

衛生福利部全民健康保險會  
第 7 屆 115 年第 3 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 115 年 4 月 22 日



# 衛生福利部全民健康保險會第7屆115年第3次委員會議議程

## 壹、主席致詞

## 貳、議程確認

參、確認上次(第2次)委員會議紀錄----- 1

肆、本會重要業務報告----- 25

## 伍、討論事項

一、116年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則  
(草案)----- 37

二、116年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)-- 46

三、修正「115年度各部門總額一般服務之點值保障項目」案 - 56

四、建請重新評估114年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服  
務計畫於一般服務扣減重複部分之費用案----- 62

## 陸、報告事項

一、114年度全民健康保險基金附屬單位決算及116年度全民健  
康保險基金附屬單位預算備查案----- 73

二、「高風險疾病口腔照護計畫」專案報告(含牙結石清除各類  
適用對象醫療利用及執行效益檢討結果)----- 103

三、115年度各部門總額依核定事項，須提會報告之具體實施計  
畫/方案/規劃或執行方案(續提)----- 104

四、中央健康保險署「115年3月份全民健康保險業務執行報告」  
(併「115年2月份全民健康保險業務執行報告」)(書面報  
告)----- 125

## 柒、臨時動議

## 捌、專題演講及意見交流

題目：「健康台灣的願景與推展」

講座：總統府健康台灣推動委員會陳志鴻副召集人



參、確認上次(第 2 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(115)年 3 月 18 日衛部健字第 1153360032 號函送  
委員在案，並於同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7屆115年第2次委員會議紀錄  
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國115年3月11日上午9時30分

方式及地點：本部301會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：許至昌、彭美瑩

出席委員：(依姓名筆劃排序)

田委員士金、朱委員益宏、吳委員永全、吳委員銘修、吳委員鏘亮、呂委員正華(中華民國全國工業總會陳副秘書長鴻文代理)、李委員飛鵬、林委員恩豪、林委員敏華(中華民國農會徐二等專員珮軒代理)、花委員錦忠、洪委員瑜黛、胡委員峰賓、張委員田黨、張委員家銘、張委員鈺旋(衛生福利部陳副司長真慧代理)、許委員舒博、許委員慧瑩、連委員賢明、陳委員世岳、陳委員秀熙、陳委員建宗、陳委員節如、陳委員麗琴、黃委員心苑、黃委員金舜、黃委員振國、黃委員國祥、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、溫委員宗諭、董委員正宗、蔡委員順雄、鄭委員力嘉、謝委員佳宜、顏委員鴻順、嚴委員必文、蘇委員守毅

請假委員：林委員宜平

列席人員：

本部社會保險司：陳專門委員淑華

中央健康保險署：陳署長亮好

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第25~27頁)

貳、議程確認：(詳附錄第29~30頁)

決定：確認。

參、確認上次(115年第1次)委員會議紀錄：(詳附錄第30頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第31~33頁)

決定：

一、上次(第1次)委員會議決議(定)列管追蹤事項共計3項，擬解除追蹤1項，改列繼續追蹤，併繼續追蹤2項，合計3項。

二、餘洽悉。

#### 伍、優先報告事項(詳附錄第34~41頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「115年1月份全民健康保險業務執行季報告」，請鑒察。

決定：本案洽悉。

#### 陸、討論事項(詳附錄第42~52頁)

提案單位：本會第三組

案由：各總額部門114年度執行成果評核之作業方式(草案)，提請討論。

決議：

- 一、依委員意見修正通過「各總額部門114年度執行成果評核之作業方式」，如附件一(修正如劃線處)，並請中央健康保險署及四總額部門依作業方式及時程，提供所需資料。
- 二、有關評核結果獎勵標準，請本會同仁安排於115年5月份或6月份委員會議討論。
- 三、依委員意見修正通過「115年度重點項目與績效指標(含目標值)」，如附件二(修正如劃線處)。請中央健康保險署及四總額部門落實執行，以呈現總額執行成效。
- 四、本會訂於115年7月20~21日召開「各總額部門114年度執行成果發表暨評核會議」，敬請委員預留時間參加。

#### 柒、報告事項(詳附錄第53~57頁)

第一案

報告單位：本會第三組

案由：「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」公告後續相關事宜，請鑒察。

決定：

一、請中央健康保險署會同各部門總額相關團體，依115年度總額核定事項及時程，及早研擬規劃、執行，每半年(7月、12月)於本會提報辦理情形。

二、餘洽悉。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」具體實施方案專案報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署參考。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：上午11時13分。

## 各總額部門114年度執行成果評核之作業方式

第7屆115年第2次委員會議(115.3.11)通過

### 壹、評核範圍

- 一、醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診四總額部門114年度之年度重點項目、一般服務項目及門診透析服務執行成果。
- 二、四總額部門及其他預算114年度之專款項目執行成果。

### 貳、辦理方式

#### 一、評核委員

- (一)函請四總額部門受託團體(下稱總額部門)推薦評核委員人選，每部門至多推薦3名，包括：醫務管理、公共衛生及財務金融等健康保險相關領域專家學者。
- (二)就四總額部門推薦人選，加上全民健康保險會(下稱本會)現任專家學者及公正人士委員，排除具有付費者代表或醫事服務提供者身分者後，彙整為建議名單，請本會委員就該建議名單票選適合人選(每人7票，超過或未達7票者視為無效票)，依據委員票選結果之票數多寡，依序邀請7位擔任評核委員，並對「本會現任專家學者及公正人士委員」名額予以保障，以至少3名為原則，邀請順序如下：
  - 1.第一階段：由「本會現任專家學者及公正人士委員」中，依票數多寡，依序邀請3名擔任評核委員，若同意擔任評核委員之人數不足3名，不足之名額併入第二階段處理。
  - 2.第二階段：其餘名額再依票數多寡依序邀請，連同第一階段邀請擔任之評核委員，共計7位評核委員。
- (三)評核委員名單不事先公開，本會委員票選評核委員時，請兼顧四總額部門之衡平性與差異性，並為鼓勵專家學者廣泛參與，請避免專家學者服務機構過度集中。

#### 二、評核會議之資料

- (一)請四總額部門及健保署於評核會議前1個月，提供年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果書面報告，另對於114年執行未滿半年之總額協商因素項目，請說明執行現況與未來規劃(報告大綱及提報單

位，詳附表一~四)，供評核委員事先審閱。

(二)書面報告內容以精簡為原則，部門提報之年度重點項目及一般服務項目內文限100頁，各專款項目內文限10頁，並編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。

(三)請四總額部門及健保署於評核會議前2週，提送口頭報告(簡報)。

(四)依衛福部資安規定，評核過程請各部門、健保署及評核委員配合本會訂定之「全民健康保險會遵循『衛生福利部可攜式媒體(USB隨身碟)管控措施』相關會議資安作業原則」(如附件)。

### 三、評核會議

(一)會議期程：2天。

(二)第一階段：公開發表會議(1天半)。

1.健保署統一報告各總額部門一般服務之整體性、一致性項目(如：利用概況、滿意度調查結果、品質指標監測結果等)及門診透析與其他預算之執行成果。

2.由接受健保署專業事務委託之四總額部門報告年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果；為利評核委員及與會者掌握及聚焦於重點項目，簡報內容請以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請部門以政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出114年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。

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

4.參與人員：除本會委員、四總額部門與健保署外，另邀請衛福部相關單位與附屬機關，如：社保司、醫事司、照護司、心健司、口健司、中醫藥司、全民健保爭議審議會、健康署、疾管署等，以及民間團體，如：病友團體、社福團體、醫策會、消基會、醫改會等，預估約160人。

(三)第二階段：評核內部會議(半天)。

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

2.參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁，由評核委員互相推選主席。

## 參、評核項目與配分

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

評核項目	配分
<p><b>壹、年度重點項目執行成果與未來規劃<sup>註1</sup></b></p> <p>年度重點項目：請部門以政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出2~3項114年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為(附表三)</p>	20
<p><b>貳、一般服務項目執行績效</b></p> <p>一、就113年度執行成果之評核委員評論意見回應說明 (請以對照表方式，針對評核之建議改進意見提出回應說明，包含採行之具體措施)</p> <p>二、維護保險對象就醫權益</p> <p>(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施</p> <p>(二)民眾付費情形及改善措施</p> <p>(三)就醫可近性與及時性之改善措施</p> <p>(四)民眾諮詢及抱怨處理</p> <p>(五)其他確保民眾就醫權益之措施</p> <p>三、專業醫療服務品質之確保與提升</p> <p>(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施</p> <p>(二)品質保證保留款實施方案執行結果</p> <p>(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施</p> <p>四、協商因素項目之執行情形(含總額核(決)定項目KPI<sup>註2</sup>之執行檢討)</p> <p>(一)延續項目之執行情形</p> <p>1.新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)(本項適用於核(決)定事項有新醫療科技項目之部門)</p> <p>2.支付標準修訂及其他協商因素項目(依核(決)定結果分列)</p> <p>(二)114年新增項目之執行情形(執行未滿半年請加註)</p> <p>五、總額之管理與執行績效</p> <p>(一)醫療利用及費用管控情形</p> <p>(二)地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理</p> <p>(三)點值穩定度</p> <p>(四)專業審查及其他管理措施</p>	60

評核項目	配分
(五)院所違規情形及醫療機構輔導	
<b>參、專款項目執行績效/成果<sup>註3</sup></b> 一、就113年度執行成果之評核委員評論意見回應說明 (請以對照表方式,針對評核之建議改進意見提出回應說明,包含採行之具體措施) 二、114年計畫/方案說明 三、112~114年執行情形及成效評估(含總額核(決)定項目KPI <sup>註2</sup> 之執行檢討及自選3項關鍵績效指標) 四、檢討與改善方向 (一)專款項目執行期限屆期之檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標) (二)計畫/方案115年修正重點 (三)114年執行未滿半年之新增項目/方案執行情形	20
<b>總分</b>	<b>100</b>

註：1.年度重點項目係就一般服務項目中，擇與政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切之議題進行重點報告，以利評核聚焦於年度重要事項。

2.KPI指年度總額核(決)定事項之「執行目標」、「預期效益之評估指標」及「品質監測指標」。

3.列入評核之專款項目如附表四。

## 肆、評核結果之應用

一、評核結果區分為下列五等級：

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

二、評核等級作為116年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給「品質保證保留款」之預算，以茲鼓勵。

三、評核委員針對四總額部門年度重點項目、一般服務項目及專款項目之共識建議，作為協商116年度該部門總額一般服務項目成長率及各專款項目經費增減及續辦與否之參據。

## 伍、115年評核作業時程表

時間	作業內容
<u>115年1~3月</u>	1.函請四總額部門及健保署提供建議之 <u>115</u> 年度重點項目及其績效指標、操作型定義及目標值，並請就本會研擬之評核內容(草案)提供修正建議。 2.研擬「各總額部門 <u>114</u> 年度執行成果評核之作業方式」(草案)。
<u>115年3月</u>	「各總額部門 <u>114</u> 年度執行成果評核之作業方式」(草案)提委員會議議定。
<u>115年4~5月</u>	1.辦理評核委員聘任事宜。 2.請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。
<u>115年6月8日</u>	健保署依評核報告大綱及評核項目表，先提送監測/調查/統計結果(報告上冊)予本會，供評核委員審閱及四總額部門參用，總額部門可專注於提報執行檢討與改善結果。
<u>115年6月22日</u> (評核會議前1個月)	四總額部門及健保署提送執行成果之書面報告(健保署提送報告下冊)予本會，供評核委員審閱。
<u>115年7月6日</u> (評核會議前2週)	1.健保署及四總額部門提送「各總額部門 <u>114</u> 年度執行成果發表暨評核會議」之口頭報告(簡報)，供評核委員審閱。 2.本會同仁彙整「各總額部門 <u>114</u> 年度執行成果評核指標摘要」供評核委員參考。
<u>115年7月20、21日</u>	召開為期2天之「各總額部門 <u>114</u> 年度執行成果發表暨評核會議」。

## 各總額部門年度重點項目及一般服務項目執行績效/成果之報告大綱

評核項目	健保署提報	部門提報
<b>壹、年度重點項目執行成果與未來規劃</b>		
年度重點項目：請部門以政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出2~3項114年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為	V	V
<b>貳、一般服務項目執行績效</b>		
一、就113年度執行成果之評核委員評論意見回應說明 (請以對照表方式，針對評核之建議改進意見提出回應說明，包含採行之具體措施)	V	V
二、維護保險對象就醫權益		
(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施	調查/統計結果及重點說明	檢討及改善
(二)民眾付費情形及改善措施		
(三)就醫可近性與及時性之改善措施		
(四)民眾諮詢及抱怨處理		
(五)其他確保民眾就醫權益之措施	—	V
三、專業醫療服務品質之確保與提升		
(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施	監測結果及重點說明	檢討及改善
(二)品質保證保留款實施方案執行結果	核發結果統計	
(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施	—	V
四、協商因素項目之執行情形(含總額核(決)定項目KPI <sup>註4</sup> 之執行檢討)		
(一)延續項目之執行情形	執行情形(含成效)檢討 <sup>註3</sup>	推動情形、目標達成情形、檢討及改善
(二)114年新增項目之執行情形(執行未滿半年請加註)		
五、總額之管理與執行績效		
(一)醫療利用及費用管控情形	醫療利用情形	管控措施、檢討及改善
(二)地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理	預算分配結果	
(三)點值穩定度	點值	
(四)專業審查及其他管理措施	審查核減統計	
(五)院所違規情形及醫療機構輔導	違規情形統計	
<b>參、附錄(如：品質確保方案、品質保證保留款實施方案及其他視需要提供之方案內容)</b>		

- 註：1.請健保署於6月8日依報告大綱及評核項目表，先提供監測/調查/統計結果(上冊)予本會及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料。
- 2.報告內容請涵蓋評核項目表各項評核內涵及指標，並提供3年(112~114年)之數據。另請健保署提供各項調查/統計結果時，重點說明其結果。部門提報之執行成果報告內文限100頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
- 3.依據115年度總額核(決)定事項，請於115年7月前，提報延續項目之114年執行情形及成效評估。
- 4.KPI指年度總額核(決)定事項之「執行目標」、「預期效益之評估指標」及「品質監測指標」。

## 各總額部門及其他預算專款項目執行績效/成果之報告大綱

壹、計畫型項目	健保署提報	部門提報 <sup>註3</sup>
一、就113年度執行成果之評核委員評論意見回應說明(請以對照表方式,針對評核之建議改進意見提出回應說明,包含採行之具體措施)	—	V
二、114年計畫/方案說明		
(一)計畫內容簡介		
(二)該年度計畫與過去之差異		
三、112~114年執行情形及成效評估	執行情形之統計結果、關鍵績效指標及改善建議	推動情形、檢討及改善、目標達成情形
(一)預算執行數及執行率		
(二)總額核(決)定事項執行情形		
(三)計畫/方案之目標達成情形		
(四)執行概況及結果,包含醫療服務提供及民眾利用情形、獎勵情形等		
(五)成效評估,包含計畫所訂之評核指標達成情形、就醫可近性及健康狀況改善情形等(含總額核(決)定項目KPI <sup>註3</sup> 之執行檢討及自選3項關鍵績效指標)		
四、檢討與改善方向		
(一)專款項目執行期限屆期之檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標)	V	V
(二)計畫/方案115年修正重點	—	V
(三)114年執行未滿半年之新增計畫/方案執行情形與規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃
五、附錄:各項專案計畫/方案內容	—	V
貳、非計畫型項目	健保署提報	部門提報 <sup>註3</sup>
一、就113年度執行成果之評核委員評論意見回應說明(請以對照表方式,針對評核之建議改進意見提出回應說明,包含採行之具體措施)	—	V
二、112~114年執行情形及成效評估	執行情形之統計結果及改善建議	推動情形、檢討及改善
(一)預算執行數及執行率		
(二)總額核(決)定事項執行情形		
(三)執行結果及成效(含總額核(決)定項目KPI <sup>註3</sup> 之執行檢討)		
三、檢討與改善方向		
(一)專款項目執行期限屆期之檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標)	V	V
(二)115年修正重點	—	V
(三)114年執行未滿半年之新增項目執行情形與規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃

- 註：1.各總額部門及跨部門之專款項目，請健保署於6月8日依報告大綱，先提供執行情形摘要表(上冊，其中計畫型應含3項自選關鍵績效指標)予本會及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料；由健保署負責之專款項目(計畫型及非計畫型)，均由署提報，各專款項目之提報單位如附表四。
- 2.各專案之執行成果報告內文限10頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
- 3.KPI指年度總額核(決)定事項之「執行目標」、「預期效益之評估指標」及「品質監測指標」。

## 各總額部門及健保署「114年度重點項目與績效指標(含目標值)」

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
整體總額 —健保署	項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目] 至少包括以下內容： (1)整體總額基期執行結果及資源配置檢討與建議： 現行總額基期預算分配、費用分布及成長情形分析(區分總額別、服務別、分項費用、層級別、地區別、人口別等)及資源配置檢討與建議。 (2)健保總額重點政策推動說明及檢討與建議： 重點政策推動情形，及推動多年但未達預期目標之原因檢討(如全面導入DRGs支付制度、家庭醫師整合性照護計畫之轉型等)。 (3)全人醫療之醫療服務整合情形及照護成果： 包括跨機關、跨專案、共病照護相關計畫(如家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、論質計酬計畫)之整合情形及照護成效。 (4)以保險人角度提出健保總額未來實施方向及執行規劃。	
	項目2： 降低門診10項 重點檢查(驗)非 合理區間再次 執行 [新增項目]	指標：門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率 目標值：較前一年同期下降 $\geq 1\%$ 操作型定義：(當期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率-113年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率)/113年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率
	項目3： 分級醫療之推動 成效 [延續項目]	指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率 $\geq 3.85\%$ 目標值： $\geq 3.85\%$ 操作型定義：分母案件之回轉件數/區域級(含)以上醫院接受上轉之門住診申報件數合計
醫院總額 —醫院 協會	項目1： 醫院分級醫療 執行成效 [延續項目]	指標：醫院層級轉診率 目標值：轉診率較前一年度成長 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數
	項目2： 護病比執行現 況 [延續項目]	指標：全日平均護病比達加成之占率提升 目標值：整體全日平均護病比達加成之月次占率較前1年度維持 操作型定義：1.整體醫院達護病比加成的月次/整體醫院申報住院護理費總月次

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		2.「加成」係指全日平均護病比達一定比例之住院護理費加成
西醫基層 總額 一醫全會	項目1： 西醫基層診所糖尿病病人整體照護情形 [延續項目]	指標：照護率、HbA1c<7%(控制良好率) 目標值：1.照護率：55%以上 2.HbA1c<7%(控制良好率)：54%以上 操作型定義：1.照護率：糖尿病病人(E08-13)於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數/該院所診斷糖尿病病人數 2.HbA1c<7%(控制良好率)：分母病人中，其最後一次HbA1c檢驗值<7.0%(80歲以上病人HbA1c<8.0%)之人數/糖尿病病人於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數
	項目2： 檢驗(查)結果上傳率 [延續項目]	指標：上傳率 目標值：60%以上 操作型定義：檢驗(查)結果上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果)/「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查詢病患就醫資訊方案」附件五-「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」之診所申報醫令數 計算條件：1.採診所歸戶(即檢驗所上傳資料併回診所計算) 2.排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、病理報告及出院病歷摘要資料
牙醫門診 總額 一牙全會	項目1： 國人牙周照護落實現況、改善情形 [延續項目]	指標：減少有牙周治療者平均拔牙顆數 目標值：≤最近三年全國平均值 操作型定義：1.分子：前一年度(113年)牙周病支持性治療(91018C)申報3次以上之就醫人往後追蹤當年度(114年)申報簡單性拔牙(92013C)及複雜性拔牙(92014C)醫令數加總 2.分母：前一年度(113年)牙周病支持性治療(91018C)申報3次以上之就醫人數 3.牙位：1~4象限1-7(排除乳牙、智齒、多生牙) 4.計算：分子/分母
	項目2： 高風險患者照護現況 [延續項目]	指標：當年度高風險疾病照護項目執行件數 目標值：≥最近三年全國平均值 操作型定義：1.當年度(114年)申報高風險疾病照護相關項目醫令數加總 2.高風險疾病照護相關項目醫令：口乾症牙結石清除-全口(91005C)、糖尿病病人牙結石清除-全口(91089C)、高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)、齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
中醫門診 總額 一中全會	項目1： 提升中醫醫療服 務 [延續項目]	<p>指標(1)：中醫醫療服務人數成長率 目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：<math>(114\text{年中醫醫療服務人數}-113\text{年中醫醫療服務人數})/113\text{年中醫醫療服務人數}</math></p> <p>指標(2)：中醫醫療服務人次成長率 目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：<math>(114\text{年中醫醫療服務人次}-113\text{年中醫醫療服務人次})/113\text{年中醫醫療服務人次}</math></p> <p>指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數呈現正成長 操作型定義：<math>(114\text{年中醫居家醫療服務人數}-113\text{年中醫居家醫療服務人數})/113\text{年中醫居家醫療服務人數}</math></p> <p>指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次呈現正成長 操作型定義：<math>(114\text{年中醫居家醫療服務人次}-113\text{年中醫居家醫療服務人次})/113\text{年中醫居家醫療服務人次}</math></p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率呈現正成長 操作型定義：<math>(113\text{年無中醫鄉數}-114\text{年無中醫鄉數})/113\text{年無中醫鄉數}</math></p> <p>指標(6)：醫療資源不足地區服務人數成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人數呈現正成長 操作型定義：<math>(114\text{年醫療資源不足地區服務人數}-113\text{年醫療資源不足地區服務人數})/113\text{年醫療資源不足地區服務人數}</math></p> <p>指標(7)：醫療資源不足地區服務人次成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人次呈現正成長 操作型定義：<math>(114\text{年醫療資源不足地區服務人次}-113\text{年醫療資源不足地區服務人次})/113\text{年醫療資源不足地區服務人次}</math></p>
	項目2： 慢性腎病利用中 醫醫療服務 [新增項目]	<p>指標(1)：慢性腎病服務人數成長率 目標值：慢性腎病服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：<math>(114\text{年慢性腎病服務人數}-113\text{年慢性腎病服務人數})/113\text{年慢性腎病服務人數}</math></p> <p>指標(2)：慢性腎病服務人次成長率 目標值：慢性腎病服務人次成長率呈現正成長</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		操作型定義：(114年慢性腎病服務人次-113年慢性腎病服務人次)/113年慢性腎病服務人次
其他預算 —健保署	項目1： 罕見疾病新藥或 給付規定修正案 審理通過件數 [新增項目]	指標：罕見疾病新藥或給付規定修正案審理通過 件數 目標值：大於等於5件 操作型定義：當年罕見疾病新藥案件及給付規定修正案之審理通過 生效件數總和 $\geq$ 5件
	項目2： 居家整合新收案 對象門診次數降 低 [延續項目]	指標：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門 診就醫次數較收案前半年(○○次)低 目標值： $<$ ○○次 操作型定義：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次 數較收案前半年低。

## 各總額部門及其他預算專款項目執行績效/成果之提報單位

部門別	計畫/方案名稱	提報單位
牙醫	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 醫療資源不足地區改善方案</li> <li>- 牙醫特殊醫療服務計畫</li> <li>- 12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫</li> <li>- 超音波根管沖洗計畫</li> <li>- 高風險疾病口腔照護計畫(113年起合併3項計畫<sup>註</sup>)</li> <li>【註：113年合併原一般服務「高風險疾病口腔照護」及專款項目「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」併入執行】</li> <li>- 特定疾病病人牙科就醫安全計畫</li> <li>- 非齒源性口腔疼痛處置(114年新增)</li> </ul>	總額承辦 團體 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)
中醫	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 醫療資源不足地區改善方案</li> <li>- 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫</li> <li>- 中醫提升孕產照護品質計畫</li> <li>- 中醫癌症患者加強照護整合方案</li> <li>- 中醫急症處置計畫</li> <li>- 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫</li> <li>- 照護機構中醫醫療照護方案</li> </ul>	總額承辦 團體 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)
西醫基層	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 家庭醫師整合性照護計畫(含計畫檢討與管控暨執行成果)</li> <li>- 家庭醫師整合性照護計畫(醫界配合推動情形)</li> <li>- 西醫醫療資源不足地區改善方案</li> <li>- 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫</li> <li>- 強化基層照護能力及「開放表別」項目(非計畫型)</li> <li>- 因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用(非計畫型)</li> <li>- 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(非計畫型)</li> <li>- 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫</li> <li>- 提升國人視力照護品質(114年自一般服務移列專款項目)</li> </ul>	健保署  總額承辦 團體 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)
醫院	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 地區醫院全人全社區照護計畫</li> <li>- 急診品質提升方案</li> <li>- 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案</li> <li>- 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫</li> <li>- 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型)</li> <li>- 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型)</li> <li>- 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫</li> <li>- 腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(非計畫型)</li> <li>- 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能</li> <li>- 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能</li> <li>- 區域聯防-提升急重症照護品質(114年合併113年新增之主動脈剝離手術病患照護跨院合作及腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作)</li> <li>- 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫</li> </ul>	健保署  總額承辦 團體 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)

部門別		計畫／方案名稱	提報單位
門診透析		- 腎臟病照護及病人衛教計畫 - 鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫	健保署
跨部門	醫院、西醫基層	- C 型肝炎藥費(含其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費」)(非計畫型) - 醫療給付改善方案 - 鼓勵院所建立轉診合作機制(非計畫型) - 基層總額轉診型態調整費用(非計畫型) - 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材(非計畫型) - 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費(非計畫型) - 精神科長效針劑藥費(非計畫型) - 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術(醫院))(非計畫型)(114 年新增西醫基層總額)	健保署 (相關總額部門提供配合推動情形)
其他預算		- 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 - 居家醫療照護(含居家醫療照護整合計畫)、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務 - 推動促進醫療體系整合計畫 - 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 - 提升用藥品質之藥事照護計畫 - 支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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(非計畫型) - 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費(非計畫型) - 114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等(114 年新增)	健保署

註：1.各部門總額之品質保證保留款實施方案執行成果於一般服務項目執行成果報告中提報。

2.中醫門診總額「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」自 114 年起停辦。

3.114 年移列一般服務項目：醫院「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」、醫院及西醫基層總額「因應長新冠照護衍生費用」、醫院、西醫基層及牙醫門診總額「促進醫療服務診療項目支付衡平性」等。

4.114 年改由公務預算支應項目：西醫基層總額「代謝症候群防治計畫」、醫院總額「住院整合照護服務試辦計畫」、醫院及西醫基層總額「慢性傳染病照護品質計畫」、醫院、西醫基層及牙醫門診總額「癌症治療品質改善計畫」、醫院、西醫基層、牙醫門診及中醫門診總額「獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用」、其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」、「提升保險服務成效」、「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能執行情形」等。

## 全民健康保險會遵循「衛生福利部可攜式媒體(USB隨身碟)管控措施」 相關會議資安作業規定

114.5.23

為確保含有資訊媒體傳送之安全，本會遵循「衛生福利部可攜式媒體(USB隨身碟)管控措施」，訂定本項資安作業規定。為確保資訊安全，衛生福利部(下稱本部)自113年11月1日起，管制本部同仁辦理公務桌上型電腦與筆記型電腦(統稱個人電腦)USB隨身碟存取功能，經本部認證之隨身碟始可用於本部重啟存取功能之個人電腦。基此，本會辦理委員會議、評核會議、總額協商會議等會議時，請與會單位、機關(構)及人員配合之作業規定如下：

- 一、因本部設有防火牆掃描、過濾電子郵件，進行資安保護，因此各機關(構)提供本會之電子文件資料，應以電子郵件送達方式辦理。
- 二、倘會議當天電子文件資料需臨時抽換、增修或提供者，請直接提供紙本資料，若需投影播放，則請於會議前一天15:00點前，以電子郵件將檔案寄送本會，以利處理資料存取及電腦投影事宜。
- 三、若會議當天仍有臨時需要使用未經認證之隨身碟者，則依「衛生福利部可攜式媒體(USB隨身碟)管控措施」第四點辦理，應持該隨身碟至本部三樓東側機房，由機房值班人員協助掃毒並讀取資料。

四、年度總額協商會議，「部門版本」及「付費者版本」之資料提供：

- (一)協商主會場(301會議室)：統一由本會處理協商版本電子文件之資料存取、投影等事宜。
- (二)內部會議會場：請外部單位自行攜帶筆記型電腦及隨身碟，進行內部試算，本會將於會議室準備投影機及列表機(含驅動程式)供投影及列印紙本資料，且為確保協商當天投影及列印功能正常，請各機關(構)於會議前一天派員攜帶筆記型電腦至本部完成測試(測試時段請洽本會)。
- (三)協商過程中，若協商雙方之協商版本有更動，請列印紙本試算表，交由協商主會場之本會同仁，協助電腦鍵入試算表及投影。為確保試算資料正確，雙方協商版本之試算，請使用本會提供之試算表電子檔，以利統一格式及計算方式。

各總額部門及健保署「115年度重點項目與績效指標(含目標值)」

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
整體總額 —健保署	項目1：整體資源配置與未來規劃(含分級醫療之推動成效) [延續項目] 至少包括以下內容： (1)整體總額基期執行結果及資源配置檢討與建議： 現行總額基期預算分配、費用分布及成長情形分析(區分總額別、服務別、分項費用、層級別、地區別、人口別等)及資源配置檢討與建議。 (2)健保總額重點政策推動說明及檢討與建議： 重點政策推動情形(含分級醫療之推動成效)，及推動多年但未達預期目標之原因檢討(如全面導入DRGs支付制度、家庭醫師整合性照護計畫之轉型等)。 (3)全人醫療之醫療服務整合情形及照護成果： 包括跨機關、跨專案、共病照護相關計畫(如家庭醫師整合性照護計畫、論質計酬計畫)之整合情形及照護成效。 (4)以保險人角度提出健保總額未來實施方向及執行規劃。	
	項目2： 降低門診10項重點檢查(驗)非合理區間再次執行 [延續項目]	指標：門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率 目標值：較前一年同期下降 $\geq 1\%$ 操作型定義：(當期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率-114年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率)/114年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率
	項目3： 保障醫院兒童醫療量能 [新增項目]	指標：醫院兒科醫師之人數、急診及住院服務量 目標值：醫院兒科醫師之人數、急診及住院服務量不低於114年 操作型定義：1.115年醫院兒科之執登醫師人數 $\geq 114$ 年同期數值 2.115年醫院總額申報西醫急診、住診0-6歲兒童每人均醫療點數加總 $\geq 114$ 年同期數值
醫院總額 —醫院協會	項目1： 醫院分級醫療執行成效 [延續項目]	指標：醫院層級轉診率 目標值：轉診率較前一年度成長 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數
	項目2： 護病比執行現	指標：全日平均護病比達加成之占率提升

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
	況 [延續項目]	<p>目標值：整體全日平均護病比達加成之月次占率較前1年度維持</p> <p>操作型定義：1. 整體醫院達護病比加成的月次/整體醫院申報住院護理費總月次</p> <p>2. 「加成」係指全日平均護病比達一定比例之住院護理費加成</p>
西醫基層 總額 一醫全會	項目1： 西醫基層診所糖尿病病人整體照護情形 [延續項目]	<p>指標：照護率、HbA1c&lt;7%(控制良好率)</p> <p>目標值：1. 照護率：55%以上</p> <p>2. HbA1c&lt;7%(控制良好率)：54%以上</p> <p>操作型定義：1. 照護率：糖尿病病人(E08-13)於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數/該院所診斷糖尿病病人數</p> <p>2. HbA1c&lt;7%(控制良好率)：分母病人中，其最後一次HbA1c檢驗值&lt;7.0%(80歲以上病人HbA1c&lt;8.0%)之人數/糖尿病病人於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數</p>
	項目2： 檢驗(查)結果上傳率 [延續項目]	<p>指標：上傳率</p> <p>目標值：60%以上</p> <p>操作型定義：檢驗(查)結果上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果)/「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查詢病患就醫資訊方案」附件五-「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」之診所申報醫令數</p> <p>計算條件：1. 採診所歸戶(即檢驗所上傳資料併回診所計算)</p> <p>2. 排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、病理報告及出院病歷摘要資料</p>
	項目3： 改善「透析前高風險腎臟病人使用NSAIDs藥量異常」 [新增項目]	<p>指標：透析前高風險腎臟病人使用NSAIDs之比率</p> <p>目標值：115年指標值&lt;114年指標值</p> <p>操作型定義：開立NSAIDs藥物案件/透析前高風險腎臟病人(人次)</p> <p>指標精神：較前一年減少透析前高風險腎臟病人使用NSAIDs之比例，以降低透析個案。符合透析前高風險腎臟病人定義，於3個月內所有使用口服NSAIDs藥品總日數≥31日之案件，例：110年1-3月申報開立NSAIDs藥物案件，以申報資料之主次診斷碼或上傳eGFR值歸類判斷透析前高風險腎臟病人，並將該病人口服NSAIDs藥品總日數≥31日之案件列入監測</p> <p>名詞定義：1. 病患ID歸戶如任一ICD-10-CM碼為透析後之主次診斷碼，則該病人歸類為透析後病人，餘符合以下慢性腎臟病第3B期至第5期病人條件，定義為透析前高風險腎臟病人：</p> <p>慢性腎臟病第3B期病人，符合以下任一條件：</p> <p>(1) 資料範圍內最近一次eGFR值<math>30 \leq eGFR &lt; 45</math></p> <p>(2) CKD收案者且資料範圍內最近一次eGFR值<math>30 \leq eGFR &lt; 45</math></p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>(3)PRE-ESRD收案者且資料範圍內最近一次eGFR值<math>30 \leq eGFR &lt; 45</math></p> <p>慢性腎臟病第4期病人，符合以下任一條件：</p> <p>(1)病患以ID歸戶，資料範圍內任一診斷碼(ICD-10-CM)為N18.4</p> <p>(2)資料範圍內最近一次eGFR值<math>15 \leq eGFR &lt; 30</math></p> <p>慢性腎臟病第5期病人，符合以下任一條件：</p> <p>(1)病患以ID歸戶，資料範圍內任一診斷碼(ICD-10-CM)為N18.5</p> <p>(2)資料範圍內最近一次eGFR值<math>&lt; 15</math>且尚未透析</p> <p>備註：</p> <p>(1)透析後診斷碼：N18.6、R88.0、Z49.01、Z49.02、Z49.31、Z49.32、Z91.15、Z99.2</p> <p>(2)尚未透析：資料範圍未申報透析案件(案件分類05)</p> <p>(3)資料範圍為近3個月內資料</p> <p>2. 口服NSAIDs藥品：ATC碼前5碼為M01AA、M01AB、M01AC、M01AE、M01AG、M01AH或ATC碼7碼M01AX01、M01AX02、M01AX07、M01AX17且醫令代碼第8碼=1(口服藥)</p> <p>(1)M01AA：phenylbutazone、mofebutazone、oxyphenbutazone、clofezone、kebutzone</p> <p>(2)M01AB：Acetic acid derivatives and related substances</p> <p>(3)M01AC：Oxicams</p> <p>(4)M01AE：Propionic acid derivatives</p> <p>(5)M01AG：Fenamates</p> <p>(6)M01AH：Coxibs</p> <p>(7)M01AX01：nabumetone</p> <p>(8)M01AX02：niflumic acid</p> <p>(9)M01AX07：benzydamine</p> <p>(10)M01AX17：nimesulide</p>
牙醫門診 總額 一牙全會	項目1： 國人牙周照護落 實現況、改善情 形 [延續項目]	<p>指標：減少有牙周治療者平均拔牙顆數</p> <p>目標值：<math>\leq</math>最近三年全國平均值</p> <p>操作型定義：1.分子：前一年度(114年)牙周病支持性治療(91018C)申報3次以上之就醫人往後追蹤當年度(115年)申報簡單性拔牙(92013C)及複雜性拔牙(92014C)醫令數加總</p> <p>2.分母：前一年度(114年)牙周病支持性治療(91018C)申報3次以上之就醫人數</p> <p>3.牙位：1~4象限1-7(排除乳牙、智齒、多生牙)</p> <p>4.計算：分子/分母</p>
	項目2： 高風險病人照護 回診率	<p>指標(1)：提升高風險病人牙結石清除照護回診率</p> <p>目標值：<math>\geq</math>最近三年全國平均值</p> <p>操作型定義：1.分子：當年度申報高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)醫令2次以上之就醫人數</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
	[新增項目]	<p>2.分母：當年度申報高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)醫令之就醫人數 3.計算：分子/分母</p> <p>指標(2)：提升高風險病人氟化物治療照護回診率 目標值：<math>\geq</math>最近三年全國平均值 操作型定義：1.分子：當年度申報齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)醫令2次以上之就醫人數 2.分母：當年度申報齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)醫令之就醫人數 3.計算：分子/分母</p>
中醫門診 總額 一中全會	項目1： 提升中醫醫療服務 [延續項目]	<p>指標(1)：中醫醫療服務人數成長率 目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(115年中醫醫療服務人數-114年中醫醫療服務人數)/114年中醫醫療服務人數</p> <p>指標(2)：中醫醫療服務人次成長率 目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(115年中醫醫療服務人次-114年中醫醫療服務人次)/114年中醫醫療服務人次</p> <p>指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數呈現正成長 操作型定義：(115年中醫居家醫療服務人數-114年中醫居家醫療服務人數)/114年中醫居家醫療服務人數</p> <p>指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次呈現正成長 操作型定義：(115年中醫居家醫療服務人次-114年中醫居家醫療服務人次)/114年中醫居家醫療服務人次</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率呈現正成長 操作型定義：(114年無中醫鄉數-115年無中醫鄉數)/114年無中醫鄉數</p> <p>指標(6)：醫療資源不足地區服務人數成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人數呈現正成長 操作型定義：(115年醫療資源不足地區服務人數-114年醫療資源不足地區服務人數)/114年醫療資源不足地區服務人數</p> <p>指標(7)：醫療資源不足地區服務人次成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人次呈現正成長</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>操作型定義：(115年醫療資源不足地區服務人次-114年醫療資源不足地區服務人次)/114年醫療資源不足地區服務人次</p> <p>指標(8)：照護機構服務人數成長率 目標值：照護機構服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(115年照護機構服務人數-114年照護機構服務人數)/114年照護機構服務人數</p> <p>指標(9)：照護機構服務人次成長率 目標值：照護機構服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(115年照護機構服務人次-114年照護機構服務人次)/114年照護機構服務人次</p>
	<p>項目2： 慢性腎病利用中醫醫療服務 [延續項目]</p>	<p>指標(1)：慢性腎病服務人數成長率 目標值：慢性腎病服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(115年慢性腎病服務人數-114年慢性腎病服務人數)/114年慢性腎病服務人數</p> <p>指標(2)：慢性腎病服務人次成長率 目標值：慢性腎病服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(115年慢性腎病服務人次-114年慢性腎病服務人次)/114年慢性腎病服務人次</p>
<p>其他預算 一健保署</p>	<p>項目1： 罕見疾病新藥或給付規定修正案件審理通過件數 [延續項目]</p>	<p>指標：罕見疾病新藥或給付規定修正案件審理通過件數 目標值：大於等於7件 操作型定義：當年罕見疾病新藥案件及給付規定修正案之審理通過生效件數總和<math>\geq</math>7件</p>
	<p>項目2： 居家整合新收案對象門診次數降低 [延續項目]</p>	<p>指標：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前半年(○○次)低 目標值：<math>&lt;</math>○○次 操作型定義：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前半年低</p>

#### 肆、本會重要業務報告

一、依上次(第 2 次)委員會議討論事項第一案決議，辦理總額評核作業：

(一)有關 114 年度總額評核結果獎勵標準，將安排於第 5 次委員會議(115.6.24)提案討論「各總額部門 114 年度執行成果評核獎勵標準案」。

(二)於本(115)年 4 月 2 日以衛部健字第 1153360040 號書函，將「114 年度各總額部門執行成果評核作業方式」與提報內容，送請中央健康保險署(下稱健保署)及各總額部門受託團體依下列時程提供評核資料，以利評核委員審視，如附錄一(第 129~130 頁)。

1.健保署分別於 6 月 8 日及 6 月 22 日提出評核報告上、下冊。

2.各總額部門於 6 月 22 日前提出成果報告。

3.評核會議之簡報資料則請所有機關(構)於 7 月 6 日前提供。

(三)辦理評核委員籌組作業，經彙整四部門總額受託團體之評核委員推薦名單，加上本會現任專家學者及公正人士委員，擬具「115 年評核委員建議名單」後，於 3 月 30 日以電子郵件寄送本會委員進行票選，並於 4 月 7 日完成票選作業。本會刻正依票選結果，辦理評核委員邀請及後續事宜，在評核會議前，評核委員名單將依規定保密。

二、健保署依本會 114 年第 9 次委員會議(114.11.19)決議，於本年 3 月 20 日、4 月 10 日分別將醫院總額(附錄二，第 131~138 頁)、中醫門診總額(附錄三，第 139~151 頁)風險調整移撥款執行方式函報本會備查，摘要如下：

總額別	風險調整移撥款執行方式
醫院	1.風險調整移撥款6.5億元。 2.各分區分配方式：2億元採6因子均等權重分配，餘4億元採114年依地區預算RS值分配之額度，合併為各分區風險款額度，東區另加0.5億元。 3.依前開方式計算，六分區分配金額如下表：

總額別	風險調整移撥款執行方式				
	項目 分區	六因素及 權重計算公式	RS 分配 (同 114 年)	指定撥入 (健保會決議)	總金額
	臺北	17,146,850	142,897,852		160,044,702
	北區	14,059,821	54,950,888		69,010,709
	中區	16,982,296	72,104,768		89,087,064
	南區	17,198,586	57,777,236		74,975,822
	高屏	41,648,737	61,169,012		102,817,749
	東區	92,963,710	11,100,244	50,000,000	154,063,954
	合計	200,000,000	400,000,000	50,000,000	650,000,000
中醫 門診	<p>1.自五分區(不含東區)之一般服務費用移撥4億元，作為風險調整基金，由各季提撥1億元。</p> <p>2.分配方式：</p> <p>(1)逐季使用至預算使用完畢為止，補助其浮動點值低於0.93元之分區，該季每點支付金額最高補至0.93元之差值；若經費不足，以原計算補助金額乘以折付比例計算。</p> <p>(2)經費若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依115年第4季各分區一般服務預算總額占率分配至各區。</p>				

三、本會業務參訪活動業於本年3月25日辦理完竣，由主委帶隊，共計16位委員參加。健保署由張禹斌副署長陪同，並提出「罕見疾病的醫療利用(含罕藥之收載及使用情形)」報告，讓委員瞭解罕病政策與現況，親身體驗病友每日如何應付食衣住行，實際瞭解罕見疾病患者、罕病家庭面對的生活狀態及不同挑戰，有助委員對健保罕病相關政策的了解及預算支持。

四、為落實全民健康保險法第5條規定，發揮本會民意溝通平台之角色，依法持續辦理公民參與活動，預定於本年7、8月在北、中、南地區各辦理1場公民參與活動，議題為：「怎麼看醫生才安心？分級醫療公民論壇—探討民眾就醫選擇與分級醫療制度之對話與建議」。

五、本年4月份總額部門辦理之參訪活動：

(一)中華民國中醫師公會全國聯合會於本年4月8、9日，擇臺東縣辦理「115年度全民健康保險中醫門診總額專案計畫實地訪視活動」，本會委員(含代理人)計17人參加，於參訪各訪視點後，委員針對所見議題與中全會代表於座談會相互交流，討論重

點整理如附件(第34頁)。

(二)中華民國醫師公會全國聯合會於本年4月14、15日，擇台南市辦理「115年全民健康保險醫療服務參訪活動」，本會委員(含代理人)預計23人參加。

六、衛生福利部(下稱衛福部)及健保署於本年3月至4月份發布及副知本會之相關資訊摘要如下：[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4月15日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1.本年3月17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，並於本年4月1日生效，如附錄四(第152~155頁)。本次修正重點說明如下：

(1)為強化兒童醫療照護品質，修正下列支付標準【預算來源：115年度其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」53.11億元】：

①住院及急診觀察床診察費之通則六：調升兒科專科醫師若同時符合兒童加成者，申報加護病床、一般病床住院診察費之最高加成上限。

住院診察費		最高加成上限	
		調整前	調整後
1.加護病床		140%	160%
2.一般病床	(1)未滿2歲者	150%	210%
	(2)2歲以上至未滿7歲者		170%

②調升「精神科日間住院治療費(日間全天/日間半天)--未滿六歲」等2項診療項目支付點數。

③手術通則六，增列「治療性先天殘缺手術」支付規範；調升「新生兒壞死性腸炎手術」等5項新生兒重大手術項目支付點數。

(2)第二部西醫【預算來源：115年度醫院總額「新醫療科技」之「新增修診療項目」8億元、門診透析為115年度門診透析服務預算487.963億元，住院透析為115年度其他預

算「促進醫療服務診療項目支付衡平」53.11億元】：

①新增診療項目(5項)：56044B「主動脈復甦性血管內球囊閉合術」，65080B「立體定位多竇副鼻竇手術」等4項手術項目。

②調升支付點數(6項)：28006C「支氣管鏡檢查」，58001C「血液透析(一次)-住院」等5項透析治療項目。

③修訂支付規範：27049C「甲-胎兒蛋白」(限醫院層級申報，由C表改為B表)；18046B「生物電抗非侵入式心輸出量及血流動力學監測」(放寬適用範圍)等。

(3)第三部牙醫【預算來源：115年度牙醫門診總額「醫療資源不足地區改善方案」全年經費3.238億元、「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算959百萬元】：

①調升支付點數(18項)：90003C「恆牙根管治療(三根)」等4項根管治療項目、「符合牙醫門診加強感染管制實施方案」牙科門診診察費等14項感染管制項目。

②新增診療項目(1項)：92133C「週日及國定假日牙醫門診處理-每次門診限申報一次」。

③修訂支付規範：89011C「玻璃離子體充填」(增訂「若為牙醫醫療資源不足地區執行之巡迴醫療，乳牙治療頻率由1年1次縮短為半年一次」)。

(4)第四部中醫：刪除「支援醫師診察費一律按未聘有護理人員在場服務者之支付標準代碼計算」。**【預算來源：115年度中醫門診總額「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算830.2百萬元】**

(5)第五部居家照護及精神病患者社區復健第一章居家照護、第三章安寧居家療護**【預算來源：115年度其他預算「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」，居家醫療照護增編2.95億元】**：

①增列兒童加成支付規範(未滿6個月者加計60%、6個

月以上至未滿 2 歲者加計 30%、2 歲以上至未滿 7 歲者加計 20%)。

②調升支付點數(68 項)：調升人員訪視費用 5%。

2.本年 4 月 2 日公告 115 年度「精神科醫院評鑑及精神科教學醫院評鑑作業程序」、「精神科醫院評鑑基準」及「精神科教學醫院評鑑基準」，係依據醫療法第 28 條、第 95 條及醫療法施行細則第 15 條、第 61 條規定辦理，如附錄五(第 156 頁)。

## (二)健保署

1.公告總額相關計畫如附錄六(第 157~162 頁)，修訂重點如下表：

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
115.3.2/ 115.1.1	115 年度 全民健康 保險牙醫 門診總額 特殊醫療 服務計畫	<p>1.預算來源：全年經費為 9.559 億元(114 年為 8.059 億元)。</p> <p>2.醫療團牙醫醫療服務：</p> <p>(1)新增「失能老人」適用對象條件：年滿 80 歲以上長者。</p> <p>(2)修訂醫療團論次點數自每小時 2,400 點調升至 3,000 點。</p> <p>(3)修訂「特定需求者牙醫醫療服務」每日每診人次規定：每位牙醫師每診 4 人次，每日最多 2 診 8 人次為限，且每月以 80 人次為限。</p> <p>3.居家牙醫醫療服務：</p> <p>(1)擴大收案條件：放寬至所有「長期照顧服務申請及給付辦法」補助對象。</p> <p>(2)修訂每日服務人次規定：每日最多 8 人次為限，且每月以 80 人次為限。</p> <p>(3)增修支付標準：</p> <p>①醫師訪視費：新增依地區別有不同支付點數，原 P30006(一般地區)自 1,553 點調升為 1,631 點，新增山地離島及醫療資源不足地區(P30008)支付 2,154 點。</p> <p>②居家牙醫醫療服務費：</p> <p>A.新增依地區別有不同支付點數，原</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>「病人清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上」一般地區(P30005)調升為 6,800 點(原為 5,700 點)、新增山地離島及醫療資源不足地區(P30009)支付 8,160 點；「其他病人」(P30007)調升為 4,500 點(原為 3,800 點)、新增山地離島及醫療資源不足地區(P30010)支付 5,400 點。</p> <p>B.新增「二個月內因口腔狀況不佳需再治療者」費用：一般地區支付 3,400 點、山地離島及醫療資源不足地區支付 4,080 點，每年以申報 3 次為限。</p>
115.3.2/ 115.1.1	全民健康 保險居家 血液透析 試辦計畫	<p>1.計畫期間：自 115 年 1 月 1 日至 115 年 12 月 31 日，惟本計畫涉全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，自公告日起生效。</p> <p>2.給付項目及支付標準：P8701C「居家血液透析(次)」點數修訂為 4,000 點(原點數為 3,912 點)；並修訂文字「所訂點數包含技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料費、特殊藥劑費用(含 EPO、Vadadustat)」。</p> <p>3.醫療費用申報、審查及核付原則：點值結算：本計畫之診療項目費用(P8701C 至 P8703C)，以每點一元支付，全年預算如有不足，則由一般服務支應。</p>
115.3.5/ 115.3.1	全民健康 保險肝炎 醫療給付 改善方案	<p>1.修訂方案名稱(原為「全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案」)，追溯自 115.3.1 生效。</p> <p>2.收案對象： (1)由「主診斷」為 B 型肝炎帶原者或 C 型肝炎感染者，放寬為「主、次診斷」。 (2)新增肝纖維化 F3(含)以上之代謝性、酒精性肝炎病人。</p> <p>3.給付項目及支付標準： (1)新收案管理照護費：支付點數調升至「150 點」(原為 100 點)；每一病患於同一院所限申報一次」(原限新收案或</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>結案再收案者申報)。</p> <p>(2)追蹤管理照護費：支付點數調升至「150點」(原為100點)，新收案後至少間隔「10周」申報(原為3個月)；每年申報「3次」(原為2次)，每次間隔「23周」(原為6個月)。</p> <p>(3)新收案管理照護費及追蹤管理照護費，每一病患全年合計申報上限「3次」(原為2次)。</p> <p>4.品質指標：</p> <p>(1)腹部超音波檢查執行進步率：當年度執行率「100%」亦屬達成，放寬為「90%」。</p> <p>(2)新增觀察指標「失聯率」。</p> <p>5.資訊公開：刪除「保險人得公開參與本方案之醫療院所名單及相關品質資訊供民眾參考」之規定。</p>
115.3.18/ 115.4.1	全民健康 保險居家 醫療照護 整合計畫	<p>1.新增「西醫基層診所專任醫師居家醫療照護獎勵費」，執行居家醫療案件比率大於等於50%，且訪視次數大於等於30次者，醫師訪視費加成30%。</p> <p>2.在宅專門醫師每月醫師訪視次數由180人次放寬至240人次。</p> <p>3.新增「兒童訪視費加成」20%至60%。</p> <p>4.調升「居家醫療照護相關人員訪視費用」5%。</p>
115.4.1/ 115.1.1	全民健康 保險鼓勵 院所加強 推動腹膜 透析與提 升照護品 質計畫	<p>1.預算來源：</p> <p>(1)新增全年預算如有不足，則由一般服務支應。</p> <p>(2)新增「鼓勵提供虛擬健保卡服務獎勵費及申報獎勵金」由公務預算支應。</p> <p>2.修訂計畫目的及院所獎勵費用之部分文字：如「新設置」更改為「配合執行」，「新設立」、「新成立」更改為「首年提供」。</p> <p>3.修訂「提升腹膜透析院所照護品質獎勵費」發放原則為：「本項費用應優先考慮分配於執行業務之相關人員……」。</p> <p>4.院所獎勵費用：(四)支持腹膜透析院所持續運作費，新增申報規定之主責院所認定原則。</p> <p>5.給付項目及支付標準：</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>(1)修訂支付項目「連續性可攜帶式腹膜透析」(P8112C)、「全自動腹膜透析」(P8113C)支付點數 887 點(原 868 點)。</p> <p>(2)刪除「全自動腹膜透析機搭配『病人遠距管理』相關費用」(P8115C)註 6。</p> <p>(3)本計畫涉醫療服務給付項目及支付標準部分，自公告日起生效。</p> <p>6.醫療費用申報、審查及核付原則：</p> <p>(1)新增「鼓勵提供(行動)健保卡服務獎勵費」(每名病人獎勵 200 點)之申報規定。</p> <p>(2)新增年度獎勵費各醫院層級，以當年度最後之特約類別為認定標準。</p> <p>(3)新增本計畫之獎勵費、給付項目及支付標準項目，每點 1 元，全年預算如有不足，則由一般服務支應。</p>
115.4.9/ 115.1.1	115 年度 全民健康 保險提升 中醫護理 人員照護 品質獎勵 方案	<p>本項為 115 年新增方案。</p> <p>1.獎勵條件:聘有護理人員且有調升其薪資之中醫門診特約醫事服務機構。</p> <p>2.護理人員調薪幅度之認定標準:依護理人員當月本保險「投保金額」進行認定，投保金額須較 114 年 12 月薪資調升幅度增加本保險投保金額至少一投保等級且不得低於第四投保等級，以及院所當月調升聘用護理人員達半數以上者。</p> <p>3.獎勵方式及核發原則：</p> <p>(1)反映護理人員薪資調升之加計獎勵： 「看診時聘有護理人員在場服務者」之門診診察費及「針灸、傷科、針灸合併傷科」治療處置費之案件，加計獎勵 13 點。</p> <p>(2)提升護理照護品質獎勵金：前項結算後仍有結餘，院所護理人員調薪人數符合本方案標準者，依院所調升護理人員薪資人月占率核發獎勵金。</p> <p>4.稽核機制:每月勾稽每家中醫院所須調升半數以上護理人員薪資達增加本保險投保金額至少一投保等級，且不得低於第四投保等級。</p>

2.114 年第 3 季各部門總額每點支付金額：

- (1)牙醫門診總額，如附錄七(第 163~166 頁)。
- (2)中醫門診總額，如附錄八(第 167~170 頁)。
- (3)醫院總額，如附錄九(第 171~174 頁)。
- (4)西醫基層總額，如附錄十(第 175~178 頁)。
- (5)門診透析服務，如附錄十一(第 179~181 頁)。

總額別 分區別	114 年第 3 季各部門總額平均點值				
	牙醫門診	中醫門診	醫院	西醫基層	門診透析
台北	0.9336	0.9756	0.9571	0.9203	0.9725
北區	1.0064	0.9407	0.9853	0.9417	
中區	1.0153	0.9531	0.9864	0.9698	
南區	1.0657	0.9546	1.0200	0.9972	
高屏	1.0605	0.9590	1.0000	0.9812	
東區	1.1500	1.0965	1.0220	1.0648	
全區	0.9952	0.9619	0.9830	0.9552	

- 3.本年 3 月 13 日、4 月 7 日公告 115 年「全民健康保險西醫住院病人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」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等 7 項中醫醫療照護計畫(含子計畫)，自本年 1 月 1 日、3 月 1 日、4 月 1 日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄十二(第 182~183 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)統計如附錄十三(第 184~185 頁)。

決定：

## 「115 年度全民健康保險中醫門診總額專案計畫實地訪視活動」摘要

中華民國中醫師公會全國聯合會業於本年 4 月 8、9 日，擇臺東縣辦理「115 年度全民健康保險中醫門診總額專案計畫實地訪視活動」，本會委員(含代理人)計 17 人參加。

一、參訪內容：本次係參訪中醫 2 個巡迴點、1 個獎勵開業服務計畫診所及東基醫療財團法人附設迦南護理之家，實地了解「照護機構中醫醫療照護方案」及「醫療資源不足地區改善方案」之醫療服務提供狀況，並了解當地居民醫療需求。

二、於參訪後委員針對所見議題與中全會代表於座談會相互交流，討論重點如下：

(一)巡迴醫療服務：對於偏鄉服務醫師年齡老化與人力缺乏問題，提出改善建議，如增加誘因以留任現有醫師，或從前端教育增加醫師參與意願。

(二)獎勵開業服務：針對獎勵執業 3 年結束補助後的留任問題，建議未來研議增加留任誘因，確保偏鄉醫療服務的穩定。

(三)照護機構中醫醫療照護方案：目前方案設有每診人次上限，對於大型照護機構，建議視實際需求放寬標準。

(四)居家醫療整合照護計畫：中醫加入計畫後，服務人數與醫師人數逐年成長，服務對象以中風和失智個案最多，可改善多重照護問題。中全會將持續鼓勵中醫師加入居家醫療服務。

藉由充分討論，有助於委員對於總額專款計畫及實務狀況的了解，供總額協商參考。

# 討論事項



## 第一案

提案單位：本會第三組

案由：116 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)，提請討論。

說明：

- 一、依全民健康保險法第 61 條規定，本會應在行政院核定之年度醫療給付費用總額(下稱總額)範圍內，協定該年度總額及其分配方式，報衛生福利部(下稱衛福部)核定。本會均依行政院核定之總額範圍及衛福部當年交付之政策目標進行協商，為利每年 9 月份協商進行，循例事先議定協商架構及原則。
- 二、本案主要參考 115 年度總額協商架構及原則，及近年總額協商經驗及實務運作，擬具「116 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)」(如附件，第 39~44 頁。修訂如劃線處)，請討論。修訂重點如下：

### (一)壹、總額協商架構部分：

沿用 115 年度總額協商架構，其中「總額設定公式」及「醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法」(灰底標示處)，須以行政院核定 116 年度總額範圍之內容為準，將俟衛福部交議本會總額範圍後定案，再提報委員會議報告確認。

### (二)貳、總額協商原則部分：

除更新年度及酌修文字以臻明確外，本次主要依據總額協商經驗及實務運作，新增 1 項專款項目協商原則如下：

六、專款項目新增「(二)為避免預算重複編列，專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及一般服務涵蓋之費用，請回歸一般服務支應。」

研修理由：

1. 專款項目編列之目的，係支應具特殊性或鼓勵性質的方案、計畫，若執行穩定且具有成效，再考量納入一般服務，故其與一般服務有所區隔。然過去牙醫及中醫門診總額部分專款

計畫，其服務項目與一般服務重複(即一般服務預算已支付該項服務)，致有發生扣款與否之爭議。為避免預算重複編列，自 114 年度總額起在部分專款項目，於總額協商時即依健保署建議，自一般服務列減項，事先扣減專款與一般服務重複部分的預算；另針對未列減項之專款計畫，則於衛福部公告的核定事項明訂：「專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及一般服務涵蓋之費用，請回歸一般服務支應。」

2. 為避免預算重複編列，後續衍生相關疑義，及落實專款預算編列之目的，建議將前揭衛福部核定之通則性文字，新增納為六、專款項目之(二)，以利各部門總額有所遵循。

三、另依貳、總額協商原則五之(三)，違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款，將列為協商減項，檢附健保署提供之 114 年度各部門查處追扣金額表，如參考資料(第 45 頁)，惟協商時仍以健保署提供之數值為準，若對扣款數值有疑義，請各總額部門逕與健保署核對。

擬辦：

- 一、議定「116 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，供各方代表協商時有所依循。
- 二、總額協商架構之「總額設定公式」及「醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法」暫列，將依衛福部交議總額範圍再行定案，並提委員會會議報告。

決議：

**116 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)**

第 7 屆 115 年第○次委員會議(115.○.○)通過

**壹、總額協商架構****一、總額設定公式(暫列，俟衛生福利部交議總額範圍後定案，再提委員會議報告)****■年度部門別<sup>註1</sup>醫療給付費用總額＝**

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

$$\frac{[\text{年度部門別醫療給付費用總額} - (\text{前一年度之部門別醫療給付費用總額} + \text{前二年度投保人口預估成長率與實際之差值金額} + \text{前一年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額})^{\text{註5}}]}{[\text{前一年度之部門別醫療給付費用總額} + \text{前二年度投保人口預估成長率與實際之差值金額} + \text{前一年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額})^{\text{註5}}]}$$
**■年度全民健保醫療給付費用總額＝**

$$\text{年度部門別}^{\text{註1}} \text{醫療給付費用總額之合計} + \text{年度其他預算}^{\text{註1}} \text{醫療給付費用}$$
**年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝**

$$\frac{[\text{年度核定之全民健保醫療給付費用總額} - (\text{前一年度之全民健保醫療給付費用總額} + \text{前二年度投保人口預估成長率與實際之差值金額} + \text{前一年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額})^{\text{註5}}]}{[\text{前一年度之全民健保醫療給付費用總額} + \text{前二年度投保人口預估成長率與實際之差值金額} + \text{前一年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額})^{\text{註5}}]}$$

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

2.因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正前 2 年投保人口預估成長率與實際之差值金額(即 116 年度總額基期須校正 114 年度總額投保人口預估成長率與實際之差值金額)。

- 3.依本會 114 年第 4 次委員會議(114.6.25)確認之「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，115 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，於 116 年度總額協商基期費用加回。
- 4.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。
- 5.依衛福部報奉行政院核定之 116 年度總額基期，係以前 1 年度(115 年)健保醫療給付費用總額，校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額、加回前 1 年度(115 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

## 二、醫療服務成本及人口因素

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

(二)成長率計算公式

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

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

## 三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新醫療科技及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

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

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

## 四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

## 五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式

先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1

季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

### (三)計算公式

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用=前一年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用×(1+成長率)

年度門診透析服務費用=年度醫院門診透析服務費用+年度西醫基層門診透析服務費用

## 貳、總額協商原則

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

二、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

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

三、基期

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

四、醫療服務成本及人口因素

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

五、協商因素

### (一)給付項目之調整

本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目給予合理配置，不涉及個別給付項目之決定。

### (二)各部門之「品質保證保留款」

1.列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。

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

### (三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款

1.列為協商減項，扣減前2年度(114年)違反特管辦法第37、39、40條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主

動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件。且於次年度(117年)總額加回該違規扣款金額，不影響次年度總額協商之基期費用。

2.本項扣款數值，以協商時健保署提供者為準。

(四)一般服務之協商因素項目：

- 1.應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用。新增項目需提出執行目標及預期效益之評估指標，延續性項目需提出過去執行成果效益或檢討改善規劃，並須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料。
- 2.並於年度實施前提出具體實施方案，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則得核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(五)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

## 六、專款項目

- (一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。
- (二)為避免預算重複編列，專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及一般服務涵蓋之費用，請回歸一般服務支應。
- (三)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。
- (四)新增計畫應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用、執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料，並提出預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)，以利檢討退場或納入一般服務。若為續辦性專款項目則須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標。
- (五)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

## 七、其他原則

- (一) 新增協商項目或計畫，宜先列為專款項目，俟執行穩定且具成效後，未來年度再考量移至一般服務項目。
- (二) 年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (三) 醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：
  1. 衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」之復議案程序辦理。
  2. 衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，由本會向衛福部提出建議。
- (四) 年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率以不超過行政院核定範圍之上限值為原則。
- (五) 醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (六) 對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (七) 各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。
- (八) 各總額部門提出涉及使用年度總額調整支付標準項目之協商草案，健保署應評估是否連帶影響其他總額部門，如有影響，應於協商前提出受影響總額部門之預算需求評估，供本會協商時一併考量。協商時，請受影響總額部門列席。

附件、醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法(暫列，俟衛生福利部交議總額範圍後定案，再提委員會議報告)

一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以 113 年醫療費用點數為基礎，計算 114 年納保人口年齡性別結構相對於 113 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，年齡則以 1 歲為一組做調整(人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均)。

二、醫療服務成本指數改變率

(一)成本項目之權數

採行政院主計總處 110 年「工業及服務業普查」結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。

(二)成本項目之指數

採行政院主計總處 115 年 4 月發布之「物價統計月報」與查詢「薪情平臺」。各總額部門指標類別如下：

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

註：醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」、「電子醫療用儀器及設備」、「放射照相或放射治療器具」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」、「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」及「其他醫療器材」；其他醫療器材，包括：注射器、點滴器(或輸液 pump)、病床、人工關節、洗腎用血液迴路導管、外科接管、血液迴路管(不含血壓計、血糖計、體溫計)。

(三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以 110 年指數為基值(訂為 100)，計算 114 年 1 月至 12 月相對 113 年 1 月至 12 月各指數年增率。

三、投保人口預估成長率

以最近一年可取得之實際投保人口成長率，即以 114 年對 113 年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

## 114年度各總額及其他預算部門查處追扣金額表

單位：元

總額別	類型別	扣減	罰鍰	其他	小計
醫院 總額	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	74,931	50,197	1,359,062	1,484,190
西醫基層 總額	總額舉發	0	20,434	0	20,434
	非總額舉發	884,921	3,135,773	1,154,517	5,175,211
牙醫門診 總額	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	92,350	20,739,823	28,055,042	48,887,215
中醫門診 總額	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	51,829	869,900	341,415	1,263,144
其他 預算	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	122,803	12,376,306	6,941,077	19,440,186
合計	總額舉發	0	20,434	0	20,434
	非總額舉發	1,226,834	37,171,999	37,851,113	76,249,946

註 1：總額舉發為總額受託單位或總額相關團體舉發；非總額舉發包含民眾檢舉與健保署主動查核項目。

註 2：類型別定義：

扣減：扣減10倍之本金，即原認列之點數。

罰鍰：罰鍰之本金，即原認列之虛報點數。

其他：其他因查處案件造成可行政追扣之點數。

## 第二案

提案單位：本會第三組

案由：116 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)，提請討論。

說明：

一、依據本會 114 年第 10 次委員會議(114.12.24)決定通過之「115 年度工作計畫」，訂於本(115)年 9 月 23 日召開 116 度全民健康保險醫療給付費用總額(下稱總額)協商會議，並於 9 月 30 日委員會議確認協商結果。歷年在總額協商前，均會事先議定協商工作計畫及協商會議之與會人員、進行方式(協商時間)與相關原則等協商程序事宜，以提高議事效率。為利 116 年度總額協商工作之進行，援例事先研訂總額協商程序。

二、本案主要參照 115 年度總額協商程序，除更新年度別、會議日期及酌修部分文字以臻明確外，另依過去實務運作經驗，擬具「116 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)」(如附件，第 48~55 頁。修訂如劃線處)。修訂重點如下：

(一)直接議定協商順序，取消抽籤作業(詳壹、工作計畫表二之(一)，第 49 頁)：

過去各部門協商順序雖採抽籤方式，惟各部門代表均會再行協調調整。查過去 3 年(113~115 年)協商順序均相同，依序為：醫院總額、門診透析預算、西醫基層總額、中醫門診總額、牙醫門診總額、其他預算，實務運作順暢。為簡化作業流程，建議取消採抽籤決定順序方式，直接參採上開協商順序，或視需要調整，請討論。

(二)明訂各部門提送一般服務地區預算分配建議方案之期限(詳壹、工作計畫表二之(三)2.，第 49 頁)：

為依法於年底前完成總額協定，歷年來均請各部門於 9 月協商完成後，2 週內提送地區預算分配之建議方案，若部門未提送，則由幕僚掣案提 11 月份委員會議討論。為配合本年度工作計

畫，明確提案之最遲時限，乃依據 11 月份委員會議(115.11.25) 議程提案時程，請各部門最遲於 11 月 11 日前(委員會議 2 週前) 提送建議方案。

擬辦：

- 一、116 年度總額協商順序為：醫院總額、門診透析預算、西醫基層總額、中醫門診總額、牙醫門診總額、其他預算，或依委員意見調整。將依議定結果安排，並於 8 月份委員會議提報「116 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程」。
- 二、請健保署及各總額部門依總額協商程序及所訂時程辦理相關事宜，並請委員預留總額協商相關會議時間。

決議：

# 116 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)

第 7 屆 115 年第○次委員會議(115.○.○)通過

## 壹、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<p><b>一、協商前置作業</b></p> <p>(一)討論 116 年度總額協商架構及原則與協商程序。</p> <p>(二)辦理各總額部門執行成果評核： 檢討、評估各總額部門 114 年度協定事項執行情形。</p> <p>(三)116 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策目標。</li> <li>2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。</li> <li>3.提供協商參考資料「115 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」。</li> <li>4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算協商草案。               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)協商草案內容應包含協商減列項目及預估金額。</li> <li>(2)各總額部門與健保署擬訂協商草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。</li> </ol> </li> <li>5.由本會將各總額部門提出之協商草案，送請衛福部業管單位評估是否與其政策規劃方向及施政目標相符，提供意見供協商參考。</li> </ol> <p>(四)安排總額協商會前會及座談會。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.召開 116 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會：               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)請各總額部門及健保署報告所提出之「116 年度總額協商因素項目及計畫草案」，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之具體內容(依協商草案最終版本應提報內容，如附表 1)，重點如下：                   <ol style="list-style-type: none"> <li>①問題分析及需求評估。</li> <li>②醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。</li> <li>③新增項目之執行目標及預期效益之評估指標(以具體、可量化之結果面為導向，呈現資源投入之具體效益，若能提出分年目標值尤佳)。延續性項目則須持續檢討。</li> <li>④新增專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)。</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>	<p>第 3 次委員會議(115 年 4 月 22 日)</p> <p>115 年 7 月 20、21 日</p> <p>115 年第 6 次或第 7 次委員會議(115 年 7 月 29 日或 8 月 19 日，俟衛福部交議時間而訂。)</p> <p>115 年第 7 次委員會議(115 年 8 月 19 日)</p> <p>115 年 7~8 月</p> <p>115 年 8 月</p> <p>115 年 8 月 19 日下午 (115 年第 7 次委員會議結束後)</p>

工作項目及內容	預訂時程
<p>(2)請各總額部門及健保署依自行檢核表(如附表 2)，逐項檢視提報資料是否齊全，填具後併會前會資料送本會。</p> <p>(3)請幕僚檢視提報資料之完整性，並彙整評核委員之建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。</p> <p>2.召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。</p> <p>3.各總額部門及健保署提送「<u>116</u>年度總額協商因素項目及計畫草案」之最終版本：  (1)應提報內容及格式如附表 1，並檢附自行檢核表(如附表 2)併送，確保資料內容齊全，以利協商。  (2)請如期提送協商草案之最終版本，送會後不可臨時提出新增項目或更動內容。</p> <p>4.視需要辦理 <u>116</u> 年度總額協商因素項目及計畫草案溝通會議。</p>	<p>115 年 8~9 月</p> <p>115 年 8 月 26 日上午</p> <p>115 年 8 月 27 日前</p> <p>視協商資料及討論需求評估是否辦理</p>
<p><b>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</b></p> <p>(一)各部門委員代表自行抽籤決定各部門之總額協商順序，依序為：<u>醫院總額、門診透析預算、西醫基層總額、中醫門診總額、牙醫門診總額、其他預算(或依委員意見調整)</u>，並據以排定總額協商會議議程。</p> <p>(二)協商各部門總額成長率及分配方式。</p> <p>1.召開總額協商會議。  (1)協商四部門總額及其他預算之總額及分配。  (2)請部門當日依據協商結論，於協定事項調整新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。</p> <p>2.協商結論提 9 月份委員會議討論、確認。  (1)確認四部門總額及其他預算之總額及分配。  (2)請委員就協商結果，提供各總額部門所提新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」之修正建議，會後由健保署會同各總額部門共同討論研修。</p> <p>3.「執行目標」及「預期效益之評估指標」之確認：  (1)達成共識部門：健保署會同總額部門研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，將研修後之結果，提報 10 月份委員會議確認。  (2)未達共識部門：請衛福部就政策目標要求，逕予核定。</p> <p>(三)協商各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。  1.請各總額部門於 9 月份總額協商完成後，2 週內提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提 10 月份委員會議討論。  2.倘部門未於 11 月 11 日前提送分配建議方案，則由幕僚掣案提 11 月份委員會議討論，並完成協定。</p> <p>(四)年度整體總額協定成長率及其分配之確認及報請衛福部核定及公告。</p>	<p>115 年第 3 次委員會議(115 年 4 月 22 日)確認抽籤<sup>註</sup>，於第 7 次委員會議(115 年 8 月 19 日)提報排定議程</p> <p>115 年 9 月 23 日全天；若有未盡事宜，於 9 月 24 日上午 9 時 30 分繼續處理</p> <p>115 年第 8 次委員會議(115 年 9 月 30 日上午 9 時 30 分開始，委員可視需要採視訊方式與會)</p> <p>115 年第 9 次委員會議(115 年 10 月 28 日)</p> <p>115 年 11~12 月</p> <p>115 年 10 月 14 日前</p> <p>115 年 11 月 11 日前第 10 次委員會議(114 年 11 月 19 日)</p> <p>115 年 11~12 月</p>

工作項目及內容	預訂時程
<b>三、協定事項之執行規劃與辦理</b> (一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。 (二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。	115年10月~116年12月

註：若各總額部門無法派員抽籤，則由本會執行秘書於會上代為抽籤。

## 貳、協商會議

### 一、會議時間：

- (一)預備會議：115年9月23日(星期三)上午9時至9時30分。  
供付費方、醫界方視需要召開內部會議(請事前通知本會同仁協助安排會議場地)。
- (二)協商會議：115年9月23日(星期三)上午9時30分起，全天。
- (三)若有協商未盡事宜，則於115年9月24日(星期四)上午9時30分至12時30分討論。

### 二、與會人員：

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

### 三、進行方式：

- (一)分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門總額、門診透析服務費用及健保署管控之「其他預算」。
- (二)各部門之協商順序，於7月份委員會議抽籤確定後，不可臨時要求變更。

(三)各協商場次預計分配所需時間如下表：

各協商場次	第一階段 <sup>註1</sup> 提問與意見交換	第二階段 視雙方需要自行召開內部會議		第三階段 部門之預算協商	合計 (最長時間含各自召開內部會議時間)
		付費方	醫界方		
醫院	30 分鐘	30 分鐘	30 分鐘	60 分鐘	90~150 分鐘
門診透析 <sup>註2</sup>	10 分鐘	10 分鐘	10 分鐘	20 分鐘	30~50 分鐘
西醫基層	25 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	50 分鐘	75~115 分鐘
中醫門診	20 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘	60~100 分鐘
牙醫門診	20 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘	60~100 分鐘
其他預算	20 分鐘	20 分鐘		35 分鐘	55~75 分鐘

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

2.門診透析之協商場次，按例安排於醫院或西醫基層抽籤序優先之場次後進行，不另行抽籤。

(四)相關原則：

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

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

(五)依衛福部資安規定，協商過程請各部門、健保署及本會委員配合本會訂定之「全民健康保險會遵循『衛生福利部可攜式媒體(USB 隨身碟)管控措施』相關會議資安作業原則」(如附件)辦理。

(六)若總額部門與付費者代表委員順利完成協商，達成共識，則於其預算協商時段當場試算，作成共識方案。倘未能達成共識時，其處理方式如下：

1.付費者代表委員間無法達成共識時：

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

2.總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表委員召集內部會議協調醫界方案。

3.總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表委員、保險醫事服務提供者代表委員各自提出一個建議方案。

(七)各協商場次之協商結果，於主席宣布協商結論後即定案，禁止任一方提出變更或推翻前開結論。惟經雙方代表同意，得再重新協議，並酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。

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

(九)為利瞭解年度總額之協商過程，與會人員之發言內容，將以實錄方式上網公開。

#### 參、委員會議

一、時間：115年9月30日(星期三)上午9時30分。委員可視需要採視訊方式與會。

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

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

附表 1、各部門總額及其他預算協商草案(協商大表)應提供之內容及格式

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

附表 2、各部門總額及其他預算協商草案(協商大表)自行檢核表

類別		是否符 合 116 年度總 額交付 項目	協商草案應提供內容之檢核(資料完整請打「V」)					延續項 目填寫	專款新 增項 目 填寫 試 討
			所有協商項目須填寫						
檢核項目			問題分 析及需 求評估	醫療服 務內容 及說明	費用估 算基礎 及淨增 之費	提出(檢 討)執行 目標及 預期效 益之評 估指標	過去執 行成果 或改善 之相關 規劃	預估檢 討期限	
協商項目		【A】	【B】	【C】	【D】	【E】	【F】	【G】	
一般服務									
新增	項目名稱								
延續	項目名稱								
專款項目									
新增	項目名稱								
延續	項目名稱								

註：1.延續項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

- (1)自 108 年度總額起，新增項目核(決)定事項訂有執行目標及評估指標者，若該項目延續則應持續檢討執行目標及評估指標。
- (2)107 年度總額(含)以前，協商項目未訂執行目標及評估指標，若有項目延續且預算有大幅增加(如 $\geq 20\%$ )者，請檢討執行情形並建議提出執行目標及評估指標，以利協商。
- (3)另「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」、「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」、「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」、「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」係被動依病人需求或藥物引進情形支出，故不需提出檢討執行目標及評估指標。

2.延續項目依協商屬性，以下項目不須填報：

- (1)四部門總額：一般服務「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」、專款項目「品質保證保留款」。
- (2)醫院專款項目：「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」、「離島地區加成費用」。
- (2)西醫基層專款項目：「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」。
- (3)其他預算專款項目：「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」、「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」。

3.【B】~【E】須檢附相關實證資料。

4.若各部門總額新增協商項目或計畫屬政策交辦或健保署提出項目，且未納入各總額部門協商草案，應由健保署填具檢核表送會。

## 全民健康保險會遵循「衛生福利部可攜式媒體(USB隨身碟)管控措施」 相關會議資安作業規定

114.5.23

為確保含有資訊媒體傳送之安全，本會遵循「衛生福利部可攜式媒體(USB隨身碟)管控措施」，訂定本項資安作業規定。為確保資訊安全，衛生福利部(下稱本部)自 113 年 11 月 1 日起，管制本部同仁辦理公務桌上型電腦與筆記型電腦(統稱個人電腦)USB隨身碟存取功能，經本部認證之隨身碟始可用於本部重啟存取功能之個人電腦。基此，本會辦理委員會議、評核會議、總額協商會議等會議時，請與會單位、機關(構)及人員配合之作業規定如下：

- 一、因本部設有防火牆掃描、過濾電子郵件，進行資安保護，因此各機關(構)提供本會之電子文件資料，應以電子郵件送達方式辦理。
- 二、倘會議當天電子文件資料需臨時抽換、增修或提供者，請直接提供紙本資料，若需投影播放，則請於會議前一天15:00點前，以電子郵件將檔案寄送本會，以利處理資料存取及電腦投影事宜。
- 三、若會議當天仍有臨時需要使用未經認證之隨身碟者，則依「衛生福利部可攜式媒體(USB隨身碟)管控措施」第四點辦理，應持該隨身碟至本部三樓東側機房，由機房值班人員協助掃毒並讀取資料。

四、年度總額協商會議，「部門版本」及「付費者版本」之資料提供：

- (一)協商主會場(301 會議室)：統一由本會處理協商版本電子文件之資料存取、投影等事宜。
- (二)內部會議會場：請外部單位自行攜帶筆記型電腦及隨身碟，進行內部試算，本會將於會議室準備投影機及列表機(含驅動程式)供投影及列印紙本資料，且為確保協商當天投影及列印功能正常，請各機關(構)於會議前一天派員攜帶筆記型電腦至本部完成測試(測試時段請洽本會)。
- (三)協商過程中，若協商雙方之協商版本有更動，請列印紙本試算表，交由協商主會場之本會同仁，協助電腦鍵入試算表及投影。為確保試算資料正確，雙方協商版本之試算，請使用本會提供之試算表電子檔，以利統一格式及計算方式。

### 第三案

提案單位：本會第三組

案由：修正「115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目」案，提請討論。

說明：

一、本案係依據健保署於本年 3 月 31 日健保醫字第 1150661219 號函(如附件，第 58~61 頁)辦理。

二、前揭來函主要為函請修正「115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目」(下稱 115 年點值保障項目)，詳如附件，說明如下：

(一)115 年點值保障項目，前經本會 1 月份委員會議(115.1.21)討論，決議：照案通過，委員所提意見，送請健保署研參。

(二)依前揭決議，照案通過之內容如下：

1.中醫門診總額及門診透析 115 年點值保障項目增列「若當季/區一般服務浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付作業」之規定，其餘皆與 114 年度相同。

2.醫院及西醫基層總額則維持保障項目以每點 1 元支付。

3.牙醫門診總額未有保障項目。

惟有委員提出意見：若浮動點值大於 1 元，保障項目僅維持每點 1 元支付，有失保障之原意。

(三)健保署參考委員意見，分別於醫院總額及西醫基層總額研商議事會議(115.3.4 及 115.3.12)提案討論，醫院部門同意比照中醫門診總額及門診透析增列相關規定，西醫基層部門則考量將影響次季預算分配及點值，仍維持保障項目以每點 1 元支付，爰配合修正醫院總額之 115 年點值保障項目(修正如附件，第 61 頁劃線處)。

三、依 115 年度總額公告，如有需採點值保障之項目，由健保署會同總額相關團體議定後，送本會同意後執行。爰是否依健保署來函，修正醫院總額之 115 年點值保障項目，請討論。

擬辦：「115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目」修正與否，依

會議決議辦理。

決議：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號  
聯絡人：阮柏叡  
聯絡電話：02-27065866 分機：2670  
傳真：02-27069043  
電子郵件：A111267@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年3月31日  
發文字號：健保醫字第1150661219號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如主旨 (A210300001\_1150661219\_doc2\_Attach1.pdf)

主旨：修正「115年度各部門總額一般服務之點值保障項目」(附件)，請查照。

說明：

- 一、依據貴會115年1月21日委員會議決議辦理。
- 二、依前揭會議決議，115年起中醫部門、透析部門增列「若當季/區一般服務浮動點值大於1元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於1元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付作業」之規定；醫院部門及西醫基層部門則考量將影響次季預算分配及點值，維持保障項目以每點1元支付。
- 三、惟健保會委員提出建議，若浮動點值大於1元，而保障項目僅維持每點1元支付，有失「保障」之原意，建議西醫部門比照規劃分區浮動點值大於每點1元，保障項目以浮動點值支付，並請本署納入研參。
- 四、經本署於115年3月4日醫院總額及同年月12日西醫基層總額研商議事會議討論，醫院部門同意增列相關規定，西醫基

115.04.01



1153340057



層部門則考量將影響次季預算分配及點值，仍維持保障項目以每點1元支付，爰配合修正115年度各部門總額一般服務之點值保障項目(同附件)。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會(均含附件)



裝

訂

線



## 115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目及說明

總額部門	115 年一般服務保障項目及支付方式
中醫	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「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)。</li> <li>2. 若當季當區一般服務浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付作業。</li> </ol>
西醫基層	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 論病例計酬案件(每點 1 元支付)，排除白內障手術之門診案件分類 C1 且醫令代碼 97608C 之總醫療費用(申請點數+部分負擔)。【論病例計酬案件之白內障手術，自 114 年度西醫基層總額一般服務預算中移列至「提升國人視力照護品質」專款預算結算。】</li> <li>2. 血品費(每點 1 元支付)。</li> <li>3. 「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)。</li> </ol>
透析	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 腹膜透析之追蹤處理費(每點 1 元支付)。</li> <li>2. 偏遠地區之門診透析服務(每點 1 元支付)。</li> <li>3. 若當季一般服務浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付作業。</li> </ol>
醫院	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 門診、住診之藥事服務費(每點 1 元支付)。</li> <li>2. 門診手術(每點 1 元支付)。</li> <li>3. 住院手術費、麻醉費(每點 1 元支付)。</li> <li>4. 血品費(每點 1 元支付)。</li> <li>5. 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)。</li> <li>6. 地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)。</li> <li>7. 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)。</li> <li>8. 地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點 1 元支</li> </ol>

總額 部門	115 年一般服務 保障項目及支付方式
	<p>付)。</p> <p>9. 區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費(每點 1 元支付)(註 5)。</p> <p>10. 地區醫院住院病房費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)、一般病床住院診察費、住院護理費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)(每點 1 元支付)。</p> <p>11. 醫院生產案件(每點 1 元支付)。</p> <p>12. <u>若當季當區一般服務浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付作業。</u></p>

備註：

1. 藥費依藥物給付項目及支付標準辦理，不列入。
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。
3. 非浮動點數不含藥費。
4. 本統計中醫總額結算非浮動點數含保障醫療資源不足地區論量計酬之金額。
5. 對應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1 年內不得適用地區醫院保障項目【地區醫院急診診察費、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費】，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準者，其醫療服務得比照區域醫院保障【區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費】；另自醫院評鑑不符合之日起 1 年後，仍不符合區域醫院評鑑者，不得適用地區醫院保障項目，亦不得比照區域醫院保障。

#### 第四案

提案人：陳委員世岳

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：建請重新評估 114 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫於一般服務扣減重複部分之費用案，提請討論。

說明：

- 一、依據 114 年度總額核(決)定事項辦理。
- 二、中央健康保險署業於全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 115 年第 1 次研商議事會議提案，依實際執行結果於 114 年第 4 季扣減約 0.92 百萬元，本會代表於會議中已表達建議不應扣減，健保署亦回覆本案應提至健保會討論。
- 三、全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫 114 年執行點數已超過實際預算，預算 8.559 億元，依計畫預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點 1 元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於 0.95 元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。
  - (一)114 年第 2 季預算 221.7 百萬元，已支用點數 222,773,226 點，因預算不足支應，採浮動點值 0.98850772 支付。
  - (二)114 年第 3 季預算 214.0 百萬元，已支用點數 228.3 百萬點，浮動點值 0.84498205，以一般服務預算支應 9.7 百萬元後，每點支付金額為 0.95 元。
  - (三)114 年第 4 季申報點數約為 239.9 百萬點，推估點值約為 0.89。
- 四、全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫實施之目的為照護弱勢，加強提供特定身心障礙者牙醫醫療服務，另 114 年第 3 季已於一般服務預算支應 9.7 百萬元，綜上述懇請委員協助：同意不扣減 114 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫於一般服務重複部分之費用。

擬辦：建請同意不扣減 114 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫於一般服務重複部分之費用。

.....

**本會整理說明：**

一、本提案討論之總額核(決)定事項為114年度牙醫門診總額專款項目，其核定公告內容如下：

項目	金額(百萬元)	核定事項
牙醫特殊醫療服務計畫 (自 91 年起實施)	805.9	1.持續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、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。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續監測本計畫醫療團適用對象(包含：不同障礙別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性。 (2)依 114 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。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 114 年 7 月提全民健康保險會報告。

本次委員提案重點為上述健保署應辦事項(2)於一般服務扣減與本項重複部分之費用。

二、本案背景說明：

(一)本項專款計畫自91年起實施，原服務對象限定為特定身心障礙者、先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者等。自113年擴大醫療團的服務對象，納入不符合特定障別或障礙等級，但持有身心障礙證明者(下稱其他具身心障礙證明者)。考量前揭新納入之服務對象，其原本利用一般服務的費用將由專款支應，故應在一般服務扣減該移列之費用，其協定及核定事項均明列「於一般服務扣減與本項重複部分之費用」。

(二)健保署依照上述核定事項2.(2)的要求，業於本會114年第5次委員會議(114.7.23)提報扣減方式規劃在案，扣減方式為「114

年申報牙特計畫醫療團服務其他具身心障礙證明者(特定治療項目代號LT)，曾於113年一般服務申報之醫療費用(案件分類19)點數」。依提案說明二之牙醫門診總額115年第1次研商議事會議資料，經健保署計算114年扣減金額為0.92百萬元。

(三)查113年本計畫除新增上開服務對象外，並將各障礙等級之醫療費用加成均調升20%，113年申報點數及預算執行數顯著提升，114年持續增加，致其執行點數超過實際預算，原計畫內容但書「採浮動點值項目，每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應」。依提案說明三，114年第3季已由一般服務預算支應本項專款計畫9.7百萬元，使其浮動點值由0.84元提升至0.95元。另依點值結算報表資料，截至114年第3季實際申報點數為657.3百萬點，若未採浮動點值，則預算執行率達81.6%(歷年執行情形詳參考資料，第68~69頁)，摘要如下表：

項目 \ 年度	110	111	112	113	114 1~3季
<b>1.預算執行情形：</b>					
預算數(百萬元)	672.1	672.1	672.1	781.7	805.9
預算執行數(百萬元)	478.7	502.3	613.3	759.5	604.4
-預算執行率	71.2%	74.7%	91.2%	97.2%	75.0%
申報點數(百萬點)	479.3	504.2	617.6	762.8	657.3
-申報執行率	71.3%	75.0%	91.9%	97.6%	81.6%
<b>2.服務總人次：</b>					
目標數(人次)	170,000	170,000	170,000	170,000	190,000
執行數(人次)	153,963	159,729	187,494	198,742	—
目標達成率	90.6%	94.0%	110.3%	116.9%	—

三、本案為利委員討論，已請健保署提供意見供參，該署回復重點內容如下(詳附件一，第66頁)：

(一)經查牙特計畫114年第2、3季皆採浮動點值支付(分別為0.9885、0.95)，114年第4季推估點值約為0.89，牙特計畫專款執行率預計超過100%(114年預算805.9百萬元，預估申報899.36百萬點)。

(二)另查114年中醫門診總額「中醫慢性腎臟病門診加強照護計

畫」，因該預算執行率超過100%，經貴會第7屆114年第5次委員會議(114.7.23)決定不予扣減，並由貴會向衛福部提出建議，本案建議比照辦理。

四、依「114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」(詳附件二，第67頁)之貳、總額協商原則七、其他原則(三)2.「衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依『全民健康保險會會議規範』提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議」。

決議：

「建請重新評估 114 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫  
於一般服務扣減重複部分之費用案」健保署說明

總額別	項目【協定事項】	本署意見
牙醫門診 專款項目	1.牙醫特殊醫療服務計畫 【依114年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用】	<p>一、有關牙醫特殊醫療服務計畫(下稱牙特計畫)之扣減方式，經貴會 114 年第 5 次委員會議(114.7.23)決定，延續「113 年度牙特計畫與一般服務重複方式」之計算方式，扣減方式為「114 年申報牙特計畫醫療團服務其他具身心障礙證明者(特定治療項目代號 LT)，曾於 113 年一般服務申報之醫療費用(案件分類 19)點數」。並預計於 114 年第 4 季點值結算時扣減。</p> <p>二、本案業於 115 年 3 月 3 日本署召開之全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 115 年第 1 次研商會議報告，依 114 年 1 月至 12 月申報資料統計，與一般服務重複之額度約 92 萬元，將於 114 年第 4 季結算時扣減費用。惟社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會建議不扣減。</p> <p>三、經查牙特計畫 114 年第 2、3 季皆採浮動點值支付(114 年第 2 季預算 221.7 百萬元，已支用點數 222,773,226 點，因預算不足支應，採浮動點值 0.98850772 支付；114 年第 3 季預算 214.0 百萬元，已支用點數 228.3 百萬點，浮動點值 0.84498205，雖以一般服務預算支應 9.7 百萬元，仍以浮動點值 0.95 支付)，114 年第 4 季預算 214.0 百萬元，預估申報點數約為 240.6 百萬點，推估點值約為 0.89。牙特計畫專款執行率預計超過 100%(114 年預算 805.9 百萬元，預估申報 899.36 百萬點)。</p> <p>四、另查 114 年中醫門診總額「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」，因該預算執行率超過 100%(113 年預算 105.3 百萬元，實際申報 121.3 百萬點)，經貴會第 7 屆 114 年第 5 次委員會議(114.07.23)決定不予扣減，並由貴會向衛生福利部提出建議，本案建議比照辦理。</p>

業務窗口：黃瓊萱科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2665

## 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(摘錄)

第 6 屆 113 年第 4 次委員會會議(113.5.22)通過

### 貳、總額協商原則

#### 七、其他原則

- (一)新增協商項目或計畫，宜先列為專款項目，俟執行穩定且具成效後，未來年度再考量移至一般服務項目。
- (二)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (三)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：
  - 1.衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」之復議案程序辦理。
  - 2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。
- (四)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率以不超過行政院核定範圍之上限值為原則。
- (五)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (六)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (七)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。
- (八)各總額部門提出涉及使用年度總額調整支付標準項目之協商草案，健保署應評估是否連帶影響其他總額部門，如有影響，應於協商前提出受影響總額部門之預算需求評估，供本會協商時一併考量。協商時，請受影響總額部門列席。

牙醫特殊醫療服務計畫執行情形

計畫型-自91年起實施

項目	年度				
	109	110	111	112	113
<b>牙醫特殊服務<sup>註1</sup></b>					
預算數(百萬元)	647.1	672.1	672.1	672.1	781.7
預算執行數(百萬元)	542.6	478.7	502.3	613.3	759.5
預算執行率	83.8%	71.2%	74.7%	91.2%	97.2%
申報總點數(百萬點) <sup>註4</sup>	543.4	479.3	504.2	617.6	762.8
<b>服務總人次(門診)</b>					
目標數(服務人次)	160,000	170,000	170,000	170,000	170,000
執行數(服務人次) <sup>註4</sup>	172,163	153,963	159,729	187,494	198,742
目標達成率	107.6%	90.6%	94.0%	110.3%	116.9%
<b>1.先天性唇顎裂及顱顏畸形患者牙醫醫療服務</b>					
--服務人數	2,246	1,775	1,984	1,737	1,762
--服務人次	3,886	3,080	3,211	2,968	2,932
--醫療費用(百萬點)	20.2	15.9	17.6	15.9	16.2
<b>2.特定身心障礙者及3.居家牙醫醫療服務</b>					
<b>-依服務病人類型統計：</b>					
(1)極重度					
--服務人數	10,706	10,300	10,421	12,026	11,914
--服務人次	29,955	25,985	26,665	31,380	32,332
--醫療費用(百萬點)	112.5	96.7	102.4	120.9	144.8
(2)重度					
--服務人數	16,254	15,484	15,700	16,543	16,584
--服務人次	44,971	39,491	40,733	44,285	45,098
--醫療費用(百萬點)	149.0	130.2	137.3	149.6	175.8
(3)中度暨中度以上精神疾病患者					
--服務人數	24,203	23,523	23,475	24,856	25,283
--服務人次	66,852	60,360	62,805	66,986	69,306
--醫療費用(百萬點)	152.8	139.4	146.9	160.3	197.2
(4)中度肢體障礙者之腦傷及脊髓損傷患者					
--服務人數	...	50	107	144	198
--服務人次	...	91	213	310	411
--醫療費用(百萬點)	...	0.2	0.5	0.7	1.2
(5)輕度					
--服務人數	8,539	8,423	8,694	9,035	8,610
--服務人次	23,008	21,970	23,064	22,759	22,498
--醫療費用(百萬點)	42.6	40.9	44.3	43.2	52.6
(6)自閉症、失智症 <sup>註5</sup>					
--服務人數	...	...	...	6,046	8,037
--服務人次	...	...	...	15,109	21,229
--醫療費用(百萬點)	...	...	...	58.1	99.1
(7)發展遲緩兒童					
--服務人數	527	553	664	793	979
--服務人次	1,269	1,230	1,447	1,701	2,158
--醫療費用(百萬點)	3.8	4.0	4.4	5.7	7.2
(8)失能老人					
--服務人數	1,208	1,010	953	1,076	1,336
--服務人次	2,155	1,670	1,523	1,849	2,160
--醫療費用(百萬點)	5.6	4.9	5.0	6.0	7.5
(9)其他具身心障礙證明者(非屬特定身心障礙者) <sup>註6</sup>					
--服務人數	...	...	...	...	301
--服務人次	...	...	...	...	450
--醫療費用(百萬點)	...	...	...	...	1.1

項目	年度				
	109	110	111	112	113
(10)醫療團支援					
--論次費用(百萬點)	56.6	46.6	45.6	56.4	59.2
(11)居家醫療整合照護病人					
--服務人數	28	38	30	65	78
--服務人次	67	85	68	147	167
--醫療費用(百萬點)	0.3	0.4	0.3	0.7	0.9
(12)出院準備					
--服務人數	...	1	0.0	0.0	1
--服務人次	...	1	0.0	0.0	1
--醫療費用(百萬點)	...	0.01	0.0	0.0	0.01
<b>-依服務型態統計：</b>					
<b>(1)居家牙醫醫療服務<sup>註2</sup></b>					
--服務人數	1,329	1,310	1,401	1,651	1,873
--服務人次	3,067	2,783	2,933	3,530	4,108
--醫療費用(百萬點)	15.5	14.4	15.3	18.8	21.9
<b>(2)院所型牙醫醫療服務</b>					
--服務人數	40,110	39,195	39,969	42,381	48,415
<b>(3)醫療團牙醫醫療服務<sup>註3(3)、6</sup></b>					
--「特定身心障礙者」服務人數					
-極重度、自閉症、失智症	4,522	4,399	4,347	5,697	5,987
-重度	6,914	6,674	6,566	6,869	6,848
-中度(含發展遲緩兒童)、中度以上精神障礙	7,119	6,863	6,622	7,017	7,040
-輕度(含失能老人)	9,484	9,161	9,338	9,781	9,595
--「其他具身心障礙證明者」(非屬特定障別及障礙等級身心障礙者)服務人數	...	...	...	...	301
<b>關鍵績效指標(自選3項)</b>					
1.執行服務人次較前年度增加情形	-2%	-11%	4%	17%	6%
2.極重度身障患者服務人數較前年度增加情形	-2%	-4%	1%	15%	-1%
3.重度身障患者服務人數較前年度增加情形	-1%	-5%	1%	5%	0%

#### 健保署改善建議：

113年執行率較前一年多有成長，惟醫療團輕度(含失能老人)以及重度人次稍有下降，應加強醫療團之服務。

資料來源：中央健康保險署

- 註：1.特殊服務適用對象：91年新增先天性唇顎裂、97年新增顱顏畸形患者、91年起陸續新增特定身心障礙者、101年新增牙醫到宅服務、109年新增護理之家之牙醫服務、110年新增中度肢體障礙者之腦傷及脊髓損傷患者、113年醫療團新增其他持有身心障礙證明者。
- 2.108年到宅牙醫醫療服務費用由其他預算之「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」項下支應，109年移回本計畫，並改名為「居家牙醫醫療服務」，原「到宅及特定需求者(論次)」之申報資料分別併入醫療團支援及居家牙醫醫療服務。
- 3.歷年總額協定事項如下：
- (1)109年：新增醫療團提供護理之家之牙醫醫療服務(110~112年服務2家)。
  - (2)110年：新增牙特身心障礙者社區醫療網(至112年底未實施，於113年總額協定刪除此項執行內容)。
  - (3)113年：健保署將具體實施計畫(含醫療團服務對象、醫療費用加成方式)提健保會同意後，依程序辦理。請健保署持續監測本計畫醫療團適用對象(含不同障別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性。
- 4.申報總點數、服務總人次為「1.先天性唇顎裂及顱顏畸形患者牙醫醫療服務」及「2.特定障別身心障礙者及3.牙醫居家醫療服務」之申報點數(含論次費用)、服務人次分別加總。
- 5.自閉症、失智症患者：原以障礙等級加成支付，112年起修訂計畫，此2類患者不論障礙等級均得比照極重度加成支付，爰配合申報資料修正統計類別。
- 6.113年計畫修訂重點：
- (1)醫療團服務對象新增不符合特定障別及障礙等級但持有身心障礙證明者(醫療費用加2成)。
  - (2)調升特定身心障礙者之醫療費用加成成數，極重度、自閉症及失智症加11成(原9成)、重度加9成(原7成)、中度(含發展遲緩兒童)加5成(原3成)、輕度(含失能老人)加3成(原1成)。



# 報告事項



## 第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：114年度全民健康保險基金附屬單位決算及116年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案，請鑒察。

說明：

一、依據全民健康保險法施行細則第3條：「保險人應依全民健康保險業務計畫及安全準備運用狀況，編列年度預算及年終決算報告，報主管機關，並分送健保會備查。」之規定辦理。

二、全民健康保險基金114年度決算及116年度預算，分別於115年2月12日及同年3月19日函送貴會備查。本署謹就114年度執行及116年度預算編列情形簡要說明如下：

(一)114年度決算：

1.保險營運計畫：

(1)保險收入8,835.94億元：

①保費收入8,618.71億元。

②公益彩券盈餘分配及菸品健康福利捐分配收入144.32億元、政府補助收入11億元、利息收入46.89億元及收回呆帳等業務外收入15.02億元。

(2)保險成本8,382.77億元：

①保險給付8,329.05億元。

②呆帳51.55億元、業務及業務外等費用2.17億元。

2.其他計畫：

(1)菸品健康福利捐專項業務：依菸品健康福利捐分配及運作辦法，就徵收菸品健康福利捐收入支應全民健康保險之醫療科技評估、醫療服務審查及全民健康保險政策推動等專項業務之用。114年度菸品健康福利捐獲配專項業務收入6.08億元，專項業務支出2.56億元，專項業務賸餘3.52億元，依法提存安全準備。

(2)菸品健康福利捐及政府撥補挹注罕見疾病用藥費用：依菸害防制法、菸品健康福利捐分配及運作辦法，就徵收菸品健康福利捐收入與政府撥補收入挹注罕見疾病等醫療費用之用。114年度菸品健康福利捐獲配收入2.14億元及政府撥補20億元，全數用於補助罕見疾病之醫療費用。

(3)癌症新藥暫時性支付專款：為提高癌症病人用新藥可近性，由政府編列預算專案撥款50億元，用以辦理癌症新藥暫時性支付業務。114年度支出12.81億元，因新藥或新增給付範圍，納入給付後市場滲透需時程，致實際給付數較預算數減少，未支用數37.19億元，依「全民健康保險基金收支保管及運用辦法」規定，應保留以後年度繼續支用，以「預收收入」列帳。

3.綜上，保險收支淨結餘456.69億元，係保險營運計畫賸餘453.17億元加上菸品健康福利捐專項業務賸餘3.52億元後金額，依法提存安全準備後，114年底安全準備餘額為2,078.37億元，折合約2.99個月保險給付支出。

## (二)116年度預算：

1.保險營運計畫：依全民健康保險法第76條規定，本保險為平衡保險財務，年度收支之結餘應提列安全準備，短絀時應由安全準備先行填補。116年度保險收支暫按115年度一般保險費率5.17%、補充保險費率2.11%及醫療費用總額以成長率5.5%推估編列。至預算執行時之保險費率及醫療費用總額成長率，係依全民健康保險法第24條及61條規定程序及核定情形辦理。

(1)保險收入8,951.22億元：

①保費收入8,760.46億元：按一般保險費率5.17%、補充保險費率2.11%計算。

②公益彩券盈餘分配及菸品健康福利捐分配收入146.23億元、利息收入32.89億元及收回呆帳等業務外收入11.64

億元。

(2)保險成本9,768.95億元：

①保險給付9,714.78億元：暫按115年醫療費用核定總額以成長率5.5%推估。

②呆帳52.82億元、業務及業務外等費用1.35億元。

2.其他計畫：

(1)菸品健康福利捐專項業務：依菸品健康福利捐分配及運作辦法第4條第1款規定，編列菸品健康福利捐分配收入3.78億元，用以支應全民健康保險之醫療科技評估、醫療服務審查及全民健康保險政策推動等專項業務，相關經費編列3.26億元，專項業務賸餘0.52億元，調減收回安全準備編列數。

(2)菸品健康福利捐及政府撥補挹注罕見疾病用藥費用：依菸品健康福利捐分配及運作辦法第4條第2款規定，編列菸品健康福利捐分配收入2.16億元，另由政府編列預算撥補暫編列20億元(尚須經行政院審查核定公務預算編列數後配合修正)，總計22.16億元，全數用以挹注罕見疾病之全民健康保險用藥費用。

(3)癌症新藥暫時性支付專款：為提高癌症病人用新藥可近性，由政府編列預算專案撥款100億元(尚須經行政院審查核定公務預算編列數後配合修正)，用以辦理癌症新藥暫時性支付業務。

3.綜上，保險收支淨短絀817.21億元，係保險營運計畫短絀817.73億元扣減菸品健康福利捐專項業務賸餘0.52億元後金額，依法收回安全準備填補短絀後，預估116年底安全準備餘額為833.42億元，折合約1.03個月保險給付支出。

報告單位業務窗口：吳珠鳳科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2121

.....

## 本會整理說明：

- 一、本案係健保署依健保法施行細則第 3 條規定函送「114 年度全民健康保險基金附屬單位決算書」及「116 年度全民健康保險基金附屬單位預算」至本會備查，本會將健保署所送之決算書、預算書，併同本次委員會議資料送請委員審閱。
- 二、檢附本會完成研析的 114 年度全民健康保險基金附屬單位決算分析報告、116 年度全民健康保險基金附屬單位預算分析報告(如附件一，第 79~87 頁，附件二，第 88~102 頁)供委員參考，重點摘要如下：

### (一)114 年度決算：

- 1.保險收支情形：114年度保險收入8842.02億元，較113年成長5.31%；保險成本8385.32億元，較113年成長2.74%，保險收支餘絀456.69億元，如下表。另其他保險收支項目比較詳如附件一之表一。

項目	114年度 決算數 (億元)(a)	114年度 預算數 (億元)(b)	執行率 (a/b)	113年度 審定決算數 (億元)(c)	成長率 (a-c)/c
保險收入	8,842.02	8,178.94	108.11%	8,395.85	5.31%
保險成本	8,385.32	8,638.88	97.06%	8,161.83	2.74%
保險收支餘絀	456.69	-459.94		234.02	

- 2.差異原因分析：114年度保費收入8,618.71億元，較113年度增加615.22億元，成長7.69%，成長原因包括：平均投保金額及平均保險費增加，投保單位雇主負擔、獎金及股利所得增加，政府應負擔健保總經費法定下限36%差額隨114年度一般保險費增加，其中並包括114年修正全民健康保險法施行細則第45條，明定政府應負擔健保費的計算範圍以健保法規者為限，使健保財務收入增加134億元。影響金額如下表。

保費收入類別	成長原因	影響金額 (億元)
一般保險費	平均投保金額及平均保險費增加	296.15
補充保險費	投保單位雇主負擔、獎金及股利所得增加	63.09
政府應負擔36%差額	政府負擔隨114年度一般保險費增加	255.56
滯納金		0.42
合計		615.22

(二)116年度預算(詳附件二之附表一、七)：

- 1.保險收支情形：116年度保險收入8,955億元，係按一般保險費率5.17%、補充保險費率2.11%進行推估，較115年度8,529.79億元增加425.21億元，成長率4.98%；116年度保險成本9,772.2億元，主要以115年度總額9,883.35億元，暫以成長率5.5%推估，較115年度預算數9,203.01億元增加569.2億元，成長率為6.18%，保險收支短絀817.21億元，如下表。

項目	116年度預算數 (億元)(a)	115年度預算數 (億元)(b)	成長率 (a-b)/b
保險收入	8,955.00	8,529.79	4.98%
保險成本	9,772.20	9,203.01	6.18%
保險收支餘絀	-817.21	-673.22	

- 2.安全準備餘額：依據健保署提供之116年底安全準備餘額推估表，115年度保險收支短絀數427.74億元，加計114年底安全準備餘額2,078.37億元，115年底安全準備餘額為1,650.63億元，加計116年度保險收支短絀數817.21億元後，116年底安全準備餘額為833.42億元，約當1.03個月保險給付支出。

年度	項目	依據健保署 最新財務預估
115	短絀數(億元)	427.74
	安全準備餘額(億元)	1,650.63
	約當保險給付月數(月)	2.16
116	短絀數(億元)	817.21
	安全準備餘額(億元)	833.42
	約當保險給付月數(月)	1.03

三、歷年全民健康保險基金預決算備查案處理情形：

因歷屆(第 4、5、6)委員對政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之計算方式、全民健康保險法施行細則第 45 條之適法性疑慮等有不同意見，本會自 107 至 114 年對健保署所提之健保基金預決算案均作成不同意備查之決議。

決定：

# 114 年度全民健康保險基金附屬單位決算分析報告

健保會 115 年 4 月

## 壹、前言

- 一、依據全民健康保險法(下稱健保法)施行細則第 3 條規定，保險人應依全民健康保險業務計畫及安全準備運用狀況，編列年度預算及年終決算報告，報主管機關並分送健保會備查。中央健康保險署(下稱健保署)爰於 115 年 2 月 12 日以健保計字第 1150720068 號函檢送該署 114 年度全民健康保險基金附屬單位決算書，請本會備查。
- 二、基於本會權責，以「保險收支」為範圍進行整理分析，並綜整委員會議資料、健保署之業務執行報告及會計月報等來源之相關數據，期能完整呈現年度保險財務收支狀況，提供委員參考。

## 貳、保險財務分析

### 一、保險財務概況

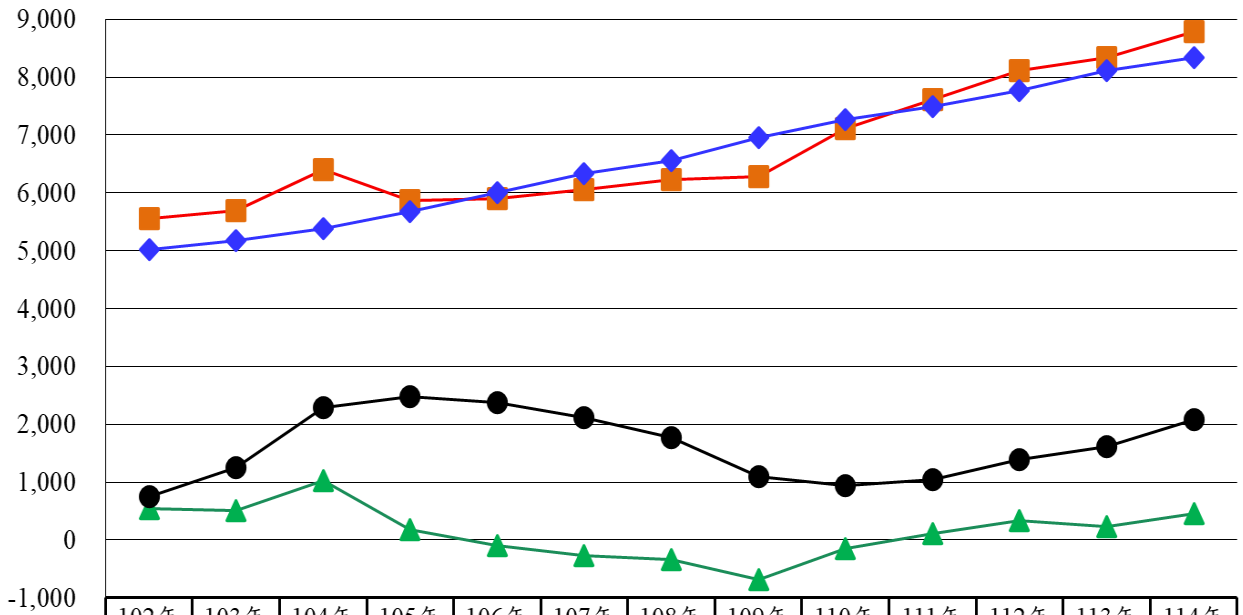
- (一)保險收支：114 年度保險收入<sup>1</sup>8,790.46 億元 (成長率 5.35%)，保險成本<sup>2</sup>8,333.77 億元 (成長率 2.75%)，保險收支結餘 456.69 億元。102~114 年健保財務收支狀況詳圖一。
- (二)安全準備：114 年度保險收支結餘依全民健康保險法第 76 條規定全數提存安全準備，提存後安全準備累計餘額為 2,078.37 億元，約當 2.99 個月保險給付支出<sup>3</sup>。
- (三)102~114 年健保財務趨勢：102 年開始施行二代健保後，受增加收取補充保險費及政府應負擔健保總經費法定下限比率調整至 36%等財源挹注，健保安全準備累計餘額在 105 年底達到 2,474 億元，約當 5.22 個月保險給付支出，爰 105 年 1 月

<sup>1</sup> 保險收入=保險費收入+滯納金+菸品健康福利捐及公益彩券盈餘等徵收及依法分配收入+其他補助收入+利息收入-呆帳提存數，資料來源為健保署。

<sup>2</sup> 保險成本=保險給付(醫療費用)+其他保險成本(未含手續費用)，資料來源為健保署。

<sup>3</sup> 114 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 16 頁。

單位：億元



	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年
保險收入	5,557	5,695	6,410	5,869	5,900	6,061	6,224	6,278	7,119	7,603	8,110	8,344	8,790
保險成本	5,021	5,181	5,381	5,684	5,998	6,328	6,566	6,954	7,274	7,491	7,771	8,110	8,334
保險收支餘絀	536	514	1,029	186	-98	-266	-342	-676	-155	113	339	234	457
安全準備累計餘額	746	1,260	2,289	2,474	2,376	2,109	1,767	1,091	936	1,049	1,388	1,622	2,078

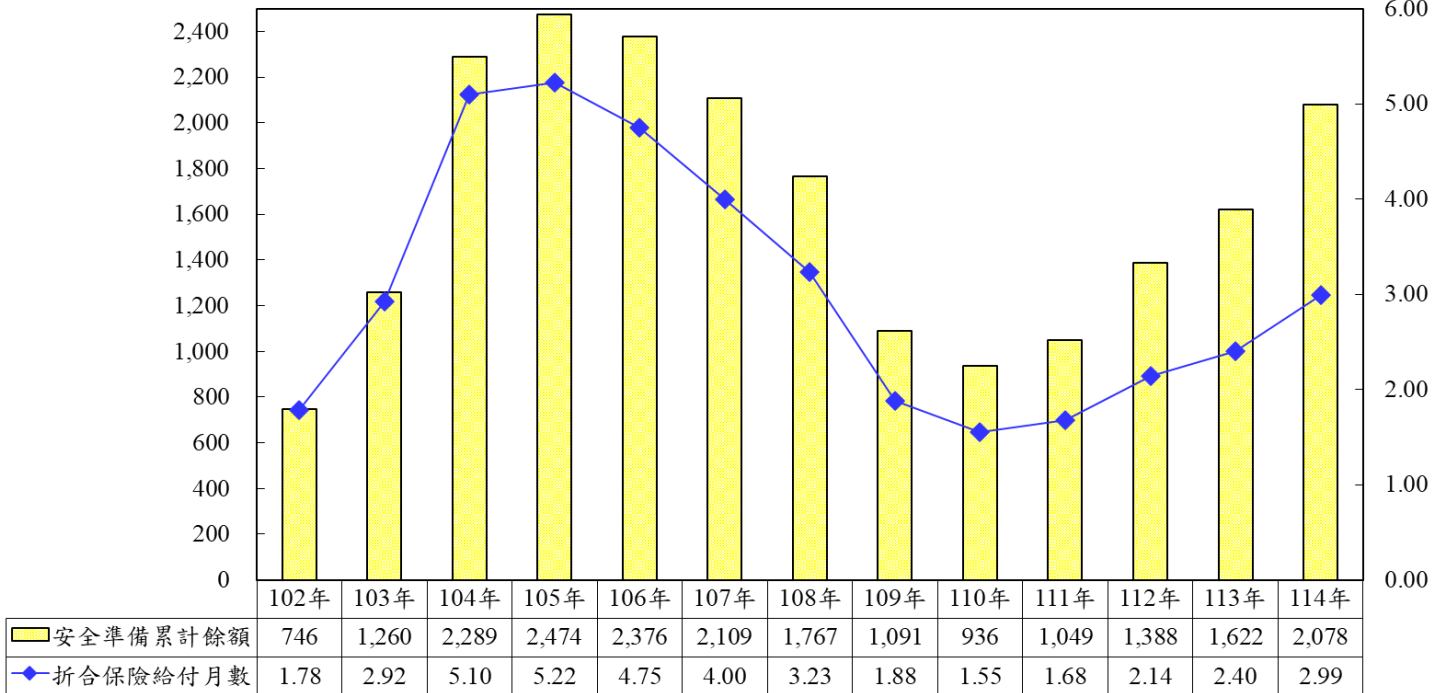
資料來源：健保署。

圖一、102~114年健保財務收支狀況（權責基礎）

起將一般保險費費率由 4.91%調整為 4.69%、補充保險費費率由 2%連動調整為 1.91%。惟自 106 年起保險財務收支再次出現短絀，106~109 年之保險收支短絀分別為 98 億元、266 億元、342 億元及 676 億元。110 年再次將一般保險費率調整為 5.17%，補充保險費費率連動調整為 2.11%，惟因 110 年費率未予調足，行政院為因應健保安全準備不足部分，於 112 年撥補全民健康保險基金 240 億元，113 年則依「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補全民健康保險基金 200 億元，並於 114 年修正健保法施行細則第 45 條，明定政府應負擔健保費的計算範圍以健保法規者為限，使健保財務收入增加 134 億元。截至 114 年底，安全準備累計餘額為 2,078 億元，約當 2.99 個月保險給付支出。102~114 年安全準備累計餘額及約當保險給付支出月數詳圖二。

單位：億元

單位：月



註：全民健康保險法第78條規定，安全準備總額以相當於最近精算1個月至3個月之保險給付支出為原則。  
資料來源：健保署。

圖二、102~114年安全準備成長趨勢

二、保險收支項目比較分析：以下就保費收入、保險給付、安全準備、呆帳、利息收入、雜項收入等保險收支項目，進行比較分析。

(一)保費收入：114年度保費收入為 8,618.71 億元。

1.預算執行：較預算數 7,992.94 億元增加 625.77 億元，執行率為 107.83%(詳表一)。

2.成長比較：較 113 年度 8,003.49 億元增加 615.22 億元，成長 7.69%(詳表一)。114 年保費收入增加之主要原因如下<sup>4</sup>(詳表二)：

(1)一般保險費 6,590.21 億元，較 113 年增加 296.15 億元，主要是平均投保金額及平均保險費增加所致。

(2)補充保險費 778.42 億元，較 113 年增加 63.09 億元，主要是投保單位雇主負擔、獎金及股利所得增加所致。

(3)政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額 1,243.76 億元，較

<sup>4</sup> 健保署 115 年 1 月份業務執行季報告第 12 頁表 5-2 附註 2.(1)。

113 年增加 255.56 億元，主要是 114 年度一般保險費增加，政府負擔隨同增加所致。

(4) 滯納金 6.32 億元，較 113 年增加 0.42 億元。

表一、收支餘絀比較表(保險收支部分)

單位：元

科目	114年度決算數 (a)	114年度預算數 (b)	比較		113年度 審定決算數 (c)	比較	
			金額增減 (a-b)	執行率 (a/b)		金額增減 (a-c)	成長率 (a-c)/c
<b>保險收入</b>	<b>884,201,632,313</b>	<b>817,893,561,000</b>	<b>66,308,071,313</b>	<b>108.11%</b>	<b>839,585,422,817</b>	<b>44,616,209,496</b>	<b>5.31%</b>
1保費收入	861,871,033,185	799,294,367,000	62,576,666,185	107.83%	800,349,192,759	61,521,840,426	7.69%
2其他補助收入	1,100,000,000	1,100,000,000	0	100.00%	20,000,000,000	-18,900,000,000	-94.50%
3菸品健康福利捐分配收入	13,218,298,300	13,457,500,000	-239,201,700	98.22%	12,517,553,086	700,745,214	5.60%
4公益彩券盈餘分配收入	1,822,140,562	809,011,000	1,013,129,562	225.23%	1,735,767,008	86,373,554	4.98%
5利息收入	4,688,631,942	2,080,499,000	2,608,132,942	225.36%	3,571,389,219	1,117,242,723	31.28%
6投資贖餘	197,352		197,352	-	197,352		
7收回呆帳	1,478,891,904	1,131,520,000	347,371,904	130.70%	1,386,495,166	92,396,738	6.66%
8雜項收入	22,439,068	20,664,000	1,775,068	108.59%	24,828,227	-2,389,159	-9.62%
<b>保險成本</b>	<b>838,532,413,290</b>	<b>863,887,864,000</b>	<b>-25,355,450,710</b>	<b>97.06%</b>	<b>816,183,105,415</b>	<b>22,349,307,875</b>	<b>2.74%</b>
1保險給付	832,905,459,280	858,040,391,000	-25,134,931,720	97.07%	810,527,333,202	22,378,126,078	2.76%
2呆帳	5,154,652,151	5,365,518,000	-210,865,849	96.07%	5,148,882,270	5,769,881	0.11%
3雜項業務成本-菸捐專項	256,040,855	261,998,000	-5,957,145	97.73%		256,040,855	
4業務費用	212,328,947	217,839,000	-5,510,053	97.47%	502,116,166	-289,787,219	-57.71%
5財產交易短絀	1,200		1,200	-		1,200	
6雜項費用	3,930,857	2,118,000	1,812,857	185.59%	4,773,777	-842,920	-17.66%
<b>保險收支淨餘絀</b>	<b>45,669,219,023</b>	<b>-45,994,303,000</b>	<b>91,663,522,023</b>	<b>-99.29%</b>	<b>23,402,317,402</b>	<b>22,266,901,621</b>	<b>95.15%</b>

註：菸品健康福利捐分配收入為依法提列保險安全準備之金額，不含菸捐補助罕見疾病用藥費用部分(非屬保險收入)。

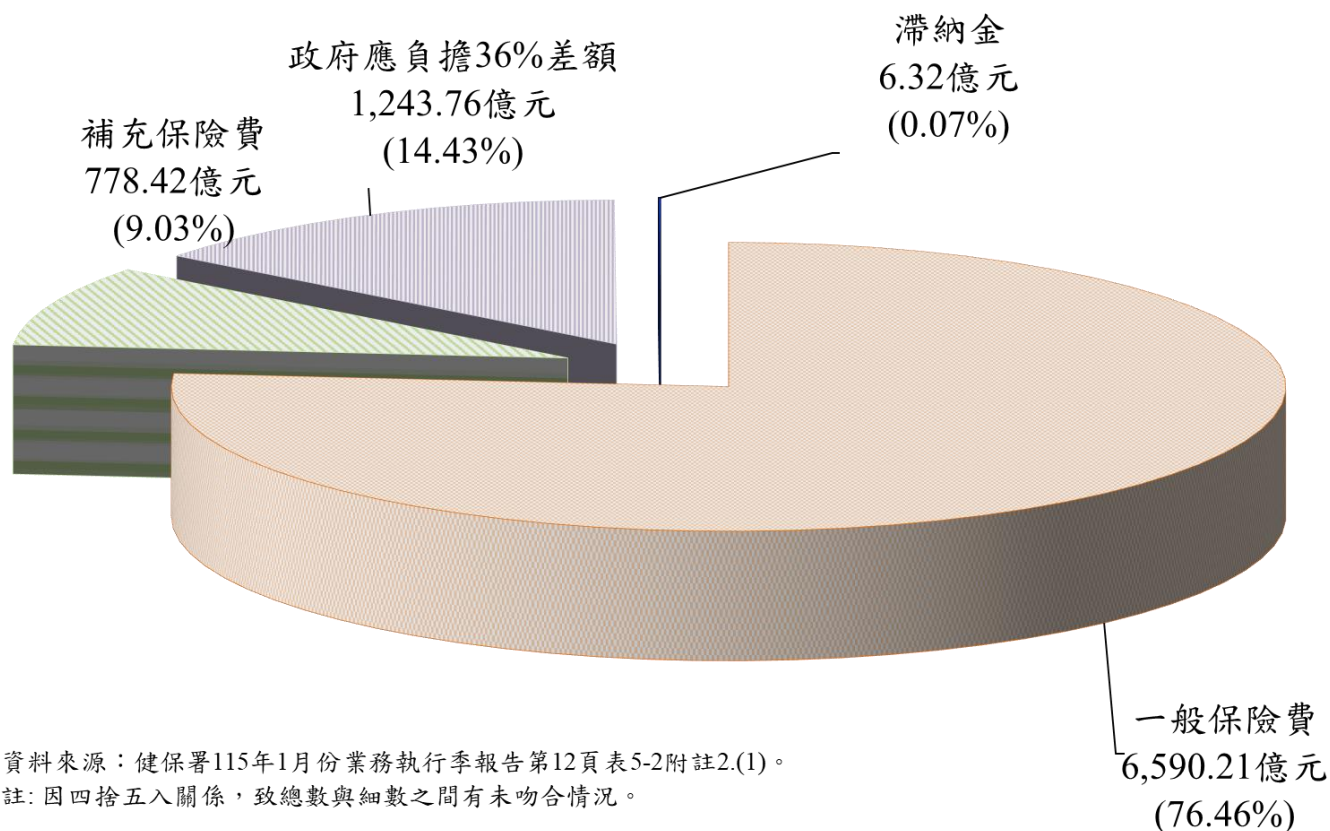
資料來源：健保署

表二 114 年保費收入成長主要原因分析

保費收入類別	原因	成長金額(億元)
一般保險費	平均投保金額及平均保險費增加	296.15
補充保險費	投保單位雇主負擔、獎金及股利所得增加	63.09
政府應負擔 36% 差額	政府負擔隨 114 年度一般保險費增加	255.56
滯納金		0.42
合計		615.22

註：因四捨五入關係，致總數與細數之間有未吻合情況。

3.保費收入結構：114 年度一般保險費為 6,590.21 億元，是保費收入主要來源，占 76.46%；補充保險費收入 778.42 億元、政府應負擔 36% 差額 1,243.76 億元，兩者合計為 2,022.18 億元，合計占保費收入 23.46%<sup>5</sup>(詳圖三)。



圖三 114 年度保費收入結構

#### 4. 保險費收繳：

- (1) 應收保險費收繳情形<sup>6</sup>：近 5 年一般保險費總收繳率為 99.31%；其中投保單位及保險對象之收繳率為 99.04%，略高於 113 年底 98.99%<sup>7</sup>。
- (2) 截至 114 年 12 月底止，投保單位及保險對象積欠保險費約 247.1 億元(含補充保險費欠費 6.4 億元)，較 113 年 12 月底 247.5 億元(含補充保險費欠費 6.4 億元)，減少 0.4 億元<sup>8</sup>。

<sup>5</sup> 健保署 115 年 1 月份業務執行季報告第 12 頁表 5-2 附註 2.(1)。

<sup>6</sup> 僅統計未逾 5 年請求權期間之應收保險費(不含利息)。

<sup>7</sup> 健保署 114 年 12 月及 113 年 12 月份業務執行報告表 6-1。

<sup>8</sup> 114 年度全民健康保險基金附屬單位決算及 113 年度全民健康保險基金附屬單位(審定)決算第 2 頁。

(3)催收款項：114 年底為 202.10 億元，較 113 年底 201.59 億元增加 0.51 億元，成長率 0.25%<sup>9</sup>。

(4)政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額：截至 114 年底，是項經費合計為 8,875.6 億元，已撥付 8,542.7 億元，待撥付 332.9 億元，將循預算程序爭取足額編列<sup>10</sup>。

(二)保險給付：114 年度保險給付為 8,329.05 億元。

1.預算執行：較預算數 8,580.40 億元減少 251.35 億元，執行率為 97.07%(詳表一)。

2.成長比較：較 113 年度之 8,105.27 億元增加 223.78 億元，成長率 2.76%(詳表一)，主要係因總額協商成長所致<sup>11</sup>。

(三)其他補助收入：114 年為 11 億元，較 113 年 200 億元減少 189 億元，成長率-94.50%，主要係去年政府撥補全民健康保險基金 200 億元所致<sup>12</sup>。

(四)利息收入：114 年度利息收入 46.89 億元。

1.預算執行：較預算數 20.80 億元增加 26.08 億元，執行率為 225.36%(詳表一)<sup>13</sup>。

2.成長比較：較 113 年度 35.71 億元增加 11.17 億元，成長率為 31.28%，係資金日平均營運量及運用收益率較去年增加所致<sup>14</sup>。

(五)呆帳：114 年度呆帳 51.55 億元，呆帳率為 0.60%<sup>15</sup>，低於 113 年度之 0.64%。

1.預算執行：較預算數 53.66 億元減少約 2.11 億元，執行率

<sup>9</sup> 114 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 22 頁，「催收款項」係指投保單位及保險對象清償期屆滿 6 個月尚未收回之一般保費。

<sup>10</sup> 114 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 2 頁。

<sup>11</sup> 健保署 115 年 1 月份業務執行季報告第 12 頁表 5-2 附註 2.(8)。另依 114 年度全民健康保險基金附屬單位決算及 113 年度全民健康保險基金附屬單位(審定)決算第 4 頁，各該年度協定之醫療給付費用總額成長率分別為 5.5% 及 4.7%。

<sup>12</sup> 健保署 115 年 1 月份業務執行季報告第 12 頁表 5-2 附註 2(2)。

<sup>13</sup> 114 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告第 19 頁。

<sup>14</sup> 健保署 115 年 1 月份業務執行季報告第 12 頁表 5-2 附註 2(5)。

<sup>15</sup> 114 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 19 頁。呆帳率=呆帳/保費收入，114 年度為 5,154,652,151÷861,871,033,185\*100%=0.60%;113 年度為 5,148,882,270÷800,349,192,759\*100%=0.64%。

96.07%(詳表一)。

2.成長比較：較 113 年度 51.49 億元增加 0.06 億元，成長率為 0.11%(詳表一)，係因「已逾寬限期而未經催收之應收款項」<sup>16</sup>較去年增加，爰提列呆帳數隨同增加。

(六)收回呆帳：114 年度收回呆帳 14.79 億元，較預算數 11.32 億元增加 3.47 億元<sup>17</sup>；較 113 年度 13.86 億元增加 0.92 億元，成長率 6.66%，係因健保署積極控管欠費並加強已報列呆帳之催收所致<sup>18</sup>(詳表一)。

(七)雜項收入：114 年度 0.22 億元，較 113 年度 0.25 億元減少 0.03 億元，成長率為-9.62%，主要是因逾期未兌現支票轉列雜項收入較去年減少，致收回呆帳較去年增加<sup>19</sup>(詳表一)。

(八)安全準備：

1.提存安全準備<sup>20</sup>：114 年度安全準備之來源包括：運用收益 42.61 億元、滯納金收入 6.32 億元、公益彩券分配收入 18.22 億元、菸品健康福利捐分配收入 126.10 億元，及上述各項以外之保險收支結餘 263.44 億元，共計 456.69 億元(詳表三)。

2.收回安全準備：因 114 年度保費收入增加，保險收支產生淨結餘，無須收回安全準備<sup>21</sup>。

### 三、保險資金餘額運用情形

(一)短期借款<sup>22</sup>：114 年度無短期借款發生。

(二)資金餘額與運用：114 年底保險資金餘額 2,286.36 億元，較 113 年底 1,986.78 億元增加 299.58 億元<sup>23</sup>，依法<sup>24</sup>存放於銀行

<sup>16</sup> 健保署 115 年 1 月份業務執行季報告第 12 頁表 5-2 附註 2(9)。

<sup>17</sup> 114 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 19 頁。

<sup>18</sup> 健保署 115 年 1 月份業務執行季報告第 12 頁表 5-2 附註 2(6)。

<sup>19</sup> 健保署 115 年 1 月份業務執行季報告第 12 頁表 5-2 附註 2(7)。

<sup>20</sup> 健保法第 76 條第 1 項規定，安全準備來源包括年度收支結餘、滯納金、運用收益、菸品健康福利捐及其他法令規定收入。

<sup>21</sup> 114 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 26 頁，因保險收支結餘，無收回安全準備。

<sup>22</sup> 健保署 115 年 1 月份業務執行季報告第 10 頁表 4。

<sup>23</sup> 健保署 114 年 12 月份業務執行報告第 10 頁及 113 年 12 月份業務執行報告第 9 頁表 4。

<sup>24</sup> 健保法第 77 條規定，保險之基金得以①公債、庫券及公司債之投資、②存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構、③其他經主管機關核准有利於本保險之投資方式運用。

定期存款 2,040.76 億元、銀行優惠活期存款 7.26 億元、銀行一般活期存款 97.06 億元、投資附賣回交易票券 121.28 億元及債券 20.00 億元 (詳表四)，114 年截至 12 月底資金運用收

表三、安全準備項目比較表

單位：元

項目	114年度 自編決算(a)	113年度 審定決算(b)	比較	
			金額增減 (a-b)	成長率 (a-b)/b
提存安全準備	45,669,219,023 (約當0.59個月保險給付支出)	23,402,317,402 (約當0.26個月保險給付支出)	22,266,901,621	95.15%
運用收益	4,261,178,561	3,206,159,157	1,055,019,404	32.91%
滯納金	631,811,604	589,550,278	42,261,326	7.17%
公益彩券分配收入	1,822,140,562	1,735,767,008	86,373,554	4.98%
菸品健康福利捐分配收入	12,610,256,580	12,517,553,086	92,703,494	0.74%
保費收支結餘(上述各項以外)	26,343,831,716	5,353,287,873	20,990,543,843	392.11%
收回安全準備	0	0	-	-

註：依健保法第76條規定，安全準備來源包括年度收支結餘、滯納金、運用收益、菸品健康福利捐及其他法令規定收入；年度收支短絀應由安全準備先行填補。

資料來源：健保署114年度自編決算試算表、113年度審定決算試算表

益率為 1.68%，高於 113 年之 1.51%<sup>25</sup>。

表四 保險資金投資概況表

投資項目	金額(億元)	占率(%)
銀行定期存款	2,040.76	89.26
銀行優惠活期存款	7.26	0.32
銀行一般活期存款	97.06	4.25
附賣回交易票券	121.28	5.30
公司債	20	0.87
合計	2,286.36	100.00

註：因四捨五入關係，致總數與細數之間有未吻合情況。

<sup>25</sup> 健保署 114 年 12 月份業務執行報告第 20 頁及 113 年 12 月份業務執行報告第 19 頁表 11。

## 參、結論

健保財務自 106 年起即產生年度收支短絀情形，為改善健保財務，110 年起將一般保險費及補充保險費率分別調整為 5.17%、2.11%，111~114 年費率雖維持不變，然政府分別於 112 年、113 年撥補全民健保基金 240 及 200 億元，並於 114 年修正健保法施行細則第 45 條，明定政府應負擔健保費的計算範圍以健保法規範者為限，使健保財務收入增加 134 億元。截至 114 年 12 月底，保險收支結餘 456.69 億元，安全準備累計餘額為 2,078.37 億元，約當 2.99 個月保險給付支出。

政府撥補健保基金對健保財務穩定甚有助益，亦能支持總額持續成長，為維持健保財務穩健，需關注財務收支結構之衡平性，致力使健保資源運用更有效率，方能確保健保財務長期穩定。

# 116 年度全民健康保險基金附屬單位預算分析報告

健保會 115 年 4 月

## 壹、前言

- 一、依據全民健康保險法(下稱健保法)施行細則第 3 條規定，保險人應依全民健康保險業務計畫及安全準備運用狀況，編列年度預算及年終決算報告，報主管機關，並分送健保會備查。中央健康保險署(下稱健保署)爰依據 116 年度中央政府總預算附屬單位預算-非營業部分編製日程表，於 115 年 3 月 19 日以健保計字第 1150720110A 號函檢送該署 116 年度全民健康保險基金附屬單位預算書，請本會備查。
- 二、本分析報告基於本會權責，以「保險收支」為範圍進行整理分析，並參考本會委員會會議資料、健保署之業務執行報告及會計月報等資料，以期完整呈現年度保險財務收支狀況，提供委員參考。另以健保署提供之 115、116 年度全民健康保險基金附屬單位預算書作為分析比較基礎，呈現該 2 年度之健保財務收支情形，並編製附表一~六；及檢附該署依據最新之財務預估資料，提供之「116 年底安全準備餘額推估表」(附表七)供參考。
- 三、全民健康保險基金附屬單位預算書內容除「保險收支」(含菸品健康福利捐支應全民健康保險之醫療科技評估、醫療服務審查及全民健康保險政策推動等專項業務)外，另包含菸品健康福利捐及政府撥補挹注罕見疾病用藥費用，及政府撥補癌症新藥暫時性支付專款，三者財務獨立，不得相互流用、填補<sup>1</sup>。

## 貳、預算書內容概述

茲就 115 年度預算截至 2 月底執行情形及 116 年度保險收支預算分析，分述如下：

### 一、115 年度預算執行情形

115 年度截至 2 月底止<sup>2</sup>，保險收入<sup>3</sup>為 1,548.1 億元，較預算數

<sup>1</sup> 116 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 2、3 頁將營運計畫分為「保險營運計畫」及「其他計畫」。

<sup>2</sup> 115 年 2 月份會計月報收支餘絀情形表。

<sup>3</sup> 保險收入=保費收入+依法分配收入(不含菸捐挹注罕病用藥費用)+利息收入+收回呆帳+雜項收入。

1,460.74 億元增加 87.36 億元(5.98%)，主要係因一般保險費較預算增加所致；保險成本<sup>4</sup>為 1,493.26 億元，較預算數 1,449.43 億元增加 43.84 億元(3.02%)，主要係因保險給付較預算增加所致。

## 二、116 年度保險收支預算分析

### (一)重要估計基礎摘述：

#### 1.保費收入<sup>5</sup>：

##### (1)保險費收入

①保險費率：按一般保險費率 5.17%、補充保險費率 2.11% 計算。

②保險對象人數：以 114 年加保資料推估，並參考國家發展委員會「中華民國人口推計(113 年至 159 年)」之人口成長資料，推估總人口數為 2,395.78 萬人。

③投保金額：依據 114 年加保資料，並考量自 115 年 1 月 1 日起，配合基本工資調整，投保金額分級表最低一級由 28,590 元調整為 29,500 元，第 3 類投保金額由 28,590 元調整為 29,500 元，第 4、5 類保險費由 2,237 元調整為 2,324 元。推估 116 年度第 1、2、3 類投保金額分別為 54,455、31,753、29,500 元，第 4、5 類保險費維持為 2,324 元，第 6 類保險費維持為 1,377 元。

(2)滯納金收入：參考 112~114 年度滯納金決算數平均值編列 (6 億元)。

#### 2.依法分配收入<sup>6</sup>：

(1)菸捐分配收入：依國民健康署預估 116 年菸捐收入推估數 267 億元按 50%計算，扣除定額分配予菸捐專項業務 3 億 7,800 萬元後編列提存安全準備 129 億 7,200 萬元，另依分配比例 0.81%編列挹注罕見疾病健保用藥費用 2 億 1,627 萬元。

(2)公益彩券盈餘分配收入：係按 114 年度實際獲配盈餘之 90% 編列。

<sup>4</sup> 保險成本=保險給付+呆帳+業務費用+雜項費用+雜項業務成本(菸捐專項業務費用)。

<sup>5</sup> 116 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 47 頁。

<sup>6</sup> 健保署 115 年 4 月 2 日以電子郵件提供之資料。

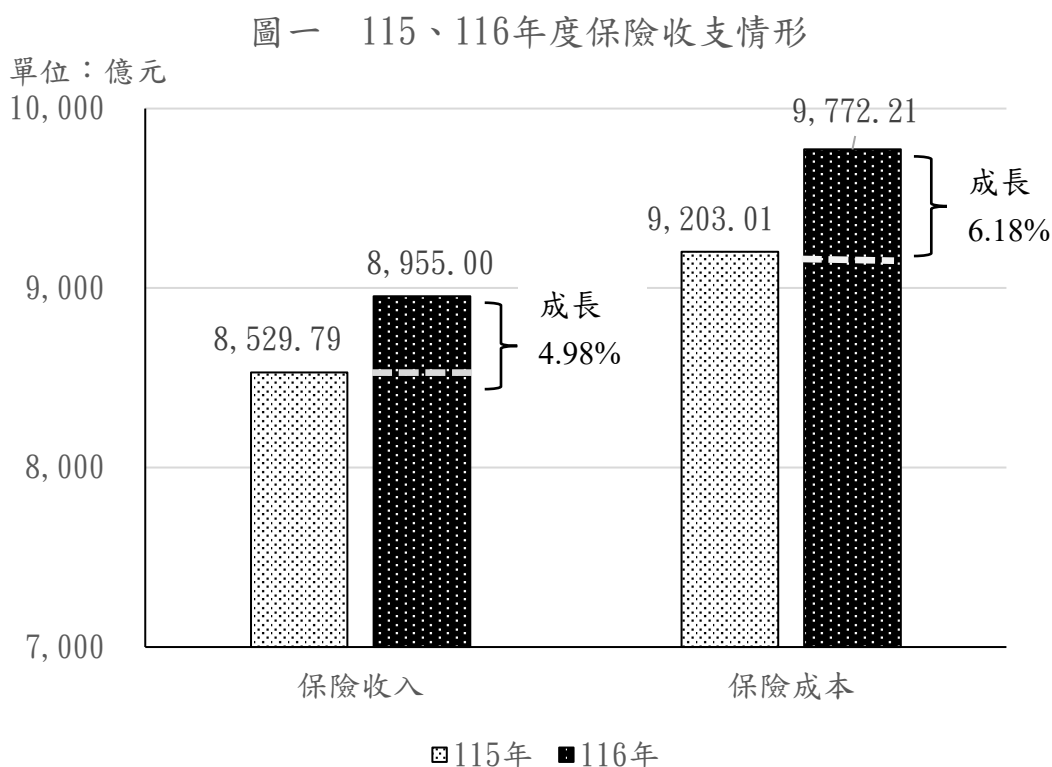
### 3. 保險給付<sup>7</sup>：

- (1) 總額：依據 115 年度總額 9,883.35 億元，以成長率 5.5% 推估。
- (2) 部分負擔：以 114 年金額每年參考近 5 年平均成長率(約 8.3%) 推估。
- (3) 代辦部分負擔：以 114 年金額每年參考近 5 年平均成長率約 1.6%) 推估。
- (4) 代辦費用：以 114 年金額按 115 年總額成長率 5.5% 及 116 年預計總額成長率 5.5% 推估。
- (5) 代位求償費用：參考 114 年度金額及目前協商共識等估算。
- (6) 政府補助辦理之專款項目：由公務預算編列經費支應癌症新藥暫時性支付專款 100 億元及罕病藥費 20 億元。

### (二) 保險財務狀況：

1. 保險收支及餘絀：116 年度編列保險收入 8,955 億元，保險成本 9,772.21 億元，保險收支短絀 817.21 億元(詳附表一)。

(1) 保險收入：較 115 年度預算數 8,529.79 億元增加 425.21 億元，成長率 4.98%(如圖一)。



<sup>7</sup> 116 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 48 頁。保險給付=醫療費用-部分負擔-代辦部分負擔-代辦費用-代位求償費用-菸捐挹注罕病用藥費用-政府補助辦理之專款項目。

(2)保險成本：較 115 年度預算數 9,203.01 億元增加 569.2 億元，成長率為 6.18%(如圖一)。

(3)保險收支短絀：較 115 年度預算數短絀 673.22 億元增加 143.99 億元，成長率為 21.39%。

## 2.安全準備餘額

依據健保署提供之「116 年底安全準備餘額推估表」(詳附表七)，115 年度保險收支短絀數 427.74 億元，加計 114 年底安全準備餘額 2,078.37 億元，115 年底安全準備餘額為 1650.63 億元，加計 116 年度保險收支短絀數 817.21 億元後，116 年底安全準備餘額為 833.42 億元，約當 1.03 個月保險給付支出(如下表)。

115、116 年度最新財務預估表

年度	項目	依據健保署 最新財務預估
115	短絀數(億元)	427.74
	安全準備餘額(億元)	1,650.63
	約當保險給付月數(月)	2.16
116	短絀數(億元)	817.21
	安全準備餘額(億元)	833.42
	約當保險給付月數(月)	1.03

### (三)保險收支項目分析：

以下將保險收支項目區分為保費收入、依法分配收入、利息收入、保險給付及提列呆帳等 5 項，進行年度成長比較<sup>8</sup>：

#### 1.保費收入<sup>9</sup>

(1)116 年度預估保費收入 8,760.46 億元(含滯納金 6 億元)，較 115 年度 8,343.72 億元，增加 416.74 億元，成長率 4.99%(詳附表一)。

(2)116 年度保費收入中，一般保險費收入預估為 6,819.73 億元

<sup>8</sup> 均以 116 年度預算數與 115 年度預算數比較。

<sup>9</sup> 116 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 47 頁。

(成長率 4.08%)、補充保險費為 658.39 億元(成長率 3.58%)、政府應負擔健保總經費 36%不足數為 1,276.34 億元(成長率為 10.99%)，後 2 項合計 1,934.73 億元(詳附表二)，約占保費收入 22.08%。

(3)116 年度保險對象人數為 23,957,786 人，較 115 年度增加 156,494 人，其中第 1、4、6 類保險對象較 115 年度為正成長，分別增加 277,795、20,296、84,886 人，成長率為 1.90%、21.17%、2.30%，第 2、3、5 類保險對象較 115 年度為負成長，分別減少 130,385、89,148、6,950 人，成長率為-3.84%、-5.17%、-2.71%(詳附表三)。

## 2.依法分配收入：

116 年度預估依法分配收入為 150 億元，較 115 年度 144.32 億元，增加 5.68 億元，成長率 3.94%(詳附表一)。分析如下：

### (1)提存安全準備部分：

①菸捐分配收入：116 年度預估菸捐分配收入 129.72 億元，較 115 年度 126.62 億元，增加 3.1 億元，成長率 2.45%(詳附表六)。

②公益彩券盈餘分配收入：116 年度預估公益彩券盈餘分配收入 16.51 億元，較 115 年度 14.32 億元，增加 2.18 億元，成長率 15.24%(詳附表六)。

(2)菸捐專項收入<sup>10</sup>：116 年度預估菸捐專項收入 3.78 億元，較 115 年度 3.38 億元，增加 0.4 億元，成長率 11.83%。

## 3.利息收入<sup>11</sup>

116 年度預估利息收入為 32.89 億元，較 115 年度預算數 30.16 億元，增加 2.73 億元，成長率 9.04%(詳附表二)。

## 4.保險給付<sup>12</sup>

(1)116 年度保險給付 9,714.78 億元，較 115 年度 9,142.73 億

<sup>10</sup> 116 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 13 頁。

<sup>11</sup> 116 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 16 頁。

<sup>12</sup> 116 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 48 頁。

元，增加 572.05 億元，成長率 6.26%(詳附表四)。

(2)影響 116 年度保險給付金額之項目(含加項及減項)中，公務預算編列經費支應癌症新藥暫時性支付專款 100 億元及罕病藥費 20 億元，較 115 年度成長率 71.43%，部分負擔、代辦費用較 115 年度成長，成長率 9.19%、19.64%，菸捐挹注罕病藥費較 115 年成長，成長率 2.69%，代位求償金額沒有增加(詳附表四)。

(3)116 年度總額預估為 10,426.93 億元，現行各年度總額，係由主管機關(衛福部)擬訂成長率範圍，報請行政院核定後，再交由本會協議訂定。111 至 115 年度行政院核定之總額範圍及核(決)定成長率，詳附表五。

#### 5.提列呆帳<sup>13</sup>

(1)116 年度提列呆帳 52.82 億元，較 115 年度預算數 55.56 億元減少 2.75 億元，成長率-4.94%(詳附表二)。

(2)116 年度預估呆帳率<sup>14</sup>為 0.6%，低於 115 年度之 0.66%。

#### 6.雜項業務成本-菸捐專項業務<sup>15</sup>

(1)辦理重點：辦理使用「醫療審查傳輸系統(PACS 系統)」進行專業審查所需之網路傳輸費用、新醫療科技(再)評估、醫療服務費用審查及全民健康保險政策推動業務所需之國外考察經費、醫療服務費用審查平台之網路設備及儲存系統所需維護費用、辦理醫療費用總額審查作業委託辦理採購案等費用。

(2)預算：116 年度編列 3.26 億元，較 115 年度 2.93 億元，增加 0.33 億元，成長率 11.1%(詳附表一)。

### 參、112~115 年度保險收支項目推估差異比較表

就 112~115 年度保險收支項目之預算數、費率審議推估數、決算數之差異，整理如下表、圖二，提供委員參考。

<sup>13</sup> 116 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 51 頁。

<sup>14</sup> 呆帳率=呆帳/保費收入。

<sup>15</sup> 116 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 21 頁。

112~115 年度保險收支項目比較表

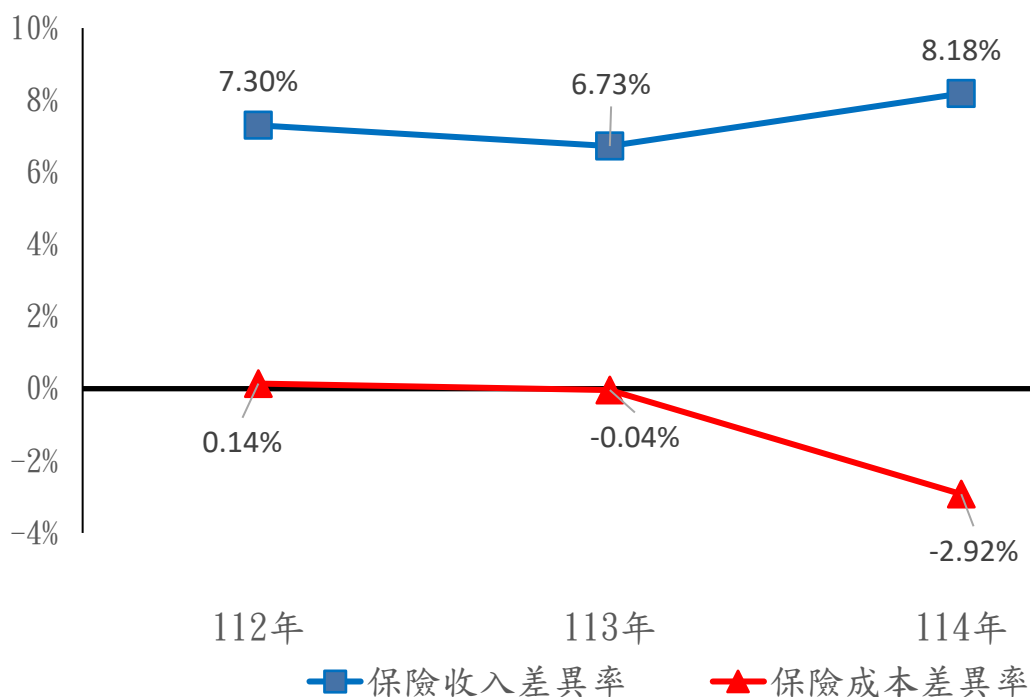
單位：億元；%

年度	項目	預算數 (a)	費率審議 推估數(b)	決算數 (c)	c-a(決算-預算)		c-b(決算-費率推估)	
					金額	差異百分比	金額	差異百分比
112	保險收入	7,558	7,703	8,110	552	7.30%	407	5.28%
	保險成本	7,760	7,752	7,771	11	0.14%	19	0.25%
	保險收支餘絀	-202	-49	339	541	-	388	-
113	保險收入	7,818	8,087	8,344	526	6.73%	257	3.18%
	保險成本	8,113	8,017	8,110	-3	-0.04%	93	1.16%
	保險收支餘絀	-295	70	234	529	-	164	-
114	保險收入	8,125	8,388	8,790	665	8.18%	402	4.79%
	保險成本	8,585	8,516	8,334	-251	-2.92%	-182	-2.14%
	保險收支餘絀	-460	-128	456	916	-	584	-
115	保險收入	8,474	8,732	-	-	-	-	-
	保險成本	9,147	9,183	-	-	-	-	-
	保險收支餘絀	-673	-451	-	-	-	-	-

註：1. 預算數：112~114 年為法定預算、115 年為送立法院審議預算書；費率審議推估數 114 年 11 月提供；決算數：112、113 年為審定數；114 年為自編數。

2. 為使比較基礎一致，預算數及決算數係將呆帳金額移列為保險收入減項(與費率審議推估基礎一致)

圖二 112~114 年度預算與決算之差異情形圖



## 肆、結論

一般保險費及補充保險費費率在 110 年度調整為 5.17% 及 2.11% 下，依據健保署最新財務預估(附表七)，116 年度保險成本

仍大於保險收入，預計保險收支短絀 817.21 億元，較 115 年度短絀 427.74 億元增加 389.47 億元，預估至 116 年底，安全準備餘額為 833.42 億元，約當 1.03 個月保險給付支出。

附表一、收支餘絀情形比較表(保險收支部分)

單位：新臺幣千元；%

科目	114年度 決算數 <sup>1</sup> (a)		115年度 預算數 <sup>2</sup> (b)		116年度 預算數 <sup>3</sup> (c)		115與114年度 比較增減		116與115年度 比較增減	
	金額	占率	金額	占率	金額	占率	金額 (b-a)	成長率 (b-a)/a	金額 (c-b)	成長率 (c-b)/b
<b>保險收入</b>	<b>884,201,632</b>	<b>100.00%</b>	<b>852,978,757</b>	<b>100.00%</b>	<b>895,499,736</b>	<b>100.00%</b>	<b>-31,222,875</b>	<b>-3.53%</b>	<b>42,520,979</b>	<b>4.98%</b>
保費收入	861,871,033	97.47%	834,372,368	97.82%	876,045,924	97.83%	-27,498,665	-3.19%	41,673,556	4.99%
其他補助收入	1,100,000	0.12%	0	0.00%	0	0.00%	-1,100,000		0	
依法分配收入 <sup>4</sup>	15,040,439	1.71%	14,432,399	1.69%	15,000,758	1.68%	-608,040	-4.04%	568,359	3.94%
利息收入	4,688,632	0.53%	3,015,909	0.35%	3,288,549	0.37%	-1,672,723	-35.68%	272,640	9.04%
收回呆帳	1,478,892	0.17%	1,138,000	0.13%	1,143,604	0.13%	-340,892	-23.05%	5,604	0.49%
雜項收入	22,636	0.00%	20,081	0.00%	20,901	0.00%	-2,555	-11.29%	820	4.08%
<b>保險成本</b>	<b>838,532,413</b>	<b>100.00%</b>	<b>920,300,585</b>	<b>100.00%</b>	<b>977,220,324</b>	<b>100.00%</b>	<b>81,768,172</b>	<b>9.75%</b>	<b>56,919,739</b>	<b>6.18%</b>
保險給付	832,905,459	99.33%	914,272,762	99.35%	971,477,652	99.41%	81,367,303	9.77%	57,204,890	6.26%
呆帳	5,154,652	0.61%	5,556,455	0.60%	5,281,726	0.54%	401,803	7.79%	-274,729	-4.94%
雜項業務成本 <sup>5</sup>	256,041	0.03%	293,086	0.03%	325,626	0.03%	37,045	-	32,540	11.10%
業務費用	212,329	0.03%	176,216	0.02%	133,539	0.01%	-36,113	-17.01%	-42,677	-24.22%
雜項費用	3,932	0.00%	2,066	0.00%	1,781	0.00%	-1,866	-47.46%	-285	-13.79%
<b>保險收支餘絀</b>	<b>45,669,219</b>		<b>-67,321,828</b>		<b>-81,720,588</b>		<b>-112,991,047</b>	<b>-247.41%</b>	<b>-14,398,760</b>	<b>21.39%</b>

註：

- 1.114年度全民健康保險基金附屬單位決算書第19、25頁。
- 2.115年度全民健康保險基金附屬單位預算書(預算案)第9、46頁。
- 3.116年度全民健康保險基金附屬單位預算書第9、52頁。
- 4.依法分配收入：包括菸品健康福利捐依法提存全民健康保險安全準備、供菸品健康福利捐專項業務所需經費及公益彩券盈餘分配收入；不包含菸捐挹助罕病用藥費用。
- 5.雜項業務成本：114年度起由於菸品健康福利捐支應全民健康保險之醫療科技評估、醫療服務審查及全民健康保險政策推動等專項所需業務費用。

附表二、保險預算估計基礎比較表

單位：新台幣千元；%

序號	項目	決算數 <sup>1</sup>											
		112年度(審定)		113年度(審定)		114年度		115年度預算數 <sup>2</sup>		116年度預算數 <sup>3</sup>			
		金額	成長率	金額	成長率	金額	成長率	金額	成長率	金額	成長率		
1	保費收入	773,534,415	3.43%	800,349,193	3.47%	861,871,033	7.69%	834,372,368	-3.19%	876,045,924	4.99%		
	一般保險費收入	607,480,730	3.72%	629,405,948	3.61%	659,020,778	4.71%	655,262,260	-0.57%	681,972,607	4.08%		
	補充保險費收入	72,258,104	-1.54%	71,533,581	-1.00%	77,842,214	8.82%	63,563,108	-18.34%	65,839,091	3.58%		
	政府補助保費差額收入	93,265,229	5.64%	98,820,114	5.96%	124,376,230	25.86%	115,000,000	-7.54%	127,634,226	10.99%		
	滯納金收入	530,352	1.65%	589,550	11.16%	631,811	7.17%	547,000	-13.42%	600,000	9.69%		
1-1	保險給付	776,639,901	3.74%	810,527,333	4.36%	832,905,459	2.76%	914,272,762	9.77%	971,477,652	6.26%		
2	其他補助收入 <sup>4</sup>	24,000,000	-	20,000,000	-16.67%	1,100,000	-94.50%	-	-	0	-		
3	收回呆帳	1,342,381	6.18%	1,386,495	3.29%	1,478,892	6.66%	1,138,000	-23.05%	1,143,604	0.49%		
	呆帳	5,236,669	-1.88%	5,148,882	-1.68%	5,154,652	0.11%	5,556,455	7.79%	5,281,726	-4.94%		
4	利息收入 <sup>5</sup>	2,526,665	150.54%	3,571,389	41.35%	4,688,632	31.28%	3,015,909	-35.68%	3,288,549	9.04%		
	利息費用	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
5	各級政府未依限撥付保險費	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
	期末短期借款餘額	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
6	雜項收入	18,754	-16.69%	25,026	33.44%	22,636	-9.55%	20,081	-11.29%	20,901	4.08%		
	雜項費用	2,558	81.16%	4,774	86.63%	3,931	-17.66%	2,066	-47.44%	1,781	-13.79%		
7	業務費用	458,449	8.21%	502,116	9.52%	312,329	-37.80%	176,216	-43.58%	133,539	-24.22%		
8	年底安全準備餘額	138,765,646	32.29%	162,167,964	16.86%	207,837,183	28.16%	79,424,142	-61.79%	83,342,133	4.93%		
	安全準備相當保險給付月數 <sup>6</sup>	2.14	27.38%	2.40	12.15%	2.99	24.58%	1.04	-65.22%	1.03	-0.96%		

註：

- 1.健保署提供之112及113年度審定決算資料、114年度全民健康保險基金附屬單位決算書。
- 2.115年度全民健康保險基金附屬單位預算書(預算案)第9、41、46頁。
- 3.116年度全民健康保險基金附屬單位預算書第9、47、52頁。
- 4.其他補助收入：係政府挹注健保基金安全準備餘額。
- 5.116年度全民健康保險基金附屬單位預算書第16頁，利息收入包括營運資金利息、安全準備利息。
- 6.安全準備相當保險給付月數=年底安全準備餘額/保險給付(12)。

附表三、保險對象類別結構人數變動表

單位：人；%

年度 項目	112年度 <sup>1</sup>		113年度 <sup>1</sup>		114年度 <sup>1</sup>		115年度 <sup>2</sup>		116年度 <sup>3</sup>	
	人數	成長率	人數	成長率	人數	成長率	人數	成長率	人數	成長率
總保險對象 (一至六類)	<b>23,882,516</b>	<b>0.40%</b>	<b>23,959,972</b>	<b>0.32%</b>	<b>24,083,906</b>	<b>0.52%</b>	<b>23,801,292</b>	<b>-1.17%</b>	<b>23,957,786</b>	<b>0.66%</b>
第一類	14,555,701	0.77%	14,738,165	1.25%	14,890,440	1.03%	14,637,442	-1.70%	14,915,237	1.90%
第二類	3,497,533	-2.24%	3,419,965	-2.22%	3,314,508	-3.08%	3,395,435	2.44%	3,265,050	-3.84%
第三類	1,857,732	-3.71%	1,782,750	-4.04%	1,713,963	-3.86%	1,725,062	0.65%	1,635,914	-5.17%
第四類	98,361	1.06%	101,632	3.33%	104,787	3.10%	95,892	-8.49%	116,188	21.17%
第五類	273,097	-3.38%	256,914	-5.93%	254,162	-1.07%	256,060	0.75%	249,110	-2.71%
第六類	3,600,092	4.18%	3,660,546	1.68%	3,806,046	3.97%	3,691,401	-3.01%	3,776,287	2.30%

註：

1.健保署115年1月份業務執行季報告表2「全民健保各類保險對象人數統計表」(112~114年底人數)。

2.115年度全民健康保險基金附屬單位預算書(預算案)第41頁。

3.116年度全民健康保險基金附屬單位預算書第47頁。

4.成長率=前後年度相差人數/前一年度人數。

附表四、保險給付分析表

單位：新臺幣千元；%

明細科目	114年度 預算數 <sup>1</sup>	115年度 預算數 <sup>2</sup> (a)	116年度 預算數 <sup>3</sup> (b)	116較115年度增減	
				金額 (b-a)	成長率 (b-a)/a
<b>保險給付</b>					
<b>一、醫療費用【(一)、(二)合計】</b>					
(一) 醫療給付費用總額 <sup>3</sup>	858,040,391	914,272,762	971,477,652	57,204,890	6.26%
(二) 代辦費用	938,652,429	1,002,466,305	1,073,557,408	71,091,103	7.09%
(三) 政府補助辦理之專款項目	919,311,438	979,699,134	1,042,693,495	62,994,361	6.43%
	14,340,991	15,767,171	18,863,913	3,096,742	19.64%
	5,000,000	7,000,000	12,000,000	5,000,000	71.43%
<b>二、減項合計數【(一)至(五)合計】</b>	80,612,038	88,193,543	102,079,756	13,886,213	15.75%
(一) 部分負擔(1、2合計)	56,753,035	62,915,772	68,699,573	5,783,801	9.19%
1.部分負擔	51,166,000	57,138,000	62,839,999	5,701,999	9.98%
2.代辦部分負擔	5,587,035	5,777,772	5,859,574	81,802	1.42%
(二) 代位求償費用	2,300,000	2,300,000	2,300,000	-	0.00%
(三) 代辦費用	14,340,991	15,767,171	18,863,913	3,096,742	19.64%
(四) 菸品健康捐	218,012	210,600	216,270	5,670	2.69%
(五) 提升保險服務成效		-	-	-	-
(六) 政府補助辦理之專款項目	7,000,000	7,000,000	12,000,000	5,000,000	71.43%

註：

1.114年度全民健康保險基金附屬單位預算書第42頁(法定預算)。

2.115年度全民健康保險基金附屬單位預算書第42頁(預算案)。

3.116年度全民健康保險基金附屬單位預算書第48頁，116年醫療給付費用總額依115年9,883.35億元以成長率5.5%推估。

附表五、111年度至115年度行政院核定總額範圍及協定結果

設定方式	年度	總醫療給付費用成長率					近5年平均 成長率
		111年度 <sup>1</sup>	112年度 <sup>1</sup>	113年度 <sup>1</sup>	114年度 <sup>2</sup>	115年度 <sup>2</sup>	
行政院核定範圍		1.272~4.4	1.307~4.5	2.621~4.7	3.521~5.5	2.942~5.5	
較前一年核定總額成長率		3.32	3.323	4.7	5.5	5.5	4.469

單位：%

註：

- 1.全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽-114年版第40頁。
- 2.依據衛生福利部114年9月3日衛部保字第1140137541號函及衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告。

附表六、提存及收回安全準備分析比較表<sup>1</sup>

單位:新臺幣千元; %

來源及去路項目	決算數 <sup>2</sup>			115年度 預算數 <sup>3</sup> (a)	116年度 預算數 <sup>4</sup> (b)	116較115年度增減	
	112年度 (審定)	113年度 (審定)	114年度 決算數			金額 (b-a)	成長率 (b-a)/a
<b>提存安全準備(安全準備來源)A</b>	<b>33,871,919</b>	<b>23,402,317</b>	<b>45,669,219</b>	<b>17,374,553</b>	<b>18,257,204</b>	882,651	-
滯納金收入	530,352	589,550	631,812	547,000	600,000	53,000	9.69%
運用收益	2,154,585	3,206,159	4,261,179	2,733,154	3,034,446	301,292	11.02%
公益彩券分配收入	1,771,810	1,735,767	1,822,141	1,432,399	1,650,758	218,359	15.24%
菸品健康福利捐分配收入	13,015,471	12,517,553	12,610,257	12,662,000	12,972,000	310,000	2.45%
保險收支結餘(上述以外各項之和)	16,399,701	5,353,288	26,343,832	0	0	0	#DIV/0!
<b>收回安全準備(安全準備去路)B</b>	-	-	-	<b>84,696,381</b>	<b>99,977,792</b>	<b>15,281,411</b>	<b>18.04%</b>
保險收支短絀	-	-	-	84,696,381	99,977,792	15,281,411	18.04%
<b>淨提存(收回)安全準備(=A-B)</b>	<b>33,871,919</b>	<b>23,402,317</b>	<b>45,669,219</b>	<b>-67,321,828</b>	<b>-81,720,588</b>	<b>-14,398,760</b>	<b>21.39%</b>
<b>年底安全準備餘額</b>	<b>138,765,646</b>	<b>162,167,964</b>	<b>207,837,183</b>	79,424,142	83,342,133	<b>3,917,991</b>	<b>4.93%</b>
<b>安全準備餘額折合保險給付月數</b>	<b>2.14</b>	<b>2.40</b>	<b>2.99</b>	<b>1.04</b>	<b>1.03</b>	<b>-0.01</b>	<b>-0.96%</b>

註：

1.健保法第76條規定，安全準備來源包括年度收支結餘、滯納金、運用收益、菸品健康福利捐及其他法令規定之收入；年度收支短絀應由安全準備先行填補。

2.健保署提供之112至113年度審定決算試算表、114年度全民健康保險基金附屬單位決算書。

3.115年度全民健康保險基金附屬單位預算書(預算案)第44頁。

4.116年度全民健康保險基金附屬單位預算書第50頁。

附表七 全民健康保險基金  
116年底安全準備餘額推估表

單位：千元

科 目	116年度擬編數
<b>保險收入</b>	<b>895,499,736</b>
保費收入	876,045,924
依法分配收入(不含罕病用藥2億1,627萬元)	15,000,758
利息收入	3,288,549
收回呆帳	1,143,604
雜項收入	20,901
<b>保險成本</b>	<b>977,220,324</b>
保險給付	971,477,652
呆帳	5,281,726
其他業務成本	325,626
業務費用	133,539
雜項費用	1,781
<b>保險收支淨賸餘(短絀)</b>	<b>-81,720,588</b>

安全準備餘額推估：

114年底安全準備餘額(自編決算)	207,837,183
115年度預估短絀 (依據財務組115年2月財估調整後預估數)	-42,774,462
115年底安全準備餘額	165,062,721
116年度預算短絀(擬編預算)	-81,720,588
<b>116年底安全準備餘額(約保險給付1.03個月)</b>	<b>83,342,133</b>

## 第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「高風險疾病口腔照護計畫」專案報告(含牙結石清除各類適用對象醫療利用及執行效益檢討結果)，請鑒察。(資料後附)

### 第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：115 年度各部門總額依核定事項，須提會報告之具體實施計畫/方案/規劃或執行方案(續提)，請鑒察。

說明：

一、依衛生福利部 115 年 1 月 28 日衛部健字第 1153360013 號公告「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」暨本署 115 年 3 月 26 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱共擬會議)115 年第 1 次會議決議辦理。

二、本項專款 115 年預算 53 百萬元，依前揭總額及其分配方式之決定事項：於 115 年度總額公告後，會同中醫門診總額相關團體，訂定具體實施計畫(含適應症、適用對象、醫療服務內容、支付方式)，將實施方案提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。

三、全民健康保險中醫三高病人加強照護方案(附件)業經 115 年 3 月 26 日共擬會議決定通過，說明如下：

(一)適應症、收案(適用)對象及派案原則：

1. 以中醫院所忠誠三高[高血糖(ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13)、高血脂(ICD-10-CM 前 4 碼為 E78.0-E78.5)及高血壓(ICD-10-CM 前 3 碼為 I10-I15、或前 4 碼為 I27.0、I27.2、I67.4、I87.3、I97.3)]病人作為收案對象，並按三高就醫次數交付主要就醫中醫院所收案。

2. 上述名單排除全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫、全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫等慢性病相關照護計畫收案個案。

(二)參與方案醫師教育訓練：須參加中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)所辦理繼續教育受訓課程，且每年應接受 8 小時三高防治教育訓練課程(包含高血壓、高血糖、高血脂)。

(三)醫療服務(執行)內容：病人之個人健康資料建檔(含家族史、生活型態)，提供疾病治療、檢視或提供相關檢驗(查)，定期評

估病人健康狀況並提供衛教，與西醫院所建立轉診及合作模式等。

(四)支付方式：

1.個案管理費：

- (1)基本費用：每人支付 250 點/年。
- (2)個人健康資料加成費：每人支付 30 點/年。
- (3)生活習慣自評加成費：每人支付 40 點/年。
- (4)費用按收案月份數等比例支付。
- (5)收案會員於方案執行期間應至少有一筆三高疾病相關之檢驗數據。

2.品質照護獎勵費：

- (1)依方案評核指標達成情形，分四級支付，達特優級( $\geq 80$ 分)者，支付會員每人 1,000 點，依序遞減， $< 60$ 分則不予支付。
- (2)收案會員於方案執行期間須於收案院所有就醫紀錄。
- (3)方案實施第 1 年會員須連續收案達 6 個月，第 2 年起會員須連續收案達 9 個月，始核付本項費用。

(五)評核指標：會員急診率、血糖、血脂監控數據良(或進步)率、血壓上傳率及成人預防保健檢查率，共計 4 項指標。

(六)退場機制：

- 1.提供評核指標介於 60 分至 69 分之院所名單予中全會協助輔導改善，且須於次年 6 月底前提具執行改善計畫書經本署分區業務組備查後，始得加入本方案(方案實施第一年無須提具執行改善計畫書)。第 2 年未達 70 分者，應退出本計畫，1 年內不得再加入本方案。
- 2.如評核指標未達 60 分者，應退出本方案，1 年內不得再加入本方案。本項規定於計畫實施第二年起適用，計畫實施第一年比照上述評核指標介於 60 分至 69 分( $60 \text{分} \leq \text{評核指標} < 70$ )

分)之院所辦理。

擬辦：上述方案將依程序報衛生福利部核定後公告實施。

報告單位業務窗口：許博淇科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2642

.....

**本會整理說明：**

- 一、健保署依 115 年度總額核定事項應向本會提報 2 項「具體實施計畫/方案」，其中 1 項已完成(西醫基層總額「因應基層護理人力需求,提高 1~30 人次診察費」,於 115 年第 1 次會議(114.3.26)提報),本案續提中醫門診總額「中醫三高病人加強照護計畫」,其總額核定事項如下：

項目	金額 (百萬元)	核定事項
中醫三高病人加強照護計畫 (115 年新增項目)	53.0	1.執行目標：參與個案 3 萬人。 預期效益之評估指標：個人健康資料上傳及生活習慣自評 60%收案個案完成。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於 115 年度總額公告後，會同中醫門診總額相關團體，訂定具體實施計畫(含適應症、適用對象、醫療服務內容、支付方式)，將實施方案提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。 (2)本計畫以 3 年為檢討期限(115~117 年)，請會同中醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(117 年 7 月)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

- 二、本項係 115 年新增計畫，健保署已依核定事項提報具體實施計畫，包括：提報適應症、適用對象、醫療服務內容及支付方式等，完整計畫內容如附件一(第 108~121 頁)，簡報如附件二(第 122~124 頁)。

- 三、本計畫旨在落實三高防治政策，鼓勵中醫院所將習慣在中醫院所就醫之三高病人收案，提供定期追蹤及中醫照護與衛教，以提升整體三高病人之照護率及品質。爰建請健保署與中醫部門

積極推動本計畫，以達到「參與個案 3 萬人」之年度執行目標，後續並監測收案病人各項評估指標及健康狀況改善情形，提供總額協商參考。

決定：

## 全民健康保險中醫三高病人加強照護方案

115年○月○○日健保醫字第○○○○○○○○○號公告

### 一、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

### 二、目的

隨著全球人口老化及慢性病負擔日益沉重，「三高」—高血壓、高血脂、高血糖—已成為影響國人健康與醫療體系的重大挑戰。尤其中醫在慢性疾病预防與健康促進領域扮演重要角色，如何以科學實證為基礎，深化中醫在三高及其併發症的臨床應用，已是時代所趨。從而進一步融入長期照護、家庭醫學與基層醫療體系之中，拓展中醫在全民健康促進中的重要角色，發展中西醫結合治療之醫療照護模式。

### 三、施行期間

自公告日起至115年12月31日。

### 四、執行目標

收案照護人數達3萬人。

### 五、預算來源

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「中醫三高病人加強照護計畫」專款項目。

### 六、收案對象(會員)

- (一)保險人每半年依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年門診明細清單資料(排除外傷及代辦案件如：產檢、小兒健檢、流感注射等)，以三高[高血糖(ICD-10-CM 前三碼為E08-E13)、高血脂(ICD-10-CM 前4碼為E78.0-E78.5)及高血壓(ICD-10-CM 前3碼為I10-I15、或前4碼為I27.0、I27.2、I67.4、I87.3、I97.3)]主要於中醫院所就醫者做為較需照護名單，交付參與方案之中醫院所提供健康管理。
- (二)前述名單排除全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫、全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫、代謝症候群防治計畫(下稱代謝計畫)、醫院以病人為中心門診整合照護計畫、全民健康保險醫療給付項目及支付標準第

八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(下稱 P4P-DM/CKD/DKD)收案者。

(三)交付原則：以三高就醫件數最高之中醫保險醫事服務機構收案照顧。

(四)每名醫師之收案人數上限為100人。

## 七、參與方案醫療院所、醫師資格及申請資格

(一)申請參與本方案之中醫師：須參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程，且每年應接受8小時三高防治教育訓練課程(包含高血壓、高血糖、高血脂)。

(二)申請參與本方案之中醫師及保險醫事服務機構：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。

(三)符合前述各項資格之保險醫事服務機構，得向保險人分區業務組提出參與方案申請(申請書如附件1)，經審核通過後，由保險人分區業務組函復保險醫事服務機構副知中醫全聯會，並自核定日起執行本方案。

(四)因離職而退出醫師之會員，可由原參與院所於一個月內來函述明其承接理由，經保險人各分區業務組同意後由符合資格醫師承接。如承接會員之醫師非當年度原院所已參加本方案醫師，則需由院所主動告知會員，其主要照護醫師更換，如會員不同意更換則不予承接。

(五)前一年度已參加本方案之醫療院所或醫師，若未有本方案十一、退場機制所列之情形者，得延續執行本方案，無須重新申請。

## 八、執行內容

(一)參與院所需於保險人提供較需照護名單後，將會員資料上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附件2)，於收案後3個月內通知收案會員已被本方案收案及取得收案會員同意，收案會員以保險人提供之最新一次較需照護名單為準。

(二)中醫師應提供完整的診療，依中醫辨證原則於病歷中詳細記載，以標準作

業流程與處置完成診療，並依收案會員健康狀況及疾病樣態，給予疾病照護資訊及相關衛教。

- (三)建立與西醫院所轉診及合作模式：參與院所應與1-2家特約西醫醫院或診所合作，訂定共同照護機制及相關流程，併於申請書送保險人分區業務組備查。合作內容至少需包含建立雙向轉診流程、共同照護機制。
- (四)應製作本方案收案會員權利義務說明書或方案會員通知(書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等)，告知本方案內容及其權益、義務，並提供收案會員確認回饋機制，並留存備查。
- (五)收案會員應按慢性病個案臨床治療指引之各項檢驗建議頻率定期檢視或提供相關檢查(驗)，檢驗前應至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢病人檢查數據，參考最近3個月(90日)內相關檢驗數據。符合開具檢驗資格之中醫師始可申報檢驗費。
- (六)本方案限單一院所收案，不得重複；參與本方案之醫療院所應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。
- (七)參與本方案之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付個案管理費，並依相關規定辦理。

## 九、費用申報及支付方式

### (一)個案管理費：

#### 1.支付項目：

- (1)基本費用：資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導等照護，每人支付250點/年。
- (2)個人健康資料加成費：完成個人健康資料建檔者(附件3)，每人支付30點/年。
- (3)生活習慣自評加成費：完成生活習慣自評建檔者(附件4)，每人支付40點/年。

2.收案會員及死亡個案之個案管理費按收案月份數等比例支付。

3.考量會員照護之完整性，參與方案之特約院所或醫師於參與方案期間，如因故中途退出本方案，則依方案參與月份數按比例核付個案管理費(收案未滿3個月退出者除外)，其餘費用則不予核付。

4.收案會員於方案執行期間應至少有一筆三高疾病相關之檢驗數據(資料來

源不限收案院所)，不符者，則不予核付個案管理費。

疾病型態	檢驗(查)項目
高血壓	血壓
高血糖	HbA1c、LDL
高血脂	LDL

(二)品質照護獎勵費：

- 1.會員若於方案執行期間於收案院所無就醫紀錄，則不予核付本項費用。
- 2.方案實施第一年會員須連續收案達6個月始得核付本項費用，第2年起會員須連續收案達9個月始得核付本項費用。
- 3.支付方式：依方案評核指標達成情形分四級支付：
  - (1)特優級：方案評核指標分數 $\geq 80$ 分，則支付每人1,000點。
  - (2)良好級：方案評核指標分數介於70分 $\leq$ ~<80分，則支付每人750點。
  - (3)輔導級：方案評核指標分數介於60分 $\leq$ ~<70分，則支付每人500點。
  - (4)不支付：方案評核指標分數<60分，則不予支付。

(三)方案評核指標：

1.會員急診率(20分)

- (1) $\leq$ 收案會員30百分位，得20分。
- (2) $>$ 收案會員30百分位，但 $\leq$ 收案會員45百分位，得16分。
- (3)收案會員45百分位，但 $\leq$ 收案會員65百分位，得10分。
- (4)計算公式說明：

分子：會員急診人次(排除外傷、全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫案件)。

分母：會員人數。

2.血糖、血脂監控數據良(或進步)率(50分)

- (1)HbA1c 控制良好(或進步)占率(25分)，限院所中醫師高血糖收案會員達3人以上適用：
  - A. $\geq 60\%$ ，得25分。
  - B. $< 60\%$ ，但 $\geq 55\%$ ，得20分。
  - C. $< 55\%$ ，但 $\geq 50\%$ ，得15分。
  - D.計算公式說明：

分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。

分母：高血糖收案會員數。

(2)LDL 控制良好(或進步)占率(25分)，限院所中醫師高血糖及高血脂收案會員合計達3人以上適用：

A.  $\geq 60\%$ ，得25分。

B.  $< 60\%$ ，但  $\geq 55\%$ ，得20分。

C.  $< 55\%$ ，但  $\geq 50\%$ ，得15分。

D. 計算公式說明：

分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。

分母：高血糖、高血脂收案會員數。

(3)控制良好範圍：

疾病組合	檢驗項目控制良好範圍	
	HbA1c	LDL
高血糖	$< 7\%$ ；80歲以上病人為 $< 8\%$	$< 100 \text{ mg/ dL}$
高血脂	-	$< 100 \text{ mg/ dL}$
高血糖+高血脂	$< 7\%$ ；80歲以上病人為 $< 8\%$	$< 100 \text{ mg/ dL}$

(4)執行方式：

A. 符合下列任一條件，即判斷為控制良好：

a. 當年度最後一次檢驗結果屬控制良好。最後一次檢驗結果應於當年度7月1日以後。若於當年度7月1日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。

b. 當年度檢驗結果中，半數以上達控制良好範圍。

B. 進步定義：檢驗結果後測-前測 $< 0$ ，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度7月1日以後，且前測及後測日期應間隔84天(含)以上。

C. 資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。

3. 血壓上傳率(20分)，限院所中醫師收案會員達3人以上適用。

(1)  $\geq 70\%$ ，得20分。

(2)  $< 70\%$ ，但  $\geq 60\%$ ，得15分。

(3)<60%，但 $\geq$ 50%，得10分。

(4)計算公式說明：

分子：收案會員中，每年至少上傳2筆血壓值(高血壓病人則每年至少上傳3筆)。

分母：會員人數。

(5)資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳數據。

#### 4.成人預防保健檢查率(10分)

(1) $\geq$ 35%，得10分。

(2)<35%，但 $\geq$ 30%，得5分。

(3)計算公式說明：

分子：30歲(含)以上會員於院所接受成人健檢人數。

分母：(30歲至39歲會員數/5+40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)。

註：按衛生福利部國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，本項指標排除「已為代謝計畫、P4P-DM/CKD/DKD」之收案管理者。

(四)本方案相關費用由保險人各分區業務組依方案執行結果核定後核付。

(五)參與院所原有之醫療服務，依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」及總額支付制度，依實際執行情況按月依門診醫療費點數申報格式規定申報。

(六)於年度結束後，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

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

### 十、執行報告

執行本方案之保險醫事服務機構，應於方案執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告及實施效益至中醫全聯會及保險人分區業務組備查。

### 十一、退場機制

(一)參加本方案之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三

十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，應自保險人第一次核定違規函所載停約或終止特約日起終止，退出執行本方案。

(二)參與方案院所一年內沒有收案紀錄者，未函知保險人各分區業務組異動情形，致自動退出本方案。

(三)經核定終止方案資格或方案不予續辦。

(四)保險人提供評核指標介於60分至70分( $60分 \leq \text{評核指標} < 70分$ )之院所名單予中醫全聯會協助輔導改善，且須於次年6月底前提具執行改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得繼續參加本方案(方案實施第一年無須提具執行改善計畫書)；第2年仍未達70分續辦標準者(評核指標 $< 70分$ )，應退出本方案，1年內不得再加入本方案。

(五)如評核指標未達60分者(評核指標 $< 60分$ )，應退出本方案，1年內不得再加入本方案。本項規定於方案實施第二年起適用，方案實施第一年比照上述評核指標介於60分至70分( $60分 \leq \text{評核指標} < 70分$ )之院所辦理。

十二、執行本方案之保險醫事服務機構，未依本方案規定事項執行者，由中醫全聯會評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本方案。

十三、新年度方案未公告前，延用前一年度方案；新年度方案依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度方案者，得執行至保險人公告日之次月底止。

十四、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件 1

## 全民健康保險中醫三高病人加強照護方案申請書

申請類別：新增 變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)      申請日期：

基本資料	院所名稱		院所代碼		
	方案聯絡人姓名		方案聯絡人電話		
	方案聯絡人 E-mail				
審核項目	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	受訓課程名稱及日期 (檢附相關證明)	
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
	保險醫事服務機構自評項目		請 V 選		備註
	院所是否二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反		
	醫師是否二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反		
	機構章戳				
(本欄位由審查單位填寫) 審核意見欄	<p>1<input type="checkbox"/>審核通過。</p> <p>2<input type="checkbox"/>不符合規定。</p> <p>3<input type="checkbox"/>資料不全，請於 月 日內補齊。</p> <p>4<input type="checkbox"/>其他</p> <p style="text-align: right;">審核日期： 年 月 日</p>				

## 建立與西醫院所轉診及合作模式

一、合作之西醫院所名稱及代碼：

二、與合作之西醫院所建立合作模式如下(請詳述內容)：

(一)共同照護機制

(二)雙向轉診流程

(三)與合作之西醫院所轉診資料之共享

(四)其他合作模式

**全民健康保險中醫三高病人加強照護方案檢核邏輯  
保險人網頁之個案通報及登錄系統說明**

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

說明：

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

附件 3

「全民健康保險中醫三高病人加強照護方案」—收案會員個人健康資料

個人基本資料(必填)			
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期	西元 年 月 日	職業別	
主要照顧者		居住地	_____鄉(鎮)
<p>家庭生命週期：</p> <input type="checkbox"/> 新婚夫婦 <input type="checkbox"/> 第一個小孩誕生 <input type="checkbox"/> 有學齡兒童 <input type="checkbox"/> 有青少年子女 <input type="checkbox"/> 子女外出創業 <input type="checkbox"/> 空巢 <input type="checkbox"/> 老化的家庭			
醫療病史及菸酒檳習慣(必填)			
<p>慢性病史</p> <input type="checkbox"/> 1.高血壓 <input type="checkbox"/> 2.糖尿病 <input type="checkbox"/> 3.腎臟病 <input type="checkbox"/> 4.缺血性心臟病 <input type="checkbox"/> 5.心律不整 <input type="checkbox"/> 6.心臟衰竭 <input type="checkbox"/> 7.腦血管疾病 <input type="checkbox"/> 8.腫瘤 <input type="checkbox"/> 9.貧血 <input type="checkbox"/> 10.關節炎 <input type="checkbox"/> 11.高膽固醇血症 <input type="checkbox"/> 12.痛風或高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 13.過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 14.氣喘 <input type="checkbox"/> 15.慢性肺疾病 <input type="checkbox"/> 16.消化性潰瘍 <input type="checkbox"/> 17.功能性腸胃問題 <input type="checkbox"/> 其他			
<p>家族病史及相關健康問題</p> <p>(若有親人有罹患下列疾病，請填入家屬代碼：A.父 B.母 C.兒女 D.兄弟姊妹 E.父系親戚 F.母系親戚 G.其他)</p> <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.糖尿病【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 3.高血壓【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 4.心臟病【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 5.腦血管病變(中風)【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 6.高血脂【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 7.腎臟病或尿毒症【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 8.惡性腫瘤【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 9.遺傳性腎臟疾病【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 10.多囊腎【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 11.痛風【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 12.自體免疫性疾病【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 13.其他【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 14.不知			
<p>長期藥物使用（使用達 3 個月以上）</p> <input type="checkbox"/> 降血壓藥 <input type="checkbox"/> 胰島素 <input type="checkbox"/> 降血糖藥 <input type="checkbox"/> 降血脂藥 <input type="checkbox"/> 降尿酸藥 <input type="checkbox"/> NSAID <input type="checkbox"/> 中草藥 <input type="checkbox"/> 其他_____			
食物過敏史食物名稱：		藥物過敏史藥物名稱：	
<p>抽菸：</p> <p>1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸 10 支菸以下、4.平均一天約吸 10 支菸(含)以上</p>			
<p>喝酒：</p> <p>1.無、2.偶爾交際應酬(每週 1-2 天)、3.經常喝 (每週&gt;2 天)</p>			
<p>嚼檳榔：</p> <p>1.無、2.偶爾交際應酬(每週 1-2 天)、3.經常嚼或習慣在嚼(每週&gt;2 天)</p>			
身體檢查(皆為必填)			
身高(cm)		血壓(收縮壓/舒張壓)(mmHg)	
體重(kg)		腰圍(cm)	
脈搏(次/每分鐘)			

編號	請想一想 <u>過去七天</u> ，並回答以下問題，你是否：
1	我感覺生活有目標。(是：2分；否：0分)
2	日常飲食我會避免油炸的食物，多以清蒸、水煮、涼拌等烹調方式為主。(是：1分；否：0分)
3	我有進行了兩次以上(含兩次)的靈性、宗教或民俗信仰活動(例如冥想、靜坐、祈禱、拜拜、參加宗教活動、祭拜家中神明或祖先等)。(是：2分；否：0分)
4	我大部分時間都覺得能夠處理生活的各種壓力？(是：2分；否：0分)
5	我有參加團體聚會或活動(例如運動、社區、社團、學校團體等)？(是：2分；否：0分)
6	我有抽菸、使用電子煙或其他菸品？(是：0分；否：5分)
7	我有和家人或朋友相聚或聊天三次以上？(是：2分；否：0分)
8	大部分時間，我睡醒後覺得精神很好，有休息夠了？(是：2分；否：0分)
9	我總共花了兩小時以上的時間待在大自然中(例如：城市內外開放空間：公園、森林、海邊等)？(是：2分；否：0分)
10	大部分時間，我覺得有足夠的時間照顧自己？(是：1分；否：0分)
11	我有嚼檳榔？(是：0分；否：1分)
12	我的飲食大多以原型食物(如新鮮蔬果、全穀、未加工肉類)為主。(是：1分；否：0分)
	請想一想 <u>過去七天</u> ，並提供您關於以下問題最好的估計值：
13	我總共進行了幾天的肌力訓練？(例如伏地挺身、深蹲、引體向上等)
	<u>0</u> 、1、2、3、4、5、6、7 天( <u>0</u> 、1、2分)
14	我總共喝了幾杯含糖飲料？(例如果汁、含糖咖啡或茶、汽水、運動飲料)。
	<u>少於 1</u> 、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 杯或更多( <u>2</u> 、0分)
15	我一天中喝下含有酒精的飲料，最多共有幾單位？(1單位酒精=10公克純酒精)

1單位酒精 = 10公克純酒精  
 酒品容量 (ml) x 酒精濃度 (%) x 0.785 (酒精密度) = 每瓶酒精含量 (公克)

= 150ml	啤酒 5%	含酒精提神飲料 10%	紅酒 12%	米酒 19.5%	烈酒 40%	高粱酒 58%
<b>1單位 ml/天</b>	254ml	127ml	106ml	65ml	31ml	21ml

TALM 臺灣生活型態醫學會 製作 參考資料：衛生福利部心理健康司

(女 3 以下、男 4 以下，2 分、0 分)  
 少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 單位或更多

16 以有喝酒精飲料的那幾天來算，我每天平均喝幾單位？(如果過去七天都沒有喝酒精飲料，請選「少於 1」)

(女 1 以下、男 2 以下，2 分、0 分)  
 少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 單位或更多

17 我每晚大約睡幾個小時？  
 少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 小時或更多 (0、3、5 分)

18 我每天大約吃幾份水果？(1 份是 1 拳頭大小或一碗 8 分滿)

**水果一份**  
 約一個拳頭大小，或切塊水果約一碗 8 分滿



TALM 臺灣生活型態醫學會 製作


少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 份或更多 (0、1、2 分)

19 我每天坐著的總時間大約有幾小時？  
 少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 小時或更多 (3、1、0 分)

20 每天平均食用包裝零食(例如薯片、餅乾、糖果、蛋白營養棒等)的包數。

少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 包或更多 (2、0 分)

每天平均食用蔬菜的份數(1 份為可食重約 100 公克)。

21	<p style="text-align: center;"><b>蔬菜一份</b></p> <p style="text-align: center;">約100公克，或半碗至8分滿的煮熟蔬菜</p> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">  <p>臺灣生活型態醫學會 製作 Taiwan Association of Lifestyle Medicine</p> </div>
少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 份或更多(0、1、2 分)	
22	<p>我累積的有氧運動時間，總共有幾分鐘？（例如快走、慢跑等）</p> <p>小於 30、30、45、60、90、120、150、180、210、240、270、300、大於 300 分鐘 (0、1、2、3、4、5 分)</p>

● **各領域總分計算(每個領域最高10分)**

正向社會連結：第 1、3、5、7、9 題的分數總合\_\_\_\_\_

身體活動：第 13、19、22 題的分數總合\_\_\_\_\_

避免危害物質：第 6、11、15、16 題的分數總合\_\_\_\_\_

睡眠與壓力管理：第 4、8、10、17 題的分數總合\_\_\_\_\_

營養：第 2、12、14、18、20、21 題的分數總合\_\_\_\_\_

整體生活型態分數：\_\_\_\_\_ (最高 50 分)

● **整體生活型態分數解釋**

解釋	整體生活型態分數	
現在是您與醫師合作的好時機，幫助您養成顯著改善健康的生活習慣。	0-20	低於平均
您有一些不錯的健康習慣，但仍有很多生活方式可調整來改善您的健康，並降低疾病風險。	21-30	平均
您有許多良好的健康習慣，但仍有一些領域可以檢視並嘗試改善。	31-40	非常好
您做得很好，但可以對生活方式進行小調整，以達到更好的整體健康狀態。	41-50	優秀

衛生福利部全民健康保險會  
第7屆115年第3次委員會議



## 115年度中醫門診總額「中醫三高病人加強照護計畫」專款項目具體實施計畫

中央健康保險署  
115年4月22日

1



### 研議歷程

「全民健康保險中醫三高病人加強照護方案(草案)」討論會議  
與中醫全聯會共同討論方案具體內容，  
續提中醫研商議事會議。

「全民健保醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」115年第1次會議  
會議決議通過，修改教育訓練規定，  
報健保會辦理公告；另後續邀請中醫全聯會及醫師公會全聯會討論評核指標及合作等事宜，以利方案推動。

114年12月17日

115年2月12日

115年3月26日

「中醫門診總額研商議事會議」  
115年第1次會議  
會議決議通過，續提報「全民健保醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」。

2



## 全民健康保險中醫三高病人加強照護方案(草案)

- ◆ **依據：**全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項。
- ◆ **方案目的：**

中醫以科學實證為基礎並深化於三高及其併發症的臨床應用，進一步融入家庭醫學與基層醫療體系之中，拓展中醫在全民健康促進中的角色，發展中西醫結合治療之醫療照護模式。
- ◆ **實施期間：**自公告日起至115年12月31日。
- ◆ **預算來源：**

115年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額「中醫三高病人加強照護計畫」專款項目，預算53百萬元。
- ◆ **執行目標：**參與個案3萬人。

3



## 全民健康保險中醫三高病人加強照護方案(草案)

### 適應症、 收案對象 派案原則

以中醫院所忠誠三高病人作為收案對象，排除家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫等慢性病相關照護計畫收案個案，並按三高就醫次數交付主要就醫中醫院所收案。

### 醫師教育 訓練

須參加中醫全聯會所辦理繼續教育受訓課程，且每年應接受8小時三高防治教育訓練課程(包含高血壓、高血糖、高血脂)。

### 執行內容

病人之個人健康資料建檔(含家族史、生活型態)，提供疾病治療、檢視或提供相關檢驗(查)，定期評估病人健康狀況並提供衛教，與西醫院所建立轉診及合作模式等。

4



## 全民健康保險中醫三高病人加強照護方案(草案)

### 支付費用

1. 個案管理費：基本費用、個人健康資料加成費及生活習慣自評加成費每人每年分別支付250、30及40點，並按收案月份數等比例支付。
2. 品質照護獎勵費：依計畫評核指標達成情形，分四級支付，達特優級(≥80分)者，支付會員每人1,000點，依序遞減，<60分則不予支付，且計畫實施第1年會員須連續收案達6個月，第2年起會員須連續收案達9個月。

### 評核指標

會員急診率、血糖、血脂監控數據良(或進步)率、血壓上傳率及成人預防保健檢查率，共計4項指標。

### 退場機制

1. 本署提供評核指標介於60分至69分之院所名單予中醫全聯會協助輔導改善，第2年未達70分者，應退出本方案，1年內不得再加入本方案。
2. 如評核指標未達60分者，應退出本方案，1年內不得再加入本方案，本項規定於方案實施第二年起適用。

5



THANK YOU

6

#### 第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：115 年 3 月份全民健康保險業務執行報告(併「115 年 2 月份全民健康保險業務執行報告」)，請鑒察。(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....

#### 本會整理說明：

- 一、依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 115 年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月併同委員會議資料寄送委員，但口頭報告改採季(每年 2、5、8、11 月)報方式辦理。爰本次提供書面資料，不進行口頭報告。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。
- 二、115 年 2 月份業務執行報告原應於 115 年 3 月份委員會議提報，因當次會議係提早召開(於第 2 週開會，原例行於第 4 週)，該報告未及提供，爰延至本月提供。
- 三、另健保署業務執行報告電子檔已置於該署網頁(健保署首頁 > 健保資料站 > 健保業務報告 > 健保業務執行報告 > 衛生福利部中央健康保險署業務執行報告，網址：<https://gov.tw/XJC>)。

決定：



# 附錄



抄本

檔 號： 附錄一  
保存年限：

衛生福利部 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：方嘉昀  
聯絡電話：02-85906873  
傳真：無  
電子郵件：hs101825@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國115年4月2日  
發文字號：衛部健字第1153360040號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：1.各總額部門114年度執行成果評核作業方式、2.各總額部門評核報告大綱及評核內容

主旨：檢送本部全民健康保險會議定之「各總額部門114年度執行成果評核之作業方式(如附件1)」，敬請配合依時程辦理，請查照。

說明：

- 一、依本部全民健康保險會(下稱健保會)第7屆115年第2次委員會議(115.3.11)之決議辦理。
- 二、健保會訂於本(115)年7月20日(一)及21日(二)召開「各總額部門114年度執行成果發表暨評核會議」；為利評核委員審視執行成果，務請依下列時程提供相關資料：
  - (一)請中央健康保險署(下稱健保署)依評核報告大綱及評核項目表(附件2)，分別於6月8日(星期一)提送並印製各部門總額監測/調查/統計結果(報告上冊)25份及於6月22日(星期一)為執行成果之書面報告(報告下冊)21份。

(二)請各部門總額受託團體於6月22日(星期一)前，依評核報告大綱(附件2)，提送並印製執行成果書面報告12份。

(三)請健保署及各部門總額受託團體於7月6日(星期一)前提供並印製10份評核會議書面簡報資料，並將該電子檔，傳送至電子郵件信箱(hs101825@mohw.gov.tw；

hsszchi@mohw.gov.tw)。簡報內容以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主。

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

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：張毓芬

聯絡電話：02-27065866 分機：2629

電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年3月20日

發文字號：健保醫字第1150661060A號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

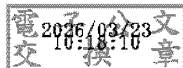
附件：如主旨 (A210300001\_1150661060A\_doc2\_Attach1.pdf)

主旨：檢送115年度醫院總額風險調整移撥款分配方案(附件)，  
請備查。

說明：依據本署115年3月4日召開之全民健康保險醫療給付費用醫  
院總額115年第1次研商議事會議決定辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：衛生福利部社會保險司、台灣醫院協會、本署各分區業務組(均含附件)



115.03.23



1153340051

## 115 年醫院總額風險調整移撥款各分區分配金額

一、依據本署115年3月4日全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議115年第1次會議決定，同意台灣醫院協會建議。

二、各分區風險款之分配額度如下：

2億元採6因子均等權重分配（16.666667%），餘4億元採114年依地區預算 RS 值分配之額度，合併為各分區風險款額度，東區另加0.5億元。

三、各分區金額如下：

項目 分區	六因素及 權重計算公式	RS 分配 (同 114 年)	指定撥入 (健保會決議)	總金額
臺北	17,146,850	142,897,852		160,044,702
北區	14,059,821	54,950,888		69,010,709
中區	16,982,296	72,104,768		89,087,064
南區	17,198,586	57,777,236		74,975,822
高屏	41,648,737	61,169,012		102,817,749
東區	92,963,710	11,100,244	50,000,000	154,063,954
合計	200,000,000	400,000,000	50,000,000	650,000,000

檔 號：  
保存年限：

## 台灣醫院協會 函

地址：251新北市淡水區中正東路2段29-5  
號25樓  
聯 絡 人：林佩菽  
電 話：02-28083300分機52  
傳 真：02-28083304  
電子郵件：peichiou@taiw.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國115年1月29日  
發文字號：院協健字第1150200042號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：醫院部門115年風險調整移撥款附件.pdf (115A200189\_1\_29095405000.pdf)

主旨：檢陳115年醫院總額風險調整移撥款分配，請鑑查。

說明：

- 一、依據衛生福利部115年1月20日衛部保字第1141260589號函辦理。
- 二、115年度醫院總額一般服務地區預算分配方式經核定為門診及住診服務R值各前進1%（即門診占率54%；住診占率47%），風險調整移撥款自一般服務預算移撥6.5億，其中0.5億元用於因應東區因R值占率調整造成之財務衝擊。
- 三、承上，旨揭移撥款之分配經本會114年12月5日醫院醫療服務審查預算暨風險調整移撥款討論會議共識決議：依核定結果6.5億元中2億採6因子均等權重分配，餘4億採114年依地區預算RS值分配之額度，合併以形成各分區風險款額度，東區另加0.5億元，詳如附件。

正本：衛生福利部中央健康保險署  
副本：衛生福利部中央健康保險署臺北業務組、衛生福利部中央健康保險署北區業務組、衛生福利部中央健康保險署中區業務組、衛生福利部中央健康保險署南區業務組、衛生福利部中央健康保險署高屏業務組、衛生福利部中央健康保險署東區業務組、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、醫院

總收文 115.01.29

第 1 頁，共 2 頁



115010221

醫療服務審查執行會台北分會、醫院醫療服務審查執行會北區分會、醫院醫療服務  
審查執行會中區分會、醫院醫療服務審查執行會南區分會、醫院醫療服務審查  
執行會高屏區分會、醫院醫療服務審查執行會東區分會（均含附件）



醫院部門 115 年風險調整移撥款

115.01.21

114 年	6 因子	RS 分配	調整前全年	指定撥入	調整後全年	
台北區	17,114,824	142,897,852	160,012,676		160,012,676	25%
北區	14,039,235	54,950,888	68,990,123		68,990,123	11%
中區	16,959,217	72,104,768	89,063,985		89,063,985	14%
南區	17,171,564	57,777,236	74,948,800		74,948,800	12%
高屏區	41,591,638	61,169,012	102,760,650		102,760,650	16%
東區	93,123,522	11,100,244	104,223,766	50,000,000	154,223,766	24%
合計	200,000,000	400,000,000	600,000,000	50,000,000	650,000,000	

115 年	6 因子	RS 分配同 114 年	調整前全年	指定撥入	調整後全年	佔率
台北區	17,146,850	142,897,852	160,044,702		160,044,702	25%
北區	14,059,821	54,950,888	69,010,709		69,010,709	11%
中區	16,982,296	72,104,768	89,087,064		89,087,064	14%
南區	17,198,586	57,777,236	74,975,822		74,975,822	12%
高屏區	41,648,737	61,169,012	102,817,749		102,817,749	16%
東區	92,963,710	11,100,244	104,063,954	50,000,000	154,063,954	24%
合計	200,000,000	400,000,000	600,000,000	50,000,000	650,000,000	100%

## 醫院總額風險調整移撥款

2025.02.02 修訂

### 壹、目的

為平衡各區醫療資源均衡發展，鼓勵各區強化醫療服務，促進區域內醫療體系整合。

### 貳、移撥款事項

一、移撥源來源：全民健康保險醫院部門一般服務總額年度預算分配至各分區前，先行提撥一定額度金額做為調撥之用。

( 115 年醫院總額風險調整移撥款，依據衛生福利部 115 年 1 月 28 日衛部健字第 1153360013 號函公告提撥 6.5 億作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展，分配方式於 114 年 12 月 5 日醫院醫療服務審查預算暨風險調整移撥款討論會議共識決議：依核定結果 6.5 億元中 2 億採 6 因子均等權重分配，餘 4 億採 114 年依地區預算 RS 值分配之額度，合併以形成各分區風險款額度，餘 0.5 億遵衛福部公告用於東區。 )

### 二、移撥款使用範圍

1. 符合內政部、衛生福利部定義之偏鄉地區
2. 所屬轄區須扶弱或援助照護之人口

三、移撥款採計零基預算總額上限制概念，於執行年結算第一季費用前完成分配。移撥款若未分配完畢則依各區預算佔率歸還併回地區預算。

四、應排除已於醫院總額協商項目中協商因素考量之項目（如：醫療服務密集度改變已明文專款提撥之項目）

五、移撥款應每年於專門會議中檢討，並提出次年建議額度予台灣醫院協會做為次年移撥款調撥參考。

六、移撥款撥付方式，使用期間以年度計算，經完成分配，併入各區地區預算中，隨健保費用按季結算以核付費用。

### 參、移撥款申請程序

一、申請以分區為單位，經台灣醫院協會醫院總額審查執行各區分會專門會議取得共識後，備妥簡易計劃書（含量化指標 KPI）送交醫院協會。

二、由台灣醫院協會邀請專家學者暨各分區代表召開專門會議確認內容。

肆、移撥款額度核定分配因素及權重

- 一、山地離島非原住民被保險人於各區投保人口相對佔率。( 權重：16.666% )
- 二、偏遠地區被保險人於各區投保人口相對佔率。( 權重：16.666% )
- 三、重度以上身心障礙人口於各區投保人口相對佔率。( 權重：16.666% )
- 四、台閩地區原住民人口於各區投保人口相對佔率。( 權重：16.666% )
- 五、低收入人口於各區投保人口相對佔率。( 權重：16.666% )
- 六、6 歲以下及 65 歲以上各區戶籍人口於各區投保人口相對佔率。( 權重：  
16.666% )

伍、移撥款成果評量

取得移撥款之分會，應於期末接受台灣醫院協會邀請進行成果發表。

陸、其他

## 醫院部門 115 年風險調整移撥款

115.02.02

依據衛生福利部 115 年 1 月 20 日衛部保字第 1141260589 號函，115 年度醫院總額一般服務地區預算分配方式經核定為門診及住診服務 R 值各前進 1%(即門診占率 54%;住診占率 47%)，風險調整移撥款自一般服務預算移撥 6.5 億，其中 0.5 億元用於因應東區因 R 值占率調整造成之財務衝擊。

醫院總額風險調整移撥款之分配經本會 114 年 12 月 5 日醫院醫療服務審查預算暨風險調整移撥款討論會議共識決議：依核定結果 6.5 億元中 2 億採 6 因子均等權重 (16.666667%) 分配，餘 4 億採 114 年依地區預算 RS 值分配之額度，合併以形成各分區風險款額度，東區另加 0.5 億元，詳如下表

115 年		山地離島非原住民人口 (排除偏鄉)	偏鄉地區	重度以上身心障礙	台閩地區原住民人口	低收入戶總人口	戶籍人口 6 歲以下 +65 歲以上
地區別	權重/分配後預算	16.667%	16.667%	16.667%	16.667%	16.667%	16.667%
台北區	17,146,850	11.33%	4.33%	11.26%	0.36%	10.46%	13.70%
北區	14,059,821	0.00%	2.78%	12.08%	1.76%	11.30%	14.26%
中區	16,982,296	0.00%	3.12%	15.23%	1.52%	14.84%	16.24%
南區	17,198,586	0.00%	3.65%	18.28%	0.28%	11.46%	17.93%
高屏區	41,648,737	62.45%	7.71%	17.49%	4.04%	14.92%	18.33%
東區	92,963,710	26.22%	78.42%	25.66%	92.03%	37.02%	19.55%
合計	200,000,000	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

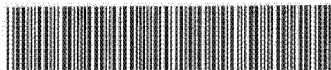
115 年	6 因子	RS 分配同 114 年	調整前全年	指定撥入	調整後全年	佔率
台北區	17,146,850	142,897,852	160,044,702		160,044,702	25%
北區	14,059,821	54,950,888	69,010,709		69,010,709	11%
中區	16,982,296	72,104,768	89,087,064		89,087,064	14%
南區	17,198,586	57,777,236	74,975,822		74,975,822	12%
高屏區	41,648,737	61,169,012	102,817,749		102,817,749	16%
東區	92,963,710	11,100,244	104,063,954	50,000,000	154,063,954	24%
合計	200,000,000	400,000,000	600,000,000	50,000,000	650,000,000	100%

檔 號：  
保存年限：

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

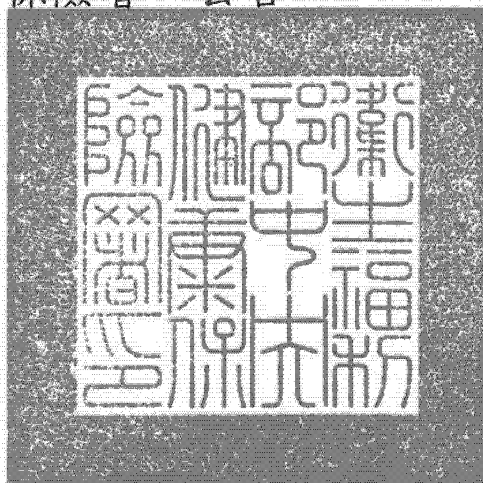
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年4月10日

發文字號：健保醫字第1150106567號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網自行擷取)



主旨：公告115年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫(附件)，並自115年1月1日起實施。

依據：衛生福利部115年4月2日衛部保字第1151260163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、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署資訊組、本署各分區業務組

署長陳亮妤 出差  
副署長張禹斌 代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300082

115. 4. 13

## 115 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫

### 壹、依據：

全民健康保險會協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

### 貳、目的：

為規範中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配之實際操作方式、品質與醫療資源分布之管控，特訂定本計畫。

### 參、計畫期間：115年1月1日起至115年12月31日止。

### 肆、預算分配：

當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算（扣除106年度於一般服務之品質保證保留款額度22.8百萬元），按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件（每點以1元支付）後，再依下列方式進行預算分配：

一、東區預算占率2.22%，先予分配；其餘五分區預算占率97.78%。

二、風險調整移撥款之提撥及分配：

（一）提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥400百萬元，由各季提撥100百萬元。

（二）分配方式：

1、自115年第1季起用於補助點值至0.93元之差值，逐季使用至預算使用完畢為止。

2、當季浮動點值低於0.93元之分區，最高補至0.93元，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算（折付比例=經費/∑各院補助金額）。

3、移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依115年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

三、115年東區之外五分區中醫總額一般服務預算扣除風險調整移撥款後，各季預算分配方式如下(操作型定義詳附件1)：

(一)64 %預算以「95年第4季至98年第3季之五分區實際預算占率」分配。

(二)17 %預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。

(三)9 %預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配。

(四)4 %預算以「各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率」分配。

(五)5 %預算以「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率分配(當年前一季)。

(六)1 %預算作為「偏鄉人口預算分配調升機制」之用。符合本計畫「偏鄉」定義之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點1元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點1元，其經費由本項預算支應。本項預算當季若有餘款，則餘額按「95年第4季至98年第3季之五分區實際收入預算占率」分配予各區。

註：符合「偏鄉」定義之條件說明如下：

1. 「偏鄉」定義為須符合下列條件之一：

(1)全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之全民健康保險山地、離島地區。

(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除

各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)114年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

A. 115年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以114年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

B. 114年全國每月申報醫療費用點數之平均值 =  $\Sigma 114$ 年各中醫門診特約醫事服務機構每月申報醫療費用點數 /  $\Sigma 114$ 年每月月底中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點數為中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。

2. 執行中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。

四、經上述第(一)款至第(六)款方式分配後，以及含已撥補分區之風險調整移撥款，如全年各區預算與去年比較呈現負成長，則由其他分區按比例撥補至零成長。

伍、五分區預算分配之計算及各分區點值之核算詳附件2。

陸、管理機制

一、中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)應成立「中醫總額共同管理組」，負責本計畫六分區總額事務之協調與管理。

二、中醫全聯會與保險人成立共同管理機制，含各分區全民健康保險中醫門診總額支付制度保險委員會分會與保險人分區業務組，負責本計畫之管理、監控與檢討。

柒、本計畫由保險人與中醫全聯會研訂後，並報請主管機關核定後公告實施，並副知全民健康保險會。屬執行面之修訂，由保險人逕行修正公告。

## 附件1：指標之操作型定義

※各項指標計算過程結果，四捨五入取至小數點以下第6位（如：99.9905% ≈ 0.999905）※計算時程：每季

指標：

指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際預算占率

分子：各分區各季總預算(Ai1)

分母： $\Sigma$  各分區各季總預算加總( $\Sigma Ai1$ )

條件說明：

- 一、第1季：96Q1+97Q1+98Q1 預算加總
- 二、第2季：96Q2+97Q2+98Q2 預算加總
- 三、第3季：96Q3+97Q3+98Q3 預算加總
- 四、第4季：95Q4+96Q4+97Q4 預算加總

指標2：各區去年同期戶籍人口數占率

分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)

分母： $\Sigma$  各分區去年同期戶籍人口數加總( $\Sigma Ai2$ )

條件說明：

- 一、資料來源採用內政部戶政司鄉鎮戶數及人口數統計資料（採季中戶籍人口數）
- 二、各分區之各鄉鎮市區採用內政部戶政司之地區分類。

指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(Ai3)

分母： $\Sigma$  各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總( $\Sigma Ai3$ )

條件說明：

- 一、保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人。
- 二、資料擷取時間點：中醫門診特約醫事服務機構申報資料【不含職業災害案件（案件分類 B6）、中醫醫療照護計畫及收容對象醫療服務計畫】，該費用年月次次月20日前申報受理者，始納入計算。就醫次數計算排除診察費=0之案件。

三、計算步驟：

- (一)計算去年同期全國就醫人數(季) (p)
- (二)計算每位病患於各區就醫次數(a)
- (三)計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)  
=每位病患於各區就醫次數(a)/ $\Sigma$  每位病患於各區就醫次數( $\Sigma a$ )
- (四)各區每位病患之就醫次數比率(T)  
=各區  $\Sigma$  每位病患於各區就醫次數比率( $\Sigma a\%$ )
- (五)計算各區每人就醫次數之權值(K1)  
=各區每位病患之就醫次數比率(T)/ 全國就醫人數(p)
- (六)扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)  
=各區每人就醫次數之權值(K1)/加總五區每人就醫次數之權值( $\Sigma K1$ )

四、舉例說明：

- (一)本季全國中醫就診病患4人(p)
- (二)計算(a)、(a%)、(T)

分區	病患a1就醫次數	於各區就醫次數比率(a1%)	病患a2就醫次數	於各區就醫次數比率(a2%)	病患a3就醫次數	於各區就醫次數比率(a3%)	病患a4就醫次數	於各區就醫次數比率(a4%)	各區每位病患之就醫次數比率 T=(a1%+a2%+a3%+a4%)
台北	3	16.6667%	2	7.1429%	24	60.0000%	0	0.0000%	0.838095
北區	2	11.1111%	4	14.2857%	7	17.5000%	0	0.0000%	0.428968
中區	6	33.3333%	0	0.0000%	0	0.0000%	7	58.3333%	0.916667
南區	4	22.2222%	8	28.5714%	4	10.0000%	5	41.6667%	1.024603
高屏	2	11.1111%	6	21.4286%	3	7.5000%	0	0.0000%	0.400397
東區	1	5.5556%	8	28.5714%	2	5.0000%	0	0.0000%	0.391270
全區	18	100%	28	100%	40	100%	12	100%	4.000000

(三)計算各分區就醫次數之權值

分區	就醫人數P	各區每位病患之就醫次數比率(T)	權值 (K1)=T/(全區P)	扣除東區分區	權值(K2)
台北	3	0.838095	0.209524	0.209524	0.232241
北區	3	0.428968	0.107242	0.107242	0.118870
中區	2	0.916667	0.229167	0.229167	0.254014
南區	4	1.024603	0.256151	0.256151	0.283923
高屏	3	0.400397	0.100099	0.100099	0.110952
東區	3	0.391270	0.097817	-	-
全區	4		1.000000	0.902183	1.000000

指標4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)

條件說明：

- 一、保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
- 二、人數利用率成長率 (p)：以各區患者 ID 歸戶(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即 (114年該季/113年同期) -1。
- 三、醫療費用點數成長率(r)：(114年該季申報醫療費用點數/113年同期申報醫療費用點數)-1。
- 四、各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數 (申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害案件(案件分類 B6)、中醫醫療照護專案計畫及收容對象醫療服務計畫。
- 五、本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。
- 六、(p-r)產生的最大值中，其值大於0且 p 值大於0之區域，權值加計+5%；(p-r)產生的最小值中，其值小於0且 r 值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。

指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

分母： $\Sigma$  各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

- 一、「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」。
- 二、「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「特約醫事機構醫事人員」公務統計。
- 三、戶籍人口數及中醫師數採用季中數值。
- 四、各分區業務組之各鄉鎮市區如附表。
- 五、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數  
=各分區各鄉鎮市區中醫師數÷(各分區各鄉鎮市區戶籍人口數÷10,000)
- 六、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值  
(一)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

\*該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率  $\geq$  全國每萬人口中醫師數成長率，  
各鄉鎮市區權值(dr\_peop)  
= -5%(m)\*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

\* 該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr\_peop)為 0 (m)。

\* 各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(二)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數<= 全國平均值：

\* 該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 >=全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr\_peop)

=+5%(m)\*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

\* 該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr\_peop)為 0 (m)。

\* 各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(三)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(指標5)之權值和( $\sum dr\_peop$ )

= 各分區  $\sum$  各鄉鎮市區權值(dr\_peop)

\* 成長率之計算係與前季季中比較。

指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

一、 每季結算時，「偏鄉」之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點1元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點1元，若分區前一季浮動點值大於每點1元者，則不予補付。

二、 依上述方式補付後，若該季預算尚有結餘，則餘額按指標1「95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際預算占率」分配予各分區，併同指標1至指標5之預算進行當季結算。

條件說明：

一、 偏鄉定義為(1)保險人公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)114年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

二、 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。

- 三、 114年全國每月申報醫療費用點數之平均值= $\Sigma$ 114年每月申報醫療費用/ $\Sigma$ 114年每月月底特約中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點數為特約中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。
- 四、 115年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以114年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

## 附件2 五分區預算分配之計算及點值核算

### ※五分區預算分配之計算操作型定義

- 一、當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務各季預算總額(T)  
= 預算 GA+預算 GB+預算 GC+預算 GD+預算 GE+預算 GF+  
預算(東區)+當季撥補之風險調整移撥款 Gh。

$$\text{指標1預算 GA} = (T) * 97.78\% * 64\%$$

$$\text{指標2預算 GB} = (T) * 97.78\% * 17\%$$

$$\text{指標3預算 GC} = (T) * 97.78\% * 9\%$$

$$\text{指標4預算 GD} = (T) * 97.78\% * 4\%$$

$$\text{指標5預算 GE} = (T) * 97.78\% * 5\%$$

$$\text{指標6預算 GF} = (T) * 97.78\% * 1\%$$

### 二、各分區各季指標預算計算如下

#### (一) 各分區各季預算 Ga

$$= \text{各季預算 GA} * \text{指標1占率} (A_{i1} / \sum A_{i1})。$$

$$\text{指標1占率} (A_{i1} / \sum A_{i1})$$

$$= \text{95年第4季至98年第3季之各區各季預算} (A_{i1}) / \sum \text{95年第4季至98年第3季之各區各季預算} (\sum A_{i1})。$$

※占率：四捨五入至小數點第6位

#### (二) 各分區各季預算 Gb

$$= \text{各季預算 GB} * \text{指標2占率} (A_{i2} / \sum A_{i2})。$$

$$\text{指標2占率} (A_{i2} / \sum A_{i2})$$

$$= \text{去年同期各分區戶籍人口數} (A_{i2}) / \sum \text{去年同期各分區戶籍人口數} (\sum A_{i2})。$$

※占率：四捨五入至小數點第6位

#### (三) 各分區各季預算 Gc

=各季預算 GC\*指標3占率 ( $A_{i3}/\Sigma A_{i3}$ )。

指標3占率 ( $A_{i3}/\Sigma A_{i3}$ )

= 各分區去年同期每人於各分區就醫次數之權值 ( $A_{i3}$ )/ $\Sigma$  去年同期每人於各分區就醫次數之權值 ( $\Sigma A_{i3}$ )。

※占率：四捨五入至小數點第6位

(四) 各分區各季預算 Gd

=各季預算 GD\*指標4加權後之預算占率 ( $A_{i4}/\Sigma A_{i4}$ )。

※各分區指標4權值=各分區人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差

※各分區各季經指標4加權後之預算 ( $A_{i4}$ )

=95年第4季至98年第3季之各區各季預算 ( $A_{i1}$ ) \* (1+指標4權值 K2)

※各分區各季經指標4加權後之預算占率 ( $A_{i4}/\Sigma A_{i4}$ )

=各分區各季經指標4加權後之預算 ( $A_{i4}$ )/ $\Sigma$  各分區各季經指標4加權後之預算 ( $\Sigma A_{i4}$ )

※成長率占率：四捨五入至小數點第6位

(五) 各分區各季預算 Ge

=預算 GE\*指標5加權後之預算占率 ( $A_{i5}/\Sigma A_{i5}$ )。

※各分區指標5權值=各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

※各分區各季經指標5加權後之預算 ( $A_{i5}$ )

=95年第4季至98年第3季之各區各季預算 ( $A_{i1}$ ) \* 【1+指標5權值和 ( $\Sigma dr\_peop$ )】

※各分區各季經指標5加權後之預算占率 ( $A_{i5}/\Sigma A_{i5}$ )

=各分區各季經指標5加權後之預算 ( $A_{i5}$ )/ $\Sigma$  各分區各季經指標5加權後之預算 ( $\Sigma A_{i5}$ )

※占率：四捨五入至小數點第6位

(六) 各分區各季預算 Gf

$$=(\text{預算 GF} - \Sigma \text{ 指標6各區各季補至每點1元所需預算}) * \text{指標1占率} \\ (\text{Ai1} / \Sigma \text{ Ai1})。$$

三、 各分區各季預算 Ts = 該區當季預算 Ga + 該區當季預算 Gb + 該區當季預算 Gc + 該區當季預算 Gd + 該區當季預算 Ge + 該區當季預算 Gf + 當季撥補之風險調整移撥款 Gh。

四、 若五分區全年預算與前一年比較呈現負成長，則由其他分區按比例撥補至零成長，其操作定義及撥補程序如下：

(一) 操作定義：各分區全年預算  $T_y = \Sigma$  該區各季 Ts +  $\Sigma$  指標6各區各季補至每點1元所需預算。

1. 成長率 = (115年該區各季核算  $T_y$  / 114年該區各季核算  $T_y$ ) - 1。

2. 各分區撥補比例 = (成長率大於0之分區  $T_y$ ) /  $\Sigma$  (成長率大於0之分區  $T_y$ )。

(二) 撥補程序

1. 於115第四季結算時，由「成長率大於0之分區」，各自依比例撥補至「成長率小於0之分區」，使全年預算  $T_y$  負成長之分區補至零成長。

● 撥補程序之操作範例：如下頁附表。

2. 依上述方式撥補後，如仍有分區呈現負成長，其不足額度繼續由「成長率大於0之分區」按比例撥補，直至各區預算成長率均不小於 0 為止。

114年該區		115年該區		成長	撥補比	撥補方式	調整	撥補後	撥補
全年	全年	成長	分區	例		金額	Ty	後	後
預算Ty	預算Ty	率	差額		X*Y=Z	金額	Ty	成	長
(百萬元)	(百萬元)							率	
V	W	W/V-1	X	Y	X*Y=Z	Z	W+Z		
台北	5,604.8	5,723.8	2.1%	--	40.4%	-14.1*40.4%	-5.7	5,718.1	2.0%
北區	2,336.2	2,389.2	2.3%	--	16.9%	-14.1*16.9%	-2.4	2,386.8	2.2%
中區	5,188.3	5,174.2	-0.3%	-14.1	--	--	14.1	5,188.3	0.0%
南區	2,802.0	2,858.7	2.0%	--	20.2%	-14.1*20.2%	-2.8	2,855.9	1.9%

## 衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：白小姐  
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115年3月17日  
發文字號：衛部保字第1151260123C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115年3月17日以衛部保字第1151260123號令修正發布，並自115年4月1日生效，茲檢送發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表各1份，請查照。

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

115.03.17



115CC00201

# 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之修正，為一百十五年第一次修正，並自一百十五年四月一日生效。修正重點說明如下：

## 一、第二部西醫

### (一)第一章基本診療

- 1.第二節住院及急診觀察床診察費：配合強化兒童醫療照護品質，修正通則六，調升兒科專科醫師申報加護、一般病床住院診察費加成上限支付規範，分列隔離病床住院診察費並調整標號，餘標號依序遞延；併同修正 02006K「一般病床住院診察費(天)」等三項支付規範。
- 2.第四節精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費：修正 04013C「精神科日間住院治療費(日間全天)--未滿六歲」等二項調升支付點數。

### (二)第二章特定診療

#### 1.第一節檢查：

- (1)修正 18046B「生物電抗非侵入式心輸出量及血流動力學監測」等二項支付規範及酌修文字。
- (2)修正 27049C「甲一胎兒蛋白」限醫院層級申報並修正編號。
- (3)修正 28006C「支氣管鏡檢查」調升支付點數。
- (4)修正第二十五項次世代基因定序「附表 2.2.2 血液腫瘤次世代基因定序(30304B-30305B)給付癌別列表」之基因名稱。

#### 2.第二節放射線診療：修正 37028B「三度空間立體定位X光刀照射治療」等三項診療項目中、英文名稱、放寬適用規範及酌修文字。

#### 3.第六節治療處置：

- (1)新增 56044B「主動脈復甦性血管內球囊閉合術」(7,753 點)診療項目，納入「重大外傷處置加成」，併同修正通則七(二)規範，增列本項醫令代碼。

(2)修正 58001C「血液透析(一次)——住院」等五項透析治療費，調升支付點數及支付規範。

#### 4.第七節手術：

(1)修正通則規範：通則六(四)，配合放寬手術規範，增列第十八項「治療性先天殘缺手術(88001-88064)」支付規範，餘標號依序遞延；通則十一(二)，配合新增 69044B 及 75827B 二項診療項目，納入「重大外傷手術加成」，增列前述醫令代碼。

(2)新增給付項目四項：新增 65080B「立體定位多竇副鼻竇手術」(8,855 點)及 65081B「立體定位全副鼻竇切除術」(10,307 點) 二項目，併同修正 65013B「多竇副鼻竇手術」等二項支付規範。新增 69044B「頸部外傷探查術」(10,407 點)及 75827B「軀幹體腔出血緊急填塞止血手術(損傷控制手術)」(10,297 點)二項診療項目。

(3)修正 64287B「關節鏡下肩關節盂唇修補手術(單一部位肩盂唇修補)」配合特材給付規定，放寬適用範圍。

(4)修正 78612C「隱睾雙側睪丸固定術」等七項調升支付點數。

5.第十節麻醉費：修正通則八麻醉費重大外傷加成規範，配合新增 56044B、69044B 及 75827B 三項診療項目納入「重大外傷處置或手術加成」，增列前述醫令代碼。

## 二、第三部牙醫

(一)第一章門診診察費第二節符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費：修正 00305C「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費 1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部分(≤20)——處方交付特約藥局調劑」等十四項調升支付點數。

### (二)第三章牙科處置及手術

1.第一節牙體復形：修正 89011C「玻璃離子體充填」支付規範。

2.第二節根管治療：修正 90003C「恆牙根管治療（三根）」等四項調升支付點數。

3.第四節口腔顎面外科：

(1)新增 92133C「週日及國定假日牙醫門診處理-每次門診限申報一次」(800 點)診療項目。

(2)修正 92043C「顳顎關節脫臼整復—無固定」三項支付規範或中英文名稱。

4.修正附表 3.3.3 項目一(一)2.不列入計算內容，酌修文字。

### 三、第四部中醫

(一)第一章門診診察費：修正 A82「一般門診診察費 1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下部分( $\leq 50$ )—看診時聘有護理人員在場服務者」等四十二項支付規範。

(二)修正附表 4.4.3 高度複雜性針灸適應症及附表 4.5.1 中度複雜性傷科適應症，增列 I69「腦血管疾病後遺症」。

### 四、第五部居家照護及精神病患者社區復健

(一)第一章居家照護

1.新增通則十二，增列居家照護各項診療項目之兒童加成支付規範。

2.修正 05301C「—資源耗用群為第一類護理訪視費(次)(在合理量內)1.在宅」等四十項調升支付點數，支付規範酌修文字。

(二)第三章安寧居家療護

1.新增通則十，增列安寧居家療護各項診療項目之兒童加成支付規範，酌修文字。

2.修正 05312C「甲類：醫師訪視費用(次)—在宅」等二十九項調升支付點數、支付規範酌修文字或診療項目名稱。

五、第八部品質支付服務第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案：修正附表 8.2.4、附表 8.2.6、附表 8.2.9 及附表 8.2.11 四項附表。

## 衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：陳怡廷  
聯絡電話：(02)8590-7695  
傳真：(02)8590-7080  
電子郵件：moytchen@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年4月2日  
發文字號：衛部心字第1151760161A號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主旨：檢送本部公告115年度「精神科醫院評鑑及精神科教學醫院評鑑作業程序」、「精神科醫院評鑑基準」及「精神科教學醫院評鑑基準」影本及其附件各1份，惠請協助轉知轄內相關醫院或所屬會員，請查照。

說明：

- 一、依據醫療法第28條、第95條及醫療法施行細則第15條、第61條規定辦理。
- 二、旨揭公告內容，請至本部全球資訊網站（網址為 <http://www.mohw.gov.tw>，路徑：首頁/公告訊息或首頁/本部各單位及所屬機關/心理健康司/精神疾病防治/精神照護機構評鑑相關業務）下載。

正本：教育部、國軍退除役官兵輔導委員會、勞動部、國防部軍醫局、地方政府衛生局、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部疾病管制署、本部附屬醫療及社會福利機構管理會、本部全民健康保險會、本部醫事司

115.04.02



115CC00252

副本

檔 號： 附錄六  
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  3  
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年3月2日  
發文字號：健保醫字第1150103765號  
附件：請至本署全球資訊網公告欄擷取



主旨：公告「115年度全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，並自115年1月1日起生效。

依據：衛生福利部115年2月24日衛部保字第1151260077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、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組

署長陳亮好

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300054

115. 3. 3

副本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年2月26日

發文字號：健保醫字第1150103051號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險居家血液透析試辦計畫」（附件）。

依據：衛生福利部115年2月9日衛部保字第1151260053號函。

公告事項：本計畫涉全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，自公告日生效，其餘自中華民國一百十五年一月一日起生效。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、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、台灣腎臟醫學會、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署各分區業務組

# 署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300053

115. 3. 2

副本

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  9  
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115年3月5日  
發文字號：健保醫字第1150103917號  
附件：如主旨(請至本署全球資訊網擷取)



主旨：修訂「全民健康保險B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者醫療給付改善方案」內容及修正名稱為「全民健康保險肝炎醫療給付改善方案」(附件)，並追溯自115年3月1日生效。

依據：衛生福利部115年2月25日衛部保字第1151260089號函。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、台灣家庭醫學醫學會、台灣內科醫學會、社團法人台灣肝癌醫學會、台灣消化系醫學會、衛生福利部國民健康署、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、地方政府衛生局、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署各分區業務組

署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300056

115. 3. 9

副本

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  15  
臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年3月18日  
發文字號：健保醫字第1150104255號  
附件：請至本署全球資訊網公告區擷取

主旨：修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」如附件，並自115年4月1日起施行。

依據：衛生福利部115年3月3日衛部保字第1151260070號函。

公告事項：本次修訂事項如下：

- 一、調升居家醫療照護相關人員訪視費用5%。
- 二、新增兒童訪視費加成20%至60%。
- 三、增加西醫基層診所專任醫師居家醫療照護獎勵金。
- 四、在宅專門醫師每月醫師訪視次數放寬至240人次。
- 五、緩和家庭諮詢費診療項目代碼由原P5407C修正為02020C。

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、中華民國護理師護士公會全國聯合會、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、台灣醫院協會、中華民國診所協會全國聯合會、台灣在宅醫療學會、台灣居家醫療醫學會、台灣家庭醫學醫學會、社團法人台灣安寧緩和醫學學會、社團法人台灣安寧緩和護理學會、社團法人台灣居家護理暨服務協會、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、地方政府衛生局、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署各分區業務組

署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300071

副本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年4月1日

發文字號：健保醫字第1150105560號

附件：請至本署全球資訊網公告欄擷取



主旨：修正「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」，溯自115年1月1日起生效，惟本計畫涉全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分，自公告日起生效。

依據：衛生福利部115年3月19日衛部保字第1151260139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、社團法人台灣基層透析協會、本署各分區業務組、本署主計室、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署財務組

# 署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300074

副本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年4月9日

發文字號：健保醫字第1150661359號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：增訂「115年度全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案」，並自115年1月1日生效。

依據：衛生福利部115年3月19日衛部保字第1151260135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

# 署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300081

115. 4. 10

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：張容慈

聯絡電話：02-27065866 分機：3618

傳真：02-27069043

電子郵件：A111465@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115年3月13日

發文字號：健保醫字第1150661084號

速別：最速件

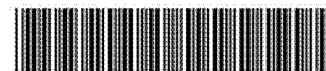
密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：114年第3季「牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額  
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑  
如說明，請查照。

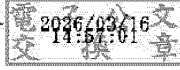
說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨115年3月3日「全  
民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額115年第1次研商議  
事會議」決定辦理。
- 二、旨揭牙醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下  
載，路徑：本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療  
費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門  
總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/牙醫總  
額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法  
規定，自115年3月15日起，牙醫門診總額費用之暫付、核  
付，依114年第3季結算點值辦理，並於115年3月辦理該季  
點值結算後追扣補付事宜。



正本：本署各分區業務組

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



## 六、修正後各分區一般服務點值之計算

1. 修正後一般服務浮動每點支付金額	= [修正後分區一般服務預算總額(BB3)	207,225] /	3,998,847,987 =	0.92830551
— 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季點值(AF)	— 108,828] /	1,590,420,296 =	0.99715981	
— 投保該分區核定非浮動點數(BG)	— 38,589] /	2,037,089,331 =	1.01373012	
— 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]	— 61,571] /	1,238,698,049 =	1.06538144	
— 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)	— 31,031] /	1,453,944,640 =	1.06069558	
	— 4,735] /	160,354,849 =	1.15177910	
臺北分區	= [ 4,708,833,559 —	37,311,242 —		
北區分區	= [ 2,109,860,454 —	17,752,927 —		
中區分區	= [ 2,296,900,050 —	214,811,682 —		
南區分區	= [ 1,580,336,786 —	248,369,303 —		
高屏分區	= [ 1,737,006,715 —	181,388,964 —		
東區分區	= [ 225,066,525 —	38,072,358 —		
2. 修正後一般服務全區浮動每點支付金額	= 加總[修正後分區一般服務預算總額(BB3)	— 核定非浮動點數(BG)		
	— 自墊核退點數(BJ)]	— 自墊核退點數(BJ)]		
	— 加總一般服務浮動核定點數(GF)	— 加總一般服務浮動核定點數(GF)		
	= [12,658,004,089	= 99,965,275 —	451,979] /	12,618,688,953 =
				0.99515781
3. 修正後一般服務分區平均點值	= [修正後分區一般服務預算總額(BB3)]	— 核定非浮動點數(BG)		
	— 自墊核退點數(BJ)]	— 自墊核退點數(BJ)]		
	— 加總一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)]	— 加總一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)]		
臺北分區	= [ 4,708,833,559	— 37,311,242 +	207,225 ] =	0.93361386
北區分區	= [ 2,109,860,454	— 17,752,927 +	108,828 ] =	1.00635762
中區分區	= [ 2,296,900,050	— 16,990,969 +	38,589 ] =	1.01525909
南區分區	= [ 1,580,336,786	— 12,220,000 +	61,571 ] =	1.06568987
高屏分區	= [ 1,737,006,715	— 13,394,069 +	31,031 ] =	1.06050849
東區分區	= [ 225,066,525	— 2,296,068 +	4,735 ] =	1.15000000
4. 修正後一般服務全區平均點值	= [12,658,004,089	— 99,965,275 +	451,979 ] =	0.99519604

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RCB13408R01 114年第3季 牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表 列印日期：115/02/06  
 結算主要費用年月起迄：114/07-114/09 核付截止日期：114/12/31 頁次：38

5. 修正後牙醫門診總額平均點值 = 加總[依調整後分區一般服務預算總額(BD3) + 專款專用暫結金額 + 移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額 + 移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額] / 加總[一般服務核定浮動點數(GP) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BI) + 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金) + 移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]

臺北分區	= [ 4,708,833,559 + 414,595,343 + 4,012,619 + 207,225 + 470,893,411 + 4,012,619 ] = 0.92956244
北區分區	= [ 2,109,860,454 + 167,462,424 + 2,127,777 + 2,424,333 ] = 1.00001026
中區分區	= [ 2,296,900,050 + 254,103,733 + 17,752,927 + 108,828 + 183,267,292 + 2,052,768 ] = 1.00001026
南區分區	= [ 1,580,336,786 + 143,648,858 + 16,990,969 + 38,589 + 282,449,814 + 9,454,019 ] = 1.00339286
高屏分區	= [ 1,737,006,715 + 188,776,470 + 12,220,000 + 61,571 + 161,010,966 + 4,158,396 ] = 1.05233395
東區分區	= [ 225,066,525 + 38,898,459 + 13,394,069 + 31,031 + 210,570,788 + 10,212,410 ] = 1.04415465
全區	= [ 12,658,004,089 + 1,207,485,287 + 4,735 + 40,046,349 + 17,917,593 ] = 1.12377133
	=[ 12,618,688,953 + 99,965,275 + 451,979 + 1,348,238,620 + 33,382,084 ] = 0.98708634

註：1. 專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案支付金額 + 牙醫門診總額特殊醫療服務計畫 + 12-18歲青少年口腔提升試辦照護計畫 + 超音波根管沖洗計畫 + 高風險疾病口腔照護計畫 + 品質保證保留款預算 + 特定疾病病人牙科就醫安全計畫 + 非齒源性口腔疼痛處置

2. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 114年品質保證保留款預算/4。

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：  
 費用年月114/06(含)以前：於114/10/01~114/12/31期間核付者。  
 費用年月114/07~114/09：於114/07/01~114/12/31期間核付者。
2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：邵子川

聯絡電話：02-27065866 分機：3603

傳真：02-27069043

電子郵件：A110881@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年3月13日

發文字號：健保醫字第1150661086號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：附件請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：114年第3季「中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額  
結算說明表」(附件)已確認並公布於本署全球資訊網，下  
載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨115年2月12日「全  
民健康保險醫療給付費用中醫門診總額115年第1次研商議  
事會議」決定辦理。
- 二、旨揭中醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下  
載，路徑：本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療  
費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門  
總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/中醫總  
額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法  
規定，自115年3月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核  
付，依114年第3季結算點值辦理，並於115年3月辦理點值  
結算追扣補付事宜。



5.03.16



1153340043

正本：本署各分區業務組

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



## 五、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算

1. 一般服務浮動每點支付金額 = [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD4)]

- 各分區一般服務核定非浮動點數(BG)

- 各分區自墊核退點數(BJ)]

/ 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

臺北分區	= [ 2,496,176,368	-	981,908,707	-	65,687 ] /	1,576,546,471 =	0.96045302
北區分區	= [ 1,134,151,466	-	490,482,941	-	42,537 ] /	715,139,987 =	0.90000000
中區分區	= [ 2,112,602,138	-	811,670,322	-	41,144 ] /	1,404,817,464 =	0.92602114
南區分區	= [ 1,167,360,912	-	501,764,386	-	18,262 ] /	721,035,054 =	0.92308725
高屏分區	= [ 1,323,456,508	-	547,294,472	-	11,279 ] /	832,798,654 =	0.93197888
東區分區	= [ 186,802,926	-	59,068,457	-	5,315 ] /	111,283,385 =	1.14778279

2. 全區浮動每點支付金額 = [加總風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD4)]

- 加總核定非浮動點數(OG)

- 加總自墊核退點數(GJ)]

/ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [ 8,420,550,318 - 3,392,189,285 - 184,224 ] / 5,361,621,015 = 0.93780907

3. 一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案\_論量計酬)

= [風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD4)]

/ [一般服務核定浮動點數(BF)

+ 該分區核定非浮動點數(BG)

+ 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [ 2,496,176,368	/	[ 1,576,546,471 +	981,908,707	+ 65,687 ] =	0.97563260
北區分區	= [ 1,134,151,466	/	[ 715,139,987 +	490,482,941	+ 42,537 ] =	0.94068504
中區分區	= [ 2,112,602,138	/	[ 1,404,817,464 +	811,670,322	+ 41,144 ] =	0.95311282
南區分區	= [ 1,167,360,912	/	[ 721,035,054 +	501,704,386	+ 18,262 ] =	0.95464836
高屏分區	= [ 1,323,456,508	/	[ 832,798,654 +	547,294,472	+ 11,279 ] =	0.95895390
東區分區	= [ 186,802,926	/	[ 111,283,385 +	59,068,457	+ 5,315 ] =	1.09653700

4. 一般服務全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案\_論量計酬)

= [ 8,420,550,318 - 3,392,189,285 - 184,224 ] = 0.96190948

## 5. 中醫門診總額平均點值

$$= [\text{加總風險調整撥款撥補後一般服務預算總額(BDM)} + \text{專款專用暫結金額} +$$

$$\text{醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B4)}] / [\text{加總分區一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{加總分區核定非浮動點數(GG)} +$$

$$\text{加總分區自整核退點數(GJ)} + \text{專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)} + \text{資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B4)]$$

臺北分區	= [ 2,496,176,368 + 54,053,489 + 7,653,004 ]	65,687 + 55,283,307 + 7,653,004 ] = 0.97574848
北區分區	✓ [ 1,576,546,471 + 981,908,707 + 16,962,807 ]	42,537 + 32,937,863 + 16,962,807 ] = 0.94224795
中區分區	✓ [ 715,139,987 + 490,482,941 + 10,995,535 ]	41,144 + 113,218,487 + 10,995,535 ] = 0.95292022
南區分區	✓ [ 1,404,817,464 + 811,670,322 + 10,864,483 ]	18,262 + 55,499,882 + 10,864,483 ] = 0.95436163
高屏分區	✓ [ 721,035,054 + 501,764,386 + 15,022,041 ]	11,279 + 60,869,247 + 15,022,041 ] = 0.95823175
東區分區	✓ [ 832,798,654 + 547,294,472 + 13,361,391 ]	5,315 + 19,233,182 + 13,361,391 ] = 1.07104549
全區	✓ [ 111,283,385 + 59,068,457 + 74,859,261 ]	184,224 + 337,041,968 + 74,859,261 ] = 0.96164922

註：

1. 專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升孕產照護品質

計畫暫結金額 + 癌症患者加強照護整合方案暫結金額 + 中醫急症處置計畫

暫結金額 + 中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫(各計畫加當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) +

中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 + 品質保證保留款預算

2. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 114年品質保證保留款預算 / 4

\* 當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算

= (106年各季預算 + 114年各季預算) × 前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。

## 六、說明

1. 本季結算費用年月份包括：

費用年月114/06(含)以前：於114/10/01~114/12/31期間核付者。

費用年月114/07~114/09：於114/07/01~114/12/31期間核付者。

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：張毓芬

聯絡電話：02-27065866 分機：2629

電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年3月13日

發文字號：健保醫字第1150660940號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網自行下載

主旨：114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」已公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

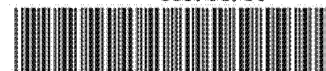
說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨115年3月4日全民健康保險醫療給付費用醫院總額115年第1次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭醫院總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/醫院總額。
- 三、另依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自115年3月15日起暫付、核付之醫院總額費用依114年第3季點值辦理，並於115年3月辦理點值結算追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全

115.03.16



1153340041

國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫  
事檢驗師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國藥師  
公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、臺灣醫療暨生技器材工  
業同業公會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審  
及藥材組

電子公文  
2025/03/23  
17:06:23  
交換章



七、修正後各分區一般服務點值之計算

1. 非偏遠地區門診一般服務浮動每點支付金額 =

[調整後分區門診一般服務預算總額 (BD6)] + 調整後分區住診一般服務預算總額 (BD5)

一 加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數 × 前季全區浮動點值)(AF1+AF3)

二 加總((門住診非偏遠地區核定非浮動點數)(BG1+BG3) - 藥品給付協議)

三 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數 × 前季就醫分區平均點值)(AP2+AP4)

四 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BJ1+BJ3)

五 加總(門住診非偏遠地區投保該分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)

六 加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)(BF1+BF3)

臺北分區 = [ 23,216,374,298 + 29,081,306,495 - 5,174,885,616 - ( 26,323,835,446 - 1,669,983,686) ]

北區分區 = [ 8,703,588,459 + 11,956,327,511 - 3,323,531,647 - ( 10,326,637,498 - 20,363,370 ] / 24,167,427,308 = 0.91223919

中區分區 = [ 11,071,764,221 + 15,299,577,323 - 1,324,122,449 - ( 12,916,512,000 - 570,029,590) ] / 7,700,752,138 = 0.97781121

南區分區 = [ 8,569,395,673 + 12,250,283,430 - 1,783,245,909 - ( 10,660,410,648 - 10,476,830 ] / 7,700,752,138 = 0.97587699

高屏分區 = [ 8,741,453,397 + 12,829,114,794 - 1,216,511,736 - ( 10,501,766,570 - 698,605,347) ] / 8,543,840,726 = 1.05636899

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 4,432,215 ] / 10,330,857,080 = 1.00484730

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 671,393,325) ] / 10,330,857,080 = 1.00484730

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 91,463,954) ] / 10,330,857,080 = 1.00484730

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 1,042,569 ] / 10,330,857,080 = 1.00484730

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 1,669,337,723) ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

東區分區 = [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 - 352,903,712 - ( 1,865,460,176 - 30,254,668 - 46,043,423 ] / 10,330,857,080 = 1.05989365

2. 非偏遠地區門診一般服務全區浮動每點支付金額 = [調整後門診一般服務預算總額 (D6) + 調整後住診一般服務預算總額 (D5)

一 加總((門住診核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4) - 藥品給付協議)

二 加總(門住診核定非浮動點數)(BJ1+BJ3)

三 加總(門住診自墊核退點數)(BJ1+BJ3)

四 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

五 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

六 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

七 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

八 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

九 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

十 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

十一 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

十二 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

十三 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

十四 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

十五 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

十六 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

十七 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

十八 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

十九 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

二十 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

二十一 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

二十二 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

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

3. 非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值=[調整後分區門診一般服務預算總額(BD6)+調整後分區住診一般服務預算總額(BD5)]  
 /[加總(門住診一般服務核定浮動點數)(CF1+CF2+CF3+CF4)  
 + 加總(門住診投保該分區核定非浮動點數)(BGI+BG2+BG3+BG4)-藥品給付協議+ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJI+BJ3)]

臺北分區	= [ 23,216,374,298 + 29,081,306,495 ] / [ 29,784,695,825 + 26,504,867,437 - 1,669,983,686 + 570,029,590 + 908,588,130 + 698,605,347 + 671,393,325 + 91,463,954 + 20,363,370 ] = 0.95713279
北區分區	= [ 8,703,568,459 + 11,956,327,511 ] / [ 11,183,879,165 + 10,343,067,608 - 570,029,590 + 908,588,130 + 698,605,347 + 671,393,325 + 91,463,954 + 10,476,830 ] = 0.98533447
中區分區	= [ 11,071,764,221 + 15,299,577,323 ] / [ 14,362,604,894 + 13,275,666,052 - 908,588,130 + 698,605,347 + 671,393,325 + 91,463,954 + 4,432,215 ] = 0.98633895
南區分區	= [ 8,569,395,673 + 12,250,283,430 ] / [ 10,426,267,121 + 10,679,356,112 - 698,605,347 + 671,393,325 + 91,463,954 + 4,432,215 ] = 1.02000000
高屏分區	= [ 8,741,453,397 + 12,829,114,794 ] / [ 11,681,083,124 + 10,557,516,457 - 671,393,325 + 91,463,954 + 1,042,569 ] = 1.00000000
東區分區	= [ 1,472,978,438 + 2,517,835,513 ] / [ 2,099,701,319 + 1,895,714,844 - 91,463,954 + 1,042,569 ] = 1.02197677

4. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值  
 = [ 61,775,534,486 + 83,934,445,066 ] / [ 79,538,231,448 + 73,256,188,510 - 4,610,064,032 + 46,043,423 ] = 0.98299661

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：陳怡蓓

聯絡電話：02-27065866 分機：2614

傳真：02-2706-9043

電子郵件：A111034@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115年3月13日

發文字號：健保醫字第1150660995號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：114年第3季「西醫基層總額各分區一般服務每點支付金額  
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑  
如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨115年3月12日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額115年第1次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭西醫基層總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑：本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/西醫基層。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自115年3月15日起，西醫基層總額費用之暫付、核付，依114年第3季結算點值辦理，並於115年3月辦理點值結算追扣補付事宜。



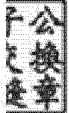
115.03.16



1153340046

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、各縣市醫師公會、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組



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

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

— 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保分區浮動點值(AF)

— (投保該分區核定非浮動點數(BG) — 藥品給付協議) — 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區	= [ 11,556,399.917 +	260,508 —	1,748,853.633 — ( 3,140,031.692 —	18,123,825) —	1,086,763] /	7,467,866.200 =	0.89514854
北區分區	= [ 5,401,750.235 +	3,144,422 —	823,910.240 — ( 1,552,709.200 —	12,233,618) —	581,086] /	3,288,793.022 =	0.92432930
中區分區	= [ 6,320,297.282 +	2,013,312 —	399,704.576 — ( 1,787,383.809 —	14,892,253) —	417,177] /	4,320,600.791 =	0.96044450
南區分區	= [ 4,856,980.260 +	8,837,198 —	473,495.001 — ( 1,379,591.742 —	9,994,820) —	400,887] /	3,027,747.831 =	0.99820884
高屏分區	= [ 5,443,123.285 +	8,711,664 —	354,358.786 — ( 1,622,682.790 —	14,048,225) —	188,435] /	3,574,899.936 =	0.97587435
東區分區	= [ 676,798.446 +	18,424,242 —	87,332.587 — ( 217,948.462 —	1,269,440) —	57,802] /	354,715.656 =	1.10272346

2. 一般服務全區浮動每點支付金額

= 加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11)]

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

— (核定非浮動點數(BG) — 藥品給付協議)

— 自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [ 34,255,349.425 + 41,391,346 — ( 9,700,347.695 — 70,562,181) — 2,732,150] / 26,272,053.509 = 0.93880073

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

3. 一般服務分區平均點值	= [風險調整撥款撥補後一般服務預算總額(BD11) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用] / [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 自墊核退點數(BJ)]
臺北分區	= [ 11,556,399,917 + 260,508 ] / [ 9,433,994,841 + 3,140,031,692 - 18,123,825 + 1,086,763 ] = 0.92033687
北區分區	= [ 5,401,750,235 + 3,144,422 ] / [ 4,198,618,340 + 1,552,709,200 - 12,233,618 + 581,086 ] = 0.94167259
中區分區	= [ 6,320,297,282 + 2,013,312 ] / [ 4,746,180,830 + 1,787,383,809 - 14,892,253 + 417,177 ] = 0.96981496
南區分區	= [ 4,856,880,260 + 8,837,198 ] / [ 3,509,358,932 + 1,379,591,742 - 9,994,820 + 400,887 ] = 0.99722519
高屏分區	= [ 5,443,123,285 + 8,711,664 ] / [ 3,947,694,785 + 1,622,682,790 - 14,048,225 + 188,435 ] = 0.98116035
東區分區	= [ 676,798,446 + 18,424,242 ] / [ 436,205,781 + 217,948,462 - 1,269,440 + 57,802 ] = 1.06475314
4. 一般服務全區平均點值	= [ 34,255,349,425 + 41,391,346 ] / [ 26,272,053,509 + 9,700,347,695 - 70,562,181 + 2,732,150 ] = 0.95521934
5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值	= 加總[風險調整撥款撥補後一般服務預算總額(BD11) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 + 專款專用暫結金額(註)] / 加總分區[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)]
臺北分區	= [ 11,556,399,917 + 260,508 + 315,634,658 ] / [ 9,433,994,841 + 3,140,031,692 - 18,123,825 + 1,086,763 + 299,360,857 ] = 0.92345765
北區分區	= [ 5,401,750,235 + 3,144,422 + 184,089,044 ] / [ 4,198,618,340 + 1,552,709,200 - 12,233,618 + 581,086 + 175,726,551 ] = 0.94481899
中區分區	= [ 6,320,297,282 + 2,013,312 + 244,909,689 ] / [ 4,746,180,830 + 1,787,383,809 - 14,892,253 + 417,177 + 232,139,638 ] = 0.97274438
南區分區	= [ 4,856,880,260 + 8,837,198 + 220,674,220 ] / [ 3,509,358,932 + 1,379,591,742 - 9,994,820 + 400,887 + 211,584,429 ] = 0.99912600
高屏分區	= [ 5,443,123,285 + 8,711,664 + 244,709,738 ] / [ 3,947,694,785 + 1,622,682,790 - 14,048,225 + 188,435 + 232,783,867 ] = 0.98397787
東區分區	= [ 676,798,446 + 18,424,242 + 24,169,010 ] / [ 436,205,781 + 217,948,462 - 1,269,440 + 57,802 + 21,911,052 ] = 1.06599659
全區	= [ 34,255,349,425 + 41,391,346 + 1,234,186,359 ] / [ 26,272,053,509 + 9,700,347,695 - 70,562,181 + 2,732,150 + 1,173,506,394 ] = 0.95827318

註：

- 專款專用暫結金額 = 暫時性支付(新藥、新特材) + 提升國人視力照護品質 + C型肝炎藥費暫結金額 + 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額  
 + 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額  
 + 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額 + 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 + 後天免疫缺乏病毒治療藥費  
 + 基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫  
 + 精神科長效針劑藥費暫結金額 + 品質保證保留款預算
- C型肝炎藥費、暫結金額已扣除藥品給付協議。
- 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 114年品質保證保留款預算 / 4  
 \* 當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算 = (106年各季預算 + 114年各季預算) × 前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。

檔 號：

附錄十一

保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號

聯絡人：張美鳳

聯絡電話：02-27065866 分機：2605

傳真：02-27069043

電子郵件：A111423@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115年3月13日

發文字號：健保醫字第1150661085號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：114年第3季「門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨115年2月11日全民健康保險醫療給付費用門診透析預算115年第1次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑：本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/門診透析。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報及醫療服務審查辦法規定，自115年3月15日起，門診透析費用之暫付及核付，依114年第3季結算點值辦理，並於115年3月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、台灣腎臟醫學會、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人台灣基層透析協會、社團法人中華民國腹膜透析腎友協會、財政部賦稅署、本

署主計室、本署財務組、本署資訊組、本署承保組、本署醫審及藥材組

衛生福利部中央健康保險署

門診透折預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/02

114年第 3季

核付截止日期:114/12/31

頁次：17

程式代號：RGBI3408R05

114年第 3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

七、一般服務浮動每點支付金額

預算(D3)-核定非浮動點數合計(M)-1x腹膜透折追蹤處置費核定點數合計(P1)

核定浮動點數合計(P)

11,834,699,968 - 757,274,103 = 162,795,419

11,249,606,247

= 0.97022333 (四捨五入至小數第8位)

八、平均點值

預算(D3)

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

11,834,699,968

757,274,103 + 162,795,419 + 11,249,606,247

= 0.97247455 (四捨五入至小數第8位)

九、門診透折預算平均點值 = 加總[預算(D3) + 專款專用暫結金額]

／加總[核定浮動點數合計(P) + 腹膜透折追蹤處置費核定點數合計(P1) + 核定非浮動點數合計(M) + 專款專用已支用點數(不含獎勵金)]

= [ 11,834,699,968 + 37,833,495 ]

／ [ 11,249,606,247 + 162,795,419 + 757,274,103 + 37,833,495 ] = 0.97255986

註：專款專用暫結金額 = 鼓勵院所加強推動腹膜透折及居家血液透折與提升其照護品質計畫暫結金額 = 37,833,495

十、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月114/06(含)以前：於114/10/01~114/12/31期間核付者。
2. 費用年月114/07~114/09：於114/07/01~114/12/31期間核付者。

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年3月13日

發文字號：健保醫字第1150660924號

附件：請自行至本署全球資訊網下載



主旨：公告115年1月及3月起新增中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單。

公告事項：

- 一、新增特定癌症病人中醫門診加強照護計畫承作院所及醫師名單(附件1)，執行日自115年1月1日起。
- 二、新增「全民健康保險西醫住院病人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」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等5項中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單(附件2)，執行日自115年3月1日起。
- 三、附件請至本署全球資訊網首頁/最新消息/法規公告下載(網址為：<https://www.nhi.gov.tw/ch/mp-1.html>)。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部中醫藥司、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

署長陳亮好

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300058

副本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年4月7日

發文字號：健保醫字第1150661328號

附件：請自行至本署全球資訊網下載



主旨：新增中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單。

公告事項：

- 一、新增「全民健康保險西醫住院病人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」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」、「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等五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115年4月1日起。
- 二、附件請至本署全球資訊網首頁/最新消息/法規公告下載(網址為：[https://www.nhi.gov.tw/ch/mp-1\).html](https://www.nhi.gov.tw/ch/mp-1).html))。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部中醫藥司、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

# 署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300079

7項中醫醫療照護計畫(含子計畫)自115年3月1日起新增之承作院所數及醫師數

分區別		項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
西醫住院病人中 醫特定疾病輔助 醫療計畫(腦血 管疾病、顱腦損 傷、脊髓損傷、呼 吸困難相關疾病 及術後疼痛)	院所數	0	1	2	0	0	2	5	
	醫師數	0	2	2	0	0	4	8	
中醫提升孕產照 護品質計畫	院所數	15	5	12	4	4	4	44	
	醫師數	29	5	16	8	8	18	84	
中醫急症處置計 畫	院所數	0	1	2	0	1	1	5	
	醫師數	0	2	2	0	2	3	9	
中醫癌症患者加強 照護整合方案	癌症病人西 醫住院中醫 輔助醫療計 畫	院所數	0	1	3	0	3	2	9
		醫師數	0	2	3	0	5	4	14
	癌症病人中 醫門診延長 照護計畫	院所數	0	1	3	0	3	2	9
		醫師數	0	2	10	0	5	4	21
	特定癌症病 人中醫門診 加強照護計 畫	院所數	14	5	13	5	4	6	47
		醫師數	22	6	21	10	7	17	83
全民健康保險中 醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫	院所數	17	5	8	7	5	4	46	
	醫師數	22	5	11	9	6	13	66	

另本次公告增加115年1月1日起，於中醫癌症患者加強照護整合方案(特定癌症病人中醫門診加強照護計畫)新增之承作院所數及醫師數，計有南區1個承作院所、1名醫師。

7項中醫醫療照護計畫(含子計畫)自115年4月1日起新增之承作院所數及醫師數

分區別		項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
西醫住院病人中 醫特定疾病輔助 醫療計畫(腦血 管疾病、顱腦損 傷、脊髓損傷、呼 吸困難相關疾病 及術後疼痛)	院所數	1	1	1	1	2	0	6	
	醫師數	2	1	1	1	2	0	7	
中醫提升孕產照 護品質計畫	院所數	4	1	6	2	2	0	15	
	醫師數	7	1	8	2	3	0	21	
中醫急症處置計 畫	院所數	0	0	2	0	0	0	2	
	醫師數	0	0	2	0	0	0	2	
中醫癌症患者加強 照護整合方案	癌 症 住 院 輔 助 醫 療 計 畫	院所數	1	1	1	1	2	0	6
		醫師數	2	1	1	1	3	0	8
	癌 症 門 診 延 長 照 護 計 畫	院所數	1	1	1	1	1	0	5
		醫師數	2	1	1	1	1	0	6
	特 定 中 醫 照 護 計 畫 加 強 方 案	院所數	3	1	6	3	4	0	17
		醫師數	5	1	6	3	6	0	21
全民健康保險中 醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫	院所數	2	1	6	2	4	1	16	
	醫師數	3	1	6	2	4	1	17	

## 衛生福利部全民健康保險會

## 第 7 屆 115 年第 3 次委員會會議補充資料目錄

會議時間：115 年 4 月 22 日

- 一、本會重要業務報告(會議資料第 27 頁)----- 1  
更新說明五、(二)(補充西醫基層總額部門參訪活動之討論  
重點)
- 二、報告事項  
第二案「『高風險疾病口腔照護計畫』專案報告(含牙結石  
清除各類適用對象醫療利用及執行效益檢討結果)」(會議資  
料第 103 頁)----- 6



(會議資料第 27 頁)

四、本會重要業務報告：補充西醫基層總額部門參訪活動之討論重點

.....  
說明：

五、本年 4 月份總額部門辦理之參訪活動：

(二)中華民國醫師公會全國聯合會於本年4月14、15日，擇台南市辦理「115年全民健康保險醫療服務參訪活動」，本會委員(含代理人)計21人參加，於參訪各訪視點後，委員針對當地醫療服務特色及所見議題與醫全會代表相互交流，重點整理如附件(第2~5頁)。

## 「115 年全民健康保險醫療服務參訪活動」摘要

中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫全會)業於本年 4 月 14、15 日，擇台南市辦理「115 年全民健康保險醫療服務參訪活動」，本會委員(含代理人)計 21 人參加。

- 一、參訪內容：本次係參訪西醫基層診所 1 個巡迴點、2 家診所、安南醫院，實地了解在地醫療網絡實務運作情形。為落實健康台灣及因應當地民眾醫療需求，台南市醫療院所除擔任起民眾健康照護的角色外，並提供偏鄉醫療、居家醫療等多元且跨域合作之照護。
- 二、於參訪各訪視點後，委員針對當地醫療服務特色及所見議題與醫全會代表相互交流，重點如下：

### (一)當地診所提供多元、跨場域之基層醫療服務：

- 1.診所推動多元服務：為照護糖尿病病人，診所成立跨專業的照護團隊，結合醫療、運動處方、營養飲食指導等，加強預防照顧。因應人口老化，結合臨床經驗與精準檢查設備，推動預防骨折與延緩失能之預防衛教及早期介入，提升民眾健康識能。
- 2.診所提供跨場域服務：診所除提供一般門診之醫療服務外，也提供居家醫療(含電話諮詢及緊急到宅訪視)、護理之家看診、偏鄉巡迴點等多元醫療服務，以滿足不同族群之醫療需求。
- 3.安南醫院推動預防保健服務：因應在地產業發展及人口結構多元化，配合南科醫療需求，推動成人預防保健與高端健檢，早期發現、早期治療，落實健康台灣政策。
- 4.委員肯定院所在民眾健康促進及整合醫療照護的努力，期待擴及更多院所，並建議將「健康行為」與健康幣機制結合，透過行為誘因，鼓勵民眾建立健康生活型態。

### (二)醫療資源不足地區改善方案(下稱醫缺方案)：

- 1.巡迴醫療服務：當地衛生所利用巡迴醫療服務，整合健康資源，例如巡迴醫療結合糖尿病個案管理，並提供多元到宅服務。另目前醫缺方案規定，每診次平均就醫未達 5 人次者暫停該巡迴點服務，醫界反映，現行巡迴醫療亦提供預防保健服務等，建議應將其納入計算，以反映實際照護的投入。

- 2.獎勵開業服務：為持續提供穩定的在地醫療服務，醫界建議除持續鼓勵開業外，建議增加給付誘因鼓勵醫事人力留任。
- 3.為解決偏鄉地區民眾就醫交通問題，台南建立「小黃公車」的醫療服務，結合交通與醫療的跨域合作，若試辦成效良好，建議未來能推展至各地，以增進就醫方便性。

### (三)居家醫療及護理之家服務：

- 1.居家醫療照護整合計畫：醫界提出執行上所遇問題，如醫療給付不足、整合藥物卻遭核刪、個案轉診醫院希望設立聯絡專線、住院病人多在醫院居家護理下轉少等。另目前規定「西醫基層診所專任醫師居家醫療照護獎勵費」於年度結束後核算撥付，醫界建議能將執行結果及時回饋院所，並調整獎勵費撥付時程，請健保署納為未來研修參考。
- 2.護理之家：目前「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」規定每80位住民應有1名主責醫師，醫界建議除住民人數外，亦能將醫師提供服務的頻率納入考量。

### (四)黃振國委員提供「家醫 2.0 整合推動之關鍵經費需求與效益說明」資料供參，如第 4~5 頁。

藉由實地訪查及討論，有助於了解西醫基層院所之醫療服務提供情形，作為未來精進醫療照護模式及健保政策之參考。

# 中華民國醫師公會全國聯合會

## 家醫 2.0 整合推動之關鍵經費需求與效益說明

### 一、政策整合方向：建構以人為中心的整合性照護體系

家醫 2.0 政策為健保署持續推動的政策，其核心在於建立以家庭醫師為基礎之整合性照護體系，使民眾不再分散於各類疾病別照護計畫，而能獲得連續性、整合性且以人為中心之醫療服務。本次將 P4P 制度納入家醫體系，正是為了解決長期以來多項計畫分立所造成之資源分散與制度重疊問題，朝向整合照護發展，這不僅是政策方向，更是提升醫療效率與控制整體醫療支出的關鍵措施。

### 二、強化基層全人照護

本計畫醫師需對其固定就醫病人承擔整體照護責任，而非僅針對單一疾病或項目提供片段式醫療。此一設計將過去分散的照護責任整合至基層，強化第一線健康管理功能，亦是未來抑制醫療費用不當成長的重要基礎。同時，透過整合既有 P4P 制度，可避免重複誘因與資源錯置，使整體支付制度更具一致性與效率。

### 三、制度差異與整合挑戰：服務範疇擴大帶動資源需求

現行論質計畫多屬針對單一疾病或特定指標之片段式照護模式，而家醫計畫則強調以病人為中心之整合性照護，涵蓋多重慢性病管理及預防保健服務，兩者在服務範疇上具有本質差異。整合後之家醫 2.0 制度，不再區分過去各類計畫之差異，而係以整體照護品質為核心，對基層院所之服務內容與投入資源均有明顯提升。

此外，家醫計畫納入預防保健功能，進一步擴大服務範圍，使整體照護量能及服務人次於制度初期可能出現顯著成長，對資源配置亦形成相應壓力。

### 四、預算風險控管：避免點值下滑影響制度推動

本案配合「健康 888」政策推動後，預期收案率與服務量將顯著提升，制度規模勢必擴大。在此情況下，若預算成長幅度不足，將直接導致點值下滑，影響基層院所給付水準與參與意願。此一風險並非理論推估，而是過去已有實際案例可供借鏡，曾因預算不足導致點值大幅下降，最終仍需額外經費挹注方得以改善。現行基層點值已逐步回穩，更應避免再次出現類似情形。

## 五、建立經費彈性流用以穩定過渡

在整合推動第一年度，因制度轉換及服務擴張之影響，經費預估與實際執行間難免產生落差。為確保制度順利銜接，**建議建立經費彈性流用機制**，於過渡期間得由原 P4P 預算與家醫計畫預算適度分流支應，並依實際執行情形進行動態調整，以提升整體資源運用效率並降低制度推動初期之不確定性。

## 六、整合照護之長期效益

此外，本計畫強調透過整合照護模式，可於疾病早期即進行介入與控制，減少併發症與後續高額醫療支出，並降低重複就醫與資源浪費。此一模式可將支出由後端高成本醫療轉移至前端有效管理，達成「前端投入、後端節流」之目標。

## 七、結語：關鍵經費支持之必要性

綜上所述，本案經費需求並非可有可無，而是制度能否順利整合與穩定運作的關鍵條件。預算方面亦可採彈性調度方式，於過渡期間由原 P4P 預算與家醫計畫預算分流支應，並於結算時依實際執行情形進行調整，以提升整體資源運用效率。

敬請各位健保會代表支持本案經費配置，以確保家醫 2.0 整合政策得以穩健推動，並發揮其提升照護品質、降低長期醫療支出與促進健保永續發展之整體效益。

## (會議資料第 103 頁)

### 報告事項第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「高風險疾病口腔照護計畫」專案報告(含牙結石清除各類適用對象醫療利用及執行效益檢討結果)(附件，第 11~17 頁)，請鑒察。

說明：

一、依據 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式之總額核定事項(下稱總額核定事項)暨貴會 115 年度工作計畫辦理。

二、計畫目的：針對高風險疾病病人加強口腔照護頻率，提供牙結石清除、氟化物治療、複合體充填等項目，讓口腔照護更加全面，維護高風險疾病病人口腔健康。

三、預算：113 年 15.99 億元、114 年 28 億元、115 年 42.558 億元。

四、執行目標：

(一)115 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 225 萬人次、照護人數不低於 99 萬人。

(二)115 年「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於 270 萬人次、照護人數不低於 143 萬人。

五、預期效益及評估指標：

(一)國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。

(二)自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。

(三)65 歲以上接受照護病人 3 年後，因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群減少。

六、近期計畫修訂重點：

(一)依 112 年評核委員建議，重新檢視與整合牙醫專款項目計畫，爰本署於 113 年起合併 3 項計畫(包含一般服務之「高風險疾病口腔照護」及專款計畫之「高齲齒病患牙齒保存改善服務計

畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」)，及將計畫更名為「高風險疾病口腔照護計畫」。

(二)擴大服務對象：包括心血管疾病(原腦血管疾病)、透析、糖尿病、服用骨鬆或雙磷酸鹽類藥物病人、高風險齲齒病人、惡性腫瘤、不符「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之身心障礙者(113年由3類放寬至8類)及65歲以上保險對象(113年新增)。

(三)訂定支付誘因：為鼓勵院所提供高風險病人牙醫服務，以牙結石清除為例，高風險病人支付點數820點，相較一般服務對象(660點)，約加成24%。

#### 七、執行成效：

(一)預算實際執行率：113年147.94%、114年127.59%。

(二)執行目標達成情形：

1.高風險疾病病人牙結石清除-全口：113年、114年皆達標(表1)。

2.齲齒經驗之高風險患者氟化物治療：113年達成率98.0%、114年達標(表2)。

表1、高風險疾病病人牙結石清除-全口執行情形

年度	目標數(A)	執行數(B)	達成率(B/A)
113年	8萬人次	139萬人次	100%
114年	150萬人次	220萬人次	100%
	66萬人數	129萬人數	100%

表2、齲齒經驗之高風險患者氟化物治療執行情形

年度	目標數(A)	執行數(B)	達成率(B/A)
113年	202萬人次	198萬人次	98.0%
114年	189萬人次	278萬人次	100%
	100萬人數	150萬人數	100%

註：113年執行人次包含高齲齒率患者氟化物治療(P7301C)及齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)。

(三)預期效益評估指標：

1.高風險疾病病人平均齶齒填補顆數增加率減緩：

(1)平均齶齒填補顆數：由 113 年 1.2206 顆下降至 114 年 1.1898 顆，如 114 年以高風險疾病病人就醫數 404 萬人推估，牙醫填補數約減少 12.4 萬顆。

(2)平均齶齒填補增加率：113 年 0.44%、114 年下降 2.52%。

2.「國人牙齒保存數」(預計 119 年提供)及「65 歲以上接受照護病人 3 年後，因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群減少」(預計 117 年提供)，前開 2 項指標尚無法進行評估。

八、未來規劃：視 115 年執行情形與社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會依總額協定事項評估 116 年納入一般服務之可行性。

報告單位業務窗口：黃瓊萱科長，聯絡電話：02-27065866分機3606

本會整理說明：

一、健保署依 115 年度牙醫門診總額核定事項(如下)及本會 115 年度工作計畫，於本次委員會議提出專案報告。

項目	金額 (百萬元)	核定事項(摘要)
高風險疾病口腔照護計畫	4,255.8	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.在額度內妥為運用，並會同牙醫門診總額相關團體， <u>持續檢討高風險疾病病人牙結石清除各類適用對象醫療利用情形及評估執行效益，並加強執行管理與費用管控，以提升資源有效運用。具體執行情形及檢討結果，請於 115 年 4 月前提出專案報告。</u> 2.本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第 4 年(115 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

二、高風險疾病口腔照護計畫之背景說明：

(一)本計畫自 113 年整合 3 項原於 111、112 年實施之一般服務項目/專款計畫(如提案說明六、(一))，提供高風險疾病病人全口牙結石清除(由每年 2 次增至每年 4 次)、氟化物治療及新增複合體充填等服務，並擴大服務對象，其中「高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)」適用對象增修情形如下：

年度	原(111、112 年)適用對象	113 年適用對象
適用對象	1.腦血管疾病 2.血液透析及腹膜透析 3.使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物 4.惡性腫瘤 5.不符合牙特計畫之肢體障礙、慢性精神病或重要器官失去功能者	1.六十五歲以上(新增) 2.心血管疾病(修正) 3.血液透析及腹膜透析 4.使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物 5.惡性腫瘤 6.非屬牙特計畫院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者(共 8 類，除左欄 3 類，新增輕度及中度之視障等 5 類)

(二)本計畫 113 年因適用對象擴大，致預算(15.99 億元)執行率達 100%，如未採浮動點值則實際申報點數執行率達 147.9%，申報點數以牙結石清除最高 11.347 億點、氟化物治療次之 9.728 億點(P7302C)、複合體充填 2.534 億點(歷年執行情形如參考資料，第 18 頁，摘要如下表)，其中高風險疾病病人牙結石清除自 113 年起擴大適用對象後，其申報點數、利用人數及人次均大幅增加，爰評核委員建議分析費用大幅成長的原因(如擴大適用對象)、其影響占比與合理性。

項目	111	112	113	114 1~3 季 <sup>#1</sup>
<b>1.整體預算執行情形：</b>				
預算數(百萬元)	—	—	1,599.0	2,800.0
預算執行數(百萬元)	—	—	1,599.0	2,100.0
-預算執行率	—	—	100%	75.0%
申報點數(百萬點)	—	—	2,365.5	2,580.0
-申報執行率	—	—	147.9%	92.1%
<b>2.高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)利用情形<sup>#2</sup>：</b>				
申報點數(百萬點)	10.8	38.0	1,134.7	—
利用人數	11,875	37,735	961,698	—
利用人次	15,359	53,942	1,385,635	—
平均每人利用次數	1.3	1.4	1.4	—

註：1.資料摘自 114 年第 3 季牙醫門診總額點值結算報表。

(三)健保署考量 65 歲以上者不等於不健康，在 115 年度總額協商時，建議牙結石清除適用對象之 65 歲以上保險對象應再增訂適應症，惟最後核定之協定事項適用對象維持為 65 歲以上者，且不增訂適應症，但要求檢討各類適用對象醫療利用情形及評估執行效益，並加強管控，以提升資源有效運用，故安排本次報告。

三、健保署已依核定事項，提出 114 年醫療利用情形之牙結石清除適用對象占率分析(詳簡報第 8 張，第 14 頁)，其中前 3 名為心血管疾病病人(占 53.62%)、65 歲以上(占 24.84%)及癌症(占 13.20%)。在執行效益方面，依健保署提案說明七、(三)，在平均齶齒填補顆數及增加率指標呈現正面效益(詳簡報第 12 張，第 16 頁)，而中長期指標「國人牙齒保存數」及「65 歲以上接受照護病人 3 年後，因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群減少」，尚待資料收集完成後再評估(詳簡報第 13 張，第 17 頁)。

四、至於提案說明八提及之未來規劃，本會將依 115 年總額核定事項，安排於 7 月份委員會議報告本計畫屆期之檢討(提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)，請健保署會同牙醫門診總額相關團體，持續評估計畫成效，提出 116 年度總額是否納入一般服務或退場之建議，以供協商參考。

決定：



# 牙醫門診總額 高風險疾病口腔照護計畫

全民健康保險會115年4月份委員會議專題報告



中央健康保險署  
115年4月22日

1



## 報告大綱

計畫背景

計畫簡介與目標

執行成效

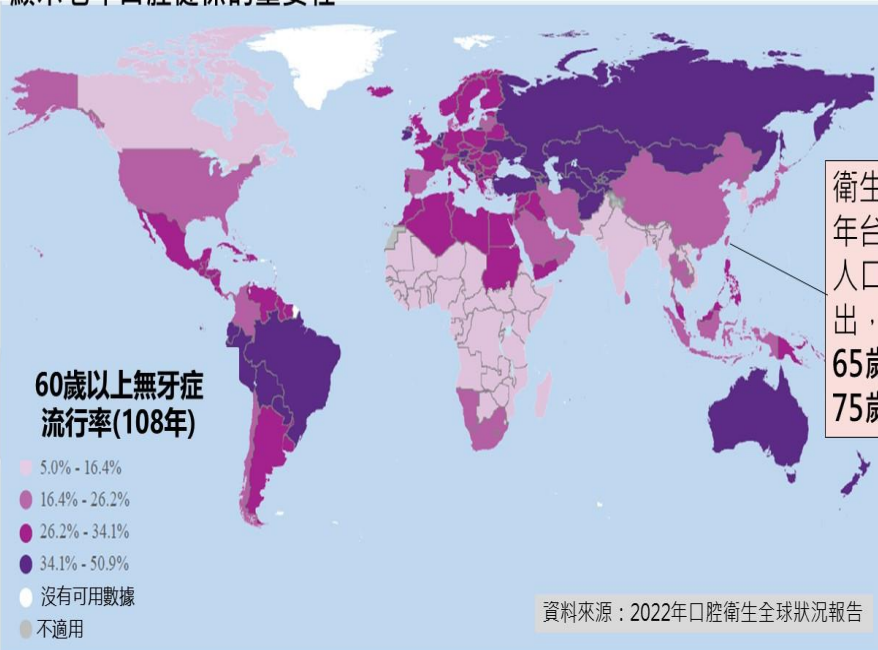
未來規劃

2



# 接軌國際，推動8020口腔健康目標

世界衛生組織 (WHO) 於90年提出「8020目標」，期許80歲長輩保有20顆自然牙。經統計108年全球20歲以上無牙率接近7%(3.5億多人)，60歲以上高達23%。顯示老年口腔健保的重要性。



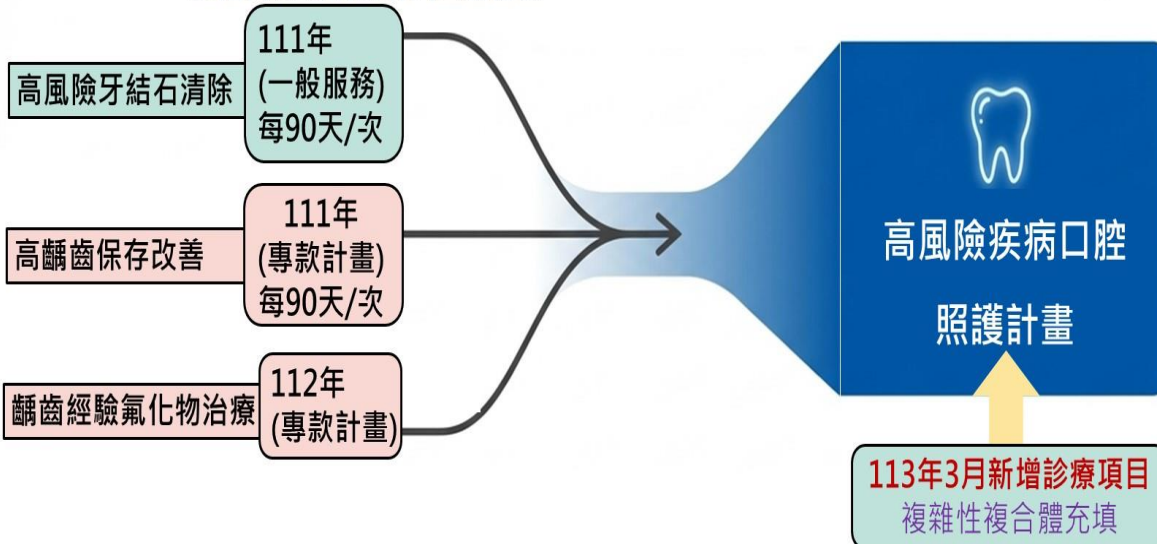
衛生福利部110-112年台灣成年人及老年人口健康調查報告指出，「全口無牙率」

**65歲-74歲7.4%**  
**75歲以上20.90%**



# 整合3項計畫以強化高風險疾病病人口腔照護

為提升高風險齲齒族群之口腔健康及牙齒保存，自111年起陸續增訂3項服務，並於113年整併為「高風險疾病口腔照護計畫」。  
計畫目的：針對高風險疾病病人加強口腔照護頻率，讓口腔照護更加全面，維護高風險疾病病人口腔健康。

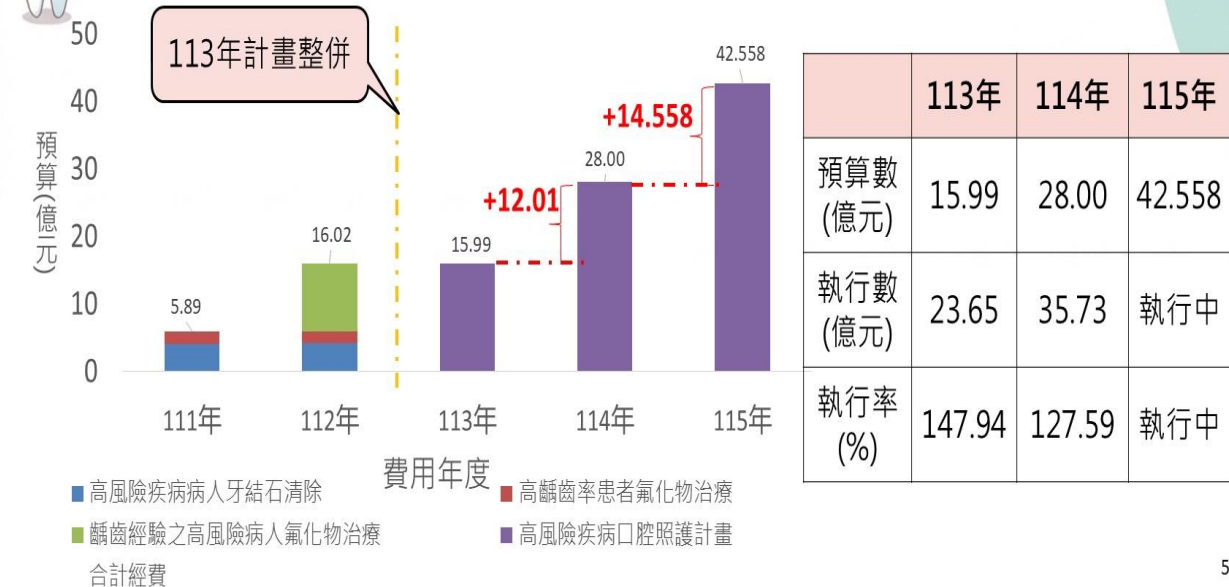




# 3年經費增加26.568億元

計畫整併後，配合擴大服務範圍增編預算，由113年**15.99億元**增加至115年**42.558億元**，增加**2.66倍**。

## 高風險疾病口腔照護計畫經費



# 提高支付點數鼓勵院所投入高風險照護

為鼓勵院所提供高風險病人牙醫服務，以牙結石清除為例，高風險病人支付點數**820點**，相較一般服務對象(660點)，約**加成24%**。

牙結石清除	非高風險病人		高風險病人	
	適用對象	12歲以上保險對象	高風險疾病病人	支付點數
			支付點數	<b>820點</b>

增加**160點**  
為非高風險病人**1.24倍**

氟化物治療	非高風險病人		高風險病人	
	適用對象	1.6歲以下 2.未滿12歲之弱勢群體	6歲以上 高風險疾病病人	支付點數
			支付點數	無 <b>500點</b>

增加服務對象  
使醫療照護更為全面

牙齒充填	非高風險病人		高風險病人	
	服務內容	複合樹脂充填	複合體充填	支付點數
			支付點數	<b>900點</b>

增加**400點**  
為非高風險病人**1.8倍**

註：支付點數以「前牙單面」複合體充填為例。

# 服務對象

本計畫針對牙周較差、容易齲齒或特殊障礙等對象進行醫療照護，透過**加強口腔照護頻率**，口腔照護更加全面，維護高風險疾病病人健康。



具以下疾病之病人  
(心血管疾病、洗腎、  
癌症病人)



服用特殊藥物



特殊障礙者  
(行動不便、聽障)



65歲以上長者



糖尿病



塗氟、複合體充填

高風險齲齒患者



塗氟

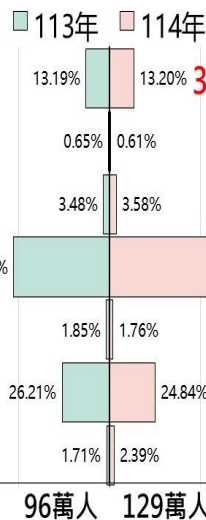
牙結石清除、塗氟、複合體充填

# 牙結石清除適用對象占率分析

以本計畫之醫療服務「牙結石清除」進行使用對象分析，  
114年占率最高為**心血管疾病病人53.62%(69萬人)**  
其次為**65歲以上24.84%(32萬人)**  
第三名為**癌症13.20%(17萬人)**

## 牙結石清除適用對象占率分析

- 癌症
- 洗腎
- 使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人
- 心血管疾病病人
- 非屬「牙特計畫」適用對象之身心障礙者
- 六十五歲以上
- 其他(不屬於上述1~6類者)

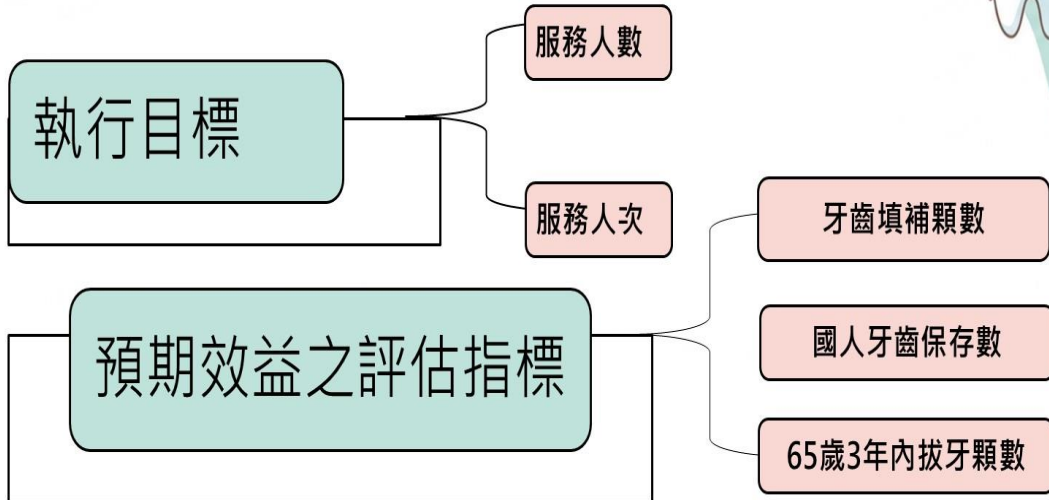


國內外牙科文獻充分實證：65歲以上人口定期接受牙科早期治療可有效預防牙周病、齲齒發生率，並改善老年人生活品質。

成長率34%



# 執行目標及預期效益之評估指標



9



## 114年執行目標皆達成

執行成效

高風險疾病病人牙結石清除-全口：113年、114年皆達標  
 齲齒經驗之高風險患者氟化物治療：113年達成率98.0%、114年達標



### 牙結石清除

### 氟化物治療

年度	目標數 A	執行數 B	達成率 (B/A)
113年	8萬人次	139萬人次 ✓	100%
114年	150萬人次 66萬人數	220萬人次 ✓ 129萬人數 ✓	100% 100%

年度	目標數 A	執行數 B	達成率 (B/A)
113年	202萬人次	198萬人次	98.0%
114年	189萬人次 100萬人數	278萬人次 ✓ 150萬人數 ✓	100% 100%

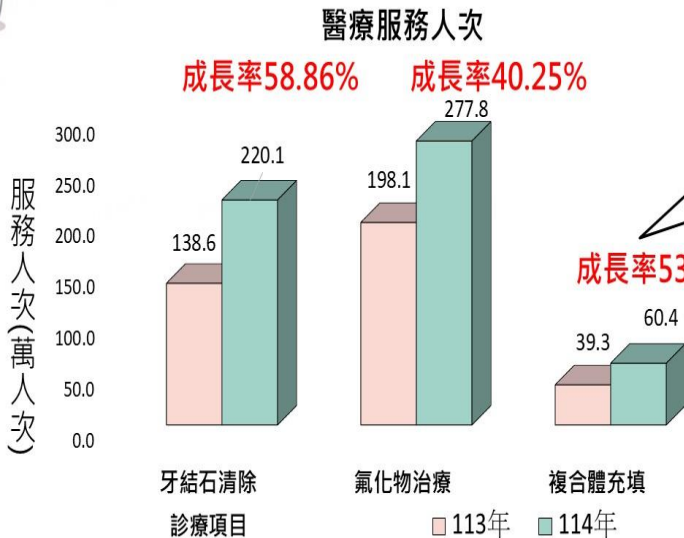
註：氟化物治療服務113年執行數包含高齲齒率患者氟化物治療(P7301C)及齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)。

10



# 114年整體服務人次成長率高達 48.53%

114年提供558萬人次醫療服務，整體人次成長率為48.53%，其中以氟化物治療服務(278萬)人次居多。



114年整體醫療服務558萬人次較113年成長48.53%

11



預期效益之評估指標1

# 平均齶齒填補顆數及填補增加率減緩

平均齶齒填補顆數：由113年1.2206顆下降至114年1.1898顆，較113年減少0.0308顆牙齒。

平均齶齒填補增加率：114年填補增加率為-2.52%

	年度	113	114	目標	執行值
指標1	病人平均齶齒填補顆數	1.2206	1.1898	減少	減少0.0308顆 ✓
指標2	當年度平均齶齒填補增加率	0.44%	-2.52%	減緩	減緩2.52% ✓

年度	113	114
病人填補顆數(A)	4,729,615	4,808,063
病人就醫人數(B)	3,874,984	4,041,080
病人平均齶齒填補顆數(A/B)	1.2206	1.1898

效益推估：

如114年以高風險疾病病人就醫數404萬人推估，牙醫填補數約減少12.4萬顆

【404萬人\*(1.1898-1.2206)=-12.4萬顆】

12



預期效益之評估指標2、3

執行成效

# 國人牙齒保存數及65歲拔牙顆數

## 指標2-國人牙齒保存數

110-112年成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告，  
**65-74歲剩餘齒數21.27顆，全口無牙率7.4%**  
口腔司每6年公告研究結果，預計119年可進行指標評估

## 指標3-65歲3年內拔牙顆數

113年收案

追蹤3年  
(至116年)

117年報告

### 各年齡層人口之恆齒狀況(112年)

項目 年齡	恆齒齶蝕指數 DMFT	剩餘齒數	全口無牙率 (%)
18-34	9.36±5.70	28.71±2.22	0.04
35-44	12.51±6.30	27.88±2.89	0.10
45-49	13.71±6.34	27.10±3.56	0.10
50-64	14.91±6.90	25.45±5.45	1.30
65-74	18.44±8.05	21.27±8.49	7.40
75以上	22.94±8.17	15.84±10.40	20.90

### 「65歲以上」老年人口剩餘齒數狀況

年 年齡	94	95	98	112
65歲 以上	65~74: 11.5 74以上: 17.4	合計: 21.5 男性: 18.7 女性: 24.3	合計: 15.2 男性: 12.9 女性: 17.3	65~74: 21.27±8.49 75以上: 15.84±10.40

資料來源：114 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽



65歲以上接受照護病人3年後，  
因牙周病被拔牙的每人平均拔牙  
顆數較該年度比較族群減少。  
將於117年再向貴會議報告。

13



# 未來規劃

## 115年核定事項

請會同牙醫門診總額相關團體辦理以下事宜：

- 持續檢討高風險疾病病人**牙結石清除各類適用對象醫療利用情形及評估執行效益**，並加強執行管理與費用管控，以提升資源有效運用。
- 專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，**涉及一般服務涵蓋部分之費用，請回歸一般服務支應**。
- 滾動式檢討逐年成效，並於115年7月前提出**納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果**。

## 116年規劃

視115年執行情形與社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會  
依總額協定事項評估116年納入一般服務之可行性。

14

高風險疾病口腔照護計畫執行情形

項目	年度		
	111	112	113
<b>高風險疾病口腔照護計畫(113年合併3項計畫)</b>			
<b>1.預算執行情形：</b>			
預算數(百萬元)	...	...	<b>1,599.0</b>
預算執行數(百萬元)	...	...	<b>1,599.0</b>
預算執行率	...	...	<b>100.0%</b>
總申報點數(百萬點)	...	...	<b>2,365.5</b>
<b>2.醫療利用情形：</b>			
<b>(1)「高風險疾病患者牙結石清除-全口」(91090C)利用情形(111年新增)</b>			
--申報點數(百萬點)	10.8	38.0	<b>1,134.7</b>
--利用人數(A)	11,875	37,735	961,698
--利用人次	15,359	53,942	1,385,635
--平均每人利用次數	1.3	1.4	1.4
--牙結石清除利用率(A/Z)	0.9%	2.6%	14.0%
--高風險疾病病人人數(Z)	1,369,446	1,440,030	6,851,662
<b>(2)「高齲齒率患者氟化物治療」(P7301C)利用情形(111年新增)</b>			
--申報點數(百萬點)	29.1	86.0	17.5
--利用人數(B)	42,284	112,185	34,883
--利用人次	58,086	171,927	34,899
--平均每人利用次數	1.4	1.5	1.0
--氟化物治療利用率(B/Z)	4.5%	10.5%	3.2%
--高齲齒患者人數(Z)	949,331	1,063,616	1,076,850
<b>(3)「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)」利用情形(112年新增)</b>			
--申報點數(百萬點)	...	300.3	<b>972.8</b>
--利用人數(C)	...	446,805	1,166,588
--利用人次	...	600,084	1,945,766
--平均每人利用次數	...	1.3	1.7
--氟化物治療利用率(C/Z)	...	10.1%	15.2%
--齲齒經驗之高風險患者/高風險疾病病人人數(Z)	...	4,420,189	7,667,514
<b>(4)高風險疾病病人之8項複雜性複合體充填支付項目利用情形(113年新增)</b>			
--申報點數(百萬點)	...	...	<b>253.4</b>
--利用人數	...	...	271,053
--利用人次	...	...	392,514
--平均填補顆數	...	...	4.6