

衛生福利部全民健康保險會  
第 5 屆 111 年第 1 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 1 月 21 日



# 衛生福利部全民健康保險會第5屆111年第1次委員會議議程

## 一、主席致詞

## 二、議程確認

三、確認上次(110年第8次)委員會議紀錄----- 1

四、本會重要業務報告----- 16

## 五、優先報告事項

「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」

核定結果及後續相關事項----- 33

## 六、討論事項

(一)111年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案) -- 81

(二)111年度各部門總額一般服務之點值保障項目案----- 101

(三)有關「111年度全民健康保險牙醫門診總額12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」(草案)----- 104

(四)有關「全民健康保險各部門總額執行成果評核會」的委員組成，建議應由本委員會的專家學者及付費者代表等共同擔任----- 109

## 七、報告事項

(一)中央健康保險署「110年12月份全民健康保險業務執行報告」----- 125

(二)有關「111年度各部門總額依協定事項需於110年12月底前提本會報告之項目」辦理情形----- 126

## 八、臨時動議



三、確認上次(第 8 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以 110 年 12 月 24 日衛部健字第 1103360169 號函送委員在案，並於同年 12 月 27 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110年第8次委員會議紀錄  
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國110年12月17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：盛培珠、陳淑美

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、侯委員俊良、柯委員富揚、胡委員峰賓、翁委員文能、翁委員燕雪、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍(中華民國工業協進會楊顧問玉琦 11:09以後代理)、張委員澤芸、許委員駢洪、陳委員石池、陳委員有慶、陳委員秀熙、陳委員建志、黃委員金舜、黃委員振國、楊委員芸蘋、趙委員曉芳、劉委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊、滕委員西華、鄭委員素華、盧委員瑞芬、謝委員佳宜、顏委員鴻順、台灣總工會(補聘中)

請假委員：賴委員博司

列席人員：

本部社會保險司：陳專門委員淑華

中央健康保險署：李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、張組長禹斌、戴組長雪詠

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、洪組長慧茹、邱組長臻麗、  
陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第15~16頁)

貳、議程確認：(詳附錄第17~18頁)

決定：

一、討論事項案由名稱修正為「111年度西醫基層總額一般服務地區預算分配之風險調整移撥款案」。

二、餘照議程之安排進行。

參、確認上次(第7次)委員會議紀錄：(詳附錄第18頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第 19~33 頁)

決定：

一、上次(第 7 次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤 1 項，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共 2 項，繼續追蹤。

二、歷次委員會議未結案件辦理情形：

(一)擬解除追蹤 1 項，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共 15 項，繼續追蹤。

三、有關「110年度各部門總額協定事項」尚未完成之工作項目，除醫院總額「急診品質提升方案」專款項目繼續追蹤外，其餘事項同意依處理建議辦理。

註：繼續追蹤事項如下：

1.牙醫門診總額「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目：請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體儘速研議「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」之具體實施方案，於提報本會同意後解除追蹤。

2.醫院總額「急診品質提升方案」專款項目：請中央健康保險署會同醫院總額相關團體精進方案內容，送本會備查後解除追蹤。

四、餘洽悉。

伍、優先報告事項：(詳附錄第 34~43 頁)

報告單位：本會第二組

案由：擬訂本會 111 年度工作計畫及會議時間表(草案)，請鑒察。

決定：

一、111 年度工作計畫依委員建議，全民健康保險業務執行

第 4 次季報告(口頭)維持於 11 月份進行。

二、確認 111 年度會議時間表及工作計畫，如附件一、二，請委員預留時間與會。

三、111 年度各項工作計畫項目，請相關負責單位配合辦理。

陸、討論事項：(詳附錄第 44~50 頁)

提案單位：本會第三組

案由：111 年度西醫基層總額一般服務地區預算分配之風險調整移撥款案，續請討論。

決議：

111 年度西醫基層總額一般服務地區預算分配：

一、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 105.2 百萬元)移撥 6 億元，作為風險調整移撥款。

二、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款用途與執行方式)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體議定之，其中風險調整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西醫基層總額相關團體議定後，送本會同意後執行。

柒、報告事項：(詳附錄第 51~63 頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：110 年 11 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

第二案



報告單位：中央健康保險署

案由：109 年全民健康保險自付差額特材執行概況，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：上午 11 時 50 分。

## 全民健康保險會 111 年度委員會議暨重要會議預訂時間表

會議次別	會議時間	會議地點
第 1 次	1 月 21 日 (星期五上午 9 時 30 分)	衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 2 次	3 月 25 日 (星期五上午 9 時 30 分)	
業務訪視活動	4 月 21 日 (星期四上午 9 時) 全天	健保署東區業務組
第 3 次	4 月 22 日 (星期五上午 9 時 30 分)	
第 4 次	5 月 27 日 (星期五上午 9 時 30 分)	衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 5 次	6 月 24 日 (星期五上午 9 時 30 分)	
各總額部門 110 年度執行成果發 表暨評核會議	7 月 19 日 (星期二上午 9 時) 全天 7 月 20 日 (星期三上午 9 時) 半天	衛生福利部 1 樓 大禮堂
第 6 次	7 月 29 日 (星期五上午 9 時 30 分)	衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 7 次	(星期五上午 9 時 30 分)	
112 年度總額協 商草案會前會	8 月 19 日 (星期五下午 1 時 30 分)	
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	8 月 26 日 (星期五上午 9 時 30 分)	
112 年度總額協 商會議	9 月 22 日 (星期四上午 9 時 30 分) 全天 若有協商未盡事宜，則於 9 月 23 日 上午 11 時處理	
第 8 次	9 月 23 日 (星期五上午 11 時)	
費率審議前 意見諮詢會議	10 月 14 日 (星期五上午 9 時 30 分)	
第 9 次	10 月 28 日 (星期五上午 9 時 30 分)	
第 10 次	11 月 18 日 (星期五上午 9 時 30 分)	
第 11 次	12 月 23 日 (星期五上午 9 時 30 分)	

備註：

1. 各次委員會議時間或地點如有更動，另行通知。
2. 如須召開臨時委員會議，其時間與地點另行通知。

全民健康保險會 111 年度工作計畫-按會議時序排列

日期	工作項目
1 月 21 日 (委員會議)	優先報告事項： 提報 111 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項
	討論事項： 1.111 年度各部門總額一般服務之點值保障項目之討論 2.111 年度牙醫門診總額「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」具體實施方案之討論(暫訂，配合健保署提會時程)
	報告事項： 111 年度各部門總額依協定事項需於 110 年 12 月底前提本會報告之項目(項目詳附表 1)
3 月 25 日 (委員會議)	優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭)
	討論事項： 1.各總額部門 110 年度執行成果評核作業方式之討論 2.111 年度西醫基層總額「代謝症候群防治計畫」具體實施方案(含結果面品質指標，並依執行績效支付費用)之討論(自付差額特材之討論，配合健保署送會時程 1)
	報告事項： 109 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形
4 月 21 日	業務訪視活動 預定地點：東區業務組轄區特約院所
4 月 22 日 (委員會議)	優先報告事項： 112 年度總額範圍報行政院前之諮詢、全民健康保險資源配置及財務平衡方案
	報告事項： 110 年度全民健保年終決算報告、112 年度全民健保預算備查案
5 月 27 日 (委員會議)	優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭)
	討論事項： 1.112 年度總額協商架構及原則之討論 2.112 年度總額協商程序之討論 (自付差額特材之討論，配合健保署送會時程 1)

日期		工作項目
5月27日 (委員會議)		報告事項： 「家庭醫師整合性照護計畫」執行成效評估(含導入一般服務之時程規劃) (自付差額特材之報告，配合健保署送會時程2)
6月24日 (委員會議)		討論事項： 1.112年度總額協商架構及原則之討論(續) 2.112年度總額協商程序之討論(續) 報告事項： 「新醫療科技」、「藥品及特材給付規定改變」之預算檢討、調整與管控機制(含新醫療科技之成果面績效指標)
7月19、20日		各總額部門110年度執行成果發表暨評核會議
7月29日 (委員會議)		優先報告事項： 衛生福利部交議112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案 報告事項： 1.111年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃： (1)「基層總額轉診型態調整費用」：提出經費動支條件及執行成效檢討結果、未來規劃與期程(含退場) (2)「鼓勵院所建立轉診之合作機制」：提出執行成效檢討結果及改善措施、適合轉診案件之定義及院所合作模式 2.111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(項目詳附表2) 3.各總額部門110年度執行成果評核結果
8月19日 全天	上午(委員會議)	優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭) 討論事項： (自付差額特材之討論，配合健保署送會時程1)
	下午(協商會前會)	112年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會
8月26日上午		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
9月22日 全天		112年度總額協商會議 (若有未盡事宜，則於9月23日上午11時處理)

日期	工作項目
9月23日 (委員會議)	討論事項： 112年度各部門總額及其他預算協商結論之討論 (若有總額協商未盡事宜，於未盡事宜處理完畢後召開；若無未盡事宜，則於上午11時召開)
10月14日上午	112年度保險費率審議前意見諮詢會議
10月28日 (委員會議)	優先報告事項： 112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項之確認
	討論事項： 112年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論
	報告事項： 全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告
11月18日 (委員會議)	優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭)
	討論事項： 1.112年度保險費率案之審議 2.112年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論(續) (自付差額特材之討論，配合健保署送會時程1)
12月23日 (委員會議)	優先報告事項： 112年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項
	討論事項： 1.112年度各部門總額一般服務之點值保障項目之討論 2.健保署所擬訂112年度抑制資源不當耗用改善方案之討論
	報告事項： 自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告(含開放半年後之檢討改善情形)
依3月評核作業方式議定之時程提會討論	各總額部門110年度執行成果評核獎勵額度案之討論

日期	工作項目
配合健保署 送會時程	1.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論(暫訂於3、5、8、11月) 2.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告(暫訂於5、12月) 3.健保署所擬訂調整保險給付範圍方案之審議 4.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議 5.健保署所擬修訂醫療品質資訊公開辦法之討論

註：委員會議若另有決議(定)事項，配合安排或調整相關工作項目。

## 全民健康保險會 111 年度工作計畫-按業務性質排列

類別	工作項目	預定 時程	主辦 (協辦) 單位	備註
業務 監理	<b>一、專案報告</b>			
	1.109 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形	3 月	健保署	依健保法第 73 條辦理
	2.「家庭醫師整合性照護計畫」執行成效評估(含導入一般服務之時程規劃)	5 月	健保署	1.依 110 年 9 月份委員會議決議事項辦理 2.請健保署本於保險人權責統籌報告，並得視需要邀請總額相關團體列席回應
	3.「新醫療科技」、「藥品及特材給付規定改變」之預算檢討、調整與管控機制(含新醫療科技之成果面績效指標)	6 月	健保署	依 110 年 9 月份委員會議決議事項辦理
	4.111 年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃： (1)「基層總額轉診型態調整費用」：提出經費動支條件及執行成效檢討結果、未來規劃與期程(含退場) (2)「鼓勵院所建立轉診之合作機制」：提出執行成效檢討結果及改善措施、適合轉診案件之定義及院所合作模式	7 月	健保署	依 110 年 9 月份委員會議決議事項辦理
	<b>二、例行監理業務</b>			
	1.全民健康保險業務執行季報告	3、5、8、 11 月	健保署	每季業務執行報告以口頭報告方式進行，為完整呈現前一季資料，安排於 2、5、8、11 月(2 月改為 3 月)進行口頭報告，其餘月份以書面提報
	2.110 年度全民健保年終決算報告、112 年度全民健保預算備查案	4 月	健保署 (本會)	依健保法施行細則第 3 條辦理
	3.全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告	10 月	健保署 (本會)	季指標另納入 3 月、9 月業務執行報告
	4.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告	配合健保署送會時程	健保署	1.依 105 年 6 月份委員會議決議之「健保會討論自付差額特材案之作業流程」辦理

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
業務監理	5.自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告	12月	健保署	2.自付差額品項開放半年後之檢討改善報告，每半年配合健保署送會時程安排(暫訂於5、12月)
<b>三、業務相關活動</b>				
	業務訪視活動 預定地點：東區業務組轄區特約院所	4月	本會 (健保署)	預訂於4月21日召開
總額協議訂定	1.提報 111 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項	1月	本會	
	2.111 年度各部門總額一般服務之點值保障項目之討論	1月	健保署	
	3.111 年度牙醫門診總額「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」具體實施方案之討論	1月 (暫訂)	健保署	依 110 年 9 月份委員會決議事項辦理
	4.111 年度各部門總額依協定事項需於 110 年 12 月底前提本會報告之項目(項目詳附表 1)	1月	健保署	1.依 110 年 9 月份委員會決議事項辦理 2.請健保署本於保險人權責統籌報告，並得視需要邀請總額相關團體列席回應
	5.各總額部門 110 年度執行成果評核作業方式之討論	3月	本會	
	6.111 年度西醫基層總額「代謝症候群防治計畫」具體實施方案(含結果面品質指標，並依執行績效支付費用)之討論	3月	健保署	依 110 年 9 月份委員會決議事項辦理
	7.112 年度總額範圍報行政院前之諮詢、全民健康保險資源配置及財務平衡方案	4月	社保司、 健保署	依健保法第 60 條、第 5 條辦理
	8.112 年度總額協商架構及原則之討論	5、6月	本會	
	9.112 年度總額協商程序之討論	5、6月	本會	
	10.各總額部門 110 年度執行成果評核獎勵額度案之討論	依 3 月評核作業方式議定之時程提會討論	本會	



類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
總額協定	11.各總額部門110年度執行成果發表暨評核會議	7月	本會(健保署)	預訂於7月19、20日召開，5~7月準備資料
	12.衛生福利部交議112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案	7月	社保司	
	13.111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(項目詳附表2)	7月	健保署	1.依110年9月份委員會決議事項辦理 2.請健保署本於保險人權責統籌報告，並得視需要邀請總額相關團體列席回應
	14.提報各總額部門110年度執行成果評核結果	7月	本會	
	15.112年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會	8月	本會	預訂於8月19日下午召開
	16.112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	8月	本會	預訂於8月26日上午召開
	17.112年度總額協商會議	9月	本會(健保署)	1.依健保法第61條辦理 2.預訂於9月22日召開(若有未盡事宜，則於9月23日上午11時處理)，7~9月前置作業
	18.112年度各部門總額及其他預算協商結論之討論	9月	本會	依健保法第61條辦理
	19.112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項之確認	10月	本會	依健保法第61條辦理
	20.112年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論	10、11月	本會	依健保法第61條辦理
	21.提報112年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項	12月	本會	

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
	22.112 年度各部門總額一般服務之點值保障項目之討論	12 月	健保署	依 110 年 10、11 月份委員會議決議事項辦理
費率審議	1.112 年度保險費率審議前意見諮詢會議	10 月	本會(健保署)	1.依健保法第 24 條辦理 2.預訂於 10 月 14 日召開
	2.112 年度保險費率案之審議	11 月		依健保法第 24 條辦理
保險給付及其他應討論法定事項	1.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論		健保署(本會)	1.依健保法第 45 條第 3 項及 105 年 6 月份委員會議決議之「健保會討論自付差額特材案之作業流程」辦理 2.各季配合健保署送會時程辦理(暫訂於 3、5、8、11 月)
	2.健保署所擬訂 112 年度抑制資源不當耗用改善方案之討論	12 月		依健保法第 72 條辦理
	3.健保署所擬訂調整保險給付範圍方案之審議			依健保法第 26 條辦理
	4.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議	配合健保署送會時程		依健保法第 51 條第 12 款辦理
	5.健保署所擬修訂醫療品質資訊公開辦法之討論			依健保法第 74 條辦理

註：委員會議若另有決議(定)事項，配合安排或調整相關工作項目。

## 全民健康保險會 111 年度工作計畫-附表

附表 1：111 年度各部門總額需於 110 年 12 月底前提本會報告之項目

部門	項次	項目	協定事項(摘要)
牙醫	1	高風險疾病口腔照護	於 110 年 12 月底前，提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。
	2	提升假日就醫可近性	於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告
	3	高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫	於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用與管控措施，並提全民健康保險會報告。
中醫	4	提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護	於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容(含適應症及結果面指標)，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告。
	5	照護機構中醫醫療照護方案	於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告。
基層	6	提升國人視力照護品質	於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。

附表 2：111 年度各部門總額需於 111 年 7 月底前提本會報告之項目

部門	項次	項目	協定事項(摘要)
牙醫	1	109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款	持續監測全面提升感染管制品質之執行結果(含申報及查核結果)，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告
其他預算	2	居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務	訂定反映居家醫療照護品質及效益之績效指標(如減少急診、住院之醫療利用等)，於 111 年 7 月底前將執行結果提全民健康保險會報告。
	3	提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(含四部門總額之網路頻寬補助費用)	獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用： 確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。
	4	提升保險服務成效	請於 111 年 7 月底前提出成效評估報告。

#### 四、本會重要業務報告

一、本會依上次(110 年第 8 次)及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)上次委員會議(110.12.17)

1.於 110 年 12 月 28 日以衛部健字第 1103360185 號書函，將西醫基層總額一般服務之地區預算分配方式陳報衛生福利部(下稱衛福部)核定(如附錄一，第 133 頁)。

2.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 2 項，達解除追蹤條件及繼續追蹤 2 項，如附表(第 24~25 頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

(二)歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，建議解除追蹤者，計有 5 項，如附表(第 26~27 頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

二、依據全民健康保險法第 5 條規定，本會之會議實錄應於會議後 10 日內公開，爰本次會議實錄須於本(111)年 1 月 31 日(星期一)前上網。茲因本年 1 月 31 日適逢農曆新年假期，為利作業，本次實錄預定於本年 1 月 23 日(星期日)送請各發言者確認，敬請於本年 1 月 25 日(星期二)中午 12 時前回復修正內容，俾能依法完成上網公開作業。

三、有關本會辦理全民健康保險 111 年度保險費率審議之後續事宜，說明如下：

(一)衛福部副知本會，111 年度保險費率業於 110 年 12 月 29 日以衛部保字第 1101260428 號函報行政院(如附錄二，第 134~136 頁)，復於 110 年 12 月 30 日奉行政院核定結果如下：111 年度全民健康保險一般保險費費率，維持現行費率 5.17%，不予調整，如附錄三(第 137~138 頁)。

(二)至委員關切之各項可能財務微調措施，衛福部於報院函說明如下(第 136 頁)：

1.衛福部與中央健康保險署(下稱健保署)擬以促進分級醫療及負擔公平為主軸，研擬「全民健保財務調整措施」，配套方案包括：

(1)近期：調整部分負擔、檢討旅外國人權利義務及調升投保金額上限、強化政府財務責任(依健保法補助始列入政府負擔 36%之計算)。

(2)中長期：補充保險費結算等健保法修正案。

2.維持現行費率 5.17%(採健保會建議之甲案)下，估計 111 年底安全準備為 0.69~0.91 個月保險給付支出。若併同考量衛福部與健保署研擬之財務配套方案後，則 111 年底安全準備可提升至 0.8~1.03 個月保險給付支出。

四、依本年度工作計畫，本會預訂於 3 月份委員會議討論「各總額部門 110 年度執行成果評核作業方式」(草案)，為即早規劃，本會預訂於本年 1 月 20 日函請四部門總額受託團體及健保署於 2 月 21 日前，就本會研修之 110 年度執行成果評核項目內容提供建議，並提出 111 年度重點項目及績效指標，以利後續事宜。

五、依本年度工作計畫，及為利委員實地瞭解健保業務之推動狀況，安排於本年 4 月 21~22 日至健保署東區業務組，辦理業務訪視活動與第 3 次委員會議，時間為 2 天 1 夜(行程表草案如附件三，第 31~32 頁)，請委員預留時間，訪視主題如下：

(一)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫執行成效(花蓮縣秀林鄉衛生所)。

(二)門住診精神科服務執行成效(門諾醫院壽豐分院)。

六、健保署依牙醫門診總額地區預算分配協定事項，於 110 年 12 月 16 日函送本會兩項備查案：

(一)修正 110 年度牙醫門診總額特定用途移撥款執行方式：前於 110 年 4 月份委員會議提經本會備查在案，本次主要修正移撥經費剩餘款之用途，新增用於「因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵案」，若再有剩餘則回歸一般服務費用，如附錄四(第 139~140 頁)。

(二)提報 111 年度牙醫門診總額特定用途移撥款執行方式：自一般服務費用移撥 12.324 億元，用於下列 6 個項目，如附錄五(第 141~142 頁)：

- 1.醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用：2 億元。
- 2.牙醫門診總額特殊醫療服務計畫：0.5 億元。
- 3.牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫：0.8 億元。
- 4.該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款：0.3 億元(中區 0.2 億元、高屏 0.1 億元)。
- 5.牙周病統合治療方案：8.724 億元，按各區申報件數占率分配。
- 6.各項移撥經費全年預算若有結餘，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總額。

七、衛福部及健保署於 110 年 12 月至本年 1 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 110 年 12 月 29 日、本年 1 月 5、10 日寄至各委員電子信箱]

#### (一)衛福部

110 年 12 月 21 日公告修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」附表，如附錄六(第 143 頁)，將指標項目「於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率」修正為「於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率」。

#### (二)健保署

##### 1.承保相關業務

(1)110 年 12 月 30 日公告下列事項：

- ①依據全民健康保險法施行細則第 68 條第 1 款規定，公告全民健康保險法第 22 條規定之第 3 類被保險人適用之投保金額為 25,250 元，並自 111 年 1 月 1 日起實施(修正前為 24,000 元，成長率 5.21%)，如附錄七(第 144 頁)。
- ②依據全民健康保險法施行細則第 68 條第 2 款規定，公告全民健康保險法第 23 條規定之第 4 類及第 5 類保險

對象適用之保險費為 1,839 元，並自 111 年 1 月 1 日起實施(修正前為 1,825 元，成長率 0.77%)，如附錄八(第 145 頁)。

※對被保險人健保費影響(下表由本會整理)

金額變化	月付一般保險費		
	調整前	調整後	差異
1 第 3 類被保險人適用之月投保金額，由 24,000 元調整為 25,250 元。	372 元	392 元	增加 20 元
2. 第 4 類及第 5 類保險對象保險費，由 1,825 元調整為 1,839 元。	由政府全額補助		

資料來源：健保署

(2)110 年 12 月 28 日修正「全民健康保險第二類及第三類被保險人之投保單位辦理健保業務補助作業要點」第 6 點，修正重點為依會計法第 52 條規定，重新檢討補(捐)助經費支用單據非屬機關之原始憑證，將現行原始憑證相關文字修正為支用單據，刪除憑證銷毀或毀損、滅失之處理規定，及增訂投保單位支用單據未依規定妥善保存，致有毀損滅失等情事者，將依情節輕重酌減嗣後補助款或停止補助 1 年至 5 年，並自該日生效，如附錄九(第 146~148 頁)。

2. 藥品、特材及審查公告

(1)110 年 11 月 30 日公告「新藥以十國藥價中位數或最低價核價且經查有藥價之國家在五國以下者，於 110 年第四季依十國藥價檢討支付價格事宜」，另於 110 年 12 月 23 日公告異動原 11 月 30 日公告之調整結果。2 次公告合計調降 5 項新藥之支付價格，自 111 年 1 月 1 日生效，如附錄十(第 149~150 頁)。

(2)110 年 12 月 14 日修正發布「全民健康保險醫療費用審查注意事項」牙醫及中醫部分規定，並自 111 年 1 月 1 日生效，如附錄十一(第 151 頁)，本次修正重點如下：

①牙醫部分：增訂牙周病、口腔外科之部分處置或檢查項

目之適應症、病歷應詳載之資料等。

②中醫部分：刪除開藥加針灸或傷科治療比例過高者應加強審查之規定。

(3)110年12月15日修正發布「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」，並將名稱修正為「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」，如附錄十二(第152頁)，修正重點如下：

①經醫材許可證持有者向健保署提出納入健保給付建議書(原保險醫事服務機構亦可提出)，完成審議後，在尚未納入健保給付前，得公告於健保署全球資訊網之「全民健保尚未納入給付特材品項表」(下稱品項表)；未提出者，健保不予給付，且不得向保險對象收取自費。

②明定健保署管理品項表之原則(登載於品項表之條件、不列入品項表之條件、重啟審議之情形)。

③明定無需向健保署提出收載建議之條件(例如：依健保法第51條規定，不列入健保給付範圍者、符合「全民健保不予收載特殊材料之處理原則」等)。

### 3.總額相關公告

(1)將公告之總額相關計畫副知本會，如附錄十三(第153~156頁)[內容已置於該署全球資訊網]，重點如下表：

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
110.12.27/ 111.1.1	111年度 全民健康 保險中醫 門診醫療 給付費用 總額一般 服務地區 預算分配 計畫	1.一般服務費用東區預算占率 2.22%；其餘五分區預算占率 97.78%，依下列參數占率分配： (1)各分區實際收入預算占率：66%。(110年為 67%) (2)各分區戶籍人口數占率：14%。(110年為 13%) (3)各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：10%。(同 110年) (4)各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：4%。(同 110年) (5)各分區鄉鎮市區每萬人口中醫師數占



公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		率 5%。(同 110 年) (6)偏鄉人口預算分配調升機制：1%。(同 110 年) 2.修正參數「偏鄉人口預算分配調升機制」之偏鄉定義，新增「健保署公告之山地離島地區」條件。
110.12.30/ 111.1.1	全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案	新增計畫，計畫重點如下： 1.施行機構：政府立案之老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家。 2.執行方式及年度目標： (1)本年度以至少 30 家保險醫事服務機構參與，服務 30 家照護機構為目標。 (2)以達成服務人次 15,000 人次，服務總天數 1,500 天為目標。 (3)支付方式： ①論次支付方式：每時段費用 1,000 點，每時段至少以 3 小時為計支單位，未達 3 小時不予支付，其費用由本方案預算支應。 ②論量支付方式： A.診察費、藥費、藥品調劑費、針灸及傷科處置費，依支付標準第四部中醫所列之項目申報，其費用由本方案預算支應。 B.每時段診療住民限定 15 人次，超過 15 人次部分則不予支付。 3.評核指標：照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫件數較 108 年減少。
110.12.30/ 111.1.1	全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	本次公告計畫第四期之承作院所暨團隊名單，計有 34 家承作院所，執行期間自 111 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日止。
111.1.4/ 111.1.4	全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案	1.「門診注射劑使用率」指標：分子排除條件表三之排除條件 A 之給付規定內容第 19 項之資料處理定義，當次就醫診斷代碼增列僵直性脊椎炎等 5 項疾病之 ICD-10-CM Code。 2.「人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率」指標：考量與「全民健康

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		保險醫療品質資訊公開辦法」機構別之醫療品質資訊疾病別同指標名稱項目一致性，分母比照增列「半人工膝關節置換術」。

(2)110年12月13日公告「COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫」，並自公告日起生效，如附錄十四(第157頁)，重點摘要如下：

- ①目的：透過跨科別積極整合性醫療服務、社會資源轉介及長照轉銜服務，促進 COVID-19 染疫康復者回歸日常生活品質。
- ②計畫期間：自公告日起至指揮中心解散日後6個月止。
- ③預算來源：隔離期間之醫療費用由疾管署編列預算支付、解除隔離後之醫療費用由健保總額支付、獎勵費由 COVID-19 防治及紓困振興特別預算支付。
- ④照護模式：經主責醫師診斷，視病人醫療需求，由個管人員立即安排整合醫療團隊各科別醫師至會診診間看診。如有住院需求者，轉至整合住院照護。

(3)110年第2季各部門總額每點支付金額：

總額別 分區別	110年第2季各部門總額平均點值				
	牙醫門診	中醫門診	醫院 <sup>註</sup>	西醫基層	門診透析
台北	1.2548	1.2204	/	1.1024	0.8663
北區	1.2572	1.1735		1.1213	
中區	1.2100	1.1068		1.0995	
南區	1.2718	1.0890		1.1069	
高屏	1.2038	1.0983		1.0698	
東區	1.4382	1.2858		1.1355	
全區	1.2447	1.1460		1.1008	

註：醫院部門110年第2季各醫院費用主要係以108年同期之9成為基礎支付，無一般服務點值。

- ①牙醫門診總額，如附錄十五(第158~161頁)。

- ②中醫門診總額，如附錄十六(第 162~165 頁)。
- ③西醫基層總額，如附錄十七(第 166~169 頁)。
- ④門診透析服務，如附錄十八(第 170~172 頁)。

決定：

## 上次(110年第8次)及歷次委員會議繼續列管追蹤事項

## 一、上次委員會議(共4項)

## (一)擬解除追蹤(共2項)

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	報告事項第1案： 110年11月份全民健康保險業務執行報告。	委員所提意見，送請中央健康保險署參考。	於110年12月27日請辦健保署。	健保署回復：委員所提意見，說明如附件一(第28頁)。	解除追蹤	—
2	報告事項第2案： 109年全民健康保險自付差額特材執行概況。	委員所提意見，送請中央健康保險署參考。	於110年12月27日請辦健保署。	健保署回復：委員所提意見，說明如附件一(第29頁)。	解除追蹤	—

(二)達解除追蹤條件及擬繼續追蹤(共 2 項)

項次	案由	決議(定)事項	本會辦理情形	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	討論事項： 111年度西醫基層總額一般服務地區預算分配之風險調整移撥款案。	需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如有部分服務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，送本會同意後執行。	於 110 年 12 月 27 日請辦健保署。	健保署回復： 已提報貴會 111 年 1 月委員會議討論。	已列入本次會議討論事項第二案，決議後解除追蹤	—
2		所涉執行面及計算(含風險調整移撥款用途與執行方式)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體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。	於 110 年 12 月 27 日請辦健保署。	健保署回復： 有關 111 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，本署將依貴會 110 年 12 月 17 日委員會議決議，由中華民國醫師公會全國聯合會提案至本署，再列入西醫基層總額研商議事會議討論。	1.繼續追蹤 2.於健保署送本會備查後解除追蹤	111 年 5 月

二、歷次委員會議：達解除追蹤條件(共 5 項)

項次	決議(定)之待辦事項/前次追蹤建議	相關單位辦理情形 (更新處以底線標示)	追蹤建議
1	有關 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。/[俟健保署提供塗藥支架納入全額給付之評估結果後解除追蹤] (109.12、110.04、110.12 決定)	健保署回復： 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> 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>	解除追蹤
2	111 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 110 年 12 月底前送本會同意後執行。/[於健保署送本會同意後解除追蹤] (110.10 決議、110.11、110.12 決定)	健保署回復： <u>已提報貴會111年1月委員會議討論。</u>	已列入本次會議討論事項第二案，決議後解除追蹤
3	111 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 110 年 12 月底前送本	健保署回復： <u>已提報貴會111年1月委員會議討論。</u>	已列入本次會議討論事項第二案，決議後解除追蹤

項次	決議(定)之待辦事項/前次追蹤建議	相關單位辦理情形 (更新處以底線標示)	追蹤建議
	會同意後執行。/[於健保署送本會同意後解除追蹤] (110.10 決議、110.11、110.12 決定)		
4	111 年度牙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牙醫門診總額相關團體議定後，於 110 年 12 月底前送本會同意後執行。/[於健保署送本會同意後解除追蹤] (110.11 決議、110.12 決定)	健保署回復： <u>已提報貴會 111 年 1 月委員會議討論。</u>	已列入本次會議討論事項第二案，決議後解除追蹤
5	111 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。/[於健保署送本會備查後解除追蹤] (110.11 決議、110.12 決定)	健保署回復： <u>有關牙醫門診總額風險移撥款執行方式，本署已於 110 年 12 月 16 日函送貴會備查。</u>	已列入本次會議重要業務報告第七點，報告後解除追蹤

健保會第 5 屆 110 年第 8 次委員會議之健保署答覆

上次(110 年第 8 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1

案由：110 年 11 月份全民健康保險業務執行報告。

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振(議事錄 p.55)</p> <p>根據自由時報 2021 年 11 月 27 日 A4 版，提到健保明年調降藥價，健保基金 1 年可省約 74.6 億元，這要感謝健保署的努力，但我關心的是節省藥價後應該如何安排應用，以前提很多，現在應該有政績與數據出來，如何跟總額連結，報導中提到省下的經費，可用於增加癌症新藥給付，但我們總額裡面也有編列新藥新科技的費用，這是否重複還是怎麼處理，是否可以詳細說明讓委員了解，不然一筆錢那麼多，數以億計，協商時為了幾千萬元，大家爭得面紅耳赤，70 多億元的金流不曉得怎麼跑。另藥價調降可能壓縮醫療院所原有的利潤空間，導致影響醫師的用藥行為，健保署要如何掌控與管制？</p>	<p>一、109年藥費超出目標值之金額為74.6億元，本署於110年就交易價格已下降之藥品進行調整，所調整金額將運用於調節年度整體藥費支出，作為給付新藥、調整藥品給付規定不足之財源。</p> <p>二、醫療院所於例行採購藥品作業時，會因採購條件不同，採購品項亦有所不同，醫院換藥時機未必與藥價調整期程有關聯。此外，為顧及病人用藥權益，本署亦已建議醫界應避免對舊個案逕行換藥，並宜將處方釋出供病人選擇。</p> <p>三、本署係依藥品市場實際交易價格作為藥價調整之依據，倘廠商評估與醫療院所議價或販售時有不敷成本或供應困難之情事，本署將評估現有給付藥品中是否有同類藥品可替代供應，並要求廠商須在停止供應前6個月通報；此外，健保亦有適當之藥價調升處理機制，廠商可建議列為不可替代特殊藥品或特殊藥品，經提共擬會議討論後，得參考國際藥價或成本價核價。本署藉由事前預警及藥價調整相關機制，確保健保藥品供貨無虞，避免影響病患就醫權益及臨床醫師之治療用藥選擇。</p>



## 上次(110 年第 8 次)委員會議之擬解除追蹤項次 2

案由：109 年全民健康保險自付差額特材執行概況。

委員意見	健保署說明
<p>劉委員淑瓊(議事錄 p.52)</p> <p>各位請看投影片，這是健保署比價網的截圖，其中黃底文字：「離焦視力曲線測試呈現單調遞減，無另一中近視力峰值」，這文字真的是艱澀難懂。我們再看另 1 張投影片，是眼科知名的陳醫師瑩山做的比較表，請各位對照就知道現在這個表，不僅是色彩的搭配或字號大小，在視覺上看起來舒服，更重要的是提供給民眾做決策時關鍵而具重要參考價值的資訊。我們想藉這個例子來說明的是，民眾需要淺白易懂的資訊，來分析、比較何種醫材適合自己，除了價格與各項醫材的優點，也可能包含使用目的、適合族群、一般耐用年限等。我們希望健保署好還要更好，不只是諮詢醫療專業團體，還應該邀請民眾看一看，這是不是你要的資訊、這樣的文字看不看得懂，相信更能夠提高比價網的功能，真正能夠保障民眾知的權利。</p>	<p>一、醫療器材具高度醫學專業，如人工水晶體，無法僅依看遠、看近、老化作為分類標準，每項醫材功能都必須敘述，讓民眾了解多花的錢增加了何種功能。</p> <p>二、目前醫材比價網之「全額給付與差額給付特材之比較表」及「功能/材質分類說明」，係專科醫學會提供有共識之文字內容，為利民眾資訊讀取，已函請專科醫學會重新提供淺顯易懂文字，如專業術語改白話說明，及提供各分類之使用目的與適用對象等，以精簡表格方式呈現，後續彙集學會意見修訂後，再請民眾試讀看看後再行調整修正。</p>

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：陳小姐  
聯絡電話：(02)8590-6754  
傳真：(02)8590-6048  
電子郵件：hgstchen@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1月6日  
發文字號：衛部保字第1100153541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年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式」一案，核定如說明，復請查照。

說明：

- 一、復貴會110年11月30日衛部健字第1103360164號書函及同年12月28日衛部健字第1103360185號書函。
- 二、有關牙醫門診、中醫門診、西醫基層醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式，同意照辦；至於醫院醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式，風險調整移撥款額度採6億元，餘同意照辦。

正本：本部全民健康保險會  
副本：衛生福利部中央健康保險署

111.01.06



111CC00022

衛生福利部全民健康保險會  
111 年業務訪視活動與第 3 次委員會議行程表(草案)

111 年 4 月 21 日(星期四)第一天		
時間	內容/主題	地點
~09:30	集合	衛生福利部
09:30~12:30 (180 分鐘)	訪視主題說明(健保署) 一、山地離島地區醫療給付效益提昇計畫執行概況 二、精神醫療照護執行成效概況	車程
12:30~13:30 (60 分鐘)	業務溝通(含午餐)	餐廳
13:30~14:30 (60 分鐘)	實地訪視主題： 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫執行成效	花蓮縣秀林鄉衛生所 (花蓮縣秀林鄉秀林路 88 號)
14:30~15:20 (50 分鐘)		車程
15:20~16:30 (70 分鐘)	實地訪視主題： 一、門住診精神科服務執行成效 二、長照人員培育中心、日間照護運作情形	
16:30~17:00 (30 分鐘)	(健保署東區業務組報告) 主題： 一、精神醫療照護執行成果及未來規劃 二、遠距醫療服務之規劃與執行現況 三、「醫院總額風險調整移撥款」計畫執行成果(含 C 肝之執行成效)	門諾醫院壽豐分院、壽豐護理之家 (花蓮縣壽豐鄉魚池 52 號)
17:00~18:00 (60 分鐘)	綜合座談	
18:00~20:00 (120 分鐘)	業務溝通(含卸任委員經驗傳承與晚餐)	餐廳
20:00~	住宿	飯店

**衛生福利部全民健康保險會**  
**111 年業務訪視活動與第 3 次委員會議行程表(草案)續**

111 年 4 月 22 日(星期五)第二天		
時間	內容/主題	地點
09:30~12:30 (180 分鐘)	第 3 次委員會議(含午餐)	飯店
12 : 30~	賦歸	

備註：參與人員：訪視活動—本會委員、健保署東區業務組暨轄區院所  
 委員會議—本會委員、會議規範列席人員

## 五、優先報告事項

報告單位：本會第三組

案由：「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核定結果及後續相關事項，請鑒察。

說明：

一、衛生福利部(下稱衛福部)分別於本(111)年 1 月 12 日、6 日以衛部保字第 1101260374 號、第 1100153541 號函，核定本會所報「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」及「111 年度各部門總額一般服務項目之地區預算分配方式」(公文如附件一、二，第 38~47 頁)，核(決)定結果摘要如下：

(一)111 年度全民健康保險醫療給付費用總額(下稱總額)及其分配方式：

➤ 111 年度總額及成長率：

估算全年經費約 8,095.62 億元，相較於 110 年度核定總額，成長率為 3.320%，彙整如下表：

衛福部核定結果：									
111 年度 總額	牙醫門 診總額	中醫門 診總額	其他預算	醫院總額		西醫基層總額		年度總額	
金額 (億元)	495.18	296.91	165.79	5,591.29		1,546.44		約 8,095.62	
成長率/ 增加金額	2.756%	4.208%	增加 4.26 億元	3.504%		2.744%		3.320%	
本會協商結果：									
金額 (億元)	495.18	296.91	165.79	付費者方案	醫界方案	付費者方案	醫界方案	付費者方案	醫界方案
				5,540.67	5,639.54	1,538.84	1,569.79	約 8,037.40	約 8,167.21
成長率/ 增加金額	2.756%	4.208%	增加 4.26 億元	2.567%	4.397%	2.239%	4.295%	2.577%	4.233%

註：1.計算成長率所採基期費用為 110 年度核定總額(約 7,835.50 億元)。

2.年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

➤ 本會協商結果與衛福部核定結果比較(詳如附件三，第 48~77 頁)：

1.本會達成共識之牙醫門診、中醫門診總額成長率及相關分配：同意照辦。

2.醫院總額，針對兩案併陳部分決定摘要如下，其餘項目依共識結果：

(1)一般服務：

- ①新醫療科技：編列 30 億元。
- ②藥品及特材給付規定改變：編列 6.5 億元。
- ③促進醫療資源支付合理：配合西醫基層總額部門「提升國人視力照護品質」項目，增編 0.94 億元。
- ④持續推動分級醫療，壯大社區醫院：編列 10 億元。用於地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反應住院首日護理費支付點數加成 30%。
- ⑤提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變：編列 20 億元。用於區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反應住院首日護理費支付點數加成 30%。
- ⑥移列精神科長效針劑藥費 12.41 億元至專款項目。
- ⑦研修病房費給付原則(含 RCW)、研修住院護理費給付原則(含 RCW)：未編列經費。

(2)專款項目：

- ①C 型肝炎藥費：全年經費 34.28 億元。
- ②鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：增編 0.8106 億元，用以鼓勵腎臟移植手術之施行。
- ③醫療給付改善方案：新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」，經費 0.6 億元，並納入「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」。
- ④住院整合照護服務試辦計畫：全年經費 3 億元。
- ⑤鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧

療護計畫：全年經費 3 億元。預算如有不足，由品質保證保留款支應，執行效益納入未來總額財源。

⑥精神科長效針劑藥費：為改善精神科病人服藥順從性，鼓勵醫師透過施打精神病長效針劑，協助病人穩定病情，新增專款項目，全年經費 26.64 億元，其中 12.41 億元由一般服務費用移列。

(3)門診透析：總費用成長率為 3.25%。依門診透析服務費用之分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 2.015%。

3.西醫基層總額，針對兩案併陳部分決定摘要如下，其餘項目依共識金額：

(1)一般服務：

①新醫療科技：編列 3 億元。

②藥品及特材給付規定改變：編列 3.67 億元，其中 2.92 億元用於反映近年使用糖尿病藥物增加之費用。

③促進醫療資源支付合理：編列 1.26 億元，為鼓勵分級醫療、雙向轉診，用於提升西醫基層量能之診療項目。112 年度總額起，請朝醫院、西醫基層部門相同診療項目支付點數連動調整辦理。

④提升國人視力照護品質：編列 1.2 億元。

⑤移列精神科長效針劑藥費 0.11 億元至專款項目。

⑥配合醫院總額調整支付標準所需費用、蒸汽吸入治療加成項目：未編列經費。

(2)專款項目：

①家庭醫師整合性照護計畫：全年經費 39.48 億元。

②代謝症候群防治計畫：全年經費 3.08 億元。

③提升心肺疾病患者心肺復健門診 pay for value 論質計酬計畫：全年經費 0.097 億元。

④強化基層照護能力及「開放表別」項目：全年經費 12.2 億元。

⑤鼓勵院所建立轉診合作機制：全年經費 2.58 億元。

⑥精神科長效針劑藥費：為改善精神科病人服藥順從性，鼓勵醫師透過施打精神病長效針劑，協助病人穩定病情，新增專款項目，全年經費 1 億元，其中 0.11 億元由一般服務費用移列。

⑦因應新興疾病，診所感染管控作業守則、提升院所智慧化醫療資訊機制：未編列預算(提升院所智慧化醫療資訊機制，已於其他預算編列)。

(3)門診透析：總費用成長率為 3.25%。依門診透析服務費用之分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.689%。

4.本會達成共識之其他預算：「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項目，修正名稱以支應精神科長效針劑之藥費不足款；其餘項目，採本會協定方案，同意照辦。

5.請中央健康保險署(下稱健保署)會同總額相關團體及本部相關單位，依核定研訂及推動各新增項目之執行內容(含執行目標及預期效益之評估指標)。

(二)111 年度各部門總額一般服務項目之地區預算分配方式(摘要如下表)：

1.本會達成共識之牙醫門診、中醫門診、西醫基層總額一般服務項目之地區預算分配方式，同意照辦。

2.醫院總額之風險調整移撥款額度採 6 億元(付費者代表委員方案)，餘同意照辦。



部門別 參數	醫院		西醫 基層	牙醫	中醫 (試辦計畫)		
	門診	住院					
各地區校正人口風險後保險對象人數(R值)	51%	45%	68%	100%	東區預算占率		2.22%
					其他五分區預算占率，及其分配參數：		97.78%
					1	各分區實際收入預算占率	66%
					2	各分區戶籍人口數占率	14%
					3	各分區每人於各分區就醫次數之權值占率	10%
各地區在總額實施前一年的醫療費用(S值)	49%	55%	32%	0%	4	各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差	4%
					5	各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率	5%
					6	偏鄉人口預算分配調升機制(若有餘款則依「各分區實際收入預算占率」分配)	1%
風險調整移撥款(億元)	6		6	12.324	—		

二、健保署依據 111 年度總額核定結果，提供 108~111 年健保財務收支情形(資料後附)。

擬辦：

請健保署依衛福部函示及核(決)定事項，與 111 年度總額協商程序，於下次委員會議前完成辦理下列事宜：

一、會同醫院及西醫基層總額相關團體，儘速研訂新增項目之執行內容，並將「執行目標」及「預期效益之評估指標」提本會確認。

二、請提供 111 年度總額協定事項之辦理情形資料。

決定：

## 衛生福利部 函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：陳小姐  
聯絡電話：(02)8590-6754  
傳真：(02)8590-6048  
電子郵件：hgstchen@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1月12日  
發文字號：衛部保字第1101260374號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：111年度總額核定項目表

主旨：所報「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」一案，核定如說明，復請查照。

說明：

- 一、復貴會110年10月29日衛部健字第1103360143號書函。
- 二、所報111年度牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額成長率及相關分配（不含地區預算），同意照辦。
- 三、至西醫基層、醫院醫療給付費用總額及其他預算，核定重點如下（詳見附件）：
  - （一）為改善精神科病人之服藥順從性，鼓勵醫師透過施打精神科長效針劑，協助病人穩定病情，於醫院及西醫基層部門新增「精神科長效針劑」專款計畫，其一般服務預算需扣減109年精神科長效針劑申報費用。另，其他預算之「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」，修正名稱以支應精神科長效針劑之藥費不足款；其他預算之其餘項目，採協定方案，同意照辦。
  - （二）醫院部門醫療給付費用總額：成長率3.504%（含透析2.015%），約5,591.292億元。
  - （三）西醫基層部門醫療給付費用總額：成長率2.744%（含透析4.689%），約1,546.441億元。
- 四、副本抄送中央健康保險署，請會同總額相關團體及本部相關

111.01.12



111CC00043

單位，依核定研訂及推動各新增項目之執行內容（含執行目標及預期效益之評估指標）。

正本：本部全民健康保險會

副本：衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部國民健康署、本部護理及健康照護司、本部心理及口腔健康司

111 年度全民健康保險醫療給付費用總額核定項目表

總結：整體成長率為 3.320%(共 8,095.615 億元)

項目	醫院 (含透析)	基層 (含透析)	牙醫	中醫	其他	總額 及成長率	與上限 差距
111 年度各部門總額預算(億元)	5,360.708	1,343.474	495.183	296.907	165.792	8,095.615	84.65
111 年度透析預算(億元)	230.584	202.967					
合計(億元)	5,591.292	1,546.441	495.183	296.907	165.792		
較 110 年核定總額成長率 (其他預算為增加金額(億元))	3.504%	2.744%	2.756%	4.208%	4.26	3.320%	1.080%

註：門診透析整體成長率 3.25%。

壹、牙醫門診醫療給付費用總額及其分配：採協定方案。

貳、中醫門診醫療給付費用總額及其分配：採協定方案。

參、其他預算及其分配：除以下項目，餘採協定方案。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費	290.0	0.0	

肆、醫院醫療給付費用總額及其分配(★為 111 年新增項目)

項目	111 年度總額	
	預估增加金額	說明
<b>一般服務</b>		
醫療服務及人口因素成長率	93.542 億元	
1 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	30 億元	請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。 (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)。 (3)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於 111 年 6 月底前提出專案報告。
2 保險給付項目及支付標準改變	6.5 億元	請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。 (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。 (3)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。 (4)歷年引進新醫療科技之成效及藥品節流措施所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，以維護民眾就醫權益。請於 112 年度總額協商前提出節流效益，並納入該年度本項預算財源。
3 ★促進醫療資源支付合理	0.94 億元	配合西醫基層總額部門「提升國人視力照護品質」項目，增編本項經費。

項目			111 年度總額	
			預估增加金額	說明
4	其他醫療服務及集中度之改變	持續推動分級醫療，壯大社區醫院	10 億元	(1)用於地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反應住院首日護理費支付點數加成 30%。 (2)請中央健康保險署視執行需要會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
5		提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變	20 億元	(1)用於區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反應住院首日護理費支付點數加成 30%。 (2)請中央健康保險署視執行需要會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
6		★研修病房費給付原則(含 RCW)	0	
7		★研修住院護理費給付原則(含 RCW)	0	
8		★配合 110 年牙醫門診總額調整支付標準所需費用	0.021 億元	經費 2.1 百萬元，用於因應 110 年牙醫門診總額於協商因素編列經費增修診療項目，預估於醫院總額部門增加之費用
9		★移列精神科長效針劑藥費至專款項目	-12.41 億元	原於一般服務執行，移列 1,241 百萬元至「精神科長效針劑藥費」專款項目。
10	其他議定項目	違反特管辦法之扣款	-0.165 億元	(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 (2)本項不列入 112 年度總額協商之基期費用。
<b>一般服務增加之金額</b>			<b>148.428 億元</b>	
<b>專款項目</b>				
1		C 型肝炎藥費	0	(1)全年經費 3,428 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 (2)請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技財源之一。
2		罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	11.08 億元	(1)全年經費 12,807 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 (2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
3		後天免疫缺乏病毒治療藥費	0	(1)全年經費 5,257 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 (2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
4		鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	0.8106 億元	(1)全年經費 5,208.06 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 (2)為鼓勵醫師投入腎臟移植，111 年新預預算用於鼓勵腎臟移植手術之施行。 (3)提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等。
5		醫療給付改善方案	1.271 億元	(1)全年經費 1,495.1 百萬元。 (2)持續辦理糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C

項目		111 年度總額	
		預估增加金額	說明
			型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等 9 項方案。 (3)新增『精神科病人出院後急性後期照護服務』，經費 60 百萬元，並納入「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」。 (4)請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。
6	急診品質提升方案	0.54 億元	(1)全年經費 300 百萬元。 (2)請中央健康保險署精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。
7	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	0	(1)全年經費 210 百萬元，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。 (2)本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務結算。
8	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	0	全年經費 100 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
9	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	0	全年經費 1,100 百萬元。
10	鼓勵院所建立轉診合作機制	-1.753 億元	(1)全年經費 224.7 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 (2)請中央健康保險署辦理下列事項： ①檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)，以提升執行成效。 ②會同醫院及西醫基層總額相關團體，討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
11	網路頻寬補助費	0.73 億元	(1)全年經費 200 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 (2)請中央健康保險署辦理下列事項： ①於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。 ②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。
12	★腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金	0.15 億元	(1)全年經費 15 百萬元，用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金。 (2)其中由醫院門診透析費用移列 4.04 百萬元，西醫基層門診透析費用移列 0.04 百萬元，合計 4.08 百萬元。 (3)本項於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。
13	★住院整合照護服務試辦計畫	3 億元	(1)全年經費 300 百萬元。 (2)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
14	★鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	3 億元	(1)全年經費 300 百萬元。預算如有不足，由品質保證保留款支應，執行效益納入未來總額財源。 (2)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
15	品質保證保留款	0.494 億元	(1)全年經費 929.8 百萬元。 (2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與

項目		111 年度總額	
		預估增加金額	說明
			111 年度品質保證保留款(929.8 百萬元)合併運用(計 1,318.5 百萬元)。 (3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
16	★精神科長效針劑藥費	26.64 億元	(1)全年經費 2,664 百萬元，其中 1,241 百萬元由一般服務費用移列。 (2)本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。
<b>專款項目增加之金額</b>		<b>45.963 億元</b>	
門診透析	17 門診透析	4.555 億元 (2.015%)	(1)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。 (2)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。 (3)門診透析服務總費用成長率為 3.25%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 2.015%。 (4)自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.08 百萬元，移列至醫院總額專款項目，其中 4.04 百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04 百萬元自西醫基層門診透析費用減列。 (5)請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體辦理下列事項： ①加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護。 ②持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質。 ③持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。 ④請檢討末期病人使用透析服務之必要性。
<b>合計</b>		<b>3.504%</b>	<b>198.945 億元</b> <b>共 5,591.292 億元</b>

伍、西醫基層醫療給付費用總額及其分配(★為 111 年新增項目)

項目		111 年度總額	
		預估增加金額	說明
<b>一般服務</b>			
醫療服務及人口因素成長率		14.599 億元	
1	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	3 億元	請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。 (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)。 (3)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控制制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於 111 年 6 月底前提出專案報告。
2	保險給付項目及支付標準之改變 藥品及特材給付規定改變	3.67 億元	中央健康保險署辦理下列事項： (1)其中 292 百萬元用於反映近年使用糖尿病藥物增加之費用。 (2)請中央健康保險署辦理下列事項： ①於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。 ②於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。 ③建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。
3	★促進醫療資源支付合理	1.26 億元	(1)為鼓勵分級醫療、雙向轉診，用於提升西醫基層量能之診療項目。 (2)112 年度總額起，請朝醫院、西醫基層部門相同診療項目支付點數連動調整辦理。
4	★配合醫院總額調整支付標準所需費用	0	
5	★蒸汽吸入治療加成項目	0	
6	其他醫療服務利用及密集度之改變 ★提升國人視力照護品質	1.2 億元	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項： (1)會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。 (2)會同西醫基層總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。 (3)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。
7	★移列精神科長效針劑藥費至專款項目	-0.11 億元	原於一般服務執行，移列 11 百萬元至「精神科長效針劑藥費」專款項目。
8	其他議定項目 違反特管辦法之扣款	-0.9 億元	(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 (2)本項不列入 112 年度總額協商之基期費用。
<b>一般服務增加之金額</b>		<b>22.719 億元</b>	
<b>專款項目</b>			
1	家庭醫師整合性照護計畫	2.78 億元	(1)全年經費 3,948 百萬元。 (2)請中央健康保險署於 111 年 7 月底提出導入一般服務之評估規劃。



項目		111 年度總額	
		預估增加金額	說明
2	★代謝症候群防治計畫	3.08 億元	(1)全年經費 308 百萬元。 (2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項： ①研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。 ②擬訂具體實施方案(內容應包含結果面品質指標，並依執行績效支付費用，惟不得與家庭醫師整合性照護計畫及其他醫療給付改善方案重複領取個案管理費)，於提報全民健康保險會同意後執行。
3	★提升心肺疾病患者心肺復健門診 pay for value 論質計酬計畫	0.097 億元	(1)全年經費 9.7 百萬元。 (2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
4	西醫醫療資源不足地區改善方案	0	(1)全年經費 317.1 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 (2)請中央健康保險署精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與計畫。
5	C 型肝炎藥費	0	(1)全年經費 292 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 (2)請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。
6	醫療給付改善方案	1.5 億元	(1)全年經費 805 百萬元。 (2)持續辦理糖尿病、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案。 (3)請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。
7	強化基層照護能力及「開放表別」項目	3 億元	(1)全年經費 1,220 百萬元。 (2)請中央健康保險署辦理下列事項： ①於 110 年 12 月委員會議提出規劃調整之項目與作業時程。 ②通盤檢討開放表別項目適當性，含導入一般服務之時程規劃。 (3)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務結算。
8	鼓勵院所建立轉診合作機制	0	(1)全年經費 258 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 (2)請中央健康保險署辦理下列事項： ①檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)，以提升執行成效。 ②會同西醫基層及醫院總額相關團體，討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
9	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	0	(1)全年經費 50 百萬元。 (2)請中央健康保險署精進計畫內容，並加強推廣，鼓勵醫師參與計畫。
10	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	-0.25 億元	(1)全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 (2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控，提報之執行情形應含醫療利用及成長原因分析。
11	後天免疫缺乏病毒治療藥費	-0.25 億元	(1)全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

項目		111 年度總額	
		預估增加金額	說明
			(2)請中央健康保險署檢視本項費用支出之合理性。
12	因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	0	(1)全年經費 11 百萬元。 (2)本項經費依實際執行併入一般服務結算。
13	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	0	(1)全年經費 178 百萬元。 (2)本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入各分區一般服務結算。
14	網路頻寬補助費用	0.39 億元	(1)全年經費 253 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 (2)請中央健康保險署辦理下列事項： ①檢討、提升雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。 ②於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。 ③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。
15	★提升院所智慧化醫療資訊機制	0	
16	★因應新興疾病，診所感染管控作業守則	0	
17	品質保證保留款	0.045 億元	(1)全年經費 120.3 百萬元。 (2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款(105.2 百萬元)，與 111 年度品質保證保留款(120.3 百萬元)合併運用(計 225.5 百萬元)。 (3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
18	★精神科長效針劑藥費	1 億元	(1)全年經費 100 百萬元，其中 11 百萬元由一般服務移列。 (2)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。
<b>專款項目增加之金額</b>		<b>11.392 億元</b>	
門診透析	19 門診透析	9.091 億元 (4.689%)	(1)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。 (2)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。 (3)門診透析服務總費用成長率為 3.25%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.689%。 (4)自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.08 百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中 4.04 百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04 百萬元自西醫基層門診透析費用減列。 (5)請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體辦理下列事項： ①加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護。 ②持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質。 ③持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。 ③請檢討末期病人使用透析服務之必要性。
<b>合計</b>		<b>2.744%</b>	<b>43.202 億元</b> <b>共 1,546.441 億元</b>

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：陳小姐  
聯絡電話：(02)8590-6754  
傳真：(02)8590-6048  
電子郵件：hgstchen@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1月6日  
發文字號：衛部保字第1100153541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年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式」一案，核定如說明，復請查照。

說明：

- 一、復貴會110年11月30日衛部健字第1103360164號書函及同年12月28日衛部健字第1103360185號書函。
- 二、有關牙醫門診、中醫門診、西醫基層醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式，同意照辦；至於醫院醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式，風險調整移撥款額度採6億元，餘同意照辦。

正本：本部全民健康保險會  
副本：衛生福利部中央健康保險署



111 年度醫院總額之本會協商結果與衛福部決定比較表

項目	本會協商結果				衛福部決定		備註 (衛福部決定事項與付費者、醫院代表建議事項之差異)
	付費者代表方案		醫院代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
<b>一般服務</b>							
<b>醫療服務成本及人口因素成長率</b>	<b>1.922%</b>	<b>9,354.2</b>	<b>1.922%</b>	<b>9,354.2</b>	<b>1.922%</b>	<b>9,354.2</b>	
投保人口預估成長率	0.136%		0.136%		0.136%		
人口結構改變率	2.042%		2.042%		2.042%		
醫療服務成本指數改變率	-0.258%		-0.258%		-0.258%		
<b>協商因素成長率</b>	<b>0.747%</b>	<b>3,635.6</b>	<b>2.728%</b>	<b>13,285.6</b>	<b>1.127%</b>	<b>5,488.6</b>	
新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.616%	3,000.0	0.616%	3,000.0	0.616%	3,000.0	決定事項採醫院代表方案。詳附表項次 1。
藥品及特材給付規定改變	0.134%	650.0	0.349%	1,700.0	0.134%	650.0	1.刪除「藥品價量協議(PV A)之還款金額，可做為本項預算不足之財源」，餘同付費者代表方案。 2.詳附表項次 2。
促進醫療資源支付合理(111 年新項日)	--	--	--	--	<b>0.019%</b>	<b>94.0</b>	1.配合西醫基層總額部門「提升國人視力照護品質」項目，衛福部增編本項經費。 2.詳附表項次 3。

項目	本會協商結果				衛福部決定		備註 (衛福部決定事項與付費者、醫院代表建議事項之差異)
	付費者代表方案		醫院代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
持續推動分級醫療，壯大社區醫院	0.000%	0.0	0.205%	1,000.0	0.205%	1,000.0	1.用於地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反應住院首日護理費支付點數加成30%。 2.詳附表項次4。
提升重症照護區域門住(含)以上醫院門住診費用結構改變	0.000%	0.0	0.411%	2,000.0	0.411%	2,000.0	1.用於區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反應住院首日護理費支付點數加成30%。 2.詳附表項次5。
研修病房費給付原則(含RCW)(111年新增項目)	0.000%	0.0	0.431%	2,100.0	0.000%	0.0	
研修住院護理費給付原則(含RCW)(111年新增項目)	0.000%	0.0	0.719%	3,500.0	0.000%	0.0	
配合110年牙醫門診總額調整支付標準所需費用(111年新增項目)	0.0004%	2.1	0.0004%	2.1	0.0004%	2.1	
移列精神科長效針劑藥費至專款項目	--	--	--	--	<u>-0.255%</u>	<u>-1,241.0</u>	衛福部移列費用至新增專款項目，詳附表項次8

項目	本會協商結果				衛福部決定		備註 (衛福部決定事項與付費者、醫院代表建議事項之差異)
	付費者代表方案		醫院代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.003%	-16.5	-0.003%	-16.5	-0.003%	-16.5	
一般服務 成長率	2.669%	12,989.8	4.650%	22,639.8	3.049%	14,842.8	
		499,682.7		509,324.1		501,532.1	
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>							
C 型肝炎藥費	3,128.0	-300.0	3,428.0	0.0	3,428.0	0.0	
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	12,807.0	1,108.0	12,807.0	1,108.0	12,807.0	1,108.0	
後天免疫缺乏病毒治療藥費	5,257.0	0.0	5,257.0	0.0	5,257.0	0.0	
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,127.0	0.0	5,127.0	0.0	5,208.06	81.06	1. 為鼓勵醫師投入腎臟移植，111年新增預算用於鼓勵腎臟移植手術之施行。 2. 詳附表項次9。
醫療給付改善方案	1,428.0	60.0	1,435.1	67.1	1,495.1	127.1	1. 決定事項採付費者代表方案，並修正文字為：新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」0.6億元，並納入「思覺失調症醫療給付改善方案」。 2. 詳附表項次 10。

項目	本會協商結果						衛福部決定		備註 (衛福部決定事項與付費者、醫院代表建議事項之差異)
	付費者代表方案		醫院代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)					
急診品質提升方案	300.0	54.0	300.0	54.0	300.0	54.0	300.0	54.0	
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	210.0	0.0	210.0	0.0	210.0	0.0	決定事項採醫院代表方案。詳附表項次11
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	
全民健康保險醫療服務源不足地區醫療服務提升計畫	1,100.0	0.0	1,100.0	0.0	1,100.0	0.0	1,100.0	0.0	
鼓勵院所建立轉診之合作機制	224.7	-175.3	224.7	-175.3	224.7	-175.3	224.7	-175.3	
網路頻寬補助費用	200.0	73.0	200.0	73.0	200.0	73.0	200.0	73.0	
腹膜透析追蹤處置費及APD租金(111年新增項目)	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	
住院整合照護服務試辦計畫(111年新增項目)	300.0	300.0	300.0	300.0	300.0	300.0	300.0	300.0	決定事項採付費者代表方案，詳附表項次12
精神科病人出院後急性後期照護服務試辦計畫(111年新增項目)	0.0	0.0	60.0	60.0	60.0	60.0	0.0	0.0	1.同付費者代表方案，整合納入「思覺失調症醫療給付改善方案」。 2.詳附表項次13。
鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫(111年新增項目)	300.0	300.0	0.0	0.0	300.0	0.0	300.0	300.0	1.採付費者代表方案。 2.詳附表項次14。

項目	本會協商結果				衛福部決定		備註 (衛福部決定事項與付費者、醫院代表建議事項之差異)
	付費者代表方案		醫院代表方案		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)			
精神科長效針劑藥費 (111年新增項目)	--	--	--	--	<u>2,664.0</u>	<u>2,664.0</u>	衛福部新增項目，詳附表 次15
品質保證保留款	929.8	49.4	929.8	49.4	929.8	49.4	
專款金額	<u>31,426.5</u>	<u>1,484.1</u>	<u>31,493.6</u>	<u>1,551.2</u>	<u>34,538.7</u>	<u>4,596.3</u>	
較110年度核定 總額成長率(一 般服務+專款)	2.610%	14,473.9	4.486%	24,191.0	<u>3.569%</u>	<u>19,439.1</u>	
		531,109.2		540,817.7		<u>536,070.8</u>	
門診透析服務 成長率	1.571%	355.1	2.361%	533.7	<u>2.015%</u>	<u>455.5</u>	1.衛福部：門診透析服務總費 用成長率為 <u>3.25%</u> 。依協定 之分攤基礎，醫院部門本項 服務費用成長率為 <u>2.015%</u> 。 2.付費者：門診透析服務總費 用成長率為 <u>2.8%</u> 。依協定之 分攤基礎，醫院部門本項服 務費用成長率為 <u>1.571%</u> 。 3.醫院：門診透析服務總費用 成長率為 <u>3.6%</u> 。依協定之 分攤基礎，醫院部門本項服 務費用成長率為 <u>2.361%</u> 。
較110年度核定 總額成長率(一 般服務+專 款+門診透析)	2.567%	14,829.0	4.397%	24,724.7	<u>3.504%</u>	<u>19,894.5</u>	
		554,067.3		563,954.3		<u>559,129.2</u>	



附表 付費者、醫院代表建議方案與衛福部決定事項之差異比較表

項次	項目	本會協商結果		衛福部決定事項
		付費者代表方案	醫院代表方案	
<b>一般服務</b>				
1	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新材料等)	<p>請健保署辦理下列事項：</p> <p>1.於額度內，依全民健康保險法第42條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。</p> <p>2.於110年12月委員會會議提出規劃之新增項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入，則扣減其預算額度；並於111年7月底前提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)。</p> <p>3.藥品價量協議(PVA)之還款金額，可做為本項預算不足之財源。</p> <p>4.建立新醫療科技之預算檢</p>	<p>請健保署辦理下列事項：</p> <p>1.於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第42條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。</p> <p>2.於110年12月委員會會議提出規劃之新增項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入，則扣減其預算額度；並於111年7月底前提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)。</p> <p>3.建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於111年6月底前提出專案報告。</p>	採醫院代表方案。

項次	項目	本會協商結果		衛福部決定事項
		付費者代表方案	醫院代表方案	
2	藥品及特材給付規定改變	<p>討、調整與管控制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於1111年6月底前提出專案報告。</p> <p>請健保署辦理下列事項： 1.於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第42條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。</p> <p>2.於110年12月委員會會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於111年7月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。</p> <p>3.藥品價量協議(PVA)之還款金額，可做為本項預算不足之財源。</p>	<p>請健保署辦理下列事項： 1.於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第42條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。</p> <p>2.建立藥品及特材材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於111年6月底前提出專案報告。</p> <p>3.歷年引進新醫療科技之成效及藥品節流措施所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，以維護民眾就醫權益。請於112年度總額協商前提出節流效益，並納入該年度本項預算財源。</p>	<p>刪除「藥品價量協議(PVA)之還款金額，可做為本項預算不足之財源」，餘同付費者代表方案。</p>

項次	項目	本會協商結果		衛福部決定事項
		付費者代表方案	醫院代表方案	
3	促進醫療資源支 付合理 (1111年新增項目)	<p>4.建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於1111年6月底前提出專案報告。</p> <p>5.歷年引進新醫療科技之成效及藥品節流措施用於節省之金額，應適度運用於調整給付規定，以維護民眾就醫權益。請於112年度總額協商前提出節流效益，並納入該年度本項預算財源。</p> <p>1.考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且近年健保財務困難，故本項新增預算，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。</p> <p>2.請健保署全盤檢討各項支付標準，朝支付點數相對合理的方向調整，積極改革支付制度，提升費用結構及資源配置效益。</p>	未編列本項。	配合西醫基層總額部門「提升國人視力照護品質」項目，增編本項經費。

項次	項目	本會協商結果		衛福部決定事項
		付費者代表方案	醫院代表方案	
4	持續推動分級醫療，壯大社區醫院	<p>1. 需保障或鼓勵之醫療服務，應回歸支付標準處理。若確有其必要性，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。</p> <p>2. 請釐清地區醫院在醫療照護體系中的定位，以利其在分級醫療政策中發揮應有功能。</p>	<p>1. 執行目標：強化地區醫院社區照護能力，地區醫院住院護理部分(含診察費、病房費、護理費)，予以保障點值每點1元。</p> <p>預期效益之評估指標：地區醫院住院滿意度達80%。</p> <p>2. 依111年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。</p>	<p>1. 用於地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，及提升住院護理品質，優先用於反應住院首日護理費支點數加成30%。</p> <p>2. 請健保署視執行需要會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議確認。</p>
5	提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變	<p>需保障或鼓勵之醫療服務，應回歸支付標準處理。若確有其必要性，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。</p>	<p>1. 執行目標：優先保障加護病房住院診察費及病房費點值每點1元，急性一般病床護理費點值每點1元。</p> <p>預期效益之評估指標：區域級(含)以上醫院住院滿意度達80%。</p> <p>2. 依111年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。</p>	<p>1. 用於區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，及提升住院護理品質，優先用於反應住院首日護理費支點數加成30%。</p> <p>2. 請健保署視執行需要會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議確認。</p>
6	研修病房費給付原則(含RCW)	<p>1. 為避免同一病床同日重複給付，維持現行支付方</p>	<p>1. 執行目標： (1)調整支付標準表給付通則，病</p>	

項次	項目	本會協商結果		衛福部決定事項
		付費者代表方案	醫院代表方案	
	(111年新增項目)	<p>式。</p> <p>2.其中「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護」，改列專款項目。</p>	<p>房費出院日併入計算。</p> <p>(2)提升RCW病人同意簽署DNR。</p> <p>2.預期效益之評估指標： (1)醫部門住院滿意度達80%。 (2)RCW簽署DNR較現行增加5%。</p>	
7	研修住院護理費給付原則(含RCW)(111年新增項目)	<p>1.為避免同一病床同日重複給付，維持現行支付方</p> <p>式。</p> <p>2.請健保署積極導入、全面施行DRGs，以促使醫療院所主動改變醫療型態，避免過多的微觀管理，以利提升照護成效及國人健康。</p>	<p>1.執行目標：調整支付標準表給付通則，住院護理費出院日併入計算。</p> <p>預期效益之評估指標：醫部門住院滿意度達80%。</p> <p>2.依111年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。</p>	
8	移列精神科長效針劑藥費至專款項目	未編列本項。	未編列本項。	原於一般服務執行，移列1,241百萬元至「精神科長效針劑藥費」專款項目。
<b>專款項目</b>				
9	鼓勵器官移植並確保術後追蹤護品質	<p>1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間</p>	<p>1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移</p>	<p>1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.為鼓勵醫師投入腎臟移植，111年新增預算用於鼓勵腎臟移植手術之施行。</p>

項次	項目	本會協商結果		衛福部決定事項
		付費者代表方案	醫院代表方案	
		及不同器官移植之存活率等。	植之存活率等。	3.提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等。
10	醫療給付改善方案	<p>1.持續辦理糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等9項方案。</p> <p>2.其中60百萬元用於新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」，並整合納入「思覺失調症醫療給付改善方案」。</p> <p>3.請健保署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。</p>	<p>1.持續辦理糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等9項方案。</p> <p>2.請健保署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。</p>	<p>採付費者代表方案，並修正第2項之文字為：「新增『精神科病人出院後急性後期照護服務』，經費60百萬元，並納入『全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案』。」</p>

項次	項目	本會協商結果		衛福部決定事項
		付費者代表方案	醫院代表方案	
11	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	1.111年應完成導入第3階段DRGs項目。 2.本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務結算。	1.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。 2.本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務結算。	採醫院代表方案。
12	住院整合照護服務試辦計畫(111年新增項目)	請健保署會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議確認。	執行目標：鑑於住院照護服務試辦計畫須重新會同社保司、照護司、護理公會研議可執行方案，暫無法於9月23日提供「執行目標」及「預期效益之評估指標」。	採付費者代表方案。
13	精神科病人出院後急性後期照護服務試辦計畫(111年新增項目)	(整合納入「醫療給付改善方案」項下之「思覺失調症醫療給付改善方案」)	執行目標：配合心口司預定計畫執行，提升精神病人急性後期照護。預期效益之評估指標：配合心口司規劃，降低6個月內精神急性再住院率。	採付費者代表方案，整合納入「思覺失調症醫療給付改善方案」。
14	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)	1.預算如有不足，由品質保證保留款支應，執行效益納入未來總額財源。 2.依衛生福利部核定結果，請健保署會同醫院總額相關團體研修「執行目標」	(編列於一般服務，內含於「研修病房費給付原則」項目)	採付費者代表方案。

項次	項目	本會協商結果		衛福部決定事項
		付費者代表方案	醫院代表方案	
15	精神科長效針劑藥費 (111年新增項目)	<p>及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議確認。</p> <p>未編列本項。</p>	<p>未編列本項。</p>	<p>1.全年經費 2,664 百萬元，其中 1,241百萬元由一般服務費用移列。</p> <p>2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。請健保署於額度內，妥為管理運用。</p>



111 年度西醫基層總額之本會協商結果與衛福部決定比較表

項目	本會協商結果				衛福部決定		備註 (衛福部決定事項與付費者、西醫基層代表建議事項之差異)
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
<b>一般服務</b>							
<b>醫療服務成本及人口因素成長率</b>	<b>1.176%</b>	<b>1,459.9</b>	<b>1.176%</b>	<b>1,459.9</b>	<b>1.176%</b>	<b>1,459.9</b>	
投保人口預估成長率	0.136%		0.136%		0.136%		
人口結構改變率	1.257%		1.257%		1.257%		
醫療服務成本指數改變率	-0.218%		-0.218%		-0.218%		
<b>協商因素成長率</b>	<b>0.483%</b>	<b>598.0</b>	<b>1.234%</b>	<b>1,530.2</b>	<b>0.655%</b>	<b>812.0</b>	
新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.242%	300.0	0.242%	300.0	0.242%	300.0	1.刪除「藥品價量協議(PVA)之還款金額」,可做為本項預算不足之財源」,餘同付費者代表方案。 2.詳附表項次1。

項目	本會協商結果				衛福部決定		備註 (衛福部決定事項與付費者、西醫基層代表建議事項之差異)
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
藥品及特材給付規定改變	0.216%	268.0	0.564%	700.0	<u>0.296%</u>	<u>367.0</u>	1.增列「其中292百萬元用於反映近年使用糖尿病藥物增加之費用」。 2.刪除「藥品價量協議(PVA)之還款金額，可做為本項預算不足之財源」，及「歷年引進新醫療科技之成效及藥品節流措施所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，以維護民眾就醫權益」2項，餘決定事項同付費者代表方案。 3.詳附表項次2。
促進醫療資源支付合理	0.000%	0.0	0.010%	11.9	<u>0.101%</u>	<u>126.0</u>	1.決定事項： (1)為鼓勵分級醫療、雙向轉診，用於提升西醫基層量能之診療項目。 (2)112年度總額起，請朝醫院、西醫基層部門相同診療項目支付點數連動調整辦理。 2.詳附表項次3。

項目	本會協商結果				衛福部決定		備註
	付費者代表方案		西醫基層代表方案				
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
配合醫院總額調整 付標準所需費用	0.000%	0.0	0.379%	470.9	0.000%	0.0	(衛福部決定事項與付費者、西醫基層代表建議事項之差異)
蒸汽吸入治療加成	0.000%	0.0	0.014%	17.4	0.000%	0.0	
提升國人視力照護品質	0.097%	120.0	0.097%	120.0	0.097%	120.0	決定事項採付費者代表方案，並酌修文字，詳附表項次6。
移列精神科長效針劑藥費至專款項目	—	—	—	—	<u>-0.009%</u>	<u>-11.0</u>	衛福部移列費用至新增專款項目，詳附表項次7。
違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.072%	-90.0	-0.072%	-90.0	-0.072%	-90.0	
一般服務成長率	1.659%	2,057.9	2.410%	2,990.1	1.831%	2,271.9	
		126,203.8		127,136.1		126,417.3	
專款項目(全年計畫經費)							
家庭醫師整合性照護計畫	3,948.0	278.0	4,185.0	515.0	3,948.0	278.0	1.決定事項：請中央健康保險署於111年7月底提出導入一般服務之評估規劃。 2.詳附表項次8。
	308.0	308.0	308.0	308.0	308.0	308.0	決定事項採付費者代表方案，並酌修文字，詳附表項次9。
代謝症候群防治計畫	308.0	308.0	308.0	308.0	308.0	308.0	

項目	本會協商結果				衛福部決定		備註 (衛福部決定事項與付費者、西醫基層代表建議事項之差異)
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計劃(pay for value)計畫	9.7	9.7	9.7	9.7	9.7	9.7	1.決定事項：請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本會核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。 2.詳附表項次 10。
西醫醫療資源不足地區改善方案	317.1	0.0	317.1	0.0	317.1	0.0	
C 型肝炎藥費	292.0	0.0	292.0	0.0	292.0	0.0	決定事項採付費者代表方案，詳附表項次 11。
醫療給付改善方案	805.0	150.0	805.0	150.0	805.0	150.0	
強化基層照護能力及「開放表別」項目	920.0	0.0	1,220.0	300.0	1,220.0	300.0	決定事項採付費者代表方案，並酌修文字，詳附表項次 12。
鼓勵院所建立轉診之合作機制	200.0	-58.0	258.0	0.0	258.0	0.0	決定事項採付費者代表方案，詳附表項次 13。
偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	50.0	0.0	50.0	0.0	50.0	0.0	
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	30.0	-25.0	30.0	-25.0	30.0	-25.0	

項目	本會協商結果				衛福部決定		備註 (衛福部決定事項與付費者、西醫基層代表建議事項之差異)
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
後天免疫缺乏病毒治療藥費	30.0	-25.0	30.0	-25.0	30.0	-25.0	
因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	0.0	11.0	0.0	11.0	0.0	
新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.0	178.0	0.0	178.0	0.0	
網路頻寬補助費用	253.0	39.0	253.0	39.0	253.0	39.0	決定事項採付費者代表方案，詳附表項次14。
提升院所智慧化醫療資訊機制 (*付費者代表方案將本項移至其他預算項下之「提升院所智慧化醫療資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構之網路頻寬補助費用」項目編列。)	0.0	0.0	210.0	210.0	0.0	0.0	同付費者代表方案，本項移至其他預算項下編列，詳附表項次15。
因應新興疾病，診所感染管控制業守則	0.0	0.0	1,200.0	1,200.0	0.0	0.0	
精神科長效針劑藥費(111年新項目)	-	-	-	-	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	為衛福部新增項目，詳附表項次17。
品質保證保留款	120.3	4.5	120.3	4.5	120.3	4.5	
<b>專款金額</b>	<b>7,472.1</b>	<b>681.2</b>	<b>9,477.1</b>	<b>2,686.2</b>	<b>7,930.1</b>	<b>1,139.2</b>	

項目	本會協商結果				衛福部決定		備註
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
較110年度核定總額成長率(一般服務+專款)	增加金額	1.944%	2,739.1	5,676.3	2.456%	3,411.1	(衛福部決定事項與付費者、西醫基層代表建議事項之差異)
	總金額		133,675.9	136,613.2		134,347.4	
門診透析服務成長率	增加金額	4.233%	820.7	977.9	4.689%	909.1	1.衛福部：門診透析服務總費用成長率為3.25%。依協定之分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為4.689%。 2.付費者：門診透析服務總費用成長率為2.8%。依協定之分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為4.233%。 3.西醫基層：門診透析服務總費用成長率為3.6%。依協定之分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為5.044%。
	總金額		20,208.3	20,365.5		20,296.7	
較110年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)	增加金額	2.239%	3,559.8	6,654.3	2.744%	4,320.2	
	總金額		153,884.2	156,978.7		154,644.1	

附表 付費者、西醫基層代表建議方案與衛福部決定事項之差異比較表

項次	項目	本會協商結果		衛福部決定事項
		付費者代表方案	西醫基層代表方案	
<b>一般服務</b>				
1	新醫療科技 (包括新增 診療項目、 新藥及新特 材等)	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第42條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。</p> <p>2.於110年12月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額；並於111年7月底前提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)。</p> <p>3.藥品價量協議(PVA)之還款金額，可做為本項預算不足之財源。</p> <p>4.建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控制，並提出成果</p>	<p>1.因應民眾實際醫療需求，PVA的預算是不穩定的財源，不足以因應本項。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第42條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。</p> <p>(2)於110年12月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程；並於111年7月底前提報執行情形。</p> <p>(3)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於111年6月底前提出專案報告。</p>	<p>刪除「藥品價量協議(PVA)之還款金額，可做為本項預算不足之財源」，餘同付費者代表方案。</p>

項次	項目	本會協商結果		衛福部法定事項
		付費者代表方案	西醫基層代表方案	
2	藥品及特材給付規定改變	<p>面的績效指標，呈現所創造的價值，於111年6月底前提出專案報告。</p> <p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第42條精神，並善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。</p> <p>2.於110年12月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額；並於111年7月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。</p> <p>3.藥品價量協議(PVA)之還款金額，可做為本項預算不足之財源。</p> <p>4.建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控制，並於111年6月底前提出專案報告。</p>	<p>1.擴大藥品給付規定，已提升醫療品質並嘉惠民眾健康。以基層醫療糖尿病患實際用藥為例(SGLT2及GLP1)，在基層使用量逐年增加最多，109年與原編列之預算差距高達8億元，建議逐年滾動式修正預算回歸，反映實際醫療需求。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第42條精神，並善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。</p> <p>(2)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控制，並於111年6月底前提出專案報告。</p>	<p>1.其中292百萬元用於反映近年使用糖尿病藥物增加之費用。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第42條精神，並善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。</p> <p>(2)於110年12月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額；並於111年7月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。</p> <p>(3)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管</p>



項次	項目	本會協商結果		衛福部決定事項
		付費者代表方案	西醫基層代表方案	
		<p>告。</p> <p>5.歷年引進新醫療科技之成效及藥品節流措施所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，以維護民眾就醫權益。請於112年度總額協商前提出節流效益，並納入該年度本項預算財源。</p>		<p>機制，並於111年6月底前提出專案報告。</p>
3	促進醫療資源支付合理	<p>1.考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且近年健保財務困難，故本項不新增預算，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。</p> <p>2.請中央健康保險署全盤檢討各項支付標準，朝支付點數相對合理的方向調整，積極改革支付制度，提升費用結構及資源配置效益。</p>	<p>1.111年醫療服務成本指數改變率為負值，無法支應本項預算。</p> <p>2.依中央健康保險署新增項目，調整支付點數，含呼吸訓練、腹腔鏡手術、護理照相關診療、大腸鏡息肉切除等。</p>	<p>1.為鼓勵分級醫療、雙向轉診，用於提升西醫基層量能之診療項目。</p> <p>2.112年度總額起，請朝醫院、西醫基層部門相同診療項目支付點數連動調整辦理。</p>
4	配合醫院總額調整支付標準所需費用	<p>1.考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且醫院總額係以前開預算調整支付標準，未另編列預算，故本項不新增預</p>	<p>1.111年醫療服務成本指數改變率為負值，無法支應本項預算。</p> <p>2.齊一基層與醫院支付標準差距。</p>	

項次	項目	本會協商結果		衛福部決定事項
		付費者代表方案	西醫基層代表方案	
		<p>算，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。</p> <p>2.未來請援例運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算，合理調整支付標準，反映各項服務成本，並以同病、同品質、同酬為原則及考量部門衡平性訂定之。</p>		
5	蒸汽吸入治療加成	<p>本項屬支付標準之調整，考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且近年健保財務困難，故本項不新增預算，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。</p>	<p>1.111年醫療服務成本指數改變率為負值，無法支應本項預算。</p> <p>2.本項支付點數已不符成本，應同中央健康保險署「促進醫療資源支付合理」支應。</p>	
6	提升國人視力照護品質	<p>1.依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會議確認。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事</p>	<p>協商因素過去沒有扣減當年未執行額度或補付不足額度之慣例。</p>	<p>請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：</p> <p>1.會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會議確認。</p> <p>1.次委員會會議確認。</p> <p>2.會同西醫基層總額相關團體，</p>

項次	項目	本會協商結果		衛福部決定事項
		付費者代表方案	西醫基層代表方案	
		<p>項：</p> <p>(1)會同西醫基層總額相關團體，於110年12月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。</p> <p>(2)依111年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。</p>		<p>於110年12月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。</p> <p>3.依111年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。</p>
7	移列精神科藥劑藥費至專款項下(111年新項)	未編列本項。	未編列本項。	原於一般服務執行，移列11百萬至「精神科長效針劑藥費」專款項目。
<b>專款項目</b>				
8	家庭醫師整合計畫	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.於協商112年度總額前檢討實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新科技之財源之一。</p> <p>2.於111年7月底前提出未來導引一般服務或退場之期程及規劃。</p>	<p>1.醫療群的醫師們在疫情嚴峻期間，不僅堅守崗位守護民眾的健康照顧需求，並擔任第一線防疫工作，也積極協助各地政府籌設大型快篩檢站及疫苗施打站，並滿足原長期醫院就醫病患因疫情限制無法就醫民眾之醫療需求，使民眾醫療需求之保障得以延續。這都是歷年來建立家醫醫療群以整合基層醫療累積的成效，應予重視，不宜以550元估</p>	<p>請中央健康保險署於111年7月底提出導入一般服務之評估規劃。</p>

項次	項目	本會協商結果		衛福部決定事項
		付費者代表方案	西醫基層代表方案	
9	代謝症候群防治計畫	<p>1.依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並報全民健康保險會最近1次委員會議確認。</p> <p>2.本計畫收案對象不得與家庭醫師整合性照護計畫及其他醫療</p>	<p>算每人之年度照護費。</p> <p>2.每個人都需要一位擔任健康守門員的家庭醫師，家庭醫師制度亦建立在醫病雙方良好的認同與互動上，才能增進健康照護。目前已收案人數達6百萬人，但仍有很多醫療資源投入不夠的地方，如個案管理費用偏低，此外因為人口老化，民眾醫療需求逐漸增加，較需照護族群也會增加。因現行參與計畫之會員人數及醫師人數眾多，為提升良好照護品質，每年仍需滾動式修正計畫內容，在健保有限資源之下，以符合民眾實際需求。</p>	<p>請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：</p> <p>1.研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議確認。</p> <p>2.擬訂具體實施方案(內容應包含結果品質指標，並依執行績效支付費用，惟不得與家庭</p>

項次	項目	本會協商結果		衛福部決定事項
		付費者代表方案	西醫基層代表方案	
		<p>給付改善方案重複，每人支付費用額度(包含個案管理費及績效獎勵費用)比照家庭醫師整合性照護計畫。</p> <p>3.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體擬訂具體實施方案(內容應包含結果品質指標，並依執行績效支付費用)，於提報全民健康保險會同意後執行。</p>	<p>康行為，進而促進健康狀況。</p> <p>3.不得與專家醫計畫及其他醫療給付改善方案重複領取個案管理費。</p>	<p>醫師整合性照護計畫及其他醫療給付改善方案重複領取個案管理費)，於提報全民健康保險會同意後執行。</p>
10	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬 (pay for value) 計畫	<p>1.依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會確認。</p> <p>2.本項計畫之執行診所所需與醫院心臟復健中心簽署合作計畫共同照護病患，或承接醫院出院準備計畫、急性後期整合照護(PAC)計畫下轉病患之照護。</p>	<p>執行目標：提高心肺病人門診復健涵蓋率。</p> <p>預期效益之評估指標：最大耗氧量率(心肺功能檢查)、病人運動功能(國際評估問卷量表)、14天再住院率、死亡率。</p>	<p>請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會確認。</p>
11	C型肝炎藥費	<p>1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，</p>	<p>1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由</p>	<p>採付費者代表方案。</p>

項次	項目	本會協商結果		衛福部決定事項
		付費者代表方案	西醫基層代表方案	
		<p>由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署於協商112年度妥為管理運用，於該年度總額預算總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。</p>	<p>其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。</p>	
12	強化基層照護能力及「開放表別」項目	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.於110年12月委員會議提出規劃調整之項目與作業時程。</p> <p>2.通盤檢討開放表別項目的適當性，並定期檢討既有項目服務之成長情形，分析及監測西醫診所與醫院醫療利用之合理性。</p> <p>3.本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務結算。</p>	<p>1.為擴大基層服務量能，強化分級醫療，宜持續編列預算，照顧民眾健康。</p> <p>2.本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務結算。</p>	<p>1.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)於110年12月委員會議提出規劃調整之項目與作業時程。</p> <p>(2)通盤檢討開放表別項目適當性，含導入一般服務之時期規劃。</p> <p>2.本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務結算。</p>
13	鼓勵院所建立轉診之作機制	<p>1.經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p>	<p>1.經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。</p> <p>2.鼓勵院所建立雙向轉診機制，符合分級醫療精神，也是健保永續</p>	<p>同付費者代表方案。</p>

項次	項目	本會協商結果		衛福部決定事項
		付費者代表方案	西醫基層代表方案	
		<p>付費者代表方案</p> <p>(1)檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)，以提升執行成效。</p> <p>(2)會同西醫基層及醫院總額相關團體，討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，並於111年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。</p>	<p>西醫基層代表方案</p> <p>經營之基石。</p>	
14	網路頻寬補助費用	<p>1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)檢討、提升雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於111年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。</p> <p>(2)於協商112年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。</p>	<p>經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p>	<p>同付費者代表方案。</p>

項次	項目	本會協商結果		衛福部決定事項
		付費者代表方案	西醫基層代表方案	
		(3)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。		
15	提升院所智慧化醫療資訊機制	本項移至其他預算項下之「提升院所智慧化醫療資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構之網路頻寬補助費用」項目編列。	因應防疫需求，智慧化醫療資訊是世界潮流，減少健保卡接觸成為疾病傳染的來源。	
16	因應新興疾病，診所作業感染管制	感染管制是醫療院所維護病人安全的執業基本要求，本項新增預算。	<p>1.延續基層診所後疫情時代感染管制機制(基層診所防疫2.0)，且疫情結束後將停止公務預算補助各種防疫物資，考量現有的經費不足應付新興感染性疾病的複雜及多樣性，疾病的發展也難以預測，為了維護醫療品質，及確保民眾就醫與醫護人員安全，建議增加經費，以強化診所感控的每一道防線。</p> <p>2.執行目標：以第一階段門診感染費增加給付，強化基層院所感控作業方式。</p> <p>預期效益之評估指標：  (1)過自評之院所所得申請門診診察費加成。</p>	



項次	項目	本會協商結果		衛福部決定事項
		付費者代表方案	西醫基層代表方案 (2)各縣市醫師公會定期抽樣訪查診所。	
17	精神科長效針劑藥費(111年新增項目)	未編列預算。	未編列預算。	1.全年經費100百萬元，其中11百萬元由一般服務移列。 2.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。



# 討論事項



## 第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：111 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、110 年抑制資源不當耗用改善方案，本署係於 109 年 12 月 25 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。110 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.健康存摺使用人次增加率	>5%	*	103%
		2.門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率	-16%	*	-18.3%
	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	75.4%	◎	-
		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	76,096	◎	-
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	26.5%	*	28.5%
		6.居家醫療整合照護對象門診就醫次數	<0	*	-0.56
	增進院所合作機制	7.與長照 2.0 之銜接率	44.5%	*	50%
		8.提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標	4.97%	◎	-
		9.醫療檢查影像資訊即時上傳率	90%	*	90%

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%	* -13%
		11.門診 10 項重點檢查(驗)合理區間內再次執行下降率	<-5%	* -6%
		12.西醫門診年復健次數>180 次異常件數零成長	<0%	* -61%
	強化查處機制	13.違規院所訪查	130	* 296
	尊重醫療自主及善終權益	14.死亡前安寧利用率	33.1%	32%
		15.呼吸器依賴病人安寧利用率	72.0%	69.6%
	推動疾病管理	16.西醫門診病人可避免住院率(負向指標)	1.13%	* 0.85%

註：\*為已達目標值；◎於疫情期間暫緩追蹤。

(一)「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」(項次 3)、「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) 及「提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)」(項次 8)等三項指標，為免影響病人就醫權益，於疫情期間暫緩追蹤。

(二)「死亡前安寧利用率」(項次 14)及「呼吸器依賴病人安寧利用率」(項次 15)：因本署 110 年分別調高各季目標值，死亡前安寧利用率由 109 年第 4 季 32%提高至 110 年第 3 季 33.1%，呼吸器依賴病人安寧利用率由 109 年第 4 季 67.4%提高至 110 年第 3 季 72%，惟受疫情影響爰未達標。本案 111 年擬持續列入管控，並加強辦理。

三、考量仍值 COVID-19 疫情期間，111 年方案仍延續 110 年方案內容(草案如附件一，第 86~90 頁)，並微調文字辦理。

擬辦：本(111)年修訂內容提會討論通過後，依程序報部核定。

◎另針對委員關切本方案管控項目自 105 年迄今之達標情形，經洽請健保署提供資料如附件二(第 91~100 頁)，該署說明摘要如下：

- 一、105~107 年係以保險對象、保險人及醫事機構為面向，各項策略較為分散且多為過程面管控項目，乃自 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三大構面、10 項策略、16 項管控項目衡量成效(105~110 年策略與管控項目如附件二-1，第 92~97 頁)。
- 二、因 105~107 年各項策略與管控項目，與 108(含)年後差異較大，建議以 108~110 年(110 年全年資料尚未完整，僅提供至第 3 季)之執行情形進行比較(如附件二-2，第 98~100 頁)。

健保署業務窗口：洪于淇科長，連絡電話：02-27065866 分機 2667

.....

本會補充說明：

- 一、本案係依全民健康保險法第 72 條規定，本會應對健保署所提「111 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」(草案)進行討論後，該署方可報衛福部核定。
- 二、茲整理健保署提供 108~110 年各項策略及管控項目達標情形如附表，說明如下：
  - (一)持續維持良好管控之項目(108~110 年均達標):計 6 項(項次 1、6、10、11、12、13)。
  - (二)略有改善之項目(108 或 109 年未達標，110 年達標)：計 5 項(項次 2、5、7、9、16)。
  - (三)受疫情影響暫緩追蹤之項目：計 3 項(項次 3、4、8)。依健保署說明，主要為避免於 COVID-19 疫情期間影響病人就醫權益，乃暫緩追蹤。
  - (四)需加強努力之項目(108 或 109 年達標，110 年未達標)：計 2 項(項次 14、15)。依健保署說明，主要因 110 年調高目標值，惟受疫情影響爰未達標，111 年將持續管控，並加強辦理。
- 三、本次健保署提出 111 年度方案內容，僅修訂實施期間(將 110 年改為 111 年)及微調文字(如附件一劃底線處)，其餘內容同

110 年度方案。經檢視方案內容尚屬合理，且因 108 年甫修正構面別、策略與管控項目，建議 111 年度可續沿用，惟請健保署加強辦理下列事項：

(一)方案內容請增列附表：

以整體呈現各構面、策略及其管控項目與目標值；另目標值之訂定宜具方向性(例如<或>)，以利後續監測。

(二)檢討部分項目之目標值：

部分項目執行值，例如項次 10 (全藥類藥品重複用藥日數下降率)、項次 12(西醫門診年復健次數>180 次異常件數零成長)，已優於目標值甚多，建議依達成情形，逐年滾動檢討目標值之合理性。

(三)請加強辦理、持續監測之項目：

- 1.就 110 年未達標項目(項次 14、15)，請於 111 年加強辦理。
- 2.受疫情影響暫緩追蹤項目(項次 3、4、8)，考量其係為導正就醫觀念與行為及推動分級醫療，請持續監測，以利相關策略之推動。

(四)各年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案大多安排於前一年 12 月份委員會議討論，爰健保署僅能提供至第 3 季執行情形(例如 111 年方案提供至 110 年第 3 季)，為利完整呈現其執行結果，建請該署自 111 年起，定期於第 2 季(5 月)業務執行報告，提供前一年全年之執行結果。

決議：



附表 108~110 年各項策略及管控項目達標情形

(V：達標、X：未達標、◎：暫緩追蹤)

策略	管控項目	年度		
		108	109	110
強化自我 照護能力	1.健康存摺使用人次增加率 (108 年為民眾知曉「提醒醫師查詢健保雲端資訊」比率)	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	X	V
	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	◎	◎
	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 (108 年為區域以上醫院下轉件數大於同期)	V	◎	◎
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
	6.居家醫療整合照護對象門診就醫次數	V	V	V
增進院所 合作機制	7.長照 2.0 之銜接率	V	X	V
	8.提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計) (108 年為區域級(含)以上醫院回轉率)	V	◎	◎
精進雲端 資訊系統	9.醫療檢查影像資訊即時上傳率	V	X	V
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)	V	V	V
	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)	V	V	V
	12.西醫門診年復健次數>180 次異常件數零成長 (108 年為西醫門診復健高利用次數降低)	V	V	V
強化查處 機制	13.違規院所訪查家數	V	V	V
尊重醫療 自主及善 終權益	14.死亡前安寧利用率	V	V	X
	15.呼吸器依賴病人安寧利用率	V	V	X
推動疾病 管理	16.西醫門診病人可避免住院率(負向指標)	X	V	V

## 111 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，提全民健康保險會討論。

### 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，每年醫療費用控制在總額成長幅度以下，達到宏觀面之管控目的，在微觀管控面，已漸採提升醫療服務效率與品質之政策方向改革，如論病計酬支付、論質計酬等，並於平常醫療管理作業加強醫療費用審查，或依據醫療費用發生狀況，啟動專案審查及稽核等，惟國人對全民健保醫療浪費，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。

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；生命末期非必要的醫療，造成資源排擠效應；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，爰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，擬訂相關策略，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。

## 肆、實施期間

本方案施行期間自 111 年 1 月 1 日起至 111 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，包括深化保險對象珍惜健保資源宣導、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) 深化保險對象珍惜健保資源宣導

1. 策略：提升國人健康照護服務，以「珍惜醫療資源、健保服務帶著走」觀念，加強宣導保險對象「珍惜健保醫療資源」，並建立合理就醫及正確用藥行為。

#### 2. 方法：

(1) 透過新興科技通路與大眾傳播媒體，運用各項宣導資源，積極進行各項重大政策宣導，提升保險對象珍惜健保資源，減少醫療浪費觀念。

(2) 透過跨機關合作，提升保險對象對於我國健保制度與各項推行政策的認知，達成全民健保永續經營的目標。

#### (二) 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」，幫助民眾即時、便利地掌握個人健康大小事，做好自我健康照顧及管理。

#### (三) 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≥90次/年及各季≥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、區域醫院以上門診逐年適當減量。

### (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). 全藥類藥品重複用藥日數下降率。

(2). 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、低密度脂蛋白一膽固醇、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，並加強民眾宣導。

(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。

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、透過珍惜健保資源宣導與落實醫療知情權，加強民眾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，降低民眾重複就醫情形，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。

## 105~109 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案執行說明

※ 全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案重點摘述如下：

- 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、本方案所訂定之指標內容係參考當年度重要政策所制定，每年指標數及項目略有不同。
- 三、105~107 年面向為保險對象、保險人及醫事機構等三大面向，各項策略較為分散且多為過程面指標，爰於 108 年重整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三大構面 10 項策略，並以 16 項指標衡量成效。105-110 年策略及指標項目如附件二-1。
- 四、因 105-107 年各項策略及指標與 108 年後之計畫指標差異較大，如要作歷年比較，建議以 108-110 年(110 年全年資料尚不完整，僅提供至 110 年第 3 季資料)各項指標執行情形(附件二-2)供參。

※ 105~109 年指標數及項目對照表

年	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年
項目數	21	24	21	16	16	16

年度 序號	策略	105	106	107
面向 1：保險對象				
1	深化民眾 珍惜健保 資源宣導	大眾傳播媒體露出 總則數	新興科技通路與大眾傳播 媒體露出則數	民眾知曉「分級醫 療」政策之比率大 於 60%
2				知曉「分級醫療」 政策之比率大於 2%
3	正確就醫 觀念及行 為	高利用保險對象經 輔導後就醫次數下 降%	輔導高診次門診就醫次數 下降率	輔導高診次門診 就醫次數下降率
4	強化自我 照護能力		健康存摺新增使用人數	持續精進健康存 摺 2.0，便利民眾 自我健康管理
面向 2：保險人				
5	持續支付 制度改革	持續推動 DRG-輔 導醫院持續實施 DRG 準備情形，各 分區輔導醫院家數 %		
6		持續推動 DRG-與 專科醫學會討論再 分類或支付通則修 訂完成場次		
7		持續推動 DRG-論 質計畫整體照護率 成長%	整體論質方案照護人數較 去年同期成長(含糖尿病、 氣喘、乳癌、思覺失調、B 型及 C 型肝炎個案追蹤、 孕產婦、早期療育、初期慢 性腎臟病等八類)	
8	減少無效 醫療之耗 用	安寧居家(乙類)參 與院所，實際有提 供服務比率%		
9			安寧居家服務人數成長率	
10			105 年安寧居家參與之次 醫療區，106 年至少應有 1 家	
11	減少無效 醫療之耗 用		105 年參與安寧居家院所， 106 年至少服務 1 人	
12			辦理安寧規模會 1 場	
13			醫療群參與安寧居家之群 數(家數)	



年度 序號	策略	105	106	107
14		呼吸器依賴病人接受安寧照護比率成長%	呼吸器依賴病人安寧利用率-安寧利用率增加人數(季累計)	
15	合理藥費 管控措施	健保雲端藥歷系統 總查詢人次成長%		
16			同院所同日申報相同藥品 -抽審件數	
17			急性上呼吸道感染抗生素 用藥比率偏高加強管控- 抽審件數	
18			Zolpidem 首次就醫開藥天 數偏高之個案加強管理- 抽審件數	
19			不當處方用藥管控不予支 付指標	
20			門診高血壓、高血脂、糖尿 病、抗思覺失調症、抗憂鬱 症、安眠鎮靜類用藥日數 重疊率及鼻竇炎 fluoroquinolones(恩萘類抗 生素)使用率之成長率下 降	
21	減少不必要的高耗 用醫療項目		腹部超音波及過敏原檢驗 申報次數-抽審件數比率	
22			同一院所復健治療頻率過 高個案管控	
23	強化違規 查處機制	醫療院所違規查核 訪查率%	違規院所訪查家數(季累 計)	違規院所訪查家 數(季累計)
24	減少不必要的高耗 用醫療項目	CT/MRI 之適當性 抽審件數		
25		門診初次體外震波 碎石術案件抽審累 計件數		
26		執行不予支付管控 措施次數		
27	持續推動 分級醫療			電子轉診平台使 用率

年度 序號	策略	105	106	107
28				基層門診人次佔率逐年提高
29				區域級以上醫院門診人次較去年同期下降
30	精進雲端醫療資訊系統			檢驗(查)結果上傳率
31				區域醫院以上層級醫療檢查 CT 及 MRI 上傳率
面向 3：醫事機構				
32	提供民眾多重疾病整合醫療服務	醫院以病人為中心計畫-重點照護對象收率成長%	醫院以病人為中心照護計畫收案人數	
33		醫院以病人為中心計畫-平均每人每月門診次數成長率%		
34		醫院以病人為中心計畫-平均每人每月藥品項數成長率%		
35		參加居家醫療照護整合計畫醫療群累計群數		
36		參加安寧居家療護並收案之醫療群數		
37	擴大家醫群		家醫群增加之收案數	
38			家醫群增加之診所數	
39			家醫群增加之群數	
40	利用即時資訊避免重複醫療	健保卡登錄後逾 24 小時上傳之件數比率		
41		健保卡上傳作業符合輔導指標之醫事機構家數占率	健保卡上傳作業符合輔導指標之醫事機構家數	
42		使用最新版健保卡讀卡控制軟體之醫事機構家數占率	健保卡取號及時提醒及輔導，院所配合更新控制軟體版本之醫事機構家數	

年度 序號	策略	105	106	107
43		處方簽章正確率 ≥90之家數占率		
44	減少重複 醫療利用			跨院所同藥理用 藥日數重疊率(口 服降血壓藥等6類 藥品)
45				跨院所同藥理用 藥日數重疊率(口 服抗血栓藥等)
46				檢驗檢查合理使 用-門診10項檢查 28日內再次執行 率
47				合理使用-西醫門 診復健高利用次 數降低
48	減少無效 醫療之耗 用			病患死亡前安寧 利用率
49				呼吸器依賴病人 安寧利用率
50	持續推動 疾病管理			可避免住院率
51	增進院所 合作機制			醫療群雙向轉診
52				居家整合收案對 象門診次數降低
53				出院無縫銜接長 照2.0件數比率
54				(非長照)出院後銜 接其他醫療服務 件數比率

年度 序號	策略	108	109	110(項目同 109)
構面 1：合理使用保險權益				
1	深化民眾珍惜健保	民眾知曉「提醒醫師查詢健保雲端資訊」比率		
	強化自我照護能力		健康存摺使用人次增加率	健康存摺使用人次增加率
2	正確就醫觀念行為	輔導高診次門診就醫次數下降率	門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率	門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率
3		基層門診人次占率逐年提高	基層與地區醫院門診占整體件數之占率	基層與地區醫院門診占整體件數之占率
4		區域以上醫院下轉件數大於同期	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	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
構面 2：鼓勵合作與轉銜				
5	持續推動分級醫療	出院後銜接其他醫療服務件數比率	接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率
6		居家整合收案對象門診次數降低	居家醫療整合照護對象門診就醫次數	居家醫療整合照護對象門診就醫次數
7	增進院所合作機制	出院無縫銜接長照 2.0 件數比率	與長照 2.0 之銜接率	與長照 2.0 之銜接率
8		區域級(含)以上醫院回轉率	提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)	提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)
9	精進雲端資訊系統	醫療檢查影像資訊即時上傳率	醫療檢查影像資訊即時上傳率	醫療檢查影像資訊即時上傳率
構面 3：善用資源合理使用				
10	減少重複利用	(跨院所)60 類藥品重複用藥日數下降比率	全藥類藥品重複用藥日數下降率	全藥類藥品重複用藥日數下降率

年度 序號	策略	108	109	110(項目同 109)
11		(跨院所) 10 項檢驗(查)短期內再次執行率	門診 10 項重點檢查(驗)合理區間內再次執行下降率	門診 10 項重點檢查(驗)合理區間內再次執行下降率
12		西醫門診復健高利用次數降低	西醫門診年復健次數>180 次異常件數零成長	西醫門診年復健次數>180 次異常件數零成長
13	強化查處機制	違規院所訪查家數	違規院所訪查	違規院所訪查
14	尊重醫療自主及善終權益	病患死亡前安寧利用率	死亡前安寧利用率	死亡前安寧利用率
15		呼吸器依賴病人安寧利用率	呼吸器依賴病人安寧利用率	呼吸器依賴病人安寧利用率
16	推動疾病管理	可避免住院率(負向指標)	西醫門診病人可避免住院率(負向指標)	西醫門診病人可避免住院率(負向指標)

※ 108年、109年及110年第3季目標值及執行情形

指標項次	構面	策略	管控項目	108		109		110Q3		未達標原因
				目標值	執行值	目標值	執行值	目標值	執行值	
1		深化民眾珍惜健保	民眾知曉「提醒醫師查詢健保雲端資訊」比率-年指標	>20%	50%					
		強化自我照護能力	109年起改為健康存摺使用人次增加率			>10%	220.6%	>5%	103%	
2	合理 使用 保險 權益	正確 醫 念 觀 行 為	輔導高診次門診就醫次數下降率	-18%	-17%	-18%	-17.44%	-16%	-18.3%	【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。
109年起改為門診就醫次數大於90次之保險對象就醫成長率										
3			基層門診人次占率逐年提高	76%	76%	76.4%	74.0% (暫緩追蹤)	75.4%	-	1. 門診減量措施於疫情期間暫緩執行，影響下轉件數，另疫情期間西基門診件數負成長大於區域級以上醫院，亦影響本指標占率。
4			區域以上醫院下轉件數大於同期	21,321	35,789	79,302	-	76,096	-	2. 為免影響病人就醫權益，於疫情期間暫緩追蹤。
			109年起改為非同體系區域級(含)以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加							

指標項次	構面	策略	管控項目	108		109		110Q3		未達標原因
				目標值	執行值	目標值	執行值	目標值	執行值	
5	鼓勵合作與轉銜	持續推動分級醫療	出院後銜接其他醫療服務件數比率	26%	22%	28.0%	28.2%	26.5%	28.5%	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，下轉承作醫院接受照護(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。
6		居家整合收案對象門診次數降低	<0	-0.5	<0	-0.57	<0	-0.56		
7	增進院所合作機制	出院無縫銜接長照 2.0 件數比率	38%	49%	48%	45%	44.5%	50%	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。	
8		區域級(含)以上醫院回轉率 109 年起改為提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標	1.5%	11.7%	3.72%	-	4.97%	-	為免影響病人就醫權益，於疫情期間暫緩追蹤。	
9	精進雲端資訊系統	醫療檢查影像資訊即時上傳率	76%	87%	90%	87%	90%	90%	受疫情影響，院方資訊人力不足，導致未能及時上傳。	
10	善用	減少重複利用	(跨院所)60 類藥品重複用藥日數下降比率	>10%	27%	≤-5%	-5%	≤-5%	-13%	

指標項次	構面	策略	管控項目	108		109		110Q3		未達標原因	
				目標值	執行值	目標值	執行值	目標值	執行值		
11	資源合理使用		109年起改為全藥類藥品重複用藥日數下降率								
			(跨院所) 10項檢驗(查)短期內再次執行率								
			109年起改為門診10項重點檢查(驗)合理區間內再次執行下降率	>5%	9%	≤-5%	-6%	≤-5%	-6%		
12			西醫門診復健高利用次數降低								
			109年起改為西醫門診年復健次數>180次異常件數零成長	<-2%	-8%	≤0%	-28%	≤0%	-61%		
13	強化查處機制		違規院所訪查家數	431	506	133	470	130	296		
14	尊重醫療自主及善終權益		病患死亡前安寧利用率	31%	31%	32%	33%	33.1%	32%	因本署110年分別調高各季目標值，死亡前安寧利用率由109年第4季32%提高至110年第3季33.1%，呼吸器依賴病人安寧利用率由109年第4季67.4%提高至110年第3季72%，惟受疫情影響爰未達標。將持續列入管控，並加強辦理。	
15			呼吸器依賴病人安寧利用率	60.6%	67.4%	67.4%	70.5%	72.0%	69.6%		
16	推動疾病管理		西醫門診病人可避免住院率(負向指標)	1.43%	2%	1.44%	-14.90%	1.13%	0.85%	本項指標係依據美國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。



## 第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：111 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案，提請討論。

說明：

- 一、依貴會 110 年第 6、7、8 次委員會議(110.10.22、110.11.19、110.12.17)討論事項有關各部門總額一般服務保障項目及支付方式之決議：「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各總額部門相關團體議定後，於 110 年 12 月底前送本會同意後執行」。
- 二、本署已於 110 年 11 月 17 日、11 月 18 日、11 月 23 日、12 月 8 日、12 月 23 日分別與門診透析、中醫門診、牙醫門診、醫院總額、西醫基層總額相關團體討論 111 年度一般服務之點值保障項目，牙醫門診總額未有點值保障項目，餘如附件(第 103 頁)。

擬辦：依會議決議辦理。

健保署業務窗口：洪于淇科長，連絡電話：02-27065866 分機 2667

.....  
本會補充說明：

- 一、本案係中央健康保險署(下稱健保署)依本會 106 年第 10 次委員會議(106.11.17)臨時報告案之決定(略以)：「屬『須提報本會同意後執行』之議案，未來請以討論案方式辦理」，爰以討論案方式提出。
- 二、有關 111 年度一般服務點值保障項目，健保署已於 110 年 12 月底前與總額相關團體完成議定，並提請本會討論。
- 三、依健保署與各總額部門相關團體議定結果：
  - (一)牙醫門診總額循往例未有點值保障項目。
  - (二)中醫門診、西醫基層總額及門診透析預算之保障項目及支

付方式與 107~110 年度均相同。

(三)醫院總額除維持 110 年度保障項目(一至七)外，另納入 110 年度協商因素新增點值保障之「八、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)」及「九、區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費」。

決議：

## 111 年度各部門總額一般服務之點值保障項目

部門別	保障項目及支付方式
中醫門診	「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件(每點 1 元支付)。
西醫基層	一、論病例計酬(每點 1 元支付)。 二、血品費(每點 1 元支付)。 三、西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280 點×季申報總住院數(每點 1 元支付)。
醫院	一、門診、住診之藥事服務費(每點 1 元支付)。 二、門診手術(每點 1 元支付)。 三、住院手術費、麻醉費(每點 1 元支付)。 四、血品費(每點 1 元支付)。 五、主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數(每點 1 元支付)。 六、地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)。 七、經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(註 2)。 八、 <u>地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點 1 元支付)</u> 九、 <u>區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費(每點 1 元支付)</u>
門診透析	一、腹膜透析之追蹤處理費(每點 1 元支付)。 二、偏遠地區之門診透析服務(每點 1 元支付)。

註：1.藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

2.以前一季該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付。

### 第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：有關「111 年度全民健康保險牙醫門診總額 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」(草案)，提請討論。

說明：

- 一、依衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 110 年第 6 次委員會議決定，有關 111 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配中，「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」專款預算為 271.5 百萬元，協定事項之一為請本署會同牙醫門診總額相關團體研訂具體實施方案，提報全民健康保險會同意後執行。
- 二、本署於 110 年 11 月 23 日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 110 年第 3 次研商議事會議，暨 110 年 12 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 110 年第 4 次會議通過本計畫，計畫內容重點摘要如下(計畫草案如附件，第 107~108 頁)：

(一)收案條件：

12 歲以上至未滿 19 歲經診斷為牙齦炎、齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、蛀洞、填補、因齲齒之缺牙者(ICD-10-CM 代碼為 K02、K05、K03.6、K06.1)。

(二)支付標準：

- 1.青少年齲齒控制照護處置(300 點)：施行牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除，每 90 天限申報 1 次。
- 2.青少年齲齒氟化物治療(500 點)：實施齲前白斑患者氟化物治療，每 90 天限申報 1 次。

(三)退場機制：

醫師為二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停、終約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)，兩年內不得申報本計畫診療項目。

(四)計畫施行評估：

1.自評指標：申報案件數、申報點數、就醫人數、就醫人次  
(執行滿一年後，前述指標須較前一年增加)。

2.評估指標：提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率>40%。

擬辦：本案依程序於貴會通過後，報衛生福利部核定公告實施。

健保署業務窗口：陳依婕科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2646

本會補充說明：

一、111 年度牙醫門診總額專款項目「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」(111 年新增計畫)之協定事項如下：

(一)全年經費 271.5 百萬元。

(二)執行目標：111 年服務 12~18 歲少年 900,000 人次。

預期效益之評估指標：提升全國 12~18 歲少年牙醫就醫率不低於該年齡層 108 年牙醫就醫率，111~113 年分別為 40%、50%、60%。

(三)請中央健康保險署辦理下列事項：

1.會同牙醫門診總額相關團體研訂具體實施方案，並於 110 年 12 月底前提報全民健康保險會同意後執行。

2.依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。

二、經檢視 111 年度總額協定事項與健保署所報之計畫內容，比較如下表：

協定事項與計畫內容			協定事項與計畫內容之比較 及請健保署補充說明事項
執行 目標	協定 事項	111 年服務 12~18 歲少年 900,000 人次	計畫之執行目標(900,000 服務人次)，符合協定事項。
	計畫 內容	達成「青少年齲齒控制 照護處置(P7101C)」 900,000 服務人次	

協定事項與計畫內容			協定事項與計畫內容之比較 及請健保署補充說明事項
預期效益之評估指標	協定事項	提升全國 12~18 歲少年牙醫就醫率不低於該年齡層 108 年牙醫就醫率，111~113 年分別為 40%、50%、60%	1.計畫之評估指標(111 年 >40%)，符合協定事項所訂之 111 年目標值。 2.惟計畫內容僅新增青少年齲齒控制照護處置、氟化物治療 2 項支付標準，並未述明如何於 111 年達到 12~18 歲青少年牙醫就醫率 >40% 之推動策略，建請健保署補充說明。
	計畫內容	提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率 >40%	
預算執行	協定事項	依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用	1.現行一般服務已給付項目如下： (1)「牙周暨齲齒控制基本處置」(100 點)：牙菌斑偵測及去除維護教導。 (2)「塗氟相關處置(500 點)」：針對頭頸部病患、口乾症患者、牙特計畫身心障礙者、高齲齒病患進行塗氟處置。 2.協定事項明訂，依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。建請健保署補充說明計畫所訂左列 2 項支付標準，與上開現行給付項目是否重複，及如何執行協定事項「於一般服務扣減與本項重複部分之費用」之規劃。
	計畫內容	1.收案條件：12~18 歲(含)診斷為牙齦炎、齲前白斑等病患。 2.支付標準如下： (1)青少年齲齒控制照護處置(300 點)：施行牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除。 (2)青少年齲齒氟化物治療(500 點)。	

三、針對上開須請健保署補充說明事項，本會已於 1 月 11 日請健保署提供資料(資料後附)。

四、依 111 年度總額協定事項，本計畫內容須經本會同意，是否同意，請討論。本案經討論通過後，請健保署依程序辦理後續事宜。

決議：

## 111年度全民健康保險牙醫門診總額12歲至18歲青少年 口腔提升照護試辦計畫（草案）

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

藉由本項計畫之實施，提升全國12~18歲少年牙醫就醫率以期早期發現、早期治療、早期介入，以前期維護自然牙齒品質，減少齲齒、後期根管治療、拔牙數量增加的觀念，維護青少年口腔健康。

三、實施期間：自公告日起至111年12月31日止。

四、年度執行目標：

本計畫照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置（P7101C）」900,000服務人次為執行目標。

五、預算來源：

（一）111年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」專款項目下支應，全年經費為271.5百萬元。

（二）本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

六、收案條件：

12歲以上至未滿19歲經診斷為牙齦炎、齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、蛀洞、填補、因齲齒之缺牙者(ICD-10-CM代碼為 K02、K05、K03.6、K06.1)。

七、退場機制：

醫師為二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停、終約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)，兩年內不得申報本計畫診療項目。

八、給付項目及支付標準：

編號	診療項目	支付點數
P7101C	青少年齲齒控制照護處置 註： 1. 本項主要施行牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除，且病歷應記載供審查。 2. 可視需要申報診 X 光片(限申報34002C)，費用另計。 3. 每九十天限申報一次。	300

編號	診療項目	支付點數
	4. 不得併報91014C。	
P7102C	青少年齲齒氟化物治療 註： 1. 限診斷為齲前白斑之患者申報。 2. 申報費用時，需附一年內診斷照片(照片費用內含)並病歷記載。 3. 本項主要實施齲前白斑患者氟化物治療。 4. 每九十天限申報一次。 5. 不得併報92072C、92051B、P30002、P7001C。	500

九、申報規定：施行本計畫項目得併同申報診察費，另不得併報全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫費用。

十、醫療費用申報及審查：

(一) 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

(二) 本計畫醫療費用點數申報格式：

1. 案件分類：請填報「\_\_\_\_\_」。

2. 特定治療項目代號(一)：請填報「\_\_\_\_\_」(12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫)。

十一、計畫施行評估：第一年蒐集下列指標數據，執行滿一年後，該項指標須較前一年增加(以本計畫申報案件計算)：

(一) 自評指標：

1. 申報案件數。
2. 申報點數。
3. 就醫人數(以 ID 歸戶)。
4. 就醫人次。

(二) 評估指標：提升全國12~18歲青少年牙醫就醫率>40%。

十二、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。



#### 第四案

提案人：林委員敏華、馬委員海霞

代表類別：保險付費者代表

案由：有關「全民健康保險各部門總額執行成果評核會」的委員組成，建議應由本委員會的專家學者及付費者代表等共同擔任，提請討論。

說明：

- 一、每年辦理的健保執行成果評核會，其目的是對各總額部門在執行協商項目的成效、品質、效能等表現進行綜合考評，並提出改善建議，對於健保業務的革新推動，具有重要意義，因此，該評核會的成員，應對於健保業務及所涉問題，具有相當程度的了解及認識。
- 二、歷年評核委員多由公衛領域專家學者擔任，但大多非本會現任委員，則無可能實際參與過本會的相關會議，其考評方向容易忽略民眾端與執行部門的實際需求，淪為「學術研究」，致使無法做到真正意義上的「革新精進」。因此，擔任評核者必須瞭解健保會的實際運作狀況，不能缺乏與實務介接的思維，更必須對付費者代表暨各總額部門所提需求，有長期的觀察、深入的了解。
- 三、評核委員的決定，對於總額執行部門影響深遠，故委員必須對健保實務運作有宏觀且深入的認知與理解，僅參考健保署提供的書面指標內容即逕行評斷，一定要具有充分的客觀性，據此，足以出任委員的基本資格，必須曾經參與過健保會的相關會議，且能熟悉協商結果與本會委員要求的革新方向。
- 四、評核指標固然重要，但協商結果的執行狀況，如：COVID-19 疫情、氣爆等重大突發意外事件，也應高度重視，始能呈現健保照顧民眾的用意，而且付費者代表來自民間各個層面，可從民間普遍的需求與角度，正確地反映出人民的心聲，官署必須傾聽與回應，而最終的考核分數，也應由本會的付費者

代表討論後，再行定奪，以避免淪為天馬行空、曲高和寡的一家之言；另外，由本會委員擔任評核委員，尚可以產生評核結果的拘束力、執行力、監督力，即本會委員可透過協商結果與各部門報告內容，進一步地敦促執行部門具體改善或提出精進方案。

五、本會委員即有健保或公衛領域背景的專家學者與公正人士，渠等均全程參與本會各式會議及總額協商，對於當前健保各項業務的進行有深入的了解，更明白民眾端、執行端、政策面等等需求與問題，是最適合擔任評核委員的人選，此外，由於官方與付費者代表均非常關心各總額的具體表現，願意投入更多的心力去全面了解各執行端的實際運作狀況，其考評結果必能符合實需，也能獲得各界認同，是以，建議給予本會委員有參與評核的機會。

六、綜上，謹提出修正評核會委員的組成方式，必須由本會委員中遴選產生。

擬辦：

- 一、若委員會審議通過後，授權健保會同仁以非醫界部門委員為評核委員的組成安排，再提委員會討論。
- 二、另因健保總額絕大部分來自於民眾的金錢繳納，政府不僅須建構完善的監督機制，尚必須落實取之於民、用之於民的原則，在各總額評核分數中，納入一定比例的社會責任事項分數，以督促各總額執行部門善盡責任，照顧弱勢。

.....

本會補充說明：

- 一、為強化總額預算檢討與回饋機制，本會歷年均於總額協商前邀請熟稔健康保險相關領域之專家學者，就四總額部門及健保署提出之總額執行成果進行評核，提出多元、客觀建議，作為委員協商總額預算分配之重要參據。
- 二、歷年評核委員人數為 7 位，評核委員產生方式：

(一)由四部門總額受託團體與本會付費者委員推薦之專家學者，及本會現任、曾任之專家學者與公正人士(109 年含付費者)委員，產生建議名單。

(二)請本會全體委員就建議名單進行票選後，再依據票選結果之得票數多寡，依序邀請 7 位擔任評核委員。

三、評核程序及辦理時程：為合理客觀的評核各總額部門之執行成效，本會訂有嚴謹之評核程序，包含：

(一)執行成效之評核項目及內容，均先洽請四部門總額受託團體及健保署提供建議後，研修評核作業方式(草案)，提委員會會議議定(1~4 月)。

(二)受評單位就評核內容準備執行成果報告(每年計約 10~12 大冊，5~6 月)，評核委員須於 1~1.5 個月內完成審閱(6~7 月中旬)，並提出書面評核意見。

(三)召開 1 天半之公開發表會議後，由評核委員進行內部會議，提出四總額部門評定等級及共識建議(7 月下旬)。

四、過去擔任評核委員者均反應，總額執行成果資料繁多，涉及醫療專業，且審閱時間具時效性，評核工作十分辛苦。本案將依據會議決議，研修 111 年評核作業方式(草案)，依本年度工作計畫提 3 月份委員會會議討論。

五、檢附本會 110 年議定之「各總額部門 109 年度執行成果評核之作業方式」(詳附件，第 112~104 頁)，供參。

決議：

## 各總額部門 109 年度執行成果評核之作業方式

第 5 屆 110 年第 1 次委員會議(110.4.30)通過

### 壹、評核範圍

- 一、醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診四總額部門109年度之年度重點項目、一般服務項目及門診透析服務執行成果。
- 二、四總額部門及其他預算109年度之專款項目執行成果。

### 貳、辦理方式

#### 一、評核委員

- (一)函請四部門總額受託團體及本會付費者代表委員推薦醫務管理、公共衛生及財務金融等健康保險相關領域專家學者為評核委員人選。
- (二)本會同仁彙整四部門總額受託團體及本會付費者代表委員推薦名單，加上本會現任、曾任專家學者及公正人士委員後，請本會委員就該建議名單票選適合人選，依據委員票選結果，排定邀請名單，依序邀請 7 位擔任評核委員，評核委員名單不事先公開。本會委員票選評核委員時，請兼顧四部門總額之衡平性與差異性，並請鼓勵專家學者廣泛參與，避免專家學者之服務機構過度集中。

#### 二、評核會議之資料

- (一)請四總額部門及健保署於評核會議前 1 個月，提供年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果書面報告，另對於 109 年執行未滿半年及 110 年新增之總額協商因素項目，請說明執行現況與未來規劃(報告大綱及提報單位，詳附表一~四)，供評核委員事先審閱。
- (二)書面報告內容以精簡為原則，部門提報之年度重點項目及一般服務項目內文限 100 頁，各專款項目內文限 10 頁，並編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
- (三)請四總額部門及健保署於評核會議前 2 週，提送口頭報告(簡報)。

#### 三、評核會議

- (一)會議期程：2 天。
- (二)第一階段：公開發表會議(1 天半)。
  - 1.健保署統一報告各部門總額一般服務之整體性、一致性項目(如：利用概況、滿意度調查結果、品質指標監測結果等)及門診透析與其他預算

之執行成果。

2.由接受健保署專業事務委託之四部門總額受託團體報告年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果；為利評核委員及與會者掌握及聚焦於重點項目，簡報內容請以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 109 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。

3.評核委員評論各總額部門年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果報告，並開放與會者提問。

#### 4.參與人員

除本會委員、四部門總額相關團體與健保署外，另邀請衛福部相關單位與附屬機關，如：社保司、醫事司、照護司、心口司、中醫藥司、全民健保爭議審議會、健康署、疾管署等，以及民間團體，如：病友團體、社福團體、醫策會、消基會、醫改會等，預估約 160 人。

(三)第二階段：評核內部會議(半天)。

1.評核委員就四總額部門之執行成果，充分溝通後評定等級；並針對四部門總額及其他預算之年度重點項目、一般服務項目及專款項目提出共識建議，供協商參考。

2.參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁。

### 參、評核項目與配分

評核年度重點項目執行成果、一般服務項目及專款項目執行績效/成果之計分權重分別為20%、60%、20%，於分開評核之後再合併計分，各總額部門執行成果評核項目及配分如下表。

評核項目	配分
<b>壹、年度重點項目執行成果與未來規劃<sup>註1</sup></b> 一、年度重點項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 2~3 項 109 年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。(附表三) 二、自選重點項目：部門自行提報，最多2項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。	20
<b>貳、一般服務項目執行績效</b> 一、就109年評核委員評論意見與期許之回應說明 二、維護保險對象就醫權益 (一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施	60

評核項目	配分
<p>(二)民眾付費情形及改善措施  (三)就醫可近性與及時性之改善措施  (四)民眾諮詢及抱怨處理  (五)其他確保民眾就醫權益之措施</p> <p>三、專業醫療服務品質之確保與提升  (一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施  (二)品質保證保留款實施方案執行結果  (三)其他改善專業醫療服務品質具體措施</p> <p>四、協商因素項目之執行情形  (一)109年新增項目(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標)之執行情形  (二)延續項目之執行情形  1.新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)(本項適用於協定事項有新醫療科技項目之部門)  2.支付標準修訂及其他協商因素項目(依協定結果分列)  (三)109年執行未滿半年及110年新增項目之執行現況與未來規劃</p> <p>五、總額之管理與執行績效  (一)醫療利用及費用管控情形  (二)地區預算分配(含風險調整基金)之執行與管理  (三)點值穩定度  (四)專業審查及其他管理措施  (五)院所違規情形及醫療機構輔導</p>	
<p><b>參、專款項目執行成果<sup>註2</sup></b></p> <p>一、就109年評核委員評論意見與期許之回應說明  二、109年計畫/方案執行成果  三、105~109年執行情形及成效評估(含自選3項關鍵績效指標)  四、檢討與改善方向  (一)計畫/方案110年修正重點  (二)109年執行未滿半年及110年新增項目之執行現況與未來規劃</p>	<b>20</b>
<b>總分</b>	<b>100</b>

註：1.年度重點項目係就「一般服務項目」及「專款項目」中，擇與政策目標、總額協定要求及民眾關切之議題，進行重點報告，以利評核聚焦於年度重要事項。  
2.列入評核之專款項目如附表四。

## 肆、評核結果之應用

一、評核結果區分為下列五等級：

評核分數	等級
90 分及以上	特優
85 分至未達 90 分	優
80 分至未達 85 分	良
75 分至未達 80 分	可
未達 75 分	劣

二、評核等級作為111年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給「品質保證保留款」之預算，以茲鼓勵。

三、評核委員針對四部門總額年度重點項目、一般服務項目及專款項目之共識建議，作為協商111年度該部門總額一般服務項目成長率及各專款項目經費增減及續辦與否之參據。

#### 伍、110 年評核作業時程表

時間	作業內容
110 年 1~3 月	1.函請四部門總額受託團體及健保署提供建議之 110 年度重點項目及其績效指標、操作型定義及目標值，並請就本會研擬之評核內容(草案)提供修正建議。 2.請四部門總額受託團體推薦評核委員人選。 3.研擬評核作業方式(草案)。
110 年 4 月	1.評核作業方式(草案)提委員會議議定。 2.請本會付費者代表委員推薦評核委員人選。
110 年 5 月	1.本會同仁彙整四部門總額受託團體及本會付費者代表委員推薦名單，加上本會現任、曾任專家學者後，請本會委員就該建議名單票選適合人選。 2.依據委員票選結果，排定邀請名單，依序邀請 7 位擔任評核委員。 3.請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。
110 年 5 月下旬	健保署依評核報告大綱及評核項目表，先提送監測/調查/統計結果(報告上冊)予本會，供評核委員審閱及四總額部門參用，總額部門可專注於提報執行檢討與改善結果。
110 年 6 月下旬 (評核會議前 1 個月)	四總額部門及健保署提送執行成果之書面報告(健保署提送報告下冊)予本會，供評核委員審閱。

時間	作業內容
110年7月中旬 (評核會議前2週)	1.健保署及四總額部門提送「各總額部門109年度執行成果發表暨評核會議」之口頭報告(簡報)，供評核委員審閱。 2.本會同仁彙整「各總額部門109年度執行成果評核指標摘要」供評核委員參考。
110年7月下旬 (訂於7月27、28日)	召開為期2天之「各總額部門109年度執行成果發表暨評核會議」。



## 年度重點項目及各部門總額一般服務項目執行績效/成果之報告大綱

評核項目	健保署提報	部門提報
<b>壹、年度重點項目執行成果與未來規劃</b>		
一、年度重點項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 2~3 項 109 年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。	V	V
二、自選重點項目：部門自行提報，最多 2 項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。	V	V
<b>貳、一般服務項目執行績效</b>		
一、就 109 年評核委員評論意見與期許之回應說明	V	V
二、維護保險對象就醫權益		
(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施	調查/統計結果 及重點說明	檢討及改善
(二)民眾付費情形及改善措施		
(三)就醫可近性與及時性之改善措施		
(四)民眾諮詢及抱怨處理		
(五)其他確保民眾就醫權益之措施	—	V
三、專業醫療服務品質之確保與提升		
(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施	監測結果 及重點說明	檢討及改善
(二)品質保證保留款實施方案執行結果	核發結果統計	
(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施	—	V
四、協商因素項目之執行情形		
(一)109 年新增項目(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標)之執行情形	執行情形 (含成效)檢討 <sup>註3</sup>	推動情形、 目標達成情形、 檢討及改善
(二)延續項目之執行情形		
(三)109 年執行未滿半年及 110 年新增項目之執行現況與未來規劃	執行情形	
五、總額之管理與執行績效		
(一)醫療利用及費用管控情形	醫療利用情形	管控措施、 檢討及改善
(二)地區預算分配(含風險調整基金)之執行與管理	預算分配結果	
(三)點值穩定度	點值	
(四)專業審查及其他管理措施	審查核減統計	
(五)院所違規情形及醫療機構輔導	違規情形統計	
<b>參、附錄(如：品質確保方案、品質保證保留款實施方案及其他視需要提供之方案內容)</b>		

註：1.請健保署於 5 月下旬依報告大綱及評核項目表，先提供監測/調查/統計結果(上冊)予本會及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料。

2.報告內容請涵蓋評核項目表各項評核內涵及指標，並提供 5 年(105~109 年)之數據。另請健保署提供各項調查/統計結果時，重點說明其結果。部門提報之執行成果報告內文限 100 頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。

3.依據 110 年度總額協定事項，請於 110 年 7 月底前，提報延續項目之 109 年執行情形及成效評估。

## 各部門總額及其他預算專款項目執行績效/成果之報告大綱

壹、計畫型項目	健保署提報	部門提報
一、就 109 年評核委員評論意見與期許之回應說明	—	V
二、109 年計畫/方案執行成果		
(一)計畫目的		
(二)執行目標		
(三)經費來源與協定事項		
(四)費用支付		
(五)執行內容		
(六)評核指標及退場機制		
三、105~109 年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率	執行情形之統計結果、關鍵績效指標及改善建議	推動情形、檢討及改善、目標達成情形
(二)目標達成情形(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標達成情形)		
(三)執行概況及結果，包含醫療服務提供及民眾利用情形、獎勵情形等		
(四)成效評估，包含計畫所訂之評核指標達成情形、就醫可近性及健康狀況改善情形等(含自選 3 項關鍵績效指標)		
四、檢討與改善方向		
(一)計畫/方案 110 年修正重點	—	V
(二)109 年執行未滿半年及 110 年新增計畫/方案之執行現況與未來規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃
五、附錄：各項專案計畫/方案內容	—	V
貳、非計畫型項目	健保署提報	部門提報
一、就 109 年評核委員評論意見與期許之回應說明	—	V
二、105~109 年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率	執行情形之統計結果及改善建議	推動情形、檢討及改善
(二)執行結果及成效		
三、檢討與改善方向		
(一)110 年修正重點	—	V
(二)109 年執行未滿半年及 110 年新增計畫/方案之執行現況與未來規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃

註：1.由各總額部門負責及跨部門之專款項目，請健保署於 5 月下旬依報告大綱，先提供執行情形摘要表(上冊，其中計畫型應含 3 項自選關鍵績效指標)予本會及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料；由健保署負責之專款項目(計畫型及非計畫型)，均由署提報，各專款項目之提報單位如附表四。

2.各專案之執行成果報告內文限 10 頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。

## 健保署及四總額部門「109年度重點項目與績效指標(含目標值)」

部門/單位	年度重點項目	績效指標
整體總額— 健保署	項目1：整體資源配置與未來規劃	
	項目2： 分級醫療之推動 成效	指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率 目標值： $\geq 3.77\%$ 操作型定義：分母案件之回轉件數/區域級(含)以上醫院接受上轉之門住診申報件數合計
	項目3： 推動健保醫療資 訊雲端查詢系統 之成效	指標：全藥類藥品重複用藥日數下降比率 目標值：較去年同期下降5%或 $\leq$ 低於全國值 操作型定義：全藥類藥品之重複用藥日數/全藥類藥品之總給藥日數
醫院總額— 醫院協會	項目1： 醫院分級醫療執 行成效	指標(1)：醫院層級轉診率 目標值：轉診率維持成長10% 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數  指標(2)：分級醫療垂直整合策略聯盟 目標值：分級醫療涵蓋率80% 操作型定義：完成建立與其他院所策略聯盟合作機制之家數/醫院部門醫院家數  註：醫院協會建議健保署新增「就醫民眾對分級醫療轉診政策實施滿意度調查」，並列為績效指標3。
	項目2： 護病比執行現況	指標：全日平均護病比分級達成率 目標值：全日平均護病比合格率80% 操作型定義：【參考醫院評鑑基準】(醫院急性一般病床床位數 $\times$ 占床率 $\times 3$ )/全日平均三班護理人員數(同健保署全民健康保險醫療品質資訊公開網指標-急性一般病床全日平均護病比)  註：1.急性一般病床：包含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床。 2.醫院不含未設置「急性一般(經濟)、精神急性一般(經濟)病床」醫院。

部門/單位	年度重點項目	績效指標
西醫基層 總額一 醫全會	項目1： 西醫基層轉診執行概況	<p>指標(1)：轉診占率 目標值：較前1年度轉診占率增加3~5% 操作型定義：基層轉診件數/西醫部門轉診件數</p> <p>指標(2)：基層接受轉診率 目標值：較前1年度接受轉診率增加3~5% 操作型定義：基層接受轉診件數/醫院轉至基層件數 註：基層接受轉診件數排除平轉案件</p> <p>指標(3)：基層接受慢性病病人轉診率 目標值：較前1年度接受慢性病病人轉診率增加3~5% 操作型定義：基層接受醫院慢性病轉診件數/醫院轉至基層慢性病件數 註：慢性病定義：案件分類為04、08案件</p> <p>指標(4)：慢性病病人轉診照護情形 目標值：較前1年度慢性病轉診病人持續就醫人數比率增加3~5% 操作型定義：慢性病轉診病人持續就醫歸戶人數/醫院轉至基層慢性病歸戶人數 註：1.持續就醫定義：醫院轉至基層慢性病病人於同院所因慢性病持續就醫兩次以上。 2.慢性病定義：案件分類為04、08案件。</p>
	項目2： 醫療給付改善方案成效	<p>指標：糖尿病病人照護率 目標值：較前1年度照護率增加1~3% 操作型定義：當年度申報糖尿病方案相關費用之歸戶人數/當年度糖尿病方案之符合收案條件之歸戶人數</p>
牙醫門診 總額一 牙全會	項目1： 牙醫院所加強感染管制之現況與改善	<p>指標：院所加強感染管制申報率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：申報加強感染管制診察費的院所數/申報總院所數</p>
	項目2： 國人牙齒保存現況與改善情形	<p>指標：有就醫者平均拔牙顆數(負向指標) 目標值：最近3年全國平均值*(1+10%) 操作型定義：拔牙總顆數(簡單性拔牙92013C+複雜性拔牙92014C)/就醫人數</p>

部門/單位	年度重點項目	績效指標
中醫門診 總額一 中全會	項目1： 中醫利用的檢討 與規劃	指標(1)：中醫服務人數成長率 目標值：中醫服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：服務人數(109年-108年)/108年 指標(2)：中醫服務人次成長率 目標值：中醫服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：服務人次(109年-108年)/108年
	項目2： 中醫醫療資源不 足地區就醫可近 性改善	指標(1)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率為正值 操作型定義：無中醫鄉數(108年-109年)/108年 指標(2)：無中醫鄉服務人數成長率 目標值：無中醫鄉服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：無中醫鄉服務人數(109年-108年)/108年 指標(3)：無中醫鄉服務人次成長率 目標值：無中醫鄉服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：無中醫鄉服務人次(109年-108年)/108年
其他預算一 健保署	項目1： 居家醫療照護整 合計畫之推動成 效	指標：居家整合收案對象門診次數降低 目標值：照護對象(收案滿一個月)後每月平均 門診就醫次數較收案前低 操作型定義：照護對象(收案滿一個月)後每月平均門診 就醫次數較收案前低
	項目2： C型肝炎藥費預 算執行與治療成 效	指標(1)：C型肝炎藥費預算執行率 目標值：C型肝炎藥費預算執行率達95% 操作型定義：C型肝炎藥費結算金額/協定之合計預 算 指標(2)：C型肝炎治療涵蓋率(年累計) 目標值：C型肝炎治療涵蓋率(年累計)較去年 同期提升 操作型定義：至當年底已接受治療人數/慢性C型肝 炎患者人數

附表四

## 各部門總額及其他預算專款項目執行績效/成果之提報單位

部門別	計畫/方案名稱	提報單位
牙醫	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 醫療資源不足地區改善方案</li> <li>- 牙醫特殊醫療服務計畫</li> <li>- 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫(109年新增)</li> <li>- 0~6歲兒童口腔健康照護試辦計畫(110年新增)</li> </ul>	牙醫師公會全聯會
中醫	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 醫療資源不足地區改善方案</li> <li>- 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫</li> <li>- 中醫提升孕產照護品質計畫</li> <li>- 中醫癌症患者加強照護整合方案</li> <li>- 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫</li> <li>- 中醫急症處置計畫</li> <li>- 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(109年新增)</li> </ul>	中醫師公會全聯會
西醫基層	- 家庭醫師整合性照護計畫(含計畫檢討與管控暨執行成果)	健保署
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 家庭醫師整合性照護計畫(醫界配合推動情形)</li> <li>- 西醫醫療資源不足地區改善方案</li> <li>- 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(109年新增)</li> <li>- 強化基層照護能力及「開放表別」項目(非計畫型)</li> <li>- 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材(非計畫型)</li> <li>- 因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用(非計畫型)</li> <li>- 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(非計畫型)</li> </ul>	醫師公會全聯會
醫院	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 急診品質提升方案</li> <li>- 西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層)</li> <li>- 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫</li> <li>- 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材(非計畫型)</li> <li>- 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型)</li> <li>- 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型)</li> </ul>	醫院協會
門診透析	- 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	健保署
跨部門	<ul style="list-style-type: none"> <li>- C型肝炎藥費(含其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費」)</li> <li>- 醫療給付改善方案(含糖尿病等9項方案)</li> <li>- 鼓勵院所建立轉診之合作機制(非計畫型)</li> <li>- 基層總額轉診型態調整費用(非計畫型)</li> </ul>	健保署 (相關總額部門提供配合推動情形)
	四部門	
其他預算	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫</li> <li>- 居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務(含居家醫療照護整合計畫)</li> <li>- 推動促進醫療體系整合計畫</li> <li>- 獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用(含各部門總額之網路頻寬補助費用執行成果)</li> <li>- 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫</li> <li>- 提升用藥品質之藥事照護計畫</li> <li>- 支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及狂犬病治療藥費(非計畫型)</li> <li>- 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費(非計畫型)</li> <li>- 提升保險服務成效(非計畫型)</li> </ul>	健保署

註：各部門總額之品質保證保留款實施方案執行成果於一般服務項目執行成果報告中提報。

# 報告事項





## 第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：110年12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，另111年2月改為3月)報方式辦理。爰本次提供書面資料，不進行口頭報告。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。

決定：

## 第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關「111年度各部門總額依協定事項需於110年12月底前提本會報告之項目」辦理情形，請鑒察。

說明：

一、依貴會110年第8次委員會議(110.12.17)決定事項辦理。

二、本署辦理情形如下：

### (一)牙醫門診總額

協定事項	辦理情形
1 <b>高風險疾病口腔照護(4.05億元)</b> (一般服務新增項目) ※協定事項：會同牙醫門診總額相關團體，於 <b>110年12月底前</b> ，提出 <b>具體規劃內容</b> ，並提健保會報告	一、「高風險疾病口腔照護」之具體規劃為新增牙醫支付標準91090C「高風險疾病患者牙結石清除-全口」(700點)，針對腦血管疾病、血液透析及腹膜透析病人及惡性腫瘤等5類高風險疾病病人，提供牙菌斑偵測及去除維護教導，每90天限申報1次。 二、本署已於110年11月23日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額110年第3次研商議事會議暨110年12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110年第4次會議討論及報告通過。 三、本項刻正依程序辦理預告作業，續將報請衛生福利部核定後公告實施。
2 <b>提升假日就醫可近性(1.471億元)</b> (一般服務新增項目) ※協定事項： (1)加強改善民眾假日就醫不便情形，提升診所假日開診率及民眾假日就醫可近性 (2)於 <b>110年12月底前</b> 提出	一、依貴會111年度牙醫門診醫療給付費用總額協定之執行目標為提升假日就醫之急症處置服務人次、全國假日提供看診服務之院所數較108年增加60家。 二、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)研擬規劃「提升假日就醫可近性」，並提至110年11月23日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額110年第3次研商議事會議，內容如下： (一)持續宣導會員依據假日就醫急症處置服務相關支付表內容提供醫療服務。 (二)請各分會持續研議提升假日看診服務院所之相關措施，另宣導民眾可至健保快易通App查詢假日看診之院所資訊。

協定事項	辦理情形												
<p><b>具體規劃內容，並提健保會報告</b></p>	<p>(三)有關研議提升假日看診服務院所之措施，請牙全會提供具體規劃及說明。</p> <p>三、本署持續監測「提升假日就醫可近性」之執行情形如下：</p> <p>(一)本署統計 109 年及 110 年 (1-6 月) 之牙醫急症處置人次如下：</p> <p>1.92093B 牙醫急症處置為 16,024 人次及 7,675 人次。</p> <p>2.92094C 週六、週日及國定假日牙醫門診急症處置為 366,406 人次及 162,775 人次。</p> <p>3.92096C 牙齒外傷急症處理為 883 人次及 462 人次。</p> <p>(二)108 至 110 年 (1-6 月) 全國假日提供看診服務之院所數如下：</p> <p style="text-align: right;">單位：家數</p> <table border="1" data-bbox="683 943 1441 1137"> <thead> <tr> <th></th> <th>108年</th> <th>109年</th> <th>110年(1-6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>週六</td> <td>6,127</td> <td>6,104</td> <td>5,771</td> </tr> <tr> <td>週日</td> <td>1,307</td> <td>1,130</td> <td>898</td> </tr> </tbody> </table> <p>(三)另本署均按月統計牙醫門診假日看診情形，並公開於本署全球資訊網。</p>		108年	109年	110年(1-6	週六	6,127	6,104	5,771	週日	1,307	1,130	898
	108年	109年	110年(1-6										
週六	6,127	6,104	5,771										
週日	1,307	1,130	898										
<p>3 <b>高齶齒病患牙齒保存改善服務計畫(1.84 億元)</b> (專款新增項目) ※協定事項：會同牙醫門診總額相關團體，於<b>110年12月底</b>提出<b>具體實施方案</b>，及<b>醫療利用與管控措施</b>，並提<b>健保會報告</b></p>	<p>一、「高齶齒病患牙齒保存改善服務計畫」之具體實施方案為新增牙醫支付標準 P7301C「高齶齒率患者氟化物治療」(500 點)，主要係針對高齶齒率病人(限同院所已申報過 89013C「複合體充填」或 89113C「特殊狀況之複合體充填」病人)，提供高齶齒率患者氟化物治療及衛教資訊，每 90 天限申報 1 次。</p> <p>二、本署已於 110 年 11 月 23 日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 110 年第 3 次研商議事會議暨 110 年 12 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 110 年第 4 次會議討論及報告通過。</p> <p>三、本項刻正依程序辦理預告作業，續將報請衛生福利部核定後公告實施。</p>												

(二)中醫門診總額

協定事項	辦理情形
<p>1 <b>提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護(5億元)</b> (一般服務新增項目) ※協定事項：會同中醫門診總額相關團體，於<b>110年12月底前</b>提出具體規劃內容(含適應症及結果面指標)，及<u>醫療利用監控與管理措施</u>，並提健保會報告</p>	<p>一、依貴會 110 年 10 月 22 日委員會議協定 111 年度中醫門診醫療給付費用「提升民眾於黃金治療期針傷照護」之黃金治療期定義【自首次開立同一 ICD-10-CM 主診斷碼起 3 個月內(含跨院所)】，及其評估指標為減少前開患者同期使用針傷於疾病黃金治療期跨院所就醫次數 2%。 二、另本署已於 110 年 11 月 18 日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 110 年第 3 次研商議事會議及 110 年 12 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討論及報告通過，修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫通則，中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量上限，自 45 人次調升為 60 人次。 三、本項刻正依程序辦理預告作業，續將報請衛生福利部核定後公告實施。</p>
<p>2 <b>照護機構中醫醫療照護方案(0.28億元)</b> (專款新增項目) ※協定事項：會同中醫門診總額相關團體，於<b>110年12月底前</b>提出具體實施方案，及<u>醫療利用監控與管理措施</u>，並提健保會報告</p>	<p>一、本方案於 110 年 12 月 30 日健保醫字第 1100017739 號公告在案。 二、方案重點如下： (一)施行機構：政府立案之老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家，並以護理之家為優先。 (二)醫療服務提供方式：保險醫事服務機構指派中醫師及必要之醫事人員，至照護機構提供中醫醫療服務，每週以一個時段為限，每時段至少須三小時。 (三)支付方式 1.論次支付：每時段支付 1,000 點，未達三小時不予支付。 2.論量支付：依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第四部中醫所列之項目申報。每時段以 15 人為上限。</p>

### (三)西醫基層總額

協定事項	辦理情形
1 提升國人視力照護品質(1.2億元) (一般服務新增項目) ※決定事項：會同西醫基層總額相關團體，於110年12月底前提出具體規劃內容，並提健保會報告	一、有關「提升國人視力照護品質」案，本署已於110年12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討論通過，刪除「醫師執行白內障手術四十例以上須送事前審查」規範，改以白內障手術事前登錄作業及事後審查等管理措施取代，在總額制度下，回歸醫界同儕自主管理。 二、本項刻正依程序辦理預告作業，續將報請衛生福利部核定後公告實施。

健保署業務窗口：洪于淇科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2667

#### 本會補充說明：

- 一、本案係健保署依 111 年度工作計畫，就 111 年度牙醫門診、中醫門診及西醫基層總額之協定事項，提報本會具體規劃內容或實施方案，需於 110 年 12 月底前提報共計 6 項，其中 3 項需包含「醫療利用監控與管控措施」。(如說明二附表劃線處)
- 二、經檢視健保署提報之規劃內容或實施方案，執行方式多為新增或放寬支付標準，未有實質改善或提升服務之作法，為利了解是否符合協定事項之要求，本會於 1 月 11 日請健保署補充說明以下事項(資料後附)：
  - (一)以下 3 項建請補充「醫療利用監控與管控措施」相關內容：
    - 1.牙醫門診總額「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」。
    - 2.中醫門診總額「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」。
    - 3.中醫門診總額「照護機構中醫醫療照護方案」。
  - (二)另牙醫門診總額之「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」，屬專款項目之新增計畫，所報內容僅新增 1 項支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」，未列有相關推動策略，建請補充說明如何達到協定事項之要求(含執行目標與評估指標、醫療利用與管控措施等)。

決定：



# 附錄





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 台北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：劉于鳳  
聯絡電話：(02)8590-6879  
傳真：(02)8590-6046  
電子郵件：hsyufeng@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國110年12月28日  
發文字號：衛部健字第1103360185號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：111年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務項目之地區預算分配方式

主旨：檢陳本會依法完成協議訂定111年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務項目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110年8月11日衛部保字第1101260248號函及本會110年10月29日衛部健字第1103360143號書函(諒達)辦理。
- 二、111年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、醫院醫療給付費用總額一般服務項目之地區預算分配方式，業於110年11月30日衛部健字第1103360164號書函報請鈞部核定與決定在案。
- 三、旨揭西醫基層總額一般服務項目之地區預算分配方式，經本會110年第6次(110.10.22)、第7次(110.11.19)及第8次(110.12.17)委員會議完成協定，分配結果如附件，陳請鈞部鑒核。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部中央健康保險署、中華民國醫師公會全國聯合會(均含附件)

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：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110年12月29日  
發文字號：衛部保字第1101260428號  
速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：附件1\_健保會書函、附件2\_111年總額協商結果、附件3\_健保署費率方案草案、附件4\_前一年度費率方案財務估計、附件5\_近年各項節流措施成效 請至附件下載區 (<https://attach.mohw.gov.tw>)以文號：1101260428及認證碼：16A0352034下載附件檔案

主旨：檢陳「111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)110年11月26日衛部健字第1103360161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。
- 三、健保署按健保會110年9月24日完成之「111年度全民健康保險醫療給付費用總額」整體成長率協商結果(該會兩案併陳送本部核定，付費者方案2.577%，醫界方案4.233%，詳附件2)，暨該會同年10月15日「全民健康保險111年度保險費率審議前意見諮詢會議」之諮詢委員與列席之健保會委員所提意見等，提具「全民健康保險111年度保險費率方案(草案)」(附件3)，送請健保會審議。
- 四、案經健保會110年11月19日第5屆110年第7次委員會議審議，

110.12.30



110CC00882

獲致兩案併陳之建議並函送本部(附件1)：

(一)甲案(維持現行費率5.17%)：

- 1、考量景氣仍受疫情影響，111年度基本工資調漲及軍公教調薪，民間企業是否跟進仍未知，不宜再增加民眾負擔。
- 2、111年總額若併同考量股市活絡將增加補充保險費收入、總額專款的執行受疫情影響，剩餘款應可回補安全準備等，111年底安全準備或可維持1個月之水準，不一定需要調整費率。

(二)乙案(費率調整為5.22%~5.32%)：

- 1、不宜輕易打破健保法第78條維持111年底安全準備約當1~3個月保險給付支出之原則。
- 2、微幅調整費率可適時紓解健保之財務壓力，避免未來年度一次大幅調整費率。

五、有關健保會上開兩案併陳之建議，擬議如下：

(一)健保財務：截至110年11月底，健保收支累計結餘約948億元(約當1.57個月保險給付支出)，年底安全準備總額尚可符合1個月至3個月保險給付支出之法定範圍。由於本部調整110年費率時並未調足，當時之財估顯示，111年底安全準備不足一個月保險給付支出(0.57~0.73個月，附件4)，惟允諾一併推動改革，盡力達成111年不調整之目標，係基於民眾負擔能力、醫療環境與健保財務健全等綜合考量。

(二)社會及經濟環境：我國自110年5月19日起全國進入防疫三級警戒，衝擊內需產業甚鉅。雖自7月27日起防疫警戒調降為二級，政府除加速擴大疫苗施打率外，仍持續精進各項紓困、振興措施，扶助企業、減少失業，照顧有需要的民眾，以降低疫情對社經環境之衝擊。

(三)研擬措施及財務效果：

- 1、111年度基本工資調漲及軍公教調薪等新措施之財務挹注下，預估111年底健保安全準備將提升至0.69~0.91個月保險給付支出(附件3簡報第23~24頁)，若111年底安全準備達法定1個月保險給付支出下，財務缺口約58億元~197億元。

- 2、本部與健保署已研擬「全民健保財務調整措施」，擬以促進分級醫療及負擔公平之配套措施為主軸，優先實施部分負擔調整方案、檢討旅外國人權利義務及調升投保金額上限，並強化政府財務責任(依健保法補助始列入政府負擔36%之計算)等作為近期配套方案，補充保險費結算等健保法修正案，則列為中長期檢討方案。
  - 3、按各項配套措施預計實施時間之財務估計，111年底安全準備可望提升至0.8~1.03個月保險給付支出。
- 六、綜上，111年健保費率建議維持現行費率5.17%(採行健保會建議之甲案)。本部除依上開規劃致力解決財務問題外，已推動之整合醫療資源有效運用、抑制資源不當耗用，減少浪費等各項措施等(近年各項節流措施之成效詳附件5)，將持續辦理；另外，本部自109年9月即開始推動「全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫(110-114年)」，將健保給付制度當成促進國人健康的工具，讓醫療費用更加合理平衡、醫療品質更提升，更重要的是透過健保總額中長期改革計畫，增加公務預算的挹注，讓照護、醫療、公衛的資源與專業能統合並發揮加乘效果。

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

## 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：蕭夢萍  
聯絡電話：(02)8590-6732  
傳真：(02)8590-6048  
電子郵件：hgmp64@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1月10日  
發文字號：衛部保字第1110100004號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：行政院110年12月30日核定函影本1份

主旨：有關111年度全民健康保險一般保險費費率，行政院業於110年12月30日核定維持現行費率5.17%，不予調整，請照辦。

說明：

- 一、依行政院110年12月30日院臺衛字第1100199153號核定函(影本如附件)辦理。
- 二、補充保險費費率，應依全民健康保險法第33條規定，維持現行費率2.11%，不予調整。

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

111.01.10



111CC00028

檔 號：  
保存年限：

## 行政院 函

地址：10058臺北市忠孝東路1段1號  
傳真：02-33566920  
聯絡人：王馨儀02-33566732  
電子信箱：shinyi@ey.gov.tw

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國110年12月30日  
發文字號：院臺衛字第1100199153號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：無

主旨：所報111年度全民健康保險一般保險費率建議維持現行費率5.17%，不予調整一案，同意辦理。

說明：復110年12月29日衛部保字第1101260428號函。

正本：衛生福利部  
副本：國家發展委員會、行政院主計總處



總收文 111.01.03



1110100004

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：臺北市信義路3段140號  
傳真：(02)27069043  
承辦人及電話：林其瑩(02)27065866轉  
3618  
電子信箱：all1149@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110年12月16日  
發文字號：健保醫字第1100046258D號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如主旨 (1100046258D-1.odt)

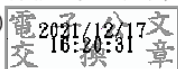
主旨：檢送修訂「110年度牙醫門診總額地區分配預算」(附件)  
案，請備查。

說明：

- 一、依據本署110年11月23日召開之全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額110年第3次研商議事會議決議(諒達)辦理。
- 二、上開會議決議，110年「因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵案」之預算來源由一般服務移撥款之經費剩餘款支應，爰修訂旨揭地區分配預算。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：衛生福利部社會保險司、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、本署醫務管理組(均含附件)



110.12.20



1103340231

## 110 年度牙醫門診總額地區分配預算

109 年 11 月 24 日牙醫門診總額研商議事會議 109 年第 4 次會議

110 年 11 月 23 日牙醫門診總額研商議事會議 110 年第 3 次會議

110 年度牙醫門診總額地區預算分配方式調整，自 110 年度全民健康保險牙醫門診總額一般服務費用，移撥 17.64 億元，用於下列 6 個項目：

- 1、 「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」(經費 2 億元)。
- 2、 「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(經費 0.5 億元)。
- 3、 「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」(經費 0.8 億元)。
- 4、 「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」(中區 0.2 億元，高屏 0.1 億元，合計經費 0.3 億元)。
- 5、 「牙周病統合治療實施方案」(經費 14.04 億元)：六分區預算按 108 年 7 月至 109 年 6 月「牙周病統合治療第二階段支付(91022C)」之申報件數占率分配。
- 6、 各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘，用於「因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵」方案，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 108 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。



檔 號：  
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：臺北市信義路3段140號  
傳真：(02)27069043  
承辦人及電話：林其瑩(02)27065866轉  
3618  
電子信箱：a111149@nhi.gov.tw

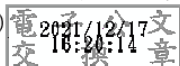
受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年12月16日  
發文字號：健保醫字第1100046258E號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如主旨 (1100046258E-1.pdf)

主旨：檢送111年度牙醫門診總額地區分配預算(附件)，請備  
查。

說明：依據110年11月23日召開之全民健康保險醫療給付費用牙醫  
門診總額110年第3次研商議事會議紀錄(諒達)辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會  
副本：衛生福利部社會保險司、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、本署醫務管  
理組(均含附件)



110.12.20



1103340230

## 111 年度牙醫門診總額地區分配預算

110 年 11 月 23 日牙醫門診總額研商議事會議 110 年第 3 次會議

111 年度牙醫門診總額地區預算分配方式調整，自 111 年度全民健康保險牙醫門診總額一般服務費用，移撥 12.324 億元，用於下列 6 個項目：

- 一、「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」(經費 2 億元)。
- 二、「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(經費 0.5 億元)。
- 三、「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」(經費 0.8 億元)。
- 四、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」(其中中區 0.2 億元，高屏 0.1 億元，合計經費 0.3 億元)。
- 五、「牙周病統合治療實施方案」(經費 8.724 億元)：六分區預算按 109 年 7 月至 110 年 6 月「牙周病統合治療第二階段支付(91022C)」之申報件數占率分配。
- 六、各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保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總額，並依 109 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。

副本

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部 公告

11558



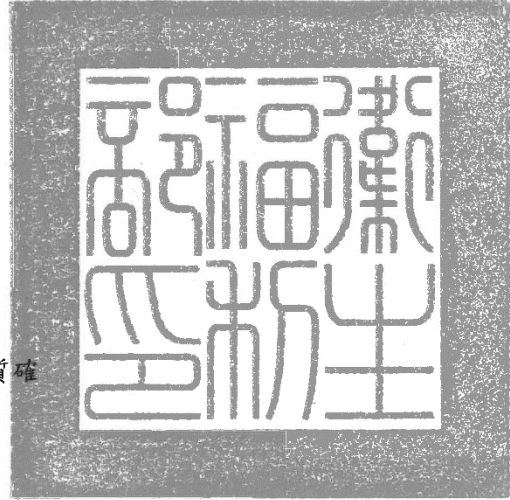
臺北市南港區忠孝東路6段488號4樓

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年12月21日

發文字號：衛部保字第1100150995號

附件：全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案附表



主旨：公告修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」附表。

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

部長陳時中

第一	第二	第三	第四
		✓	

部內紙本

健保會 110015

110.12.22

副本

# 衛生福利部中央健康保險署 公告

115

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110年12月30日

發文字號：健保財字第1100031875號

附件：



主旨：公告全民健康保險法第22條規定第3類被保險人適用之投保金額。

依據：全民健康保險法施行細則第68條第1款。

公告事項：全民健康保險第3類被保險人適用之投保金額為25,250元，並自111年1月1日起實施。

副本：行政院主計總處、國家發展委員會、行政院農業委員會、衛生福利部、衛生福利部社會及家庭署、原住民族委員會、勞動部勞工保險局、各縣市政府、內政部移民署、衛生福利部全民健康保險會、本署各單位

衛生福利部中央健康保險署收發(3)

## 署長李伯璋



副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115  
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110年12月30日  
發文字號：健保財字第1100031877號  
附件：



主旨：公告全民健康保險法第23條規定之第4類及第5類保險對象保險費。

依據：全民健康保險法施行細則第68條第2款。

公告事項：全民健康保險第4類及第5類保險對象適用之保險費為1,839元，並自111年1月1日起實施。

副本：行政院主計總處、國家發展委員會、國防部後備指揮部、內政部役政署、海洋委員會海巡署金馬澎分署、海洋委員會海巡署北部分署、海洋委員會海巡署中部分署、海洋委員會海巡署南部分署、海洋委員會海巡署東部分署、法務部矯正署、臺灣高等檢察署、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各單位

衛生福利部中央健康保險署收發(3)

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300004

111. 1. 4

副本

檔 號： 附錄九  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 書函

機關地址：臺北市信義路3段140號  
傳真：(02)27026324  
聯絡人及電話：黃建強(02)27065866轉2246

115

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110年12月28日

發文字號：健保承字第1100030776A號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：發布令掃描檔、發布令稿電子檔、「全民健康保險第二類及第三類被保險人之投保單位辦理健保業務補助作業要點」第六點規定電子檔、法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表電子檔

主旨：「全民健康保險第二類及第三類被保險人之投保單位辦理  
健保業務補助作業要點」第六點，業經本署於中華民國  
110年12月28日以健保承字第1100030776號令修正發布，  
茲檢送發布令（含附件）1份，請查照。

正本：行政院公報編印中心

副本：行政院法規會、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、本署各分區業務組、本署主計室、本署政風室、本署承保組（均含附件）

衛生福利部中央  
健康保險署投對單(4)

# 衛生福利部中央健康保險署

衛生福利部全民健康保險會收發



1103300280

110. 12. 28

第 1 頁 共 1 頁

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 令

發文日期：中華民國110年12月28日  
發文字號：健保承字第1100030776號  
附件：如文



修正「全民健康保險第二類及第三類被保險人之投保單位辦理健  
保業務補助作業要點」第六點，並自即日生效。

附修正「全民健康保險第二類及第三類被保險人之投保單位辦  
理健保業務補助作業要點」第六點

衛生福利部中央  
健康保險署署長李伯璋

# 署長李伯璋

## 全民健康保險第二類及第三類被保險人之投保單位辦理健保業務補助作業要點第六點修正規定

六、健保署就符合補助條件之投保單位，以「全民健康保險第二類及第三類被保險人之投保單位符合辦理健保業務補助條件清冊」，併金融機構匯款證明辦理經費結報。

留存投保單位之一百零八年度(含)以前補助款支用單據，應依有關規定妥善保存；如發現未依規定妥善保存各項支用單據，致有毀損、滅失等情事者，依情節輕重酌減嗣後補助款或停止補助一年至五年。



副本

### 衛生福利部中央健康保險署 公告



115

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110年12月23日

發文字號：健保審字第1100062676號

附件：如公告事項(請自本署全球資訊網公告下載)

裝

主旨：公告異動110年11月30日以健保審字第1100036313號公告之新藥支付價格調整結果。

公告事項：經查VISANNE 2 MG TABLET藥品於英國無給付亦無支付價，故維持原健保支付價。

訂

副本：行政院法規會、衛生福利部法規會、衛生福利部醫事司、衛生福利部心理及口腔健康司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、地方政府衛生局、國防部軍醫局、台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、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、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、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、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國開發性製藥研究協會、台灣藥品行銷暨管理協會、台灣製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會、台北市西藥代理商業同業公會、中華民國西藥商業同業公會全國聯合會、中華民國西藥代理商業同業公會、台灣研發型生技新藥發展協會、社團法人中華民國學名藥協會、台灣醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、本署資訊組(請刊登本署全球資訊網)、本署企劃組(請刊登健保電子報)、本署醫務管理組、本署各分區業務組(請轉知轄區醫事機構)、台灣拜耳股份有限公司

線

# 署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1103300278

第 1 頁 共 1 頁

110.12.24



副本

檔 號：  
保存年限：

### 衛生福利部中央健康保險署 書函

機關地址：臺北市信義路3段140號  
傳真：(02) 27849253  
承辦人及電話：楊梅香(02)27065866轉1520  
電子信箱：A110568@nhi.gov.tw

115  
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110年12月14日  
發文字號：健保審字第1100036610A號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：發布令pdf檔、發布令稿文字檔、「(全民健康保險醫療費用審查注意事項)」部分規定文字檔、提要表文字表

主旨：「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，業經本署於中華民國110年12月14日以健保審字第1100036610號令修正發布，茲檢送發布令、令稿及行政規則規定1份，請查照。

正本：行政院公報編印中心（請刊登公報）  
副本：衛生福利部醫事司、衛生福利部心理及口腔健康司、衛生福利部中醫藥司、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、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、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、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署企劃組、本署資訊組（請刊登全球資訊網）、本署各分區業務組（請轉知轄區特約醫事機構）（均含附件）



## 衛生福利部中央健康保險署



檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：臺北市信義路3段140號  
傳真：(02)27026324  
聯絡人及電話：袁小姐(02)27065866轉  
3059

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年12月15日  
發文字號：健保審字第1100036634B號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：發布令掃描檔、提要表電子檔、「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」規定文字檔 (1100036634B-1.odt、1100036634B-2.odt、1100036634B-3.tif)

主旨：「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」，業經本署  
於中華民國110年12月15日以1100036634號令修正發布，  
茲檢送發布令（含附件）1份，請查照。

說明：併附法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表1份。

正本：行政院法規會、衛生福利部法規會、衛生福利部醫事司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、地方政府衛生局、國防部軍醫局、台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國醫療器材商業同業公會全國聯合會、台北市美國商會、歐洲在台商務協會、中華民國儀器商業同業公會全國聯合會、台北市儀器商業同業公會、台北市進出口商業同業公會、台灣醫療暨生技器材工業同業公會、台灣先進醫療科技發展協會、本署資訊組、本署企劃組、本署醫務管理組、本署各分區業務組（請轉知轄區特約醫事服務機構）

副本：本署醫審及藥材組（含附件）



110.12.16



1103340227

副本

### 衛生福利部中央健康保險署 公告

115  
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110年12月27日  
發文字號：健保醫字第1100017485號  
附件：附件請至本署全球資訊網自行擷取



主旨：公告111年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫（附件），並自111年1月1日起實施。

依據：衛生福利部110年12月22日衛部保字第1101260408號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部中醫藥司、台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、本署財務組、本署企劃組、本署主計室、本署醫務管理組、本署醫審及藥材組、本署各分區業務組、本署資訊組



# 署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1103300279

副本

## 衛生福利部中央健康保險署 公告



受文者：本署醫務管理組

發文日期：中華民國110年12月30日

發文字號：健保醫字第1100017739號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網站公告欄擷取)

主旨：公告「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」(附件)。

依據：衛生福利部110年12月27日衛部保字第1101260419號函。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國私立地區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國診所協會全國聯合會、行政院主計總處、地方政府衛生局、台灣醫學資訊學會、臺北市電腦商業同業公會、勞動部勞工保險局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

衛生福利部中央  
健康保險署校對章(5)

# 署長李伯璋

副本

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115

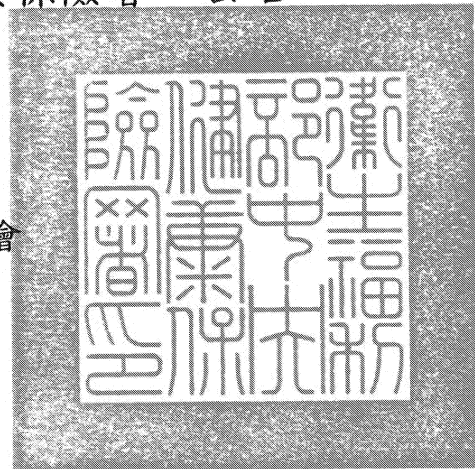
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年12月30日

發文字號：健保醫字第1100046395號

附件：附件請自本署全球資訊網自行擷取



主旨：公告「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫(第四期)」承作院所暨團隊名單(附件)，執行期間自111年1月1日起至113年12月31日止。

依據：依本署110年10月20日健保醫字第1100034547號公告修正全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫第十一點(三)規定辦理。

公告事項：本署全球資訊網站(網址：<https://www.nhi.gov.tw/>)，路徑：首頁/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療給付相關計畫/收容對象醫療服務計畫。

副本：法務部矯正署、地方政府衛生局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部心理及口腔健康司、衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300001

第 1 頁 共 1 頁

111. 1. 3

副本

檔 號: RCB99  
保存年限: 3

衛生福利部 公告

11558



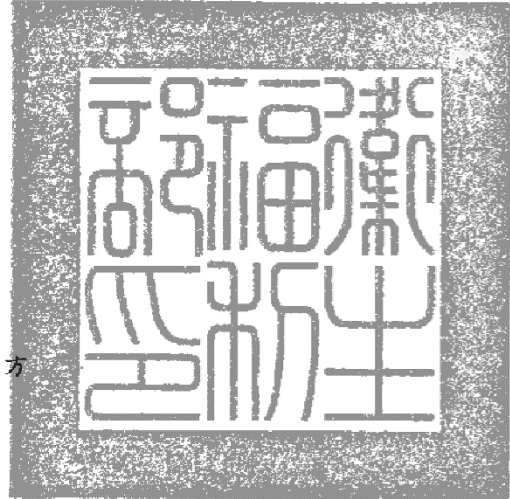
臺北市南港區忠孝東路6段488號4樓

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年1月4日

發文字號：衛部保字第1100153101號

附件：全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案表一及表三



主旨：公告修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」

表一及表三。

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

部長陳時中

分派負責代辦	一層	二層	三層	四層
21-018		✓		

第1頁 共1頁

部內收存

健保會 11104 ✓

111.1.5



副本

### 衛生福利部中央健康保險署 公告



115

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110年12月13日

發文字號：健保醫字第1100046233號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網站公告欄擷取)

主旨：公告「COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫」如附件，自公告日起生效。

依據：依110年10月20日嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心醫療應變組第66次會議決議辦理。

公告事項：

- 一、旨揭計畫受理申請期限為自公告日起至111年1月31日止(郵戳為憑)。
- 二、計畫申請書請以書面向本署分區業務組提出申請，逾申請期限後將視未來疫情變化，再開放醫院提出申請。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部醫事司、衛生福利部長照司、衛生福利部社會救助及社工司、衛生福利部心理及口腔健康司、衛生福利部疾病管制署、本署各分區業務組(請周知轄區醫院)、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組(均含附件)

衛生福利部中央健康保險署(1)

# 署長李伯璋 出差

副署長 李丞華 代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1103300270

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：臺北市信義路3段140號  
傳真：(02)27069043  
承辦人及電話：林其瑩(02)27065866轉  
3618  
電子信箱：all11149@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110年12月16日  
發文字號：健保醫字第1100046258B號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：110年第2季「牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額  
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑  
如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨110年11月23日  
「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額110年第3次研  
商議事會議」會議決定辦理。
- 二、旨揭牙醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下  
載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療  
費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門  
總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/牙醫總  
額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法  
規定，自110年12月15日起，牙醫門診總額費用之暫付、核  
付，依110年第2季結算點值辦理，並於110年12月辦理該季  
點值結算後追扣補付事宜。



110.12.20



1103340232

正本：本署各分區業務組

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

2021/12/17  
16:20:40  
電子公文  
交換



裝

訂

線



2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)]

- 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季點值(AF)

- (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 緩起訴捐助款)

- 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

/ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區	= [ 4, 261, 285, 111 -	660, 519, 154 - (	32, 737, 780 -	0) -	169, 243] /	2, 662, 629, 864 =	1. 33997556
北區分區	= [ 1, 833, 643, 455 -	323, 723, 305 - (	13, 515, 963 -	0) -	77, 062] /	1, 132, 588, 252 =	1. 32115720
中區分區	= [ 2, 077, 161, 406 -	151, 534, 295 - (	16, 534, 737 -	0) -	60, 316] /	1, 549, 736, 004 =	1. 23184339
南區分區	= [ 1, 473, 147, 555 -	179, 079, 556 - (	-28, 035, 210 -	0) -	47, 368] /	1, 014, 957, 857 =	1. 30257215
高屏分區	= [ 1, 614, 990, 201 -	131, 003, 409 - (	11, 766, 644 -	0) -	30, 215] /	1, 201, 930, 781 =	1. 22485417
東區分區	= [ 226, 593, 736 -	29, 669, 833 - (	2, 035, 100 -	0) -	12, 554] /	130, 700, 864 =	1. 49100965

3. 一般服務全區浮動每點支付金額

= 加總[調整後分區一般服務預算總額(BD2)]

- (核定非浮動點數(BG) - 緩起訴捐助款)

- 自墊核退點數(BJ)]

/ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [11, 486, 821, 464 - ( 48, 555, 014 - 0 ) - 396, 758] / 9, 179, 611, 467 = 1. 24600804

4. 一般服務分區平均點值 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)]

/ [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 緩起訴捐助款 + 自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [ 4, 261, 285, 111	] / [ 3, 363, 107, 379 +	32, 737, 780 -	169, 243 ] =	1. 25479006
北區分區	= [ 1, 833, 643, 455	] / [ 1, 444, 920, 657 +	13, 515, 963 -	77, 062 ] =	1. 25720004
中區分區	= [ 2, 077, 161, 406	] / [ 1, 700, 042, 957 +	16, 534, 737 -	60, 316 ] =	1. 21001713
南區分區	= [ 1, 473, 147, 555	] / [ 1, 186, 300, 267 +	-28, 035, 210 -	47, 368 ] =	1. 27180502
高屏分區	= [ 1, 614, 990, 201	] / [ 1, 329, 734, 395 +	11, 766, 644 -	30, 215 ] =	1. 20384091
東區分區	= [ 226, 593, 736	] / [ 155, 505, 812 +	2, 035, 100 -	12, 554 ] =	1. 43820217

5. 一般服務全區平均點值 = [11, 486, 821, 464 - 48, 555, 014 - 396, 758] / 9, 179, 611, 467 = 1. 24470312

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGB13008R01

110年第2季

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

核付截止日期：110/09/30

列印日期：110/10/25

頁次：29

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

+ 專款專用暫結金額

+ 移撥資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額 + 移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額 ]

／加總 [ 一般服務核定浮動點數 (GF) + 核定非浮動點數 (BG) - 緩起訴捐助款 + 自墊核退點數 (BJ) ]

+ 專款專用已支用點數 (含品質保證保留款) + 移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數 ]

= [ 11,486,821,464 + 240,521,469 + 40,460,543 + 5,449,202 ]

／ [ 9,179,611,467 + 48,555,014 - 0 + 396,758 + 229,495,816 + 38,785,970 ] = 1.23970146

註：1. 專款專用暫結金額 = 牙醫特殊醫療服務結算金額 (含一般服務支應之不足款) + 醫療資源不足地區改善方案支付金額

+ 網路頻寬補助費用暫結金額 + 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫暫結金額 + 0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫

+ 品質保證保留款預算

= 95,620,026 + 59,275,139 + 34,339,554 + 588,000 + 0 + 50,698,750

= 240,521,469

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

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

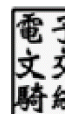
費用年月110/03(含)以前：於110/07/01~110/09/30期間核付者。

費用年月110/04~110/06：於110/04/01~110/09/30期間核付者。

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

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函



地址：臺北市信義路3段140號  
傳真：(02)27069043  
承辦人及電話：邵子川(02)27065866轉  
3603  
電子信箱：a110881@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年12月13日  
發文字號：健保醫字第1100046221B號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：附件請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：110年第2季「中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額  
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑  
如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨110年11月18日  
「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額110年第3次研  
商議事會議」決定辦理。
- 二、旨揭中醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下  
載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療  
費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門  
總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/中醫總  
額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法  
規定，自110年12月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核  
付，依110年第2季結算點值辦理，並於110年12月辦理點值  
結算追扣補付事宜。



0.12.13



1103340223

公文換章

正本：本署各分區業務組

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

2021/12/13  
15:58:19  
公文換章

裝

訂

線

34

衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表  
 110年第2季  
 結算主要費用年月起迄:110/04-110/06  
 核付截止日期:110/09/30  
 列印日期:110/10/21  
 頁次:25

2. 一般服務浮動每點支付金額	=	[調整後分區一般服務預算總額(BDI)	
		- (各分區一般服務核定非浮動點數(BG) - 緩起訴捐助款)	
		/ 各分區自墊核退點數(BJ)]	
		/ 各分區一般服務核定浮動點數(BF)	
臺北分區	=	[ 2,049,550,403	53,112 ] / 1,050,283,675 = 1.35245081
北區分區	=	[ 875,503,168	27,711 ] / 445,959,835 = 1.29022912
中區分區	=	[ 1,760,524,242	25,569 ] / 1,011,666,435 = 1.16785659
南區分區	=	[ 981,514,799	15,242 ] / 538,541,976 = 1.14890343
高屏分區	=	[ 1,107,581,534	13,583 ] / 614,260,599 = 1.16135929
東區分區	=	[ 153,989,415	6,440 ] / 78,139,603 = 1.43801395

3. 全區浮動每點支付金額	=	[加總調整後分區一般服務預算總額(BDI)	
		- (加總核定非浮動點數(GG) - 緩起訴捐助款)	
		/ 加總自墊核退點數(GJ)]	
		/ 加總一般服務浮動核定點數(GF)	
	=	[ 6,928,663,561	141,657 ] / 3,738,852,123 = 1.23615600



衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表  
 110年第2季  
 列印日期：110/10/21  
 頁次：26

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表  
 核付截止日期：110/09/30

4. 一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案\_論量計酬)

= [調整後分區一般服務預算總額(BDI)  
 / [一般服務核定浮動點數(BF)  
 + 該分區核定非浮動點數(BG) - 緩起訴捐助款  
 + 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [ 2,049,550,403 ] / [ 1,050,283,675 + 629,040,288 - 0 + 53,112 ] = 1.22042300
北區分區	= [ 875,503,168 ] / [ 445,959,835 + 300,085,093 - 0 + 27,711 ] = 1.17348248
中區分區	= [ 1,760,524,242 ] / [ 1,011,666,435 + 579,017,362 - 0 + 25,569 ] = 1.10675418
南區分區	= [ 981,514,799 ] / [ 538,541,976 + 362,766,832 - 0 + 15,242 ] = 1.08896994
高屏分區	= [ 1,107,581,534 ] / [ 614,260,599 + 394,190,698 - 0 + 13,583 ] = 1.09828469
東區分區	= [ 153,989,415 ] / [ 78,139,603 + 41,617,136 - 0 + 6,440 ] = 1.28578263

5. 一般服務全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案\_論量計酬)

= [ 6,928,663,561 ] / [ 3,738,852,123 + 2,306,717,409 - 0 + 141,657 ] = 1.14604607

6. 中醫門診總額平均點值

= [加總調整後分區一般服務預算總額(BDI) + 專款專用暫結金額 + 醫療資源不足地區改善方案\_論量計酬結算金額(B4)]  
 / [加總分區一般服務核定浮動點數(GF) + 加總分區核定非浮動點數(GG) - 緩起訴捐助款 + 加總分區自墊核退點數(GJ) + 專款專用已支用點數(含品質保證保留款) + 資源不足地區改善方案\_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B4)]

= [ 6,928,663,561 + 189,616,351 + 42,799,060 ] / [ 3,738,852,123 + 2,306,717,409 - 0 + 141,657 + 186,061,796 + 42,799,060 ]  
 = 1.14128564

註：

1. 專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額 + 癌症患者加強照護整合方案暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎過敏試驗計畫暫結金額 + 中醫急症處置計畫暫結金額 + 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 網路頻寬補助費用暫結金額 + 品質保證保留款預算  
 = 28,373,437 + 55,582,157 + 15,170,853 + 41,860,474 + 3,915,664 + 465,680 + 11,880,057 + 20,382,445 + 11,985,584  
 = 189,616,351

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

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月110/03(含)以前：於110/07/01~110/09/30期間核付者。  
 費用年月110/04~110/06：於110/04/01~110/09/30期間核付者。

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：臺北市信義路3段140號  
傳真：(02)27026324  
承辦人及電話：陳俐欣(02)27065866轉  
2659  
電子信箱：A111183@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年12月1日  
發文字號：健保醫字第1100046143號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：110年第2季「西醫基層總額各分區一般服務每點支付金額  
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑  
如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定辦理。
- 二、110年第2季點值業於110年11月16日健保醫字第1100045972  
號函請各全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議  
事會議代表書面確認在案。旨揭結算說明表請逕自本署全  
球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫  
療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付  
規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表（105年  
起）/西醫基層。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法  
規定，自110年12月15日起，西醫基層總額費用之暫付、核  
付，依110年第2季結算點值辦理，並於111年1月辦理該季  
點值結算後追扣補付事宜。



110.12.02



1103340210

正本：本署各分區業務組

副本：王代表宏育、古代表有馨、朱代表建銘、朱代表益宏、吳代表欣席、吳代表國治、吳代表順國、李代表紹誠、周代表思源、周代表慶明、林代表名男、林代表育正、林代表旺枝、林代表煥洲、林代表誓揚、林代表鳳珠、林代表憶君、林代表應然、邱代表泰源、洪代表一敬、徐代表超群、馬代表海霞、張代表孟源、張代表禹斌、梁代表淑政、許代表駢洪、連代表哲震、陳代表志明、陳代表相國、陳代表晟康、黃代表信彰、黃代表振國、黃代表啟嘉、楊代表宜青、楊代表宜璋、趙代表善楷、蔡代表有成、蔡代表淑鈴、鄭代表俊堂、鄭代表英傑、盧代表榮福、賴代表聰宏、藍代表毅生、顏代表鴻順、蘇代表主光、蘇代表東茂、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國物理治療師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署醫審及藥材組、本署企劃組、本署財務組、本署承保組、本署資訊組、本署主計室、本署違規查處室、本署醫務管理組

2021/12/02  
11:56:38  
電子公文  
交換

裝

訂  
公文  
交換  
縫章

線  
85

- (1) 點值排序第6名之地區為臺北區時：第4名分區占15%、第5名分區占25%、第6名分區占60%。  
 (2) 點值排序第6名之地區非臺北區時：第4名分區占20%、第5名分區占40%、第6名分區占40%。  
 (3) 點值排序第6名之地區如僅有1或2分區，仍維持上開撥補比率。

4. 當季風險調整移撥款若有剩餘，則移至下季移撥款，合併撥補當季東區浮動點值至每點1元及點值落後地區預算；如110年第4季計算後仍有剩餘或未動用之移撥款，則依移撥後之預算(不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算)占率回歸六分區。

5. 風險調整移撥款撥補後各分區之估算浮動點值(Z)=[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6) - 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 X 前季投保分區浮動點值(AF) - (投保該分區核定非浮動點數)(BG) - 藥品給付協議 - 緩起訴捐助款) - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)] / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

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

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

	- 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 X 前季投保分區浮動點值(AF)			
	- (投保該分區核定非浮動點數)(BG) - 藥品給付協議 - 緩起訴捐助款)	- 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]		
臺北分區	= [ 10,362,570,078 +			
北區分區	[ 4,795,091,357 +			
中區分區	[ 5,894,310,854 +			
南區分區	[ 4,546,720,172 +			
高屏分區	[ 4,913,906,814 +			
東區分區	[ 653,970,622 +			
	512,946 - 1,276,238,838 - ( 2,659,419,226 -	18,003 -	0) -	955,081] /
	3,790,400 - 663,334,498 - ( 1,303,276,530 -	0 -	867,658) -	408,205] /
	1,885,494 - 329,894,405 - ( 1,613,604,038 -	0) -	0) -	476,828] /
	11,196,722 - 401,265,610 - ( 1,260,041,663 -	0) -	0) -	234,354] /
	6,172,556 - 294,633,678 - ( 1,444,001,310 -	8,075 -	0) -	101,752] /
	18,818,370 - 70,026,101 - ( 209,066,967 -	52,211 -	0) -	75,258] /
				5,411,738,177 =
				1.18750902
				2.363,640,057 =
				1.19846090
				3.416,232,449 =
				1.14812399
				2.491,413,301 =
				1.16254420
				2.879,898,048 =
				1.10467477
				322,130,986 =
				1.22208944

2. 一般服務全區浮動每點支付金額

	= 加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6)			
	+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用			
	- (核定非浮動點數)(BG) - 藥品給付協議 - 緩起訴捐助款)			
	- 自墊核退點數(BJ)]			
	/ 加總一般服務浮動核定點數(GF)			
	42,376,488 - ( 8,489,409,734 -	118,479 -	867,658) -	2,251,478] /
	[ 31,136,569,897 +			19,834,209,642 =
				1.14389591

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

衛生福利部中央健康保險署

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表  
 110年第2季  
 列印日期：110/10/25  
 頁次：36

3. 一般服務分區平均點值 = [風險調整撥款撥補後一般服務預算總額(BD6) / [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 - 緩起訴捐助款 + 自墊核退點數(BJ)]]

臺北分區 = [ 10,362,570,078 + 512,946 ] / [ 6,740,303,919 + 2,659,419,226 - 18,003 - 0 + 955,081 ] = 1.10237821
北區分區 = [ 4,795,091,357 + 3,790,400 ] / [ 2,976,816,438 + 1,303,276,530 - 0 - 867,658 + 408,205 ] = 1.12133007
中區分區 = [ 5,864,310,854 + 1,885,494 ] / [ 3,721,083,604 + 1,613,604,038 - 37,368 - 0 + 476,828 ] = 1.09954200
南區分區 = [ 4,546,720,172 + 11,196,722 ] / [ 2,857,574,521 + 1,260,041,663 - 2,822 - 0 + 234,354 ] = 1.10686874
高屏分區 = [ 4,913,906,814 + 6,172,556 ] / [ 3,155,031,849 + 1,444,001,310 - 8,075 - 0 + 101,752 ] = 1.06978554
東區分區 = [ 653,970,622 + 18,818,370 ] / [ 383,399,311 + 209,066,967 - 52,211 - 0 + 75,258 ] = 1.13552931

4. 一般服務全區平均點值 = [ 31,136,569,897 + 42,376,488 ] / [ 19,834,209,642 + 8,489,409,734 - 118,479 - 867,658 + 2,251,478 ] = 1.10076163

5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值 = 加總[風險調整撥款撥補後一般服務預算總額(BD6) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 + 專款專用暫結金額(註)] / 加總分區[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 - 緩起訴捐助款 + 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]

= [31,136,569,897 + 42,376,488 + 1,102,274,043] / [19,834,209,642 + 8,489,409,734 - 118,479 - 867,658 + 2,251,478 + 1,100,520,910]

= 1.09705269

註：

- 專款專用暫結金額 = C型肝炎藥費暫結金額 + 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額 + 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額 + 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額 + 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 + 後天免疫缺乏病毒治療藥費 + 網路頻寬補助費用 + 偏鄉地區基層診所產婦生產補助計畫(如暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算) + 品質保證保留款預算 = 158,827,590 + 646,477,398 + 33,553,340 + 117,660,049 + 31,571,750 + 67,164 + 43,544 = 1,102,274,043
- C型肝炎藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。
- 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 110年品質保證保留款預算 / 4

七、說明

- 本季結算費用年月包括：  
費用年月110/03(含)以前：於110/07/01~110/09/30期間核付者。  
費用年月110/04~110/06：於110/04/01~110/09/30期間核付者。
- 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：臺北市信義路3段140號  
傳真：(02)27069043  
承辦人及電話：賴昱廷(02)27065866轉  
2605  
電子信箱：A111145@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年12月9日  
發文字號：健保醫字第1100046161B號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：請逕自本署全球資訊網下載

主旨：110年第2季「門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，請查照。

說明：

- 一、依全民健康保險法第62條第3項規定暨110年11月17日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算110年第3次研商議事會議」決定辦理。
- 二、旨揭門診透析預算結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網\健保服務\健保醫療費用\醫療費用申報與給付\醫療費用支付\醫療費用給付規定\各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)\門診透析。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自110年12月15日起，門診透析預算費用之暫付、核付，依110年第2季結算點值辦理，並於110年12月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。

0. 12. 09



1103340219

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會、財政部賦稅署、本署醫審及藥材組、本署企劃組、本署財務組、本署承保組、本署資訊組、本署主計室、本署醫務管理組



線

六、一般服務浮動每點支付金額

預算(D2)－核定非浮動點數合計(M)－1×腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)

核定浮動點數合計(P)

10,467,790,624 - 716,566,198 - 167,793,542

11,198,427,886

= 0.85578360 (四捨五入至小數第8位)

七、平均點值

預算(D2)

核定非浮動點數合計(M)＋腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)＋核定浮動點數合計(P)

10,467,790,624

716,566,198 + 167,793,542 + 11,198,427,886

= 0.86633904 (四捨五入至小數第8位)

八、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月110/03(含)以前：於110/07/01~110/09/30期間核付者。
2. 費用年月110/04~110/06：於110/04/01~110/09/30期間核付者。



# 衛生福利部全民健康保險會

## 第5屆111年第1次委員會議新增及補充資料目錄

會議時間：111年1月21日

### 一、議程確認補充說明

新增：臨時提案「建請健保署針對高死亡率癌別優先給付免疫療法新適應症，並請衛福部設立國家癌症藥品基金，提高癌症病人新藥使用機會」案----- 1

### 二、優先報告事項

「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式核定結果及後續相關事項」

(一)補充：健保署提供108~111年健保財務收支情形(會議資料第37頁)----- 5

(二)新增：106~111年度總額之非協商及協商因素成長率與增加金額----- 6

### 三、討論事項

補充：第三案「有關111年度全民健康保險牙醫門診總額12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫(草案)」之健保署補充說明事項(會議資料第106頁)----- 7

### 四、報告事項

補充：第二案「有關111年度各部門總額依協定事項需於110年12月底前提本會報告之項目」之健保署補充說明事項(會議資料第129頁)----- 10



議程確認補充說明：

有關李委員麗珍於 111 年 1 月 13 日所提臨時提案(經 14 位保險付費者代表委員共同連署)，「建請健保署針對高死亡率癌別優先給付免疫療法新適應症，並請衛福部設立國家癌症藥品基金，提高癌症病人新藥使用機會」案(提案內容及本會補充說明，如後附)，將依臨時提案處理程序辦理，請主席徵詢委員意見確認是否納入議程。

全民健康保險會會議規範

第 3 點第 2 項第 1 款第 1 目

(一)一般提案

1.一般議案於開會十日前以書面或電子郵件提送本會。

第 3 點第 2 項第 2 款

(二)臨時提案

1.書面提案不符前款第一目規定之期限者為臨時提案；但以當次會議亟待決定之緊急事件或具時效性事項，且與本會法定任務有關者為限。

2.臨時提案應有出席委員附議或連署始得成立。

3.臨時提案若不符合本款第一目之要件，主席得決定提下次會議討論。

## 臨時提案

提案人：李委員麗珍

連署人：干委員文男、何委員語、吳委員鴻來、林委員恩豪、林委員敏華、侯委員俊良、馬委員海霞、張委員文龍、許委員駢洪、陳委員有慶、楊委員芸蘋、劉委員守仁、劉委員淑瓊、賴委員博司

代表類別：保險付費者代表

案由：建請健保署針對高死亡率癌別優先給付免疫療法新適應症，並請衛福部設立國家癌症藥品基金，提高癌症病人新藥使用機會，提請討論。

說明：

- 一、年輕病友協會陳情擴增免疫療法新適應症給付，因癌症免疫療法的使用，幫助病友保有優於化療、標靶的生活品質，副作用也相對較低、可緩解，部分病友在使用免疫療法後返回職場繼續工作，保有生產勞動力，希望考量國家經濟勞動力和個人醫療經濟負擔所需，加速給付更多免疫療法新適應症，幫助更多癌症病友保有工作生產力，減輕家庭經濟負擔。
- 二、從國家癌症登記年報統計發現：依我國政府統計公報 20~64 歲勞動人口數總計 1,153 萬人，每年新增罹癌人數 20~64 歲，106 年 59,294 人比 105 年 56,920 人增加 2,374 人，107 年 60,889 人比 106 年 59,294 人增加 1,595 人，人數逐年提升。台灣癌症就醫總人數，從 2014 年 61 萬 4,415 人到 2020 年 77 萬 7,486 人，增加 16 萬 3,071 人，癌症就醫人數 6 年成長 26.5%，影響勞動生產力幅度與日俱增，癌症醫療需求迫在眉睫。癌症就醫人數：從 2016 年 64 萬 7,533 人到 2020 年 77 萬 7,486 人，五年增加 13 萬 313 人，成長 20%，顯見癌症影響家庭者眾。
- 三、高死亡率癌別目前僅肺癌獲得免疫療法給付，其他癌別死亡率高，也應評估加速免疫新適應症給付可行性。台灣十大死亡癌症(依排序 1~10)：氣管、支氣管和肺癌(給付免疫療法)、肝和肝

內膽管癌(暫停免疫療法給付申請)、結腸、直腸和肛門癌、女性乳癌、前列腺(攝護腺)癌、口腔癌、胰臟癌、胃癌(暫停免疫療法給付申請)、食道癌、卵巢癌。前十大惡性腫瘤死亡癌別，目前僅肺癌獲得健保免疫療法給付，鑒於免疫療法副作用較傳統化療、標靶低，建請健保署針對高死亡率癌別優先給付免疫療法新適應症。

四、台灣癌症新藥給付平均中位數高達 18.7 個月，如何創新政策思維優化癌症醫療中的新藥可近性，建請健保署思考借鏡英國癌症藥品基金制度，為癌症醫療所需尋求新財源，減輕健保負擔同時兼顧保障病友新藥使用，建請健保署主動提請衛福部，從上位國家癌症醫療總體政策角度，將癌症藥品基金制度納入今年度重要醫療政策項目之一，撥補財源推動國家癌症藥品基金制度，從健保和病友雙贏角度，如何使基金財源不增加健保負擔，又可幫助病友加速癌症新藥使用，同步又可收集藥品使用醫療數據，供日後健保給付審查做為參考依據，幫助癌症病友加速使用新藥，減輕健保財務負擔。

擬辦：

- 一、請健保署擴增癌症免疫療法新適應症、新癌別，幫助病友保有優於化療、標靶的生活品質和職場勞動力。
- 二、建請健保署主動提請衛福部將國家癌症藥品基金政策納入今年度國家癌症醫療政策中，解決健保逐年提高的新藥預算負擔，也能縮短病人癌症新藥使用等待期，優化國家癌症醫療政策。

.....

本會補充說明：

本案有關擴增癌症免疫療法之新適應症、新癌別部分，係屬藥品給付項目及支付標準之修訂，依全民健康保險法第 41 條第 2 項(註)規定係由健保署循法定程序於各方代表組成之「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論共同決定之，本會委員關心病友權益，建議送請該署參辦。另有關設立國家癌症藥品基金部分，

涉及國家癌症防治政策，屬主管機關權責，建議送請衛福部參辦。

註：全民健康保險法第 41 條第 2 項「藥物給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，並得邀請藥物提供者及相關專家、病友等團體代表表示意見，報主管機關核定發布」。

決議：

(會議資料第 37 頁)

優先報告事項「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式核定結果及後續相關事項」

(一)補充：說明二、健保署依據 111 年度總額核定結果，提供 108~111 年健保財務收支情形如下：

108年至111年健保財務收支情形表

單位：億元

項目	108年	109年	110年	111年
	審定決算數		自編決算數	預估數
醫療給付費用總額	7,153	7,526	7,836	8,096
總額成長率	4.417%	5.237%	4.107%	3.320%
保險成本	6,566	6,954	7,275	7,528
保險成本成長率	3.77%	5.91%	4.61%	3.49%
非保險給付占率	8.24%	7.65%	7.21%	7.05%
保險收入	6,224	6,278	7,099	7,206
保險收入成長率	2.69%	0.87%	13.07%	1.50%
一、保險費相關收入	6,054	6,104	6,928	7,041
(一)保險費收入	6,090	6,143	6,970	7,087
1.一般保險費	5,038	5,074	5,663	5,823
2.補充保險費	477	473	567	538
3.政府負擔不足法定36%之差額	575	596	740	727
(二)其他收入	-36	-38	-42	-46
二、安全準備相關收入	170	174	171	164
當年安全準備填補金額	512	850	347	487
當年保險收支餘絀	-342	-676	-176	-323
保險收支累計餘絀	1,767	1,091	916	593
約當保險給付支出月數	3.23	1.88	1.51	0.95

製表日期：111.1.13

- 說明：1、保險收入＝一般保險費＋補充保險費＋政府法定下限36%差額負擔－呆帳提存＋保險費滯納金＋公益彩券盈餘分配收入＋菸品健康福利捐分配收入＋投資淨收益＋其他收入。
- 2、保險成本＝醫療給付費用總額－保險對象應自行負擔之費用－代位求償獲償金額－菸捐挹注罕病等之醫療費用±調整帳＋其他保險成本。
- 3、其他收入包括：營運資金孳息、雜項業務收入、其他業務外收入、利息費用(減項)及呆帳提列(減項)。
- 4、安全準備相關收入包括：依健保法規定應提列之安全準備，包含滯納金、運用收益、彩券盈餘及菸捐分配收入等，惟不含保險費相關收入用來支應保險成本後之結餘。
- 5、當年安全準備填補金額，係指運用安全準備(前一年累計餘絀，加計當年安全準備相關收入)填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。
- 6、政府負擔不足法定36%之差額，以行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎。
- 7、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

(二)新增：說明三、有委員關切歷年總額之非協商(醫療服務成本及人口因素成長率)與協商因素費用成長情形，爰整理 106~111 年度總額相關資料如下表：

### 106~111年度總額之非協商及協商因素成長率與增加金額

單位：%；億元

項目	年度	106	107	108	109	110	111
總額(核定) (A)	成長率	5.642%	4.711%	4.417%	5.237%	4.107%	3.320%
	增加金額	349.6	308.4	302.6	374.5	309.1	260.1
--非協商 因素(B)	成長率	3.769%	2.349%	2.516%	3.708%	2.907%	1.272%
	增加金額	233.5	153.7	172.4	265.2	218.8	99.7
--協商因素 (C=A-B)	成長率	1.873%	2.362%	1.901%	1.529%	1.200%	2.048%
	增加金額	116.0	154.6	130.3	109.3	90.3	160.4

註：本表數字以四捨五入呈現，加總後尾數與合計略有差異。



(會議資料第 106 頁)

討論事項第三案「有關「111 年度全民健康保險牙醫門診總額 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」(草案)」之健保署補充說明事項

本會補充說明：

三、本會於 1 月 11 日請健保署就「總額協定事項與計畫內容之比較表」劃線處補充說明，該署於 1 月 19 日回復。彙整協定事項與計畫內容之比較，及健保署回復之補充說明與本會研析意見如下：

協定事項與計畫內容		協定事項與計畫內容之比較及請健保署補充說明事項 (詳劃線處)	健保署補充說明與本會研析意見
執行目標	協定事項	111 年服務 12~18 歲青少年 900,000 人次	計畫之執行目標 (900,000 服務人次)，符合協定事項。
	計畫內容	達成「青少年齲齒控制照護處置 (P7101C)」 900,000 服務人次	
預期效益之評估指標	協定事項	提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於該年齡層 108 年牙醫就醫率，111~113 年分別為 40%、50%、60%	有關本計畫預期效益之評估指標「111 年達到 12~18 歲青少年牙醫就醫率>40%」具體推動策略，本署已函請牙全會提供相關說明，並請該會於委員會議向委員說明。 ----- <b>本會研析意見：</b> 1.依上開說明，請牙全會說明如何於 111 年達到 12~18 歲青少年牙醫就醫率>40%之具體推動策略。 2.請健保署及牙全會，定期檢討
	計畫內容	提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率>40%	

協定事項與計畫內容		協定事項與計畫內容之比較及請健保署補充說明事項(詳劃線處)	健保署補充說明與本會研析意見
		<u>醫率&gt;40%之推動策略，建請健保署補充說明。</u>	執行情形，以落實協定事項之要求，並於111年7月提供初步執行結果。
預算執行	協定事項	依111年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用	<p>1.查本計畫係為提升青少年牙醫就醫率，針對全國12歲至18歲民眾提供早期發現及介入，以減少齲齒、根管治療、拔牙數量等，維護青少年口腔健康。</p> <p>2.本計畫新增支付標準，說明如下：</p> <p>(1)青少年齲齒控制照護處置：本項與現行支付標準91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」診療項目內容部分重複，爰支付規範已明訂不得併同申報91014C。</p> <p>(2)青少年齲齒氟化物治療：本項主要係實施齲前白斑患者氟化物治療，限診斷為齲前白斑之患者申報，與現行塗氟相關處置之適用對象不同。惟考量本計畫收案對象執行本項治療亦可能同時符合現行支付標準塗氟相關處置之適用對象(現行塗氟適用對象為口乾症病人、頭頸部病人電療後申報及牙特計畫身心障礙者)，爰本項支付規範已明訂不得併同申報塗氟相關處置92072C「口乾症塗氟」、92051B「塗氟」、P30002「牙特計畫身心障礙者」及P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」(111年新</p>
	計畫內容	<p>1.收案條件：12~18歲(含)診斷為牙齦炎、齲前白斑等病患。</p> <p>2.支付標準如下：</p> <p>(1)青少年齲齒控制照護處置(300點)：施行牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除。</p> <p>(2)青少年齲齒氟化物治療(500點)。</p>	

協定事項與計畫內容	協定事項與計畫內容之比較及請健保署補充說明事項(詳劃線處)	健保署補充說明與本會研析意見
		<p>增)。</p> <p>-----</p> <p><b>本會研析意見：</b></p> <p>1.依健保署說明，相關支付項目，僅為同一病患於一般服務及專款，不會有重複申報醫令之情形。惟協定事項係考量111年新增本項專款後，原由一般服務預算支付12~18歲青少年口腔服務，部分將轉由專款支付，爰需檢討服務移轉後費用重複編列情形，若有重複，則需扣減。</p> <p>2.建請健保署於112年7月提報107~111年12~18歲青少年於一般服務及專款項目之醫療利用情形，以利評估服務移轉狀況及是否重複，俾落實協定事項之要求。</p>

(會議資料第 129 頁)

報告事項第二案「有關 111 年度各部門總額依協定事項需於 110 年 12 月底前提本會報告之項目」之健保署補充說明事項

本會補充說明：

三、本會於 1 月 11 日請健保署補充說明所報之規劃內容或實施方案如何達到協定事項之要求，該署於 1 月 19 日回復。彙整協定事項、本會請健保署補充說明事項，及該署回復之補充說明與本會研析意見如下：

協定事項	請健保署補充說明事項	健保署補充說明與本會研析意見
1 高齶齒病患牙齒保存改善服務計畫(1.84 億元) (專款新增項目) ※協定事項：會同牙醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用與管控措施，並提全民健康保險會報告	1.請補充「醫療利用與管控措施」  2.本項屬專款項目之專案計畫，所報內容僅新增 1 項支付標準「高齶齒率患者氟化物治療」，未列有相關推動策略，建請補充說明如何達到協定事項之要	1.本項預算係用以新增牙醫支付標準 P7301C「高齶齒率患者氟化物治療」(500 點)，主要針對高齶齒率病人(限同院所已申報過 89013C「複合體充填」或 89113C「特殊狀況之複合體充填」病人)，提供高齶齒率患者氟化物治療及衛教資訊，每 90 天限申報 1 次。本署將於前述項目公告實施後，定期檢討執行情形，並配合中華民國牙醫師公會全國聯合會研訂各項醫療利用監控與管控措施。  2.貴會詢問本計畫未訂有相關推動策略與如何達到協定事項要求(含執行目標與評估指標、醫療利用與管控措施)一節，經提牙醫門診總額 110 年第 3 次研商會議討論，因本項較為單純，決議逕以新增支付標準 P 碼方式試辦，相關適應症等規定亦一併增列；至於執行策略等細節，本署已函請牙全會提供相關說明，並請該會於委員會議適時向委員說明。

協定事項	請健保署補充說明事項	健保署補充說明與本會研析意見
	求(含執行目標與評估指標、醫療利用與管控措施等)	<p>-----</p> <p><b>本會研析意見：</b></p> <p>1.依上開說明，請牙全會說明如何達到協定事項之執行策略。</p> <p>2.依健保署說明，已於支付標準一併增列適應症等規定，另將於公告後，定期檢討執行情形，並配合牙全會研訂醫療利用監控與管控措施。建請加強落實所訂定之相關措施，以符協定事項之要求，並於 111 年 7 月提供初步執行結果。</p>
<p>2 提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護(5 億元)(一般服務新增項目)</p> <p>※協定事項：會同中醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容(含適應症及結果面指標)，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告</p>	請補充「醫療利用監控與管控措施」	<p>本項預算係用以修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)第四部中醫通則，中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量上限，自 45 人次調升為 60 人次。本署將於前述項目公告實施後，定期檢討執行情形，並配合中華民國中醫師公會全國聯合會研訂各項醫療利用監控與管控措施。</p> <p>-----</p> <p><b>本會研析意見：</b></p> <p>依上開說明，健保署將於公告後，定期檢討執行情形，並配合中全會研訂醫療利用監控與管控措施。建請加強落實所訂定之相關措施，以符協定事項之要求，並於 111 年 7 月提供初步執行結果。</p>
<p>3 照護機構中醫醫療照護方案(0.28 億元)(專款新增項目)</p> <p>※協定事項：會同中醫門診總額相</p>	請補充「醫療利用監控與管控措施」	<p>本項專款預算為 2,800 萬元，本方案甫於 110 年 12 月 30 日公告，方案內容已明訂相關醫療利用管理及管控措施如下：</p> <p>1.明訂每週提供一時段中醫醫療服務，每時段服務 15 人為上限，以控</p>

協定事項	請健保署補充說明事項	健保署補充說明與本會研析意見
<p>關團體，於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及<u>醫療利用監控與管理措施</u>，並提全民健康保險會報告</p>		<p>制醫療費用支出。</p> <p>2. 本方案之評核指標亦規範照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出就醫件數較 108 年減少。</p> <p>3. 本方案除論次費用外，其餘項目均採浮動點值支付，且每點金額不高於 1 元。</p> <p>4. 本署將定期檢討並監控計畫執行情形，並配合中華民國中醫師公會全國聯合會研訂本計畫各項醫療利用管控措施。</p> <p>-----</p> <p><b>本會研析意見：</b></p> <p>健保署已補充方案所訂之醫療利用管理及管控措施，亦將定期檢討執行情形，並配合中全會研訂醫療利用監控與管控措施，建請加強落實，以符協定事項之要求，並於 111 年 7 月提供初步執行結果。</p>