門所提新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」之修正建議，會後由健保署會同各總額部門共同討論研修。</p> <p>3.«執行目標»及«預期效益之評估指標»之確認： (1)達成共識部門：健保署將研修後之«執行目標»及«預期效益之評估指標»，提報10月份委員會議確認。 (2)未達共識部門：請衛福部就政策要求，逕予核定。</p> <p>(三)協商各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p> <p>1.請各總額部門於9月份總額協商完成後，2週內提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提10月份委員會議討論。</p> <p>2.若部門未達成協商共識或未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提11月份委員會議討論，並完成協定。</p> <p>(四)年度整體總額協定成長率及其分配之確認及報請衛福部核定及公告。</p>	<p>111年第7次委員會議(111年7月29日)抽籤^註，於第8次委員會議(111年8月19日)提報排定議程</p> <p>111年9月<u>21日</u>全天；若有未盡事宜，於9月<u>22日上午9時30分</u>繼續處理</p> <p>111年第9次委員會議(111年9月23日上午<u>9時30分</u>開始)</p> <p>111年第10次委員會議(111年10月28日)</p> <p>111年11~12月</p> <p>111年10月6日前</p> <p>111年第11次委員會議(111年11月18日)</p> <p>111年11~12月</p>

工作項目及內容	預訂時程
三、協定事項之執行規劃與辦理 (一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。 (二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。	111年10月~112年12月

註：惟若因疫情因素無法召開現場會議或各總額部門無法派員抽籤，則由本會執行秘書於視訊會議代為抽籤。

二、協商共識會議

(一)會議時間：

- 1.預備會議：111年9月21日(星期三)上午9時至9時30分。
供付費方、醫界方視需要召開內部會議(請事前通知本會同仁協助安排會議場地)。
- 2.協商共識會議：111年9月21日(星期三)上午9時30分起，全天。
- 3.若有協商未盡事宜，則於111年9月22日(星期四)上午9時30分至12時30分討論。

(二)與會人員：

- 1.付費方：付費者代表之委員。
- 2.醫界方：
 - (1)保險醫事服務提供者代表之委員。
 - (2)牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門協商時，由該總額部門代表之委員主談，各部門並可推派9名代表協助會談，推派之協商代表需經充分授權。
 - (3)護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之會談。
 - (4)門診透析服務：由西醫基層及醫院部門代表之委員主談，並邀請台灣腎臟醫學會推派1名代表列席說明。
- 3.專家學者及公正人士、國家發展委員會及主管機關代表委員。
- 4.社保司與健保署相關人員及本會幕僚。

(三)進行方式：

- 1.分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門總額，及健保署管控之「其他預算」。
- 2.各部門之協商順序，於7月份委員會議抽籤確定後，不可臨時

要求變更。

3.各部門協商時間如下表：

部門別	第一階段 ^{#1} 提問與意見交換		第二階段 視雙方需要自行召開 內部會議		第三階段 部門之預算協商		合計 (最長時間含各自召 開內部會議時間)
			付費方	醫界方			
醫院	30 分鐘	門診透析 20 分鐘	30 分鐘	30 分鐘	60 分鐘	門診透析 20 分鐘	130~190 分鐘
西醫基層	25 分鐘		20 分鐘	20 分鐘	50 分鐘		115~155 分鐘
牙醫	20 分鐘		20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘		60~100 分鐘
中醫	20 分鐘		20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘		60~100 分鐘
其他預算	20 分鐘		20 分鐘		35 分鐘		55~75 分鐘

註：1.各部門之協商草案已於會前會報告，若本時段仍須說明，請簡要說明並以 5 分鐘為限。

2.門診透析服務預算之協商時間，併於西醫基層或醫院部門中協商順序較前者之時段(時間外加)。

4.相關原則：

所有委員均可入場，惟非該協商場次之總額部門委員，可以提問與發表意見，但不參與預算協商。個別部門之協商場次安排分為三個階段，與會人員之參與方式如下：

協商階段		場次	四部門總額協商		其他預算協商	
			四部門總額協商		其他預算協商	
第一階段	提問與意見 交換	總額部門委員及協商代表： 說明協商草案與回應提問		健保署： 說明協商草案與回應提問		
		所有委員：均參與提問與意見交換 (若協商草案中，有部分項目涉及其他總額部門者，相關之醫界委員得表達其看法；另必要時，得請健保署人員提供說明)				
第二階段	視雙方需要 自行召開內 部會議	付費方或醫界方： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚與健保署人員協 助試算或說明)		付費方或健保署： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚協助試算)		
第三階段	部門之預算 協商	由「付費方」與「醫界方」 雙 方進行預算協商 (得請健保署人員提供說明)		由「付費方」與「健保署」 雙 方進行預算協商		
若雙方初步協商無法達成共識時： 由專家學者、公正人士、政府機關代表委員，在不涉及特定金額 下提供專業見解及中立意見，供雙方參考，再決定是否召開內部 會議或繼續協商						

5.若部門與付費者代表順利完成協商，達成共識，則於其預算協

商時段當場試算，作成共識方案。倘未能達成共識時，其處理方式如下：

(1)付費者代表委員間無法達成共識時：

由付費者代表之委員召集內部會議協調之，若無法以共識決形成一案時，得以多數決定付費者方案。

(2)總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表之委員召集內部會議協調醫界方案。

(3)總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員各自提出一個建議方案。

6.經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得再重新協議，並酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。

7.各部門總額年度預算之協商終止點，訂為 9 月份委員會議之前，經委員會議確認後定案，不得變更。

8.為利瞭解年度總額之協商過程，與會人員之發言內容，將以實錄方式上網公開。

三、委員會議

(一)時間：111 年 9 月 23 日(星期五)上午 9 時 30 分。

(二)確認協商結論(共識方案或雙方建議方案，含成長率、金額、協定事項)，協定事項之文字在不違反原協商意旨前提下，可酌予調整修正。

(三)依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，未能達成共識方案時，應將委員會議確認之付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員建議方案，報請主管機關決定。至於個別委員對建議方案有不同意見時，得於建議方案確認後，提出不同意見書，由健保會併送主管機關。

附表、各部門總額協商草案(協商大表)應提供之內容及格式

項目類別	○○部門草案	健保署草案	健保會補充說明
新增項目	<p>協商方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.問題分析及需求評估 2.醫療服務內容及說明 3.費用估算基礎及淨增加之費用 4.執行目標及預期效益之評估指標(以結果面呈現資源投入之具體效益) 5.專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果) 6.請檢附上開 1~4 項之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參 	<p>對醫界方案提出保險人之評析及建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.評析醫界方案之問題分析、需求評估及醫療服務內容之合理性與必要性，並提出保險人意見 2.試算醫療費用、淨增加費用，並提出合理之預算建議 3.對執行目標及預期效益之評估指標提供建議 4.對專款項目之預估試辦檢討期限提供建議 <p>若新增協商項目或計畫屬政策交辦項目，且未納入各總額部門協商草案：</p> <p>請健保署提供完整之協商方案(比照部門草案內容)</p>	<p>彙整相關資料供參考：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> 是否為政策交付項目：是者，摘錄政策內容 2. <input type="checkbox"/> 資料是否完整：否者，提出需補充內容 3. 提供評核委員及會前會專家學者意見 4. 彙整相關統計數據與總額協商相關規範 5. 提供協定事項執行情形與研析，不作任何預算額度及經費增刪的建議。另提供協定事項建議文字
延續性項目	<ol style="list-style-type: none"> 1.醫療服務內容及說明(含問題分析及需求評估) 2.費用估算基礎及淨增加之費用 3.過去執行成果效益(以結果面呈現資源投入之具體效益)，或檢討改善之相關規劃 4.請檢附上開內容之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參 		

醫院及西醫基層總額總額新增項目協定事項之 「執行目標」及「預期效益之評估指標」

一、醫院總額，1 項：

新增項目	「執行目標」及「預期效益之評估指標」
專款項目 住院整合照護 服務試辦計畫	<p>1.執行目標：</p> <p>(1)111 年至少 4 家醫院參與服務。</p> <p>(2)111 年服務住院病人 200,000 人日。 說明：服務住院病人 200,000 人日=3 億元×50%÷750 元人日。</p> <p>2.預期效益之評估指標：提升全國醫院提供急性一般病床住院整合照護服務涵蓋率，111 年目標為 2.8%。 說明：當年底試辦醫院住院整合照護開放床數(以 2,150 床計)÷當年底全國急性一般病床開放床數 76,445 床(註)×100%。 註：衛生福利部醫事管理系統 111 年 1 月底統計資料。 備註：若本計畫 112 年度繼續試辦，則於提出總額協商資料時，應包括「執行目標」及「預期效益之評估指標」(應以能反映實際執行效益之結果面指標為之)。</p>

二、西醫基層總額，共計 3 項：

新增項目	「執行目標」及「預期效益之評估指標」
一般服務 提升國人視力 照護品質	<p>1.執行目標：4,000 件。</p> <p>2.預期效益之評估指標：</p> <p>(1)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%。</p> <p>(2)每月申報超過 40 件以上白內障手術之醫師，其病人手術等待期減少。 註 1：等待期=手術日期-前次門診日期。 註 2：排除案件：跨年度案件、手術與前次門診為同一日之案件。</p> <p>(3)每月申報超過 40 件以上白內障手術之醫師占申報白內障手術醫師數比例較前一年度增加 3%。</p>

新增項目	「執行目標」及「預期效益之評估指標」
<p>專款項目</p> <p>提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬 (pay for value) 計畫</p>	<p>1.執行目標：</p> <p>(1)全國基層參與計畫診所數達到 21 家。</p> <p>(2)收案人數超過 170 人。</p> <p>(3)逐年提升出院後心肺復健接受率、提升心肺疾病治療效果，心肺功能有意義的改善達 70%。</p> <p>2.預期效益之評估指標：</p> <p>(1)病人疾病復發率(包括再住院或再急診)<30%：收案 6 個月內病人因相同疾病再就診率<30%。</p> <p>(2)有意義的心肺功能改善比率>70%：CPET (VO₂peak 最大耗氧量或無氧代謝閥值耗氧量 Vo₂AT)較首次進步改善 25%或 6 分鐘步行測試進步 25%或 100 公尺以上。</p>
<p>專款項目</p> <p>代謝症候群防治計畫</p>	<p>1.執行目標：提供 10 萬名代謝症候群個案疾病危險因子管理服务。</p> <p>2.預期效益之評估指標：</p> <p>(1)代謝症候群改善率。</p> <p>(2)介入成效率\geq30%。</p> <p>註：介入成效率：個案經收案照護後，任何一項代謝症候群指標已達標並已不符代謝症候群患者人數/診所收案個案人數。</p> <p>3.視計畫執行情形，於下年度再行研議調整照護人數目標之可行性。</p>

四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第6次)及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計8項，依辦理情形，建議解除追蹤5項，繼續追蹤3項，如附表(第30~33頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理；另個別委員關切事項，健保署回復如附錄一(第189~193頁)。

(二)歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，建議解除追蹤者，計有3項，如附表(第34頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

二、依照「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，為利本(111)年9月總額協商會議之議程安排，本次會議將請各部門委員代表進行協商順序之抽籤作業，本會將依抽籤結果據以排定協商議程。

三、截至本年7月21日，本會尚未收到衛生福利部(下稱衛福部)來函交議112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案，為爭取時效，將於收到交議案後辦理下列事項：

(一)儘速轉知本會委員，並納入8月份委員會議報告。

(二)函請中央健康保險署(下稱健保署)及各總額部門，遵循衛福部交付之112年度總額協商政策方向，研擬並於本年8月12日中午前提出「112年度總額協商因素項目及計畫(草案)」，其中所提協商因素項目應與政策方向互相連結，俾於8月19日本會辦理之總額協商會前會說明。至於總額協商最終版本，則請依據本會議定協商草案應提供之內容及格式，於8月31日前提出。

四、有關111年度各部門總額協定事項定期追蹤辦理情形：

(一)依本會111年3月份委員會議之決定，健保署應於7月底前提報各部門總額協定事項辦理情形，如附件二(第44~93頁)。

(二)本會整理前揭協定事項辦理情形，其中尚未完成之項目計3項(4%)，如下表：

類別 部門別	依法定程序辦理， 並副知本會項目 (37 項目)		需經本會同意或 向本會報告項目 (22 項目)		提報本會執行情形(111 年 初步結果) (72 項目)	
	已完成 / 應完成	未完成 / 應完成	已完成 / 應完成	未完成 / 應完成	已完成 / 應完成	未完成 / 應完成
牙醫門診	7 / 7	無	5 / 6	1(項次 13) / 6	8 / 9	1(項次 18) / 9
中醫門診	9 / 9	無	2 / 2	無	9 / 9	無
醫院	6 / 7	1(項次 6) / 7	3 / 3	無	18 / 20	2(項次 23、29) / 20
西醫基層	7 / 7	無	7 / 7	無	18 / 18	無
門診透析	—	—	—	—	4 / 4	無
其他預算	6 / 7	1(項次 2) / 7	3 / 4	1(項次 10) / 4	12 / 12	無
合計 (占率)	35 / 37 (95%)	2 / 37 (5%)	20 / 22 (91%)	2 / 22 (9%)	69 / 72 (96%)	3 / 72 (4%)

(三)依112年度總額協商原則，111年度一般服務之協商因素項目及專款專用項目之實施成效，將納入112年度總額協考量。依健保署提報之辦理情形，目前尚有7項未依時程完成，請健保署會同各總額部門儘速辦理。

部門總額/未完成項目		依法定程序辦 理副知本會	需經本會同 意或提報	提報 111 年 初步結果
牙醫 門診	牙醫特殊醫療服務計畫-「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」		V	V
醫院	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	V		V
	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)			V
其他 預算	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(檢討「精神疾病社區復健相關支付標準」)	V		
	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(「獎勵上傳資料之退場規劃」部分)		V	

五、有關各部門總額 110 年執行成果評核作業之辦理情形，本會業於 7 月 20 日依本年第 3、5 次委員會議(111.3.25、111.5.27)通過之評核作業方式，經由委員票選產生之評核委員進行內部會議討論，獲致評核結果(資料後附)，已併同各總額部門執行成果簡

報置於本會網頁周知各界。

- 六、本會業依健保法施行細則第 4 條「健保會應每年編具年終業務報告，並對外公開」之規定，完成編製 110 年版年報，隨本次會議資料寄送委員在案，請惠予收藏指正，同時寄送委員推薦單位參考。為利完整呈現歷年工作成果，110 年起於本會網站建置歷年年報電子書櫃，收錄 102~110 年版年報電子書(路徑：本部全球資訊網>本部各單位及所屬機關>全民健康保險會>公告及重要工作成果>年終業務報告>歷年健保會年報電子書櫃(bookcase)，網址：<https://service.mohw.gov.tw/ebook/nhic/年報/109/bookcase.html>)，供各界參閱。
- 七、本會針對上次(第 6 次)委員會議委員關切重要議題作成會訊報導之主題如下，內容詳附錄二(第 194~197 頁)，已置於本會網頁(路徑：健保會首頁>最新訊息>委員關切重要議題分析，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/lp-4039-116.html>)，敬請委員轉知所屬團體之會員參閱。

委員會議次別及時間	主題
111 年第 6 次 (6.24)	健保會委員本於監理職權對「罕見疾病藥費專款」及「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」之執行提供意見
	健保會委員關切「家庭醫師整合性照護計畫」執行成效及未來規劃

- 八、衛福部及健保署於本年 6 月至 7 月份發布及副知本會之相關資訊如下：[內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件業於本年 7 月 15、21 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1.總額相關公告

- (1)本年 6 月 9 日公告修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」附表，如附錄三(第 198 頁)，共修訂「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」、「使用中醫師門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」、「使用中醫師門診者之平均中醫就診次數」、「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」及「於同院所針傷科處置次數每月大於

二十次之比率」等 5 項專業醫療服務品質指標排除案件條件，排除案件分類 22，特定治療項目(一)為 JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)。

- (2)本年 6 月 17 日公告修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一及表三，如附錄四(第 199 頁)，共修訂「門診用藥日數重疊率」、「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」、「住院案件出院後三日以內急診率」、「失智者使用安寧緩和服務使用率」、「門診注射劑使用率」及「就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率」等 6 項指標之定義或排除條件。

2. 支付標準

本年 6 月 21 日修正發布「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第 79 條附件 2、第 80 條附件 3、第 81 條附件 4、第 82 條附件 5、第 83 條附件 6、第 84 條附件 7，自本年 1 月 1 日生效，如附錄五(第 200~201 頁)。本次係依上開支付標準第 4 條第 8 項規定「保險人每年將暫予支付收載結果，報請主管機關公告收載於本標準中」，修正重點摘要如下：

(1)給付品項暨支付標準：

類別	修正條文	111年1月 收載項數	相較110年1月		
			新增	調整	刪除
藥品	第79條附件2	15,565	294	6,685	1,870
特材	第80條附件3	8,443	606	210	461
中藥 (單方)	第81條附件4	3,487	23	-	2
中藥 (複方)	第82條附件5	6,885	184	-	28

(2)給付規定：

- ①藥品(第 83 條附件 6)：本次修正通則及計 12 節之給付規定及其相關附表。
- ②特材(第 84 條附件 7)：本次新增 21 項、修正 38 項及刪

除 1 項給付規定分類碼。

(二)健保署

1.將公告之總額相關計畫副知本會，如附錄六(第 202~209 頁)，
修訂重點如下表：

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
111.6.20/ 111.7.1	全民健康 保險代謝 症候群防 治計畫	<p>新增計畫，計畫重點如下：</p> <p>1.收案條件：</p> <p>(1)20~64 歲之保險對象，符合代謝症候群指標(腰圍、飯前血糖值、血壓值、三酸甘油酯值、高密度脂蛋白膽固醇值)任 3 項者。</p> <p>(2)每一診所收案人數上限 100 名，不得與其他特約醫事服務機構重複收案。</p> <p>2.給付項目及支付標準：</p> <p>(1)收案評估費：900 點。同個案同院所僅能申報 1 次，含代謝症候群相關之檢查檢驗項目。</p> <p>(2)追蹤管理費：200 點。每年最多申報 3 次，個案若為家庭醫師整合性照護計畫、醫療給付改善方案收案者，不得重複支付該計畫個案管理費及本項費用。</p> <p>(3)年度評估費：500 點。檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應，每年度最多申報 1 次。</p> <p>3.獎勵費：</p> <p>(1)診所品質獎勵費：診所收案 30 名以上，且當年度檢驗檢查上傳率 50%者，依診所品質指標得分排序，前 25%之診所獎勵 10,000、25%~50%之診所獎勵 5,000 點。</p> <p>(2)新發現個案獎勵費：新發現 40 歲以下個案具腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓、高血脂，且開始追蹤治療者，每個案獎勵 150 點。</p> <p>(3)個案進步獎勵費：個案「未達標準」之代謝症候群指標，於年度評估時，下列任 3 項指標達成者，每個案獎勵 500 點。</p> <p>①腰圍：減少 3%以上。</p> <p>②飯前血糖、三酸甘油酯、低密度脂蛋白膽固醇：達成收案時，醫師依病況與病人共同訂定目標值。</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>③血壓：收縮壓降至 130 mmHg 以下，舒張壓降至 85mmHg 以下。</p> <p>4.診所品質指標：</p> <p>(1)代謝症候群改善率(70 分)：依收案個案腰圍、醣化血紅素、血壓值、三酸甘油脂值、高密度脂蛋白膽固醇值及戒菸之改善情形計分。</p> <p>(2)個案完整照護達成率\geq30%(15 分)：診所申報年度評估費人數/診所收案人數。</p> <p>(3)介入成效率\geq30%(15 分)：收案對象任一項代謝症候群指標已達標並已不屬於代謝症候群之人數/診所收案人數。</p>
111.6.23/ 111.1.1	111 年牙醫門診加強感染管制實施方案	<p>1.修訂新申請特約院所實地訪查期限：於保險人於受理申請後，依特管辦法規定時程內進行實地訪查。</p> <p>2.增訂變更負責醫師而未異動醫事機構代碼，且簽署權利義務讓渡書之院所，得由分區業務組視情況不再重新實地訪查。</p> <p>3.修訂 111 年外展點感染管制書面評核(下稱書評)規定：</p> <p>(1)外展點需上傳硬體設備資料(矯正機關因其特殊性無法拍照，於予以排除)。</p> <p>(2)巡迴醫療外展點，執行醫師可選擇每人每點上傳，或由符合共用設備之外展點上傳；特殊醫療之外展點以外展點為單位上傳。</p> <p>(3)書評資料上傳期限為 112 年 12 月 31 日(含)之前(如遇疫情等不可抗力因素，於排除該因素後，重新提送資料)。</p> <p>(4)書評不合格或未於期限內提送資料者全面進行實地訪查，並於 113 年 3 月 31 日(含)前完成(如遇不可抗力因素無法實地訪查，則列入 113 年度優先訪查名單)。</p>
111.6.23/ 111.7.1	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	<p>1.修訂預算來源：</p> <p>(1)修正醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額之「網路頻寬補助費用」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」之預算額度。</p> <p>(2)用途新增提升智慧化資訊機制及全民健康保險居家醫療照護整合與全民健康保險遠距醫療給付計畫-虛擬(行動)</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		健保卡獎勵金。 2. 支付項目及標準之(4)結算方式：網路月租費、資料上傳獎勵費，新增「提升院所智慧化資訊機制」。
111.6.27/ 111.6.27	全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案	修正附表之三、專業醫療服務品質指標之參考值： 「C 型肝炎抗體陽性慢性透析病人 HCV RNA 檢查率」、「HCV RNA 陽性慢性透析病人抗病毒藥物治療率」2 項指標參考值修正為「最近 3 年平均值*(1-10%)為下限」。
111.6.28/ 111.6.28	111 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案	1. 增訂本方案得提供「12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」及「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)服務。 2. 增訂「12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」及「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)之案件費用，由其專款費用支應，不再額外加計 2 成，且不計算於本計畫之每位醫師每月平均每診次申請點數 2.5 萬點內。
111.7.18/ 111.7.18	全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫	為新增計畫，重點摘要如下： 1. 實施方法：由申請醫院提出執行計畫，保險人邀請其分區業務組及衛福部照護司等單位召開審查會議，視申請醫院計畫及遴選結果，擇優增加醫院辦理，各層級醫院至少 1 家。 2. 照護方式：醫院依病房特性及病人疾病嚴重程度，安排適當照護輔佐人力。家屬可選擇不參與，條件包括：自行照顧、自聘外籍看護、自我照顧獨立之病人、需要 1 對 1 服務。 3. 費用支付：對入住急性一般病床病人提供住院整合照護，醫院得申報「住院整合照護管理費(每日)」，每人日支付 750 點。以每點 1 元為上限，若有超支，則以浮動點值支付。 4. 品質監控指標： (1) 結構指標：全院推動住院整合照護涵蓋率(急性一般病床)。 (2) 過程指標：住院整合照護病床使用率。 (3) 結果指標： ① 滿意度(病人、家屬、護理人員及照護輔佐人員)。 ② 住院整合照護病人平均住院天數。

2.將 110 年四部門總額品質保證保留款及門診透析品質提升獎勵金之核發結果副知本會，如附錄七(第 210~220 頁)，摘要如下表：

發文日期	核發項目	核發結果
111.6.16	110 年慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫之核發結果	1.110 年預算 45 百萬元。 2.核發情形： (1)110 年血液透析家數共 729 家，領取獎勵金家數計 553 家(占 75.86%)，平均每家血液透析院所核發 75,998 元。 (2)110 年腹膜透析家數共 117 家，領取獎勵金家數計 91 家(占 77.78%)，平均每家血液透析院所核發 32,674 元。
111.6.17	110 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果	1.110 年預算 221.0 百萬元。 2.核發情形：110 年西醫基層特約家數共 10,800 家，計 7,952 家院所(占率 73.6%)符合獎勵條件且領取品保款，其中 1,201 家(占率 11.1%)院所不符合核發資格規定，1,647 家(占率 15.3%)院所獎勵指標權重和為零或小於 80%。
111.6.28	110 年牙醫門診總額品質保證保留款核發結果	1.110 年預算 204.3 百萬元。 2.核發情形：110 年牙醫院所特約家數共 7,140 家，計 6,249 家院所符合核發資格且領取品保款(占 87.5%)，未領取品保款院所計有 891 家(占 12.5%)，其中 875 家(占 12.3%)院所不符合核發資格，16 家院所之指標達成率為 0%(占 0.2%)。
111.7.14	110 年醫院總額品質保證保留款核發結果	1.110 年預算 12.691 億元，醫學中心、區域醫院及地區醫院分別為 5.355 億元、4.843 億元及 2.492 億元(按當年各層級醫院核定點數占率分配)。 2.核發情形：110 年結算醫院家數共 470 家，各層級醫院核發家數占率分別為醫學中心 100%、區域醫院 100%、地區醫院 99.7%。其中： (1)符合基本獎勵核發家數：醫學中心 19 家(核發率 100%)；區域醫院 81 家(核發率 100%)；地區醫院符合學會指標計畫 270 家(核發率 73%)。 (2)符合指標獎勵核發家數：醫學中心 19 家(核發率 100%)；區域醫院 81 家(核發率 100%)；地區醫院 369 家(核發率 99.7%)。

發文日期	核發項目	核發結果
111.7.15	110年中醫門診總額品質保證保留款核發結果	1.110年預算48.0百萬元。 2.核發情形：110年中醫院所特約家數共4,075家，計3,042家院所符合核發資格且領取品保款(占74.7%)，未領取品保款院所計有1,033家(占25.3%)，其中853家(占20.9%)院所不符合核發資格，180家(占4.4%)院所核算基礎為0。

- 3.本年6月16日副知，公告刪除「全民健康保險醫院總額部門檔案分析審查不予支付指標及處理方式」6項指標(如下表)，並自111年8月1日(費用年月)起生效，如附錄八(第221~222頁)。

刪除指標
006-初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 前未使用 aspirin 比率
023-醫院門診新陳代謝及心血管兩系統疾病之慢性病案件開藥數小於等於21日之案件占率過高
024-醫院門診 BERBERINE 處方率居於同儕極端值
025-醫院門診 PSYLLIUM HUSK 處方率居於同儕極端值
035-糖尿病用藥新一代 Sulfonylureas 類型與 Meglitinides 類型藥品合併使用比率偏高。
036-醫院門診同院同一病人每季申報 Zolpidem 開藥量(DDD)超量

- 4.本年7月7日副知，公告111年「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等6項中醫醫療照護計畫7月1日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄九(第223頁，名單已置於該署全球資訊網)，各分區承辦院所數、醫師數(人次)累計統計如附錄十(第224頁)。

決定：

上次(第6次)及歷次委員會會議繼續列管追蹤事項

一、上次委員會會議(共8項)

(一)擬解除追蹤(共5項)

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	報告事項第2案： 有關配合部分負擔調整方案，保障經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施。	委員所提意見，送請中央健康保險署回復說明。	於111年6月30日請辦健保署。	健保署回復：委員所提意見，說明如附件一(第35~37頁)。	解除追蹤	—
2	報告事項第4案： 111年5月份全民健康保險業務執行報告。	委員所提意見，送請中央健康保險署回復說明。	於111年6月30日請辦健保署。	健保署回復：委員所提意見，說明如附件一(第38頁)。	解除追蹤	—
3	報告事項5案：醫院及西醫基層總額之「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」及「藥品及特材給付規定改變」預算檢討、調整與管控機制。	委員所提意見，送請中央健康保險署回復說明。	於111年6月30日請辦健保署。	健保署回復：委員所提意見，說明如附件一(第39頁)。	解除追蹤	—
4	本會重要業務報告。	「部分負擔調整案實施後政策效益及其改善醫療資源合理利用之監測指標」報告案，請中央健康保險署儘速向本會提報。	於111年6月30日請辦健保署。	健保署回復：依貴會決議，將提111年7月委員會會議報告。	已列入本次會議報告事項第三案，報告後解除追蹤	111年7月

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
5		「109年健保收入超過2億元之醫療院所財務報告之公開情形」報告案，請中央健康保險署於疫情趨緩後，儘速向本會提報。	於111年6月30日請辦健保署。	健保署回復：依貴會決議，將提111年7月委員會議報告。	已列入本次會議報告事項第五案，報告後解除追蹤	111年7月

(二)擬繼續追蹤(共 3 項)

項次	案由	決議(定)事項	本會辦理情形	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	討論事項第 2 案： 有關健保署醫院總額研商議事會議研議「罕見疾病藥費專款改變結算邏輯」及「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」案決議有不符總額協定事項之虞。	一、本案請中央健康保險署確實依 111 年度總額公告之協定事項與預算用途辦理，處理結果於今年 9 月協商 112 年度總額前，向本會提報。 二、委員所提意見，送請中央健康保險署研議。	於 111 年 6 月 30 日請辦健保署。	健保署回復： 1. 有關「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫(簡稱 RCC、RCW 計畫)」案，本署業於 111 年 7 月 4 日函請台灣醫院協會依 111 年總額協定事項並參採貴會委員之相關建議，研擬提案至本署後，依程序辦理後續事宜。 2. 有關「罕見疾病藥費專款改變結算邏輯(簡稱罕病藥費)」案，本署已於 7 月 12 日召開醫院總額研商議事會議 111 年第 1 次臨時會上報告 111 年罕病結算邏輯維持原 110 年邏輯，不修正。	1. 繼續追蹤 2. 有關罕病藥費案解除追蹤 3. 至於 RCC、RCW 計畫案於健保署報告後解除追蹤	111 年 9 月
2	報告事項第 1 案： 「家庭醫師整合性照護計畫」執行成效評估(含導入一般服務之時程規劃)。	一、有關「家庭醫師整合性照護計畫」，請中央健康保險署辦理下列事項： (一)持續滾動檢討，並提升計畫之執行成效。 (二)請儘速向本會提出計畫執行 20 年之完整檢討策	於 111 年 6 月 30 日請辦健保署。	健保署回復： 1. 本署配合辦理。 2. 委員所提意見，說明如附件一(第 40~43 頁)。	1. 繼續追蹤 2. 於健保署報告後解除追蹤	111 年 12 月

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
		進專案報告(含計畫成效檢討、策進之具體作法及未來規劃等)。 二、委員所提意見，送請中央健康保險署回復說明。				
3	報告事項第3案：111年度醫院及西醫基層總額新增項目之「執行目標」及「預期效益指標」確認案。	醫院總額新增項目「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」未完成研訂，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體儘速提報下次委員會議確認。	於111年6月30日請辦健保署。	健保署回復：本署已於7月12日召開醫院總額研商議事會議111年第1次臨時會討論，決議如下： 1. 執行目標：用於地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反應住院首日護理費支付點數加成30%。 2. 預期效益之評估指標： (1)地區醫院夜間及假日開診率不低於110年。 (2)醫院部門地區醫院住診滿意度調查，平均滿意度達82%。	1.繼續追蹤 2.俟健保署將醫院總額「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」之研訂結果提報本會同意後解除追蹤。	111年7月

二、歷次委員會議：達解除追蹤條件(共 3 項)

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形 (更新處以底線標示)	追蹤建議
1	有關「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」(草案)報請同意案，原則同意所提計畫。有關收案照護人數及委員所提意見，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體妥處後，依法定程序陳報衛生福利部核定。[俟衛福部核定健保署公告後解除追蹤] (111.4 決議、111.5、111.6 決定)	健保署回復： <u>1.111年6月6日業經衛生福利部核定同意辦理，本署並於6月20日公告。</u> <u>2.衛生福利部國民健康署及中華民國醫師公會全國聯合會共識本計畫「執行目標」及「預期效益之評估指標」如下：</u> <u>(1)執行目標：提供 10 萬名代謝症候群個案疾病危險因子管理服務。</u> <u>(2)預期效益之評估指標：依健保會 111 年第 6 次委員會議決議調整如下：</u> <u>A.代謝症候群改善率達成情形。</u> <u>B.介入成功率\geq30%。</u>	解除追蹤 (本計畫業經衛福部核定及健保署公告，爰建議解除追蹤)
2	有關「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」(草案)報請同意案，委員所提意見(含「執行目標」及「預期效益之評估指標」，摘要如附件三)，併同發言實錄，送請中央健康保險署研參。[於健保署重新訂定「執行目標」及「預期效益之評估指標」送本會確認後解除追蹤] (111.4 決議、111.5、111.6 決定)	健保署回復： <u>本署業於 111 年第 5 次委員會議報告，並經決議調整預期效益之評估指標如下：</u> <u>1. 代謝症候群改善率達成情形。</u> <u>2. 介入成功率\geq30%。</u>	解除追蹤 (本計畫「執行目標」及「預期效益之評估指標」業經本會確認，爰建議解除追蹤)
3	為確保民國 111 年 5 月 15 日公告實施之「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」之執行成效與確實保障民眾就醫權益案，請中央健康保險署於本年 5 月份委員會議，提出對保障經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施。[於健保署提出保障經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施後解除追蹤] (111.4 決議、111.5、111.6 決定)	健保署回復： <u>「保障經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施」已於 111 年第 6 次委員會議提出報告。</u>	解除追蹤 (本案業於 111 年第 6 次委員會議提報，爰建議解除追蹤)

健保會第 5 屆 111 年第 6 次委員會議之健保署答覆

上次(第 6 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1

案由：有關配合部分負擔調整方案，保障經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施。

委員意見	健保署說明
<p>劉委員淑瓊(議事錄 p.84)</p> <p>請參閱會議資料第162頁所列的補助對象，事實上，上次會議委員特別強調的是邊緣戶的就醫權益保障，但現在健保署提出草案的補助對象是用列舉的方式，非常容易掛一漏萬。而且，依照「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」，保險對象持重大傷病證明就醫時的相關治療，就已經免部分負擔，所以不懂這邊再把領有重大傷病證明者列入的理由何在，且補助範圍還規定病人需經過轉診，我們在上次也提到有一些疾病不見得適合轉診。所以，儘管轉診是重要的，但它不應是邊緣戶補助的必要條件。再來是作業時程，算一算這個錢病人可能最長要將近1年才能拿到，甚至因證明文件不全而拿不到補助。這些病人已可能因手頭拮据而自我篩選並減少「必要醫療」，我們這樣設計，完全無法回應此族群求醫的經濟困境。這樣的設計，會不會有些不知民間疾苦，請健保署再三思。</p>	<p>有關委員所提意見可彙整為補助資格、補助範圍以及申請方式三大類，分別說明如下：</p> <p>一、補助資格</p> <p>(一) 領有重大傷病證明者，其免部分負擔範圍限該重大傷病，因其他疾病就醫仍須繳交部分負擔；另被保險人如領有重大傷病證明，依附其加保之眷屬就醫，縱使非屬重大傷病，仍屬補助對象。</p> <p>(二) 不符合本要點規定之補助條件者，如確屬經濟困難，將以愛心捐款予以補助。</p> <p>二、補助範圍</p> <p>(一) 為配合分級醫療政策，且考量轉診案件是經過醫師專業判斷，多數屬較嚴重之疾病，故其屬經濟困難時，予以補助。</p> <p>(二) 轉診案件之補助不限於上轉，下轉、平轉亦有補助。</p> <p>(三) 補助範圍雖不包含未經轉</p>
<p>盧委員瑞芬(議事錄 p.89)</p> <p>關於配合部分負擔調整方案，保障經濟弱勢民眾配套措施，請參閱會議資料第162~163頁，對於補助對象的補助方式是採事後補助，我要呼應劉委員淑瓊的意見，若採事後補助，當財務障礙放在那麼前端，這些經濟弱勢民眾可能就因為沒那個現金或能力就不去就醫，無法得到他需要的照護，加上事後補助的作業時間還</p>	<p>(三) 補助範圍雖不包含未經轉</p>

委員意見	健保署說明
<p>要拖那麼久，事實上就沒辦法解決他們在前端遇到的財務障礙，所以這部分請健保署再考量一下。</p>	<p>診之基層診所就醫，惟本次部分負擔之調整於西醫基層部分，門診藥品部分負擔100元以下0元，上限收取200元，與修正前相同。</p>
<p>滕委員西華(議事錄 p.90-91)</p> <p>一、剛剛盧委員瑞芬、劉委員淑瓊都提到採事後補助的方式完全沒有辦法幫到這些經濟困難的民眾之外，其實這些標準裡面，也漏掉near poor(近貧戶)的對象，我們講near poor常常是突發性結構的，可是按照健保署的辦法，民眾需要檢附的財務證明、財力證明其實都已經是落後指標。如果是今年或這個月突然因為疫情失業，其實根本拿不到附表所列的這些文件，即使他是符合配套措施所列4種對象，但是若有原公告全民健康保險補助保險對象應自行負擔費用作業要點第三點所列的情形，很有可能都不能符合補助要件。此外，我們看病又不能賒帳，所以若採事後補助，付不出錢的民眾當次就看不了。加上健保署設計的表格太複雜，後面附表只顯示1個價值觀，就是防弊重於興利，所以我們有非常多的驗證程序要走，我可以理解，我們希望錢不能白花，有錢的人不能申請。</p> <p>二、如果真的要作，不要為德不卒，建議採納2種彈性的修正，第1個，如果需要那麼多的財力證明，譬如說現在公告，將來如果實施部分負擔調整方案，請有需要的申請補助的民眾現在向健保署提出事前申請。健保署現在就開始可以採取審查，假設如果將來公告8月1日要實施部分負擔調整</p>	<p>另檢驗檢查部分1,000元以下免收，1,001元以上收100元，故西醫基層於部分負擔調整之規劃時，已有考量民眾的負擔能力。</p> <p>三、申請方式</p> <p>(一) 此次部分負擔的調整是為落實使用者付費精神，因此，於就醫後，實際上有困難者再予以事後協助。</p> <p>(二) 如採民眾於就醫前，即申請認定是否具補助部分負擔資格，一則造成民眾及財稅機關調閱資料之困擾，二則此等人將來是否就醫亦不明確，且民眾加保身分(被保險人或眷屬)會因時間而異動，故不宜事前認定。</p> <p>(三) 民眾就醫後即可申請補助，本署原則上於3個月內完成審查;8個月係申請補助之最長期限。</p> <p>(四) 申請書內容為申請者基本資料、領款方式及應檢具的資料，均為必要欄位。</p>

委員意見	健保署說明
<p>方案，就在前面的1個月之內，由里幹事也好，或有需要補助的民眾直接向健保署申請，採事前讓民眾檢附或事前讓健保署查核他的過去所得資料，以及他的財務狀況、財力證明的方式，如果健保署審查通過了，可在健保卡註記或其他，他到醫療院所就醫的時候，健保署就直接補貼他部分負擔費用給醫療院所，或是通知醫療院所免收增加的部分負擔。</p>	<p>本署在實務作業上會提供填表範例，以協助民眾填寫。</p>
<p>顏委員鴻順(議事錄 p.95-96)</p> <p>有關會議資料第162頁報告事項第二案所提對於照顧經濟弱勢民眾的配套措施，其實部分負擔調整在整個社會保險的精神裡頭，的確一定要有配套的措施，來照顧到那些經濟弱勢的民眾，健保署要補助的對象就是中低收入戶，以及領有有效身心障礙證明等4種對象。我有以下2點看法：</p> <p>一、其實中低收入不見得是重大傷病，他們到診所也要部分負擔。補助範圍提到門診藥品、檢驗，後面有且經轉診者，就是只有經由診所、地區醫院轉診到去區域醫院或醫學中心的才有免部分負擔，但我是建議應該也要將診所納入，不然這些對象到診所就醫還是要部分負擔。</p> <p>二、其次補助申請的方式，我也覺得非常的不友善，居然要先付費再事後申請，其實對於很多經濟弱勢的民眾他就是拿不出錢來，你要他自己先墊錢再申請，這對他們是有困難的，我們應該更體諒這些經濟弱勢的社會朋友們。</p>	

上次(第6次)委員會議之擬解除追蹤項次2

案由：111年5月份全民健康保險業務執行報告。

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振會後書面意見(議事錄 p.100) 111年5月份業務執行報告第5頁，請問「清冠一號申請補助方案」是用何種預算支應？</p>	<p>「公費臺灣清冠一號藥品費用」經費來源為嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算支應，衛生福利部中醫藥司委託本署代辦。</p>
<p>滕委員西華(議事錄 p.40) 請參閱會議資料第32頁項次2，有關自付差額之冠狀動脈塗藥支架部分，我同意解除追蹤，但在通過全額給付後，能否請健保署在業務執行報告的「壹、本署近期重點工作」中提出，讓委員能夠瞭解。</p>	<p>謝謝委員，本署配合辦理。</p>

上次(第6次)委員會議之擬解除追蹤項次3

案由：醫院及西醫基層總額之「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」及「藥品及特材給付規定改變」預算檢討、調整與管控機制。

委員意見	健保署說明
<p>林委員綉珠會後書面意見(議事錄 p.100) 就醫療科技評估,請問有哪些因素考量會將某些項目列入醫療科技評估?是經濟因素考量?或是結果面考量?</p>	<p>一、為使具療效及安全性之新醫療科技納入給付,以符合民眾需求,提升我國醫療技術發展,提供更高品質與效率之醫療服務,依全民健康保險法第42條規定,得先辦理醫療科技評估(HTA),並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務。</p> <p>二、基於上述規定,本署納入HTA之考量因素:</p> <p>(一) 診療項目:訂有辦理HTA原則,如建議支付點數極高、對整體預算衝擊大;或該項目之療效、成本效益、對病人實際影響不清楚,仍需進一步進行文獻回顧或評估;又或該項目具有決策急迫性等。</p> <p>(二) 藥品及特材:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 新藥品且建議者預估每年費用超過1億者。 2. 新功能類別特材且建議者預估每年費用超過3仟萬者。 3. 藥物給付規定修訂: <ol style="list-style-type: none"> (1)藥品:財務衝擊影響超過5仟萬。 (2)特材:財務衝擊影響超過3仟萬。 4. 在國內進行藥物經濟學之臨床研究。 <p>三、綜上,利用實證醫學進行療效評估及經濟評估作為政策參考。</p>

上次(第6次)委員會議之擬繼續追蹤項次2

案由：「家庭醫師整合性照護計畫」執行成效評估(含導入一般服務之時程規劃)。

委員意見	健保署說明
<p>馬委員海霞(議事錄 p.85)</p> <p>去年總額協商時，我們有建議要提出導入一般服務之時程規劃，在投影片以及剛才顏委員鴻順的報告中，醫全會的意見是暫緩導入一般服務，但我們已經經過20年的努力運作，雖然因為疫情的關係，基層醫師的工作也加重，但還是要建議健保署提出具體的導入一般服務的期程規劃，也要做1個如何轉型的規劃。另外也建議全民家醫要走向1個正式的制度，也建議要有正式的檢討方向，如：品質指標等。目前看起來涵蓋率好像還是低，就診率也低，要看看有沒有一些努力的方向可以提出。</p>	<p>一、家醫計畫111年已參考國健署及長照司意見，調整品質指標，新增5項指標、刪除4項指標、修改5項指標計分方式或得分閾值，以期提升照護品質。</p> <p>二、有關委員建議涵蓋率增加一節，本署將鼓勵更多基層醫師參加家醫計畫，照護更多民眾，爭取更多資源投入家醫計畫。</p> <p>三、有關委員所提平均每人結餘數(VC-AE差值)於每年5月底至6月初進行前一年度統計，爰本次報告未及在簡報呈現，故以口頭補充，110年平均每人結餘數為585點，相關資料亦已補充於協商要覽指標及評核會資料。</p>
<p>李委員永振(議事錄 p.87)</p> <p>一、誠如剛才何委員語提到的，家醫計畫都已經成年了，我從另一個角度來看，健保已實施第28年，家醫計畫就試辦了20年，我們實在很想瞭解要如何再精進？剛才西醫基層報告有提到收案會員數占投保人口的比例太低，那規劃要怎麼加速呢？應該有1個精進的改善計畫，提出來讓我們瞭解一下。</p> <p>二、請參閱會議資料第108頁投影片第7張，歷年經費執行情形，我算了一下前後19年，不計利息健保共投入298億元，上次報告健保署還曾經提到大概能節省多少費用，但在這次投影片並沒有呈現，上次委員有質疑你節省的那些費用要怎麼去運用，這次你就都省略</p>	<p>四、本署比較家醫計畫110年收案會員和未收案之應照護族群，其平均每人就醫次數：收案會員為18次、未收案會員為20次；平均每人門診醫療費用：收案會員約3.5萬點、未收案會員約4.5萬點，收案會員相關醫療利用皆較未收案會員低。</p> <p>五、委員所提結果面指標仍較少，本署將持續與各界討論，並研議精進家醫計畫品質指標。</p> <p>六、本署將依委員建議，檢視家醫計</p>

委員意見	健保署說明
<p>沒提，是不是可以提供一下，或者我們協商原則有提到，若有效益要怎麼樣回饋給醫事服務提供者和全民，這個將來要怎麼去處理。</p>	<p>畫20年執行情形，規劃未來方向。</p>
<p>盧委員瑞芬(議事錄 p.88-89)</p> <p>投影片第19張，健保署提出家醫計畫導入一般服務規劃的意見，我覺得文字敘述較為簡化，因此看不出實際想要怎麼做，譬如說全面導入一般服務要突破的障礙，在病人端就說部分個案是醫院忠誠病人，所以要納入有困難，卻沒說明怎麼解決這個困難？我希望能夠看到健保署提出比較具體的作法。一樣的道理，導入一般服務的配套措施部分，說要鼓勵更多的西醫基層醫師參與計畫，來增加收案會員數，那打算怎麼做？持續瞭解未參加的原因，是透過問卷？還是目前已經有一些資料？我希望能夠看到比較具體的作為，才知道說家醫計畫導入一般服務有沒有一個時程表？總而言之，我覺得應該要有比較具體的作法。</p>	
<p>趙委員曉芳(議事錄 p.92-93)</p> <p>一、第1個就是做了20年的方案必須要有執行檢討報告，這個是很基本的，藉這個執行檢討報告去檢視方案品質或者指標必須提升和精進的地方在哪裡？因著這樣子的檢討報告，也可以去提出這個方案如果還要繼續執行，轉型的策略是什麼？包括服務內容的改進、服務型態或者是服務對象的改變，都是可行的方向。最後，基於檢討報</p>	

委員意見	健保署說明
<p>告的建議，這個方案是不是需要和現行的其他方案去做整合，我覺得這會是論述這個方案未來要往哪裡走，比較有建設性的方式。</p> <p>二、再來是，我們來看健保署剛剛的簡報，請參閱會議資料第111頁，幾個修訂重點的指標，我們之前對這個方案討論在於，過程面的指標過多，結果面的指標太少，但新增的這8個指標裡面，嚴格來說還是過程面指標居多，裡面跟結果有關的指標，可能就是就診率要提升50%，然後增列1個會員的獎勵機制，但是還是偏少。在其中，我對增列這個計畫評核指標VC-AE的差值大於275點，就可以拿到獎勵點數的這個設計，也覺得稍嫌寬鬆。前面提到VC-AE差值的平均數就是585元，所以假設VC-AE的差值都是正的，並且分布平均的話，其實只要排名在後25%以上的這些診所，就可以拿到獎勵，所以或許不是1個非常有鑑別力的指標。</p> <p>三、最後，一樣就是在會議資料第114頁，有關於健保署的意見，我覺得這些配套措施都提供重要的改善方向，但是我個人比較關心的是，如果這些配套措施必須要去實行的話，或許健保署需能夠回答，那是什麼時候會做？以及要怎麼做？才是較為負責的作法，以上是我的幾個想法。</p>	
林委員綉珠會後書面意見(議事錄 p.100)	

委員意見	健保署說明
<p>一、全面導入一般服務需突破障礙的方法，請提出實際方法。</p> <p>二、導入一般服務之配套措欠具體，How to do? 如何增加收案會員數? 請說明。</p>	
<p>陳委員秀熙會後書面意見(議事錄 p.100-101)</p> <p>執行20年之家醫計畫應評估未加入與加入者，在各項指標長期追蹤後之差異，以作未來是否納入一般服務之重要科學參考。</p>	

111 年度各部門總額協定事項辦理情形

一、牙醫門診總額

工作項目		應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會			
1	醫療資源不足地區改善方案	110 年 11 月底前	已於 111.1.14 公告。
2	牙醫特殊醫療服務計畫		已於 111.1.24 公告。
3	牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫		已於 111.1.17 公告。
4	0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫		已於 111.1.24 公告。
5	12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫(111 年新增計畫)	110 年 12 月底前	已於 111.3.11 公告。
6	高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫(111 年新增項目)		已於 111.2.15 公告。
7	品質保證保留款實施方案 ※協定事項：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	110 年 11 月底前	1.已於 111.4.7 公告，修訂如下： (1)政策獎勵指標「口腔癌篩檢」：醫院當年度資料上傳健康署口腔癌篩檢資料庫，由 10 筆修正為 12 筆(含)以上。 (2)新增加計獎勵指標「口腔癌篩檢」：診所當年度口腔癌篩檢至少 4 件或戒菸治療服務，核算基礎 2%。 2.本項預算採年度結算，預計於 112 年 7 月底前完成核發作業。
需經本會同意或向本會報告			
8	高風險疾病口腔照護(111 年新增項目) ※協定事項：於 110 年 12 月底前，提出具體規劃內容，並提本會報告	110 年 12 月底前	已於 111 年 3 月份委員會議提出報告。

工作項目		應完成時限	辦理情形
9	提升假日就醫可近性 (111年新增項目) ※協定事項：於110年12月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告	110年12月底前	已於111年3月份委員會議提出報告。
10	109年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款(111年新增項目) ※協定事項：持續監測全面提升感染管制品質之執行結果(含申報及查核結果)，於111年7月底前提本會報告	111年7月	列於111年7月份委員會議報告事項第一案。
11	12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫(111年新增項目) ※協定事項：研訂具體實施方案，並於110年12月底前提報本會同意後執行	110年12月底前	已於111年1月份委員會議討論並同意。
12	高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫 (111年新增項目) ※協定事項：於110年12月底前提出具體實施方案，及醫療利用與管控措施，並提本會報告		已於111年3月份委員會議提出報告。
13	牙醫特殊醫療服務計畫 ※依110年協定事項暨110年第8次委員會議決定辦理： (1)擬新增之「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」，需提出共識之具體實施方案，並提報本會同意後執行。 (2)依110年第8次委員會議決定，儘速研議具體實施方案，提報本會同意後解除追蹤	配合健保署送會時程	已於109.12.8、109.12.23、110.1.15、110.8.24「牙醫門診總額研商議事會議」討論，惟未獲共識，俟牙全會提送修正草案後再提會討論。

工作項目	應完成時限	辦理情形
提報本會執行情形(111年初步結果/成果)^註		
14 高風險疾病口腔照護 (111年新增項目) ※協定事項： 執行目標：111年服務高風險疾病患者 270,000 人 預期效益之評估指標：高風險患者利用全口牙結石清除之比率，111~113年分別為 40%、45%、50%	111年7月底前	1. 已於 111.2.15 公告，自 111.3.1 起生效。 2. 111 年度編列 405 百萬元，辦理如下： 截至 111 年 4 月，服務人數約 0.2 萬人，目標執行率約 0.7%(0.2 萬人/目標 27 萬人)，申報約 1.5 百萬點，預算執行率約 0.4%。
15 提升假日就醫可近性 (111年新增項目) ※協定事項： (1)加強改善民眾假日就醫不便情形，提升診所假日開診率及民眾假日就醫可近性 (2)執行目標： ①111年提升假日就醫之急症處置服務人次： A.牙醫急症處置 92093B：服務 17,435 人次 B.週六、週日及國定假日牙醫門診急症處置 92094C：服務 412,089 人次 C.牙齒外傷急症處理 92096C：服務 915 人次 ②全國假日提供看診服務之院所數較 108 年增加 60 家 預期效益之評估指標：接受治療者，其整體就醫滿意度提升		111 年度編列 147.1 百萬元，加上歷年提升假日就醫可近性之預算(基期)，合計 355.8 百萬元，辦理情形如下： 1.111 年 1~4 月執行情形： (1)牙醫急症處置 92093B：服務 5,849 人次，執行率 33.5%(5,849 人次/目標 17,435 人次)。 (2)週六、週日及國定假日牙醫門診急症處置 92094C：服務 90,018 人次，執行率 21.8%(90,018 人次 / 目標 412,089 人次)。 (3)牙齒外傷急症處理 92096C：服務 277 人次，執行率 30.3%(277 人次/目標 915 人次)。 (4)合計約申報 80.8 百萬點，預算執行率 22.7%。 (5)108 年假日提供看診服務 6,618 家，111 年需較 108 年增加 60 家(6,678=6,618+60)，截至 111

工作項目		應完成時限	辦理情形
		111 年 7 月底前	年 4 月看診服務 6,009 家，執行率 90%(6,009 家/目標 6,678 家)。
16	109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款 (111 年新增項目) ※協定事項：執行結果納入 112 年度總額協商之參據		111 年度扣款 11.4 百萬元，加強感染管制之辦理情形如下： 1.加強感染管制診察費自 109 年 4 月 1 日起生效。109 年 4~12 月未申報本項診察費為 302,282 件，加計訪查不合格 22,978 件，每件以調升點數 35 點計算，差額為 11.4 百萬點，已於 111 年度總額列入協商減項扣減。 2.續統計 110 年 1~12 月未申報本項診察費為 194,465 件，較 109 年減少近 35%，差額為 6.8 百萬點；另訪查不合格(實地訪查 184 家、不合格 14 家，不合格率 7.6%)追扣診察費差額 91 萬點，二者合計 7.7 百萬點。
17	醫療資源不足地區改善方案		111 年度編列 280 百萬元，辦理情形如下： 1.執業計畫：公告施行地區共 84 個，111 年 1~4 月參與計畫院所數共 24 家，服務 1,778 天、服務 16,106 人次。 2.巡迴計畫：公告施行地區共 153 個，111 年 1~4 月服務 8,520 天、服務 39,123 人次。

工作項目	應完成時限	辦理情形
18 牙醫特殊醫療服務計畫	111 年 7 月底前	111 年度編列 672.1 百萬元，辦理情形如下： 1.111 年 1~4 月服務 5.5 萬人次，執行率 32.3%(5.5 萬人次/目標 17 萬人次)，約申報 156.7 百萬點，預算執行率 23.3%。 2.腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙 111 年 1~4 月服務 99 人次，執行率 5%(99 人次/目標 2000 人次)，約申報 24.8 萬點。 3.有關新增牙醫特定身心障礙者社區醫療網：辦理情形，詳項次 13。
19 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫 ※協定事項：持續監測執行結果，以評估照護成效		111 年度編列 12 百萬元，辦理情形如下： 1.本計畫施行地區自 110 年起，擴大為 6 直轄市以外之縣市，共 210 個鄉鎮市區。 2.111 年計 1 家醫院參與(嘉義市)，截至 111 年第 1 季，服務 193 人次。
20 0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫 ※協定事項：檢討計畫內容，並監測執行結果及評估照護成效		111 年度編列 60 百萬元，辦理情形如下： 111 年 1~4 月服務 138 人，執行率 1.44%(138 人/目標 9,600 人)，約申報 0.16 百萬點，預算執行率 0.27%。
21 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 (111 年新增項目) ※協定事項： 執行目標：111 年服務 12~18 歲少年 900,000 人次 預期效益之評估指標：提升全		1.已公告自 111.3.11 生效。 2.111 年度編列 271.5 百萬元，辦理情形如下： 111 年 1~4 月服務 0.1 萬人次，執行率 0.1%(0.1 萬人次/目標 90 萬人次)，約申報 0.7 百萬點，預算執行率 0.3%。

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>國 12~18 歲少年牙醫就醫率不低於該年齡層 108 年牙醫就醫率，111~113 年分別為 40%、50%、60%</p>	<p>111 年 7 月底前</p>	<p>3.111 年 4 月底，全國 12~18 歲人口計 142.1 萬人，其中 1~4 月牙醫門診就醫 18.6 萬人，就醫率 13.1%(18.6 萬人/142.1 萬人)。</p>
<p>22 高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫 (111 年新增項目) ※協定事項： 執行目標：111 年服務高齲齒病患(曾接受過複合體填補處置) 92,000 人 預期效益之評估指標：高齲齒病患利用塗氟(完整塗氟 4 次)之比率，111~113 年分別為 30%、35%、40%</p>		<p>1.已公告自 111.3.1 生效。 2.111 年度編列 184 百萬元，辦理情形如下： 截至 111 年 4 月服務約 0.57 萬人，執行率 6.2%(0.57 萬人/目標 9.2 萬人)，約申報 2.9 百萬點，預算執行率 1.6%。</p>

二、中醫門診總額

工作項目		應完成時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會			
1	醫療資源不足地區改善方案	110年11月底前	已於111.1.12公告。
2	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 (1)腦血管疾病 (2)顱腦損傷 (3)脊髓損傷 (4)呼吸困難相關疾病		已於111.4.18公告修訂。
3	中醫提升孕產照護品質計畫		延續110年計畫辦理。
4	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫		已於111.1.19日公告修訂。
5	中醫癌症患者加強照護整合方案		延續110年計畫辦理。
6	中醫急症處置 ※協定事項：提出強化利用率之策略，並檢討計畫執行情形，考量是否持續辦理		延續110年計畫辦理。
7	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫		延續110年計畫辦理。
8	照護機構中醫醫療照護方案 (111年新增項目)	110年12月底前	已於110.12.30公告。
9	品質保證保留款實施方案 ※協定事項：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	110年11月底前	1.已於111.1.6公告，修訂如下： 本方案不予核發條件，增列未符合本方案「中藥用藥安全管理及品質提升作業要點」之院所。 2.本項預算採年度結算，預計於112年7月底前完成核發作業。
需經本會同意或向本會報告			
10	提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護(111年新增項目)	110年12月底前	已於111年3月份委員會議提出報告。

工作項目		應完成時限	辦理情形
	※協定事項：於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容(含適應症及結果面指標)，及醫療利用監控與管理措施，並提本會報告		
11	<p>照護機構中醫醫療照護方案(111 年新增項目)</p> <p>※協定事項：於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並提本會報告</p>		已於 111 年 3 月份委員會議提出報告。
提報本會執行情形(111 年初步結果/成果)^註			
12	<p>提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護(111 年新增項目)</p> <p>※協定事項：</p> <p>執行目標：111 年民眾使用針傷於疾病黃金治療期^註醫療次數較 108 年多出 5%</p> <p>預期效益之評估指標：減少患者同期使用針傷於疾病黃金治療期註跨院所就醫次數 2%</p> <p>註：黃金治療期定義：自首次開立同一 ICD-10-CM 主診斷碼起 3 個月內(含跨院所)</p>	111 年 7 月底前	<p>111 年度編列 500 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>已公告自 111.3.1 起生效，修訂支付標準第四部中醫通則：中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量上限，自 45 人次調升為 60 人次。</p>
13	醫療資源不足地區改善方案		<p>111 年度編列 172 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.巡迴醫療計畫：公告施行地區共 156 個，111 年 1~4 月服務 4,258 天、服務 88,524 人次。</p> <p>2.獎勵開業計畫：公告施行地區共 83 個，111 年 1~4 月服務 301 天、服務 5,047 人次。</p>

工作項目		應完成時限	辦理情形
14	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	111年7月底前	111年編列252.7百萬元，辦理情形如下： 111年1~4月申報6,028人，79,449件，88.5百萬點，預算執行率35.0%。
15	中醫提升孕產照護品質計畫		111年度編列81百萬元，辦理情形如下： 111年1~4月申報3,171人，19,347件，21.7百萬點，預算執行率26.8%。
16	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫		111年度編列21.6百萬元，辦理情形如下： 111年1~4月申報1,370人，5,044件，5.3百萬點，預算執行率24.5%。
17	中醫癌症患者加強照護整合方案		111年度編列245百萬元，辦理情形如下： 111年1~4月申報6,211人，40,732件，63.0百萬點，預算執行率25.7%。
18	中醫急症處置 ※協定事項：提出強化利用率之策略，並檢討計畫執行情形，考量是否持續辦理		111年度編列5百萬元，辦理情形如下： 1.111年1~4月申報319人，535件，1.1百萬點，預算執行率22.0%。 2.本計畫自107年起實施，檢討計畫執行情形及辦理方式： (1)預算執行數：自107年0.4百萬點提升至110年2.0百萬點，111年1~4月預算執行數已達110年全年數額（2.0百萬點）之55%。 (2)服務人數：自107年328人提升至110年1,100人。

工作項目		應完成時限	辦理情形
		111 年 7 月底前	(3)考量本計畫須由急診主治醫師會診中醫師，建議持續觀察辦理成效，另辦理方式之檢討，因涉及臨床專業，健保署配合中全會研議。
19	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫		111 年編列 50 百萬元，辦理情形如下： 111 年 1~4 月申報 3,134 人，13,422 件，22.2 百萬點，預算執行率 44.4%。
20	照護機構中醫醫療照護方案 (111 年新增項目) ※協定事項： 執行目標： (1)111 年至少 30 家院所參與服務 (2)服務人次 15,000 人次，服務總天數 1,500 天 預期效益之評估指標：照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫件數較未被照護前(108 年)之件數減少		111 年度編列 28 百萬元，辦理情形如下： 1.111 年 1~4 月參與院所共計 59 家，服務 2,804 人次，服務 263 天。 2.111 年 1~4 月全國照護機構住民外出中醫就醫件數共 12,485 件，較 108 年同期(15,567 件)減少。

三、醫院總額

工作項目	應完成時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
1 醫療給付改善方案 ※決定事項： (1)持續辦理 9 項方案，通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容 (2)新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」，並納入「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」 (3)儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」	110 年 12 月底前	1.全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案： 已納入「精神科病人出院後急性後期照護服務」，並於 111.4.28 公告，自 111.5.1 生效。 2.其餘 8 項方案延續 110 年計畫辦理。 3.糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施：辦理情形同西醫基層總額項次 5。
2 急診品質提升方案 ※決定事項：精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形	110 年 11 月底前	1.已於 110.8.19 召開第 1 次急診品質提升方案修訂討論會，決議略以：各學協會同意由急診醫學會主責，依現行急診醫療之臨床需求及利用情形，與相關學協會重新檢視並研議獎勵架構及計算方式等。 2.健保署就急診醫學會函送草案內容與該會進行意見交換後修訂草案內容，經相關討論討論通過，已於 111.5.5 公告，自 111.4.1 生效，修訂重點如下： (1)新增主動脈剝離需緊急手術相關獎勵項目： ①主動脈剝離需緊急開刀，於 4 小時內進入開刀房且存活出院之個案，獎勵 30,000 點。 ②主動脈剝離需緊急開刀，於

工作項目	應完成時限	辦理情形
		<p>醫院 2 小時內轉出且轉入醫院於 2 小時內進入開刀房，且存活出院之個案，轉入及轉出院所各獎勵 15,000 點。</p> <p>(2)新增轉診品質獎勵：</p> <p>①符合向上轉診或平行轉診之病人，且能於 60 分鐘內轉出，轉出院所獎勵 1,500 點。</p> <p>②符合急診轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房(不經轉入醫院之急診)，獎勵轉出與轉入醫院各 5,000 點。</p> <p>(3)急診處置效率：</p> <p>①刪除其他觀察指標、壅塞指標、效率指標以及維持獎、進步獎之規範。</p> <p>②新增下列獎勵項目：</p> <p>A.急性呼吸衰竭於急診緊急插管病人進入加護病房 < 6 小時，每人次 5,000 點獎勵。</p> <p>B.新增檢傷一、二、三級急診病人轉入病房 < 8 小時，每人次 50 點獎勵。</p>
3	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	已於 111.2.7 公告。
4	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	已於 111.4.1 公告。
5	住院整合照護服務試辦計畫(111 年新增項目)	110 年 12 月底前 已於 111.7.4 報部核定。
6	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	台灣醫院協會(下稱醫院協會)建議之獎勵措施規劃草案已於 111.5.25 「醫院總額研商議事會議」討論，

工作項目	應完成時限	辦理情形
(111 年新增項目) ※決定事項：預算如有不足，由品質保證保留款支應		並依會議決議提至 111.6.9「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告，惟未獲共識，將俟醫院協會提送修正草案後再提會討論。
7 品質保證保留款實施方案 ※決定事項：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	110 年 11 月底前	<p>1.已於 111.4.11 公告，修訂如下：</p> <p>(1)醫學中心指標達成項數增加：最高以 11 項計算。</p> <p>(2)區域醫院之指標獎勵(85%)配分，修正如下：</p> <p>①公式 1：指標達成項數最高以 9 項計算(55%)。</p> <p>②公式 2：指標達成項數最高以 10 項計算(30%)。</p> <p>(3)地區醫院之品保款分配方式：保留受 COVID-19 疫情影響等文字(比照 110 年，111 年基本獎勵維持 60%，品質精進獎勵則不計分(0%))。</p> <p>(4)依 111 年度總額及其分配方式公告，本項預算優先支應醫院總額「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」專款項目不足款。</p> <p>(5)參與核發之醫院資格：</p> <p>①違規情事之院所名單皆以該總額範圍違規認定。</p> <p>②新增違反特管辦法第 44 條及第 45 條規定之違規情事者，不得參加獎勵金分配之規定。</p> <p>2.本項預算採年度結算，預訂於 111 年 7 月底前完成核發作業。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
需經本會同意或向本會報告		
<p>8 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)於額度內，妥為管理運用，並排定納入健保給付之優先順序</p> <p>(2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程</p>	<p>110 年 12 月委員會議</p>	<p>已於 111 年 3 月份委員會議提出報告。</p>
<p>(3)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於 111 年 6 月底前提出專案報告(併同「藥品及特材給付規定改變」)</p>	<p>111 年 6 月</p>	<p>已於 111 年 6 月份委員會議提出專案報告。</p>
<p>9 藥品及特材給付規定改變</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)於額度內，妥為管理運用，並排定調整健保給付條件之優先順序</p> <p>(2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程</p>	<p>110 年 12 月委員會議</p>	<p>已於 111 年 3 月份委員會議提出報告。</p>
<p>(3)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告(併同「新醫療科技」)</p>	<p>111 年 6 月</p>	<p>已於 111 年 6 月份委員會議提出專案報告。</p>
<p>10 鼓勵院所建立轉診合作機制</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施</p>	<p>111 年 7 月</p>	<p>列於 111 年 7 月份委員會議報告事項第二案。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)</p> <p>(2)討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(併同其他預算「基層總額轉診型態調整費用」提出專案報告)</p>		
提報本會執行情形(111 年初步結果/成果)^註		
<p>11 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)</p> <p>※決定事項：提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)</p>	<p>111 年 7 月底前</p>	<p>111 年度編列 3,000 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.新增診療項目： 截至 111 年 3 月，新增 10 項、修訂 15 項，陸續於 111.3.1 及 111.6.1 生效實施，推估全年增加 273 百萬點，已達全年預算數。其餘項目因預算不足，將爭取 112 年度預算編列，再續提「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論。</p> <p>2.新藥： (1)依健保署規劃，醫院總額預算為 20.26 億元，西醫基層為 2.41 億元。 (2)111 年第 1 季生效計 8 品項，共申報 0.43 百萬點，扣除替代品項點數後為 0.35 百萬點。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
	111年7月底前	3.新特材： <ul style="list-style-type: none"> (1)截至 111 年 5 月，「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」通過之新特材計 103 品項及修訂給付規定 1 項，推估預算約 5.44 億元。其中 48 品項已公告生效，預算約 1.79 億元，其餘品項將依程序辦理收載。 (2)截至 111 年 3 月，已公告品項約申報 1.92 百萬點。
12 藥品及特材給付規定改變 ※決定事項： (1)提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數) (2)於 112 年度總額協商前提出節流效益，並納入該年度本項預算財源		111 年度編列 650 百萬元，辦理情形如下： <ul style="list-style-type: none"> 1.藥品： <ul style="list-style-type: none"> (1)依健保署規劃，醫院總額預算為 5.6 億元，西醫基層總額預算為 0.62 億元，共計 6.22 億元。 (2)因應 COVID-19 疫情期間民眾就醫行為改變，其中 2.92 億元用於西醫基層總額使用糖尿病藥物增加之費用。 (3)111 年第 1 季修訂 11 項有財務影響之給付規定章節，與去年同期相比，未增加支付點數。 2.特材： <ul style="list-style-type: none"> (1)截至 110 年 5 月，已公告生效計 4 項，推估預算為 0.87 億元。截至 111 年 3 月，同期實際淨增加不影響預算支出。 (2)特材品項相關節流措施如下：

工作項目	應完成時限	辦理情形
	111年7月底前	①辦理特材價量調查：108~110年預估可減少支出約 51.51 百萬點、39.59 百萬點、26.64 百萬點，平均 1 年約可減少 39.25 百萬點。 ②辦理價量協議查核：針對已簽訂價量協議書之特材品項，按協議書內容調整支付點數，108~110 年預估可減少支出約 39.09 百萬點、12.23 百萬點、36.51 百萬點，平均 1 年約可減少 29.28 百萬點。 ③綜上，相關節流效益 1 年約為 68.53 百萬點。
13 促進醫療資源支付合理 (111 年新增項目) ※決定事項：配合西醫基層總額「提升國人視力照護品質」項目，增編本項經費		111 年度編列 94 百萬元，辦理情形如下： 刪除「醫師執行白內障手術 40 例以上須送事前審查」規範，已公告自 111.3.1 生效。
14 持續推動分級醫療，壯大社區醫院 ※決定事項： (1)用於地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成 30% (2)研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」		111 年度編列 1,000 百萬元，辦理情形如下： 1.住院首日護理費支付點數調升 30%，已公告自 111.6.1 生效。 2.111 年「執行目標」及「預期效益之評估指標」已於 111.7.12「醫院總額研商議事會議」討論通過，將提報委員會議確認。
15 提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變 ※決定事項：		111 年度編列 2,000 百萬元，辦理情形如下： 1.住院首日護理費支付點數調升 30%，已公告自 111.6.1 生效。

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>(1)用於區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成 30%</p> <p>(2)研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」</p>	111年7月底前	<p>2.「執行目標」及「預期效益之評估指標」已提報 111 年 3 月份委員會議確認如下：</p> <p>(1)執行目標：區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成 30%。</p> <p>(2)預期效益之評估指標：區域級(含)以上醫院，住院滿意度調查，平均滿意度達成 82%。</p>
<p>16 配合 110 年牙醫門診總額調整支付標準所需費用 (111 年新增項目) ※決定事項：用於因應 110 年度牙醫門診總額於協商因素編列經費增修診療項目，預估於醫院總額增加之費用</p>		<p>111 年度編列 2.1 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.本案之診療項目已公告自 110.7.1 生效。</p> <p>2.牙醫門診總額 110.7.1 新增高齡患者根管治療難症處理得加計 30%，於醫院總額實際增加 303 點；另修訂支付標準及新增診療項目，於醫院總額實際增加 81.1 萬點，合計約 81.1 萬點。</p>
<p>17 C 型肝炎藥費 ※決定事項： (1)辦理本項 (2)於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源</p>		<p>111 年度編列 3,428 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.截至 111 年 5 月，已有 7,654 人次接受治療。參與 C 肝新藥健保給付執行計畫之院所家數增加為 1,016 家，成長 54.4%。</p> <p>2.健保署將於 112 年度總額協商時提出年度 C 肝總額預算，並檢討實施成效。</p>

	工作項目	應完成時限	辦理情形
18	<p>罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材</p> <p>※決定事項：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</p>	111年7月底前	<p>111年度編列 12,807 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.111年1~4月約申報 38.2 億點，預算執行率為 29.8%。</p> <p>2.110年預算執行率為 95.0%，較 109年 96.2%低，各項費用說明如下：</p> <p>(1)罕見疾病藥費：</p> <p>①罕病藥費 110年成長 3.6%，主因為用藥人數及每人單價皆成長，其中用藥人數成長 3.2%(增加 324 人)，平均每人藥費成長 0.4%。</p> <p>②新增給付藥品：110年將「成人次發進展型多發性硬化症 (secondaryprogressivemultiple sclerosis,SPMS)」罕見疾病之新成分新藥納入給付；109年新增遺傳性血管性急性水腫相關治療藥品。</p> <p>③依給付規定辦理之相關措施如下：</p> <p>A.罕病藥品事前審查機制。</p> <p>B.建置「罕病資格者方可使用罕病藥品」之電腦醫令自動化檢核邏輯。</p> <p>(2)血友病藥費：</p> <p>①血友病藥費 110年負成長 1.8%，其中人數成長 3.9%，每人藥費負成長 5.5%。經分析，因預防性治療及單株雙特异性抗體皮下注射藥物 (Hemlibra)可有效控制出血</p>

工作項目	應完成 時限	辦理情形
	111年7月底前	<p>狀況及其資源耗用，人均藥費減少與前揭項目納入給付有關。</p> <p>②新增給付藥品：110年新增治療B型血友病之長效型第九凝血因子製劑 Refixia 納入健保給付，並訂定給付規定規範其用法用量；另108年底納入單株雙特異性抗皮下注射治療藥物 (Hemlibra)，將持續監控新藥納入後使用病人及藥品替代效益。</p> <p>③依給付規定辦理之相關措施如下：</p> <p>A.建置血友病個案管理系統，供醫療院所登錄醫療評估紀錄表(109/12起)及在家治療紀錄表(109/3起)。</p> <p>B.未依規定登錄在家治療紀錄表者，不給付藥費。</p> <p>④審查相關措施如下：</p> <p>A.強制上傳血友病藥品批號(109/7起)。</p> <p>B.以合理用藥、穩定病情為目標，持續輔導及管理高藥費病人，必要時抽樣送專業審查。</p> <p>(3)罕見疾病特材費：</p> <p>①罕病特材目前僅有1品項(成骨不全症之髓內釘)，費用點數為140萬點，110年共計5人使用，較前1年減少6人。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
	111年7月底前	②已依給付規定建置罕病資格者方可使用罕病特材之電腦醫令自動化檢核邏輯。
19 後天免疫缺乏病毒治療藥費 ※決定事項：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		111年度編列5,257百萬元，辦理情形如下： 1.本項藥品自106年起治療後2年起之藥物納入健保支付。 2.截至111年4月，約申報14.2億元，預算執行率為27.0%。 3.110年執行數42.17億元，預算執行率為80.2%。用藥人數較去年成長7.0%，平均每人藥費負成長2.1%(14.1萬元)，略低於去年同期(14.4萬元)。 4.依疾管署規範辦理之相關措施如下： (1)檢核用藥病人是否符合使用資格及處方組合合理性。 (2)醫療費用過高或不符二合一藥品使用規範者(如藥費超過定額、無病毒檢驗資料或B肝帶原者)列入審查指標。
20 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 ※決定事項： (1)為鼓勵醫師投入腎臟移植，111年新增預算用於鼓勵腎臟移植手術之施行。 (2)提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等		111年度編列5,208.06百萬元，辦理情形如下： 1.111年1~4月約申報15.9億點，預算執行率30.6%。 2.110年預算執行率為91.4%，略低於去年同期(91.5%)。 3.為鼓勵腎臟移植，調升76020B「腎臟移植」支付點數為384,183點，自111.6.1起生效。 4.不同器官移植存活率，已公布於健保署全球資訊網(https://www.nhi.gov.tw/Content_List.as)

工作項目	應完成時限	辦理情形
	111年7月底前	px?n=E1D93FD9DB52AD1F&to pn=23C660CAACAA159D)。
21 醫療給付改善方案		<p>111年度編列 1,495.1 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.111年1~4月執行情形：</p> <p>(1)糖尿病：照護個案數 500,391 人，照護率 61.8%。</p> <p>(2)早期療育：照護個案數 806 人，總計申報 840 人次。(早療方案照護率需隔年取得醫院評估人數才可計算)</p> <p>(3)思覺失調方案：照護個案數 6.0 萬人，照護率 74.3%。</p> <p>(4)氣喘方案：照護個案數 3.6 萬人，照護率 44.7%。</p> <p>(5)孕產婦全程照護方案：照護個案數 0.5 萬人，照護率 18.2%。</p> <p>(6)COPD 方案：照護個案數 1.9 萬人，照護率 56.6%。</p> <p>(7)B、C 型肝炎個案追蹤方案：照護個案數 10.2 萬人，照護率 27.8%。</p> <p>(8)乳癌方案：照護個案數 1.0 萬人，照護率 7.3%。</p> <p>2.糖尿病合併初期慢性腎臟病之管理照護費：111年3~4月醫院總額申報 3,451 人，3,455 件，1.8 百萬點。</p> <p>3.提升醫院用藥安全與品質方案：</p> <p>(1)111年度編列 80 百萬元，111年1~3月申報 14 百萬點，預算執行率 17%。</p> <p>(2)其中重症加護臨床藥事照護項目，照護個案 1.5 萬人，申報</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
	111年7月底前	6.9 萬人日，13.8 百萬點；門診臨床藥事照護項目，照護個案 1,301 人，申報 1,357 件，0.2 百萬點。
22 急診品質提升方案		111 年編列 300 百萬元，辦理情形如下： 1.111 年 1~4 月申報 17,187 人，21,645 件，32.2 百萬點，預算執行率 10.7%(未包含年度獎勵金)。 2.健保署將於每年第 1 次及第 3 次「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」追蹤本方案監測指標「急診病人停留超過 24 小時之比率」表現情形。
23 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs) ※決定事項：用於導入第 3 階段 DRGs 項目。推動 DRGs 計畫已延宕多年，請儘速推行		111 年編列 210 百萬元，辦理情形如下： 1.配合全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫，規劃以提供適當財務誘因，招募醫院試行住院案件逐步導入 DRGs 支付制度。 2.健保署啟動擴大全民健保 Tw-DRGs 工作小組會議，與台灣醫院協會組成 Tw-DRGs 工作小組，共同討論 DRG 雙軌制之內容與細節，同步配合 ICD-10-CM/PCS 代碼轉換，研商 DRGs 支付之改革調整方向。 3.已於 111.5.31 召開 Tw-DRGs 第 1 次工作小組討論會議，討論 DRGs 雙軌初步規劃方向、適用之 DRGs 版本及支付通則。

工作項目		應完成時限	辦理情形
24	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	111年7月底前	111年編列100百萬元，辦理情形如下： 公告施行地區共37個，111年1~4月巡迴計畫提供1,684診次，服務21,807人次。
25	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫		111年編列1,100百萬元，辦理情形如下： 截至111年6月，共93家醫院參與，111年第1季資料將於8月之結算。
26	鼓勵院所建立轉診合作機制		111年度編列224.7百萬元，辦理情形如下： 111年第1季轉診費用實際核付46.0百萬點，預算執行率20.5%。
27	腹膜透析追蹤處置費及APD租金(111年新增項目) ※決定事項：用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及APD租金		111年度編列15百萬元，辦理情形如下： 1.110.2.9公告修正「全自動腹膜透析機相關費用」(58028C)：由按月改按日申報，支付點數調整為67點，自110.3.1生效。 2.111.5.20公告修正「腹膜透析追蹤處置費」(58011C、58017C)：修訂門診或住院執行院所按實際使用天數申報，自111.6.1生效。
28	住院整合照護服務試辦計畫(111年新增項目) ※決定事項： (1)辦理本項 (2)研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」		111年度編列300百萬元，辦理情形如下： 1.已於111.7.4報部核定。 2.«執行目標»及«預期效益之評估指標»已提報111年6月份委員會議確認如下： (1)執行目標：

工作項目	應完成時限	辦理情形
	111年7月底前	①111年至少4家醫院參與服務。 ②111年服務住院病人200,000人日。 (2)預期效益之評估指標:提升全國醫院提供急性一般病床住院整合照護服務涵蓋率,111年目標為2.8%。
29 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫(111年新增項目) ※決定事項: (1)辦理本項 (2)研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」		1.111年度編列300百萬元,辦理情形詳項次6。 2.「執行目標」及「預期效益之評估指標」已提報111年3月份委員會議確認如下: (1)執行目標:提升RCC、RCW病人同意簽署DNR比率較108年增2%。 (2)預期效益之評估指標: ①RCC:呼吸器脫離率為主要指標;簽署DNR比率及召開緩和醫療家庭會議比率為次要指標。指標達成與108年比較進步視同達標。 ②RCW:簽署DNR比率及召開緩和醫療家庭會議比率為主要指標;呼吸器脫離率為次要指標。指標達成與108年比較進步視同達標。 ③簽署DNR案件數與108年比較進步視同達標。
30 精神科長效針劑藥費(111年新增項目) ※決定事項:請於額度內,妥為管理運用		111年度編列2,664百萬元,辦理如下: 111年1~4月申報5.15億點。

四、西醫基層總額

工作項目	應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
1 家庭醫師整合性照護計畫	110 年 11 月底前	已於 111.1.27 公告。
2 代謝症候群防治計畫 (111 年新增項目)	110 年 12 月底前	已於 111.6.20 公告。
3 提升心肺疾病患者心肺復健 門診論質計酬(payforvalue)計 畫 (111 年新增項目)		已於 111.6.9 「醫療服務給付項目 及支付標準共同擬訂會議」報告通 過，將依程序辦理報部核定事宜。
4 西醫醫療資源不足地區改善 方案 ※決定事項：精進計畫內容， 鼓勵醫師積極參與計畫	110 年 11 月底前	已於 111.2.7 公告。
5 醫療給付改善方案 ※決定事項： (1)持續辦理 7 項方案，通盤檢 討各項方案照護成效，研議 具體改善策略，精進方案執 行內容 (2)儘速推動「糖尿病及初期慢 性腎臟病共同管理支付項 目及獎勵措施」		1.全民健康保險思覺失調症醫療給 付改善方案：辦理情形同醫院總 額項次 1。 2.其餘方案延續 110 年計畫辦理。 3.糖尿病及初期慢性腎臟病共同管 理支付項目及獎勵措施：新增支 付標準第八部第二章糖尿病及初 期慢性腎臟病照護整合方案，已 於 111.2.15 公告，自 111.3.1 生 效。
6 偏鄉地區基層診所產婦生產 補助試辦計畫 ※決定事項：精進計畫內容， 並加強推廣，鼓勵醫師參與 計畫		已於 111.1.28 公告。
7 品質保證保留款實施方案 ※決定事項：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		1.已於 111.1.28 日公告，修訂如下： (1)刪除 5 項獎勵指標(鈍化或偏 單一科別)： ①藥歷查詢-同院所處方「降血 糖藥物」用藥日數重疊率。

工作項目	應完成時限	辦理情形
款項獎勵之目的		②藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率。 ③藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率。 ④糖尿病病患醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycatedalbumin)執行率 $\geq 60\%$ 。 ⑤提供無障礙就醫環境。 (2)新增3項指標： ①連續假日前開診時段維護作業次數比率 $\geq 50\%$ 。 ②當年度每月看診日數達22日以上之月次數 ≥ 6 次。 ③假日及國定假日開診比率 $\geq 50\%$ 。 (3)新增違反特管辦法第44條及第45條規定者不予核發品質保證保留款之規定。 2.本項預算採年度結算，預計於112年7月底前完成核發作業。
需經本會同意或向本會報告		
8 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) ※決定事項： (1)於額度內，妥為管理運用，並排定納入健保給付之優先順序 (2)於110年12月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程	110年12月委員會議	已於111年3月份委員會議提出報告。

工作項目	應完成時限	辦理情形
(3)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於111年6月底前提出專案報告(併同「藥品及特材給付規定改變」)	111年6月	已於111年6月份委員會議提出專案報告。
9 藥品及特材給付規定改變 ※決定事項： (1)於額度內，妥為管理運用，並排定調整健保給付條件之優先順序 (2)於110年12月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程	110年12月委員會議	已於111年3月份委員會議提出報告。
(3)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於111年6月底前提出專案報告(併同「新醫療科技」)	111年6月	已於111年6月份委員會議提出專案報告。
10 提升國人視力照護品質 ※決定事項：於110年12月底前提出具體規劃內容，並提本會報告	110年12月底前	已於111年3月份委員會議提出報告。
11 家庭醫師整合性照護計畫 ※決定事項：於111年7月底提出導入一般服務之評估規劃	111年7月底	已於111年6月份委員會議提出報告。
12 代謝症候群防治計畫 (111年新增項目) ※決定事項：擬訂具體實施方案(內容應包含結果面品質指標，並依執行績效支付費用，惟不得與家庭醫師整合	110年12月底前	已於111年4月份委員會議討論並同意。

工作項目	應完成時限	辦理情形
性照護計畫及其他醫療給付改善方案重複領取個案管理費),於提報本會同意後執行		
<p>13 強化基層照護能力及「開放表別」項目</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)於 110 年 12 月委員會議提出規劃調整之項目與作業時程</p> <p>(2)通盤檢討開放表別項目適當性，含導入一般服務之時程規劃</p>	<p>110 年 12 月委員會議</p>	<p>1.已公告自 111.6.1 生效，新增「輸卵管剝離術」及「輸卵管造口術」2 項開放表別項目，其餘開放項目俟醫師公會全聯會提出後，依程序提「西醫基層總額研商議事會議」討論。</p> <p>2.有關檢討開放表別項目適當性及導入一般服務之時程規劃，健保署規劃未來研議方式如下：</p> <p>(1)訂定「更新後西醫基層開放表別項目作業流程」。</p> <p>(2)觀察開放表別項目申報情形及專款預算使用情形 3 年，視預算執行及申報情形，逐步導入一般服務。</p>
<p>14 鼓勵院所建立轉診合作機制</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)</p> <p>(2)討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(併同其他預算「基層總額轉診型態調整費用」提出專案報告)</p>	<p>111 年 7 月</p>	<p>列於 111 年 7 月份委員會議報告事項第二案。</p>
<p>提報本會執行情形(111 年初步結果/成果)^註</p>		

	工作項目	應完成時限	辦理情形
15	<p>新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)</p> <p>※決定事項:提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)</p>	111年7月底前	<p>111年度編列300百萬元,辦理情形如下:</p> <p>1.新增診療項目:截至111年3月,新增5項、修訂1項,陸續於111.3.1及111.6.1生效實施,推估全年增加0.11百萬點。</p> <p>2.新藥:辦理情形同醫院總額項次11。</p> <p>3.新特材:未編列此項預算。</p>
16	<p>藥品及特材給付規定改變</p> <p>※決定事項:</p> <p>(1)其中292百萬元用於反映近年使用糖尿病藥物增加之費用</p> <p>(2)提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)</p>		<p>111年度編列367百萬元,辦理情形如下:</p> <p>1.藥品:辦理情形同醫院總額項次12。</p> <p>2.特材:放寬「糖尿病血糖試紙」適用對象,已公告自110.12.1起生效,截至111年3月,與去年同期相比,實際淨增加約56.2萬點。</p>
17	<p>促進醫療資源支付合理(111年新增項目)</p> <p>※決定事項:</p> <p>(1)為鼓勵分級醫療、雙向轉診,用於提升西醫基層量能之診療項目</p> <p>(2)112年度總額起,請朝醫院、西醫基層部門相同診療項目支付點數連動調整辦理</p>		<p>111年度編列126百萬元,辦理情形如下:</p> <p>1.查醫院總額自106年起應用「醫療服務成本指數改變率」之預算調整支付標準,惟盤點西醫基層總額未配合調整項目共174項。</p> <p>2.已於111.6.9「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告,惟未獲共識,擬將甲、乙兩案(如下)併陳報部核示,俟部核定後辦理後續事宜。</p> <p>(1)健保署建議(甲案):考量醫院與西醫基層執行成本不同,故就西醫基層有能力執行、單價點數低或急重症等因素,優先</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
	111年7月底前	<p>擇其中 29 項調整至與醫院一致。</p> <p>(2)醫師公會全聯會建議(乙案)：對未調整之 174 項，全面調升 20%之支付點數差額。</p>
<p>18 提升國人視力照護品質 (111 年新增項目) ※決定事項： (1)辦理本項 (2)研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」</p>		<p>111 年度編列 120 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.刪除「醫師執行白內障手術 40 例以上須送事前審查」規範，已公告自 111.3.1 生效。</p> <p>2.「執行目標」及「預期效益之評估指標」已提報 111 年 6 月份委員會議確認如下：</p> <p>(1)執行目標：4,000 件。</p> <p>(2)預期效益之評估指標：</p> <p>①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%。</p> <p>②每月申報超過 40 件以上白內障手術之醫師，其病人手術等待期減少。</p> <p>③每月申報超過 40 件以上白內障手術之醫師占申報白內障手術醫師數比例較前一年度增加 3%。</p>
<p>19 家庭醫師整合性照護計畫</p>		<p>111 年度編列 3,948 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.截至 111 年 4 月，共計 609 個醫療群、5,670 家院所、7,826 名醫師參與計畫，收案會員約 599 萬人。</p> <p>2.收案會員數、參與院所數及醫師數皆較 110 年成長。</p>

	工作項目	應完成時限	辦理情形
20	代謝症候群防治計畫 (111 年新增項目) ※決定事項： (1)辦理本項 (2)研修「執行目標」及「預期 效益之評估指標」	111 年 7 月 底前	111 年度編列 308 百萬元，辦理如下： 1.已公告自 111.6.20 起生效，收案期間為 111.7.1~111.10.31。 2.「執行目標」及「預期效益之評估指標」已提報 111 年 6 月份委員會議確認如下： (1)執行目標：提供 10 萬名代謝症候群個案疾病危險因子管理服務。 (2)預期效益之評估指標： ①代謝症候群改善率。 ②介入成效率 $\geq 30\%$ 。
21	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(payforvalue)計畫(111 年新增項目) ※決定事項： (1)辦理本項 (2)研修「執行目標」及「預期 效益之評估指標」		111 年度編列 9.7 百萬元，辦理如下： 1.已於 111.6.9「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告通過，將依程序辦理報部核定事宜。 2.「執行目標」及「預期效益之評估指標」已提報 111 年 6 月份委員會議確認如下： (1)執行目標： ①全國基層參與計畫診所數達到 21 家。 ②收案人數超過 170 人。 ③逐年提升出院後心肺復健接受率、提升心肺疾病治療效果，心肺功能有意義的改善達 70%。 (2)預期效益之評估指標： ①病人疾病復發率(包括再住院或再急診) $< 30\%$ ：收案 6 個

工作項目	應完成時限	辦理情形
	111年7月底前	<p>月內病人因相同疾病再就診率<30%。</p> <p>②有意義的心肺功能改善比率>70%：CPET(VO₂peak 最大耗氧量或無氧代謝閥值耗氧量 Vo₂AT)較首次進步改善25%或6分鐘步行測試進步25%或100公尺以上。</p>
<p>22 西醫醫療資源不足地區改善方案</p> <p>※決定事項：精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與計畫</p>		<p>111年度編列317.1百萬元，公告施行地區共88個，辦理情形如下：</p> <p>1.巡迴計畫：111年1~4月提供3,860診次，服務70,529人次。</p> <p>2.開業計畫：截至4月底，尚無院所參與開業計畫，健保署將持續鼓勵院所參與。</p>
<p>23 C型肝炎藥費</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)辦理本項</p> <p>(2)於協商112年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源</p>		<p>111年度編列292百萬元：辦理情形同醫院總額項次17。</p>
<p>24 醫療給付改善方案</p>		<p>111年度編列805百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.111年1~4月執行情形：</p> <p>(1)糖尿病：照護295,750人，照護率50.6%。</p> <p>(2)早期療育：照護82人，總計申報93人次。(早療方案照護率需隔年取得醫院評估人數才可計算)</p> <p>(3)思覺失調方案：照護0.2萬人，照護率10.3%。</p> <p>(4)氣喘方案：照護4.1萬人，照護率39.0%。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
	111年7月底前	(5)孕產婦全程照護方案：照護0.2萬人，照護率18.2%。 (6)COPD方案：照護0.1萬人，照護率56.7%。 (7)B、C型肝炎個案追蹤方案：照護4.8萬人，照護率32.5%。 2.糖尿病合併初期慢性腎臟病之管理照護費：111年3~4月西醫基層總額申報16,321人，16,370件，8.0百萬點。
25 強化基層照護能力及「開放表別」項目		111年編列1,220百萬元，辦理情形如下： 新增「輸卵管剝離術」及「輸卵管造口術」2項開放表別項目，明列「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報」。
26 鼓勵院所建立轉診之合作機制		111年編列258百萬元，辦理情形如下： 111年第1季轉診費用實際核付約34.8百萬點，預算執行率13.5%。
27 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 ※決定事項：精進計畫內容，並加強推廣，鼓勵醫師參與計畫		111年度編列50百萬元，辦理情形如下： 111年截至第1季，參與之西醫基層診所共16家，生產補助件數共968件。
28 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 ※決定事項：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		111年度編列30百萬元，辦理情形如下： 1.111年1~4月約申報9.6萬點，預算執行率為0.32%。 2.110年預算執行率為0.5%，較109年0.6%低，各項費用說明如下：

工作項目	應完成時限	辦理情形
	111年7月底前	<p>(1)罕見疾病藥費：</p> <p>①罕病藥費110年共支用28萬餘點，用藥人數256人。</p> <p>②新增給付藥品：110年將「成人次發進展型多發性硬化症(secondaryprogressivemultiplesclerosis,SPMS)」罕見疾病之新成分新藥納入給付；109年新增遺傳性血管性急性水腫相關治療藥品。</p> <p>③依給付規定辦理之相關措施如下：</p> <p>A.罕病藥品事前審查機制。</p> <p>B.建置「罕病資格者方可使用罕病藥品」之電腦醫令自動化檢核邏輯。</p> <p>(2)血友病藥費：110年西醫基層總額未支用藥費。</p> <p>(3)罕見疾病特材費：西醫基層總額未支用藥費。</p> <p>3.本項專款為108年新增項目，係考量罕病患者至西醫基層診所就醫所需，將持續觀察執行情形。</p>
29 後天免疫缺乏病毒治療藥費 ※決定事項：檢視本項費用支用之合理性		<p>111年度編列30百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.本項藥品自106年起治療後2年起之藥物納入健保支付。</p> <p>2.111年1~4月約申報7.5萬點，預算執行率為0.25%。</p> <p>3.110年執行數14萬點，預算執行率為0.26%，用藥人數為5人，平均每人藥費約2.9萬元。</p>

工作項目	應完成 時限	辦理情形
	111年7月 月底前	4.依疾管署規範辦理之相關措施如下： (1)檢核用藥病人是否符合使用資格及處方組合合理性。 (2)醫療費用過高或不符二合一藥品使用規範者(如藥費超過定額、無病毒檢驗資料或B肝帶原者)列入審查指標。 5.本項專款為108年新增項目，係考量罕病患者至西醫基層診所就醫所需，將持續觀察執行情形。
30	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	111年度編列11百萬元，辦理情形如下： 1.111年1~4月申報約51萬點，預算執行率4.6%。 2.本項專款依實際執行併入一般服務費用結算。
31	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	111年度編列178百萬元，辦理情形如下： 1.本項預算自107年起由其他預算移列，近年執行數皆維持穩定。 2.延續前一年辦理方式，其預算依六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區一般服務結算。
32	精神科長效針劑藥費 (111年新增項目) ※決定事項：於額度內，妥為管理運用	111年度編列100百萬元，辦理情形如下： 111年1~4月申報8百萬點。

五、門診透析服務

工作項目	應完成時限	辦理情形
提報本會執行情形(111 年初步結果/成果)^註		
1	加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護	111 年 7 月底前 1. 支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案已於 111.2.15 公告，自 111.3.1 生效。 2. 前開方案中之「初期慢性腎臟病」：111 年 1~4 月服務 259,921 人，申報約 53 百萬點。 3. 末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫：111 年 1~4 月服務 79,337 人，申報約 86.6 百萬點；另依公告之新方案擴大收案病人範圍至 AKD 病人。
2	持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質	1. 持續推動腹膜透析，保障腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)每點 1 元。 2. 為持續保障器官移植之醫療照護品質，每年醫院總額之專款項目均編列「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」預算，111 年度編列 52.08 億元。 3. 為鼓勵腎臟移植，調升「腎臟移植(76020B)」支付點數為 384,183 點。
3	持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測	1. 健保醫療資訊雲端查詢系統之慢性腎臟病病人用藥提示防護精進作為，說明如下： (1)110.1.19 起摘要區擴大提示範圍及增修提示文字：資料擷取範圍由 6 個月內 eGFR 值延長至 12 個月，並納入曾為

工作項目	應完成時限	辦理情形
	111年7月底前	<p>「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」及健康署成人健檢 eGFR 資料。</p> <p>(2)111.1.26 新增「高風險腎臟病病人 NSAIDs 用藥主動提示(API)」：針對慢性腎臟病(CKD)第3期至第5期及透析病人，醫師處方 NSAIDs 逾一定天數進行提示。</p> <p>2.有關建立腎臟病防治成效評估指標一節，說明如下：</p> <p>(1)已於 110.5.11 與相關醫、協(學)會討論，並依會議結論修訂「透析前高風險腎臟病人使用 NSAIDs 藥量異常」指標：以慢性腎臟病診斷碼或 eGFR 值，篩選符合 CKD 第3B期至第5期病人，且於3個月內累計使用 NSAIDs 藥品總日數\geq31日案件進行監測管理。</p> <p>(2)按季將開立 NSAIDs 用藥之院所醫師名單(將新增異常處方高於同儕值註記)函請台灣腎臟科醫學會、台灣醫院協會及中華民國醫師公會全國聯合會協助輔導會員，並將開立藥量資訊回饋予院所，供其自我管理。</p> <p>(3)分析 111 年第 1 季前揭指標監測結果與前 1 季比較，病人數由 10 千人下降至 8.6 千人(下降 14%)。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
4 請檢討末期病人使用透析服務之必要性	111年7月底前	依據國家衛生研究院論壇「慢性腎臟病與透析之政策研議」成果報告，參酌對末期病人之建議，請台灣腎臟醫學會研議發展安寧透析、腎臟病人推動預立醫療照護諮詢(ACP)等。

六、其他預算

工作項目	應完成時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
1 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 ※協定事項：定期檢討山地離島地區醫療利用情形，並精進執行方案	110 年 11 月底前	1.延續 110 年計畫辦理。 2.為確保醫療服務適當性，每年均透過健保署分區業務組、醫界、當地衛生局及民意代表共同組成之 IDS 計畫督導小組會議，評估及討論當地需求，加以調整診療科別及服務項目。
2 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 ※協定事項： (1)檢討居家醫療訪視費支付標準之合理性，並朝分級支付方向調整，以鼓勵急重症、緊急往返及困難疾病之照護 (2)為強化精神社區復健照護體系，請整體檢討精神疾病社區復健相關支付標準之合理性，及精神復健機構於健保政策下之定位		1.居家醫療照護整合計畫，已於 111.1.22、111.4.19 公告修訂。 2.精神疾病社區復健(住宿式機構)之支付點數修訂，已於 111.6.9 「醫療服務給付項目及支付標準共同擬定會議」討論，決議：為與會專家及代表建議應一併檢視慢性精神醫療相關項目支付點數之衡平性，另行召開討論會議凝聚共識後再提會討論。將邀集相關公、學會討論，並依程序辦理後續事宜。 3.轉銜長照 2.0 部分，延續 110 年辦理。
3 推動促進醫療體系整合計畫 (1)醫院以病人為中心門診整合照護計畫 (2)急性後期整合照護計畫 (3)跨層級醫院合作計畫 (4)遠距醫療會診 ※協定事項： (1)檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效 (2)儘速研議遠距醫療會診執行及管理策略，並審慎規劃		1.醫院以病人為中心門診整合照護計畫，已於 111.5.26 公告，自 111.7.1 日起生效。 2.急性後期整合照護計畫，延續 110 年計畫辦理。 3.跨層級醫院合作計畫，延續 110 年計畫辦理。 4.遠距醫療給付計畫，已於 111.6.9 「醫療服務給付項目及支付標準共同擬定會議」討論通過，將依程序辦理報部及公告事宜。

工作項目	應完成時限	辦理情形
及執行急重症轉診網絡之遠距會診醫療服務		
4 提升院所智慧化資訊機制(111年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」)	110年12月底前	鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案，已於111.6.23公告修訂，新增虛擬健保卡就醫獎勵機制，鼓勵醫事機構提升資訊設施，並引導民眾使用虛擬健保卡就醫。
5 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	110年11月底前	已於110.11.19公告。
6 腎臟病照護及病人衛教計畫 (1)末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫 (2)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案 (3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫 ※協定事項： (1)積極提升Early-CKD及Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫之照護率 (2)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測		1.末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫，延續110年計畫辦理，並持續輔導醫療院所針對尿毒症高危險族群進行衛教。 2.已於111.2.15公告新增「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」，包含新增糖尿病合併初期慢性腎臟病照護整合方案，並整併原糖尿病、初期慢性腎臟病方案。 3.慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫，已於111.1.27公告。
7 提升用藥品質之藥事照護計畫		已於110.10.21公告。
需經本會同意或向本會報告		
8 基層總額轉診型態調整費用 ※協定事項： (1)持續檢討經費動支條件，建立長期效益評估指標，並監測病人流向(包含病人下轉	111年7月底前	列於111年7月份委員會議報告事項第二案。

工作項目	應完成時限	辦理情形
後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益 (2)提出「基層總額轉診型態調整費用」之未來規劃與期程(含退場) (3)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」,於111年7月底前提出專案報告	111年7月底前	
9 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 ※協定事項：訂定反映居家醫療照護品質及效益之績效指標(如減少急診、住院之醫療利用等),於111年7月底前將執行結果提本會報告		列於111年7月份委員會議報告事項第一案。
10 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(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」) ※協定事項：確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式,於111年7月底前提全民健康保險會報告		列於111年7月份委員會議報告事項第一案。 有關提報獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用部分,規劃退場之執行方式,將俟疫情趨緩後與醫界討論適當退場方式,再提報委員會議。
11 提升保險服務成效 ※協定事項：請於111年7月底前提出成效評估報告。		列於111年7月份委員會議報告事項第一案。
提報本會執行情形(111年初步結果/成果)^註		
12 基層總額轉診型態調整費用 ※協定事項： 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	111年7月底前	1.已於111年7月份委員會議提出專案報告。 2.111年度編列800百萬元,辦理情形如下： 動支條件限定於「轉診成功案

工作項目	應完成時限	辦理情形
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)」	111年7月底前	件」。111年第1季資料將於9月之結算。 3.110年度編列1,000百萬元，動支條件包括：「轉診成功案件」、「自行就醫_門診案件」、「自行就醫_住診案件」，全年預算執行1,000百萬元，執行率100%。
13 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 ※協定事項：請儘速推動山地鄉論人計酬試辦計畫		111年度編列605.4百萬元，辦理情形如下： 1.111年共26家承作醫院，至50個山地離島地區提供夜間及假日24小時門、急診、巡迴等醫療服務。 2.山地鄉論人計酬試辦計畫，辦理情形如下： (1)已於110.10.29核定同意花蓮慈濟醫院承作花蓮縣秀林鄉「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫之山地鄉全人整合照護執行方案(下稱本方案)」，實施期間自111.1.1~113.12.31，應照護名單為7,888人。 (2)111年1~4月申報案件7,336件，申報2,875人(均屬應照護名單)。
14 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		111年度編列7,300百萬元，辦理情形如下： 1.居家醫療照護： (1)全民健康保險居家醫療照護整合計畫：截至111年4月，共3,126家醫事機構參與本計畫，收案人數約5.9萬人。 (2)居家照護：111年1~4月約申

工作項目	應完成時限	辦理情形
	111年7月底前	<p>報 989.3 百萬點。</p> <p>(3)安寧療護：111年1~4月約申報 554.7 百萬點(安寧住院 404 百萬點、安寧共照 51 百萬點、安寧居家 100 百萬點)。</p> <p>2.精神疾病社區復健：111年1~4月約申報 714.3 百萬點。</p> <p>3.轉銜長照 2.0 之服務：111年1~4月約申報 5.598 百萬點。</p>
15 支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費		<p>1.111年度編列 290 百萬元，111年第1季資料將於9月之結算。</p> <p>2.110年度編列 290 百萬元，用於狂犬病治療藥費申報 1.09 百萬點。</p>
16 支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費 ※協定事項： (1)辦理本項 (2)於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源		<p>111年度編列 1,900 百萬元，辦理如下：</p> <p>1.截至 111 年 5 月底，已有 7,654 人次接受治療。參與 C 肝新藥健保給付執行計畫之院所家數增加為 1,016 家，成長率 54.4%。</p> <p>2.健保署將於協商 112 年度總額時提出年度 C 肝總額預算，並檢討其實施成效。</p>
17 推動促進醫療體系整合計畫 ※協定事項： (1)檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效 (2)儘速研議遠距醫療會診執行及管理策略，並審慎規劃及執行急重症轉診網絡之遠距會診醫療服務		<p>111年度編列 450 百萬元，辦理如下：</p> <p>1.醫院以病人為中心門診整合照護計畫，已於 111.5.26 公告，自 111.7.1 起生效：</p> <p>原計畫有「開設整合照護門診」及「非開設整合照護門診」二種照護模式；為提高醫院開設整合門診之意願，取消「未開設整合門診」照護模式(即同日就診多</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形																													
	111年7月底前	<p>科，由最後一位醫師資訊整合開藥及處置)。期望醫院能多開設整合門診服務有需求的多重慢性病患者，並給付醫院較高的門診整合診察費(初診 1,500 點*1 次，複診 1,000 點*2 次)，讓醫師能於整合門診，針對多重慢性病患整合用藥，並於整合後持續照顧病人，避免重複、不當用藥或處置，影響病人安全。</p> <p>2.遠距醫療給付計畫：</p> <p>(1)截至 111 年 6 月 24 日，核定執行鄉鎮計 44 個，111 年第 1 季執行情形如下：</p> <table border="1" data-bbox="880 1003 1425 1361"> <thead> <tr> <th colspan="3">項目</th> <th>110 年</th> <th>111 年第 1 季</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">專科門診</td> <td rowspan="2">論服務量</td> <td>服務人數</td> <td>304</td> <td>463</td> </tr> <tr> <td>服務人次</td> <td>555</td> <td>644</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">遠距會診</td> <td rowspan="2">論診次</td> <td>開診數</td> <td>177</td> <td>162</td> </tr> <tr> <td>服務人次</td> <td>636</td> <td>745</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">急診遠距會診</td> <td rowspan="2"></td> <td>服務人數</td> <td>13</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>服務人次</td> <td>13</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table> <p>(2)為貼近山地離島地區民眾就醫需求及平衡當地醫療資源，已於 111.6.9「醫療服務給付項目及支付標準共同擬定會議」討論通過，將依程序辦理報部及公告事宜。修訂重點摘述如下：</p> <p>①新增心臟內科、腸胃科、神經內科、胸腔科。</p> <p>②增訂「遠距院所提供之專科門診遠距會診科別，原則不得包括執業登記於施行地區醫療院所之醫師所具有之專</p>	項目			110 年	111 年第 1 季	專科門診	論服務量	服務人數	304	463	服務人次	555	644	遠距會診	論診次	開診數	177	162	服務人次	636	745	急診遠距會診		服務人數	13	6	服務人次	13	6
項目			110 年	111 年第 1 季																											
專科門診	論服務量	服務人數	304	463																											
		服務人次	555	644																											
遠距會診	論診次	開診數	177	162																											
		服務人次	636	745																											
急診遠距會診		服務人數	13	6																											
		服務人次	13	6																											

工作項目	應完成時限	辦理情形
	111年7月底前	<p>科別，惟特殊情形由院所向所轄健保署分區業務組說明，視當地民眾需求進行認定之規範。</p> <p>③實施場域：新增山地離島地區之「全民健康保險居家醫療照護整合計畫(下稱居整計畫)」收案個案住家。</p> <p>④放寬同一施行地區僅1家在地院所得執行之限制，在部分條件下簡化申請審核作業流程。</p> <p>⑤新增在地院所之門診診察費及居整計畫醫師訪視費加成。</p> <p>(3)另衛福部「偏遠地區遠距醫療建置計畫」所列急重症轉診網絡，因其在地端醫療機構所在地區多非山地離島地區，已於111.3.10及111.3.30「醫療服務給付項目及支付標準共同擬定會議」討論，均未獲共識，爰未納入本計畫實施範圍。</p>
18	調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	111年度編列1,000百萬元，目前未有支用本項經費之項目。
19	<p>提升院所智慧化資訊機制(111年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」)</p> <p>※協定事項：</p> <p>(1)新增提升院所智慧化資訊機制：</p>	<p>111年度編列1,500百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.新增提升院所智慧化資訊機制：</p> <p>(1)111年1~4月基層診所上傳率累計為22.4%，若將檢驗所代上傳資料回歸開立處方基層院所，則上傳率增加至23.4%。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>執行目標：提升檢驗所(與西醫基層診所合併計算)資料上傳率達 50%</p> <p>預期效益之評估指標：西醫基層於 20 類檢查(驗)同病人 28 天內再檢查率，較 108 年下降 10%</p> <p>(2)獎勵上傳及網路頻寬補助費用部分：</p> <p>①四部門總額之網路頻寬補助費用：檢討、提升院所參與率、檢驗(查)結果上傳率及門診雲端藥歷查詢率</p> <p>②於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源</p>	<p>111 年 7 月底前</p>	<p>(2)持續輔導基層診所及檢驗所上傳檢驗(查)結果資料與正確申報，以利達成本年度執行目標。</p> <p>2.獎勵上傳及網路頻寬補助費用部分：</p> <p>(1)111 年度四部門及其他預算共編列 893 百萬元，截至 111 年 6 月，參與家數共 28,310 家(參與率 95%)。</p> <p>(2)截至 111 年 6 月，牙醫參與率 93%、中醫參與率 96%、西醫基層參與率 96%、醫院參與率 100%。</p> <p>(3)截至 111 年 6 月牙醫參與率約 93%，較去年同期 92%增加 1%，另牙科診療型態不同西醫，如血液、尿液檢驗(查)項目極少，其常使用之 X 光檢查屬小範圍照射，且牙科臨床實務上無 X 光片檢查結果紙本報告，因其診療特殊性故上傳率低，未來將持續輔導及鼓勵牙醫院所參與即時方案及上傳資料。</p> <p>(4)健保署將於協商 112 年度總額前提供實施成效。</p>
<p>20 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫</p> <p>※協定事項：持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督</p>		<p>111 年度編列 1,653.8 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.110 年 10 月 8 日邀集法務部矯正署及衛生福利部等單位研擬本計畫(第四期)，於 111 年 1 月 1 日起實施。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
	111年7月底前	<p>2.111年由141家承作院所組成34個團隊，提供全國54所矯正機關醫療服務。每月提供矯正機關內門診約2,600診，包含西醫各次專科、牙科、中醫等約28個科別。</p> <p>3.為確保醫療服務適當性，健保署分區業務組每年均會邀集相關院所及矯正機關召開檢討會議，並將收容人醫療利用情形納入計畫評核指標，期能減少不必要之就醫。</p>
<p>21 腎臟病照護及病人衛教計畫 ※協定事項： (1)積極提升Early-CKD及Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫之照護率 (2)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測</p>		<p>111年度編列450百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案中之「初期慢性腎臟病」：111年1~4月服務259,921人，申報約53百萬點。</p> <p>2.末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫：111年1~4月服務79,337人，申報約86.6百萬點；另新公告方案擴大原收案病人範圍至AKD病人，期待能及早將更多潛在慢性腎臟病個案收案照護，延緩病人腎功能惡化。</p> <p>3.慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫：已於111年6月底前完成核發作業。</p> <p>4.醫療資訊雲端查詢系統(下稱健保雲端系統)慢性腎臟病病人用藥提示防護精進作為說明如下：</p>

	<p>111 年 7 月 底前</p>	<p>(1)110.1.19 起摘要區擴大提示範圍及增修提示文字：資料擷取範圍由 6 個月內 eGFR 值延長至 12 個月，並納入 Pre-ESRD 計畫及健康署成人健檢 eGFR 資料。</p> <p>(2)111.1.26 新增「高風險腎臟病人 NSAIDs 用藥主動提示 (API)」：針對慢性腎臟病 (CKD) 第 3 期至第 5 期及透析病人，醫師處方 NSAIDs 逾一定天數進行提示。</p> <p>5.有關建立腎臟病防治成效評估指標一節，說明如下：</p> <p>(1)已於 110.5.11 與相關醫、協(學)會討論，並依會議結論修訂「透析前高風險腎臟病人使用 NSAIDs 藥量異常」指標：以慢性腎臟病診斷碼或 eGFR 值，篩選符合 CKD 第 3B 期至第 5 期病人，且於 3 個月內累計使用 NSAIDs 藥品總日數\geq31 日案件進行監測管理。</p> <p>(2)健保署按季將開立 NSAIDs 用藥之院所醫師名單(將新增異常處方高於同儕值註記)函請腎臟醫學會、醫院協會及醫師公會協助輔導會員，並將開立藥量資訊回饋予院所，供其自我管理。</p> <p>(3)分析 111 年第 1 季前揭指標監測結果與前 1 季比較，病人數由 10 千人下降至 8.6 千人(下降 14%)。</p>
--	-------------------------	--

工作項目	應完成時限	辦理情形
22 提升保險服務成效 ※協定事項：於協商 112 年度總額前檢討實施成效，及預算編列之妥適性，提出節流效益並納入該年度總額預算財源	111 年 7 月底前	111 年度編列 600 百萬元，辦理情形如下： 1.提升健保醫療資訊雲端查詢系統之加值應用。 2.進行更多元指標擴充作業，運用人工智慧建立模型精準篩異。 3.強化全民健保行動快易通之登入功能易用性及優化民眾查詢服務。 4.精進健保署常規性醫療科技再評估制度，並彙整多國進行藥價調整的經驗，提出可行之政策建議，另初擬預期每年運用醫療科技再評估機制，可減少藥品特材費用之目標。 5.針對已收載之低給付效益藥品特材及新醫療科技高醫療費用特材，以我國健保醫令資料為基礎，試行療效追蹤評估機制之流程及模式。
23 提升用藥品質之藥事照護計畫 ※協定事項： 執行目標：年度預計服務達 3 萬人次 預期效益之評估指標：收案保險對象使用藥品品項數，較照護前(108年)下降 10%		111 年度編列 30 百萬元，辦理情形如下： 1.已於 110.10.21 公告。 2.計畫公告後，主要辦理藥師培訓及資格認證。此外，特約藥局需配合計畫內容調整相關資訊程式。 3.截至 111 年 5 月止，計有 541 位藥師(418 家藥局)參與計畫，申報服務費用 135 人次。

註：111 年執行情形於本會 111 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 111 年 7 月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含 110 年執行情形)。

報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：111 年度各部門總額依協定事項需於 7 月底前提本會報告之項目(含預算扣減或檢討節流成效項目之規劃)，請鑒察。

說明：

- 一、依據貴會所訂全民健康保險會 111 年度工作計畫及衛生福利部公告 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式辦理。
- 二、有關提報「111 年度總額協定事項處理預算扣減或檢討節流成效項目之處理規劃」計 11 項，本署辦理情形如附表一(第 102~113 頁)。
- 三、有關提報「111 年度各部門總額依協定事項需於 7 月底前提本會報告之項目」計 4 項，本署詳細辦理情形如附表二(第 114~119 頁)，說明如下：
 - (一)109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款(牙醫部門)：
 - 1.109 年度未申報感染管制診察費加計訪查不合格之差額 11.4 百萬點，已於 111 年度總額扣減。
 - 2.110 年度未申報感染管制診察費加計訪查不合格之差額，合計 7.7 百萬點。
 - (二)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(其他預算)：
 1. 為進一步鼓勵院所提供山地離島地區之護理訪視服務及強化居家急診服務，本署自 111 年 6 月起增訂夜間、深夜及例假日緊急訪視費加成，並調升山地離島地區之醫師及護理訪視費用 20%。
 2. 若以居家醫療整合計畫照護對象之門診就醫次數及急診就醫次數觀察，110 年收案照護後，每月平均門診與急診就醫次數均較收案前減少。

(三)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(含四部門總額之網路頻寬補助費用)：本署將俟疫情趨緩後與醫界討論適當退場方式。

(四)提升保險服務成效(其他預算)：

- 1.為強化醫療服務品質及效率，本署於原有框架下擴充資訊量能，並因應疫情靈活調整，深化不同系統間連結及效率，優化健保快易通及健保醫療資訊雲端查詢系統，提供保險對象及醫療院所便利查詢。
- 2.陸續辦理醫療科技評估(含新藥及新特材)及醫療科技再評估(HTR)作業，逐步優化健保給付機制。

報告單位業務窗口：洪于淇專門委員，聯絡電話：02-27065866分機2667

.....
本會補充說明：

本案係健保署依本會 111 年度工作計畫及 3 月份委員會議(111.3.25)決定，依 111 年度總額協定事項，須於 7 月提本會報告，共分兩部分：一為 11 項涉及預算扣減或檢討節流成效之處理規劃，一為 4 項需於 7 月提報執行結果，分項敘述如下：

一、所報「111 年度總額協定事項處理預算扣減或檢討節流成效項目之處理規劃」內容計 11 項，彙整總額協定事項、健保署之處理規劃及本會研析建議詳附表一(第 102~113 頁)供參。本會研析及建議如下：

(一)查 111 年度總額 11 項協商項目之協定事項要求，需依實際執行結果扣除未執行預算或與一般服務重複部分，及評估執行成果及執行效益，供總額協商參考。爰請健保署於本次會議提報 111 年度預算扣減及評估節流效益之處理規劃，並依其規劃方式，於 112 年 7 月份委員會議提報執行結果，供作協商 113 年度總額之用。

(二)經檢視協定事項與健保署所提之規劃內容，尚有部分項目未敘明扣減未執行額度之具體計算方式或效益評估規劃，爰為

符合協定事項之要求，本會已於 7 月 19 日請該署就部分內容之劃線處再提供補充說明，摘要如下表：(詳細說明如附表一，第 102~113 頁)。健保署提供回復說明資料後附。

總額別/項目	本會研析及建議(摘要)
一般服務	
牙醫門診總額 高風險疾病口腔照護	請健保署補充說明： 1.請參考協商時之預算推估方式，補充說明本項 111 年度如何釐清高風險病人及其增加申報點數與扣減未執行額度之具體計算方式。 2.如何具體提升預算執行率，並參考協商意旨，說明實施成效及節流效益之具體評估方式規劃。
中醫門診總額 提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護	請健保署參考協商時之預算推估方式，補充說明本項 111 年度如何釐清適用對象，及其增加申報點數與扣減未執行額度之具體計算方式。
醫院總額 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	新特材：請健保署補充說明 111 年度扣減未導入預算之具體計算及執行方式。
醫院總額、西醫基層總額 藥品及特材給付規定改變	請健保署補充說明： 1.所提處理方式是否應符合「藥品及特材給付規定改變」之作業及用途。 2.111 年度扣減未導入預算之具體計算及執行方式。
西醫基層總額 提升國人視力照護品質	請健保署參考協商時之預算推估方式，補充說明 111 年度增加之申報件數、點數及扣減未執行額度之具體處理方式。
專款項目	
牙醫門診總額 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	本項涉及一般服務之扣減，請健保署補充說明是否於 111 年度第 4 季結算時進行扣減。
牙醫門診總額 高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫	請健保署補充說明，如何具體提升預算執行率，並參考協商意旨，說明實施成效及節流效益之具體評估方式規劃。
中醫門診總額 照護機構中醫醫療照護方案	本項涉及一般服務之扣減，請健保署補充說明扣減之具體處理方式，及是否於 111 年度第 4 季結算時進行扣減。

總額別/項目	本會研析及建議(摘要)
醫院總額 鼓勵 RCC、RCW 病人 脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	請健保署儘速完成計畫內容之研訂，並請參考協商意旨，補充說明計畫實施成效之具體評估方式及規劃。

二、所報「111 年度各部門總額依協定事項需於 7 月底前提本會報告之項目」內容計 4 項，彙整總額協定事項、健保署之辦理情形及本會研析建議詳附表二(第 114~119 頁)供參。本會研析及建議如下：

(一)牙醫門診總額-109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款：

依健保署之說明，110 年未申報加強感染管制診察費件數已較 109 年大幅減少(減少近 35%)，惟實地訪查家數不合格率仍有 7.6%，請健保署持續加強感染管制之查核與輔導。

(二)其他預算-居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務：

1.依健保署提報資料，居家醫療整合計畫照護對象 110 年之每月平均「門診就醫次數」及「急診就醫次數」，均較收案前減少，顯示該計畫具有成效。

2.111 年度協定事項要求「訂定反映居家醫療照護品質及效益之績效指標(如減少急診、住院之醫療利用等)」，爰請健保署補充說明這 2 項指標是否仍為 111 年度持續監測的績效指標。

(三)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(含四部門總額網路頻寬補助費用)：

1.111 年度協定事項要求，獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用部分，確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，並提本會報告。

2.健保署表示將俟疫情趨緩後與醫界討論適當退場方式，爰請該署依協定事項辦理，並將規劃結果提報本會。

(四)其他預算-提升保險服務成效：

- 1.111 年度協定事項要求，精進提升保險服務成效之評估指標，以反映實施成效之節流效益。
- 2.健保署提報資料，主要呈現過程面之努力，惟過去協商本項預算時，委員係期待健保署能提出具體執行績效。報告內容提到「強化健保醫療資訊雲端系統」，查 110 年評核資料，各部門「健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率」、「檢驗(查)結果上傳率」(如附表三，第 120 頁)，尚有努力空間。請健保署 111 年加強辦理，並於協商 112 年總額時，提出具體之成效資料以利總額協商。

決定：

附表一、彙整「111 年度總額協定事項處理預算扣減或檢討節流成效項目之規劃」之總額協定事項、健保署提報之處理規劃及本會研析建議。

經檢視協定事項與健保署所提之規劃內容，尚有部分項目未敘明扣減未執行額度之具體計算方式或效益評估規劃，爰為符合協定事項之要求，請貴署補充說明下列劃線事項：

(一)、一般服務，計 7 項：

部門	項目	協定事項	健保署對協定事項之處理規劃	本會研析及建議
牙醫門診總額	高風險疾病口腔照護(高風險疾病計 5 類，包括：(1)腦血管疾病、(2)血液透析及腹膜透析、(3)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物、(4)惡性腫瘤患者，及(5)不符合牙特計畫之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去	1.依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度	1.研擬按季於全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議報告預算執行情形。 2.配合於 111 年度第 4 季結算，扣減當年度未執行之額度。	111 年度編列 4.05 億元，針對 5 類高風險疾病患者，增加全口牙結石清除及牙周暨齶齒控制基本處置之服務次數。協商預算推估方式： 高風險疾病患者人數(54 萬人) ^註 ×就醫率(50%)×每人增加 1,500 點。〔54 萬人×50%×1500 點=4.05 億〕 其中每人增加 1,500 點=全口牙結石清除 600 點×增加 2 次(1 年 2 次增至 4 次)+牙周暨齶齒控制基本處置 100 點×3 次(1 年 1 次增至 4 次)。 註：高風險疾病患者約 69.9 萬人，扣除口乾症、特殊狀況、懷孕婦女、糖尿病病人等原已接受相同口腔照護服務患者 15.9 萬人後，計 54 萬人。 本會研析建議： 1.依上開推估方式，預算執行數(增加申報點數)之認列，須針對左列 5 類高風險病人，扣除原已提供服務次數之費用。惟健保署之說明，尚未提出實際執行如何計

部門	項目	協定事項	健保署對協定事項之處理規劃	本會研析及建議
	功能者)			算之認定方式。 <u>2.請健保署參考協商時之預算推估方式，補充說明本項111年度如何釐清高風險病人及其增加申報點數與扣減未執行額度之具體計算方式。</u>
		2.檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源	本項係提供腦血管疾病、血液透析等5項特定病人每90天1次牙結石清除服務，預算405.0百萬元，並自111.3.1實施，截至111年4月，服務2,122人次，申報約1.5百萬點，預算執行率約0.37%，請牙全會多方推廣本項服務。	牙醫部門提出對高風險疾病患者，增加上開2項服務頻率有預防效果，能減少口腔疾病發生，及降低身體其他器官疾病發生率，產生節流效益。惟健保署之說明，尚未提出具體評估方式。 本會研析建議： <u>請健保署補充說明，如何具體提升預算執行率，並參考協商意旨，說明實施成效及節流效益之具體評估方式規劃。</u>
中醫門診總額	提升民眾於疾病黃金期治療針傷照護	依111年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度	1.本項預算係用以修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫通則，中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量上限，自45人次調升為60人次。 2.本署按季於全民健康保險醫療給	111年度編列5億元，用以放寬針傷處置申報限制，協商預算推估方式： 1.每月每位病患針傷處置費申報上限由15次調整為20次：以每月申報量14~19次之病人)，提升至20次之人次，乘以各需增加1次針傷處置費，及每人1次診察費與7日藥費計算 ^{註1} 。 2.每位醫師每月看診日平均針傷處置合計申報量上限由45人次調整為60人次：以每天看診46人次以上之

部門	項目	協定事項	健保署對協定事項之處理規劃	本會研析及建議
			<p>付費用中醫門診總額研商議事會議報告預算執行情形。</p> <p>3.配合於 111 年度第 4 季結算，扣減當年度未執行之額度。</p>	<p>醫師，每人看診至 60 次(增加 15 次)，推估 1 年增加之人次，乘以針傷處置費^{註2}。</p> <p>註：</p> <p>1.每月申報量於 14~19 次之病人(127,184 人)，提升至 20 次之次數(685,560 人次)，推估各需增加 1 次診察費及 7 日藥費=685,560 人次×針傷處置費 227 點+127,184 人×〔診察費 330 點+(藥費 37 點×7 日)]。</p> <p>2.以 110 年 6 月 7,038 位中醫師，其中 80% 承作針傷科，以每天看診 46~60 人次之比率為 5% 計算，每日增加 15 人次，以 1 年 12 個月、每月 26 天計算，乘以針傷處置費=1,317,513 人次(7,038 人×80%×5%×15 次×12 月×26 天)×針傷處置費 227 點。</p> <p>本會研析建議：</p> <p>1.依上開預算推估，預算執行數(增加申報點數)之認列，應先釐清病患為「每月每位病患針傷處置費申報 16 次以上」、及「每位醫師每月看診日平均針傷處置合計申報量 46 次以上」者，就其利用人次，須扣除原針傷處置申報 15 次及 45 人次以下之費用。惟健保署之說明，尚未提出實際執行如何計算之認定方式。</p> <p><u>2.請健保署參考協商時之預算推估方式，補充說明本項 111 年度如何釐清適用對象，及其增加申報點數與扣減未執行額度之具體計算</u></p>

部門	項目	協定事項	健保署對協定事項之處理規劃	本會研析及建議
				<u>方式。</u>
醫院總額	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	若於年度結束前未依時程導入，則扣減其預算額度	<ol style="list-style-type: none"> 1.新增診療項目：配合於 111 年度第 4 季結算，扣減當年度未執行之額度。 2.新藥：考量新藥收載為持續性作業，需經藥品專家共識及共擬會議同意給付後暫予收載，年底同意給付品項將於隔年公告生效，為維護民眾就醫權益，若未依預算時程內導入，將於年度扣減基期預算費用，作為次年度繼續研議新藥之收載。 3.新特材：配合辦理。 	<p>111 年度編列 30 億元。依健保署規劃，新增診療項目、新藥及新特材預算分別為 2.736、20.26、7.65 億元。</p> <p>本會研析建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.新增診療項目：請依規劃方式據以執行。 2.新藥：考量 111 年度新藥預算，除用於該年度擬引進之新藥外，尚包含 107~110 年收載新藥於 111 年新增之財務衝擊，考量預算執行之結果，需有年度之實際執行資料才能計算。爰請健保署於 112 年 7 月委員會議詳細說明本項執行結果。 3.新特材：未提出規劃，<u>請健保署補充說明 111 年度扣減未導入預算之具體計算及執行方式。</u>
	藥品及特材給付規定改變	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	<ol style="list-style-type: none"> 1.藥品：考量新藥收載為持續性作業，需經藥品專家共識及共擬會議同意給付後暫予收載，年底同意給付品項將於隔年公告生效，為維護民眾就醫權益，若未依預算時程內導入，將於年度扣減基期預算費用，作為次年度繼續研 	<p>111 年度編列 6.5 億元。依健保署規劃，藥品及特材給付規定改變預算分別為 5.6、0.9 億元。</p> <p>本會研析建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本項預算用途為「藥品及特材給付規定改變」，但健保署所規劃之處理方式係考量「新藥收載作業及次年度繼續研議新藥之收載」，似與預算用途不符，請予釐清。 2.<u>請健保署補充說明：</u>

部門	項目	協定事項	健保署對協定事項之處理規劃	本會研析及建議
			<p>議新藥之收載。</p> <p>2.特材：配合辦理。</p>	<p>(1)所提處理方式是否應符合「藥品及特材給付規定改變」之作業及用途。</p> <p>(2)111年度扣減未導入預算之具體計算及執行方式。</p>
西醫基層總額	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	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	<p>1.新增診療項目：配合於 111 年度第四季結算，扣減當年度未執行之額度。</p> <p>2.新藥：考量新藥收載為持續性作業，需經藥品專家共識及共擬會議同意給付後暫予收載，年底同意給付品項將於隔年公告生效，為維護民眾就醫權益，若未依預算時程內導入，將於年度扣減基期預算費用，作為次年度繼續研議新藥之收載。</p> <p>3.新特材：於西醫基層總額未編列此項預算。</p>	<p>111 年度編列 3 億元。依健保署規劃，新增診療項目、新藥分別為 0.5859 億元、新藥 2.41 億元，新特材未編列預算。</p> <p>本會研析建議：</p> <p>1.新增診療項目：請依規劃方式據以執行。</p> <p>2.新藥：111 年度新藥預算，除用於該年度擬引進之新藥外，尚包含 107~110 年收載新藥於 111 年新增之財務衝擊，考量預算執行之結果，需有年度之實際執行資料才能計算。爰請健保署於 112 年 7 月委員會議詳細說明本項執行結果。</p>
	藥品及特材給付規定改變	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	<p>1.藥品：考量新藥收載為持續性作業，需經藥品專家共識及共擬會議同意給付後暫予收載，年底同意給付品項將於隔年公</p>	<p>111 年度編列 3.67 億元。依總額協定事項，其中 2.92 億元用於反映近年使用糖尿病藥物增加之費用，另依健保署規劃，藥品及特材給付規定改變預算分別為 0.62、0.13 億元。</p>

部門	項目	協定事項	健保署對協定事項之處理規劃	本會研析及建議
		度	<p>告生效，為維護民眾就醫權益，若未依預算時程內導入，將於年度扣減基期預算費用，作為次年度繼續研議新藥之收載。</p> <p>2.特材：配合辦理。</p>	<p>本會研析建議：</p> <p>1.本項預算用途為「藥品及特材給付規定改變」，但健保署規劃之處理方式係考量「新藥收載作業及次年度繼續研議新藥之收載」，似與預算用途不符，請予釐清。</p> <p>2.請健保署補充說明：</p> <p><u>(1)所提處理方式是否應符合「藥品及特材給付規定改變」之作業及用途。</u></p> <p><u>(2)111年度扣減未導入預算之具體計算及執行方式。</u></p>
	提升國人視力照護品質	依111年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度	<p>1.本署於 VPN 建置白內障手術事前登錄作業並定期監測醫師每月申報 41 例以上資料上傳及申報情形。</p> <p>2.按月監測：</p> <p>(1)本署針對每月申報超過 40 例醫師及院所名單，提供各分區業務組參考。</p> <p>(2)按月回饋眼科醫學會白內障 41 例以上改事前登錄後申報情形。</p>	<p>111 年度編列 1.2 億元，放寬白內障手術事前審查限制，刪除「醫師執行白內障手術 40 例以上須送事前審查」規範。協商預算推估方式：</p> <p>1.109 年單月申報白內障手術超過 41 例(含)之醫師，每月平均執行 54 例。</p> <p>2.109 年剛好執行 40 例之基層醫師 342 人×增加件數 $(54-40) \times 110 \sim 111$ 年成長率 $(1+10\%)^2 \times$ 費用 20,679 點 =1.2 億點。</p> <p>本會研析建議：</p> <p>1.依上開推估，預算執行數(增加申報點數)之認列，需對每月執行超過 40 例案件(N 件)先予釐清，並扣除 40 例案件之費用(即 N-40)。惟健保署之說明，尚未提出實</p>

部門	項目	協定事項	健保署對協定事項之處理規劃	本會研析及建議
				<p>際執行如何計算之認定方式。</p> <p><u>2.請健保署參考協商時之預算推估方式，補充說明 111 年度增加之申報件數、點數及扣減未執行額度之具體處理方式。</u></p>

(二)、專款項目，計 4 項：

部門	項目	協定事項	健保署對協定事項之處理規劃	本會研析及建議
牙醫門診總額	12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用	<p>1.本計畫係提供 P7101C「青少年齲齒控制照護處置」，其中包含牙菌斑偵測、去除維護教導，與支付標準編號 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」服務內容重複，於 111 年申報本項者，若其曾於 110 年申報 91014C，將依其申報 91014C 之點數扣減一般服務費用。</p> <p>2.另本計畫提供 P7102C「青少年齲齒氟化物治療」係為新增項目，未與一般服務重複。</p>	<p>111 年度編列 2.715 億元專款，健保署之執行係用以加強青少年齲齒控制照護及氟化物治療。(協商時原經費 4.525 億元，推估方式：12~18 歲戶籍人數(約 150.8 萬人)×就醫率(60%)×每人 500 點，500 點=咬翼式 X 光 100 點×2 張、牙周暨齲齒控制基本處置 100 點、及牙菌斑去除照護 200 點，與本計畫最終公告服務項目略有差異)</p> <p>本會研析建議：</p> <p>1.考量擬增加照護項目部分內容屬現行一般服務範圍(如「牙周暨齲齒控制基本處置」)，設立專款後，這些原由一般服務支付項目，將轉由專款支付。爰協定事項要求於一般服務扣減與本項重複部分之費用。</p> <p>2.有關「青少年齲齒控制照護處置」(P7101C)，該署將 111 年有申報此項目者，其曾於 110 年申報一般服務「牙周暨齲齒控制基本處置」(91014C)項目之點數，視為自一般服務轉移</p>

部門	項目	協定事項	健保署對協定事項之處 理規劃	本會研析及建議
				<p>至專款之費用，予以扣減，所提之扣減方式具體合理。</p> <p>3.至於「青少年齲齒氟化物治療」(P7102C)，是否與一般服務之氟化物治療(適用口乾症、頭頸部病患電療後病人)重複，請健保署依 111 年實際申報資料，進行比對分析。</p> <p>4.本項涉及一般服務之扣減，請補充說明是否於 111 年度第 4 季結算時進行扣減。</p>
	高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫	檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源	本項係提供曾申報 89013C 或 89113C 者(恆牙牙根齲齒充填)氟化物治療，預算 184 百萬元，並自 111.3.1 實施，截至 111 年 4 月，服務人數 5,748 人，申報約 2.9 百萬點，預算執行率約 1.58%，請牙全會多方推廣本項服務。	<p>111 年度編列 1.84 億元，新增用於高齲齒病患牙根齲齒塗氟治療，避免齲齒惡化。協商預算推估方式：</p> <p>高齲齒病人數^註(約 27.2 萬人)×氟化物治療 500 點×牙結石清除年平均利用次數(1.35 次/年)。</p> <p>註：高齲齒病人數，係以 109 年申報複合體充填(89013C)及特殊狀況複合體充填(89113C)人數，再扣除原已利用塗氟(92051B)及口乾症塗氟(92072C)者人數。</p> <p>本會研析建議：</p> <p>1.牙醫部門提出對高齲齒患者之牙根齲齒進</p>

部門	項目	協定事項	健保署對協定事項之處 理規劃	本會研析及建議
				<p>行 3 個月 1 次的塗氟，可避免根部齲齒好發率，延長使用年限，產生節流效益。惟健保署之說明，尚未提出具體評估方式。</p> <p>2.請健保署補充說明，<u>如何具體提升預算執行率，並參考協商意旨，說明實施成效及節流效益之具體評估方式規劃。</u></p>
中醫門診總額	照護機構中醫醫療照護方案	依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用	方案已規定申報費用時需填報特定代碼，結算時符合本方案相關費用皆以專款核付，與一般服務費用應無重複支應情形。	<p>111 年度編列 28 百萬元專款，用於提供照護機構住民中醫醫療照護。協商預算推估方式：執行 60 家、每週 1 次(52 週)、每次 10 人次，以每次訪視費 1,000 點(約 3,120 次)，加上論量費用(每人每次約 800 點×31,200 人次)估算。</p> <p>本會研析建議：</p> <p>1.考量照護機構住民外出至中醫門診就醫之費用，屬現行一般服務範圍。設立專款後，參與本方案照顧機構住民 110 年外出至中醫門診就醫之費用，將自 111 年起，轉由本項專款支付，爰協定事項要求於一般服務扣減與本項重複部分</p>

部門	項目	協定事項	健保署對協定事項之處 理規劃	本會研析及建議
				<p>之費用。</p> <p>2. 建議參酌牙醫專款「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」之扣減方式，將 111 年度有參與本方案照顧機構住民之論量支付申報點數，其於 110 年外出至中醫門診就醫之申報點數，視為自一般服務轉移至專款之費用，予以扣減。</p> <p>3. 本項涉及一般服務之扣減，請補充說明扣減之具體處理方式，及是否於 111 年度第 4 季結算時進行扣減。</p>
醫院總額	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	執行效益納入未來總額財源	<p>1. 本項規劃草案已於 111.5.25「全民健康保險醫療給付費用醫院總額 111 年第 2 次研商議事會議」討論，並依會議結果提至 111.6.9「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」第二次會議，惟未獲共識，俟醫院協會提送修正草案後再提會討論。</p> <p>2. 將俟本項措施公告實施後，另行評估執行效益。</p>	<p>111 年度編列 3 億元專款預算，用於計畫名稱之 3 項用途。</p> <p>本會研析建議：</p> <p>1. 考量本計畫目的為鼓勵病人脫離呼吸器及安寧療護。前者可增進病人生活及照護品質，後者則可提升臨終照護品質。若能落實推動，可更有效率運用醫療資源。惟健保署之說明，尚未提出評估效益之方式。</p> <p>2. 請健保署儘速完成計畫內容之研訂，並請</p>

部門	項目	協定事項	健保署對協定事項之處 理規劃	本會研析及建議
				<u>參考協商意旨，補充說明計畫實施成效之具體評估方式及規劃。</u>

附表二、彙整「111 年度各部門總額依協定事項需於 7 月底前提本會報告之項目」之總額協定事項、健保署提報之辦理情形及本會研析建議

	項目	健保署提報之辦理情形	本會研析及建議
1	<p>牙醫門診總額：109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款</p> <p>※協定事項：持續監測全面提升感染管制品質之執行結果(含申報及查核結果)，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告</p>	<p>一、感染管制診察費自 109 年 4 月 1 日起生效，於 109 年 4 月 1 日至 109 年 12 月 31 日未申報本項診察費件數為 302,282 件，加計訪查不合格 22,978 件，每件以費用調升點數 35 點計算，差額為 11.4 百萬點，已於 111 年總額扣減。</p> <p>二、續統計 110 年 1 月 1 日至 110 年 12 月 31 日未申報本項診察費件數為 194,465 件，已較 109 年減少近 35%，差額為 6.8 百萬點；另訪查不合格(實地訪查 184 家、不合格 14 家，不合格率 7.6%)追扣診察費差額 91 萬點，二者合計 7.7 百萬點。</p>	<p>依健保署提報資料，110 年未申報加強感染管制診察費件數已較 109 年大幅減少(減少近 35%)，惟實地訪查家數不合格率仍有 7.6%，<u>請健保署持續加強牙醫院所感染管制品質之查核與輔導。</u></p>

項目	健保署提報之辦理情形	本會研析及建議
2	<p>其他預算： 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</p> <p>※協定事項：訂定反映居家醫療照護品質及效益之績效指標(如減少急診、住院之醫療利用等)，於111年7月底前將執行結果提全民健康保險會報告</p>	<p>一、為強化居家急症照護服務，鼓勵院所提供山地離島地區之護理訪視服務，本署自111年6月1日起增訂夜間、深夜及例假日緊急訪視費加成，並調升山地離島地區之醫師及護理訪視費用20%。111年1月至5月，居家照護收案人數約5.2萬人，服務約36.9萬人次，申報醫療費用約12.3億點。</p> <p>二、全民健康保險居家醫療照護整合計畫</p> <p>(一)居家醫療整合照護對象門診就醫次數(前一年新收案個案之收案前後6個月每月平均門診就醫次數)：110年收案前每月平均就醫次數2.12次、收案後每月平均就醫次數1.56次，照護後門診就醫次數較收案前減少。</p> <p>(二)居家醫療整合照護對象急診就醫次數(前一年新收案個案之收案前後6個月每月平均急診就醫次數)：110年收案前每月平均就醫次數0.18次、收案後每月平均就醫次數0.14次，照護後急診就醫次數較收案前減少。</p>

- 1.依健保署提報資料，居家醫療整合計畫照護對象110年之每月平均「門診就醫次數」及「急診就醫次數」，較收案前減少，顯示計畫具有成效。
- 2.111年度協定事項要求「訂定反映居家醫療照護品質及效益之績效指標(如減少急診、住院之醫療利用等)」，爰請健保署補充說明這2項指標是否仍為111年度持續監測的績效指標。

項目	健保署提報之辦理情形	本會研析及建議
<p>3 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(含四部門總額之網路頻寬補助費用) ※協定事項：獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用：確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，於111年7月底前提全民健康保險會報告</p>	<p>一、本項預算所建置之資訊設備，已於疫情期間充分協助各醫療院所發揮疫情管控的效果。 二、本項退場機制，將俟疫情趨緩後與醫界討論。</p>	<p>1.111年度協定事項要求，獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用部分，確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式 2.健保署表示將俟疫情趨緩後與醫界討論適當退場方式，<u>爰請該署依協定事項辦理，並將規劃結果提報本會。</u></p>

項目	健保署提報之辦理情形	本會研析及建議
4	<p>其他預算： 提升保險服務成效</p> <p>※協定事項：精進提升保險服務成效之評估指標，以反映實施成效之節流效益。於 111 年 7 月底前提出成效執行報告</p> <p>一、強化健保快易通 APP 及健康存摺系統：</p> <p>(一)為配合我國「數位新冠病毒健康證明」平台於 110 年底上線，與「歐盟數位新冠證明」之各國對等承認，本署配合平台上線時程，調整、驗測相關資訊系統程式並管理資料交換，亦於健康存摺提供「數位新冠病毒健康證明」連結，保險對象持我國「數位新冠病毒健康證明」平台核發證明可於歐洲各國順利通行。</p> <p>(二)視覺化民眾疫苗施打紀錄及 PCR 檢測結果：配合疫情指揮中心防疫政策靈活調整，111 年於「健康存摺」呈現「快篩試劑」購買紀錄及「快篩地圖」連結，增加 COVID-19 疫苗劑次及紅綠燈視覺化，並整合「COVID-19 疫苗接種/病毒檢測結果紀錄」，成為保險對象方便查看疫苗施打及 PCR 檢測結果之最佳數位工具。</p>	<p>1.111 年度協定事項要求，精進提升保險服務成效之評估指標，以反映實施成效之節流效益。</p> <p>2.健保署提報資料，主要呈現過程面之努力。惟過去協商本項預算時，委員係期待健保署能提出具體執行績效。報告內容提到「強化健保醫療資訊雲端系統」，查 110 年評核資料，各部門「健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率」、「檢驗(查)結果上傳率」(如附表三，第 120 頁)，尚有努力空間。</p> <p>3.<u>建議健保署於 111 年加強辦理，並於協商 112 年總額時，提出具體之成效資料以利總額協商。</u></p>

4	<p>其他預算： 提升保險服務成效</p> <p>※協定事項：於111年7月底前提出成效執行報告</p>	<p>(三)深化系統連結：為便利民眾於視訊診療確診後領藥需求，提供「藥師送藥到府或親友代領藥」之藥局名單連結，亦連結疾病管制署「COVID-19 確診個案自主回報系統」填寫疫調資料，用科技輔助防疫。</p> <p>(四)統計至111年6月29日，健康存摺登入人數已正式突破1,000萬人，全國超過4成民眾使用「健康存摺」進行自我健康管理，充分掌握自己就醫情形、用藥及各種檢驗(查)等資料。</p> <p>二、強化健保醫療資訊雲端查詢系統</p> <p>(一)因應疫情升溫，民眾接受視訊診療需求增加，依嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心指示，於COVID-19防疫期間開放參與「社區藥局送藥到宅專案」之醫師及藥師於視訊診療等無民眾健保卡情境，經由醫事機構安全模組卡(SAM)及醫事人員卡雙卡認證後於「健保醫療資訊雲端查詢系統」使用「因應天災及緊</p>	
---	--	---	--

項目	健保署提報之辦理情形	本會研析及建議
	<p>急醫療查詢作業」查詢病人資訊，確保用藥安全。</p> <p>(二)為回歸正常生活，開放世界接軌，「健保醫療資訊雲端查詢系統」配合政策逐步放寬，縮短居家隔離及居家檢疫個案註記天數，並取消轉診採檢、高風險職業別等註記，進行相關資訊程式調整作業。</p> <p>(三)於「健保醫療資訊雲端查詢系統」新增「新冠肺炎相關口服用藥」及「清冠一號」相關資料，協助保險對象確診後能獲得適當之輕症居家醫療照護，提供醫師及藥師重要參考資訊。</p> <p>(四)至 111 年 5 月 31 日止，「健保醫療資訊雲端查詢系統」累計查詢量達 17.3 億人次。三、為有效提升保險對象服務效能及醫療服務之品質與效率，本署於健保諮詢服務專線導入自動化語音導航服務，民眾以口語方式諮詢，即時提供所需資訊。另陸續辦理醫療科技評估(含新藥及新特材)及醫療科技再評估(HTR)作業，逐步優化健保給付機制。</p>	

附表三、獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用執行情形

項目 \ 年度	106	107	108	109	110
健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 ^{註1}					
--醫學中心	70%	71%	74%	84%	77%
--區域醫院	70%	72%	75%	83%	74%
--地區醫院	72%	73%	75%	79%	75%
--基層醫療(西醫、牙醫及中醫診所) ^{註2}	88%	91%	93%	94%	93%
--居家照護	5%	10%	8%	8%	8%
--社區精神復健	26%	36%	30%	20%	20%
--助產所	0%	0%	0%	0%	0%
--呼吸照護所	0%	0%	0%	0%	1%
檢驗(查)結果上傳率 ^{註3}					
--醫學中心	89%	91%	90%	94%	93%
--區域醫院	85%	89%	87%	91%	92%
--地區醫院	80%	83%	82%	86%	88%
--基層醫療—西醫	15%	19%	12%	17%	18%
--基層醫療—中醫	...	...	2%	...	...
--基層醫療—牙醫	...	...	...	...	...

資料來源：中央健康保險署。

註：1.健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率：門診及住院醫療費用申報資料以身分證號歸戶之就醫人數中，有雲端系統查詢紀錄之占比。本項指標因未包含交付機構醫療費用申報資料，故無檢驗所、藥局及其他。

2.基層醫療：係指特約類別為4者，包含西醫、牙醫及中醫等診所，惟指標統計維度無法分列出牙醫及中醫診所之資料。

3.檢驗(查)結果上傳率：已上傳「應上傳檢驗(查)結果項目」醫令數/申報「應上傳檢驗(查)結果項目」醫令數。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：111 年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃，請鑒察。

說明：

一、依據貴會 111 年度工作計畫辦理。

二、「基層總額轉診型態調整費用」及「鼓勵院所建立轉診之合作機制」摘述如下：

(一)「基層總額轉診型態調整費用」：

1.預算目的：推動分級醫療後病人可能往基層集中，此預算即用於避免造成基層總額財務衝擊。

2.動支條件：110 年動支條件為「轉診成功案件」、「自行就醫_門診」及「自行就醫_住診」案件，111 年依協定事項限定用於「轉診成功案件」。

3.110 年執行情形：

(1)人數：110 年每季轉診成功案件約 3 萬多人；自行就醫案件約 8 萬多人。

(2)預算：10 億元，全數執行完畢。

4.另觀察由醫院下轉之慢性病患者，轉診成功者較自行就醫之慢性病患者於基層停留時間較長；平均每件醫療點數也低於基層全體慢性病患。

(二)「鼓勵院所建立轉診之合作機制」：

1.預算目的：為提高轉診誘因，本署自 107 年起編列本項專款預算，新增「辦理轉診費_回轉及下轉」、「辦理轉診費_上轉」及「接受轉診門診診察費加算」等 5 項支付標準項目。

2.支付方式：病人需有就醫事實，轉出院所確認轉入院所受理轉診後即可先申報轉診費，惟轉診費用點數先申報為 0，由本署後續勾稽個案就醫情形後每季統一補付。惟同體系院所間(含委託經營)之轉診案件不得申報。

3.執行情形：108~110年醫院申報及核付醫令量以接受轉診最多，而西醫基層以上轉最多，本署於109年西醫基層研商議事會議曾提案將上轉支付點數由原200~250點調降至50點，惟該提案未獲與會代表共識。

三、初步結果評估：

- (一)慢性轉診到基層成功案件中，在基層停留天數較自行就醫長；其平均每件費用較基層全體案件低。
- (二)基層接收下轉案件比率雖逐年成長，惟其上轉案件比率亦同步成長，兩者綜合及疾病對基層的財務影響，仍待觀察。
- (三)由下轉案件觀察，仍以糖尿病、高血壓等慢性病居多，符合分級醫療政策宗旨，本署將持續與基層合作，形塑良好的醫療體系。

四、簡報資料如附件(第 128~139 頁)。

報告單位業務窗口：洪于淇專門委員，聯絡電話：02-27065866 分機 2667

.....

本會補充說明：

一、本案係健保署依 111 年度醫院、西醫基層總額及其他預算之轉診相關總額協(決)定事項(如附表一，第 126 頁)，以及本會 111 年度工作計畫辦理。協(決)定事項要求之報告重點如下：

(一)鼓勵院所建立轉診合作機制(醫院及西醫基層總額)：

檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)、提出適合轉診案件之定義及有效可行之院所合作模式。

(二)基層總額轉診型態調整費用(其他預算)：

持續檢討經費動支條件，建立長期效益評估指標，並監測病人流向及評估執行效益，另提出未來規劃與期程(含退場)。

二、配合衛福部推動分級醫療政策，自 106 年度起，分別於醫院、西醫基層總額及其他預算挹注不少預算，以鼓勵建立轉診合作

機制及壯大基層醫療之措施。整理歷年相關預算編列(如附表二，第127頁)供參。近年本會委員及評核委員多次建議，分級醫療政策之成效不明顯，相關措施有檢討改善之必要。

三、依健保署所提專案報告，初步研析及建議如下，轉診相關協定事項之關聯示意圖如第125頁：

(一)西醫門診各層級人次占率趨勢：

整體而言，以各層級服務人次占率觀之(詳第2張簡報)，實施轉診後，107、108年西醫基層占率略有提升，醫學中心及區域醫院則是略減；但108年疫情發生後，西醫基層就醫人次占率明顯下降，醫院三層級服務人次占率均逐年上升。但疫情期間，西醫基層慢性病案件數有逐年提升之趨勢(詳第11張簡報)，顯示慢性病逐漸往基層移動，建議西醫基層需加強提升整體服務量，尤其慢性病之照護量能。

(二)「鼓勵院所建立轉診合作機制」在醫院及西醫基層總額編列鼓勵轉診費用：

為使醫院專注服務急重難症病患，鼓勵西醫基層將急重難症個案上轉至醫院，而醫院將照護後病情穩定個案下轉回基層，乃編列鼓勵轉診費用。107~110年西醫基層「上轉件數」遠大於「接受下轉件數」，110年上轉71.7萬件，但接受下轉僅8.8萬件。雖然接受下轉件數占率逐年略有上升，但上轉件數占率也同步大幅增加，且差距逐年加大(詳第12、13張簡報)。健保署曾於研商會議提案，降低上轉支付點數，惟該提案未獲共識(詳第23張簡報)。執行結果未符預期，建議積極檢討目前上轉案件其上轉之必要性及下轉案件數偏低之原因，據以精進轉診鼓勵方式及支付誘因之合理性。

(三)「基層總額轉診型態調整費用」，係為減少基層因接受醫院下轉病人而造成之財務衝擊，在其他預算編列本項風險調整專款：

1.107~110年編列預算及執行情形：

單位：百萬元；%

年度	107	108	109	110
預算	1,346.0	1,346.0	1,000.0	1,000.0
執行率	4.6%	78.1%	100%	100%
申報點數	62.6	1,051.0	1,206.5	1,267.3
--轉診成功 (占率)	62.6 (100%)	449.5 (42.8%)	588.7 (48.8%)	550.2 (43.4%)
--自行就醫(門) (占率)	...	598.3 (56.9%)	614.8 (51.0%)	713.9 (56.3%)
--自行就醫(住) (占率)	...	3.2 (0.3%)	3.0 (0.3%)	3.1 (0.2%)
慢性病下轉至診所停留時間				單位：天
--轉診成功	...	142.79	109.29	63.80
--自行就醫(門)	...	105.91	83.61	54.50
--自行就醫(住)	...	24.15	18.77	15.69

註：計畫自107.7.1起實施。

2.有關經費動支條件：

107年始為「轉診成功案件」，108年起增列「自行就醫案件」，111年限定為「轉診成功案件」；自增列「自行就醫案件」起，自行就醫占率每年均大於50%，且109~110年申報點數遠超過預算數。

3.有關「慢性病下轉至診所停留時間」(效益評估指標)：

慢性病下轉至診所停留時間逐年下降，相較108年，110年停留時間降幅達一半以上，且自行就醫案件之停留時間低於轉診成功案件，是否代表下轉後診所仍無法留住病人。

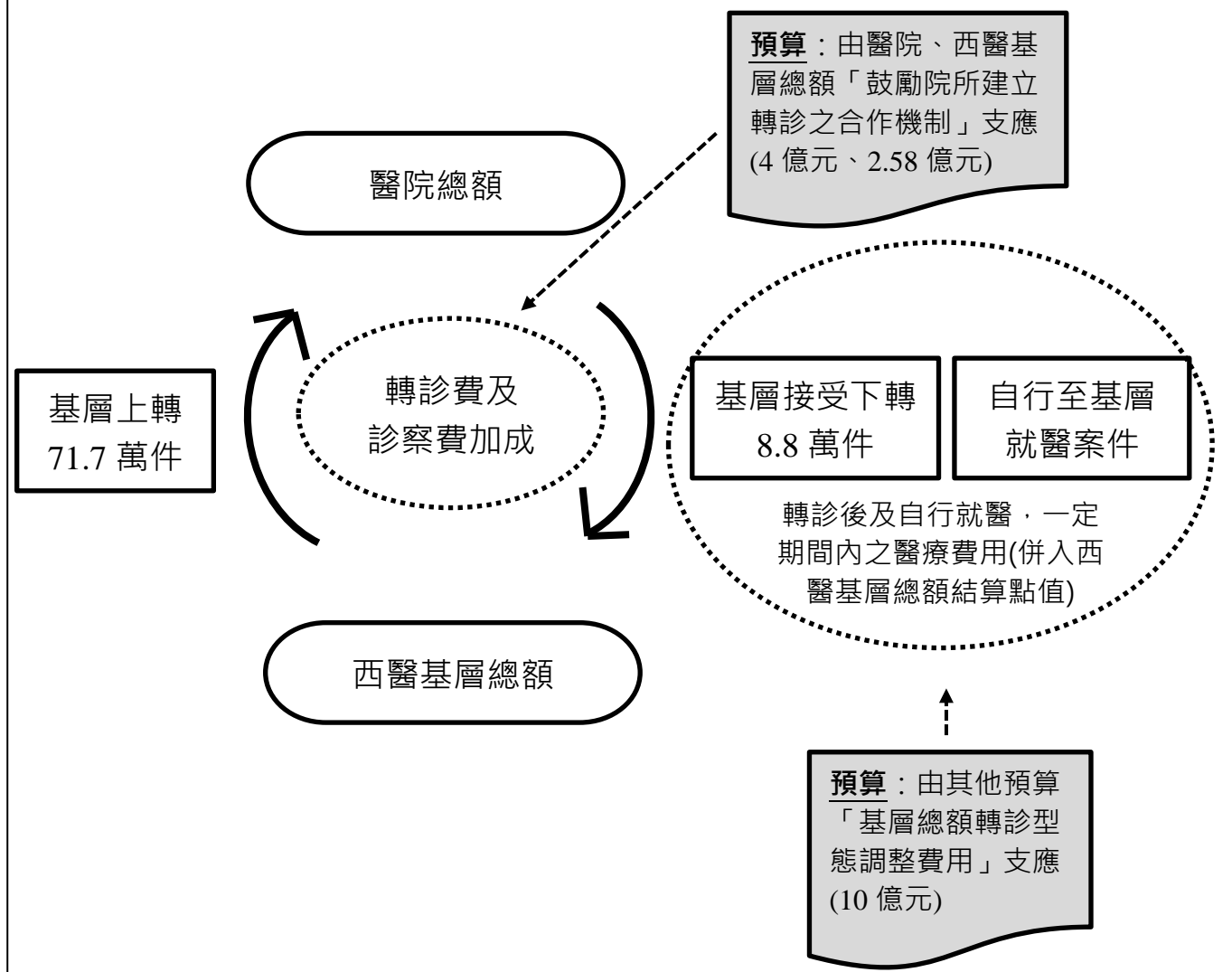
4.預算執行是否符合專款之風險調整目的：

本項預算目的係為減少基層因接受醫院下轉病人而造成之財務衝擊，然近年西醫基層就醫人數及服務人次占率下降，且「慢性病下轉至診所停留時間」亦減少，但本項預算仍全數支用。請健保署審慎評估預算編列之必要性，並檢討經費動支條件之合理性。

四、近年為配合分級醫療政策，健保總額已挹注大量預算推動相關

措施，雖西醫基層慢性病案件數有提升，但就擴大基層服務量能、減輕區域級以上醫院負擔之政策目標而言，仍有努力空間。請健保署持續檢討分級醫療政策及相關鼓勵措施與誘因，評估是否達到預期之政策目標，並於 112 年度總額協商時提出改善規劃，以早日落實分級醫療之目標。

轉診相關協定事項之關聯示意圖，以 110 年為例



決定：

111 年度醫院、西醫基層總額及其他預算協(決)定事項

總額	項目	金額 (億元)	協(決)定事項
醫院	鼓勵院所 建立轉診 合作機制	2.247	1.經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)，以提升執行成效。 (2)會同醫院及西醫基層總額相關團體，討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，並於111年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
西醫 基層		2.58	
其他 預算	基層總額 轉診型態 調整費用	8.0	1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續檢討經費動支條件，建立長期效益評估指標，並監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益。 (2)提出「基層總額轉診型態調整費用」之未來規劃與期程(含退場)。 (3)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於111年7月底前提出專案報告。

歷年健保總額投入分級醫療之預算

單位：億元

總額	項目	106	107	108	109	110	111	小計
西醫 基層	強化基層照護能力及「開放表別」項目	2.5	4.5	7.2	8.2	9.2	12.2	43.8
	家庭醫師整合性照護計畫	20.3	24.3	28.8	35.0	36.7	39.5	184.6
	鼓勵院所建立轉診之合作機制	...	1.3	2.6	2.6	2.6	2.6	11.6
醫院	鼓勵院所建立轉診之合作機制	...	2.6	6.9	6.9	4.0	2.2	22.6
	持續推動分級醫療，壯大社區醫院	...	...	...	...	5.0	10.0	15.0
	提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變	...	...	...	...	10.0	20.0	30.0
其他 預算	基層總額轉診型態調整費用	...	13.5	13.5	10.0	10.0	8.0	54.9

111年度總額轉診相關協定事項 之檢討與未來規劃

中央健康保險署
111年7月29日

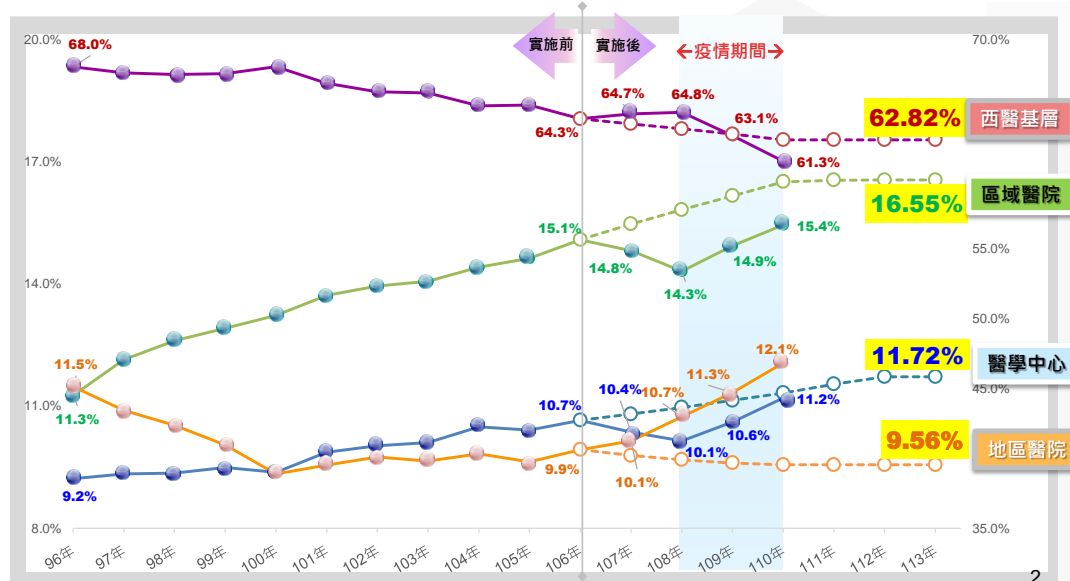


衛生福利部中央健康保險署



西醫門診各層級人次占率趨勢

- 自109年起因疫情影響，整體就醫次數較106年(基期)同期下降，其中以基層診所下降幅度較大，可能係因輕症病患者減少看診，又因民眾加強個人防疫措施(如戴口罩、勤洗手及保持社交距離等)，降低病毒感染風險，故呼吸道症狀、流行性感冒及腸病毒等就醫人數明顯減少，而急、重、難、罕患者仍需固定至大醫院就診，爰基層診所就醫占率較醫學中心或區域醫院下降幅度來得大。



註：虛線部分係模擬若未實施分級醫療政策，門診件數之趨勢，107年起件數及點數係按前10年件數之幾何平均成長率推估。



目錄

01 「基層總額轉診型態調整費用」

- 經費動支條件及執行成效檢討結果、未來規劃與期程(含退場)

02 「鼓勵院所建立轉診之合作機制」

- 執行成效檢討結果及改善措施、適合轉診案件之定義及院所合作模式

3



「基層總額轉診型態調整費用」

—經費動支條件及執行成效檢討結果、未來規劃與期程(含退場)

4



基層總額轉診型態-預算目的



預算目的

- 推動分級醫療後病人可能往基層集中，此預算即用於避免造成基層總額財務衝擊。

單位：億元、%

年度	107年	108年	109年	110年	111年
費用	13.46	13.46	10	10	8
執行數	0.63	10.51	10	10	-
執行率	4.65%	78.08%	100%	100%	-

註1.「辦理轉診費_回轉及下轉」、「辦理轉診費_上轉」及「接受轉診診察費加算」等5項支付標準自107年7月1日起施行。

2.108年8月29日基層總額研商議事會議，增列「自行就醫_門診(含急診)案件」及「自行就醫_住診案件」，並追溯至108年1月。

3.111年尚無結算資料。

5



基層總額轉診型態-動支條件

一、**轉診成功案件**：申報轉診醫令且轉診成功者，該保險對象6個月於西醫基層總額案件點數。

二、**自行就醫案件**： 不符合第一項條件者，但符合下列(一)、(二)之一者，視為自行就醫案件

(一)**門診(含急診)案件**：當月於基層就醫者，其主診斷自就醫當月及往前3個月，均只在醫院就醫而未在基層就醫者，該保險對象當月以同一主診斷於西醫基層總額案件點數×1.5計算。

(二)**住診案件**：不符門診(含急診)案件者，當月於基層就醫者，其主診斷前3碼自就醫當月及往前3個月均只在醫院就醫而未在基層就醫，自醫院住院離院後，2週內至西醫基層總額案件點數。

三、**111年總額協定事項，本項預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。**

6



基層總額轉診型態-動支沿革

- 107年：(自107年7月1日起施行)
- 1.預算：13.46億元
- 2.動支條件：轉診成功案件

- 111年：
- 1.預算：8億元
- 2.動支條件：「限定」轉診成功案件
- 3.原由：

評核委員表示因轉診資訊交換平台已於106年建置，運作多年且日趨完善，**本項經費動支條件中包含「民眾自行至基層就醫」，已失去原轉診制度希望經由醫師進行專業評估判斷後再轉診的意義**，建議本項經費動支條件應限定於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」，使轉診病患得到完整照護，以符合當初編列預算之初衷。

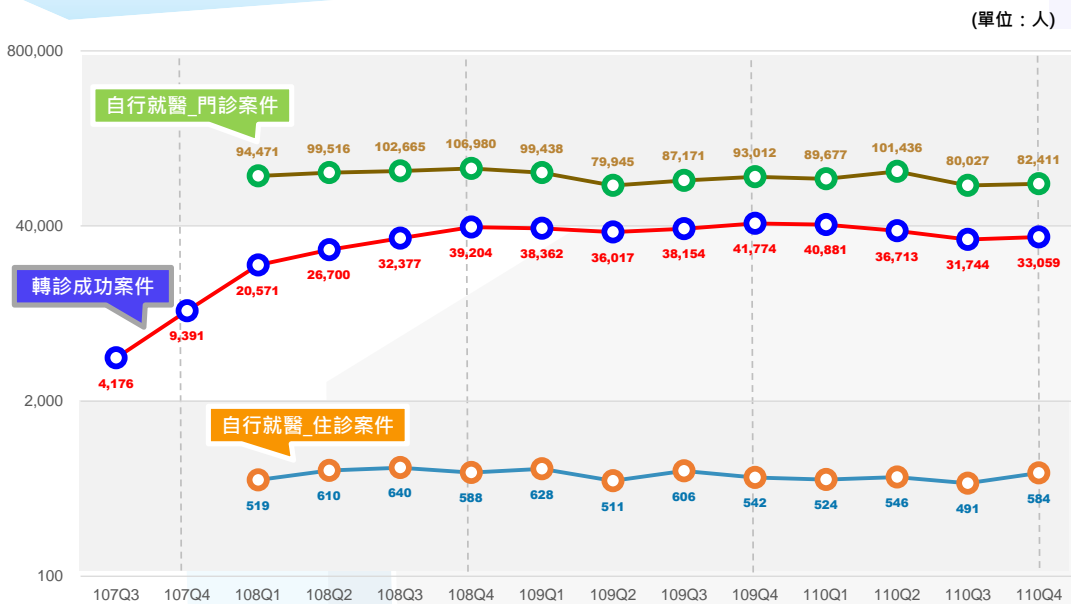


- 108-110年：
- 1.預算：108年13.46億元、109-110年10億元
- 2.動支條件：轉診成功案件及自行就醫案件
- 3.醫界建議增列「自行就醫案件」：
- ① 分級醫療實施初期，院所未確實申報
- ② 急診或住院病人病情穩定，自行至診所就醫
- ③ 配合分級醫療政策，民眾自主至診所就醫

- 依據中華民國醫師公會全國聯合會110年11月29日來函說明，**因新冠疫情持續延燒，以及醫院門診降載等因素，「自行就醫案件」應持續納入結算條件**；另本項預算執行率逐年升高，**建議112年預算應編列充足至13.46億**。

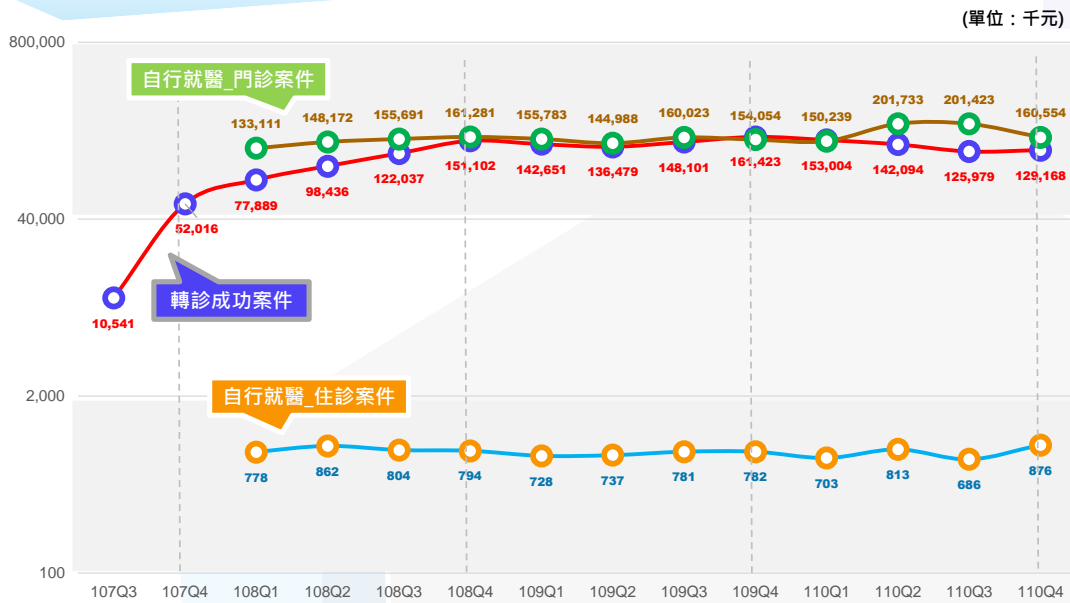


基層總額轉診型態預算執行情形-人數





基層總額轉診型態預算執行情形-費用



9



慢性病下轉至診所停留時間 -基層總額轉診型態調整費用

(單位：天數)

轉診型態	108年	109年	110年
轉診成功案件	142.79	109.29	63.80
自行就醫_門診案件	105.91	83.61	54.50
自行就醫_住診案件	24.15	18.77	15.69

註.保險對象由醫院下轉至基層之慢性病患者，再回醫院就診仍為慢性病，期間於基層停留之時間，資料追蹤至111年3月。

10



慢性病下轉至診所之費用比較

案件	108年				109年				110年			
	醫療點數 (億)	門診件數 (萬件)	平均每件 醫療點數	醫療點數 (億)	門診件數 (萬件)	平均每件 醫療點數	成長率	醫療點數 (億)	門診件數 (萬件)	平均每件 醫療點數	成長率	
基層總額												
慢性病 整體案件	364	3,018	1,277	401	3,186	1,329	4.09%	448	3,331	1,414	6.39%	
基層總額轉診型態調整費用												
慢性病 轉診成功案 件	0.85	10.9	785	1.26	15.4	817	4.01%	0.74	8.6	862	5.59%	

註. 成長率係與前一年同期比較。

11



基層上轉及接收件數

• 基層上轉件數

層級別	107年	108年	109年	110年
醫學中心	299,989 (45.71%)	367,375 (45.96%)	342,119 (45.57%)	315,058 (43.95%)
區域醫院	290,543 (44.27%)	333,249 (41.69%)	306,056 (40.77%)	296,964 (41.42%)
地區醫院	65,714 (10.01%)	98,692 (12.35%)	102,525 (13.66%)	104,908 (14.63%)
合計	656,246 (100%)	799,316 (100%)	750,700 (100%)	716,930 (100%)

• 基層接收件數

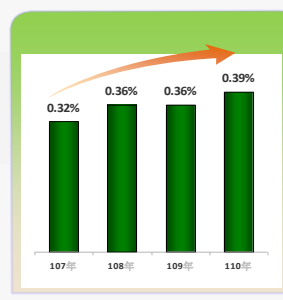
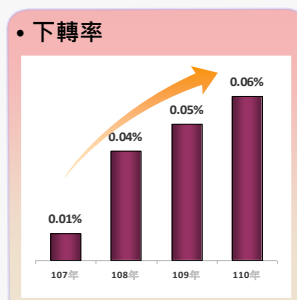
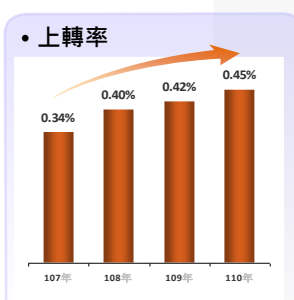
層級別	107年	108年	109年	110年
醫學中心	8,259 (31.93%)	32,436 (38.50%)	36,814 (37.53%)	31,940 (36.33%)
區域醫院	12,595 (48.70%)	39,788 (47.23%)	47,631 (48.56%)	43,305 (49.26%)
地區醫院	5,008 (19.36%)	12,025 (14.27%)	13,644 (13.91%)	12,670 (14.41%)
合計	25,862 (100%)	84,249 (100%)	98,089 (100%)	87,915 (100%)

12



基層轉診件數占就醫件數比率

年	總就醫件數 (千件)(A)	基層上轉件數(B)		基層接收件數(C)		轉診差距占率 (B-C)/A
		值	上轉率 (B/A)	值	下轉率 (C/A)	
107年	194,580	656,246	0.34%	25,862	0.01%	0.32%
108年	198,288	799,316	0.40%	84,249	0.04%	0.36%
109年	179,233	750,700	0.42%	98,089	0.05%	0.36%
110年	159,599	716,930	0.45%	87,915	0.06%	0.39%



下轉到診所案件-前十大疾病

慢性疾病為主

“108年”

“109年”

“110年”

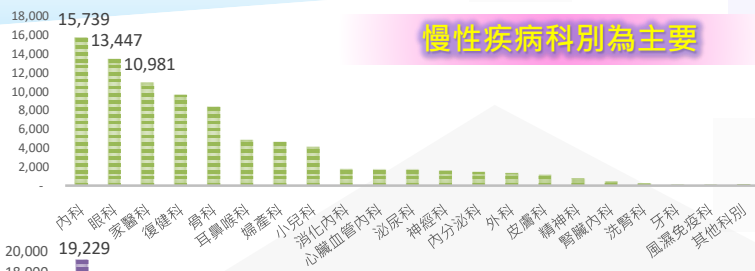
疾病名稱	件數(A)	占率(A/B)	疾病名稱	件數(A)	占率(A/B)	疾病名稱	件數(A)	占率(A/B)
糖尿病	7,104	8.4%	糖尿病	7,200	7.3%	糖尿病	7,089	8.1%
急性上呼吸道感染	4,388	5.2%	其他背(部)病變	4,667	4.8%	其他背(部)病變	4,159	4.7%
其他背(部)病變	3,818	4.5%	高血壓性疾病	4,515	4.6%	食道、胃及十二指腸之疾病	3,871	4.4%
高血壓性疾病	3,791	4.5%	急性上呼吸道感染	4,327	4.4%	高血壓性疾病	3,868	4.4%
脊椎病變	3,368	4.0%	食道、胃及十二指腸之疾病	4,263	4.3%	脊椎病變	3,314	3.8%
食道、胃及十二指腸之疾病	3,331	4.0%	脊椎病變	3,957	4.0%	急性上呼吸道感染	2,799	3.2%
脈絡膜與視網膜疾病	2,508	3.0%	脈絡膜與視網膜疾病	2,647	2.7%	其他軟組織疾患	2,192	2.5%
關節(病)症	2,064	2.4%	其他軟組織疾患	2,394	2.4%	脈絡膜與視網膜疾病	2,186	2.5%
其他軟組織疾患	2,014	2.4%	急性腎衰竭及慢性腎臟疾病	2,087	2.1%	急性腎衰竭及慢性腎臟疾病	2,159	2.5%
結膜疾病	1,708	2.0%	關節(病)症	1,871	1.9%	關節(病)症	1,892	2.2%
前10大小計	34,094	40.5%	前10大小計	37,028	38.7%	前10大小計	33,529	38.1%
所有下轉案件	84,249 (B)	100%	所有下轉案件	98,089 (B)	100%	所有下轉案件	87,915 (B)	100%



下轉到診所案件-就醫科別分析

108年

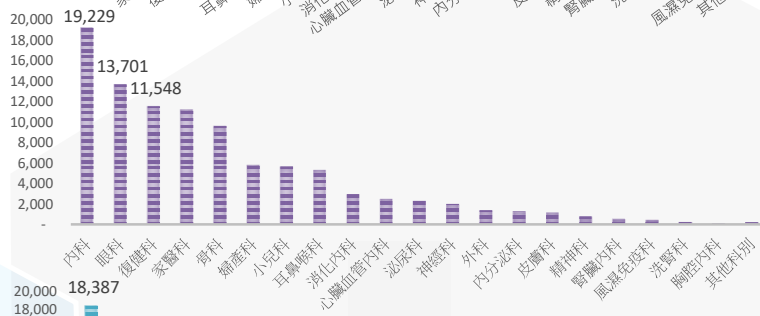
- 第1名：內科(占18.7%)
- 第2名：眼科(占16.0%)
- 第3名：家醫科(占13.0%)



慢性疾病科別為主要

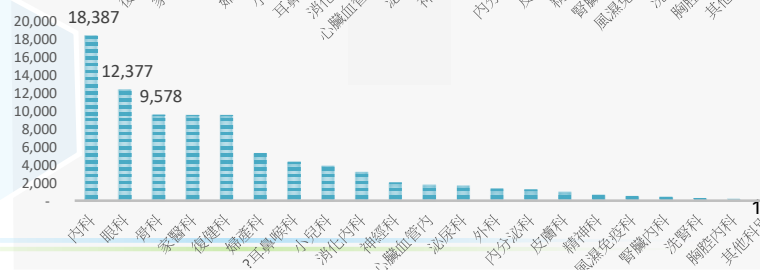
109年

- 第1名：內科(占19.6%)
- 第2名：眼科(占13.9%)
- 第3名：復健科(占11.77%)



110年

- 第1名：內科(占20.9%)
- 第2名：眼科(占14.1%)
- 第3名：骨科(占10.9%)



「鼓勵院所建立轉診之合作機制」

—執行成效檢討結果及改善措施、適合轉診案件之定義及院所合作模式



轉診支付標準

預算

- ◆ 為落實分級醫療，鼓勵院所「建立轉診之合作機制」，本署自107年起編列專款預算，並逐年爭取預算推動。

預算(億元)	107年	108年	109年	110年	111年
醫院	2.58	6.89	6.89	4	2.247
西醫基層	1.29	2.58	2.58	2.58	2.58

支付標準

- ◆ 本署自107年7月1日新增「辦理轉診費_回轉及下轉」、「辦理轉診費_上轉」及「接受轉診門診診察費加算」等5項支付標準項目。
- ◆ 上轉個案獎勵200-250點；下轉個案獎勵400-500點；另接受轉診加計200點。

支付標準	適用層級		支付點數
	醫院	基層診所	
辦理轉診費_回轉及下轉	V		使用轉診電子平台：500點 未使用轉診電子平台：400點
辦理轉診費_上轉	V	V	使用轉診電子平台：250點 未使用轉診電子平台：200點
接受轉診門診診察費加算	V	V	200點

17



轉診案件定義-上轉規範

上轉

- ▶ 醫療法第73條第1項規定：
醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。
- ▶ 支付標準規定適用對象：
院所對無法處理病情之病人，因醫療需要，經病人同意後，轉診至特約類別較高層級之適當醫院。

醫療法及支付標準皆訂有病人上轉規範，院所醫師應依臨床專業判斷病人是否需進行轉診，及給予病人適當建議及醫療服務。

18



轉診案件定義-下轉及回轉規範

▶全民健康保險轉診實施辦法第3條第4項規定：

保險對象經轉診治療後，其病情已無需在接受轉診之特約醫院、診所繼續接受治療，亦無第十一條所定情形，而仍有追蹤治療之必要時，接受轉診之特約醫院、診所應建議轉回原診治之醫院、診所或其他適當之特約醫院、診所，接受後續追蹤治療。

▶支付標準規定適用對象：

醫院對收治病入(或收治上轉病人)，其病情穩定後，已無需於該院繼續接受治療，但仍需接受門診或住院相關醫療服務，經病人同意，轉診至特約類別較低之適當院所(或轉回原診療院所)。

下
(回)
轉

全民健康保險轉診實施辦法及支付標準皆訂有病人下轉及回轉規範，醫院醫師應依臨床專業判斷，及給予病人適當建議及醫療服務。

19



轉診支付方式

- 一、病人需有就醫事實，轉出院所確認轉入院所受理轉診後即可先申報轉診費，惟轉診費用點數先申報為0，由本署後續勾稽個案就醫情形後每季統一補付。
- 二、同體系院所間(含委託經營)之轉診案件不得申報，統計至111年6月9日，共計52個同體系，293家醫院。

01.大千體系	08.台大體系	15.亞東體系	22.馬偕體系	29.詠馨體系	36.臺安體系	43.天主教體系	50.高市聯醫體系
02.中山體系	09.光田體系	16.奇美體系	23.高醫體系	30.慈濟體系	37.澄清體系	44.阮綜合體系	51.醫慈醫院體系
03.中英體系	10.安和體系	17.東元體系	24.國仁體系	31.新樓體系	38.靜和體系	45.李綜合體系	52.部立醫院體系
04.仁愛體系	11.安泰體系	18.林新體系	25.國軍體系	32.瑞光體系	39.聯新體系	46.蕭中正體系	
05.仁濟體系	12.成大體系	19.長庚體系	26.國泰體系	33.義大體系	40.礦工體系	47.羅東聖母體系	
06.天成體系	13.宏恩體系	20.門諾體系	27.敏盛體系	34.彰基體系	41.童綜合體系	48.北市聯醫體系	
07.北醫體系	14.秀傳體系	21.為恭體系	28.首門體系	35.榮總體系	42.中國醫體系	49.長庚醫院體系	



轉診支付執行情形-核付率

- 一、108-110年醫院申報及核付醫令量以接受轉診最多；西醫基層以上轉最多。
- 二、近3年轉診支付之整體核付率持平，約介於68%~70%(醫院71%-73%；西醫基層64%~67%)。

(單位：萬件)

轉診項目	107年(Q3-Q4)			108年			109年			110年		
	申報醫令量	核付醫令量	核付率	申報醫令量	核付醫令量	核付率	申報醫令量	核付醫令量	核付率	申報醫令量	核付醫令量	核付率
醫院												
上轉	5.0	3.0	59.3%	12.3	8.3	68.0%	11.0	7.7	69.5%	10.8	7.4	68.8%
下轉及回轉	9.1	3.1	34.1%	30.7	11.2	36.3%	30.6	11.8	38.5%	27.0	10.2	37.9%
接受轉診	37.1	29.2	78.7%	81.0	68.4	84.4%	74.9	65.0	86.8%	69.7	61.2	87.8%
小計	51.2	35.3	68.9%	124.1	87.9	70.9%	116.5	84.4	72.5%	107.5	78.9	73.4%
西醫基層												
上轉	39.1	23.0	58.8%	87.9	55.4	63.0%	84.6	55.5	65.7%	84.1	54.1	64.3%
下轉及回轉	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
接受轉診	2.3	1.5	64.5%	8.4	6.4	76.1%	9.7	7.6	78.0%	8.6	6.7	77.6%
小計	41.3	24.4	59.1%	96.3	61.7	64.1%	94.3	63.1	66.9%	92.7	60.8	65.6%
合計												
上轉	44.1	25.9	58.9%	100.2	63.7	63.6%	95.6	63.2	66.1%	94.9	61.5	64.8%
下轉及回轉	9.1	3.1	34.1%	30.7	11.2	36.3%	30.6	11.8	38.5%	27.0	10.2	37.9%
接受轉診	39.4	30.7	77.9%	89.4	74.8	83.7%	84.6	72.6	85.8%	78.4	67.9	86.7%
小計	92.5	59.7	64.6%	220.3	149.7	67.9%	210.8	147.5	70.0%	200.2	139.7	69.8%

21



轉診支付執行情形-核付點數

- 一、108-110年間，醫院及西醫基層核付點數皆有逐年下降的趨勢。
- 二、110年醫院轉診核付193.3百萬點，其中接受轉診核付122.9百萬點（占率64%）；110年西醫基層轉診核付146.2百萬點，其中上轉核付132.8百萬點（占率91%）。

(單位：百萬點)

轉診項目	107年Q3-Q4 核付點數	108年 核付點數	109年 核付點數	110年 核付點數
醫院				
上轉	8.1	22.7	18.7	18.2
下轉及回轉	16.3	74.1	63.2	52.2
接受轉診	99.2	149	126	122.9
小計	123.6	245.8	207.9	193.3
西醫基層				
上轉	57.1	150.7	137.6	132.8
下轉及回轉	-	-	-	-
接受轉診	4	14.8	15.2	13.4
小計	61.1	165.5	152.8	146.2
合計				
上轉	65.2	173.4	156.3	151.0
下轉及回轉	16.3	74.1	63.2	52.2
接受轉診	103.3	163.7	141.2	136.3
小計	184.8	411.2	360.7	339.5

22



監測及措施

- 一、為使院所正確申報，本署每季提供各院所轉診明細及進行輔導：為利院所瞭解自身轉診費用核付情形及鼓勵個別醫師，本署每季提供於健保資訊服務系統（VPN）提供各院所案件核付明細及院所各醫師核付統計表，並積極輔導院所進行正確申報。
- 二、本署於109年西醫基層研商議事會議曾提案降低上轉支付點數：考量近年支付標準診療項目陸續開放醫院適用表別至基層適用，並為讓醫院致力於急診及重症照護，及減少西醫基層上轉誘因，爰本署109年3月5日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議提案，將上轉支付點數由原200~250點調降至50點，惟該提案未獲與會代表共識。

23



未來檢討

- 慢性病轉診到基層成功案件中，在基層停留天數較自行就醫長；其平均每件費用較基層全體案件低。
- 基層接收下轉案件比率雖逐年成長，惟其上轉案件比率亦同步成長，兩者綜合對基層的財務影響，仍待觀察。
- 由下轉案件觀察，仍以糖尿病、高血壓等慢性病居多，符合分級醫療政策宗旨，本署將持續與基層合作，形塑良好的醫療體系。



24

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：部分負擔調整案實施後政策效益及其改善醫療資源合理利用之監測指標，請鑒察。

說明：

一、依貴會 111 年第 6 次委員會議決議(定)事項辦理。

二、本署辦理情形如下(詳如簡報，第 144~158 頁)：

(一)衛生福利部(下稱衛福部)111 年 4 月 8 日發布修正之「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」內容，主要為期待使用者付費部分負擔調整後能引導輕症及穩定慢性病等患者，至社區醫院及基層診所就醫，讓醫學中心及區域醫院以急重症照護、進階醫療以及新醫療科技發展為主。

(二)就上開目標，本署研擬四大項目，15 個監測指標：

1. 整體面：

(1)門診就醫件數占率(層級別)：監測部分負擔新制後，門診各層級別之就醫件數占率。

(2)門診部分負擔占醫療費用占率變化(層級別)：使用者付費，落實健保法第 43 條門診應自行負擔占醫療費用之比率(20%~50%)。

(3)門診平均就醫次數變化：觀察保險對象就醫次數是否改變。

(4)門診平均每次就醫部分負擔費用(層級別)：觀察各層級院所保險對象平均每次就醫部分負擔費用。

(5)門診初級照護案件占率：觀察各層級院所門診初級照護案件之情形。

(6)門診轉診人次(含上、下轉)占率(層級別)：觀察各層級院所門診轉診人次(含上、下轉)之情形。

2.門診藥品利用監測面：

- (1)門診每張處方箋平均部分負擔變化(層級別)：觀察各層級院所保險對象門診每張處方箋平均部分負擔費用變化。
- (2)門診每張處方箋平均藥費變化(層級別)：觀察各層級院所保險對象門診每張處方箋平均藥費變化。
- (3)門診開立連續處方箋率(層級別)：觀察各層級院所門診開立連續處方箋率之情形。

3.門診檢驗檢查利用監測面：

- (1)門診經轉診檢驗、檢查占率(層級別)：觀察各層級院所門診經轉診檢驗、檢查占率之情形。
- (2)門診檢驗、檢查費用占比變化(層級別)：觀察各層級院所門診檢驗、檢查費用占比之變化情形。
- (3)門診檢驗、檢查件數占率變化(層級別)：觀察各層級院所門診檢驗、檢查件數占率之變化情形。
- (4)門診指標性檢查(高價檢查 CT/MRI)執行率(層級別)：觀察各層級院所門診指標性檢查(高價檢查 CT/MRI)執行率之變化情形。

4.急診利用監測面：

- (1)分類各級申報占率：觀察急診檢傷分類各級申報占率之變化情形。
- (2)檢傷分類各級暫留時間變化：觀察急診檢傷分類各級暫留時間之變化情形。

報告單位業務窗口：呂姿擘科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2650

.....

本會補充說明：

- 一、案係依據本(111)年第4次委員會議(111.4.21)討論事項第三案決議，請健保署於6月份委員會議提出部分負擔調整案實施後政策效益及其改善醫療資源合理利用之監測指標。因衛福部於5月12

日註銷部分負擔調整方案公告，爰暫緩實施，俟COVID-19疫情趨緩後再重行公告。健保署爰於第6次委員會議(111.6.24)，建議暫不提報，惟委員考量監測指標係為評估其能否達到預期之政策效益及改善醫療資源合理利用，爰決定請健保署儘速向本會提報。

二、依據第4次委員會議委員所提意見，請健保署針對部分負擔調整方案所提之4項政策效益及擬改善之5大現象訂定監測指標。

(一)4項政策效益：

- 1.提升民眾成本意識。
- 2.引導民眾分級醫療與轉診。
- 3.改變民眾不必要的就醫行為。
- 4.促進醫病溝通與決策共享。

(二)5大現象：

- 1.病人不珍惜藥品資源。
- 2.藥費占所有醫療費用約29%且成長幅度最高。
- 3.醫學中心及區域醫院一般藥品費用高於社區醫院及基層診所。
- 4.檢驗檢查占所有醫療費用約13%且費用逐年成長。
- 5.病人有輕症急診就醫行為造成醫學中心及區域醫院急診壅塞。

三、本會研析意見：

(一)健保署共提出15項監測指標，並呈現近5年各層級間醫療利用情形，其中整體面指標6項、門診藥品利用監測面指標3項、門診檢驗檢查利用監測面4項、急診利用監測面2項，均為醫療利用之趨勢變化，建議監測指標宜扣連上述4項政策效益及改善5大現象，並訂定監測值，以利判斷是否達到預期政策效益及改善醫療資源合理利用。

- (二)委員關心本次部分負擔調整案可能對經濟弱勢家庭，及疾病複雜度、嚴重度較高之民眾就醫行為產生影響，因而延緩或無法就醫，建請健保署亦能監控其醫療利用之變化情形，以作為下階段政策規劃與執行之重要參考依據。
- (三)為精進監測結果之解讀與運用，建請健保署比較本次部分負擔調整方案實施前後之醫療利用變化，於累積完整1年資料後，併同分級醫療政策推動情形，提出整體檢討報告。

決定：



111年使用者付費精神下 全民健康保險部分負擔改革方案 - 監測指標 -

111年4月8日公告修正門、急診部分負擔
(原訂111年5月15日生效，同年月13日註銷)

中央健康保險署

1



111年4月8日公告修正門、急診部分負擔之 門診藥品部分負擔調整內容

處方箋別\藥品費用		現行方案	調整內容	
		不分院所 層級別	地區醫院 基層診所	醫學中心 區域醫院
一般藥品 處方箋	100元以下	免收	免收	10元
	101元以上	比率20% 上限200元	比率20% 上限200元	比率20% 上限300元
慢性病連續 處方箋	第1次調劑	免收	同一般藥品處方箋計收	
	第2次以後調劑	免收	免收	免收

2



111年4月8日公告修正門、急診部分負擔之

門診檢驗、檢查部分負擔調整內容

現行方案 不分院所層級別免收

調整內容

院所層級	經轉診	未經轉診
基層院所/中醫 /牙醫	1,000元以下 - 免收	
	1,001元以上 - 定額100元	
地區醫院	500元以下 - 免收	
	501元以上 - 比率10%，上限100元	
區域醫院	比率10% 上限150元	比率20% 上限300元
	比率10% 上限200元	比率20% 上限400元

3



111年4月8日公告修正門、急診部分負擔之

急診部分負擔調整內容

院所層級\ 檢傷分類	現行方案		調整內容		
	1-2級	3-5級	1-2級	3級	4-5級
醫學中心	450元	550	300元 (減少150元)	550元	800元 (增加250元)
區域醫院	300元		200元 (減少100元)	300元	600元 (增加300元)
地區醫院	150元		150元		
基層診所					

4



監測指標

- 部分負擔調整目標：期待使用者付費能引導輕症及穩定慢性病等患者至社區醫院及基層診所就醫，讓醫學中心及區域醫院以急重症照護為主
- 研擬**四大項目**，**15個**監測指標：

監測項目	監測指標
整體指標	1-1 門診就醫件數占率(層級別) 1-2 門診部分負擔占醫療費用占率變化(層級別) 1-3 門診平均就醫次數變化 1-4 門診平均每次就醫部分負擔費用 1-5 門診初級照護案件占率(層級別) 1-6 門診轉診人次(含上、下轉)占率(層級別)
門診藥品	2-1 門診每張處方箋平均部分負擔變化(層級別) 2-2 門診每張處方箋平均藥費變化(層級別) 2-3 門診開立連續處方箋率變化(層級別)
門診檢驗、檢查	3-1 門診經轉診檢驗、檢查占率(層級別) 3-2 門診檢驗、檢查費用占比變化(層級別) 3-3 門診檢驗、檢查件數占率變化(層級別) 3-4 門診指標性檢查(高價檢查CT/MRI)執行率(層級別)
急診利用	4-1 急診檢傷分類各級申報占率 4-2 急診檢傷分類各級暫留時間變化

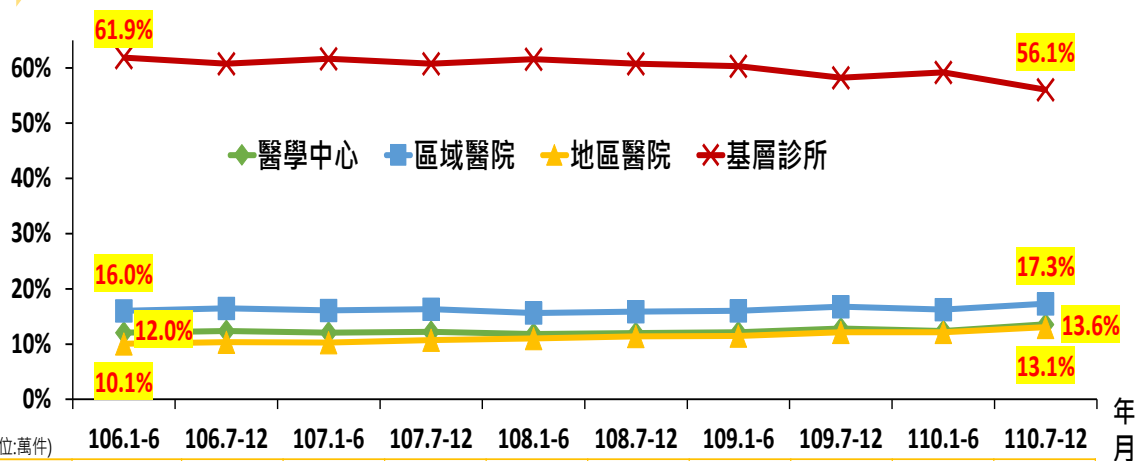
5



監測指標1-1：門診就醫件數占率(層級別)

監測部分負擔新制後，門診各層級別之就醫件數占率

近五年 醫學中心、區域醫院及地區醫院就醫件數占率呈現上升，基層診所就醫件數呈現下降 (單位:百分比)



(單位:萬件)	106.1-6	106.7-12	107.1-6	107.7-12	108.1-6	108.7-12	109.1-6	109.7-12	110.1-6	110.7-12
醫學中心	1,831	1,908	1,893	1,920	1,875	1,944	1,736	1,955	1,708	1,845
區域醫院	2,436	2,546	2,523	2,559	2,479	2,585	2,282	2,561	2,244	2,351
地區醫院	1,529	1,594	1,607	1,678	1,749	1,849	1,641	1,850	1,675	1,774
基層診所	9,406	9,379	9,677	9,535	9,776	9,882	8,608	8,879	8,161	7,617
合計	15,202	15,427	15,701	15,692	15,879	16,260	14,266	15,246	13,788	13,588

資料範圍：西醫門診案件(醫事類別11,12)且排除代辦案件

6



監測指標1-2：門診部分負擔占醫療費用占率變化(層級別)

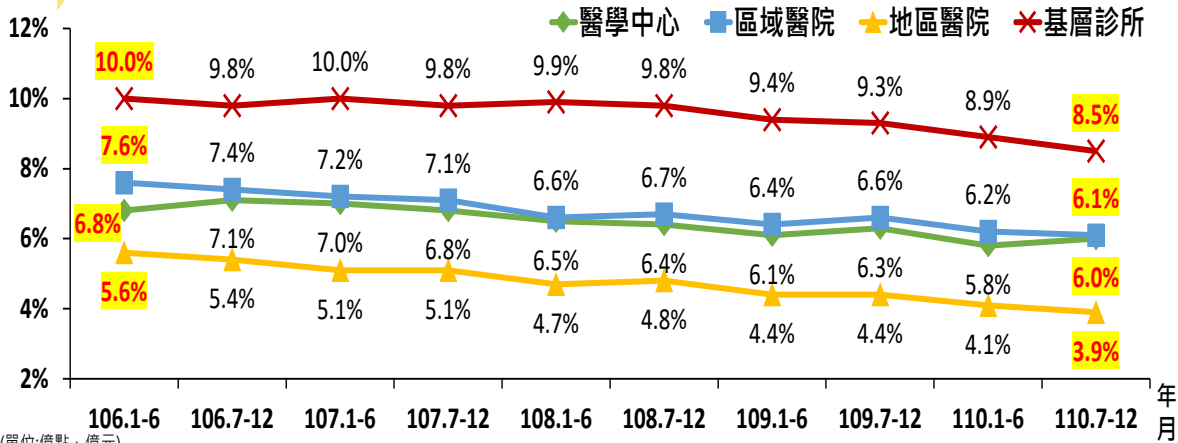
使用者付費，落實健保法第43條門診應自行負擔占醫療費用之比率(20%~50%)

近五年

各層級部分負擔占率呈現下降趨勢

含法定免部分負擔

(單位:百分比)



醫療費用	部分負擔	醫療費用	部分負擔	醫療費用	部分負擔	醫療費用	部分負擔	醫療費用	部分負擔	醫療費用	部分負擔	醫療費用	部分負擔	醫療費用	部分負擔	醫療費用	部分負擔	醫療費用	部分負擔	
醫學中心	486	33	516	37	526	37	535	36	544	35	560	36	528	32	591	37	548	32	598	36
區域醫院	466	35	493	37	501	36	509	36	522	34	528	36	490	31	543	36	495	30	540	33
地區醫院	208	12	223	12	234	12	245	12	271	13	280	13	263	12	300	13	280	12	313	12
基層診所	473	48	486	48	490	49	498	49	502	50	521	51	475	45	503	47	475	42	477	41
合計	1,632	127	1,718	133	1,751	134	1,787	133	1,839	132	1,890	136	1,756	120	1,936	133	1,797	116	1,928	121

資料範圍：西醫門診案件(醫事類別11,12)且排除代辦案件，部分負擔占率=部分負擔/(申請點數+部分負擔)



監測指標1-2：門診部分負擔占醫療費用占率變化(層級別)

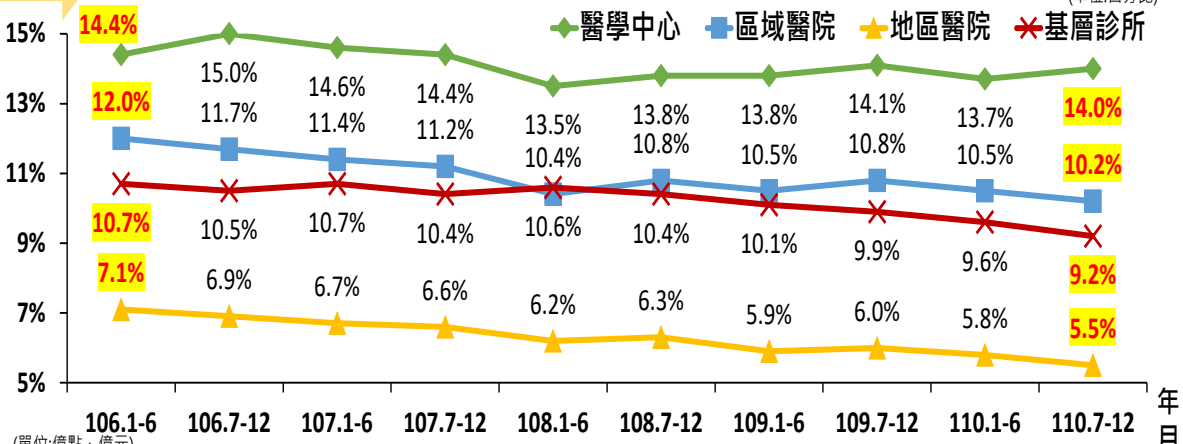
使用者付費，落實健保法第43條門診應自行負擔占醫療費用之比率(20%~50%)

近五年

各層級部分負擔占率呈現下降趨勢

不含法定免部分負擔

(單位:百分比)



醫療費用	部分負擔	醫療費用	部分負擔	醫療費用	部分負擔	醫療費用	部分負擔	醫療費用	部分負擔	醫療費用	部分負擔	醫療費用	部分負擔	醫療費用	部分負擔	醫療費用	部分負擔	醫療費用	部分負擔	
醫學中心	229	33	244	37	250	37	251	36	260	35	260	36	236	32	262	37	231	32	255	36
區域醫院	294	35	312	37	317	36	319	36	297	34	328	36	297	31	330	36	290	30	320	33
地區醫院	162	12	174	12	180	12	187	12	195	13	211	13	195	12	220	13	199	12	222	12
基層診所	445	48	457	48	461	49	468	49	443	50	490	51	443	45	470	47	441	42	442	41
合計	1,130	128	1,187	134	1,208	134	1,225	133	1,195	132	1,289	136	1,171	120	1,282	133	1,161	116	1,239	122

資料範圍：西醫門診案件(醫事類別11,12)且排除代辦案件、法定免部分負擔案件(重大傷病、分娩、山地離島及排程檢查等)，部分負擔占率=部分負擔/申請點數

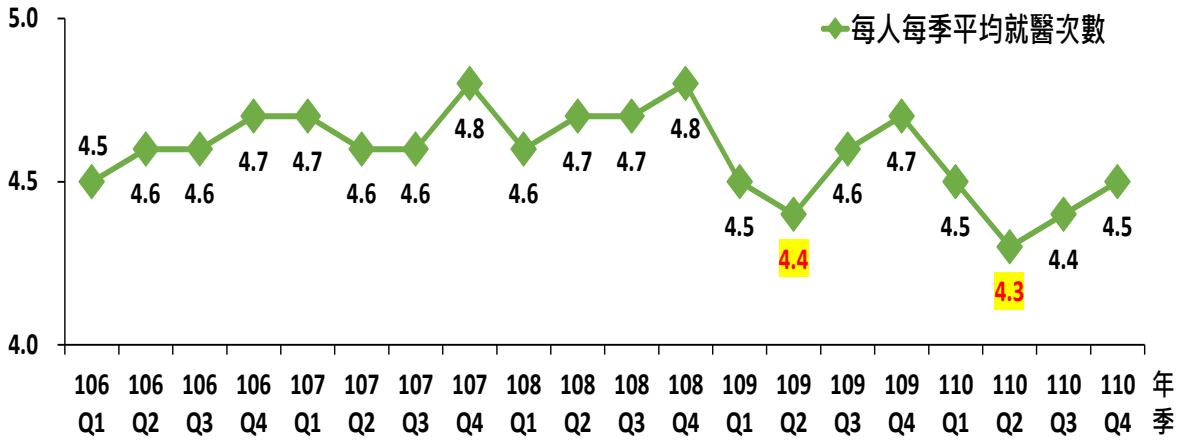


監測指標1-3：門診平均就醫次數變化

使用者付費部分負擔

觀察保險對象就醫次數是否改變

近五年 每人每季平均就醫約4.6次，COVID-19疫情影響致使109年第1季及110年第3季曲線大幅下降 (單位:就醫次數)



(單位:萬人、萬次)

就醫人數	1,672	1,659	1,643	1,680	1,723	1,657	1,651	1,696	1,716	1,690	1,676	1,725	1,653	1,542	1,618	1,649	1,622	1,519	1,471	1,583
就醫次數	7,568	7,633	7,606	7,821	8,030	7,671	7,630	8,062	7,934	7,945	7,918	8,342	7,428	6,838	7,509	7,737	7,327	6,461	6,428	7,160

資料範圍：西醫門診案件(醫事類別11,12)且排除代辦案件

9

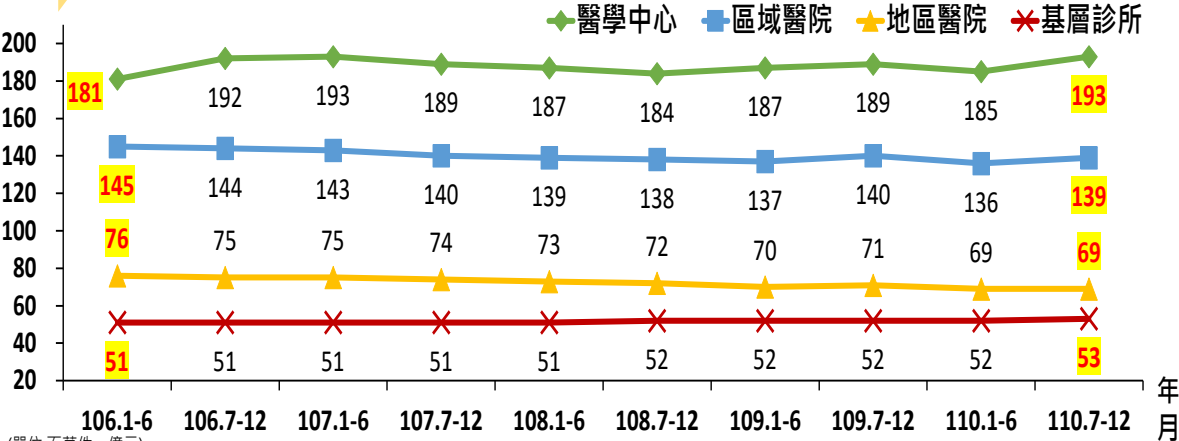


監測指標1-4：門診平均每次就醫部分負擔費用(層級別)

使用者付費部分負擔

觀察各層級院所保險對象平均每次就醫部分負擔費用

近五年 平均每次就醫部分負擔費用51元~193元 (單位:元)



(單位:百萬元、億元)

	106.1-6		106.7-12		107.1-6		107.7-12		108.1-6		108.7-12		109.1-6		109.7-12		110.1-6		110.7-12	
	就醫件數	部分負擔	就醫件數	部分負擔	就醫件數	部分負擔	就醫件數	部分負擔	就醫件數	部分負擔	就醫件數	部分負擔	就醫件數	部分負擔	就醫件數	部分負擔	就醫件數	部分負擔	就醫件數	部分負擔
醫學中心	18	33	19	37	19	37	19	36	19	35	19	36	17	32	20	37	17	32	18	36
區域醫院	24	35	25	37	25	36	26	36	25	34	26	36	23	31	26	36	22	30	24	33
地區醫院	15	12	16	12	16	12	17	12	17	13	18	13	16	12	19	13	17	12	18	12
基層診所	94	48	94	48	97	49	95	49	98	50	99	51	86	45	89	47	82	42	76	41
合計	152	127	154	133	157	134	157	133	159	132	163	136	143	120	152	133	138	116	136	121

資料範圍：西醫門診案件(醫事類別11,12)且排除代辦案件

10



監測指標1-4：門診平均每次就醫部分負擔費用(層級別)

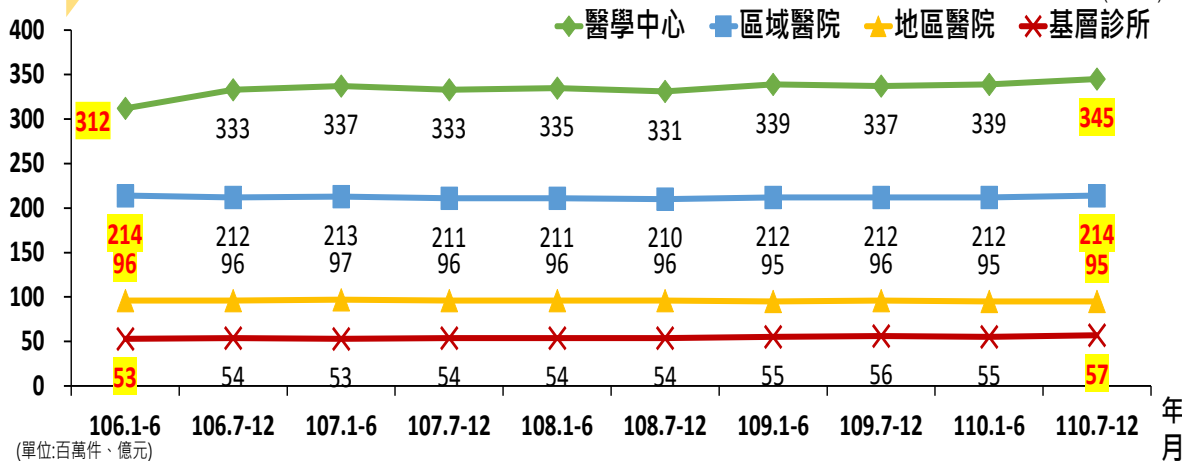
使用者付費部分負擔

觀察各層級院所保險對象平均每次就醫部分負擔費用

近五年 平均每次就醫部分負擔費用53元~345元

不合法定免部分負擔

(單位:元)



層級別	106.1-6		106.7-12		107.1-6		107.7-12		108.1-6		108.7-12		109.1-6		109.7-12		110.1-6		110.7-12	
	就醫件數	部分負擔	就醫件數	部分負擔	就醫件數	部分負擔	就醫件數	部分負擔	就醫件數	部分負擔	就醫件數	部分負擔	就醫件數	部分負擔	就醫件數	部分負擔	就醫件數	部分負擔	就醫件數	部分負擔
醫學中心	11	33	11	37	11	37	11	36	10	35	11	36	10	32	11	37	9	32	10	36
區域醫院	17	35	17	37	17	36	17	36	16	34	17	36	15	31	17	36	14	30	15	33
地區醫院	12	12	12	12	12	12	13	12	13	13	14	13	12	12	14	13	12	12	13	12
基層診所	89	48	89	48	92	49	91	49	93	50	94	51	81	45	84	47	77	42	71	41
合計	129	127	130	133	132	134	131	133	133	132	136	136	118	120	125	133	112	116	109	121

資料範圍：西醫門診案件(醫事類別11,12)且排除代辦案件；排除法定免部分負擔案件(重大傷病、分娩、山地離島及排程檢查等)

11



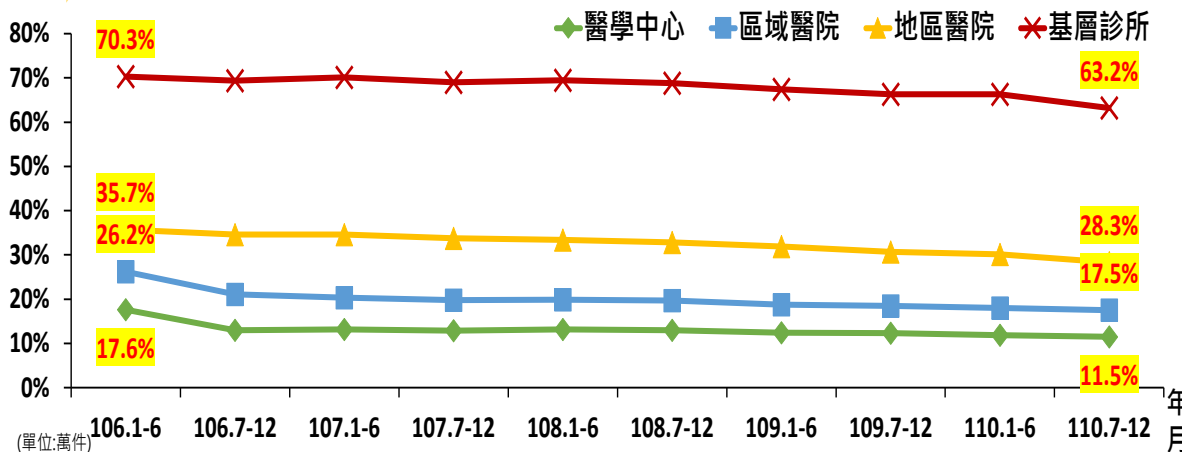
監測指標1-5：門診初級照護案件占率(層級別)

使用者付費部分負擔

觀察各層級院所門診初級照護案件之情形

近五年 各層級院所門診初級照護案件率為呈現下降趨勢

(單位:百分比)



層級別	106.1-6		106.7-12		107.1-6		107.7-12		108.1-6		108.7-12		109.1-6		109.7-12		110.1-6		110.7-12	
	初級	非初級	初級	非初級	初級	非初級	初級	非初級	初級	非初級	初級	非初級	初級	非初級	初級	非初級	初級	非初級	初級	非初級
醫學中心	323	1,508	248	1,660	251	1,643	249	1,671	247	1,628	253	1,691	215	1,521	241	1,714	203	1,505	213	1,632
區域醫院	638	1,798	537	2,009	512	2,011	508	2,051	494	1,985	508	2,077	429	1,853	473	2,088	405	1,840	411	1,940
地區醫院	546	983	551	1,043	557	1,051	568	1,110	585	1,165	607	1,243	523	1,118	567	1,283	505	1,170	502	1,272
基層診所	6,614	2,792	6,509	2,871	6,783	2,894	6,581	2,955	6,798	2,978	6,798	3,084	5,805	2,803	5,888	2,991	5,413	2,747	4,817	2,801
合計	8,121	7,081	7,844	7,582	8,102	7,598	7,905	7,787	8,124	7,755	8,166	8,094	6,972	7,294	7,169	8,076	6,526	7,263	5,943	7,645

資料範圍：西醫門診案件(醫事類別11,12)且排除代辦案件；初級照護案件係判斷主診診斷符合本署公告之初級照護範圍者

12



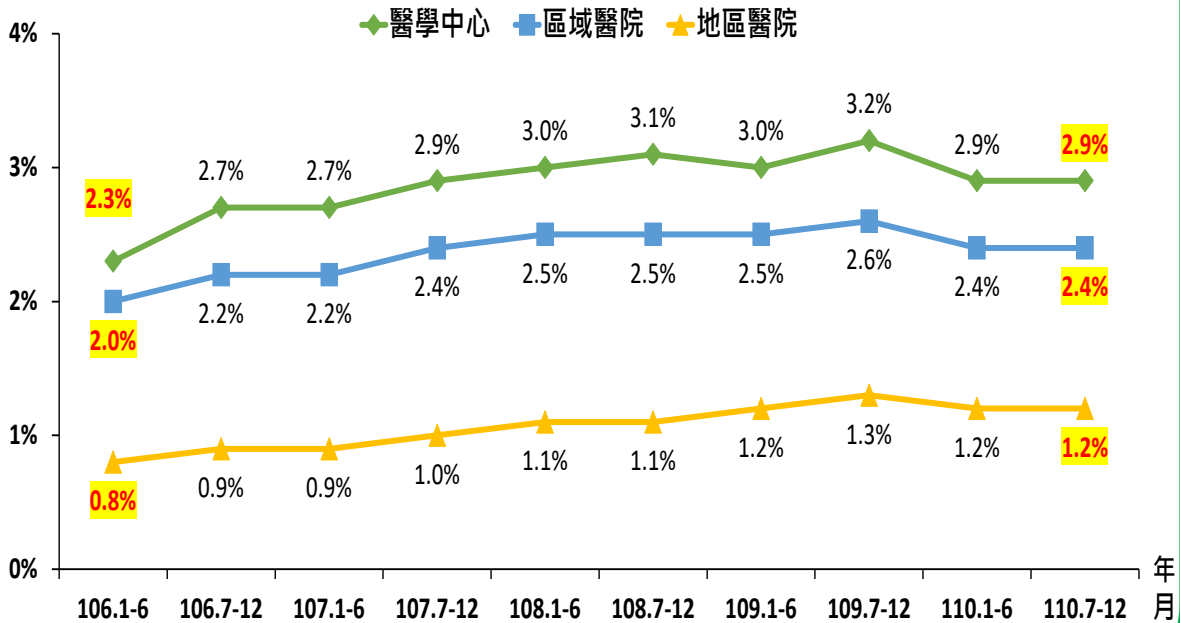
監測指標1-6：門診轉診人次(含上、下轉)占率(層級別)

使用者付費部分負擔

觀察各層級院所門診轉診人次(含上、下轉)之情形

近五年 各層級院所門診轉診人次呈現微幅上升趨勢

(單位:百分比)



資料範圍：西醫門診案件(醫事類別11,12)且排除代辦案件；轉診與視同轉診定義為部分負擔 A30' , 'B30' , 'C30' , 'D30' ,008, 'A40' , 'B40' , 'C40, 'A31' , 'B31' , 'C31' ; D31或 'C30且TRAN_ID_MARK為'T

13



監測指標2-1：門診每張處方箋平均部分負擔變化(層級別)

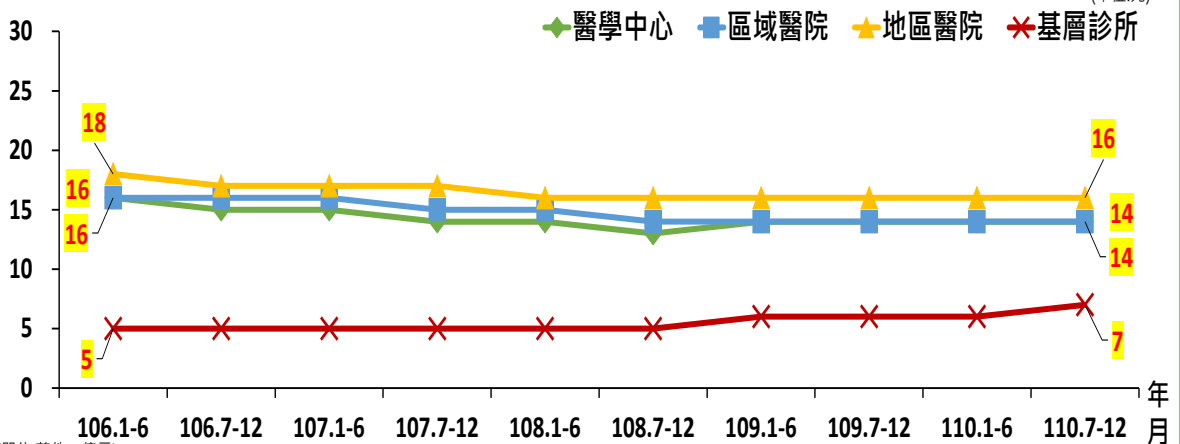
使用者付費部分負擔

觀察各層級院所保險對象門診每張處方箋平均部分負擔費用變化

近五年 平均門診每張處方藥品部分負擔費用5元~18元

含法定免部分負擔

(單位:元)



(單位:萬件、億元)

	處方件數	部分負擔	處方件數	部分負擔	處方件數	部分負擔	處方件數	部分負擔	處方件數	部分負擔	處方件數	部分負擔	處方件數	部分負擔	處方件數	部分負擔				
醫學中心	1,211	2	1,244	2	1,244	2	1,249	2	1,228	2	1,257	2	1,129	2	1,233	2	1,098	1	1,153	2
區域醫院	1,788	3	1,842	3	1,835	3	1,852	3	1,802	3	1,865	3	1,656	2	1,809	3	1,603	2	1,657	2
地區醫院	1,150	2	1,182	2	1,195	2	1,225	2	1,281	2	1,338	2	1,203	2	1,317	2	1,210	2	1,267	2
基層診所	5,710	3	5,613	3	5,775	3	5,632	3	5,760	3	5,756	3	5,006	3	5,072	3	4,676	3	4,308	3
合計	9,858	10	9,882	10	10,050	10	9,958	9	10,071	9	10,216	9	8,994	9	9,431	9	8,586	9	8,386	9

資料範圍：西醫門診案件(醫事類別11,12)且排除代辦案件；計算藥品部分負擔/總開藥件數(該件藥費>0)。

14



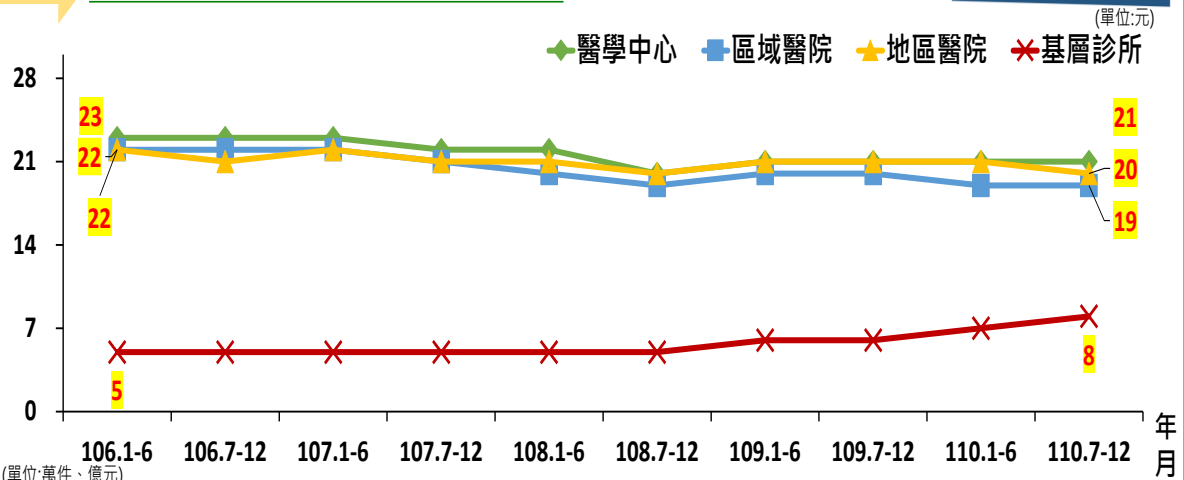
監測指標2-1：門診每張處方箋平均部分負擔變化(層級別)

使用者付費部分負擔

觀察各層級院所保險對象門診每張處方箋平均部分負擔費用變化

近五年 平均門診每張處方藥品部分負擔費用5元~21元

不含法定免部分負擔



	處方件數	部分負擔	處方件數	部分負擔	處方件數	部分負擔	處方件數	部分負擔	處方件數	部分負擔	處方件數	部分負擔	處方件數	部分負擔	處方件數	部分負擔
醫學中心	814	2	835	2	834	2	828	2	811	2	824	2	740	2	824	2
區域醫院	1,314	3	1,355	3	1,345	3	1,346	3	1,302	3	1,346	3	1,182	2	1,315	3
地區醫院	928	2	950	2	957	2	976	2	1,015	2	1,054	2	934	2	1,030	2
基層診所	5,339	3	5,236	3	5,394	3	5,247	3	5,372	3	5,357	3	4,610	3	4,665	3
合計	8,394	10	8,376	10	8,531	10	8,398	9	8,500	9	8,580	9	7,466	9	7,834	9

資料範圍：西醫門診案件(醫事類別11,12)且排除代辦案件及法定免部分負擔案件；計算藥品部分負擔/總開藥件數(該件藥費>0)。

15



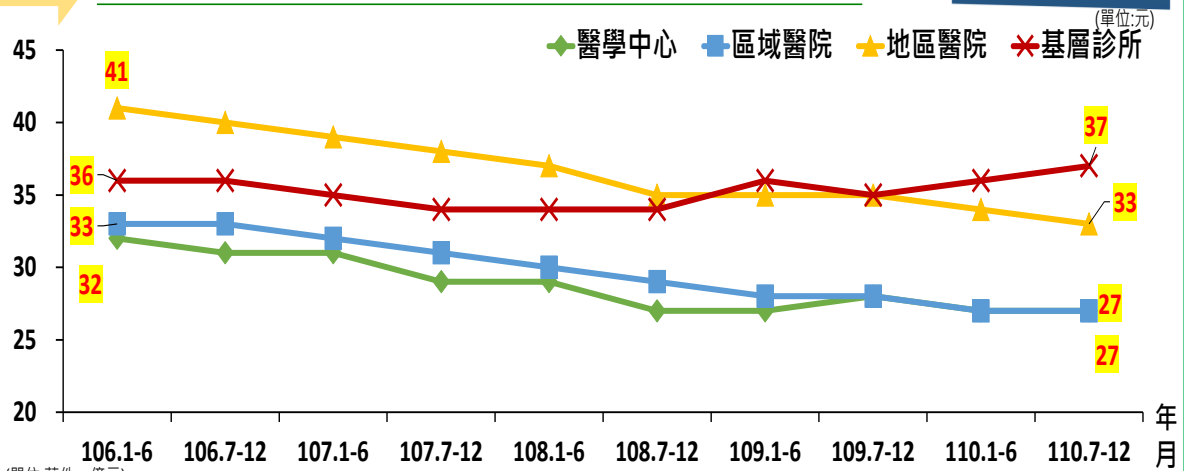
監測指標2-1：門診每張處方箋平均部分負擔變化(層級別)

使用者付費部分負擔

觀察各層級院所保險對象門診每張處方箋平均部分負擔費用變化

近五年 平均門診每張處方藥品部分負擔費用27元~41元，醫院層級院所為逐年下降

排除藥費100元以下



	處方件數	部分負擔	處方件數	部分負擔	處方件數	部分負擔	處方件數	部分負擔	處方件數	部分負擔	處方件數	部分負擔	處方件數	部分負擔	處方件數	部分負擔
醫學中心	603	2	616	2	622	2	615	2	609	2	616	2	564	2	617	2
區域醫院	882	3	901	3	905	3	904	3	892	3	916	3	826	2	903	3
地區醫院	503	2	513	2	530	2	535	2	571	2	595	2	552	2	604	2
基層診所	768	3	779	3	789	3	800	3	811	3	839	3	807	3	853	3
合計	2,757	10	2,808	10	2,846	10	2,854	9	2,882	9	2,966	9	2,748	9	2,976	9

資料範圍：西醫門診案件(醫事類別11,12)且排除代辦案件及排除藥費100元以下案件；計算藥品部分負擔/總開藥件數(該件藥費>0)。

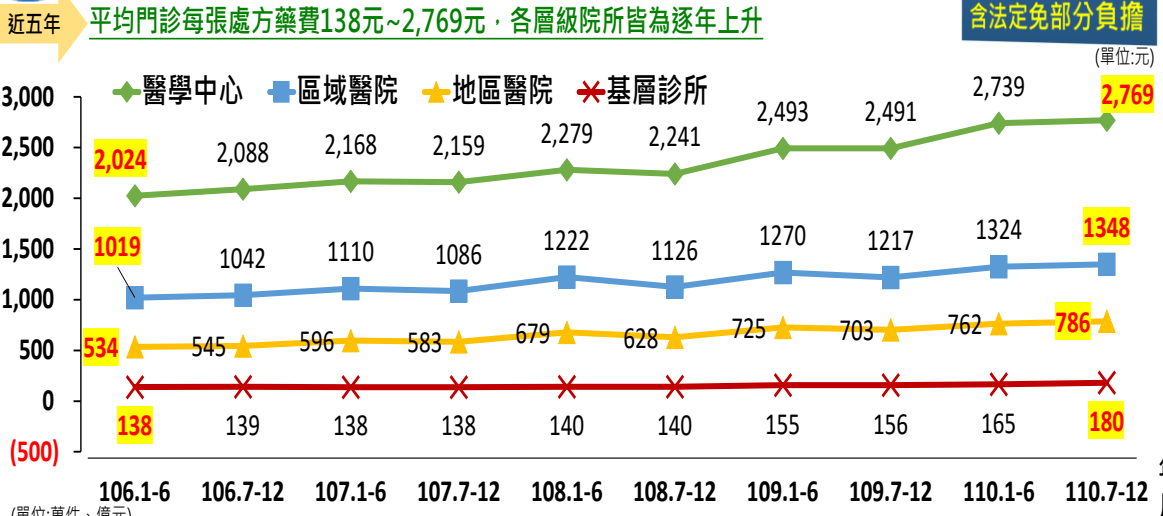
16



監測指標2-2：門診每張處方箋平均藥費變化(層級別)

使用者付費部分負擔

觀察各層級院所保險對象門診每張處方箋平均藥費變化



層級別	處方件數	藥費	處方件數	藥費	處方件數	藥費	處方件數	藥費	處方件數	藥費	處方件數	藥費	處方件數	藥費	處方件數	藥費	處方件數	藥費		
醫學中心	1,211	245	1,244	260	1,244	270	1,249	270	1,228	280	1,257	282	1,129	281	1,233	307	1,098	301	1,153	319
區域醫院	1,788	182	1,842	192	1,835	204	1,852	201	1,802	220	1,865	210	1,656	210	1,809	220	1,603	212	1,657	223
地區醫院	1,150	61	1,182	64	1,195	71	1,225	71	1,281	87	1,338	84	1,203	87	1,317	93	1,210	92	1,267	100
基層診所	5,710	79	5,613	78	5,775	80	5,632	78	5,760	81	5,756	81	5,006	78	5,072	79	4,676	77	4,308	78
合計	9,858	567	9,882	594	10,050	624	9,958	620	10,071	668	10,216	656	8,994	657	9,431	699	8,586	682	8,386	720

資料範圍：西醫門診案件(醫事類別11,12)且排除代辦案件，計算藥品部分負擔/總開藥件數(該件藥費>0)。

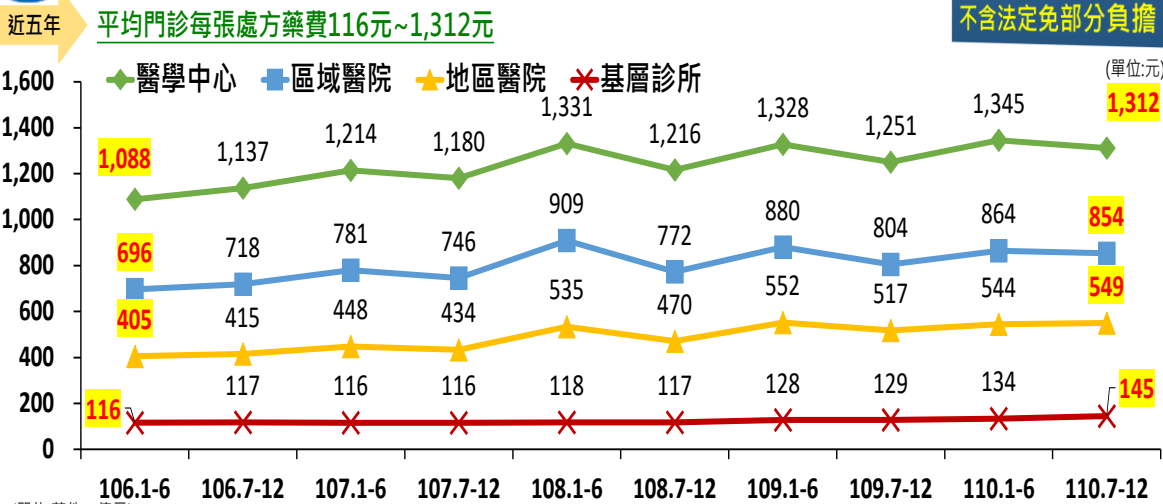
17



監測指標2-2：門診每張處方箋平均藥費變化(層級別)

使用者付費部分負擔

觀察各層級院所保險對象門診每張處方箋平均藥費變化



層級別	處方件數	藥費	處方件數	藥費	處方件數	藥費	處方件數	藥費	處方件數	藥費	處方件數	藥費	處方件數	藥費	處方件數	藥費	處方件數	藥費		
醫學中心	814	89	835	95	834	101	828	98	811	108	824	100	740	98	824	103	720	97	778	102
區域醫院	1,314	91	1,355	97	1,345	105	1,346	100	1,302	118	1,346	104	1,182	104	1,315	106	1,142	99	1,203	103
地區醫院	928	38	950	39	957	43	976	42	1,015	54	1,054	50	934	52	1,030	53	929	51	980	54
基層診所	5,339	62	5,236	61	5,394	63	5,247	61	5,372	63	5,357	63	4,610	59	4,665	60	4,274	57	3,896	56
合計	8,394	280	8,376	293	8,531	312	8,398	301	8,500	344	8,580	317	7,466	313	7,834	322	7,064	303	6,858	315

資料範圍：西醫門診案件(醫事類別11,12)且排除代辦案件及法定免部分負擔案件，計算藥品部分負擔/總開藥件數(該件藥費>0)。

18



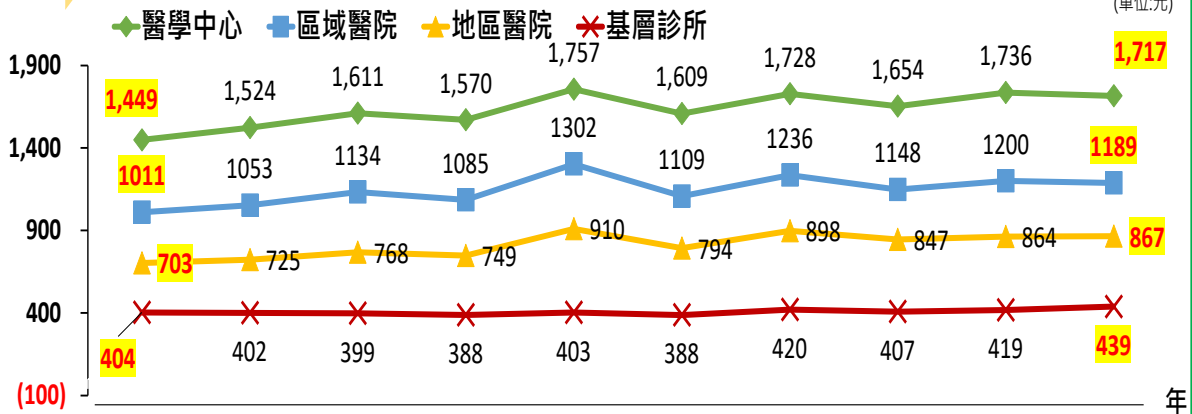
監測指標2-2：門診每張處方箋平均藥費變化(層級別)

使用者付費部分負擔

觀察各層級院所保險對象門診每張處方箋平均藥費變化

近五年 平均門診每張處方藥費404元~1,717元

排除藥費100元以下



(單位:萬件、億元)

	106.1-6		106.7-12		107.1-6		107.7-12		108.1-6		108.7-12		109.1-6		109.7-12		110.1-6		110.7-12	
	處方件數	藥費	處方件數	藥費	處方件數	藥費	處方件數	藥費	處方件數	藥費	處方件數	藥費	處方件數	藥費	處方件數	藥費	處方件數	藥費	處方件數	藥費
醫學中心	603	87	616	94	622	100	615	97	609	107	616	99	564	97	617	102	553	96	589	101
區域醫院	882	89	901	95	905	103	904	98	892	116	916	102	826	102	903	104	808	97	848	101
地區醫院	503	35	513	37	530	41	535	40	571	52	595	47	552	50	604	51	563	49	598	52
基層診所	768	31	779	31	789	31	800	31	811	33	839	33	807	34	853	35	824	34	836	37
合計	2,757	243	2,808	257	2,846	275	2,854	266	2,882	308	2,966	280	2,748	283	2,976	292	2,749	276	2,872	291

資料範圍：西醫門診案件(醫事類別11,12)且排除代辦案件及排除藥費100元以下案件。計算藥品部分負擔/總開藥件數(該件藥費>0)。

19



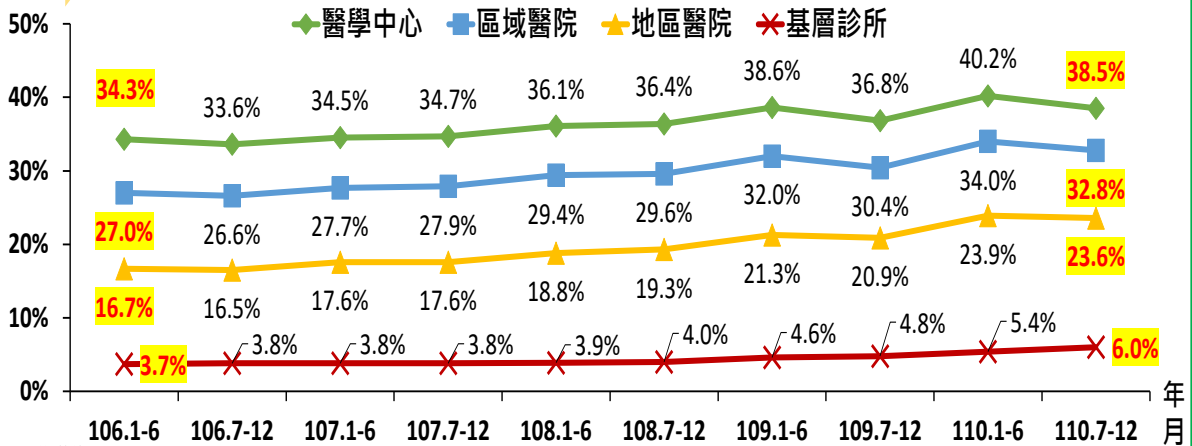
監測指標2-3：門診開立連續處方箋率(層級別)

使用者付費部分負擔

觀察各層級院所門診開立連續處方箋率之情形

近五年 各層級院所門診開立連續處方箋率逐年小幅成長

(單位:百分比)



(單位:萬件)

	慢箋		一般箋		慢箋		一般箋		慢箋		一般箋		慢箋		一般箋		慢箋		一般箋	
	件數	藥費	件數	藥費	件數	藥費	件數	藥費	件數	藥費	件數	藥費	件數	藥費	件數	藥費	件數	藥費	件數	藥費
醫學中心	363	694	373	737	379	719	391	735	388	687	407	709	385	614	408	702	386	574	406	649
區域醫院	441	1,195	460	1,270	467	1,221	487	1,258	486	1,164	511	1,217	491	1,042	520	1,190	497	967	518	1,064
地區醫院	177	886	186	943	196	916	207	969	225	970	244	1,019	242	891	263	997	264	841	285	922
基層診所	390	10,034	400	10,240	407	10,323	417	10,430	424	10,476	445	10,689	459	9,425	482	9,663	493	8,555	529	8,226
合計	13,711	12,809	14,201	13,190	14,448	13,179	15,052	13,392	15,222	13,297	16,071	13,635	15,761	11,972	16,731	12,552	16,640	10,937	17,739	10,861

資料範圍：DA1859-門診開立慢性病症連續處方箋比率

20



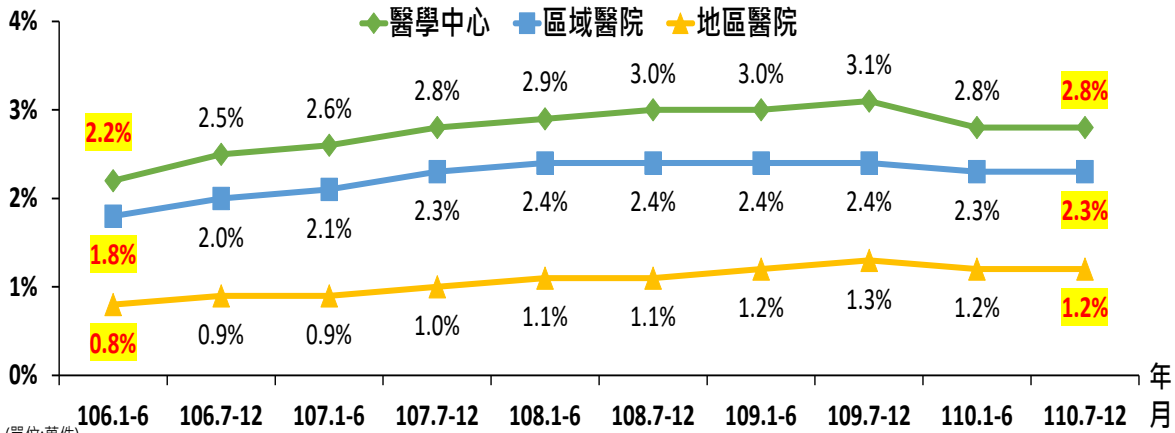
監測指標3-1：門診經轉診檢驗、檢查占率(層級別)

使用者付費部分負擔

觀察各層級院所門診經轉診檢驗、檢查占率之情形

近五年 各層級院所門診經轉診檢驗、檢查占率逐年小幅成長

(單位:百分比)



層級別	轉診		非轉診		轉診		非轉診		轉診		非轉診		轉診		非轉診		轉診		非轉診	
	件數	費用	件數	費用	件數	費用	件數	費用	件數	費用	件數	費用	件數	費用	件數	費用	件數	費用	件數	費用
醫學中心	15	691	19	725	20	724	21	733	21	722	23	750	20	658	24	756	19	638	21	723
區域醫院	16	852	19	888	19	879	21	891	22	874	22	907	19	783	22	895	18	761	20	839
地區醫院	4	444	4	462	4	467	5	481	6	509	6	535	6	485	7	555	6	496	7	555
基層診所	0	721	0	768	0	778	1	801	1	828	1	872	1	807	1	865	1	790	1	880
合計	35	2,708	42	2,844	44	2,849	47	2,906	50	2,933	52	3,065	46	2,734	54	3,071	44	2,685	48	2,997

資料範圍：檢驗檢查案件=健保總額內案件(排除代辦案件)；且該案件有申報本署公告應收檢驗檢查項目者；
轉診與視同轉診定義為部分負擔A30、B30、C30、D30、008、A40、B40、C40、A31、B31、C31、D31或C30且TRAN_ID_MARK為T

21



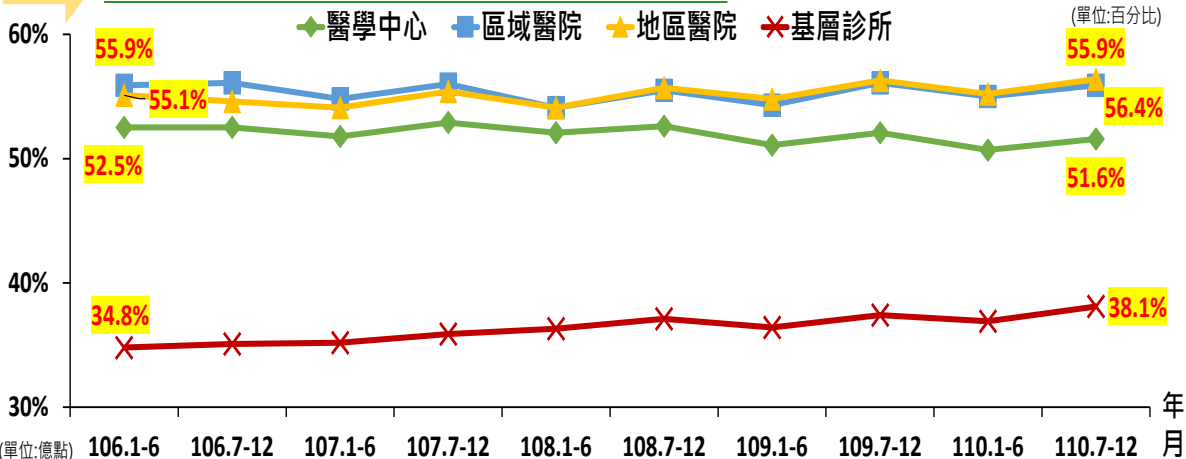
監測指標3-2：門診檢驗、檢查費用占比變化(層級別)

使用者付費部分負擔

觀察各層級院所門診檢驗、檢查費用占比之變化情形

近五年 各層級院所門診檢驗、檢查費用占比以基層診所成長幅度較大

(單位:百分比)



層級別	檢驗(查)費用		申報費用		檢驗(查)費用		申報費用		檢驗(查)費用		申報費用		檢驗(查)費用		申報費用		檢驗(查)費用		申報費用	
	件數	費用	件數	費用	件數	費用	件數	費用	件數	費用	件數	費用	件數	費用	件數	費用	件數	費用	件數	費用
醫學中心	109	207	116	221	117	227	121	229	121	232	128	243	113	221	131	252	112	221	130	253
區域醫院	115	206	121	216	122	223	125	223	124	229	129	232	114	210	133	238	115	209	133	239
地區醫院	46	83	48	89	51	93	53	96	58	107	61	110	57	105	68	120	62	112	74	131
基層診所	23	66	25	71	25	72	27	75	28	77	30	82	29	78	32	86	30	80	35	93
合計	293	562	311	598	315	615	326	623	330	644	348	667	313	614	365	697	318	622	373	716

資料範圍：健保總額內案件(排除代辦案件)

22



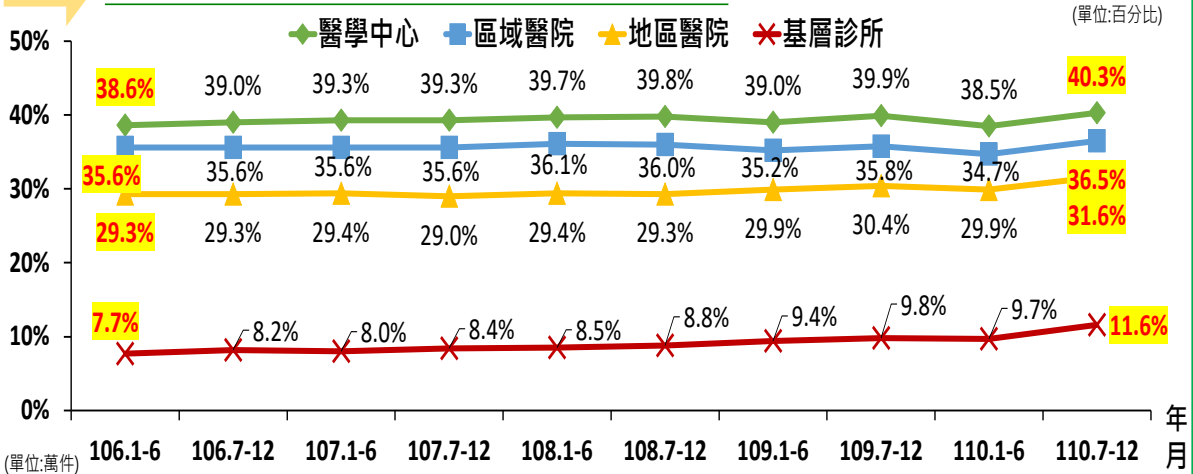
監測指標3-3：門診檢驗、檢查件數占率變化(層級別)

使用者付費部分負擔

觀察各層級院所門診檢驗、檢查件數占率之變化情形

近五年

各層級院所門診檢驗、檢查件數占率以基層診所成長幅度較大



層級別	106.1-6		106.7-12		107.1-6		107.7-12		108.1-6		108.7-12		109.1-6		109.7-12		110.1-6		110.7-12	
	檢驗(查)件數	申報件數	檢驗(查)件數	申報件數	檢驗(查)件數	申報件數	檢驗(查)件數	申報件數	檢驗(查)件數	申報件數	檢驗(查)件數	申報件數	檢驗(查)件數	申報件數	檢驗(查)件數	申報件數	檢驗(查)件數	申報件數	檢驗(查)件數	申報件數
醫學中心	706	1,831	744	1,908	744	1,893	754	1,920	744	1,875	773	1,944	678	1,736	780	1,955	657	1,708	743	1,845
區域醫院	868	2,436	906	2,546	898	2,523	912	2,559	896	2,479	929	2,585	803	2,282	918	2,561	779	2,244	859	2,351
地區醫院	448	1,529	466	1,594	472	1,607	486	1,678	515	1,749	541	1,849	491	1,641	562	1,850	502	1,675	561	1,774
基層診所	721	9,406	768	9,379	778	9,677	801	9,535	829	9,776	873	9,882	808	8,608	866	8,879	791	8,161	881	7,618
合計	2,743	15,202	2,885	15,427	2,892	15,701	2,954	15,692	2,983	15,879	3,117	16,260	2,780	14,266	3,125	15,246	2,729	13,788	3,045	13,588

資料範圍：健保總額內案件(排除代辦案件)

23



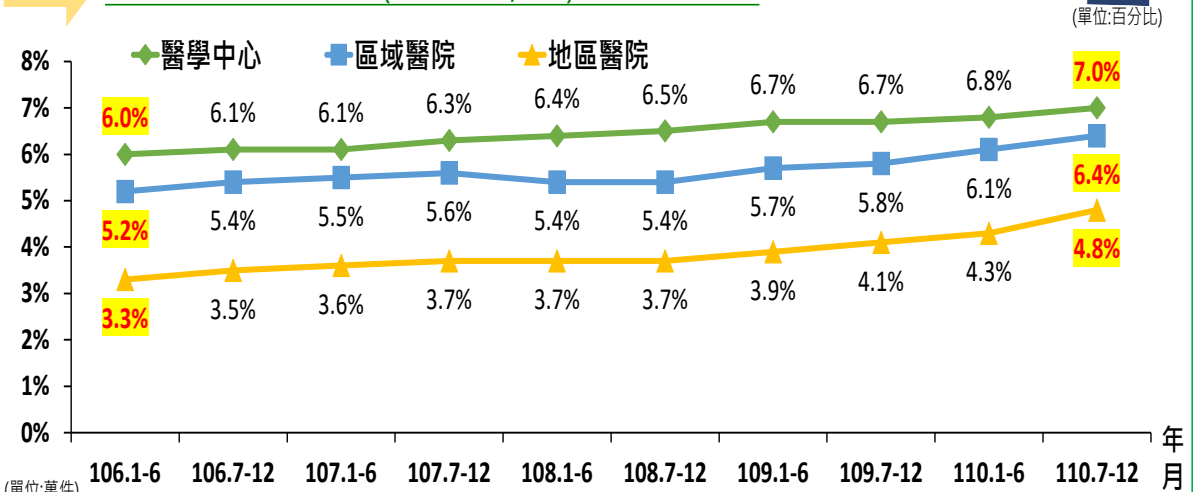
監測指標3-4：門診指標性檢查(高價檢查CT/MRI)執行率(層級別)

使用者付費部分負擔

觀察各層級院所門診指標性檢查(高價檢查CT/MRI)執行率之變化情形

近五年

各層級院所門診指標性檢查(高價檢查CT/MRI)執行率為成長趨勢



層級別	106.1-6		106.7-12		107.1-6		107.7-12		108.1-6		108.7-12		109.1-6		109.7-12		110.1-6		110.7-12	
	CT/MRI 檢驗(查)總件數	檢驗(查)總件數	CT/MRI 檢驗(查)總件數	檢驗(查)總件數	CT/MRI 檢驗(查)總件數	檢驗(查)總件數	CT/MRI 檢驗(查)總件數	檢驗(查)總件數	CT/MRI 檢驗(查)總件數	檢驗(查)總件數	CT/MRI 檢驗(查)總件數	檢驗(查)總件數	CT/MRI 檢驗(查)總件數	檢驗(查)總件數	CT/MRI 檢驗(查)總件數	檢驗(查)總件數	CT/MRI 檢驗(查)總件數	檢驗(查)總件數	CT/MRI 檢驗(查)總件數	檢驗(查)總件數
醫學中心	42	706	45	744	45	743	48	753	48	743	51	772	45	677	52	779	45	657	52	742
區域醫院	45	868	49	906	49	897	51	912	48	895	50	929	46	802	54	917	47	779	55	859
地區醫院	15	448	16	466	17	471	18	486	19	514	20	541	19	491	23	561	22	501	27	561
合計	102	2,021	110	2,116	111	2,112	117	2,151	115	2,153	121	2,242	110	1,970	129	2,258	113	1,937	134	2,162

資料範圍：健保總額內案件(排除代辦案件)

24



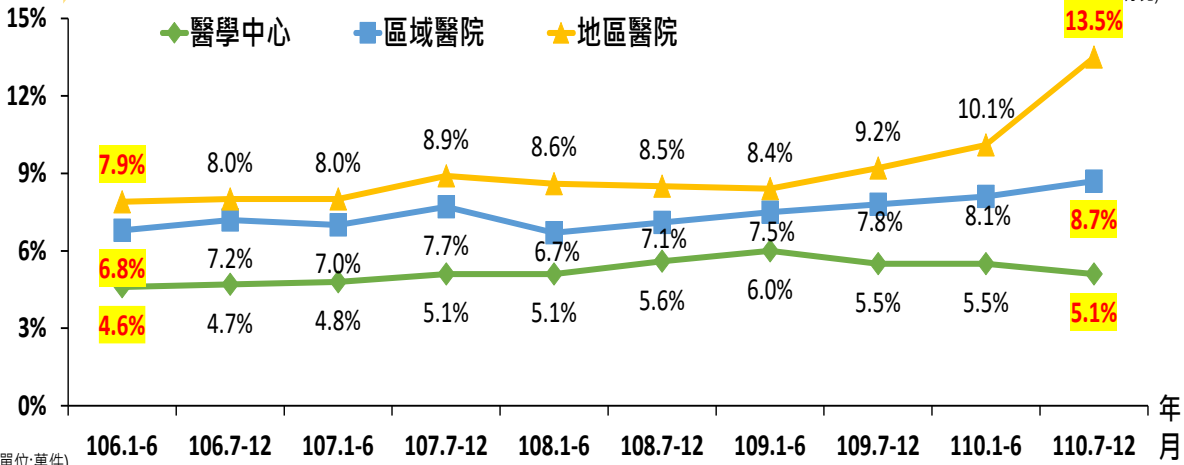
監測指標3-4：門診指標性檢查(高價檢查CT/MRI)執行率(層級別)

使用者付費部分負擔

觀察各層級院所門診指標性檢查(高價檢查CT/MRI)執行率之變化情形

近五年

各層級院所門診指標性檢查(高價檢查CT/MRI)執行率，地區醫院經轉診執行率成長最高



(單位:萬件)

	CT/MRI 件數	檢驗(查)總件數	CT/MRI 件數	檢驗(查)總件數	CT/MRI 件數	檢驗(查)總件數	CT/MRI 件數	檢驗(查)總件數	CT/MRI 件數	檢驗(查)總件數	CT/MRI 件數	檢驗(查)總件數	CT/MRI 件數	檢驗(查)總件數	CT/MRI 件數	檢驗(查)總件數	CT/MRI 件數	檢驗(查)總件數		
醫學中心	0.70	15.22	0.90	18.85	0.95	19.70	1.09	21.14	1.09	21.39	1.30	23.09	1.21	20.03	1.32	24.07	1.03	18.72	1.07	20.77
區域醫院	1.07	15.76	1.33	18.56	1.34	19.17	1.59	20.72	1.46	21.63	1.56	21.95	1.45	19.32	1.72	22.17	1.48	18.24	1.73	19.77
地區醫院	0.29	3.64	0.32	4.00	0.35	4.34	0.44	4.96	0.51	5.90	0.52	6.16	0.51	6.09	0.65	7.07	0.60	6.01	0.91	6.74
合計	2.06	34.62	2.55	41.41	2.63	43.22	3.12	46.81	3.05	48.92	3.38	51.20	3.18	45.43	3.70	53.30	3.11	42.97	3.70	47.27

資料範圍：健保總額內案件(排除代辦案件)

25



監測指標4-1：急診檢傷分類各級申報占率

使用者付費部分負擔

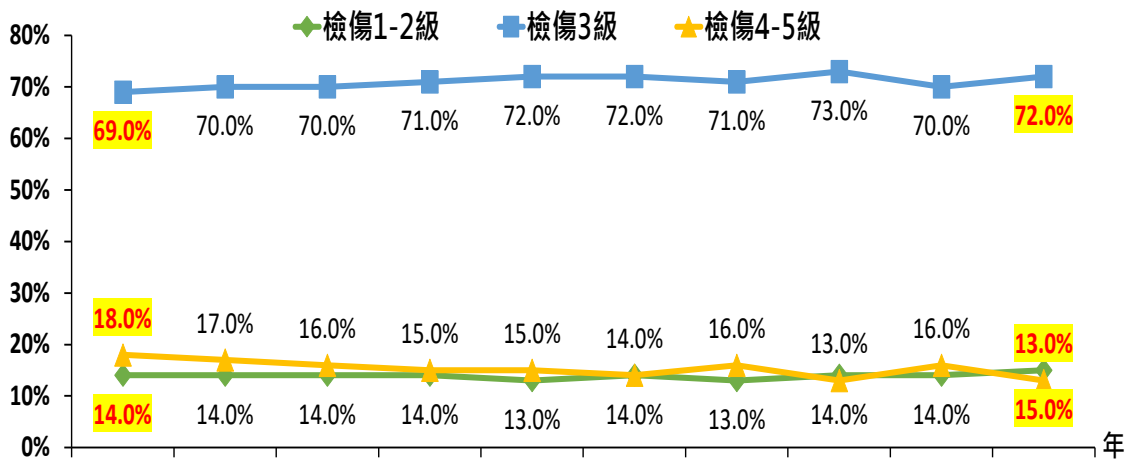
觀察急診檢傷分類各級申報占率之變化情形

近五年

急診檢傷分類3級之申報占率成長幅度較多

第1-2級、第3級、第4-5級

(單位:百分比)



(單位:萬件)

	106.1-6	106.7-12	107.1-6	107.7-12	108.1-6	108.7-12	109.1-6	109.7-12	110.1-6	110.7-12
檢傷1-2級	45	46	48	45	45	47	40	44	40	41
檢傷3級	229	235	243	235	244	249	211	227	204	201
檢傷4-5級	59	56	56	50	52	50	47	41	47	37
合計	333	337	347	330	341	346	298	312	291	279

資料範圍：西醫急診案件(含急診轉住院案件)·依急診診察費區分檢傷分類。

26



監測指標4-2：急診檢傷分類各級暫留時間變化

使用者付費部分負擔

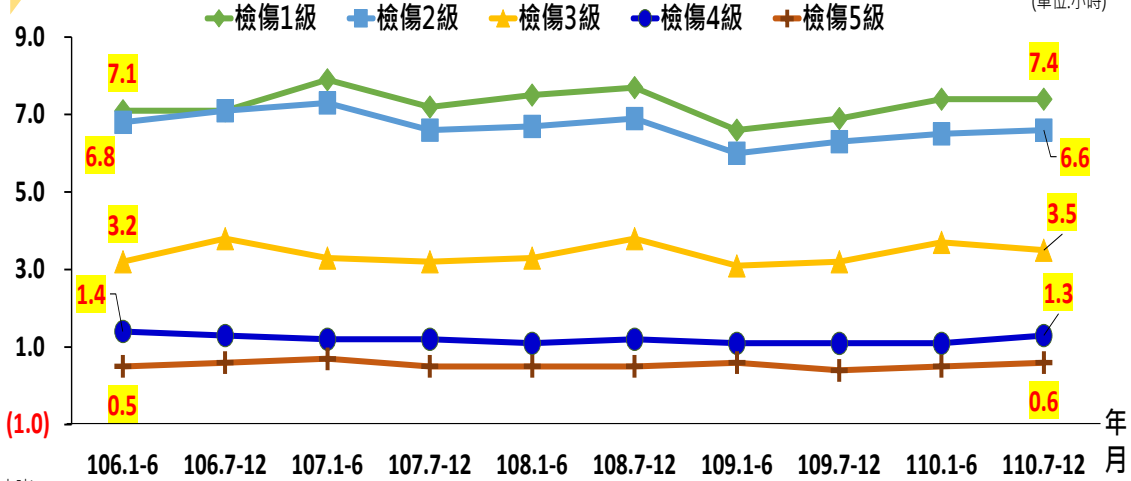
觀察急診檢傷分類各級暫留時間之變化情形

近五年

急診檢傷分類各級暫留時間趨勢平穩

各層級院所

(單位:小時)



(單位:小時)

年	106.1-6	106.7-12	107.1-6	107.7-12	108.1-6	108.7-12	109.1-6	109.7-12	110.1-6	110.7-12
檢傷1級	7.1	7.1	7.9	7.2	7.5	7.7	6.6	6.9	7.4	7.4
檢傷2級	6.8	7.1	7.3	6.6	6.7	6.9	6.0	6.3	6.5	6.6
檢傷3級	3.2	3.8	3.3	3.2	3.3	3.8	3.1	3.2	3.7	3.5
檢傷4級	1.4	1.3	1.2	1.2	1.1	1.2	1.1	1.1	1.1	1.3
檢傷5級	0.5	0.6	0.7	0.5	0.5	0.5	0.6	0.4	0.5	0.6

資料範圍：西醫急診案件（含急診轉住院案件）、申報ER虛擬醫令之醫令執行迄日-醫令執行起日，計算急診暫留時間

27



監測指標4-2：急診檢傷分類各級暫留時間變化

使用者付費部分負擔

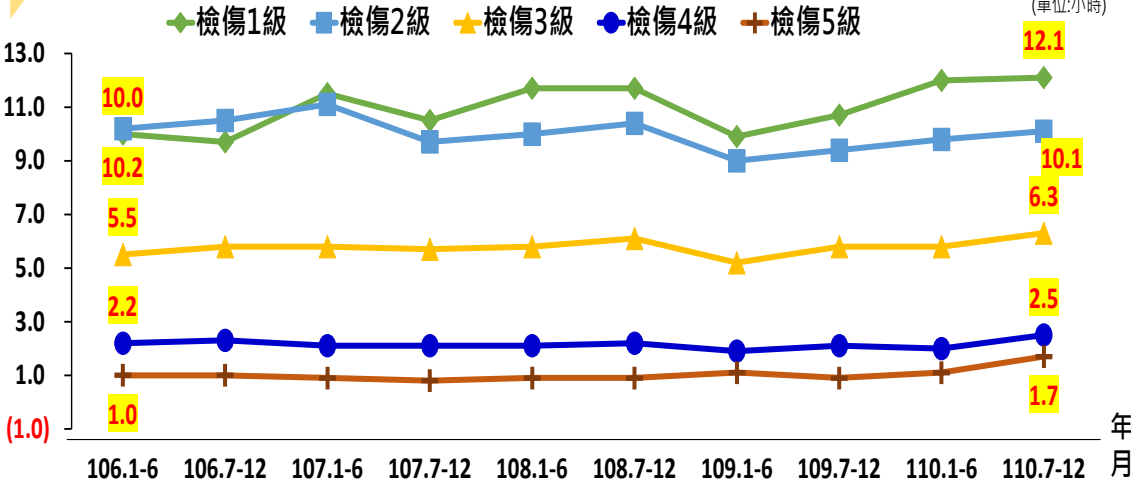
觀察急診檢傷分類各級暫留時間之變化情形

近五年

醫學中心急診檢傷分類1級暫留時間成長幅度較大

醫學中心

(單位:小時)



(單位:小時)

年	106.1-6	106.7-12	107.1-6	107.7-12	108.1-6	108.7-12	109.1-6	109.7-12	110.1-6	110.7-12
檢傷1級	10.0	9.7	11.5	10.5	11.7	11.7	9.9	10.7	12.0	12.1
檢傷2級	10.2	10.5	11.1	9.7	10.0	10.4	9.0	9.4	9.8	10.1
檢傷3級	5.5	5.8	5.8	5.7	5.8	6.1	5.2	5.8	5.8	6.3
檢傷4級	2.2	2.3	2.1	2.1	2.1	2.2	1.9	2.1	2.0	2.5
檢傷5級	1.0	1.0	0.9	0.8	0.9	0.9	1.1	0.9	1.1	1.7

資料範圍：西醫急診案件（含急診轉住院案件）、申報ER虛擬醫令之醫令執行迄日-醫令執行起日，計算急診暫留時間

28



監測指標4-2：急診檢傷分類各級暫留時間變化

使用者付費部分負擔

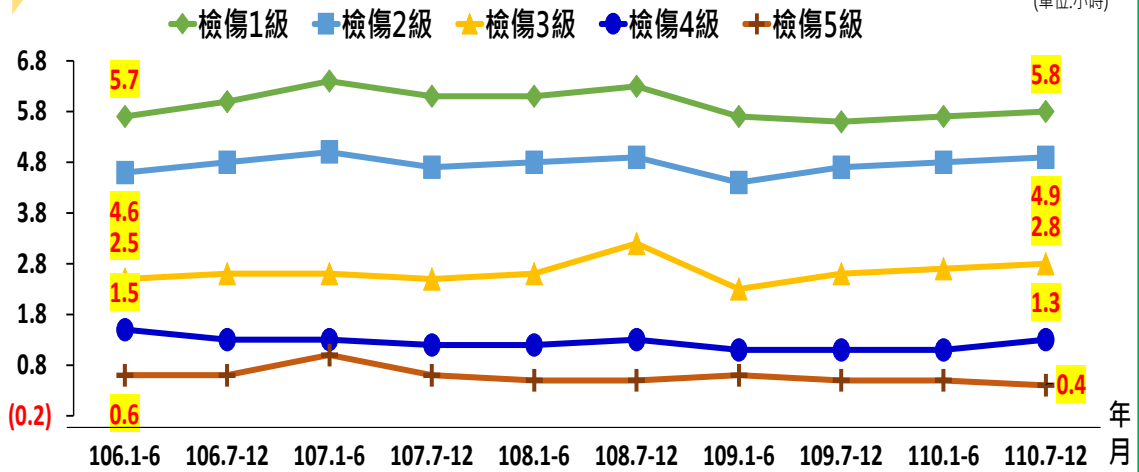
觀察急診檢傷分類各級暫留時間之變化情形

近五年

區域醫院急診檢傷分類各級暫留時間變化趨勢平穩

區域醫院

(單位:小時)



(單位:小時)

	106.1-6	106.7-12	107.1-6	107.7-12	108.1-6	108.7-12	109.1-6	109.7-12	110.1-6	110.7-12
檢傷1級	5.7	6.0	6.4	6.1	6.1	6.3	5.7	5.6	5.7	5.8
檢傷2級	4.6	4.8	5.0	4.7	4.8	4.9	4.4	4.7	4.8	4.9
檢傷3級	2.5	2.6	2.6	2.5	2.6	3.2	2.3	2.6	2.7	2.8
檢傷4級	1.5	1.3	1.3	1.2	1.2	1.3	1.1	1.1	1.1	1.3
檢傷5級	0.6	0.6	1.0	0.6	0.5	0.5	0.6	0.5	0.5	0.4

資料範圍：西醫急診案件（含急診轉住院案件）· 申報ER虛擬醫令之醫令執行迄日-醫令執行起日，計算急診暫留時間

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：「全民健康保險急診品質提升方案」之執行情形(含急診壅塞監測指標)，請鑒察。(資料後附)



中央健康保險署

「全民健康保險急診品質提升方案」之執行情形

報告日期：111年7月29日



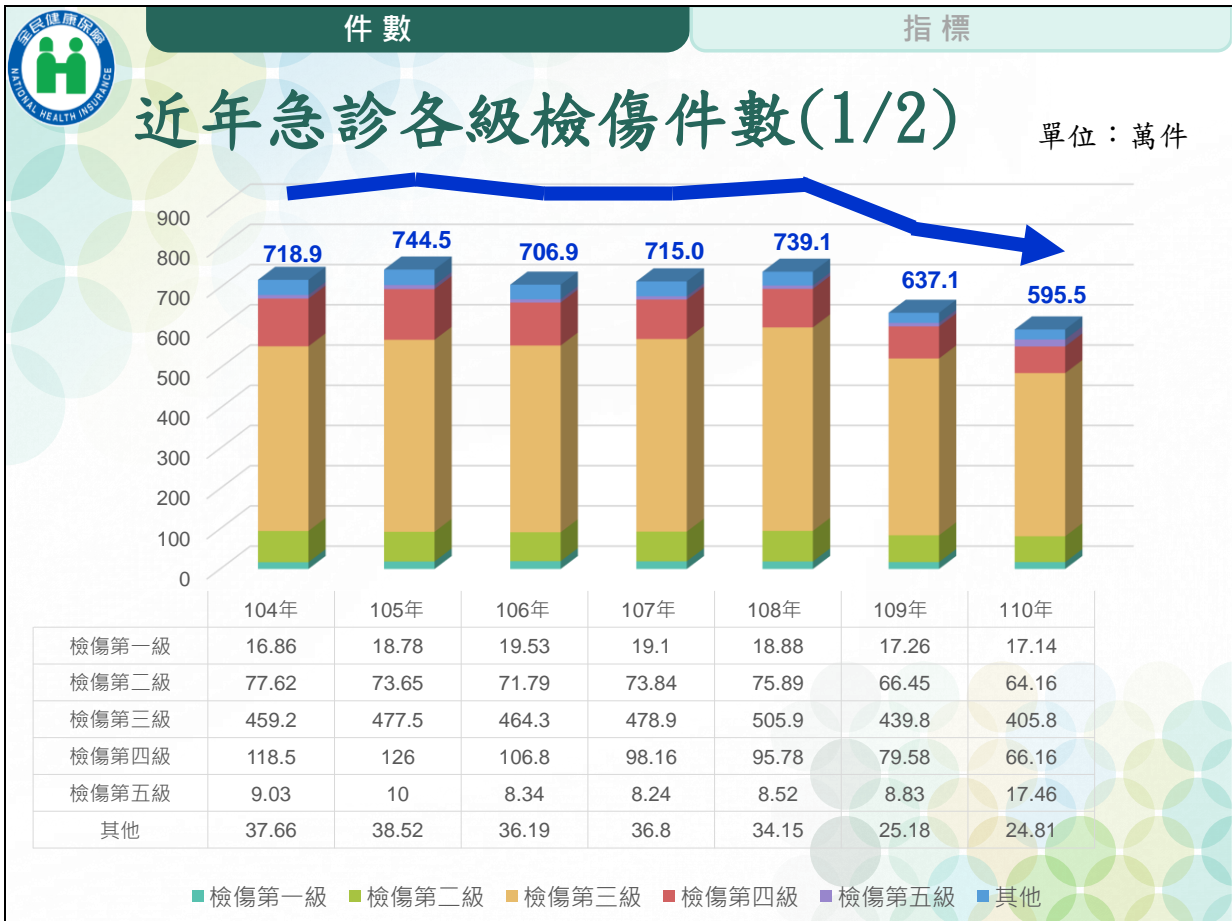
大綱

- ◆ 急診案件申報及指標表現情形
 - ◆ 近年急診各檢傷分類件數
 - ◆ 指標表現情形
- ◆ 多重策略介入 改善醫院急診壅塞情形
 - ◆ 民眾端
 - ✓ 推動使用者付費的部分負擔
 - ◆ 院所端
 - ✓ 調升急診支付點數
 - ✓ 鼓勵假日及夜間開診
 - ✓ 保障急診醫療服務點值
 - ✓ 推動急診品質提升方案



急診案件申報及指標表現情形

3





件數

指標

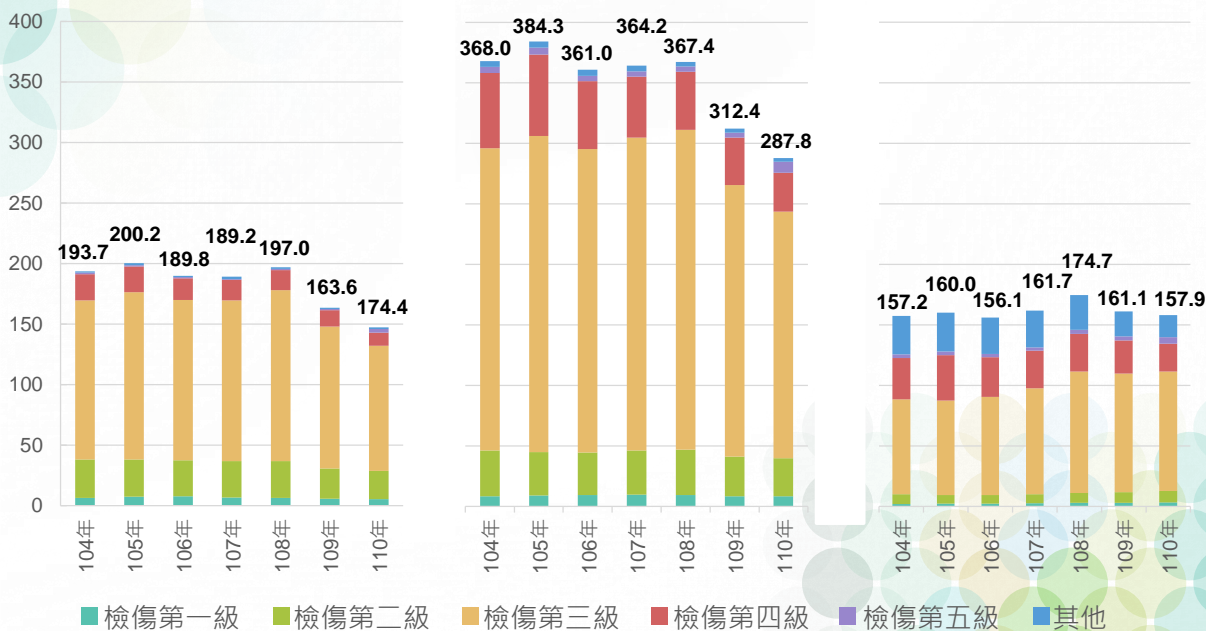
近年急診各級檢傷件數(2/2)

單位：萬件

醫學中心

區域醫院

地區醫院

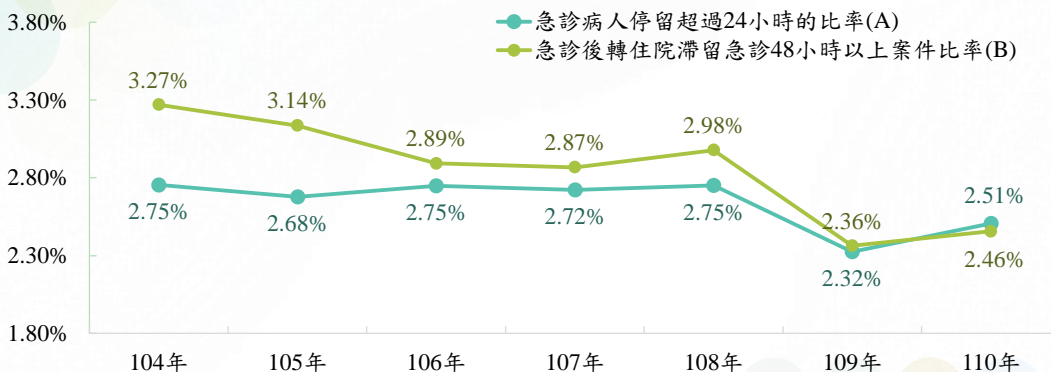


件數

指標

急診壅塞指標(1/6)

- ◆ A：急診病人停留超過24小時的比率約2.32%~2.75%
- ◆ B：急診後轉住院滯留急診48小時以上案件比率約2.36%~3.27%
- ◆ 109年、110年2項指標結果均較前五年下降



		104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年
A	分子	196,591	197,659	192,618	192,786	201,562	146,893	147,737
	分母	7,136,972	7,383,209	7,004,929	7,081,221	7,326,105	6,320,904	5,893,834
B	分子	40,158	39,357	36,266	36,550	39,284	28,471	28,635
	分母	1,228,194	1,254,843	1,253,884	1,274,581	1,319,033	1,204,812	1,166,024

註：1.資料來源：本署醫療給付檔案分析系統(DA系統)指標1338、1652。

2.「急診病人停留超過24小時的比率」(A)-分子：急診病人停留超過24小時人次；分母：急診總人次。

3.「急診後轉住院滯留急診48小時以上案件比率」(B)-分子：分母案件中急診滯留>48小時之案件數；分母：同院急診後轉住院之案件數。



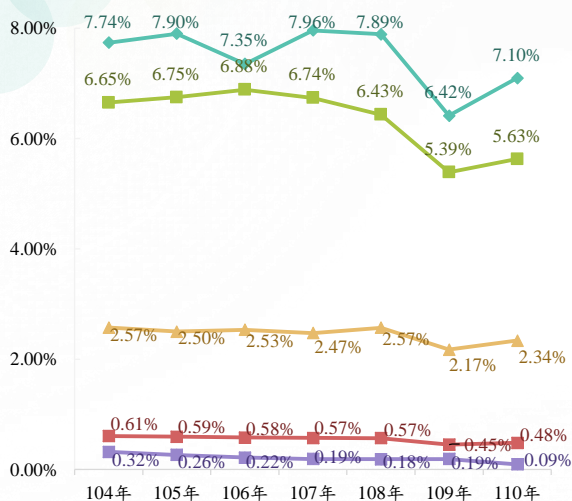
件數

指標

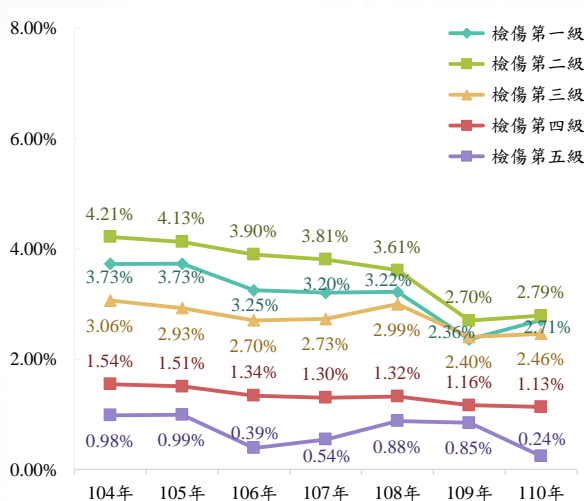
急診壅塞指標(2/6)

- ◆ 急診病人停留超過24小時的比率，以檢傷第一級病人最高(約6.42%至7.96%)，檢傷第二級病人次之(約5.39%至6.88%)，呈現下降趨勢。
- ◆ 急診後轉住院滯留急診48小時以上案件比率，以檢傷第二級病人最高(約2.70%至4.21%)，檢傷第一級病人次之(約2.36%至2.73%)，呈現下降趨勢。

急診病人停留超過24小時的比率



急診後轉住院滯留急診48小時以上案件比率



7



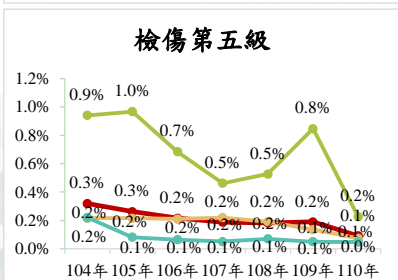
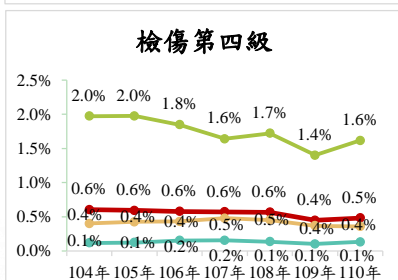
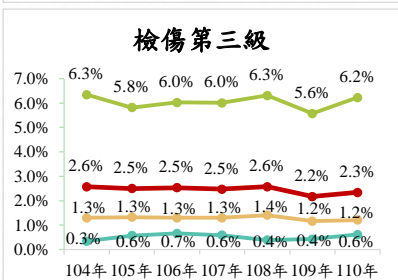
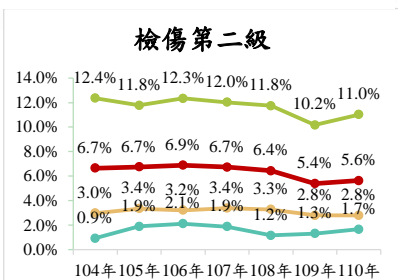
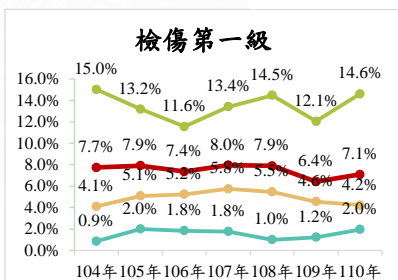
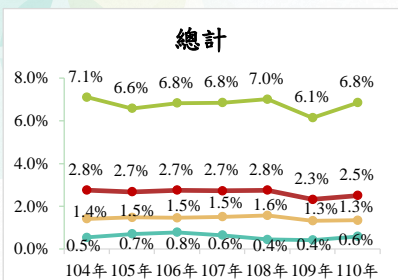
件數

指標

急診壅塞指標(3/6)

- ◆ 「急診病人停留超過24小時的比率」各特約類別表現情形
- ◆ 雖以醫學中心較高，惟110年相較104年呈現下降趨勢。

— 整體 — 醫學中心 — 區域醫院 — 地區醫院



註：1.資料來源：本署醫療給付檔案分析系統(DA系統)指標1338。
2.分子：急診病人停留超過24小時人次；分母：急診總人次。

8

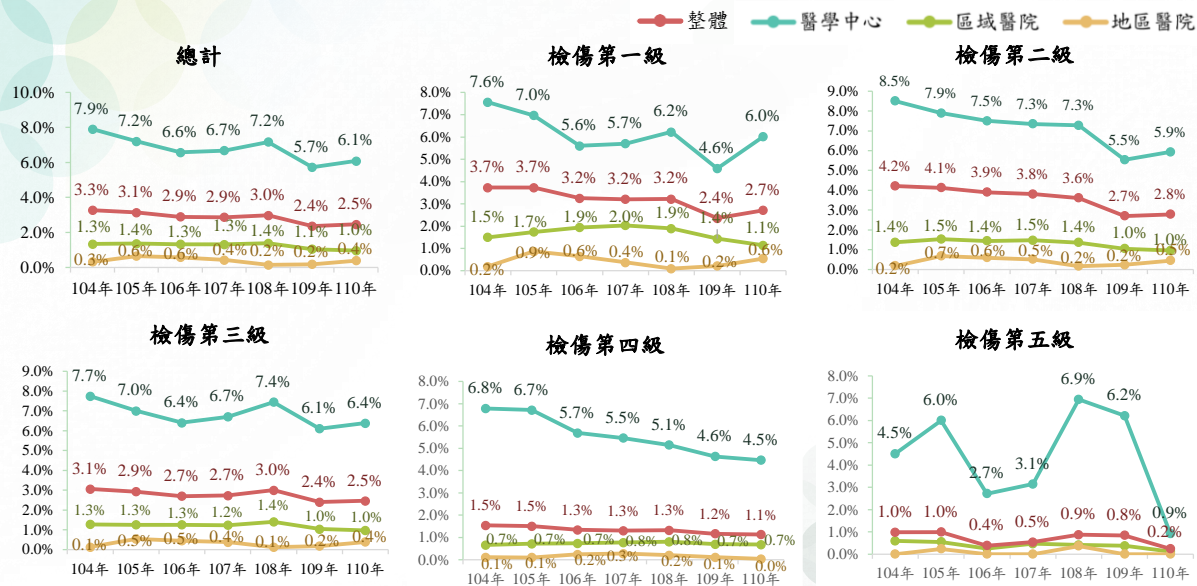


件數

指標

急診壅塞指標(4/6)

- 「急診後轉住院滯留急診48小時以上案件比率」各特約類別表現情形
- 雖以醫學中心較高，惟110年相較104年呈現下降趨勢。



註：1.資料來源：本署醫療給付檔案分析系統(DA系統)指標1652。
 2.分子：分母案件中急診滯留>48小時之案件數。分母：同院急診後轉住院之案件數。
 3.檢傷分類第四級級第五級因後續轉住院之案件數少，其急診後轉住院滯留急診48小時以上案件比率，第四級約1%，第五級約0%。

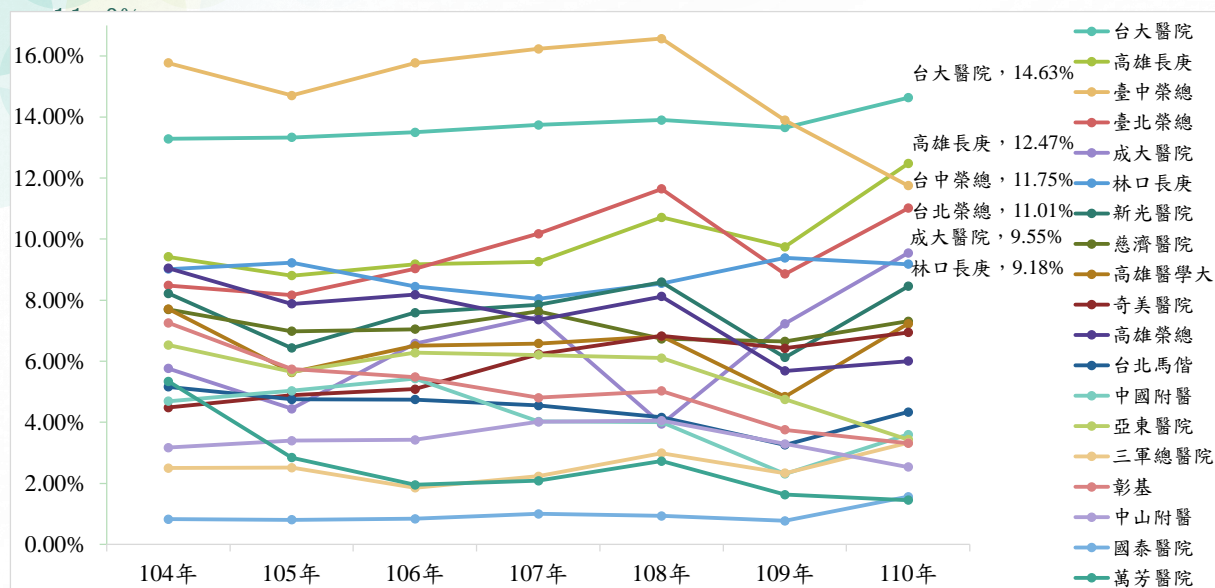


件數

指標

急診壅塞指標(5/6)

- 「急診病人停留超過24小時的比率」各醫學中心表現情形
- 台大醫院14.6%最高，其次為高雄長庚12.5%、台中榮總11.8%、台北榮總



註：1.資料來源：本署醫療給付檔案分析系統(DA系統)指標1338。
 2.分子：急診病人停留超過24小時人次；分母：急診總人次。



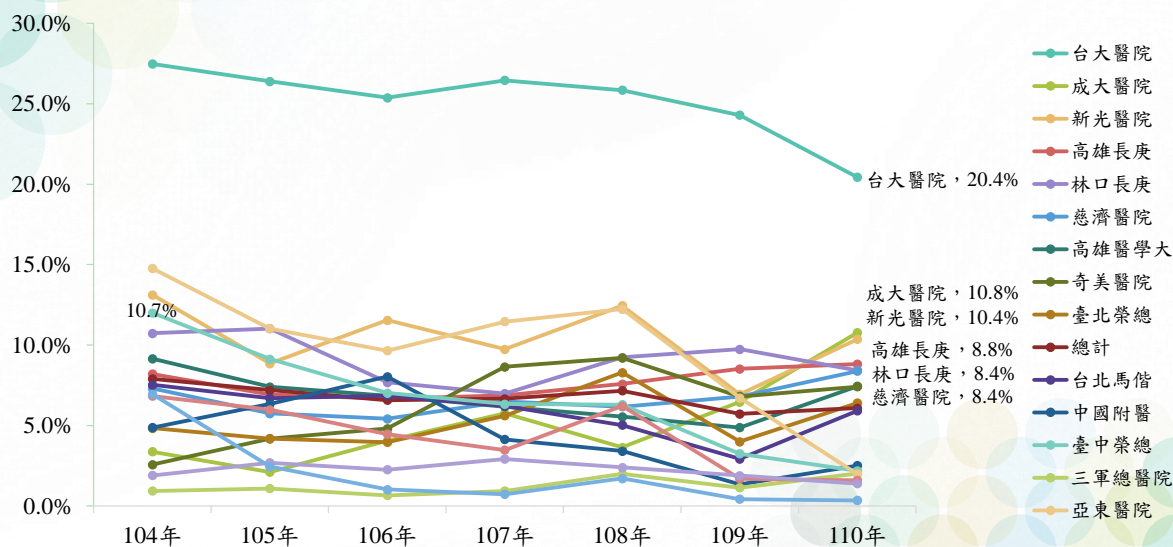
件數

指標

急診壅塞指標(6/6)

「急診後轉住院滯留急診48小時以上案件比率」各醫學中心表現情形

台大醫院20.4%最高，其次為成大醫院10.8%、新光醫院10.4%。



註：1.資料來源：本署醫療給付檔案分析系統(DA系統)指標1652。
 2.分子：分母案件中急診滯留>48小時之案件數。
 分母：同院急診後轉住院之案件數。



件數

指標

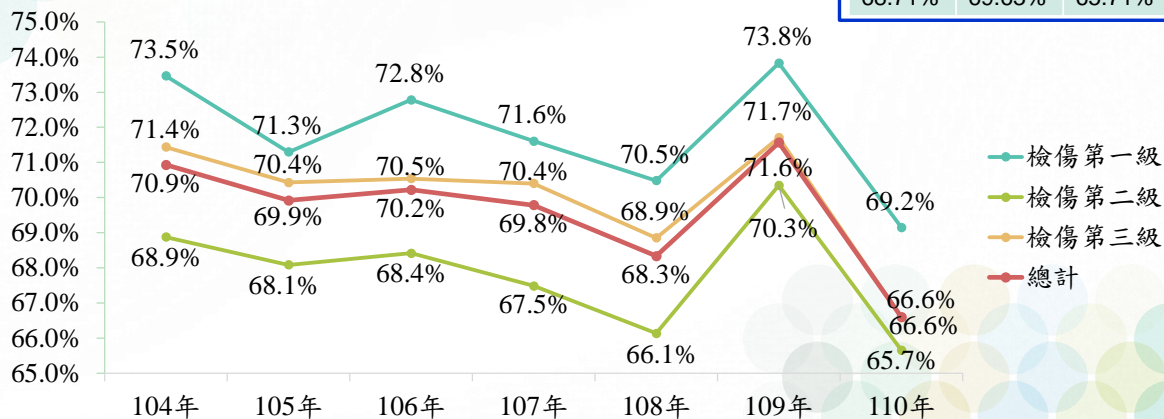
檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8小時之比率—整體

◆ 整體「檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8小時之比率」約67%至72%。

◆ 檢傷第一級比率最高，約69%至74%。

◆ 除109年外，呈逐年下降趨勢。

急性一般病床占床率		
107年	108年	109年
68.71%	69.63%	65.71%



註：1.資料來源：本署醫療給付檔案分析系統(DA系統)指標1344。
 2.分子：檢傷一、二、三級病人轉入病房<8小時之人次。
 分母：檢傷一、二、三級病人住院人次。

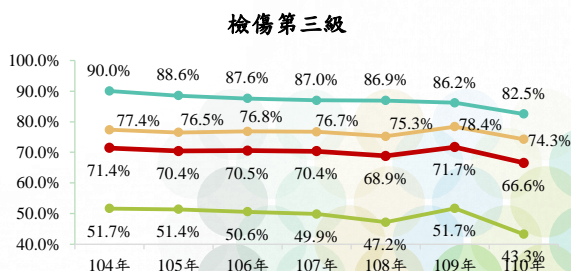
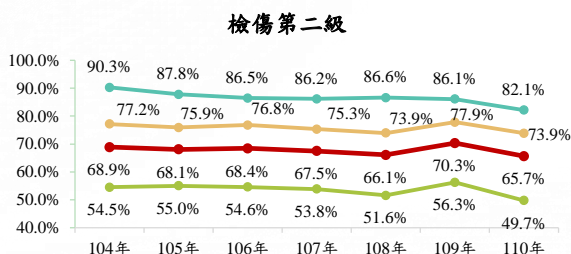
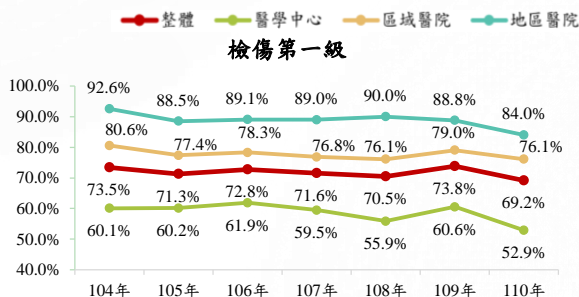
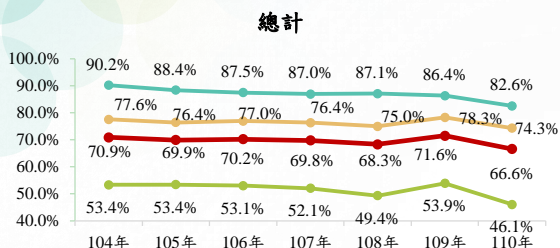


件數

指標

檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8小時之比率-特約類別

◆ 「檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8小時之比率」以醫學中心最低，且各級檢傷分類均低於整體表現。



註：1. 資料來源：本署醫療給付檔案分析系統(DA系統)指標1344。
 2. 分子：檢傷一、二、三級病人轉入病房<8小時之人次。
 分母：檢傷一、二、三級病人住院人次。

13

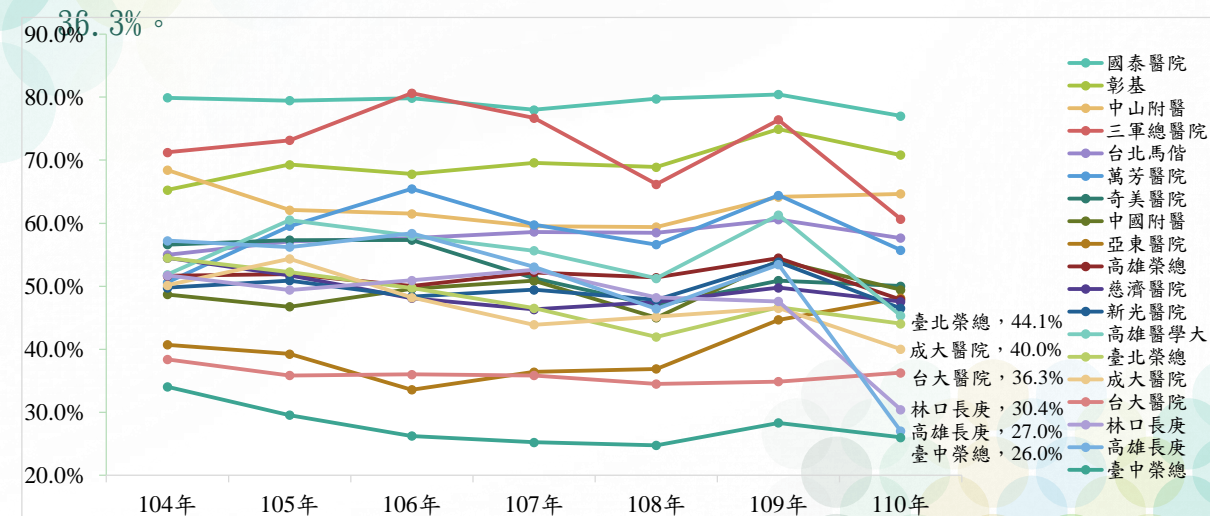


件數

指標

檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8小時之比率-醫院別

◆ 110年醫學中心「檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8小時之比率」，以臺中榮總26.0%最低，其次為高雄長庚27.0%、林口長庚30.4%、台大醫院



註：1. 資料來源：本署醫療給付檔案分析系統(DA系統)指標1344。
 2. 分子：檢傷一、二、三級病人轉入病房<8小時之人次。
 分母：檢傷一、二、三級病人住院人次。

14

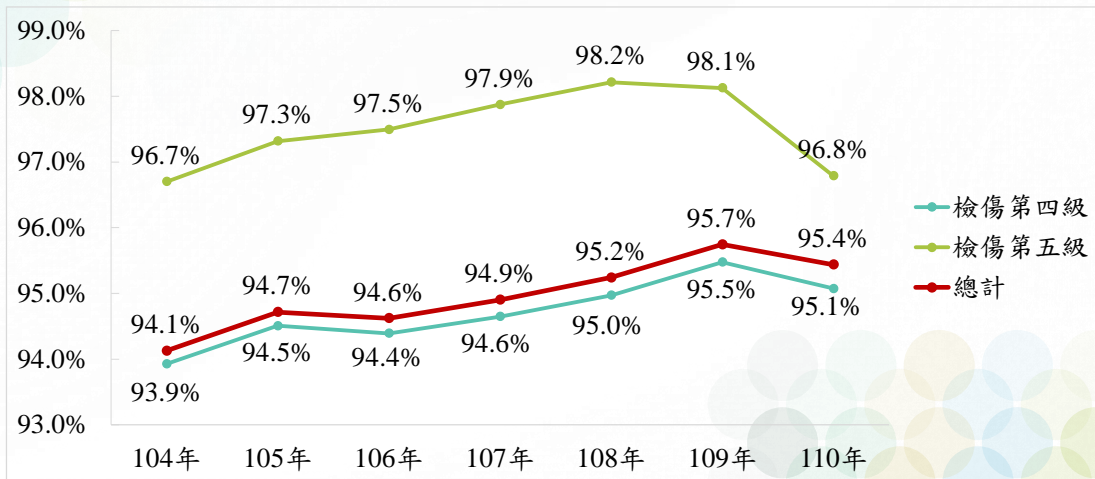


件數

指標

檢傷四、五級急診病人離開醫院<4小時之比率-整體

- ◆ 整體「檢傷四、五級急診病人離開醫院<4小時之比率」約94%至95%。
- ◆ 呈上升趨勢。



註：1.資料來源：本署醫療給付檔案分析系統(DA系統)指標1347。
 2.分子：檢傷四、五級病人4小時內出院人次。
 分母：檢傷四、五級病人出院人次。

15

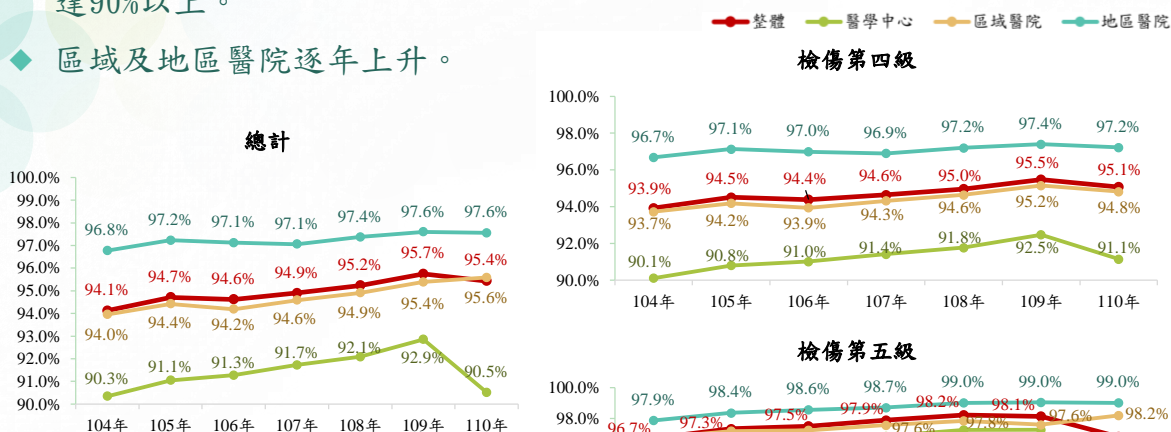


件數

指標

檢傷四、五級急診病人離開醫院<4小時之比率-特約類別

- ◆ 「檢傷四、五級急診病人離開醫院<4小時之比率」雖以醫學中心較低，惟仍達90%以上。
- ◆ 區域及地區醫院逐年上升。



註：1.資料來源：本署醫療給付檔案分析系統(DA系統)指標1347。
 2.分子：檢傷四、五級病人4小時內出院人次。
 分母：檢傷四、五級病人出院人次。

16

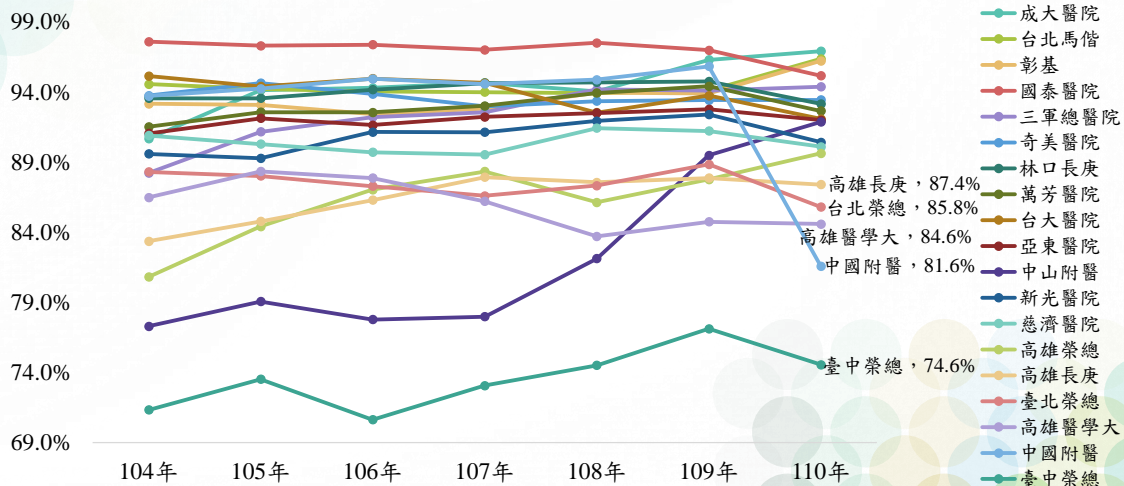


件數

指標

檢傷四、五級急診病人離開醫院<4小時之比率-醫院別

◆ 110年醫學中心「檢傷四、五級急診病人離開醫院<4小時之比率」，以臺中榮總74.6%最低，其次為中國附醫81.6%、高雄醫學大84.6%、台北榮總85.8%。



註：1.資料來源：本署醫療給付檔案分析系統(DA系統)指標1347。
2.分子：檢傷四、五級病人4小時內出院人次。
分母：檢傷四、五級病人出院人次。

17

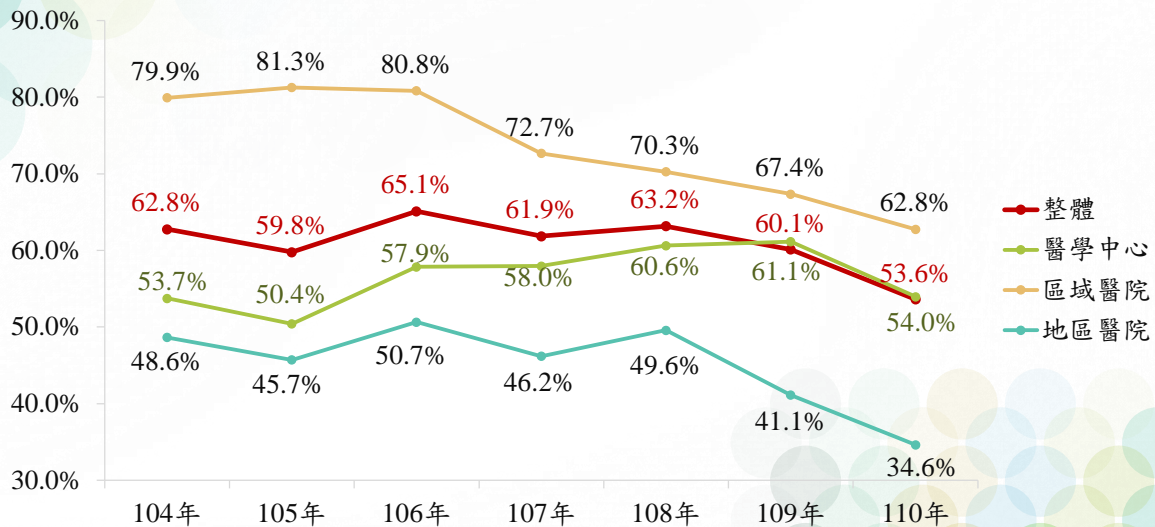


件數

指標

完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6小時之比率

◆ 整體「完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6小時之比率」約53%至63%，呈現逐年下降，惟醫學中心104年~109年呈現上升趨勢。



註：1.資料來源：本署醫療給付檔案分析系統(DA系統)指標1341。
2.分子：完成急診重大疾病照護於六小時內轉入加護病房人次。
分母：完成急診重大疾病照護總人次。

18



小結

1. 檢傷第1~3級病人，約6~7成於8小時內轉入病房，此部分受醫院占床率影響，近年有所起伏。
2. 檢傷第4、5級病人，超過9成可以於4小時內出院，整體而言，各層級4小時內出院比率均逐年上升。
3. 壅塞指標部分，急診病人停留24小時以上比率及急診轉住院停留48小時以上比率呈現逐年下降趨勢。
4. 完成急診重大疾病照護病人於6小時內進入加護病房比率部分，近年呈現逐年下降。



多重策略介入 改善醫院急診壅塞情形

推動使用者付費的部分負擔



使用者付費
珍惜醫療資源
推動分級醫療



調整門診藥品部
分負擔

新增門診檢查
(驗)部分負擔

調整急診
部分負擔

106年4月

- 醫學中心
- 檢傷分類第3-5級：450元→550元
- 檢傷分類第1-2級：維持450元
- 區域、地區醫院：維持300元及150元

111年
(因疫情，撤銷)

- 醫學中心、區域醫院：
- 檢傷分類第1-2級：調降100元~150元
- 檢傷分類第4-5級：調升250~300元

21

調升急診支付點數

106年

- 調升檢傷1-2級及精神科急診診察費、急診觀察床病房費及護理費
- 兒科專科醫師急診診察費加計50%
- 放寬急診診察費例假日加成時間

108年

- 其餘非兒科專科醫師診治6歲以下兒童急診診察費加計50%

109年

- 調升「檢傷分類第三級急診診察費」及「急診診察費（不分檢傷）」



鼓勵地區醫院假日及夜間開診

假日診療費用加成

- 107年12月起
- 假日門診排除藥品、特材、診察費以外之診療費用，額外加成30%

假日診察費加計

- 107年12月起
- 週六：門診診察費加計100點
- 週日及國定假日：門診診察費加計150點

夜間診察費加成

- 108年1月起
- 門診診察費夜間加成10%

假日開診查詢

- 請地區醫院配合登錄週六、日之「服務時段」及「開診科別」
- 本署全球資訊網、健保快易通APP：可以查詢週六日開診科別



保障急診醫療服務點值

為合理反映醫事人員醫療服務成本

醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫：
對於山地離島、偏遠地區及緊急醫療資源不足地區之急救責任醫院提供24小時急診及內、外、婦、兒服務者，給予浮動點值「最高補至1點1元」保障

•自106年10月起，保障地區醫院急診診察費以每點1元支應

•110年編列預算5億元，對於地區醫院假日及夜間門診案件以每點1元支應

急救責任醫院之急診醫療服務點數保障以每點1元支付



急診品質提升方案(1/8)

101年5月起施行本方案

◆ 實施目的

確保重大疾病照護品質

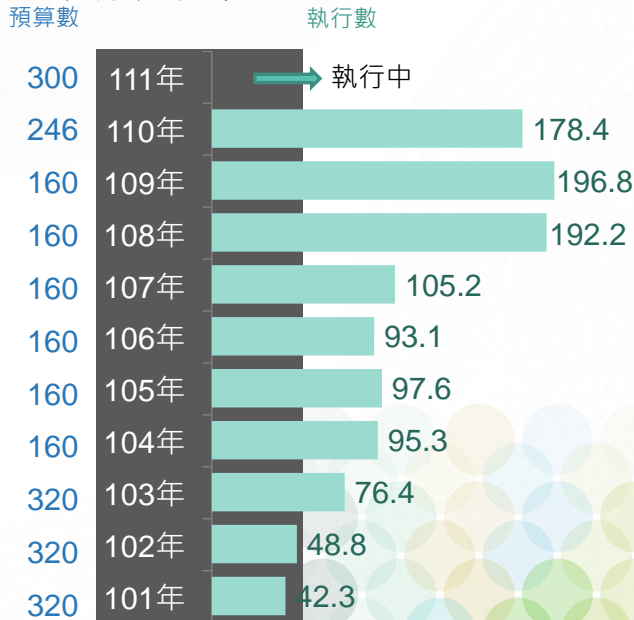
落實品質導向轉診制度

提升急診病人處置效率

提高急診照護品質

◆ 方案預算/執行數

單位：百萬點

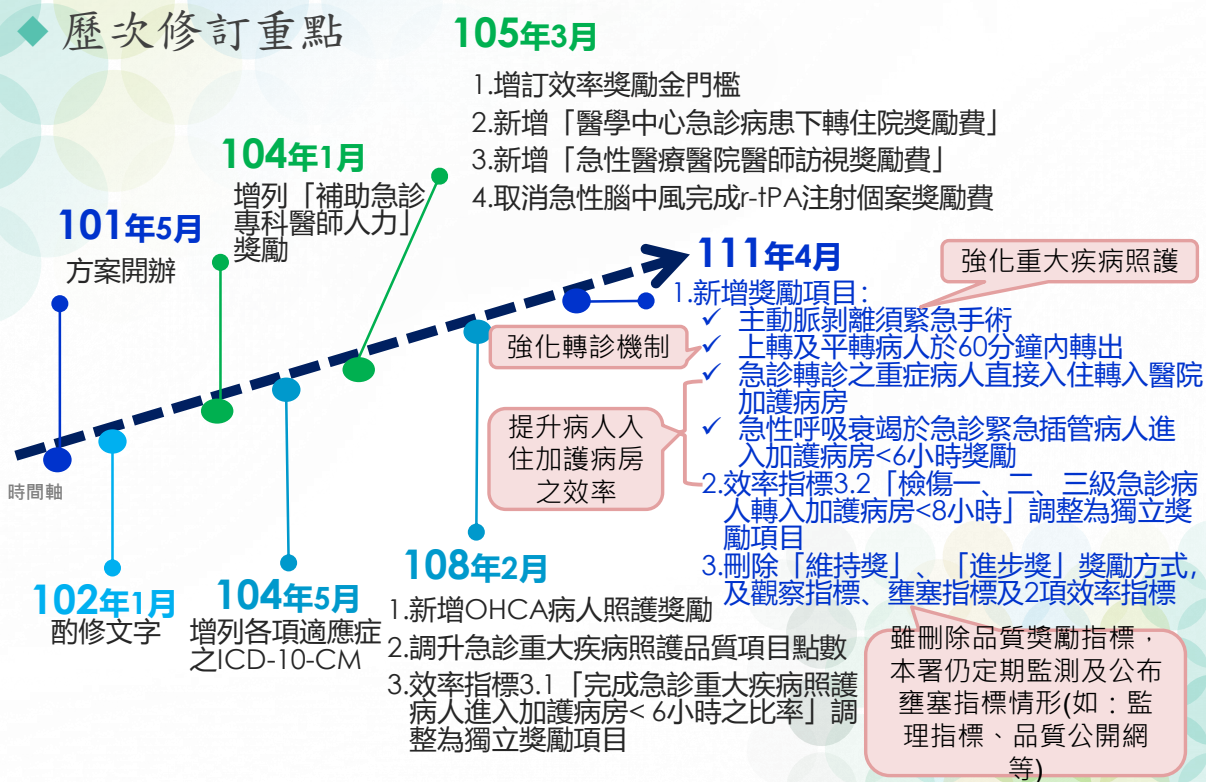


註：資料來源為本署點值結算報表



急診品質提升方案(2/8)

◆ 歷次修訂重點





急診品質提升方案(3/8)

◆ 111年方案修訂緣由

110年8月19日 「修訂急診品質提升方案討論會議」

- 方案已實施近10年
- 獎勵架構及獎勵指標已不完全符合現行醫療實務需求
- 各學協會共識同意：由社團法人台灣急診醫學會主責，依現行急診醫療之臨床需求及利用情形，重新檢視並研議急診方案之獎勵架構及計算方式

111年3月1日 「修訂急診品質提升方案第2次討論會議」

- 就急診醫學會提送之方案修訂草案，逐項討論

➔ 提至111.3.10共擬會議討論決議通過

27



急診品質提升方案(4/8)

◆ 方案四大構面

一、重症照護

訂定到院急診一定時間內接受必要之用藥或治療處置之標準及獎勵(2,000~30,000點)

- 急性腦中風(105.3.1取消)
- 急性心肌梗塞
- 重大外傷
- 嚴重敗血症
- OHCA(108.2.1增訂)
- 主動脈剝離須緊急手術(111.4.1增訂)

註：因支付標準於105.1.1新增「急性缺血性中風靜脈血栓溶解治療處置費」(現為「急性缺血性腦中風處置費」)，為避免重複獎勵，急診品質提升方案自105.3.1起取消急性腦中風獎勵。 28



急診品質提升方案(5/8)

二、轉診品質獎勵-上轉或平轉

- **上轉或平轉**：醫院照護能力未符需求之病人，轉診至上一級或同層級醫院給予獎勵

-下列獎勵擇一支付：

轉出醫院	轉入醫院	
每個案獎勵500點	每個案獎勵500點	} 111.4.1 增訂
於60分鐘內轉出，每個案獎勵1,500點		
直接入住轉入醫院加護病房，每個案獎勵5,000點	直接入住轉入醫院加護病房，每個案獎勵5,000點	

-主診斷：

- 上轉：包括急性心肌梗塞、急性腦中風、主動脈剝離、重大外傷須緊急手術、大量腸胃道出血、嚴重敗血症等疾病。
- 平轉：包括上述診斷及上消化道出血、肺炎、泌尿道感染、肝硬化或肝昏迷、鬱血性心臟衰竭、軟組織之蜂窩組織炎等疾病。



急診品質提升方案(6/8)

二、轉診品質獎勵-下轉

- **下轉**：收治病況穩定者，轉出至下一級醫院之適當醫療機構，給予獎勵。

-符合條件者，得申報下列獎勵：

轉出醫院	轉入醫院
每個案獎勵2,000點	每個案獎勵2,000點
轉出醫院主治醫師至轉入醫院談訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，可申報訪視獎勵費1,000點(每次住院至多申報3次)	自醫學中心下轉個案，該次住院基本診療費用得比照醫學中心標準支付。

-主診斷包括上消化道出血，肺炎，泌尿道感染、肝硬化或肝昏迷、鬱血性心臟衰竭、軟組織之蜂窩組織炎等疾病急診病人。



急診品質提升方案(7/8)

三、急診處置效率

獎勵個案/對象	獎勵條件	獎勵費用
1 急診重大疾病照護 <small>(原為品質獎勵指標，自108.2.1調整為獎勵項目，每人每次獎勵5,000點)</small>	病人進入加護病房<6小時	每人每次獎勵 5,000點
2 急性呼吸衰竭於急診 緊急插管 <small>(111.4.1新增)</small>	病人進入加護病房<6小時	每人每次獎勵 5,000點
3 檢傷一、二、三級病人 <small>(原為品質獎勵指標，自111.4.1調整為獎勵項目，每人每次獎勵50點)</small>	轉入病房<8小時	每人每次獎勵50點
4 地區醫院	急診人次較上一年增加	每增加1人次 獎勵500點



急診品質提升方案(8/8)

四、補助急診專科醫師人力

- 補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務
 - 急診專科醫師支援急診每15班次，補助3萬點
 - 支援與被支援院所各1.5萬點
- 補助地區醫院增聘急診專科醫師人力
 - 與前一年度相比，每增聘1名急診專科醫師，每人每月補助3萬點



急診品質提升方案申報及獎勵情形

(單位：萬點)

急診方案獎勵多由區域及地區醫院獲得

年度	特約類別	醫院家數	重症照護品質獎勵 (註3)	轉診品質獎勵 (註3)	急診處置效率獎勵				補助急診專科醫師人力	總計	
					維持獎	進步獎	重大疾病照護進 ICU<6小時獎勵	地區醫院病人增加獎			小計
106年	總計	333	1,672	3,665	1,004	664	-	1,663	3,330	653	9,320
	醫學中心	20	848	1,218	58	493	-	-	551	-	2,618
	區域醫院	83	607	1,505	785	129	-	-	914	-	3,027
	地區醫院	230	216	942	160	42	-	1,663	1,864	653	3,675
107年	總計	323	1,812	4,195	800	241	-	2,717	3,575	779	10,544
	醫學中心	20	828	1,408	57	137	-	-	194	-	2,430
	區域醫院	83	741	1,775	581	77	-	-	658	-	3,174
	地區醫院	220	242	1,013	161	27	-	2,717	2,905	779	4,940
108年	總計	313	5,344	4,733	973	364	3,415	4,067	8,819	691	19,587
	醫學中心	19	2,350	1,611	88	-	1,320	-	1,408	-	5,369
	區域醫院	81	2,467	1,956	649	218	1,675	-	2,542	-	6,965
	地區醫院	213	528	1,166	236	146	420	4,067	4,869	691	7,253
109年	總計	316	6,360	4,009	1,142	1,738	3,913	1,933	8,726	567	19,661
	醫學中心	19	2,636	1,342	74	1,114	1,356	-	2,543	-	6,522
	區域醫院	81	2,988	1,592	771	622	2,036	-	3,429	-	8,008
	地區醫院	216	736	1,075	297	2	522	1,933	2,754	567	5,131
110年	總計	305	6,241	3,408	992	4	3,538	2,946	7,480	675	17,804
	醫學中心	19	2,577	1,122	-	-	1,175	-	1,175	-	4,873
	區域醫院	81	2,879	1,347	713	4	1,853	-	2,570	-	6,796
	地區醫院	205	785	939	280	-	510	2,946	3,736	675	6,135

註1：預算執行數係以本署進行年度獎勵金結算之結算報表為主。本署各分區業務組倘另案進行追扣補付，未呈現於本表。

註2：急診處置效率之效率指標3.1「完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6小時之比率」，自108年2月起調整為獨立指標。

註3：重症照護品質獎勵、轉診品質獎勵採醫院申報相關醫令之點數計算。



未來辦理方向

◆ 持續監測

- 社團法人台灣急診醫學會建議，以「急診病人停留超過24小時的比率」做為急診壅塞之監測指標。本署將於每年第1次及第3次支付標準共同擬訂會議追蹤該指標表現情形。
- 「急診病人停留超過24小時的比率」已列入健保會監理指標並定期監測。
- 本署於「醫療品質資訊公開網」每季公開各醫院之「急診後轉住院滯留急診48小時以上案件比率」等指標表現情形。

◆ 滾動式檢討

- 持續與相關學協會合作，研議各項政策及方案內容及改善措施

第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：109 年健保收入超過 2 億元之 227 家醫療院所財務報告之公開情形，請鑒察。

說明：

一、法令依據：

- (一)依全民健康保險法第 73 條規定：保險醫事服務機構當年領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於期限內向保險人提報經會計師簽證或審計機關審定之全民健康保險業務有關之財務報告，保險人並應公開之。
- (二)次依「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」第 4 條規定略以，保險醫事服務機構自中華民國 102 年起，其領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於次年向保險人提報財務報告。
- (三)各院所財務報告之審核機關為各該院所之主管機關，如公立院所依其屬性主管機關分別為國軍退除役官兵輔導委員會、國防部、教育部、各縣市政府等，並依據主計機關規定編製財務報告，由審計部審定；醫療法人機構之主管機關為衛生福利部，並依據醫療法人財務報告編製準則編製；非上開機構則依一般公認會計原則編製，經會計師簽證。
- (四)綜上，本署依法將保險醫療費用超過一定數額之院所經會計師簽證或審計機關審定之財務報告予以公開，對所提財報內容均尊重各主管機關管理之權。

二、辦理經過：

- (一)財報公布至今已辦理第 8 年(102~109 年)，應提財務報告門檻採逐步降低(102 年~109 年提報院所數如表 1，第 181 頁)。
- (二)本次公告 109 年財務報表共計 227 家，其中包含 3 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所)，前開 3 家診所 108 年亦符合公開標準。

三、本次財務報告資料重點：

(一)綜觀 8 年來符合提報財報之院所中：

- 1.醫務收支有結餘之家數占率在 68.5%~78.0%之間(表 2，第 182~183 頁)。
- 2.整體收支結餘之家數占率在 84.5%~91.2%之間(表 3，第 184~185 頁)。

(二)如以 109 年來看，醫務收支有結餘之家數占率 71.4%，以整體收支來看，則有結餘家數占率約 86.3%，均較 108 年略低。

報告單位業務窗口：洪于淇專門委員，聯絡電話：02-27065866分機2667

本會補充說明：

- 一、本案係依全民健康保險法第 73 條及全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法第 4 條規定公開，查保險醫事服務機構公開財務報告之立法意旨，特約醫院財務資訊揭露為二代健保保險財源籌措改革方案之一環，而要求特約醫院提供財務報表之主要目的，在於提供中央與地方政府、發起人、一般捐助人、債權人、其他提供資源人士及主管機關等所關心之資訊；復因部分全民健康保險監理委員會委員及醫改會等民間團體要求保險人應將保險醫事服務機構提供之財務報告予以公開。
- 二、為讓委員瞭解醫療院所經營情形，本案納入本會例行工作計畫事項，原訂請健保署於第 3 次委員會議(111.3.25)提報本案，經本年度第 3 次委員會議同意延至 6 月份報告，後再經第 6 次委員會議(111.6.24)決定，請該署於疫情趨緩後，儘速向本會提報。
- 三、以健保署提報之 107~109 年健保收入超過 2 億元之醫療院所公開之財務報告結果，摘要說明如下：
 - (一)107~109 年健保收入超過 2 億元之醫療院所總家數上升，由 219 家升為 227 家，整體而言，醫務收支結餘家數占率 109 年較 108 年下降，由 74.9%降為 71.4%；整體收支結餘家數占率，109 年較 108 年略微下降，由 87.0%降為 86.3%。

(二)以各層級醫院觀察：

- 1.醫務收支：109年結餘家數占率區域醫院(77.8%)>醫學中心(68.4%)>地區醫院(66.9%)。以108、109年相較，除醫學中心結餘家數占率外，區域醫院、地區醫院占率均下降。
- 2.整體收支：109年結餘家數占率醫學中心(94.7%)>區域醫院(90.1%)>地區醫院(82.3%)。以108、109年相較，除醫學中心結餘家數占率上升外，區域醫院、地區醫院均下降。

特約別	年度	收入超過2億元之醫療院所家數 (醫療院所總家數)	醫務收支				整體收支			
			結餘		短絀		結餘		短絀	
			家數	占率(%)	家數	占率(%)	家數	占率(%)	家數	占率(%)
醫學中心	108	19 (19)	13	68.4	6	31.6	16	84.2	3	15.8
	109	19 (19)	13	68.4	6	31.6	18	94.7	1	5.3
區域醫院	108	81 (82)	65	80.2	16	19.8	75	92.6	6	7.4
	109	81 (82)	63	77.8	18	22.2	73	90.1	8	9.9
地區醫院	108	120 (366)	86	71.7	34	28.3	100	83.3	20	16.7
	109	124 (364)	83	66.9	41	33.1	102	82.3	22	17.7
基層診所	108	3 (20,962)	3	100.0	0	0.0	3	100.0	0	0.0
	109	3 (21,100)	3	100.0	0	0.0	3	100.0	0	0.0
總計	108	223 (21,429)	167	74.9	56	25.1	194	87.0	29	13.0
	109	227 (21,565)	162	71.4	65	28.6	196	86.3	31	13.7

資料來源：健保署網站(https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=82B811CDE03526FB&topn=23C660CAACAA159D)

四、本會建議事項如下：

- (一)有關健保署於本年3月16日來函，考量公開109年度醫事服

務機構財務報告，規劃併全球資訊網「院所財務報告趨勢」視覺化建置作業而請求延期報告本案，請健保署補充說明或展示視覺化建置之成果。

- (二)有關健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形，建議健保署除提供統計數據外，應提出更多之解讀資訊，例如：針對財報短絀的院所，進一步分析其屬性，探討可能的原因，俾使醫療院所穩健經營，保障民眾就醫權益。

決定：

表 1、102 年~109 年提報院所數列表

財報年度	提報年度	提報門檻(億元)	提報院所家數	提報家數占率	健保領取金額占率
102	103	6	109	21.60%	85.40%
103	104		111	22.70%	85.70%
104	105		112	22.80%	86.10%
105	106	4	148	31.00%	90.50%
106	107		150	31.40%	90.50%
107	108	2	*219 其中醫院 214 家	44.03%	95.15%
108	109		**223 其中醫院 220 家	46.32%	95.41%
109	110		**227 其中醫院 224 家	47.56%	95.66%

備註：

- 1.提報家數占率:提報醫院家數/申報醫療費用醫院家數。
- 2.健保領取金額占率:提報醫院健保金額/整體醫院健保金額(扣繳憑單)。
- 3.*107 年提報家數含 4 家診所及 1 家藥局；**108 年及 109 年提報家數含 3 家診所。

表 2、各層級院所醫務收支結餘分析

年度	特約別	結餘			短絀			家數合計
		家數	金額 (億)	家數占 率	家數	金額 (億)	家數占 率	
102 年	醫學中心	12	57.85	63.2%	7	-18.02	36.8%	19
	區域醫院	54	48.46	73.0%	20	-16.21	27.0%	74
	地區醫院	10	9.14	62.5%	6	-1.75	37.5%	16
	小計	76	115.45	69.7%	33	-35.98	30.3%	109
103 年	醫學中心	13	66.27	68.4%	6	-12.81	31.6%	19
	區域醫院	53	53.59	72.6%	20	-19.85	27.4%	73
	地區醫院	12	11.98	63.2%	7	-2.07	36.8%	19
	小計	78	131.84	70.3%	33	-34.73	29.7%	111
104 年	醫學中心	13	66.92	68.4%	6	-8.63	31.6%	19
	區域醫院	56	54.05	74.7%	19	-15.40	25.3%	75
	地區醫院	12	10.83	66.7%	6	-1.66	33.3%	18
	小計	81	131.81	72.3%	31	-25.70	27.7%	112
105 年	醫學中心	15	58.65	78.9%	4	-5.62	21.1%	19
	區域醫院	65	65.33	81.3%	15	-11.40	18.8%	80
	地區醫院	34	15.76	69.4%	15	-5.01	30.6%	49
	小計	114	139.74	77.0%	34	-22.04	23.0%	148
106 年	醫學中心	14	60.56	73.7%	5	-5.58	26.3%	19
	區域醫院	64	67.48	81.0%	15	-16.63	19.0%	79
	地區醫院	39	20.93	75.0%	13	-4.99	25.0%	52
	小計	117	148.97	78.0%	33	-27.19	22.0%	150
107 年	醫學中心	9	51.20	47.4%	10	-10.30	52.6%	19
	區域醫院	63	67.62	75.9%	20	-22.67	24.1%	83
	地區醫院	74	31.83	66.1%	38	-13.50	33.9%	112
	基層診所	4	1.55	100.0%			0.0%	4
	藥局			0.0%	1	-0.003	100.0%	1
	小計	150	152.20	68.5%	69	-46.47	31.5%	219

年度	特約別	結餘			短絀			家數合計
		家數	金額 (億)	家數占 率	家數	金額 (億)	家數占 率	
108 年	醫學中心	13	53.15	68.4%	6	-17.35	31.6%	19
	區域醫院	65	79.32	80.2%	16	-17.88	19.8%	81
	地區醫院	86	40.28	71.7%	34	-11.44	28.3%	120
	基層診所	3	1.07	100.0%			0.0%	3
	小計	167	173.82	74.9%	56	-46.68	25.1%	223
109 年	醫學中心	13	81.22	68.4%	6	-13.71	31.6%	19
	區域醫院	63	82.28	77.8%	18	-15.78	22.2%	81
	地區醫院	83	42.70	66.9%	41	-21.96	33.1%	124
	基層診所	3	1.23	100.0%			0.0%	3
	小計	162	207.42	71.4%	65	-51.45	28.6%	227

註 1.107 年提報家數含 4 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所、斗六慈濟診所)及 1 家藥局(台北政昇藥局：整體結餘為 0，醫務結餘-32.4 萬，非醫務結餘 32.5 萬，所得稅 0.1 萬)。

註 2.108 年提報家數含 3 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所)。斗六慈濟診所 108 年度變更層級為地區醫院-斗六慈濟醫院。

註 3.109 年提報家數含 3 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所)。

表 3、各層級院所整體收支結餘分析

年度	特約別	結餘			短絀			家數合計
		家數	金額(億)	家數 占率	家數	金額 (億)	家數 占率	
102 年	醫學中心	17	91.50	89.5%	2	-4.20	10.5%	19
	區域醫院	65	69.46	87.8%	9	-13.60	12.2%	74
	地區醫院	14	9.40	87.5%	2	-0.60	12.5%	16
	小計	96	170.40	88.1%	13	-18.40	11.9%	109
103 年	醫學中心	19	114.91	100.0%			0.0%	19
	區域醫院	63	83.10	86.3%	10	-11.80	13.7%	73
	地區醫院	15	11.30	78.9%	4	-1.20	21.1%	19
	小計	97	209.31	87.4%	14	-13.00	12.6%	111
104 年	醫學中心	19	123.87	100.0%			0.0%	19
	區域醫院	67	84.74	89.3%	8	-3.35	10.7%	75
	地區醫院	15	12.13	83.3%	3	-0.50	16.7%	18
	小計	101	220.74	90.2%	11	-3.85	9.8%	112
105 年	醫學中心	19	181.22	100.0%			0.0%	19
	區域醫院	72	100.74	90.0%	8	-7.73	10.0%	80
	地區醫院	44	30.83	89.8%	5	-1.23	10.2%	49
	小計	135	312.79	91.2%	13	-8.95	8.8%	148
106 年	醫學中心	19	231.24	100.0%			0.0%	19
	區域醫院	71	110.30	89.9%	8	-8.99	10.1%	79
	地區醫院	43	43.34	82.7%	9	-3.91	17.3%	52
	小計	133	384.88	88.7%	17	-12.90	11.3%	150
107 年	醫學中心	18	243.56	94.7%	1	-0.22	5.3%	19
	區域醫院	73	108.25	88.0%	10	-11.29	12.0%	83
	地區醫院	89	54.31	79.5%	23	-8.29	20.5%	112
	基層診所	4	1.64	100.0%			0.0%	4
	藥局	1	0.00	100.0%			0.0%	1
	小計	185	407.76	84.5%	34	-19.79	15.5%	219

年度	特約別	結餘			短絀			家數合計
		家數	金額(億)	家數占率	家數	金額(億)	家數占率	
108年	醫學中心	16	233.92	84.2%	3	-4.71	15.8%	19
	區域醫院	75	124.17	92.6%	6	-5.92	7.4%	81
	地區醫院	100	67.18	83.3%	20	-8.32	16.7%	120
	基層診所	3	1.21	100.0%			0.0%	3
	小計	194	426.48	87.0%	29	-18.96	13.0%	223
109年	醫學中心	18	207.90	94.7%	1	-2.89	5.3%	19
	區域醫院	73	121.43	90.1%	8	-14.59	9.9%	81
	地區醫院	102	62.79	82.3%	22	-13.66	17.7%	124
	基層診所	3	1.30	100.0%			0.0%	3
	小計	196	393.42	86.3%	31	-31.14	13.7%	227

註 1.107 年提報家數含 4 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所、斗六慈濟診所)及 1 家藥局(台北政昇藥局；整體結餘為 0，醫務結餘短絀 32.4 萬，非醫務結餘 32.5 萬，所得稅 0.1 萬)。

註 2.108 年提報家數含 3 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所)。斗六慈濟診所 108 年度變更層級為地區醫院-斗六慈濟醫院。

註 3.109 年提報家數含 3 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所)。

第六案

報告單位：中央健康保險署

案由：111 年 6 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....

本會補充說明：

依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 111 年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月提供，但口頭報告改採季(每年 2、5、8、11 月)報方式辦理。爰本次提供書面資料，不進行口頭報告。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。

決定：

附錄

個別委員關切事項之健保署答覆

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振(議事錄 p.37-38)</p> <p>請參閱會議資料第36頁項次4：</p> <p>一、我記得這個好像是干委員文男提的，健保署回復說明第2點，又見一樁「竹篙接菜刀」(台語，胡亂拼湊)的曲解，政府應負擔健保總經費法定下限36%，健保法第3條的定義很清楚，呆帳既非保險給付，亦非安全準備之內涵，怎麼會與此有關？</p> <p>二、為什麼呆帳會要求公務預算補助，是因為105年執政黨解除「健保卡鎖卡」政策，這部分大概李署長伯璋很清楚，本來有鎖卡規定，沒繳費健保卡會被鎖，現在不鎖卡了，所以呆帳會增加一部分，這是政策推動造成的，就應該用公務預算挹注，不是指全部的呆帳，而是政策推動造成的呆帳。</p> <p>三、健保署說公益彩券回饋金1年約2億元，但近3年呆帳都超過50億元，今年應該也會超過，我個人覺得是九牛一毛，怎麼改善比較好？</p>	<p>一、本署為照顧弱勢，自105年實施全面解卡，以降低弱勢民眾就醫障礙，但施行全面解卡政策後，本署對於有繳納能力之保險對象者仍賡續向其追償欠費，即時催繳並依法移送行政執行，行政執行署再依其清償能力強制執行。</p> <p>二、109年起因COVID-19疫情衝擊社會經濟生活，影響保險對象欠費清償能力，健保欠費累計增加，雖呆帳提列數亦微幅提高，本署積極欠費催收及對經濟困難者提供紓困基金等協助措施，110年呆帳提列數占保費收入之比率1.27%，略低於109年1.31%，一般保費整體收繳率亦維持在98%以上。</p> <p>三、針對經濟弱勢民眾，為使其享有就醫權益，本署提供分期繳納、紓困貸款等欠費協助措施。紓困貸款詳述如下：</p> <p>(一) 依全民健康保險法第99條規定，設置全民健康保險紓困基金，提供保險對象無息申貸健保欠費或補助健保費及應自行負擔之費用。</p> <p>(二) 每年申請紓困基金無息貸款約1.5億元，111年度預算編列情形概述如下：</p>
<p>趙委員曉芳(議事錄 p.41)</p> <p>會議資料第36頁項次4，有關呆帳部分：</p> <p>一、我認同李委員永振的看法，在此進一步提醒各位，請參閱會議資料第56頁「全民健保財務收支分析表」，110年呆帳金額是54億元，往前推算，每年是以4%~8%的比例在成</p>	<p>(一) 依全民健康保險法第99條規定，設置全民健康保險紓困基金，提供保險對象無息申貸健保欠費或補助健保費及應自行負擔之費用。</p> <p>(二) 每年申請紓困基金無息貸款約1.5億元，111年度預算編列情形概述如下：</p>

委員意見	健保署說明
<p>長，如果公益彩券回饋金是每年1~2億元來貼補，明顯可知無法處理呆帳問題。</p> <p>二、因為尚無由公務預算補助呆帳之法源，在已知無法以現有機制被處理現況下，一直持續列管，我認為有違健保會監理之職責，是否請健保署研議更積極的作為，甚至思考非公務預算的經費來源，積極處理呆帳問題。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 健保紓困貸款計畫1.6億元，係提供經濟困難無力繳納全民健康保險費之保險對象，無息申貸健保費及應自行負擔之費用。 2. 協助弱勢族群排除就醫障礙計畫2.2億元，係補助經濟弱勢族群繳納健保欠費，並提供其就醫所產生之健保部分負擔、住院膳食費、救護車費用、偏遠地區交通費、掛號費與無健保身分者就醫時之醫療自付費用(以健保給付範圍為限)。 3. 補助經濟困難者健保費計畫7.7億元，係補助合於社會救助法規定之中低收入戶應自付二分之一健保費。
<p>翁委員燕雪(議事錄 p.54-55)</p> <p>請參閱會議資料第36頁，委員提到呆帳是不是找公務預算支付的問題，我覺得健保署的回答也沒有回應到委員的訴求。向各位委員說明，政府的財源除了公務預算還有基金預算，基金又分很多類型，健保也編在基金，但它是全民所有，我們不會拿來運用，不過衛福部還有很多基金，主要是特收基金，都是政府財源的一環。公務預算或基金預算都是政府手上的資源，都是可以運用的，雖然健保署回應公務預算依法就不用管這個呆帳，但當年朱主計長澤民向蔡總統英文建議健保不鎖卡，因為他當過健保局(健保署前身)的總經理，知道有些民眾真的是屬於經濟弱勢，又非低收入戶，繳不起保費，就失去看病的權利，他覺得這樣很可憐，就跟總統建議不要鎖卡。不過仍要有配套措施，所以衛福部有全民健康保險紓困基金，就是針對無力繳納保費的人支付保費，其用途就</p>	<p>四、有關研議健保呆帳納入公務預算或其他財源補助之可能性，依健保法第3條規定，政府應負擔健保總經費法定下限(36%)業由主管機關編列公務預算撥補，現行健保基金用其他財務來源補助部分(如菸捐、公益彩券盈餘分配)，亦均有相關法源依據，尚屬主管機關權責，若能爭取其他財源補助，本署配合辦理。</p>

委員意見	健保署說明
<p>是打銷這些呆帳，但不是所有的呆帳都用這個基金，因為有些人是故意不繳保費，依法健保署應該去追繳，而不是都拿健保紓困基金沖銷。健保署要把事情講清楚，有紓困基金為什麼都不提？我想健保會委員建議由公務預算支應的原意，應該只是認為要由政府負擔，而不是只能由公務預算負擔。</p>	
<p>李委員永振(議事錄 p.57)</p> <p>有關於呆帳的部分，翁委員燕雪有提到配套措施，我感同身受，因為我在105年就提了，已經過了6、7年也沒有看到，所以我再繼續追，有時候追得情況比較好，但最近2、3年受景氣的影響，呆帳的金額一直增加，今年1~5月已達25億元，估計全年50億元跑不掉。近年的呆帳金額109年50億元、110年54億元、111年50億元，一直居高不下，但沒有看到配套措施。</p>	
<p>千委員文男(議事錄 p.39)</p> <p>請參閱會議資料第23頁，有關私立醫療院所協會建議醫院總額111年第2、3季點值結算比照110年點值保障方式(註)，從會議資料第27頁可以看到110年第4季點值都在0.9以上，COVID-19疫情再延續下去，以後是不是要未十給十、每點1元，雖然總額點數結算方式之決定非本會權責，但看了心裡不太舒服。</p>	<p>本署業於111年6月17日邀請醫界代表及健保會付費者代表召開「醫院總額部門111年是否採行保障9成討論會議」，會議決議有關醫院總額部門111年是否採行保障9成案，與會各界代表未有共識，本案緩議。</p>
<p>滕委員西華(議事錄 p.40)</p> <p>請參閱會議資料第24頁，有關醫院總額</p>	

委員意見	健保署說明
<p>點值結算方式部分：</p> <p>一、雖然依健保法第62條第3項規定，是由保險人核算每點費用，但這1、2年，健保會委員其實很關心COVID-19疫情期間各總額的點值結算情形，也表示過非常多的意見，可能指揮中心或是部長是考量委員也很關切點值才說要「提報本會同意」。</p> <p>二、我同意健保會的意見，依法點值是由健保署核算，但我相信與總額費用也有關聯，如果時間允許或委員不反對，我認為提到健保會報告或是討論也未嘗不可。</p>	
<p>何委員語(議事錄 p.51-52)</p> <p>請參閱會議資料第23頁之說明七，有關111年第2、3季醫院總額點值結算，依健保法62條、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第6條、12條，都是要結算的，上次李署長伯璋找我、林委員恩豪、侯委員俊良及劉委員國隆一起開會，我們認為依法律規定應進行總額點值結算，我建議李署長伯璋簽報給陳部長時中承擔政治責任，這案子監察院同仁已經電話徵詢我，我拒絕回答，因為我當專案諮詢委員，秘書長要發公文給我，我才願意回答，我認為這要斟酌考慮，這都是政治性責任，請陳部長時中承擔裁定的責任義務，不然5年、10年後，還是會被翻出來，違反法律規定是很麻煩的事情。</p>	

委員意見	健保署說明
<p>馬委員海霞(議事錄 p.85)</p> <p>這次報告使用投影片的方式，我們並沒有事先看到完整書面報告，那剛才報告中有非常多、非常詳細的內容，但我們事先無法看到，這是非常非常可惜的，所以在這地方提出建議，希望以後要給我們書面報告，我們才能知道更多詳細的報告內容。</p>	<p>配合辦理。</p>
<p>李委員永振會後書面意見(議事錄 p.100)</p> <p>總額協商原則第七項其他原則之(四)醫療照護整合與效率提升之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。此原則已列入多年，付費者委員及專家學者公正人士委員於衛福部諮詢時，亦表贊同，在4月份會議亦曾提及「未來將視健保署提供之各總額執行結果與成效資料，在年度總額協商時考量處理」，請健保署於7月份委員會議，針對本議題提供具體作法討論，以利今年協商時，能真正進入協商階段。</p>	<p>配合辦理，本署將於111年8月召開各部門總額協商會前會時，請醫療服務提供者提出112年總額建議案時一併提出討論。</p>

健保會委員本於監理職權對「罕見疾病藥費專款」及「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」之執行提供意見

健保會111.7.5

健保法賦予本會之職責，除年度醫療費用總額協商、保險費率審議等重要健保事務外，更負有保險業務監理之職責。因此，代表本會參加健保署醫院總額研商議事會議之委員，對於健保署今年5月25日召開「醫院總額111年第2次研商議事會議」之二項決議內容，似與本會111年度總額協商及衛福部總額公告的協定事項與預算用途有不符之虞，爰於本月委員會議(111.6.24)提案討論。

第一項該研商議事會議通過111年「罕見疾病藥費專款結算邏輯」之修正。依目前定義「罕見疾病藥費」專款係支付「領有註記為罕病之重大傷病卡」患者，以罕病就醫之藥費。修改結算邏輯為「國健署重大傷病罕病通報紀錄檔」審核通過之名單後，將新增「未領有註記為罕病重大傷病卡」之罕病患者所有用藥，且罕病患者之「非罕病治療用藥」，例如感冒、外傷、慢性病等，亦將由一般服務費用轉由罕病藥費專款支應。

對此，付費者與醫界委員都認同當初設立「罕見疾病藥費專款」的目的，因為罕病用藥昂貴，設立專款專用，可避免罕病用藥由一般服務支應受到排擠，保障罕病患者用藥權益。但對於結算邏輯的執行面問題，則有不同意見，付費者委員認為應回歸本項專款設立的意旨，「非罕病治療用藥」屬於一般服務範圍，若轉由本項專款支應，則違反當初設立專款的意旨，也與111年總額協定事項不符，且可能排擠罕病患者使用罕藥之權益，建議111年暫緩修改。若健保署評估仍有改變結算邏輯之需，可於協商112年度總額時提出，並參考過去編列預算的做法，將預算額度連同服務項目一起移撥，以免重複編列預算。醫界委員則主張罕病患者使用罕病藥物即應以專款支應，不應以有沒有領到註記為罕病重大傷病卡作為判定的標準。總額確實應依照協定事項執行，但也須瞭解最初編列預算之邏輯，是否以「國健署重大傷病罕病通報紀錄檔」資料的人數預估，後來則以領有罕病重大傷病卡的人數執行。若是如此，則應於編列總額預算時回補給一般服務，而非從一般服務扣除預算。

第二項為「鼓勵 RCC(亞急性呼吸照護病房)、RCW(慢性呼吸照護病房)病人脫離呼吸器、簽署 DNR(拒絕心肺復甦術)及安寧療護計畫」專款預算將用於獎勵實施前後簽署 DNR 者，自簽署日起給予病房費獎勵每人日100點。對此，付費者

委員認為，依據衛福部總額協定事項公告，本項專款目的是用以推動鼓勵 RCC、RCW 病人「脫離呼吸器」、「簽署 DNR」及「安寧療護」等3項服務，目前執行方式只增加病房費，但未見具體計畫內容，形同住院越多、獎勵越多，與計畫目的扞格，無助於病人照護品質，建議健保署應依衛福部公告，提出具體服務及改善措施。醫界委員則表示，多數 RCW 醫院因為安寧病房的設置標準高，並未設置安寧病房，若其能提供病人類似安寧病房的相關照護，也應該可以給予一定的獎勵，惟尊重付費者委員之意見，後續將與健保署再行討論調整。

健保署對於委員所提意見，表示會再釐清罕病患者未申請罕病重大傷病卡的原因，並努力讓病患申請重大傷病卡，如此其罕病治療用藥就會由專款支應，不需修正結算邏輯。而罕病患者之非罕病治療用藥，是否納入罕病專款支應仍有討論空間，健保署會再研究，於112年度總額協商時再提出討論。至於「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」，已提至今年6月9日醫療服務共同擬訂會議報告，經討論結果考量其執行方式未符111年該項專款協定事項，與會代表多數建議應朝鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、DNR 及安寧療護方向修訂，已決定本案暫予保留。健保署擬請台灣醫院協會參考本會委員及共同擬訂會議與會代表之意見修正，依程序列入相關會議討論。

經過會議充分溝通，本案最後決議請健保署確實依111年度總額公告之協定事項與預算用途辦理，處理結果於今年9月協商112年度總額前向本會提報。健保會委員本於職責，對保險業務相關監理事項無不盡心盡力，不僅在總額協商時，努力確保健保資源有效配置，並在總額執行過程中，也時時關切健保資源運用情形，就需要改善的部分提供意見，為民眾就醫權益把關。期望能共同思考解決問題，讓有限的健保資源，確實用於提升民眾健康，以利健保永續經營。

健保會委員關切「家庭醫師整合性照護計畫」執行成效及未來規劃

健保會 111.7.7

為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，在健保法第 44 條訂有家庭責任醫師之制度。健保署也因此自 92 年起於一般服務項目編列經費，開始試辦「家庭醫師整合性照護計畫」(下稱家醫計畫)，並於 94 年起移至專款項目繼續執行，至今已邁入 20 年。為檢視家醫計畫執行情形是否達到當初編列專款之目的，本會 111 年度工作計畫中，特別要求健保署於第 6 次委員會議(111.6.24)提出「家庭醫師整合性照護計畫執行成效評估(含導入一般服務之時程規劃)」專案報告。

依健保署報告，家醫計畫執行重點主要是鼓勵同一地區基層診所與合作醫院共同組成「社區醫療群」，提供會員健康資料建檔、24 小時諮詢專線、病人轉診服務、加強診所與醫院合作及辦理社區衛教宣導等特色服務。在 110 年計有 623 個醫療群參與計畫，其中診所數為 5,587 家(占西醫基層診所 53.1%)、醫師數為 7,367 人(占西醫基層醫師 45.97%)、收案會員數為 600.8 萬人(占總保險對象人數 24.8%)；此外，在 COVID-19 疫情期間，有 99.5%的醫療群、83.5%的參與診所提供視訊診療服務，並協助未施打疫苗之會員施打疫苗。至於家醫計畫導入一般服務，並擴大服務至所有民眾之規劃，健保署表示，因部分民眾為醫院忠誠病人，難以納入家醫計畫，若要導入一般服務，應鼓勵更多西醫基層醫師參與計畫，方可增加服務對象。

在討論過程中，委員多有期許，除對社區醫療群積極提供民眾視訊診療服務及疫苗施打給予肯定外，亦支持壯大基層的政策方向，惟家醫計畫已經執行 20 年，尤其值此疫情時期，更凸顯基層醫療的重要性，正是計畫精進、轉型的好時機，所以提出許多建議，請健保署納入未來計畫推動參考。有關家醫計畫的執行成效指標，委員認為大多為過程面指標，無法彰顯其具體效益，建議應提出結果面指標，並以全國平均值為指標目標值，進一步評估參與計畫之會員與沒有參與計畫者之差異，同時也希望精進服務型態，整合相關計畫及服務(如：醫療給付改善方案、代謝症候群防治計畫)，提供民眾完整的全人醫療照護。此外，付費者委員表示 20 年來總額已投入近 300 億元經費，應該要提出計畫執行效益，並思考效益要如何回饋給醫事服務提供者及被保險人。至於健保署推動家醫計畫面臨的問題(如：組織及品質指標未能呈現成效、會員涵蓋率及基層醫師參與率有待提升等)，委員建議應提出具體解決方案及更積極的作為，計畫已經試辦 20 年，宜設法讓家庭責任醫師照護走向正式制度，並探討結構性、體制性的根本原因，通盤檢討及評估家醫計畫執行成效，提出轉型的具體規劃與策進作為及推動期程。

經過委員熱烈討論，最後決議請健保署持續滾動檢討家醫計畫以提升執行成效；此外，為了健保制度之長遠發展，也請健保署儘速再向本會提出該計畫執

行 20 年之完整檢討策進專案報告，包含計畫成效檢討、策進之具體作法及未來規劃等，期能提供民眾周全性、協調性且連續性的社區醫療服務，落實健保法第 44 條規定，建立完整之家庭責任醫師制度，提供民眾全人照護。

副本

檔號：
保存年限：

衛生福利部 公告

11558



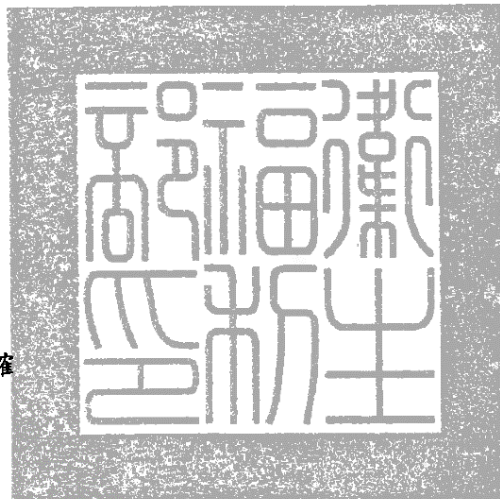
臺北市南港區忠孝東路6段488號4樓

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年6月9日

發文字號：衛部保字第1110122236號

附件：全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案附表



主旨：公告修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」附表。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部社會保險司(均含附件)

部長陳時中

分層負責代碼	一層	二層	三層	四層
		✓		

部內代字

健保會 111012

111. 6. 10

副本

衛生福利部 公告

11558



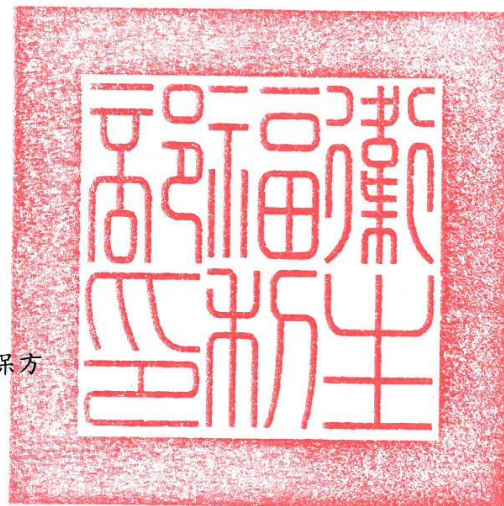
臺北市南港區忠孝東路6段488號4樓

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年6月17日

發文字號：衛部保字第1110123407號

附件：全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案表一及表三



主旨：公告修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」

表一及表三。

副本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部社會保險司(均含附件)

部長陳時中

裝

訂

線

副本

檔號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：江小姐
聯絡電話：(02)8590-6766
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgduedue@mohw.gov.tw

11558



臺北市南港區忠孝東路6段488號4樓

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年6月21日

發文字號：衛部保字第1111260212C號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表之pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第七十九條附件二、第八十條附件三、第八十一條附件四、第八十二條附件五、第八十三條附件六、第八十四條附件七，業經本部於中華民國111年6月21日以衛部保字第1111260212號令修正發布，自111年1月1日生效，茲檢送發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表各1份，請查照。

正本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國西藥代理商業同業公會、臺灣製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會、中華民國開發性製藥研究協會、台北市西藥代理商業同業公會、台灣藥品行銷暨管理協會、中華民國西藥商業同業公會全國聯合會、社團法人中華民國學名藥協會、台灣研發型生技新藥發展協會、中華民國醫療器材商業同業公會全國聯合會、中華民國儀器商業同業公會全國聯合會、台北市美國商會醫療器材組、台北市歐洲商務協會、台灣醫療暨生技器材工業同業公會、台北市儀器商業同業公會、台北市進出口商業同業公會、台灣先進醫療科技發展協會

副本：衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部國民健康

分層負責代辦一層	二層	三層	四層
02-18	✓		

健保會 111 016

111. 6. 23

署、衛生福利部疾病管制署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部醫事司(均含附件)

部長陳時中



副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  15

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年6月20日

發文字號：健保醫字第1110108093號

附件：如主旨(請於本署全球資訊網\公告下載)



裝

主旨：公告「全民健康保險代謝症候群防治計畫」(附件)，詳如公告事項。

依據：衛生福利部111年6月6日衛部保字第1111260203號函辦理。

訂

公告事項：

- 一、有意願參與本計畫之西醫診所，於本公告次日起，得向保險人提出申請。
- 二、自111年7月1日起至111年10月31日止，得就20歲至64歲之保險對象，其腰圍、飯前血糖、血壓、三酸甘油脂值、高密度脂蛋白膽固醇值，任三項符合代謝症候群指標者進行收案。

線

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫療協會、台灣家庭醫學醫學會、台灣內科醫學會、中華民國內分泌學會、衛生福利部國民健康署、本署各分區業務組、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部社會保險司、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署企劃組

署長李伯璋

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



5

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年6月23日

發文字號：健保醫字第1110109120號

附件：請自本署全球資訊網公告欄擷取



主旨：公告「111年牙醫門診加強感染管制實施方案」一案，自111年1月1日起生效。

依據：依衛生福利部111年6月16日衛部保字第1110123532號函辦理。

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、衛生福利部社會保險司、衛生福利部口腔健康司、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署資訊組、本署違規查處室

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300161

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  30

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年6月23日

發文字號：健保醫字第1110661489號

附件：主旨



主旨：公告修正「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」，如附件，自111年7月1日起實施。

依據：「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」第六點規定。

公告事項：

- 一、旨揭方案修正預算來源之年度與預算金額，置於本署全球資訊網/公告，請自行擷取。
- 二、特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像、檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要之格式說明置於本署全球資訊網/健保服務/健保與就醫紀錄查詢項下，請自行擷取。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、台灣助產學會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300162

公立醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國私立地區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、國軍退除役官兵輔導委員會、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、社團法人台灣醫事檢驗學會、台灣臨床病理檢驗醫學會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署署長室、本署蔡副署長室、本署主任秘書室、本署財務組、本署主計室、本署企劃組(請刊登本署電子報)、本署資訊組(請刊登全球資訊網)、本署醫審及藥材組、本署承保組、本署醫務管理組

署長李伯璋



副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年6月27日

發文字號：健保醫字第1110109646號

附件：請逕自本署全球資訊網擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」(附件)。

依據：衛生福利部111年6月23日衛部保字第1110123991號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、本署財務組、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署各分區業務組

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300164

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  47

臺北市南港區忠孝東路6段488號
受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年6月28日
發文字號：健保醫字第1110661674號
附件：如主旨(請至本署全球資訊網站公告欄擷取)



裝

主旨：公告修正「111年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」(附件)，自即日起生效。

訂

依據：「111年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」第十三點規定及111年5月24日「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額111年度第2次研商議事會議」會議決議。

線

公告事項：旨揭方案之執業計畫診所及巡迴計畫醫療團皆得提供「全民健康保險牙醫門診總額 12歲至 18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」服務及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部第三章第四節第四項「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目 (P7301C)服務。



衛生福利部全民健康保險會收發



1113300165

111. 6. 29

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國診所協會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國私立地區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國開業醫師協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、勞動部勞工保險局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

署長李伯璋



副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  2
臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年7月18日
發文字號：健保醫字第1110110781號
附件：請自行至本署全球資訊網擷取

主旨：公告新增「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」，並自公告日起生效。

依據：衛生福利部111年7月7日衛部保字第1110126435號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、本署各分區業務組、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300175

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：賴昱廷
聯絡電話：02-27065866 分機：2605
傳真：02-27069043
電子郵件：A111145@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年6月16日
發文字號：健保醫字第1110661500號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二 (A21030000I_1110661500_doc2_Attach1.pdf)

主旨：有關「110年全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」(以下簡稱門診透析獎勵金)核發作業案，詳如說明，請查照。

說明：

一、依據「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」辦理。

二、旨揭計畫核發結果摘要如下：

(一)110年度預算為45,000,000元，其中血液透析預算42,026,686元，腹膜透析預算2,973,314元(附件-表1)。

(二)核發結果：

1、血液透析：110年計553家(75.86%)列入核發，核發金額達42,026,692元；176家(24.14%)列入不予核發(附件-表2)。

2、腹膜透析：110年計91家(77.78%)列入核發，核發金額達2,973,315元；26家(22.22%)列入不予核發(附件-表



3)。

3、每家核發院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發共計45,000,007元，與預算相差7元。

(三)本署預訂111年6月22日前完成門診透析獎勵金核發作業，並將核發與不核發之結算報表置於VPN供相關院所下載。

三、原定不核發院所，嗣後經申復、爭議等行政救濟事宜，業經審核同意列入核發者，依計畫規定，核發金額將自111年其他預算之慢性腎臟病照護及病人衛教計畫項下全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫預算中支應。

正本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署主計室、本署資訊組(均含附件)

電 2022/06/16
交 18:54:40 文 章

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140
號
聯絡人：陳俐欣
聯絡電話：02-27065866 分機：2659
傳真：02-27026324
電子郵件：A111183@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年6月17日
發文字號：健保醫字第1110661511號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二 (A210300001_1110661511_doc2_Attach1.pdf)

主旨：有關110年度「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款（以下簡稱品保款）」核發作業案，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依據110年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案辦理。
- 二、檢送110年度品保款核發結果（附件），摘要如下：
 - （一）110年預算計有2億2,101萬1,861元，扣減109年品保款申復金額9萬7,629元，實際預算為2億2,091萬4,232元（同附件表1）。
 - （二）110年西醫基層總額特約院所家數共計10,800家（同附件表2）：
 - 1、領取品保款院所家數計有7,952家（占率73.6%），未領取品保款院所計有2,848家（占率26.37%），其中



111.06.17



1113340126

1,201家(占率11.1%)院所不符合本方案第肆點核發資格之規定,1,647家(占率15.3%)院所權重和為零或小於80%。

2、每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式,因此預算數與實際核發數有差距,實際核發2億2,091萬3,254元,與預算數相較差異978元。

三、本案預訂於111年6月22日前完成110年度西醫基層總額品質保證保留款核發作業。

四、院所若提出申復等行政救濟事宜,業經審核同意列入核發者,依方案規定,核發之金額將自次年度西醫基層總額品質保證保留款項下優先支應,若次年度無同項預算,則自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。

正本:中華民國醫師公會全國聯合會

副本:衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署資訊組、本署主計室(均含附件)



檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：阮柏叡
聯絡電話：02-27065866 分機：2670
傳真：02-27069043
電子郵件：A111267@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年6月28日
發文字號：健保醫字第1110661694號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二 (A21030000I_1110661694_doc2_Attach1.pdf)

主旨：有關110年度「牙醫門診總額品質保證保留款」核發作業案，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依據本署110年「全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」辦理。
- 二、檢送110年度牙醫門診總額品質保證保留款核發結果(附件)，摘要如下：
 - (一)110年預算計有204,282,605元，扣除109年申復核發金額57,275元後，可支用預算204,225,330元。
 - (二)特約牙醫院所家數共計7,140家：
 - 1、6,249家院所符合獎勵條件且核發品保款(87.5%)，891家(12.5%)牙醫院所未領取品保款(875家不符核發資格，16家指標達成率為0%)。
 - 2、每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發204,225,359元，與預算數相較差異29元。

電子
文
騎



111.06.28



1113340137

(三)本案預訂於111年7月7日前完成110年度牙醫門診總額品質保證保留款發放作業。

(四)又倘有未列入本方案核發名單之特約醫療院所提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度牙醫門診總額品質保證保留款項下優先支應。

正本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署資訊組、本署財務組、本署主計室(均含附件)



裝

訂

線



檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：張毓芬
聯絡電話：02-27065866 分機：2629
傳真：02-27069043
電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年7月14日

發文字號：健保醫字第1110661932號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明二 (A21030000I_1110661932_doc1_Attach1.pdf)

主旨：檢送110年「醫院總額品質保證保留款」核發結果，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依據本署110年1月12日健保醫字第1100000243號公告之「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」辦理。
- 二、110年度醫院總額品質保證保留款（下稱品保款）核發結果（附件），摘要如下：
 - （一）110年品保款預算共12億6,910萬2,957元。
 - （二）各層級品保款預算以110年醫院各層級核定醫療點數占率分配，各層級醫院核定醫療點數與占率如下(表1)：
 - 1、醫學中心：211,853百萬點（占42.2%）。
 - 2、區域醫院：191,609百萬點（占38.2%）。
 - 3、地區醫院：98,062百萬點（占19.6%）。
 - （三）各層級品保款分配預算（表1）：
 - 1、醫學中心：總預算為535.5百萬元，其中基本獎勵為

111.07.14



1113340149

53.6百萬元（占10%），指標獎勵為482.0百萬元（占90%）。

2、區域醫院：總預算為484.3百萬元，其中基本獎勵為72.7百萬元（占15%），指標獎勵為411.7百萬元（占85%）。

3、地區醫院：總預算為249.2百萬元，其中基本獎勵為149.5百萬元（占60%），指標獎勵為99.7百萬元（占40%）。

（四）各層級核發情形（表2）：

1、符合基本獎勵核發家數：醫學中心19家（核發率100%）；區域醫院81家（核發率100%）；地區醫院符合學會指標計畫270家（核發率73%）。

2、符合指標獎勵核發家數：醫學中心19家（核發率100%）；區域醫院81家（核發率100%）；地區醫院369家（核發率99.7%）。

（五）每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發12億6,910萬2,966元，與預算數相差9元。

三、本案預訂於111年7月31日前完成110年醫院總額品質保證保留款核發作業。

四、辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額品質保留款項下優先支應。

正本：台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署資訊組、本署財務組、本署主計室(均含附件)

2022/07/14
15:00:19
電子公文

裝

訂



線



檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：邵子川
聯絡電話：02-27065866 分機：3603
傳真：02-27069043
電子郵件：A110881@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年7月15日
發文字號：健保醫字第1110661966號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：1110661966A_(附件表1)_110年中醫核發與不核發名單統計
(A210300001_1110661966_doc2_Attach1.pdf)

主旨：有關110年度「中醫門診總額品質保證保留款」核發作業
案，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依據本署110年1月19日健保醫字第1100000291號公告「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案」辦理。
- 二、檢送110年度中醫門診總額品質保證保留款(以稱品保款)核發結果(附件)，摘要如下：
 - (一)110年原預算計有48,005,586元，扣除109年申復金額632,727元，可支用預算為47,372,859元(附件表1)。
 - (二)特約中醫院所家數共計4,075家(附件表2)：
 - 1、3,042家院所符合獎勵條件且核發品保款(74.7%)，1,033家(25.3%)中醫院所未領取品保款(853家不符核發資格，180家核算基礎為0)。
 - 2、每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預

1.07.18



1113340150

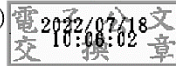
算數與實際核發數有差距，實際核發47,372,836元，與預算數相較差異23元。

(三)本案預訂於111年7月29日前完成品保款發放作業。

(四)辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫療院所提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度中醫門診總額品質保留款項下優先支應。

正本：中華民國中醫師公會全國聯合會

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、本署資訊組、本署主計室、本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組(均含附件)



副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  3

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年6月16日

發文字號：健保審字第1110108358號

附件：6項刪除指標檔案分析審查不予支付指標及處理方式(請自本署全球資訊網擷取)



主旨：公告刪除「全民健康保險醫院總額部門檔案分析審查不予支付指標及處理方式」指標006、023、024、025、035、036等6項指標（附件），自111年8月1日（費用年月）起生效。

依據：全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第31條暨衛生福利部111年6月8日衛部保字第1110121196號函。

公告事項：

- 一、刪除「全民健康保險醫院總額部門檔案分析審查不予支付指標及處理方式」指標006-初次使用ticlopidine或clopidogrel前未使用aspirin比率、023-醫院門診新陳代謝及心血管兩系統疾病之慢性病案件開藥天數小於等於21日之案件占率過高、024-醫院門診BERBERINE處方率居於同儕極端值、025-醫院門診PSYLLIUM HUSK處方率居於同儕極端值、035-糖尿

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300158

111. 6. 17

病用藥新一代Sulfonylureas類型與Meglitinides類型藥品合併使用比率偏高及036-醫院門診同院同一病人每季申報Zolpidem開藥量(DDD)超量等6項指標如附件。

二、附件電子檔已置於本署全球資訊網(<http://www.nhi.gov.tw>)，路徑為：首頁>健保法令>最新全民健保法規公告，請自行下載。

副本：台灣醫院協會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、本署企劃組、本署醫務管理組、本署各分區業務組(請轉知轄區特約醫事服務機構)



署長李伯璋

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  3

臺北市南港區忠孝東路6段488號
受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年7月7日
發文字號：健保醫字第1110661779號
附件：請自行至本署全球資訊網下載



主旨：公告111年7月起新增「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等6項中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單（附件），執行日自111年7月1日起。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、衛生福利部中醫藥司、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300169

111. 7. 8

6項中醫醫療照護計畫自111年7月1日起新增之承作院所及醫師名單

分區別		項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
西醫住院病患中 醫特定疾病輔助 醫療計畫(腦血 管疾病、顱腦損 傷及脊髓損傷)	院所數	2	0	2	1	1	1	7	
	醫師數	5	0	2	1	1	1	10	
中醫提升孕產照 護品質計畫	院所數	1	8	1	0	1	0	11	
	醫師數	1	13	1	0	1	0	16	
中醫門診總額兒 童過敏性鼻炎照 護試辦計畫	院所數	0	9	6	0	4	0	19	
	醫師數	0	15	8	0	4	0	27	
全民健康保險中 醫急症處置計畫	院所數	0	0	1	0	0	0	1	
	醫師數	0	0	1	0	0	0	1	
中醫癌症患者加 強照護整合方案	癌症患者西 醫住院中醫計 劃輔助醫療	院所數	1	0	3	1	1	0	6
		醫師數	1	0	3	1	1	0	6
	癌症患者中 醫門診延長 照護計畫	院所數	1	0	2	0	0	0	3
		醫師數	1	0	2	0	0	0	3
	特定癌症患 者中醫門診 加強照護計 劃	院所數	2	4	9	1	3	0	19
		醫師數	2	7	9	1	3	0	22
全民健康保險中 醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫	院所數	1	3	5	0	1	0	10	
	醫師數	1	6	6	0	1	0	14	

衛生福利部全民健康保險會

第 5 屆 111 年第 7 次委員會議新增及補充資料目錄

會議時間：111 年 7 月 29 日

一、議程四、本會重要業務報告

(一)補充：五、110 年總額執行成果評核結果 ----- 1

(二)新增：健保署公告全民健康保險法第 29 條規定之眷屬人數 ----- 3

二、報告事項

(一)補充：第四案「『全民健康保險急診品質提升方案』之執行情形(含急診壅塞監測指標)」之健保署說明及本會補充說明 ----- 29

(二)新增：第五案「109 年健保收入超過 2 億元之 227 家醫療院所財務報告之公開情形」之本會補充說明第五點----- 37

(三)新增：臨時報告案「111 年度醫院總額『持續推動分級醫療，壯大社區醫院』之『執行目標』及『預期效益之評估指標』確認案」 ----- 39

(會議資料第 22 頁)

四、本會重要業務報告：補充五、110 年總額執行成果評核結果及新增健保署公告全民健康保險法第 29 條規定之眷屬人數

五、有關各總額部門 110 年度執行成果評核作業之辦理情形，本會依本年第 3 次及第 5 次委員會議(111.3.25、111.5.27)通過之評核作業方式，經由委員票選產生之評核委員進行書面評核，並於 7 月 20 日下午召開內部會議討論，獲致最後之評核結果，當天即併同各總額部門執行成果簡報，置於本會網頁對外公布，同時以電子郵件寄送本會委員參閱。

(一)評核委員係由本會委員於 4 月份票選結果產生，依序邀請得票最高的前 7 名專家學者擔任，分別為盧評核委員瑞芬、李評核委員玉春、陳評核委員秀熙、滕評核委員西華、王評核委員惠玄、戴評核委員桂英及楊評核委員銘欽。內部會議主席則由評核委員互推產生，由李評核委員玉春擔任，所有與會人員皆簽署保密切結文件，不對外公開討論過程及個別委員發言。

(二)經評核委員討論決議評核結果，如下表：

總額	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
等級	優	良	優	良

註：評核分數之等級區分，90 分以上為「特優」；85 分至未達 90 分為「優」；80 分至未達 85 分為「良」；75 分至未達 80 分為「可」。

(三)依上開評核結果及本會本年第 6 次委員會議(111.6.24)決議之 110 年度執行成果評核獎勵方式，估算四總額部門 112 年度品質保證保留款專款獎勵額度，合計約為 12.21 億元，各部門額度如下：

總額	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
110 年度一般服務預算(億元)	4,676.6	1,243.4	469.4	275.9
獎勵成長率	0.2%(優)	0.1%(良)	0.2%(優)	0.1%(良)
112 年度品保款專款額度(億元)	9.75	1.24	0.94	0.28

註：112 年度各總額「品質保證保留款」專款額度之計算方式：以評核年度(110 年度)一般服務預算×評核等級獎勵成長率(「良」級 0.1%、「優」級 0.2%、「特優」級 0.3%)。

(四)為提昇及精進健保署及各總額部門未來之執行成效，彙整評核委員書面評核之重點建議如下：

- 1.對健保署及四總額部門之整體性重點建議，詳附件一(第4~7頁)。
- 2.對四總額部門之重點建議，詳附件二~附件五(第8~19頁)。
- 3.對四總額部門及其他預算專款項目之建議，詳附件六(第20~27頁)。綜整各總額部門之專款項目續辦與否、經費增減等建議如下：

總額	項目	續辦與否				經費建議				備註
		擴大	維持	縮小	停辦	增加	不變	減少	刪除	
醫院	8		8				8			
西醫基層	8		8				7	1		建議經費減少： 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
跨部門	19		19				15	4		建議經費減少： 1.C型肝炎藥費：醫院總額及其他預算 2.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：西醫基層總額 3.後天免疫缺乏病毒治療藥費：西醫基層總額
牙醫門診	6		6				4	2		建議經費減少： 1.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫 2.0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫
中醫門診	8		8				6	2		建議經費減少： 1.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 2.中醫急症處置計畫
其他預算	10		10				9	1		建議經費減少： 提升保險服務成效
合計	59		59				49	10		

(五)本會後續將整理評核委員書面及口頭審查意見，於8月1日前將評論意見送健保署及各總額部門回應，並請於8月10日前提供回應或補充說明，將併入評核紀錄，提供委員作為總額協商之參據。

八、衛福部及健保署於本年 6 月至 7 月份發布及副知本會之相關資訊如下：[內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件業於本年 7 月 15、21 日寄至各委員電子信箱]

(二)健保署

5.本年 7 月 27 日依據健保法施行細則第 68 條第 3 款公告健保法第 29 條規定之眷屬人數，全民健康保險第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數為 0.57 人，並自 112 年 1 月 1 日起實施，如附錄(第 28 頁)。(註：修正前為 0.58 人，預估健保收入每年減少約 19 億元)

對健保署及總額部門之整體性重點建議

- 一、健保署在 COVID-19 疫情嚴峻情況下，仍積極推動業務，尤其在推動健康存摺、智慧醫療系統、虛擬健保卡等業務，各總額部門一方面配合政府防疫措施及政策，也同時保障民眾的醫療可近性，努力值得肯定。
- 二、應將過去投入健保預算之節流效益，適度納入總額協商考量：
健保已投入許多預算，辦理各項提高保險效率及節流效益之計畫或措施，如：C 型肝炎藥費、健保雲端查詢系統等，建議於總額協商前檢討實施成效，將節流效益適度納入總額協商考量。如協商減項或做為提升品質、新增給付或新醫療科技的財源。
- 三、提出「健保中長程改革計畫」，應一併提出開源節流之目標值：
計畫中有很多亮點，受限於預算，計畫常被縮小規模。建議健保署或衛福部在提出中長程改革計畫要求增加預算同時，也預擬每年開源節流之目標值(舉例：預計藉由科技再評估 HTR、包裹支付制度改革或逾專利期新藥藥價調降，節省多少預算)，以開源及節流創造空間，加速可能有成本效益之新計畫推動。另建議將支付模式改革，納入健保中長程計畫優先執行目標。
- 四、「分級醫療」之政策效果待檢討及加強：
 - (一)各層級醫療機構皆努力配合健保署推動分級醫療，與其他院所建立合作管道，值得敬佩；但實質轉診率仍偏低，有待提升。西醫基層就醫人數及次數占率皆持續下降，有檢討必要。但其在接受轉診率與接受慢性病人轉診率皆較 107 年提升，值得肯定；惟接受率仍僅 1/3 左右，慢性病人持續就醫率下降，且醫院下轉病人至基層後，基層回復率僅 8.28%，皆不利分級醫療之推動。
 - (二)應強化「門診減量政策」之配套，完善民眾轉診照護模式。因 COVID-19 疫情將此政策暫停，然為均衡醫療資源分配，且持續引導民眾自發性分級醫療，仍應強化區域級以上醫院轉診措施中，民眾有感的門住診綠色通道、檢驗檢查整合、藥物處方釋出

等項目，以達到自然減量之效果。

五、健保署應全面檢討支付標準，積極改革支付制度：

- (一)健保即將邁入 30 年，醫療與資通科技、人口結構與疾病樣態、醫事人員組成、勞動環境與法規均有極大轉變。支付標準沿襲論量計酬思維調整，只能因應短期需求，若未全面進行衡平性檢視，恐會更扭曲醫療生態與環境。建議健保署廣納各方意見，全面檢討支付標準，確保健保制度與健康照護體系穩健發展。
- (二)肯定健保署及醫院部門近年積極進行 ICD-10-CM/PCS 之校正，並預計於 112 年 7 月上線，建議仍應積極將已更新校正分類編碼的疾病，於 112 年導入 DRGs。
- (三)歷年醫療分項費用趨勢顯示，診療費及診察費之占率下降，而藥費及檢查(驗)費之占率則呈持續上升，結構性問題未見改善，建議健保署在整體資源配置上，宜設立短、中、長期之管理規劃。

六、醫療服務模式應符合高齡化、少子化需求，善用數位健康科技：

- (一)針對中年及老年高醫療需求族群，慢性病及癌症防治需求高漲，醫療服務提供模式應加強門診慢性疾病整合及住院整合照護服務。另建議透過數位醫療與視訊診療，結合健康存摺、健保雲端資訊，擴大醫療服務量能，並應用數位健康科技因應新興傳染病，進行社區流行監測，以達到兼顧防疫與民眾醫療照護之目的。
- (二)建議持續發展「視訊診療」、周全相關規劃。健保署因應疫情開放視訊診療，造福很多疑似確診、行動不便之慢性病人。建議疫情趨緩後，針對前開病人或長照病患，仍能有條件給付。視訊診療極可能發展為常態性醫療模式之一，建議健保署及早研議相關支付、管理與特約方式，並周全法規以杜絕弊端，保障病人隱私與確保醫療專業品質。

七、建議推動「以人為中心的整合照護」之相關策略：

各項照護計畫都需病人配合才能有效改善照護結果，建議健保署與健康署合作試辦以下措施：

- (一)研擬與整合有效的衛教策略與 APP，借助健康存摺，強化病人健康識能。

(二)提供財務或非財務誘因，鼓勵病人確實改變吸菸、飲酒等不健康的生活型態，降低疾病風險因子。

(三)持續評估並精進整合相關計畫與預算(如家醫計畫與其他論質支付計畫之結合)，輔以雲端醫療資訊整合，強化群體健康管理，落實以人為中心的整合照護，提升計畫效果與群體健康。

八、宜改善醫療資源分布不均問題：

各部門總額醫師人力比的城鄉差距持續惡化，建議健保署宜及早研議以支付誘因、擇優特約管理等，與各總額部門合作，鼓勵醫師往鄉村流動。

九、總額內不宜持續增加「保障點值項目」：

總額預算下，保障點值項目或固定點值項目若持續增加，與總額精神悖離，建議不宜再增加保障點值項目，並對各保障項目，包括門診手術、血品費、急診醫療服務點數、急診診察費等利用率進行評估。

十、建議 HTR(Health Technology Reassessment，醫療科技再評估)加快評估療效與經濟效益：

對於給付超過 10 年的藥品或有新藥取代之舊藥，應加快評估療效與經濟效益，並設有療效不佳者之退場機制或藥價調整反應。另建議藥價調整與折讓(如 PVA)回歸 107 年前之作法，節流金額應回到安全準備或成立專戶，作為支應新藥新科技預算之財源。

十一、評估 COVID-19 疫情對民眾就醫及健康之影響：

(一)受 COVID-19 疫情影響，供給端配合防疫降載，需求端則有減少或延遲就醫之情形，建議健保署分析疫情下民眾就醫行為樣態變化，及後續醫療利用及健康狀態的影響，並建立反映民眾健康照護之指標(如：可避免住院率)，以作為後續規劃與因應之基礎。

(二)目前報告係呈現醫療利用之改變，建議深入探討疫情對可近性的影響(如院所提供服務量能減少、民眾約診困難度增加、與醫護人員溝通的百分比呈降低)或民眾就醫意願改變的影響因素，以呈現對民眾就醫權益與健康的影響。

十二、健保署發揮保險人之管理專業，提升保險服務成效：

- (一)健保署除滿足民眾健康照護需求外，也具有引導醫療體系發展的功能。建議發揮管理專業，善用優秀管理人才、檔案數據分析及掌握產業動態等優勢，協助及管理各總額部門提高執行效率。另請總額部門加強培養健康照護管理與分析人員，融合實務經驗並善用數據分析，提出可行照護方案、提升照護成效。
- (二)建議健保署仍應不定期啟動專案調查，民眾申訴案件中，許多為疑有虛報醫療費用，為防不實申報，建議健保署除呼籲總額部門團體自主管理、同儕制約外，須不定期擇重點啟動專案調查。另建議總額承辦團體，除專業審查外，應加強醫療服務適當性的自主管理措施。

對醫院總額之重點建議

一、醫院協會接受健保署總額委託，成立審查執行會暨各分區分會，較醫院總額實施初期更能調和、統整各層級醫院意見。近年更藉由風險調整移撥款，發展小型試辦計畫提升效率或品質，對提升專業自主有其貢獻。此外，醫院在 COVID-19 疫情嚴重時期，配合中央疫情指揮中心政策，成立專責病房照護確診個案，非常辛苦因應，令人十分感佩。

二、分級醫療的政策推動與策略：

(一)雖因 COVID-19 疫情影響，暫停門診減量政策，然若為均衡醫療資源分配，仍應強化區域級以上醫院之轉診服務，發展民眾有感的門住診綠色通道、檢驗檢查整合及藥物處方釋出等項目，引導民眾自發性分級醫療，以達到自然減量之效果。

(二)區域級以上醫院門診初級照護占率較 106 年降幅有限。應考量疫情趨緩後，是否續辦門診減量措施，或採行其他更好的策略。另宜關注醫院要求初級照護病人以自費就診之現象，若只是上有政策，下有對策，則門診減量措施對分級醫療之影響十分有限。

(三)受疫情影響，分級醫療之轉診率在數量及結構均有明顯變化。建議善用個案管理追蹤、轉診與回復系統、健保雲端醫療資訊查詢系統或健保署檔案分析，了解民眾延遲就醫、就醫流向與軌跡，作為後續發展轉診合作模式之參考依據。

(四)醫院部門認為不適宜以疾病嚴重度(CMI)評估分級醫療成效，原因之一為 CMI 僅限於住診。其實有多種風險校正(risk adjustment)的方法可供參考，如美國 CMS 自 2004 年採行的 Hierarchical Condition Category(HCC)係以 ICD-10-CM 編碼分類，其涵蓋門住診，並考量年齡、性別等進行風險校正。

三、建議於 112 年積極推動 DRGs：

(一)肯定健保署及醫院部門近年積極進行 ICD-10-CM/PCS 之校正，並預計於 112 年 7 月上線，建議仍應積極將已更新校正分類編碼

的疾病，於 112 年導入 DRGs。

(二)DRGs 第三階段導入已耗費多年研議，醫院部門擁有各類專業管理人才、跨產業鏈結的知識技巧工具及現場實務操作經驗，應有足夠量能與健保署共同研議兼顧財務平衡與提升民眾健康的支付改革方式，請加速 DRGs 推進進度。

四、醫療服務品質調查結果及檢討改善：

110 年民眾對醫院整體滿意度甚高(93.9%)，值得肯定。但在醫病互動層面，包括：「在重要的治療決策醫師是否尊重您的想法與您討論」、「是否用簡單易懂的方式解說病情與照護方式」及「醫護人員有無進行衛教指導」皆僅約三分之二的民眾滿意，另「醫師看病及治療時間」之滿意度下降較多，表現退步，請檢討原因並提出改善措施。

五、總額之專業自主管理：

除健保改革計畫外，建議醫院協會對健保高服務量造成低價與醫護血汗之問題，也能積極依據專業與實務提出具體建議，尤其是在門診部分，以符合總額專業自主之精神。

六、風險調整移撥款朝各區醫療需要發展：

風險調整移撥款自 108 年設立至今，各分區自行發揮創意，視分區特色及需要調整資源配置，其中更有分區整合各項地方醫療資源，極大化效益，值得肯定。111 年風險調整移撥款已擴增為 6 億元，可思考分配公式，除原先考量的弱勢族群外，如何強化總額地區分配公式中之 R 值精神，朝均衡各區人口的醫療需要發展，及獎勵創新模式，是未來努力的方向。

七、COVID-19 疫情對醫療服務之影響與因應作為：

(一)COVID-19 疫情下，醫療機構配合防疫政策降載，同時民眾亦因為疫情，減少就醫，在供給及需求皆下降的情形下，對醫療機構的衝擊可想而知。醫院是醫療體系的重要防線，肩負救治急重症病患的重責大任，在疫情肆虐的情況下，更顯不易。

(二)台灣醫院人力精簡、緊繃，COVID-19 疫情嚴重時期，很多醫護人員也確診，醫院配合中央疫情指揮中心政策，成立專責病房，

高規格清消、檢測、診斷並照護確診個案，動員所有人力辛苦因應。建議健保會在未來幾年總額協商時能適度寬列預算，讓醫院有適度空間調整人力資源，為未來不可知的挑戰預做準備。

(三)疫情衝擊下 110 年第 2、3 季醫療服務量能降載，病患就醫型態受到影響，對醫療服務產生直接衝擊。建議醫院部門依就醫優先性，評估不同風險疾病病患在降載下的醫療服務需求，規劃服務量能，發展健保雲端醫療資訊系統及視訊診療之配套措施，並評估民眾受到短期與長期之健康衝擊及醫療費用影響。

八、專業醫療服務品質監測與精進：

110 年醫院部門專業醫療服務品質指標監測項目未有太多變動，目前訂定指標大多符合參考值，但監測指標長年未變動容易造成醫院僅注意特定項目。建議醫院部門提出能涵蓋不同疾病或不同科別的監測指標，增加監測項目，或以輪替方式進行指標監測，朝系統性及全面性發展，以精進醫院照護品質。

九、點值保障項目不宜再增加：

總額預算下點值保障或固定點值項目若持續增加，將與總額精神悖離，建議不宜再增加保障點值項目，並對各保障項目包括門診手術、血品費、急診醫療服務點數、急診診察費等利用率進行評估。

十、醫療服務提供模式應更符合目前需求：

醫院部門於醫療提供模式上應更積極符合台灣目前高齡化、少子化現象，於門診強化慢性疾病整合，於住診盡早辦理住院整合照護服務(全責照護)，降低院內感染、減少護理師負荷，並朝向 NP(Nurse Practitioner，專科護理師)發展、提高看護專業品質、降低病患家屬負擔等。

對西醫基層總額之重點建議

一、西醫基層配合防疫政策，動員診所協助疫苗接種、PCR 採檢、支援社區篩檢站人力及提供視訊診療服務等，肯定西醫基層於 COVID-19 疫情期間的付出與辛勞。

二、分級醫療的成效檢討與推動策略：

(一)分級醫療執行結果，西醫基層就醫人數及次數占率皆下降，為一警訊，但接受轉診率與接受慢性病人轉診率皆較 107 年提升，值得肯定。惟接受率僅 1/3，慢性病人就醫率持續下降，且醫院下轉病人至基層後，基層回復率僅 8.28%，皆不利分級醫療之推動，有必要加以檢討。

(二)建議西醫基層部門分析問題，找到分級醫療改善重點，發展相關配套措施(如檢討支付制度、審查機制、分區輔導管理等)，並鼓勵基層接受醫院轉診病人及積極回復醫院，使病人回流基層，以早日落實分級醫療之目標。

(三)轉診為達成分級醫療之重要措施之一，惟 110 度之目標值及執行情形低於 109 年度。考量轉診之推行涉及醫療服務提供、個案行為及醫療資源可近性，宜先分析相關影響因素，再評估目標設定及評估方式是否合適，才能深入探討執行結果不如預期之原因及發展對策。

三、「強化基層照護能力及『開放表別』項目」之成效檢討：

為壯大基層醫療服務量能，西醫基層總額自 106 年起於專款項目編列「強化基層照護能力及『開放表別』項目」，截至 110 年累計開放 67 項，建議訂定相關指標，評估本項是否有助於分級醫療，並將病人留在基層照護。

四、積極參與居家醫療照護整合計畫：

因應人口老化，推動居家醫療為振興基層照護之發展重點，肯定健保署與西醫基層部門積極努力推動，惟參與醫師數不增反減(北區、中區、南區與高屏)，無法完全以疫情因素解釋。請健保署與

西醫基層部門檢討診所承作計畫卻不收案之障礙因素，研擬鼓勵方式及支付誘因之相關對策，以提升承作醫師涵蓋率與服務人數。

五、COVID-19 疫情對醫療服務之影響與因應作為：

(一)西醫基層總額 110 年度就醫件數與就醫率皆降低，對 COVID-19 疫情造成民眾延遲就醫之現象，西醫基層部門應就後續照護及預防保健需求回升所需之醫療服務量能，事先規劃醫療資源佈署及服務提供方式(如視訊醫療)。

(二)健保署 110 年西醫基層醫療服務品質調查之結果顯示，民眾因「COVID-19 疫情影響就醫情形」之比率為 21%，建議西醫基層部門及早規劃未來視訊診療的服務方式及照護量能。

六、地區預算分配公式檢討：

可研議將個人疾病風險因子納入地區預算分配公式，並整合現有之預算分配方式，以更合理配置醫療資源。

七、總額協商項目應建立效益評估指標，並提出實證支持：

肯定醫療給付改善方案將 HbA1c、眼底鏡檢、微量白蛋白及透析發生率作為追蹤評估指標，以評估資源投入效益。建議針對各項健康服務之專案計畫(如 C 型肝炎治療、居家醫療照護、代謝症候群防治計畫及提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬計畫等)，建立效益評估指標，並據以提出實證支持。

八、家庭醫師整合性照護計畫(簡稱家醫計畫)之推動：

(一)本計畫是西醫基層發揮「厝邊好醫師」角色的重要前哨站，更是推動預防保健的重要一環。計畫執行多年，期待未來能持續精進、轉型，包括提升院所參與率、服務範疇連結社區預防保健與長期照護，以及整合相關計畫，提供民眾完整之全人醫療與服務。

(二)綜觀 110 年計畫評核指標，預防保健雖皆有達標，但其中 3 項呈下降趨勢，另多數品質指標未達標，且與目標值差距甚遠，請持續監測，並研擬相關改善措施。

(三)家醫計畫已執行多年，已有足夠的個案資料進行照護成效評估，因應 COVID-19 疫情，建議運用此資料，評估民眾於疫情期間，在常見慢性病、預防保健之照護上是否有受到影響，並評估收案

者與未收案者，在照護模式及結果之差異。

(四)因應新 COVID-19 疫情流感化，西醫基層應結合家醫計畫規劃 Long-COVID 病患(意指感染新冠肺炎後衍生的慢性後遺症)之照護模式，並結合數位科技，提供民眾疫情後之健康照護。

對牙醫門診總額之重點建議

- 一、近 10 年 65 歲以上人口自然牙保存顆數已增加 4 顆，牙醫部門提升國人牙齒保存的努力值得肯定。為早日達成牙齒保存「8020」目標，建議牙醫部門與健保署及衛福部口腔健康司共同合作，依據生命週期推動各年齡層之口腔健康精進方案，並加強篩檢後之醫療服務之轉介，強化高齡或失能者之口腔健康照護。
- 二、持續加強兒童口腔健康：
近 10 年兒童口腔健康狀況已有改善，惟尚未達成 WHO 之目標(如：5 歲幼童齲齒率低於 10%、12 歲學童恆齒齲蝕指數小於 1 顆)，建議牙全會列為重點推動項目，規劃具體的短、中、長期改善計畫及推動期程。
- 三、宜檢視具預防保健性質之專案計畫的資源投入：
牙醫部門近年增加諸多具預防保健性質(如：兒童、青少年口腔健康照護試辦計畫)之專案計畫，建議併同公務預算投入金額，評估資源投入之合理性。此類具預防保健性質之計畫，宜思考以全人醫療服務模式提供照護，建議牙醫部門研議試辦論人計酬方案。
- 四、年度重點項目及指標設定：
現行年度重點項目所訂績效指標之目標值，正向指標以近 3 年全國平均值*(1-10%)為下限目標，負向指標以近 3 年全國平均值*(1+10%)為上限目標，目標值設定過於寬鬆，建議牙醫部門重新檢討目標值設定之適切性。
- 五、改善資源分布均衡城鄉資源：
近 5 年醫療資源不足地區牙醫就醫率，明顯低於山地離島地區及一般地區，建議牙醫部門與健保署及衛福部口腔健康司共同合作，持續研議精進策略，如：公費牙醫師或衛生所聘任牙醫師之人力規劃，及獎勵牙醫師執業或增進巡迴醫療服務利用之策略。
- 六、醫療服務品質調查：
(一)110 年牙醫部門「預約到牙醫師的容易度」下降，週六開診率也

逐年下降，應注意民眾的醫療需求(尤其假日就醫需求)，建議牙全會適時引導會員調整工作時間，積極提升民眾就醫可近性。

- (二)民眾有自付費用占率逐年增加，110年自付費用占率增至21.3%，且民眾認為自費金額便宜的比例下降，建議健保積極引進新醫療科技項目，減輕民眾自費負擔。
- (三)有關維護保險對象就醫權益所提出之改善方案，建議利用抽樣調查及申報資料分析，瞭解改善措施之成效。

七、新增協商項目及成效指標之訂定：

- (一)新增項目需經實證資料評估並精算費用，以精準匡列預算。部分一般服務新增項目屬試辦性質，服務提供及醫療利用尚不穩定，建議應移列專款計畫執行，以利預算執行檢討。
- (二)110年新增3項協商因素項目，其執行目標及預期效益之評估指標，多以「服務量」(如：服務人數、服務人次)進行評估，建議以結果面及照護成效設定目標及指標，呈現口腔健康狀況改善之具體效益。

八、牙周病統合治療：

- (一)近2年牙周病統合治療方案第三階段完成率偏低(108年為81.5%；109、110年降至64.97%、61.32%)，可能受COVID-19疫情影響，建議持續監測執行情形，並思考防疫期間國人口腔健康照護之新策略。
- (二)牙周病統合治療完成率，病人之配合十分重要，也與病人的健康識能有關，建議發展提升病人健康識能之衛教方案，輔以衛教應用程式(APP)，並給予病人獎勵誘因，提升回診意願，方能有效控制牙周病。
- (三)齲齒及牙周病等口腔疾病控制，為影響牙齒保存之關鍵因素，而全口牙結石清除及「牙周暨齲齒控制基本處置」，為指導民眾維護牙周健康之重要照護項目，建議訂定相關指標，區分不同年齡別、地區別進行執行率監測及績效評量。

九、提升感染管制品質：

肯定牙醫部門透過書面評核及實地訪查等方式，持續提升感染管

制品質。110 年申報感染管制診察費比率已達 99%，建議後續以
提升訪查合格率为目標，加強院所查核與輔導，以早日達成 100%
院所符合加強感染管制之標準。

十、110 年新增專款項目之推動有待加強：

110 年多項專款計畫未能達成所訂「執行目標」及「預期效益之評
估指標」，除受新增項目執行不足 1 年及 COVID-19 疫情影響外，
建議牙醫部門仍應通盤評估服務目標族群之口腔健康及需求，並
探討目標族群未接受服務的原因，以作為後續計畫修訂之參考。

對中醫門診總額之重點建議

一、中醫部門於新冠疫情期間發揮中醫藥的特色專長，研發清冠一號，此次抗疫貢獻有目共睹，值得肯定。中醫服務需發揮中醫藥的特色專長，並有科學化的認證，以提升民眾對中醫的接受度，建議進一步收集開立清冠一號處方相關資料，量化此服務成效，以利後續之評估。

二、請持續改善中醫就醫率：

(一)我國人口老化、以生活型態為主的慢性病盛行等因素，中醫需求理應提升。但中醫醫療服務人數及人次持續衰退，110 年僅剩 560 萬人使用，為重要之警訊。中全會雖成立專案積極宣導，效果仍不顯著，建議提升中醫服務及診療品質，贏得病人的信任。特別對於傷科、慢性病管理及利用率較低之區域提出精進對策。

(二)受到鉛中毒事件、疫情等影響，使 108 年暫時回流的中醫就醫率於 110 年大幅下降。清冠一號列為居家照護藥品後，增加民眾接觸中醫之機會，惟健保署醫療服務品質調查結果，民眾「不知道」中醫有提供視訊診療之比例高達 69%、「知道卻不會去使用視訊診療者」為 72.9%，為各總額部門最高。建議中醫部門積極向民眾宣導，鼓勵中醫師使用視訊提供服務。

(三)中醫各分區就醫率差異大，宜考量各分區民眾的需求，參酌各分區之經驗與服務模式，針對提高就醫率，建立短、中、長期的努力目標及改進策略。

三、COVID-19 疫情對中醫的影響及因應：

執行成果報告中，對於中醫服務量以及專案計畫執行數與收案數於 110 期間下降之原因，多提及受疫情影響，然民眾接受中醫照護及衛教之權利，不應受到疫情影響而有所打折。中醫部門應提出替代傳統實體診療之模式，例如利用視訊診療，以維持疫情期間之病人服務。

四、中醫居家醫療應建立客觀的效益評估指標，並提出實證支持：

110 年中醫居家醫療服務逐漸擴大，服務之疾病別以腦血管病變為主，建議參考「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，建立客觀結果評估及病患身體功能量測等指標，以評估中醫居家服務之實證效益，作為挹注資源之依據。

五、醫療服務品質調查結果：

- (一)「醫護人員有進行衛教指導」僅占 56.7%，為各部門最低。「除掛號費與部分負擔，有自付其他費用」占 30.6%，為各部門最高。應加強改善衛教指導及減少自費比率，以符合中醫全人照護的宗旨，提升中醫就醫率。
- (二)中醫部門對維護保險對象就醫權益所提出改善方案，建議利用病患抽樣調查，或申報資料分析等方式，瞭解該等改善方案的成效，作為往後提升中醫服務之參考。

六、年度重點項目與績效指標：

目前中醫部門所訂的年度重點項目及績效指標，多為監測醫療利用情形之指標，且目標值多數訂為「正成長」，但未明確訂出成長目標值，只要微幅成長即算達標，失去訂定目標值之意義。建議逐年增列醫療品質相關指標並修正目標值。

七、新增協商項目協定事項之落實與監測：

- (一)眼部特殊針灸與傷科處置品質提升計畫等新增之治療項目，需規劃效益評估量測指標，評估投入健保資源於中醫治療之療效，以取得實證支持中醫治療。
- (二)肯定中醫努力將自費項目納入健保給付，設法降低民眾負擔。建議持續監控各診所對於已納入健保給付項目，有無尚在要求民眾自費的情形。

八、地區預算分配方式之檢討：

111 年度地區預算分配參數之「各分區去年同期戶籍人口數占率(R 值)」分配權重已逐步調升至 14%，但「95 年第 4 季至 98 年第 3 季加總之各分區各季實際收入預算占率」分配權重仍高達 66%。考量各分區人口、就醫率、服務人次的成長於 15 年間已有差距，因此造成地區資源配置失衡，請重新思考地區預算分配的適當性。

九、加強專業審查與同儕制約：

5年來中醫核減率逐年下降(106年0.13%到110年只剩0.06%)。除了加強專業審查以外，中醫部門應提出醫療服務適當性的自主管理措施。

十、專款項目之建議：

- (一)肯定中醫部門透過各專案計畫，積極與西醫部門合作推動中西醫合治與病患照護，並運用各領域量測工具分析比較成效。但各計畫執行率落差極大，建議與相關專科醫學會、承辦醫療院所及人員，共同討論協同照護模式及照護流程，以有效提升執行率。
- (二)無中醫鄉原已減少，但於110年回到108年水準，服務人數也大幅減少。建議中全會於疫情趨緩後，研擬持續改善無中醫鄉服務之對策，並加強獎勵開業服務計畫之執行。
- (三)109年評核委員已指出中醫急症處置計畫預算執行率偏低(10.7%)，建議提出強化利用率之策略，或檢討計畫續行之必要性。然110年執行率仍偏低(19.95%)，建議檢討執行方式或考慮退場。

一、醫院總額之專款項目共識建議

專款項目	續辦與否				建議經費				共識建議
	擴大	維持	縮小	停辦	增加	不變	減少	刪除	
1.急診品質提升方案		V				V			
2.西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層)		V				V			
3.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫		V				V			
4.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質		V				V			
5.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)		V				V			配合健保中長期改革計畫，規劃以雙軌制推動住院 DRGs，若有醫院願意全面實施，建議可從 112 年 7 月開始執行、全面推動，藉以帶動 DRGs 加速推動
6.住院整合照護服務試辦計畫(111 年新增)		V				V			
7.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫(111 年新增)		V				V			
8.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(111 年新增)		V				V			

二、西醫基層總額之專款項目共識建議

專款項目	續辦與否				建議經費				共識建議
	擴大	維持	縮小	停辦	增加	不變	減少	刪除	
1.家庭醫師整合性照護計畫		V				V			計畫已經執行多年，期待未來計畫能精進、轉型
2.西醫醫療資源不足地區改善方案		V				V			連續 2 年沒有新增院所承作獎勵開業計畫，宜檢討計畫並評估是否誘因不足
3.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫		V				V			預算執行率偏低，產檢 \geq 8 次之占率也較去年低，宜檢討改善
4.強化基層照護能力及「開放表別」項目		V				V			
5.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		V					V		預算執行率低，建議減少經費
6.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用		V				V			
7.代謝症候群防治計畫(111 年新增)		V				V			屬健保總額中長期改革計畫項目，惟執行細節需請健保署及健康署再斟酌，以提升計畫執行成效
8.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫(111 年新增)		V				V			

三、跨部門之專款項目共識建議

專款項目	續辦與否				建議經費				共識建議
	擴大	維持	縮小	停辦	增加	不變	減少	刪除	
1.C 型肝炎藥費									
醫院		V					V		病人逐漸減少，經費應逐年下降
基層		V				V			目前許多尚未接受治療的 C 肝病人多在基層照護，應維持經費，以鼓勵收案
其他預算		V					V		醫院、西醫基層總額合計之執行率未達 100%，本項為備用性質，金額可酌減
2.醫療給付改善方案									
醫院		V				V			各項方案執行成效不一，以糖尿病方案執行成效最佳，乳癌方案參與院所最少，宜檢討精進方案
基層		V				V			
3.鼓勵院所建立轉診之合作機制									
醫院		V				V			
基層		V				V			
4.基層總額轉診型態調整費用		V							
其他預算		V				V			
5.網路頻寬補助費用		V							
醫院		V				V			
基層		V				V			
牙醫		V				V			
中醫		V				V			
其他預算 (含獎勵資料上傳及支應四部門頻寬補助不足經費，111 年新增「提升院所智慧化資訊機制」)		V				V			依總額協定事項，本項應依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式

專款項目	續辦與否				建議經費				共識建議
	擴大	維持	縮小	停辦	增加	不變	減少	刪除	
6.罕見疾病、血友病藥費 及罕見疾病特材									
醫院		V				V			
基層		V					V		預算執行率低，期望西醫 基層部門能多訓練及鼓 勵基層醫師照顧這群特 殊病人
7.後天免疫缺乏病毒治療 藥費									
醫院		V				V			
基層		V					V		預算執行率低，期望西醫 基層部門能多訓練及鼓 勵基層醫師照顧這群特 殊病人
8.精神科長效針劑藥費 (111年新增)									
醫院		V				V			
基層		V				V			

四、牙醫門診總額之專款項目共識建議

專款項目	續辦與否				建議經費				共識建議
	擴大	維持	縮小	停辦	增加	不變	減少	刪除	
1.醫療資源不足地區改善方案		V				V			
2.牙醫特殊醫療服務計畫		V				V			
3.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫		V					V		110 年預算執行率不佳，建議減少經費
4.0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫(110 年新增)		V					V		110 年預算執行率及服務人數目標達成率不佳，建議減少經費
5.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫(111 年新增)		V				V			本計畫 111.3.11 始實施，建議協商時再視實際執行成效，考量增減經費
6.高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫(111 年新增)		V				V			本項新增支付標準 111.3.1 始生效，建議協商時再視執行成效，考量增減經費

五、中醫門診總額之專款項目共識建議

專款項目	續辦與否				建議經費				共識建議
	擴大	維持	縮小	停辦	增加	不變	減少	刪除	
1. 醫療資源不足地區改善方案		V				V			
2. 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 (1)腦血管疾病 (2)顱腦損傷 (3)脊髓損傷 (4)呼吸困難相關疾病 (110年新增)		V				V			
3. 中醫提升孕產照護品質計畫		V				V			
4. 中醫癌症患者加強照護整合方案 (1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫 (2)癌症患者中醫門診延長照護計畫 (3)特定癌症患者中醫門診加強照護計畫		V				V			
5. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫		V					V		計畫「接受完整療程照護人數比率」低，建議減少經費並檢討方案，包括完整療程照護人數比率之定義、管控及退場機制等
6. 中醫急症處置計畫		V					V		預算執行率偏低，建議減少經費，並檢討執行方式，待計畫執行成熟後再增加經費
7. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫		V				V			
8. 照護機構中醫醫療照護方案(111年新增)		V				V			

六、其他預算之專款項目共識建議

專款項目	續辦與否				建議經費				共識建議
	擴大	維持	縮小	停辦	增加	不變	減少	刪除	
1.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫		V				V			
2.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(含居家醫療照護整合計畫)		V				V			
3.推動促進醫療體系整合計畫 (1)醫院以病人為中心門診整合照護計畫 (2)跨層級醫院合作計畫 (3)急性後期整合照護計畫 (4)遠距醫療會診		V				V			
4.腎臟病照護及病人衛教計畫 (1)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD) (2)末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫(Pre-ESRD) (3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫		V				V			
5.獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用(111 年新增提升院所智慧化資訊機制)		V				V			
6.提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫		V				V			
7.提升用藥品質之藥事照護計畫		V				V			

專款項目	續辦與否				建議經費				共識建議
	擴大	維持	縮小	停辦	增加	不變	減少	刪除	
8.支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費(111年新增支應精神科長效針劑之藥費不足款)		V				V			
9.調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費		V				V			
10.提升保險服務成效		V					V		111年度本項預算由3億元大幅增加至6億元，依協商資料，係因適逢健保署該年需充實資訊軟硬體，多屬一次性的經費需求，建議112年可減少經費。請健保署盡力爭取公務預算支應，並審酌預算編列之妥適性

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  7
臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年7月27日
發文字號：健保財字第1110650483號

裝

主旨：公告全民健康保險法第29條規定之眷屬人數。

依據：全民健康保險法施行細則第68條第3款。

訂

公告事項：全民健康保險第1類第1目至第3目被保險人所屬之投保
單位或政府應負擔之眷屬人數為0.57人，並自112年1月
1日起實施。

副本：行政院主計總處、國家發展委員會、教育部、教育部國民及學前教育署、勞動
部、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各組室

線

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發

1113300184

(會議資料第 159 頁)

報告事項第四案「『全民健康保險急診品質提升方案』之執行情形(含急診壅塞監測指標)」之健保署說明及本會補充說明

報告單位：中央健康保險署

案由：「全民健康保險急診品質提升方案」之執行情形(含急診壅塞監測指標)，請鑒察。

說明：

一、依據衛生福利部全民健康保險會 111 年 5 月 27 日召開第 5 屆 111 年第 5 次委員會議議事錄辦理，略以，請本署於 111 年 7 月份委員會議提出「全民健康保險急診品質提升方案」之執行情形(含急診壅塞監測指標)專案報告。

二、有關急診案件申報、指標表現情形，以及急診方案等相關政策推動事項，摘要說明如下，簡報資料如附件(如會議資料第 160~176 頁)：

(一)急診案件申報情形：104 年至 108 年每年約 706.9 萬件至 744.5 萬件，另 109 年及 110 年分別為 637.1 萬件及 595.5 萬件。

(二)指標表現情形：

1.檢傷第 1~3 級病人，約 6~7 成於 8 小時內轉入病房，此部分受醫院占床率影響，近年有所起伏。

2.檢傷第 4、5 級病人，超過 9 成可以於 4 小時內出院，整體而言，各層級 4 小時內出院比率均逐年上升。

3.壅塞指標部分，急診病人停留 24 小時以上比率及急診轉住院停留 48 小時以上比率呈現逐年下降趨勢。

4.完成急診重大疾病照護病人於 6 小時內進入加護病房比率部分，近年呈現逐年下降。

(三)多重策略介入，改善醫院急診壅塞情形：

1.影響醫院急診處置效率因素眾多，諸如病人就醫型態、院所

人力資源、病床占床情形等，故改善措施需多管齊下，本署持續推動數項措施：

- (1)民眾端：推動使用者付費的部分負擔。
- (2)院所端：調升急診支付點數、鼓勵假日及夜間開診、保障急診醫療服務點值、推動急診品質提升方案等。

2.急診品質提升方案辦理情形，摘要說明：

- (1)預算執行情形：110年預算246百萬元，執行178.4百萬元；111年預算300百萬元。
- (2)方案架構：分為「急診重大疾病照護品質獎勵」、「轉診品質」、「急診處置效率」、「補助急診專科醫師人力」四大構面獎勵，透過額外提供獎勵誘因，期能強化重大疾病照護品質、落實品質導向轉診制度、提升急診病人處置效率。

(3)111年方案修訂：

- A.為持續強化重大疾病照護：新增「主動脈剝離須緊急手術」獎勵。
- B.為強化轉診機制：新增「上轉及平轉病人於60分鐘內轉出」獎勵。
- C.提升病人入住加護病房之效率：
 - (A)新增「急診轉診之重症病人直接入住轉入醫院加護病房」及「急性呼吸衰竭於急診緊急插管病人於6小時內進入加護病房」獎勵。
 - (B)效率指標3.2「檢傷一、二、三級急診病轉入加護病房<8小時」調整為獨立獎勵項目。
- D.雖刪除其餘品質獎勵指標，本署仍定期監測及公布壅塞指標情形(如：監理指標、品質公開網等)。

報告單位業務窗口：陳依婕專門委員，聯絡電話：02-27065866 分機 2646

.....
本會補充說明：

一、本方案設立意旨：

查本方案自 101 年(預算 3.2 億元)實施迄今，計畫目的係為避免急診壅塞致影響重症醫療品質，期縮短病人在急診室留置時間，並提升重症照護品質。本方案主要支付達到以下四大構面一定條件者之獎勵費用：

獎勵費用之構面	支付條件
1.急診重大疾病照護品質	針對特定重症患者，訂定到院急診一段時間接受必要治療處置之標準，達標者予以獎勵。
2.轉診品質	針對符合轉診品質保證之個案，給予轉出及轉入醫院獎勵。
3.急診處置效率	以各項效率指標為基礎加以比較獎勵，以提升急診處置效率，舒緩急診的壅塞。
4.補助急診專科醫師人力	補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務。

二、本次報告之緣由：

查健保署於 111 年 5 月 5 日公告修訂「全民健康保險急診品質提升方案」(下稱急診品質提升方案)自 4 月 1 日實施，本會並提報 5 月份委員會議，說明方案修訂重點及委員意見如下：

- (一)方案修訂重點：主要增加上開 1~3 構面之品質獎勵項目，刪除「急診處置效率」部分指標，同步取消「院所整體指標表現」優良院所之獎勵，改依「個別案件指標結果」給予單筆獎勵。原 5 項「急診處置效率」指標，刪除 3 項、保留 2 項，修訂情形摘要如下：

急診處置效率指標(○納為指標、X 刪除指標)		原方案	新方案
壅塞指標	1.急診病人停留超過 24 小時之比率	○	X
效率指標	2.完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6 小時之人次	○	○
	3.檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時之比率	○	X
	4.檢傷四、五級急診病人離開醫院<4 小時之比率	○	X
	5.地區醫院急診病人增加	○	○

- (二)方案修訂對檢討預算之影響：本次修訂以提高重大疾病照護品質獎勵為主，過去本會為追蹤計畫成效，均請健保署提供

原方案上開 5 項指標監測結果，做為評核指標及總額協商資料。方案修訂後，刪除部分急診處置效率指標，本會恐將無法取得其指標監測結果數據，提供總額協商參考。

(四)委員之意見摘要如下：

- 1.本方案的目標為改善急診壅塞情形，但本次修訂刪除急診壅塞及效率等多項指標，且增加很多獎勵項目，若無相關監測指標，將無法評估方案有無達到目的。
- 2.雖健保署已請急診醫學會重新檢視急診壅塞相關指標，於日後會議追蹤指標的訂定情形，但無明確的時間表，希望能提供具體的時程，以利了解急診壅塞相關指標的檢討與訂定情形。
- 3.本項專款協定事項為「紓解醫學中心急診壅塞情形」，但是否能達到此目標仍有疑義。請健保署於本次會議，提出方案執行情形(含急診壅塞監測指標)專案報告，以利委員瞭解。

三、健保署未來對本方案之指標監測規劃：

- (一)針對「急診病人停留超過 24 小時的比率」指標雖已自原方案刪除，不再納為品質獎勵條件，惟健保署擬依台灣急診醫學會建議，以該指標做為急診壅塞之監測指標，並於每年第 1 次及第 3 次支付標準共同擬訂會議追蹤該指標表現情形。
- (二)另於「醫療品質資訊公開網」每季公開各醫院之「急診後轉住院滯留急診 48 小時以上案件比率」等指標表現情形。

四、本會研析意見：

- (一)大型醫院急診壅塞現象一直受到社會大眾的關心，爰自 105 年度總額起，每年協定事項均要求「請健保署檢討方案執行內容，紓解醫學中心急診壅塞情形」。惟就 106 年~110 年之「急診壅塞」及「急診處置效率」等 5 項指標監測結果(如附表及圖，第 34~36 頁)，本方案執行至今，似乎尚未有效達到紓解醫學中心急診壅塞之目標，監測結果摘要如下：

1. 近年全國之「完成急診重大疾病照護病人 6 小時內進入加護

病房比率」、「檢傷一、二、三級急診病人 8 小時內轉入病房比率」均較 106 年退步。

2.比較各層級醫院之指標表現，醫學中心層級明顯低於區域醫院及地區醫院。

(二)本案之建議：

1.為符合本方案計畫目標，急診處置效率仍應為績效評核重點，惟本次方案之修訂，僅依個別案件指標結果進行獎勵，未見持續監測醫院整體指標之表現。爰除上述急診醫學會建議以「急診病人停留超過 24 小時的比率」做為急診壅塞之監測指標外，**建請持續提供各層級醫院之急診效率相關指標(如下)監測結果**，做為本會總額協商參考：

(1)完成急診重大疾病照護病人6小時內進入加護病房比率

(2)檢傷一、二、三級急診病人8小時內轉入病房比率

(3)檢傷四、五級急診病人4小時內離開醫院比率

(4)地區醫院急診人次及成長率

2.本方案近期修正之內容，多偏重在提高急診重大疾病照護品質之獎勵，為瞭解獎勵是否具有有效提升急診照護品質之效果，**建請提出相關急診重大疾病照護品質指標**，以了解品質提升之成效。

3.為疏解急診壅塞問題，健保署針對醫療端已採取多重策略，如調升支付點數、鼓勵地區醫院假日及夜間開診及保障急診醫療服務點值等，惟效果並不明顯，**建議就民眾觀點深入探討急診壅塞原因，再針對原因研析，提出促使民眾端合理使用急診之有效策略**(例如強化院所間之垂直合作策略、加強地區醫院及基層診所假日及夜間門診、落實家醫醫療群疾病管理及初級照護功能)，俾讓本方案之成效更加彰顯。

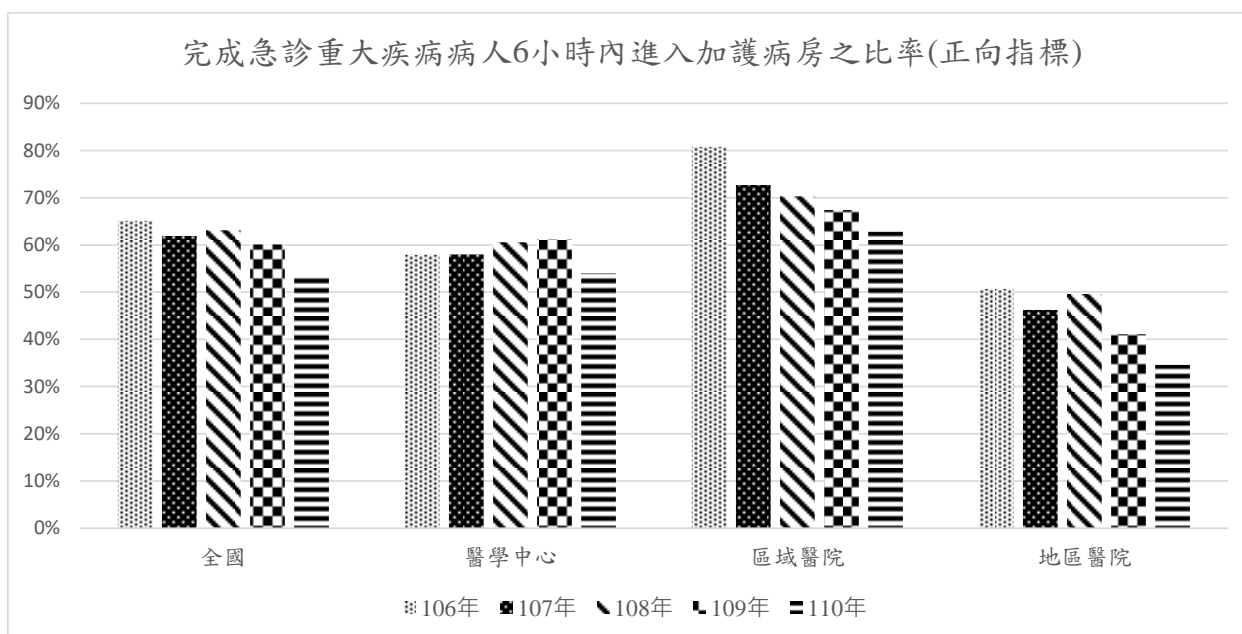
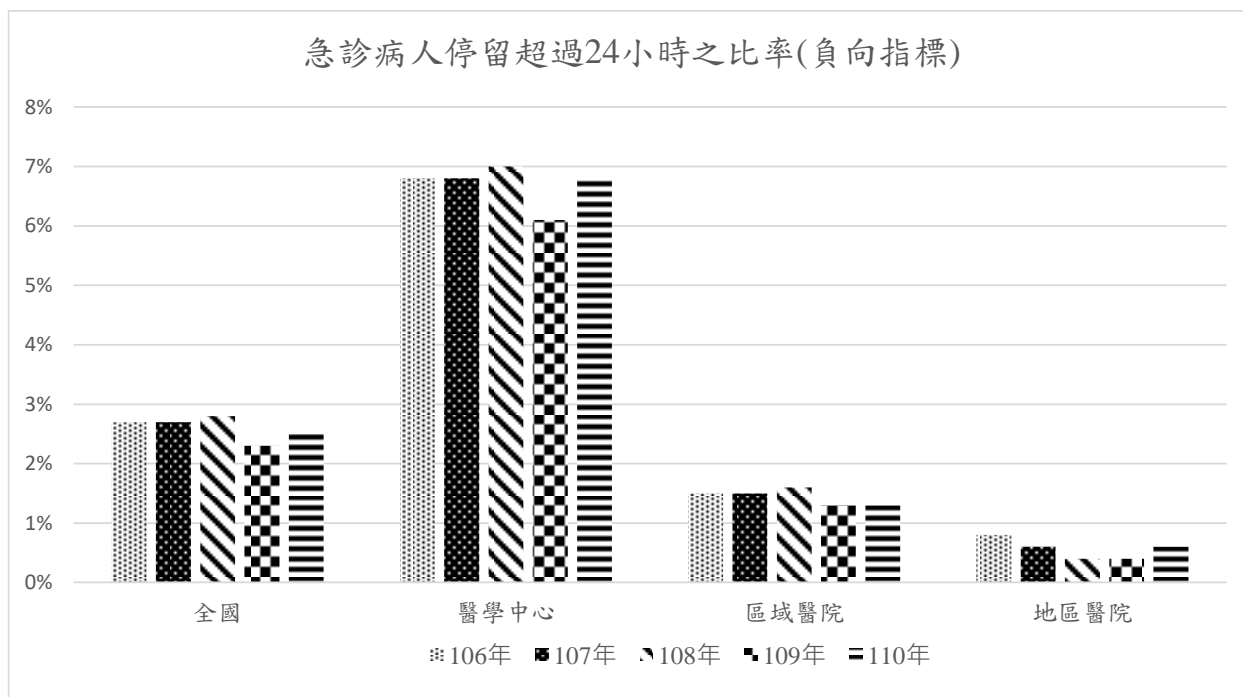
決定：

附表 106~110 年急診處置效率相關指標監測結果

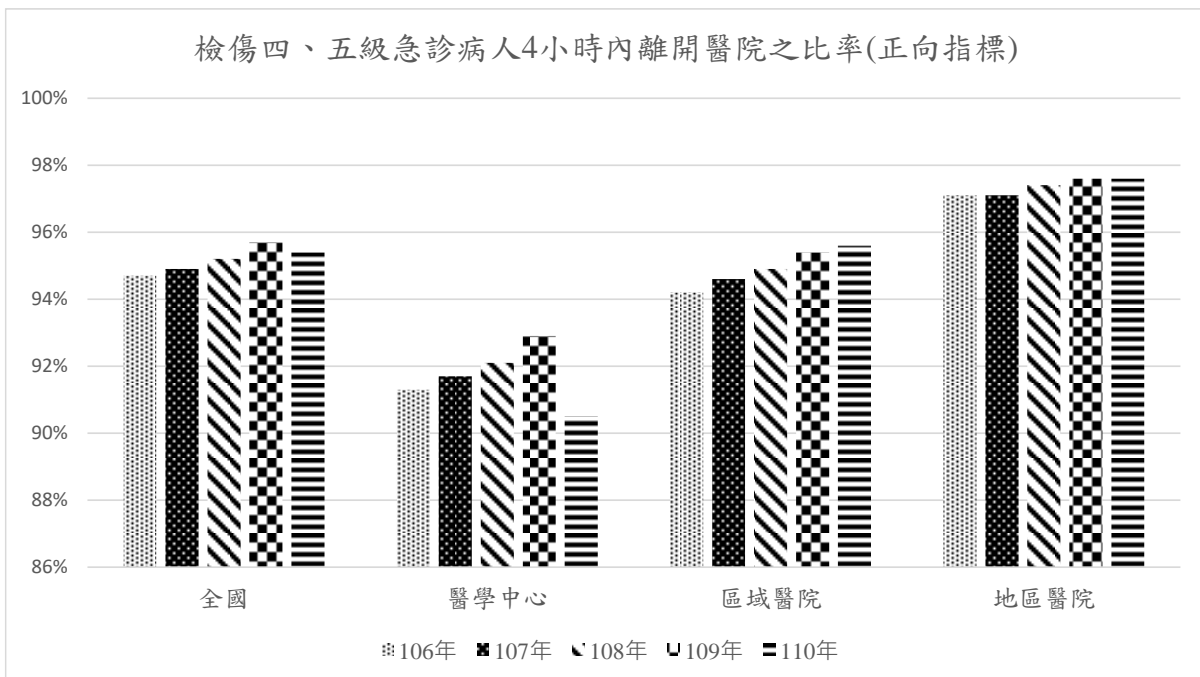
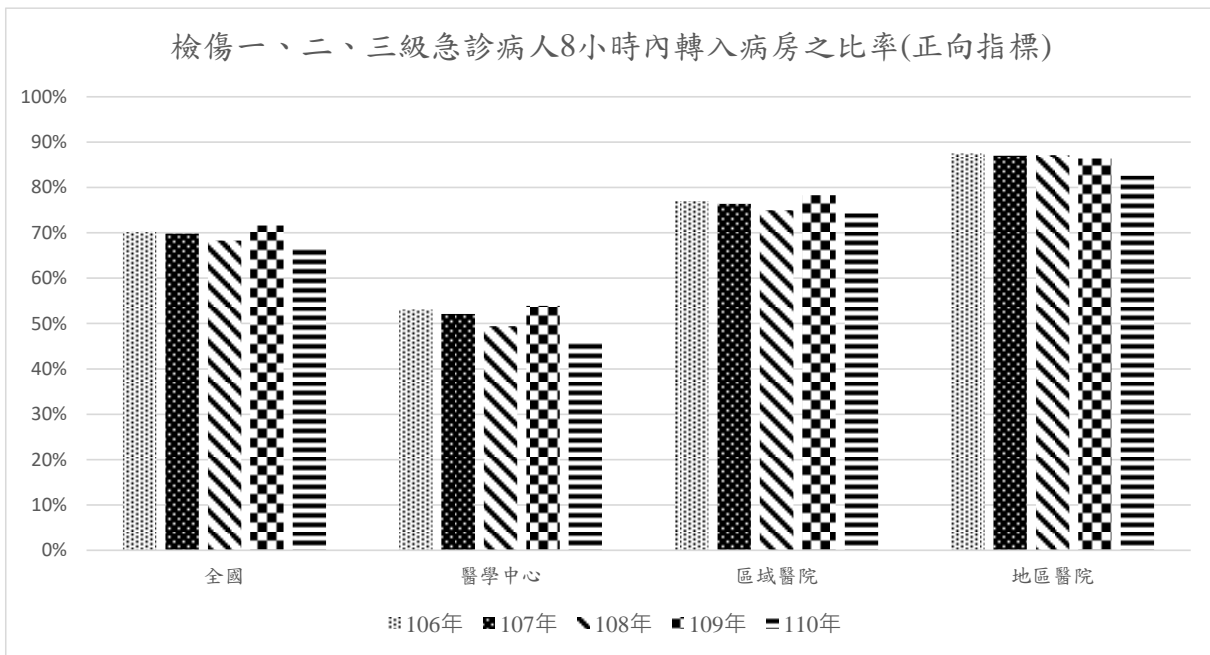
層級	年度	急診病人停留超過 24 小時之比率(-)	完成急診重大疾病病人 6 小時內進入加護病房之比率(+)	檢傷一、二、三級急診病人 8 小時內轉入病房之比率(+)	檢傷四、五級急診病人 4 小時內離開醫院之比率(+)	地區醫院急診病人增加
全國	106 年	2.7%	65.1%	70.2%	94.7%	-
	107 年	2.7%	61.9%	69.8%	94.9%	-
	108 年	2.8%	63.1%	68.3%	95.2%	-
	109 年	2.3%	60.1%	71.6%	95.7%	-
	110 年	2.5%	53.6%	66.6%	95.4%	-
醫學中心	106 年	6.8%	57.9%	53.1%	91.3%	-
	107 年	6.8%	58.0%	52.1%	91.7%	-
	108 年	7.0%	60.6%	49.4%	92.1%	-
	109 年	6.1%	61.1%	53.9%	92.9%	-
	110 年	6.8%	54.0%	46.1%	90.5%	-
區域醫院	106 年	1.5%	80.8%	77.0%	94.2%	-
	107 年	1.5%	72.7%	76.4%	94.6%	-
	108 年	1.6%	70.3%	75.0%	94.9%	-
	109 年	1.3%	67.4%	78.3%	95.4%	-
	110 年	1.3%	62.8%	74.3%	95.6%	-
地區醫院	106 年	0.8%	50.7%	87.5%	97.1%	-2.4%
	107 年	0.6%	46.2%	87.0%	97.1%	3.5%
	108 年	0.4%	49.6%	87.1%	97.4%	4.7%
	109 年	0.4%	41.1%	86.4%	97.6%	-5.7%
	110 年	0.6%	34.6%	82.6%	97.6%	-1.4%

資料來源：中央健康保險署

附圖 106~110 年急診處置效率相關指標監測結果



附圖 106~110 年急診處置效率相關指標監測結果(續)



(會議資料第 180 頁)

報告事項第五案「109 年健保收入超過 2 億元之 227 家醫療院所財務報告之公開情形」之本會補充說明第五點

.....

本會補充說明：

五、為利委員了解去年本會關切健保署提報「108 年度健保收入超過 2 億元之 223 家醫療院所財務報告公開情形」之重點，茲整理該次會議委員意見供參。

委員意見

劉委員淑瓊

- 一、依照健保署網站上說明醫事服務機構財務公開的主要目的，是遵循二代健保資訊透明公開之原則，並讓全民共同查閱監督，以利民眾更加瞭解院所之經營情形，每年看健保署發佈的新聞稿，卻很難理解如何做到「使醫療資源之配置與運用更具效益」，希望健保署可以提供更多數字的解讀資訊。
- 二、醫改會期待主管機關應聚焦在醫療院所結餘是否有用到改善醫事人員勞動條件及醫療環境與品質，以真正落實公開財報的目的。
- 三、108 年有 3 家診所領取健保費用的金額超過 2 億。近年「巨嬰診所」議題引發關注，希望主管機關能分析這樣的發展是否合理及對整個醫療生態的影響。

于委員文男

- 一、每一間醫療院所都是人滿為患，為什麼會有醫療院所虧錢？
- 二、財報應該要包括自費額，那看起來才有意義，因為可以看到自費額是否高，哪些地方虧損，醫療院所整體賺錢是靠業外賺錢？還是本行？建議健保署能詳細審核財報。

滕委員西華

- 一、請問沒有超過 2 億元的醫院究竟是什麼醫院？其醫療資源、區域分布的特性是什麼？若它在區域上是可有可無的存在，就要進行醫療資源盤點；

委員意見

若它很重要，但一直收入不好，就是我們要重點幫忙的醫院。

二、近年大型醫院開設診所，雖然健保署在醫療資源規劃上沒有衛福部的責任重，但掌握特約的金流及棒子，是掌握一定程度的影響力，總額的shifting(流動)，醫院流到基層，這就可能變成醫療體系托拉斯化的問題，這是要重視的。

三、關於基層診所的整體收支，診所可以販售的項目很少，不知道販售的物品、產品是什麼，要不要經過地方衛生主管機關的核准，是否算醫務以外收入？

朱委員益宏

一、健保署的統計資料，只呈現幾家醫院有盈餘，應該統計各個百分比，例如1~3%多少家、3~5%多少家，或是有1個平均值，比方醫學中心的平均盈餘，更有助於客觀評估。

二、任何企業若盈餘沒有達到10~20%是無法永續經營的，但現在台灣醫院淪落到只有3~5%的盈餘，不超過10%，這是很可憐的企業，這些應該客觀公正的讓老百姓知道。

盧委員瑞芬

一、請問健保領取金額是健保結算或健保申報，我覺得用「領取」這兩個字看起來怪怪的，可以考慮用結算或申報。

二、醫療院所於本案提報之財務報告中，有無包括自費收入？有自費收入占率的數據嗎？自費收入相關資訊有助於瞭解醫院經營的實際狀況。

三、各層級院所醫務收支結餘分析，建議列出民眾自費收入占率，以便觀察自費收入占率變化。

四、分析表中，建議按地區列表，以便瞭解地區別醫院營運狀況。

陳委員秀熙

對民眾而言，公布醫療院所的財報非常重要，因為財務平衡是醫院經營的基本門檻，如果醫院連財務收支都無法達到平衡，怎麼能保證它的醫療服務品質，這就是公布財報對於民眾就醫品質保障的意義。

臨時報告案

報告單位：本會第三組

案由：111 年度醫院總額「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」之「執行目標」及「預期效益之評估指標」確認案，請鑒察。

說明：

一、依本(111)年度總額協定事項，醫院總額尚有「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」之「執行目標」及「預期效益之評估指標」未完成研訂，健保署於本年 7 月 20 日函復研訂結果(如附件一，第 45~46 頁)。

二、茲整理健保署回復之研訂結果，提供委員審閱。該結果業經 111.7.12「全民健康保險醫療給付費用醫院總額 111 年第 1 次臨時研商議事會議」討論通過，有關所提之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提請確認：

(一)執行目標：地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成 30%。

(二)預期效益之評估指標：

1.地區醫院夜間及假日開診率不低於 110 年。

2.醫院部門地區醫院住診滿意度調查，平均滿意度達 82%。

三、本會研析意見：(如附表，第 41~44 頁)

(一)執行目標：同衛福部決定事項，本會無意見。

(二)預期效益之評估指標：

1.地區醫院夜間及假日開診率不低於 110 年：

(1)建議考量比較基準之合理性：所訂比較基準為開診率「不低於 110 年」，惟查 110 年地區醫院夜間及假日門診開診率(為 67.7%、62.9%)，未達成原訂應較 109 年提升 2%之目標(109 年為 71.4%、63.4%，如附表之 1，第 44 頁)，以 110 年未達標之開診率為評估標準，是否合宜，請考量。

(2)建議微調指標文字：查 110 年醫院總額同項目「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」預算 5 億元，預期效益之評估指標為：「地區醫院夜間及假日門診開診率提升 2%」。為使指標用語一致性，建議將 111 年評估指標調整為「地區醫院夜間及假日門診開診率」，以臻明確。

2.醫院部門地區醫院住診滿意度調查，平均滿意度達 82%：考量 111 年之預算多數用於保障住院服務點值，本項尊重健保署意見。

擬辦：請確認醫院總額新增項目「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。

決定：

附表 健保署回復 111 年度醫院總額新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」研訂結果，及本會研析意見

項目	新增項目 (成長率， 預估增加 金額)	執行目標 /預期效益之評估指標	健保署 說明	本會研析意見
一般服務	持續推動分級醫療，壯大社區醫院(0.205%，1,000百萬元)	<p>1.執行目標：地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成 30%。</p> <p>2.預期效益之評估指標：</p> <p>(1)地區醫院夜間及假日開診率不低於 110 年。</p> <p>(2)醫院部門地區醫院住診滿意度調查，平均滿意度達 82%。</p>	業於本署 111.7.12 全民健康保險醫療給付費用醫院總額 111 年第 1 次臨時研商議事會議討論通過。	<p>1.執行目標：同衛福部決定事項，本會無意見。</p> <p>2.預期效益之評估指標：</p> <p>(1)「地區醫院夜間及假日開診率不低於 110 年」：</p> <p>①建議考量比較基準之合理性：所訂比較基準為開診率「不低於 110 年」，惟查 110 年地區醫院夜間及假日門診開診率(為 67.7%、62.9%)，未達成原訂應較 109 年提升 2%之目標(109 年為 71.4%、63.4%，如附表之 1，第 44 頁)。以 110 年未達標之開診率為評估標準，是否合宜，請考量。</p> <p>(2)建議微調指標文字：查 110 年醫院總額同項目「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」預算 5 億元，預期效益之評估指標為：「地區醫院夜間及假日門</p>

項目	新增項目 (成長率， 預估增加 金額)	執行目標 /預期效益之評估指標	健保署 說明	本會研析意見
				<p>診開診率提升 2%」。</p> <p>為使指標用語一致性，建議將 111 年評估指標調整為「<u>地區醫院夜間及假日門診開診率</u>」，以臻明確。</p> <p>(2)醫院部門地區醫院住診滿意度調查，平均滿意度達 82%：</p> <p>①依 111.7.12 醫院總額研商議事會議決議(摘錄如附件二，第 47 頁)，111 年本項預算執行項目如下：</p> <p>A.住院首日護理費支付點數加成 30%。</p> <p>B.修訂同一療程疾病門診診察費之調升費用。</p> <p>C.地區醫院住院病房費、護理費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)點值 1 點 1 元。</p> <p>D.地區醫院一般病床住院診察費點值 1 點 1 元。</p> <p>②考量本項預算多數用於保障住院服務點值，所擬之「地區醫院</p>

項目	新增項目 (成長率， 預估增加 金額)	執行目標 /預期效益之評估指標	健保署 說明	本會研析意見
				平均滿意度達 82%」 評估指標，尊重健保 署意見。

附表之 1 110 年醫院總額新增協定事項執行情形：地區醫院假日及夜間門診
開診及申報情形

項目 \ 年度	106	107	108	109	110
預算數(百萬元)	500.0
預算執行數(百萬元)	500.0
預算執行率	100%
地區醫院					
提供門診服務家數	379	375	374
夜間門診符合醫令家數	19	328	324
--開診率	1.1%	71.4%	67.7%
--醫令件數(千件)	19	3,625	3,320
--醫療點數(百萬點)	29	4,675	4,560
假日門診符合醫令家數	370	368	368
--開診率	65.6%	63.4%	62.9%
--醫令件數(千件)	2,928	2,503	2,501
--醫療點數(百萬點)	4,221	3,955	4,199
總額協定事項之執行情形					
預期效益之評估指標：					
地區醫院夜間及假日門診開診率提升 2%					
--夜間門診開診率	1.1%	71.4%	67.7%
--假日門診開診率	65.6%	63.4%	62.9%

資料來源：中央健康保險署

註：1.本項統計係採申報門診診察費醫令，排除代辦、急診案件。醫療費用=申請費用+部分負擔。

2.假日定義：週六、週日及國定假日，排除補班；夜間定義：晚上 6 點到隔天早上 6 點，排除假日案件。

3.109 年修訂支付標準通則內容：地區醫院申報夜間門診診察費項目(夜間門診係指晚上六時至十時之開診)，得依表定點數加計百分之十。

檔 號：

保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號

聯絡人：方亞芸

聯絡電話：02-27065866 分機：2630

傳真：02-27069043

電子郵件：A111257@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年7月20日

發文字號：健保醫字第1110662017號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：檢送111年醫院醫療給付費用總額新增項目「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」之「執行目標」及「預期效益之評估指標」如附件，請查照。

說明：依據鈞部111年1月26日衛部健字第1113360011A號函辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：台灣醫院協會

111 年醫院醫療給付費用總額新增項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」

預計提報衛生福利部全民健康保險會 111 年第 7 次委員會議確認

項目	新增項目 (成長率, 預估 增加金額)	執行目標 /預期效益之評估指標	本署說明
一般服務	持續推動分級醫療, 壯大社區醫院(0.205%, 1,000 百萬元)	<p>1. 執行目標： 地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值, 及提升住院照護品質, 優先用於反映住院首日護理費支付點數加成 30%。</p> <p>2. 預期效益之評估指標： (1)地區醫院夜間及假日開診率不低於 110 年。 (2)醫院部門地區醫院駐診滿意度調查, 平均滿意度達 82%。</p>	業於本署 111 年 7 月 12 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額 111 年第 1 次臨時研商議事會議討論通過

全民健康保險醫療給付費用醫院總額111年第1次臨時研商議事會議紀錄(摘錄)

時間：111年7月12日(二)下午2時

地點：中央健康保險署18樓禮堂/視訊會議

肆、討論事項

第一案

案由：「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(預算10億)」111年保障項目及評估指標。

決議：本案通過，預算分配方式：

一、本項預算執行項目：

- (一)住院首日護理費支付點數加成30%。
- (二)修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病門診診察費之調升費用。
- (三)地區醫院住院病房費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)點值1點1元。
- (四)地區醫院一般病床住院診察費點值1點1元。
- (五)地區醫院住院護理費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)點值1點1元。

二、執行目標：

地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成30%。

三、預期效益之評估指標：

- (一)地區醫院夜間及假日開診率不低於110年。
- (二)醫院部門地區醫院住診滿意度調查，平均滿意度達82%。

有關貴署所提報之「111年度總額協定事項處理預算扣減或檢討節流成效項目之規劃」，部分內容需請貴署再提供補充資料，說明如下：

一、依本會通過之「111年度各部門總額協定事項及相關計畫追蹤時程表」，請貴署於本年7月份委員會議提報預算扣減及評估節流效益之處理規劃，並依本次所規劃的內容，於112年7月委員會議提報執行結果，供作協商113年度總額之用。

二、經檢視協定事項與貴署所提之規劃內容，尚有部分項目未有具體的執行或評估方式，爰為符合協定事項之要求，建請貴署補充說明下列劃線事項：

(一)、一般服務，計7項：

部門	項目	協定事項	健保署對協定事項之處理規劃	本會研析及建議	健保署說明
牙醫門診總額	高風險疾病口腔照護 (高風險疾病計5類，包括：(1)腦血管疾病、(2)血液透析及腹膜透析、(3)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物、(4)惡性腫瘤患者，及(5)不符合牙特計畫之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者)	1.依111年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度 2.檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源	1.研擬按季於全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議報告預算執行情形。 2.配合於111年度第4季結算，扣減當年度未執行之額度。 本項係提供腦血管疾病、血液透析等5項特定病人每90天1次牙結石清除服務，預算405.0百萬元，並自111.3.1實施，截至111年4月，服務2,122人次，申報約1.5百萬點，預算執行率約0.37%，請牙全會多方推廣本項服務。	111年度編列4.05億元，針對5類高風險疾病患者，增加全口牙結石清除及牙周暨齲齒控制基本處置之服務次數。協商預算推估方式： 高風險疾病患者人數(54萬人) ^註 ×就醫率(50%)×每人增加1,500點。〔54萬人×50%×1500點=4.05億〕 其中每人增加1,500點=全口牙結石清除600點×增加2次(1年2次增至4次)+牙周暨齲齒控制基本處置100點×3次(1年1次增至4次)。 註：高風險疾病患者約69.9萬人，扣除口乾症、特殊狀況、懷孕婦女、糖尿病病人等原已接受相同口腔照護服務患者15.9萬人後，計54萬人。 本會研析建議： 1.依上開推估方式，預算執行數(增加申報點數)之認列，須針對左列5類高風險病人，扣除原已提供服務次數之費用。惟健保署之說明，尚未提出實際執行如何計算之認定方式。 2.請健保署參考協商時之預算推估方式，補充說明本項111年度如何釐清高風險病人及其增加申報點數與扣減未執行額度之具體計算方式。	將依每位病人執行本項之次數扣除原一般服務已包含之醫療費用(全口牙結石清除每半年1次，牙周暨齲齒控制基本處置每年1次)，計算本項實際執行情形。 1.將按季於全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議報告預算執行情形供牙全會參考，並請牙全會透過會內管道向會員推廣本項服務，以增加利用率。 2.有關實施成效及節流效益，考量本項自111.3實施，仍需長期觀察，將與牙全會研議成效評估方式，並請牙全會於明年度評核時呈現結果。

部門	項目	協定事項	健保署對協定事項之處理規劃	本會研析及建議	健保署說明
中醫門診總額	提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護	依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度	<p>1.本項預算係用以修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫通則，中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量上限，自 45 人次調升為 60 人次。</p> <p>2.本署按季於全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議報告預算執行情形。</p> <p>3.配合於 111 年度第 4 季結算，扣減當年度未執行之額度。</p>	<p>111 年度編列 5 億元，用以放寬針傷處置申報限制，協商預算推估方式：</p> <p>1.每月每位病患針傷處置費申報上限由 15 次調整為 20 次：以每月申報量 14~19 次之病人)，提升至 20 次之人次，乘以各需增加 1 次針傷處置費，及每人 1 次診察費與 7 日藥費計算^{註1}。</p> <p>2.每位醫師每月看診日平均針傷處置合計申報量上限由 45 人次調整為 60 人次：以每天看診 46 人次以上之醫師，每人看診至 60 次(增加 15 次)，推估 1 年增加之人次，乘以針傷處置費^{註2}。</p> <p>註：</p> <p>1.每月申報量於 14~19 次之病人(127,184 人)，提升至 20 次之次數(685,560 人次)，推估各需增加 1 次診察費及 7 日藥費=685,560 人次×針傷處置費 227 點+127,184 人×〔診察費 330 點+(藥費 37 點×7 日)〕。</p> <p>2.以 110 年 6 月 7,038 位中醫師，其中 80%承作針傷科，以每天看診 46~60 人次之比率為 5%計算，每日增加 15 人次，以 1 年 12 個月、每月 26 天計算，乘以針傷處置費=1,317,513 人次(7,038 人×80%×5%×15 次×12 月×26 天)×針傷處置費 227 點。</p> <p>本會研析建議：</p> <p>1.依上開預算推估，預算執行數(增加申報點數)之認列，應先釐清病患為「每月每位病患針傷處置費申報 16 次以上」、及「每位醫師每月看診日平均針傷處置合計申報量 46 次以上」者，就其利用人次，須扣除原針傷處置申報 15 次及 45 人次以下之費用。惟健保署之說明，尚未提出實際執行如何計算之認定方式。</p> <p>2.請健保署參考協商時之預算推估方式，補充說明本項 111 年度如何釐清適用對象，及其增加申報點數與扣減未執行額度之具體計算方式。</p>	<p>1.本項預算係用以修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫通則，中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量上限，自 45 人次調升為 60 人次。推估調升合理量，同時將影響院所申報態樣；另中醫刪除其不予支付指標每月每位病人看診次數限制。</p> <p>2.本署將以 111 年針傷處置申報量較 110 年增加數，扣除年平均成長率(視為自然成長)後，作為針傷處置因上述說明 1 放寬之執行情形。</p> <p>3.另因針傷處置次數增加，將增加診察費及藥費，爰將以平均每件針傷處置申報之診察費及藥費推估此部分增加點數。</p>
醫院總額	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	若於年度結束前未依時程導入，則扣減其預算額度	<p>1.新增診療項目：配合於 111 年度第 4 季結算，扣減當年度未執行之額度。</p> <p>2.新藥：考量新藥收載為持續性作業，需經藥品專家共識及共擬會議同意給付後暫予收載，年底同意給付品項將於隔年公告生效，為維護民眾就醫權益，若未依預算時程內導入，將於年度扣減</p>	<p>111 年度編列 30 億元。依健保署規劃，新增診療項目、新藥及新特材預算分別為 2.736、20.26、7.65 億元。</p> <p>本會研析建議：</p> <p>1.新增診療項目：請依規劃方式據以執行。</p> <p>2.新藥：考量 111 年度新藥預算，除用於該年度擬引進之新藥外，尚包含 107~110 年收載新藥於 111 年新增之財務衝擊，考量預算執行之結果，需有年度之實際執行資料才能計算。爰請健保署於 112 年 7 月委員會議詳細說明本項執行結果。</p> <p>3.新特材：未提出規劃，請健保署補充說明 111 年度扣減未導入預算之具體計算及執行方式。</p>	<p>1.有關新藥部分，本署依健保會建議酌修規劃內容如下： 考量新藥收載為 5 年內持續性作業，需有年度預算之實際執行資料始能評估是否扣減，擬依健保會建議，於 112 年 7 月委員會議詳細說明預算執行結果。</p> <p>2.新特材：配合於 111 年度第 4 季結算，扣減當年度未執行之額度。</p>

部門	項目	協定事項	健保署對協定事項之處理規劃	本會研析及建議	健保署說明
			基期預算費用，作為次年度繼續研議新藥之收載。 3.新特材：配合辦理。		
	藥品及特材給付規定改變	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	1.藥品：考量新藥收載為持續性作業，需經藥品專家共識及共擬會議同意給付後暫予收載，年底同意給付品項將於隔年公告生效，為維護民眾就醫權益，若未依預算時程內導入，將於年度扣減基期預算費用，作為次年度繼續研議新藥之收載。 2.特材：配合辦理。	111年度編列 6.5 億元。依健保署規劃，藥品及特材給付規定改變預算分別為 5.6、0.9 億元。 本會研析建議： 1.本項預算用途為「藥品及特材給付規定改變」，但健保署所規劃之處理方式係考量「新藥收載作業及次年度繼續研議新藥之收載」，似與預算用途不符，請予釐清。 2.請健保署補充說明： (1)所提處理方式是否應符合「藥品及特材給付規定改變」之作業及用途。 (2)111 年度扣減未導入預算之具體計算及執行方式。	本署配合於 111 年度第 4 季結算，扣減「藥品及特材給付規定改變」當年度未執行之預算額度。
西醫基層總額	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	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	1.新增診療項目：配合於 111 年度第 4 季結算，扣減當年度未執行之額度。 2.新藥：考量新藥收載為持續性作業，需經藥品專家共識及共擬會議同意給付後暫予收載，年底同意給付品項將於隔年公告生效，為維護民眾就醫權益，若未依預算時程內導入，將於年度扣減基期預算費用，作為次年度繼續研議新藥之收載。 3.新特材：於西醫基層總額未編列此項預算。	111 年度編列 3 億元。依健保署規劃，新增診療項目、新藥分別為 0.5859 億元、新藥 2.41 億元，新特材未編列預算。 本會研析建議： 1.新增診療項目：請依規劃方式據以執行。 2.新藥：111 年度新藥預算，除用於該年度擬引進之新藥外，尚包含 107~110 年收載新藥於 111 年新增之財務衝擊，考量預算執行之結果，需有年度之實際執行資料才能計算。 爰請健保署於 112 年 7 月委員會議詳細說明本項執行結果。	1.有關新藥部分，本署依健保會建議酌修規劃內容如下： <u>考量新藥收載為 5 年內持續性作業，需有年度預算之實際執行資料始能評估是否扣減，擬依健保會建議，於 112 年 7 月委員會議詳細說明預算執行結果。</u> 2.新特材：配合於 111 年度第 4 季結算，扣減當年度未執行之額度。

部門	項目	協定事項	健保署對協定事項之處理規劃	本會研析及建議	健保署說明
	藥品及特材給付規定改變	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	<p>1.藥品：考量新藥收載為持續性作業，需經藥品專家共識及共擬會議同意給付後暫予收載，年底同意給付品項將於隔年公告生效，為維護民眾就醫權益，若未依預算時程內導入，將於年度扣減基期預算費用，作為次年度繼續研議新藥之收載。</p> <p>2.特材：配合辦理。</p>	<p>111 年度編列 3.67 億元。依總額協定事項，其中 2.92 億元用於反映近年使用糖尿病藥物增加之費用，另依健保署規劃，藥品及特材給付規定改變預算分別為 0.62、0.13 億元。</p> <p>本會研析建議：</p> <p>1.本項預算用途為「藥品及特材給付規定改變」，但健保署規劃之處理方式係考量「新藥收載作業及次年度繼續研議新藥之收載」，似與預算用途不符，請予釐清。</p> <p>2.請健保署補充說明：</p> <p><u>(1)所提處理方式是否應符合「藥品及特材給付規定改變」之作業及用途。</u></p> <p><u>(2)111 年度扣減未導入預算之具體計算及執行方式。</u></p>	<p>本署配合於 111 年度第 4 季結算，扣減「藥品及特材給付規定改變」當年度未執行之預算額度。</p>
	提升國人視力照護品質	依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度	<p>1.本署於 VPN 建置白內障手術事前登錄作業並定期監測醫師每月申報 41 例以上資料上傳及申報情形。</p> <p>2.按月監測：</p> <p>(1)本署針對每月申報超過 40 例醫師及院所名單，提供各分區業務組參考。</p> <p>(2)按月回饋眼科醫學會白內障 41 例以上改事前登錄後申報情形。</p>	<p>111 年度編列 1.2 億元，放寬白內障手術事前審查限制，刪除「醫師執行白內障手術 40 例以上須送事前審查」規範。協商預算推估方式：</p> <p>1.109 年單月申報白內障手術超過 41 例(含)之醫師，每月平均執行 54 例。</p> <p>2.109 年剛好執行 40 例之基層醫師 342 人×增加件數(54-40)×110~111 年成長率(1+10%)²×費用 20,679 點=1.2 億點。</p> <p>本會研析建議：</p> <p>1.依上開推估，預算執行數(增加申報點數)之認列，需對每月執行超過 40 例案件(N 件)先予釐清，並扣除 40 例案件之費用(即 N-40)。惟健保署之說明，尚未提出實際執行如何計算之認定方式。</p> <p>2.請健保署參考協商時之預算推估方式，補充說明 111 年度增加之申報件數、點數及扣減未執行額度之具體處理方式。</p>	<p>111 年總額協商時預算預估，因無法準確估計放寬白內障手術事前審查限制後對臨床醫療行為之影響，爰將申報剛好 40 例之醫師當成受規範限制對象，以放寬限制後渠等申報均達 41 例以上醫師申報平均值 54 例之境況做為估算；惟支付規範之開放，可能使白內障手術之執行量增加，爰本項實際預算執行情形研議以 111 年申報件數相較於前一年度申報件數，並扣除自然成長後進行計算，將再和醫界討論，取得共識後依協定事項執行。</p>

(二)、專款項目，計 4 項：

部門	項目	協定事項	健保署對協定事項之處理規劃	本會研析及建議	健保署就劃線事項補充說明
牙醫門診總額	12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用	<p>1. 本計畫係提供 P7101C「青少年齲齒控制照護處置」，其中包含牙菌斑偵測、去除維護教導，與支付標準編號 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」服務內容重複，於 111 年申報本項者，若其曾於 110 年申報 91014C，將依其申報 91014C 之點數扣減一般服務費用。</p> <p>2. 另本計畫提供 P7102C「青少年齲齒氟化物治療」係為新增項目，未與一般服務重複。</p>	<p>111 年度編列 2.715 億元專款，健保署之執行係用以加強青少年齲齒控制照護及氟化物治療。(協商時原經費 4.525 億元，推估方式：12~18 歲戶籍人數(約 150.8 萬人)×就醫率(60%)×每人 500 點，500 點=咬翼式 X 光 100 點×2 張、牙周暨齲齒控制基本處置 100 點、及牙菌斑去除照護 200 點，與本計畫最終公告服務項目略有差異)</p> <p>本會研析建議：</p> <p>1. 考量擬增加照護項目部分內容屬現行一般服務範圍(如「牙周暨齲齒控制基本處置」)，設立專款後，這些原由一般服務支付項目，將轉由專款支付。爰協定事項要求於一般服務扣減與本項重複部分之費用。</p> <p>2. 有關「青少年齲齒控制照護處置」(P7101C)，該署將 111 年有申報此項目者，其曾於 110 年申報一般服務「牙周暨齲齒控制基本處置」(91014C)項目之點數，視為自一般服務轉移至專款之費用，予以扣減，所提之扣減方式具體合理。</p> <p>3. 至於「青少年齲齒氟化物治療」(P7102C)，是否與一般服務之氟化物治療(適用口乾症、頭頸部病患電療後病人)重複，請健保署依 111 年實際申報資料，進行比對分析。</p> <p>4. 本項涉及一般服務之扣減，請補充說明是否於 111 年度第 4 季結算時進行扣減。</p>	<p>1. 「青少年齲齒氟化物治療」(P7102C)係限診斷為齲前白斑之患者申報，且於支付規範明定不得併報塗氟相關處置：92072C 口乾症塗氟、92051B 塗氟(限頭頸部病患電療病人)、P30002(牙特計畫身心障礙者)、P7001C(應為 P7301C 高齲齒率患者氟化物治療)。</p> <p>2. 扣款時間及詳細計算公式，本署將與醫界持續討論，取得共識後依協定事項執行。</p>
	高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫	檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源	<p>本項係提供曾申報 89013C 或 89113C 者(恆牙牙根齲齒充填)氟化物治療，預算 184 百萬元，並自 111.3.1 實施，截至 111 年 4 月，服務人數 5,748 人，申報約 2.9 百萬點，預算執行率約 1.58%，請牙全會多方推廣本項服務。</p>	<p>111 年度編列 1.84 億元，新增用於高齲齒病患牙根齲齒塗氟治療，避免齲齒惡化。協商預算推估方式： 高齲齒病人數^註(約 27.2 萬人)×氟化物治療 500 點×牙結石清除年平均利用次數(1.35 次/年)。</p> <p>註：高齲齒病人數，係以 109 年申報複合體充填(89013C)及特殊狀況複合體充填(89113C)人數，再扣除原已利用塗氟(92051B)及口乾症塗氟(92072C)者人數。</p> <p>本會研析建議：</p> <p>1. 牙醫部門提出對高齲齒患者之牙根齲齒進行 3 個月 1 次的塗氟，可避免根部齲齒好發率，延長使用年限，產生節流效益。惟健保署之說明，尚未提出具體評估方式。</p> <p>2. 請健保署補充說明，如何具體提升預算執行率，並參考協商意旨，說明實施成效及節流效益之具體評估方式規劃。</p>	<p>1. 將按季於全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議報告預算執行情形供牙全會參考，並請牙全會透過會內管道向會員推廣本項服務，以增加利用率。</p> <p>2. 有關實施成效及節流效益，考量本項自 111.3 實施，仍需長期觀察，將與牙全會研議成效評估方式，並請牙全會於明年度評核時呈現結果。</p>

部門	項目	協定事項	健保署對協定事項之處理規劃	本會研析及建議	健保署就劃線事項補充說明
中醫門診總額	照護機構中醫醫療照護方案	依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用	方案已規定申報費用時需填報特定代碼，結算時符合本方案相關費用皆以專款核付，與一般服務費用應無重複支應情形。	<p>111 年度編列 28 百萬元專款，用於提供照護機構住民中醫醫療照護。協商預算推估方式：執行 60 家、每週 1 次(52 週)、每次 10 人次，以每次訪視費 1,000 點(約 3,120 次)，加上論量費用(每人次約 800 點×31,200 人次)估算。</p> <p>本會研析建議：</p> <p>1. 考量照護機構住民外出至中醫門診就醫之費用，屬現行一般服務範圍。設立專款後，參與本方案照顧機構住民 110 年外出至中醫門診就醫之費用，將自 111 年起，轉由本項專款支付，爰協定事項要求於一般服務扣減與本項重複部分之費用。</p> <p>2. 建議參酌牙醫專款「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」之扣減方式，將 111 年度有參與本方案照顧機構住民之論量支付申報點數，其於 110 年外出至中醫門診就醫之申報點數，視為自一般服務轉移至專款之費用，予以扣減。</p> <p>3. 本項涉及一般服務之扣減，請補充說明扣減之具體處理方式，及是否於 111 年度第 4 季結算時進行扣減。</p>	<p>本方案與 110 年一般部門服務項目重複之費用詳細計算方式及扣款時間，本署將與醫界持續討論，取得共識後依協定事項執行。</p>
醫院總額	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	執行效益納入未來總額財源	<p>1. 本項規劃草案已於 111.5.25「全民健康保險醫療給付費用醫院總額 111 年第 2 次研商議事會議」討論，並依會議結果提至 111.6.9「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」第二次會議，惟未獲共識，俟醫院協會提送修正草案後再提會討論。</p> <p>2. 將俟本項措施公告實施後，另行評估執行效益。</p>	<p>111 年度編列 3 億元專款預算，用於計畫名稱之 3 項用途。</p> <p>本會研析建議：</p> <p>1. 考量本計畫目的為鼓勵病人脫離呼吸器及安寧療護。前者可增進病人生活及照護品質，後者則可提升臨終照護品質。若能落實推動，可更有效率運用醫療資源。惟健保署之說明，尚未提出評估效益之方式。</p> <p>2. 請健保署儘速完成計畫內容之研訂，並請<u>參考協商意旨，補充說明計畫實施成效之具體評估方式及規劃。</u></p>	<p>1. 依 111 年 3 月 25 日衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 111 年第 3 次委員會議決議，訂定「執行目標」及「預期效益之評估指標」如下：</p> <p>(1) 執行目標：提升 RCC、RCW 病人同意簽署 DNR 比率較 108 年增 2%。</p> <p>(2) 預期效益之評估指標：</p> <p>① RCC：呼吸器脫離率為主要指標；簽署 DNR 比率及召開緩和醫療家庭會議比率為次要指標。指標達成與 108 年比較進步視同達標。</p> <p>② RCW：簽署 DNR 比率及召開緩和醫療家庭會議比率為主要指標；呼吸器脫離率為次要指標。指標達成與 108 年比較進步視同達標。</p> <p>③ 簽署 DNR 案件數與 108 年比較進步視同達標。</p> <p>2. 上述指標，規劃計算方式說明如下：</p> <p>(1) 病人同意簽署 DNR 比率：RCC 或 RCW 院所申報之 DNR 虛擬醫令人數占 RCC 或 RCW 人數比率。</p> <p>(2) 呼吸器脫離率：RCC 或 RCW 登錄之 VPN 資</p>

部門	項目	協定事項	健保署對協定事項之處理規劃	本會研析及建議	健保署就劃線事項補充說明
					<p>料，「轉出時情形」為脫離呼吸器之人數占 RCC 或 RCW 人數比率。</p> <p>(3)召開緩和醫療家庭會議比率：RCC 或 RCW 申報緩和醫療家庭諮詢費(02020B)之人數占 RCC 或 RCW 人數比率。</p> <p>(4)簽署 DNR 件數：RCC 或 RCW 院所申報之 DNR 虛擬醫令件數。</p> <p>(5)惟上述計算方式仍需視最終核定之計畫內容評估是否調整計算方式。</p>