

衛生福利部全民健康保險會  
第 5 屆 111 年第 12 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 12 月 23 日



# 衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 111 年第 12 次委員會議議程

## 一、主席致詞

## 二、議程確認

## 三、確認上次(第 11 次)委員會議紀錄 ----- 1

## 四、本會重要業務報告 ----- 7

## 五、討論事項

112 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)--- 63

## 六、報告事項

(一)家庭醫師整合性照護計畫 20 年檢討策進報告(含成效檢討及未來規劃)----- 87

(二)111 年代謝症候群防治計畫專案報告----- 117

(三)急診品質提升方案監測指標研修結果----- 132

(四)健康存摺 SDK(Software Development Kit，軟體開發套件)資料應用說明----- 138

(五)110 年全民健康保險自付差額特材執行概況----- 154

(六)中央健康保險署「111 年 11 月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)----- 172

## 七、臨時動議



三、確認上次(第 11 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(111)年 11 月 28 日衛部健字第 1113360154 號函送  
委員在案，並於本年 11 月 25 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11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11月18日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：范裕春、曾幼筑

出席委員：(依姓名筆劃排序)

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、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(台灣醫學中心協會工作小組游委員進邦代理)、陳委員有慶、陳委員秀熙、陳委員彥廷、黃委員金舜(中華民國藥師公會全國聯合會李常務監事懿軒代理)、黃委員振國、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、趙委員曉芳、劉委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊(台灣醫療改革基金會劉董事梅君代理)、滕委員西華、鄭委員素華、盧委員瑞芬、謝委員佳宜、顏委員鴻順

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

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6~7頁)

貳、議程確認：(詳附錄第7~8頁)

決定：確認。

參、確認上次(第10次)委員會議紀錄：(詳附錄第8頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第10~19頁)

決定：

一、上次(第10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9項，同意繼續追蹤。

二、為如實呈現會議實況及提升議事錄製作效率，自本次委員會議起，發言實錄將以錄音檔併同速錄內容為主。若委員擬補充現場發言內容，可於會後3日內以書面方式送本會，併入發言實錄並註明會後書面補充說明。

三、請中央健康保險署就朱委員益宏詢問事項，提供因應COVID-19疫情轉列專責醫院，中央健康保險署應支付健保補助款與疾病管制署應用特別預算支應情形及實際核付結果。

四、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第20~42頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：111年第3季全民健康保險業務執行季報告，請鑒察。

決定：

一、本案洽悉。

二、委員所提意見，送請中央健康保險署參考，其中有關健康存摺 SDK(Software Development Kit，軟體開發套件)意見，請回復說明並安排後續報告事宜。

陸、討論事項(詳附錄第43~92頁)

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險112年度保險費率方案(草案)，提請審議。

決議：

一、112年度保險費率經本會審議結果，建議維持現行費率5.17%。

二、前揭審議結果將依全民健康保險法第24條第3項規定，併同與會人員發言實錄陳報衛生福利部，副本抄送中

央健康保險署，請就委員意見研參妥處。

## 第二案

提案單位：本會第三組

案由：112年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、112年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 1.164 億元)移撥 12.474 億元，作為特定用途移撥款，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「特殊醫療服務計畫」、「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」、「牙周病統合治療方案」及「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」等 6 項特定用途，其中用於「牙周病統合治療方案」之額度為 8.724 億元。

2.移撥經費若有剩餘，優先用於「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

3.扣除上開移撥費用後，預算 100% 依各地區校正人口風險後之保險對象人數分配。

二、所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之，其中特定用途移撥款執行方式請送本會備查。

三、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，由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於111年12月底前送本會同意後執行。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。

### 第三案

提案人：干委員文男、陳委員有慶、林委員恩豪、許委員駢洪、劉委員淑瓊、馬委員海霞、楊委員芸蘋、林委員敏華、董委員正宗、吳委員鴻來、翁委員燕雪、李委員永振、張委員文龍、李委員麗珍、劉委員國隆、鄭委員素華、侯委員俊良、張委員鈺民

代表類別：保險付費者代表

案由：為提升醫療可近性、優化處方箋傳遞流程以及因應環保趨勢，提請衛生福利部(下稱衛福部)儘速實施「電子處方箋」，提請討論。

決議：本案屬衛生福利部及中央健康保險署權責，委員所提意見送請權責單位參考，並請中央健康保險署於例行業務執行報告提報辦理進度。

### 第四案

提案人：胡委員峰賓

連署人：卓委員俊雄、許委員駢洪、林委員恩豪、張委員鈺民、黃委員金舜、黃委員振國、顏委員鴻順

代表類別：公正人士、專家學者、保險付費者代表及保險醫事服務提供者代表

案由：維護本會委員提案權案，提請討論。

決議：

- 一、本會委員之提案內容，宜與全民健康保險會法定任務有關者為限，為尊重本會委員提案權，本會委員提案後即納入議程，如涉及是否屬於全民健康保險會法定任務認定之疑義，由委員會議議決。

二、委員所提各項建議，請本會幕僚研參妥處。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午14時28分。

#### 四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第 11 次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)討論事項第一案「112年度保險費率方案(草案)審議案」：於本(111)年11月25日以衛部健字第1113360165號書函，將本會審議結果陳報衛生福利部(下稱衛福部)(如附錄一，第175~177頁)，另副本抄送中央健康保險署(下稱健保署)，請其就委員意見研參妥處。另衛福部業於本年12月2日以衛部保字第1110146455號函將112年度保險費率案陳報行政院(如附錄二，第178~181頁)。

(二)討論事項第二案「112年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案」(併第10次委員會議醫院、西醫基層、中醫門診總額一般服務地區預算分配案)：於本年11月24日以衛部健字第1113360160號書函，將本會協定之「112年度全民健康保險醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式」陳報衛福部核(決)定(如附錄三，第182~183頁)。

(三)討論事項第三案「為提升醫療可近性、優化處方箋傳遞流程以及因應環保趨勢，提請衛生福利部儘速實施『電子處方箋』」：於本年12月7日以衛部健字第1113360174號書函，將案由說明、決議及發言實錄送請衛福部及健保署卓參，如附錄四(第184頁)。

(四)討論事項第四案「維護本會委員提案權案」，委員所提各項建議，辦理情形如下：

1.依委員建議將議案分為建議提案及討論提案二類，酌修提案單如附件一(第34頁)。

2.自本次會議起，恢復於委員座位桌內置放本會運作相關法規及參考資料。

3.延續第5屆作法，提供第6屆委員完整之委員手冊，並於第1次委員會議及共識營均安排「本會運作說明」報告事項，就委員權利義務及本會運作方式向委員說明。

(五)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計4項，依辦理情形，

建議解除追蹤1項，繼續追蹤3項，如附表(第12~13頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理；另個別委員關切事項，健保署回復如附錄五(第185~190頁)。

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11月底未結案件計31項，依辦理情形，建議解除追蹤12項，繼續追蹤19項，如附表二(第14~33頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

三、依本會本年第7次委員會議(111.7.29)決定事項：「請中央健康保險署會同醫院及牙醫門診總額相關團體，儘速辦理111年度各部門總額協定事項未依時程完成之工作項目」。健保署提報辦理情形如附件四(第57~60頁)，總計5項，其中3項尚未完成，此3項均已列入112年度總額持續辦理，因111年度將屆，建議解除追蹤，並依112年度總額協定事項追蹤辦理情形，後續處理建議如下：

部門	未完成項目	處理建議
牙醫門診	<p>「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目(項次1)</p> <p>※依110年協定事項暨110年第8次委員會議決定辦理：</p> <p>(1)擬新增之「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」，需提出共識之具體實施方案，並提報本會同意後執行</p> <p>(2)依110年第8次委員會議決定，儘速研議具體實施方案，提報本會同意後解除追蹤</p>	<p>1.該專款項目擬新增社區醫療網，係110年度總額協定事項，並於111年度總額持續列入。惟經健保署及牙全會2年討論，未提出共識之實施方案。因111年度即將結束基金預算無法保留，建議解除追蹤。</p> <p>2.另社區醫療網已列入112年度總額協定事項，請健保署會同牙全會儘速提出具體實施方案，並依110年度總額協定事項，於提報本會同意後執行。</p> <p>3.若本項於112年度仍未能執行，則於協商113年度總額時建議評估是否不再列入協定事項。</p>
醫院	<p>「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」專款項目(項次3)</p> <p>※決定事項：用於導入第3階</p>	<p>1.因111年度即將結束，基金預算無法保留，建議解除追蹤。</p> <p>2.另本項已列入112年度總額專</p>

部門	未完成項目	處理建議
	段 DRGs 項目。推動 DRGs 計畫已延宕多年，請儘速推行	款項目持續辦理，請健保署於衛福部核定後，加速導入 DRGs 項目。
其他預算	提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」)(項次 5) ※協定事項：確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告	1.有關提報「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」規劃退場之執行方式，因 111 年度即將結束基金預算無法保留，建議解除追蹤。 2.另本項已列入 112 年度總額協定事項，請健保署儘速規劃退場之執行方式，提報本會。

四、本會針對上次(第 11 次)委員會議對 112 年健保費率審議結果作成委員關切重要議題會訊報導主題，內容詳附錄六(第 191~192 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。

五、依本年第 10 次委員會議(111.10.28)決議，參考委員所提意見及健保署回復說明，完成彙製「110 年全民健康保險監理指標之監測結果報告」，業併同本次會議資料寄送委員，請惠予參考；另電子檔已置於本會網站「公告及重要工作成果」項下(路徑：健保會首頁/公告及重要工作成果/監理指標監測結果報告書，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/lp-3531-116.html>)，供各界參閱。

六、衛福部及健保署於本年 11 月至 12 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 12 月 12 日寄至各委員電子信箱]

#### (一)衛福部

- 1.本年 11 月 14 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 112 年 1 月 1 日生效外，其餘自本年 12 月 1 日生效)，如附錄七

(第 193~195 頁)，本次修正重點如下：

(1) 第二部西醫，除修訂部分項目之支付規範及適應症外，另配合 111 年度總額協定結果，辦理下列事項：

① 新增診療項目：6 項(如留置性導便裝置)。【預算來源：111 年醫院及西醫基層總額之新醫療科技】

② 調升支付點數：1 項(經頸靜脈肝內門脈系統靜脈分流術)【預算來源：111 年醫院總額之新醫療科技】及調升 28 項西醫基層支付點數與醫院一致。【預算來源：111 年西醫基層總額之促進醫療資源支付合理】

③ 新增開放表別至西醫基層：1 項(人類免疫缺乏病毒抗原及抗體複合型試驗)。【預算來源：111 年西醫基層總額之強化基層照護能力及開放表別項目(專款)】

(2) 第三部牙醫：通則三增列轉診加成規範、附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則增列不列入計算費用之項目。

(3) 第五部居家照護及精神病患社區復健：

① 修訂居家照護及安寧居家療護之收案條件。

② 調升住宿型精神復健機構之全日及夜間復健治療(天)支付點數。

(4) 全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)：修正附表 7.3 112 年 1 月至 6 月 Tw-DRGs 權重表。【註：健保署於本年 11 月 30 日再次預告修正 112 年 1 月至 6 月 Tw-DRGs 權重表，如附錄八(第 196~197 頁)】

2. 本年 11 月 17 日修正發布「全民健康保險投保金額分級表」，並定自 112 年 1 月 1 日施行。修正後投保金額分級表之下限金額為 26,400 元(調整前為 25,250 元，增加 1,150 元，主要係配合基本工資調整)，如附錄九(第 198~200 頁)。

3. 本年 12 月 9 日公告訂定 112 年保險對象住院應自行負擔費用之最高金額，並自 112 年 1 月 1 日生效，如附錄十(第 201 頁)，重點如下：

- (1)因同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額：48,000元(111年為43,000元)。
- (2)全年累計住院應自行負擔費用之最高金額：80,000元(111年為72,000元)。
- (3)前2項住院應自行負擔費用之最高金額適用範圍，以保險對象於急性病房住院30日以內或於慢性病房住院180日以內，依健保法第47條規定所應自行負擔之醫療費用為限，不包括健保法所規定不予給付之項目。

## (二)健保署

- 1.本年11月22日副知，公告修訂「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」，並自本年12月1日生效，如附錄十一(第202頁)，本次修訂重點，係將收案對象「老年期及初老期器質性精神病態」修改為「失智症」，並明訂失智症條件。
- 2.本年11月22日副知，公告修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，自111年12月1日生效，如附錄十二(第203~204頁)，修訂重點如下：
  - (1)將「老年期及初老期器質性精神病態」修改為「失智症」，並明訂收案須符合3項條件(如CDR3分或FAST7C以上等)。
  - (2)增訂「符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者—『極重度失智症』」之條件為FAST7分以上。
- 3.本年9月至12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12件、特材計6件，彙整如附錄十三(第205~207頁)。

決定：

## 上次(第 11 次)委員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 3 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參考，其中有關於健康存摺 SDK(Software Development Kit, 軟體開發套件)意見，請回復說明並安排後續報告事宜。	於 111 年 11 月 24 日請辦健保署。	健保署回復：依貴會決議，將提 111 年 12 月委員會議報告；委員所提意見，說明如附件二(第 35~38 頁)。	已列入本次會議報告事項第四案，報告後解除追蹤	—



二、擬繼續追蹤(共 3 項)

項次	案由	決議(定)事項	本會辦理情形	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	討論事項第 2 案：112 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案。	所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之，其中特定用途移撥款執行方式請送本會備查。	於 111 年 11 月 24 日請辦健保署。	健保署回復： 1.本案已列入第 4 次研商議事會議議程，因時間因素保留至下次會議再議。 2.將依會議結論辦理後續事宜。	1.繼續追蹤 2.俟衛福部核定地區預算分配後，健保署送本會備查後解除追蹤	112 年 3 月
2		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，由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 111 年 12 月底前送本會同意後執行。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。	於 111 年 11 月 24 日請辦健保署。	健保署回復： 將於議定後提報貴會討論。	1.繼續追蹤 2.俟衛福部核定地區預算分配後，健保署送本會備查後解除追蹤	112 年 2 月
3	討論事項第 3 案：為提升醫療可近性、優化處方箋傳遞流程以及因應環保趨勢，提請衛生福利部儘速實施「電子處方箋」。	本案屬衛生福利部及中央健康保險署權責，委員所提意見送請權責單位參考，並請中央健康保險署於例行業務執行報告提報辦理進度。	於 111 年 11 月 24 日請辦健保署。	健保署回復： 考量建置平台涉資料流之串接，各院所需配合修改資訊系統(HIS)，本署研擬先行盤點各資訊系統，並配合「通訊診察治療辦法」之修訂，再評估建置平台之可行性。	1.繼續追蹤 2.俟健保署首次於例行業務執行報告提報後解除追蹤	依健保署陳報時程辦理

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 12 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	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、111.6 決定)	健保署回復： <u>已於111年7月27日公告平均眷口數自112年1月1日起調整為0.57人。</u>	解除追蹤 (健保署已依法公告，爰建議解除追蹤)	—
二、總額協商				
2	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、111.6 決定)	社保司回復： 有關貴會諮詢意見，本部業於 111 年 5 月 13 日函復相關說明(文號：衛部保字第 1110117832A 號函)，另 112 年總額範圍草案已併同各界意見，於 111 年 6 月 2 日陳報行政院(文號：衛部保字第 1111260200 號函)。	解除追蹤 (衛福部函復委員意見之說明已提報本會5月份委員會議，另亦將委員意見併同陳報行政院，爰建議解除追蹤)	—
3	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、111.6 決定) ..... 請中央健康保險署會同醫院及牙醫門診總額相關團體，儘速辦理 111 年度各部	健保署回復： <u>本署已於 12 月 6 日回復貴會辦理情形在案，建議解除追蹤。</u>	解除追蹤 (該署回復已列入本會重要業務報告第三點處理，爰建議本項解除追蹤)	—

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)
	門總額協定事項未依時程完成之工作項目。 /[於健保署完成後解除追蹤] (111.7、111.8 決定)			
4	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、111.6 決定)	健保署回復： <u>列入本次會議報告案。</u>	解除追蹤 (已列入本次會議報告事項第二案，報告後解除追蹤)	—
5	有關健保署醫院總額研商議事會議研議「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，請中央健康保險署確實依 111 年度總額公告之協定事項與預算用途辦理，處理結果於今年 9 月協商 112 年度總額前，向本會提報。/[於健保署報告後解除追蹤] (111.6 決議、111.7 決定)	健保署回復： 1. <u>本案由台灣醫院協會(下稱醫院協會)初步建議亞急性呼吸照護病房(RCC)、慢性呼吸照護病房(RCW)病人簽署拒絕心肺復甦術(DNR)者獎勵 100 點/日，經提送健保署 111 年 6 月 9 日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(下稱共擬會議)，因被保險人代表考量未符 111 年該項專款協定事項，多數代表建議應朝鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、DNR 及安寧療護方向修訂，暫予保留。</u> 2. <u>經醫院協會修正草案再提健保署同年 9 月 1 日共擬會議討論，並通過新增「鼓勵亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房病人脫離呼吸器、簽署拒絕心肺復甦</u>	解除追蹤 (健保署已提報處理結果，並依協定事項辦理，建議解除追蹤)	—

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)
		<p><u>術(Do not resuscitate, DNR)及安寧療護獎勵措施」如下：</u></p> <p><u>(1)按件獎勵：脫離呼吸器個案每件獎勵5,000點、簽署DNR個案每件獎勵5,000點、臨終緩和照護每件獎勵20,000點。</u></p> <p><u>(2)評比獎勵：3項指標依權值2:1:3計算，由高至低排序前75百分位之醫院將分階段獎勵：</u></p> <p><u>A. 前25百分位之院所，RCC每一個案獎勵12,000點；RCW每一個案獎勵24,000點。</u></p> <p><u>B. 前26百分位至前50百分位之院所，RCC每一個案獎勵9,000點；RCW每一個案獎勵18,000點。</u></p> <p><u>C. 前51百分位至前75百分位之院所，RCC每一個案獎勵6,000點；RCW每一個案獎勵12,000點。</u></p> <p><u>3.依程序報請衛福部核定，健保署於111年10月24日公告自111年10月1日起實施。</u></p> <p><u>4.建議解除追蹤。</u></p>		
6	<p>有關「家庭醫師整合性照護計畫」，請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(一)持續滾動檢討，並提升計畫之執行成效。</p> <p>(二)請儘速向本會提出計畫執行20年之完整檢討策進專案報告(含計畫成效檢</p>	<p>健保署回復： <u>列入本次會議報告案。</u></p>	<p>解除追蹤 (已列入本次會議報告事項第一案，報告後解除追蹤)</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>討、策進之具體作法及未來規劃等)。 /[於健保署報告後解除追蹤] (111.6、111.7 決定)</p>			
7	<p>有關 111 年度各部門總額依協定事項需於 7 月底前提本會報告之項目(含預算扣減或檢討節流成效項目之規劃)，請中央健康保險署參考委員所提意見及本會補充說明，對於部分未完成項目，請儘速規劃具體之 111 年度總額預算扣減及效益評估方式，最遲於 111 年 12 月份委員會議將規劃結果提報本會。 /[於健保署報告後解除追蹤] (111.7、111.8 決定)</p>	<p>健保署回復： 1.<u>111 年度協定事項之預算扣減項目已提貴會第 10 次會議報告，將依會議決議辦理。</u> 2.<u>有關 111 年 3 項未提報效益評估方式之項目(高風險疾病口腔照護、高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫、鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫)，前述由醫界團體爭取共識編列預算，考量涉臨床專業之執行與評估，爰本署於 111 年 11 月 15 日函請中華民國牙醫師公會全國聯合會及台灣醫院協會提供，並將予以審視後提報貴會辦理。</u> 3.<u>有關藥品部分，考量新藥收載為 5 年內持續性作業，需有年度預算之實際執行資料始能評估是否扣減，本署將配合 111 年結算作業時程，將 111 年度扣減情形提報貴會。</u> 4.<u>有關特材部分，依總額協商協議事項辦理，預算已執行完畢，無需扣減，建議解除列管。</u></p>	<p>解除追蹤 (本案共計 12 項，其中預算扣減規劃部分，計有 9 項已完成；另效益評估方式 3 項尚未提報，擬併入繼續追蹤項次 16 追蹤，如第 32 頁，爰建議本項解除追蹤)</p>	—
8	<p>有關 111 年度各部門總額依協定事項需於 7 月底前提本會報告之項目(含預算扣減或檢討節流成效項目</p>	<p>健保署回復： <u>有關 111 年 4 項協定事項辦理情形如下：</u> 1.109 年度全面提升感染</p>	<p>解除追蹤 (該署已回復 4 項協定事項執行</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>之規劃)，請中央健康保險署參考委員所提意見及本會補充說明，請加強落實本次提報之 4 項協定事項執行內容，並儘速提報其他預算之「獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用退場之執行方式規劃」。</p> <p>[於健保署報告後解除追蹤](111.7、111.8 決定)</p>	<p><u>管制品質未達協定事項之扣款：</u> <u>因應疫情，牙醫門診加強感染管制實施方案於 111 年 5 月至 8 月暫緩實地訪查作業，並於同年 8 月 23 日起重啟訪查，將俟各分區訪查結束後，另案報告。</u></p> <p>2. <u>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：</u> <u>為強化居家急症照護服務，鼓勵院所提供山地離島地區之護理訪視服務，本署自 111 年 6 月 1 日起增訂夜間、深夜及例假日緊急訪視費加成，並調升山地離島地區之醫師及護理訪視費用 20%。統計 111 年 1 月至 9 月，居家照護收案人數約 6.8 萬人，服務約 50.2 萬人次，申報醫療費用約 18.6 億點；至於居整計畫相關指標(如門診收案前後次數、急診收案前後次數)係以前一年度全年新收案人數之收案前後比較，須俟 112 年年中更新。</u></p> <p>3. <u>提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用：本項預算係提升醫療院所網路頻寬，增進醫療院所與本署間資料傳輸之緊</u></p>	<p>內容，另「獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用退場之執行方式規劃」已列入本會重要業務報告第三點處理，爰建議本項解除追蹤)</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><u>密性及便利性,如查詢 TOCC、疫苗注射狀況及確診隔離資訊等,於疫情期間充分協助各醫療院所疫情管控,另獎勵即時上傳檢驗(查)資料,亦可有效避免醫療資源浪費,減少不必要之檢驗(查);退場機制,將俟疫情趨緩後與醫界討論。</u></p> <p><u>4.提升保險服務成效:</u></p> <p><u>(1)至 111 年 11 月 29 日,健康存摺登入人數已正式突破 1,082 萬人,「健保醫療資訊雲端查詢系統」累計查詢量達 19.8 億人次;並提供「跨院重複開立醫囑主動提示功能」,與院所醫療資訊系統結合,於醫師開立醫囑時呼叫相關 Web Service 提醒醫師病人重複用藥及檢驗(查)情形,平均每月約有 5 百萬次查詢成功紀錄。</u></p> <p><u>(2)本署已規劃於健保諮詢服務專線導入「自動化語音導航服務」,由人工智慧直接接受民眾以口語方式諮詢,並即時提供民眾所需資訊等增值服務;刻正辦理「自動化語音導航服務」測試,優先以民眾最常詢問之問題訓練與調整優化。</u></p> <p><u>(3)辦理醫療科技再評估</u></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)
		<u>(HTR) (含新藥及新特材)作業，將依照評估結果調整已給付項目之給付範圍或給付條件，另於 111 年 10 月 7 日召開會議並修訂 HTR 流程，未來將持續與業界溝通，朝向可預期且公開透明之方向精進國內 HTR 流程。</u>		
9	有關 111 年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃，請中央健康保險署參考委員所提意見，持續檢討、精進分級醫療政策及相關鼓勵措施，並於 112 年度總額協商草案提出規劃方案，以早日落實分級醫療之政策目標。 /[於健保署提出規劃方案後解除追蹤] (111.7、111.8 決定)	健保署回復： <u>本署已於提出 112 年度總額協商草案健保署試算及說明時，依預算規模提出相對應之規劃方案。</u>	解除追蹤 (112 年協商已完成，並於 112 年工作計畫安排分級醫療之檢討報告，爰建議本項解除追蹤)	—
10	有關「全民健康保險急診品質提升方案」之執行情形(含急診壅塞監測指標)，請中央健康保險署持續監測原方案各層級醫院「急診處置效率相關指標」，並將監測結果送會，俾納為 112 年度總額協商之參考。 /[於健保署將「急診處置效率相關指標」監測結果送會，供 112 年度總額協商之參考後解除追蹤] (111.7、111.8 決定) ..... 請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研修「全民健康保險急診品質提升方案」相關監測指標，並將研修結果提報本會。	健保署回復： <u>1.有關「全民健康保險急診品質提升方案」之急診處置效率相關指標監測結果，本署已併同貴會 111 年 8 月 26 日召開 112 年度總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會之委員意見摘要回復，供貴會 112 年度總額協商之參考。</u> <u>2.將於 111 年 12 月委員會報告相關指標研修及監測結果。</u>	解除追蹤 (已列入本次會議報告事項第三案，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)
	[俟健保署將研修結果提報本會後解除追蹤] (111.9、111.10 決定)			
11	關於 112 年度總額範圍交議案之政策目標及總額設定公式部分，請衛生福利部協助於 111 年 12 月委員會議說明年度總額之「醫療服務成本及人口因素成長率」(低推估)之計算公式、內涵及改革內容。 [俟社保司說明後解除追蹤] (111.8、111.9 決定)	社保司回復： <u>說明如附件三(第 39~56 頁)。</u>	解除追蹤 (社保司已於本次會議提出說明，爰建議解除追蹤)	—
<b>三、其他</b>				
12	110 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告，委員如有書面意見，請於 111 年 11 月 2 日前以書面或口述方式提出，將請報告單位回復說明或參採研修後，由本會同仁彙製 110 年全民健康保險監理指標之監測結果報告。 [俟本會完成 110 年全民健康保險監理指標之監測結果報告後解除追蹤] (111.10、111.11 決定)	本會說明： <u>本會已完成 110 年全民健康保險監理指標之監測結果報告，並於 12 月 16 日寄送委員在案。</u>	解除追蹤 (本會已完成監理指標之監測結果報告，爰建議解除追蹤)	—

二、擬繼續追蹤(共 19 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、111.6 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、111.6 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，</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>為維繫現行費率適足，建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、111.6 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、111.6 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</p>	<p>社保司回復： (回復內容同擬繼續追蹤項次1，第22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)
	研議處理。[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] (108.11 決議、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6 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、111.6 決定)	<p>社保司回復： (回復內容同擬繼續追蹤項次1，第22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	<p>健保署回復：</p> <p><u>1.針對經濟弱勢民眾，為使其享有就醫權益，本署提供分期繳納、紓困貸款等欠費協助措施。紓困貸款詳述如下：</u></p> <p><u>(1)依全民健康保險法第99條規定，設置全民健康保險紓困基金，提供保險對象無息申貸健保欠費或補助健保費及應自行負擔之費用。</u></p> <p><u>(2)每年申請紓困基金無息貸款約1.5億元，111年度預算編列情形概述如下：</u></p> <p>A. <u>健保紓困貸款計畫1.6億元，係提供經濟困難無力繳納全</u></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)
	<p>助之可能性。[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> <p>(109.6 決議、109.7、109.9、109.12、110.4、110.12、111.6 決定)</p>	<p><u>民健康保險費之保險對象，無息申貸健保費及應自行負擔之費用。</u></p> <p>B. <u>協助弱勢族群排除就醫障礙計畫 2.2 億元，係補助經濟弱勢族群繳納健保欠費，並提供其就醫所產生之健保部分負擔、住院膳食費、救護車費用、偏遠地區交通費、掛號費與無健保身分者就醫時之醫療自付費用(以健保給付範圍為限)。</u></p> <p>C. <u>補助經濟困難者健保費計畫 7.7 億元，係補助合於社會救助法規定之中低收入戶應自付二分之一健保費。</u></p> <p>2. <u>有關研議健保呆帳納入公務預算或其他財源補助之可能性，依健保法第 3 條規定，政府應負擔健保總經費法定下限(36%)業由主管機關編列公務預算撥補，現行健保基金用其他財務來源補助部分(如菸捐、公益彩券盈餘分配)，亦均有相關法源依據，尚屬主管機關權責，若能爭取其他財源補助，本署配合辦理。</u></p>		
二、新醫療科技、支付標準				
5	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	<p>健保署回復：</p> <p>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</p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.俟健保署將整體評估結果提至本會報</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)
	<p>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]</p> <p>(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、111.6 決定)</p> <p>.....</p> <p>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]</p> <p>(108.3、108.4、108.6、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6 決定)</p>	<p>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，本署已完成意見之蒐集。</p> <p>2.各界針對上述品項全部取消給付未有共識，且部分兒童用藥仍應依醫師評估後處方，不宜取消健保給付。</p> <p>3.基於保障民眾用藥安全及權益，減少社會衝擊，本署已制定作業原則，爾後不再收載新指示藥品，至於已收載之品項，倘專業醫學會、醫學相關專業團體或藥品許可證持有廠商主動建議取消給付，本署將加速審查，不予給付。</p> <p>4.本案依循上述原則列為例行作業，建議解除列管。</p>	<p>告後解除 追蹤</p>	
6	<p>有關醫院及西醫基層總額之「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」及「藥品及特材給付規定改變」預算檢討、調整與管控機制，委員認為應再說明新醫療科技引進之考量因素，其導入後對總額之財務壓力，以及導入後若超出原編預算之彌補機制。[俟健保署補充說明後解除追蹤]</p>	<p>健保署回復：</p> <p>1.本署辦理醫療科技評估(HTA)時，乃就人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務衝擊等因素作整體考量，蒐集相關科學證據，HTA 相關評估結果將提送本署藥物專家諮詢會議及共擬會議進行討論，以利做出新醫療科技給付與否之</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟健保署補充說明後解除追蹤</p>	<p>依健保署研擬進度辦理</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)
	(111.6、111.7 決定)	<p><u>決策，並由新醫療科技預算支應。</u></p> <p><u>2.以新藥給付為例，本署透過 Power BI 即時監控新藥藥費支出，並定期於藥品共擬會議提報預算支用情形，新藥如任一年申報藥費超出 2 億元，且逾 HTA 報告預估藥費 0.5 倍，將即時分析因應。</u></p> <p><u>3.一旦新藥給付後超出原編預算，本署除精進新藥預算推估方法學外，並建立醫療科技再評估(HTR)機制，選擇已收載之特定品項，檢討其支付價格及藥品給付規定，以更符合給付效益。</u></p> <p><u>4.未來將參考國際藥價及國內市場銷售價，調整逾專利期第 1 年到第 5 年的藥品及其同分組品項。</u></p>		
<b>三、總額協商</b>				
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、111.6 決定)	<p>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。</p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>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</p>	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	<p>健保署回復： <u>經檢視 12 月委員所提意見，本署回復如下：</u></p> <p><u>1.有關建議重啟區域級(含)以上醫院門診減量措施一節，本署將依總</u></p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.俟健保署依 110 年 12 月委員所提意見回復檢討</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)
	<p>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、111.6 決定)</p>	<p><u>額協定事項辦理。</u> 2. <u>委員對急診品質提升方案、家醫計畫之多項建議，均於本(111)年度提出報告並分別回復委員意見在案。</u> 3. <u>為落實分級醫療，本署於 111 年度規劃推動使用者付費部分負擔調整措施，若能實施，應能更進一步推動病人接受下轉，落實分級醫療。</u></p>	<p>結果後解除追蹤</p>	
9	<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、111.6 決定)</p>	<p>社保司回復： 1. <u>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，採兩案併陳、報本部核定，爰此本案事涉總額議題，仍請於總額協定時納入協商議定。</u> 2. <u>每年度健保醫療給付費用總額範圍係由低推估值加上政策目標所形成，其低推估值用以維持新年度醫療需要及醫療照護與舊年度相同，而高推估係依據政策目標所擬訂的各項計畫匯集而成，本部再將年度整體總額範圍報請行政院核定，</u></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><u>爰此，當行政院核定新年度總額範圍後，貴會應依行政院核定之政策目標及其相關計畫進行協商。</u></p> <p>健保署回復： <u>本署配合衛福部核定年度各部門醫療給付費用總額及其協定事項辦理各項事宜。</u></p>		
10	<p>有關 111 年度各部門總額依協定事項需於 7 月底前提本會報告之項目(含預算扣減或檢討節流成效項目之規劃)，請中央健康保險署參考委員所提意見及本會補充說明，為利 113 年度總額預算之協商，請中央健康保險署於 112 年 2 月提報本會「111 年度總額協定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果。 /[於健保署報告後解除追蹤](111.7、111.8 決定)</p> <p>.....</p> <p>111 年度各部門總額協定事項預算扣減項目之處理規劃，同意中央健康保險署所報 111 年度各部門總額預算扣減方式之規劃，請遵照辦理後續預算扣減事宜，並於 112 年 2 月將執行結果提報本會，供協商 113 年度總額之用。 /[於健保署將預算扣減執行結果提報本會後解除追蹤](111.10 決議、111.11 決定)</p>	<p>健保署回復：</p> <p><u>1.辦理情形同擬解除追蹤項次 8(第 17~20 頁)，將提 112 年 2 月委員會報告。</u></p> <p><u>2.有關特材部分，依總額協商協議事項辦理，預算已執行完畢，無需扣減，建議解除列管。</u></p>	<p>1.繼續追蹤 2.於健保署將預算扣減及效益評估之執行成果提報本會報告後解除追蹤</p>	112 年 2 月
11	112 年度醫院、牙醫門診、中醫門診、西醫基層醫療給付費用總額及其他預算協商結論案之附帶決議：	<p>健保署回復：</p> <p>有關「藥物成本調整，由藥物價量調查調整支付</p>	<p>1.繼續追蹤 2.如奉衛福部核定，俟健保署</p>	112 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)
	<p>有關醫院總額及西醫基層總額之「藥品及特材給付規定改變」項目，付費者版本之協定事項「藥物成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」，如奉衛生福利部核定，請中央健康保險署將其辦理情形，列入全民健康保險業務執行報告，每半年向本會提報。</p> <p>[如奉衛生福利部核定，俟健保署首次提報業務執行報告後解除追蹤]</p> <p>(111.9 決議、111.10 決定)</p>	<p>點數所節省之金額支應」<u>協定事項</u>，如奉衛福部核定，健保署將配合辦理，每半年向貴會提報。</p>	<p>首次提報業務執行報告後解除追蹤</p>	
12	<p>112 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，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，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，於 111 年 12 月底前送本會同意後執行。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。</p> <p>[俟衛福部核定、於健保署送本會同意後解除追蹤]</p> <p>(111.10 決議、111.11 決定)</p> <p>.....</p> <p>112 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，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，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，於 111 年 12 月底前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保</p>	<p>健保署回復：</p> <p><u>1.112 年度醫院總額一般服務保障項目業經本署 111 年第 4 次研商議事會議通過，將併同門診透析預算、中醫、西醫基層總額提報貴會 112 年第 1 次委員會議討論。</u></p> <p><u>2.112 年度西醫基層總額一般服務保障項目將列入本署 111 年 12 月 21 日召開之第 4 次研商議事會議討論，俟議定後將併同門診透析預算、中醫、醫院總額提報貴會 112 年第 1 次委員會議討論。</u></p> <p><u>3.112 年度中醫門診總額一般服務保障項目業經本署 111 年第 4 次研商議事會議通過，將併同門診透析預算、醫院、西醫基層總額提報貴會 112 年第 1 次委員</u></p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟衛福部核定地區預算分配後，健保署送本會備查後解除追蹤</p>	112 年 2 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)
	<p>障點值理由及其對總額預算之影響等。 /[俟衛福部核定、於健保署送本會同意後解除追蹤] (111.10 決議、111.11 決定)</p> <p>.....</p> <p>112 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，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，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，於 111 年 12 月底前送本會同意後執行。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。 /[俟衛福部核定、於健保署送本會同意後解除追蹤] (111.10 決議、111.11 決定)</p>	<p><u>會議討論。</u></p> <p>本會補充說明： 1.依 112 年度總額協商原則：「需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。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」。 2.依上開原則，提報保障點值理由及其對總額預算影響等項，並未限定在「新增點值保障項目」，建請健保署依上開原則，進行整體評估，若仍有需點值保障項目，均請提報保障理由及其對總額預算之影響。</p>		
13	<p>112 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。 /[俟衛福部核定，健保署送本會備查後解除追蹤] (111.10 決議、111.11 決定)</p>	<p>健保署回復： <u>112 年醫院總額一般服務地區預算分配之風險移撥款執行方式，將俟衛福部核定移撥款金額及相關細節後，再由台灣醫院協會提案至本署醫院總額研商議事會議討論。</u></p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟衛福部核定地區預算分配後，健保署送本會備查後解除追蹤</p>	112 年 2 月
14	<p>112 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團</p>	<p>健保署回復： <u>112 年西醫基層總額一般服務地區預算分配之風險移撥款執行方式，將俟衛福部核定移撥款金</u></p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟衛福部核定地區預算分配後，健保署送本會</p>	112 年 2 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)
	體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。 /[俟衛福部核定、於健保署送本會同意後解除追蹤] (111.10 決議、111.11 決定)	<u>額及相關細節後，再由醫師公會全國聯合會提案至本署西醫基層總額研商議事會議討論。</u>	備查後解除追蹤	
15	111 年度牙醫門診總額「高風險疾病口腔照護」項目之當年度未執行額度扣減計算方式案，本項未執行額度計算方式為 111 年「高風險疾病口腔照護」項目預算(4.05 億元)，扣除「預算執行額度」所得，其中「預算執行額度」依照委員決議採中央健康保險署計算方式(註)，請該署依決議方式辦理後續預算扣減事宜。 /[於健保署辦理預算扣減事宜後解除追蹤] (111.10 決議、111.11 決定)	健保署回復： 配合貴會決議事項辦理。	1.繼續追蹤 2.於健保署辦理預算扣減事宜後解除追蹤	112 年 2 月
16	111 年度各部門總額協定事項預算扣減項目之處理規劃，另尚有 3 項未提報效益評估方式之項目，請中央健康保險署最遲於 111 年 12 月份委員會議將具體規劃結果，提報本會。 /[於健保署提報 3 項目之效益評估方式後解除追蹤] (111.10 決議、111.11 決定)	健保署回復： <u>有關 111 年醫院及牙醫門診總額計 3 項未提報效益評估方式之項目(高風險疾病口腔照護、高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫、鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫)，前述由醫界團體爭取共識編列預算，考量涉臨床專業之執行與評估，爰本署於 111 年 11 月 15 日函請中華民國牙醫師公會全國聯合會及台灣醫院協會提供，並將予以審視後提報貴會辦理。</u>	1.繼續追蹤 2.於健保署提報 3 項目之效益評估方式後解除追蹤	111 年 12 月
四、其他				

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)
17	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、111.6 決定)	健保署回復： <u>本署已參酌 111 年 7 月 29 日會議委員所提建議調整及新增監測指標；後續配合部分負擔新制公告時程提報監測結果。</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
18	有關配合部分負擔調整方案，保障經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施，委員提出對於申請資格嚴苛、審核表格不夠友善、審核期間過長、用轉診作為必要條件不合理、事後申請補助改事前審定資格，及有研究顯示提高部分負擔會影響民眾規律就醫，阻礙弱勢民眾尋求有效醫療照護，請健保署檢討修正相關措施，以保障經濟弱勢民眾。/[於健保署提出檢討修正相關措施後解除追蹤] (111.6、111.7 決定)	健保署回復： <u>配合未來部分負擔新制政策推動，減輕弱勢民眾之負擔，本署刻正研議簡化申請書格式、針對中低收入戶以及經濟困難補助資格認定朝更便民等方向規劃。</u>	1.繼續追蹤 2.於健保署提出檢討修正相關措施後解除追蹤	依健保署研議進度辦理
19	有關部分負擔調整案實施後政策效益及其改善醫療資源合理利用之監測指標，請中央健康保險署參考委員所提意見修正監測指標。 /[於健保署修正及提報後解除追蹤] (111.7、111.8 決定)	健保署回復： <u>本署已參酌 111 年 7 月 29 日會議委員所提建議，就現行指標擴增維度或新增監測指標；俟部分負擔新制公告後提報。</u>	1.繼續追蹤 2.於健保署修正及提報後解除追蹤	依健保署研議進度辦理

## 全民健康保險會提案單

提案日期：      年      月      日

提案者	
委員代表類別	
提案屬性 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 一般提案 <input type="checkbox"/> 臨時提案 <input type="checkbox"/> 修正案 <input type="checkbox"/> 復議案
案 由	
說 明	
擬 辦	
<b>請說明提案與 與本會任務有 關之理由</b> (請 <u>說明並</u> 勾選)	<b><u>理由：</u></b>  全民健康保險會法定任務： <input type="checkbox"/> 保險費率之審議事項(第 5、24 條)。 <input type="checkbox"/> 保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配事項(第 5、61 條)。 <input type="checkbox"/> 保險給付範圍之審議事項(第 5、26、51 條)。 <input type="checkbox"/> 保險政策、法規之研究及諮詢事項(第 5 條)。 <input type="checkbox"/> 其他有關保險業務之監理事項(第 5 條)。 <input type="checkbox"/> 其他全民健康保險法所定由本會辦理事項(第 45、72、73、74 條)。 註：()內為健保法條次。
<b>建議處理方式</b>	<input type="checkbox"/> 納入討論 <input type="checkbox"/> 建議事項(含索取資料)
連署或附議人 (臨時提案、復議案填 入)	

健保會第5屆111年第11次委員會議之健保署答覆

上次(第11次)委員會議之擬解除追蹤項次1

案由：中央健康保險署「111年第3季全民健康保險業務執行季報告」。

委員意見	健保署說明
<p>滕委員西華(議事錄 p.21-23、p.40-41)</p> <p>謝謝副署長很清晰的報告，就是很久沒有聽到很清楚的報告了。有幾點請教，第1個是關於SDK(註)介接的這個問題，就是SDK在健保署公布的網站上面，目前為止有32家，剛剛侯委員提到資安的問題，我們SDK是先上車後補票，也就是健保署先招商做了SDK之後，各界有意見，再補了1個SDK的管理要點，在今年2月25日公告的1個，健保署自己用行政規則命令的方式公告了1個使用要點。</p> <p>這個要點裡面，是要求承攬這個App介接的公司負責提供資安測試合格證明，但是沒有告訴、要求這個廠商必須要經過什麼樣的資安測試的方式跟程序，也就是說這個證明可不可靠？這個資安等級合不合乎要求？連健保署自己資料的資安都一直在被資安專家質疑的時候，我們怎麼去確認，這個App介接的這個資安是對的？你讓我們把這個民眾的健康存摺、整個健保的資料，包括不是只有健保而已，還包括健康存摺所在內的資料，全部都倒給了SDK介接的這個App。那裡面是按照引用部分個資法，告訴他蒐集、應用管理的一些要件，如果出事情要通知健保署，也沒有什麼刑責，完全都沒有，不太知道這對SDK介接的這些廠商到底有什麼進一步的法定上面</p>	<p>謝謝委員指導，有關健康存摺 SDK 資料應用，本署於本次委員會議提出報告案(詳如報告案說明及簡報)，摘要如下。</p> <p>一、為協助民眾進行健康管理，便利其自主利用健康存摺資料，落實全民健康保險增進全體國民健康目的，本署依個人資料保護法第10條於108年3月提供健康存摺軟體開發套件(Software Development Kits, SDK) 介接行動應用程式(App)之服務。</p> <p>二、健康存摺SDK係本署提供健康存摺資料分享管道，民眾開啟「第三方App」登入「健康存摺SDK」需經身分認證，且由民眾自主授權選擇欲提供的資料內容及範圍，並詳閱相關隱私權聲明後，依個資法第16條或第6條當事人同意之規定，系統產製資料檔案以加密形式傳送至民眾行動裝置中，便利民眾依政府資訊公開法及個資法取得及利用健康存摺資料。</p> <p>三、健康存摺SDK管理作業：</p> <p>(一)109年1月20日公告訂定「健康</p>

委員意見	健保署說明
<p>的責任要負。</p> <p>第2個更嚴重的是，這30幾家的廠商，除了1家政府以外，8個醫療院所，醫療院所就算不做App嫁接，它透過病人同意也可以看到健康存摺，這個就姑且不論，但是有21家的民間公司，還有2家商業保險公司在做介接。商業保險公司的問題，我想在座很多專家，我就不講了，介接後有沒有可能影響被保險人的投保利益，我們就不知道了，但它完全掌握了民眾的細節，包括就醫的資料以外，21家民間公司裡面，囊括了醫療器材公司、健康管理公司、健康資訊公司、還有基因公司、生技，這個基因公司一連接它的說明就是，我可以幫你分析民眾的基因資料，各位知道基因資料是非常非常的敏感個資嗎？全世界都對基因管理辦法，連美國，包括我們再生醫療要不要蒐集生物資料庫裡面，分析民眾的基因的資料或者是其他的基因的訊息都涉及到非常嚴重的倫理規範，健保署為什麼可以把民眾的健康存摺介接的SDK的App授權給1個基因公司呢？法源在哪裡？民眾知道我們把資料授權給基因公司應用？你給健康管理公司、你給醫療器材公司，好啦，你大不了好聽一點是客製化的健康照顧，難聽一點就是客製化的醫療商業模式，我就賣東西給它，你賣東西給它就算了，你把那麼多健康的個資給基因公司、給藥廠去蒐集資料，還讓它做研究，然後美其名用健康照護、健康管理的理由，可以這樣嗎？可以這樣嗎？剛剛講的不是只有商業保險公司帶來的潛在影響，還有這</p>	<p>存摺系統軟體開發套件使用管理要點」：針對SDK申請者資格、申請程序、資安機制、隱私權益聲明、資料應用方式、停權機制、損害賠償責任等均訂有管理機制，以保障民眾資料妥適應用。</p> <p>(二)針對介接單位管理措施：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.申請單位須提供申請文件，包括：合法申請人登記證明、App資安檢測證明等說明，以利本署針對申請目的及應用服務進行審查。</li> <li>2.充分提示隱私權益告知聲明：介接單位應依個資法第8條規定，明確告知個人資料蒐集之目的、類別及利用之期間、地區、對象及方式等內容提供「隱私權益告知聲明」，該聲明經本署確認資料處理或利用應與蒐集目的有正當合法之關聯，以符合個資法相關法律規定。</li> <li>3.所有申請介接的App需經過經濟部工業局行動應用App資安認證驗證機制，取得基本資安檢測合格證明，以規範App安全防護能力及安全品質，且每年更新。</li> <li>4.介接單位與本署簽署契約：明確相關權利義務及應遵守事項，俾後續管理課責及保障民</li> </ol>



委員意見	健保署說明
<p>些生技公司，我覺得這比盜賣個資還糟糕，因為健保署根本沒賺到錢，你平白把黃金，21世紀的黑金、黃金就是data，你把這個big data送給了1個只是App提供研發公司，你就丟給他了，好歹政府機關還有個資法，這些都還沒有。是我們消基會胡律師在這邊，難道我要靠消保法嗎？消費者怎麼察知，在過程裡面他被下載、被應用、被蒐集了，我怎麼會知道呢？資訊凡走過必留下痕跡啊，即使資安控制的再嚴格，這些App廠商都可以把所有民眾的健康存摺的資料通通留下來儲存，而民眾一點都不知道，所以我不是很清楚到底SDK，健保署如果真的覺得這個這麼好，為什麼健保署不自己做加值應用而是要授權給第三方，法源還這麼薄弱，剛剛講的授權給這家公司，我們到底是怎麼審查的？有沒有倫理議題？我都覺得非常憂心。</p> <p>抱歉！我用1分鐘回一下，剛剛署裡面對於SDK委託辦法的這個回復，都沒有回到我提的重點，我覺得如果沒有辦法健全法規，用一個行政規則，這麼簡單，然後又說資安每年審查經過經濟部什麼公告的資安標準，就可以……連盜賣都沒有，你整筆個資免費送給這一些商業保險公司跟生技公司、健康管理公司，這個是健保署應該要做的嗎？即使要有商機，也應該是健保署自己，這個都健保署自己來，其實賣個資都已經有非常大的疑慮了，何況是你把個資免費倒給了商業管理公司，然後我們用一個簡單的辦法說我們有資安選擇，讓民眾有退出權、同意權就好了，民眾真的知</p>	<p>眾利益。</p> <p>5. 資訊公開：本署於官網設置SDK健康服務連結專區，落實政府資訊公開法之相關規定。</p>

委員意見	健保署說明
<p>道這個App裡面它可以有的這個風險嗎？然後，廠商有獲利之後，他靠賣這個東西給你，他賺了多少钱？民眾真的知道他這個所謂的個人化照護，這個基因公司還說他要幫你做精準醫療呢，他到底怎麼樣靠你的健康存摺做精準醫療這件事情，那更不要講，我們的健康存摺民眾會寫進一些自費健檢的資料。</p> <p>我覺得根本的本質就是，健保的資料庫在釋憲案已經備受爭議，現在還在修法，我好像聽說健保署要委託人家這個，委託案要有修法，你這個都這麼嚴肅了，自己的研究資料庫都這麼嚴肅了，你怎麼能夠在這個敏感的時期，用SDK這種方式介接民眾的App，免費送給這一些廠商民眾的健康個資，我覺得匪夷所思跟不可思議啦！就政府做這件事，你到底有什麼好處？你沒有好處啊！你完全連錢都沒賺到。然後，廠商為民眾提供健康照護，健保署的好處是什麼？他是會把那個商業利益捐給健保署嗎？還是說民眾越健康之後，他有證據說民眾就少來用這個健保嗎？完全都沒有，我不知道這種賠了夫人又折兵的事情，那個叫做什麼，給人家賣了還幫別人數錢，這種事情為什麼健保署要做？所以剛剛的回答完全就沒有站在民眾跟你被保險人的考量，健保署擁有2,300多萬人的被保險人資料，你竟然這麼輕賤的就把他用App免費給別人，我是覺得萬萬不可。</p>	



# 全民健康保險醫療給付費用總額 範圍擬訂之低推估公式

衛生福利部社會保險司  
111年12月23日



## 報告大綱

- 01 年度總額範圍擬訂
- 02 低推估成長率公式說明
- 03 歷年總額公式檢討歷程與結果
- 04 地區預算分配
- 05 結語

## 01-年度總額範圍擬訂

---

### 01-年度總額範圍擬訂

---

#### 法源依據

全民健康保險法第60條

本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。

## 總額上限及下限

# 年度醫療給付費用總額範圍

總額下限

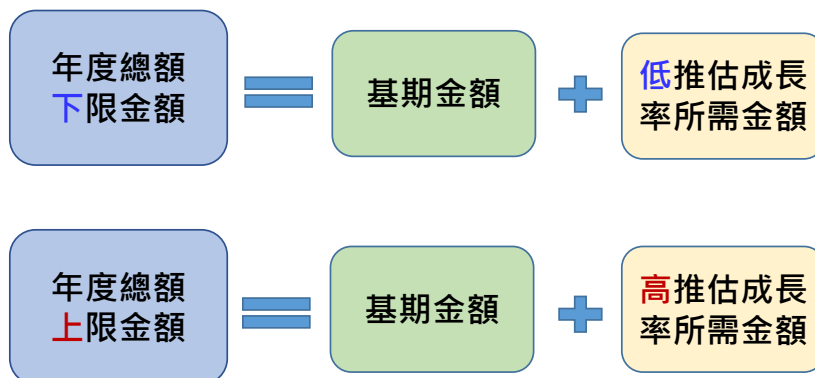
~

總額上限

確保新年度醫療需要及醫療照護，與舊年度相同；反映新年度之醫療照護需要量、人口結構改變，以及外在經濟變化造成之成本改變。

1. 於低推估值基礎上，加上為提升照護品質及促進保險對象健康之政策目標相關計畫所需預算。
2. 但須考量民眾付費能力（含總體經濟情勢）以及我國整體醫療保健支出。

## 現行總額範圍擬訂公式



新年度全民健保醫療給付費用上(下)限金額 =  
基期金額 × ( 1 + 高(低)推估成長率 )

### 現行總額範圍擬訂公式

➤ 三個主要計算因子

- 1) 基期金額：以前一年度全民健保醫療給付費用之淨值估算。
- 2) **低**推估成長率：
  - ① 醫療服務成本及人口因素成長率。
  - ② 再依前一年度一般服務預算占率及前二年投保人口預估成長率差值校正。
- 3) **高**推估成長率：低推估成長率 + 政策目標所需金額換算出之成長率。

## 02-低推估成長率公式說明

## 02-低推估成長率公式說明

### 基期金額：前一年度全民健保醫療給付費用之淨值

- 112年基期金額=前一年度健保醫療給付費用-  
【前二年一般服務之（未執行額度+未導入預算）+一般服務與專款預算重複部分】
- 上述公式係於3月召開112年度總額範圍擬訂方向會議時，達成共識後導入。
- 自113年度總額範圍擬訂之辦理方式
  - ① 本部於擬訂新年度總額範圍時，將函請**健保會**提供【前二年一般服務之（未執行額度+未導入預算）+一般服務與專款預算重複部分】之金額，做為訂定之依據。
  - ② 相關計畫執行後之成效回饋，亦請**健保會**達成共識後提供，本部將納入基期金額計算。

備註：111年總額基期金額=前一年度健保醫療給付費用  
=110年健保醫療給付費用7,835億元

9

## 02-低推估成長率公式說明

### 112年基期金額：8,095.23億元

項目	以112年度為例	
前一年度健保醫療給付費用 (公告金額)	<u>111</u> 年度健保醫療給付費用	8,095.62億元
扣除前二年度一般服務部分 「未導入預算扣減」金額	扣除 <u>110</u> 年度一般服務部分 「未導入預算扣減」金額	0.39億元
基期金額	8,095.62-0.39= <u>8,095.23</u> 億元	

10

## 02-低推估成長率公式說明

### 低推估成長率之估算

步驟一：計算醫療服務成本及人口因素成長率

$$=[(1+A+B) \times (1+C)]-1$$

計算因子	名稱
A	投保人口結構改變對醫療費用之影響率
B	醫療服務成本指數改變率
C	投保人口預估成長率

步驟二：將前一年度之「投保人口預估成長率」所造成之落差納入計算，即以前一年度一般服務預算占率及前二年投保人口預估成長率進行低推估成長率之校正。

11

## 02-低推估成長率公式說明

### 112年底推估成長率：1.307%

(一)醫療服務成本及人口因素成長率

計算因子	名稱	計算結果
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	-0.264%
醫療服務成本及人口因素成長率 = $[(1+1.829\%+0.401\%) \times (1+(-0.264\%))]-1$		1.960%

(二)依前一年度一般服務費用占率及投保人口成長率差值校正。

1. 111年一般服務預算占率(87.015%)
2. 110年投保人口成長率差值(-0.398%)
3.  $(1.960\% \times 87.015\%) + (-0.398\%) = 1.307\%$

12



# 02-低推估成長率公式說明



## 投保人口結構改變對醫療費用之影響率(A因子)

- 反映人口年齡、性別結構改變對醫療費用之影響，以可取得最近一年實際投保人口年齡、性別結構，相較前一年度投保人口年齡、性別結構改變，對醫療費用之影響。
- 以112年為例 
$$\frac{\sum HE_{109ij} \times \%POP_{110ij}}{\sum HE_{109ij} \times \%POP_{109ij}} - 1$$

$\sum HE_{109ij}$ ：109年1~12月各年齡性別組別之每人年醫療給付費用

$\%POP_{110ij}$ ：110年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比

$\%POP_{109ij}$ ：109年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比

<b>整體</b>	<b>1.829%</b>
醫院	2.128%
西醫基層	1.402%
牙醫門診	0.255%
中醫門診	0.830%

13

表 G-1 - 投保人口結構改變對醫療費用之影響率(每1歲為1組)<sup>1)</sup>

年齡 組別	109年 每人年平均給付數			109年 保險對象人數%			110年 保險對象人數%		
	女性		小計	女性		小計	女性		小計
	女性	男性	小計	女性	男性	小計	女性	男性	小計
0歲	20385	21287	41672	0.32%	0.35%	0.67%	0.33%	0.36%	0.69%
1歲	19,892	24,671	44,563	0.35%	0.38%	0.73%	0.33%	0.36%	0.69%
2歲	15,103	18,552	33,655	0.37%	0.40%	0.77%	0.35%	0.38%	0.73%
3歲	15,947	19,693	35,640	0.40%	0.43%	0.83%	0.37%	0.40%	0.77%
4歲	16,447	21,074	37,521	0.42%	0.45%	0.87%	0.40%	0.43%	0.83%
5歲	15,993	21,398	37,391	0.43%	0.46%	0.89%	0.42%	0.45%	0.87%
6歲	15,594	19,799	35,393	0.40%	0.43%	0.84%	0.43%	0.46%	0.89%
7歲	11,200	13,192	24,392	0.43%	0.46%	0.89%	0.40%	0.43%	0.84%
8歲	11,393	12,775	24,168	0.44%	0.47%	0.91%	0.43%	0.46%	0.89%
9歲	10,703	13,092	23,795	0.37%	0.40%	0.76%	0.44%	0.47%	0.91%
10歲	8,498	10,496	18,994	0.35%	0.39%	0.74%	0.37%	0.40%	0.76%
11歲	8,958	9,517	18,475	0.39%	0.42%	0.81%	0.35%	0.39%	0.74%
12歲	7,545	10,079	17,624	0.40%	0.44%	0.83%	0.39%	0.42%	0.81%
13歲	8,484	10,233	18,717	0.40%	0.44%	0.84%	0.40%	0.44%	0.84%
14歲	8,506	9,562	18,068	0.40%	0.44%	0.83%	0.40%	0.44%	0.84%
15歲	8,617	9,700	18,317	0.42%	0.46%	0.88%	0.41%	0.45%	0.85%
16歲	8,660	9,759	18,419	0.45%	0.48%	0.91%	0.42%	0.46%	0.88%
17歲	9,185	9,997	19,182	0.46%	0.51%	0.97%	0.43%	0.48%	0.91%
18歲	10,740	10,253	20,993	0.50%	0.54%	1.04%	0.47%	0.52%	0.99%
19歲	9,830	9,492	19,322	0.57%	0.62%	1.20%	0.50%	0.55%	1.06%
20歲	11,838	10,587	22,425	0.66%	0.66%	1.27%	0.58%	0.63%	1.21%
21歲	12,117	10,723	22,840	0.58%	0.63%	1.21%	0.61%	0.67%	1.28%
22歲	10,815	9,335	20,150	0.62%	0.67%	1.30%	0.58%	0.63%	1.22%
23歲	12,431	10,385	22,816	0.69%	0.73%	1.42%	0.62%	0.67%	1.28%
24歲	12,945	10,247	23,192	0.69%	0.74%	1.43%	0.68%	0.73%	1.41%
25歲	13,465	10,972	24,437	0.69%	0.74%	1.43%	0.69%	0.74%	1.43%
26歲	13,548	10,591	24,139	0.70%	0.74%	1.44%	0.69%	0.74%	1.43%
27歲	14,595	11,098	25,693	0.71%	0.75%	1.46%	0.70%	0.75%	1.44%
28歲	13,468	11,540	25,008	0.69%	0.74%	1.44%	0.71%	0.75%	1.45%
29歲	15,773	11,529	27,302	0.70%	0.75%	1.46%	0.69%	0.74%	1.43%
30歲	17,210	12,307	29,517	0.71%	0.76%	1.47%	0.70%	0.75%	1.46%
31歲	16,289	12,166	28,455	0.71%	0.74%	1.46%	0.71%	0.76%	1.47%
32歲	19,107	14,195	33,302	0.71%	0.74%	1.45%	0.71%	0.74%	1.45%
33歲	18,849	13,868	32,717	0.69%	0.73%	1.39%	0.71%	0.74%	1.45%
34歲	18,078	13,944	32,022	0.73%	0.71%	1.44%	0.69%	0.74%	1.38%
35歲	18,644	14,948	33,592	0.81%	0.78%	1.58%	0.72%	0.71%	1.43%
36歲	19,202	15,349	34,551	0.84%	0.80%	1.64%	0.80%	0.78%	1.58%
37歲	18,707	16,236	34,943	0.89%	0.84%	1.72%	0.83%	0.80%	1.64%
38歲	19,338	17,640	36,978	0.92%	0.86%	1.78%	0.88%	0.84%	1.72%
39歲	19,697	18,937	38,634	0.92%	0.86%	1.78%	0.91%	0.86%	1.78%
40歲	19,679	19,587	39,266	0.92%	0.86%	1.78%	0.92%	0.86%	1.78%
41歲	20,863	21,262	42,125	0.91%	0.86%	1.75%	0.92%	0.86%	1.78%
42歲	21,362	22,976	44,338	0.87%	0.82%	1.69%	0.91%	0.86%	1.76%
43歲	20,791	22,716	43,507	0.89%	0.83%	1.72%	0.87%	0.82%	1.68%
44歲	23,940	26,527	50,467	0.85%	0.80%	1.63%	0.88%	0.83%	1.72%
45歲	23,910	26,302	50,212	0.79%	0.73%	1.52%	0.85%	0.80%	1.65%
46歲	24,272	28,048	52,320	0.76%	0.72%	1.48%	0.87%	0.82%	1.71%
47歲	25,263	29,037	54,300	0.76%	0.71%	1.47%	0.76%	0.72%	1.48%
48歲	26,079	30,000	56,079	0.76%	0.72%	1.48%	0.76%	0.71%	1.47%
49歲	27,481	31,533	59,014	0.77%	0.74%	1.51%	0.76%	0.72%	1.48%
50歲	28,680	33,173	61,853	0.78%	0.75%	1.53%	0.77%	0.74%	1.51%
51歲	29,772	34,912	64,684	0.79%	0.75%	1.53%	0.78%	0.75%	1.53%
52歲	31,376	36,200	67,576	0.76%	0.74%	1.49%	0.77%	0.74%	1.51%
53歲	30,915	37,202	68,117	0.74%	0.72%	1.47%	0.76%	0.73%	1.49%
54歲	34,078	40,476	74,554	0.77%	0.74%	1.50%	0.74%	0.72%	1.46%
55歲	34,270	40,768	75,038	0.77%	0.74%	1.52%	0.76%	0.74%	1.50%
56歲	35,574	43,049	78,623	0.78%	0.75%	1.53%	0.78%	0.74%	1.51%
57歲	37,275	45,893	83,168	0.78%	0.75%	1.53%	0.78%	0.74%	1.52%
58歲	38,429	47,142	85,571	0.77%	0.74%	1.50%	0.78%	0.74%	1.52%
59歲	41,028	49,733	90,761	0.75%	0.71%	1.46%	0.77%	0.73%	1.50%
60歲	41,589	52,091	93,680	0.74%	0.70%	1.44%	0.74%	0.71%	1.45%

表B-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		
	每人年總給款			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	44,082	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	53,287	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%	0.59%	1.20%	0.66%	0.61%	1.23%
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%	1.02%
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	83,359	0.27%	0.22%	0.49%	0.25%	0.21%	0.43%
76歲	84,910	99,799	91,449	0.25%	0.24%	0.52%	0.25%	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%	0.43%
81歲	97,426	119,553	105,208	0.22%	0.17%	0.40%	0.24%	0.18%	0.42%
82歲	98,622	117,507	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	116,362	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	123,277	161,700	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	141,299	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	231,347	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
110歲	150,981	79,353	120,997	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
以上									
小計	31,630	33,352	32,379	30.63%	49.37%	100.00%	30.64%	49.36%	100.00%
110年投保後每人年費用			33,475						
成長率			1.829%						

註：1.投保人口結構改變對醫療費用之影響率=110年投保人口年齡性別給款總額對於109年人口年齡性別給款總額之改變率，對醫療費用總額之影響率以109年醫療費用總額為基數；年齡組別(歲)一組(歲調整)。  
 2.投保人口結構改變對醫療費用之影響率=(2HE<sub>110</sub>÷(POP<sub>110</sub>))(2HE<sub>109</sub>÷(POP<sub>109</sub>))-1  
 (1)HE<sub>110</sub>:109年各年齡性別組別之每人年醫療給付費用  
 (2)POP<sub>110</sub>:110年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比  
 (3)POP<sub>109</sub>:109年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比  
 3.醫療費用總額為申報款數(併分費總)，不含代辦費用，且為扣除前款數。  
 4.人口數為3月、6月、9月、12月底計費人口數平均。

## 02-低推估成長率公式說明



### 醫療服務成本指數改變率(B因子)

- 簡稱MCPI，係反映外在經濟環境改變對醫療費用的影響。
- 估算方式：以可取得最近年度各項成本項目之權數及指數，與前一年度差異，計算其變動率。

部門別	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%	0.401%

註：1.費用百分比資料為110年醫療給付費用各部門占率值。  
 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。

## 02-低推估成長率公式說明

### 醫療服務成本指數改變率(B因子)

112年MCPI

成本項目	部門成本權數(%)(以105年為基期) <sup>註1</sup>				指標類別	指數		單項指數年增率(%)
	醫院	西醫基層	牙醫	中醫		109年	110年	
人事費用	50.39	54.58	54.23	52.94	1/2主計總處「醫療保健服務業」薪資；1/2主計總處「工業及服務業」薪資	107.31	108.63	1.230
藥品費用	18.03				躉售物價指數—西醫藥品類權重及指數	105.44	103.12	-2.200
		23.94			躉售物價指數—西醫藥品類權重及指數	105.44	103.12	-2.200
			4.87		全民健保藥費申報權重及躉售物價指數—藥品類指數 <sup>註2</sup>	94.63	94.47	-0.169
				18.16	躉售物價指數-藥品類中藥製劑之權重及指數	106.12	106.52	0.377
醫療材料費用	10.15	6.37	23.78	12.62	躉售物價指數—醫療儀器及用品類 <sup>註3</sup>	94.90	94.05	-0.896
基本營業費用	9.46	6.28	8.73	6.14	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	99.27	99.27	0.000
其他營業費用	11.97	8.83	8.39	10.14	消費者物價指數—總指數	102.31	104.32	1.965

註：

1.部門成本權數：採主計總處105年「工業及服務業普查」之調查結果。

2.牙醫之健保藥費申報權重：係以105年為基期。

3.「躉售物價指數之醫療儀器類」係選取屬醫療服務之項目，另行計算，包括(1)電子醫療用儀器及設備。(2)注射筒、聽診器、及導管等醫療器材。(3)整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品。(4)放射照相或放射治療器具。(5)理化分析用儀器及器具。(6)其他醫療器材。

17

## 02-低推估成長率公式說明

### 投保人口預估成長率(C因子)

- 反映新年度醫療照護需要之人數，以最近一年可取得之實際投保人口成長率計算。
- 以112年為例，最近一年可取得實際投保人口為110年，相較前一年(109年)投保人口之成長(採各季投保人數之平均值)。

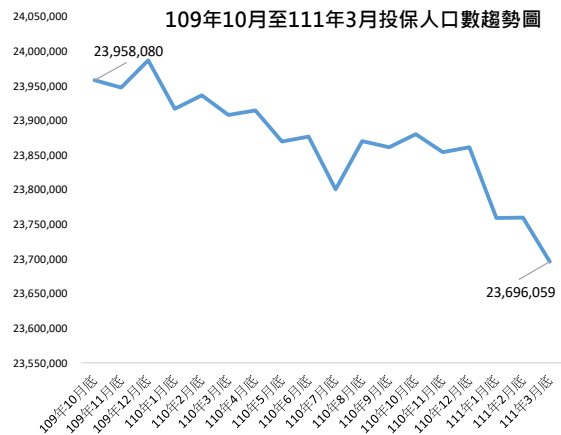
$$\frac{\Sigma \text{POP}_{110}}{\Sigma \text{POP}_{109}} - 1$$

$$= \frac{23,689,235}{23,751,899} - 1$$

$$= -0.264\%$$

POP<sub>110</sub>：110年各季投保人口總數之平均值

POP<sub>109</sub>：109年各季投保人口總數之平均值



資料來源：111年5月份健保署業務概況報告

18

## 03-歷年總額公式檢討歷程與結果

19

## 03-歷年總額公式檢討歷程與結果

修正結果，適用三年（即108年至110年度總額）

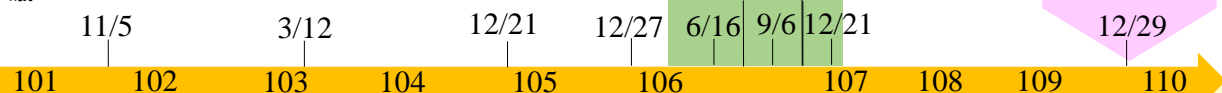
➤ 建議修正項目：

- (1) 低推估值基期費用之採計及整體範圍計算公式
- (2) 人口結構改變對醫療費用之影響率
- (3) 投保人口預估成長率

➤ 建議不修正項目：

- (1) 整體範圍之基期值
- (2) 低推估值計算公式
- (3) 醫療服務成本指數改變率（MCPI）

公式  
檢討  
會議



106/3/1  
成立公式  
檢討專案  
小組

109/12/29  
決議110年成  
立「總額範圍  
擬訂公式檢討  
工作小組」。

MCPI  
檢討  
會議

100年底至103年底委託  
長榮大學研究「建立全  
民健康保險醫療服務成  
本指數編制制度」



20

# 03-歷年總額公式檢討歷程與結果

彙整自101年至109年本部召開相關會議之醫界、付費者、專家學者及機關代表等，對總額範圍擬訂公式之意見，歸納為：

- **公式之設計或協商架構：**  
如是否應有公式之存在？低推估成長率是否設定上限？
- **基期：**  
如基期是否應採固定基期？HTA、HTR導入，檢討現有給付項目。
- **低推估值參數--投保人口預估成長率**
  1. 指標之資料來源：健保署提供年度總額範圍擬訂時之保險對象推估成長率v.s. 國發會「中華民國人口推計」。
  2. 每年校正人口數回補金額的問題。
- **低推估值參數--醫療服務成本指數改變率 (MCPI)**
  1. 是否改列為協商因素？
  2. 指數為落後指數或現行計算方式，造成數據波動大。
  3. MCPI所增加費用調整支付標準之問題。

# 03-歷年總額公式檢討歷程與結果

## 101至109年各界對總額範圍擬訂公式之意見彙整(1)

一、公式設計或計算

問題類別	意見
(一)總額-是否應有公式之存在?	1. 應有 2. 應有 3. 應有 4. 應有
(二)醫療費用與GDP之關係	1. 醫 2. 醫 3. 醫 4. 醫
(二)醫療費用與GDP之關係(續)	1. 醫 2. 醫
三、公式之低推估值參數--投保人口預估成長率	
(一)指標之資料來源	1. 因健保「全國人口推計」係由內政部戶政司提供，並非由健保署提供年度總額範圍擬訂時之保險對象推估成長率 v.s. 國發會「中華民國人口推計」。
(二)指標的計算方式	1. 建議採「全國人口推計」之推估成長率 2. 針對「全國人口推計」之推估成長率 v.s. 國發會「中華民國人口推計」。
四、公式之低推估值參數--醫療服務成本指數改變率 (MCPI)	
(一)是否改列為協商因素?	1. 以加查此為例，公式成本的部分其實是在推估人協商，而非列在非協商因素。(專家學者)
(二)MCPI 指數之計算 (現用去年之工業及服務業生產指數)	1. MCPI 2. MCPI
(二)MCPI 所增加費用調整支付標準	1. 有關增加人力的問題，有兩個層次考慮：一為一列一併而需要增聘人力，而且如何增聘，人力、薪資等分別瞭解，才適宜納入考慮。(專家學者) 2. 一列一併應屬於政策上、一次性的影響，分列

二、疑難

問題	主要意見
(一)基期的定義、計算式、大總額基期值與各總額部門不連動	1. 為國發會人口推計公式之推估，建議以100年04月1日為基期 2. 95.4 3. 給付結構 4. 給付可能增加 5. 建議
(一)基期的定義、計算式、大總額基期值與各總額部門不連動(續)	1. 基期 2. 基期 3. 基期
(二)基期是否應採固定基期?	1. 採 2. 採 3. 採

# 03-歷年總額公式檢討歷程與結果

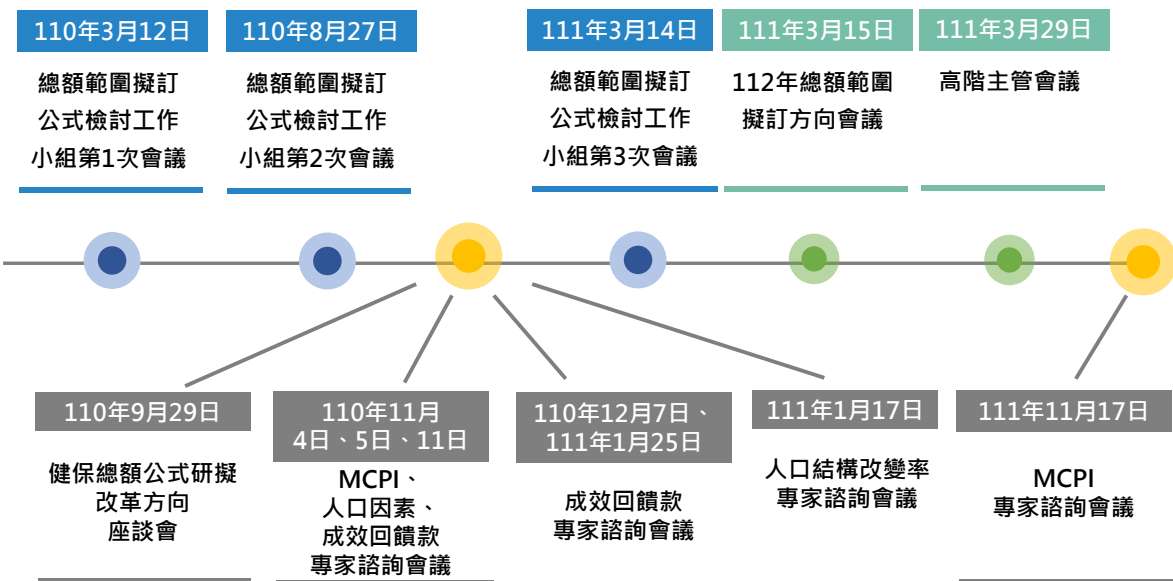
## 101至109年各界對總額範圍擬訂公式之意見彙整(2)

指標之資料來源為健保署提供年度總額範圍擬訂時之保險對象推估成長率及國發會中華民國人口推計



# 03-歷年總額公式檢討歷程與結果

◆ 自110年起，截至目前已陸續召開3次工作小組會議。因部分議題涉及不同專業領域，為求慎重及廣求各界意見，對低推估公式相關因素亦陸續召開8次專家諮詢會議。



## 03-歷年總額公式檢討歷程與結果



### 110年起8次專家諮詢會議

110年9月29日 專家諮詢會議	110年11月4、5日 <u>111年11月17日</u> 專家諮詢會議	110年11月11日、 12月7日及 111年1月25日 專家諮詢會議	111年1月17日 專家諮詢會議
-健保總額公式研擬 改革方向座談會 總額公式修正方向，及 修正原則及策略。	-MCPI <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ MCPI有資料落後，及藥品指數無法反映實際情形等問題，研議以新指標重新定義MCPI。</li> <li>➢ <u>建立預測模型</u>之可行性案：包括以加權或平均加權、以經濟指標採逐步迴歸模型、醫療服務產業對經濟成長率之貢獻度及建立時間序列ARMA模型。</li> </ul>	-成效回饋款 <ol style="list-style-type: none"> <li>1.於總額公式規劃納入給付支付改善成效回饋款概念，及回饋項目、回饋方式、回饋額度及機制等規劃。</li> <li>2.以雲端藥歷改善重複用藥之成效評估做為回饋款之可行性，及運作流程與方式。</li> </ol>	-人口結構改變率 人口結構改變率是否適合反映人口結構的改變；及以各年齡層平均醫療費用是否合適。

依專家諮詢會議共8場次與會專家建議，  
進行公式模擬試算。

25

## 03-歷年總額公式檢討歷程與結果



### 110年起3次工作小組會議暨1次對外溝通會議

(110年3月12日/110年8月27日/111年3月14日/111年3月15日)

項目	討論重點	共識與否	決議/建議
1	基期採用「固定基期或移動基期」	<b>專業建議</b> (第3次工作小組會議)	經共3次工作小組會議討論，建議維持採用移動基期。 <b>(舉例詳後)</b>
2	基期定義	<b>有共識</b> (對外溝通會議)	基期淨值於112年處理。
3	回饋款指標的運作流程與方式	<b>有共識</b> (對外溝通會議)	請健保會訂定KPI及評估標準。
4	投保人口結構(A因子)計算公式之人口百分比改為人口數	<b>無共識</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 與投保人口成長率(C因子)重複計算總人口數，影響整體公式正確性。</li> <li>2) 維持現行計算方式，不須變更。</li> </ol>
5	MCPI指標移至高推估	<b>無共識</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 醫界擔心如無在低推估保障一定額度，協商時可能被刪掉。</li> <li>2) 建議使用公告之醫院財報作為參考</li> <li>3) 檢討為負值之原因。</li> </ol>
6	總額公式整體架構	<b>無共識</b>	蒐集意見，凝聚共識後再議。

26

# 03-歷年總額公式檢討歷程與結果

## 舉例-總額基期採用固定基期或移動基期

(111年3月14日公式檢討工作小組第3次會議)

### ✓ 模擬-固定基期 v.s. 移動基期

#### ◆ 基期期程共模擬4種期程

移動基期	3年平均為基期	5年為基期	10年為基期
101 vs 100	101 vs 前3年數值*	101 vs 100	101 vs 100
102 vs 101	102 vs 前3年數值*	102 vs 100	102 vs 100
103 vs 102	103 vs 前3年數值*	103 vs 100	103 vs 100
104 vs 103	104 vs 前3年數值*	104 vs 100	104 vs 100
105 vs 104	105 vs 前3年數值*	105 vs 100	105 vs 100
106 vs 105	106 vs 前3年數值*	106 vs 105	106 vs 100
107 vs 106	107 vs 前3年數值*	107 vs 105	107 vs 100
108 vs 107	108 vs 前3年數值*	108 vs 105	108 vs 100
109 vs 108	109 vs 前3年數值*	109 vs 105	109 vs 100

\*以109年為例，前3年數值代表108、107和106年之平均數值。

#### ◆ 針對低推估值3項因素，以4種基期進行模擬，並考慮2種情境：

- 僅考慮（4種期程之）低推估的影響
- 考慮（4種期程之）低推估+歷年協商因素之影響
  - 依過去健保總額公告成長率扣除該年度低推估值成長率，得到該年度協商因素。

# 03-歷年總額公式檢討歷程與結果

## 舉例-總額基期採用固定基期或移動基期

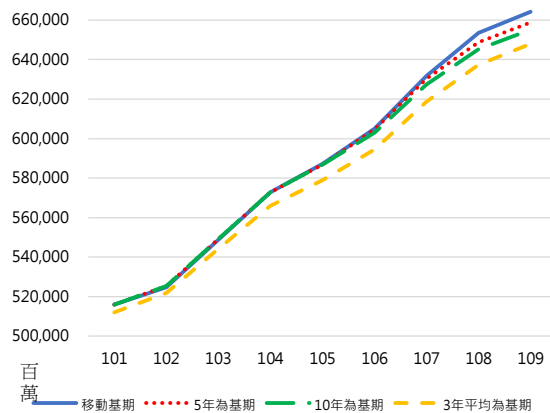
(111年3月14日公式檢討工作小組第3次會議)

101年至109年4種期程之模擬結果  
(僅低推估)  
-預算金額

109年各種模擬結果與100年總額預算之比較

模擬期程	僅低推估		低推估+協商因素	
	成長金額 (百萬元)	成長率 (%)	成長金額 (百萬元)	成長率 (%)
移動基期	156,514	30.826	259,330	51.076
5年為基期	151,107	29.761	165,206	32.538
10年為基期	147,415	29.034	155,178	30.563
3年平均為基期	140,252	27.623	191,017	37.622

說明：100年之公告總額預算為 507,731百萬元。





## 04-地區預算分配

29

## 04-地區預算分配

### 緣起與內涵

- 參考醫療網計畫分配地區預算，以促進醫療資源合理分布及醫療社區化。
- 各部門年度預算確定後，需分配到六個健保地區，為符合就醫公平性，此一階段之分配**採取錢跟著人走的方式**，亦即將個人醫療費用歸至投保分區內，醫療支出亦從投保分區扣除，而非就醫分區，藉以達到醫療資源合理分配。
- 預算分配方式是以該區民眾的需求為規劃依據，其考量的因素包括地區人口數、年齡性別結構、標準死亡比、門診市場占有率等，最終目標是100%以校正後保險對象人數為分配基準

30

## 04-地區預算分配



### 健保總額地區預算分配規劃及執行情形

部門別	原規劃			實際執行			111年分配
	資料來源	實施時間	期程	資料來源	實施時間	期程	
牙醫門診	牙醫總額支付制度試辦計畫	87年1月或延長至87年7月	以5年為期	87年總額協定內容	87年7月開辦總額，10% R+90% S	以5年為期	100% R (95年迄今)
中醫門診	中醫門診總額支付制度規劃	89年7月	以8年為期	89年總額協定內容	89年7月開辦總額，5% R+95% S	以8年為期	東區2.22% 其他5區97.78%，並依各分區實際預算收入占率等6個指標
西醫基層	西醫基層總額支付制度研議方案	90年7月	以5年為期	93年總額協定內容	90年7月開辦總額，5% R+95% S	自90年起以7年為期	68% R+32% S
醫院	醫院總額支付制度研議方案	91年7月	以5年為期	94年總額協定內容	91年7月開辦總額 92年100% S 93年10% R+90% S	自93年起以8年為期	門診 51% R+49% S 住診 45% R+55% S

註：

1. 總額協定內容資料來源為全民健康保險醫療費用協定委員會94年6月「全民健保醫療費用總額支付制度問答輯」。
2. R值：各地區校正風險後保險對象人數；S值：總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用。

31

## 04-地區預算分配



### R、S值之權重由健保會與醫界協議訂定

#### ➤ 健保法第61條

健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。

前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率。

- R、S值的檢討空間：最終目標是**R值=100%**？  
健保署刻正與台灣醫院協會檢討評估。

32

## 05-結語

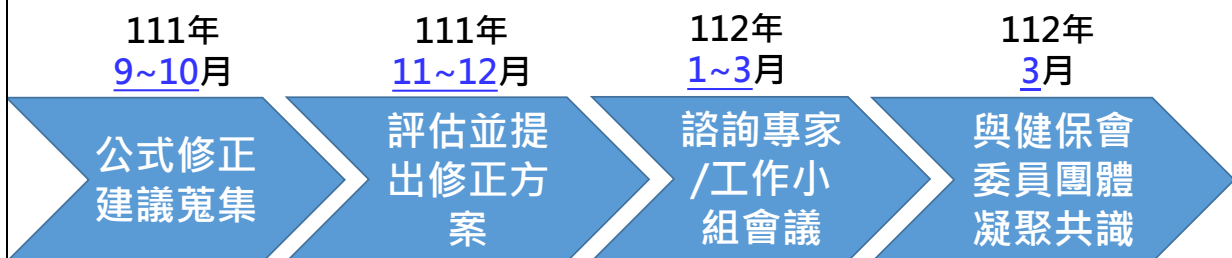
33

### 05-結語(1)

#### -凝聚共識，完備公式檢討程序

113年總額範圍前置作業已於111年10月17日函請各健保會委員團體提供低推估相關建議，彙整各界建議經評估後，將於112年初召開會議討論。

以113年度總額範圍擬訂程序為例



34

## 05-結語(2)

### -總額經由協商完成

- 依據健保法**第61條**規定，在行政院核定之**醫療給付費用總額範圍內**，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定。

35

# 敬請指教



111 年度各部門總額協定事項未依時程完成項目之辦理情形

一、牙醫門診總額

工作項目	應完成時限	辦理情形
<b>需經本會同意或向本會報告</b>		
1 牙醫特殊醫療服務計畫 ※依 110 年協定事項暨 110 年第 8 次委員會議決定辦理： (1)擬新增之「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」，需提出共識之具體實施方案，並提報本會同意後執行 (2)依 110 年第 8 次委員會議決定，儘速研議具體實施方案，提報本會同意後解除追蹤	配合健保署送會時程	已於 109.12.8、109.12.23、110.1.15、110.8.24「牙醫門診總額研商議事會議」討論，惟未獲共識，俟牙全會提送修正草案後再提會討論。
<b>提報本會執行情形(111 年初步結果/成果)</b>		
牙醫特殊醫療服務計畫 ※擬新增之牙醫特定身心障礙者社區醫療網	111 年 7 月底前	111 年度編列 672.1 百萬元，本計畫擬新增牙醫特定身心障礙者社區醫療網，辦理情形詳項次 1。

## 二、醫院總額

工作項目	應完成時限	辦理情形
<b>依相關程序辦理，並副知本會</b>		
2 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫 (111 年新增項目) ※決定事項：預算如有不足，由品質保證保留款支應	110 年 12 月底前	已於 111.10.24 公告，自 111.10.1 起實施。
<b>提報本會執行情形(111 年初步結果/成果)</b>		
鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫(111 年新增項目) ※決定事項： (1)辦理本項 (2)執行目標：提升 RCC、RCW 病人同意簽署 DNR 比率較 108 年增 2%。 預期效益之評估指標： ①RCC：呼吸器脫離率為主要指標；簽署 DNR 比率及召開緩和醫療家庭會議比率為次要指標。指標達成與 108 年比較進步視同達標。 ②RCW：簽署 DNR 比率及召開緩和醫療家庭會議比率為主要指標；呼吸器脫離率為次要指標。指標達成與 108 年比較進步視同達標。 ③簽署 DNR 案件數與 108 年比較進步視同達標。	111 年 7 月底前	1.「執行目標」及「預期效益之評估指標」已提報 111 年 3 月份委員會議確認(如左欄)。 2.111 年度編列 300 百萬元，辦理情形如下： (1)「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」新增 RCC、RCW 住院階段獎勵項目及費用，自 111.10.1 起實施。 (2)前述獎勵針對醫院協助脫離呼吸器個案、簽署 DNR 個案、臨終前接受緩和醫療照護個案給予獎勵，並就醫院整體表現進行評比，依評比結果給予獎勵，以鼓勵院所積極協助病人脫離呼吸器及提升病人臨終生活品質；本獎勵費用採年度結算。

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>3 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)            ※決定事項：用於導入第3階段 DRGs 項目。推動 DRGs 計畫已延宕多年，請儘速推行</p>	<p>111 年 7 月底前</p>	<p>111 年編列 210 百萬元，辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 依全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫，「提供獎勵誘因，以醫院為單位導入 DRG 制度」行動方案，規劃以提供適當財務誘因，招募醫院試行住院案件逐步導入 DRGs 支付制度。</li> <li>2. 健保署 111 年委託台灣醫院協會辦理「擴大全民健保 Tw-DRGs 工作小組會議」，業於 111 年 5 月至 11 月間召開 4 場「Tw-DRGs 工作小組會議」，就 DRGs 雙軌實施規劃(適用支付通則)、醫院參與意願調查及醫學會所提各 MDC 之再分類修訂建議進行討論。</li> <li>3. 為持續推動 Tw-DRGs，健保署刻正針對以疾病別擴大導入 DRGs 項目進行評估，研議以擇定試辦範圍、優先順序及財務保障方式，鼓勵醫院參加。</li> </ol>

三、其他預算

工作項目	應完成時限	辦理情形
<b>依相關程序辦理，並副知本會</b>		
<p>4 居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務</p> <p>※協定事項：</p> <p>(1)檢討居家醫療訪視費支付標準之合理性，並朝分級支付方向調整，以鼓勵急重症、緊急往返及困難疾病之照護</p> <p>(2)為強化精神社區復健照護體系，請整體檢討精神疾病社區復健相關支付標準之合理性，及精神復健機構於健保政策下之定位</p>	<p>110 年 11 月底前</p>	<p>1.居家醫療照護整合計畫，已於 111.1.22、111.4.19、111.11.22 公告修訂。</p> <p>2.精神疾病社區復健(住宿式機構)之支付點數修訂，已於 111.9.1 「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論通過，調升 05402C 「精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)」支付點數為 582 點、05403C 「精神復健機構(住宿型機構)夜間之復健治療(天)」支付點數為 169 點，自 111.12.1 起生效。</p> <p>3.轉銜長照 2.0 部分，延續 110 年辦理。</p>
<b>需經本會同意或向本會報告</b>		
<p>5 提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」)</p> <p>※協定事項：確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告</p>	<p>111 年 7 月底前</p>	<p>1.健保署持續精進，已於 111.10.18 日公告「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」(111 年 10 月 1 日實施)，新增新制門診申報格式預檢/申報、居家藍芽 APP 介接獎勵、就醫識別碼預檢獎勵等，以提升院所智慧化資訊機制，並持續監測及精進成效。</p> <p>2.有關退場機制之執行方式，仍將俟疫情趨緩後與醫界討論適當退場方式，再提報委員會議。</p>



# 討論事項



提案單位：中央健康保險署

案由：112 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)，提請討論。

說明：

一、依全民健康保險法第 72 條規定，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提全民健康保險會討論後，報主管機關核定。

二、111 年抑制資源不當耗用改善方案，本署係於 111 年 2 月 23 日報經貴會同意後實施，共分 3 大構面 10 項策略，並以 16 項指標予以衡量成效。111 年第 3 季目標值及執行情形如下：

構面	策略	管控項目	目標值	執行值
合理使用保險權益	強化自我照護能力	1.全民健保行動快易通 APP 安裝人次增加率	≥5%	* 45%
	正確就醫觀念行為	2.門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率	≤-16%	-14.37%
		3.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	≥73.6%	72.5%
		4.非同體系區域級(含)以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加	≥56,399	* 58,981
鼓勵合作與轉銜	持續推動分級醫療	5.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	≥28.5%	25.7%
	增進院所合作機制	6.居家醫療整合照護對象門診就醫次數	< 0	* -0.52
		7.與長照 2.0 之銜接率	≥47.5%	* 48.7%
	精進雲端資訊系統	8.提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率 (累計)-半年指標	≥4.78%	* 5.13%
		9.醫療檢查影像資訊即時上傳率	≥92%	* 94.1%

構面	策略	管控項目	目標值	執行值
善用資源合理使用	減少重複利用	10.全藥類藥品重複用藥日數下降率	≥5% *	8%
		11.門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	≥5% *	9%
		12.西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長	≤0% *	-51%
	強化查處機制	13.違規院所訪查	≥309 *	361
	尊重醫療自主及善終權益	14.死亡前安寧利用率	≥32.63%	30.47%
	推動疾病管理	15.呼吸器依賴病人安寧利用率	≥71.5% *	71.7%
		16.西醫門診病人可避免住院率	≤1.13% *	0.72%

註：\*為已達 111 年第 3 季目標值

- (一)「門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率」(項次 2)：本項指標基期(110 年度)因疫情就醫次數大幅下降，影響今年降幅，導致未能達標，本項指標 112 年將持續監控，並加強高診次病人的輔導。
- (二)「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」(項次 3)：109-111 年受 COVID-19(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)疫情影響，整體門診就醫次數大幅衰退，且尤以基層為甚，111 年第 3 季雖較去年同期有所成長(71.8%成長為 72.5%)，惟仍未回復至疫情前水平，將持續追蹤基層醫療量能的回復程度。
- (三)「接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率」(項次 5)：疫情期間病患出院後，為降低染疫風險，對醫護人員到府服務或至醫院就醫意願低，且醫療人員忙於防疫，居家服務人力亦緊縮，本項指標已納入本署各分區品質指標及回饋出院準備服務個案名單供醫院追蹤，將持續監控本項指標 112 年達成情形。
- (四)「死亡前安寧利用率」(項次 14)：受 COVID-19 疫情影響，醫

院限縮非緊急性醫療服務，導致安寧療護人力及病床不足，影響安寧服務收案量，本署已與地方衛生局合作，培訓在地安寧療護人力，112 年將持續監控本項指標達成情形。

三、本方案於 108 年修正為合理使用保險權益、鼓勵合作與轉銜、善用資源合理使用等 3 大構面、10 項策略、16 項管控項目衡量成效，提供 108~111 年(111 年全年資料尚不完整，僅提供至第 3 季)之執行情形(如附件一、二，第 70~75 頁)供委員參考。

四、配合方案執行狀況，修訂 112 年方案文字、指標內容及調整目標值(草案如附件三，第 76~82 頁)，摘要如下：

(一)項次 1 由「全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝人次增加率」修正為「年度使用健康存摺人次增加率」：

考量本署健保快易通 APP 配合防疫政策之數位服務功能(如口罩預購、預約疫苗、確診通報...)，安裝人次已大幅成長，惟安裝 APP 無法等同實際使用 APP 之健康存摺功能管理自身健康，為符合本方案強化自我照護能力之初衷，改依「實際使用健康存摺」人次進行追蹤，目標值則比照數位政府績效統計指標設定為  $\geq 5\%$ 。

(二)刪除項次 7「與長照 2.0 之銜接率」：

本項指標醫院可著力點僅在出院前 3 日完成長照評估，醫院皆已配合完成，但後續轉銜成功與否在於各縣市政府衛生局長照單位，非為本署可控制事項，且考量現行衛生福利部推動之「出院準備銜接長照服務計畫」(附錄十四，第 208~225 頁)，已將「出院後 7 日銜接長照服務使用率」作為該計畫獎勵指標，爰本方案不另設指標追蹤。

(三)新增項次 16「住院案件出院後 3 日以內急診率」：

為保障民眾住院治療期間及出院後之照護品質，透過監控 3 日內再急診比率，有助瞭解醫院是否為節省成本，過早讓病人出院，致降低醫療服務品質，反而衍生更多醫療支出。

擬辦：112 年度方案修訂內容提會討論通過後，依程序報部核定。

.....  
本會補充說明：

一、本案係依全民健康保險法第 72 條規定，本會應對健保署所提「112 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」(草案)進行討論後，該署再報請衛福部核定。

二、111 年度辦理情形：

(一)本會前於 111 年 1 月份委員會議，討論健保署所提「111 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，委員意見摘要如下：

1.宜訂定本方案之預期效益(例如實施改善方案之後可節省之費用)，及對應各項實施策略之具體管控項目與目標值，且目標值宜具有方向性，並逐年滾動檢討其合理性。另請於方案內容增列管控項目及目標值之附表，以利後續監測。

2.就 110 年執行未達標之管控項目，應檢討其原因並提出改善策略，以利 111 年加強辦理。另不宜因為疫情而暫緩追蹤管控項目，包括：

(1)「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」(項次 3)。

(2)「非同體系區域級(含)以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加」(項次 4)。

(3)「提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標」(項次 8)。

3.建議增加 3 項管控項目，如下：

(1)急診病人使用麻醉藥物止痛就醫次數。

(2)地區醫院在醫院總額之合理占率。

(3)大型醫院門診占整體醫療費用比率等。

4.自 111 年起，請健保署定期於第 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案之執行結果及檢討改善策略。

(二)健保署依法定程序報奉衛福部於 111 年 3 月 3 日核定，衛福部要求該署就本會委員針對方案執行成效及管控項目之建議，妥適研處。另於方案內容增列附表，以整體呈現各構面、策略及其管控項目與目標值之議決事項，補陳備查(如附件四，第 83 頁)。該署於 111 年 3 月 14 日將 111 年度方案附表陳報衛福部，並副知本會。

(三)針對健保署依本會 111 年 1 月份委員會議決議及意見辦理情形之說明分析如下：

決議事項	辦理情形說明分析
1.訂定本方案預期效益	仍未提出實施改善方案之後可節省之費用
2.新增附表、目標值宜具方向性、逐年滾動檢討其合理性	已新增附表及目標值方向性
3.不宜因疫情暫緩追蹤管控項目 3、4、8	健保署於 111 年度已持續追蹤
4.將前 1 年執行結果及檢討改善策略，列入第 2 季業務執行報告	將列入本會 112 年度工作計畫，請健保署提報
5.建議增加 3 項管控項目	未增加

(四)健保署提供 3 大構面、16 項管控項目之 111 年達成情形(附件一，第 70 頁)，摘要如下：

- 1.合理使用保險權益(4 項管控項目—達標 2/4、未達標 2/4)：未達標項目為「門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率」(項次 2)、「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」(項次 3)。
- 2.鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務(5 項管控項目—達標 4/5、未達標 1/5)：未達標項目為「接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率」(項次 5)。
- 3.善用醫療資源合理使用(7 項管控項目—達標 6/7、未達標 1/7)：「死亡前安寧利用率」(項次 14)連續 2 年未達標。

三、112 年度方案健保署建議修正部分管控項目及目標值，整理其與 111 年差異如下表：

表 112 年方案管控項目及年度目標值與 111 年之比較表

112 年管控項目	年度目標值		調整情形
	111 年	112 年	
1.全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝 人次增加率	≥5%	≥5%	修正監測內容
1.年度使用健康存摺人次增加率			
3.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	≥74.2%	≥73.2%	調降
5.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	≥29%	≥29.8%	調高
7.與長照 2.0 之銜接率	≥48%	-	刪除
7.提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率 (累計)-半年指標	≥5.21%	≥5.33%	調高
8.醫療檢查影像資訊即時上傳率	≥92%	≥前季上傳率	調整比較基準
12.違規院所訪查家次	≥449	≥456	調高
13.死亡前安寧利用率	≥33.35%	≥31.3%	調降
14.呼吸器依賴病人安寧利用率	≥72%	≥72.2%	調高
15.西醫門診病人可避免住院率	≤1.45%	≤1.16%	調降
16.住院案件出院後 3 日以內急診率	-	≤2.35%	新增

#### 四、本會研析意見：

經檢視健保署所提 112 年度方案，其增修管控項目係基於實務考量，尚屬合理，惟建請健保署說明下列事項：

##### (一)宜明確定義管控項目之意涵：

請健保署補充說明管控項目意涵與計算方式(分子、分母之定義)，及指標屬性(正向或負向指標)，以利監測及解讀。

##### (二)請審視評估調降目標值之合理性：

調降目標值之管控項目計 3 項，其中項次 3、15 與推動分級醫療及提升品質有關，項次 13 則與推動安寧療護相關之管控項目，爰建議仍須積極推動，不宜調降目標值。

##### (三)請補充說明委員於 111 年 1 月份委員會議建議增加 3 項管控項目，未能於 112 年度方案管控項目新增之原因。

##### (四)請就 111 年未達標項目(項次 2、3、5、14)，補充說明於 112 年加強辦理之具體方式：



1. 「合理使用保險權益」構面，未達標之管控項目(項次 2、3)係與加強民眾正確就醫觀念行為及推動分級醫療有關，且本構面之管控項目達標情形較低，請提高該構面管控項目之執行成效。
  2. 另未達標項目項次 5、項次 14，係與提供民眾出院後持續性照護及推動安寧療護有關，請積極改善及精進達成情形。
- (五)委員關切本方案預期效益(例如實施改善方案之後可節省之費用)，請健保署於 112 年 12 月委員會議提報 113 年度方案時，提出近 3 年(109~111)之效益。

決議：

108~111 年第 3 季抑制資源不當耗用各項指標達成情形

(V：達標、X：未達標、◎：暫緩追蹤)

構面	策略	管控項目	年度			
			108	109	110	111Q3
合理 使用 保險 權益	強化自我照護能力	1.全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝人次增加率 (108 年民眾知曉「提醒醫師查詢健保雲端資訊」比率)	V	V	V	V
	正確就醫觀念 行為	2.門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率 (108 年為輔導高診次門診就醫次數下降率)	X	V	V	X
		3.基層與地區醫院門診占整體件數之占率 (108 年為基層門診人次占率逐年提高)	V	◎	◎	X
		4.非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加 (108 年為區域以上醫院下轉件數大於同期)	V	◎	◎	V
鼓勵 醫療 體系 間合 作與 轉銜 服務	持續推動分級醫療	5.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	X	V	V	X
	增進院所合作 機制	6.居家醫療整合照護對象門診就醫次數較基期成長率	V	V	V	V
		7.與長照 2.0 之銜接率	V	X	X	V
	精進雲端資訊 系統	8.提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標 (108 年為區域級(含)以上醫院回轉率)	V	◎	◎	V
		9.醫療檢查影像資訊即時上傳率	V	X	V	V
善用 醫療 資源 合理 使用	減少重複醫療 利用	10.全藥類藥品重複用藥日數下降率 (108 年為(跨院所)60 類藥品重複用藥日數下降比率)	V	V	V	V
		11.門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率 (108 年為(跨院所) 10 項檢驗(查)短期內再次執行率)	V	V	V	V
		12.西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長 (108 年為西醫門診復健高利用次數降低)	V	V	V	V
	強化違規查處 機制	13.違規院所訪查家次	V	V	V	V
	尊重醫療自 主，保障善終 權益	14.死亡前安寧利用率	V	V	X	X
		15.呼吸器依賴病人安寧利用率	V	V	X	V
持續推動疾病 管理	16.西醫門診病人可避免住院率	X	V	V	V	

108~111 年第 3 季全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案目標值及執行值

構面	策略	管控項目	108		109		110		111Q3		108-110 年未達標原因
			目標值	執行值	目標值	執行值	目標值	執行值	目標值	執行值	
合理 使用 保險 權益	深化 自我 照護 能力	1.全民健保行動快易通(健康存摺)APP安裝人次增加率	>20%	50%	>10%	220.6%	>5%	5.4%	≥5%	45%	【108】 高診次個案其就醫習慣固定，部分負擔障礙低及醫療體制未改變，導致難以持續下降。 【109】 COVID-19 疫情暫緩年初及各季關懷函寄發，且我國疫情掌控得宜，使保險對象就醫警覺性較低；常見病症科別差異大難以整併、非慢性病反覆發作或慢性病但醫師尚未開立慢箋而頻繁就醫等導致高診次等因素。 【110】 為免影響病人就醫權益，於疫情期間(109 年、110 年)暫緩追蹤。
		2.門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率	-18%	-17%	-18%	-17.4%	≤-18%	-20.6%	≤-16%	-14.37%	
		3.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	76%	76%	-	74.0%	-	71.9%	≥73.6%	72.5%	

構面	策略	管控項目	108		109		110		111Q3		108-110年 未達標原因
			目標值	執行值	目標值	執行值	目標值	執行值	目標值	執行值	
		4.非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加(108年為區域以上醫院下轉件數大於同期)	21,321	35,789	-	72,359	63,486	≥56,399	58,981		
鼓勵合作與轉銜	績動 持推 分醫	5.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	26%	22%	28.0%	28.2%	28.4%	≥28.5%	25.7%	【108】 1.出院準備個案是否需要後續醫療銜接，仍須視臨床專業判斷與病患或家屬接受情形決定。 2.依PAC照護精神，下轉承接醫院接受照護(列入分母計算)完畢後結案，若無後續醫療需求者實屬合理，但依本指標操作型定義，分母已列計但分子因無後續接受醫療件數，致影響銜接率。 3.考量接受出院準備服務之病患能及時轉介，減少後續衍生之醫療需求，本案擬續列入管控，並加強辦理。	
			<0	-0.5	<0	-0.57	<0	-0.56	<0		-0.52
		6.居家醫療整合照護對象門診就醫次數較基期成長率	<0	-0.5	<0	-0.57	<0	<0	-0.52		

構面	策略	管控項目	108		109		110		IIIQ3		108-110年 未達標原因
			目標值	執行值	目標值	執行值	目標值	執行值	目標值	執行值	
		7.與長照 2.0 之銜接率	38%	49%	48%	45%	≥45%	44.6%	≥47.5%	48.7%	【109】 長照司自 109 年 7 月 22 日公告，將長照需求評估全面改以繁表進行評估，並修改長照服務轉銜流程，醫院難以確實掌握個案轉銜長照服務時程，致執行率下降，將持續輔導，加強輔導。 【110】 本項指標醫院可著力點僅在出院前 3 日完成長照評估，醫院皆已配合完成，但轉銜成功與否在於各縣市政府衛生局長照單位，非為本署可控制事項。
	增進院所合作機制	8.提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標 (108 年為區域級(含)以上醫院回轉率)-半年指標	1.5%	11.7%	-	5.49%	-	4.93%	≥4.78%	5.13%	
	精進雲端資訊系統	9.醫療檢查影像資訊即時上傳率	76%	87%	90%	87%	≥90%	90%	≥92%	94%	【109】 受疫情影響，院方資訊人力不足，導致未能及時上傳。

構面	策略	管控項目	108		109		110		IIIQ3		108-110年 未達標原因
			目標值	執行值	目標值	執行值	目標值	執行值	目標值	執行值	
善用資源合理使用	減少重複利用	10.全藥類藥品重複用藥日數下降率(108年為(跨院所)60類藥品重複用藥日數下降比率)	>10%	27%	≥5%	5%	≥5%	15%	≥5%	8%	
		11.門診10項重點檢查(驗)合理區間內再次執行下降率(108年為(跨院所)10項檢驗(查)短期內再次執行率)	>5%	9%	≥5%	6%	≥5%	7%	≥5%	9%	
	12.西醫門診年復健次數>180次異常件數成長率零成長(108年為西醫門診復健高利用次數降低)	<-2%	-8%	≤0%	-28%	≤0%	-55%	≤0%	-51%		
	13.違規院所訪查次數	431	506	440	470	≥443	458	≥309	361		
尊重醫療及自主		14.死亡前安寧利用率	31%	31%	32%	33%	≥33.8%	32.6%	30.47%	【110年】 110年 COVID-19 疫情嚴重，醫院加強門禁管制避免住院病人傳染，較難向病人	

構面	策略	管控項目	108		109		110		111Q3		108-110年 未達標原因
			目標值	執行值	目標值	執行值	目標值	執行值	目標值	執行值	
	終權 益	15.呼吸器依賴病人 安寧利用率	60.6%	67.4%	67.4%	70.5%	≥72.5%	70.1%	≥71.5%	71.7%	與家屬執行安寧緩和醫療 家庭會議，且配合政策投入 防疫工作，安寧療護提供服 務醫師及醫事人員人力不 足，影響指標達成情形。
	推動 疾病 管理	16.西醫門診病人可 避免住院率	1.43%	2%	1.44%	1.23%	≤1.44%	1.08%	≤1.13%	0.72%	【108年】 本項指標依據美國 AHRQ對於「可避免住院」 PQI定義之住院案件，指標 內容包括跨院所之急性及 慢性疾病，屬醫療照護品質 之整體結果面指標，將持續 列入管控，並加強辦理。

註：網底為未達標項目，-為暫緩追蹤項目。

## 1142 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)

### 壹、依據

依全民健康保險法(以下稱健保法)第 72 條規定：「為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提健保會討論後，報主管機關核定」。

### 貳、說明

現行全民健康保險(以下稱全民健保)自全面實施總額支付制度以來，每年醫療費用控制在總額成長幅度以下，宏觀面已達費用管控目的；在微觀管控面，對於全民健保可能衍伸之醫療浪費，如看病多、拿藥多、檢查多等議題，希望保險人能積極提出良好改善對策，因此於健保法第 72 條訂定保險人每年擬訂抑制資源不當耗用之改善方案。

資源不當耗用，包括無效醫療及非必要醫療，常見之無效醫療為生命末期或病人處於不可逆狀態下施行之過度的醫療，徒增病人痛苦且療效不彰，惟醫療處置當下有其不確定性，臨終前的治療處置亦涉及倫理道德層面的考量，並不適合以行政手段進行管控，故本方案就末期病人之醫療，係以積極推動安寧療護為管理策略，除避免資源不當耗用外，亦保障病人醫療自主及臨終的尊嚴。

而非必要醫療則為本方案的主要管控目標，經分析可能造成醫療浪費之成因，包括：總額支付制度下論量計酬之誘因，致特約醫事機構提供保險對象過多醫療照護；醫療提供者採防禦性之醫療，增加不必要高科技醫療檢查及治療；保險對象就醫資訊傳遞未暢通，易造成就醫後重複用藥、檢驗(查)與處置的問題；就醫可近性高，少數病患有高診次就醫問題；照護體系及院所間未建立成熟之病人轉銜系統，造成整體就醫屬片斷醫療等。

綜整前述非必要醫療行為的可能原因，本方案從合理使用保險權益、鼓勵醫療體系間合作與轉銜及促進醫療資源合理使用等三面向，擬訂對應管理策略，包括：健保資源宣導、強化自我照護能力、門診高診次就醫個案輔導、持續推動分級醫療、精進雲端醫療資訊、加強審查與查核機制、



減少不必要醫療利用、推動疾病管理、促進院所合作機制、照護服務之銜接等規劃藍圖，並列為每年持續推動改革之策略。

### 參、實施目的

降低不必要醫療資源使用，促進醫療服務效率與合理使用，保障保險對象就醫權益，執行本方案所擷節之非必要醫療費用支出，亦將回歸健保總額，保障全民健康保險之永續經營。

### 肆、實施期間

本方案施行期間自 1142 年 1 月 1 日起至 1142 年 12 月 31 日止，執行期間將視方案特性、複雜度與執行情形，必要時將延長實施年限。

### 伍、實施策略及方法

本方案實施內容，包括導正就醫觀念及行為、鼓勵下載健康存摺強化自我照護能力；保險人持續推動分級醫療、精進雲端醫療資訊系統、精準審查及強化違規查處機制；醫事服務機構則運用雲端資料庫、避免重複檢驗(查)、用藥及治療，加強疾病管理及強化院所間之合作機制等，主要策略及方法如下：

#### 一、合理使用保險權益

##### (一)強化自我照護能力

1. 策略：提供視覺化就醫資料及與相關衛教資訊連結，強化保險對象自我照護能力。
2. 方法：持續精進「健康存摺2.0」，並追蹤使用健康存摺管理自身健康的人次，幫助保險對象即時、便利地掌握個人健康大小事，做好自我健康照顧及管理。

##### (二)正確就醫觀念及行為

1. 策略：導正就醫觀念及行為，整合及提供醫療高利用保險對象醫療需求，促使合理使用保險權益。
2. 方法：
  - (1) 以門診就醫次數 $\geq 90$ 次/年及各季 $\geq 40$ 次者為對象，依標準作業程序強化其正確就醫觀念及行為，包括寄發關懷函表達關心，提供諮詢電話，對不易接觸(失聯)者以限制全民健康保險憑證(以下稱健保卡)更新地點，取得衛教輔導之機會。另針對高診次保

險對象，若經專業認定確有浮濫就醫者，則指定院所就醫；被指定就醫者，至非指定院所就醫，除情況緊急，否則不予給付。

- (2) 持續推動分級醫療，除壯大基層與擴大社區醫療群服務量能與品質外，並逐步導引區域級(含)以上醫院下轉案件以減少輕症服務，以達到醫療分工及合作目的。

## 二、鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務。

### (一) 持續推動分級醫療

1. 策略：落實轉診及出院準備服務，導引醫院減少輕症服務。
2. 方法：精進轉診資訊交換平台、建立轉診支付誘因、強化居家醫療及醫院出院準備之追蹤服務。

### (二) 精進雲端醫療資訊系統

1. 策略：利用即時資訊避免重複醫療。
2. 方法：
  - (1). 充實健保醫療資訊雲端服務Medicloud之檢驗檢查互享機制，減少重複之醫療影像檢查，鼓勵院所醫療檢查影像CT及MRI即時上傳及分享。
  - (2). 持續補助醫療檢查影像上傳院所固接網路頻寬費用。
  - (3). 持續獎勵院所即時上傳電腦斷層造影檢查、磁振造影等項目醫療檢查影像。

### (三) 增進院所之合作機制

1. 策略：提升醫院與基層院所之實質合作，落實雙向轉診機制，確保醫療服務之連續性。
2. 方法：醫院及基層診所間應進行實質合作，包括對病人之雙向轉診及共同照護，確保照護之連續性與協調性

## 三、善用醫療資源及合理使用。

### (一) 減少重複醫療利用：

1. 策略：藉由健保醫療資訊系統之查詢，降低病患重複處方用藥、檢驗(查)、治療處置，提升病患就醫安全及減少重複醫療利用。
2. 方法：
  - (1). 監控全藥類藥品重複用藥日數下降率。

(2). 監控10項重點檢驗、檢查等合理區間內之再次執行下降比率，包含CT、MRI、正子造影、腹部超音波、超音波心臟圖、低密度脂蛋白-膽固醇、杜卜勒氏彩色心臟血流圖、大腸鏡檢查、胃鏡(上消化道泛內視鏡檢查)、全套血液檢查。

(3). 西醫門診復健異常案件管控。

## (二) 尊重醫療自主，保障善終權益

1. 策略：積極推動安寧療護，尊重醫療自主。

2. 方法：

(1). 積極推動各項安寧緩和醫療服務，如：住院安寧服務、安寧共照、居家安寧等項目。

(2). 加強長期呼吸器依賴患者管控，鼓勵呼吸器依賴病患進行安寧緩和照護。

(3). 提供安寧療護學習平台，並加強保險對象宣導。

## (三) 持續推動疾病管理

1. 策略：推動有助提升醫療照護效率及品質之支付制度，持續降低可避免住院率，並監控3日內再急診比率，確保住院治療及出院後之照護品質，避免衍生非必要的醫療支出。

2. 方法：推動各項論質支付項目，如：糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調、B型及C肝炎個案追蹤、孕產婦、早期療育、慢性阻塞性肺病、慢性腎臟病(含初期及末期)等。

## (四) 強化違規查處機制

1. 策略：加強查處違規院所，防杜不實醫療申報。

2. 方法：

(1). 落實一般違規案件之訪查。

(2). 規劃辦理全國性費用申報異常查核專案。

(3). 配合檢警調機關查辦重大與集團性詐領健保案件。

## 陸、預期效益

一、透過落實醫療知情權，加強保險對象正確就醫觀念及行為。

二、經由持續推動分級醫療政策、精進轉診平台及雲端醫療資訊之使用等，促使醫療資源使用更有效率。

三、減少不必要的檢驗(查)、提供有品質的臨終照護，加強疾病管理、增進院所間之合作機制，降低保險對象重複就醫情形，提升就醫安全與品質，增進醫療連續性，使病患獲得適切之醫療服務，促進民眾健康。

附表、抑制資源不當耗用改善方案管控項目及目標值

構面	策略	管控項目	目標值
	強化自我照護能力	<del>1.全民健保行動快易通(健康存摺)APP安裝人次增加率</del>	<del>≥5%</del>
		<u>1.年度使用健康存摺人次增加率</u>	
合理使用保險權益		2.門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率	≤-18%
	正確就醫觀念行為	3.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	≥73.2%
		4.非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加	≥63,486 以 110Q4 件數估算
	持續推動分級醫療	5.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	≥29.8%
鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務		6.居家醫療整合照護對象門診就醫次數較基期成長率	<0%
		<del>7.與長照 2.0 之銜接率</del>	<del>≥48%</del>
	增進院所合作機制	<u>7.提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標</u>	<u>≥5.33%</u>
	精進雲端資訊系統	<u>8.醫療檢查影像資訊即時上傳率</u>	<u>≥前季上傳率</u>
		<u>9.全藥類藥品重複用藥日數下降率</u>	<u>≥5%</u>
善用醫療資源	減少重複醫療利用	<u>10.門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率</u>	<u>≥5%</u>
合理使用		<u>11.西醫門診年復健次數&gt;180 次異常件數成長率零成長</u>	<u>≤0%</u>
	強化違規查處機制	<u>12.違規院所訪查家次</u>	<u>≥456</u>

構面	策略	管控項目	目標值
尊重醫療自主，保障善終權益		<u>13.死亡前安寧利用率</u>	<u>≥31.3%</u>
		<u>14.呼吸器依賴病人安寧利用率</u>	<u>≥72.2%</u>
持續推動疾病管理		<u>15.西醫門診病人可避免住院率</u>	<u>≤1.16%</u>
		<u>16.住院案件出院後3日以內急診率</u>	<u>≤2.35%</u>

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：李尚璋  
聯絡電話：(02)8590-6779  
傳真：(02)8590-6048  
電子郵件：hghsunwei@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3月3日  
發文字號：衛部保字第1110107877號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主旨：所報「111年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，同意辦理，復請查照。

說明：

- 一、復貴署111年2月23日健保醫字第1110772080號函。
- 二、經核所報方案內容業經全民健康保險會（下稱健保會）第5屆111年第1次委員會議討論，且由貴署依會議決議修正，同意照辦，並請貴署就該會委員針對方案執行成效及管控項目之建議，妥適研處。另健保會請貴署於方案內容增列附表，以整體呈現各構面、策略及其管控項目與目標值之議決事項，尚請儘速補陳備查，並副知該會。
- 三、各年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之提報，請貴署尊重健保會排定時程，俾期年度開始即得據以執行。

正本：衛生福利部中央健康保險署  
副本：本部全民健康保險會







# 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 20 年檢討策進報告(含成效檢討及未來規劃)，請鑒察。

說明：

- 一、依據貴會 111 年第 7 次會議決定辦理，略以請本署持續滾動檢討「家庭醫師整合性照護計畫」(下稱家醫計畫)，提升計畫之執行成效，並向貴會提出計畫執行 20 年之完整檢討策進專案報告。
- 二、為充分了解計畫執行端院所對未來規劃之具體建議，本署前次回復歷次會議追蹤辦理情形時，建議貴會同時洽請中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師公會全聯會)一併提出計畫執行 20 年之實務執行情形與困境，本署另以保險人立場補充 20 年之檢討策進報告，以臻完備。
- 三、本署說明如下，簡報如附件(第 92~116 頁)：
  - (一)二代健保法加入預防醫學理念：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，應訂定『家庭責任醫師制度』。前項家庭責任醫師制度之給付，應採論人計酬為實施原則，並依照顧對象之年齡、性別、疾病等校正後之人頭費，計算當年度之給付總額」。
  - (二)家庭醫師整合照護計畫推動歷程：
    - 1.試辦及執行期(92~98 年)：基層醫師與醫院熟悉並建立合作模式，並提供以家庭為單位的醫療服務。
    - 2.改革期(99~100 年)：保險人提供基層診所需收案就醫名單予參與家醫計畫診所(權責診所)、支付方式改革收案會員每人給付費用 800 元/年。
    - 3.擇優汰劣(101~104 年)：照護名單增加高利用、高齡族群個案、品質指標得分未達 60%需退場。
    - 4.分級醫療(105~108 年)：擴大照護族群、參與醫事機構、新增

失智症門診照護家庭諮詢費用、多重慢性病門診整合費用。

5.持續擇優汰劣提升品質(109~111年)：限制新成立醫療群，診所需選擇現有醫療群參與。

### (三)執行成效：

- 1.近5年預算執行率均達100%。
- 2.歷年醫療群數達穩定情形，111年共609個醫療群，參與診所數及醫師則逐年增加，111年分別達5,664家(53%)、7,833人(46%)，收案達600.2萬人。
- 3.近10年各項預防保健檢查率/老人流感注射率均達成目標值。
- 4.歷年家醫計畫「收案會員」與「非會員」醫療利用情形：
  - (1)平均醫療費用：會員較非會員個案低。
  - (2)平均就醫次數：會員較非會員個案低。
- 5.歷年家醫計畫收案會員「當年度」與「前一年度」醫療利用情形：
  - (1)平均醫療費用：「當年度」較「前一年度」低。
  - (2)平均就醫人次：「當年度」較「前一年度」低。

(四)家醫計畫於 COVID-19 疫情間提供之服務：111 年家醫計畫共 609 個醫療群、5,687 家診所。

- 1.有提供視訊診療服務：609 個醫療群(100%)、4,716 家診所(83%)。
- 2.有協助施打疫苗：595 個醫療群(98%)、2,456 家診所(43%)。
- 3.有提供確診者相關照護：608 個醫療群(99%)、3,469 家診所(61%)。

### (五)各界建議：

- 1.導入一般服務：
  - (1)家醫計畫已執行20年，是否有精進改善空間尚有疑慮。
  - (2)已有其他相似計畫新增(如代謝症候群防治計畫)，有重複

照護疑慮。

(3)家醫計畫技術及服務模式皆已穩定，導入一般服務可減少院所行政負擔，並擴展個案。

## 2.不導入一般服務：

(1)目前計畫穩定性不足，為避免排擠一般服務預算，應暫緩導入一般服務。

(2)家醫計畫給付為論質計酬之目的，與一般服務論量計酬不同。

(3)導入一般服務後原先家醫群任務應由誰負責，且重病照護/慢性病個案品質是否能維持。

## (六)導入一般服務優缺點分析：

### 1.優點：

(1)每一家診所即為家醫診所，具有原本家庭醫師整合性照護計畫之功能。

(2)不須每年申請，減少紙本及行政作業。

(3)無須每年分派較需照護族群，由診所自行照護忠誠病人。

### 2.缺點：

(1)由診所自行照護忠誠病人，民眾無法得知所屬家庭醫師或診所，照護責任歸屬具疑義。

(2)總額現採論量支付，診所可自由選擇是否提供相關醫療照護，如診所未提供相關照護或照護品質不佳，無退場或評核機制。

(3)較易有多家診所共同照護同一病人，有資源重複投入可能性。

## (七)未來方向：

1.有條件導入一般服務：50%以上保險對象為家醫計畫收案對象。

2.擴大家醫計畫收案對象：50%以上保險對象約需 7,717.78 百

萬元。

3.逐年擴大辦理、10年導入支付標準。

4.與代謝症候群防治計畫進行劃分權責。

報告單位業務窗口：呂姿擘專門委員，聯絡電話：02-27065866 分機 2650

.....  
本會補充說明：

一、依 111 年 6 月份委員會議(111.6.24)決議：請中央健康保險署(下稱健保署)持續滾動檢討，並提升計畫之執行成效，儘速向本會提出計畫執行 20 年之完整檢討策進專案報告(含計畫成效檢討、策進之具體作法及未來規劃等)。健保署於本次委員會議提出專案報告。

二、有關健保署說明二「建議醫師公會全聯會一併提出計畫執行 20 年之實務執行情形與困境」，經查該會於 111 年 6 月份委員會議健保署報告家醫計畫執行成效評估時，已提出相關簡報並補充說明，而本次報告主要係以保險人角度提出政策規劃方面之檢討策進報告，如醫師公會全聯會尚有需補充執行做法，建議再由本會醫師公會全聯會代表之委員補充說明。

三、依健保署所提專案報告，其內容已說明家醫計畫推動歷程、照護模式及其改進作為(詳第 5~17 張簡報)，以及目前執行成效(詳第 19~38 張簡報)，其中收案會員的平均醫療費用、平均就醫次數均低於非會員個案，另在未來規劃方面(詳第 42~47 張簡報)，擬有條件導入一般服務(收案會員占保險對象 50%以上)，並與代謝症候群防治計畫(下稱代謝計畫)結合。

四、本會研析意見：

(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」，而家醫計畫為奠定家庭責任醫師制度之基礎，在未來規劃方面，除考慮導入一般服務外，建議健保署應研議如何由現行家醫計畫過渡至家庭責任醫師制度，包含家庭責任醫師制度

之藍圖、計畫轉型期間之相關配套措施、設定相應目標及推動策略等，以利未來依法落實家庭責任醫師制度。

(二)建議結合家醫計畫與代謝計畫，加強個案管理功能，提升整體照護成效：

- 1.家醫群醫師已具有一定規模，並已建立穩定的家醫計畫照護模式，建議以家醫群為基礎，鼓勵參與家醫群的醫師積極加入代謝計畫，擴展服務對象，以發揮家庭醫師早期診斷、早期治療之次段預防功能。
- 2.建議結合家醫計畫與代謝症候群計畫，除可統籌照護人力、發展個案管理模式外，亦可運用健康科技，透過數位醫療與通訊診療，針對有特殊需求之病人(如行動不便者)，強化個案管理功能，使醫療資源能有效運用。

(三)本會業將 112 年度西醫基層總額協商結論以兩案併陳報衛福部核定，請健保署俟衛福部核定後，會同醫師公會全聯會，依照核定內容，及早研修 112 年度家醫計畫，積極推動計畫轉型，並規劃與代謝計畫共同執行。

決定：

# 家庭醫師整合性照護計畫 20年檢討策進報告 (含成效檢討及未來規劃)

中央健康保險署



衛生福利部中央健康保險署

1



## 報告大綱

- 計畫推動歷程
- 計畫照護模式
- 執行成效
- 各界建議、策進具體作法及未來規劃

2





## 二代健保法加入預防醫學理念

### ■ 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，應訂定「家庭責任醫師制度」。前項家庭責任醫師制度之給付，應採論人計酬為實施原則，並依照顧對象之年齡、性別、疾病等校正後之人頭費，計算當年度之給付總額。

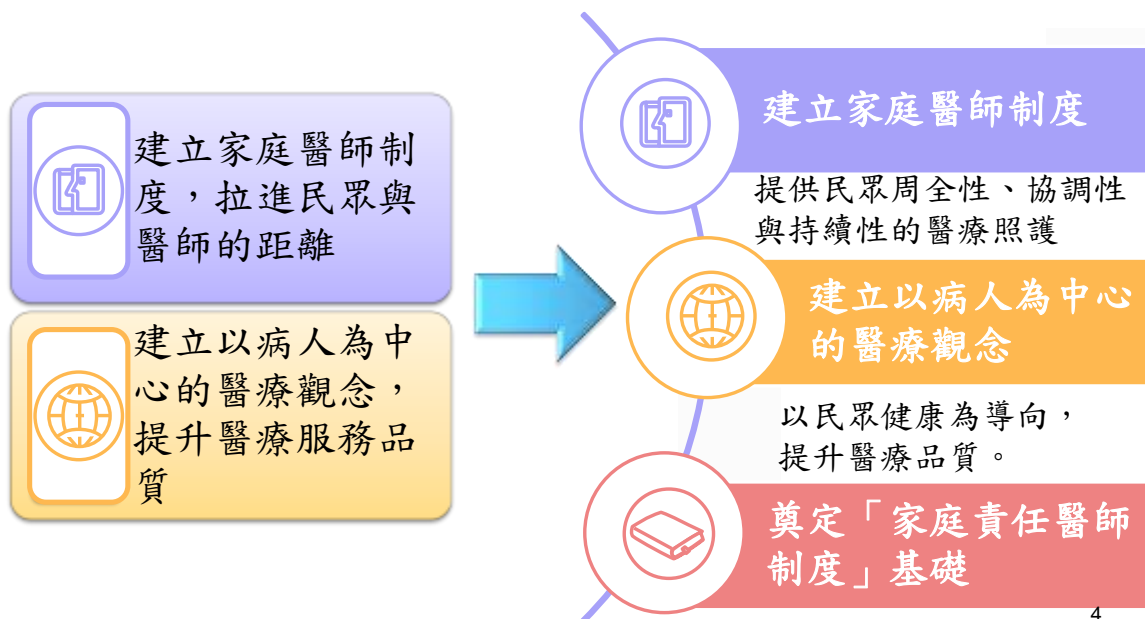
3

3



## 計畫推動目的之變化

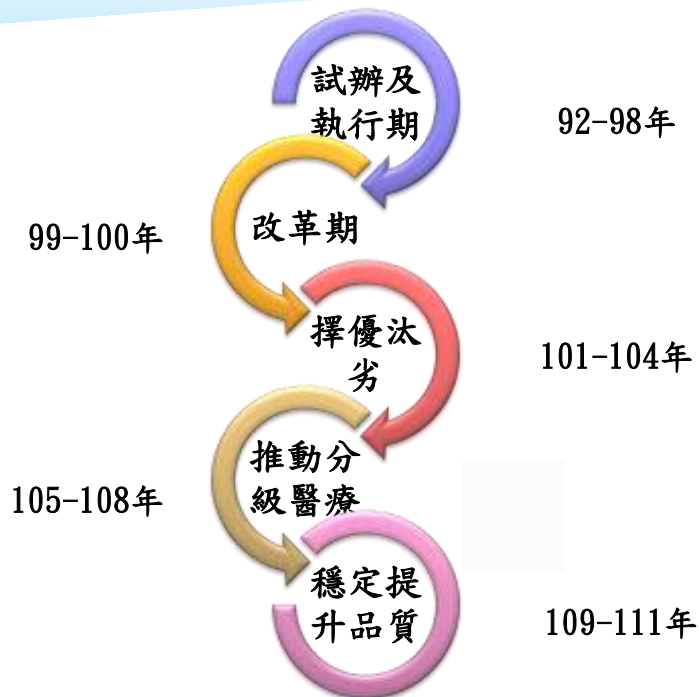
從建立家庭醫師制度拉近民眾與醫師距離，轉變為建立家庭醫師責任制度



4



## 家庭醫師整合性照護計畫歷程



5



## 分階段推動家庭醫師整合性照護(1/2)

92-98年  
試辦及執行期

- ✓ 基層醫師與醫院熟悉並建立合作模式(目標300群)  
投入必要之服務資源,如健康管理資料建檔、24小時諮詢專線建立、共同照護門診之開辦及個案研討
- ✓ 民眾自行選擇(家戶為單位、不全面強制登記)
- ✓ 照護模式:「共同照護門診」模式(共照門診費、健康管理、品質提升費)、採「轉診模式」(VC-AC回饋)

99-100年  
改革期

- ✓ 家戶會員收案改革:保險人提供基層診所所需收案就醫名單予參與家醫計畫診所(權責診所),不需民眾簽署任何同意書,惟院所有告知義務。
- ✓ 支付方式改革收案會員每人給付費用800元/年,個案管理費不與品質達成情形連動(250元),品質獎勵金30%及VC-AE(550元)70%

101-104年  
擇優汰劣

- 照護名單增加高利用、高齡族群個案,自行收案會員上限由60名提升至120名。
- 品質指標得分未達60%需退場。
- 前一年度分數不佳、次年度加強輔導機制。

6



## 分階段推動家庭醫師整合性照護(2/2)

105-108年  
分級醫療

- ✓ 擴大照護族群(如：給付改善方案個案)，擴大參與醫事機構參與。
- ✓ 強化管理：強化24小時接聽人員專業能力，明訂接聽人員應由醫事人員擔任、運用家醫計畫資料執行非本計畫目的之行為(如商業促銷等)者，終止執行本計畫。
- ✓ 新增失智症門診照護家庭諮詢費用、多重慢性病門診整合費用

109-111  
持續擇優汰  
劣提升品質

- ✓ 限制新成立醫療群，診所需選擇現有醫療群參與。
- ✓ 核心業務不得委由非醫事服務機構執行，會員24小時諮詢專線不得設置於醫院之急診室之規範。
- ✓ 調升輔導級及不支付等級之分數，調整固定就診率、檢驗檢查上傳等指標。

112年後規劃

7



## 實施家庭醫師制度的特色及變化

— 全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫



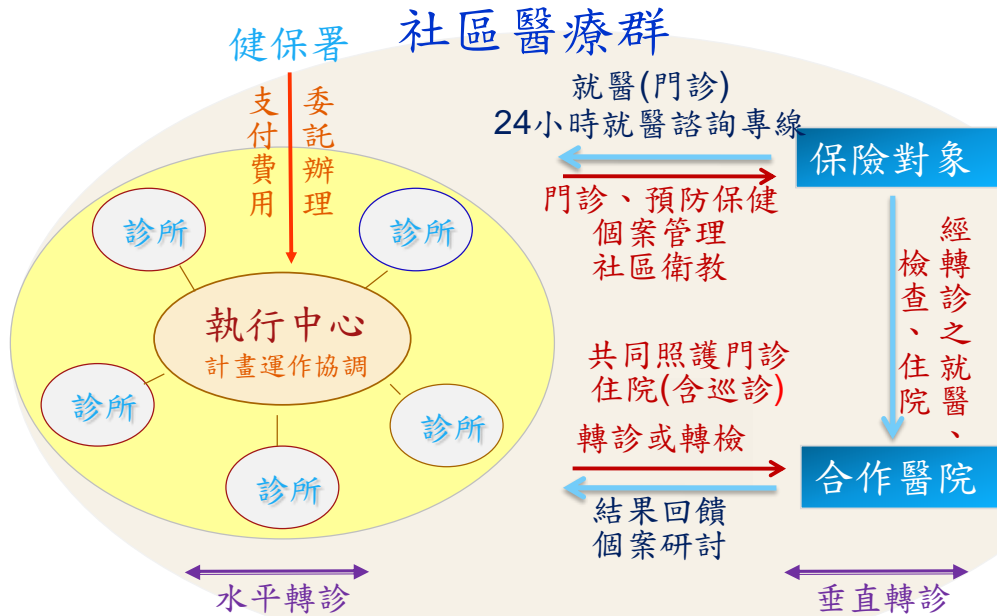
8

8



## 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。



9



## 歷年收案條件改變(99年-104年) (1/2)

自99年轉型由健保署分派較需照護族群，較需照護族群定義定期調整

個案類別	99年	100年	101年	102年	103年	104年
較需照護人數 (萬人)	384	422	547	487	516	516
慢性病個案 曾門診就醫5次(102年改為4次)且平均用藥≥7天或慢性病給藥天數≥60天	費用最高40百分位	費用最高60百分位		費用最高70百分位	費用最高80百分位	費用最高85百分位
非慢性病個案	費用最高10百分位	費用最高20百分位		費用最高30百分位		
門診高利用個案 (基層診所門診就醫次數≥50次)	-	-	V	V	V	V
年長病患	-	-	-	75歲以上(含)年長病患	65歲以上(含)	多重慢性病年長病患
參與醫療給付改善方案個案	-	-	V	V	V	V
3-5歲(含)兒童	-	-	-	-	-	-
失智症病人	-	-	-	-	-	-10



## 歷年收案條件改變(105年-111年) (2/2)

較需照護族群人數逐年增加(110-111年較需照護人數，因刪除失智症、受疫情影響就醫人數減少所致)

個案類別	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年
較需照護人數(萬人)	551	614	610	636	624	617	607
慢性病個案 曾門診就醫4次且平均用藥≥7天或慢性病給藥天數≥60天	費用最高85百分位	費用最高90百分位					
非慢性病個案	費用最高 30百分位						
門診高利用個案(基層診所門診就醫次數≥50次)	V	V	V	V	V	V	V
年長病患	65歲以上(含)多重慢性病年長病患						
參與醫療給付改善方案個案	V	V	V	V	V	V	V
3-5歲(含)兒童	-	費用最高之60百分位					
失智症病人	-	-	V	V	V	-	-

11



## 家庭醫師整合性照護經費撥付

社區醫療群收案會員每人支付費用800點/年，106年新增失智症門診照護家庭諮詢費用，108新增「多重慢性病人門診整合費」，由收案診所提供多重慢性病人門診用藥整合，以減少於不同院所就醫及重複用藥情形，另於109年增加偏遠地區診所績效獎勵

### 依收案會員數給付費用

- 每人800點/年：
- 1. 績效獎勵費用：每人550點/年
- 2. 個案管理費：每人250點/年

### 109年偏遠地區參與診所績效獎勵

績效獎勵費每點1元

### 支付費用

- 會員有2種(含)以上慢性病：
- 1. 總處方調劑日份達56日(含)以上：500點
- 2. 總處方調劑日份達169日(含)以上：1000點

- 每位病人每年最多給付2次
- 1. 諮詢服務時間15-30分鐘：300點
- 2. 諮詢服務時間30分鐘以上：500點

### 多重慢性病人門診整合費用

### 失智症門診照護家庭諮詢費用

12



## 歷年評核指標調整

- 99-111年指標共修訂**128**次(項)。
- 111年共**26**項指標(結構面、過程面、結果面、自選項、加分項)
- 每年與醫界共同討論，並參考現行推動政策，調整指標項目定義、閾值、分數

13



## 歷年收案指標調整-結構面

項目	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年
健康管理比率			名稱及計算方式調整		分數調整	計算方式調整	閾值調整	拆項	刪除指標				
個案研討		計算方式調整	計算方式調整	閾值調整			分數和閾值調整	分數調整並拆項					
24小時諮詢專線			計算方式調整									計算方式調整	分數和計算方式調整
醫療群會員經醫療群轉診率								新增指標	刪除指標				
醫療群會員住院經醫療群協助轉診率					新增指標	計算方式調整	計算方式調整	閾值調整	刪除指標				
完成安寧居家療護教育訓練或提供「全民驗康保險在宅醫療服務」						新增指標	計算方式調整	刪除指標					
收治糖尿病、初期慢性腎臟病個案(未於醫療給付改善方案收案)之診所							新增指標	刪除指標					

備註:藍底為已刪除指標、黃底為該年度為修改指標、橘底為該年度有新增或修改指標

14



## 歷年收案指標調整-過程面

項目	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年
電子轉診成功率									新增指標	閥值調整	名稱及分子調整	名稱及計算方式調整	
檢驗檢查上傳率													新增指標
成人預防保健檢查率		分數和閥值調整		閥值調整		閥值調整	閥值調整			分數調整	分數和閥值調整	分數調整	分數調整
子宮頸抹片檢查率		分數和閥值調整		閥值調整			分數調整			分數和計算方式調整	閥值和計算方式調整		
65歲以上老人流感注射率		分數和閥值調整	分數調整	閥值調整		閥值調整	分數和閥值調整			計算方式調整	閥值調整	分數調整	
糞便潛血檢查率		新增指標	分數調整		閥值調整					分數和計算方式調整	閥值調整	分數及閥值調整	分數調整
住院雙向轉診率									新增指標	刪除指標			
門診雙向轉診率									新增指標			計算方式調整	刪除指標

備註:藍底為已刪除指標、黃底為該年度為修改指標、橘底為該年度有新增或修改指標

15



## 歷年收案指標調整-結果面

項目	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年
潛在可避免急診率							新增指標	閥值調整		閥值調整	分數調整		
會員急診率		閥值調整	計算方式調整	分數和閥值調整			刪除指標	新增、閥值調整		閥值調整	分數調整		
疾病住院率		計算方式調整	計算方式調整	分數和閥值調整			刪除指標						
針劑使用率		刪除指標											
抗生素使用率		刪除指標											
可避免住院率							新增指標	閥值調整		閥值調整	分數調整		
初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率											新增指標		
會員固定就診率		新增指標	計算方式調整	閥值調整	閥值調整		閥值調整				閥值調整		閥值調整
糖尿病會員胰島素注射率									新增指標	計算方式調整	調整為自選指標	刪除指標	
會員滿意度調查		分數調整	計算方式調整	計算方式調整		分數調整	計算方式調整				調整計算方式	刪除指標	
三高個案風險控制													新增指標

備註:藍底為已刪除指標、黃底為該年度為修改指標、橘底為該年度有新增或修改指標

16



## 歷年收案指標調整-自選及加分項

項目	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年
提升社區醫療群品質								新增指標			調整計算方式	調整計算方式	
提供居家服務								新增指標					
假日開診並公開開診資訊								新增指標	調整調整及計算方式	調整調整及計算方式			
糖尿病人眼底檢查執行率								新增指標					
糖尿病會員胰島素注射率											原結果面調整為自選指標		
醫療群內診所重複用藥核扣情形													新增指標
兒童預防保健檢查率												新增指標	
雲端藥歷查詢率								新增指標					刪除指標
接受醫院轉介出院病人並追蹤								新增指標					刪除指標
收治糖尿病、初期慢性腎臟病個案								新增指標					刪除指標
VC-AE執行結果鼓勵								新增指標					
社區醫療群醫師支援醫院								新增指標					計算方式調整
轉介失智症病人至適當醫院就醫/共照中心接受服務								新增指標					調整名稱
同院所同日就診率													新增指標
檢驗(查)結果上傳率檢驗(查)結果上傳率≥80%													新增指標

備註:藍底為已刪除指標、黃底為該年度為修改指標、橘底為該年度有新增或修改指標

17



## 執行成效

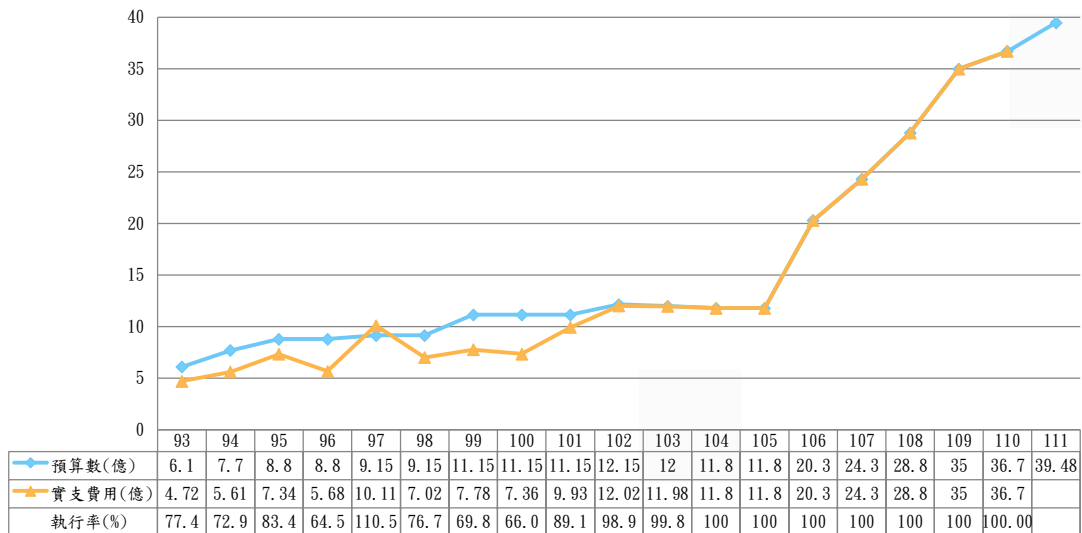
18





# 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)。

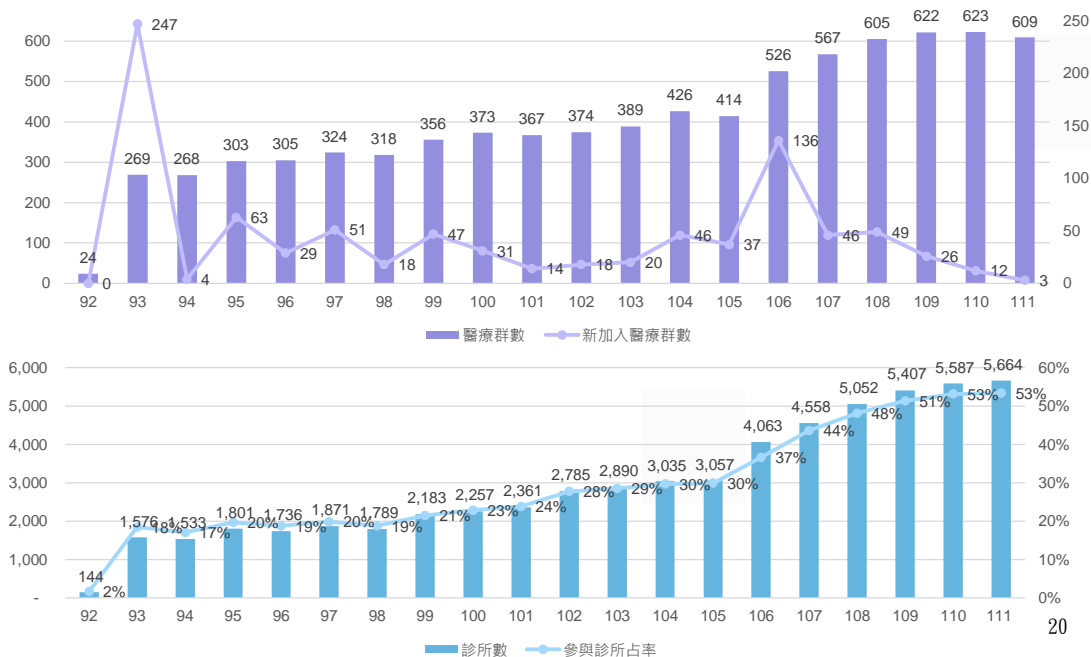
19

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。



# 92-111年社區醫療群及參與診所數

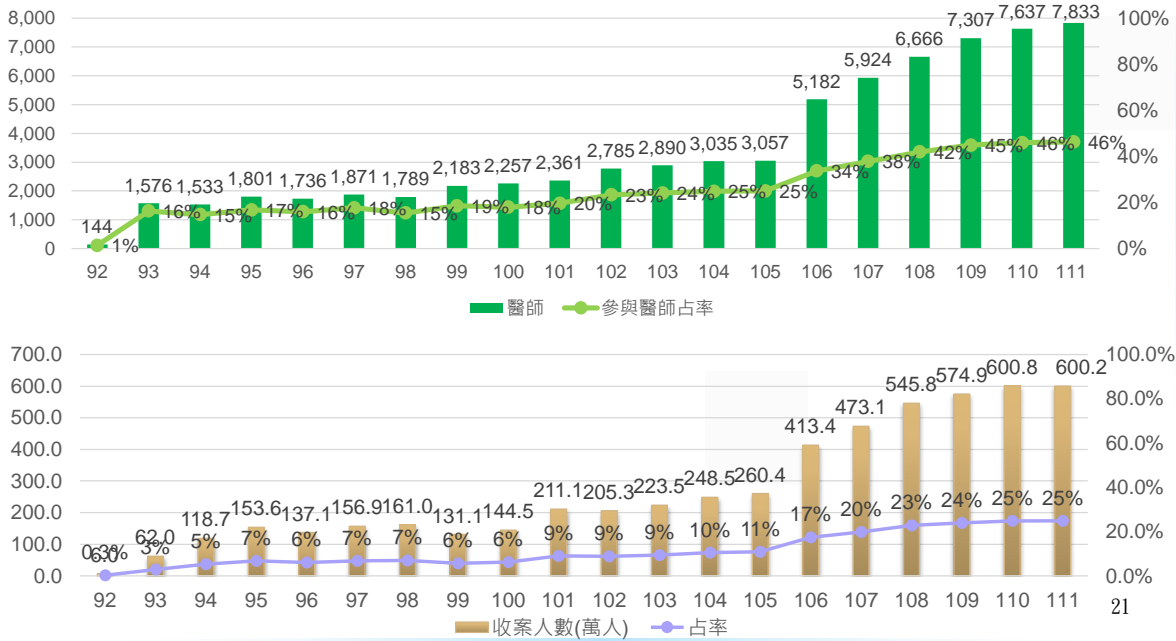
111年共609個醫療群(109年起本計畫增加新增醫療群之限制，故醫療群數達穩定情形)，參與診所數逐年增加111年達5,664家(53%)。





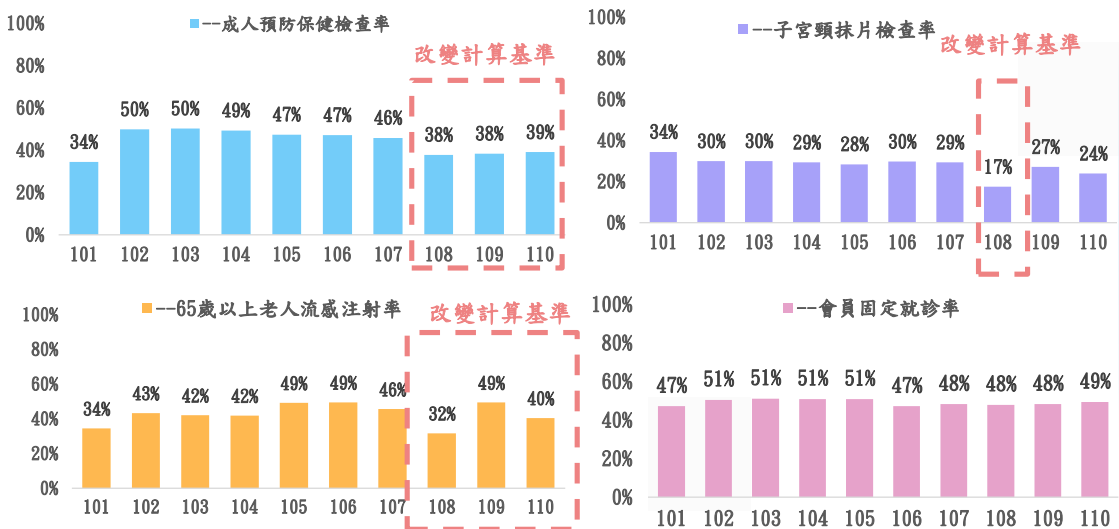
# 92-111年醫師及收案人數

參與醫師數逐年增加，111年已達7,833人(46%)，收案達600.2萬人(111年受疫情影響前一年度慢性病就醫人數，新增診所自收收案上限，收案人數呈現穩定狀態)



# 近10年預防保健及固定就診率執行情形

●各項預防保健檢查率/老人流感注射率均達成目標值

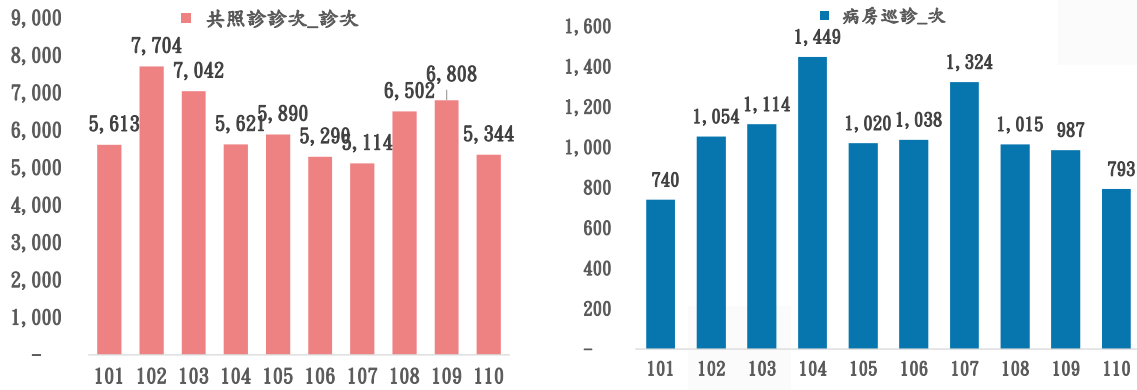


1. 成人預防保健檢查率：分子為40歲(含)以上會員於基層診所接受成人健檢人數；分母為(40歲至64歲會員數/3+65歲(含)會員數)。
2. 子宮頸抹片檢查率：分子為30歲(含)以上女性會員於基層診所接受子宮頸抹片人數；分母為30歲(含)以上女性會員數。
3. 65歲以上老人流感注射率：分子為65歲以上會員於基層診所接種流感疫苗人數；分母為65歲以上總會員人數。
4. 糞便潛血檢查率：分子為50歲以上至未滿75歲會員於基層診所接受定量免疫糞便潛血檢查人數；分母為50歲以上至未滿75歲會員人數/2。
5. 108年起為落實分級醫療，預防保健項目應回歸基層院所提供服務，修訂預防保健之成人預防保健檢查率、子宮頸抹片檢查率、65歲以上老人流感注射率及糞便潛血檢查率指標之計算方式，以收案會員於基層院所接受預防保健項目為統計範圍。
6. 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



## 近10年家醫計畫提供服務情形(與醫院合作)

- 110年醫療群與296家醫院合作、共照門診5,344診次、病房巡診793次，110年623群中共620群得分(619群10分、1群7分)，雖110年受疫情影響，應仍可再提升。



本計畫結構面指標：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。

23

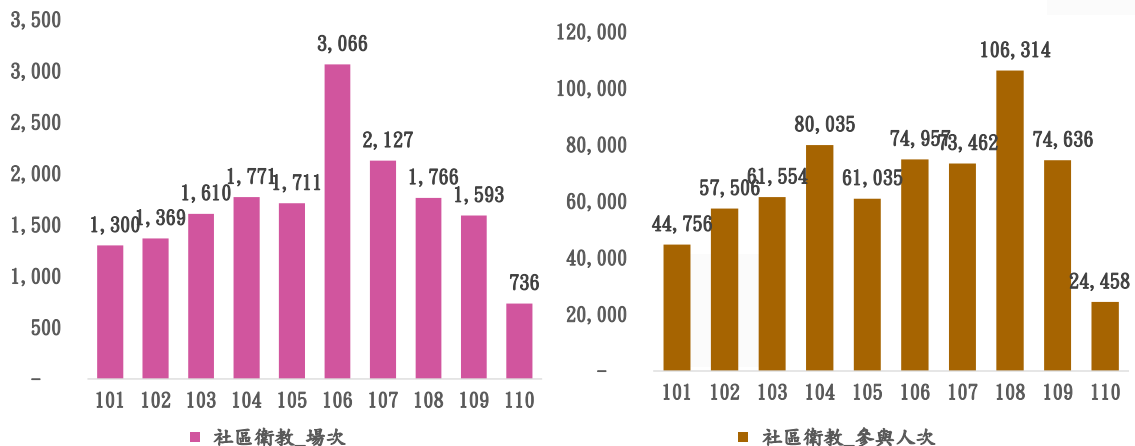


## 近10年家醫計畫提供服務情形(社區衛教、宣導)

營造健康社區，提升醫療群形象。

110年辦理社區衛教736場次、參與人數達24,458人次。

110年623群中共620群得分(619群10分、1群7分)，110年可能受疫情影響致執行率降低，應仍可再提升。



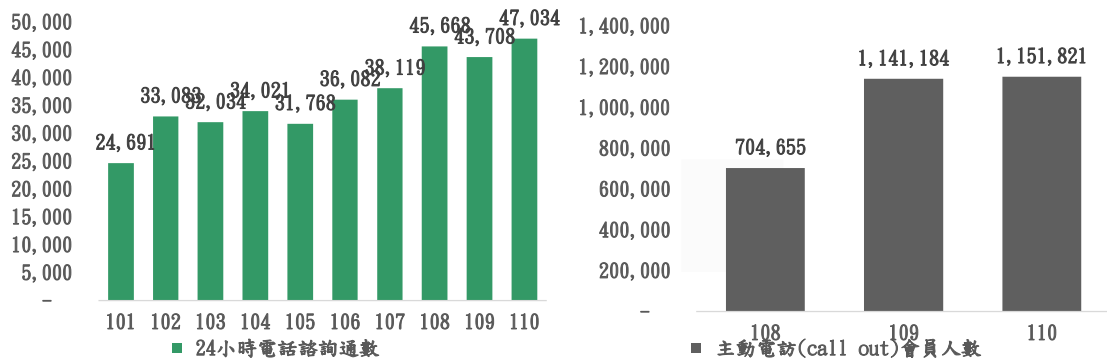
本計畫結構面指標：個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診(10分)，社區醫療群每月至少需辦理1場，且年度內每位醫師至少應參與本項活動達6次(含)以上。

24



## 近10年家醫計畫提供服務情形(24小時諮詢專線)

- 24小時電話諮詢服務，提供適當就醫指導，並減少急診與不必要就醫，110年電話諮詢通數達**47,034**通。
- 110年623群中，共586群達10分(94%)、7-9分共36群(5.8%)、5分者1群(0.2%)，仍有提升空間。
- 108年起新增主動電訪會員服務，以加強個案健康管理，提升慢性病人照護品質，110年主動電訪會員人數：**1,151,821**人

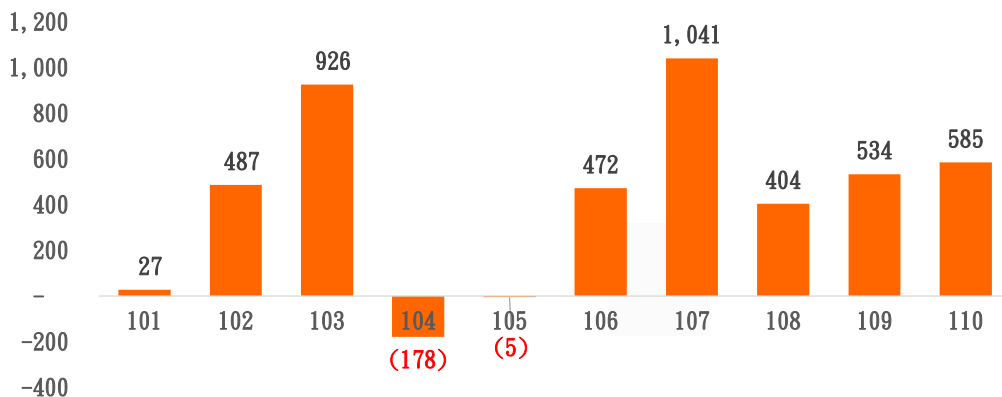


設立24小時諮詢專線(每群全年至少抽測3次)(5分)：鼓勵醫師call out，有效回答會員問題，並依實際服務品質，分階段給分(由醫師全聯會進行抽測，以平均分數計算得分並將分數於當年度10月底前提供保險人計分，超過繳交期限以0分計算)。



## 近10年健康管理成效(VC-AE)

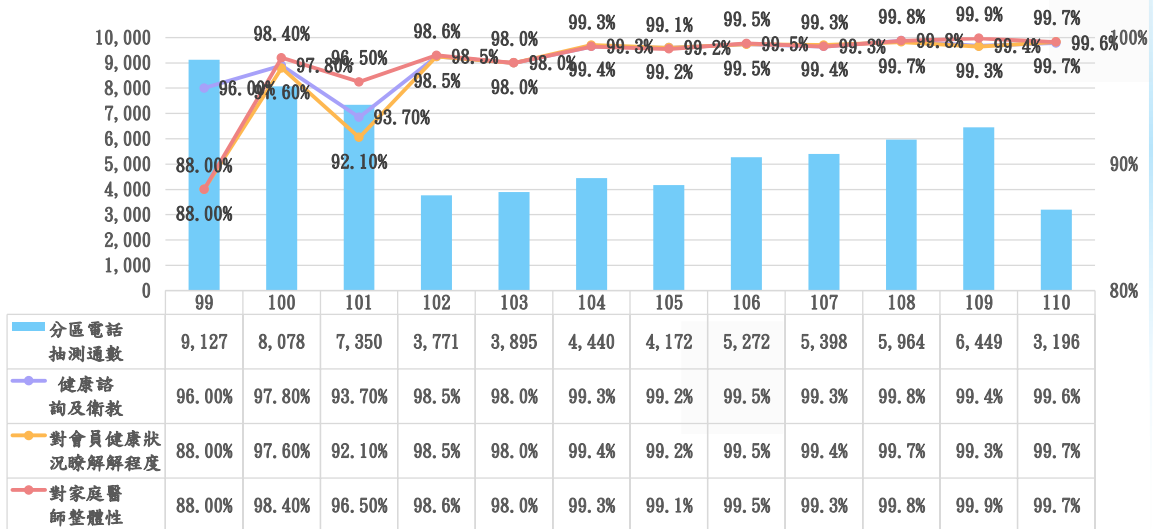
- 健康管理成效：會員實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值
- 自106年起平均每人VC-AE結餘數**已成正值**





# 24小時諮詢專線滿意度調查

抽測會員施測項目滿意度結果均達99%以上



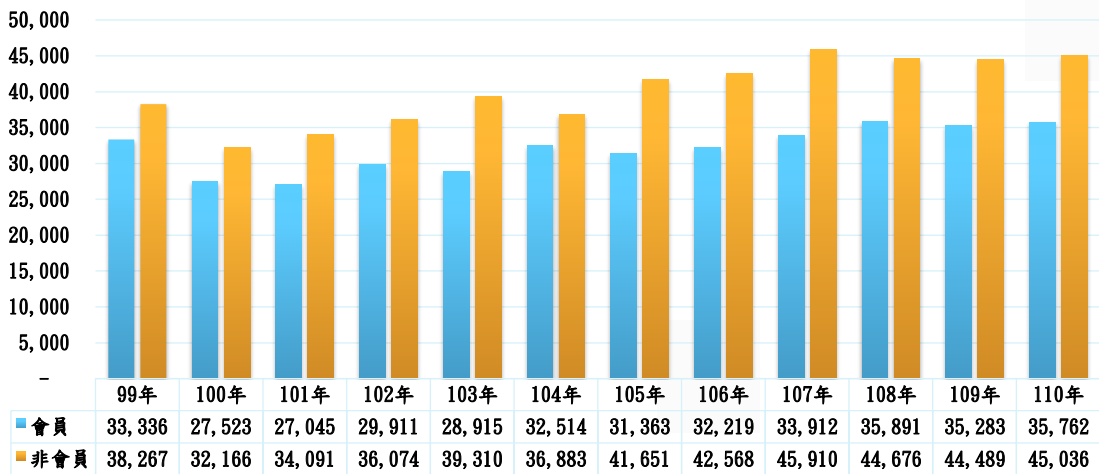
27



# 歷年家醫計畫「收案會員」與「非會員」醫療利用情形-平均醫療費用

當年度會員的平均醫療費用較非會員個案低

平均醫療費用(含門住急)



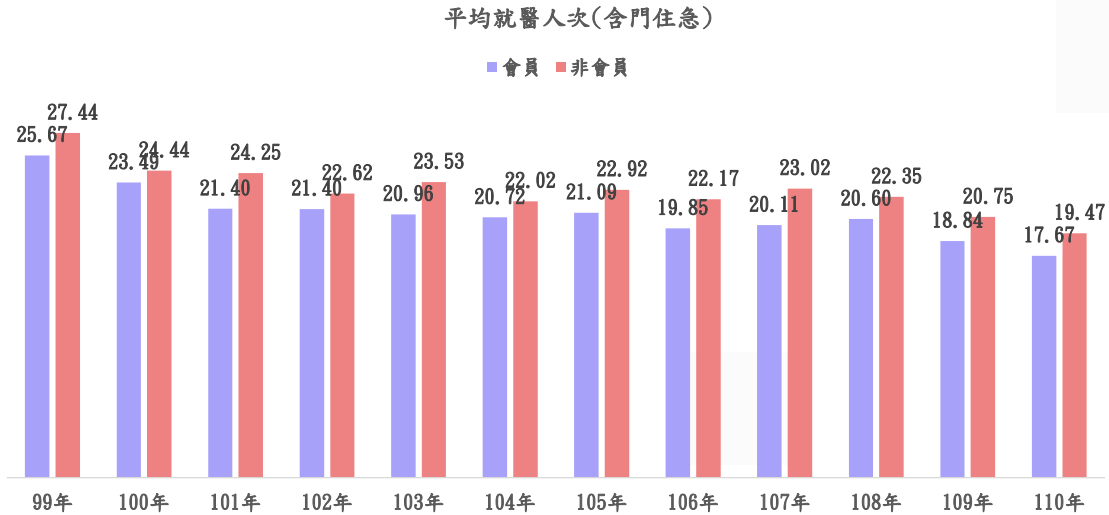
- 針對本計畫每年度較需照護族群，依據收案情形區分會員及非會員。
- 自99年起由保險人提供基層診所較需照護族群予參與家醫計畫診所(權責診所)。
- 案件類別為28, A3, B1, B6, B7, B8, B9, BA, C4, D1, D2, HN; 08不計就醫人次，但計費用列計。

28



## 歷年家醫計畫「收案會員」與「非會員」 醫療利用情形-平均就醫次數

當年度會員的平均就醫次數較非會員低



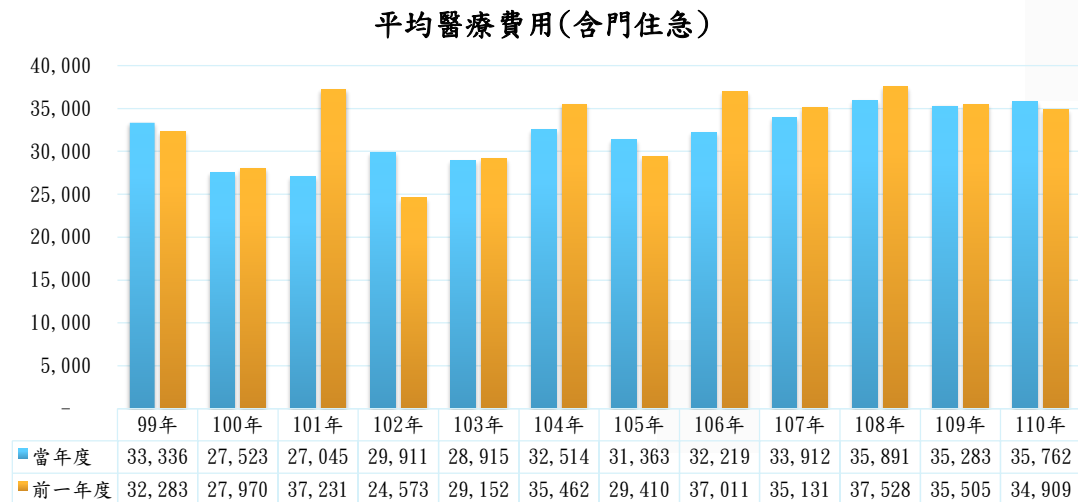
1. 針對本計畫每年度較需照護族群，依據收案情形區分會員及非會員。
2. 自99年起由保險人提供基層診所較需照護族群予參與家醫計畫診所(權責診所)。
3. 案件類別為28, A3, B1, B6, B7, B8, B9, BA, C4, D1, D2, HN; 08不計就醫人次，但計費用列計。

29



## 歷年家醫計畫收案會員「當年度」與「前一年度」 之平均醫療費用

收案會員「當年度」較「前一年度」之平均醫療費用低



1. 針對本計畫每年度收案會員勾稽前一年度同一個案醫療利用情形。
2. 自99年起由保險人提供基層診所較需照護族群予參與家醫計畫診所(權責診所)。
3. 案件類別為C5、28, A3, B1, B6, B7, B8, B9, BA, C4, D1, D2, HN; 08不計就醫人次，但計費用列計。

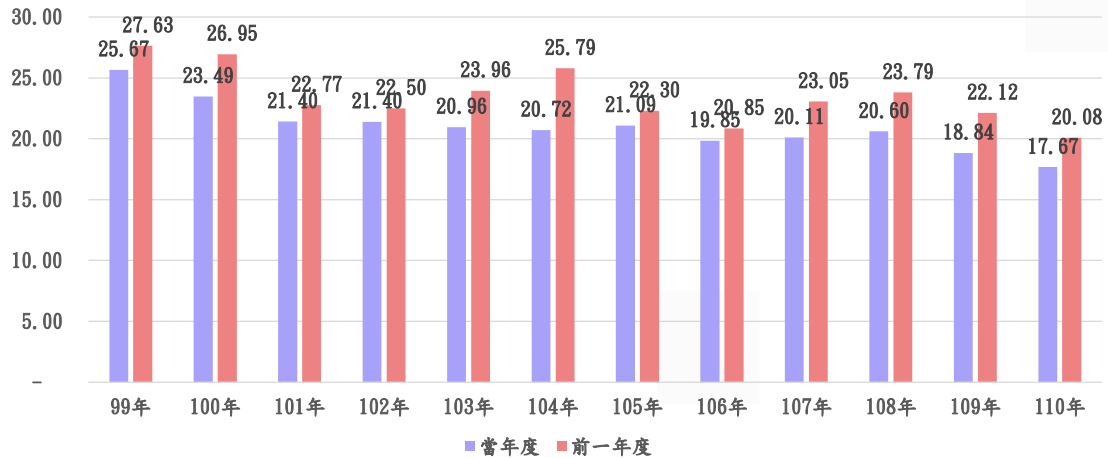
30



## 歷年家醫計畫收案會員「當年度」與「前一年度」之平均就醫次數

收案會員「當年度」較「前一年度」之平均就醫人次低

平均就醫人次(含門住急)



1. 針對本計畫每年度收案會員勾稽前一年度同一個案醫療利用情形。

2. 自99年起由保險人提供基層診所較需照護族群予參與家醫計畫診所(權責診所)。

3. 案件類別為28, A3, B1, B6, B7, B8, B9, BA, C4, D1, D2, HN; 08不計就醫人次, 但計費用列計。

31



## 多重慢性病人門診整合費用

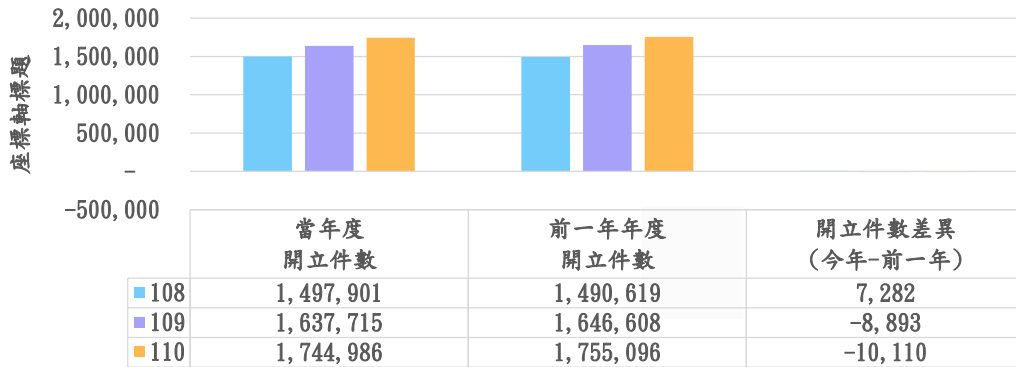
- 自108年起新增
- 會員有2種(含)以上慢性病並於收案診所內就醫
- 當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份須達56日(含)以上
- 並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形者

32



## 多重慢性病慢箋開立情形- 總開立件數

- 108年「當年度」平均每人開立件數較「前一年度」**高**
- 109-110年當年度有2種以上慢性病且開立慢箋個案，「當年度」平均每人開立件數較「前一年度」**低**



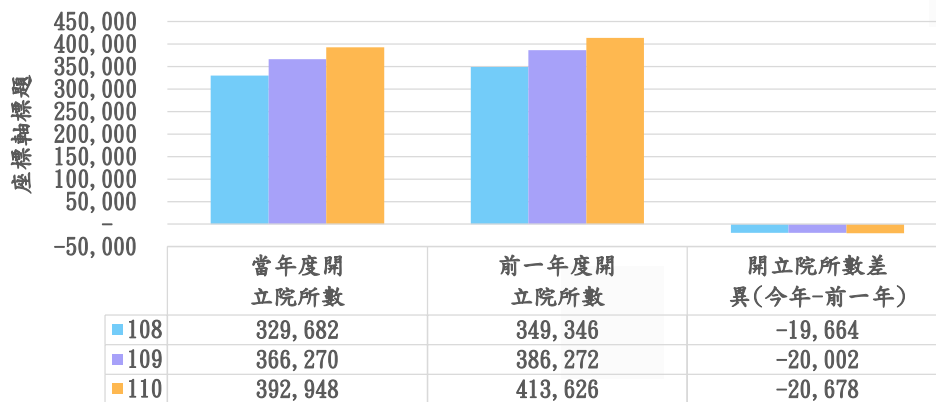
1. 當年度有2種以上慢性病且有開立慢箋且有支付多重慢性病獎勵金者(且前一年度慢箋>1張者)。
2. 慢性病連續處方箋開立係以診察費代碼(自行調劑及處方釋出)案件
3. 主診斷碼限制為家醫計畫所列慢性病範圍

33



## 多重慢性病慢箋開立情形- 總開立院所家次

- 108-110年當年度有2種以上慢性病且開立慢箋個案，「當年度」開立院所數較「前一年度」**低**



1. 當年度有2種以上慢性病且有開立慢箋且有支付多重慢性病獎勵金者(且前一年度慢箋>1張者)。
2. 慢性病連續處方箋開立係以診察費代碼(自行調劑及處方釋出)案件
3. 主診斷碼限制為家醫計畫所列慢性病範圍
4. 總開立院所家次，係當年度2種慢性病且開立之慢箋，所屬院所數加總

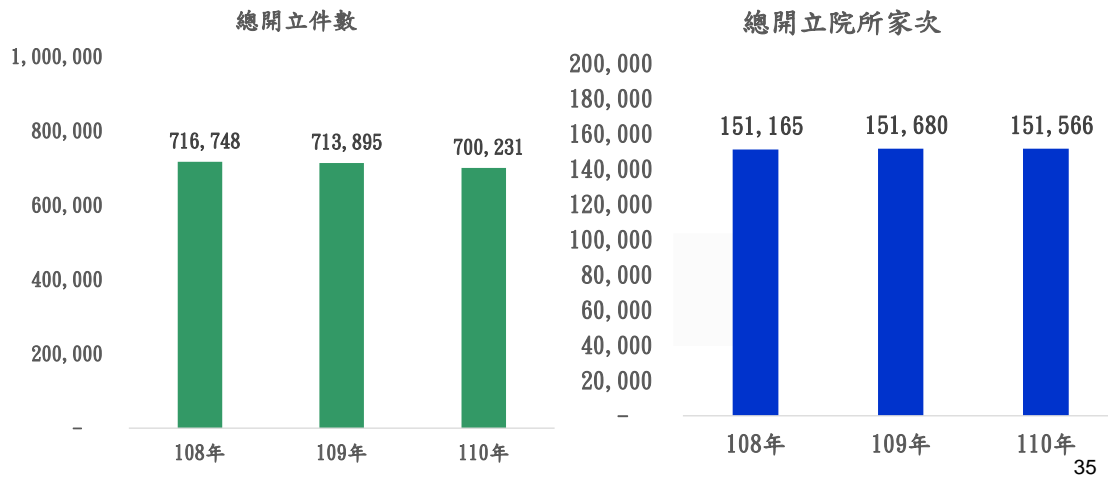
34





## 108-110年持續收案會員之 慢性病連續處方箋開立情形

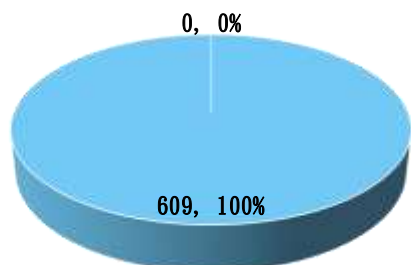
- 108-110年有2種以上慢性病且開立慢箋個案共150,787名(持續進行多重慢性病用藥整合)：
- 110年每人開立件數較108年低



## 家醫計畫於COVID-19疫情視訊診療提供情形

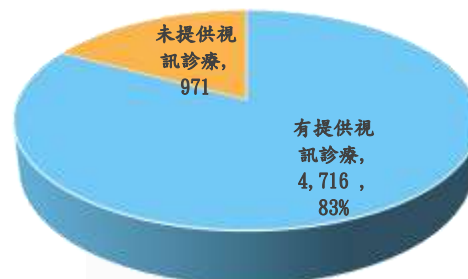
- 111年家醫計畫共609個醫療群，所有醫療群均有提供視訊診療服務；參與診所共5,687家，其中4,716家(83%)有提供民眾視訊診療服務，相較110年(4,167家)增加。

醫療群提供視訊診療情形



■ 有提供視訊診療 ■ 未提供視訊診療

家醫群診所提供視訊診療情形



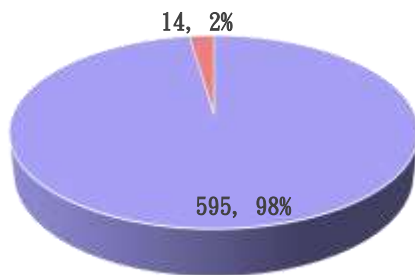
■ 有提供視訊診療 ■ 未提供視訊診療



## 家醫計畫於COVID-19疫情協助疫苗施打情形

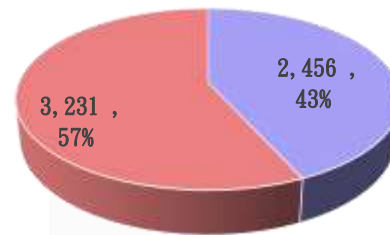
- 111年家醫計畫共609個醫療群，595個醫療群(98%)有協助施打疫苗；參與診所共5,687家，其中2,456家(43%)有協助施打疫苗。

醫療群有協助施打疫苗情形



■ 有協助施打疫苗 ■ 未協助施打疫苗

家醫群診所所有協助施打疫苗情形



■ 有協助施打疫苗 ■ 未協助施打疫苗

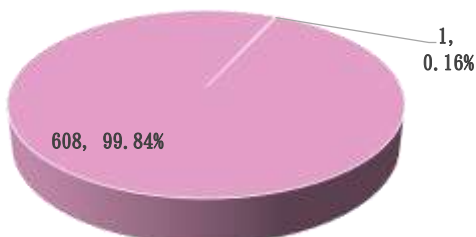
37



## 家醫計畫於COVID-19疫情提供確診者 相關照護情形

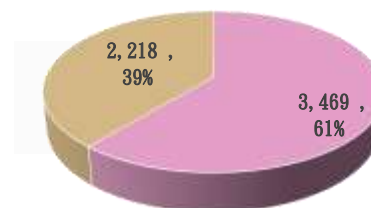
- 111年家醫計畫共609個醫療群，608個醫療群(99%)有提供確診者相關照護(確診居家照護、遠距診療、口服抗病毒藥物門診、快篩陽性通報等)；
- 參與診所共5,687家，其中3,469家(61%)有提供確診者相關照護。

醫療群有提供COVID-19確診者  
相關照護



■ 有提供COVID-19確診相關照護  
■ 未提供COVID-19確診相關照護

醫療群診所所有提供COVID-19確診  
者相關照護



■ 有提供COVID-19確診相關照護  
■ 未提供COVID-19確診相關照護

38



# 國外文獻

- 糖尿病例行性檢查的完成率
  - 糖尿病人，會員與非會員將年齡、性別、疾病嚴重程度(CCI)及是否參加糖尿病論質計畫等項目，進行配對
  - 家醫收案會員的糖化血色素(HbA1c)、低密度脂蛋白(LDL)、尿中微白蛋白尿、例行尿液檢查的完成率高於非收案會員，眼底鏡檢查(FE)完成率則非收案會員高於收案會員。



## RESEARCH ARTICLE

### Team-based care improves quality of diabetes care -Family Practice Integrated Care Project in Taiwan

Jerry Che-Jui Chang<sup>1†</sup>, Shinn-Jang Hwang<sup>3,4,5</sup>, Tzang-Ji Chen<sup>6,7</sup>, Tai-Yuan Chiu<sup>12</sup>, Hsiao-Yu Yang<sup>8</sup>, Yu-Chun Chen<sup>9</sup>, Cheng-Kuo Huang<sup>10</sup> and Chyi-Feng Jan<sup>1,2\*</sup>

- 家醫計畫之參加民眾中，年度門診、急診及住院醫療費用較低。
- 年度門診醫療費用較低（差距9.0%-15.2%），年度急診醫療費用較低（差距11.4%-14.5%），且年度住院費用較低（差距17.5%-19.3%）。
- 有參加家醫計畫慢性阻塞性肺病/氣喘、糖尿病及其併發症之住院率低於為參加家醫計畫個案（顯著差異）。

39



# 國外文獻

Family Practice, 2016, Vol. 28, No. 4, 391-397  
doi:10.1080/09638237.2016.1191111  
Advance Access Publication Date: 29 November 2016

Systematic Review

### 10-year review of health care reform on Family Practice Integrated Care Project—Taiwan experience

Feng Jan<sup>1,2</sup>, Tai-Yuan Chiu<sup>3,4</sup>, Ching-Yu Chen<sup>5,6</sup>, Fei-Ran Guo<sup>7</sup> and Jg-Chih Lee<sup>8,9,10,11</sup>

<sup>1</sup>Department of Family Medicine, Medical College, National Taiwan University, Taipei, Taiwan; <sup>2</sup>Department of Medicine, National Taiwan University Hospital, Medical College, National Taiwan University, Taipei, Taiwan; <sup>3</sup>Department of Family Medicine, Taichung Hospital, Taichung, Taiwan; <sup>4</sup>College of Information, Chang Jung University, Taichung, Taiwan; <sup>5</sup>Institute of Medicine, Chung Shan Medical University, Taichung, Taiwan; <sup>6</sup>School of Family Medicine, Taipei, Taiwan;

<sup>7</sup>Correspondence to: Meng-Diuh Lee, Section Association of Family Medicine, H. No.21, Taichung St., Taichung City, Taiwan. E-mail: mdf@tmu.edu.tw

- 自2010年至2015年，家醫計畫參加民眾之流感疫苗接種完成率均高於未參加民眾。家醫計畫之參加民眾之與成人健康檢查率高於未參加民眾，皆呈顯著相關。

家庭醫師參與論質計畫意願高，配合衛生政策度高，非常適合在推動政府相關健康醫療政策時先行試辦的對象

Jan et al. BMC Family Practice (2017) 17:40  
https://doi.org/10.1186/s12874-017-0311-9

BMC Family Practice

## RESEARCH ARTICLE

Open Access

### Awareness of, attitude toward, and willingness to participate in pay for performance programs among family physicians: a cross-sectional study

Chyi-Feng Jan<sup>1</sup>, Meng-Chih Lee<sup>2†</sup>, Ching-Ming Chu<sup>3</sup>, Cheng-Kuo Huang<sup>4</sup>, Shinn-Jang Hwang<sup>5,6</sup>, Che-Jui Chang<sup>7</sup> and Tai-Yuan Chiu<sup>8,9</sup>



## 各界建議及未來規劃

41



## 各界建議-立委關切

- 醫療服務涵蓋量與普及情形，仍有進步之空間，以利具體實施家庭責任醫師制度(邱泰源委員)
- 需加強輔導及提升該計畫之醫療群品質(固定就診率)，並針對評核成績未盡理想者協助改善，以落實增進整體醫療品質，並有助未來依法具體實施家庭責任醫師制度(賴惠員、陳玉珍等多位委員)。

42



## 健保會第5屆111年第6次委員會議

不  
導  
入  
一  
般  
服  
務

√家醫計畫已執行20年，是否有精進改善空間尚有疑慮。

√已有其他相似計畫新增(如代謝症候群管理計畫)，有重複照護疑慮，建議導入。

√家醫計畫技術及服務模式皆已穩定，導入一般服務可減少院所行政負擔，並擴展個案。

√目前計畫穩定性不足，為避免排擠一般服務預算，應暫緩導入一般服務。

√家醫計畫給付為論質計酬之目的，與一般服務論量計酬不同。

√導入一般服務後原先家醫群任務應由誰負責，且重病照護/慢性病個案品質是否能維持。

導  
入  
一  
般  
服  
務

43



## 導入一般服務優缺點分析

優點

- 每一家診所即為家醫診所，具有原本家庭醫師整合性照護計畫之功能
- 不須每年申請，減少紙本及行政作業
- 無須每年分派較需照護族群，由診所自行照護忠誠病人

缺點

- 由診所自行照護忠誠病人，民眾無法得知所屬家庭醫師或診所，照護責任歸屬具疑義。
- 總額現採論量支付，診所可自由選擇是否提供相關醫療照護，如診所未提供相關照護或照護品質不佳，無退場或評核機制
- 較易有多家診所共同照護同一病人，有資源重複投入可能性



## 與醫界共同規劃家醫計畫未來方向

### 有條件導入一般服務

- 50%以上保險對象為家醫計畫收案對象

### 擴大家醫計畫收案對象

- 50%以上保險對象約需7,717.78百萬元

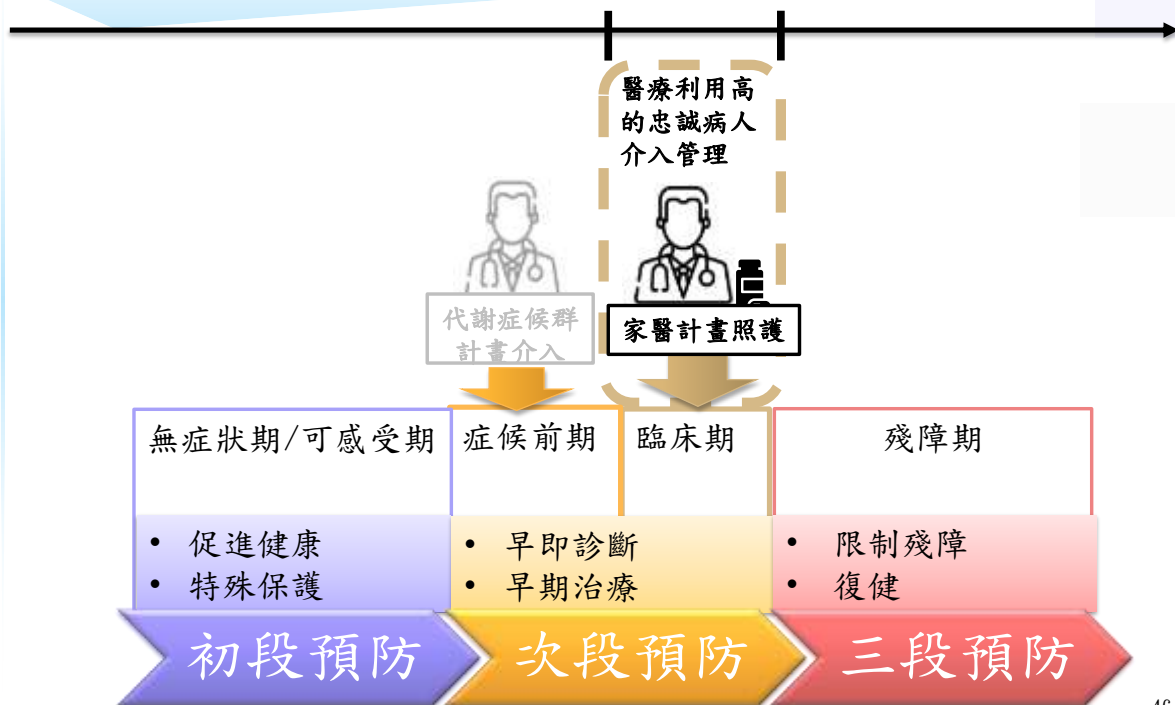
### 逐年擴大辦理、10年導入支付標準

### 與代謝症候群防治計畫進行劃分權責

45



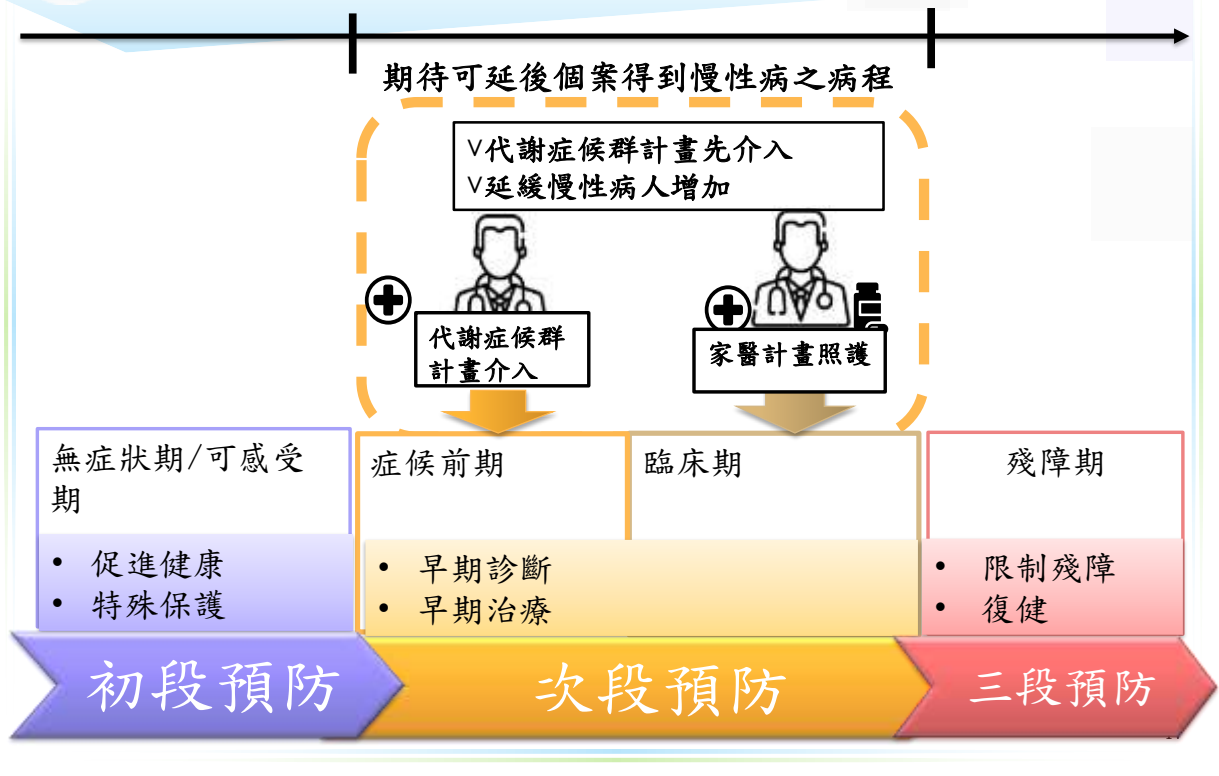
## 家醫計畫及代謝症候群計畫結合



46



## 家醫計畫及代謝症候群計畫結合



## 結語

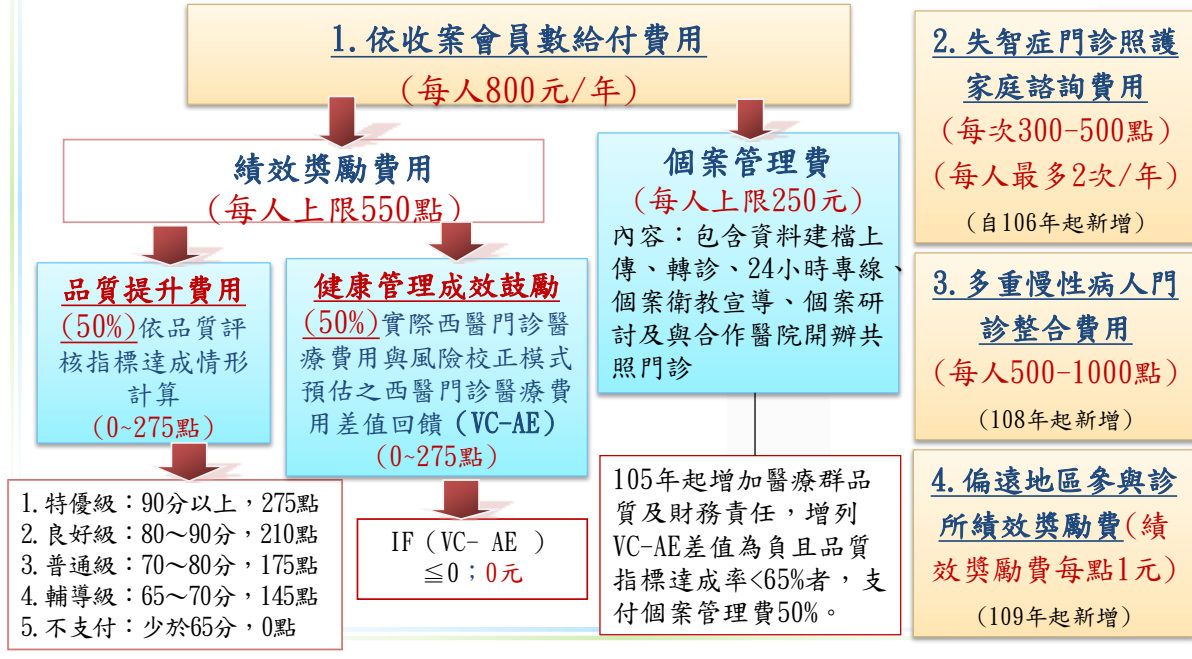
- 社區醫療應以預防醫學、輕症與慢性病照護及居家醫療與臨終照護為努力目標。
- 推動分級醫療係衛福部中長期政策(與代謝症候群計畫合作)，期待建立醫療體系分工合作與民眾之配合。
- 分級就醫做得好，兼顧醫療效率及品質。

# Thank You!



# 經費撥付原則

社區醫療群收案會員每人支付費用800點/年，106年新增失智症門診照護家庭諮詢費用，108新增「多重慢性病人門診整合費」，由收案診所提供多重慢性病人門診用藥整合，以減少於不同院所就醫及重複用藥情形，另於109年增加偏遠地區診所績效獎勵





## 第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：111 年代謝症候群防治計畫專案報告，請鑒察。

說明：

一、依據貴會 111 年第 4 次會議決定辦理，略以請本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。

二、本署說明如下，簡報如附件一(第 122~128 頁)：

(一)背景及計畫執行目的：

- 1.背景：代謝症候群被認為與腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓等慢性疾病的併發症密切相關。
- 2.執行目的：能針對代謝症候群個案早期介入，由醫事服務機構早期發現具高風險罹患慢性病之個案，協助個案追蹤管理，透過醫療人員指導，引導代謝症候群患者改變飲食及生活型態。就可進一步預防或延緩慢性病之發生，以達有效慢性病之防治之目的。

(二)計畫內容：

- 1.公告日期：111 年 6 月 20 日，同年 7 月 1 日起開始收案。
- 2.預算來源與經費：由西醫基層醫療給付費用總額中「代謝症候群防治計畫」(下稱代謝計畫)專款項目下支應，計 3.08 億。
- 3.執行目標：提供 10 萬名代謝症候群個案疾病危險因子管理服务。
- 4.預期效益之評估指標：
  - (1)代謝症候群改善率。
  - (2)介入成效率  $\geq 30\%$ 。
- 5.收案評估：
  - (1)醫師向收案對象說明計畫及研擬照護目標及策略。
  - (2)將個案基本資料及相關檢驗資料登錄於 VPN。

(3)交付「代謝症候群疾病管理紀錄表」衛教指引予個案進行自我管理。

#### 6.追蹤管理：

- (1)醫師以電話、訪視、診間等方式追蹤個案健康管理情形，並提供衛教指導。
- (2)將個案追蹤項目、方式及收案評估未達標準之檢驗檢查項目等資料登錄於 VPN。

#### 7.年度評估：

- (1)依個案代謝症候群五大指標之改善情形，評估結案或擬定次年度照護目標。
- (2)將個案危險因子、伴隨疾病及檢查數據等資料登錄 VPN。

#### (三)執行情形：

截至 11 月 22 日止，參與院所計 1,164 家，參與醫師計 1,916 人，收案人數計 19,507 人。

#### (四)費用申報情形：

111 年 7~9 月院所申報醫療費用，收案評估費(P7501C)約 1,400 萬點，追蹤管理費(P7502C)約 6,000 點，因依計畫規定年度評估費需於申報追蹤管理費後至少間隔 12 週，故尚無年度評估費。

#### (五)初步成效評估：

##### 1.個案追蹤資料達標準值情形：

- (1)於 19,507 人收案人數中，1,490 人已有追蹤資料，占 7.6%。
- (2)收案時檢測項目未達標準之個案，於第一次追蹤時，已有 7%~47%個案其檢驗檢查項目達標準值。
- (3)收案時已使用藥物之個案，於第一次追蹤時，已有 4%~10%個案已無使用藥物。

##### 2.個案追蹤資料達個案進步獎勵情形：

收案時檢測項目未達標準之個案數，於第一次追蹤時，已有

27%~46%個案其檢驗檢查項目達目標值。

(六)與醫界持續溝通，並配合修訂計畫及相關配套：

- 1.111 年 7 月與醫界召開溝通會議，並與國民健康署共同訂定本計畫問答集，計畫規範調整如下：
  - (1)為避免院所重複執行檢驗，收案評估之檢驗檢查項目得採用收案日前 3 個月內之檢驗檢查數據。
  - (2)個案倘已被「糖尿病」及「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」醫療給付改善方案收案，即不應收案。
- 2.持續收集醫界意見，調整本計畫 VPN 個案登錄系統檢核邏輯。
- 3.配合衛生福利部政策所需，並考量計畫之延續性，於 111 年 11 月 9 日公告修訂本計畫收案期限由 111 年 10 月 31 日延長至 111 年 12 月 31 日，以提升收案人數。

(七)後續辦理事項：

- 1.112 年預算金額尚不確定，刻正依程序兩案併陳待部長核定：
  - (1)西醫基層代表版本維持 3.08 億元：預估可收案人數為 14 萬人。
  - (2)付費者代表版本增至 6.16 億元(新增 3.08 億元):預估可收案人數為 29 萬人。
- 2.修訂 112 年計畫：已蒐集相關學協會及國民健康署意見，預訂於 12 月 15 日召開討論會議以取得共識。

報告單位業務窗口：呂姿擘專門委員，聯絡電話：02-27065866 分機 2650

.....  
本會補充說明：

- 一、依本(111)年 4 月份委員會議(111.4.21)決議：請中央健康保險署(下稱健保署)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，並於本年 12 月提出專案報告，健保署乃於本次委員會議提出專案報告。另

本會委員於前開會議亦提出諸多寶貴意見，如：應增加照護人數、每人給付單價過高、宜降低評估及檢驗(查)費，避免醫療化、費用管控應避免重複收案、成效評估應納入藥物影響等建議(如附件二，第 129~131 頁)。

二、依健保署所提專案報告，本計畫自本年 6 月 20 日公告實施，並自 7 月 1 日開始收案，預計收案至 12 月 31 日。

(一)初步執行結果(詳第 7~11 張簡報)：

截至 11 月 22 日，收案人數為 19,507 人(執行目標 10 萬人)，其中 1,490 人已有追蹤資料，並有部分個案檢驗(查)項目已改善至達標準值或無使用藥物，顯示其具初步成效。

(二)112 年修訂重點(詳第 12~14 張簡報)：

- 1.收案人數將提升至 29 萬人(付費者代表方案 6.16 億元)，或 14 萬人(西醫基層代表方案 3.08 億元)。
- 2.為避免重複執行檢驗，修訂得採用收案前 3 個月內之檢驗(查)數據。
- 3.收案對象排除醫療給付改善方案(糖尿病、糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案)收案者。
- 4.健保署將收集相關意見，預定於 12 月 15 日召開會議討論。(如有會議結論，請健保署於會上補充說明)

三、本會研析意見：

(一)建議結合代謝計畫與家醫計畫，加強個案管理功能，提升整體照護成效：

- 1.代謝計畫為 111 年新增計畫，旨在藉由個案管理，發揮早期診斷、早期治療之次段預防功能，以減少國人罹患慢性病，其個案管理性質與執行多年的家庭醫師照護模式類似。目前代謝計畫收案人數未達目標，建議結合家醫群力量及家醫照護模式，鼓勵家醫群醫師積極加入代謝計畫，以擴展照護人數、提升照護成效，使資源有效運用。
- 2.建議結合代謝計畫與家醫計畫，除可統籌照護人力、發展個

案管理模式外，亦可運用健康科技，透過數位醫療與通訊診療，持續追蹤民眾健康改善情形，強化個案追蹤管理功能，以達到預防及延緩慢性病發生之目的。

- (二)本會業將 112 年度西醫基層總額協商結論以兩案併陳報衛福部核定，請健保署俟衛福部核定後，會同健康署及醫師公會全聯會，依照核定內容，及早研修 112 年度代謝計畫，並規劃與家醫計畫共同執行。

決定：

衛生福利部全民健康保險會  
第5屆111年第12次委員會議

# 111年代謝症候群防治計畫 專案報告



## 報告大綱

- 計畫內容
- 執行成效
- 後續辦理情形



## 背景及計畫執行目的

- **背景：**代謝症候群被認為與腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓等慢性疾病的併發症密切相關。

- **執行目的：**

能針對代謝症候群個案早期介入，由醫事服務機構早期發現具高風險罹患慢性病之個案，協助個案追蹤管理，透過醫療人員指導，引導代謝症候群患者改變飲食及生活型態。就可進一步預防或延緩慢性病之發生，以達有效慢性病之防治之目的。

3



## 計畫內容(1/3)

- **公告日期：**111年6月20日，同年7月1日起開始收案
- **預算來源與經費：**由西醫基層醫療給付費用總額中「代謝症候群防治計畫」專款項目下支應，計3.08億。
- **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
- **預期效益之評估指標：**
  - 代謝症候群改善率
  - 介入成效率 $\geq 30\%$

4



## 計畫內容(2/3)

### 收案評估

1. 醫師向收案對象說明計畫及研擬照護目標及策略。
2. 將個案基本資料及相關檢驗資料登錄於VPN。
3. 交付「代謝症候群疾病管理紀錄表」衛教指引予個案進行自我管理。

申報收案評估費  
(P7501C)



#### 代謝症候群五大指標

1. 腰圍
2. 飯前血糖
3. 血壓
4. 三酸甘油酯
5. 高密度脂蛋白膽固醇

#### 檢驗項目

1. 飯前血糖
2. 三酸甘油酯
3. 高密度脂蛋白膽固醇
4. 低密度脂蛋白膽固醇
5. 醣化血色素
6. 總膽固醇

代謝症候群疾病管理紀錄表

姓名	張三
性別	男
年齡	55
身高	175
體重	85
腰圍	95
飯前血糖	120
血壓	130/85
三酸甘油酯	180
高密度脂蛋白膽固醇	40
低密度脂蛋白膽固醇	160
醣化血色素	6.5
總膽固醇	200

5



## 計畫內容(3/3)

### 追蹤管理

1. 醫師以電話、訪視、診間等方式追蹤個案健康管理情形，並提供衛教指導。
2. 將個案追蹤項目、方式及收案評估未達標準之檢驗檢查項目等資料登錄於VPN。

申報追蹤管理費  
(P7502C)。

### 年度評估

1. 依個案代謝症候群五大指標之改善情形，評估結案或擬定次年度照護目標。
2. 將個案危險因子、伴隨疾病及檢查數據等資料登錄VPN。

申報年度評估費  
(P7503C)。

6





## 執行情形

參與診所數

參與醫師數

收案人數

1,164  
家



1,916  
位



19,507  
人



備註: 資料統計期間至111.11.22(健保署醫療資訊系統)

7



## 費用申報情形

項目	111年7月-9月		醫師數	診所數
	件數	點數		
收案評估費 (P7501C)	15,553	13,997,700	874	580
追蹤管理費 (P7502C)	32	6,400	25	26
年度評估費 (P7503C)	0	0	0	0
<b>總計</b>	<b>15,585</b>	<b>14,004,100</b>	<b>874</b>	<b>580</b>

8



## 個案追蹤資料達標準值情形(1/2)

1. 於19,507人收案人數中，1,490人已有追蹤資料，占7.6%。
2. 收案時檢測項目未達標準之個案，於第一次追蹤時，已有7%-47%個案其檢驗檢查項目達標準值。

序號	檢驗檢查項目	收案時檢測項目未達標準之個案數(A)	追蹤值已達標準值個案數(B)	比率(B/A)
1	腰圍	987	97	9.8%
2	身體質量指數(BMI)	712	52	7.3%
3	飯前血糖(AC)	658	193	29.3%
4	收縮壓	732	260	35.5%
5	舒張壓	488	229	46.9%
6	三酸甘油酯(TG)	678	232	34.2%
7	高密度脂蛋白(HDL)	525	124	23.6%

9



## 個案追蹤資料達標準值情形(2/2)

收案時已使用藥物之個案，於第一次追蹤時，已有4%-10%個案已無使用藥物。

序號	藥物項目	收案時使用藥物個案數(A)	追蹤值已無使用藥物個案數(B)	比率(B/A)
1	降血糖藥物	266	20	7.5%
2	降血壓藥物	809	30	3.7%
3	降血脂藥物	729	72	9.9%

10



## 個案追蹤資料達個案進步獎勵情形

1. 於19,507人收案人數中，1,490人已有追蹤資料，占7.6%。
2. 收案時檢測項目未達標準之個案數，於第一次追蹤時，已有27%-46%個案其檢驗檢查項目達目標值。

序號	檢驗檢查項目	收案時檢測項目未達標準之個案數(A)	追蹤值已達個案進步獎勵目標值個案數(B)	比率(B/A)
1	腰圍	1,315	350	26.62%
2	飯前血糖	854	311	36.42%
3	收縮壓	993	338	34.04%
4	舒張壓	672	312	46.43%
5	三酸甘油酯	899	357	39.71%
6	低密度脂蛋白	384	168	43.75%

11



## 與醫界持續溝通，並配合修訂計畫及相關配套(1/2)

1. 111年7月與醫界召開溝通會議，並與國民健康署共同訂定本計畫問答集，計畫規範調整如下：
  - 1) 為避免院所重複執行檢驗，收案評估之檢驗檢查項目得採用收案日前3個月內之檢驗檢查數據。
  - 2) 個案倘已被「糖尿病」及「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」醫療給付改善方案收案，即不應收案。

12



## 與醫界持續溝通，並配合修訂計畫 及相關配套(2/2)

1. 持續收集醫界意見，調整本計畫VPN個案登錄系統檢核邏輯。
2. 配合衛生福利部政策所需，並考量計畫之延續性，於111年11月9日公告修訂本計畫收案期限由111年10月31日延長至111年12月31日，以提升收案人數。

13



## 後續辦理事項

1. 112年預算金額尚不確定，刻正依程序兩案併陳待部長核定：
  - 1) 西醫基層代表版本維持3.08億元：預估可收案人數為14萬人。
  - 2) 付費者代表版本增至6.16億元(新增3.08億元)：預估可收案人數為29萬人。
2. 修訂112年計畫：已收集相關學協會及衛生福利部國民健康署意見，預訂於12月15日召開討論會議以取得共識。

14

## 「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」本會委員意見摘要

- 一、整體而言本計畫具前瞻性，肯定其結合前端預防及治療之方向：本計畫旨在改變個案生活型態及健康習慣養成，整合疾病前期預防與疾病治療，具前瞻性，惟規劃內容尚有改善空間，請再評估檢討。
- 二、請重新訂定所提之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，送本會確認：
  - (一)執行目標：「照護人數」及「每人支付費用」與總額協商原提規劃及協定事項有落差，應增加照護人數，並檢討支付單價。
  - (二)預期效益評估指標：所提「完整照護達成率」屬過程面指標，未能反映計畫效益。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、減少健保支出等，並提供指標定義。
- 三、所提計畫尚有改善空間，委員之建議摘要如下：
  - (一)費用支付方式
    - 1.每人單價過高，應檢討支付合理性：每案可申報之金額高達2,000~3,450點，遠高於家醫計畫(800點)及協商之預算規劃。目前在健保財務不佳之際，更應妥善使用有限資源。
    - 2.宜降低評估及檢驗檢查費、提高成效獎勵誘因，避免醫療化：多數經費用於評估及管理費，尤其是用於檢驗檢查，而獎勵照護成效費用相對較少。疾病前期照護，應以改善生活型態為主，避免照護往醫療化發展。
  - (二)個案獎勵及診所獎勵
    - 1.個案進步獎勵，宜有客觀標準：從管理角度，個人客製化目標差異大，不易評估整體成效。建議應有客觀衡量標準，可依個

案病況分類，設定不同進步區間的目標值。

2. 診所獎勵，宜提高獎勵誘因及鑑別度：診所獎勵雖訂有 8 項反映院所執行績效之評核指標，但相較於評估及檢驗、檢查費用，獎勵績優診所執行績效之誘因相對不足。
3. 對於個案之健康改善，宜有長期追蹤成效之機制，以確認計畫持續效果。

### (三)成效評估與追蹤

1. 建議提出計畫之成本效益分析：應提出計畫成本效益分析，讓各界審視投資是否合乎效益。
2. 應將使用藥物等影響因素納入成效評估考量：為評估健康狀況改善是否為生活型態改變所致，應將是否使用藥物、藥品項數或劑量、其他介入措施(如自費減重)等因素納入評估。

### (四)費用管控措施及其他建議

1. 應避免重複收案，浪費醫療資源：對於同一個案在不同院所重複收案，或結案 1 年後在同一院所(或 1 年內不同院所)重新收案等情形，宜說明如何規範及進行利用控管。
2. 加強跨專業協力合作，並結合社區資源，提供完整照護：為建立個案健康生活型態，計畫應納入營養諮詢、運動指導等多元與完整的衛教及照護，並善用社區資源(如運動教練)，提升照護成效。
3. 個案應被充分告知及掌握個人健康訊息，以利自我管理：診所在收案過程中應充分告知，並提供個案相對的健康檢測等訊息，建議可結合健康存摺或其他工具(如小冊)，另對於健康知能、社會經濟弱勢個案，宜提供合適的介入方式。
4. 給予個案成效回饋，肯定其努力：生活習慣改變或健康行為的建立，大部分需靠病人自身的努力，應有回饋個案之機制，增強個案自我照護動機。
5. 建議修正文字，計畫追蹤管理文字：「提供持續性電話諮商或...」，建議改成諮詢，因諮商是臨床心理師的專業用語。

#### 四、請健保署書面回復所有委員之提問意見，以利總額協商

委員之詢問均為計畫執行重點疑問，因時間因素，健保署未及在會上回復，爰請健保署書面回覆所有委員的提問意見(含書面意見)，以利委員充分瞭解最後執行方式及管理理念，有助於今年度協商所需資訊。

### 第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：急診品質提升方案監測指標研修結果，請鑒察。

說明：

- 一、依據貴會 111 年 7 月 29 日、同年 9 月 23 日 111 年第 7、9 次委員會議決議(定)事項暨本署 111 年 11 月 23 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額 111 年第 4 次研商議事會議(下稱醫院研商會議)決議辦理。
- 二、案係本署前於 111 年 7 月 29 日向貴會報告全民健康保險急診品質提升方案(下稱急診方案)執行成效，其中監測之指標包含：
  - (一)急診病人停留超過 24 小時的比率。
  - (二)急診後轉住院滯留急診 48 小時以上案件比率。
  - (三)檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時之比率。
  - (四)檢傷四、五級急診病人離開醫院<4 小時之比率。
  - (五)完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6 小時之比率。
- 三、與會委員提出意見如下：
  - (一)因部分檢傷一級病人未必是重大疾病，建議原「完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6 小時之比率」指標增加急診檢傷一級之病人。
  - (二)因檢傷一級病人移至前述「6 小時內進入加護病房比率」指標中監測，建議原「檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時之比率」指標移除檢傷一級病人。
  - (三)檢傷四、五級急診病人離開醫院<4 小時之比率，應考量醫院實務上係優先救治一~三級病人，監測時宜審慎解讀。
- 四、本署依前開意見，提至 111 年第 4 次醫院研商會議討論(原指標及定義修改後指標結果如附件，如第 135~137 頁)，綜整會議代表及急診醫學會意見，摘要說明：
  - (一)考量檢傷一級之病人未必需進入加護病房，建議維持原指標



定義。

(二)疫情期間急診壅塞加劇，應係受疫情指揮中心要求保留一定床數做為 COVID-19 專責病房、急診執行快篩、PCR 及施打疫苗，致人力及病床不足所致。

(三)有關病人選擇至特定醫學中心急診就醫一事，預期本署推動使用者付費之部分負擔上路後，輕症病人應會有自主分流情況，建議持續監測。另亦應持續宣導分級醫療觀念，以提升民眾之意識。

五、綜上，本署將依前開會議決議，維持現行急診品質提升方案指標，除每半年於本署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監測「急診病人停留超過 24 小時的比率」外，並持續於評核會提出監測結果及滾動式檢討改善。

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

.....  
本會補充說明：

一、本案緣由：

(一)本會委員關切急診方案於本(111)年 4 月 1 日公告修訂後，因刪除部分反映急診處置效率指標(如「急診病人停留超過 24 小時的比率」)，將無法評估方案及是否達到「紓解急診壅塞情形」之目標，乃請健保署於第 7 次委員會議(111.7.29)提報執行情形，並決定請健保署持續監測原方案所訂指標，將監測結果送會，俾納為總額協商參考。

(二)惟本會委員復於第 9 次委員會議(111.9.23)對急診方案指標提出修訂意見(詳說明三)，該次會議決定：「請健保署會同醫院總額相關團體研修急診方案相關監測指標，並將研修結果提報本會」。

二、健保署業依上開決定事項，於醫院總額 111 年第 4 次研商議事會議(111.11.23)提案討論研修指標，該會議研商結果(詳說明四)，急診方案之監測指標暫不修訂。另該署將持續於年度執行

成果評核提出監測結果，並滾動式檢討改善。

### 三、本會研析意見：

(一)由健保署提報各項指標 111 年 1~9 月相較 110 年之監測結果 (如附件如第 135~136 頁)顯示：

1.急診停留時間之 2 項相關指標已改善：

(1)「急診病人停留超過 24 小時的比率」：由 2.5%下降至 2.3%。

(2)「檢傷四、五級急診病人離開醫院<4 小時之比率」：由 95.4% 上升至 96.8%。

2.急診轉住院之 3 項相關指標仍待改善：

(1)「急診後轉住院滯留急診 48 小時以上案件比率」：由 2.5% 上升至 3.1%。

(2)「檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時之比率」：由 66.6%降至 62.5%。

(3)「完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6 小時之比率」：由 53.6%降至 48.5%。

依健保署說明(詳說明四)，疫情期間急診壅塞加劇，應係配合防疫措施，致人力及病床不足所致。並預期推動使用者付費之部分負擔上路後，輕症病人應會有自主分流情況。

(二)考量急診壅塞問題影響因素眾多，現階段疫情已漸趨緩，而部分負擔改變尚未上路，未來仍需持續監測急診處置效率相關指標。請健保署依本會決定事項，將指標監測結果送會，本會將持續評估方案實施成效，並做為年度總額執行成果評核及協商之參考。

決定：

## 現行急診方案監測指標結果

## 一、急診病人停留超過 24 小時的比率。

年度	項目	醫學中心	區域醫院	地區醫院	總計
110 年	分子	100,043	38,474	9,220	147,737
	分母	1,461,185	2,859,894	1,572,755	5,893,834
	比率	6.8%	1.3%	0.6%	2.5%
111 年 1 月-9 月	分子	77,634	41,432	10,394	129,460
	分母	1,293,636	2,751,516	1,527,291	5,572,443
	比率	6.0%	1.5%	0.7%	2.3%

註：分母：急診總人次。

分子：急診病人停留超過 24 小時人次。

## 二、急診後轉住院滯留急診 48 小時以上案件比率。

年度	項目	醫學中心	區域醫院	地區醫院	總計
110 年	分子	22,153	5,626	856	28,635
	分母	364,219	583,018	218,787	1,166,024
	比率	6.1%	1.0%	0.4%	2.5%
111 年 1 月-8 月	分子	16,348	6,541	1,422	24,311
	分母	247,899	390,991	148,735	787,625
	比率	6.6%	1.7%	1.0%	3.1%

註：分母：同院急診後轉住院之案件數。

分子：分母案件中急診滯留>48 小時之案件數。

## 三、檢傷一、二、三級急診病人轉入病房&lt;8 小時之比率。

年度	項目	醫學中心	區域醫院	地區醫院	總計
110 年	分子	159,305	394,648	153,168	707,121
	分母	345,395	530,879	185,492	1,061,766
	比率	46.1%	74.3%	82.6%	66.6%
111 年	分子	111,392	273,765	110,106	495,263

年度	項目	醫學中心	區域醫院	地區醫院	總計
1月-9	分母	255,459	396,887	140,395	792,741
	比率	43.6%	69.0%	78.4%	62.5%

註：分母：檢傷一、二、三級病人住院人次。

分子：檢傷一、二、三級病人轉入病房<8小時之人次。

#### 四、檢傷四、五級急診病人離開醫院<4小時之比率。

年度	項目	醫學中心	區域醫院	地區醫院	總計
110年	分子	117,051	374,708	265,625	757,384
	分母	129,318	392,001	272,275	793,594
	比率	90.5%	95.6%	97.6%	95.4%
111年 1月-9月	分子	171,868	530,390	354,138	1,056,396
	分母	180,693	546,014	364,226	1,090,933
	比率	95.1%	97.1%	97.2%	96.8%

註：分母：檢傷四、五級病人出院人次(當次門診及住院申報檔有申報急診治療起、迄日且有申報檢傷四、五級急診診察費醫令，並扣除有住院之案件數總計)。

分子：檢傷四、五級病人4小時內出院人次。

#### 五、完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6小時之比率。

年度	項目	醫學中心	區域醫院	地區醫院	總計
110年	分子	2,465	3,816	1,043	7,324
	分母	4,569	6,081	3,012	13,662
	比率	54.0%	62.8%	34.6%	53.6%
111年 1月-9月	分子	1,713	2,644	829	5,186
	分母	3,433	4,638	2,616	10,687
	比率	49.9%	57.0%	31.7%	48.5%

註：分母：完成急診重大疾病照護總人次。

分子：完成急診重大疾病照護於六小時內轉入加護病房人次。

## 健保會委員建議修改之監測指標結果

### 一、檢傷一級病人及完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6 小時之比率：

年度	項目	醫學中心	區域醫院	地區醫院	總計
110 年	分子	11,042	22,514	7,250	40,806
	分母	37,945	51,931	18,081	107,957
	比率	29.1%	43.4%	40.1%	37.8%
111 年 1 月-9 月	分子	7,489	14,950	5,270	27,709
	分母	27,802	39,948	14,852	82,602
	比率	26.9%	37.4%	35.5%	33.5%

註：分母：急診案件中，檢傷第一級且急診後有轉住院及完成急診重大疾病之案件。  
分子：分母案件中，於六小時內轉入加護病房人次。

### 二、檢傷二、三級急診病人轉入病房<8 小時之比率：

年度	項目	醫學中心	區域醫院	地區醫院	醫院總計
110 年	分子	140,762	358,302	139,728	638,792
	分母	310,347	483,115	169,495	962,957
	比率	45.4%	74.2%	82.4%	66.3%
111 年 1 月-9 月	分子	98,826	248,117	99,625	446,568
	分母	229,837	360,044	127,349	717,230
	比率	43.0%	68.9%	78.2%	62.3%

註：分母：檢傷二、三級病人住院人次。  
分子：分母案件中，於八小時內轉入病房人次。

#### 第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：健康存摺 SDK(Software Development Kit, 軟體開發套件)資料應用說明，請鑒察。

說明：

- 一、依據貴會第 5 屆 111 年第 11 次委員會議決議辦理。
- 二、本署依據前揭決議，於本次委員會議提出「健康存摺 SDK 資料應用」報告，說明如下，簡報如附件(第 144~153 頁)。
- 三、背景說明：為協助民眾進行健康管理，便利其自主利用健康存摺資料，落實全民健康保險增進全體國民健康目的，本署依個人資料保護法(以下簡稱個資法)第 10 條公務機關應依當事人之請求，就其蒐集之個人資料，答覆查詢、提供閱覽或製給複製本之規定，於 108 年 3 月提供健康存摺軟體開發套件(Software Development Kits, SDK) 介接行動應用程式(App)之服務；民眾可透過 SDK 將個人的用藥及檢驗結果等健康資料，分享給信任的第三方進行增值運用，落實健康資料自主權，而後在生活上享受更多健康照護服務，強化自我健康管理，例如：線上醫療諮詢、疾病管理及企業照護員工健康等服務。
- 四、SDK 機制：

- (一)身分認證登入：「第三方 App」依相關規定及程序完成 SDK 介接後，民眾開啟「第三方 App」登入「健康存摺 SDK」，需經過實名身分認證程序，輸入健康存摺之帳號、健保卡卡號及密碼等，以確保登入者為資料所有人本人。
- (二)民眾自主授權及知情同意：民眾可自行選擇欲提供的健康存摺資料內容及範圍，每次提供資料前需先審閱該 App 之「隱私權益告知聲明」，民眾依個資法第 16 條或第 6 條當事人同意之規定，於點選同意提供之資料範圍後，系統會再次提醒民眾務必了解資料提供風險，及審慎評估該第三方 App 是否值得信任，並設定讀取五秒數作確認，本署即產製資料檔

案以加密形式傳送至民眾手機或行動裝置中(資料落地)，便利民眾依政府資訊公開法及個資法取得及利用健康存摺資料。後續「第三方 App」依本署所定資訊安全程序取得解密金鑰，進行檔案解密作業，始取得民眾所同意提供的資料再進行加值服務。



(三)維護民眾使用權利：本署要求介接單位應於「隱私權益告知聲明」及應用程式中，提供聯絡資訊，民眾可依個資法第 3 條規定隨時要求第三方 App 停止蒐集、處理或利用或刪除民眾的個人資料，若欲將已經提供的資料進行取回或刪除的動作，並得立即與第三方 App 客服及相關人員聯繫。

## 五、管理作業：

(一)管理要點訂定：本署參考政府資訊公開法及個資法規定，透過 SDK 介接健康存摺，便利人民下載自己健康資料，並在其同意下提供第三方利用。為降低第三方濫用侵害民眾權益風險，本署於 109 年 1 月 20 日公告訂定「健康存摺系統軟體開發套件使用管理要點」，對第三方進行管理，111 年 2 月 25 日修訂。本要點針對 SDK 申請者資格、申請程序、資安機制、隱私權益聲明、資料應用方式、停權機制、損害賠償責任等均訂有管理機制，以保障民眾資料妥適應用。

(二)針對介接單位管理措施：

1.行政審查：申請單位須提供申請文件，包括：合法申請人登

- 記證明文件(如登記機關核准公司登記之核准函或公司登記表)、行動應用App基本資安檢測證明、隱私權益告知聲明、應用計畫書等說明，以利本署針對申請目的及應用服務進行審查。
- 2.充分提示隱私權益告知聲明：介接單位應依個資法第8條規定，明確告知個人資料蒐集之目的、類別及利用之期間、地區、對象及方式等內容提供「隱私權益告知聲明」，該聲明經本署確認資料處理或利用應與蒐集目的有正當合法之關聯，以符合個資法相關法律規定。當民眾開啟第三方App連結至健康存摺時，本署要求App應明確顯示「隱私權益告知聲明」內容，使民眾在提供資料前明確知悉自身權益。
  - 3.資安檢測合格證明：所有申請介接的App需經過經濟部工業局行動應用App資安認證機制，其針對App安全風險評估與審驗，通過資安檢測項目及各項檢查事項等，取得「行動應用App基本資安檢測合格證明」至少L2等級以上，以規範App安全防護能力及安全品質；並且每年更新證明，確保App符合現階段資訊安全水準要求。(行動應用App基本資安標章依照App安全性共分三種類別，L1為無須使用者身分鑑別之行動應用程式，標章顯示一顆星、L2為須使用者身分鑑別之行動應用程式，標章顯示二顆星、L3為含有交易行為之行動應用程式，標章顯示三顆星。)
  - 4.簽署契約：介接單位向本署申請並完成介接後，需簽署SDK使用契約書，其明確相關權利義務及應遵守事項，俾利後續管理課責及保障民眾利益。
  - 5.資訊公開：為利各方快速瞭解SDK相關訊息，本署於官網設置SDK健康服務連結專區(路徑：首頁>健保服務>健保與就醫紀錄查詢>健康存摺My Health Bank>SDK健康服務連結，網址：

[https://www.nhi.gov.tw/Content\\_List.aspx?n=1D03852A21A12](https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=1D03852A21A12)



[2D1&topn=5FE8C9FEAE863B46](#) )，提供簡報說明、已完成健康存摺SDK介接之第三方APP名單、申請流程、管理要點、隱私權益告知聲明、契約範本及常見問題(Q&A)等資料，落實政府資訊公開法之相關規定。



六、申請及介接情形：統計至 2022 年 11 月 15 日，計有 148 家 347 支 App 申請健康存摺 SDK 介接，其中 31 家 64 支 App 已於 Google play 及 App store 商店上架，提供民眾下載使用(APP 資訊請掃描 QR Code)。



報告單位業務窗口：企劃組王宗曦組長、陳蔚澄視察，聯絡電話：02-27065866 分機 2534、2586

.....  
本會補充說明：

一、本案係依據本(111)年第 11 次委員會議(111.11.18)優先報告事項關於健保署業務執行季報告之決議，請健保署就委員意見有關健康存摺 SDK 部分，回復說明並安排後續報告事宜。

二、前次會議，委員關心民間公司可申請獲准成為健康存摺 SDK 介接單位，是否會影響民眾個資安全，以及民眾個資會不會被不當應用，乃提出下列意見：

(一)如何確認第三方 APP 介接公司之資安認證品質：因民眾健康存摺內的資料，會透過 SDK 介接到第三方 APP，僅要求申請介接的 APP 須提供資安檢測合格證明，卻未明確規範須經什麼樣的資安測試方式與程序，無法得知其資安檢測合格證明之可靠性，且民眾是否知道 SDK 介接到第三方 APP 存有個資資安風險問題？

(二)免費授權民間介接公司之法源、課責機制及對民眾的影響：目前完成健康存摺 SDK 介接，有 22 家為民間公司(包含基因公司、商業保險公司、健康管理公司)，可能會衍生下列問題：

1.健保資料庫提供學術研究機構在原始蒐集目的外利用之釋憲

案已備受爭議，健保署為何此時還要將民眾的就醫及健康個資免費送給介接公司？法源依據為何？

2. 基因資料屬敏感個資，涉及非常嚴重的倫理規範，授權給基因公司的法源為何？審查機制為何？
3. 健康存摺 SDK 介接給第三方進行加值服務，健保署能獲得什麼好處(民眾會因此更健康而少用健保、介接公司是否會回饋部分商業利益)？為何健保署不自己做加值應用？
4. 是否對介接公司有課責機制，如民眾就醫及健康個資被不當利用或外流，是否有罰則？
5. 民眾就醫及健康個資可能會被介接公司留存下來，是否會影響民眾投保商業保險的權益？

(三)請健保署就委員對 SDK 介接健康存摺之疑慮，包含民眾個資安全確保、介接公司名單及其與健保署有哪些承諾等，進行專案報告。

三、健康存摺 SDK 係健保署為協助民眾進行健康管理，在經民眾同意授權下，可將健康存摺內之就醫及健康資料(包含門住診與手術及用藥紀錄、影像或檢驗檢查及癌症篩檢結果、成人預防保健結果等)，透過 SDK 介接，提供給第三方 APP(由民間自行開發設計的健康管理 APP，非健保署「全民健保行動快易通」)進行加值運用。目前透過 SDK 介接健康存摺的第三方 APP 計有 31 家介接單位，類別如下(摘自健保署網站)：

類別	家數	名稱
醫療院所	8	1.台大醫院行動服務、2.三總急診行動醫療互動平台、3.臺中榮民總醫院行動掛號、4.長庚 e 指通服務、5.北醫附醫、6.北榮腎臟寶鑑、7.天成醫療體系、8.強腎鏈
健康管理	20	1.診所通、2.大樹健康 GO、3.中華健康雲、4.智抗糖、5.WaCare、6.DataBank、7.奇小葳、8.H2U 健康銀行及 H2U 健康銀行+、9.健康行動 go、10.健康小蜜蜂、11.創源基因、12.Health365 健康照護平台、13.AI 健康分、14.Asus Health 720、15.健寶運動、16.國泰寶寶、17.享健康、18.醫病

類別	家數	名稱
		通、19.數位照護 Note、20.AI 健康寶
政府機關	1	健康署健康妙管家
其他	2	1.TWCA 電子保單瀏覽器、2.安聯 i 健康

#### 四、本會研析意見：

##### (一)整理健保署針對本會委員意見之回復重點如下：

委員意見	健保署回復重點
1.如何確認第三方 APP 介接公司之資安認證品質、民眾是否知道 SDK 介接到第三方 APP 存有個資資安風險問題？	1.所有申請介接的 App 需經過經濟部工業局「行動應用 App 基本資安檢測合格證明」至少 L2 等級以上，且需每年更新證明。 2.每次登入健康存摺 SDK，於提供資料前，系統會再次提醒民眾務必了解資料提供風險，及審慎評估該第三方 App 是否值得信任。
2.免費授權民間介接公司之法源、課責機制及對民眾的影響	1.SDK 介接法源：個資法第 10 條。 2.民眾可隨時要求第三方 App 停止蒐集、利用或刪除個人資料。

##### (二)為確保民眾就醫資料之隱私權益保護及妥適應用，請健保署針對前次會議委員提出之疑慮，再詳加說明，包含：

- 1.免費授權民間介接公司可使用民眾就醫及健康資料之妥適性，及法源依據。
- 2.健保署核准成為介接單位之審核機制與標準、申請條件有無規範不適合參加者(例如基因涉及倫理規範，基因公司是否適合參加)。
- 3.健康存摺 SDK 介接對民眾及健保署之好處、健保署能否精進「全民健保行動快易通」，提供更多加值應用。
- 4.如何確保民眾就醫及健康個資不會被介接公司不當利用或外流，對介接公司之課責機制與罰則。
- 5.健康存摺 SDK 介接，對民眾投保商業保險權益之影響。

決定：



衛生福利部全民健康保險會111年第12次委員會議

# 健康存摺SDK資料應用

## 中央健康保險署

111年12月23日



## 全民健保資料應用

健康存摺  
103年實施



協助民眾進行自我健康管理

個人醫療歸戶  
資料庫



健保醫療資訊雲端查詢  
102年實施



提供醫事人員查詢，保障病人安全及避免重複檢查及用藥

健保費、醫療(西、中、牙門診、住院、用藥、手術) 預防接種、癌症篩檢等

第三方應用



透過SDK  
自主授權



保險對象/民眾

就醫行為

醫療服務

用藥、手術、檢查檢驗紀錄、  
出院病摘、檢查檢驗結果、  
牙科處置及手術、復健等



醫療提供者 院所HIS

繳納保費  
保險憑證

支付費用  
申報資料



# 健康存摺SDK法制基礎及實施目的

### 法制基礎

本署依個人資料保護法第10條依當事人之請求，就其蒐集之個人資料，答覆查詢、提供閱覽或製給複製本之規定，於2014年建置「**健康存摺**」系統、2019年開發「**SDK**」，落實民眾健康知情權及資料自主權。

### 目的

為**協助民眾進行健康管理**，便利其**自主利用個人就醫及健康資料**，落實全民健康保險增進全體國民健康。

### 當事人同意

依個資法第16條或第6條當事人同意之規定，**民眾自主點選同意**提供之資料範圍後，本署即產製當次加密資料檔，傳送至民眾手機(資料歸於民眾)，**便利民眾依政府資訊公開法及個資法取得及利用健康存摺資料。**



提供民眾可以依個人意願，將自己的健康存摺資料，自主分享予信賴的「**第三方APP**」協助個人健康管理。



\*第10條：公務機關或非公務機關應依當事人之請求，就其蒐集之個人資料，答覆查詢、提供閱覽或製給複製本。



# 健康存摺SDK機制

健康存摺資料  
提供民間加值應用資料流向及其方式



提供SDK  
健康存摺資料  
分享管道



民眾

自主授權同意

詳閱隱私權益聲明，知情同意



整合個人健康資料

IOT設備、生理量測、生活習慣紀錄等

回饋民眾  
健康管理服務



## 落實民眾健康資料自主權

民眾可透過SDK將個人的用藥及檢驗結果等健康資料，分享給信任的第三方進行加值運用，**落實健康資料自主權**，在生活上享受更多健康照護服務，強化自我健康管理。

### 健康存摺SDK



1. 身分認證登入
2. 自主選擇資料提供範圍
3. 知情同意及授權確認
4. 資料匯入常用的APP中



5



## 持續強化健康存摺SDK管理

### 103健康存摺

就醫及健康紀錄回歸個人，促進民眾自主健康管理及醫病溝通



### 109.1.20

#### 健康存摺系統軟體開發套件使用管理要點

為促進資料自主運用與健康服務推展，針對申請資格、資料應用等訂定規範，並明列**APP資安檢測證明為必要文件**，期為民眾個資安全及隱私把關



### 108.3

#### 開放第三方介接SDK應用

為使健康資料有效應用，開發SDK可分享個人健康資料予第三方App加值運用，協助健康管理



### 110.3

申請方式採電子化

### 110.7

本署與介接單位簽訂合作契約  
永續經營  
保障國民權益

6



# 健康存摺SDK運作模式

- 1 民眾開啟第三方健康管理App
- 2 經身分認證登入健康存摺SDK
- 3 詳閱隱私相關權益聲明
- 4 自行選擇資料提供範圍，並同意第三方App可使用資料做應用，資料會下載至民眾手機



- 5 第三方健康管理App取得資料並進行應用，提供民眾更多元健康服務。



7



# 健康存摺SDK結合產業提供數位照護

(截至111/11/15)

針對申請案內容審議、資安稽核與使用管理，兼顧隱私安全及產業應用  
共**148**家申請單位**347**支APP申請，其中**31**家**64**支APP完成介接SDK及上架

**資訊軟體業**  
76家197支App

- 中華電信-中華健康雲
- 華碩健康-DataBank
- 永悅健康-H2U健康銀行
- 慧康科技-智抗糖
- 吉樂科技-WaCare

**生醫產業**  
12家21支App

- 大樹醫藥-大樹健康GO
- 緯創醫學-Health365 健康照護平台
- 創源生科-創源基因
- 優品生醫-健康行動GO

**醫事機構**  
36家70支App

- 台大醫院行動服務
- 三總急診平台
- 臺中榮總行動掛號
- 北榮腎臟寶鑑
- 長庚e指通服務

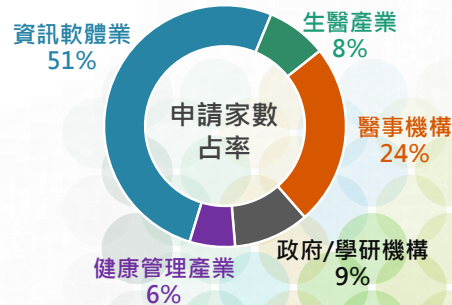


**政府/學研機關**  
15家29支App

- 國健署-健康妙管家

**健康管理產業**  
9家30支App

- 台網-TWCA保單瀏覽
- 安聯人壽-安聯i健康
- 國泰健康管理-國泰寶寶



8



## 民眾自主授權及知情同意

民眾經身分認證登入健康存摺SDK，自行選擇欲提供的健康存摺資料內容及範圍，每次提供資料前需先審閱該App之「隱私權益告知聲明」，民眾依個資法第16條或第6條\*當事人同意之規定，於點選同意提供之資料範圍後，本署產製資料檔案以加密形式傳送至民眾手機或行動裝置中(資料落地)，便利民眾依政府資訊公開法及個資法取得及利用健康存摺資料。



### 資料提供前 再次提醒

務必了解資料提供風險及審慎評估該第三方App是否值得信任，並設定讀取五秒數作確認。

\*第 16 條：公務機關對個人資料之利用，除第六條第一項所規定資料外，應於執行法定職務必要範圍內為之，並與蒐集之特定目的相符，但有下列情形之一者，得為特定目的外之利用：七、經當事人同意。



## SDK應用資料洩露課責法源

新增  
資料

### 終止使用SDK 必須刪除資料

- 法源依據：  
本署SDK管理要點第14點、  
個資法第11條第3項及第48條
- 開發者終止使用 SDK，應刪除所取得當事人自健康存摺下載之資料。違反將處以行政罰鍰。

### 第三方須於民眾同意之目的範圍 內使用資料，違反應負相關責任

- 法源依據：  
個資法第四章損害賠償、  
第五章罰則之規定
- 當事人依其意願將資料提供信賴第三方，當第三方違反法律或其與當事人之約定時，應對當事人負民事責任。
- 如有違反個資法或刑事法時，亦負行政及刑事責任。





## App通過經濟部工業局資安認證

- 申請介接的App需經過**經濟部工業局行動應用App資安認證**機制，其針對App安全風險評估與審驗，通過資安檢測項目及各項檢查事項等，取得**行動應用App基本資安檢測合格證明**L2等級以上，以規範App安全防護能力及安全品質
- **每年更新**證明，確保App符合現階段資訊安全水準要求。



註：標章依照App安全性共分三種類別，L1為無須使用者身分鑑別之行動應用程式，標章顯示一顆星、**L2為須使用者身分鑑別之行動應用程式**，標章顯示二顆星、L3為含有交易行為之行動應用程式，標章顯示三顆星。

11



## 健康存摺SDK 個資安全及隱私保障

### APP資安檢測

第三方App需符合**經濟部工業局資安檢測標準**，且**每年提出更新報告**

### 檔案加密傳輸

SDK資料為**加密傳輸**，資料本身亦同步加密，降低個資外洩風險

### 資料刪除及管理

廠商應對民眾告知**資料利用與管理機制**等**隱私權聲明**，民眾有權利要求第三方App**停止蒐集、利用或刪除**個人資料，並規定在隱私聲明中提供**客服聯繫方式**

### 歷程記錄查詢

民眾可至**健保快易通|健康存摺App**，查詢**曾經同意提供資料的第三方App及資料清單**

### 資料授權

個人資料的提供採**授權同意**方式，民眾可隨時依意願決定提供哪些資料**項目及期間**給予第三方App，第三方App如需將資料提供**第三人利用**，需告知使用方式並經**當事人同意**

12



# 公私協力推動數位健康

11/9/21-22

APEC數位健康照護與創新研討會



邀請SDK介接單位於會場展示App應用成果，展現政府與民間資源跨領域合作共同推動數位健康，及公私部門夥伴關係，亦是健保署進行國際合作的能量展演。



# 創造新公共服務價值

- 醫療資訊透明並促進醫病信賴
- 促進正確申報醫療服務資料
- 有效節約資源避免醫療浪費

透明

課責

廉正

資料互享  
公私協力

參與

效能

效率

- 導入ICT帶動醫療產業及資通創新應用
- 提升臨床決策品質及保障病人用藥安全
- 有效管理節省社會成本



政府



健康醫療資訊



民眾  
醫療服務提供者



# 謝謝委員 敬請指導



Sharing Taiwan's Experiences with the World!



## 健康存摺SDK應用相關法制

補充  
資料

### SDK應用與111年度憲判字第13號判決案件

#### SDK應用

係當事人自行操作第三方APP，經閱讀隱私權聲明同意後，經閱讀隱私權聲明並授權同意後，資料下載至當事人手機，第三方APP廠商方取得利用。



#### 健保資料庫釋憲案

係針對健保署未經當事人同意，將資料去識別化提供學術利用





## 資安檢測合格證明之可靠性

- 資安證明係**經濟部工業局**邀集國內資安領域專家，參照國際相關資安規範，於105年2月完成「**行動應用App基本資安規範**」，引導行動應用App開發商研發產品導入資安概念，且會隨國際現況進行改版。
- 送檢測之App經由「行動應用App基本資安檢測實驗室」依據「行動應用App基本資安檢測基準」進行檢測作業，並通過安全等級所須項目，取得檢測報告後，申請「行動應用App基本資安檢測合格證明」，證書有效期間為一年。因此，本署明定資安證明應**每年提交更新證明**，以確保App符合現階段資訊安全水準要求。
- 截至110年12月31日，通過行動應用App基本資安檢測基準的App共計**1159支**，通過的行業類別為：金融業佔比57.2%、其他類別(如工具類)佔34.4%、醫療佔4.7%、行動支付類佔2.1%、通訊類佔1.6%。

(資料來源：行動應用資安聯盟網站) 17



## 介接單位 商業保險公司 之使用

- 目前介接完成且上架之App為「**安聯人壽保險股份有限公司-安聯i健康**」，此App係安聯人壽與國立清華大學電機系BIIC實驗室合作，開發深度學習的智能AI演算法，從個人健保的就醫資料，分析個人健康指標分數，從預防醫學的角度，提升民眾健康意識。
- 另外「**國泰健康管理顧問股份有限公司-國泰寶寶**」係國泰產後護理之家提供孕產婦及新生兒之相關服務。



**商業保險公司之App，其資料應用皆為健康促進管理，非作為核保使用。**



## 金管會保險局函示

發文日期：中華民國109年4月16日  
 發文字號：保局(壽)字第1090491308號  
 類別：普通件  
 密等及解密條件或保密期限：  
 附件：

主旨：有關保險業者參考健康存摺運用於核保業務等一案，請轉知所屬會員依說明事項辦理，請查照。

說明：基於健康存摺係來自全民健康保險醫事服務機構申請健保醫療費用所申報或健保IC卡上傳之資料，故其內容僅能作為核保或理賠之參考，非核保或理賠准駁之唯一參考依據，保險公司仍應進一步調閱病歷或診斷證明書進行危險評估後，再行准駁之決定。

正本：中華民國人壽保險商業同業公會(代表人黃調貴先生)、中華民國產物保險商業同業公會(代表人李松季先生)

- ✓ 先前案例為南山人壽於109年提出申請介接SDK，期將健康存摺資料作為核保評估使用，經本署審議為不予通過。



## 介接單位 基因公司 之使用

- 目前介接完成且上架之App為「創源生物科技股份有限公司-創源基因」，此App介接健康存摺 SDK，主要結合個人過敏、用藥紀錄及檢驗結果，預防藥物過敏提醒及提供健康風險。
- 又健康存摺資料係院所申報醫療費用資料，未含個人基因資料。



▲ 創源基因App同意授權健康存摺給App的流程

## 第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：110 年全民健康保險自付差額特材執行概況，請鑒察。

說明：

一、依據全民健康保險會 111 年度工作計畫事項辦理，於第 12 次委員會議提報本案。

二、檢送自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告(如附件一，第 159~169 頁)，摘要如下：

(一)截至 111 年 12 月 1 日，自付差額特材總共 10 類、次功能/材質分類計 78 類、收載品項數計 452 項。

(二)目前自付差額特材申報占率已達 6 成以上之項目為冠狀動脈塗藥支架、腦脊髓液分流系統，以及特殊功能及材質髓內釘組，相關說明如下；另申報占率未達 6 成之項目，將持續觀察。

1.冠狀動脈塗藥支架：已委託醫藥品查驗中心(CDE)協助進行醫療科技再評估(HTR)。

2.腦脊髓液分流系統：自 111 年 11 月 1 日同意優先將市占率高(67%)之「調控式腦室腹腔引流系統-流速控制型或可調式壓力閥(不具抗虹吸功能)」類別納入健保全額給付。

3.特殊功能及材質髓內釘組：因 110 年 12 月 1 日起將民眾原自費使用「股骨幹」、「脛骨」、「肱骨」鈦合金材質髓內釘品項納入自付差額，申報占率上升，爰持續監控。

(三)為確保民眾知的權利，已請健保特約院所上傳相關自付差額之民眾自付金額資訊至醫材比價網，以利民眾查詢。

(四)未來方向，將採取優先以自付差額類別使用占率高，且為臨床使用之主流，全面納入健保給付。另在滿足民眾基本醫療需求，並兼顧健保特材收載與時俱進及健保財務衝擊下，朝使用者付費、部分負擔精神，推動差額特材支付制度。

本會補充說明：

一、本案係健保署依本會第 2 屆 105 年第 6 次委員會議(105.6.24)修訂之「健保會討論自付差額特材案之作業流程」規定及 111 年度工作計畫辦理。健保署每年 12 月應提報自付差額特材「整體檢討改善報告」，至少包含以下內容：

- (一)自付差額特材品項利用情形：現行各自付差額品項之申報數量及點數成長情形比較(含自付差額特材占率)。
- (二)相關管理規範之執行情形：醫事服務機構的收費情形、事前充分告知(療效及價格)，及資訊公開等病人權益保障措施。
- (三)醫事服務機構的收費情形，及訂定自付差額上限之規劃與執行情形。
- (四)自付差額特材品項改列全額給付之規劃情形：經健保署持續監測療效、安全性及成本效益，若有結合療效提升及價格下降之新事證，或已成為常規使用者，應檢討是否改列全額給付之時程，及其財源預估。
- (五)對健保財務之影響評估：預估值(3~5 年)與實際值之比較。

二、目前全民健保自付差額特材計 10 類別，收載品項數為 452 項，本會彙整該 10 類別於 107 年至 111 年 9 月之申報使用量占率如下圖(第 158 頁)，針對其中 3 類別於 111 年申報使用量占率已超過 6 成，健保署處理情形如下表：

類別	111 年占率	改以全額納入健保給付財務衝擊	健保署處理情形
1.腦脊髓液分流系統	85.4% (近 5 年皆超過 80%)	1.32 億點/年 <sup>註</sup>	111 年 11 月 1 日起，將該類項下「流速控制型或可調式壓力閥(不具抗虹吸功能)」(市場占率達 67%)納入健保全額給付。

類別	111 年占率	改以全額納入健保給付財務衝擊	健保署處理情形
2.特殊功能及材質髓內釘組	76.5% (近 3 年皆超過 60%，惟 111 年大幅成長)	第 1~5 年約 11.4~13.7 億點	111 年增加原因：110 年 12 月 1 日起增加納入自付差額給付之髓內釘品項。
3.冠狀動脈塗藥支架	69.7% (近 5 年皆超過 60%)	29 億點/年	1.111 年 3 月特材專家諮詢會議建議，應重新規劃給付條件以符合健保給付效益，以臨床實證為先決條件，研議納入全額給付。 2.業委託醫藥品查驗中心協助進行醫療科技再評估，將俟評估結果，再依程序辦理。

註：健保署藥物共擬會議特材部分第 60 次會議資料。

### 三、本會研析意見：

- (一)報告內容：依本會討論自付差額特材案之作業流程規定，健保署每年 12 月應提報之整體檢討改善報告內容(五)，須包含納入自付差額特材後 3~5 年之預估財務影響與實際值之比較。惟查本次報告內容，健保署並未提供 106 年、107 年納入自付差額特材之「治療複雜性心臟不整脈消融導管」、「特殊功能及材質髓內釘組」之財務影響評估相關資料，請健保署補充說明。
- (二)腦脊髓液分流系統自 107 年起占率已逾 8 成，在本會委員多次建議健保署積極研擬將其納入健保全額給付之可行性，該署於 111 年 11 月 1 日起將其項下市占率較高之類別優先納入健保給付，以減輕民眾財務負擔，值得肯定。
- (三)冠狀動脈塗藥支架之占率呈現逐年上升之趨勢，委員多次關心該類特材納入全額給付之可行性，並列入歷次委員會議追



蹤事項(如附件二，第 170~171 頁)。考量健保署評估，若改為全額給付，預估每年所需費用約 29 億點，爰請健保署於兼顧民眾就醫權益及健保財務平衡下，積極研議符合給付效益之給付條件納入全額給付之可能或提高自付差額之健保支付點數(現行健保支付 14,099 點，院所向民眾收費約 40,526~67,320 元)，降低民眾自付費用。

(四)110 年 12 月份委員會議，委員提出醫材比價網部分自付差額特材之說明艱澀難懂(例如特殊功能人工水晶體項下「特殊人工水晶體(長焦延伸焦距、非球面、散光含黃片)」)，考量醫材比價網為提供民眾評估使用自付差額特材的重要參考資訊，爰請健保署檢視醫材比價網內容，將醫學用語轉化成淺顯易懂之文字，提高相關資訊可讀性，以利民眾決策參考。

決定：

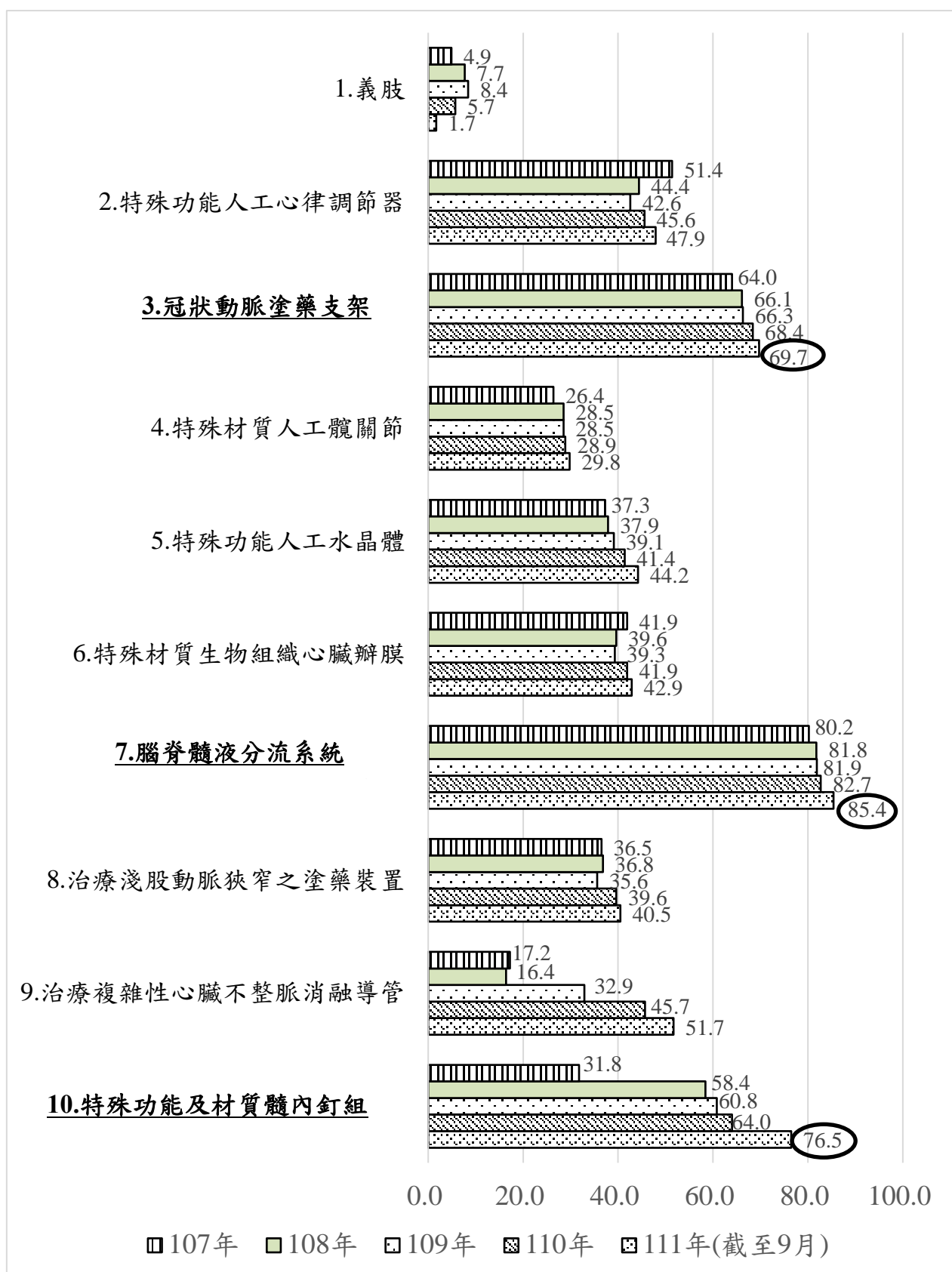


圖 107~111 年 9 月各類別自付差額特材占率



# 全民健康保險 自付差額特材執行概況

衛生福利部中央健康保險署

111年12月23日



## 大 綱

- ◆各類民眾自付差額特材實施現況
- ◆各類民眾自付差額特材申報情形
- ◆自付差額特材申報情形說明
- ◆保障民眾知的權利
- ◆未來方向



## 各類民眾自付差額特材實施現況

類別序	類別	次功能/材質分類	實施起日	實施迄日	支付點數	收載品項數
1	義肢	17類	84年3月1日		依裝置部位： 4,800~68,000點	17
2	特殊功能人工心律調節器	2類	84年8月3日		93,833點	20
3	冠狀動脈塗藥支架	3類	95年12月1日		14,099點	38
4	特殊材質人工髖關節(整組)	26類	96年1月1日		依類別核價： 35,195~70,099點	122
5	特殊功能人工水晶體	10類	96年10月1日		2,744點	151
6	特殊材質生物組織心臟瓣膜	5類	103年6月1日		43,613點	17
7	腦脊髓液分流系統	2類	104年6月1日		7,127點	8
				原自付差額品項「調控式腦室腹腔引流系統-流速控制型或可調式壓力閥(不具抗虹吸功能)」自111年11月1日起改納入健保全額給付		
8	治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置	3類	105年5月1日		依類別核價： 28,773~44,293點	16
9	治療複雜性心臟不整脈消融導管	2類	106年11月1日		70,200點	10
10	特殊功能及材質體內釘組	8類	107年6月1日		19,036點	53
總計		78類				452

資料來源:自費醫材比價網、特材主檔  
收載品項數係指最新健保給付點數不為0之品項數  
更新日期:111.12.1

3

各類民眾自付差額特材  
申報情形

4



## 義肢申報情形

	107年		108年		109年		110年		111年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	56	2	86	3	90	3	58	2	15	1
全額給付(B)	1,094	34	1,029	33	987	31	965	29	861	26
合計(A+B)	1,150	36	1,115	36	1,077	34	1,023	31	876	27
占率(A/A+B)	4.9%	5.5%	7.7%	8.1%	8.4%	9.2%	5.7%	6.7%	1.7%	2.0%

◎全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

5



## 特殊功能人工心律調節器申報情形

	107年		108年		109年		110年		111年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	3,395	319	3,006	282	3,053	286	3,174	298	2,577	242
全額給付(B)	3,211	274	3,761	325	4,121	362	3,785	332	2,803	259
合計(A+B)	6,606	593	6,767	607	7,174	648	6,959	630	5,380	501
占率(A/A+B)	51.4%	53.7%	44.4%	46.5%	42.6%	44.2%	45.6%	47.3%	47.9%	48.3%

◎全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

◎自108年10月：「雙腔型人工心律調節器-具有速率調整功能(DDDR)」由自付差額品項改為全額給付品項，致109年自付差額特材下降至42.6%。110年使用量回復與108年申報情形相同，將持續觀察。

6



## 冠狀動脈塗藥支架申報情形

	107年		108年		109年		110年		111年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	44,274	655	48,930	724	50,345	745	50,831	752	39,401	583
全額給付(B)	24,905	369	25,145	372	25,645	380	23,519	348	17,144	254
合計(A+B)	69,179	1,023	74,075	1,096	75,990	1,125	74,350	1,100	56,545	837
占率(A/A+B)	64.0%	64.0%	66.1%	66.0%	66.3%	66.2%	68.4%	68.4%	69.7%	69.7%

◎全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

◎自付差額特材申報占率每年皆達60%以上，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29億點。

◎已提案至111年3月全民健保特材專家諮詢會議，與會專家建議應重新規劃給付條件以符合健保給付效益，以臨床實證為先決條件，研議納入全額給付之病人族群。

◎已委託醫藥品查驗中心(CDE)協助進行醫療科技再評估(HTR)，將俟評估結果再依程序辦理。

7



## 特殊材質人工髖關節申報情形

	107年		108年		109年		110年		111年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	4,773	196	5,130	211	4,946	201	4,831	195	3,751	151
全額給付(B)	13,281	505	12,869	488	12,422	472	11,892	451	8,818	334
合計(A+B)	18,054	702	17,999	699	17,368	673	16,723	646	12,569	485
占率(A/A+B)	26.4%	28.0%	28.5%	30.2%	28.5%	29.9%	28.9%	30.2%	29.8%	31.2%

◎全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

8



## 特殊功能人工水晶體申報情形

	107年		108年		109年		110年		111年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	84,162	240	92,316	262	94,048	268	92,749	266	89,471	256
全額給付(B)	141,649	395	151,086	422	146,214	410	131,109	367	113,002	318
合計(A+B)	225,811	635	243,402	684	240,262	678	223,858	633	202,473	574
占率(A/A+B)	37.3%	37.8%	37.9%	38.4%	39.1%	39.6%	41.4%	42.0%	44.2%	44.6%

◎全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

9



## 特殊材質生物組織心臟瓣膜申報情形

	107年		108年		109年		110年		111年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	1,076	47	1,036	45	1,005	44	1,090	48	793	35
全額給付(B)	1,489	68	1,578	72	1,555	71	1,514	68	1,055	48
合計(A+B)	2,565	115	2,614	117	2,560	115	2,604	116	1,848	83
占率(A/A+B)	41.9%	40.9%	39.6%	38.7%	39.3%	38.2%	41.9%	41.0%	42.9%	41.9%

◎全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

10



## 腦脊髓液分流系統申報情形

	107年		108年		109年		110年		111年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	2,597	19	2,669	20	2,833	21	2,644	20	2,225	17
全額給付(B)	640	5	593	4	626	5	555	4	380	3
合計(A+B)	3,237	24	3,262	24	3,459	26	3,199	24	2,605	19
占率(A/A+B)	80.2%	80.2%	81.8%	81.8%	81.9%	81.9%	82.7%	82.6%	85.4%	85.4%

◎全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

◎原自付差額品項「調控式腦室腹腔引流系統-流速控制型或可調式壓力閥(不具抗虹吸功能)」自111年11月1日起改納入健保全額給付。

11



## 治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置申報情形

	107年		108年		109年		110年		111年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	1,433	43	1,508	46	1,596	48	1,693	51	1,436	43
全額給付(B)	2,497	85	2,594	87	2,891	97	2,586	86	2,112	70
合計(A+B)	3,930	129	4,102	133	4,487	145	4,279	138	3,548	113
占率(A/A+B)	36.5%	33.7%	36.8%	34.3%	35.6%	33.2%	39.6%	37.2%	40.5%	38.3%

◎自付差額「淺股動脈狹窄之塗藥裝置」，自105年5月1日起生效。

◎全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

12





## 治療複雜性心臟不整脈消融導管申報情形

	107年		108年		109年		110年		111年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	352	25	304	21	763	54	1,117	78	1,095	77
全額給付(B)	1,696	119	1,547	109	1,557	109	1,324	93	1,024	72
合計(A+B)	2,048	144	1,851	130	2,320	163	2,441	172	2,119	149
占率(A/A+B)	17.2%	17.2%	16.4%	16.4%	32.9%	32.9%	45.7%	45.8%	51.7%	51.7%

◎自付差額「治療複雜性心臟不整脈消融導管」，自106年11月1日起生效。

◎全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

◎108年12月：新增「具壓力感應功能之立體定位(3D)灌注冷卻式診斷電燒紀錄導管」為自付差額特材，自付差額特材申報占率由108年16.4%上升至110年45.7%。

13



## 特殊功能及材質髓內釘申報情形

	107年		108年		109年		110年		111年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	769	15.30	3,907	78	3,470	69	4,016	80	6,612	132
全額給付(B)	1,648	32.90	2,779	55	2,240	45	2,256	44	2,028	34
合計(A+B)	2,417	48.20	6,686	133	5,710	113	6,272	124	8,640	166
占率(A/A+B)	31.8%	31.7%	58.4%	58.4%	60.8%	60.6%	64.0%	64.5%	76.5%	79.6%

◎自付差額「特殊功能及材質髓內釘」，自107年6月1日起生效。

◎全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

◎考量健保支付一致性原則及保險對象使用之權益，採取優先以自付差額納入健保給付，以提高健保給付實質效益，自110年

12月1日起將民眾原自費使用「股骨幹」、「脛骨」、「肱骨」鈦合金材質髓內釘品項納入自付差額。

14



# 自付差額特材申報情形說明

15



## 自付差額特材申報情形說明(1/2)

◆針對自付差額特材申報占率已達6成以上之項目進行說明：

➤冠狀動脈塗藥支架：

- ① 以109年申報量推估自付差額之「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29億點。
- ② 已於111年3月提案至全民健保特材專家諮詢會議中，與會專家建議應重新規劃給付條件以符合健保給付效益，以臨床實證為先決條件，研議納入全額給付之病人族群，
- ③ 委託醫藥品查驗中心(CDE)協助進行醫療科技再評估(HTR)，將俟評估結果，再依程序辦理。

16



## 自付差額特材申報情形說明(2/2)

### ➤ 腦脊髓液分流系統：

- ① 自付差額特材申報占率近5年皆達8成以上。
- ② 經提111年9月藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(特材部分)，考量臨床使用及健保可負擔之財務，同意優先將市占率高(67%)之「**調控式腦室腹腔引流系統-流速控制型或可調式壓力閥(不具抗虹吸功能)**」類別納入健保全額給付，**並自111年11月1日生效**。

### ➤ 特殊功能及材質髓內釘組：

- ① 經醫療科技評估(HTA)，若以「**全額給付**」方式納入健保給付，預估財務影響，**第1年約11.4億點至第5年約13.7億點**。
- ② 考量健保支付一致性原則及保險對象使用之權益，採取優先以自付差額納入健保給付，以提高健保給付實質效益，自**110年12月1日**起將民眾原自費使用「**股骨幹**」、「**脛骨**」、「**肱骨**」鈦合金材質髓內釘品項納入自付差額，基於為減輕民眾負擔，故比照現行健保自付差額「**鈦合金加長型髓內釘組**」之健保支付點數19,036點支付(原本健保給付不鏽鋼材質之髓內釘支付點數為7,671點)。

17



## 保障民眾知的權利

18



## 保障民眾知的權利

健保特約院所為病患提供診療或處置時，應做到三步驟：



## 健保特約院所收費資訊公開

- ◆ 健保特約院所應將自付差額品項之新增、取消或民眾自付金額上傳至醫材比價網，以供各界查詢。
- ◆ 醫材比價網公開內容：
  - 全額給付及自付差額給付特材之差異比較
  - 自付差額特材之各特約院所使用情形、最新收費情形、最高/最低收費等資訊
- ◆ 民眾取得自付差額之民眾自付金額資訊的地方：
  - 中央健康保險署網站之醫材比價網  
([https://www.nhi.gov.tw/QueryN\\_New/SpecialMaterial/SpecialMaterial](https://www.nhi.gov.tw/QueryN_New/SpecialMaterial/SpecialMaterial))
  - 健保快易通APP之醫材比價網
  - 健康保險資料開放服務網(OPEN DATA) (<https://data.nhi.gov.tw/>)



## 未來方向

- ◆倘目前自付差額類別使用占率為臨床使用之主流，**優先全面納入健保給付**。
- ◆在滿足民眾基本醫療需求，並兼顧健保特材收載與時俱進及健保財務衝擊下，朝**使用者付費、部分負擔精神**，推動**差額特材支付制度**。
- ◆以功能類別分群，依「**臨床實證**」予以**合理核定費用**，再依「**實證等級**」核定**健保給付比例**。  
(即健保給付一部分，其餘由民眾自付差額，民眾得以瞭解為何健保給付這樣的比例及自己要再支付多少比例。)

21



# 敬請指教

22

歷次委員會議有關冠狀動脈塗藥支架納入全額給付之追蹤辦理情形

決議(定)事項	追蹤日期	健保署回復辦理情形	追蹤情形
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。[於健保署提供冠狀動脈塗藥支架納入全額給付評估結果之參採情形後解除追蹤]	110 年 4 月 30 日	已將「冠狀動脈塗藥支架」列為110年度「運用醫療科技再評估提升保險給付項目之給付效益案」之一(Health Technology Reassessment, HTR)，就其臨床定位及比較品項進行臨床評估(包含相對療效及相對安全性)、經濟評估(包含成本效果分析、成本效益分析或成本結果分析)、使用量分析、財務影響等進行評估，研議納入健保全額給付之可行性。	繼續追蹤
(109.12、110.4、110.12、111.1、111.2 決定)	110 年 12 月 17 日	已將「冠狀動脈塗藥支架」列為110年度「運用醫療科技再評估提升保險給付項目之給付效益計畫委辦案」項目之一，並委請財團法人醫藥品查驗中心(CDE)辦理， <u>預計於110年12月完成。</u>	繼續追蹤
	111 年 1 月 21 日	<p>1.已將「冠狀動脈塗藥支架」列為110年度「運用醫療科技再評估提升保險給付項目之給付效益計畫委辦案」項目之一，並委請財團法人醫藥品查驗中心(CDE)辦理，<u>已於110年12月完成。</u></p> <p>2.<u>若考量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29億點。健保署在健保總額預算許可之下進行研議，努力與廠商溝通爭取納入全額給付可行性。另可朝提高健保給付額度方式，以降低民眾自付差額費用，倘若提高健保支付點數由14,099點至20,000點為例，按目前年使用量計算，預估健保仍需增加費用約3億點。</u></p>	繼續追蹤

決議(定)事項	追蹤日期	健保署回復辦理情形	追蹤情形
	111年2月25日	健保署回復： 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29億點。 2.就健保給付「冠狀動脈塗藥支架」，健保署已洽市占率較高廠商，表示倘以市場價格納入健保全額給付(查醫材比價網特約院所收費為41,101元~67,320元)，樂觀其成。若低於市場價則無意願改以健保全額給付供貨。	繼續追蹤
	111年6月24日	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。 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 <u>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。</u>	解除追蹤 (健保署已提供冠狀動脈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，爰解除追蹤)

## 第六案

報告單位：中央健康保險署

案由：111 年 11 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....  
本會補充說明：

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

決定：



# 附錄



抄本

檔 號：  
保存年限：

附錄一

## 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：李德毅  
聯絡電話：(02)8590-6861  
傳真：(02)8590-6046  
電子郵件：hsbodhi@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國111年11月25日  
發文字號：衛部健字第1113360165號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：

附件：1. 衛福部健保會第5屆111年第11次委員會議資料(節錄)、2. 會議紀錄(節錄)

主旨：檢陳本會依法完成全民健康保險112年度保險費率審議結果，謹請鑒核。

說明：

- 一、依據全民健康保險法(下稱健保法)第24條規定暨本會第5屆111年第11次委員會議(111.11.18)討論事項第一案決議辦理(會議資料及會議紀錄節錄如附件1、2)。
- 二、旨揭費率審議結果，係由中央健康保險署(下稱健保署)依健保法第24條規定提出審議案，經本會依健保法第24條第2項規定，在審議前邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士，於111年10月14日召開「全民健康保險112年度費率審議前專家諮詢會議」提供意見後，提至前揭委員會議審議完成，審議結果為：一般保險費率建議維持現行費率5.17%，依健保法第24條第3項規定，本會完成審議後，應陳

報鈞部轉報行政院核定。

三、茲整理前揭專家諮詢會議及委員會議意見重點摘要如下：

- (一)全民健康保險112年度保險費率：依據健保財務推估及112年總額協商結果，在現行費率5.17%下，112年底安全準備總額約當1.24(付費者方案)或1.05(醫界方案)個月保險給付支出，符合健保法第78條所定需有1~3個月為原則之規定，建議112年度維持現行費率5.17%。
- (二)本次安全準備金能至少達1個月保險給付支出，係因行政院主計總處撥補健保基金240億元所致，未來行政院是否能長期撥補，為穩定健保財務的變數之一。
- (三)強化健保財務收支結構及給付範圍合理性檢討：依據健保署財務推估，113~115年保險收入及總額之平均成長率分別為0.79%、4.14%，兩者相差3.35%，產生收支結構失衡現象，應適時依健保法第26條通盤檢討給付範圍，以改善健保財務收支結構。
- (四)建議修正總額基期：建議應將總額一般服務未執行預算及提升保險成效之回饋款自基期扣除，呈現實際總額費用基期。
- (五)對全民健保財務調整措施之看法與建議：贊成實施部分負擔，惟應兼顧弱勢族群就醫權益；至停復保制度應檢討制度缺失。

(六)法定費率上限6%修法之建議：建議調整費率上限6%前，應優先考慮其他增加收入或減少支出作法，包括：擴大補充保險費費基(如機會中獎、不動產交易收入等)、檢討給付範圍或強化政府財務責任；另調整費率上限應考量雇主經營法定成本之整體負擔增加，且其為保護被保險人財務負擔的重要防線，不宜輕易打破。

四、副本抄送健保署，請就委員意見研參妥處。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)

## 衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：蕭夢萍  
聯絡電話：(02)8590-6732  
傳真：(02)8590-6048  
電子郵件：hgmph64@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12月2日  
發文字號：衛部保字第1110146455號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：

附件：附件1\_健保會書函及其附件、附件2\_健保會112年總額協商會議議事錄(節錄)、附件3\_健保會第5屆111年第10次委員會議紀錄(節錄)、附件4\_本部函抄本及「全民健保財務調整措施」擬議草案、附件5\_健保會第5屆111年第2次委員會議紀錄(節錄)請至附件下載區(<https://attach.mohw.gov.tw>)以文號：1110146455及認證碼：C2A03008D1下載附件檔案

主旨：檢陳「112年度全民健康保險保險費率案」，請鑒核。

說明：

- 一、依據本部全民健康保險會(以下稱健保會)111年11月25日衛部健字第1113360165號書函(附件1)辦理。
- 二、全民健康保險法第24條規定，第18條被保險人及其眷屬之保險費率，應由保險人(以下稱健保署)於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議。審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見；並應於年度開始一個月前，依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報行政院核定後，由主管機關公告之。至補充保險費費率，依同法第33條規定，應按一般保險費費率之成長率調整。

111.12.05



111CC00788

三、健保會前於111年 9 月 21 日進行「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商」(附件2)，結果略以：112 年度醫療費用年度總額(成長率)，付費者方案：約8323.56億元(2.821%)，醫界方案：約8437.17億元(4.224%)(附件3)；同年10月14日召開「全民健康保險112年度費率審議前專家諮詢會議」，邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士等提供意見；同年11月18日召開第5屆111年第11次委員會議，討論健保署提具之「全民健康保險112年度保險費率方案(草案)」(附件1第23頁至第53頁)，決議略以：112年度保險費率審議結果，建議維持現行費率5.17%(附件1第4頁)。

四、針對上開健保會112年費率審議結果，謹擬議如下：

- (一)健保會112年費率建議，係依據健保財務推估及112年總額協商結果，在現行費率5.17%下，112年底安全準備總額約當1.05至1.24個月保險給付支出(前者為醫界代表版本預估數，後者為付費者代表版本預估數，健保財務估計詳附件1第34頁)，符合健保法第78條安全準備1~3個月為原則之規定。
- (二)110年費率基於疫情嚴峻及考慮民眾經濟負擔，未足額調升，本部研擬「全民健保財務調整措施」因應，包括：調整部分負擔、調高投保金額上限、檢討旅外國人權利義

務、強化政府財務責任及補充保險費制度改革等，前於111年1月28日函送健保會政策諮詢(附件4)，該會已於第5屆111年第2次委員會議討論並表示肯定及支持(附件5)；又，健保會書函說明三，重點摘要前揭專家諮詢會議及委員會議意見略以：「贊成實施部分負擔，惟應兼顧弱勢族群就醫權益；至停復保制度應檢討制度缺失」、「建議調整費率上限6%前，應優先考慮其他增加收入或減少支出作法」等(詳附件1)。

(三)「全民健保財務調整措施」中，「投保金額上限調高5級至219,500元」已於今(111)年7月1日起實施，預估每年可增加保險收入17億元；而原訂今年5月15日生效之「門、急診部分負擔新制」，則因COVID-19疫情影響暫緩實施；其他之研擬措施，亦列為本部今年成立之「全民健康保險法修法核心工作小組」檢討重點，透過收支各重大議題雙向檢討並提出對策，為長期財務預作準備。

(四)另外，本部自110年啟動「總額中長期改革計畫(110年-114年)」，內容包含促進公共衛生、預防保健、醫療服務、照護服務體系間的合作。不僅是健保資源的投入，同時本部的公務預算及相關基金亦投入，透過本部各部門與健保署的協調整合，使得資源之利用最大化，提供保險對象以人為本的照護，以具體計畫的投資成效說服民眾願



意多投入健保支出。

五、綜上，自102年二代健保實施後，係採取年度收支平衡機制，總額亦以「年度」的觀點，推動全民健康保險醫療給付總額中長期政策目標及其相關計畫，為健保醫療給付（支付）做中長期及整體面的改革；另外，今年成立之「全民健康保險法修法核心工作小組」，就收入面與支出面及秉持公平、效率、品質的原則整體考量，且近期外界所關注之重要議題亦納入研議，持續為健保永續努力。依據健保財務推估及112年總額協商結果，在現行費率5.17%下，112年底安全準備總額約當1.05至1.24個月保險給付支出，符合健保法第78條安全準備1~3個月為原則之規定，本部建議尊重健保會審議結果，112年一般保險費費率維持5.17%，不予調整。

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

抄本

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺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：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國111年11月24日  
發文字號：衛部健字第1113360160號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如說明三

主旨：檢陳本會依法完成協議訂定112年度全民健康保險醫療給付  
費用總額一般服務費用之地區預算分配方式，謹請鑒核。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第61條規定、鈞部111年8月10日衛部保字第1110131417號函及本會111年11月10日衛部健字第1113360155號書函(諒達)辦理。
- 二、112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式之協定結果如說明一，業報請鈞部核定與決定在案。至於旨揭一般服務費用之地區預算分配方式，經本會111年第10次(111.10.28)、第11次(111.11.18)委員會議完成協定，其中醫院總額及西醫基層總額一般服務費用之地區預算分配方式，經醫院及西醫基層部門代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第10條規定，

以兩案併陳報請鈞部決定。

三、檢陳旨揭分配結果如附件，陳請鈞部鑒核。另檢附協商過程之會議紀錄及發言實錄如參考資料，併請鈞部參考。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部中央健康保險署、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、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會(均含附件)

抄本

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：馬文娟  
聯絡電話：(02)8590-6872  
傳真：(02)8590-6046  
電子郵件：hsjuliema@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國111年12月7日  
發文字號：衛部健字第1113360174號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：全民健康保險會第5屆111年第11次委員會議資料及議事錄-節錄

主旨：檢送本會委員提案關切有關「為提升醫療可近性、優化處方箋傳遞流程以及因應環保趨勢，提請衛生福利部儘速實施『電子處方箋』」之案由說明、決議及委員發言實錄(如附件)，事涉貴管業務範圍，敬請卓參。

說明：依據111年11月18日本會第5屆111年第11次委員會議討論事項三之決議事項辦理。

正本：衛生福利部、衛生福利部中央健康保險署  
副本：

會戳

個別委員關切事項之健保署答覆

委員意見	健保署說明
<p>朱委員益宏(議事錄 p.13-14、p.17)</p> <p>主席，我第2次發言，就是對於上一次會議我有特別提出來，對於嚴重傳染肺炎照顧的特殊預算的補助跟健保總額這一部分，有一些不是很清楚的狀況，然後其實在會議資料第15頁，會中主席決議說希望我提供一些相關的書面資料，函轉給衛福部跟健保署提供，那我也函轉了，我也提供了資料在會議資料第15頁，會議資料第15頁其實寫得非常清楚，就是希望疾管署跟健保署就這裡講的台北分區總共有4家醫院，他們依據我們會上通過的醫院總額的補助方案，那跟實際上他們用健保去支應的方案，到底費用有沒有差別，就是數字是怎麼樣。</p> <p>然後另外請疾管署也提供這幾家醫院，就補助健保這一部分，它們實際的補助金額然後提供一些數字，但是大家看到健保署這個公文，其實我是看不太懂，其實裡面完全沒有講到這4家醫院相關的狀況，然後就說要請我有興趣的直接去洽疾管署，然後疾管署這邊也沒有回答，衛福部這邊也沒有回答，衛福部就籠統的講它整個補助的金額，也沒有就這4家實際上發生的狀況去回復相關的狀況，所以我不知道各位委員對於這樣子的回復大家是不是同意，因為我覺得這個案子不是我個人的意見，如果大家都沒有意見我也不會繼續再追究，但是就我的了解，事實上是由本來</p>	<p>一、本案業於111年11月17日以健保醫字第1110063231號書函復貴會，略以依傳染病防治醫療網作業辦法第13條規定，本案之權責單位為衛福部疾病管制署(下稱疾管署)，本署僅代為計算，相關數據應請疾管署回復為宜。</p> <p>二、據悉台灣醫院協會已就本案於111年9月6日函指揮中心表示意見。</p>

委員意見	健保署說明
<p>應該是特殊預算去支應健保的這一部分，結果是由健保的台北分區的總額去支應，那當然其它幾個分區有沒有類似的狀況我不清楚。</p> <p>所以如果是真的有這個情形，本來應該是特殊預算去支應的，結果由總額來支應，那我覺得這個當然是我們委員會的權責，理應去了解這樣子的狀況，但是衛福部跟健保署其實都語焉不詳，我不知道各位委員對於這樣子的回答是不是滿意，我再一次強調這個案子不是我個人案子，因為這個也不是我的錢，今天就算有怎麼樣也不是進到我的口袋，也不是從我口袋拿出來的，我只是覺得這個是全民健保每1個人，包括付費者辛辛苦苦大家繳的保費，來撐起的全民健保，如果是特殊預算8,800億，8,000多億的特殊預算，那如果是這樣子被挪用的話當然是不應該，所以我想也讓各位委員知道一下我對於這樣子的回復不滿意，但是我個人不滿意，各位委員如果大家都沒有意見，那我也敬表同意，謝謝。</p> <p>我是覺得因為這個案子上次已經存在了，上一次當時大家並沒有決議，並沒有說哪一些健保署該付結果沒有付，哪些疾管署該付的沒有付、哪些健保署不該付的就付了，因為大家沒有這個資料，我也一再澄清，我也沒有詳細的資料，所以上一次其實我擬的這個內容就是希望他提供詳細的資料，然後我們大家再來看看到底合理或不合理，如果不合理當然基於監理，我覺得提供資料本就是委員監理的職責。如</p>	

委員意見	健保署說明
<p>果說相關單位，這個我覺得也不光是健保署的責任，因為是指揮中心的決定，我了解指揮中心在疫情期間一定是高於健保署，我覺得權責其實是衛福部要負更大的責任。因為我收到的訊息是指揮中心說這個東西就是健保署付、這個東西是CDC付，指揮中心決定。但指揮中心決定，我的了解是，跟我們在醫院總額當初決定要沒有到九折補九折的決議不太符合，而且醫院協會那個決議在我們委員會雖然幾位委員(包括何語委員及付費者委員)有不同意見，但最後還是勉強通過了，所以在去年的疫情比較嚴重的時候，那一部分醫院總額特殊的處理狀況是通過的。</p> <p>但是後來指揮中心在今年3月份就決定說，哪些東西還是要由健保來付，事實上我的了解是跟我們當初的決議不太符合，但這個我要再次強調，我的了解不見得是非常精確，所以我才說希望提供詳細的資料讓我們知道，我覺得這不用再提案。如果健保署沒有辦法提供，那我覺得再提案他也很困難，這是社保司或是衛福部要做個詳細的說明，看要不要處理，如果覺得不要處理，我的態度，我也沒有說強迫政府一定要處理這件事情，就要看大家付費者或所有委員對於我們監理權責到底是要做到什麼程度，這是委員的共識，不是我個人的共識。非常感謝何語委員，難得我們在議案上有相同的意見，我特別感謝何語委員支持。</p>	

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振(議事錄 p.12)</p> <p>第2點，請各位委員參閱我們的會議資料第24、25頁，按照議事規則照理講這個是要書面提，因為這個是對繼續追蹤事項，還有對答覆有意見，但是我今天一定也是要違反這個規定在這邊提，因為這裡面我看了一下，醫院、西醫基層和中醫部門，因為昨天有中醫研商會議有碰到，他們都還有需要保障點值的項目，不過，健保署的答覆在這邊好像就只有新增點值保障的項目才需要提出來，我們提到的需要獎勵的項目理由、對總額預算的影響。</p> <p>但是根據我們當時協商的原則，並不是只有針對新增的項目，你所有需要保障點值的項目，都必須遵循這個原則，就是你的項目還有你這個理由以及對總額的影響都要，將來如果沒有這樣執行的話，提出到會裡面同意，我們就不同意，這樣應該會比較好，就是說我們討論半天的原則跟實際的做法比較一致。</p> <p>第3點，請各位看到會議資料的第26、27頁，這邊有提到3項對效益評估方式的項目還沒有處理完成，在健保署的說明裡面，要函請中華民國牙醫師公會全國聯合會以及台灣醫院協會提供，這邊我是覺得是說，我們的決議是要請中央健保署提報本會，健保署應該不只是函請這兩個醫事團體提供，應該對他所提供的資料內容也要檢視掌握，用保險人的角色的立場來提供，這樣可能會比較合規，這3點建議，謝謝。</p>	<p>一、各總額部門點值保障項目提貴會討論時，將列入需保障理由及對該部門總額之影響。</p> <p>二、有關111年醫院及牙醫門診總額計3項未提報效益評估方式之項目(高風險疾病口腔照護、高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫、鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫)，前述由醫界團體爭取共識編列預算，考量涉臨床專業之執行與評估，爰健保署於111年11月15日函請中華民國牙醫師公會全國聯合會及台灣醫院協會提供，並將予以審視後提報貴會辦理。</p>



委員意見	健保署說明
<p>李委員永振書面意見 (議事錄 p.18-19)</p> <p>會議資料第29、30頁，健保署說明再建議如下：</p> <p>一、民眾就醫習慣改變及各層級醫療院所提供醫療服務行為，非短時間內可以完全改變，這論點可以認同，但自106年至110年也有5年期間，雖然還不算很長，但總應有所改變，但監測的結果是：與政策方向不符，算是走偏了！這才是重點！</p> <p>二、DET制度已試辦多年，未來將進行評估檢討，算有所回應，想請教何年何月會有結果？是否有大略的期程？</p> <p>三、資金運用收益率的說明可以瞭解，但目前以銀行定存利率作為評比標準，似乎過於寬鬆！以近3年五大銀行一年期大額定存平均利率來看，109年0.13%，110年0.13%，111年至10月為0.29%，本項指標亦由110年之0.33%，提升至目前之0.52%，至年底可達0.64%，112年甚至可達1.02%，究其原因為全球央行為處理通膨問題屢提升利率，依此方式監測，只是關起門來自嗨！無法達到監測目的！「政府公債利率」一般被視為「無風險利率」，也是金融商品之訂價基準，近期先以此作為評比基準，長期再尋找更佳之基準，使本項監測較具意義。</p>	<p>一、有關西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率：</p> <p>(一)106年實施分級醫療政策以來，107-108年西醫基層門診服務病人數及件數占率均趨勢向上提升，109年起以來受疫情影響而改變民眾就醫行為，占率不如預期；另查109、110年醫院及西醫基層總額之門診件數均為負成長，且就醫申報資料無法完全排除民眾因疫情自發性改變就醫行為及指揮中心要求院所配合防疫各項作為等因素，以致未達標。</p> <p>(二)建議仍應持續監測，於疫情結束後一段時間觀察長期趨勢再議。</p> <p>二、有關藥品費用占率：</p> <p>(一)DET自102年度起試辦，至109年度已實施8年，本署已於111年8月公告續行試辦110年度DET方案，藥界於111年9月21日來函建議應持續辦理DET，並提供110年度DET方案有關實施建議，本署已納參並陳報衛福部。</p> <p>(二)另針對未來是否繼續實施DET試辦方案及方案內容是否調整，本署已規劃改革方案，將儘速召開會議，與業界溝通討論，並提出修法草案。</p>

委員意見	健保署說明
	<p>三、有關資金運用收益率：</p> <p>(一)全民健康保險基金(下稱健保基金)屬隨收隨付之短期保險財務制度，其資金運用原則係以流動性及安全性重於收益性。</p> <p>(二)另查111年政府公債標售狀況，其發行年限為二年以上，以目前健保資金狀況尚無法投資政府公債，爰目前主要投資工具為一年內之定期存款、優惠存款及短期票券等項目，故資金運用收益率以五大銀行大額定期存款之平均利率作為評比標準。</p>

**全民健康保險 112 年度保險費率審議結果維持 5.17%**

健保會 111.11

保險費率審議是健保會重要的法定任務之一，全民健康保險法(下稱健保法)第 24 條規定，健保會應在年度開始 1 個月前，依協議訂定之總額，完成該年度費率審議。健保會業於 111 年 9 月 21 日完成 112 年度健保醫療給付費用總額協商，乃依該條規定，在 11 月份委員會議(111.11.18)進行該年度之費率審議，審議結果將依健保法第 24 條第 3 項規定陳報衛福部轉報行政院核定。

健保署在 112 年度總額協商後，即依健保法第 24 條第 1 項規定，將保險費率方案(草案)提送至健保會，健保會依健保法第 24 條第 2 項規定，在審議前邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士，於本年 10 月 14 日召開「全民健康保險 112 年度保險費率審議前專家諮詢會議」提供意見後，提至 11 月份委員會議進行審議。審議過程中，健保會委員認為 112 年底健保安全準備可達 1 個月以上保險給付支出，財務尚可維持，加上考量疫情期間，雖然我國整體經濟成長，但仍有許多民眾生計受到疫情及通膨影響，因此，同意健保署提出維持現行費率 5.17% 的方案，由於 112 年度總額將達 8,300 億元，加上近年健保當年收支皆為短絀，未來仍可能面臨費率調整，因此健保會委員仍在會中提出許多建言，前揭專家諮詢會議及委員會議意見重點摘要如下：

- (一)全民健康保險 112 年度保險費率：依據健保財務推估及 112 年總額協商結果，在現行費率 5.17% 下，112 年底安全準備總額約當 1.24(付費者方案)或 1.05(醫界方案)個月保險給付支出，符合健保法第 78 條所定需有 1~3 個月為原則之規定，建議 112 年度維持現行費率 5.17%。
- (二)本次安全準備金能至少達 1 個月保險給付支出，係因行政院主計總處撥補健保基金 240 億元所致，未來行政院是否能長期撥補，為穩定健保財務的變數之一。
- (三)強化健保財務收支結構及給付範圍合理性檢討：依據健保署財務推估，113~115 年保險收入及總額之平均成長率分別為 0.79%、4.14%，兩者相差 3.35%，產生收支結構失衡現象，應適時依健保法第 26 條通盤檢討給付範圍，以改善健保財務收支結構。
- (四)建議修正總額基期：建議應將總額一般服務未執行預算及提升保險成效之回饋款自基期扣除，呈現實際總額費用基期。
- (五)對全民健保財務調整措施之看法與建議：贊成實施部分負擔，惟應兼顧弱勢族群就醫權益；至停復保制度應檢討制度缺失。
- (六)法定費率上限 6% 修法之建議：建議調整費率上限 6% 前，應優先考慮

其他增加收入或減少支出作法，包括：擴大補充保險費費基(如機會中獎、不動產交易收入等)、檢討給付範圍或強化政府財務責任；另調整費率上限應考量雇主經營法定成本之整體負擔增加，且其為保護被保險人財務負擔的重要防線，不宜輕易打破。

健保會後續將依健保法第 24 條第 3 項規定，將審議結果陳報衛福部，並將改善健保財務之建議一併送衛福部參考，再由衛福部轉陳行政院核定後，由衛福部公告 112 年度費率。

出處：相關內容詳衛福部健保會第 5 屆 111 年第 11 次委員會議(111.11.18)議事錄(路徑：健保會首頁>委員會議>委員會議議事錄(自 110 年 6 月 25 日委員會議起附會議資料>111 年)，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/lp-1655-116-xCat-y111.html> )

## 衛生福利部 函

地址：115204 臺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11月14日

發文字號：衛部保字第1110143520C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11月14日以衛部保字第1110143520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7.3 112年1月至6月3.4版1,068項Tw-DRGs權重表」自112年1月1日生效外，自111年12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、本部長照司、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)

111.11.14



111CC00724

## 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(以下簡稱本支付標準)之修正,為本(一百一十一年)第四次修正,除第七部全民健康保險住院診斷關聯群之附表7.3自一百一十二年一月一日起生效外,自一百一十一年十二月一日起生效。

本次修正,主要依據本年度總額決定事項,新增六項診療項目、調升一項支付點數;調整西醫基層二十八項支付點數及放寬表別一項;以及調升住宿型精神復健機構復健治療支付點數及更新全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)權重表等。要點如下:

一、安寧療護(第二部第一章第八節、第五部第三章):修正收案條件中失智症定義。

二、西醫特定診療(第二部第二章)

(一) 檢查(第一節):

1. 調升西醫基層「KOH顯微鏡檢查」(編號13017C)項目支付點數與醫院一致。

2. 「人類免疫缺乏病毒抗原及抗體複合型試驗」(編號14082B)項目開放適用表別至基層院所,併同修正支付規範及編號。

(二) 放射線診療(第二節):「經頸靜脈肝內門脈系統靜脈分流術」(編號33113B)支付點數調升至31,570點(原20,250點),支付規範增列特殊材料RTPS/RUPS組另計之規定。

(三) 治療處置(第六節):

1. 新增「留置性導便裝置」(編號49031B,485點)及「陰道止血處置」(編號55026C,671點;編號55027C,200點)等二項目。

2. 修正「淺部創傷處理」(編號48001C至48003C)、「深部複雜創傷處理」(編號48004C至48006C)及「尿路結石體外震波碎石術」

(編號50023B及50024B)等三項之支付規範。

3. 調升西醫基層「留置導尿」(編號47014C)等十三項目支付點數與醫院一致。

(四) 手術 (第七節) :

1. 新增「陰道息肉或肉芽組織切除術」(編號80036C, 411點; 編號80037C, 925點; 編號80038C, 601點)項目。
2. 調升西醫基層「直腸周圍膿瘍之切開引流」(編號74201C)等十二項目支付點數與醫院一致。

(五) 麻醉費 (第十節) :

1. 修正「麻醉恢復照護費」(編號96025B)及「麻醉前評估」(編號96026B)等二項之支付規範。
2. 調升西醫基層「硬脊膜外麻醉」(編號96005C)及「脊髓麻醉」(編號96007C)等二項目支付點數與醫院一致。

三、牙醫 (第三部) : 通則三修正口腔病理科轉診範圍及增列轉診加成規範, 併同修正附表 3.3.4; 另修正牙醫相對合理門診點數給付原則之費用不列入計算項目 (附表 3.3.3)。

四、居家照護及精神病患者社區復健 (第五部) :

- (一) 修正居家照護章通則二收案條件, 明定包含疾病特性致外出就醫不便病人 (第一章)。
- (二) 調升住宿型精神復健機構之全日及夜間復健治療 (天) (編號05402C及05403C)等二項目支付點數 (第二章)。

五、全民健康保險住院診斷關聯群 (第七部) : 修正「附表 7.3 112 年 1 月至 6 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表」。

副本

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

115204  4  
臺北市南港區忠孝東路6段488號

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號  
聯絡人：王智廣  
聯絡電話：02-27065866 分機：2693  
傳真：02-27065834  
電子郵件：A111077@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11月30日  
發文字號：健保醫字第1110663688號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：公告pdf檔、公告文字檔、修正草案總說明及修正草案條文對照表之pdf檔、法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表文字檔

主旨：檢送「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正草案公告，並附「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正草案總說明及修正草案條文對照表1份，請刊登行政院公報。

說明：檢附法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表1份。

正本：行政院公報編印中心  
副本：衛生福利部法規會、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、本署企劃組、本署醫務管理組(均含附件)

衛生福利部中央健康保險署

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署收發



1113300250

111. 12. -1



## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 部分診療項目修正草案總說明

依據全民健康保險法第四十一條規定修正本支付標準，本次修正重點說明如下：

第七部全民健康保險住院診斷關聯群：修正「附表 7.3 112 年 1 月至 6 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表」。

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：蕭琴萍  
聯絡電話：(02)8590-6732  
傳真：(02)8590-6048  
電子郵件：hgmph64@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11月17日  
發文字號：衛部保字第1110144081C號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：發布令影本及「全民健康保險投保金額分級表」修正規定各1份

主旨：「全民健康保險投保金額分級表」，業經本部於中華民國111年11月17日以衛部保字第1110144081號令修正發布，並自112年1月1日施行，茲檢送發布令影本及「全民健康保險投保金額分級表」修正規定各1份，請查照並依說明段辦理。

說明：本部配合基本工資調整，於111年10月26日以衛部保字第1111260348號函報行政院「全民健康保險投保金額分級表」修正草案(副本諒達)，業奉行政院111年11月9日院臺衛字第1110034757號函核定，請配合辦理轉知相關單位，另請加強對外說明。

正本：衛生福利部中央健康保險署  
副本：本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部人事處(均含附件)



檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 令

發文日期：中華民國111年11月17日  
發文字號：衛部保字第1110144081號  
附件：「全民健康保險投保金額分級表」修正規定  
1份



修正「全民健康保險投保金額分級表」，並自中華民國一百十二年  
一月一日生效。

附修正「全民健康保險投保金額分級表」

部長 薛瑞元

全民健康保險投保金額分級表

組別 級距	投保 等級	月投保 金額(元)	實際薪資月額 (元)	組別 級距	投保 等級	月投保 金額(元)	實際薪資月額 (元)
第一組 級距1200元	1	26,400	26,400以下	第六組 級距3700元	26	83,900	80,201-83,900
	2	27,600	26,401-27,600		27	87,600	83,901-87,600
	3	28,800	27,601-28,800	第七組 級距4500元	28	92,100	87,601-92,100
第二組 級距1500元	4	30,300	28,801-30,300		29	96,600	92,101-96,600
	5	31,800	30,301-31,800		30	101,100	96,601-101,100
	6	33,300	31,801-33,300		31	105,600	101,101-105,600
	7	34,800	33,301-34,800		32	110,100	105,601-110,100
	8	36,300	34,801-36,300	第八組 級距5400元	33	115,500	110,101-115,500
第三組 級距1900元	9	38,200	36,301-38,200		34	120,900	115,501-120,900
	10	40,100	38,201-40,100		35	126,300	120,901-126,300
	11	42,000	40,101-42,000		36	131,700	126,301-131,700
	12	43,900	42,001-43,900		37	137,100	131,701-137,100
	13	45,800	43,901-45,800		38	142,500	137,101-142,500
第四組 級距2400元	14	48,200	45,801-48,200		39	147,900	142,501-147,900
	15	50,600	48,201-50,600		40	150,000	147,901-150,000
	16	53,000	50,601-53,000	第九組 級距6400元	41	156,400	150,001-156,400
	17	55,400	53,001-55,400		42	162,800	156,401-162,800
18	57,800	55,401-57,800	43		169,200	162,801-169,200	
第五組 級距3000元	19	60,800	57,801-60,800		44	175,600	169,201-175,600
	20	63,800	60,801-63,800		45	182,000	175,601-182,000
	21	66,800	63,801-66,800	第十組 級距7500元	46	189,500	182,001-189,500
	22	69,800	66,801-69,800		47	197,000	189,501-197,000
23	72,800	69,801-72,800	48		204,500	197,001-204,500	
第六組 級距3700元	24	76,500	72,801-76,500		49	212,000	204,501-212,000
	25	80,200	76,501-80,200		50	219,500	212,001以上

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 公告

發文日期：中華民國111年12月9日  
發文字號：衛部保字第1111260395號



主旨：訂定「一百十二年全民健康保險保險對象住院應自行負擔費用之最高金額」，並自中華民國一百十二年一月一日生效。

依據：「全民健康保險法」第四十七條第二項。

公告事項：訂定「一百十二年全民健康保險保險對象住院應自行負擔費用之最高金額」如下：

- 一、因同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額：新臺幣四萬八千元。
- 二、全年累計住院應自行負擔費用之最高金額：新臺幣八萬元。
- 三、前二項住院應自行負擔費用之最高金額適用範圍，以保險對象於急性病房住院三十日以內或於慢性病房住院一百八十日以內，依全民健康保險法第四十七條規定所應自行負擔之醫療費用為限，不包含全民健康保險法所規定不予給付之項目。

部長 薛瑞元

副本

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  2  
臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年11月22日  
發文字號：健保醫字第1110663632號  
附件：請自行至本署全球資訊網站擷取

主旨：公告修訂「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」，並自中華民國一百十一年十二月一日起生效。

依據：衛生福利部111年9月30日衛部保字第1110138107號函。

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

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險署收發



1113300249

檔號：  
保存年限：

副本

### 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  39  
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11月22日  
發文字號：健保醫字第1110663678號  
附件：置放於全球資訊網公告區，請自行下載

主旨：公告修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」(附件)，  
並自111年12月1日起施行。

依據：衛生福利部111年11月14日衛部保字第1110143520號令辦  
理。

公告事項：配合「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，修訂通則二及附表，原  
「老年期及初老期器質性精神病態」修改為「失智  
症」，收案條件明訂為 CDR3分或 FAST 7C以上等條  
件，及修訂附表「十一、符合病人自主權利法第十四  
條第一項第二款至第五款所列臨床條件者之1.(3)極重度  
失智症」增列 FAST 7分以上條件。

副本：台灣護理學會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫師公會全國聯

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300248

III. 11. 23

合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國呼吸治療師公會全國聯合會、台灣胸腔暨重症加護醫學會、台灣安寧緩和醫學學會、台灣安寧緩和護理學會、台灣安寧照顧協會、台灣醫院協會、台灣家庭醫學醫學會、台灣在宅醫療學會、臺北市政府衛生局、新北市政府衛生局、桃園市政府衛生局、臺中市政府衛生局、臺南市政府衛生局、高雄市政府衛生局、基隆市衛生局、新竹市衛生局、嘉義市政府衛生局、新竹縣政府衛生局、苗栗縣政府衛生局、彰化縣衛生局、南投縣政府衛生局、雲林縣衛生局、嘉義縣衛生局、屏東縣政府衛生局、宜蘭縣政府衛生局、花蓮縣衛生局、臺東縣衛生局、澎湖縣政府衛生局、金門縣衛生局、連江縣衛生福利局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會、社團法人台灣居家護理暨服務協會、台灣居家醫療醫學會



署長李伯璋



中央健康保險署本年 9~12 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 12 件，其中 2 件為新藥收載、4 件為給付規定異動、6 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：2 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
111.09.15	新成分新藥/免疫製劑	公告暫予支付含 belimumab 成分藥品 Benlysta Powder for Solution for Infusion 120mg/vial 及 400mg/vial 共 2 品項暨其藥品給付規定。(用於治療活動性狼瘡腎炎)
111.10.05	已收載成分複方新藥/心臟血管及腎臟藥物	公告暫予支付含 ezetimibe /rosuvastatin 成分藥品 Cretrol Tab. 10/10mg 及 10/20mg 共 2 品項暨其藥品給付規定。(用於治療原發性高膽固醇血症)

(二)已收載藥品給付規定異動：4 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
111.09.22	激素及影響內分泌機轉藥物	公告含 somatropin 成分藥品 Norditropin NordiFlex 10mg/1.5ml 之支付價格異動暨修訂其藥品給付規定。(用於治療生長激素缺乏症)
111.10.03	抗腫瘤藥物	公告異動含 oxaliplatin 成分藥品 Oxaliplatin Mylan 5mg/ml，40ml 之支付價暨修訂 9.10.Oxaliplatin 藥品給付規定。(擴增適應範圍於轉移性胰臟癌)
111.10.05	心臟血管及腎臟藥物	公告暫予支付含 ezetimibe / rosuvastatin 成分藥品 Cretrol Tab.10/10mg 及 10/20mg 共 2 品項暨其藥品給付規定。(用於治療原發性高膽固醇血症)
111.11.15	抗腫瘤藥物	公告異動含 trastuzumab 成分藥品支付價格及修訂其藥品給付規定。(擴增適應範圍於「HER2 過度表現、雌激素受體為陰性、腫瘤大於 2 公分、未發生腋下淋巴結轉移之早期乳癌，每位病人至多給付 6 個月」)

(三)其他：6 件

公告日期	分類	公告主旨
111.09.08	已收載品項支付標準異動	公告異動含 estrogens conjugated 成分藥品共 8 品項之支付價格。(用於治療骨質疏鬆症、原發性卵巢衰竭、荷爾蒙不平衡官能異常性子宮出血)
111.09.15 111.10.04	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 126 項，於 111.10.04 再補遺 2 項。
111.10.14	已收載品項支付標準異動	公告異動含 olaparib 成分藥品共 2 品項之支付價格。(用於治療治療卵巢、輸卵管或原發性腹膜癌、三陰性乳癌)
111.11.15	已收載品項支付標準異動	公告異動含 oxybuprocaine 成分用於治療分泌性流淚症之特殊藥品 Lacrimin ophthalmic solution 之支付價格。(用於治療分泌性流淚症)
111.11.15	已收載品項支付標準異動	公告異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物品項計 3 項(111.5.13 公告調降 13 項罕見疾病用藥支付價格，本次公告係將其中 3 項調整回調降前原支付價格)。
111.11.15	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 66 項。

二、特材部分：計公告 6 件，其中 2 件為新特材收載、2 件為給付規定異動、2 件為其他(新增既有功能類別品項、已收載品項支付標準異動)。

(一)新特材收載：2 件

公告日期	分類	公告主旨
111.09.05	縫合結紮類-縫合釘	公告暫予支付特殊材料「愛惜康"愛喜龍可彎式高階定位電動血管縫合器」共 1 品項暨其給付規定。
111.09.12	敷料類	公告暫予支付特殊材料「皮敷美人工真皮」等 27 項暨其給付規定

(二)已收載特材給付規定異動：2 件

公告日期	分類	公告主旨
111.10.12	人工機能代用類-心臟科類	公告修訂既有功能類別特殊材料「經導管置換肺動脈瓣膜套組」給付規定。
111.10.21	管套類-引流管	公告修正既有功能類別特材「"美敦力"史卓塔腦脊髓液可調式壓力閥-NSC」共計 7 項之支付標準暨其給付規定。

(三)其他：2 件

公告日期	分類	公告主旨
111.10.04	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 666 項。
111.10.26	已收載品項支付標準異動	公告修正既有功能類別特材「限原發性肺動脈高血壓症居家靜脈注射 FLOLAN 者」共 2 品項之支付標準。

## 111 年度出院準備銜接長照服務計畫申請作業須知

### 壹、前言

我國生育率與死亡率雙雙出現下降的趨勢，整體人口結構快速趨向高齡化，長期照顧需求人數也同步增加。為建立完善的長照服務制度，自 106 年起推動長期照顧十年計畫 2.0，發展以使用者為中心之多元連續性服務模式，回應不同族群需求。

有鑑於部分病人因意外或疾病預後導致日常生活能力受損，出院返家後亟需照顧服務，計畫期藉由連結醫院出院準備（下稱出備）服務，透過病人住院時醫療團隊跨領域合作模式，協助個案及家屬做好出院照護準備，讓個案及家屬安心銜接返家後續照顧。如出院個案符合長照服務對象之資格，出院前即完成長照需要評估，並儘速擬定照顧計畫、連結服務，俾於出院後即時取得照護服務，另為利有輔具需求個案，可及時獲得輔具，鼓勵醫院建立簡易輔具友善銜接機制，降低返家後日常生活障礙、提升個案及照顧者生活品質，以減輕照顧者負擔及降低照顧支出。

### 貳、計畫目的

- 一、強化出院準備服務效能，為將出院準備更落實於照護，服務更多有後續照顧需求之個案，快速連結長照服務。
- 二、建立跨專業團隊之合作模式，以個案為中心，強化長照專業服務效能，並及時配合輔具服務，協助個案自立生活訓練，減少生活照顧需求，減輕照

顧負荷。

### 參、申請資格及方式

- 一、申請資格：醫院（以醫療機構代碼認定）。
- 二、申請期限：醫院擬具計畫申請表（附件1）向所在地主管機關提出申請，由地方主管機關審查並核定獎助資格，於111年5月20日前將核定名單函送本部備查（來函檢附附件2：地方主管機關核定出院準備銜接長照服務醫院獎助資格報告表及醫院申請表影本）。

### 肆、計畫內容

- 一、計畫執行期間：自本計畫公告日起即可按本計畫之執行方式辦理。至各項獎勵之計算，則自地方政府核定該醫院參與本計畫資格日起算至111年10月31日止，原於109-110年參與本部出院準備銜接長照服務計畫之醫院則追溯自111年1月1日起算。

#### 二、執行方式

- （一）組織專業服務團隊，包含：醫師（含中、牙醫）、職能治療人員、物理治療人員、語言治療師、護理人員、心理師、藥師、營養師、呼吸治療師、聽力師等資格人員至少3種以上，其中包含甲類輔具評估人員及出院準備服務評估人員至少各1人。如醫院未有甲類輔具評估人員則應與甲類輔具人員簽訂服務合約。

- （二）長照服務需求評估：醫院出院準備服務評估人員針對長照服務對象且

有長照服務需求者<sup>註1、2、3</sup>須於個案出院至少 3 天前，以照顧管理評估量表（繁表）執行長照需要等級（CMS）及照顧問題評估。

1. 評估工具：

使用本部所訂照顧管理評估量表-繁表，由本部長照 2.0 專區/照顧管理機制下載照顧管理評估量表電子檔或以 APP 評估。

2. 照顧管理評估量表（繁表）訓練：

(1) 由地方政府辦理課程訓練，並於出院準備服務評估人員完成下列課程後發給研習證明：

A. 長期照顧需求與情境介紹、長照給(支)付制度、長照個案問題評估與討論、照管系統 APP 操作等課程，合計 7 小時以上之訓練。

B. 案例實習 6 小時，至少操作 3 個案，並撰寫個案實習總心得報告 (附件 3)。

(2) 醫院須於地方政府核定獎助資格後 1 個月內完成訓練，惟已屬 109~110 年出備醫院之評估人員，且已熟悉評估作業可免再受訓，評估人員之完訓認證及後續服務品質管理由地方政府監督。

註 1：長照服務申請對象，係指因身心失能，且符合下列資格之一

者：一、65 歲以上。但具原住民身分者，為 55 歲以上。二、

領有身心障礙證明。三、50 歲以上失智症。

註 2：長照服務係指依長期照顧服務申請及給付辦法附表四之照顧組合，包含照顧及專業服務、交通接送服務、輔具及居家無障礙環境改善服務、家庭照顧者支持服務之喘息服務。

註 3：住宿式機構之服務使用者，由中央主管機關另依法令規定提供照顧，非屬本計畫評估及服務對象。

(三) 建立簡易輔具友善銜接機制：醫院連結輔具中心（含各服務據點）或輔具服務便利站，提供出院銜接輔具機制，俾個案返家使用。簡易輔具至少應包含 1.馬桶增高器、便盆椅或沐浴椅(EA01)、2.單支拐杖-不銹鋼(EB01)或鋁製(EB02)、3.助行器 (EB03)、4.輪椅 A、B 款 (EC01、EC02) 等 4 大項不須由甲類評估人員評估之長照輔具，另可依個案需求納入需輔具評估人員評估之長照輔具。

(四) 長照服務及轉介：

1. 出院準備服務評估人員應於評估個案前，向個案或家屬說明出院準備銜接長照服務需求評估注意事項（附件 4）並請其簽名確認<sup>註 4</sup>，完成個案長照需要等級評估，將評估結果照會長期照顧管理中心（以下簡稱照管中心）後派案 A 單位。

註 4：請地方政府確認所轄醫院使用表單為新版（出院後 4 個月內完成初評）。

2. A 單位個案管理員（以下稱 A 個管）按出院準備服務評估人員所評估

之長照服務需求結果、等級與額度，進行家訪，與個案及家屬討論、擬定照顧計畫（如圖 1 之流程 1）。倘個案有專業服務需要，A 單位應優先照會出備醫院(出備醫院應為專業服務之特約單位)或與出備醫院訂有服務合約之特約單位提供服務，至其他長照服務則依轄區派案原則執行。服務流程詳圖 1。

3. 為能更加速長照服務銜接之時效，本部鼓勵 A 個管於個案出院前至醫院與個案、家屬及醫院所組成之專業服務團隊共同討論，擬定照顧計畫（如圖 1 之流程 2），俟照管中心核定照顧計畫後，再由 A 單位協助連結服務，俾利個案返家後即可銜接所需長照服務。

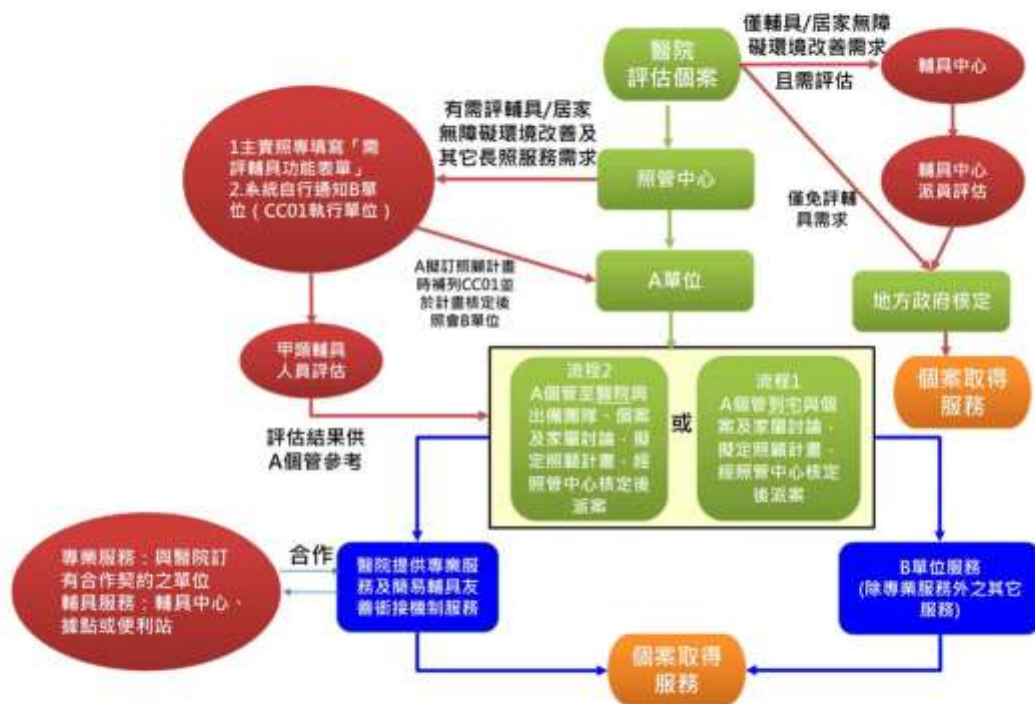


圖 1：服務流程

4. 如個案僅有輔具(E 碼)或居家無障礙環境改善服務(F 碼)需求者，醫院



評估人員完成長照服務需求評估後，接續擬定照顧計畫（建立 E、F 碼/醫院不得擬定 E、F 碼以外之服務項目），如屬免評輔具，個案可於縣市政府核定輔具項目後取得服務；如屬需評輔具或居家無障礙環境改善服務，醫院需設定輔具評估中心，由輔具中心派員評估（至醫院評估個案輔具需求或至個案出院後之居住地點進行家訪評估，了解個案日常生活環境、活動範圍及動線），個案可於評估完成及縣市政府核定輔具/居家無障礙環境改善項目後取得服務。居家無障礙設施評估報告<sup>註 5</sup>或其它需評輔具評估報告<sup>註 6</sup>格式，請參考本部社會及家庭署輔具資源入口網。

註 5：評估報告請參考本部社會及家庭署輔具資源入口網，輔具評估報告書(編號 19)-居家無障礙設施與相關設備。

(網址 <https://newrepat.sfaa.gov.tw/home/download>)

註 6：評估報告請參考本部社會及家庭署輔具資源入口網相關輔具評估報告書。

5. 為加速甲類輔具評估人員派員，出備個案如有需評輔具需求，可透過「需評輔具功能表單」加速流程，說明如下：
- (1) 出備端個案，醫院評估人員進行長照服務需求評估時，可於計畫簡述註明建議使用「需評輔具功能表單」。
  - (2) 照管中心依醫院評估結果及計畫簡述填寫「需評輔具功能表單」（系

統新增功能)」派案甲類輔具評估人員，其餘流程不變（派案 A 單位擬定照顧計畫）。

- (3) A 個管透過功能表單得知照專已先派案 B 單位執行 CC01，於照顧計畫擬定時補列 CC01 服務項目，並電話聯絡 B 單位瞭解評估執行進度（或評估結果）。

6. 有關圖 1 服務流程之流程 2，其執行應考量下列原則辦理：

- (1) 個案入住醫院之所在地與個案出院返家所在縣市相同或鄰近，A 個管可在個案未出院前到醫院討論照顧計畫。
- (2) 照管專員或醫院出院準備人員請提醒 A 個管個案出院時間，以掌握於個案出院前至醫院與個案及家屬討論照顧計畫。
- (3) A 個管完成流程 2 之照顧計畫擬定，無論後續有無再安排家訪，均可支領 1 次照顧計畫擬定與服務連結(AA01)，並以支領 1 次為限。

7. 若個案有 CA07、CB01、CB02、CC01、CD02 等專業服務照顧組合之服務需要，可依以下原則提供服務。

- (1) 針對有專業服務需求潛能之個案，由專業服務團隊與個案及家屬討論，共同設定訓練目標及訓練期程；同一訓練目標，以不超過 12 次之訓練並於 6 個月內完成為原則（專業服務同一服務碼別每週以 1 次服務為限）。其專業服務團隊成員應有 1 人負責個案管理協調聯繫與完備訓練指導紀錄。

- (2) 個案如屬出院後有高密度專業服務之必要性與潛能，除依需要等級與給付額度擬定照顧計畫外，可彈性將出院後 2~6 個月之照顧及專業服務額度的 30% 提前納入照顧計畫，以為專業服務照顧組合使用，並於出院當月至出院 3 個月內使用完竣。
- (3) 聘僱外籍家庭看護工或領有政府提供之特別照顧津貼之長照需要者，如符合本計畫規定，經長照需要評估擬定照顧計畫有專業服務照顧組合之需要，仍可預支照顧及專業服務給付額度之 30%，以為專業服務照顧組合之用。
- (4) 專業服務預支額度扣除方式：長照服務個案其所預支額度（即出院後 2~6 個月給付額度提前規劃部分），於出院後 2~6 個月平均扣除，其提前預支額度所擬之專業服務計畫，應於出院當月至出院 3 個月內使用完竣（圖 2）。

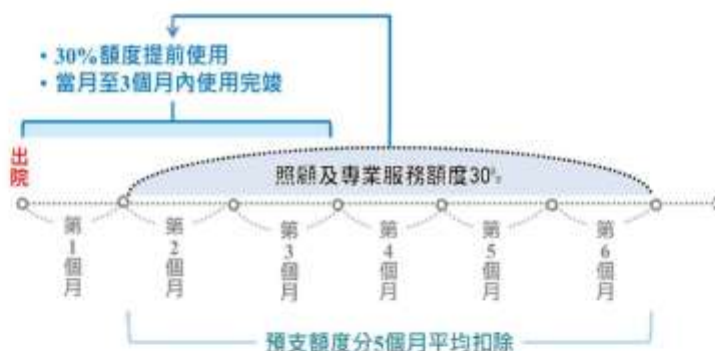


圖 2：專業服務 30%預支額度

8. 照管中心於本計畫個案出院後第 4 個月內初評；個案或家屬亦可自行向照管中心提出評估之申請。初評後新核定之長照需要等級及給付額

度如有調高，給付額度按新等級回溯至核定當月 1 日生效，前次剩餘額度於初評照顧計畫核定當月月底歸零；如長照需要等級調低，給付額度依新等級自核定次月 1 日生效，前次剩餘額度至新額度生效前 1 日歸零。

9.如經照管中心於個案出院後第 4 個月初評等級與出院前評估等級不同，預支額度以出院前評估等級之給付額度計算。

### 三、專業服務照顧組合服務注意事項

- (一) 為確保專業服務之服務品質，服務單位除須於照顧服務管理資訊平台登打紀錄，並需配合本部應登載專業服務紀錄內容及長期照顧專業服務結案/延案處理機制辦理（請地方政府參考本部最新函頒內容）。
- (二) 專業服務照顧組合得逕由參與本計畫之醫院或與醫院訂有合作契約之單位提供；服務提供單位均需與地方政府簽訂特約長照專業服務。
- (三) 有關專業服務費用之申報核銷，逕由服務提供單位向地方政府辦理。如：醫院提供服務由醫院申報費用；如由與醫院合作之服務提供單位提供服務者，則由該合作之服務提供單位申報費用。

### 四、地方政府配合事項

- (一) 本計畫由地方政府定期督導醫院與 A 單位執行，包含獎助資格之核定、評估人員之訓練及認證、平板需求確認、簡易輔具友善銜接機制建立、服務品質管理、服務流程時效（評估、擬定照顧計畫）、銜接服務、服務紀

錄之情形。地方政府應定期或不定期進行稽核並輔導醫院執行。

- (二) 地方政府對每間醫院應至少稽核 1 次，並請縣市政府於 111 年 11 月 30 日前，提交稽核一覽表及輔具友善銜接機制彙總表予本部(附件 5、6)。

## 伍、補助、獎勵措施及撥付方式

一、補助、獎勵目的：為強化本計畫之執行效能及推動品質績效，落實出院準備銜接長照服務之運作模式，加速個案出院後取得長照服務之時效，爰針對參與本計畫醫院，予以補助及獎勵。

二、補助、獎勵內容及費用撥付方式：

(一) 長照需要評估工具補助：

1. 新申請加入計畫之醫院依醫院照顧管理評估量表(繁表)評估長照需求，核實補助評估工具費，以未達新臺幣(以下同)1萬元為限，購置評估量表所需之電腦平板工具(地區醫院 2 臺、區域醫院 3 臺、醫學中心 5 臺，核實支付；惟曾參加出院準備銜接長照服務計畫且申請平板之醫院不得重複申請(該院如未達平板申請數量上限，且用於 111 年新增評估人員者除外)，購置之評估工具僅以使用個案長期照顧需求評估用途，不得挪為他用。
2. 醫院於購買評估工具後，檢送支用單據向地方政府辦理結報，俾利後續地方政府向本部辦理撥款事宜。

(二) 建立簡易輔具友善銜接機制之獎勵：

1. 醫院與輔具中心(含各服務據點)或輔具服務便利站合作建立簡易輔具友善銜接機制，醫院如迄 111 年 7 月 31 日止透過該機制獲得服務人數（需經長照需要等級評估為 2-8 級）達地區醫院 7 人、區域醫院 16 人、醫學中心 33 人，且不分醫院層級執行長照需要等級評估達至少 10 人，可於 111 年 8 月 16 日前提交簡易輔具友善銜接機制及執行成果，經地方政府審核通過獎勵 6 萬元，醫院應於地方政府監督下持續執行並於 111 年 11 月 16 日提交第 2 階段執行成果，如醫院迄 111 年 10 月 31 日始達上開成果，可於 111 年 11 月 16 日前提交簡易輔具友善銜接機制及執行成果，經地方政府審核通過獎勵 6 萬元，第一階段已獲獎勵之醫院不得重複申請獎勵。
2. 地方政府則應於 111 年 8 月 30 日、11 月 30 日前向本部請款，並於 11 月 30 日前彙整所轄醫院執行成果提交本部。

(三) 服務效能指標獎勵：

1. 評估個案數獎勵說明：

- (1) 醫院針對出院且有長照需要者以照顧管理評估量表評估長照需要之個案數，本部依照照顧服務管理資訊平台系統產製之評估案量及參考縣市在地主管機關所提供之成果表，出院個案完成出院準備長照需要等級評估個案數達以下標準者，核實獎勵（表 1）：

級距	地區醫院	區域醫院	醫學中心	獎勵費用
1	35	80	165	10 萬
2	50	125	250	20 萬
3	72	180	360	30 萬

- (2) 第一階段獎勵：醫院如迄 111 年 7 月 31 日止出備評估個案數達上表所屬醫院層級之第 1 級距個案數以上，則可於 111 年 8 月 16 日前提送成果表及領據送地方政府，地方政府則於 111 年 8 月 30 日前轉本部辦理，俾予及時獎勵。
- (3) 第二階段獎勵：醫院如迄 111 年 10 月 15 日止出備評估個案數達上表所屬醫院層級之第 1 級距個案數以上，則應於 111 年 11 月 16 日前提送成果表及領據送地方政府，地方政府則於 111 年 11 月 30 日前轉本部辦理獎勵。
- (4) 地方政府函報部時應就評估個案數為 0 之醫院敘明原因。
- (5) 範例說明：如 A 醫院為地區醫院，迄 111 年 7 月 31 日出備評估個案數 35 案，則可先行申請第一階段獎勵 10 萬元；如至 111 年 10 月 15 日止累計出備評估個案數達 60 案，第二階段可再申請獎勵費用 10 萬元(即 20 萬-10 萬)。如 B 醫院為區域醫院，迄 111 年 7 月 31 日出備評估個案數 40 案，則未能申請第一階段獎勵費用；如至 111 年 10 月 15 日止累計出備評估個案數 125 案，第二階段核予獎勵費用 20 萬元。

## 2. 出院準備銜接長照服務時效獎勵:

(1) 出院準備銜接長照服務時效獎勵說明 (如表 2):

- I. 參與門檻: 評估數(111 年 1 月 1 日起或自資格核定日起至 111 年 10 月 15 日止)需達前開評估個案數各醫院層級獎勵最低級距個案數之 80%，即地區醫院達 28 案、區域醫院達 64 案、醫學中心達 132 案且服務使用率 $\geq 60\%$ 。
- II. 獎勵門檻: 達參與門檻之醫院，以出院後 7 日銜接長照服務使用率 (T) 作為時效指標，出院前接受長照需要等級評估為 2-8 級個案中於出院後 7 日內使用長照服務的比率達 50%、60% 及 70% 者，分別獎勵 10 萬、15 萬及 20 萬。

表 2

計算期程	參與門檻-評估數	參與門檻-出院準備銜接長照服務使用率 (U)	獎勵指標-7 日銜接長照服務使用率 (T)	獎勵費用
111.1.1 (或資格核定日) 至 111.10.25	依醫院層級達	達 111.10.25 $\geq 60\%$	50%	10 萬
	111.10.15 分別達		60%	15 萬
	28、64、132 案		70%	20 萬

註：評估日計算至 111.10.15，服務日計算至 111.10.25 (評估最後一日加 7 個工作日)

(2) 申請期限及指標計算方式說明

- I. 以出院前接受長照需要等級評估為 2-8 級個案，於出院後 7 日內使用長照服務，計算長照服務使用時效。



II. 出院準備銜接長照服務使用率（參與門檻）計算方式

A. 出院準備銜接長照服務使用率(U)=出院後接受長照服務<sup>註2</sup>個案數(O)/出院前接受醫院長照需要等級評估為2-8級之個案數(L)\*100%

B. 醫院迄111年10月25日止出院準備銜接長照服務使用率(U)達參與門檻(≥60%)始得參與，計算方式如下：

**出院準備銜接長照服務使用率(U)**=111年1月1日(或資格核定日)至111年10月25日止個案於出院前完成長照需求等級評估且符合2-8級於出院後使用長照服務之個案數(O)/出院前接受醫院長照需要等級評估為2-8級並於111年10月15日(含)前出院之個案數(L1)\*100%≥60%

III. 7日銜接長照服務使用率(T，獎勵指標)計算方式

A. 7日銜接長照服務使用率(T)=出院後7日內使用長照服務<sup>註2</sup>個案數(O)/出院前接受醫院長照需要等級評估為2-8級之個案數(L)\*100%

B. 醫院於111年10月25日止7日銜接長照服務使用率(T)達獎勵門檻(50%、60%、70%)始得申請獎勵，計算方式如下：

**7日銜接長照服務使用率(T)**=111年1月1日(或資格核定日)至111年10月25日止個案於出院前完成長照需求等級評估且符合2-8級於出院後7日內使用長照服務之個案數(O)/出院前接受醫院長照需要等

級評估為 2-8 級並於 111 年 10 月 15 日(含)前出院之個案數(L)\*100%

#### IV. 申請期限

醫院迄 111 年 10 月 25 日止 7 日銜接長照服務使用率(T)達 50%、60%及 70%者，可於 111 年 11 月 16 日前提送計畫月總表及領據送地方政府，地方政府則於 111 年 11 月 30 日前轉本部辦理獎勵，分別獎勵 10 萬、15 萬及 20 萬元。

#### V. 其它說明

- (I) 出院銜接長照服務時效以工作日計算，並自出院日之次日起算。
- (II) A 碼及提供餐飲服務 (OT01) 不列入服務計算。
- (III) B、C、D、G 碼以首次提供服務日計算。
- (IV) E、F 碼以輔具/居家無障礙環境改善項目核定日計算，如於出院前或出院當天完成核定，銜接長照服務日以 0 天計算。

### 三、獎助費用撥付方式

#### (一) 受獎助單位辦理事項：

##### 1. 請領獎助費用：

- (1) 長照需要評估工具補助：補助 111 年始參加本計畫醫院平板電腦評估工具費用(地區醫院 2 臺、區域醫院 3 臺、醫學中心 5 臺為限)，醫院於購買評估工具後，檢送支用單據向地方政府辦理結報，俾利後續地方政府向本部辦理撥款事宜。

- (2) 建立簡易輔具友善銜接機制之獎勵：達使用人數門檻之醫院可於 111 年 8 月 16 日前、111 年 11 月 16 日前向地方政府提交簡易輔具友善銜接機制執行成果，內容應包含簡易輔具友善銜接機制說明、與合作輔具中心之合約或輔具使用之佐證、實際執行情形(附件 7，1 式 2 份，1 份轉送本部、1 份縣市政府留存)等，經地方政府審核通過後向本部請款。
- (3) 服務效能指標獎勵：評估個案數獎勵可分兩階段，請受獎助單位分別於 111 年 8 月 16 日前及 111 年 11 月 16 日前，函送計畫月總表(附件 8，1 式 2 份，1 份轉送本部、1 份縣市政府留存)及領據，向地方政府請領獎勵費用。出院準備銜接長照服務時效獎勵一項，則採一階段處理，請醫院於 111 年 11 月 16 日前備妥附件 8 及領據送地方政府。
2. 受獎助單位應設立專戶儲存衛生福利部 111 年度長照服務發展基金一般性獎助，其由專戶存款所產生之孳息，不得抵用或移用，應於計畫結束後辦理繳回；但每年孳息為 300 元以下者，得免繳回。如未設立專戶，則請俟計畫執行完成後，核銷時再辦理撥款事宜。
  3. 請確實依核定獎助計畫執行，非核定之獎助項目不得以獎助經費支付。
  4. 如計畫於執行期間，以同一事由或活動另獲他機關獎助時，應函報本部說明他機關獎助之項目及金額，若有重複獎助情事，本部得撤銷或降低

已核定之獎助金額。核銷時請於支出明細表列明各機關獎助項目及金額。

5. 獎助款應專款專用，核銷時應檢附計畫規定之成果內容等相關資料。

(二) 地方政府辦理事項：

1. 長照需要評估工具補助：請地方政府於 111 年 5 月 20 日前提報參與旨揭計畫之地方主管機關核定出院準備銜接長照服務醫院獎助資格報告表(附件 2)、醫院申請表影本、醫院評估人員清冊等相關資料，送本部備查出備醫院核定名單，並於本部核定各縣市平板購置數通知日 1 個月內，購買、掣據及檢附收支明細表(附件 9)向本部辦理平板請款及核銷事宜(如有新購平板需求)，並應於補助款項撥付完成後 30 日內核實轉撥予受獎助單位。其評估工具單價以未達 1 萬元物品費為限，購置之評估工具僅以使用個案長期照顧需求評估用途，不得挪為他用。
2. 建立簡易輔具友善銜接機制之獎勵：地方政府就醫院所送執行成果進行審核後可分別於 111 年 8 月 30 日前或 111 年 11 月 30 日前彙整審核通過之醫院資料，檢附領據、收支明細表及附件 5、6、7 向本部請款。如醫院第一階段已申請獎勵，仍應於地方政府監督下持續執行並於 111 年 11 月 16 日向地方政府提交第 2 階段執行成果(附件 5、6、7)。
3. 服務效能指標獎勵：地方政府依本計畫獎勵費用撥付方式彙整醫院所送成果，於 111 年 8 月 30 日前及 111 年 11 月 30 日前掣據(領據名稱：衛生福利部)，並檢附收支明細表(附件 9)、計畫月總表(附件 8)、強

化出院準備醫院效能執行成果彙整表(附件10)函送本部辦理結案，另應於核銷完成後30日內核實轉撥予受獎助單位。

## 陸、計畫管考措施及其他配合事項

- 一、補助及獎勵之數據資料以本部照顧服務管理資訊平台為準，並得參酌醫院年度執行成果報表。
- 二、本計畫服務申報相關規定，依本部長長期照顧服務申請及給付辦法辦理。
- 三、有關本計畫之「申請作業須知」請至本部 (<https://www.mohw.gov.tw>) 之長照政策專區/長照 2.0/長照出院準備服務下載。
- 四、補助對象係屬公職人員利益衝突迴避法第 3 條所稱公職人員之關係人者，請填列附件 11 所附之「公職人員利益衝突迴避法第 14 條第 2 項公職人員及關係人身分關係揭露表」，如未揭露者依公職人員利益衝突迴避法第 18 條第 3 項處罰。