

衛生福利部全民健康保險會
第 5 屆 111 年第 2 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 2 月 25 日

衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 111 年第 2 次委員會議議程

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(第 1 次)委員會議紀錄----- 1

四、本會重要業務報告----- 9

五、政策諮詢事項

衛生福利部函送「全民健保財務調整措施」擬議草案，請本會表示意見案----- 27

六、優先報告事項

中央健康保險署「110 年第 4 季全民健康保險業務執行季報告」----- 56

七、討論事項

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----- 59

八、報告事項

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----- 65

九、臨時動議

三、確認上次(第 1 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(111)年 1 月 27 日衛部健字第 1113360014 號函送
委員在案，並於本年 1 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111年第1次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國111年1月21日上午9時30分

地點：本部301會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：范裕春、李德馥

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、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(中華民國牙醫師公會全國聯合會徐常務理事邦賢10:52以後代理)、黃委員金舜、黃委員振國、楊委員芸蘋、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(全國工人總工會楊副理事長峯苗代理)、盧委員瑞芬、賴委員博司、謝委員佳宜、顏委員鴻順(中華民國醫師公會全國聯合會張秘書長必正代理)、台灣總工會(補聘中)

請假委員：趙委員曉芳

列席人員：

本部社會保險司：盧副司長胤雯

中央健康保險署：李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、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8~10頁)

貳、議程確認：(詳附錄第10~11頁)

決定：

- 一、同意將臨時提案「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」納入本次委員會議程，安排於報告事項後討論。

二、餘照議程之安排進行。

參、確認上次(110年第8次)委員會議紀錄：(詳附錄第12~16頁)

決定：確認。有關委員關心平均眷口數事宜，請中央健康保險署依法辦理。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第17~36頁)

決定：

一、上次(110年第8次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤項次2及達解除追蹤條件1項，解除追蹤；擬解除追蹤項次1改列「請中央健康保險署就109年藥費超過目標值74.6億元的使用情形具體說明」，繼續追蹤。

(二)擬繼續追蹤1項，繼續追蹤。

二、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

達解除追蹤條件項次2~5，解除追蹤；項次1改列「請中央健康保險署提供塗藥支架納入全額給付評估結果之參採情形」，繼續追蹤。

三、請各部門總額相關團體及中央健康保險署於本(111)年2月21日前配合提供下列資料，以利後續辦理評核作業：

(一)110年度執行成果評核項目內容(草案)修訂建議。

(二)111年度重點項目及其績效指標。

四、本會訂於本年4月21~22日至中央健康保險署東區業務組，辦理業務訪視活動與第3次委員會議，時間為2天1夜，請委員預留時間。

五、餘洽悉。

伍、優先報告事項：(詳附錄第37~51頁)

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。

決定：

- 一、請中央健康保險署依衛生福利部函示及核(決)定事項所列時程，完成法定程序及提報本會等相關事宜；並儘速會同醫院及西醫基層總額相關團體，研訂新增項目之執行內容，且將「執行目標」及「預期效益之評估指標」提本年 3 月份委員會議確認。
- 二、委員所提意見，送請衛生福利部及中央健康保險署研參。

陸、討論事項：(詳附錄第 52~96 頁)

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。

決議：

- 一、請中央健康保險署參考委員所提意見及本會補充說明三，研修 111 年度方案內容後，依法定程序陳報衛生福利部核定。意見摘要如附件一。
- 二、自 111 年起，請中央健康保險署定期於第 2 季(5 月)業務執行報告，提出前 1 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略。

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。

決議：

- 一、同意中央健康保險署所送之「111 年度各部門總額一般

服務之點值保障項目」，如附件二。

二、委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

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。

決議：

一、同意所提計畫，請中央健康保險署依法定程序辦理後續事宜。

二、委員所提意見，送請中央健康保險署研參。

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。

決議：本案併入本年 3 月份委員會議之「各總額部門 110 年度執行成果評核之作業方式(草案)」討論。

柒、報告事項：(詳附錄第 97~99 頁)

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。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署回復說明。

第二案

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。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

捌、臨時提案：(詳附錄第 11 頁)

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、李委員永振、
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、劉委員國隆、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。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

玖、臨時動議：無。

拾、散會：下午 14 時 15 分。

本會委員對於「111 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」意見摘要

- 一、訂定本方案之預期效益(例如實施改善方案之後可節省之費用)，及對應各項實施策略之具體管控項目與目標值，目標值宜具有方向性，並逐年滾動檢討其合理性。
- 二、就 110 年執行未達標之管控項目，應檢討其原因並提出改善策略，以利 111 年加強辦理。另不宜因為疫情而暫緩追蹤管控項目項次 3、4、8。
- 三、建議增加管控項目，例如：急診病人使用麻醉藥物止痛就醫次數、地區醫院在醫院總額之合理占率、大型醫院門診占整體醫療費用比率等。

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、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點 1 元支付) 九、區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費(每點 1 元支付)
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。

四、本會重要業務報告

- 一、上次(第 1 次)委員會議決議(定)列管追蹤事項共計 8 項，依辦理情形，建議解除追蹤 1 項，繼續追蹤 7 項，如附表(第 18~22 頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理；另個別委員關切事項，健保署回復如附錄一(第 75~77 頁)。
- 二、依本(111)年度工作計畫，安排 4 月 21~22 日(2 天 1 夜)辦理中央健康保險署(下稱健保署)東區業務組之業務訪視與第 4 次委員會議，出席情形調查表及行程表業於 2 月 15 日寄至各委員電子信箱，敬請委員於 2 月 22 日(星期二)下班前回復，俾利安排後續相關事宜。
- 三、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年 3 月 7 日(星期一)前上網。茲因 2 月 28 日(星期一)適逢 228 國定假期，為利作業，本次實錄預定於 2 月 27 日(星期日)送請各發言者確認，敬請於 3 月 2 日(星期三)上午 10 時前回復修正內容，俾能依法完成上網公開作業。
- 四、為使外界了解歷次委員會議之重要議題及委員關切重點，自 107 年 6 月起，本會同仁於每次會議後均會擇重要議題整理為會訊報導，置於本會網頁(路徑：健保會首頁>最新訊息>委員關切重要議題分析，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/lp-4039-116.html>)，上次(第 1 次)委員會議後公開之主題如下，內容詳附錄二(第 83~87 頁)，歡迎委員轉知所屬團體之會員參閱。

委員會議次別及時間	主題
111 年第 1 次 (1.21)	111 年度健保醫療費用總額核定結果
	健保會對「111 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」之討論結果

- 五、衛生福利部(下稱衛福部)及健保署於本年 1 月至 2 月份發布及副知本會之相關資訊如下：[內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件業於本年 2 月 14、16 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1.總額相關公告

- (1)本年1月26日以衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」(含地區預算)，公文如附錄三(第88~158頁)。
- (2)本年1月19日公告修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」之附表，如附錄四(第159頁)，修訂專業醫療服務品質指標「門診注射劑使用率」分子排除條件「因病情需要，由病人持回注射之藥品」之內容。

2.支付標準公告事項

- (1)本年1月22日修正發布「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第51條、第52條之2、第53條之2，如附錄五(第160頁)，修正重點摘要如下：
 - ①第51條：增列廠商於擬停止供貨前，應提出未能供貨之具體說明及佐證資料；另針對已反映國內市場價格訂定支付點數之新特材，增列納入本保險給付未滿1年者，不得停止供貨，但具有不可抗力因素者，不在此限。
 - ②第52條之2：新功能或功能改善特材之支付點數，若採國際價格之中位數或最低價時，增訂「得以收載時最近4季結算之醫院總額部門浮動點值之平均值」校正。
 - ③第53條之2：必要或不可替代特材支付點數之調整，若參考醫事服務機構購買價時，增訂「得以收載時最近4季結算之醫院總額部門浮動點值之平均值」校正；另將支付點數之最高加算百分比，由10%調升至15%。
- (2)本年2月15日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，自本年3月1日生效，如附錄六(第161~163頁)，本次增修訂重點如下：
 - ①總則：增列年齡之計算公式(總則十五)；白內障手術刪除「每月門、住診白內障手術加總超過40例之醫師需送事前審查之規範」，並於水晶體手術增列通則「限眼科專科醫師施行後申報」。

- ②西醫特定診療：新增 6 項診療項目(放射線診療 1 項、治療處置 3 項、手術 2 項)、修正 9 項支付規範(檢查 7 項、治療處置 2 項)。
- ③牙醫：新增高風險疾病患者牙結石清除-全口等 2 項診療項目；修正牙醫門診加強感染管制實施方案之門診診察費「山地離島地區」申報條件，及「牙周病統合治療方案」牙醫師申請資格。
- ④中醫：修正專任醫師申報針灸、傷科及針灸合併傷科之合理量文字，合理量上限由 45 人調升至 60 人(通則五)。
- ⑤安寧居家療護：增列機構定義(通則八)，納入住宿式長照機構及榮譽國民之家。
- ⑥糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案：新增糖尿病合併初期慢性腎臟病整合照護診療項目及支付規範，並修正糖尿病之良 / 不良率指標定義及增訂進步率指標(通則六)、初期慢性腎臟病之進步評量基準，以及參與醫師及照護訓練課程之規範(通則六及通則一)。

(二)健保署

1.總額相關公告

- (1)將公告之總額相關計畫副知本會，如附錄七(第 164~176 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
111.1.6/ 111.1.1	全民健康 保險中醫 門診總額 品質保證 保留款實 施方案	1.新增不予核發品保款情形： (1)違反健保醫事服務機構特管辦法(下稱特管辦法)第 44 條及第 45 條規定者。 (2)未符合本方案「中藥用藥安全管理及品質提升作業要點」之院所，並於附件增列該作業要點。 2.核發費用計算範例：新增「符合核發資格之分數計算原則」。
111.1.12/ 111.1.12	111 年度 全民健康 保險中醫	1.修正施行區域： (1)無中醫鄉鎮區：111 年為 83 個鄉鎮區。 新增嘉義縣東石鄉、雲林縣四湖鄉、屏

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
	門診總額 醫療資源 不足地區 改善方案	<p>東縣林邊鄉、連江縣南竿鄉。</p> <p>(2)一家中醫鄉鎮區：111年為73個鄉鎮區。新增臺東縣成功鎮；移除嘉義縣東石鄉、雲林縣四湖鄉、屏東縣林邊鄉、新竹縣關西鎮、連江縣南竿鄉。</p> <p>2.支付方式：配合中醫支付標準修訂，第六章脫臼整復治療處置刪除並整併於第五章傷科治療處置項目，故酌修文字。</p>
111.1.13/ 111.1.1	111年全 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	<p>1.修訂適用鄉鎮之篩選條件，以109年全國牙醫師人口比(1：1,527)做為計算基礎，並修訂適用鄉鎮名單。</p> <p>2.修訂獎勵方式之定義及計算： 六分區中點值最低之分區，牙醫師每月診療明細申報50萬點(含)以下，加計6%。不屬前項分區，則加計5%。(原不依分區點值有不同加成)</p> <p>3.修訂基層診所之不予核發條件： (1)新增「未執行口腔癌篩檢者」條件及定義。 (2)修訂「未執行牙特計畫院所內牙醫醫療服務」條件之定義：當季未申報牙特案件2件(含)以上者(原為1件)。</p>
111.1.14/ 111.1.1	111年度 全民健康 保險牙醫 門診總額 醫療資源 不足地區 改善方案	<p>1.新增提供「0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔照護試辦計畫」及「牙特計畫之腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者」之服務。</p> <p>2.修訂施行地區： (1)執業計畫：111年為84個鄉鎮區。新增「嘉義縣番路鄉」、「台東縣大武鄉」，刪除「雲林縣四湖鄉」。 (2)巡迴計畫：111年為153個鄉鎮區。新增「宜蘭縣冬山鄉(得安村、大進村)」、「新竹縣新埔鎮」及「台南市將軍區」。</p> <p>3.增修巡迴計畫規定： (1)「每位醫師每月巡迴醫療服務診次」之服務量管控：改為平日診次不超過16次(原以總次數16次計算)。 (2)成立滿二年之社區醫療站及巡迴點： ①「每月平均每診次就醫人次」服務量管控之計算方式，改以巡迴地點別統計(原為醫師別)。 ②增訂未達服務量管控標準之巡迴地點，經提出改善說明後，連3個月仍未達標，重新評估下年度得否續</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		辦之規定。
111.1.17/ 111.1.1	111 年度 全民健康 保險牙醫 門診總額 牙醫急診 醫療不足 區獎勵試 辦計畫	1.修訂牙醫急診試辦中心設定地點，以設有急診部門但未有夜間牙科急診之醫院為試辦點。 2.修訂排班醫師異動規範，當年度累積達3次未改善者，得暫停年度計畫執行。 3.新增「值班待診費用」論次費用，每診次(4小時)1,000點及申報規定。
111.1.19/ 111.1.1	全民健康 保險中醫 門診總額 兒童過敏 性鼻炎照 護試辦計 畫	修訂結案條件「未連續照護」定義，「後次就醫給藥首日減前次就醫給藥末日」由21天修訂為28天。
111.1.22/ 111.1.22	全民健康 保險居家 醫療照護 整合計畫	1.刪除第三點「施行期間：公告修訂後自110年10月1日起實施」。 2.給付項目及支付標準之備註增列「本計畫申報之中醫針灸治療處置費不列入全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準合理量計算」。 3.計畫修訂程序修正為「報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會」。
111.1.24/ 111.1.1	111 年全 民健康保 險牙醫門 診總額特 殊醫療服 務計畫	1.新增「先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務」之院所及醫師申請程序。 2.修訂特定身心障礙者牙醫醫療服務之院所及醫師資格規範。 3.增列不得併報「0歲至6歲嚴重齙齒兒童口腔健康照護試辦計畫」及「12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」之規定。
111.1.24/ 111.1.1	111 年度 全民健康 保險牙醫 門診總額 0歲至6歲 嚴重齙齒 兒童口腔 健康照護 試辦計畫	1.修訂醫師申請資格為「醫師非2年內停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人」。 2.修訂退場機制： (1)新增符合退場條件之牙醫師，2年內不得再收新案。 (2)修訂退場條件為「申報複診治療次數達3次之個案數比率<33.33%」。

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
111.1.27/ 111.1.1	全民健康 保險家庭 醫師整合 性照護計 畫	<p>1.新增「社區醫療群自行收案會員於收案時向會員說明計畫目的及需配合定期回診」及「鼓勵會員利用健康存摺填寫社區醫療群會員滿意度調查」等規範。</p> <p>2.增訂社區醫療群自行收案名額上限，限制每家參與診所自行收案人數不得超過1,200名。</p> <p>3.績效獎勵費用增列「計畫評核指標為特優級且平均每人 VC-AE 差值>275 點，則支付績效獎勵費用會員每人 550 元」之規範。</p> <p>4.增修評核指標配分、得分閾值及內容：</p> <p>(1)結構面指標：調降「設立 24 小時諮詢專線」配分，並改由醫全會抽測。</p> <p>(2)過程面指標：新增「檢驗(查)結果上傳率」指標，刪除「門診雙向轉診率」。</p> <p>(3)結果面指標：</p> <p>①修改「會員固定就診率」指標得分閾值(指標得分 10 分之條件新增「$\geq 50\%$」之限制)。</p> <p>②新增「慢性病個案三高生活型態風險控制率」指標，刪除「會員滿意度調查」指標。</p> <p>(4)自選指標：新增「醫療群內診所重複用藥核扣情形」指標。</p> <p>(5)加分指標：新增「同院所同日就診率」及「檢驗(查)結果上傳率>80%之社區醫療群」指標。</p>
111.1.27/ 111.1.1	全民健康 保險慢性 腎衰竭門 診透析服 務品質提 升獎勵計 畫	<p>1.核發院所資格，新增違反特管辦法第 44 條及第 45 條規定者，不得參加獎勵金分配之規定。</p> <p>2.修正上傳資料格式之備註：</p> <p>(1)C 肝病毒檢驗日期：修正為若序號 25(C 肝病毒核酸)為 1(陽性)或 2(陰性)，則上傳此次 HCV RNA 檢驗日期；若為 3(前次陽性)或 4(前次陰性)則上傳健保雲端 BC 肝炎專區中 HCV RNA 最近檢驗日期。</p> <p>(2)C 肝病毒核酸：新增 C 肝抗體陽性者至少每 4 年進行 1 次 HCV RNA 檢驗之規定。</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
111.1.28/ 111.1.1	111 年度 全民健康 保險西醫 基層總額 品質保證 保留款實 施方案	1.刪除 5 項獎勵指標：「藥歷查詢－同院所處方『降血糖藥物』、『口服降血壓藥物』及『口服降血脂藥物』用藥日數重疊率」、「糖尿病病患糖化血紅素(HBA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 \geq 60%」及「提供無障礙就醫環境者」。 2.新增 3 項獎勵指標：「連續假日前開診時段維護作業次數比率 \geq 50%」、「當年度每月看診日數達 22 日以上之月次數 \geq 6 次」、「假日及國定假日開診比率 \geq 50%」。 3.新增違反特管辦法第 44 條及第 45 條規定者，不予核發品保款之規定。
111.1.28/ 111.1.1	全民健康 保險偏鄉 地區基層 診所/助產 機構產婦 生產補助 試辦計畫	1.刪除試辦期程，使計畫可延續辦理。並修訂預期效益之評估標準為：計畫執行地區提供生產之西醫基層診所/助產機構至少維持前 1 年家數、生產服務量較前 1 年增加。 2.配合衛福部健康署調整產檢次數由 10 次增為 14 次，修訂生產案件補助費用核發原則之「產前檢查次數級距」。
111.2.7/ 111.1.1	111 年度 全民健康 保險西醫 醫療資源 不足地區 改善方案	1.修訂施行鄉鎮及承作單位：111 年施行鄉鎮為 125 個鄉鎮區(基層診所 88 個、醫院 37 個)。 2.修訂開業計畫相關規範： (1)放寬新開業診所執業地點經評估後，得與原開業之西醫院所同村(里)。 (2)放寬新開業診所核付管理原則，刪除最低服務量(第 4 個月起每診平均人次未達 3 人，不支付保障額度)及折付保障額度(如：第 7 個月起核定點數須達保障額度 40%，未達者以保障額度 70%核付)規範。 (3)新增保險人每月至少 1 次電話抽訪或實地訪查有無依所訂門診時段提供服務之規範。 3.修訂巡迴計畫相關規範：放寬施行鄉鎮承作單位限制、巡迴醫師每週看診次數與備援醫事人員數限制。

(2)本年 1 月 13 日函送「110 年第 3 季醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」，如附錄八(第 177~180 頁)。結算方式說明如下：

①分區預算：依近3年(107~109年)第3季就醫分區預算占率校正各分區預算，各分區占率如下：臺北分區0.33597700、北區分區0.13732410、中區分區0.19631918、南區分區0.14375392、高屏分區0.15841160、東區分區0.02821420。

②各醫院收入結算方式：

A.第1階段一般服務收入：以每點1元計算與109年同期(費用年月7~9月)比較，未至109年同期之9成者，保障至109年同期之9成；超過109年同期9成者，依此金額給付，上限為109年同期。

B.第2階段特定醫療服務收入：依據各分區共管會議決議，考量新設醫院、成長型醫院、特殊醫院服務之剛性需求、配合防疫需求受影響等因素分配。

C.第3階段剩餘再分配：經扣除第1、2階段分配、醫院總額交付機構收入、費用年月110年6月以前醫院及交付機構收入及自墊核退之剩餘預算，依據各分區共管會議決議分配之收入及藥品給付協議金額。

(3)本年1月13日公告111年「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」及「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」、「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等6項中醫醫療照護計畫1月1日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄九(第181頁，名單已置於該署全球資訊網)，各分區承辦院所數、醫師數(人次)累計統計如附錄十(第182頁)。

2.其他公告事項

本年1月7日公告「110年度特殊材料價量調查結果辦理之

支付點數調整事宜」，如附錄十一(第 183 頁)，調整核價類別共 29 類，計 174 品項，自 111 年 2 月 15 日起生效。本次均為調降點數，調降幅度為-0.15%至-15.66%，。

決定：

上次(第 1 次)委員會會議繼續列管追蹤事項

一、擬解除追蹤(共 1 項)

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	報告事項第 1 案： 110 年 12 月份全民健康保險業務執行報告。	委員所提意見，送請中央健康保險署回復說明。	於 111 年 1 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 23~24 頁)。	解除追蹤	—

二、擬繼續追蹤(共 7 項)

項次	案由	決議(定)事項	本會辦理情形	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	確認上次(110年第8次)委員會議紀錄。	有關委員關心平均眷口數事宜，請中央健康保險署依法辦理。	於111年1月27日請辦健保署。	健保署回復： 111年適用之平均眷口數仍為0.58人，爰未辦理公告。	1.繼續追蹤 2.於健保署依法辦理後解除追蹤	依健保署研擬進度辦理
2	本會重要業務報告。	一、上次(110年第8次)委員會決議決議(定)列管追蹤事項辦理情形： (一)擬解除追蹤項次2及達解除追蹤條件1項，解除追蹤；擬解除追蹤項次1改列「請中央健康保險署就109年藥費超過目標值74.6億元的使用情形具體說明」，繼續追蹤。	於111年1月27日請辦健保署。	健保署回復： 1.為落實全民健康保險藥費支出整體管控策略，提升藥價調整制度之透明度與可預期性，本署自102年起試辦全民健康保險藥品費用分配比率目標制(DET)方案。 2. DET方案之實施，係以前一年度目標值為基期值，配合年度總額(不含中醫門診總額)之一般服務項目成長率，預先訂定藥品支出目標值，一旦核付金額超出目標值，按全民健康保險法第62條第4項規定，將於次一年度以超出目標值之額度，調整藥物給付項目及支付標準(含調整藥價)。 3. 以109年為例，藥品支出目標值設定為1,702.3億元(成長率為	1.繼續追蹤 2.於健保署具體說明後解除追蹤	依健保署研擬進度辦理

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
				4.879%)，實際核付金額為 1,803.6 億元，扣除藥品給付協議還款金額 26.7 億元後，超出目標值 74.6 億元將作為次一年度藥價調整之額度參考，經分析，109 年第一大類專利期內新藥對整體藥費成長之貢獻率為 54.5%，如貢獻度最高的非小細胞肺癌、轉移性乳癌及甲狀腺癌等用藥。		
3		二、歷次委員會決議決議(定)列管追蹤事項辦理情形： 達解除追蹤條件項次 2~5，解除追蹤；項次 1 改列「請中央健康保險署提供塗藥支架納入全額給付評估結果之參採情形」，繼續追蹤。	於 111 年 1 月 27 日請辦健保署。	健保署回復： 1. 自付差額之「冠狀動脈塗藥支架」改以全額納入健保給付涉健保財務衝擊甚大，預估年所需費用約 29 億點。 2. 就健保給付「冠狀動脈塗藥支架」，健保署已洽市占率較高廠商，表示倘以市場價格納入健保全額給付(查醫材比價網特約院所收費為 41,101 元~67,320 元)，樂觀其成。若低於市場價則無意願改以健保全額給付供貨。	1.繼續追蹤 2.於健保署提供塗藥支架納入全額給付評估結果之參採情形後解除追蹤	依健保署研擬進度辦理

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
				3. 健保署仍陸續爭取自付差額冠狀動脈塗藥支架之廠商願意，以健保付得起，財務衝擊可承受之合理價格納入全額給付。後續如有議價成功再依程序提會討論。		
4	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。	請中央健康保險署依衛生福利部函示及核(決)定事項所列時程，完成法定程序及提報本會等相關事宜；並儘速會同醫院及西醫基層總額相關團體，研訂新增項目之執行內容，且將「執行目標」及「預期效益之評估指標」提本年3月份委員會議確認。	於111年1月27日請辦健保署。	健保署回復：配合辦理。	1.繼續追蹤 2.於健保署提報本會確認後解除追蹤	111年3月
5	討論事項第1案：111年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)。	請中央健康保險署參考委員所提意見及本會補充說明三，研修111年度方案內容後，依法定程序陳報衛生福利部核定。意見摘要如議事錄之附件一。	於111年1月27日請辦健保署。	健保署回復：委員所提意見，本署說明如附件一(第25頁)，並將參考委員所提意見，研修111年度方案內容，依法定程序陳報衛生福利部核定。	1.繼續追蹤 2.俟衛福部核定後解除追蹤	依據健保署陳報時程辦理

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
6		自 111 年起，請中央健康保險署定期於第 2 季(5 月)業務執行報告，提出前 1 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略。	於 111 年 1 月 27 日請辦健保署。	健保署回復：將遵照貴會指示，於 111 年起每年度第 2 季(5 月)，就前 1 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略，提出業務執行報告。	1.繼續追蹤 2.於健保署首次提報後解除追蹤	111 年 5 月
7	討論事項第 3 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)。	同意所提計畫，請中央健康保險署依法定程序辦理後續事宜。	於 111 年 1 月 27 日請辦健保署。	健保署回復：本署將依貴會決議，儘速陳報衛生福利部核定。	1.繼續追蹤 2.俟衛福部核定健保署公告後解除追蹤	依據健保署陳報時程辦理

健保會第 5 屆 111 年第 1 次委員會議之健保署答覆

上次(第 1 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1

案由：110 年 12 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.97-98)</p> <p>一、請參閱業務執行報告第 1 頁投保金額調整事項，我記得 10、11 月委員會議盧委員瑞芬曾提問因基本工資調高導致小部分被保險人的投保金額反而減少？後來解釋是依法處理調降。這樣的依法行政雖然合法，但是感覺不合理，建議健保署考量一下，在相關法令加個但書，不要讓它降下來，使它既合法又合理。</p>	<p>一、按健保法第 19 條規定，投保金額分級表係由主管機關擬定後報請行政院核定，並由投保單位及被保險人依實際所得區間，對照修正前投保金額分級表數額自行申報(例如所得 24,001-25,200 元應申報 25,200 元，25,201-26,400 元應申報 26,400 元，以此類推)。</p> <p>二、本次極少部分人工資未達 25,250 元以修正前分級表申報 26,400 元者，得改以基本工資 25,250 元申報，每月因此減少少許保險費。</p> <p>三、為有效辦理全民健保，自健保開辦即採勞工保險投保薪資分級表級距之類型化方式計算保險費，尚符合量能負擔之公平性及照顧低所得者之互助性。</p>
<p>李委員永振(議事錄 p.97)</p> <p>四、請參閱業務執行報告第 14 頁，有關一段期間的保費收繳率，與去年 12 月比較，總計從 98.47% 降為 98.45%，降了一點點，但問題不在降的部分，而是第 2、3、6 類都提高，只有第 1 類降低，是否可以分析原因及如何改善？</p>	<p>一、有關第 1 類投保單位一般保險費近 5 年收繳情形，110 年 12 月統計之收繳率(99.42%)較 109 年同期(99.54%)下降 0.12 個百分點，計約 18.89 億元(15,739.58 億元*0.12%)。</p> <p>二、查投保單位 109 年疫情緩繳保費於當年 12 月底尚未逾期金額約 11.7 億元，110 年疫情緩繳保費於當年 12 月底尚未逾期金額約 32.8 億元，二者差額 21.1 億元，與前開金額(18.89 億元)相仿。推測該收繳率些微下降應係 110 年 5 月起 COVID-19 疫情衝擊漸大，申請緩繳金額較 109 年增加致影響收繳情形。</p> <p>三、110 年疫情緩繳保費已自同年 11 月底起陸續屆</p>

委員意見	健保署說明
	<p>繳款期限，本署將持續監控繳納狀況，對欠費者透過發函、電子郵件、電話、實地訪查等多元積極措施進行催繳，並依法辦理投保單位及負責人移送行政執行作業。</p>
<p>盧委員瑞芬書面意見(議事錄 p.99)</p> <p>健保署業務執行報告第 17 頁表 8，請在表頭註明係權責基礎；第 18、19 頁表 9、10，請註明係現金基礎。否則安全準備的金額(第 16 頁)與表 8 不一致，易引起誤解。</p>	<p>一、有關業務執行報告之「表8 全民健康保險安全準備提列情形表」，本署將配合「表5 財務收支分析表」，一致性表達方式，自111年1月份業務執行報告起於備註加註本表「採權責發生基礎」，修改如附件二(以110年12月為例，第26頁)。</p> <p>二、有關業務執行報告之「表9 全民健保安全準備金運用概況表」及「表10 營運資金餘額運用情形」，為避免引起誤解，本署將配合「表4 全民健保財務資金流量分析表」一致性表達方式，於備註加註「本表所列金額係現金實際收付數」。</p>

上次(第1次)委員會議之擬繼續追蹤項次5

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)。

委員意見摘要(議事錄 p.6)	健保署說明
<p>一、訂定本方案之預期效益(例如實施改善方案之後可節省之費用)，及對應各項實施策略之具體管控項目與目標值，目標值宜具有方向性，並逐年滾動檢討其合理性。</p> <p>二、就110年執行未達標之管控項目，應檢討其原因並提出改善策略，以利111年加強辦理。另不宜因為疫情而暫緩追蹤管控項目項次3、4、8。</p> <p>三、建議增加管控項目，例如：急診病人使用麻醉藥物止痛就醫次數、地區醫院在醫院總額之合理占率、大型醫院門診占整體醫療費用比率等。</p>	<p>一、本方案指標係對應合理使用保險權益、鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務及尊重醫療自主保障善終權益3大構面，目的係為保障保險對象之就醫權益，故部分指標效益較難以具體醫療費用予以量化，惟本方案執行所擷節之非必要醫療費用支出，仍回歸健保總額，用於鼓勵院所提升品質及效率，保障全民健康保險之永續經營。</p> <p>二、有關於110年度未達標項目及因為疫情而暫緩追蹤管控項目[項次3：基層與地區醫院門診占整體件數之占率、項次4：非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加、項次8：提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)]之追蹤情形，相關數據將提111年5月之業務執行報告。</p> <p>三、委員其他建議如目標值宜有方向性、逐年檢討合理性等，均將依指示辦理。另所提指標項目，將納入後續研商，惟「地區醫院在醫院總額之合理占率」、「大型醫院門診占整體醫療費用比率」係屬總額層級別間平衡，將於本署全民健康保險醫院總額研商議事會議討論。</p>

附件二

單位：億元

年度	法定提存 (1)	保險費 滯納金 (2)	安全準備 運用收益 (3)	公益彩券、運 動彩券及菸品 健康捐分配收 入 (4)	保險收支餘 (絀) (除前1-4項 外) (5)	安全準備淨 提列數 (淨收回數) (6)= (1)+(2)+(3) +(4)+(5)	安全準備餘額
84.3-104.12	206.43	176.23	78.73	2,561.10	(733.79)	2,288.71	2,288.71
105.1-105.12		3.39	6.59	185.28	(9.68)	185.57	2,474.28
106.1-106.12		3.52	8.40	175.88	(286.20)	(98.40)	2,375.88
107.1-107.12		3.98	12.07	153.87	(436.41)	(266.48)	2,109.40
108.1-108.12		4.52	13.13	152.51	(512.12)	(341.97)	1,767.43
109.1-109.12		4.67	9.78	159.38	(849.90)	(676.07)	1,091.36
110.1-110.6		2.13	2.78	75.39	(90.74)	(10.44)	1,080.92
110.7-110.9		0.98	1.10	38.81	(97.83)	(56.93)	1,023.99
110.10		0.54	0.34	16.06	(73.95)	(57.01)	966.98
110.11		0.33	0.33	14.80	(34.63)	(19.17)	947.82
110.12		0.48	0.78	16.09	(49.60)	(32.26)	915.55
110年截至12 月底止小計		4.45	5.33	161.16	(346.74)	(175.81)	915.55
84.3-110.12 總計	206.43	200.76	134.04	3,549.17	(3,174.86)	915.55	

資料來源：本報資料室

註：。

資料日期 110年12月31日

備註：

※本表採權責發生基礎，所列金額（）內為負數。

1. 安全準備運用收益包含安全準備利息收入、安全準備投資淨利益。
2. 公益彩券、運動彩券及菸品健康福利捐分配收入，包含公益彩券263.86億元、運動彩券 2.93億元及菸品健康福利捐3,282.38億元。
3. 保險收支餘(絀)，係指除提存及收回安全準備外，其餘項目合計數，包含保險費收入、營運資金利息收入、營運資金投資賸餘、雜項業務收入及其他業務外收入之合計數，扣除保險給付、營運資金投資損失、利息費用、呆帳、業務費用及其他業務外費用合計數之差額；本項如有結餘則提存安全準備，若為短絀則收回安全準備填補。
4. 安全準備淨提列數(收回數)係由法定提存、保險費滯納金、安全準備運用收益、公益彩券分配收入、菸品健康福利捐及保險收支結餘(短絀)轉入數。
5. 本年度截至12月底止淨短絀數175.81億元，依法收回安全準備填補短絀，收回後安全準備餘額915.55億元，折合約1.51個月保險給付。

五、政策諮詢事項

案由：衛生福利部函送「全民健保財務調整措施」擬議草案，請本會表示意見案。

說明：

一、衛生福利部(下稱衛福部)於本(111)年 1 月 28 日，以衛部保字第 1111260058 號函(詳附件一，第 33~37 頁)，檢送「全民健保財務調整措施」擬議草案 1 份，依全民健康保險法(下稱健保法)第 5 條第 1 項第 4 款規定，送本會進行政策諮詢。

健保法第 5 條第 1 項

本保險下列事項由全民健康保險會(以下稱健保會)辦理：

- 一、保險費率之審議。
- 二、保險給付範圍之審議。
- 三、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。
- 四、保險政策、法規之研究及諮詢。
- 五、其他有關保險業務之監理事項。

二、本項「全民健保財務調整措施」擬議草案，重點內容摘要如下：

(一)本案緣起

1. 健保財務考量：因衛福部在調整 110 年費率時未予調足，致依據當時之財估顯示，至 111 年底安全準備金將無法維持 1 個月的保險給付支出(0.57~0.73 個月)，又同時允諾將一併推動改革，盡力達成 111 年不調整費率之目標。
2. 社會及經濟環境因素：國內近兩年處於防疫警戒時期，衝擊內需產業甚鉅，須持續精進各項紓困、振興措施，照顧有需要的民眾，以降低疫情對社經環境之衝擊。
3. 研擬措施及財務效果：111 年度在基本工資調漲及軍公教調薪等措施財務挹注下，111 年底安全準備將可提升至 0.69~0.91 個月保險給付支出，惟如欲達法定 1 個月保險給付支出，財務缺口尚約有 58~197 億元。
4. 依 111 年核定之費率 5.17% 及總額成長率 3.320% 之財務估計：預估 111 年保險收入為 7,206 億元、保險成本為 7,528 億元，收支短絀 323 億元，年底安全準備累計餘額為 593 億元，約當

0.95 個月保險給付支出。

5.基上述考量，衛福部與健保署乃提出以促進分級醫療及負擔公平之配套措施為主軸，並強化政府財務責任之短中長期檢討方案，研擬「全民健保財務調整措施」，按各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。

(二)全民健保財務調整措施重點內容，詳如附件一(第 35~36 頁)

1.近期可推動措施

(1)調整部分負擔：挹注金額約 121 億元，健保署於 2 月 15 日提供「111 年使用者付費精神下的部分負擔改革方案(草案)」(含簡報資料)詳附件二，第 38~47 頁。

(2)調高投保金額上限：挹注金額約 17 億元，衛福部於 1 月 12 日提供之資料詳附件三，第 48~55 頁。

(3)檢討旅外國人權利義務(公平性考量為主)。

(4)強化政府財務責任(挹注金額約 128 億元)。

2.持續檢討之中長期改革：補充保險費制度改革(挹注金額視方案內容而定)。

三、本會提供相關法規依據及現行作法供參。

(一)部分負擔

1.法規依據：健保法第 43、47 條，及施行細則第 61 條，如下：

健保法第 43 條

保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。

前項應自行負擔之費用，於醫療資源缺乏地區，得予減免。

第一項應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依診所及各級醫院前一年平均門診費用及第一項所定比率，以定額方式收取，並每年公告其金額。

第一項之轉診實施辦法及第二項醫療資源缺乏地區之條件，由主管機關定之。

健保法第 47 條

保險對象應自行負擔之住院費用如下：

一、**急性病房**：三十日以內，百分之十；逾三十日至第六十日，百分之二十；逾六十日起，百分之三十。

二、慢性病房：三十日以內，百分之五；逾三十日至第九十日，百分之十；逾九十日至第一百八十日，百分之二十；逾一百八十日起，百分之三十。保險對象於急性病房住院三十日以內或於慢性病房住院一百八十日以內，同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額及全年累計應自行負擔費用之最高金額，由主管機關公告之。

健保法施行細則第 61 條

主管機關依本法第四十三條第三項公告之保險對象門診應自行負擔金額，得依各級醫療院、所前一年平均門診分項費用，於同條第一項所定比率內分別訂定。

2. 現行收取方式及本次擬修正部分(灰底)

(1) 門診及急診之基本部分負擔金額

院所層級	西醫門診		急診		牙醫	中醫
	經轉診	未經轉診	檢傷分類			
			第 1、2 級	第 3、4、5 級		
醫學中心	170 元	420 元	450 元	550 元	50 元	50 元
區域醫院	100 元	240 元	300 元		50 元	50 元
地區醫院	50 元	80 元	150 元		50 元	50 元
診所	50 元	50 元	150 元		50 元	50 元

註：106 年 4 月 15 日配合分級醫療政策，將經轉診至醫學中心、區域醫院之部分負擔調整為 170 元、100 元(均調降 40 元)，未經轉診至醫學中心則調整為 420 元(調升 60 元)，醫學中心急診檢傷分類第 3-5 級調整為 550 元(調升 100 元)。

(2) 住院部分負擔比率

病房別天數	部分負擔比率			
	5%	10%	20%	30%
急性病房天數	—	30 日內	31~60 日	61 日以後
慢性病房天數	30 日內	31~90 日	91~180 日	181 日以後

註：訂有同一疾病每次住院及全年累計應自行負擔費用之最高金額(主管機關每年公告)；111 年每次住院部分負擔金額上限為 43,000 元，111 年度累計住院部分負擔金額上限為 72,000 元。

(3) 門診藥費、復健及居家照護等部分負擔收取方式

項目	收費方式
門診藥費	分級距(100 元為 1 級)收取，藥費 100 元以下免收，每級距增加 20 元，最高上限為 200 元(持慢連箋調劑者，可免除)
門診復健 (含中醫傷科)	同一療程第 2 次起：50 元 (中度-複雜及複雜之復健物理治療，可免除)
居家照護	按醫療費用定率(5%)收取

(4) 新增檢驗(查)分項計收部分負擔。

(二) 調高投保金額上限

1. 法規依據：健保法第 19 條，如下：

健保法第 19 條

第一類至第三類被保險人之投保金額，由主管機關擬訂分級表，報請行政院核定之。

前項投保金額分級表之下限與中央勞工主管機關公布之基本工資相同；基本工資調整時，該下限亦調整之。

投保金額分級表最高一級投保金額與最低一級投保金額應維持五倍以上之差距，該表並應自基本工資調整之次月調整之。適用最高一級投保金額之被保險人，其人數超過被保險人總人數之百分之三，並持續十二個月時，主管機關應自次月調整投保金額分級表，加高其等級。

2. 現況(摘自衛福部 1 月 12 日提供資料，附件三)

(1) 最高一級與最低一級之倍數：依 111 年 1 月 1 日生效之全民健康保險投保金額分級表，最低 1 級 25,250 元，最高 1 級 182,000 元，相距 7.2 倍。(符合法規，> 5 倍)

(2) 最高一級投保金額之被保險人占率：依 110 年 10 月之承保資料顯示，以最高一級投保金額之被保險人(99,395 人) 於全部被保險人(16,092,625 人)之占率為 0.62%。(符合法規，< 3%)

(三) 檢討旅外國人權利義務

健保法第 8 條及健保法施行細則第 37 條，如下：

健保法第 8 條

具有中華民國國籍，符合下列各款資格之一者，應參加本保險為保險對象：

一、最近二年內曾有參加本保險紀錄且在臺灣地區設有戶籍，或參加本保險前六個月繼續在臺灣地區設有戶籍。

二、參加本保險時已在臺灣地區設有戶籍之下列人員：

(一) 政府機關、公私立學校專任有給人員或公職人員。

- (二)公民營事業、機構之受僱者。
- (三)前二目被保險人以外有一定雇主之受僱者。
- (四)在臺灣地區出生之新生嬰兒。
- (五)因公派駐國外之政府機關人員與其配偶及子女。

曾有參加本保險紀錄而於本法中華民國一百年一月四日修正之條文施行前已出國者，於施行後一年內首次返國時，得於設籍後即參加本保險，不受前項第一款六個月之限制。

健保法施行細則第 37 條

保險對象具有下列情形之一，得辦理停保，由投保單位填具停保申報表一份送交保險人，並於失蹤或出國期間，暫時停止繳納保險費，保險人亦相對暫時停止保險給付：

- 一、失蹤未滿六個月者。
- 二、預定出國六個月以上者。但曾辦理出國停保，於返國復保後應屆滿三個月，始得再次辦理停保。

前項第一款情形，自失蹤當月起停保；前項第二款情形，自出國當月起停保，但未於出國前辦理者，自停保申報表寄達保險人當月起停保。

(四)強化政府財務責任

健保法第 3、17 條及健保法施行細則第 45 條，如下：

健保法第 3 條

政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之百分之三十六。

政府依法令規定應編列本保險相關預算之負擔不足每年度保險經費扣除法定收入後金額之百分之三十六部分，由主管機關編列預算撥補之。

健保法第 17 條

本保險保險經費於扣除其他法定收入後，由中央政府、投保單位及保險對象分擔之。

健保法施行細則第 45 條

本法第三條第一項所稱政府每年度負擔本保險之總經費如下：

- 一、政府為投保單位時，依本法第二十七條第一款第一目、第二目及第三十四條規定應負擔之保險費。
- 二、政府依本法第二十七條與其他法律規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。
- 三、受僱者育嬰留職停薪期間，政府補助原由雇主負擔之保險費。

(五)補充保險費制度改革

健保法第 31 條，如下：

健保法第 31 條

第一類至第四類及第六類保險對象有下列各類所得，應依規定之補充保險費率計收補充保險費，由扣費義務人於給付時扣取，並於給付日之次月底前向保險人繳納。但單次給付金額逾新臺幣一千萬元之部分及未達一定金額者，免予扣取：

- 一、所屬投保單位給付全年累計逾當月投保金額四倍部分之獎金。
- 二、非所屬投保單位給付之薪資所得。但第二類被保險人之薪資所得，不在此限。
- 三、執行業務收入。但依第二十條規定以執行業務所得為投保金額者之執行業務收入，不在此限。
- 四、股利所得。但已列入投保金額計算保險費部分，不在此限。

五、利息所得。

六、租金收入。

扣費義務人因故不及於規定期限內扣繳時，應先行墊繳。

第一項所稱一定金額、扣取與繳納補充保險費之方式及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。

決定：

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111年1月28日
發文字號：衛部保字第1111260058號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：「全民健保財務調整措施」擬議草案1份

主旨：檢送「全民健保財務調整措施」擬議草案1份，請貴會表示
意見，請查照。

說明：依據全民健康保險法第5條第1項第4款規定辦理。

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(含附件)



全民健保財務調整措施擬議草案

壹、111 年費率函報行政院重點摘要

有關貴會 110 年 11 月 19 日第 5 屆 110 年第 7 次委員會議審議，獲致兩案併陳之 111 年費率建議(甲案：維持 5.17%，乙案：5.22%~5.32%)，本部擬議如下：

- 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)，惟允諾一併推動改革，盡力達成 111 年不調整費率之目標，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。雖自同年 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：

- (一)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，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。
- (二)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分級表上限，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。
- (三)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。

貳、「全民健保財務調整措施」研擬規劃

一、近期可推動措施	挹注金額 (億元/年)	法制 作業
<p>配套措施 1：調整部分負擔</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 為負擔公平，提高成本意識並強化分級醫療與轉診，按不同比率、上限，以定額計收： ✓ 調整藥品分項金額(含慢性病連續處方箋調劑一併計收)。 ✓ 新增檢驗(查)分項計收部分負擔。 ■ 擴大醫學中心及區域醫院急診檢傷分類收費差距，維護急重症照護資源： ✓ 保障急重症民眾就醫權益，調降第 1、2 級部分負擔。 ✓ 避免輕症急診就醫，加重第 4、5 級部分負擔。 ✓ 按檢傷嚴重程度，增加急診收費分類級數。 	視方案 內容 而定	公告 修正
<p>配套措施 2：調高投保金額上限</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 以強化社會保險量能負擔、提升負擔公平為訴求，適度調升 5 級(182,000 元→219,500 元，調幅 4%~21%)： ✓ 近 12 年未調整，同期之基本工資已調升 11 次(調幅 46%)。 ✓ 受影響主要為高所得者，平衡貧富差距持續擴大之問題。 ■ 影響 13 萬餘人(含眷屬)，每人月增保險費 116~1,939 元。 	17	公告 修正
<p>配套措施 3：檢討旅外國人權利義務</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 停復保制度部分，多年來屢受社會各界質疑，另立法院、監察院及審計部亦多有關切，建議本部檢討相關制度。爰本部考量全體保險對象權利義務之公平性，回歸健保強制納保之原則，以齊一全體保險對象權利義務，提升公平性： ✓ 採取全面廢止停保制度方式，修正施行細則，刪除停保相關規定。 ✓ 未來國人出國(包括政府駐外人員、遠洋漁船船員等)不得辦理停保。 ■ 以近 5 年辦理停保人數推估，平均約 16 萬人/年。 	公平性 考量 為主	施行細則

一、近期可推動措施	挹注金額 (億元/年)	法制作業
<p>配套措施 4：強化政府財務責任</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 二代健保新增政府最低財務責任，惟因行政院協商後，105 年修正健保法施行細則，將政府額外福利補助納入計算；且函文解釋以保費分攤方式計算政府負擔，而非依總支出計算，致部分意見認為政府透過法規解釋逃避責任。 ■ 擬修正施行細則： <ul style="list-style-type: none"> ✓ 明定依健保法規定之政府負擔才納入計算，杜絕外界質疑政府將福利補助充作法定責任之問題，並避免各部會所提之健保費補助法案，本部基於健保財務健全表達反對意見之窘況。 ✓ 提升法規解釋層次，以明確條文規範政府責任以勞資政三方總保險費為計算 36% 之基礎，杜絕爭議。 ■ 全數由政府負擔，不涉個別民眾保險費增減。 	128	施行 細則

二、持續檢討之中長期改革	挹注金額 (億元/年)	法制作業
<p>配套措施 5：補充保險費制度改革</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 以強化量能負擔、提升負擔公平為訴求，以總所得精神改革補充保險費收繳制度，增加財源，並適度回應外界對改革期待。 ✓ 擴大費基至所得稅法十類總所得及財政部可掌握之海外所得。 ✓ 導入結算機制，解決拆單、避費之問題。 ✓ 整合一般與補充保險費，較低所得者之負擔可望減輕。 ■ 約影響 600 萬餘人，其中 8 成增加，2 成減少。 	視方案 內容 而定	健保法

參、費率 5.17%，111 年總額成長率 3.320%之財務估計

年度別	保險費率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	當年餘絀 (億元)	累計餘絀 (億元)	約當保險 給付支出 (月)
110年	5.17%	7,099	7,275	-176	916	1.51
111年	5.17%	7,206	7,528	-323	593	0.95
112年	5.17%	7,331	7,739	-407	185	0.29
113年	5.17%	7,445	8,032	-587	-402	-0.60
114年	5.17%	7,549	8,362	-813	-1,214	-1.74
115年	5.17%	7,645	8,682	-1,037	-2,251	-3.11

註：假設未推動前述調整措施。

製表日期：111.1.14

111 年使用者付費精神下的部分負擔改革方案(草案)

壹、法源依據：

全民健康保險法第 43 條：保險對象應自行負擔門診或急診費用之 20%，居家照護醫療費用之 5%。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其 30%、40% 及 50%。

貳、調整理念

為落實社會保險公平負擔之精神，且基於健保財源之有限性、醫療資源分配之適當性，藉由調整部分負擔落實使用者部分負擔之公平性，引導保險對象正確的就醫行為，使健保永續，以小幅提升，珍惜醫療資源、落實分級醫療、醫藥分業為主軸。針對急診部分負擔，以降低重症者負擔，增加輕症急診就醫負擔，讓大型醫院急診回歸急重症照護角色任務。

參、門(急)診調整方案

一、原則：

- (一) 訂定分項應自行負擔費用，採比率 10-20%以定額計收費用每增加 50 元，部分負擔增加 10 元或 5 元。
- (二) 保障弱勢，不增加民眾就醫經濟負擔。

二、措施：

- (一) 調整藥品部分負擔：鼓勵民眾至地區醫院及基層診所就醫及推動醫藥分業：

1. 調高區域醫院及醫學中心一般藥品部分負擔上限。
 2. 慢性病連續處方箋，第一次調劑同一般藥品規定；第二次以後於基層診所、地區醫院及藥局調劑免收。
- (二) 新增檢驗檢查部分負擔：鼓勵及推動分級醫療，按層級別、轉診及未經轉診訂定不同比率及上限。
- (三) 調整急診部分負擔：為使醫學中心及區域醫院之急診回歸急重症照護任務，按急診嚴重程度，調整檢傷分類收費級數，調降第 1-2 級部分負擔，加重第 4-5 級部分負擔。

三、預期效益

(一) 財務端：

1. 推估影響金額：約 121 億元。
2. 增加健保基金的安全準備：全民健保係實施醫療給付費用總額制度，每年由全民健康保險會協定次年度的總額金額，而該總額金額除包括給付予醫療院所的醫療費用外，也包括民眾自行負擔的部分負擔金額。當部分負擔金額增加時，健保給付的醫療費用相對地減少，而節省下來的錢，會滾入健保基金的安全準備，供以後年度使用，對健保的財務也有所助益。

(二) 民眾端：

1. 調整各項部分負擔，全年每人累計需增加部分負擔，「不受影響(含法定免部分負擔：重大傷病、分娩、山

地離島地區就醫及低收入戶等)」所占人數約 3 成，影響金額 200 元以下人數約占 3 成，合計約 6 成。

2. 引導就醫行為，穩定慢性疾病至基層診所就醫及社區藥局調劑。
3. 提高珍惜健保醫療資源意識，遵從醫囑服藥，加強檢查驗上傳及雲端查詢，減少重複用藥及檢查驗。

(三) 整體：

1. 減少就醫人數、就醫人次之醫療給付點數，相對而言，總額下的點值會有成長的空間。
2. 民眾改變不必要的就醫行為，目前全年每人平均門診就醫次數約 15 次，其中西醫門診就醫次數約 12 次，以 109 年西醫門診申報資料推估，每人每年減少 1 次就醫次數，平均醫療支付點數可節省約 378 億點；減少 3 次就醫次數，平均醫療支付點數可節省約 1,133 億點。

四、弱勢保障不受影響：

- (一) 現行相關規定，可免除或減免部分負擔對象不受影響(如重大傷病者、低收入戶、三歲以下兒童等)。
- (二) 訂有分項負擔上限：保障潛在經濟弱勢者(領慢性病連續處方箋病友)。
- (三) 推動健保愛心捐款專案，擴大保障弱勢對象。



111年使用者付費精神下 全民健康保險部分負擔改革方案

中央健康保險署
111年2月25日

1



部分負擔法源依據

● 全民健康保險法第43條

保險對象應自行負擔門診或急診費用之20%，居家照護醫療費用之5%。但不經轉診：

1. 地區醫院 → 應負擔 → 30%

2. 區域醫院 → 應負擔 → 40%

2. 醫學中心 → 應負擔 → 50%

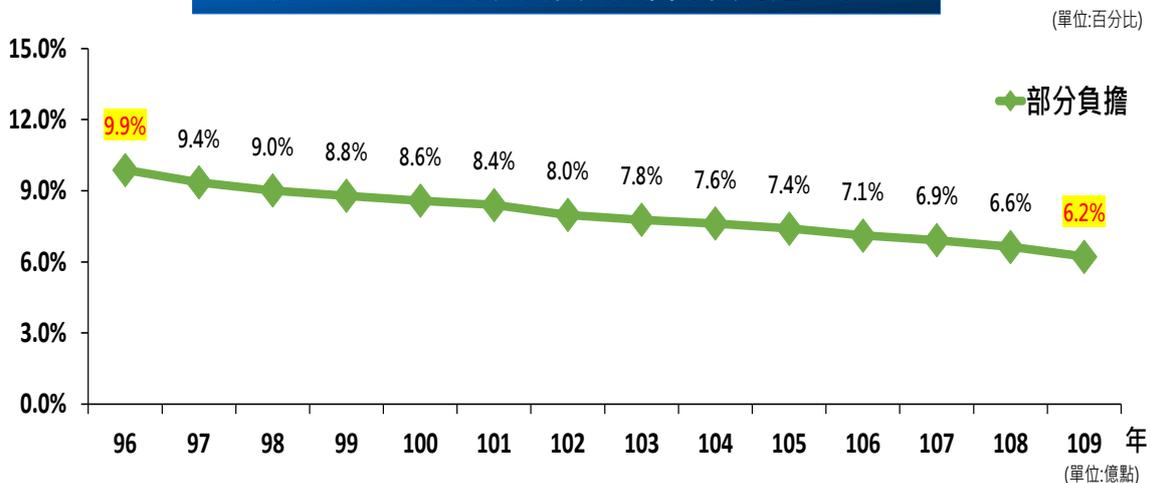
2



門診部分負擔費用占醫療費用之比率

□門診部分負擔費用占醫療費用之比率逐年遞減，低於健保法所定20%，亦低於急性病房住院部分負擔10%~30%

近14年門診部分負擔費用占醫療費用之比率

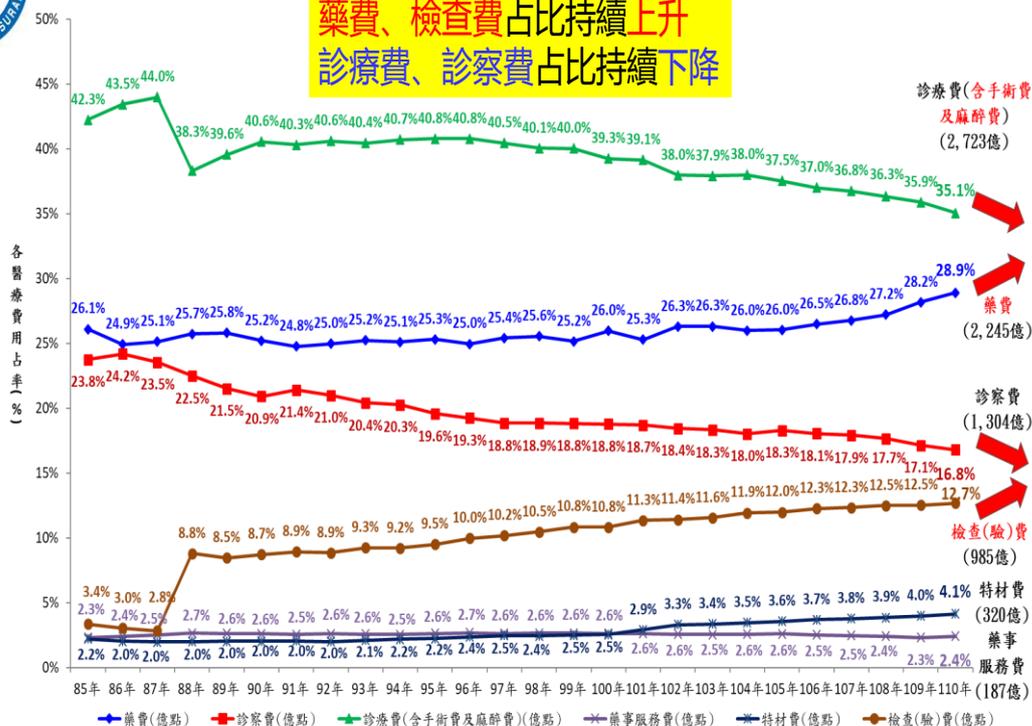


健保給付	2,802	2,971	3,149	3,251	3,445	3,562	3,774	3,941	4,036	4,242	4,536	4,781	5,041	5,094
部分負擔	307	307	312	313	324	327	327	332	333	339	347	355	358	338



歷年醫療分項費用(占率)

藥費、檢查費占比持續上升
診療費、診察費占比持續下降



註：診療費(不含檢查(驗)費)在住院案件包含病房費、管灌飲食費、放射線診療費、治療處置費、手術費、復健治療費、血液血漿費、血液透析費、麻醉費、精神科治療費、注射技術費與嬰兒費...等。



部分負擔調整理念

使用者付費、珍惜醫療資源、推動分級醫療、醫藥分業

法源依據：全民健康保險法第43條及其施行細則第61條。

- ▶ 提升民眾成本意識，訂定分項應自行負擔費用，採比率10-20%以定額計收
- ▶ 考量民眾負擔能力，訂定收取上限，降低就醫障礙
- ▶ 區隔【基層診所及地區醫院】與【區域醫院及醫學中心】負擔差距，推動分級醫療、落實醫藥分業
- ▶ 依醫療專業轉診急重症或穩定慢性病患至適當醫院就醫，落實轉診制度
- ▶ 使醫學中心及區域醫院回歸急重症照護任務
- ▶ 經濟弱勢(如低收入戶)及重大傷病不受影響
- ▶ 達醫療服務效率使健保效益極大化，提升效率和品質

調整門診藥品部分負擔
(含慢性病連續處方箋)

新增門診檢查(驗)部分負擔

調整急診部分負擔



部分負擔調整方案

原則

- ▶ 訂定分項應自行負擔費用，採比率10-20%以定額計收，費用每增加50元，部分負擔增加10元或5元
- ▶ 區隔【基層診所及地區醫院】與【區域醫院及醫學中心】負擔差距，推動分級醫療、落實醫藥分業
- ▶ 使醫學中心及區域醫院之急診回歸急重症照護任務

調整門診藥品部分負擔

- 調高區域醫院及醫學中心一般藥品部分負擔上限
- 慢性病連續處方箋，第一次調劑同一般藥品規定；第二以後於基層診所、地區醫院及藥局調劑免收

新增門診檢驗檢查部分負擔

- 按院所層級別、轉診及未經轉診訂定不同比率及上限

調整急診部分負擔

- 按急診嚴重程度，調整檢傷分類收費級數，調降第1-2級部分負擔，加重第4-5級部分負擔

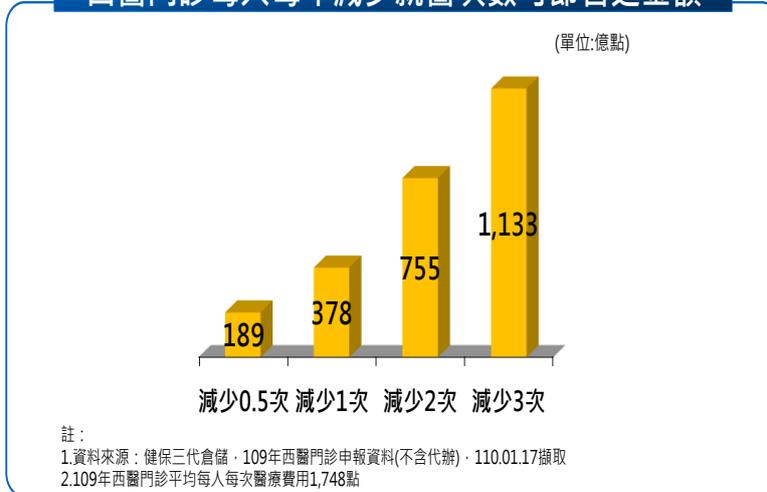
影響

- ▶ 預計影響金額：約121億元
- ▶ 調整各項部分負擔，全年每人累計需增加部分負擔，「不受影響(含法定免部分負擔：重大傷病、分娩山地離島地區就醫及低收入戶等)」所占人數約3成，影響金額200元以下人數約占3成，合計約6成



實施部分負擔改革方案的影響

西醫門診每人每年減少就醫次數可節省之金額



結論：因提高部分負擔，預期

1. 民眾：**改變不必要的醫療行為**，原預期增加部分負擔金額將有一定程度下降
2. 整體費用：**減少就醫人數、就醫人次之醫療給付點數**，相對而言，**總額下的點值會有成長的空間**
3. 健保給付的醫療費用相對地減少，而節省下來的錢，**會滾入健保基金的安全準備**，供以後年度使用，**對健保的財務也有所助益**

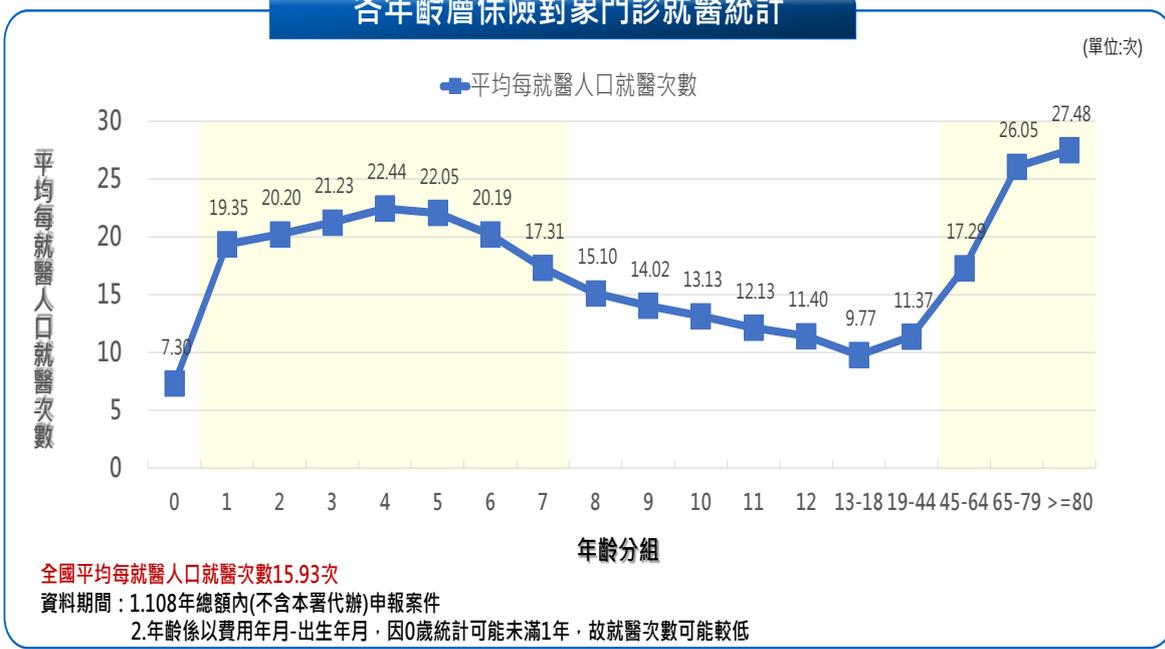
7



各年齡層保險對象就醫概況

□1-7歲及45歲以上保險對象之平均有就醫人口就醫次數高於全國平均

各年齡層保險對象門診就醫統計



8



弱勢保障不受影響

□依現行相關規定，可免除或減免部分負擔對象不受影響：

一、法定免部分負擔：重大傷病、分娩、山地離島地區就醫(健保法§48)

二、其他單位補助：

(一)低收入戶(健保法§49及其細則§63)

(二)無職榮民、榮民遺眷之家戶代表(健保法細則§63)

(三)三歲以下兒童

(四)警察消防海巡空勤軍人

(五)油症患者

(六)替代役役男

(七)列管結核病患至指定特約醫院就醫

(八)持有「全國醫療服務卡」愛滋感染者因愛滋病就醫等

(九)持有身心障礙證明者，不論層級就醫部分負擔50元

□訂有分項負擔上限：保障潛在經濟弱勢者(如領慢性病連續處方箋病友)

9



擴大保障弱勢對象

擴大推動健保愛心捐款專案
部分負擔政策施行時，弱勢民眾就醫協助

多元宣導愛心
捐款管道

擴增多元管道並強化與
捐款人連結

「公益勸募條例」

愛心捐款

- ✓ 新增部分負擔補助範圍及申請方式
- ✓ 輔導院所社工部門，媒介弱勢民眾申請

全民健康保險保險人處理
愛心捐款作業要點

10



擴增多元宣導愛心捐款管道-全球資訊網

• 主題專區



主題專區



關於健保署 健保服務 健保資料站 健保法令 重要政策 影音文宣 網路禮儀 健保表單下載

首頁 > 健保服務 > 投保與保費 > 弱勢協助 > 健保愛心專戶

健保愛心專戶

健保署接受社會各界愛心捐款，用以協助無法透過分期繳繳、纾困貸款、愛心轉介等欠費協助措施之弱勢民眾，繳納健保相關欠費。



健保愛心專戶補助成果

11

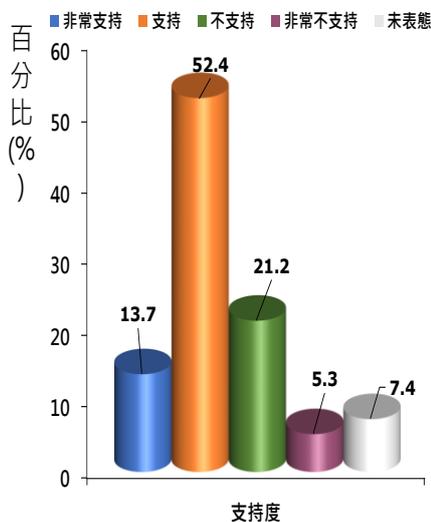


民意調查-部分負擔調整支持度

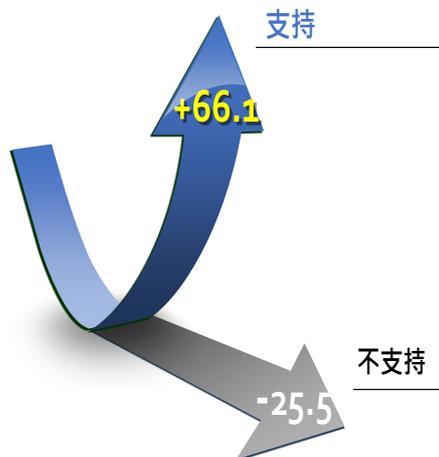
題目：若政府為提升成本意識及珍惜健保醫療資源，規劃按醫院層級調整藥品部分負擔收取方式、新增檢驗檢查部分負擔的費用，請問您是否支持這項政策？

民意調查結果

(N=2,226)



支持佔66.1%

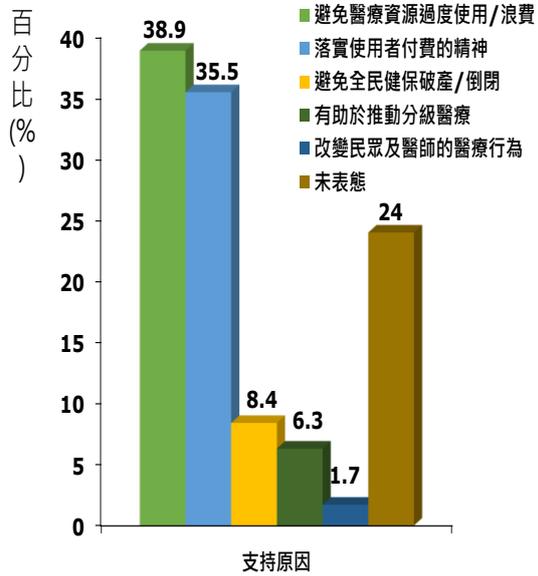


12



民意調查-部分負擔調整支持原因(複選)

支持原因



不支持者背景分析

性別： 女性高於男性

年齡： 70歲以上者

教育程度： 國小及以下

職業： 退休/無業/待業

平均月收入： 無收入

經濟收入較不穩定
醫療資源使用率高

13



報告完畢

14

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：吳修儀
聯絡電話：(02)85906666 分機：6731
傳真：(02)85906048
電子郵件：hgshirley@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1111260036號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：「檢討全民健康保險投保金額分級表上限」1份

主旨：檢送「檢討全民健康保險投保金額分級表上限」資料1份，
請貴會表示意見，請查照。
說明：依據全民健康保險法第5條第1項第4款規定辦理。

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(含附件)



檢討「全民健康保險投保金額分級表」上限

一、相關意見與法規：

(一)全民健康保險會(以下稱健保會)於 110 年 10 月 15 日召開之「全民健康保險 111 年度保險費率審議前意見諮詢會議」紀錄，諮詢委員與該會委員意見摘要，針對一般保險費曾提出「調高投保金額上限」之建議如下：從投保金額分級表來看，過去最低、最高月投保金額分別為 17,280 元及 182,000 元時，最高為最低一級的 10.5 倍；111 年最低一級月投保金額隨基本工資調整為 25,250 元後，兩者僅約 7.2 倍，宜考量調高最高等級之月投保金額，以維持公平性及量能負擔原則，同時亦能為健保開源。健保會於 110 年 11 月 19 日第 5 屆 110 年第 7 次委員會議審議 111 年度保險費率方案時，亦建請提供各項可能的財務微調措施及預估經費之資料，供費率核定參考；本部於函報行政院 111 年度保險費率案，業將調升投保金額上限列入財務配套措施。

(二)全民健康保險法(以下稱健保法)第 19 條第 1 項規定，第一類至第三類被保險人之投保金額，由主管機關擬訂分級表，報請行政院核定之。同條第 3 項規定，投保金額分級表最高一級投保金額與最低一級投保金額應維持 5 倍以上之差距，該表並應自基本工資調整之次月調整之。適用最高一級投保金額之被保險人，其人數超過被保險人總人數之 3%，並持續 12 個月時，主管機關應自次月調整投保金額分級表，加高其等級。

二、歷年調整情形：

(一)84 年健保開辦時基本工資上限為 53,000 元(參考日本依上限人數 3% 訂定)，依當時基本工資 14,010 元，上、下限倍數約為 3.8。於 91 年健保法修正前，上、下限各調整 3 次，每次調高 1 級。

(二)91 年 7 月 17 日健保法修正公布，增訂投保金額分級表最高一級與最低一級維持 5 倍以上之差距，分級表得以大幅調高：

1.91 年 8 月調高 8 級(上限 87,600 元)，上/下限 5.5 倍。

2.94 年 4 月調高 9 級(上限 131,700 元)，上/下限 8.3 倍。

3.99 年 4 月調高 9 級(上限 182,000 元)，上/下限 10.5 倍。

註：同一期間，基本工資只於 96 年 7 月 1 日調整過 1 次。

(三)自 99 年 4 月調整，上限不曾再調，基本工資已再調整 11 次。歷年上、下限調整情形詳如表 1。

表 1：投保金額上、下限歷年調整情形

日期	下限金額	上限		上下限倍數 (上限/下限)
		金額	調整級數	
84/3/1	14,010	53,000		3.8
85/7/1	14,880			3.6
86/7/1	15,360			3.5
87/1/1		55,400	1	3.6
87/7/1	15,840			3.5
88/12/1		57,800	1	3.6
90/7/1		60,800	1	3.8
91/8/1		87,600	8	5.5
94/4/1		131,700	9	8.3
96/8/1	17,280			7.6
99/4/1		182,000	9	10.5
100/1/1	17,880			10.2
101/1/1	18,780			9.7
102/7/1	19,047			9.6
103/7/1	19,273			9.4
104/7/1	20,008			9.1
106/1/1	21,009			8.7
107/1/1	22,000			8.3
108/1/1	23,100			7.9
109/1/1	23,800			7.6
110/1/1	24,000			7.6
111/1/1	25,250			7.2

*註：91年7月17日健保法修正公布，新增投保金額分級表最高一級與最低一級維持5倍以上之差距

三、現況與檢討

(一)健保法第 19 條規定應調上限之標準：

- 1.最高一級投保金額與最低一級投保金額之倍數：依 111 年 1 月 1 日生效之全民健康保險投保金額分級表顯示，最低 1 級 25,250 元，最高 1 級 182,000 元，相距 7.2 倍。
- 2.最高一級投保金額之被保險人占率：依 110 年 10 月之承保資料顯示，以最高一級投保金額之被保險人(99,395 人) 於全部被保險人(16,092,625 人)之占率為 0.62%。

(二)全民健保為社會保險，對於不同所得者，收取不同保險費，以符量能負擔之公平性及照顧低所得者之互助性，目前投保金額分級表上限，雖未達健保法第 19 條規定應調高之標準，惟基於以下理由，仍應考量適度修正：

1.長期未調整致與下限漸趨近，弱化量能負擔精神

自 99 年調升分級表上限至 182,000 元，迄今已有 11 年未再調整，最高一級投保金額與最低一級投保金額倍數自 10.5 倍每年遞減至 7.2 倍。

- (1)依 99 年至 111 年基本工資調漲幅度 46%(共調 11 次)，對應 111 年上限調整為 265,943 元，投保等級應至少調高 10 級(如表 2-1)。

表 2-1：投保上限調整等級估算(依基本工資調幅)

年份	99	111	調整幅度 (調整級數)
基本工資	17,280	25,250	46%
上限	182,000	263,000	10 級

- (2)依 99 年上下限倍數差距 10.5 倍，對應 111 年上限調整為

265,943 元，投保等級應至少調高 10 級(如表 2-2)。

表 2-2：投保上限調整等級估算(依對應上、下限倍數)

年份	99	111
基本工資	17,280	25,250
上限	182,000	263,000
上下限倍數 (調整級數)	10.5	10 級

2.應適當反映經常性薪資之成長

一般投保金額是以每月經常性薪資所得為計費基礎，依主計總處之統計資料顯示，99 年至 109 年之每月經常性薪資所得成長率 17%(36,233 元至 42,394 元)，以此為基礎，111 年上限調整為 212,940 元，投保等級應調高 5 級(219,500 元)。

3.回應貧富差距持續擴大之問題

依主計總處日前公布 109 年國民所得統計，可支配所得按戶數五等分位組，最高所得組與最低所得組之差距倍數擴大至 6.13 倍(2,176,394 元/354,959 元)，不僅連續多年上揚，更創 8 年以來最大，顯示貧富差距持續擴大中。基於社會保險量能負擔精神，避免國人貧富不均加劇健康不平等之情形，高達 11 年未調整之投保金額上限，應適度調整，並考量進一步擴大健保高/低負擔之倍數，以符高所得者多負擔之社會期待。

四、可行方案之擬議

(一)以既有分級表組別為基礎(如表 3)：

表 3：全民健康保險投保金額分級表(111 年 1 月 1 日生效)

組別 級距	投保 等級	月投保金額 (元)	實際薪資月額 (元)	組別 級距	投保 等級	月投保金額 (元)	實際薪資月額 (元)
第一組 級距1200元	1	25,250	25,250以下	第六組 級距3700元	25	76,500	72,801-76,500
	2	26,400	25,251-26,400		26	80,200	76,501-80,200
	3	27,600	26,401-27,600		27	83,900	80,201-83,900
	4	28,800	27,601-28,800		28	87,600	83,901-87,600
第二組 級距1500元	5	30,300	28,801-30,300	第七組 級距4500元	29	92,100	87,601-92,100
	6	31,800	30,301-31,800		30	96,600	92,101-96,600
	7	33,300	31,801-33,300		31	101,100	96,601-101,100
	8	34,800	33,301-34,800		32	105,600	101,101-105,600
	9	36,300	34,801-36,300		33	110,100	105,601-110,100
第三組 級距1900元	10	38,200	36,301-38,200	第八組 級距5400元	34	115,500	110,101-115,500
	11	40,100	38,201-40,100		35	120,900	115,501-120,900
	12	42,000	40,101-42,000		36	126,300	120,901-126,300
	13	43,900	42,001-43,900		37	131,700	126,301-131,700
	14	45,800	43,901-45,800		38	137,100	131,701-137,100
第四組 級距2400元	15	48,200	45,801-48,200	第九組 級距6400元	39	142,500	137,101-142,500
	16	50,600	48,201-50,600		40	147,900	142,501-147,900
	17	53,000	50,601-53,000		41	150,000	147,901-150,000
	18	55,400	53,001-55,400		42	156,400	150,001-156,400
	19	57,800	55,401-57,800		43	162,800	156,401-162,800
第五組 級距3000元	20	60,800	57,801-60,800	第九組 級距6400元	44	169,200	162,801-169,200
	21	63,800	60,801-63,800		45	175,600	169,201-175,600
	22	66,800	63,801-66,800		46	182,000	175,601以上
	23	69,800	66,801-69,800				
	24	72,800	69,801-72,800				

將投保金額分級表往上增列一組(共 5 級)或二組(共 10 級)；若調高 5 級，上限為 219,500 元，上、下限倍數將由 7.2 倍調整為 8.7 倍；若調高 10 級，上限為 263,000 元，上、下限倍數將由 7.2 倍調整為 10.4 倍。調整後分級表如表 4。

表 4：投保金額上限調整後分級表(節錄)

組別 級距	投保 等級	月投保金額(元)	實際薪資月額(元)
第一組 級距 1,200 元	1	25,250	25,250 以下
⋮	⋮	⋮	⋮
第九組 級距 6,400 元	46	182,000	175,601-182,000
第十組 級距 7,500 元	47	189,500	182,001-189,500
	48	197,000	189,501-197,000
	49	204,500	197,001-204,500

	50	212,000	204,501-212,000
	51	219,500	212,001-219,500
第十一組 級距 8,700 元	52	228,200	219,501-228,200
	53	236,900	228,201-236,900
	54	245,600	236,901-245,600
	55	254,300	245,601-254,300
	56	263,000	254,301-263,000

(二)財務影響：

投保金額分級表上限，增列一組(共 5 級)、增列二組(共 10 級)，
每年分別可增加保險收入 17.2 億元、30.8 億元。

六、優先報告事項

報告單位：中央健康保險署

案由：「110年第4季全民健康保險業務執行季報告」，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：

- 一、依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 111 年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月提供，但口頭報告改採季(每年 2、5、8、11 月)報方式辦理，本次進行口頭報告。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。
- 二、參照 106 年 10 月 27 日委員會議之委員建議，健保署業務執行季報告之口頭報告，有其重要性，爰列為優先項目提前報告。

決定：

討論事項

提案人：李委員麗珍、干委員文男、何委員語、吳委員鴻來、李委員永振、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、劉委員國隆、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：

- 一、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。
- 二、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：

報告事項

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
<p>1 高風險疾病口腔照護(4.05 億元) (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110 年 12 月底前，提出具體規劃內容，並提健保會報告</p>	<p>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。</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>
<p>2 提升假日就醫可近性(1.471 億元) (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110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提健保</p>	<p>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。</p> <p>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：</p> <p>(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。</p> <p>(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。</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>

協定事項	辦理情形												
<p>會報告</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="683 846 1425 1041"> <thead> <tr> <th></th> <th>108年</th> <th>109年</th> <th>110年(1-6月)</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月)	週六	6,127	6,104	5,771	週日	1,307	1,130	898
	108年	109年	110年(1-6月)										
週六	6,127	6,104	5,771										
週日	1,307	1,130	898										
<p>3 高齲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，並提健保會報告</p>	<p>一、「高齲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「高齲齒率患者氟化物治療」(500 點)，主要係針對高齲齒率病人(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)，提供高齲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 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) ※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 照護機構中醫醫療照護方案(0.28億元) (專款新增項目) ※協定事項：會同中醫門診總額相關團體，於110年12月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，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下列事項：
 - (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)。

三、本會依健保署 1 月 19 日回復之補充說明，彙整協定事項、該署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
<p>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</p>	<p>1.請補充「醫療利用與管控措施」</p> <p>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求(含執行目標與評估指標、醫療利用與管控措施等)</p>	<p>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(下稱牙全會)研訂各項醫療利用監控與管控措施。</p> <p>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。</p> <p>----- 本會研析意見： 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。 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</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
			施，以符協定事項之要求，並於 111 年 7 月提供初步執行結果。
2	<p>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) ※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(下稱中全會)研訂各項醫療利用監控與管控措施。</p> <p>-----</p> <p>本會研析意見： 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>
3	<p>照護機構中醫醫療照護方案(0.28 億元) (專款新增項目) ※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</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> <ol style="list-style-type: none"> 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，以控制醫療費用支出。 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。 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。

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>4.本署將定期檢討並監控計畫執行情形，並配合中全會研訂本計畫各項醫療利用管控措施。</p> <p>-----</p> <p>本會研析意見： 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>

決定：

附錄

個別委員關切事項之健保署答覆

委員意見	健保署說明
<p>朱委員益宏(議事錄 p.13)</p> <p>三、這表示 106 年推動分級醫療政策是完全沒有效果的，雖然件數減少，健保署這邊回復件數都達標，但是這裡面有一點弔詭的是，符合分級減量的件數有達標，還有整體件數有達標嗎？整體的件數沒有達標也沒有降下來，這裡面有很多細節我不再贅述，但也拜託健保署跟衛福部針對分級醫療政策，尤其疫情過了後，一些醫療服務的反彈，這時候一定要有作為趕快進來，上次開會有提到，李署長伯璋有回復說衛福部陳部長時中有一些措施在 1 月 19 日選舉完後就會處理，但我不知道社保司這邊有無補充，馬上要過年了，過完年開會就 2 月底，這件事是非常急迫的。</p>	<p>本署積極推動分級醫療相關措施，本次會議再次提報加強推動方向，將併委員意見儘速研議。</p>
<p>劉委員淑瓊(議事錄 p.19-20)</p> <p>一、針對會議資料第 26 頁項次 1，關於自付差額特材執行概況 1 案，肯定健保署委託藥品查驗中心來做給付效益的評估，目前只看到摘要，請健保署提供完整效益評估報告，以利於委員瞭解塗藥支架納入全額給付的問題全貌。</p>	<p>有關110年度本署委請財團法人醫藥品查驗中心(CDE)辦理「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」，共進行藥品8大類、7個藥品治療適應症及特材2大類之評估案，其中「冠狀動脈血管支架之再評估案」請財團法人醫藥品查驗中心(CDE)摘要成果報告之簡報如附件(第78~82頁)。</p>

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振(議事錄 p.20-21)</p> <p>二、第 2 點，會議資料第 17 頁提到 111 年的保險費率還是維持 5.17%，剛才周執行秘書有報告，健保財務面也有微調措施，健保署有做了一些剖析，但我對於這些剖析有些不解。因為經過所列配套方案的實施，說可以使 111 年底安全準備提升 0.12 個月的保險給付支出，如果用 111 年度總額核定結果來看，每月保險給付約 624 億元，那麼 0.12 個月大概增加 74.9 億元，相當 75 億元。我記得在審議 111 年度保險費率時，健保署推估 110 年底應該會短絀 261 億元，但從這個月的業務執行報告出來之後，實際的虧損是 176 億元，所以 261 億元跟 176 億元之間相差 85 億元，也就是說少虧損了 85 億元，意謂可以省下 85 億元挹注到安全準備裡面去。我那邊就省 85 億元了，你結果努力半天使得安全準備只增加 75 億元，那你做這些措施是不是白做了？兩者之間這樣差多少？差 10 億元。這是怎麼算出來的，我不懂，是不是可以再說明是如何計算，因為我算來算去，做這些白工等於虧更多。</p>	<p>一、截至110年12月底，自編決算保險收支累計結餘916億元，約當保險給付支出1.51個月，未來將配合行政院及審計部查核修正110年保險收支決算數。</p> <p>二、110年自編決算數保險收支短絀176億元，與依全民健康保險111年度保險費率審議方案，原預估110年保險收支短絀261億元相比，短絀數減少85億元。</p> <p>三、至於衛生福利部與本署研擬之「全民健保財務調整措施」，預估可望將111年底安全準備提升至0.8~1.03個月保險給付支出，係以110年11月19日提請貴會審議之「全民健康保險111年度保險費率方案(草案)」之預估資料為基礎進行估算，未包含上開110年度自編決算數與預估數之差異85億元。</p>
<p>胡委員峰賓(議事錄 p.51)</p> <p>請參閱會議資料第 34 頁，醫院專款項目「住院整合照護服務試辦計畫」全年經費 3 億元，在此就法律及財務部分表示</p>	<p>一、貴會110年10月29日陳報「協定111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，其中醫院總額部門「住院整合照護服務試辦</p>

委員意見	健保署說明
<p>意見。就法律部分，依健保法第 40 條規定，保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，重點是法律規定，健保給付的是醫療服務，但看護部分就不是醫療服務，若就看護部分提供健保給付，有違反健保法第 40 條的問題。至於財務部分，本次試辦是 3 億元，但若就全台灣急性病床數及占床率推估，把 30%~50% 納入試辦，那經費就要 40~80 億元左右，現在只是試辦，如果真的要全面落實推動，健保財務恐怕難以負擔，我們知道國人每年住院人數非常多，平均住院 9.29 天，看護費很貴，每日約 2,400~3,000 元，民眾難以負擔，但這應該是政府想辦法提供社會福利補助，而不是讓健保來支付這部分的費用，尤其是依健保法第 40 條明文規定只限於保險醫療服務，它不是包山包海的。</p>	<p>計畫」，由付費者代表及醫界代表達成共識，編列經費3億元。</p> <p>二、本案業經衛生福利部核定在案，本署將配合衛生福利部公告與護理及健康照護司規劃辦理。</p>

冠狀動脈血管支架再評估作業

1.我國冠狀動脈血管支架之健保申報情形

—冠狀動脈血管支架健保給付情形

支架類型	給付方式	支付點數
傳統支架(裸金屬支架, BMS)	全額給付	14,099
塗藥支架(DES)	差額給付	14,099

— 資料分析：2011至2018年健保資料庫中申報冠狀動脈血管支架者。

- 申報醫令量
- 申報醫令金額

1.我國冠狀動脈血管支架之健保申報情形

• 我國冠狀動脈血管支架歷年健保申報情形

- 申報醫令數量、醫令點數皆逐年增加
- 塗藥支架比例逐年增加，2018年達65%
- 男性、60-69歲、台北業務組、醫學中心及區域醫院申報人數居多



2.放置冠狀動脈血管支架病人之結果與醫療利用分析

- 研究世代：2014年首次放置冠狀動脈血管支架者
- 納入條件：2014年放置冠狀動脈血管支架者(住院檔)。
- 排除條件：同時放置傳統及塗藥支架、2000-2013年間曾放置支架、未成年、性別不詳、無承保紀錄。
- 資料來源：全民健保檔(住院、門診、藥局、承保、醫療院所評鑑等級檔)、多重死因檔。
- 療效結果分析
 - 依變項：全死因死亡率(主要)；心肌梗塞率(次要)。
 - 追蹤時間：首次放置支架時間~最後追蹤日(發生事件或2017年12月31日)。
 - 控制變項:使用支架數目、人口學變項(性別、年齡、就醫地區)、就醫醫院特性(特約類別)、病人投保狀況(投保身分、投保屬性、投保金額)、過去病史及危險因子(糖尿病、高血脂、高血壓、心肌梗塞.....)、放置支架前/後抗凝血藥物治療(Aspirin、Clopidogrel、Ticlopidine、Ticagrelor)
 - 分析模型：Cox 等比風險迴歸模型
- 醫療資源利用分析
 - 依變項：住院、急診、門診/藥局、總醫療費用
 - 控制變項：同療效結果分析控制變項
 - 分析模型：線性迴歸模型

2. 放置冠狀動脈血管支架病人之結果與醫療利用分析

2014年首次放置冠狀動脈血管支架者之全死因及心肌梗塞率之平均觀察時間及發生事件人數分布情形。

療效指標	傳統支架 (N=10,706)		塗藥支架 (N=11,909)		P值
	n	%	n	%	
死亡 (全死因)					
觀察期間 (月)	33.47±15.23		38.52±10.31		<0.001
無	7,526	70.3%	10,286	86.4%	<0.001
有	3,180	29.7%	1,623	13.6%	
心肌梗塞					
觀察期間 (月)	20.75±19.54		28.45±18.65		<0.001
無	5,987	55.9%	8,259	69.4%	<0.001
有	4,719	44.1%	3,650	30.6%	

2. 放置冠狀動脈血管支架病人之結果與醫療利用分析

• 療效結果分析

- 2014年首次放置冠狀動脈血管支架者之全死因死亡風險及心肌梗塞風險分析結果。

變項	單變項			多變項*		
	HR	(95% CI)	P值	HR	(95%CI)	P值
死亡風險						
傳統支架	1.00	--		1.00	--	
塗藥支架	0.41	(0.39, 0.44)	<0.001	0.69	(0.65, 0.74)	<0.001
心肌梗塞風險						
傳統支架	1.00	--		1.00	--	
塗藥支架	0.62	(0.59, 0.64)	<0.001	0.72	(0.69, 0.76)	<0.001

*多變項Cox等比風險迴歸模型(multivariable Cox proportional hazards regression model) · 以逐步選擇方式(stepwise)挑選干擾因子並進行控制(使用支架數、人口學變項、醫院特性、保險狀況、過去病史及危險因子、藥物治療)。

2. 放置冠狀動脈血管支架病人之結果與醫療利用分析

- 醫療資源利用
 - 多變項線性迴歸模型分析結果

費用類別	變項	迴歸係數	標準誤	P值
手術當次住院費用	截距	277,620	22,177	<0.001
	傳統支架	參考組	--	--
	塗藥支架	-7,458	2,338	0.0014
手術後追蹤兩年總費用(不含手術當次)	截距	185,915	83,814	0.0265
	傳統支架	參考組	--	--
	塗藥支架	-48,447	5,650	<0.001
追蹤兩年總費用	截距	197,745	59,149	0.0008
	傳統支架	參考組	--	--
	塗藥支架	-58,050	6,231	<0.001

*多變項線性迴歸模型(multivariable linear regression model)：調整單變項分析時顯著之干擾因子(使用支架數、人口學變項、醫院特性、保險狀況、過去病史及危險因子、藥物治療)。

討論及建議

結論及限制

■ 結論：

- 1) 冠狀動脈血管支架之使用量逐年增加，且塗藥支架之比例逐年升高
- 2) 相較於傳統支架，塗藥冠狀動脈血管支架統計上顯著降低死亡(31%)與心肌梗塞(28%)風險
- 3) 塗藥支架組病人的醫療資源耗用情形皆統計上顯著低於傳統支架組

■ 研究限制：

上述結果可能受限於健保資料庫的申報資料所能提供之訊息，研究結果可能會受到其他無法調整之干擾因子，如身高、體重、是否為特殊族群 (如：STEMI、血管阻塞程度及位置等) 與麻醉危險分級、健康意識、經濟條件、健康狀態、病灶特性.....等的影響，故於解讀結果時應謹慎。

Thank you for your attention

111 年度健保醫療費用總額核定結果

健保會 111.1

衛福部於 111 年 1 月 12 日核定健保會所陳報之 111 年度健保總額及其分配之協商結果。依核(決)定結果，111 年度健保總額突破 8 千億元，全年經費約 8,095.62 億元，相較於 110 年度核定總額的成長率為 3.320%，約增加 260 億元。其中，健保會達成協商共識之牙醫門診、中醫門診總額，同意依共識結果辦理；對於未達共識、兩案併陳的醫院及西醫基層總額則由衛福部依法裁決；至於其他預算，則配合醫院及西醫基層總額修正相關項目名稱，其餘照健保會協定結果辦理。111 年度總額之核定結果如下表：

111 年度總額之核定結果

111 年度醫療費用	醫院總額	西醫基層總額	牙醫門診總額	中醫門診總額	其他預算	年度總額
金額 (億元)	5,591.29	1,546.44	495.18	296.91	165.79	8,095.62
成長率/ 增加金額	3.504%	2.744%	2.756%	4.208%	增加 4.26 億元	3.320%

上開核定結果提至健保會 1 月份委員會議(111.1.21)報告，主要內容說明如下：

對於醫院及西醫基層總額核定事項，衛福部除參採付費者與醫界代表建議方案外，也併同考量政策推動事項及民眾醫療需求，例如：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，特別新增「精神科長效針劑」專款，於醫院總額編列 26.64 億元(其中 12.41 億元由一般服務移列)、西醫基層總額編列 1 億元(其中 0.11 億元由一般服務移列)。

在醫院總額部分，核定內容主要為持續引進新醫療科技及放寬藥品與特材給付規定，編列 30 億元及 6.5 億元；為持續落實分級醫療，編列壯大社區醫院 10 億元，及區域級(含)以上醫院提升重症照護費用 20 億元，這兩項經費之用途除保障特定服務項目採固定點值外，另為提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付加成；為推動「健保總額中長期改革計畫」，同意於專款項目編列「住院整合照護服務試辦計畫」，及在「醫療給付改善方案」專款新增「精神科出院病人出院後急性後期照護服務」，以提升住院照護品質、減輕護理師與家

屬負擔，及強化精神社區照護體系、使病人回歸社區。此外，也同意編列「鼓勵 RCC(呼吸照護中心)、RCW(呼吸照護病房)病人脫離呼吸器、簽屬 DNR(不施予心肺復甦術)及安寧療護計畫」專款，以提升臨終照護品質。

在西醫基層總額部分，核定內容主要為持續引進新醫療科技及放寬藥品與特材給付規定，編列 3 億元及 3.67 億元；為持續落實分級醫療，新增促進醫療資源支付合理項目，編列 1.26 億元。並同意於專款項目編列「家庭醫師整合性照護計畫」及「強化基層照護能力及開放表別項目」預算；另為推動「健保總額中長期改革計畫」，同意新增「代謝症候群防治計畫」，讓慢性病前期患者透過健康管理照護模式，預防及減少罹患慢性病；此外也同意編列「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬計畫」，加強心肺復健照護及提升品質。

牙醫門診總額及中醫門診總額，同意依健保會協商共識辦理，另其他預算僅修正項目名稱。依協商共識結果，牙醫門診總額增加之預算，主要用於促進口腔健康之預防性處置，包含加強高風險疾病之口腔照護(增加牙結石清除頻率)、高齲齒病患牙齒保存改善服務(塗氟)、提升假日就醫可近性，及試辦 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫。中醫門診總額增加之預算，主要用於提升民眾於疾病黃金治療期針灸及傷科照護、反映中醫醫療服務需求增加，及試辦照護機構中醫醫療照護方案。其他預算增加之預算，主要配合政策推動，用於加強居家醫療照護與精神疾病社區復健治療、擴大辦理遠距醫療服務、提升院所智慧化資訊機制及保險服務成效所需成本。

健保會委員對於 111 年度總額的核定結果多表示尊重，也提供諸多寶貴意見，並要求後續執行時能落實核定事項、提升醫療服務效率。此外，也希望健保能加強開源節流，以利保險財務平衡及健保永續，使國人能享有更完善的健保制度。

健保會對「111 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」之討論結果

健保會111.2

為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，依健保法第 72 條規定，健保署每年均研擬抑制資源不當耗用之改善方案(下稱改善方案)提健保會討論後，報主管機關核定。據此，111 年度改善方案(草案)經提健保會 1 月份委員會議(111.1.21)討論，會中委員提供諸多寶貴建議，決議請健保署參考研修後，依法定程序陳報衛福部核定，期能透過該改善方案的執行，讓健保資源更加有效使用。

健保署所擬的 111 年度改善方案主要延續 110 年內容，委員於會前即關切近 5 年來改善方案各項管控項目執行情形，健保署說明 105~107 年改善方案係以保險對象、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指標，自 108 年起重整為：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 項管控項目衡量成效，乃提供 108~110 年管控項目之執行情形供委員討論參考。

本會依健保署提供資料，整理近 3 年管控項目之執行情形(如附表)。委員針對 110 年未達執行目標之管控項目，包含：死亡前安寧利用率、呼吸器依賴病人安寧利用率，建議應分析原因及提出改善策略；委員也關心目前提供的安寧療護服務趕不上民眾需求，尤其居家安寧療護之發展相較於醫院安寧療護緩慢，是否與其支付制度鼓勵誘因不足有關，故建議該署應提出鼓勵居家安寧療護發展之策略。

有關健保署因疫情而暫緩追蹤與分級醫療有關之 3 項管控項目，包含：基層與地區醫院門診占整體件數之占率、區域級以上醫院下轉及回轉情形，委員考量其係為導正正確就醫觀念與行為及推動分級醫療之相關項目，呈現數據有助瞭解疫情期間醫療利用的變化，可供未來擬訂因應策略參考，爰應持續追蹤，且應趁疫情期間精進作為；另建議增加管控項目，例如：急診病人使用麻醉藥物止痛就醫次數、地區醫院在醫院總額之合理占率、大型醫院門診占整體醫療費用比率等與醫療利用有關的項目。

另委員也提出對於改善方案各項策略應明列具體、可量化之管控項目與目標值，其目標值須具有方向性(正向或負向)，且應就執行值已優於目標值甚多之項目(例如：全藥類藥品重複用藥日數下降率)，逐年滾動檢討目標值之合理性；並建議健保署回歸訂定改善方案之目的，提出預期效益，例如實施後可節省之費

用，以供總額協商時參考。為利完整呈現年度執行結果，委員也請健保署定期於第 2 季的業務執行報告，提出前 1 年度之執行結果，且應依據執行結果檢討未達標之原因，並依之擬具改善策略，作為次年度擬訂方案之參考。

對於委員所提寶貴意見，健保署表示會依決議配合修正改善方案內容。委員也期許健保署能持續精進，並逐年檢討執行成效，促使有限的醫療資源得以發揮最大效益。

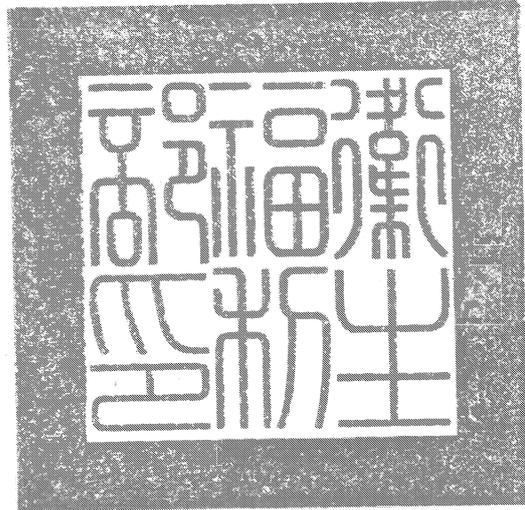
附表

(V：達標、X：未達標、◎：暫緩追蹤)

構面	策略	管控項目	年度		
			108	109	110
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	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	X	X	V
		3.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	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	V	◎	◎
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	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)	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	
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	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	V	V	V
		12.西醫門診年復健次數>180 次異常件數零成長	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

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國111年1月26日
發文字號：衛部健字第1113360011號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)



主旨：公告111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

依據：「全民健康保險法」第61條暨111年1月6日衛部保字第1100153541號函、111年1月12日衛部保字第1101260374號函。

公告事項：

一、111年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配，核定結果如下：

(一)整體醫療給付費用總額約8,095.62億元，較其110年度核定總額成長3.320%。

(二)四部門醫療給付費用總額相關分配(含地區預算)與其他預

算如下：

- 1、牙醫門診醫療給付費用總額約49,518.3百萬元，較其110年度核定總額成長2.756%，其中一般服務成長率為1.843%，專款項目全年經費為1,738.8百萬元(附件一)。
- 2、中醫門診醫療給付費用總額約29,690.7百萬元，較其110年度核定總額成長4.208%，其中一般服務成長率為4.176%，專款項目全年經費為979.8百萬元(附件二)。
- 3、西醫基層醫療給付費用總額約154,644.1百萬元，較其110年度核定總額成長2.744%，其中一般服務成長率為1.831%，專款項目全年經費為7,930.1百萬元，門診透析服務成長率為4.689%(附件三)。
- 4、醫院醫療給付費用總額約559,129.2百萬元，較其110年度核定總額成長3.504%，其中一般服務成長率為3.049%，專款項目全年經費為34,538.7百萬元，門診透析服務成長率為2.015%(附件四)。
- 5、其他預算額度為16,579.2百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、111年度全民健康保險醫療給付費用總額之計算公式如下：

- (一) 111年度全民健保醫療給付費用總額 = [110年度部門別醫療給付費用 × (1 + 111年度部門別醫療給付費用成長率)] 之合計 + 111年度其他預算醫療給付費用

(二)111年度全民健保醫療給付費用總額成長率=(111年度核定之全民健保醫療給付費用總額-110年度核定之全民健保醫療給付費用總額)/110年度核定之全民健保醫療給付費用總額

註：

- 1、部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。
- 2、西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

部長陳時中



111 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

111 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 110 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+111 年度一般服務成長率)+111 年度專款項目經費

註：校正後 110 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 110 年第 2 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

二、總額協商結論：

(一)一般服務成長率為 1.843%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 0.270%，協商因素成長率 1.573%。

(二)專款項目全年經費為 1,738.8 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，111 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 2.756%。各細項成長率及金額，如表 1。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.地區預算：

(1)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(2)分配方式：

①自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品

質保證保留款額度 1.164 億元)移撥 12.324 億元，作為特定用途移撥款，用於牙醫門診總額之「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「特殊醫療服務計畫」、「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」及「牙周病統合治療方案」等 5 項特定用途，移撥經費若有剩餘，優先用於「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

②扣除上開移撥費用後，預算 100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

(3)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全民健康保險會備查。

(4)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，送全民健康保險會同意後執行。

2.高風險疾病口腔照護(0.863%)：

(1)執行目標：111 年服務高風險疾病患者 270,000 人。

預期效益之評估指標：高風險患者利用全口牙結石清除之比率，111~113 年分別為 40%、45%、50%。

(2)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，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依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

③檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

3.提升假日就醫可近性(0.314%)：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，辦理下列事項：

(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，並訂定相關「執行目標」及「預期效益之評估指標」，如下：

執行目標：

①111年提升假日就醫之急症處置服務人次：

A.牙醫急症處置 92093B：服務 17,435 人次。

B.週六、週日及國定假日牙醫門診急症處置 92094C：服務 412,089 人次。

C.牙齒外傷急症處理 92096C：服務 915 人次。

②全國假日提供看診服務之院所數較 108 年增加 60 家。

預期效益之評估指標：接受治療者，其整體就醫滿意度提升。

(2)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。

4.其他醫療服務利用及密集度之改變(0.443%)。

5.109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款(-0.024%)：

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，加強牙醫院所感染管制品質之查核與輔導，並提高實地訪查之抽查比率，儘速達成 100%院所符合加強感染管制之標準。

(2)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，並納入 112 年度總額協商之參據。

6.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.023%)：

(1)為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。

(2)本項不列入 112 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 1,738.8 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：全年經費 280 百萬元，持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

2.牙醫特殊醫療服務計畫：

(1)全年經費 672.1 百萬元。

(2)辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者(含社區醫療網)、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。

3.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫：

(1)全年經費 12 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續監測執行結果，以評估照護成效。

4.0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫：

(1)全年經費 60 百萬元，本項經費不應支付預防保健相關服務。

(2)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，檢討計畫內容，並監測執行結果及評估照護成效。

5.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫：

(1)全年經費 271.5 百萬元。

(2)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%。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體研訂具體實施方案，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。

6.高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫：

(1)全年經費 184 百萬元。

(2)執行目標：111 年服務高齲齒病患(曾接受過複合體填補處置) 92,000 人。

預期效益之評估指標：高齲齒病患利用塗氟(完整塗氟 4 次)之比率，111~113 年分別為 30%、35%、40%。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體，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。

②檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

7.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 168 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、提升牙醫院所參與率、檢驗(查)結果上傳率及門診雲端藥歷查詢率，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。

8.品質保證保留款：

- (1)全年經費 91.2 百萬元。
- (2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 111 年度品質保證保留款(91.2 百萬元)合併運用(計 207.6 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，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。

表 1 111 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	0.270%	126.7	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。	
投保人口預估成長 率	0.136%			
人口結構改變率	0.309%			
醫療服務成本指數 改變率	-0.175%			
協商因素成長率	1.573%	738.1	請於 111 年 7 月底前提報各協 商項目之執行情形，延續性項 目則包含前 1 年成效評估檢討 報告；實施成效並納入下年度 總額協商考量。	
其他醫療服務 利用及 密集度 之改變	高風險疾病 口腔照護 (111 年新增 項目)	0.863%	405.0	1.執行目標：111 年服務高風險 疾病患者 270,000 人。 預期效益之評估指標：高風 險患者利用全口牙結石清除 之比率，111~113 年分別為 40%、45%、50%。 2.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，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)依 111 年度預算執行結果 ，扣減當年度未執行之額 度。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				(3)檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。
	提升假日就醫可近性 (111 年新增項目)	0.314%	147.1	<p>請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，辦理下列事項：</p> <p>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，並訂定相關「執行目標」及「預期效益之評估指標」，如下：</p> <p>執行目標：</p> <p>(1)111 年提升假日就醫之急症處置服務人次：</p> <p>①牙醫急症處置 92093B：服務 17,435 人次。</p> <p>②週六、週日及國定假日牙醫門診急症處置 92094C：服務 412,089 人次。</p> <p>③牙齒外傷急症處理 92096C：服務 915 人次。</p> <p>(2)全國假日提供看診服務之院所數較 108 年增加 60 家。</p> <p>預期效益之評估指標：接受治療者，其整體就醫滿意度提升。</p> <p>2.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>
	其他醫療服務利用及密集度之改變	0.443%	208.0	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
其他議 定項目	109 年度全 面提升感染 管制品質未 達協定事項 之扣款 (111 年新增 項目)	-0.024%	-11.4	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.會同牙醫門診總額相關團體，加強牙醫院所感染管制品質之查核與輔導，並提高實地訪查之抽查比率，儘速達成100%院所符合加強感染管制之標準。 2.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，並納入112年度總額協商之參據。
	違反全民健 康保險醫事 服務機構特 約及管理辦 法之扣款	-0.023%	-10.6	1.為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。 2.本項不列入112年度總額協商之基期費用。
一般服務	增加金額	1.843%	864.8	
成長率 ^{註1}	總金額		47,779.5	
專款項目(全年計畫經費)		各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於110年11月底前完成，新增計畫原則於110年12月底前完成，且均應於111年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。		
醫療資源不足地區改善方案		280.0	0.0	持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
牙醫特殊醫療服務計畫		672.1	0.0	辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者(含社區醫療網)、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
牙醫急診醫療不足區 獎勵試辦計畫	12.0	0.0	請中央健康保險署會同牙醫門 診總額相關團體，持續監測執 行結果，以評估照護成效。
0~6歲嚴重齲齒兒童口 腔健康照護試辦計畫	60.0	0.0	1.本項經費不應支付預防保健 相關服務。 2.請中央健康保險署會同牙醫 門診總額相關團體，檢討計 畫內容，並監測執行結果及 評估照護成效。
12~18歲青少年口腔提 升照護試辦計畫 (111年新增項目)	271.5	271.5	1.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%。 2.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。
高齲齒病患牙齒保存 改善服務計畫 (111年新增項目)	184.0	184.0	1.執行目標：111年服務高齲齒 病患(曾接受過複合體填補處 置)92,000人。 預期效益之評估指標：高齲 齒病患利用塗氟(完整塗氟4

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			<p>次)之比率,111~113年分別為30%、35%、40%。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同牙醫門診總額相關團體，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。</p> <p>(2)檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。</p>
網路頻寬補助費用	168.0	32.0	<p>1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)檢討、提升牙醫院所參與率、檢驗(查)結果上傳率及門診雲端藥歷查詢率，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>(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。</p>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
品質保證保留款		91.2	3.3	1.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 111 年度品質保證保留款(91.2 百萬元)合併運用(計 207.6 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，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。
專款金額		1,738.8	490.8	
較 110 年度核定總額成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	2.756%	1,355.6	
	總金額		49,518.3	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 46,914.8 百萬元(含 110 年一般服務預算 46,942.1 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-96.7 百萬元與加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 69.4 百萬元)。

2.計算「較 110 年度核定總額成長率」所採基期費用為 48,190.1 百萬元，其中一般服務預算為 46,942.1 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-96.7 百萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 69.4 百萬元)，專款為 1,248.0 百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

111 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

111 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 110 年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+111 年度一般服務成長率)+111 年度專款項目經費

註：校正後 110 年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 110 年第 2 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

二、總額協商結論：

(一)一般服務成長率為 4.176%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.085%，協商因素成長率 3.091%。

(二)專款項目全年經費為 979.8 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，111 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 4.208%。各細項成長率及金額，如表 2。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.地區預算：

(1)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(2)分配方式：

①一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 22.8 百萬元)2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。

②五分區(不含東區)一般服務費用依下列參數占率分配：

A.各分區實際收入預算占率：66%。

B.各分區戶籍人口數占率：14%。

C.各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：10%。

D.各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：4%。

E.各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

F.偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則依「各分區實際收入預算占率」分配。

(3)所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之。

(4)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，送全民健康保險會同意後執行。

2.提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護(1.814%)：

(1)執行目標：111 年民眾使用針傷於疾病黃金治療期^註醫療次數較 108 年多出 5%。

預期效益之評估指標：減少患者同期使用針傷於疾病黃金治療期^註跨院所就醫次數 2%。

註：黃金治療期定義：自首次開立同一 ICD-10-CM 主診斷碼起 3 個月內(含跨院所)。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①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。

②依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

3.其他醫療服務利用及密集度之改變(1.328%)。

4.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.051%)：

(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。

(二)專款項目：全年經費為 979.8 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：全年經費 172 百萬元，持續辦理中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

2.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：

(1)全年經費 252.7 百萬元。

(2)持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷及呼吸困難相關疾病中醫照護。

3.中醫提升孕產照護品質計畫：全年經費 81 百萬元。

4.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：全年經費 21.6 百萬元。

5.中醫癌症患者加強照護整合方案：

(1)全年經費 245 百萬元。

(2)持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。

6.中醫急症處置：

(1)全年經費 5 百萬元。

(2)請提出強化利用率之策略，並檢討計畫執行情形，考量是否持續辦理。

7.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：全年經費 50 百萬元。

8.照護機構中醫醫療照護方案：

(1)全年經費 28 百萬元。

(2)執行目標：

①111 年至少 30 家院所參與服務。

②服務人次 15,000 人次，服務總天數 1,500 天。

預期效益之評估指標：照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫件數較未被照護前(108 年)之件數減少。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同中醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告。

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。

9.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 98 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①檢討、提升門診雲端藥歷查詢率，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。

10.品質保證保留款：

(1)全年經費 26.5 百萬元。

(2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8 百萬元)，與 111 年度品質保證保留款(26.5 百萬元)合併運用(計 49.3 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，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。

表 2 111 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	1.085%	299.0	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。	
投保人口預估成長 率	0.136%			
人口結構改變率	0.756%			
醫療服務成本指數 改變率	0.192%			
協商因素成長率	3.091%	851.8	請於 111 年 7 月底前提報各協 商項目之執行情形，延續性項 目則包含前 1 年成效評估檢討 報告；實施成效並納入下年度 總額協商考量。	
其他醫療服務 利用及 密集度 之改變	提升民眾於 疾病黃金治 療期針傷照 護 (111 年新增 項目)	1.814%	500.0	1.執行目標：111 年民眾使用針 傷於疾病黃金治療期 ^註 醫療 次數較 108 年多出 5%。 預期效益之評估指標：減少 患者同期使用針傷於疾病黃 金治療期 ^註 跨院所就醫次數 2%。 註：黃金治療期定義：自首次開立 同一 ICD-10-CM 主診斷碼起 3 個月內(含跨院所)。 2.請中央健康保險署辦理下列 事項： (1)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，

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				並提全民健康保險會報告。 (2)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。
	其他醫療服務利用及密集度之改變	1.328%	365.9	
	其他議定項目 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.051%	-14.1	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。
	一般服務增加金額	4.176%	1,150.8	
	成長率 ^{註1} 總金額		28,710.9	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成，且均應於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
	醫療資源不足地區改善方案	172.0	31.4	持續辦理中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 1.腦血管疾病 2.顱腦損傷 3.脊髓損傷 4.呼吸困難相關疾病	252.7	18.7	持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷及呼吸困難相關疾病中醫照護。
	中醫提升孕產照護品質計畫	81.0	-9.0	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
兒童過敏性鼻炎照護 試辦計畫	21.6	-2.4	
中醫癌症患者加強照 護整合方案	245.0	0.0	持續辦理「癌症患者西醫住院 中醫輔助醫療計畫」、「癌症患 者中醫門診延長照護計畫」及 「癌症患者中醫門診加強照護 計畫」。
中醫急症處置	5.0	-5.0	請提出強化利用率之策略，並 檢討計畫執行情形，考量是否 持續辦理。
中醫慢性腎臟病門診 加強照護計畫	50.0	0.0	
照護機構中醫醫療照 護方案 (111年新增項目)	28.0	28.0	1.執行目標： (1)111年至少30家院所參與 服務。 (2)服務人次15,000人次，服 務總天數1,500天。 預期效益之評估指標：照護 機構接受中醫醫療照護後， 其住民外出中醫就醫件數較 未被照護前(108年)之件數減 少。 2.請中央健康保險署辦理下列 事項： (1)會同中醫門診總額相關團 體，於110年12月底前 提出具體實施方案，及醫 療利用監控與管理措施， 並提全民健康保險會報 告。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				(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。
	網路頻寬補助費用	98.0	17.0	<p>1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)檢討、提升門診雲端藥歷查詢率，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>(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。</p>
	品質保證保留款	26.5	1.3	<p>1.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8 百萬元)，與 111 年度品質保證保留款(26.5 百萬元)合併運用(計 49.3 百萬元)。</p> <p>2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，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。</p>
	專款金額	979.8	80.0	
	增加金額	4.208%	1,230.8	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
較 110 年度核定總額成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	總金額		29,690.7	

註:1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 27,560.0 百萬元(含 110 年一般服務預算 27,592.0 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-56.0 百萬元與加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 24.0 百萬元)。

2.計算「較 110 年度核定總額成長率」所採基期費用為 28,491.8 百萬元，其中一般服務預算為 27,592.0 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-56.0 百萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 24.0 百萬元)，專款為 899.8 百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

111 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 111 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 110 年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+111 年度一般服務成長率)+111 年度專款項目經費+111 年度西醫基層門診透析服務費用
- 111 年度西醫基層門診透析服務費用＝110 年度西醫基層門診透析服務費用×(1+111 年度成長率)

註：校正後 110 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 110 年第 2 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

二、總額決定結果：

經西醫基層代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及西醫基層代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

- (一)一般服務成長率為 1.831%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.176%，協商因素成長率 0.655%。
- (二)專款項目全年經費為 7,930.1 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 4.689%。
- (四)前述三項額度經換算，111 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 2.744%。各細項成長率及金額，如表 3。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依決定事項辦理，並於 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量

化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.地區預算：

(1)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(2)分配方式：

①自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 1.052 億元)移撥 6 億元，作為風險調整移撥款。

②扣除上開移撥費用後，預算 68%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，32%依西醫基層總額支付制度開辦前一年(89 年)各地區實際發生醫療費用比率分配。

(3)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全民健康保險會備查。

(4)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，送全民健康保險會同意後執行。

2.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.242%)：

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。
- 3.藥品及特材給付規定改變(0.296%)：
- (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、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。
- 4.促進醫療資源支付合理(0.101%)：
- (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。

5.提升國人視力照護品質(0.097%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)會同西醫基層總額相關團體研訂「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。
- (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。

6.移列精神科長效針劑藥費至專款項目(-0.009%)：

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。

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%)：

- (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。

(二)專款項目：全年經費為 7,930.1 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.家庭醫師整合性照護計畫：

- (1)全年經費 3,948 百萬元。
- (2)請中央健康保險署於 111 年 7 月底提出導入一般服務之評估規劃。

2.代謝症候群防治計畫：

- (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論質計酬(pay for value)計畫：

(1)全年經費 9.7 百萬元。

(2)請中央健康保險署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：

(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：

(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) 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：

- (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費用結算。

8. 鼓勵院所建立轉診合作機制：

- (1) 全年經費 258 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- (2) 請中央健康保險署辦理下列事項：
 - 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：

(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：

(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：

(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支用之合理性。

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：

(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費用結算。

13. 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

(1) 全年經費 178 百萬元。

(2) 本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入各分區一般服務費用結算。

14. 網路頻寬補助費用：

(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.精神科長效針劑藥費：

- (1)全年經費 100 百萬元，其中 11 百萬元由一般服務費用移列。
- (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。

16.品質保證保留款：

- (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額度(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。

(三)門診透析服務：

- 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。
 - (4)請檢討末期病人使用透析服務之必要性。

表 3 111 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(決定版)

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	1.176%	1,459.9	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。	
投保人口預估成長率	0.136%			
人口結構改變率	1.257%			
醫療服務成本指數 改變率	-0.218%			
協商因素成長率	0.655%	812.0	請於 111 年 7 月底前提報各協 商項目之執行情形，延續性項 目則包含前 1 年成效評估檢討 報告；實施成效並納入下年度 總額協考量。	
保險給付項目及 支付標準之 改變	新醫療科技 (包括新增診 療項目、新藥 及新特材等)	0.242%	300.0	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。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
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	0.296%	367.0	<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，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。</p> <p>(2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。</p> <p>(3)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。</p>
	促進醫療資源支付合理(111 年新增項目)	0.101%	126.0	<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>
	其他醫療服務	提升國人視力照護品質	0.097%	120.0

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
利用及 密集度 之改變	(111 年新增 項目)			1.會同西醫基層總額相關團體研訂「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。 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。
	移列精神科 長效針劑藥 費至專款項 目	-0.009%	-11.0	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。
	其他議 定項目	違反全民健 康保險醫事 服務機構特 約及管理辦 法之扣款	-0.072%	-90.0
一般服務 成長率 ^{#1}	增加金額	1.831%	2,271.9	
	總金額		126,417.3	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成，且均應於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
家庭醫師整合性照護 計畫		3,948.0	278.0	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	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
代謝症候群防治計畫 (111 年新增項目)	308.0	308.0	<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> <ol style="list-style-type: none"> 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。
提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬 (pay for value)計畫 (111 年新增項目)	9.7	9.7	<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 次委員會議確認。</p>
西醫醫療資源不足地區改善方案	317.1	0.0	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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。
C 型肝炎藥費	292.0	0.0	<ol style="list-style-type: none"> 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

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			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。
醫療給付改善方案	805.0	150.0	<p>1.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。</p> <p>2.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。</p>
強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,220.0	300.0	<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程規劃。</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費用結算。</p>
鼓勵院所建立轉診合作機制	258.0	0.0	<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>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			<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>
偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	50.0	0.0	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。
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	30.0	-25.0	<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，由其他預算相關項目支應。</p> <p>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。</p>
後天免疫缺乏病毒治療藥費	30.0	-25.0	<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，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署檢視本項費用支用之合理性。</p>
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	本項經費依實際執行併入一般服務費用結算。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
新增醫藥分業地區所 增加之藥品調劑費用	178.0	0.0	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費用結算。
網路頻寬補助費用	253.0	39.0	<p>1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)檢討、提升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>(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。</p>
精神科長效針劑藥費 (111年新增項目)	100.0	100.0	<p>1.其中11百萬元由一般服務費用移列。</p> <p>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。</p>
品質保證保留款	120.3	4.5	<p>1.原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2百萬元)，與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)。</p> <p>2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，持續檢</p>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
				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。
	專款金額	7,930.1	1,139.2	
較 110 年度核定總額成長率 (一般服務+專款) ^{**2}	增加金額	2.456%	3,411.1	
	總金額		134,347.4	
門診透析服務	增加金額	4.689%	909.1	<ol style="list-style-type: none"> 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。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
	總金額		20,296.7	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。
較 110 年度核定總額成長率	增加金額	2.744%	4,320.2	
(一般服務+專款+門診透析) ^{註3}	總金額		154,644.1	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 124,144.2 百萬元(含 110 年一般服務預算 124,336.1 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-253.7 百萬元與加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 61.8 百萬元)。

2.計算「較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為 131,127.0 百萬元，其中一般服務預算為 124,336.1 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-253.7 百萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 61.8 百萬元)，專款為 6,790.9 百萬元。

3.計算「較110年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」所採基期費用為 150,514.6百萬元，其中一般服務預算為124,336.1百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-253.7百萬元及未加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款61.8百萬元)，專款為6,790.9百萬元，門診透析為19,387.6百萬元(已扣除移列至醫院總額專款「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」0.04百萬元)。

4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

111 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 111 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 110 年度醫院一般服務醫療給付費用×(1+111 年度一般服務成長率) +111 年度專款項目經費+111 年度醫院門診透析服務費用
- 111 年度醫院門診透析服務費用＝110 年度醫院門診透析服務費用×(1+111 年度成長率)

註：校正後 110 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 110 年第 2 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

二、總額決定結果：

經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

- (一)一般服務成長率為 3.049%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.922%，協商因素成長率 1.127%。
- (二)專款項目全年經費為 34,538.7 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 2.015%。
- (四)前述三項額度經換算，111 年度醫院醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 3.504%。各細項成長率及金額，如表 4。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依決定事項辦理，並於 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指

標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.地區預算

(1)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(2)分配方式：

①自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 3.887 億元)移撥 6 億元，作為風險調整移撥款，鼓勵各區就轄內醫療資源需求進行最適之整合及規劃，以持續推動區域間平衡發展。

②扣除上開移撥費用後，用於計算地區預算所採之門、住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

A.門診服務(不含門診透析服務)：

預算 51%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，49%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

B.住診服務：

預算 45%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，55%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

C.各地區門、住診服務，經依 A、B 計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

(3)所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細

節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送全民健康保險會備查。

(4)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，送全民健康保險會同意後執行。

2.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.616%)：

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。

3.藥品及特材給付規定改變(0.134%)：

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。

4.促進醫療資源支付合理(0.019%)：

配合西醫基層總額「提升國人視力照護品質」項目，增編本項經費。

5.持續推動分級醫療，壯大社區醫院(0.205%)：

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

(2)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.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(0.411%)：

(1)用於區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成 30%。

(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。

7.配合 110 年牙醫門診總額調整支付標準所需費用 (0.0004 %)：

經費 2.1 百萬元，用於因應 110 年度牙醫門診總額於協商因素編列經費增修診療項目，預估於醫院總額增加之費用。

8.移列精神科長效針劑藥費至專款項目(-0.255%)：

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。

9.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.003%)：

(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。

(二)專款項目：全年經費為 34,538.7 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.C 型肝炎藥費：

(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：

(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：

(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：

(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 年新增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)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 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：

(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)：

(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費用結算。

8.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

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：

全年經費 1,100 百萬元。

10.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(1)全年經費 224.7 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

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.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 200 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①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：

(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：

(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：

(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。

15.精神科長效針劑藥費：

- (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。

16.品質保證保留款：

- (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 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。

(三)門診透析服務：

- 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。
- (4)請檢討末期病人使用透析服務之必要性。

表 4 111 年度醫院醫療給付費用協定項目表(決定版)

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	1.922%	9,354.2	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。	
投保人口預估成長率	0.136%			
人口結構改變率	2.042%			
醫療服務成本指數 改變率	-0.258%			
協商因素成長率	1.127%	5,488.6	請於 111 年 7 月底前提報各協 商項目之執行情形，延續性項 目則包含前 1 年成效評估檢討 報告；實施成效並納入下年度 總額協考量。	
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	新醫療科技 (包括新增診 療項目、新藥 及新特材等)	0.616%	3,000.0	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。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
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	0.134%	650.0	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。
	促進醫療資源支付合理(111 年新增項目)	0.019%	94.0	配合西醫基層總額「提升國人視力照護品質」項目，增編本項經費。
	其他醫療服務利用及密集度之改變	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，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成 30%。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項	
				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。	
	其他醫療服務利用及密集度之改變	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	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，優先用於反映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。
		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	用於因應110年度牙醫門診總額於協商因素編列經費增修診療項目，預估於醫院總額增加之費用。
		移列精神科長效針劑藥費至專款項目	-0.255%	-1,241.0	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。
	其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.003%	-16.5	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。
一般服務	增加金額		3.049%	14,842.8	
成長率 ^{#1}	總金額			501,532.1	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項	
專款項目(全年計畫經費)	各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於110年11月底前完成，新增計畫原則於110年12月底前完成，且均應於111年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。			
	C型肝炎藥費	3,428.0	0.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署於額度內，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。
	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	12,807.0	1,108.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
	後天免疫缺乏病毒治療藥費	5,257.0	0.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,208.06	81.06	1.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，

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			111 年新增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。
醫療給付改善方案	1,495.1	127.1	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。 2.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」。 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。
急診品質提升方案	300.0	54.0	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。
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	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費用結算。
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100.0	0.0	本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,100.0	0.0	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	-175.3	1.經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)，以提升執行成效。 (2)會同醫院及西醫基層總額相關團體，討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，並於111年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
網路頻寬補助費用	200.0	73.0	1.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。
腹膜透析追蹤處置費及APD租金 (111年新增項目)	15.0	15.0	1.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。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
住院整合照護服務試 辦計畫 (111 年新增項目)	300.0	300.0	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。
鼓勵 RCC、RCW 病人 脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫 (111 年新增項目)	300.0	300.0	1.預算如有不足，由品質保證保留款支應，執行效益納入未來總額財源。 2.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
精神科長效針劑藥費 (111 年新增項目)	2,664.0	2,664.0	1.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。
品質保證保留款	929.8	49.4	1.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 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)。 2.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。
專款金額	34,538.7	4,596.3	
較 110 年度核定總額成長率 (一般服務+專款) ^{註 2}	增加金額	19,439.1	
	總金額	536,070.8	
	3.569%		

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
門診透析服務	增加金額		455.5	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。
	總金額	2.015%	23,058.4	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
				(4)請檢討末期病人使用透 析服務之必要性。
較 110 年度核定總額成長率 (一般服務+專款+門診透析) ^{註3}	增加金額	3.504%	19,894.5	
	總金額		559,129.2	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 486,692.9 百萬元(含 110 年一般服務預算 487,655.2 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-976.1 百萬元與加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 13.7 百萬元)。

2.計算「較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為 517,597.6 百萬元，其中一般服務預算為 487,655.2 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-976.1 百萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 13.7 百萬元)，專款為 29,942.4 百萬元。

3.計算「較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」所採基期費用為 540,200.6 百萬元，其中一般服務預算為 487,655.2 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-976.1 百萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 13.7 百萬元)，專款為 29,942.4 百萬元、門診透析為 22,603.0 百萬元(已扣除移列至醫院總額專款「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.04 百萬元)。

4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

111 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協商結論：

(一)111 年度其他預算增加 426 百萬元，預算總額度為 16,579.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如表 5。

(二)請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

- 1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於 110 年 11 月底前完成，新增項目原則於 110 年 12 月底前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。
- 2.請於 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效並納入 112 年度總額協商考量。

二、預算分配相關事項：

(一)基層總額轉診型態調整費用：

- 1.全年經費 800 百萬元。
- 2.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)持續檢討經費動支條件，建立長期效益評估指標，並監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益。
 - (2)提出「基層總額轉診型態調整費用」之未來規劃與期程(含退場)。
 - (3)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於 111 年 7 月底前提出專案報告。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

- 1.全年經費 605.4 百萬元。
- 2.請中央健康保險署定期檢討山地離島地區醫療利用情形，並精進執行方案；另請儘速推動山地鄉論人計酬試辦計畫。

(三)居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務：

- 1.全年經費 7,300 百萬元。
- 2.本項醫療點數以每點 1 元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)為強化精神社區復健照護體系，請整體檢討精神疾病社區復健相關支付標準之合理性，及精神復健機構於健保政策下之定位。
 - (2)檢討居家醫療訪視費支付標準之合理性，並朝分級支付方向調整，以鼓勵急重症、緊急往返及困難疾病之照護。
 - (3)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。

(四)支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費：全年經費 290 百萬元。

(五)支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費：

- 1.全年經費 1,900 百萬元。
- 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新科技等之財源之一。

(六)推動促進醫療體系整合計畫：

- 1.全年經費 450 百萬元。
- 2.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」，請中央健康保險署檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。
- 3.因應新興傳染性疾病，請中央健康保險署儘速研議遠距醫療會診執行及管理策略，並審慎規劃及執行急重症轉診網絡之遠距會診醫療服務。

(七)調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費：

- 1.全年經費 1,000 百萬元。
- 2.經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。

(八)提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用：

- 1.全年經費 1,500 百萬元。
- 2.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)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。
- 4.新增提升院所智慧化資訊機制：

執行目標：提升檢驗所(與西醫基層診所合併計算)資料上傳率達 50%。

預期效益之評估指標：西醫基層於 20 類檢查(驗)同病人 28 天內再檢查率，較 108 年下降 10%。

(九)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

- 1.全年經費 1,653.8 百萬元。
- 2.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。

(十)腎臟病照護及病人衛教計畫：

- 1.全年經費 450 百萬元。
- 2.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。
 - (2)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。

(十一)提升保險服務成效：

- 1.全年經費 600 百萬元。
- 2.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)精進提升保險服務成效之評估指標，以反映實施成效及節流效益。
 - (2)於協商 112 年度總額前檢討實施成效，及預算編列之妥適性，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。
 - (3)請於 111 年 7 月底前提出成效評估報告。

(十二)提升用藥品質之藥事照護計畫：

1.全年經費 30 百萬元。

2.執行目標：年度預計服務達 3 萬人次。

預期效益之評估指標：收案保險對象使用藥品品項數，較照護前(108 年)下降 10%。

表 5 111 年度其他預算協定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
其他預算(全年計畫經費)			1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於110年11月底前完成，新增項目原則於110年12月底前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。 2.請於111年7月底前提報執行情形，延續性項目應包含前1年成效評估檢討報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。
基層總額轉診型態調整費用	800.0	-200.0	1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續檢討經費動支條件，建立長期效益評估指標，並監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益。 (2)提出「基層總額轉診型態調整費用」之未來規劃與期程(含退場)。 (3)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於111年7月底前提出專案報告。
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	605.4	-50.0	請中央健康保險署定期檢討山地離島地區醫療利用情形，並精進執行方案；另請儘速推動山地鄉論人計酬試辦計畫。
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	7,300.0	756.0	1.本項醫療點數以每點1元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第62條規定採浮動點值處理。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)為強化精神社區復健照護體系，請整體檢討精神疾病社區復健相關支付標準之合理性，及精神復健機構

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			於健保政策下之定位。 (2)檢討居家醫療訪視費支付標準之合理性，並朝分級支付方向調整，以鼓勵急重症、緊急往返及困難疾病之照護。 (3)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。
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	
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費	1,900.0	-950.0	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新科技等之財源之一。
推動促進醫療體系整合計畫	450.0	50.0	1.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」，請中央健康保險署檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。 2.因應新興傳染性疾病，請中央健康保險署儘速研議遠距醫療會診執行及管理策略，並審慎規劃及執行急重症轉診網絡之遠距會診醫療服務。
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	1,000.0	0.0	經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。
提升院所智慧化資訊機制(111年新增)	1,500.0	520.0	1.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用			<p>款支應。</p> <p>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。</p> <p>3.新增提升院所智慧化資訊機制： 執行目標：提升檢驗所(與西醫基層診所合併計算)資料上傳率達50%。 預期效益之評估指標：西醫基層於20類檢查(驗)同病人28天內再檢查率，較108年下降10%。</p>
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,653.8	0.0	請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。
腎臟病照護及病人衛教計畫	450.0	0.0	<p>1.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。 (2)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。</p>
提升保險服務成效	600.0	300.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.精進提升保險服務成效之評估指標，以反映實施成效及節流效益。</p> <p>2.於協商112年度總額前檢討實施成效，及預算編列之妥適性，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。</p> <p>3.請於111年7月底前提出成效評估報告。</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	執行目標：年度預計服務達3萬人次。 預期效益之評估指標：收案保險對象使用藥品品項數，較照護前(108年)下降10%。
總計	16,579.2	426.0	

檔 號：
保存年限：

副本

衛生福利部 公告

11558



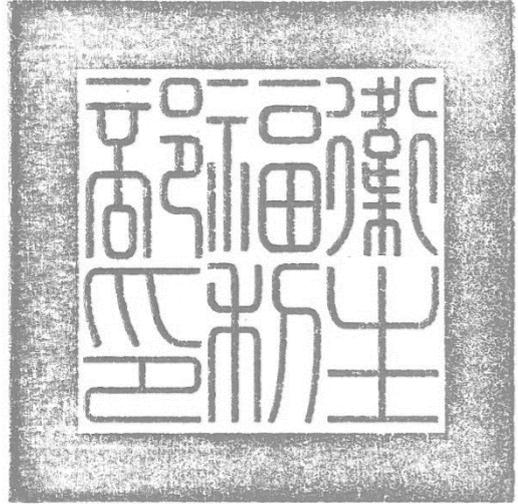
臺北市南港區忠孝東路6段488號4樓

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年1月19日

發文字號：衛部保字第1111260034號

附件：全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案附表一及附表二



主旨：公告修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表一及附表二。

副本：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

分層負責代碼	一層	二層	三層	四層

刻內依本

健保會 111/004

111. 1. 20

衛生福利部 函

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

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年1月22日
發文字號：衛部保字第1101260433C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：發布令影本(含法規命令條文)、修正總說明及修正條文對照表之pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第五十一條、第五十二條之二、第五十三條之二，業經本部於中華民國111年1月22日以衛部保字第1101260433號令修正發布，茲檢送發布令影本(含法規命令條文)、修正總說明及修正條文對照表各1份，請查照。

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

副本：衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部醫事司(均含附件)

111.01.22



111CC00074

衛生福利部 函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：白小姐
聯絡電話：(02)8590-6744
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：lgpai@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年2月15日
發文字號：衛部保字第1110105209C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表之pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，業經本部於中華民國111年2月15日以衛部保字第1110105209號令修正發布，並自111年3月1日生效，茲檢送發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表各1份，請查照。

正本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、勞動部勞工保險局、衛生福利部中央健康保險署
副本：衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本部醫事司、本部中醫藥司、本部護理及健康照護司、本部心理及口腔健康司、本部長期照顧司、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會(均含附件)

111.02.15



111CC00112

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準（以下稱本標準）之修正，為本（一百一十一年）第一次修正。

本次修正，主要依據民法規定之年齡計算，修正相關文字，以明確定義及規範；依據本年度各總額部門醫療費用總額協定事項，新增給付項目及支付標準，或修正支付規範等，如醫院部門新增六項給付項目及支付標準、修正九項支付規範、新增糖尿病及初期慢性腎臟病共病照護項目，牙醫部門與中醫部門修正支付規範等。其要點如下：

一、總則（第一部）：增列年齡之計算公式（總則十五），以及白內障手術刪除「每月門、住診白內障手術加總超過四十例之醫師需送事前審查之規範」（總則十附表），並於本標準第二部第二章第七節第十七項水晶體，增列通則二有關第四十一例以上之支付規範。

二、西醫特定診療（第二部第二章）

（一）檢查（第一節）：修正「醣化白蛋白(GA)」(編號09139C)等七項支付規範。

（二）放射線診療（第二節）：新增「診斷性乳房攝影」(編號33145B, 1,374點)。

（三）治療處置（第六節）：新增「俯臥通氣治療—每療程」(編號47104B, 5,114點)、 「高解析度直肛壓力測定術」(編號49030B, 10,433點)及「環甲膜穿刺術/切開術」(編號56043C, 4,331點)等三項診療項目，並配合修正「體位引流」(編號47045C)及「直肛壓力測定術」(編號49019B)之支付規範。

（四）手術（第七節）：新增「開放性股-股動脈或股-臍動脈或腋-股動脈繞道手術」(編號69041B, 23,272點)、 「開放性膝下動脈繞道手術-一條血管/兩條血管」(編號69042B, 31,028點；編號69043B, 40,724點)等二項手術項目。

- 三、牙醫（第三部）：新增「高風險疾病患者牙結石清除-全口」（編號 91090C，700 點）及「高齲齒率患者氟化物治療」（編號 P7301C，500 點）等二項診療項目（第三章）；修正牙醫門診加強感染管制實施方案之門診診察費「山地離島地區」申報條件(第一章)及「牙周病統合治療方案」牙醫師申請資格(第五章通則二)。
- 四、中醫（第四部）：修正專任醫師申報針灸、傷科及針灸合併傷科之合理量文字，並調升其合理量上限，由四十五人調升至六十人(通則五)。
- 五、安寧居家療護（第五部第三章）：增列「機構」定義(通則八)。
- 六、糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案（第八部第二章）：
- （一）整併第二章糖尿病及第三章初期慢性腎臟病至第二章，新增糖尿病合併初期慢性腎臟病整合照護診療項目及支付規範，及修正章名，並配合調整第四章章次。
 - （二）修正糖尿病之良 / 不良率指標定義及增訂進步率指標(通則六)。
 - （三）修正初期慢性腎臟病之進步評量基準，以及參與醫師及照護訓練課程之規範(通則六及通則一)。
- 七、其餘配合第一部總則十五年齡計算公式及「公文書橫式書寫數字使用原則」，刪除或調整文字呈現方式，以及修正文字。
- 八、本次修正自一百十一年三月一日生效。

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111年1月6日

發文字號：健保醫字第1100017843號

附件：附件請至本署全球資訊網自行擷取



主旨：公告修訂全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案(附件)，並自111年1月1日起實施。

依據：衛生福利部110年12月29日衛部保字第1101260414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

衛生福利部中央
健康保險署收(12)

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300006

111. 1. 7

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115

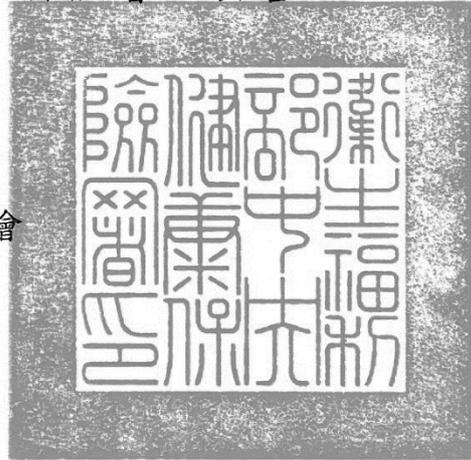
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年1月12日

發文字號：健保醫字第1110800189號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網公告欄擷取)



主旨：公告「111年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」(附件)。

依據：衛生福利部111年1月4日衛部保字第1101260427號函。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣醫院協會、地方政府衛生局、臺北市電腦商業同業公會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署主計室、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機印字(3)

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300011

第 1 頁 共 1 頁

111. 1. 13

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111年1月13日
發文字號：健保醫字第1110800289號
附件：請至本署全球資訊網站公告欄擷取



主旨：公告「111年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」一案，自111年1月1日起生效。

依據：衛生福利部111年1月6日衛部保字第1111260008號函。

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、衛生福利部、衛生福利部心理及口腔健康司、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署資訊組、本署醫審及藥材組、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



1113300012

111. 1. 13

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111年1月14日

發文字號：健保醫字第1110800017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「111年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」(附件)。

依據：衛生福利部110年12月30日衛部保字第1101260422號函。

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

衛生福利部中央健康保險署投覽章(4)

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300014

第 1 頁 共 1 頁

111. 1. 17

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111年1月17日

發文字號：健保醫字第1110800190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「111年度全民健康保險牙醫門診總額牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」(附件)。

依據：衛生福利部111年1月4日衛部保字第1101260424號函。

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



署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300017

第 1 頁 共 1 頁

111. 1. 18

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115

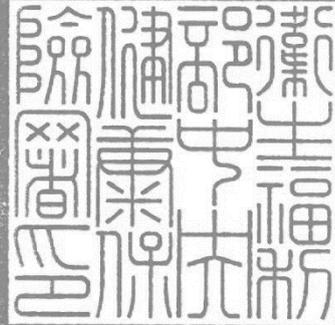
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年1月19日

發文字號：健保醫字第1110800582號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」，並自中華民國一百十一年一月一日起生效。

依據：衛生福利部111年1月11日衛部保字第1111260014號函。

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

衛生福利部中央
健康保險署投訴組(1)

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300019

第 1 頁 共 1 頁

111. 1. 20

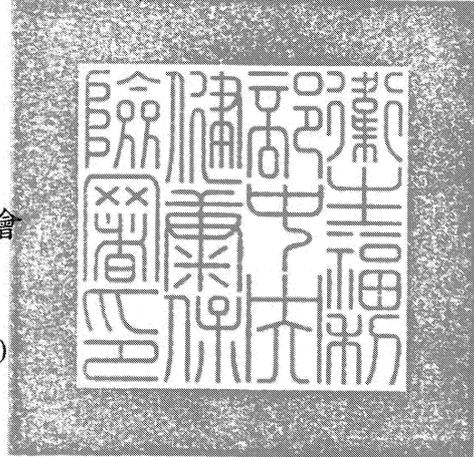
副本

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111年1月22日
發文字號：健保醫字第1110800989號
附件：如主旨(請至本署全球資訊網站公告欄擷取)



主旨：公告修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，如附件，並自公告日起施行。

依據：衛生福利部111年1月19日衛部保字第1111260035號函。

公告事項：本次增訂中醫針灸治療處置費不列入全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準合理量計算。

副本：台灣護理學會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國呼吸治療師公會全國聯合會、台灣胸腔暨重症加護醫學會、台灣安寧緩和醫學學會、台灣安寧緩和護理學會、台灣安寧照顧協會、台灣醫院協會、台灣家庭醫學醫學會、台灣老年學暨老年醫學會、台灣整合照護學會、台灣在宅醫療學會、地方政府衛生局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會(公告附件請至本署全球資訊網站公告欄擷取)

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300022

第 1 頁 共 1 頁

111. 1. 24

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115

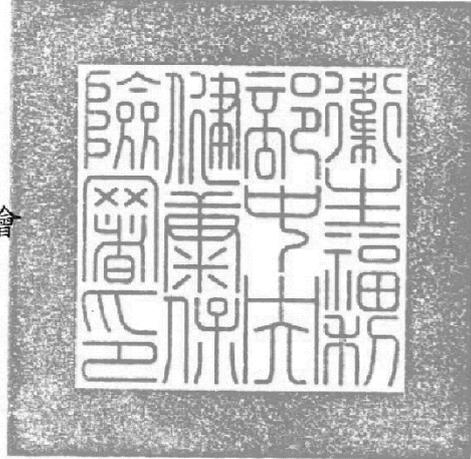
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年1月24日

發文字號：健保醫字第1110800828號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：公告修訂「111年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」及「111年度全民健康保險牙醫門診總額0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」，自中華民國一百一十一年一月一日起生效。

依據：衛生福利部111年1月17日衛部保字第1111260026號函。

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

衛生福利部中央健康保險署投訴中心

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300023

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111年1月27日

發文字號：健保醫字第1110801214號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網站公告欄擷取)



主旨：公告修正「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，如附件，並自111年1月1日起實施。

依據：衛生福利部111年1月22日衛部保字第1111260041號函。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣家庭醫學醫學會、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、台灣醫院協會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國開業醫師協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、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投對章(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111年1月27日

發文字號：健保醫字第1110801038號

附件：附件請自本署全球資訊網站自行擷取



主旨：公告「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」，自111年1月1日起生效。

依據：衛生福利部111年1月19日衛部保字第1111260028號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、台灣腎臟醫學會、社團法人基層透析協會、本署各分區業務組、本署主計室、本署醫務管理組、本署醫審及藥材組、本署資訊組

衛生福利部中央
健康保險署收發(5)

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300028

第 1 頁 共 1 頁

111. 2. 7

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111年1月28日

發文字號：健保醫字第1110801450號

附件：請至本署全球資訊網站公告欄自行擷取



主旨：公告「111年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」（附件）。

說明：依衛生福利部111年1月26日衛部保字第1111260038號函辦理。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、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對章(4)

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111年1月28日

發文字號：健保醫字第1110801160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「全民健康保險偏鄉地區基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫」，如附件。

依據：衛生福利部111年1月21日衛部保字第1111260044號函。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國開業醫師協會、台灣婦產科醫學會、台灣助產學會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、行政院主計總處、地方政府衛生局、連江縣政府、金門縣政府、台灣醫學資訊學會、臺北市電腦商業同業公會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、本署各分區業務組、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(公告附件請至本署全球資訊網站公告欄擷取)

衛生福利部中央
健康保險署核對章(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111年2月7日

發文字號：健保醫字第1110800991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「111年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」(附件)。

依據：衛生福利部111年1月19日衛部保字第1111260030號函。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、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、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國開業醫師協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、連江縣政府、金門縣政府、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
健康保險署視察室(4)

署長李伯璋

檔 號：

保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27069043
承辦人及電話：張毓芬(02)27065866轉2629
電子信箱：A111037@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年1月13日
發文字號：健保醫字第1110771800號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請自本署全球資訊網自行擷取

主旨：110年第3季「醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，請查照。

說明：

- 一、依本署110年11月19日健保醫字第1100015425號函及本署110年8月25日全民健康保險醫療給付費用醫院總額110年第2次研商議事會議決議辦理。
- 二、110年第3季醫院總額預算支用情形業於111年1月10日以健保醫字第1110771738號函請各全民健康保險醫療給付費用醫院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)/醫院總額。

三、因110年第3季無一般服務點值，爰暫付及核付所採「最近一季結算每點支付金額計算」，係指110年第1季結算點值。

四、本季預訂於111年1月中旬辦理結算後追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組
副本：申斯靜代表、朱文洋代表、孟令好代表、林恩豪代表、林鳳珠代表、林慶雄代表、林應士
然代表、邱仲慶代表、侯明鋒代表、侯俊良代表、侯勝茂代表、施壽全代表、張克士
代表、張禹斌代表、梁淑政代表、許惠恒代表、郭錫卿代表、陳文琴代表、陳志強代
表、陳智芳代表、程文俊代表、童瑞龍代表、黃遵誠代表、楊俊佑代表、廖振成代
表、劉建良代表、劉淑芬代表、劉碧珠代表、蔡淑鈴代表、謝文輝代表、謝景祥代
表、謝輝龍代表、鍾飲文代表、顏鴻順代表、嚴玉華代表、蘇主榮代表、蘇東茂代
表、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全
國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國
聯合會、全國醫療暨生技器材工業同業公會、財政部賦稅署、本署企劃組、本署資訊
組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組、本署違規查處室、本署醫務管



(五)調整前分區門住診一般服務費用總額
 110年第3季分區預算，依近3年(107-109年)第3季就醫分區預算占率校正各分區預算，各分區占率(V)如下：
 臺北分區：0.33597700、中區分區：0.13732410、南區分區：0.19631918、高屏分區：0.14375392、東區分區：0.15841160、東區分區：0.02821420

1. 調整前分區門診一般服務預算總額(BD2) = $[(D2) \times (V)] + \text{其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸、地區醫院假日、夜間門診案件)} + \text{風險調整撥款}_\text{門診}(RS_0)$

分區	調整前第1季 (BD2_q1)	調整前第2季 (BD2_q2)	調整前第3季 (BD2_q3)	調整前第4季 (BD2_q4)	合計(加總BD2)
臺北分區	18,475,510,036	18,030,095,081	17,434,494,260	53,940,099,377	53,940,099,377
北區分區	6,784,969,638	7,250,715,001	7,120,586,793	21,156,271,432	21,156,271,432
中區分區	8,732,276,939	10,351,816,673	10,188,580,642	29,272,674,254	29,272,674,254
南區分區	6,961,387,245	7,662,810,631	7,520,569,572	22,144,767,448	22,144,767,448
高屏分區	7,270,030,568	8,299,043,988	8,213,939,636	23,783,014,192	23,783,014,192
東區分區	1,179,325,559	1,487,412,558	1,467,444,026	4,134,182,143	4,134,182,143
小計	49,403,499,985	53,081,893,932	51,945,614,929	154,431,008,846	154,431,008,846

註:1. 調整前第1季(BD2_q1) = $[(D2) \times 51\% \times (R)] + [(D2) \times 49\% \times (S)] + \text{其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸、地區醫院假日、夜間門診案件)} + \text{風險調整撥款}_\text{門診}(RS_0)$

2. 調整前第2季(BD2_q2) = $[(D2) \times (V)] + \text{其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸、地區醫院假日、夜間門診案件)} + \text{風險調整撥款}_\text{門診}(RS_0)$

※110年第2季分區預算，依近3年(107-109年)第2季就醫分區預算占率校正各分區預算，各分區占率(V)詳頁次26。

衛生福利部中央健康保險署

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：110/12/30

頁次：41

程式代號：rgbi3018r04

110年第3季

結算主要費用年月起迄：110/07-110/09

核對截止日期：110/11/30

註：依衛生福利部110年11月10日衛保字第110014234號函暨110年8月25日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商會議」110年第2次會議決議，醫院總額部門110年第3季結算方式說明如下：

1. 110年第3季(費用年月7-9月)醫院總額一般服務之收入以1點1元計算與109年同期(費用年月7-9月)比較，未至109年同期之9成者，保障至109年同期之9成；超過109年同期9成者依此金額給付，上限為109年同期。
 - (1)費用年月109年7-9月收入：納入109年及110年第1季結算之費用年月109年7月-9月之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務收入。
 - (2)費用年月110年7-9月收入：納入110年第3季結算之費用年月110年7月-9月之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務點數分攤後核定醫療費用點數，以1點1元計算之收入。
2. 110年1-9月違反特約管理辦法38-40條所列違規情事之醫院不予保障，另分區管控、109年基期異常【較基期大幅減少者(人員(醫師數)、設備(病床數)、人數、服務項目)、申報(交付)異常或有不適當轉診(人球)或關診等情事調整其保障收入。
3. 第2階段各醫院特定醫療服務收入：依據各分區共管會議決議，考量新設醫院、成長型醫院、特殊醫院服務之剛性需求、配合防疫受影響等因素分配之收入。
4. 第3階段剩餘款再分配收入：經扣除第1、2階段分配、醫院總額交付機構收入、費用年月110年6月以前醫院及交付機構收入及自墊核退之剩餘預算，依據各分區共管會議決議分配之收入及藥品給付協議金額。
5. 110年7-9月交付機構一般服務收入：納入110年第3季結算之費用年月110年7-9月之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務案件分攤後核定醫療費用點數，以1點1元計算之收入。
6. 110年6月以前醫院及交付機構一般服務收入：醫院及交付機構納入110年第3季結算，費用年月110年6月(含)以前之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務案件分攤後醫療費用點數，除費用年月110年4-6月之交付機構以1點1元計算外，其餘以110年第1季「就醫」分區點值計算之收入。
7. 費用年月110年4-6月醫院一般服務未及納入110年第2季結算者，自結算季110年第3季起補報、申復、爭議審議案件之收入以0計；費用年月110年7-9月一般服務未及納入110年第3季結算者，自結算季110年第4季起補報、申復、爭議審議案件之收入以0計。
8. 110年第3季醫院總額部門(含交付機構)結算之核對截止日為110年11月30日。

六、說明

1. 本季結算費用年月包括：
費用年月110/06(含)以前：於110/09/01~110/11/30期間核付者。
費用年月110/07~110/09：於110/07/01~110/11/30期間核付者。
2. 當地就醫分區未跨區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

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111年1月13日
發文字號：健保醫字第1110771714號
附件：請自行至本署全球資訊網下載



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

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

衛生福利部中央健康保險署核對章

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300013

6項中醫醫療照護計畫自111年1月1日起新增之承作院所及醫師名單

分區別		項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
西醫住院病患中醫 特定疾病輔助 醫療計畫(腦血 管疾病、顱腦損 傷及脊髓損傷)	院所數	3	0	8	6	3	1	21	
	醫師數	4	0	15	9	7	1	36	
中醫提升孕產照 護品質計畫	院所數	3	17	8	8	2	1	39	
	醫師數	6	31	15	18	5	1	76	
中醫門診總額兒 童過敏性鼻炎照 護試辦計畫	院所數	2	15	6	7	7	1	38	
	醫師數	2	29	14	14	9	1	69	
全民健康保險中 醫急症處置計畫	院所數	1	1	2	3	1	1	9	
	醫師數	3	1	5	6	4	1	20	
中醫癌症患者加 強照護整合方案	癌症患者中醫 住院輔助醫療計 畫	院所數	0	0	7	5	2	1	15
		醫師數	0	0	11	8	6	1	26
	癌症患者中醫 門診延中長照 護計畫	院所數	0	0	5	2	1	1	9
		醫師數	0	0	11	2	4	1	18
	特定癌症患者 中醫門診延中 長照強照護計 畫	院所數	3	6	11	6	3	1	30
		醫師數	8	6	15	14	7	1	51
全民健康保險中 醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫	院所數	7	7	12	4	2	1	33	
	醫師數	12	7	15	5	3	1	43	

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111年1月7日
發文字號：健保審字第1110772729號

附件：110年度全民健康保險特材支付點數調整之核價類別處理方式彙總表及110年度全民健康保險特材支付點數調整明細表各1份(請至本署全球資訊網下載)



主旨：公告110年度特殊材料價量調查結果辦理之支付點數調整事宜。

依據：全民健康保險藥物給付項目及支付標準第54條至第61條。

公告事項：公布「110年度全民健康保險特材支付點數調整之核價類別處理方式彙總表」及「110年度全民健康保險特材支付點數調整明細表」，110年特殊材料價量調查支付點數調整結果自111年2月15日起生效實施。

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、臺北市美國商會、歐洲在台商務協會、臺北市儀器商業同業公會、臺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、中華民國儀器商業同業公會全國聯合會、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

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



1113300007