

衛生福利部全民健康保險會  
第 5 屆 111 年第 6 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 6 月 24 日



# 衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 111 年第 6 次委員會議議程

## 一、主席致詞

## 二、議程確認

三、確認上次(第 5 次)委員會議紀錄 ----- 1

四、本會重要業務報告 ----- 20

## 五、討論事項

(一)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 ----- 69

(二)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 78

## 六、報告事項

(一)「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) ----- 101

(二)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 ----- 162

(三)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 ----- 171

(四)中央健康保險署「111 年 5 月份全民健康保險業務執行報告」 ----- 187

(五)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 ----- 188

## 七、臨時動議



三、確認上次(第 5 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(111)年 6 月 2 日衛部健字第 1113360071 號函送委員在案，並於本年 6 月 2 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5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5月27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：范裕春、彭美瑩

出席委員：(依姓名筆劃排序，\*為參與視訊會議)

干委員文男、朱委員益宏\*、何委員語、吳委員鴻來\*、吳委員鏘亮\*、李委員永振、李委員麗珍、卓委員俊雄、林委員恩豪\*、林委員敏華\*、林委員綉珠\*、侯委員俊良\*、柯委員富揚\*、胡委員峰賓\*、翁委員文能\*、翁委員燕雪、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍\*、張委員鈺民\*、許委員駢洪\*、陳委員石池\*、陳委員有慶\*、陳委員秀熙、陳委員建志\*(中華民國牙醫師公會全國聯合會徐常務理事邦賢 10:40 以後代理)、黃委員金舜\*(中華民國藥師公會全國聯合會邱副秘書長建強代理)、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\*、謝委員佳宜\*、顏委員鴻順\*

列席人員：

本部社會保險司：盧副司長胤雯

中央健康保險署：李署長伯璋(蔡副署長淑鈴代理)

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19~20頁)

貳、議程確認：(詳附錄第20~21頁)

決定：確認。

參、確認上次(第4次)委員會議紀錄：(詳附錄第21~34頁)

決定：

一、依委員意見修正(劃線處)如下：

(一)伍、優先報告事項之決定：一、感謝肯定衛生福利部社會保險司重新檢視年度總額預算編列方式之合理性。

(二)陸、討論事項第一案之決議：一、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。

二、因應衛生福利部暫緩實施部分負擔調整案，修正陸、討論事項第三案之決議：一、(二)前述監測指標之監測結果及成效檢討報告，~~應提本年12月份委員會議報告，並自112年起應自公告實施日起~~，每半年定期向本會提出報告。

三、餘確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第42~52頁)

決定：

一、上次(第4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6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4項，同意解除追蹤。

三、為利醫界專注防疫，「各總額部門110年度執行成果評核之作業方式」採書面評核方式，不辦理公開成果發表會議，請中央健康保險署及四總額部門如期提送執行成果書面報告及簡報資料，供評核委員審閱。111年評核作業時程表，配合修正如附件一。

四、餘洽悉。

伍、優先報告事項：(詳附錄第53~73頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：111年第1季全民健康保險業務執行季報告，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署回復說明。
- 二、請中央健康保險署於本(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。

陸、討論事項：(詳附錄第74~99頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)，提請討論。

決議：

- 一、總額協商架構之一、總額設定公式，將俟衛生福利部陳報行政院核定後配合修訂。另委員所提有關「醫療服務成本及人口因素」之意見，送請衛生福利部參考。
- 二、總額協商原則，依委員意見及配合討論事項第二案決議之總額協商程序相關文字，修訂五.協商因素(四)、(五)及六.專款項目(四)之文字，並刪除七.其他原則之(七)(修正如附件二劃線處)。
- 三、餘照案通過，訂定「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，如附件二。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)，提請討論。

決議：

- 一、有關9月16、17日之協商草案溝通會議，原則不加開，



後續再視協商資料及討論需求評估是否辦理。其餘照案通過，訂定「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，如附件三。

二、因應 COVID-19疫情發展，總額協商相關會議辦理方式將滾動調整因應作為，並提報委員會議確認。

柒、報告事項：

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。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

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。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

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。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午14時2分。

伍、111 年評核作業時程表(調整版)

時間	作業內容
111 年 1~3 月	1.函請四總額部門及健保署提供建議之 111 年度重點項目及其績效指標、操作型定義及目標值，並請就本會研擬之評核內容(草案)提供修正建議。 2.研擬評核作業方式(草案)。
111 年 3 月	評核作業方式(草案)提委員會會議議定。
111 年 4~5 月	1.請四總額部門及本會付費者代表委員推薦評核委員人選。 2.本會同仁彙整四總額部門及本會付費者代表委員推薦名單，加上本會現任、曾任專家學者及公正人士委員後，請本會委員就該建議名單票選適合人選。 3.依據委員票選結果，及貳之一.評核委員產生方式，排定邀請名單，依序邀請 7 位擔任評核委員。 4.請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。
111 年 5 月下旬	健保署依評核報告大綱及評核項目表，先提送監測/調查/統計結果(報告上冊)予本會，供評核委員審閱及四總額部門參用，總額部門可專注於提報執行檢討與改善結果。
111 年 6 月中旬 (評核會議前 1 個月)	四總額部門及健保署提送執行成果之書面報告(健保署提送報告下冊)予本會，供評核委員審閱。
111 年 7 月上旬 (評核會議前 2 週)	1.健保署及四總額部門提送 110 年度執行成果之簡報資料，供評核委員審閱。 2.本會同仁彙整「各總額部門 110 年度執行成果評核指標摘要」供評核委員參考。
111 年 7 月中旬 (預訂 7 月 19、20 日)	召開為期 2 天之「各總額部門 110 年度執行成果發表暨評核會議」。
111 年 7 月 20 日	1.評核委員完成書面評核，並召開評核內部會議決定評核等級。 2.本會於網頁公開評核等級，並以電子郵件提供委員參考。
111 年 7 月 29 日	本會於 7 月份委員會會議提報評核結果。
111 年 8 月上旬	本會彙整評核委員意見，於 8 月 1 日前提供健保署及四總額部門，並請於 8 月 10 日前提供回應或補充說明(併入評核紀錄)。
111 年 8 月 19 日	本會於 8 月份委員會會議前完成評核紀錄，提供委員納為總額協商參據。

## 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

### 壹、總額協商架構

#### 一、總額設定公式(暫列，將俟衛福部陳報行政院核定後配合修訂)

##### ■年度部門別<sup>註1</sup>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<sup>註2、註3</sup>×(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<sup>註4</sup>

##### 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)/前一年度核定之部門別醫療給付費用

##### ■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<sup>註1</sup>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)/前一年度核定之全民健保醫療給付費用總額

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.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×(1+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。
- ~~(七)各總額部門所提協商草案，若涉及應用年度總額調整支付標準項目，應評估是否連帶影響其他總額部門，如有影響，應有相關預算撥補受影響部門。~~

## 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	躉售物價指數—西醫藥品類
	基層	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

### 一、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<p><b>一、協商前置作業</b></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"> <li>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。</li> <li>2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。</li> <li>3.提供協商參考資料「<u>111 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽</u>」。</li> <li>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"> <li>(1)規劃草案內容應包含協商減列項目及預估金額。</li> <li>(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。</li> </ol> </li> </ol> <p>(四)安排總額協商會前會及座談會。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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"> <li>(1)請各總額部門及健保署報告所規劃之「<u>112 年度總額協商因素項目及計畫草案</u>」，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"> <li>①<u>問題分析及需求評估</u>。</li> <li>②<u>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)</u>。</li> <li>③<u>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)</u>。</li> <li>④<u>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)</u>。</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>	<p>第 5 次委員會議(111 年 5 月 27 日)</p> <p>111 年 7 月 19、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</p> <p>(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「<u>112 年度總額協商因素項目及計畫草案</u>」，應提報內容及格式如附表：  (1)新增項目之「<u>執行目標</u>」及「<u>預期效益之評估指標</u>」，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.<u>112 年度總額協商因素項目及計畫草案溝通會議</u>。</p>	<p><u>111 年 8~9 月</u></p> <p><u>111 年 8 月 26 日上午</u></p> <p><u>111 年 9 月 1 日前</u></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><b>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</b></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。</p> <p>(2)請部門當日依據協商結論，於協定事項調整新增項目之「<u>執行目標</u>」及「<u>預期效益之評估指標</u>」。</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。</p> <p>(2)請委員就協商結果，提供各總額部門所提新增項目之「<u>執行目標</u>」及「<u>預期效益之評估指標</u>」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.「<u>執行目標</u>」及「<u>預期效益之評估指標</u>」之確認：</p> <p>(1)<u>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。</u></p> <p>(2)<u>未達共識部門：請衛福部就政策要求，逕予核定。</u></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，最遲於 12 月份委員會議並完成協定。</p>	<p><u>111 年第 7 次委員會議(111 年 7 月 29 日)抽籤<sup>註</sup>，於第 8 次委員會議(111 年 8 月 19 日)提報排定議程</u></p> <p><u>111 年 9 月 22 日全天，若有未盡事宜，於 9 月 23 日上午 11 時繼續處理</u></p> <p><u>111 年第 9 次委員會議(111 年 9 月 23 日上午 11 時，若有協商未盡事宜則先討論，再進行委員會議)</u></p> <p><u>111 年第 10 次委員會議(111 年 10 月 28 日)</u></p> <p><u>111 年 11~12 月</u></p> <p><u>111 年 10 月 6 日前</u></p> <p><u>111 年第 11 次委員會議(111 年 11 月 18 日)</u></p>

工作項目及內容	預訂時程
(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。	111年11~12月
<b>三、協定事項之執行規劃與辦理</b> (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22日(星期四)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22日(星期四)上午9時30分起，全天。
- 3.若有協商未盡事宜，則於111年9月23日(星期五)上午11時討論。

### (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 <sup>#1</sup> 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	推估 最長時間
			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	130~170分鐘	130~230分鐘
西醫基層	25分鐘		20分鐘	20分鐘	50分鐘		115~150分鐘	115~190分鐘
牙醫	20分鐘		20分鐘	20分鐘	40分鐘		60~80分鐘	60~120分鐘
中醫	20分鐘		20分鐘	20分鐘	40分鐘		60~80分鐘	60~120分鐘
其他預算	20分鐘		20分鐘		35分鐘		55~73分鐘	55~93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)。

3.合計不含各自召開內部會議時間；各部門協商時間若確需延長，以不超過該部門第三階段時間之50%為限。

#### 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	

協商階段		場次	四部門總額協商	其他預算協商
				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 11 時，若有協商未盡事宜則先討論，再進行委員會議。
- (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"> <li>1.問題分析及需求評估</li> <li>2.醫療服務內容及說明</li> <li>3.費用估算基礎及淨增加之費用</li> <li>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)</li> <li>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)</li> <li>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</li> </ol>	<p>對醫界方案提出保險人之評析及建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>2.試算醫療費用、淨增加費用，並提出合理之預算建議</li> <li>3.對執行目標及預期效益之評估指標提供建議</li> <li>4.對專款項目之預估試辦檢討期限提供建議</li> </ol> <p><u>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：</u></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"> <li>1. <input type="checkbox"/> 是否為政策交付項目：是者，摘錄政策內容</li> <li>2. <input type="checkbox"/> 資料是否完整：否者，提出需補充內容</li> <li>3. 提供評核委員及會前會專家學者意見</li> <li>4. 彙整相關統計數據與總額協商相關規範</li> <li>5. 提供協定事項執行情形與研析，<u>不作任何預算額度及經費增刪的建議。</u>另提供協定事項建議文字</li> </ol>
延續性項目	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.醫療服務內容及說明(含問題分析及需求評估)</li> <li>2.費用估算基礎及淨增加之費用</li> <li>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</li> <li>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</li> </ol>		

#### 四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第5次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)業依「參、確認上次(第4次)委員會議紀錄」之決定，修正第4次委員會議議事錄內容，並於本(111)年6月8日更新本會網頁第4次委員會議議事錄第3頁、第5頁如劃線處(如第2~3頁)。

(二)決議(定)列管追蹤事項共計3項，依辦理情形，建議解除追蹤1項，繼續追蹤2項，如附表一(第29~30頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

二、為利委員了解歷次委員會議未結案件之辦理情形，依例每半年(6月、12月)彙報1次，截至5月底未結案件計24項，依辦理情形，建議解除追蹤3項，繼續追蹤21項，如附表二(第31~45頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

三、中央健康保險署(下稱健保署)函請變更本次依本年度工作計畫或相關決議(定)事項原訂之議程案，說明如下：

(一)「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」報告案再次延期，理由如下：

1.本案係依本年度工作計畫，原訂於第3次委員會議(111.3.25)提報本案，惟健保署前於本年3月16日來函(如附錄一，第209頁)表示，將進行「院所財務報告趨勢」視覺化建置作業，經本會第3次委員會議決定同意，延至本年第6次委員會議報告。

2.惟該署復於本年6月6日函知(如附錄二，第210頁)，考量目前本土COVID-19大流行疫情嚴峻，為避免公開後輿論關切影響醫療體系及防疫規劃之運作，爰建請視疫情狀況再擇期報告。

●處理建議：本案向為委員關切之健保監理議題，且為例行納入本會年度工作計畫之事項，仍請健保署於疫情趨緩後盡速提報。

(二)「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：案係依本會本年第4次委員會議(111.4.21)決議辦理，該署於本年6月9日函知(如附錄三，第211頁)，因部分負擔調整案公告業經衛生福利部(下稱衛福部)於本年5月12日註銷，考量後續調整方案之變動性，爰暫不提報。

●處理建議：雖部分負擔調整案因疫情之故暫緩實施，但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資源合理利用，仍請健保署宜盡速研擬，並於委員會議報告，以利日後監測執行情形。

四、112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍草案(下稱112年度總額範圍草案)衛福部業於本年6月2日依健保法第60條規定函報行政院(函文及內容節錄如附錄四，第212~265頁)。

(一)關於112年度總額範圍草案重點摘要：

1.函報之總額範圍草案為8,198.84億元(下限金額)至8,500億元(上限金額)，與111年度之醫療給付費用相較，其成長率為1.28%(低推估)至5%(高推估)，增加金額為103.61億元至404.77億元，其中本會委員關切重點列於報院函之附錄3(第258~265頁)。

2.總額基期之計算方式，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(0.39億元)，即得基期淨值約為8,095.23億元。

(二)承上，且依本會5月份委員會議討論事項第一案之決議：一、「總額協商架構之一、總額設定公式，將俟衛生福利部陳報行政院核定後配合修訂」(如第4頁)，爰配合衛福部報院之總額基期公式修訂，修正112年度總額協商架構及原則之「總額設定公式」如附件二(第60頁)。

五、因應立法院日前修正通過「公務員服務法」增訂公務員每日工時(延長工時)上限，及5月份委員會議委員建議在協商資料完備下，應落實協商時間規定，爰擬調整「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」之會議時間，說明如下：

(一)「公務員服務法」修正：立法院於本年5月30日三讀修正通過

之「公務員服務法」，增訂公務員延長辦公時數每日不得超過12小時。依目前協商時程安排，協商後之幕僚作業均必須於當天完成，方可提供隔天的委員會議初步確認，本會同仁須熬夜超時工作，該法條修正施行後，將有違法之虞。

(二)委員對協商之意見：協商時間冗長，對付費者委員體力及腦力負荷過重，另5月份委員會議有委員提出，112年度總額協商程序已加強協商資料之完備度，倘各總額部門及健保署配合完整提供資料內容，應可提升協商效率，建議協商時委員及協商代表均應遵循各部門總額協商時段限制，作好時間控管為宜。

(三)綜上，擬修訂112年度總額協商共識會議，由9月22日(星期四)提前至9月21日(星期三)，委員會議仍維持9月23日(星期五)，增加9月22日(星期四)為協商緩衝及幕僚作業時段，規劃如下：

- 1.協商共識會議時間：由9月22日(星期四)提前至9月21日(星期三)，並依各總額協商順序及時間安排，預計於晚上8時40分結束(如此即可符合公務員服務法之規定)。原則上，各部門總額協商將依據表定時段進行，若時間屆滿仍無法達成共識，將兩案併陳報衛福部決定。惟若雙方均有繼續協商之意願，在徵得雙方代表同意後，則安排在隔天(9月22日)的協商緩衝時段處理。
- 2.協商緩衝時段：原安排於9月23日(星期五)上午11時對前一天未盡事宜進行協商，擬規劃提前至9月22日(星期四)上午9時30分至12時30分進行。若未有協商未盡事宜，則不開會。(本日主要作為幕僚作業時間)
- 3.第9次委員會議：仍安排於9月23日(星期五)召開，惟時間由上午11時提前至9時30分(正常委員會議時間)。另為避免遠程委員旅途奔波，本次委員會議將以實體及視訊併行方式召開。
- 4.因協商順序尚未抽籤決定，爰暫以111年度協商順序說明協商共識會議及委員會議時間安排如下表，供委員參考。

日期與名稱	時間	內容
<b>9月21日(三)</b> <b>協商共識會議</b>	9:00~9:30	報到/預備會議
	9:30~12:00	醫院總額協商(150分鐘)
	12:30~13:10	醫院及西醫基層總額之門診 透析服務協商(40分鐘)
	13:20~15:15	西醫基層總額協商(115分鐘)
	15:25~17:05	中醫門診總額協商(100分鐘)
	17:15~18:55	牙醫門診總額協商(100分鐘)
	19:25~ <b>20:40</b>	其他預算協商(75分鐘)
<b>若有協商未盡事宜</b> <b>9月22日(四)</b>	<b>9:30~12:30</b>	視需要處理協商未盡事宜 若未有需要，則不召開
9月23日(五) 第9次委員會議 (實體及視訊併行方式)	<b>9:30開始</b>	依委員會議議程進行，其中 討論事項包含 112 年度總額 協商結果確認案

(四)如蒙同意上開會議調整事項，酌修112年度總額協商程序(如附件三之劃線處，第61~66頁)。

六、為完善資料寄送之資訊安全，自本年6月起，委員會之會議資料電子檔，將加密寄送：依據衛福部本年第一次資通安全暨個資保護內部稽核作業針對本會所提之改善建議「針對機敏資料的寄送應予加密」辦理，未來寄送委員會議資料檔案將加密處理，至於開啟密碼則以第2封電子郵件另行寄送。

七、相關機關(構)來函或副知本會之重要公文：

台灣私立醫療院所協會致函嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心(下稱指揮中心)，建議111年第2、3季醫院總額點值結算比照110年點值保障方式(如附錄五，第266~267頁)，並副知本會案：

(一)指揮中心函覆之說明(如附錄六，第268~269頁)摘要如下：

1.醫院總額點值結算方式因涉及全體醫院權益，宜凝聚共識後依程序提報醫院總額研商議事會議通過，並提報全民健康保險會同意後，經衛福部核定後實施。

2.有關 111 年度醫院總額點值結算方式，健保署已函請醫院協會凝聚共識，該署將依據醫界共識辦理。

(二)有關函復內容所稱「提報全民健康保險會同意」部分，本會補充說明：

1.依健保法第 62 條第 3 項規定，保險人應依醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。對於總額點值之核付結算基礎，法有明定。

2.總額點值結算方式之決定，非屬本會權責，尚無須送會同意之必要。但本會負有監理保險業務之法定任務，故委員在 110 年第 2 次及第 6 次委員會議，對健保署在業務執行報告中提及擬調整醫院總額 110 年第 2、3 季之結算方式案時，其調整結算方式是否符合健保法第 62 條之立法意旨，多有關切，並請該署參考委員意見，依健保法規定，在符合適法性、公平性前提下辦理。

八、健保署於本年 6 月 8 日以健保醫字第 1110661352A 號函將修訂之「111 年度西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」送本會備查，查該署前於 111 年 3 月份委員會議將地區預算分配方式中之風險調整移撥款執行方式提經本會備查在案，本次修正主要刪除分配方式三、(四)、4.之備註文字「若有一分區 111 年某季預估一般服務申報醫療點數與 108 年同期之『點數衰退比例』大於臺北區，則請健保署提早通知，本會(醫師公會全聯會)將採滾動式修訂 111 年一般服務費用地區預算分配細節」，不影響原風險調整移撥款之分配方式，如附錄七(第 270~272 頁)。

九、本會針對上次(第 5 次)委員會議委員關切重要議題作成會訊報導之主題如下，內容詳附錄八(第 273~274 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 5 次 (5.27)	健保會委員關切急診品質提升方案修訂及代謝症候群防治計畫研議情形

十、衛福部及健保署於本年 5 月至 6 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 6 月 14、15 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1.本年 5 月 20 日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目(除 Tw-DRGs 適用權重表，自本年 7 月 1 日生效外，其餘自本年 6 月 1 日生效)，如附錄九(第 275~277 頁)，本次修訂重點如下：

(1)第二部西醫：

- ①新增診療項目：7 項(如 HLA-B\*5801 基因檢測)。
- ②調整支付標準：31 項(30 項各類病床「護理費(第一天)」，腎臟移植)。
- ③開放表別：2 項(輸卵管剝離術及輸卵管造口術)。
- ④修訂支付規範：於門診診察費通則同一療程疾病，新增癌症放射線治療、高壓氧治療及減敏治療之門診診察費，不限申報 1 次(訂有不同申報頻次)；於住院安寧療護通則增訂安寧病房之醫事人員資格規定、末期骨髓增生不良症候群等 4 類收案對象，及修訂其他診療項目支付規範。

(2)第四部中醫：增修針灸、傷科及針灸合併傷科之支付規範(如新增不分療程、後續治療診療項目)，及修正特定疾病門診加強照護之支付規範。

(3)第五部居家照護及精神病患社區復健：

- ①增訂緊急訪視加成 40%~70%及提高山地離島地區醫事人員訪視費 20%(第一章居家照護及第三章安寧居家療護)。
- ②收案對象增列末期骨髓增生不良症候群等 4 類(第三章安寧居家療護)。

(4)全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)：修正附表 7.3 111 年 7 月至 12 月適用權重表，標準給付額由 48,815 點調升為 49,192 點(增加 377 點)。

(二)健保署

1.將公告之總額相關計畫副知本會，如附錄十(第 278 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
111.5.26/ 111.7.1	醫院以病人為中心門診整合照護計畫	1.自 111.7.1 起取消「非開設整合門診照護模式」。 2.修訂失智症定義，並放寬「失智症門診家庭諮詢費」給付條件，不內含於門診整合初診或複診診察費中，得另外申報。惟不得重複申請衛福部「失智照護服務計畫」個案管理費之「按月提供諮詢服務」費用。 3.修訂醫師教育訓練內容，增列失智症基礎訓練。 4.申請醫院資格及退場機制增列醫事服務機構特約及管理辦法第 44 條至第 45 條規定。

2.本年 5 月 19 日及 5 月 23 日副知，公告刪除「全民健康保險中醫門診總額部門檔案分析審查不予支付指標及處理方式」4 項指標，及「全民健康保險西醫基層總額部門檔案分析審查不予支付指標及處理方式」11 項指標(如下表)，皆自 111 年 7 月 1 日(費用年月)起生效，如附錄十一、附錄十二(第 279~281 頁)。

總額 部門	刪除指標
中醫 門診	022-中醫同一院所同一患者同月看診次數過高
	030-中醫用藥日數重複率過高
	033-中醫門診申報同院所同病人當月針傷處置次數過高
	037-中醫院所單一醫師每月申請中醫師親自調劑費(A32)次數大於 1,200 人次以上
西醫 基層	005-基層診所病患當月就診超過 10 次以上
	006-初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 前未使用 aspirin 比率
	007-基層診所 01 及 09 案件藥品申報超過 38 天
	009-西醫基層總額門診注射劑使用率

總額部門	刪除指標
	023-西醫基層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
	025-西醫基層門診 PSYLLIUM HUSK 處方率居於同儕極端值
	026-西醫基層門診 2 歲以下幼兒使用 CODEINE 成分之處方藥品比率過高
	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-西醫診所門診同院所同一病人每季 Zolpidem 處方量(DDD 數)超量
	045-西醫基層醫師成人精神科診斷性會談申報量過高
	049-同一院所物理治療頻率過高個案所占醫令數比率過高

### 3.110 年第 4 季各部門總額每點支付金額：

- (1)牙醫門診總額，如附錄十三(第 282~285 頁)。
- (2)中醫門診總額，如附錄十四(第 286~289 頁)。
- (3)醫院總額，如附錄十五(第 290~292 頁)。
- (4)西醫基層總額，如附錄十六(第 293~296 頁)。
- (5)門診透析服務，如附錄十七(第 297~299 頁)。

總額別 分區別	110 年第 4 季各部門總額平均點值				
	牙醫門診	中醫門診	醫院	西醫基層	門診透析
台北	0.9356	1.0227	0.9554	1.0860	0.8706
北區	0.9983	1.0273	0.9645	1.0972	
中區	0.9922	0.9991	0.9409	1.0768	
南區	1.0392	1.0201	0.9974	1.0912	
高屏	1.0081	0.9979	0.9624	1.0651	
東區	1.1773	1.1562	0.9511	1.1340	
全區	0.9820	1.0153	0.9607	1.0843	

- (6)其他預算，如附錄十八(第 300 頁)，110 年全年經費 16,153.2 百萬元，全年結算數 10,409.8 百萬元，整理預算執行情形如附錄十九(第 301 頁)供參考。

### 4.本年 3 月至 5 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目，藥品計 33 件、特材計 6

件，彙整如附錄二十(第 302~305 頁)。

決定：



## 上次(第5次)委員會會議繼續列管追蹤事項

## 一、擬解除追蹤(共1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	優先報告事項： 111年第1季全民健康保險業務執行季報告。	委員所提意見，送請中央健康保險署回復說明。	於111年6月1日請辦健保署。	健保署回復：委員所提意見，說明如附件一(第46~59頁)。	解除追蹤	—

二、擬繼續追蹤(共 2 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	確認上次(第 4 次)委員會議紀錄。	一、依委員意見修正(劃線處)如下： (二)陸、討論事項第一案之決議：一、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。	於 111 年 6 月 1 日請辦健保署。	健保署回復： 1. 收案照護人數，業經衛生福利部國民健康署及中華民國醫師公會全國聯合會協議並取得共識，考量本年度收案時間僅約剩 5 個月，爰： (1)維持提供 10 萬名代謝症候群個案疾病危險因子管理服務。 (2)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。 2. 上述收案照護人數將提至 111 年第 6 次委員會議報告。	1.繼續追蹤 2. 併 111 年第 5 次委員會議繼續追蹤項次1辦理，並俟衛福部核定健保署公告後解除追蹤	依健保署陳報時程辦理
2	優先報告事項： 111 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告。	請中央健康保險署於本(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。	於 111 年 6 月 1 日請辦健保署。	健保署回復： 配合辦理。	1.繼續追蹤 2.於健保署報告後解除追蹤	111 年 7 月

### 健保會第5屆委員會議歷次未結案件追蹤表(更新部分以底線標示)

#### 一、擬解除追蹤(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	追蹤建議	完成期限(年月)
1	<p>有關健保署針對免疫療法中「胃腺癌」與「晚期肝細胞癌」免疫新藥，以療效不佳而停止健保給付申請案，專業醫師提出該理由並不具合理性，也違反健保會總額協商，建議該署應立即恢復給付「晚期肝細胞癌」和「胃腺癌」免疫新藥，以維病友用藥權益案，本案涉及藥品給付規定之修訂，係屬中央健康保險署權責，委員關心廣大病友之權益，所提意見送請中央健康保險署審酌納參。[俟健保署提供此2癌症免疫新藥後續與藥商協議情形後解除追蹤] (109.5 決議、109.6、109.12、110.4、110.12 決定)</p> <p>.....</p> <p>再次建請中央健康保險署早日與「胃腺癌」及「晚期肝細胞癌」IO 免疫新藥業者達成協議，讓「胃腺癌」與「晚期肝細胞癌」患者能夠使用 IO 免疫新藥，讓病患及家屬有多一種選擇和生存機會案，本案涉及藥品給付規定之修訂，係屬中央健康保險署權責，委員所提意見，送請中央健康保險署併同本會 109 年第 3 次委員會議(109.5.22)之決議辦理。 /[併同本會 109 年第 3 次委員會議(109.5.22)之決議一併追蹤]</p>	<p>健保署回復：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.根據本署委託 CDE 分析胃癌與肝癌使用 IO 藥品的真實世界證據，雖個別醫師的治療有差異，但整體結果僅與化療藥物或標靶藥物差不多，但健保卻需付出數倍藥費。</li> <li>2.考量病人用藥機會，本署已多次與藥商溝通還款方案。目前本署已請廠商以精準醫療方式找出合適治療的病人，或以國內臨床治療有效證據再提出建議方案。惟迄今廠商無法提供具成本效益之精進方案，故未達成協議，本署已再請廠商提出具給付效益之精進方案。</li> <li>3.為提供病患更具效益之選擇，本署已放寬其他胃癌或肝癌藥物之給付規定，例如擴增胃癌用藥 Herceptin 與第 3 線藥物 Lonsurf，以及新增肝癌標靶用藥 Lenvima 與 Cyramza。</li> <li>4.健保資源有限，本署將持續滾動檢討 IO 藥品給付之合理性，延長給付有療效的病人，減少給付不具成本效益之藥物或無效醫療，以管控健保財務風險。</li> <li>5.另查美國 FDA Oncologic</li> </ol>	<p>解除追蹤 (健保署已提供此2癌症免疫新藥後續與藥商協議情形，且提供病患放寬其他胃癌及肝癌藥物之給付規定)</p>	—

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	(109.10 決議、109.11、109.12、110.4、110.12 決定)	<p>Drug Advisory Committee 於 110 年 4 月底再次評估 nivolumab 及 pembrolizumab 藥品用於肝癌及胃癌之適應症，最終委員決議反對繼續維持該等藥品用於肝癌及胃癌之適應症。</p> <p>6.110 年 2 月已將癌症免疫藥品真實世界證據提請藥物擬訂會議討論，藥物擬訂會議決議於 110 年 4 月 1 日生效調整支付價，後續並持續滾動檢討給付範圍。</p> <p>7.截至 111 年 5 月，廠商未提出任何具給付效益之精進方案。</p>		
2	<p>有關 108 年全民健康保險自付差額特材執行概況案，本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署參考。[於健保署提供塗藥支架納入全額給付評估結果之參採情形後解除追蹤](109.12、110.4、110.12、111.1、111.2 決定)</p>	<p>健保署回復：</p> <p>1.自付差額之「冠狀動脈塗藥支架」改以全額納入健保給付涉健保財務衝擊甚大，預估年所需費用約 29 億元。</p> <p>2.目前已有廠商有意願將冠狀動脈塗藥支架由自付差額改為全額給付，經提 111 年 3 月全民健保特材專家諮詢會議中，與會專家一致建議以臨床實證為先決條件，研議納入全額給付之病人族群，並重新規劃給付條件，爰將重新規劃收集彙整資料後依程序辦理。</p>	<p>解除追蹤 (健保署已提供塗藥支架納入全額給付評估結果之參採情形，且刻正辦理研議納入全額給付相關事宜，爰建議解除追蹤)</p>	—
3	<p>111 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)，自 111 年起，請中央健康保險署定期於第 2 季(5 月)業務執行報告，提出前 1 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方</p>	<p>健保署回復： 已於本年 5 月份委員會提報「110 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案執行報告」。</p>	<p>解除追蹤 (健保署已完成首次提報，後續列為每年例行業務，爰建議解</p>	—

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	案之執行結果及檢討改善策略。[於健保署首次提報後解除追蹤] (111.1、111.2 決定)		除追蹤)	

二、擬繼續追蹤(共 21 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	追蹤建議	完成期限(年月)
一、財務				
1	<p>「為使政府當責承擔健保總經費不得少於 36% 之財務責任，建請衛生福利部恢復 101 年 10 月 30 日修正通過之全民健康保險法施行細則第 45 條條文內容，並匡正 105 年度之政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式案」，本會委員所提意見送請衛生福利部(社會保險司)及中央健康保險署審慎研析並檢討修正。/[俟衛福部完成法規檢討修正後解除追蹤] (106.7 決議、106.8、106.12、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12 決定)</p> <p>.....</p> <p>本會委員認為現行全民健康保險法施行細則第 45 條，恐有違背母法第 27 條之虞，建請衛生福利部檢討修正，並於下(第 4)次委員會議提出研修方向及期程。另委員針對上開中央健康保險署所送預、決算備查案所提意見，併送請衛生福利部參考。/[繼續追蹤] (107.4、107.5、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12 決定)</p> <p>.....</p> <p>有關近年健保「應提列安全準備來源」受到社保司自行解釋並逕減，影響安全準備之實際權責數字，為維繫現行費率適足，建</p>	<p>社保司回復： 政府應負擔健保總經費法定下限為二代健保新制度，施行初期因主計總處與衛福部法規見解差異，致相關預算編列產生疑義。案經行政院跨部會研商，已確立法律見解及計算方式，配合部分爭議修正之健保法施行細則第 45 條，亦經立法院實質審查確定，據以計算之各年度政府應負擔數，業由審計部完成審定，相關法制程序皆屬完備，合法性及合理性無虞。早期因政府部門間法規爭議衍生之預算不足數，已分年完成撥補，政府每年皆依法負擔本項經費。貴會委員所提意見，將配合健保相關法規研修納入考量，並更明確界定政府負擔範圍，以杜爭議。</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟衛福部完成法規檢討修正後解除追蹤</p>	<p>依社保司納入考量及研修相關法令進度辦理</p>

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	<p>請健保署逐期提供健保財務收支情形試算表，持續健全財務監理案，健保財務收支情形試算資料中，政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之金額，請分別依主管機關依法認定及提案委員主張〔依健保法第76條第1項規定計算應提列之安全準備(各項來源金額<math>\geq 0</math>)後，再帶入同法第2條、第3條公式〕之兩種計算方式及結果呈現，俾利委員持續監理健保財務狀況。/[繼續追蹤] (108.12 決議、109.2、109.6、109.12、110.4、110.12 決定)</p> <p>.....</p> <p>委員所提有關政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之計算方式，與其他財務相關建議，送請衛生福利部研議參考。/[繼續追蹤] (109.9、109.10、109.12、110.4、110.12 決定)</p>			
2	<p>建請政府依財政狀況，撥補 105~107 年政府應負擔健保法定經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全案，本會委員基於監理職責，持續關注政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之計算方式，且於歷次委員會議多有討論，惟雙方仍有不同見解，考量現階段本案之爭議，涉及法令解釋及預算編列等主管機關權責，委員建議對健保財務之長期穩定有正面意義，建請主管機關積極研議處理。/[俟衛福部撥補 105~107 年政府應負擔健</p>	<p>社保司回復： (回復內容同項次1，第34頁)</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟衛福部撥補 105~107 年政府應負擔健保法定經費不足數或舉證委員建議不符現行法規後解除追蹤</p>	<p>依社保司研擬進度辦理</p>

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	保法定經費不足數或舉證委員建議不符現行法規後解除追蹤] (108.11 決議、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12 決定)			
3	近年政府應負擔健保總經費未達法定36%，建請健保署協助本委員會向行政院彙報說明，依財政狀況撥補105~108年政府應負擔健保法定經費之缺口，維繫現行費率適足，持續強化財務案，本案委員意見，送請衛生福利部參考。[俟社保司、健保署協助本委員會向行政院彙報說明後解除追蹤] (109.4 決議、109.5、109.6、109.12、110.4、110.12 決定)	<p>社保司回復： (回復內容同項次1，第34頁)</p> <p>健保署回復： 有關政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之計算方式，歷年來皆依健保法第2條、第3條及同法施行細則第45條規定，以及行政院協商確立之法律見解及計算方式辦理。</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟社保司、健保署協助本委員會向行政院彙報說明後解除追蹤</p>	依社保司、健保署研擬進度辦理
4	為監理全民健康保險財務正常運作，正視呆帳對於健保財務收支平衡的重大襲蝕影響，建請於每年度協商下年度健保總額預算時，應將前年度自7月1日起算至協商時當年度6月30日止的呆帳總額列為下年度健保總額預算基期的減項，就此減項計算結果，做為協商下年度健保總額預算擬定範圍的計算基準，並就每年健保呆帳納入公務預算或其他財務來源補助案，請中央健康保險署正視全民健保呆帳之問題，積極研擬事前防範措施及事後財源籌措方案，並研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性。[俟健保署研議全民健保呆帳由公務預	<p>健保署回復：</p> <p>1.本署111年及112年分別爭取財政部公益彩券回饋金1.7億元及2.1億元補助經濟弱勢者健保欠費，亦將持續透過與民間及各機關、團體協力方式，爭取其他財源補助，協助弱勢民眾繳納欠費。</p> <p>2.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，尚無由公務預算補助呆帳之法源。</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟健保署研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性後解除追蹤</p>	依健保署研擬進度辦理



項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	算或其他財源補助之可能性後解除追蹤] (109.6 決議、109.7、109.9、109.12、110.4、110.12 決定)			
5	有關委員關心平均眷口數事宜，請中央健康保險署依法辦理。/[於健保署依法辦理後解除追蹤] (111.1、111.2 決定)	健保署回復： 111 年適用之平均眷口數業已簽奉核定維持 0.58 人，故援往例無須另行辦理公告。	1.繼續追蹤 2.於健保署依法辦理後解除追蹤	依健保署研擬進度辦理
二、新醫療科技、支付標準				
6	請中央健康保險署於考量病患權益及減少社會衝擊等情況下，檢討如何落實全民健康保險法第 51 條第 4 款之規定，包括研提「成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品」逐步不納入健保給付之規劃與配套措施，及對健保財務之影響評估；若確有窒礙難行之處，亦請評估有無修法之必要性。請中央健康保險署將前項整體評估結果，提至本會報告。/[俟健保署將整體評估結果提至本會報告後解除追蹤] (106.10 決議、106.11、106.12、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12 決定) ..... 委員對「落實指示藥品不納入健保給付之規劃報告(含配套措施及對健保財務之影響評估)」之意見，建請中央健康保險署參考辦理，並請依所規劃策略研擬妥適配套措施，切不能影響民眾用藥權益，至於執行進度與成果請於 108 年第 4 季業務報告提報。 /[繼續追蹤]	健保署回復： 1.本署依 110 年 12 月 22 日召開「全民健康保險收載指示藥品之意見交流會議」之決議，統整 109 年度使用人數在 5,000 人以下指示藥品共 356 品項，函送該次會議邀請之相關醫藥學(協)會，針對渠等品項，提供應逐步檢討，並縮小給付之品項及意見，截至 111 年 5 月底，本署所蒐集之各方意見不一，後續仍需綜整評估。 2.基於維護病人權益及減少社會衝擊前提下，將廣泛蒐集公眾意見，且凝聚共識精神，逐步滾動檢討指示藥品之收載，並將健保資源用在最有效益地方，以造福更多需要醫療照護之保險對象。	1.繼續追蹤 2.俟健保署將整體評估結果提至本會報告後解除追蹤	依健保署研擬進度辦理

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	(108.3、108.4、108.6、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12 決定)			
三、總額協商				
7	有關 110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)案，委員所提有關總額範圍擬訂公式之意見，送請衛生福利部納為未來公式檢討參考。[俟社保司完成總額範圍擬訂公式之檢討修訂作業後解除追蹤] (109.5 決議、109.6、109.12、110.4、110.12 決定)	社保司回復： 本部已於110年1月成立總額範圍擬訂公式檢討工作小組，已將委員所提有關總額範圍擬訂公式之意見納入檢討，並與付費者及醫療服務提供者代表於111年4月21日「全民健康保險會第5屆111年第4次委員會議」提出建議。	1.繼續追蹤 2.俟社保司完成總額範圍擬訂公式之檢討修訂作業後解除追蹤	依社保司研擬進度辦理
8	有關分級醫療各項策略之執行成效(含醫學中心及區域醫院門診減量措施、家庭醫師整合性照護計畫、強化基層照護能力及「開放表別」、鼓勵院所建立轉診之合作機制)，對於醫學中心、區域醫院門診量確實已減少並達標但病人似未確實下轉，以及未進入轉診平台的病人流向，請健保署於 109 年委託研究「分級醫療制度之轉診就醫流向分析與原因探討」完成後，參考研究成果並進行相關檢討後，予以說明。[俟健保署依 110 年 12 月委員所提意見回復檢討結果後解除追蹤] (109.6、109.7、109.12、110.4、110.12 決定)	健保署回復： 1.有關本署 109 年委託研究「分級醫療制度之轉診就醫流向分析與原因探討」已於 110 年 6 月 16 日繳交研究報告，並已於貴會 110 年第 8 次會議時檢附成果摘要供參，研究成果說明如下： (1)病人願意接受下轉的主因是相信醫師專業判斷或基層診所開診方便性或開藥天數符合病人所需。 (2)另病人願意回轉至原基層院所的意願，主要以病情仍需持續追蹤為主要考量，其次為節省交通時間和資源，再者是信任醫師專業。 2.本研究肯定轉診之效益，今年度原規劃之新制部分負擔調整案，針對檢驗(查)部分負擔按經轉診或未經轉診訂定不同負擔上限。	1.繼續追蹤 2.俟健保署依 110 年 12 月委員所提意見回復檢討結果後解除追蹤	依健保署研擬進度辦理

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		<p>3.綜上，民眾選擇意願及醫病信任關係為重要因素。本署逐年強化基層診所量能，如開放支付標準表別，使基層診所能承擔更多民眾照顧責任，亦積極鼓勵基層院所參與家醫及疾病照護計畫並擴大收案量能，以強化照護連續性，使基層診所能與民眾建立更長久的醫病信任關係。另於本署全球資訊網建置分級醫療專區，持續提供相關民眾宣導素材。</p>		
9	<p>111 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案，請中央健康保險署會同各總額部門相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，其中未達共識之部門，於衛生福利部核定後最近 1 次委員會議提報、確認。[俟健保署將未達共識之醫院、西醫基層部門「執行目標」及「預期效益之評估指標」於委員會議提報及確認後解除追蹤]</p> <p>(110.9 決議、110.10、110.12 決定)</p> <p>.....</p> <p>「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核定結果及後續相關事項，請中央健康保險署依衛生福利部函示及核(決)定事項所列時程，完成法定程序及提報本會等相關事宜；並儘速會同醫院及西醫基層總額相關團</p>	<p>健保署回復： 有關111年未達共識之醫院、西醫基層部門「執行目標」及「預期效益之評估指標」，俟111年總額經衛生福利部核定後，請貴會責成前開總額部門，於貴會最近1次委員會議開會前21日(約3週前)，函送「執行目標」及「預期效益之評估指標」予本署審視及評估，俾供期程內提報貴委員會議確認辦理。</p> <p>本會補充說明： 考量111年度總額協商程序已於110年6月份委員會議議定，需依議定時程辦理。爰請健保署本於保險人權責，儘早與各總額部門進行研議，俾依時程提報本會確認。</p> <p>.....</p> <p>健保署回復： 配合辦理。</p> <p>.....</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟健保署將未達共識之醫院、西醫基層部門「執行目標」及「預期效益之評估指標」於委員會議提報及確認後解除追蹤</p>	<p>儘速辦理 (原需於111年3月完成)</p>

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	<p>體，研訂新增項目之執行內容，且將「執行目標」及「預期效益之評估指標」提本年 3 月份委員會議確認。/[於健保署提報本會確認後解除追蹤] (111.1、111.2 決定)</p> <p>.....</p> <p>健保署應依「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核(決)定事項及時程提報本會之事項辦理情形，「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」項目，併同醫院及西醫基層總額新增項目尚未完成研訂者，儘速辦理，提本年 4 月份委員會議確認。/[俟提報委員會議確認後解除追蹤] (111.3、111.4 決定)</p>	<p>健保署回復： 將與醫界達共識後儘速提報委員會議確認。</p>		
10	<p>建議健保總額財源應優先解決總額缺口，不宜再新增任何項目案，委員所提意見，送請衛生福利部社會保險司及中央健康保險署研議。/[俟社保司及健保署依委員意見提供研議結果後解除追蹤] (110.9 決議、110.10、110.12 決定)</p>	<p>社保司回復： 1.台灣醫院協會於 110 年 10 月 27 日以旨揭案拜會本部陳部長，並達成本部將與醫界一同朝提升點值為目標邁進之共識。 2.有關總額之擬訂與核定，依全民健康保險法第 60 條、第 61 條辦理，健保會付費者代表與醫療服務提供者代表，每年 9 月就行政院核定總額範圍及本部交議之協商政策方向，據以協商總額。依法定程序，付費者代表與醫療服務提供者代表若協商無共識，才兩案併陳、報本部核定，爰此本案事涉總額議題，仍</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟社保司及健保署依委員意見提供研議之具體結果後解除追蹤</p>	<p>依社保司、健保署研議進度辦理</p>

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		<p>請於總額協定時納入協商議定。</p> <p>健保署回復： 111 年醫院部門醫療給付費用總額，衛生福利部業於 111 年 1 月 26 日核定，本署配合辦理。</p>		
11	<p>醫院總額部門 110 年第 3 季比照第 2 季之結算方式案，請參考委員意見，依全民健康保險法規定，在符合適法性、公平性前提下辦理。/[於審計部審定 110 年度全民健康保險基金附屬單位決算後解除追蹤] (110.10 決議、110.11、110.12 決定)</p>	<p>健保署回復： 本署遵照辦理。</p>	<p>1.繼續追蹤 2.於審計部審定 110 年度全民健康保險基金附屬單位決算後解除追蹤</p>	111 年 8 月
12	<p>有關 110 年 11 月份全民健康保險業務執行報告，請中央健康保險署就 109 年藥費超過目標值 74.6 億元的使用情形具體說明。/[於健保署具體說明後解除追蹤] (111.12、111.1、111.2 決定)</p>	<p>健保署回復：</p> <p>1.為落實全民健康保險藥費支出整體管控策略，提升藥價調整制度之透明度與可預期性，本署自 102 年起試辦全民健康保險藥品費用分配比率目標制 (DET) 方案。</p> <p>2.DET 方案之實施，係以前一年度目標值為基期值，配合年度總額 (不含中醫門診總額) 之一般服務項目成長率，預先訂定藥品支出目標值，一旦核付金額超出目標值，按全民健康保險法第 62 條第 4 項規定，將於次一年度以超出目標值之額度，調整藥物給付項目及支付標準 (含調整藥價)。</p> <p>3.以 109 年為例，藥品支出目標值設定為 1,702.3 億元 (成長率為</p>	<p>1.繼續追蹤 2.於健保署具體說明後解除追蹤</p>	依健保署研議進度辦理

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		4.879%)，實際核付金額為 1,803.6 億元，扣除藥品給付協議還款金額 26.7 億元後，超出目標值 74.6 億元將作為次一年度藥價調整之額度參考，經分析，109 年第一大類專利期內新藥對整體藥費成長之貢獻率為 54.5%，如貢獻度最高的非小細胞肺癌、轉移性乳癌及甲狀腺癌等用藥。		
13	有關委員關切 112 年度總額範圍報行政院前之諮詢，委員過去提出意見之處理情形，送請衛生福利部研參。[俟社保司提報資料並具體回應委員意見後解除追蹤] (111.3、111.4 決定)	社保司回復： <u>有關貴會諮詢意見，本部業於 111 年 5 月 13 日函復相關說明，另 112 年總額範圍草案將併同各界意見，報請行政院評估與核定。</u>	1.繼續追蹤 2.俟社保司提報資料並具體回應委員意見後，解除追蹤	依社保司研議 進度辦理
14	健保署應依「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核(決)定事項及時程提報本會之事項辦理情形，請中央健康保險署會同各部門總額相關團體，儘速辦理「111 年度各部門總額應於 110 年 12 月底前完成之協定事項」之未完成項目，並確實依協定事項及時程，完成法定程序及提報本會等事宜。[俟提報委員會議確認後解除追蹤] (111.3、111.4 決定)	健保署回復： 本署配合辦理。	1.繼續追蹤 2.俟提報委員會議確認後解除追蹤	111 年 7 月
15	有關各總額部門 110 年度執行成果評核之作業方式(草案)(併 111 年第 1 次委員會議討論事項第四案討論)，訂定「各總額部門 110 年度執行成果評核之作業方式」。請中央健康保險署	健保署回復： 本署配合辦理。	1.繼續追蹤 2.俟健保署提供資料後解除追蹤	111 年 7 月

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	及四總額部門依時程提供所需資料。[俟健保署提供資料後解除追蹤] (111.3、111.4 決定)			
16	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 決定)	健保署回復： 1.本署業依貴會決議，於111年5月20日陳報本計畫予衛生福利部核定。 2.收案照護人數，業經衛生福利部國民健康署及中華民國醫師公會全國聯合會協議並取得共識，考量本年度收案時間約剩5個月，爰： (1)維持提供10萬名代謝症候群個案疾病危險因子管理服務。 (2)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。	1.繼續追蹤 2.俟衛福部核定健保署公告後解除追蹤	依健保署陳報時程辦理
17	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，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體滾動式檢討計畫內容，朝改善病患行為及健康習慣養成之方向努力，並於111年12月提出專案報告。[於健保署報告後解除追蹤] (111.4 決議、111.5 決定)	健保署回復： 將依貴會指示，於111年12月提專案報告。	1.繼續追蹤 2.於健保署報告後解除追蹤	111年12月
18	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	健保署回復： 有關「執行目標」及「預期效益之評估指標」將提報6月委員會議報告。	1.繼續追蹤 2.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	111年6月

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	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 決定)		確認後解除追蹤	
四、其他				
19	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 111 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。/[於健保署報告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 決定)	健保署回復： <u>已於 5 月委員會議提報弱勢保障措施書面報告，並列入議程，惟因當次會議時間關係，未及口頭報告，本署將配合貴會之安排，再作報告。</u>	1.繼續追蹤 2.於健保署報告保障經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施後解除追蹤	111 年 5 月
20	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 111 年 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。/[於健保署提出監測指標後解除追蹤] (111.4 決議、111.5 決定)	健保署回復： <u>有關本項決議事項，因衛生福利部業於 111 年 5 月 12 日註銷同年 4 月 8 日公告修正之「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」，考量調整方案之變動性，爰暫不提報。</u>	1.繼續追蹤 2.於健保署提出監測指標後解除追蹤	於健保署提出監測指標後解除追蹤
21	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，有關監測指標之監測結果及成效檢討，請中央健康保險署應自公告實施日起，每半年定期向本	健保署回復： <u>有關本項決議事項，因衛生福利部業於 111 年 5 月 12 日註銷同年 4 月 8 日公告修正之「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」，考量調整方案之變動性，爰暫不提</u>	1.繼續追蹤 2.於健保署首次提出監測結果及成效檢討報告後解除追蹤	於健保署首次提出監測結果及成效檢討報告後解除追蹤



項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	會提出報告。/[於健保署首次提出監測結果及成效檢討報告後解除追蹤] (111.4 決議、111.5 決定)	<u>報。</u>		

健保會第 5 屆 111 年第 5 次委員會議之健保署答覆

上次(第 5 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1

案由：111 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告。

委員意見	健保署說明
<p>劉委員淑瓊(議事錄 p.54)</p> <p>針對抑制資源不當耗用改善方案執行結果及檢討改善策略，感謝健保署提出一整年資料，請參閱業務執行季報告第163~165頁，針對安寧醫療，這是很多委員都很關心的，臨終前的醫療利用是醫療資源耗用中很大的一塊，我們觀察到「死亡前安寧利用率」及「呼吸器依賴病人安寧利用率」這2個指標都無法達標。報告中提到這是受到疫情影響，我們不知道關聯在哪，請健保署說明一下。觀察3年以來的目標值跟執行值，可看到健保署所訂定的目標值，都是看前1年的執行值，然後很保守且安全地來訂定目標值，所以換句話來講這是低標，可是還是不能達標。</p>	<p>有關 110 年「死亡前安寧利用率」、「呼吸器依賴病人安寧利用率」，說明如下：</p> <p>一、「死亡前安寧利用率」110年整體目標值為33.8%，由110年Q1的32.3%成長至110Q4的32.6%，略為上升0.3%，110年死亡前利用安寧人數51,339人，已較109年增加1,756人，成長3.5%。</p> <p>二、「呼吸器依賴病人安寧利用率」110年整體目標值為72.5%，實際執行情形為70.1%，其中台北業務組、北區業務組、高屏業務組未達標；考量110年5月至7月疫情警戒提升至三級，部分地區疫情相對嚴峻，配合防疫規定醫院嚴格實施探病管制，又推動安寧醫療需花費時間與病人及家屬溝通，較難安排緩和醫療家庭諮詢會議。</p> <p>三、110年本署各分區目標值設定，說明如下：</p> <p>(一)死亡前安寧利用率：係參考各該分區前一年實績值前三名者，當年目標值加計0.25個百分點；後三名者須加計0.5個百分點。</p> <p>(二)「呼吸器依賴病人安寧利用率」：係參考各該分區前一年實績值前三名者，當年目標值維持前一年目標值；後三名者須加計0.5個百分點。</p>

委員意見	健保署說明
<p>陳委員秀熙(議事錄 p.56)</p> <p>資訊面，剛剛中醫部門說他們的藥品很好，那為什麼雲端上面針對只有 Paxlovid(新冠肺炎口服抗病毒藥物)，而沒有清冠一號？應該要讓民眾在中西醫都可以獲得服務，至少我目前看到的，如果這麼好的系統為何不整合？這就是資訊面要結合雲端，我們有這麼好的雲端系統，但如何在緊急時運用，我們不能怪罪誰，但仍要為人民想，今天急診壅塞了，兒童會不會受到影響？</p>	<p>為提升病人用藥安全，健保署除於健保醫療資訊雲端查詢系統「雲端藥歷」頁籤收載新冠肺炎口服抗病毒藥物(Paxlovid 及 Molnupiravir)資料並置頂呈現外，自 111 年 5 月 25 日起亦已於「中醫用藥」頁籤新增臺灣清冠一號藥品領用情形表，亦為置頂呈現，提供醫師診療參考。</p>
<p>翁委員燕雪(議事錄 p.57)</p> <p>請參閱投影片第15張，想要請教的是，剛剛副署長有提到上轉件數很高，但是下轉件數少，那我想以健保署來說，報告應該不是只呈現最後的數據，到底為什麼下轉的件數會這麼低的原因，建議是否要做1個分析，再提出如何改善。如果上轉跟下轉的比例這樣是合理的，大家也可以接受，若有不合理的狀況，是否可以提出什麼樣的改善方法。</p> <p>李委員永振(議事錄 p.57-58)</p> <p>首先呼應翁委員燕雪，剛剛提到分級醫療，我們每次只看到上轉、下轉，都已經做那麼多年了，到底轉來轉去之後，醫療費用有節省嗎？因為我們已經投入很多錢了。至於我看今天報告事項第三案也提到「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」項目有10億元</p>	<p>一、自推動分級醫療以來，本署即透過政策積極鼓勵下轉，雖民眾就醫行為非短期即能改變，但就下轉件數觀察，已略有增加，本署也將持續追蹤觀察。</p> <p>二、由各層級轉診件數來看，近2年下轉案件主要為糖尿病、高血壓性疾病及食道、胃及十二指腸之疾病等屬穩定慢性疾病，也符合預期。</p> <p>三、推動分級醫療政策，目的為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有醫療機構及人力合理分配，使醫療體系達到醫療分工及合作，以病人為中心，提供連續性及有效性的醫療服務。</p> <p>四、有關委員建議分級醫療相關數據，分別將各層級件數及比率予以列示一節，本署遵照辦理；另「持續推動分級醫療，壯大社區醫療」部分，本署</p>

委員意見	健保署說明
<p>的預算，此計畫也逾期，尚未至委員會議提報相關內容，這是怎麼回事？</p> <p>陳委員石池(議事錄 p.59-60)</p> <p>投影片第15張，有關於分級轉診，我看起來上轉、下轉都有在逐漸進步，我想這政策方向是對的，但我覺得回轉率還是沒有變化，是不是這方面請健保署再思考一下，什麼樣的好政策可以讓回轉率逐漸增加。</p> <p>朱委員益宏(議事錄 p.64)</p> <p>投影片第15張表格呈現的都是數字，數字好幾十萬看起來很多，是不是請健保署在做相關報告時一併把百分比列出來，投影片第16、17張就有列出百分比。另外下轉案件-層級別分析，只有看到區域醫院、地區醫院、基層診所，沒有看到醫學中心有多少件數下轉，不知道為什麼不呈現醫學中心的申請總件數跟下轉件數，是不是因為數字不好看所以不呈現？</p> <p>千委員文男(議事錄 p.68)</p> <p>從剛才蔡副署長淑鈴報告中，看到現在轉診的執行力道似乎已經減弱，成果有退步，何時恢復應有所規劃，我們醫療分級已經做了很久，我也認同剛才陳委員秀熙提到的方向，如果說之前已經有成績，現在沒有繼續執行，未來就會又變質。</p>	<p>與台灣醫院協會積極討論中，俟有共識再提會報告。</p>
<p>翁委員燕雪(議事錄 p.57)</p> <p>投影片第19張一般保險費收繳情形，連續2年的應收保險費及實收保險費</p>	<p>一、一般保險費之應收保險費金額，係本署依投保單位及保險對象所申報之</p>

委員意見	健保署說明
<p>都有1個差距，而且發現這2條線的變動趨勢是一致的，所以建議這邊應該也要有個分析，告訴我們到底為什麼會有這樣的落差，原因為何，有沒有辦法能夠改善。</p>	<p>投保資料所核定之應收金額；實收保險費金額，係經本署開計繳款單後，截至資料統計日止，投保單位及保險對象實際繳納之金額。</p> <p>二、應收及實收保險費均有差距，主要係因保險對象有一定比例因經濟困難、脫貧不易等情而未按本署開計之保險費全額繳納所致，又因該比例維持穩定，故應收及實收保險費呈現大致相符之變動趨勢，惟長期而言整體可達近99%之收繳率。</p> <p>三、針對前開經濟弱勢之欠費對象，本署將持續積極爭取財政部公益彩券回饋金、集結政府及民間各類社團力量，協助弱勢民眾以減少欠費。</p>
<p>李委員永振(議事錄 p.58)</p> <p>我從3月份就一直請教今年保費成長情況，到現在都沒有分析資料，一開始說是基本工資調漲，後來是補充保費的增加。我看了一下保費增加的資料，1、2月保費成長68億元，基本工資1個月增加5億元、2個月10億元，補充保費增加25.5億元，扣一扣這2個因素才能解釋差不多5成原因，另外5成來源不明！到現在已經4月應該量比較大了，應可找到原因，但是4月卻負成長，說之前估的太多了，現在又沖回來，我等了4個月，對這疑惑還是霧煞煞(台語，模糊不清)！是否懇請健保署針對這問題，用書面回應也可以，希望能比較詳細的去解</p>	<p>有關 111 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告中，針對「表 5-1 全民健保財務收支分析表」謹就本(111)年度截至 4 月底止保費收入成長情況，說明如下：</p> <p>一、111年4月份保費收入532.97億元，較去年同期減少26.85億元，負成長4.8%，主要係因補充保險費較去年同期減少所致。依全民健康保險法第31及35條規定，補充保險費扣費義務人於給付日之次月底前繳納，寬限期15日。配合111年春節假期(1月底至2月初)，2月份估列之春節獎金補充保費，依前述繳納期限於4月份辦理結算，並將溢估金額予以沖轉減列，致4月份單月份保費收入呈現負成長，但111年</p>

委員意見	健保署說明
<p>釋，其他數字的問題我就不談了。</p>	<p>度1至4月累計數仍為正成長。</p> <p>二、111年度1至4月底保費收入2,423.45億元，較110年同期2,300.83億元，增加122.62億元(如附件1，第56~57頁)成長5.33%，主要原因說明如下：</p> <p>(一)一般保險費1,931.31億元，較去年同期增加57.05億元，主要係平均投保金額(基本工資調漲、軍公教調薪等)及平均保險費增加所致。</p> <p>(二)補充保險費240.32億元，較去年同期增加46.39億元，主要因新冠疫情催化宅經濟遠距商機，半導體、資通訊與5G應用等相關電子零組件製造業盈餘上升、獎金發放增加，致保險對象及投保單位負擔之補充保險費增加。</p> <p>(三)政府應負擔健保總經費法定下限36%差額250.02億元，較去年同期增加18.9億元。</p> <p>(四)滯納金1.80億元，較去年同期增加0.28億元。</p>
<p>陳委員石池(議事錄 p.59)</p> <p>投影片第9張，疫情期間健保費緩繳，這是好政策，我也贊同，但李委員永振所談近年健保費催收情形是否讓大家知道一下。</p>	<p>近5年經催收後繳納之保險費金額約計224億元，占整體收繳金額之1.18%。</p>
<p>李委員永振(議事錄 p.59)</p> <p>另外還有1件問了半天的事情，要請健保署依法行政這麼難嗎？就是平均眷口數，這還要提案嗎？以前是提案才會公告，但這樣對我們健保會是</p>	<p>111年適用之平均眷口數業已簽奉核定維持0.58人，因前次之公告即為0.58人且仍具效力，故援往例無須再次辦理公告。</p>

委員意見	健保署說明
<p>1個侮辱，我這樣認為，委員要求健保署依法行政，居然還要提案貴署才執行，剛剛蔡副署長淑鈴說資料5月份會全面更新，我應該沒有聽錯吧？如果這樣的話110年的資料應該要出來了吧？怎麼109年到現在都還沒有，拜託健保署跟社保司不要玩那種遊戲，我們很累你們也很累，這特別懇託一下。</p> <p>何委員語(議事錄 p.69-70)</p> <p>李委員永振提到平均眷口數的部分，應公告則要公告，請健保署或社保司公告。</p>	
<p>滕委員西華(議事錄 p.60-61)</p> <p>視訊診療服務又再度放寬至初診門診病人，這是不得已的措施，我記得曾有某次委員會議的業務報告有提供視訊與電話診療的人數分布、成長率等資料，所以既然視訊診療服務實施期間要延至指揮中心解散日為止，建議健保署是否可以將視訊、電話診療部分的資料，包含：人次、人數、診斷別(COVID-19、非COVID-19)，以及各總額部門使用視訊診療跟虛擬IC卡的情況，包括中醫、西醫基層、牙醫、醫院層級，列入每月例行性業務報告資料裡面。另外，我看另外慢性病只延到6月30日，跟業務執行報告第1頁提到放寬至指揮中心解散日的COVID-19沒有同步，不知道為什麼。</p>	<p>一、有關「因應COVID-19疫情全民健康保險特約醫事服務機構提供保險對象視訊診療作業須知」，自110年5月15日起，即依衛生福利部110年5月17日衛部醫字第1101663441號函放寬照護對象至門診病人(含初診)迄今，且僅限非COVID-19診斷相關之就醫。</p> <p>二、另依嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心111年5月19日肺中指字第1113800123號函，COVID-19確診者居家照護隔離期間所提供之視訊診療服務，當次就醫與COVID-19診斷相關之醫療費用，係由法定傳染病隔離治療費用項目給付相關費用，委由本署採代收代付之原則辦理。</p> <p>三、又慢性病複診病人得採電話問診一項，初次放寬期間為110年5月20日至</p>

委員意見	健保署說明
	<p>110年9月30日止，第2次放寬期間暫訂自111年4月27日至111年6月底止。</p> <p>四、有關非COVID-19視訊診療(含電話問診)及虛擬健保卡統計資料，將自111年7月起於每月例行性業務報告；另COVID-19確診個案居家照護之相關醫療照護費用，含視訊診療及門急診現場，費用均由嚴重特殊傳染性肺炎之隔離治療費用支應，非健保給付，故不列入每月例行性業務報告。</p>
<p>滕委員西華(議事錄 p.61)</p> <p>我有接到民眾陳情，有病人或醫師反映，若經由西醫PCR或快篩陽性確診為COVID-19病人，中醫開立公費清冠一號後，就不能夠再開立其他健保處方的科學中藥，請問確實有這個狀況嗎？或只是誤會？因為西醫的部分即使沒有開立Paxlovid，西醫也都有開其他原本健保有給付的抗組織胺、上呼吸道、治咳嗽化痰的藥物，中醫是否也可以開原本健保處方的科學中藥，非僅限公費的清冠一號？因為剛才柯理事長富揚有提到清冠一號有產量不足的問題，跟Paxlovid一樣也有時效性的問題，很多民眾拿到之後，可能都已經不夠即時了。</p>	<p>依衛生福利部 111 年 5 月 16 日衛部中字第 1110014498 號函復中華民國中醫師公會全國聯合會，略以，COVID-19 確診個案居家照護隔離治療期間，與 COVID-19 診斷碼申報遠距診療費與藥費，包括臺灣清冠一號或健保給付之濃縮製劑，由公務預算支付；與 COVID-19 診斷無關之診療費及藥品費，則依健保規定辦理(詳附件 2，第 58~59 頁)。</p>
<p>滕委員西華(議事錄 p.61)</p> <p>投影片第29張提到換發新證健保卡，我覺得這個政策對外籍人士非常好，健保署提到新增的費用要爭取預算，請問是由公務預算還是由保費支</p>	<p>本署辦理外來人口健保卡換發專案所需經費係以防疫特別預算支應。</p>



委員意見	健保署說明
應？	
<p>滕委員西華(議事錄 p.61)</p> <p>在會議資料第23頁開始，有列出健保署副知健保會的相關業務政策，建議將來如有涉及健保協商事項專款、或專案項目計畫的改變或新增，應請健保署在業務執行報告時提出重點報告，而非由健保會收到健保署公文後列入本會重要業務報告，這樣無法進一步請教健保署關於這些專案與計畫的執行狀況，因為這與協商項目有關，假如委員對這些公告事項不是很清楚，那怎麼樣監督協商項目的執行或作為隔年度協商的參考，我強烈應該要列入摘要報告。</p>	<p>謝謝委員建議，有關本署新增各項方案及支付標準等已於公告時提供健保會備查。另，爾後如有重要事項涉及健保協商事項專款、或專案項目計畫的改變或新增等相關業務政策，將於執行業務報告中提出重點說明。</p>
<p>滕委員西華(議事錄 p.61)</p> <p>關於會議資料第26頁「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」，有新增擴大收案條件，我提出2個問題：第1，沒有看到是否合併長效針劑使用，因為過去說要整併，如果合併長效針劑使用的話，針劑專款使用完之後病人怎麼辦？是回到一般預算還是不是？第2，法務部擴大監護處分的病人，大部分可能是思覺失調病患，這部分經費是法務部支出或是衛福部用公務預算支出？謝謝。</p>	<p>一、「醫療給付改善方案」及「精神科長效針劑藥費」為避免排擠「一般服務」預算影響點值，係編列專款項目：</p> <p>(一)長效針劑獎勵措施於「醫療給付改善方案」專款支應：</p> <p>1.考量精神科長效針劑之使用對於病人治療與病情穩定具臨床效益，為鼓勵醫師透過該類藥品施打，以提供更有效之介入治療並改善病情，自110年9月1日起於全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案(下稱思覺失調方案)新增長效針劑獎勵措施，參與院所當年度每新增連續施打長效針劑個案1人，額外給予1,000至1,500點獎</p>

委員意見	健保署說明
	<p>勵，促使病人獲得連續性照護。</p> <p>2.醫院及西醫基層總額編列有專款項目「醫療給付改善方案」，思覺失調症與其他醫療給付改善方案共用本項預算，參與方案之院所，除原有論量計酬外，可另依方案規定獲得額外獎勵，並以上述預算支應。</p> <p>(二)「精神科長效針劑藥費」專款：為鼓勵精神科醫師開立及施打長效針劑，協助穩定病人病情，避免因顧慮總額支付制度下長效針劑藥費過高進而稀釋點值致開立意願低，衛生福利部於111年新增「精神科長效針劑藥費」專款預算27.64億元(醫院26.64億元；西醫基層1億元)，如預算不足，將援例至健保會爭取預算。</p> <p>二、承上，因思覺失調症病人病況不一，爰思覺失調方案未強制規範病人心須施打長效針劑，係由醫師臨床專業判斷其使用之適當性，爰以獎勵施打方式規劃。</p>
<p>何委員語(議事錄 p.68-69)</p> <p>一、第1點，我昨天從前屆委員處得知，健保署近期取消給付的3百多種指示用藥中，有2百多種屬於小兒用藥，小兒科醫師反應很多。不曉得這2百多種指示用藥裡，12歲、6歲以下的各占多少種？我們很清楚現在養兒育女</p>	<p>一、本次依「全民健康保險收載指示藥品之意見交流會議」紀錄結論，係擷取109年度使用人數為5,000人以下，各專科別常開立藥品品項，尚無年紀之分類，且目前各學協會意見不一，仍持續審慎評估中，尚無取消給付。</p> <p>二、查現行Humira給付規定，並未給付於成人葡萄膜炎，藥物許可證持有廠商</p>

委員意見	健保署說明
<p>很痛苦、很困難，大家都不想生了，台灣去年的婦女生育率是全球最低，只有0.975人而已(行政院網站國情簡介111.3.2數據)，我最近參加1場中華經濟研究論壇，會中就是在討論勞動力缺口的問題。我們認為小兒指示用藥應該維持健保給付，如果健保署已經宣布了，我想就以書面提案，希望能夠恢復小兒指示用藥的健保給付。</p> <p>二、第2點，投影片第27張提到眼科用藥，讓我想到之前曾經建議，目前台灣1年約有370人~400人罹患全葡萄性膜炎，如果時常發病會導致失明，大部分患者視力最後只剩下0.1，治療全葡萄性眼膜炎的藥品復邁(Humira)1個療程要24週，1年需要進行2個療程，金額計算下來才1.2億元，不是非常多，去(110)年健保署有同意將18歲以下小兒用藥納入給付，能否考量將近400名大人的全葡萄膜炎健保用藥納入健保給付？</p>	<p>、保險醫事服務機構或相關公協學會若向本署申請擴增該藥之給付規定，本署將於受理後儘速依行政程序辦理。</p>

表5-1 全民健保財務收支分析表

單位：億元、%

會計年度	保費收入 (含滯納金收入)		保險給付		呆帳		其他收支餘(絀)		安全準備提列 (收回數)
	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)=(1)-(2)- (3)+(4)
	金額	成長率	金額	成長率	金額	成長率	金額	成長率	金額
84.3-103.12	70,999.75		71,635.84		692.88		2,588.72		1,259.76
104.1-104.12	5,694.35	4.46	5,380.76	3.85	39.91	6.43	755.27	167.97	1,028.95
105.1-105.12	5,567.39	(2.23)	5,683.32	5.62	39.02	(2.23)	340.52	(54.91)	185.57
106.1-106.12	5,729.54	2.91	5,997.29	5.52	39.68	1.69	209.04	(38.61)	(98.40)
107.1-107.12	5,925.25	3.42	6,326.11	5.48	45.17	13.84	179.54	(14.11)	(266.48)
108.1-108.12	6,094.75	2.86	6,563.80	3.76	46.98	4.01	174.06	(3.05)	(341.97)
109.1-109.12	6,147.54	0.87	6,950.97	5.90	50.00	6.43	177.36	1.90	(676.07)
110.1-110.12	6,974.73	13.46	7,270.83	4.60	54.30	8.60	174.58	(1.57)	(175.81)
111.1-111.3	1,890.48	8.59	1,821.63	2.98	17.94	(4.41)	36.82	(5.07)	87.73
111.04	532.97	(4.80)	631.64	3.42	5.55	(1.36)	13.61	(0.30)	(90.62)
111年截至4月底止小計	2,423.45	5.33	2,453.27	3.09	23.49	(3.70)	50.42	(3.83)	(2.89)
<b>84.3-111.04 總計</b>	<b>115,556.75</b>		<b>118,262.18</b>		<b>1,031.43</b>		<b>4,649.52</b>		<b>912.66</b>

資料日期 111年04月30日

備註：

※本表係採權責發生基礎，84-109年係審計部審定決算數，110年係自編決算數，111年4月係會計月報帳列數。

- 保費收入=保險費收入+保險費滯納金收入  
保險給付=應撥付醫療費用(不含部分負擔、代位求償及代辦醫療費用)  
其他收支餘(絀)=利息收入-利息費用+投資賸餘-投資短絀+彩券及菸捐分配收入+雜項業務收入+其他業務外收入-業務費用-其他業務外費用。
- 104年其他收支餘(絀)成長167.97%，主要係依行政院協商結論之核算原則重新計算政府應負擔健保總經費法定下限不足數，調整差額102年度192.57億元及103年度297.36億元，共計489.93億元，屬以前年度保費收入，以雜項收入列帳。
- 105年其他收支餘(絀)負成長54.91%，主要係依立法院審議修正健保法施行細則第45條及第73條，將納入9項中央政府已實質負擔保險費修正為7項，並自105年1月1日起施行，爰重新計算104年政府應負擔健保總經費法定下限不足數，調整差額116.01億元，屬以前年度保費收入，以雜項收入列帳，惟104年度調整補列102年及103年政府應負擔健保總經費法定下限不足數489.93億元，以致105年雜項收入較104年負成長。
- 106年其他收支餘(絀)負成長38.61%，主要係105年度調整補列104年政府應負擔健保總經費法定下限不足數116.01億元，以致106年雜項收入較105年負成長。
- 本(111)年度截至4月底累計數與去(110)年同期增減情形
  - (1)保費收入成長5.33%，主要係補充保費收入較去年同期增加及基本工資調漲，致保險費收入較去年同期增加。另本月份保費收入負成長4.80%(與去年同期比)，主要係以前月份補充保險費溢估數於本月份沖轉，致補充保險費較去年同期減少所致。
  - (2)保險給付成長3.09%，主要係因總額協商成長所致。
  - (3)呆帳負成長3.70%，主要係執行結案取得債權憑證後，仍積極查調可供執行財產及續對單位負責人求償，致「執行結案取得債權憑證」之應收款項相對降低，爰提列呆帳數較去年同期減少。
  - (4)其他收支負成長3.83%，主要係菸品健康捐挹注安全準備分配收入較去(110)年同期減少所致。
- 本年度截至4月底止淨短絀數2.89億元，依法收回安全準備填補短絀，收回後安全準備餘額為912.66億元，折合約1.49個月保險給付。

表5 全民健保財務收支分析表

單位：億元、%

會計年度	保費收入 (含滯納金收入)		保險給付		呆帳		其他收支餘(絀)		安全準備提列 (收回數)
	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)=(1)-(2)- (3)+(4)
	金額	成長率	金額	成長率	金額	成長率	金額	成長率	金額
84.3-103.12	70,999.75		71,635.84		692.88		2,588.72		1,259.76
104.1-104.12	5,694.35	4.46	5,380.76	3.85	39.91	6.43	755.27	167.97	1,028.95
105.1-105.12	5,567.39	(2.23)	5,683.32	5.62	39.02	(2.23)	340.52	(54.91)	185.57
106.1-106.12	5,729.54	2.91	5,997.29	5.52	39.68	1.69	209.04	(38.61)	(98.40)
107.1-107.12	5,925.25	3.42	6,326.11	5.48	45.17	13.84	179.54	(14.11)	(266.48)
108.1-108.12	6,094.75	2.86	6,563.80	3.76	46.98	4.01	174.06	(3.05)	(341.97)
109.1-109.12	6,158.58	1.05	6,948.63	5.86	50.00	6.43	177.32	1.87	(662.74)
110.1-110.3	1,741.01	10.42	1,768.93	5.65	18.77	10.51	38.78	(2.81)	(7.91)
110.04	559.82	16.99	610.75	5.98	5.63	2.43	13.65	1.02	(42.91)
110年截至4月底止小計	2,300.83	11.95	2,379.69	5.73	24.39	8.53	52.43	(1.84)	(50.82)
<b>84.3-110.04 總計</b>	<b>108,470.44</b>		<b>110,915.44</b>		<b>978.03</b>		<b>4,476.90</b>		<b>1,053.87</b>

資料日期 110年04月30日

備註：

※本表係採權責發生基礎，84-108年係審計部審定決算數，109年係自編決算數，110年4月係會計月報帳列數。

- 保費收入=保險費收入+保險費滯納金收入  
保險給付=應撥付醫療費用(不含部分負擔、代位求償及代辦醫療費用)  
其他收支餘(絀)=利息收入-利息費用+投資賸餘-投資短絀+彩券及菸捐分配收入+雜項業務收入+其他業務外收入-業務費用-其他業務外費用。
- 104年其他收支餘(絀)成長167.97%，主要係依行政院協商結論之核算原則重新計算政府應負擔健保總經費法定下限不足數，調整差額102年度192.57億元及103年度297.36億元，共計489.93億元，屬以前年度保費收入，以雜項收入列帳。
- 105年其他收支餘(絀)負成長54.91%，主要係依立法院審議修正健保法施行細則第45條及第73條，將納入9項中央政府已實質負擔保險費修正為7項，並自105年1月1日起施行，爰重新計算104年政府應負擔健保總經費法定下限不足數，調整差額116.01億元，屬以前年度保費收入，以雜項收入列帳，惟104年度調整補列102年及103年政府應負擔健保總經費法定下限不足數489.93億元，以致105年雜項收入較104年負成長。
- 106年其他收支餘(絀)負成長38.61%，主要係105年度調整補列104年政府應負擔健保總經費法定下限不足數116.01億元，以致106年雜項收入較105年負成長。
- 本(110)年度截至4月底累計數與去(109)年同期增減情形  
(1)保費收入成長11.95%，主要係自110年1月1日起一般保險費費率由4.69%調整至5.17%、補充保險費費率由1.91%調整至2.11%及基本工資調漲，致保險費收入較去年同期增加所致。  
(2)保險給付成長5.73%，主要係因總額協商成長及預估部分負擔減少所致。  
(3)呆帳成長8.53%，係因本署加強欠費監控機制及110年一般保險費費率調升至5.17%、基本工資調漲，致未逾寬限期、催收及移送行政執行等應收帳款上升，致提列呆帳數增加。  
(4)其他收支負成長1.84%，主要係健保資金日平均營運量較去年同期減少，致利息收入較去年同期減少所致。
- 本年度截至4月底止淨短絀數50.82億元，依法收回安全準備填補短絀，收回後安全準備餘額為1,053.87億元，折合約1.79個月保險給付。
- 本年度各項保險收支差異原因分析，依105年第2次健保會委員會議決議按季提供。

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：涂小姐

聯絡電話：(02)8590-7279

傳真：(02)8590-7075

電子郵件：cmtyc@mohw.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國111年5月16日

發文字號：衛部中字第1110014498號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：所詢COVID-19確診個案於居家照護期間提供中醫照護方式  
及申報費用疑義，復請查照。

說明：

- 一、復貴會111年5月9日(111)全聯醫總富字第1732號函。
- 二、依傳染病防治法第44條第3項所定各類傳染病病人經主管機關施行隔離治療者，其費用由中央主管機關編列預算支應之。另傳染病防治法施行細則第10條第2項規定略以，各類傳染病病人施行隔離治療之費用，指比照全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準核付之醫療費用。
- 三、所詢COVID-19確診個案居家照護隔離治療期間，與COVID-19診斷相關之醫療費用，以COVID-19診斷碼申報遠距診療費與藥費，包括使用「臺灣清冠一號」或健保給付之濃縮製劑，由公務預算支付；使用「臺灣清冠一號」者，依本部111年5月5日衛部中字第1111860576A號函(諒達)修正

電子  
文  
騎



總收文 111.05.16



1110106121

「臺灣清冠一號藥品費用」申報及核付作業規定辦理；與 COVID-19 診斷無關之診療費及藥品費用，則依健保規定辦理。

四、居家照護天數期滿，即視為解除隔離治療，如經 PCR 檢測或快篩仍為陽性者，則回歸健保相關給付規定。

五、至於個案於居家照護期間，另有其他醫療需求情事，依健保視訊診療規定辦理。

正本：中華民國中醫師公會全國聯合會

副本：衛生福利部疾病管制署、衛生福利部中央健康保險署



## 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(節錄)

第 5 屆 111 年第 5 次委員會議(111.5.27)通過

### 壹、總額協商架構

#### 一、總額設定公式(暫列，將俟衛福部陳報行政院核定後配合修訂)

##### ■年度部門別<sup>註1</sup>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<sup>註2、註3、註4</sup>×(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<sup>註5</sup>

##### 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)<sup>註4</sup>]/(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)<sup>註4</sup>

##### ■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<sup>註1</sup>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)<sup>註4</sup>]/(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)<sup>註4</sup>

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。



## 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

### 一、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<p><b>一、協商前置作業</b></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"> <li>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。</li> <li>2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。</li> <li>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」。</li> <li>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"> <li>(1)規劃草案內容應包含協商減列項目及預估金額。</li> <li>(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。</li> </ol> </li> </ol> <p>(四)安排總額協商會前會及座談會。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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"> <li>(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"> <li>①問題分析及需求評估。</li> <li>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)。</li> <li>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)。</li> <li>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)。</li> </ol> </li> <li>(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。</li> </ol> </li> </ol>	<p>第 5 次委員會議(111 年 5 月 27 日)</p> <p>111 年 7 月 19、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> <p>111 年 8~9 月</p>

工作項目及內容	預訂時程
<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月26日上午</p> <p>111年<del>9月1日</del><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><b>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</b></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。</p> <p>(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。</p> <p>(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：</p> <p>(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。</p> <p>(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<sup>註</sup>，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<del>22</del><u>21</u>日全天；若有未盡事宜，於9月<del>23</del><u>22</u>日上午<del>11時</del><u>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<del>11時</del><u>9時30分</u>開始—若有協商未盡事宜則先討論，再進行委員會議)</p> <p>111年第10次委員會議(111年10月28日) 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
<b>三、協定事項之執行規劃與辦理</b> (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~~22日(星期四)~~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~~22日(星期四)~~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~~23日(星期五)~~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 <sup>*1</sup> 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)	推估 最長時間	
			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	130~170	190分鐘	130~230分鐘
西醫基層	25分鐘		20分鐘	20分鐘	50分鐘		115~150	155分鐘	115~190分鐘
牙醫	20分鐘		20分鐘	20分鐘	40分鐘		60~80	100分鐘	60~120分鐘
中醫	20分鐘		20分鐘	20分鐘	40分鐘		60~80	100分鐘	60~120分鐘
其他預算	20分鐘		20分鐘		35分鐘		55~73	75分鐘	55~93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)。

3.合計不含各自召開內部會議時間；各部門協商時間若確需延長，以不超過該部門第三階段時間之50%為限。

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，禁止任何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 ~~11 時~~9 時 30 分，若有協商未盡事宜則先討論，再進行委員會議。
- (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"> <li>1.問題分析及需求評估</li> <li>2.醫療服務內容及說明</li> <li>3.費用估算基礎及淨增加之費用</li> <li>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)</li> <li>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)</li> <li>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</li> </ol>	<p>對醫界方案提出保險人之評析及建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>2.試算醫療費用、淨增加費用，並提出合理之預算建議</li> <li>3.對執行目標及預期效益之評估指標提供建議</li> <li>4.對專款項目之預估試辦檢討期限提供建議</li> </ol> <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"> <li>1. <input type="checkbox"/> 是否為政策交付項目：是者，摘錄政策內容</li> <li>2. <input type="checkbox"/> 資料是否完整：否者，提出需補充內容</li> <li>3. 提供評核委員及會前會專家學者意見</li> <li>4. 彙整相關統計數據與總額協商相關規範</li> <li>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</li> </ol>
延續性項目	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.醫療服務內容及說明(含問題分析及需求評估)</li> <li>2.費用估算基礎及淨增加之費用</li> <li>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</li> <li>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</li> </ol>		

# 討論事項





## 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。

說明：

一、依據本會本(111)年第 3 次委員會議(111.3.25)決議通過之「各總額部門 110 年度執行成果評核之作業方式」，略以：

(一)評核等級作為 112 年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給「品質保證保留款」(下稱品保款)之預算，以茲鼓勵。

(二)評核結果之獎勵標準，提 111 年 6 月份委員會議討論。

二、近 5 年總額品保款之預算編列方式及金額如下：

(一)預算編列項目：

106 年度以前年度係將品保款列為一般服務預算項目，自 107 年度起改列為專款項目。

(二)各年度編列情形：

1.計算方式：各部門品保款額度為「計算基礎\*評核等級獎勵成長率」，其中歷年計算基礎及評核等級獎勵成長率如下：

總額年度	項目	計算基礎	評核等級獎勵成長率		
			良	優	特優
106	協商因素	各部門前一年度 一般服務預算	0.1%	0.3%	0.5%
107					
108	專款	各部門評核年度 一般服務預算	0.1%	0.25%	0.5%
109					
110、111					

2.編列金額：107~111 年各部門總額品保款金額介於 6.59~14.98 億元；占各年度可協商空間比率為 4.2%~12.8%。

(三)整理各部門總額歷年評核結果等級獎勵成長率、品保款額度及占當年度可協商空間比率之情形供參考，詳附件一之表一~四(第 74~75 頁)。

### 三、112 年度總額協商空間推估：

#### (一)112 年度總額協商空間預估約為 261 億元：

依據衛福部於 111 年 6 月 2 日陳報行政院核定之 112 年度總額範圍(草案)為 1.28%(低推估)至 5.00%(高推估)，相較 111 年度總額淨值(8,095.23 億元)，協商空間約介於 103.61 至 404.77 億元之間，惟仍須視行政院核定總額範圍而訂(依慣例約在 7 月底~8 月初核定)。參考歷年行政院核定總額範圍高推估之經驗值，約為衛福部陳報之 9 成，預估 112 年度總額協商空間約 261 億元(404.77 億元\*90%-103.61 億元)。

#### (二)推估健保財務收支短絀情形：

另依衛福部陳報行政院核定 112 年度總額範圍(草案)併附之健保財務影響評估，推估 112 年度保險收支將短絀 274 億元~573 億元，致該年度保險收支累計結餘數約當 0.52 個月~0.04 個月保險給付支出，預估安全準備無法符合法定 1 個月保險給付支出之規定，將面對收支如何平衡的財務問題。

### 四、有關 112 年度總額品保款之預算編列方式，請委員討論。

茲提供依照 111 年度品保款編列方式試算的結果，作為委員討論之參據：

(一)計算方式：以各總額部門評核年度(110 年)一般服務預算為計算基礎，乘以 111 年度評核等級獎勵成長率試算。

#### (二)112 年度品保款額度試算結果：

部門	計算基礎 (110 年度一般服務預算) (百萬元)	112 年度品保款額度(百萬元)		
		111 年獎勵成長率		
		良(0.1%)	優(0.2%)	特優(0.3%)
醫院	487,655.2	487.7	975.3	1,463.0
西醫基層	124,336.1	124.3	248.7	373.0
牙醫門診	46,942.1	46.9	93.9	140.8
中醫門診	27,592.0	27.6	55.2	82.8
品保款金額合計		<b>6.9 億元</b>	<b>13.7 億元</b>	<b>20.6 億元</b>
品保款占可協商空間比率 (以協商空間 261 億元推估)		<b>2.6%</b>	<b>5.3%</b>	<b>7.9%</b>

五、歷次委員會議、評核委員及本會委員對品保款有關之決(建)議如下：

(一)106 年度以前，品保款係列於一般服務預算，協定全數用於鼓勵提升醫療品質，亦即品保款已納為年度基期之一部分，惟自 107 年度起改列專款項目，為維持品保款額度之穩定性，並達到鼓勵效果，107~111 年度各部門總額品保款均協定：應全數用於鼓勵提升醫療品質，且為合理運用原 106 年度已納入一般服務預算基期之品保款額度(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)，均會附帶決議，將該額度與當年度品保款專款合併運用。

(二)評核委員對於品保款執行之建議：

建議各部門持續檢討核發標準，提高鑑別度。

- 1.為落實設立品保款之意旨，達到鼓勵院所持續提升醫療品質之目的，歷年評核委員均建議品保款核發條件，宜有提升醫療品質之鑑別度。
- 2.依 107~109 年度各部門品保款核發結果(如下表)研析，各總額部門可能因核發標準過於寬鬆，致高達 75% 以上的院所可領取品保款，尤以醫院部門最高(97% 以上)，另西醫基層部門則有 50% 以上院所表現達滿分標準，計領取 60% 以上品保款(詳下表之註)，核發鑑別度尚有提升空間。至核發表現優良的前 20% 院所領取金額占品保款比率，以牙醫門診部門最高(達 6 成以上且逐年提升)，顯示其核發標準較具鑑別度。

部門	符合核發資格院所 占率			核發前 20% 院所金額 占品保款比率		
	107 年	108 年	109 年	107 年	108 年	109 年
醫院	97.3%	99.6%	100%	45%	46%	45%
西醫基層	72.6%	74.6%	75.5%	註	註	註
牙醫門診	82.9%	83.4%	86.4%	64.6%	66.1%	67.1%
中醫門診	81.1%	80.3%	79.8%	51.3%	52.2%	51.6%

註：107~109 年西醫基層院所指標表現達核發標準 100% 者(滿分)分別占 56.9%、57.9%、44.7%(4,410 家、4,623 家、4,788 家)，各領取 61%、62%、63% 品保款。

(三)本會委員對於品保款計算基礎之意見：

1.委員意見：

過去討論本案時，本會有委員曾關切各部門總額規模大小不等，皆以各部門評核年度一般服務預算為計算基礎，在相同評核等級給予相同獎勵成長率之下，各部門分配品保款額度差異大，對於規模小之部門較不公平。

2.本會研析：

(1)為了解目前獎勵方式衡平性，本會分別就各總額部門醫師數及就醫人數，計算其每位醫師(供給面)及每位就醫病人(需求面)獲配之品保款，並考量四總額部門，其醫療供需規模不同，爰校正各部門平均每人(醫師、就醫病人)費用占比，詳附件二之表一~表二(第 76~77 頁)。

(2)經校正費用占比後，各部門間獲配品保款額度差異不大(如下)：

①供給面：平均每位醫師分配品保款額度，以 109 年「優」級為例，介於 60,348.8(醫院)~70,915.6(西醫基層)元/人。

②需求面：每位就醫病人分配品保款額度，以 109 年「優」級為例，介於 111.5(醫院)~131.1(西醫基層)元/人。

擬辦：

一、112 年度總額品保款專款之獎勵標準：

(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\_\_\_\_%、「優」級給予\_\_\_\_%、「特優」級給予\_\_\_\_%獎勵成長率。

二、建議依循 107~111 年度方式，於總額結算時，將原 106 年度各部門總額一般服務預算之品保款額度(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)，與 112 年度品保款專款合併運用，並全數作為鼓勵提升醫療品質之用。

三、請各總額部門持續檢討 112 年度品保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。

決議：

## 四部門總額歷年評核結果等級獎勵成長率、品保款金額及占當年度可協商空間比率之情形

表一、97~106年品保款列為一般服務預算之協商因素項目

評核年度	總額年度	行政院核定總額上限	牙醫門診		中醫門診		西醫基層		醫院	
			等級	成長率	等級	成長率	等級	成長率	等級	成長率
95	97	5%	特優	0.50%	可	0.00%	優	0.30%	未委辦不予評分	
96	98	5.1%	特優	0.50%	良	0.10%	未委辦 不予評分	0.00%	未委辦不予評分	
97	99	3.5%	特優	0.25%	良	0.05%	可	0.00%	未委辦不予評分	
98	100	3.6%	特優	0.25%	良	0.05%	良	0.05%	良	0.05%
99	101	4.7%	優	0.3%	良	0.1%	良	0.1%	良	0.1%
100	102	6.0%	優	0.3%	可	0.0%	良	0.1%	良	0.1%
101	103	4.45%	優	0.3%	良	0.1%	良	0.1%	可	0.0%
102	104	4.75%	優	0.3%	可	0%	良	0.1%	良	0.1%
103	105	5.8%	優	0.3%	良	0.1%	良	0.1%	良	0.1%
104	106	5.9%	優	0.3%	良	0.1%	良	0.1%	良	0.1%

註：評核結果之等級，於97年度前僅分4級：特優、優級、可及劣級，對於特優及優級予以獎勵；98年度之後改分5級：特優、優級、良級、可及劣級，評等良級以上，酌給成長率。

表二、107年後品保款列為專款項目

評核年度	總額年度	行政院核定總額上限	牙醫門診		中醫門診		西醫基層		醫院	
			等級 <sup>註1</sup>	獎勵成長率	等級	獎勵成長率	等級	獎勵成長率	等級	獎勵成長率
105	107 <sup>註2</sup>	5.0%	優	0.3%	良	0.1%	良	0.1%	良	0.1%
106	108	4.7% <sup>註3</sup>	優	0.3%	良	0.1%	優	0.3%	良	0.1%
107	109	5.5%	優	0.25%	優	0.25%	優	0.25%	優	0.25%
108	110	4.5%	優	0.2%	良	0.1%	良	0.1%	優	0.2%
109	111	4.4%	優	0.2%	良	0.1%	良	0.1%	優	0.2%

註：1.評核結果之等級分5級：特優、優級、良級、可及劣級，評等良級以上，酌給品保款專款。

2.107年度前之總額品保款金額係以前一年度(106年)一般服務預算為計算基礎，108年度起之總額品保款金額改以評核年度(106年)之一般服務預算為計算基礎，再乘以各部門評核等級獎勵之成長率。

3.行政院核定總額上限為4.5%，若增列C型肝炎口服新藥費用，則不得超過4.7%之上限。

表三、107~111 年品保款金額

總額年度 評核等級 與品保款金額		107		108		109		110		111	
		醫院	良	406.5	良	406.5	優	1,055.4	優	880.4	優
部門	西醫基層	良	109.4	優	328.1	優	280.5	良	115.8	良	120.3
	牙醫門診	優	119.1	優	119.1	優	101.2	優	87.9	優	91.2
	中醫門診	良	23.6	良	23.6	優	60.8	良	25.2	良	26.5
合計(百萬元)		658.6		877.3		1,497.9		1,109.3		1,167.8	

表四、107~111 年度品保款占當年度可協商空間比率(介於 4.2%~12.8%)

年度		107	108	109	110	111
行政院 核定總 額成長 率範圍 (%)	上限	5.0	4.7	5.5	4.5	4.4
	下限	2.349	2.516	3.708	2.907	1.272
可協商空間 (億元) <sup>註</sup>		<b>158.5</b>	<b>134.6</b>	<b>117.1</b>	<b>118.7</b>	<b>243.4</b>
評核 結果	優	牙醫門診	西醫基層 牙醫門診	醫院 西醫基層 牙醫門診 中醫門診	醫院 牙醫門診	醫院 牙醫門診
	良	醫院 西醫基層 中醫門診	醫院 中醫門診	—	西醫基層 中醫門診	西醫基層 中醫門診
四部門總額 品保款(億元)		<b>6.59</b>	<b>8.77</b>	<b>14.98</b>	<b>11.09</b>	<b>11.68</b>
品保款占可協 商空間比率		<b>4.2%</b>	<b>6.5%</b>	<b>12.8%</b>	<b>9.3%</b>	<b>4.8%</b>

註：109 年度以前，可協商空間=(行政院核定年度總額之高推估-低推估金額)-人口差值-前一年度總額違規扣款加回金額；110 年度起，總額低推估金額已先予校正人口差值，可協商空間=(行政院核定年度總額之高推估-低推估金額)-前一年度總額違規扣款加回金額。

表一、四總額部門平均每位醫師、每位就醫病人分配品保款額度(校正各部門平均每人費用占比)

單位：元/人

總額年度		109 年		108 年		107 年	
部門	等級及獎勵 成長率	優	良	優	良	優	良
		0.25%	0.10%	0.30%	0.10%	0.30%	0.10%
校正後平 均每位醫 師分配品 保款額度 (A)	醫院	60,343.8	24,139.8	72,753.9	24,249.3	75,988.6	25,327.5
	西醫 基層	70,915.6	28,366.2	82,419.2	27,481.4	85,293.8	28,439.9
	牙醫 門診	65,288.0	26,128.1	79,768.2	26,589.4	81,198.2	27,066.1
	中醫 門診	63,750.2	25,479.1	77,131.8	25,747.0	82,462.1	27,526.2
校正後平 均每位就 醫病人分 配品保款 額度 (B)	醫院	111.5	44.6	124.3	41.4	125.8	41.9
	西醫 基層	131.1	52.4	140.9	47.0	141.2	47.1
	牙醫 門診	120.7	48.3	136.3	45.4	134.5	44.8
	中醫 門診	117.8	47.1	131.8	44.0	136.5	45.6

註：

- 各評核等級之部門品保款額度，依歷年議定評核等級獎勵成長率計算；各部門醫師數、就醫病人數、醫療費用點數，取自 110 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽。
- 校正後平均每位醫師分配品保款額度(校正平均每人費用占比)(A)=(該評核等級部門獎勵品保款額度(C)/部門醫師數(D))/各部門平均每位醫師申報費用占比(X)<sup>註4</sup>。以 109 年醫院優級為例，60343.8 元/人=1055.4 百萬元/33,253 人/52.6%。
- 校正後平均每位就醫病人分配品保款額度(校正平均每人費用占比)(B)=(該評核等級部門獎勵品保款額度(C)/部門就醫病人數(E))/各部門平均每位就醫病人申報費用占比(Y)<sup>註4</sup>。以 109 年醫院優級為例，111.5 元/人=1055.4 百萬元/12,950 千人/73.07%。
- 校正平均每人費用占比 X、Y：

部門	X=該部門平均每位醫師申報費用/ 四部門之平均每位醫師申報費用之加總			Y=該部門平均每位就醫病人申報費用/ 四部門之平均每位就醫病人申報費用之加總		
	109 年	108 年	107 年	109 年	108 年	107 年
醫院*	52.60%	52.15%	52.84%	73.07%	72.71%	72.68%
西醫基層*	23.86%	24.52%	24.21%	11.01%	11.45%	11.48%
牙醫門診	10.05%	9.92%	10.00%	7.49%	7.59%	7.83%
中醫門診	13.50%	13.40%	12.95%	8.43%	8.25%	8.01%

\*醫院及西醫基層平均每位就醫病人申報費用，係以門、住診費用加總/門診就醫人數，避免門、住診就醫人數重複計算。



表二、四總額部門平均每位醫師、每位就醫病人分配品保款額度(未校正)

單位：元/人

總額年度		109 年		108 年		107 年	
部門	等級及獎勵 成長率	優	良	優	良	優	良
		0.25%	0.10%	0.30%	0.10%	0.30%	0.10%
平均每位醫 師分配品保 款額度 (A <sub>0</sub> )	醫院	31,738.5	12,696.6	37,944.1	12,647.0	40,155.4	13,384.0
	西醫 基層	16,921.0	6,768.4	20,210.7	6,738.9	20,646.9	6,884.4
	牙醫 門診	6,559.9	2,625.3	7,912.6	2,637.5	8,123.0	2,707.7
	中醫 門診	8,603.4	3,438.5	10,339.3	3,451.3	10,674.9	3,563.3
平均每位就 醫病人分配 品保款額度 (B <sub>0</sub> )	醫院	81.5	32.6	90.4	30.1	91.4	30.5
	西醫 基層	14.4	5.8	16.1	5.4	16.2	5.4
	牙醫 門診	9.0	3.6	10.3	3.4	10.5	3.5
	中醫 門診	9.9	4.0	10.9	3.6	10.9	3.7

註：

- 1.各評核等級之部門品保款額度，依歷年議定評核等級獎勵成長率計算；各部門醫師數及就醫病人數，取自 110 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽。
- 2.平均每位醫師分配品保款額度(A<sub>0</sub>)=該評核等級部門獎勵品保款額度(C)/部門醫師數(D)。
- 3.平均每位就醫病人分配品保款額度(B<sub>0</sub>)=該評核等級部門獎勵品保款額度(C)/部門就醫病人數(E)。醫院及西醫基層就醫人數係門診就醫人數，不含住診就醫人數，避免門、住診就醫人數重複計算。

## 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、許委員騏洪、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。

說明：

- 一、案由所提健保署於今年 5 月 25 日召開「醫院總額 111 年第 2 次研商議事會議」之決議，內容顯有與 111 年度總額公告的協定事項及預算用途不符之虞。我們二人承健保會推派為該會議之代表，於會前對該議案內容，曾提出詢問及要求提供補充資料說明，均未獲完整回復；基於本會負有保險業務監理職責，故提出本案來釐清問題及討論。
- 二、討論事項「111 年醫院總額分配及點值結算方式」(如附件一，第 85~88 頁)—其中對於「罕見疾病藥費專款結算邏輯」之修正：
  - (一)健保署臺北業務組建議醫院總額專款項目「罕見疾病藥費」結算邏輯應與「重大傷病」之罕病註記脫鉤，修正為「國健署重大傷病罕病通報紀錄檔」審核通過之名單。
  - (二)該會議討論結果，如依臺北業務組的建議，健保署估算罕見疾病藥費專款將增加 8 億元，因為 111 年該項專款健保署評估預算足夠支應，所以本案通過，將於 111 年修改結算邏輯，並將在 112 年總額協商時，用新邏輯向本會爭取預算。
  - (三)我們二人認為，依健保署說明，這些要改由罕病藥費專款支應的費用，原就用一般服務預算支付，而且也不清楚這些錢全部是罕病藥費，還是有包含其他非罕病(如感冒、外傷就醫)藥費，若全部改由罕病藥費專款支應是否合理？我們在會上

也表示這些原本在一般服務預算支付的費用，如果要改由專款支付，應該在一般服務預算把額度先扣掉再移列專款，以免產生一般服務與專款項目重複編列的問題，等於健保要多支出 8 億元。

(四)健保署就執行面考量，擬擴充「罕見疾病藥費專款」支用範圍，但應評估合理性及移列一般服務預算：

- 1.在該次會前我們有請健保署提出具體資料供參，包含結算邏輯改變後醫療利用的差異，及原於 110 年一般服務執行之費用分析(人數、疾病別、用藥類別等資料)。惟未獲解答，仍請健保署提出詳細的資料分析，以了解改變是否合理。
- 2.若想要改變專款結算邏輯、擴增專款支用範圍，應該將原於一般服務支應的費用額度扣除，再改用專款支付，以免一般服務與專款項目重複編列，而且不應該在 111 年總額就作改變，這樣會和協定事項不相符。

三、臨時提案「111 年『鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫』專款預算執行建議」(如附件二，第 89~94 頁)  
—對於本項計畫專款預算 3 億元之使用方式：

(一)本案是台灣醫院協會的臨時提案，建議本項專款預算(3 億元)用於簽署 DNR 之 RCC、RCW 病人，每人日獎勵 350 點。最後決議：本案通過調升 RCC、RCW 病房費：1.獎勵實施後簽署 DNR 者，自簽署日起給予獎勵 100 點/日。2.獎勵實施前已簽署 DNR 者，自獎勵實施日起給予獎勵 100 點/日。

(二)依據衛福部總額協定事項公告，本項 3 億元專款的用途是要推動鼓勵 RCC、RCW 病人「脫離呼吸器」、「簽署 DNR」及「安寧療護」的計畫，但會議通過的經費使用方式明顯有問題，不但無法達到計畫目標，而且增加病房費只是獎勵醫院消極維持病人繼續住院，對病人權益並無任何改善：

- 1.全部經費僅用於獎勵簽署 DNR，對於鼓勵院所加強脫離呼吸器、安寧療護無任何作法，更沒有具體推動內容或計畫。

2.對簽署 DNR 者以每人日病房費額外獎勵 100 點，其獎勵點數受入住天數影響，可能會無止盡獎勵下去，形同鼓勵病人留置 RCC、RCW，這對生命品質沒有積極意義。

3.將實施前已簽署 DNR 者，也納入獎勵對象，不清楚到底要鼓勵什麼？顯然不合理。

(三)請健保署依衛福部公告，提出「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」，應包含訂定病人脫離呼吸器、提升安寧療護品質的具體服務及改善措施。且原先已簽署 DNR 之病人，不宜納為本次獎勵措施之對象。

擬辦：

一、值此健保財務艱困之際，民眾受疫情影響已有很多人繳不起健保費，請健保署善盡全民健保善良管理人之責任，將有限的健保資源做最好的應用，並於今年 9 月總額協商前，將該 2 項專款之處理結果，提至本會委員會會議報告。

二、建議處理方式，如上述的說明二之(四)及說明三之(三)。

中央健康保險署意見：(資料後附)

.....

本會補充說明：

一、111 年度醫院醫療給付費用協定項目表(摘錄)

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	決 定 事 項
專款項目(全年計畫經費)			
罕見疾病、血友病 藥費及罕見疾病特 材	12,807.0	1,108.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

項 目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決 定 事 項
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)	300.0	300.0	1.預算如有不足，由品質保證保留款支應，執行效益納入未來總額財源。 2.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

註：RCC(Respiratory Care Center，呼吸照護中心)

RCW(Respiratory Care Ward，呼吸照護病房)

DNR(Do Not Resuscitate，不施行心肺復甦術)

## 二、對於健保署修正「罕見疾病藥費專款結算邏輯」相關說明：

(一)「罕見疾病藥費專款」設立的意旨，是因為罕見疾病用藥昂貴，預算列於專款專用，可保障罕病患者用藥權益，但罕病患者使用之非罕病用藥(如因感冒、外傷就醫)，則屬於一般服務範圍，請健保署應提供「罕見疾病藥費專款結算邏輯」改變前後有關之費用計算基礎明細及額度，包括人數、案件類別、藥品類別(是否為罕藥)等資料，供作討論之參考。

(二)依本(111)年 5 月 25 日研商議事會議之資料，現行罕見疾病藥費專款，係用以支付「領有重大傷病卡」之罕病患者，且「當次就醫與罕病相關」(部分負擔代碼 001)之所有藥費。若依臺北業務組建議，修改「罕見疾病藥費」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，則「罕見疾病藥費」專款支付對象及內容將有如下改變：

### 1. 支付對象：

除現行「領有重大傷病卡」之罕病患者外，新增「未領有重大傷病卡」之罕病患者，據健保署估計約 3 千多人。

### 2. 支付內容：

(1)依照現行方式支付「領有重大傷病卡」之罕病患者，其「當次就醫與罕病治療相關」之所有藥費。

- (2)新增「領有重大傷病卡」之罕病患者，其「當次就醫非因罕病治療相關」之所有藥費。
- (3)新增「未領有重大傷病卡」之罕病患者(其中包含「領有其他重大傷病卡」之罕病患者)，其「當次就醫與罕病治療相關」及「當次就醫非因罕病治療相關」之所有藥費。
- (4)「罕見疾病藥費專款」現行與改變結算邏輯後之支付範圍如下表：

現 行	改變後
罕病患者(領有罕病註記之重大傷病卡)	全部由專款支應
罕病治療相關用藥 ——> 專款支應	
非罕病之疾病治療用藥 ——> 一般服務支應	
新增罕病患者(未領有罕病註記之重大傷病卡)	
罕病治療相關用藥 ——> 一般服務支應	
非罕病之疾病治療用藥 ——> 一般服務支應	
(可能包含其他重大傷病用藥)	

3.本會已於本年6月16日請辦健保署依照委員提案之資料需求，提供結算邏輯改變前後之費用及上開專款支付範圍改變之相關統計資料(資料後附)。

(三)依歷年總額執行方式，原於一般服務執行的醫療費用，若改由專款支應，需一併將費用移列至專款。例如：106年醫院總額「C型肝炎藥費」及111年「精神科長效針劑藥費」改由專款支應，都自醫院總額一般服務移列原經費額度至專款。本項結算邏輯改變之作法，應比照前揭作法辦理。

(四)本會於本年6月15日接獲罕見疾病基金會致本會委員之陳情函(如附件三，第95頁)，建議111年罕藥專款因使用109年罕病重大傷病人數11,771人為預算基準，故今年不應變更罕藥專款支出病人數為國健署通報罕病人數(約15,368人)，以避免排擠罕見疾病新藥之給付，損害急迫等待救命罕藥的

罕病患者唯一仰仗的醫療權益。

(五)本案建議處理方式：

1. 設立本項罕病用藥專款目的，係「專款專用」於「罕病治療相關用藥」，不應支付「非罕病治療之用藥」。請健保署釐清，結算邏輯改變後，原於一般服務支應之「非罕病治療」之其他疾病用藥(如罕病病人之感冒、外傷用藥)，是否會轉由罕病用藥專款支應，若是，則會競爭專款預算，而排擠罕病病人使用罕藥之權益。
2. 111年總額已完成協定並公告在案，考量協商時本項專款只用於支付「罕病相關之藥費」，並以現行結算邏輯為基礎編列預算，且依專款支用原則，若未用完即應回歸安全準備，不宜逕行改變結算邏輯，建議本案 111 年先暫緩。
3. 若考量目前尚有「未領有罕病註記之重大傷病卡病人」，其「罕病治療相關」之用藥(目前由一般服務支應)，需納入本項罕病用藥專款支應，則請健保署精算增加「罕病治療相關用藥」之經費，可納入 112 年度總額協商，並討論一般服務預算移列事宜。

三、對於臨時提案「111年『鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫』專款預算執行建議」之說明：

- (一)依111年度醫院總額公告，本案為專款計畫，計畫名稱已明訂其用途為鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護，健保署應依照公告之協定事項辦理，以符規定。
- (二)本項專款獎勵方式目前進度為經研商議事會議通過後，健保署已納入「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫修訂，並提至本年6月9日「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告。會上本會代表何委員語表示反對，與會代表也同意尚有改善空間，最後決議暫緩，並請健保署會同醫院總額相關團體再行研議修正。

四、依健保法第61條第4項(註1)及第41條第1項(註2)規定，「總

額點值結算方式」及「總額專款預算執行方式」之決定，雖非屬本會權責，但本會負有監理保險業務之法定任務，本案建請健保署依委員意見及 111 年度總額公告之協定事項及預算用途辦理。

註：全民健康保險法相關法規：

- 1.第 61 條第 4 項：「第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度」。
- 2.第 41 條第 1 項：「醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布」。
- 3.第 5 條第 1 項：本保險下列事項由全民健康保險會辦理：
  - (1)保險費率之審議。
  - (2)保險給付範圍之審議。
  - (3)保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。
  - (4)保險政策、法規之研究及諮詢。
  - (5)其他有關保險業務之監理事項。

五、另提供醫療給付費用醫院總額研商議事會議 111 年第 2 次會議紀錄摘錄供參，如附件四，第 96~97 頁。

決議：



<p>1110525 醫院總額 111 年第 2 次會議補充資料</p>
--

## 討論事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式，提請討論。

說明：

一、醫院醫療給付費用總成長率 3.569%，其中一般服務成長率 3.049%，專款項目全年預算為 34,538.7 百萬元，門診透析服務成長率 2.015%。

二、一般服務部門結算重點：

(一)110 年新特材未於時程內導入之預算共 0.6 億元，於 111 年一般服務基期費用不扣減。

(二)加回前一年度違反特管辦法之扣款 13.7 百萬元。

(三)111 年其他醫療服務利用及密集度之改變：

1. 111 年醫院附設門診部回歸醫院之預算(5.08 億元 $\times$ (1+3.049%)=5.23 億元)，須依所回歸之分區予以分配，爰先按季均分自一般服務預算予以扣除，其中 2.00 億元(1.94 億元 $\times$ (1+3.049%))依 107 年(回歸年)門診部回歸之分區年度占率，按季分配予「臺北、高屏及東區」；其餘 3.24 億元預算則按季分配予「南區」。

2. 「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(預算 10 億)」及「提升重症照護費用，促進區域級以上醫院門住診費用結構改變(預算 20 億)」2 項目，依據衛生福利部 111 年 1 月 26 日衛部健字第 1113360011 號公告 111 年度醫院醫療給付費用總額及其分配及 111 年 3 月 2 日本會議 111 年第 1 次會議決議下列預算分配如下：

(1)持續推動分級醫療，壯大社區醫院」：

A. 用於地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值。

B. 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%。

- C. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準同一療程疾病門診診察費修訂。
- (2) 「提升重症照護費用，促進區域級以上醫院門住診費用結構改變」：預算 20 億元。
  - A. 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。
  - B. 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%。
  - C. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準同一療程疾病門診診察費修訂。

(四)有關說明二(三)，台灣醫院協會 111 年 5 月 23 日來函(附件

1)建議如下：

1. 提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變，其預算使用順序應先為區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，次為提升護理住院照護品質，住院首日護理費支付點數加成 30%，鑑於 貴署所提試算資料經費所示尚足以支應，爰醫學中心協會及區域醫院協會暫無反對之意見。
2. 持續推動分級醫療，壯大社區醫院，經會議討論，社區醫院希冀就該項預算之使用進行部分修正，其方案擬儘速提供予貴署參卓。
3. 有關上開二案預算及所涉相關支付標準(修訂同一療程疾病門診診察費規定及新增/修訂各類病床/護理費(第一天)尚未生效季別處理，經會議研商共識採追溯至元月 1 日實施，商請貴署再予評估預算是否會超支。

(五)有關護理費(第一天)等支付標準 111 年業奉衛生福利部核定 111 年 6 月 1 日生效(附件 2)，另社區醫院協會亦尚未決定保障項目，因本預算為一般服務預算且內含點值保障項目

及支付標準調整，為使各層級一致，建議本項比照 110 年同項處理方式，即將預算保留至實施之季別。

(六) 另有關各分區之預算分配，綜合考量疫情及新醫院設立因素，建議保障項目及相關支付標準調整之各就醫分區近 3 年(108 年~110 年)申報點數平均占率分配，並自 112 年起回歸一般服務地區預算分配。

(七) 111 年風險調整移撥款(全年預算 6 億元)：

先按季均分自一般服務預算予以扣除，再依據台灣醫院協會提供之各分區分配預算，按季均分，併入各季各分區醫院總額一般服務費用結算。(住診移撥款=該季移撥款 ×55%；門診移撥款=該季移撥款-住診移撥款。)

### 三、專款結算重點：

(一) 111 年品質保證保留款：全年預算 929.8 百萬元。原 106 年編列於一般服務之品質保證保留款預算(388.7 百萬元)，與 111 年編列之品質保證保留款預算(929.8 百萬元)合併運用(計 1,318.5 百萬元)。

\*鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫：全年經費 300 百萬元。預算如有不足，由品質保證留款支應。

(二) 修正罕見疾病藥費專款結算邏輯：

1. 現行結算邏輯：(1)部分負擔代碼 001(表示當次就醫為罕病相關)(2)且任一主、次診斷亦符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼之所有案件(3)且領有重大傷病卡者(罕見疾病註記為 Y)之(4)「藥費」小計。
2. 臺北業務組建議醫院總額專款項目「罕見疾病藥費」結算邏輯應與「重大傷病」之罕病註記脫鉤，修正為「國健署重大傷病罕病通報紀錄檔」審核通過之名單。
3. 查現行罕見疾病專款係以領有重大傷病卡之罕病患者，當次

就醫與罕病相關(部分負擔代碼 001)之所有藥費統計,如依臺北業務組之建議,預估將增加 8 億元(由 74.7 億元增加為 82 億元)。另預估 111 年導入罕見疾病新藥費用,耗用預算數預估 1 年為 7.68 億元,以生效時間計算至 111 年 12 月 31 日約為 1.5 億元。

4. 查 111 年總額罕病藥費專款編列 87 億元預算,改依臺北業務組邏輯,111 年預估約 83.5 億元(82 億元+1.5 億元)應足以支應。
5. 本案修訂通過後,111 年罕病藥費專款將配合修正邏輯,112 年依新邏輯爭取預算。

四、本署依前述之原則,研擬「111 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式」如附件 3,未來亦將依本會議與全民健康保險會相關會議決議進行修訂,據以辦理 111 年度總額結算事宜。

**決議：**

1110525 醫院總額  
111年第2次會議補充資料

討論事項-臨時討論案

提案單位：台灣醫院協會

案由：111年「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫」專款預算執行建議，提請討論。

說明：

- 一、依據台灣醫院協會 111 年 5 月 23 日院協健字第 11102000268 號函辦理。
- 二、查 111 年度醫院醫療給付費用總額之專款項目，「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」全年經費 3 億元，預算如有不足，由品質保證保留款支應，執行效益納入未來總額財源（附件 1）。
- 三、台灣醫院協會建議草案摘述如下（附件 2）：
  - （一）符合獎勵條件者，採定額獎勵，建議每日 350 點。
  - （二）獎勵條件(RCC 或 RCW 病人)：
    - 1、已簽署 DNR 者，自簽署日起予以獎勵 350 點/日。
    - 2、給付實施前已簽署者，自給付實施日起予以獎勵 350 點/日。

本署說明：

- 一、台灣醫院協會前為評估預算及實務可行性，請本署就建議草案提供相關數據，本署推估 111 年簽署 DNR 人數若達照護人數之 10%，約為 1,782 人；預估需經費 2.28 億點。惟原提供之數據係以健保卡 DNR 註記之人數計算，係病人自主意願簽署 DNR 者才有註記，未考量病人因病情惡化(如意識不清、昏迷...等)，由家屬簽署同意書之狀況，恐低估院所鼓勵病人簽署 DNR 之實際數字，爰另以健保卡有 DNR 註記或院所有申報虛擬醫令代碼「DNR」之案件計算，獎勵人數約 8,017 人，以 350 點/日/人估算，獎勵點數約 10.24 億點；另以 100 點/日/人估算，獎勵點數約 2.93 億點(附件 3)。
- 二、惟協會建議草案，簽署 DNR 者於入住 RCC、RCW 期間可獲得每日獎勵，故每個案獎勵天數受入住 RCC、RCW 天數影響，有鼓勵留置 RCW 之虞，且僅針對簽署 DNR 提出獎勵措施，對於安寧療護未有規

劃，爰本署建議獎勵方式如下：

(一)符合獎勵條件者，給予每人各終身一次 5,000 點之獎勵。

(二)獎勵條件(RCC 或 RCW 病人)：

1. 當年度簽署 DNR 或本項獎勵措施實施前已簽署 DNR 且於同院簽署者。

2. 當年度於同院使用安寧服務之病人。

(二)、推估獎勵措施追溯至 111 年 1 月 1 日起，預估獎勵人數約 11,441 人，獎勵點數約 0.57 億點(11,441 人\*5,000 點)(附件 3)。

擬辦：本案依會議決議，續提於「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」討論。

決議：

檔 號：

保存年限：

## 台灣醫院協會 函

地址：新北市淡水區中正東路2段29-5號25樓

承辦人：何宛青

電話：02-28083300#26

傳真：02-28083304

電子信箱：ching@hatw.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國111年5月23日

發文字號：院協健字第1110200268號

類別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關111年度醫院總額一般服務其他醫療服務利用及密集度改變、專款專用鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計劃預算之執行建議，請鑑查。

說明：

- 一、依據本會111年5月20日全民健康保險委員會會議決議辦理。
- 二、有關貴署電詢旨揭內容，經邀集各層級醫院協會代表召開本會全民健康保險委員會專案研商，所獲決議如下，請鑑查。
  - (一)提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變，其預算使用順序應先為區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，次為提升護理住院照護品質，住院首日護理費支付點數加成30%，鑑於貴署所提試算資料經費所示尚足以支應，爰醫學中心協會及區域醫院協會暫無反對之意見。
  - (二)持續推動分級醫療，壯大社區醫院，經會議討論，社區醫院希冀就該項預算之使用進行部分修正，其方案擬儘速提供予貴署參卓。
  - (三)有關上開二案預算及所涉相關支付標準(修訂同一療程疾病門診診察費規定及新增/修訂各類病床/護理費(第一

天) 尚未生效季別處理，經會議研商共識採追溯至元月1日實施，商請貴署再予評估預算是否會超支。

- (四) 鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計劃，經會議討論暨社區協會再內部討論，經費之使用，採符合獎勵條件者，採定額獎勵，建議每日350點，採點值浮動，獎勵條件為已簽署DNR者，自簽署日起予以獎勵350點/日；給付實施前已簽署者，自給付實施日起予以獎勵350點/日。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：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



## 財務推估

附件 3

一、111 年「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」專款預算：3 億元。

二、推估費用-社區醫院協會建議版本：獎勵人數約 **8,017 人**，以 350 點/日/人估算，獎勵點數約 **10.24 億點**；另以 100 點/日/人估算，獎勵點數約 **2.93 億點**。

(一) 推估 111 年 RCC 及 RCW 簽署 DNR 人數約為 **8,017 人**

年度	病床別	人數	簽署 DNR 人數	占率
109 年	RCC	8,015	3,206	40.0%
	RCW	10,204	3,939	38.6%
110 年	RCC	7,681	2,863	37.3%
	RCW	10,136	3,823	37.7%
推估 111 年 <sup>註</sup>	RCC	7,681	<b>3,456</b>	<b>45%</b>
	RCW	10,136	<b>4,561</b>	<b>45%</b>

註：1. 因 110 年 RCC 及 RCW 人數相較 109 年均為負成長，爰以零成長推估 111 年 RCC 及 RCW 人數。

2. 以實施獎勵後占率 45% 推估 111 年簽署 DNR 註記人數。

3. 簽署 DNR 人數，以健保卡 DNR 註記或有申報虛擬醫令「DNR」者計。

(二) 推估獎勵措施追溯至 111 年 1 月 1 日起，因無法推估當年度簽署 DNR 日期及人數，爰已簽署及當年度簽署皆以 111 年整年度估算，以 350 點/日/人，預估需經費 **10.24 億點**(8,017 人\*365 日\*350 點/日)；另以 100 點/日/人，預估需經費 **2.93 億點**(8,017 人\*365 日\*100 點/日)

三、推估費用-本署建議版本：下述病人給予每人各終身一次 5,000 點之獎勵，推估獎勵措施追溯至 111 年 1 月 1 日起，預估獎勵人數約 **11,441 人**，獎勵點數約 **0.57 億點**(11,441 人\*5,000 點)。

(一) 當年度簽署 DNR 或已簽署 DNR 且於同院簽署者約 **6,849 人**。

(二) 當年度使用安寧服務之病人，**安寧利用人數約 4,592 人**。

簽署 DNR						
年度	病床別	人數	當年度簽署 DNR 人數	占率	已簽署 DNR 且於同院簽署人數(不含當年度簽署) <sup>#4</sup>	占率
109 年	RCC	8,015	2,875	35.9%	174	2.2%
	RCW	10,204	1,821	17.8%	1,141	11.2%
110 年	RCC	7,681	2,486	32.4%	203	2.6%
	RCW	10,136	1,633	16.1%	1,165	11.5%
推估 111 年 <sup>#1、2</sup>	RCC	7,681	<b>3,072</b>	<b>40%</b>	<b>230</b>	<b>3%</b>
	RCW	10,136	<b>2,027</b>	<b>20%</b>	<b>1,520</b>	<b>15%</b>
安寧療護						
年度	病床別	人數	當年度安寧利用人數 <sup>#5</sup>		占率	
109 年	RCC	8,015	2,425		30.3%	
	RCW	10,204	1,259		12.3%	
110 年	RCC	7,681	2,558		33.3%	
	RCW	10,136	1,305		12.9%	
推估 111 年 <sup>#1、3</sup>	RCC	7,681	<b>3,072</b>		<b>40%</b>	
	RCW	10,136	<b>1,520</b>		<b>15%</b>	

註：1.因 110 年 RCC 及 RCW 人數相較 109 年均為負成長，爰以零成長推估 111 年 RCC 及 RCW 人數。

2.以實施獎勵後占率 40%推估 111 年 RCC 當年度簽署 DNR 人數，占率 20%推估 111 年 RCC 當年度簽署 DNR 註記人數；占率 3%推估 111 年 RCC 已簽署 DNR 且於同院簽署人數(不含當年度簽署)，占率 15%推估 111 年 RCW 已簽署 DNR 且於同院簽署人數(不含當年度簽署)。

3.以實施獎勵後占率 40%推估 111 年 RCC 安寧利用人數；以實施獎勵後占率 15%推估 111 年 RCW 安寧利用人數。

4.簽署 DNR 人數，以健保卡 DNR 註記或有申報虛擬醫令「DNR」者計；已簽署 DNR 且於同院簽署人數(不含當年度簽署)，以 102 年迄今申報虛擬醫令「DNR」之院所申請勾稽(以最近一筆申報院所認定)。

5.安寧利用相關醫令：

(1). 住院安寧療護醫令：05601K、05602A、05603B。

(2). 全民健康保險安寧共同照護試辦方案醫令：P4401B、P4402B、P4403B。



財團法人罕見疾病基金會  
TAIWAN FOUNDATION FOR RARE DISORDERS

## 罕見疾病基金會陳情函

敬致：

全民健康保險會 委員

本會認為罕藥專款之支出應使用於下列項目：

1. 公告罕藥用在治療公告罕病患者；目前計有 59 種公告罕藥治療 35 種公告罕病（全部公告罕病共有 236 種，但僅有 35 種有公告罕藥可用）。
2. 無公告罕藥可用之公告罕病患者若使用一般藥品或 off-label-use 治療該罕病，俾以舒緩症狀之藥品給付（註：感冒、腹瀉或開盲腸等非該罕病治療藥品、則不在罕藥專款支出計算之列；同時重大傷病亦僅適用於公告之罕病治療，非罕病相關之疾病則不可使用重大傷病）。
3. 罕見疾病之救命新藥、經藥物共同擬訂委員會審查核定後，其收載與給付。

綜上，本會建議：

1. 民國 111/2022 年罕藥專款因使用罕病重大傷病人數民國 109/2020 年之 11,771 病人作為預算基準，則今年不應該變更罕藥專款支出病人數為國健署通報罕病人數（約 15,368 人），以避免排擠罕見新藥之收載給付，損害急迫等待救命罕藥的罕病患者唯一仰仗的醫療權益。
2. 若健保署改變罕藥專款預算人數基礎，懇請健保會依增加人數比例，增列罕藥專款預算，俾利保障極弱勢亦極重症的罕病患者唯一醫療權益，彰顯全民健保強制型社會保險精神及價值。（註：台灣公告罕病 98% 以上患者為罕見遺傳疾病、全然被商業保險 ~ 拒保）

罕見疾病基金會 創辦人陳莉茵

執行長陳冠如 敬啟

6/15/2022

全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議111年第2次會議紀錄(摘錄)

時間：111年5月25日(三)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

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：111年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式。

決議：

- 一、「罕見疾病藥費」結算邏輯自111年起修正為「國健署重大傷病罕病通報紀錄檔」審核通過之名單，取代原「重大傷病卡」之罕病註記。112年並依新邏輯爭取預算。
- 二、有關「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(預算10億)」及「提升重症照護費用，促進區域級以上醫院門住診費用結構改變(預算20億)」2項目之預算保留至實施之季別。惟有關各分區之預算分配，請台灣醫院協會協助整合，本署將依醫界共識據以辦理。
- 三、111年醫院醫療給付費用總額之點值結算方式如附件1。

伍、臨時動議

第一案

提案單位：台灣醫院協會

案由：111年「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫」專款預算執行建議。

決議：

- 一、本項專款執行重點如下：
  - (一)符合獎勵條件者，給付100點/日/人。
  - (二)獎勵條件(RCC或RCW病人)：已簽署DNR者，自簽署日起予以獎勵100點/日/人；給付實施前已簽署者，自給付實施日起予以獎勵100點/日/人。

- (三)以健保卡有DNR註記或院所有申報虛擬醫令代碼「DNR」之案件計算。
- 二、本項專款來源為「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫」，全年預算以3億元為上限，若有超支，以浮動點值計算。
- 三、本案依程序提至全民健康保險醫療服務項目及支付標準共同擬訂會議報告。



# 報告事項





## 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。

說明：詳如健保署簡報(第 105~115 頁)。

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、健保署依 111 年度西醫基層總額之協定事項及本會 111 年度工作計畫，於本次委員會議提出專案報告(簡報如附件一，第 105~115 頁)，決定事項如下：

(一)專款項目：家庭醫師整合性照護計畫(如附件二，第 116~157 頁)，全年經費 39.48 億元。

(二)請中央健康保險署於 111 年 7 月底提出導入一般服務之評估規劃。

二、有關檢討「家庭醫師整合性照護計畫」(下稱家醫計畫)執行成效及計畫未來走向之相關背景：

(一)依健保法第 44 條規定，「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度」。為奠定家庭醫師制度之基礎，健保署自 92 年起於一般服務試辦「家庭醫師整合性照護計畫」，94 年起移至專款項目至今已邁入第 20 年。

有關計畫收案對象條件及參與醫療院所、醫師資格，以 111 年家醫計畫為例，摘要如下：

1.收案對象(會員)條件：

(1)健保署交付名單：保險人依前一年西醫基層門診申報資料，分別擷取慢性病及非慢性病之較需照護名單，交付社區醫療群，收案條件如下：

①慢性病個案：

- A.全民健康保險醫療辦法所列慢性病範圍之病人，曾於西醫基層門診就醫 4 次且平均用藥日數 7 天以上，或慢性病給藥天數大於 60 天，依醫療費用選取最高 90% 且連續 2 年在相同診所就醫之忠誠病人。
- B.65 歲以上(含)多重慢性病病人。
- C.參與醫療給付改善方案之個案。

②非慢性病個案：

- A.非屬前述慢性病個案：依醫療費用選取最高 30% 之病人。
- B.3~5 歲(含)兒童：選取醫療費用最高 60% 之病人。
- C.門診高利用個案：至基層診所門診就醫次數  $\geq 50$  次之病人。

- (2)社區醫療群醫師自行收案：採定額方式，每位醫師上限 200 人(上年度評核指標  $\geq 90$  分之醫療群，上限 300 人)，每家診所不得超過 1,200 人。

2.參與醫療院所、醫師資格：

- (1)診所或醫師於 2 年內，無特管辦法第 38 條至第 40 條之違規情事。
- (2)社區醫療群或診所 1 年內，未有被核定終止計畫資格、計畫不予續辦之紀錄，或未函知保險人異動情形，而致自動退出計畫之紀錄。
- (3)醫師參與計畫第 1 年，應參加台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構、團體所舉辦之家庭醫師訓練課程。

(二)衛福部於交付 111 年度總額協商政策方向時指示，應持續檢討現行家醫計畫，作為建立家庭責任醫師制度之基礎。

(三)近年評核委員及專家學者多次建議，家醫計畫執行迄今邁入第 20 年，已投入相當多之時間、人力及預算，應積極檢討具

體成效及面對問題，並思考計畫未來走向(如：計畫轉型、導入一般服務或退場等)，期能在有限的健保資源下，提供全民全人的醫療照護模式。

### 三、依健保署所提專案報告：

(一)有關計畫執行及成效，詳第 7~15 張簡報，摘要如下：

1.計畫之推動情形：近 6 年預算(相較 105 年，111 年預算增加 2.35 倍)執行率均達 100%，參與之醫療群數、診所數、醫師數及收案人數均逐年小幅增加，截至 110 年收案會員數 600.8 萬餘人(占總保險對象人數 24.8%)。此外，111 年因應 COVID-19 疫情，家醫計畫醫療群參與診所積極投入，提供民眾視訊診療服務，並協助施打疫苗及追蹤會員施打情形。

2.評核指標執行結果：109、110 年醫療群品質指標達 80 分以上者占有群數之 86.34%、81.38%，惟健保署簡報中尚未呈現委員過去關心之各項評核指標執行結果、管理成效，以及會員、相同條件非會員之效益比較資料。本會已於 111 年 5 月 16 日函請健保署補充上開 110 年資料，健保署回復內容摘要如下：

(1)110 年計畫評核指標之目標值及執行結果詳附件三，第 158~161 頁。

(2)110 年健康管理成效(平均每人 VC-AE 結餘數)(註)：刻正辦理結算作業，暫無資料提供，將於評核會提供資料。

註：VC：收案會員風險校正模式預估之西醫門診醫療費用。

AE：收案會員實際申報西醫門診醫療費用。

(3)有關會員與相同條件非會員之效益比較：因收案會員與非收案會員之組成及分布不同，其差異比較需針對個案年齡、性別、疾病類別等條件校正後進行比較，健保署並無辦理委託研究計畫進行研究統計探討，爰建議仍應與應照護族群之執行情形進行比較。

(二)有關決定事項「請健保署於 111 年 7 月底提出導入一般服務

之評估規劃」，詳第 16~19 張簡報，摘要如下：

- 1.醫師公會全聯會意見：目前計畫運作穩定性尚不足，為避免排擠一般服務預算，應待所有基層醫師納入計畫後再議。建議家醫計畫暫緩導入一般服務，維持現行專款專用。
- 2.健保署意見：全面導入一般服務須突破之障礙，在個案端，部分個案為醫院忠誠病人，納入家醫計畫具有困難度，但院所端，家醫群為政府全面推動政策之一大助力。若導入一般服務，需鼓勵更多基層醫師參與計畫，增加收案會員數。

四、經研析結果，家醫醫療群積極提供民眾視訊診療服務及疫苗施打應予肯定，尤其值此疫情時期，更彰顯家庭責任醫師制度的有效運作，對基層醫療及全人照護的重要性。惟家醫計畫已經執行 20 年，目前正是計畫精進、轉型的好時機，以下建議請健保署參考：

- (一)家醫計畫參與診所占率已達 53%，且有論(價)值支付之結構，建議以家醫計畫為窗口整合相關計畫(如：醫療給付改善方案、代謝症候群管理計畫)，並加強與醫院之合作，落實分級醫療，建立以病人為中心之醫療照護模式，積極提升群體健康成效。
- (二)請檢討計畫成效，尤其是計畫評核指標(結果面指標)之訂定及表現尚有進步空間，建請健保署會同西醫基層總額相關團體持續檢討及精進。
- (三)請積極檢討計畫推行面臨之問題(如：涵蓋率有限、固定就診率待提高、如何與醫院合作、落實分級醫療等)，研議計畫未來走向，思考下一階段如何藉由家醫計畫，落實健保法第 44 條規定，建立完整之家庭責任醫師制度。

決定：

# 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

中央健康保險署



衛生福利部中央健康保險署



1



## 報告大綱

- 計畫目的
- 照護模式
- 執行成效
- 111年修訂重點
- 導入一般服務之規劃

2



## 計畫目的

### 建立家庭醫師制度

提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護

### 建立以病人為中心的醫療觀念

以民眾健康為導向，提升醫療品質。

### 奠定「家庭責任醫師制度」基礎

3



## 家庭醫師整合性照護推動策略

### 成立社區醫療群

以群體力量提供服務

### 保險人提供最適名單

使保險對象於其最常就醫之主要照護診所獲得完整的醫療照護

### 促進社區水平整合

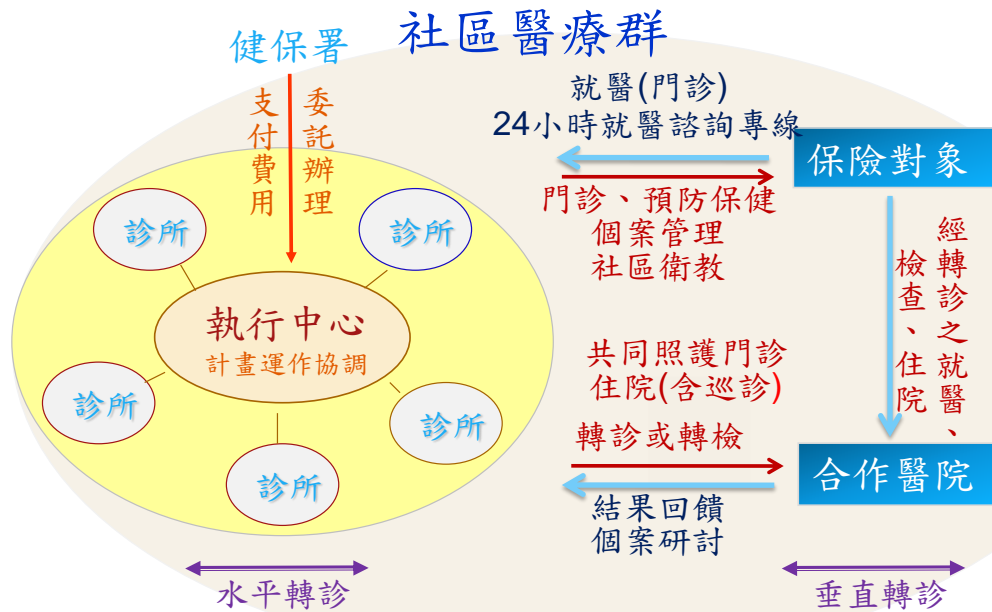
整合基層與醫院的醫療照護品質，以提供完善的整合性照護

4



## 家醫計畫照護模式

係鼓勵同一地區5家以上基層診所與合作醫院共同組成「社區醫療群」，以群體力量提供服務，提供周全性、協調性且連續性的社區醫療服務。



5



## 家庭醫師整合性照護經費撥付

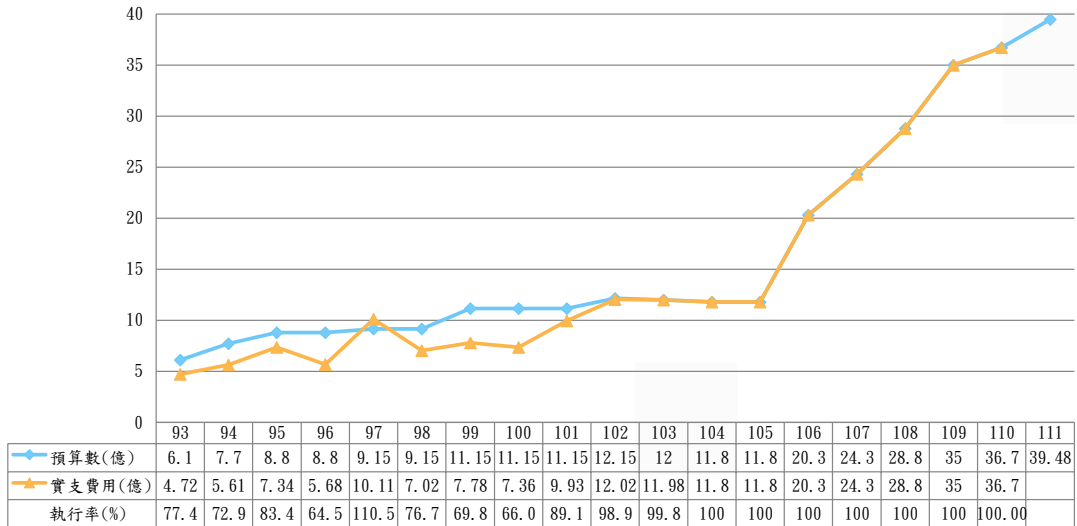
依收案會員數給付費用	失智症門診照護家庭諮詢費用
<ul style="list-style-type: none"> <li>每人800點/年：</li> <li>1. 績效獎勵費用：每人550點/年</li> <li>2. 個案管理費：每人250點/年</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>每位病人每年最多給付2次</li> <li>1. 諮詢服務時間15-30分鐘：300點</li> <li>2. 諮詢服務時間30分鐘以上：500點</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>會員有2種(含)以上慢性病：</li> <li>1. 總處方調劑日份達56日(含)以上：500點</li> <li>2. 總處方調劑日份達169日(含)以上：1000點</li> </ul>	<p><b>支付費用</b></p> <p><b>績效獎勵費每點1元</b></p>
多重慢性病人門診整合費用	

6



# 歷年經費執行情形

● 110年預算36.7億元，近五年預算執行率均達100%。



註1：97年因政策導向故選擇健康回饋型之醫療群數不斷增加，致預算較實際給付費用不足0.96億元(實支10.11億元，不足費用由總額其他部門預算之其他預期政策改變所需經費支應)。

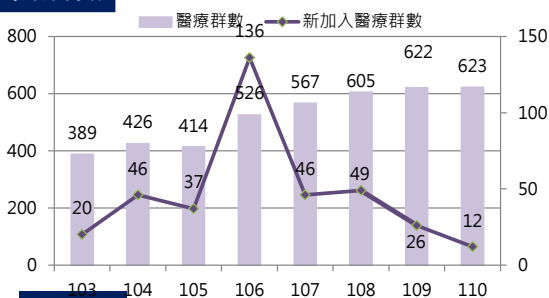
註2：106年原預算為15.8億元，由107年度家醫計畫專款之450百萬元挹注106年度之不足款，故106年預算為20.3億元。

7

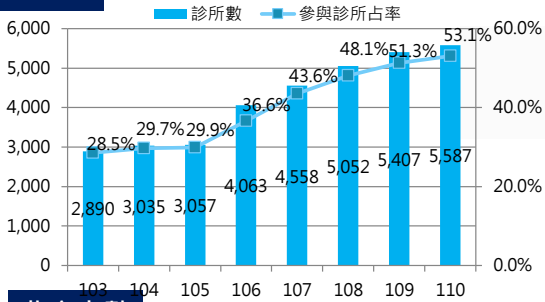
# 家庭醫師整合照護模式執行概況

110年共623個醫療群，診所數5,587家(53%)、醫師數7,367人(46%)，收案達600.8萬人

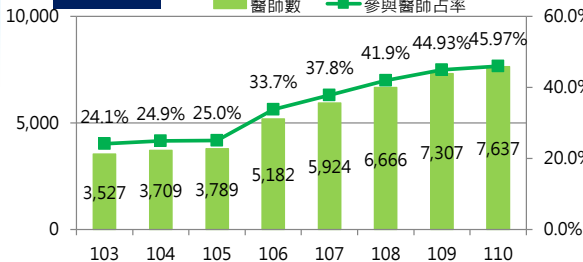
醫療群數



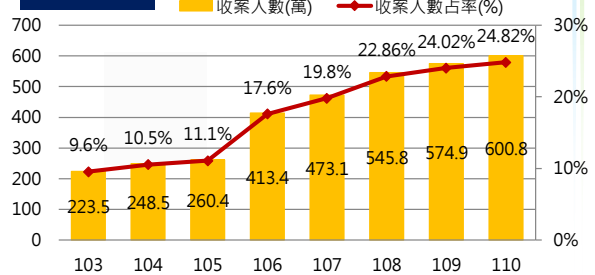
診所數



醫師數



收案人數



註1：資料擷取時間為當年度4月；另退場群數係以當年度全年執行後計算。

註2：102年至103年包含單一診所型態；102年284家診所、366位醫師、會員12.3萬人；103年193家診所、274位醫師、會員8.9萬人。

註3：103年退場9群(未達評核指標6群、1群因無參與意願未繼續加入計畫、2群併入其他醫療群)

8





## 110年家醫計畫提供服務特色

### 會員健康資料建檔

1

- 加強會員個案管理及衛教
- 預防保健各指標歷年均達高標

2

### 24小時諮詢專線

### 提供病人轉診服務

3

- 醫療群與296家醫院合作
- 轉診服務：387,968人次
- 共照門診：5,344診次
- 病房巡診：793次

- 電話諮詢服務：47,034通
- 提供適當就醫指導
- 減少急診與不必要就醫
- 主動電訪會員人數：1,151,821人

4

### 加強診所與醫院合作

### 辦理社區衛教、宣導

5

- 營造健康社區，提升醫療群形象。
- 辦理社區衛教736場次。
- 參與人數達24,458人次。

- 醫院與診所合作轉診。
- 辦理個案研討。
- 辦理共同照護門診。
- 參與上述活動6次以上醫師計5,385位。

9



## 近5年滿意度調查結果

- 110年抽測會員施測項目滿意度結果均達99%以上

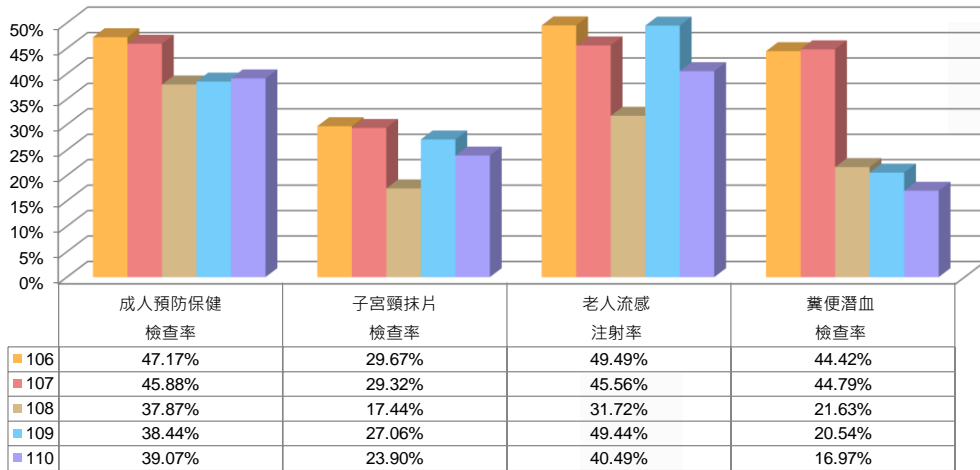
年度	分區電話抽測通數	施測項目		
		健康諮詢及衛教	對會員健康狀況的了解程度	對家庭醫師整體性
106	5,272	99.5%	99.5%	99.5%
107	5,398	99.3%	99.4%	99.3%
108	5,964	99.8%	99.7%	99.8%
109	6,449	99.4%	99.3%	99.9%
110	3,196	99.6%	99.7%	99.7%

10



## 近5年預防保健指標檢查/注射率

- 各項預防保健檢查率/老人流感注射率均達成目標值



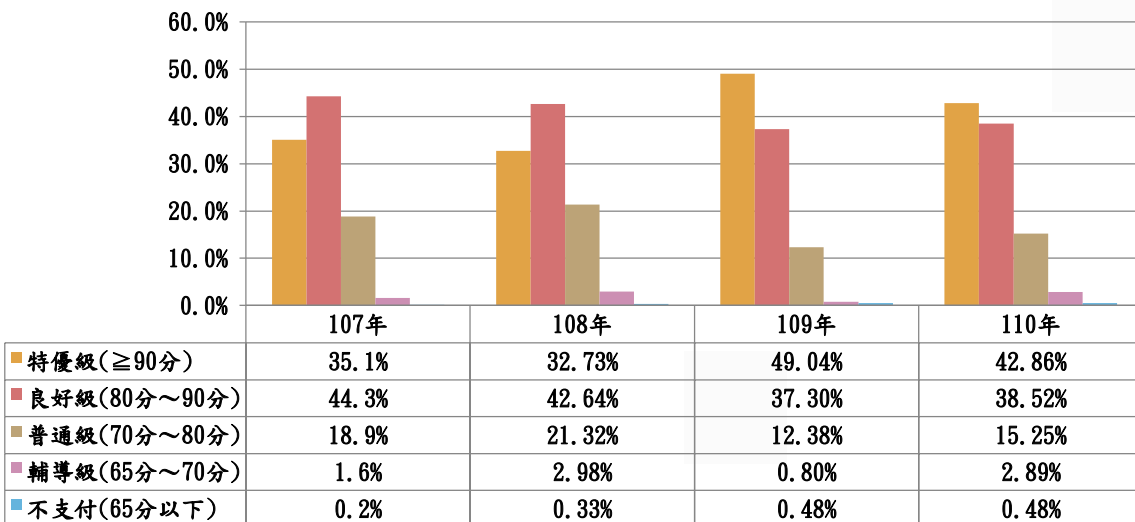
1. 成人預防保健檢查率：分子為40歲(含)以上會員於基層診所接受成人健檢人數；分母為(40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)。
2. 子宮頸抹片檢查率：分子為30歲(含)以上女性會員於基層診所接受子宮頸抹片人數；分母為30歲(含)以上女性會員數。
3. 65歲以上老人流感注射率：分子為65歲以上會員於基層診所接種流感疫苗人數；分母為65歲以上總會員人數。
4. 糞便潛血檢查率：分子為50歲以上至未滿75歲會員於基層診所接受定量免疫糞便潛血檢查人數；分母為50歲以上至未滿75歲會員人數/2。
5. 109年修改子宮頸抹片檢查率得分閾值及放寬收案會員於醫院層級檢查亦納為統計範圍

11



## 近5年社區醫療群品質評核

- 110年品質指標達80分以上共計507群，占所有群數約81.4%，指標<65分計有3群



註1：表內占率係呈現各品質分級之醫療群所佔當年度參與醫療群。

註2：104年共426群、105年共414群、106年共526群、107年共567群、108年共605群、109年共622群。

註3：自109年起不支付分數自60分以下調整為65分以下；輔導級分數調整為65-70分

12



# 111年計畫修訂重點

## ● 持續增訂管理及獎勵措施，並新增指標

### 強化知情同意及滿意度調查收載

社區醫療群自行收案會員於收案時向會員說明本計畫之目的及需病人配合定期回診等事項

會員可透過健康存摺進行滿意度調查。

### 依健保中長程計畫、健保會建議增訂評核指標

固定就診率 $\geq$ 當年較需照護族群65百分位且 $\geq$ 50%(健保會)

新增6項指標：檢驗檢查上傳率(2)、三高風險控制率(國建署)、重複用藥核扣、同日就診率

轉介失智症病人至適當醫院就醫指標，增列轉至診所所在縣市失智共同照護中心納入計分(長照司)。

### 再強化管理及獎勵

增列社區醫療群每家參與診所自行收案人數不得超過1,200名。

增列「計畫評核指標分數 $\geq$ 90分且平均每人VC-AE差值 $>$ 275點」，則支付健康管理成效鼓勵會員每人275元。

### 24小時專線改由全聯會抽測

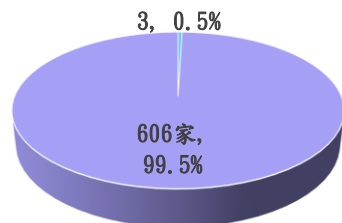
調查修改「設立24小時諮詢專線」配分由10分調整為5分，並改由中華民國醫師公會全國聯合會進行抽測。



## 家醫計畫參與診所於COVID-19疫情執行視訊診療情形

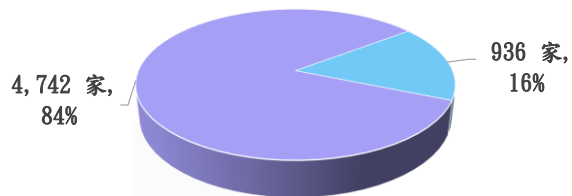
- 111年家醫計畫共609個醫療群，其中606群(99.5%)有提供視訊診療服務；參與診所共5,678家，其中4,742家(83.5%)有提供民眾視訊診療服務，相較110年(4,167家)增加。

醫療群提供視訊診療情形



■ 未提供視訊診療 ■ 有提供視訊診療

家醫群診所提供視訊診療情形



■ 未提供視訊診療 ■ 有提供視訊診療

➡ 持續輔導未參與計畫之醫療群執行視訊診療



## 家醫群協助未施打疫苗之會員施打疫苗

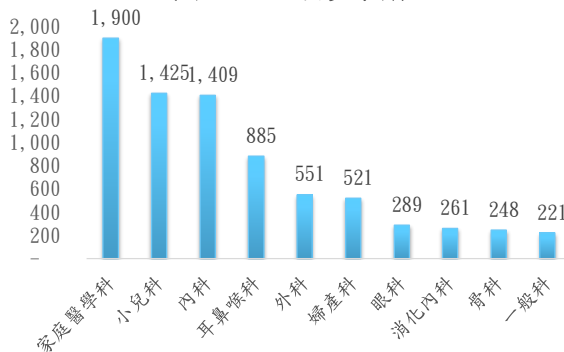
- 111年4月28日依據COVID-19疫情指揮中心指示：資訊處提供未施打疫苗會員名單予本署，本署每日回饋醫療群未施打疫苗之個案資料，請醫療群協助收案會員施打疫苗，並追蹤施打情形。



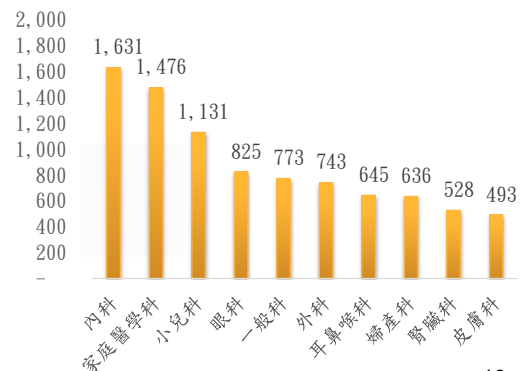
## 導入一般服務之規劃-西醫基層醫師參與家醫計畫

- 截至110年等仍有44%之西醫基層醫師參與家醫計畫
- 參加醫師前五名科別為家庭醫學科、小兒科、內科、耳鼻喉科、外科；與未參加醫師之前五名專科別相似

7,439名參與醫師前十名專科別  
(同一人可能具多專科)



9,329名未參與醫師前十名專科別  
(同一人可能具多專科)

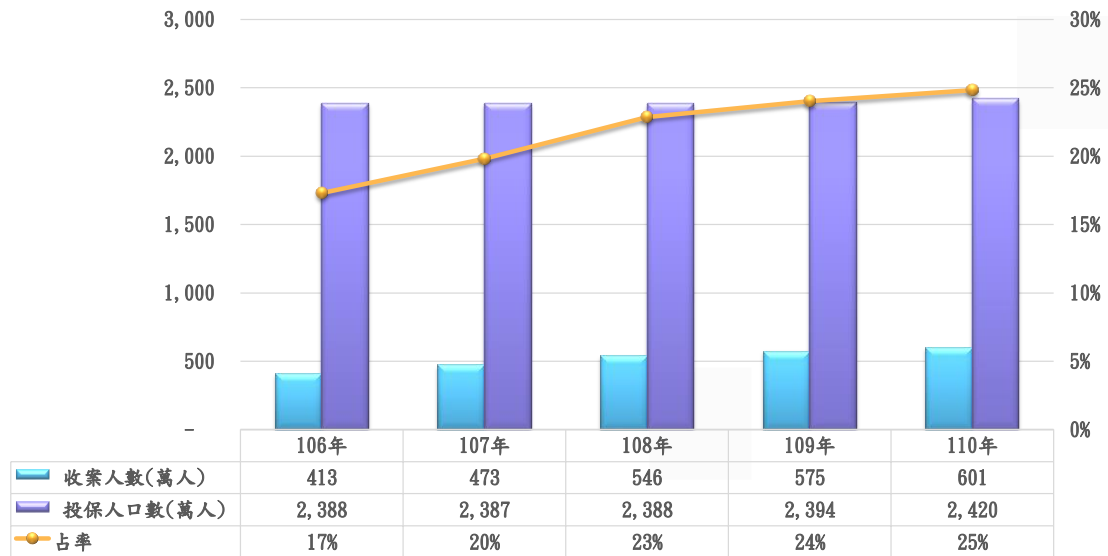


備註：本資料以110年12月31日仍有參加家醫計畫之診所醫師進行計算



## 導入一般服務之規劃-家醫會員之收案數

- 近年收案人數逐年成長，110年占投保人口約25%



17



## 家醫計畫導入一般服務規劃-全聯會意見

- 目前計畫運作穩定性尚不足。
- 為避免排擠一般服務預算，應待所有西醫基層醫師皆納入旨揭計畫後再議。
- **建議家醫計畫應暫緩導入一般服務，維持現行專款專用**

18



## 家醫計畫導入一般服務規劃-本署意見

### ◆全面導入一般服務須突破之障礙

- 病人端：部分個案為醫院忠誠病人，納入家醫計畫具困難。
- 院所端：家醫群為政府全面推動政策之一大助力，例如：疫情指揮中心將家醫計畫參與診所作為標的診所，因應疫情持續投入確診者居家照護、24小時諮詢或視訊診療、疫苗催打等；本署欲公告新政策亦以家醫群為首要推動標的。

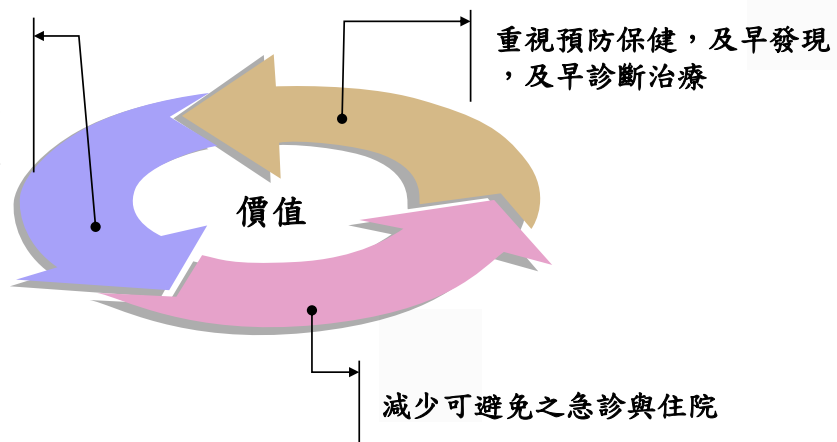
### ◆導入一般服務之配套措施

- 鼓勵更多西醫基層醫師參與計畫，增加收案會員數：
  1. 持續瞭解西醫基層醫師未參加家計畫之原因。
  2. 持續爭取預算、鼓勵未參加之西醫師加入計畫。
- 以落實健保法第44條保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，訂定家庭責任醫師制度。



## 家醫計畫之價值

社區醫療群與合作醫院建立雙向轉診機制及病人資訊分享，減少不必要跨院醫療浪費





## 結語

- 社區醫療應以預防醫學、輕症與慢性病照護及居家醫療與臨終照護為努力目標。
- 推動分級醫療係衛福部中長期政策，期待建立醫療體系分工合作與民眾之配合。
- 分級就醫做得好，兼顧醫療效率及品質。

*Thank You!*

21

謝謝聆聽  
敬請指教



衛生福利部中央健康保險署

22

## 全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫

中央健康保險局 92 年 3 月 10 日健保醫字第 0920005210 號公告  
中央健康保險局 92 年 4 月 21 日健保醫字第 0920008214 號公告修正  
中央健康保險局 93 年 3 月 11 日健保醫字第 0930059488 號公告修正  
中央健康保險局 94 年 7 月 13 日健保醫字第 0940017934 號公告修正  
中央健康保險局 95 年 7 月 18 日健保醫字第 0950015399 號公告修正  
中央健康保險局 96 年 1 月 11 日健保醫字第 0960002490 號公告修正  
中央健康保險局 97 年 2 月 27 日健保醫字第 0970016889 號公告修正  
中央健康保險局 97 年 9 月 9 日健保醫字第 0970035723 號公告修正  
中央健康保險局 97 年 12 月 31 日健保醫字第 0970046079 號公告修正  
中央健康保險局 98 年 12 月 21 日健保醫字第 0980043950 號公告修正  
行政院衛生署中央健康保險局 99 年 3 月 5 日健保醫字第 0990001086 號公告修正  
行政院衛生署中央健康保險局 100 年 4 月 7 日健保醫字第 1000072821 號公告修正  
行政院衛生署中央健康保險局 101 年 4 月 11 日健保醫字第 1010072898 號公告修正  
行政院衛生署中央健康保險局 102 年 1 月 14 日健保醫字第 1020020387 號公告修正  
衛生福利部中央健康保險署 102 年 12 月 31 日健保醫字第 1020004147 號公告修正  
衛生福利部中央健康保險署 103 年 12 月 15 日健保醫字第 1030014303 號公告修正  
衛生福利部中央健康保險署 105 年 1 月 14 日健保醫字第 1050000318 號公告修正  
衛生福利部中央健康保險署 105 年 3 月 8 日健保醫字第 1050080347 號公告修正  
衛生福利部中央健康保險署 105 年 12 月 28 日健保醫字第 1050015808 號公告修正  
衛生福利部中央健康保險署 107 年 4 月 13 日健保醫字第 1070004720 號公告修正  
衛生福利部中央健康保險署 108 年 1 月 15 日健保醫字第 1080000711 號公告修正  
衛生福利部中央健康保險署 109 年 1 月 22 日健保醫字第 1090000937 號公告修正  
衛生福利部中央健康保險署 110 年 2 月 5 日健保醫字第 1100001541 號公告修正  
衛生福利部中央健康保險署 111 年 1 月 27 日健保醫字第 1110801214 號公告修正

### 壹、計畫依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

### 貳、計畫說明

全民健康保險保險人(以下稱保險人)自 92 年 3 月 10 日起實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」，實施迄今已轉型朝向鼓勵社區醫療群選擇以會員照護成效之支付方案。短期目標期待建立個別化照護管理、平行和垂直轉診機制、全天候健康諮詢專線，奠定全民皆有家庭醫師之基礎；長



期目標為落實家庭責任醫師及照護責任，提升醫療品質。

此外民眾就醫的自由在台灣為全民健保的一大特色，因此最理想的家庭醫師照護是病人由其最常就醫的診所將其收案成為家醫忠誠會員，該主要照護診所對其有照護的責任。若主要照護診所能針對其忠誠病人，提供以病人為中心，周全性、協調性、連續性的服務，除了可提供病人更有品質的醫療照護，更可鞏固醫病關係，紮根家庭醫師的概念，亦可因照護責任確認，使計畫誘因的計算更為合理。但因預算經費有限，對病人本身相對健康狀況或自我照護良好者，對診所醫療之需求不高，應可先排除在本計畫之外，使有限的資源用在更需要醫師照護的病人身上。

若上開病人之主要照護診所能參與本計畫並將該等病人收為會員，提供整合性照護，包括個案管理、24小時諮詢專線、與合作醫院的轉診機制、醫療照護品質的提升等，除可增加病人對基層診所的認同，建立家庭醫師制度的規模，亦可使計畫預算做更有效益的運用，並可提升醫療品質確保病人就醫的權益。

## 參、計畫目的

- 一、建立家庭醫師制度，提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護，同時提供家庭與社區健康服務，以落實全人、全家、全社區的整合照護。
- 二、以民眾健康為導向，建立以病人為中心、家庭為核心、社區

為範疇的健康照護觀念，提升醫療服務品質。

三、為全民健康保險法實施家庭責任醫師制度奠定基礎。

#### 肆、經費來源

全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「家庭醫師整合照護計畫」專款項目。

#### 伍、推動策略及計畫照護範圍

一、成立社區醫療群，以群體力量提供服務。

二、提供參與本計畫之社區醫療群適當誘因，並由保險人提供最適收案名單予社區醫療群，使最需被優先照護的個案分階段由基層診所收案，期使保險對象於其最常就醫之主要照護診所中，獲得完整的醫療照護。

三、社區醫療群自行收案會員於收案時向會員說明本計畫之目的及需病人配合定期回診等事項。

四、整合基層與醫院的醫療照護品質，先促進社區水平整合，提供民眾完善整合性照護，並以此為基礎，作為未來垂直整合醫療體系照護模式的基礎。

#### 陸、組織運作

一、社區醫療群之組織運作型式：

(一) 以同一地區 5 家以上(含)特約西醫診所為單位或聯合診所具有 5 位專任醫師以上且結合該地區其他 3 家特約診所以

上組成，其中 1/2 以上診所專任醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格或 1/5 以上診所專任醫師具有家庭醫學科專科醫師資格，惟 1 家聯合診所限成立 1 個社區醫療群且所有醫師須加入同一社區醫療群。

(二) 診所位於主管機關公告之次醫療區域，且該區域前一年度無參加本計畫之診所或僅有 1 個社區醫療群者，得由 2 家(含)以上診所，結合特約醫院組成社區醫療群，向保險人分區業務組申請通過後成立，不受前項家數及專科別之規範。

(三) 社區醫療群應與 1-2 家特約醫院(地區醫院家數不限)作為合作對象，建立轉診及合作機制，開辦共同照護門診，建立以社區為範疇、以民眾為對象的社區照護網絡。

(四) 新參與計畫之規範

1. 所在地之鄉、鎮、市、區無社區醫療群。

2. 新參與之診所，以社區民眾生活圈之原則，得選擇現有社區醫療群參與本計畫。

(五) 社區醫療群得與下列醫事服務機構作為合作單位：

1. 合作社區藥局、物理治療所及檢驗所：提供民眾用藥、檢驗檢查等就近於社區之醫療服務。

2. 合作診所：提供復健科、眼科、精神科等服務(如社區醫療群內診所具上述專科服務，不在此限)。

二、社區醫療群之組成區域範圍：以符合社區民眾同一鄉(鎮)、

市(區)生活圈為原則，並由保險人分區業務組依實際情形認定。

### 三、社區醫療群之業務：

#### (一) 設立會員 24 小時諮詢專線

1. 參與計畫之社區醫療群，應共同提供 24 小時諮詢專線服務，提供會員於有需要時，能立即獲得醫療諮詢服務，進一步減少民眾不必要的就醫需求。所提供之具體服務項目如下：

(1) 提供健康照護之建議。

(2) 提供就醫地點並協助聯繫就醫。

(3) 緊急狀況發生時，適時轉介個案收案醫師協助。

2. 24 小時諮詢專線不得設置於醫院之急診室，且應由醫事人員接聽，並應執業登記於社區醫療群內診所為原則，如執業登記於合作醫院者需經分區業務組核備同意，社區醫療群應於申請計畫書內述明諮詢專線接聽人員名單並檢附前開人員之醫事人員證書。

#### (二) 建立醫療照護品質提升及轉診機制

1. 參與計畫之基層診所醫師與 1-2 家特約醫院作為合作對象(地區醫院家數不限)，並得至合作醫院開設共同照護門診(不限其轉診對象)。所提供之共同照護門診亦可以家戶會員之病房巡診、個案研討與社區衛教宣導(須含用藥安全宣導)等代替。

2. 醫院及診所得共同照護病人，訂定合作照護機制及相關流

程：

(1) 醫師交班表：至少含括下列項目：

A. 兩位醫師共同照護結果。

B. 明列用藥及檢查結果。

C. 醫院及診所醫師連絡方式。

(2) 轉診單。

(3) 轉診個案照護討論會：每季由醫院及診所共同召開。

(4) 社區醫療群與合作醫院定期由護理人員、營養師、藥師、醫檢師、社工師或其他專業人員，共同辦理會員團體衛教指導。

3. 社區醫療群得訂定診所與合作醫院間之實質合作內容，併於申請計畫書送保險人分區業務組備查。合作內容至少需包含下列項目：

(1) 雙向轉診流程：包含安排病人轉診、追蹤病人轉診至醫院治療結果、病人轉回後之追蹤治療、診所間平行轉診等。

(2) 共同照護機制：包含合作醫院下轉穩定慢性病人至社區醫療群提供照護、合作醫院與診所醫師間之交班流程等。

(3) 慢性病人用藥一致。

(4) 醫療品質提升計畫。

4. 社區醫療群宜運用電話諮詢專線、即時通訊軟體、電子郵件等多元工具，優化諮詢服務。並規劃主動電訪(Call out)

服務，以加強個案健康管理，提升慢性病人照護品質。

5. 社區醫療群與合作醫院應提供收案會員跨院際合作增值服務，如就醫、檢查快速通道、掛號優先等。

(三) 社區醫療群鼓勵所屬會員下載個人健康存摺做好健康管理，並由保險人定期提供社區醫療群健康存摺下載率等資料供參；並鼓勵會員利用健康存摺填寫社區醫療群會員滿意度調查(滿意度問卷內容詳附件一)。

(四) 應製作家庭會員權利義務說明書或家庭醫師整合性照護計畫會員通知(書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等)，告知本計畫內容及其權益、義務(含 24 小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單)，並提供收案對象確認回饋機制，並留存備查。參與診所應於診所明顯處張貼參與本計畫識別標幟及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單。

#### 四、計畫執行中心及其規範

(一) 社區醫療群應以西醫基層診所成立計畫執行中心為原則，負責下列事項：

1. 本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配。
2. 協助處理轉介病人及個案管理：安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療，以提供適切、連續性醫療照護。

(二) 為利有效使用資源，降低管理成本，各社區醫療群亦可於

中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱醫師全聯會)、各縣市醫師公會或各類正式立案之西醫基層醫療團體內，成立聯合計畫執行中心。

(三) 社區醫療群之組成單位應為本保險特約醫事服務機構，本計畫之核心業務不得委由非醫療服務機構(如管理顧問公司)執行，若有違反情事，該社區醫療群應即終止本計畫。

核心業務包含下列項目：

1. 本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配。
2. 24 小時諮詢專線服務。
3. 協助處理安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療。
4. 社區衛教宣導。
5. 個案研討、共同照護門診、病房巡診。
6. 登錄個案：上傳會員名單至健保資訊網服務系統 VPN。
7. 製作家庭會員權利義務說明書或會員通知函，發送對會員之通知，如告知本計畫內容及其權益、義務（含 24 小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單）等。

五、為提升個案管理服務品質，社區醫療群得設置專任個案管理人員至少乙名，辦理下列事項：

(一) 協助個案健康評估、聯繫及協調照護計畫。

(二) 協助處理安排病人轉診及追蹤轉診病人治療結果。

(三) 規劃會員之健康管理與疾病預防衛教。

(四) 對於穩定之慢性病會員提供持續性的健康維護指導。

六、社區醫療群及計畫執行中心應遵守「個人資料保護法」相關規定。如有運用本計畫之個人資料，執行非本計畫目的之行為（如商業促銷等）者，應即終止執行本計畫。

## 柒、收案對象(會員)

一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫基層門診明細清單資料區分為慢性病及非慢性病就醫之保險對象，並將較需照護之名單，交付該參與本計畫之社區醫療群提供健康管理。前述名單排除代辦案件《如：產檢、小兒健檢、流感注射等》、外傷、門診論病例計酬、「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」及其他區域醫療整合計畫者。較需照護之名單如下：

### (一) 慢性病個案：

1. 係指前一年全國就醫資料中，屬全民健康保險醫療辦法所列慢性病範圍之病人，其曾於西醫基層門診就醫 4 次且平均用藥日數 7 天以上，或慢性病給藥天數大於 60 天，依醫療費用選取最高 90%且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。
2. 65 歲以上(含)多重慢性病病人。
3. 參與醫療給付改善方案(係指糖尿病、氣喘、BC 型肝炎、初期慢性腎臟病或慢性阻塞性肺病等方案)之個案。



(二) 非慢性病個案：係指符合下列資格者，且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。

1. 非屬前述慢性病個案：依醫療費用選取最高 30% 之病人。
2. 3-5 歲(含)兒童：選取醫療費用最高 60% 之病人。
3. 門診高利用個案：至基層診所門診就醫次數  $\geq 50$  次之病人。

(三) 名單交付原則如下：

1. 慢性病個案：以給藥日份最高診所收案照顧，且於該診所門診就醫次數達 2 次(含)以上；若診所給藥日份相同，則由費用最高的診所收案。會員收案期程以 3 年為原則，如當年底未因慢性疾病於收案診所就醫，次年則再依交付原則分派院所收案。
2. 非慢性個案：以門診就醫次數最高的診所收案照顧，排除復健就醫次數  $\geq 33$  次/年。若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。

二、社區醫療群醫師自行收案部分採定額方式(以參與計畫醫師個數為單位)，每名醫師加收人數上限為 200 名，上年度評核指標  $\geq 90$  分之社區醫療群，每名醫師加收人數上限為 300 名，原則以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先；另每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,200 名。

## 捌、管理登錄個案

一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費

用，並依相關規定辦理。

二、社區醫療群需於計畫公告 3 個月內及依上年度評核指標分數達成情形，將會員資料以二階段方式批次經上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附錄 1)。

(一) 第一階段：每年度 1 月上傳較需照護族群收案名單及每位醫師自行收案人數 200 名。

(二) 第二階段：依上年度評核指標分數達成情形，評核指標  $\geq$  90 分之社區醫療群，每名醫師可再上傳自行收案個案加收之 100 名。

三、參與本計畫之醫療院所應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。

#### 玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求

一、參與計畫之特約診所或醫師於參與計畫之日起前 2 年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者。

(含行政救濟程序中尚未執行處分者)。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。

二、參與計畫診所一年內沒有下列紀錄者：

(一) 社區醫療群或診所未函知保險人各分區業務組異動情形，致自動退出本計畫之紀錄。

(二) 經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。

因離職而退出醫師之會員，可由原參與診所於一個月內來

函述明其承接理由，經保險人各分區業務組同意後由符合資格醫師承接。

- 三、醫療院所參與本計畫執行期間因涉及有特管辦法第三十八至第四十條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起同步終止本計畫。若合作醫院停約 1 個月不在此限。
- 四、醫師參與本計畫第一年應參與台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之家庭醫師訓練課程。具家庭醫學專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程；具內科、外科、兒科、婦產科專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程；具家庭醫學科、內科、外科、兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師除應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程，另應完成 8 小時其他專科醫師專業教育訓練課程。完成前述課程之醫師並需取得證明；若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將追扣該醫師當年度之相關費用。

#### 壹拾、費用申報及支付方式

- 一、社區醫療群原有之醫療服務及預防保健服務，依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、總額支付制度及主管機關公告之「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」相關規定支付，由各診所依實際執行情況按月申報，費用撥入個

別帳戶。本計畫相關費用撥入社區醫療群指定帳戶(或依計畫執行中心之申請撥入各基層診所)。

二、相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理社區醫療群帳務處理「“214”家庭醫師整合性照護計畫補付」及「“114”家庭醫師整合性照護計畫追扣」，「“294”家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金補付」及「“194”家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金追扣」，「“205”家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費補付」及「“105”家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費追扣」，「“2N5”家庭醫師整合性照護計畫-失智症門診照護家庭諮詢費補付」及「“1N5”家庭醫師整合性照護計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣」。

三、參與計畫之診所申報會員門診醫療費用請依門診醫療費點數申報格式規定申報。

四、社區醫療群收案會員每人支付費用 800 點/年，經費撥付原則如下：

(一) 個案管理費，每人支付 250 元/年：

1. 執行內容包含資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導、24 小時諮詢專線、個案研討及與合作醫院開辦共同照護門診。支付每位醫師個案管理費上限為 1,080 名(上年度評核指標 $\geq 90$ 分之社區醫療群醫師上限為 1,180 名)，但並非收案會員上限，仍可依實際收案會員數，計算、支付績效獎

勵費用。

2. 本計畫會員如為本保險醫療給付改善方案及居家醫療照護整合計畫之收案個案，自該計畫收案日起不予支付個案管理費，該個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付；自行收案會員年度內未於收案診所就醫，不支付個案管理費。
3. 社區醫療群上年度評核指標未達 65 分者，如已上傳會員資料第一階段名單，仍不予支付當年度之個案管理費；上年度評核指標  $\geq 90$  分之社區醫療群，於上傳會員資料第二階段之自行收案個案，其當年度之個案管理費，溯自社區醫療群醫師參與當年度計畫起日計算。
4. 本項費用以群為單位，每半年撥付 1 次；由保險人分區業務組於期中及年度結束，經審查通過後一個月內撥付 50% 費用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則核扣該筆個案管理費用。
5. 考量會員照護之完整性，參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費(收案前三個月內退出者除外)，其餘費用則不予核付。
6. 為達全人照護目標，得視個案需要填具「全人照護評估單」(詳附件二)。

(二) 績效獎勵費用，每人支付 550 點/年(以群為計算單位)；會員若於計畫執行期間於收案社區醫療群無就醫紀錄，則不

予核付本項費用。計畫評核指標為特優級且平均每人 VC-AE 差值 > 275 點，則支付績效獎勵費用會員每人 550 元。

1. 健康管理成效鼓勵：占本項經費之 50%：社區醫療群登錄個別診所會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋社區醫療，撥入執行中心帳戶或診所(VC-AE)：平均每人 275 點為上限(以群方式統計)。
2. 品質提升費用：占本項經費之 50%，依各社區醫療群計畫評核指標達成情形，分五級支付：

(1)特優級：計畫評核指標分數  $\geq 90$  分，則支付品質提升費用會員每人 275 點。

(2)良好級：計畫評核指標分數介於  $80 \text{ 分} \leq \sim < 90 \text{ 分}$ ，則支付品質提升費用會員每人 210 點。

(3)普通級：計畫評核指標分數介於  $70 \text{ 分} \leq \sim < 80 \text{ 分}$ ，則支付品質提升費用會員每人 175 點。

(4)輔導級：計畫評核指標分數介於  $65 \text{ 分} \leq \sim < 70 \text{ 分}$ ，則支付品質提升費用會員每人 145 點。

(5)不支付：計畫評核指標分數  $< 65$  分則不予支付。

(三)社區醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數  $< 65$  分者，則支付個案管理費之 50%。

## 五、偏遠地區參與診所績效獎勵費

(一)符合偏遠地區之診所且所屬社區醫療群計畫評核指標為良好級(含)以上，該診所之績效獎勵費每點支付金額以 1 元

計算。

- (二) 前項偏遠地區認定方式：依當年度公告之本保險醫療資源缺乏地區施行區域及本保險保險對象免自行負擔費用辦法所列之山地離島地區。

## 六、失智症門診照護家庭諮詢費用

- (一) 參與本計畫之失智症病人，經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估有諮詢需要，且病人之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating, CDR)值 $\geq 1$ 或簡易心智量表 $\leq 23$ 者，社區醫療群診所得提供家庭諮詢服務，並申報本項費用。
- (二) 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件三)，併入病人病歷記錄留存。
- (三) 給付項目及支付標準：
1. 每次諮詢服務時間 15 分鐘(含)以上，未達 30 分鐘者：支付點數 300 點，申報編號 P5002C。
  2. 每次諮詢服務時間 30 分鐘(含)以上者：支付點數 500 點，申報編號 P5003C。
  3. 同院所每位病人每年最多給付 2 次費用。

## 七、多重慢性病人門診整合費用

- (一) 支付條件：須同時符合下列條件
1. 會員有 2 種(含)以上慢性病並於收案診所內就醫，且當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份須達 56 日(含)以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重

複用藥情形者。

本項慢性病係指：高血壓、糖尿病、高血脂、動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變、慢性肝炎、肝硬化、痛風、慢性腎臟病、慢性貧血、慢性阻塞性肺病。

2. 醫師提供整合照護後，應於會員之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之內容或藥品，以備查核，並於費用申報時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報，註記「整合照護模式」。若醫師未於病歷中載明前述之整合資料者，不得註記「整合照護模式」。

(二) 支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 56 日(含)以上，每一會員每年度支付 500 點；若當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 169 日(含)以上，每一會員每年度再增加支付 500 點。

八、本計畫之預算先扣除「個案管理費」、「偏遠地區參與診所績效獎勵費」、「特優級且平均每人 VC-AE>275 點之績效獎勵費用」後，其餘「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「多重慢性病人門診整合費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。

九、醫療費用申報、暫付、審查及核付，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。

十、轉診規定：如有轉診之醫療院所請依「全民健康保險轉診實



施辦法」規定，辦理轉診院所需填具轉診單，並依門診醫療費點數申報格式規定，於 d16-d18 欄位依實際情形填報。

## 壹拾壹、計畫評核指標

社區醫療群型態診所，其達成情形以群為計算單位，並以下列項目作為費用支付評核指標：

### 一、結構面指標(15 分)

(一) 個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診(10 分)：社區醫療群每月至少需辦理 1 場，且年度內每位醫師至少應參與本項活動達 6 次(含)以上。

(二) 設立 24 小時諮詢專線(每群全年至少抽測 3 次) (5 分)：

鼓勵醫師 call out，有效回答會員問題，並依實際服務品質，分階段給分(由醫師全聯會進行抽測，以平均分數計算得分並將分數於當年度 10 月底前提供保險人計分，超過繳交期限以 0 分計算)。

1. 執行中心或醫院人員接聽，能即時轉達收案醫師，且收案醫師 20 分鐘內即時 callout 回電，得 5 分。
2. 執行中心或醫院人員接聽，可以解答會員問題(可專業回答如發燒如何處理、瞭解會員狀況)，得 5 分。
3. 執行中心或醫院人員接聽，無法解決會員問題(如不了解家醫計畫、簡單回答請他來醫院等)，得 3 分。
4. 無人接聽(連續測試 3 通，每次間隔 10 分鐘)，得 0 分。

### 二、過程面指標(33 分)

### (一)電子轉診成功率(3分)

於保險人「醫事人員溝通平台-轉診資訊交換系統」，登錄及交換轉診病人資訊，進行醫師與醫師聯繫交班，提供連續性照護。社區醫療群診所轉診使用電子轉診情形，且病人完成轉診就醫流程，依下列方式計分：

(1)電子轉診成功率 $\geq 80\%$ ，得3分。

(2)電子轉診成功率 $\geq 70\%$ ，得2分。

(3)電子轉診成功率 $\geq 60\%$ ，得1分。

(4)計算公式說明：

分子：電子轉診平台之轉出及接受轉入，且病人完成轉診就醫之案件數(排除平行轉診)

分母：電子轉診平台之轉出及接受轉入案件數(排除平行轉診)

### (二)檢驗(查)結果上傳率(10分)

參加全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案，於當月醫療費用申報之前，上傳檢驗(查)結果予保險人。

1. 檢驗(查)結果上傳率 $\geq 50\%$ ，得10分。

2. 檢驗(查)結果上傳率 $\geq 40\%$ ，得8分。

3. 檢驗(查)結果上傳率 $\geq 30\%$ ，得6分。

4. 計算公式說明：

分子：檢驗(查)結果上傳醫令數。

分母：全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資

訊方案附表五所列之檢驗(查)結果上傳申報醫令數。

- ◎ 計算條件：本指標以當年度第四季(10月至12月)計算獎勵醫事服務機構上傳及申報檢驗(查)結果之項目，並排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料及出院病歷摘要資料。

(三)預防保健達成情形(20分)

1. 成人預防保健檢查率(6分)

- (1)會員接受成人預防保健服務 $\geq$ 較需照護族群65百分位數，得6分。
- (2) $<$ 較需照護族群65百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群55百分位數，得3分。
- (3)計算公式說明：

分子：40歲(含)以上會員於基層院所接受成人健檢人數

分母： $(40$ 歲至 $64$ 歲會員數 $/3+65$ 歲《含》會員數)

2. 子宮頸抹片檢查率(5分)

- (1)會員接受子宮頸抹片服務 $\geq$ 較需照護族群63百分位數，得5分。
- (2) $<$ 較需照護族群63百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群53百分位數，得3分。
- (3)計算公式說明：

分子：30歲(含)以上女性會員於院所接受子宮頸抹片人數。

分母：30 歲(含)以上女性會員數。

### 3. 65 歲以上老人流感注射率(3 分)

(1)會員接受流感注射服務 $\geq$ 較需照護族群 65 百分位數，得 3 分。

(2) $<$ 較需照護族群 65 百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群 55 百分位數，得 2 分。

(3)計算公式說明：

分子：65 歲以上會員於基層院所接種流感疫苗人數。

分母：65 歲以上總會員人數。

### 4. 糞便潛血檢查率(6 分)

(1)50 歲以上至未滿 75 歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查率 $\geq$ 50 歲以上至未滿 75 歲較需照護族群檢查率之 80 百分位數，得 6 分。

(2) $<$ 較需照護族群檢查率之 80 百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群檢查率之 70 百分位數，得 5 分。

(3) $<$ 較需照護族群檢查率之 70 百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群檢查率之 60 百分位數，得 3 分。

(4)計算公式說明：

分子：50 歲以上至未滿 75 歲會員於基層院所接受定量免疫糞便潛血檢查人數。

分母：50 歲以上至未滿 75 歲會員人數/2。

## 三、結果面指標(37 分)

### (一)潛在可避免急診率(4 分)

1.  $\leq$ 收案會員 30 百分位，或與上年度同期自身比進步率  $\geq$  10%，得 4 分。
2.  $\leq$ 收案會員 45 百分位，或與上年度同期自身比進步率  $>$  5%，得 3 分。
3.  $\leq$ 收案會員 65 百分位，得 1 分。
4. 計算公式說明：

分子：潛在可避免急診慢性類疾病之案件

分母：18 歲以上家醫會員罹患慢性類疾病人數

#### (二) 會員急診率(排除外傷)(4 分)

1.  $\leq$ 收案會員 30 百分位，或與上年度同期自身比進步率  $\geq$  10%，得 4 分。
2.  $\leq$ 收案會員 45 百分位，或與上年度同期自身比進步率  $>$  5%，得 3 分。
3.  $\leq$ 收案會員 65 百分位，得 1 分。
4. 計算公式說明：

分子：會員急診人次(排除外傷案件)

分母：會員人數

#### (三) 可避免住院率(4 分)

1.  $\leq$ 收案會員 30 百分位，或與上年度同期自身比進步率  $\geq$  10%，得 4 分。
2.  $\leq$ 收案會員 45 百分位，或與上年度同期自身比進步率  $>$  5%，得 3 分。
3.  $\leq$ 收案會員 65 百分位，得 1 分。

4. 計算公式說明：

分子：可避免住院慢性類疾病之案件

分母：18 歲以上家醫會員因慢性類疾病就醫人數

(四) 初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率(5 分)

1.  $\geq$  初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率 50 百分位，得 5 分。

2. 與上年度同期自身比進步，得 3 分。

3. 計算公式說明：

分子：會員於西醫基層執行初期慢性腎臟病之檢驗人數

分母：會員門診主次診斷為初期慢性腎臟病之人數

註：「單次尿液肌酸酐／尿液白蛋白比例(urine albumin to creatinine ratio, UACR)」或「尿液總蛋白與肌酸酐比值(UPCR)」兩項檢查之一。

(五) 會員固定就診率(10 分)

1. 會員在群內(含合作醫院)之西醫門診固定就診率 $\geq$ 當年較需照護族群 65 百分位且 $\geq$ 50%，得 10 分。

2. 進步率 $>$ 5%或當年較需照護族群 60 百分位 $\leq$ 會員固定就診率 $<$ 「當年較需照護族群 65 百分位且 $\geq$ 50%」，得 5 分。

3. 當年較需照護族群 55 百分位 $\leq$ 會員固定就診率 $<$ 當年較需照護族群 60 百分位，得 3 分。

4. 計算公式說明：

分子：會員在社區醫療群內診所(含合作醫院)就醫次數

分母：會員在所有西醫門診就醫次數

(六)慢性病個案三高生活型態風險控制率(10分)

1. 醫療群內150名以上慢性病收案會員之血壓(收縮壓、舒張壓)得以控制或改善，得3分。
2. 醫療群內150名以上慢性病收案會員之醣化血色素(HBA1C)得以控制或改善，得3分。
3. 醫療群內150名以上慢性病收案會員之低密度脂蛋白(LDL)得以控制或改善，得4分。
4. 計算公式說明：

(1)得以控制或改善定義：

檢驗結果後測-前測 $<0$ 或維持正常值(正常值參考國健署規範：血壓：140 mmHg/90mmHg、

醣化血色素： $<7\%$ 或原為 $10\%$ 以上者改善到 $8\%$ 以下。

低密度脂蛋白(LDL)：糖尿病人為 $<100\text{mg/dl}$ 、非糖尿病人為 $<130\text{mg/dl}$ )。

(2)血壓、醣化血色素、低密度指蛋白得以控制之收案個案不得重複計分。

(3)執行方式：由收案診所於當年度10月底前上傳個案風險控制項目及前後測檢驗值予保險人，超過繳交期限者，本指標以0分計算。

四、自選指標(15分)

社區醫療群可就下列指標，選擇最優3項參加評分，於當年度10月底前將選定指標項目回復分區業務組。

(一)提升社區醫療群品質(5分)

1. 辦理一場(含)以上健康管理活動：成效良好接受本社區醫療群內之診所及合作醫院以外之醫療機構觀摩，或應邀參加本社區醫療群以外團體主辦之經驗分享演講。該活動應與當地主管機關(健保分區業務組、衛生局)、家庭醫學醫學會或各縣市醫師公會合辦，並經公告周知。
2. 每月至少一次辦理學術演講活動提升社區醫療群醫療品質。
3. 以上任一項，檢附佐證資料經分區業務組認可，得 5 分。

(二) 提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」服務(5 分)

1. 提供服務 $\geq 5$  人，得 5 分。
2. 提供服務 $\geq 3$  人，得 2 分。

(三) 假日開診並公開開診資訊(5 分)

社區醫療群診所至少 1 家診所於週日或國定假日當日開診，並於 VPN 登錄及公開開診資訊。年度開診情形依下列方式計分：

1. 開診診次 $\geq 120$  診次，得 5 分。
2. 開診診次 $\geq 90$  診次，得 3 分。
3. 開診診次 $\geq 50$  診次，得 1 分。

註：

1. 國定假日，依行政院人事行政總處公布放假之紀念日、節日及補假。
2. 上下午及晚上各計 1 診次。如社區醫療群計有 5 家診所、



該月計有 4 天國定假日，則該群所列計假日診次為 60 診次。

(四) 糖尿病人眼底檢查執行率(5 分)

依據保險人「醫療品質資訊公開網」公開之院所別醫療品質資訊/糖尿病人執行檢查率-眼底檢查或眼底彩色攝影檢查執行率：

1.  $\geq$ 全國平均值，得 5 分。
2. 與上年度同期比進步率  $>0\%$ ，得 3 分。
3. 本項得分上限 5 分。

(五) 糖尿病會員胰島素注射率(5 分)

1.  $\geq$ 糖尿病會員胰島素注射率 60 百分位，得 5 分。
2. 與上年度同期自身比進步率  $>5\%$ ，得 3 分。
3. 計算公式說明：

分子：糖尿病會員於西醫基層胰島素注射天數  $\geq 28$  天之人數

分母：社區醫療群糖尿病會員門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數且  $\geq 100$  人

(六) 醫療群內診所重複用藥核扣情形(5 分)

1. 社區醫療群內，該年度平均重複用藥核扣金額達 3,000 元以下，得 5 分。
2. 社區醫療群內，該年度平均重複用藥核扣金額達 5,000 元以下，得 3 分。
3. 社區醫療群內，該年度平均重複用藥核扣金額達 7,000 元

以下，得1分。

(七)兒童預防保健檢查率(5分)

1. 會員接受兒童預防保健服務 $\geq$ 較需照護族群 80 百分位數，得 5 分。
2.  $<$ 較需照護族群 80 百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群 75 百分位數，得 3 分。
3. 計算公式說明：

分子：6 歲(含)以下會員於基層診所接受兒童預防保健人數

分母：6 歲(含)以下會員數

五、加分項(本項最高得分 10 分)

- (一)健康管理成效(VC-AE)執行結果鼓勵(5分)：平均每人節省醫療費用點數 $\geq$ 275 點，加 5 分。
- (二)社區醫療群醫師支援醫院(5分)：社區醫療群醫師，經報備支援醫院每月定期執行業務，加 5 分(醫院無該科別之支援方得計分；共同照護門診已於結構面指標計分，不列入本加分項)。
- (三)轉介失智症病人至失智症共照中心接受服務(5分)：協助失智症病人優先轉介至診所所在縣市失智症共照中心、轉至適當醫院就醫，或轉介社會福利資源協助，並留有紀錄，加 5 分。
- (四)同院所同日就診率(5分)：醫療群收案會員同院同日再就診率 $<0.015\%$ ，得 5 分。

計算公式說明：

分子：同天、同院門診就醫 2 次以上人數(排除預防保健等代辦案件)

分母：門診就診人數

(五)檢驗(查)結果上傳率 $\geq 80\%$ 之社區醫療群，加 5 分。

壹拾貳、計畫管理機制：

- 一、保險人負責協調總體計畫架構模式與修正。
- 二、保險人分區業務組負責輔導轄區社區醫療群之成立、審核計畫與協調監督轄區各計畫之執行，並得邀請醫界代表(如總額執行單位)協助參與、輔導及評估。
- 三、各計畫之社區醫療群應成立「計畫執行中心」，負責提出計畫之申請與該社區醫療群之醫療資源協調整合、醫療服務之提供及醫療費用之分配作業。
- 四、保險人得召開觀摩會，邀請執行成效良好之社區醫療群或診所分享經驗，推廣優良的管理模式，促進計畫執行品質。

壹拾參、計畫申請方式

參與計畫之社區醫療群應於計畫公告 3 個月內，檢附申請文件向保險人分區業務組提出申請(新增及異動者須檢附申請書；前一年度已經參與本計畫且群內診所、參與醫師與前一年度相同者，可具函敘明前述事項向保險人分區業務組備查)。經保險人分區業務組同意並函復，計畫執行至當年度年底為限。

## 壹拾肆、退場機制

- 一、評核期間以本計畫所訂指標執行之期程為原則。
- 二、社區醫療群如評核指標未達 65 分者(評核指標 < 65 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。評核指標介於 65 分至 70 分者(65 分 ≤ 評核指標 < 70 分)，接受保險人分區業務組輔導改善，且須於次年 6 月底前提具執行改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得加入本計畫；第 2 年仍未達 70 分續辦標準者(評核指標 < 70 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。
- 三、退場之社區醫療群，其中評核指標 > 70 分之個別診所，可申請重新組群或加入其他社區醫療群，經保險人分區業務組同意後參加。
- 四、計畫執行六個月，社區醫療群依據台灣家庭醫學醫學會與醫師全聯會共同設計之自我評估表(如本計畫附錄 2)，辦理自我評估，保險人分區業務組視評估結果，必要時通知醫師全聯會輔導。未自我評估或不接受輔導者，除保險人不予支付本計畫之指標費用外，並應退出本計畫。

## 壹拾伍、實施期程及評估

各社區醫療群應於計畫執行後，年度結束提送執行結果(包含計畫運作執行現況、計畫評核指標執行率與社區醫療群間的協調連繫情形、社區衛教宣導)至保險人分區業務組。

## 壹拾陸、訂定與修正程序

本計畫由保險人與醫師全聯會共同研訂後，送全民健康保險會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

壹拾柒、慢性病個案臨床治療指引及參考指標，請參閱附件四。

## 附錄 1

### 全民健康保險家庭醫師整合照護計畫檢核邏輯 保險人網頁之個案通報及登錄系統說明

- 一、參與計畫之醫師需透過醫事服務機構行文至保險人分區業務組申請，待保險人分區業務組核准後，始能登入健保資訊網服務系統(VPN)傳輸會員資料。
- 二、醫師進入保險人資訊網服務系統網頁後登入試辦計畫登錄系統後，可以點選病人管理選項，進行病人資料之登錄、維護及查詢事項。

說明：

1. 保險人分區業務組需確實將參與院所名單登錄於 HMA 系統。
2. 醫療院所需請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將會員資料以批次經本系統上傳至健保資訊網服務系統(VPN)。
3. 相關會員資料之維護仍由保險人分區業務組維護；收案期限將設定 3 個月，保險人依權限擷取會員資料供分析用，對於資料登錄未完整之社區醫療群於 3 個月內補正資料/或不予支付。
4. 身分證字號有重複登錄情形，則第 2 筆資料無法輸入。

## 附錄2

### 社區醫療群自我評估表

● 填表單位：

填表日期： 年 月 日

一、諮詢專線			
	自我評量		
(1) 24 小時諮詢專線自行測試結果	<input type="checkbox"/> 無人接聽 (0 分)	<input type="checkbox"/> 接聽但無法 解決會員問 題 (3 分)	<input type="checkbox"/> 接聽且可以解答會員 問題，或轉達醫師 20 分 鐘內回電。 (10 分)
(2) 受理 24 小時諮詢專線總件數	共 件 (見表一)		
● 檢附諮詢專線電話紀錄表(含電子檔) (見表二)			
(3) 主動電訪(Call out)會員人數	共 人 (見表一)		
二、個案研討活動			
	自我評量		
每位醫師參加至少六次「個案研討」或「共同照護門診」或「社區衛教宣導」或「病房巡診」等活動	<input type="checkbox"/> 達成 (10 分)	<input type="checkbox"/> 未達成 (0 分)	
● 檢附每位醫師參與各項活動的每月統計表 (見表一)			
● 檢附活動簽到紀錄 (見表三)			
三、會員通知事項			
	自我評量		
(1) 會員權利義務說明書或會員通知函是否交付並告知	<input type="checkbox"/> 是 (1 分)	<input type="checkbox"/> 否(預定何時改善 完成) (0 分)	
(2) 會員權利義務說明書或會員通知函內容是否符合規定(含計畫內容、權益義務、24 小時諮詢電話、醫療群所有診所名單及合作醫院名單)	<input type="checkbox"/> 是 (1 分)	<input type="checkbox"/> 否(預定何時改善 完成) (0 分)	
(3) 是否張貼參與本計畫之標識	<input type="checkbox"/> 是 (1 分)	<input type="checkbox"/> 否(預定何時改善 完成) (0 分)	
(4) 參與本計畫之標識內容是否符合規定(醫療群所有診所名單及合作醫院名單)	<input type="checkbox"/> 是 (1 分)	<input type="checkbox"/> 否(預定何時改善 完成) (0 分)	
註：依填表時間換算辦理活動次數是否達成。		總計得分： 分	

參與各項活動次數之每月統計表

表一

為瞭解社區醫療群參與各項活動之情況，作為未來社區醫療品質提升與家庭醫師制度改進之建議，請依照表中所列

項目，簡單記錄執行情形，若能提供相關附件尤佳，謝謝！

填表單位：

項目	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	總計
24小時諮詢專線 (諮詢件數)													
主動電訪(Call out) (電訪人數)													
個案研討 (參與次數)													
共同照護門診 (診次)													
社區衛教宣導 (辦理場數)													
病房巡診 (巡診次數)													



衛生福利部中央健康保險署 業務組  
社區醫療群 24 小時諮詢專線服務紀錄表(範例)

日期	時間 (以 24 小時計)	會員姓名 會員電話	會員 登錄診所	諮詢內容	處理情形	諮詢人員

衛生福利部中央健康保險署 業務組

## 社區醫療群團體衛教宣導紀錄表(範例)

日期：	年	月	日			
時間：	時	分	至	時	分	第
場						
活動地點：						
醫療群相關人員簽名：						
活動成果：						



## 「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」會員滿意度調查問卷

\_\_\_\_\_女士/先生/小朋友您好：

由於您已成為\_\_\_\_\_年度「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」照護的會員，本問卷係為了解您的主要照顧診所是否能提供您完整而持續性的醫療照護，因而設計此滿意度調查，請於此問卷上填答您的意見（請以”V”符號註記）。

本問卷僅作整體分析之用，感謝您撥冗填答。再次謝謝您的協助！

敬祝 健康快樂！

衛生福利部中央健康保險署 敬啟

1. 請問您知道自己是「家庭醫師整合性照護計畫」照護的會員嗎？  
 (1)知道  (2)不知道
2. 請問您參加「家庭醫師整合性照護計畫」後，您知道以下哪些醫療服務資訊？(複選)  
 (1)可獲得 24 小時電話諮詢服務  
 (2)可獲得由家庭醫師轉診至合作醫院接受醫療服務  
 (3)可至家庭醫師在合作醫院開立的共同照護門診求診  
 (4)因病轉診合作醫院，家庭醫師可到醫院關懷  
 (5)可參加家庭醫師於社區辦理的衛教宣導活動  
 (6)可收到家庭醫師寄發的健康會訊刊物  
 (7)家庭醫師對我的疾病照護及健康管理部分可提供建議及諮詢
3. 請問您參加「家庭醫師整合性照護計畫」後，您「得到」以下哪些服務？(複選)  
 (1)醫師或醫護人員對衛教及治療解說清晰  
 (2)醫師或醫護人員提供醫療保健服務  
 (3)醫師和醫護人員服務態度熱忱  
 (4)醫師或醫護人員能針對個別的需求給予關心  
 (5)醫師能尊重及回應您的問題狀況  
 (6)候診時間較合理  
 (7)提供轉診的協助  
 (8)提供主動電訪(Call out)服務或多元服務(包含書信賀卡、E-mail、Line 等多元工具)
4. 請問您對您的家庭醫師向您提供健康諮詢及衛教訊息，您是否滿意？  
 (1)非常滿意  (2)滿意  (3)不滿意  (4)非常不滿意
5. 請問您的家庭醫師對您健康狀況的了解程度，您是否滿意？  
 (1)非常滿意  (2)滿意  (3)不滿意  (4)非常不滿意
6. 請問您對您的家庭醫師所提供的整體服務是否滿意？  
 (1)非常滿意  (2)滿意  (3)不滿意  (4)非常不滿意

計分方式：滿分 100 分

第 1 題 (10 分)：『知道』：10 分、『不知道』：0 分。

第 2-3 題 (每題 10 分，共 20 分)：每題每勾選項 1 項得 5 分 (每題上限 10 分)。

第 4-5 題 (每題 20 分，共 40 分)：『非常滿意』20 分、『滿意』：15 分、『不滿意』：0 分、『非常不滿意』：0 分。

第 6 題 (30 分)：『非常滿意』30 分、『滿意』：25 分、『不滿意』：0 分、『非常不滿意』：0 分。

## 全人照護評估單

### 壹、個人基本資料：

1. 姓名	
2. 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
3. 出生日期	西元      年      月      日
4. 病歷號碼	
5. 主要照顧者	
6. 聯絡電話（或手機）	
7. 職業別	
8. 宗教信仰	<input type="checkbox"/> 民間信仰 <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 一貫道 <input type="checkbox"/> 其他
9. 主要居住區域	<input type="checkbox"/> 都會區 <input type="checkbox"/> 鄉鎮 <input type="checkbox"/> 醫療偏遠區域 <input type="checkbox"/> 未知

### 貳、疾病及健康狀態

#### 一、主要疾病及健康問題列表

- 1.
- 2.
- 3.

#### 二、重要病史（現病史與過去病史）

#### 三、家庭事件

##### 1. 家族病史及相關健康問題：

##### 2. 家系圖：

3. 家庭生命週期：新婚夫婦 第一個小孩誕生 有學齡兒童 有青少年子女  
子女外出創業 空巢 老化的家庭

#### 四、心理及社會事件

### 參、致病原因綜合評估

1. 疾病因素：
2. 家庭心理社會因素：
3. 其他因素：

評估結果：

### 肆、全人照護治療計畫

1. 藥物治療：
2. 非藥物治療：
3. 其他健康照護建議：

以下兩項視需要選擇建檔，不另支付。

◎家戶檔案建檔：

◎週期性預防保健追蹤管理：(可自行新增預約項目，如各類疫苗注射)

項目	下次預約時間				
成人健檢					
癌症篩檢					
FOBT					
口腔黏膜篩檢					
子宮抹片					
乳房攝影					
疫苗注射					
流感疫苗					
肺炎疫苗					
衛教					

## 失智症門診照護諮詢溝通記載內容及規定

1. 病人姓名及臨床失智症評量表(CDR)或簡易心智量表評量結果。
2. 依需要簡要敘述病況、照護技巧指導、藥物或營養諮詢、家屬心理支持、社會資源運用等內容。
3. 諮詢服務之日期及起迄時間至分。
4. 提供服務者職稱及簽章。
5. 接受諮詢服務者簽章及其與病人關係(接受諮詢服務者包括病人或主要照護者，且至少有1位家屬參與)。

註：諮詢服務時間不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間。

慢性病個案臨床治療指引及參考指標

治療指引	參考指標	分子定義	分母定義	操作型定義
<p>遵照” The 2017 Focused Update of the Guidelines of the Taiwan Society of Cardiology (TSOC) and the Taiwan Hypertension Society (THS) for the Management of Hypertension” 之建議(見後附 Table )，即分為 &lt;140/90mmHg 和 &lt;130/80mmHg 兩組。</p>	<p><b>高血壓控制率</b></p> <p>(1) 有就診有量血壓比率</p> <p>(2) 高血壓併有糖尿病或冠心病病或腎臟病併有蛋白尿病人</p> <p>(3) 原發性高血壓、高血壓併有中風病史或腎臟病病人</p>	<p>(1) 有量血壓人數</p> <p>(2) 高血壓併有糖尿病、或冠心病病或腎臟病併有蛋白尿病人，門診血壓值控制在收縮壓 &lt; 130mmHg 及舒張壓 &lt; 80mmHg 人數</p> <p>(3) 原發性高血壓、高血壓併有中風病史或腎臟病人門診血壓值控制在收縮壓 &lt; 140mmHg 及舒張壓 &lt; 90mmHg 人數</p>	<p>(1) 有就診病人(原發性高血壓、高血壓併有糖尿病或腎臟病或中風病史)人數</p> <p>(2) 高血壓併有糖尿病、或冠心病病或腎臟病併有蛋白尿病人高血壓併有糖尿病病人門診病人總數</p> <p>(3) 原發性高血壓、或高血壓併有中風病史、或腎臟病病人門診病人總數</p>	<p>A. 控制率：所有已達控制目標之病人數/所有有高血压診斷之病人數。</p> <p>B. 已達控制目標之病人數：全年紀錄之門診血壓次數至少每三個月一次，其中有 1/2 (含) 以上之數值符合指引建議。</p> <p>C. 「腎臟病」係指 eGFR &lt; 60, 「蛋白尿」係指 proteinuria ≥ 1+。</p>
<p>遵照” 2017 Taiwan lipid guidelines for high risk Patients” 之建議，初期先強調 LDL-C 為目標，且以家醫能力所及可照顧的病人群：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ 穩定冠狀動脈疾病 &lt; 70 mg/dL</li> <li>★ 缺血性腦中風或暫時性腦部缺氧 &lt; 100 mg/dL</li> <li>★ 糖尿病 &lt; 100 mg/dL</li> <li>★ 糖尿病+心血管病 &lt; 70 mg/dL</li> </ul>	<p><b>高血脂肪控制率</b></p> <p>(1) 缺血性腦中風、糖尿病沒有心血管疾病病人</p> <p>(2) 冠心病、糖尿病人有心血管病</p>	<p>(1) 低密度膽固醇 &lt; 100 mg/dL 之人數</p> <p>(2) 低密度膽固醇 (LDL-C) &lt; 70 mg/dL 人數 (健保給付為 100 mg/dL)</p>	<p>(1) 缺血性腦中風、糖尿病，沒有心血管疾病病人，低密度膽固醇 ≥ 100mg/dL 之人數</p> <p>(2) 冠心病、糖尿病人有心血管病低密度膽固醇 ≥ 70mg/dL 之人數</p>	<p>A. 控制率：所有已達控制目標之病人數/所有有下列診斷之病人(穩定冠狀動脈疾病+缺血性腦中風或暫時性腦部缺氧+糖尿病)數。</p> <p>B. 已達控制目標之病人數：全年檢驗之 LDL-C 次數至少每六個月一次，其中有 1/2 (含) 以上之數值符合指引建議。</p>



治療指引	參考指標	分子定義	分母定義	操作型定義
<p>★Stark, C.S., Fradkin, J.E., Saydah, S.H., Rust, K.F., Cowie, C.C. (2013). The prevalence of meeting A1C, blood pressure, and LDL goals among people with diabetes, 1988-2010. <i>Diabetes Care</i>, 36(8), 2271-9. doi: 10.2337/dc12-2258.</p> <p>★Ali, M.K., Bullard, K.M., Gregg, E.W., Del, R.C. (2014). A cascade of care for diabetes in the United States: visualizing the gaps. <i>Ann Intern Med</i>, 161(10), 681-9. doi: 10.7326/M14-0019.</p>	<p><b>ABC 達標率</b></p> <p>(1)糖化血色素(HbA1C) 達標率</p>	(1)分母中，當年度糖尿病人最後一次檢測 HbA1C<7% 人數	4 項指標分母均為醫療群內所有診所糖尿病人總數	<p>A. 糖尿病病人至少每三個月檢查一次 HbA1c，且當年度最後一次 HbA1c 檢查值&lt;7 者為控制良好。</p> <p>B. 糖尿病病人全年紀錄之門診血壓次數至少每三個月一次，其中有 1/2(含)以上之 BP&lt;140/90 為控制良好。</p> <p>C. 糖尿病病人全年檢驗之 LDL-C 次數至少每六個月一次，其中有 1/2(含)以上之數值 LDL-C&lt;100 mg/dl 為控制良好。</p>
	(2)血壓(BP)達標率	(2)分母中，糖尿病人全年紀錄之門診血壓次數至少每三個月一次，其中有 1/2(含)以上之 BP<140/40mmHg 人數		
	(3)低密度膽固醇(LDL cholesterol) 達標率。	(3)分母中，糖尿病人全年檢驗之 LDL-C 次數至少每六個月一次，其中有 1/2(含)以上之 LDL<100mg/dl 人數		
	(4)ABC 三項指標全部達標率	(4)分母中，同時符合 HbA1C<7%及 BP<140/90mmHg 及 LDL<100mg/dl 之人數		

註：本表為衛生福利部國民健康署提供。

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140號  
聯絡人：黃奕瑄  
聯絡電話：02-27065866 分機：3609  
傳真：02-27026324  
電子郵件：A110904@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5月23日  
發文字號：健保醫字第1110056474號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如主旨 (A21030000I\_1110056474\_doc1\_Attach1.ods)

主旨：檢送請本署補充「全民健康保險家庭醫師整合性照顧計畫  
(家醫計畫)」110年執行成果(附件)，復請查照。

說明：

- 一、復貴會111年5月16日請辦事宜(表單單號：1110516811)。
- 二、旨揭資料說明如下：
  - (一)有關平均每人VC-AE結餘數因刻正辦理結算作業，暫無資料提供，待後續評核會補充。
  - (二)會員及相同條件之非會員(對照組比較資料)：家醫計畫收案會員係由本署擷取較需照護族群，交付該參與本計畫之社區醫療群提供健康管理，與一般保險對象之條件相異。其收案會員與非收案會員之組成及分布不同，其差異比較需針對個案年齡、性別、疾病類別等條件校正後進行比較，本署並無辦理委託研究計畫進行研究統計探討，爰建議仍應與應照護族群之執行情形進行比較。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：本署企劃組(含附件)

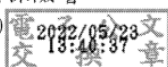


表1 西醫基層總額家庭醫師整合性照護計畫執行情形

自92年起實施

項目	年度				
	106	107	108	109	110
預算數(百萬元) <sup>註1</sup>	2,030.0	2,430.0	2,880.0	3,500.0	3,670.0
預算執行數(百萬元)	2,030.0	2,430.0	2,880.0	3,500.0	
預算執行率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
執行社區醫療群數	526	567	605	622	623
退場群數	5	11	9	11	
新加入群數	136	46	49	26	12
合作醫院家數	184	202	235	258	296
參與診所數	4,063	4,558	5,052	5,407	5,587
參與診所占率	36.6%	43.6%	48.1%	51.3%	53.1%
參與醫師數	5,182	5,924	6,666	7,307	7,637
參與醫師占率	33.7%	37.8%	41.9%	44.9%	46.0%
收案人數(千人)	4,134	4,731	5,458	5,749	6008
收案人數占率 <sup>註2</sup>	17.6%	19.8%	22.9%	24.0%	24.8%
交付名單收案在較需照護群占率 <sup>註3</sup>	49.7%	55.0%	62.8%	66.2%	68.3%
會員電話諮詢數(通) <sup>註4</sup>	...	38,119	45,668	43,708	47,034
主動電訪會員數(千人)	...	...	705	1,141	1,152
獎勵多重慢性病人門診整合人數(千人) <sup>註5</sup>	...	...	358.7	339.3	
<b>組織指標</b>					
--電子轉診使用率	...	73.80%	56.43%	...	...
--電子轉診成功率	...	...	...	68.0%	67.4%
--門診雙向轉診率	...	85.2%	84.0%	83.2%	81.0%
<b>品質指標</b>					
--會員急診率(排除外傷)	...	33.2%	34.7%	28.7%	27.2%
--潛在可避免急診率 <sup>註6</sup>	2.2%	1.2%	1.2%	1.0%	1.1%
--可避免住院率 <sup>註7</sup>	1.4%	0.7%	0.7%	0.6%	0.6%
--初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢執行率	...	...	...	20.5%	22.2%
--會員固定就診率	47.2%	48.3%	48.0%	48.3%	49.4%
<b>預防保健指標</b>					
--成人預防保健檢查率	47.2%	45.9%	37.9%	38.4%	39.1%
--子宮頸抹片檢查率	29.7%	29.3%	17.4%	27.1%	23.9%
--65歲以上老人流感注射率	49.5%	45.6%	31.7%	49.4%	40.5%
--50~75歲糞便潛血檢查率	44.4%	44.8%	21.6%	20.5%	17.0%
<b>自選指標</b>					
--糖尿病人眼底檢查執行率	41.6%	43.8%	45.6%	46.6%	44.7%
--糖尿病會員胰島素注射率	...	13.6%	6.2%	6.6%	6.9%

表1 西醫基層總額家庭醫師整合性照護計畫執行情形

自92年起實施

項目	年度				
	106	107	108	109	110
<b>健康管理成效</b>					
--有結餘(VC-AE>0)群數占比	67.1%	76.0%	66.6%	67.0%	67.6%
--平均每會員結餘數(VC-AE)(元)	472	1,041	404	534	585
<b>關鍵績效指標(自選3項)</b>					
1.增加會員人數(千人,當年度-前一年)	1,393	597	727	290	259
2.使用電子轉診平台之院所數	2,341	4,338	4,958	5,219	5,325
3.糖尿病病人眼底檢查執行率	41.6%	43.8%	45.6%	46.6%	44.7%

改善建議：

未來會員固定就診率應高於50%

- 註：1.107年度：編列2,880百萬元，其中450百萬元用於挹注106年度之不足款(106年執行預算由1,580百萬元增為2,030百萬元，107年執行預算為2,430百萬元)。
- 109年度：增編620百萬元，其中400百萬元用於提升照護品質及獎勵偏遠地區醫療群，惟須俟完成研修該計畫有關提升照護品質之相關指標及獎勵機制後，始得動支。
- 2.收案人數占率：分子為收案人數，分母為保險對象人數。
- 3.交付名單收案在較需照護族群占率：分子為交付名單收案人數，分母為較需照護族群人數。較需照護族群名單指慢性病、門診高利用、65歲以上多重慢性病、失智症病患及參與醫療給付改善方案個案。
- 4.111年起「24小時諮詢專線」改由醫全會抽測。
- 5.109年本項收案病患刪除失智症、甲狀腺機能障礙及攝護腺(前列腺)肥大等3類疾病。
- 6.潛在可避免急診率：分子為潛在可避免急診慢性類疾病之案件，分母為18歲以上家醫會員罹患慢性類疾病人數。
- 7.可避免住院率：分子為可避免住院慢性類疾病之案件，分母為18歲以上家醫會員因慢性類疾病就醫人數。
- 8.電子轉診使用率及雙向轉診率自107年新增、電子轉診使用率自109年調整為電子轉診成功率。

表2 西醫基層總額家庭醫師整合性照護計畫執行情形(續1)

--110年品質指標執行成果

自92年起實施

指標項目	110年 目標值	目標值定義	收案會員 平均值	達成 群數	達成群 數占率	達標 與否
<b>組織指標</b>						
電子轉診成功率	<b>80.0%</b>	電子轉診成功率≥80%	<b>67.4%</b>	98	15.7%	<b>X</b>
門診雙向轉診率	<b>81.6%</b>	≥社區醫療群50百分位	<b>81.0%</b>	314	50.4%	<b>X</b>
<b>品質指標</b>						
會員急診率(排除外傷)	<b>21.7%</b>	≤會員30百分位	<b>27.2%</b>	490	78.7%	<b>X</b>
潛在可避免急診率	<b>0.4%</b>	≤會員30百分位	<b>1.1%</b>	148	23.8%	<b>X</b>
可避免住院率	<b>0.2%</b>	≤會員30百分位	<b>0.6%</b>	204	32.7%	<b>X</b>
初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢率	<b>4.8%</b>	≥初期慢性腎臟病會員50百分位	<b>22.2%</b>	500	80.3%	<b>V</b>
會員固定就診率	<b>49.1%</b>	≥較需照護族群65百分位	<b>49.4%</b>	279	44.8%	<b>V</b>
<b>預防保健指標</b>						
成人預防保健檢查率	<b>28.1%</b>	≥較需照護族群65百分位	<b>39.1%</b>	485	77.8%	<b>V</b>
子宮頸抹片檢查率	<b>22.4%</b>	≥較需照護族群63百分位	<b>23.9%</b>	374	60.0%	<b>V</b>
65歲以上老人流感注射率	<b>37.8%</b>	≥較需照護族群65百分位	<b>40.5%</b>	373	59.9%	<b>V</b>
50~75歲糞便潛血檢查率	<b>8.7%</b>	≥較需照護族群80百分位	<b>17.0%</b>	534	85.7%	<b>V</b>
<b>自選指標<sup>註1</sup></b>						
糖尿病人眼底檢查執行率	<b>44.7%</b>	≥全國平均值	<b>44.7%</b>	59	9.5%	<b>V</b>
糖尿病會員胰島素注射率	<b>4.7%</b>	≥糖尿病會員60百分位	<b>6.9%</b>	199	31.9%	<b>V</b>

註：1.自選指標之糖尿病病人眼底檢查執行率計有100群醫療群擇定，糖尿病會員胰島素注射率計有264群擇定。

2.計畫評核比較基準係與收案會員相較，不宜再提供同儕50百分位資料。

## 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。

說明：

- 一、依貴會 111 年第 4 次委員會議(111.4.21)決議辦理。
- 二、配合部分負擔之調整，減輕經濟弱勢民眾之財務負擔，本署前於 111 年 5 月 6 日以健保財字第 1110104280 號令訂定發布「全民健康保險補助保險對象應自行負擔費用作業要點」，並自 111 年 5 月 15 日生效(如附件一，第 164~167 頁)。
- 三、惟衛福部考量嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情急遽升溫，為使醫療院所專注防疫，避免加重其負擔，爰暫緩實施部分負擔調整方案，並於 111 年 5 月 12 日註銷 111 年 4 月 8 日調整部分負擔之公告，俟疫情趨緩後再重行公告。因此，本署前開要點已失所附麗，故於 111 年 5 月 13 日配合註銷「全民健康保險補助保險對象應自行負擔費用作業要點」(附件二，第 168 頁)。
- 四、註銷前原訂保障弱勢民眾就醫權益之措施內容摘要如下：

(一)補助對象：

1. 中低收入戶。
2. 保險對象為被保險人或為眷屬時所依附之被保險人，有下列情形之一，且依前開要點第 3 點規定認定屬經濟困難者：
  - (1) 持有社政主管機關核發之有效身心障礙證明者。
  - (2) 領有效期內之全民健康保險重大傷病證明者。
  - (3) 單親，須獨自扶養未成年子女，依戶籍資料或其他機關核發之文件，足以證明者。
  - (4) 直系卑親屬亡故，須獨自扶養該卑親屬之未成年子女，依戶籍資料，足以證明者。

(二)補助範圍：依衛福部 111 年 4 月 8 日公告之門診藥品、門診

檢驗檢查應自行負擔之費用，且經轉診者。

(三)申請方式：於就醫後 8 個月內，填妥申請書並檢附相關證明文件(附件三，第 169~170 頁)，郵寄或臨櫃向本署各分區業務組申請。

(四)審查時間：本署於受理 3 個月內完成審查，並通知申請人審查結果。

報告單位業務窗口：張菊枝專門委員，聯絡電話：02-27065866分機2333

.....  
本會補充說明：

一、本會本(111)年第 4 次委員會議(111.4.21)討論事項第三案「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，健保署應即時提出相關配套措施與監測指標，並定期於本會提出監測報告」案之決議如下：

(一)為確保部分負擔執行成效及民眾就醫權益，請中央健康保險署辦理下列事項：

1.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；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。

2.前述監測指標之監測結果及成效檢討報告，應提本年 12 月份委員會議報告，並自 112 年起，每半年定期向本會提出。

(二)委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

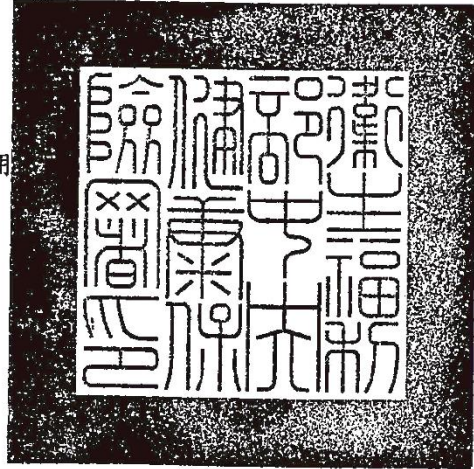
二、衛福部於本年 5 月 12 日註銷之「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」修正公告案，如附錄二十一(第 306~308 頁)。

決定：

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 令

發文日期：中華民國111年5月6日  
發文字號：健保財字第1110104280號  
附件：全民健康保險補助保險對象應自行負擔費用  
作業要點



訂定「全民健康保險補助保險對象應自行負擔費用作業要點」，並  
自中華民國一百十一年五月十五日生效。

附「全民健康保險補助保險對象應自行負擔費用作業要點」

署長李伯璋



## 全民健康保險補助保險對象應自行負擔費用作業要點

- 一、為規範補助經濟困難之保險對象應自行負擔費用作業，特訂定本要點。
  - 二、保險對象有下列情形之一且經濟困難者，得向保險人各分區業務組申請補助。
    - (一)經依社會救助法認定為中低收入戶且在效期內者。
    - (二)保險對象為被保險人或為眷屬時所依附之被保險人具有下列情形之一者：
      1. 持有社政主管機關核發之有效身心障礙證明者。
      2. 領有效期內之全民健康保險重大傷病證明者。
      3. 單親，須獨自扶養未成年子女，依戶籍資料或其他機關核發之文件，足以證明者。
      4. 直系卑親屬亡故，須獨自扶養該卑親屬之未成年子女，依戶籍資料，足以證明者。
  - 三、保險對象為被保險人或為眷屬時所依附之被保險人有下列情形之一，不視為前點所定之補助對象。
    - (一)所有土地在二筆以上。但一筆房屋附著於多筆土地者，該土地以一筆計算之。
    - (二)所有房屋在二筆以上。
    - (三)最近年度之利息所得在新臺幣三千元以上。
    - (四)符合全民健康保險法第十條所定第一類被保險人資格，其就業期間超過六個月，且申報之投保金額於投保金額分級表第五級以上者。
    - (五)綜合所得總額在最近年度個人免稅額、標準扣除額及薪資所得特別扣除額總和以上。
- 符合前項第一款或第二款情形時，其所有土地之公告現值與房屋之評定標準價格，合計價格不超過社會救助法第四條第一項對於家庭財產之不動產所公告當年度一定金額者，不在此限。

保險對象之經濟狀況於認定之日起一年後仍未改善者，應依本要點規定重新認定。

四、補助範圍，依衛生福利部一百十一年四月八日公告之保險對象門診藥品、門診檢驗檢查應自行負擔之費用，且經轉診者為限。

五、保險對象應於就醫之日起八個月內申請補助。

六、保險對象申請補助時，其應檢具之書據，規定如附表。

前項文件如有不全，應自保險人通知之日起二個月內補件；保險人於必要時，得依保險對象之申請予以延長，延長以一次為限，最長不得逾二個月；屆期未補件者，逕依檢具書據進行審核。

保險人於必要時，得通知保險對象補送第一項附表規定以外之其他證明文件。補送期間準用前項規定。

七、保險人應於受理申請案件之日起三個月內完成審查，並將審查結果通知申請人。

前項期間，應扣除下列期間：

(一)檢具書據不全，經保險人通知補件者：自補件通知送達之日起至補件送達之日止。

(二)基於審查需要，保險醫事服務機構尚未向保險人申報醫療費用者：自受理申請之日起至保險醫事服務機構申報之日止。

(三)基於審查需要，經保險人向保險醫事服務機構調閱病歷者：自通知調閱之日起至病歷送達之日止。

附表、申請補助自行負擔費用時應檢具之書據

保險對象(由本人或委託他人申請)	保險對象本人無行為能力或為限制行為能力者(由法定代理人申請)	保險對象本人已死亡(由法定繼承人申請)	備註
<p>一、全民健康保險部分負擔補助申請書。</p> <p>二、全民健康保險經濟困難之證明文件。</p> <p>三、保險醫事服務機構開立之醫療費用收據正本。</p> <p>註： 委託他人申請時，另需檢附委託書及受委託者之身分證明文件。</p>	<p>一、全民健康保險部分負擔補助申請書。</p> <p>二、全民健康保險經濟困難之證明文件。</p> <p>三、保險醫事服務機構開立之醫療費用收據正本。</p> <p>四、戶口名簿影本或法定代理人證明文件。</p>	<p>一、全民健康保險部分負擔補助申請書。</p> <p>二、全民健康保險經濟困難之證明文件。</p> <p>三、保險醫事服務機構開立之醫療費用收據正本。</p> <p>四、法定繼承人聲明書。</p> <p>五、死亡證明文件。</p> <p>六、申請者身分證明文件。</p>	<p>收據正本如有遺失或供其他用途者，應檢具原醫療機構加蓋印信證明與正本相符之影本，並出具聲明書註明無法提出正本之原因。</p>

抄本

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：賴逸琳  
聯絡電話：02-27065866 分機：2392  
傳真：02-27026324  
電子郵件：a110916@nhi.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國111年5月13日  
發文字號：健保財字第1110650268號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：註銷函pdf檔

主旨：本署111年5月6日健保財字第1110104280號令訂定發布之

「全民健康保險補助保險對象應自行負擔費用作業要點」，  
請惠予註銷，請查照。

說明：相關文號：本署111年5月6日健保財字第1110104280號令、  
111年5月6日健保財字第1110104280A號書函及111年5月6日  
健保財字第1110104280B號函併予註銷。

正本：行政院公報編印中心(請刊登公報)

副本：行政院法規會、本署企劃組、本署企劃組劉欣萍(機關專責人員)、本署財務組



全民健康保險經濟困難保險對象轉診門診部分負擔費用補助申請書

① 保險 對象 (就醫 者) 資料	姓名	身分證字號						出生日期	年 月 日	
	通訊 地址	□□□	縣市	鄉鎮 市區	路 街	段	巷	弄	號 樓	
	聯絡 電話	公：( ) _____ 住：( ) _____ 手機：_____								
② 申請 人 資料	<input type="checkbox"/> 申請人同保險對象(勾選本欄者，申請人資料免填)				申請人身分		<input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 法定繼承人			
	姓名	身分證字號						連絡電話		
	通訊 地址	<input type="checkbox"/> 同保險對象(免重覆填寫) □□□ 縣市 鄉鎮市區 路街 段 巷 弄 號 樓								
③	※申請金額：請填寫於背面部分負擔費用申請金額明細									
④ 補助 原因 類別	<input type="checkbox"/> 1.中低收入戶									
	<input type="checkbox"/> 2. 保險對象為被保險人或為眷屬時所依附之被保險人，具有下列情形之一者： 所依附之被保險人資料(姓名：_____身分證號：_____) <input type="checkbox"/> 持有社政主管機關核發之有效身心障礙證明 <input type="checkbox"/> 單親，須獨自扶養未成年之子女 <input type="checkbox"/> 領有效期內全民健康保險重大傷病證明 <input type="checkbox"/> 直系卑親屬亡故，須獨自扶養該卑親屬之未成年子女									
⑤ 領款 方式	領款對象： <input type="checkbox"/> 保險對象 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 法定繼承人									
	<input type="checkbox"/> 1. 轉帳：戶名_____金融機構名稱_____轉帳帳號_____									
⑥ 檢附 書據	<input type="checkbox"/> 經濟困難證明文件(詳背面說明)					其他證明文件：				
	<input type="checkbox"/> 保險醫事服務機構開立之醫療費用收據正本 <input type="checkbox"/> 存摺封面影本(採轉帳方式領款者) <input type="checkbox"/> 其他_____					<input type="checkbox"/> 委託人及受託人之身分證明文件(保險對象委託他人申請者) <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本或法定代理人證明文件(保險對象本人無行為能力或限制行為能力者) <input type="checkbox"/> 法定繼承人聲明書暨身分證明文件、死亡證明文件(保險對象本人已死亡由法定繼承人申請者)				
⑦ 委託 書	保險對象因_____，無法親自辦理申請全民健康保險部分負擔費用補助相關事宜，特委託_____代辦。 受託人簽章 _____ (與委託人關係 _____) 受託人連絡電話 _____ 委託人簽章 _____									
⑧申請人簽章：保險對象_____ 法定代理(繼承)人_____										
⑨ 同意 書暨 簽章	資料查調同意書： <input type="checkbox"/> 同意本署查調背面填表說明第一點及第二點有關證明被保險人經濟困難之相關資料，以供辦理全民健康保險經濟困難保險對象門診部分負擔費用補助。 被保險人簽章：_____ 法定繼承人簽章：_____									
	本欄由機關填寫									
審查 結果	證件齊全： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否									
	資格符合： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(原因：_____)					核章處				
	審查結果： <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合(原因：_____)									

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日



### 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。

說明：

- 一、依本(111)年度總額協定事項，醫院尚有 2 項及西醫基層總額尚有 3 項新增項目之「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 5 月 13 日及 6 月 10 日函復研訂結果(如附件，第 179~186 頁)。
- 二、茲整理健保署回復之研訂結果摘要及本會研析意見，提供委員審閱(詳附表，第 174~178 頁)，併提請確認。其中醫院總額 1 項(項次 1)尚未有共識，其餘 4 項該署表示尊重醫界及醫界與相關司署之共識：

(一)醫院總額項次 2「住院整合照護服務試辦計畫」：

1.執行目標：

(1)111 年至少 4 家醫院參與服務。

(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 x50%÷750 元人日。

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%。

3.本會研析意見：

(1)考量本計畫性質為新照護模式之建立，且為第 1 年試辦，屬資源整備及制度建立階段，爰建議尊重所提「執行目標」及「預期效益之評估指標」。

(2)惟若明(112)年度擬繼續辦理本計畫，建議提出 112 年度總額協商資料時，即應包括「執行目標」及「預期效益之評估指標」，尤其「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。

(二)西醫基層總額項次 1「提升國人視力照護品質」：

1. 「執行目標」及「預期效益之評估指標」：所提出之目標及指標項目內容繁多，請委員參閱附表(第 175 頁)。
2. 本會研析意見：所提執行目標(執行件數)與 9 月協商健保署之服務量估算相近；預期效益之評估指標中包含「減少病人手術等待期」，屬病人端結果面指標，尚屬合理，爰建議尊重所提指標。

(三)西醫基層總額項次 2 「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫」：

1. 「執行目標」及「預期效益之評估指標」：所提出之目標及指標項目內容繁多，請委員參閱附表(第 176 頁)。
2. 本會研析意見：
  - (1)所提執行目標之一，收案人數(超過 170 人)與 9 月協商健保署服務量(440 人)之估算有差距，是否因計畫收案時間有限之故，建請健保署補充說明。
  - (2)預期效益之評估指標為「病人疾病復發率(包括再住院或再急診) <30%」、「有意義的心肺功能改善比率 > 70%」，均為病人端結果面指標，能具體反映資源投入之效益，爰建議尊重所提指標。

(四)西醫基層總額項次 3 「代謝症候群防治計畫」：

1. 執行目標：
  - (1)提供 10 萬名代謝症候群個案疾病危險因子管理服務。
  - (2)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。(健保署說明：收案照護人數業經健康署及醫全會討論取得共識，考量本年度收案時間約剩 5 個月，爰以 10 萬名為目標，明年度再視執行狀況研議調整可行性。)
2. 預期效益之評估指標：辦理代謝症候群個案完整照護達成率 30%。
3. 本會研析意見：



(1)本會委員於第 4 次委員會議已對健保署前提報之「執行目標」及「預期效益之評估指標」提出修正意見：執行目標應增加照護人數，並檢討支付單價；所提預期效益之評估指標「完整照護達成率」屬過程面指標，請提出明確反映整體效益的量化指標，如減少慢性病、降低就醫次數等。惟本次健保署所提指標內容仍相同。

(2)執行目標：是否同意健保署建議「考量本年度收案時間約剩 5 個月，以 10 萬名為目標，明年度再視執行狀況研議調整」，請討論。

(3)預期效益之評估指標：應依委員意見，呈現資源投入之具體效益，建議可採用本計畫診所獎勵所訂之評核指標：「代謝症候群改善率」、「介入成效率 $\geq 30\%$ 」(註)。

註：指標定義，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。

(五)醫院總額項次 1「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」：待與台灣醫院協會達共識後，儘速提報。

擬辦：

- 一、請確認醫院總額項次 2、西醫基層總額 3 項次之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。
- 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，請健保署會同醫院總額相關團體儘速提出，以利後續評估執行效益，並提報下次委員會議確認。

決定：

## 一、醫院總額，計 2 項：

項次	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
1	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)	待提供。	如與台灣醫院協會達共識後儘速提報委員會議確認。	考量執行期間約剩半年，請健保署會同醫院總額相關團體儘速提出，以利後續評估執行效益，並提報下次委員會議確認。
2	專款項目 住院整合照護服務試辦計畫 (300 百萬元)	<p>照護司與醫院協會及護理師護士公會全國聯合會共識如下：</p> <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 x50%÷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。</p>	尊重照護司與醫界共識。	<p>1.執行目標：依健保署意見，尊重照護司與醫界共識。</p> <p>2.預期效益之評估指標：</p> <p>(1)考量本計畫為新照護模式之建立，且為第 1 年試辦，屬資源整備及制度建立階段，爰建議尊重所提指標。</p> <p>(2)惟若明(112)年度擬繼續辦理本計畫，建議提出 112 年度總額協商資料時，即應包括「執行目標」及「預期效益之評估指標」，尤其「預期效益之評估指標」應以能反映</p>

項次	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
				實際執行效益之結果面指標為之。

## 二、西醫基層總額，計 3 項：

項次	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
1	一般服務 提升國人視力照護品質 (0.097% , 120 百萬元)	1.執行目標：4,000 件。 2.預期效益之評估指標： (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%。 (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。 (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%。	本署尊重醫界共識。	1.執行目標：所提執行件數與 9 月協商健保署之服務量估算相近。 2.預期效益之評估指標：其中「減少病人手術等待期」，屬病人端結果面指標，尚屬合理，爰建議尊重所提指標。

項次	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
2	<p><b>專款項目</b></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 (9.7 百萬元)</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）&lt;30%：收案6個月內病人因相同疾病再就診率&lt;30%。</p> <p>(2)有意義的心肺功能改善比率&gt; 70%： ：CPET (VO<sub>2</sub>peak 最大耗氧量或無氧代謝閥值耗氧量 Vo<sub>2</sub>AT )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>本署尊重醫界共識與相關會議決議辦理。</p>	<p>1.執行目標：收案人數(超過 170 人)與 9 月協商健保署服務量(440 人)之估算有差距，是否因計畫收案時間有限之故，建請健保署補充說明。</p> <p>2.預期效益之評估指標：所提指標均為病人端結果面指標，能具體反映資源投入之效益，爰建議尊重所提指標。</p>

項次	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
3	專款項目 代謝症候群 防治計畫 (308百萬元)	<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務。</p> <p>2.預期效益之評估指標：辦理代謝症候群個案完整照護達成率 30%。</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>	收案照護人數，業經國民健康署及醫師公會全國聯合會討論取得共識，考量本年度收案時間約剩 5 個月，爰以 10 萬名為目標，明年度再視執行狀況研議調整可行性。	<p>1.本會委員於第 4 次委員會議已對健保署前提報之「執行目標」及「預期效益之評估指標」提出修正意見：執行目標應增加照護人數，並檢討支付單價；所提預期效益之評估指標「完整照護達成率」屬過程面指標，請提出明確反映整體效益的量化指標，如減少慢性病、降低就醫次數等。惟本次健保署所提指標內容仍相同。</p> <p>2.執行目標：是否同意健保署建議「考量本年度收案時間約剩 5 個月，以 10 萬名為目標，明年度再視執行狀況研議調整」，請討論。</p> <p>3.預期效益之評估指標：應依委員意見，呈現資源投入之具體效益，建議可採用本計畫診所獎勵所訂之評</p>

項次	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>核指標：「代謝症候群改善率」、「介入成效率<math>\geq 30\%</math>」(註)。</p> <p>註：指標定義，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>

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140

號

聯絡人：林沁玫

聯絡電話：02-27065866 分機：2606

電子郵件：a110948@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5月13日

發文字號：健保醫字第1110661042號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A21030000I\_1110661042\_doc1\_Attach1.pdf)

主旨：檢送111年醫院及西醫基層醫療給付費用總額新增項目

「執行目標」及「預期效益之評估指標」如附件，請查

照。

說明：復鈞部111年1月26日衛部健字第1113360011A號函。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會(均含附件)



111.05.16



1113340093

111 年度醫院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」

項目	新增項目(成長率， 預估增加金額)	內容	本署說明
一般服務	持續推動分級醫療，壯大社區醫院 (0.411%，2,000 百萬元)	如與台灣醫院協會達共識後儘速提報委員會議確認。	
專款項目	住院整合照護服務試辦計畫 (300 百萬元)	<p>衛生福利部護理及健康照護司(下稱照護司)於111年3月8日召開「111年全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫推動共識會議」就計畫之執行目標及預期效益之評估指標，與台灣醫院協會及中華民國護理師護士公會全國聯合會取得共識，訂定如下：</p> <p>(一)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。</p> <p>說明：服務住院病人200,000人日=3億元×50%÷750元人日。</p> <p>(二)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%。</p> <p>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%。</p> <p>(註)衛生福利部醫事管理系統111年1月底統計資料。</p>	尊重照護司與醫界共識。



**111 年度西醫基層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」**

項目	新增項目(成長率, 預估增加金額)	本署說明
一般服務	提升國人視力照護品質 (0.097%, 120 百萬元)	如與醫師公會全國聯合會達共識後儘速提報委員會議確認。
專款項目	提升心肺疾病患者心肺復健 門診論質計酬(pay for value) 計畫(9.7 百萬元)	
專款項目	代謝症候群防治計畫(308 百萬元)	<p>一、本署業於 111 年 5 月 6 日健保醫字第 1110660959 號函請國民健康署與醫師公會全國聯合會，依 111 年 4 月 21 日第 5 屆 111 年第 4 次委員會議決議，重新研議照護人數。</p> <p>二、如有共識儘速提報委員會議確認。</p>

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140號

聯絡人：林沁玫

聯絡電話：02-27065866 分機：2606

電子郵件：a110948@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10日

發文字號：健保醫字第1110661405號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A210300001\_1110661405\_doc2\_Attach1.pdf)

主旨：檢送111年醫院及西醫基層醫療給付費用總額新增項目

「執行目標」及「預期效益之評估指標」(附件)，請查照。

說明：依鈞部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、中華民國醫師公會全國聯合會(均含附件)



111.06.13



1113340121

111 年度醫院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」

項目	新增項目(成長率, 預估增加金額)	內容	本署說明
一般服務	持續推動分級醫療, 壯大社區醫院 (0.411%, 2,000 百萬元)	如與台灣醫院協會達共識後儘速提報委員會議確認。	

**111 年度西醫基層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」**

項目	新增項目(成長率, 預估增加金額)	內容	本署說明
一般服務	提升國人視力照護品質(0.097%, 120百萬元)	中華民國醫師公會全國聯合會 111 年 5 月 19 日全醫聯字第 1110001272 號函, 說明如下: 一、 執行目標: 4,000 件 二、 預期效益之評估指標: (一) 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%。 (二) 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】。 (三) 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%。	本署尊重醫界共識。
專款項目	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫(9.7 百萬元)	中華民國醫師公會全國聯合會 111 年 5 月 23 日全醫聯字第 1110001295 號函及 111 年 5 月 26 日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 111 年第 2 次研商議事會議決議, 說明如下: 一、 執行目標: 本計畫以全國基層參與計畫診所數達到 21 家、收案人數超過 170 人、「逐年提升出院後心肺復健接受率、提升心	本署尊重醫界共識與相關會議決議辦理。

項目	新增項目(成長率, 預估增加金額)	內容	本署說明
		<p>肺疾病治療效果, 心肺功能有意義的改善達 70%」為執行目標。</p> <p>二、 預期效益之評估指標：</p> <p>(一) 「病人疾病復發率 (包括再住院或再急診)」 &lt;30%: 收案 6 個月內病人因相同疾病再就診率 &lt;30%。</p> <p>(二) 有意義的心肺功能改善比率 &gt; 70%: CPET (VO<sub>2</sub>peak 最大耗氧量或無氧代謝閥值耗氧量 Vo<sub>2</sub>AT ) 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>	
專款項目	代謝症候群防治計畫(308 百萬元)	<p>一、 本署業於 111 年 5 月 6 日健保醫字第 1110660959 號函請國民健康署與醫師公會全國聯合會, 依 111 年 4 月 21 日第 5 屆 111 年第 4 次委員會議決議, 重新研議照護人數。</p> <p>二、 衛生福利部國民健康署及中華民國醫師公會全國聯合會就計畫之收案照護人數目標, 取得共識。本計畫「執行目標」及「預期效益之評估指標」如下：</p> <p>(一) 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。</p> <p>(二) 預期效益之評估指標：辦理代謝症候群個案完整照護達成率 30%。</p>	收案照護人數, 業經國民健康署及醫師公會全國聯合會討論取得共識, 考量本年度收案時間約剩 5 個月, 爰以 10 萬名為目標, 明年度再視執行狀況研議調整可行性。

項目	新增項目(成長率, 預估增加金額)	內容	本署說明
		(三)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。	

#### 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。

(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：

## 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。

說明：

- 一、本署參考各國制度及經驗，建立我國進行再評估之機制及作法。再評估步驟及機制包含(1)提案篩選、(2)排序、(3)再評估作業、(4)審議/決議、(5)後續監控之五個面向。109~110年亦運用此步驟挑選品項進行再評估。
- 二、另本署已於109年設置「前瞻式新藥及新給付範圍預算推估登錄作業及平台」(以下簡稱HS平台)，對於藥品許可證之持有商，於未來兩年內(110~111年)申請健保給付，需至HS平台填報醫療科技基本資料(如：藥品名稱、成分、劑型、規格等)、預算編列類別、新藥價值宣稱、預期上市年月及上市之適應症範圍、預期申請健保給付之時程、建議健保支付價、預期建議健保給付範圍、參考品藥品以及財務影響估算(包括：目標族群病人數推估及假設、使用人數推估及假設、年度藥費推估及假設、取代藥費推估及假設以及財務影響估計結果)等資料。在建立醫療科技之預算檢討、調整與管控機制面上，已使用HS平台作為預算預估，逐漸朝向建立科學化之面向進行預算編列。在執行面上，使用醫療科技再評估(HTR)作為管控措施，期以運用再評估機制回溯盤點過時及可能造成浪費之醫藥品，以控制健保財務健全。
- 三、111年「新醫療科技」及「給付規定改變」項目之預算及申報情形：
  - (一)111年新藥及新特材預算—新藥部分
    - 1.醫院總額部門預算為20.26億元，西醫基層為2.41億元。經全民健保藥品共同擬訂會議(以下稱藥品共擬會議)通過並



於 111 年第 1 季生效之新藥計 8 項，其中第 1 類 3 項、第 2A 類 2 項、第 2B 類 3 項；近五年(107-111 年第 1 季)新藥計 194 項，其中第 1 類 23 項、第 2A 類 85 項、第 2B 類 86 項。

2.111 年第 1 季實際申報藥費共計 0.43 百萬點，經扣減被替代品項點數後，預算耗用點數共計 0.35 百萬點。

#### (二)111 年新藥及新特材預算—新功能特材部分

1. 醫院總額部門預算為 7.65 億元，西醫基層未編列預算。截至 5 月，全民健保特材共同擬訂會議（以下稱特材共擬會議）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，已完成公告生效計 48 品項，另 55 品項依全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 52-2 條及第 61-1 條規定辦理相關事宜。

2. 上開完成公告實施之新功能特材計 48 品項，推估預算約 1.79 億元，經扣減被替代品項點數後，111 年截至 3 月該些公告特材醫院實際申報點數約 192 萬點，西醫基層尚無申報資料。

#### (三)111 年藥品及特材給付規定改變預算—藥品部分

醫院為 5.6 億元，西醫基層為 0.62 億元(尚未含西醫基層部門補充糖尿病新藥使用 2.92 億元)，共計 6.22 億元。111 年第 1 季生效且具預估財務影響之給付規定修訂共計 11 項章節，111 年截至 3 月與去年同期相比，未增加支付點數。

#### (四)111 年藥品及特材給付規定改變預算—特材部分

1. 醫院總額部門預算為 0.9 億元，特材共擬會議通過修訂 4 項功能類別特材之給付規定，推估預算為 0.87 億元。另公告生效計 2 項，分別為「淺股動脈血管裝置」、「青光眼房水引流裝置(不含水庫體)」，推估預算為 0.08 億元，111 年截至 3 月該些公告特材與去年同期相比，未增加支付點數。

2. 西醫基層部門預算為 0.13 億元，用以支應 110 年 12 月 1 日

公告生效之「第一型糖尿病試紙」之預算不足部分。111 年截至 3 月與去年同期申報點數相比，實際淨增加約 56.2 萬點。

#### 四、預算檢討與管控機制

- (一)有關當年新醫療科技、給付規定改變之預算執行狀況，皆定期於共擬會議報告案進行報告，藉由定期監控實施項目申報狀況，已達早期調整或管控已實施項目之檢討，如以特材部分為例，係以近 5 年收載新功能類別特材申報情形及預算支用結果(檢附資料包含近 5 年新功能特材生效品項、推估增加財務支出、被替代品項、申報數量及點數、及扣除替代之實際淨增加點數)。
- (二)此外，每半年於全民健康保險會委員會議業務執行報告中報告，針對放寬給付規定造成財務影響項目，進行監控年度預算支用情形。
- (三)整體而言，除於共同擬訂會議進行監測，並設置預警機制，如預測新醫療科技之藥品、特材申報點數有超出當年度之預算，立即重新檢討並修訂給付規定，用以調整及管控已實施項目，以降低新增品項之申報點數超過原預估預算。例如經導管置換心臟瓣膜套組(TAVI)及人工頸椎椎間盤(AD)目前為監測特材，並已進行修訂給付規定。

#### 五、新醫療科技導入後之成果效益

近年所收載之新藥以治療癌症新藥為大宗，本署已針對肺癌及結腸直腸癌為主題，探討導入新醫療科技後，病患之存活率之效益分析(詳如簡報，第 191~205 頁)。

報告單位業務窗口：張淑雅科長，聯絡電話：02-27065866 分機 3012  
連恆榮科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2622

.....  
本會補充說明：(資料後附)

決定：



# 建立新醫療科技、藥品及特材 給付規定改變之預算檢討、調 整與管控機制

中央健康保險署醫審及藥材組  
2022.6.24



衛生福利部中央健康保險署



## 大綱

### ■ 預算及申報情形

- 「新醫療科技」之新藥、新特材
- 「給付規定改變」之新藥、新特材


### ■ 預算檢討與管控機制

- 新醫療科技、給付規定改變

### ■ 醫療科技再評估機制

### ■ 新醫療科技導入後之成果效益





## 預算及申報情形： 新醫療科技之新藥、新特材



### 新增新藥預算編列方法學之變革



#### 舊方法\_適用110年(含)以前

- 用過去5年新藥平均申報藥費，推估2年後之新藥藥費。(即以非實際發生於預算年度之品項，進行預算推估)
- 不同藥品之替代率相同

#### 新方法\_適用111年(含)以後

- 參考廠商於前瞻式新藥及新適應症預算推估制度(HS)之登錄平台，提供新年度預計收載品項及財務衝擊資料，以利精準掌握實際發生於預算年度之新藥，並以其進行預算推估
- 根據每個藥品之臨床地位，計算其替代率



## 111年新醫療科技新藥生效情形(1/2)

- ① 111年「新醫療科技」項目新藥新增預算，醫院為20.26億元、西基為2.41億元，共計22.68億元
- ② 111年1-3月新藥收載共計8品項
- ③ 111年1-3月生效之新藥於該區間實際申報點數共計0.43百萬點，預算耗用點數共計0.35百萬點，明細詳如附表

5



## 111年新醫療科技新藥生效情形(2/2)

111年新藥之收載與執行情形如下表：

新藥類別	收載日期	分類分組名稱	品項數	111年4月支付點數	111年Q1申報費用(百萬)	111年Q1 BIA(百萬)
1	20220301	LAROTRECTINIB, 一般錠劑膠囊劑, 25 MG	1	1,131	-	-
	20220301	LAROTRECTINIB, 一般錠劑膠囊劑, 100 MG	1	4,072	-	-
	20220301	LAROTRECTINIB, 口服液劑, 20 MG/ML, 100 ML	1	81,440	0.16	0.16
		小計	3		0.16	0.16
2A	20220101	SODIUM GLYCEROPHOSPHATE, 注射劑, 216 MG	1	180	0.25	0.18
	20220301	NEMONOXACIN, 注射劑, 500 MG	1	2,200	<0.1	<0.1
		小計	2		0.27	0.19
2B	20220301	FREMANEZUMAB, 注射劑, 225 MG	1	9,899	-	-
	20220301	BRIVARACETAM, 注射劑, 50 MG	1	801	-	-
	20220301	SAFINAMIDE, 一般錠劑膠囊劑, 50 MG	1	37	-	-
		小計	3		0.00	0.00
		合計	8		0.43	0.35

註：1.檔案來源：門診、住診及交付機構醫令明細檔  
 2.倉儲下載日期：111/05/02  
 3.已列專款、代辦藥品不納入計算

6



## 111年新醫療科技107年至111年新藥 執行情形



107年至111年收載之新藥品項，於111年1-3月實際申報點數共計5,619.24百萬點，預算耗用點數共計107.97百萬點，執行率計4.8%。

7



## 111年新功能特材預算及申報情形



- 醫院總額：7.65億元
  - 特材共擬會議通過103品項，及修訂給付規定1項，推估預算約5.44億元（截至5月）
  - 已完成公告生效48品項，預算約1.79億元
  - 已公告品項實際申報點數：約192萬點（截至3月）
- 西醫基層未編列預算

8



## 111年新功能特材共擬通過情形



類別	特材名稱類別	共擬通過時間	品項數
兒童醫材	兒童脊椎固定系統	111年1月	1
	雙迴路透析導管組		9
	雙J型輸尿管組	111年5月	1
醫療缺口	肋骨固定系統	111年1月	18
	顱內壓監測器	111年3月	16
	脊椎骨水泥		30
	ㄇ型釘		6
深層腦部刺激器	深層腦部刺激術立體定位特材	111年3月	3
其他	周邊靜脈支架系統	110年10月	6
	調高去顫電擊貼片點數	110年11月	1
	顱骨修補系統	111年1月	1
	周邊動脈血管支架及傳輸裝置		1
	青光眼房水引流植入物		2
	慢性完全阻塞病灶(CTO)之單腔微導管組		2
	GAMMA髓內釘(170mm)	111年5月	2
	無導線房室傳導節律系統		1
修訂給付規定	修訂胸主動脈支架系統給付規定(A220-6)		

9




## 新藥、新特材預算檢討與管控



- 於共同擬訂會議進行報告
  - 當年預算執行狀況
    - 定期報告，監控實施項目申報狀況，即時反映以利檢討
  - 近5年申報情形及預算支用結果
    - 定期：藥品4月、10月；特材3月、7月、11月會議
    - 新藥部分針對任一年申報藥費超出2億元，且逾HTA報告預估藥費0.5倍者進行分析，及報告可能原因
    - 作為長期監測新藥、新特材之預算執行效益

10



## 預算及申報情形： 給付規定改變之新藥、新特材



### 111年度藥品給付規定改變 申報情形(1/2)



- ① 111年「藥品給付規定改變」項目預算，醫院為5.6億元，西基為0.62億元（尚未含西基部門補充糖尿病新藥使用2.92億元），共計6.22億元。
- ② 111年第1季生效且具預估財務影響之給付規定修訂共計11項章節，同期實際淨增加為不影響支付點數（截至3月），明細詳如附表。
- ③ 其中收載五年內新藥、已列專款及代辦藥品不納入計算，申報費用係指該給付規定章節所有相關藥品之申報費用總和。





# 111年度藥品給付規定改變 申報情形(2/2)



111年第1季生效給付規定修訂如下表：

項次	生效起日	內容	給付規定 章節
1	111/01/01	公告異動含ibrutinib成分藥品(如Imbruvica)支付價格及修訂其藥品給付規定。	9.61.
2	111/02/01	公告異動含brentuximab vedotin成分藥品(如Adcetris)支付價格及修訂其藥品給付規定。	9.56.
3	111/03/01	公告修訂含高單位免疫球蛋白成分之藥品給付規定。	8.1.3.
4	111/03/01	公告含broadalumab成分藥品(如Lumicef)支付價格異動暨修訂部分藥品給付規定。	8.2.4.4.
5	111/03/01	公告修訂含clarithromycin成分藥品(如Klaricid Tab)之給付規定。	10.4.
6	111/03/01	公告修訂含tofacinib成分藥品(如Xeljanz)給付規定	8.2.4.9.
7			8.2.4.9.1.
8	111/03/01	公告修訂呼吸道疾患吸入製劑給付規定案。	6.1.
9	111/03/01	公告暫予支付含safinamide成分藥品Equfina Tablets 50mg及其藥品給付規定。	1.3.4.
10	111/03/01	公告異動含enzalutamide成分藥品(如Xtandi)支付價格及修訂其藥品給付規定,修訂含apalutamide成分藥品(如Erleada)及含abiraterone成分藥品(如Zytiga)之給付規定。	9.54.
11			9.49.
合計			

註：1.檔案來源：門診、住診及交付機構醫令明細檔

2.倉儲下載日期：111.05.02

3.資料說明：收載五年內新藥、已列專款及代辦藥品不納入計算，申報費用係指該給付規定章節所有相關藥品之申報費用總和，各給付規定項目間倘重複於不同修訂公告，於合計欄扣除重複之申報金額。

13



# 111年特材給付規定改變申報情形



- 醫院總額：0.9億元
  - 修訂4項，推估預算為0.87億元
  - 生效2項，推估預算為0.08億元
    - 「淺股動脈血管裝置」、「青光眼房水引流裝置(不含水庫體)」
    - 同期實際淨增加為不影響支付點數(截至3月)
- 西醫基層：0.13億元
  - 支應110年12月1日公告生效之「第一型糖尿病試紙」之預算不足部分
  - 同期實際淨增加申報點數約56.2萬點(截至3月)

14



## 給付規定改變預算檢討與管控



- 於全民健康保險會委員會會議執行業務中報告
  - 每半年進行報告
  - 放寬給付規定造成財務影響項目
  - 監控年度預算支用情形

15

**預算檢討與管控機制：**  
新醫療科技、給付規定改變

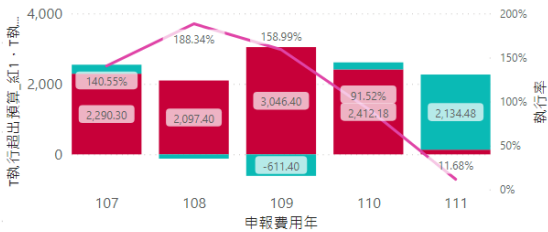
16



# 善用Power BI管控新藥藥費支出



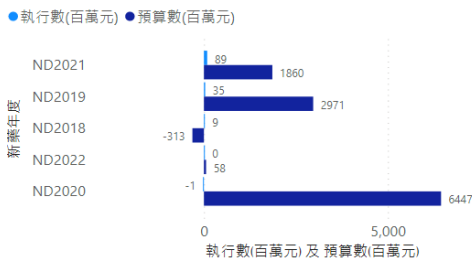
107-111年新藥預算執行情形 (單位：百萬元)



異常品項-111年超出HTA預估藥費(單位：百萬元)

商品名	生效日期	藥理分類	HTA111預估藥費	111藥費	超出HTA預估藥費差值
TREMFYA	20190301	未分類治療藥物	2,420.00	108.07	- 2312
TALTZ?	20180801	皮膚及黏膜用藥	2,220.00	100.59	- 2119
Herceptin	20181201	抗癌藥物	2,000.00	214.17	- 1786
CANAGLU	20180301	荷爾蒙劑與合成取代物質	1,757.05	88.03	- 1669
STEGLATRO	20190701	荷爾蒙劑與合成取代物質	1,520.00	3.40	- 1517
Vemlidy	20190501	抗感染劑	1,738.00	382.82	- 1355
Jardiance	20180301	荷爾蒙劑與合成取代物質	1,340.00	135.23	- 1205
總計			37,575.96	5,993.22	- 31583

111年五年內新藥預算執行進度 (單位：百萬元)



## 異常申報藥品監控：

將【HTA預估藥費】與【111年申報藥費】相比後，篩出超出原預估藥費之品項，檢討原因及評估現行給付規定是否需進一步修正



# 預算檢討、調整與管控機制



- 建立監測及預警機制 (如針對新功能特材)
- 即時修訂給付規定，調整及管控已實施項目
- 建立預算檢討、調整與管控機制之永續模式

新功能特材

新增

共擬會議報告

(監測及預警機制)

重新研議修訂

給付規定

重新提至

共擬會議

# 醫療科技再評估機制

19



## 基本概念介紹



### 傳統的HTA

- 關注在**新**醫療科技的要不要採用(adoption)
- 不足以確保資源被適當的使用
- **一次性的**決策

### 醫療科技管理(HTM)

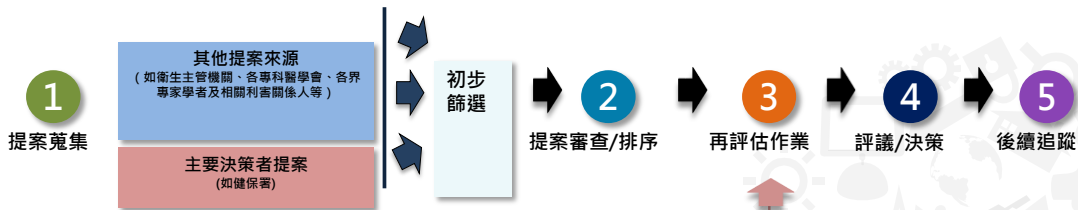
- 包含HTA及HTR
- 協助adoption及De-adoption的決策
- **持續性**的評估

HTM=Health Technology Management  
HTR=Health Technology Reassessment

20



# 我國醫療科技再評估機制



- 具「**時效性**」且為主要決策者建議執行之重點再評估品項
- 設置登錄系統進行**長期資料蒐集**之品項
  - 如免疫檢查點抑制劑
- 納入給付時即需展開**持續性追蹤**
  - 如其臨床試驗或是相關研究結果尚**無法呈現長期治療效益**，或是該醫療科技須建立**本土資料**，或是以替代採用加速核准方式取得許可證的品項等

註1：依僑健保單於2019年委託財團法人醫藥品查驗中心執行「醫療科技再次評估執行機制建議與先驅研究」中參考各國制度及經驗（包含英國、澳洲、加拿大、西班牙等國）所規劃之現行本土醫療科技再評估機制，並參考2020年查驗中心執行的「運用醫療科技再評估（Health Technology Reassessment, HTR）檢討已給付藥品之效益」中提及之再評估運作機制具體可行的改善方案。



# 我國醫療科技再評估機制(1/4)

## 1. 提案來源





# 我國醫療科技再評估機制(2/4)

## 2. 提案審查/排序



### HTR會議(由健保署遴選)

- 專科醫學會代表、專家學者(包含具專科醫學背景之專家、藥事經濟專家等)、主管機關代表(如健保署)、及查驗中心HTA組等。
- 依據再評估品項,另邀請相關領域專家列席,參與討論並給予建議。



### 排定優先順序

#### 醫療科技的特性

- 與替代治療的相對安全性
- 與替代治療的相對療效
- 具有成本效果的替代治療方案

#### 醫療科技的影響

- 整體財務影響重大
- 疾病負擔程度低
- 使用量及/或使用頻率的改變

#### 再評估適用性

- 具足夠的實證資料及資料來源能夠取得
- 已事先規範再評估時間<sup>註1</sup>
- 證據審查的時效性

<sup>註1</sup>如給付決策時訂下的再評估附帶決議



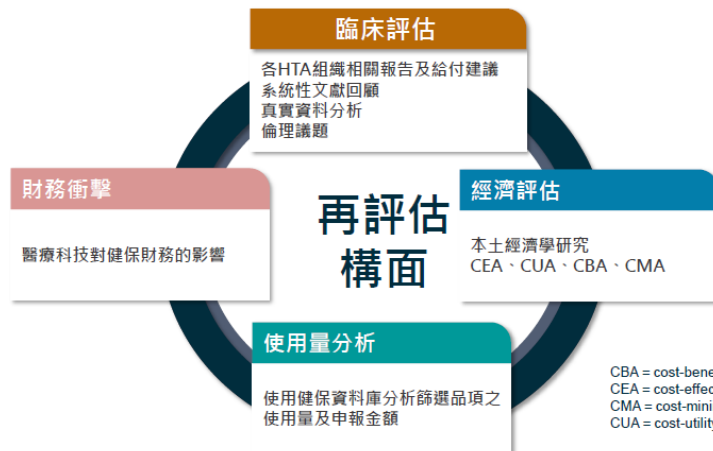
# 我國醫療科技再評估機制(3/4)

## 3. 再評估作業



### 視評估品項訂定再評估作業方法及範圍

- 1) 由HTR專家諮詢會議提出建議,或
- 2) 由CDE/HTA組依據評估的項目先擬定,再與相關臨床專家進行再評估方向之確認

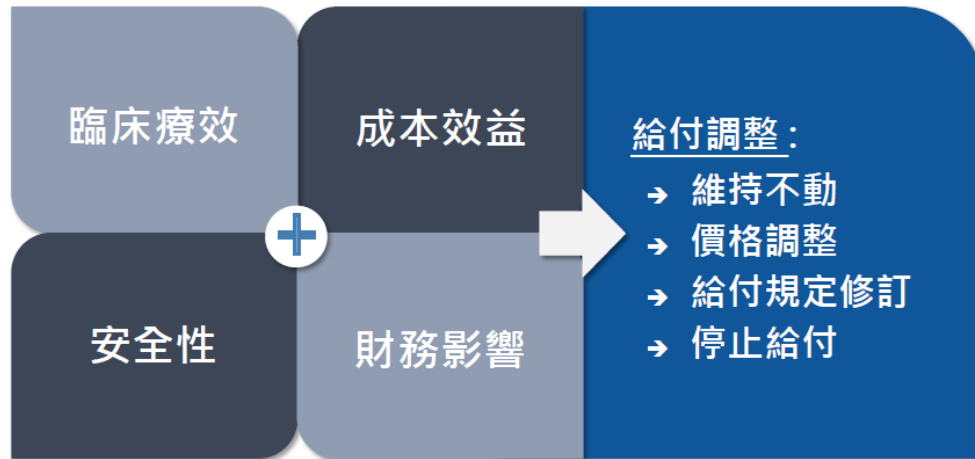




## 我國醫療科技再評估機制(4/4)



### 4. HTR 審議/決策考量



25



## 我國醫療科技再評估110年執行成果



- 110年已完成9項藥品之再評估作業，並提出相關藥品給付規定修訂建議，未來將依行政程序提請藥品專家會議及共同擬訂會議討論，後續依會議決議辦理。
- 本次再評估藥品品項分屬心臟血管藥物、原發性肺動脈高壓藥物、復發型多發性硬化症藥物、轉移性直腸結腸癌藥物、抗病毒藥物等5大類。

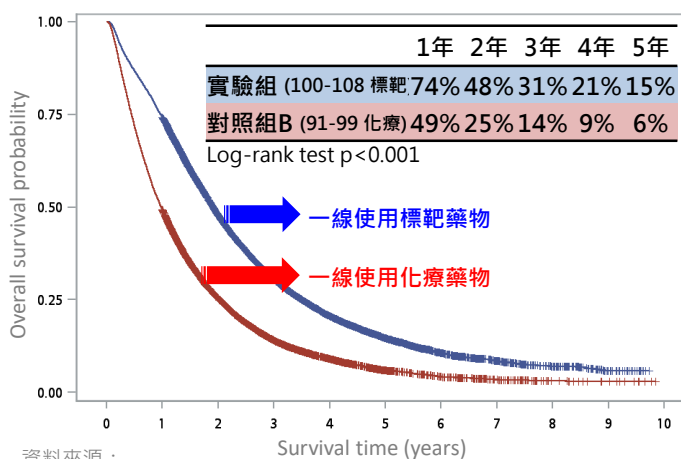
26

# 新醫療科技導入後之成果效益

27



## 肺癌治療-標靶/化療對病人存活率 效益分析

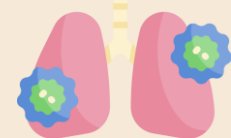


資料來源：

1. 期別資料取至癌症登記檔，資料年度為91-108年。
2. 用藥資料取至健保倉儲資料，資料年度為91-109年。
3. 病人存活資料取自戶政檔，取得時間為111.3.7，實驗組與對照組病人追蹤時間最多10年。

### ➤ 晚期非小細胞肺癌病人存活率分析

- 一線使用**標靶藥品**之存活率顯著高於使用**化療藥物**之對照組，第1年尤為明顯
- 健保收載標靶藥品且用於**晚期肺癌第一線治療**，對於病人存活率有顯著助益

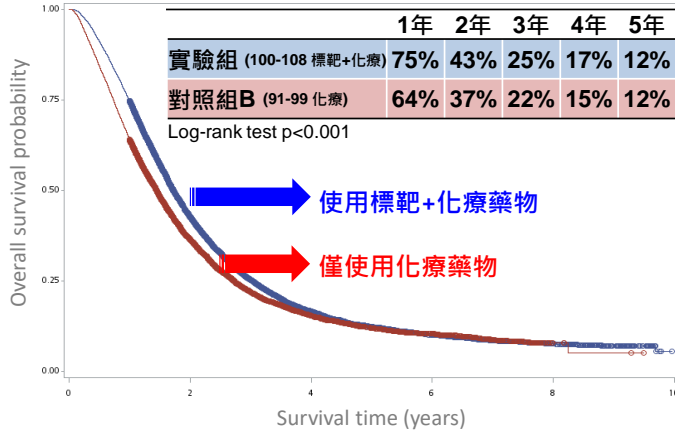


28





# 結腸直腸癌治療-標靶/化療對病人存活率分析

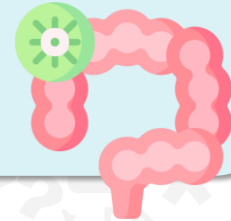


資料來源：

1. 期別資料取自癌症登記檔，資料年度為91-108年。
2. 用藥資料取自健保倉儲資料，資料年度為91-109年。
3. 病人存活資料取自戶政檔，取得時間為111.3.7，實驗組與對照組病人追蹤時間最多10年。

## ➤ 晚期結腸直腸癌病人存活率分析

- 同時使用標靶合併化療之組別，存活率顯著高於僅使用化療藥物之對照組
- 健保收載標靶藥品對晚期結腸直腸癌病人之存活有助益





# 附錄



檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140號

聯絡人：賴先生

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3月16日

發文字號：健保醫字第1110660198號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：無

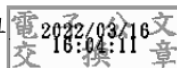
主旨：貴會原訂於111年3月25日召開之第5屆111年第3次委員會報告「109年健保收入超過2億元之醫療院所財務報告之公開情形」，建請延後至111年6月24日報告，請查照。

說明：

- 一、依據貴會111年衛生福利部全民健康保險會工作計畫辦理。
- 二、考量本署公開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，須再多蒐集各界意見使公開內容更臻完備，原訂報告時程懇請延後辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：本署醫務管理組、本署企劃組、本署資訊組



111.03.17



1113340050

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 書函

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

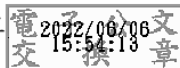
發文日期：中華民國111年6月6日  
發文字號：健保醫字第1110661358號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：無

主旨：貴會原訂於111年6月24日召開之第5屆第6次委員會請本署報告「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」案，建請視疫情狀況，另擇期報告，請查照。

說明：

- 一、依據貴會111年衛生福利部全民健康保險會工作計畫暨本署111年3月16日健保醫字第1110660198號書函(諒達)辦理。
- 二、考量目前本土COVID-19大流行疫情嚴峻，為避免公開後輿論關切影響醫療體系及防疫規劃之運作，原訂報告時程懇請延後，本署視疫情狀況再擇期報告。

正本：衛生福利部全民健康保險會  
副本：本署醫務管理組、本署企劃組



111.06.07



1113340111

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140號  
聯絡人：吳佳頻  
聯絡電話：02-27065866 分機：3600  
傳真：02-27069043  
電子郵件：A111094@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9日  
發文字號：健保醫字第1110661368號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：無

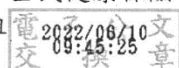
主旨：有關貴會第5屆111年第4次委員會議決議，請本署於6月份提出「部分負擔調整案實施後政策效益及其改善醫療資源合理利用之監測指標」案，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依據貴會第5屆111年第4次委員會議決議辦理。
- 二、旨揭部分負擔調整案，業經衛生福利部於111年5月12日註銷，考量後續調整方案之變動性，爰暫不提報。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：本署企劃組



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：陳則均  
聯絡電話：(02)8590-6762  
傳真：(02)8590-6048  
電子郵件：hgalam221206@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年6月2日  
發文字號：衛部保字第1111260200號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)1份

主旨：檢陳「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」1份，報請鑒核。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第60條規定辦理。
- 二、有關「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」(詳附件)，係以111年度全民健康保險醫療給付費用總額(以下稱111年健保總額)為基期，經考量投保人口結構改變、醫療服務成本及人口數成長對醫療費用之影響，以及配合政策目標，兼顧民眾醫療需求與醫療體系發展，與衡量民眾付費能力、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形所擬。爰建議112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍為8,198.84億元至8,500億元，亦即較111年健保總額之成長率為1.28%(103.61億元)至5%(404.77億元)。





正本：行政院

副本：衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會

## 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)(節錄)

### 第三章 112 年度健保醫療給付費用總額範圍擬訂

#### 第一節 112 年總額範圍(草案)

本部所擬之 112 年度健保醫療給付費用總額範圍，係以 111 年度健保醫療給付費用總額為基期，總額範圍下限金額 8,198.84 億元至上限金額 8,500 億元。

112 年度健保醫療給付費用總額範圍擬訂公式如下：

$$\begin{aligned} & \text{112 年度健保醫療給付費用上(下)限金額} \\ & = \text{111 年度健保醫療給付費用} \times (1 + \text{112 年度健保醫給} \\ & \quad \text{付費用成長率之高(低)推估值}) \end{aligned}$$

上述公式內各因子之數值為

111 年度健保醫療給付費用=約 8,095.23 億元

低推估值=1.28%

高推估值=5%

高推估值為低推估值加上協商因素而得，其中協商因素係依據 112 年度健保政策目標而訂定，112 年協商因素成長率為 3.72%，增加金額 301.16 億元。

以下分別對於公式各因子之定義及其計算說明如下：

#### 一、111 年度健保醫療給付費用

為 112 年總額範圍擬訂公式之基期，係以 111 年度健保醫療給付費用公告之金額，將於一般服務扣除 110 年「未導入預算扣減」部分，即得基期淨值約為 8,095.23 億元。

8,095.62 億元(111 年度健保醫療給付費用公告之金額)-  
0.39 億元(未導入預算扣減)= 8,095.23 億元

二、低推估值 (1.28%，增加 103.61 億元)

低推估值係按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率，A」、「醫療服務成本指數改變率，B」及「投保人口預估成長率，C」分別計算後，合併為醫療服務成本及人口因素成長率，其公式如下：

$$\begin{aligned} \text{醫療服務成本及人口因素成長率} &= [(1+A+B) \times (1+C)] - 1 \\ \text{即} &= [(1+1.829\%+0.401\%) \times (1+(-0.264\%))] - 1 \\ &= 1.960\% \end{aligned}$$

低推估值=醫療服務成本及人口因素成長率以 111 年一般服務預算占率(87.015%)校正後，並校正 110 年投保人口成長率差值(-0.426%)，最終得出低推估成長率為 1.28%。

醫療服務成本及人口因素成長率之各因素如下表：

項目	成長率
(A) 投保人口結構改變對醫療費用之影響率	1.829%
(B) 醫療服務成本指數改變率	0.401%
(C) 投保人口預估成長率(註)	-0.264%
<b>醫療服務成本及人口因素成長率</b>	<b>1.960%</b>

註：「投保人口預估成長率」係以 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）。

(一)投保人口預估成長率(-0.264%)

按最近一年可取得之實際投保人口成長率，即 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。109 年投保人口數為 23,751,899 人，110 年為 23,689,235 人，成長率為-0.264%。

## (二)投保人口結構改變對醫療費用之影響率(1.829%)

以 109 年每人醫療費用為基礎，計算 110 年對 109 年保險對象人口結構之影響(依年齡、性別分組，年齡以 1 歲為 1 組)，其影響率為 1.829% (表 6-1)，另併附年齡以 5 歲為 1 組之計算結果，供參(詳表 6-2)。

## (三)醫療服務成本指數改變率(0.401%)

### 1. 成本指數之內涵

醫療服務成本係依各總額部門，分有「人事費用」、「藥品費用」、「醫療材料費用」、「基本營業費用」以及「其他營業費用」五項成本類別，就各項之權重及指數，計算其變動率。

在權重方面：各總額部門各項成本之權重，自 109 年總額起，係採行政院主計總處 105 年工業及服務業普查調查之「醫事機構專案調查」之調查結果，取去除「最高及最低 5%極端值」後之平均數。

在指數方面：依據 106 年底暨 109 年底總額公式檢討結果，計算各項醫療服務成本指數之採計，除「藥品費用」與「醫療材料費用」2 項目由行政院主計總處另行計

算外，其餘採用行政院主計總處例行公告之指標項目及數值。

## 2. 醫療服務成本指數改變率之數值

前述各項成本指數，係以 105 年為基期(訂為 100)，計算 110 年對 109 年各指數年增率，並將各總額部門之服務成本指數改變率，按其 110 年醫療給付費用占率值加權計算而得總醫療服務成本指數改變率為 0.401%(表 7)。

(四)前述醫療服務成本及人口因素成長率之計算結果(1.960%)，再以 111 年一般服務預算占率(87.015%)校正，以及校正 110 年投保人口數值(-0.426%)後，成長率為 1.28%(增加約 103.61 億元，預估總額下限金額約為 8,198.84 億元)。

## 三、高推估值(5%，增加 404.77 億元)

(一)高推估值即低推估值加上協商因素(3.72%，增加金額 301.16 億元)，其中協商因素係依據 112 年度總額政策目標對醫療費用之影響為主，並兼顧醫療體系之發展，與衡量民眾付費能力(含總體經濟情勢)、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形等所擬，作為健保會協議訂定及分配 112 年度總額之空間。

(二)112 年度健保政策目標、內涵及增加金額，分述如下：

1. 整合公共衛生體系與健保資源，發展以人為本的照護模式，積極提升民眾健康【改善健康、提升效率與維持公平】，共 47.87 億元。

- (1) 推動群體健康，結合公務預算與健保資源，強化慢性病預防、整合疾病管理與病人自我照護。
  - (2) 擴大推動住院整合照護服務，持續落實院內感染管控措施，減輕民眾住院照顧負擔。
  - (3) 持續辦理 C 型肝炎照護，發展早期介入照護模式，提升支付效率，以順利達成國家消除 C 肝政策綱領設定 2025 年消除病毒性肝炎的目標。
  - (4) 以資通訊科技革新醫療服務模式，持續推動雲端藥歷與健康存摺，提升民眾健康自主權及自我充能 (empowerment)，加強民眾進行自我健康管理。
  - (5) 建立癌症篩檢陽性個案診療模式，以醫療品質為導向，確保癌症病人之診療與照護品質。
2. 精進醫療照護相關體系，以民眾健康為導向，提升醫療品質與服務效率，及醫療資源合理分配【改善健康、提升效率與維持公平】，共 165.65 億元。
- (1) 賡續推動分級醫療及落實轉診制度，辦理各項轉診獎勵方案及放寬基層可執行之項目。
  - (2) 持續檢討現行家庭醫師整合性方案，建立家庭責任醫師制度。
  - (3) 檢討現行急性期、急性後期與居家醫療照護服務，透過醫療及長照資源之整合，優化各項服務間之轉銜機制。

- (4) 強化安寧緩和醫療之重要性，鼓勵呼吸器依賴患者脫離呼吸器，提高臨終照護品質。
  - (5) 強化跨院所、跨專業與公私協力之精神衛生照護服務，鼓勵醫師視病情需求施打精神科長效針劑，使病人穩定就醫、回歸社區，提升生活品質。
3. 推動健保給付支付制度改革，減少無效醫療，提升給付與支付效率【改善健康、提升效率與維持公平】，共 19.46 億元。
- (1) 研議導入健保給付再評估(HTR)與強化健康科技評估(HTA)制度，提升給付價值。
  - (2) 推動 DRG 支付制度，試辦以醫院為單位導入之計畫，尊重專業自主，發揮醫院管理量能，提升支付效率。
  - (3) 試辦門診包裹支付制度，強化醫療院所財務與民眾賦能，引導提升品質與療效。
  - (4) 改革藥品給付支付制度，促使醫療資源合理分配，檢討整體藥品給付結構，適當再評估及檢討已收載藥品之支付標準。
4. 增進醫療服務價值，提升服務量能，持續引進新藥物、新醫療技術及新服務模式，合理調整給付條件【改善健康、提升效率與維持公平】，共 48.39 億元。
- (1) 建立定期檢討醫療服務支付標準相對值表合理性之制度。
  - (2) 制度化引進新藥物、新醫療技術及新服務模式。

5. 保障保險對象之醫療權益，合理反映偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源之分布【維持公平、改善健康】，共 19.78 億元。
- (1) 鼓勵發展遠距醫療及其照護模式，合於《通訊診察治療辦法》之規定下，落實遠距照護、遠距醫療以及遠距會診模式，運用科技實現「醫療零偏鄉」的願景。
  - (2) 持續提升特殊族群之照護，如罕見疾病、血友病、愛滋病患者之用藥及器官移植者等醫療照護。
  - (3) 持續加強偏鄉醫療照護，提高資源分配公平性，並保障弱勢族群就醫可近性。
- (三)減列預算項目除違反健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣減費用 2.51 億元外，尚有配合 C 型肝炎治療預計人數之下降、牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫、精神科長效針劑藥費、提升保險服務成效等計畫執行情形減列相關預算共 14.32 億元，其減列金額已含納於前述政策目標。



## 第二節 總額公式檢討歷程

### 一、緣起

本部於 110 年初成立之「總額範圍擬訂公式檢討工作小組」，將健保會、醫界與付費者團體等各界意見納入公式檢討作業，並於 110 年陸續召開 2 次工作小組會議，歸納修訂議題。後續邀集各專業領域專家學者召開多次專家諮詢會議，並將其建議彙整研議後，於 111 年 3 月 14 日召開第 3 次工作小組會議，確認可納入 112 年度總額範圍之修訂項目，接續並於 111 年 3 月 15 日召開 112 年總額擬訂方向會議，邀集付費者、醫界及相關政府單位，進行討論與凝聚共識。

### 二、各界意見彙整

彙整自 101 年至 109 年本部召開相關會議之醫界、付費者、專家學者及相關政府單位等，對健保醫療給付費用總額範圍擬訂公式之意見，重點摘述如下：

- (一)總額基期區分為一般服務及專款，近幾年來發現專款預算可能高估或整筆未使用，但一般服務基礎大，加上成長率又是複利計算，每年國發會都提出總額基期重複計算，每年累積下來，又複利計算，是總額基期一直存在的問題，建議可扣除總額專款未使用之預算，精確計算基期值。
- (二)專款計畫有些是政策性、也有些是試辦計畫，應該實施 3 至 5 年後，有具體成效才納入基期列入一般預算，如果沒有成效就應該退場。因此，將專款納入前一年的總額基期計算是不合理的。
- (三)現在推動很多節流措施，但總額卻不斷成長，這是不合理的，

協商公式減項係為因應法定政策及各方面改變所導致費用的下降，應將它納入考量，所以建議往後可將減項納入協商參考。

- (四)資料係為落後 2 年之資料，所以每年須進行校正人口數回補金額的問題，為避免人口負成長之影響，建議回到 90 年至 94 年度之每人平均費用，乘以季中實際人口數。
- (五)95 年度總額以前所採用「每人」醫療給付費用成長率範圍的公式，即先計算出新年度每人醫療給付費用再乘上新年度實際投保人口數。之前醫界擔心無法預期成長率，但總額已實施多年，結構應已固定，成長率應較可預期，且當年度即反映應比二年後反映較為合理。

**111 年度總額範圍諮詢健保會**，委員針對低推估公式之各項指標、基期減項提供相關意見，摘要如下：

(一)醫療服務成本指數改變率(MCPI)

1. 躉售物價指數為負值，惟民生用品價格、醫院採購藥品及醫療器材之成本並未下降，應檢討指數之真實性。
2. 進、出口物價指數都是下降的，與躉售物價指數的趨勢相符。

(二)投保人口結構改變對醫療費用之影響率

1. 檢討投保人口結構改變對醫療費用之影響率。現行公式不是反應特殊人口對於醫療費用之影響，而是反應整體人口成長對醫療費用的影響。
2. 建議健保署利用健保大數據，分析各年齡層 1 年的醫療

費用，以了解人口老化對醫療費用之影響。

### (三)投保人口預估成長率

1. 鑒於 110 年 1 月至 3 月自然成長率為負值，投保人口預估成長率應比主管機關所提供之 0.136% 低。
2. 倘若 110 年人口成長為負值，則會延後在 112 年度總額預算反應。

(四)政策所減省費用應列為總額減項：應將政策引導之健保之節流成效列為減項。例如：藥品給付管理協議(MEA)、雲端藥歷、檢查(驗)結果上傳及管理、C 肝新藥等，減列項目效益高達 183.9 億元，建議列入減項。

綜整總額範圍擬訂公式修訂及政策目標規劃，本部將其結果納入 112 年總額範圍草案，為求慎重，先行於 111 年 3 月 15 日召開「112 年總額範圍擬訂方向會議」，邀請付費者、醫界及相關政府單位，報告相關修訂內容，惟醫界代表對總額公式相關指標之修訂內容有較多疑慮，會議後分別以台灣醫院協會、台灣私立醫療院所協會名義來函表達異議(詳附錄 3)，摘述如下：

- (一)「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」係以「平均每人醫療費用」為概念，亦即該數據將反映我國人口老化問題。如將原計算方式之「總人口百分比」改為「總人口數」，將減少一次總人口數之計算，影響公式之正確性。有關總人口數減少之情形已由「投保人口預估成長率」之數據反映，如修正公式反而造成重複計算，而醫療費用大幅減少。建議「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」應維持現行公式以「各年齡性別組別占總人口數百分比」計算，不須變更。

- (二)反對「醫療服務成本指數改變率(MCPI)」移列至「上限」範圍，應先檢討其為負值之原因，而非變相更改為協商項目。
- (三)總額公式為三年修正一次，現行公式適用於111年-113年，不應於112年直接修正。總額公式變更之影響甚鉅，請先行邀請各總額部門共同參與研議討論，維護醫界權益。

### 三、相關修訂方向與結果

#### (一)模擬固定基期及移動基期：

1. 固定基期是在分析變化時，作為對比的時期固定不變；移動基期是在分析變化時，以前一期作為對比基準時期，移動基期會隨著需要比較的報告期不斷變動。依據「全民健康保險醫療給付費用總額範圍擬訂公式檢討工作小組」第1及第2次會議紀錄之決議，以100年至109年健保之實際資料估算下列4種基期之費用進行比較，包含：  
(一)移動基期，採前1年度為基期；(二)3年平均為基期，採前3年年度之平均為基期；(三)固定基期，採5年為期：100年、105年；(四)固定基期，採10年為期：100年。
2. 依據111年3月14日公式檢討會議，決議維持採用現行移動基期，惟每年總額範圍擬訂之成長率及實際金額須確實呈現，並以實際金額為主。

#### (二)投保人口結構改變對醫療費用之影響率(A)：

1. 研議將計算式之「各年齡層人數百分比」改為「各年齡層實際總人數」，並以國發會「中華民國人口推估(2020至2070年)」之資料推估110至128年數值趨勢如下所示：

年	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119
建議公式	1.466%	1.626%	1.644%	1.657%	1.598%	1.481%	1.552%	1.499%	1.435%	1.377%
現行公式	1.541%	1.752%	1.756%	1.724%	1.749%	1.631%	1.732%	1.703%	1.665%	1.631%
年	120	121	122	123	124	125	126	127	128	
建議公式	1.305%	1.334%	1.177%	1.078%	1.036%	0.957%	0.841%	0.747%	0.664%	
現行公式	1.588%	1.648%	1.525%	1.513%	1.486%	1.389%	1.369%	1.298%	1.265%	

2. 雖於 111 年 3 月 14 日第 3 次工作小組會議獲多數專家學者同意修訂方向，惟 3 月 15 日 112 年總額擬訂方向會議未凝聚共識，將再研議及與各界溝通。

(三)醫療服務成本指數改變率(MCPI)：

1. 建議將 MCPI 移列至高推估，同時做為支付標準調整預算來源。
2. 於 111 年 3 月 14、15 日會議提案討論，惟各界意見仍有疑慮，未來將接續檢討其內涵與定義，並且嘗試研擬預測模型，以解決落後指標與現實有所落差之問題。

(四)給付支付改善成效回饋款：

1. 參採 111 年各總額部門醫療給付費用協定文字，可分為：
  - 「檢討項目實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源」
  - 「依年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度」
  - 「年度結束前未依時導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度」
  - 「依年度預算執行結果，於一般服務扣減與該項專款項目重複部分之費用」
 等 4 種處理方式，其中，「成效回饋」部分則待健保會確認後再納入總額基期計算；至

於「未執行額度扣減」、「未導入預算扣減」和「重複部分扣減」等 3 部分，經諮詢健保會後，將配合健保會現行各部門總額協商架構，於基期減列一般服務未導入之預算；專款扣除未執行額度部分，考量尚未凝聚共識，未來本部將持續溝通與研議，暫不列入 112 年度總額範圍處理。

2. 未來於健保會協商各部門總額相關計畫之前，提案時應先訂定好相關 KPI，須有相關規劃，包括：提案為幾年計畫、成效評估標準為何、執行後應如何回饋付費者和醫界，將可能產生疑義的地方預先處理，以減少協商後須再協商，如果評估標準達到或者更好，就擴大辦理或持續辦理，不好的話就減少預算或退場。

### 第三節 政策目標擬訂歷程(中長期改革計畫)

#### 一、政策目標擬訂原則與精神

為使健保永續經營，投資民眾健康，健保改革是持續且刻不容緩的任務。過去健保總額政策目標之擬訂，多參酌醫療服務提供者等各界，以年度為基準所提出之健保給付項目或計畫；惟政策推動應長遠規劃，以中長期政策為方向，確立目標，再發展相關計畫來相輔相成，方得提升健保資源之運用實益，爰擬逐步將政策目標作「制度化」之轉型，再由醫療服務提供者等各界、跨司署單位依政策目標提出可實踐之計畫及方案。

政策目標擬訂之精神，係架構於「維持公平」、「提升效率」、「改善健康」之三大健保核心價值，並以全民健康需求、整體健保效益為主軸，延續健保總額具發展效益之項目及計畫，並推動「全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫(110年-114年)」(以下稱健保總額中長期改革計畫)。

#### 二、健保總額中長期改革計畫之推動

健保總額中長期改革計畫之內容包含促進公共衛生、醫療服務、照護服務體系間的合作，經費來源除了健保基金外，本部之公務預算及相關基金亦一併投入，俾使資源利用最大化，並提供保險對象以人為本的照護。

計畫推動說明如下：

(一)依部長歷次裁示之規劃原則：

1. 配合總額制度，計畫之行政作業係以「年度」視之，但健康政策應採更長遠之規劃，以保障國民健康。
2. 政策之執行，應將健保視為促進國人健康之工具，妥適連

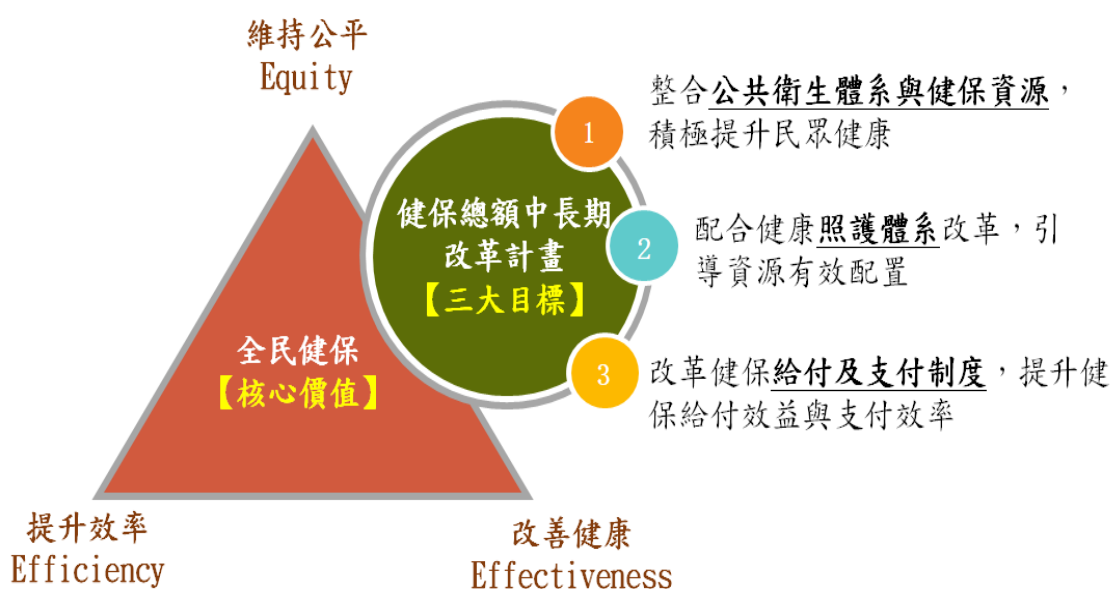
結健保資源與制度，提高政策效益與健保價值，促進醫療品質並投資民眾健康。

3. 促進衛生政策與健保之合作，以整體政策規劃之角度，引導各項計畫水平整合、發揮專業、積極溝通。

## (二) 辦理情形：

本部於 109 年 9 月成立「全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫推動協調會報」，由陳部長時中擔任召集人，薛次長瑞元擔任副召集人，相關司署之首長及特聘專家學者為委員，作為健保改革溝通合作平台。除每季召開推動協調會報外，亦視需要召開工作小組會議。110 年業辦理 4 次推動協調會報及 4 次工作小組會議，111 年亦完成第 1 次推動協調會報。

## (三) 計畫之三大目標：





(四) 計畫之八大策略：

- 策略一：醫療及行政資源合理分配。
- 策略二：健保資源結合公務預算。
- 策略三：發揮健保各分區行政量能。
- 策略四：改革應兼具民眾賦能，醫護當責。
- 策略五：強化醫療專業自主。
- 策略六：強化初次級照護，管控疾病源頭，落實群體健康管理。
- 策略七：提供有效醫療，減少無效醫療。
- 策略八：發展多元照護模式。

(五) 計畫之三大框架與各司署推動之方案：

序號	框架	方案
1	框架I: 結合公衛與健保資源，發展照護模式，提升健保支付效率	I-1 推動「國家慢性病整合防治計畫」，發展多元慢性病照護模式
2		I-2 建立住院整合照護計畫
3		I-3 結合長照資源，推動連續性照護
4		I-4 發展早期介入照護模式(C肝)
5	框架II: 藉由健保制度，精進醫療照護相關體系，提升服務效率	II-1 強化精神照護體系
6		II-2 重整醫療體系架構
7	框架III: 健保給付支付制度改革，減少無效醫療，提升給付效益與支付效率	III-1 提供獎勵誘因，推動 DRG 雙軌制
8		III-2 推動門診包裹式支付
9		III-3 改革藥品給付支付制度
10		III-4 導入健康科技評估(再評估)制度 (A 藥品、特材、B、新診療項目)

(六) 推動方案之重點：

1. I-1 推動「國家慢性病整合防治計畫」，發展多元慢性病照護模式：

推動「代謝症候群防治計畫」，結合危險因子防治，藉由疾病管理指導及個案追蹤管理方式，增進代謝症候群患者之自我健康管理識能；透過改變生活型態、提升自我健康照護，減少患者發展為慢性病人之速度、進程與風險，減輕健保醫療負擔、提升給付效率。

2. I-2 建立住院整合照護計畫：

建立住院整合照護模式，讓醫院依病房特性及病患疾病嚴重程度，分級分工提供住院照顧，提升住院照護品質，逐步改變陪病文化（家屬探病不陪病），永續醫院照護人力、有效築起醫院感控機制，並減輕民眾因住院產生之照顧及經濟負擔。

3. I-3 結合長照資源，推動連續性照護：

建立失智照護網絡，提供個案服務管理、認知促進，並提供照顧者支持團體及訓練課程。由單一主責醫師提供居家失能個案醫療照護與醫師意見書，掌握個案健康情形、控制慢性病惡化。由單一醫療機構主責醫師專責照護機構之健康管理，降低住民就醫之感染風險，維護住民健康。

4. I-4 發展早期介入照護模式(C肝)：

賡續推動C肝防治，放寬40-60歲原住民及年滿45-79歲一般民眾的B、C肝篩檢、提高病毒量檢驗轉介率及C型肝炎全口服新藥治療率，將C肝全口服新藥納入健保給付、放寬給付條件並取消處方C肝新藥的科別限制。

## 5. II-1 強化精神照護體系：

提高醫療院所對於新發病或不穩定個案之管理，穩定精神病人就醫，發展精神病之早期治療與服務模式。運用長效針劑提高病情穩定度，關懷高風險個案，逐步建構連續性照護服務，減少住院之醫療成本、強化社會安全。

## 6. II-2 重整醫療體系架構：

透過緊急後送及轉診機制之強化以達區域聯防，提升偏遠及醫療資源不足地區之醫療可近性。建立急性後期照護模式，促進病床資源運用效能。另強化周產期照護區域網絡之功能，提升高危險妊娠轉診機制（產前轉診）與新生兒外接醫療照護品質。

## 7. III-1 提供獎勵誘因，推動 DRG 雙軌制：

透過提供財務誘因，以醫院為單位招募有意願參與之醫院，推動住院案件逐步導入量多、有臨床路徑項目的 DRG 支付制度，評估衝擊並依參與醫院之實施經驗，逐步修正並完善 DRG 支付制度，以達全面導入 DRG 支付制度之政策目標。

## 8. III-2 推動門診包裹式支付：

鼓勵醫師及醫療機構積極治療病人，改善病人治療品質，減少不必要服務，病人及家屬往返醫院次數，降低整體社會成本，並建立成效評估機制，視推動情形擴大不同疾病別之門診包裹式支付方式，並提供實質機及照護獎勵誘因，改善醫療照護品質。

## 9. III-3 改革藥品給付支付制度：

持續優化新藥納入健保給付審議機制、建立藥品支付

標準調整機制、適當再評估及檢討已收載藥品之支付標準及透過總額減少藥價差機制，在健保資源有限之下，檢討整體藥品給付結構之合理性，以調配資源使全體保險對象得到更好的健康照護。

#### 10. III-4 導入健康科技評估(再評估)制度：

規劃新納入健保給付項目導入「健康科技評估」(HTA)機制、檢討現行給付之既有項目以「健康科技再評估」(HTR)，透過溝通平台建立與實務整合執行，精進流程、機制與實施模式，建立透明、系統性的實證評估與低效益退場機制，逐步優化健保給付制度。

#### 第四節 總額範圍諮詢健保會委員意見彙整

依據健保法第 60 條，於 111 年 4 月 21 日健保會委員會議提案諮詢，其中健保會幕僚評估現行行政作業，提供相關意見之外，醫界代表另以台灣醫院協會、台灣私立醫療院所協會及中華民國醫師公會全國聯合會名義再次來函表示意見，有關諮詢會議各界委員意見與本部說明摘述如下(詳附錄 3)：

- (一)付費者委員認為高推估值過高，明年勢必面臨調漲保費的問題；另近年受 COVID-19 疫情影響，民眾經濟負擔加重，建議年度總額範圍之高推估不宜過高，應審慎評估其合理性。
- (二)付費者、醫療服務提供者、專家學者及公正人士等委員皆表示，政策目標不應納入預防保健等項目，預算支應範圍，建議審酌政策項目預算來源之合理性，避免壓縮重要服務項目之協商空間；另針對總額公式及基期計算方式表示以下疑義：
  1. 付費者認為 112 年度總額基期改採淨值，考量一般服務

預算會納入基期累進成長，扣減前開未執行額度，應屬合理；專款項目是零基預算，未執行額度回歸安全準備，建議維持現行做法，並視執行成效檢討編列專款預算。

2. 醫療服務提供者則認為 112 年度總額基期採「淨值」及低推估公式修正規劃，與醫界未有共識，建議暫緩實施、維持原案，並持續與醫療團體充分溝通。
3. 請檢討低推估之設定及計算方式之合理性，「醫療服務成本指數改變率」之藥品、醫療儀器及用品指數，係以躉售物價指數計算，無法反映國內市場價格及醫療院所實際購買成本，建議檢討參數之合理性。
4. 總額推估公式應以實證資料做基礎，並將預防醫學所產生效益的實證資料納入總額推估及基期反映，建議未來可思考以實證精算方式計算年度總額。總額公式歷經多年演變，公式間互有連結及關聯，尚需集思廣益研議修訂。

(三)健保會幕僚意見如下：

1. 有關「成效回饋款」規劃，該會表示年度總額協定事項及辦理時程，涉及一般服務扣款或節流效益納入總額財源部分，已請健保署後續提報規劃之處理方式及執行結果，並於未來納入年度總額協商考量。
2. 有關建議健保會未來協商各部門總額相關計畫時，應先訂定 KPI、提案為幾年計畫、成效回饋等規劃事項，該會表示擬納入 112 年總額協商架構及原則與程序案討論，並作為總額協商及協定事項之依據。

考量上述各界意見，有關 112 年度總額範圍擬訂公式之修訂，將配合健保會現行各部門總額協商架構，於基期減列一般服

務未導入之預算；專款扣除未執行額度部分，考量尚未凝聚共識，未來本部將持續溝通與研議，暫不列入 112 年度總額範圍處理。另有關「醫療服務成本指數改變率」，將持續研議其內涵與定義，並且嘗試研擬預測模型，以解決落後指標與現況有所落差之問題。

表 6-1、投保人口結構改變對醫療費用之影響率(每 1 歲為 1 組)

年齡 組別	109 年			109 年			110 年		
	每人年申報點數			保險對象人數%			保險對象人數%		
	女性	男性	小計	女性	男性	小計	女性	男性	小計
0 歲	20,945	21,879	21,429	0.32%	0.35%	0.67%	0.30%	0.33%	0.63%
1 歲	19,892	24,671	22,367	0.35%	0.38%	0.73%	0.33%	0.36%	0.69%
2 歲	15,103	18,552	16,888	0.37%	0.40%	0.77%	0.35%	0.38%	0.73%
3 歲	15,947	19,693	17,887	0.40%	0.43%	0.83%	0.37%	0.40%	0.77%
4 歲	16,447	21,074	18,850	0.42%	0.45%	0.87%	0.40%	0.43%	0.83%
5 歲	15,993	21,898	19,056	0.43%	0.46%	0.89%	0.42%	0.45%	0.87%
6 歲	15,694	19,799	17,817	0.40%	0.43%	0.84%	0.43%	0.46%	0.89%
7 歲	11,200	13,192	12,232	0.43%	0.46%	0.89%	0.40%	0.43%	0.84%
8 歲	11,393	12,775	12,109	0.44%	0.47%	0.91%	0.43%	0.46%	0.89%
9 歲	10,703	13,092	11,944	0.37%	0.40%	0.76%	0.44%	0.47%	0.91%
10 歲	8,498	10,496	9,541	0.35%	0.39%	0.74%	0.37%	0.40%	0.76%
11 歲	8,958	9,517	9,249	0.39%	0.42%	0.81%	0.35%	0.39%	0.74%
12 歲	7,545	10,079	8,870	0.40%	0.44%	0.83%	0.39%	0.42%	0.81%
13 歲	8,484	10,233	9,398	0.40%	0.44%	0.84%	0.40%	0.44%	0.84%
14 歲	8,506	9,562	9,059	0.40%	0.44%	0.85%	0.40%	0.44%	0.84%
15 歲	8,617	9,700	9,183	0.42%	0.46%	0.88%	0.41%	0.45%	0.85%
16 歲	8,660	9,759	9,238	0.43%	0.48%	0.91%	0.42%	0.46%	0.88%
17 歲	9,185	9,997	9,610	0.46%	0.51%	0.97%	0.43%	0.48%	0.91%
18 歲	10,740	10,253	10,486	0.50%	0.54%	1.04%	0.47%	0.52%	0.99%
19 歲	9,830	9,492	9,654	0.57%	0.62%	1.20%	0.50%	0.55%	1.06%
20 歲	11,838	10,387	11,078	0.60%	0.66%	1.27%	0.58%	0.63%	1.21%
21 歲	12,117	10,723	11,390	0.58%	0.63%	1.21%	0.61%	0.67%	1.28%
22 歲	10,815	9,335	10,047	0.62%	0.67%	1.30%	0.58%	0.63%	1.22%
23 歲	12,431	10,385	11,375	0.69%	0.73%	1.42%	0.62%	0.67%	1.28%
24 歲	12,945	10,247	11,550	0.69%	0.74%	1.43%	0.68%	0.73%	1.41%
25 歲	13,465	10,972	12,179	0.69%	0.74%	1.43%	0.69%	0.74%	1.42%
26 歲	13,648	10,591	12,071	0.70%	0.74%	1.44%	0.69%	0.74%	1.43%
27 歲	14,595	11,098	12,796	0.71%	0.75%	1.46%	0.70%	0.75%	1.44%
28 歲	15,468	11,540	13,437	0.69%	0.74%	1.44%	0.71%	0.75%	1.45%
29 歲	15,773	11,529	13,578	0.70%	0.75%	1.46%	0.69%	0.74%	1.43%
30 歲	17,210	12,307	14,688	0.71%	0.76%	1.47%	0.70%	0.76%	1.46%
31 歲	16,899	12,166	14,478	0.71%	0.74%	1.46%	0.71%	0.76%	1.47%
32 歲	19,107	14,195	16,612	0.71%	0.74%	1.45%	0.71%	0.74%	1.45%
33 歲	18,849	13,868	16,357	0.69%	0.69%	1.39%	0.71%	0.74%	1.45%
34 歲	18,078	13,944	16,034	0.73%	0.71%	1.44%	0.69%	0.69%	1.38%
35 歲	18,644	14,948	16,832	0.81%	0.78%	1.58%	0.72%	0.71%	1.43%
36 歲	19,202	15,849	17,561	0.84%	0.80%	1.64%	0.80%	0.78%	1.58%
37 歲	18,707	16,236	17,507	0.89%	0.84%	1.72%	0.83%	0.80%	1.64%
38 歲	19,338	17,640	18,515	0.92%	0.86%	1.78%	0.88%	0.84%	1.72%
39 歲	19,697	18,937	19,329	0.92%	0.86%	1.78%	0.91%	0.86%	1.78%
40 歲	19,679	19,587	19,635	0.92%	0.86%	1.78%	0.92%	0.86%	1.78%
41 歲	20,863	21,262	21,057	0.91%	0.86%	1.77%	0.92%	0.86%	1.78%
42 歲	21,362	22,976	22,145	0.87%	0.82%	1.69%	0.91%	0.86%	1.76%
43 歲	20,791	22,716	21,724	0.89%	0.83%	1.72%	0.87%	0.82%	1.68%
44 歲	23,940	26,527	25,195	0.85%	0.80%	1.65%	0.88%	0.83%	1.72%
45 歲	23,910	26,302	25,063	0.79%	0.73%	1.52%	0.85%	0.80%	1.65%
46 歲	24,272	28,048	26,101	0.76%	0.72%	1.48%	0.78%	0.73%	1.51%
47 歲	25,263	29,037	27,094	0.76%	0.71%	1.47%	0.76%	0.72%	1.48%
48 歲	26,079	30,000	27,985	0.76%	0.72%	1.48%	0.76%	0.71%	1.47%
49 歲	27,481	31,533	29,462	0.77%	0.74%	1.51%	0.76%	0.72%	1.48%
50 歲	28,680	33,173	30,881	0.78%	0.75%	1.53%	0.77%	0.74%	1.51%
51 歲	29,772	34,912	32,297	0.77%	0.75%	1.52%	0.78%	0.75%	1.53%
52 歲	31,376	36,200	33,750	0.76%	0.74%	1.49%	0.77%	0.74%	1.51%
53 歲	30,915	37,202	34,016	0.74%	0.72%	1.47%	0.76%	0.73%	1.49%
54 歲	34,078	40,476	37,220	0.77%	0.74%	1.50%	0.74%	0.72%	1.46%
55 歲	34,270	40,768	37,461	0.77%	0.74%	1.52%	0.76%	0.74%	1.50%
56 歲	35,934	44,049	39,914	0.78%	0.75%	1.52%	0.77%	0.74%	1.51%
57 歲	37,275	45,893	41,485	0.78%	0.75%	1.53%	0.78%	0.74%	1.52%
58 歲	38,429	47,142	42,690	0.77%	0.74%	1.50%	0.78%	0.74%	1.52%
59 歲	41,028	49,733	45,289	0.75%	0.71%	1.46%	0.77%	0.73%	1.50%
60 歲	41,589	52,091	46,695	0.74%	0.70%	1.44%	0.74%	0.71%	1.45%

表6-1、投保人口結構改變對醫療費用之影響率(每1歲為1組) (續完)

年齡 組別	109年			109年			110年		
	每人年申報點數			保險對象人數%			保險對象人數%		
	女性	男性	小計	女性	男性	小計	女性	男性	小計
61歲	44,042	54,201	48,970	0.74%	0.70%	1.43%	0.74%	0.69%	1.43%
62歲	47,212	58,329	52,587	0.69%	0.65%	1.34%	0.73%	0.69%	1.42%
63歲	48,120	59,327	53,521	0.68%	0.63%	1.31%	0.69%	0.64%	1.33%
64歲	50,571	61,623	55,891	0.69%	0.64%	1.33%	0.67%	0.62%	1.30%
65歲	53,257	66,014	59,374	0.66%	0.61%	1.28%	0.68%	0.63%	1.31%
66歲	56,274	68,991	62,347	0.63%	0.57%	1.20%	0.66%	0.61%	1.27%
67歲	58,565	70,817	64,400	0.60%	0.55%	1.15%	0.62%	0.56%	1.19%
68歲	60,973	72,995	66,670	0.60%	0.54%	1.14%	0.60%	0.54%	1.14%
69歲	67,718	82,658	74,789	0.56%	0.50%	1.07%	0.59%	0.53%	1.12%
70歲	70,444	83,634	76,660	0.48%	0.43%	0.91%	0.56%	0.49%	1.05%
71歲	71,996	85,994	78,544	0.45%	0.39%	0.84%	0.47%	0.42%	0.89%
72歲	76,787	90,590	83,247	0.38%	0.34%	0.72%	0.44%	0.38%	0.82%
73歲	81,522	96,901	88,659	0.32%	0.28%	0.61%	0.38%	0.33%	0.70%
74歲	86,945	103,702	94,624	0.25%	0.21%	0.46%	0.32%	0.27%	0.59%
75歲	78,057	90,862	83,859	0.27%	0.22%	0.49%	0.25%	0.21%	0.45%
76歲	84,910	99,399	91,449	0.29%	0.24%	0.52%	0.26%	0.21%	0.47%
77歲	89,585	104,635	96,297	0.28%	0.22%	0.50%	0.28%	0.23%	0.51%
78歲	89,881	108,732	98,175	0.27%	0.21%	0.48%	0.27%	0.21%	0.49%
79歲	92,265	110,626	100,306	0.26%	0.21%	0.47%	0.26%	0.20%	0.47%
80歲	94,211	115,681	103,373	0.25%	0.19%	0.44%	0.25%	0.19%	0.45%
81歲	97,426	115,953	105,205	0.23%	0.17%	0.40%	0.24%	0.18%	0.42%
82歲	98,622	117,307	106,348	0.21%	0.15%	0.36%	0.22%	0.16%	0.38%
83歲	102,739	121,974	110,619	0.19%	0.13%	0.33%	0.20%	0.14%	0.33%
84歲	104,041	126,884	113,244	0.17%	0.12%	0.29%	0.18%	0.12%	0.30%
85歲	105,800	128,015	114,714	0.16%	0.11%	0.26%	0.16%	0.11%	0.27%
86歲	106,888	130,914	116,562	0.14%	0.09%	0.23%	0.15%	0.10%	0.24%
87歲	107,625	130,621	117,188	0.12%	0.08%	0.20%	0.13%	0.08%	0.21%
88歲	107,484	130,619	117,367	0.11%	0.08%	0.18%	0.11%	0.07%	0.18%
89歲	110,517	138,686	122,894	0.09%	0.07%	0.16%	0.10%	0.07%	0.16%
90歲	106,215	143,585	122,918	0.08%	0.06%	0.14%	0.08%	0.06%	0.14%
91歲	105,635	143,418	122,456	0.06%	0.05%	0.11%	0.07%	0.05%	0.12%
92歲	108,815	147,498	126,150	0.05%	0.04%	0.09%	0.05%	0.04%	0.10%
93歲	105,634	145,898	123,435	0.04%	0.03%	0.07%	0.04%	0.03%	0.08%
94歲	115,575	156,500	133,599	0.03%	0.02%	0.06%	0.03%	0.03%	0.06%
95歲	120,027	169,655	141,793	0.02%	0.02%	0.04%	0.02%	0.02%	0.04%
96歲	105,957	154,364	125,958	0.02%	0.01%	0.03%	0.02%	0.01%	0.03%
97歲	111,362	154,292	129,012	0.01%	0.01%	0.02%	0.01%	0.01%	0.02%
98歲	115,879	157,581	133,445	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%
99歲	114,755	165,656	135,821	0.01%	0.00%	0.01%	0.01%	0.00%	0.01%
100歲	110,882	177,548	137,421	0.00%	0.00%	0.01%	0.00%	0.00%	0.01%
101歲	125,277	163,700	140,884	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
102歲	131,726	190,527	155,701	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
103歲	143,745	240,935	182,514	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
104歲	94,704	169,823	122,755	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
105歲	123,856	141,259	131,215	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
106歲	133,576	141,934	137,095	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
107歲	108,418	122,299	114,349	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
108歲	104,165	131,366	116,632	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
109歲	345,507	65,212	221,847	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
110歲 以上	150,981	79,353	120,997	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
小計	31,630	33,552	32,579	50.63%	49.37%	100.00%	50.64%	49.36%	100.00%
110年校正後每人年費用			33,175						
成長率			1.829%						

註：1.投保人口結構改變對醫療費用之影響率係指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(以109年費用點數為基礎；年齡則以1歲一組做調整)。

2.投保人口結構改變對醫療費用之影響率 =  $(\sum HE_{109ij} \times \% POP_{110ij}) / (\sum HE_{109ij} \times \% POP_{109ij}) - 1$

(1)HE<sub>109ij</sub>：109年各年齡性別組別之每人年醫療給付費用

(2)%POP<sub>110ij</sub>：110年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比

(3)%POP<sub>109ij</sub>：109年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比

3.醫療費用點數為申請點數+部分負擔，不含代辦費用，且為核減前點數。

4.人口數為3月、6月、9月、12月底計費人口數平均。



表 6-2、人口結構改變對醫療費用點數之影響率(每 5 歲為 1 組)

年齡 組別	109 年			109 年			110 年		
	每人年申報點數			保險對象人數占率			保險對象人數占率		
	女性	男性	小計	女性	男性	小計	女性	男性	小計
0-4 歲	17,499	21,096	19,363	1.86%	2.00%	3.86%	1.76%	1.89%	3.65%
5-9 歲	13,022	16,175	14,656	2.06%	2.22%	4.28%	2.12%	2.28%	4.40%
10-14 歲	8,393	9,968	9,215	1.94%	2.13%	4.07%	1.91%	2.08%	3.99%
15-19 歲	9,469	9,834	9,660	2.38%	2.61%	4.99%	2.23%	2.45%	4.69%
20-24 歲	12,056	10,212	11,098	3.18%	3.43%	6.62%	3.07%	3.33%	6.40%
25-29 歲	14,592	11,147	12,814	3.50%	3.73%	7.23%	3.47%	3.72%	7.19%
30-34 歲	18,024	13,277	15,624	3.56%	3.64%	7.20%	3.52%	3.69%	7.21%
35-39 歲	19,131	16,776	17,985	4.37%	4.14%	8.51%	4.16%	3.99%	8.15%
40-44 歲	21,292	22,554	21,904	4.43%	4.17%	8.60%	4.49%	4.23%	8.72%
45-49 歲	25,397	28,991	27,141	3.84%	3.62%	7.47%	3.91%	3.68%	7.59%
50-54 歲	30,953	36,378	33,620	3.82%	3.69%	7.51%	3.82%	3.68%	7.50%
55-59 歲	37,359	45,477	41,334	3.85%	3.69%	7.54%	3.86%	3.69%	7.55%
60-64 歲	46,202	56,970	51,410	3.54%	3.31%	6.85%	3.58%	3.36%	6.94%
65-69 歲	59,095	71,956	65,220	3.05%	2.77%	5.82%	3.15%	2.87%	6.02%
70-74 歲	76,214	90,466	82,867	1.88%	1.65%	3.53%	2.16%	1.89%	4.06%
75-79 歲	86,935	102,664	93,948	1.36%	1.10%	2.46%	1.32%	1.06%	2.38%
80 歲以上	103,211	128,173	113,687	2.00%	1.45%	3.45%	2.09%	1.48%	3.58%
小計	31,630	33,552	32,579	50.63%	49.37%	100.00%	50.64%	49.36%	100.00%
109 年校正後每人年費用			<b>33,158</b>						
成長率			<b>1.778%</b>						

註：1.投保人口結構改變對醫療費用之影響率係指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(以109年費用點數為基礎；年齡則以5歲一組做調整)。

$$2. \text{人口結構改變率} = (\sum \text{HE109ij} \times \% \text{POP110ij}) / (\sum \text{HE109ij} \times \% \text{POP109ij}) - 1$$

(1)HE109ij：109年1~12月各年齡性別組別之每人年醫療給付費用

(2)%POP110ij：110年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比

(3)%POP109ij：109年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比

3.醫療費用點數為申請點數+部分負擔，不含代辦費用，且為核減前點數。

4.人口數為3月、6月、9月、12月底計費人口數平均。

**表 7、醫療服務成本指數改變率**

各類服務	費用百分比	醫療服務成本指數改變率 (105 年為基期)
醫院	70.394%	0.393%
西醫基層	19.614%	0.266%
牙醫	6.280%	0.653%
中醫	3.713%	0.832%
總計	100.00%	0.401%

註：1.費用百分比資料為 110 年醫療給付費用各類服務部門占率值。

2.各醫療服務部門之服務成本指數改變率按其 110 年醫療給付費用占率值加權計算而得總醫療服務成本指數改變率。

**表7-1、醫院醫療服務成本指數改變率**

指標類別及權數項目	權數 (%)	109年 指數	110年 指數	109-110年 年增率(%)
	100.0	104.35	104.76	0.393
<b>人事費用</b>				
1/2「醫療保健服務業」薪資及1/2「工業及服務業」薪資	50.39	107.31	108.63	1.230
<b>藥品費用</b>				
躉售物價指數—西醫藥品類	18.03	105.44	103.12	-2.200
<b>醫療材料費用</b>				
躉售物價指數—醫療儀器及用品類	10.15	94.90	94.05	-0.896
<b>基本營業費用</b>				
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	9.46	99.27	99.27	0.000
<b>其他營業費用</b>				
消費者物價指數—總指數	11.97	102.31	104.32	1.965

**表7-2、西醫基層醫療服務成本指數改變率**

指標類別及權數項目	權數 (%)	109年指數	110年指數	109-110年增率(%)
	100.0	105.13	105.41	0.266
<b>人事費用</b>				
1/2「醫療保健服務業」薪資及1/2「工業及服務業」薪資	54.58	107.31	108.63	1.230
<b>藥品、藥材及耗材成本</b>				
躉售物價指數—西醫藥品類	23.94	105.44	103.12	-2.200
躉售物價指數—醫療儀器及用品類	6.37	94.90	94.05	-0.896
<b>基本營業費用</b>				
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	6.28	99.27	99.27	0.000
<b>其他營業費用</b>				
消費者物價指數—總指數	8.83	102.31	104.32	1.965

**表7-3、牙醫診所醫療服務成本指數改變率**

指標類別及權數項目	權數 (%)	109年指數	110年指數	109-110年增率(%)
	100.0	102.62	103.29	0.653
<b>人事費用</b>				
1/2「醫療保健服務業」薪資；1/2「工業及服務業」薪資	54.23	107.31	108.63	1.230
<b>藥品、藥材及耗材成本</b>				
健保牙醫門診藥費權重及躉售物價指數—西醫藥品類	4.87	94.63	94.47	-0.169
躉售物價指數—醫療儀器及用品類	23.78	94.90	94.05	-0.896
<b>基本營業費用</b>				
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	8.73	99.27	99.27	0.000
<b>其他營業費用</b>				
消費者物價指數—總指數	8.39	102.31	104.32	1.965

**表7-4、中醫診所醫療服務成本指數改變率**

指標類別及權數項目	權數 (%)	109年指數	110年指數	109-110年增率(%)
	100.0	104.53	105.40	0.832
<b>人事費用</b>				
1/2「醫療保健服務業」薪資及1/2「工業及服務業」薪資	52.94	107.31	108.63	1.230
<b>藥品、藥材及耗材成本</b>				
躉售物價指數—藥品類之中藥濃縮製劑	18.16	106.12	106.52	0.377
躉售物價指數—醫療儀器及用品類	12.62	94.90	94.05	-0.896
<b>基本營業費用</b>				
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	6.14	99.27	99.27	0.000
<b>其他營業費用</b>				
消費者物價指數—總指數	10.14	102.31	104.32	1.965

註：

1. 「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。
2. 「指數」：以行政院主計總處 111 年 4 月發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」，採 110 年 1 月至 12 月相對於 109 年 1 月至 12 月資料。本表以 105 年指數訂為 100。
3. 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」。
4. 「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。

## 第四章 整體健保財務評估與相關措施

### 第一節 健保財務影響評估

有關 112 年總額範圍草案之財務影響評估(詳表 8、9)，依 112 年度健保總額成長率範圍(1.28%至 5%)，推估應付保險支出(含部分負擔)約為 8,199 億元至 8,500 億元，當年度收支將餘絀-274 億元(低推估)至-573 億元(高推估)，累積收支餘絀則為結餘 327 億元(低推估)至 29 億元(高推估)。

健保財務長期趨勢推估，若以現行費率預估，112 年底安全準備將低於 1.5 個月保險給付支出，惟若依法定平衡費率，假設自 112 年 1 月 1 日起費率調整至當年收支平衡費率 5.59%，按 112 年總額高推估值(5%)推估，當年度收支可結餘 9 億元，累積餘絀有 610 億元，約當保險給付月數 0.92 個月(詳表 10-1、10-2、11-1、11-2)。

### 第二節 民眾付費能力參考指標

#### 一、經濟成長率：

依據行政院主計總處 111 年公告資料，我國實質國內生產毛額成長率(GDP)之趨勢，106 年至 109 年成長率數值範圍介於 2.79%至 3.36%(詳表 12)。

#### 二、國民醫療保健支出(NHE)占 GDP 比率：

依據本部 110 年 1 月所發布之「109 年國民醫療保健支出統計分析」，109 年 NHE 占 GDP 比率為 6.69%，其中健保支出占 GDP 比率為 3.80%，110 年預估為 3.61%，111 年預估為 3.53% (詳表 13、圖 3)。

### 三、國際比較：

比較 108 年經濟合作暨發展組織(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD)會員國與我國平均每人經常性醫療保健支出(CHE)與平均每人 GDP (以購買力平價(PPP)為基準)，我國平均每人 CHE 占平均每人 GDP 之比率低於其他國家 (詳表 14 及圖 4、5)。

#### 第三節 相關財務措施

健保自 91 年 7 月起全面實施總額支付制度，至今已近 20 年，在總體醫療費用控制上已達一定之效果，然目前醫療費用成長集中於重大傷病及弱勢族群，且老年人口比率日益增加，在既有醫療模式將逐漸難以承擔前開所致之沉重負擔。因此，健保仍須持續進行各項給付與支付制度之改革。

由於加收補充保險費及新增政府負擔整體保險經費比率於扣除其他法定收入後不得低於 36%之規定等財源，安全準備持續累積，健保會於 104 年審議 105 年度費率時，基於二代健保收支連動之精神，研訂「健保財務平衡及收支連動機制」；據此，105 年 1 月起，一般保險費的費率已由 4.91%適度調降至 4.69%，補充保險費的費率則由 2%調降至 1.91%。至 109 年審議 110 年度費率時，為兼顧民眾負擔能力、醫療環境與健保財務健全，及部分委員漸進式調整為宜之意見，採行折衷方案，並經行政院核定，本部公告 110 年 1 月起，一般保險費的費率調升至 5.17%，補充保險費的費率則調升至 2.11%。調整後之整體財務已有明顯改善，惟因費率並未調足，該會於審議 111 年度費率時，仍面臨 111 年底安全準備可能

不足 1 個月保險給付支出之壓力，審議結果為二案併陳(甲案：維持 5.17%、乙案：5.22%~5.32%)。經本部轉報行政院，為避免在疫情衝擊下加劇民眾經濟負荷，決定 111 年度費率維持不變，未來除持續落實前開審議機制，並將積極推動改革，以確保財務平衡。

面對逐漸浮現的財務壓力，國人對制度精進與改革期待也更加殷切。本部除致力解決財務問題外，對於各界關心認為會影響財務收入面之議題，也正秉持負擔公平原則，積極研議相關改革措施，目前規劃方向，近期先推動調整部分負擔、提高投保金額上限、檢討旅外國人權利義務，以及強化政府財務責任，中長期則改革補充保險費制度。

## 一、調整部分負擔

為強化負擔公平性，提升民眾就醫成本意識，促進醫病共同決策，以優化民眾就醫行為及醫療照護品質，本部原公告自本(111)年 5 月 15 日起，調整實施「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(即通稱之部分負擔)」，影響金額約為新臺幣 99.9 億元。惟隨國內 COVID-19 疫情急遽攀升，本土確診個案數持續增加，本部於新制上路前夕陸續接獲台灣醫學中心協會等醫界團體反映為配合政府防疫政策，未有充足人力及時間籌備部分負擔調整實務作業事宜，建請暫緩實施；考量各醫療院所皆全力投入防疫工作，實難有額外人力處理新方案上路之行政作業，為避免加重醫病雙方之負擔，減少因未充分準備所致實施後醫病間之紛擾，使醫療院所得以專注防疫，本部爰決定暫緩調整部分負擔，並於本年 5 月 12 日正式發函註銷原修正公

告。

## 二、提高投保金額上限

查現行「全民健康保險投保金額分級表」(以下稱分級表)最高一級 182,000 元與最低一級 25,250 元相距 7.2 倍；依 110 年 12 月承保資料顯示，以最高一級投保之被保險人於全部被保險人之占率為 0.62%；雖皆未達健保法第 19 條第 3 項規定應調高之標準，惟考量分級表最高一級已 12 年未調整，同一期間，最低一級已配合基本工資調升 11 次(調整幅度 46%)。為強化社會保險量能負擔精神，高所得者負擔較多保險費責任，縮小貧富差距衍生之健康不平等，亦達成為健保財務開源之目的，研擬將最高一級投保金額由 182,000 元適度調升為 219,500 元(增列 47-51 級，共 5 級)，調整幅度 20.6%。案經行政院 111 年 5 月 5 日以院臺衛字第 1110012919 號函核定，本部已於同年 5 月 13 日公告自 111 年 7 月 1 日施行並函請健保署轉知相關單位及加強對外說明。分級表調整後，預估每年可增加保險收入 17.2 億元。目前以最高一級加保之被保險人及其眷屬 13 萬餘人，調整後每人月增加保險費 116~1,939 元。

## 三、強化政府財務責任

二代健保新增政府最低財務責任，依健保法第 3 條規定，政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%。過去(102~105 年)因本部與主計總處對法規見解差異，致相關預算編列受到影響；案經行政院協調及立法院審查，105 年修正健保法施行細則後，將



中央政府依其他法律規定之補助納入計算，並以行政院函釋採保費分攤方式計算政府負擔(非依總支出計算)，爭議已獲解決。惟健保會部分委員針對政府應負擔數仍提出不同計算方式或認為政府依其他法律對特定對象補助之健保費，係屬社會福利範疇，不應納入政府負擔數計算等。考量政府歷年負擔之保險經費，雖符合當前法定下限 36%之規範，且由審計部完成審定，惟為進一步強化政府責任，並杜絕外界對政府將福利補助列為負擔係規避責任之質疑，亦避免各部會所提之健保費補助法案美意，卻影響健保財務之扞格窘況，擬修正施行細則，明定依健保法規定之政府負擔才納入計算；又為解決外界質疑政府透過法規解釋逃避責任之爭議，提升法規解釋層次，以明確條文規範政府責任以勞資政三方總保險費為計算 36%之基礎因應質疑。修正後本案全數由政府負擔，不涉個別民眾保險費增減。

#### 四、補充保險費制度改革

本部 99 年原規劃之二代健保計費方案，是以家戶總所得為計費基礎，但因國人無所得資料者比率極高，致基本保費訂定之方式爭議極大，且架構於綜合所得稅制下，可能發生所得確認時點延後、少眷口家戶負擔暴增、家戶組成變動頻繁且健保收入易受景氣影響等難以克服，最終因變動幅度太大，未能修法通過，改以推動補充保險費制度取代。考量當前財稅體制未有明顯改變，短期內再推動家戶總所得制，恐面臨相同困難，擬以強化量能負擔、提升負擔公平為訴求，朝總所得精神改革補充保險費收繳制度，擴大費基至所得稅

法十類總所得及財政部可掌握之海外所得，以增加財源，並適度回應外界對改革期待。亦將導入結算機制，解決拆單、避費之問題。也由於一般與補充保險費之整合，較低所得者之負擔也可望減輕，本案約影響 600 萬餘人，其中 8 成增加，2 成減少。本案事涉健保法之修正，目前各界見解仍有歧異，為求審慎，將列為持續檢討之中長期改革推動政策，持續進行溝通，尋求社會共識。

表8、112年度總額範圍(草案)費用推估及健保財務之影響評估

項目	低推估	高推估
112 年度總額醫療費用成長率	1.28%	5%
112 年度總額醫療費用(億元) (含部分負擔)	8,199	8,500
增加金額(億元)	103	404
112 年保險成本(億元) (不含部分負擔)	7,622	7,920
112 年保險收入(億元)	7,348	7,348
112 年當年保險收支餘絀(億元)	-274	-573
112 年保險收支累計結餘(億元)	327	29

附註：

1. 保險收入包含一般保險費、補充保險費及其他法定收入(滯納金、菸捐分配收入、公益彩券盈餘收入、投資運用收益及呆帳提列(減項)等)。
2. 依目前所擬之 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍草案，於一般服務扣除 110 年「未導入預算扣減」部分，基期淨值約為 8,095.23 億元(暫估)，至「未導入預算扣減」最終數值將俟 110 年第 4 季結算後再依健保署提供之資料確認更正。
3. 已納入本部 111 年 5 月 13 日令修正「全民健康保險投保金額分級表」，並自 111 年 7 月 1 日生效之財務影響。
4. 部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

表9、歷年健保財務收支情形(85年至112年)

	保險收入[1]		保險成本[2]		保險收支	保險收支
	金額(億元)	成長率(%)	金額(億元)	成長率(%)	餘絀(億元) [3]=[1]-[2]	累計餘絀 (億元)
85年	2,413	-	2,229	-	184	555
86年	2,436	0.96	2,376	6.58	60	616
87年	2,605	6.91	2,620	10.28	-16	600
88年	2,649	1.69	2,859	9.10	-210	390
89年	2,852	7.65	2,842	-0.59	10	400
90年	2,861	0.34	3,018	6.19	-156	243
91年	3,076	7.50	3,233	7.12	-157	87
92年	3,368	9.48	3,371	4.29	-4	83
93年	3,522	4.60	3,527	4.61	-4	79
94年	3,611	2.51	3,674	4.18	-63	15
95年	3,819	5.76	3,822	4.02	-3	12
96年	3,874	1.44	4,011	4.96	-138	-126
97年	4,020	3.77	4,159	3.68	-140	-265
98年	4,031	0.28	4,348	4.53	-317	-582
99年	4,608	14.32	4,423	1.73	185	-397
100年	4,924	6.85	4,582	3.59	342	-55
101年	5,072	3.01	4,806	4.90	265	210
102年	5,557	9.57	5,021	4.47	536	746
103年	5,695	2.49	5,181	3.19	514	1,260
104年	6,410	12.54	5,381	3.85	1,029	2,289
105年	5,869	-8.43	5,684	5.63	186	2,474
106年	5,900	0.53	5,998	5.54	-98	2,376
107年	6,061	2.73	6,328	5.49	-266	2,109
108年	6,224	2.69	6,566	3.77	-342	1,767
109年	6,278	0.87	6,954	5.91	-676	1,091
110年(自編)	7,099	13.07	7,275	4.61	-176	916
111年(P)	7,214	1.62	7,528	3.49	-314	601
112年(P)-低推估 (1.28%)	7,348	1.86	7,622	1.24	-274	327
112年(P)-高推估(5%)	7,348	1.85	7,920	5.21	-573	29
85~110年平均	4,417	4.41	4,396	4.84	-	-

製表日期：111.5.16

說明：

1. 保險收入=保險費收入(應收保險費+中斷投保開單一呆帳提存)+保險費滯納金+社會公益彩券盈餘分配收入+菸品健康福利捐分配收入+投資淨收益(利息收入-利息費用+買賣票券利益-投資損失)+雜項收入+其他業務外收入。
2. 保險成本=醫療給付費用總額-部分負擔-代位求償及代辦部分負擔醫療費用-其他非本保險應付之費用+其他業務外費用。
3. 85年保險收支累計結餘555億元含84年結餘371億元,109年(含)以前為審定決算數,110年為自編決算數,111年及112年為預估值。
4. 已納入本部111年5月13日令修正「全民健康保險投保金額分級表」,並自111年7月1日生效之財務影響。
5. 111年度健保費率,經行政院核定一般保險費費率維持現行為5.17%,補充保險費費率為2.11%;112年度健保費率假設維持不變。
6. 111年度醫療給付費用總額核定成長率為3.320%。
7. 部分資料因尾數四捨五入關係,致總數與細數之間,容有未能完全吻合情況。

表10-1、109年至116年健保財務收支概估(低推估1.28%，依現行費率推估)

\_112年度總額成長率依總額範圍(草案)：低推估(1.280%)

\_111年7月起投保金額上限提高為219,500元預估影響金額17.2億元/年

單位：億元、月數

項目	109年	110年	111年	112年	113年	114年	115年	116年
	審定 決算數	自編 決算數	預估數					
醫療給付費用總額	7,526	7,836	8,096	8,199	8,503	8,843	9,174	9,526
成長率	5.237%	4.107%	3.320%	1.280%	3.715%	3.995%	3.746%	3.832%
保險成本	6,954	7,275	7,528	7,622	7,911	8,236	8,552	8,887
保險收入	6,278	7,099	7,214	7,348	7,463	7,569	7,666	7,756
一、保險費相關收入	6,104	6,928	7,050	7,187	7,304	7,410	7,507	7,597
(一)保險費收入	6,143	6,970	7,096	7,234	7,352	7,461	7,566	7,664
1.一般保險費	5,074	5,663	5,831	5,920	5,995	6,064	6,131	6,196
2.補充保險費	473	567	535	546	556	566	575	584
3.政府負擔不足 法定36%之差額	596	740	729	768	801	832	859	884
(二)其他收入	-38	-42	-46	-47	-48	-52	-59	-68
二、安全準備相關收入	174	171	164	161	159	159	159	159
當年安全準備填補金額	850	347	479	435	487	39	-	-
當年保險收支餘絀	-676	-176	-314	-274	-448	-667	-886	-1,131
保險收支累計餘絀	1,091	916	601	327	-121	-788	-1,673	-2,805
約當保險給付支出月數	1.88	1.51	0.96	0.52	-0.18	-1.15	-2.35	-3.79

製表日期：110.5.16

說明：

1. 其他收入項包含營運資金孳息、雜項業務收入、其他業務外收入、利息費用(減項)及呆帳提列(減項)。
2. 安全準備相關收入，係依健保法規定應提列之安全準備，包含滯納金、運用收益、彩券盈餘及菸捐分配收入等，惟不含保險費相關收入用來支應保險成本後之結餘。
3. 當年安全準備填補金額，係指運用安全準備(前一年累計餘絀，加計當年安全準備相關收入)填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。
4. 112年總額成長率依總額範圍(草案)低推估值為1.280%，113年起之總額成長率，採以歷年核定之「醫療服務成本及人口因素」成長率與「協商因素」成長率推估。
5. 部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

表10-2、109年至116年健保財務收支概估(高推估5%，依現行費率推估)

\_112 年度總額成長率依總額範圍(草案)：高推估(5%)

\_111 年 7 月起投保金額上限提高為 219,500 元預估影響金額 17.2 億元/年

單位：億元、月數

項目	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年	114 年	115 年	116 年
	審定 決算數	自編 決算數	預估數					
醫療給付費用總額	7,526	7,836	8,096	8,500	8,816	9,168	9,511	9,876
成長率	5.237%	4.107%	3.320%	5.000%	3.715%	3.995%	3.746%	3.832%
保險成本	6,954	7,275	7,528	7,920	8,221	8,558	8,886	9,234
保險收入	6,278	7,099	7,214	7,348	7,460	7,563	7,657	7,744
一、保險費相關收入	6,104	6,928	7,050	7,187	7,301	7,403	7,498	7,585
(一)保險費收入	6,143	6,970	7,096	7,234	7,352	7,461	7,566	7,664
1.一般保險費	5,074	5,663	5,831	5,920	5,995	6,064	6,131	6,196
2.補充保險費	473	567	535	546	556	566	575	584
3.政府負擔不足 法定 36%之差額	596	740	729	768	801	832	859	884
(二)其他收入	-38	-42	-46	-47	-50	-58	-68	-79
二、安全準備相關收入	174	171	164	161	159	159	159	159
當年安全準備填補金額	850	347	479	734	187	-	-	-
當年保險收支餘絀	-676	-176	-314	-573	-761	-995	-1,229	-1,490
保險收支累計餘絀	1,091	916	601	29	-732	-1,728	-2,956	-4,446
約當保險給付支出月數	1.88	1.51	0.96	0.04	-1.07	-2.42	-3.99	-5.78

製表日期：110.5.16

說明：

1. 其他收入項包含營運資金孳息、雜項業務收入、其他業務外收入、利息費用(減項)及呆帳提列(減項)。
2. 安全準備相關收入，係依健保法規定應提列之安全準備，包含滯納金、運用收益、彩券盈餘及菸捐分配收入等，惟不含保險費相關收入用來支應保險成本後之結餘。
3. 當年安全準備填補金額，係指運用安全準備(前一年累計餘絀，加計當年安全準備相關收入)填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。
4. 112 年總額成長率依總額範圍(草案)高推估值為 5%，113 年起之總額成長率，採以歷年核定之「醫療服務成本及人口因素」成長率與「協商因素」成長率推估。
5. 部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

表11-1、109年至116年健保財務收支概估(低推估1.28%，依平衡費率推估)

\_112 年度總額成長率依總額範圍(草案)：低推估(1.280%)

\_111 年 7 月起投保金額上限提高為 219,500 元預估影響金額 17.2 億元/年

單位：億元、月數

項目	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年	114 年	115 年	116 年
	審定 決算數	自編 決算數	預估數					
醫療給付費用總額	7,526	7,836	8,096	8,199	8,503	8,843	9,174	9,526
成長率	5.237%	4.107%	3.320%	1.280%	3.715%	3.995%	3.746%	3.832%
保險成本	6,954	7,275	7,528	7,622	7,911	8,236	8,552	8,887
保險收入	6,278	7,099	7,214	7,625	7,919	8,244	8,556	8,887
一、保險費相關收入	6,104	6,928	7,050	7,463	7,758	8,082	8,394	8,726
(一)保險費收入	6,143	6,970	7,096	7,511	7,809	8,135	8,448	8,782
1.一般保險費	5,074	5,663	5,831	6,146	6,365	6,607	6,845	7,100
2.補充保險費	473	567	535	566	589	616	640	666
3.政府負擔不足 法定 36%之差額	596	740	729	800	855	912	964	1,017
(二)其他收入	-38	-42	-46	-49	-51	-53	-55	-57
二、安全準備相關收入	174	171	164	162	161	162	162	162
當年安全準備填補金額	850	347	479	159	154	154	158	161
當年保險收支餘絀	-676	-176	-314	3	8	8	4	0
保險收支累計餘絀	1,091	916	601	604	612	620	624	624
約當保險給付支出月數	1.88	1.51	0.96	0.95	0.93	0.90	0.88	0.84

製表日期：110. 5. 16

說明：

1. 其他收入項包含營運資金孳息、雜項業務收入、其他業務外收入、利息費用(減項)及呆帳提列(減項)。
2. 安全準備相關收入，係依健保法規定應提列之安全準備，包含滯納金、運用收益、彩券盈餘及菸捐分配收入等，惟不含保險費相關收入用來支應保險成本後之結餘。
3. 當年安全準備填補金額，係指運用安全準備(前一年累計餘絀，加計當年安全準備相關收入)填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。
4. 112 年總額成長率依總額範圍(草案)低推估值為 1.280%，113 年起之總額成長率，採以歷年核定之「醫療服務成本及人口因素」成長率與「協商因素」成長率推估。
5. 111 年度健保費率，經行政院核定一般保險費費率維持現行為 5.17%，補充保險費費率為 2.11%；112 年起各年收支平衡費率分別為 5.37%、5.49%、5.63%、5.76%及 5.90%。
6. 部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

表11-2、109年至116年健保財務收支概估(低推估5%，依平衡費率推估)

\_112 年度總額成長率依總額範圍(草案)：高推估(5%)

\_111 年 7 月起投保金額上限提高為 219,500 元預估影響金額 17.2 億元/年

單位：億元、月數

項目	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年	114 年	115 年	116 年
	審定 決算數	自編 決算數	預估數					
醫療給付費用總額	7,526	7,836	8,096	8,500	8,816	9,168	9,511	9,876
成長率	5.237%	4.107%	3.320%	5.000%	3.715%	3.995%	3.746%	3.832%
保險成本	6,954	7,275	7,528	7,920	8,221	8,558	8,886	9,234
保險收入	6,278	7,099	7,214	7,929	8,233	8,570	8,893	9,061
一、保險費相關收入	6,104	6,928	7,050	7,767	8,072	8,408	8,731	8,899
(一)保險費收入	6,143	6,970	7,096	7,818	8,125	8,463	8,788	8,957
1.一般保險費	5,074	5,663	5,831	6,394	6,622	6,873	7,121	7,246
2.補充保險費	473	567	535	588	612	640	664	677
3.政府負擔不足 法定 36%之差額	596	740	729	836	891	950	1,003	1,034
(二)其他收入	-38	-42	-46	-51	-53	-55	-57	-58
二、安全準備相關收入	174	171	164	162	161	162	162	161
當年安全準備填補金額	850	347	479	153	149	150	154	335
當年保險收支餘絀	-676	-176	-314	9	12	12	8	-173
保險收支累計餘絀	1,091	916	601	610	623	635	642	469
約當保險給付支出月數	1.88	1.51	0.96	0.92	0.91	0.89	0.87	0.61

製表日期：110.5.16

說明：

1. 其他收入項包含營運資金孳息、雜項業務收入、其他業務外收入、利息費用(減項)及呆帳提列(減項)。
2. 安全準備相關收入，係依健保法規定應提列之安全準備，包含滯納金、運用收益、彩券盈餘及菸捐分配收入等，惟不含保險費相關收入用來支應保險成本後之結餘。
3. 當年安全準備填補金額，係指運用安全準備(前一年累計餘絀，加計當年安全準備相關收入)填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。
4. 112 年總額成長率依總額範圍(草案)高推估值為 5%，113 年起之總額成長率，採以歷年核定之「醫療服務成本及人口因素」成長率與「協商因素」成長率推估。
5. 111 年度健保費率，經行政院核定一般保險費費率維持現行為 5.17%，補充保險費費率為 2.11%；112 年起各年收支平衡費率分別為 5.59%、5.71%、5.85%及 5.98%，惟 116 年收支平衡費率為 6.12%，超過法定上限 6%，以 6%計算。
6. 部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。



表12、民眾付費能力之參考指標

單位：%

	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年(預估)	111年(預估)
名目國內生產毛額成長率(%)	-1.49%	8.83%	1.44%	2.91%	4.04%	6.47%	4.90%	2.93%	2.44%	2.18%	3.03%	4.58%	9.64%	5.71%
實質國內生產毛額成長率(%)	-1.61	10.25	3.67	2.22	2.48	4.72	1.47	2.17	3.31	2.79	3.06	3.36	6.45	4.42(註2)
名目國民所得年增率(%)	-1.58%	11.07%	0.79%	2.20%	5.58%	7.71%	4.56%	2.99%	2.80%	1.49%	2.19%	4.97%	9.02%	5.29%
實質國民所得年增率(%)	0.98	9.43	0.73	2.65	4.16	7.08	5.82	2.37	3.01	0.63	2.11	6.49	5.61	
受雇員工每人每月平均薪資成長率(工業及服務業總計)(%)	-4.77%	5.55%	2.95%	0.32%	0.14%	3.59%	2.49%	0.49%	2.46%	3.82%	2.00%	1.32%	3.01%	
失業率(%)	5.85	5.21	4.39	4.24	4.18	3.96	3.78	3.92	3.76	3.71	3.73	3.85	3.95	3.65(111年2月)
健保平均投保金額成長率(%)	0.18	1.92	2.83	2.17	1.93	1.56	1.65	1.46	1.52	2.93	2.01	1.71	1.50	3.08(預估)
健保應收保險費成長率(%)	0.31	13.55	7.18	2.90	13.77	4.63	1.07	-4.18	2.90	3.42	2.80	0.82	13.57	1.68(預估)
健保醫療費用成長率(%)	3.874	3.317	2.855	4.314	4.436	3.275	3.43	4.912	5.642	4.629	4.461	5.212	4.107	-
每人健保醫療費用成長率	3.6	2.94	2.47	4.2	3.5	2.66	2.83	4.19	5.21	4.52	4.29	5.03	4.36	-
國民醫療保健支出占GDP比率	6.73	6.29	6.40	6.33	6.38	6.26	6.17	6.31	6.39	6.57	6.54	6.69	-	-
健保支出占GDP比率(%)	3.70	3.51	3.56	3.61	3.62	3.51	3.46	3.53	3.64	3.73	3.78	3.80	3.61	3.53
健保支出占國民醫療保健支出比率(%)	55.00%	55.83%	55.62%	56.99%	56.77%	56.16%	56.09%	55.91%	56.95%	56.78%	57.89%	56.79%	-	-
家庭部門占國民醫療保健支出比率(%)	42.38	41.91	42.39	41.01	41.27	41.24	41.03	41.62	40.76	40.69	40.21	39.54	-	-

註：1. 經濟成長率以實質國內生產毛額(GDP)為基礎；另依據行政院主計總處108年12月4日主計國字第1080300883號函，主計總處依最新工業及服務業普查與各類相關調查資料修正歷年國民所得統計，故更新歷年平均每人國民所得毛額(GDP)等指標。

2. 名目國民所得係按當期價格計算，實質國民所得係以100年價格為基期；110年為預估值，行政院主計總處為6.45%，中華經濟研究院為6.05%，台灣經濟研究院為6.10%，中央研究院經濟研究所為6.04%；111年為預估值，行政院主計總處為4.42%，中華經濟研究院為3.67%，台灣經濟研究院為4.10%，中央研究院經濟研究所為3.85%。

3. 111年一般保險費率5.17%，補充保險費率2.11%。

4. 國民醫療保健支出占GDP比率，係依據最新國民經濟會計制度(2008SSNA)修正編算原則，將研究發展支出納入GDP之計算。

5. 主計總處自108年1月公布以105年為基期之受雇員工每人每月平均薪資資料，修正更新歷年資料。

6. 工業及服務業與服務業部門統計結果涵蓋範圍自98年1月起新增「教育業(僅含教育輔助及其他教育業)」，自108年1月起新增「研究發展服務業」、「學前教育」及「社會工作服務業」。

表13、近年國民醫療保健支出(NHE)占GDP比率

	國民醫療保健支出(NHE)		平均每人 NHE		平均每人 GDP		NHE/GDP (%)	GDP 年增率 (%)
	億元	年增率 (%)	元	年增率 (%)	元	年增率 (%)		
99 年	8846	1.8	38,228	1.5	607,596	8.5	6.3	8.8
100 年	9134	3.3	39,382	3.0	614,922	1.2	6.4	1.4
101 年	9293	1.7	39,935	1.4	630,749	2.6	6.3	2.9
102 年	9742	4.8	41,733	4.5	654,142	3.7	6.4	4.0
103 年	10171	4.4	43,459	4.1	694,680	6.2	6.3	6.5
104 年	10528	3.5	44,870	3.2	726,895	4.6	6.2	4.9
105 年	11081	5.3	47,122	5.0	746,526	2.7	6.3	2.9
106 年	11492	3.7	48,787	3.5	763,445	2.3	6.4	2.4
107 年	12071	5.0	51,189	4.9	779,260	2.1	6.6	2.2
108 年	12358	2.4	52,372	2.3	801,348	2.8	6.5	2.9
109 年	13253	7.2	56,199	7.3	839,558	4.8	6.7	4.7

註：依最新國民所得統計進行編算修正。

資料來源：衛生福利部發布之「109年國民醫療保健支出統計分析」。

表14、OECD國家與我國經常性醫療保健支出(CHE)占國內生產毛額(GDP)比重

單位：%

國別 Nation	年別 Year	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
中華民國	R.O.C.	6.2	5.9	5.9	6.0	6.0	5.9	5.8	5.9	6.0	6.1	6.1	6.2
澳大利亞	Australia	8.6	8.4	8.5	8.7	8.8	9.0	9.3	9.2	9.3	9.2	9.4	...
奧地利	Austria	10.2	10.2	10.0	10.2	10.3	10.4	10.4	10.4	10.4	10.3	10.4	11.5
比利時	Belgium	10.4	10.2	10.4	10.5	10.6	10.6	10.4	10.8	10.8	10.8	10.7	...
加拿大	Canada	10.7	10.7	10.4	10.5	10.4	10.2	10.7	11.0	10.8	10.8	10.8	...
智利	Chile	7.8	6.8	6.8	7.0	7.4	7.8	8.3	8.5	9.1	9.2	9.3	9.4
哥倫比亞	Colombia	7.3	7.1	6.8	6.7	7.0	7.2	7.5	7.5	7.7	7.6	7.7	...
哥斯大黎加	Costa Rica	7.9	8.0	8.1	7.8	7.7	7.7	7.6	7.3	7.0	7.3	7.3	...
捷克	Czech Republic	7.2	6.9	6.9	7.0	7.7	7.6	7.2	7.1	7.1	7.5	7.8	9.1
丹麥	Denmark	10.7	10.3	10.2	10.2	10.2	10.2	10.2	10.1	10.0	10.1	10.0	10.6
愛沙尼亞	Estonia	6.5	6.3	5.8	5.8	6.0	6.1	6.3	6.4	6.6	6.7	6.7	8.1
芬蘭	Finland	9.2	9.1	9.2	9.6	9.8	9.8	9.6	9.4	9.1	9.0	9.2	9.6
法國	France	11.3	11.2	11.2	11.3	11.4	11.5	11.4	11.5	11.3	11.2	11.1	12.4
德國	Germany	11.2	11.1	10.8	10.9	11.0	11.0	11.2	11.2	11.3	11.5	11.7	12.5
希臘	Greece	9.4	9.6	9.2	8.9	8.4	7.9	8.1	8.3	8.1	8.0	7.8	...
匈牙利	Hungary	7.2	7.5	7.5	7.4	7.2	7.1	6.9	7.0	6.8	6.5	6.4	...
冰島	Iceland	8.8	8.4	8.2	8.2	8.2	8.2	8.1	8.1	8.3	8.4	8.6	9.8
愛爾蘭	Ireland	10.5	10.5	10.7	10.7	10.3	9.5	7.3	7.4	7.1	6.9	6.7	7.2
以色列	Israel	7.1	7.0	7.0	7.1	7.1	7.1	7.1	7.2	7.3	7.5	7.5	...
義大利	Italy	9.0	8.9	8.8	8.8	8.8	8.9	8.9	8.7	8.7	8.7	8.7	9.7
日本	Japan	9.1	9.2	10.6	10.8	10.8	10.8	10.9	10.8	10.8	10.9	11.0	...
南韓	Korea	5.8	5.9	6.0	6.1	6.2	6.5	6.7	6.9	7.1	7.5	8.2	8.4
拉脫維亞	Latvia	6.1	6.1	5.5	5.4	5.4	5.5	5.7	6.1	6.0	6.2	6.6	...
立陶宛	Lithuania	7.4	6.8	6.5	6.3	6.1	6.2	6.5	6.6	6.5	6.5	7.0	7.6
盧森堡	Luxembourg	7.3	7.0	6.1	5.6	5.5	5.4	5.3	5.2	5.3	5.3	5.4	...
墨西哥	Mexico	6.1	5.7	5.5	5.7	5.8	5.6	5.7	5.6	5.5	5.4	5.4	6.2
荷蘭	Netherlands	10.0	10.2	10.2	10.5	10.6	10.6	10.3	10.3	10.1	10.0	10.2	11.2
紐西蘭	New Zealand	9.6	9.6	9.5	9.7	9.4	9.4	9.3	9.2	9.0	9.0	9.1	...
挪威	Norway	9.1	8.9	8.8	8.8	8.9	9.3	10.1	10.6	10.3	10.0	10.5	11.3
波蘭	Poland	6.6	6.4	6.2	6.2	6.4	6.3	6.4	6.5	6.6	6.3	6.5	7.2
葡萄牙	Portugal	10.1	10.0	9.7	9.7	9.4	9.3	9.3	9.4	9.3	9.4	9.5	10.1
斯洛伐克	Slovak Republic	7.9	7.7	7.3	7.5	7.5	6.9	6.8	7.0	6.8	6.7	7.0	7.7
斯洛維尼亞	Slovenia	8.5	8.6	8.5	8.7	8.7	8.5	8.5	8.5	8.2	8.3	8.5	9.7
西班牙	Spain	9.1	9.1	9.2	9.2	9.1	9.1	9.1	9.0	9.0	9.0	9.1	...
瑞典	Sweden	8.8	8.3	10.4	10.7	10.9	10.9	10.8	10.9	10.8	10.9	10.9	11.4
瑞士	Switzerland	10.1	9.9	10.0	10.2	10.5	10.6	11.0	11.3	11.5	11.2	11.3	...
土耳其	Turkey	5.5	5.0	4.7	4.4	4.4	4.3	4.1	4.3	4.2	4.1	4.3	...
英國	United Kingdom	9.9	9.8	9.8	9.9	10.0	10.0	9.9	9.9	9.8	9.9	10.2	12.8
美國	United States	16.2	16.3	16.2	16.2	16.1	16.3	16.5	16.8	16.8	16.7	16.8	...

資料來源：衛生福利部發布之「109年國民醫療保健支出統計分析」。

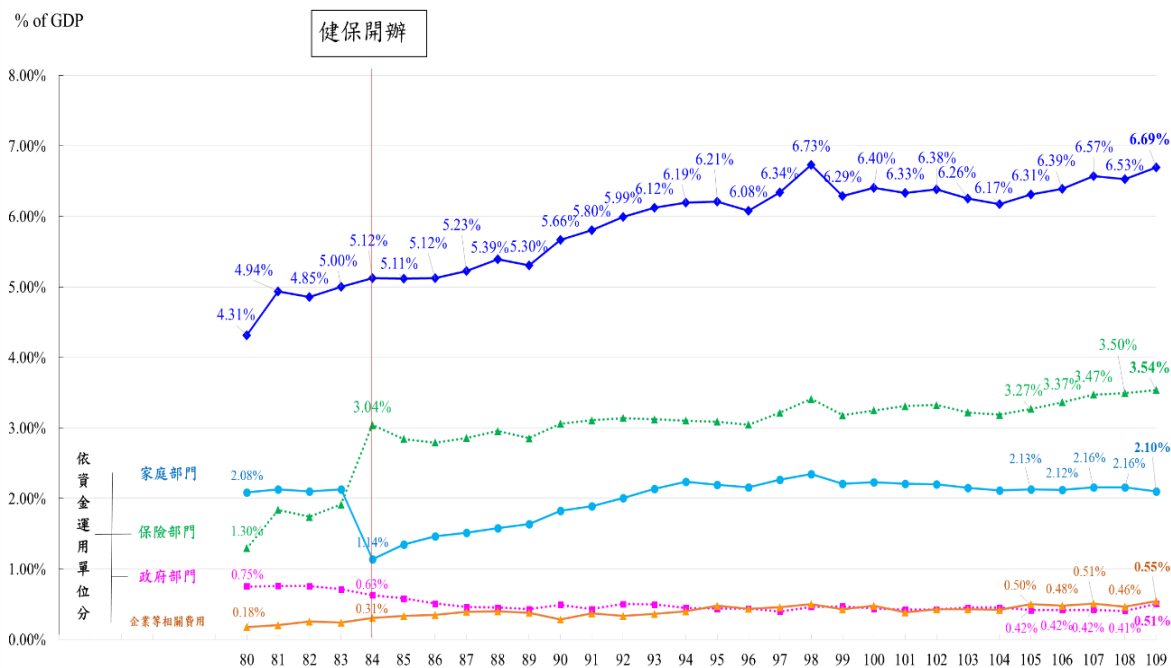


圖3、歷年我國醫療保健支出占GDP比率與保險、民間及政府部門占GDP比率(至109年)

資料來源：衛生福利部發布之「109年國民醫療保健支出統計分析」。

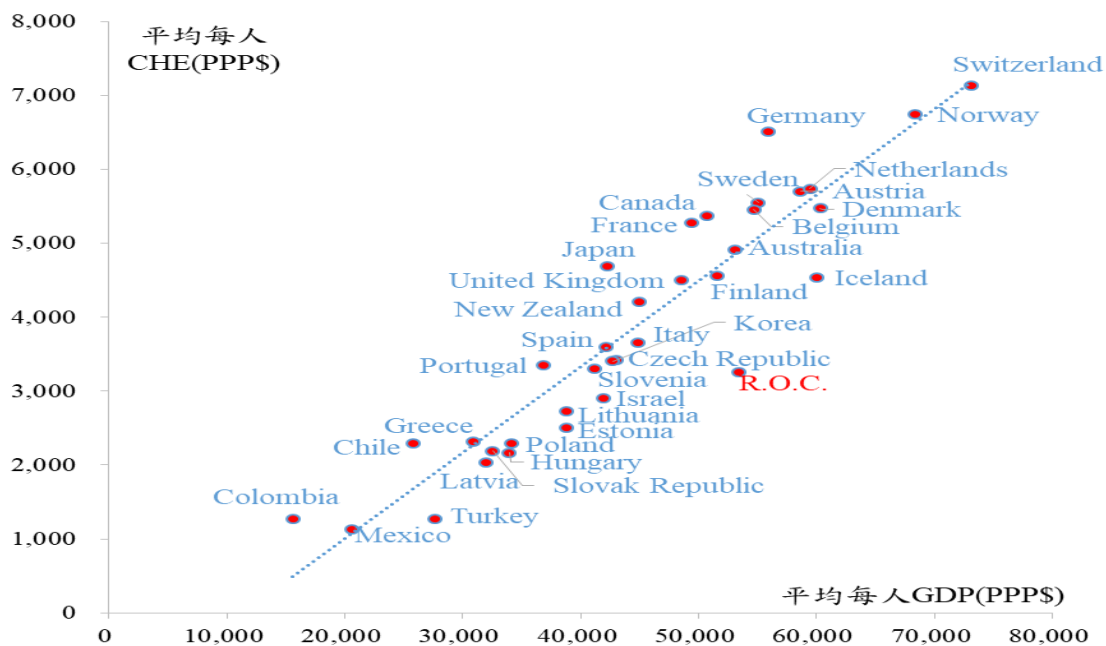


圖4、108年OECD會員國與我國平均每人經常性醫療保健支出(CHE)與平均每人GDP

資料來源：衛生福利部發布之「108年國民醫療保健支出統計分析」。

附註：

1. 剔除盧森堡Luxembourg、美國United States及愛爾蘭Ireland 3 個國家，其估計迴歸方程式為平均每人CHE = 0.1226x平均每人GDP - 1506.8，R<sup>2</sup> = 0.867。
2. CHE(經常性醫療保健支出)：指NHE(國民醫療保健支出)扣除資本形成費用。

## CHE/GDP

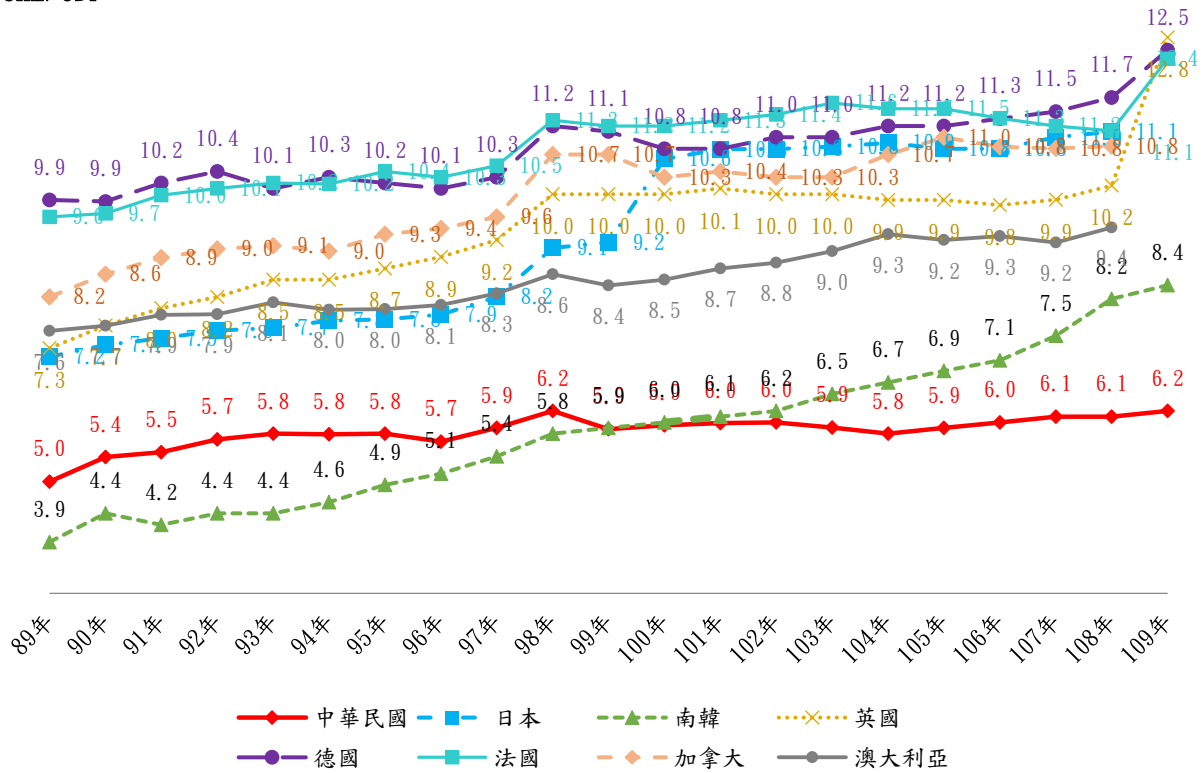


圖5、歷年經常性醫療保健支出(CHE)占GDP比率之國際比較(至109年)

資料來源：衛生福利部發布之「109年國民醫療保健支出統計分析」。

附註：CHE(經常性醫療保健支出)：指 NHE(國民醫療保健支出)扣除資本形成費用。

## 附錄 3、112 年總額範圍諮詢健保會及醫界來函等相關資料(節錄)

### 111 年 4 月 21 日「112 年總額範圍(草案)」諮詢健保會

檔 號：  
保存年限：

#### 衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段  
488號

聯絡人：陳思琪

聯絡電話：(02)8590-6871

傳真：(02)8590-6046

電子郵件：hsszchi@mohw.gov.tw

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國111年5月2日

發文字號：衛部健字第1113360063號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：本會第5屆111年第4次委員會議優先報告事項決定節錄及意見摘要等  
(A21000000IUC03000\_1113360063\_doc1\_Attach1.pdf)

主旨：檢陳本會對「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)之意見，請鑒察。

說明：

- 一、復鈞部111年4月15日衛部保字第1111260152號函及同年4月19日衛部保字第1111260165號書函。
- 二、鈞部依據全民健康保險法第60條規定，交下擬訂之112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)諮詢案，經提本會第5屆111年第4次委員會議(111.4.21)報告，獲致決定節錄及委員所提諮詢意見(含書面意見)摘要，併同發言實錄如附件，敬請鈞部參考。
- 三、有關鈞部112年度總額範圍擬訂說明提及，111年3月15日「112年總額擬訂方向會議」決議涉及本會部分，一併回復如附件第11頁，請卓參。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部中央健康保險署



總收文 111.05.02



1110117832

本會第5屆 111 年第 4 次委員會議優先報告事項決定節錄及意見摘要

衛生福利部全民健康保險會第5屆 111 年第 4 次委員會議紀錄

(含附錄 - 與會人員發言實錄)(節錄)

時間：中華民國 111 年 4 月 21 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）

伍、優先報告事項

報告單位：衛生福利部社會保險司、中央健康保險署

案由：衛生福利部「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」（草案）併同中央健康保險署「112 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」（草案），請本會表示意見案。

決定：

- 一、肯定衛生福利部社會保險司重新檢視年度總額預算編列方式之合理性。
- 二、所提 112 年度總額基期計算方式之變更，考量各界未有共識，且當前新冠肺炎疫情嚴峻，總額擬訂宜以穩定醫療量能、安定醫護人心為要建請衛生福利部再予審酌，持續溝通，暫緩於 112 年度總額執行。
- 三、委員所提諮詢意見(含書面意見)摘要(如附件一)，及衛生福利部 112 年總額擬訂方向會議決議涉及本會部分之回復說明(如附件二)，併同發言實錄，送請衛生福利部參考。

112 年度「全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」及「全民健康保險資源配置及財務平衡方案」本會委員所提諮詢意見摘要

一、對112年度總額範圍(草案)之建議：

付費者委員意見：

- (一)所擬總額範圍成長率1.256%~5.0%，低、高推估增加金額高達100.71億元~400.92億元。依健保署財務模擬試算，112年當年保險收支預估將短絀111億元至409億元，當年底保險收支累計結餘數，僅剩約當0.88個月至0.38個月保險給付支出，低於法定應至少有1個月保險給付支出之安全準備總額，明年勢必面臨調漲保費的問題，建請行政院核定112年度總額範圍時，考量健保財務狀況，審慎評估再行調整高推估之合理性。
- (二)近年受COVID-19疫情影響，我國經濟成長主要來自科技產業，但國內許多產業低迷，一般民眾薪資停滯，依主計總處公布之民眾實質經常性薪資呈現衰退(負成長)現象。此外，受通貨膨脹影響，物價齊漲，民眾經濟負擔加重。考量民眾付費能力下降、經濟負擔加重，建議年度總額範圍之高推估不宜過高。
- (三)近年健保配合政策與政府共同推動許多預算，用於疾病防治及提升醫療服務效率，如：C型肝炎藥費、分級醫療、健保醫療資訊雲端查詢系統，有助於醫療費用之節流，應將節流成效列為總額減項，並研議自總額基期扣除。目前提出之「減列項目」僅約14.32億元，未完全反映節流成效，請檢視扣減內容之合理性。
- (四)近年因 COVID-19 疫情民眾健康意識提升，依據健保署統計，109、110 年門診申報件數分別為-7.43%、-7.88%，住院為-4.68%、-7.43%。另報載國內傳染病大減，衛福部統計 109 年不健康餘命較前 1 年



減少了 0.43 年，是近 10 年來最大降幅。顯示，因民眾加強自主健康管理後，致醫療需求有所減少，應通盤檢視疫情對醫療利用之影響，並納入 112 年度總額協商因素。

(五)近年健保總額中已配合政府推動許多預防醫學項目，應回歸健保法意旨，依法將健保給付用於支付被保險人發生疾病、傷害、生育事故，而預防醫療費用則應由公務預算支應。

### 醫事服務提供者委員意見：

(一)各部門總額內有很多配合政策項目，其增加之預算，仍無法補足醫療服務之給付，如 C 型肝炎藥費，雖有編列藥費，但同時衍生之檢查(驗)係由現有總額支付，就算總額預算有成長，點值仍不到每點 1 元。

(二)我國平均每人經常性醫療保健支出(CHE)占平均每人國內生產毛額(GDP)比率數據顯示，多年來僅微幅成長，相較其他 OECD 國家，國內醫療保健支出尚有增加空間。

(三)若政策推動真有節省費用不反對列減項，但若預算編列不足也應相對加項。例如健保署提出減少重複檢查(驗)及用藥之效益，但導入各項管控措施後費用仍呈現成長，增加額度大於預算成長，預算編列不足應回補，而非列減項。此外，有關 MEA(藥品給付管理合約)，當藥品使用超過目標時，係由當年度總額一般服務費用勻支，後續廠商協議退款之效益，也應回歸總額，不應列為總額減項。

(四)減列預算項目包含 C 型肝炎藥費，C 型肝炎是傳染病防治法規定的第 3 類法定傳染病，經費應由公務預算編列，現在由健保支付藥費已加重健保負擔，若再列減項，並不合理。

(五)回歸健保法意旨，涉及公共衛生、預防保健及配合政策推動等項目，應由公務預算支應，不應轉由健保支付。目前健保財務不佳，

若考量要減輕民眾負擔，則建議政府應該承擔更多的責任，提高公部門支出占比。

### 專家學者及公正人士委員意見：

- (一)所擬 112 年度總額協商因素金額約增加 300.21 億元，其中政策項目內涵諸多用於預防保健、研究經費、設備費用等屬公務預算支應範圍，建議審酌政策項目預算來源之合理性，避免壓縮重要服務項目之協商空間。
- (二)各項管控措施之節流效益，應列入總額減項或年度總額專項財源。如藥品及特材之價量管理或減少重複檢查(驗)之效益，可做為引進新藥、新特材或給付規定改變之財源，若未納入總額財源運用，則應列為總額減項。

## 二、對112年度總額政策目標之建議：

### 醫事服務提供者委員意見：

- (一)政策目標所列項目，包含：延續健保總額中長期改革計畫之擴大推動住院整合照護服務、推動 DRGs 支付制度、試辦門診包裹支付制度等，建議先行與醫界溝通討論。
- (二)政策目標中，體整合公共衛生系與健保資源項目提到「結合公務預算與健保資源」，若無具體內容，恐怕最後都是空談。此外，政策目標提到減少無效醫療，宜先具體定義無效醫療。

### 專家學者及公正人士委員意見：

針對每年提出的諸多政策目標及政策項目，未見從整體角度進行專案檢討，如每年編列 DRGs 預算，但卻無推動進度，建議系統性檢討後再提出政策目標與協商因素。

## 三、對總額設定公式及112總額基期計算方式改變之建議

### 付費者委員意見：

- (一)由於總額基期不斷膨脹，過去付費者一直籲請檢討基期，112 年總額終於正視這個問題，規劃於基期扣減未導入預算或未執行額度。惟專款項日本來就是零基預算，與一般服務分開獨立計算，專款扣減未執行額度是否有實質意義，請審酌。
- (二)112 年度總額基期改採淨值，考量一般服務預算會納入基期累進成長，扣減前開未執行額度，應屬合理；但專款項目採零基預算，未執行額度回歸安全準備，建議維持現行做法，並視執行成效檢討編列專款預算。

### 醫事服務提供者委員意見：

- (一)衛福部社保司 3 月 15 日召開 112 年度總額範圍(草案)擬訂方向會議，所提之 112 年度總額基期採「淨值」及低推估公式修正規劃，與醫界未有共識，建議暫緩實施、維持原案，並持續與醫療團體充分溝通。
- (二)衛福部社保司所擬 112 年度總額範圍之算法，須建立在醫療服務支付滿足的情況下，才不會影響服務品質。於疫情前，一般服務預算不足，點值未達每點 1 元，若改以此算法，於疫情穩定後，未來服務量能增加，會有預算用盡，影響醫療服務提供的問題。
- (三)112 年度總額基期扣減「110 年未執行額度」，但專款是零基預算，沒有用完就回到安全準備，沒有扣減的問題。且總額部門於編列預算前，已精確估算執行情形再編列預算，實際執行之落差應在可接受範圍內。
- (四)請檢討低推估之設定及計算方式之合理性，近年勞工基本薪資、物價齊漲，「醫療服務成本指數改變率」之藥品、醫療儀器及用品指數，係以躉售物價指數計算，無法反映國內市場價格及醫療院所實際購買成本，建議檢討參數之合理性。

(五)影響總額基期成長因素眾多，包括人口老化、物價上升及勞工薪資提高等，均非醫界所能掌控。若受限於財務因素，可改變給付方式，若各界有共識減少給付內容，則可降低總額基期。

#### **專家學者及公正人士委員意見：**

- (一)有關年度總額基期部分改採淨值，支持一般服務部分扣減未導入預算或未執行額度部分。至於專款項目部分，因採零基預算，實支實付，建議仍維持以「前一年專款預算」作為計算基礎。
- (二)總額推估公式應以實證資料做基礎，並將預防醫學所產生效益的實證資料納入總額推估及基期反映，建議未來可思考以實證精算方式計算年度總額。總額公式歷經多年演變，公式間互有連結及關聯，尚需集思廣益研議修訂。

#### **四、付費者委員之其他建議：**

- (一)協商時，各總額部門及健保署所提之協商項目，應參照衛福部會議對本會之建議，提出包含具體規劃及完整的 KPI 等內容，以做為總額協商之參據。
- (二)於協商 112 年總額時，請健保署以保險人角色發揮專業，就 112 年度總額各總額部門提出的協商草案提出保險人的評析意見，供委員協商參考。
- (三)有關健保署提出之財務平衡方案，顯示 109 年導入減少重複檢查(驗)及重複用藥管控措施之成效，惟與整體費用相較，節省效果有限。宜檢討目前管理手段的有效性，請在會後就「近 5 年檢查(驗)支付標準的檢討情況」及「針對重複與不必要檢查(驗)的具體管理措施」提出檢討報告。

有關112年度總額範圍擬訂說明所提， 111年3月15日衛福部社保司「112年總額擬訂方向會議」決議中，涉及本會部分回復如下：

一、 社保司會議決議內容：111年總額各部門總額「成效回饋」部分，待健保會確認後再納入總額基期計算。

本會回復如下：

(一) 本會對成效回饋之處理方式：依據本(111)年3月份委員會議決定之111年度總額協定事項及辦理時程，其中涉及一般服務扣款或節流效益納入總額財源部分，已請健保署分別於111年7月、112年7月提報規劃之處理方式及執行結果，爰關於成效回饋部分，本會業已納入協定事項並據以辦理。

(二) 本會處理方式：依上開本會的處理方式，本會已將「成效回饋」納入年度總額協商考量。未來仍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。

二、 社保司會議決議內容：建議健保會未來協商各部門總額相關計畫時，應先訂定 KPI、提案為幾年計畫、成效評估標準、如何回饋付費者和醫界，將可能產生疑義處預先處理，減少協商後須再協商。

本會回復如下：

(一) 本會目前對總額協商草案已略有規範：查111年度協商架構及原則與程序，明訂總額協商草案須包含：執行目標、預期效益評估指標、服務內容及費用估算基礎，已包括KPI之訂定，惟尚未包含提案為幾年計畫、如何回饋付費者和醫界等內容。

(二) 本會處理方式：本項建議擬納入112年總額協商架構及原則與程序案討論(本年5~6月份委員會議)，並作為總額協商及協定事項之依據。

檔 號：

保存年限：

## 台灣私立醫療院所協會 函

地址：111台北市中山北路四段16號5203A室

承辦人：施皇如

電話：(02)2885-1528#19

Email：hjshih@nhca.org.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5月30日

發文字號：私立醫協會字第0000111044號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：建請指揮中心儘速依據傳染病防治法相關法規之授權，直接裁定111年第二季及第三季醫院總額點值結算，比照110年點值保障方式(未九給九)，以利儘速達成抗疫成功最後階段，同時建立台灣新模式之經濟防疫生活方式。

說明：

- 一、依據本會會員醫院具體意見反應之。
- 二、去(110)年之第二季及第三季突遇防疫缺口時，所幸經政府卓越領導，同時醫院總額點值結算採取”未九給九”(健保點數未達到去年同時期九成時給予九成之保障)之成功政策，及時穩定軍心，給予投入防疫作戰之所有專責醫院充足資源，才得以及時控制疫情，讓經濟生活重回正軌。
- 三、依據傳染病防治法第7條：『為防治控制疫情需要，得實施



必要之應變處置或措施。』足見該法規已有足夠授權中央流行疫情指揮中心逕行裁定醫院總額點值結算方式。

四、今(111)年第二、三季因政府採納與世界皆同之「與病毒共存」決策，COVID-19被感染人數中，中、重症及死亡人數比去年有過之而無不及。投入專責病房之所有層級醫院在指揮中心一聲令下，不怨不悔投入前線抗戰，即使有的醫學中心目前已有10%員工染疫COVID-19居家隔離下，其他員工皆輪流加班讓所有專責病房可以運作正常。

五、至於其經費之來源是自特別預算或全民健保醫院總額協商額度撥付，端賴指揮中心之智慧決定之。

正本：嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心

副本：衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部社會保險司、衛生福利部中央健康保險署



檔 號：

保存年限：

## 嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心 函

地址：10050台北市中正區林森南路6號

聯絡人：健保署 張毓芬

聯絡電話：(02)27065866分機2629

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7日

發文字號：肺中指字第1110031374號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關貴會建議111年第2季及第3季醫院總額點值結算案，復如說明，請查照。

說明：

- 一、復貴會111年5月30日私立醫協會字第0000111044號函。
- 二、醫院總額點值結算方式，因涉及全體醫院權益，宜凝聚共識後依程序提報全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議通過，報衛生福利部全民健康保險會同意後，經衛生福利部核定後實施。
- 三、有關111年度醫院總額健保點值結算方式，衛生福利部中央健康保險署已函請台灣醫院協會協助凝聚醫界共識，該署將依醫界共識據以辦理。

正本：台灣私立醫療院所協會





副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會



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8日  
發文字號：健保醫字第1110661352A號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如主旨 (A21030000I\_1110661352A\_doc2\_Attach1.pdf)

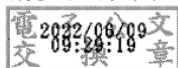
主旨：檢送修訂「111年度西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」（附件）案，請備查。

說明：

- 一、依據本署111年5月26日召開全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額111年第2次研商議事會議決議（諒達）辦理。
- 二、上開會議決議，修正通過刪除原分配方式三、（四）、4. 註文字：『若有一分區111年某季預估一般服務申報醫療點數與108年同期之「點數衰退比例」大於臺北區，則請健保署提早通知，本會將採滾動式修訂111年一般服務費用地區預算分配細節』。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：衛生福利部社會保險司、中華民國醫師公會全國聯合會(均含附件)



111.06.09



1113340114

### 111 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」

- 一、111 年西醫基層一般服務費用地區預算之參數分配方式
- 二、SMR 及 TRANS 以 106-109 年度數值依 25%、25%、25%、25% 加權平均計算。
- 三、111 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式：
  - (一) 111 年一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 1.052 億元)，全年移撥風險調整移撥款 600 百萬元。提撥 300 百萬元撥補臺北區，300 百萬元撥補點值落後地區(不含臺北區)，並依 111 年西醫基層總額四季預算占率提列。
  - (二) 六分區各季預算 68% 依「人口風險因子及轉診型態校正比例(R 值)」，32% 依「開辦前一年各區門診醫療費用占率 (S 值)」比率分配。
  - (三) 以臺北區以外之五分區(下稱五分區)一般服務預算(不含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用，含查處追扣金額、「強化基層照護能力開放表別項目」、「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」等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」、及藥品給付協議及緩起訴捐助款)，估算浮動點值後進行排序及風險調整移撥款移撥作業。
  - (四) 風險調整移撥款撥補點值落後地區方式，如下：
    1. 點值落後地區，係指低於五分區浮動點值且不超過每點 1 元之地區。
    2. 依下列公式進行費用撥補：

$$(M - An) \times Y_n \quad \times \quad \sum_{n=1}^n (M - An) \times Y_n \quad \times \quad \text{當季風險調整移撥款}$$

註：M=五分區浮動點值；A=該區浮動點值。

Y=該分區一般服務預算(不含違規查處、專款及其他部門)占率。

n=低於五分區浮動點值且不超過每點 1 元之地區。

3. 撥補前與撥補後點值排序不變，若撥補後影響點值排序，則受撥補分區最高補至與原點值排序前一名之分區點值，且點值不超過每點 1 元為止。
4. 若有剩餘或未動用之移撥款，則當季依五分區移撥後之預算(不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算)占率攤分。

~~註：若有一分區 111 年某季預估一般服務申報醫療點數與 108 年同期之「點數衰退比例」大於臺北區，則請健保署提早通知，本會將採滾動式修訂 111 年一般服務費用地區預算分配細節。~~

5. 分區一般服務預算依前開調整後併入「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」，結算點值。

四、109 年西醫基層總額六分區查處非總額舉發追扣金額，依六分區減列金額之 30%，列入 111 年六分區地區預算分配，計算方式如下：

- (一) 扣除額度，臺北 7,578,200 元、北區 9,769,101 元、中區 2,411,529 元、南區 1,334,464 元、高屏 5,882,966 元、東區 22,385 元。
- (二) 111 年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依 109 年四季預算占率計算。
- (三) 111 年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列之金額後，各該季總減列之金額再依 109 年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至 111 年六分區各該季費用預算。

註：四季預算占率係指不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算。

**健保會委員關切急診品質提升方案修訂及代謝症候群防治計畫研議情形**

健保會 111.6.7

本會 5 月份委員會議(111.5.27)，委員對於醫院總額「全民健康保險急診品質提升方案」(下稱急診品質提升方案)之修訂，及西醫基層總額「代謝症候群防治計畫」專款項目之研議情形，分別提出關切與期許，並期待透過健保署與醫界的努力，能使該 2 項計畫之執行，達到當初編列專款的目的。

急診品質提升方案自 101 年實施迄今，主要係考量國內多數醫學中心因急診壅塞，致急診部門醫事人員工作負荷增加，並影響急重症病患的醫療照護。為改善急診服務品質，歷年之醫院總額均編列本項專款預算，111 年編列 3 億元，協定事項並要求「請健保署精進執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形」。為推動本計畫，健保署邀集急診醫學會、急診管理學會及相關專科醫學會共同研擬計畫，期提升急重症照護品質，縮短病人在急診室留置之時間，改善醫學中心急診壅塞情形。為持續精進方案內容，該方案經過多次修訂，並於本次會議本會重要業務報告提報 111 年之修訂重點，包括：新增主動脈剝離需緊急手術等多項獎勵項目，另刪除原方案之觀察指標、壅塞指標及效率指標。

針對本次修訂，付費者代表委員表示，急診品質提升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，將如何評估方案有無達到目的。雖然健保署「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」111 年第 1 次會議決議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，但並無明確的時間表，希望能有具體的時程，以利了解急診壅塞相關指標的檢討與訂定情形。

另有醫界代表委員也表示，本項專款的協定事項為紓解醫學中心急診壅塞情形，預算逐年增加，但是否有助於紓解醫學中心急診壅塞仍有疑義。本次修訂又將急診壅塞情形相關指標刪除，違反本項專款的協定事項。此外，依健保署醫療品質資訊公開網站之「急診轉住院暫留急診超過 48 小時案件比率」指標監測結果，部分醫院病人在急診室滯留超過 48 小時的案件甚至超過 25%，而且多年來都未見改善。自 103 年起迄今，排名第一、二的醫院都是在台北市，本項專款預算編列以後，這些醫院的指標也從未下降，壅塞的醫院依然壅塞，顯示編列再多的預算，依然無法改善急診壅塞情形，建議健保署就該項預算歷年執行情形，

特別是急診壅塞的改善狀況進行專題報告，以利委員瞭解。

針對上述委員的詢問意見，健保署回應值此 COVID-19 疫情高峰的關鍵時刻，除了要面對沈重的防疫壓力，又不能讓重症病人權益受損，第一線的急診醫師感到焦心與急切，同時又希望病人的醫療需求，尤其是重症病人的需要能獲得滿足，所以在此關鍵時刻，通過該方案對於重症及提升效率的獎勵。至於委員關心急診壅塞指標，雖未納入方案，但健保署仍會持續監測，特別是醫學中心的急診壅塞情形，請委員體諒這段時間急診第一線醫護人員的辛苦。經主席綜整委員意見作成決定，請健保署於 7 月份委員會議提出「全民健康保險急診品質提升方案」之執行情形專案報告，並應包含急診壅塞相關監測指標，尤其是醫學中心別或分區的狀況。

另有關「代謝症候群防治計畫」，111 年度西醫基層總額編列專款 3.08 億元，並依協定事項要求「計畫具體實施方案，於提報健保會同意後執行」。為此，健保署於 4 月份委員會議(111.4.21)提報該計畫，委員對於計畫服務人數、支付方式及服務模式提出諸多寶貴意見，經過熱烈討論，最後決議：「原則同意所提計畫。有關收案照護人數，請健保署會同西醫基層總額相關團體妥處後，依法定程序陳報衛福部核定」。

於 5 月份委員會議確認 4 月份會議紀錄時，對於該案之決議文字「原則同意所提計畫。…」，有付費者代表委員表示不認同，認為委員對於收案照護人數、費用支付、執行目標與評估指標等尚有疑慮，上次會議囿於討論時間不足，未能充分表達不同意之意見，健保署亦未能回應委員所詢問題，所謂「原則同意所提計畫」並非委員共識。另有醫界代表委員表示，醫師公會全國聯合會與健保署、健康署已召開過 8 次會議詳細研議該計畫，目前計畫只剩半年可執行，且最近疫情嚴峻，民眾已盡量減少就醫，無須擔心計畫預算超支，如果明年該計畫繼續試辦，將依委員建言，持續檢討、改進計畫。

最後，決定修正決議文字：「原則同意所提計畫。有關收案照護人數及委員所提意見，請健保署會同西醫基層總額相關團體妥處後，依法定程序陳報衛福部核定」，以能如實呈現上次委員會議的討論結果。希望委員所提的建言，能納入計畫修訂考量，以落實原協商意旨，期透過總額預算投入，推動「代謝症候群防治計畫」，以達到改變患者生活型態，預防及延緩國人罹患慢性病之目的。

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：白其怡  
聯絡電話：(02)8590-6744  
傳真：(02)8590-6048  
電子郵件：lgpai@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年5月20日  
發文字號：衛部保字第1110119608C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：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，業經本部於中華民國111年5月20日以衛部保字第1110119608號令修正發布，除第七部全民健康保險住院診斷關聯群第一章Tw-DRGs支付通則之「附表7.3 111年7月至12月3.4版1,068項Tw-DRGs權重表」自111年7月1日生效外，自111年6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、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中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、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、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、勞動部勞工保險局、衛生福利部中央健康保險署  
副本：衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本部醫事司、本部中醫藥司、本部護理及健康照護司、本部心理健康司、本部口腔健康司、本部長期照顧司、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會(均含附件)



## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準（以下稱本標準）之修正，為本（一百一十一年）第二次修正。

本次修正，主要依據本年度各總額部門醫療給付費用總額協定事項，新增給付項目六項，調升各類病床住院首日護理費、腎臟移植手術費及居家照護山地離島醫事人員等支付點數，及開放表別至西醫基層與擴大安寧療護對象；更新全民健康保險住院診斷關聯群（Tw-DRGs）權重表及增修中醫部門支付標準等。要點如下：

### 一、西醫基本診療（第二部第一章）

- （一）第一節門診診察費通則九同一療程疾病，新增癌症放射線治療、高壓氧治療及減敏治療訂有不同申報頻次，並調升第三節病房費中各類病床「護理費（第一天）」支付點數百分之三十。
- （二）第八節住院安寧療護：通則二新增安寧病房醫事人員資格規定；通則三增列末期骨髓增生不良症候群等收案對象。

### 二、西醫特定診療（第二部第二章）

- （一）檢查（第一節）：新增「HLA-B\*5801基因檢測」（編號12213B，2,343點）及「深部小腸內視鏡」（編號28046B，42,721點）等二項。
- （二）治療處置（第六節）：
  - 1. 新增「影像導引氣管內管插管術」（編號47105C，2,321點；編號47106C，1,484點）及「成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食」（編號47107B，3,000點）等二項目。
  - 2. 修正「氣管內管插管」（編號47031C）等支付規範。
- （三）手術（第七節）：
  - 1. 新增「內視鏡蝶腭動脈結紮術」（編號65079B，6,732點）及修正



「經導管肺動脈瓣膜置換術」(編號68057B)支付規範。

2. 調升「腎臟移植」(編號76020B)支付點數，由106,128點調整至212,256點。

3. 開放「輸卵管剝離術」(編號80604B)及「輸卵管造口術」(編號80606B)二項適用表別至基層院所、增列剖腹產適應症，以及修正部分項目支付規範或英文名稱。

(四) 麻醉費(第十節)：配合新增「影像導引氣管內管插管術」項目，新增「半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法」，以影像導引氣管內插管二項(編號96029C, 5,155點；編號96030C, 4,597點)。

三、中醫(第四部)：增修第四章至第六章針灸、傷科及針灸合併傷科等支付規範及附表4.5.2，與修正第八章特定疾病門診加強照護支付規範。

四、居家照護及精神病患者社區復健(第五部)：

(一) 新增緊急訪視規定及調升山地離島地區醫事人員訪視費二成。(第一章居家照護；第三章安寧居家療護)。

(二) 通則二增列末期骨髓增生不良症候群等收案對象(第三章安寧居家療護)。

五、全民健康保險住院診斷關聯群(第七部)：

(一) 修正第一章支付通則二、通則十四有關「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」相關規定；通則六及通則十三參數計算方式。

(二) 修正「附表7.3 111年7月至12月3.4版1,068項Tw-DRGs權重表」。

六、本次修正除第七部全民健康保險住院診斷關聯群「附表7.3 111年7月至12月3.4版1,068項Tw-DRGs權重表」自一百一十一年七月一日生效外，自一百一十一年六月一日生效。

副本

檔 號： 附錄十  
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5月26日

發文字號：健保醫字第1110106489號

附件：如主旨



主旨：公告「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」修訂案（附件），自111年7月1日起生效。

依據：衛生福利部111年5月19日衛部保字第1111260176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、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)

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300135

111. 5. 27

檔 號：  
保存年限：

副本

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5月19日

發文字號：健保審字第1110104614號

附件：如主旨



主旨：公告刪除「全民健康保險中醫門診總額部門檔案分析審查不予支付指標及處理方式」指標022、030、033及037等4項指標（附件），自111年7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4月29日衛部保字第1111260172號函。

公告事項：刪除「全民健康保險中醫門診總額部門檔案分析審查不予支付指標及處理方式」指標022-中醫同一院所同一患者同月看診次數過高、030-中醫用藥日數重複率過高、033-中醫門診申報同院所同病人當月針傷處置次數過高及037-中醫院所單一醫師每月申請中醫師親自調劑費(A32)次數大於1,200人次以上等4項指標。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、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、本署資訊組(請刊登本署全球資訊網)、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)、本署醫審及藥材組

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300130

111. 5. 20

裝

訂

線

檔 號：  
保存年限：

副本

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5月23日

發文字號：健保審字第1110105791號

附件：如主旨



主旨：公告刪除「全民健康保險西醫基層總額部門檔案分析審查不予支付指標及處理方式」指標005、006、007、009、023、025、026、035、036、045及049等11項指標（附件），自111年7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5月12日衛部保字第1110118621號函。

公告事項：刪除「全民健康保險西醫基層總額部門檔案分析審查不予支付指標及處理方式」指標005-基層診所病患當月就診超過10次以上、006-初次使用ticlopidine 或clopidogrel前未使用aspirin比率、007-基層診所01及09案件藥品申報超過38天、009-西醫基層總額門診注射劑使用率、023-西醫基層門診新陳代謝及心血管兩系統疾病之慢性



裝  
訂  
線

分層負責代碼	一層	二層	三層	四層
		✓		

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300131

111. 5. 23

病案件開藥天數小於等於21日之案件占率過高、025-西醫基層門診PSYLLIUM HUSK處方率居於同儕極端值、026-西醫基層門診2歲以下幼兒使用CODEINE成分之處方藥品比率過高、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-西醫診所門診同院所同一病人每季Zolpidem處方量(DDD數)超量、045-西醫基層醫師成人精神科診斷性會談申報量過高及049-同一院所物理治療頻率過高個案所占醫令數比率過高等11項指標。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、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、本署資訊組(請刊登本署全球資訊網)、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)、本署醫審及藥材組(均含附件)

署長李伯璋

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10日

發文字號：健保醫字第1110661418A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：110年第4季「牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額  
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑  
如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨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年第2次研商議事會議」會議決定辦理。
- 二、旨揭牙醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/牙醫總額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自111年6月15日起，牙醫門診總額費用之暫付、核付，依110年第4季結算點值辦理，並於111年6月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。

111.06.13



1113340119

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、各縣市牙醫師公會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組

2022/06/10  
16:10:12  
電文  
交換章



裝

訂



線

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：R08I3008R01

110年第4季

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄：110/10-110/12 核對截止日期：111/03/31

列印日期：111/05/06

頁次：28

2. 一般服務浮動每點支付金額		= [ 調整後分區一般服務預算總額(BD2)	
臺北分區	= [ 4,442,374,275	-	867,822,327-(
北區分區	= [ 1,920,523,754	-	436,858,314-(
中區分區	= [ 2,168,213,879	-	206,901,393-(
南區分區	= [ 1,525,574,393	-	242,077,509-(
高屏分區	= [ 1,674,963,763	-	175,946,484-(
東區分區	= [ 235,485,366	-	40,186,538-(
			35,224,057+
			12,033,070+
			19,079,209+
			100,000-
			5,059,871-
			938,232-
			0-
			2,426,270+
			103,281] /
			3,789,695,824 =
			0.93390730
			120,155] /
			1,471,842,069 =
			0.99977589
			67,362] /
			1,964,051,504 =
			0.98880600
			56,334] /
			1,219,178,392 =
			1.03837197
			17,301] /
			1,479,607,774 =
			1.00359584
			8,632] /
			163,933,983 =
			1.17647313

3. 一般服務全區浮動每點支付金額		= 加總[調整後分區一般服務預算總額(BD2)	
		-	(核定非浮動點數(BG) + 緩起訴捐助款)
		-	自墊核退點數(BJ)]
		/	加總一般服務浮動核定點數(GF)
		-	(
			94,316,152 + 6,098,103 ) -
			373,065] /
			12,085,970,466 =
			0.98182832

4. 一般服務分區平均點值		= [ 調整後分區一般服務預算總額(BD2)]	
		/	[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 緩起訴捐助款 + 自墊核退點數(BJ)]
臺北分區	= [ 4,442,374,275	/	[ 4,712,855,793 + 35,224,057 + 103,281 ] =
北區分區	= [ 1,920,523,754	/	[ 1,911,653,040 + 12,033,070 + 0 + 120,155 ] =
中區分區	= [ 2,168,213,879	/	[ 2,165,948,164 + 19,079,209 + 100,000 + 67,362 ] =
南區分區	= [ 1,525,574,393	/	[ 1,450,462,332 + 12,420,009 + 5,059,871 + 56,334 ] =
高屏分區	= [ 1,674,963,763	/	[ 1,647,463,757 + 13,133,537 + 938,232 + 17,301 ] =
東區分區	= [ 235,485,366	/	[ 197,587,380 + 2,426,270 + 0 + 8,632 ] =
			1.17729567
5. 一般服務全區平均點值			
		/	[ 12,085,970,466 + 94,316,152 + 6,098,103 + 373,065 ] =
			0.98197861

註：自108年至110年第2季回歸總額緩起訴捐助款，查分區已於追扣補付作業進行追扣，結算時亦列入一般服務核定點數之減項，造成重複扣減，爰自110年第3季起分4季自一般服務核定非浮動點數予以沖銷。



衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R01

110年第4季

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

核付截止日期：111/03/31

列印日期：111/05/06

頁次：29

6. 牙醫門診總額平均點值＝加總[依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)]

+	專款專用暫結金額	
+	移撥資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額＋移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額	
+	移撥因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵案暫結金額	
+	加總[一般服務核定浮動點數(GF)＋核定非浮動點數(BG)＋緩起訴捐助款＋自墊核退點數(BJ)]	
+	專款專用已支用點數(含品質保證保留款)＋移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數	
=	[ 11,967,135,430＋316,895,005＋62,048,044＋6,695,819＋100,000,000]	
／	[ 12,085,970,466＋94,316,152＋6,098,103＋373,065＋309,517,974＋58,933,925]	= 0.99184120

註：1. 專款專用暫結金額＝牙醫特殊醫療服務結算金額(含一般服務支應之不足款)＋醫療資源不足地區改善方案支付金額  
 十網路頻寬補助費用暫結金額十牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫暫結金額十0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫  
 十品質保證保留款預算  
 = 150,007,150＋78,868,488＋34,786,334＋1,098,000＋139,954＋51,995,079  
 = 316,895,005  
 2. 品質保證保留款預算＝106年各季品質保證保留款預算十110年品質保證保留款預算/4。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：  
 費用年月110/09(含)以前：於111/01/01～111/03/31期間核付者。  
 費用年月110/10～110/12：於110/10/01～111/03/31期間核付者。
2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

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：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6月2日  
發文字號：健保醫字第1110661312A號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：附件請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：110年第4季「中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額  
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑  
如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨111年5月19日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額111年第2次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭中醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/中醫總額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自111年6月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核付，依110年第4季結算點值辦理，並於111年6月辦理點值結算追扣補付事宜。



正本：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

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國中醫師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室

2022/06/02  
13:46:43  
電交 子公 文  
交 換 章



裝



訂

線

衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/04/27

結算主要費用年月起迄：110/10-110/12 核付截止日期：111/03/31 頁次：25

程式代號：RGBI3008R02  
110年第4季

2. 一般服務浮動每點支付金額		= [ 調整後分區一般服務預算總額(BD1)	
		- (各分區一般服務核定非浮動點數(BG) + 緩起訴捐助款)	
		/ 各分區自墊核退點數(BJ)]	
臺北分區	= [ 2,066,217,147	- ( 740,547,651 +	48,267 ] / 1,279,723,045 = 1.03586572
北區分區	= [ 893,846,867	- ( 344,230,811 +	19,193 ] / 525,585,259 = 1.04516650
中區分區	= [ 1,815,811,604	- ( 650,584,039 +	38,683 ] / 1,166,405,955 = 0.99859246
南區分區	= [ 1,029,582,229	- ( 398,587,060 +	23,692 ] / 610,640,228 = 1.03327601
高屏分區	= [ 1,148,317,506	- ( 441,896,593 +	3,230 ] / 708,780,964 = 0.99666571
東區分區	= [ 157,878,720	- ( 46,718,374 +	5,954 ] / 89,823,037 = 1.23748201

3. 全區浮動每點支付金額		= [ 加總調整後分區一般服務預算總額(BD1)	
		- ( 加總核定非浮動點數(GG) + 緩起訴捐助款)	
		/ 加總自墊核退點數(GJ)]	
		/ 加總一般服務浮動核定點數(CF)	
		= [ 7,111,654,073	
		- ( 2,622,564,528 +	
		709,028) -	
		139,019 ] / 4,380,958,488 = 1.02448848	

註：自108年至110年第2季回歸總額緩起訴捐助款，查分區已於追加補付作業進行追扣，結算時亦列入一般服務核定點數之減項，造成重複扣減，爰自110年第3季起分4季自一般服務核定非浮動點數予以沖銷。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：R0813008R02

110年第4季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

核付截止日期：111/03/31

列印日期：111/04/27

頁次：26

4. 一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案\_論量計酬)

= [調整後分區一般服務預算總額(BD1)]					
/ [一般服務核定浮動點數(BF)]					
+ 該分區核定非浮動點數(BG) + 緩起訴捐助款					
+ 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]					
臺北分區 = [ 2,066,217,147 ] / [ 1,279,723,045 + 740,547,651 + 0 + 48,267 ] = 1.02271829					
北區分區 = [ 893,846,867 ] / [ 525,585,259 + 344,230,811 + 272,760 + 19,193 ] = 1.02728264					
中區分區 = [ 1,815,811,604 ] / [ 1,166,405,955 + 650,584,039 + 424,692 + 38,683 ] = 0.99909667					
南區分區 = [ 1,029,582,229 ] / [ 610,640,228 + 398,587,060 + 11,576 + 23,692 ] = 1.02013319					
高屏分區 = [ 1,148,317,506 ] / [ 708,780,964 + 441,896,593 + 0 + 3,230 ] = 0.99794619					
東區分區 = [ 157,878,720 ] / [ 89,823,037 + 46,718,374 + 0 + 5,954 ] = 1.15621946					

5. 一般服務全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案\_論量計酬)

= [ 7,111,654,073 ] / [ 4,380,958,488 + 2,622,564,528 + 709,028 + 139,019 ] = 1.01531658
--

6. 中醫門診總額平均點值

= [加總調整後分區一般服務預算總額(BD1) + 專款專用暫結金額 + 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B4)]	
/ [加總分區一般服務核定浮動點數(GF) + 加總分區核定非浮動點數(GG) + 緩起訴捐助款 + 總分區自墊核退點數(GJ) + 專款專用已支用點數(含品質保證保留款) + 資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B4)]	
= [ 7,111,654,073 + 210,668,925 + 56,248,259 ] / [ 4,380,958,488 + 2,622,564,528 + 709,028 + 139,019 + 211,250,009 + 56,248,259 ]	
= 1.01467325	

註：

1. 專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額 + 癌症患者加強照護整合方案暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎過敏性鼻炎護理試辦計畫暫結金額 + 中醫急症處置計畫暫結金額 + 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 網路頻寬補助費用暫結金額 + 品質保證保留款預算

= 31,740,906 + 62,839,584 + 17,137,921 + 48,191,925 + 3,758,428 + 368,132 + 13,798,931 + 20,571,871 + 12,261,227 = 210,668,925

2. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 110年品質保證保留款預算 / 4

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月110/09(含)以前：於111/01/01~111/03/31期間核付者。  
費用年月110/10~110/12：於110/10/01~111/03/31期間核付者。

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：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6月13日

發文字號：健保醫字第1110661391A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請自本署全球資訊網自行擷取

主旨：檢送110年第4季「醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」，已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨111年5月25日全民健康保險醫療給付費用醫院總額111年第2次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭醫院總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/醫院總額。
- 三、另依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自111年6月15日起暫付、核付之醫院總額費用依110年第4季點值辦理，並於111年6月辦理點值結算追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

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、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、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組

衛生福利部中央健康保險署

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/05/20

程式代號：rgbi3008r06

110年第4季

核付截止日期：111/03/31

頁次：42

5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額

[調整後分區門住診一般服務預算總額(BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)	
- 加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數 × 前季全區浮動點值)(AF1+AF3)	0
- (加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG3) - 藥品給付協議 + 緩起訴捐助款)	22,899,426 / 21,057,370,167 = 0.92861678
- 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數 × 前季就醫分區平均點值)(AF2+AF4)	
- 加總(門住診偏遠地區核定非浮動點數)(BG2+BG4)	
- 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]	
/ 加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)(BF1+BF3)	
臺北分區 = [19,782,930,951 + 24,748,806,206 - 4,331,188,299 - (21,877,734,691 - 1,596,169,748 + 212,754,134 - 129,103,096 - 22,899,426) / 21,057,370,167 = 0.92861678	
北區分區 = [7,356,353,606 + 10,045,537,247 - 2,624,614,676 - (8,435,574,109 - 498,219,747 + 19,725,715 - 12,252,615 - 11,555,977) / 7,096,385,439 = 0.95772525	
中區分區 = [9,450,920,530 + 13,151,841,864 - 1,127,636,000 - (10,848,961,345 - 647,084,500 + 421,967,439 - 348,331,751 - 10,595,490) / 11,735,234,066 = 0.89408995	
南區分區 = [7,457,351,245 + 10,473,109,784 - 1,509,048,717 - (8,604,345,863 - 467,762,198 + 30,367,271 - 21,256,709 - 4,995,465) / 8,078,549,056 = 1.01852562	
高屏分區 = [7,812,479,998 + 11,342,238,909 - 1,052,741,423 - (8,932,137,247 - 409,972,762 + 100,410,854 - 27,081,589 - 6,800,376) / 10,052,784,067 = 0.93959207	
東區分區 = [1,310,501,616 + 2,203,684,854 - 309,707,873 - (1,601,701,005 - 36,271,623 + 60,687,996 - 19,558,867 - 522,964) / 1,694,465,850 = 0.91962868	

6. 非偏遠地區門住診一般服務全區浮動每點支付金額 = [調整後門診一般服務預算總額(D4) + 調整後住診一般服務預算總額(D3)

- (加總(門住診核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4) - 藥品給付協議 + 緩起訴捐助款)	
- 加總(門住診自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]	
/ 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)	
= [53,170,537,946 + 71,965,218,864 - (60,858,038,887 - 3,655,480,578 + 4,002) - 57,369,698] / 72,994,974,911	
= 0.92986983	

註:1. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

2. 自108年至110年第2季回歸總額緩起訴捐助款，查分區已於追扣補付作業進行追扣，結算時亦列入一般服務核定點數之減項，造成重複扣減，爰自110年第4季自一般服務核定非浮動點數予以沖銷。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r06

110年 第 4季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄：110/10～110/12

列印日期：111/05/20

頁次：43

7. 非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值 = [調整後分區門診一般服務預算總額(BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)]

÷ [加總(門住診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

+ 加總(門住診投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4) - 藥品給付協議 + 緩起訴捐助款

+ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區 = [19,782,930,951 + 24,748,806,206] ÷ [26,179,321,608 + 22,006,837,787 - 1,596,169,748 + 0 + 22,899,426] = 0.95535244  
 北區分區 = [7,356,353,606 + 10,045,537,247] ÷ [10,081,250,433 + 8,447,826,724 - 498,219,747 + 0 + 11,555,977] = 0.96449907  
 中區分區 = [9,450,920,530 + 13,151,841,864] ÷ [13,462,771,280 + 11,197,293,096 - 647,084,500 + 0 + 10,595,490] = 0.94085756  
 南區分區 = [7,457,351,245 + 10,473,109,784] ÷ [9,815,127,006 + 8,625,602,572 - 467,762,198 + 0 + 4,995,465] = 0.99735778  
 高屏分區 = [7,812,479,998 + 11,342,238,909] ÷ [11,346,963,410 + 8,959,218,836 - 409,972,762 + 4,002 + 6,800,376] = 0.96240293  
 東區分區 = [1,310,501,616 + 2,203,684,854] ÷ [2,109,541,174 + 1,621,259,872 - 36,271,623 + 0 + 522,964] = 0.95105187

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值

= [53,170,537,946 + 71,965,218,864] ÷ [72,994,974,911 + 60,858,038,887 - 3,655,480,578 + 4,002 + 57,369,698] = 0.96069898

9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)

= 加總[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3) + 專款專用暫結金額]

÷ [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 緩起訴捐助款 + 自墊核退點數(BJ)

+ 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]

= [53,170,537,946 + 71,965,218,864 + 6,880,531,851]

÷ [72,994,974,911 + 60,858,038,887 - 3,655,480,578 + 4,002 + 57,369,698 + 6,895,952,991]

= 0.96256260

註：

- 專款專用暫結金額 = C型肝炎藥費暫結金額 + 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材暫結金額 + 後天免疫缺乏病治療藥費暫結金額 + 鼓勵器官移植並確保術後追蹤護理品質暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額 + 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 急診品質提升方案暫結金額 + 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額 + 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額 (各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 品質保證保留款預算 + 網路頻寬補助費用暫結金額
- C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。
- 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病治療藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 110年品質保證保留款預算/4。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月110/09(含)以前：於110/12/01～111/03/31期間核付者。

費用年月110/10～110/12：於110/09/01～111/03/31期間核付者。

2. 當地就醫分區未跨區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。



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8日

發文字號：健保醫字第1110661352B號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：110年第4季「西醫基層總額各分區一般服務每點支付金額  
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑  
如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨111年5月26日全民健康保險西醫基層總額111年第2次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭西醫基層總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/西醫基層。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自111年6月15日起，西醫基層預算費用之暫付、核付，依110年第4季結算點值辦理，並於111年6月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。



111.06.09



1113340115

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部社會保險司、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、中華民國藥師公會全國聯合會、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、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署違規查處室、本署醫務管理組、各縣市醫師公會

2022/06/09  
09:24:28  
電交換章



裝



訂

線

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r03

110年第4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

核付截止日期：111/03/31

列印日期：111/05/06

頁次：36

六、調整後一般服務預算總額浮動點數之計算(含「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)

1. 一般服務分區浮動每點支付金額	= [修正年度風險調整撥款後一般服務預算總額(BD7) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用
	- 投保該分區至其他五區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保分區浮動點值(AF)
	- (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 緩起訴助款) - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]
／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)	
臺北分區 = [ 10,865,478,905 +	444,456 - 1,564,486,614 - ( 2,842,213,595 - 9,003,617 + 432,045 ] / 5,716,869,582 = 1.13135251
北區分區 = [ 5,067,419,824 +	3,985,624 - 784,519,735 - ( 1,409,026,900 - 3,137,826 + 434,040 ] / 2,538,749,726 = 1.13426356
中區分區 = [ 6,159,386,414 +	2,748,684 - 373,773,919 - ( 1,733,992,769 - 4,394,854 + 536,143 ] / 3,660,205,561 = 1.10848323
南區分區 = [ 4,828,850,583 +	13,000,520 - 453,412,309 - ( 1,363,985,518 - 3,219,865 + 422,955 ] / 2,653,775,670 = 1.13307321
高屏分區 = [ 5,315,276,536 +	11,271,978 - 332,285,499 - ( 1,571,829,672 - 5,956,751 + 191,627 ] / 3,132,209,604 = 1.09444512
東區分區 = [ 676,116,345 +	21,136,813 - 80,137,044 - ( 220,945,739 - 1,406,900 + 46,650 ] / 327,844,716 = 1.21255767

2. 一般服務全區浮動每點支付金額

= 加總[修正年度風險調整撥款後一般服務預算總額(BD7)	+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用
- (核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 緩起訴助款)	- 自墊核退點數(BJ)]
／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)	
= [ 32,912,528,607 +	52,588,075 - ( 9,161,994,193 - 27,119,813 + 2,102,012 ) - 2,358,355 ] / 21,263,792,534 = 1.12048600

註：1. 藥品給付協議回數金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

2. 自108年至110年第2季回歸總額緩起訴助款，查分區已於追扣補付作業進行追扣，結算時亦列入一般服務核定點數之減項，造成重複扣減，爰自110年第3季起分4季自一般服務核定非浮動點數予以沖銷。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r03

110年第4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄：110/10～110/12

列印日期：111/05/06

頁次：37

3. 一般服務分區平均點值 = [修正年度風險調整移撥款後一般服務預算總額(BD7) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用] / [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 緩起訴捐助款 + 自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [ 10,865,478,905 + 444,456 ] / [ 7,171,896,770 + 2,842,213,595 - 9,003,617 + 0 + 432,045 ] = 1.08599083
北區分區	= [ 5,067,419,824 + 3,985,624 ] / [ 3,214,698,181 + 1,409,026,900 - 3,137,826 + 951,287 + 434,040 ] = 1.09723832
中區分區	= [ 6,159,386,414 + 2,748,684 ] / [ 3,991,598,937 + 1,733,992,769 - 4,394,854 + 536,143 + 950,625 ] = 1.07679115
南區分區	= [ 4,828,850,583 + 13,000,520 ] / [ 3,055,789,219 + 1,383,985,518 - 3,219,865 + 422,955 + 328,056 ] = 1.09116911
高屏分區	= [ 5,315,276,536 + 11,271,978 ] / [ 3,434,526,933 + 1,571,829,672 - 5,956,751 + 191,627 + 166,939 ] = 1.06514814
東區分區	= [ 676,116,345 + 21,136,813 ] / [ 395,282,494 + 220,945,739 - 1,406,900 + 0 + 46,650 ] = 1.13398840

4. 一般服務全區平均點值 = [ 32,912,528,607 + 52,588,075 ] / [ 21,263,792,534 + 9,161,994,193 - 27,119,813 + 2,102,012 + 2,358,355 ] = 1.08426730

5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值 = 加總[修正年度風險調整移撥款後一般服務預算總額(BD7) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 + 專款專用暫結金額(註)] / 加總分區[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 緩起訴捐助款 + 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]

= [ 32,912,528,607 + 52,588,075 + 1,177,620,053 ] / [ 21,263,792,534 + 9,161,994,193 - 27,119,813 + 2,102,012 + 2,358,355 + 1,177,620,053 ]

= 1.08112504

註：

- 專款專用暫結金額 = C型肝炎藥費暫結金額 + 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額 + 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額 + 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額 + 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 + 後天免疫缺乏病毒治療藥費 + 網路頻寬補助費用 + 偏鄉地區基層診所產婦生產補助計畫(如暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 品質保證保留款預算 = 113,736,710 + 667,935,909 + 32,093,739 + 199,793,150 + 44,710,900 + 55,286,339 + 7,739,252 + 56,248,243 = 1,177,620,053
- C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。
- 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 110年品質保證保留款預算 / 4

七、說明

- 本季結算費用年月包括：費用年月110/09(含)以前：於111/01/01～111/03/31期間核付者。費用年月110/10～110/12：於110/10/01～111/03/31期間核付者。
- 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

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2日  
發文字號：健保醫字第1110661289A號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：請逕自本署全球資訊網下載

主旨：110年第4季「門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，請查照。

說明：

- 一、依全民健康保險法第62條第3項規定暨111年5月18日全民健康保險醫療給付費用門診透析預算111年第2次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭門診透析預算結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網\健保服務\健保醫療費用\醫療費用申報與給付\醫療費用支付\醫療費用給付規定\各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)\門診透析。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自111年6月15日起，門診透析預算費用之暫付、核付，依110年第4季結算點值辦理，並於111年6月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。



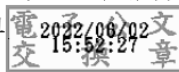
111.06.02



1113340110

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部社會保險司、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、社團法人台灣基層透析協會、財政部賦稅署、本署醫審及藥材組、本署企劃組、本署資訊組、本署主計室、本署違規查處室、本署承保組、本署財務組



裝

訂



線



程式代號: RGBI3008R05  
 110年第4季

六、一般服務浮動每點支付金額

預算(D2)－核定非浮動點數合計(M)－1×腹膜透折追蹤處置費核定點數合計(P1)

核定浮動點數合計(P)

10,649,073,911 - 725,162,336 - 166,404,332

11,339,638,029

= 0.86047784 (四捨五入至小數第8位)

七、平均點值

預算(D2)

核定非浮動點數合計(M) + 腹膜透折追蹤處置費核定點數合計(P1) + 核定浮動點數合計(P)

10,649,073,911

725,162,336 + 166,404,332 + 11,339,638,029

= 0.87064800 (四捨五入至小數第8位)

八、說明

本季結算費用年月包括:

1. 費用年月110/09(含)以前:於111/01/01~111/03/31期間核付者。
2. 費用年月110/10~110/12:於110/10/01~111/03/31期間核付者。

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：黃瑜盈  
聯絡電話：02-27065866 分機：2621  
傳真：02-27069043  
電子郵件：a110950@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5月18日  
發文字號：健保醫字第1110661090號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：請自本署全球資訊網自行擷取

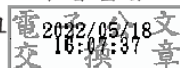
主旨：檢送110年第4季「全民健康保險其他部門結算說明表」，並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定：「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用」。
- 二、旨揭檔案同步放置於本署全球資訊網，路徑為：健保服務\健保醫療費用\醫療費用申報與給付\醫療費用支付\醫療費用給付規定\各部門總額預算分配參數及點值結算說明表\其他部門，請自行下載利用。

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、財政部賦稅署、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫務管理組



111.05.19



1113340095



110年度其他預算支用情形

單位：百萬元；%

項目	年	全年 預算數	執行數					全年 執行率
			Q1	Q2	Q3	Q4	小計	
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫		655.4	137.3	118.4	121.9	120.7	498.3	76.0%
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 <sup>註1</sup>		980.0	34.3	175.6	162.3	370.0	742.2	75.7%
保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫		1,653.8	347.5	348.3	314.1	356.9	1,366.8	82.6%
推動促進醫療體系整合計畫		400.0	48.0	35.6	33.3	51.6	168.5	42.1%
1.醫院以病人為中心門診整合照護試辦 計畫 <sup>註2</sup>			11.1	9.9	9.4	8.4	38.9	
2.跨層級醫院合作計畫			19.9	9.9	9.8	21.7	61.4	
3.急性後期整合照護計畫			16.9	15.7	13.8	20.8	67.2	
4.全民健康保險遠距醫療給付計畫			0.0005	0.07	0.3	0.7	1.0	
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友 病、後天免疫缺乏治療藥費、罕見疾病特 材、器官移植專款不足之經費，及狂犬病治 療藥費 <sup>註3</sup>		290.0	0.48	0.14	0.3	0.2	1.1	0.4%
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款 不足之經費 <sup>註4</sup>		2,850.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需 經費		1,000.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%
慢性腎臟病照護及病人衛教計畫 <sup>註5</sup>		450.0	92.0	85.2	91.7	105.0	374.0	83.1%
1.Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫			62.4	58.2	62.4	66.2	249.3	
2.初期慢性腎臟病醫療給付改善方案			18.3	15.8	18.0	27.5	79.6	
3.慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提 升獎勵計畫(申復)			0.0	0.0075	0.0	0.0	0.0	
※慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提 升獎勵計畫(預先扣除，另行結算)			11.3	11.3	11.3	11.3	45.0	
提升用藥品質之藥事照護計畫 <sup>註6</sup>		30.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%
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		6,544.0	1,480.6	1,426.4	1,479.0	1,574.6	5,960.6	91.1%
1.居家醫療與照護			951.4	928.2	951.0	1,012.7	3,843.2	
2.助產所			0.7	0.8	1.0	0.9	3.5	
3.精神疾病社區復健			518.5	488.2	517.3	550.1	2,074.2	
4.轉銜長照2.0之服務			9.9	9.2	9.8	10.9	39.7	
提升保險服務成效		300.0	65.5	42.3	86.0	104.6	298.4	99.5%
基層總額轉診型態調整費用 <sup>註7</sup>		1,000.0	250.0	250.0	250.0	250.0	1,000.0	100.0%
<b>總計</b>		<b>16,153.2</b>	<b>2,455.7</b>	<b>2,481.9</b>	<b>2,538.6</b>	<b>2,933.6</b>	<b>10,409.8</b>	<b>64.4%</b>

註：1.資料上傳獎勵費因遞延1季結算，第4季結算包含第3、4季資料上傳獎勵費及支應四部門總額「網路頻寬補助費用」專款不足之經費(約25.9百萬元)。

2.因108年第2季修正「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，收案人數下降，故執行率不高；「跨層級醫院合作計畫」第2、3季執行數(分別9.9、9.8百萬元)較第1、4季少。

3.僅支付狂犬病治療藥費，其餘項目尚無專款不足需支應之情形。

4.C型肝炎藥費尚無專款不足需支應之情形。

5.門診透析服務品質提升獎勵計畫為年度另行結算且全數支應，以每季11.3百萬元(45百萬元/4)暫列。

6.110年「全民健康保險提升用藥品質藥事照護計畫」於110年10月21日公告實施，第4季尚屬藥師培訓期，未申報費用。

7.第1季支用303,945,130點、第2季支用344,639,473點、第3季支用328,088,216點、第4季支用290,597,765點，超出各季預算，按當季各分區補助總點數之比例分配。

中央健康保險署本年 3~5 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目如下：

一、藥品部分：計公告 33 件，其中 7 件為新藥收載、13 件為給付規定異動、13 件為其他(新收載品項暫予支付、已收載品項支付標準異動)。

(一)新藥收載：7 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
111.05.13	罕見疾病藥品	公告暫予支付含 carglumic acid 成分之罕見疾病藥品 Carbaglu dispersible tablets 200 mg 暨取消專案進口 Carbaglu tablets 200mg 之健保給付。(用於高血氨症輔助治療)
111.05.13	新成分新藥/抗腫瘤藥物	公告暫予支付含 avapritinib 成分藥品 Ayvakit 100mg 及 300mg 共 2 品項藥品暨其藥品給付規定。(用於治療具有血小板衍生生長因子 $\alpha$ 受體 D842V 突變之無法切除或轉移性腸胃道間質瘤)
111.05.04	新成分新藥/血液治療藥物	公告暫予支付含 C1 esterase inhibitor 成分藥品 Berinert 500 IU 共 1 品項暨其藥品給付規定。(治療罕見疾病第一型及第二型遺傳性血管性水腫)
111.04.27	新療效新藥/代謝及營養劑	公告暫予支付 Chenodexycolic acid 250mg 膠囊劑暨其藥品給付規定。(用於腦腱性黃瘤症)
111.04.13	新成分新藥/抗腫瘤藥物	公告暫予支付含 decitabine 成分藥品 Dacogen powder for concentrate for solution for infusion 50mg、Demylocan lyophilized powder for injection 50mg 暨其藥品給付規定，修訂含 azacitidine 成分藥品(如 Vidaza)之給付規定。(用於治療癌症病人)
111.03.15	已收載成分複方新藥/代謝及營養劑	公告暫予支付用於血液透析之新藥「CRRT non Ca dialysate」、「A.C.D.-4 Solution"S.T."」及「Support Cal 1.47% CaCl <sub>2</sub> 」共 3 品項暨其藥品給付規定。
111.03.14	已收載成分複方新藥/呼吸道藥物	公告暫予支付含 indacaterol/glycopyrronium/mometasone 複方成分藥品 Enerzair breezhaler 150/50/80 及 150/50/160mcg 共 2 品項暨其藥品給付規定。(用於治療氣喘)

(二)已收載藥品給付規定異動：13 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
111.05.13	皮膚科製劑	公告暫予支付含 permethrin 成分藥品之乳膏劑 Permethrin cream 5% W/W；60g/tube 及修訂其藥品給

公告日期	藥物分類	公告主旨
		付規定。(專案進口用於治療疥瘡感染)
111.05.13	抗腫瘤藥物	公告修訂免疫檢查點PD-1、PD-L1 抑制劑之給付規定。(用於治療癌症病人)
111.05.13	抗腫瘤藥物	公告修訂含 olaparib 成分藥品(如 Lynparza)、含 talazoparib 成分藥品(如 Talzenna)及含 larotrectinib 成分藥品(如 Vitrakvi)之給付規定。
111.05.13	抗腫瘤藥物	公告修訂含 Rituximab 注射劑(如 Mabthera, 不同劑型之適用範圍須符合藥品許可證登載之適應症)成分藥品之給付規定。(用於治療慢性淋巴球性白血病)
111.05.09	免疫製劑	公告修訂含 ustekinumab 成分藥品(如 Stelara)之給付規定。(用於乾癬、乾癬性關節炎及克隆氏症)
111.04.15	免疫製劑	公告修訂含 cyclosporin 成分藥品(如 Sandimmun) 給付規定。(用於異位性皮膚炎)
111.04.12	抗微生物劑	公告修訂含 anidulafungin 成分藥品(如 Eraxis)之藥品給付規定。(用於侵襲性念珠菌感染)
111.04.11	免疫製劑	公告修訂含 adalimumab 成分(如 Humira)藥品給付規定。(擴增用於 5 歲以上未滿 6 歲罹患小兒潰瘍性結腸炎)
111.04.07	免疫製劑	公告異動含 ixekizumab 成分藥品(如 Taltz)之支付價格及修訂其藥品給付規定。(擴增用於僵直性脊椎炎及放寬用於活動性乾癬性關節炎第一線治療)
111.03.28	抗腫瘤藥物	公告修訂含 gefitinib 成分藥品(如 Iressa)、含 erlotinib 成分藥品(如 Tarceva)、含 afatinib 成分藥品(如 Giotrif)及含 osimertinib 成分藥品(如 Tagrisso)之給付規定。(用於肺腺癌病患)
111.03.24	心臟血管及腎臟藥物	公告修訂含 dapagliflozin 成分(如 Forxiga)及含 Sacubitril+Valsartan 成分(如 Entresto)之藥品給付規定。(治療第二型糖尿病, 擴增可用於慢性心衰竭病人)
111.03.21	代謝及營養劑	公告修訂含 imiglucerase 成分藥物(如 Cerezyme)及同類藥物(如 Elelyso、VPRIV)之給付規定。(治療罕見疾病高雪氏症藥品)
111.03.15	抗腫瘤藥物	公告異動 Keytruda 及 Opdivo 共 2 品項之支付價暨修訂免疫檢查點PD-1、PD-L1 抑制劑之給付規定。(用於治療癌症病人)

(三)其他：13 件

公告日期	分類	公告主旨
111.05.30	已收載品項支付標準異動	公告異動含 nusinersen 成分藥品(如 Spinraza)之支付價格。(用於嬰兒時期發病之脊髓性肌肉萎縮症)

公告日期	分類	公告主旨
111.05.20	已收載品項支付標準異動	公告連續五年以上無健保醫令申報量藥品取消健保支付價事宜。
111.05.20	已收載品項支付標準異動	公告異動含 spironolactone 成分藥品 Slatone Tablets 50mg 共 1 品項之支付價格。(用於治療高血壓)
111.05.13	新收載品項暫予支付及已收載品項支付標準異動	公告暫予支付新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物品項計 110 項。
111.05.13	已收載品項支付標準異動	公告異動含 letermovir 成分藥品 Prevymis F.C. Tablets 240mg 及 Prevymis Concentrate for Solution for Infusion 20mg/mL 共 2 品項之支付價格。(用於異體造血幹細胞移植，以預防巨細胞病毒感染)
111.04.20	已收載品項支付標準異動	公告異動含 urokinase 成分藥品共 2 品項之支付價格。(用於心血管栓塞類疾病)
111.04.14	已收載品項支付標準異動	公告新增含 ribavirin 成分膠囊劑 Ribarin capsules 等 1 品項藥品為不可替代特殊藥品及支付價格異動。
111.03.15	已收載品項支付標準異動	公告含 palivizumab 成分藥品 Synagis 100mg/mL solution for injection 共 2 品項之支付價格異動暨修訂其藥品給付規定。(預防早產兒呼吸道融合病毒感染)
111.03.15	已收載品項支付標準異動	公告異動含 ixazomib 成分藥品(如 Ninlaro)支付價格。(用於治療癌症病人)
111.03.15	已收載品項支付標準異動	公告異動含 carfilzomib 成分藥品(如 Kyprolis)支付價格。(用於治療癌症病人)
111.03.15	已收載品項支付標準異動	公告含 osimertinib 成分藥品 Tagrisso Film-coated Tablets 80 mg 及 Tagrisso Film-coated Tablets 40 mg 共 2 品項之支付價格異動暨修訂其藥品給付規定。(用於治療癌症病人)
111.03.15	新收載品項暫予支付及已收載品項支付標準異動	公告暫予支付新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物品項計 123 項。
111.03.08	已收載品項支付標準異動	公告異動含 glycopyrrolate 成分藥品 Glycopyrodyn Injection 0.2mg/ML 之支付價格。(用於麻醉或插管治療輔助用藥)

二、特材部分：計公告 6 件，其中 4 件為新特材收載、1 件為給付規定異動、1 件為其他(新增既有功能品項及已收載品項支付標準異動)。

(一)新特材收載：4 件

公告日期	分類	公告主旨
------	----	------

111.04.07	人工機能代用類-骨科類	公告暫予支付特殊材料「"信迪思"梅翠思肋骨固定系統-肋骨骨板、骨釘」等 18 項暨其給付規定。
111.04.08	人工機能代用類-骨科類	公告暫予支付特材「"拜歐博"門型釘」等 6 項暨其給付規定。
111.05.04	管套類-氣球擴張導管	公告暫予支付特殊材料「"戈爾"威爾棒球囊擴張式人工血管支架」共 1 項暨其給付規定。
111.05.11	心臟科-心臟血管類	公告暫予支付特殊材料「"美敦力"基準點標記物」等 3 項暨其給付規定。

(二)已收載特材給付規定異動：1 件

公告日期	分類	公告主旨
111.04.12	心臟科-心臟血管類	公告修訂既有功能類別特殊材料「無導線心律調節器」給付規定。

(三)其他：1 件

公告日期	分類	公告主旨
111.04.14	新增既有功能類別品項及已收載品項支付標準異動	公告新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特材品項」計 109 項。

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：李洵璋  
聯絡電話：(02)8590-6779  
傳真：(02)8590-6048  
電子郵件：hgshunwei@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年5月12日  
發文字號：衛部保字第1111260189A號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：註銷函影本

主旨：本部111年4月8日衛部保字第1111260141號公告修正之「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」，業經本部於111年5月12日以衛部保字第1111260189號函註銷，請查照。

說明：

- 一、有鑑於近期嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情急遽升溫，為使醫療院所專注防疫，避免加重其負擔，爰暫緩實施，俟疫情趨緩後再重行公告。
- 二、檢附本部111年5月12日衛部保字第1111260189號註銷函影本1份。

正本：行政院、立法院、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、社團法人台灣急診醫學會、台灣兒童急診醫學會、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、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗生公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、內政部、內政部役政署、內

111.05.12



111CC00314

政部消防署、內政部警政署、內政部空中勤務總隊、海洋委員會海巡署、國軍退除役官兵輔導委員會、中央警察大學、衛生福利部疾病管制署、衛生福利部國民健康署、衛生福利部社會及家庭署、衛生福利部中央健康保險署、本部醫事司、本部社會救助及社工司、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會

副本：行政院法規會、本部法規會(均含附件)

正本

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：李洵璋  
聯絡電話：(02)8590-6779  
傳真：(02)8590-6048  
電子郵件：hghsunwei@mohw.gov.tw



台北市中正區濟南路1段2-2號6樓

受文者：行政院公報編印中心

發文日期：中華民國111年5月12日  
發文字號：衛部保字第1111260189號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：註銷函pdf檔

主旨：本部111年4月8日衛部保字第1111260141號公告修正發布之  
「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」，請惠予註銷，請查照。

說明：相關文號：本部111年4月8日衛部保字第1111260141A號函、  
111年4月8日衛部保字第1111260141B號函、111年4月8日衛  
部保字第1111260141C號函及111年4月8日衛部保字第  
1111260141D號書函併予註銷。

正本：行政院公報編印中心(請刊登公報)  
副本：行政院法規會、本部法規會、本部綜合規劃司、本部社會保險司(均含附件)

部長陳時中



衛生福利部全民健康保險會  
第5屆111年第6次委員會議補充資料目錄

會議時間：111年6月24日

一、討論事項

第二案「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)補充：中央健康保險署意見及相關統計資料----- 1

(二)新增：罕見疾病基金會補充資料及意見----- 4

二、報告事項

第五案「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」更新健保署提案資料及本會補充說明----- 5



(會議資料第 78 頁)

討論事項第二案「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、中央健康保險署意見及相關統計資料

(一)有關罕見疾病藥費專款改變結算邏輯說明如下：

1.罕見疾病藥費專款之結算邏輯如下：

(1)原邏輯：領有罕見疾病重大傷病卡之保險對象(罕見疾病註記為 Y 且部分負擔代碼 001)，其任一主、次診斷符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)之所有案件「藥費」小計。

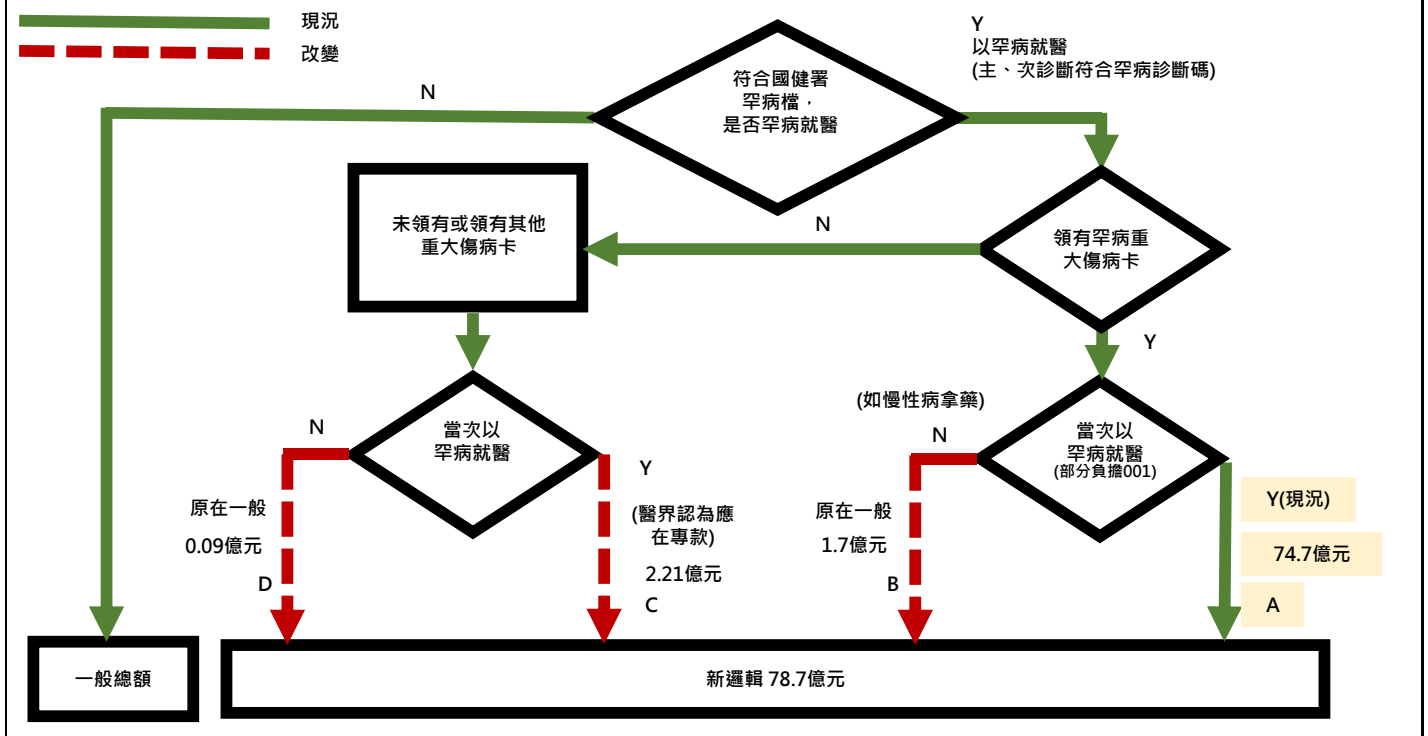
(2)新邏輯：符合國民健康署重大傷病罕病通報紀錄檔之保險對象，其任一主、次診斷符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)之所有案件「藥費」小計。

2.查符合國民健康署重大傷病罕病通報紀錄檔之保險對象均可向本署申請罕見疾病重大傷病卡，惟分析前開保險對象(約 19 千人)，未領取罕見疾病重大傷病卡(約 1 千 1 百人)或領有其他重大傷病卡而未申請罕見疾病重大傷病卡(約 1 千人)，其藥費將因未取得罕見疾病重大傷病卡，無法由本專款支應，爰建議修正。

3.111 年罕見疾病專款藥費，111 年 1 到 4 月採新修邏輯計算約 26.5 億元(原邏輯為 25.01 億元)，加上預估 111 年罕見疾病新藥 1.5 億元(111 年預訂導入罕見疾病新藥一年預算約 7.68 億元，惟以生效期間計算至 111 年 12 月底所需預算約 1.5 億元)，推估全年應尚在預算額度內。

4.結算邏輯改變前後之費用及專款支付範圍改變之相關統計資料如下：

# 罕見疾病藥費專款邏輯~以110年為例



(二)有關「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫」，說明如下：

1.本案係台灣醫院協會以111年5月23日院協健字第11102000268號函提送相關建議，本署依程序列入111年5月25日召開「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議111年第2次會議」臨時提案討論，決議如下：

(1)本項專款執行重點如下：

- ①符合獎勵條件者，給付100點/日/人。
- ②獎勵條件(RCC或RCW病人)：已簽署DNR者，自簽署日起予以獎勵100點/日/人；給付實施前已簽署者，自給付實施日起予以獎勵100點/日/人。
- ③以健保卡有DNR註記或院所有申報虛擬醫令代碼DNR」之案件計算。

(2)本項專款來源為「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫」，全年預算以3億元為上限，若有超支，以浮動點值計算。

(3)本案依程序提至全民健康保險醫療服務項目及支付標準共同擬訂會議(下稱共擬會議)報告。

- 2.經提本署111年6月9日召開111年第2次共擬會議，並經與會代表充分討論，決定略以，「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫，原台灣醫院協會建議亞急性呼吸照護病房(RCC)、慢性呼吸照護病房(RCW)病人簽署DNR者獎勵100點/日，考量未符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，本案暫予保留。
- 3.本案研擬請台灣醫院協會參考貴會委員、共擬會議與會代表之意見修正方案，並函送本署，續依程序列入相關會議討論。

## 「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫」案(3億元)



111年6月9日本署召開「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」

### 醫 界 方 案

1. 考量RCW階段之病人不易脫離呼吸器，鼓勵病人簽署DNR可減少無效醫療，減少醫療費用支出並維護臨終病人生活品質。
2. 建議方案：  
RCC、RCW病人自簽署DNR日起，每日獎勵100點(包含已簽署DNR者，自獎勵實施日計算)。

全部經費僅用於獎勵簽署DNR，反而鼓勵留置病人，未符合111年專款協定事項，建議：

1. 應朝鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器及安寧療護方向修訂
2. 不應額外給付每日費用，可朝獎勵一筆定額費用方向研議
3. 原先已簽署DNR之病人，不宜納為本次獎勵措施之對象

### 雇 主 代 表

會議決議暫保留，本署將參考健保會委員與共擬會議委員之意見再與醫院協會溝通。

## 二、罕病基金會補充資料及意見

(一)補充資料：更新目前罕見疾病人數統計資料(統計至111年4月底)

1.健保重大傷病第30類罕見疾病有效領證人數12,453人。

2.國民健康署罕見疾病通報個案15,368人。

(通報19,029人~死亡3,661人，註：估計乃因未使用罕病治療藥品導致死亡)

(二)補充意見：

1.改變罕藥專款結算邏輯後，將增加：原本具有罕病重大傷病資格之12,453病人之一般治療費用(感冒、外傷、手術等、非罕病治療之藥費)，不僅目前低估的3000餘人。

2.因為目前改變結算邏輯之財務處理，實質違反專款專用~保障罕病患者及時使用極需救治之醫藥、降低及避免一般醫藥排擠作用而設置專款初衷，本會謹重申反對改變專款結算邏輯之呼籲。

(會議資料第 188 頁)

報告事項第五案

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。

說明：

壹、醫院及西醫基層總額之「新醫療科技(新藥及新特材)」及「藥品及特材給付規定改變」預算檢討、調整與管控機制

一、本署已於 109 年設置「前瞻式新藥及新給付範圍預算推估登錄作業及平台」(簡稱 HS 平台)，請藥品許可證之持有商登錄預期於未來兩年內納入健保品項之基本資料，以利本署精準編列預算。

二、111 年「新醫療科技」及「給付規定改變」項目之預算及申報情形：

(一)111 年新藥及新特材預算—新藥部分

1.醫院總額部門預算為 20.26 億元，西醫基層為 2.41 億元。

2.經藥品共擬會議通過並於 111 年第 1 季生效之新藥計 8 項。

111 年第 1 季實際申報藥費共計 0.43 百萬點，經扣減被替代品項點數後，預算耗用點數共計 0.35 百萬點。

(二)111 年新藥及新特材預算—新功能特材部分

1.醫院總額部門預算為 7.65 億元，西醫基層未編列預算。

2.111 年截至 5 月，特材共擬會議通過之新特材計 103 品項及修訂給付規定 1 項，已完成公告生效計 48 品項，111 年第 1 季醫院實際申報點數約 192 萬點。

(三)111 年藥品及特材給付規定改變預算—藥品部分

醫院為 5.6 億元，西醫基層為 0.62 億元，共計 6.22 億元。另外，為因應 COVID-19 疫情期間之民眾就醫行為改變，增加

西醫基層部門使用糖尿病藥物之費用 2.92 億元。111 年第 1 季修訂 11 項生效有財務影響之給付規定章節，111 年第 1 季與去年同期相比，未增加支付點數。

#### (四)111 年藥品及特材給付規定改變預算－特材部分

1.醫院總額部門預算為 0.9 億元，特材共擬會議通過修訂 4 項功能類別特材之給付規定，公告生效計 2 項，111 年第 1 季與去年同期相比，未增加支付點數。

2.西醫基層部門預算為 0.13 億元，用以支應「第一型糖尿病試紙」預算不足部分。111 年第 1 季與去年同期相比，實際淨增加約 56.2 萬點。

### 三、預算檢討與管控機制

(一)利用 Power BI 即時監控新藥藥費支出，後續檢討評估。

(二)定期於藥物共同擬訂會議上報告預算執行情形。

(三)透過醫療科技再評估(HTR)機制，進行選題檢討已收載之品項。

### 四、新醫療科技導入後之成果效益

近年所收載之新藥以治療癌症新藥為大宗，本署已針對 C 肝及肺癌為主題，探討導入新醫療科技後，病患之存活率之效益分析(詳如簡報)。

## 貳、醫院及西醫基層總額之「新醫療科技(新增診療項目)」預算檢討、調整與管控機制

### 一、111 年「新醫療科技」之新增診療項目預算執行情形：

(一)醫院總額部門預算 273.6 百萬元，西醫基層總額為 58.59 百萬元。經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(下稱醫療給付共擬會議)通過之新增診療項目計 10 項、修訂診療項目計 15 項，合計 25 項。已完成公告生效計 20 項，公告實施日均於 111 年 3 月 1 日以後，爰第 1 季尚未有申報資料，另 5 項依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

(二)統計上述 25 項新增修訂診療項目推估預算支出 273.08 百萬



點，其中醫院總額 272.97 百萬點、西醫基層 0.11 百萬點。

## 二、預算檢討及管控機制

- (一)為能提高「新醫療科技」預算執行效益，本署每季皆會於醫院及西醫基層總額研商議事會議中追蹤該預算近五年及當年度執行狀況，以利隔年度爭取相對適當之預算以支應新醫療科技納入健保給付事宜。
- (二)另為使有限的健保資源達到有效配置，發揮最大效益，除持續依全民健康保險法第 42 條，針對部分缺乏療效、安全性等實證資料，或需蒐集納入給付與否等評估資訊之診療項目，經評估後辦理醫療科技評估(HTA)，並依 HTA 結果，增(修)訂醫療服務及藥物給付項目及支付標準。
- (三)同時為使健保資源合理規劃與運用，本署亦委託專業團隊參考各國制度及經驗，建立高價位醫療服務之醫療科技再評估(HTR)機制，期未來透過醫療資源再配置，將低效益的醫療科技轉移到高效益的介入措施及醫療科技，期達到有效運用及抑制醫療資源不當耗用與合理配置醫療資源之目標。

報告單位業務窗口：張淑雅科長(特材支付科)，聯絡電話：02-27065866 分機 3012

連恆榮科長(藥品支付科)，聯絡電話：02-27065866 分機 2622

陳依婕科長(支付標準科)，聯絡電話：02-27065866 分機 2646

.....

### 本會補充說明：

- 一、本項報告案係依據 111 年度醫院及西醫基層總額「新醫療科技」與「藥品及特材給付規定改變」之決定事項(如附件)辦理。健保署應於 111 年 6 月底前提出下列專案報告：

- (一)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。
- (二)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。

- 二、新醫療科技預算包括新增診療項目、新藥及新特材，健保署自

111 年度起改變新醫療科技中關於新藥，與藥品給付規定改變預算之估算方式，因此在協商 111 年度總額時，委員表達關切新估算方式之合理性，乃請健保署提出預算檢討、調整與管控機制。茲整理新舊估算方式，說明如下：

(一)新藥預算之估算方式：

1.舊估算方式：係採過去 5 年陸續引進之新藥平均申報費用，依新藥類別及收載年度之替代率(第 1 類新藥無替代、第 2A 類新藥收載第 1 年替代率 60%，收載第 2~5 年替代率為 70%、80%、90%、90%；第 2B 類新藥收載第 1 年替代率為 90%、第 2 年起替代率為 100%)，進行估算。

2.新估算方式：

(1)收載第 1、2 年(110~111 年收載)新藥：參採廠商於 HS 平台填報預估財務衝擊資料(如財務衝擊超出 2 億元以 2 億元計)，依廠商送件申請類別(突破創新新藥、非突破創新新藥)及 106~108 年藥品共擬會議新藥平均通過率計算，預估 111 年財務衝擊。

(2)收載第 3~5 年(107~109 年收載)新藥：以 109 年實際申報藥費，參採 HTA 報告之藥費成長與替代情形，推估各品項於 111 年相較 110 年之新增財務衝擊。

(二)藥品給付規定改變預算之估算方式：過去係以前 2 年修訂之給付項目，據以推估當年度財務衝擊(例如以 108 年修訂內容推估 110 年財務衝擊)；自 111 年起改採廠商於 HS 平台填報財務衝擊資料估算之。

三、有關總額決定事項健保署辦理情形：

(一)建立預算檢討、調整與管控機制部分(詳第 15、25、29 張簡報)：

1.定期於藥品及特材共擬會議報告新藥與新特材及給付規定改變之預算執行情形；及於醫院與西醫基層總額研商議事會議中追蹤新增診療項目預算近 5 年及當年度執行狀況。

2.設置預警機制條件(當新藥任一年申報藥費超出 2 億元，且超過HTA 預估藥費 0.5 倍、新特材申報點數超出原預估預算時)，並利用 Power BI (Power Business Intelligence，資料視覺化軟體<sup>註</sup>)即時監控新藥藥費支出，以利立即檢討原因及評估是否修訂給付規定。[註：Power BI 可處理大量的數據，並可快速地建立互動式的視覺圖表。]

3.透過醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項。

(二)提出成果面的績效指標部分(詳第 16~17 張簡報)：

依健保署所提簡報，僅提出肝癌併有 C 肝使用抗病毒藥物 (DAA)治療者、以標靶藥品治療肺癌患者之存活率，顯著高於未使用 DAA 藥物及使用化療藥物者。

四、本會研析意見：

關於本案執行績效之展現，僅呈現預算執行情形、導入新醫療科技項目數或修訂給付規定項目數、癌症病人存活率分析等，建請應提出可反映健保投入相關預算之價值與效益具體數據，例如受益人數、預期的健康改善等，及提出結果面的效益指標。

決定：

附件：111 年度醫院及西醫基層醫療給付費用協定項目表(決定版)

項目	部門	成長率 (%)	預估增加金額 (百萬元)	決定事項
新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	醫院	0.616%	3,000.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，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，若於年度結束前未依時程導入，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)。</p> <p>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。</p>
	西醫基層	0.242%	300.0	
藥品及特材給付規定改變	醫院	0.134%	650.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，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，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。</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。</p> <p>4.歷年引進新醫療科技之成效及藥品節流措施所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，以維護民眾就醫權益。請於 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。(本項僅列於醫院總額決定事項)</p>
	西醫基層	0.296%	367.0 (其中 292 百萬元用於反映近年使用糖尿病藥物增加之費用)	

## 中央健康保險署

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

報告日期：111 年 6 月 24 日




# 大綱

01 新醫療科技(新藥及新特材)、藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制



02 醫院及西醫基層總額之新醫療科技(新增診療項目)預算執行情形及管控機制





# 新醫療科技(新藥及新特材)、 藥品及特材給付規定改變之預 算檢討、調整與管控機制

中央健康保險署醫審及藥材組



衛生福利部中央健康保險署



## 報告大綱

### ■ 預算及申報情形

- 「新醫療科技」之新藥、新特材
- 「給付規定改變」之新藥、新特材

### ■ 預算檢討與管控機制





## 新增新藥預算編列方法學之變革



### 舊方法\_適用110年(含)以前

- 用過去5年新藥平均申報藥費，推估2年後之新藥藥費。(即以非實際發生於預算年度之品項，進行預算推估)
- 不同藥品之替代率相同

### 新方法\_適用111年(含)以後

- 參考廠商於前瞻式新藥及新適應症預算推估制度(HS)之登錄平台，提供新年度預計收載品項及財務衝擊資料，以利精準掌握實際發生於預算年度之新藥，並以其進行預算推估
- 根據每個藥品之臨床地位，計算其替代率

5



## 111年新醫療科技新藥生效情形(1/2)



- ① 111年「新醫療科技」項目新藥新增預算，醫院為20.26億元、西基為2.41億元，共計22.68億元。
- ② 111年1-3月新藥收載共計8品項。
- ③ 111年1-3月生效之新藥於該區間實際申報點數共計0.43百萬點，預算耗用點數共計0.35百萬點，明細詳如附表。

6



# 111年新醫療科技新藥生效情形(2/2)



111年新藥之收載與執行情形如下表：

新藥類別	收載日期	分類分組名稱	品項數	111年4月 支付點數	適應症	111年Q1 申報費用(百萬)	替代品項	111年Q1 替代費用(百萬)	111年Q1 BIA(百萬)
1	20220301	LAROTRECTINIB, 一般錠劑膠囊劑, 25 MG	1	1,131		-	-	-	-
	20220301	LAROTRECTINIB, 一般錠劑膠囊劑, 100 MG	1	4,072	具NTRK基因融合實體腫瘤	-	-	-	-
	20220301	LAROTRECTINIB, 口服液劑, 20 MG/ML, 100 ML	1	81,440		0.16	-	-	0.16
小計			3			0.16		-	0.16
2A	20220101	SODIUM GLYCEROPHOSPHATE, 注射劑, 216 MG	1	180	靜脈營養補充 磷酸根離子	0.25	potassium phosphate 1項	0.07	0.18
	20220301	NEMONOXACIN, 注射劑, 500 MG	1	2,200	治療成人社區 型肺炎	<0.1	levofloxacin 42項、 moxifloxacin 15項	<0.1	<0.1
小計			2			0.27		0.08	0.19
2B	20220301	FREMANEZUMAB, 注射劑, 225 MG	1	9,899	預防成人偏頭痛	-	galcanezumab 1項	-	-
	20220301	BRIVARACETAM, 注射劑, 50 MG	1	801	治療成人局部 癲癇發作	-	sodium valproate 18項、 levetiracetam 31項、 lacosamide 5項	-	-
	20220301	SAFINAMIDE, 一般錠劑膠囊劑, 50 MG	1	37	改善以含有 levodopa製劑 治療的帕金森 氏症之藥效漸 退	-	selegiline 7項、 rasagiline 4項	-	-
小計			3			-		-	-
合計			8			0.43		0.08	0.35

- 註：1. BIA：budget impact analysis(財務衝擊)：指新藥納入後扣除替代藥費後之所需費用額度。  
2. 檔案來源：門診、住診及交付機構醫令明細檔  
3. 倉儲下載日期：111/05/02  
4. 已列專款、代辦藥品不納入計算  
5. 替代費用係依CDE HTA報告之替代比值進行計算

7



## 111年新醫療科技 107年至111年新藥執行情形



107年至111年收載之新藥品項，於111年1-3月實際申報點數共計5,993.22百萬點，預算耗用點數共計107.97百萬點。

收載年度	品項數	111Q1			110Q1			ΔBIA (111Q1- 110Q1) (百萬)
		申報藥費	替代藥費	BIA	申報藥費	替代藥費	BIA	
107	51	1,530.13	1,455.98	74.16	1,345.28	1,252.45	92.83	-18.68
108	51	2,465.64	1,695.58	770.06	2,053.92	1,316.68	737.23	32.83
109	45	1,665.73	555.84	1,109.89	1,389.18	283.96	1,105.22	4.67
110	39	331.28	225.68	105.60	26.12	9.31	16.81	88.79
111	8	0.43	0.08	0.35	-	-	-	0.35
合計	194	5,993.22	3,933.16	2,060.06	4,814.50	2,862.41	1,952.09	107.97

註：替代藥費係依CDE HTA報告之替代比值進行計算。

8





## 111年新功能特材預算及申報情形

- **醫院總額：7.65億元**
  - 特材共擬會議通過103品項，及修訂給付規定1項，推估預算約5.44億元（截至111年5月）。
  - 已完成公告生效48品項，預算約1.79億元。
  - 已公告品項實際申報點數：約192萬點（截至111年3月）。
- **西醫基層未編列預算**

9



## 111年新功能特材共擬通過情形

類別	特材名稱類別	共擬通過時間	品項數	備註
兒童醫材	兒童脊椎固定系統	111年1月	1	嘉惠440人次，財務推估為124.3萬點
	雙迴路透析導管組		9	
	雙J型輸尿管組	111年5月	1	
醫療缺口	肋骨固定系統	111年1月	18	嘉惠19,079人次，財務推估為38,327.6萬點
	顱內壓監測器	111年3月	16	
	脊椎骨水泥		30	
	ㄇ型釘		6	
深層腦部刺激器	深層腦部刺激術立體定位特材	111年3月	3	嘉惠1,698人次，財務推估為2,199.5萬點
新功能	周邊靜脈支架系統	110年10月	6	嘉惠6,430人次，財務推估為11,019萬點
	調高去顫電擊貼片點數	110年11月	1	
	顱骨修補系統	111年1月	1	
	周邊動脈血管支架及傳輸裝置		1	
	青光眼房水引流植入物		2	
	鈦合金腦血管瘤夾	111年3月	3	
	慢性完全阻塞病灶(CTO)之單腔微導管組	111年5月	2	
	GAMMA髓內釘(170mm)		2	
無導線房室傳導節律系統	1			
修訂給付規定	修訂胸主動脈支架系統給付規定(A220-6)			嘉惠70人次，財務推估為2,761.5萬點

10



## 111年度藥品給付規定改變 申報情形(1/2)

- ① 111年「藥品給付規定改變」項目預算，**醫院為5.6億元，西基為0.62億元，共計6.22億元**。另外，為因應Covid-19疫情期間之民眾就醫行為改變，增加西基部門使用較昂貴GLP-1（支付價910~3,585元）、SGLT-2（支付價15.4~34.3元）等糖尿病藥物之費用2.92億元。
- ② 其中收載五年內新藥、已列專款及代辦藥品不納入計算，申報費用係指該給付規定章節所有相關藥品之申報費用總和。

11



## 111年度藥品給付規定改變 申報情形(2/2)

- **111年第1季與去年同期相比，申報藥費未增加**（111年Q1生效有財務影響之11項藥品給付規定修訂如下表）：

項次	生效起日	內容	給付規定 章節
1	111/01/01	公告異動含ibrutinib成分藥品（如Imbruvica）支付價格及修訂其藥品給付規定。	9.61.
2	111/02/01	公告異動含brentuximab vedotin成分藥品（如Adcetris）支付價格及修訂其藥品給付規定。	9.56.
3	111/03/01	公告修訂含高單位免疫球蛋白成分之藥品給付規定。	8.1.3.
4	111/03/01	公告含brodalumab成分藥品（如Lumicef）支付價格異動暨修訂部分藥品給付規定。	8.2.4.4.
5	111/03/01	公告修訂含clarithromycin成分藥品（如Klaricid Tab）之給付規定。	10.4.
6	111/03/01	公告修訂含tofacitinib成分藥品（如Xeljanz）給付規定	8.2.4.9.
7			8.2.4.9.1.
8	111/03/01	公告修訂呼吸道疾患吸入製劑給付規定案。	6.1.
9	111/03/01	公告暫予支付含safinamide成分藥品Equfina Tablets 50mg及其藥品給付規定。	1.3.4.
10	111/03/01	公告異動含enzalutamide成分藥品（如Xtandi）支付價格及修訂其藥品給付規定，修訂含apalutamide成分藥品（如Erleada）及含abiraterone成分藥品（如Zytiga）之給付規定。	9.54.
11			9.49.

註：1.檔案來源：門診、住診及交付機構醫令明細檔  
2.倉儲下載日期：111.05.02  
3.資料說明：收載五年內新藥、已列專款及代辦藥品不納入計算。

12



## 111年特材給付規定改變申報情形

- **醫院總額：0.9億元**

- 修訂4項，推估預算為0.87億元
- 生效2項，推估預算為0.08億元
  - 「淺股動脈血管裝置」、「青光眼房水引流裝置（不含水庫體）」
  - **與去年同期相比，申報點數未增加。**

- **西醫基層：0.13億元**

- 支應110年12月1日公告生效之「第一型糖尿病試紙」之預算不足部分
- 同期實際淨增加申報點數約56.2萬點（截至111年3月）

13

## 預算檢討與管控機制



## 預算檢討與管控機制



### 精進預算推估方法學

- 對於新藥及給付規定改變預算之編列及執行情形，各方多有建議
- 實際藥品之替代受病人病程有所不同而影響

### 發展多元藥費監控管理機制

- 健保藥費來源包括一般服務（含新藥及給付規定改變）及專款，依屬性發展多元監控機制：
  - **Power BI (Business Intelligence)** 即時監控新藥藥費支出，後續檢討評估。
  - **藥物共同擬訂會議報告** 預算支用結果：
    - 新藥部分針對任一年申報藥費超出2億元，且逾HTA報告預估藥費0.5倍者進行分析即時因應。
  - 透過 **醫療科技再評估 (Health Technology Reassessment, HTR)** 機制，選題檢討已收載之品項。

15



## 以實證為基礎的醫療給付 ( 晚期肝癌併有C肝病人 ) 使用DAA之效益

DAA: Direct-Acting Antiviral (直接作用抗病毒藥物)

利用健保資料庫真實世界數據分析肝癌且合併C肝的病人以標靶藥物sorafenib治療晚期肝癌之後  
**【有接受DAA治療C肝組】的存活 > 【未接受DAA治療C肝組】的存活**  
 且有接受DAA治療組中C型肝炎成功治癒者有更佳的存活

European Review for Medical and Pharmacological Sciences 2021; 25: 7543-7552

### Effects of direct-acting antiviral therapy for patients with advanced hepatocellular carcinoma and concomitant hepatitis C—A population-based cohort study

H.-Y. TSAI<sup>1</sup>, H.-P. CHANG<sup>2</sup>, C.-J. CHEN<sup>2</sup>, W.-L. HSU<sup>1</sup>, L.-Y. HUANG<sup>1</sup>, P.-C. LEE<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Division of Health Technology Assessment, Center for Drug Evaluation, Taipei, Taiwan  
<sup>2</sup>National Health Insurance Administration, Ministry of Health and Welfare, Taipei, Taiwan  
<sup>3</sup>Director of General, National Health Insurance Administration, Ministry of Health and Welfare, Taipei, Taiwan  
<sup>4</sup>Department of Surgery, College of Medicine, National Cheng Kung University, Taipei, Taiwan

Hsin-Yun Tsai and Hui-Ping Chang are co-first authors  
 Li-Ying Huang and Po-Chang Lee are co-respondents

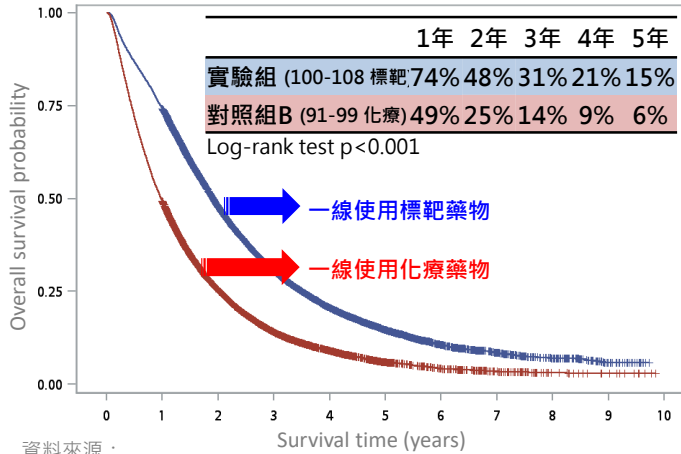
### 存活分析

組別	模式一(未配對)		模式二(1:4 配對)	
	用藥組	未用藥組	用藥組	未用藥組
個案數	122	1,562	98	362
存活期(月)				
平均值(標準差)	20.7(1.1)	12.5(0.3)	20.2(1.2)	11.1(0.6)
75 分位(Q3)	34.9	18.9	34.9	15.3
中位數(Q2)	20.8	8.3	<b>19.7</b>	<b>6.7</b>
25 分位(Q1)	10.2	3.4	9.9	3.1
存活率				
6 個月	86.9%	59.1%	86.7%	53.6%
1 年	70.5%	38.2%	68.4%	33.2%
2 年	37.9%	18.9%	35.6%	15.5%

16



# 肺癌治療-標靶/化療對病人存活率 效益分析

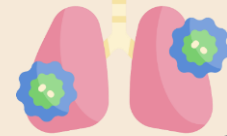


資料來源：

1. 期別資料取至癌症登記檔，資料年度為91-108年。
2. 用藥資料取至健保倉儲資料，資料年度為91-109年。
3. 病人存活資料取自戶政檔，取得時間為111.3.7，實驗組與對照組病人追蹤時間最多10年。

## ➤ 晚期非小細胞肺癌病人存活率分析

- 一線使用標靶藥品之存活率顯著高於使用化療藥物之對照組，第1年尤為明顯
- 健保收載標靶藥品且用於晚期肺癌第一線治療，對於病人存活率有顯著助益



17

# 醫院及西醫基層總額之新醫療科技(新增診療項目)預算執行情形及管控機制



中央健康保險署醫務管理組



衛生福利部中央健康保險署

# 報告大綱

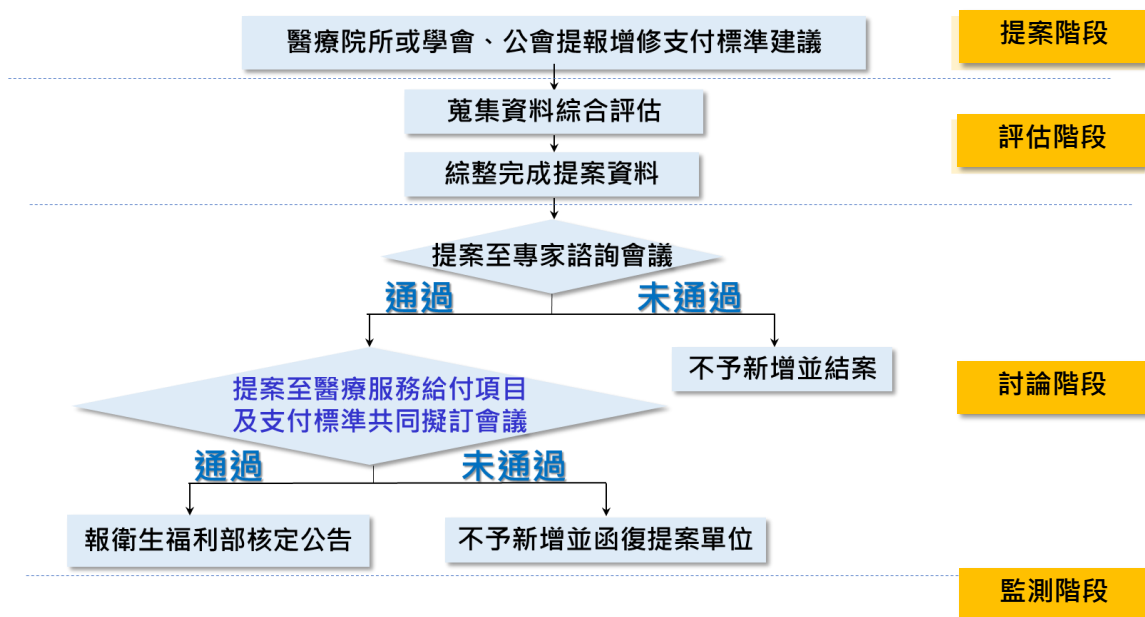
## 01 111年新醫療科技之醫療服務預算執行情形

## 02 預算檢討及管控機制

- 追蹤近五年及當年度預算執行狀況
- 辦理「醫療科技評估」及「醫療科技再評估」

19

## 支付標準訂定程序說明

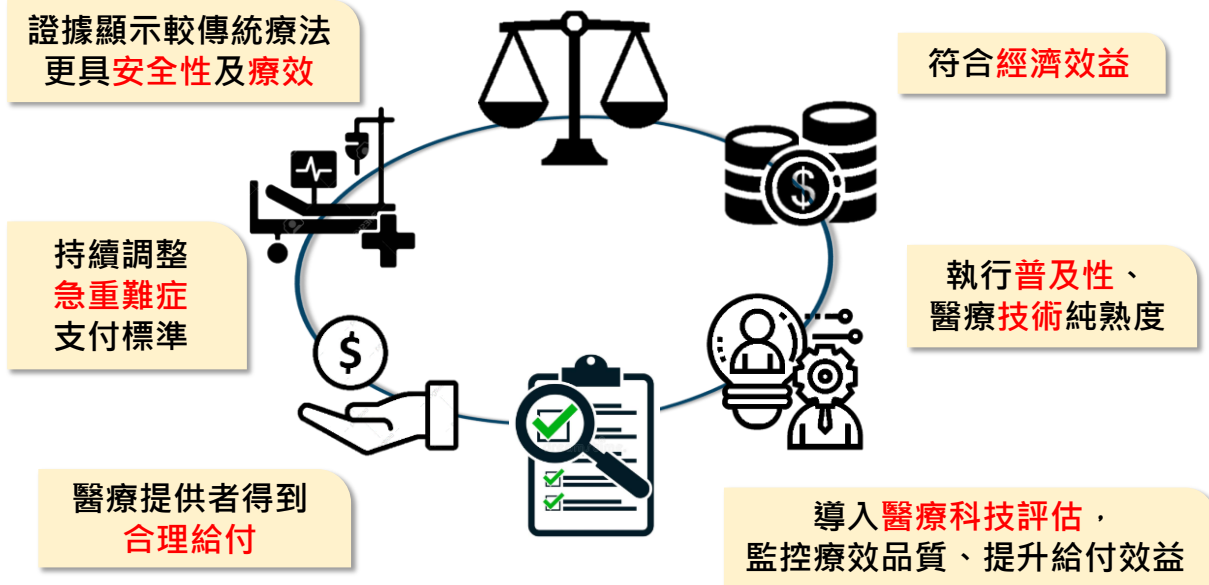


20

# 支付標準新增修訂考量原則



尊重醫療專業，務實調整支付標準，確保醫事人員獲得合理給付



21

# 111年新增修診療項目預算執行進度



✓截至111年6月9日，**共計增修訂25項診療項目**，醫院及西醫基層預算執行情形如下：

總額別	111年新增修診療項目預算 (百萬元)	預算耗用點數 (百萬點)	預算執行率
醫院	273.6	272.97	<b>99.8%</b>
西醫基層	58.59	0.11	0.2%

22

# 111年新增診療項目之預算執行進度表



(合計新增10項)

辦理進度	會議時間	序號	新增診療項目	推估預算 (百萬點)	
				醫院	基層
111.3.1 生效實施	110.12.9 共擬會議 討論通過	1	俯臥通氣治療-每療程	13.94	
		2	診斷性乳房攝影	12.80	
		(1) 通過2項 小計		<b>26.73</b>	<b>0.00</b>
111.6.1 生效實施	111.3.10 共擬會議 討論通過	3	影像導引氣管內管插管術-疑似或確診空氣或飛沫傳染性疾病	36.97	0.01
		4	影像導引氣管內管插管術-困難氣道或緊急狀況	9.39	0.01
		5	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法 - 未滿二小時-以影像導引氣管內插管-疑似或確診空氣或飛沫傳染性疾病	33.977	0.002
		6	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法 - 未滿二小時-以影像導引氣管內插管-困難氣道或緊急狀況或飛沫傳染性疾病	44.44	0.00
		7	HLA-B*5801基因檢測	52.47	
		8	內視鏡蝶腭動脈結紮術	不影響	
		9	深部小腸內視鏡	29.91	
		(2) 通過7項 小計		<b>207.16</b>	<b>0.11</b>
111.6.1 生效實施	111.3.30 共擬會議 討論通過	10	成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食	38.55	
		(3) 通過1項 小計		<b>38.55</b>	<b>0.00</b>

23

# 111年修訂診療項目之預算執行進度表



(合計修訂15項)

辦理進度	會議時間	序號	修訂診療項目	推估預算 (百萬點)	
				醫院	基層
111.6.1 生效實施	111.3.30 共擬會議討 論通過	1	剖腹產適應症規範	0.54	0.08
		2	47031C-氣管內管插管	不影響	
		3	54011C-鼻後部鼻流血處理		
		4	62020C-二氧化碳雷射手術		
		5	65072B-鼻雷射手術		
		6	28010B-小腸鏡檢查		
		7	96020C-半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法-未滿二小時		
		8	85823B-青光眼導管置入術		
		9	安寧居家療護及全民健康保險安寧共同照護試辦方案收案對象範圍		
		10	68057B-經導管肺動脈瓣膜置換術		
(1) 通過10項 小計		<b>0.54</b>	<b>0.08</b>		
111. 生效實施	111.6.9 共擬會議 討論通過	11	83102K-迷走神經刺激術(VNS)-植入適應症	不影響	
		12	56041K-迷走神經刺激術(VNS)-參數調整適應症		
		13	50023B-尿路結石體外震波碎石術-第一次		
		14	50024B-尿路結石體外震波碎石術-第二次		
		15	68040B-經導管主動脈瓣膜置換術		
(2) 通過5項 小計		<b>0.00</b>	<b>0.00</b>		

24



# 預算檢討及管控機制

## ✓ 追蹤近五年及當年度預算執行狀況

→以利隔年度爭取相對適當之預算，支應新醫療科技納入健保給付事宜。

## ✓ 辦理「醫療科技評估」，以利新增修診療項目作業

→使有限的健保資源達到有效配置，發揮最大效益。

## ✓ 針對既有診療項目「醫療科技再評估」

→進行後續療效及成本效益之追蹤或監測，以建立系統化的檢討機制。

→透過醫療資源再配置，抑制醫療資源不當耗用。

25

# 追蹤近五年預算執行狀況-1

## 106年~110年醫院總額新增修訂診療項目之品項數及申報情形 (5年累計)

申報年度 預算年度	項目數	預算編列數 A	新增修訂診療項目推估增加預算	106年~110年新增修訂項申報情形 (百萬點)											
				一般服務 成長率 B	106年		107年		108年		109年		110年		
					預算編列數 C	實際申報數	預算編列數 D= ①C*(1+B) ②A*(1+B)	實際申報數	預算編列數 E= ①D*(1+B) ②A*(1+B)	實際申報數	預算編列數 F= ①E*(1+B) ②A*(1+B)	實際申報數	預算編列數 G= ①F*(1+B) ②A*(1+B)	實際申報數	
106年	21	393	391.91	4.585%	393.00	77.61	407.05	② 134.70	423.66	① 166.93	446.84	① 138.72	469.39	① 236.24	
107年	31	400	394.76	3.576%			400.00	81.21	416.32	② 166.04	439.10	① 147.87	461.26	① 154.02	
108年	21	400	387.13	4.080%					400.00	73.75	421.88	② 238.48	443.18	① 198.01	
109年	44	450	397.79	5.471%							450.00	61.04	472.71	② 214.78	
110年	151	450	474.31	5.047%									450.00	114.43	
合計	268		2019.07		393.00	77.61	807.05	215.91	1239.98	406.72	1757.82	586.12	2296.54	917.48	

註.110年預算推估執行數已達474.31百萬點，其中26.73百點將以111年度預算支應。

26

# 111年持續辦理「醫療科技評估(HTA)」



111年度辦理三項醫療服務HTA項目如下：

## ✓第一、二項 - 達文西機械手臂輔助手術：

(一)未經HTA評估(2項)：

- ①達文西婦癌分期手術(子宮內膜癌) ②達文西機械手臂輔助根治性腎切除術

(二)經HTA評估，惟療效證據不足或較傳統療法不具療效及安全性(6項)：

- ①達文西直腸癌腹部會陰聯合切除術 ②達文西食道切除術  
③達文西食道胃管重建術 ④達文西食道再造術  
⑤達文西縱膈腔腫瘤切除術(<5公分) ⑥達文西縱膈腔腫瘤切除術(≥5公分)

## ✓第三項 - NGS納入健保給付後之整體健保財務評估

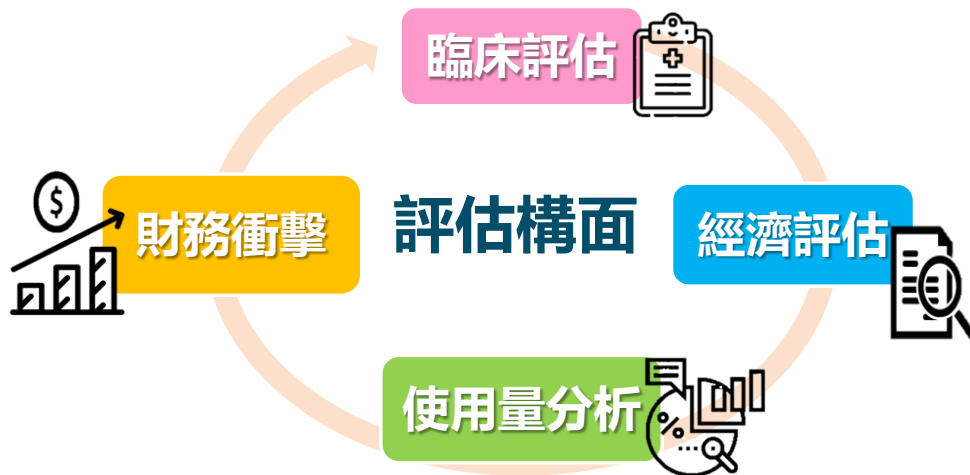
27

# 111年辦理「醫療科技再評估(HTR)」



執行內容：

- 一.參考本署110年「高價位治療技術之療效追蹤機制」，並參考各國社會保險HTA/HTR運作模式，規劃符合我國HTR制度及標準化作業流程。



28

# 111年辦理醫療科技再評估(HTR)



## 執行內容：

二.針對五項已納入給付且對健保財務衝擊較大之醫療服務進行HTR：

### (一)必要執行項目如下列三項：

1. 腎臟移植與透析於末期腎臟病治療之HTR
2. 復健治療相關健保資源耗用的合理性及HTR
3. 精神醫療治療診療項目的療效評估及HTR

### (二)另經評估整體國家政策方向，納入以下兩項：

1. 低劑量胸部電腦斷層(LDCT)篩檢補助計畫對健保短、中、長程財務衝擊。
2. 居家透析(腹膜、血液)與院所血液透析之治療及經濟效益比較，及各國居家透析給付研究。

29

# 111年辦理HTA及HTR



## 預期效益

- 一.針對新進健保給付項目導入HTA機制，對於具療效及安全性之新醫療科技加速研議納入給付，更符合民眾需求。
- 二.對現行納入診療項目支付標準，規劃符合我國健保之HTR制度及標準化作業流程。
- 三.逐步優化HTR之各步驟，提供日後擴大導入健保給付制度及優化健保資源配置之政策參考。



30



# 謝謝聆聽 敬請委員指教